

# 精神病患者「社會支援系統」建立之初步探討

## 了解病患家屬的態度、需求與期待

黃梅羹

### 前言

近年來我國的精神病患之各種問題，不論是醫療或復健，均逐漸被重視中——例如精神醫療網的建立，精神科醫院的評鑑等等。而精神病患的治療及復健是需要多方面的支持、配合與接納的<sup>①</sup>。Harrow等人研究，發現近年來對精神分裂病的病患，給予最有效的藥物治療，平均二、七年內仍有八〇%以上的患者，多少會出現症狀上、職業上、社交活動上能力的缺乏，其中五〇%的病人，更顯示嚴重的社會適應不良<sup>②</sup>。依葉著<sup>③</sup>的估計推算，臺灣地區（民國七十二年）約有三、四—八、五萬的慢性精神病，而其中約有二、七—七、八萬的患者是生活在社區裏，可見需要被照顧的、被復健的慢性精神病患者為數是很可觀的，而這已不僅僅是病人本身的問題，實在是整個家庭、精神醫療及社會大眾的問題<sup>④</sup>。葉著又指出慢性精神病復健工作需要考慮到下列四個層面：

- ①家屬的態度與參與；
- ②社會支持系統計畫的建立；
- ③社會大眾對慢性精神病患者社會復歸的態度及預算問題。曾有文獻提到家庭影響是形成病人預後復歸好壞與否的最重要因素<sup>⑤</sup>。Brown及Left等人<sup>⑥⑦⑧</sup>研究，指出精神分裂病人之病情的再發作與家屬的緊張情緒有關；若病患家屬對病患的復健治療，愈採行正面態度者，病患也愈容易出院，出院後工作機會也愈多<sup>⑨</sup>；郭等<sup>⑩</sup>研究謂「就醫持續性與疾病再發經驗有關，而需要家屬提醒就醫者與就醫持續性有關，若能繼續服藥，則大多數病患是可以預防再發」。由上述文獻獲知家屬對病患的態度；對疾病的看法以及對治療的認知，都可能影響到病患適應環境

境的能力及疾病的再發。而社會大眾對精神病患所採取的偏見及拒絕的態度，<sup>⑪⑫⑬</sup>是一個不爭的事實，也大大地影響了精神病患的醫療與復健。此外「社區裏若欠缺庇護性工作站，或復旦之家等設施，則慢性病患復健治療及復歸社會也將難以收效」。<sup>⑭</sup>

民國七十三年上半年，臺北市五家公、私立綜合醫院精神科及臺北市立療養院的社會工作者，深感對精神病患的復健如欲做到更廣泛，更具體及更有效的照顧，必得結合醫療專業人員、病患家屬以及熱心的社會大眾的力量，方能為病患爭取應有的權益與福祉。在當前社會福利制度未臻完善，加以精神醫療法也遲遲未能通過之前，只有聯合民間的力量來強化精神病患的復健工作。因之，有了專為精神病患謀福利的人民團體組成的構想——即「臺北市康復之友」協會的成立<sup>⑮</sup>。

### 調查研究目的

一方面期待病患家屬踴躍贊助參與此協會，另一方面也希望瞭解他們對疾病的看法、態度；病患的社會功能以及對協會的期待與需求，以其結果作為日後推展「協會」業務之參考用。

### 調查研究方法

一、樣本對象：取自臺北市五家公、私立綜合醫院精神科及一家公立療養院中，民國七十二—七十三年間之出院或門診病患之家屬為對象<sup>⑯</sup>。利用通訊

方式寄出問卷共五四八份，其中出院樣本為四六九份，門診樣本為七十九份。

出院樣本共收回一四五份，回收率為三一%，門診樣本則僅收回五份，回收率六%，合計共收回一五〇份，佔全部樣本的二七%，而收回的一五〇份中，有九份因資料不全而作廢，真正可用來分析的計有一四一份。

二、調查工具：以問卷為主，請病患的主要照顧者填寫。問卷分成四大部分：(一)病患的基本資料；(二)主要照顧者對病患及疾病的看法，共計二十三題——病患接受治療的情況二題，家人對病人照顧的程度四題，病患的一般社會行為功能八題，家人對病人疾病的接受性五題，病人的主動性四題；(三)家屬期待「協會」提供可能的服務計九題；(四)家屬對「協會」成立的一些看法共五題。

## 結果

一、病患的一般資料(見表I)：一四一份有效問卷中，男性九十五人佔六七%，女性五十六人佔三三%。診斷方面，以精神分裂病為最多計一一人佔七九%左右，其次為情感型精神病計十二人佔一六%左右，其他包括器質性腦症候羣、癲癇症、智能不足等共八人

表I：病患之一般基本資料

各項類別	性別		年齡					教育程度				
人數	男	女	20歲以下	21~30歲	31~40歲	41~50歲	50歲以上	小學	初中	高中	專科	大學
精神分裂病	七七(六九·三七%)	三四(三〇·六三%)	一四(一二·六一%)	六六(五九·四六%)	二七(二四·三三%)	三(二·七%)	一(〇·九%)	七(六·三一%)	一六(一四·一四%)	五一(四五·九五%)	二二(二一·八二%)	一五(一三·五一%)
情感型精神病	一三(五九·〇九%)	九(四〇·九一%)	一(四·五五%)	一二(五四·五五%)	七(三一·八二%)	一(四·五五%)	一(四·五五%)	〇(〇%)	〇(〇%)	一(五〇%)	六(二七·二七%)	五(二二·七三%)
其他	五(六二·五%)	三(三七·五%)	一(二·五%)	二(二五·〇%)	三(三七·五%)	〇(〇%)	二(二五%)	四(五〇%)	一(二一·五%)	二(二五%)	〇	一(二·五%)
總計	九五(六七·三八%)	四六(三二·六二%)	一六(一一·三五%)	八〇(五六·七四%)	三七(二六·二四%)	四(二·八四%)	四(二·八四%)	一一(七·八%)	一七(一二·〇六%)	六四(四五·三九%)	二八(一九·八六%)	二二(一四·八九%)
	$X^2=0.97$ df=1 P>.05		$X^2=19.45$ df=8 P<.05					$X^2=27.58$ df=8 P<.001				

佔五%。年齡方面，以二十一歲到三十歲之間最多佔五七%，其次為三十一歲到四十歲之間佔二六%，四十一歲以上佔六%。三十歲以下的精神病患者佔全部精神分裂病患者的七二%，三十歲以下的情感型精神病患者佔全部情感型精神病患者的五九%，而其他型八人中有五人是在三十一歲以上。教育程度以高中以上最多佔了八〇%左右，初中以下佔二〇%左右。精神分裂病患者中，高中以上的約佔七九%，情感型精神病患者則全部是高中以上程度，其他型教育程度偏低。婚姻方面，以未婚的一二一人為絕大多數佔了八六%，已婚者只有十八人佔一三%左右，未婚的精神分裂病患者計一〇三人，佔精神分裂病患者的九三%，情感型精神病中有十四人未婚佔六四%其他型則已婚，未婚各佔一半。從年齡、教育程度、婚姻狀況看，均有統計學上的意義。(見表I)未婚者平均年齡為二六·二八歲，已婚者為三九·七二歲。平均發病年齡為五·七年，發病在五年以下的為五九%。未婚的精神病患者，其平均發病年齡為二〇·五六歲，未婚情感型精神病患者，平均發病年齡則為二二·六四歲。(見表II)在現職方面，以無業者佔五七%為最多計八人，就業中佔三〇%，就學者佔

總計	主要照顧者					現職概況				婚姻狀況		
	自己	同胞手足	子女	配偶	雙親	無業	學生	家管	就業中	其他	已婚	未婚
一一(一〇〇%)	二(一·八%)	一一(九·九一%)	〇(〇%)	七(六·三一%)	九(八·一·九八%)	六(六·二六%)	七(六·三一%)	七(六·三一%)	二(九·二六·一三%)	〇(〇%)	八(七·二一%)	一〇(三·九二·七九%)
二(一〇〇%)	〇(〇%)	三(三·六四%)	一(四·五五%)	六(二七·二七%)	二(二·五四·五五%)	九(四〇·九一%)	一(四·五五%)	一(四·五五%)	一(一·五〇%)	二(九·一%)	六(二七·二七%)	一(四·六三·六四%)
八(一〇〇%)	一(一二·五%)	一(一二·五%)	〇(〇%)	四(五〇%)	二(二·五%)	三(三七·五%)	一(一二·五%)	二(二五%)	二(二五%)	〇(〇%)	四(五〇%)	四(五〇%)
一四(一〇〇%)	三(二一·一三%)	一五(一〇·六四%)	一(一〇·七一%)	一七(一二·〇六%)	一〇(五·七四·四七%)	八(五·六·七四%)	九(六·三八%)	一〇(七·〇九%)	四(二·二九·七九%)	二(一·四二%)	一八(一二·七七%)	二(二·八五·八二%)
	※ $X^2=31.71$ df=8 P<.001					$X^2=9.97$ df=6 P>.05				※ $X^2=28.91$ df=6 P<.001		

六%。精神分裂病患者有六一%的人無業，就業者佔二六%；情感型精神病患者就業的佔五〇%，無業者佔四一%，其他型、無業者也是偏高。（見表Ⅰ）就業者的平均年齡為二八·七六歲，無業者平均年齡為二七·三八歲。（見表Ⅱ）主要的照顧者，以雙親最多佔了七四%計一〇五人，依次為配偶及同胞兄弟姊妹，各佔一二%及一一%。自我照顧者有三人，其中二人是屬於門診樣本。精神分裂病患者中有八二%由雙親在照顧，情感型精神病則有五五%左右由雙親照顧，另有二七%由配偶照顧，其他型則多為配偶在照顧。從主要照顧者看，在統計學上具有意義。（見表Ⅰ）

表Ⅱ、現職概況之平均年齡

現職概況	人數	平均數 (MEAN)	標準差 (S.D.)
就業中	四二	二八·七六	(六·六一)
家管	一〇	三八·九〇	(六·六二)
學生	九	二二·一一	(二·三二)
無業	八〇	二七·三八	(七·四二)
全體	一四一	二八·二七	(七·六一)

☆ F Test

結果  $P < 0.01$

二、家人（主要照顧者）對於病患及疾病的看法：一四一名患者中有四二%左右是屬於被動性的接受治療及服藥；家屬對於其接受治療及服藥多持支持態度的有六五%左右，而會陪伴病患到門診接受治療者佔六八%。有八三%以上的病患個人生活衛生習慣大部分可以自理，八〇%的家屬對於他們生活自理

表Ⅲ 無業之精神分裂病患者與情感型精神病者求職動機比較

人求職動機	主	動	被	動	總
診斷別					
精神分裂病	三二 (四六·三八%)	三六 (五四·六五%)	六八 (一〇〇%)		
情感型精神病	八 (八八·八九%)	一 (一一·一一%)	九 (一〇〇%)		
總計	四〇 (五一·九五%)	三七 (四八·〇五%)	七七 (一〇〇%)		

$X^2=5.57 \quad df=1 \quad P<.05$

表Ⅳ 精神分裂病與情感型精神病二組患者在家屬照顧上之比較

人求職動機	有	無	總
診斷別			
精神分裂病	七八 (七五%)	二六 (二五%)	一〇四 (一〇〇%)
情感型精神病	一一 (五〇%)	一一 (五〇%)	二二 (一〇〇%)
總計	八九 (七〇·六三%)	三七 (二九·三七%)	一二六 (一〇〇%)

$X^2=5.47 \quad df=1 \quad P<.05$

註：精神分裂病患者有七人未表示意見

狀況感到滿意。一般而言，約有八三%的病患和家人均能和睦相處，然而因「家中有精神病患在」，使得有三六%的人覺得影響了他們和親友來往的數次。病患本身能主動與同學、親友來往的也只佔五〇%而已。有三九%的病患不能主動安排自己的休閒活動。已在就學中或就業中的病患，和其同儕團體相處都

相當融洽。論病患的工作動機（針對無業者），却只有五〇％左右的人，有意願找工作，另有一半的人缺乏找工作的動機。而精神分裂病與情感型精神病二種患者，在找工作的動機上，有顯著差異性。（見表Ⅲ）能在家中主動協助做家務事者，也只佔了三五％。有六五％的家人對於病患的病狀發作會感到擔心、害怕。有四七％的家人擔心被親友知道家中有個「精神病患在」。有七六％的人覺得病患的生病影響了原本和樂的家庭，同時也有六九％的家人認為因為病患的生病，而開始變得更懂得彼此相互關懷。有七八％的人覺得病患生病造成了家中經濟嚴重的負擔。在照顧病患上有七〇％的人覺得有困難，而精神分裂病和情感型精神病二種患者，在照顧的困難程度上有顯著的差異。（見表Ⅳ）對於治療恢復的程度，則有七三％的人覺得滿意。醫療費用的來源，以自費者佔六七％為最多，其次為部分補助者佔九％，公、勞保各佔八・五％，貧免只佔六％。

利用分析結果發現（見表Ⅴ）病患「主動接受治療」與「能主動服藥」的相關高；「家屬對病患照顧的程度好、壞」與病患的「主動接受治療與否」有相關病患的；「主動性與否」和其「社

表Ⅴ 利用相關關係探討兩兩變項間的關係：（ $X=0.05$ ）

病人主動接受治療	主動服藥之關係	變異來源 (SOURCE)	自由度 (D.F.)	離均差平方和 (S.S.)	均方 (M.S.)	F 值	R 值	顯著情形
		迴歸方式 (REGRESSION)	1	53.85	53.85	115.60	0.67	Sig
		誤差 (RESIDUAL)	139	64.75	0.46			
		全體 (TOTAL)	140	118.60	0.84			
家治病療係 人療人態 對態接受 病度受之 人與治關		REGRESSION	1	16.95	16.95	25.38	0.38	Sig
		RESIDUAL	139	92.81	0.66			
		TOTAL	140	109.76	0.78			
病療一行關 人的般為係 接態的功 受度社能 治與會之		REGRESSION	1	6.64	6.64	26.03	0.4	Sig
		RESIDUAL	139	35.48	0.25			
		TOTAL	140	42.13	0.3			
病理人滿係 人能對意 生力其度 活與自之 自家理關		REGRESSION	1	24.25	24.25	68.26	0.57	Sig
		RESIDUAL	138	49.03	0.35			
		TOTAL	139	73.28	0.52			
病理響友之 人能家來關 生力人往係 活與和次 自影親數		REGRESSION	1	19.68	19.68	25.65	0.4	Sig
		RESIDUAL	138	105.88	0.76			
		TOTAL	139	125.57	0.90			
家生意能助係 人活或否家 對自與主務 病理病動之 人滿人協關		REGRESSION	1	15.57	15.57	27.92	0.41	Sig
		RESIDUAL	138	76.96	0.55			
		TOTAL	139	92.53	0.66			
家生意家來關 人活度人往係 對自與和次 病理影親數 人滿響友之		REGRESSION	1	25.19	25.19	34.39	0.44	Sig
		RESIDUAL	137	100.33	0.73			
		TOTAL	138	125.52	0.90			
家生意和之 人活度家關 對自與人係 病理病相 人滿人處		REGRESSION	1	31.44	31.44	92.51	0.63	Sig
		RESIDUAL	137	46.55	0.33			
		TOTAL	138	78.00	0.56			

會功能好、壞」有其相關性，病患日常生活自理能力好、壞」與「家人對其自理之滿意程度」相關高，而影響「和親友來往多寡」亦有其相關性；「家人對病患日常生活自理能力滿意與否」和「病患能否主動協助家務」有相關，與「和親友來往多寡」相關亦高，同時與「和家人相處和睦與否」相關也高。

(三)對於「臺北市康復之友協會」準備提供的服務，共列了九項，其結果如後：

	期待	不期待	未填者
1. 舉辦各種精神常識講座	八八%	六%	六%
2. 出版有關心理衛生、精神醫學叢書	八九%	六%	五%
3. 定期出版會刊	八一%	九%	一〇%
4. 設「保護性工廠」提供康復的病友工作機會	九〇%	五%	五%
5. 設置「中途之家」安置出院後無家可歸病友	八二%	七%	一一%
6. 提供康復病友社交活動機會	九一%	四%	五%
7. 舉辦義賣、義演、籌募康復之友基金	八九%	四%	七%
8. 設置電話諮詢服務中心提供解答相關問題	九四%	〇	六%
9. 促進有關心理殘障福利法的早日實現	九三%	〇	七%

綜合前述所得，對於「康復之友協會」所提供的九項服務，絕大多數家屬均表示期待。

(四)對於成立「臺北市康復之友協會」的看法方面，結果如後：

	願意	不願	未填者
1. 願否加入協會成為會員	八四%	六%	一〇%
2. 願否加入協會成為義務工作人員	七〇%	一八%	一二%
3. 願否提供協會財源上的資助	七三%	九%	一八%
4. 願否提供康復病友工作機會	六八%	九%	二三%
5. 願否提供空間支援協會活動和第三項比較百分比均較偏低。	六〇%	一一%	二九%

## 討論及建議

本調查研究係以臺北市五家公、私立綜合醫院精神科及一家公立療養院之

出院或門診病患之主要照顧者為對象，共發出問卷五四八份，出院樣本四六九份，門診樣本七十九份。出院部分收回一四五份，回收率三一%，門診則僅收回五份，只有六%的回收率，可能係住院的病患家屬與醫院的關係，遠勝過在門診的關係，也可能住過院的病人，病情較為嚴重，當也比較了解及關心病患的治療與預後，故而較願意填寫問卷，進而支持協會的成立。病患教育程度高，顯示家屬對這些曾受過較高教育的親人病患，仍抱著樂觀的態度，希望在其復健的過程中，得到更佳的預後。遺憾的是此次問卷填寫，未能了解主要照顧者的社經地位，然由病患的基本資料及事實上參與康復之友協會的家屬，其教育程度亦偏高(同⑮)，加以樣本中醫藥費用多係自費，可一窺其家屬的社經地位，應是中等或中上階層。反之，絕大多數沒有回答問卷的人，是因為其教育程度偏低，無法了解協會成立的意義及功能，亦或這些家屬認為自己的親人，病情已穩定，不希望再接受刺激，又或者不願面對自己家中有精神病患？或者怕被外人知道家中有這類病人，而拒絕回答問卷，更或者有些病患，更加惡化，趨向慢性化，家人已對治療復健失去信心，這些可能的因素均值得做進一步的探討。因慢性精神病患者多屬下階層社會者⑯，故而如何透過大眾傳播，來加強宣導協會的功能，是今後宜努力的方向之一。因門診樣本太少，無法就門診及住院樣本做比較，亦是一個遺憾。

病患的主要照顧者以雙親佔絕大多數，佔七四%，其次為配偶佔一二%，此與楊著⑰：「陪伴病人到門診者，以父母佔四八·六五%為最多，配偶次之」相類似，而與鄭著⑱「精神病患中，男性有六五%由父母照顧，女性有二八·五%由父母照顧」結果亦符合，顯示父母實在是精神病患者最主要的支持者，與照顧者。依病患的年齡得知，以二一—四十歲中間為絕大多數，佔了八三%，且教育程度也以高中以上為大多數佔了八〇%，可知這羣病患，正處在年輕力盛的生產層年齡，卻不幸罹患了社會大眾所不易接納的精神病；其中無業者佔了五七·七%，精神分裂病患者，無業的比例更高達六一·一%。就業者之平均年齡為二八·七一，而全部無業者的平均年齡為二七·三八歲(見表Ⅱ)二者甚為接近，此種現象實是家屬的一大負擔及社會的一大損失。鄭著(同⑱)也指出「社區中病患的失業率高達七五·三%，住院者達九一·六%，收容機構更高



達九八·五%」，顯示一個人一旦罹患了精神病，工作機會即喪失了。國外研究曾指出「病人有了工作，則較有機會與人接觸，對病人而言，可以減輕冷漠程度，退縮及貧乏的言辭(Wing Brown, 1979)」，此外 Vangh (1976) 以及 Leif (1976) 的研究也表示「精神分裂病患者，在外工作，可以防止再發病，也可以避開成天待在『情緒緊張』(High E.E.) 的家庭氣氛中」；可見「工作」對於精神病患者有其實質上、預防上的意義。而本調查研究又發現這羣無業的病患中，有工作動機意願的只有一半左右，另有一半的人竟然沒有工作意願，尤其精神分裂病患者更甚佔了五成左右。鄭著指出「社區中失業原因以症狀顯著或慢性化為主，其他尚有病人懶散、家人反對、雇主拒絕、無一技之長」等等，張著②亦指出「慢性精神病患外出工作，有多重困難」，今後如何協助病患發揮其殘餘的潛能，如何設立「庇護性工作站」以專為康復的病患，提供工作訓練機會，如何早日完成立法，以保障病患的權益，實是刻不容緩之事。

病患中未婚者高達八六%，平均年齡為二十六歲，已婚者只佔一三%其平均年齡為四〇歲左右，而精神分裂病患的未婚者更高達九三%，其平均發病年齡為二〇·五歲，未婚的情感型精神病患平均發病年齡為二十三歲，顯示病患的發病年齡均十分年輕。楊著中未婚者佔五三·一五%，而其教育程度有四四·九六%是在初中以下，鄭著指出「精神病患由於疾病本身造成的功能衰退，和社會適應之困難，往往教育程度偏低，結婚機會較差，或婚姻破裂比例偏高」。本調查研究卻顯示教育程度雖高，結婚機會依然少，這很可能患者本身教育程度高，自有其選擇配偶的條件，其條件必相對提高，而自己卻因有「病」，各方面能力明顯下降，於是造成雙重擇偶困境。未婚病患之平均年齡為二十六歲，時正值適婚年齡，故而「婚姻問題」對病患家屬而言，亦構成其所擔心的重要問題。筆者多年的臨床經驗中，碰到不少家屬希望病患也能過正常人的婚姻生活，至少以後父母不再健在時，總有個親人照顧，然又擔心害怕病患若結了婚，是否會將病遺傳給下一代；事實上已有文獻提及配偶一方或雙方罹患精神病，下一代的發病率均高過於出生正常的家庭②。也難怪家屬要多重擔心此問題。如何給病患及其家屬，提供這方面的諮商，應是醫療專業人員重要職

責之一。

與親友來往，只有五〇%左右偏向主動，而鄭著謂「能主動而合適交往的佔一九·五%，被動合適交往者為一三·九%，甚少交往佔四九·四%」，顯然精神病患者多較傾向於人際退縮、孤僻、被動。在安排休閒活動方面，有三九%的病患表示不會主動安排；上述這些均表示病患的生活十分單調、退縮、缺乏人際關係，而如何提供合適的社交活動機會，如何加強病患的社交技巧訓練，是社會復歸過程中，非常重要的一環。

陳、胡②等發現「出院後再住院的病患，最重要的原因是病患出院後是否繼續在門診追蹤治療，是否繼續看醫師」，吾之樣本亦發現，主動接受治療與主動服藥相關高，而家人照顧程度好壞與病患接受治療之主動與否有相關，換言之，家人對病患照顧好，則病患也較能主動接受治療，同時也能主動服藥，而這種主動性也帶動了一般社會行為功能的增加，吾之樣本中可以自理日常生活衛生習慣者為八三%以上，與家人可以和睦相處者亦達八三%；就業中或就學者也均能與同儕團體融洽相處。鄭著中「社區樣本中，個人生活衛生習慣可自理者佔七八·七%，無法自理佔二一·三%，與家人相處和睦者佔七六·五%，均較吾之樣本略為偏低，除了教育程度偏高因素外②，很顯然家人照顧態度是一個不容忽視的重要因素之一。

儘管近年來社會大眾已逐漸了解精神病，然而仍有四七%的家屬，擔心家中有精神病患被親友知道，雖然比楊著的五二·二五%略為低些，吾人實無法否認社會大眾排拒精神病患的事實。本樣本中有六七%的病患費用是來自自費，而有七八%的家屬覺得病患的生病，造成了家中經濟嚴重的負擔，鄭著中指出「社區中的病患家屬認為需要補助者佔八四·三%」，可見一個精神病患，所帶給家人的，不僅僅只是精神上的壓力——怕被親友知道，經濟上的負擔重，更是不容被忽視。如何加強社會大眾對精神病的認識，鼓勵並接納康復的精神病患？如何給予病患家屬情緒上的支持？如何早日完成社會福利法，以減輕家屬的負擔，實是整個社會大眾及政府應共同努力的方向。

在「康復之友協會」所提供的服務項目，每一項的期待人數，均超過八〇%以上，其中尤以第八項「設置電話諮詢服務中心提供解答相關問題」及第九

項「促進有關心理殘障福利法的早日實現」，分別高達九四%及九三%的家屬表示期待，顯示家屬們希望一有問題，馬上可以有人給予諮詢，而人可暫時不出面，多少與社會大眾排拒精神病患，家人也覺家中有個精神病患是不光彩有關；對於完成福利法的期待，也顯示對政府的依賴以及家屬的無力感，如何減少家屬精神上、心理上、經濟上的負擔，進而達到自助、人助的地步，實有待政府與民間的通力合作。病友的人際關係，也是家屬十分關心的，因而有九一%的家屬希望能提供病友社交活動機會。七十四年六月間協會即曾和「中華民國職能治療學會」合辦了一次病友趣味競賽活動，一般反應不錯<sup>24</sup>。此外，康復病患的工作問題也是絕大多數家屬所關心的，故而有九〇%的家屬期待成立「庇護性工作站」，這一項將是協會重點業務之一。

對於成立「協會」的一些看法，綜觀每一項的比例多在六〇%以上，然而未表示意見的家屬亦不在少數。有的項目甚至高達二八%的家屬未表示意見。其中有二項低於七〇%以下，即「如果您身為老闆，願否提供工作機會給已康復的病患？」願意者只佔六八%，顯然家屬也了解病患罹患病之後，能力已有明顯減損，找工作確實不易；另一項是「願意提供空餘的房舍給協會推展活動使用嗎？」也只有六〇%的人表示願意，一方面可能多數家屬確實無多餘空屋舍可提供，另一方面仍然不排除社會大眾無法接納精神病患的事實。市療在虎林街公寓設置的「復旦之家」曾遭到社區民衆的抗議，當年的「第一兒童之家」之無法遷入「楓橋新村」住宅區也是一活生生的例子。而願意成為協會義工的佔七〇%，不願者佔一八%，另有一二%未表示意見，如何加強家屬們認同協會，進而參與協會，如何讓社會大眾也能認識協會，進而加入成為會員，是值得所有關心精神病患復健的人去倡導和努力的。

## 結 論

利用通訊問卷調查方式，了解病患的治療情況、社會行為功能、家人對疾病看法、對病患的接受度，以及對臺北市康復之友協會的期待、看法等等。發現回收問卷中有下列幾點結論：

1. 病患以精神分裂病為最多佔七八%，情感型精神病次之佔一六%，年齡以二

一—四十歲之間居多佔八三%；教育程度以高中以上佔絕大多數為八〇%；未婚無業者較多；主要照顧者以雙親為最多佔七四%；工作與婚姻是病患的二大問題。

2. 家人對病患照顧的程度與病患主動接受治療相關，後者又與患者主動接受服藥相關，即家人照顧好則病患對治療意願高也肯服藥，如此病患的社會行為功能也增加。日常生活可以自理的人，則家人對其滿意度也高，因此也較不影響到家人與親友間的來往。家人對病患的自我照顧能力感覺滿意，則病患與家人相處亦較為融洽，可見家人的照顧關心態度再度驗證對病患預後的影響。

3. 絕大多數家屬對協會所提供的服務表示期待，特別是相關立法的完成，設置庇護性工作站及設置電話諮詢服務中心。

4. 對參與「協會」的看法、意願不如對「協會」所提供的服務之期待高，應再加強宣導協會之功能。

由於社區精神醫學的興起<sup>25</sup>，美國自一九六〇年代開始強調以「社區」為中心的醫療模式，故而社區的照顧成了一大問題。如何在社區中找尋資源，建立支援網絡，是刻不容緩之事。臺北市康復之友協會，也就是基於這個大前提而成立的，並藉由此發展出庇護性工作站的設置，強化復旦之家功能<sup>26</sup>，並設立康復之友俱樂部組織，提供病患社交機會，使病患不致過於退縮，遠離人羣，進而更能發揮其殘餘的潛能，使家庭負擔及社會損失減至最低的層次！

（作者任職於臺大醫院精神科社工室）

## 參考文獻：

- ①葉英堃：臺灣地區精神疾病醫療與心理衛生保健工作網之建立，中華心理衛生學刊，第一卷，一一九頁，民國七十三年三月。
- ②Harrow Metal: Is modern-day Schizophrenic outcome still negative? Am. J. Psychiatry 135: 1156~1162, 1978。
- ③葉英堃：慢性精神病患：最被忽略的一羣——問題的分析及建議，中華民國神經精神醫學會會刊，第九卷第一期，一一十六頁，民國七十二年一月。



- ④Talbot JA: Care of the chronically mentally ill—Still a national disgrace. *Am. J Psychiat.* 136: 688~689, 1979。
- ⑤James Birley and Bar Bara Hndson: Theory and practice of psychiatric, The Family, The Social Network and Rehabilitation. 1972, Brown and Wing。
- ⑥Brown GW, Briley JLT, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *Brit. J Psychiat* 121: 241~258, 1972。
- ⑦Vaughn CE, Lefl JP: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness—A Comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *Brit. J Psychiat* 129: 125~237, 1976。
- ⑧Lefl JP: Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophrenia Bull* 2: 566~574, 1976。
- ⑨李文瑄、葉英莖、陳美理、陳美俐：慢性精神病人出院後追蹤調查之初步報告，中華民國神經精神醫學會會刊，第六卷第一期，十七~十八頁，民國六十九年。
- ⑩郭世晉、周照芳：出院後能來門診就醫之精神病人其疾病的認知與疾病照顧情況之調查，護理雜誌，第三十二卷第一期，民國七十四年一月。
- ⑪林憲等人：貧戶對精神疾病的看法，中華民國神經精神醫學會刊，第三卷第二期，一九七七年。
- ⑫葉英莖等人：臺北市居民對精神病的態度，心理衛生通訊，第二十四卷，中華民國心理衛生協會出版，一九八一年。
- ⑬Meyer Son A. T.: What are the barriers or obstacles to treatment and care of the chronically mentally ill: in J. A. Talbott (Ed): The chronic mental patient problem, solutions and recommendations for a public policy, 129~134, *Am. Psychiat Assoc., Washington*, 1978。
- ⑭葉英莖：我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析，行政院研考會編印，民國七十年七月。
- ⑮黃梅羹、劉蓉台、葉英莖：建立精神病患者之社會支持系統——「臺北市康復之友協會」之成立，臺北市立療養院民國七十三年年報，七十六~八十一頁，民國七十四年六月。
- ⑯係指臺大、榮總、三總、馬偕、長庚等五家綜合醫院及臺北市立療養院之病患，其中長庚醫院精神科因無住院設施，故以門診病患為主，其餘均以住院患者為主。
- ⑰林憲：精神醫學與社會，臺北水牛出版社，一九七八年。
- ⑱楊美賞：精神病患家屬對精神疾病看法調查，護理雜誌，第二十七卷第一期，民國六十九年一月。
- ⑲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，中華心理學刊，第二卷，民國七十四年。
- ⑳張碧鳳：護士在一個慢性住院精神病人外出工作時所扮演的角色，護理雜誌，第三十一卷第四期，民國七十三年十月。
- ㉑莊明哲、苗道：凡美達合著，林憲教授監譯：基因與心智——精神疾病遺傳學，健康文化事業股份有限公司，健康文庫⑭，一九八四。
- ㉒陳永興、胡海國、郭照美、林幸魄：精神科出院病人十年追蹤報告，中華民國神經精神醫學會會刊，第七卷第一期，民國七十年一月。
- ㉓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，中華民國心理衛生學刊，第二卷，民國七十四年。
- ㉔民國七十四年六月二十七日民生報第七版。
- ㉕同註④
- ㉖陳金玲、劉蓉台、葉英莖：慢性精神病患之社會復健——復旦之家模式的評估，中華心理衛生學刊，第二卷，民國七十四年。