

東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：陳琇惠 博士

慢性精神障礙者家庭支持及其家屬使用精神復
健相關資源之研究－以康復之家為例

The Research of Family Support of Chronic Mental Patients and the
Usage of Mental Rehabilitation Resources for Their Family : A Case
Study of Rehabilitation Home

研究生：尤郁晴

中華民國106年6月

東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：陳琇惠 博士

慢性精神障礙者家庭支持及其家屬使用精神復
健相關資源之研究－以康復之家為例

The Research of Family Support of Chronic Mental Patients and the
Usage of Mental Rehabilitation Resources for Their Family : A Case
Study of Rehabilitation Home

研究生：尤郁晴

中華民國106年6月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 尤郁晴 碩士學位論文

慢性精神障礙者家庭支持及其家屬使用精神復健
相關資源之研究-以康復之家為例

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：陳瑤惠 106年7月5日

審查教授：郭俊巖 106年7月5日

審查教授：呂朝賢 106年7月5日

系主任：吳季思 106年7月5日

摘要

本研究之目的在探討家庭支持如何陪伴慢性精神障礙者去因應疾病治療與復健，另一方面同時瞭解在慢性精神障礙者復原過程中，其家屬如何運用相關復健資源陪伴慢性精神障礙者。最後根據研究發現與結果提出建議，提升社會工作者在做家庭服務與維繫工作時，遇到家庭支持度較薄弱之家庭，能夠給予家屬指導方向，另一方面，以生態資源角度探討慢性精神障礙者家屬如何運用相關資源來提升照顧品質。

依據本研究目的，採取質性研究之半結構式訪談法，訪談 5 位慢性精神障礙者且居住於康復之家及其其中 3 位家屬，將此 8 位研究對象經驗整理與分析後，得到以下結論：

- 一、**精神疾病與醫療治療**：慢性精神障礙者可能面臨的醫療狀況，分別為「延遲就醫導致病情嚴重」、「自主服藥狀況不佳」。
- 二、**慢性精神障礙者與家庭支持**：以慢性精障者角度，即滿足個人不同層次上的需求，亦呼應家庭支持的三個種類。此分別為「工具性支持」—生理滿足、經濟安全，「情緒性支持」—穩定情感連結、情感維持，以及「訊息性支持」。
- 三、**慢性精障者家屬與精神復健相關資源支持**：以慢性精障者家屬角度，資源有兩個面向，分別為「家庭資源」，當家庭資源擁有越多，那精障者回歸社區或家庭生活越穩定。另外「康復之家」，協助家庭照顧及提供復健訓練，以利未來能夠自立生活。

根據研究結果，本研究提供建議如下：

- 一、**對社工實務的反思**：站在第三方客觀的立場，處理病人與家屬之間的溝通與澄清雙方的想法。回歸社工的本質，建議從精障家庭生活中的需求出發，進而提供支持，才能對症下藥。
- 二、**對慢性精障者家庭的建議**：雖然陪伴慢性精障者就醫和復健過程中會覺得累、覺得疲憊、甚至想要放棄，但如果連家人都放棄了，那精障者本身就沒有繼續往前的動力。當陪伴精神障礙者時，發覺自己已經快要無法支撐時，建議務必要向外尋求資源，因為家庭的陪伴比起外在資源的協助，那成效是無法比較的。
- 三、**對社會大眾的呼籲**：精神疾病如同其他慢性疾病相同，希望社會能有更多了解並加以關懷，呼籲社會大眾能以開放的態度來接納。

關鍵字：慢性精神障礙者、家庭支持、精神復健資源

Abstract

This study aimed to investigate how family members accompanied chronic mental patients in response to disease treatment and rehabilitation, and to understand how family members used relevant rehabilitation resources to accompany the patients during their recovery process, based on which we suggested that, in their work of family service and maintenance, social workers should guide the family members that weakly support their patients. On the other hand, how the family members of the chronic mental patients used relevant resources to improve the quality of care was investigated in terms of ecological resources.

Based on the objective of this research, semi-structured interviews of qualitative data analysis were used to interview 5 chronic mental disorder patients that lived in a rehabilitation home and 3 of their family members. Conclusion obtained by organizing and analyzing their experience was as follows:

1. Mental illness and medical treatment: chronic mental disorder patients may face medical conditions of “delayed medical treatment leading to serious illness” and poor self-medication practice.
2. Chronic mental patients and family support: from the perspective of chronic mental patients, family support, capable of satisfying individual needs at different levels, corresponded to 3 categories: “instrumental support”, which satisfied the need of physiological satisfaction and economic security; “emotional support”, which stabilized emotional connection and emotional maintenance; and “information support”.
3. Family members of chronic mental patients and support of mental rehabilitation-related resources: from the perspective of family members of chronic mental disorders, resources had two aspects, “family resources” and “rehabilitation home”. With richer family resources, a patient with chronic mental disorders could lead a more stable life once returning to the communities or family, while the “rehabilitation home” offered family care and provided training for the patients, which enabled the patients to live independently in the future.

Suggestion of this study based on research results are as follows:

1. Introspection of social Work Practice: social workers should return to their nature and deal with the communications between patients and their family members, and clarify thoughts of both parties from a third-party objective perspective. We suggest that social workers first understand the need of family life of patients suffering from chronic mental disorders, and then provide support, based on which the problems could be solved.
2. Suggestions for family members of chronic mental patients: once feeling tired and feeling like giving up in the process of accompanying chronic mental patients for medical treatment and rehabilitation, family members, the most important support for the patients, should certainly seek assistance. Patients without being accompanied by their family members would lose motivation to seek care in that the family member support is more effective in treatment than external resources.
3. An appeal to the community: mental disorders, like many chronic diseases, are not uncommon. We hope the society can better understand and care about the patients. We also call on the society to accept them with an open attitude.

Key words: Chronic Mental Patients, family support, mental rehabilitation resources

致謝詞

我靠這那加給我力量的，凡事都能做。

《腓立比書 4 章 13 節》

神能照著運行在我們心裏的大力充充足足地成就一切，超乎我們所求所想的。

《以佛所書 3 章 20 節》

感謝上帝成就這一切，超乎我所求所想，至今想來仍覺得不可思議。在這路途中，經過多少的禱告夜晚，經過多少的經驗累積，經過多少次想放棄的念頭和逃避，如果沒有祂一路上不放棄地聆聽、保守與指引，終究無法達成。

六年，這真是一段相當漫長的時間，首先，感謝我的指導教授陳琇惠老師，感謝老師的不放棄，定期透過多方管道提醒、督促與鼓勵我，否則我必會成為一位讓老師想到會搖頭的中輟生，還有感謝老師對我論文的指導，透過老師豐富的專業知識和經驗，從無到有，經過不斷討論與修改，讓我知道該如何寫論文。同時也感謝郭俊巖老師、呂朝賢老師，在百忙之中答應擔任審查委員，並抽空詳細閱讀，提供寶貴意見與修正方向，讓我的論文能更趨完善。

再者，我感謝每位受訪者，謝謝您們的願意參與，透過您們分享經驗過程中的喜怒哀樂，讓這份論文富有生命及色彩。同時，感謝幫助我尋找受訪者的機構夥伴與朋友，在我提出需求時，您們的一口答應、協助聯繫和肯定，讓我在研究過程中順利、放心許多，感謝您們！

第三，我要感謝所有在我求學過程中，包含系上大霞、雅俐、宜椿與培元助教給予我行政協助及指導，以及陪伴學習的 100 級碩班同學們，平時我們在各自領域努力，雖然不常見面，但只要將需求發問在群組裡，有問必答，而且是熱心回答，再附贈正向回饋與支持。這邊特別感謝碧如，口試前後對於我焦慮的問題，都可以很清楚、明白地回覆我，安撫我的情緒。同時，感謝在我社工職涯中無論曾經或是現在一同工作的夥伴、姊妹們，能有你們的相伴，是多大的心理支持，謝謝你們總是如此信任我、肯定我。

此外，感謝新興的姊妹們給予我鼓勵，特別感謝智儀，義不容辭幫我搜尋資料和給予指導，供我參考和修正。感謝中山醫親估團的所有，謝謝你們的鼓勵和同樂，尤其親如家人般的德敏，目前雖遠在澳洲求學，但仍透過通訊軟體傳遞信心禱告和耐心安撫我的焦慮與不安；還有盈如，謝謝你幫我打理口試前中後的一切事物，讓我可以很放心的面對，以及這幾年來默默的陪伴和支持，雖然沒有太多言語表述但我懂。

最後，我要感謝我的父母、姊妹與家人們，你們給予的愛和關懷，是我前進的力量，論文停滯期時免不了不斷詢問和關心，時常要忍受我不耐煩語氣、愛理不理的態度，但仍不斷給我打氣，雖然有時候我所想、所做的會超乎你們預期，但感謝你們對於我的決定始終給予包容、支持。

論文的結束，領取碩士學位，我很清楚知道這不是結束，只是另一階段的開始，但在這一刻，我要將此成就獻給我已過世的奶奶，當初若不是您的期許和鼓勵，我可能不會走繼續升學這條路，雖然沒有機會在您生前得以完成，但您的遺願是我沒有放棄的信念，希望我沒有讓您失望。回顧過去，至今會有這樣豐富的經歷和滿滿的收穫，我知道，這是上帝的作為和安排，凡依靠祂能力的，凡事都能做，將一切的榮耀歸給神！

郁晴 2017年07月於新竹

目錄

第一章 緒論	
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	4
第三節 研究問題與目的.....	6
第四節 名詞解釋.....	7
第二章 文獻探討	
第一節 慢性精神障礙者.....	9
第二節 台灣社區精神復健相關措施與服務之探討.....	16
第三節 社會支持體系與家庭支持體系之探討.....	25
第三章 研究方法與實施	
第一節 研究方法.....	35
第二節 研究對象.....	36
第三節 研究工具.....	37
第四節 研究嚴謹度.....	39
第五節 研究倫理.....	40
第四章 研究結果	
第一節 研究對象基本資料.....	43
第二節 慢性精神障礙者疾病狀況.....	46
第三節 慢性精神障礙者：我需要你（家庭）的支持.....	52
第四節 慢性精神障礙者家屬：我需要你（資源）的支持... ..	61
第五節 慢性精神障礙者暫時無法回歸家庭之原因.....	71
第五章 研究討論與建議	
第一節 研究結論與討論.....	77
第二節 研究建議.....	86
第三節 研究限制.....	87
參考文獻.....	89
附件一 訪談大綱.....	96
附件二 訪談同意書.....	97

第一章 緒論

第一節 研究背景

現今的台灣社會是一個正處在急速變化的動態社會，無論政治上、經濟上、社會秩序、升學考試、人際關係、個人價值觀取向等各方面都面臨著很多的不確定性：舊的觀念正急速崩解中，同時，新的價值卻未能及時建立，因此讓正處在當下的人們，生活頓時失去方向感，面對著許多不可預測的未來。在這樣的環境之下，出現了許多嚴重的挫折感與失落感，進而產生適應不良問題。如果這種適應不良的問題沒有即時解決，久而久之便會造成個人身心壓力問題。醫學專家也警告我們：身心長期處於壓力狀態下，很容易產生精神上的疾病（引自虎耀書林部落格，2009）。

根據衛生福利部身心障礙統計顯示，截至 2016 年第二季為止，台灣依法鑑定領有合格身心障礙證明（慢性精神障礙）達約 12 萬 4 仟人，位居身心障礙人數第四名，較 2015 年增加約 0.33%，佔身心障礙者總人數之 10.7%，再者 2012 年慢性精神障礙者位居第五，相較 2016 年已往前位居第四名，可顯示，慢性精神障礙者人數在整個身心障礙人數占比中是持續上升的。

另根據衛生福利部統計處，比較近五年之性別、年齡、障礙等級數據，由表 1 可顯示，以兩性比重觀察，女性比例逐年略攀升，從 2011 年之 50.1% 升至 2015 年之 51.3%，詳如表 1 近五年身心障礙人數分析一覽表。以年齡組別來分，顯示 45-59 歲組相對較他年齡組別人數最多，30-44 歲組次之，此兩組佔比相加占 72.2%，然此兩組皆為勞動主要人口，可猜測此或與生活、工作、經濟壓力有關，詳如表 2。另以身心障礙等級來看，截 2015 年底止，以中度障礙者 67,635 人佔 54.4% 最多，極重度者 2,222 人佔 1.8% 最少；近五年人數相比，仍以中度障礙者在所有等級中比重最高，但以輕度障礙者增加增幅最大，詳如表 3。

表 1 近五年身心障礙人數分析一覽表

民國年(季)	身心障礙總人數	慢性精障總人數	慢性精障/身障總人數比例	慢性精障男性人數	慢性精障男性/慢性精障總人比例	慢性精障女性人數	慢性精障女性/慢性精障總人數比例
100	1,100,436	113,992	10.4%	56,893	49.9%	57,099	50.1%
101	1,117,518	119,514	10.7%	58,854	49.2%	60,660	50.8%
102	1,125,113	119,666	10.6%	58,886	49.2%	60,780	50.8%
103	1,141,677	122,538	10.7%	60,047	49%	62,491	51%
104	1,155,650	124,240	10.8%	60,549	48.7%	63,691	51.3%
105(1)	1,157,731	124,566	10.8%	----	----	----	----
105(2)	1,159,740	124,655	10.7%	----	----	----	----

資料來源：衛生福利部統計處（2016）

表 2 近五年慢性精神障礙人數年齡分佈一覽表 單位：人

慢性精神障礙者年齡					
年齡/民國(年)	民國 100 年	民國 101 年	民國 102 年	民國 103 年	民國 104 年
0-2 歲	----	1	7	----	----
3-5 歲	2	24	13	4	1
6-11 歲	13	33	48	44	28
12-14 歲	46	51	68	69	55
15-17 歲	222	254	246	227	177
18-29 歲	7,577	7,381	6,716	6,444	6,019
30-44 歲	38,627	38,986	37,237	36,670	35,330
45-59 歲	48,047	50,833	51,506	53,182	54,396
60-64 歲	9,089	10,426	11,248	12,134	13,122
65 歲以上	10,369	11,519	12,583	13,764	15,121
總計	113,992	119,514	119,666	122,538	124,240

資料來源：衛生福利部統計處（2016）

表 3 近五年慢性精神障礙者等級分佈一覽表 單位：人

慢性精神障礙者障礙等級															
民國(年)	總計			極重度			重度			中度			輕度		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
104	124,240	60,549	63,691	2,222	1,146	1,076	20,120	10,643	9,477	67,635	34,060	33,575	34,263	14,700	19,563
103	122,538	60,047	62,491	2,423	1,258	1,165	20,474	10,860	9,614	66,454	33,568	32,886	33,187	14,361	18,826
102	119,666	58,886	60,780	2,580	1,339	1,241	21,883	11,570	10,313	64,748	32,835	31,913	30,455	13,142	17,313
101	119,514	58,854	60,660	2,011	1,037	974	20,876	11,041	9,835	65,718	33,552	32,166	30,909	13,224	17,685
100	113,992	56,893	57,099	1,449	785	664	18,882	10,099	8,783	64,584	33,451	31,133	29,077	12,558	16,519

資料來源：衛生福利部統計處（2016）

綜合上述，各項數據，如人口數、障礙等級等皆顯示，罹患精神障礙人口比重呈逐年上升，在現代急速變化的社會中是必須重視的。國家因應精神障礙人口逐漸攀升，針對此人口之政策服務方向就顯得格外重要，無論是醫療服務或是社會福利服務等，加上研究者在本身工作經驗中體認到，當此一個家庭出現精神障礙者時，不論以精神障礙者立場或以家庭角度來看，若沒有相關資源從旁協助，是很難維持其基本照顧的。

關於慢性精障者福利需求，依據內政部（2013）調查報告顯示，身心障礙生活需求調查得知，慢性精障者其所需要的協助有醫療照護、生活福利、福利補助等需求。由上述調查報告中顯示，慢性精神障礙者認為政府應優先辦理的醫療照護措施為提供醫療補助措施占最高；認為政府應優先辦理的生活福利措施，依次為提供身心障礙者生活補助費占最高、醫療費用補助次之；精神障礙者認為最需要之福利服務首要為身心障礙者生活補助、其次醫療費用補助（內政部，2013）。

國際衛生組織的報告曾顯示，全球接受醫療衛生服務人口中，約有 1/4 罹患精神疾病，故精神障礙者需要長期接受醫療治療與照顧。根據衛生福利部中央健康保險署資料顯示，健保重大傷病證明領證人數，至 2016 年 7 月止，慢性精神病有 203,024 人，佔總領證人數之 21%，領證數位居第二，僅次於癌症，另外根據衛生福利部中央健康保險署資料顯示，2014 年住院醫療費用（點數）統計，精神疾患（Mental disorders）住院醫療支出總共 11,003,219 點，門診（含急診）醫療支出總共 15,660,621 點，由此可見，慢性精神疾病論在人數、重大傷病、門急診、住院等醫療支出均名列前茅（衛生福利部統計處，2016）。

依據衛福部『精神衛生法』第三條表示，需給予精障者醫療服務及照顧，完整的精神醫療應包括足夠的醫療資源和基本的社會福利，它涵蓋醫療、社會、勞工和教育等方面。醫療服務，包含各級醫院、診所及復健機構，從急門診、急慢性住院、居家治療、康復之家等（韓青蓉，2013）。根據國家衛生研究院論壇，長期照護委員會 2004 年的統計及分類，目前台灣精神障礙者常使用的醫療服務有住院、門診、日間照護、社區照護及康復之家，但仍偏重使用門診與住院服務，而日間照護、社區照護與康復之家等復健服務則相對較少使用。這現象應該與台灣在臨床上亦較偏重治療症狀，而較少著力於社區復健治療等原因相關（胡海國，2004）。精神醫療規劃提供之照顧服務，截至 2013 年 6 月底止，針對精神疾病症狀穩定者，設置社區精神復健機構提供復健服務，包括：社區復健中心（日間型）共 82 家；康復之家（住宿型）共為 160 家（內政部，2013）。

由上述數據資料顯示，精神疾病除了依賴醫療治療之外，更需要周遭人事物及環境的支持，才能長久走下去。「支持」包含正式支持以及非正式支持，無論正式或非正式，只要是正向支持，皆能給予精神障礙者有形或無形的力量。在相關社會支持文獻中發現，有較好社會支持者，其較能改善社會功能及症狀，並減低再住院率；支持系統越強其日常生活適應也越好，如此可知，社會支持對精神障礙者來說具有極大影響（黃瑞琦，2001；曾洙荔，2003；張秀桃，2004）。Pelletier & Alfano（2000）研究中顯示，家庭支持是所有支持中最關鍵且與個人最緊密的，相較於其他支持，家庭支持對於精神障礙者的復健成果是更具影響力的。

第二節 研究動機

「社工，你可以幫我打電話給我家人嗎？」、「社工，為什麼家人都不接我電話？你可以幫我嗎？」、「社工，你可以幫我跟家人溝通.....嗎？」，研究者於某精神專科醫院服務，這幾句話幾乎是每天與病友會談時必須要回答病友的問題，而自己內心卻為甚感無奈，原因為一方面了解家屬面對慢性精神病患者的無奈與內心的掙扎，一方面了解對於長期住院的精神病患想要出院的心情，在這樣兩方互相矛盾的狀況下，自己(研究者)是應該隨便應付精神病患來符合家屬的期待，還是應該積極說服家屬帶精神病患返家而滿足精神病患的期望。

依據目前精神醫療的治療步驟，精神障礙者經過急性症狀治療之後，配合政策推動，鼓勵精神病友回歸社區，多數要求家屬將其帶返家社區生活並門診追蹤，另一方面因家庭及社區有某些困難，導致暫還不能接病友返家，故需要透過資源介入提供支持，例如康復之家等住宿型機構，其目的皆在於提供慢性精神障礙者連續性完整的醫療照護避免長期住院。藉由推動社區復健，協助慢性精神障礙者增加活動參與，逐漸適應及重新建構生活。大多數精神障礙者離院後，約有86.3%的精神障礙者是與家屬同住(鄭泰安，1985；引自宋麗玉，1998)；宋麗玉(1997)針對中部精神障礙者的研究，高達九成五以上(95.5%)的病友與家人同住者，可見當家中有精神疾病患者時，照顧出院後的患者仍是家庭的重要責任(余伍洋，1995；宋麗玉，1998)。

因此，在精神科臨床實務工作中，面臨的挑戰除了是在病人出院後，如何幫助他們使他們獲得持續醫療和復健服務，幫助他們回歸家庭和社區之外，最大的挑戰就是在病人出院前，如何告知家屬病人即將出院，並協助家屬共同討論及規劃，透過現在台灣精神服務政策，病人出院後之轉銜安置，讓家屬可以放心病人出院並獲得良好的服務，以避免病情復發而再住院。

國內近年來探討慢性精神障礙者、社會支持等相關的論文，例如林淑芬(1996)採立意取樣，以南部某區域醫院精神科門診病患為研究對象，探討精神分裂病患之社區適應及病患之個人、疾病因素、自我概念與、社會支持與社區適應之相關性，葉俞佐(2012)採量化方式選取300位年齡介於18~65歲的生活於社區之慢性精神障礙者接受結構問卷調查，探討慢性精神障礙者社會支持強度、來源以及活動參與狀況，探討慢性精神障礙者的社會支持與活動參與的相關性，以及社會支持之強弱是否可預測慢性精神障礙者活動參與度，陳佳琪(2012)，以中部地區某醫學中心的門診與日間病房之精神分裂症病患主要照顧

者為受訪對象，採用主要照顧者負荷量表之結構式問卷，透過面訪進行資料蒐集，瞭解精神分裂症病患主要照顧者之照顧負荷與影響照顧負荷的相關因素，並進一步探討主要照顧者得到社會支持與否在照顧負荷上的差異狀況，林慧婷（2014）透過量化研究具體測量精神分裂患者家庭功能與精神復元的相關性，探討不同背景資料的精神分裂病患者家庭功能程度之差異情形，另外，探討不同家庭功能變項的精神分裂病患者，在復元之差異情形，翁佩庭（2015）應用後設分析方法了解整體和各層面家庭支持度與身心障礙者社會活動參與間之關聯性，並探討調節變項對兩者間關聯性之影響。

綜合上述，可發現精神障礙這領域中，社會支持、主要照顧者、家庭功能等名詞不斷在相關研究中被探討，國外早在 1950 年代即有研究家屬與精神病患的情感連結對其復發預後的影響，可見對精神障礙者來說，社會支持中的家庭支持是相當重要的，但目前相關研究主題大多探討精神障礙者之社會支持與活動參與，亦有探討主要照顧者之照顧負荷，另外亦有探討精神障礙者家庭功能之差異以家庭支持與社會參與之相關性，然研究方法大多為量化分析，研究對象不外乎為精神障礙者本身以及家庭主要照顧者，研究者認為，不同家庭照顧經障礙者的經驗是相當獨特的，雖然可以透過量化知道照顧者困難的共通性，但以社工角度來說，獨特性也是需要被重視的。

另外，國內針對精神障礙者家庭支持之論文探討部分，洪千惠（1996）採用質性研究深度訪談法，研究慢性精神病患家庭從醫院回歸社區之觀察與分析，為更深入瞭解慢性精神病患及其家屬，在接受過完整且正式的治療後，是否與先前照顧慢性精神病患經驗有所差異，楊騏琿（2013）以長期安置養護機構之慢性精神病患家屬為探討對象，採質性深入訪談方法，探究阻礙慢性精神病患回歸家庭或社會之因素，雖然以上兩篇研究與本研究想探討之主題相近，首先不同之處，第一篇研究日期距離現今已約十年，十年前無論在精神醫療或精神復健之服務，相較現在肯定不一樣，進而所需之處與困境相較十年前亦不同，再者是本研究之研究對象是以目前使用精神復健資源，且曾多次反覆入住醫院慢性病房精神障礙者之家屬為主，相較於居住養護機構之精神障礙者家屬，被照顧者年齡層不同，在照顧過程之經驗想必不同，實際面臨之困難也不同，仍值得探討。

社工這角色服務於精神領域，除了面對院內的精神病患、醫療團隊之外，很重要的一部分是與家屬之間的溝通與關係的建立，有時候與部份家屬談及精神病患出院事宜，總看到到家屬眉頭深鎖，心中似有其他擔心的事情但說不出口，許多文獻也曾顯示，好的家庭支持對精神病患者來說，在復健這條路上是不可或缺的元素，例如 Grusky, Tierney, Mandersheid 和 Grusky（1983）提出社會支持的重

要性在於提供精神障礙者與他人互動機會，有良好社會支持可協助患者維持良好健康狀態。Evert, Harvey, Trauer 和 Herrman (2003) 在澳洲調查精神分裂症患者的社會支持網絡與患者自我照顧功能關係，發現同時獲得朋友與家人支持之患者，其從事全職工作比例較高。因此研究者很想瞭解家屬對於精神病患出院這件事的想法？家屬對於精神病患出院有哪些的擔心？這些的擔心是如何影響接納精神病患者？家屬對於目前精神醫療資源及安排的看法？家屬使用這些資源的經驗是如何？精神領域專業人員可以如何改進以利更貼近家屬的需求？研究者想藉訪談來深入瞭解哪些因素是影響精神障礙者的家庭支持，來解此疑惑。

第三節 研究問題與目的

壹、研究問題

目前台灣對於慢性精神障礙者的服務方向，隨著精神障礙者人數增加，精神障礙者的醫療服務逐漸受到重視，從單一的醫療服務到目前精神障礙者可以獲得個別化及多元化的醫療及復健服務。鄭若瑟 (2010) 主張現今台灣精神醫療可分為：

- (一) 精神醫療院所服務系統：包含門診、急診、日間留院、急性病床、加護病床（僅有數家大型的專科院設有此類病床）、慢性（復健）病床。
- (二) 社區精神醫療與其他服務：康復之家、社區復健中心、居家治療、縣市社區心理衛生中心、社區關懷、精神護理之家。

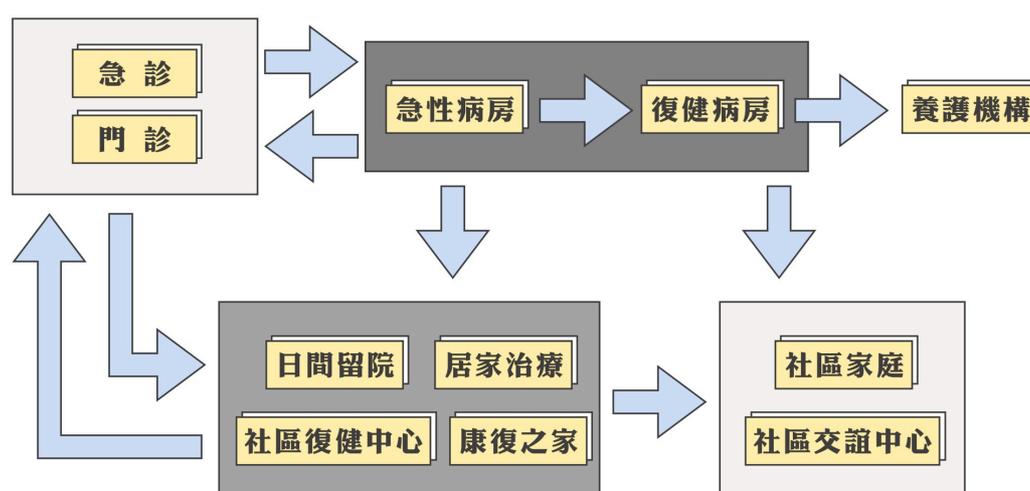


圖1：台灣精神疾病照護服務模式

資料來源：林惠珠 (2012)

綜合上述鄭若瑟（2010）及如圖1林惠珠（2012）所提出之精神醫療服務觀之，台灣精神醫療疾病照顧服務提供之多元性及全面性的模式。看似完整之個別化及多元化之服務，但為什麼精神障礙者家屬，對於精神障礙者踏出醫院之際，仍是滿懷的擔心與不放心，相反的，於工作場域中總看到慢性精神病友表現出強烈意願表達想要回家的想望及渴求，因此，希望透過本研究能夠了解下列問題：

- 一、家庭支持如何陪伴慢性精神障礙者因應精神疾病治療？
- 二、慢性精神障礙者家屬如何使用相關資源面對慢性精神障礙者？
- 三、慢性精神障礙者家屬選擇使用目前精神復健資源的限制為何？

貳、研究目的

此研究焦點放在家庭支持程度高低對慢性精神障礙者的影響，並去探討慢性精神障礙者復原過程中，家庭支持對他們在回歸社區生活的協助和發展。雖然政府和民間基金會致力於建立支持性社會的環境，但發現當慢性精神障礙者家庭支持越強時，相對地在社區中、職場上等各領域的復原也會更迅速。而家庭支持可以補足相關單位無法提供的特殊需求，因此欲瞭解家庭支持，對慢性精神障礙者上的協助就是本研究的重點。本研究的目的是有下列幾項：

- 一、探討慢性精神障礙者獲得家庭支持之概況。
- 二、探討慢性精神障礙家屬社區精神復健資源運用概況。
- 三、探討現今我國精神衛生服務政策對於慢性精神障礙者回歸社區之適切性。

第四節 名詞解釋

為使本研究之探討更加清楚明確，茲將本研究所涉及的重要相關名詞分別界定如下：

一、慢性精神障礙

本研究所稱精神疾病，係指依精神衛生法第三條第一項規定：本法所稱精神疾病，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。

本研究所稱慢性精神障礙者，採取美國國家精神健康機構（National Institute of Mental Health）對慢性精神障礙之定義：（1）診斷為精神性疾病，不包含腦部受損導致精神疾病和人格違常者、（2）持續性的精神功能缺陷和接受治療，至少長達二年以上（引自 Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000）。

二、家庭支持

家庭支持雖只是社會支持中的一環，但家庭支持卻是社會支持中最主要的部分，本研究將家庭支持的種類分為情緒性支持、訊息性支持及工具性支持三大類。情緒性支持意即指對家人表示愛、關懷與了解等，使其情緒獲得安慰與鼓勵。訊息性支持是指提供意見給家人，例如給予建議、忠告。工具性支持是指提供家人生活中的實際幫助，如提供金錢資助、幫忙作家事、交通接送等具體協助（Cohen&Wills,1985；呂寶靜，2000；曾慧雯，1999）。

第二章 文獻探討

第一節 慢性精神障礙者

一、慢性精神障礙者之定義

國內外給予精神障礙之定義文獻相當多，首先我國精神衛生法第3條對精神障礙者之定義：「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」。在美國及台灣主要係採用美國精神醫學會（American Psychiatric Association, 1994）所編的《精神疾病診斷準則手冊》第四版為依據，DSM-IV 書中序言定義：「精神疾病是發生於某人臨床上明顯的行為或心理症狀群或症狀類型，伴有當前的痛苦煩惱（distress）或失能（disability），或者伴有明顯較多的發生死亡、痛苦、功能不良或喪失自由的風險。

然而，慢性精神障礙（chronic mental illness）與精神疾病之函義有所不同，美國國家精神健康機構（National Institute of Mental Health，簡稱 NIMH）將慢性精神障礙定義：（1）診斷為精神性疾病，不包含腦部受損導致精神疾病和人格違常者、（2）持續性的精神功能缺陷和接受治療，至少長達二年以上（引自 Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000）。其界定基於診斷、失能程度、與罹病時間長短有關，並須依據精神疾病症狀表現，以及因疾病而導致個人在生活上、學習上、工作環境上等重要功能限制上作為判定（引自 Ford, 1995; Fifteenth Institution on Rehabilitation Issues, 1988）。

Minokoff 亦明確指出慢性精神病可以從以下三個面向來界定（引自葉英堃，1983）：

- （一）診斷的觀點：從診斷上來判斷其是否具有慢性精神疾病的特徵，包括病程較長、常有再發，或常有慢性且不良預後的疾病；如：精神分裂症、躁鬱症、酒癮、慢性器質性腦症候群、老年精神病、智慧不足、部分人格違常、藥癮等等。
- （二）社會功能障礙的觀點：需達下列三項以上障礙，包括：自我照顧能力、語言表達能力、學習能力、運動功能、自我控制能力、獨立生活能力、經濟獲取能力。
- （三）住院期間長短：需為長期住院者，且因長期於收容性醫療院所而呈現機構化者。

二、精神障礙之類別

精神醫學有兩個主要的分類系統。第一個是國際疾病分類，ICD-10 精神與行為障礙之分類：臨床描述與診斷指引（ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines），是由國際衛生組織在 1992 年所出版，是國際疾病分類第十版（ICD-10），可通用於全世界，目前我國精神醫學亦使用 ICD-10 分類來給予臨床診斷。

第二種分類系統是診斷系統手冊，由美國精神醫學會（American Psychiatric Association, APA）所編《精神疾病診斷與統計手冊》（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM），最新版本於 2013 年 05 月出版《DSM-5 精神疾病診斷準則手冊》（Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5），在精神疾病分類概念中做些修正，取消五軸診斷系統，增加精神疾病的類別，從原本十六類增加至二十大類，並更改一些疾病診斷名稱及含義。

依據 2014 全民健康保險醫療統計年報顯示（衛生福利部統計處，2014），精神疾病患者門、住診人數中，以罹患「精神官能症 Neurotic disorders」者為最多，接著「情感性精神病（Affective psychoses）」、「思覺失調症（Schizophrenic psychoses）」等為大宗，因此，除了症狀影響相對較低的精神官能症之外，思覺失調症與情感性精神病此兩類精神疾病為目前台灣精神疾病於門、住診治療之大宗，也因為此兩類精神疾病常造成慢性化之緣故。以下將簡單介紹，主要之精神疾病（李明濱，2011；韓青蓉，2013；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）：

1、思覺失調症（Schizophrenic）

DSM-IV 將思覺失調症的症狀分為三大類：精神病症狀、負性症狀和混亂症狀。精神病症狀與混亂症狀又合稱為「正性症狀」。「正性」並非是好的意思，而是指一些在尋常人不會存在、在生病的狀態下才會有的症狀。

（1）精神病症狀

包含妄想及幻覺，妄想指怪異的與現實脫節的想法，他們會覺得別人在陷害或監視他、或他可以讀出別人在想些什麼。幻覺指可以聽到、看到一些不存在的東西，內容有時是在指責自己、批評自己，與夢境類似，卻發生在清醒的時候。

（2）負性症狀

包括情感平淡、缺乏動機、說話內容貧乏以及對生活事務都沒有興趣，雖然不像正性症狀那樣明顯，負性症狀的確會影響嚴重病人的日常生活功能，「負性」並不代表患者的態度，而是指缺乏一些尋常人應該擁有的特質。

(3) 混亂症狀

包括混亂且毫無意義的想法、語言和行為。患者有時候在連貫的詞句或交談上有困難，也就是舊稱的「思考障礙」。另外患者有時候會出現一些無目的、無法理解的動作或行為，例如收集垃圾或無用的物品。

根據統計，思覺失調症的一般人口盛行率約為千分之二至三，男女發病率相差不大，發病平均年齡，男生為 15-25 歲，女生為 20-30 歲。此症亦有遺傳之可能性，據相關研究之結果，父母一方罹病，子女罹病機率为 14%；父母雙方罹病，子女罹病機率为 36%；手足罹病，其他手足罹病機率为 8%。

2、雙相情緒障礙症 (Bipolar Disorder)

此症主要障礙在於情感之表現，患者情緒過於高昂時稱為躁症，過於低落時則稱為鬱症；大多數患者會呈現兩者交替出現，故稱為雙相情緒障礙症。此症病程中可能出現四種情緒發作：躁期、重鬱期、輕躁期以及混合期。

(1) 躁期

在躁症期間，患者常表現出如自我評價過高或誇大、說話快速、想法變很快、注意力分散、睡眠需求減少，但仍可有很多精神或體力、不計可能產生的不良後果，做些魯莽之事，上述症狀持續超過一週，而且會嚴重到使患者的日常生活功能出現困難。

(2) 輕躁期

類似躁期但比較不嚴重或較少的症狀，並且會引起較少的障礙，在輕躁期間，患者會覺得情緒高昂、感覺比平常好、而且較有生產力。

(3) 憂鬱期 (重鬱期)

患者常覺得情緒低落、對於平常感興趣的事物失去興趣、反應遲鈍、記憶力變差、注意無法集中、食慾不振、體重減輕、失眠或睡眠過多、有自殺意念或行為等，上述症狀持續超過兩週以上，而且會使日常生活的功能產生障礙。

(4) 混合期

同時有躁期或重鬱期的症狀或許是影響最大的發作，在一天內這些症狀也可能會有頻繁的轉變。患者可能會像在躁期一樣覺得興奮或激動，但也覺得易怒而且憂鬱，並不像在世界頂端那般的感覺。

本症之遺傳機率比思覺失調症稍高，據相關研究之結果顯示，父母一方罹病，子女罹病機率為 25%；父母雙方罹病，子女罹病機率為 50-70%；手足罹病，其餘手足罹病機率為 8-18%。

三、慢性精神障礙者之特性

當精神疾患發病之初，通常以醫療診斷為首要評估，以精神醫學角度，一般依賴病人的主觀症狀來下診斷，藉由精神狀態檢查提供一個詳細的結構，此外精神狀態檢查也可以用來找出精神疾病的症狀，確實掌握精神疾病的症狀與病徵，精神狀態檢查可分為下列七個重點(周彥甫譯,2014;楊聰財、譚宏斌編譯,2004):

1、外觀與行為 (Appearance and behaviour)

意識形態，如過度警覺、驚醒或嗜睡；外觀，包括體型、姿勢、身體狀況、個人衛生、衣著打扮、身體的特殊印記(如疤痕、穿洞、刺青等)。需要特別注意的是，疤痕不見得是來自意外或手術，更重要的是可能來自於自我的傷害。

2、語言 (Speech)

話量多寡，包含說話的速度、音量以及音調，如說話速度在憂鬱症會減少，但在躁鬱症會增加。說話速度特別明顯地增加、每一個字像連珠炮的講出來，言談難以打斷。言語音量的不正常，如低語或叫喊等。

3、情緒 (Mood)

是在一個長時期中主要的情緒狀態，表情不正常包括不適合的憂鬱、高昂、焦慮或生氣，這些情感顯誇大的、侷限的、淡漠的、平板的、不適切的、易變的，另外還有特別注意自傷和自殺意念。

4、思考 (Thought)

思考內容異常較常看到的現象是妄想，妄想是病人堅定不移的錯誤信念，尤其在面對可以證明它們不是真實的清楚證據時。

5、知覺 (Perceptions)

知覺是對外物體的一個感覺，可以有五種感受方式。有兩種不正常的知覺：錯覺和幻覺。錯覺是扭曲的知覺，就是一個實在的物體被不正確地察覺，或指對於外在刺激的錯誤解讀而產生的知覺，如沙沙的落葉聲聽到有人說話；另外，幻覺是在沒有外在刺激而產生的知覺，幻覺的形式較常見的是聽幻覺，如身邊沒有其他人，但卻清楚聽到有人和他說話等；視幻覺，如看到不存在的東西等；觸幻覺，如感覺有東西在身上爬等，其餘還有嗅幻覺、味幻覺。

6、認知功能（Cognition）

人、時、地的定向感、注意力、專注力和記憶力。病識感（insight），病人對自己的精神狀態的評估，如病人是否認知自己在精神上生病了，是否知道自己有不正常的徵兆以及症狀，且需要治療，然而病識感不單單只是有或沒有，如思覺失調症患者，可能知道他自己生病且需要被治療，但對於妄想並沒有病識感。

然而，當精神疾病呈慢性化時，其生活較顯較懶散，不懂得照顧自己、人際退縮，無法參加社交生活、注意力不能集中、思考內容貧乏、行為幼稚或怪異，因而精神疾病容易因慢性化而導致社會功能障礙（曾洙荔，2003；林憲，1982）。另外必須注意的是，某些慢性精神疾患隨著壓力、環境變遷、季節及溫差的變化都容易再次發病，致反覆住院治療。

慢性精神障礙者常有許多方面之障礙，例如情緒、思考、行為等方面，因著這些障礙導致無法判斷現實，容易引起對自己、對家庭、對社會的困擾。精神科症狀學的層面主要包含意識、情感、思考、語言、知覺與行為等六類，其他還包含腦部認知功能，如注意力、記憶力等（李明濱，2011）。細部來看，慢性精神疾病常見症狀與行為表現（孔繁鐘、孔繁錦編輯，1999）包括以下幾點：

- 1、儀表方面：過份打扮、配戴奇怪的飾品、蓬頭垢面、不處理個人衛生。
- 2、行為方面：奇異行為、退縮行為，如比手劃腳、僵直、攻擊、破壞、終日臥床、吃不停、重複動作等。
- 3、妄想和幻覺：不真實的信念，如被控制感受、被害感受或思想被知、幻視或幻聽。
- 4、思考障礙：無法集中或合理的聯想或控制思考的速度，也會影響到溝通、語言的速度、話量及流暢與否。
- 5、不適當的情緒：覺得世界好像充滿了枯燥無味、不真實，在憂愁或痛苦時會笑，情緒持續過度高昂或急劇快速的變化。
- 6、人際關係改變、自現實世界中退縮、疏離感等。
- 7、現實感障礙：對人類行為及世事的看法與他人不同，例如視他人無意間的談話或開玩笑為一種威脅。
- 8、害怕：患者的世界是恐怖的，不能預測的及無法忍受的孤寂。即使自己感覺到錯誤的，也無法控制及擺脫恐懼的思考。

然而，慢性精神障礙者患病多年後病程會出現慢性化狀態，會有許多殘餘症狀無法治癒。沈楚文（1996）特別指出慢性精神障礙者會出現許多殘餘症狀，如幻聽、退縮、被動、傻笑、自言自語、現實感差等，常見問題包括：

- 1、對壓力忍受力較低，容易在面對輕微或中度壓力時，產生明顯的精神症狀。
- 2、缺乏日常的應對技巧，大部份個案在生活自理方面有明顯退化的現象。
- 3、依賴家庭或機構的支持，如果支持不見了，也可能會出現精神症狀。
- 4、對於競爭性市場的工作感到困難，常需更多外在條件來配合。
- 5、人際關係方面會退化，容易與人起衝突，較無法與人維持良好的關係。

四、慢性精神障礙之需求

『身心障礙權益保障法』第2條第3項第2款規定，此類心智障礙者係由於罹患精神病，經必要適當醫療，未能痊癒且病情已慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持及照顧者。由此法條可知，慢性精神障礙者如同一般身障者，除了有醫療需求之外，另有就業、就學、就養等照護需求，然而身心障礙者因每個階段病況不同，所產生的需求也不相同，1998年7月當時衛生署與內政部訂定「精神障礙者照顧體系權責劃分表」，將不同狀況的精神障礙者劃分為六等級，依照等級需求給予不同的服務，詳如表5。

第一級到第三級需接受精神醫療服務，需求項目包含有急診、急診住院治療、慢性住院治療、日間住院治療、居家治療及長期住院治療。第四級精神障礙者接受精神醫療服務、社區復健及就業安置，需求項目包含有日間住院治療、社區復健治療、社區追蹤管理及就業輔導。而第五級及第六級主要接受長期安置或是居家服務，而需求項目為安養服務、養護服務及護理照護服務。

表5 精神障礙者照顧體系權責劃分表

層級	病患性質	服務類別	需求項目
第一級	嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診、急性住院治療
第二級	精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療、日間住院治療 居家治療
第三級	精神症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。		長期住院治療
第四級	精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療 社區復健	日間住院治療 社區復健治療、社區追蹤管理
		就業安置	就業輔導
第五級	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期照顧者。	長期安置 居家服務	安養服務 養護服務 居家服務 護理照顧服務
第六級	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。		

資料來源：衛生署（1998）

承上，雖然當時衛生署和內政部針對精神病患照顧體系權責劃分有初步共識，然而在實際病患照顧功能仍劃分不清（呂淑貞，2004）。我國精神醫療體系現今仍較偏重急性照護，當疾病狀況穩定或疾病呈慢性化，其後續照護仍未有完善的政策規劃，疾病症狀穩定之慢性精障者重返社區所面臨的照護需求，確實與住院期間的急性治療極為不同（林靜蘭、溫偉鈞、姜喬慧、薛競秀，2010），反之所需要的是完善的社區復健資源。世界衛生組織針對精神病患復健服務提出：（1）復健機構：包括綜合醫院的門診、日間留院、精神專科醫院等；（2）居家治療：即到家中、社區服務；（3）社區復健機構：依靠社會資源為精神病患就近服務，這需要社區、患者及其家屬共同參與，以醫療、教育、社會、職業復健為目標並建立轉介模式。以上三種模式應是相輔相成的，沒有良好的復健機構很難會有良好的社區復健機構，如沒有社區復健機構，則精神病患的復健工作就不可能真正落實，故世界衛生組織非常重視社區復健中心的設置（楊明仁，2004）。

依據精神衛生服務類別，定義社區精神病患之心理衛生需求包含：社會功能及醫療評估、精神藥物監督、心理治療、家庭訪視、個案諮商、家屬諮商、家事技巧訓練、職能訓練、產業訓練、庇護性工作、居家服務、行為修正、自我照顧、安全防護及社交活動等項目（陳美碧、尹祚芊、蔡欣玲，1999）。

李等（2008）將社區精神病患之需求歸納彙整為以下五大類之照護需求：

1、持續接受藥物治療

許多病患因缺乏病識感及對藥物治療相關的知識，促使急性症狀發作而反覆入院。為防止疾病復發，若能持續接受藥物治療，方能穩定其精神症狀，使病患持續於社區生活。

2、感覺生活有意義

病患因負性症狀缺乏動機或整體功能障礙等因素，導致自我認同感較差、社交隔離自尊心低落及缺乏自我成就感，病患往往感覺生活無意義，經由社交及職業復健或工作訓練，使其感受生活的意義。

3、日常生活需求

病患因執行日常生活功能缺失，需接受不同程度之精神復健，以建立其生活照顧能力。

4、獲得家人支持

家人是社區精神病患重要的支持，對病患肯定、鼓勵與教導有顯著之效益。協助病患與家人維持良好關係有助其適應社區，也對病患生活品質呈顯著相關。

5、整合性社區資源

精神病患承受之負面衝擊及障礙使其有多元複雜之需求，涵蓋醫療、復健、護理及社會支持等整合性照護需求。

五、小結

綜合所述，無論對於精神疾病或慢性精神障礙之定義，學者間有許多不同的看法，但可以確定的是，在這精神醫療知識相對進步的年代，對於精神障礙者定義一開始皆從「疾病觀點」，由於器質性或心因性因素，導致精神功能及現實感損害，經過一段時間，因長期生理功能損害而導致影響許多日常生活功能，即以「社會功能觀點」來定義之。關於慢性精神障礙者的類別方面，在我國精神醫學臨床上較常使用的是國際疾病分類（ICD-10）來進行精神疾病的診斷，然而慢性精神疾病主要以「思覺失調症」與「情感性精神疾病」兩類為主。

精神病患會因為精神症狀起伏而需接受長期藥物治療，久而久之導致社會功能障礙，以至於影響其生活功能，對於慢性精神障礙者來說，其需求是連續性的，其發病初期所需要的是急性醫療處置，但當疾病呈現慢性化時，急性醫療治療就不再是當務之急，該重視的是如何透過復健資源讓其返回社區並回歸社區生活，然而，在這連續性的過程中可知，家庭支持於病患回歸社區後是明顯被重視的。

第二節 台灣社區精神復健相關措施與服務之探討

根據我國精神衛生法首條表示「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。」，其中「支持並協助病人於社區生活，特制定本法」即為該法之宗旨之一，對於精障者而言，經過急性症狀治療後應支持並鼓勵精障者重返社區復健與生活（精神衛生法，2007）。

一、台灣社區精神復健服務之發展

台灣社區精神復健深受西方精神醫療模式之影響，1963年美國『精神衛生法』通過之後，社區精神醫療逐漸成為精神疾病防治之主流，在西方推行去機構化、精神障礙者回歸社區後約二十年，台灣亦開始思考精神障礙者是否應該回歸社區的問題。台灣的社區精神復健肇始於1985年行政院衛生署（現改制為衛生

福利部)核定的「醫療保健計畫-籌建醫療網計畫」、「加強精神病患社區復健」為其中的重要措施之一(行政院研考會,1995),接著於1989年依據「加強精神疾病防治五年計畫」第一期中之第七項「推展精神病患復健工作」擬定公告「精神病患社區復健試辦計畫」,委託私立療養院試辦社區復健機構,積極推展社區復健四大方案,包含:康復之家、社區復健中心、庇護性工廠及居家治療,讓台灣邁入社區復健的紀元(葉英堃,1996)。

然而1990年12月「精神衛生法」由總統公布實施,可說是精神醫療保健服務的里程碑,該法明定精神醫療服務包括門診、急診、全日住院、日間留院、社區精神復健、居家治療及其他照護方式,並於2002年、2007年修正及增訂,其中2007年修訂的「精神衛生法」中在「強制住院治療」外,另於該法第四十五條納入了「強制社區治療」。1994年國內通過精神復健機構設置管理及獎勵辦法,提供設施與設備、社區復健活動等補助,此階段可稱為補助主導階段。1995年將慢性精神障礙者納入「殘障福利法」保障範圍,2012年修正為「身心障礙者福利與權益保障法」(劉蓉台,2007)。

1995年全民健保成立,正式將社區精神復健納入健保給付範圍,至此,精神障礙者及社區精神復健納入精神醫療及制定相關法規保障精神障礙者,之後曾放寬申請人、負責人條件,並編列公務預算補助機構設備和修繕;並於1997年擴增精神復健機構及社區心理衛生中心視為重點內容,以「加強積極治療與復健、減少消極收容與養護」為精神疾病防治之政策導向,推展社區復健及社區心理衛生是此政策的重點之一(衛生署,2012)。並於2003年衛生署委託醫策會辦理精神復健機構試評,也調升精神復健機構的健保費,另外尚有補助機構復健床位費,而至95年度起,衛生署為鼓勵康家小型化的發展,也僅補助25床以下的機構之床位(謝佳容、蕭淑貞,2006)。我國更將社區復健納入「挑戰2008—國家發展重點計畫」,以共同發展醫療照顧服務社區化,並建立社區化長期照顧體系為目標。由此,可看出我國對社區照護發展的投入工作,以及為慢性精神病患提供合乎人性、符合經濟效益的精神復健體系所做的努力(謝佳容、蕭淑貞,2006)。

二、社區精神復健之精神理念及服務模式

(一) 精神復健理念

世界衛生組織(WHO,1996)對精神復健(psychiatric rehabilitation)的定義為:「社會心理復健是促進個人盡可能在社區獨立生活,它會涉及增進個人的能力與改變環境的過程,使有精神障礙者能夠創造更美好的生活;社會心理復健的目標在於達到個人與社會的最佳功能,並且減少失能、障礙與壓力對個人的影

響，以使其能成功的適應於社區」(Anthony, Cohen, Farkas& Gagne, 2002)。我國精神衛生法施行細則第五條第一項，對精神復健的定義為：「能提供有關病人工作能力、工作態度、社交技巧及日常生活處理能力之復健治療，以協助病人逐漸適應家庭及社會生活之機構」。

精神復健不只著重病情的控制與管理，也重視其個人的發展，其核心概念是強調個人的功能、重視個體的充權，其權能被激發而願意開始自己做決定、接受行為的責任、願意冒險，並透過經驗來學習與累積問題解決能力(張如幸、楊添圍、張玲如，2016)。Rutman(1994；取自宋麗玉，2000)指出精神復健的要素包括如下：

- 1、盡量讓障礙者參與正常化的角色與關係。
- 2、致力於協助障礙者個人生活適應的實際問題。
- 3、強調經由實際經驗的活動，促進社會學習和行為改變。
- 4、試圖減少障礙者與專業人員之角色、權威與地位之區隔。

有關社區精神復健的基本原則，工作人員的態度是很重要的，工作人員應該是個案的工作伙伴，而非是提供服務給個案的醫療者，個案的復健有下列四個原需加以重視(Deegan, 1988; Worley, 1997；取自呂淑貞，2005)：

1、常人化：正常化的角色建立及人際關係的發展

代表要能協助個案建立正常化的角色及發展其人際互動的關係，並協助其潛在能力的發展，並專注於此時此刻於社區中所能提供的服務資源，讓個案在實際生活經驗透過由做中學學習，並獲得解決問題的能力之培養，亦需要強調非正式和平等關係，以協助個案獲得完整的生活角色。

2、充權：尊重其做決定的能力

精神個案大多數的生活經驗都處在無權力的狀態，而被貼上「精神病患」標籤多年的共同感受，通常是無望與無助感，當接受復健時，個人應該開始做決定、接受行為的責任、冒險、甚至犯錯。藉由充權的過程，個人開始重建較正常的生活；充權代表在最少限制的環境裡，訓練個案於獨立生活的能力、參與社區的生活，且讓其在參與社區復健的活動時，能尊重其意願，讓個案做決定，選擇其所希望的社區復健活動。

3、彈性與可及性：完整的資源獲得且具有彈性的計畫

當與個案討論復健計畫的服務項目時，完整的資源獲得且具有彈性的計畫是很重要的，目的是要強化個人的能力與技巧，以符合居住、就業、社會化及個人成長之所需。資源提供需考量個體之差異性，服務內容需富彈性非僵化安排，且資源應讓每位個案容易取得，可從中獲得工作訓練、休閒活動的福利。

4、專業人員的角色轉換與態度改變

於醫院和社區服務專業人員的角色是具有很大差異（表6），社區強調以個案為中心，也就是個案除接受專業的照顧與治療，要能創造一個支持性的社區治療環境並使能充權，增長自我權利，也要傾聽他們的心聲，並支持他們所做的決定，給予他們充分時間做準備，尊重個體的需求、權力和意見，而非僅視之為病人，並要在生活上提供他們可近性的資源，並讓訊息容易獲得，且當對精神醫療使用者充權後，其在疾病的復健過程，可促使其能漸趨恢復正常化生活的角色。

表 6 專業人員角色轉換

執行方面	醫院	社區
執行的重點	個別的病人	社區環境中的族群或人群
服務的時間架構	簡短的、短期的	持續的
對象稱呼	病人	顧客、居住者、參與者或是消費者
健康被定義為	沒有疾病	安康生活品質提昇或是增加健康方面的選擇
方法	有限的機會去觀察家庭關係或是其他健康的指標。	有很多的機會去觀察家庭關係或是影響健康的因素
環境	限制病人的自主權	鼓勵家庭和社區的自主權和控制
專業角色	專家	合作者
角色	有清楚的界線	諮商、模糊不明的
督導	直接的	合作的、諮詢的
同儕關係	受限於醫院的人員	擴展到機構外而且在社區中能創造出合作

資料來源：引用自呂淑貞（2004）

因此，社區照顧的原則，是以提供連續性的服務措施為主，以滿足個案醫療照顧和社區復健的需求。前者包括持續性藥物服用以穩定症狀，與再發病時的緊急住院；而後者則包括個人生活自理、居住、社交娛樂、教育/就業等重建。精神復健不只是著重病情控制與管理，而是個人整體的發展，其治療的核心是「行為和功能」，而非「症狀」，是健康導向的引導，而非症狀減輕；持續性的護理關懷是秉持著「珍愛生命、全人關懷」的價值觀，希望結合醫院和社區所提供的醫療照顧，使個案在社區中擁有良好的生活品質（蕭淑貞、黃宣宜、林靜蘭，2005），且護理人員所能提供的專業資源，是協助精神個案能在極少數的專業協助下，得以在社區發揮其生活所需的生理、情緒和社交技能（Anthony, et al., 2002；Ruggeri & Tansella, 1995；取自謝佳容、蕭淑貞，2006）。

(二) 精神復健服務模式

中央於1994年依據《精神衛生法》第16條第二項規定而訂定《精神復健機構設置及管理辦法》，其中第二條規定精神復健機構之服務對象，為需經專科醫師診斷需精神復健之病人。依學者 Anthony (1993) 描述，慢性精神障礙者面臨持續的負面衝擊分為能力損傷、失能、及復原不利等階段。須依不同階段給予適當的藥物治療及復健計畫，或衛生教育指導來減緩功能不良或障礙帶來的負面影響，並發揮病患的潛能。研究顯示，社區精神病患主要困擾的問題為人際關係差、無業、症狀不穩、不會安排休閒生活及自我照顧等（葉子豪，2007）。台灣精神醫療規劃提供之照顧服務，截至2016年9月底止（表7），針對第四級（表5）精神疾病症狀穩定者，設置社區精神復健機構提供復健服務，包括：社區復健中心（日間型）共62家；康復之家（住宿型）共142家（衛生福利部心理及口腔健康司，2016）。相較2015年12月底截止，社區復健中心（日間型）共67家；康復之家（住宿型）共132家，相較可知，社區復健中心有逐漸減少趨勢，而康復之家卻逐年增加。

表7 2016年9月底台灣精神復健機構資源統計表

縣市別	精神復健機構			
	日間型機構		住宿型機構	
	登記家數	登記服務人數	登記家數	登記床數
基隆市	1	80	1	42
臺北市	6	368	44	1,273
新北市	5	188	20	718
宜蘭縣	5	201	5	177
金門縣	-	-	-	-
連江縣	-	-	-	-
桃園市	3	120	19	711
新竹市	2	66	3	199
新竹縣	-	-	3	103
苗栗縣	5	248	5	194
臺中市	8	455	4	313
彰化縣	1	33	6	571
南投縣	3	164	4	402
雲林縣	-	-	2	87
嘉義市	1	28	3	151
嘉義縣	-	-	1	40
臺南市	3	160	10	292
高雄市	15	728	8	365
屏東縣	2	139	2	133
澎湖縣	-	-	-	-
臺東縣	-	-	1	30
花蓮縣	2	75	1	96
合計	62	3,053	142	5,897

資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司（2016）

目前台灣精神服務模式大致可分為精神醫療院所服務、社區精神復健機構服務、各地區醫療網相關機構提供之各類服務，再由轉介中心串連為一個精神醫療服務網（莊明敏，1995，引自宋鴻生，2003）。以下介紹台灣目前精神醫療院所服務以及社區復健模式。

（I）精神醫療服務

配合病患的病情需要，提供門診、急診、全日住院、加護病床、急性病床、慢性復健病床，與日間留院等服務模式。各醫療模式間可相互轉介，為病患提供最適切的服務。

- 1、門診（OPD）：現代精神醫療強調，精神病人儘量出院後能回歸社會，在門診繼續接受藥物治療及病情追蹤為主的服務模式。
- 2、急診：提供 24 小時的急診服務，當精神病人病情惡化，或有危機時立即就醫。
- 3、日間留院：精神病患白天至醫院接受各項復健治療，夜間返家與家人一起生活的部分住院服務。
- 4、急性病床：精神患者病情惡化，無法在門診治療時，應做短期的住院治療，病情穩定後，才出院返回社區。目前各醫院急性病床對病患住院期間的限制並非一致，平均住院期大概在 3 個月內。
- 5、加護病床：若精神病患的病情極不穩定，應隔離，集中來照顧。目前僅有數家大型的專科醫院設有這類病床。
- 6、慢性（復健）病床：精神病患住院期間未有限定，通常是長期住院治療。

（II）社區復健模式

社區復健計畫的開展，開拓了精神疾病患者多元的復健模式。目前台灣社區精神復健機構以社區精神復健中心以及康復之家為大宗，〔精神復健機構設置及管理辦法〕第 3 條，將精神復健機構分為日間型及住宿型，社區精神復健中心（日間行）通常較著重社交技巧訓練與職業訓練，康復之家（住宿型）則以提供精神障礙者另一個居住的選擇為主，著重獨立生活的訓練，如表（8），以下簡單介紹兩者之差別（張如幸、楊添圍、張玲如，2016）：

1、社區復健中心（日間型機構）

精障者出院返家後，當日常生活能力不足時，可至社區復健中心。社區復健中心是在社區中提供精障者工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等復健治療，並讓其維持正常作息，利用白天到社區復健中心參與復健訓練課程，以提升生活功能、環境適應能力，因而能夠儘早適應社區環境，獨立面對未來生活。

社區復健中心的收案條件為：精神狀態穩定且無自傷傷人之虞、繼續接受精神科門診追蹤治療、能規則服藥、交通能自行往返或家屬可配合、稍具耐性及工作動機而可以接受訓練、能遵守復健場所之規定、以及無其他法定傳染疾病者。

2、康復之家（住宿型機構）

當精障者因為家庭因素而必須獨立生活，或是因病情需要而需訓練其獨立自主的能力，則可藉由醫院和家庭之間一個暫時性、半保護性、支持性的居住環境，在專業人員的指導下，協助無須再住院得康復期精障者，於出院後遷入康復之家，以培養其獨立生活能力、適應於社區之中，解決在社區中住的問題，而逐漸回歸社會。其理念是在最少限制的環境裡，訓練住民在社區中獨立生活。

康復之家的收案條件為：精神狀態穩定且無自傷傷人之虞、無言中生理疾病、願意接受精神科治療、能生活自理、可參與復健方案或外出工作，以及能遵守生活公約者，對居住康復之家的精障者的稱呼為住民。

表 8 精神復健服務機構服務內容

機構類別	社區復健中心	康復之家
稱呼	學員/同學	住民/居民
性質	日間型	住宿型
服務內容	獨立生活與自我照顧訓練 人際行為與社交技巧訓練 生活安排與社區生活輔導 工作訓練 職前訓練及就業輔導	獨立生活訓練 社交人際適應 工作適應 休閒生活安排 服藥訓練 金錢管理

資料來源：張如幸、楊添圍、張玲如（2016）

三、台灣社區精神復健服務面臨之困境

由上段敘述可知，根據衛生福利部心理及口腔衛生司統計顯示截至 2016 年 9 月底，社區復健中心共 62 家、康復之家共 142 家。台灣地區社區精神復健服務自 1989 年後，當時衛生署鼓勵之下如雨後春筍般興起，很多研究亦顯示，社區精神復健服務，確實對精神障礙者無論在其症狀控制、社會功能以及就業能力等面向是有成效的，相較於只接受一般精神治療的個案來說來的表現優良，此外，接受精神復健服務的精神障礙者，其發病率與再住院率也大幅降低，顯示技能訓練是有助於精神障礙者在精神症狀和社會功能的表現（Xiang et al., 2006；引自張如幸、楊添圍、張玲如，2016）。

然而，且當專業提供社區照顧體系時，需要強調連續性的服務，其內涵包括服務內涵的週延性與完整性，以及服務場域與內涵的互通性與選擇性，和服務輸送的協調性與整合性，更重要的是需要精神醫療使用者或其家屬的共同投，下列針對台灣於實務面上所觀察到的現象，謝佳容與蕭淑貞（2006）提出了下列幾個面臨的問題：

1、精神醫療暨相關服務生態的供需失衡

當時衛生署在進行精神醫療與復健措施的需求推估數，計算基準可能已不敷實際的盛行率狀況，且現有社區精神醫療資源（含精神科慢性、日間留院及社區復健、精神護理之家等），限於健保給付，其發展均朝利益方向靠攏，對於利潤較少的精神復健機構、養護單位等，缺乏開辦意願，加上建築及消防法規對於精神復健機構之限制，以致精神醫療、精神復健及長期養護資源之供需逐漸失衡，可看出區域、城鄉的差距。且病患滯留醫院佔用慢性床位，依早期的研究分析，全省有 27% 的住院病患應出院而未出院，其原因主要是家屬之抗拒，因住院支給付比出院返家或使用社區精神復健機構的給付好，且後者的服務家屬需自行照顧的責任較重，另仍需包括伙食費與交通費，對於低收入家庭尤其是負擔（行政院研考會，1995；引自謝佳容、蕭淑貞，2006）。

2、社區復健中心患寡也患不均

除資源分佈不均外，社區復健中心的數量不足和全民健康保險給付給社區照顧的費用很有關係，通常社區復健中心的成本效益，以 100 坪以上大坪數、服務 50 人以上之規模，收支才可平衡，而此服務模式所能提供的職業訓練也往往帶給學員生活極大的動力，更應注意此中心設置的均衡性。

3、康復之家小型化且連鎖化經營，照顧品質良莠不齊

目前成立的康復之家，多數屬小型化且連鎖化企業經營型態，背後皆由相同的投資者經營，尤在負責人條件放寬後，有些對精神社區復健理念不足，承襲過去收容養護觀念，缺乏以住民為中心的社區復健計畫，失去社區積極復健的意義。

4、缺乏社區連續性照顧的單一服務窗口

個案於社區生活所可能使用的醫療、復健、福利、就業上多元的需求，更應由一個單一窗口提供服務，若各個單位各行其事，除造成個案奔波來往的不便外，也容易促使各單位間的相互推諉，使個案無法獲得其所需的社區資源。

5、職業技能訓練為重，卻缺乏全人關懷的社會心理照顧

在社區復健機構照顧較罕見個別化的復健計畫安排，且職業復健的成效不只是技能的培育，其人際關係、壓力因應和藥物定期服用以維護症狀的穩定，更是決定就業是否成功的關鍵。

6、家屬與個案的社區生活過程，權能未被激發，以致復健內容未能積極參與

於服務資源的提供者和使用者之間應是伙伴關係的發展，需要相互合作與配合，過去家屬和個案的權能未被激發，而過於被動的等待救助，且專業人士也缺乏對不同族群的家屬提供適切性的資源。

此外，張如幸、楊添圍、張玲如（2016）亦提到雖社區精神復健服務已在台灣推行二十多年，然而在政策上、資源分配與服務模式的推行上，仍有些困難，增述如下：

1、專業整合困難

針對精神復健機構的定義與需求，其相關法條有《精神衛生法》、《精神復健機構設置及管理辦法》、《身心障礙者權益保障法》等，實務上，連結到社政、醫政、勞政等單位各自獨立，給付來源不同而標準就不同，而導致整合困難。

2、經費來源困難且無法持續

目前復健服務的給付低於住院治療，給付標準過低，一方面未能給予有興趣者誘因，另一方面可能使承辦者為壓力成本而降低服務品質。特別是康復之家，可能考量成本床位過於擁擠而其生活品質不良。

3、社會烙印與恥辱感

社會烙印與恥辱感影響對精障者的接受程度，又因疾病反覆復發、症狀干擾及認知功能障礙，在社區職場上產生就業問題。缺乏持續性追蹤輔導、團體專業協助及社區內緊急危機處理機構不足，更讓社會加深對精障者之烙印與恥辱感。

綜合上述，可發現現今醫院與社區共同追求高品質及連續性醫療照顧的理念雖已逐漸達成共識，但我們需要在醫院與社區間架構一個緊密的精神醫療網絡，來推展社區式照顧方案，使個案有機會也有能力來使用社區復健機構，也盼藉由跨部會的政府單位和各專業領域的學者專家共同合作，更重要的是精神醫療的使用者及其家屬一同參與，以期能達到更好的社區醫療水準和生活品質（謝佳容、蕭淑貞，2006）。

第三節 社會支持體系與家庭支持體系之探討

一、社會支持的定義與來源

(一) 社會支持的定義

社會支持是一個多層面與多功能的概念，國內外學者亦對社會支持加以定義，Caplan (1974) 最先提出社會支持的概念，認為社會支持是一種永續的關係，當人面臨壓力情境時，家人、朋友或重要他人給予不同形式的支持與援助並分享情緒上的負擔，如提供一個安全舒適的庇護所，可以分擔彼此的工作，提供物質的協助和認知的指引，增進個人掌握生活情境的能力（取自周玉慧、莊義利，2000）。Letvak (2002) 提出社會支持是人際間交流互動狀態，對個體身心狀態有直接影響，當個體接受到支持時會感到被關懷、被尊重有自尊心及自我價值感。

社會支持的重要性在於個人面對生活壓力負荷狀態中，它能夠發揮保護功能，可以降低生活壓力對個人身心狀況的損害度（Cohen & Wills, 1985）。社會支持能促進個體健康與安寧，因此社會支持是他人所提供來幫助個體面對重大負荷時的重要資源；包括物質的資源、心理情感上的支持、資訊知識上的提供等。甚至功能好的社會支持，對心理或生理的健康都有直接的幫助，間接影響醫療的使用次數（熊曉芳，1999；Cohen & Wills, 1985）。

綜合上述可知，國內外學者對於社會支持之定義差異不大，社會支持是屬於人與人互動而產生出來的一種感受，互動之人可以是家人、朋友或其他重要他人，當個體處於低潮或壓力時，透過與互動之人交流使個體感受到被關愛、被尊重以及被支持等感受，進而提升自我價值感以及安全感。

(二) 社會支持的來源

Pender (1987) 認為主要社會支持來源可分為五類：

- 1、自然支持系統：家庭是最主要的支持團體，家庭成員若提供適切支持必可覺察其他成員需求，建立有效溝通，尊重每一成員的獨特性。
- 2、同儕支持系統：個人透過人際互動及知識經驗的傳遞以滿足其它方面需求。
- 3、宗教組織：屬於最為古老的社區支持系統，提供個體定期聚會場所，藉由彼此間經驗分享連結對神的忠誠，提供個人生活遵循方向。
- 4、專業支持系統：當個人無法由家人、同儕獲得協助或是資源中斷資源耗竭時，健康專業團體介入所提供的支持謂之。
- 5、非專業組織支持系統：通常包括志工團體與互助團體。

綜合上述，社會支持的來源可視為一種社會支持網絡的建構。社會支持來源分成兩大類：一為「正式性社會支持系統」，指專業性的社會支持，包括政府的相關法令、醫療服務、社會福利等；其二為「非正式社會支持系統」，指的是在個人互動的社會網絡，屬於微視系統，主要是靠近個人生活圈的重要他人（significant other），包括家人、親戚、朋友、同事、鄰居及社區等給予的支持協助（呂寶靜，2000；蔡淑娟等，2004；引自陳琇惠、林子宇，2012）。

（三）慢性精神障礙者與社會支持之相關研究

有關精神障礙者之個人背景與疾病因素與社會支持之相關研究，國內張意真（1988）精神病患社會支持與社會復健關係研究中發現社會支持與社會復健有顯著正相關，支持系統愈好日常生活功能、人際關係及社區聯絡功能愈好。林淑芬（1996）探討精神分裂病患之社會支持與社區適應的相關性，發現社會支持是社區適應顯著的預測因子之一，顯示社會支持程度愈高，其社區適應愈好。黃瑞琦（2002）研究發現精神分裂症患者主觀感受獲得越多社會支持其生活適應愈好；其支持來源主要為家屬，支持功能以情緒性與訊息性支持為主。

國外學者 Faccincani 等人（1990）追蹤研究精神分裂症病患長達七年，發現有較好的社會支持能改善社會功能及疾病症狀，並能減低再住院率。Evert, Harvey, Trauer 和 Herrman（2003）在澳洲調查精神分裂症患者社會支持網絡與患者自我照顧功能關係，發現有同時有朋友與家人支持患者從事全職工作比例較高，而較有家人支持網絡的病患其自我照顧失能情形較少。綜合上述國內外研究，可顯示當精神障礙者回歸社區後，社會支持對其自我照顧或融入社區生活皆相當重要。

二、家庭支持定義

談及家庭支持，研究者將其分成兩個層面，分別為家庭和支持。家庭不僅是社會工作者的主要服務對象，其也是各種學科重要的研究對象。當論及「去機構化」或是論及「障礙者照顧」時，不得不探討家庭的定義、功能與主要照顧者（周月清，1998）。何謂「家庭」，據文獻可知，家庭是初級福利團體，相對於次級團體更具親密性、全面性與獨特性（吳寧遠，2000）。Dean & Lin（1977）家庭強調彼此相互的責任、照顧與關懷，並可提供個體強烈的支持、情感、安全與回應（取自王者欣，1995）。

國內外學者對於家庭的定義有很多，差別在於站在什麼角度去看，可能是個人的經驗、內在感受，甚至價值觀的不同而有不同，對我來說，家庭一個所在地，當我受到外界攻擊時，可以無需任何條件進入且受到安全的保護，家庭是一個情感的泉源，當我心情處於低潮時，可以隨時給我安慰和鼓勵，可以讓我覺得，再糟的事好像也沒什麼大不了，看似簡單的一個詞，卻是上帝讓我擁有最美好的禮物。

瞭解家庭的概念之後，隨之思考的是，家庭如何「組成」。依據我國民法第1122條的規定「稱家者，以永久共同生活為目的而同居之親屬團體」。根據民法定義可知，我國法律認定「家」的組成有三個重要指標：(1)永久共同生活；(2)同居者必須為親屬關係；(3)必須是兩個人以上之團體。因此同居而非永久生活、單獨一人、或同居之團體者若非親屬關係，皆不能算是「家」(周月清，1998)。綜合上述可知，家庭是在血緣、法定、文化和情緒的結構中所組織而成的，同時也是依據世代、年齡、性別和其他因素所組成(基督徒救世會譯，2012)。

然而，「支持」一詞，根據我國教育部國語辭典網站查詢得知，有支撐維持、贊助、照應、鼓勵等之意，綜合兩層面定義可知，家庭支持代表著，來自擁有永久親屬關係的家庭成員所給予的支撐、贊助與鼓勵。

三、家庭支持相關理論

家庭支持為社會支持的一環，家庭亦為社會體系中與個人關係最密切的次體系，所以對社會生態網絡之研究，特別是家庭生態網絡，就顯得相當重要且必需的(江奇雲，2003)。俄國作家列夫·托爾斯泰曾說，「幸福的家庭都是相似的；不幸的家庭各有各的不幸」。對一個家庭來說，當出現了一位精神障礙者，可說是一個重大打擊，這個打擊需要長期的醫療、復健、資源等不斷配合提供，同時因為此一疾病的特殊性，除了可能會反覆發病之外，在經過長期間治療後可能導致認知功能、生活功能退化需要長時間復健，然其種種過程伴隨而來產生之家庭壓力是可預見的。當精神病患從診斷後，家屬如何陪伴精神障礙者在面對漫長治療、復健過程，而家庭如何使用生態資源來因應就顯得格外重要。以下針對家庭生態及家庭壓力理論簡述之：

(一) 家庭生態理論

在家庭生態觀點中，其論點包括家庭是動態而非靜態的實體，家庭的變遷來自生態系統中每一層級間的交互影響，例如家人生病，家庭中成員的負擔增加，角色及行為模式亦會改變，家庭中的成員所體驗到的經驗會隨時間及家庭人際網路關係變化而改變。家庭中的成員是相互影響，個人對其他成員或其他系統的影響力視其間的關係位置而定(林淑錦、白明奇，2006)。

根據生態學觀點，生活環境的組成因素可以分為巨視、中視與微視系統。巨視系統，包含所在之社會文化、價值觀、社會結構、政治與經濟系統，相關社會政策與法令；中視系統指所在之社區鄰里；微視系統就個人而言，則指其生活之家庭（周月清，2001）。以精神障礙者家庭為例，與家中成員的個別狀況及互動，即為家庭的微視系統；而其所居住的社區鄰里、工作環境、復健機構、醫療院所，乃所謂的中視系統；而其所處的社會，如何看待精神障礙者，社會政策與服務措施，甚至政治及經濟狀況為其巨視系統。障礙者個人及其家庭與以上這些系統，是保持持續性之相互關係，如圖 2（周月清，2001）。

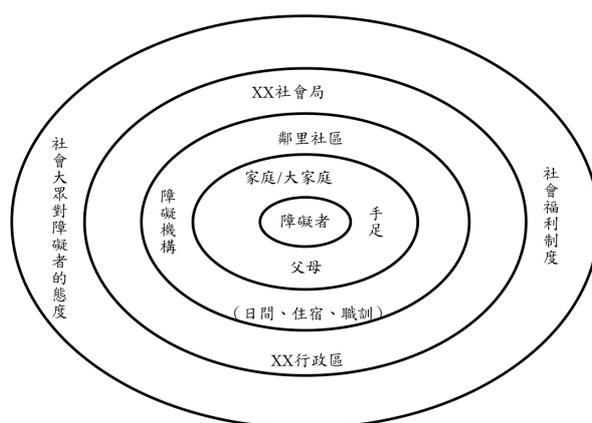


圖 2 生態學觀點—探討障礙者與社會環境關係圖

資料來源：周月清（2001）

Bubolz 和 Whiren（1984）表示家庭被視為一個全面性的，系統的任何一部分皆會影響整個系統，假如「輸入」是不足夠時的，家庭就不能適應而去維護其系統功能；因此，以生態學模式觀點的輸入（inputs）和輸出（outputs）論及障礙政策與實務的制訂時，「輸入」指的是需考慮到障礙者家庭的長期壓力源帶來的需求；「輸出」指的是為了協助家庭來因應此壓力源的，如政策與實務應當提供的福利，如圖 3（轉自周月清，2001）。

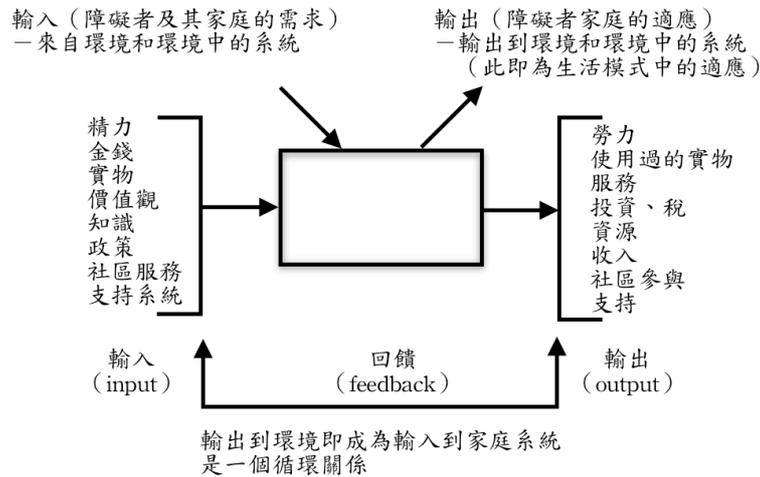


圖 3 生態學觀點—輸入與輸出論障礙政策與實務的制定

資料來源：周月清（2001）

（二）家庭壓力理論

家庭壓力（family stress）被定義為家庭系統中的壓力（pressure）或是緊張（tension），它指的是一個穩定的家庭受到干擾；有時候是正常的，在被期待下發生；有時候是不可避免的，因為家庭系統是動態的，總是在發展及改變中（周月清等譯，1994）。

1、壓力源事件（stressor event）

壓力源事件可能是改變過程中的出發點，且在家庭系統中造成隨之而來的壓力，導致家庭系統的改變；在定義一個壓力源事件時，因為壓力源事件會影響家庭的現狀，所以，壓力源事件在家庭中是一個具有改變潛力的事件，而其壓力的程度，是由家庭對事件的認知來決定（周月清等譯，1994）。

家庭壓力源事件的類別有很多，有內在的或外在的、期待的或非期待的、長期的或急性的等（周月清等譯，1994）。以一個精神障礙者家庭來說，當家中出現精神障礙者，綜合前述文獻指出，精神障礙者一生中需長期依賴醫療及社會復健資源，再對照以下文獻陳述，對其家庭來說壓力是屬於長期的壓力源情境。

長期的壓力源被界定為干擾平衡狀態的情境，且持續一長時間，此一情境難以改變，可能是一種疾病（例如酒癮、失智症等）、一種經濟的情境（例如貧窮或富裕）或是一個社會情況（例如性別或種族）；長期壓力源有著特殊的特徵影響著家庭經驗壓力的程度，以下的問題及定義這些特徵（周月清等譯，1994）：

(1) 事件或情境是模糊的而非預期的

即事件的開始、發展和結果的事實是不確定的。

(2) 長期壓力源事件發展的動脈是什麼

也就是說，充滿壓力的事件是大動脈的結果或是個人行動的結果。

(3) 什麼是看得見的或看不見的情境

一些長期的壓力源，如糖尿病或心臟病，並沒有身體上的顯著性，反之如重度肢體障礙會直接地表現於家庭成員的外在。

2、ABC-X 模式

Hill (1949) 表示，家庭是否會因為「事件」發生兒帶來「危機」，取決於 ABC 三個變項；「A」指的是產生家庭壓力事件 (event)，或稱為家庭壓力源 (stressor)；「B」為家庭處理事件時的資源 (resources)；「C」則是家庭對事件的定義或認知 (perception)；「X」是經由 A 與 B 與 C 的互動之後所產生的壓力程度與危機 (crisis) (轉自周月清，2001)。

Wikler (1981) 將 Hill 理論運用到障礙者家庭，對障礙者家庭來說，當家有個障礙者事件可以定義為是家庭的壓力源，即為 ABC-X 模式中的「A」；然而家庭是如何因應這事件，主要有兩個中介因素 (1) 家庭是否有適當的資源來因應這個壓力源，即為「B」；(2) 家庭如何解釋這個壓力源或事件，視為「C」；當每個家庭面對相同壓力源時，可能因為家庭的中介因素不同，而導致不同的壓力程度，此視為「B」和「C」的個別差異 (轉自周月清，2001)。

因此，在探討慢性精神障者家庭時，應當針對家庭介入時可能遇到之困難，提供家庭支持、增加家庭資源或協助改變家庭因應壓力的認知。

三、家庭支持的功能、種類

談及家庭制度時，最不可以遺漏的便是家庭功能，即為家人提供場所及物質、精神、感情等條件，能使各方面獲得身心發育、長大與成熟 (楊懋春，1981)。

(一) 家庭支持的功能

吳聰鎰 (2007) 的家庭研究中指出，家庭的功能約有六種，包括社會化、情感交流、性規範、經濟提供、親情養育、安全保護等功能。一般而言，家庭有下列功能：包括情感維持、自尊建立、精神支持、經濟供給、日常生活照顧、社會化、休閒娛樂及教育功能 (萬育維、王文娟譯，2002)。

1、情感維持

家庭最基本的功能是分享情感，所以家是分享情感的地方，給予成員無條件的愛。多數心理學的理论中，係將分享情感以依附理論解釋，尤其是孩子與母親間的依附關係。此種關係大部分都是正向的、相互增強的，而且是很重要的心理安全、安定的力量。

2、自尊建立

家人在互助的過程中建立起自尊與自信，這兩者是增權重要的起始點，重點在於互助的過程，而非在於幫助的結果。尤其家中有障礙兒童的父母親，如果把障礙歸因於某人的錯，其自尊的建立就更難產生。

3、精神支持

一個家庭的精神支持力量往往是和文化及宗教信仰有關。例如中國人的孔孟思想，注重家庭生活中親子孝順的角色期待，五倫思想的規範更成為代代相傳的精神指標與持家理念。基督教家庭的父母親則認為，家中有障礙兒童視為上帝的恩賜。有許多家庭能從與宗教相關的團契、活動或組織得到協助與支持。

4、經濟需求

家中有障礙成員的時候需要更多的花費，特別是在醫療照顧、交通、安置住宿等。目前並不清楚何種障別的花費較多，可以肯定的是不僅花費多，同時收入亦會相對減少。例如辭去原本的工作，回家照顧障礙成員。

5、日常照顧

日常生活照顧包括洗衣、燒飯、清理、交通、健康照顧等。當家中有障礙成員時，基本上這些家務工作就會變得繁瑣且負荷加重。雖然大部分障礙成員會造成家中日常生活的照顧負荷，但也有少部分是對家事有正面的協助。

6、社會化

研究指出，40%的障礙者父母擔心自己的子女會受到同伴的污辱和拒絕，事實上這種擔心是正確的。更有研究發現，應該鼓勵與肯定障礙者的學習關係，稱為友誼圈。以此發展出來的活動強調三個階段：發掘機會、創造連結、尋求改善。

7、休閒娛樂

在每個人的生活中，休閒娛樂、學習與工作同等重要，並非有錢有閒才能作的事。不過，在不同的文化中比重不同，無論何種文化都不難想像，身心障礙者的休閒娛樂通常是在最後才被討論到的。

8、教育功能

幾乎所有文化都強調教育對下一代的重要性，而接受教育也被認為是有工作、達到經濟穩定及提高生活品質的方式。如果一個家庭非常重視教育，而子女卻無法達到，這時家人間的矛盾與衝突會加速發生。教育功能僅是其中一種並非全部，要注意不能太過強調一種而忽略其他功能。

家庭支持主要是家庭內各次級系統提供一項極重要的保護功能，彼此互為支持的提供者與接受者，關係更為親密性、全面性與獨特性，當家庭成員面臨壓力時，能給予照顧、關懷，提供個人情感的安慰與鼓勵、回應或建議，並透過家庭與整個社會產生交互關係。

（二）家庭支持的種類

研究者欲將社會支持中的家庭支持特別抽離出來，仔細探討家庭支持對於精神障礙者人的生活適應之重要性。家庭支持的種類，許多學者揭認為是多層面的，Cohen & Wills（1985）分為三方面：

1、情緒性支持（Emotional Support）

以尊重、關懷、傾聽、安慰或鼓勵等，使情緒上獲得安慰與鼓勵。亦即提供關懷、信任、同理等情緒上的支持與宣洩管道，讓人在遭遇壓力時能感到舒適、安心、被愛及有歸屬感。

2、訊息性支持（Informational Support）

針對需求提出具體訊息、建議、指導等。亦即給予有助於問題解決的訊息，如提出忠告、指引、建議，以幫助了解、定義及應對問題，提供訊息使接受者對未來更能預知，減少不確定感。

3、工具性支持（Instrumental Support）

提供滿足，包括實質上的金錢支援、物質資源、住所及日常生活協助如交通與飲食等。亦即提供實質的行動或物質的幫助，又如代理雜物、提供所需物品或服務、提供金錢援助或幫助家務事。

最簡要的分類是將家庭支持分為情緒性支持、工具性支持兩大類（Lin，1986；宋麗玉，2002）。相較於此，較細的分類則將家庭支持分為情緒性支持、工具性支持與訊息性支持（呂寶靜，2000；曾慧雯，1999）。

總而言之，家庭支持對於慢性精神障礙者的康復來說，有著不可替代的重要效果。Browne & Courtney (2007) 指出，支持性的關係能夠有效減緩慢性精神障礙者面對壓力產生的各種不適。而缺乏支持性關係，也沒有良好人際關係者，則可能造成其症狀的惡化與加劇。支持是協助個人調適重大壓力發生時的資源，也能增進個人面對與適應壓力的能力。換句話說，支持對於個人的生活有重要的調適作用，無論透過休閒參與、情感友誼，家庭溫暖，都可以讓個人獲得生活適應的能力與機會（洪秋月，1987；黃璉華，1992）。

第三章 研究方法與實施

依據前面文獻回顧可以瞭解到家庭支持的相關概念，了解到慢性精神障礙者可以藉著良好的家庭支持在復健及回歸社區之路途中的保護因子使慢性精障者的功能恢復。透過第三節文獻可知良好的家庭支持有助於生活適應與人際間的互動。因此研究者將重點放在探討慢性精障者家庭中，慢性精神障礙者對家庭支持之主觀感受、阻礙家庭支持之因子為何，以及家庭支持者（主要照顧者）如何因應慢性疾病之治療過程（含使用相關福利資源）。

第一節 研究方法

一、質性研究

本研究將採質性研究取向，以訪談方式進行，希望藉此研究了解慢性精神障礙者之家庭支持及其家屬主觀的認知和內心世界的真實感受，進一步探討慢性精神障礙者家庭支持協助之影響因素。質性研究關注人在環境脈絡中的經驗與解釋，透過與研究參與者的互動，從其觀點與想法探索信念、價值與內在世界；具有情感、多元、彈性等特質（胡幼慧，1996）。質性研究著重於「主觀與獨特」的研究對象，探究研究對象本身特有脈絡下所詮釋的意義與經驗；再者，質性研究亦著重「多元與適切」的研究工具，使得研究事件與人物能夠真實反映出生活脈絡中的狀態與涵義，並且歸納出研究對象在生活情境中的位置、角色與變遷（胡幼慧，1996）。因此，當研究者進入不熟悉或特定的社會情境中，需要透過研究對象的主觀理念與看法來呈現研究所欲探討的現象與問題，並使用質性研究方法來進一步探究該研究領域（簡春安、鄒平儀，2004）。

劉仲冬（1996）提出質性研究的六大特色為：1、透過被研究者的眼睛看世界，所以研究者必須能夠掌握被研究者個人的解釋，才能瞭解背後動機。2、著重描述研究的場景，藉此幫助研究者了解主體的解釋。3、將現象放置在整體的脈絡中做通盤的理解。4、視生活為人與環境的交互影響。5、採取開放和非結構的多種方法，避免研究者強加個人觀點和預設立場。6、重視理論和概念的形成，從資料中進行分析與歸納。

二、選取質性研究之緣由

本研究係探討慢性精神障礙者，雖然病情已經慢性化，而且反覆安置於機構及醫院中，但是仍然有人表示希望可以重新回歸家庭、社區生活，能夠被家庭、社會重新接納。但是，想法與現實能否實現，似乎存在著某種想像空間與不可言喻的距離。到底精神障礙者與家屬之間，是否隱含某些不為人知之難言因素。為

瞭解其不被家人或社會重新接納的個中緣由，將針對於慢性精神障礙者及其家屬進行訪談。希望藉由訪談蒐集相關資料，據以分析與深入探討，以探究阻礙慢性精神障礙回歸家庭或社會之可能因素。

本研究以「半結構式訪談」方式進行資料蒐集，透過與研究對象進行有意義且有目的的訪談，讓研究對象能夠適度地自我探索，進而獲得豐富的真相。由於本研究針對慢性精神障礙者及其家屬，探究目前家庭支持是如何支持精障者、阻礙精障者家庭支持之因素，以及家屬提供支持時所使用精神資源之狀況，上述皆為一種主觀的經驗，因此透過質性研究方法來蒐集資料，並且研究者可藉由訪談觀察到非語言的反應，讓研究對象其內在的想法能自然表現，找出個別的獨特性，進一步了解到慢性精障者。

第二節 研究對象

一、研究機構的選擇

本研究以質化訪談法進行資料蒐集，研究者本身位於某精神專科醫院擔任社工師，因工作業務交流而熟識相關社區精神復健單位，首先聯繫熟識之社區精神復健機構負責人，先徵詢機構負責人同意後轉知本研究資訊並進行研究對象的招募，為提升本研究信度及效度，共徵詢兩家康復之家機構負責人，分別各位於中部及南部，未選擇北部康復之家原因為研究者目前位於北部某精神專科醫院服務，熟識之康復之家住民皆為曾經於醫院服務過之慢性精障者，為避免因雙重身分而干擾研究對象分享之真實性及深度，故未選擇。

二、研究對象的選取

本研究主要係以「慢性精神障礙者」以及「慢性精神障礙者家屬」為訪談研究對象，探討慢性精障者主觀家庭支持之看法以及慢性精障者家屬如何使用相關資源因應慢性精障者疾病治療過程之經驗，由於只有少數慢性精障者家屬願意接受訪談，因此資料蒐集不易。當中透過機構工作人員協助，先行聯繫有意願接受訪談之家屬，再由研究者與之聯絡確定意願，並約定時間安排地點與之訪談。

本研究採立意取樣方式，挑選願意接受研究者訪談的慢性精障者及其家屬。立意取樣能夠讓研究者對欲探索之研究主題，有選擇性地挑出具有差異特質、資訊豐富且符合研究主題之個案來參與研究，使研究者獲得與研究主題切題之重要之訊息（簡春安、鄒平儀，2004）。因此本研究以慢性精神障礙者及其家屬為對象，探究精障者家庭支持以及其家屬者家屬如何使用相關資源因應慢性精障者疾病治療過程之經驗，共有五位慢性精神障礙者及其其中三位家屬願意接受訪談。

願意接受訪談的三位家屬中，恰巧皆為直系血親及女性。研究指出家庭內出現精神障礙者時，父母、配偶、子女等直系血親相較手足等旁系血親容易擔任照顧者角色，兩者差異首先不同在於關係上的差異性，父母照顧是直系血親，家庭系統中的第二層關係出現，即親子關係，僅次於夫妻關係；手足照顧是旁系血親，在家庭系統中是第三層關係（陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之，2015）。關於性別部分，根據中華民國家庭照顧者關懷總會 2013 年的調查統計，全台灣大約有 90 萬名家庭照顧者照顧著約 72 萬的年長與身心障礙者，女性照顧者卻占不符人口比例的 73%（陳昱名，2016）。

第三節 研究工具與資料分析

一、研究工具

本研究主要係以質性研究針對受訪者進行訪談，並加以記錄整理分析所需資料。研究工具包含研究者、訪談大綱（附錄一）、訪談同意書（附錄二）、訪談錄音為資料蒐集的工具。

（一）研究者

質性研究在自然情境中，研究者自身即是研究工具，是研究者自身感受與被研究者互動溝通的資料收集方式（歐用生，1995）。研究者非但在提問的技巧很重要，更重要的是必須扮演好傾聽者的角色，積極融入並同理研究對象的經驗感覺（潘淑滿，2003）。研究者在訪談過程中，必須仔細聆聽受訪者語言的經驗分享，及觀察非語言的行為模式，應避免主觀的想法或提問打斷其陳述，對於不清楚的段落可加以詢問，以求瞭解其最真實的想法內容。與受訪者問答間需注意符合研究方向，避免訪談失焦偏離主題。

（二）訪談大綱

本研究係採「半結構式訪談」，作為訪談基本架構，分別逐一訪談五位慢性精神障礙者及其中三位家屬。訪談方式主要分成封閉式和開放式，封閉式在於個案基本資料蒐集，避免基本資料蒐集不完全。開放式主要於個案對家庭支持的主觀管感受，以及瞭解家屬因應個案疾病之經驗，訪談過程中容許研究對象依個人內心感受陳述，即使脫離原本安排的架構，在合理狀況下不會加以限制，故訪問大綱視實際訪談狀況而有所增減。

(三) 訪談同意書

在確認研究對象願意接受訪談後，研究者先以電話聯繫說明研究用意，並與研究對象討論訪談時間及地點。於訪談當日進行訪談前，研究者再次說明研究目的及保有隱私的權利，並告知進行錄音的動作，且告知研究對象，若在訪談過程中有感受到任何不是，或不願意再繼續敘述，可以隨時提出終止訪談。於研究對象完全了解研究者之說明後，並徵詢對於研究資料蒐集其他之可能疑問，後邀請研究對象填寫訪談同意書（附錄二）。

(四) 錄音工具

為使研究者能於訪談時專心聆聽研究對象敘述，避免因專心筆記而影響訪談進行，再者為更真實呈現研究對象表達之內容，在徵求研究對象同意後且填寫訪談同意書（附錄二），以錄音筆錄下訪談內容，且於訪談結束後，將錄音內容轉騰成逐字稿，以利成為本研究分析的依據，並確保資料的正確性。

二、資料分析

本研究分析方法主要以訪談逐字稿為重要資料，研究者反覆閱讀訪談逐字稿內容，將之與研究相關的段落分類，並摘要有意義之文句，加以簡單的意義分類編碼，方便後續歸納、整理分析。在研究過程中不斷回到文本閱讀、檢視與修正，加以反覆思索資料表達背後的意涵。透過持續思考與檢視的過程，將相似的概念脈絡逐漸明朗化，據以表達出受訪者的主觀感受。

(一) 訪談資料整理

本研究採質性研究方法進行，研究者於每次訪談後，將訪談錄音資料騰寫成逐字稿，整理歸納出與本研究相關的內容，且於資料整理過程中若發現資料不足或尚須釐清部分，視情況透過電話聯繫方式來補充資料。研究者將訪談內容進行概念化名詞定義，並將之歸納分類，再根據類別的不同屬性進行分析。

(二) 閱讀訪談資料

研究者重覆閱讀逐字稿內容並再次整理相關文獻，以對資料內容有一整體性的瞭解，並將逐字稿內容中符合研究目的且有意義之字句、關鍵字作節錄，以利之後資料分類之使用。

(三) 訪談資料編碼

研究者針對訪談內容所標示之重點，依據本研究主題及目的進行初步分類與歸類，並予以命名及編碼，資料編碼後依照共同的性質將資料概念化並加以命名，初步由研究者自行整理，後再與指導教授共同重覆檢視。最後，持續分析及

比較所歸納之概念性類別資料其屬性與關係，重新賦予意義後記形成主題，並將此分析結果與研究目的作連結，透過綜合性討論與歸納整理完成本研究。

本研究基於研究倫理，編碼方式係以代碼代表研究對象，針對五位慢性精神障礙者以 C1、C2、C3、C4、C5 代表之，另其中三位家屬以 F1、F2、F3 呼應慢性精神障礙者順序代表之。

第四節 研究嚴謹度

Linclon 與 Guba (1984) 提出四個標準檢視研究的信度與效度，包括：(1) 確實性(credibility)，即內在效度(internal validity)；(2) 可轉換性(transferability)，即外在效度(external validity)；(3) 可靠性(dependability)，即信度(reliability)；(4) 可確認性(confirmability)，即客觀性(objectivity)。Linclon 與 Guba (1994) 提出值得信任(trustworthiness) 取代效度。Linclon (1995) 更強調研究者對自身視角的自省、自覺、注重被研究者和讀者的聲音，以及研究成果的行動意義，高舉公平性(fairness) 與真實性(authenticity) 的原則(取自胡幼慧、姚美華，1996)。

此研究亦採取 Linclon 與 Guba (1984) 提出四個標準加以檢視本研究的嚴謹度(胡幼慧、姚美華，1996)：

1、確實性(credibility)

確實性就是內在效度(internal validity)，指質化資料真實的程度，即研究者是否真正觀察到所希望觀察到的。因此，在訪談過程中，研究者即站在研究對象的立場去感受主觀想法，並以聊天的方式使研究對象可更開放地暢談其看法，儘量搜集資訊，使資料更完整並符合研究目的與研究對象感受。

2、可轉換性(transferability)

可轉換性就是外在效度(external validity)，評估研究的結果是否能適用於其他情境中；故研究者將觀察到的種種記錄轉換成文字描述。本研究將使用錄音筆，真實地記錄訪談的整體過程，並將其轉換成逐字稿，提供更詳細的資訊提供給讀者判斷是否適用於自身的情境。

3、可靠性 (dependability)

可靠性相當於信度 (reliability)，即研究發現的穩定性，為達致研究之可靠性，每一個研究對象都是由研究者親自訪談，並透過錄音及筆記方式紀錄訪談內容，本研究亦運用資料來源、收集與分析的三角檢測法 (triangulation) (Patton 2002)。因本研究訪談對象除精障者之外，亦有其家屬，故可同時檢測訪談內容 (資料來源的三角檢測)。另外研究者尊重機構和研究對象的受訪意願，將訪談大綱之內容設計貼近於實務現況外，在訪談之前，先將訪談大綱寄給研究對象，訪談過程中，釐清研究對象的想法，使訪談過程是開放非批判此達到資料之可靠性要求。

4、可確認性 (confirmability)

可確認性是指研究發現的「中立性」、「客觀性」。資料的結果是否忠於研究者參與原本本質與想法。在搜集資料過程中，研究者透過對自身的瞭解盡力避免以主觀影響研究對象的分享，在資料分析和詮釋階段，研究者能開放而真實地呈現，不受自我的觀點、經驗、情感，不受自己的偏好所左右，而在撰寫研究報告時，也能公開地呈現詮釋結果。

第五節 研究倫理

社會工作之研究旨在提升社會福祉，促進社會正義，肩負社會責任及倫理責任。考量社會工作研究參與者經常為社會上之弱勢群體或社會福利服務使用者，因此社會工作研究更應較其他社會科學領域之研究重視研究參與者的尊嚴、自願性、保密性，同時研究者更應經常審視研究過程中的雙重關係，避免利益衝突，降低研究傷害 (臺灣社會工作人員專業協會，2011)。根據臺灣社會工作人員專業協會所頒布之社會工作研究倫理守則分為「研究倫理基本精神」及「研究倫理實踐準則」兩部分，茲將其內容分述如下 (臺灣社會工作人員專業協會，2011)：

(一) 研究倫理基本精神

1、尊重人權尊嚴與平等

研究者有義務保持積極且有紀律的倫理覺知，本研究對象為精神障礙者及其家屬，研究者對所有研究對象不因疾病、職業、性別、婚姻、家庭的不同，而有偏見、歧視等態度，完全尊重研究對象所陳述之內容，並保持客觀立場。

2、提升社會福祉，促進社會正義

研究者對於每位研究對象保持開放且公平以對的態度，研究對象在回應訪談問題時，研究者不做過多的引導，尊重每位研究對象所述，訪談前視每位研究對象為全新的個案，不帶有刻板印象進行訪談，並同理其所身處之關係或環境中，導致當初所做的選擇。

3、維持專業能力

研究者遵循研究倫理，研究過程中，只針對本研究目的做資料之蒐集，與本研究目的無關之資訊不做深入追究，以確保研究者之能力足以勝任該項研究。

4、謹守學術誠信

研究者將資料蒐集之內容做正確且客觀報告於研究結果中，整理資料過程中，有不確定或不明白之敘述，即再次聯繫研究對象或機構工作人員，以避免研究對象訪談之內容遭扭曲或誤解。

(二) 研究倫理實踐準則

1、自願參與，告知後同意與保密

研究者在與研究對象訪談之前，研究者親自且無任何誘導字眼，告知本研究目的以及研究福祉、隱私等相關資訊，亦告知研究對象有「拒絕參與研究」和「隨時退出研究」的權利以及未來接受的任何專業服務及未來獲取社會工作服務之管道並不會因此受到影響，後由研究對象自願且親自簽下訪談同意書，當研究對象簽署完畢之後，方進行訪談。

2、傷害最小化

研究者以研究對象的福祉為優先考量，期望將研究結果可為精神障礙者發聲，且能運用在工作領域中，將成功案例分享給需要的服務對象，另外研究者嚴格遵守保密原則，保護研究對象不受身體上及精神上的傷害、危險，以及不合日常生活之干擾或未被告知隱私侵犯。

3、避免欺騙

研究者設定之研究步驟，於與研究對象及機構人員訪談前即完全告知，絕無欺騙，研究者因研究執行牽涉刻意隱瞞時，必於事後告知研究對象及該機構工作人員，並取得其同意，才可進行發表。

4、避免雙重關係及利益衝突

研究者為確保研究的獨立性，詳細檢查本研究設計、研究同意書、資料處理、研究角色等，避免產生可能的利益衝突。另為避免研究者與研究對象間存在雙重關係或任何潛在或實質的利益衝突，故研究者選取研究對象時刻意避開研究者本身正服務中的個案，遇到曾服務過的研究對象，必於訪談前清楚說明目前角色，使研究對象了解且同意之後再進行下一步。

(三) 研究倫理之執行

1、訪談前

本研究選取有興趣且意願參與之個案，做為本研究之研究對象，針對研究對象於訪談前詳細說明本研究之目的、進行步驟、資料蒐集與處理方式、研究結果之發表方式與研究對象權益，並且完全尊重研究對象之個人意願，在獲得研究對象之同意並簽署訪談同意書後才開始進行訪談。

2、訪談中

於訪談過程中，嚴謹遵守訪談同意書內所簽訂之內容，尊重研究對象之感受，若研究對象於訪談過程中不願某些部分公開要求中斷錄音，或途中想退出參與本研究，研究者尊重其選擇。

3、訪談結束後

於訪談結束後，研究者根據訪談內容將轉成逐字稿，並以逐字稿謄寫原則進行資料整理，同時研究者必須妥善保管相關研究之錄音與文本資料，並將資料內容及研究對象身分等相關資料須匿名處理。在逐字稿謄寫完畢之後，研究者與指導教授進行討論，提升資料編碼與主題分析趨於客觀事實，以利增加本研究之信度與效度。

第四章 研究結果

研究資料經由質性分析方法分析後之研究結果，探究關於慢性精障礙者之家庭支持及家屬使用資源因應疾病之議題。共分為五節加以說明，第一節將呈現慢性精障者之基本資料、家庭關係以及發病歷程；第二節敘述慢性精障者疾病狀況；第三節探究精神障礙者對於家庭支持主觀感受及需求；第四節討論精神障礙家屬陪伴精神障礙者疾病治療及如何利用相關資源來因應；第五節則呈現慢性精神障者目前暫時無法回歸家庭的原因。茲將本章各節之內容分述如下：

第一節 研究對象基本資料

一、研究對象基本資料表

本研究訪談五位慢性精神障礙者及其中三位家屬，共八位研究對象，皆在同意受訪後參與本研究。關於慢性精神障礙者基本資料部分，年齡介於 19 歲至 61 歲之間；性別部分，有二位男性及三位女性；在罹病年數約 3 至 10 年多不等，超過 10 年的有三位，3 年以上有兩位；住院次數皆在 2 次以上，其中一位住院次數為 1 次，但其此次住院即住 8 年；在診斷部分，診斷為思覺失調症患者有三位，其餘二位為情感性精神病；在身心障礙等級部分，一位為重度精神障礙、中度精神障礙有兩位、輕度精神障礙有兩位；使用社區復健資源方面，五位受訪者皆第一次居住於康復之家，目前正接受社區復健機構服務中。

關於家屬基本資料表部分，詢問五位慢性精神障礙者家屬後，有三位家屬願意接受訪談，此三位家屬皆為女性且皆為直系血親，與慢性精神障礙者關係部分，一位為媽媽、一位為女兒、另一位為奶奶；經濟狀況部分，三位家屬目前仍就業中，且皆為慢性精神障礙者生活費用之支持者。

慢性精神障礙者基本資料

案號	性別	年齡	婚姻狀況	教育程度	罹病年數	住院次數	疾病診斷	身障等級	入住康家時間
C1	男	41	未婚	高職畢業	約十年多	2 次	思覺失調症	輕度	1 年
C2	女	61	已婚	小學肄業	約十二年	1 次	思覺失調症	重度	4 年
C3	男	19	未婚	高中職畢	約三年多	3 次	思覺失調症	輕度	7 個月
C4	女	51	已婚	小學畢業	約十年多	17 次	情感性精神病	中度	1 年
C5	女	48	離婚	國中畢業	約六年	4 次	情感性精神病	中度	1 年

家屬基本資料

案號	性別	婚姻	職業	與慢性精神障礙者關係
F1	女	已婚	擺小吃攤	C1 的媽媽
F2	女	已婚	電子業	C2 的女兒
F3	女	已婚	自營刻印章/鑰匙店	C3 的奶奶

二、研究對象背景資料描述

接著對五位慢性精神障者與其中三位家屬的基本資料描述，如下：

C1

四十一歲，男性，未婚，高職畢業。目前主要照顧者為案母（F1），個案於家中排行老三，上面尚有兩位哥哥，據個案陳述，案父於個案十幾歲時前往大陸做生意，一年回來約三、四次，因案父長年在大陸工作與個案關係薄弱，案母從事擺攤做小吃生意，照顧家中大小事宜皆由案母在處理，個案與兩位案兄關係常有衝突，生活上沒有什麼交集。案母陳述，個案從小就學過程一切正常，高職畢業之後當兵亦正常，個案就讀汽修科，就學階段半工半讀至車廠做學徒，畢業之後亦在車場負責修理車子的工作。個案約十多年前開始產生幻聽，覺得是在與神明溝通，再來幻覺，覺得身體多處疼痛，發病時於自己的房間擺放很多神明、抽菸、酗酒、無故於家門前燒金紙、工作無法持續。個案發病十多年來近幾年才住院兩次，因案母不忍個案住院，故皆由案母照顧並帶個案至門診治療，至後期個案因行為脫序無法控制，讓家人及鄰居無法正常生活，案母才下定決心報警處理，由警消人員強制送醫。

C2

六十一歲，女性，已婚，小學肄業。個案育有一男兩女，目前主要照顧者為案女（F2），據案女陳述，案夫會酗酒，酒後會對個案及案子女們家暴，尤其對個案。個案表示，覺得自己很不好命，案夫工作的錢從來不會協助負擔家用，酗酒後又會家暴，然案夫家重男輕女，只願照顧案子，案女們皆須由個案賺錢扶養。案女表示，個案個性比較會碎念、多疑且容易擔心很多事情，案夫有外遇經驗，讓個案相當不放心，然加上案夫喝酒後無法忍耐個案碎念就會產生爭執且家暴，長期累積下來可能也是發病的原因之一。個案十多年前開始發現會聽到有人在跟自己講話、被害妄想等，接著會到處遊走晚上不回家，治療初期使用民俗療法治療個案，但狀況持續且有越來越嚴重，無法處理狀況下才送醫住院治療。個案發病十多年來住院一次，但住院時間為將近九年，四年前轉入住康復之家。

C3

十九歲，男性，未婚，高中職畢業。目前主要照顧者為案奶奶（F3），個案於家中排行老大，尚有一位弟弟，因案父母離異，十六歲以前與案弟皆與案母同住，後個案發病因情緒起伏而產生暴力問題，一開始由案母帶個案至醫院門診及住院治療，後因個案服藥不規律、症狀起伏頻繁，另加案母個人因素表示無法繼續照顧後搬離住所，故由案奶奶接手。個案自述，發病以來共住院九次（機構人

員表示資料顯示三次，但個案自述九次，案奶奶亦無法正確告知)，每次住院皆短期住院一至三個月，最後一次住長庚醫院住了九個月，是最久的一次，後轉入住康復之家，現在自己會學習衝動控制，因為會害怕再次住院。

C4

五十一歲，女性，已婚，小學畢業。目前主要由案子、案女共同負責協助處理生活事宜，案夫中風七年多，約一年多前過世，與案夫育有一男一女，案夫中風前從事麵攤生意，案夫中風後麵攤收起，個案則以打零工維持家計。個案發病長達十多年，發病初期自己發現耳朵會聽到很多聲音，以為是耳朵問題，故就診耳鼻喉科，後經轉診之下至精神科就診，才發現自己患有精神疾病。個案陳述，發病至今，住院治療次數長達十七次，每次住院皆住二至三個月，初期住院事宜皆由案夫協助處理，然案夫中風之後，是住院最頻繁的時候，因經濟及生活等壓力，期間個案住院由案母協助處理，案婆婆會協助照顧案夫，案母亦會協助照顧案子女，然經濟支出有保險金可以協助支付。

C5

四十八歲，女性，離婚，國中畢業。個案於家中排行老么，上有兩位哥哥及一位姊姊，個案與案姊感情較為親密。個案於民國九十二年與前夫離婚，離婚後案子監護權歸前夫，案女監護權歸個案，但當時個案於北部工作，案女即與案母同住南部，由案母協助照顧。據個案表示，未發病前從事餐飲業的副理，時常需要應酬，罹病原因為約六年前於北部工作時候卡到陰，後來就看到壁虎、蟑螂、螞蟻、蜜蜂、蜈蚣等東西在我房間裡，當時內心很慌亂，隨意把什麼東西都往馬桶裡丟，當時同居人見狀不對，即報警及聯絡案姐將個案立即送醫治療，此為第一次住院。於北部住院期間，皆由案姐協助處理及照顧個案生活，約住兩次之後，案姊見個案病情不穩，建議個案返南部生活療養並與案母及案女同住，返南部之後，個案若症狀不穩又再入院，轉由案女協助處理。

第二節 慢性精神障礙者疾病狀況

在訪談過程中發現，慢性精神障礙者疾病狀況特色，首先具有多次或長時間的住院經驗，另外長期依賴藥物控制，且發病初期符合該精神診斷產生異常行為，嚴重導致影響其他人的生活作息，故可分為三個面向「疾病適應過程」、「就醫特性」以及「疾病症狀」來探討。

一、就醫特性

訪談中可了解，慢性精神障礙者就醫特性即因為疾病症狀多次反覆發作導致反覆住院，故以「多次住院」、「長時間住院」等兩個面向，詳細分述如下：

(一) 多次住院

慢性精神障礙者生病過程中，因為疾病反覆發作，以致經歷多次住院，C3、C4、C5皆提及自己多次住院。另外，F3表示C3因為沒有穩定服用藥物，導致疾病不斷復發，每次出院後不到多久就在發病，一家醫院看不到就到另外一家，多次反覆住院。訪談C4時表示已經住過很多次想不起來，每次住院都是自己意識到自己已經發病主動要求住院。

「我喔，16歲吧...我住9次院。」(C3)

「對，他有這個情形的時候，起初是住一個月...醫師說你要注意吃藥，不要沒有注意吃藥...沒有讓他吃結果又重新發作起來，再發作後就變成陸陸續續了.....狀況都沒有辦法控制，如果有問題我們就帶他去XX醫院...帶去XX醫院的時候他就出來，出來的時候狀況不好，我們就再帶去OO醫院...」(F3)

「很多次了...數不清了....」(C4)

「第一次住三四天...前一次沒印象住多久了...，住院三次而已...」(C5)

(二) 長時間住院

當談及住院時間，研究對象相當有感而發，C1、C2、C3皆表示住院住很久，雖然不知道為什麼要住這麼久。C1、C3表示住院時間一次比一次還要長，一開始住二、三個月就出院，但入住康家前的住院卻住六個月之久。F3更表示，住院初期，詢問主治醫師是否可以轉慢性病房，這樣才能長期住院治療穩定病情，醫師一開始沒有答應，奶奶雖然著急但也沒有辦法，只好遵循醫師指示，若需要進一步處理就再來想辦法，後來經過醫師評估同意，讓C3可以順利轉住慢性病房繼續治療，F3感謝醫療團隊之外，心情上是放心許多的。

「我在XX大概住了六個月...之前那一次住三個月...」。(C1)

「...就載去XX住了六個月....結果又博士爺爺又把我送去OO...又住了

九個月，然後才來這邊，這邊又不知道要住多久...」。(C3)

「現在住院的時候，醫師就來了，我就跟醫師說可以幫我送到慢性病房嗎？醫師馬上回應：『奶奶，沒有辦法欸』我就心軟下來了，我就開始心想：既然我出口這樣問醫師了，你都這樣回應了，那我也沒辦法了，你也有你的難處。有時候遇到沒有病房或者是我們不夠資格，或其他怎樣，可能都一定有問題。既然我都把他抓來這裡了，我就隨便你去醫了。看什麼時候要叫我們出院，我們就再討論了。後來一直住不知道一個禮拜或兩個禮拜的星期五，他們的小姐打電話來說：『下個禮拜五要將 C3 送到慢性病房』...我真的很感謝」(F3)

C2 雖然只住過一次院，但此次住院就住了八、九年，C2 主觀感受住院就像被關著一樣失去自由，無法自由外出。

「...八、九年了...就把你關著，不能讓你出去。」(C2)

住院頻率、住院時間的增加，代表著疾病穩定度不夠，影響疾病穩定度的因素有很多，有時候是未有穩定服藥，有時可能是環境壓力造成等，研究者於訪談中可感受到家屬在這就醫過程中，其實面臨蠟燭多頭燒的情況，一方面需處理反覆就醫狀況，一方面又需安撫精障者住院情緒等，如何去紓解蠟燭多頭燒的情況，運用相關資源協助家屬面對就顯得重要。

二、疾病適應過程

訪談過程中發現，慢性精神障礙者發病初期，其家屬並非第一尋求醫療資源，當疾病症狀嚴重以致干擾其他家人生活作息或社區鄰里之後，才尋求醫療介入，經過醫療介入之後才慢慢建立病識感，無論慢性精神障礙者或家屬才慢慢認知到精神疾病是需要長期依賴藥物來控制的。

(一) 初期尋求民間信仰

尋求民間信仰是台灣的風俗民情，一般來說，看見一個人若他精神異於常人，首先會想到的是是否接觸到不乾淨的東西，俗稱「卡到陰」，一但有這想法之後，就會使用民間信仰的方式解決，使得許多精神疾病患者因此延遲就醫治療。受訪 F1 時表示，因為家中有供奉神明且信仰傳統民間宗教，當發現 C1 行為異常時，附近鄰居都會很熱心告知，哪些廟宇可以協助醫治，而家屬在情急之下，大部分都會相信而去尋求信仰治療，相同情況 F2 亦表示，過程中花了很多時間、很多金錢，但都不見成效，漸漸地才轉而尋求醫療。

「人家說他算是鬼上身，我也幫他改很多，改什麼運啊，改到後來我也不會講，改到後來有人跟我講，我說沒運可改了，要怎麼改，怎麼

有人一輩子都這樣。」(F1)

「就是那時候我鄰居她先生也都很喜歡去神明攤...花了我很多錢，什麼叫做卡到陰什麼的，一次就弄了我很多錢，弄到後來才吃藥...」(F1)

「就是我外婆家，那時候都會幫我媽媽弄一些什麼冤親債主還是什麼的，可是這東西沒有效果...」(F2)

(二) 需要藥物控制病情

文獻探討中曾提及許多研究及數據指出，精神疾病的特性就是需要長期依賴藥物協助控制的，所以醫療資源對精神障礙者來說顯然是相當重要。然而，許多慢性精神障礙者發病急性期過後，症狀相對穩定之後，服藥遵從性會漸漸不佳，但精神疾病猶如慢性心臟病、糖尿病一樣，一兩天沒有服藥看不出異樣，但長期沒有服藥就會有明顯異狀，如同 F1、F2 描述，因精障者病識感不足，時常認為自己沒有生病就不吃藥，此時家屬就會相當擔心疾病再復發。F3 表示，C3 因發病年齡尚屬青年時期，而當時的照顧者沒有遵照醫囑讓 C3 穩定服用藥物，到後期狀況無法控制，變成陸陸續續需要住院治療。

「...藥拿回來了不吃，他說我又沒有生病，不吃藥，我再去跟醫生講，醫生就說藥水，他都喝飲料喝很多，我就倒進飲料裡面，等他走了，趕快倒進飲料裡面，那些飲料如果有喝，那晚上就會睡了...如果沒有吃晚上就沒有睡。沒有睡眼睛就...」(F1)

「直到現在，她還覺得莫名其妙，為什麼我到現在還在這裡。她就覺得她沒有怎麼樣，她覺得她自己沒有病...醫院他們都跟我們講，媽媽是精神分裂症，其實無法根治，只能用藥物控制，如果藥停了，沒有持續控制的話，就是會再發生，然後如果就是有吃藥的話，不會好到跟原本一樣，但是至少不會比原本還要差。就是會維持現在的狀況，可是我覺得說這樣就已經很好了，我至少不要從以前那樣，最起初的那樣就好了。所以我姊說要把她帶出去自己一個人，我就是怕她覺得我又沒怎樣，為什麼我要吃藥，她不吃藥到時候問題又發生了。」(F2)

「對，他有這個情形的時候，起初是住一個月...醫師說你要注意吃藥，不要沒有注意吃藥...沒有讓他吃結果又重新發作起來，再發作後就變成陸陸續續了.....狀況都沒有辦法控制...」(F3)

除此之外，雖然常說精神障礙者服藥遵從性不佳，但對慢性精神障礙者來說，因長期服用藥物後，慢慢認知到需要靠醫療、藥物來協助自己穩定病情，如 C3、C5 所述，因為經過多次或長久住院之後，實在不喜歡醫院的環境，所以會提醒自己要服藥，否則又會再住院。另 C4 表示，已慢慢認知到有異狀就需要看醫師，如果發覺自己狀況不對勁，會願意再尋求住院治療，已不會排斥。

「在家裡也要吃藥，不然一樣會被送醫院。」(C3)

「我都按時的阿...不吃藥又會發作了阿，又要送去那邊我不要...我不想老是被當作病患這樣看。」(C5)

「都一樣。有病就去看。」(C4)

「就是病情...然後再發病...願意住院啊...」(C4)

任何一個疾病都需要慢慢適應，尤其精神疾病，它不同於心臟病、糖尿病等慢性病，發病初期就知道要尋求醫療協助，精神疾病通常都是到讓家人或週遭人無法處理地步之後才尋求醫療，可以理解的是，台灣人民，依賴民間信仰，相信只要遵循神明指示，就能帶給人安定及健康的生活，故可知當一個家庭成員患有精神疾病，疾病適應過程是比其他疾病要來得長。

三、疾病症狀

五位慢性精神障礙者之研究對象以診斷來區分，可分為思覺失調症以及情感性精神病兩種，疾病症狀，如文獻探討中所述，存在著正性症狀及負性症狀、情緒起伏等，但疾病發展是一個混合且動態的，錯綜複雜許多疾病症狀，依據訪談中可整理出三個面向「幻想、幻聽、幻覺」、「衝動控制差」、「異常行為干擾週遭人」，詳細分述如下：

(一) 幻想、幻聽、幻覺

精神症狀大致可分為兩種，首要即正性症狀，如幻想、幻聽及幻覺，正性症狀並非指好的症狀，而是有異於常人的知覺。訪談中無論是C1自述或F1談及C1疾病症狀，皆談到常常會有異於常人的聲音干擾，干擾聲音很多元，有的是關於自己過去不好的經驗，有的是在搬弄是非等，然進而影響自己的情緒。

「對啊，開始聽到一些聲音...就聽到聲音啊，然後越來越嚴重，然後開始有一些幻覺，比如說這裡痛，那裡痛...」(C1)

「開始是有幻視，然後開始有聲音，因為我看到有幻視，幻視會看到一些影像，然後很雜很亂，然後我因為剛開始沒有很亂，就是看見一個影像，然後那個影像看到他嘴巴在動，好像在說什麼，然後我想要聽看看他在說什麼，然後這個想法，然後後來我就聽得到他們在說什麼。」(C1)

「...那些聲音會挑撥離間、搬弄是非、無中生有。然後說了好多次，跟我爸爸、媽媽、哥哥、還有以前的女朋友，因為他這個...因為他好像知道我童年的事情，因為喚醒我童年的那時候的事情。」(C1)

「他說耳朵有人在吵他。現在去工廠上班就是沒有兩個小時就回來了...我還沒回來他就回來了，他說有人在吵他，做不下去。」(F1)

訪談 C5 過程中自述，發病時會看見房間有五樣昆蟲在自己的房間，當時自己很慌亂，情緒無法控制之下，把家具等物品皆往馬桶丟；另外 C5 亦說到，一開始服藥時，仍會看到黑螞蟻在杯子裡面爬，但因為要吃藥，只好忍著吞下去。

「對，隔天就有壁虎阿、蟑螂螞蟻、蜜蜂蜈蚣、五樣東西在我房間裡...就亂了阿，就什麼東西都往馬桶丟阿。不由自主的。」(C5)

「...藥又苦又會長那些螞蟻，比如說十點睡，差五分鐘，我在撿藥下去杯子裡，杯子就開始黑螞蟻出現了，我就連黑螞蟻都吞了阿。」(C5)

訪談 C4 中表示，剛開始覺得自己聽到很多聲音，一開始以為是耳朵問題，所以先去看耳鼻喉科，經過耳鼻喉科檢查過之後，進而協助轉診至精神科，才明白並非耳朵問題而是屬精神症狀。

「那是剛剛發病的時候，聽到很多聲音，以為那個耳朵痛啦。」(C4)

與 F2 談及 C2 發病症狀時，F2 表示 C2 有被害幻想，覺得有人要害他，路上看見錄影機覺得是在監視他，因此害怕而到處亂跑、亂走，或者幻想女兒們被殺死，要求鄰居來看等。

「就是很嚴重，她會亂跑，就是她會覺得有人要害她，然後就是都會亂跑...然後那時候我們住的時候，就覺得有人會要害她，有人要害我們。然後她就是會怎麼講...就是會拖左右鄰居去看我們，說我們被殺了，然後死在廁所啊，怎樣怎樣的。」(F2)

「她是說有的沒有的，有人監視她，用那個錄影機錄她什麼有的沒有的，然後以人跟他講什麼，有人要害她怎樣怎樣，就是怎麼講...」(F2)

(二) 衝動控制差

衝動控制差在精神疾患中是很常見的症狀，遇見事件常使用暴力、大聲咆哮等來解決，較沒有辦法去用合理的社交技巧及行為態度來解決問題。如 C3 所述，看見奶奶與姨婆在說話，因為不清楚談話內容，就以暴力行為來解決，另外住院期間，與其他病友發生衝突，亦用暴力行為來處理事情。

「就踢奶奶跟姨婆一腳...我不知道她們兩個講了什麼話...我就不高興，我就踢她。然後那個警察就來了...」(C3)

「...我是住院的時候打過...就發生衝突啊。」(C3)

「...但是打人是有的，還有罵人...就是情緒不穩定，講話比較衝。」(C3)

(三) 異常行為干擾週遭人

精神疾病伴隨著精神症狀，當精神症狀嚴重到已干擾生活週遭人時，無論是家屬、鄰居或陌生人皆造成困擾，此亦為家屬下定決心讓精障者就醫原因。此部分多為家屬的主觀描述，F1 表示 C1 發病時會在自己的房間擺神壇，放了很多神明圖像，然後會一直進行拜拜儀式，如頻叩頭、燒紙錢等，F1 相當擔心燒紙錢如不小心會造成社區火災，若幻聽聲音干擾嚴重，除砸了自己所擺的神壇之外，亦會摔家裡供奉的祖先牌位，干擾家人半夜無法入睡，導致家人與其關係變差，F1 表示，那時候只要 C1 在家，自己就會想辦法出去，不想看到 C1 那副樣子。

「...那個時候摔了自己家的神壇、還有就是摔到那個祖先牌位...」(C1)

「...他整天都在喝酒，整間房間都放神明，看了心情很不好，很鬱悶，後來想一想酒喝一喝，就去那裡燒金紙，一天燒很多次，燒到後來我很怕火燒房子...」(F1)

「...不然其實他哥哥氣得要死，他都吵到人家都不能睡，晚上都不睡覺，跟神明扣，整間都神明...」(F1)

「我是從他以前在吵的時候，我就不是很喜歡住家裡。我如果回家，他休息，我就出去，不想在家裡。我在家裡如果看到他那樣...不然還在那邊吹吹吹，講也講不聽。」(F1)

F2 談及 C2 發病干擾歷程時表示，C2 會在路上亂跑和遊走，常常需要當地派出所警察提醒及協助處理，家屬時常會有安全上的擔心，然因幻想所致，幻想女兒們被殺死，拉著鄰居到家中去看，但事實上就是沒有此事發生。另外還有因為害怕，無預警去按公寓的警鈴，女兒們都要向警衛解釋。

「...我怕她會亂跑，因為我們那個又靠山，那裡有時候有新住我們也都不太了解，那是矮房子啊，然後也都蠻破爛的，所以又怕她亂跑，當地的警察也有跟我們講說，我媽媽都會亂走，然後晚上都會在路邊遊走什麼的...」(F2)

「就是很嚴重，她會亂跑...然後她就是會怎麼講...就是會拖左右鄰居去看我們，說我們被殺了，然後死在廁所啊，怎樣怎樣的。」(F2)

「她是坐不住的，她會一直走來走去，在家裡走來走去，然後窗戶也看啊，然後用東用西的就對了，她曾經我們之前住公寓的時候，她有辦法去給我按那個警鈴...她說好像害怕還是怎樣，就突然去按警鈴。就是趕快跟警衛是講說，媽媽不小心去按到。」(F2)

精神疾病症狀是相當多元且複雜的，精神科醫師在透過精神症狀而下診斷時的考慮因素有很多，除了明顯可見的異常症狀之外，另包含生長史、家族疾病史、工作史等身、心、社全面性的評估；然診斷有分大小，通常在生活上我們所陳述的都是屬概括性的診斷，但在醫學診斷上項目就分很細，所以可能會有相同概括性診斷但卻有不同症狀表徵，而當診斷出現之後，隨之而來的治療計畫就需配合病患疾病需求而訂之。

第三節 慢性精神障礙者：我需要你（家庭）的支持

家是我們的避風港，是一個可以被呵護的地方，是愛的泉源，雖然研究對象之慢性精神障礙者皆無實際住在家中，但家人的照顧、關愛、關心等支持行為，仍讓他們感受到家庭除了提供生理層面的滿足，亦提供心理層面的照顧。

此節之目的在瞭解慢性精神障礙者對家庭支持感受之主觀想法，家屬之分享作為補充，分析結果反應出文獻探討中所述家庭支持存在的功能，訪談資料主要以七個面向來探討，如「生理需求的滿足」、「精神支持」、「情感維繫」、「經濟支持」、「自尊與自信」、「生活休閒」、「教育與鼓勵」。

一、生理需求的滿足

日常生活包含食、衣、住、行等，然而滿足生理需求是可以最直接感受到來自家庭的關心。根據訪談內容，慢性精神障礙者皆談及家屬的每次探視，皆會攜帶相關喜好食物，讓其感受到被關心。如 C1、C3、C4 皆表示，家屬每次來探視，都會帶食物，如餅乾、糖果等零食，直到現在從不間斷。

「...然後她要送東西來給我吃，不然我沒有東西吃，就是我媽媽而已，然後就是每個星期一就是會送東西來給我吃，就是這樣子。然後就是一直到現在。」(C1)

「...有時候會買糖果過來...餅乾類的涼的，都會買來」(C4)

「會買東西給我吃...買我想要的東西...飲料、或是鹹酥雞、或是粽子、或是魔術方塊也是她買的。」(C3)

相較之下，C2 狀況較為特別，因 C2 於康復之家有參加復建工作，此工作性質與其家屬探視時間有時剛好相抵觸，若沒有特別事先告知，家屬與 C2 都會相遇不到，所以家屬如有買食品給予 C2 都會先寄放於康家管理處，待 C2 復建工作結束再去領取。

「...不然就是會買一些東西來，水果啦，她會打電話給我，媽我有買水果去給你，你如果下班回去再找櫃檯的老師領。」(C2)

另外 C2、C5 表示，無論是家屬來探視或是家屬帶外出，每次給予食物時，自己都會表示不需要買這麼多，然其家屬因無法常常探視，擔心個案於機構內沒有零食，想會想多買些放著，供研究對象想吃時有食物可食。

「有時候小的來就會提大包小包，我叫她說不用買那麼多，她說我又沒辦法常常來啊，我買起來放。」(C2)

「...像昨天我們就一起出去阿。就問我說，妳需要什麼飲料、麵包什麼的，妳買沒關係。我說我替你省錢，不用不需要...」(C5)

生理需求的滿足並非無條件的滿足，對於慢性機神障礙者來說，生理需求尤其食部分，是需要特別注意的，有些食物可能會引起情緒起伏或阻礙睡眠品質的需要避免，然慢性精神障礙者家屬因精障者者疾病已呈現慢性化，所以對其哪些食物能吃哪些食物需禁止都很清楚，只要精障者沒有過分要求，大部分支持好的家屬都會滿足其食物方面的需求。

二、情感維持

情感維持可使慢性精神障礙者產生安全感及歸屬感，而情感維持是需要彼此間相互付出的結果。家人間彼此付出用說得很簡單，但做起來是需要依靠真心來維持才能長久，以慢性精神障礙者的情感維持來說，依據訪談內容可以由兩個面向來探討，「穩定探視」以及「安全感的提供」，詳細分述如下：

(一) 穩定探視

對慢性精神障礙者來說，因為多次住院或長時間住院，與家人之間的情感維持相較一般來說人來說相較辛苦，他們渴望維持情感卻因疾病變化讓其沒有管道及方法，相對地，假如家人可以先付諸行動，相信精障者是可以感受得到。依據訪談內容中 C1 表示，最讓他感動的事就是媽媽 (F1) 穩定的探視，不管天氣變化是如何，下大雨也好、寒流來襲也罷，只要時間到就一定會出現，如果有事耽擱無法前來，也一定會先告知他。

「很冷的天她也一定會來、下雨天她也會來...禮拜五、禮拜六。」(C1)

「媽媽沒有來...她會事前跟我講...如果她有跟我講，她沒有來，我應該還不會失望。」(C1)

「我每星期去看他。去一年，大概一年多，我每個禮拜都去。」(F1)

「沒有啦，我是覺得說如果我們在生病，人都是喜歡有人來看他，所以說我不管再忙我都會禮拜六我一定會去看他。」(F1)

「我跟他說我明天沒有要去，上次我帶他回來，我跟他說我這禮拜六我要出去，我這禮拜我沒有要去看他。」(F1)

C2 表示，兩個女兒只要有空都會來探視，F2 因為平日都要上班，假日才有空，而大女兒工作性質及上班路途皆有利至機構探視，約一個禮拜來一次，有時候還更多次，但 C2 本身因有復建工作，有時休平日有時休假日，有時會比較遇不到，但如果有要來會先打電話，剛好都有時間就會轉進機構探視，如此高頻率的探視讓 C2 很感動。

「差不多一個星期來一次...大部分都有，有的時候比較多。」(C2)

「感動她來看我，兩個都會來。女婿也會來，只有小的比較忙，她們沒有空可以來。她騎摩托車來，她來這裡上班，她就會轉到這裡來，我如果在的話，會轉進來看我一下...」(C2)

「然後她搬來這裡之後，因為姊姊的工作性質，她常常要往台中跑，所以她只要有經過，她都會來看媽媽，反倒是現在比較方便，她比較會來看媽媽。然後我是有上班的話，都要假日了。」(F2)

F3 表示為要讓 C3 病情穩定，且給予安全感，C3 住院期間前半段情緒較為不穩，是每個禮拜都自己搭大眾交通工具到醫院去探視，後期 C3 轉康復之家，F3 向其約法三章，每兩個禮拜探視並帶外出，每兩個月帶返家一趟，F3 表示，不要因此嫌辛苦，家人有心對待是很重要，要讓精障者轉變，家人的付出是一定要的，如此一來精障者才會感受到心意，才有希望變好。

「奶奶兩個禮拜來一次。」(C3)

「後來他會鬧阿，於是我就跟他約法三章，兩個月帶你回家一次，兩個禮拜帶你出去玩。」(F3)

「住院的時候...我都每個禮拜去一次... 去一次來回、吃飯還要買東西給他差不多要一千多塊... 我都自己搭公車，我不要開車。開車很累，很危險，我都搭公車。因為我會坐車、轉車，沒有關係阿！我那時候每個禮拜去，我去了好幾個月喔！去了差不多...算一算有半年喔。後續他要出院之前...他比較穩定的時候，不知道三個月還什麼時候，我才兩個禮拜去一趟這樣，...就是要讓他覺得穩定。」(F3)

「這很重要。我們自己也要想一想阿，因為沒有人跟他最親，就是自己的人才有那麼親。就是有自己的人才會去看他，你看他不認識的話，你去看他不可能啊！就是你自己人的話，你才會去看他、才會去關心他。」(F3)

「我都這樣子算時間。什麼時候坐計程車，什麼時候我就坐公車，這樣比較便宜，我都用這樣子計算了...沒有帶他出去走，他都關在裡面，好像關在鳥籠中，好像在關雞或鳥。不過已經開放很多了啦！醫院都不能出來，那邊寫請假的話什麼時候都可以出來，那邊很方便...

不要嫌辛苦，人有心最重要。你有心的話，他就會有義，你無心的話，他也就變成無義，這是一樣的道理啊。」(F3)

C5 表示，住院期間因為當時是在北部，所以探視的家人為姊姊和姊夫，姊姊和姊夫不辭辛勞每個禮拜的探視，當時女兒在南部工作，所以探望過一次，而現在 C5 居住康家且已搬離北部，女兒因工作關係比較沒有穩定探視，但逢年過節都會探視，如訪談當天剛好為母親節，女兒當天有告知 C5 會來機構帶外出，C5 訪談到一半時會分心表示怎麼還沒來。

「我姊姊與姊夫，我女兒有去一次，因為比較遠。我姊姊他們每個禮拜都來看我...他們有周休二日」(C5)

(二) 安全感的提供

安全感是我們人類生存基本的需求，安全感可使人們穩定情緒，性格平和，遇事不會驚慌失措，能較好地融入社交關係，能理智地處理在生活中遇到的難題。對於慢性精神障礙者來說，穩定情緒是相當重要的，除了穩定服藥之外，情緒的好壞亦牽動著病情的起伏，談及家庭支持時，每位慢性精神障者皆談到，家屬可以給予關心、安慰、叫我不要胡思亂想等安全感的支持。

C1 表示，雖然家人口語沒有表達，從提供實際關心中可以感受到，家人的關心行動是希望他可以繼續住在康復之家，接受社區復健的訓練，未來能回歸社區及就業市場；C3 亦同，因個人比較不會表達情感，所以陳述較為簡短，但訪談過程中研究者可以感受到研究對象是很感謝家人給予關心。

「因為她有在關心我。對啊...因為她是不好跟我講，就是要管教我才有辦法留在這裡，然後要老師管教我。」(C1)

「很關心我啊...就是會很關心我。」(C3)

另外 C5 表示，為家人關愛所提供的安全感，加上復健機構提供穩定的生活，讓 C5 可以獲得病情的穩定，雙方皆獲得最大利益。

「對阿，關心阿。怕我住在家裡又不穩定，萬一又出狀況又得送醫院，她說在這邊妳很穩定就繼續住，至少可以住到六十五歲，這個機構阿。」(C5)

C4 陳述家人給予安全感，當生病時家人給予安慰，並用行動支持 C4 就醫，然 C4 女兒的一句媽媽我愛你，融化了 C4 的心，很直接地感受到女兒的關愛。

「精神上支持...有病的時候會載妳去看病...」(C4)

「媽媽...就是生病的時候會給我安慰...就是要注意身體...也會載我去

看病...有病叫我就不要亂想」(C4)

「就是給我最大的安慰...生病的時候安慰我...」(C4)

「女兒...叫我不要胡思亂想...會說就是媽媽我愛你...會流眼淚」(C4)

慢性精神障礙者與家人之間的情感維繫，這條情感線牽動著兩者之間的心，家人不辭辛苦的付出終將得到精障者的回饋，這過程雖然辛苦，但結果卻令人感動。從穩定探視到安全感的給予，安全感與歸屬感是精神層面上的感受，而這感受卻可以影響精障者是否有可能打從內心底去改變。

三、精神支持

上述情感維持可使慢性精神障礙者產生安全感及歸屬感，而當面臨生活中的困難、挫折時，精神上的支持則可以提供精障者心靈上的安慰，當面臨困惑或憂傷時，扮演了溫暖而堅強的支柱，陪伴慢性精神障礙者度過各種難關。依訪談內容，精神支持可以分成「聆聽與陪伴」與「理解與包容」，詳細分述如下：

(一) 聆聽與陪伴

聆聽，是最溫柔的陪伴；而給予精障者最有力量的就是來自家人的聆聽與陪伴。社會工作者在專業上的聆聽與陪伴是可以使關係建立及維持，且能拉近彼此間的距離，而家人間的聆聽與陪伴亦同，且更能讓彼此間感受更親密。C2 談及在機構內遇到人際關係上的種種摩擦，都會跟女兒們分享，而女兒們亦聆聽 C2 描述，最後安慰 C2 給予建議，看似簡單的過程，但對 C2 來說，與女兒們分享心中的困擾，且得到女兒們的回饋，內心是得到安慰的。

「...我都會跟我那些女兒講。」(C2)

「心情不好...我都會跟我那些女兒講...我那一天打電話給小女兒說，我們裡面一個丟了 60 塊，還牽拖我把她偷拿去，我女兒就覺得好笑，怎麼可能會去跟人家拿 60 塊...她對我說，不要聽那麼多啦，煩惱……反正我們也沒有跟她拿啊，煩惱她去說什麼。」(C2)

(二) 理解與包容

包容是建立在理解之上，因為理解所以包容，家屬因為理解慢性精神障礙者，有些事、有些舉動、有些想法等，是因為疾病關係可能無法符合社會期待，而選擇包容，對慢性精神障礙者來說，是可以減少面對疾病時的壓力。C4 及 C5 皆談到家人對自己的包容比其他人多，有時候脾氣暴躁，說話比較衝動，在不傷害他人生命原則或符合嚴重脫序行為之下，家人都會選擇包容。

「家人對我暴躁都不會...不會有衝突...會很包容我...」(C4)

「我姊姊對我的事都比較包容...不會發脾氣，我姊個性很好。除非很

錯的錯事，不然她都不會講...她個性很好。」(C5)

C3 年紀是五位研就對象中，以慢性精神障礙者來說是最輕的一位，成長背景中，很多家庭因素、疾病變化等造成的結果皆不是很了解，生活上有很多疑問，都會很直接詢問奶奶，C3 表示奶奶都會跟自己解釋，而且很有耐心。

「...跟奶奶講啊，她不會生氣...這是她最大的優點。」(C3)

「所以有時候我們做家長、做家屬的人，我們要了解他們的心情。不要以你的心情狀況為準，要知道他們生病了，就要知道他們心裡的需要。」(F3)

綜合上述，聆聽、陪伴、理解與包容對於慢性精障者來說是渴望得到的對待方式，當家人理解慢性精神疾患，那在與慢性精障者相處時，就會用相對包容的態度來應對，而不是嫌棄或覺得厭煩。尤其當慢性精障者遇到困難或困惑時，家人有耐心的聆聽、陪伴和回饋，是可以讓其感受到自己是被重視的。

四、經濟支持

家庭中有工作能力的家人透過工作賺取收入，以滿足家人食、衣、住、行、育、樂各方面的需求。對於慢性精障者來說，因疾病起伏，需長期依賴醫療復健，在復健過程中，工作能力尚未恢復之前，無法像一般人一樣有著穩定的工作與收入，故在此階段確實依賴家人的經濟支持。C1 在訪談時透露出依照自己現在的年齡還沒有工作收入，什麼花費都要向媽媽(F1)拿錢，覺得媽媽是因此而生氣，才故意不讓他回家。但研究者在與 F1 訪談中，F1 從未提及此點。

「他好像就是不讓我回家，不知道是在氣我什麼？還是不讓我回家什麼？不養我啦。因為我 40 了，然後沒有錢，都是如果要用到錢都是向媽媽拿，對啊。40 歲又自己沒有錢在身上，吃的用的都是花媽媽的...」(C1)

「就是經濟上，會資助我生活的支出...」(C1)

「都我在付比較多。有啦，他哥哥也有幫忙出一兩千啦。」(F1)

因 C2 身為母親，自然而然對於女兒們在自己身上花錢多少會擔心，深怕女兒們會不夠用，想要減少女兒們的負擔，有時候會想用復建工作獎勵金協助補貼，而 F2 為讓 C2 放心，都會表示夠用，F2 表示目前就是協助負擔機構住宿費和探視時所買的物品，生活零用金 C2 都會從自己復健工作的獎金來支付，其實花費相對來說已減少很多。

「有時候來的時候都會問我，兩個都會問我，媽你身上還有沒有錢，如果我還有錢我就不會跟她拿，如果沒有她會拿給我...她會問我你那

裡還有零用金嗎？我說有啊，還有幾千多。她說好啦，幾千多你省著用。如果沒有在跟我說。」(C2)

「她會來看我，她說你不要煩惱，錢我會幫你繳啦，你不用煩惱啦，我說煩惱你這樣不知道能不能生活，她說你不用煩惱啦，你不用煩惱這麼多，她說她只煩惱說我沒有錢，我說沒關係我有在做。」(C2)

「然後就是怎麼講，她花費真的很少，加上她現在自己有在工作，就等於我現在不用給她零用金，頂多幫她一個月繳一下錢這樣。」(F2)

「因為其實她也想要幫我們減輕負擔啦，我講真的她...我媽媽是真的還蠻替我們姐妹想的。她也知道我們過得不是說很好，然後她會想要說，盡量能減輕我們的負擔，所以她就會能做她就做，第一她不用跟我們拿錢，如果萬一我們沒有錢了，她還會想說她會拿錢給我們，我們是都會跟她講說，你就放著，自己留著，你拿給我，之後又沒有錢，我不是一樣要再拿給你。我覺得錢就在那裡拿來拿去就好了...像上個月我就跟她講說先繳錢，三月的時候我就先繳四月的錢，她就說你怎麼那麼早繳，我就說趁我還沒有把錢花掉，我先幫你繳一繳。」(F2)

因 C3 於青年時期即發病，那時與案母同住，奶奶 (F3) 與爺爺從 C3 小的時候就有在經濟上協助，後來經歷發病、父母離異後，即轉由爺爺奶奶照顧，經濟上就完全由爺爺奶奶來負擔。

「爺爺是出錢的那一位。」(C3)

「我有時候都跑來跑去，有時候拿東西給他們或者是買東西給他們，或者是小朋友要繳什麼費用，有時候就過去拿錢給他們這樣。因為他媽媽是外籍的，所以她有時候賺錢的話就無法...因為小朋友有時候繳錢，我們也是想說畢竟是孫子要讀書，我們做的到的地方就...」(F3)

C4、C5 亦表示，經濟上的協助是重要的，居住機構的慢性精障者相較其他生活較規律、環境較為單純，故主要費用皆為機構住宿費以及生活零用費等。

「兒子要賺錢繳我的...繳我的月費...對這個家是很重要的...」(C4)

「在這邊的生活費...我女兒會協助我。」(C5)

「繳月費拉，零用金拉，載我出去拉。」(C5)

在現今社會上，經濟收入是我們生存不可缺少的部分，對慢性精障者來說，因為經濟能力缺乏，需要依賴家人支持，但站在家人角度，壓力卻是相對增加，能來自家庭穩定的經濟支持，與家庭成員的工作收入是成正比，若家庭經濟支持薄弱，那麼社會資源的介入即顯重要。

五、自尊與自信

慢性精障者在穩定醫療及復健治療下，現實感與認知能力相對提高，如同一般人對未來會有規劃，當與家人分享時，家人回饋的態度就顯得重要。如同 C1、C3 都會與家人討論，未來想要做什麼，雖然家人有可能會不認同，或覺得時機未到，但重點不是結果，而是在這討論的過程，給予慢性精障者有分享的機會。

「之前說我想要學電腦，跟媽媽講，但是他還沒有消息...那個時候我在想...這裡可以學一些東西，我想要在這裡的職能治療...」(C1)

「...唸書當兵...對啊，會啊跟奶奶討論...大部分啦」(C3)

尊重相較於生理需求屬於較高層次的需求，尊重需求包括成就或自我價值的個人感覺，也包括他人對自己的認可與尊重。也可以說，自尊是建立在自信之上，首先傾聽對方的想法、情緒、感受與需求，理解其想法與感受，漸漸地就有自信，有了自信後對自我的認可與尊重就隨其產生。

六、生活休閒育樂

每個人的生活中，除了工作和學習之外，休閒育樂是不可或缺的，家人間的休閒育樂，這段時間是可以讓彼此放鬆，以縮短家人間的距離，建立家庭中的親情與友愛，增加家人交流的機會，且是用一個相對輕鬆的態度去面對。如 C2、C3、C4 在訪談中，談及印象深刻的皆表示與家人間外出的時光。

「她如果來，大的如果來會載我出去。出去繞一繞。去吃一下東西，她說她要來的時候，她會打電話來，她說媽你下午不要接，我帶你來去吃，看要吃飯還是吃麵這樣，會帶我出去。」(C2)

「印象深刻...最開心...載我出去玩...」(C4)

「我住院的時候，她都會帶我去玩...請假啊。」(C3)

「我都從東港客運站那邊，有一班九點半發車，我們就用走的走去那邊坐公車，等那班從東港往萬丹的車班去屏東。我到屏東的時候看要去里港或是美濃...每兩週就這樣帶他出去玩...」(F3)

另外 F1 談到一個重點處，即願意帶慢性精障者外出遊玩，除了讓其在復健工作之餘放鬆之外，重要是想要讓其能多與外界人事物接觸，以免與社會脫節。

「我都還沒有跟他講，我有給他報 4/30 禮拜天要帶他出去玩一天。我想說近一點再來請假，等一個禮拜再來請假，我要帶他去坐遊覽車...不可以跟外面脫節啊，我也怕他跟外面脫節。」(F1)

透過與家人的休閒活動可達成互動關係，增加家庭的穩定性及家人的凝聚力，亦可以透過休閒活動學習到許多生活準則、價值判斷和社會規範等，因此能

幫助個人社會化，達到寓教於樂的目的，對慢性精障者來說，因多次且長期住院治療，重新社會化及再次熟悉社交互動是復健中的重要訓練。

七、教育與鼓勵

無論任何時期，家庭皆是每個人的首要進入的教室，而家人是我們每個人所遇的第一位教師，尤其是父母或主要照顧者，我們所學習到的語言、行為、價值觀、生活習慣等等，都深受家庭的影響。訪談過程中，C2、C5 表示家人會一直給予鼓勵，如按時服藥、人際關係要維持等。C5 的家人更用開玩笑的方式，鼓勵 C5 住在機構能夠配合規定以穩定病情。

「對我的鼓勵那是說要乖一點，不要跟人家吵架，好好的住...」(C2)

「最大的支持就是支持我、鼓勵我之類的。叫我按時服藥、控制病情，以免再次住院。」(C5)

「她說叫我要乖一點，要聽老師的話。如果聽到不乖的事就永遠不理妳了怎麼樣的...我知道她嘴上說說的，不會這樣做啦。」(C5)

參加復健工作所得到的薪資，不同於一般在社會上工作有所謂的底薪和獎金，復健工作目的在於訓練精障者提升工作能力以利未來回歸社會，其屬鼓勵和獎勵性質，故在薪資給予較為低，慢性精障者對於此薪資都會感到不甚滿意，但家屬如 F1 及 F3 都會站在鼓勵的角度，向慢性精障者開導表示重點不在於賺取多少金錢，而是要靠著自己的能力，用正當的態度去做每一件事才是重要。

「她會寒暄問暖，跟我說一些道理...她就是希望我快點好」(C1)

「她都說有工作做就好了，錢多少都沒關係。」(C1)

「多少有一些心靈鼓勵。」(C1)

「我就說你來...反正我有空我就幫你請假出來，不可以影響到你的工作，那個時候剛開始叫他做工作，他很無奈，說那個才一點點，才十塊而已，我說沒有關係，一角也是錢，你只要有那個能力下去賺，什麼不要去偷不要去搶，什麼事情都可以。我跟他說我現在也不期望你賺多少，你有耐心賺一角也是一角，你沒有賺都沒有機會啊。」(F1)

「...我們兩個走走走，他就說奶奶，你怎麼又把我帶回來？我不要來啦，我要回家啦！你又給我帶回來，我說奶奶跟你講，你就把 XX 那邊當作上班...奶奶不管你賺多少錢，你就把他當作上班！你賺的錢你就把他存起來，看每個月存多少，你就存起來就對了！他就跟我說我賺那麼少，我開導他就說沒有關係～你手腳快一點的話就可以賺多一點，你就慢慢存，當作上班阿...」(F3)

慢性精神障礙者在康復之家接受復健訓練時，因這時需要長時間才看得到效果的，故一般精障者在這過程中都會想要返家，如 C3 頻表示要回家，但 F3 都會解釋是否返家需要經過很多專業人員的評估，並非 C3 想的這麼簡單，且如果沒有做好準備就返家，又會再走一次住院、轉院、出院轉康家的循環，此作法一方面建立精障者現實感，一方面鼓勵精障者要維持病情穩定，如此一來才有機會回歸社區，重新開始新的生活。

「奶奶說不要想那麼多啊，先住這邊...奶奶說先不要想那麼多，先乖乖在這邊。」(C3)

「所以我都常常跟 C3 說，奶奶跟你說，為了你的狀況穩定，你要乖乖的，你要聽奶奶的話，你不要跟奶奶賴皮，賴皮的話，要是你的狀況來的時候，奶奶跟爺爺沒有辦法，就又要叫警察把你抓去 XX 醫院了。要是抓去 XX 醫院，你是不是會很辛苦，但是你要想想看，奶奶比你更辛苦欸！奶奶還要跑來跑去，去看你。我都這樣跟他說...所以我就用這樣子的話開導他，跟他講了很多次，所以他就比較乖、心就比較定下來，他就不會一直吵著要回來。所以人事物都是要配合的，不然沒有辦法的。」(F3)

「我就會跟他說，你不要吵著回家。先把你的狀況穩定好再說！而且你要回來也不是那麼簡單，也要醫師、護理師、社工還有那些老師他們評估，評估看看你什麼時候才可以回家。不然到時候你狀況出來的時候，奶奶又走回頭路，又轉了一大圈又回來，你要先去 XX，XX 住了穩定一兩個禮拜後，又要把你送去 OO。OO 還要住一段時間，看是要半年還是幾個月，你才可以去 ZZ。這樣的話大家都很好，而且你會很辛苦，但是奶奶比你更辛苦！」(F3)

慢性精神障礙者有好的家庭教育，可以增加其正確價值觀以及現實感，現實感的增加對精障者來說相對重要，因在長期與社會脫離，對社會變化較無敏感度，需要透過家人不斷的教育，並適時接觸外界事物，雙管齊下才有機會讓慢性精障者與社會做連結。

第四節 慢性精神障礙者家屬：我需要你（資源）的支持

家庭資源就是家庭所擁有的資產，可以用來面對壓力事件的發生，而非採取消極性或非功能性的應對方式；家庭能否成功的處理危機與問題，依賴家庭已發展的可用資源而定（謝秀芬，2011）。

此節一開始先談及當家屬面臨精障者出院時之歷程及想法，後依慢性精神障礙者角度分享之訪談內容，將家庭可用資源分成「內部資源」以及「外部資源」兩部分來探討，內部資源代表家庭內部成員個人或家庭整體的能力，屬生態理論中的微視系統；外部資源又稱自然的資源網絡，如社區鄰里、社會政策等，屬於中視到巨視系統。

一、面臨精障者出院之感受

處理精障者入院後，家屬下一步要思考的就是出院計畫，慢性精神障礙者經過多次的住院經驗，家屬亦經歷其中，經訪談中可知，家屬對於精障者面臨出院，並不是覺得放鬆，而是另一個擔心的開始，如 F1、F3 皆談及當面臨出院會擔心、煩惱精障者返家後，又會遵循以往的生活模式，如酒又一直喝、無法正常工作、無所事事等。

「兩個月...兩個月就關回來了。我也是會煩惱，煩惱也是要把他帶回來，不然他也是說兩個月後，才可以...他如果出來，哪有可能說你叫他進去他願意進去，不可能啦。」(F1)

「他要回來我也很擔心他工作又做不住，酒又一直喝，一直喝。」(F1)

「我給他送去醫院，還沒出院一兩個月的話，他們醫師還有護理師就開始找我談這個問題了。快要出院的時候他們就開始找我談這個問題，他說奶奶 C3 快要出院了，出院的話妳要帶他去哪裡？因為回來家裡的話，也是一樣沒有辦法，他又有依賴性，吃飽睡睡飽吃。」(F3)

F2 則表示面臨出院後轉康復之家，因為前述說到此次 C2 住院時間長達八年，擔心 C2 一下子轉換地方，會無法適應新環境而造成心情起伏，擔心病情會有變化，但後來想想，轉康家因地點距離變近，可以增加探視頻率，亦是一種穩定情緒的方法。

「要轉到康家來的時候，其實會擔心，因為怕她換新環境會比較那個...可是又想說她之前在醫院那裡的時候，跟我們距離比較遠，姊姊要看她比較不方便，會更不方便。」(F2)

二、家庭內部資源

家庭內部資源指家庭成員的一些強處、優勢以及調適能力，這是最主要的家庭關係之基礎（2011，謝秀芬）。研究者在與研究對象之慢性機障者家屬訪談過程中，發覺家庭成員的個性、想法和觀念以及家庭成員間之凝聚力，是會影響家屬會用什麼態度來面對慢性精神障礙者，甚至是否堅持陪伴下去之動力，以下關於家庭內部資源，依據訪談內容分成「家庭適應力」以及「家庭凝聚力」兩面相來探討，詳述如下：

(一) 家庭適應力

家庭適應力代表著家庭成員因應壓力所產生面對能力，與家屬訪談中可體認到，因為今天精障者是發生在自己家人身上，既然碰到了就是要面對，雖然過程中很煩惱不斷、壓力很大，如 F1 所述，那就出去外面透透氣，短暫讓自己放鬆，等到事情到了，該處理的時候，再來處理和面對。

「我也是...其實我壓力也很大。如果他回來也是要面對現實，不然怎麼辦？總是會回來。」(F1)

「未來的事情我都會想起來等。我就是該煩惱的時候再來煩惱，不該煩惱的時候，就來外面消一消。不然我總不能在這裡一直煩惱」(F1)

「我自己也頭很痛，成功也在亂，不成功也在亂，頭都快冒煙了，乾脆就出去...沒辦法，家家有唸不完的經，哪有辦法。」(F1)

F2 表示永遠記得當時 C2 發病入院時對 F2 說會恨她一輩子，至今仍放在心上，但經過多年後仍然沒有後悔當初自己的堅持和選擇，雖然經濟壓力存在時有時候會覺得疲累，但現在看見 C2 透過醫療和復健治療後，目前呈現穩定狀態，因此覺得再累也都值得。

「我還蠻在意她那時候去住院的時候，她說她會恨我一輩子，那句話。因為那時候她那一天真的是哭，情緒很激動，然後又跟你講那樣的話，她是整個瞪大眼睛瞪我，然後哭著這樣跟我講，我就覺得說，我也跟她講說，你可能會恨我心很狠，我真的是為你好，我當下我真的是沒有別的想法是為她好...」(F2)

「很累，可是至少我有看到，我想要的成果，就是她有比較好了。然後我就覺得說，她有比較好的話，當然你就覺得這些累就覺得還 ok 啦。因為經濟上其實就是比較寬裕的時候，覺得說還 ok 啦。如果說經濟比較拮据的時候，就會覺得很累，就會覺得一直在追錢跑，然後其實我講真的，我媽媽的花費講真的也不多，我反而是覺得我老公他們家的花費比較多。」(F2)

訪談過程中，觀察到 F3 數次哽咽，表示陪伴過程中不要讓自己想到會很累，因為陪伴對象是自己的家人才會如此付出，並以同理的態度，若今日是自己得到精神疾患，相信自己的家人亦會如此用心對待，所以內心永遠不要嫌辛苦。F3 更真心建議當面臨困難時，自己的心境都要想開一些，因為今日出世當人是修行百年得來的成果，而人在世上本來就會有許多困難需要去面對及克服，既然今世已遇到，就要想辦法去解決，若逃避可能會一而再發生，所以面對它然後解決它是很重要的。

「不要想到累...想的話，那就會很辛苦（哽咽）！要想我要去找一個看我們自己的人，這樣就好！」(F3)

「因為我們人最重要就是說...相反的，今天要是換成是我，那你做何感想（哽咽）！所以我們就是有這種心裡這樣子在想，所以我才會這樣很用心地去付出。」(F3)

「沒有辦法！不要嫌辛苦...」(F3)

「對阿，沒辦法！人生不管什麼事，都要想開。沒有想開、不面對它，沒有辦法解決問題。所以為什麼當一個父母親、當一個人的話...我們人出生當一個人這是不簡單的，這是修行好幾百年、好幾千年，這輩子才能出生當人，如果出生當人就要面對你的事情、面對你的問題，你沒有辦法逃避。如果你逃避這一世，也逃不了下一世。有時候回頭來想，既然這一世出生當人，既然我所遇到的事情，那我就想辦法做好，那不是很簡單。如果你都不要做呢？你不要認為說我什麼都不要做就算了，後續可能會有一些很不好的事情會給你，也是會讓你更慘也不一定欸。不要想說要閃躲，如果看到就去做就好了...面對它，而且也要解決它！這個都很重要。」(F3)

研究者在訪談此部分時，看見家屬在陪伴精障者從反覆就醫到接受社區復健機構這段路的心路歷程，其實相當感動，真心佩服精障者家屬能夠如此堅持和樂觀的想法，且至今仍持續陪伴精障者繼續復健之路。

（二）家庭凝聚力

有凝聚力的家庭，家庭成員間相處會相對和諧且彼此信任，家庭成員之間的關係是親密的，尤當遇到外來壓力或困難，可以一起面對、互相討論去解決困難，給予是家庭成員最大的禮物即家庭成員間能夠互相扶持。當 F1 與 C1 的哥哥取得相同共識之後，才下定決心將 C1 入院治療，而哥哥比起 F1 的付出相對來說較少，但仍會協助載物品以及經濟上支出，對於 F1 來說並不是一個人在面對。

「他哥哥是贊成他去住院。也是要讓他有...我們沒辦法顧，要讓別人顧。我的意思也是這樣...」(F1)

「有啦，他哥哥也有幫忙出一兩千啦。我說你們都叫我送，你們不用幫忙出喔？你叫我送，你不用幫忙出喔，我現在比較聰明。」(F1)

「有時候我會叫他哥哥載我去，或幫我帶東西去...」(F1)

手足協助分擔照顧責任，如此一來可以分工合作，誰得空或方便就誰協助，比起將壓力放在一人身上，相對來說是可以拉長照顧時間。另外 F2 表示丈夫會協助一同分擔照顧壓力，無論是協助載 C2 就醫或經濟上的幫

忙，給予 F2 有很大的空間和自由。C2 娘家的兄弟姐妹在過年過節時，會協助待 C2 返家團圓，因為 F2 為嫁出去的女兒，有時需要以婆家為重時，C2 的手足就是相當重要的資源支持。

「姊姊只要就是有去台中，寄文件還是什麼的，放文件什麼，她就有跟媽媽約好的話，媽媽有剛好說她沒有外出上班的話，她就會過來看她一下。因為她最近感冒什麼的，還是說哪裡不舒服，都是姊姊帶她去。因為變成說她的工作性質比較彈性，因為我在工廠，就等於說整個都是被綁在哪裡，沒有辦法帶她，除非就晚上而已。然後姊姊是說不用，她就說她如果有去的話，就順便帶她這附近找一下，帶她去看醫生，反倒是姊姊現在過來的機率比較高...在醫院的時候是我去比較居多，現在在這裡的話，她比較方便所以她比較居多。」(F2)

「沒有那時候是阿嬤還沒走的時候，她也有跟阿嬤住，爸爸是本來都已經沒有住在那裡了，後來是因為那時候阿嬤走了，阿嬤不再剩下她一個人在那裡，我怕她會亂跑...」(F2)

「都是我叫我老公，就是因為那時候我老公是做車烤漆的，他如果沒有接到車的話，就比較有休息，就可以載我們一起去這樣。因為不然她突然給我跑了，我追不上她。一定要有一個開車，一個押她...也是依他的能力啦，他能力如果 ok 的話，他都不會...因為我之前的時候，我沒有上班什麼的話，都是他幫我媽媽繳費，但是如果我有上班的話我會繳費，但是他不會說不要讓我繳還是怎樣，他覺得說畢竟反正你自己賺的錢，你自己要花在那裡是你自己的那個...自由，所以這方面我先生是都還 ok 啦，因為他也覺得我媽媽她怎麼講...也沒有帶來很大的麻煩還是什麼的，比起我爸爸跟哥哥的話，我媽媽還比較好安頓一點點。」(F2)

「...過年過節的話是我舅舅的兒子，會帶她回去吃團圓飯。」(F2)

華人社會是注重過時過節的，此時可觀察家庭凝聚力的程度，F3 陳述家中有伯伯住在其他縣市，當過年過節時回來時，若 C3 無法返家團聚，親戚就會帶家人一同去探視，或是親戚會趁返鄉團聚時帶 C3 外出走走，增加家人之間互動以維繫親情。

「過年過節阿或是遇到有要去其他地方這樣，他三伯就會順便帶他一起去。譬如說過年 C3 沒有辦法回來，那我們就過年去。他三伯如果回來過年過節就會順便帶我們去那邊看他這樣。」(F3)

家庭適應力與凝聚力是很直接地影響慢性精神障礙者家屬，是否有能力去面對及長期陪伴慢性精障者復元之路，而家庭之所以擁有這些能力，有些是來自家

庭成員的價值觀和個性所致，有些事經過事件發生後慢慢建立認知後所致，無論如何，有好的家庭適應力與凝聚力，對慢性精障者的支持相對來說是越好。

三、家庭外部資源

當家庭面臨壓力或困難時，外部資源如同一雙支撐的手，雙手保護著家庭不被破壞，是家庭的支持系統，這是系統不是來自家庭內的自足，而是透過外在正式或非正式資源來協助家庭面對困難或阻礙。透過訪談，可瞭解外部資源可以分成幾個面向，如「鄰里社區、朋友支持」、「宗教信仰支持」、「專業人員協助轉介」、「社區復健機構介入」、「社會福利制度介入」五面向，前兩項歸類為非正式資源，後三項為正式資源，可知，透過這五個面向來協助，當家庭面臨慢性精神疾患時提供的支持與幫助為何，詳述如下：

（一）鄰里社區、朋友支持

除了共同生活的家人之外，鄰里社區的居民經常扮演著社會支持第一線的角色，正所謂「遠親不如近鄰」。F3 表示住家附近有個教會裡的牧師，在 C3 因疾病起伏反覆就醫過程中，給予很大的幫助，因 C3 從小就會到教會去學習，雖然中學時期因為課業壓力比較少去，但牧師不會因為中間較少聯繫就減少關心，每次 C3 疾病發作時，都麻煩牧師協助載送到醫院，細數之下發現不只一次，而現在 C3 疾病症狀穩定，F3 想要感謝並回饋牧師，所以現在只要禮拜天有空就會到教會去禮拜（與研究者訪談當天剛好為禮拜天，事前預約時 F3 表示要約下午，因上午要到教會），即使信奉的宗教不一樣，但仍抱著感謝的心去的。

「我今天為什麼會去教會就是這樣。因為我孫子小時候，三四歲的時候他就都有去教會陳牧師那邊，那個陳牧師很好。他以前還沒當牧師喔，他這一年才剛升起來當牧師而已。那個時候他當副牧師，都會教那些小朋友讀書，他們的主牧師是荷蘭兩個夫妻，外國人，他們老了已經退休了。那時候我們 C3 和他弟弟兩個國小三四年級的時候都去教會，去教會的時候認識陳牧師，陳牧師等於是他們的教友，後來 C3 去美和讀國中的時候就沒有去教會了，因為忙讀書。後來他狀況來的時候，克制不了的時候，那時候我們陸陸續續都會請警察帶去 XX 醫院，後來他住在 XX 醫院無效，我們有請陳牧師載過我們兩次，第一次是請他帶我們去 XX 醫院，第二次是請他帶我們去 XX。後來最後在 XX 最不好的這一次，我們就直接把他送去 XX 了。所以就是這個陳牧師在幫忙我，我都請他幫忙，他就載我們... 所以我很感謝陳牧師...」（F3）

無論在甚麼時期，朋友的支持對個人來說，都是很重要的成長養分，當 F1 對於 C1 疾病症狀反覆，以干擾到自己的生活作息，長期壓力之下有了想要放棄的念頭，但身旁的朋友給予同理，並拿自己經歷當更悲慘例子，告訴 F1 活著的總比死掉的好，讓 F1 重新打起精神面對並繼續陪伴 C1 後續就醫及復健歷程。

「好與不好都在身邊關照。我也很多次想要放棄，喔，不要了，煩了，我被他亂到後來換我要吃藥睡覺。換我自己會怕，現在聽到一聲，砰，我自己就出來看看，這樣我要做早點，還要做生意，壓力好大，對不對？換我不能睡，換我乾脆吃藥吃一吃，讓自己睡，不然怎麼辦。到後來我朋友鼓勵我說，你總是活著比我們死了的好算他一個兒子車禍沒有了。她也都放在心裡...她就鼓勵我...」(F1)

(二) 宗教信仰支持

尋求宗教支持亦屬於社會支持的一部分，宗教信仰是一種無法言喻，但可以給予人們內心安定的神秘力量，向神明表露自己的情緒，尤其當人們處低潮時，有助於個人得到心裡的安慰，如同 F1 表示，當壓力很大的時候，身邊沒有人可以一直述說時，轉而向神明訴說，亦是一種心理支持。

「壓力很大，現在如果去神明那...不然要跟誰講，沒有人好講啊，來跟神明講。」(F1)

另當人們對於未知狀態時，因無法確定選擇後的結果是好是壞，就特別會去尋求信仰的指示，如 F2 表示，當時手上有兩間社區復健機構，因為不知道選擇哪一家機構對 C2 來說是最好的，於是就尋求神明解答。

「那我就只有這兩個地方，我還沒有去之前，我就先擲筊，因為我們那個媽祖廟，那是他的義母。小姐只跟我講這兩間的時候，我還沒有去的時候我就先擲筊，我跟他義母說：「這兩家，到底是要讓他去哪一家？」，結果我擲筊那一家祂沒有聖筊...我就繼續擲筊，擲到另一家有筊喔，就先去看...就決定去那邊，主要是因為近」(F2)

(三) 專業人員協助轉介

一個階段的結束，代表另一個階段的開始，階段與階段間的轉銜，相關資源是否可以無縫接軌連上，需要透過領域內專業人員來協助，依研究者的工作經驗，在精神科領域，從事轉介業務大部分皆透過社工人員來協助，當醫師評估病人病情即將穩定且達出院標準時，就會轉介社工人員來與家屬溝通，如同 F1 及 F2 所述，雙方討論出院計畫，社工人員先搜集家屬對病人之出院期待，後協助家屬尋找相關資源，再提供家屬做資源的選擇。

「醫院住半年，他們那裡的社工一直說，他那麼年輕不適合住在那裡。住在那裡他會被他們教，因為他那裡都很恐怖，因為裡面什麼樣的人都有...他有拿兩間給我去看」(F1)

「這次是他們那個社工叫我，這次可能去的時候比較嚴重，所以他在那裡住半年，他們那裡的社工才叫我，他還那麼年輕，你把他轉過去，他就拿兩家，一間是 XX。」(F1)

「社工跟我說他還年輕，要讓他去康復之家，他那裡有一些工作，他會叫他做。或許以後也會有個一技之長。我是想說如果在那裡，看他能不能自己更自治自立，我也希望他快一點好啊。」(F1)

「我就跟社工講，我要依我們 XX 縣近的為主，我要去看他什麼的話比較近，而且對方機構也是有好的機構這樣，對他有幫助，結果那個小姐就列了兩個，一個在...、一個就在...。那這兩個我有去看...」(F3)

(四) 社區復健機構介入—康復之家

社區復健機構有分兩類，第一種為社區復健中心，屬日間型復健機構；另一種為康復之家，屬於住宿型的機構，除了提供規律生活來提升慢性精障者生活照顧能力之外，最重要的是給予職能復健，增加慢性精障者工作就業能力。本研究之研究對象皆為目前居住在康復之家之慢性精障者及其家屬，透過雙方立場來分別探討康復之家對其幫助為何。

1、以慢性精障者角度

以慢性精神障者角度來看康復之家，C1 表示，增加與人互動的機會，先從同房室友來熟悉，互相聊天，外出彼此照應，心情上比較不會那麼悶，也慢慢發現自己變得比較健談。

「喜歡就是現在有工作可以做，然後現在跟那一些的室友，認識比較久還稱不上朋友吧，比較健談，比較有話聊，比較不會那麼悶...現在又可以外出啦，感覺上比以前好很多。」(C1)

C2 表示，比起醫院，康家的環境比較自由，可以呼吸到外面清新的空氣，而非冷氣房的室內空氣，內心舒暢很多。

「比那邊自由。住這邊很自由啊。你看外面空氣那麼新鮮，你住長庚只能關在冷氣房。除非有家屬帶你出去，而且不能出去很久。都住在冷氣房的，很不舒服。」(C3)

C3 陳述當初是自己自願來住康家的，除了可與人作伴之外，康家給予的作息表，每天都有課程及活動供自己參加，有活動可以參加，有課程可以操作，就不會胡思亂想而影響心情。

「有伴啊...自願來住的...不會胡思亂想...有活動參加...」(C4)

2、以家屬角度

以家屬角度來看康復之家，F1 表示有康家專業工作人員協助管理日常生活作息，可以減輕家屬照顧的負擔，心情上亦變得輕鬆些，且提供復建工作以訓練工作能力，可以轉移注意力，就不會一直受到症狀干擾。

「有康家在幫忙，這樣是有好一點，這樣我比較不會負擔那麼重。我的心情也比較好。而且那裡的老師都一直鼓勵他做工作，有做你就不會想到耳朵有人在跟你講話。」(F1)

「我想沒關係啦，愛抽你就去抽，反正他現在在那裡是有人在控制，抽比較少。不然在家裡一天抽兩三包，有時候還不只。」(F1)

F2 談到醫院與康家最大的不同就是空間上的自由，醫院環境比較拘束，而且窗戶是鐵窗、門是鐵門等，很像被關起來的感覺，且是無法單獨自由進出，相反地，康家環境就很不一樣，活動空間變大，進出的自由度也提高，可以自由地外出去買自己想要的物品。

「醫院它是比較拘束的地方，她的空間永遠就是在病房裡面而已。然後她們病房裡面就一個客廳，就是鐵門什麼都是關起來的，會客的話就是有間小間的會客室而已，就變成說她們都被關起來的。在這裡就不一樣，她的活動空間比較大，她能出去外面工作，然後也可以出去外面買東西，但是龍安是完全不行的。我反倒覺得說她現在沒有在亂，是覺得說她可以自由出入，不像之前醫院的時候，她都被關起來的。就差還蠻多。」(F2)

F3 表示很感謝康家工作人員的協助教導，F3 當初選擇康家最大優勢就是屬住宿型的機構，因為只有長時間住宿機構，有專業人員管理，提供規律的作息，監督之下穩定服藥，然後穩定情緒；另外還提供工作和課程讓他們去幫忙和學習，F3 認為要有這些功能的機構才能協助家屬照顧。

「機構回應我們沒有住宿欸。都很可惜，大部分都是沒有住宿的，這個就是要倚靠他們住宿，能夠一邊吃藥、一邊穩定長時間在那邊住宿，讓他們有工作做。結果都沒有，大部分都是這樣，都是臨時的，早上八點去，下午回來，那個等於根本都沒用。」(F3)

「他們這一種的阿...要倚靠社會的人來幫忙、幫助，並不是只有我們

家長而已啊！你社會上沒有這個機構讓他們去學習、沒有讓他們這個機構去裡面幫忙他們的話，那他們怎麼會穩定呢？怎麼會好呢？像康家他們這樣，他們有這個機構，我們送去那邊，可以幫忙照顧我們阿！對不對...所以我很感謝他們那些老師。」(F3)

「選擇康家...最主要就是要讓他吃藥可以穩定，而且可以穩定控制他、可以穩定他的心情，這個很重要。因為一帶回來的時候，他不按照規律的，他就會吃飽睡飽吃，沒人管阿。去那邊有人管你，什麼時候做什麼，他就會運用腦筋，他就不會亂想，就不會懶惰、懶散下來... 所以要找到一個很好的機構要讓他在裡面穩定的話也是很不簡單，而且又很近。」(F3)

(五) 社會福利制度介入

社會福利屬於生態系統資源中最外層的保護膜，福利提供者為縣市政府，屬於最正式的資源。透過訪談中可瞭解目前精神障礙者福利服務，可分為兩大類，一類屬社會救助中的「身心障礙福利」，另一類屬於健保醫療上「重大傷病」就醫之福利，福利提供部分家屬陳述相較不深入，但使用後之感想皆表示，對現階段幫助很大，簡單分述如下：

1、身心障礙福利

透過與家屬訪談，可瞭解最能減輕家屬負擔的不外乎即身障生活補助費，即經濟上的協助。我國身心障礙生活補助費隨著障礙程度的不同，津貼補助金額亦不同，我國特別訂定「身心障礙者生活補助費發給辦法」對家庭總收入及財產符合之身心障礙者，每月核發生活補助費，F1、F2 同表示生活補助費能夠協助生活支出，協助支付機構每個月住宿費，若有不足部分家屬再補貼。

「是經濟的關係，到後來人家叫我去申請身心障礙啊。要去 XX 叫它申請，所以我就轉過去 XX 才開始，那時候 OO 說可以補助。」(F1)

「媽媽現在身心障礙手冊...四千七，大概都是用這筆錢去繳這邊，然後我再貼不足的部分，因為她現在領的這個四千七，我也不知道，她這個好像不是那個手冊的錢。因為那時候我給她辦的時候，是辦手冊的錢...我記得是身障手冊，身障手冊是四千七」(F2)

2、健保重大傷病福利

擁有重大傷病卡最主要就是能節省醫藥費、掛號費、自行負擔費用等，只需要付自費項目以及掛號費即可，一般來說，若有申請到重大傷病卡，住院時的許多費用都能免負擔。此部分就醫費用上的減免，對於精神疾患來說可說是一大福音，原因為慢性精神疾患是需要長期醫療介入的，除了定期門診追蹤之外，住院

頻率以及長時間住院的次數都比一般疾病來得多也來得久，依本研究之研究對象罹病年數可知，有的三、五年，有的甚至十年以上，若沒有此福利，醫療費用的累積下來是一筆相當可觀的數字，對於家屬來說即是另外一種壓力。F1、F2皆表示精障者皆有重大身份，住院期間可用重大傷病福利，減少住院費用的累積，對於家屬來說亦減輕經濟負擔。

「還有一張叫什麼...重大傷病卡。我月繳七千五...」(F1)

「現在有政府幫忙，這樣是有好一點，我負擔比較不會那麼重。」(F1)

「就是醫院幫我們開那個單子出來，因為那時候是醫院跟我們講的，還是公所跟我們講的，她是說有重大的話，如果住院還是什麼的，會比較有優惠一點點。」(F2)

家庭外部資源，對整個慢性精障者家庭來說是一層又一層的保護膜，因為家庭內部資源已經無法因應精神疾患事件所造成的危機與壓力，故需要仰賴外部資源的介入及協助，相反，這些外部資源的存在是為了要鞏固家庭的完整不被破壞。

第五節 慢性精障者暫時無法回歸家庭之原因

本研究研究對象之五位慢性精神障礙者，目前皆正接受康復之家等社區復健機構服務，康復之家存在目的是為協助精障者出院後，因家庭或個人因素暫時無法返家而設立的中繼站，根據訪談內容，可整理出三面向「家庭成員間互動溝通網絡尚不密切」、「傳統家庭觀念及管教模式」以及「社會異樣眼光」來探討，現階段慢性精神障者無法返家的原因，分述如下：

一、家庭成員間互動溝通網絡尚不密切

人和人接觸除了肢體上互動之外，最重要的就是溝通，而家庭成員是與個人最密切相關的，要促進家庭的和諧，改善家庭的氣氛，維持家庭各個系統的正常運作，就需要有良好的家庭溝通。

根據訪談內容可發現，以慢性精神障礙者來說，與家人之間的互動較為單一化，主要互動對象以主要照顧者為主，如 C1 所述，互動主要對象為媽媽 (F1)，與爸爸、哥哥們互動頻率相對少很多，居住康家期間，節日時有返家住幾天，C1 覺得返家很無聊，雖然說家人白天都外出工作，但晚餐時間，家人們自己聊自己的覺得插不上話，而 F1 會試著當中間橋樑，與 C1 找話題聊天。

「跟大哥、二哥、爸爸還是比較沒有互動...就是應該也是說，沒有在相借問...他沒有在彼此關心...跟我媽媽的互動比較好」(C1)

「清明節之前有回家兩天吧...無聊...他們白天上班，晚上一起吃飯都

沒有講話，他們在那邊聊...聊他們工作情形啦，還有見面狀況我都不知道...媽媽有跟我講到話。」(C1)

「跟兩個哥哥互動反正都差不多啦，怎麼說，反正他跟他們都沒話。不會聊天啦，跟他說也講不來。」(F1)

「那次回來一兩天也沒有講話...有時候我會找話題跟他講，跟他叮叮噹噹這樣。」(F1)

「哥哥沒有跟他的互動...我老二不會跟他互動。下班飯吃一吃，他很少跟他說話。上次回來一兩天也沒有講話。」(F1)

首先 C2 談及，過年與女兒們返家吃團圓飯，只會跟女兒們互動，與案夫因過往有不愉快的經驗，這不愉快的經驗為案夫酗酒後對 C1 家暴以及案夫有外遇紀錄，導致至今都皆不再互動。

「我無緣的(案夫)那一邊...差不多過年回去這樣啦。回去都沒有講話，我無緣的那個都沒有講話，只是跟我女兒在那邊講話。」(C2)

「媽媽可能跟我們一起吃團圓飯，好像兩次還三次而已...媽媽她們除夕在外公那裡吃團圓飯，跟爸爸吃團圓飯是初二，我們回娘家，她跟我們一起回去的。」(F2)

「她原本是跟我父親住啦，可是我父親會喝酒，喝酒完之後就會打她...我們國小的時候...那時候我們是住在一起，然後我父親如果喝酒打她，她就會跑走，我阿嬤外婆家就會接去台北，送去我阿姨那裡，就是距離比較遠。我爸比較不會去這樣。我爸沒有喝酒的時候都是很正常的，但是喝完酒之後就比較會那個，可能是因為我媽媽那時候就是被他打，然後跑出去，她都直接離家出走，然後後來她可能是擔心又被抓到會被打，所以她就變得越來越嚴重，越來越嚴重，我覺得那時候住公寓，她就會一直看陽台外面，她只要看到車子跟我爸一樣的，她說好像是你爸來了怎樣怎樣，後來的時候就是一直累積一直累積，其實她起初的時候我們都不以為意...我媽媽就是疑心病很重，都會覺得我爸爸外遇還是什麼的，因為我爸爸曾經就是有外遇被她抓到過，所以她就是覺得你一定又有。只要我爸爸晚歸，還是說喝酒回來怎樣，她就會跟他一直灰一直灰，然後就被打。所以就是一個銅板拍不響啦，就是她自己那張嘴也有問題，就會打。」(F2)

F2 等手足有互相討論，是否讓 C2 返回家庭，原本考量讓 C2 與案夫合租房子，但 F2 認為不妥，原因為案夫至今酗酒行為仍未改善，再加上 C2 本身個性因素，兩人若同住一個屋簷下，F2 擔心又會產生爭執而影響 C2 病情。

「看能不能跟爸爸溝通說，住在一起還是怎樣。可是問題爸爸人就是沒有喝酒都很喝，只要一喝酒就不一樣了，加上我媽媽的嘴也很劈哩啪啦，就是也會一直念一直念，以她就是會一直念一直念，反正一個銅板拍不響那樣...我印象中可能一個月看有沒有一兩天沒吵架的...你用沒吵架來的算會比較快。因為他們兩個就是很會那個，一個愛喝酒，一個愛念啊。」(F2)

F3 很清楚說明無法讓 C3 返家的原因，表示因為家裡環境因素，C3 的爸爸因住在家中，爸爸的說話語氣 F3 覺得會刺激到 C3，另外包含家裡其他原因 (F3 不願多說)，所以決定先暫時不要讓 C3 返家。

「他之前都是跟他媽媽住，但是他媽媽看到他這個情形，也都放棄了，她就是...不是說沒有辦法管啦！就是說放棄不要就對了，講一句難聽比較快的話就是這樣」(F3)

「互動狀況不是很好啦！我為什麼不要讓他在家呢？因為我們環境的問題，那時候環境真的很不好，因為他爸爸講話有時候都會刺激他，等於是間接傷人。他都會說給 C3 聽，譬如說奶奶哪裡不好，或者是說媽媽哪裡不好，或是講說誰不好，他爸爸都會這樣子講，這樣很不好。所以我們家裡因素，還有有些家裡的問題，我們家也是環境的問題，所以為什麼我要送去康家，不要讓他住在家裡。」(F3)

家庭成員間的互動與溝通，衍伸到家庭環境與家庭氣氛，溝通是現代家庭最需要學習的技能，從訪談內容可知，每個家庭尤其精障者家庭，都需要溝通來拉近家庭成員間的距離，當彼此的溝通出了問題，進而影響家庭氣氛，導致整個家庭環境無法配合慢性精障者的生活。

二、傳統家庭觀念及管教模式

(一) 傳統家庭觀念

在傳統華人家庭觀念裡，俗話說男主外女主內，即外出工作、賺取金錢來養家是男性的責任，而女性大多從事家庭事務，例如照顧年老和年少的家庭成員；此觀念在訪談 F1 時可以明顯感受到，F1 的丈夫長期於國外工作，對於家裡事務較少關心亦不過問，而照料家中大小適宜皆落在 F1 身上，一方不過問一方不會說，久而久之家庭訊息就會有斷層，尤其當 C1 罹精神疾患，從發病住院至今，爸爸對於疾病瞭解和給予支持是相對少很多的。

「他爸爸也是到今年才從大陸回來。他都沒有在管誰在家裡誰生病的時候，他不在家都在大陸，他也不知道，沒有在管家裡的事情。」(F1)

在台灣某些傳統家庭觀念裡，認為嫁出去的女兒如同撥出去的水，而在傳統期待中，嫁出去的女兒一但進入婚姻，一切該以夫家為重，且孝養公婆被視為理所當然；F2 曾經想過要讓 C2 返家，但目前 F2 與婆婆同住，若將 C2 接返家，婆婆是不會答應與 C2 同住，故 F2 想要搬出去後把 C2 接回來一同居住但又考量婆婆的感受，覺得 F2 對娘家比較好，另外加上經濟上的壓力，故街 C2 返家的願望遲遲未達成，訪談中可以感受到 F2 的無奈。

「因為治療之前我原本會想說，如果可以的話，因為我是跟婆婆住在一起，我們算大家庭，因為最起初的時候，我是跟我先生講說，我想要搬出去，然後把我媽接來跟我們住這樣，可是因為礙於怕我婆婆她會亂想，她會覺得說我都是以娘家為重，把她們那邊的丟著不管這樣，加上我老公是跟我說，幫她們房貸還完之後才能搬，變成說如果我們搬出來的話，他要繳外面的房租，又要繳家裡面的房貸，他怕負擔太大，不然之前的時候，是希望把她接去跟我們一起住。可是因為加上我先生他們家也卡一些問題，然後變成說那個期望就越遙遙無期...因為我婆婆在家，她是不可能可以去我家住的。」(F2)

(二) 傳統家庭管教模式

雖然說現代的父母相對於以前傳統父母，在家庭管教有很大的轉變，傳統父母親屬於權威式的，尤其是父親或男性長輩就是家中的掌權者，讓子女對其又敬又畏，若有犯錯多打罵教育，一種恨鐵不成鋼的觀念。根據訪談內容，C1 及 C3 皆表示此現象。首先 C1 陳述，父母管教屬於表較嚴格的，從生活瑣事到與朋友交往都在管轄範圍內，沒有討論的空間與彈性，一切依照父母所訂的規矩來走，如有違規行為發生，大部分都是棍子伺候，讓 C1 覺得很不自由。

「而且我家裡面的那一些的怎麼講，我也不知道怎麼講，就是比較不關，就是管教好像比較嚴...媽媽...就是生活方面，就是我覺得家裡管教過嚴，覺得自己不自由，被盯著。因為錢啦、還是朋友啦，都是管教過嚴...從國中吧...國中的時候我還不覺得，高中吧...比如說就是交女朋友，她就是不要讓我交女朋友...就是說不好，還是怎麼樣吧，她就是有些事她說不準就是不準，沒有辦法說什麼。她說不準交就不準交。(C1)

「都沒有自由可言啦，我又不愛讀書，家裡面爸爸又希望我們一直讀書...都讀到大學啦，那一些。家裡沒有錢，加上我們不喜歡讀書，又很怕爸爸媽媽，自己讀到高中就好了。」(C1)

「我小時候被爸爸打過一次吧。好像就是誤傷了隔壁小孩子吧，然後

他爸爸帶他來，然後我爸爸打我說我沒有跟他講這件事，然後就被打。然後我媽媽時常打我...在國小的時候時常打，天天打...不是作業，就是我晚一點回家，就被打。」(C1)

而 C3 表示，家庭成員之中尤在面對爸爸和爺爺的時候，自己內心是覺得害怕的，害怕做錯事而遭來責罵，且爸爸和爺爺在罵人言語上是會讓 C3 聽了覺得很不舒服。

「爺爺跟爸爸是比較兇... 我會怕爺爺，怕爸爸，那種感覺不知道怎麼講...應該是比較嚴格吧...就是不要做錯事，反正會講得很難聽就對了，有時候我做錯事，就是會講得很難聽...因為男生就是很兇」(C3)

在這世代交替的年代，看似傳統觀念有漸漸式微的趨勢，但仍有某些觀念是深耕在你我之間，且短時間內無法改變的，慢性精神障礙者回歸家庭這條路，路途上有太多的干擾因素以及無法言喻的潛規則在阻礙著，需要一一面對和克服。

三、社會異樣眼光

談到精神疾患，一般人常會直接聯想到「是一顆不定時炸彈」、「是危險份子」、「會攻擊別人」等等，而大眾會有此認知，其中之一是來自新聞媒體的報導，媒體往往為了吸引觀眾或讀者，時常將有關精神疾患者的新聞報導，尤其負面事件，報導非常戲劇化，進一步加深社會人士對其誤解，對精障者及其家屬產生異樣眼光，對家屬來說是一個沉重的心理壓力。

F1 在陳述當時 C1 發病時，因情況緊急需要請求救護車來協助送醫，但因救護車執行公務都需要鳴笛，但 F1 覺得鳴笛很大聲，在巷子裡鄰居大家都認識，如果鳴笛會讓鄰居都知道哪一家出事，訪談中感受到 F1 對於此事覺得羞愧，所以請求救護人員出巷子後再鳴笛。

「要把他送去我還叫那個救護車，你不要叫著來。他說我們都要開，我說不然你出來外面再叫啦。因為會怕，這個都認識的，在那裡叫，就知道哪一間了，哪一間生病，我就跟他說不然你出來再叫。」(F1)

「...他跟他阿祖也不合。反正大家都怕他，他是不定時炸彈，他自己跟人家其實我們大家都對他，要讓他看看能不能做得住，他就都做不住。不然就是做一做，就不知道跑去哪裡了。摩托車騎去山上哪裡，什麼廟啊他都知道。」(F1)

F2 表示剛結婚時，因為 C2 罹病關係遭受婆婆的異樣眼光和諷刺性言語，當下感受很不好。

「婆婆知道媽媽的狀況。以前剛嫁進去的時候，都會被我婆婆取笑。就是會跟左右鄰居講啊，說我媽媽就是瘋病去住院什麼有的沒有的，她就會被我婆婆取笑，跟親戚左右鄰居講怎樣的。現在也是，我在這裡回去的話，她知道我來這裡，還是小孩子有來這裡，她回去就說，你阿嬤有比較好？會認得你們嗎？知道你們叫什麼名字嗎？...那種感覺真的蠻不好受」(F2)

現實生活中，我們常會對某些事情作直接的聯想，即所謂的貼標籤，而這種聯想是很自然地在我們的想法中隨之產生，如同當一般人知道研究者從事社會工作領域服務，通常與「有愛心」直接劃上等號狀況般，社會上的特殊族群，不只精神障礙者，不僅是需要家人親友與專業人士的關懷支持，更是需要社會大眾的包容與接納，如此才能使其在社會上好好地生活。

第五章 研究結論與建議

第一節 研究結論與討論

本研究針對五位慢性精神障礙者，以及其中三位慢性精神障礙者家屬進行訪談，藉以瞭解家庭支持是如何陪伴慢性精神障礙者因應精神疾病治療，以及慢性精神障礙者對家庭支持之感受，並從另一方面探討慢性精神障礙者家屬如何使用相關資源面對慢性精神障礙者，從中發現家庭支持、家庭資源對慢性精神障礙者及其家屬的重要性。

透過訪談內容可知慢性精神障者的周圍總環繞著醫療、家庭、資源三方面，需透過這三方面的互相協助及搭配，才能讓慢性精障者從發病住院到回歸家庭、社區這條路更順利，故以下分為三個部份來做討論，首先討論精神疾病與醫療治療之間的依賴程度，接下來討論慢性精神障礙者與家庭支持之間的關係，最後討論慢性精障者家屬與精神復健資源支持使用原則，分述如下：

一、精神疾病與醫療治療

許多研究皆顯示，精神疾病是腦部功能異常，腦部的神經傳導物質不平衡所導致的，但一個狀況的發生絕對不單單只因為單一因素所導致，生活周遭的環境、個人性格特質以及承受壓力的程度等都有可能是因素之一，當然，以醫學科學角度來說，造成精神疾病的主因是腦部功能的不穩定，而關於個人生活的環境、心理、社會等之差異都只是疾病發生的誘發因素。

無論是醫學研究或是研究者的實務經驗，精神疾病與醫療治療是密不可分的，如同研究對象談到，發現自己有病就要看醫師，廣義來說，即當發現自己無論生理或心理，覺得與平常狀態不一樣時，而這改變狀態可能已經干擾一小段時間、或打亂生活作息時，就需要透過專業人員的協助或進一步治療，尋求資源協助的時間點很重要，及時發現及早處理，復原的速度及程度才能較快及好。

（一）延遲就醫導致病情嚴重

在傳統年代裡因對精神疾病不了解，總以超自然或宗教方面來解釋精神疾病，認為是受到神明的懲罰或惡靈的附身，或是犯禁忌、沖煞、或是受驚、或是生活風水問題等等，然而，隨著醫學、科學的進步，以往這些謬誤的觀念相對已逐漸被導正，但根據研究結果可知，現今社會中，當發現家人罹患精神疾病，仍有部分人還是覺得可能被惡鬼附身，或是碰到不乾淨的靈魂、或是否有冤親債主找上門，在這樣直覺之下尋求民間信仰來解決，如改運、收驚、去鬼神等儀式，聽說哪邊靈驗就往哪邊去。

資源使用會影響到精神障礙者及其家屬之求助行為，國內研究發現，大部分精神障礙者家屬在非正式資源，如家人、鄰居親友、宗教信仰的尋求上優先於正式資源（蔡明棋，2006）。尤其在宗教信仰部分，同於研究對象之家屬部分在尋求一連串民間信仰儀式來治療之後，而這途中精障者與家屬花了很多時間、金錢、體力，但卻不見起色，精障者的精神症狀反而越來越嚴重，而當嚴重到已經影響其他家人的生活作息，或者障礙者本身的脫序行為已有危及生命或他人生命之風險，此時家屬才轉向尋求醫療資源的介入，開始接觸精神科，就醫過程中慢慢瞭解精神疾病所帶來的精神症狀為何等。

當然，並不是說民間信仰的治療是完全錯誤的，過程中或許可以有輔助效果，如使心靈得以舒緩、改變觀念使更正向看待事物等，但絕對不是當作主要的治療方式，台中榮總精神科主治醫師林志堅醫師表示，一個人的精神狀態本身具有多變的面貌，精神障礙的原因是多重的，所以，如果懷疑自己或是周遭的親友可能疑似精神障礙，應盡快就近接受精神專科醫師的診療，切莫用錯方法或諱疾忌醫，以免錯失治療的黃金時機而延誤病情。大多數的精神疾病，若能及早就醫，接受適當的治療，並視實際需要合併心理諮商、心理治療、行為治療、婚姻與家族治療等，通常都可達到良好的治療效果。

（二）自主服藥狀況不佳

東元綜合醫院精神科楊錚宜主任表示，許多精神科所開立的治療藥物有一個特性，就是往往需要服用一至三週的時間，療效才會慢慢出現，同樣的藥理性質，也造成病患中斷服藥時，大約一至兩週體內的藥物才會完全排除，這樣的情況造成病人產生「吃藥沒效果」或者「停藥沒差別」的錯覺，因此病人的醫囑服從性也更不好。

我們知道許多疾病，特別是慢性疾病，是需要長期依賴藥物來控制在安全數值範圍內，如高血壓、心臟病、糖尿病等，而精神疾病亦是如此，需要靠藥物來

穩定精神症狀處於穩定狀態，研究者在實務工作經驗中，因為未穩定服用藥物，導致疾病復發而需要反覆住院的病人確實不少，而每一次的疾病復發，對其腦部都是一次又一次的傷害，只要一發病，之前所做的復健治療，都必須從頭來過，重新開始，對精神障礙者來說，藥物劑量需要比前一次增加，對身體而言何嘗不是另一種負擔，然對家屬來說，再次經歷就醫歷程其實也考驗著挫折與耐心。

研究結果中可知，慢性精神障礙者在經過多次住院後，漸漸認知到如果沒有穩定服用藥物，疾病容易會再復發，如此又要回到住院的日子，據研究對象之慢性精神障礙者立場，住院的日子對他們來說是不好的回憶，他們寧願穩定服藥也不要再次經歷住院。另外站在其家屬立場，想法與醫師表示亦同，皆認為服藥的重要性，有些立場覺得當初因沒有穩定服用藥物，而照顧者可能沒注意或沒有辦法強制個案規律服藥，才會導致疾病起伏。

二、慢性精神障者與家庭支持

研究者目前在精神專科醫院擔任社會工作師，在醫院中處理的事務有很多，當中扮演最多的角色就是兩者之間的溝通橋樑，以往在一般綜合醫院工作經驗，需要擔任醫護人員與病人、家屬之間的溝通橋樑，即所熟識的醫病關係，但在精神專科醫院另外很特別的地方，除了擔任醫病之間橋樑外，更多時間是在協助住院病人與其家屬之間的溝通。

然而，在工作經驗中可以發現，於精神專科醫院住院的慢性精神障礙者，其家庭支持的好壞與未來是否成功回歸社區的是呈現正相關的，意思是說，慢性精神障礙者有較好的家庭支持，回歸社區成功機率比較高，研究對象有五位，皆為居住在康復之家的慢性精障者，雖然只談到其中三位的家屬，但透過慢性精障者主觀感受描述，可以發現此五位慢性精障者能夠回歸社區，穩定地使用精神社區復健資源，於康復之家接受社區復健訓練，很多是來自家庭的支持與協助。

何謂好的家庭支持，以慢性精障者角度來看，依據訪談內容中整理後可知，即滿足個人不同層次上的需求，發現其層次需求與馬斯洛的需求層次理論

(Maslow's hierarchy of needs) 大致相符。馬斯洛於 1943 年《心理學評論》的論文〈人類動機的理論〉(A Theory of Human Motivation) 中所提出的理論，且於 1954 年的書籍著作《動機與個性》(Motivation and Personality) 當中完整闡述：表示個人是一個統一的、有組織的個體，個人絕大多數的欲望和衝動是相互關聯的，這些需要不僅僅是生理的，還有心理的，而人類的需要是以層次的形式出現的，由低級的需要開始，逐級向上發展到高級層次的需要。除此之外，更呼應文獻探討論述三種類別的家庭支持，下列研究者將需求層次與家庭支持種類來合併討論。

(一) 工具性支持

文獻探討中表示，工具性支持代表實質上的滿足，實質就是任何看得到或用得到的物品，層次屬於最低且最具優勢，其包含物質、金錢、日常生活協助等。依據研究對象的分享，可以整理出家庭在工具支持裡，提供慢性精障者兩種實質上的滿足，首先是生理滿足，另一種為經濟安全上的滿足。

1、生理滿足

滿足生理需求是最基本也最急迫的要求，生理需求包含很多面向，如：食物、水、空氣等 (Maslow, A.H, 1943)。我們常說民以食為天，根據訪談內容可知，食物是慢性精障者與家屬之間聯繫的重要媒介，慢性精障者希望來自家人的關心，會主動向家人提出需求，食物是最簡單也最直接的，希望家人來探視時可以帶自己喜歡吃的食物；相反的，當家人要向精障者表達關心，最先想到的也是帶對方喜歡吃的食物去探視。

在專科醫院工作經驗中，有些精障者希望家人探視他，每次打電話回家或透過社工協助轉達，都會表示希望家人帶哪一類食物甚至會列清單，由於精障者認知功能相較退化，大部分只想到自己的需求，而未想到自己這樣的要求會不會太超過，或者無法考慮家人是否可以一次帶這麼多東西等，這其實也是造成與家屬之間溝通障礙，因此與精障者會談時，都會接此認知教育，衛教精障者表達需求之外，亦要考慮對方是否方便，當然不可能一次就教育成功，需要一次又一次，一遍又一遍不斷地反覆衛教，才能有機會看到一絲改變。

家屬滿足慢性精障者口慾並非無條件的供給才算是關心，當慢性精障者表達需求時，家屬通常會做適當的篩選和更換，不確定或無法篩選的，建議諮詢醫療團隊，因有些食物對於精障者來說太過刺激，例如味道比較重的或含有咖啡因等食物，可能導致情緒起伏或影響睡眠的食物，就會盡量避免，社工師在與家屬會談時，亦會將此概念納入衛教知識中。

2、經濟安全

俗話說錢不是萬能，但沒有錢卻萬萬不能。人類日常生活中的食、衣、住、行、育、樂等，全都需要金錢來支應，這是一個很現實的生活考量，雖然研究對象之五位慢性精障者，居住在康復之家，生活日常吃、喝、住都由康家來供應，然而其雖符合重大傷病身分可由健保來支付康家復健治療費，但仍有住宿費等生活費用以及另外零食支出或額外生活費用、物品購買等，皆是需要家屬來負擔的，慢性精神障礙者無論住院期間或接受社區復健機構服務，家人提供穩定的經濟支持，可以使其免於經濟缺乏危機。

(二) 情緒性支持

在個人處於危機期間或遭遇壓力階段時，使人心裡能得到較舒緩的支持，比如對友誼、愛情以及隸屬關係的需求，以層次來說屬於較高層次的需要

(Maslow, A.H, 1943)。當一個人覺得受到他人的，尤其是家人的關心、被接受、信任的時候，心中隨之產生的那份歸屬感與安全感，是無法言喻的安穩。

1、穩定情感連結

每一個精障者家庭的背後都有道不盡的經歷，有說不完的心酸故事，精神障礙者帶給家庭的問題可能是許多人，不只是社會大眾，甚至連醫療團隊等專業人員都無法體會，這也是為什麼慢性精神障礙者在與家庭維繫情感這條路是相當不容易的原因。

在工作經驗中發現，當慢性精障者與家人有穩定的情感連結，比起情感連結較薄弱者，其情緒穩定度、復健配合度都高出很多。研究過程發現，研究對象都曾提到無論住院或住復健機構，家人的穩定探視是很重要的，可以給予精障者足夠的安全感，所謂的穩定探視並不代表高頻率探視，如一個禮拜一次或兩個禮拜一次，有的久些是一個月一次等，無論頻率如何，只要是穩定探視，對慢性精障者來說就代表可以預測而非不確定性，知道家人什麼時候會到，如果家人有事無法在約定時間到，會事先告知已有心理準備。

而站在家屬的立場，研究對象表示，自己可以同理生病的人住院或沒有在家人身邊，都希望有人可以去探視，其抱著探望家人的心態，有些舟車勞頓不辭辛勞都會在固定時間出現，雖然說精障者處於精神狀態未穩定階段時，給予家人或家庭帶來一定程度的傷害，每次傷害後都需要家人來處理善後，但家人的正向價值以及樂觀想法使能更同理精神疾病，如此一來，對待慢性精障者就可以多一份包容，那麼付出就不會覺得辛苦。

2、情感維持

人類對親密關係的需求凸顯了家庭情感功能的重要性（張美玲，2013）。人與人之間的相處，即是一種情感的交流，以家庭來說，家庭成員間情感交流，可以很容易也可以讓人感覺窒礙難行，在傳統家庭觀念中，家人之間的情感表達相對比較保守，家人間彼此較不會分享個人內心感受，或向對方表達關心或感謝。在家庭中，良好的親情關係是建立在情感維繫之上的，有了良好的情感維繫，才會對家庭產生依附、安全感和信任感。

研究過程中發現家庭的情感維繫，較好的維繫方法包含給予聆聽、陪伴、理解與包容，聆聽對方所述，陪伴復健過程中的歡樂與淚水，理解疾病所帶來可能的情緒起伏和異常行為，用包容的態度來面對這一切，使得慢性精神障礙者在回歸社區、家庭這條路上並不是孤軍奮戰，而是有最親的家人一起面對。

（三）訊息性支持

當面對問題的時候，能給予建議、彼此討論，以瞭解解決問題的訊息，可以減少不確定感，此屬於最高層次的需求，且是一種衍生性的需要，透過家人不斷地鼓勵、教育提供現實感、未來方向以提升自信，對慢性精神障礙者來說，在復健之路可以減少很多不必要的挫折，以免病情又再次起伏。

訊息性支持在本研究中，探討相較不深入，原因為研究對象接觸社區復健皆在五年以下，大多集中在一年左右，此時慢性精障者與其家屬只求目前穩定服藥、規律作息以及透過復健治療提升能力，對於未來規劃尚未深入探究，但仍可從研究過程中發現，家庭支持在這一塊並非以排斥態度或避而不談，面對精神障礙者的期待，家庭仍以正向態度來因應與支持。

長久以來精神病人之治療與復健受到西方醫學影響，介入時容易有狹隘的思維，只把注意力放在個人層面上（葉錦成，2011）；而每一位生命都有存在的價值，精障者在病期穩定或康復之時，應該尊重其主觀看法，鼓勵他們重新在自身的問題中反省，重建生命、生存、生活的意義和勇氣（韓青蓉，2013）。研究過

程中發現，慢性精神障礙者病情呈現慢性化且趨於穩定，並穩定接受社區復健治療，但對未來何去何從，確實仍充滿著焦慮，故對未來會產生很多想法、規劃和期待，且急著與家人來討論，此時家人的應對態度就很重要，雖然有時候期待會大過實際面，但慢性精障者其實在病識感等認知上相較來說是有一定程度，對於未來可以與家人彼此討論的，對於家人的忠告會去思考，再透過復健治療等專業人員不斷教育，是可以慢慢規劃未來之路，如果家人在此時打擊自信心或給予負面想法，使得其無法自我實現，那麼對於正在復健治療的慢性精障者來說，會使其自信心受損，隨之復健動力就會降低，產生無望感後隨之而來的負面效應，對正在復健治療的慢性精障者來說是一大傷害。

三、慢性精障者家屬與精神復健相關資源支持

慢性精障者疾病已呈現慢性化，具有復健潛力的精障者夠過健保資源提供精神復健治療，而這是一段漫長的道路，復健道路上會產生許多阻礙，包含疾病復發、復健受挫等。曾任中華民國康復之友聯盟副秘書長陳萱佳表示，對精障者家屬來說，當家人面對家中有罹患精神疾病的成員，就像是新手爸媽面對新生兒來到一般，但不一樣的是沒有擁有新生命的喜悅，有的僅是對於精神疾病的未知與社會汙名帶來的恐慌與無助。

在醫護人員的眼中，「讓病人返家」是一件相當天經地義的事，但在社會工作者經驗中，卻時常可以感受到家屬們聽到這消息時的矛盾與痛苦（趙有誠總編，2005）。研究結果亦顯示，家屬面臨精障者即將出院之時，會煩惱、會擔心、會陷入兩難，煩惱精障者出院後該何去何從，擔心返家後缺少醫療團隊的協助會再次經歷發病住院的循環，想讓其繼續住院但醫院評估已達出院標準，一連串的問題讓家屬備感壓力；目前台灣精神醫療治療發展可說相當完善，但出院後的接軌服務是讓家屬不放心的，因健保制度的完善，使人們在疾病問題處理上仍是依賴醫療為主，當脫需要離醫療之時，就會顯得相當不安心。

不是所有病人症狀穩定後即可出院，家庭成員是否準備好接受病人是一個很重要的指標，而社會工作者平時即需熟悉各類資源，並在病人入院評估時發現安置疑慮時，提醒團隊共同關心，在治療過程中予以配合，以期病人能在最妥善的安置下出院（韓青蓉，2013）。研究者工作經驗裡，當醫師評估精障者疾病達穩定需要出院時，即會轉介社工人員介入，與家屬討論出院後的規劃，社工人員會在醫師建議與家屬期待間不斷溝通，溝通過程中連結相關資源提供給案家，工作經驗裡，精障者出院後，大約有三個方向，一為家屬帶返家，二為轉介安置機構，機構依照精障者功能與潛力不同，可轉分長期照顧機構或者社區復健機構，三為轉至其他醫院，有些會選擇其他精神專科醫院之慢性病房來延長治療時間。

這三個方向的規劃，社工人員所連結資源大不相同，因研究者目前於精神專科醫院服務，故上段所描述的第一及第二方向是較常與家屬討論的，若家屬選擇帶精障者返家，社工人員會評估案家的家庭資源是否能夠因應，反之，若家庭資源無法照顧精障者而家屬選擇安置機構，若精障者因年齡漸長，生理照顧需求大於精神照顧需求，此時建議轉介精神護理之家等長照機構；若精障者年齡屬勞動人口，醫療團隊評估仍有復健潛力，則與家屬討論轉介社區復健機構，以下依據研究對象陳述，針對家庭資源以及社區復健機構之康復之家來做進一步討論。

（一）家庭資源

家庭資源就是家庭所擁有的資產，可以用來面對壓力，而不是面臨壓力時採取消極性或非功能性應對方式（謝秀芬，2011）。目前政府身心障礙政策中，透過各地方政府的身障資源中心來針對身心障礙家庭，規劃很多家庭支持的方案計畫，目的就在能夠增加家庭的資產，減輕家庭因應身心障礙者的壓力。研究過程中發現，慢性精神障礙者家庭擁有資源的多寡，無論內在或外部資源，與慢性精障者回歸社區、家庭後的穩定狀態是有相關的，也就是說，當家庭資源擁有越多，那精障者回歸社區或家庭生活越穩定。

Janzen C.和 Harris O（1977）認為有四種類別的資源可以說是家庭資產：（1）家庭的整合與凝聚力；（2）家庭的適應力；（3）溝通能力；（4）外在系統的連結（轉自謝秀芬，2011）。根據研究對象之慢性精障者家屬分享可知，家庭資源對家屬陪伴慢性精障者，無論就醫之路或復健之路，都是相當重要的支持。家庭資源根據研究結果，可分為內部資源及外部資源，內部資源與文獻家庭資產中的家庭適應力及凝聚力相符合，適應力與家庭成員的價值觀以及個性有相當程度的關係，當家庭成員擁有較多樂觀且正向的想法和信念，則家庭適應力越強，更能去因應與調適外來的壓力及危機。

然而，陪伴慢性精障者就醫或復健是一個長期的過程，不是一年兩年，而是從開始罹病後就好像沒有終點般的往前走，只是這一條路是透過補強後變平坦些或是崎嶇，而不管個人有多樂觀、多正向，家庭內沒有辦法有源源不絕的能力可以提供，總會有某些時刻覺得累或挫折，此時家庭外部資源就會變成重要的支持，也就是家庭與外在系統的連結，以補足內部資源的缺乏與消耗。

某些家庭的壓力需要外在支持，這些支持的資源可能是物質也可能是心理和情緒支持，一般來自朋友或擴大家庭系統的支持，這些對問題解決是很有幫助的（謝秀芬，2011）。研究過程中瞭解到家庭外部資源可相呼應，包含我們所熟識的左右鄰居或身邊的朋友，俗話說遠親不如近鄰、出外靠朋友，當家庭資源不足以因應危機時，鄰居和朋友的協助和安慰就好像雪中送炭那樣溫暖。除此之外還有專業人員的支援，面臨一個陌生的經歷，需要靠有經驗的人來給予道路方向，專業人員在領域內從事服務，服務個案不盡其數，此時專業人員給予的資源和方向對家屬來說是可以參考且快速能夠決定方向，另一方面更讓家屬免於對未來的焦慮和減少不確定感。最後當然社會福利是不可或缺的資源，政府福利是長期性的，大多為經濟上的補助，這是最實際也最直接的協助家庭對精障者的經濟支出。

（二）康復之家

本研究研究對象皆目前正居住於康復之家之慢性精障者及其家屬，皆談到很多當初為什麼會選擇康復之家的考量，故此段特別針對康復之家提出討論。康復之家（以下簡稱康家），即當精神障礙者病情穩定後出院，但又因各種內外因素無法立即適應社區或家庭生活時，此時提供一個半保護性、暫時性的居住環境，在各種專業人員訓練及協助下讓精障者循序漸進適應社會生活，且於社區中提供復健治療，包括工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等，提升精障者自我照顧的功能，及與家屬相處上的障礙與能力，進而回歸家庭、社區生活。

研究過程中瞭解到，站在慢性精神障礙者角度看康復之家，精障者表示康家環境相對醫院病房來的自由，可以隨時呼吸外面的空氣而非冷氣房空調；再者康家的生活是屬於團體生活，裡頭住著一群有類似經驗的人們，可以互相交流、鼓勵和安慰，對慢性精障者來說，與人互動並不是那麼容易，以往社交經驗缺乏，除了家人之外較少接觸外界的人事物，在康復之家中透過與先與相同經歷人互動得到社交成功經驗，漸漸地接觸社區居民，再慢慢進入社會；最後，居住在康家，有著半規律的生活，讓生活有目標或知道今天該做什麼事，康家訓練自己如何自理過生活，不像住家裡有家人可以協助整理，另外康家會安排很多活動及訓練課程，有認知教育也有實際操作課程，居住在此比較不會胡思亂想以穩定情緒。

另外，站在家屬立場看康家，大致與慢性精障者表達差異不大，但仍有些觀點是與慢性精障者是不同的，首先為康家可以讓精障者穩定服用藥物，這是家屬相當重視的一環，能夠穩定服藥代表病情得以控制；再者康家可以提供復健治療提升工作能力，以利未來能就業，家屬最期待的就是未來精障者可以自立生活，有一天可以不需要依賴家人的經濟支柱，所以就業能力是重要的，研究對象家屬

曾表示，有時候自己也是會有經濟壓力，除了要負擔精障者的機構費用之外，還有自己生活開銷，但為讓精障者能穩定病情，減少壓力免於疾病再復發，都會像精障者表示不用擔心經濟狀況，故協助慢性精障者就業亦是一項很重要的服務，而康家剛好能夠提供穩定的精障者就業訓練，未來更能夠媒合工作機會，對家屬來說是一大誘因。

第二節 研究建議

一、對社工實務的反思

在醫療體系從事社工這份工作，不管擔任哪兩者之間的溝通橋樑，無論是醫病關係或病人與家屬間關係，社工本身的角色定位很重要，如何站在第三方客觀的立場處理事情，這技巧的拿捏實在很不容易。工作中，與家屬會談，很容易瞭解到家屬的困境與無力感，而與慢性精障者會談，也很容易瞭解精障者本身的想法為何，但要協助彼此澄清雙方的想法，在研究者立場覺得很不容易，但回歸社工的本質，應該從精障家庭生活中的需求出發，而如何拉近慢性精障者與家屬之間的關係，透過研究結果可知，以慢性精神障礙者角度，需求層面滿足視為重要，而站在家屬角度，在滿足精障者需求同時，需要生態資源從微視到巨視的提供與連結，如此對症下藥才能達到平衡，才能更進一步談論回歸社區與家庭。

二、對慢性精障者家庭的建議

家是人類的根源，是我們最安全的堡壘，好的家庭支持可以帶給人安全而穩定的心情，而家人之間的情感維繫，時間越久那維繫的情誼是越來越深，雖然說陪伴慢性精障者就醫和復健過程感覺遙遙無期，過程中難免覺得累、覺得疲憊、甚至想要放棄，但如果連家人都放棄了，那精障者本身就沒有繼續往前的動力，所以建議家庭，當陪伴精神障礙者時，發覺自己已經快要無法支撐時，記得向外尋求資源，若精障者目前住院中，可以尋求醫療團隊或者醫院社工師，若於社區復健機構，可以先尋求機構專業人員的協助，若目前精障者返回家中，各縣市政府都有分區設置身心障礙者資源中心，可以尋求中心的協助，鼓勵家庭儘管精障者之前是如此傷害，希望都不放棄陪伴，因為家庭的陪伴比起外在資源的協助，那成效是無法比較的。

三、對社會大眾的呼籲

在現今社會中，精神障礙者是較容易受到汙名化的群體，在社會大眾認知裡，常把精障者和瘋子或是恐怖份子畫上等號，導致時常刻意與精障者保持距離，成為在社會上被孤立的群體，但這對其生活會造成許多負面的影響，更也不利於改善其病情。台北市長柯文哲表示，社會對精障者有許多負面印象，但精神障礙就是一種神經傳導障礙的疾病，與其他慢性疾病相同，希望社會能有更多了解並加以關懷，呼籲社會大眾能以開放的態度來接納。

第三節 研究限制

一、研究對象

本研究考量在研究時程限制之下，僅邀請到五位慢性精神障礙者及其中三位家屬，共計八位研究對象，然而研究者與研究對象的訪談次數有限，在關係建立尚不足夠、信任程度不確定之下，對於某些問題有時候語帶保留或選擇不予以回答，基於尊重研究對象的意願與感受，研究者並未再深究。

二、資料收集

本研究之研究對象除了五位慢性精障者之外，僅訪談其中三位慢性精障者家屬，比較可惜無法邀請到另外兩位慢性精障者家屬，因受限於每位家屬的個別意願，在依依詢問過後仍無法取得全數家屬的同意，故在家屬立場之經驗資料相較無法取得完整。

參考文獻

壹、中文書目

- Ann P. Turnbull & H. Rutherford Turnbull, III (合著)。身心障礙家庭：建構專業與家庭的信賴聯盟。萬育維、王文娟(合譯)(2002)。臺北市：洪業文化。
- Donald Collins & Cathleen Jordan & Heather Coleman 合著。家庭社會工作。魏希聖(譯)(2016)。台北市：新加坡商聖智學習。
- Lesley Stevens & Ian Rodin 合著。彩色圖解精神醫學。楊聰財、譚宏斌(譯)(2004)。台北：合記。
- Monica McGoldrick & Randy Gerson & Sueli Petry 合著。家庭評估與會談技巧。基督徒救世會(譯)(2012)。台北：啟示。
- Neel Burton 著。精神醫學：從精神醫學史到常見之精神疾病入門的第一本書。周彥甫(譯)。台北：合記。
- Pauline Boss 著。家庭壓力管理。周月清等(譯)(1994)。台北：桂冠。
- William R. Breakey (1996)。現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系。郭峰志(譯)。台北：心理。
- 內政部(2013)。中華民國 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告。臺北：內政部。
- 孔繁鐘，孔繁錦(編譯)(1999)。《精神疾病診斷準則手冊》DSM-IV。美國精神醫學會。台北：合記。
- 孔繁鐘(2007)。DSM-IV-IR 精神疾病診斷準則手冊。四版，臺北市：合記。
- 王者欣(1995)。家庭支持與國中生主觀壓力的相關性研究—以高雄市為例。國立中山大學中山學術研究所碩士論文。高雄。
- 台灣精神醫學會譯(2103)。《DSM-5 精神疾病診斷準則手冊》。台北：合記。
- 江奇雲(2003)。家庭支持對慢性病患遵醫囑行為的影響。國立臺北醫學大學醫學研究所碩士論文。台北。
- 行政院研考會(1995)。精神病患醫療體系服務之檢討。行政院研究發展考核委員會編印。
- 行政院衛生署(1998)。精神病患照顧體系權責劃分建議表。
- 李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜(2008)。社區精神病患關懷照顧計畫初探。精神衛生護理雜誌。3(1)，20-27。
- 李明濱(2011)。實用精神醫學。台北：台大醫學院。
- 宋麗玉(1997)。精神疾病照護者負荷的程度與相關因素之探討。行政院國科會專題研究報告。
- 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)。

- 宋麗玉 (2000)。[精神病患社區復健照顧服務-理想篇]。載於〔社區復健中心的服務規劃與品質促進彙編本〕。台北：行政院衛生署。
- 宋麗玉 (2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇於社會工作理論—處遇模式與案例分析。臺北：洪葉。
- 宋鴻生 (2003)。精神醫療機構對不同支付制度之態度與精神醫療服務。國立臺灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文。台北。
- 宋麗玉 (2004a)。台灣精神障礙者之社區照護 (復健) 發展。於胡海國總編輯，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編 (13-22)。台北：國家衛生研究院論壇。
- 宋麗玉 (2004b)。建構台灣慢性精神病患之社區支持體系-醫療模式與社會心理模式之整合。社區發展季刊，92，126-140。
- 宋麗玉 (2005)。精神障礙者之復健與復元-一個積極正向的觀點。中華心理衛生學刊，18 (4)，1-29。
- 呂寶靜 (2000)。老人朋友網絡支持功能之初探。社會政策與社會工作學刊，4 (2)，43-90。
- 呂淑貞 (2004)。豐富精神障礙者社區生活內涵。於胡海國總編輯，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編 (33-48 頁)。台北：國家衛生研究院論壇。
- 呂淑貞 (2005)。社區復健中心的服務規劃與品質促進。中華民國精神衛生護理學會精神社區復健中心工作坊。台北：草山職能工作坊。
- 吳寧遠 (2000)。老年人之家庭支持研究—以高雄市為例於黃松林主編之新臺灣社會發展學術叢書老人篇。台北：允晨。
- 吳聰鎰 (2007)。安置機構對「中長期少年」之家庭功能的改變。佛光大學社會學系碩士論文。宜蘭。
- 虎耀書林 (2009)。長期處在壓力狀態下會引發精神疾病。2016年09月24日取自 <http://hctsgroup.pixnet.net/blog>
- 林憲 (1982)。臨床精神醫學。台北：茂昌圖書。
- 林淑芬 (1996)。精神分裂病患之社區適應、自我概念與社會支持。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。高雄。
- 林淑錦、白明奇 (2006)。失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之。長期照護雜誌。10 (4)，412-425。
- 林靜蘭、溫偉鈞、姜喬慧、薛競秀 (2010)。出院精神病患重返社區所面臨之阻礙。弘光學報。61。
- 林惠珠 (2012)。101年精神復健機構 (住宿型機構) 專任管理人員初階教育訓練講義。未出版。
- 林慧婷 (2014)。精神分裂症患者家庭功能與復元之相關性研究。國立臺北大學

- 社會工作學系碩士論文。台北。
- 周月清 (1998)。身心障礙者福利與家庭社會工作：理論、實務與研究。台北：五南。
- 周麗端、吳明燁、唐先梅、李淑娟 (1999)。婚姻與家人關係。台北：國立空中大學。
- 周玉慧、莊義利 (2000)。晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析。人文及社會科學集刊。12，281-317。
- 周月清 (2001)。家庭社會工作—理論與方法。台北：五南。
- 洪秋月 (1987)。《單親婦女的支持系統與生活適應之研究》。東海大學社會工作研究所碩士論文。台中。
- 洪千惠 (1996)。慢性精神病患從醫院回歸社區-為何回家是一條漫長的路。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義。
- 胡幼慧 (1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 胡幼慧、姚美華 (1996)。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何蒐集資料？登錄與分析？。胡幼慧 (編)。質性研究—理論、方法及本土女性研究實例。141-158。台北：巨流。
- 胡海國 (2004)。台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會。於國家衛生研究院主辦，國家衛生研究院社區精神照護論壇。台北：台北榮民總醫院致德樓。
- 陳美碧、尹祚芊、蔡欣玲 (1999)。台北市北區慢性精神病患心理衛生需求為滿足相關因素之探討。護理研究，7 (1)，77-88。
- 陳萱佳 (2011)。精神障礙者無罪 汙名認罪。法律扶助基金會。2017年06月24日取自 <http://blog.roodo.com/laf/archives/15716299.html>
- 陳佳琪 (2012)。精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之研究—以中部地區某醫學中心為例。東海大學社會工作學系碩士論文。台中。
- 陳琇惠、林子宇 (2012.12月)。老人社會支持與生活滿意度之研究-以南投縣為例。人文社會科學研究，6 (4)，100-127。
- 陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之 (2015)。臺灣精神障礙者手足照顧經驗之初探：以父母照顧經驗做對照。臺大社會工作學刊，31，55-103。
- 陳昱名 (2016)。家庭長期照顧的性別平等—照顧者女性化的再思考。高醫醫訓「醫療、社會和性別」專刊，36 (6)。2017年06月05日取自 <http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10511/20.htm>。
- 翁佩庭 (2015)。應用後設分析探討家庭支持度對身心障礙者社會活動參與之影響。國立彰化師範大學復健諮商研究所碩士論文。彰化。
- 張意真 (1988)。精神病患者支持系統與社會復健關係之研究。東海大學社會工作研究所。台中市。

- 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。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。高雄。
- 張美鈴等合著 (2013)。家庭概論。台中：華格。
- 張如幸、楊添圍、張玲如 (2016)。精神醫療社會工作理論與實務兼述心理衛生社會工作。台北：洪葉。
- 莊明敏 (1995) 研究主持。精神病患醫療服務體系之檢討。臺北市：行政院研究發展考核委員會。
- 黃璉華 (1992)。〈老人生活滿意度相關因素之因徑分析研究〉。《護理雜誌》，39 (4)，37-59。
- 黃瑞琦 (2001)：精神分裂症病患之病識感、社會支持與生活適應。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。高雄。
- 曾慧雯 (1999)。門診憂鬱症患者之社會支持與希望狀態之探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。高雄。
- 曾洙荔 (2003)。慢性精神病患社區復健成效探討。慈濟大學。花蓮。
- 葉英堃 (1983)。慢性精神病患：最被忽略的一群-問題的分析與建議。神經精神學會刊，9 (1)，1-11。
- 葉英堃 (1996)。承先啟後-對革新臺北市精神醫療保健的私見。臺北市立療養院民國 85 年年報，139—142。
- 葉玲玲 (2004)。各國精神障礙者社區照護之比較探討。於胡海國總編輯，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙整 (2-12 頁)。台北：財團法人國家衛生研究院論壇長期照護委員會。
- 葉子豪 (2007)。社區精神分裂症患者主要照顧者需要狀況之生活品質與負荷。未發表的碩士論文。私立亞洲大學長期照護研究所。台中。
- 葉錦成 (2011)。精神醫療社會工作：信念、理論與實踐。台北：心理。
- 葉俞佐 (2012)。慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關研究。臺灣師範大學復健諮商研究所學位論文。2012。1-146。
- 楊懋春 (1981)。當代社會學說。台北：黎明文化。
- 楊明仁 (2004)。建構精神障礙者社區照護服務體系。於胡海國總編輯，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編 (23-24 頁)。台北：國家衛生研究院論壇。
- 楊騏琿 (2013)。慢性精神病友回歸家庭之程一路迢迢。靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系。台中。
- 趙有誠總編輯 (2005)。新編臨床醫學核心教材 (23)：精神醫學。台北：合記。
- 熊曉芳 (1999)。社區獨居老人健康狀況、社會支持及相關因素探討。台灣大學護理學研究所。台北市。
- 鄭泰安 (1985)。台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究。中華民國

- 國心理衛生學刊，2（1）。117-133。
- 鄭若瑟（2003）。台灣精神障礙者照顧之現況分析與未來發展—醫療層面。於胡海國總編輯，台灣精神障礙者照顧發展研討會彙編（35-39頁）。台北：國家衛生研究院論壇。
- 鄭若瑟等（2010）。精神病患照顧體系分類評估與轉銜機制。台北：行政院衛生署。
- 蔡世仁、陳展航、沈楚文（1996）。一所公立醫學中心精神科住院病患之分析。慈濟醫學雜誌，8（1），55-59。蔡漢賢（2000）。社會工作辭典。內政部社區發展雜誌。
- 蔡淑娟等人（2004）。社會支持系統與老人生活滿意度之關係-以高雄市老人為例。中山管理評論，12（2），399-427。
- 蔡明琪（2006）。精神病患主要照顧者求助經驗與求助抉擇之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。台中。
- 劉仲冬（1996）。量與質社會研究的爭議與社會研究未來的走向與出路。台北：巨流。
- 劉蓉台（2007）。精障個案社區整合照顧模式。護理雜誌。54（3），12-15。
- 韓青蓉（2013）。精神醫療社會工作。台北：華都。
- 蕭淑貞、黃宣宜、林靜蘭（2005）。社區精神衛生持續性護理的現況和展望，護理雜誌，52（1），11—17。
- 簡春安、鄒平儀（2006）。社會工作研究法。台北：巨流。
- 謝佳容、蕭淑貞（2006）。台灣社區精神復健機構的服務現況與展望。精神衛生護理雜誌，1（2），41-49。
- 謝秀芬（2011）。家庭社會工作—理論與實務 第二版。台北：雙葉。
- 顏文偉（1994）。DSM-IV 美國精神疾病診斷標準。正道心理諮詢網。
- 蘋果即時新聞。中央廣播電台（2016）。柯文哲：精障是疾病 盼社會了解接納。2017年06月25日取自
<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20161111/987007/>
- 衛生福利部心理及口腔健康司（2016）105年9月底全國精神復健機構資源統計。
- 衛生福利部統計處（2014）。全民健康保險醫療統計年報。
- 衛生福利部統計處（2016）。全民健康保險醫療統計年報。
- 臺灣社會工作人員專業協會（2011）。臺灣社會工作人員專業協會【社會工作研究倫理守則】建議版。2017年01月17日取自
<http://140.122.65.193/social/files/others/download/regulations/swresearch.pdf>

貳、英文書目

- A.H. Maslow (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review* 50(4), 370-396. Retrieved from <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- American Psychiatric Association(1994).*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*.Arlington, Virginia, USA : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th-TR ed.)*.Arlington,VA : American Psychiatric Association.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Services*, 16(4), 11-23.
- Browne, G., Courney, Mary (2007) -Schizophrenia Housing and Supportive Relationships|| , *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 73-80
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publication.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985) Issues in the study and application of social support. In S. Cohen, & S.L. Syme(eds), *Social Support and Health* (3-22) Orlando: Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*,98 ,310-351.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T., & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 180-188.
- Faccincani, C., Mignolli, G., & Platt, S (1990). Serviceutilization, socialsupportand psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychosis-a 7 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 3, 139-146.
- Ford, Laurie Howton (1995) *Providing employment support for people with long-term mental illness: choices, resources, and practical strategies*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Grusky O, Tierney K, Manderscheid R, Grusky D. Social bonding and community adjustment of chronically mentally ill adults. *J Health Soc Behav* 1985; 26:49-63.

- Kahn R. L. (1979) *Aging and social support, Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (Riely M. W. ed.). Westview, Boulder, CO.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1984), *Naturalistic inquiry*, Newbury Park, CA: Sage.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1989), *Fourth generation evaluation*, London: Sage.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, 105-117. London: Sage.
- Lincoln, Y. S. (1995), *Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research*, *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1998), *Competing paradigms in qualitative research*, N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues*, 195-220, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support*. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (eds.) *Social Support, life events, and depression*. Orlando, FL: Academic Press, Inc.
- Letvak, S. (2002). *The importance of social support for rural mental health*. *Mental Health Nursing*, 23, 249-261.
- Pender, N. J. (1987). *Social support and health*, *Health Promotion in Nursing Practice*, 393-426. California: Appleton & Lange.
- Pelletier, P., and Alfano, D.P. (2000). *-depression, social support, and family coping following strumatic brain injury*|| *Brain and Cognition*, 44, 45-49.
- Patton, M. Q. (2002) *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rogers, E. S., Chamberlain, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). *A consumer-con-structed scale to measure empowerment among users of mental health services*. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Ruggeri M. & Tansella, M. (1995). *Evaluating outcome in mental health care*. *Current Opinion in Psychiatry*, 8(2), 116-121.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness*. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 149-155.
- Worley, N. K. (1997). *Mental health nursing in the community*. St. Louis: Mosby-year book, Inc.

附件一 訪談大綱

【精障者】

- 一、請你談談目前你與家人相處的感受如何？覺得是親近還是疏遠？
- 二、請談談家人對你患有精神疾病的看法是什麼？影響是什麼？
- 三、請你談談在疾病復健過程中，家庭支持部份，對你最大的支持是什麼？這支持對你的影響是什麼？
- 四、與家人相處過程中，令你最印想深刻（最難忘）的經驗是什麼？
- 五、你覺得整體而言，家庭對你在疾病復健過程中的影響是什麼？

【精障者家屬】

- 一、家屬與障礙者的基本資料，包括性別、年齡、職業、教育程度、婚姻關係、工作經驗、經濟來源等。
- 二、精障者初次發病在何時？情形為何？
- 三、您與其他家人與精障者的互動情形為何？
- 四、相關資源對您的幫助為何？
- 五、家人無法讓精神障礙者回歸家庭照顧的考量為何？
- 六、為何選擇目前的照顧方式？
- 七、你希望未來政府可以如何協助家屬照顧精障者？

訪談同意書

您好！我是東海大學社會工作學系研究所之研究生，目前正研究關於慢性精神障礙者對家庭支持之經驗及家屬使用精神復健相關資源探討，想邀請您接受訪談，分享您個人相關經驗與看法。

本研究程序擬進行一至二次的訪談，每次訪談時間為 60~90 分鐘，為了能夠詳實記錄您回答的內容，訪談過程中將會予以錄音並轉錄成文字，內容只供做資料整理及學術研究之用，對於資料中可能辨識個人身份的資料，如姓名、住址、電話等，研究者保證保密且改編或匿名，請您放心。研究完成後，如果您希望知道研究結果，我們將會與您分享。

在了解本研究目的、研究的過程、資料的處理和使用的方式之後，我同意參與本研究訪談並提供經驗與看法，幫助研究者完成研究。

研究參與者：_____（簽名）

研究者：_____（簽名）

中華民國_____年_____月_____日