

精神病患居家自我照顧現象探討

蕭淑貞¹ 陳賢佳¹

葉櫻媛² 陳杏佳¹ 邱淑貞³

目前精神病患大多回歸社區，自我照顧能力是病患在社會生活成功與否一重要指標。本研究以台灣大學附設醫院、台北市立療養院、省立桃園療養院精神分裂症或情感性疾患，年齡在16~65歲之間，與家人同住的病患共151名為對象，採問卷調查法，探討影響精神疾病個案自我照顧的因素。結果發現：(1)精神分裂症病患之自我照顧執行情形得分較情感性疾患低；(2)「盥洗」之自我照顧情形較其他分向表現佳；(3)「藥物結盟」之依賴程度最高；(4)精神分裂症自我照顧與生病年數、疾病症狀、家庭擔憂感受呈負相關，但與家庭功能、因應效能呈正相關；(5)情感性疾患自我照顧與負性症狀、住院次數、生病年數、家庭擔憂感受呈負相關，但與家庭功能、因應效能呈正相關；(6)與精神分裂症自我照顧執行達顯著相關的變項為負性症狀、家庭因應效能；與情感性疾患自我照顧執行達顯著相關的變項為家庭因應效能。(中華衛誌 1997; 16(6): 478-487)。

關鍵詞：精神疾病，自我照顧。

前 言

精神病患可能受到精神症狀的影響，在日常生活功能，如個人衛生、與家人相處、人際關係、健康認知及健康問題處理能力上皆較正常人差[1-5]，慢性病患甚至需要別人協助照顧其個人衛生[5]。根據Orem的理論，所有的人都需要自我照顧以便於維持健康的生活，當一個人不能由自我照顧來滿足健康

所需時，需依賴家人提供照顧[6]。由於精神患者缺乏病識感、現實感與自我照顧的能力，家屬在其治療過程中，自求醫、決定醫療方式、照顧乃至復健的過程，都需負起病人心理、社會重建的責任。

家屬對精神病患的疾病預後、情緒控制、生活適應等方面均具有重要的影響力[7]。有許多學者認為家屬對精神病患的態度、疾病的看法及個案奇異行為的忍耐力，都可能影響病患適應環境的能力及治療的程度[8]。社區精神病患多與家人同住[3,5]，因此心理衛生專業人員必須評估家屬的問題與需要，積極地提供家屬必要的協助[3]。

本研究以病患自我照顧為家庭面對疾病之適應結果，探討家庭特質對病患自我照顧的影響。主要以蕭淑貞等人[9]之「情境家庭護理模式」為研究架構(圖一)，內容包括：(1)壓力事件：包括疾病診斷、症狀、病程；(2)結構性家庭特質：包括基本資料、家庭發展

¹ 台大醫學院護理系所

² 國立台北護理學院

³ 台北醫學院護理系

聯絡人：蕭淑貞教授

聯絡地址：台北市仁愛路一段一號

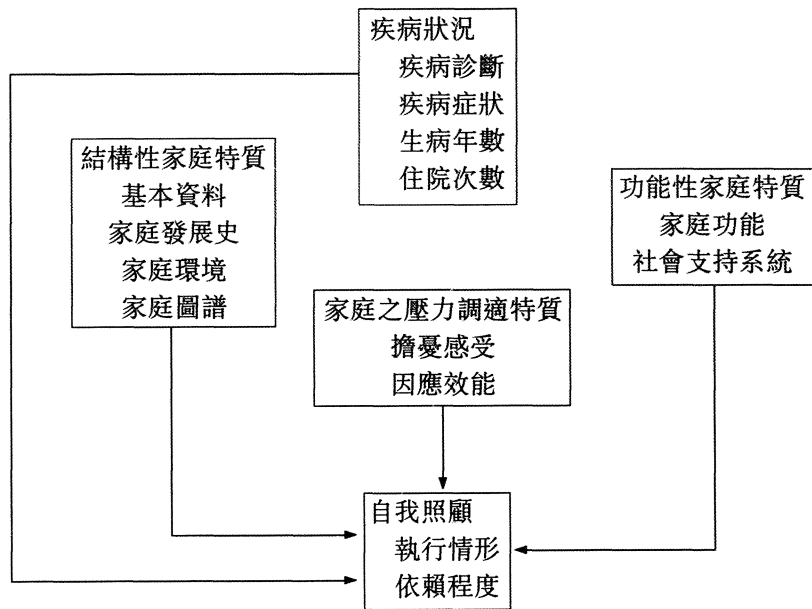
台大醫學院護理系

聯絡電話：(02)341-6547 · 397-0800轉2180

傳 真：(02)341-6547

投稿日期：85年7月30日

接受日期：86年9月18日



圖一 研究架構

史、家庭環境、家庭圖譜；(3)功能性家庭特質：包括家庭功能、社會支持系統；(4)家庭之壓力調適特質：擔憂感受、因應效能。

本研究假設為：(1)精神疾病症狀愈嚴重，病患自我照顧情形愈差；(2)結構性家庭特質影響病患自我照顧情形；(3)功能性家庭特質愈好，病患自我照顧情形愈好；(4)家庭之壓力調適特質愈好，病患自我照顧情形愈好。本研究主要目的為：(1)比較精神分裂症及情感性疾患個案之自我照顧；(2)了解精神分裂症及情感性疾患個案之疾病症狀、結構性家庭特質、功能性家庭特質、家庭之壓力調適特質與自我照顧之關係；(3)了解精神分裂症及情感性疾患個案之結構性家庭特質、疾病症狀、功能性家庭特質、家庭之壓力調適特質對自我照顧變項預測解釋之初步探討。

研究方法

一、研究設計

本研究是採問卷調查法，屬橫斷性研究設計。研究對象為台灣大學附設醫院、台北市立療養院、省立桃園療養院門診或出院且

診斷為精神分裂症或情感性疾患(包括鬱症、躁症)，年齡在16~65歲之間，與家人同住的病患。採立意取樣方式，於八十四年一月至六月，共取得精神分裂症96名，情感性疾患55名。

二、研究工具

本研究以訪談主要照顧者來收集資料，使用的工具如下：

- (一) 結構性家庭特質：包括基本資料、家庭發展史、家庭環境、家庭圖譜
- (二) 疾病狀況：

利用症狀量表來測量，由護理人員訪談主要照顧者，主要照顧者觀察病患近一至二個月症狀情形。量表內容包括活性症狀(妄想、幻覺症狀、說話不連貫、迂迴言語等8題)、負性症狀(不喜歡活動、不喜歡與人接觸、講話少或緩慢小聲或語音單調等6題)、情緒症狀(情緒高昂、憂鬱、睡眠問題、自傷、多話等9題)三部份，以沒有(1分)、輕度(2分)、中度(3分)、重度(4分)來計分。此量表效度採用內容效度檢定，請資深精神科醫師及護理人員，針對問卷內容做專家效度審查。

(三) 功能性家庭特質：包括家庭功能量表、社會支持系統量表

家庭功能量表係蕭淑貞等人[9]參考相關家庭理論、國外文獻及專家意見編制而成。應用該量表訪談結束後，做訪談者間一致度檢定，內在等級相關值(Inter-Class Correlation, ICC)在0.91~0.99之間。將問卷內容進行因素分析，採最大變異數轉換之成份分析法抽取因素，並根據題意共萃取十個家庭功能向度，包括問題解決(3題)、權力決策(3題)、溝通(2題)、情緒(5題)、角色(3題)、夫妻(2題)、健康照顧(6題)、規範(2題)、獨立依賴(3題)、教養(5題)，Cronbach's Alpha值除角色功能為0.64，獨立依賴功能為0.52外，其餘各向度均在0.73~0.92之間。社會支持系統量表係參考戎謹如[10]所編譯之「功能性社會支持量表」而訂定，包含實質性的支持、情感性的支持及訊息性的支持，評估主要照顧者對社會支持系統的來源、需要性及滿意程度。

(四) 家庭之壓力調適特質：包括擔憂感受及因應效能

擔憂感受係指家屬對病患的症狀、治療、與家人相處、人際關係、就業及未來安置六項問題的擔心程度，以極擔心(4分)、中度擔心(3分)、輕度擔心(2分)及無此問題(1分)四點計分。因應效能指家庭對病患問題行為處理的有效性，包括不肯規則服藥、藥物副作用、攻擊、自傷行為、退縮、妄想、幻聽、懶惰、怪異、干擾行為、個人清潔衛生差、睡眠、飲食問題共十三項，訪談者間一致度檢定(ICC)在0.91~0.99之間。

(五) 自我照顧量表

此量表係研究者參考邱淑貞[11]所編製「自我照顧量表」修訂而成，共十六題，測量精神病患自我照顧執行情形及依賴程度。此評估量表由護理人員訪談主要照顧者，主要照顧者主觀認為病患自我照顧情形，採三點計分，分數越高表示自我照顧執行情形越好、依賴程度越高。訪談後將資料進行因素分析，採最大變異數轉軸，主成份分析法萃取出四個因素並根據題意命名，分別為盥洗、社會活動、藥物結盟、家事四向度，Cronbach's Alpha係數在0.71~0.90之間。其中「藥

物結盟」(drug alliance)原為「藥物遵從」(drug compliance)，現今為尊重病患自主權，強調病患與醫療人員之間屬於合作關係，國外漸漸採用「藥物結盟」表示病患與治療之間的關係[12]，故研究者決定使用此名詞代替之。

家庭功能量表、社會支持量表及自我照顧量表效度方面，皆由精神科專業人員、職能治療、社工人員等專家進行專家內容效度的檢定。

三、資料分析

將所收集的資料，以SAS/PC套裝軟體做敘述性統計及變異數分析、T-test、皮爾森積差相關做推論性統計，並用迴歸方程式，預測影響自我照顧之變項。

結 果

一、精神疾病個案之基本資料

基本資料方面：精神分裂症個案男性佔47.9%，女性佔52.1%；年齡介於16~58歲之間，平均34.18歲；平均發病年齡24.55歲，住院次數最多9次，最低1次，平均生病年數9.7年；教育程度以高中(職)最多(44.8%)，大部份目前無工作(63.5%)、未婚單身(64.6%)、在家中是以子女的角色為主(69.8%)。主要照顧者以母親為多數(42.7%)，平均年齡57.07歲，教育程度在小學及以下者最多(35.4%)，大部份有宗教信仰(74.9%)，但很少參加活動(49.0%)。個案之父母為經濟主要支持者(52.1%)，且以家庭社會階層Ⅲ(37.5%)、小家庭(51.0%)、家庭發展階段為「有青年期兒女的家庭兒女可能結婚、就業」、文化種族背景為台閩地區為多數。住家形式以公寓(47.4%)、住宅區(54.7%)為主，大部份家庭住家環境良好，唯自然採光只有62.1%的家庭達到良好的程度。情感性疾患個案男性佔45.5%，女性佔54.5%；年齡18~65歲之間，平均35.23歲，平均發病年齡25.53歲，住院次數最多6次，最低1次，平均生病年數9.31年；教育程度以高中(職)最多(36.4%)，34.5%的個案目前就業，未婚單身者(50.9%)，在家中以子女的角色為主(52.7%)。主要照顧者以

母親為多數(36.4%)，平均年齡54.30歲，教育程度以小學及以下者和高中(職)最多(21.8%)，大部份有宗教信仰(81.5%)，但很少參加活動(55.6%)。個案之父母為經濟主要支持者(38.2%)，且以家庭社會階層III(44.4%)、小家庭(70.9%)、家庭發展階段為「有青年期兒女的家庭兒女可能結婚、就業」、文化種族背景以台閩地區為多數。住家形式以公寓(64.7%)、住宅區(59.8%)為主，大部份家庭住家環境良好，唯自然採光只有73.5%的家庭達到良好的程度。

二、精神分裂症及情感性疾患個案自我照顧之比較結果

自我照顧執行情形評量結果，精神分裂症最高49分，最低18分，平均37.86分，標準差6.60分；情感性疾患最高49分，最低24分，平均41.60分，標準差5.91分；二組得分以t檢定分析後，發現情感性疾患得分高於精神分裂症($t=-3.35$ 、 $p<0.01$)。依賴程度方面，精神分裂症最高42分，最低14分，平均16分，標準差3.81分；情感性疾患最高31.50分，最低14分，平均15.09分，標準差2.73分。精神分裂症；二組得分以t檢定分析後，無顯著差異。自我照顧執行情形各分向比率平均值方面，精神分裂症、情感性疾患以「盥洗」執行情形最好，「社會活動」最差，二組各分向得分以t檢定分析後，只有精神分裂症之「社會活動」執行得分低於情感性疾患($t=-3.64$ 、 $p<0.001$)，其他分向二組無顯著差異。依賴程度各向度比率平均值方面，精神分裂症、情感性疾患皆以「藥物結盟」最高，「社會活動」最低；二組各分向得分以t檢定分析後，只有精神分裂症之「藥物結盟」依賴程度高於情感性疾患($t=2.67$ 、 $p<0.01$)，其他分向二組無顯著差異。

三、自我照顧與疾病症狀、家庭之結構性、功能性、壓力調適特質之相關情形

(一) 自我照顧執行情形之相關因素

精神分裂症個案之自我照顧執行情形與家庭結構性特質變項之關係分述如下：盥洗

執行情形與生病年數呈負相關($r=-0.31$ 、 $P<0.01$)；社會活動執行情形與家庭社會階層呈負相關($r=-0.21$ 、 $P<0.05$)；家事執行情形與個案年齡、發病年齡呈正相關($r=0.28$ 、 $P<0.01$)，個案已婚或再婚之執行分數高於未婚單身者($F=4.97$ 、 $P<0.01$)。

在情感性疾患個案方面，整體自我照顧執行情形與主要照顧者年齡呈負相關($r=-0.30$ 、 $P<0.05$)；社會活動執行情形與個案年齡呈負相關($r=-0.34$ 、 $P<0.05$)，與住家環境呈正相關($r=0.38$ 、 $P<0.01$)，個案為學生或家管之社會活動高於無工作者($F=3.08$ 、 $P<0.05$)；藥物結盟執行情形與住院次數($r=0.36$ 、 $P<0.05$)、生病年數($r=0.36$ 、 $P<0.01$)呈正相關；住家在混合區之個案家事執行分數高於商業區者($F=6.12$ 、 $P<0.01$)。

關於自我照顧與疾病症狀、家庭功能、家庭擔憂感受及因應效能之關係見表一至四。

(二) 依賴程度之相關因素

精神分裂症之依賴程度與家庭之結構性特質變項的關係分述如下：整體依賴程度與個案年齡($r=0.22$ 、 $P<0.05$)、住院次數($r=0.30$ 、 $P<0.01$)、生病年數($r=0.40$ 、 $P<0.001$)呈正相關；盥洗依賴程度與生病年數呈正相關($r=0.26$ 、 $P<0.05$)，與家庭社會階層呈負相關($r=-0.20$ 、 $P<0.05$)；社會活動依賴程度與住院次數呈正相關($r=0.39$ 、 $p<0.001$)；藥物結盟依賴程度與個案年齡($r=0.23$ 、 $p<0.05$)、生病年數($r=0.44$ 、 $p<0.001$)、主要照顧者年齡($r=0.28$ 、 $p<0.01$)呈正相關；家事依賴程度與住院次數呈正相關($r=0.34$ 、 $p<0.01$)，居住在大樓者之得分高於住在透天厝或其他(如違章建築)者($F=2.71$ 、 $p<0.05$)。

在情感性疾患方面，整體依賴程度與病患年齡($r=0.40$ 、 $p<0.01$)、主要照顧者年齡($r=0.27$ 、 $p<0.05$)呈正相關；盥洗依賴程度與個案年齡($r=0.31$ 、 $p<0.05$)、發病年齡($r=0.30$ 、 $p<0.05$)呈正相關；社會活動依賴程度與個案年齡($r=0.41$ 、 $p<0.01$)呈正相關；藥物結盟依賴程度與主要照顧者年齡呈正相關($r=0.41$ 、 $p<0.01$)；家事依賴程度與住家環境呈負相關($r=-0.42$ 、 $p<0.01$)，與家庭社會階層

表一 精神疾病個案自我照顧和依賴程度在疾病症狀之相關分析

變項	精 神 分 裂 症			情 感 性 疾 患		
	活性症狀	負性症狀	情緒行為	活性症狀	負性症狀	情緒行為
自我照顧						
盥洗	-0.29**	-0.55***	-0.33**	-0.08	-0.82***	-0.15
社會活動	-0.30**	-0.73***	-0.20	-0.40**	-0.53***	-0.35**
藥物結盟	-0.23*	-0.11	0.08	-0.17	0.04	-0.09
家事	-0.14	-0.48***	-0.18	-0.19	-0.35**	-0.23
整體	-0.43***	-0.76***	-0.25*	-0.39**	-0.64***	-0.35**
依賴程度						
盥洗	0.31**	0.22*	0.29**	0.40**	0.70***	0.05
社會活動	-0.12	0.35***	-0.08	-0.11	0.51***	0.23
藥物結盟	0.44***	0.50***	0.21	0.17	0.44**	0.06
家事	-0.12	0.14	0.05	0.08	0.13	0.07
整體	0.48***	0.54***	0.21*	0.09	0.76***	0.05

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表二 精神疾病個案自我照顧與家庭功能的相關分析

變項分向	問題解決	權力決策	溝通	情緒	角色	夫妻	健康照顧	規範	獨立依賴	教養(n=30)	整體
精神分裂症											
盥洗	0.17	0.02	0.13	0.18	0.26**	0.18	0.20	-0.00	0.21*	-0.18	0.19
社會活動	0.26*	0.24*	0.34**	0.23*	0.29**	0.24*	0.28**	0.03	0.09	0.34	0.35**
藥物結盟	0.06	0.13	0.10	0.11	-0.06	0.19	0.11	-0.11	-0.11	0.60*	0.11
家事	0.11	0.03	0.19	0.04	0.27**	0.11	0.15	-0.16	0.07	0.31	0.14
整體	0.25*	0.19	0.31**	0.23*	0.29**	0.28*	0.29**	-0.06	0.08	0.49*	0.32**
情感性疾患											
盥洗	0.04	-0.08	0.13	0.28*	0.35**	0.11	0.29*	0.18	0.20	0.17	0.24
社會活動	0.21	0.12	0.26	0.19	0.19	0.13	0.18	-0.12	0.10	0.58*	0.22
藥物結盟	0.01	0.02	-0.12	0.10	-0.20	0.02	0.06	-0.05	0.11	0.42	-0.07
家事	0.16	0.11	0.18	0.41**	0.40**	0.32*	0.23	0.21	0.20	0.02	0.38**
整體	0.17	0.05	0.18	0.36**	0.27*	0.22	0.28*	0.04	0.21	0.49	0.28

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表三 精神疾病個案依賴程度與家庭功能的相關分析

變項分向	問題解決	權力決策	溝通	情緒	角色	夫妻	健康照顧	規範	獨立依賴	教養(n=30)	整體
精神分裂症											
盥洗	-0.05	-0.09	-0.06	-0.07	0.09	-0.09	0.11	0.16	0.09	0.25	-0.06
社會活動	-0.12	-0.16	-0.13	-0.06	-0.17	0.02	-0.06	0.04	-0.10	-0.49*	-0.15
藥物結盟	-0.17	-0.26*	-0.11	-0.27*	-0.24*	-0.19	-0.26*	-0.06	-0.20	-0.60*	-0.30**
家事	0.08	0.00	0.03	0.04	0.05	0.16	0.01	0.04	0.09	-	0.03
整體	-0.17	-0.24*	-0.15	-0.15	-0.24*	-0.17	-0.22*	0.08	-0.12	-0.41	-0.26*
情感性疾患											
盥洗	0.01	-0.06	-0.03	-0.32*	-0.09	-0.14	-0.08	-0.01	-0.16	-	-0.14
社會活動	-0.09	-0.04	-0.18	-0.08	-0.28*	-0.25	-0.08	-0.02	-0.27*	0.20	-0.19
藥物結盟	-0.19	-0.14	-0.20	-0.26	-0.04	0.06	-0.26	-0.15	-0.19	-0.10	-0.23
家事	-0.20	-0.07	-0.22	-0.34*	-0.42**	-0.16	-0.18	-0.21	-0.35*	-	-0.34*
整體	-0.18	-0.13	-0.29*	-0.27*	-0.37**	-0.18	-0.27*	-0.05	-0.22	0.06	-0.32*

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表四 精神疾病個案自我照顧和依賴程度在家庭的調適之相關分析

變項	精神分裂症		情感性疾患	
	擔憂感受	因應效能	擔憂感受	因應效能
自我照顧				
盥洗	-0.06	0.44***	-0.24	0.57***
社會活動	-0.19	0.53***	-0.12	0.53***
藥物結盟	-0.02	0.30**	-0.16	0.27*
家事	-0.05	0.42***	-0.30*	0.40**
整體	-0.13	0.66***	-0.31*	0.69***
依賴程度				
盥洗	0.02	-0.27**	0.27*	-0.47***
社會活動	0.02	-0.17	-0.12	-0.18
藥物結盟	0.09	-0.36***	0.08	-0.35*
家事	-0.05	0.01	0.03	-0.23
整體	0.03	-0.39***	-0.03	-0.41**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

呈正相關($r=0.32$ 、 $p<0.05$)。

依賴程度與疾病症狀、家庭功能、家庭擔憂感受及因應效能之關係見表一至四。

四、自我照顧的執行情形與依賴程度之預測因子

本研究是探討精神分裂症、情感性疾患個案自我照顧之重要預測變項，以個案年齡、主要照顧者年齡、住院次數、活性症狀、負性症狀、家庭功能、因應策略為自變項，先進行共線性分析，確定自變項間無共線性存在後，將上述變項作為預測變項，分別以自我照顧之「執行情形」和「依賴程度」為依變項，進行逐步迴歸分析。由表五的結果發現，影響精神分裂症個案自我照顧執行情形的重要預測變項為負性症狀、家庭因應效能，解釋量可達到66.26% (調整後為65.28%)，其中負性症狀有較大的預測力。影響情感性疾患個案自我照顧執行情形的重要預測變項為家庭因應效能、負性症狀(表六)，

解釋量可達到64.14%(調整後為62.14%)，其中家庭因應效能有較大的預測力。

依賴程度方面，影響精神分裂症個案依賴程度的重要預測變項為負性症狀、住院次數(表七)，解釋量可達到43.13%(調整後為41.48%)，其中負性症狀有較大的預測力。影響情感性疾患個案依賴程度的重要預測變項為負性症狀與個案年齡(表八)，解釋量可達到69.06%(調整後為67.34%)，其中負性症狀有較大的預測力。

討 論

精神病患除疾病本身會造成自我照顧能力退化，隨著年齡漸長，身體功能亦漸退化，造成生理性、社會性、健康性自我照顧能力漸低，依賴家屬的程度也增加[3,13,14]。精神分裂症病患疾病症狀與自我照顧的執行情形有高度相關，許多研究亦有相同結果[4,11,15-18]，不僅影響病患個人衛生照顧能力[2,5]，亦會影響病患服藥的遵從性[19]。精

表五 精神分裂症個案自我照顧執行情形的逐步迴歸分析之結果

步驟	變項	R ²	R ² 增加量	F值	B	β	t值
1.	負性症狀(X ₁)	0.5926	0.5926	101.84***	-0.8221	-0.5971	7.15***
2.	家庭因應效能(X ₂)	0.6626	0.0700	14.31***	0.2743	0.3159	3.78***

***p<0.001

表六 情感性疾患個案自我照顧執行情形的逐步迴歸分析之結果

步驟	投入變項	R ²	R ² 增加量	F值	B	β	t值
1.	家庭因應效能(X ₁)	0.5095	0.5095	38.43***	0.4420	0.4516	3.67***
2.	負性症狀(X ₂)	0.6414	0.1319	13.24***	-0.7981	-0.4479	-3.64***

***p<0.001

表七 精神分裂症個案依賴程度的逐步迴歸分析之結果

步驟	投入變項	R ²	R ² 增加量	F值	B	β	t值
1.	個案負性症狀(X ₁)	0.3402	0.3402	36.10***	0.3094	0.5749	6.33***
2.	住院次數(X ₂)	0.4313	0.0910	11.04**	0.3861	0.3018	3.32**

p<0.01 *p<0.001

表八 情感性疾患依賴程度的逐步迴歸分析之結果

步驟	投入變項	R ²	R ² 增加量	F值	B	β	t值
1.	個案負性症狀(X ₁)	0.6452	0.6452	67.29***	0.6500	0.7207	7.25***
2.	主要照顧者年齡(X ₂)	0.6906	0.0454	5.28*	0.0705	0.2284	2.30*

*p<0.05 ***p<0.001

精神分裂症日常生活盥洗方面自我照顧的情形最好，社會活動方面最差，與鄭氏研究結果類似[3]，顯示社區病患之生活衛生習慣是他們表現較好的一項，然而社會生活適應傾向於退縮孤僻。就整體而言，情感性疾患的病程雖然比精神分裂病來得短，但是也有一些憂鬱症患者的症狀持續更長更久。研究發現情感性疾患負性症狀愈嚴重，自我照顧能力愈差，憂鬱症不僅影響病患情緒、認知、身體、行為，亦會對患者工作、社交層面其症狀所帶來的退縮及社會孤立問題引起[20]。

社區精神分裂症病患之日常生活功能狀況、社區適應力(如：自我照顧、人際適應與就業狀況)均較情感性精神疾患差[2,21]，本研究亦有相同的發現，顯示自我照顧障礙是精神分裂症的特點之一。精神分裂症藥物結盟依賴程度高於情感性精神疾患，因家屬為了避免再度受到精神症狀的干擾，大多能監督病患服藥[11,13,19]。家屬對於疾病的處理能力，會影響病人對藥物遵從性[22]，研究發現病患出院後未繼續服藥的部份原因是家屬對疾病錯誤的認知，認為不需要用藥及治療[3]。大多數精神病患家屬希望對疾病有較多

的了解[23,24]，因此若同時衛教病患及其家庭成員，會增加病患的遵從性及減少再發率[25]。

以家庭的功能來說，家庭功能愈好，病患盥洗及社會活動情形愈好，藥物結盟依賴程度愈低，與邱氏研究結果相同[11]。林氏針對憂鬱症患者家庭功能研究，發現憂鬱症家庭與一般家庭在溝通、問題解決、角色運作、情感反應、一般功能等向度有明顯的障礙[20]。因時代潮流趨向精神病回歸社區，病患在家庭中的時間日益增加，若家庭中成員彼此溝通不良、權力分配及角色不清、情緒無法得到支持、健康照顧功能不足，病患在家庭中很難得到妥善的照顧，會使病情更加惡化[20]。因此護理人員家訪時，除評估病患本身的症狀、自我照顧的情形外，仍需重視整體家庭功能之評估，才能協助病患在社區中得到最好照顧，減少再住院率。在家庭對疾病的擔憂感受方面，Jacob等針對憂鬱症病因衛教照顧者，增加照顧者對病因的認知，發現確實可減輕成員負荷，並幫助病患的主要照顧者來支持病患[26]。因此醫療人員提供家屬對病患疾病症狀處理的資訊，滿足

家屬的需求，有助於家庭對疾病的因應效能，減輕對疾病的擔憂感受，亦可增進病患自我照顧的能力。

在迴歸分析中，負性症狀對精神病患自我照顧執行及依賴程度有較大的影響，國外許多文獻亦提到負性症狀會促使精神分裂症病患在社會及其他正常功能的缺失[14,16]，亦會使情感性疾患個案日常生活功能減低。因此為了提昇病患自我照顧，達到良好的生活品質，除了協助病患自我照顧的訓練外，亦可從改善病患的負性症狀及家庭因應兩方面著手。然而負性症狀對抗精神病藥物的反應差，單靠藥物治療並不能提昇病患社會功能，需藉著心理社會治療與復健方能協助病患在社會中適應，另外再加上醫護人員給予家屬衛教，增進處理病患症狀的能力，可幫助家屬面臨混亂且無法控制的過程，減少因精神疾病帶給家庭的衝擊。

當精神病患病程逐漸慢性化，自我照顧情形差，需仰賴家屬照顧，帶給家屬相當大的負擔。家屬可以成為照顧病人的一個有效資源，但必須先滿足家屬的需要，因為當家屬個人需要未能獲得滿足時，無法參與病人治療、照顧工作。因此，若能增強衛教家屬對精神疾病的認知及處理病患的問題行為，可減少病患家庭的壓力，亦可減少病患的再發率，促進病患及其家屬的生活品質。

誌 謝

感謝臺灣大學附設醫院、台北市立療養院及臺灣省立桃園療養院三家醫療院所行政上的協助，及臺大醫院黃瑞媛護理長等人，市立療養院陳美雲主任等人，臺灣省立桃園療養院廖金枝督導等人參與討論及訪視，更感謝所有接受訪視的家庭，使本研究能順利完成，祝福他們平安、喜樂。

參考資料

1. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale--an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrom.

Schizophrenia Bulletin 1984; **10**:388-389.

2. 褚增輝、鄭南鵬、劉偉民、郭月卿：精神病人的日常生活功能狀況研究。中華心理衛生學刊 1985; **2**:47-57。
3. 鄭泰安：臺灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究。中華心理衛生學刊 1985; **2**:117-133。
4. 黃心樹：機構內短期及長期住院精神分裂病患自我照顧能力的比較研究〔未發表碩士論文〕。高雄：私立高雄醫學院護理學研究所，1993。
5. 胡海國、林憲、陳建仁、張素鳳、黃梅羹、葉玲玲：台灣地區精神科住院病患的個人家庭與臨床研究。中華精神醫學 1995; **9**:16-31。
6. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. New York: Mosby-Year book Inc., 1991.
7. 劉蓉台：病患家屬：治療過程中的關鍵人物。臺北市立療養院民國七十五年年報 1986; **4**(1):25-42。
8. Kreisman DE, Joy VD. Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. Schizophrenia Bulletin 1974; **10**:34-54.
9. 蕭淑貞、邱淑貞、楊秋月、黃瑞媛、吳麗萊、陳美雲：家庭健康護理評估量表之建立及應用於精神病患之初步結果。護理雜誌 1995; **42**:25-37。
10. 戎瑾如：老年精神官能症患者之自我照顧能力、社會支持系統與社會功能適應狀況的相關性探討(未發表碩士論文)。台北：國立台灣大學護理學研究所，1993。
11. 邱淑貞：社區精神分裂症患者家庭功能與自我照顧之相關性(未發表碩士論文)。台北：國立台灣大學護理學研究所，1994。
12. Fawcett J. Compliance: definitions and key issues. Journal of Clinical Psychiatry 1995; **56**(supp 1):4-8.
13. 郭世音、周照芳：出院後能來門診就醫之精神病人對其病情的認知與疾病照顧情況

- 之調查。護理雜誌 1985; **32**:75-87。
14. Sommers I. The influence of environmental factors on the community adjustment of the mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1988; **176**:221-226.
 15. Blackwell B. Treatment adherence. *The British Journal of Psychiatry* 1976; **129**:513-531.
 16. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The social functioning scale-the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1990; **157**:853-859.
 17. Halford WK, Hayes RL. Social skills in schizophrenia: assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; **30**:14-19.
 18. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1990; **47**:228-236.
 19. 楊美賞：精神科門診病人未按醫囑服藥相關因素之探討。護理雜誌 1984; **31**:47-53。
 20. 林美珠：憂鬱症患者家庭功能之研究(未發表碩士論文)。台北：東海大學社會工作研究所，1991。
 21. 高麗芷：精神病患社區適應力之探討。中華心理衛生學刊 1987; **3**:1-7。
 22. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 1990; **4**:99-107.
 23. 劉杏元：精神病患家屬自評需要與其護理人員評估家屬需要之差異性及其相關因素探討(未發表碩士論文)。台北：國立台灣大學護理學研究所，1994。
 24. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1994; **20**:557-566.
 25. Mulaik JS. Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients. *Mental Health Nursing* 1992; **13**:219-237.
 26. Jacob M, Kupfer DJ, Carpenter LL. Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *J Clin Psychiatry* 1987; **48**:395-400.

THE PHENOMENA OF SELF CARE FOR PSYCHOTIC PATIENTS IN COMMUNITY

SHU-JEN SHIAU¹, HSIEN-CHIA CHEN¹,
YING-YUNG YEH², SHING-CHIA CHEN¹, SHU-JEN CHIOU³

The purpose of this study was to explore the factors influencing the self-care performance and self-care dependence for the patients with schizophrenia or mood disorder in community. Subjects were chosen by convenience sampling from National Taiwan University Hospital, Taipei City Psychiatric Center and Provincial Tau-Yun Psychiatric Center. One hundred and fifty-one questionnaires were completed. The result revealed: (1)the self-care of schizophrenic patients was worse than that of manic-depressive patients. (2)Self-care performance of personal hygiene by these patients was better than other factors. (3)The degree of dependence on drug alliance was higher than other factors. (4)Factors influencing self-care

of schizophrenic patients included patients' age, the symptoms of the disease, degree of concerns regarding their illness, family function and the effect of the coping behavior. (5)Factors influencing self-care of mood disorder patients included the number of hospitalization, the duration of the disease, the negative symptoms degree of concerns regarding their illness, family function and the effect of the coping behavior. (6)The negative symptoms and the effect of coping were significant correlated with self-care of schizophrenic patients. The effect of coping were significant correlated with self-care of mood disorder patients. (*Chin J Public Health. (Taipei): 1997; 16(6): 478-487*)

Key word : *psychotic disorder, self-care .*

¹ School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University.

² National Taipei College of Nursing.

³ School of Nursing, Taipei Medical College.