

# 精神科日間留院病房生活適應 團體之成效

謝佳容<sup>1</sup>／蔡素玲<sup>2</sup>／蕭淑貞<sup>3</sup>

- 1.臺灣大學醫學院護理學研究所
- 2.臺灣大學醫學院護理學研究所
- 3.美國華盛頓大學護理哲學博士

臺北醫學院護理系  
康寧護專護理科  
輔仁大學醫學院

講師  
講師  
副院長

## 摘要

本研究主要目的在探討精神科日間留院病房生活適應團體之成效，採「準實驗法」以立意取樣方式於北部某兩所醫學中心的精神科日間留院病房進行研究。研究者指定實驗組與對照組之醫院組別，由各院取樣符合條件的病友，全程參與且資料完整者各計7人，研究過程實驗組接受每週一次（每次50分鐘）之生活適應團體，團體進行的內容以精神病患者在疾病的認知、藥物的認知、服藥的態度及遵從醫囑服藥的護理指導與居家人際溝通和求職考量的單元主題為主，團體治療成效於活動前、後，以結構式問卷針對精神患者在疾病、藥物的認知、服藥的態度及遵從醫囑服藥意願測量之。資料以描述性、百分比、無母數 Mann-Whitney 等統計方法進行測試，其結果顯示：參加生活適應團體者對精神病患在疾病的認知、服藥的態度無統計顯著差異，但病患在藥物認知及對藥物副作用的認識則有統計上顯著的差異，且藉由團體活動的討論，能加強病患自我覺察其人際溝通的形式，進而應用較佳的溝通技巧和家人相處，避免衝突的產生，本結果可提供精神復健護理未來推廣活動之參考。

關鍵字：生活適應團體、慢性精神疾病

## 前言

依據精神科疾病流行病學調查，臺灣地區需積極治療的精神病患者約佔人口千分之三，其中三分之一，即二萬人左右需全日住院治療，而迄民國86年6月底，僅有15,318床，即每萬人口約有7床，距離每萬人口10床之目標不足（戴，民87年）。在病床數不足情況下，如何讓病情穩定患者出院後減少再度入院機率，降低醫療成本，增加病患生活適應的能力，是護理實務重要課題之一。高(民76)提到精

神病患社區適應力會受到病患症狀穩定度、自我照顧、家務處理、家庭適應、人際關係、就業狀況、及休閒娛樂參與度的影響，Kelly和Scott(1990)也提到精神分裂症患者，服藥不遵從的行為，將導致極高的疾病再復發與再度入院的機率。據藍(民85)針對70名門診精神分裂症患者所做調查，個案服藥遵從性僅達51.4%。研究指出影響精神病患服藥的原因有：藥物副作用，對疾病知識的缺乏，及副作

通訊作者：謝佳容

職稱：講師

服務機關：臺北醫學院護理系

地址：臺北市信義區吳興街250號

電話：(02)27361661-650

用出現時感到害怕不知如何處理(Chen,1991)；以及缺乏病識感(McEvoy, Freter, Merritt, & Apperson,1993)。在臨床照護中，團體治療是目前潮流之所趨，有其獨特的治療原理、方法、且應用範圍甚廣(Yalom,1995)，團體護理指導已被廣泛地運用於提升病患的認知、態度以及自我照顧能力，在日間留院(Day care unit)亦為多方採用團體治療的護理模式，應用於精神科復健護理的範疇(Eklund,1997; Eklund,1999)，因此在『生活適應團體』同時結合藥物單元的認知，增加個案對疾病、藥物認知及副作用的處置，進而增加個案服藥的行為，減少病患疾病再發機率；也以居家生活的人際相處與溝通型態的單元，期望能個案能自我覺察溝通狀態，增加和家人相處的能力，為未來就業做準備。

筆者期望『生活適應團體』的成員能對疾病有正確的認知、增加成員藥物的遵從性、提昇成員於生活中人際相處技巧、及提昇成員居家生活適應的能力。針對以上團體活動目的，本研究目的有三：

- 一、探討二所醫學中心日間留院病房的病患疾病認知、藥物認知與服藥態度的情形。
- 二、藉由提供生活適應團體的指導內容，比較實驗組個案接受指導後，藥物認知、服藥態度、與疾病認知改善之成效。
- 三、瞭解實驗組之個案居家的人際相處與溝通型態和未來就業的準備狀態。

## 文獻查證

本文獻分成生活適應團體、慢性精神疾病、精神病患者疾病藥物的認知、服藥的態度，團體護理指導對精神病患疾病、藥物、服藥態度的成效和人際溝通理論等方面來探討。

### 一、生活適應團體(Living adaptation group)

團體治療的概念起源於十九世紀初期，在1906年美國內科醫師Joseph Pratt首先用團體模式來治療肺結核病人，他除了教導病人衛生飲食常識外，並利用相互鼓勵支持的方法來幫助病人，1919年Dr.

March開始使用團體的方法治療長期住院的精神病人，1925年Dr Lazele發表了第一篇有關將團體治療運用於精神分裂病人的文章，自此以後，團體心理治療即在精神醫療領域中佔有一席之地(林氏，民77)。於1970年Irvin D. Yalom(1995)是第一位針對急性住院病人的團體心理治療提出詳細理論與治療模式的專家，在歐美及英國各家學說理論蓬勃發展：如1919年Freud心理分析理論為基礎，經過Burrow、Wender、Schider Slavon和Wolf等人闡揚發展出來的精神分析團體心理治療(Psychoanalytic G.P)，Eric Berne的溝通分析團體心理治療(Transactional G.P)，Wolpe與Lazarus的行為治療團體(Behavior G.P)，1960年代Carl Rogers的案主中心團體心理治療，Lewin的團體動力導向團體心理治療(Group Dynamic G.P)，1925年左右Moreno的心理演劇(Psychodrama)等(蕭，民85)。根據Yalom(1995)提出團體之所以能發揮治療效果，有下列十一項因素：寄予希望(instillation of hope)、共通性(universality)、提供資訊(imparting information)、利他(altruism)、原本家庭團體經驗再現(the corrective recapitulation of primary family group)、發展社交技巧(development of socializing techniques)、模仿行為(imitative behavior)、人際學習(interpersonal learning)、凝聚力(group cohesive)、情緒宣洩(catharsis)與存在因素(existential factor)。

文獻顯示行為改變可藉由團體衛教的力量，加上個人動機以產生較佳的效果，Borelli 和 DeLuca (1993)對日間留院病患成立『壓力及健康處理團體』如：預防性健康照護訓練，有關個人衛生、運動、飲食、性病。藉由衛教及團體分享討論，結果顯示個人參與度越高，自我照顧能力增加，感到越能控制良好的健康，進而提升自尊；當病人越能為自己做的更多，而覺得滿意，則越能參與自我照顧。於劉等人(民82)對精神科日間留院病患所做生活安排團體指出，精神病患在自我認同及行為方面，普遍存有自尊心低落的情形，常因受到社會大眾的歧視或拒絕而造成社交退縮，長期下來形成疾病慢性化，逐漸對外界事物漠不關心，在家居家生活呈現整日臥床、拒絕勞動、發呆、看電視、閒逛、作息顛倒

等，甚至連基本個人衛生都懶得打理，而經由團體的活動安排，從參加的48位成員中發現大多數均改善了部分原有的懶散作息。Eklund(1997,1999)對長期罹患精神疾病的日間留院20位病友所進行研究指出藉由團體活動的方式可以增加病患的生活適應能力，改善其生活品質。

## 二、慢性精神疾病(chronic psychosis)

慢性精神病是一種長期的疾病狀態，在日間留院病房常見精神疾病多為精神分裂症、情感性精神病，簡述如下：

### (一)精神分裂症簡介：

精神分裂症是一種常見的精神疾病，在美國不分種族文化一百人中約有一個人在一生中的某一段時期，會罹患此病(Marder,1996)。其主要症狀包括思考、知覺、情感等多方面的廣泛障礙，精神活動與現實有明顯的脫節，且呈現人格崩潰的狀態(曾和徐，民83)。疾病導因有下列說法，遺傳假說提出一般人罹患率少於1%，但如果一等親中有人罹患精神分裂症，則其可罹患的機率約為8%(Marder,1996)。生物化學假說由斯奈德(Snyder)提出，認為精神分裂病患者腦中的多巴胺有過度活動現象。發展假說認為精神分裂病乃由於家庭系統功能失調所致，或母親第二孕期遭受病毒感染，或出生前後合併症(例如：早產、缺氧等)引起的。社會文化假說認為社經差者較易得此病。(蕭，民85)

### (二)情感性精神病簡介

情感性精神病是指個人的情緒變得過分高昂，或過於低落，也可能交替循環出現。疾病導因有下列說法，遺傳因素提到情緒障礙此疾患有濃厚家族遺傳傾向。生化學的探討認為憂鬱患者體內之殘餘鹽增加約50%，而躁症患者則增加200%，重症憂鬱症患者腎上腺功能增加，血液內cortisol含量增加，憂鬱症患者之神經介質catecholamine減少。心理因素的研究指出失去所愛的人或物、自尊心受到強烈的打擊、把原應向外攻擊衝動轉向自己，因而產生此病。

## 三、精神病患對疾病和藥物的認知

一致性理論(consistency theory)認為當個人獲得知識後，經由內化、推理和判斷的過程來影響個人的態度；再經由檢視自己的態度及行為是否一致才改變行為，使行為及態度趨於一致(黃、呂、鄭，民84)，由此可知，行為的改變須有知識的獲得為基礎，並經由態度上的轉變使個人的行為改變出來。因此，精神病患若不能對精神疾病、藥物有所了解，或者在態度上無法接受藥物治療，那麼產生接受藥物治療行為的可能性就非常小。所以，精神病患必須在認識自己的疾病，及治療對其幫助的前提下，方能表現出遵從醫囑的行為模式。

### (一)疾病認知的探討

多數精神病患對疾病缺乏認知，否認生病，特別是精神分裂症患者，在整個治療過程中，對疾病缺乏認知(Amador, Strauss, Yall & Gorman,1991)。研究指出對疾病缺乏認知和較低的藥物遵從行為，與重複入院以及預後差有顯著的關係(David, Buchanan, Reed, & Almeida,1992)。Amador等人(1994)以SUMD問卷研究指出：精神分裂症患者中，有57.4%的人，對其精神疾病缺乏瞭解，31.5%對其疾病會有的社會結果嚴重的不瞭解，而21.7%不瞭解精神藥物的效果。當病患具有較好的病識感時，明顯的較少再住院，也更遵從藥物服用(藍，民85)。

### (二)精神病患的藥物認知、服藥態度

精神科日間病房的精神病患，普遍缺乏對精神藥物的認識，無論是藥物作用、名稱、劑量，能完全了解的人相當少(曾，民86)。而出院後能按時門診就醫的精神病患，多半表示需要服藥(77.88%)，但這些人多認為只需要短期服藥(72.9%)，可見多數病人對藥物的認識不正確。Clary, Dever 和 Schweizer(1992)針對253位短期住院的精神病患者所作的調查發現，68%可完全正確說出目前自己所服的精神藥物名稱，53%知道何時服用藥物，其他有63%個案不瞭解自己為何需要服藥，37%則完全不知道。而陳(民86)針對90名即將出院急性精神病患所作的研究發現，30%個案幾乎不知道自己所

服的精神藥物名稱，42.2%不知道所服藥物的作用，58.9%個案不知道副作用發生時的處置方法。

Davidhizar, Austin 和McBride(1987)曾以態度/行為模式為基礎，認為態度乃由情感(feeling)和信念(belief)所組成，其對100位精神分裂症患者的服藥態度做探討，發現在病患服藥信念中有55%屬於負向態度，其中最主要是因為藥物副作用導致身體不適引起，可見多數的患者相當關心藥物的副作用，而正向態度中有多數是認為服藥可使思考清楚些。藍(民85)將服藥態度分成三各向度(服藥的好處、服藥的壞處、依醫囑服藥)，研究顯示病患對「依醫囑服藥」的態度最正向，而對「服藥的壞處」的態度最少正向程度。陳(民86)所作的研究結果也顯示病患服藥態度整體而言，趨向於正向態度。

#### 四、團體護理指導對精神病患疾病認知、藥物認知、服藥態度的探討

根據Orem自我照顧護理理論，護理人員應先評量病患自我照顧的能力，再依其健康需求提供完全性代償性照護、部份代償性照護、或是支持-教育性支持。因此當病患的病情趨於穩定時，護理人員所扮演的角色就應該從病患日常生活的全盤照護，轉變為提供綜合性的指導，以促進其健康。「衛生教育」是以教育為主，有計劃的改變健康行為之過程，包括三個領域：即知識(knowledge)、態度(attitude)、以及執行(practice)。衛生教育的種類可分為個別衛教及團體衛教。個別衛教是依據病人的個別差異和需要給予一對一的教導，不但可以了解個案的問題，也可以隨時觀察病人的反應，協助病人解決困擾；而團體衛教是根據團體成員的需求，安排適當的課程，共同討論增進健康行為的方法，分享經驗和擴展個人解決問題的能力(曾，民85)。

Kelly和Scott(1990)將418名門診慢性精神病患隨機分配成二組，一組中成員還包括病患之有意義他人，進行為期六個月的衛教課程，結果二組病患服藥遵從度都有顯著的上升。而曾(民86)則針對某醫學中心急性精神病患共36名隨機分配成三組，分別接受結構式團體衛教13人、非結構式團體衛教13

人、未接受任何團體衛教13人。研究結果顯示在知識量表上，接受過結構式團體衛教者得分顯著高於未接受團體衛教者；在態度量表上，接受非結構式團體衛教者對藥物治療比未曾接受團體衛生教育者來得正向。

#### 五、人際溝通理論

當病人返回家中最大壓力源仍是家庭生活的處理，以及人際溝通方面的問題，自1950年開始發展溝通理論種類與應用的範圍極廣，應用在精神科護理以交流互動分析論(Transactional Analysis)為主，伯恩(Eric Berne)將人類不同的自我狀態區分為下列三種：1.父母(parent)自我狀態：指的通常是孩子與雙親溝通時學得的記憶，也可能是由親戚、師長或傳播媒體所教導等耳濡目染的概念，其內容大多為生活、行為與道德上的規範，是屬於指導的、照顧的、權威的的溝通方式。2.兒童(children)自我狀態：其行程是在孩提時期對所見聞、所感覺的反應，在此期間處境是依賴、無能、笨拙、與缺乏字彙來表達其意思。3.成人(adult)自我狀態：其溝通特徵是理智，能夠分析、思考、檢討過去、瞻望未來(鍾，民84)。它可以有效的應用在團體治療上，因為在團體中，成員可以在兒童-父母-成人架構下分析自己的反應及後續行為，並感受到自己如何影響他人及被他人影響，進而發展良好的溝通型態。

### 研究方法與步驟

#### 一、名詞界定

##### (一)生活適應團體

意指由研究者以生活適應為基礎，策畫含有系統性之指導課程。前期研究者以藥物認知，疾病認知，藥物副作用之處理為指導內容，後期則以人際溝通，家人相處，求職考量為主，活動每週一次，共有八次活動單元。

##### (二)團體護理指導

指研究者自製有關精神疾病、藥物須知、藥物

副作用處置等內容編為衛教手冊及問卷。並運用衛教及團體討論的方式對患者進行衛生指導。其中包括20分鐘講述或朗讀衛教手冊，30分鐘團體討論與分享。

### (三)慢性精神病患者：

指症狀穩定、識字具有動機、願意參加本研究的精神分裂症或情感性精神疾病之病患。

### (四)疾病認知：

指精神病患者對其疾病的認知，包括四個向度：治療意願、對症狀的感知程度、對疾病擔心程度與對疾病的認識。

### (五)藥物認知：

指對於精神科醫師所開精神藥物的認知，包含下列各項：1.對處方的認識：能說出所服抗精神病藥物的種類名稱、次數及劑量。2.對藥物作用、副作用的認識及處理方法：能說出所服抗精神病藥物的作用及常見精神藥物的副作用及處理方法。

### (六)服藥態度：

指對於精神科醫師所開之精神藥物服藥的持續性和一致性的傾向，包括：服藥的好處、服藥的壞處以及服藥意願三個向度。

### (七)人際溝通：

指對於家人相處溝通時，以PAC理論使研究对象自我覺察平時人際溝通的形式。

## 二、研究設計與對象

本研究採準實驗法(Quasi-experimental)，於民國87年2月至6月期間，以立意取樣方式於北部某兩所醫學中心精神科日間留院病房進行研究，本研究設計如圖(一)。研究者指定實驗組與對照組之醫院組別，由各院取樣符合疾病診斷(精神分裂症或情感性精神病)的病友，實驗對象目前皆為復健工作訓練的義工，經其同意寫下『同意書』後加入實驗組，分別共取9人為研究对象，以考驗團體護理指導方式對精神患者在疾病的認知、藥物的認知、服藥的態度的影響。研究者於團體活動進行前針對所有病患進行前測問卷，團體成效將於活動結束後評值，研

究過程實驗組共計9位樣本參與，全程參與且資料完整者計7人(77.8%)，另2名病患因請假找工作而中斷參加團體活動。對照組於相同時間點進行前、後測問卷，住院期間無給予任何相關衛教之護理處置，僅規律參加病房活動。

前測	實驗處置	後測
O1	X	O2
O1		O2

圖(一)：說明 O1、O2 為單元 1-4 利用問卷做前後測，

X 為研究者提供『生活適應團體』之護理指導

自變項：疾病認知、藥物認知與服藥的態度

依變項：疾病認知、藥物認知、服藥的態度與團體治療效果

## 三、研究工具

本研究採結構式問卷法，問卷內容包含四部份：

### (一)一般背景資料表

此部份乃依據相關文獻與研究者臨床經驗編制而成之結構式問卷，包括：性別、年齡、教育程度、工作狀況、婚姻狀況、宗教信仰、初次發病時間、住院次數、疾病診斷。

### (二)疾病認知量表

本量表採用陳(民86)急性精神疾患疾病認知程度之研究量表，此量表共計20項題目，以下列四向度評量，分別是對治療的意願、對症狀的感知程度、對疾病的擔心程度、對疾病的認識，採五分量表計分：(1)非常不同意，(2)不同意，(3)沒意見，(4)同意，(5)非常同意。本量表經專家內容效度(六位護理專家，一位精神醫學專家，一位公衛專家)檢定與信度測試，Cronbach's coefficient測得介於0.49-0.81。

### (三)服藥認知評量表

本量表採用陳(民86)急性精神疾患疾病認知程度之研究量表，共分為對藥物的認識部份及服藥態度二部份評量；藥物認識部份為6題，分為對處方的認識，對藥物作用及副作用的認識，採四分量表計分(4)大部分知道、(3)部份知道、(2)小部份知道、(1)幾乎不知道。而服藥態度則分為：服藥的好處，

服藥的壞處，服藥的意願三方面評量共為19題，採五分量表計分：(5)非常同意、(4)同意、(3)沒意見、(2)不同意、(1)非常不同意，得分越高表示對藥物治療的態度愈正向。此量表亦經過8位專家行內容效度檢定，10位急性精神病患進行信度檢定，測得Cronbach's coefficient 介於0.58-0.83間。於本研究測得Cronbach's  $\alpha$  為0.89。

#### (四)團體治療效果評量表

本量表採用臺大醫院精神科住院醫師們自擬以Yalom所提出的11個團體治療因子而設計的問題，共計12題，採五分量表計分(5) 非常同意、(4) 有點同意、(3)無意見、(2)有點不同意 (1) 不同意。此量表採專家內容效度檢定，且於本研究測得Cronbach's  $\alpha$  為0.83。

#### 四、生活適應團體之活動設計

##### ★團體目標：

- 1.對疾病有正確的認知
- 2.增加藥物認知及遵從醫囑服藥的意願
- 3.提昇生活上人際相處技巧
- 4.提昇居家生活適應的能力

★團體性質：協助病患生活學習與自我實現為主，為學習團體。

★團體時間：每週一次、共8週，每次50分鐘

★團體準備的工作重點：

##### 1.行政聯繫工作---

- ①透過行政資源的應用，取得對照組醫院同意後於相同性質日間留院病房執行問卷前測。
- ②於病房會議中提出團體計畫，尋求協助且瞭解各醫療成員對活動執行之建議

##### 2.團體之宣傳方式---

- ①針對符合條件的精神病患，以個別面談的方式，瞭解其參予團體的意願，並填寫同意書
- ②以海報及傳單宣傳方式，鼓勵參與

##### 3.確定期工作---

- ①製作感謝邀請函，贈與參與團體的成員，並通知第一次團體活動時間

②召開團體前會議，簡介團體之目標及概念，瞭解成員對團體之期待，進而確定課程及活動內容(表一)

③針對疾病認知量表、服藥認知評量表，以問卷進行前測

④團體活動前一天，再次個別通知成員第一次活動時間及地點

表一 活動內容

週次	活動名稱	活動目標
1	相見歡	1.說出自己對團體的期待 2.能瞭解團體活動內容與目標 3.能分享參予團體的經驗
2	認識疾病	1.說出一個或一個以上疾病導因 2.能說出自己生病的感受 3.說出或寫出二個或以上的疾病症狀
3	認識藥物	1.說出自己目前服藥的藥物名稱 2.說出自己服藥的目的 3.說出藥物的作用至少一項 4.說出對服藥的感受
4	我該怎麼辦 (談副作用處理)	1.說出服藥可能發生的副作用至少三項 2.說出副作用之處理 3.分享以前自己處理的經驗
5	生活大哥大	1.覺察到自我常見的溝通表達方式 2.說出家庭中常見的溝通型態 3.學習到家中良好的溝通表達技巧
6	家家難念經?	1.寫出自己與家人相處的困難處 2.說出與家人互動的經驗 3.學習良好的人際相處技巧 4.相互學習適應居家生活
7	未來不是夢	1.彼此分享從事義工的心中感受 2.說出對未來的生活安排 3.提出遭遇生活問題與困難時，解決的可能方法
8	揮手道祝福	1.覺察到自我生活的態度 2.分享自我於團體中的感受與收穫

##### 4.團體執行期工作---

- ①每次活動結束後，研究者將活動內容摘要成書面資料(取自錄音帶)，並於下次活動前發給每位成員
- ②團體籌畫及執行過程，研究者寫日誌方式記錄每個階段的過程及學習感想

##### 5.團體結束期工作---

- ①成員完成疾病認知量表、服藥認知評量表

後測問卷

②成員填寫團體治療效果量表

## 6.治療者的資歷介紹——

兩位治療者皆為精神科護理學碩士的學歷，於精神科護理的領域工作年資為五年以上，皆有帶領精神科團體的經驗。

表二 研究對象基本屬性之分佈

類別變項	項目	總人數 N (%)	實驗組 (N=7)		對照組 (N=7)	
			N	(%)	N	(%)
診斷						
	精神分裂症	11(78.6)	5	71.4	6	85.7
	情感性疾患	3(21.4)	2	28.6	1	14.3
性別						
	男	8(57.1)	5	71.4	3	42.9
	女	6(42.9)	2	28.6	4	57.1
年齡						
	21-25	2(14.3)	2	28.6	0	0
	26-30	2(14.3)	1	13.3	1	14.3
	31-35	7(50.0)	4	57.1	3	42.9
	36-40	3(21.4)	0	0	3	42.9
教育程度						
	國中	1(7.1)	0	0	1	14.3
	高中或高職	7(50.0)	4	57.1	3	42.9
	專科	4(28.6)	2	28.6	2	28.6
	大學	2(14.3)	1	14.3	1	14.3
工作狀況						
	無	12(85.7)	6	85.7	6	85.7
	失業中(正在找工作)	2(14.3)	1	14.3	1	14.3
婚姻狀況						
	未婚	13(92.9)	7	100	6	85.7
	離婚	1(7.1)	0	0	1	14.3
宗教信仰						
	無	4(28.6)	2	28.6	2	28.6
	佛教	5(35.7)	3	42.9	2	28.6
	基督教	1(7.1)	0	0	1	14.3
	天主教	1(7.1)	1	14.3	0	0
	民間信仰	2(14.3)	1	14.3	1	14.3
	其他	1(7.1)	0	0	1	14.3
	初次發病時間平均年齡	22.64±1.09	19.86±3.29		25.43±2.64	
	患病平均期間	8.79±1.62	9.71±6.9		7.86±5.49	
住院次數						
	1-2次	9(64.3)	5	71.5	4	57.1
	3-4次	4(28.6)	2	28.5	2	28.6
	5次以上	1(7.1)	0	0	1	14.3
就醫動機						
	自動住院	10(71.4)	4	57.1	6	85.7
	被迫住院	4(28.6)	3	42.9	1	14.3
就醫持續性						
	規則門診	13(92.9)	6	85.7	7	100
	不規則門診	1(7.1)	1	14.3	0	0

## 研究結果與分析

### 一、研究對象之基本屬性

樣本基本資料詳見(表二)，實驗組男性樣本多於女性，診斷以精神分裂症患者居多，年齡介於31-35較多，教育程度分佈多為高中以上者，皆為未婚者，且多無工作，初次發病平均年齡為 $19.86 \pm 3.29$ 歲，患病平均期間 $9.71 \pm 6.9$ 年，住院次數以1-2次居多(71.5%)，就醫動機主要為自動住院(57.1%)，就醫持續性有85.7%為規則門診，足見此為以慢性病患為主的研究群體。對照組的樣本於診斷、年齡、婚姻、教育程度、工作狀況與實驗組的樣本分佈相當，初次發病平均年齡為 $25.43 \pm 2.64$ 歲，患病平均期間 $7.86 \pm 5.49$ 年，兩組於基本屬性並無統計上明顯的差異。

### 二、疾病、藥物認知與服藥態度評值部份

在疾病認知方面二組得分介於50-55之間，資料顯示本研究精神病患對疾病的認知屬於中等程度，且經過生活適應團體處置後，實驗組與對照組在疾病認知的後測評量上並無顯著差異(見表三)。

而服藥態度上二組得分介於50-55之間，資料顯示本研究精神病患對服藥態度屬於中性，經過生活適應團體處置後，實驗組與對照組在服藥態度後測評量上雖無統計上顯著差異，但以個別得分平均數看來，實驗組得分由50.5增至53，而對照組得分則由54.5減至52，無統計上顯著的差異(見表三)。於

藥物認知部分，藥物處方認知方面前測分數，二組得分各為69.5、35.5，經過生活適應團體處置後，藥物處方認知方面後測二組得分有統計上顯著的差異( $P < 0.001$ ) (見表三)。

表三：研究對象之特定性資料

項目	前測		P 值	後測		P 值
	Meas	Sum of Ranks		Mean	Sum of Ranks	
<b>疾病認知</b>						
實驗組	7.86	55.00	0.805	7.79	54.50	0.805
對照組	7.14	50.00		7.21	50.50	
<b>服藥態度</b>						
實驗組	7.21	50.50	0.805	7.57	53.00	0.100
對照組	7.79	54.50		7.43	52.00	
<b>藥物處方認知</b>						
實驗組	9.93	69.50	0.062	10.79	75.50	0.001**
對照組	5.07	35.50		4.21	29.50	

### 三、整體團體治療效果

整體上的評值則以『團體治療效果的問卷』來瞭解研究對象的治療效果受益程度，而於該量表團體的結果平均值為4.085。

#### (二) 人際溝通與求職考量部分

於本部分所進行的單元分別是『生活大哥哥』與『家家本有難念的經』與『未來不是夢』，由研究者以團體引導的技巧，帶領團體成員以半結構性的問題來表達自己在家中常見的溝通型態，分別回答下列問題，並將其製成表格如下：(表四、表五、表六)

表四 成員參加『生活大哥哥』單元的團體討論結果

成員編號	問題一： 家中我最喜歡談話的對象？	問題二： 我自在家中較常表現的談話方式？	問題三： 在家中較常見溝通的方式？	問題四： 我可以學著和家人溝通會更好的方法是？
1	二哥	C—兒童自我溝通狀態	A—成人自我溝通狀態	儘量說一些愉快的話題
2	媽媽	C—兒童自我溝通狀態	A—成人自我溝通狀態 C—兒童自我溝通狀態	試著在家人休閒的時候提出問題
3	父母	C—兒童自我溝通狀態	C—兒童自我溝通狀態	增加機會相互瞭解
4	哥哥、爸爸	A—成人自我溝通狀態	P—父母自我溝通狀態	溝通越多越好
5	姊姊	A—成人自我溝通狀態	A—成人自我溝通狀態	軟硬皆要學習溝通
6	媽媽	A—成人自我溝通狀態	A—成人自我溝通狀態	在大家心情好時聊天
7	弟弟和媽媽	A—成人自我溝通狀態	A—成人自我溝通狀態	主動聊天



表五 成員參加『家家本有難念的經』單元的團體討論結果

成員編號	問題一： 我和誰住在一起？	問題二： 在家中我和誰 的感情較好？	問題三： 在家中我和誰容易起衝 突？	問題四： 我和家人起爭執的原因常常 是？	問題五： 我要如何和家人好好相處？
1	阿媽、二哥、二嫂、姪女	二哥	二哥	意見不和	儘量溝通
2	奶奶、姊姊、弟弟、媽媽	媽媽	姊姊	意見不和	以禮讓、包容的態度來面對
3	父母	都普通	媽媽	母親有潔癖，脾氣太暴躁	對父母講話要有禮貌，注重個人衛生
4	父母、哥哥	父母	哥哥	意見不和	和哥哥相互瞭解多一點
5	父母	父親	沒有特定對象，因為家 中生活很和諧	沒有，因為父母管教得很好	我家比較和諧，因為溝通越多越好
6	哥哥、姊姊	姊姊	哥哥	病情的問題	常常帶著微笑說話
7	父母、弟弟	媽媽	弟弟	弟弟不講理，無緣無故發脾氣	和弟弟保持良好的溝通

表六 成員參加『未來不是夢』單元的團體討論結果

成員編號	問題一： 你想要應徵什麼性質的工作？	問題二： 假設你要去面試一分新的工作，你要如何準備自己	問題三： 你擔心會遇到什麼挫折 或如果遇到挫折，你會怎麼辦？
1	電腦繪圖、繪畫教師	外表上：穿乾淨整齊的衣服 心理上：保持誠懇態度、冷靜思考	1. 擔心被離職 2. 重新面對人生
2	店員、服務生	外表上：剪頭髮、買面試的衣服、買化妝品 心理上：對應徵工作要有概括認識	1. 怕面試不順利 2. 坦白回答每一個問題，不會說自己有精神病
3	廚房的廚師	外表上：服裝要整齊、配件光亮 心理上：積極工作、認真服從老闆的吩咐、與同事 好好相處	1. 自己能力不能受到肯定 2. 改進自己缺點，甚至退一步想海闊天空
4	至兒童機關當餐廳助手	外表上：注意清潔 心理上：不能晚睡、不能遲到	1. 不能和同事好好相處或是自己吃飯太慢 2. 想辦法工作、吃飯速度快一點
5	業務員、外務員	外表上：穿西裝、打領帶 心理上：要有自信	1. 交通問題怕遲到 2. 忍耐
6	作業員	外表上：服裝整齊 心理上：慢慢適應、不要害怕	1. 擔心工作作不好，被老闆革職 2. 和家人談談、外出走走、聽音樂
7	工廠工人	外表上：穿著正式的衣服 心理上：放鬆心情	1. 工作犯錯被開除 2. 再找新工作

## 討 論

實驗組7位有效樣本中，年齡介於21-40歲之間，屬於成年群樣本群，以男性及未婚為主，教育程度多數為高中以上。醫療診斷以精神分裂病為主，罹病期長，屬慢性精神病患群體，此與行政院衛生署（民87）針對臺灣地區精神病患之流行病學調查結果相當類似。

### 一、疾病藥物認知與服藥態度評值部份

#### (一) 疾病認知部份

本研究結果顯示病患的疾病認知得分介於50-55

間，顯示病患的認知屬於中等程度，與Heyduk (1991)、Lisa (1993) 及陳氏(民86)研究結果相同。而經過生活適應團體處置後，二組後測並無顯著差異，可能因本實驗所採疾病認知量表中包含有四個項目，有『治療意願』、『對症狀的感知程度』、『對疾病的擔心程度』、『對疾病的認知』，雖經過團體衛教後對疾病認知部份增加，但在對疾病的擔心上可能並無差異，而影響後測分數。

#### (二) 藥物認知與服藥態度部份

在服藥態度方面研究發現個案在服藥態度後測得分是53，趨於正向，但實驗前後並未有統計上顯著的差異，此研究結果與陳氏(民86)及藍氏(民85)

的研究結果顯示在急性住院病患及門診精神分裂症患者服藥態度皆趨於正向的結果相同，但可能與本研究個案皆為症狀穩定之病患，也可能因患病年數多達9.71年，患病期間經過多次藥物指導，故在這次團體成效中並無明顯改變。

而在藥物認知的部分，於藥物處方及副作用處置認知上，實驗組的得分皆明顯高於對照組，且經過生活團體的處置後更有顯著的增加，此研究結果與曾氏（民86）的研究發現相同，即給予住院病患藥物認知團體衛教措施，可有效增進病患對藥物及副作用處置的認知。

## 二、人際溝通與求職考量部分

### （一）『生活大哥大』單元

對於PAC理論介紹說明後，成員們表達出自己平時溝通的傾向以成人自我溝通型態與兒童自我溝通型態為主。對於和家人相處更好，可以看到成員們會以較輕鬆的方式，例如挑輕鬆的話題或在大家心情好的時候談話，且認為主動增加機會是很重要的，編號3成員認為不僅要學習挑輕鬆的話來談，也要學習和家人溝通較嚴肅與自身相關的話題，認為要學習軟硬溝通的技巧，此成員以直接表現出來的言談行為，供作其他人觀察學習，是團體治療因子『模仿』（imitative behavior）之效果。

### （二）『家家本有難念的經』單元

在此單元成員們提到生活中和自己越親的人越容易發生爭執與誤會，而爭執的原因常是意見不和，編號1成員提到與二哥常會因為電腦繪畫意見不同而起爭吵，平時卻又喜歡一同討論電腦繪畫的技巧，也有部分成員會認為溝通出問題皆是家人的態度不佳，或是他人本身的問題與自己的態度無關，但編號5的成員則分享自己家中和諧相處的經驗，他認為只要常溝通就不容易有問題出現。解決調適之道，成員們相互提到可以個別性學習和家人相處，也有分享帶著微笑說話，較不容易起爭執的看法，此過程成員彼此分享感受和經驗，且讓成員感覺『我對別人有幫助』，是團體的『共通性』（universality）及『利他性』（altruism）治療因子之呈現。

### （三）『未來不是夢』單元

在此單元成員們參與非常熱絡，主動提到過去的工作經驗或未來求職時的注意事項讓其他未曾工作的成員知道，而成員考量未來應徵工作性質時可以看出會顧及到個人興趣、專長及目前的疾病，像編號6成員認為，生病後所要從事的工作以壓力小、做完就好的作業員較合適，在面試準備上除大多數人提到服裝儀容的整齊清潔要求外，也有成員提到要依據所要應徵的工作性質作準備，保持誠懇態度，認真服從老闆的吩咐，與同事好好相處。然而面試時，擔心遇到的挫折，有多位成員提到擔心被老闆革職，擔心自己能力不足，顯示出自信心不夠，且害怕工作做不來，而因應之道會有成員覺得只能退一步海闊天空的想法，重新再面對找新工作，也有成員認為找家人談談會是不錯的解決方法。於此過程團體增加成員的信心，提供個人公開表達自己情感的機會，且相互學習並改進與他人互動的方法，是團體的『宣洩情緒』（catharsis）、『人際學習』（interpersonal learning）、『發展社交技巧』（development of socializing techniques）及『寄予希望』（instillation of hope）治療因子之呈現。

## 結 論

本研究是以北部某兩所醫學中心的精神科日間留院病房採「準實驗法」，由研究者指定實驗組與對照組之醫院組別，由各院取樣符合條件的病友，分別共取全程參與且資料完整者各計7人為研究對象，研究過程實驗組接受每週一次（每次50分鐘）之生活適應團體，經陳氏（民86）同意採用其急性精神疾患疾病認知、服藥認知之研究量表進行問卷之前、後測資料的收集，結果顯示：生活適應團體對精神病患者在疾病的認知、服藥的態度無顯著差異，但在藥物認知及副作用處置則有顯著性成效，且由病患表達其對自我溝通形態的覺知能力改善，多認為要常和家人談話，帶著微笑溝通，就不容易有問題或爭執的產生，本研究結果支持生活適應團體之臨床運用價值。

## 限制與建議

### 一、限制

1. 本研究採立意取樣，且因團體進行過程中樣本數的流失，致使研究樣本減少，因此會影響研究結果的推論性。
2. 研究設計因受限於週數限制，將其分為前、後兩部分，前段以藥物、疾病認知的衛教方式執行，後半段則以半結構性問題的討論方式來執行，無法進行比較兩組人際溝通及求職方面的改善成效之探討，且難以量化的數據來呈現，故在文中資料的書寫方式是為本研究的限制。
3. 精神病患本身通常較欠缺行為改變之意願，通常知道問題的表面因素，而無法具體的改變自己的認知或溝通型態，需要專業人員提供繼續性鼓勵與支持，病患一旦團體活動結束後，若缺乏持續追蹤，極易影響療效之維持。

### 二、建議

建議未來研究能擴大研究情境設計，增加樣本數10-12人，且將團體活動週數增加，重新驗證其團體治療效果，以發展復健護理之團體治療模式。

## 致 謝

本研究感謝臺大醫院護理學系邱麗蓮老師於研究方法設計提出寶貴之意見，和臺大醫院陳杏佳督導、三軍總醫院曾雯琦護理長、楊政議護理師提供行政單位之資源與支持，也特別謝謝精神病患熱心參與團體，使此研究順利完成，特此致謝。

## 參考文獻

- 行政院衛生署(民87)·內部統計資料·臺北：行政院出版。
- 林秀華(民77)·住院病人團體心理治療理論基礎·護理雜誌，35(4)，41-49。

高麗芷(民76)·精神病患社區適應力之探討·中華心理衛生學刊，3(2)，1-7。

陳雪萍(民86)·精神科急性病房將出院病患對其疾病與藥物認知的探討·國立臺灣大學護理研究所碩士論文。

曾瑛容(民85)·小團體衛生教育對巴金森氏病患自我照顧知識、態度、行為成效探討·國立臺灣大學護理研究所碩士論文。

曾雯琦(民86)·精神病患服藥團體之成效探討·臺北：三軍總醫院民診基金專題研究計劃書。

曾文星、徐靜(民83)·現代精神醫學·臺北：水牛。

黃松元、呂槃、鄭惠美(民84)·自我導向學習衛生教育策略工作手冊·臺北：師大研究所。

劉秀美、黃孟卿、陳碧秋、陳美碧、蔡欣玲(民82)·精神科日間病房復健護理之生活安排團體·榮總護理，10(4)，402-406。

戴傳文(民87)·我國精神衛生工作的發展·護理雜誌，45(1)，5-11。

藍菊梅(民85)·精神分裂症病患的治療結盟行為及相關因素探討·國立臺灣大學護理研究所碩士論文。

鍾信心(民84)·精神科護理學·臺北：華杏。

蕭淑貞(民85)·精神科護理概念--基本概念及臨床應用·臺北：華杏。

Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yall, S. A. & Gorman, J. M.(1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Archives of General psychiatry, 51, 826-836.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yall, S. A. & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 17(1), 113-131.

Borelli M. D. & DeLuca E.(1993). Physical health promotion in psychiatric day treatment. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 31(3), 15-8.

Chen, A.(1991).Nocompliance in community

psychiatry: a review of clinical interventions. Hospital and Community Psychiatry, 42 (3), 282-287.

Clary, C., Dever, A. & Schweizer, E. (1992). Psychiatric inpatients' knowledge of medication at hospital discharge. Hospital and community, 43 (2) , 140-144.

David, A., Buchanan, A., Reed, A. & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. British Journal of Psychiatry, 161, 599-602.

Davidhizar, R., Austin, J., & McBride, A. (1987). Attitude of clients toward taking medication in the hospital. Journal of Advanced Nursing, 12, 177-182.

Eklund, M. (1997). Therapeutic factors in occupational group therapy identified by patients discharged from a psychiatric day centre and their significant others. Occupational Therapy International, 4 (3), 198-212.

Eklund, M. (1999). Outcome of occupational therapy in a psychiatric day care unit for long-term mentally ill patients. Occupational Therapy in Mental Health, 14 (4), 21-45.

Heyduk, L. J. (1991). Medication education: increasing patient compliance. Journal of psychosocial nursing, 29 (12), 32-35.

Kelly, G. R., Scott, J. E. (1990). Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. Medical Care, 28 (12), 1181-1197.

Lisa, F. (1993). Medication: reasons and interventions for noncompliance. Journal of psychosocial nursing, 31 (10) , 23-25.

Marder, S. R. (1996). Management of schizophrenia. Journal clinical psychiatry 57 (3) , 9-13.

McEvoy, J. P., Freter, S., Merritt, M. & Apperson, L. J. (1993). Insight about psychosis among outpatient with schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 44 (9), 883-884.

Yalom, I. (1995). The theory and practice of group psychotherapy. (3ed.). New York: Basic books, Inc. Publishers.

# Effects of Living Adaptation Group in a Psychiatric Day Care Ward

Chia-Jung Hsieh<sup>1</sup> / Su-Lin<sup>2</sup> Tsai / Shu-Jen<sup>3</sup> Shiau

1. MS, RN, Instructor, School of Nursing, Taipei Medical College

2. MS, RN, Instructor, Kangning Junior College of Nursing

3. PHD, RN, Professor, Medical college, Fu Jen Catholic University

---

## Abstract

The purpose of this study was to explore the effects of a living adaptation group in a psychiatric day care ward. A quasi-experimental design was used. Subjects were selected through purposive sampling of chronic psychosis patients in day care wards at two Taipei medical centers, and included a total of 7 patients in each medical center. In the process the experimental group joined the living adaptation group once a week (50 mins/time). The group agenda included the cognition of illness and medication, the attitude towards medication, drug compliance, communication at home, and considerations in applying for a job. The effectiveness of the group was assessed by a structural questionnaire with pretest and posttest. Statistical analysis was performed using descriptive, percentage, and nonparametric Mann-Whitney methods. The results were as follows: The chronic psychosis patients practicing in the living adaptation group showed no significant change in the cognition of illness, and their attitude towards medication, but patients showed significant changes in cognition of medication, management the side effect, increased awareness for patient self communication type. The result of this study can serve as a reference for psychiatric rehabilitation nursing.

**Key Words :** Living adaptation group, Chronic psychosis