

南華大學科技學院自然生物科技學系自然療癒碩士班

碩士論文

Master's Program in Natural Healing Sciences

Department of Natural Biotechnology

College of Science and Technology

Nanhua University

Master Thesis

不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷

之研究－以南部某區域教學醫院為例

A Study of Caregiver Burden in Family Caregivers

of Psychiatric Patients with Different Medical

Behaviors at a Regional Hospital in Southern

Taiwan

賴美靜

Mei-Ching Lai

指導教授：陳嘉民 博士

Advisor: Chia-Min Chen, Ph.D.

中華民國 109 年 12 月

December 2020

南華大學
自然生物科技學系自然療癒碩士專班
碩士學位論文

不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷之研究-以南
部某區域教學醫院為例

A study of caregiver burden in family caregivers of psychiatric
patients with different medical behaviors at a regional hospital
in southern Taiwan

研究生：賴美靜

經考試合格特此證明

口試委員：連秋霞
柯明子

陳嘉民

指導教授：陳嘉民

系主任(所長)：陳嘉民

口試日期：中華民國 109 年 12 月 21 日

致謝

驀然回首，一年半的研究生活已接近尾聲，本論文能夠順利完成，首先誠摯的感謝我的論文指導陳嘉民老師，淵博的專業知識，精益求精的態度，給予我無盡的啟迪。再者，承蒙口試委員陳秋媛老師、林明傑老師，提供諸多寶貴的意見，細心指導，使本論文更至完備。

於此，將一切榮耀歸於主耶穌基督

*Glory be to the Father, and to the Son,
and to the Holy Spirit.*

*As it was in the beginning, is now,
and ever shall be, world without end. Amen.*

願光榮歸於父、及子、及聖神。

起初如何，今日亦然，直到永遠。

阿門。

引聖三光榮經

摘要

背景及目的：隨著精神醫療的革新與人道主義的興起，精神病患照護強調「發展積極治療與復健、減少消極收容與養護」，病患的治療及安置的場所不再僅限於醫療機構。當病患走出醫院後，如何銜接一個完善的照護系統，成為目前病患照護上一個重要的議題。因此，本研究擬針對不同就醫模式下的精神病患之家庭照顧者負荷現況進行瞭解，並進一步探討其與家庭功能、社會支持之關連性。

材料及方法：本研究採橫斷式設計，以南部某區域醫院精神科非住院的社區精神病患、急性精神科病房精神病患及日間病房精神病患三類之家庭照顧者為收案對象，收案時間為民國 109 年 3 月至民國 109 年 6 月，經過研究人員解說後，同意參加此研究者進行收案，並簽署知情同意書，招募 74 名。研究以面訪方式進行，問卷內容包含(1)基本資料表、(2)家庭功能量表、(3)照顧者負荷量表及(4)社會支持網絡量表。

結果：(1) 病患及照顧者基本屬性：病患未規則服藥導致精神症狀反覆及照顧者年齡導致身心俱疲與照顧者負荷相關。(2) 急性病房在照顧者負荷總分居高，其照顧者緊張感得分最高。(3) 家庭功能總分為日間病房得分最高，其健康照顧功能得分最高。(4) 社會支持網絡得分以急性病房得分最高，其朋友網路得分居高。

關鍵字：精神病患、家庭照顧者負荷、家庭功能、社會支持網絡

Abstract

Background and Purpose: With the revolution in psychiatry and the rise of humanitarianism, care of psychiatric patients emphasizes "the development of active treatment and rehabilitation, and reducing passive accommodate and care". The treatment and placement of patients is no longer limited to medical institutions. When the patient leaves the hospital, how to connect to a comprehensive care system has become an important issue in patient care. Therefore, this study aims to understand the current burden of family caregivers of psychiatric patients under different health care models. It also aims to further investigate its relationship with family functioning and social support.

Materials and Methods: This study adopted a cross-sectional design. Family caregivers of psychiatric patients in the psychiatric department of a regional hospital in the southern Taiwan were used as the subjects of the study. They cared for three types of psychiatric patients, Non-hospitalized community psychiatric patients, psychiatric patients in the acute psychiatric ward, and day ward psychiatric patients. The research period was from March 2020 to June 2020. After explanation by the researcher, the participants agreed to be participate in the study, signed consent forms, and recruited 74 individuals. The study was conducted by face-to-face interviews. The questionnaires included: (1)

The Basic Information Form, (2) The Family Functioning Scale, (3) The Caregiver burden Scale, and (4) The Social Support Network Scale.

Results: (1) Basic attributes of patients and caregivers: there was correlation between psychotic symptom recurrence in patients who do not take medication regularly and caregiver age causes physical and mental exhaustion and caregiver's burden. (2) Acute wards had the highest total caregiver load scores and the highest caregiver stress scores. (3) The highest total family function score was for the day ward, and had the highest health care function score. (4) The acute ward had the highest social support network score and the highest friend network score.

Keywords: psychiatric patients, family caregiver burden, family functioning, social support network

目次

致謝.....	I
摘要.....	II
Abstract.....	III
目次.....	V
表目次.....	IX
圖目次.....	X
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	3
1.3 研究目的.....	4
第二章 文獻回顧.....	5
2.1 精神疾病.....	5
2.1.1 定義及流行病學.....	5
2.1.2 國內盛行率.....	11
2.2 精神病患就醫模式.....	14
2.2.1 台灣精神醫療資源現況.....	14

2.2.2 精神病患就醫模式分類.....	16
2.3 精神病患照顧者的照顧負荷.....	19
2.3.1 精神病患照顧特殊性與照顧負荷.....	19
2.3.2 家庭功能與照顧負荷.....	20
2.3.3 社會支持網絡與照顧負荷.....	21
第三章 研究方法.....	27
3.1 研究架構.....	27
3.1.1 研究步驟.....	27
3.1.2 研究設計.....	28
3.2 研究對象.....	29
3.3 研究工具.....	30
3.4 統計分析.....	32
第四章 結果.....	33
4.1 研究對象之基本屬性.....	33
4.1.1 病患基本資料.....	33
4.1.2 照顧者基本資料.....	38
4.2 精神病患照顧者家庭功能、照顧負荷及社會支持網絡描述性	

比較.....	43
4.2.1 家庭功能量表描述性比較.....	43
4.2.2 照顧者負荷量表描述性比較.....	46
4.2.3 社會支持網絡量表描述性比較.....	50
第五章 討論.....	54
5.1 基本資料之綜合性探討.....	54
5.1.1 病患基本資料屬性之探討.....	54
5.1.2 家庭照顧者基本資料屬性之探討.....	56
5.2 家庭功能與照顧者負荷程度之關聯性.....	58
5.3 社會支持網絡與照顧者負荷程度之關聯性.....	60
第六章 結論與建議.....	62
6.1 結論.....	62
6.2 研究限制與建議.....	64
參考文獻.....	65
中文文獻.....	65
英文文獻.....	75
附錄一 問卷.....	78

附錄二 研究倫理通過證書86

附錄三 量表使用同意書87



表目次

表 2.1 全國醫療精神網責任區域分布	15
表 2.2 國內精神病患照顧者的照顧負荷之相關研究	23
表 4.1 病患基本屬性	35
表 4.2 病患基本屬性之年齡	37
表 4.3 照顧者基本屬性	40
表 4.4 家庭功能量表	45
表 4.5 照顧者負荷量表	49
表 4.6 社會支持網絡量表	53



圖目次

圖 3.1 研究步驟.....	27
圖 3.2 研究架構.....	28



第一章 緒論

1.1 研究背景

隨著醫療科技的突破與發展，發現抗精神疾病藥物與應用，造就全新精神醫療的革新，再加上人道主義的興起，將早期對病患消極的集中管理的觀念打破，推動去機構化運動，使得現今精神病患治療及安置的場所不再僅限於精神醫療機構（陳玟玲，2012）。以台灣來說，自 1991 年精神衛生法實施後，照護政策強調「發展積極治療與復健、減少消極收容與養護」，因應政府精神衛生政策改變，病患回歸社區獲得重視，更成為當前精神衛生照護的首要目標。

隨著精神衛生治療模式的變遷，當精神病患走出醫院後，傳統的醫療照護，更結合公共衛生三段五級的概念，除醫療照護外，後續復健、穩定服藥更是重要，也讓個別性護理發展到家庭系統的照護。如何建構連續性照顧，讓病患獲得良好的照顧品質，讓辛勞照顧精神病患的家庭照顧者瞭解精神疾病的特殊性、照顧方法、心理支持等照顧需求，更是現今時代的潮流與需求。

隨著全球開始推動社區心理衛生，1953 年英國 Jones 提出治療性社區（therapeutic community）概念，1963 年美國通過精神衛生法之後，引領去機構化運動的發展（陸振芳，2008；蕭淑貞，2006）。解開精神病患的枷鎖，邁入社區，回歸家庭，但接踵而來的後續照顧問題及社會觀感更是需要受到關注。在台灣，鄭泰安醫師（1985）

指出，有 86.3%之社區患者和家人或親友同住。相關研究指出家庭承擔照顧負荷中，暴力行為、精神病患殘餘症狀及疾病限制，與家庭的無效溝通，為照顧者負荷中最重要的影響（宋麗玉，1998；張瑞香、賴倩瑜，2011）。美國精神衛生學會更指出，約 60%的精神病患因缺乏病識感及疾病認知，未規則返診及治療（魏嘉瑩譯，2003）。

因為精神疾病冗長的病程，在照顧上不僅有一般生理需求，更需要心理支持，且疾病特殊性，精神病患的幻聽干擾、妄想、怪異行為、暴力疑慮、自傷等皆造成家庭照顧者照顧負擔的一大來源。此外，一般民眾對於精神病患的不認識，對疾病的刻板印象及汙名化，讓病患與家庭照顧者不願走入群，社交網路薄弱，缺乏社會資源，也是精神病患家庭照顧者的困擾與照顧負荷之一。如何從醫療著手，從連續照護、轉介等方式，讓精神病患真正回歸社區，讓家庭照顧者得到幫助與喘息更續需要更是當務之急。

1.2 研究動機

長期以來政府福利政策著重於病患，研究指出有 80% 照顧精神障礙的家庭照顧者尚未被關心 (劉蓉台, 2007); 因為病患精神疾病反覆與冗長的病程，照顧之路漫長，無論病患住院或是回歸社區，照顧病患的責任需由家庭成員共同負擔。在護理的照護服務中，強調整體的連續性照顧，病患與家庭照顧者息息相關，如何促進病患的照顧品質，提升家庭照顧者的生活品質，減輕照顧負荷是精神醫療所重視的目標。因此，透過本研究，希望能夠了解門診、急性病房及日間病房精神病患之照顧者照顧負荷之需求與差異，希望在未來能夠幫助到臨床醫護人員能夠為提供個別性的出院照顧服務，減少醫療成本之餘，更能夠讓病患穩定症狀，回歸社區，減少社會問題，降低家庭負擔。

1.3 研究目的

- 1.比較不同就醫模式下家庭照顧者的負荷程度差異。
- 2.探討不同就醫模式下家庭功能與家庭照顧者負荷相關程度。
- 3.探討不同就醫模式下社會支持網絡與家庭照顧者負荷相關程度。



第二章 文獻回顧

2.1 精神疾病

2.1.1 定義及流行病學

時代的變遷，現在人的生活節奏緊湊，競爭快速，伴隨著壓力驟增，當壓力無法正確排除，個人因應能力失調的情況下，精神疾病患者的人數也隨之增加。世界衛生組織(World Health Organization, WHO) 在 2001 年心理衛生報告書中提出，精神疾病是二十一世紀嚴重威脅人類的一種疾病，且罹病率高，死亡率低 (Andreasen, 1991)。

全世界約四億五千萬人終其一生中會有一段時期有精神障礙，其中每四人就有一人會罹患精神疾病 (WHO, 2001)，在臺灣的終身盛行率為千分之三 (賴貞君, 2003)。根據臺灣「精神衛生法」將精神疾病定義為：「精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」(精神衛生法, 2020)。Oliver (1996) 將精神疾病分為四類，分別為損傷 (Impairment)，指心理、生理功能的喪失或異常；失能 (Disability)，因損傷導致缺乏正常活動的能力或限制；殘障 (Handicaps)，因損傷或失能導致年齡、性別、社會與文化因素應發展受到阻礙。

美國精神醫學會在 2014 年出版的『精神疾病診斷準則手冊第五版』(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)，其中定義精神疾病為「一種症候群，病患在認知、情緒調控或行為上有顯著的障礙，且這些障礙反應了精神現象內在本的心理、生物與發展過程的功能異常」。DSM-IV 是目前台灣臨床上常用的診斷依據，本研究也依據 DSM-IV 診斷標準為原則設定收案目標，因精神疾病種類達 20 大類，本文所指精神疾病主要以探討思覺失調症 (Schizophrenia)、憂鬱症 (Depressive disorder)、雙向情感障礙症 (Bipolar Disorders)、智能發展障礙症 (Intellectual Disability) 為主。

思覺失調症，原稱為精神分裂症，於 2014 年經台灣精神學會更名為思覺失調症，是指情緒、思考、知覺、行為等多功能障礙，因思考過程偏差，導致患者將訊息錯誤判斷，以致執行的活動與現實脫節；好發年齡在青少年，診斷依據若有妄想、幻覺、胡言亂語、僵直或混亂行為、負性症狀，至少有一項症狀持續至少 6 個月，才能確立診斷。發病原因錯綜複雜，常被認為是生物、生理因素，心理因素，社會與文化因素等多種影響導致；根據莊明哲 (1998) 指出遺傳因素與思覺失調症有密切關係，而正性症狀則會受到多巴胺濃度過高，負性症狀因正腎上腺素減少有正相關；在心理學也有多位學者提出有關思覺失調症的成因，其中包括鮑恩 (Bowen, 1976) 的代罪羔羊說闡述病患多是家庭成員因遭受情緒問題轉移的外射對

象，通常是家中的弱勢者；與哈特曼（Hartmann, 1939）提出因患者遭受到壓力，自我（ego）產生不當的防衛機轉而導致發病為較多人討論（陳惠雯，2000；盧玲文，1999）。

思覺失調症的症狀分類可以從一般精神症狀分類，正、負性症狀分類，原發及續發性症狀三方向探討，在臨床表徵上，布魯勒（Bleuler, 1991）提出的 4A 症狀，包括：情感障礙（affective disturbance）、聯想障礙（association disturbance）、自閉（autism）、矛盾情感（ambivalence）是所有思覺失調症患者概括的症狀，而 5A 症狀則是再加上聽幻覺（Auditory hallucination）（Stuart & Sundeen, 2008）。在臨床上抗精神病藥物為主要治療，而心理治療、行為治療與復健治療為輔助療法。此外精神疾病當中，思覺失調症的預後相較其他疾病差，透過藥物治療與社區照顧，18%的病患可達症狀緩解（黃宗正、劉智民、劉震鐘、謝明憲、簡意玲、胡海國，2011），但平均壽命比一般人縮短 12 到 15 年（McGrath J, Saha S, Chant D, et al., 2008）。

憂鬱症是情緒障礙疾病的一種，患者常會表現出在情感與情緒調控間失去控制，出現表達的強度過盛或不及時出現的反映。根據統計，全世界約有 3%的人口罹患各類憂鬱（柯慧貞、陸汝斌，2002；楊明仁，2002）。在台灣流行病學的相關研究顯示，憂鬱症的盛行率更是逐年升高（郁弘、詹璧璋，2011），其患者症狀至少過去兩週期間內同時符合下列 9 項症狀中五項以上：（一）整天大部分時間都憂

鬱情緒。(二) 對原先有興趣的明顯減少。(三) 體重明顯下降或增加及食慾減少或增加。(四) 失眠或嗜睡。(五) 思考動作變得遲滯。(六) 整天沒活力。(七) 感到無價值感或罪惡感。(八) 思考能力或專注力減退。(九) 反覆有自殺念頭 (台灣精神醫學會, 2015)。

憂鬱症的成因很多，相關因素可能為遺傳、生理因素、心理壓力、社會環境、人格特質與認知模式不同而有所關聯。因疾病所帶來的情緒問題，造成患者心理上的不健康，轉化到生理上，導致身體健康受到影響，也會造成患者在日常生活活動，如社交或工作上受到干擾。在臨床上憂鬱症治療種類繁多，可區分為生理性治療及心理性治療，在生理治療主要為藥物治療，抗鬱藥有第一代到第四代 (張育誠, 2019; 薛文傑等人, 2009)，若是難治性的患者，則有電擊痙攣療法輔助；在臨床上藥物治療為主軸，但心理治療也很重要，臨床心理師運用不同流派來進行諮商，因為憂鬱症患者的情緒問題，導致認真扭曲、悲觀的看待事情，若讓患者能夠自我察覺，有正確的認知及改善情緒，並在藥物治療相互合作下才會有顯著的治療效果 (王素女、駱俊宏、薛克利、文榮光, 2004; Macaskill, & Macaskill, 1996)。

雙向情感障礙症，亦稱躁鬱症，屬情緒疾患，主要特徵是患者情緒表達出現障礙，會反覆交替週期性發病的出現躁症與鬱症兩種極端的情緒反應，且大多數患者在發病早期會先出現躁症病徵 (孔繁鐘, 1997; Carson, et al., 1998)。雖然研究指出情緒疾患相較其他

精神疾患功能復原較良好，但發病期間的症狀表現足以造成社交功能及職業功能影響，甚至會造成病患現實感的混淆，對患者本身及主要照顧者造成相當困擾（崔秀倩等，1998；Carson, et al., 1998）。

雙向情感障礙症的臨床症狀一般分為，躁症期（Manic phase）、憂鬱期（Depressive phase）及正常期（Interval）。根據 DSM-IV-TR 診斷標準分類為：（1）第一型雙極性疾患，意指患者曾經符合躁狂發作的診斷標準，且不論該患者過去是否曾有過重鬱症發作的紀錄均屬於此類。（2）第二型雙極性疾患，意指過去曾經歷一次或多次重鬱症發作，同時符合至少一次的輕躁狂發作稱之。（3）循環性情感疾患。（4）其他未註明之雙極性疾患（台灣精神醫學會，2015；孔繁鐘，2010）。

當病患處於躁症發作時，會有明顯的情緒困擾，並出現持續的情緒高昂、過度自信、誇大及易怒，在生理方面會有精力過剩、睡眠需求減少；行為表現出話量多且說話速度快，不斷進行目標導向的活動，但缺乏系統組織、注意力易分散，過度參與可能造成痛苦後果之行為，如：濫用金錢、隨意的性行為等。鬱症發作時症狀則與躁症相反。鬱症表現出的在情緒與態度方面，與上述憂鬱症症狀相同（孔繁鐘，2010；沈武典，2011；Carson, et al., 1998）。

造成雙向情感障礙症的病因仍有諸多解釋，可能的因素包括遺傳因素，鈉離子滯留於神經細胞內，造成體液電解質不平衡，內分

泌功能失調；心理因素則由精神分析理論提出雙向情感障礙症較容易使使用否認及反正的不適當防衛機轉來掩飾內心的無助及痛苦；人格結構中，超我與自我較弱，而原我較強，以滿足自我需求為優先；也有部分學者提出生活環境及壓力事件的發生，都可能是引發躁鬱症的誘因（Carson, et al., 1998；Ginsberg, 1979）。而治療雙向情感障礙症的方法主要仍以情緒穩定劑-鋰鹽是臨床上常用的藥物，另外若使用藥物治療後仍無法有效控制疾病症狀，則可以考慮電氣痙攣治療或心理治療來輔助患者。

智能發展障礙症又稱智能不足，是心智發展階段具神經發展障礙症的疾患，智能發展障礙是包括不同障礙程度的廣泛性名詞，發展缺陷通常在學齡前期被發現，智能障礙兒童從小在社交、特定功能的學習或控制力受限，且與正常兒童有明顯的個別差異（林惠芬，2009）。根據 DSM-IV-TR 診斷標準，智能發展障礙包括：（1）經臨床評估及標準化智力測驗證實有智力功能缺損。（2）適應功能缺損，導致無法達到適齡的發展及社會文化標準，且此適應缺損會使個人在社交、溝通及獨立生活等受限制。（3）障礙缺損在發展的階段期間發生。

依據智能和適應情形的程度，將嚴重度分成輕度、中度、重度和極重度四級。輕度智能不足智商（IQ）測驗落在 $50 \sim 55 \leq IQ < 70$ ，占 85%，自我照顧能力尚可達到適齡的表現，但較複雜的日常生活事物仍需有部分協助，可能是因為社會文化刺激不足的環境因

素所造成的。中度智能不足智商落在 $35 \sim 40 \leq IQ < 50 \sim 55$ ，占 10%，在所有發展階段的觀念技巧顯著落後同儕，接受特殊教育後，大部分可獨立從事只需要少許概念和溝通技巧工作。重度智能不足智商落在 $20 \sim 25 \leq IQ < 35 \sim 40$ ，占 3~4%，僅能有限的了解部分詞彙與文法，生活日常活動需在督促及協助下才可完成。極重度智能不足智商落在 $IQ < 20 \sim 25$ ，占 1~2%，併發的感官及身體障礙，大多日常生活需仰賴他人協助完成。

智能障礙的成因受到遺傳、生理與社會文化環境相互影響，常見原因以基因遺傳，染色體第 21 對異常，早產（發育不成熟）、生產過程中造成腦傷，後天環境缺乏社交機會、認知學習導致。由於智能障礙屬與不可逆且慢性發展，若缺乏治療會導致疾病嚴重程度增加，早期發現、早期療育是智能發展障礙症的治療導向，讓病童早期接受特殊教育及醫療輔助，接受順練與教育，才能提升自我照顧能力與社會接軌（徐如維，2002；陸莉、黃玉枝、林秀錦等，1911）。

2.1.2 國內盛行率

精神科疾病患者在臨床上常不受到重視，但他們卻也是弱勢的一群人，精神疾患不管是病人本身還是主要照顧者都會帶來許多困擾，尤其是若有暴力行為甚至是自傷、傷人的病患，長期以來帶給家屬的負擔更是無法忽視；疾病對病患本身、家庭照顧者及社會的衝擊相當大，對於精神疾病診斷分類的相關疾病是許多人關心的主

題，精神病患因為症狀干擾關係，造成許多社會問題，盛行率的多寡和罹患疾病慢性化會牽涉到照護需求。

根據衛生福利部統計處於 2018 年門、住診合計（包括急診）人數統計，符合國際疾病及相關健康問題統計分類第十版之精神、行為和神經發展疾患分類總計 3,752,124 人，占總人數 15.9%。至 2020 年第二季統計報表顯示，台灣領有身心障礙手冊有 1,190,738 人，其中符合精神疾病分類之診斷分別為慢性精神病患者有 130,934 人、智能障礙者 102,456 人、失智症者 63,509 人、自閉症者 16,093 人，共 312,992 人，占領有身心障礙手冊 26%，且比例逐年增多（內政部，2020）。

世界衛生組織（WHO）評估，精神疾患會因發病時間越久，病程易趨向慢性化，除了需重複住院以控制病情外，也是造成失能最嚴重的疾病之一（沈淑華，2006）。在台灣急性住院與慢性住院的病人中，思覺失調症病人約佔 50% 及 60% 左右，其直接或間接的社會成本相當鉅大，根據 McGrath J, et. al（2008）的系統性回顧，思覺失調症之終生盛行率為 0.30-0.66%；台灣的流行病學調查顯示其盛行率約為千分之三左右，發病年齡則多在 15 歲到 45 歲之間，男女比率約為 1：1（李明濱，1999）。

此外，文明社會的興起，情緒障礙疾病增加，尤其是憂鬱症患者更是逐年增加，在美國流行病學調查顯示，每五位女性當中，就

有一個一生中患有一次憂鬱症發作，其中女性的終身盛行率約在 10-25%，男性為 5-12%。以台灣而言，衛生福利部統計處以台灣人憂鬱症量表在社區人口調查顯示，15 歲以上的民眾當中有 8.9%顯示有中度憂鬱，其中 15-17 歲的年齡層調查，有 6.8%的青少年有重度憂鬱前兆。於 2018 年統計台灣有 40 萬人因憂鬱症就醫，女性就醫是男性兩倍（內政部，2020）。而根據研究顯示雙向情感障礙症終生的盛行率約 1%左右，男性與女性的罹病率不分軒輊（蘇文碩，2002；Kaplan, & Sadock, 1998）。

根據衛生福利部統計處 2020 年統計資料顯示，領有身心障礙手冊之智能障礙類別的人口 102,341 人，約為總人口的 0.4%。相較於西方社會偏低，但因各國診斷標準不一，導致盛行率測量的結果差距甚大，且多數合併有精神精神疾病的問題增加診斷標準的不一。

2.2 精神病患就醫模式

2.2.1 台灣精神醫療資源現況

隨著人口增加，社會環境的變遷，人際關係的疏離，身心靈壓力增加，罹患精神相關疾病的人數攀升，世界衛生組織早在 2010 年提出精神疾病將會成為 21 世紀人類面臨的嚴重威脅之一，對於精神心理健康的問題曾多，民眾對於精神疾病的預防、治療及相關照護的需求與日俱增，讓我們更應當重視精神醫療資源的發展 (Macjin & Moran, 2013; World Health Organization, 2010)。

立法院於 1990 年通過「精神衛生法」，於 1991 年頒布「精神衛生法施行細則」，規範精神醫護界工作準則及病人之權利，加強精神疾病防治、緊急醫療、慢性、復健，並積極發展及推廣精神疾病防治與心理衛生工作，並依地理環境及人口分布與醫療資源，最後一次於 2017 年以分區方式劃分為 7 個區域，積極充實與管理精神醫療，委託各區核心醫院實施「精神醫療網區域輔導計畫」。

衛生福利部 2020 年「精神醫療網區域輔導計畫」需求說明書重點強調核心醫院任務須具備(一)自殺防治。(二)區域性網絡協調、聯繫。(三)專業人員教育訓練。(四)推展及輔導強制社區治療業務。(五)藥物濫用、家暴、性侵害等防治。(六)建立緊急醫療聯絡中心。(七)建立災難心理衛生服務體系。(八)輔導區域內精神醫療機構。(九)強化校園心理衛生。除了醫療體系外，更結合地方

政府、社會福利、學校及警政單位成為平台，為民眾心理衛生健康把關。

表 2.1 全國醫療精神網責任區域分布

區域	責任區域
台北區	台北市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
新北區	新北市、基隆市
北區	桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣
中區	台中市、南投縣、彰化縣
南區	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市
高屏區	高雄市、屏東縣、澎湖縣
東區	花蓮縣、台東縣

資料來源：衛生福利部，2020

在臨床上，精神醫療強調團隊工作，結合團隊包含醫師、護理師、臨床心理師、社會工作人員及職能治療人員等相關專業職能組合而成，依據衛生福利部於 2019 年底統計，致力於精神醫療機構服務的醫師有 2279 人、護理人員 5617 人及其他團隊工作人員有為數千人，其中精神專科醫師僅有 1800 人（衛生福利部，2020），但仍距離世界衛生組織訂定的理想標準中，每萬個人口需有一位精神專科醫師差距甚遠；雖然目前精神醫療團隊人數逐年增加，但仍遠比不上遽增的精神病患需求。隨著時代變遷，醫療資源的發展，政府

因應精神醫療相關服務及需求，擬定相關法規、政策，建構高品質且符合臨床需求的心理衛生服務。

2.2.2 精神病患就醫模式分類

回顧台灣過去精神醫療發展，大多都以「醫院為基準之模式」，當病患在出院後回歸到社區及家庭，可能因為受到社會歧視、家庭照顧者照顧技巧缺乏，病患疾病病程發展等原因，讓病患在醫療院所之後的照顧缺乏連續性，出現照顧斷層，導致病患病情不穩，反覆發病而再次住院率提高，進階增加醫療成本負擔。早在 2001 年世界衛生組織的健康白皮書指出，精神病患的照顧包含醫療、復健、家庭照顧者及社區，並提出精神病患最理想的治療環境為「最少束縛且為病人最熟悉的環境」，台灣心理衛生政策更推廣三段五級的概念，發展出許多治療模式，何淑鳳（2004）研究發現以社區為導向發展，已成為台灣精神醫療模式之主流，讓病患離開醫院後能夠得到更多元且豐富的資源。

衛生福利部於 1994 年訂定「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」，目前國內精神醫療旨在早期診斷及住院醫療照顧，範疇包含急診治療、門診治療、急性病房、慢性病房、強制住院；社區復健則涵蓋教育及心理社會支持、職能訓練、長期照顧及喘息服務，設有日間病房、居家治療、康復之家、社區復健中心、精神護理之家。為讓病人獲得連續性的照顧，提倡回歸社區的理念，衛生福利部近

年來施政重點除了完善的醫療體系之外，復健及長期照護更是需要積極發展。此精神與 Nemec and Furlong-Norman (2014) 所提倡將精神病患從過去以醫院為中心擴展至以社區為治療場所的模式相似。

照顧精神疾病患者和一般疾病有顯著不同，當病患因症狀干擾明顯，進而出現暴力、混亂行為，長期之下這些干擾行為往往使照顧者身心俱疲（鄭綉錦，2008）。若缺乏社區復健體系的支持，除了家庭照顧者照顧負荷增加，一方面也會加重醫療資源的使用（孫德利，2012）。截至 2019 年衛生福利部統計，精神醫療設施中全日住院病床急性病房共 8240 床(占床率 85.17%)、慢性病房 14416 床(占床率 91.77%)；日間型精神復健機構共有 68 家，可收服 3308 人(使用率 56.76%)，住宿型精神復健機構共有 154 家，可收服 6650 人；相較之下醫療資源使用率仍然偏高，社區精神復健機構普及性及使用率也不高，並無法完全接收在社區中的精神障礙者（鄭若瑟，2011）。

依照精神衛生法定義，社區精神復健係指「協助精神病人逐步適應社會生活，並於社區中提供工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等方面的復健治療」。然而，社區復健資源使用率偏低的原因，可能包括未使用過該機構資源而不去使用或不知道如何使用，擔心機構不適用以及病患本身條件不足等原因，這也反映出目前社區精神復健服務忽略了精神障礙者的實際需求以及環境處

遇的困境（宋麗玉，2000；楊延光，2003）。Rutman（1989）認為強化個人的能力與技巧，協助個人成長及社會化，建立符合居住及就業環境，改善生活品質為慢性精神病患復健的主要目的。



2.3 精神病患照顧者的照顧負荷

2.3.1 精神病患照顧特殊性與照顧負荷

精神疾病患者的疾病多樣性，除了要處理精神症狀之外，長期的心理困擾，自我照顧及就業方面都需要受到協助。楊逸鴻(2005)的研究顯示，精神疾病患者即使在有穩定服藥的狀況下，仍有約40-50%的病人會再度發病。精神疾病程冗長，患者需要持續服用精神疾病相關用藥，雖然可以穩定患者的精神症狀，然而長期服用精神藥物所帶來的副作用會影響病患的生理機能，進而造成病患精神症狀的反覆發作及生理功能下降。

由於精神病患照顧的特殊性，在照顧病患的過程中，主要照顧者常因病患反覆且無法預料的病況感到害怕，對病患的行為問題感到氣憤，但看到受到症狀干擾而痛苦的病患又會讓照顧者感到悲傷及無助，造成照顧者的情緒常會有矛盾、茫然與失望等內在情緒(田基武，1986；李偉綺，1998)。

此外，即使治療穩定之後，因疾病因素，其病程偏向慢性化，病患必須帶著疾病走過一生(楊延光，1999)。由於多數病患需要長期的藥物治療與復健，當病患缺乏日常自我照顧能力與社會功能無法提升的狀況下，便容易衍生出精神病患的就業及家庭的經濟生活問題。過去許多研究中發現，精神疾病患者離院後，約有86.3%是與家庭照顧者同住，但社區精神醫療和復健資源卻往往不足且缺乏

整合，除了無法顧及到為數眾多的病患外，家庭照顧者無法獲得及時且適切的幫助，導致病患反覆出入院，造成疾病無法獲得穩定（鄭泰安，1985；宋麗玉，1998；溫錦真；2008）。

2.3.2 家庭功能與照顧負荷

家庭是社會最基本的組成單位，它除了提供了情感支持外，家庭功能也是最基本且重要的社會功能。由於社會結構、家庭功能及個人變化三者環環相扣，也使得家庭功能越來越受重視，倘若家庭功能失調，個人健康也容易出現問題（林曉凌、呂碧鴻，2000；陳曉蕙、蔣碧君，2000）。隨著精神醫學的進步，人權主義抬頭，推廣「去機構化」的潮流逐漸升溫，精神病患出院後回歸社區大部分都與家人同住，精神疾病患者與社會接軌的過程中，家人扮演非常重要的角色，因此，同住的家人對疾病的瞭解、對病患的支持及良好的家庭環境都是病患復原能力之關鍵（黃梅羹，1987；Lan, Yang, Huang, & Shiau, 2004）。

精神病患主要照顧者對患者生病的原因會找歸因，有很容易會有罪惡感，擔負照顧責任的家庭承受著巨大壓力，若家庭缺乏支持網路、心理壓力因應技巧及足夠的喘息空間來因應病患所引發的問題，家庭功能也會受到家人互動關係的影響，「過度使用家庭能力」的現象，會造成反作用，讓家庭功能無法正常發揮，甚至可能影響到原本該有的家庭功能（牟秀善，1996；張苙雲，2003；黃媛齡；

2000)。

精神疾病的影響不僅侷限在病患，更影響著病患原生家庭的運作，因為疾病慢性且反覆的特性，家庭往往需要承受相當大的負擔，而進而容易造成家庭系統互動關係失去平衡，也影響著所有家庭成員生活品質。由此可見，家庭系統中牽一髮而動全身，家庭在精神復健上扮演非常重要的角色，當家庭資源缺時乏，無法在精神疾病患者發生問題時給予幫助，消磨著照顧者的照顧動機，也降低家庭的生活品質，導致家庭支持度減少，對病患的病情穩定度直接影響甚大 (Hsiung et al., 2010; Perlick et al., 2007)。

2.3.3 社會支持網絡與照顧負荷

社會支持是人際間的互動關係，互動過程中能緩和生心理方面的壓力 (Simmons, 1994)。研究顯示照顧者的壓力之一是來自社會的價值觀 (沈、張, 1993)。因此，在精神疾病慢性化的過程中，早期保守的社會風氣，對於精神疾病的汙名的烙印造成家庭的羞恥感，因為家庭中有人罹患精神疾病事實或患者發病時的怪異行為，擔心外界的偏見，對疾病的不了解存有畏懼，也擔心受到異樣眼光，讓精神病患主要照顧者飽受羞恥感，使得日常生活的人際網絡縮小，造成照顧者自我孤立，(田基武, 1986; 吳就君, 1995)。

面對社會的壓力，照顧者因為擔心受到社會的排斥，在照顧精神病患的過程中，就算面臨問題也鮮少向外界求救。宋麗玉 (1998)

研究顯示，精神病患的主要照顧者大多為病患的父母親，通常都是非專業人員，在封閉的社會風氣下，照顧者常獨自承受照顧壓力，隨著病患慢性化的疾病過程，家庭也逐漸與外界隔離，除了影響生活品質之外，也會影響到照顧者的工作、金錢來源與社交活動的往來。有研究指出若社會支持愈高，家庭支持度隨之增加，對病患疾病反應較為正向，除了增進病患的自我照顧能力，也可提升生活品質（劉、謝、駱、馬、張，2010）。

社會支持的提升對於患者的病情穩定及功能極具重要（Buchanan, 1995）。隨著時代變遷，思考開放的年代來臨，應該幫助在社區中不被關心的慢性精神病患及其照顧者，在長期缺乏社會支持的狀況下，照顧者所承擔的照顧負荷及壓力非常需要介入協助，透過醫療資源及轉介諮詢等管道，增加疾病認知及照護技巧，同時偕同政府政策及網路媒體的傳播，為精神病患去汙名化做一份努力，讓精神病患及其家庭走出陰霾，讓照顧者喘息，相信壓力也會減少許多，重新建立社會網路，提升家庭支持，並增進病患生活適應與生活品質，進而減少復發與再住院率（沈、張，2012；葉，2012）。

表 2.2 國內精神病患照顧者的照顧負荷之相關研究

題目	收案對象	研究結果	作者
憂鬱個體照顧者之主客觀負荷與其照顧行為和拒絕行為之關係：罪惡感之調節作用探討	以 222 名大學生樣本進行項目分析。之後再透過 134 名經醫師確診為憂鬱症患者的照顧者之樣本分別進行驗證性因素分析。	1.憂鬱個體照顧者主客觀負荷量表信度與效度為可接受的範圍。2.在控制患者憂鬱嚴重度、與照顧者的關係與照顧者的客觀負荷等變項後，主觀負荷可顯著預測較低的照顧行為及較高的拒絕行為。3.罪惡感對主觀負荷與拒絕行為或照顧行為間的調節效果均未達顯著水準。	王倫婷 (2019)
思覺失調症患者主要照顧者家庭功能與照顧負荷相關因素之探討	選擇中部某精神專科醫院門診、日間居家之思覺失調症患者主要照顧者為研究對象，實得有效問卷 161 份。	1.於家庭功能感受平均得分為 95.08 分。2. 於照顧負荷平均得分為 29.34 分，屬中度負荷。3.照顧者整體家庭功能感受越好則整體照顧負荷感受越輕。	陳稚函 (2018)
思覺失調症患者家庭主要照顧者的自覺準備程度與生活品質及照顧負荷相關性之研究：緩衝作用的探討	實際居住在社區中的思覺失調症個案與其照顧者。總共收案 122 對個案與主要照顧者。	1.自覺準備度不具有緩衝壓力源對照顧者負荷及生活品質的負向衝擊之效果。2.自覺準備度和個案整體功能與照顧者負荷有顯著相關，表示主要作用的存在。	陳麗雯 (2017)
探討慢性精神疾患主要照顧者的心理健康與照顧負荷相關因素	對象為北部某精神專科醫院門診病患之主要照顧者，共收案 360 位（三組各 120 位）。	1.慢性精神疾患主要照顧者心理健康及照顧負荷呈現負相關。2.慢性精神疾患主要照顧者的照顧負荷及其照顧滿意度呈現負相關。3.慢性精神疾患主要照顧者的心理健康及照顧滿意度呈現正相關。	邱金快 (2014)

<p>新移民精神病患照顧者與本地照顧者照顧負擔之差異探討</p>	<p>以採橫斷式研究收集中部精神專科醫院之居家護理單位精神分裂症個案之新移民主要照顧者 37 位及本地主要照顧者 50 名。</p>	<p>1.整體主要照顧者照顧病患需求，新移民照顧者照護需求高於本地照顧者。2.主要照顧者在整體照顧時所經歷的感受方面：本地照顧者照顧時所經歷的感受高於新移民照顧者。3.整體生活滿意度之比較：明顯看出本地照顧者生活滿意度低於新移民照顧者。</p>	<p>林秀英 (2013)</p>
<p>精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之相關因素探討</p>	<p>研究對象為高屏精神專科醫院非住院的社區精神分裂症患者主要照顧者，共完成 129 名。</p>	<p>1.研究對象對於家庭功能感受總平均分為 91.0 分。2.照顧負荷感受總平均分為 28.4，屬中度負荷。3.家庭功能與照顧負荷達顯著負相關。</p>	<p>陳玟玲 (2012)</p>
<p>社區精神分裂症個案自我照顧能力與家屬負荷程度之研究</p>	<p>以中部某精神科專科醫院精神分裂症門診及居家治療個案之家屬共 150 名為研究對象。</p>	<p>精神分裂症個案的家屬負荷程度平均 23.23±10.06 分，為中度負荷，近兩年內精神科急性病房住院次數、門診或居家治療方式、是否依醫囑規則服藥、個案精神症狀及自我照顧獨立程度與家屬負荷達顯著相關。</p>	<p>余文雯 (2012)</p>
<p>中重度智能障礙者之主要照顧者壓力、生活品質相關因素研究-以屏東縣為例</p>	<p>以屏東縣某身心障礙機構 15 歲以上中重度智能障礙者之主要照顧者為研究對象，共有 276 位。</p>	<p>1.主要照顧者的壓力趨於中等程度。2.生活品質中，最高的範疇為「生理範疇」。3.主要照顧者的年齡、教育程度、宗教信仰、照顧時間、經濟狀況、社會支持在生活品質上有顯著的不同。</p>	<p>張惠玲 (2012)</p>

<p>探討家屬面對精神分裂症病患暴力行為的照顧負荷及其影響因素</p>	<p>有暴力行為史之精神分裂症病患的主要照顧者共 100 位。</p>	<p>1.主要照顧者的平均總照顧負荷為 30.8 分，屬於中度負荷。2. 影響主要照顧者整體照顧負荷的相關因素包括：病患職業、照顧者教育程度、情緒處理因應方式、認知壓抑因應方式、病患對主要照顧者出現暴力行為類型、病患對其他人出現暴力行為類型。</p>	<p>韓國菁 (2011)</p>
<p>精神分裂症患者生活品質及其相關因素之研究—有無使用居家護理之比較</p>	<p>選取 157 位北部地區某精神科專科醫院之精神分裂症患者。</p>	<p>「愧疚」及「案主依賴」負荷與心理範疇呈現負相關。</p>	<p>歐忠明 (2011)</p>
<p>探討青少年精神病患主要照顧者生活壓力、社會支持對照顧負荷之影響</p>	<p>59 名精神專科醫院門診青少年精神病患的主要照顧者之訪談。</p>	<p>1.照顧負荷與承擔治療活動之照顧壓力呈正相關，社會支持網絡與生活壓力照顧負荷呈負相關，但照顧負荷與生活壓力無顯著相關。2.承擔治療活動之照顧壓力與社會支持網絡均對照顧負荷有直接之影響。</p>	<p>李鳳美 (2007)</p>
<p>精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之探討：以某醫學中心復健及門診個案為例</p>	<p>研究樣本依研究條件分為復健組（36 人）與門診組（45 人），共訪談 81 位研究對象。</p>	<p>1.復健組主要照顧者照顧負荷低於門診組，兩組達統計學上顯著差異。2. 整體之照顧負荷落到輕到中度負荷。3.影響照顧負荷因素為照顧者身心健康、個案職業/就業功能等變項。</p>	<p>張秀桃 (2004)</p>

<p>精神分裂病患者生活品質及主要照顧者負荷之探討</p>	<p>以南部某區域教學醫院及某醫學中心急性病房與日間病房之精神分裂病患者與主要照顧者為研究對象，共收案 126 名。</p>	<p>1.照顧者的負荷為中程度的感知；其中以緊張感之負荷量最高，其次為案主依賴，烙印感負荷量較輕。2.「病房組」之照顧者緊張感及家庭干擾較「日間組」高，且達統計上顯著差異。3.病患對社會關係的滿意程度越高，照顧者烙印感越輕；病患在環境層面越滿意，照顧者的烙印感、家庭干擾與整體負荷程度越輕。4.病患的生活品質滿意度與照顧者負荷程度兩者之間無因果關係存在。</p>	<p>侯淑英 (2004)</p>
-------------------------------	--	---	-----------------------



第三章 研究方法

3.1 研究架構

3.1.1 研究步驟

本研究以嘉義某區域醫療院所之精神病患者要照顧者為研究對象，探討不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷差異之成效，其步驟如下：



圖 3.1 研究步驟

3.1.2 研究設計

本研究採橫斷式設計，以結構式問卷進行調查，收案時間為民國 109 年 3 月 1 日至民國 109 年 6 月 30 日。問卷內容包含四個部分，分別為 (1) 基本資料表、(2) 家庭功能量表、(3) 照顧者負荷量表及 (4) 社會支持網絡量表等。以電話聯絡方式詢問精神病患家庭照顧者意願，資料蒐集以面訪方式進行，由研究者與完成收案之精神病患者之照顧者進行面對面訪談。

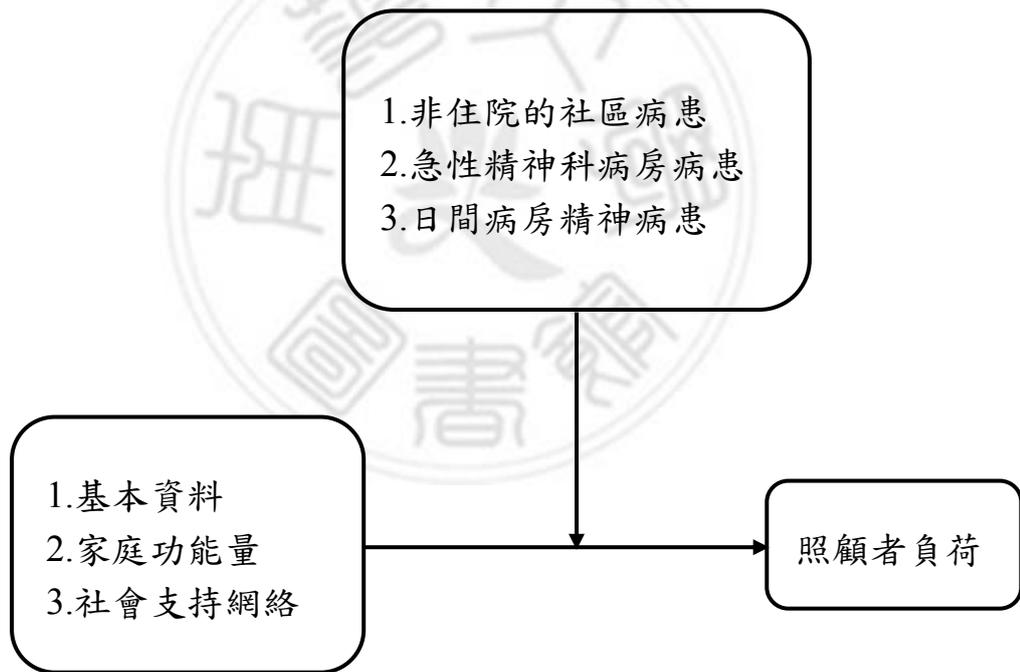


圖 3.2 研究架構

3.2 研究對象

本研究以南部某區域醫院精神病患之照顧者為收案對象，經過研究執行者解說後，同意參加此研究者進行收案，並簽署知情同意書，招募 74 名。精神病患包含非住院的社區精神病患、急性精神科病房精神病患及日間病房精神病患三類，且病患經精神專科醫師診斷後，需符合 DSM-IV-TR 精神疾病分類。本研究所定義的照顧者為承擔病患生活照顧工作與責任者。研究對象選取條件如下：

- (1) 過去一年內至少與患者同住，共同參與病患生活照顧之家庭照顧者。
- (2) 照顧者本身無罹患精相關精神疾病症狀干擾，無認知功能障礙，無酒癮、藥癮成癮者。
- (3) 其照顧對象之條件須為：經精神專科醫師診斷後，需符合 DSM-IV-TR 精神疾病分類；年齡大於十八歲，診斷時間達一年以上精神病患。
- (4) 照顧者能以國、台語溝通，可回答訪談問題。

3.3 研究工具

本研究以結構式問卷進行面訪，問卷內容包含四個部分，分別為(1)基本資料表、(2)家庭功能量表、(3)照顧者負荷量表、(4)社會支持網絡量表。

一、基本資料表

本基本資料表分為病患個人資料與照顧者個人資料兩部分。前者分為病患基本資料，如性別、年齡、婚姻狀況、教育程度與病患疾病因素，如疾病診斷、第一次發病時間、服藥情形、殘障手冊級別等；後者則分為照顧者基本資料，如性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、自覺個人健康狀況等與照顧情況，如每日與病患相處時間、照顧病患年數、家庭月總收入、有無他人輪流照顧病患等。

二、家庭功能量表

本量表採用蕭淑真(1996再版)的「家庭功能量表」此量表含十個家庭功能項次，包含：問題解決功能(3題)、權力決策功能(3題)、溝通功能(2題)、情緒功能(5題)、角色功能(3題)、夫妻功能(2題)、健康照顧功能(6題)、規範功能(2題)、獨立依賴功能(3題)、教養功能(5題)，家庭功能量表共24題。由受訪家庭照顧者陳述家中最近二個月的運作狀況，依其發生頻率，依Likert Scale記分法，發生率由很少、有時、經常、總是，勾選符合的家庭狀況，第9、

10、13、25、26、28、29、32 等八題為反向記分，量表滿分為 136，分數越高表示家庭功能越好。

三、照顧者負荷量表-精簡版

本量表採用宋麗玉(2001)照顧者負荷量表-精簡版 18 題，測量因照顧精神病患而產生的實際問題和感受。包括主觀與客觀負荷兩大向度，五個次向度：家庭干擾（7 題）、烙印（2 題）、愧疚（2 題）、照顧者緊張感（3 題）、案主依賴（2 題）。其中有正向題（2 題）不列入不計分。量表為五點的加總量表 Likert-type scale 計分每項，由沒有、很少、有時、經常、總是，各題項分數加總即為總負荷量，總分界於 0-64 分，分數越高代表負荷程度越大。

四、社會支持網絡量表

本量表採用 Lubben（1988）發展的社會支持網絡量表 Lubben Social Network Scale（LSNS），呈現社會支持網絡之來源與互惠性。量表共有十個題項，家庭及親屬支持的互動狀況（3 題）、與朋友網絡的互動狀況（3 題）、親近者獲得支持與協助的狀況（2 題）、照顧者幫助別人的狀況（1 題）、目前生活安排的狀況（1 題）、量表每題計分方式由 0 分到 5 分，總分 0 ~ 50 分之間，分數愈高是社會網絡連結的愈好。顯示分數得分愈高社會隔離程度愈低，社會網絡連結功能越好。

3.4 統計分析

資料譯碼後輸入電腦以 SPSS 20.0 軟體為分析工具，統計水準以 $p < 0.05$ 表示有統計上意義，統計方法包括描述性統計、推論性統計，設定顯著水準為 0.05，若 p 值小於 0.05 則表示具有顯著差異。



第四章 結果

4.1 研究對象之基本屬性

本研究共收集 74 位個案及家庭照顧者問卷，門診有 32 位，急性病房有 23 位，日間病房有 19 位。茲將研究對象之個案屬性描述如下：

4.1.1 病患基本資料

參與本研究之病患屬性中，男性共有 35 位，佔總人數 47.3%，女性共有 39 位，佔總人數 52.7%。婚姻狀況以未婚者 34 位居多，佔總人數 45.9%，已婚者 18 位，佔總人數 24.3%，離婚者 17 位，佔總人數 22.9%，三組比較婚姻狀況相似。

病患年齡比較，門診平均年齡 45.75 歲，標準差 15.15 歲，急性病房平均年齡 43.87 歲，標準差 13.33 歲，日間病房平均年齡 46.05 歲，標準差 11.01 歲 ($F=.172, p=.842$) 未有顯著差異。

第一次發病時間，門診平均發病年齡 34.25 歲，標準差 14.5 歲，急性病房平均發病年齡 32.52 歲，標準差 16.8 歲，日間病房平均發病年齡 31.63 歲，標準差 11.9 歲，($F=.210, p=.811$) 三組發病年齡未有顯著差異，綜觀年齡平均為 32.8 歲。若以每 10 足歲為區間計算，以 20~30 歲期間佔多數共 25 位，佔 33.7%，10 歲以下共 4 位，佔 5.4%最少。疾病病程中，統計發病時間（年），門診平均 10.87

年，標準差 11.14 年，急性病房平均 11.34 年，標準差 8.98 年，日間病房平均 12.84 年，標準差 9.56 年，綜觀三組目前疾病發展平均 11.68 年 ($F=.230, p=.795$) 未有顯著差異。

教育程度有高中職(含)程度共 52 位，佔總人數 72.2%，國中以下程度 22 位，佔總人數 27.3%。其中三組內教育程度以高中職 33 位居多，佔 44.59%。

針對服藥情形，主動服藥共 17 位，其中以日間病房 12 位居多，佔 70.5%；督促服藥共 28 位，以門診 15 位居多，佔 53.5%；不規則服藥共 27 位，其中門診 13 位，急性病房 12 位，以日間病房 2 位為優；拒絕服藥共 2 位，皆為急性病房，顯示服藥遵從性較差。

疾病診斷中，診斷思覺失調症共 54 位，佔總人數 54% 居多，其次是憂鬱症共 19 位，佔總人數 25.6%，躁鬱症共 13 位，佔總人數 17.5%，智能不足共 2 位，佔總人數 2.7%。其中領有殘障手冊有 56 人，佔 75.6%。領有殘障手冊以中度殘冊 29 位居多，佔 50.8%。三組間比較，領有重度殘障手冊共 12 位，以門診 6 位居多，佔 50%。此外無殘障手冊有 17 人，以門診 9 位居多，佔 52.9%。

表 4.1 病患基本屬性(類別資料)

變項	總合 n=74		門診 n=32		急性病房 n=23		日間病房 n=19		卡方檢定	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	P
性別									2.915	.233
男性	35	47.3	18	56.2	11	47.8	6	31.6		
女性	39	52.7	14	43.8	12	52.2	13	68.4		
婚姻狀況									4.853	.563
已婚	18	24.3	9	28.1	6	26.1	3	15.8		
未婚	34	45.9	14	43.8	11	47.8	9	47.4		
離婚	17	22.9	7	21.9	6	26.1	4	21.1		
喪偶	5	6.9	2	6.2	0	0.0	3	15.8		
教育程度									6.269	.792
不識字	2	2.7	1	3.1	1	4.3	0	0.0		
國小	8	10.8	5	15.6	2	8.7	1	5.3		
國中	12	16.2	3	9.4	5	21.7	4	21.1		
高中	33	44.6	16	50.0	9	39.1	8	42.1		
大學 (大專)	18	24.3	6	18.8	6	26.1	6	31.6		
研究所 以上	1	1.35	1	3.1	0	0.0	0	0.0		
服藥情形									29.416	.000
主動服藥	17	22.9	4	12.5	1	4.3	12	63.2		
督促服藥	28	37.8	15	46.9	8	34.8	5	26.3		
不規則服藥	27	36.4	13	40.6	12	52.2	2	10.5		
拒絕服藥	2	2.7	0	0.0	2	8.7	0	0.0		

變項	總合 n=74		門診 n=32		急性病房 n=23		日間病房 n=19		卡方檢定	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	P
發病年齡									69.277	.368
10 歲以下	4	5.4	2	6.25	2	8.7	0	0.0		
11~20 歲	13	17.5	2	6.25	5	21.7	6	31.5		
21~30 歲	25	33.7	14	43.75	6	26	5	26.3		
31~40 歲	12	16.2	6	18.75	1	4.3	5	26.3		
41~50 歲	10	13.5	3	9.38	5	21.7	2	10.5		
51~60 歲	7	9.4	3	9.38	3	13	1	5.3		
61 歲以上	3	4.1	2	6.25	1	4.3	0	0.0		
服藥情形									29.416	.000
主動服藥	17	22.9	4	12.5	1	4.3	12	63.2		
督促服藥	28	37.8	15	46.9	8	34.8	5	26.3		
不規則服藥	27	36.4	13	40.6	12	52.2	2	10.5		
拒絕服藥	2	2.7	0	0.0	2	8.7	0	0.0		
殘障級別									8.476	.388
輕度	15	20.2	7	21.9	4	17.4	4	21.1		
中度	29	39.1	10	31.2	8	34.8	11	57.9		
重度	12	16.2	6	18.8	3	13.0	3	15.8		
多重障礙	1	1.35	0	0.0	1	4.3	0	0.0		
無	17	22.9	9	28.1	7	30.4	1	5.3		
疾病診斷									3.340	.765
思覺失調症	40	54	17	53.1	12	52.2	11	57.9		
憂鬱症	19	25.6	9	28.1	4	17.4	6	31.6		
躁鬱症	13	17.5	5	15.6	6	26.1	2	10.5		
智能不足	2	2.7	1	3.1	1	4.3	0	0.0		

表 4.2 病患基本屬性(連續資料)

	門診	急性病房	日間病房	F	p-值
	平均數±標準差	平均數±標準差	平均數±標準差		
年齡	45.75±15.157	43.87±13.33	46.05±11.01	.172	.842
發病年齡	34.25±14.542	32.52±16.82	31.63±11.95	.210	.811
發病時間	10.87±11.149	11.34±8.98	12.84±9.56	.230	.795



4.1.2 照顧者基本資料

照顧者以女性共 46 位居多，佔總人數 62.1%，男性共 28 位，佔總人數 37.8%。其中以急性病房比例較懸殊，女性 19 位，佔 82.6%，男性 4 位，佔 17.4%。照顧者婚姻狀況，以已婚者 48 位居多，佔總人數 64.8%，未婚者 8 位，佔總人數 10.8%，離婚及喪偶皆 9 位，皆佔總人數 12.2%，三組比較婚姻狀況相似。

照顧者年齡比較，門診平均照顧者年齡 58.97 歲，標準差 8.58 歲，急性病房平均照顧者年齡 52.35 歲，標準差 9.58 歲，日間病房平均照顧者年齡 52.53 歲，標準差 17.32 歲。若以每 10 足歲為區間計算，以 51~60 歲期間共 29 位，佔 39.1% 居多，次之是 61 歲以上共 21 位，佔 28.3%。綜觀三組平均照顧者年齡約 55.26 歲，標準差 11.98 歲，顯示照顧者年齡居高。

教育程度比較，有大學（專）程度共 23 位，佔總人數 31.0% 居多，國小程度共 20 位，佔總人數 27.0% 次之。其中門診教育程度以國小 11 位居多，佔 34.4%，日間病房教育程度以大學 10 位居多，佔 52.6%。

照顧者之中有工作者共 46 位，佔總人數 62.1% 居多，無工作者 28 位，佔總人數 37.8%，三組間比較無明顯差異。家庭月總收入中，平均家庭收入二至四萬元共 32 位，佔總人數 43.2% 居多，收入四萬元以上共 27 位，佔總人數 36.4% 次之，收入二萬以下共 15 位，佔

總人數 20.2%。

調查家庭照顧者照顧病患時間(年)，照顧時間 1-5 年共 36 位，佔總人數 48.6%居多，6-10 年共 17 位，佔總人數 22.9%次之，11-20 年共 15 位，佔總人數 20.2%，20 年以上共 6 位，佔總人數 8.1%。家庭照顧者自感自覺個人健康狀況，自覺身體狀況”好”的照顧者共 25 位，佔總人數 33.7%為次之，自覺不好不壞共 31 位，佔總人數 41.8%居多，自覺身體狀況”差”的照顧者共 16 位，佔總人數 21.6%，自覺很差的照顧者共 2 位，佔總人數 2.7%。

三組比較照顧者與病患相處時間，其中照顧者每日與病患相處小於 8 小時共 59 位，佔總人數 79.7%居多，大於 8 小時共 15 位，佔總人數 20.2%，與照顧者有工作呈正相關。且照顧病患過程中，共 38 位照顧者有他人可輪流照顧病患，佔總人數 51.3%，有 36 照顧者則無人輪流照顧病患，佔總人數 48.6%。

表 4.3 照顧者基本屬性(類別資料)

變項	總合 n=74		門診 n=32		急性病房 n=23		日間病房 n=19		卡方檢定	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	P
照顧者性別									5.933	.051
男性	28	37.8	15	46.9	4	17.4	9	47.9		
女性	46	62.1	17	53.1	19	82.6	10	52.6		
照顧者年齡									65.961	.278
30 歲以下	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	5.3		
31~40 歲	11	14.8	1	3.1	4	17.3	6	31.5		
41~50 歲	11	14.8	4	12.5	5	21.7	2	10.5		
51~60 歲	29	39.1	14	43.75	11	47.8	4	21		
61 歲以上	21	28.3	13	40.6	3	13	5	26.3		
婚姻狀況									12.995	.43
已婚	48	64.8	27	84.4	13	56.5	8	42.1		
未婚	8	10.8	1	3.1	2	8.7	5	26.3		
離婚	9	12.2	2	6.2	4	17.4	3	15.8		
喪偶	9	12.2	2	6.2	4	17.4	3	15.8		
自覺個人 健康狀況									18.041	.006
很差	2	2.7	1	3.1	0	0.0	1	5.3		
差	16	21.6	10	31.2	1	4.3	5	26.3		
不好不壞	31	41.8	11	34.4	17	73.9	3	15.8		
好	25	33.7	10	31.2	5	21.7	10	52.6		

變項	總合 n=74		門診 n=32		急性病房 n=23		日間病房 n=19		卡方檢定	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	P
教育程度									14.497	.270
不識字	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	5.3		
識字，未受 教育	2	2.7	2	6.2	0	0.0	0	0.0		
國小	20	27	11	34.4	7	30.4	2	10.5		
國中	14	18.9	7	21.9	4	17.4	3	15.8		
高中	13	17.5	5	15.6	5	21.7	3	15.8		
大學（大專）	23	31.0	6	18.8	7	30.4	10	52.6		
研究所以上	1	1.3	1	3.1	0	0.0	0	0.0		
是否有工作									0.240	.887
有	46	62.1	20	62.5	15	65.2	11	57.9		
無	28	37.8	12	37.5	8	34.8	8	42.1		
自覺個人 健康狀況									18.041	.006
很差	2	2.7	1	3.1	0	0.0	1	5.3		
差	16	21.6	10	31.2	1	4.3	5	26.3		
不好不壞	31	41.8	11	34.4	17	73.9	3	15.8		
好	25	33.7	10	31.2	5	21.7	10	52.6		
照顧時間									39.619	.234
1-5 年	36	48.6	15	46.9	12	52.3	9	47.3		
6-10	7	22.9	8	25	5	21.7	4	21		
11-20	15	20.2	7	21.8	3	13	5	26.3		
20 以上	6	8.1	2	6.3	3	13	1	5.4		

變項	總合 n=74		門診 n=32		急性病房 n=23		日間病房 n=19		卡方檢定	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	P
每日與病患 相處時間									36.011	.055
小於 8 小時	59	79.7	28	87.5	19	82.6	12	63.1		
大於 8 小時	15	20.2	4	12.5	4	17.4	7	36.9		
家庭月總 收入									6.759	.344
二萬以下	15	20.2	3	9.4	5	21.7	7	36.8		
二萬至四萬	32	43.2	15	46.9	10	43.5	7	36.8		
四萬以上	27	36.4	14	43.7	8	34.8	5	26.3		
有無他人輪 流照顧病患									2.780	.249
無	36	48.6	13	40.6	13	56.5	12	63.2		
有	38	51.3	19	59.4	10	43.5	7	36.8		

4.2 精神病患照顧者家庭功能、照顧負荷及社會支持 網絡描述性比較

4.2.1 家庭功能量表描述性比較

本研究之家庭功能量表，由家庭照顧者陳述近兩個月的運作狀況，此量表含十個家庭功能項次，包含：問題解決功能、權力決策功能、溝通功能、情緒功能、角色功能、夫妻功能、健康照顧功能、規範功能、獨立依賴功能、教養功能，量表滿分為 136 分，分數越高表示家庭功能越好。

綜觀三組總分計算，「門診組」總分為 89.750，「急性病房組」總分為 86.608，「日間病房組」總分為 95.263，單因子變數分析結果 F 值為 1.594，p 值為 0.21，三組呈現未顯著差異。

「門診組」之家庭功能依得分高低排序，依序為前三項為：健康照顧功能（ 17.437 ± 2.993 分）、教養功能（ 14.531 ± 2.895 分）、情緒功能（ 12.656 ± 3.238 分），而最低得分為夫妻功能（ 3.718 ± 1.528 分）。

「急性病房組」之家庭功能依得分高低排序，依序為前三項為：健康照顧功能（ 17.565 ± 3.174 分）、教養功能（ 13.956 ± 2.915 分）、情緒功能（ 11.653 ± 2.707 分），而最低得分為夫妻功能（ 3.478 ± 2.707 分）。

「日間病房組」之家庭功能依得分高低排序，依序為前三項

為：健康照顧功能(17.578±3.834 分)、教養功能(15.421±3.686 分)、情緒功能(14.526±3.372 分)，而最低得分為夫妻功能(3.894±2.024 分)。

比較三組家庭功能之各向度，依單因子變數分析 p 值小於 0.05，且平均總分得分高低排序，依序為前三項為：「情緒功能」其細項詢問在家庭中每個角色對於承擔的責任，面對事情處理態度（責罵或鼓勵），互動或活動、家庭的互動氣氛（不和諧、或衝突）等，「門診組」平均得分為 12.656，「急性病房組」平均得分為 11.652，「日間病房組」平均得分為 14.526，單因子變數分析結果 F 值為 4.496，p 值為 0.014，三組呈現顯著差異。其次是「規範功能」其細項詢問家裡的人會隨意改變家庭的要求或規矩、若沒有遵守家庭的要求或規矩，會引起爭執，「門診組」平均得分為 4.937，「急性病房組」平均得分為 5.478，「日間病房組」平均得分為 6.000，單因子變數分析結果 F 值為 3.409，p 值為 0.039，三組呈現顯著差異。「溝通功能」其細項詢問家裡的人彼此能夠直接討論問題、說出及瞭解彼此想法及內心感受，「門診組」平均得分為 5.187，「急性病房組」平均得分為 4.130，「日間病房組」平均得分為 5.000，單因子變數分析結果 F 值為 3.404，p 值為 0.039，三組呈現顯著差異。

依家庭功能量表計分，分數越高表示家庭功能越好，綜觀門診、急性病房及日間病房三組皆以健康照顧功能、教養功能及情緒功能為高分，最低得分皆是夫妻功能，顯示在家庭中仍以病患為中心。

表 4.4 家庭功能量表

	門診	急性病房	日間病房	F	p-值
	平均數±標準差	平均數±標準差	平均數±標準差		
家庭功能總分	89.750± 15.065	86.608± 14.063	95.263± 18.573	1.594	0.210
問題解決功能	7.906± 2.319	6.478± 2.212	8.000± 2.886	2.846	0.065
權力決策功能	7.625± 2.268	6.739± 1.814	7.736± 2.513	1.416	0.249
溝通功能	5.187± 1.281	4.130± 1.604	5.000± 1.795	3.404	0.039
情緒功能	12.656± 3.238	11.652± 2.707	14.526± 3.372	4.496	0.014
角色功能	7.875± 1.791	9.217± 6.908	8.526± 2.318	0.690	0.505
夫妻功能	3.718± 1.528	3.478± 1.780	3.894± 2.024	0.305	0.738
健康照顧功能	17.437± 2.993	17.565± 3.174	17.578± 3.834	0.015	0.985
規範功能	4.937± 1.075	5.478± 1.238	6.000± 2.027	3.409	0.039
獨立依賴功能	7.875± 1.157	7.913± 1.164	8.578± 2.316	1.417	0.249
教養功能	14.531± 2.895	13.956± 2.915	15.421± 3.686	1.153	0.322

4.2.2 照顧者負荷量表描述性比較

此量表測量因照顧精神病患而產生的實際問題和感受。包括主觀與客觀負荷兩大向度，五個次向度：家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張感、案主依賴。其中有 2 題正向題不列入不計分。各題項分數加總即為總負荷量，總分界於 0-64 分，分數越高代表負荷程度越大。

綜觀三組照顧者負荷總分計算，「門診組」平均得分為 28.43，「急性病房組」平均得分為 34.73，「日間病房組」平均得分為 24.89，單因子變數分析結果 F 值為 3.408，p 值為 0.039，三組呈現顯著差異。

「門診組」之照顧者負荷依得分高低排序，最高分為家庭干擾(11.96± 6.522 分)，照顧者緊張感(7.28± 2.617 分)其次、案主依賴(3.62± 1.896 分)、愧疚(3.37± 2.106 分)、烙印(2.18± 1.635 分) 最低。

「急性病房組」之照顧者負荷依得分高低排序，最高分為家庭干擾(14.69± 7.332 分)，照顧者緊張感(8.26± 3.122 分)其次、案主依賴(4.82± 2.386 分)、愧疚(3.52± 2.293 分)、烙印(3.43± 2.555 分) 最低。

「日間病房組」之照顧者負荷依得分高低排序，最高分為家庭干擾(10.26± 6.072 分)，照顧者緊張感(5.84± 3.609 分)其次、案主依賴(4.05± 2.368 分)、愧疚(3.36± 1.977 分)、烙印(1.36± 1.422 分) 最低。

比較三組家庭功能之各向度，依平均總分得分高低排序，「家庭干擾」

其細項照顧者自覺在日常作息因為照顧病患而受到干擾、家庭或事業之間無法兼顧、休閒活動、社交生活及婚姻因照顧病患而受到影響，家庭干擾總分 12.30，標準差 6.642 分，「門診組」平均得分為 11.96，「急性病房組」平均得分為 14.69，「日間病房組」平均得分為 10.26，單因子變數分析結果 F 值為 2.399，p 值為 0.098，三組呈現未達顯著差異。其次為「照顧者緊張感」，其細項為照顧者擔心病患不知何時會發病感到緊張害怕，我擔心病患獨自一人時的安全，平均照顧者緊張感總分 7.12，標準差 3.116 分，「門診組」平均得分為 7.28，「急性病房組」平均得分為 8.26，「日間病房組」平均得分為 5.84，單因子變數分析結果 F 值為 3.280，p 值為 0.043，三組呈現顯著差異。

「案主依賴」其細項為病患對照顧者的依賴程度，案主依賴總分 1.69，標準差 3.459 分，「門診組」平均得分為 3.62，「急性病房組」平均得分為 4.82，「日間病房組」平均得分為 4.05，單因子變數分析結果 F 值為 2.037，p 值為 0.138，三組呈現未達顯著差異。「愧疚」其細項為照顧者自覺在照顧上有不足，平均愧疚總分 3.41，標準差 2.125 分，「門診組」平均得分為 3.37，「急性病房組」平均得分為 3.52，「日間病房組」平均得分為 3.36，單因子變數分析結果 F 值為 0.039，p 值為 0.962，三組呈現未達顯著差異。「烙印」其細項為家中有精神病患是否會讓照顧者及其家庭感到羞恥，平均烙印總分 2.32，標準差 1.870 分，「門診組」平均得分為 2.18，「急性病房組」平均得分為 3.43，「日間病房組」平均得分為 1.36，單因子變數分析結果 F 值為 6.237，p 值為 0.003，三組呈現顯著差異。

急性病房因病患屬急性期，在照顧者負荷統計中，家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張感、案主依賴得分皆為分組中得分最高，且在正向情緒中（反向題）分數皆均高，在照顧者負荷統計中有正相關。



表 4.5 照顧者負荷量表

	門診	急性病房	日間病房	F	p-值
	平均數±標準差	平均數±標準差	平均數±標準差		
照顧者負荷總分	28.43± 12.170	34.73± 13.715	24.89± 11.594	3.408	.039
家庭干擾	11.96± 6.522	14.69± 7.332	10.26± 6.072	2.399	.098
烙印	2.18± 1.635	3.43± 2.555	1.36± 1.422	6.237	.003
愧疚	3.37± 2.106	3.52± 2.293	3.36± 1.977	.039	.962
緊張感	7.28± 2.617	8.26± 3.122	5.84± 3.609	3.280	.043
案主依賴	3.62± 1.896	4.82± 2.386	4.05± 2.368	2.037	.138
正向情緒1	1.21± .792	1.86± 1.217	2.00± 1.45	3.676	.030
正向情緒2	1.28± .958	2.04± 1.223	2.57± 1.387	7.875	.001

4.2.3 社會支持網絡量表描述性比較

此量表呈現社會支持網絡之來源與互惠性。量表共有十個題項，家庭及親屬支持的互動狀況、與朋友網絡的互動狀況、親近者獲得支持與協助的狀況、照顧者幫助別人的狀況、目前生活安排的狀況、量表每題計分顯示分數得分愈高社會隔離程度愈低，社會支持網絡連結功能越好。

綜觀三組社會支持網絡總分計算，「門診組」平均得分為 27.06，「急性病房組」平均得分為 29.56，「日間病房組」平均得分為 27.63，單因子變數分析結果 F 值為 0.892，p 值為 0.141，三組呈現未達顯著差異。

「門診組」之社會支持網絡依得分高低排序，最高分為朋友網絡 (8.75 ± 2.828 分)，其次是家庭網絡 (6.53 ± 2.651 分)、生活安排 (4.37 ± 1.475 分)、幫助別人 (3.81 ± 1.574 分)，最低得分者親近關係 (3.59 ± 1.214 分) 最低。

「急性病房組」之社會支持網絡依得分高低排序，最高分為朋友網絡 (8.69 ± 2.670 分)，其次是家庭網絡 (8.34 ± 1.921 分)、親近關係 ($4.65 \pm .991$ 分)、生活安排 (4.34 ± 1.070 分)，最低得分者幫助別人 (3.52 ± 16.20 分) 最低。

「日間病房組」之社會支持網絡依得分高低排序，最高分為朋友網絡 (8.31 ± 3.575 分)，其次是家庭網絡 (6.78 ± 4.063 分)、親近關係 (6.10 ± 3.160 分)、生活安排 (3.78 ± 1.750 分)，最低得分者幫助別人 (3.78 ± 1.750 分) 最

低。

比較三組家庭功能之各向度，依平均總分得分高低排序，「朋友網絡」為最高分，其細項為照顧者與朋友網絡的互動狀況，平均朋友網絡總分 8.58，標準差 3.024 分，「門診組」平均得分為 8.75，「急性病房組」平均得分為 8.69，「日間病房組」平均得分為 8.31，單因子變數分析結果 F 值為 0.136，p 值為 0.873，三組呈現未達顯著差異。

其次是「家庭網絡」其為家庭及親屬支持的互動狀況，平均家庭網絡總分 7.21，標準差 8.635 分，「門診組」平均得分為 6.53，「急性病房組」平均得分為 8.34，「日間病房組」平均得分為 6.78，單因子變數分析結果 F 值為 2.840，p 值為 0.414，三組呈現未達顯著差異。「親近關係」，其細項為照顧者親近者獲得支持與協助的互動狀況，平均親近關係總分 4.75，標準差 1.788 分，「門診組」平均得分為 3.59，「急性病房組」平均得分為 4.65，「日間病房組」平均得分為 6.10，單因子變數分析結果 F 值為 8.563，p 值為 0.000，三組呈現顯著差異。

「生活安排」，其為目前生活安排的狀況，生活安排總分 4.16，標準差 1.431 分，「門診組」平均得分為 4.37，「急性病房組」平均得分為 4.34，「日間病房組」平均得分為 3.78，單因子變數分析結果 F 值為 1.120，p 值為 0.332，三組呈現未達顯著差異。

最低分為「幫助別人」其為照顧者幫助別人的狀況，需要您幫忙做一些

事情，幫助別人總分 3.32，標準差 1.723 分，「門診組」平均得分為 3.81，「急性病房組」平均得分為 3.52，「日間病房組」平均得分為 2.63，單因子變數分析結果 F 值為 2.940，p 值為 0.059，三組呈現未達顯著差異。



表 4.6 社會支持網絡量表

	門診	急性病房	日間病房	F	p-值
	平均數±標準差	平均數±標準差	平均數±標準差		
社會網絡 總分	27.06± 5.934	29.56± 5.615	27.63± 9.656	.892	.414
家庭網絡	6.53± 2.651	8.34± 1.921	6.78± 4.063	2.840	.065
朋友網絡	8.75± 2.828	8.69± 2.670	8.31± 3.575	.136	.873
親近關係	3.59± 1.214	4.65± .991	6.10± 3.160	8.563	.000
幫助別人	3.81± 1.574	3.52± 1.620	2.63± 1.977	2.940	.059
生活安排	4.37± 1.475	4.34± 1.070	3.78± 1.750	1.120	.332

第五章 討論

本研究目的為瞭解不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷，依照病患及照顧者基本資料及家庭功能量表、照顧負荷量表、社會網絡量表得分結果加以分析，就以下部份進行討論：

5.1 基本資料之綜合性探討

綜觀參與本研究精神病患與家庭照顧者基本屬性中，以各組分別探討，了解不同就醫模式病患的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、疾病診斷、第一次發病時間、住院次數、服藥情形、殘障手冊級別與照顧者的性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、自覺個人健康狀況、每日與病患相處時間、照顧病患年數、家庭月總收入、有無他人輪流照顧病患等因素，與家庭照顧者照顧負荷相關聯性。

5.1.1 病患基本資料屬性之探討

本研究對象所照顧之病患，男女比例相當，與黃、曾（2018）研究之社會人口學特性雷同。婚姻狀況以未婚佔總人數 45.9%居多，與張（1998）、崔等（1998）、謝、周（1999）、胡（1999）、研究結果相似，因精神病患的病情變化，影響其在日常生活功能與人際相處，故未婚的比例亦高於一般人。

診斷以思覺失調症佔五居多，病患平均教育程度為高中職，發病年齡平均在 32.8 歲，與胡海國（1996）的文獻中所呈現思覺失調病患多是在青少年或成年發病研究發現一致；病患平均發病時間約 11.68 年，病患平均發病時間大於十年以上，顯示病程呈慢性化，與連（2016）、陳（2012）、侯（2004）、張（2004）及邱、蕭（1998）研究雷同。

領有殘障手冊佔七成，其中以中度殘冊居多佔五成，此外無殘障手冊有 17 人，以門診 9 位居多，佔五成；其中這 9 位病患被診斷為憂鬱症，筆者在訪問時，照顧者表示未領有殘障手冊原因多數為病患若領有殘障手冊後影響未來工作發展，其社會歧視與汙名化影響，在急性病房未領有殘障手冊原因則因為病患不規則返診，且否認有精神疾病而拒絕申請殘障手冊。

針對病患服藥情形，主動服藥僅兩成，且以相較穩定的日間病房比例居高；不規則且需督促服藥佔七成，其中急性病房拒絕服藥共 2 位，顯示服藥遵從性較差，與陳（2012）研究病患服藥遵從性差雷同，陳、許、陳、賴（1996）研究表示照顧者需為病患的服藥狀況付出心力相似，而精神病患於急性期治療穩定後，回歸社區仍以藥物穩定病情為主，因照顧精神病患實屬不易，病患長時間在家庭中，若未規則服藥導致病情反覆的狀況下，伴隨

而來的暴力行為、常有混亂及干擾行為，Brady,McCain (2004) 指出家庭照顧者在面對病患症狀時，對於病患精神症狀起伏的不確定性，會有照顧負荷過重及害怕，在照顧者負荷量表之照顧者緊張感之題向總分皆為最高， $p=0.43$ 有顯著差異。

5.1.2 家庭照顧者基本資料屬性之探討

本研究家庭照顧者以女性佔六成居多，平均照顧者年齡 52.53 歲，與葉人豪等人 (2009) 精神病患照顧年齡平均 50 歲以上，以女性居多研究一致。女性照顧者居多，呂、陳 (1997) 提出可能為社會結構因素與個人心理因素，導致女性在社會中容易成為擔任照顧者的腳色。照顧者已婚者佔六成，與陳、許、陳、賴 (1996) 研究照顧者婚姻狀況雷同，沈 (1997) 提出精神病患主要照顧者有配偶者，健康照顧功能較優，與本研究家庭功能健康照顧功能題項皆為各組間得分最高相呼應。

教育程度有大學 (專) 佔三成，國小以下佔兩成，其教育程度懸殊，劉淑娟等人 (1998) 指出不識字之照顧者身體負荷明顯大於專科以上，可能因教育程度高對疾病認知較好，其了解疾病及照顧病患技巧，此外陳、許、陳、賴 (1996) 也提及學歷較高之照顧者其烙印負荷較輕，與本研究日間病房組其照

顧者教育程度有 5 成為大學學歷，其照顧負荷之烙印題項在各組間比較總分 1.36 分最低。

照顧者工作狀況，有六成照顧者有工作，因病患在正值中壯年期被疾病所困，夏、葉、黃（2009）提出照顧者因照顧病患因此減少工作收入，但精神病程冗長，病患多數未有工作，家庭經濟重擔仍落在照顧者身上，平均家庭月收入平均為兩萬至四萬元，陳（2012）、陳（2008）研究指出家庭月總收入須達五萬以上，其整體照顧負荷才會減輕。此外有五成的照顧者無人可以輪流照顧病患，平均照顧時間已 1-5 年佔四成居多，因工作關係每日與病患相處時間小於 8 小時佔六成，故家庭照顧者在工作間又要擔心病患，在照顧者負荷愧疚題項覺得自己為病患做的事情不夠多，在照顧過程中做得不夠好。

家庭照顧者在身體自覺狀況不好不壞佔四成，自覺身體狀況不佳的佔三成，陳、吳、廖（2010）針對思覺失調病患主要照顧者自覺身體健康狀態均低於全國常模結果有相呼應；三組照顧者年齡平均已進入中老年期，吳等人（1991）、翁（1997）、劉（1998）研究也提出照顧者年齡越大，自身生理況狀況越差，身體負荷也隨之增加，若要承擔照顧者工作更是雪上加霜。

5.2 家庭功能與照顧者負荷程度之關聯性

當精神病患離開醫療機構後，多數皆回歸到家庭，家庭功能及運作更顯得重要，有研究指出家庭功能系統的支持度影響照顧者與病人關係，家庭照顧者的壓力負荷若結合家庭資源可以降低負荷，提升照顧品質（高、盧、葉、劉，1999；陳，2010）。本研究運用蕭淑真（1996再版）的「家庭功能量表」，得分愈高家庭功能越好，與宋（2001）照顧者負荷量表，得分越高照顧負荷越高，了解家庭功能與照顧者負荷程度之關聯性。

綜觀三組比較，家庭功能量表，依高低排序，以日間病房組總分 95.263 分，標準差 18.573 分最高、其次是門診組總分 89.750 分，標準差 15.065 分，最低得分為急性病房組總分 86.608 分，標準差 14.063 分，與照顧者負荷量表，依高低排序，急性病房組總分 34.73 分，標準差 13.715 分最高、其次是門診組總分 28.43 分，標準差 12.170 分，最低得分為日間病房組總分 24.89 分，標準差 11.594 分，依上述比較發現急性病房在家庭功能得分最低，在照顧者負荷得分最高，日間病房在家庭功能得分最高，在照顧者負荷得分最低，表示家庭功能越好，可降低照顧者負荷，與李、陳、洪、周（2014）研究顯示照顧負荷越大的主要照顧者，其獨立性及對家庭責任相對較無法發揮功能相呼應。

針對 74 位家庭照顧者為調查對象結果顯示家庭功能平均總分為 90.54 分，標準差 15.90 分，家庭功能屬於中度等級，與陳（2012）研究結果雷同，在比較三組研究結果以日間病房總分 95.263 分為組間比較最高，急性病房總分 86.608 分最低，沈（1997）研究顯示病患醫療遵從行為越差，整體家庭功能愈差，以服藥遵從度比較，三組中可主動服藥比例以日間病房佔 63.2% 居高，急性病房僅 4.3%，且家庭量表題項中日間病房以健康照顧功能總分 17.437 分居高，皆顯示若病患可規則服藥可提升家庭功能。因多數精神病患需長期且穩定服用，才可有效降低精神症狀干擾引起的暴力、干擾行為，宋（2002）、侯（2004）的研究也提出病患的行為問題與照顧負荷有顯著關係，與急性病房在照顧者負荷量表題項「緊張感」總分 8.26 分，為三組最高得分者有相呼應。

陳、吳、廖（2010）文獻提出照顧者受教育年數越長，家庭功能越佳，與本研究組別中日間病房照顧者教育程度以大學(專)佔五成，其家庭功能為三組間比較最高；且當照顧者教育程度越高，對疾病認知越了解，常規督促病患服藥，病患服藥結盟行為較好，病況相較穩定，整體家庭功能也會提升，與藍（2004）的研究結果相呼應；在照顧者負荷中烙印及緊張感也相對降低。在領有殘障手冊當中殘障級別越低其家庭功能越好，與葉（2009）研究結果疾病嚴重程度較輕，家

庭功能相對較高相呼應。日間病房照顧者有六成無他人輪流協助照顧病患，在陳(2018)研究提出無人輪流照顧病患，顯示照顧者越單純，在照顧上意見分歧較少，其家庭功能越佳雷同。

5.3 社會支持網絡與照顧者負荷程度之關聯性

社會支持是人際關係互動過程中訊息的交換與情感的傳遞，當個人遭遇壓力時，其社會網絡包含家人、朋友或重要他人等形成支持系統 (Caplan, 1974; Cobb, 1976)，在照顧精神病患的過程中，家庭照顧者的壓力負重是需要獲得關心的，本研究運用Lubben (1988)發展的社會支持網絡量表，呈現社會支持網絡之來源與互惠性，並運用宋麗玉 (2001) 照顧者負荷量表了解在照顧精神病患的過程中，照顧者的社會網絡與照顧負荷的關聯性。

綜觀三組社會支持網絡得分平均28.08分，標準差7.068分，顯示社會支持為中等，其照顧者負荷烙印之題項在三組間均為最低得分，與侯 (2004) 研究顯示對社會關係越滿意，則照顧者的烙印感越低有相呼印。在照顧者基本屬性分析有照顧者已婚者佔六成，與汪(2003)、張 (2000)、劉 (2002) 研究提及社會支持網絡主要來自婚姻關係之家庭支持網絡。

在社會支持網絡朋友網路及家庭網路之題項皆是三組最高分，其了解家庭及親屬支持的互動狀況，與朋友網絡的互動狀況，與沈、張

(1993) 研究提出當照顧者社會支持網絡越豐富，在照顧病患的過程中能得到較好的因應策略，使得使健康功能提升，故照顧者的照顧負荷隨之降低。

社會支持網路有多重關係，周、常 (2005) 提出社會支持網絡關係強調的是個人在社會互動過程中的主動性，侯 (2004) 研究提出醫療人員的支持與精神病患生活品質中的社會關係和環境範疇雖達顯著正相關，而精神病患者在臨床上常不受到重視，但他們卻也是弱勢的一群人，精神疾病不管是病患本身還是家庭照顧者都會帶來許多困擾，尤其是若有暴力行為甚至是自傷、傷人的病患，長期以來帶給照顧者的負擔更是無法忽視，Wilson (1999) 提出若精神醫療團隊以治療夥伴的模式提供照顧者專業的支持，若醫療人員可以主動協助照顧者，成為社會支持網絡之一，增加照顧者對於病患的疾病認知及情感支持，進而降低照顧負荷。

第六章 結論與建議

6.1 結論

隨著社會文明的進步，現代人的壓力遽增，精神疾病的普及已逐漸受到重視，在台灣根據衛生福利部 2018 年統計，符合國際疾病及相關健康問題統計分類第十版之精神、行為和神經發展疾患分類總計 3,752,124 人，占總人口數 15.9%。在台灣保守的社會風氣下，近年來有多起精神病患照顧者殺害病患，其原因探究是因長期照顧病患負荷過重，缺乏社會支持，因精神疾病汙名化，嫌少與外界互動，照顧者的身心狀態未被重視，再加上照顧者年齡居高，身體狀況及認知功能較低，家庭功能、照顧者與病患生活品質不好，此外最讓照顧者擔憂的是當患者在發病時，有怪異行為、攻擊暴力及自傷傷人之虞，這些狀況造成社會恐慌也帶給主要照顧者有強烈的羞恥感，筆者更是看到許多家庭照顧者因為不堪病患的暴力行為造成身體的受傷、甚至申請保護令等，因而將病患送來住院，也是照顧負荷來源之一。

本研究採橫斷式設計，以南部某區域醫院精神科非住院的社區精神病患、急性精神科病房精神病患及日間病房精神病患三類之家庭照顧者為收案對象，研究以面訪方式進行，問卷內容包含基本資料表、家庭功能量表、照顧者負荷量表及社會支持網絡量表為瞭解不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷。

比較不同就醫模式下家庭照顧者的負荷程度差異，發現急性病房在照顧者負荷總分居高，其照顧者緊張感得分最高，因急性病患在症狀發病期間可能有的暴力疑慮及干擾行為，讓照顧者最為緊張。在家庭功能總分為日間病房得分最高，其健康照顧功能得分最高，為日間病房病患病況相較穩定，家裡的人會接受並遵從醫療上的建議與治療，服藥狀況較穩定。社會網路得分以急性病房得分最高，其朋友網路得分分居高，其照顧者教育程度高中職以上佔五成，有六成在職場上，與外界社會有較多連結。

近年來臺灣精神衛生政策逐漸強化，筆者在臨床照顧急性精神病患，在接觸許多家庭照顧者之後，觀察到因精神病患的照顧特殊性包含：精神症狀、心理困擾、自我照顧能力缺失，衍生的諸多問題都成為照顧者的照顧負荷。且多數精神疾病需長期且穩定服藥才可穩定病況，除了增進病患病識感，加強家庭照顧者疾病認知及照顧，針對病患個別性提供持續性照顧及復健安排，需要適時轉介社區復健機構協助，幫助病患與社會接軌。

6.2 研究限制與建議

依據本研究結果統整歸納出以下幾點建議：

1. 研究者取樣僅限於以南部某區域醫院精神病患之照顧者為收案對象，選取符合研究條件且同意受訪者為研究對象，未採隨機取樣，在樣本分布上不平均。且收案期間正值嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情期間，醫療機構在探視限制增加，病房照顧者進入醫療機構困難，使得收案樣本數不夠多；在門診受訪過程中病患多數在旁，影響家庭照顧者受訪時答題，且無法避免是否為了符合社會期望而影響回答問卷，研究在推論性有所限制。因此若人力、經費、時間充足狀況下，希望能夠擴大研究區域，在收案過程中能夠增加樣本數，以驗證研究結果之普遍性。
2. 因本研究採橫斷性研究方法，只能收集到研究對象在照顧歷程中的小部份時間，未能完整呈現照顧者在照顧歷程中前因後果關係，且可能自變項及變項較少，導致研究之顯著變項不多，且照顧負荷會隨著病患疾病發展而有不同，建議若病患長期在同一機構就醫，建議可以採用長期追蹤方式，才能夠收集到照顧者完整的照顧負荷感受。

參考文獻

中文文獻

孔繁鐘編譯(1999)·DSM-IV精神疾病的診斷與統計·新北市：合記。

王素女、駱俊宏、薛克利、文榮光(2004)·憂鬱症病人人性問題之評估與處置·*臺灣性學學刊*，10(1)，71—82。

台灣精神醫學會(2015)·精神疾病診斷準則手冊·新北市：合記書局。

田基武(1986)·精神分裂病患家庭照顧者對疾病調適之研究—以彰化基督教醫院精神科門診個案為例·台中：東海大學社會工作學系碩士論文。

牟秀善(1996)·社會工作者如何協助慢性精神病患主要照顧者之疾病管理·*社區發展季刊*，67，113—119。

吳就君(1986)·家族治療—理論與實務·新北市：大洋出版社。

吳聖良、胡杏佳、姚克明(1991)·台灣地區居家照顧者負荷情況及其需求之調查研究·*公共衛生*，18(3)，337—247。

呂寶靜、陳景寧(1997)·女性家屬照顧者之處境與福利建構·新北市：女書文化。

宋麗玉 (1998)·精神病患社區照顧省思—社區化或機構化，選擇或
困局？·*中華心理衛生學刊*，11 (4)，73—102。

宋麗玉 (1998)·精神病患社區照顧之省思—社區化或機構化，選擇
或困局？·*中華心理衛生學刊*，11 (4)，73—103。

宋麗玉 (2002)·精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證—以實務應
用為取向·*社會政策與社會工作學刊*，6 (1)，61—101。

李明濱 (2006)·自殺防範指引，新北市：行政院衛生署。

李偉綺 (1998)·精神分裂症病患主要照顧者之情緒與因應行為·南
投：暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

汪俐君 (2003)·學前身心障礙子女母親親職壓力與社會支持相關因
素之探討，台北：國立台灣師範大學特殊教育學系碩士論文。

沈志仁、張素凰 (1993)·精神病患主要照顧家屬的需要及其相關因
素·*中華心理衛生學刊*，6 (1)，49—64。

沈宜慧、張承洳 (2012)·照顧一位慢性精神分裂症病人重返職場照
護之護理經驗·*源遠護理*，6 (1)，65—74。

沈武典 (2011)·21世紀臨床精神藥物學—三版·台北市：合記圖書
出版社。

沈淑華 (2006)·精神分裂症患者出院一年後內再住院之因素探討·

未發表的碩士論文，臺南：國立成功大學護理學系護理行政組。

沈楚文等著 (1994)·新編精神醫學·台北市：永大書局。

沈麗惠 (1997)·影響住院精神分裂病患者家庭功能的相關因素·未

發表的碩士論文，高雄：高雄醫學院護理研究所。

周湘斌、常英 (2005)·社會支持網絡理論在社會工作實踐中的應用

性探討·中國醫藥大學學報，59 (2)，80-85。

周筱真 (2014)·精神疾病患者之自我污名化、家庭功能與疾病預後

之關係·台北：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士
論文。

林惠芬 (2009)·智能障礙者教育·小熙特殊教學，23 (6)，513-518。

林聖茹 (2014)·使用台灣健保資料庫分析躁鬱症病人鋰鹽中毒特性

之研究·台北：國立臺北大學企業管理學系碩士論文

林曉凌、呂碧鴻 (2000)·如何進行家庭功能評估·當代醫學，27 (7)，

21-25。

邱淑貞、蕭淑貞 (1998)·社區精神分裂病患家庭功能與自我照顧之

相關性·中華衛誌，17 (3)，206-213。

侯淑英(2004)·精神分裂病患者生活品質及主要照顧者負荷之探討·

未發表的碩士論文，高雄：高雄醫學大學行為科學研究所。

柯慧貞、周鈺翔(2009)·柯氏憂鬱量表應用於篩選國人更年期婦女

憂鬱症之適用性·*中華心理學刊*，51(4)，471-481。

胡海國(1999)·精神分裂症—描述性精神病理(初版)·台北：橘井。

郝弘、詹璧瑋(2011)·治療憂鬱症的藥品地圖—憂傷的心、抑鬱的

靈、大腦的病·*健康世界*，305，76-82。

夏慧玲、葉玲玲、黃光華(2009)·精神分裂症患者主要照顧者之照

顧需要研究·*精神衛生護理雜誌*，4(1)，9-18。

徐如維(2002)·廣泛性發展障礙症·*臨床醫學*，49(5)，311-317。

翁淑娟(1997)·居家中風依賴病患主要照顧者之負荷、社會支持及

因應型態·高雄：高雄醫學院護理學研究所碩士論文。

高淑芳、盧孳豔、葉淑惠、劉雪娥(1999)·探討家庭功能、社會支

持與社區殘病老人照顧者負荷之關係·*護理研究*，7(2)，172-182。

崔秀倩、楊延光、謝秀華、吳就君、陳純誠(1998)·精神分裂症與

雙極性情感極患之居家照顧需求與家屬之負荷·*台灣精神醫學*，

12 (3), 188-193。

張秀桃 (2004)·精神分裂病患者主要照顧者照顧負荷之探討：以某醫學中心復健及門診個案為例·未發表的碩士論文，高雄：高雄醫學大學行為科學研究所。

張育誠 (2019)·接受與承諾治療 (ACT) 應用於憂鬱症況·諮商與輔導，402，40-43。

張依虹 (1998)·家屬面對精神病患暴力行為因應之研究·未發表的碩士論文，台北：東吳大學。

張苙雲 (2003)·第二章：健康與醫療的社會文化面·於《醫療與社會》，台北：巨流。

張淑芳 (2000)·自閉兒童家庭的壓力·台東特教簡訊，11，57-63。

張瑞香、賴倩瑜 (2011)·運用整合性家庭評估於社區復健中心精神分裂症病患家庭之照護經驗·高雄護理雜誌，28 (1)，70-82。

莊哲明 (1998)·精神分裂病遺傳流行病學：回顧與再檢討·高學醫學科學月刊，14 (14)，405-412。

連凱弘 (2016)·精神障礙家庭照顧者的照顧評價與因應方式之探討·未發表的碩士論文，南投：國立暨南國際大學人文學院社會政策

與社會工作學系。

陳明玉 (2010)·癌症末期病人主要照顧者壓力負荷與家庭功能之相關性探討-以安寧居家照護為例 (碩士論文)·取自華藝線上圖書館系統。

陳玟玲 (2012)·精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之相關因素探討·屏東：美和科技大學健康照護研究所碩士論文。

陳建如、吳家燕、廖世杰 (2010)·壓力大?休閒少?健康差?以精神分裂症病患主要照顧者為例·*旅遊健康學刊*，9 (1)，41-62。

陳秋瑩、許世寬、陳朝灶、賴俊雄 (1996)·門診精神病患主要照顧者的需求與社會支持之研究·*中華公共衛生雜誌*，15 (2)，153-161。

陳敏瑜 (2008)·社區精神病患之主要照顧者的照顧負荷、身心健康與照顧需求之調查研究·未發表的碩士論文，台北：國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系研究所。

陳惠雯 (2000)·婚姻衝突、家庭界限與青少年子女適應之相關研究·未發表的碩士論文，台北：國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。

陳曉蕙、蔣碧君 (2000)·家庭系統理論及其在親職教育的應用·*教育實習輔導季刊*，6 (2)，39-46。

陸振芳 (2008)·精神科護理學 (八版)·於劉杏元等編著·臺北縣五股鄉：高立。

陸莉、黃玉枝、林秀錦、朱慧娟 (1911)·智能障礙學生輔導手冊，教育部特殊教育小組。

黃宗正、劉智民、劉震鐘、謝明憲、簡意玲、胡海國 (2011)·精神分裂症的臨床與精神病理·*台灣醫學*，15，365-374。

黃梅羹 (1987)·精神科住院病患及其家庭照顧者的心理暨社會問題探討研究·臺北：中華民國醫務社會工作協會。

黃智玉、曾明月 (2018)·康復之家慢性精神病患社會支持與復原力探究·*精神衛生護理雜誌*，13 (1)，14-25。

黃嬈齡 (2000)·家庭系統做為慢性精神病患照顧主體的省思—論過度使用家庭能力與建構替代性家庭功能·*中華心理衛生學刊*，13，89-110。

楊延光 (1999)·杜鵑窩的春天—精神疾病照顧手冊·台北：張老師文化。

- 楊明仁 (2002)· 臺灣的社會與憂鬱· 學生輔導, 80, 52-59。
- 楊逸鴻 (2005)· 精神分裂病患主要照顧者之情緒表露· 北市醫學雜誌, 2 (9): 30-35。
- 葉人豪、葉玲玲、黃光華、陳快樂、邵文娟、陳宏 (2009)· 社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討· 精神衛生護理雜誌, 4(1), 1-7。
- 葉俞佐(2012)· 慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關性研究· 未發表的碩博士論文, 台北市: 國立台灣師範大學復健諮商研究所。
- 劉月敏、謝湘俐、駱敏淑、馬麗卿、張宏哲 (2010)· 血液透析患者的復原力與社會支持· 臺灣腎臟護理學會雜誌, 9(1), 33-43。
- 劉淑言、許妙如、陳美碧 (2002)· 青少年精神病患主要照顧者壓力、因應行為與健康狀況之探討· 領導護理, 5 (1), 41-50。
- 劉淑娟 (1998)· 我國公共圖書館技術服務員資訊素養之研究· 未發表的碩博士論文, 台南: 台南私立淡江大學教育資料科學學系。
- 劉瑞騰 (1996)· ICD-10 精神與行為障礙之分類—臨床描述與診斷指引· 新北市: 健康文化事業股份有限公司。

劉蓉台 (2007)· 精障個案社區整合照顧模式· 護理雜誌, 54 (5),
11—17。

鄭泰安 (1985)· 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, 2 (1), 117—133。

盧玲文 (1999)· 對佛洛伊德之自我發展歷程的剖析· 桃園縣：國立中央大學哲學研究所碩士論文。

蕭淑貞等 (2006)· 精神科護理概論，基本概念及臨床應用· 台北：五南圖書出版股份有限公司。

賴貞君 (2002)· 社區民眾與精神病患之接觸經驗對鄰里關懷態度之影響· 新北市：台灣大學護理學研究所。

薛文傑、葉佳祐、顏銘漢、林可震、陳菊珍、徐玉英 (2009)· 淺談抗憂鬱劑之治療· 家庭醫學與基層醫療, 24 (5), 160—166。

謝馨儀、周照芳 (1999)· 探討精神分裂病照顧者之知識和態度· 新台北護理期刊, 1 (1), 49—57。

藍菊梅、楊秋月、黃瑞媛、蕭淑貞 (2004)· 精神分裂門診病患之藥物結盟行為與主要照顧者特性及家庭功能的關係· 長庚護理, 15 (1), 1—14。

魏嘉瑩譯 (2003)· 他不知道他病了· 台北：心靈。

蘇文碩 (2002)· 躁鬱症患者的人格特質與其自我照顧能力，生活適應關係之研究—以中山醫學大學附設醫院樣本為例· (未出版之碩士論文)，桃園縣：中原大學心理學系。



英文文獻

- Andreasen, N. C. (1991). Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (3), 475–483.
- Brady, N. and McCain, G.C. (2004) Living with Schizophrenia : A Family Perspective. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10. [http : //dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No01HirshPsy01](http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No01HirshPsy01)
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia : A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9 (2), 68–76.
- Caplan, G. (1974) . Support systems and community mental health : Lectures on concept development. New York : BehavioralPublications.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., & Mineka, S. (1998). *Abnormal psychology and modern life : 1998 update (10th ed.)* . New York : Addison Wesley Longman.
- Cobb, S. (1976) . Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- Ginsberg, G.L. (1979) . Psychoanalytic aspects of mania. In B. Shopsin

(Eds.) , *Manic Illness* (pp. 1 ~ 10) . New York : Raven Press.

Hsiung, P. C., Pan, A. W., Liu, S. K., Chen, S. C., Peng, S. Y., & Chung, L.

(2010) . Mastery and Stigma in Predicting the Subjective Quality of Life of Patients With Schizophrenia in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (7) , 494–500.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998) . *Synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry* (8th ed.) . Baltimore : Williams & Wilkins.

Lan, C. M., Yang, C.Y., Huang, J. Y., & Shiao, S.J. (2004) . The relationship of drug alliance behaviors of schizophrenic outpatients with the characteristics of keypersons and family function. *Chang Gung Nursing*, 15 (1) , 1–14.

McGrath J, Saha S, Chant D, et al : Schizophrenia : a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008, 30, 67–76.

Oliver, M. (1996). *Defining impairment and disability : Issues at stake*. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.) , *Exploring the Divide*. Leeds : The Disability Press.

Perlick, D., Miklowitz, D., Link, B., Struening, E., Kaczynski, R.,

Gonzalez, J., et al (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 535–536.

Simmons, S.(1994).“Social Network: Their Relevance to Mental Health Nursing”, *Journal of Advanced Nursing* , 16, p.1456-1461

Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2008) . Principles and practice of psychiatric nursing (9th ed.) . St. Washington : Mosby-Year Book.

Wilson, J. H. & Hobbs, H. (1999) The family educator: A professional resource for family. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37 (6) , 22–27 .

Winefield, H.R., & Harvey, E.J. (1993) . Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (3) , 619–625.

World Health Organization. (2001) . The World Health Report 2001-Mental Health : New Understanding, New Hope. Retrieved March 21, 2012, from [http : //www.who.int/whr/2001/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/en/index.html)

附錄一 問卷

各位親愛的女士/先生，您好：

為瞭解不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷，故進行此問卷調查。本問卷共 8 頁，請針對下列題目的敘述，以打勾的方式選擇及作答，選出您認為最合適的答案。請您按照真實情況作答，每一題都需要作答，請不要遺漏任何題目。在此，非常感謝您的協助。並請各位放心，您所填寫的任何資料，絕不會對外公開，本研究結果僅提供學術研究參考。非常感謝各位的配合與協助，謝謝！

敬祝 身體健康、萬事如意

南華大學自然科學療癒碩士班在職專班

研究生 賴美靜

指導教授 陳嘉民

病患基本資料

1.性別： (1) 男 (2) 女

2.年次：民國_____年

3.婚姻狀況：

(1) 已婚 (2) 未婚 (3) 離婚 (4) 喪偶 (5)

其他_____（請說明）

4.教育程度：

(1) 不識字 (2) 識字，未受教育 (3) 國小 (4)

國中 (5) 高中

(職) (6) 大學（大專） (7) 研究所以上 (8) 其他

_____（請說明）

5.第一次發病時間：_____年_____月（_____歲）

6.服藥情形：

1.主動服藥 2.需要家人督促服藥 3.不規則服藥 4.拒絕服藥

7.殘障手冊級別：

1.輕度 2.中度 3.重度 4.多重障礙

8.疾病診斷：_____（不需填寫）

9.身分別：1.門診 2.急性病房 3.日間病房

照顧者基本資料

1.性別：（1）男 （2）女

2.年次：民國_____年

3.婚姻狀況：

（1）已婚 （2）未婚 （3）離婚 （4）喪偶 （5）

其他_____（請說明）

4.教育程度：

（1）不識字 （2）識字，未受教育 （3）國小 （4）

國中 （5）高中

（職） （6）大學（大專） （7）研究所以上 （8）.其他

（請說明）

5. 是否有工作？

（1）有，職業別：_____。（2）無。

6.自覺個人健康狀況：

1.很差 2.差 3.不好不壞 4.好 4.很好

7.照顧病患月數：_____月

8.每日與病患相處時間：_____小時

9.家庭月總收入：1.二萬以下 2.二萬至四萬 3.四萬以上

4.其他_____（請說明）

10. 有無他人輪流照顧病患：1.無 2.有

家庭功能量表

說明：

以家庭整體（指住在一起的家人）作為評估對象，包括病人、住在一起的家人
很少：發生率在 25%以下。

有時：發生率在 25-50%之間，比中等少一點。

經常：發生率在 50-75%之間，比中等多一點。

總是（一直）：發生率在 75%以上。

	題目	很少	有時	經常	總是
1	當家庭有問題時，家裡的人可以解決問題				
2	家裡的人會互相討論解決問題的效果				
3	家裡的人會嘗試各種不同的方法來解決家中所面臨的問題，而不會輕易放棄				
4	家中的事情是由大部分的人共同做決定				
5	家裡的人可以表達自己的意見並被參考				
6	家庭重大的事情由主要相關成員共同決定				
7	家裡的人彼此能夠直接討論問題				
8	家裡的人能夠說出及瞭解彼此想法及內心感受				
9	家裡的人不滿意所承擔的責任				
10	家裡的人會責罵、吵架				
11	遇到事情時，家人會彼此鼓勵、關愛或支持				
12	家人有愉快的互動或活動				
13	家庭氣氛不和諧、沈悶、冷漠或衝突				
14	家裡的人都能盡到自己的責任（如賺錢、唸書、做家事）				
15	家裡的人能夠互相幫忙完成家務事				
16	家裡的人會遵守日常生活的作息				
17	夫妻能支持彼此情緒				
18	對夫妻性生活滿意				
19	家裡的人三餐能規則進食				
20	家裡的人能維持身體及衣著的適當與整齊				
21	家裡的人假日會一起安排休閒活動，如：看電影、運動或郊遊				
22	家裡的人彼此會注意飲食、排泄、睡眠和休息習慣的改變				

23	家裡的人生病時都會到合格的醫療院所就醫（不包括輕微感冒、皮膚癢痛、精神疾病等				
24	家裡的人會接受並遵從醫療上的建議與治療				
25	家裡的人會隨意改變家庭的要求或規矩				
26	若沒有遵守家庭的要求或規矩，會引起爭執				
27	家裡的人可以安排自己的事情				
28	家裡的人容易受其他家人情形的影響				
29	家裡的人很依賴其他家人				
30	可允許子女有適當的自由活動				
31	能與子女坦承討論問題				
32	當子女有什麼事情作不好，會責怪或打罵				
33	當子女遇到挫折或不舒服時，會安慰及鼓勵子女				
34	會對子女日常生活給予教導				



照顧者負荷量表

說明：以下是想要了解您在照顧精神病患時所經歷的負擔感受，請您在閱完每一個問題之後，選擇一個最適合您的答案。

0=從未 1=很少 2=有時 3=經常 4=幾乎都是

	題目	從 未	很 少	有 時	經 常	總 是
1	我覺得自己為他（她）做的事情不夠多					
2	我的日常作息因為照顧他（她）而受到干擾					
3	在照顧他（她）與家庭或事業之間無法兼顧					
4	我覺得自己在照顧他（她）的過程中，做的不夠好					
5	他（她）的行為和病況讓我感到緊張害怕					
6	我的休閒活動（例如：逛街、運動、參加旅遊等）因照顧他（她）而受到干擾					
7	我擔心他（她）不知何時會發病					
8	我因為照顧他（她）而收入減少					
9	家人會為了照顧他（她）而起爭執					
10	我覺得他（她）很依賴我					
11	我的社交生活（例如：參加婚喪喜慶、吃拜拜等）因照顧他而受到影響					
12	有些事他（她）可以自己做，卻要我幫他（她）做					
13	照顧他（她）讓我覺得自己是有用的					
14	家裡有精神病患讓家人覺得羞恥					
15	家裡有精神病患讓我覺得羞恥					
16	照顧他（她）讓我更看得開					
17	我因為照顧他（她）婚姻受到影響					
18	我擔心他（她）獨自一人時的安全					

社會網絡量表 Lubben Social Network Scale (LSNS)

1. 家庭網絡：

- (1) 最近一個月來，至少接觸或聯絡一次的親戚的有幾位
- 0 = 0 人
 - 1 = 1 人
 - 2 = 2 人
 - 3 = 3 或 4 人
 - 4 = 5 ~ 8 人
 - 5 = 9 人或更多
- (2) 與您來往最密切的親戚間，通常多久會接觸或聯絡一次
- 0 = 超過 1 個月以上
 - 1 = 一個月一次
 - 2 = 每個月數次
 - 3 = 每週一次
 - 4 = 每週數次
 - 5 = 每天都有
- (3) 您有多少位感覺較親近的親戚？
(能談論私人問題，或打電話尋求協助的)
- 0 = 0 人
 - 1 = 1 人
 - 2 = 2 人
 - 3 = 3 或 4 人
 - 4 = 5 ~ 8 人
 - 5 = 9 人或更多

2. 朋友網絡：

- (4) 和您較親近的朋友有幾人？
(能談論私人問題，或打電話尋求協助的)
- 0 = 0 人
 - 1 = 1 人
 - 2 = 2 人
 - 3 = 3 或 4 人
 - 4 = 5 ~ 8 人
 - 5 = 9 人或更多

(5) 這些較親近的朋友間，每月至少接觸或聯絡一次的朋友
有幾位

- 0 = 0 人
- 1 = 1 人
- 2 = 2 人
- 3 = 3 或 4 人
- 4 = 5~8 人
- 5 = 9 人或更多

(6) 您和您最親近的朋友間多久接觸或聯絡一次？

- 0 = 超過 1 個月以上
- 1 = 一個月一次
- 2 = 每個月數次
- 3 = 每週一次
- 4 = 每週數次
- 5 = 每天都有

3. 親近關係：

(7) 當你要作一個重要的決定時，你會跟他說這件事嗎？

- 5 經常
- 4 非常常
- 3 常常
- 2 有些時候
- 1 不常
- 0 從不

(8) 當您的朋友面臨重要決定時，他會跟你談這件事嗎？

- 5 經常
- 4 非常常
- 3 常常
- 2 有些時候
- 1 不常
- 0 從不

4. 幫助別人：

(9-1) 有人會每天都依賴你，需要您幫忙做一些事情嗎？

(例如：購物、備餐、修繕、打掃房子、照顧小孩等)

0 無 (假如無請答 9-2)

5 有 (假如有計 5 分，請跳答第 10)

(9-2) 你會幫忙別人做一些事情嗎？

(像購物、填表格、修繕、照顧小孩等等)

5 經常

4 非常常

3 常常

2 有些時候

1 不常

0 從不

5. 生活安排：

(10) 你是獨居或是跟其他人住 (包括法律上認可之親戚)

5 與配偶住

4 與其他親戚或朋友同住

1 與不相關的個人住 (如：聘僱)

0 獨居

附錄二 研究倫理通過證書

Human Research Ethics Committee

National Chung Cheng University,
No.168, Sec. 1, Daxue Rd., Minxiang Township, Chiayi County 621, Taiwan (R.O.C.)
Tel : 886-5-2720411 ext:22236

Expedited Approval

Date : 13. 3, 2020

To : Ms. MEI-CHING, LAI
(Master's Program in Natural Healing Sciences, Nanhua University)
From : Prof. Ya-Hsuan Wang
Chairperson

Research Ethics Committee, National Chung Cheng University

The Research Ethics Committee has approved of the following protocol:

Protocol Title : A study of caregiver burden in family caregivers of psychiatric patients with different medical behaviors at a regional hospital

The Principal Investigator (PI in Taiwan) : MEI-CHING, LAI

Duration of research : From 1. 3, 2020 to 30. 6, 2021

Application No. : CCUREC109021901

Protocol Version and Date : Version 2 / 12. 3, 2020

Informed Consent Form Version and Date : Version 2 / 12. 3, 2020

Date of Approval : 13. 3, 2020

Valid Period : From 13. 3, 2020 to 30. 6, 2021

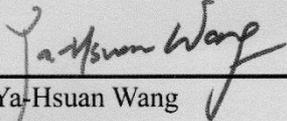
Submitted Deadline of Progress Report : 28. 2, 2021

Submitted Deadline of Final Report : 30. 9, 2021

According to the Committee's provisions, by the end of this period you may be asked to inform the Committee on the status of your project. If this has not been completed, you may be requested to send status of progress report one month before the final date for renewed approval.

You are reminded that a change in protocol in this project requires its resubmission to the Committee. Also, the principal investigator must report to the Chairman of the Committee promptly, and in writing, any unanticipated problems involving risks to the subjects. If the principal investigator does not execute this project during valid period, this expedited approval will be regard as invalid.




Prof. Ya-Hsuan Wang
Chairperson
Research Ethics Committee
National Chung Cheng University

附錄三 量表使用同意書

「家庭功能量表」使用申請書

本人擬使用蕭淑貞博士製訂之「家庭功能量表」於研究計畫

名稱：不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧負荷之研究 - 以南部某區域教學醫院為例中，進行研究資料收集，並同意下列兩件事項：

- 一、在研究報告中註明出處。
- 二、致送研究成果一份。

賴美靜

(計畫主持人簽名)

服務機構:台中榮民總醫院嘉義分院

服務單位:精一病房

聯絡電話:0924-188244

電子信箱:s09901328@cjc.edu.tw

量表使用同意函

茲同意研究者 賴美靜 使用「家庭功能量表」進行資料收集，

並敬祝收案順利圓滿成功。



109年 3月 3日

量表使用說明與使用者基本資料

1. 本表單為「照顧者自符量表」與「精神病患社會功能量表」之使用者填寫基本資料所用。
2. 「照顧者自符量表」與「精神病患社會功能量表」雖為公開授權給研究者與實務工作者使用，但使用者仍舊注意以下事項，**並將本表單填妥後寄至 liyusong@nccu.edu.tw 以留存。**
 - (1) 量表均僅授權於非營利性質之研究和方案
 - (2) 請遵守研究倫理
 - (3) 使用本量表並發表於任何文件，請註明出處。

量表使用者姓名	顏英靜
就學學校/服務單位	南華大學
聯絡方式 (email 或電話)	S09901328@cjc.edu.tw / 0924-188244
運用之量表	照顧者自符量表
運用之研究題目/服務方案	不同就醫模式精神病患的家庭照顧者照顧自符之研究-以南部某區域教學醫院為例
運用期間/範疇	109/03-110/06 / 「照顧者自符」檢測工具