

運用King氏理論建立精神病人疾病覺知之過程

王士華 楊翠媛*

中文摘要

精神病患的疾病覺知影響其病程發展及治療，本文運用King理論協助一位初次出現精神症狀之病人，藉由分析護理人員與個案間的想法差異，透過有目的互動，促進個案疾病覺知早期建立。個案住院期間（92/1/1-92/1/23）因受精神症狀影響，出現知覺、角色、權力等扭曲，不但造成疾病覺知障礙，影響彼此的判斷、行動，更降低護病互動，阻礙治療目標達成。筆者於護理過程中，分析彼此知覺，尊重並解決護病間差異，了解個案期待，釐清精神病患權力，透過不斷調整護理活動，逐步拉近彼此差異，建立個案疾病覺知，接受生病事實，進而重建信心，回歸社會。此護理經驗，強調檢視及尊重個案及護理人員間感受差異的重要性，實值得臨床護理工作人員重視。(志為護理, 2006; 5:1, 120-130.)

關鍵語：King理論、疾病覺知、精神病。

前言

精神病病程變異甚大，但完全緩解的情況較不常見，且易呈現慢性化(胡，1999)。而病人對疾病的感受、認知及接受度，即疾病覺知的建立，對生病歷程發展、醫療等方面，有相當大影響(顏，2003；蘇，2002)。是故促進精神病患疾病覺知建立是精神專業人員的要務之一；然個案與護理人員對疾病的想法與感受不

同，常造成雙方互動不良，無法達成建立疾病覺知的目標；若能完整評估分析護病間差異，以有效溝通、互動，促進良性護病交流，便可共同了解問題本質，進而一起朝向解決問題的方向努力(闕、許、陳，2000)。

King理論被廣泛應用在護理臨床實務上，其中包括了精神科護理與治療(Laben, Sneed, & Seidel, 1995)。闕等(2000)應用King氏理論分析護病互動，成功協助情感

台北市聯合醫院松德院區護士 護理主任*

受文日期：94年9月2日 修改日期：94年9月14日 接受刊載：94年10月21日

通訊作者地址：楊翠媛 台北市松德路309號護理科

電話：(02)27263141轉1361

性精神疾患，建立其藥物遵從度。筆者則期待運用於初次急性發作精神病狀態之住院病人，以協助疾病覺知的建立。

文獻查證

King目標達成理論

King理論架構包含個人、人際及社會三系統，個人系統為單獨之個體，即個案或護理人員；而護病互動則發生於人際系統，存在於醫療團體、家庭、環境(社會系統)中。個人在人際及社會系統間互動後，使個人行為、知識或思想發生改變，之後再次影響人際與社會系統，如此互動回饋影響，以達到健康維護和增進的目標。每個系統又包含五、六個概念：個人系統包含知覺、身體心像、時間、空間、成長發展、自我。人際系統包含溝通、交流互動、角色、壓力及壓力源、調適。社會系統包含組織、權力、權威、狀態及決策(杜，2003；盧、鄭、林，1998；King, 1992)。

King強調護理情境中，原本不相識的護病兩人由於價值觀、知識、經驗等差異，產生不同判斷、行動，藉由語言或非語言的訊息傳達、溝通、互動及交流而減少差異，透過交換彼此感受，促進共同健康目標設立(杜，2003；呂、蕭，1996；Tomey, 2002)。

精神病患的疾病覺知

疾病覺知(awareness of illness)指患者表達出經驗到生病與改變的感覺，這覺知有

時並未延伸至所有症狀及整體疾病，臨床醫學稱為病識感(Insight)(蘇，2002)。疾病覺知具多層面、複雜、動態、隨時間改變的特性，涵蓋對疾病的察覺、對不尋常心理事件(幻聽、妄想)標定異常的能力及治療順從度等三向度(Amador, Strauss, Yale, & Gorman, 1991; David, 1990)。

蘇(2002)發現面對罹患精神疾病，患者認知歷程涵蓋(1)人際與成就領域因此受限，導致原先自我價值或角色的失落；(2)社會刻板印象造成個體吸引力與階層地位的衝擊。疾病的演變，讓患者由先前已知的自我，轉成未知、陌生、失能的自我；在這變遷中，患者面臨發展任務停滯的威脅，對於未來感到徬徨，這歷程使得大部分精神病患拒絕接受生病事實，也對於病人的位置感到排斥，即產生疾病覺知障礙；最後受限於症狀與疾病復發不定的情況，無法實踐理想角色或目標，而產生挫敗感，自暴自棄或結束生命(丁，1992；蘇，2002)。

但也有不少患者在面對病後生活經驗與疾病共處的過程學習到因應之道，重新取得生活平衡；影響疾病適應的因素因涉及人與週遭社會脈絡及人與疾病之間的關係，故患者對疾病覺知與意義的賦予是相當重要的(林，1999；蘇，2002)；研究發現當患者越覺知自己生病時，越能接受藥物治療、控制症狀而減少其他問題，也越察覺生病帶來的負面生活影響，進而增加疾病控制度，心理適應度亦增加。所以疾病覺知對生病歷程的生理、心理、社會發

展有一定的支持度，不但可增加治療順從度、返診規律性，相對疾病控制信念、社會功能、支援網路及自信心也會升高，並減少症狀嚴重度、心理苦惱、預後悲觀度及疾病復發等問題；對於病程改善，預防疾病惡化，也有很大幫助(顏，2003；蘇，2002)。

個案簡介

郭小姐38歲未婚，研究所畢，曾任補習班英文老師，於家中從事寫作工作。主要語言為國語。病前人格直率，負責，自我要求高，在學期間個性獨立，人際關係被動喜歡單獨活動。

過去病史

個案原和家人相處融洽，父親民國74年去世後，覺得鄰居和同事、家人都注意自己，出現疏離，與家人相處困難，重複開關瓦斯、門窗，之後因人際問題，曾萌自殺意念。民國81年開始獨居，多獨自在家寫作，每週4-5次返家吃飯。民國88年症狀日趨嚴重，至醫院求診，診斷為強迫症，經藥物及心理治療後改善。

此次入院原因

個案原為某雜誌編輯，民國91年覺受同事排擠而離職，之後變得多疑，覺被跟蹤。同年12月30日，家人發現個案未依慣例返家吃飯，電話聯絡，個案語無倫次，前往探視發現個案以怪異姿勢趴於牆上神情呆滯，對問話不回應，並有破壞行為，

情緒激動，胡言亂語，故聯絡救護車送本院急診求治。於急診期間激動，謾罵，不合作、企圖逃跑，民國92年1月1日被動合作住院治療，診斷為急性精神病狀態。

護理評估

以king理論各系統之主要概念，於92年1月1-3日評估個案與護理人員間的差異如表一。

問題確立

經以上評估個案主要問題有(1)知覺扭曲：個案覺得是孤獨的，經歷的知覺都是真的。(2)角色扭曲：個案認為自己是正常人，拒絕幫助。(3)權力扭曲：個案覺得被剝削一切自主權。由上述充分表現出個案所經驗到的生病及改變的感覺是扭曲的，亦未有良好的疾病覺知。個案自我要求嚴格，高學歷、高社會地位，雖有嚴重精神症狀，但整體功能未明顯下降，若能給予正確疾病觀，加速疾病覺知建立，則可增加個案之疾病控制信念、社會支持網絡及自信心，減少個案心理苦惱、預後悲觀及疾病復發。

護理過程

針對上述問題，筆者透過與個案互動過程，運用護理活動，逐步拉近彼此差異達成建立疾病覺知的目標。茲將護理過程紀錄如下：

住院1-5天
知覺

個案：我沒生病，只是家人誤送入院，樓下的人因政治因素想作弄我害我，小鳥叫我神經病，所有人都不會相信，我好孤獨。

護士：個案生病了，想法都是症狀，難釐清，表現退縮。

目標

個案：1.提出感受證明清白; 2.儘快出院

護士：1.評估病人症狀; 2.建立護病關係

護理活動

- 以觀察方式收集資料
- 了解個案對護理人員之期望
- 尊重個案會談意願，由其控制會談時間及方向
- 同理並接受、認同個案感受，保留其自我空間，瞭解需求，表達關心
- 當其表現被動時採不強迫的方式，僅給予陪伴即可
- 當個案提及妄想內容時僅採傾聽，不批判；待關係建立提出自身及病友所見，尊重其所聽聞，引導其探索現實層面，不強迫接受
- 當個案因精神症狀干擾焦慮、緊張時，教導放鬆

目標達成評值

個案：「護士似乎能相信我所經歷的一切」「和她分享感受是安全的，我可以放心和她討論」

護士：尊重個案所經歷、感受，個案戒心減低，互動增加

分析

個案對護士戒心重，不信任，逃避接

觸，無法互動，此時個案的目標為出院、提出感受證明清白，堅信自己所經歷的，自認沒有病，拒絕與他人互動；而護士的想法則認為個案是病人，應接受建議與醫療。此時護士調整本身，多瞭解病人感受；以不強迫方式，尊重個案會談意願，並保留其自我空間，採傾聽、同理、不批判、陪伴方式，相信個案所經歷，並以不強迫方式引導其探索現實層面，來改善知覺扭曲的情況，增加個案信任及互動。

住院5-14天

知覺

個案：週遭的人真的都在作弄我嗎？這種感覺似乎不再強烈！不再聽見小鳥說話，難道我真的生病了？

護士：個案的症狀幾乎完全消失，表現對疾病猶豫，和護士互動頻率增加，可讓個案了解疾病情況了。

目標

個案：1.尋找問題答案 2.澄清疾病情況

護士：1.建立治療性關係 2.促進疾病覺知及角色的認定

護理活動

- 無條件接受病人，幫助表達需要和情感
- 提供有關藥物和疾病資訊、經驗
- 澄清、參與並確立問題，和病人討論對疾病之看法
- 幫助病人將會談焦點放在線索中，鼓勵和病友分享感受
- 利用文字刺激，給予疾病衛教之書面

資料

- 傾聽個案感覺，給予現實感
- 請家屬及病友給予個案入院時所見情況及客觀資料

目標達成評值

個案：「我好像真的生病了」

「護士可以幫忙我解決問題！分享感受」

「家裡的人似乎都很關心我」

「病友似乎並不可怕，而且可以和我分享經驗」

護士：建立治療性關係，個案和他人的互動增加了，並開始詢問精神疾病相關問題，接受病友關心及經驗分享

分析

因藥物作用個案症狀逐漸改善，覺得之前的事似乎不再這麼鮮明而開始懷疑，較具現實感，並說出自己的感覺，此時個案願接受護士協助；而護士則期望利用此時機建立治療性關係，再次運用溝通技巧，以同理且不批判的態度，引導病人表達需要及感受，提供疾病資訊、照護經驗，更邀請家屬介入，協助雙方再次建立信任感及需求度，並請家屬表達入院時情況及所見，以促進個案疾病覺知初步的產生，此時個案與護士對生病角色認知較為一致。

住院12-20天

知覺

個案：怎麼會生這種病？藥要吃多久？
別人會以什麼樣的眼光看我？以

後怎麼工作？大家還會重視我的想法嗎？還是放棄好了！其實症狀存在也不會有太大影響，我能出院嗎？

護士：個案已無症狀干擾，因對精神病患社會權力認知的誤解而產生自暴自棄情緒。

目標

個案：1.增加疾病認識 2.自我放棄

護士：1.自信心的再建立 2.增加個案自我控制能力

護理活動

- 傾聽、陪伴、同理個案感受
- 評估個案自傷危險性，灌注希望
- 和病人討論對疾病的看法，給予正向資訊，提出經驗，給予再保證
- 分析疾病的病理，給予正確認知生病不等於罪惡、社會汙名
- 引導個案發現藥物使用前後之改善，解釋藥物作用、給予衛教
- 鼓勵與醫生一起討論出院事宜，增加個案自我控制感
- 引導個案說出對未來的擔心，重建家人支持系統
- 重申若疾病控制良好，則疾病對於社會功能及權力沒有影響

目標達成評值

個案：「精神病是可以控制的」

「我可以和以前一樣工作生活」

「家裡的人和醫生護士都可以幫忙我」

護士：個案不再憂鬱徬徨於生病，並開

始自行收集資料，主動連絡家人和幫忙病友，對社會權力有較正向認知。

分析

個案因疾病覺知產生，出現自卑、懷疑及社會、自我權力的疑惑，此期個案目標兩極、矛盾(疾病認識、放棄)，一方面擔心社會標籤化及個人權力受損，一方面積極提出問題；而護士則以給予個案正向資訊為主，同理病人感受並以互動式的溝通與病人討論對疾病的觀點，評估個案自傷危險，幫助建立自信心，鼓勵與醫生討論出院，以增加自我控制感；去除個案社會標籤化想法，澄清個案對住院及社會權力的認知，使個案瞭解其權力，增加回歸人際及社會系統的意願；在此期中個案再度接受家庭支持，與家人約定每日返家用餐以增加互動時間，重新回歸社會系統。

住院18-23天

知覺

個案：如何避免再次發病？下次如果又發病了要怎麼做？我以後要看哪一位醫生？

護士：個案已有較好的疾病知覺，可準備出院

目標

個案：準備出院

護士：1.準備出院 2.促進疾病覺知的完全建立

護理活動

- 觀察個案行爲，指導性傾聽個案問題

- 再次給予疾病與藥物衛教
- 提供資源，個案隨時可以尋求協助之途徑
- 引導個案作出決定
- 結束護士、病人治療性關係

目標達成評估

個案：「我已經準備好出院了」

「我會按時服藥，回門診追蹤來預防再發病」

「再有這次同樣的症狀時會先打電話給媽媽或醫生護士！請他們幫忙我，對此我不再感到害怕」

護士：個案已重新接受社會與家庭支持，並瞭解藥物及規律返診的重要性，建立疾病覺知，達成目標。

分析

個案重新恢復了自我價值感，對於疾病也有良好的認識，預防再發病及發病時的求助成了最主要的重點，此期個案與護士的目標已經一致，故給予疾病衛教及資訊，重申定期返診及藥物的重要性，促進疾病覺知的完全建立。

結 果

個案經過一個月治療，由原本疾病認知不足抗拒治療及護理人員接觸，擔心疾病標籤化無法有好的人際及社會群體關係，生病後生活功能降低而產生低自尊，轉變為初與護理人員互動與信任增加，繼而接受病人角色與經驗分享，對疾病、自我控制力及自信心、自我價值感增加，並回歸

家庭系統，和最後疾病覺知的完全建立。追蹤個案同年1月23日出院後一年，可定期返門診、病況穩定、服藥及醫囑順從度佳，並主動與護士聯絡，討論病情。

結論與討論

本護理過程利用King理論分析個案因知覺、角色、權力扭曲等造成疾病覺知缺乏，也使得護病間治療性關係互動受到限制，影響治療目標達成。筆者以尊重彼此知覺、瞭解彼此角色期待、釐清病人權力等相關護理活動，有效建立個案疾病覺知，進而使個案接受生病的事實，重建自信心，回歸家庭。

筆者發現在個案受症狀、情緒或其他因素干擾，無法良好溝通時，護理人員僅需給予空間與時間自我思考，使其能以以往之經驗、知識、價值觀等作思考與整理，不急於澄清病人疾病感受，如此正確掌握彼此感受並彼此尊重，可消除雙方之挫折感，增加信任感。此結果與呂和蕭(1996)解決師生互動的方法相同。

以病人的角度來看，個案希望自己是沒有生病的，此時為了防止病人為維持完整自我概念而產生防衛，阻礙了可能的進步，護理人員應避免直接觸及話題，藉由陪伴、保護個案的互動中讓個案瞭解其仍是被關懷的，待個案的感受反應與互動改變，護理人員應把握此時機，調整溝通與互動，以達共同護理目標的設立。

另精神科病人易有預期被標籤化的反應，而住院病人更容易因設限的環境而

有此想法(蘇，2002)；此時護理人員可藉由觀察病人感受及反應來瞭解病人想法，討論對疾病的看法，協助個案尋求事件的真實意義，重新定義對疾病以及權力的認知，使其產生可自我掌控的感覺，以提升自我價值及避免因低自尊造成人際疏離。

精神科臨床工作中，護理人員常因急於解決病人問題，導致個案在認知不足情況下被強迫衛教，而效果不彰(闕、許、陳，2000)；筆者認為King所強調重視並減輕護病雙方的差異，應用於處理臨床問題，對於治療目標的達成有很大幫助。本文實際利用King理論分析與個案間差異，並回饋於護理過程中調整護理活動，解決問題，最後達成促進個案疾病覺知的目標。當然個案的學歷、背景、人格特質及尚未退化之思考功能，也是促使護理成功的原因；因此本理論注重感受與互動交流，對於社會功能較差，意識不清，僵直性，或因疾病情況造成無法有效互動之個案，是否也適用，值得進一步探討，也是本報告的限制。另在運用King理論過程中，所顧及的人性因素、重視病患知覺、強調個案權力與參與，更提醒了護理人員深入評估個案社會背景，角色期待，尊重個案知覺感受，並提供個別化與人性化護理的重要性。

參考資料

丁雁琪(1992)·高學歷精神分裂症患者主觀經驗研究·未發表之碩士論文，臺北：私立東吳大學。

- 杜友蘭(2003)·*護理理論與實務應用*·臺北：華杏。
- 呂雀芬、蕭淑貞(1996)·運用Imogene King理論分析臨床實習之師生互動一個案分析·*護理雜誌*，43(4)，61-66。
- 林耀盛(1999)·*疾病意義、身體意象與認同形式：糖尿病患者社會心理因應歷程*·未發表之博士論文，臺北：國立台灣大學。
- 胡海國(1999)·*精神分裂症：描述性精神病理*·臺北：橘井文化。
- 顏正芳、葉明莉(2003)·*精神分裂症患者之病識感*·精神衛生護理學會第42期會刊。
- 盧美秀、鄭琦、林佳靜著(1998)·*護理理論與應用*·臺北：華杏。
- 關可欣、許玉雲、陳彰惠(2000)·運用King氏目標達成理論分析護病互動·*榮總護理*，17(1)，23-31。
- 蘇逸人(2002)·*疾病覺知、疾病控制信念與社會汙名：精神分裂患者疾病心理適應之心理社會因應模式*·未發表之碩士論文，臺北：國立台灣大學。
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
- David, A. S. (1990). Insight and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- King, I. M.(1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 19-26.
- Laben, J. K., Sneed, L. D., Seidel, S. L. (1995). *Goal attainment in short-term group psychotherapy setting : Clinical implications for practice*. In M. Frey & C. Sieloff (ed.), *Advancing King's system framework and theory of nursing* (pp. 261-276). California: Sage.
- Tomey, A. M.(2002). *Nursing theorists and their work* (5th ed., pp.336-360). Philadelphia: Mosby.

皺眉和微笑都是一個動作表情，何不微笑？

A frown and a smile are both possible. Why not smile?

～靜思語



表一
護理評估結果

概念	個案	護理人員
個人系統		
知覺	我沒生病，可看見書本跳舞、聽見鳥說話，感覺到別人沒辦法感覺到的，旁人都想害我，樓下就選總部的人、鄰居也刻意作弄我，橘子皮是不祥暗號。這裡大家都好奇怪，大家都不會相信我。	個案定向感正確，智力、判斷力表現尚可，意識狀態機警，對外界刺激敏感，戒心重；即時記憶差，注意力不集中，否認幻聽干擾，不覺有病及行為異常，無病識感。以護士本身過去經驗，急性期病人通常症狀干擾嚴重、多疑，無現實感，也較難澄清，因為他生病了。
身體心像	我身體健康，外觀和一般人一樣，生活習慣正常，近來也沒有特殊改變，只是有時熬夜寫作。	個案身高158公分，體重60公斤為標準體重。衣著合宜，自我照顧能力可。外觀多疑、神經質，偶自笑自語。飲食情況正常，每餐進食約1/2伙食量。個案入院前常熬夜，入院時使用藥物協助，平均睡眠時數約7-8小時，排泄情況正常。活動量少，退縮。無其他身體疾病。
自我	富正義感、自尊心強、自信；凡事要做到最好。住院後能控制、決定的事少了，這裡是精神病院，我會不會因此被歧視、看輕、被認為是神經病。我跟他們不一樣。	個案沒有宗教信仰，自我要求高，有自信，自尊強；發病前人生價值觀積極，目前對自我感到挫折，不滿；表現驕傲、固執、封閉、排外、拒絕協助，要求擁有一切自主權。但護士評估其因疾病，需要醫療幫助。
空間	這裡環境很陌生，封閉且不自由，不安全。	病房屬治療性環境，環境單純安全、可減少刺激，並給予適當限制以配合治療。
時間	無特殊改變	無特殊改變
成長發展	我沒有特殊成長或家庭史異常。	發展史正常，未見重大疾病，例行性毒品檢驗呈陰性反應。
人際系統溝通	真的很想讓大家知道我所遭遇都是真的，我知道這有些不合常理，但發時我也有求證過啊！看來大家都不會相信我，我不想再和他們說話，反正都一樣，不如每天睡覺，等著出院。	個案以國語溝通，不斷為自己不現實的想法提出佐證、積極解釋，但簡短回應問題，表情淡漠，言語表達少，對周遭人事物無興趣，避重就輕；肢體表現退縮迴避，少眼對眼接觸。

交流	對於自身感覺提出證據，證明沒病，是唯一要務。	回應個案之問題，猶豫於是否給予個案正確的疾病觀，或只是處理問題行爲。
互動	護士只是陌生人，以前對護士的印象只是發藥打針，不需太重視她	個案言談、社交互動表淺，一問一答被動互動，有時甚至藉故離開。
角色	我是正常人、有用的人。	個案是病人、需要幫忙的人。
壓力及壓力源	外面的人眼光會怎麼看我？會不會被人看輕？我沒有生病！	生病情境，住院環境不適應，陌生的人際互動，自我要求高。
調適	我想離開社交圈及群體，不要再和別人互動，以減少這種不快感。	封閉自我，退縮，獨處。
社會系統組織	我一個人住，不需家人陪伴。做過報社編輯、老師等較高社會階層工作；住院迫使我離開原有社會組織，進入這個環境，這些病人我覺得很害怕，這是低階的陌生組織，一定會影響我以後的位階！	疏離，與家人分開居住，只靠每週少數在家晚餐時間維繫。在職場和同事相處緊張，目前離開原先的社會組織、階級地位，進入醫院單純化的環境，出院後若病情穩定仍可恢復之前的情況。
權力	這裡出入院及進出都不能由我決定，只有照規定服藥、作息。出院後還會這樣嗎？我會喪失所有自主、自由權！	參與病情討論的權力，增加病情控制力。
權威	不會有人重視我，失去階級權威感。	失去階級權威感。
決策	我會因此而失去決定權和能力。	仍具決策力，但需由家屬及醫療團隊評估協助。
狀態	我現在是孤獨的小個體，有時家人的照顧和介入，似乎讓我覺得很親切。	失去自我照顧及認知能力，需家人及醫療團隊協助，回到家庭網。

Applying King's Theory to Establish Psychotic Patients' Awareness of Illness

Shih-Hua Wang · Tsui-Yuang Yang

ABSTRACT

Psychotic patients' awareness of illness affects their treatment and progress. This report described an experience of applying King's theory to establish a fresh psychotic patient's awareness of illness as early as possible. Through personal, interpersonal, social systems assessment, the primary nurse found the patient had distorted perception and role, social right misunderstanding resulted in defect of ill-awareness, that also affected the judgment, and behavior, in addition, caused poor nurse-patient interaction and cure goal attainment. During hospitalization (2003/1/1-23), author analyzed perceptual and thinking difference between each other, clarified patient's expectation and social right. Purposeful interaction approach was implemented to reduce the difference and to build awareness of illness. Consequently, the patient could accept her illness and regain confidence again. Therefore, to examine and respect the different thinking of both the nurse and the patient is important for clinical practices. (Tzu Chi Nursing Journal, 2006; 5:1, 120-130.)

Key words: King's theory, awareness of illness, psychosis.

Received: September 2, 2005 Revised: September 14, 2005 Accepted: October 21, 2005

Address correspondence to: Yang Tsui-Yuang, No.309, Rd. Songde, District Sinyi, Taipei, 110 Taiwan (R.O.C.)

Tel: 886(2)27263141 ext. 1361