

精神分裂病青年及母親對生活適應的態度研究

鍾寶珠¹ 蕭淑貞²

本研究係以訪談方式收集資料，瞭解社區生活的21位病患組精神分裂病青年患者及母親和21位對照組一般青年及母親對「家庭生活」、「交友」、「求學或工作」三方面之「生活適應」態度。訪談記錄經內容分析與類統計推論處理，主要研究發現：

- 一、由兩組青年提到使用的八種因應態度，可歸納出「因應策略」和「社會化趨勢」兩個雙極性向度，形成四類因應型態。
- 二、兩組比較下，病患組青年使用(a)因應型態偏向於「衝突性」的社會化趨勢，(b)因應態度偏向於反抗家人，隨性而為。
- 三、由兩組母親提到使用的九種教養態度，歸納出「教養行為」和「教養重心」兩個雙極性向度，形成四類教養型態。
- 四、兩組比較下，病患組母親使用(a)教養型態偏向於「父母導向」，(b)教養態度偏向於服務代勞和指責要求。(中華衛誌 1995；14(3)：256-267)

關鍵詞：1. 精神分裂病 2. 適應

前言

青年期起自性生理成熟訖於心智與社會成熟，前後約10年時間[1]，除本身急速生長外，更能抽象思考、確立前途意向，嚐試控制情緒，減少對父母依賴，積極拓展社交，致力工作為自己負責，履行權力與義務，成為社會接納獨立自主個體[2]。青年在適應社會，取得與外界環境互動平衡的過

程，常有課業與學習、升學與就業、自我的認識、社交與娛樂、與別人關係等適應問題[3,4]。其中人際關係與課業困擾，有以自己處理、立刻解決、面對問體和責怪自己為因應[3]。對於學校和事業選擇、工作升遷、婚姻等主題，青年常用：與人討論、尋求資訊、幽默、忙碌與忘記、針對問題解決…等10種因應方法幫助自己適應[5]。

正臨青年期的精神分裂病患者，不僅面對成長發展的困境[6]，尚須克服疾病的干擾，因此青年病患生活適應的問體不僅不容忽視，甚至與一般青年是否有別？皆是重要問題。文獻指出目前精神藥物治療下，尚有40-60%病患處於不同程度的自我照顧、社交和工作等社會功能障礙[7]。而在目前短期住院治療趨勢下，病患於急性症狀解緩後，儘速返回社區接受門診追蹤治療[8]。病患在社區生活適應問題則愈顯重要。研究[9]呈現出病患在社區生活重要問題不外乎疾病的因應、復建(工作、訓練、求學)、社

¹ 私立美和專校護理科講師

台大護理研究所碩士

² 台大醫學院護理學研究所副教授兼台大醫院副主任

美國華盛頓大學護理哲學博士

聯絡人：鍾寶珠 美和專校

屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

(08) 7799821

收稿日期：83年8月

接受日期：84年3月

會活動、獨立生活等。因此醫院的復建治療也以此為重點[10]。

在社區生活的病患，母親通常是主要照顧者[11]。而照顧者高度情緒表達的態度，不僅提高疾病復發率[12]，也可能使病患出現，類似機構化現象[9]，嚴重妨害病患回歸社會的成功率。而從一般的母親教養態度對子女人際關係、家庭適應、社會技巧的影響，也同樣看出母親態度對子女生活適應的重要性[13,14]。至於病患青年與一般青年母親對子女的態度有何異同？卻無法得知。因此本研究目的包括：

- 一、精神分裂病青年患者與其母親對「生活適應」的態度。
- 二、一般青年與其母親對「生活適應」的態度。
- 三、精神分裂病青年患者和一般青年與其母親對「生活適應」態度之異同。

研究方法

一、研究對象：

本研究以立意取樣方式，篩選病患組的精神分裂病患者與其母親後，尋找病患組青年性別相同年齡相差正負一歲以內，同屬一教育階段的一般未婚青年與其母親，為對照組研究對象。

二、研究工具：

為自編半結構性的「生活適應訪談指引」，編製過程如下：

(一)病患家庭團體經驗中延伸問題

訪談指引初稿擬定，取自蕭淑貞[15]衛生署研究報告「青年精神分裂症病患與其母親參予“家庭壓力調適”之團體」其中青年病患與母親提到有關日常生活、工作、交友方面的關心事件。

(二)相關文獻的參考中釐定範圍

Fallon等人[9]指出，回歸社區精神分裂病患者，生活適應主要壓力來自於家庭生活的處理和人際方面的問題。國內李文瑄等人[10]也提出個人衛生、休

閒活動、社交技巧、工作態度、能力、服藥順從性與精神病患者社會適應功能關係密切。

為求內容的一致性，決定排除服藥問題而以家庭生活、交友、工作或求學三方面為主。並參考Wallace [16]的慢性精神病患社會功能六項獨立生活技能評估量表中的飲食、修飾裝扮、居家和休閒活動、金錢管理問卷內容，增修訪談指引的子題。

(三)專家效度及預測中確立訪談指引

前述內容經精神醫學及護理專家的效度鑑定，二位受訪者的預試。反覆修訂，始編製完成一式二份的訪談指引，其一「青年適用」其二「母親適用」。

三、資料收集

民國79年11月至80年4月間，依受訪者意見安排個別會談情境，除徵得同意現場記錄外，於結束訪談四小時內及下一位訪談前完成記錄。平均訪談時間為100分鐘，最長為210分鐘，最短為60分鐘。

四、資料分析

(一)分析單元的建立

本研究以題目(theme)為內容分析單元，每單元含「生活適應的子題」和「態度」二向度。

(二)內容分析的過程

以恆常比較與歸納法為分析原則。第一階段：原始資料意義的呈現。自反覆比較訪談記錄中確認分析單元及意義。第二階段：類目的建立。系統性比較、歸類已確認分析單元的意義，意義相同者成一類目。參考文獻賦予名稱，並形成操作性定義。第三階段：概念架構的形成。比較和歸納所有類目的意義，發展概念名稱，統整後形成概念模式。

(三)類統計推論

依據分析單元與類目的操作性定



義，將記錄編碼。一份記錄中，先後出現分析單元的二向度編碼皆相同時，謹計一次。統計比較所有態度類目出現的頻率，歸納主要異同。

(四) 資料分析的信度考驗

1. 評分者本身信度

類目及操作性定義經五位專家效度考驗後，研究者自行資料分析，一個月後，隨機取四份，重覆分析。根據兩次結果的平均相互同意度，求出青年部份評分者本身信度為 $\cdot 90$ ，母親部份為 $\cdot 92$ 。

2. 評分者間信度

研究者與另一位評分者對同一訪談記錄作內容分析，依據上述內容分析之信度計算公式[17]求出評分者間信度，青年部份是 $\cdot 74$ ，母親部份是 $\cdot 87$ 。

結 果

一、基本資料

(一) 青年部份

如表一，兩組平均年齡22.0和22.4歲。教育程度以高中為主，兩組主要差異：病患組僅11位畢業，3位就學外，餘者非退學即休學。對照組則4位尚就學外，其餘皆已畢業。就業方面，病患組半數以上屬斷續就業及無業狀況，對照組則無此現象。病程最短者為10個月，離院日數最短的是3個月。

(二) 母親部份

兩組母親教育程度以小學為主。病患組全職家庭主婦者較少。(見表二)

二、訪談資料的質性描述

(一) 青年對「生活適應」的態度

1. 因應態度

兩組青年的態度自述內容中對問題、需求所作的各種努力，相當因應的行為表現，故稱之因應態

表一：病患組、對照組青年基本資料(每組：21人)

統計項目 資料項目	人數(%)	
	病患組	對照組
性別		
男性	12 (57)	12 (57)
女性	9 (42)	9 (42)
年齡		
≤ 19 歲	4 (19)	4 (19)
20-24歲	8 (38)	9 (42)
≥ 25 歲	9 (42)	8 (38)
出生序		
長子	3 (14)	9 (42)
長女	5 (23)	5 (23)
非長子女	11 (52)	7 (33)
教育程度		
國中	1 (4)	1 (4)
高中	15 (71)	15 (71)
五專	3 (14)	3 (14)
大學	2 (9)	2 (9)
就業狀況		
無業	7 (33)	1 (4)
斷續性就業	4 (19)	17 (80)
持續性就業	4 (19)	3 (14)
就學中	6 (28)	
疾病診斷		
邊緣型精神分裂症	1 (4)	
青春型精神分裂症	5 (23)	
妄想型精神分裂症	10 (47)	
未分化型精神分裂症	4 (19)	
僵直型精神分裂症	1 (4)	
病程		
4年以上—5年之間	2 (9)	
3年以上—4年之間	2 (9)	
2年以上—3年之間	5 (23)	
1年以上—2年之間	10 (23)	
≤ 1 年	2 (9)	
離院日數		
未曾住院	12 (57)	
3年以上	3 (14)	
1年以上—2年以內	2 (9)	
≤ 1 年	4 (19)	

表二：病患組、對照組母親基本資料(每組：21人)

統計項目 資料項目	人數(%)	
	病患組	對照組
年齡		
40-49歲	13 (61)	11 (52)
50-59歲	9 (42)	10 (47)
60歲以上	1 (4)	
教育程度		
無	2 (9)	1 (4)
小學	11 (52)	18 (85)
國中	4 (19)	1 (4)
高中以上	4 (19)	1 (4)
工作性質		
在家工作	5 (23)	4 (19)
出外工作	11 (52)	7 (33)
家庭主婦	5 (23)	10 (47)
子女數		
2個孩子	2 (9)	5 (23)
3-4個孩子	16 (76)	13 (61)
5個以上孩子 (含病患本身)	3 (14)	3 (14)

度。(見表三)病患組比對照組多提出「迴避排斥」的因應態度。

2. 因應型態

由青年「生活適應」因應態度，歸納出兩個共同概念，即：「因應策略(積極行動—情緒調節)」和「社會化趨勢(和順—衝突)」，此二向度垂直相交，並形成一含四類因應型態之概念架構。(見圖一)

(二)母親對子女「生活適應」的態度

1. 教養態度

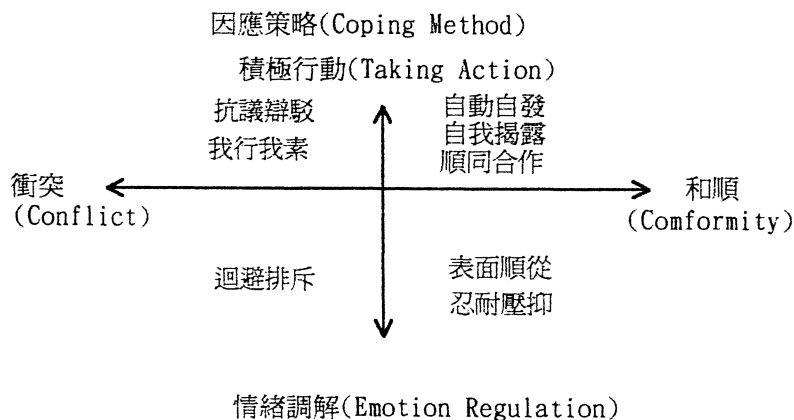
兩組母親對子女的問題、需求，提供的各種服務、照顧及教導、要求，都是一種教養的行為表現，故稱之教養態度(見表四)。病患組比對照組多提到「過度保護」和「越俎代庖」二種教養態度。

2. 教養型態

由以上教養態度歸納出，兩個共同概念，即：「教養行為(要求—照顧)」和「教養重心(子女導向—父母導向)」此二向度垂直相交下形成一含四種教養型態的概念架構。(見圖二)

表三：病患組、對照組青年的因應態度與其操作性定義

應態度	操 作 性 定 義	病患組	對照組
自動自發	以社會允許方式，自動設法處理飲食、金錢、身體清潔、休閒娛樂、人際互動、求學或工作方面的需求、困難。	✓	✓
自我揭露	向他人或神明傾訴需求、困難、意願、情緒感受，以祈被瞭解支持或協助。	✓	✓
順同合作	樂於接受安排、教導、或與對方共事。	✓	✓
抗議辯駁	用語言批判、反駁對方，以示拒絕、排斥對方要求、照顧。	✓	✓
我行我素	自行其事，未因對方的批評、要求或憤怒而改變。	✓	✓
迴避排斥	從未期待或認定無法被瞭解、接受，而故意避開溝通、相處機會，以示排斥對方。	✓	
忍耐壓抑	強忍不滿的安排、不作任何處理或解釋。力求和諧的關係。	✓	✓
表面順從	找藉口或方法敷衍對方的要求，避免和對方衝突。	✓	



圖一、因應型態

註：

積極行動：指針對事情採克服困難、尋求支援、遵守指導、表達意見、完成任務的行動者。

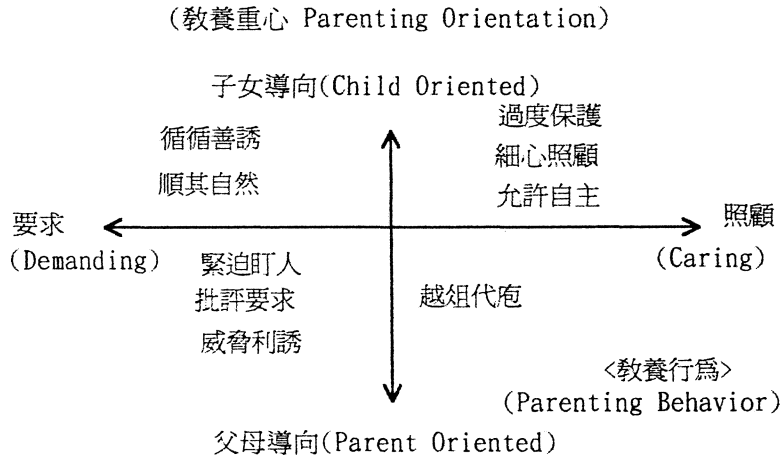
情緒調節：指未能針對事情，採取解決的行動。僅力求迴避、容忍和調整本身情緒而已。

和順：指行動方式傾向於和家人、社會，維持一種和諧的互動關係。

衝突：行動方式傾向於排斥家人、社會，與家人、社會間成對立關係。

表四：病患組、對照組母親的教養態度及其操作性定義

教養態度	操 作 性 定 義	病患組	對照組
過度保護	戰戰兢兢地注意本身言行，避免刺激或惡化子女情緒，忍耐其不適當的行為，以示關愛。	✓	
細心照料	依子女的好惡、習慣、能力，主動供其飲食、錢、課業學習等各項需求，解決困難，增進人際互動。	✓	✓
允許自主	信任子女行為能力，安心任其自行處理其本身事務。	✓	✓
循循善誘	依子女的能力及心理需要，以說明鼓勵、示範合作方式，引導其解決問題應有之言行舉止。	✓	✓
順其自然	非強制性的要求子女表現或停止某特定行為。	✓	✓
緊迫盯人	以跟蹤、查詢或旁敲側擊方式掌握子女的言行舉止。	✓	✓
批評指責	否定子女的知覺、動機和價值觀，要求出現或停止某特定行為。	✓	✓
威脅利誘	企圖以愛、物質、機會的給予來剝削，左右子女行為或預示懲罰、迫其就範。	✓	✓
越俎代庖	不顧子女的意願、興趣，徑自為子女決定或安排發展意向。	✓	



圖二、教養型態 (Parenting Patterns)

註：

照顧：以服務代勞、給予自主機會方式，協助或參與子女活動者。

要求：給予子女協助時，偏向於給意見、教導、指示者稱之。

父母導向：以父母期望為教養的關注焦點，忽視子女的意願。

子女導向：以子女意願為教養的關注焦點。

三、訪談資料的類統計推論

(一) 青年對「生活適應」態度的分佈趨勢

1. 因應型態

見表五，病患組在大多數子題裡，提到的態度屬於「和順性」類別因應型態者，少於對照組。屬於「衝突性」類別因應型態者，人數則多於對照組。即青年病患無法與家人、社會和諧相處者多於一般青年。

2. 因應態度

見表五，對照組除“家事”“參予家人活動”外，餘子題皆以「自動自發」人數最多。

相反的，病患組僅於“身體自潔”方面「自動自發」者較多外，其餘子題以「我行我素」人數較多。交友方面，病患組青年較少自動性，且較多人際「衝突」與「排斥」。

(二) 母親對「生活適應」態度的分佈趨勢

1. 教養型態

見表六，對照組以「子女導向的照顧」教養型態人數最多。病患組除部份子題屬於「子女導向的照顧」人數最多外，其餘以「子女或父母導向的要求」二類人數為多。

兩組比較下，病患組屬於「父母導向」類教養型態人數，比對照組多。

2. 教養態度

見表六，對照組除“飲食方面”外，其他以「允許自主」人數最多。病患組僅“身體清潔”與“維持友誼”方面「允許自主」人數較多，其餘則否。兩組比較下，病患組不僅「緊迫盯人」、「批評要求」、「威脅利誘」人數較多。且多出對照組未曾提到之「過度保護」「越俎代庖」。即病患組母親較少讓子女自主，較多意見、要求、監督及保護。

表五：病患組、對照組青年對「生活適應」的因應型態與因應態度 (每組：21人)

適應問題類別	受訪者		和順性積極行動						衝突性積極行動						衝突性情緒調節		和順性情緒調節	
			自動自發		自我揭露		順同合作		抗議辯駁		我行我素		迴避排斥		忍耐壓抑		表面順從	
	反應人次		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
			5	17	10	7	10	15	5	0	11	2	1	0	2	0	2	2
家庭	獲得適當的飲食		13	21	2	4	8	9	2	1	6	0	0	0	1	0	5	1
生活	維持身體清潔舒適		9	19	8	6	8	11	6	0	13	2	2	0	4	1	2	7
生活	獲得適當休閒娛樂		4	19	13	10	10	5	3	0	6	0	0	0	1	0	0	1
問題	適當金錢支配		2	13	0	0	13	16	2	0	4	1	0	0	0	3	5	7
	協助家事		3	19	13	20	15	12	15	4	10	0	5	0	6	6	8	10
	參予家人活動		6	15	1	6	3	0	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0
交友	認識朋友		5	20	14	18	11	17	5	3	5	0	4	0	5	9	2	5
問題	維持友誼		5	17	3	3	5	2	3	0	8	0	0	0	5	9	2	3
前途	確定前途意向		1	6	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0
展望	參予課室活動		3	6	1	2	0	0	2	0	8	1	0	0	1	1	1	0
求學	課業考試準備		2	15	1	0	8	5	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
或工	尋獲工作		3	16	0	9	5	10	0	0	4	0	0	0	1	1	0	0
作	維持工作																	
註明	A: 病患組 B: 對照組																	

表六：病患組、對照組母親對子女「生活適應」的教養型態與教養態度 (每組：21人)

適應問題類別	受訪者 反應人次	子女導向的照顧型態						子女導向的要求型態						父母導向的要求型態						父母導向 照顧型態	
		過度保護		細心照料		允許自主		循循善誘		順其自然		緊迫盯人		批評要求		威脅利誘				越	組代
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B				
																				A	B
家庭生活問題	獲得適當的飲食	3	0	11	15	3	13	8	6	2	6	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
	維持身體清潔舒適	1	0	4	0	15	20	8	10	7	7	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0
	獲得適當休閒娛樂	9	0	13	11	6	15	12	9	11	13	4	2	11	2	4	2	1	0	1	0
	適當金錢支配	5	0	14	10	9	20	7	6	2	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0
生活問題	協助家事	1	0	11	15	5	13	6	1	9	10	1	0	10	0	1	0	0	0	0	0
	參予家人活動	6	0	9	5	7	18	14	6	9	7	7	1	13	0	2	0	2	0	2	0
	認識朋友	0	0	1	1	5	16	8	9	4	8	1	4	8	0	1	0	1	0	1	0
交友問題	維持友誼	1	0	7	6	9	18	6	14	5	1	5	2	7	0	1	0	3	0	3	0
	確定前途意向	1	0	1	0	4	14	0	4	6	5	0	1	6	0	2	0	5	0	5	0
前途展望	參予課室活動	0	0	1	0	1	3	0	1	3	0	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0
	課業考試準備	0	0	1	5	2	5	0	1	5	2	2	0	7	2	0	1	0	0	0	0
求學或工作	尋獲工作	1	0	2	2	3	11	2	6	3	3	0	0	6	0	0	0	5	0	5	0
	維持工作	3	0	6	2	3	15	9	12	7	4	2	2	3	1	1	0	0	0	0	0
註明		A: 病患組 B: 對照組																			

討 論

一、精神分裂病青年與一般青年對「生活適應」的態度

(一) 青年因應型態概念架構和相關文獻比較

本研究歸納形成的應型態概念架構，其中『因應策略』向度含『積極行動』與『情緒調節』兩極現象，如 Lazarus & Folkman [18]提到：「因應是指個人針對內外需求做認知和行為改變的現象，依功能而分為問題焦點及情緒焦點二類因應策略。前者針對問題解決，後者則包括迴避、容忍、遺忘等方法。」

架構之另一向度為『社會化趨勢』，包含『和順』與『衝突』二極，符合 Lazarus & Folkman 所謂：「個人必須在『本身需求』與『社會需求』間，不斷調整以求生存之道，當二者不一致而無法妥協時，衝突即從中而生。」

(二) 兩組青年對「生活適應」因應型態與因應態度之異同

從青年情緒發展特質，如易怒、反抗、反應激烈等，可以理解何以兩組青年都曾提到屬於『衝突性積極行動』因應型態中的兩種態度：「我行我素」、「抗議辯駁」。病患組提到的人數較多的現象，宜考慮疾病症狀的影響，Fallon 等人[9]提到精神分裂病患者常因無動機症狀，出現過長睡眠、忽視個人衛生、不願活動…等。同時病患自律神經的高警覺狀態，易知覺環境威脅，影響因應行為[19]。

二、精神分裂病青年患者與一般青年的母親對子女「生活適應」的態度

(一) 母親教養型態概念架構和相關文獻比較

自 Schaefer (1959) 以環型模式探討母性行為後[20]，不乏研究[13,14,21,22]皆以「父母關愛」、「父母權威」二向度探討管教行為。而本研究的教養型態架構，其中「教養行為」向度呈現

出「照顧」至「要求」間不同的關愛行為。「教養重心」向度上「父母導向」、「子女導向」的二極現象，反應出母親的教養行為對子女意願重視程度。

教養型態架構雖然和母親關愛及權威有關，但是本研究「教養行為」向度不似「父母關愛」向度，並不探討母親對子女行為的接受程度。而「教養重心」向度亦不同於「父母權威」向度般，並未考慮母親教養過程是否蓄意造成子女的依賴。

(二) 兩組母親對子女「生活適應」的教養型態與教養態度之異同

在家庭中母親向來是日常生活的主要照顧者，由此可理解為何兩組皆曾提及屬於「子女導向」教養型態的態度。

至於病患組提到「父母導向」教養型態方面態度的人數較多，其一：由於母親過度擔心生病子女的日常行為；如同 Fallon 等人[9]研究指出“生活在刀口上”的感覺，和 Cook [23]發現母親照護子女時，有過度投入的傾向。再則，因母親擔心生病子女被動依賴、無法持續工作或完成學業、脾氣不好、不易和他人相處，無法獨立生活，未來安置成問題，而致力教導、不斷指正，甚至強制子女改變行為。但在長期照護下，對生病子女，未能自我照顧，自理前程，頗感憤怒，更覺失望，很難表達她真正的擔心和關心，而以過度關心和批評代替情感表達。部份母親深恐激怒子女而惡化病情，只得任其隨心所欲。

三、研究限制

因個案對照困難，取樣過程並未控制青年出生序與母親方面各變項。研究對象亦皆出於自願，病患組也取自台大醫院，故群體推論受限。由於每位受訪者訪談時間頗有差距，內容豐富程度有別。故受訪者未提到的態度，實際上未必是無。此乃本研究結果解釋上的限制。



結論與建議

本研究自兩組青年與母親各42份訪談資料，歸納形成的因應型態及教養型態中發現：

1. 兩組青年對「生活適應」的態度皆以屬「和順性積極行動」因應型態為主。
2. 病患組青年比對照組多提出一類因應型態，即：衝突性情緒調節。
3. 兩組母親的態度，僅於「生活適應」問題的家庭生活和交友二部份，以屬「子女導向的照顧」教養型態為主。求學或工作部份，病患組以「子女導向的要求」教養型態為主，對照組則仍為「子女導向的照顧型態」。
4. 病患組母親比對照組亦多提出一類的教養型態，即：父母導向的照顧型態。

因應與教養態度方面，則發現病患組青年提到「自動自發」人數比對照組少，提到「我行我素」、「抗議辯駁」者多。耐人尋味的是，病患組母親提到「允許自主」人數也比對照組少，但提到「批評要求」、「威脅利誘」者較多。因本研究未探討青年與母親間態度相關性，有待後續研究。

由本研究深刻體驗到醫療人員應肯定病患對本身角色功能的自我期待，接納他們的因應行為，與病患共同評估「家庭生活」、「交友」、「求學或工作」三方面「生活適應」上的問題與需求，擬出具體問題解決法。引導其往「和順性積極行動」的因應型態改變，並以「自動自發」的因應態度為目標，獲獨立自主能力。

同時，接納母親的教養態度，避免以批評為督促母親改變的手段，運用同理心，喚起母親對不當教養型態的自覺，並商討具體可行辦法。

誌謝

由衷感激84位受訪的朋友，提供了個人寶貴的生活經驗，才有今日的研究。承蒙蕭淑貞博士在研究過程中，不斷地給予指導方可完稿。感謝周照芳主任、陳永成醫師的指

導與評議。

感謝台大醫院精神科醫護、業務人員，及護理系所同學，葉淑貞、蔡美麗小姐們的協助，才能順利完成個案的取樣。

參考文獻

1. 張春興、黃淑芬：大學教育環境與青年其自我統整形成關係的初步研究。教育心理學報 1986；14：173-88。
2. 賴保禎：青年其的身心發展與心理衛生。健康教育 1987；60：1-5。
3. 簡茂發、蔡敏光：高中生行為適應問題之研究。中國測驗學會測驗年刊 1986；33：81-93。
4. 洪冬桂：我國大學生適應問題、因應行為、求助偏好及其相關因素之研究(博士論文)。台灣師範大學教育研究所 1986；384。
5. Sidle A, Moos R, Adams J, Cody P, Calif PA. Development of a coping scale. Archives of General Psychiatry 1969; 20: 226-32.
6. Blos P. The second individuation process of adolescence. In: Esman AH ed. The Psychology of Adolescence. New York: International University, 1975; 156-76.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Schizophrenia, Synopsis Psychiatry. 15th ed. Maryland: Williams & Wilkins, 1988; 253-70.
8. Goldman H, Adams NH, Taube CA. Deinstitutionalization: the data demythologized. Hospital and Community Psychiatry 1983; 34: 129-34.
9. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family Care of Schizophrenia. New York: The Guilford press, 1984; 40-51.123.265.
10. 李文瑄、葉英堃、劉蓉台等人：慢性精神病患社會復歸成果之預測因素。臺北市立療養院71年年報 1984；34：129-34。
11. Hatifield AB. The family as partner in the treatment of mental illness. Hospital and Community Psychiatry 1979; 20: 243-51.
12. Brown GW, Birley JLT, Wing JKI. Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication. British Journal of Psychiatry 1972; 121: 241-58.
13. 羅惠筠：父母管教方式與子女的生活適應(碩士論文)。臺大心理研究所 1979。
14. 陳淑美：我國教育階段中兒童及青少年親子關係的發展。教育心理學報 1981；14：173-88。
15. 蕭淑貞：青年精神分裂症病患與母親參予“家庭壓力調適”之團體治療。衛生署研究報告，1990。
16. Wallace CJ. Functional assessment rehabilitation. Schizophrenia Bulletin 1986; 12(40): 605-6.

17. 楊孝榮：內容分析。楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園·社會及行為科學研究法，七版，台北，台灣東華書局，1986：826-31。
18. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
19. Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Ventura J, Dawson ME and Doane JA. Patient-environment relationships in schizophrenia and stressful life events. *British Journal of Psychiatry* 1989; **155** (suppl 5): 84-9.
20. Schaefer ES. A circumplex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1959; **59**: 226-35.
21. 羅芙蓉：國小資優與普通兒童父母教導方式與學習行為的關係(碩士論文)。臺灣師範大學教育研究所，1987：90-1。
22. Rohner RP, Pettengill SM. Perceived parental acceptance rejection and parental control among konrean adolenscents. *Child Development* 1985; **56**: 524-8.
23. Cook JA. Who "mothers the chronicallymentally ill?". *Family Relations* 1989; **37**: 42-9.



THE ATTITUDE OF YOUNG SCHIZOPHRENIC ADULTS AND THEIR MOTHERS TOWARD LIFE ADAPTATION

PAO-JUE JONE¹, SHUJEN SHIAU²

The purpose of this study was to assess the adaptative attitudes of young adults with schizophrenia on the issues of daily life, education or vocation, and social relations. This study was conducted through a series of semi structured interviews with 21 young adults with schizophrenia, 21 normal young adults, and their mothers. Analysis of the narrative materials indicates that (1) coping attitudes of the young adults with schizophrenia were reluctant to and more ignorant of their families than those of normal young adults; (2) coping patterns can be developed from eight coping attitudes observed in young adults with

schizophrenia, and can be interpreted in terms of two bipolar dimensions, namely, the coping method and socialization; (3) parenting attitudes of the mothers of young adults with schizophrenia were more permissive and more dominant on their children than those of the normal youths' mothers; (4) parenting patterns can be developed from nine parenting attitudes of their mothers on those three issues, and can be interpreted in terms of two bipolar dimensions, namely, the parenting behavior and parenting orientation. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1995; **14**(3): 256-267)

Key words: 1. schizophrenia 2. adaptation

¹Instructor, MeiHo Junior College, PingTung, Taiwan, R.O.C.

²Associate Professor, School of Nursing, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.