

探討精神分裂病患照顧者之知識和態度

謝馨儀¹ / 周照芳²

- 1.學歷：國立台灣大學護理研究所 服務機關：台北醫學院附設醫院 職稱：護理部督導長
2.服務機關：恩主公醫院 職稱：副院長

摘要

本研究目的在探討精神分裂病患主要照顧者對照顧病患的知識和態度及其影響因素。本研究以立意取樣方式，從台北市某療養院門診收案120位精神分裂病患之主要照顧者為對象，以調查訪談方式來蒐集資料。

研究結果得知：(一)精神分裂病患照顧者之知識平均得分高於普通的程度，知識偏向正確；其態度平均得分高於中立意見以上，態度偏向正向。(二)病患有固定信仰、活性症狀及負性症狀不明顯、自我照顧能力佳、恢復程度好及照顧者為未婚、年輕、教育程度高、社會階層高、與病患關係為子女或媳婦、自覺有接受醫療人員提供照顧訊息、知道日間留院，其知識較正確。病患有工作、自我照顧能力愈佳、有病識感、活性症狀及負性症狀不明顯、恢復程度好及照顧者教育程度高、有固定信仰、社會階層高、沒有使用過日間留院、處在大或折衷家庭、家中的精神病患人數少的照顧者，其態度較正向。(三)可預測照顧者知識的重要變項為態度總分、有提供訊息者和知道日間留院等三項。態度的重要預測變項為知識總分、恢復程度、活性症狀和使用過日間留院等四項。(四)照顧者的知識和態度之間有強的正相關。

關鍵詞：精神分裂症、主要照顧者、知識、態度

前言

由精神疾病流行病學的盛行率之研究中指出，精神分裂病的盛行率佔台灣地區精神疾病總人口數的45~58%(葉、吳、陳、林，民70)，可見精神分裂病患者佔精神病患之大多數，此外精神分裂病患約四分之一能夠完全恢復，而其餘約四分之三的病患有或多或少會留有症狀或人格缺陷，所以大部份的精神分裂病患者仍走向「慢性化」的事實(林，民76；林、胡、陳、陳、張、黃，民81)。又86.3%的社區精神病患是由家屬照顧(鄭，民74；毛，民75)，由此可

知，家屬在病患醫療診治、照顧及復健等過程中都扮演著相當重要的角色，且家屬對病患的照顧情形受到醫療人員的重視也已多時了，而本研究想探討經過醫療人員協助之後，照顧者對照顧病患的知識和態度是如何。

許氏和戴氏(民80)的研究中指出病患家屬對「精神病患」傾向同情、人本、照顧的慈悲與社區心理衛生意識的正向態度，而較不持強制管理或不願接近的權威取向與社會限制的負向態度。研究者認為對「精神病患」的態度和

通訊作者：謝馨儀

職稱：護理部督導長

服務機關：台北醫學院附設醫院

地址：台北市吳興街252號

電話：(02)27372181-3314

對「照顧精神病患」的態度，在本質上是有差異的。故引發研究者關心的是，主要照顧者對照顧精神病患的態度是否也有正向的傾向？主要照顧者對照顧病患知識的了解情形如何？以及照顧者在了解疾病知識和照顧方法的相關訊息之後，對照顧病患的行為傾向及協助意願程度如何？又何種因素會影響照顧者對照顧病患的知識和態度呢？因此，本研究的目的如下：

- 一、探討精神分裂病患照顧者的知識和態度及其關係。
- 二、探討精神分裂病患者及照顧者的背景變項對照顧者之知識和態度有何影響。
- 三、探討影響精神分裂病患照顧者知識和態度之重要變項。

文獻查證

一、照顧者對病患照顧應具備的相關知識和態度

出院後的精神分裂病患，大部分將走向慢性精神病患的特徵。就慢性精神病患護理的觀點及優先需要，將可分為對心理社會復健、增加病人自我強度暨潛能及急性期護理三方向來談。對慢性病患的治療重點在於強調照顧和復健而非治癒，而家中照顧者對病患照顧的重點在於協助病患心理社會復健及增加其自我強度暨潛能（黃，民81）。

精神分裂病患者家屬對病患的照顧知識應包含下列數項：1.對精神分裂病的認識。2.對於病患日常生活中常遭遇的問題及處理方式的了解。3.如何與病患相處及溝通。4.社會資源的運用(行政院衛生署，民75；高醫，民82)。家屬在照顧病患時應抱持的態度，是「強調病患的長處和健康面」。有希望的感覺本身就具有治療性，而傳遞給病患「有改變的可能」之訊息(楊，民80)。對病患有適度的期望，避免期望過高而徒增患者的挫折感(趙、李，民80)。社會資源運用是照顧者應該知道的知識之一。

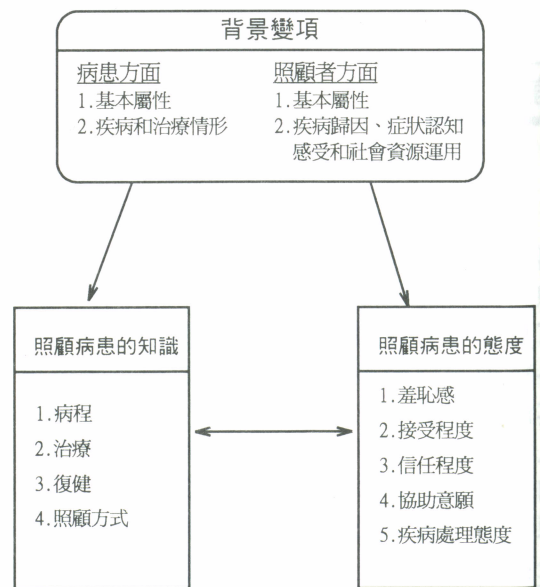
二、影響精神分裂病患照顧者的知識和態度之因素

幾位學者(林、陳、林、吳、黃、陳、葉，民66)調查台灣低收入戶的貧戶家屬對精神疾病的看法，發現較年輕者(尤其是三十歲以下者)及教育程度較高者(尤其是高中以上者)，對精神疾病存有較正向的態度，並指出時代變遷及教育程度提高會導致社會有良好的心理衛

生觀點。個人與精神疾病患者直接接觸時間的長短對態度的影響，許多研究結果定論不一。與精神疾病患者直接接觸的經驗，甚至同時合併有相關精神科專業的訓練，會影響個人對精神疾病患者的態度在不同層面有正向之改變，但是，可能同時要考慮其接觸時間及實質互動內涵(陳，民83)。人們感受到的威脅程度，是影響對精神病患者態度的重要因素，也就是說患者的病症越是不可預期和具威脅性，人們對其態度越傾向於拒絕(Bord,1971)。

研究顯示「照顧病人時間越久的家屬，在訊息的需要程度上較低，值得關切的是，照顧病人較長時間的家屬其對疾病和照顧方法的認知是否正確？或者他們所擁有的知識只是他們所能接受的那部份而已？」(沈、張，民82)。在郭氏(民76)精神分裂病患者家屬教育團體之研究中，發現年齡愈輕對精神分裂病患的信任度愈高、對病因的認識較清楚，且對疾病症狀的認識也較正確。教育程度愈高對病患的接受程度反而較低。與病患相處的時間較少對藥物治療的認識較清楚，且家屬的羞恥感較低。社經階層愈高，對病患的接受度愈低且羞恥感愈強。家中人數愈多，對精神分裂病患的接受程度愈低。國外學者針對一般人做了17年的長期追蹤調查，結果發現宗教活動，如上教堂等與個人主觀幸福感的相關性為.13-.33(Blazer & Palmore,1976)。

研究架構



圖一 病患及照顧者的背景變項對照顧者的知識和態度之影響

根據文獻查證結果及臨床經驗得知，影響照顧病患之知識和態度之因素包括：病患及照顧者的基本屬性、疾病和治療情形、疾病歸因、症狀認知感受和社會資源運用等。因此，本研究以照顧病患之知識和態度為依變項，以上之影響因素為自變項，探討其間之關係(如圖一)。

方 法

一、研究對象

本研究採調查訪問法，對象為台北市立療養院精神科門診之精神分裂病患者家屬120人。自民國84年2月中旬至4月初，凡符合下列選樣標準皆為收案對象：1.依DSM-III-R診斷標準，經精神科醫師診斷為精神分裂病患者之主要照顧者，病患發病就診達兩個月以上。2.主要照顧者與病患同住兩個月以上。

二、研究工具

(一)一般背景資料表

此表經研究者參考國內外相關文獻設計而成。內容包括病患基本資料及照顧者基本資料各十五個變項。照顧者對「疾病歸因」包括身體、心理社會和超自然等方面，採用複選方式。照顧者對「症狀認知感受」包括知覺思考、行為、語言、基本生理需求及其他方面障礙等方面，採用複選方式。照顧者對「社會資源運用」包括日間留院、工作坊、復健商店等九項，採用複選方式。

(二)照顧者對照顧病患之知識和態度量表

此量表改編自郭氏(民76)「精神病人家屬對疾病的態度研究問卷」以及戴氏和許氏所編「社區居民對精神疾病處理方式量表」，並參考國內外相關文獻設計而成。

1.知識部份:包括對精神分裂病的病程、治療、復健的認知及對病患照顧方式的認知，共33題。「病程」指疾病進展過程中慢性化之轉變，共4題。「治療」指藥物、心理、家庭、職能、社區復健等治療方式，特別對藥物之作用、副作用的認知及長期服藥之觀念，共8題。「復健」指病患慢性化之後，在就學、就業、休閒、日常生活功能等方面的復健內容，共7題。「照顧方式」指當病患症狀出現時或病患日常生活中常遭遇的問題之處理方式，及如何和病患相處與溝通，共14題。其計分方式為同意給一分，

不同意和不知道不給分。有9題為反向題採反向計分。所測得總得分33分，分數愈高則知識愈正確。

2.態度部份:包括對疾病的羞恥感、對病患的接受程度、對病患的信任程度、協助意願及疾病處理態度，共39題。「羞恥感」指是否覺得精神分裂病是一種見不得人的病，不希望讓別人知道，共5題。「接受程度」指對病患生病事實的接受情形，共8題。「信任程度」指對病患之長處和自我照顧能力的肯定程度，共9題。「協助意願」指幫助病患接受治療和復健的參與情形，共7題。「疾病處理態度」指能信任醫療、積極治療以及對病患所帶來的問題抱著有希望的態度做處理，共10題。採用 Likert-type 量尺，計分方式為非常同意、同意、中立意見、不同意及非常不同意，分別給予五、四、三、二及一分。有20題反向題採反向計分。所測得總得分195分，分數愈高則態度愈正向。

(三)病患精神症狀量表

係採用蕭氏與胡氏合編的「社區病患精神症狀評估表」之活性症狀(8題)及負性症狀(6題)部份，共14題(胡，民75)，每題最高為3分，最低為0分；給分方式：0分表示無此症狀，1分表示輕度，2分表示中度，3分表示重度，得分越高表示精神症狀越嚴重。

(四)工具信效度

問卷效度採專家效度，由八位專家針對問卷內容做效度檢定。信度採用SAS/PC 求取量表中各向度的內在一致性，知識各向度之庫德-理查生公式(Kuder-Richardson formula 20; KR-20)相關係數在.7-.9之間，態度各向度之 Cronbach's alpha 係數在.8-.9之間，病患精神症狀量表中，活性症狀部份為.7，負性症狀為.9；且知識各向度之測量抽樣適當性(Measure of Sampling Adequacy; MSA)，除病程向度為.5外，均在.8-.9之間，態度各向度之MSA在.7-.9之間，活性症狀為.7，負性症狀為.9。在預試時，收集13位個案施予間隔約兩週至一個月的再測信度(Test Retest)測量，ICC(Intra-class correlation)在知識各向度為.8-.9之間；在態度各向度為.6-.8之間。且皮爾森相關(Pearson correlation)係數在知識和態度各向度皆為.7-.8。

三、資料分析

本研究利用DBASE將資料建檔，以SAS/PC套裝軟體做敘述性統計，以Kolmogorov法做常態分佈檢定，經檢定後知識部份為非常態分佈，

以無母數方法如: Wilcoxon Rank Sum Test、Kruskal - Wallis Test 及 Spearman Correlation 處理。態度部份經檢定後為常態分佈, 且通過拔雷特氏考驗(Bartlett's Test), 故以平均數差異性分析(t-Test)、單因子變異數分析(ANOVA)和皮爾森積差相關(Pearson Correlation)分析。以Generalized F Test 檢定後, 再進行逐步迴歸, 並用散佈圖(Scatter diagram)加以判斷在迴歸內的假設是否合理。最後再以部份淨相關分析(Partial Correlation)來了解單一自變項和依變項之間的淨相關係數。

結 果

一、一般背景資料

120位病患, 男女比率約2:3, 約八成在19-50歲之間, 六成左右為未婚。約有七成的病患接受國中以上的教育、有宗教信仰、無工作、醫療費用由政府補助、可獨立完成自我照顧活動且近三年內未曾再發病。約四分之三的病患有病識感或有部份病識感。患病時間平均13.3年(標準差7.9年), 照顧者認為病患恢復程度平均6.0分(標準差2.4分)。

本研究對象, 男、女比例約各佔一半, 有八成在40歲以上, 九成左右已婚;約七成半有宗教信仰, 無工作, 屬於小家庭型態且家中無其他病患。有六成的照顧者每日和病患相處的時間在5小時以上。五成左右的主要照顧者是不識字或只接受過小學教育、且認為沒有治療者提供其照顧病患相關訊息;約四成的照顧者覺得「非常需要」或「需要」及「非常不需要」或「不需要」照顧病患的相關訊息。照顧病患時間平均12.2年(標準差7.9年)。

二、照顧者的知識和態度

照顧者對照顧病患的知識量表總得分範圍為33至1分, 平均值19.9分(總分33分), 標準差8.4分, 每題平均值介於0.2-1.0之間, 比率平均值0.6。各向度的比率平均值, 以病程向度最高(0.7分), 治療向度最低(0.5分)。照顧者對照顧病患的態度量表, 最高可能為195分, 最低為39分。照顧者總得分範圍為189至70分, 平均值131.0分, 標準差24.1分, 每題平均值介於2.4-4.3之間, 比率平均值為3.4。各向度的比率平均值, 以接受程度向度為最高(3.8分), 協助意願向度為最低(3.1分)。

三、背景變項與知識和態度之相關性

(一)照顧知識方面

有接受醫療人員提供照顧訊息之照顧者, 比未接受者有更正確的知識, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。有固定信仰(包括佛教、基督教、天主教、一貫道及天帝教等)之病患的照顧者, 其照顧知識, 比無信仰之病患的照顧者正確, 並達到統計上顯著差異($p=.006$)。自我照顧能力最佳的病患(第一級)其照顧者知識得分, 高於自我照顧能力最差的病患(第四級)照顧者知識得分, 並達到統計上顯著差異($p=.008$)。年齡層最低的照顧者組別(19-40歲), 照顧知識最正確, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。教育程度為大專的照顧者知識得分, 高於高中職、國中及「不識字和小學」的照顧者得分, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。未婚的照顧者知識得分, 高於已婚及其他(包括喪偶、離婚和分居)者, 並達到統計上顯著差異($p=.002$)。「中等及以上」社會階層(包括上、中上和中等三階層)和「中下」社會階層的照顧者知識得分, 均高於「下」社會階層者, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。與病患關係為「子女和媳婦」的照顧者知識得分, 高於父母及配偶之得分, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。病患的活性症狀及負性症狀越明顯, 照顧者的知識得分越低, 有顯著負相關($r=-.26, p=.004$; $r=-.22, p=.014$)。照顧者主觀認為病患目前恢復程度越好, 知識得分越高, 有顯著正相關($r=.23, p=.010$)。知道有日間留院的社會資源訊息之照顧者, 比不知道者知識得分高, 並有顯著差異($p=.005$)。

(二)照顧態度方面

有工作病患的照顧者, 其態度比無工作病患的照顧者正向, 且有統計上顯著差異($p=.009$)。病患的家庭型態為大或折衷家庭, 其照顧者的態度, 比小家庭者正向, 有統計上顯著差異($p=.011$)。有固定信仰之照顧者的態度, 較民間信仰的照顧者正向, 並達到統計上顯著差異($p=.015$)。病患的自我照顧能力愈佳, 其照顧者的態度愈正向, 達到統計上顯著差異($p=.000$)。有病識感的病患其照顧者的態度, 較無病識感者正向, 達到統計上顯著差異($p=.003$)。教育程度為高中職或大專的照顧者, 對病患之態度較小學或不識字者正向, 並達到統計上顯著差異($p=.000$)。有固定信仰的照顧者, 對病患之態度比民間信仰者正向, 並達到

統計上顯著差異($p=.027$)。「中等及以上」社會階層的照顧者，對病患的態度優於「下」社會階層的照顧者，並達到統計上顯著差異($p=.008$)病患的活性症狀及負性症狀愈明顯，照顧者的態度愈負向，並達到統計上顯著差異($r=-.52$, $p=.000$; $r=-.26$, $p=.005$)。照顧者主觀認為目前病患的恢復程度愈好，其態度愈正向，有顯著正相關($r=.53$, $p=.000$)。家中精神病患人數愈多，照顧者對病患態度愈負向，有顯著正相關($r=-.21$, $p=.021$)。沒有使用過日間留院的照顧者，對病患的態度比有使用過者正向，並達到統計上顯著差異($p=.015$)。

四、照顧者的知識和態度之相關性

就照顧者的知識四個向度與態度五個向度，進行斯皮爾曼等級相關分析，並計算95%的信賴區間。知識總分與態度總分呈正相關，相關係數為.61($p=.000$)，信賴區間在.48-.71之間，有統計上顯著相關。照顧者的認知愈正確，其態度就愈正向。除「病程」與協助意願呈正相關($r=.21$, $p=.024$, 信賴區間.03-.38)外，其餘知識向度與態度各向度彼此之間均呈正相關。包括「治療」與照顧態度各向度均呈正相關($r=.28-.69$, $p=.002-.000$, 信賴區間.11-.77)；「復健」與照顧態度各向度均呈正相關($r=.31-.60$, $p=.000$, 信賴區間.14-.70)；「照顧方式」與照顧態度各向度均呈正相關($r=.36-.79$, $p=.000$, 信賴區間.19-.85)。由結果得到，照顧者對治療、復健、照顧方式的認知愈正確，其態度各向度就愈正向。

五、照顧者的知識和態度之預測分析

影響照顧者的知識之關鍵，在其照顧病患的態度是否正向、有無提供訊息者及是否知道日間留院。當照顧者對照顧病患正向的態度，有接受治療者提供相關照顧病患訊息，知道有日間留院的復健機構，則照顧者對照顧病患的認知越正確。可解釋依變項全部變異量的52%(修正後為50%)。(見表1)

表一：照顧者的知識總分之逐步迴歸分析結果 (N=120)

自變項	原始迴歸係數(B)	R ² 增加值	p	淨相關係數/p
態度總分	0.20	.39	.000	.45/.000
提供訊息者	4.53	.09	.000	.30/.003
知道日間留院	3.46	.04	.002	.26/.001

註 R²=.52, adjusted R²=.50

影響照顧者對照顧病患態度的關鍵，在其照顧知識的認知、目前病患恢復的程度、病患

活性症狀是否明顯及病患是否接受過日間留院的治療。當照顧者有正確的認知，病患目前的恢復程度越好，活性症狀趨向穩定，病患不會接受過日間留院治療，則照顧者對病患的照顧態度越正向。可解釋依變項全部變異量的60%(修正後59%)。(見表2)

表二：照顧者的態度總分之逐步迴歸分析結果 (N=120)

自變項	原始迴歸係數(B)	R ² 增加值	p	淨相關係數/p
知識總分	1.41	.39	.000	.48/.000
恢復程度	2.71	.16	.000	.21/.034
活性症狀	-1.38	.03	.004	-.23/.021
使用過日間留院	-9.91	.03	.007	-.24/.015

註 R²=.60, adjusted R²=.59

討 論

一、照顧者的知識和態度

照顧者對照顧病患的知識得分平均19.9分，在中等以上，還算有正確的認知；而照顧態度平均131分，高於普通程度，偏向正向。照顧者對病程的認知最正確，對治療的認知最低分。可再加強照顧者對藥物治療及對病患應該繼續接受復健活動的正確認知。本研究得知：知識和態度之間有強的正相關，除病程的認知向度外，知識和態度各向度間，有中至強的正相關。由此稍可印證學理：態度是由認知性、情感性和行為性三成份組成，通常三者是協調一致的(張，民73)。

二、影響知識和態度之變項

本研究得知：教育程度越高照顧知識越正確且態度越正向。與林氏等(民66)的結果類似：年輕者(尤其是30歲以下)及教育程度較高者(尤其是高中以上者)對精神疾病存有較正向的態度，可能因時代變遷及教育程度之提高會導致社會有良好的心理衛生觀點。而與郭氏(民76)的研究發現：教育程度越高，對病患的接受度反而較低，有相異的結果。可能因選樣上的差異或不同統計檢定造成解釋上的差別。本研究知：照顧者的社會階層越高，對照顧病患的知識越正確且態度越正向；且工作性質屬於白領階層者(在社會階層中屬於職員及以上者)，對照顧知識越正確、協助意願也越高。與Lundstedt和Lillibridge(1966)的結果類似。而與郭氏(民76)的研究發現：社會階層高對病患

的接受性低，羞恥感越強，有相異的結果。可能因本研究變項的分類和郭氏不同。本研究知：自我照顧能力越好的病患，照顧者的照顧知識及態度越正確。可能原因：當病患的自我照顧能力越好，照顧者主觀認為病患的恢復程度越好，可能病患的精神症狀愈不明顯，則照顧者愈能相信病患的長處和自我照顧的能力，願意協助病患治療及復健，也更能相信醫療，並且抱著有希望的態度處理病患帶來的各種問題。本研究知：最近一個月病患活性症狀和負性症狀越明顯，照顧者對病患照顧知識越不正確且態度越負向。又照顧者主觀認為目前病患恢復的程度越高，對知識的了解越正確且態度越正向，兩變項反應出的意義是相同的。又恢復程度與活性症狀兩者在態度總分方面均是重要預測變項，可知病情會深深影響照顧者對病患照顧態度，與Bord (1971)和陳氏(民83)的報告有相似結果。由訪談知：當照顧者按時予病患服藥及門診治療，而病患症狀仍未能改善，往往造成照顧者對治療產生懷疑，對協助病患復健和配合治療的意願降低，對病患希望痊癒的想法也漸消失，因此對照顧知識的認知就越不正確，照顧態度越負向。

本研究知：有固定宗教信仰的病患或照顧者，照顧者的知識較正確，且對病患的態度也較正向。訪談時，照顧者表示：「..讓病患上教堂，有個社交活動的地方..」；又「..當病患心情煩時，念佛經可以讓病患心中獲得平靜..」。與Blazer 和 Palmore (1976)的研究有類似的結果。因此，有固定信仰的照顧者有較多心理上的支持，較會以樂觀的態度來照顧病患，並給予病患較多的關懷和協助。本研究知：病患處在大或折衷家庭，照顧者對照顧病患的信任程度、接受程度及協助意願比小家庭正向，即更能信任、肯定病患的長處及提供協助。其原因可能：大家庭之家中人數偏多，彼此的支持和互動多，感情交流的機會增多，互相分擔照顧的重擔，可利用的資源亦多，故愈願意協助病患接受治療及復健。與郭氏(民76)的研究結果：家庭中人數越多，對病患的接受程度越低，有相異的結果。可能因本研究變項的分類和郭氏不同。本研究知：照顧者自認為有被提供訊息者的照顧知識，比沒有被提供訊息者正確，由此更肯定醫療人員提供相關訊息給照顧者是很重要的。本研究知：家中有精神疾病患者人數越多，照顧者態度越負向，而知識則無顯著影響。顯示照顧者並不會因為家中病人數增多，而對照顧知識越了解；反而對病患的信任程度

降低，協助意願減少，對疾病的處理態度越消極，對疾病的痊癒越不抱希望。本研究知：未婚的照顧者之治療和照顧方式知識比較正確，與郭氏(民76)研究結果相異。可能因樣本的特質不同，又本研究的樣本，婚姻狀況與社會階層經卡方檢定後，有顯著差異，已婚者（含離婚、再婚、分居）社會階層較低（ $X^2=3.32E-5$, $p<.001$ ）。在部份淨相關中，婚姻狀況在知識和態度方面無顯著差異，故可推論婚姻狀況的干擾因素可能為社會階層。本研究知：照顧者有使用過日間留院的經驗，對照顧病患態度較負向，且在接受程度和疾病處理態度方面是預測的重要變項之一。研究者推論可能因：目前受訪者中僅一位病患正接受日間留院治療，其餘皆未再繼續治療，而病患未能繼續接受治療，大部份因病情變差，可能因此讓照顧者對病患痊癒較不抱希望。又多位照顧者表示：「..病患不願意到日間留院，我也沒辦法..」；「..是不是有半強迫性的復健機構，讓他（病患）不要待在家裡..」。可知有過日間留院治療經驗的照顧者，希望病患能到日間留院接受治療，可減輕照顧者白天照顧病患的負擔，但病患就是不再繼續治療，可能因此照顧者對病患的接受程度及疾病處理態度就較負向。關於此項發現，日後可再進一步探討照顧者心中真正的想法。

本研究得知：照顧者為「非常需要」和「需要」照顧病患相關訊息者對照顧知識較正確，而「非常不需要」者之照顧知識較不正確。又照顧病患時間不同，照顧者的知識和態度並無顯著差異，此兩種現象與一般的理解相反。由實際訪談的經驗發現可能因有越正確知識的家屬，越有學習的動機，越願意去尋求各種更好的照顧方式來協助病患；而越長期照顧的家屬總認為：「自己十幾年的照顧經驗，怎麼照顧都知道了，不需要再知道了。」然而，值得我們擔心的是，照顧者對照顧知識的需求不高，並不表示對照顧知識都正確，反而會以自己慣用的方式來照顧病患，可能是不正確的而照顧者並不自知。本研究的結果澄清了沈氏和張氏(民82)的研究所提出的疑問，更提供專業人員一個寶貴訊息：照顧病患時間愈久，或對照顧訊息的需求低之照顧者照顧者，對疾病和照顧方式的認知不見得更正確，在照顧態度方面亦如此。

三、知識和態度之預測變項

由研究知：影響照顧者知識總分最重要的影響變項依次為態度總分、提供訊息者和知道日間留院等三項。可知照顧者有正向照顧病患

態度，主觀認為有被提供照顧訊息，以及知道日間留院復健機構者，照顧知識較正確。影響照顧者對照顧病患態度總分最重要的影響變項為知識總分、恢復程度、活性症狀和使用過日間留院等四項。故當評估照顧者對照顧病患態度時，應首先考慮照顧者的知識多寡，其次了解照顧者主觀認為病患目前的恢復程度為何，最後可考慮病患目前的活性症狀及是否接受過日間留院的治療。

結 論

依照照顧知識和態度量表的評估結果，可知精神分裂病患照顧者最不了解的照顧知識為治療知識，特別是藥物對活性症狀的效果優於對負性症狀的效果、對症狀的處理方式、在家中可以復健的觀念等。在照顧病患態度方面，最負向的態度向度為對病患的協助意願，這些結果將作為護理人員提供主要照顧者相關訊息時，排定護理處置之優先考量點。當照顧者具某些特性時，其照顧病患的知識可能較不足，這些特性包括：病患的症狀明顯、自我照顧能力不佳、無固定信仰，以及照顧者已婚、年長、教育程度低、社會階層低、主觀認為未曾被提供照顧訊息、主觀認為病患恢復程度低、與病患的關係非為子女者等。當照顧者具某些特性時，其照顧病患態度可能較負向，這些特性包括：病患的症狀明顯、自我照顧能力不佳、無工作、無病識感，以及照顧者教育程度低、社會階層低、無固定信仰、主觀認為病患恢復程度低、曾使用過日間留院、處在小家庭和家中病患人數多等。當護理人員在提供照顧者相關照顧知識之訊息，及引導其正向的照顧態度時，可優先考慮具此特質的照顧者之需要，以提供適當護理處置。本研究知照顧者自覺不需要再知道相關照顧知識，並非表示照顧者的知識已經足夠正確了，因此對沒有動機尋求照顧訊息的照顧者，是值得醫療人員特別關心的一群。護理人員可以於病患看門診時，篩選知識較不足或態度較負向的照顧者，提供其需要的訊息，或由醫師轉介，運用醫療團隊合作，將可提供更高品質的醫療服務。

研究限制及建議

本研究對象來自同一醫院的門診個案，未

能隨機取樣，此乃考慮不同醫院的個案有其本質上的差異性，又礙於時間及人力上的限制，無法再深入社區中探討精神分裂病患的照顧者。本研究為橫斷性研究，所以在研究變項之間只能看出他們的相關性，無法有因果關係的推論。工具效度部份，本研究較難呈現因素分析來支持其建構效度，且知識向度和態度向度，各別彼此間的相關性高，題目稍多，因此研究工具仍需繼續發展及改進。本研究依變項知識和態度之間有強的相關，在進行統計分析之時，最好能以多變項複迴歸 (multivariate multiple linear regression) 方法，以呈現更恰當推論。

本研究知，照顧者對照顧知識的認知越正確，照顧態度也越正向，而照顧行為是否也越恰當呢？未來若能針對照顧行為加以探討，則更能真正了解病患在社區中受到照顧和關懷情形。又本研究知照顧者照顧病患時間越長，或對照顧病患相關訊息的需求越低，對照顧病患知識並未越正確，這值得未來以質性研究方式加以探討其內在因素。本研究僅就幾個項目對知識和態度做差異檢定，日後將可對其它可能相關變項例如家屬壓力源等，再分析與整理。又本研究將社會資源的運用及疾病歸因當自變項來處理，其恰當性可再進一步思考。

致 謝

感謝我的指導教授周照芳副院長，以及盧成皆老師、毛家齡老師、蕭淑貞主任、胡維恆院長等在研究統計與研究過程的指導及鼓勵，並感謝多位學者及臨床專家的專家效度檢定和指導，特別感謝市療多位醫護人員在資料收集過程中的協助，更感謝參與本研究的病患及其照顧者，使得本研究得以順利完成，謹此特致謝忱。

參考資料

- 毛家齡(民75)·家屬對精神疾病的反應·護理雜誌，33(4)，13-23。
- 行政院衛生署(民75)·如何幫助精神病人—實際問題及其處理·心理衛生專輯。
- 沈志仁、張素凰(民82)·精神分裂病患者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)，49-65。

林宗義(民76)·精神分裂病可痊癒嗎·台北：橋井。

林憲、胡海國、陳珍信、陳建仁、張素凰、黃梅羹(民81)·台灣地區精神醫院病患的動態與病態資料之分析研究·衛生署八十一年度精神醫療保健研究報告。

林憲、陳珠璋、林信男、吳就君、黃梅羹、陳瑞、葉英堃(民66)·貧戶家屬對精神疾病的看法·中華民國神經精神醫學會會刊，3(2)，31-41。

胡海國(民75)·出院精神病患的兩年社區追蹤·中華民國神經精神醫學會會刊，12(2)，71-81。

高醫精神科、高醫護理學系主編(民82)·精神分裂病問與答·行政院衛生署印行。

張春興(民73)·態度的形成與改變·心理學(pp472-485)·台北：東華。

許文耀、戴傳文(民80)·社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討·中華心理衛生學刊，5(1)，35-48。

郭峰亭(民76)·精神分裂病患家屬教育團體之研究—以台北市立療養院為例·國立台灣大學社會研究所碩士論文。

陳杏佳(民83)·影響個人對精神疾病患者的態度之因素探討·護理雜誌，41(1)，88-92。

黃惠滿(民81)·慢性精神病人護理於周照芳、鍾信心(總校閱)·精神科護理學(pp457-467)·台北：華杏。

楊美賞(民80)·精神科護理的原則於毛家齡(總校閱)·應用精神科護理學(pp73-86)·台北：匯華。

葉英堃、吳英璋、陳朝灶、林幸魄(民70)·北市居民對偏差行爲及治療的態度·心理衛生通訊，24，56-63。

趙世淋、李秀娟(民80)·精神分裂病照護·台北：匯華。

鄭泰安(民74)·台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。

戴傳文、許文耀(民80)·社區居民對精神病患的概念與態度·中華心理衛生學刊，5(2)，71-87。

Blazer,D.,& Palmore,E.(1976). Religion and aging in a longitudinal panel.The Gerontologist,16,82-85.

Bord,R.J.(1971).Rejection of mentally ill: Continuities and further developments. Social Problems,18,496-509.

Lundstedt,S.,& Lillibridge,J.(1966).Effects of increased staff participation on patient care and staff attitudes, Mental Hygiene,50,432-438.

The Study of Knowledge and Attitude of Schizophrenic Patients' Caregivers

Hsin-Yi Hsieh¹ / Chaw-Fang Chou²

1.M.S. RN, Supervisor, Taipei Medical College Hospital

2.Vice Superintendent, En Chu Kong Hospital, Associate professor, School of Nursing,
National Taiwan University

Abstract

The purpose of this study was to access the knowledge and attitude of schizophrenic patients' caregivers toward caring for their patients. Through purposive sampling, one hundred and twenty schizophrenic patients' caregivers were selected from the outpatient department of a psychiatric center in Taipei. Data on those caregivers were obtained from hospital charts and from structured interviews with caregivers.

The results of the study revealed that : (1) The average scores of the knowledge and attitude of caregivers were higher than that of the general population. (2) In patients with better knowledge and attitudes, the following variables were most important: good self-care ability, a higher recovery level, and fewer symptoms, both positive and negative. In caregivers with better knowledge and attitudes, the following variables were most important: higher educational status, and higher socio-economic status. (3) The predictable variables of the knowledge were the attitude score, the existence of the information provider and the awareness of the day treatment. The predictable variables of attitude were the knowledge score, the recovery level, the positive symptoms and the experience of the admission of the day treatment. (4) Knowledge and attitude were strongly correlated.

Key Words: Schizophrenia, Caregiver, Knowledge, Attitude