

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫果報告

## 病識感對精神分裂症患者自傷傷人、藥物遵從性、社會適應與疾病復發之預測效果研究

A Study of the Predictive Effect of the Insight to the Schizophrenic Patients' Suicide, Homicide, Drug Compliance, Social Adjustment and Relapse.

計畫編號：NSC88-2413-H-037-006

執行期限：87 年 8 月 1 日至 88 年 11 月 30 日

主持人：顏正芳 高雄醫學大學附設中和醫院精神科

共同主持人：葉明莉 高雄醫學大學護理學系

### 中文摘要

本研究追蹤國科會八十七年度研究專題計畫「精神分裂症患者病識感之質性與量性評估」中 100 位精神分裂症個案，在一年內出現自殺、傷害他人行為、再次至精神科急性病房住院、藥物遵從性行為和社會適應程度，將結果與前一年個案接受訪談後呈現的病識感分數進行關連性之探討。結果發現：精神分裂症患者的病識感中，覺察到自己的精神症狀並知道其為病態的程度愈高者，在未來一年出現自殺意念或行為的危險性愈高，和性別俱為自殺危險性的預測因子；病識感與未來一年出現暴力傾向或行為、再次至精神科急性病房住院並無顯著關連，前者和先前住院次數、年齡有所相關，後者與先前住院次數有顯著關連；病識感並無法預測未來一年藥物遵從性行為和社會適應程度的高低。

關鍵詞：病識感、精神分裂症、自殺、暴力、藥物遵從性、社會適應、復發

### Abstract

This study aims to examine the predictive effect of insight for the occurrence of suicide ideation/behavior, violent tendency/behavior, re-hospitalization, drug compliance and social adjustment. One hundred schizophrenic subjects in the past NSC research plan "Qualitative and quantitative evaluation of the insight of the schizophrenic patients" were followed up one year later to detect their clinical conditions. The relationships of insight with these conditions were examined. The results reveal that female and better capacity of awareness of psychotic symptoms have higher suicidal risk. However, the insight of schizophrenic patients does not relate to the occurrence of violent tendency/behavior, re-hospitalization, drug compliance and social adjustment.

Keywords: Insight, schizophrenia, suicide, violence, drug compliance, social adjustment, relapse

### 緣由與目的

長期以來精神分裂症患者的病識感受到學者注意，而目前最新的研究課題是病識感用於預測精神分裂症患者臨床狀況的效用，例如自殺和傷害他人的危險性、再次至精神科急性病房住院、藥物遵從性行為和社會適應程度，對於精神分裂症患者都是非常重要的議題，研究病識感與以上臨床狀況之間的關連，確立病識感的臨床效用，有其必要性。本研究追蹤國科會八十七年度研究專題計畫「精神分裂症患者病識感之質性與量性評估」中 100 位精神分裂症個案，在一年內出現自殺、傷害他人行為、再次至精神科急性病房住院、藥物遵從性行為和社會適應程度，將結果與前一年個案接受訪談後呈現的「精神疾病患者病識感評估量表 (the Scale for Rating Insight, SRI)」病識感分數進行關連性之探討，以確定量化之病識感用做預測精神分裂症患者疾病行為和病情變化之效能，依據此以提出適用於社區的預防策略和衛教模式。

### 結果與討論

在 87 年度國科會專題研究計劃「精神分裂症患者病識感之質性與量性評估」中接受訪談的 100 位精神分裂症個案，在一年後再次接受研究者的追蹤訪談。100 位個案中，有 1 位與家人、醫療系統完全失去聯絡因而無法追蹤，追蹤成功率為 99%。99 位追蹤成功的個案中，有 1 位個案已自殺身亡，4 位因拒絕訪談而改訪問個案的主要照顧家屬。98 位完成訪談的個案或家屬中，有 7 位因拒絕面對面訪談而改為電話訪談方式進行，其中男 55 人女 43 人；年齡分佈自 12 歲到 64 歲 (平均值 34.3 歲，標準差 10.4 歲)；有 66 人以接受門診治療、參加日間病房活動、住康復之家

或接受居家照護方式在社區中與精神醫療系統維持聯繫，19 人於訪談時正住院於某精神專科醫院亞急性病房，6 人於急性病房中住院，3 人住慢性病房，4 人則完全未再接受精神醫療。

前一年個案接受訪談時，依據「精神疾病患者病識感評估量表 (SRI)」評估所得的病識感高低程度見表一。以下為個案的病識感高低程度、精神症狀、社會人口學變項和病程因素，以及個案在病識感訪談後一年內出現自殺和傷害他人意念和行為、重覆入院、社區適應和藥物遵從性關連性的分析結果：

#### (一) 自殺

本研究使用「中文版暴力與自殺評量表」(何等, 民 84 年) 調查會談時是否有自殺意念和過去一年有無出現自殺行為，完成追蹤的 99 位個案中，有 9 人 (9.1%) 訪談時有搖擺不定的自殺意願；2 人 (2.0%) 表達強烈自殺意願但尚無計劃；11 人 (11.1%) 自陳過去一年間曾對未來不感希望而有厭世之念頭；18 人 (18.2%) 過去一年間曾有自殺姿態、特定的自殺計劃或曾嘗試自殺但未被發現；1 人 (1%) 在病識感訪談後一年間自殺身亡。將過去一年迄今完全沒有自殺意念或行為的 69 人 (69.7%) 和曾有自殺意念或行為的 30 人 (30.3%) 就一年前的病識感各分項、PANSS 精神症狀得分、社會人口學因素和病程因素進行單變項統計分析比較，所得結果如表二和表三。其中曾有或目前有自殺意念或行為個案中，女性所佔比例顯著較男性高，其它因素兩組則無顯著差異。

除了單變數統計分析外，並使用 stepwise discriminant analysis，以了解上述各因素中何者能區辨出一年後自殺意念或行為的有無。結果發現：性別、能否描述曾出現過的精神症狀並知其為病態 (SRI 第一項目)、能否覺察自己罹患精神疾病並能適當歸因 (SRI 第三項) 為具有區辨能力的三個變項，總區辨正確率 (correct classification rate) 為 64.6%。再考慮變項負荷 (loading) 的絕對值是否大於或等於 0.3，最後最具意義的區辨變項為性別和 SRI 的第一項，loading matrice 分別為 0.575 和 -0.460，亦即女性精神分裂症患者和對自己的精神症狀覺察程度較高者，其出現自殺意念或行為的危險性較高。

#### (二) 暴力

完成追蹤訪談的 98 位個案中，在接受病識感訪談後一年內，曾出現破壞物品

行為者有 11 人 (11.2%)；曾對人有攻擊行為但不致有嚴重後果者有 4 人 (4.1%)；追蹤訪談時表達具有盛怒、欲與人交戰的感覺者有 7 人 (7.1%)。將過去一年迄今完全沒有暴力傾向或行為的 76 人 (77.6%) 和曾有或目前有的 22 人 (22.4%) 進行社會人口學、病程和一年前的病識感、PANSS 精神症狀嚴重程度的單變數統計分析比較，其結果如表二和表四。單變數統計結果顯示：曾有或目前有暴力傾向或行為的個案的年齡顯著較輕，其餘因素則無顯著差異。

再以 stepwise discriminant analysis 嘗試了解上述因素中何者能區辨暴力傾向或行為的有無，並考慮變項負荷是否大於或等於 0.3，結果發現：先前住過精神科急性病房的次數和年齡為最具區辨力的變項，loading matrice 分別為 0.675 和 -0.617，總區辨正確率為 67.3%，亦即先前住精神科急性病房的次數愈多者和年齡較輕者，其出現暴力傾向或行為的危險性愈高。無論單變項分析或 discriminant analysis，病識感皆未呈現有意義的預測效力。

#### (三) 再次至精神科急性病房住院

完成追蹤訪談的 98 位個案中，在接受病識感訪談後一年內，有 24 人 (24.5%) 曾再一次至精神科急性病房住院，二次者有 3 人 (3.1%)，三次者有 1 人 (1.0%)。將一年內不曾再度至急性病房住院的 70 人 (71.4%) 和曾住院的 28 人 (29.6%) 進行各變項的單變項統計分析比較，其結果見表二和表五，其中再次住院組先前住過精神科急性病房的次數顯著比未再住院者多，其它因素則無顯著差異。

若以 stepwise discriminant analysis 進行分析，結果發現：僅有先前的住院次數能顯著區辨個案是否會再住院，loading matrice 為 1.0，總區辨正確率為 67.3%。無論單變項分析或 discriminant analysis，病識感均未呈現有意義的預測力。

#### (四) 社區適應和藥物遵從性

應用胡氏等人 (民 77 年) 所編「社區精神醫療評量表」和吳氏 (民 84 年) 所翻譯 Blackwell 之「藥物遵從行為評量表」來評估個案之社區適應程度及藥物遵從性。完成追蹤訪談的 98 位個案中，有 73 人 (74.5%) 在接受訪談時是在社區中生活，乃針對此 73 位個案進行最近兩週的社區適應狀況和最近一個月的藥物遵從性的調查，其得分結果見表六。以 Pearson

correlation和 Mann-Whitney test 檢驗社區適應和藥物遵從性與社會人口學、病程、病識感和 PANSS 精神症狀嚴重度之間的關連，其結果見表七和表八，其中並無變項（包括病識感）與社區適應、藥物遵從性的關連性達到顯著意義。

#### 結論：

1. 精神分裂症患者的病識感中，覺察到自己的精神症狀並知道其為病態表現的程度愈高者，其在未來一年出現自殺意念或行為的危險性愈高；另一個預測自殺危險性的因子為性別，女性具較高危險性。
2. 病識感高低程度並無法預測精神分裂症患者未來一年暴力傾向或行為的出現或是否會再度住進急性病房，對於前者有顯著意義的預測因子為較多先前住院的次數和較輕的年齡；後者則為先前住院的次數。
3. 精神分裂症患者的病識感高低程度和其一年後的社區適應、藥物遵從性程度並無顯著關連。

#### 計畫成果自評

1. 本研究結果發現精神分裂症患者覺察到自己曾出現精神症狀且知道其為病態表現的程度愈高，未來一年出現自殺意念或行為的危險性亦愈高，此結果一方面提醒臨床醫療工作者在協助精神分裂症患者了解其症狀的過程中，必須注意解釋模式和個案的反應，另一方面對於此向度病識感較高的患者亦需提高注意，預防自殺的發生。
2. 本研究結果中對於精神分裂症患者出現暴力和再次入院的危險預測因子，可作為臨床工作者擬定治療計畫、安排衛教之依據。
3. 在本研究中病識感的高低程度並未與未來一年的社區適應、藥物遵從性有所關連，此結果與國外若干研究結果不同，值得進一步探討此差異可能的來源。

#### 參考資料

1. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996,153:1185-1188.
2. Blackwell B: Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry* 1976, 129: 513-531.
3. Black DW, Warrack G, Winokur G: The Iowa record-linkage study, I: suicides and accidental deaths among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42: 71-75.
4. Cameron L, Gregor F: Chronic illness and compliance. *Journal of Advanced Nursing* 1987, 12: 671-676.
5. Cody J, Robinson AM: The effect of low-cost medication on the rehospitalization of schizophrenic outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1977, 134: 73-76.
6. Cotton PG, Drake RE, Gates C: Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry* 1985, 36: 534-536.
7. Drake RE, Gares C, Cotton PC, Whitaker A: Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984, 172: 613-617.
8. Eskey A: Insight and prognosis. *Journal of Clinical Psychology* 1958,14:426-429.
9. Engelhart DM, Rosen B, Feldman J: A 15-year follow-up of 646 schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin* 1982, 8:493-503.
10. Farberow N, Shneidman E, Leonard C: Suicide among schizophrenic mental hospital patients. In: *The Cry for Help*. Edited by Farberow N, Shneidman S. New York, McGraw-Hill 1965, 78-109.
11. Green JH: Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital Community Psychiatry*, 39:963-965.
12. Heinrichs OW, Cohen BP, Carpenter WT: Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1985,173:133-138.
13. Kelly GR: Medication compliance and health education among outpatient with chronic mental disorders. *Medical Care* 1990, 28: 1181-1197.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Schizophrenia In : Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Kaplan HI et al, 4<sup>th</sup> eds. 1994: 457-486.
15. Landmark J, Cernovsky ZZ, Mersky H: Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987, 151: 18-20.
16. McGkashan TH, Carpenter WT: Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry* 1981,138:797-801.
17. Munley PH, & Hyer LA: Demographic and clinical characteristics as predictors of

readmission: A one-year follow-up.

- Journal of Clinical Psychology 1978, 34: 833-838.
18. Soskis DA, Bowers MB: The schizophrenic experience: a follow-up study of attitude and posthospital adjustment. The Journal of Nervous and Mental Disease 1969, 149:443-449.
  19. Van Putten T, Crumpton E, Yale C: Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. Arch Gen Psychiatry 1976, 33:1443-1446.
  20. 何海、殷建智、胡海國、莊明敏：暴力與自殺評量表：信度與效度研究。中華精神醫學，民國 84，9(2)：28-34。
  21. 胡海國、孫美奇、褚增輝、張美得：社區精神醫療評量表：信度與可用性。中華精神醫學，民 77，1：111-121。
  22. 張景瑞、胡海國、葉玲玲、張宏俊：出院精神分裂症患者社區生活適應的預測因子。中華精神醫學，民 84，9(3)：203-211。

Table 1. Mean scores of 100 patients with schizophrenia on the Scale for Rating Insight (SRI)

Dimension	Mean	SD
Awareness and description of psychotic symptoms	2.8	1.1
Ability to recognize and respond appropriately to early symptoms of relapse	2.4	0.9
Awareness and etiology-attribution of having schizophrenia	2.8	0.9
Awareness of achieved effect of treatment and likely compliance with treatment	2.3	1.0
Awareness of the social consequences of having schizophrenia	3.0	1.0
Mean score of the five dimensions	2.7	0.8

Table 2. Sociodemographic factors of subjects with different suicide ideation/behavior, violent tendency/behavior and re-hospitalization

	Suicide ideation/behavior		Violent tendency/behavior		Re-hospitalization	
	Never N(%)	Have ever N(%)	Never N(%)	Have ever N(%)	Never N(%)	Have ever N(%)
<b>Gender</b>						
Male	43(62.3)	12(40)	41(53.9)	14(63.6)	39(55.7)	16(57.1)
Female	26(37.7)	18(60)	35(46.1)	8(36.4)	31(44.3)	12(42.9)
<sup>2</sup>	4.218*		0.420		0.898	
<b>Alcohol consumption</b>						
Yes	7(10.1)	2(6.7)	8(10.5)	2( 4.5 )	7(10)	2( 7.1 )
No	62(89.9)	28(93.3)	68(89.5)	21(95.5)	63(90)	26(92.9)
<i>p value of Fisher's exact test</i>	1.000		0.679		1.000	
<b>Spouse</b>						
Yes	7(10.1)	5(16.7)	10(13.2)	2( 9.1 )	7(10)	5(17.9)
No	62(89.9)	25(83.3)	66(86.8)	20(90.9)	63(90)	23(82.1)
<i>p value of Fisher's exact test</i>	0.503		1.000		0.315	
<b>Occupation</b>						
Yes	16(23.2)	8(26.7)	20(26.3)	3(13.6)	18(25.7)	5(17.9)
No	53(76.8)	22(73.3)	56(73.7)	19(86.4)	52(74.3)	23(82.1)
<sup>2</sup>	0.711		0.265		0.407	
<b>Religion</b>						
Yes	59(85.5)	21(70)	63(82.9)	16(72.7)	58(82.9)	21(75)
No	10(14.5)	9(30)	13(17.1)	6(27.3)	12(17.1)	7(25)
<sup>2</sup>	0.096		0.288		0.374	

\* p<0.05

Table 3. Comparison of sociodemographic data, insight and psychotic symptoms between the cases with and without suicide ideation/behavior: Mann-Whitney test

	No suicide ideation/behavior Mean (SD)	Have suicide ideation/behavior Mean (SD)	Z	P
Age (y/o)	34.1(11.0)	31.4(9.0)	-1.09	0.276
Duration of education (yrs)	10.4( 3.1 )	10.7(3.2)	-0.614	0.539
Duration of illness (yrs)	10.1( 7.0 )	9.6(6.6)	-0.504	0.614
Hospitalization (times)	4.4( 2.7 )	4.7(3.0)	-0.414	0.679
<b>Insight</b>				
1	2.9( 1.1 )	2.6(1.0)	-1.472	0.141
2	2.4( 0.9 )	2.3(1.0)	-0.551	0.581
3	2.8( 0.9 )	2.7(0.8)	-0.551	0.582
4	2.4( 1.0 )	2.1(0.9)	-1.14	0.254
5	3.0( 1.1 )	3.0(0.9)	-0.512	0.608
<b>PANSS</b>				
Positive syndrome	2.0( 0.8 )	1.9(0.6)	-0.004	0.997
Negative syndrome	1.9( 0.6 )	2.0(0.8)	-0.726	0.468
General psychopathology	1.6( 0.4 )	1.6(0.4)	-0.011	0.991

Table 4. Comparison of sociodemographic data, insight and psychotic symptoms between the cases with and without violent tendency/behavior: Mann-Whitney test

	No violent tendency /behavior Mean (SD)	Have violent tendency /behavior Mean (SD)	Z	P
Age (y/o)	34.8(10.8)	27.5(6.5)	-2.983	0.003
Duration of education (yrs)	10.4 (3.3)	10.7(2.6)	-0.122	0.903
Duration of illness (yrs)	10.3 (6.9)	8.2(6.0)	-1.443	0.149
Hospitalization (times)	4.2 (2.5)	5.4(3.4)	-1.339	0.181
<b>Insight</b>				
1	2.8 (1.0)	2.6(1.2)	-0.657	0.511
2	2.4 (1.0)	2.3(0.9)	-0.528	0.598
3	2.8 (0.8)	2.5(0.9)	-1.653	0.098
4	2.4 (1.0)	2.1(0.9)	-1.213	0.225
5	3.0 (1.0)	3.0(1.1)	-0.118	0.906
<b>PANSS</b>				
Positive syndrome	2.0 (0.8)	1.8(0.4)	-0.862	0.389
Negative syndrome	1.9 (0.6)	2.1(0.7)	-1.064	0.287
General psychopathology	1.6 (0.4)	1.6(0.4)	-0.367	0.714



Table 5. Comparison of sociodemographic data, insight and psychotic symptoms between the cases with and without re-hospitalization: Mann-Whitney test

	Re-hospitalization Mean (SD)	No re-hospitalization Mean (SD)	Z	P
Age (y/o)	35.5(12.9)	32.3(9.2)	-0.882	0.378
Duration of education (yrs)	10.1 (2.5)	10.6(3.4)	-0.959	0.338
Duration of illness (yrs)	11.2 (6.4)	9.3(6.9)	-1.703	0.089
Hospitalization (times)	5.4 (2.7)	4.0(2.7)	-2.632	0.008
Insight				
1	2.8 (1.1)	2.8(1.1)	-0.057	0.955
2	2.4 (0.9)	2.4(1.0)	-0.338	0.735
3	2.8 (0.8)	2.7(0.9)	-0.264	0.791
4	2.3 (1.1)	2.3(0.9)	-0.169	0.865
5	3.1 (0.9)	2.9(1.1)	-0.573	0.566
PANSS				
Positive syndrome	2.1 (0.8)	1.9(0.7)	-1.131	0.258
Negative syndrome	2.1 (0.8)	1.9(0.6)	-1.227	0.220
General psychopathology	1.7 (0.5)	1.5(0.4)	-1.466	0.143

Table 6. Community life and medical compliance of subjects who returned back to the community

	Mean	SD
<i>Community life</i>		
Interpersonal relationship	3.7	0.9
Achievement (job, household, schooling)	2.9	1.3
Arrangement of daily activities	3.2	1.2
Family life	3.8	1.1
General adjustment	3.5	0.8
<i>Medical compliance</i>		
Item 1	3.7	0.8
Item2	3.5	1.0
Item3	3.5	1.0
Item4	3.3	1.0
Item5	3.5	1.0
Item6	3.4	1.1
Item7	3.4	1.1

Table 7. Pearson correlation of the scores of community life and medical compliance to the insight, psychotic symptoms and sociodemographic data

	Community life		Medical compliance	
	r	p	r	p
<b>Insight</b>				
1	-0.08	0.502	-0.156	0.186
2	-0.079	0.530	0.067	0.598
3	-0.024	0.843	-0.005	0.969
4	-0.246	0.037	-0.191	0.107
5	-0.032	0.791	-0.076	0.530
<b>PANSS</b>				
Positive syndrome	0.154	0.193	0.020	0.866
Negative syndrome	-0.064	0.592	-0.101	0.393
General psychopathology	-0.074	0.533	-0.161	0.174
Age	0.026	0.824	0.054	0.651
Duration of education	0.057	0.629	-0.001	0.996
Duration of illness	0.013	0.916	0.049	0.680
Previous hospitalization	-0.075	0.531	0.076	0.523
Education level of caregiver	0.147	0.225	-0.016	0.898

Table 8. Scores of community life and medical compliance of subjects with different sociodemographic back group: Mann-Whitney test

	Community life		Medical compliance	
	Mean (SD)	Z	Mean (SD)	Z
<b>Gender</b>				
Male	3.4 (0.9)	-0.302	3.4 (1.0)	-0.316
Female	3.5 (0.7)		3.5 (0.8)	
<b>Spouse</b>				
Yes	3.1 (0.6)	-1.541	3.1 (1.1)	-0.731
No	3.5 (0.8)		3.5 (0.9)	
<b>Occupation</b>				
Yes	3.7 (0.8)	-2.271	3.5 (0.9)	-0.162
No	3.3 (0.8)		3.5 (0.9)	
<b>Religion</b>				
Yes	3.4 (0.8)	-0.055	3.4 (0.9)	-0.172
No	3.4 (0.8)		3.6 (0.8)	
<b>Alcohol consumption</b>				
Yes	3.5 (0.6)	-0.370	3.2 (1.3)	-0.132
No	3.4 (0.9)		3.5 (0.8)	