

目錄

第一章 前言	1
第二章 文獻探討	
一、復元的內涵	6
二、復元的過程	6
三、復元過程的影響因素--阻力與助力	8
四、精神復健之定義	14
五、精神復健之價值與原則	16
六、復元導向的精神復健	19
第三章 研究方法	
一、研究設計	22
二、研究對象與來源	23
三、研究工具	24
四、研究過程與研究倫理	26
五、研究樣本	27
六、資料分析方法	29
第四章 研究結果—復元過程與結果	
壹、受訪者基本資料	32
貳、量化資料分析	32
參、質化資料分析	34
一、概念分類	34
二、整體分析與理論發展	182

第五章 研究結果—精神醫療與復健專業人員之精神復健態度與落實	
壹、醫院樣本	186
貳、精神復健機構樣本	194
參、精神復健原則之分析	203
肆、精神復健態度與落實之比較	208
伍、精神醫療專業人員精神復健態度與落實之影響因素分析	213
陸、精神復健機構專業人員復健態度與落實之影響因素分析	225
第六章 討論與建議	
壹、復元過程與結果	231
貳、精神復健態度與落實	233
參、綜合討論與建議	235
肆、研究限制	237
伍、研究貢獻	237
致謝	238
參考文獻	239
附錄	
附錄一 復元者生活狀況調查	244
附錄二 質化訪談大綱	257
附錄三 Cnaan 之精神復健原則項目	260
附錄四 精神復健態度與落實問卷	264
附錄五 參與研究同意函	275
附錄六 受訪者摘要	276

表次

表 2.1	復健與治療的差異	16
表 3.1	研究設計	23
表 3.2	受訪者基本資料與復元結果變項	28
表 4.1	復元者第一年與第二年量化施測結果對照表	33
表 4.2	客觀指標—角色獲取	48
表 4.3	客觀指標—關係建立	53
表 4.4	主觀指標	56
表 4.5	面向	68
表 4.6	階段要素	108
表 4.7	個人因素—個人特質	114
表 4.8	個人因素—疾病感受	125
表 4.9	個人因素—工作狀態	129
表 4.10	個人因素—復原力	135
表 4.11	個人因素—因應型態	139
表 4.12	環境因素	155
表 4.13	環境因素—非正式社會支持	177
表 4.14	環境因素—社會信念/態度	181
表 5.1	醫院精神復健相關專業人員受訪者基本資料表	186
表 5.2	醫院專業人員協助案主復健之態度	188
表 5.3	醫院專業人員協助案主復健之實際行狀況	191
表 5.4	康復之家相關專業人員受訪者基本資料表	194
表 5.5	提供過的社區復健服務方案（複選題）	196

表 5.6	精神復健機構專業人員協助案主復健之態度	197
表 5.7	精神復健機構專業人員協助案主復健之實際執行狀況	200
表 5.8	精神復健機原則因素分析	205
表 5.9	精神復健機態度與落實之信度	208
表 5.10	精神復健態度與落實度之比較—醫院樣本	209
表 5.11	精神復健態度與落實度之比較—復健機構樣本	211
表 5.12	兩類變項之類別間在精神復健態度上之差異	215
表 5.13	專業人員精神復健態度之變異數分析	215
表 5.14	精神復健結構因素與精神復健態度和落實之相關	216
表 5.15	專業人員精神復健態度之迴歸分析	217
表 5.16	兩類變項之類別間在落實精神復健原則上之差異	220
表 5.17	專業人員落實精神復健原則之變異數分析	220
表 5.18	專業人員精神復健原則落實度之迴歸分析	223
表 5.19	兩類變項之類別間在精神復健態度上之差異	226
表 5.20	專業人員落實精神復健態度之變異數分析	226
表 5.21	兩類變項之類別間在落實精神復健原則上之差異	228
表 5.22	專業人員精神復健落實度之變異數分析	228
表 5.23	專業人員精神復健原則落實之迴歸分析	230

圖次

圖一	WHO 功能的世界分類	10
圖二	復元過程與結果之參考架構	14
圖三	復元過程與結果—化一理論(Unity Theory of Recovery)	185

精神障礙者復元過程與專業人員精神復健態度之初探

中文摘要

精神疾病一向被認為是容易慢性化且預後很差的疾病，處遇著重在控制與維持；然而在 1980 年代另一種聲音出現了，一些親身經歷復元的精神病患為文撰寫自己的復元過程與對於醫療體系的感受和建議。另一方面，幾個長期追蹤研究顯示精神病患痊癒或是好轉的比例在 46-68% 之間，顛覆了過去的觀念。過去十幾年，西方復元的相關研究對於復元過程已有一些研究發現，但是仍在持續研究當中，相關文獻提及在精神復健過程中「希望」的重要性，且復元者對於其他同儕的鼓舞。台灣對於復元的面向未曾觸及，因此本研究以兩年的時間進行兩項相關的研究：首先尋求有復元經驗者與其重要他人，以質化方法了解其目前的復元結果、復元過程、以及復元的促進與阻礙因素，共完成 22 位復元者與 10 位照顧者之深度訪談。第二年則完成 15 位對復元者進行一次訪談(共兩次)以探索期間的變化，重要他人則只訪談一次；第二年則經由普查方式進行精神醫療機構與復健機構專業人員的精神復健態度與復健原則落實度之研究，醫院部分共寄出 3479 份問卷，回收 817 份問卷，廢卷 74 份，回收率為 23.48%，有效問卷共有 743 份；復健機構部分共寄出 440 份問卷、回收共 143 份、廢卷有 7 份、回收率為 32.5%。由復元者的訪談整理出有 4 位符合 Spaniol 等人(2002)所描述的「超越障礙」、6 位屬「與障礙共存」、5 位則為「與障礙對抗」。影響復元的因素包括藥物有效性、精神醫療專業人員的激勵與關懷、家人的各項支持與不放棄、復元者個人正向樂觀與堅毅的人格特質、發展出有效的因應藥物副作用方法、工作帶來自信與人際網絡、宗教的靈性啟發和關懷支持、愛的關係豐富生命與引發責任感。阻力因素主要為醫療體系方案保守和不夠多元、藥物副作用與擔心社會歧視眼光。在精神復健態度與落實度方面，認同度與落實度差異最大的前三項是倡導社會變遷、運用環境資源、增強權能。影響醫療專業人員復健態度的主要因素為：促進醫院處遇計畫含括精神復健、參加研討會、衛生署法規和措施支持度、醫師較 OT 為差；復健態度乃是復健原則之落實的最重要自變項，年齡、醫師、醫院出院計畫對於精神復健之重視程度、閱讀相關文章書籍也是顯著變項。本研究之模式無法顯著解釋復健機構樣本在復健態度之差異；精神復健態度越正向、閱讀相關文章書籍、擔任個案管理員則復健機構專業人員之復健原則落實度越高。根據兩年的研究發現，筆者呼籲醫師與醫院主管含括精神復健於醫院的處遇和出院

計畫之中、加強環境資源之運用、與協助維持與增強家人對精障者之支持等。

關鍵詞：精神復健、復元。

An Exploratory Study on the Recovery Process of Persons with Mental Disability and Attitudes towards Psychiatric Rehabilitation among Mental Health Professionals

英文摘要

Mental illness has been regarded as tend to be chronic with poor prognosis. The traditional treatment for persons with such illness has focused on symptom control and maintenance. Nevertheless, during 1980s some consumers who have experienced recovery wrote about their recovery process and suggestions on psychiatric treatment. Previous findings indicated the importance of hope, and how people who experienced recovery could inspire their peers. In Taiwan, there is no research study on this topic to date. Thus, this research project conducted a two-year study. Firstly, the investigator in-depth interviewed 22 persons with mental illness who experienced recovery to learn about their recovery outcome, recovery process, and the facilitators and barriers of recovery. Ten caregivers were also interviewed. In the second year, 15 subjects were interviewed again. Secondly, during the second year this study implemented a survey of psychiatric professionals to understand their attitudes towards psychiatric rehabilitation. Study samples included professionals in hospitals (N=743) and in the rehabilitation agencies (N=136). Data were gathered through self-administrated questionnaire. The results showed that 4 people in recovery were in the stage of “living beyond the disability”, 6 in the stage of “living with the disability” and 5 in the stage of “struggling with the disability”. The conducive factors included drug effectiveness, the inspiring and support from medical professionals, family support, the positive perspective and hardiness of people in recovery, effective coping methods, work induced confidence and social network, spiritual inspiration and caring from religious groups, and love relationship enriching quality of life and inducing sense of responsibility. The results of analyses on survey of attitudes towards and performance on psychiatric rehabilitation principles showed that the major differences between the attitudes and performs lied on advocacy on social change, using environmental resources, and empowerment. For the hospital professional, the significant correlates of attitudes included: whether treatment plans including rehabilitation, attending related conferences, whether the mental health policy and

regulations supporting rehabilitation, and doctors holding less positive attitude than OT. Attitude was the most important correlate of performance, followed by age, doctor, whether discharge plans emphasizing rehabilitation, and reading related articles and books. The model could not significantly explain the variances on attitudes among the professionals in rehabilitation agencies. Holding positive attitude towards psychiatric rehabilitation, reading related articles and books, working as a case manager, the higher the level of performance. Based on the results, the investigator calls for psychiatrics and heads of hospitals to include rehabilitation as a part of treatment and discharge plans, promoting the utilization of environmental resources, and assisting in the sustenance and advancing of family support.

Key Words: Recovery, Psychiatric Rehabilitation.

第一章、前言

精神疾病一向被視為是傾向慢性化且預後很差的疾病，特別是精神分裂症患者；教科書裡 Kraepelin 的著作不斷傳遞慢性精神病患的負面論述，深化於專業人員的認知架構中，使得病患與家屬本身都不再抱持希望(U.S. Department of Health and Human Services, 1999)。對社會大眾而言，精神疾病如謎一般的難以理解，包括疾病的肇因與症狀表現，社會大眾忽略這些人的存在，只有在媒體報導負向案例的場景時(精神病患的暴力行為、傷人與自傷、或是干擾他人行為)又加深了人們心中的恐懼。社會烙印的標籤緊跟著精神病患，透過社會化過程的傳承，根深蒂固，難以打破(Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner, 1989; Hannigan, 1999)。精神障礙者(person with mental disability)於是不再被視為「人」看待，而被視為是「疾病」本身；精神醫療人員著重於病患的維持(maintenance)症狀穩定，以及控制(control)與避免再發病住院，藥物的服用在許多醫院裡成為主要的治療之方(Anthony, Cohen, Farkas, Gagne, 2002)。

然而在美國的 1980 年代，另一種聲音出現了，復元(recovery)的概念被一些精神障礙者(在西方一般稱之為 consumer)引進，幾位已復元者為文陳述他們如何因應症狀，逐漸好轉，重新獲得生活的希望與力量，並且在社會再度擁有身分(identity)(Deegan, 1988; Leete, 1989)。許多精神障礙者深受這些人的鼓舞；隨者西方「使用者增強權能」(consumer empowerment)運動的興起，嚴重精神病患者的潛力開始獲得重視(Turner-Crowson & Wallcraft, 2002)。儘管「復元」的定義目前尚未有一致的界定，但是其釋放出重要的訊息，亦即儘管有嚴重的精神疾病，仍有重新獲得有意義生活的希望(Deegan, 1988; U.S. Department of Health and Human Services, 1999)。

除了復元者個人的心聲與見證之外，幾個長期追蹤研究也呈現了精神分裂症者的長期照顧結果中，完全復元者與完全失能者都有。這些研究涵蓋瑞士、德國、美國、與日本，研究期間最少 22 年最多 35 年，研究的樣本在 140 至 502 之間，綜合各研究發現，46-68%的精神分裂症患者好轉(improved)並且/或復元(recovered)。這幾個研究對復元的界定是指沒有症狀、沒有服藥、沒有怪異行為、有工作、有社會關係、並生活於社區。好轉則指前者中有一項狀況仍不佳(DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1999)。這樣的研究結果可以說顛覆了一般(包括筆者本身)認為精神分裂症患者中只有三分之一能夠完全復元的迷思(行

政院研考會，1995)。另外，Ellison & Russinova (1999)進行一項調查，找到 500 位具有精神障礙的專業與經理人員，了解他們的就業狀況以及促進就業穩定的因素。當然其樣本並不具代表性，這些人是具高教育水準者，83%有大學及以上教育水準。這些人中有 73%是全職工作者，62%在現職有兩年之久，29%則有五年之久。這些數據顯示有精神障礙者仍能夠從事較高層次的工作，而非侷限於低層次低薪資的工作，並且也顯示他們對社會的貢獻。

波士頓大學內的精神復健中心(Center for Psychiatric Rehabilitation)長期致力於相關研究與服務倡導；其執行長 William A. Anthony 在 1993 年的一篇文章提倡以「復元」為願景引導精神醫療服務，並指出未來將是「復元的十年」(decade of recovery)。在過去十餘年該中心依循這樣的願景，進行研究並且發展以復元為導向的創新服務方案，並且透過訓練與出版傳遞觀念與服務。根據 Anthony et al. (2002)的定義，復元乃指：「一個改變態度、價值、感受、目標、技巧、與/或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。正如由身體疾病與失能復元者一般，復元的概念並非指症狀或痛苦完全消失，或是功能完全恢復(Anthony et al., 2002)。半身不遂的人可能復元，中風的人可以學習如何恢復肢體功能，地震中受重創的家庭可以由失落中重新站立，這些人未必完全痊癒(cured)，但是社會期許他們透過復健可以再獲得技能與心理的力量，並且再度參與社會。我們也看到許多經歷心理創傷經驗者，能夠走出傷痛再度面對未來的生活，即使他們無法改變創傷存在的事實。同樣地，精神病患作為一個人應該被視為有克服疾病與障礙，重新過有意義生活的希望與潛力。這也就是為何筆者將 recovery 譯為「復元」而非「復原」，乃在強調「元氣」的概念，指的是過程中希望的萌生與生命力的再現，進而影響行動的力量，帶來正向的結果。

筆者認為這樣的定義隱涵復元是一個全觀(holistic)的概念，包括過程與結果，不過較強調其過程。Deegan (1988)區分復健(rehabilitation)與復元的差別，復健是促使精神障礙者重新適應世界的服務，復元則是個人接受並超越障礙(disability)的個人親身經歷；前者強調「服務」本身，復元著重於「人」的主體性。復元的過程中可能涉及復健服務的使用，復健服務可以以促進復元為導向。例如 DeSisto 等人(1999)的 35 年長期研究發現 Vermont 州的病患復元狀況比起 Maine 州比較組好，是因為病患較早給予機會適應社區的生活，這些機會包括居

住安排、工作、與社交等。

Anthony 等人(2002, p.13)陳述了復健與治療(treatment)的不同,前者的宗旨在於增進功能和在特定環境中的滿足感;後者則是在於痊癒、減少症狀、或發展治療的洞察力(insight)。二者在理論根據、焦點、診斷內涵、主要的技巧、和歷史根源都不同。如在技巧層面,復健著重技巧教導與演練、資源連結及統整;治療則重心理治療、化學治療、行為治療、藥物管理訓練、與症狀處理訓練。前述 DeSisto 等人(1999)的研究發現支持了除了治療外需要強調復健,然而在台灣這方面的服務推展並不成功,除了整個社會烙印與健保幾付缺乏誘因之外,精神醫療專業人員是否具有復健的觀念,為影響因素之一(宋麗玉,2000)。那麼目前台灣的專業人員是否具備精神復健的觀念,是否以復健為服務的導向?若精神醫療服務期待能促進病患的復元,我們需要對此有所了解;然而截至目前,尚未有相關實證研究加以探討。

精神病患復元的事實造成一些震撼,其過程究竟如何?又有哪些助長因素使這樣的過程發生?目前西方所知道的是復元並非是線性的發展過程,而且是相當個別化的經驗,透過訪談一些實際經驗復元者,Spaniol, Koehler, & Hutchinson (1994)將復元過程初分為七個階段(將詳述於後),Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony (2002)最新研究則是分為四個階段:深受障礙的打擊(overwhelmed by the disability)、與障礙對抗(struggling with the disability)、與障礙共存(living with the disability)、超越障礙(living beyond the disability)。在 Spaniol 等人(2002)的研究樣本中都沒有處於第四階段者,他們目前正在進行的研究中,試圖尋找處於第三與第四階段者,進一步了解復元的過程與助長因素。

如前所述,過去台灣的精神病患的描繪往往是屬於負面,長久以往加深社會的烙印;而在精神醫療的訓練中,關於復元訊息的傳遞也相當缺乏;筆者過去的研究也都著重在精神醫療相關「問題」,這些研究有其重要性與意義,然而我們比較欠缺關於病患正向能力與正向案例的呈現。筆者於去年九月至十二月間赴美參觀訪問波士頓大學的精神復健中心,並且參觀六個州具有代表性的機構,親訪一些患有精神疾病,且仍在服藥者,能夠在社會獲得工作,許多從事政治倡導與助人專業服務工作,他們看起來與一般人沒有兩樣。Deegan (1988)提及:「希望是會感染的,那就是為什麼在復健方案中雇用有障礙者是相當重要的」(p.58)。正因「希望」可以傳散,筆者認為我們需要尋找台灣有復元經歷者,讓他們的聲

音可以被聽到，透過故事的整理，我們可以建構台灣精神病患的復元定義、過程與助長因素，進而與美國的發現對話，近期兩位英國作者(Turner-Crowson & Wallcraft, 2002)也有同樣的呼籲。更重要的是這些經驗或許能夠作為促進專業人員復健觀念的媒介，以及協助專業人員了解如何更有效地幫助精神障礙者。

關於文化因素導致不同的精神復健結果，Stanhope(2002)為文比較印度與美國這方面的差異，她引用世界衛生組織(WHO)在 1979 的一篇有關精神分裂症的國際研究報告，指出開發中國家的病患預後較已開發國家良好，印度有 51%預後結果良好，蘇俄只有 7%，丹麥為 6%。Stanhope(2002)歸因印度的結果於家庭的涉入與照顧支持、家庭成員互賴的社會期待、外在化(externalizing)歸因(超自然因素)、與擴展家庭成員的低度情緒表現，這些文化特色成為保護因子，他並且挑戰美國強調個人主義、內控與獨立生活的復健價值與目標。

根據筆者多年的研究與實務接觸經驗，在精神醫療領域，台灣與西方不同之處包含疾病歸因、家庭照顧者角色、社會對於精神疾病的態度、與醫療照顧系統，這些與 Stanhope 指出的大致相同。西方的疾病歸因涵括生物因素、環境因素、與社會心理因素(Mechanic, 1989)；台灣除了前三者之外，主要還有超自然因素，在張作貞(1997)的研究中佔了 15.7%。Spaniol 等人(2002)的研究發現在復元過程中，發展一個關於疾病的解釋架構，是一項重要的任務(task)。或許不同的解釋會影響復元目標的設定與行動，這在目前還不清楚。依 Stanhope 的觀點，外在化歸因可避免家庭的罪惡感，如同中國人將之歸於「命運」。再者，家庭在中國社會是重要的初級組織，個人與家庭的深度連結橫跨一生，而非如西方成人階段即離開原生家庭。宋麗玉(1998)的研究中 95%的社區精神障礙者與家人同住，鄭泰安(1985)提及有 86.3%；反之，在美國一項針對精神病患家屬聯盟(NAMI)的研究顯示，只有 30%與家人同住(Anthony et al., 2002)。在西方復元的過程比較是一個個人的過程，其復健服務的一大目的在協助個人獨立生活於社區。台灣病患則是與家庭無法分割，因此有復元經驗者，他們是否是一個家庭共同努力的結果？家庭在其中扮演什麼角色？又發揮什麼影響？家庭是否成為保護因子？家庭的主要照顧者又如何看待這個過程？

隨著道德歸因的存在(張作貞，1997)，筆者認為台灣對精神病患的社會烙印更深，雖然目前仍沒有跨國的比較研究；另一方面，美國社會較能接受心理疾病的存在，因而對於精神疾病的認識與了解較佳。由此在台灣的精神障礙復元者，

他們可能面對更多因疾病帶來的負面結果。在服務系統方面，美國自 1960 年代實施去機構化政策，醫院照顧已大幅縮減，1970 與 1980 年代社區復健服務方案激增，私部門提供許多創新的復健方案。台灣則於 1986 年開始推動社區復健，然而至今並不成功，如根據衛生署的統計，在 1996 年只有 1304 位病患接受任何的社區復健服務(宋麗玉，1998)。由此顯示我們的服務仍以醫院為主，包括住院和門診與容量不多的日間留院。當然在美國並非所有的社區方案皆以復元為導向，不過他們的病患相對享有較多的社區復健資源；台灣的病患則是處於正式復健資源欠缺的環境，那麼如果有復元者，他們如何達致現狀？

基於前述動機，筆者進行兩年的研究計畫，以質化研究方法為主，量化方法為輔，採滾雪球的方式尋找具復元經驗者，了解其復元的經歷，並以量化的一些測量工具呈現其現況。每年訪談一次，兩年內共訪談兩次，了解期間的變化與其內涵；同時也將透過復元者，找出在復元過程中參與且具有影響力的重要他人(家人或其他)，期待能訪談這些重要他人，探索他們對這個過程的看法與感受，以及參與的內涵。第二年同時也將進行精神醫療專業人員復健態度調查，期盼了解台灣醫療人員是否具備實施以復元為導向之復健服務的條件；復元過程與助長因素以及專業人員復健態度的研究發現將作為未來觀念倡導與教育訓練規劃的參考。具體而言，本研究的研究目的如下：

1. 透過復元者與其重要他人主觀經驗的陳述，整理精神病患復元的過程。
2. 初步探索有助於復元的相關因素。
3. 經由調查了解精神醫療專業人員所具備的精神復健態度現況。
4. 彙整關於復元經驗與精神復健態度資料，建議未來觀念倡導與教育訓練的方向與內涵。

第二章、文獻探討

在復元這個領域西方已有一些初步的發現，包括其內涵、過程、過程中的一些重要元素、以及助力與阻力等，這些方面的了解有助於本研究擬定研究架構與訪談大綱，也作為未來對話的基礎。關於精神復健則已有二十年的發展歷史，在這裡筆者整理其價值、原則與目標，作為調查內涵的依據。

一、復元的內涵

前面提及 Anthony 等人(2002)給「復元」下的定義：「一個改變態度、價值、感受、目標、技巧、與/或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。這個定義是波士頓大學精神復健中心所持的界定。這個定義內涵是過程導向，但也隱含結果，即是生活滿足感、生活品質、與/或社會角色的扮演。復元是一連續但是非線性的複雜演變歷程，也是痛苦與困難的經歷，在這過程中必然有抗拒，因此個人可能來來回回，但是逐漸地一個新的自我感受浮現——與自己有更真實的連結、與他人產生連結，並且生命顯得更有意義與目標(Spaniol et al., 1994)。Deegan (1988)指出復元並非指涉一個最後結果，並不意味「治癒」，而是更深沉接受其限制，但是有希望的灌注，即使受苦，內心仍有平安，因為知道痛苦將引導她邁向新的未來。她認為：「復元是一個過程、是一種生活方式、是一種態度、是面對每日挑戰的方法」(p.57)。

二、復元的過程

Spaniol 等人(1994)在 Recovery Workbook 中提到復元過程的七階段：震驚、否認、沮喪/傷痛、憤怒、接受/希望、因應、與倡導/增強權能，前面六個階段其實與一般遭逢劇變或重大疾病者沒有太大的差別(cite literature)；過去研究也涉及精神病患家屬面對疾病的反應，不過並未強調希望以及倡導/增強權能面向。最新的一項長期追蹤研究(Spaniol 等人, 2002)以 12 位有精神分裂症者為研究對象，在四年中每半年進行質化訪談一次，研究主題著重在受訪者的疾病經驗與對疾病的了解，研究者中有兩位本身即有精神障礙的經驗。他們的研究歸納出四個復元過程階段：

1. 深受障礙的打擊(overwhelmed by the disability)—這個階段開始於發病期間，可能持續幾個月或許多年。對個人而言，每天的生活對身心都是一種掙扎；他們試圖了解與控制自己，但是通常感到的是困惑，與他人與自己欠缺連結，失去控制自己生命的能力，逐漸地個人對自己內在與外在都失去信心。個人渴望與他人建立關係，不過關係難以建立且都是短暫的。這時個人無法清楚陳述自己的目標，即使有目標也不知道該如何實現。在他們的研究對象中有兩位在整個研究過程中都還停留在這個階段。
2. 與障礙對抗(struggling with the disability)—這個階段的特色是個人試圖建立力量與信心，以採取行動追求自己的興趣。這時個人開始發展對自己疾病的解釋，也能面對疾病將持續一段時間的事實，他們也認識到需要採取一些方法因應，才能有更令人滿意的生活，但是因為障礙，且害怕失敗，可能讓個人裹足不前。他們仰賴專業人員的服務與支持，當個人尚未有足夠的信心時，他/她可能延遲行動。他們仍持續與藥物的副作用對抗，會採取一些因應措施減緩症狀的干擾。有六位受訪者持續停留在這個階段。
3. 與障礙共存(living with the disability)—這個階段的個人已經可以面對與處理障礙，他們有較強的自我感受，覺得對自己的生活有一些控制感，並且也知道即使有障礙的事實，追求滿足的生活仍是可能的。個人能夠運用有效的因應方法處理疾病，也擁有一些具有意義的角色；生活中的人、角色與環境給予個人一致與安全感，亦即他/她在他的環境中找到了定位(niche)。這個階段符合 Liberman, Kopelowicz, Gutkind, & Ventura (in press) 對於復元的定義(引自 Spaniol et al., 2002)。有四位在研究過程中由第二個階段進步到這個階段。
4. 超越障礙(living beyond the disability)—在所有的研究對象中沒有任何一位處於這個階段，其乃是作者由自助(self-help)文獻中概念化而來。在這個階段裡，障礙只是個人生活中的一小部分，並不成為其追求滿足與有貢獻生活的阻礙。個人與自己、他人和環境有很好的連結，並且經歷有意義且目的的生活。

相較於前面的七階段，這四個階段較能呈現在不同階段裡復元的狀況與內涵，包括對障礙的接受度與處理程度、障礙對個人生活的干擾程度、個人的生活控制感、與自己、他人和環境的連結、角色的獲取、以及生活的意義與目的感。

Deegan (1988)提到她的復元是建立在三大磐石上：希望、意願(willingness)、和負責的行動(responsible action)。Spaniol 等人(1994)指出自我感(sense of self)的重要性，包括自我效能、自尊、和內控，並提到自我感的幾個面向：

1. 發掘更活躍的自我(Discovering a More Active Self) — 個人發現可以用具體行動追求自己的利益或興趣，這在復元過程中是一項重要的自覺；亦即我們的行動對自我感有很大的影響。逐漸地這種自覺形成動力，不過也容易遭受負向經驗打擊，需要他人的了解與支持。
2. 建立自信(Taking Stock of Self) — 透過不斷檢驗自己的力量，個人建立了信心，當有需要時一個新的自我可以面對一切。在這個試驗時期，別人的回饋相當重要。
3. 採取行動(Putting the Self into Action) — 當透過不斷的行動與回饋後，個人的自我感逐漸增強，個人的自我有行動的力量，能夠重新過日常生活、工作與學習，並且能夠面對社會的負面價值、態度與行為。
4. 靈活運用自我(Appealing to Self) — 當個人的自信心增強，自我感也更強壯，成為個人的內在資源，在需要時可以運用，個人不再那麼容易被負面經驗打擊；個人的權能被增強了。

雖然復元是一個很個別化的歷程，Turner-Crowson & Wallcraft (2002)指出一些共通主題(theme)：「希望」的重要性、至少有一個人相信且鼓勵自己能夠進步、對於「過去」發展自己的解釋以能夠繼續往前走、為自己的生活負責、透過行動重建生活、發展關係與角色、重建他人對自己的信心、逐漸獲得生活的滿足感、發展生活的意義與目的、以及在痛苦與掙扎中保持堅忍；其中幾項可與前述 Deegan(1988)所指出的以及 Spaniol 等人(2002)提及的三項任務(發展解釋架構、某種程度能夠控制疾病、獲得有意義的角色)相呼應。

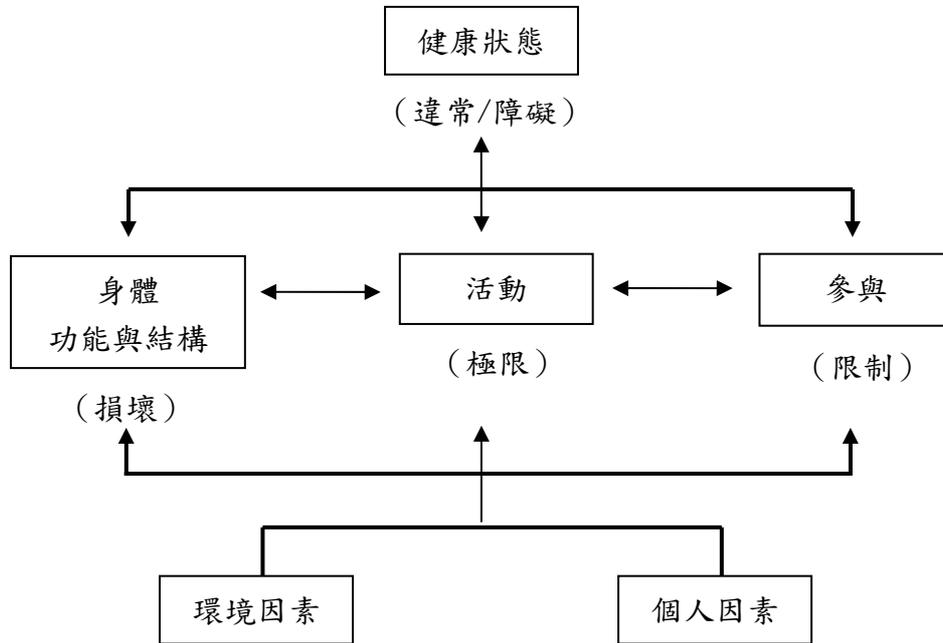
三、復元過程的影響因素--阻力與助力

復元隱含個人對於精神障礙這項人生的重大逆境的一種調適過程與結果。Cnaan 等人(1989)檢視了十五個心理學、社會學、與社會工作理論與社會心理復健原則之連結後，顯示生態系統觀點(Ecosystem perspective)最為適用，其餘理論

或多或少符合精神復健的精神，可作為參考的理論。根據生態系統觀點，個人與環境之間適配程度(fitness)決定其適應好壞，當個人能夠運用外在資源與內在資源，與環境之間有良好的交流關係(transaction)，並能夠在其所在的環境中找到定位(niche)，有利於個人的生存與成長，那麼個人即處於適應良好的狀態。因此當我們檢視一個人的狀態時，必須了解其所在環境的系統內涵，以及個人與這些系統之間的互動狀況；環境的要求與可用資源狀況決定系統的動態。在生態觀點當中，以個人為中心向外推，含括微視系統、連結微視系統之間的中介系統(mesosystem)、外在系統(exosystem)、與鉅視系統(Greene, 1999；鄭麗珍，2002)。巨視系統包含社會制度與規範、文化信念與態度、社會信念與態度、政策與規章、服務系統等，微視系統則可能包括家庭、工作場所、學校；中介系統則是連結微視系統的一些組織或制度，如學校的家長會、社區的委員會等。個人系統則指個人所擁有的本人的可變與不可變因素，不可變因素如基本人口特徵、出生背景、生物遺傳特徵、人格特質等；可變因素則可能含括個人擁有的資源、態度、技能、因應技巧等。因此運用生態系統觀點可幫助初步建構影響復元過程與復元結果的可能因素。

另外，世界衛生組織(WHO)在 2001 年建構了功能的世界分類(International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF))，這項分類立基於人類的功能，而非只是障礙(disability)，其為整合且普遍模型，非只是醫療或社會模式，涵蓋脈絡因素而不只是個人因素，因此可以具有跨文化與跨年齡的適用性。這項分類模式如圖一，個人的健康狀態違常或有障礙時，會帶來身體功能與結構的損壞，如生理的身體組織的變化；也會影響活動能力，如每日生活所需執行的任務與行動；並且可能影響各種生活情境的參與。身體功能/結構、活動能力、與參與度三者之間相互影響，同時也會反過來影響健康狀態。WHO 視精神疾病如同其他疾病，如因為感冒而在工作或學校缺席，如同因為憂鬱而缺席一般，都屬於疾病帶來的活動限制；再者，社會對精神分裂症的烙印如同對癲癇與 HIV 帶原者一般。另一組影響身體功能/結構、活動能力、與參與度的因素為脈絡因素，包括環境與個人因素。WHO 這項資料提出個人因素可能包括：性別、年齡、教育程度、社會背景、其他健康狀況、因應型態、專業類型、過去經驗、性格。環境因素則含醫療產品、週遭環境、機構組織、社會規範、文化、政治因素、自然環境等。

應用於復元這個主題，身體功能(症狀處理)、活動與參與乃是過程指標，不過比較重視後兩者；個人因素與環境因素可能影響復元過程，進而影響復元結果。前述生態觀點則著重於個人因素與環境因素的交流互動對於復元的影響。



圖一：WHO 功能的世界分類

資料來源：WHO(2001)

在實證研究方面，根據 Spaniol 等人(2002)的研究發現，在十二位受訪者中的復元過程中有四項阻力：

1. 物質濫用—物質濫用會阻礙復元的進展，即使在清醒期間有一些進步，重新使用藥物或酗酒，使得個人回到原來的狀態；物質濫用也使得個人的重要資源與支持可能喪失，如住所與有助益的人際關係。要能夠同時處理物質濫用與精神疾病，需要更多的專業協助、更強的非正式支持系統、與個人自我的韌性。在他們的研究中，有物質濫用者傾向停留在「深受障礙的打擊」與「與障礙對抗」兩階段。
2. 貧窮與弱勢處境—他們的研究對象有十一個人處於貧窮狀態，當每日生活處於匱乏狀態，如何存活與個人安全成為每日關注的重點，個人沒有足夠的力量面對復元的一些任務。
3. 種族—黑人必須面對精神疾病與種族的雙重烙印，而且專業服務系統對他們的

處境並沒有特別的關注。黑人當中物質濫用與貧窮的比例更高，三個因素交互影響，形成巨大的阻礙。

4. 發病年齡—那些比較能面對復元任務者傾向於發病較晚者，他們在發病前已有成功的成人角色經驗，如完成了教育、有滿意的成人關係、有好的工作習慣、與生涯歷程，儘管有精神障礙，過去已建立的個人能力仍被存留，成為可以運用的資源。

復元的助力則包括下列四項：

1. 重要他人的支持—包括家庭成員、同儕、朋友與專業人員，藉由灌注希望、鼓勵與給予機會，這些人可以促進精神障礙者復元。
2. 服藥有效性—受訪者提到當改變藥方，效力增加時，可以提升他們對於生活的掌控感。
3. 日常生活之支持—提供精神障礙者每日生活所需，以及增加治療與服務的可近性。
4. 宗教與精神支持—即使沒有宗教信仰，能夠有一個超乎自己的存在作為心靈的寄託，可增進復元，特別是對黑人而言。持續參與有組織的宗教活動，可提供一些精神障礙者在社區的角色。

上述阻力多屬於個人因素，而助力因素則主要在於社會支持(環境因素)與症狀的處理。

依據生態觀點、WHO 的功能分類模型、與 Spaniol 等人(2002)的發現，筆者初擬一個精神障礙復元的參考架構(見圖二)，引導後續訪談大綱的擬訂，最後的架構則有待依訪談者的故事加以彙整形成。這個架構目前未能呈現過程中的複雜與非線性，只能呈現復元內涵中可能涵蓋的向度與階段要素。架構中復元過程大致可區六個面向，個人可能在某一個面向復元較佳，但是其他部分仍在努力中。實務上專業人員往往鼓勵精神障礙者選取一個面向為努力目標，當目標完成後再進行其他面向，如此比較容易成功。另一方面，個人可能在某些面向達到目標，但是在其他面向有較大的限制與困難。筆者根據 Spaniol 等人(2002)提出的四個階段內涵以及 Deegan(1988)提到的復元三大磐石：希望、意願與負責的行動，抽離出這七個要素，各階段可能是這些要素的組合，當然台灣復元者的要素內涵可

能不同，需於本研究再發掘。復元結果的指標乃根據復元定義而來，粗分為客觀指標與主觀指標。

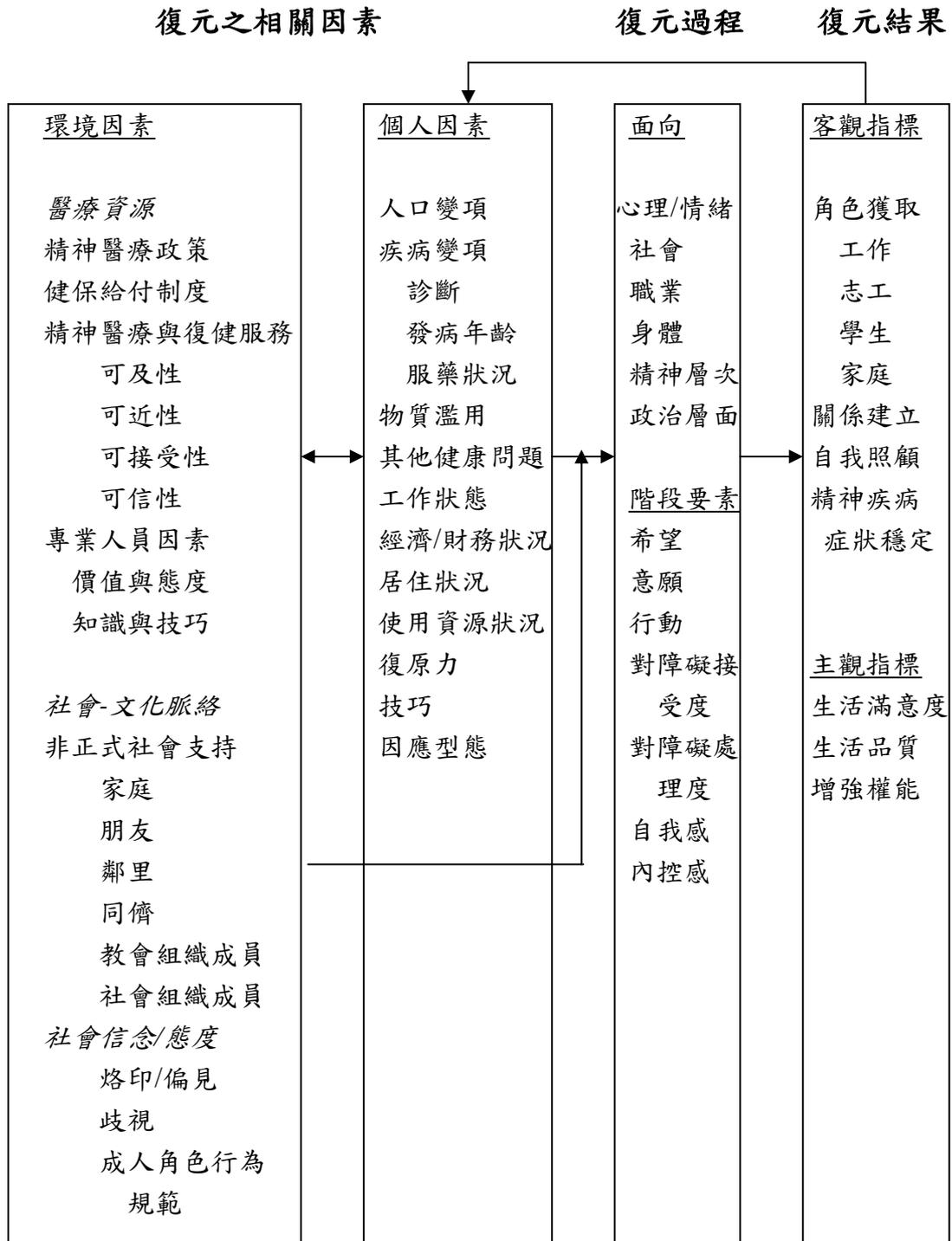
復元的相關因素分為環境因素與個人因素兩大類，兩者交流互動下，影響復元過程，進而展現不同的復元結果，復元結果可回饋影響個人因素中可能變動的部分，如工作、經濟、居住、使用資源狀況、因應方法等。環境因素與個人因素乃依據 WHO 的功能分類文獻之建議，再進一步細分。環境因素可區分醫療政策系統、服務方案系統、專業人員系統，以及社會文化脈絡中的非正式支持系統及社會信念/態度系統。這些環境因素可能反映出台灣與美國之精神障礙者不同的復元過程，在前言部分筆者已大多提及，其中未提到的是社會對成人角色的期許，這可能影響精神障礙者如何界定復元，以及復元的目標。在中國的社會裡，如何才是可被接受的成人角色扮演？有固定的工作？結婚生子？有自己的房子？或是社會互動中應有的應對進退？

Spaniol 等人(2002)的研究已呈現了社會支持的重要性，關於社會支持對個人面對壓力情境時所產生的效應，在文獻中已有許多探討(宋麗玉，2002)。社會支持對心理健康的影響有兩條路徑：第一，有效的網絡能夠提供個人的歸屬感，使個人有正向經驗和另人滿意的角色，直接促進個人的心理健康；第二，社會支持在壓力事件下可發揮緩衝效應，避免負面心理效果，其影響機制有三：(1)直接或間接增進因應行動因而減輕壓力的威脅、(2)提昇個人的自尊感、(3)支撐個人對於環境的掌控感(Lloyd, 1995)。因此除了直接效應外，社會支持可能緩衝個人因素對於復元過程的影響，例如社會支持的存在可能可以減緩因經濟因素對於復元行動的阻力。

在個人因素中，Spaniol 等人(2002)的研究發現發病年齡、服藥有效性、物質濫用與貧窮的重要性，筆者認為工作、經濟/財務、和居住狀態是與貧窮相關的面向。診斷的影響目前仍不清楚，值得探究。人口變項的影響，目前所知不多，只有 Harding & Morgain (1997)的長期研究發現女性的復元結果較男性差。筆者預期其他健康問題將阻礙行動的力量，而使用資源的能力將有助於復元。在個人因素當中筆者含納 resilience，國內一般翻譯為「復原力」，並有許多相關論文探討復原力作為保護因子，如何協助個人超越逆境與壓力情境(如李佳容，2001；李麗慧，2001；施惠琪，2002；陳彥竹，2001；蔡宜玲，2001；蔡群瑞，2002)，這些研究皆肯定復原力的正向影響。Resilience 的原意為彈性，這個概念起於心

理病態的研究，而不是常態發展心理學。Garmezy(1991)定義它為：「在初期退縮或無法面對壓力事件之後得以回復並維持調適行為的能力」(引自 Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993, p.543)。Staudinger 等人(1993)認為這個定義意含兩種調適反應：一是儘管有威脅或危險存在，仍能維持正常發展；另一為由創傷中復元。他們進一步論及 resilience 並非一種人格特質(trait)，這種能力會在不同的情境與挑戰下，而有不同的能力表現。亦即在某一情境或時期下的表現，無法概推到另一個情境與時期。Resilience 是可塑性(plasticity)的一種型態，可塑性是為適應而改變的潛力，涵蓋增進、維持與減少；前者則是維持及獲得正常發展的潛力。由此看來 resilience 乃是個人發展歷程中逐漸成形的一種內在能力，它可能是一種復元過程的助力，但不同於復元，如前所述復元是一全觀的概念，指涉過程與結果。

因應型態是屬於個人內在資源之一，與個人的環境掌控感息息相關。Moos 和 Schaefer (1993)由「因應焦點」和「因應方法」兩個向度將因應過程分為四類。因應焦點分為「面對」和「逃避」兩種，前者個人積極就問題尋求解決之道，後者則逃避問題，主要在處理因問題而生的情緒。因應方法分為認知和行為兩取向。「認知面對」涉及邏輯分析，每次只著重在情境的某個面向，由過去經驗擷取可能的解決方法，並在腦中反覆演練；接受現實情況，但是在當中重新建構正向意義。「行為面對」則是有具體行動，包括主動尋求資訊和幫助，並以行動解決問題。「認知逃避」指在思考面否認事實或極小化事情的嚴重性，並且接受現況為不可改變的事實。「行為逃避」包括尋求替代滿足，或是參與其他活動以暫時忘記目前的問題，或暫時發洩或抑制情緒壓力。根據 Moos & Schaefer(1993)的文獻整理，因應過程與一些心理適應狀況有顯著的關係。對憂鬱症者而言，在一年或四年的追蹤研究多發現，較常使用問題解決和較少使用尋求訊息或情緒宣洩者，其憂鬱程度有改善。另外，研究也發現能夠成功戒酒者，較常使用問題解決取向的因應方法。最後，使用行為或認知面對因應方法者，有助於戒菸。基本上使用面對因應方法者較能處理生活中的壓力，也較少出現心理適應問題。但是面對因應方法也可能產生負面結果，如問題嚴重者可能一直在一些小問題上尋求他人的支持和訊息，卻沒有面對真正的問題。另外，對於短暫的問題(如噪音)或是自己無法改變的事實(如自己的外貌或家庭中父母的關係)，採用逃避的方法有時可降低情緒的困擾。那麼精神障礙復元者大都採取哪些因應方法？在復元過程中因應方法又有哪些變化？這些都值得探究。



圖二：復元過程與結果之參考架構

四、精神復健之定義

精神復健於美國去機構化政策實施後興起，1970 年代開始蓬勃發展。Anthony 等人(2002)對照去機構化政策與精神復健之間的差異，藉以呈現精神復

健的內涵。去機構化著重關閉機構，復健聚焦於開創生活；去機構化著重終結侷限病患的實務；復健聚焦於獲得個人的支持；去機構化著重使個人自由，復健聚焦於在自由中獲得生活。因此精神復健服務的宗旨乃在：「幫助有精神障礙的個人增強其功能，使他們能在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活」(Anthony et al., 2002, p.2)。世界衛生組織(WHO, 1996)給社會心理/精神復健的定義為：「社會心理復健是一個促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，它涉及增進個人的能力與改變其環境，使有精神障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健的目標在達到個人與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。」(Anthony et al., 2002, p.102)。

精神復健與精神治療不同，前者主要在於發展個人的力量，協助啟動個人的資源，重新恢復他們在社區生活的能力；治療則重在病理及減緩症狀。表 2.1 呈現了二者在宗旨、因果理論、焦點、診斷內涵、主要的技巧、與歷史根源的對照。在因果理論部分，筆者認為精神復健不根據任何因果理論並非意味其欠缺理論基礎，Cnaan 等人(1989)的論述呈現了生態系統觀點、行為修正理論、認知理論、衝突理論、危機干預、預期理論、精神分析理論、完形理論、標籤理論、學習理論、現實治療、角色理論、結構功能論、任務中心模型、交流分析理論與精神復健之間的關聯。

精神復健模式的建構是依據精神疾病所帶來的四個階段負面影響：

1. 損壞(impairment)—心理與生理的結構或功能失常，如幻想、幻聽。
2. 失功能(dysfunction)—從事或執行任務方面的限制或失能，如缺乏工作技巧、社交技巧、日常生活處理技巧。
3. 障礙(disability)—執行角色的限制或失能，如失業、失婚。
4. 弱勢(disadvantage)—欠缺成功執行正常角色的機會，如貧窮與歧視。

由復健的宗旨觀之，其比較著重在失功能、障礙與弱勢三個層面協助案主克服與解決問題，並且運用與發展個人技巧，增進生活的滿足感。

表 2.1、復健與治療的差異

	復健	治療
宗旨	增進在特定環境下的功能與滿足感	症狀減緩、發展治療所需的洞察力、治癒
因果理論	不根據任何因果理論	過去、現在與未來
診斷內涵	評量在特定環境下目前已具備以及欠缺的技巧和支持	評量症狀與可能的原因
主要的技巧	技巧訓練、技巧演練、資源連結與統整	心理治療、化學治療、行為治療、服藥管理與症狀處理
歷史根源	人類資源發展、職業復健、物理復健、案主中心療法、特殊教育、社會心理與社會學習取向	心理動態理論、藥理、操作制約理論

資料來源：Anthony et al., 2002

五、精神復健之價值與原則

波士頓大學的精神復健中心二十多年來致力於精神復健觀念與實務模型之發展與推動，乃是這個領域的先驅者，他們所建構的「波士頓大學模式」在美國一些機構中被採用，這個模式相當以「人」為中心，強調個人的「選擇」，包括所處的環境與努力的目標；實務上以特定環境為目標設定與努力的脈絡，因為他們相信人在不同的環境會有不同的行為表現。以下呈現他們所標示的八項價值 (Anthony et al., 2002)：

1. 全人導向—聚焦在整個人，而不是診斷或是疾病。
2. 功能導向—著重每日活動的表現。
3. 持續支持—只要個人有需要，應持續提供支持。
4. 特定環境—著重在特定的學習、社交與工作環境。
5. 案主參與—在復健所有面向中，案主都扮演夥伴角色。

6. 案主選擇—整個過程都著重案主個人的偏好。
7. 結果導向—注重評估復健服務對案主的影響。
8. 成長潛力—聚焦在個人的進步部份，儘管案主目前仍有障礙。

在 2002 年精神復健中心舉辦了一個研討會：「Innovations in Recovery & Rehabilitation: The Decade of the Person」，整個會議主旨如附標題所要彰顯的，讓我們重新思考我們服務的標的對象是一個人，不是他的疾病或症狀，也不是我們所在的體系。的確這些價值可激發實務工作者省思；至於在實務操作上的落實，他們也有一套模式，但是如何運用在不同的文化脈絡仍需要許多的討論與實驗。例如案主的選擇這項價值是可欲的，但是在實務上如何面對對專家抱以期待的案主？他們期待專業人員給予建議與提供資源；或許這就涉及到使案主了解，他們才是行動的主體，以及如何增強他們的權能了。

上述的價值引導出九項精神復健實務原則(Anthony et al., 2002)：

1. 精神復健的主要焦點在增進個人的能力與勝任度。
2. 個人具體的獲益是在特定環境下的行為改善。
3. 目前對他人支持的依賴終會導向獨立功能的提升。
4. 精神復健兩項基本處遇(intervention)是技巧發展與環境支持發展。
5. 精神復健的焦點在增進個人的居住、教育與就業三方面的結果。
6. 復健過程中案主積極的參與及涉入是精神復健的磐石。
7. 在精神復健中長期的藥物治療是必要但是非充分的條件。
8. 精神復健基本上是折衷取向，採用許多技巧。
9. 「希望」是復健過程中最重要的成分。

Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner(1990)整理了十五項心理社會復健原則，並依個原則發展操作化的問項，經分析 72 位實務工作者填答的資料，驗證了其中十三項原則的重要性；這十三項原則與 Anthony 等人(2002)的原則有雷同之處(上述的 1, 2, 4, 6)，只是陳述的角度有所差異且涵括更廣。其指出的原則如

下：

1. 所有的人都有能力學習技巧(社交、就業、教育、人際與其他)。
2. 人們有自決的權利與責任。
3. 服務應該盡量在正常的環境中提供。
4. 需求與照顧的個別評量(立基於個別案主的獨特需要、欠缺與環境)。
5. 服務人員具有深度委任感。
6. 照顧是在親切的環境中提供，沒有專業權威的阻隔。
7. 最好能提供早期干預。
8. 運用環境中的資源提供服務。
9. 試圖改變環境，包括態度、權力、服務和行為(即社會變遷)。
10. 案主可以無限期使用服務，除非是明確的短期且需求量高的方案。
11. 工作和職業復健相當重要。
12. 採用社會照顧模式而不是醫療模式。
13. 強調案主的能力而不是病態。

Anthony & Liberman 在 1986 年的一篇文章論述了精神復健實務，提出以藥物減緩疾病帶來的損壞(impairment)，透過技巧訓練和支持性干預彌補個人的失能，並且經由環境變遷的努力減少個人的環境阻礙。根據 Anthony 等人(2002)發展出來的模式，精神復健服務過程分為三大部分：診斷、計畫與處遇，每個階段與相關活動都有詳細的步驟，在此無法詳述，僅摘要呈現大概。1. 診斷方面首先是評量個人的「復健準備度(readiness)」，若未準備好，則需協助個人增進其準備度；若個人已準備好，則與其共同設定整體的復健目標；進而進行功能評量與資源評量，包括列出重要的技巧與資源、描述使用狀況、評估技巧表現與資源使用狀況、教導案主如何運用。2. 計畫階段涵蓋技巧發展與資源發展兩個部分，每個部分都包括設定先後順序、範定目標、決定處遇與形成計畫。3. 處遇階段包含四大項活動：直接教導技巧、技巧運用的安排與演練、資源統整與連結、資源修正

(促進改變)。

六、復元導向的精神復健

以復元為導向的精神復健服務除了上述價值、原則與實務內涵之外，需要加入一些元素。Anthony (1993)論及復元導向的心理衛生體系，Deegan (1988)以一個過來人並且擁有心理學博士學位者，提出她對復元導向精神復健方案的觀點，Russinova (1999)則從「激發希望(hope-inspiring)」的觀點，建議實務工作者應有的一些能力。體系、方案與專業人員三個層級彼此是息息相關的，因此他們的觀點也有許多重疊之處，且都是由目前所知的復元過程與要素導引而來。本研究則著重在專業人員部份，先了解他們目前所持的價值、信念、目標與實務，未來則需再探討另外兩個層級的努力方向。

(一) 專業人員層面

1. 具有案主能夠由精神障礙中復元的信念—希望的灌注是很重要的元素，且需要有人能對案主持續抱持希望，相信他/她是能夠進步的。
2. 能夠忍受未來結果之不確定性—復元的過程並非線性，案主可能進步一段時間後又退步，且雖然有人復元了，還是有人持續與疾病對抗，因此專業人員本身必須能夠在這種情況下，對案主持續抱持希望，事實上這也是對專業人員最大的考驗。
3. 具備提升案主結果的動機—這反映出專業人員是否真正對案主抱持希望，並且付諸行動。
4. 採用激發希望的策略—運用案主的人際、內在、與外在資源激發案主的希望(Russinova, 1999)，增進他人對案主的肯定、容忍度與關懷；並協助個人發展有效的因應技巧，體驗成功經驗與處理失敗經驗；並提供外在資源，協助個人在居住、教育與職業等方面的改善等。

(二) 方案層面

1. 方案結構保持彈性(flexibility)—案主的復元過程往往是在嘗試/失敗之間來回，是一個非線性的過程，因此一個助長復元的方案必須能夠具備高度的彈性，容許案主有多次進入方案以及在各種狀況下進入方案，且方案的設計也不應是線性的，也就是由 A 到 B 到 C，當一個人在 C 階段狀況變差時，

他不必由 A 開始。這樣的方案設計不是分級制，而是整合的方案，提供各種服務供案主選擇。

2. 增加方案的選擇與價值多元—每個人復元的過程都是獨特的，因此方案中需要盡量提供各種可能的服務，並且幫助案主設定目標與選擇；另一方面也需檢視方案的價值基礎，思考競爭的職業是否都適合每個人，是否獨立居住都是可欲的，是否復元必然是一個個別努力的目標，是否團體的努力過程對某些人比較有幫助？他們可以互補互助。
3. 雇用有復元經驗者—Deegan (1988)認為「希望」是可以相互感染的，因此雇用由任何障礙中復元者是相當重要的一環，他們可以激發其他人的希望，並作為模範。在美國現在有相當多的機構雇用有復元經驗者擔任全職或兼職的工作人員，他們可能擔任專業人員，也可能是輔助專業人員(paraprofessional)；也有一些方案則完全是由使用者經營(consumer-run program)。
4. 不區隔正常-不正常的態度—如果專業人員持續抱持案主是不正常的一群人，而專業人員是正常的人，這種區分將有害案主的復元，使得專業人員無法真正幫助案主。每個人或多或少都有創傷的經驗，專業人員應該審視自己的傷痛與復元過程，那麼他們就更能夠同理和了解案主。

(三) 系統層面

Anthony (1993)認為心理衛生體系應建構在「整體大於部分的總合」這個概念上，一個案主接受職業復健，他的獲得不只是在職業方面；再者，服務的目標並非只是「減緩」問題，而是創造「更多」.....。具體可能挑戰既有系統的是，既然提供個人支持對復元是如此重要，那麼誰該是這個(些)人？是專業人員嗎？還是仰賴非正式體系？目前的支持性心理治療是否包括這個部分？或者專業人員是否具備這種訓練？另外，一個信任且同理的助人關係相當重要且耗費時間，那麼系統是否願意給付這類服務？第三，要協助案主發展有意義與有目的的生活，需要能提供案主各種方案與機會選擇，光是知道有選擇的機會本身就是復元中很重要的要素。第四，系統必須能夠具備彈性，讓案主以自己的步調復元，專業人員必須敏銳察覺案主的反映；創造刺激與有助於復元的方案；並且提供不具烙印而了解的環境。

無論由系統、方案或專業人員來看，有助於復元要素是體系中必須具備多元的方案提供案主選擇；方案的設計需要保持彈性，並且運用有復元經驗者作為模範，甚至提供服務；在專業人員方面則須具備復元的信念，灌注案主希望，持續對案主抱持信心，以及不區隔的態度。這些相信對於專業人員的專業價值、現有的方案設計與既有的服務給付體系都帶來很多的挑戰，這對於美國的照顧管理體系(managed care)是如此，對台灣的系統亦然。不過經由創意，一些方案仍在美國開展多年，筆者認為專業人員觀點和態度的改變是可以先努力的部分，如此他們可以參與倡導方案與整體系統的改變。

精神復健的實施並不侷限於社區或醫院，重要在於方案所立基的價值與原則，在 Center for Psychiatric Rehabilitation (2002)的研討會中可以看到美國與其他國家如瑞典和荷蘭等在醫院當中成功地推行精神復健方案，在台灣也有一些醫院積極地推動；以台灣目前的醫療資源分佈觀之，醫院仍是未來精神復健服務的主要潛在實施者，因此有必要針對醫院以及其他精神醫療與復健相關單位，了解其對精神復健所抱持的態度。

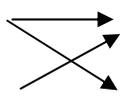
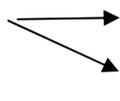
第三章、研究方法

一、研究設計

本研究分為兩個相關的部分，精神障礙者復元過程與專業人員精神復健態度，以兩年的時間完成。在復元過程探討部分將兼採質化研究與量化研究方法(見表 3.1)，由於主題著重於過程以及過程與結果之間的連結，研究策略上採用紮根理論(grounded theory)(Denzin, Norman, Lincoln, & Yvonna, 1994)，期能經由對案主經驗的了解與整理，形成初步的復元過程與結果概念架構。不過為了能更明確呈現受訪者的現況，本研究也將以量化方法蒐集參考架構中個人因素的人口變項與疾病變項，以及復元結果狀況。質化深度訪談的對象涵括有復元經驗者以及家庭照顧者或其他重要他人，且為了能夠形成比較完整的復元過程全貌，著重在至少處於 Spaniol 等人(2002)所發現的第二階段者，也就是能夠處理自己的疾病所帶來的影響，採取具體行動改善自己的狀況，並且擁有一些有意義的社會角色。研究時間將橫跨兩年，於兩年內訪問復元者兩次(包含質化與量化部份)，以呈現其間的變化與內涵；重要他人的資料為輔助性質，原則上只訪談一次，不過質化深訪乃以資料豐富完整為重，因此將視需要增加訪問次數。

第二年則同時針對精神醫療專業人員進行精神復健態度調查，調查重點在於了解他們對於復健原則的同意程度以及原則的落實狀況；筆者將根據 Cnaan et al. (1990)所建立的精神復健十三個原則，再參考相關文獻與台灣現況增減。除了態度之外，也將含括基本人口變項與專業背景變項，前者在呈現樣本的特性，後者則為了探索與態度相關的變項，並與 Casper, Oursler, Schmidt, & Gill (2002)的研究加以比較。專業背景變項包括專業領域、工作年資、學位、畢業年數、精神復健相關訓練與經驗。Casper 等人(2002)的研究為了檢驗「精神復健信念、目標與實務量表」的聚合效度與區辨效度，分析專業背景與量表分數之間的關係，發現學位與閱讀精神復健主要學者的論著為兩個顯著因素，後者尤其重要。

表 3.1、研究設計

研究對象		研究方法與內容
第一年	精神障礙復元者	 質化方法—復元過程、助力與阻力、復元結果 量化方法—人口變項、疾病變項、復元結果
	復元之重要他人	
第二年	精神障礙復元者	 質化方法—復元過程、助力與阻力、復元結果 量化方法—人口變項、疾病變項、復元結果
	精神醫療專業人員	

二、研究對象與來源

本研究著重在有精神障礙之成人的復健與復元。在精神障礙復元者部分，筆者將事先擬定選樣標準，採用滾雪球方式，透過各種管道，包括專業人員的推薦人選、在各醫院門診張貼宣傳單張徵求自願者、或在網路上徵求符合資格者。本研究將給予受訪者受訪費，質化深訪與量化調查各 250 元，以提供誘因與酬謝他們花費的時間。質化研究方法著重在理論或概念飽合，因此研究對象應為能提供豐富且多元資料者，因此很難預估樣本數；不過初估將訪談二十位，至於選樣乃以其精神疾病變項、發病年齡、性別、與復元結果為考量，盡量選擇各種組合者，以確保資料飽合。選樣標準主要有四：1.過去曾經因為精神疾病住院至少一次、2.目前擁有固定的社會參與(全職或兼職的工作、固定的志願服務、學生、家庭主婦、參加社團或其他社會性活動)、3.自覺往自己想要的目標邁進者、4.至少有一年沒有再住院者。家庭照顧者與其他重要他人則由復元者指出後，經本研究徵詢而願意接受訪問者共 19 位。

精神復健態度調查的研究對象包括精神醫療單位與社區復健機構(庇護性工場、康復之家、社區復建中心)的專業人員，包括醫師、護理人員、社會工作師、臨床心理師、職能治療師、個案管理員、就業輔導員等。本研究由行政院衛生署及「康復之友聯盟」網站¹獲得精神醫療與復健單位名稱以及各單位的專業人員數，之後將先與各相關單位接觸，寄發自填問卷給各單位，說明研究的目的與內

¹ 該網站網址為：<http://health.icareasia.com.tw/sick/tami/index.html>

容以徵求同意參與。

三、研究工具

(一) 量化研究工具

1. 復元者之量化資料將涵括三大部分(見附錄一)：

1) 人口變項—性別、實際年齡、受教育年數、工作(有/無、職業別)、居住狀況(與家人同住、與親戚同住、與朋友同住、自己一個人住、住康復之家)、自評經濟狀況。

2) 疾病變項—診斷(精神分裂症、情感性精神疾病、其他)、發病年齡、發病以來住院次數、最近兩年內住院次數、服藥狀況(有/無，定期與否)、是否有其他健康問題。

3) 復元結果變項—

(1) 角色獲取、關係建立、與自我照顧三方面將以宋麗玉(2001)發展的「精神病患社會功能量表」測量，該量表涵括社交/退縮(2題)、人際溝通(3題)、獨立-能力(5題)、獨立-表現(5題)、娛樂(9題)、社會性(6題)、職業/就業(6題)七個向度共 36 題，由職業/就業可反映個人目前是否有工作的角色，若沒有，那麼是否有其他如學生、家庭管理、志工等其他角色。社交/退縮、人際溝通與社會性可用以呈現關係建立狀況。自我照顧則可以由「獨立-能力」與「獨立-表現」兩方面反映。娛樂方面可以作為生活品質的補充資料。該量表的各次向度都具有良好的內在一致性(在考量題數之下)(.52 - .86)，以及三至四週的再測信度(.75 - .94)。效度方面，因素分析結果顯示各向度都具有內部建構效度；照顧者與病患本身的評量之間具有一致性；這份量表也具有區辨效度，病患與其手足之間在各社會功能向度的分數都達到顯著差異。另外，宋麗玉依壓力因應模式，檢驗社會功能總分與其他變項之關係，驗證了這份量表的外部建構效度。這份量表建構了社區精神病患的社會功能常模，71 分以上為「高功能」，52 - 70 分之間則為「中度到優」，34 - 51 分為「尚可至中度」，33 分以下則為「低功能」。

(2) 生活滿意度—生活滿意度乃是就整體生活滿意、經濟狀況、工作狀況、自己的能力、與外在環境五方面加以測量。此乃研究者自己設計，選項與計分包

括非常同意(1)、同意(2)、不同意(3)、非常不同意(4)。

- (3) 生活品質量表—這個部份將採姚開屏(2000)根據「世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-100)」簡化發展成的簡明版問卷(WHOQOL-BRIEF)(26題)。該量表各因素之內部一致性在 0.70~0.77 之間，整份問卷的內在一致性很高(0.91)；因素的再測信度介於 0.76~0.80 之間。效度方面，探索性因素分析結果呈現四個因素(心理/社會關係、生理健康、資源環境、物理環境)，能解釋 73%的變異量，確證因素分析的結果顯示四因素模式可被接受(CFI=0.89)，因此具有因素建構效度。此量表的區辨效度也被驗證，整體生活品質分數可區辨健康人的與不健康的人。
- (4) 增強權能—將採用 Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean (1997)的量表測量，這個量表乃以 271 位精神病患自助團體成員為樣本發展而來，內含有五個次向度：自我效能-自尊、力量-無力感(power-powerless)、社區行動力(community activism)、正當憤怒(righteous anger)、樂觀-控制未來感。該量表有很高的內在一致性(.86)，並且能夠區辨自助團體成員與 200 位大學生。

2. 專業人員精神復健之量化研究

- 1) 基本人口變項—性別與年齡。
- 2) 專業背景變項—醫院層級(醫學中心、區域醫院、專科教學醫院、社區復健單位)、專業領域(醫師、護理人員、社工師、心理師、職能治療師)、工作年資、最高學位(高中職、大專、碩士、博士)、畢業年數、精神復健相關訓練與經驗(參加復健課程訓練時數、參加相關的研討會次數、閱讀過相關的文章或書籍篇數)。
- 3) 精神復健態度—Cnaan et al. (1990)的研究建立了精神復健的十三原則與 49 個實務問項反映這些原則(參見附錄三)，Cnaan et al. (1990)的研究透過對 72 位精神復健專業人員的調查，經因素分析後確認這些問項與其所屬原則之間的關係，因此具有因素建構效度，但是未報導內在一致性與其他信度與效度資料。這份量表涵蓋的原則相當完整，並有操作化的問項，可提供相當好的測量基礎。本研究以這些問項為基礎，考量各題的適用性，刪除了原來量表的

題項 37(出院後追蹤至少一年)、55(不鼓勵案主依賴藥物)、56(運用大量常識而非規定的照顧方式)，題項 37 與台灣醫院服務的狀況不符，題 55 與 56 比較有爭議，容易引起醫院專業人員反感。另外可參考的為 Casper 等人(2002)「精神復健信念、目標與實務量表」量表，再六題與復元有關的題目，即正式問卷中的問項 28、39、40、41、49、和 50(見附錄四)，其中問項 40 和 41 為反向題。

4)精神復健結構因素—由醫院外在體系與內在體系兩方面檢視相關的因素，問項包括：1.外在體系，含括醫療政策、健保給付制度、方案經費來源、社區精神復健資源共八題；2.內在體系，包括醫療處遇目標、處遇規定、專業人員權責、醫院主管態度共七題。

(二) 質化方法—深入訪談大綱

深入訪談以開放性的問題，使受訪者能夠以自己的語言表達其感受、情緒與觀點，不過為了能蒐集到豐富且深入的資料，筆者事先依參考架構擬定大概的訪談大綱，以提醒及引導訪談涵蓋的面向，訪談的內容與順序將因個別狀況而異，且問法也因人而異，筆者將視狀況適度追問(probing)一些問題。復元者與重要他人的訪談大綱請見附錄二。

四、研究過程與研究倫理

(一) 精神障礙復元過程研究

筆者由熟悉的專業人員開始詢問是否有認識符合樣本條件者，再透過這些專業人員的網絡尋找其他專業人員所知的潛在受訪者，經推薦的專業人員徵詢案主同意後，筆者開始接觸他們，進一步確定其條件、說明研究目的與建立關係，並且也約定訪談的時間與地點，以受訪者的方便為主。資料蒐集分為質化深訪與量化施測，先進行深入訪談，一方面有暖身的作用，另一方面在訪談中或許可獲得一些具體的基本資料或疾病變項資料；之後再進行量化資料蒐集，依受訪者狀況採自填或是由研究人員面對面訪談。訪談之前將對受訪者說明本研究將不會呈現個人的身分，確保匿名性與保密原則，並請受訪者簽署同意函(見附錄五)；訪談中受訪者有表達一些服務需求時，盡可能提供資訊或轉介給相關專業人員進一步

協助。訪談內容經受訪者同意後錄音。訪談後詢問受訪者其認為的重要他人，經同意後接觸這些重要他人，過程如針對復元者的訪談。受訪者接受深入訪談與量化施測都將各獲得 250 元的酬謝。訪談錄音轉換成逐字稿，再進行分析，分析後將寄給受訪者再確認。

(二) 專業人員精神復健態度調查

筆者首先查詢各醫療與復健單位的專業人員人數，並與各單位聯繫徵得合作意願，並尋找一位負責收集已填達之問卷者，因此採自填方式。由於考量匿名性，因此不請各填答者簽署同意函，在這過程中，不願參與者自然不會成為本研究的研究對象。研究報告中則不會呈現各單位個別的統計資料，以避免單位間相互比較。但是本研究可依各單位的要求，提供其個別資料。

五、研究樣本

(一) 精神障礙復元過程研究

本研究乃經由滾雪球的方式尋找符合條件的復元者，主要透過各縣市康復之友協會、熟識之精神醫療社會工作師與朋友找尋。過程中筆者提供一份選樣條件、研究大要、訪談大綱與量化問卷予相關單位，請其推薦人選，並代為詢問潛在受訪者之意願，以及安排訪談之地點。尋找受訪者部分耗費時日，除了符合條件之外，仍考量地區分佈與受訪者狀況(如工作或在學)。研究期間共聯繫 26 位，有 4 位拒訪(不願再提及過往、或聯繫多次無法協調出可訪問之時間)。最後訪問了 22 位，但是有 3 位在訪問後發現不符合復元者資格，因此不納入。另外完成 10 位照顧者，作為補充資料。最後乃根據 19 位復元者和 10 位照顧者進行分析(見表 3.2)。每次訪談進行約一小時至兩小時之間，若訪談過程中電話錄音失敗或遺漏之處則事後以電話訪問補足。

第二年的訪談主要在於追蹤其狀況，因此採用電話訪談錄音方式；就第一年的 19 位進行聯繫，其中 T1 因狀況不穩定而拒絕受訪，有 3 位(T7、T8、C1)則聯繫不上。最後完成 15 位的訪談工作。照顧者部分在第二年未再進行訪談。

(二) 專業人員精神復健態度調查

這部分分別針對醫院與精神復健機構蒐集名單，再以郵寄問卷進行普查。由各級醫院精神科部門的社工員協助將問卷發放給各專業人員，包括醫師、護理人員、社會工作師、臨床心理師、職能治療師、個案管理員。問卷試測部分，于民國九十三年十一月十五日分別在苗栗為恭醫院及草屯療養院進行，其目的主要是針對問卷的內容及用字謹詞作施測，共收集 10 份問卷。之後，乃針對前測所回收之問卷，修訂問卷內容及字句。並於民國九十三年十二月二十日正式郵寄問卷，針對全國區域級以上醫院的精神醫療專業人員進行施測。問卷郵寄至回收時間為：民國九十三年十二月二十日始至民國九十四年三月二十五日止。共寄出 3479 份問卷，回收 817 份問卷，廢卷 74 份，回收率為 23.48%，有效問卷共有 743 份。

另外也針對目前附屬於醫院或是由協會經營的社區復健機構進行調查，機構名單乃由「康復之友聯盟」網站取得。共寄出 440 份問卷、回收共 143 份、廢卷有 7 份、回收率為 32.5%。

表 3.2、受訪者基本資料與復元結果變項(N=19)

編號	性別	年齡	教育程度	婚姻狀況	發病年齡	診斷	住院次數	增強權能	社會功能	生活品質	生活滿意	照顧者
T1	女	34	大專	已婚	21	精神分裂	10	86	75	102	3.75	已訪
T2	男	24	高中	未婚	22	精神分裂	1	94	74	112	3.00	已訪
T3	男	35	大專	未婚	28	精神分裂	1	90	69	102	3.00	已訪
T4	男	41	大專	已婚	14	精神分裂	28	79	72	90	3.60	已訪
T6	男	32	高中	未婚	18	精神分裂	0	90	86	103	3.00	拒訪
T7	女	26	高中	未婚	21	精神分裂	0	83	59	104	4.00	拒訪
T8	男	46	小學	分居	41	精神分裂	1	78	81	111	3.00	拒訪
T9	女	25	高中	未婚	16	精神分裂	2	85	81	101	3.00	已訪
C1	男	25	高中	未婚	17	躁鬱症	.	88	87	106	3.00	已訪
C2	男	32	大專	未婚	19	情感型精神分裂	1	97	98	118	3.40	已訪
C3	男	46	大專	已婚	21	精神分裂	1	87	72	100	3.75	已訪
C4	女	29	高中	未婚	19	精神分裂症	1	70	54	76	2.40	拒訪

C5	男	40	研究所	未婚	20	精神分裂	1	88	83	111	3.40	拒訪
C6	女	22	大專	未婚	16	精神分裂	1	78	80	102	3.60	已訪
H1	女	39	大專	未婚	32	精神分裂・憂鬱	1	74	73	84	2.40	已訪
H2	男	43	國中	未婚	18	精神分裂	7	75	68	75	1.80	拒訪
Y1	女	21	國中	未婚	13	精神分裂	0	69	56	85	3.20	已訪
K1	男	33	大專	未婚	24	精神分裂症	7	94	93	127	3.80	拒訪
K2	男	25	高中	未婚	18	精神分裂	1	79	70	101	2.80	拒訪

Note: a：資訊不足，無法使用。

六、資料分析方法

(一) 精神障礙復元過程研究

1. 質化深訪資料分析

在深度訪談過程中，筆者將徵詢受訪者的同意進行錄音，以忠實紀錄他們的談話內容，若受訪者不同意，筆者將在訪談中簡單紀錄，之後立即寫下訪談內容。完成每一位訪談將立即將錄音帶內容整理成逐字稿，並進行登錄(coding)。另外，本研究將透過下列方法確保資料的確實性、可轉換性與可靠性(胡幼慧、姚美華，1996)：

1)確實性—乃指所蒐集的資料是否是真正想觀察的以及反映受訪者真實的狀況。筆者在訪談前將就訪談大綱與研究同儕與實務工作者討論，並且進行試訪以使所問的問題更能切中主題，也符合受訪者的語言；訪談之前與受訪者多次接觸以建立信任關係；在訪談過程中觀察受訪者的非語言表現以了解其回答的真實性；透過重要他人的訪問(三角測量方法的一種)可增加對現象的深度了解(吳芝儀、李奉儒，1995)；登錄後的分類與命名將與研究同儕相互討論以確保能真實反映資料內涵；將分類結果寄給受訪者，請他們確認適切性。

2)可轉換性—即是能夠將資料作有效的描述以反映真實現況，這涉及對資料的熟悉與深度描述，筆者將不斷地檢視描述與原始資料以確保可轉換性。

3)可靠性—即訪問內容的內在一致性，這與前面的確實性相互關聯性，經由信任關係的建立、重要他人的訪談與非語言訊息的觀察將有助於可靠性的確立，筆者在撰寫報告中也將詳實交代資料蒐集與分析的過程以供判斷資料與結果的可靠性。

本研究的分析方法將依循 Strauss 與 Corbin (1990)的下列三步驟：

1)開放登錄(open coding)—即是將觀察、字句、與段落打散並檢視，經由不斷地比較與問問題，予以命名以發展概念類別，以及類別的屬性(properties)與面向(dimensions)。本研究將分別就所關心的環境因素、個人因素、復元過程、復元結果發展概念與其屬性與面向。

2)成軸登錄(axial coding)—即依循紮根理論的情境、現象、脈絡、干預變項、行動/互動策略、與結果這幾方面所形成的典範模式(paradigm model)，建構概念(類別)間的關係。這個過程將涉及閱讀逐字稿以檢視類別間的關係，建立初步假設、由實際資料再加以確認、持續尋求類別間屬性與面向之間的關係以建立次類別、比較各次類別以發展不同的關係模式。筆者將試圖結合這個典範模式與參考架構中的概念，探索這些概念間的關係。

3)選擇登錄(selective coding)—即根據成軸登錄所發展出來的資料，經由受訪者故事的檢視、加以選擇發展一核心類別、並依核心類別呈現故事線(即故事的概念化陳述)、進一步發展核心類別的屬性與面向、並且經由比較各受訪者資料中各類別屬性與面向間的關係，更進一步釐清關係模式。本研究將著重在「復元過程」這個部分發展核心類屬，進而釐清其屬性與面向，以及其相關因素，即帶來的結果。

2. 量化資料分析—這部份資料乃作補充用，因此將呈現每位受訪者(以代號表示)的個別資料狀況，以量表施測的復元結果變項將計算個別受訪者的總分，並與深入訪談資料相互比較呈現。

(二) 專業人員精神復健態度調查

1. 描述性分析—依各變項的測量尺度計算適當的集中趨勢與離勢統計數值。

2. 因素分析—針對精神復健原則量表進行因素分析以檢視其內部因素結構，並且

與 Cnaan 量表項目進行比較及用於後續分析中。因素萃取方法為 Principal component method，採用的轉軸方法為 varimax rotation。因素的決定標準有二：Eigenvalue ≥ 1 與 factor loading ≥ 0.4 。

3. 雙變項分析相關—分析專業人員人口變項及專業背景變項與精神復健態度分數之間的相關，依自變項之尺度採用 t test、One-way ANOVA、或是 Pearson Correlation 檢驗。
4. 多變項分析—運用多元迴歸分析，以同時放入專業人員人口變項與專業背景變項，了解控制了其他變項之後，與精神復健態度分數達到顯著相關的自變項，以及變項之間的相對重要性。

第四章、研究結果—復元過程與結果

壹、受訪者基本資料

受訪者居住於台北縣市(9位)、彰化縣市(5)、花蓮縣(2)、宜蘭縣(1)、與高雄縣市(2)。共訪問7位女性與12位男性，其年齡分佈於21歲至46之間，30歲以下者有8位，32-40歲之間者有7位，41-46歲之間則有4位。教育程度方面，小學者有1位，2位有國中學歷，高中有7位與大專者8位，目前就讀研究所者有1位。受訪者以未婚居多(15)位，已婚有3位，分居者有1位。受訪者發病年齡相當分歧，介於13歲至41歲之間。精神疾病診斷主要是精神分裂症，有一位為躁鬱症。住院次數以1次居多(11位)，也有10次與28次之多者。

貳、量化資料分析

由第一年的量化資料(見表 4.1)顯示受訪者的增強權能程度介於69-97分之間，以可能分數(28-112)來看乃落入中度至高度滿意範圍；在社會功能方面，除了兩位被排除於分析的兩位外，根據宋麗玉(2001)發展的常模，其餘有13位落入高功能類別(71分以上)，6位屬於中度到優類別中(52-70分)；受訪者的生活品質介於70-127分，若與可能的分數範圍(28-140)中度至良好之間。就生活滿意度的平均數來看，有5位落入不滿意至滿意之間，14位則在滿意到非常滿意的範圍。由上述結果可知這些受訪者復元狀況確實呈現不錯或是良好狀態。

第二年有十五位完成量化問卷，增強權能分數落在71-100之間，也屬於中度到高度滿意範圍；兩年加以比較有九位分數提升。社會功能則5位屬於高功能，8位落在中度到優類別，一位因遺漏太多無法計算分數；由兩年的比較，可以看出除了3位的功能分數提升外，11位分數下降。生活品質分數介於67-135之間，仍屬於中度到良好之間，兩年比較結果顯示8位分數提升，7位則下降。生活滿意度有6位落入滿意到非常滿意之間(3-4)，8位落在不滿意到滿意之間(2-3)，1位(H2)則接近不滿意(1.80)；兩年分數不變的有2位，分數提升者有4，下降者有9位，生活滿意度下降者多。

第二年的資料呈現出受訪者中T9和C4在四個部分都提升；T4、C3、H2、K1、和K2則都下降；其餘八人則有升有降。

整體上，在量化施測結果這十五位復元者在增強權能和生活品質方面提升者

多，儘管社會功能狀況比前一年較差，對自己的生活滿意度也相對評價較低。

表 4.1：復元者第一年與第二年量化施測結果對照表

編號	增強權能			社會功能			生活品質			生活滿意		
	Y1	Y2	2-1	Y1	Y2	2-1	Y1	Y2	2-1	Y1	Y2	2-1
T2	94	96	2	74	67	-7	112	123	11	3.00	2.60	-.40
T3	90	NA	NA	69	56	-13	102	111	9	3.00	3.00	0
T4	79	71	-8	72	68	-4	90	84	-6	3.60	3.00	-.60
T6	90	96	6	86	84	-2	103	135	32	3.00	4.00	1.00
T9	85	87	2	81	82	1	101	109	8	3.00	3.20	.20
C2	97	100	3	98	83	-15	118	123	5	3.40	3.00	-.40
C3	87	74	-13	72	56	-16	100	80	-20	2.75	2.80	.05
C4	70	78	8	54	59	5	76	86	10	2.40	2.60	.20
C5	88	89	1	83	69	-14	111	111	0	3.40	2.80	-.60
C6	78	81	3	80	45 ^a	NA	102	97	-5	3.60	2.80	-.80
H1	74	78	4	73	71	-2	84	88	4	2.40	2.25	-.15
H2	75	66	-9	68	52	-16	75	67	-8	1.80	1.80	0
Y1	69	76	7	56	67	11	85	82	-3	3.20	2.00	-1.2
K1	94	83	-11	93	80	-13	127	121	-6	3.80	3.40	-.40
K2	79	73	-6	70	57	-13	101	79	-22	2.80	2.40	-.40

參、質化資料分析

一、概念分類

客觀指標—角色獲取

本研究關於患者在復元結果中角色的取得主要從工作、志工、學生及家庭等方面來探討，以下分別逐一說明。

(一)工作

主要分成工作內涵、工作勝任度、工作困境、工作現況、工作期待及工作對復元的功能等六個次概念來探討。

1. 工作內涵

受訪者的工作內涵主要分為文書資料整理、民宿打工、就業服務員、賣彩券、工廠上班、超商工作、開補習班、推銷員、做代工、辦公室小妹等類別。

(1)文書資料整理

「我現在是在擴大就業公共服務，在鄉公所做那個農田調查和土地資料的整理。」(C3)

「可是我在協會裡面工作就是有學到人就是要積極啊，.....。在協會裡面做的話就是寄寄公文啊，還有一大堆的事情。」(T7)

(2)民宿打工

「那個民宿，有去那邊打工，還有裡面的老闆娘也都對我很好，目前的狀況就是這樣。」

(H1)

(3)就業服務員

「最近是在花蓮縣就業服務站工作。……幫助一些民眾填表格，不然就是引導他們到哪一個地方去辦理事務，像雇主服務、服務一般民眾，還有獎助員工，這怎麼講，我想一下，還有一些外勞找工作、大陸、大陸配偶的。……對，如果像外勞的話就拿一些表格給人家填，如果不會話就解說給他們聽，幫他們處理。」(H2)

(4)賣彩券

「白天就是上班，然後到了晚上，我，現在是寒假嘛，我會回學校去上日文，那個是推廣教育的，……。我想試試看自己有沒有工作能力，就跟我們一位叫王○○的那個病友，看他在新光三越那邊賣彩券，然後我也跟著去學。」(K1)

(5)工廠上班

「我現在就是在○○工廠工作，固定的就是早上八點開始，然後下午五點下班，……。我這段時間裡面也做過貼紙、或是什麼標籤，或是什麼貼那個之類，大概都是做刮零件比較多喔。我們那裡當然也有縫鞋子，還有車，怎麼講，像傳統的那種手工肥皂、香皂，……。」(K2)

(6)超商工作

「我現在在7-11了啦！清潔啦！...還有招呼客人啦！還有客人需要需要我們服務，我們就幫他服務這樣。」(T8)

(7)開補習班

「我曾經開一個補習班，自己一個小小的...。」(T1)

(8)推銷員

「其實我做很多工作都是在做銷售的工作，訓練自己的口才和膽量，所以我就決定我要做銷售的推銷員，....。」(T1)

(9)工作坊做代工

「上午就做代工啊。」(T2)

「每天就是早上起來來這裡，然後就是做做釘書針啊，做做那個浙瀝套。那個很簡單啦，不會很難。一天可以做個差不多 2、30 束吧。」(T3)

「(訪員：你說你星期一到星期五都到康復之友協會來，工坊做事、上課、出去戶外教學這樣)。對。」(T6)

「現在在工作坊做釘書針一次只有十盒，其他人可以二十盒。」(T7)

「現在在工作坊這邊嘛、板橋這一家工作，.....。」(T41)

(10)辦公室小妹

「是最近..最..最近我轉行種辦公室，去做那小妹，去做布行，....。」(T9)

(11)便當店上班

「我之前有去便當店上班，.....。」(Y1)

2. 工作勝任度

主要分為可勝任、勉強勝任及無法勝任三個面向。

(1) 可勝任

「現在它要求不是很嚴格，還可以勝任。……很重要。……大概還可以勝任。」(C3)

「訪員：「工作上還適應嗎？」「可以啊，只是那個老闆會，比較會，比較那個會那個生氣啊！」(C4)

「大概還能夠掌握那個工作的性質，還有工作的要求，當然你不行的話，老板還是會罵。」(K1)

「那裡的工作也還好啦，不會說很困難、很複雜，讓你壓力很大，除了有時候要趕貨以外。……我不敢說我在那裡表現是最好的，但是，我是覺得差不多啦，平平，中等，在中間，比上不足，比下有餘。」(K2)

「還有客人需要需要我們服務，我們就幫他服務這樣。在 7-11 沒有什麼壓力啊！……現在比較會，現在辦事情比較會。」(T8)

(2) 勉強勝任

「(訪員：所以您對您自己工作這方面的狀況，如果可以打分數的話，您會打幾分?)六十分。」(T7)

(3) 無法勝任

「是最近..最..最近我轉行，去做那種辦公室小妹，去做布行，可是..適..我適應的不好，...

我..我...我就像鴨子一樣趕阿，趕趕趕趕...趕了老半天，然後...。趕..趕的壓力很大，東..東西都交不出來，.....。」(T9)

3. 工作困境

主要分為心理素、生理因素、情緒因素及環境因素，其中心理因素主要是受訪者對自我的負面看法而導致工作上的困境，包括自責與自我貶抑兩項；生理因素主要分為體力無法負荷與藥物副作用的影響；情緒因素主要是受訪者受疾病影響而產生情緒不穩定的情況；環境因素則為老闆表現的負面態度及人際關係影響受訪者的工作狀況。

(1)心理因素

自責

「工作遇到困難，人家沒有辭退我，自己覺得說沒有把事情做好，覺得不好意思就自己一直想說要辭掉工作。」(C3)

自我貶抑

「只是那裡工作內容，我覺得...很龐大，龐大到說...我有一個專屬的就輔員嘛，龐大到我的就輔員替我做，我還..我還做不出來，也就是說..也就是說我就變成辦公室裡面的累贅，我的加入造成我的同事要分擔我的工作，....。」(T9)

(2)生理因素

體力無法負荷

「我這兩三天，任何一天，去做幾個小時，我回到家裡的感覺是非常累非常累，所以我昨天是跟媽媽講說覺得目前的體力狀況，好像還沒有辦法站到全天，??太疲勞了，我很怕太疲勞之後那個.....。」(H1)

「工作的話就告訴自己要去面對，壓力很大。可是那還有一個問題，就是常常會感到疲倦。」
(H2)

藥物副作用

「我以前還沒有生病的時候，反應還滿快的。然後現在就用藥了，反應就變很慢。現在再工作坊做釘書針一次只有十盒，其他人都可以二十盒。」(T7)

(3)情緒因素

受疾病影響情緒不穩定

「那時候她弟弟帶她去老闆娘那邊打電腦，後來他老闆娘就跟我兒子說她心情又不好了，又發作了。我是跟她說再忍耐一下、適應一下，自己稍微控制一下，然後她又去做，後來又還是一樣。..... 對啊，那時候只是覺得她心情不好，生氣起來比較兇而已，她平常臉色就很不好，變色反青。後來吃藥控制再去上班，心情變好了到加油站上班，加油加一加就到旁邊休息，客人來了就要老闆再去叫她，老闆如果喊她心情就不好，回來就憂鬱又對我兇。」(H11)

(4)環境因素

老闆差別待遇

「只是那個老闆會，比較會，比較那個會那個生氣啊。他可能對那個女生新進去的交，交的，交的貨有得時候比較不會他會覺得心理上會不怎麼好啦。」(C4)

老闆言辭譏諷

「也就是 320 總統選舉的那一..那一天，對..，我就..我就想要退出了，然後..我的雇主他說：『唉...那當初，我看妳講話，唉...多麼的精明阿！唉...沒想到妳做事跟妳講話都不一樣，有夠爛阿...唉...。』」(T9)

人際關係問題

「因為了如果我做得比較多的時候，人家就會講說我搶他工作。如果做的比較少的时候，人家又說我很懶，然後我做的話，啊他們就說那個不好那個不好，我如果改進了就說，他還是會說，ㄟ，妹妹這個給你洗。」(Y1)

4.其他工作現況

(1)待業中

「然後剛剛就是，我上個禮拜寄履歷表出去啊，然後慈濟，花蓮慈濟醫院那邊收到我的履歷，她說有那個職缺。」(C6)

(2)補習考證照

「目前就是一邊..一邊療養身體，然後一邊工作，我之前是有去參加美髮的補習班，那個也是勞委會委託那個美髮公會辦理的，??，那目前我的課是轉到那個補習班，證照補習班，.....。」(H1)

5.工作期待

(1)工作能長久

「現在是想說學一項比較專業的工作，也不一定是要專業，就是要能工作比較長久的工作，能夠安定、穩定的生活這樣就好了。」(C3)

(2)工作性質

找到自己想做的工作

「我對自己的想法就是在這邊結案以後，希望趕快找到工作。.....希望作電腦方面的。我一直想要去那個新竹科學園區裡面工作。因為那個待遇比較好。」(T2)

「服務業，賣東西。覺得這樣生活比較舒服。」(Y1)

輕鬆的

「輕鬆的工作，不會這麼緊張的工作。」(T6)

6.工作對復元的功能

工作對復元的功能可分為正向功能與負向功能，其中正向功能有：使生活規律充實、避免功能退化、他人期許使自己進步、使自己正常、擴展人際關係、訓練自己思考及復健的功效；在負向功能方面為信心受挫。

正向功能

(1)使生活規律充實

「工作的話，他不但可以賺到錢，而且有一些復健的功能？.....對...可以讓自己的生活作息比較規律，不會說整天都躺床，不想動，懶懶的。」(H2)

「七點四十幾要到那邊，然後最晚七點半就出發從大馬路騎摩托車。補貨，要顧店，有時候要拜拜，然後有時候比較閒，坐在那邊賣餅乾啊，往生者的壽，壽衣啊，還有紙錢啊這些。快要一年了。.....喜歡啊，至少不會閒在家裡啊。」(Y1)

(2)避免功能退化

「我如果工作停的話，我就有警覺到我可能是我功能不行，我會自己回去 b 再報到、再復健。」(K1)

(3)他人期許促使自己進步

「當然課長跟廠長多多少少對我還是有一些期許，喔！有一些，有一些那個要求，有一些期望、一些希望，就會要求我，你還可以更好、更進步。反正就是好還要更好，這樣子。他們相信我一定可以做到，目前我也是努力在嘗試看看能不能再突破、再進步。我當然也是要讓自己更進步，喔！這是最起碼，不要在原地踏步，這樣對自己一點進步都沒有，因為這樣畢竟這樣下去也不是，也不是長遠之計，我總不能永遠待在那個地方，我一定要自己到外面謀生，靠自己，要早點獨立，當然那個地方也不可能讓我一輩子永遠都待在那裡。」(K2)

(4)使自己正常

「主要還是要工作，找到工作比較好，比較正常啦！有工作比較正常啦！.....有病的人，還是一樣要找工作做。沒有工作還是不行，我覺得，我覺得像我們精神病的這一種，就是要找工作。所以醫生都叫我模範。對啊！因為醫院只有我一個待一年多。同一批出來的啦，然後，他們都沒有辦法做啊！但是你沒有做事就可能發病，有事做就不會發病，就跟正常人一樣。」(T8)

(5)擴展人際關係

「對，因為可以認識很多朋友。不像以前在家裡我都一個人。我是獨生子。」(T2)

(6)訓練自己思考

「就是有工作的話，就會自己去思考自己去做去想，沒有工作的話就是不會去想不會去做去摸這樣子，反應就會變得很慢會變笨。」(T3)

(7)復健的功效

「工作的話，他不但可以賺到錢，而且有一些復健的功能....。」(H2)

「工作就是復健。」(T8)

負向功能

信心受挫

「只是那裡工作內容，我覺得...很龐大，龐大到說...我有一個專屬的就輔員嘛，龐大到我的就輔員替我做，我還..我還做不出來，也就是說..也就是說我就變成辦公室裡面的累贅，我的加入造成我的同事要分擔我的工作，對阿，我就覺得整個人的信心都受到打擊了，.....。」(T9)

(二)志工

受訪者 C3 表示希望可以在假日協助生病的患者。

參與社團以助人

「我很希望假日的時候可以參加一些社會團體，能夠幫助一些有疾病的人。」(C3)

(三)學生

1.學校生活

(1)社團

「社團，就是在橄欖球校隊。」(C2)

「嗯，一方面，可能是那個時候有參加社團。對，然後就，有，一，一天到晚就一直參加活動啊，然後這樣心情也會比較好一點。」(C6)

(2)課業

「功課就是.....就是在做那個我們○○大學學生睡眠狀況的研究。」(C2)

「所以說今年就比較多時間花在自己的研究主題上。進到陽明之後畢竟它是一個以醫學院為主的一個學校，所以那時候讓我徹底有機會來面對我生病這個 issue。所以這一年來我的整個生活狀態、重心就擺在我自己論文上，....。」(C5)

「如果上課的話，有上課的話，就是早上去學校上課，然後就，晚上回來這樣子，然後沒有上課的話就是在醫院這邊。.....就我們學校的專題研究啊，回來這邊請醫師指導。」(C6)

2. 在校表現

(1) 適應情形

越來越好

「我覺得我表現是..我一定是越來越好的。」(C5)

逐漸改善

「最近一年的話，之前幾個月比較好一點就比較，因為情況比較好，所以一些事情都很順利，可是如果是，是去年的話，就是，因為那個時候可能剛考上二技，然後人際、環境都還沒有很適應，而且那時候算是病情比較嚴重的時候，就是功能很不好，然後讀書就很睏啊那個方面，什麼注意力啦，就是比較坐立不安啦，唸書比較沒有辦法繼續下來，人際關係也很不好。」(C6)

(2) 學習情況

受疾病干擾

「我覺得真的比較差，我一直覺得如果我不生病，我心裡曉得我的能力有哪些。包括像最基本的電腦，我不是不會，而是我不願意去碰，那種壓力會覺得，我心裡曉得我只要電腦很好的話，就是跟一般同儕的話，我的表現會加分加很多，包括 power point 那種平常

present 的那一種表現，我覺得我是那種一定有一定的表現。但是有些東西我是相對，因為疾病拉我，我清楚曉得。」 (C5)

「那時候算是病情比較嚴重的時候，就是功能很不好，然後讀書就很睏啊那個方面，什麼注意力啦，就是比較坐立不安啦，唸書比較沒有辦法繼續下來，人際關係也很不好。.....就是在專三專二那一段時間，喔，有一個學期被當了九個學分，還好後來都有補回來。因為那一段時間就是我剛剛在說在吃那個百憂解的時間。」 (C6)

學業逐漸進步

「是是現在比較好一點，不然在，就是在專三專二那一段時間，喔，有一個學期被當了九個學分，還好後來都有補回來。」 (C6)

能力不如人

「因為我週遭的同學，我會覺得他們為什麼有辦法工作，又有辦法唸書，所以我好像沒辦法工作跟唸書同時進行，我們班有很多在職生，我一直覺得，這方面我能力差他好多，...。」 (C5)

須比別人努力

「我總覺得我要比別人做更多的努力才能得到同樣的待遇。」 (C5)

未享受特權

「而且我進到學校之後，我沒有任何特別的特別待遇。包括我考進 XX 那天，包括我們所長、包括我們的 X 老師還說 XX 是用考的進來的。我從來沒有享受生病我的特權。但我知道照道理講我應該要有一些特權，但我沒刻意去要求。」 (C5)

(四)家庭

1.家人關係

(1)家庭成員關係緊密

親子關係佳

「我們家的親子關係超一般的，以前我的以為，不是每個家都這樣嗎？後來發現不會耶。像我和我的爸爸可以，有些時候我可以我可以開我爸爸的 Benz。就是那個父子關係，親密。我們也不像一般可以說抱在一起。像我爸爸很保守、鄉下人。可是我跟我爸爸可以開玩笑，稱兄道弟。我很尊敬他，可是我很曉得我跟他沒距離。……我們家雖然永遠五個人，可我們覺得家，不只能因為我生病就家裡氣份會改變，就會口角、會爭吵，我們家那本質是對的，對家裡的關係是、是、是很好的。」(C5)

「領錢多高興，買一些媽媽給東西，要不然就帶回去。我最近想說要一些要給爸爸用。」
(C4)

手足關係佳

「我跟哥哥雖然我覺得、到現在都會覺得，我們家的那種我跟我妹妹關係都很好，就我會關心他就我對這個也很重要。」(C5)

「(訪員：她跟其他兄弟姊妹的感情如何?)感情不錯，每一個都不錯。」(H11)

(2)家庭成員關係不佳

手足關係疏離

「因為我們，我們兄弟姊妹就是互，互相都覺得，就，就把對方看成是仇人啊，然後，然後大家，大家已經十幾年都沒有講話，……。兄弟姊妹都沒有講話。」(C6)

親子關係不佳

「然後如果有事情跟我媽媽講，我媽媽脾氣又很不好，她，然後她，她常常都會，都會看我的行為，有時候發病很痛苦啊，然後，然後我就會跟她，跟他講一些感覺，可是她都會認為那，那是不是我故意，故意要這樣，這樣表現給人家看啊，不然就是我自己個性的問題，然後她都會罵我，而且我，我最看不慣的就是，就是，我爸爸也有憂鬱症，然後他，他就是常常，他就是生活變得很很無能啊，比我還要嚴重，可是我，我媽媽如果有時候一生氣起來，嗯，反正就會一直罵他，不然，不然就是一直打他，然後我就，我就會，很討厭，所以我，爸爸媽媽我，我都不會很喜歡，有時候都很討厭他們。」(C6)

(3)重視孩子的教育

「我很在意孩子的教育，我非常非常的在意，因為我自己是這樣的例子，所以我就非常注意孩子的狀況，我很憂心很擔心也很焦慮我孩子，因為我是他們的父母，我沒有很好的交給他們，因為我很多都不懂，就拿小孩子洗澡我就頭痛了。可是我很愛我的孩子。」(T1)

2.婚姻關係

(1)夫妻倆想領養小孩

「我現在結婚一年多，目標是說沒有自己生的小孩也可以啦，有的話更好，有可能的話是想說抱一個回來扶養這樣。..... 因為我太太是外籍新娘，越南籍，她現在在食品加工場工作，也很期待有一個小孩，她也知道我身體不好，要小孩的話可能比較難一點，她也有講過說領養的話也可以。」(C3)

(2)未告知妻子生病的事

「去年一月五號。我取了越南新娘。我有問張醫師說要不要把我生病的事情告訴他，張醫師說暫時不要。已經一年了，就想說命運以後要走哪一條路，總是要工作，不工作的話..... 我不是要欺騙他。」(T4)

(3)夫妻感情好

「那主任都說「ㄟ~王 OO 好像結婚之後改善很多呢！好像進步了好多。」這樣。比較有勝任感這樣子，他回家之後跟他太太有說有笑，都覺得是很好！」(T41)

(4)結婚後改變很多

「對對，他在結婚之前，看到別人娶那越南新娘、會幫他們做生意什麼的，他回來會說「媽媽，我看到那家越南新娘很認真喔，幫忙做事。」他那種想要討老婆的那種心態，不過我那時候是在跟我先生說他有一個毛病齣，結婚也是會結的不太妥當啦，如果結婚之後又變卦或怎樣怎樣，這種不太好！你沒想到他結婚之後好像真的改變很多很多，就是這樣。」(T41)

3.家事分擔

主動幫忙做家事

「恩，做家事（A：會幫忙）每天都回來說媽媽有沒有垃圾要倒這樣，然後，喔對他這幾天上班，他說，媽媽，怎麼辦，我現在上晚班，那你的垃圾沒有人倒怎麼辦，哈哈，我說那給爸爸倒，他說不行啦，我說媽媽會處理阿，他說不好意思，讓你們倒垃圾，我說不會啦，反正大家都互相往來，他真的變不一樣了，長大了，呵呵呵！」(T21)

「啊折衣服、後運動，或者幫忙是種，種菜或是洗菜。啊睡覺，準時睡覺，早點起來。」(Y1)

表 4.2：客觀指標--角色獲取

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
工 作	工作內涵	文書資料整理	
		民宿打工	
		就業服務員	
		賣彩券	
		工廠上班	
		超商工作	

		開補習班	
		推銷員	
		工作坊做代工	
		辦公室小妹	
		便當店上班	
	工作勝任度	可勝任	是/否
		勉強勝任	是/否
		無法勝任	是/否
	工作困境	心理因素	是/否
		生理因素	是/否
		情緒因素	是/否
		環境因素	是/否
	其他工作現況	待業中	是/否
		補習考證照	是/否
	工作期待	工作能長久	
		工作性質	
	工作對復元的功能 (正向)	使生活規律充實	是/否
		避免功能退化	是/否
		他人期許促使自己進步	是/否
		使自己正常	是/否
		擴展人際關係	是/否
		訓練自己思考	是/否
		復健的功效	是/否
	工作對復元的功能 (負向)	信心受挫	有/無
志 工	參與社團以助人		是/否
學 生	學校生活	社團	有/無
		課業	
	在校表現	適應情形	好/不好
		學習情況	佳/不佳
家 庭	家人關係	家庭成員關係緊密	是/否
		家庭成員關係不佳	是/否
		重視孩子教育	是/否
	婚姻關係	夫妻倆想領養小孩	是/否
		未告知妻子生病的事	是/否
		夫妻感情好	是/否
		結婚後改變很多	是/否

	家事分擔	主動幫忙做家事	是/否
--	------	---------	-----

客觀指標--關係建立

(一)人際關係佳

1.受同學尊重

「我覺得非常快樂，非常有成就感，非常自信自己的表現，我覺得非常自傲。跟同學討論，通常都是扮演資訊提供的角色，因為我以前是大四因為發病被二一，然後又重考插班，然後才回到同一個系，同一個年級，就是那些老師都知道說我以前不是故意要把成績搞壞，學習態度就還不錯，對基礎，跟同學，現在變成在享受求學的樂趣。我同學他們對我就是說，很尊重，當然我離開學校比較久，電腦比較不好，所以同學他們會 cover 過來，然後我的理論，還有思考就會提供資訊，他們就是會電腦統計上跑 SPSS，我們就會相互幫助，互補。」(C2)

2.同學友善對待

「跟同學喔，有的同學對他也不錯，他說他電腦壞掉了，同學幫他修。他聽他同學說，買手提的不如買桌上的，最後他就聽他同學的，好像是他同學陪他去買的這樣，可能對他也不錯，不然，怎麼會幫他買電腦，幫他修電腦。」(C21)

(二)受疾病或藥物副作用影響

1.藥物副作用影響人際互動

「我就是吃藥的關係，結果使眼睛的淚腺壞掉了，結果沒有淚水。做那種鑄造非常的熱，金屬的鑄造，眼睛一直受傷，就一直惡化，從發病就開始吃藥，吃到最近一兩年才換藥。後來，變得更好，我不敢去跟很多朋友互動，這也是一個也是很重要的影響因素。」(C2)

2.因生害怕與他人互動

「就是，很大的原因就是，外型啊改變，還有一些，頭腦變的很遲鈍，沒有辦法跟人家互動。」

.....就是，就是怕，就是，就是如果別人跟我講話還是跟別人在一起相處的時候，我就會怕說他們，我的一些動作，還是我，我講話的一些內容會讓他們覺得很，很奇怪啊，還是說，讓他們對我，對我，對我有厭惡的感覺，就是會討厭我這樣子。」(C6)

3. 症狀影響

「人家就變得很不高興，妳到底都沒有聽，他們就在背後叫我，我不知道啊。啊那時候在做事情，都沒聽到，他的，他的其他同事都過來說，ㄟ，妳真的沒聽到我剛才在教妳嗎？我說沒有啊，啊，啊，妳都沒聽到啊，我好像有ㄟ，可是我以為是幻聽啊，啊我不知道他不相信。」(Y1)

(三) 關係建立方式

1. 透過電話或網路

「有一段時間我就一直打電話一直打電話因為我，我有一段時間就很愛講話。然後那個就，每天有空就會打電話跟人家聊天。...對，ㄟ，也是，沒有聊天啦，就是算是那種，那種團，就是那個網路的社群團體啦，有討論區、論壇，大家就是，就是可以講出自己的想法這樣。」(C6)

2. 約朋友喝茶、喝咖啡

「有啦！出來找朋友，喝茶、喝咖啡這樣。....到 7-11 的時候，因為接觸人比較多嘛，比較不會怕，現在接觸人那會怕。剛去 7-11 的時候接觸人還是會怕。」(T8)

「(訪員：那現在狀況比較好一點會不會約學員或約其他朋友一起去打?)會啊，有啊。跟以前的同學。高中國中都有。還有去網咖。」(T2)

(四)稟持的信念與態度

1.真誠待人

「我總之一個觀念認為我只要誠以待人。我們兩個相處是蠻真誠的，而且很穩定的在發展，她所有家屬都曉得，祖母阿、姑媽都曉道我的病，就惟獨爸爸媽媽不知道我的病，我一直叫她要講，她不敢講。可是我自己都沒有隱滿，可是她會卻步啊她會擔心啊。」(C5)

2.希望與他人好好互動

「如果人對我很好的話，我就會改變，如果人家對我很兇的話，就是用，就是說，就是說這件事情做錯了，我希望人家好好的跟我說，而不是說丕，妳那裡做錯了，妳抗腰這樣，一直唸，不然就是，發脾氣，我就會覺得很畏縮。」(Y1)

3.與人互動可得到好處

「就是要跟人家互動啊，才能得到一些比較好的好處。」(T3)

4.不喜歡與人互動

「他也不太跟小孩子玩,小孩子也不大喜歡,小孩子本來就是你要懂得如何取悅他,跟他一起鬧,可是他又不大會所以小孩子怎麼會靠近他。.....那他現在這樣也不太喜歡跟別人交談。」(T31)

5.隱瞞病情

「我男朋友他是希望說能夠生一個小孩子，可是像我這樣有病史的人對小孩子會影響到。(訪員：您會擔心嗎?)會啊。一直不敢跟我男朋友講，怕他也不會不高興。」(T7)

(五)遭遇的困難

1. 遭同事欺負

「有時候工作表現不好，老闆就會那個就會那個，還有一些（用台語）員工，員工跟員工相處不好阿阿桑還會欺負人，就早點休息，不要做了這樣。」(C4)

2. 他人批評

「之前我去那邊的時候就是學員有一些都會，故意批評妳這樣子。」(Y1)

表 4.3：客觀指標—關係建立

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
關 係 建 立	人際關係佳	受同學尊重	是/否
		同學友善對待	是/否
	受疾病或藥物副作用影響	藥物副作用影響人際互動	有/無
		因生害怕與他人互動	是/否
		症狀影響	有/無
	關係建立方式	透過電話或網路	是/否
		約朋友喝茶喝咖啡	是/否
	稟持信念與態度	真誠待人	是/否
		希望與他人好好互動	是/否
		與人互動可得到好處	是/否
		不喜歡與人互動	是/否
		隱瞞病情	是/否
	遭遇的困難	遭同事欺負	是/否
		他人批評	是/否

主觀指標—生活滿意度

對於生活的現況滿意程度受訪者的反應有：覺得生活好像在享受一樣，並希望自己對社會有所貢獻、對於現況表示滿意及感到身心越來越舒適；而受訪家屬也表示受訪者有變得比較快樂的情況。

一、比較快樂

「他回來都，最近好像都很快樂。他好像過得比較快樂，不像以前愁眉不展的，現在他回來都有笑容，他發病那段時間都愁眉苦臉的，就是眉頭深鎖，現在就比會啊！他現在就是常常會有笑容。」(C21)

二、享受生活幫助他人

「其實我覺得我現在的生活，真的講好像在享受一樣啊。我是希望我已能夠有所貢獻，幫助社會上一些比較弱勢的人，幫助一些精神病患可以改變自己的行為，貢獻自己的心力讓我們這個社會可以更和諧，能夠更溫馨快樂。」(C3)

三、滿意

(一)滿意現況

「(訪員：不用啦，妳就說對自己的感覺，啊妳覺得妳現在的狀況妳滿意不滿意啊?)」滿意啊!」(C4)

「(訪員：你滿意現在自己的狀況嗎?)還好啦！還不錯!」(K2)

(二)滿意生活

「(訪員：那你對現在的生活滿意嗎?)還好啦!」(K2)

「(訪員：那你覺得你現在的生活你覺得怎樣？你自己滿意嗎?)滿意啊。」(T2)

四、身心舒服

「我現在越來越感覺到越舒服了，不知道是不是吃藥的關係。」(T6)

·主觀指標—生活品質

在生活品質方面分別有二位受訪者呈現改善與變差兩種情況，前者主要是生活作息的改變，變得較早起床；後者則反映於睡眠、喜歡亂吃東西、不愛動等方面。

(一)、改善

較早起床

「就是... 比較，譬如說我在家的時候，以前比較晚睡睡的比較晚，現在就是七點就起床，以前要睡到九點多。」(T2)

(二)、變差

愛睡生活變懶散

「睡得比較著，愛睡，然後比較喜歡亂吃東西，還有變得不愛運動，然後比較容易累。」(Y1)

·主觀指標—增強權能

在此部分主要得到助人、獨立自主及解除痛苦等三類型，受訪者

一、想助人

希望幫助他人

「我想幫助一些精神病患可以恢復到一定、比較好的程度，過一個比較好的生活。...我希望自己像人家講說社會人士在幫別人解決問題，而不是一個問題的製造者。」(C3)

二、獨立自主

(一)要求自我獨立

「就是讓我學著活得能夠更獨立一點、更堅強一點，堅強，最主要大概就是，所以說我一定要堅強，我父母不可能讓我依靠一輩子，就是要完全獨立，要完成靠我自己。」

(K2)

「曾經我就告訴我自己，不能再這樣下去。再這樣下去喔，會很慘啦。人都會死嘛，如果你最後一個才死，那也...有很多人在幫忙，好幾年下來都有很多人在幫助，就是自己不願意啊。」(T4)

(二)經濟獨立

「就是... 想要獨立自己賺錢啊。」(T2)

三、解除痛苦

(一)主動尋求協助

「對啊，因為我不想要一直很痛苦，然後就要把我，就是盡量把我的問問題告訴人家呀，希望他們能幫助我解決，因為我自己也不知道怎麼辦啊!」(C6)

(二)看勵志書籍自助

「然後像現在情況比較好了，我就，就是很，很喜歡看一些比較心理勵志那，那一方面的書，然後就，這些書也都可以幫助自己，就是在一些想法上面改變啊。」(C6)

表 4.4：主觀指標

次 類 屬	屬 性	面 向
生 活 滿 意 度	比較快樂	是/否

	享受生活幫助他人	是/否
	滿意	是/否
	身心舒服	是/否
生活品質	改善	有/無
	變差	是/否
增強權能	助人	是/否
	經濟獨立	是/否
	解除痛苦	有/無

· 面向——心理/情緒

一、正向反應

(一)利他

助人為樂

「看到大家快樂，自己就會快樂。因為看到別人快樂，看到別人，你可以幫助別人，別人沒生病也可以幫助別人。別人快樂也等於是自己快樂。這樣有生病的話等於沒病。幫助別人，對。因為是你的病痛嘛，別人快樂，大家這樣快樂，自己也會充滿快樂。所以大家都快樂，所以我們自己的病痛就不會很痛。」(T6)

(二)不想成為他人的負擔

「我就想說，我還是有人可以幫助我，可是我不想成為他們的負擔，...。」(T6)

(三)生存的意志

由親人狀況啟發求生意志

「就在想，對呀，看我大姐那麼瘦弱，還要帶小孩，還要專門騎摩托車載我去給醫生看，我想他們都那麼勇敢？所以我還有什麼藉口說要死，沒有錯，一死一百了，但是這種心態對自己和親人？？關心我的人都是不公平的，因為他們都花很多精力在照顧我，。」(T6)

(四)被信任感

「信任我，他們從來沒有說出讓我感覺不好的話，他們家裡的每個人對我都很好，因為我是大嫂，他們也都對我很有禮貌，我想在世界上大概再也找不到了，真的。」(T1)

(五)快樂

比以前快樂

「他好像過得比較快樂，不像以前愁眉不展的，現在他回來都有笑容，他發病那段時間都愁眉苦臉的，就是眉頭深鎖，現在就比會啊！他現在就是常常會有笑容。」(C21)

(六)勇敢面對

勇敢面對，讓自己活的比較好

「因為我想要讓自己活得比較好，不要那麼灰暗。要敢去面對啦，若是不敢去面對的話，那這一輩子就完蛋了。就等於歸坐在哪個醫療機構單位裡面啦那一輩子就這樣過去一點意思也沒有。」(H2)

(七)信心

不放棄

「當時我一直相信我可以啊，我沒有放棄。我有告訴我自己我可以。我相信有一天，因為那個復健一直累積自信，如果有一天啦，總有一天會等到的。」(C2)

二、負向反應

(一)擔心

擔心被人討厭

「就是怕如果別人跟我講話，還是跟別人在一起相處的時候，我就會怕說他們，我的一

些動作，還是我，我講話的一些內容會讓他們覺得很，很奇怪啊，還是說讓他們對我
有厭惡的感覺，就是會討厭我這樣子。」(C6)

覺得丟臉出去會被笑

「媽媽我這樣好丟臉喔，那怎麼辦，我出去怎麼辦，我說不會啦，畢竟也沒有多少人知
道，恩，·知道的話，可能人家也不會說啦，不會說宣揚出去講怎麼樣怎麼樣，.....。」

(T21)

(二)心累

1.自覺籌碼很少

「我覺得我，我常常講過的我的籌碼很少了，但是我一直堅持要的東西，我又不想妥
協一個東西。對這樣造成我更累。」(C5)

2.需要比別人付出更多

「我覺得真的是蠻累的，得這種病。我的努力是一百分能取一分回來，就不得了。我
總覺得我要比別人做更多的努力才能得到同樣的待遇。我覺得那種累是累在這裡。」

(C5)

3.長期疾病讓人感覺很累

「打從我二十歲發病到現在每天都在對這個疾病抗拒，生病十二年我覺得最累的就是
延續性。」(C5)

(三)鬱悶

沒人瞭解而感到鬱卒

「那時候我其實蠻鬱卒的（台語：意思是苦悶、不開心），沒有人瞭解我啊。後來我又遇到那個學校的不如意，我就走向更嚴重了。」 (T4)

(四)害怕

害怕發病

「會想要自殺啊，然後就是會對生命一點希望都沒有啊。……要鼓勵自己趕快好起來，可是我怕好起來還要防止它又再發病。」 (T7)

(五)無望感

生命沒有希望想自殺

「會想要自殺啊，然後就是會對生命一點希望都沒有啊。」 (T7)

(六)沮喪

覺得很沮喪

「我覺得很沮喪，沒有辦法生活自理，我這個情況就是和社會脫節，然後沒有辦法生活自理。」 (T1)

(七)很苦

覺得很苦

「他們說要做什麼做什麼，可是我都沒有體力，骨子是這樣，但是肉是往下拉的，很累，很苦，我覺得好苦喔。」 (T1)

(八)罪惡感、愧疚感

自覺愧對家人

「我覺得我有罪惡感、愧疚感，對我家人。」(C5)

·面向—社會

一、社會氛圍

(一)大眾的態度

1.接納

除污名化

「要去除污名化，讓社會能夠接受精神病患。」(H2)

2.溫暖的

「我覺得人間還是有溫暖的啦。像我最落魄的時候，還是有人會帶我去廟裡面求個心理的安慰這樣。……大家互相幫助的話一個團體、一個社會可以過得更好。……我覺得我現在的生活，真的講好像在享受一樣阿，享受社會上人家貢獻出來的成果這樣。」

(C1)

3.歧視

「有差有差。會比較驕傲，比較看不起我們，就比較不會接近妳吧。就覺得這樣不公平啊。怎麼這樣對待我們。都沒有一些，一些比較那個那種心同情心。」(C4)

4.不友善

「一方面自我的要求比較強，一方面外在的對精障朋友的不友善，這個我相信雖然有比以前好，但是感覺上還是改變空間沒有那麼大。」(C5)

5. 偏見

「我這個疾病，很多人避之唯恐不及，對...我相信。因為尤其新聞報導常常又說精神疾病又做了什麼恐怖的事情，.....。」(T1)

(二) 專業人員的態度

「他們對病患的耐心跟愛心，真的對我再提起勇氣繼續活下來有很大很大的影響，...。」

(K1)

(三) 親友的態度

有的疏遠，有的會鼓勵人

「所以我的親戚中也有對我比較遠避的，因為我父母的關係，他們和我父母還是保持好的關係，對我總是...態度還好，因為我父母的關係，透過我的父母因為交往比較廣泛，所以有些走出自己的例子，我父母就會介紹他們來認識我，給我鼓勵。.....所以我這種疾病是需要很多人能夠拉一把，拉一把，鼓勵他去做些什麼，所以我的改變是我的家庭認識很多人，是個大家族，鼓勵我願意幫忙我，又有經濟的基礎讓我能夠做這些事情。」(T1)

(四) 社會關係

1. 努力維持人際互動

「但是現在我知道說，我的功能維持裡面，一方面是社交的能力，我也要，必須要不停的，必須跟舊朋友聯絡感情啊，交新朋友啊，如果說我沒有工作的話，我可能會找志工或什麼去當，維持跟社團的關係，這樣子跟人際互動。..... 因為你好不容易交到朋友，你這樣子讓他，讓這個朋友失去的話，你損失的不只是一個朋友，還有很多機會你會失去掉，很多訊息進來你都沒辦法收到，所以說，我不會說不跟朋友往來或怎麼樣，比如說這個朋友你不喜歡，你也要跟他保持一個朋友關係。」(K1)

2.與社會脫節疏離

發病前

「其實我還沒有發病的時候，就有一點和社會脫節，我生活在學校其實我都脫節，我都沒有朋友，我懂得很少，一些事情我又沒有興趣，所以我有一點孤立，所以我很少跟朋友講話，又沒有人和我交朋友，我也不願意和別人交朋友，所以我是一個孤立的人，……。」(T1)

二、就業環境

(一)學歷至上

「可是大部分的公司都要有文憑才可以啊。沒有文憑的話他不信任你啊，不信任你會啊，沒有的話他不會用你啊。就是這樣子啊。」(T3)

(二)就業歧視

「因為我有這個病對不對，在醫院都有建立資料嘛，就是說有身心障礙疾病患者，看過他就不太敢用，所以就不會通知子啊。」(T3)

三、社會制度

經濟安全---津貼保障生活

「我很感謝的這份德政，對我們這些身心障礙??，有生活津貼，有這個德政，這個??仟塊，……，雖然說才領了幾仟塊，但是這樣子對我們..幫助很大。……可以依靠，……再出發這樣子，這個是比較現實的問題，精神上給我的幫助就是一些有一份穩定的工作，然後發病的機會也會減少，一有事情可以做，覺得生活有寄託，然後又有金錢的保障這樣子，最低的基本生活保障，……。」(H1)

·面向—職業

一、工作的助益

(一)改善經濟狀況

「工作的話，它不但可以賺到錢，……。」(H2)

(二)復健

「工作的話，它不但可以賺到錢，而且有一些復健的功能。可以讓自己的生活作息比較規律，不會說整天都躺床，不想動，懶懶的。」(H2)

「工作就是復健。主要還是要工作，找到工作比較好，比較正常啦！有工作比較正常啦！」(T8)

(三)改善胡思亂想的情況

「因為有工作，比較不會胡思亂想。」(Y1)

二、工作情況

(一)做不好想辭職

「工作遇到困難，人家沒有辭退我，自己覺得說沒有把事情做好，覺得不好意思就自己一直想說要辭掉工作。自己會覺得不好意思。」(C1)

(二)因動作慢而緊張

「他們都很快，他們動作都很快。我會很緊張。」(T6)

(三)自覺是累贅

「那裡工作內容，我覺得...很龐大，龐大到說...我有一個專屬的就輔員嘛，龐大到我的就輔員替我做，我還..我還做不出來，也就是說..也就是說我就變成辦公室裡面的累贅，我的加入造成我的同事要分擔我的工作，對阿，我就覺得整個人的信心都受到打擊了。」

(T9)

三、求職困難

找工作不便

「我就是有發那個身心障礙手冊，找工作不方便。」(T7)

四、對就業的看法

1.須面對就業市場挑戰

「畢業之後面對學念宗教的就要面對，就要面對社會的那種殘酷的就業市場裡的一個挑戰。」(C5)

2.應加強專業知識

「覺得真的要先學好自己的專業知識，把自己的專業工作真的要學一樣比較專業的工作，在自己的專業上工作能力要比較專注一點，注意能力要專注。」(C1)

·面向—身體

一、功能愈用愈好

「我是我是怕我自己工作量不大，活動量不夠，功能會退化，我功能是愈用愈好。」(K1)

二、症狀干擾

「那時候心跳會很快，然後會心悸，也會念人，就是類似恐慌症，也是會害怕。很受恐慌、百味雜陳。那時候真的很痛苦...那時候一直想自殺。」(H2)

三、不滿意自己的身材

「只有買一個...餅乾，我已經太胖了，要減肥要減肥。」(Y1)

四、覺得疲倦

「我都覺得很疲倦，他們說要做什麼做什麼，可是我都沒有體力，骨子是這樣，但是肉是往下拉的，很累，很苦，我覺得好苦喔。」(T1)

五、慢慢改變

「就這樣慢慢改變，很自然的。」(C1)

·面向：精神層次

一、宗教的影響力

(一)宗教信仰讓人有自信

「我覺得宗教有時候還是有作用的。我覺得有信仰的人比較好一點，比較有自信一點。」(C1)

(二)心靈有寄託

「她也是會去見師父阿，她自己也會去見師父。讓心靈有個寄託，她也是有目標，為了這個目的去的。」(H11)

「像我最近那個，情況也越來越好啊，就比較有這個耐心或是花那個時間去唸唸一些佛號或經文之類的，我覺得我最近有比較好的關係也是，也是有一部分是有在聽經的關係，因為這樣心情比較好，就是覺得覺得說這種方式應該會幫助自己心情會比較安定一點，然後我不知道這是心理作用還是它真正就有一些力量，反正我，我就是持續都有在聽就對了。」 (C6)

「比較舒服，法會比較舒服。法會念佛聲比較舒服。清靜對阿。我想嚐試清靜的地方，讓身心完全的釋放。」 (T6)

(三)曾因信仰讓自己自閉

「因為我的信仰讓我活在一個人的世界裡面。我曾經看過一些精神病的書，有很多我這個疾病的人是因為信仰走到我這個疾病，因為他是在另外一個境界裡面。對，我現在還沒有得到結論，但是我也的確因為信仰走到一個無人的境界，然後就一個人，其他跟我一樣信仰的人都不以為然，也是也沒辦法救我。我也很苦我也不知道怎麼逃脫出來，我那時候只有聖經的話可以存在。我不說我的信仰是錯的，其實我的信仰讓我...我覺得有點像...嗯...這樣很迂迴啦，也讓我走到絕境嘛。」 (T1)

(四)肯定自己的價值

「上帝也是希望你知道自己是什麼，他還是要肯定自己的，而不是所有的人都變成所有一樣的人。」 (T1)

(五)恩賜與引導

「我兩個小孩都很可愛，我覺得這是很大的恩賜，因為我生這個疾病，我懷孕兩個孩子都有服用藥物，曾經大的孩子還發過一次病，可是兩個孩子都很可愛，看起來都很聰明很健康的樣子。」 (T1)

「我覺得走這些過程是祂帶我走不是我自己在走，我覺得真的是祂帶著我一直走，有個引導。」(T1)

二、人生目標

立定實際的人生目標

「其實說環境改變了、人際改變了，不一定要追求以前的夢想，可以立下一個比較實際、比較短程、現在能達到的理想目標這樣。」(C1)

三、效法他人

以母親為榜樣

「她也是很擔心啊，她說母女倆沒有工作又沒有親朋好友接濟的時候，我們母女不知道該怎麼辦，所以她也常常吵著要出去找工作耶，就是這樣子，媽媽好勇敢喔，她..她面對生活，她對生活的熱忱，我有一個好榜樣，所以我有更大的能量盡量去克服我沒有辦法克服的事情。」(H1)

表 4.5：面向

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
心 理 / 情 緒	正 向 反 應	利他	是/否
		不想成為他人的負擔	是/否
		生存的意志	有/無
		被信任感	有/無
		快樂	是/否
		勇敢面對	是/否
		信心	有/無
	負 向 反 應	擔心	是/否
		心累	是/否
		鬱悶	是/否
		害怕	是/否
		無望感	有/無
		沮喪	是/否

		很苦	是/否
		罪惡感、愧疚感	有/無
社 會	社會氛圍	大眾的態度	正向/負向
		專業人員的態度	正向/負向
		親友的態度	正向/負向
		社會關係	緊密/疏離
	就業環境	學歷至上	是/否
		就業歧視	有/無
社會制度	經濟安全	有/無	
職 業	工作的助益	改善經濟狀況	是/否
		復健	有/無
		改善胡思亂想的情況	是/否
	工作情況	做不好想辭職	是/否
		因動作慢而緊張	是/否
		自覺是累贅	是/否
	求職困難	找工作不便	是/否
	對就業的看法	須面對就業市場挑戰	是/否
應加強專業知識		是/否	
身 體	功能越用越好	/	是/否
	症狀干擾		是/否
	不滿意自己的身材		是/否
	覺得疲倦		是/否
	慢慢改變		是/否
精 神 層 次	宗教的影響力	宗教信仰讓人有信心	是/否
		心靈有寄託	有/無
		曾因信仰讓自己自閉	是/否
		肯定自己價值	是/否
		恩賜與引導	是/否
	人生目標	立定實際的人生目標	是/否
	效法他人	以母親為榜樣	是/否

階段要素—希望

一、人生願景

(一)成家

組織一個家庭

「組織一個溫馨的小家庭這樣。」(C1)

(二)安定的生活

1.工作穩定生活安定

「現在是想說學一項比較專業的工作，也不一定是要專業，作比較長久的工作，能夠安定、穩定的生活這樣就好了。」(C1)

2.工作穩定並存錢

「我現在只要能找到一份穩定的工作就好了，然後希望可以在三十歲以前可以賺到第一個一百萬。」(C6)

(三)安居

有自己的家

「未來.....嗯.....我要想一想喔...說不定喔...說不定我會走運，然後..然後在淡水有自己的房子，在淡水我希望可以在這裡紮根嘛，在淡水有自己的房子，佈置..佈置一個自己的書房..，.....。」(T9)

(四)有一個伴侶

1.感情有歸屬

「我想感情對精神病患是蠻重要的。希望有一個感情的歸屬那樣，能夠有一個女朋友，有一個伴侶。」(H2)

二、對家人的期待

(一)家人健康

1. 母親健康長壽

「希望我母親健康，年紀可以活得比較大一點。」(C1)

2. 希望孩子發展的好

「我就努力要關心我孩子的每個地方層面，他就會發展得很好，我希望我的孩子能夠發展得很好。本來我很憂慮他會像我這樣，我先生也有點憂慮，我很不希望生出一個不健康的孩子，因為我也沒辦法去照料這樣不健康的孩子。所以透過一些成功人的話都會給我一些種子，給我一些思想的指引，我覺得很好。」(T1)

(二) 給予支持

希望有家人的支持

「我覺得我最希望的還是希望有那種家人的支持耶。」(C6)

(三) 家人的接納

姐姐多瞭解精神病

「我一直希望我姐姐她們能了解我這種精神分裂症的人，希望我姐姐能去上一下精神科的課程。能夠多了解一下，才不會覺得很丟臉什麼的。」(T7)

三、回饋

(一) 幫助他人

1. 貢獻己力、助人為樂

「我想幫助一些精神病患可以恢復到一定、比較好的程度，過一個比較好的生活。我是希望我已能夠有所貢獻，幫助社會上一些比較弱勢的人，幫助一些精神病患可以改變自己的行為，貢獻自己的心力讓我們這個社會可以更和諧，能夠更溫馨快樂。」

(C1)

2. 社會參與

「我很希望假日的時候可以參加一些社會團體，能夠幫助一些有疾病的人。」(C1)

四、自我期許

(一) 誠信有用之人

成為誠信有用之人

「期待自己成為比較有誠信、比較有用的人。」(C1)

(二) 成為解決問題者

幫別人解決問題

「我希望自己像人家講說社會人士在幫別人解決問題，而不是一個問題的製造者。」(C1)

(三) 獨立生活

學技能考職照

「她是想說如果可以工作是很好的，還是說把技能學起來也是很好，如果把這個技能學好，考取執照就可以到處讓人家聘用，一天賺個幾百塊可以讓她自己吃飯生活可以就好，她自己這樣說。她有在想，有在計畫。」(H11)

(四) 進步復原

1. 希望進步恢復原樣

「我當然也是要讓自己更進步，喔！這是最起碼，不要在原地踏步，這樣對自己一點

進步都沒有。……那我就想，既然那麼有希望，那就繼續下去，說不一定到最後，我也可以變得跟以前一模一樣。」(K2)

2. 復原並就業

「我是覺得說如果病能快一點好就好。好了之後就可以再繼續工作了。…… 我想要病情好一點。讓自己更舒服一點。」(Y1)

(五) 自我充實

1. 學習語言

「我想是七大工業國語言，美、日、俄、德、法、澳、義、英的語言，這樣看能不能學好，歐美西方國家的語言跟那個東方國家東南亞的語言，都有興趣，只要是語言，我都想要去鑽研，……。」(K2)

2. 多看書

「想要多充實自己，多看點書。成為知識份子。」(T6)

3. 學電腦

「像是打電腦，多學習電腦，活到老學到老。」(T6)

(六) 盡孝道

孝順母親

「孝順。孝順我自己的母親。」(T6)

(七) 改變

改變自己

「想要改變自己，想要求生存。」(T1)

成為榜樣

「我有一天立志我希望像他那樣子。這樣子的一個榜樣、一個模範，真的能夠讓一個生命起死回生，就是這樣起死回生的。」(T1)

(八)扮演權益倡導者

「我最高境界是說，如果有機會，發言就發言，另外一個機會就是替他們工作，我不要刻意去為了發言而發言，我不要刻意為了大聲的發聲而發聲，我一輩子的苦命就是我要為精障家屬發聲。可是我覺得哲學的高一點的境界是，是我即使我不在精障的這一塊，但是我同時可以聽得到我的聲音，我覺得我應該是扮演這個角色才是真的站在第一線，我也不怕站在第一線，我更要的是即使我不在第一線還可以聽得到我的聲音，我覺得可能這樣的境界又稍微高了一點，也比較符合我本身的個性。」(C5)

五、消除痛苦感受

尋求協助冀解決問題

「因為我不想要一直很痛苦，然後就要把我，就是盡量把我的問問題告訴人家呀，希望他們能幫助我解決，因為我自己也不知道怎麼辦啊。」(C6)

六、未來計畫

(一)賺錢及環遊世界

「只要是語言，我都想要去鑽研，學好以後，一切荷包賺飽了賺夠了錢，我想要去環遊世界，阿我的理想是喔，不管到那裡那個國家都可以去用他們的語言，這個是我的最
最人生最最終極最大的目標啦！」(K2)

(二)學習

1.繼續進修

「我四技唸完以後，還要唸的話，在◎◎還要再唸個什麼，不在◎◎唸的話就去**唸個什麼商業應用研究所什麼的。……如果唸得畢業的話，大概的計畫就是再找個東西唸吧！我就當作是用腦啊，腦部的活動，因為你要作一些腦力訓練的話，學校的那個課業的安排是最符合飽和度，怎麼講，那種連續性，你可以學到東西，又可以測試自己功能怎麼樣，可以的話就是市立空大，空大那邊比較近，或者是像我講的去考在職班的研究所。」(K1)

「好像他想要考英文的研究所，所以他說他要補托福的。」(C21)

2.想升學

「我真的很想唸大學，我再回去唸一遍○○高中，我再唸一遍也不會覺得很困難，看是不夠還是怎麼樣，然後我就會想要去考高普考，就是比較有前瞻性，比較積極正面的。」(C2)

3.參加考試

考公職

「現在的計畫是要考身心障礙的特考。研究所是排在這個後面。然後我想買一部手提電腦，可以在職進修。高普考、殘障特考，我比較想考殘障特考。」(C2)

七、回歸社會主流

(一)不想再住院

「不想再住院！……所以是「正常人的生活」跟「不想住院」是我的兩大動力。」(K1)

(二)過正常人的生活

「我就把自己的功能想辦法提昇成這樣子，然後才能想一些正常人有的東西，我在外面待著，我不要再當個半住院的，所謂半住院就是進進出出這樣子，不當病人的話，我可以擁有很多東西，也許將來我可以有自己的家庭、房子、車子，什麼的都有，只要我一直維持住，所以是「正常人的生活」跟「不想住院」是我的兩大動力。」(K1)

(三) 常態化、融入主流社會

「我覺得第一我盡量要回到 normal，常態的，所謂的常態的一個社會。我除了不迴避我生病的身份之外，我相對我要融入回主流的社會。」(C5)

八、對社會的期待

他人的善待

「還有，就是，人家對我更好。」(Y1)

階段要素—意願

本段主要是探討受訪者在復元過程中本身的意願，經分析結果受訪者皆具有主動的意願以改善自己的生活

一、經驗的分享

參加心理演劇

「我就想說以後我也可以來這裡扮演心理演劇的角色，讓一些剛得病的病人來知道說得病的過程要怎麼改變。」(C1)

二、藉助信仰的力量

1.持誦佛號與讀經

「像我最近那個，情況也越來越好啊，就比較有這個耐心或是花那個時間去唸唸一些佛號或經文之類的，我覺得我最近有比較好的關係也是，也是有一部分是有在聽經的關係，因為這樣心情比較好，就是覺得覺得說這種方式應該會幫助自己心情會比較安定一點，然後我不知道這是心理作用還是它真正就有一些力量，反正我，我就是持續都有在聽就對了。」(C6)

2.參禪悟道

「所以我也喜歡佛教，我本來信基督教的。但是都市的繁忙，到山上的廟裡面參拜參禪悟道。遠離塵囂這樣。」(T6)

3.修信仰方面的學分

「我覺得我希望修信仰的學分，我覺得是在治療自己，我覺得我是很清楚我念跟我念的時候我覺得那種東西對我是有幫助，人家覺得是一文不值，我覺得他對我是無價，所以我不會 care 別人的眼光，我真的把他當復健在學。」(C5)

三、生活安排

有事做就不會發病

「但是你沒有做事就可能發病，有事做就不會發病，就跟正常人一樣。」(T8)

四、工作的助益

1.工作能刺激思考

「要活動才可以。就是有工作的話，就會自己去思考自己去做去想，沒有工作的話就是不會去想不會去做去摸這樣子，反應就會變得很慢會變笨。」(T3)

2.打算找競爭性的工作

「我從來沒有享受生病我的特權。但我知道照道理講我應該要有一些特權，但我沒刻意去要求。我覺得我希望我能找到競爭性的工作。」(C5)

五、自我要求

1.完成學業

「我一直覺得我一直有意識我要好起來，包括我跟我媽說我要去唸大學。我清楚曉得我一定要到學校把我還沒做完的唸書完成，我永遠清楚曉得我有一個目標，我的比喻是我要的結束就是有好的一天。」(C5)

2.愛人如己

「就是要發一份自己的愛，要愛人如己這樣，盡量的關心人這樣。」(T6)

3.改變自己

「我要以....以...以她為目標來學習，我想說..假如我能像她一樣，講話都笑嘻嘻的，這樣子別人看到我，都會很熱..熱..熱絡的跟我講話，而且相信啊，假如說我能有她那種快樂的心情啊，我說不定也會有一個很快樂很快樂的工作啊，對啊。」(T9)

4.努力工作

「他那一天也跟我講說，媽媽你，我會好好的工作，他說我會努力工作，我說工作那一定要學習的，我說你不要讓自己太勞累這樣，偶而也要放鬆一下，他說我知道我會的，他就這樣講。」(T21)

六、自立自強

想要自己站起來

「他可能會一起想說啊我這樣子以後要怎麼辦，所以我想要自己站起來。」(Y1)

·階段要素—行動

一、社會參與

參加社團活動與上網

「一方面，可能是那個時候有參加社團，然後就一天到晚就一直參加活動啊，每天有空就會打電話跟人家聊天，然後這樣心情也會比較好一點。我喜歡上那一些也是比較有關精神醫療的網站啊，然後都有一些病友，大家都會先討論自己的問題，互相鼓勵這樣子啊，會遇到一些情況比較類似的病友，不然就是有一些專業人員他們也會給我們一些建議。」(C6)

二、工作

(一)考證照

「目前就是一邊..一邊療養身體，然後一邊工作，我之前是有去參加美髮的補習班，那個也勞委會委託那個美髮公會辦理的，那目前我的課是轉到那個補習班，證照補習班，考試的科目，每個禮拜二還要去，一直到第三梯次的學員喔，到我們這一梯次的術科考，變成禮拜二我都還有在？上美髮訓練的課。」(H1)

「現在就是再一個禮拜要等考丙級的成績，每個禮拜二都要去一次。作美髮的，要考執照，最近就是在等之前考試的報告。等成績出來如果有達到，執照出來老師就會介紹她去做工作。」(H11)

(二)寄履歷找工作

「我現在畢業要找工作就是，我現在首要的工作就是把我的履歷資料全部都弄好，然

後就是全部寄，寄出去就好了，然後之後就是看公司或醫院方面有沒有跟我連絡，
之後就看他們，這種事情也沒有辦法自己決定。」(C6)

「然後自己去找工作啊，找那個電子業的，找了三家，都說要等候通知，沒有通知。」
(T3)

「他也是很喜歡找工作啊，像上個月4月他也是跑很多地方啊。」(T31)

(三)學賣彩券

「然後那個，他們有那個，我想試試看自己有沒有工作能力，就跟我們一位叫王○○的
那個友，看他在新光三越那邊賣彩券，然後我也跟著去學。我這樣也不是辦法，後來
我一個禮拜就回來了，不過我有表現我的決心，就是我要有工作的決心，然後，康復
之友理事長，李○○就跟我說，「○○！我不是叫你不要去做嗎？」，然後我就跟她說，
去試試有什麼關係，知道自己不行，至少自己試過了。」(C6)

(四)補習

1.考公職

「就是發病以後，好了，他就好像很不甘願，他認為說，他會認為我要考一個公職，
所以他就去補這方面的課，補那個高普考的啦！」(C21)

2.上英語師資班

「我覺得有種生存的慾望，我還去上英語師資訓練班，我畢業的時候還很優秀的畢
業，結業的時候也結業式，要 DEMO，然後我就開始思考，我很難思考，我一個人
沒有人打擾的時候我就在思考，我相信用心的人就會出頭。」(T1)

(五)學習

1.學電腦

「電腦雜誌。有興趣。就是玩 GYIME 啦。還有看一些電腦裡面的一些書啦，電子書，看那個來學電腦。」(T3)

2.學英文

「學一些英文，因為那些電子書裡面都是英文的。會英文阿。就是以後去公司上班的話或許會用得到也不一定。」(T3)

三、自助

(一)改變自己

1.透過閱讀改變想法

「現在情況比較好了，我就是很喜歡看一些比較心理勵志那一方面的書，這些書也都可以幫助自己，就是在一些想法上面改變啊。」(C6)

2.參加減重班

「我前一陣子有參加醫院這邊幫我們辦的，減重班，然後大概瘦了六公斤。」(C6)

(二)自我突破

努力嘗試突破

「他們相信我一定可以做到，目前我也是努力在嘗試看看能不能再突破、再進步。」(K2)

(三)自我要求

1.不斷進步以獨立

「我當然也是要讓自己更進步，喔！這是最起碼，不要在原地踏步，這樣對自己一點進步都沒有，因為這樣畢竟這樣下去也不是，也不是長遠之計，我總不能永遠待在那個地方，我一定要自己到外面謀生，靠自己，要早點獨立，當然那個地方也不可能讓我一輩子永遠都待在那裡。」(K2)

2.工作表現的要求

「我說好，今天我做那麼多，那我明天做的要比今天的多幾個，甚至多更多，再來一天一天要求自己越來越多，慢慢會越多，增多，慢慢增多這樣子。」(K2)

3.克制不喝酒

「有的病友比較愛喝酒，我們這種病的人最好酒少喝一點，看他們常常在喝，阿喝一喝就會發病，就被人家抓進去住院。酒我很少喝，因為我知道，有病我就對酒比較沒有興趣。」(T8)

4.勤練書法

「比如說人家寫書法有沒有？一天寫一、兩篇就好，我可能就寫到四篇啊！兩篇到四篇，然後我要求自己寫得好又快，別人真的寫完，筆一丟，就跑去吃飯了，那我，人家休息了，我還在那一邊寫！」(K1)

(四)自我重建

「有些你站在醫生的觀點其實應該是完全配合服藥，我清楚曉得這個是重要沒錯，但是最重要應該是我很努力在自我重建。」(C5)

(五)自我訓練

1.藉由運動自我訓練

「也爬樓梯怎麼樣，做仰臥起坐，在運動器材那邊用，訓練自己功能，....。」(K1)

2.訓練集中精神

「比如說，寫一些東西，起先是寫一些心情的東西，像日記啊，然後覺得寫那些東西對自己幫助不大，然後開始練習那種集中精神，就是，抄一抄佛經，還是，拿那個國中的練習題，我還有舊的參考書，我就拿來練習。」(K1)

3.記憶力訓練

「像我之前都會回想老師以前上課在講什麼，讓自己做練習，否則像我們在精神病院實在是太無聊了，沒事的時候我就會開始去想，想說我們以前上課的時候很精彩，訓練一下自己的回憶。」(C2)

(六)自訂目標

1.模仿正常人

「像我給自己訂的目標，我就盡量，盡量去模仿正常人遇到事情的處理方式，還有一些看法，盡量不要把自己一些不合邏輯的，比較無厘頭的思考講出來，或表現出來。」(K1)

2.自我督促準備考試

「但是我不一樣，我督促自己的表，訂自己的表去操課，所以我有時候去參加一些考試的話，我有辦法考過，因為，護理老師沒辦法跟你規定說，去參加什麼考試好不好，但是我自己知道我要什麼樣的東西，我可以自己安排自己去參加那個考試。」(K1)

(七)安排生活

1. 安排規律的生活

「對啊，先不要說胡思亂想，我在慢慢要求自己。就掃地啊。折衣服。然後運動。或者幫忙是種，種菜或是洗菜。啊睡覺，準時睡覺，早點起來。」(Y1)

2. 安排休閒活動

「就是去郊外散步賞花賞鳥，看桐花節，看百合花這樣。還有藝術、繪畫、音樂方面。像是博物館多開，畫展多開這樣子。……很喜歡看畫展。音樂就是鋼琴和小提琴。」
(T6)

3. 參觀展覽

「像有時候電腦展或是其他活動他也都會去參觀一下，那個多少他都懂一點。」(T31)

四、宗教信仰

(一) 天天誦心經

「我覺得這段時間，我就是每天念念心經，我就是從開始念心經的那一天開始就覺得心情有比較輕鬆一點然後到現在這樣子。」(C6)

五、醫療

(一) 主動請醫師調藥

「那種不舒服的感覺又來了。然後吃藥又覺得不夠，我就請醫生看能不能加重藥給我。」
(T7)

(二) 充實疾病知識

「針對我的病嘛，然後現在開始會去看一些有關精神病的書啊。然後就是看有什麼地

方可以讓自己不要去擔心什麼的。」(T7)

(三)配合治療

「我自己的努力很重要耶，我那一種努力是我清楚曉得，可是真的，有些你站在醫生的觀點其實應該是完全配合服藥，我清楚曉得這個是很重要沒錯，但是最重要應該是我很努力在自我重建。」(C5)

「就是藥要定時吃啊，事情某作（用台語）。」(Y1)

六、求學

(一)補習考研究所

「他現在在補習，他是想要考研究所，他不想再考○○系的研究所，他是想要考對英語有興趣，他說要雙主修啦！」(C21)

(二)準備考大學

「我當時我那個答案卡補習班不是有那個練習的答案卡，我跟導師跟補習班櫃臺要了一疊回來，BCD 這樣，拿 2B 筆這樣，一格一格，我覺得我是我知道我要去參加考試我畫不完，這沒辦法，我覺得我自尊心還蠻強的，但你知道你現在畫卡都畫不上去，你好意思那樣一格一格練，哪有人拿卡回來練習的，我覺得現在想一想好笑，可是我覺得我一點都不覺得好笑，對不對，當初很會考試的人卡畫不完這樣的那一種挫敗感，對，那一種挫敗感會覺得，可是我也認了，對，土法煉鋼就是反正手會斗就一格一格畫到 84 年就考了那一次成績是考蠻高的，我要填卡的時候，有需要念就一格一格慢慢念，我說我不要念，我說我不要念夜間部，我要考好一點的大學，我覺得我能力漸漸回來了。」(C5)

階段要素—對障礙接受度

一、接受

(一)肯定人的價值

病患也能有所貢獻

「像精神病患的話，可以學一些比較適合自己的技能，好好加以發揮的話，真的還是可以有所貢獻。」(C1)

(二)震驚轉為慢慢接受

「第一次我看到醫生在辦重大上病卡的時候，我看到醫生在上面寫 295 精神分裂症的時候，我自己在心理也嚇到了，想說我怎麼會得這麼嚴重的病。就好像那個晴天霹靂。……現在已經慢慢接受自己的病啊。可能那時候在協會這邊工作的時候，協會有一本刊物，然後它上面有些精神分裂症的主欄，然後我就開始接受。」(T7)

(三)無奈接受

無奈被迫面對疾病

「所以他跟我解釋說，吃藥是為自己，不是為別人。那我就瞭解到說，我們精障病友是面對那個，一個在擂台上有沒有？你就是在一個擂台上，你一生病開始你就被丟到擂台上，然後你就是要面對精神疾病的，的那個...」(K1)

(四)自我惕勵

「就工作很累啊，做工很累，然後眼睛又不好，眼睛不好你沒有辦法跟人家互動，沒有辦法幫忙送貨，沒有辦法操作電子的儀器，我每天就在那邊看啦，好，我說我今天工作那麼辛苦，我一定要找一份好一點的工作，我一定要上大學，然後就去考。」(C2)

(五)面對

雖不堪但不閃躲

「畢竟那是十二年的歷史，那不是十二天或十二個月，是十二年的一個發病的一個過程，所以我對那一段不可能是空白的，也不可能說我怎麼隱瞞、怎麼忘卻呀怎麼去遺忘它還是會存在，所以我很，我的個性我很，我從不閃躲這一段，雖然它是很不堪呀，就是，社會有一點 stigma、烙印這方面，可是我覺得我一定要大聲講出來。」(C5)

(六)歸因於遺傳

家族疾病

「我後來有參加國家考試，可是我沒考上，我都不如意，這件事之後我有學習上的障礙...。我堂哥也是憂鬱症，他現在沒有在住，不過有在吃藥。我們家族不只我發生這種病，我媽媽那裡也有，我爸爸那裡也有...。」(T4)

(七)在乎生病的事實

仍在乎得病

「我覺得我還是會 care。為什麼我會生這場病？為什麼我必須那麼努力才能，對不對，你看我堂弟都已經在大學當老師了，就是跟我同班的堂弟現在已經在 XX 大學。小時後的玩伴會有天壤之別。就因為我生病。坦白講就是我生病，那生病當然是沒辦法控制，有時候低潮的時候就怨、還是會怨。所以這個滿累的。」(C5)

(八)人生如破網

努力修補破網

「我是說我覺得我做任何東西就好像在補破網一樣，再怎麼補都是一個破網，雖然我很努力在修補，很努力在各方面在努力，希望把這個破網補的完美一點，我永遠知道它就是一塊破網。我的人生就是一個破網。永遠不完美。」(C5)

(九)看得到希望的過關遊戲

「因為我曉得說好像一個過關遊戲，我拿一次藥我拿一次藥，我不曉得哪裡最後一次藥不用拿，但我知道拿一次就少一次，拿一次就少一次，那是我潛意識的那種感覺。我永遠都會看到希望。」(C5)

(十)自我接納

欣賞自己接受自己

「我生病是因為我的性格，但是我會好起來也是因為我的性格。所以你說，所以我永遠很欣賞我，也不是說欣賞我，就是說再爛我都接受。」(C5)

二、無法接受

(一)無法接受生病的事實

「她會說她的命運怎麼會這樣。」(H11)

「他每次都說去那邊工作是我害他的,問他為什麼,他只會說就是你害我的,我才會去跟那群瘋子在一起的，我說你怎麼可以這樣說,他說他本來沒有瘋還要去跟那瘋子在一起這樣，我說你怎麼可以這樣責怪我，你本來就是你了啊,他回來都會喃喃自語的唸一大堆。」(T31)

(二)行事受到疾病限制

「我到現在還是沒有辦法接受那個精神病的事實啊。做每一件事情的時候都會先想到自己有生病，所以就沒有辦法可以完全放開去做每一件事情。」(C6)

階段要素—對障礙處理度

一、積極面對

(一)改變

1.由逃避轉為面對

「以前生病的時候遇到事情好像只會逃避，不會想辦法要加以解決，現在會想辦法說怎麼樣來解決、克服。自己要學一點技術，來處理自己週遭的事情。」(C1)

2.由退怯變為獨立

「反正他就是做什麼事情都做到一半！剛剛開始，他的缺點就是什麼、一碰到有什麼困難或挫折，他就會想要返回這樣，不會再往前衝或是說怎麼樣子，就不會去克服這個樣子！.....一切都過去了，現在都好了，現在都讓他自己去處理、自己去看醫生。」(T41)

(二)自我鼓勵面對疾病

1.鼓勵自己面對疾病

「我是告訴自己啦，因為要去面對，不能逃避。我告訴自己要去面對，就讓心理比較壯一點，不要那麼軟弱、遇到什麼事不要害怕，因為害怕也要去面對。」(H2)

2.自我勉勵

「曾經我就告訴我自己，不能再這樣下去。再這樣下去喔，會很慘啦。人都會死嘛，如果你最後一個才死，那也...有很多人在幫忙，好幾年下來都有很多人在幫助，就是自己不願意阿。」(T4)

(三)積極安排生活

「與其讓疾病一直侵蝕你，讓你自己都沒有辦法做出任何事情，那種無奈，你不如積極的反擊，你還有機會可以打倒疾病，看是做什麼活動，安排好，自己生活也比較

多彩多姿，你也覺得自己像，活著更像一個人，不會像說像是次級的公民，因為有病的關係。」(K1)

(四)積極嚐試

「家，家庭對我的期望是什麼，我應該一試再試，一試再試，讓他們說，你就是很努力試了，但是你就是沒辦法達到那個目標，你已經很努力了，你沒有辦法就是沒有辦法。至少要盡力的去把自己的，能力的極限表現出來，讓人家覺得說，你真的有那個心要過正常人的生活，不要讓人家覺得說，你只是在敷衍人家，人家要求你什麼，你只是說：『好！我去試！』但是根本都沒盡力。」(K1)

(五)不放棄

1.不放棄

「腦部還是有缺陷，還是必須靠後天的努力，可能人家唸一遍，我要唸四遍、五遍。當時我一直相信我可以啊，我沒有放棄。我有告訴我自己我可以。我相信有一天，因為那個復健一直累積自信，如果有一天啦，總有一天會等到的。」(C2)

2.存在就有希望

「我覺得我要帶給家屬、帶給病人本身的就是，我希望他們曉得，存在就有希望。因為那種希望就是希望他們能夠自我 empower，或是自我一個...一個怎麼講，對，我永遠相信另外是有所謂一個自我 empower。」(C5)

(六)努力克服藥物副作用

「考公職人員我是從來沒有放棄，這個如何轉折那個負性症狀以後，藥物控制下來後就能夠思考，那時候就覺得開始有決心，不過那個吃藥的副作用很大，那些副性作用比較痛，不過我都一直克服著。」(C2)

(七)運用多種治療管道

「人家告訴我，你要去那裡，去那個廟裡，去拜藥師，去供奉什麼藥師，我也會去做，人家要我去唸那個藥師咒，像是我是也給他唸喔！就是不管，就是不管這個效果會如何，只要能幫助他的，聽人家講，我都會去做。」 (C21)

(八)偶會耿耿於懷但不妥協

「每天生活那種狀況有些時候會有一點點自我放逐，我所謂自我放逐就是會有一點那種虛無，那種虛無就是來自於覺得反正人生就是一場戲。我之前高中那麼執著、那麼用功、那麼戰戰兢兢結果患得了一場病。對不對？我透過哲學、透過宗教我先把我的人生價值、終極的意義穩定住。但是我終究對那一段有些時候還是耿耿於懷。我戰到一兵一卒，戰到最後一兵一卒我還是要戰，只要我還有一口氣在。」 (C5)

(九)把握機會鞭策自己

「以前我生病的時候我不知道什麼是自己 empower，可是我曉得我有一股力量自我鞭策自己，我會把握一絲絲的機會、任何一絲絲的機會都會去、我都會去 catch 住說這個東西對我有幫助。我是做過很多努力的，我覺得我是做過很多努力的，包括我有意無意，有心無心，……。」 (C5)

(十)對抗疾病

「可我可我還是會擔心。對、我還是要小心。我都一直有在圍堵自己的疾病的步伐。」
(C5)

(十一)接受生命中的難題

「我對我生命的交代、我是很負責任的在交代我生病的那一塊、包括我積極在面對我生病，所以我會活得很尊嚴是來自於這裡。因為我清楚曉得我生病了，但是我並沒有迴避它，我積極去面對它、治療它、接受它，包括現在好了我都還、我都還、我都去一

直都有問題都牽絆著我、還讓我受苦。可是我覺得，我一直、我永遠都很正面的面對我生命給我的任何的難題吧。」(C5)

二、社會參與

參加社團活動

「怎麼走過來，嗯，一方面，可能是那個時候有參加社團，然後就一天到晚就一直參加活動啊，每天有空就會打電話跟人家聊天，然後這樣心情也會比較好一點。」(C6)

三、主動求援

(一)對外求助解決問題

「因為我不想要一直很痛苦，然後就要把我，就是盡量把我的問問題告訴人家呀，希望他們能幫助我解決，因為我自己也不知道怎麼辦啊。」(C6)

(二)主動求醫治療

「他如果覺得壓力大，覺得好像不太一樣的時候，他會主動回醫院，跟以前的心理治療師啊！社工師啊！那些醫療團隊去討論，可能就是可能覺得不舒服，他會回去，等於說他跟他們很熟啦，因為他會回去跟他們聊一聊，有時候他會自己還會掛門診，跟醫師討論。」(C21)

(三)有病識感

「他本身有病識感，這個也很重要，他有病識感，他知道要按時吃藥，他有病識感，他自己覺得不對勁，他會馬上去醫院找醫師，治療疾病這樣。」(C21)

四、受病情影響

病情穩定較能承受

「很多道理我都知道啊，可是那時候病情比較重的時候，知道是知道可是沒有辦法去執行這些東西啊。最近這幾個月以來就有變的比較好一點，各方面都變的比較好一點，所以就比較可以去承受，外在的一些事情，壓力也沒有減少，可是就是因為自己的情況有比較好，所以比較可以去承受這些東西。」(C6)

五、配合醫療

(一) 遵從醫囑配合服藥

「醫療我覺得還是最主要的因素啦！你一定要聽醫師的話，人家畢竟是專業的，人家要你跟他配合，教你要按時服藥就是要服藥，開什麼藥你就是要吃，定期回診，不管什麼問題不管什麼病情，什麼話什麼疑難雜症，你都可以講出來跟醫生討論，跟醫生商量，抽血啦！檢驗啦！驗血啦！」(K2)

「我覺得醫生很重要，我睡不著覺，我就找醫生，我睡不著覺，我就找醫生，因為沒有睡覺不行，像我們這一種沒有睡覺不行，有時候耳朵裡面都會「噃！噃！噃！」這樣子，好像有人在叫我們這樣。醫生說你比較，他說你拿一個月，我就拿一個月，他說你拿三個禮拜，我就拿三個禮拜。他講什麼，我就做什麼。」(T8)

「跟著醫生，做追蹤，然後開始服藥，我自己生理上在家裡的照顧還有爸爸媽媽的照顧，就穩定下來，比較少會再跟那個其他的靈魂光體接觸，對話，我現在都很少，幾乎不對話，因為醫生說我要擺脫這個狀況只有一個辦法，就是不要聽也不要那些幻聽、幻覺、幻影，這樣子我的生活開始會比較好一點。」(H1)

(二) 定期回診

「我每天都要....，長期吃藥啊。有時候晚上會睡不著覺啊！還要看醫生，每個月都要看一次，沒有看醫生就不行，因為有精神病的人喔，要靠自己啦！我每天正常睡覺啦喔！

啊正常下班這樣，沒有什麼意外。」(T8)

(三)正常服藥

「我在想藥沒有服，沒有吃藥，才會亂發病，你藥正常吃就不會發病。」(T8)

六、自助

(一)自我照顧

「看自己，要自己照顧自己啦！」(T8)

(二)靠自己

「靠自己ㄟ。做人歡喜就好。」(C4)

(三)自我訓練

1.自我控制調適

「我是用自己想自己解決耶。就是說不要去想，然後讓自己安靜一點，動作的話，動作不要太過於那個讓自己緊張。包括呼吸慢慢的調適，這樣就比較好一點，不要去理他就好了。.....就是要振作，不理他啦。像以我的這種能力喔，是沒有辦法跟他對抗的。.....以前會有口吃，現在都不會了。講慢一點就慢慢訓練。」(T3)

2.參加訓練活動

「我生病之後就去參加卡內基啊，透過我母親的關係，我父親的關係，他們有一些...
追求成功的人，有一些心裡的那種...訓練營，我參加了不少，因為他們有很多活動。」
(T1)

3.訓練口才與膽量

「其實我做很多工作都是在做銷售的工作，訓練自己的口才和膽量，所以我就決定我要做銷售的推銷員，……。」(T1)

(四)自我復健

「我又開始覺得說很明顯，那種自我復健的意識非常強烈，上台北近郊，我來那麼多年了，我那時候也，白天我就到我沒去過的動物園、烏來阿，我都是一個人坐車，可是我把它當復健，而且我覺得那真的是非常有幫助。」(C5)

(五)自我挑戰

「我告訴我自己我一個人可以過這樣的生活，而且我會怕的東西我故意把我自己投身到他那種情境，我會被害妄想，我給自己去我，讓自己是那一種就自我，我怕的東西我沒辦法一下全部接受，但是我會抗壓。」(C5)

(六)用善心對抗邪惡

「對抗疾病的方式，就是自己要有一份存善的心這樣。就是正義對抗邪惡這樣子。就是要靠自己要有一份愛心、有一份善良的心。」(T6)

(七)主動表達

「自從到工作坊的時候，他自己會主動跟醫師講，說他在裡面做什麼做什麼這樣，然後醫生問他說，你最近的情緒上什麼什麼問他，他自己會講出來，那以前他都不會講，都是我在說這樣子。」(T21)

七、自我監督

避免功能退化

「小姐你瞭不瞭解這是我們病徵發作很嚴重的時候，我們連綁鞋帶都不能綁，你病徵發作期之後，還有一段時間復健你才有今天自己比較會綁鞋帶，好像就回到嬰兒時期什麼都不會那樣，包括思考，什麼的都很遲鈍，都很慢，也沒有邏輯性，都還要重建這樣子，很麻煩，所以我就，就自己就給自己警惕啊，不要再讓功能惡化怎麼樣。我如果工作停的話，我就有警覺到我可能是我功能不行，我會自己回去 T3 再報到、再復健。我不會讓自己功能再掉下來，要再往上拉會很慢很慢。」(K1)

八、順其自然

「我覺得是順，順其自然。我覺得日子這樣過這樣過這樣過，啊要不就去日間，住院。」(C4)

九、消極面對

(一)悲觀

「剛開始是比較憂傷。因為會覺得說，ㄟ，病不太可能會好。.....以前是很悲觀，啊，我這樣子很難過，以後要怎麼辦。就一直想，就會胡思亂想，就會變成連飯也吃不下去。」(Y1)

(二)過一天算一天

「現在是覺得說日子過一天算一天啦，快樂也是一天，痛苦也是一天。」(Y1)

(三)絕望

「我有一次開我自己玩笑，我到大馬路的中央，那個時候是紅燈，車子不能過來，我就站在那邊大喊大叫，那看起來就很像瘋子，人家認為的，因為我那時候我會..我覺得很孤單，另一方面我已經絕望了，我就開始開我自己的玩笑。」(H1)

十、藉助宗教力量

「信仰宗教，不然內心會空虛。宗教無...自信仰，不然他們內心很空虛，他們可以找到一個神秘的神像來拜的，靠著他們力量，然後自利利他、自助助人、自助天助這樣。」(T6)

階段要素—自我感

一、正向

(一)積極樂觀

1.由自卑轉為樂觀

「以前對自己的人生都沒有規劃，好像都以為有錢就可以解決一切。.....對人生的看法比較不一樣，就是比較樂觀一點，不會覺得說一片灰暗這樣。自己認為說自己什麼都不如人，原來世界上還有比我更不幸的人、能力比我們差的人，我們可以教導他、幫助他。」(C1)

2.變得比較樂觀積極

「現在變得比較樂觀比較積極了吧！我個人反而變得比較外向，比較樂觀、比較積極、比較活潑、比較開朗、比較大方。」(K2)

3.比較開朗

「我如果沒有工作的話很容易退化。ㄟ，不喜歡痛苦，...，心情比較開朗。」(Y1)

「我是蠻開朗的性情的，所以當我說我要斷食餓死的時候，我家人都嚇一跳！」(H1)

(二)有能力的

1.自己還是有能力的

「其實有時候受到一點鼓勵的話，我還是有能力可以完成一件事情。」(C1)

2.覺得比較有能力

「比較有能力。現在可以這樣，努力就努力久一點。……自我勉勵啊。妳說如果不要回去那裡，就要努力一點專心一點。存老本。也要靠我自己吧。靠我自己，要走出來啊。」(C4)

(三)進步改善

1.較不會緊張

「我以前我承認我這個人我真的很容易緊張，一講話一緊急講話就會講得很快，人家都聽不清楚我在表達什麼，但是我現在是覺得還好啦！比以前不會了，多多少少有進步了。」(K2)

2.變回普通人

「要看宗教力量就是禱告，噫！說也奇怪，病情慢慢好轉，也有進步。禱告，我覺得我真的變得跟以前沒什麼兩樣了，跟以前還是正常人的時候沒什麼差別，就是又變回普通人了。」(K2)

3.變得有活力

「什麼都不曉得了，自己都不曉得自己在做什麼。每天都...呆呆的，沒有像現在啦，會亂走會亂跑。」(T8)

4.自覺功能有提昇

「我是我是怕我自己工作量不大，活動量不夠，功能會退化，我功能是愈用愈好。」(K1)

5. 自覺在進步當中

「自己跟自己比當然是進步了啊，一直很清楚地在進步，自己覺得做得到，但是別人比起來覺得跟以前差很多，我都很自然去處理這些事，我覺得沒有很困難，我自己覺得差不了。」(C2)

「他自己也有跟我講說，他就說媽媽你覺得我現在有沒有好一點，他自己也會這樣問我，我說好很多，跟以前比起來真的差很多，我說出院的時候有十分，現在有八十分了，快要邁進九十，他說阿，真的喔，好，我會努力。」(T21)

6. 自覺越趨正常

「我進到〇〇之後我會覺得，我的目標，我的各方面好像狀況越來越跟所謂的常軌接軌。」(C5)

7. 越來越自在快活健康

「今年改變好多哦，笑容變的好多哦，我也清楚曉得我在〇〇越來越自在，越來越能融入，越來越快活，所以我並沒有覺得我 social 就是在人際互動上有什麼問題，而且有很多人都說我甚至比一般人還要好。..... 那個健全我越來越多元、越來越穩定、越來越健康、越來越健全。」(C5)

8. 越來越快融入常態社會

「這一連串的、我覺得越來越健康的越來越跟一般人一樣，就像骨牌效應一樣會越來越快速融入常態的社會。」(C5)

9. 不同以往

「對啊!首先，是我的...體重減輕，身材呢.....，再來呢...是頭腦清醒，再來就是說..說話

的時候看的到笑容，嗯...當..當初那種行屍走肉的生活，一直回想起來就一直告訴自己：行屍走肉的生活我都過了，然..然後，舉..舉止不穩重的生活，我也過了，現在的我，已經跟以前不一樣了，對啊!」(T9)

(四)活力自信

自覺快樂自信有成就感

「我覺得非常快樂，非常有成就感，非常自信自己的表現，我覺得非常自傲。我是超有自信，太有自信了。你現在這樣跟我問我才想到說，我沒有想到我就是都這樣一直衝下去，沒有後顧之憂。」(C2)

(五)幸運的

「其實我算是很幸運的啦，因為有媽媽一路陪伴我，她都沒有倒下來，她垮下來的話我真的也不知道該怎麼辦。」(C1)

「我的運氣很好，對藥物的適應性都還不錯。」(C2)

(六)差強人意

比上不足比下有餘

「我不敢說我在那裡表現是最好的，但是，我是覺得差不多啦，平平，中等，在中間，比上不足，比下有餘。我的感覺是這樣。」(K2)

(七)心態年輕充滿理想

「我覺得我理想性格還是滿大的，雖然我幾乎沒有什麼籌碼了。不再年輕了，我常常開玩笑我真的不再年輕了。可是我的心態還滿年輕的。」(C5)

(八)重生

「大概有一兩個月，覺得你真的重生了，就是東西你都覺得重新來過，那時候覺得真的是重新來過。那種感覺是從新經歷過。」(C5)

(九)對得起自己

「我覺得我對我自己的生命是滿負責任的。對我自己是滿交代的過去。」(C5)

二、負向

(一)自我意象不佳

變胖不敢參加聚會

「變得這麼胖，跟以前都不一樣，像現在要開同學會，我都不喜歡，我都不太敢去參加。」(C6)

(二)功能受損

無法達到自己的標準

「我現在功能雖然說已經恢復的很好，可是也沒有辦法說比以前最好的時候還要好，所以我在做，做事情的時候，我會覺得說好像都沒有辦法達到自己想要的那個標準啊，就是，就是希望說可以做到很好很好這樣子。」(C6)

(三)自卑

1.先天條件不如人

「像我自己有生病啊，然後那個自己的條件，比較先天就不會比別人好了，然後如果如果自己，而且以後我爸爸媽媽又不可能會照顧我，所以一定要自己靠自己啊。如果要

這樣子的話在經濟方面是那個很大很大的那個因素。」(C6)

2.自認很糟糕

「我很自卑，別人說我糟，我就是糟，不是我自謙什麼，我想世界上很少人和我這麼糟了。我曾經遇到一些很糟的人，我覺得他們都還比我好。」(T1)

(四)懶散的

「我知道每一個人都有惰性，我自己唯一的缺點就是太懶散了。」(T7)

(五)能力不足

1.無法和疾病對抗

「就是要振作，不理他啦。像以我的這種能力喔，是沒有辦法跟他對抗的。」(T3)

2.無法一心二用

「我會覺得他們為什麼有辦法工作，又有辦法唸書，所以我好像沒辦法工作跟唸書同時進行，我們班有很多在職生，我一直覺得，這方面我能力差他好多。我那時候會覺得我好像沒有這個能力。工作跟學業兼併，看到他們的時候覺得他們能力比我好。」(C5)

(六)缺乏自信

1.對自己工作沒信心

「就是對自己的工作沒有信心嘛，對工作沒有信心，然後講的別人都不會相信啊。」(T3)

2.沒有自信

「我覺得還有一個讓我一直往前，就是我反省，我常常反省。我都自願再從唸一遍，我覺得好像有可以再學的，我覺得好像有很多問題和缺陷，讓我自己沒有自信往上爬。」

(T1)

(七)有壓力的

「有壓力。就是時間排的很緊湊。很想做很多事。」(T6)

「因為我的壓力很大，我並不是一個不會好好規劃生活的人。」(H1)

(八)個性封閉無主見

「我個性很封閉的，我不會談話，我以前在家裡從來不講話，還有老師說我是啞巴的。我比較沒有自己的想法，例如說老師說這個畫要用什麼筆，別人可能不管用什麼筆就可以，我拿了筆不行，我就特別去買和他一模一樣的筆再畫一張，比較不會變通。」(T1)

階段要素—內控感

一、內控感佳

(一)戒掉惡習

「所有的壞習慣，全部都改過了，全部都戒掉了。就這樣子。我現在也沒什麼惡習啊！」

(K2)

(二)自我警惕避免復發

「我如果工作停的話，我就有警覺到我可能是我功能不行，我會自己回去 T3 再報到、再復健。我不會讓自己功能再掉下來，要再往上拉會很慢很慢。」(K1)

(三)自我調適

「有的時候事情，事情來的時候，你若覺得不公平就自我調適啊！像老板罵的時候，你要想說，我自己，我是給自己一直強調說，我是為了錢才一直做下去的，這個氣我要忍過去。」(K1)

「我是用自己想自己解決耶。就是說不要去想，然後讓自己安靜一點，動作的話，動作不要太過於那個讓自己緊張。包括呼吸慢慢的調適，這樣就比較好一點，不要去理他就好了。不理他比較好啊。自己不想發瘋阿。多跟家裡面的講話的話就忽略啦。」(T3)

(四)自我督促

「但是我不一樣，我督促自己的表，訂自己的表去操課，所以我有時候去參加一些考試的話，我有辦法考過，因為，護理老師沒辦法跟你規定說，去參加什麼考試好不好，但是我自己知道我要什麼樣的東西，我可以自己安排自己去參加那個考試。」(K1)

(五)盡力去做不勉強

「依我的觀察啦！他可能人家叫他去做的事他會盡力去做，至於做得能不能讓教授達成滿意的程度，我就不太瞭解了。……他說我有壓力我自然自己會放棄。」(C21)

二、內控感尚可

(一)尚可以控制偶易失控

「可以掌握，可是有時候比較容易衝動而已，比較沒有耐心。最近幾天不知道為什麼又開始很想吃，控制不住，然後就是一直吃的時候會很有罪惡感啊，可是不吃又受不了。」(C6)

(二)有時可控制有時則否

「我還是得想辦法一直維持我的功能，正常一點這樣子。事實上這是他不了解我的狀況，我怎麼樣規劃也沒有辦法實現，因為我受到那些影響、干擾，還有他們會去阻擋。……會去阻擋我想要做的、我認為對的事這樣。……就是這樣子，有時候就是這樣子，好像沒掌控到，靜不下來。」(H1)

三、內控感不佳

(一)無法掌握自己

「我是感覺到說，沒有辦法掌握自己啦。因為明天要怎樣自己沒辦法掌握，因為有時候想睡覺，想要做一些安排都沒辦法說有精神去做，會想睡覺，體力變的，精神會比較差，內心會很沮喪，所以有時候會想要大吼大叫。」(H2)

(二)無法控制食慾

「有時候運動，有時候東西不能吃也不可以吃。就會想去吃。要是不喜歡吃的放在那邊也不會想去動。有時候菜市場的東西，很好吃ㄉㄟ。就會吃，都就會被我妹唸被妹妹唸說，妳會突破 100。」(C4)

「他一天喝個好幾瓶,我就跟他說那個飲料不要一直喝,可是說一說他又不聽下,不聽又拿他沒辦法,你也沒有可能隨時在一旁叮嚀著他不要喝。」(T31)

(三)力不從心

「所以這樣總括起來講我每天生活就有一種莫名的阻力、拉力在拉著我。我很想往前跑，可那個拉力、四面八方阻力把我牽扯住把我羈絆住，讓我沒有辦法全力往前跑。所以我覺得我有一點無力感是來自於說，那種無力感是覺得說，我明顯知道我要往那個方向跑，為什麼有那麼多的拉力要拉我，包括婚姻、工作、爸爸媽媽老了。那種社會責任會把我拉著說，我不曉得是要當自我好還是要當社會我好，可是我又覺得，我清楚知道我應該活的更像自我自己，可是為什麼我做不到？」(C5)

(四)無法控制花錢

「他就是不會控制他自己，所以賺的錢都是用到後來才發現根本不夠，後來過年他也是有一萬多塊，也都是花光光，到後來沒有工作了才在那邊煩惱。」(T31)

階段要素—現實感

一、面對現實才能解決問題

「沒辦法，人就是活在現實當中，一定要去面對現實，你不可能逃避現實，你一定要面對現實，才有可能解決問題嘛。」(K2)

二、了解自己的能力

(一)自知工作效率比別人低

「一般人熟悉一個工作只要三個月，我可能要花一年或一年半的時間，才有辦法發展出平常人的水準，但是一般老板他沒那個耐性，等你什麼一年一年半。」(K1)

(二)盡力符合一般人狀況

「像我給自己訂的目標，我就盡量，盡量去模仿正常人遇到事情的處理方式，還有一些看法，盡量不要把自己一些不合邏輯的，比較無厘頭的思考講出來，或表現出來。」
(K1)

(三)須靠後天多努力

「對！腦部還是有缺陷，還是必須靠後天的努力，可能人家唸一遍，我要唸四遍、五遍。」
(C2)

(四)需自我心理調適

「那時候是在那個平溪。平溪差不多住兩個月。有辦那個法懺，那個拜拜的。然後就跪了一天，跪一天才拜好，可是那種活動對我來說沒有用，需要心理的調適才可以。」

(T3)

三、經濟狀況

經濟基礎不穩定

「經濟基礎沒有非常的固定，就是夠自己花用而已，要養家活口，我還在唸書沒辦法。」(C2)

四、對疾病的認識

(一)有病識感後始治療

「當兵發病一次，第二次發病，開始有病識感，然後開始就醫，正確的就醫，然後服藥。」

(C2)

(二)擔心疾病遺傳

「因為自己有一種煩惱。你如果要小孩，要怎麼說我是想說嫁了以後有一個伴或有是一個依靠，要嫁也有一個...，生孩子很痛，會遺傳啊。」(C4)

(三)明白疾病的影響

「我心裡曉得我只要電腦很好的話，就是跟一般同儕的話，我的表現會加分加很多，包括 power point 那種平常 present 的那一種表現，我覺得我是那種一定有一定的表現。但是有些東西我是相對，因為疾病拉我，我清楚曉得。.....我覺得。雖然有些部分，生理方面就症狀干擾你沒有辦法。但是我清楚曉得健康我跟分裂我在拉拔，兩個在拔河一樣在拉拔。我知道我一定要讓健康我慢慢浮上來把它壓下去。所以我只是在做這個整合的過程。對，所以應該、疾病控制感應該還不錯。」(C5)

五、自己的責任

清楚自己應有的社會責任

「所以我清楚知道還有社會責任，包括爸爸媽媽老了。我真的到現在還在用家裡的資源，真我不但沒有拿給他，我還在消耗他們的資源。爸爸也他也講也久了。所以那種社會我我沒辦法完全、完全排除掉的。我只能在我扮演社會我的同時，我盡量的、我盡量的挪出一點空間，讓我展現我那種、自我那種揮灑的空間。對，我應該這樣子才對。」(C5)

表 4.6：階段要素

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
希 望	人生願景	成家	能/不能
		安定的生活	能/不能
		安居	能/不能
		有一個伴侶	有/無
	對家人的期待	家人健康	能/不能
		給予支持	能/不能
		家人的接納	能/不能
	回饋	貢獻己力、助人為樂	能/不能
		參加團體助人	能/不能
	自我期許	成為誠信有用之人	能/不能
		成為問題解決者	能/不能
		獨立生活	能/不能
		進步復原	能/不能
		自我充實	能/不能
盡孝道		能/不能	
改變自己		能/不能	
扮演權益倡導者	能/不能		
希 望	消除痛苦感受	尋求協助冀解決問題	能/不能
	未來計畫	賺錢及環遊世界	能/不能
		學習	能/不能
	回歸社會主流	不想再住院	能/不能
		過正常人的生活	能/不能
		常態化、融入主流社會	能/不能
對社會的期待	他人的善待	是/否	
意 願	經驗的分享	參加心理演劇	願意/不願意

	藉助信仰的力量	持誦佛號及讀經	有/無
		參禪悟道	有/無
		修信仰方面的學分	能/不能
	生活安排	有事做就不會發病	是/否
	工作的助益	工作能刺激思考	是/否
		打算找競爭性的工作	可以/不可以
	自我要求	完成學業	能/不能
		愛人如己	能/不能
		改變自己	能/不能
		努力工作	要/不要
自立自強	想要自己站起來	能/不能	
行 動	社會參與	參加社團活動與上網	有/無
		工作	考證照
		寄履歷找工作	有/無
		學賣彩券	有/無
		補習	有/無
		學習	有/無
		自助	改變自己
	自我突破		是/否
	自我要求		是/否
	自我重建		是/否
	自我訓練		有/無
	自訂目標		是/否
	安排生活		有/無
	宗教信仰	天天誦心經	有/無
	醫療	主動請醫師調藥	是/否
		充實疾病知識	有/無
		配合治療	是/否
行 動	求學	補習考研究所	是/否
		準備考大學	有/無
對障礙接受度	接受	肯定人的價值	是/否
		震驚轉為慢慢接受	是/否
		無奈接受	是/否
		面對	是/否
		歸因於遺傳	是/否
		在乎生病的事實	是/否
		人生如破網	是/否

		看得到希望的過關遊戲	是/否
		自我接納	是/否
	無法接受	無法接受生病的事實	是/否
		行事受到疾病限制	有/無
對障礙處理度	積極面對	改變	是/否
		自我鼓勵面對疾病	是/否
		積極安排生活	有/無
		積極嚐試	是/否
		不放棄	是/否
		努力克服藥物副作用	有/無
		運用多種治療管道	有/無
		偶會耿耿於懷但不妥協	是/否
		把握機會鞭策自己	有/無
		對抗疾病	是/否
		接受生命中的難題	是/否
	社會參與	參加社團活動	有/無
	主動求援	對外求助解決問題	是/否
		主動求醫治療	是/否
		有病識感	有/無
	受病情影響	病情穩定較能承受	是/否
	配合醫療	遵從醫囑主動回診	是/否
		定期回診	有/無
		正常服藥	是/否
	自助	自我照顧	能/不能
靠自己		是/否	
自我訓練		有/無	
自我復健		是/否	
對障礙處理度	自助	自我挑戰	是/否
		用善心對抗邪惡	有/無
		主動表達	是/否
	自我監督	避免功能退化	是/否
	順其自然	順其自然過日子	是/否
	消極面對	悲觀	是/否
		過一天算一天	是/否
		絕望	是/否
	藉助宗教力量	信仰宗教	是/否
自我感	正向	積極樂觀	是/否

		有能力的	是/否
		進步改善	有/無
		活力自信	有/無
		幸運的	是/否
		差強人意	是/否
		心態年輕充滿理想	是/否
		重生	是/否
		對得起自己	是/否
	負向	自我意象不佳	是/否
		功能受損	有/無
		自卑	是/否
		懶散的	是/否
		能力不足	是/否
		缺乏自信	是/否
有壓力的		有/無	
個性封閉無主見		是/否	
內 控 感	內控感佳	戒掉惡習	是/否
		自我警惕避免復發	有/無
		自我調適	會/不會
		自我督促	有/無
		盡力去做不勉強	是/否
	內控感尚可	尚可以控制偶易失控	是/否
		有時可控制有時則否	有/無
	內控感不佳	無法掌握自己	是/否
		無法控制食慾	是/否
		力不從心	是/否
內 控 感	內控感不佳	無法控制花錢	是/否
現 實 感	面對現實才能解決問題	人一定要面對問題	是/否
		了解自己的能力	自知工作效率比別人低
		盡力符合一般人狀況	有/無
		須靠後天多努力	是/否
		需自我心理調適	是/否
	經濟狀況	經濟基礎不穩定	是/否
	對疾病的認識	有病識感後始治療	是/否
		擔心疾病遺傳	是/否
		明白疾病的影響	是/否

	自己的責任	清楚自己應有的社會責任	是/否
--	-------	-------------	-----

個人因素—個人特質

一、利他

貢獻己力助人

「我想幫助一些精神病患可以恢復到一定、比較好的程度，過一個比較好的生活。我是希望我已能夠有所貢獻，幫助社會上一些比較弱勢的人，幫助一些精神病患可以改變自己的行為，貢獻自己的心力讓我們這個社會可以更和諧，能夠更溫馨快樂。我很希望假日的時候可以參加一些社會團體，能夠幫助一些有疾病的人。」(C1)

二、完美主義

凡事力求完美

「醫生說你比較，他說你拿一個月，我就拿一個月，他說你拿三個禮拜，我就拿三個禮拜。他講什麼，我就做什麼。鍥而不捨吧！我是有一點完美主義，有一點凡事力求完美，雖然我知道畢竟我是普通人、平凡人，不可能凡事做的十全十美，那我盡量去力求完美。」(K2)

三、自信

(一)有自信

「我是超有自信，太有自信了。你現在這樣跟我問我才想到說，我沒有想到我就是都這樣一直衝下去，沒有後顧之憂。」(C2)

(二)自我肯定

「我自己的努力很重要耶，我那一種努力是我清楚曉得，可是真的，有些你站在醫生的觀

點其實應該是完全配合服藥，我清楚曉得這個是很重要沒錯，但是最重要應該是我很努力在自我重建。」(C2)

四、順從

順從性高

「我就是主要在復健醫療體系在拔河，我曾經聽過很多工作人員他們在討論說，我有別人沒有的特質，可是我不知道啊，他們說你有很多很好的特質，可是我覺得我的性格就是人家叫我去我就去，書也憨憨的讀憨憨的讀。」(C2)

「所以我的個性就比較順從性，我蠻順從醫囑的，我蠻配合醫生的。」(C5)

五、主動

主動自我訓練

「我真的很想唸大學，我再回去唸一遍○○高中，我再唸一遍也不會覺得很困難，看是不夠還是怎麼樣，然後我就會想要去考高普考，就是比較有前瞻性，比較積極正面的。……像我之前都會回想老師以前上課在講什麼，讓自己做練習，否則像我們在精神病院實在是太無聊了，沒事的時候我就會開始去想，想說我們以前上課的時候很精彩，訓練一下自己的回憶。」(C2)

六、樂觀

永遠抱持希望

「我覺得我永遠在最無助、最無力、最無望、最無奈的狀況下，我永遠會給自己機會。我永遠看到生命的希望，包括我生病為什麼會走過來會 recover，我覺得最大的原因就是我有源源不斷的那種 hope。那種看到希望，那種，不曉得是我本人的自覺還是說我自我的認知，我自己覺得我真的擁有不放棄的一個信念。……我戰到一兵一卒，戰到最後一兵一卒我還

是要戰，只要我還有一口氣在。」(C5)

表 4.7：個人因素—個人特質

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
個 人 特 質	利他	貢獻己力助人	是/否
	完美主義	凡事力求完美	是/否
	自信	有自信	是/否
		自我肯定	是/否
	順從	順從性高	是/否
	主動	主動自我訓練	是/否
	樂觀	永遠抱持希望	是/否

個人因素—疾病變項

一、診斷

(一)精神分裂症

「70年那時候，那時候也是蠻亂的啦，也要疏解，家人帶我到台大去看門診，那是第一次到台大去給○○○看，他判斷結果是「假性精神分裂」。」(H2)

「精神分裂，幻聽而已。」(T6)

「我有那個..那個憂鬱症，還有那個精神分裂症，像我現在這樣想什麼喔，有時候很難想起來，這就是發病症狀之一，這個是表達能力還有記憶力都很差這樣子，要形容..跟人家溝通，要形容常常不知道該怎麼那個，以前沒有發病之前，這種現象不會那麼嚴重，是後來很多身體的機能都因為病痛、病？，再加上幻聽、幻覺？？持續，身體的機能都很嚴重的退化，....」(H1)

(二)疾病轉變

病情轉變為精神分裂症

「吃那個精神分裂症的藥是從專五開始，因為之前的診斷都不是很正確，就是診斷成什麼憂鬱症、焦慮症，所以藥還有一些治療都沒有很正確，從專五才開始吃藥，那一段時間就是我也不知道自己到底生什麼病，因為醫生也沒有跟我講，然後就吃藥胖了二十五公斤，就變現在這樣子。」(C6)

二、發病年齡

高中階段，約十八、十九歲

「我生病從服藥開始到現在已經十九年。大概七十三、七十四年左右。」(C1)

「十八歲十九歲那時候，在高三重考，高二那一段時間就開始有憂鬱，有退縮的情形。大概到民國八十三年，中間拖了五、六年，就是生病，然後被○○二一，二一之後就，就是發病。」(C2)

「高三。功課壓力最大。就平時會胡思亂想，想一些不現實的事。就是精神方面不穩定。」(T2)

「十八歲十九歲。就去看醫生。看整年啊，病情不好就住院。....有一年過。看門診，好像那時候病情很嚴重就那個了。白天時不能睡，會聽到弟弟吧。就是會幻聽，說要帶我去哪裡。就是會幻聽，會說話就是會自己說話，在旁邊一直說說說。」(C4)

三、發病症狀

(一)妄想

「感覺到有人在跟蹤我，然後感到說，街上不過哪一個人都在談論我的問題。感到說有人要殺害我。感到說有監視器在監視我，到最後感到自己的思想也被人家知道，然後很恐怖。看到人家辦喪事，怕會看到自己的名字，以為那是自己在辦喪事。」(H2)

「我有一方面的感覺喔，就是有一點幻聽、幻覺，以為別人都會講你的壞話，都是在你的背後指指點點，說你的什麼事情，私底下說你怎麼樣，那我自己知道是我不對。」(K2)

「最開始發病是 84 年，那時候就會……因為公司方面，是有遇到一些困難，自己就亂想，說什麼有調查局在跟蹤啦，什麼工作沒辦法做啦。」(K1)

「可是到後來就越來越嚴重，就是最重要的症狀就是被害妄想，我有被害的一個部分，所以我那時候每天一定要把門鎖著，我一定要反鎖，讓別人進不來，即使有鑰匙也沒辦法開。就一直在那邊掙扎，每天在那邊重複那種很無助很無奈的動作。」(C5)

(二)幻聽

「90 年 1 月開始停辦庇護性工廠，我就整天在家裡啊，那時候，有一次發作那一天就帶我媽去三塊厝，買東西，然後耳朵就開始出現幻聽了，是一個女孩子，差不多十幾二十歲的聲音，一直叫我名字。」(K1)

「然後我事後才想說啊怎麼辦，我事後就是搞不清楚到底是幻聽還是怎樣，有的時候，有的時候情緒緊張就會幻聽。」(T1)

(三)視幻覺

「就不一樣喔，就不一樣喔，我被很多幻象、幻聽、幻覺的那些光力，我稱他們為光力，因為我看得到他們是什麼，然後也很類似我們講的外星人，嗶一聲這樣，我也有看到那種高頻的光力體這樣，那些光力體產生，然後裡面會有影像，幻象、幻聽、幻覺，有人的形象這樣子，……。」(H1)

(四)自我傷害

「他筆就放桌上，我就把他搶過來，就刺阿。對刺我自己！可是沒有刺到，張醫師把筆搶回去了。」(T4)

(五)呆滯

「什麼都不曉得了，自己都不曉得自己在做什麼。每天都...呆呆的，沒有像現在啦，會亂走會亂跑。」(T8)

(六)生活自理能力差

「整個人就是為了睡覺啊，就是..已經開始不洗澡了，就是覺得全身無力了還要洗甚麼澡啊，反正等一下就要躺回去了啊，然後一開始說不洗澡，然後不注重儀容。」(T9)

四、服藥狀況

(一)順從性

1.漸建立服藥順從性

「其實發病的原因都是不吃藥。不吃藥才會發病。現在都不敢停。第三次發病以後就不敢停了。」(H2)

2.服藥順從性高

「他都吃藥，你不用叫他，他自己都好像吃飯一樣，就好像三餐就都自己會。.....你要提醒他什麼時候要吃藥、這些都不用！他自己都會。」(T41)

3.順從性不佳

自行減藥

「原本要吃二十滴藥啊，我媽要我自己吃藥，我就「假會」(閩南語)就滴五滴，滴十

滴，慢慢減，我那時候是沒有什麼減藥的概念，我就是給它亂滴這樣子，看不吃會怎麼樣，結果一樣發作，就沒辦法工作，沒辦法，人際關係會變差，思想會很混亂這樣子，然後我就知道要規律服藥。」(K1)

(二)適應性

1.進步的很快

「開藥給她吃後就有比較鎮定了，就比較安靜，不會這樣四處走。一直靜下來到現在，有進步了。差很多，現在吃○○醫生的藥又進步的更快。」(H11)

2.藥物適應性佳

「感覺藥物在身體裡面會發酵。很強的感覺，而且用了之後會很舒服。」(T7)

「我的運氣很好，對藥物的適應性都還不錯。」(C2)

3.症狀改善

「就醫歐！我是晚上這一次。有定期就醫，定期服藥。我現在越來越感覺到越舒服了，不知道是不是吃藥的關係。」(T6)

「然後開始吃精神科的藥以後，漸漸的一直改善一直改善這樣子，然後我就在想，以前都不知道說我的狀況這樣子應該要看精神科，始終都醫不好這樣子，而且狀況也蠻嚴重的，然後自從??吃藥，漸漸的就好。」(H1)

4.穩定後減藥

「最近狀況是醫生說我改善很多。他幫我減藥。」(T2)

(三)規律性

1 定期回診服藥

「找到○醫師他，也有定期打針，定期回去抽血，服藥，服藥也服過一段時間。」(K2)

「有定期就醫，定期服藥。」(T6)

「每一個月還要回診，醫生藥要做調整，那個追蹤，還要看有沒有其他的狀況？」(H1)

2.規律服藥

「然後我就知道要規律服藥。.....我現在吃很少的藥，很少種的藥，量很少的藥，這是我最佳的狀況了。.....一直規律性的服藥了，我自己是認為說，這是好比說，我平時營養攝取不夠，我要養成吃維他命丸的習慣，這等於是它在顧我的身體。」(K1)

3.按時服藥

「他都會按時服藥，他有病識感，他知道他不服藥的話會發病，所以從他去日間病房，去看那一科之後，他比較有病識感，所以他不敢不吃藥。」(C21)

4.不規律

「有的時候很累的時候八點就睡著了，有時候沒有吃藥，忘記吃藥，就十一點多的時候就爬起來快點吃。我媽媽就來看，看我說有沒有睡著，然後我就聽到腳步聲，我就會想起來說，對ㄚ，我還忘記吃藥就趕緊爬起來吃。」(T1)

(四)已停藥

八年未服藥

「我八年多沒服藥。症狀是應該沒有。我是八十四年二月十四號不再吃藥，所以已經八年快滿九年了。九年沒有服藥了，所以在精神醫學界是有一點算個案、特例。」(C5)

(五)副作用

1.退縮、疲倦、喪失性功能及體能變差

「吃藥的關係，啊，會退縮，會變做是感到壓力很大，沒辦法適應。吃藥很不舒服，會感到很疲倦，然後體力變得很差，然後體力變得很差，走不到三步就很喘，而且性功能...也沒有性功能，射精射不出來。.....吃藥的話是一個月，或者是最長不會超過兩天，意識各方面的話，就跟正常人一樣，但是吃藥以後他有一些副作用，很大的副作用，根據這些副作用，可能就要做一些復健的治療，來減輕這樣的一個狀態，讓自己的功能不要退化那麼快。」(H2)

2.焦慮、恐慌並持續發胖

「剛開始吃的時候，感覺身體有比較輕鬆啊，可是就變得很焦慮，很容易恐慌，然後就一直胖、一直胖。因為現在有輔助的用藥，TltivTln 就是抗焦慮的藥啊，所以還好。」(C6)

3.眼睛受傷影響與朋友的互動

「我就是吃藥的關係，結果使眼睛的淚腺壞掉了，結果沒有淚水。做那種鑄造非常的熱，金屬的鑄造，眼睛一直受傷，就一直惡化，從發病就開始吃藥，吃到最近一兩年才換藥。後來，變得更好，我不敢去跟很多朋友互動，這也是一個也是很重要的影響因素。」(C2)

4.行動遲鈍

「動作比較慢，藥有影響。就是比較遲鈍一點，吃藥的關係。我是吃那個安眠藥跟鎮定劑。」

(T3)

5.口臭、掉髮、眼睛疲勞、發胖、想法改變

「因為我覺得吃藥雖然病情穩定，可是有的時候頭會痛。吃藥吃一吃，頭會痛。變得，就很少，吃藥的意願就變得很少。.....吃藥了以後會有口臭，然後頭髮就會，在這邊，可能是我留太長了吧，不然就一直掉一直掉。然後眼睛也容易疲勞這樣子。然後身材也變胖，那個想法也不一樣。」(T1)

6.反應變慢、記憶力變差

「每次想不開我就吃藥，我本來很聰明，我吃過很多種不同樣的藥，雖然是精神科的藥，可是藥吃太多之後，腦袋就秀逗了。.....我腦細胞已經不行了。我那時候考高職考六百一十六點五，現在要我去我沒辦法啦。我現在發現我長期吃藥以後行動變慢，反應也不夠快，現在我跟你講這些話，回去我又忘了。像我現在想起你剛剛講的話，想不出來。」(T4)

7.動作慢

「我看他就是藥物吃太多的關係，到目前為止他的手腳都比較遲鈍，手腳、各方面、好像要拿這樣東西都軟趴趴，就是說動的都很慢，人家做三個好、他才做一個好，這樣的例子，就是比較慢啦！」(T41)

8.副作用影響服藥意願導致再住院

「都有服用藥物，我遇到很好的醫生，他也在美國有讀過，他比較尊重病人的狀況，他會問說，你現在服用藥物怎麼樣，我之前的都不會，都很武裝，說這個藥就要服藥，都很嚴肅，我是這次發病，這次我沒有斷藥，每次發病都是停止服用藥物，因為副作用太不舒服了，我寧願不要服用藥物會比較好一點，結果又發病，因為可能還不能完全接受自己的狀況，這次是有服用藥物可是住院了，我覺得這也是有點安排的有點旨意的，就是我還在坐月子沒有多久。」(T1)

9. 身體不自主抖動

「他是站的時候，會不由自主一直動一直動。.....那他在家裡的話就會一直動一直動，就兩隻腳會動。他那個舌頭，偶而也是會稍微吐，吐那個舌頭。剛開始還蠻嚴重的，現在已經不會那麼嚴重了。」(T21)

10. 易疲憊

「他吃那個藥也多少有影響,因為已經習慣受藥物控制,所以整個人就容易顯得疲憊。」(T31)

(六) 對服藥的態度

1. 積極並懷抱希望

「我知道我的生病最終會結束，所以我變得說我有一個期待，很積極在服藥，我每服一顆藥，我知道我又少了，我知道我距離那個終點又近了。.....因為我曉得說好像一個過關遊戲，我拿一次藥我拿一次藥，我不曉得哪裡最後一次藥不用拿，但我知道拿一次就少一次，拿一次就少一次，那是我潛意識的那種感覺。我永遠都會看到希望。」(C5)

2. 主動與醫師討論調藥事宜

「我看那個醫師會看他好的話，會減藥，或者是換藥，什麼藥他都懂，醫師開什麼藥，他看得懂，他自己知道什麼藥比較好，就是加藥和減藥他會去跟醫師討論，醫師會給他開藥。」(C21)

五、疾病感受

(一) 不瞭解

不知所措

「我生病的時候覺得得精神病好像不知道、無所措，反正對事情不會抱樂觀的態度。」(C1)

(二)排斥

排斥就醫

「我二十一歲的時候那時候說是心理衛生科，我想看心理衛生科，那個時候我對精神科很排斥就對了，看精神科覺得很沒面子這樣。」(C1)

(三)一種疾病

1.非可恥之病

「其實說我覺得這也是一種病，就好像跟智障。對精神疾病不要覺得說是一種可恥的病這樣。」(C1)

2.一輩子的病

「可能爭戰是一輩子，不可能會走過去的。」(H2)

(四)一種可助人的經驗

生病經驗可助人

「我以前沒有想說其實我們患病也是一種經驗，康復以後我們可以幫助在患病的人。」(C1)

(五)悲觀的

1.無望感

「會想要自殺啊，然後就是會對生命一點希望都沒有啊。」(T7)

2.沮喪無望

「我生病之後這就毀了，我一定是很沮喪，沮喪到極點了，因為沒有記憶力。就是一片糊

塗這樣子。」(T1)

(六)殘忍的

1.希望被剝奪

「後來我發現可能我有希望可能考上政大、如果奇蹟會可能考上台大，那時候自己會突然就生病，我覺得那是很殘忍的、真的很殘忍。你會覺得你的人生充滿了希望的時候，被抽離。」(C5)

2.殘忍

「有時候幻聽很嚴重，是很殘忍。」(T6)

3.不知病因是殘忍的

「到現在你還會去歸因嘛，你會找答案。清楚知道沒答案，你也跑去哲學系找，你也跑去宗教系找，但是你總是知道那沒有答案，那你一定會找一個知道、能自我接受的一個 answer。可是這個，我覺得這個 question 是... 是滿殘忍的。」(C5)

(七)莫名其妙

對生命中突如其來的病無法理解

「你已經知道生命開始要昂揚、要啟航、要往前走的時候突然、突然、突然發生了一件你、你從小到大都不曉得，到現在都還莫名其妙的事情，我覺得那種最苦的就是這樣的，.....。」(C5)

(八)痛苦

1.緊張痛苦

「不知道，聲音很吵而已。....所以很痛苦，這是阻礙。....阻礙就是緊張。」(T6)

2.痛苦絕望

「沒辦法生活，健保費又繳不起，怎麼辦？好像坐以待斃這樣，然後這個我??很鬱悶的、很傷心，對自己的狀況很絕望，.....。」(T6)

(九)仍需靠自己對抗

拒絕完全依賴藥物

「你自己不注意的話，你藥照常吃，你功能一樣會退化，藥只能保住你一部份的功能，你自己不去用你自己的腦子、四肢，活動、運動什麼的話，那個一樣慢慢的會衰退。」(K1)

(十)個性是病因

疾病與個性有關

「我覺得我的疾病跟我的個性有很大的關係，對，然後我很害羞又不敢求助，我怕別人不會會不好，我就不敢問，我又怕別人不知道，我又不知道怎麼問，可能我小時候處在環境是很少語言的環境，所以我都不知道怎麼問問題，怎麼講話。」(T1)

表 4.8：個人因素—疾病感受

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
疾 病 感 受	不瞭解	不知所措	是/否
	排斥	排斥就醫	是/否
	一種疾病	非可恥之病	是/否
		一輩子的病	是/否
	一種可助人的經驗	生病經驗可助人	是/否
	悲觀的	無望感	是/否
		沮喪無望	是/否
殘忍的	希望被剝奪	是/否	

		殘忍	是/否
		不知病因是殘忍的	是/否
	莫名其妙	對生命中突如其來的病無法理解	是/否
	痛苦	緊張痛苦	是/否
		痛苦絕望	是/否
	仍需靠自己對抗	拒絕完全依賴藥物	是/否
個性是病因	疾病與個性有關	是/否	

·個人因素--病識感

皆有病識感

「當兵發病一次，第二次發病，開始有病識感，然後開始就醫，正確的就醫，然後服藥。」

(C2)

「他本身有病識感，這個也很重要，他有病識感，他知道要按時吃藥，他有病識感，他自己覺得不對勁，他會馬上去醫院找醫師，治療疾病這樣。」(C21)

「我病識感是，我打生病我一直沒有 argue 過，跟醫生、跟我自己、家人跟什麼，我一直覺得說我是生病，我不曉得。.....我清楚知道我是生病的啊。」(C5)

「因為這種病會很緊張。可能是都市的生活太緊湊了，然後都市的塵囂蠻忙的。工作壓力啊、聯考壓力啊。」(T6)

·個人因素--工作狀態

一、對現職的看法

(一)尚可以勝任

「我現在是在擴大就業公共服務，在鄉公所做那個農田調查和土地資料的整理。大概還可以勝任。」(C1)

「我現在就是在○○工廠工作，固定的就是早上八點開始，然後下午五點下班，那裡的工作也還好啦，不會說很困難、很複雜，讓你壓力很大，除了有時候要趕貨以外。」(K2)

「大概還能夠掌握那個工作的性質，還有工作的要求。」(K1)

(二)幸運的

「在花蓮縣就業服務站工作，已經工作快滿1年了，幫助一些民眾填表格，不然就是引導他們到哪一個地方去辦理事務。他沒有看到我只有國中的學歷，所以蠻幸運能夠進去哪邊工作。」(H2)

(三)沒有壓力

「因為在7-11 沒有什麼壓力啊！像我們這種朋友可以，可以介紹，就可以到7-11裡面去做啊！所以就沒有什麼壓力。7-11裡面有兩種，有一些是正職的啦，那我們是算時間，不太一樣。」(T8)

(四)愉快的

「感覺很愉快。因為可以認識很多朋友。在家裡很無聊，自從來這邊之後覺得心情比較開心。」(T2)

(五)喜歡但有時無法勝任

「喜歡啊。至少不會閒在家裡啊。因為那個補貨要有那個廠商嘛，廠商有時候來要跟我們說，會跟我們講說就是以後貨跟他們叫，啊然後我就不太會處理啊。類似那種情形我就

不太會處理。」(T1)

二、工作環境

(一)單純

「應該算是蠻單純，裡面大概都是身心障礙者，不是身體、肢體方面的障礙者，要不然就是心理方面的障礙者。」(K2)

(二)老闆差別待遇

「那個老闆會，比較會，比較那個會那個。生氣啊。他可能對那個女生新進去，交的貨有得時候比較不會他會覺得心理上會不怎麼好啦。可是他對那個男生進去比較好力入。可能是他們進去比較久吧。還在缺人，缺那個男生的。他說請男生的比較好啦，男生比較辛苦啦。」(C4)

三、所面臨的困難

(一)體力無法負荷

「我這兩三天，任何一天，去做幾個小時，我回到家裡的感覺是非常累非常累，所以我昨天是跟媽媽講說覺得目前的體力狀況，好像還沒有辦法站到全天，??太疲勞了，我很怕太疲勞之後那個..。」(H1)

(二)適應不好

「最近我轉行，去做那種辦公室小妹，去做布行，可是..適..我適應的不好，辦公室那..那種精神壓力我現在總算總算知道了。」(T9)

表 4.9：個人因素--工作狀態

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
工作狀態	對現職的看法	尚可以勝任	是/否
		幸運的	是/否
		沒有壓力	是/否
		愉快的	是/否
		喜歡但有時無法勝任	是/否
	工作環境	單純	是/否
		老闆差別待遇	是/否
	所面臨的困難	體力無法負荷	是/否
		適應不好	是/否

個人因素--經濟/財務狀況

一、家人支持

「我媽跟我說，說我自己再不控制好自已的病情的話，我所有的住院費都是要跟她，跟她付清楚。吃飯的費用，我都算欠她的，我都就算有錢就要還她錢，有錢就要還她錢，所以我在想說，與其這樣一直住院，一直欠下去，不如自己功能搞好的話，這種阻力又變成我的助力，變成我良性的壓力。」(K1)

「不過在還沒有正當工作，賺夠一些錢，然後做事情，生活、做事情、讀書、交學費這樣子，經濟基礎沒有非常的固定，就是夠自己花用而已，要養家活口，我還在唸書沒辦法。媽媽她會擔心你的病，其實她就是把情感轉成實際上的幫助，她在經濟上她就讓你比較不會煩惱，你那個並不是因為什麼樣的問題，你要去看病，你要去求醫，她都會帶我去這樣子。」(C2)

「好像他想要考英文的研究所，所以他說他要補托福的。他現在又沒有能力賺錢，我就接濟他，要繳補習費。」(C21)

「沒有後顧之憂，讓我可以盡情揮灑。.....事實上家裡還可以支撐讓我可以全力去面對這個

疾病，不用再為了錢拿家裡來再來什麼。」 (C5)

「我父親後來從商，家裡境況比較好，.....。我已經發病十幾年了，他沒有太多的改變，可是我的改變很多，我想就是我經濟許可，讓我做很多的嘗試，做很多的改變。」 (T1)

「...雖然爸爸只是一個清潔工，然後..雖..雖..雖然我媽媽沒..沒..沒甚麼時間在理小孩子，可是..可是我..我的零用錢我都夠用，對啊。」 (T9)

二、自立更生

雙親年老有經濟壓力

「靠勞力賺錢ㄟ呀。而且我爸爸年紀也老了。我媽媽也沒有再工作了。」 (C4)

三、經濟困難

找不到工作

「沒有工作，找真的都找不到，然後沒有錢，這樣我的健保費怎麼辦？然後家裡因為我生病花了不少錢，我不願意這樣子。」 (H1)

個人因素--居住狀況

與母親同住

「我就和我母親、妻子三個人。其實我媽媽在我生病的時候，有很長一段日子都是我們自己獨處這樣。」 (C1)

「我是跟我母親住在一起...其他的都不住在花蓮，都在外地。」 (H2)

個人因素--使用資源狀況

一、資源類型

(一)社會團體

參加社團

「一方面，可能是那個時候有參加社團，然後就一天到晚就一直參加活動啊，每天有空就會打電話跟人家聊天，然後這樣心情也會比較好一點。」(C6)

(二)醫療

1.固定回診會談

「我就是，一週有兩個會談，一個是跟我主治醫師，一個是跟一個學校的老師。」(C6)

2.求助於醫療團隊

「他如果覺得壓力大，覺得好像不太一樣的時候，他會主動回醫院，跟以前的心理治療師啊！社工師啊！那些醫療團隊去討論，可能就是可能覺得不舒服，他會回去，等於說他跟他們很熟啦，因為他會回去跟他們聊一聊，有時候他會自己還會掛門診，跟醫師討論。」(C21)

3.家屬參加醫院舉辦的座談會

「醫療方面我覺得當然最大的幫助是醫療工作人員的那個，他們不只藥物，還有他們的愛心，還有他們的觀察很細膩，就是對病人起伏狀況都能掌握的很好，而且他們對病人的家屬，他們會定期舉辦座談會，就是會請專家演講，講一些這方面的常識，讓家屬、讓病友都會瞭解，都會對自己、對家人更佳的瞭解，而且他們還有辦一些不只是定期，而且還有辦一些自願參加的一些，病人家屬的小型座談會，他們還有辦這個。」(C21)

4.請社工師協助申請住日間病房

「從我們家到醫院，要搭車到○○車站，再從車站轉車到○○，一直都在通車轉車，他說這樣很累，結果在坐車就浪費很多時間，我就說你累的話，不然我們就回來。結果就去找○○的社工師，把我的困難告訴他們，請他們能夠給予我協助，讓我們能到○○辦住院的日間病房，可以讓他學一技之長。」(C21)

5. 日間留院

「有，像我還沒有來這邊以前是在日間留院。日間留院裡面好像也沒有什麼成長，也不想去哪邊跟人家生氣，對呀，所以就不要去，因為我大概去了一個月或者是將近一個禮拜就不去了。在○○那邊嘛，在家裡會躺床，加上藥負面的影響就感到很沮喪，就會跟醫生談，醫生就安排我到日間留院。」(H2)

(三) 學校

每週與學校老師會談

「我就是，一週有兩個會談，一個是跟我主治醫師，一個是跟一個學校的老師。」(C6)

(四) 民俗療法

八字、紫微斗數與風水

「我還去，人家告訴我，你要去那裡，去那個廟裡，去拜藥師，去供奉什麼藥師，我也會去做，人家要我去唸那個藥師咒，像是我是也給他唸喔！就是不管，就是不管這個效果會如何，只要能幫助他的，聽人家講，我都會去做。……我也去學一些紫微斗數、八字方面啊！用八字、紫微啦！那些，就我們也會講到這一方面疾病的，我在那個銀方面，會有這個情況會發生，那方面來講，有什麼，小種的方法我都做。……燈啊！你要把床移到最好的床位，就是風水的部份，我們上課的時間，我都以這個為重點在學習，我們需要幫他調什麼位，我就幫他調什麼位，要點燈我就點燈，做什麼我就做什麼，因為那個都沒有副作用啦！」(C21)

(五)網路

上專業網站討論

「我喜歡上那一些也是比較有關精神醫療的網站啊，然後都有一些病友，大家都會先討論自己的問題，互相鼓勵這樣子啊，會遇到一些情況比較類似的病友，不然就是有一些專業人員他們也會給我們一些建議。」(C6)

二、使用資源態度

主動積極

「可能是那個時候有參加社團，然後就一天到晚就一直參加活動啊，每天有空就會打電話跟人家聊天，.....我都打電話跟一個很好的同學聊啊。然後她都會給我意見不然的話，我就是，一週有兩個會談，一個是跟我主治醫師，一個是跟一個學校的老師。」(C6)

三、結果成效

接受日間留院復健訓練受訪者表示成效不大。

生活規律但沒有成長

「有呀，就待三個月，我是感到去哪邊是讓生活規律起來啦，有一個活動可以做，其實說成長的話，並沒有什麼成長。」(H2)

·個人因素--復原力

一、不放棄的信念

永遠給自己希望和機會

「我覺得我永遠在最無助、最無力、最無望、最無奈的狀況下，我永遠會給自己機會。我永遠看到生命的希望，包括我生病為什麼會走過來會 recover，我覺得最大的原因就是

我有源源不斷的那種 hope。那種看到希望，那種，不曉得是我本人的自覺還是說我自己的認知，我自己覺得我真的擁有不放棄的一個信念。」(C5)

二、自我的努力

(一) 堅強的信念自我努力

「我自己的努力很重要耶，我那一種努力是我清楚曉得，可是真的，有些你站在醫生的觀其實應該是完全配合服藥，我清楚曉得這個是很重要沒錯，但是最重要應該是我很努力在自我重建。」(C5)

(二) 自我訓練的堅持

「我覺得那種重要關鍵是我從進去補習班，我根本沒聽我會睡覺，我藥服的很重會在那邊昏睡。可是我從有辦法坐一節課一個小時，慢慢一個早上，一個下午甚至一天到有辦法坐一個禮拜，我媽媽都很開心，那是個漸進式的就是最典型的，我坐在補習班，對我有辦法坐一天坐一個禮拜，而且我自己很開心，到最後一個補習班，那時候我每天都覺得有重生的感覺。我有一陣子是每天都有重生的感覺。」(C5)

(三) 自我拯救

「我很遵從醫囑我會好起來，我覺得最重要的是那一塊，我拿藥回來我自己的努力，點滴在心頭，那個只有我曉得，加上很多我自我拯救的那種，我真的是做過好多努力。」(C5)

三、母親的影響

(一) 母親面對生活的熱忱

「她也是很擔心啊，她說母女倆沒有工作又沒有親朋好友接濟的時候，我們母女不知道該怎麼辦，所以她也常常吵著要出去找工作耶，就是這樣子，媽媽好勇敢喔，她..她

面對生活，她對生活的熱忱，我有一個好榜樣，所以我有更大的能量盡量去克服我沒有辦法克服的事情。」(H1)

(二)母親的堅持與不放棄

「我能康復主要是靠她（母親）的堅持和對我的不放棄。」(C1)

四、浴火重生

自殺讓原來的生命死了

「我曾經殘害自己，我把自己殺死了，可是我的氣息還在，可是那些脾氣什麼都被我殺死了。我想死是某種程度的死亡。然後還有那個藥物，我第一次發病送到醫院，那個藥物讓我整個人躺在床上起不來，動也不能動，那也是某種程度的死亡。.....然後自殺讓我有點死亡，原來那個生命有點死亡。....我原來的生命死了，就接受世界的東西了。」(T1)

表 4.10：個人因素—復原力

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
復 原 力	不放棄的信念	永遠給自己希望和機會	是/否
	自我的努力	堅強的信念和自我努力	有/無
		自我訓練的堅持	有/無
		自我拯救	是/否
	母親的影響	母親面對生活的熱忱	是/否
		母親的堅持與不放棄	是/否
	浴火重生	自殺讓原來的生命死了	有/無

個人因素--因應型態

一、個人因應方式

(一)借助宗教信仰

「信仰宗教，不然內心會空虛。宗教無...自信仰，不然他們內心很空虛，他們可以找到

一個神秘的神像來拜的，靠著他們力量，然後自利利他、自助助人、自助天助這樣。」
(T6)

(二)主動求援

「一直參加活動啊，每天有空就會打電話跟人家聊天。因為我不想要一直很痛苦，然後就要把我，就是盡量把我的問題告訴人家呀，希望他們能幫助我解決。」(C6)

(三)運用正面思考

「你與其讓疾病一直侵蝕你，讓你自己都沒有辦法做出任何事情，那種無奈，你不如積極的反擊，你還有機會可以打倒疾病，看是做什麼活動，安排好，自己生活也比較多彩多姿，你也覺得自己像，活著更像一個人，不會像說像是次級的公民，因為有病的關係。」

「我想到的是，這種病會帶給你那種，世界都是很灰色的，人人都對不起你這樣子的感覺，但是但是你自己要把那種思考就是，外面的世界它不會為你改變，它也不會可憐你，你真的自己思考之後，你可以再跟外面的世界接觸，就是用正面的思考。」(K1)

二、疾病治療方法之類型

(一)民俗療法

1.問神

「家裡面也不會帶我去看，因為精神問火，就是去問神想要用傳統的方式。問神之類的方式來處理我這類的問題。」(H2)

2.求神問卜

「當然其他的努力包括、一般求神問卜那是多得、多得不得了，有的我知道有的我不

知道。我覺得這也花了我們家很多冤枉錢。我覺得這是整個、台灣某部分的人的花在這個部分花得滿多的。所以現在我直接跟家屬說不用花這些錢。但是確實當時我媽媽花了不少錢。我來台北也去過很多神壇廟宇呀，我媽媽都會帶我去、人家講我媽媽就帶我去。包括有些我不曉得、事後我才曉得。」(C5)

3. 遷祖墳

「我家的、我祖父的祖墳也遷過，因為我、人家說的，她說花了好幾十萬。」(C5)

(二) 西醫治療

「跟看醫生，做追蹤，然後開始服藥，我自己生理上在家裡的照顧還有爸爸媽媽的照顧，就穩定下來，比較少會再跟那個其他的靈魂光體接觸，對話，我現在都很少，幾乎不對話，因為醫生說我要擺脫這個狀況只有一個辦法，就是不要聽也不要去看那些幻聽、幻覺、幻影，這樣子我的生活開始會比較好一點。」(H1)

「反正我跟醫師配合啊！我就好好配合醫師，定時回去拿藥服藥、抽血、給他檢查，心理不管有什麼問題就跟他談，有什麼心結有什麼話啦，不敢跟其他人講，或者是說不敢問別人，或是甚至家長、課長、廠長都不敢問，都不敢跟他們聊，那我就專門跟我的心理醫師談。」(K2)

(三) 綜合型

1. 民俗療法與西醫治療

西醫治療

「他如果覺得壓力大，覺得好像不太一樣的時候，他會主動回醫院，跟以前的心理治療師啊！社工師啊！那些醫療團隊去討論，可能就是可能覺得不舒服，他會回去，等於說他跟他們很熟啦，因為他會回去跟他們聊一聊，有時候他會自己還會掛門診，跟醫師討論。……我本身沒有這方面的專業知識，所以只能從醫療人員那邊獲得這

方面的知識，所以我當然是要，簡單的說是聽他們的指導啦！教我怎麼做，我就怎麼做這樣子啦！」(C21)

拜藥師

「人家告訴我，你要去那裡，去那個廟裡，去拜藥師，去供奉什麼藥師，我也會去做，人家要我去唸那個藥師咒，像是我是也給他唸喔！就是不管，就是不管這個效果會如何，只要能幫助他的，聽人家講，我都會去做。」(C21)

八字、紫微斗數與風水

「我也去學一些紫微斗數、八字方面啊！用八字、紫微啦！那些，就我們也會講到這一方面疾病的，我在那個銀方面，會有這個情況會發生，那方面來講，有什麼，小種的方法我都做。……燈啊！你要把床移到最好的床位，就是風水的部份，我們上課的時間，我都以這個為重點在學習，我們需要幫他調什麼位，我就幫他調什麼位，要點燈我就點燈，做什麼我就做什麼，因為那個都沒有副作用啦！」(C21)

2.佛教及西醫治療

「我爸就請那個師父過來，幫我弄一弄。應該是沒有效。變的比較嚴重一點。……門診，之後再去住院，住十天。那是我自己要住的。比較好，比較安靜。還是一樣。狀況一樣。…結果就去廟裡面住阿。去那個平溪。結果還是一樣阿，然後就是過了半年，差不多六到八個月之後，就…那些聲音就這樣沒了。」(T3)

「醫院,那個時候是先控制起來,不然隨時都會發作抓狂似的,因為在你的耳朵邊...。會一直吵然後說要打他恐嚇什麼的。甚至那時候也有帶他去廟裡,去幫他...。之後也有去一間寺廟,後來也有人跟我介紹台大,他說這種情況的通常要神還有人的一起幫助才行,一開始不知道然後就在台大掛腦神經科,他說要去做腦部斷層掃描之類的,看腦部有沒有損壞這樣,那我們那時也是擔心說他的腦部真的受損,所以也就真的去了。腦神經科去的時候他就真的幫你做腦部斷層掃描,雖然說是正常,可是我是怕他小時候在家裡面

跌倒撞傷什麼的,結果沒有啦,然後那個醫生也是教授級的,他那時候建議我去看精神科,然後我就拜託教授說請他幫我找一個比較好的醫生,然後他答應我,之後幫我找一個台大精神科裡面,現在他是擔任主任。」(T31)

表 4.11：個人因素--因應型態

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
因 應 型 態	個人因應方式	借助宗教信仰	有/無
		主動求援	是/否
		運用正面思考	是/否
	疾病治療方法之類型	民俗療法	是/否
		西醫治療	是/否
		綜合型	是/否

環境因素—醫療資源

對整體醫療資源的看法,有受訪者表示服務資源缺乏整合、會談時間有限以及資源不足的看法。另有受訪者對於所接受的醫療資源服務的觀感是不錯的。

一、服務沒有整合

只有服藥

「嚴格講起來沒有。包括 social worker 都沒有,社區這一塊也沒有。唯一醫療這一塊就是...我是只有服藥。.....發展一套整合性的 model,每個人都套用進去,可是每個個體是獨立的型態的,社區、文化、經濟各方面背景不同,成長背景完全不同,你把大家都框下去的時候,有些人適合的,他可能透過這一套他過得很好,有一部份的人沒有變的更好反而更糟,那一群人不是就被你犧牲掉了。」(C5)

二、會談時間有限

與醫師會談機會不多

「找醫生談不多啦，一個月才看一次病，什麼都可以講啦。像病情的話，像有一些，對病人照顧比較周謹的話，可能就要安排一個會談的醫療工作場所這樣，一個月一次這樣子，或兩次這樣。」(H2)

三、資源不足

等病床等了一個禮拜

「馬偕的急診室不是說一下子就有病床，在那邊就等了將近一個禮拜，可是情況越來越嚴重，趕快要挪出一個病房給我，他要把我送進病房裡面。那時候在病房裡面，整個人都沒力氣，整個人都黑暗地暗摸不清楚。」(T4)

四、不錯

都不錯

「(訪員：就整個醫療體系，它影響您什麼?)都不錯啊。」(T7)

個人因素--健保給付制度

一、減輕經濟負擔

1.免繳健保費及部分負擔

「雖然院方，醫生也幫我爭取到免繳那個醫療費，不用繳，只要我看精神科，我就不用繳任何一毛錢，然後我想那這樣子就是大概是我得救的日子到了，然後我就只看精神科，....。那個..對，我再說一遍醫院的狀況，在醫院裡好幾位醫師他們共同會診，了解我的狀況，我會想要惜福的最大目的是我沒有辦法找到工作賺錢，??，醫生默默的為我們做幫忙申請健保費免繳，免繳，然後讓我領身心障礙生活津貼，.....。」(H1)

2.自付額減少

「不然很多錢、花的滿多，還好現在有什麼健保什麼東西，之前沒有健保，一次去長庚看

病都要三千多塊錢、幾千塊這樣，真的給我用的很多、讓我花了很多錢。」(T41)

3.免掛號費

「對啊！她是說有一些病才會去台北醫院看麻。那時候因為那邊有我的病歷史，姐姐是說去找○○○醫生看阿，比較有權威麻，為什麼要去台北醫院。我是說比較近啊，不用繳掛號費，就不用再繳一百五啊。」

二、權益需積極爭取

以抗議爭取給付藥物

「醫療資源，像前陣子那個藥很貴的時候，買不起的話就不能吃，就沒有辦法，就是病情會惡化，因為沒有吃藥，真的不能，後來協會好像跟一個台北那個什麼，那個康復之友協會，就去抗議，抗議之後，就發，就有發那個藥，對，就去抗議，所以才有藥，不然之前病情不穩定。」(Y1)

·個人因素--精神醫療與復健服務

一、可及性

轉院

「我是，嗯，剛開始是在大林慈濟醫院在那邊實習，就在那邊看，這個病也是在那邊診斷的，然後實習完就轉回彰基。」(C6)

二、可近性

1.交通不便

「從我們家到醫院，要搭車到○○車站，再從車站轉車到○○，一直都在通車轉車，他說這樣很累，結果在坐車就浪費很多時間，我就說你累的話，不然我們就回來。」(C6)

2. 醫療人員時間有限

「不然的話，我就是，一週有兩個會談，一個是跟我主治醫師，一個是跟一個學校的老師，然後現在就是跟醫師暫停。(訪員：怎麼了?)因為跟他做研究啊，然後他也很忙。是很想，可是沒有時間啊，再來就沒有時間，因為這是精神科幫我們辦的，他都辦在禮拜六早上。」(C6)

3. 復健資訊不足

「我以前生病，我以為說治療光吃藥物而已，我沒想到有些人我們透過教育和訓練也可以改善病情，我以前不知道醫療裡面有教育和訓練，不知道也算是醫療的一種。我以為醫療就只有吃藥、打針而已，我以前也不知道說社會工作是什麼都不知道，我以前也沒有接觸過。不知道就以為社會工作就是閒閒的人而已，講閒話領個錢這樣，人家說心理上的工作，真的有心理技術的話才可以幫助人，那個時候雖然說以前在大學的時候也有聽過一些教育上的理論，後來都沒有認真的去想過，透過教育跟訓練和醫療各方面的配合，以前只知道吃藥和打針而已，沒想過要透過其他的方法來治療。」(C3)

三、可接受性

(一) 治療方式

1. 住院治療

(1) 肯定

認同住院治療

「(訪員：住十天對你有什麼影響嗎?)比較好，比較安靜。(訪員：因為在醫院的關係嗎?)
對。就是說自己變的比較不那麼的比較不那麼緊張，不會說做一些比較不好的事情。」

(T3)

(2)不能接受

對住院很反感

「對啊！我不願意去，那時候就是對住院很反感。(訪員：嗯，覺得自己不是生病的人這樣子?)對啊！就比較輕微。」(T2)

2.藥物治療

(1)肯定

服藥有助益

「所以是在我母親聽人家講說一定要來看精神科的時候才來看精神科，我斷斷續續的治療，有時候也連續治療。我三十歲的時候也有醫生跟我說應該可以不要治療了，到三十二歲的時候自己再去工作，覺得自己能力不如人，我覺得服藥可以有進步我再去服藥。」(C3)

主動要求調藥

「感覺啊。就是那種不舒服的感覺又來了。然後吃藥又覺得不夠，我就請醫生看能不能加重藥給我。」(T7)

(2)有意見

藥吃太多了

「對，我現在、他缺點是什麼齣，他有時候吃藥、嘔~會有一點副作用對不對，吞下去不舒服，他有時候要到精神科去找張醫生，遇到張醫師又說「啊！張醫師，我哪裡又不舒服不舒服！」那聽張醫師說又給他加什麼藥這樣子，我是覺得他現在精神藥吃太多！」(T41)

3.復健服務

肯定日間留院提供改變的機會

「我覺得醫院像日間病房這個環境，可以提供想改變自己的人一些生活上可以改變的機會，像有些事情想做但是就沒有對象，也沒有學習的對象。」(C3)

(二)主動尋求協助

主動回診

「他如果覺得壓力大，覺得好像不太一樣的時候，他會主動回醫院，跟以前的心理治療師啊！社工師啊！那些醫療團隊去討論，可能就是可能覺得不舒服，他會回去，等於說他跟他們很熟啦，因為他會回去跟他們聊一聊，有時候他會自己還會掛門診，跟醫師討論。」(C21)

(三)治療理念

消極與積極

「a 醫院他們那種管理會讓你覺得你的病，你一輩子就只能接受這樣的自己。我在 b 的話，他們會跟你說打氣的話，你要是有什麼樣的能力的話，你就去證明你自己可以達到那個功能。」(K1)

四、可信性

(一)信賴

1. 專業人員

信任醫師的意見

「對啊，現在醫學很發達啊。(訪者：呵呵，你很相信醫生就是了?)對。」(T2)

「還要看醫生，每個月都要看一次，沒有看醫生就不行。……我覺得醫生很重要，我睡不著覺，我就找醫生，我睡不著覺，我就找醫生，因為沒有睡覺不行，像我們這一

種沒有睡覺不行，有時候耳朵裡面都會「噏！噏！噏！」這樣子，好像有人在叫我們這樣。……我們主任，他在我們○○○醫院裡面，我都看他的門診，我一年多都看他的門診，我現在也都看他的門診，他說幫我介紹。他說他成立好像那個雜貨店，我說好啊！原本我還不要，我不想做，他說你整天又沒有什麼事做。」(T8)

「他有回來跟我講，他要插班或是什麼，他都會跟我說，我有去跟醫師商量過，評估過，認為可以他才敢說，他是這麼跟我講。」(C21)

積極配合治療

「反正我跟醫師配合啊！我就好好配合醫師，定時回去拿要服藥、抽血、給他檢查，心理不管有什麼問題就跟他談，有什麼心結有什麼話啦，不敢跟其他人講，或者是說不敢問別人，或是甚至家長、課長、廠長都不敢問，都不敢跟他們聊，那我就專門跟我的心理醫師談。」(K2)

遵從醫囑

「醫療我覺得還是最主要的因素啦！你一定要聽醫師的話，人家畢竟是專業的，人家要你跟他配合，教你要按時服藥就是要服藥，開什麼藥你就是要吃，定期回診，不管什麼問題不管什麼病情，什麼話什麼疑難雜症，你都可以講出來跟醫生討論，跟醫生商量，抽血啦！檢驗啦！驗血啦！」(K2)

「醫生說你比較，他說你拿一個月，我就拿一個月，他說你拿三個禮拜，我就拿三個禮拜。他講什麼，我就做什麼。」(T8)

醫師最瞭解狀況

「(訪員：所以家裡的人是姐姐最知道您的情況？還是誰最了解您的情況？) 醫生。」(T7)

家屬認為有病就交給醫師

「生病第二次，有啦，我是有跟家裡的人講啦，要去跟那個醫療單位...那個跟醫療單位，配合...配合醫療單位，告訴他我的狀況，啊家裡的人...都很忙，他們也對這種疾病不了解，覺得這種疾病的話交給醫生處理就可以了，其實他們不了解說，病人在家裡的狀態，也要靠家人來觀察。」(H2)

「因為這種病是靠觀察，他們可能對病人了解的程度，對疾病的影響，對治療的那個影響也是蠻大的...如果說做的越準確的話，對病人的治療比較有幫助，幫助就很大，當然說病人家屬都不了解，反正有病就交給醫生，對呀所以我...我一直說不住，家人一直叫我去醫院，他們也不去找醫生談。」(H2)

2.治療方式

肯定住院治療

「門診，之後再去住院，住十天。那是我自己要住的。」(T3)

(二)不信任

1.專業人員

隱私權被侵犯

「像社工師都會先問一些問題，但他又覺得很煩。他回來跟我講，他覺得是在挖人家的瘡疤，在問人家過去的種種，很沒有道德，之後他就不再去那個○○。」(C21)

2. 醫療服務

缺乏心理治療與家屬服務

「我覺得這樣也不是辦法，也有吃藥，但是沒有作心理的輔導，沒有作心理的治療，他也沒有給家屬提供協助的方法，我看不太理想啦！」(C21)

·個人因素--專業人員因素

一、價值與態度

(一) 正向

1. 接納

沒有被醫師拒絕的經驗

「對，過去醫生什麼心態我是不懂，是說我看病還沒有受過人家拒絕這樣，我後來知道有些事情不光為錢，我們可以拒絕他；有些事情我們可以不為，不是光考慮錢而已。在我以前的觀念裡，不犯罪的行為，只要能賺錢就做了，有些會傷害到社會風氣、觀念的話，比較沒有那些概念。」(C3)

耐心與愛心

「(訪員：那醫療人員，就是像你剛剛說醫生啊，還有護理人員給你的協助，.....。)
對！他們對病患的耐心跟愛心，真的對我再提起勇氣繼續活下來有很大很大的影響，因為我會想...。」(H1)

2. 鼓勵

給人信心

「b 就好像在擂台邊派了好幾個教練在跟你講說，你的對手，精神疾病，它的弱點在那裡，然後你平常訓練的時候你要加強那一個方面，它，你有機會擊倒它的，它(b 醫院)給我們信心，b 的醫師給我們信心說，你有機會的。」(K1)

肯定病人的努力

「我努力的表現，訓練自己的功能，在醫師給我肯定，護理人員給我肯定，覺得可能還有希望，試試看，是不是會有不一樣的結果。」(K1)

「張醫師說，喔，好，你會講這一些話，張醫師說我很高興，他說你能夠這樣子勇敢的走出來，很好，張醫師就這樣子鼓勵他，然後跟他拍肩膀，他說年輕人就是要這樣子。」(T21)

給予希望

「因為○醫師說現在的醫學科技發展進步發達，進步發達的實在太快，說你這個病很有希望，說不一定以後我國或是歐美國家有更新更進步更好的藥物出現，你這個病搞不好到最後可以根治耶！只要你乖乖好好聽話，跟我好好配合，跟我這樣做，你這個病要完全轉好要變得像以前一樣，要變得一模一樣的正常人，或是普通人，這絕對不是問題。」(K2)

鼓勵努力工作

「醫生沒有建議，醫生幫我治療疾病而已。但是他叫我在工作上要努力，努力工作。要我努力工作，不要偷懶。」(T6)

3. 敬業

用心協助

「醫療方面我覺得當然最大的幫助是醫療工作人員的那個，他們不只藥物，還有他們的愛心，還有他們的觀察很細膩，就是對病人起伏狀況都能掌握的很好，而且他們對病人的家屬，他們會定期舉辦座談會，就是會請專家演講，講一些這方面的常識，讓家屬、讓病友都會瞭解，都會對自己、對家人更佳的瞭解，而且他們還有辦一些不只是定期，而且還有辦一些自願參加的一些，病人家屬的小型座談會，他們還有辦這個。」(C21)

護理長用心良苦

「我爸爸建議說：「把她..她安..安置到日間病房好了。」好，那..那時候那個惠珠護理長啊，她聽到這個消息她才很贊成我出院，然後..後...後來我到日間護..了1、2年，惠珠護理長也調來日間了，對，我那時候...我那時候才知道，她對我也是用心良苦的，她..她當時會..她當時不支持我出院，是擔心我的病情會再惡化，等她...等她也跟著我一樣，等她也..也調來日間了，我才知道她這麼用心啦，惠..惠珠護理長，對阿。我記得我剛要..剛要去日間的時候，我無法藏..因為我之前待在家裡，被..被那個惠珠護理長給說中了，我..我是會繼續在家裡自閉的。」(T9)

公衛護士專程探訪

「然後...我們淡..淡水的衛生所..衛生所的護..護士，專..專程騎摩..摩托車到..到我家來找我、專程來看我，對阿，問說：「有沒有看醫生阿？有沒有吃藥阿？」像...像..像前一陣子好像甚麼...感冒疫苗...，喔！感冒疫苗的免費施打啦！」(T9)

4. 真誠

陪伴面對疾病

「一個關鍵性的人物是○○姐，她是日間病房的護理長，她就像是我媽媽一樣，喚起我對母愛的憧憬，像我在○○○○○的第一天，他們裡面的社工師他就說，我們沒有打算讓你單獨一個人面對你的病魔，我們大家會一起配合來幫助你，但是真正做到的是○○姐，她不是只用嘴巴講，反而給我很溫暖的感覺。因為大家做手工嘛，反應沒有那麼好，或是做錯了，她就叫我作品管，大家做好了，就讓我檢查、包裝，○○姐是一個很正向的人，她就說我現在已經下班，我可以陪你，我們像是那種正式的關係，而非正式的關係她像是扮演媽媽的角色，是在我離開很多年，離開去工作、去讀書，回首才默然想到，身邊有這個人，有作這樣的陪伴，很重要，是個關鍵。」(C2)

願意傾聽

「我跟○○姐倒不是說對母愛的感情，其實是我的生活上的困難我會跟她坦白講，像我今天跟那個同學嘔氣啊！我今天在那裡工作不適應啊，她都肯聽。」(C2)

5. 指引保護

保護多於刺激

「比如一間房間是暗的，他就是點一盞小燈，我就是在你那邊用你那盞小燈，在 b 的話，他會問你說，你需要多亮的燈，你要找怎麼樣的插頭，他會告訴你。他保護的性質大過於給你刺激，讓你不再有那種那種方向，還有動力，跑回正常人的生活。」(K1)

6. 尊重

尊重病人

「感謝那個 b 醫院的文○○主任，他把那邊，至少那邊的環境塑造成是那樣子，你其他的工作人員也尊重一個生病的個體，你有什麼樣的心願要完成，你要瞭解什麼樣關於這種疾病，他們都會毫無保留的跟你講，我是要感謝他.....。」(K1)

(二) 負向

1. 消極作為

只重視醫療服務

「服務態度是，可能要有一點說，醫院好像都沒有全方位的服務。.....就是只注重在醫療方面，像是對病友的幫助也是這樣。」(H2)

只是傾聽

「因為我長久以來跟醫生互動，他們也沒有什麼建立什麼，就是在傾聽，用傾聽的方式，那我問題是告訴他，他也沒有什麼反應呀。(訪員：只是聽你講?)對，只是聽你講。有時候我會跟醫生講說，看是不是要安排心理輔導，或安排一些一個月一個醫生這樣，給我們做心理輔導這樣，可是他好像也沒有安排。」(H2)

敷衍

「我在 a 是想多瞭解精神疾病，是他們，我不曉得是他們內部醫師約定，還是怎麼樣，他們，我也有跟醫師講說，你介紹一些精神疾病的書給我瞭解，我可以看阿，至少病在我身上，我可以多瞭解它，醫師沒時間跟我講那麼多，或者是我也不知道要怎麼問，那我看了書我就可以多瞭解自己，他們說，叫我去看心理學的書就好了，張老師，什麼心理學系列的，我後來也作罷。」(K1)

作風保守

「他們的這些工作人員跟復健人員他們的作風都非常的保守，可能是看太多沒辦法復原的，我是比較特殊的，他們可能看很多復健，沒有辦法復健好，他們都很保守地在做每一關，他們會很小心很小心把你往外推一點，再往外推。她顯然是她的作風保守，然後，有稍微延誤到我的進步啦!」(C2)

(三) 態度的差異

1. 疾病的說明

「a 它不想跟我們介紹，介紹這種病是怎麼樣，只會偶而在跟護士那邊聊天說，什麼多巴胺啊，什麼血清素啊，但是在那個 b 它都會講，它是腦分泌的化學物質，怎麼樣，它甚至連化學程式都要寫給你看。」(K1)

2. 治療理念

「a 醫院就不一樣，就認為你說，不要試了，因為我之前也有參加考試，就比如說以

考試這件事情來講，他們也是讓我去考，但是他們認為說，也是跟我講坦白的，『你考不過，你不要去考，你會有挫折感。』a 的醫護人員，他們說你會有挫折感，『你考不過，病又發作，要怎麼辦？』，b 不一樣，它看你稍微可以了，它跟你說去試試看，沒關係，反正你又沒有什麼損失，你又不會考不上就要死要活的，我說『對啊！』，我就去考四技二專，考得還不錯。」(K1)

二、知識與技巧

(一)訓練

1.職能治療師協助日常生活問題

「然後，我遇到一個很好的職能治療師，她是我同學的學妹，我那個高中同學。她幫我處理很多那個日常生活，因為負性症狀會影響日常生活。她教我畫餅，然後每天都分配時間。後來，就慢慢的慢慢的好像好起來，我那個時候我是覺得很關鍵，那個職能治療師。」(C2)

2.社工師教導社交技巧

「有，有些像○○○小姐（社工），我很少讚美人家，她就慢慢說：「您先說一次看看」，真的有一些很笨的人要慢慢開導，像我以前很少讚美人家只會批評人家，她就叫我說一句讚美的話讚美人家。」(C3)

(二)資源轉介與運用

1.工作

經紀人介紹工作

「我感覺他們都很好，我要是，要是（用台語）住院的時候告訴經紀人會替我，替我那個，解決啊。他還會派我去過去過去那個洗衣部。去那個比較有錢的，比較那個，比較不用做那個代工。」(C4)

醫師介紹工作

「醫生就說幫你工作介紹啊！我說好啊！不然每天在家裡，也不會找朋友啦，因為自己一個人待在家裡這樣啊！好像自閉症。」(T8)

2. 醫療資源

公衛護士轉介就醫

「沒有，一直靜下來到現在。後來是我們那裡衛生所的護士小姐來訪問我先生，還有我女兒。她說我給你介紹一個美國醫院，說有一個○○醫生很厲害，專門在看精神科的。然後我女兒會看那個表（門診時間表），反正我女兒出門，我就是要跟的緊緊的。……是阿，她就是去住院一個月出來，吃藥不知道經過多久才遇到這位護士小姐，護士小姐才介紹她到○○醫生那邊，再到專門在照顧神經科的人那邊，像我說的在馬先生那邊就會教她們做這個、做那個。」(H11)

醫師轉介醫療復健資源

「(訪員：哦，那一年後是怎麼來到這裡的?)就是醫生介紹給我，叫我來這裡。(訪員：那那時候你有透露說你想要找一個地方活動，還是醫生覺得你可以到這個地方給你的建議?)醫生覺得可以。」(T2)

「去年幾乎都是在睡覺，怎麼辦怎麼辦，然後我就去跟醫師講，然後他就是介紹我們到那個工作坊這樣子，然後他才慢慢慢慢走出來。」(T21)

「之後也有去一間寺廟，後來也有人跟我介紹台大，他說這種情況的通常要神還有人的一起幫助才行，一開始不知道然後就在台大掛腦神經科，他說要去做腦部斷層掃描之類的，看腦部有沒有損壞這樣，那我們那時也是擔心說他的腦部真的受損，所以也就真的去了。腦神經科去的時候他就真的幫你做腦部斷層掃描，雖然說是正常，可是我是怕他小時

候在家裡面跌倒撞傷什麼的,結果沒有啦,然後那個醫生也是教授級的,他那時候建議我去看精神科,然後我就拜託教授說請他幫我找一個比較好的醫生,然後他答應我,之後幫我找一個台大精神科裡面,現在他是擔任主任,.....。」(T31)

「後來我帶他去長庚給那個醫師看時候,他說「最好(重音強調)！你把你兒子帶去給精神科看！給他開導一下。」」(T41)

「過幾年啊,啊個門診啊再介紹醫生啊,就說妳要去日間,那個時候沒工作了。醫生說建議說啊妳,妳沒工作不然妳就去日間住院。」(C4)

衛生署轉介醫療復健資源

「(訪員：誰介紹你來的?)就是衛生署。」(T3)

3.社會福利資源

社工師協助申請身心障礙手冊

「社工師啊,我只知道她們很有善心啊,幫我解決、幫我辦那個殘障手冊。」(T7)

(三)疾病衛教

「所以我覺得要專業人員比較好。ㄟ,雖然他不了解我,我的個性,可是他能了解說會發生什麼樣的情形。嗯哼哼,所以妳如果有什麼問題妳也覺得說問他們比較清楚。」(Y1)

「那住的時候,嗯,就有調藥,那調藥沒有調好,出來發生車禍,那個,出來放假休息的時候,自己騎車發生車禍,我跟我媽說,不然不要在 a,轉移到 b 醫,就轉到 b 去,然後, b 那邊才重新再,他們有指派那個精神科專科醫師,就是精神科給我們上課,比如說你有什麼問題你就問。」(K1)

(四)疾病治療

1.團體治療

「我那時候剛發病，我是在榮總看的。還有心靈的輔助團體，我覺得很多他們的情況都比我好。」(T1)

2.調整藥物

「醫生...說我...最近狀況是醫生說我改善很多。他幫我減藥。」(T2)

「可是台北醫院開得藥很強。感覺藥物在身體裡面會發酵。.....不會阿。像國泰醫院開的藥都是開很輕很輕的藥，不然就是開太重。因為我的記憶力是退的阿。他本來是要給我換一種藥，吃了會比較好一點的。後來想一想那種藥吃了會有壞處，後來他就不讓我配了。」

(T7)

表 4.12：環境因素

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
醫 療 資 源	服務沒有整合	只有服藥	是/否
	會談時間有限	與醫師會談機會不多	是/否
	資源不足	等病床等了一個禮拜	有/無
	不錯	都不錯	是/否
健保給付制度	減輕經濟負擔	免繳健保費及部分負擔	是/否
		自付額減少	是/否
		免掛號費	是/否
	權益需積極爭取	以抗議爭取給付藥物	是/否
精神醫療與復健	可及性	轉院	是/否
	可近性	交通不便	是/否
		醫療人員時間有限	是/否
		復健資訊不足	是/否
	可接受性	治療方式	接受/不接受
主動尋求協助		是/否	

		治療理念	積極/消極
	可信性	信賴	是/否
		不信任	是/否
專業人員因素	價值與態度(正向)	接納	是/否
		鼓勵	是/否
		敬業	有/無
		真誠	是/否
		指引保護	有/無
		尊重	是/否
	價值與態度(負向)	只重視醫療服務	是/否
		只是傾聽	是/否
		敷衍	有/無
		作風保守	是/否
	態度差異	疾病的說明	想/不想
		治療理念	積極/消極
	知識與技巧	訓練	有/無
	資源轉介與運用	工作	有/無
		醫療資源	有/無
		社會福利資源	有/無
疾病衛教	由專業人員說明較好	是/否	
	醫師上課	是/否	
專業人員因素	疾病治療	團體治療	有/無
		藥物治療	有/無

·環境因素--非正式社會支持

一、家庭

(一)家人的態度

1.不放棄

沒有放棄

「可是我媽媽沒有放棄我。我覺得那是一個女性照顧者的關切，我媽媽沒有放棄，我爸爸已經放棄了。我媽媽還是照顧我，認為還是要把孩子的病醫好。還帶我去找我那個高中的同學。……她沒有放棄我這個孩子啊！她從來，她態度

很硬，她很堅強很堅強，她沒有放棄我，她給我經濟上，她給我穿，她也為我作很多計劃，她擔心我沒有辦法工作，買田地啊！買房子啊！她擔心我發病沒有辦法做很多事情，她還是給我最大的支持，可是她沒有給我情感上的，她非常運用她的權力，可是我知道她背後的每一個愛，跟關心這樣，她沒有把它表現出來。比較遺憾，比較遺憾這一點。」(C2)

「對啊，我帶她吃素也是有這個目的，可以再將她挽回回來。」(H11)

堅持與不放棄

「我媽媽 84 歲了還會煮。我能康復主要是靠她的堅持和對我的不放棄。」(C3)

2. 積極

鼓勵

「其實我一路上也是說，那時候如果有停頓的話，我母親會鼓勵我，算是說拉我一把就對了，拉我往前走。」(C3)

「兩年八個月，去美國佛羅里達，可能是我的表姊夫他是基督徒，他跟我爸爸也都鼓勵我去，所以我這種疾病是需要很多人能夠拉一把，拉一把，鼓勵他去做些什麼，所以我的改變是我的家庭認識很多人，是個大家族，鼓勵我願意幫忙我。」(T1)

「其實我也感謝我弟弟，他有時候一些話會給我一些指引，他說我要做我自己，我沒有我自己，老是看別人怎麼樣，去效法別人，就變成這個樣子。我看苦苓的偉人，就變成像他一樣，好像演戲一樣，就活出變成像他。我就沒有活我自己，我從來不覺得我要活我自己，因為聖經上也沒有要活自己。後來我弟弟有一天就說我要做我自己，我就一個亮光一個火花，他要做他自己耶。後來很多

積極開拓的，也是自己自己。上帝也是希望你知道自己是什麼，他還是要肯定自己的，而不是所有的人都變成所有一樣的人。後來我弟弟這樣說也給我一條火花一條指引。」(T1)

「叫我要走出去家裡面，不要整天都待在家裡面。我爸很關心我啊。……就是爸媽鼓勵我。有啊，就是..希望我找到工作啊。就是爸媽鼓勵我。父母親就說叫我不要急啊，慢慢來。」(T2)

「我現在鼓勵，我都會鼓勵他，我說你要想到說，住在那裡不是說不是好的事情這樣子，他說對阿，他說他很怕住那裡面，他說他時時刻刻會．．會（訪員：警惕自己喔）對，他說會，他有這樣講，我說你會這樣想，媽媽很放心。」(T21)

陪伴

「其實我算是很幸運的啦，因為有媽媽一路陪伴我，她都沒有倒下來，她垮下來的話我真的也不知道該怎麼辦。」(C3)

「像他在生病這段期間，我是常常跟他互動的時候，我都是每天跟他說好話，然後跟他開玩笑這樣子，讓他笑笑這樣子。」(T21)

「(訪員:那時候有誰陪在你身邊嗎?)就是爸爸還有二嫂。」(T3)

3.接納

「當時我媽媽會覺得我生病太可憐，他會覺得反正錢再賺就有了，會越來越，整個好起來。……對家人的 support 喔，當然是無可置疑的。家人不只給我很大的空間、有形無形，如果說最重要他人，我覺得當然是、應該是我媽媽。但是我覺

得爸爸他是另外一種關心，他上班、但是他給我一個無形的、一個壓、無形的支持，他從來沒有給我任何的一個，而且他會，我知道我爸爸也是一個重要的。但如果以外顯的、外在的，那媽媽，真的是對我比較直接。像爸爸他是全職、媽媽可能，我生病那一段、她會全職陪伴我這樣。」(C5)

「我媽說『沒關係啊！你的病治好比較重要啦！你的健康、你的身體比什麼重要啦！』。」(K2)

「信任我，他們從來沒有說出讓我感覺不好的話，他們家裡的每個人對我都很好，因為我是大嫂，他們也都對我很有禮貌，我想在世界上大概再也找不到了，真的。」(T1)

「(訪員：還有誰嗎？您覺得對您來講很重要？)姐姐。(訪員：姐姐對您來講也很重要，怎麼重要？)現在她就是比較接受我的病啊，她會跟我談啊，談現在工作怎麼樣的。」(T7)

「我覺得最重要的是...我..的家人，爸爸，對，爸...我爸爸一個禮拜都會來看我一次，而且還會給我零用金，結果..我的遭遇是最好的，家..家裡的人肯要，而..而且送我去日間的。」(T9)

4.強化自尊

「我覺得媽媽也該補充一點。我覺得我媽媽、很不簡單。以前我比較少去提到 caregiver 的這一段，後來包括 X 老師、一些同學幫我提醒這些。我覺得我媽媽...她一直...我媽媽不會因為我生病、她會覺得這個見不得人的事情。那後來我比較穩定，她去新店的這個 XXXX(公司)、滿有名的 XXX 工作。她說、不曉得怎麼跟 XXX 裡面的主管溝通，溝通到可以讓我去到他們廠房去到處遊走。我覺得我媽媽不曉得怎麼去跟他們溝通的？我媽媽是覺得我一定要出來。」(C5)

「反過來我要感謝我的爸爸，他給我很多讚美與鼓勵，像我有很大的缺陷，但是卻不知道自己有缺陷，一直去努力那個精神喔，就是讓我有什麼臨機應變或得到很多獎之類的。」(T1)

5.全力支持使無後顧之憂

「沒有後顧之憂，讓我可以盡情揮灑。事實上家裡還可以支撐讓我可以全力去面對這個疾病，不用再為了錢拿家裡來再來什麼。」(C5)

6.引以為傲

「他(父親)會覺得，呀怎麼到現在這種四十歲還在唸書、唸不完要念到幾歲。可是他講的時候又充滿了笑容，至少，他知道這個孩子越來越健康。那一種、而且、而且以前都，有一陣子都會覺得相當嚴重的時候會放棄希望、很傷心這樣子。可是現在他好像會引以為傲。你看以前你看他、這個孩子不行了，怎麼現在能...失而復得。」(C5)

7.態度不一致

「可是他打電話回來說他要補習。因為他想要考托福考試，但是他被他爸爸拒絕啦！他爸爸.....他說要媽媽跟我講啦！..... 他爸爸不要他再唸書，他現在擔心他壓力太大，壓力太大會發病，但是他認為他的狀況很好。我說你如果沒有這樣子讓他嘗試，他會心不甘情不願，阿你就讓他補，他若自認為他撐不過去，他自己會放棄。他跟我說，他既然這麼有自信，那就讓他考，我的看法是這樣，讓他花一點時間去嘗試。沒有為他未來著想不行，因為他的情形總是跟別人不一樣。」(C21)

8.冷淡

「我發病以後她（姊姊）都不跟我討論事情，都不教我什麼；態度不一樣，她不曉得有病要治療，她也只感到茫然無措這樣。」(C3)

9.手足沒有主動協助

「哥哥妹妹的話，倒還好。至少他們比較沒有積極主動替我尋找資源，但至少，沒有阻礙我吧，我覺得。」(C5)

10.隱瞞病情

「那時候感到他們在隱藏，隱藏哪個，隱瞞事實...不讓我知道因為跟他們對談的話，跟我自己發病的想像有很大的出入，所以感覺到不管是外面的人或是家人都對我隱瞞，內心就感到很不舒服。」(H2)

11.無法接納

責備與詛咒

「剛開始的時候，也是...態度方面感覺上是比較有，嗯，是比較會責備。不能諒解。對，因為看我怪怪的，以為是我比較不懂事，或怎樣。然後就很不諒解，然後，有一次我狀態，我就告訴我姊姊...我姊姊就說你去死啦...。對呀 所以他們就用責備的啊。我姊姊很不客氣，就是我以前告訴她一些狀態，她不會安慰我，她會說：『你去死，你要死你先去死，我受不了了』。我想自殺什麼的，她會說你要死你去死，她會這樣講。」(H2)

12.包容

「就比較包容。.....嗯..感覺上是比較包容。不像以前態度那麼尖銳。.....比較包容一點，以前蠻尖銳...以前都會罵..罵得很難聽。.....啊，可能是知道我有病之後會比較包容。.....也不見得要告訴他們啦。住院的話，他們慢慢就有點認識啦。」(H2)

(二)家人的具體作為

1.經濟支持

「我說只要我在的話，你的三餐、生活我絕對供給你，因此我是他的媽媽，我不可能說，讓你沒飯吃，讓你沒有錢用，雖然用的錢不可能很多，但是三餐的溫飽應該沒有問題。」(C21)

「她在精神上和物質上兩方面都有支持我，像她這樣八十幾歲還在工作的人，我很希望像她一樣我也能做到八十幾歲。」(C3)

「所以我的改變是我的家庭認識很多人，是個大家族，鼓勵我願意幫忙我，又有經濟的基礎讓我能夠做這些事情。」(T1)

「有時候我爸爸給我錢，我媽媽給我錢，我有一半給他.....現在正在努力存錢。」(T4)

「我的事情都她在處理，金錢問題啦，都是她啊，不只一兩千塊，一兩萬塊她都有辦法，我覺得她很厲害。我覺得我今天沒有我女兒，我會死掉。」(T8)

2.生活照顧

「互動喔，我現在三餐有時候我母親煮，有時候我妻子煮，放假的時候都我太太煮，我太太也在上班這樣，放假她就煮，還有晚餐比較多一點，如果我太太做得比較晚我媽媽也會煮，我媽媽 84 歲了還會煮。我能康復主要是靠她的堅持和對我的不放棄。」(C3)

「大部份要靠家裡人去，去照顧啦！家裡人不理你喔，沒有辦法恢復自己的生活。」(K2)

「(訪員：有沒有什麼人在過程當中幫助你最大?)母親。(訪員：母親在整個階段上都陪著你?)對，陪我。她照顧我，無微不至的照顧。.....我弟弟和我母親一樣都照顧我，很照顧我，說要帶我去玩。帶我到山上，或是海邊，都照顧我。我弟弟和我母親都照顧我。」(T6)

「我那個時候還在上班，為了他常常要跑出跑進齣，要去醫院、帶他去齣，還要請那個學校費用、去他學校幫他辦轉學還休學.....。」(T41)

3.心理支持

心靈啟發

「媽媽是很積極的要我好起來，包括金錢上還有精神上的支持。她說什麼人到了幾歲還在做，還有什麼人、什麼人怎麼樣都還再做，有的人以前也患精神病現在好了。」(C3)

激勵

「(訪員：有什麼人給你支持，在身邊給你支持?)家人啊，爸爸媽媽要不然就妹妹啊。我妹會，會(用台語)激，激我啊，激勵我啊。她說一個人就煩惱愛看電視，看電視妳家裡一個人斷手斷腳怎樣怎樣，妳一個人好好外表看不出來。叫我，叫我要比較疼惜自己。」(C4)

「支持吧！支持跟鼓勵吧！那當然有時候他們會有排斥的現象。我會努力的話，他們會用更多的互動，更多的鼓勵來接受現在的我，我可以把之前生病時候的回憶都丟開，就是跟他們有更好的互動。」(K1)

「我也是都有跟他說啊,當一個母親的都已經覺得你很不乾淨了,怎麼可能外人會覺得你乾淨,自己的母親看到你都覺得你髒兮兮及汗涔涔的臭味,那外人誰敢錄用你,就像我們去找工作也是要把自己整理得很乾淨啊,是不是!不然誰敢給你工作,自己的身材也要有所改變啊,不然肚子那麼大,人家也不敢採用,我都有跟他說的很詳細,他大哥也是這樣慢慢地跟他說;在美國的那個,說了很多的都是強調要乾淨。」(T31)

安慰

「我媽媽就跟我講說人家要怎麼講也沒有辦法說叫他不要講。」(Y1)

4. 醫療或復健的協助

「幫助我最多的應該算二哥,他們都...還有大姐,大姐她那時候媽媽還不放心我自己一個人到八〇五看醫生,那是大姐從花蓮,大姐家在花蓮市,花蓮市騎摩托車到成功家裡接我,接到八〇五看醫生,剛開始??,然後後來我就覺得大姐這樣很辛苦啊,??那麼遠來回奔波要一個小時,後來我就問那個客運站的人,問怎麼搭車,轉車,這樣子我??,??,不要麻煩大姐,然後陪我一起去,??」(H1)

「像我 83 年發病的時候,整天就在躺床,不想動也不去做復健啊,我弟弟會罵我。他那時候他照顧我,在台北,他那時候他中輟,租個房子,他會給我生活的哪個生活所需。嘿啦,生活費。一天大概 1 百或是 2 百塊,就是讓我去醫院做復健,然後給我一些飯錢,哪時候不去做復健,常常他會罵我,他強迫我去做復健。我還賴床...他不准我賴,就硬要叫我去做復健。」(H2)

「我媽媽時間一到就會教我趕快吃藥,趕快休息,趕快睡覺了,他們絕對不會讓我的藥物...時間一到,他們算得很準,今天是你回診的日子,今天你就是固定一定要回去復診。」(K2)

「(訪員：所以你覺得你的女兒在你生病的過程當中，她幫過你什麼？)她只有叫我要按時吃藥。不要亂跑。對啊！她說我都會亂跑，我回到家我都會亂跑。去那裡有時候我都不曉得。金錢上啊！還有在我身邊照顧啊！」(K2)

「大兒子、二兒子也都有帶他去看很多醫生,還有胃腸科也有家庭科、泌尿科等都有。」
(T31)

「我女兒她還會送我到醫院去啊！」(T8)

「然後..就是..就我爸爸的守在我的床邊，他靠這樣子守著，我爸爸說喔：『我吸點滴的速度好快喔，就像我喝很多水一樣。』.....。而..而且送我去日間的。」(T9)

「依賴媽媽或爸爸，有的時候我忘記點藥水都會幫我點。」(Y1)

5.疏通家人歧見

「剛開始喔，剛開始我是會想說怎麼會沒事突然變這樣，我是會和她弟弟討論啦，她弟弟會說：『她到底在想什麼，是她自己控制不了』。」(H11)

「嗯，我說：『一個人帶回來，你每件事都這麼散漫、隨便，都沒在關心』他說：『她會走、會跑阿，要我怎麼樣？』，我說：『你也幫幫忙，稍微關心她一下，她身體不好耶』。我就要時常跟他溝通說：『她身體不好耶，如果身體好，我幹麻要帶她回來，你要有心量一點，一個女孩子被你這樣兜出去。』。」(H11)

6.提供工作機會

「做那個油壓床的，老板是我弟弟啦，但是你要是功能不好的話，他也不用你啊！社

會也是很現實啊！即使是自己親弟弟，他不想養個廢人在公司晃來晃去啊！付你薪水，看誰都看不過去！」(K1)

7. 幫忙找工作

「結果，我一畢業她怕我找不到工作，馬上幫我介紹工作，馬上介紹我到麵包工廠，就是我第一個工作場所××，「××麵包工廠公司」，生產麵包的。結果我一被××一出來，她馬上又幫我找去○○○，「○○○烘焙食品」。」(K2)

8. 協助安排日常生活

「沒有，我爸媽會帶我去爬山。」(T2)

「我希望你去那邊是因為這樣才會有個朋友、有個窗口,像你現在每天都躲在家裡休息,除非說我們現在約一約可以出去吃個火鍋或是牛排什麼的才有出去,不然他就都自己一個人出去晃,晃一下子就會回來也晃不大遠,.....。」(T31)

9. 提供正面思維

「他就會說，比如說我很擔心工作沒有，他就會講說妳就不要那麼擔心，大不了以後辛苦一點去麥當勞打工這樣子，然後他說，他就說，可是我就跟他講說我是精神病友，人家不太願意那個，不會啦，我前一陣子去那個麥當勞吃麥當勞那個雞塊的時候就看到一個，一個就是殘障人士吧，然後我就問他說你為什麼知道他是殘障人士，我就跟他，他就跟我說因為他就一直笑啊，很奇怪啊，一看就是知道，年紀又很老，...，就一直笑一直笑，一直笑就對了，啊沒有人也在笑，就覺得是說可能，可能是類似我們這種，啊我就講說你不會覺得很怪嗎？我姊就講說很奇怪啊，可是...人家在那邊也是工作努力啊，所以我就想說對啊！」(Y1)

二、朋友

(一)態度

1.有人鼓勵有人害怕

「朋友看到我這樣的情形，有的人會鼓勵，有的人就會怕這樣子。」(C3)

2.不想接近

「不想接近這樣。我也比較少去找朋友，得精神病以後很少去找朋友。」(C3)

3.關懷

「我好幾個朋友都在問我，每次遇到，『有沒有比較好？』，我說有啦！還要吃藥。.....

(訪員：你覺得他們有因為你這就對你比較歧視或其他的嗎？)他們不會。他們只會問說，有沒有比較好一點。」(K2)

4.接納

「他(男朋友)也是知道我的病嘛，他是說他根本不擔心，為什麼一要來工作坊工作，工作坊一日給那麼少，為什麼一定要去。他是希望我能自己趕快好，可是精神分裂病好像好的機會是很快啦，但是要看個人啦，個人自己怎樣去把病克服起來。」(T7)

「應該說是朋友，我有一個最好的朋友，.....從..從她打電話來我家是..知道我生病，知道我被掛急診，然後知道我被關在病房裡面，他們說好聽的是住院，其..其實是把你關..關..關到一個空間，一個封閉的空間裡面，然..然後惠萍她..她都沒有..她都沒有取笑我，或是歧視我的意思，.....。」(T9)

「我國中同學有辦一個同學會，然後那時候..我的同學..，我們那..我..我同學...那..我同學有的去天母當..當老師，阿..有的還是啟智學校的老師，然..然後他..他們才..大學剛畢業而已，裡..裡面就只..只有我一個人是清潔工，我那時候去面對那些同學的時候，

他們...她..他們也蠻善良的，她..他們..他們說，其..其實是妳給妳自己太多的壓力，對啊對啊。」(T9)

(二)具體作為

1.協助就醫

「不過我同學就是職能治療師，從高中的死黨，然後他就開始幫我找醫生，然後他在○○當主任。然後，我遇到一個很好的職能治療師，她是我同學的學妹，我那個高中同學。」(C2)

2.提供醫療資訊

「他，要是看我的人際關係比較不好的時候，他就會提醒我說，你現在狀況不好，還是怎麼樣，可是其他一般人都沒有，可是他就會給我專業的建議，像我的眼睛有乾眼症的時候，吃藥的副作用，他就會說，我看你的眼睛最近又打結了還是眼睛怎麼樣。他就會用比較專業的角度，比較治療的角度，每次我去找他，他都會陪我，不管他多忙，多累，加班或是怎麼樣，他一定會撥時間，他就是這樣。」(C2)

3.陪伴

「每次我去找他，他都會陪我，不管他多忙，多累，加班或是怎麼樣，他一定會撥時間，他就是這樣。」(C2)

「同學，以前的同學。我們會一起出來去網咖那邊打電腦、上網路。」(T2)

4.協助尋求心靈寄託

「我覺得人間還是有溫暖的啦。.....像我最落魄的時候，還是有人會帶我去廟裡面求個心理的安慰這樣，我覺得宗教有時候還是有作用的。」(C3)

5.協助轉介

「他有一個同學跟他很要好，他那個同學在○○裡面，○○裡面也都是精神的，都是醫精神的病人，我就去找他的朋友，跟他講，就把他的情況跟他的藥跟他講，他就說，不然換到這邊的醫生，然後我們就換到○○。」 (C21)

6.病友間互助

家屬的聯誼

「他的孩子或是他的配偶，或是他家裡的病人，最近怎麼樣，我們互相鼓勵，互相提供一些照顧的方法，這個家屬跟家屬的聯誼會這樣子。」 (C21)

運用網路資訊

「還有，就是我有，我有，就是上網嘛，然後有，有一些網，網，我就是喜歡，喜歡上那一些也是比較有關精神醫療的網站啊。然後都有一些病友，大家都會，大家都會先討論自己的問題，是互相鼓勵這樣子啊，然後我也有參加他們，他們的一些討論啊，然後就覺得說，有時候還會，就是會遇到一些情況比較類似的病友，不然就是有一些專業人員他們也會給我們一些建議啊.....很好。」 (C6)

7.情感支持

「有啊，就是比我晚一天到的那，那一個啊，那個四十幾歲，她也很好啊，她也會跟我聊天啊，她說嫁來這裡，她都沒什麼朋友，她把我當作的朋友，有時候跟她借錢。」 (C4)

8.經濟支援

「她說嫁來這裡，她都沒什麼朋友，她把我當作的朋友，有時候跟她借錢。」 (C4)

9.聚餐

「他們會打電話跟我聯絡。我們兄弟有時候自己會聚餐，在禮拜六、禮拜天這樣啊！
偶而啦！偶而會聚餐這樣。」(Y8)

三、鄰里

(一)態度

1.接納

「她還很好耶，鄰居看到都稱讚她嘴很甜，的確她遇到人都會跟人家打招呼，認識的
她都會跟人家打招呼，如果不認識她就不會。鄰居的老師、老先生老太太都相當稱
讚她，稱讚她很有禮貌。」(H11)

2.疼惜

「是啊，鄰居朋友都很好，都很疼惜她。還有老師阿，鄰居有的是以前教她的老師，
教小學的老師都很疼惜她、關心她。」(H11)

3.友善

「像我在就服站那邊工作，哪邊的居民也對我蠻好的啦!」(H2)

(二)具體作為

1.提醒

「她們會問我：『妳女兒到底是怎麼了?』我就說是精神上失常，她們會說：『你要
注意阿，不要讓她四處走啊!』。」(H11)

「是啊，鄰居朋友都很好，都很疼惜她。還有老師阿，鄰居有的是以前教她的老師，教小學的老師都很疼惜她、關心她。看到我都會問：『曹太太，您女兒是怎麼啦？』我就會說：『是精神上失常，她爸爸有的時候都會打她。』她們會說：『不行啦，精神狀況這樣不能打她啦，刺激到會更嚴重的！』」(H11)

2. 協助就業

「像我在就服站那邊工作，哪邊的居民也對我蠻好的啦，他們說沒有工作可以去找他，說要幫我安排工作，我們站長也是呀 要幫我安排工作。」(H2)

3. 提供醫療資訊

「嗯.....應該是說.....我們家的鄰居..，我們家的鄰居跟我爸爸提的，你...你女兒..你女兒是不是要看醫生啊？對，然後..剛好..剛好我有個二舅舅 57 年的，他..他當初的當兵壓力的適應呼喔，他有來過這裡當過軍訓人，然後..他來這裡當軍訓人，他覺得這裡的醫療不錯，所以他就跟我爸爸介紹說..讓..讓我來這裡，對啊! 」(T9)

四、同儕

(一) 態度

1. 迴避

「不像其他一般的同學會迴避他，或者是跟他保持距離，.....。」(C21)

2. 相互勉勵

「所以我來日間病房，才知道世界上原來有那麼多病友，大家可以在一起相互勉勵。」(C3)

3. 肯定

「包括這個學年、包括王老師、包括所上學長姊包括同學都跟認為我跟研一以前不一
樣，他們說我笑容多好多，以前都沒什麼笑容都很緊張臉部表情都崩的很緊，我今年
的話就好多人當著我的面這樣跟我講，今年改變好多哦，笑容變的好多哦，我也清楚
曉得我在○○越來越自在，越來越能融入，越來越快活，所以我並沒有覺得我 social
就是在人際互動上有什麼問題，而且有很多人都說我甚至比一般人還要好。」(C5)

4.正向回饋

「我講我前一天拿著一顆籃球到籃球場去打球，我會覺得很自在這樣。結果王老師就講，後來我就問王老師學長姐都講的好具體，很多收穫啊，包括怎麼樣奮鬥成長啊，啊我講很抽象的。王老師就講你是唸哲學的啊。你懂得如何生活，那個境界很高。所以我會覺得，對，有些時候變的說，我會自己去創造生活的那一種悠閒，那一種自在。」(C5)

5.關心

「他那個同學現在雖然沒有在○○，但是還是都常常來關心他，因為他的職業也剛好是治療師這方面的工作，……對他瞭解比較清楚，不像其他一般的同學會迴避他，或者是跟他保持距離，就是對他還是蠻好的。」(C21)

(二)具體作為

1.提供資訊

「他那個同學現在雖然沒有在○○，但是還是都常常來關心他，因為他的職業也剛好是治療師這方面的工作，他的工作也是這方面的，所以他對這方面的知識，比較有專業的知識。又從小跟他一起長大，一起讀書，對他瞭解比較清楚，不像其他一般的同學會迴避他，或者是跟他保持距離，就是對他還是蠻好的。」(C21)

2.陪伴與提供意見

「症狀喔，最近沒有什麼症狀，可是如果有，如果有什麼比較明顯的症狀，可能就剛講的那個焦慮啊做事情的一些比較不信任感，我都打電話跟一個很好的同學聊啊，然後她都會給我意見。……有同班同學有兩個比較好的。」(C6)

3. 與同事和諧相處

「(訪員：你在工作的時候跟哪邊的人怎麼樣?)還好啦!(訪員：就工作的時候去...)就工作去的哪邊會跟他們聊天，就這樣。(訪員：嗯，他們知道你的情形嗎?)他們知道呀，我告訴他們，他們都知道呀。(訪員：啊，有說些什麼嗎?還是怎麼樣?)相處的還算蠻不錯。」(H2)

4. 聊天談心

「大家都像好朋友一樣，無話不談啦！聊天的時候就聊個天南地北，什麼話題都會聊，這個互相談心這樣子。因為那裡的人都蠻單純的啦，至少給我的感覺跟外面的人比起來比較不會那麼複雜。」(K2)

5. 與女友互相支持

「他也是在工作坊認識一個女孩子，而且今天就是去跟她約會啊、出去看電影什麼的。我在想說他們兩個現在有交往，可能一方面對他們的那個對他們的病情好轉也是跟他這樣交朋友也有關係。……，他會··他會去也會鼓勵人家這樣很不錯啊，然後他就說，恩··可能女孩子有講說他心裡很煩阿怎樣，他說沒關係啊，有什麼事情你講給我聽，我們再來解決事情這樣，我就心裡想，他們這樣子交往這樣不錯，對他們都，我也有問那個○○的心理醫師嘛，就問說他們是不是，等於說異性交往這樣對他們的病患會有點好轉，張醫師說也有啦！」(T21)

6. 介紹工作

「對這邊的學員，從以前就曉得，她跟我介紹過工作啦。」(T3)

7.傳授工作經驗

「對啊！有人教我。他們店長那些啊，店長他在那邊待十幾年了啊，他們經驗比較好啊，而且他會講，我們才有辦法去接觸。」(T8)

8.一起參加活動

「那個姊姊的妹妹啊，兩個妹妹啊，她的妹妹是那個病友。她小妹妹是之前去那邊工作的。有去看她那個病友那個病人，然後我們就認識了，就是在協會認識的過年的時候還寫短訊給我，之前是有去烤肉，是協會舉辦活動我們就去烤肉，去烤肉。」(Y1)

五、教會(宗教)組織成員

(一)態度

教會教友接納

「(訪員：那教會那邊有朋友嗎?)有呀，他們對我都蠻好的啦！我想這對精神病患也是蠻好的，因為可以讓精神病患可以去。」(H2)

(二)具體作為

1.教友鼓勵參與聚會

「我本身是無神論啦，但是我會去教會哪邊看看他們的小組。.....禮拜五晚上，有時候沒有去啦，有時候沒有去他會打電話給我，叫我過去。(訪員：那教會那邊有朋友嗎?)
有呀，他們對我都蠻好的啦！我想這對精神病患也是蠻好的，因為可以讓精神病患可以去。」(H2)

2.師父開示

「其實我也不是很了解，因為我不識字，我如果去聽師父開示，重要的我就會記下來。
她也是會去見師父阿，她自己也會去見師父。.....嗯，讓心靈有個寄託，她也是有目標，
為了這個目的去的。.....對啊，我帶她吃素也是有這個目的，可以再將她挽回回來。」

(H11)

3.民俗療法師父作法

「回到家就是快過年了嘛，然後那時候我爸就請那個師父過來，幫我弄一弄。應該是沒有效。」(T3)

六、社會組織成員

(一)態度

1.情感支持

「有一個轉捩點，就是我五專五年級的時候有一個老師，他伸出手，他不是真的伸出手，
他說我願意作你的朋友，類似這樣的意思，他看到我生命的問題，他這麼說是我生
命絕望中的出口，我想這是一個很重要很重要的轉捩點。」(T1)

2.精神鼓舞

「(訪員：那在這個生病的過程中，誰對您來說影響最大？誰對您來說最重要?)主任。
(訪員：她怎麼樣給您幫助?)她用那個比較鼓勵人的話來鼓勵我。」(T7)

(二)具體作為

1.提供專業心理諮商

「還有還有可能就是跟老師的一些會談。....還有我有那個，網路諮商，生命線的網路
諮商。(訪員：嗯，那這方面妳有沒有請諮商老師，像網路諮商啦，學校老他們一些
替妳)我有跟他們談過，可是很，很多人都是叫我都是叫先試著他們講話，可是我就

很討厭他們，像前一陣子我很想要把我弟弟妹妹殺掉，砍一砍啊，然後就很多想法啊，可是就就是沒辦法啊，就是沒辦法先跟他們講話啊。……嘿呀，然後學校的那個輔導老師他本來也是說寒假要來我們家，就是家訪，後來就沒有。」(C6)

「我上次住院到現在也差不多一年多了，現在我病發作的時候，我會趕快跑去睡覺。有時候我會打電話給人家，我有張老師，有超過十五年了，還在聯絡。現在中正堂那個張老師轉到那個...。」(T4)

2. 提供醫療知識

「讓我比較認識有關於那個精神方面的疾病。」(T2)

「然後就是我們協會的一個總幹事，要我姐姐去上一些她們所辦課程，精神這方面的課程，但是我姐姐說太遠了，在台北，所以後來就沒有去了。」(T7)

3. 定期訪視輔導

「今天他才來三天，就是協會老師他有，昨天好像也有去的樣子（A：嗯！對，昨天有去）喔，昨天有去，他都會去看他們做的怎樣，如果說做不好或怎樣，站長會跟協會老師說他們做的工作情況。」(T21)

4. 生活關懷

「在“心僑”（工作處）那邊喔！？那邊主任、...也是好像有什麼事情就馬上跟陳主任講，「我今天怎麼樣怎麼樣、有哪裡不舒服拉，或是怎麼樣」，他都會跟主任講，我聽那個主任說很會跟他講，他沒有什麼事情也是會（笑）一直跟他講，這有時候齣、家裡的事情什麼什麼都要講（笑）。我是問過他們啦，是跟林老師那些有很多話講！」(T41)

表 4.13：環境因素--非正式社會支持

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
家 庭	態 度	不放棄	是/否
		積極	是/否
		接納	是/否
		強化自尊	是/否
		全力支持使無後顧之憂	是/否
		引以為傲	是/否
		態度不一致	是/否
		冷淡	是/否
		手足沒有主動協助	有/無
		隱瞞病情	是/否
		無法接納	是/否
		包容	是/否
	具 體 作 為	經濟支持	是/否
		生活照顧	是/否
		心理支持	是/否
		醫療或復健協助	是/否
		疏通家人歧見	是/否
		提供工作會	是/否
		幫忙找工作	是/否
協助安排日常生活		是/否	
提供正面思維	是/否		
朋 友	態 度	有人鼓勵有人害怕	是/否
		不想接近	是/否
		關懷	是/否
		接納	是/否
	具 體 作 為	協助就醫	是/否
		提供醫療資訊	是/否
朋 友	具 體 作 為	陪伴	是/否
		協助尋求心靈寄託	是/否
		協助轉介	是/否
		家屬間的聯誼	是/否
		運用網路資訊	是/否
		情感支持	有/無
		經濟支援	有/無

		聚餐	有/無		
鄰 里	態 度	接納	是/否		
		疼惜	是/否		
		友善	是/否		
	具 體 作 為	提醒	是/否		
		協助就業	是/否		
		提供醫療資訊	是/否		
同 儕	態 度	迴避	是/否		
		相互勉勵	是/否		
		肯定	是/否		
		正向回饋	是/否		
	具 體 作 為	提供資訊	是/否		
		陪伴與提供諮詢	是/否		
		與同事和諧相處	是/否		
		聊天談心	是/否		
		與女友相互支持	是/否		
		介紹工作	是/否		
		傳授工作經驗	是/否		
		一起參加活動	是/否		
		教會(宗教)組 織成員	態 度	接納	是/否
			具 體 作 為	教友鼓勵參加聚會	是/否
師父開示	是/否				
民俗療法師父作法	是/否				
社會組織成員	態 度	情感支持	是/否		
		精神鼓舞	是/否		
	具 體 作 為	提供專業心理諮商	是/否		
		提供醫療知識	是/否		
		定期訪視輔導	是/否		
		生活關懷	有/無		

環境因素--社會信念/態度

一、社會信念/態度

(一)社會大眾

本段主要探討受訪者對於社會大眾態度的自身所經驗或感受。

1.看不起(原為:他人看不起的眼光)

「會比較驕傲，看我們比較不起，就比較（用台語）不會接近妳吧。」(C4)

2.異樣眼光(原為:害怕他人知道)

「所以就怕說出去以後，人家如果，如果有，如果以前有認識我的人，他們看到現在的我可能會覺得怪怪的。……有的，幾個比較好的同學知道啊，因為我媽媽叫我不要告訴別人，所以其他，都不知道。」(C6)

3.避之唯恐不及(原為:感恩身旁重要他人)

「我很感謝我生命中有一些疼愛我的人。我這個疾病，很多人避之唯恐不及，對...我相信。因為尤其新聞報導常常又說精神疾病又做了什麼恐怖的是情，所以我的親戚中也有對我比較遠避的，因為我父母的關係，他們和我父母還是保持好的關係，對我總是...態度還好。」(T1)

4.隱避不談

「他們會覺得奇怪，為什麼學生輔導中心都會把那個身心障礙獎學金申請表都拿給我，然後我處理好了，我跟學生輔導中心講說，你們要拿東西給我，用信封裝著，然後黏著，寫 to E1c○○○，to E2c，我現在是二年級的，我就可以收得到，然後，他們可能大約知道，可能我有這方面的困擾，但是他們不方便問我，我也不去談，我也不承認，他們頂多介於猜測的部份說，嗯...我有時候是怪怪的，但是還在正常人可以接受的範圍。」(K1)

5.擔心被嘲笑

「他說不會，他不會說看不起我或怎樣，那你同學知道你是那種病患嗎？他說他也不知

道這樣。……媽媽我這樣好丟臉喔，那怎麼辦，我出去怎麼辦，我說不會啦，畢竟也沒有多少人知道，恩．．知道的話，可能人家也不會說啦，不會說宣揚出去講怎麼樣怎麼樣，我說畢竟在，我們在這裡也是要長久的住下去阿，我說你不用怕，不用說不好意思，他說怎麼辦怎麼辦，我出去外面走，比如說要到外面玩阿，走動走動，人家會不會笑我，我說你就當做沒這回事，大大方方的走出去這樣子，就像跟我們正常人這樣子。」(T21)

6.丟臉的

「他說不會，他不會說看不起我或怎樣，那你同學知道你是那種病患嗎？他說他也不知道這樣。……媽媽我這樣好丟臉喔，那怎麼辦，我出去怎麼辦，我說不會啦，畢竟也沒有多少人知道，恩．．知道的話，可能人家也不會說啦，不會說宣揚出去講怎麼樣怎麼樣，……。」(T21)

「對。因為我現在的狀況，姐姐都不讓我去她的店裡吃飯。都不讓我去，她覺得怕我這樣會丟臉。」(T7)

7.排斥

「他就會說，比如說我很擔心工作沒有，他就會講說妳就不要那麼擔心，大不了以後辛苦一點去麥當勞打工這樣子，然後他說，他就說，可是我就跟他講說我是精神病友，人家不太願意那個，不會啦，我前一陣子去那個麥當勞吃麥當勞那個雞塊的時候就看到一個，一個就是殘障人士吧，然後我就問他說你為什麼知道他是殘障人士，我就跟他，他就跟我說因為他就一直笑啊，很奇怪啊，一看就是知道，年紀又很老，...，就一直笑一直笑，一直笑就對了，啊沒有人也在笑，就覺得是說可能，可能是類似我們這種，啊我就講說你不會覺得很怪嗎？我姊就講說很奇怪啊，可是...人家在那邊也是工作努力啊，所以我就想說對啊!」(Y1)

表 4.14：環境因素--社會信念/態度

類 屬	次 類 屬	屬 性	面 向
社會信念 / 態 度	社 會 大 眾	看不起	是/否
		異樣眼光	是/否
		避之唯恐不及	是/否
		隱避不談	是/否
		擔心被嘲笑	是/否
		丟臉的	是/否
		排赤	是/否

二、烙印/偏見

(一)與朋友因疾病而影響互動

「我比較好的女生的朋友，就是因為生病的關係比較沒有辦法談得更深入，她們會擔心，知道了我的病情，跟我比較好的女同學她們就會擔心，可能這是一個.....我的最大的困難跟盲點，就是在感情，在生活上跟人家互動，會變成女生的朋友很多，可是卻沒有，就沒有能夠談愛情的對象。」(C2)

(二)對精神病感到羞恥

「大概我二十七歲的時候，因為人家給我介紹結婚對象的時候，她跟我講說我有精神病，我想說應該是真的，不知道該怎麼處理，就一直換工作這樣，不穩定。母親有帶我來看病，那個時候我根本不想看精神科。我二十一歲的時候那時候說是心理衛生科，我想看心理衛生科，那個時候我對精神科很排斥就對了，看精神科覺得很沒面子這樣。」(C3)

(三)陰陽眼作用

「那是因為我們不知道啦，應該是從他二十歲看到那種東西之後就開始會了，後來那個我有去問，人家是說那個要修好幾代吃素的才可以看的到那種東西.....人家是告訴我們那個，如果當時候我們知道怕就那我們去問，人家還跟我們這樣說，那要修行才可以看到那

種東西,那個就叫做陰陽眼,.....。」(T31)

三、歧視

(一)歧視

「我一聽到醫生跟我說我是精神分裂症，那時候我都不曉得該怎麼辦才好，???病友，有的會有歧視，有的會有排斥感，.....。」(H1)

(二)不敢錄用

「因為我有這個病對不對，在醫院都有建立資料嘛，就是說有身心障礙疾病患者，看過他就不太敢用，所以就不會通知啊。」(T3)

二、整體分析與理論發展

經過編碼與分析之後，根據 Spaniol 等人(2002)所提出的復元過程階段針對 15 位兩年都接受訪談的復元者加以分類，發現四位屬於「超越障礙」(T2、C2、C3、C6)、六位歸納為「與障礙共存」(T3、T4、C5、H1、K1、K2)、五位則屬「與障礙對抗」(T6、T9、C4、H2、Y1)，各類中的個案摘要請參見附錄六。「超越障礙者」目前擁有工作或剛完成學生的角色，有一位已婚，婚姻生活美滿，另有一位則有異性愛的關係。他們有自信且滿足自己的生活，對自己的能力也相當肯定，覺得能夠控制自己的疾病，對於想做的事也認為可以做到，另一方面他們也想幫助其他精神病患，或從事倡導。他們生活中也有一些休閒娛樂，精神疾病對其生活和想要追求的影響非常小，有影響的部份如兩性交往機會(C2)。「與障礙共存」者在各個方面與前一類相當接近，差別在他們仍會受到疾病的影響，如因為生病經驗，人生一大段被抽離掉，年近中年擔心社會就業機會少；有的仍然努力減少症狀影響。「與障礙對抗」者的自我感也很不錯，也有某種程度的自信，他們被歸為此類主要在於仍然與藥物副作用對抗，並且滿在乎和擔心社會對他們的眼光。

檢視性別、學歷、年齡、婚姻狀態、和發病年齡與上述類別之間的關係，發

現男性屬於「超越障礙者」(3男1女)、「與障礙共存」(5男1女)者多，「與障礙對抗」者以女性為多(3位)。學歷方面，也可以看出具有大專學歷者復元狀況較佳：「超越障礙者」(3大專1高中)、「與障礙共存」(1高中4大專1研究所)、「與障礙對抗」(3高中2國中)。年齡和發病年齡則和分類結果無關。

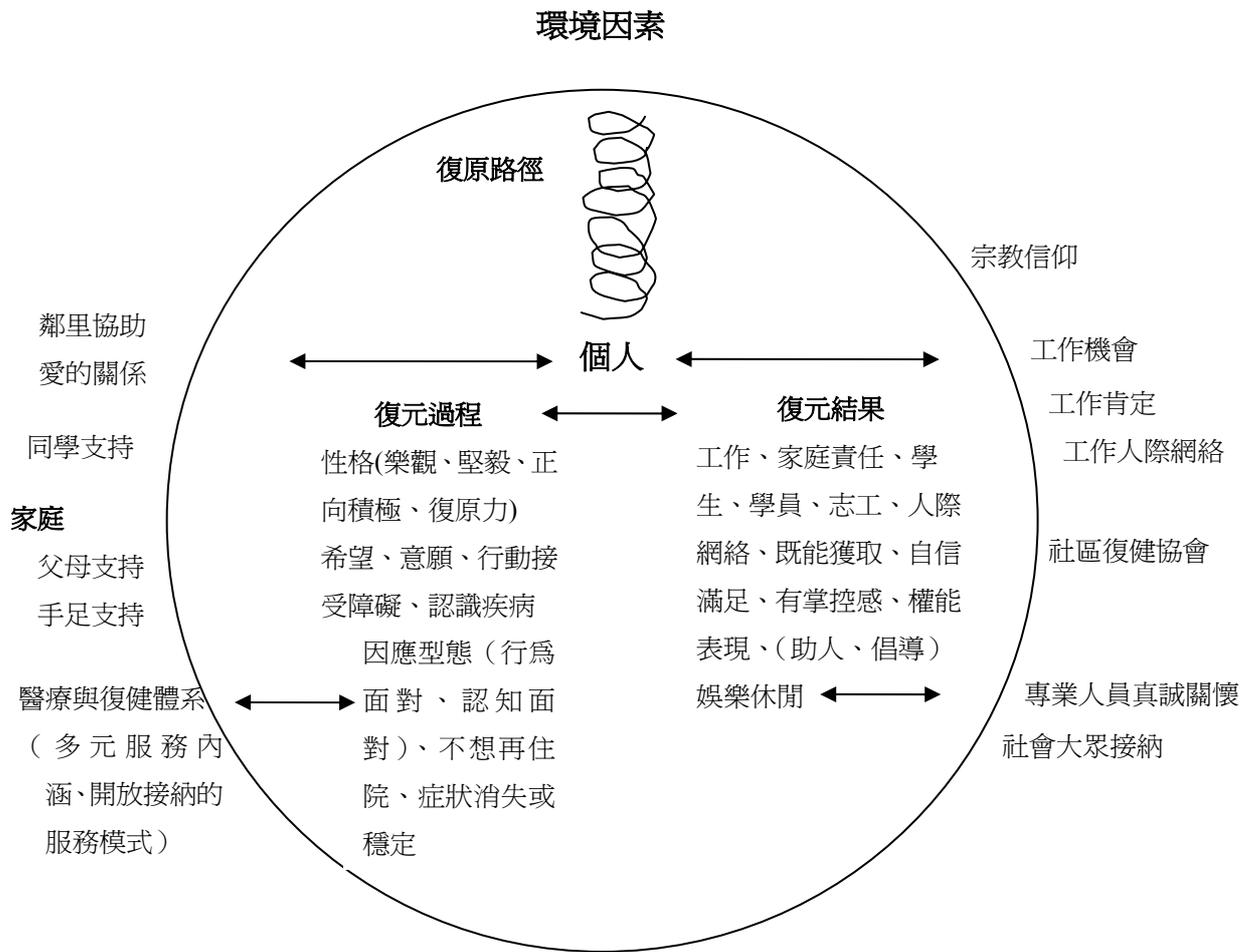
筆者就其復元過程和結果的各種內涵和影響因素，整理一呈現過程、結果與影響因素的理論—「化一理論」(Unity Theory of Recovery)(見圖三)。復元過程是一個螺旋上升的歷程，有時經歷一段上升之後可能回到另一個低谷，但是經努力後可能會有更高的躍升；整體而言朝上邁進，儘管有起有落。復元結果如前所述，前兩類復元者大多對自己、生活、能力都感到滿意，覺得如正常人一般。復元過程中展現如 Deegan(1988)的希望、意願、和負責的行動，過程中的想望如：不想再住院、想提升功能、想升學、想提升技能、想如正常人一般、想要照顧家人；結果層面的想望如想要考公職、想要升任加油站主管、想開一家便利商店等。復元狀況較佳者的特色是行動力佳，這來自於多方的影響，一為自己性格特質，包括樂觀、正向積極、堅定(不放棄)、與遭遇挫折時的復原力。二為發展有效的因應型態，如克服記憶不好的方法(寫日記)，轉移注意的方法(養魚)、提升技能、一再嘗試、或拓展傾吐對象等。復元過程中一個共通的基礎是藥物效果良好能夠使症狀穩定，減少復元者受到症狀的干擾。

復元過程中的影響因素有兩大基礎，即前述的症狀穩定和積極正向的性格。此乃屬於個人因素，但是復元絕對不只是個人單打獨鬥，還受到環境因素的影響，分別包括非正式支持、工作環境、與整體社會文化和醫療復健體系。所有的復元者都提到家人對其支持的重要性，特別是父母的支持，永不放棄病患，提供經濟所需乃最基本，另有提供照顧、情緒支持、物質等。愛的關係是另一重要因素，給予某些復元者向上的動力，充實其生活內涵。手足是另一個家庭內的支持來源，少數提到鄰里和同學。社區中的影響力量涵括宗教信仰，有多位提到信仰使他們變得樂觀、開放自我、內心滿足。社區復健機構提供的訓練、照顧、和人際網絡機會。整體社區的工作機會，藉由工作得到老闆同事的肯定，和因工作建立的人際關係，對復元過程都有很大的幫助。整體社會方面，有三位(K2、K1、H2)提到不同醫院的處遇模式有不同的效果，他們期待的是涵括多元復健方案的服務體系，專業人員的耐心教導，協助病患規劃就業或生活，營造一個開放接納醫療或復健環境；再者，專業人員的真誠關懷可以激發病患希望和意願，有兩位

復元者的希望源頭就來自於醫師。基本上這些復元者都相當遵循醫囑配合服藥，與專業人員的關係良好。在社會大眾部分，復元較佳者基本上覺得其他人視其為正常一般，或看不出其有精神疾病，與外界互動良好，但是仍與障礙對抗者則仍相當在乎社會的歧視眼光。

在復元的過程中是否有一個特定的轉捩點呢？多數的復元可認為是一個漸進的過程，沒有特定的轉捩點；有五位則有提及，歸納有四種：一為在發病時家人不放棄地照顧，令其相當感動，萌生要讓自己好起來的動力(H1、T9)；二為宗教的影響，參與教會活動後，信仰內涵令其性格變為更正向樂觀(K2)和教會的人際關懷令復元者感到被關心照顧，因而使他們進步(H1)；三為醫療機構的專業人員給予復元者希望(K1、K2、H2)；四為結婚，有了另一半後更增加自己照顧的使命感，因而引發向上的動力(T4)。

「化一理論」中的要素可含入生態架構中，即微視系統(個人)、中視系統(家庭和社區)、居間系統(醫療和福利機構)、與巨視系統(醫療和復健體系、社會態度)。其主要在強調個人與環境的交流(transaction)，環境影響個人，但是個人如何回應環境也影響復元結果甚鉅。由他們的復元經歷可看出往往是環境先提供復元的基礎，包括醫療照顧和藥物效果，加上家人不離不棄；在此基礎下個人發揮其性格中的正向特質回應環境要素，形成一種善循環，這多元的環境與個人內在力量，相互來回回應和反照，匯聚為一股促使復元者向上提升的力量，使個人身心社會靈皆安定。



圖三：復元過程與結果一化一理論(Unity Theory of Recovery)

第五章、研究結果—精神醫療與復健專業人員之精神復健態度和落實

壹、醫院樣本

一、基本人口資料

在回覆的醫院中，醫院層級以「區域醫院」(55.6%)最多，次為「專科教學醫院」(25%)，較少的為「醫學中心」(19.4%)；而在專業人員的專業領域方面，最多的為「護理人員」(52.2%)，次為「醫師」(12.5%)，再者為「社會工作人員」(12.3%)；而在專業人員的最高學位方面，多數為大學畢業(82.9%)，次為研究所畢業(12.5%)，高中畢業者有3.1%，博士則有1.5%；專業人員的性別分佈方面，女性為多數，有79.6%，男性則佔20.4%。

二、精神復健研習經驗

在專業人員參加精神復健教育訓練方面，有61.9%參加過研討會；54.3%參加過相關的課程訓練，79%的專業人員閱讀過相關的文章及書籍；

表 5.1：醫院精神復健相關專業人員受訪者基本資料表

變項	類別	次數	百分比 (%)
醫院層級	醫學中心	144	19.4
	區域醫院	413	55.6
	專科教學醫院	186	25
	遺漏值	0	
專業領域	醫師	92	12.5
	護理	385	52.2
	心理	75	10.2
	社會工作	91	12.3

	職能治療		50	6.8
	個案管理人員		12	1.6
	就業輔導		22	3.0
	其他		11	1.5
	遺漏值		5	
最 高 學 位	高中畢		23	3.1
	大學畢		611	82.9
	研究所(肄)畢		92	12.5
	博士(肄)畢		11	1.5
	遺漏值		6	
精 神 復 健		是	460	61.9
	參加過研討會	否	261	36.2
		遺漏值	22	
健 教 育		是	388	54.3
	參加過課程訓練	否	326	45.7
		遺漏值	29	
訓 練		是	567	79.0
	閱讀過相關文章書籍	否	151	21.0
		遺漏值	25	
性 別	男		150	20.4
	女		585	79.6
	遺漏值		8	

三、精神復健態度與落實

專業人員對於精神復健的原則多數傾向「同意」與「非常同意」，大致上而言，是傾向正向的態度。若將「非常不同意」和「不同意」合併來看，比例超過10%的有九項，由高到低依序如下列：

- 問項 40：競爭性就業不應成為案主目標之一(47.1%)
- 問項 22：任何時候和環境皆可與案主一起工作(38.4%)、
- 問項 12：遊說房東出租房屋給精神病患(34.0%)、
- 問項 24：鼓勵案主參與任何類型就業(32.7%)、
- 問項 5：只有在案主完全參與和同意下發展處方(25.5%)、
- 問項 8：鼓勵案主反對其不同意之事(18.4%)、
- 問項 3：教導案主就業技巧(13.8%)、
- 問項 23：以非正式方式和案主討論生活話題(12.4%)、
- 問項 13：遊說雇主雇用精神病患(11.5%)。

表 5.2：醫院專業人員協助案主復健之態度

變項名稱	非常不同意	不同意	同意	非常同意	遺漏值
教導社會互動技巧	2(0.3)	36(4.9)	449(60.5)	255(34.4)	1
教導溝通技巧	1(0.1)	42(5.7)	456(61.4)	242(32.7)	2
教導就業技巧	4(0.5)	98(13.2)	463(62.5)	176(23.8)	2
教導獨立生活技巧	8(1.1)	48(6.5)	408(55.1)	277(37.4)	2
案主同意參與態度	7(0.9)	181(24.5)	438(59.3)	112(15.2)	5
鼓勵案主訂定復元目標	1(0.1)	12(1.6)	460(62.2)	267(36.1)	3
增強案主權能	4(0.5)	27(3.6)	454(62.0)	247(33.7)	11
鼓勵案主反對其不同意之事	9(1.2)	126(17.2)	480(65.5)	118(16.1)	10
將親人朋友涵入過程	8(1.1)	34(4.6)	363(49.1)	334(45.2)	4

協助其建立社會網絡	2(0.3)	25(3.4)	455(61.6)	257(34.8)	4
鼓勵其參加社區支持團體	1(0.1)	18(2.4)	435(59.1)	282(38.3)	7
遊說房東出租房屋	34(4.6)	216(29.4)	435(59.2)	50(6.8)	8
遊說雇主雇用	16(2.2)	68(9.3)	493(67.3)	156(21.3)	10
促使社區工作者等同對待	3(0.4)	35(4.7)	452(31.2)	249(33.7)	4
促使家庭親人接納	2(0.3)	2(0.3)	350(47.2)	388(52.3)	1
評量案主優缺點	3(0.4)	8(1.1)	360(48.5)	371(50.0)	1
提供個別化處遇	0	6(0.8)	334(45.3)	397(53.9)	6
教導不同技巧	1(0.1)	5(0.7)	346(46.9)	385(52.2)	6
期待其參與活動和外人接觸	1(0.1)	8(1.1)	414(55.9)	318(42.9)	2
其想要和一般人都一樣	2(0.3)	16(2.2)	367(49.6)	355(48.0)	3
競爭性就業不應成為其目標	47(6.4)	299(40.7)	324(44.1)	65(8.8)	8
就業採漸進方式將低壓力	1(0.1)	10(1.4)	336(45.5)	391(53.0)	5
視其優點為主要評量過程	1(0.1)	36(4.9)	433(58.7)	268(36.3)	5
規劃方案增強其優點	2(0.3)	14(1.9)	444(60.2)	278(37.7)	5
促進正向經驗發展其優點	1(0.1)	3(0.4)	367(49.7)	368(49.8)	4
藉增強其優點克服不足之處	0	16(2.2)	422(57.0)	302(40.8)	3
詢問其感覺和想法	10(1.4)	44(5.9)	431(5.9)	225(30.4)	3
坦然表達工作者的限制	0	26(3.5)	449(60.5)	267(36.0)	1
持續告知其不瞭解的訊息	0	24(3.2)	448(60.5)	269(36.3)	2
助其建立正向的自我形象	1(0.1)	24(3.2)	391(52.6)	327(44.0)	0
過程經常包括經歷再發病的風險	4(0.5)	26(3.5)	383(51.7)	328(44.3)	2
依其步調發展	1(0.1)	35(4.7)	398(53.9)	304(41.2)	5
鼓勵其努力達成目標	1(0.1)	8(1.1)	347(47.1)	381(51.7)	6
建設性處理發展和危機	0	15(2.0)	416(56.4)	307(41.6)	5

任何時候皆與案主一起工作	31(4.2)	251(34.2)	345(47.0)	107(14.6)	9
非正式談話	7(1.0)	84(11.4)	467(63.5)	178(24.2)	7
鼓勵參與任何類型就業	18(2.4)	224(30.2)	375(50.6)	124(16.7)	2
討論工作重要性	1(0.1)	24(3.3)	463(63.1)	246(33.4)	9
協助完成例行雜務	1(0.1)	31(4.2)	441(59.7)	266(36.0)	4
專注當前需求	1(0.1)	36(4.9)	457(61.8)	246(33.2)	3
著重特定情境下的評量	4(0.5)	52(7.1)	426(58.0)	252(34.3)	9
聚焦未來目標和行動	0	44(5.9)	506(68.3)	191(25.8)	2
提醒勿固著過去狀態	0	23(3.1)	407(55.0)	310(41.9)	3
要求親友告知退縮徵兆	0	12(1.6)	418(56.5)	310(41.9)	3
若有新問題應回機構求助	1(0.1)	10(1.3)	332(44.8)	398(53.7)	2
鼓勵案主告知退縮狀況	0	10(1.4)	395(53.6)	332(45.0)	6
視其為一個整體而非困難之處	2(0.3)	15(2.0)	363(49.0)	361(48.7)	2
表達期待合宜行為	0	23(3.1)	415(55.9)	304(41.0)	1
坦然表達不贊成偏差行為	3(0.4)	59(8.0)	434(59.0)	240(32.6)	7
鼓勵其保持正常的作息	0	12(1.6)	336(45.6)	389(52.8)	6

在精神復健原則的落實方面，專業人員也大多傾向有執行，此乃可喜現象，特別醫院專業人員被賦予治療的任務大於復健；但是未執行比例大多大於態度方面「不同意」的比例。本研究將「從未」和「很少」的回答合併後，比例最高的前十名都在將近 40% 以上，分別如下：

問項 12：遊說房東出租房屋給精神病患(90.4%)、

問項 13：遊說雇主雇用精神病患(65.9%)、

問項 22：任何時候和環境皆可與案主一起工作(60.3%)、

問項 14：促使社區工作者等同對待(49.4%)、

- 問項 41：就業採漸進方式降低壓力(48.6%)、
- 問項 24：鼓勵案主參與任何類型就業(48.4%)、
- 問項 8：鼓勵案主反對其不同意之事(47.9%)、
- 問項 28：著重特定情境下的評量(40.8%)、
- 問項 3：教導案主就業技巧(40.7%)、
- 問項 11：鼓勵案主參加社區支持團體(39.4%)。

上述問項多與倡導社會變遷、專業人員投入於工作的方式和時間、增強案主權能等有關，這些項目比較少被執行可能與醫院工作人員的工作內容與角色範疇有關，如只有少數的人從事精神復健，與社區的工作並非其職責範圍，如倡導房東出租房屋或雇主雇用並患事項，而就業技巧教導往往屬於職能治療師的工作，因此大部分專業人員未必涉入，不過這也與醫院是否執行職業復健工作有關，若有的話，參與執行之專業人員可能都會碰觸到案主這方面的需求。再者，鼓勵案主參與支持團體是任何專業人員都可執行的，當然限制來自於週邊社區或是醫院本身是否辦理類似團體。

表 5.3：醫院專業人員協助案主復健之實際執行狀況

變項名稱	從未	很少	有時	經常	遺漏值
實際執行教導社會互動技巧	4(0.5)	64(8.7)	304(41.4)	362(49.3)	9
實際執行教導溝通技巧	3(0.4)	93(12.7)	309(42.1)	329(44.8)	9
實際執行教導就業技巧	34(4.6)	265(36.1)	291(39.6)	144(19.6)	9
實際執行教導獨立生活技巧	32(4.3)	125(17.0)	235(32.0)	342(46.6)	9
實際執行案主同意參與	21(2.9)	175(23.9)	383(52.3)	153(20.9)	11
實際執行鼓勵案主訂定復元目標	14(1.9)	122(16.8)	331(45.5)	261(35.9)	15
實際執行增強案主權能	23(3.2)	179(24.9)	329(45.8)	188(26.1)	24

實際執行鼓勵案主反對其不同意之事	89(12.2)	259(35.6)	288(39.6)	91(12.5)	16
實際執行將親人朋友涵入過程	31(4.2)	147(20.1)	277(37.8)	278(37.9)	10
實際執行協助其建立社會網絡	50(6.9)	224(30.8)	323(44.4)	131(18.0)	15
實際執行鼓勵其參加社區支持團體	49(6.7)	238(32.6)	300(41.2)	142(19.5)	14
實際執行遊說房東出租房屋	435(59.6)	225(30.8)	53(7.3)	17(2.3)	13
實際執行遊說雇主雇用	247(33.9)	233(32.0)	173(23.8)	75(10.3)	15
實際執行促使社區工作者等同對待	132(18.1)	229(31.3)	253(34.6)	117(16.0)	12
實際執行促使家庭親人接納	15(2.0)	85(11.6)	264(36.0)	370(50.4)	9
實際執行評量案主優缺點	13(1.8)	75(10.2)	275(37.5)	371(50.5)	9
實際執行提供個別化處遇	10(1.4)	84(11.6)	275(37.8)	358(49.2)	16
實際執行教導不同技巧	10(1.4)	94(12.8)	326(44.4)	305(41.5)	8
實際執行期待其參與活動和外人接觸	9(1.2)	111(15.0)	325(44.0)	293(39.7)	5
實際執行其想要和一般人都一樣	14(1.9)	92(12.7)	273(37.7)	346(47.7)	18
實際執行競爭性就業不應成為其目標	96(13.3)	243(33.7)	309(42.8)	74(10.2)	21
實際執行就業採漸進方式降低壓力	19(2.6)	68(9.3)	289(39.5)	356(48.6)	11
實際執行視其優點為主要評量過程	20(2.7)	114(15.7)	333(45.7)	261(35.9)	15
實際執行規劃方案增強其優點	30(4.1)	157(21.5)	318(43.6)	225(30.8)	13
實際執行促進正向經驗發展其優點	11(1.5)	85(11.7)	300(41.2)	333(45.7)	14
實際執行藉增強其優點克服不足之處	11(1.5)	116(15.8)	326(44.5)	279(38.1)	11
實際執行詢問其感覺和想法	24(3.3)	128(17.5)	319(43.6)	260(35.6)	12
實際執行坦然表達工作者的限制	14(1.9)	130(17.7)	353(48.2)	236(32.2)	10
實際執行持續告知其不瞭解的訊息	13(1.8)	128(17.4)	342(46.6)	251(34.2)	9
實際執行助其建立正向的自我形象	21(2.9)	141(19.2)	310(42.2)	262(35.7)	9
執行過程經常包括經歷再發病的風險	19(2.6)	114(15.7)	316(43.5)	277(38.2)	17
實際執行依其步調發展	15(2.0)	113(15.4)	342(46.5)	265(36.1)	8

實際執行鼓勵其努力達成目標	7(1.0)	75(10.3)	269(37.0)	377(51.8)	15
實際執行建設性處理發展和危機	21(2.9)	125(17.1)	338(46.4)	245(33.6)	14
實際執行任何時候皆與案主一起工作	138(19.0)	299(41.2)	215(29.7)	73(10.1)	18
實際執行非正式談話	46(6.3)	178(24.2)	291(39.5)	221(30.0)	7
實際執行鼓勵參與任何類型就業	84(11.5)	270(36.9)	289(39.5)	88(12.0)	12
實際執行討論工作重要性	25(3.4)	126(17.3)	358(49.2)	219(30.1)	15
實際執行協助完成例行雜務	27(3.7)	142(19.4)	315(43.1)	247(33.8)	12
實際執行專注當前需求	14(1.9)	80(10.9)	368(50.1)	272(37.1)	9
實際執行著重特定情境下的評量	84(11.4)	217(29.4)	290(39.3)	147(19.9)	5
實際執行聚焦未來目標和行動	21(2.8)	167(22.6)	391(53.0)	159(21.5)	5
實際執行提醒勿固著過去狀態	7(0.9)	104(14.1)	312(42.3)	315(42.7)	5
實際執行要求親友告知退縮徵兆	28(3.8)	118(16.0)	301(40.9)	289(39.3)	7
實際執行若有新問題應回機構求助	9(1.2)	60(8.1)	214(29.0)	454(61.6)	6
實際執行鼓勵案主告知退縮狀況	87(11.9)	137(18.7)	240(32.7)	270(36.8)	9
實際執行視其為一個整體而非困難之處	12(1.6)	107(14.6)	317(43.2)	298(40.6)	9
實際執行表達期待合宜行為	11(1.5)	79(10.8)	302(41.1)	342(46.6)	9
實際執行坦然表達不贊成偏差行為	15(2.1)	109(15.0)	335(46.1)	268(36.9)	16
實際執行鼓勵其保持正常的作息	8(1.1)	50(6.8)	209(28.6)	464(63.5)	12

貳、精神復健機構樣本

一、基本人口資料

在康復之家受訪的專業人員方面，在專業領域中，最多的為「個案管理人員」（34.6%），次為護理人員（30.9%）最少的為「醫師」（1.5%）；而在專業人員獲得的最高學位方面，多數為大學畢業（62.5%），次為高中畢業（32.4%），獲得最高學位的時間平均為 113 個月（約 9 年）；這些專業人員在現任單位工作年資平均有 61 個月（約五年），相關工作的總年資平均有 149 個月（約 12 年）；而受訪專業人員的性別分佈方面，多數為女性（64.2%），男性則佔 35.8%；平均為年齡為 36.46(SD=10.30)，範圍在 21-68 之間。

二、精神復健研習經驗

在有關的精神復健教育訓練方面，有 86.7%參加過研討會，平均 4.5 場；90.4%參加過課程訓練，平均 52.33 小時；94%閱讀過精神復健的相關書籍，平均 9.8 篇文章及 4.14 本書

表 5.4：康復之家相關專業人員受訪者基本資料表

變項	類別	次數	百分比 (%)
專業領域	醫師	2	1.5
	護理	42	30.9
	心理	5	3.7
	社會工作	21	15.4
	職能治療	6	4.4
	個案管理人員	47	34.6
	就業輔導	8	5.9
	其他	5	3.7
	總和	136	100

最 高 學 位	高中畢		44	32.4
	大學畢		85	62.5
	研究所(肄)畢		7	5.1
	博士(肄)畢		0	0
	總和		136	100
精 神 復 健	參加過研討會	是	117	86.7
		否	18	13.3
	總和	135	100	
教 育 訓 練	參加過課程訓練	是	122	90.4
		否	13	9.6
	總和	135	100	
訓 練	閱讀過相關文章書籍	是	126	94
		否	8	6
	總和	134	100	
性 別	男		48	35.8
	女		86	64.2
	總和		134	100

	平均數	標準差	最小值	最大值
現任單位工作年資	61.54	149.123	1	310
相關總年資	149.01	263.429	2	440
獲得最高學位時間	113.51	96.931	6	360
參加過幾場研討會	4.50	8.0	0	70
參加過多少小時	52.33	46.861	0	280

文章幾篇	9.8	12.273	0	50
書籍幾篇	4.14	4.762	0	30
出生年	56.54	10.305	25	72

三、提供之精神復健方案

在康復之家中，曾經提供過的社會復健方案，以「職能復健」(69.9%)最多，次為「社會復健」(6.1)，再者為「就業協助」(57.4%)，最後為「居住協助」(42.6%)。

表 5.5：提供過的社區復健服務方案（複選題）

類別	有	無	總和
社會復健	83 (61%)	53 (39%)	136 (100%)
居住協助	58 (42.6%)	78 (57.4%)	136 (100%)
職能復健	95 (69.9%)	41 (30.1%)	136 (100%)
就業協助	78 (57.4%)	58 (42.6%)	136 (100%)
其他	11 (8.1%)	125 (91.9%)	136 (100%)

四、精神復健態度與落實

專業人員對於精神復健的原則多數傾向「同意」與「非常同意」，大致上而言，是傾向正向的態度。若將「非常不同意」和「不同意」合併來看，比例超過10%的有六項，由高到低依序如下列：

問項 40：競爭性就業不應成為案主目標之一(56.8%)

問項 24：鼓勵案主參與任何類型就業(18.0%)、

問項 8：鼓勵案主反對其不同意之事(17.3%)、

問項 5：只有在案主完全參與和同意下發展處方(17.0%)、

問項 12：遊說房東出租房屋給精神病患(16.7%)、

問項 22：任何時候和環境皆可與案主一起工作(14.8%)、

上述問項與醫院樣本的結果大多一致，但是不同意的比例低於醫院樣本。

表 5.6：精神復健機構專業人員協助案主復健之態度

變項名稱	非常不同意	不同意	同意	非常同意	總和	平均數
社會互動技巧態度	2(1.5%)	3(2.2%)	76(56.7%)	53(39.6%)	134	3.34
溝通技巧態度	3(2.3%)	4(3%)	76(57.1%)	50(37.6%)	133	3.3
就業技巧態度	3(2.2%)	5(3.7%)	86(64.2%)	40(29.9%)	134	3.22
獨立生活態度	1(0.7%)	7(5.2%)	54(40%)	73(54.1%)	135	3.47
案主參與同意態度	1(0.7%)	22(16.3%)	82(60.7%)	30(22.2%)	135	3.04
案主訂定復元目標態度	0(0%)	4(3%)	85(63.9%)	44(33.1%)	133	3.30
增強案主權能態度	1(0.7%)	4(3%)	75(55.6%)	55(40.7%)	135	3.36
鼓勵案主反對其不同意之事態度	3(2.3%)	20(15%)	83(62.4%)	27(20.3%)	133	3.01
將親人朋友含入復健過程態度	2(1.5%)	8(6%)	61(45.5%)	63(47%)	134	3.38
協助其建立社會網絡態度	1(0.7%)	2(1.5%)	84(62.2%)	48(35.6%)	135	3.33
鼓勵其參加社區支持團體態度	0(0%)	3(2.2%)	66(48.9%)	66(48.9%)	135	3.47
遊說房東出租房屋態度	1(0.8%)	21(15.9%)	81(61.4%)	29(22%)	132	3.05
遊說雇主雇用態度	0(0%)	3(2.3%)	83(62.4%)	47(35.3%)	133	3.33
促使社區工作者等同對待態度	0(0%)	4(3%)	73(54.1%)	58(43%)	135	3.40
促使家庭親人接納態度	1(0.7%)	2(1.5%)	67(49.6%)	65(48.1%)	135	3.45
評量案主優缺點態度	0(0%)	1(0.7%)	69(51.1%)	65(48.1%)	135	3.47
提供個別化處遇態度	0(0%)	1(0.7%)	72(53.7%)	61(45.5%)	134	3.45
教導不同技巧態度	0(0%)	1(0.7%)	67(50.4%)	65(48.9%)	133	3.48

依其步調發展態度	0(0%)	12(8.9%)	73(54.1%)	50(37%)	135	3.28
鼓勵其努力達成目標態度	0(0%)	1(0.7%)	60(44.1%)	74(54.4%)	135	3.54
建設性處理發展和危機態度	1(0.7%)	2(1.5%)	71(52.6%)	61(45.1%)	135	3.42
任何時候皆與案主一起工作態度	3(2.2%)	17(12.6%)	85(63%)	30(22.2%)	135	3.05
非正式談話態度	2(1.5%)	7(5.2%)	77(57.5%)	48(35.8%)	134	3.28
鼓勵參與任何類型就業態度	3(2.3%)	21(15.8%)	72(54.1%)	37(27.8%)	133	3.08
討論工作重要性態度	0(0%)	1(0.7%)	72(53.7%)	61(45.5%)	134	3.45
協助完成例行雜務態度	0(0%)	1(0.7%)	76(55.9%)	57(42.5%)	134	3.42
專注當前需求態度	0(0%)	5(3.7%)	80(59.3%)	50(37%)	135	3.33
著重特定情境下的評量態度	0(0%)	6(4.4%)	84(62.2%)	45(33.3%)	135	3.29
聚焦未來目標和行動態度	0(0%)	4(3%)	90(67.2%)	40(29.9%)	134	3.27
提醒勿固著過去狀態態度	0(0%)	2(1.5%)	70(51.9%)	63(46.7%)	135	3.45
要求親友告知退縮徵兆態度	0(0%)	1(0.7%)	76(56.3%)	58(43%)	135	3.42
若有新問題應回機構求助態度	0(0%)	2(1.5%)	69(51.1%)	64(47.4%)	135	3.46
鼓勵案主告知退縮狀況態度	0(0%)	0(0%)	66(49.3%)	68(50.7%)	134	3.51
視其為一個整體非困難之處態度	0(0%)	1(0.7%)	77(57%)	57(42.2%)	135	3.41
表達期待合宜行為態度	0(0%)	1(0.7%)	80(59.3%)	54(40%)	135	3.39
坦然表達不贊成偏差行為態度	1(0.8%)	7(5.3%)	81(61.4%)	43(32.6%)	132	3.26
鼓勵其保持正常作息態度	0(0%)	2(1.5%)	60(44.8%)	72(53.7%)	134	3.52
期待其參與活動和外人接觸態度	0(0%)	1(0.7%)	61(44.9%)	72(53.7%)	134	3.53
其想要的和一般人都一樣態度	1(0.7%)	2(1.5%)	55(41%)	76(56.7%)	134	3.54
競爭性就業不應成為其目標態度	10(7.6%)	47(35.6%)	52(39.4%)	23(17.4%)	132	2.67
就業採漸進方式降低壓力態度	0(0%)	1(0.7%)	61(45.5%)	72(53.7%)	134	3.53
視其優點為主要評量過程態度	1(0.8%)	5(3.8%)	74(55.6%)	53(39.8%)	133	3.35
規劃方案增強其優點態度	0(0%)	1(0.8%)	77(58.8%)	53(40.5%)	131	3.40

促進正向經驗發展其優點態度	0(0%)	0(0%)	71(53.4%)	61(46.6%)	133	3.47
藉增強其優點克服不足之處態度	1(0.7%)	1(0.7%)	78(58.2%)	54(40.3%)	134	3.38
詢問其感覺和想法態度	1(0.8%)	7(5.3%)	75(56.4%)	50(37.6%)	133	3.31
坦然表達工作者的限制態度	0(0%)	4(3%)	82(62.1%)	46(34.8%)	132	3.32
持續告知其不瞭解的訊息態度	0(0%)	3(2.2%)	83(61.9%)	48(35.8%)	134	3.34
助其建立正向的自我形象態度	1(0.7%)	1(0.7%)	76(56.7%)	56(41.8%)	134	3.40
經歷再發病風險態度	0(0%)	5(3.8%)	74(55.6%)	54(40.6%)	133	3.37

在精神復健原則的落實方面，專業人員也大多傾向有執行，此乃可喜現象，特別醫院專業人員被賦予治療的任務大於復健；但是未執行比例大多大於態度方面「不同意」的比例。本研究將「從未」和「很少」的回答合併後，比例最高的前十名都在 20% 以上，分別如下：

問項 12：遊說房東出租房屋給精神病患(68.2%)、

問項 40：競爭性就業不應成為案主目標之一(40.5%)、

問項 8：鼓勵案主反對其不同意之事(35.1%)、

問項 13：遊說雇主雇用精神病患(33.8%)、

問項 10：協助案主建立社會網絡(30.4)

問項 22：任何時候和環境皆可與案主一起工作(28.1%)、

問項 9：將親人朋友含入案主復健過程(25.9)

問項 24：鼓勵案主參與任何類型就業(24.1%)、

問項 11：鼓勵案主參加社區支持團體(21.6%)。

問項 14：促使社區工作者等同對待(21.6%)、

由上列項目可以看出復健機構專業人員較少落實倡導社會變遷、運用環境資源、增強案主權能等方面的復健原則。對於與案主工作的時間和環境，有部分專

業人員可能仍維持在特定狀況下；競爭性就業(問項 40)這題乃屬於反向題，代表有 59.5%的人很少落實這項原則，對於許多專業人員而言，病患從事競爭性就業似乎是遙不可及的想望，如此的發現也反映了現況。

表 5.7：精神復健機構專業人員協助案主復健之實際執行狀況

變項名稱	從未	很少	有時	經常	總和	平均數
實際執行社會互動技巧	0(0%)	45(33.3%)	45(33.3%)	85(63%)	135	2.59
實際執行溝通技巧	0(0%)	10(7.5%)	48(35.8%)	76(56.7%)	134	2.49
實際執行就業技巧	1(0.7%)	22(16.3%)	55(40.7%)	57(42.2%)	135	2.24
實際執行獨立生活	2(1.5%)	12(8.8%)	34(25%)	88(64.7%)	136	2.53
實際執行案主參與同意	1(0.7%)	27(20%)	56(41.5%)	51(37.8%)	135	2.16
實際執行案主訂定復元目標	1(0.8%)	22(16.7%)	60(45.5%)	49(37.1%)	132	2.19
實際執行增強案主權能	2(1.5%)	26(19.4%)	52(38.8%)	54(40.3%)	134	2.18
實際執行鼓勵案主反對其不同意之事	12(9%)	35(26.1%)	47(35.1%)	40(29.9%)	134	1.86
實際執行將親人朋友含入復健過程	9(6.7%)	26(19.3%)	45(33.3%)	55(40.7%)	135	2.08
實際執行協助其建立社會網絡	3(2.2%)	38(28.1%)	51(37.8%)	43(31.9%)	135	1.99
實際執行鼓勵其參加社區支持團體	3(2.2%)	26(19.4%)	52(38.8%)	53(39.6%)	134	2.16
實際執行遊說房東出租房屋	49(37.1%)	41(31.1%)	20(15.2%)	22(16.7%)	132	1.11
實際執行遊說雇主雇用	14(10.5%)	31(23.3%)	46(34.6%)	42(31.6%)	133	1.87
實際執行促使社區工作者等同對待	5(3.7%)	24(17.9%)	56(41.8%)	49(36.6%)	134	2.11
實際執行促使家庭親人接納	2(1.5%)	16(11.8%)	44(32.4%)	74(54.4%)	136	2.40
實際執行評量案主優缺點	1(0.7%)	8(5.9%)	37(27.4%)	89(65.9%)	135	2.59
實際執行提供個別化處遇	0(0%)	10(7.4%)	49(36.3%)	76(56.3%)	135	2.49
實際執行教導不同技巧	0(0%)	11(8.3%)	45(34.1%)	76(57.6%)	132	2.49
實際執行依其步調發展	2(1.5%)	18(13.3%)	55(40.7%)	60(44.4%)	135	2.28
實際執行鼓勵其努力達成目標	0(0%)	10(7.4%)	39(28.9%)	86(63.7%)	135	2.56

實際執行建設性處理發展和危機	0(0%)	21(15.7%)	59(44%)	54(40.3%)	134	2.25
實際執行任何時候皆與案主一起工作	4(3%)	34(25.2%)	58(43%)	39(28.9%)	135	1.98
實際執行非正式談話	4(3%)	22(16.4%)	46(34.3%)	62(46.3%)	134	2.24
實際執行鼓勵參與任何類型就業	8(6%)	24(18%)	57(42.9%)	44(33.1%)	133	2.03
實際執行討論工作重要性	0(0%)	15(11.2%)	56(41.8%)	63(47%)	134	2.36
實際執行協助完成例行雜務	0(0%)	11(8.2%)	56(41.8%)	67(50%)	134	2.42
實際執行專注當前需求	0(0%)	16(11.9%)	45(33.3%)	74(54.8%)	135	2.43
實際執行著重特定情境下的評量	1(0.7%)	25(18.7%)	61(45.5%)	47(35.1%)	134	2.15
實際執行聚焦未來目標和行動	1(0.7%)	19(14.1%)	72(53.3%)	43(31.9%)	135	2.16
實際執行提醒勿固著過去狀態	0(0%)	13(9.6%)	39(28.9%)	83(61.5%)	135	2.52
實際執行要求親友告知退縮徵兆	3(2.3%)	15(11.3%)	43(32.3%)	72(54.1%)	133	2.38
實際執行若有新問題應回機構求助	2(1.5%)	13(9.7%)	36(26.9%)	83(61.9%)	134	2.49
實際執行鼓勵案主告知退縮狀況	3(2.3%)	12(9%)	38(28.6%)	80(60.2%)	133	2.47
實際執行視其為一個整體非困難之處	0(0%)	17(12.8%)	57(42.9%)	59(44.4%)	133	2.32
實際執行表達期待合宜行為	1(0.7%)	7(5.2%)	52(38.8%)	74(55.2%)	134	2.49
實際執行坦然表達不贊成偏差行為	0(0%)	17(12.9%)	48(36.4%)	67(50.8%)	132	2.38
實際執行鼓勵其保持正常作息	1(0.7%)	10(7.5%)	29(21.6%)	94(70.1%)	134	2.61
實際執行期待其參與活動和外人接觸	0(0%)	14(10.5%)	30(22.6%)	89(66.9%)	133	2.56
實際執行其想要的和一般人都一樣	2(1.5%)	12(9%)	36(27.1%)	83(62.4%)	133	2.50
實際執行競爭性就業不應成為其目標	14(10.7%)	39(29.8%)	50(38.2%)	28(21.4%)	131	1.70
實際執行就業採漸進方式降低壓力	2(1.5%)	11(8.3%)	41(31.1%)	78(59.1%)	132	2.48
實際執行視其優點為主要評量過程	0(0%)	12(9.2%)	47(35.9%)	72(55%)	131	2.46
實際執行規劃方案增強其優點	1(0.8%)	15(11.5%)	49(37.7%)	65(50%)	130	2.37
實際執行促進正向經驗發展其優點	1(0.8%)	11(8.3%)	51(38.3%)	70(52.6%)	133	2.43
實際執行藉增強其優點克服不足之處	0(0%)	15(11.1%)	60(44.4%)	40(44.4%)	135	2.33

實際執行詢問其感覺和想法	2(1.5%)	14(10.4%)	53(39.3%)	66(48.9%)	135	2.36
實際執行坦然表達工作者的限制	1(0.7%)	18(13.4%)	54(40.3%)	61(45.5%)	134	2.31
實際執行持續告知其不瞭解的訊息	4(3%)	12(9%)	59(44%)	59(44%)	134	2.29
實際執行助其建立正向的自我形象	1(0.7%)	14(10.4%)	51(37.8%)	69(51.1%)	135	2.39
實際執行經歷再發病風險	1(0.8%)	20(15%)	56(42.1%)	56(42.1%)	133	2.26

參、精神復健原則之分析

一) 因素分析

這部分乃是以醫院專業人員為樣本針對實際執行狀況，亦即復健原則之落實的回答，進行因素分析。採用的因素粹取方法為主成份(Principal Component)，並且使用 Varimax 轉軸方法。經三次分析獲的最後的因素結構，三次分析中的整體 Measure of Sampling Adequacy (MSA)都在.951-.952 之間，表示適合使用因素分析。第一次分析時問項 40 和 41 與其他問項呈現負相關，又問項 5、29、39 的 factor loading 未達.40。於是將問項 40 和 41 刪除後再次分析，發現問項 5、8 之 factor loading 未達.40，且問項 5 之共同性(commonality)最低(.385)。第三次分析中將問項 5 刪除後，結果顯示所有問項的 factor loading 都大於.40。個別問項 MSA 相當高(.85-.97)，有 44 個問項在.90 以上。

在留下的 47 個問項中有九個因素，總共可解釋所有問項變異量的 59.21%，如表 5.8 所呈現。第一個因素是最主要的因素，其所解釋的變異量(33.59%)遠遠超過其他因素，因素二、三、和四解釋的變異量也相對較多，其餘五個因素所解釋的變異量相當。

因素一涵蓋以復元為取向的實務的所有面向，包括評量重點和協助原則(16、17、18、19)、工作人員投入原則(20、21)、強調此時此地(27、29、30)、強調就業(25)、與案主自決(6)。這些都在 Cnaan 原來的量表即有的次概念。在這個 11 問項的因素中集合各次概念的幾個指標，可視之為一個精神復健原則的簡短版，故命名為「復元取向實務」。

因素二結合了原來 Cnaan 量表中的「倡導社會變遷」的三題(12、13、14)與其他三題相關問項，特定情境下的評量可能涉及特定的工作和居住狀況；鼓勵雇主及早告知案主退縮狀況則也需要進行倡導，讓雇主了解精神疾病與病換，願意涉入；協助案主完成雜務增進案主表現和顯示負責，乃是在案主部分的表現，以促使社會對病患改觀，也是倡導社會變遷之一環。

因素三含括 Cnaan 原來量表中的次概念「親切的服務環境」(46、47、和 48)與本研究另外加上測量復元概念的問項 39、49 和 50，這些問項都涉及專業人員如何看待與對待案主，且是由復元概念出發，故命名為「復元導向之專業關係」。

因素四結合了 Cnaan 原來量表中的兩個次概念：正常化(35、36、37)和早期干預(31、32)。問項 34 強調看到案主的全人，也可視為正常化的題項之一，因此綜合兩個次概念加以命名。

因素五則完全符合 Cnaan 原來量表中「增強優勢而非弱勢」次概念的問項組成，包括評量中了解案主的優點、設計方案增強優點等。

第六個因素「運用環境資源」中有三題(9、10、11)即是原來 Cnaan 量表中即有的概念與相關問項，問項 15 原不在此概念中，然而「促使家庭接納病患」即是在促進家庭對於病患協助，也與運用環境資源有關。

因素七「裝備案主技巧」乃與原來量表完全相同，包括互動技巧、獨立生活技巧、溝通技巧與就業技巧。

因素八的兩題則屬於原量表「自我決定」的一部分，然而筆者認為這兩題以「增強權能」更為貼切。因素九為原量表「工作人員之承諾(commitment)」四題中的三題，涉及工作人員如何與案主相處，以及投入的熱切與彈性，本研究保留其命名

進一步以此因素結構運用於填達者在態度部份的回答，並檢視這些因素的內在一致性，結果呈現於表 5.9。無論是醫院樣本或復健機構樣本，整體量表的內在一致性都在.95-.96 之間。整體上就因素內含的問項數目來看，各因素的內在一致性都令人滿意。因素一的 α 相當好，因素二、三和四的題數在 6 至 7 題， α 多在.80 以上，也相當好；因素二的 α 相對較差。因素五至因素九的題數在 2 至 5 題之間，其 α 也都在可接受範圍。

表 5.8：精神復健原則因素分析

Factors	Commonality	Loading
F1: 復元取向實務		
19.依案主步調發展	.605	.683
18.根據案主獨特需求教導不同技巧	.649	.679
20.不斷鼓勵案主努力達成目標	.598	.658
17.提供案主個別化處遇	.648	.644
27.專注案主當前的需求	.518	.584
16.同時評量案主優點與缺點	.556	.529
30.提醒案主勿固著過去狀態，應著重現在需求	.559	.509
25.與案主討論工作的重要性	.570	.486
21.建設性處理日常發展和危機	.506	.466
29.聚焦在未來目標和行動	.573	.466
6.鼓勵案主訂定復元目標	.461	.407
F2: 倡導社會變遷		
13.遊說雇主雇用精神病患	.660	.750
28.著重特定情境下的評量	.641	.680
33.鼓勵雇主告知案主退縮狀況	.567	.598
12.遊說房東出租房屋給精神病患	.554	.587
14.促使社區工作者等同對待	.562	.552
26. 協助案主完成雜務以顯示案主負責態度	.618	.488
F3: 復元導向之專業關係		
50.復元過程經常包括經歷再發病和失敗的風險	.561	.715
47.工作者坦然表達自己的限制	.577	.694
48.持續告知案主不知道或不了解的訊息	.641	.678

49.協助案主建立正向的自我形象	.617	.542
46.詢問案主感覺和想法，即使與處遇無直接關聯	.460	.505
39.案主想要的和一般人都一樣	.427	.410
38.期待案主參與活動並和機構外的人接觸	.483	.409
F4: 正常化/早期干預		
36.坦然表達不贊成案主偏差行為	.662	.728
35.表達期待案主有合宜行為	.683	.702
37.鼓勵案主保持正常的作息	.647	.623
32.主動告知出院後若有新問題應回機構求助	.545	.525
34.視案主為一個整體而非只在困難之處	.576	.433
31.要求案主親友告知退縮徵兆	.567	.416
F5: 強調優勢而非弱勢		
43.規劃方案增強案主優點	.712	.672
44.促進正向經驗協助發展案主優點	.730	.639
42.了解案主優點為評量的主要部分	.636	.618
45.藉增強其優點克服不足之處	.677	.587
F6: 運用環境資源		
15.促使家庭接納精神病患	.637	.654
9.將親人朋友含入案主復健過程	.584	.630
10.協助案主建立社會網絡	.630	.550
11.鼓勵案主參加社區支持團體	.503	.517
F7: 裝備案主技巧		
1.教導案主社會互動技巧	.723	.714
4.教導案主獨立生活	.702	.670
2.教導案主溝通技巧	.715	.669

3.教導案主就業技巧	.612	.493
F8: 增強權能		
7.增強案主權能以影響機構功能和方案內容	.529	.526
8.鼓勵案主反對其不同意之事	.437	.479
F9: 工作人員之承諾		
23.以非正式方式和案主討論生活話題	.581	.671
22.任何時候和環境皆可與案主一起工作	.605	.652
24.鼓勵案主參與任何類型就業	.524	.452
Total variance explained: 59.21% ; $\alpha=.95$		

Note : F1: Eigenvalue=15.79, Variance Explained=33.59%, $\alpha=.90$;

F2: Eigenvalue=2.65, Variance Explained=5.64%, $\alpha=.79$;

F3: Eigenvalue=1.97, Variance Explained=4.20%, $\alpha=.83$.

F4: Eigenvalue=1.58, Variance Explained=3.35%, $\alpha=.82$;

F5: Eigenvalue=1.33, Variance Explained=2.83%, $\alpha=.86$;

F6: Eigenvalue=1.27, Variance Explained=2.70%, $\alpha=.75$;

F7: Eigenvalue=1.17, Variance Explained=2.49%, $\alpha=.73$;

F8: Eigenvalue=1.06, Variance Explained=2.25%, $\alpha=.56$;

F9: Eigenvalue=1.01, Variance Explained=2.15%, $\alpha=.64$.

表 5.9：精神復健態度與落實之信度

因 素	醫院樣本		復健機構樣本	
	態度	落實	態度	落實
整體量表	.96	.95	.96	.96
復元取向實務	.90	.90	.91	.90
倡導社會變遷	.72	.79	.75	.75
復元導向之專業關係	.84	.83	.84	.86
正常化/早期干預	.83	.82	.84	.80
增強優勢而非弱勢	.86	.86	.86	.86
運用環境資源	.82	.75	.83	.74
裝備案主技巧	.84	.73	.88	.56
增強權能	.48	.56	.60	.54
工作人員之承諾	.60	.64	.54	.64

肆、精神復健態度與落實之比較

精神復健之態度與落實分數即根據上述因素分析結果計算總分與個次向度之分數。原先態度之測量選項計分方式為 1(非常不同意)至 4(非常同意)，與落實狀況之計分不同，為了比較專業人員態度與落實程度之差異，在計算態度分數時將態度計分方法變更為與落實狀況相同，即 0 至 3。

一) 醫院樣本

專業人員的認同度平均數在 1.88-2.42 之間，大多落在同意與非常同意之間；落實度平均數則在 1.47-2.33 之間，顯然比認同度低。在各次向度的認同度和落實

度由高到低依序排列如下：

1. 認同度：正常化/早期干預、復元取向實務、強調優勢而非弱勢、運用環境資源、復元導向之專業關係、裝備案主技巧、倡導社會變遷、增強權能、工作人員之承諾。
2. 落實度：正常化/早期干預、復元取向實務、復元導向之專業關係、強調優勢而非弱勢、裝備案主技巧、增強權能、運用環境資源、工作人員之承諾、倡導社會變遷、。

由先後順序可看出專業人員較能認同和落實個案服務層面的復健原則，如正常化、復元取向與優勢觀點，但是對於與環境和巨視層面的相關原則的認同和落實度相對較低，包括增強權能、運用環境資源、與倡導社會變遷。再者，專業人員對於量表中所列的有關「工作人員之承諾」的問項的認同度最低，落實度為倒數第二。

Paired t 檢定的結果顯示，無論是在精神復健原則的整體量表分數或是次量表分數，專業人員的態度(認同度)和落實度之間大差異都達到顯著(見表5.10)。各次向度在態度與落實度之差異，由高到低依序排列如下：倡導社會變遷、運用環境資源、增強權能、工作人員之承諾、強調優勢而非弱勢、復元導向之專業關係、復元取向實務、正常化/早期干預、裝備案主技巧。

專業人員不僅在巨視面的認同與執行度相對較低，二者之間的差距也最高；相對地在正常化/早期干預和裝備案主技巧方面則認知與行動較一致

表5.10：精神復健態度與落實度之比較——醫院樣本(N=723)

		平均數	標準差	相關	差異平均	T值
因素一： 復元取向實務	態度	2.39	.373	.475***	.184	10.35***
	執行	2.21	.526			
因素二：	態度	2.17	.382	.375***	.709	31.478***

倡導社會變遷	執行	1.47	.634			
因素三： 復元導向之專業關係	態度	2.37	.397	.468***	.197	10.45***
	執行	2.17	.552			
因素四： 正常化/早期干預	態度	2.42	.406	.497***	.092	5.08***
	執行	2.33	.534			
因素五： 強調優勢而非弱勢	態度	2.39	.449	.476***	.220	10.04***
	執行	2.17	.650			
因素六： 運用環境資源	態度	2.39	.449	.393***	.411	18.26***
	執行	1.98	.619			
因素七： 裝備案主技巧	態度	2.23	.492	.352***	.074	3.27***
	執行	2.16	.571			
因素八： 增強權能	態度	2.13	.485	.434***	.387	15.87***
	執行	1.74	.698			
因素九： 工作人員之承諾	態度	1.88	.531	.578***	.294	14.01***
	執行	1.59	.667			
整體量表	態度	2.31	.329	.453***	.269	17.20***
	執行	2.04	.451			

Note: *** : p .001

二) 精神復健機構樣本

專業人員的認同度平均數在2.15-2.42之間，大多落在同意與非常同意之間；落實度平均數則在2.00-2.46之間，除了「裝備技巧」向度之外，大多比認同度低。在各次向度的認同度和落實度由高到低依序排列如下：

1. 認同度：正常化/早期干預、運用環境資源、復元取向實務、復元導向之專業關係、強調優勢而非弱勢、裝備案主技巧、倡導社會變遷、增強權能、

工作人員之承諾。

2.落實度：裝備案主技巧、正常化/早期干預、強調優勢而非弱勢、復元取向實務、復元導向之專業關係、運用環境資源、工作人員之承諾、倡導社會變遷、增強權能。

由先後順序可看出專業人員較能認同和落實個案服務層面的復健原則，如正常化、復元取向與優勢觀點，但是對於與環境和巨視層面的相關原則的認同和落實度相對較低，包括增強權能與倡導社會變遷。再者，專業人員對於量表中所列的有關「工作人員之承諾」的問項的認同度最低，落實度為倒數第三。

Paired t 檢定的結果顯示在四個次向度上認同度與落實度之間達顯著差異，包括倡導社會變遷、運用環境資源、增強權能、裝備案主技巧；整體分數之差異則未達顯著(見表5.11)。在顯著的次向度上，「裝備案主技巧」方面的落實度高於認同度，其餘三個項度則是認同度高於落實度。達顯著的次向度在態度與落實度之差異，由高到低依序排列如下：倡導社會變遷、運用環境資源、增強權能、裝備案主技巧。

專業人員不僅在巨視面的認同與執行度相對較低，二者之間的差距也最高；相對地在正常化/早期干、復元導向之實務、與優勢觀點方面則認知與行動較一致。

表5.11：精神復健態度與落實度之比較—復健機構樣本(N=132)

		平均數	標準差	相關	差異平均	T值
因素一： 復元取向實務	態度	2.40	.387	.464***	.021	.53
	執行	2.38	.475			
因素二： 倡導社會變遷	態度	2.33	.365	.416***	.310	6.55***
	執行	2.02	.583			
因素三： 復元導向之專業關係	態度	2.40	.388	.423***	.027	.63
	執行	2.37	.529			

因素四： 正常化/早期干預	態度	2.42	.394	.405***	-.023	-.51
	執行	2.44	.512			
因素五： 強調優勢而非弱勢	態度	2.40	.442	.405***	.013	.27
	執行	2.39	.567			
因素六： 運用環境資源	態度	2.41	.467	.412***	.258	4.86***
	執行	2.15	.628			
因素七： 裝備案主技巧	態度	2.33	.533	.312***	-.128	-2.49*
	執行	2.46	.466			
因素八： 增強權能	態度	2.18	.523	.499***	.186	3.33***
	執行	2.00	.714			
因素九： 工作人員之承諾	態度	2.15	.477	.617***	.068	1.53
	執行	2.08	.642			
整體量表	態度	2.37	.337	.402***	.070	1.86
	執行	2.30	.439			

伍、精神醫療專業人員精神復健態度與落實之影響因素分析

本研究之分析模式中，自變項有三組：專業人員基本人口特質、精神復健研習經驗、以及與精神復健結構因素，包括相關的外在體系和內在體系。第一組變項包括年齡、性別、專業領域、最高學歷、相關工作總年資、畢業年數、與所屬醫院層級。

第二組則包括是否參加精神復健研討會、研習課程、閱讀相關文章及書籍，以及各類研習之數量。在分析中為平衡各組之間的樣本數，合併專業領域中的職能治療(n=50)、個案管理員(n=12)、就業輔導(n=22)與其他(n=11)。最高學歷部分，只有 11 人擁有博士學位，因此與碩士學位者(n=92)合併為研究所。

第三組自變項只用於醫院樣本之分析，精神復健機構不適用於這些題目。這組變項包括 1. 外在體系，指政策對精神復健之重視度、健保給付制度、相關方案補助數量與金額、社區精神復健資源，共八個次變項；2. 內在體系則含括醫院整體處遇方向、處遇計畫對精神復健之重視度、出院計畫中對精神復健之重視度、專業人員對出院計畫決策權、醫院主管支持度、精神復健方案人力充足度，共七題。本研究同時檢視個別次變項和整體內外體系與態度和落實度之相關，經信度分析顯示外在體系問項之內在一致性相當好(Cronbach's $\alpha=.88$)，內在體系之 α 則為 .80。因此在檢視整體影響時，計算問項總分之平均值用於分析中，當填達者之漏答題數超過兩題則不納入分析中，外在體系變項部份刪除 7 位，內在體系變項排除了 3 位。

一) 精神復健態度之相關因素

(一) 雙變項分析

1. 基本人口特質

首先檢視專業基本人口特質與其所持的精神復健態度是否相關，發現與年齡有顯著的正相關($r=.100, p=.008$)，即年齡越長越具有正向的精神復健態度。相關工作年資和畢業年數兩變項與精神復健態度也具正向關係($r=.092, p=.019; r=.119, p=.006$)。同時，專業人員之學歷、所屬醫院之層級和專業領域也與精神復健態度有顯著相關(見表 5.12)，經 Scheffe 的事後檢定可知醫學中心的專業人員比起

區域醫院的人員更同意精神復健原則；不過專業領域和最高學歷類別之間的兩兩比較都未達顯著($p>.05$)。性別未與精神復健態度達顯著相關。

2. 精神復健研習經驗

若就是否參與精神復健而言，曾經參加過研討會、訓練課程、或閱讀相關文章書籍者，比起未參加者更同意精神復健原則(見表 5.13)。再者，檢驗參加研習之愈多則愈同意精神復健原則，相關係數分別為：參加研討會($r=.131, p=.002$)、參加訓練($r=.106, p=.014$)、閱讀文章($r=.118, p=.015$)、閱讀書籍($r=.128, p=.011$)。

3. 精神復健結構因素

由於內外體系變項之測量屬於等級尺度，因此檢視這些變項與精神復健態度之 Spearman Correlation 係數，表 5.14 呈現所得之結果。精神復健態度與七個外在體系變項達到顯著的弱相關，其中與問項 6 相關係數相對較高。整體外在體系分數與態度之相關係數為 $-.155(p<.001)$ 。兩組變項間呈現負相關，亦即醫院專業人員越認為外在體系各方面對於精神復健並不支持者，對精神復健原則之認同度越高；這或者反映了認同精神復健專業人員對於外在體系的不滿，另一方面也可能是對精神醫療政策者，對於體系的一種反動，因此越加認同精神復健。

內在體系變項中有三個與態度達顯著的弱相關，處遇計畫越重視精神復健、醫院主管越支持精神復健，則專業人員之對復健原則越認同。但是若醫院推動方案人力越不充足，則復健態度越正向，其中的詮釋如前段。整體內在體系分數與態度分數呈微弱的正相關($.077, p<.05$)。

小結

整體而言，在雙變分析中，只有性別不是復健態度的顯著相關變項。其餘則都達顯著，但是年齡等連續變項與復健態度之相關乃屬於弱相關。

表 5.12：兩類變項之類別間在精神復健態度上之差異

變 項		N	平均數	標準差	df	T
性別	男生	150	2.33	.34	723	T= .93
	女生	575	2.30	.32		P=.354
參加研 討會	是	455	2.35	.33	710	T= -4.70
	否	257	2.23	.32		P=.000
參加訓 練課程	是	383	2.34	.32	703	T= -3.55
	否	322	2.25	.33		P=.000
閱 讀 相 關文章	是	561	2.33	.32	7074	T= -3.96
	否	148	2.21	.35		P=.000

表 5.13：專業人員精神復健態度之變異數分析

Variables	Groups	Mean (n)	Source of Variance	df	MS	F	Posthoc
最高學歷	高中	2.24 (20)	組間	2	.437	4.12*	N.S.
	大專	2.29 (605)		組內	724		
	研究所	2.39 (102)					
專業領域	醫師	2.30 (92)	組間	4	.350	3.37**	2<5
	護理	2.27 (380)		組內	716		
	心理	2.36 (74)					
	社工	2.34 (91)					
	OT 等	2.40 (84)					
醫院層級	醫學中心	2.36 (141)	組間	2	.530	4.96**	1>2
	區域醫院	2.27 (409)		組內	730		
	專科教學	2.33 (183)					

Note: *: P .05; **: P .01; ***: P .001.

表 5.14：精神復健結構因素與精神復健態度和落實之相關(Spearman Correlation)

精神復健結構因素	態度	落實度
外在體系		
1.政策重視精神復健程度	.018	.059
2.法規及措施支持度	-.119 ^{***}	.036
3.健保給付涵蓋度	-.138 ^{***}	-.037
4.健保給足夠度	-.136 ^{***}	-.032
5.方案補助數量充足度	-.139 ^{***}	-.046
6.方案補助金額充足度	-.153 ^{***}	-.055
7.社區相關服務類型充足度	-.117 ^{**}	.050
8.社區相關服務容量充足度	-.136 ^{***}	.022
內在體系		
1.醫院處遇重視精神復健程度	.066	.201 ^{***}
2.醫院相關措施充足度	.034	.211 ^{***}
3.精神科處遇計畫重視精神復健程度	.200 ^{***}	.317 ^{***}
4.醫院出院計畫重視精神復健程度	.055	.275 ^{***}
5.專業人員之出院計畫決策權	.007	.174 ^{***}
6.醫院主管支持度	.092 [*]	.183 ^{***}
7.醫院推動相關方案人力充足度	-.088 [*]	.065

Note: *: P < .05; **: P < .01; ***: P < .001.

(二) 多變項分析

在複迴歸分析中，類別變項乃採用虛擬變項處理，其中醫院層級乃以醫學中心為對照組，專業領域則以職能治療師(OT)等為對照組，最高學歷之對照組為研究所。在研習經驗變項方面，由於顯示參與多寡的四變項之遺漏人數太多，在 183 至 347 之間，若採用這些變項將導致有效樣本數銳減，因此採用兩類變項於分析中。其次，由於年齡與工作年資和畢業年數之間有高度的正相關，相關係數分別為.84 和.70，若同時放入模式中將產生共線性問題；又三變項中，年齡的漏答人數最少，因此保留年齡變項。精神復健結構因素乃含括雙變項分析中達顯著者，即七個外在體系變項與三個內在體系變項。

分析結果顯示，三組自變項總共解釋將近 9.5%的精神復健態度變異量，整個模型達顯著(見表 5.15)。其中以精神復健結構因素與態度之相關度最高($R^2=7.6\%$)，基本人口變項次之($R^2=3.6\%$)，研習經驗居最後($R^2=1.6\%$)。在控制其他模型中的變項後，有四個自變項達顯著，即專業領域、參加研討會、法規及措施支持度、精神科處遇計畫重視精神復健程度。專業領域中，醫師比起 OT 等專業較不認同這些精神復健原則。

表 5.15：專業人員精神復健態度之迴歸分析 (N=651)

Predictors	B ^a	SE B	β^b
基本人口變項			
年齡	.003	.002	.061
性別 (1=M, 2=F)	-.019	.038	-.023
醫院層級			
區域醫院	-.054	.034	-.081
專科教學醫院	-.008	.040	-.011
專業領域			
醫師(1)	-.157	.055	-.165**

護理人員(1)	-.068	.044	-.103
心理師(1)	-.036	.058	-.033
社工師(1)	-.072	.055	-.071
最高學歷			
高中(1)	-.033	.102	-.014
大專(1)	-.080	.041	-.009
精神復健研習經驗			
參加過研討會(1=No, 2=Yes)	.079	.038	.115*
參加過訓練(1=No, 2=Yes)	.006	.035	.009
閱讀相關文章(1=No, 2=Yes)	.003	.037	.004
精神復健結構因素			
1.外在體系			
法規及措施支持度	-.054	.022	-.116*
健保給付涵蓋度	.022	.028	.057
健保給付足夠度	-.026	.029	-.064
方案補助數量充足度	-.032	.026	-.068
方案補助金額充足度	.005	.028	.010
社區相關服務類型充足度	-.007	.025	-.016
社區相關服務容量充足度	-.030	.025	-.070
2.內在體系			
精神科處遇計畫重視精神復健程度	.083	.019	.212***
醫院主管支持度	.009	.017	.024

醫院推動相關方案人力充足度	-.031	.017	-.076
$R^2=.12.8\%$; Adjusted $R^2=9.5\%$; $F_{(23, 611)}=3.903^{***}$			

Note: a.: Unstandardised regression coefficient; b: Standardised regression coefficient; *: P .05; **: P .01; ***: P .001; Block 1 accounted for 3.6% of the variance; block 2 caused a 1.6% R^2 increment ; block 2 further caused a 7.6% R^2 increment.

二) 精神復健原則落實之相關因素

(一) 雙變項分析

1. 基本人口變項

年齡與落實精神復健原則有顯著的正相關($r=.183, p=.000$)，不同的醫院層級在落實度方面也有顯著差異，Scheffe 檢定顯示醫學中心和專科教學醫院都高於區域醫院($p<.05$)。不同的專業領域之間對於精神復健原則之落實度整體上達顯著差異($p<.05$)，但是事後比較顯示沒有任兩組之間則達顯著。性別與最高學歷與落實精神復健原則未達顯著差異(見表 5.16)。

2. 精神復健研習經驗

參加研討會、訓練課程或閱讀相關文章者比起未從事相關研習者更能落實精神復健原則(見表 5.16)，研習經驗愈多者其落實度愈高，相關係數分別為：參加研討會($r=.172, p=.000$)、參加訓練($r=.170, p=.000$)、閱讀文章($r=.186, p=.000$)、閱讀書籍($r=.256, p=.000$)。這些變項與落實度的相關程度高於與態度之相關。

3. 精神復健結構因素

由表 5.17 可看出精神復健落實度與外在體系的任何變項都沒有顯著相關，相關係數相當低。但是與內在體系變項則多呈現中度偏弱的正相關，只有與人力充足度之相關未達顯著。亦即醫院內部各方面越支持精神復健，則專業人員的精

神復健原則落實度也越佳。整體外在體系分數與精神復健落實度未達顯著 ($p>.05$)，整體內在體系分數則與落實度達顯著正相關($r=.30, p=.000$)。

四) 精神復健態度

精神復健態度與原則落實度之間呈現中度偏高相關($r=.45, p=.000$)，對於復健原則的態度越正向，也越能落實這些原則。

表 5.16：兩類變項之類別間在落實精神復健原則上之差異

變 項		N	平均數	標準差	df	T
性別	男生	149	1.98	.43	714	T= -1.68
	女生	567	2.05	.45		P=.094
參加研 討會	是	448	2.13	.40	455.72	T= -7.43
	否	256	1.88	.48		P=.000
參加訓 練課程	是	378	2.15	.40	639.01	T= -7.75
	否	319	1.90	.46		P=.000
閱 讀 相 關 文 章	是	555	2.11	.42	699	T= -8.31
	否	146	1.77	.48		P=.000

表 5.17：專業人員落實精神復健原則之變異數分析

Variables	Groups	Mean (n)	Source of Variance	df	MS	F	Posthoc
最高學歷	高中	1.95 (20)	組間	2	.13	.65	N.A
	大專	2.04 (598)					
	研究所	2.07 (100)	組內	715	.20		
專業領域	醫師	1.99 (90)	組間	4	.57	2.85*	N.S.

	護理	2.02 (375)	組內	7074	.20		
	心理	1.99 (74)					
	社工	2.09 (90)					
	OT 等	2.18 (83)					
醫院層級	醫學中心	2.12 (140)	組間	2	3.17	16.77***	1> 2
	區域醫院	1.95 (403)	組內	721	.20		3>2
	專科教學	2.16 (181)					

Note: *: P < .05; **: P < .01; ***: P < .001; N.A.: 不適用; N.S.: 未達顯著

(二) 多變項分析

在此分析中對於自變項的處理與前述關於復健態度的複迴歸分析相同，首先放入模式的第一組變項為人口變項，第二組為研習經驗，第三為精神復健結構因素，最後為精神復健態度。經三次分析後，共刪除十二個極端個案，調整後的 R^2 由 36.7% 增加為 40.9%。第一組變項可以解釋 13.0% 的變異量，控制這些自變項後，研習經驗增加 7.9%，內在體系變項則又增加 8.5%，復健態度再增加 13.4% 變異量，這些 R^2 變化都達顯著 ($p < .05$)。可見復健態度為最重要的自變項，內在體系次之。

控制了其他自變項之後，有七個變項與復健原則之落實達顯著相關，包括年齡、性別、專業領域、參加訓練課程、閱讀相關文章和書籍、醫院出院計畫中對精神復健之重視度、與復健態度。關係方向與雙變項之發現相同；性別部分，女性較男性更能落實精神復健原則；醫師比起 OT 等專業較不能落實精神復健原則。其中以復健態度為最重要，其標準化迴歸係數高出其他變項許多，其次為‘出院計畫’，再其次為年齡與閱讀文章書籍（見表 5.18）。

小結

整體上這個模式對於精神復健原則之落實度具備相當程度的解釋力，對於復

健態度之差異則解釋度有限，屬於弱相關。重要的發現是，復健態度乃是復健原則之落實的最重要自變項，醫院出院計畫對於精神復健之重視程度、閱讀相關文章書籍為次要變項，顯示更需著重正向精神復健態度之建立、推動相關文獻之閱讀活動、與促進出院計畫中增加病患出院後復健潛能與需求評估以及相關轉介，以促進復健原則之落實，特別是針對年輕、和男性專業人員、與醫師。另外，本研究發現參加研討會、促進醫院處遇計畫可有助於專業人員對精神復健原則之認同。

表 5.18：專業人員精神復健原則落實度之迴歸分析(N=634^a)

Predictors	B ^b	SE B	β^c
Block 1:基本人口變項			
年齡	.010	.002	.159***
性別 (1=M, 2=F)	.10	.039	.096*
醫院層級			
區域醫院	-.053	.035	-.064
專科教學醫院	.054	.043	.055
專業領域			
醫師(1)	-.169	.059	-.142**
護理人員(1)	-.027	.046	-.033
心理師(1)	-.070	.060	-.051
社工師(1)	-.086	.056	-.068
最高學歷			
高中(1)	-.035	.104	-.012
大專(1)	.007	.043	.006
Block 2:研習經驗			
參加過研討會(1=No, 2=Yes)	.053	.039	.062
參加過訓練課程(1=No, =Yes)	.074	.035	.089*
閱讀相關文章(1=No, 2=Yes)	.129	.039	.124**
Block 3: 精神復健結構因素			
醫院處遇重視精神復健程度	-.025	.019	-.059
醫院相關措施充足度	.023	.022	.047
精神科處遇計畫重視精神復健程度	.039	.022	.078
醫院出院計畫重視精神復健程度	.085	.021	.178***

專業人員之出院計畫決策權	.027	.016	.059
醫院主管支持度	.006	.019	.012
Block 4			
精神復健態度	.490	.041	.384***
$R^2=42.8\%$; Adjusted $R^2=40.9\%$; $F_{(20,603)}=22.52^{***}$			

Note: a: Twelve outliers were excluded.; b: Unstandardised regression coefficient; c: Standardised regression coefficient; *: P .05; **: P .01; ***: P .001. Block 1 accounted for 13% of the variance; block 2 caused a 7.9% R^2 increment; block 3 further caused a 8.5% R^2 increment; block 4 caused another 13.4% R^2 increment

陸、精神復健機構專業人員復健態度與落實之影響因素分析

本研究之分析模式中，自變項有兩組：專業人員基本人口特質與精神復健研習經驗。前者包括年齡、性別、專業領域、最高學歷、相關工作總年資、與畢業年數。後者則包括是否參加精神復健研討會、研習課程、閱讀相關文章及書籍，以及各類研習之數量。分析中為平衡各組之間的樣本數，故合併變項類別，專業領域中方面，填達者中只有兩位是醫師，將之與護理人員合併，另就業輔導者(n=8)與其他(n=5)合併。最高學歷變項之處理與前述相同。

一) 精神復健態度之相關因素

(一) 雙變項分析

1. 基本人口特質

分析結果顯示每有任一個專業人員基本人口特質變項與其對精神復健原則之同意程度顯著相關($p > .05$)。

2. 精神復健研習經驗

若就是否參與精神復健而言，曾經參加過研討會者認同這些精神復健原則的程度高於未參與過者(見表 5.19)。再者，檢驗參加研討會的次數愈多則愈同意精神復健原則($r = .226, p = .027$)。

小結

由雙變分析中可知模式中的自變項中只有一個與精神復健態度達顯著，即參與研討會，其餘都未達顯著。

表 5.19：兩類變項之類別間在精神復健態度上之差異

變 項		N	平均數	標準差	df	T
性別	男生	47	2.39	.33	130	T= .70
	女生	85	2.34	.34		P=.483
參加研 討會	是	115	2.40	.33	131	T= -2.53
	否	18	2.19	.28		P=.013
參加訓 練課程	是	121	2.38	.33	131	T= -1.46
	否	12	2.23	.33		P=.146
閱 讀 相 關文章	是	124	2.38	.34	130	T= -1.02
	否	8	2.25	.26		P=.308

表 5.20：專業人員精神復健態度之變異數分析

Variables	Groups	Mean (n)	Source of Variance	df	MS	F	Posthoc
最高學歷	高中	2.27 (43)	組間	2	.306	2.81	N.A
	大專	2.41 (84)	組內	131	.109		
	研究所	2.45 (7)					
專業領域	醫護	2.33 (43)	組間	5	.162	1.48	N.A
	心理	2.60 (5)	組內	128	.110		
	社工	2.37 (20)					
	TO	2.47 (6)					
	個管員	2.31 (47)					
	就輔員等	2.51 (13)					

(二) 多變項分析

在複迴歸分析中，類別變項乃採用虛擬變項處理，其中醫院層級乃以醫學中心為對照組，專業領域則以個案管理員和就輔人員為對照組，最高學歷之對照組為研究所。其次，由於年齡和畢業年數之間有高度的正相關，相關係數為.67，若同時放入模式中將產生共線性問題；因此保留年齡和相關工作總年資變項。

分析結果顯示，這些變項可解釋將近 12.3%的精神復健態度變異量，調整後的 R^2 只有 2.2%，整個模型未達顯著($F=1.22, p=.274$)。顯然地，對於社區精神復健機構專業人員而言，這些變項並非重要的自變項。

二) 精神復健原則落實之相關因素

(一) 雙變項分析

1. 基本人口變項

這組變項中只有年齡與落實精神復健原則有顯著的正相關($r=.194, p=.026$)，其餘變項都未達顯著，包括性別、專業領域、最高學歷、相關工作總年資。

2. 精神復健研習經驗

在 t 檢定中呈現參加研討會、與閱讀相關文章者比起未從事相關研習者更能落實精神復健原則(見表 5.20)，不過無母數分析則顯示參加研討會變項未達顯著($p=.080$)，而閱讀相關文章則仍達顯著($p<.05$)，可見後者與依變項之相關性較穩定。但是由 Pearson correlation 中則未見到研習數量與落實程度之顯著相關。

3. 精神復健態度

精神復健態度與原則落實度之間呈現中度相關($r=.40, p=.000$)，對於復健原

則的態度越正向，也越能落實這些原則。

小結：

由雙變項分析的結果發現有四個自變項與精神復健原則之落實度有顯著相關，即年齡、參加研討會、閱讀相關文章、與精神復健態度。

表 5.21：兩類變項之類別間在落實精神復健原則上之差異

變 項		N	平均數	標準差	df	T
性別	男生	47	2.28	.40	130	T= -.34
	女生	85	2.31	.46		P=.733
參加研 討會	是	115	2.34	.41	131	T= -2.32
	否	18	2.09	.56		P=.022
參加訓 練課程	是	120	2.31	.41	13.01	T= -1.07
	否	13	2.18	.67		P=.285
閱 讀 相 關文章	是	125	2.33	.41	7.31	T= -3.19
	否	8	1.83	.69		P=.002

表 5.22：專業人員精神復健落實度之變異數分析

Variables	Groups	Mean (n)	Source of Variance	df	MS	F	Posthoc
最高學歷	高中	106.66 (29)	組間	2	87.03	.21	N.S.
	大專	103.74 (68)	組內	99	411.43		
	研究所	105.00 (5)					
專業領域	醫護	106.82 (33)	組間	5	319.62	.78	N.S.
	心理	114.75 (4)	組內	96	409.46		

	社工	103.00 (19)					
	TO	101.00 (6)					
	個管員	106.07 (28)					
	就輔員等	96.25 (12)					

(二) 多變項分析

在此分析中對於自變項的處理與前述關於復健態度的複迴歸分析相同，首先放入模式的第一組變項為人口變項與研習經驗，第二組則為精神復健態度。經分析後發現一個極端個案，因此刪除後再分析，調整後的 R^2 增加了 6.3%，由表 5.21 所呈現的結果可知整體模式可以解釋 37.5%(調整後的為 29.6%)的精神復健原則落實程度。兩次分析中，顯著的自變項不變。第一組變項可以解釋 20.6%的變異量，控制這些自變項後，復健態度可以增加 17%變異量，並且達顯著($p < .05$)。

控制了其他自變項之後，有三個變項與復健原則之落實達顯著相關，包括專業領域、閱讀相關文章和書籍、與復健態度。其中以復健態度為最重要 ($Beta = .439$)，其次為閱讀文章書籍與專業領域。專業領域中個案管理員落實精神復健原則的程度顯著高於就業輔導員與其他。

小結

整體上，分析結果顯示這個模式能夠部分解釋精神復健原則之落實度之差異。然而，並未能解釋復健態度之變異。重要的發現是，復健態度乃是復健原則之落實的最重要自變項，而閱讀相關文章書籍為次要變項，顯示更需著重正向精神復健態度之建立與推動相關文獻之閱讀活動，特別是針對個案管理員以外的專業人員，以促進復健原則之落實。

表 5.23：專業人員精神復健原則落實之迴歸分析(N=125^a)

Predictors	B ^b	SE B	β ^c
年齡	.003	.003	.065
性別 (1=M, 2=F)	.067	.083	.075
專業領域			
醫護(1)	.199	.123	.217 ^c
心理師(1)	.196	.220	.089
社工師(1)	.082	.142	.068
OT (1)	.162	.194	.081
個管員(1)	.294	.132	.324*
相關總年資	.0002	.000	.097
最高學歷			
高中(1)	.090	.089	.096
研究所(1)	.024	.179	.013
參加過研討會(1=No, 2=Yes)	.112	.118	.087
參加過訓練(1=No, 2=Yes)	-.070	.128	-.048
閱讀相關文章(1=No, 2=Yes)	.589	.156	.316***
精神復健態度	.568	.104	.439***
R ² =37.5% ; Adjusted R ² =29.6% ; F _(14,110) =4.72***			

Note: Note: a: One outliers was excluded.;b:: Unstandardised regression coefficient; c: Standardised regression coefficient; ; *: P .05; **: P .01; ***: P .001; Block 1 accounted for 20.6% of the variance; block 2 caused a 17% R² increment.

第六章、討論與建議

壹、復元過程與結果

本研究歷經兩年的研究，第一年著重在探究復元者過程和結果以及影響因素，第二年則普遍了解精神醫療與復健相關專業人員對於精神復健原則之認同度和落實度。在復元者部分我們第一年訪談了 19 位復元者與 10 位照顧者，第二年則追蹤訪談 15 位，藉由 15 位的資料檢視復元者狀況之穩定度和兩年的比較。他們都持有某種社會角色，包括工作、庇護性工作、學生、訓練方案學員、家管等。經由分析歸納出有 4 位符合 Spaniol 等人(2002)所描述的「超越障礙」、6 位屬「與障礙共存」5 位則為「與障礙對抗」。整體上這些復元者的症狀都相當穩定，對自己的能力都已恢復相當的信心，亦有人際互動和休閒娛樂。在 Spaniol 等人的研究(2002)中並未發現有「超越障礙者」，其描述乃是根據文獻得之，本研究則找到了 4 位，對於他們而言，他們如一般人生活，追求自己所要的，但是經歷疾病對抗後，他們所描述的對自己的自信肯定，對生活現狀感到快樂滿足，程度似乎超過一般人，或許是經歷人生苦難後更加珍惜得來不易的成果。疾病對他們已經不構成阻礙，成為生活中的一小部分。「與障礙共存」者其實相當接近「超越障礙者」，差別在於有一些過不去之處，仍然在乎疾病帶來的後續影響，如年紀老大就業機會減少，或是仍然有一點症狀或藥物副作用需要克服，或仍在庇護的工作環境中。「與障礙對抗」者所對抗的不是精神疾病本身，而是疾病引發的藥物副作用與社會烙印和歧視，即如 WHO 提出的架構中的活動極限和參與限制，如工作、人際關係和結婚生子的機會等。

在復元過程方面，這些人發病至今年數由 3 年到 25 年，發病年數與復元之間沒有一定的關係，但大多「超越障礙」者都只有住院一次，有一位「與障礙共存」者則住院 28 次(T4)，一位「與障礙對抗」者住院 7 次(H2)；可見減少住院應該有助於復元，因為每次疾病再發都可能對精障者造成再一次的損傷；另外不再住院也是復元結果的一個指標。復元是一個螺旋上升的漸進過程，只有五位提到轉捩點，包括感動於家人不放棄的照顧引發向上動力、宗教的激發與安慰、醫療復健專業人員點燃希望的種子、婚姻帶來情感寄託和責任感，這些是過去文獻中所未提及的。

在影響復元的因素當中，本研究也發現 Spaniol 等人(2002)所列的因素，即藥物有效性、家人的支持、醫療與復健單位持續的協助、宗教支持。除此之外，

多數的復元者提到自己的性格或個性所致，包括樂觀、正向積極、和堅毅。正如 Kobasa(1979)提出堅毅(hardiness)的人格特質在壓力事件產生時可作為保護因子，堅毅的人有三項特質：相信其能控制或影響生活經驗、能夠充分投入生活的各種活動、視改變為生命中的一種挑戰；研究發現也顯示這種人格特質是保護健康的因子(引自 Lloyd, 1995)。如 C5 相信自己的疾病有一個終點，自己的生命本身就有意義，他一再嘗試，永不放棄。如此的性格使個人更有韌性(resilience)，忍受挫折不斷調整後再出發。在復元過程中很重要的是發展出來因應疾病症狀和藥物副作用的方法，以及面對工作挑戰和人際互動的技巧和方法。因應良好讓復元者的自我感和外在環境掌控感得以提升。

家人愛的關注，不離不棄，是絕大多數(除了 C6)復元者的充分必要條件。且多數是父母的付出，提供基本的生活所需和照顧，經濟狀況佳者甚至提供接觸外界和學習的機會，如學語言、出國遊學。此乃中國人的家庭價值與文化傳統，與西方世界不同之處。復元者回饋父母之心進一步引發維持和進步的動力，家人支持和復元之間形成一種相互交流影響的正向力量。

醫療與復健專業人員的影響是另一個重要影響因素，有復元者提到醫師給予復元的希望、職能治療師協助復健規劃生活、護理人員如母親般真誠關愛、社工員和心理師的開放接納態度。三位比較不同醫療單位的處遇帶來的不同影響，如 Deegan(1988)和 Anthony(1993)對於方案內容和體系的論述，復元者期待一個多元服務內涵、開放而接納的服務態度的體系。

工作是復元者參與社會、扮演成人角色和提升個人自信的重要管道。儘管多數復元者所作並非專業工作，但是他們努力在工作中表現，也肯定自己的表現，對自己的生涯也充滿希望。有三位(C2、C5、C6)則剛完成大專或研究所學業，未來可望從事專業工作。宗教信仰一方面拓展復元者的人際網絡，如教會中的人真誠關懷，令復元者感到溫暖和被接納、更重要是信仰內涵使其內在安定滿足。在遭遇挫折時提供安慰和意義來源。

在阻礙方面主要仍在藥物副作用、社會烙印、就業機會少、與醫療單位的保守和處遇缺乏刺激。相較於 Spaniol 等人(2002)的研究發現，本研究未發現物質濫用、貧窮、種族和發病年齡的影響。或許因為家人的經濟與照顧支持，復元者並未提到經濟困境影響復元，如前述未發現復元程度和發病年齡之相關性。所有的復元者都沒有酗酒或藥癮的問題。

筆者就其復元過程和結果的各種內涵和影響因素，整理一呈現過程、結果與影響因素的理論—「化一理論」(Unity Theory of Recovery)(見圖二)。此理論乃是以生態理論為基礎，進一步強調個人因素與環境因素如何相互交流，有助於個人復元。「化一理論」中的要素可含入生態架構中，即微視系統(個人)、中視系統(家庭和社區)、居間系統(醫療單位和福利機構)、與巨視系統(醫療體系和社會態度)。其主要在強調個人與環境的交流(transaction)，環境影響個人，但是個人如何回應環境也影響復元結果甚鉅。Lewin 的動力心理學中即強調人的行為是個人與環境互動的函數，他更強調行為動力來自追求一種近乎穩態(quasi-stationary equilibrium)(引自申荷永，2001)，其實筆者認為更恰當的說法是 Erich Fromm 所謂的圓整感(sense of integrity)(引自郭永玉，2000)。Lewin 的理論中有一重要論述，即整合的概念，源自於斯賓諾莎的一元論哲學：「人的心靈與整個自然相一致」，斯賓諾莎還表達一個觀點，認為一切不正當的行為皆起因於知識上的錯誤，適當認識環境的人，其行為就得當，此乃將動力、認知和環境結合起來探討，即動力心理學的重要內涵(引自申荷永，2001)。筆者認為要擴大整合靈性層面，才能達到圓整感，如本研究中的「超越障礙」所經歷的。由本研究復元者的復元經歷可看出往往是環境先提供復元的基礎，包括醫療照顧和藥物效果，加上家人不離不棄；在此基礎下個人發揮其性格中的正向特質回應環境要素，形成一種善循環，這多元的環境與個人內在力量，相互來回回應和反照，匯聚為「一」股促使復元者向上提升的力量，使個人身心社會靈皆安定。

貳、精神復健態度與落實

一、中視與巨視面相關原則落實度較低

醫院的專業人員對於精神復健原則大多認同，整體而言原則落實度則低於認同度。由未落實的項目多與倡導社會變遷、專業人員投入於工作的方式和時間、增強案主權能等有關，這些項目比較少被執行可能與醫院工作人員的工作內容與角色範疇有關，如只有少數的人從事精神復健，與社區的工作並非其職責範圍，如倡導房東出租房屋或雇主雇用並患事項；而就業技巧教導往往屬於職能治療師的工作，因此大部分專業人員未必涉入，不過這也與醫院是否執行職業復健工作有關，若有的話，參與執行之專業人員可能都會碰觸到案主這方面的需求。再者，鼓勵案主參與支持團體是任何專業人員都可執行的，當然限制來自於週邊社區或

是醫院本身是否辦理類似團體。

復健機構專業人員的部分發現他們較少落實倡導社會變遷、運用環境資源、增強案主權能等方面的復健原則。對於與案主工作的時間和環境，有部分專業人員可能仍維持在特定狀況下；競爭性就業(問項 40)這題乃屬於反向題，代表有 59.5%的人很少落實這項原則，對於許多專業人員而言，精障者從事競爭性就業似乎是遙不可及的想望，如此的發現也反映了現況。

二、精神復健原則內涵因素架構

本研究根據 Cnaan 精神復健原則內涵加以修改形成 50 項原則，內在因素架構與 Cnaan 原來的架構相較，基本上確認六項因素，即正常化/早期干預、強調優勢而非弱勢、運用環境資源、裝備案主技巧、增強權能、與工作人員之承諾；另外三個因素為整個量表的主要項目：復元取向實務、倡導社會變遷、與復元導向之專業關係。無論醫院樣本或是復健機構樣本，認同度與落實度差異最大的前三項都是倡導社會變遷、運用環境資源、增強權能。可喜的是專業人員都相當認同復元取向的實務，這方面的落實度也相對較高。將為未來精神精障者的復元提供一個深具潛力的環境。

三、態度為落實度最重要相關因素

本研究檢視四組自變項對於落實度之影響：基本人口變項、精神復健研習經驗、精神復健內在與外在體系、與精神復健態度。整體上這個模式對於精神復健原則之落實度具備相當程度的解釋力，對於復健態度之差異則解釋度有限，屬於弱相關。重要的發現是，復健態度乃是復健原則之落實的最重要自變項，醫院出院計畫對於精神復健之重視程度、閱讀相關文章書籍也是顯著變項，顯示更需著重正向精神復健態度之建立、推動相關文獻之閱讀活動、與促進出院計畫中增加精障者出院後復健潛能與需求評估以及相關轉介，以促進復健原則之落實，特別是針對年輕、和男性專業人員、與醫師。另外，本研究發現參加研討會與促進醫院處遇計畫包括精神復健可有助於專業人員對精神復健原則之認同，前者與 Casper 等人(2002)的研究發現一致，但是本研究並未發現學位對於醫院專業人員

態度的影響。本研究的重要發現在於醫院處遇計畫和精障者出院計畫中重視精神復健、與相關在職進修有助於落實復健原則。特別值得注意的是醫師相對於 OT 較未能落實精神復健原則。

在復健機構樣本部分的分析並未含括內在體系和外在體系變項。整體上，分析結果顯示這個模式能夠部分解釋精神復健原則之落實度之差異。然而，並未能解釋復健態度之變異。重要的發現是，復健態度乃是復健原則之落實的最重要自變項，而閱讀相關文章書籍為次要變項，顯示更需著重正向精神復健態度之建立與推動相關文獻之閱讀活動，特別是針對個案管理員以外的專業人員，以促進復健原則之落實。

參、綜合討論與建議

結合兩年的研究成果，筆者針對下列幾點加以討論並且提出建議：

1. 提升醫師對於精神復健原則之落實

在醫院中醫護人員是精障者最熟悉、最有機會接觸與他們最了解的專業，醫護人員的態度與處遇行為直接影響精障者的疾病控制與後續的復健情形。有幾位復元者提到醫師點燃其希望之火種，但是由研究發現其復健原則落實度顯著低於 OT。基於醫師在整個結構中的影響力，應加強醫師對於精神復健的重視和落實。方法乃是經由在職訓練中強化這方面的哲學理念、原則和落實方法之課程。

2. 增強內部處遇計畫與出院計畫對於精神復健的重視

處遇計畫中重視復健有助於提升專業人員對於精神復健原則之認同，出院計畫中對於精神復健的強調有助於復健原則之落實，可以想見若是精神復健成為整體處遇一部分或程序中必然完成者那麼必可增加落實度，此乃有賴於各醫院院長或精神科主任的認知和作為。這種理想的體現必須打破醫療和復健的藩籬，如 Anthony 所論述的二者之確在理論依據、目標和方法上都有差異，但是二者各是連續性服務的一環，彼此息息相關；在治療開端就必須以復健和復元為目標，而非只是症狀控制和疾病穩定。當總額預算實施之後，復健服務給付提高，增加推動復健的誘因，許多醫院紛紛投入復健服務行列，筆者樂見專業人員認同復元取向和優勢觀點，相對地在這幾方面的落實度也較高；然而，如同筆者所提出的「化一理論」，復元乃是個人和環境因素聚合為一股支撐個人螺旋上升的力量；因此，

如果不跨越醫院的藩籬，強調週邊環境資源的運用，與倡導社會變遷，那麼精障者仍舊無法跨越醫院保護的良好環境，進入社會接受挑戰，也無法看到令人意外而驚喜的成果。再者，整體醫院的處遇政策將影響醫師的作為，帶給精障者不同的人生方向。

3. 加強巨視層面的精神復健原則之落實

「與障礙對抗者」主要的阻礙在於社會大眾的歧視和烙印，以及社會提供的機會現制。這卻也是專業人員落實度最低的領域，醫院如此，精神復健機構亦然。誠然結構變遷與觀念改變不易，不過透過持續努力，當有更多精神精障者復元者的優異表現感動社會大眾，就有變遷的可能。近期也看到某些復健機構在這方面的努力，但是需要更多人具備這種理念進而投身其中，為精障者創造更多生存空間，那麼就可能產生更多的「超越障礙」者。

4. 提升對於環境資源之運用

本研究發現非正式支持網絡乃是復元者復元過程的重要基礎之一，特別是家庭支持，如何維繫此種支持乃是專業人員必須思考和努力之處。家庭成員對精障者的照顧和支持需要專業人員的支撐方能後繼有力，照顧負荷和家庭功能評估以及社會支持網絡建構都是一些相關方案。另外精障者所生存的社區存在一些資源，如教會和工作機會，專業人員必須透過外展，進入他們的棲息地，方能真正了解也才能知道如何切入幫助他們。要運用外展工作方法，必須醫院和復健機構認知其重要性，並且信任專業人員外出工作，彈性安排工作時間，方可真正落實。

5. 重視增強精障者之權能

復元的另一個基礎是精障者的性格，其中很重要的部分是正向樂觀和堅毅。此種人生視角可以透過優勢觀點，復元取向的實務，強調其優點與創造正向經驗，不斷增強精障者對自己的信心而獲得。他們需要希望的灌注、技巧教導和陪伴。其中相當重要的是因應症狀和藥物副作用的技巧，而要促進社會參與則更需要工作既能和人際互動技巧。

6. 著重靈性的接觸與啟發

幾位復元者的經驗顯示宗教信仰有助於其復元，尤其是性格的改變與靈性的提升。在醫院和復健中應該提供精障者接觸信仰的機會，專業人員也可以主動了

解精障者的信仰與相關的資源，善加運用以協助他們復元。

7. 落實以全人觀點出發的處遇取向

筆者提出「化一理論」(The Unity Theory of Recovery)，強調各種力量的整合，其背後的乃肯定人是一個整體系統，其與外在環境，由家庭、社區、社會、其他國家、大至整個宇宙乃是相互融合。專業人員若能抱持此種視野，認識系統理論中「殊途同歸」(equifinality)和「分道揚標」(multifinality)的概念，就能夠在處遇方案設計上更多元更有彈性，視個別化需求，以精障者選擇的方式達到其想望的目標。

肆、研究限制

本研究的最大限制來自於復健態度與落實之調查樣本，雖然採取普查，且經過相當多的努力，回收率仍然未達三分之一。這當然也因為機構數相當多，降低研究者的掌握度。質此，本研究樣本並不具完全的母體代表性。不過由樣本專業領域的分配，倒是符合機構一般人數比例，亦即護理人員最多，醫師次之。

再者，在精神復健原則的態度方面的回答可能受到社會欲求(social desirability)影響，由高同意比例可見一斑。也因此態度的變異量相對低於落實度的變異量，這或許與在迴歸分析中，模式中的自變項能夠解釋態度的變異量很低有關。

伍、研究貢獻

本研究乃是台灣第一次有系統地探索精神障礙復元者的過程與結果，並發掘影響因素，也是第一次大規模調查分析相關專業人員對於精神復健原則的態度和落實狀況。經由努力尋找，呈現台灣精障者已經有「超越障礙者」，且有多位找到「與障礙共存」，且仍舊努力超越。這些故事的報導將可以激勵精障者，與改變社會大眾的觀感。筆者進而發展出「化一理論」，試圖傳達復元過程的要素如何運作，這部分若能得到相關學者的肯定，將是復元論述的一項突破。未來將試圖發表於國外期刊，與同道進一步切磋。另一方面，透過大規模的調查所蒐集的有關精神復健的態度和落實度，與分析其相關因素，將可作為後續倡導處遇模式變遷的重要依據。

致 謝

筆者相當感動與感謝參與本研究者的所有復元者，願意分享其復元過程中的狀況與心情，他們都想藉由自己的經驗對他人有所幫助，這也是本研究的目的之一。同時，也感謝所有參與精神復健態度調查的精神醫療與復健機構專業人員，在繁忙的工作之餘撥冗填答，特別是對協助彙整名單和蒐集問卷者致最高敬意，相信他們乃基於對研究的重視與熱忱。期盼本研究對於有心提升其工作品質與成效的專業人員有所助益。

參考文獻

一、英文部分：

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Casper, E. S., Oursler, J., Schmidt, L. T., & Gill, K. J. (2002). Measuring practitioners' belief, goals, and practices in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 223-234.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K., & Gardner, J. R. (1989). Psychosocial rehabilitation: Towards a theoretical base. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 33-55.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K., & Gardner, J. R. (1990). Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(3), 59-73.
- Center for Psychiatric Rehabilitation. *Innovations in recovery & rehabilitation: The decade of the person*. Conference program, October 24 – 26, 2002, Boston, MA.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. 亦刊登於 L. Spaniol, M. Koehler & D. Hutchinson (1994). *The recovery workbook*. (pp. 54-59). Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Strategies of Inquiry. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Ed.) *Handbook of qualitative research*. (pp.199-235)

Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

- DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1999). The Maine and Vermont three-decade of serious mental illness: Longitudinal course comparisons. In Patricia Cohen et al. (ed.), *Historical and geographical influences on psychopathology*. (pp. 331-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ellison, M. L., & Russinova, Z. (1999). A national survey of professionals and managers with psychiatric conditions: A portrait of achievement and challenges. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Greene, R. R. (1999). Ecological perspective—An eclectic theoretical framework for social work practice. In R. R. Greene (Ed.), *Human behavior theory and social work practice* (pp. 259-300). New York, NY: Aldine DE Gruyter.
- Hannigan, B. (1999). Mental health care in the community: An analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of, mental illness. *Journal of Mental Health* 8(5), 431-440.
- Harding, C. M., & Hall, G. M. (1997). Long-term outcome studies of schizophrenia: Do female continue to display better outcomes as expected? *International Review of Psychiatry*, 9(4), 409-418.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Lloyd, C. (1995). Understanding social support within the context of theory and research on the relationship of life stress and mental health. In T. S. Brugha (Ed.), *Social support and psychiatric disorder* (pp. 41-60). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mechanic, D. (1989). *Mental Health and Social Policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and process: Current concepts and measures. In Leo Goldberger, & Shlomo Breznitz (Eds.)

Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd Eds.).

- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8), 1042-1047.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation, 65*(4), 50-57.
- Surgeon General Report (1999). Mental health: A report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/>
- Spaniol, L, Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). The recovery workbook. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Journal of Psychiatry.*
- Stanhope, V. (2002). Culture, control, and family involvement: A comparison of psychosocial rehabilitation in India and the United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(3), 273-280.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology, 5*, 541-466.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(3), 245-254.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

World Health Organization (2001). New Member in the WHO Family of International Classification. <http://www3.who.int/icf/>

二、中文部分：

申荷永(2001)。充滿張力的生活空間—勒溫的動力心理學。台北：貓頭鷹出版社。

行政院研考會(1995)。精神病患醫療服務體系之檢討。行政院研究發展考核委員會編印。

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)，73-103。

宋麗玉 (2000)。促進社區精神復健服務之使用—一個實驗方案結果之呈現。*社會政策與社會工作學刊*，4(1)，157-197。

宋麗玉 (2001)。精神病患社會功能量表之發展與驗證—以實務應用為取向。*中華心理衛生學刊*，14(3)，33-66。

宋麗玉 (2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇。於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍著，*社會工作理論—處遇模式與案例分析*(頁 285-338)。台北：洪葉文化事業有限公司。

李佳容 (2001)。個人面對親人死亡事件心裡復原歷程之研究。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

李麗慧 (2001)。關於兩個女人的「變」—受創婦女轉捩現象之探討。東吳大學社會工作研究所碩士論文。

吳芝儀、李奉儒 (1995)。質的評鑑與研究(M. Q. Patton, 翻譯)。台北：桂冠圖書公司。(原作出版於1990年)。

施惠琪 (2002)。成人超越逆境之分析研究。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

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？於胡幼慧主編，*質性研究—理論、方法、即本*

- 土女性研究實例(pp.141-158)。台北：巨流圖書公司。
- 姚開屏 (2002)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介。中華衛誌，19(4)，315-324。
- 郭永玉(2000)。孤立無援的現代人—弗洛姆的人本精神分析。台北：貓頭鷹出版社。
- 陳彥竹 (2001)。為何不再犯？少年時期進入矯治機構者離開後生活經驗之探究。台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 張作貞 (1997)。影響社區精神復健服務使用之相關因素—以中部地區為例。國立暨南大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 鄭麗珍 (2002)。生態系統觀點。於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍著，社會工作理論—處遇模式與案例分析(頁 252-283)。台北：洪葉文化事業有限公司。
- 鄭泰安(1985)：台灣地區經神病患者之社會文化特徵及療養結果研究。中華心理衛生期刊 2(1)：117-133。
- 蔡宜玲 (2001)。自殺意念青少年復原行為之探討：復原力之研究。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 蔡群瑞 (2002)。復原力對離婚後個人適應之影響研究。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。

附錄一：復元者生活狀況調查

_____ 您好：

您這一路走來相當不容易，相信必然有很多感受。很高興您願意填答這份問卷，幫助我們更清楚了解您現在的狀況，這份資料只供我們研究用，個人資料決不外洩，請放心填答。

一、基本資料

1.性別：___1=男 ___2=女

2.年齡：民國（前）___生

3.教育程度：

___1=不識字 ___2=小學（肄）畢 ___3=國（初）中（肄）畢

___4=高中（職）（肄）畢 ___5=大專（肄）畢 ___6=研究所以上

4.婚姻狀況：

___1=已婚或同居 ___2=離婚 ___3=分居 ___4=未婚 ___5=喪偶

5.您覺得您的經濟情況如何？ ___1=很差 ___2=尚可 ___3=良好

6.您第一次發病是幾歲時？ _____歲

7.根據醫師告訴您的，您得的是哪一種精神疾病？ _____

8.您發病以來總共全日住院過幾次？ _____次

9.您最近兩年內總共全日住院過幾次？ ____次

10.您最近一次全日住院是什麼時候？民國____年____月____日

11.您最近一次全日住院時，共住了幾天？ ____

12.您是否有服藥？ ____1=有 ____2=無（跳答至第 14 題）

13.您是否有定期服藥？ ____1=有 ____2=無

14.您是否有其他健康上的問題？

____1=有（請說明：_____） ____2=無

15.您是否與親人同住？ ____1=是（跳答至第二部分） ____2=否

16.如果不與您同住，您搬離多久了？ ____個月

17.那您現在住在哪裡？

____1=自己一個人住 ____2=其他親戚家

____3=朋友家 ____4=康復之家

____5=其他（請說明：_____）

18.您搬走以後，您多常與親人接觸（面對面或以電話）？

- ___1=每天 ___2=每週幾次 ___3=每週一次
___4=每個月二、三次 ___5=每個月一次 ___6=沒有接觸

二、生活抉擇

指示：以下是關於個人對生命和作決定的一些觀點。請填寫最接近你的想法的答案，以表示你現在的感受。第一個想法通常是最適切的，不要在任何一個問題上花太多時間思考。請誠實回答，如此你的答案才能反映出你真正的感覺。

請填寫最符合你感受的答案，每題只選擇一個答案；請務必回答所有的問題。

1=非常同意 2=同意 3=不同意 4=非常不同意

- ___1.我大多能決定我生活當中的事情。
- ___2.人只會被自己認為什麼是可能的所限制。
- ___3.人如果團結起來可以產生更多的力量。
- ___4.生氣無法解決事情。
- ___5.我用正面的態度看待自己。
- ___6.我對於自己所做的決定通常有信心。
- ___7.人們沒有權利發脾氣，只因為他們不喜歡某樣事物。
- ___8.我生命中大部分的不幸都是因為運氣不好。
- ___9.我自認為是個有能力的人。
- ___10.採取抗爭的行動並不會對你有幫助。

- ___ 11.人們一起努力可以對他們的社區產生影響。
- ___ 12.我經常能克服障礙。
- ___ 13.我對未來感到樂觀。
- ___ 14.當我做計畫時，我幾乎能確定事情可以成功。
- ___ 15.對某件事感到生氣經常是邁向改變的第一步。
- ___ 16.我通常感到孤獨。
- ___ 17.專家最能決定人們該做或該學什麼。
- ___ 18.我能像一般人一樣做一些事情。
- ___ 19.我通常能完成我已經開始做的事。
- ___ 20.人們應該試著以他們想要的方式去過日子。
- ___ 21.你無法和權力對抗。
- ___ 22.我大部分時間都有無力感。
- ___ 23.當我對某件事不確定時，我通常順從其他人。
- ___ 24.我覺得我和別人一樣，是有價值的人。
- ___ 25.人有權利做自己的決定，即使是不好的決定。
- ___ 26.我覺得我有一些好的特質。
- ___ 27.採取行動通常可以解決問題。
- ___ 28.與社區的其他人合作能幫助改善事情。

三、社會功能量表

下列的問題是想了解您在過去三個月內的一般生活狀況，請在閱讀每一個問題之後，選擇一個最合適的答案。

(一) 社交/退縮

1. 您會主動與別人交談嗎？

____ 0=幾乎沒有 ____ 1=很少 ____ 2=有時 ____ 3=經常。

2. 您時常外出嗎（任何理由）？

____ 0=幾乎沒有 ____ 1=很少 ____ 2=有時 ____ 3=經常。

(二) 人際溝通

1. 當您和別人談話時，您能瞭解他（她）的意思嗎？

____ 0=幾乎沒有 ____ 1=很少 ____ 2=有時 ____ 3=經常。

2. 您跟別人交談有沒有困難呢？

____ 0=非常容易 ____ 1=容易 ____ 2=普通 ____ 3=困難 ____ 4=非常困難。

3. 您能清楚且適當地表達自己的想法嗎？

____ 0=幾乎沒有 ____ 1=很少 ____ 2=有時 ____ 3=經常。

(三) 獨立—能力與表現

(a)能力

請告訴我們您是否**有能力**做這些事情？

3=可以勝任 2=需要幫忙 1=不能 0=不知道。

(b)表現

請再針對下列各項回答您在過去三個月內是否曾**獨自**做這些事情？

0=從未 1=很少 2=有時 3=經常。

	(a)能力	(b)表現
1.自行購物（如買菜、日常用品）。	_____	_____
2.做家務（如洗衣服、洗碗盤、掃地、整理房間等）。	_____	_____
3.準備自己的三餐(自己煮或外買)。	_____	_____
4.使用交通工具。	_____	_____
5.為自己選購衣服。	_____	_____

(四) 娛樂

請告訴我們您在過去三個月是否常做以下這些事？

0=從未 1=很少 2=有時 3=經常。

- _____ 1.種花草（種菜）。
- _____ 2.看書、報。
- _____ 3.看電視。
- _____ 4.聽音樂或聽收音機。
- _____ 5.自己修理、組裝家裡的東西。
- _____ 6.開車、騎摩托車或腳踏車兜風。
- _____ 7.嗜好或興趣（如唱歌、集郵或收集其它東西）。
- _____ 8.逛街(去商店、雜貨店看看)。
- _____ 9.打電動或玩電腦。

(五) 社會性

您在過去三個月是否常和別人從事下列活動？

0=從未 1=很少 2=有時 3=經常

- ____ 1. 郊遊或旅行。
- ____ 2. 聚會聊天、泡茶、下棋或打牌。
- ____ 3. 到親戚朋友家拜訪。
- ____ 4. 邀請或接待親戚朋友到家裡拜訪。
- ____ 5. 參加婚喪喜慶或吃拜拜。
- ____ 6. 外出吃飯（如上館子、餐廳或飯店）。

(六) 職業／就業

1. 您目前有工作嗎？

____ 1=有（ ____ a.受僱 ____ b.自營 ____ c.其它、請說明
_____）

____ 2=沒有（ ____ a.學生 ____ b.家管 ____ c.其它、請說明
_____）

____ a.若**有**，什麼工作？_____。

每週工作幾小時？_____。

做這份工作已有多久？_____個月。

____ b.若**沒有**，最後一次受僱是什麼時候？_____。

那是什麼工作？_____。

每週工作幾小時？_____小時。

2. 您是否參加日間留院(或庇護性工場)

_____1=是 _____2=否

3. 您認為自己有能力工作嗎？

_____3=可以 _____2=有困難 _____1=當然不能

4. 您最近三個月內是否試著找工作（如到就業中心或看報紙）？

_____0=從未 _____1=很少 _____2=有時 _____3=經常。

四、生活品質量表

問卷說明：

這份問卷詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。請參考下面的例題：

例題一：整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您極滿意自己的健康，就在「極滿意」前的內打「√」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？

極不好 不好 中等程度好 好 極好

2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要

5. 您享受生活嗎？

完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受

6. 您覺得自己的生命有意義嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

7. 您集中精神的能力有多好？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

8. 在日常生活中，您感到安全嗎？

完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全

9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)

完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

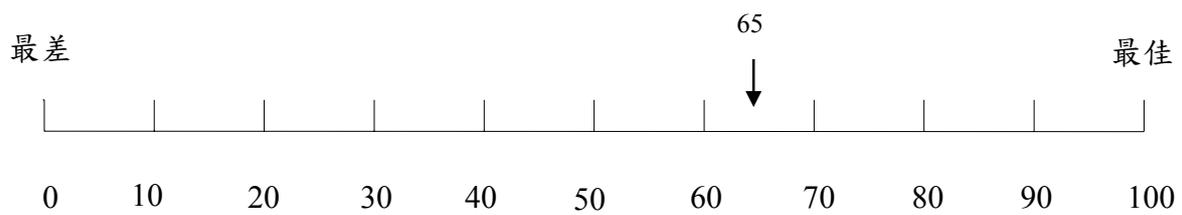
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

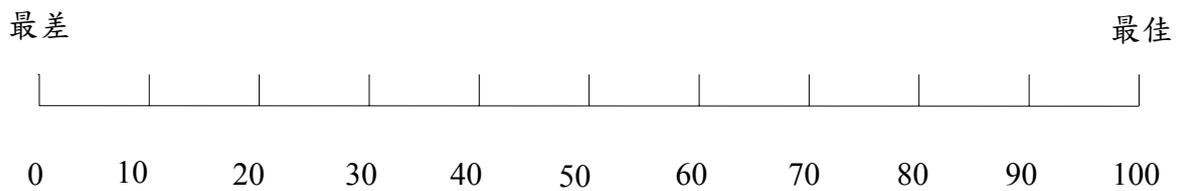
五、綜合自我評估

請依您最近兩個星期的情況，回答下列題目；「0」端代表生活品質**最差**的狀態，「100」端代表生活品質**最佳**的狀態，根據此觀點，請在下列的長條圖中，以**箭頭及數字**的方式，標出您的情況，謝謝。

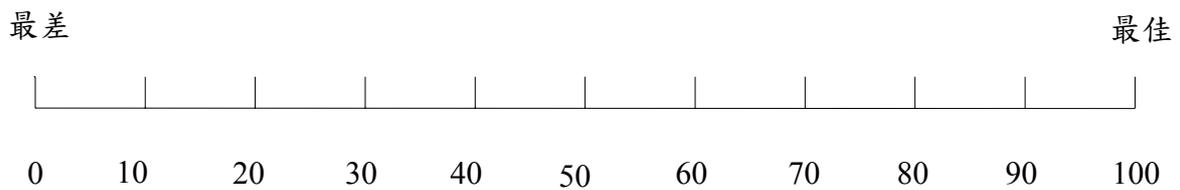
例如： 整體而言，我對自己健康相關生活品質的滿意程度。



1. 綜合而言，我對自己健康相關生活品質的滿意程度。



2. 綜合而言，在得(XX 特定疾病)之前，我對自己健康相關生活品質的滿意程度。



六、生活滿意

以下的問題是想了解你對目前生活一些部分的一般感受，請選擇適合你的答案。

	非 常 同 意	同 意	不 同 意	非 常 不 同 意
1. 整體上我對我的生活感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我對我的經濟狀況感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我對我目前的工作狀況感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我對自己的能力感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我對自己目前的外在環境感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

附錄二：質化訪談大綱

復元者訪談大綱

1. 現況—復元的結果

1) 能不能請你先談談你現在每天的生活狀況？

追問：每天做些什麼事？(反映角色獲取、自我照顧、人際關係)

2) 對目前的生活你有什麼感受？

追問：內在對自己的感覺如何？

覺得自己處理事物的能力如何？

對於外在發生的一些事情你覺得能夠控制的程度如何？

在生活的各方面你覺得自己過得怎麼樣？

3) 你目前的服藥狀況和症狀情形如何？

4) 你對你自己的未來的看法是什麼？

2. 復元過程

1) 接下來請你回想和描述過去發病以後的狀況？

2) 比較以前和現在的不同，你覺得有沒有一些轉捩點？如果有是什麼？

3) 在這些轉類點，你各處在怎樣的狀況下？(包括心理、社會、職業、身體、精神和政治)

4) 在這些轉捩點裡，你對生活的感受是什麼？(階段要素)

5) 在這些轉捩點裡，你對自己的感受是什麼？(階段要素)

3. 復元過程的影響因素

1) 你認為是什麼因素使你轉變？

追問：你個人有哪些特質對你的轉變產生影響？

你認為疾病本身的變化對你的轉變有影響嗎？

有沒有哪些人對你的支持影響了你的轉變？

你覺得社會上的人對你的態度和反應對你的轉變有什麼影響？

你覺得專業人員的服務和你的轉變之間有什麼關係？

你認為整個醫療體系的資源對你的轉變有什麼影響？

2) 整體回想起來，你認為什麼因素幫助你轉變？哪些因素阻礙你的轉變？

重要他人訪談大綱

1. 現況—復元的結果

1) 能不能就你的了解談談 XX 現在每天的生活狀況？

追問：他/她每天做些什麼事？(反映角色獲取、自我照顧、人際關係)

2) 你覺得 XX 目前的生活怎麼樣？

追問：處理事物的能力如何？

在生活的各方面過得怎麼樣？

3) XX 目前的服藥狀況和症狀情形如何？

4) 你覺得 XX 未來的發展如何？

2. 復元過程

1) 接下來請你回想和描述 XX 過去發病以後的狀況？

2) 比較以前和現在的不同，你覺得有沒有一些轉捩點？如果有是什麼？

3) 在這些轉類點，XX 各處在怎樣的狀況下？(包括心理、社會、職業、身體、精神和政治)

4) 在這些轉捩點裡，你覺得 XX 對生活的感受是什麼？(階段要素)

5) 在這些轉捩點裡，你覺得 XX 對自己的感受是什麼？(階段要素)

3. 復元過程的影響因素

- 1) 你認為是什麼因素使 XX 轉變？
- 2) 在 XX 生病的過程中，你和他有哪些互動？
- 3) 在 XX 狀況很不好的時候，你在哪幾方面幫助他？你用什麼方法幫助他？
- 4) 在 XX 狀況比較好的時候，你會怎麼對待他？
- 5) 整體回想起來，你認為什麼因素幫助 XX 轉變？哪些因素阻礙 XX 轉變？

附錄三：Cnaan 之精神復健原則項目

因素 1	因素負荷值
關於 裝備案主技巧 的項目：	
5. 實務工作者教導所有案主就業技巧。	. 411
6. 實務工作者教導所有案主社會互動的技巧。	644
7. 實務工作者教導所有案主獨立生活的技巧（例如：盥洗和準備膳食）。	. 388
8. 實務工作者教導所有案主溝通技巧。	. 438
關於 自我決定 的項目：	
9. 實務工作者 只有 在案主完全參與和同意之情況下發展所有的處遇方案。	. 501
10. 實務工作者鼓勵案主訂定他們自己的復元目標。	. 555
11. 實務工作者增強案主權能去獲得積極的角色以影響機構的功能和方案內容。	. 601
12. 對於案主不同意而且可能直接影響他們的處遇，實務工作者鼓勵案主加以反對。	. 462
關於 利用環境資源 的項目：	
40. 實務工作者將親人或朋友含括於案主的復元過程。	. 353
41. 實務工作者協助案主們建立牢固的社會網絡。	. 516
42. 實務工作者鼓勵案主們參加社區支持團體。	. 624
關於 社會變遷 的項目：	
43. 實務工作者遊說房東出租給精神疾病患者。	. 560

44. 實務工作者遊說雇主雇用精神疾病患者。	. 552
45. 實務工作者促使社區相關單位的工作者能對待精神疾病患者如同一般案主。	. 712
46. 實務工作者促使家庭接納患有精神疾病的親人。	. 590

因素 2

因素負荷值

關於**個別評量和照顧**的項目：

19. 實務工作者評量每個案主個別的優點和缺失。	. 472
20. 實務工作者提供每個案主個別化的處遇。	. 361
21. 實務工作者依據案主獨特的欠缺和需求去教導案主不同的技巧。	. 413
22. 實務工作者讓每個案主依他們自己的步調發展。	. 557

關於**工作人員承諾**的項目：

24. 實務工作者不斷地鼓勵案主繼續努力以達到他們的復元目標。	. 629
25. 實務工作者建設性地處理案主每天的發展和危機。	. 443
27. 實務工作者可以在任何時間與任何環境下與案主工作。	. 443
28. 實務工作者和案主以非正式的談話方式談論生活話題（如運動、政治等等）。	. 478

因素 3

因素負荷值

關於**強調就業**的項目：

51. 實務工作者鼓勵案主參與任何類型的就業。	. 588
53. 實務工作者與案主討論工作的重要性。	. 423
54. 實務工作者協助案主完成例行雜務以為未來負責的工作態度作準備。	. 461

關於**強調此時此地**的項目：

- | | |
|--|-------|
| 63. 實務工作者專注於案主當前的需求。 | . 359 |
| 65. 實務工作者聚焦於案主未來的目標和為達成目標所需要的行動。 | . 374 |
| 66. 實務工作者提醒案主勿固著在過去的狀態，而應著重在現在的需求和未來的目標。 | . 385 |

因素 4

因素負荷值

關於**早期干預**的項目：

- | | |
|--|-------|
| 34. 實務工作者要求案主的親人和朋友，若案主有退縮的徵兆時應告知專業人員。 | . 362 |
| 35. 實務工作者事先告訴案主出院後若有新的問題產生應回機構求助。 | . 350 |
| 36. 實務工作者鼓勵雇主若案主有退縮的狀況應告知專業人員。 | . 347 |
| 37. 實務工作者在案主出院後持續追蹤至少一年。 | . 437 |

因素 5

因素負荷值

關於**強調社會而非醫療**的項目：

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 55. 實務工作者不鼓勵案主依賴藥物。 | . 597 |
| 56. 實務工作者運用大量的常識而非規定的照顧方式。 | . 396 |
| 57. 實務工作者視個案為一個整體並非只聚焦於他們有困難之處。 | . 398 |

因素 6

因素負荷值

關於**正常化**的項目：

- | | |
|----------------------------------|-------|
| 14. 實務工作者明確地表達期待案主有合宜的行為。 | . 434 |
| 15. 實務工作者坦然地表達不贊成案主的偏差行為。 | . 428 |
| 16. 實務工作者鼓勵案主保持一個“正常的”日常作息（家事、個人 | . 384 |

的衛生、裝扮等)。

17. 實務工作者期待案主參與活動並和機構以外的人接觸。 . 370

因素 7

因素負荷值

關於**強調優勢而非弱勢**的項目：

59. 實務工作者視了解案主的優點為評量過程的主要部分。 . 409
60. 實務工作者規劃服務方案以增強案主的優點。 . 566
61. 實務工作者經由促進正向經驗協助個案發展他們的優點。 . 357
62. 實務工作者藉由增強案主的優點來克服其不足之處。 . 376

因素 8

因素負荷值

關於**親切的環境服務**項目

31. 實務工作者詢問案主個人有關的感覺和想法，即使這些和處遇並沒有直接的關聯。 . 454
32. 實務工作者坦然地表達他們自己的限制。 . 427
33. 實務工作者在案主復元的過程中持續地告知他們原來不知道或不了解的訊息。 . 528

表示原本每一項目在量表中的編號。

量表出處：Cnaan. R. A., Blankertz. L., Messinger. W., & Gardner. J. R. (1994)
Experts' Assessment of Psychosocial Rehabilitation
Principles. *Readings in psychiatric rehabilitation.*

附錄四：精神復健態度與落實問卷

親愛的精神醫療與復健夥伴，您好！

首先感謝您願意在忙碌的工作之餘撥冗填答這份問卷。精神病患的精神復健是當今備受關注的議題，相信已有許多相關專業人員在這方面做了許多努力。目前本人獲得國科會補助之研究計畫(NSC 92-2412-H-260-003-SSS)，試圖了解專業人員對於精神復健所抱持的觀點和實際的執行狀況。透過全台灣精神醫療和復健單位之普查，期待蒐集到的資料有助於未來精神復健相關政策規劃、方案設計與教育訓練。這項調查乃是以匿名填答，資料也只做整體呈現，不會顯示個人或單位之狀況，敬請放心回答。煩請在 2004 年 12 月 31 日之前交由負責的夥伴統一寄回。本人在此也敬祝您~

工作順利! 生活平安!

宋麗玉教授 敬上

國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系

本研究對於**精神復健之定義**如下：

「精神復健乃指促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，它涉及增進個人的能力與改變其環境，使有精神障礙者能夠創造更好的生活；精神復健的目標在達到個人與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。」

本研究對於**精神復健方案之界定**如下：

指在社區復健中心、庇護工場、康復之家中推動之方案，以及居家治療。

一、精神復健態度

以下是專業人員在協助精神病患復健的過程中可能的工作內涵，請就每一個問項勾選符合您自己實際想法的答案。選項包括：非常不同意、不同意、同意、非常同意。另外，也請填答您從事精神復健服務過程中，在每一個問項的實際執行狀況，選項包括：0=從未 1=很少 2=有時 3=經常。(填完後，請續答其餘題目)

	態度				實際執行			
	非常同意	同意	不同意	非常不同意	經常	有時	很少	從未
1. 實務工作者教導所有精神病患(案主)社會互動的技巧。.....	<input type="checkbox"/>							
2. 實務工作者教導所有案主溝通技巧。.....	<input type="checkbox"/>							
3. 實務工作者教導所有案主就業技巧。.....	<input type="checkbox"/>							
4. 實務工作者教導所有案主獨立生活的技巧(例如:盥洗和準備膳食)。.....	<input type="checkbox"/>							
5. 實務工作者只有在案主完全參與和同意之情況下發展所有的處遇方案.....	<input type="checkbox"/>							
6. 實務工作者鼓勵案主訂定他們自己的復元目標。...	<input type="checkbox"/>							
7. 實務工作者增強案主權能(如提昇自信、技巧、與權利意識)去獲得積極的角色以影響機構的功能和方案內容。.....	<input type="checkbox"/>							
8. 對於案主不同意而且可能對案主的權益有負面影響之方案,實務工作者鼓勵案主加以反對。.....	<input type="checkbox"/>							
9. 實務工作者將親人或朋友含括於案主的復健過程。...	<input type="checkbox"/>							
10. 實務工作者協助案主們建立牢固的社會網絡。.....	<input type="checkbox"/>							
11. 實務工作者鼓勵案主們參加社區支持團體。.....	<input type="checkbox"/>							
12. 實務工作者遊說社區房東出租房屋給精神疾病患者。.....	<input type="checkbox"/>							

	態度				實際執行			
	非常同意	同意	不同意	非常不同意	經常	有時	很少	從未
13.實務工作者遊說雇主雇用精神疾病患者。.....	<input type="checkbox"/>							
14.實務工作者促使 社區相關單位的工作者 能對待精神疾病患者如同一般案主。.....	<input type="checkbox"/>							
15.實務工作者促使家庭接納患有精神疾病的親人。...	<input type="checkbox"/>							
16.實務工作者同時評量案主的優點和欠缺。.....	<input type="checkbox"/>							
17.實務工作者提供每個案主個別化的處遇。.....	<input type="checkbox"/>							
18.實務工作者依據案主獨特的欠缺和需求去教導案主不同的技巧。.....	<input type="checkbox"/>							
19.實務工作者讓每個案主依他們自己的步調發展。...	<input type="checkbox"/>							
20.實務工作者不斷地鼓勵案主繼續努力以達到他們的復元目標。.....	<input type="checkbox"/>							
21.實務工作者建設性地處理案主每天的發展和危機(如協助看到自己處理的能力或正向解讀事件)。	<input type="checkbox"/>							
22.若案主需要,實務工作者可以在任何時間與任何環境下與案主工作。.....	<input type="checkbox"/>							
23.實務工作者以 非正式的談話方式 和案主談論生活話題(如運動、政治等等)。.....	<input type="checkbox"/>							
24.實務工作者鼓勵案主參與任何類型的就業。.....	<input type="checkbox"/>							
25.實務工作者與案主討論工作的重要性。.....	<input type="checkbox"/>							
26.實務工作者協助案主完成例行雜務以為未來負責的工作態度作準備。.....	<input type="checkbox"/>							

	態度				實際執行			
	非常同意	同意	不同意	非常不同意	經常	有時	很少	從未
27.實務工作者專注於案主當前的需求。.....	<input type="checkbox"/>							
28.實務工作者著重特定情境下的評量(如當洗車工需要的技巧)而非一般評量，以訂定技巧訓練計畫。...	<input type="checkbox"/>							
29.實務工作者聚焦於案主未來的目標和為達成目標所需要的行動。.....	<input type="checkbox"/>							
30.實務工作者提醒案主勿固著在過去的狀態，而應著重在現在的需求和未來的目標。.....	<input type="checkbox"/>							
31.實務工作者要求案主的親人和朋友，若案主有退縮的徵兆時應告知專業人員。.....	<input type="checkbox"/>							
32.實務工作者事先告訴案主出院後若有新的問題產生應回機構求助。.....	<input type="checkbox"/>							
33.實務工作者鼓勵雇主若案主有退縮的狀況應告知專業人員。.....	<input type="checkbox"/>							
34.實務工作者視案主為一個整體，並非只聚焦於他們有困難之處。.....	<input type="checkbox"/>							
35.實務工作者明確地表達期待案主有合宜的行為。....	<input type="checkbox"/>							
36.實務工作者坦然地表達不贊成案主的偏差行為。...	<input type="checkbox"/>							
37.實務工作者鼓勵案主保持一個“正常的”日常作息(家事、個人的衛生、裝扮等)。.....	<input type="checkbox"/>							
38.實務工作者期待案主參與活動並和機構以外的人接觸。.....	<input type="checkbox"/>							
39.如果案主有機會，他們想要的和我們一般人都一樣。.....	<input type="checkbox"/>							

	態度				實際執行			
	非常同意	同意	不同意	非常不同意	經常	有時	很少	從未
40.因為競爭性就業往往帶來很大的壓力，因此不應成為案主的目標之一。.....	<input type="checkbox"/>							
41.協助案主就業應該採取漸進的方式，以降低壓力並且促進技巧的獲得。.....	<input type="checkbox"/>							
42.實務工作者視了解案主的優點為評量過程的主要部分。.....	<input type="checkbox"/>							
43.實務工作者規劃服務方案以增強案主的優點。.....	<input type="checkbox"/>							
44.實務工作者經由促進正向經驗協助個案發展他們的優點。.....	<input type="checkbox"/>							
45.實務工作者藉由增強案主的優點來克服其不足之處。.....	<input type="checkbox"/>							
46.實務工作者詢問案主其個人的感覺和想法，即使這些和處遇並沒有直接的關聯。.....	<input type="checkbox"/>							
47.實務工作者坦然地表達他們自己的限制。.....	<input type="checkbox"/>							
48.實務工作者在案主復元的過程中持續地告知他們原來不知道或不了解的訊息。.....	<input type="checkbox"/>							
49.幫助案主建立嶄新且正向的自我形象是一項可行的長期復健目標。.....	<input type="checkbox"/>							
50.案主復元的過程經常會包括讓案主經歷再發病和失敗的風險。.....	<input type="checkbox"/>							

二、精神復健資源

以下問題乃針對您個人所認知的目前台灣精神醫療政策、您所處的醫院在精神醫療處遇以及推動社區精神復健的服務情形，請就每一個問項勾選符合您自己實際狀況和想法的答案。

(一) 外在體系

1. 您覺得目前台灣精神醫療政策制訂的演變與走向對於精神復健服務的重視程度如何？

① 非常不重視 ② 不重視 ③ 尚可 ④ 重視 ⑤ 非常重視。

2. 您覺得目前台灣精神醫療政策的法規及措施（例如：精神復健機構設置管理及獎勵辦法）對於推動精神復健服務的支持程度如何？

非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

3. 您覺得健保局對於精神復健服務的給付項目涵蓋程度如何？

非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

4. 您覺得健保局對於精神復健服務的給付金額是否足夠？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

5. 您覺得目前整體上補助精神復健服務方案的單位數量如何？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

6. 您覺得一般而言社區復健服務的方案補助金額是否足夠？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

7. 您覺得您所服務之醫院附近的社區精神復健服務的類型（如：社區復健中心、康復之家等）是否足夠？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

8. 您覺得您所服務之醫院附近的社區提供精神復健服務的容量是否足夠？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

（二）內在體系

1. 您覺得您目前服務的醫院其精神醫療整體處遇方向，對於精神復健的重視程度如何？

① 非常不重視 ② 不重視 ③ 尚可 ④ 重視 ⑤ 非常重視。

2. 您覺得您目前服務的醫院在精神復健方面之相關措施是否充足？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

3. 您覺得您服務的精神科部門所制訂的處遇計畫對於精神復健的重視程度如何？

① 非常不重視 ② 不重視 ③ 尚可 ④ 重視 ⑤ 非常重視。

4. 您覺得您服務的醫院在病患的出院計畫的內容，對於精神復健的重視程度如

何？

① 非常不重視 ② 不重視 ③ 尚可 ④ 重視 ⑤ 非常重視。

5. 您覺得您自己在醫院當中，對於病患的出院計畫處遇決策權有多大？

① 很小 ② 小 ③ 尚可 ④ 大 ⑤ 很大。

6. 您覺得您服務的醫院主管（如：院長或精神科主任）對於精神復健服務的整體支持程度如何？

① 非常不支持 ② 不支持 ③ 尚可 ④ 支持 ⑤ 非常支持。

7. 您覺得您服務的醫院主管配置給推動(執行)精神復健方案之人力是否足夠？

① 非常不足夠 ② 不足夠 ③ 尚可 ④ 足夠 ⑤ 非常足夠。

(三) 精神復健推動之狀況

1. 在您的精神科工作生涯中曾經提供下列服務嗎？

有（若有，請勾選做過哪些，可複選）。

告知病患或家屬相關復健服務 轉介病患至相關復健服務單位

執行復健服務方案 規劃復健服務方案

沒有

2. 您過去一年之中提供過下列服務嗎？ 有 沒有（若有，請勾選做過哪些，可複選）。

告知病患或家屬相關復健服務 轉介病患至相關復健服務單位

(若有，一年轉介_____件)

執行復健服務方案

規劃復健服務方案

3. 若您曾**提供**過精神復健服務方案，您提供過哪些方案（可複選）？

社區復健中心 庇護性工廠 康復之家 居家治療

其他(請填寫_____)

4. 若您曾**提供**過社區復健服務方案，您共執行多久？_____月，民國_____年_____月開始。

5. 若您曾**規劃**過社區復健服務方案，您規劃過哪些方案（可複選）？

社區復健中心 庇護性工廠 康復之家 居家治療

其他(請填寫_____)

6. 若您曾**規劃**社區復健服務方案，您參與規劃多久？_____月，民國_____年_____月開始。

7. 貴醫院的專業人員權責是否明確區分精神復健人員和醫療人員？

是 否。

三、個人基本資料

1. 您所服務的醫院名稱：_____

2. 您所服務之醫院的層級：

- 1) 醫學中心 2) 區域醫院 3) 專科教學醫院

3. 您是哪一個領域的專業人員？

- 1) 醫師 2) 護理 3) 心理 4) 社會工作
- 5) 職能治療 6) 個案管理人員 7) 就業輔導
- 8) 其他(請說明：_____)

4. 工作年資：(1) 請問您在現單位工作之年資為____年____月

(2) 請問您從事相關工作之總年資為____年____月

5. 最高學位

5.1 您的最高學位為：

- 1) 高中畢 2) 大專畢 3) 研究所(肄)畢 4) 博士(肄)畢

5.2 您獲得最高學位多久了？_____個月

6. 精神復健教育訓練：指增強精神復健知能之訓練與文獻閱讀

6.1 您過去三年內是否參加過與精神病患復健有關的研討會？

- 1) 否 2) 是，請問總共參加過幾場？_____場

6.2 您過去三年內是否參加過與精神病患復健有關的課程訓練？

- 1) 否 2) 是，請問總共參加過多少小時？_____小時

6.3 您過去三年內是否閱讀過與精神病患復健有關的文章或書籍？

1) 否 2) 是，請問閱讀過幾篇相關文章？_____篇

請問閱讀過幾本相關的書籍？_____本

7. 年齡：民國_____年生

8. 性別：_____ ① 男 _____ ② 女

問卷到此結束，請再檢查是否已填答每一題，謝謝您！

附錄五：參與研究同意函

親愛的病友您好！

國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所宋麗玉教授目前正進行一個行政院國家科學委員會所補助的研究計劃—「精神障礙者復元過程與專業人員精神復健態度之初探」。希望透過與您的訪談了解您的復元歷程以及促進和阻礙您復元的因素。藉由彙整和分析復元過程的資料以作為促進復元觀念和擬訂相關訓練方案的參考。

在訪談過程中若您覺得不舒服可以隨時終止訪談；對於您所提供的資料我們絕對會加以保密；相關的資料僅用於整體的研究分析，個別的資料不會被單獨呈現於報告當中。此外，訪問所紀錄的資料，我們也會於整理之後請您檢閱是否有不妥之處，請您建議。在接受訪問之後，您如果對此研究有任何疑問，可與宋麗玉教授聯絡（電話：049-2917375）。謝謝您的合作。

宋麗玉 敬上

國立暨南國際大學

請填寫是否同意接受訪談(請打勾)：

_____同意

_____不同意

簽名：_____

日期：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：_____

附錄六：受訪者摘要

C2 超越障礙 平穩自信的復元旅者

C2 目前就讀大學四年級，在校與同學和師長的人際關係良好，對於學業社團都相當投入。唯一在異姓交往方面因疾病而受阻。C2 還計畫考研究所，將來為身心障礙者促進努力。他對自己目前的生活很滿意，覺得自己一直在進步。個性積極、正向、配合度高、和凡事不放棄造就其復元，醫院中的職能治療師和護理師的協助也貢獻良多，另為母親、妹妹、高中死黨(現為職能治療師)的支持和鼓勵是相當大的助力。精神疾病對於 C2 只是生活當中的一小部分，只有對於兩性感情交往有些許影響。

男性，大專學歷，32 歲，未婚，19 歲發病，患有情感型精神分裂症，曾住院 1 次。

受訪者目前為某私立大學四年級生，受訪者在民國八十六年病情已完全被控制，至今已有八年的時間，期間，受訪者持續不斷地復健、病情追蹤、服藥，並曾在出院之後到工廠從事鑄造工作兩、三年。受訪者目前生活的重心為課業、工讀、社團及感情。課業的部份，最主要是與同學分組幫老師做研究，以及撰寫一份有關自己想要研究的計畫書；感情的部份，受訪者相當期待交到女朋友，但是交情比較好的女同學知道受訪者的病情都會擔心，此部份為受訪者目前積極突破的難處。

受訪者自述，每天的生活作息相當穩定，比過去一年更為規律。目前的角色仍以學生為主，今年六月即可從大學畢業。與過去一年較不同的是，受訪者花許多時間在準備研究所的考試，並且協助成立身心障礙學生的權益促進社。

【人際關係】

第一年：

受訪者目前主要的角色是學生，因此生活重心是以校園生活為主。

1.與同學們的互動

受訪者認為非常快樂、有成就感跟自傲，因為同學們對於受訪者是為了理想、興趣而來讀書，給予相當多的肯定。其次，受訪者在同學當中，也一直是扮演資訊提供者的角色，尤其在理論及思考方面，所以受訪者認為同學對他非常的尊重；此外，受訪者認為自己在統計及電腦的操作上雖不如其他同學，同學們也都會發揮互助、互補的精神來幫助他。因為受訪者認為自己的表現就像正常人一樣，因此認為與同學的互動就像普通朋友一般。

2.在與老師們的互動：因為有些老師知道其病情，會特別給予通融、給予空間、給予支持。

【自我感】

第一年

- 1.受訪者認為自己是一位相當有自信的人。相信自己有足夠的能力去考試，即使大家都反對，但是他仍然會告訴自己，相信在復健所累積的自信之下，總有一天會恢復。
- 2.受訪者對目前的生活相當的滿意，與過去比較起來，感覺自己一直在進步，對於自己掌控的能力感覺也還不錯，而且變聰明，變靈敏，尤其是工作能力和判斷力上面，認為現在是自讀書、懂事以來的最佳狀態。
- 3.在學業的部份，受訪者因為短期記憶比不上同學，因此知道要花比其他同學更多的時間唸書。而事實上，受訪者的成績也都跟得上同學，且也不比同學差。
- 4.在接受醫院的一連串治療復健後，認為醫院的一些規訓制度使得受訪者的人生觀受到影響，例如凡事不要太” \llcorner ”、學習放慢自己的步調。
- 5.但是受訪者也相當感慨自己患此病，因為當初和他一起進社會系的同學，有的目前已在自己這所大學唸博士班，受訪者認為自己的資質並不會輸給當時的那

些同學，但是此並卻帶給他的人生如此大的影響。

【對於未來的期待】

受訪者對念書、公職考試，從未放棄；前一些日子剛考完外文研究所，認為自己希望滿大的，之後準備在十一月份考身心障礙特考，期盼自己能為更多身心障礙朋友服務。

【本身特質對復元產生的影響】

1. 受訪者認為自己的性格之一是配合度高，醫療人員叫他做什麼，他都會照著去做，若有一些規訓的課程，他也都會按部就班地去施行；受訪者也自認為是病友當中算是積極度比較高一點的一位。
2. 受訪者認為自己是一位非常有自信的人，就是因為太有自信，因此做事情就會一直衝下去，沒有考慮後果。
3. 受訪者認為自己「不輕易放棄」的個性，對疾病的轉變有很大的影響。

【醫療人員的服務與復元之間的關係】

受訪者認為自己遇到一位很好的職能治療師，她協助受訪者學習如何處理日常生活，教受訪者畫餅圖分配時間，每週撥空與受訪者會談，協助規劃生活，尤其是會談的部份，受訪者認為非常重要。

受訪者認為第二間醫院的日間病房護理長（受訪者稱之為○○姐），感覺像是自己的母親一樣，給予受訪者足夠的傾聽、支持、陪伴，並且對於受訪者相較於其他病友有較高的期待與肯定，而且讓受訪者領悟到「對人的關心是有影響力的」，因此也促使受訪者想要推己及人，去幫助其他的病友。

【醫療體系的資源對復元的影響】

受訪者認為醫療是相當具有權威性的，它能宰制你、控制你、規訓你，它能決定你能不能出院。受訪者認為醫療人員對病情的態度相當保守、謹慎，因為看太多病患沒有辦法復元，因此他們會非常保守的在做每一關。

醫療的幫助是使自己的步調學會調整，不像從前凡事都抓得很緊，也讓自己不硬撐，學習循序漸進；並且不要用直覺做事，凡事用清楚的頭腦去思考之後再行。第二家醫院因為是宗教醫院，對人的關懷不只在嘴巴上，也用行動實踐出來，因此在病友之間有很好的情感支持，甚至是病友、工作人員一家親的感受。

【親友助力】

1. 母親

受訪者的母親表現地相當堅強，對受訪者的病情從未放棄，從日生生活上的照顧、經濟上的支援、陪同就醫、對於受訪者幻覺的分析和討論、對受訪者未來生活的未雨籌謀等。因為擔心受訪者無法工作，為受訪者的未來作了很多的計畫，包括買田地、買房子。受訪者認為較為遺憾的是給較少的情感支持。

2. 妹妹

每當下班之後，會與受訪者坐在家裡的樓梯口，互吐一天的苦水，給予情感上的支持。

3. 高中死黨

從高中一直到現在的死黨，亦為職能治療師。對於受訪者最大的幫助有三：一，協助受訪者找尋適當的醫療；二，給予一些專業上的分析、建議、提醒；三，提供情感上的支持，一同吃飯、聊近況，不因受訪者的疾病而有所改變，且不論多忙，只要受訪者找，其死黨必撥空陪伴受訪者，此點讓受訪者本人相當感動。

T2 超越障礙 充實滿足的復元者

T2 是發病時間不久，及時復健，並在家中父母的支持，與工作坊的協助與其個人的努力之下，工作與社會復健良好。而與醫療體系配合服藥，且藥效良好是復元的基礎。他能夠接受自己的疾病且有病識感，知道如何控制症狀與自己的想法。他過著很充實的生活而且感覺舒服，能夠獨立工作且表現良好，工作中與上司和同事關係融洽，兩性情感進展穩定而甜蜜。目前他的目標是希望能升任為加油站的管理者。

男性，高中學歷，24 歲，未婚，22 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

受訪者現與父母同住，父親已經在大陸工作一兩個月沒回家。跟父親有電話聯繫，關心父親生活情況。發病至今，主要照顧者為母親。

【工作情形】

第一年：受訪者出院在家休養後，起初希望直接就業，但在醫生的建議與父母親的支持下，現在在工作坊做代工，起初並不適應，但現在已經喜歡這邊充實的生活了。受訪者每天自行坐公車來回工作坊，星期六上午還會主動來參加工作坊安排的活動，包括電腦課等。

第二年：受訪者目前在加油站工作，今年三月換至中國石油的加油站工作，因為原本的工作站薪水減少。就服員協助尋找工作較合理的待遇，目前工作已一個月，主要工作內容是洗車。

【人際關係】

第一年：認識每一位在工作坊工作的病友，並且有幾位可以聊天的對象；與幾位以前國中的同學尚有聯繫，高中同學的幾乎沒有聯繫。

第二年：在目前上班的地方認識新同事；平常都跟女朋友出去，跟女友一起唱歌、看電影。與女友在一起快兩年，在工作坊認識的，女友醫學院肄業，目前在醫院上班，和女友感情甜蜜；見過對方父母親，常電話聯繫或去女方家拜訪。現在跟親戚都有話題可以聊，會鼓勵受訪者。

【發病時情況】

現在的病症是有時候發病時眼睛會上吊，心情會很糟，情緒低落，甚至會自言自語，但最近發病次數以比較少了。發病時便趕快自行服藥。偶爾也會妄想有人要害受訪者，但受訪者清楚並沒有人真的要害他，受訪者會控制自己不要想太多，這樣的情形現在已經比較少了，也會告訴自己一切都平安。

【自我感】

第一年：受訪者目前若有病發情況時，會想要作自我控制，並且瞭解那是疾病的症狀，並非真實的。受訪者認為自己目前的狀況已比較好，感覺比較舒服；並且覺得自己有在進步，並且有往前走的動力。受訪者由於有丙級的電子技術執照，因此對自己在電腦方面有些信心，想要再多作一些自我充實，並且認為自己有足夠的能力往這方面發展。

第二年：受訪者覺得自己生活很平常，跟平常人一樣。身心障礙手冊由中度轉為輕度，感覺很好。受訪者覺得自己有進步、敢走出去、不會太孤僻。可以自己處理自己的事，冷靜處理事情，有問題可以請同事、朋友幫忙。覺得自己有進步，心情比較愉快。遇到困難時，比較積極。可以獨立工作。親子關係較融洽。

【社會的態度】

第二年：外面的人都將受訪者當正常人，別人不會發現受訪者的身份，希望將自己的狀況維持好。

【過去與現在之差異】

第一年：認識到很多朋友，跟人的互動比較多。現在的生活比較規律、充實；以前的生活沒有目標跟重心，現在有自己想要的生活。現在心情不好時會聽音樂放鬆心情，現在比以前樂觀。工作較愉快，投入工作，生活比較不無聊。以前對自己的要求很高、壓力很大，現在覺得自己可以一步一步慢慢來。

第二年：能夠獨立，覺得自己能夠工作、走出去、接受人群。不會太自閉、心情比較愉快、情緒穩定。在工作上得到很大的肯定，家人、同事、老闆的鼓勵，不會有異樣眼光看受訪者。

【未來期望】

目前受訪者希望有時間就去考汽機車駕照。希望將加油站工作做好。有一個穩定的工作，將目前的工作做久一點，看能不能升到主管的工作。

【助力】

第一年：父母親持續的鼓勵和影響、經濟獨立的動機、休閒活動（打電腦、玩遊戲、聽音樂、打籃球）的協助、工作坊主任的支持與關心、藥物的協助與控制、表現良好的學員為模範，與之看齊，希望自己也能如此。

第二年：父母親持續的鼓勵和影響和同事、老闆的鼓勵。

【轉變因素】

第二年：1.藥物的幫助-藥物控制住病情。2.父母的鼓勵-父母親的不放棄與陪伴。3.同儕的互相支持與鼓勵-女朋友及工作坊的病友。4.自我肯定-個人的信念與堅持。5.與父母親的關係改善-較常溝通。

C3 超越障礙 身心安定滿足的復元者

C3 有婚姻，有一塊地可耕種，過去的一些工作表現都比同事期待的好，感恩母親長久不放棄他、支持他，與醫療專業的互動良好，有需要時可尋求支持。有心幫助與他相同狀況者。由於工作的關係，人際網絡逐漸拓展。婚姻關係和諧，想要有孩子，知道有彈性運用各種方法。其對未來目標訂定保有彈性且知應變。目前生活滿足。

男性，大專學歷，46 歲，已婚，21 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

受訪者從服藥至今已達 19 年，目前復原良好，情緒穩定，溝通能力佳，仍有持續回診、服藥。曾經嘗試不吃藥，觀察自己兩、三天就開始頭髮散漫、沒有精神，從此不敢再和醫生溝通不吃要這件事。

【家庭及婚姻狀況】

受訪者現與 84 歲的母親及結婚一年多的太太同住，生活安排規律。除三餐需母親及妻子料理外，有基本的自我照顧能力，受訪者表示能康復主要的關鍵是長期以來母親對他的堅持和不放棄，並且提供精神上、物質上的支持。過去有一次離婚經驗，主要原因是當時自我照顧能力不足，以及言語上發生誤會導致。在母親的盼望下，目前結婚一年多，太太是越南籍的外籍新娘，現在食品加工場工作。受訪者表示太太是在知道實情下結婚，希望未來能互相學習、分享，未來兩人都想有自己的小孩，若不能的話領養也可以。今年則早上到自家田裡工作。

【家人對於疾病的態度及看法】

媽媽和家人的持續支持與鼓勵，讓受訪者覺得被接納。由於受訪者的努力工作也讓家人肯定他是有工作意願且具生產力的人。

【工作情形】

第一年：早期發病時一直換工作，工作大多維持一年多，不穩定，時常是工作上遇到困難或無法勝任時，自己覺得不好意思就自行辭退，受訪者表示當初並沒想過要加強自己的職業能力。由於自己有一些農地所以偶爾會做一些農事。目前接受政府擴大就業公共服務方案，於鄉公所內進行農田調查和土地資料的整理，受訪者表示工作尚能勝任，有位督導會協助其處理工作上遭遇的問題及困難。

第二年：一週前才剛結束為期半年契約一次的鄉公所清潔隊工作，目前每天在家耕種（稻米、番薯等），收成時會請工人來幫忙，一季收入約四萬元左右。受訪者表示經濟狀況還可以，太太從事食品加工業，一個月收入約一萬六、七千元，已足以支付家庭開銷。受訪者對自己的工作能力比以往更加肯定，覺得自己是有生產力的人，且可在工作中與他人建立良好的互動關係。受訪者希望未來能找到離家較近的工作，可以方便照顧母親及家人。

【人際關係】

第一年：在職場上與同事維持客氣、和諧的關係，私下不談真心話，與其中一位工作態度較好的人較談得來。

第二年：覺得有工作時，比較有機會認識朋友。表示自己工作後的社會接觸變廣，認識許多不同階層的人，目前持續和一些工作時認識的朋友連絡，偶爾還會到彼此家中吃東西、聊天。

受訪者覺得自己有別人八成的工作能力，近兩年來受訪者應徵三次後都有工作機會。剛開始別人以為受訪者清潔隊的工作會做不久，沒想到一做半年，所以開始認為受訪者還是有生產力與工作意願的人。受訪者覺得鄰居對自己的印像改觀，看法不一樣了。

【對醫療團隊的看法】

生活中有問題或疑惑時，會詢問醫師及社工等專業人員的意見。

【自我感】

第一年：現在覺得自己恢復得不錯，能力提升、情況有進步，想進一步幫助其他精神病患恢復到一定、比較好的程度，過一個比較好的生活。另外，認為自己現在對生活、對人、對事情的看法與態度和以往不同了。生活滿意度高，覺得自己現在的生活好像在享受，享受社會上其他人貢獻的成果。

第二年：覺得自己恢復得不錯，工作能力有提升，是個願意工作且有生產力的人。雖然處理事情的能力不算最好，但還可接受，對目前生活感到相當滿意。

【社會參與】

第一年：希望自己未來能夠有所貢獻，幫助社會上一些比較弱勢的人，幫助一些精神病患可以改變自己的行為，貢獻自己的心力讓這個社會可以更和諧，能夠更溫馨、快樂。

第二年：透過工作場所與他人維持互動，會和朋友們保持聯繫。

【宗教信仰】

信仰佛教，道教，也參加過一貫道。受訪者覺得透過宗教可尋求心理安慰，有信仰的人會比較有自信一點。

【過去與現在之差異】

第一年：以前遇到事情只會逃避，現在會想辦法解決、克服。現在想學一項比較專業、長久的工作，能夠安定、穩定的生活。以前覺得只要不犯罪，其他能賺錢的事就做了；後來知道不光為錢，有些事情我們可以拒絕他、可以不做，不要光考慮錢而已。以前很少讚美人家；現在會去讚美人家。以前工作目標只看短程利益，沒想到如何加強、改變技術，或是家庭會遇到什麼變化；現在知道自己要學一點技術來處理自己週遭的事情。以前遭遇問題都自己一個

人想，不會發問；現在有問題會主動發問，比較自己的想法和別人的想法不一樣，再加以選擇。以前覺得人生一片灰暗；現在比較樂觀一點。以前覺得自己什麼都不如人；現在知道原來世界上還有更加不幸的人，對於能力比較差的人，我們可以教導他、幫助他。

第二年：覺得自己比以前樂觀、正向思考，較能坦然面對現實生活情況。覺得藥物能幫助思考，做事情前會想一下，思考比過去更周全。

【對疾病的看法】

精神病患可以學一些比較適合自己的技能，好好加以發揮的話，還是可以對社會有所貢獻，所以人要有自信，自信在一個生病的過程中是很重要的。治療上除了藥物外，也可透過教育跟訓練和醫療各方面的配合，一起使用其他方法來治療能夠改善病情。受訪者表示其實患病也是一種經驗，康復以後我們可以幫助在患病的人。

【未來期望】

期待自己成為比較有誠信、比較有用的人。生育子女、組織一個溫馨的小家庭、母親能健康長壽。希望有一份穩定的工作。希望與其他人分享疾病復原的歷程。假日參與社團，幫助一些有疾病的人解決問題，過更好的生活。協助與自己情況相似的外甥，希望協助他接受就醫治療。

【人生觀與價值觀】

環境改變，目標也應該要隨著改變，不一定要追求以前的夢想，可以立下一個比較實際、短程、現在能達到的目標。要能容忍挫折，只要把好的部分加以發揚，壞的部分改正過來，做多做少都是有進步，這樣才比較實際。人不要只顧到自己，應該要互助，如此一個團體、社會可以過得更好。

【助力】

第一年：

- 1、疾病的認知與觀念--精神疾病不是一種可恥的病，對病人不要輕易放棄，只要學習專長加以發揮，也是能有貢獻的。
- 2、母親—教導人情事理，指點生活瑣事。長期精神及物質上的支持，在受訪者病情停頓時會適時的鼓勵、拉一把。
- 3、太太--生活細節上的照顧，一同成長、分享。
- 4、醫師--提供藥物治療，能與受訪者一同討論生活、工作及結婚的問題。醫生讓受訪者對人的看法改觀，樹立了一個榜樣，讓受訪者知道世間上的人不是光為錢而已，也不是為了錢什麼事都可以做。
- 5、日間病房--日間病房對受訪者幫助很大，可以學得一些技巧和人際相處的方法，了解到讚美其實是人際間的潤滑劑。

第二年：受訪者本身較為樂觀、坦然面對生活的個性。有問題時會主動請教醫師與社工，尋求專業人員之意見。媽媽、大姐、妹妹等家人的支持。

C6 超越障礙 展翅飛翔的蝴蝶

C6 已完成學業一年餘，並且在三個競爭性就業場所工作過，雖然工作未必符合自己的理想，也遭遇些許挫折，但是她都能調整自己的心情，目前則在某基金會打工，並且參與各種訓練充實自己，想成為一名專業的助人者，持續努力考研究所。其服藥量已相當低，開過康復記者會現身說法，希望對其他精神病患有幫助，也改變社會大眾的對病患的烙印。其復元歷程中，除了醫療的協助外，她相當善用外在資源，包括同學、網路、社團、諮商師，以傾吐自己的想法，另外宗教使她心靈輕鬆安定。儘管有經濟上的壓力與擔憂，但是她目前對自己的能力、生活和環境掌控力都相當滿意，快樂似蝴蝶。

女性，大專學歷，22 歲，未婚，16 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

近一年病情恢復良好，現在一個月回診一次，醫師表示以後可以不用密集回診，且六月份就能減藥至最低劑量，未來甚至可以停藥，服藥之目的是在預防而非治療。

家庭互動無太大改變，與家人關係不大好，較少獲得家人的支持。受訪者表示對目前的生活非常滿意，對自己活動上的安排十分充實，唯獨缺乏穩定的經濟來源，表示現在經濟還算過得去，但是擔心未來學費、生活費或才藝費會沒有辦法支付。受訪者認為疾病的改善對自己有相當大的影響，已經不用再把大部分心思放在生病造成的不舒服上，可以把心力放在自己想做的事情上，覺得每天都過得很充實、快樂。

【學業狀況】

第一年：專二、專三課業壓力較大，緊張、生活無法自理、較遲鈍，很想休學但被老師擋下來。專四實習的情況還能接受，有時和家人聊聊就可以撐過去。

專五開始服用精神分裂症的藥，兩個月胖 25 公斤，記憶力減退。在醫院進行

專題研究，由醫師指導進行。受訪者表示去年剛考上二技，環境尚未適應，加上病情嚴重，讀書會很睏、坐立不安、注意力難集中、人際關係也很不好。專二、三曾被當九學分，現在都已經補回來。最近幾個月學業狀況表現較好，受訪者表示因為全班平均都很高，學業成績雖然沒在平均之上，但算還可以。

【人際關係】

第一年：受訪者與學姊及兩位朋友相處得較好，平日參加慈濟的社團活動，喜歡打電話跟朋友聊天，表示打後心情較好，對自己有幫助，朋友也都願意陪受訪者聊天。受訪者現在有自己的電腦，喜歡每天上有關精神醫療的網站，如心理園、愛心會，大家會討論問題、病友互相鼓勵、可以獲得專業人員的建議、表達自己的想法，受訪者表示網站提供的資訊對自己有幫助。(網路中的人際關係)

第二年：自己覺得一年來人際關係的互動有相當大的進步，以前與人溝通時常上句不接下句，不知道人家在說什麼，語言表達很吃力；但是現在別人會覺得和受訪者相處很舒服，受訪者也常搞笑讓身邊的人開心，認為人際互動及溝通上有進步。但目前也有一些人際互動上的問題，主要是因為受訪者曾經上過諮商的相關課程，雖能有助於覺察自己的狀態，但也導致受訪者在日常生活中對於人、事、物的敏感度過強，時常擔心自己所說的話會不適當，因而難把自己的真實想法的完全表達出來而有所保留。

【自我感】

第一年：覺得自己在生活自理及人際互動上已有進步，比一年前好很多。覺得自己處理事物的能力很好，但沒有比以前好，因為吃藥後思緒比較遲鈍，沒辦法達到自己想要的標準，所以對自己沒信心。覺得自己對事情還可以掌控，但有時比較衝動沒耐心。對自己的外型感到不滿意，不敢參加同學會。覺得自己有想到的事一定要去做。認為自己的先天條件沒有比人家好。

第二年：認為自己處理事物的能力很好，甚至比一般人好；對於事情的掌控能力簡直是以「不可思議」來形容。覺得自己已經康復了，覺得各方面都有很大

的進步。研究所考試放榜兩間都沒有上榜，認為自己心理調適的能力變好了。覺得自己已經很久沒有生氣，每天都生活得很快樂，對外在生活都很滿意。覺得自己的思考、理解和反應能力上都有變好，以前需要刻意表現出正常，現在思緒運轉得很快，輕而易舉就能表現得很自然。認為國內還沒有人像自己恢復得那麼好。受訪者表示外在環境對自己的正向回饋，令人由內而外散發出非常舒服的感覺，覺得自己已經恢復了。

【對自己疾病的看法】

受訪者表示因為自己就讀醫療相關科系，所以對疾病有一些了解，不管外界如何看待，自己都很能接受自己的疾病。受訪者認為自己一定可以恢復，甚至比以前更好。覺得自己有些表現是因為受到疾病干擾，等疾病恢復後就能表現得很好。覺得自己生病可能是佛菩薩的安排，藉由生病的過程讓受訪者更堅定未來要成為一個助人者。

【生活安排】

受訪者表示最近的生活很不固定，覺得有時候很充實，有時候很閒。白天在XX基金會打工，沒打工時會到救國團報名成長課程，如古箏、陶笛、pop海報設計、義務張老師儲訓等。

【工作情形】

第二年：最近在準備研究所考試，所以短期內沒有打算找專職的工作。去年畢業後，至今曾任三份工作，最先服務於彰化基督教醫院，因壓力很大且主管調閱個人病歷，覺得內心不舒服，且醫師也建議不要繼續做，於是自願勇於離職。第二份工作是擔任身心障礙教保老師，因體力上較累，約三個月後主管找去聊天，覺得其特質不適合這份工作，且認為受訪者工作經驗不足，未發揮功能，且機構經費不足無法繼續聘請，受訪者覺得自己並未受到訓練的機會，心想雖被辭職，但日子還是要過下去，於是很快恢復心情，繼續積極的找工作。最後一次工作，是擔任護理之家的社工兼打雜小妹，雖然工作面談時十分愉快，但實際工作情況和自己想像完全不同（如休假、薪水、進修等），

約工作兩個半月即離職。

【進步】

覺得這幾個月在各方面都有變好，較能承受外面的壓力，表示復原的過程是自然而緩慢的，沒有特別的轉捩點。以前對還沒發生的事覺得很擔心；現在覺得有些事情不是自己可以決定的，盡力而為就好。

【對未來的期待】

第二年：看到救國團的簡章自己就趕快去報名，未來想成為一個多才多藝的美少女。希望可以做一位專業的助人者。未來規劃考研究所，繼續上張老師、生命線的課程。希望自己能廣結善緣。

【宗教信仰】

信仰佛教，自認為宗教對自己的病情幫助滿大的，平常會念佛號或經文，每天持續唸心經、睡前聽經，覺得最近心情比較輕鬆、安定。

【外在環境對受訪者的看法】

第二年

- 1、醫師、諮商師、藥廠護理師都對受訪者有相當大的肯定，前陣子剛拍「疾病康復記者會」的DVD，目前在各大醫院都有撥放受訪者現身說法的影片。
- 2、老師及病友對自己的肯定，老師在學校發現類似疾病的學生會介紹給受訪者認識，希望藉受訪者能與其他生病學生做長期的互動、分享經驗。受訪者對自己可以助人的表現感覺到開心，但又擔心造成依賴成為自己的負擔。

【助力】

持續回診、服藥。外部資源豐富：醫療、學校、網路、朋友、社團。有行動力，能安排自己的生活，和朋友談天、上網與他人互相鼓勵、參加社團、閱讀勵志書籍。主動對外尋求資源，協助自己解決問題。宗教信仰：心靈的平靜、安定。有計畫未來、問題評估及作決定的能力。人生觀：人必須自己依靠自己。受訪者有主動積極的人格特質，不會放棄自己的疾病。

【阻力】

第二年：工作不順，經濟來源不穩定。對人際互動關係很敏感，不易表達自己真實的想法。

【復元的策略】

幫自己做一些練習，例如：打電話、寫文章。刻意讓自己去練習一些對一般人很容易，但對自己卻不容易做到的事，例如：轉螺絲起子、翻書。遇到挫折時會不斷嘗試做其他方式的練習。受訪者會找機會一直和朋友講話，刺激自己的頭腦思考，也需要培養專注能力去聽別人講話。

T4 與障礙共存 想望成為家的守護者

有一個工作角色，努力在工作上表現，想扮演好丈夫的角色，能夠藉著一些方法處理症狀，如記憶的衰退，這些成功使得T4的自我感逐漸增強。他有一個希望和夢想—開一家屬於自己的便利商店。

第一年：

男性，大專學歷，41歲，已婚，14歲發病，患有精神分裂症，曾住院28次。

受訪者認為自己的轉換點在於結婚之後，開始想到自己與妻子的未來，也想到要多照顧自己的父母，變的比較有責任感，希望能有一份穩定的工作，照顧妻子及家人。

第二年：

延續去年結婚後的他，一直有個使命要照顧自己的妻子與父母，工作是他最大的想望，期待藉由自己獨立自主的工作能力，能成為一個能夠照顧別人的人。第二年的他確實按照自己的計畫工作，並且藉由自己過人的意志力，堅持在工作上，克服種種困難，例如：夜班生活的不適應、與人溝通的技巧與能力等等。如今他已經在工作上能得心應手，更希望未來有屬於自己的一家便利商店。

學習利用各種的方法讓自己的情緒穩定，包括寫日記和養狗與養魚。他開始寫日記是為了克服藥物讓自己的記憶力減退，並且也記錄一些自己心情好的時候的想法，提供自己在心情不好的時候可以翻閱，讓自己情緒能夠穩定下來。養狗與養魚可以和他們對話，似乎也對自己心情調適的有重大幫助。

學習接受自己的現狀是他這一年的進步之一，現在的他接受自己有病的事實，不要求自己與他人一樣，但是會想辦法克服，運用其他的方式讓自己的表現更好。

靠著他堅強的意志力，在便利商店工作的時間，除了全勤之外，還會主動

與客人聊天及幫助他們。對他來說這是很大的進步，比起過去一樣在商店工作，但卻有不同的結果。

目前是在某醫院快樂商店任職，因為先前有便利商店的經驗，這時候的他已經可以發揮先前工作所學習到的技巧，表現比一般人還要好。他的願望是要自己開一間便利商店，達成負起照顧家庭責任的理想。

【第一年至第二年復元過程的影響因素】

1. 婚姻因素—受訪者重申結婚是他轉變的開始，他說偶而也會和老婆吵架，但是一下子就好了。因為有了他，他的人生有了很大的轉變。
2. 工作因素—去年八月開始進入就業市場，雖然很辛苦的學習，有了別人的細心教導，他逐漸建立了自信與人際關係，也對他的病情有所幫助。
3. 自我省思—寫日記的習慣讓他能夠將心情好的時候的想法被記錄下來，當自己心情比較不好的時候拿來翻一翻，對於自己的心情調整與控制有很大的幫助。
4. 焦點轉移—養魚與養狗是心情的另一個寄託，讓自己可以有個轉移焦點的機會，心情也會隨之轉變。報紙也有報導，狗醫師會撫平人心的傷痕。
5. 想法的轉變—以前的自己會要求考上好學校，在功課上有好的表現，但總給自己很大的壓力，以前覺得會讀書才是高級的。現在不覺得人生一定只是讀書考試，現在覺得每個工作都是專業的展現，不會因為勞力的工作而輕視他，包括現在的開心商店的掃地這樣的小事也一樣。另外也比較會替別人著想，不會只想到自己。
6. 父母示範—父母年紀大了，尤其爸爸已經七十多歲，仍然辛苦工作，他認為自己不能這樣，一定要更努力，才能照顧父母與老婆。
7. 專業協助—醫師的叮嚀與鼓勵、張老師的輔導、xx 復健中心的主任，雖然都不在實質金錢上給予幫助，但在心裡或是觀念上都給予協助，也是轉變的影響因素。
8. 自我意志力—不願意住院與在工作上堅持全勤，試著靠自己的力量來改變。

9. 人際拓展—與人群接觸後更增加自己的自信心，對於病情穩定有所幫助。

H1 與障礙共存 破繭而出的蝴蝶

家人的關懷和協助，特別是母親的愛，是 H1 很大的支持來源，令她感動進而激發向上的動力。今年又在基督教會裡找到溫柔與關懷的感覺，也增加其人際接觸；由去年和今年的比較看出，H1 走出自我設限，主動與他人寒暄建立關係。今年在工作上有正向轉變，獲得一家很難進入的飯店的清潔工作，令她的自信增強，今年的她對未來充滿憧憬，心中滿溢幸福感。

女性，大專學歷，39 歲，未婚，患有精神分裂症與憂鬱症，曾住院 1 次。

發病時對於家人很不諒解，爸爸要拿受訪者的身份證去辦津貼，受訪者卻聽信「光體」解讀為爸爸要讓他的身份消失，後來受訪者才瞭解光體所言並非事實。受訪者的媽媽在過程中照顧受訪者最長的時間，不讓受訪者自己洗衣服，目前已經六十五歲，仍希望繼續賺錢，照顧受訪者生活。大姊、大哥和二哥都對小妹妹很照顧，協助就醫等都幫了不少忙。

第一年：

發病前受訪者已經找不到工作，長期看醫生的花費很大，覺得對不起家人。病情穩定復元後，目前在某間旅社做清潔工作，因為不能太過勞累，所以每天最多做半天而已。先前參加勞委會的職業訓練美髮訓練班，目前已經完成學科測驗，正等待成績放榜。

第二年：

他一直持續都有工作，包括在花蓮賣衣服。目前他進入一家很難進入的飯店工作，自己對於這樣的肯定也非常開心。這是他工作的第三天，雖然過程中也會有些緊張，但是看得出他對於自己未來抱持著憧憬。

【人際關係】

第一年：

訪談中並未談及此部分。依據受訪者談話內容偏向家庭，以及填答問卷的

情形，不難瞭解受訪者較少有朋友，大部分時間都是自己或是與家人相處。

第二年：

信仰讓他擁有人際接觸的機會，包括基督教會及佛教的寺廟。這些都讓他有被關心照顧的感覺。

【專業協助】

醫生與護士們都很照顧受訪者，知道受訪者的家境很不好，特別幫助受訪者申請身心障礙津貼，免繳健保費用對受訪者的幫助很大，受訪者對此也非常感激。

【轉捩點】

受訪者在發病的過程中家人持續幫助他，受訪者不想成為別人的負擔，因此產生了一股向上的動力。加上大姊身體瘦弱，又有家庭小孩，為了受訪者用心每次的載他去看病，讓受訪者深受感動，他更沒有死的藉口。死亡對關心他、照顧他與支援他的家屬來說是不公平的。

第二年：

他認為自己的改變是因為有了信仰的關係，在佛教師父及基督教師母和其他弟兄姊妹的關心下，自己有很多的進步。母親的關心也是他最大的動力，尤其母親曾和他說會愛他一輩子，讓他更是感動。這一年她的冒險精神又恢復的，不再害怕把自己藏起來，會願意主動和別人打招呼，加上工作上的肯定，都是他這一年的轉變因素。

【對疾病所做的努力】

受訪者的幻覺與幻聽常常影響受訪者的判斷，因此現在的受訪者儘量不與「光體」溝通，減少幻覺與幻聽影響自己生活的程度。

【未來期望】

第一年：

1. 工作方面—希望找到一個較為長久穩定的工作。
2. 照顧母親方面—希望能夠讓年邁的母親休息不再操勞。

第二年：

1. 受洗成為基督徒
2. 在工作上得到肯定，升上主管職務—讓自己的技能可以更為熟練，作的更快更好。

和去年訪問時間相比，受訪者認為自己有四個改變：腦力的恢復、溝通的能力、疾病的好轉以及幸福的感覺。

改變的時間是因為這個月開始上教會開始，因為教會中給他有溫柔、關懷的感覺。尤其是唱詩歌給他有種平安、平靜，又有力量的感受，有時還會令他很感動。

K2 與障礙共存 循序漸進的復元旅者

第二家就診的醫師給予 K2 復元的希望，他抓住這個希望，遵循醫囑，持續進行工作復健，一直參與工作與訓練，生活規律穩定，從事自己喜歡的休閒娛樂，人際上也覺得很不錯。對於未來，有考大學的計畫，知道自己有外文的優勢。宗教的力量激發 K2 改變，使自己由內向悲觀轉為外向樂觀；其完美主義的性格也促使他更努力往復元的道路邁進。

男性，高中學歷，25 歲，未婚，18 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

受訪者今年與去年的身體狀況相較之下感覺差不多。在疾病方面，感覺比去年更穩定，感覺都控制住了，不再有任何幻聽、幻覺的症狀。

【目前的生活狀況】

第一年：受訪者在病情控制穩定之後轉到私立高職念書，在沒有資格考的壓力下勉強畢業，畢業後先後至康復之友協會介紹的兩家麵包店工作，感覺不太能適應，勉強待完一段時間後，目前在一家庇護工場工作。目前的生活非常規律，除了工作之外，平常生活會玩電腦、打電動、看書、運動等休閒活動。

第二年：生活仍規律，白天自己搭火車及公車到高雄市博愛職訓中心上課，平常休閒生活是玩電腦、看小說；週末參加教會團契的聚會和禮拜。

【工作情形】

第一年：受訪者目前的工作就是在一家專門為身心障礙者設置的加工工廠上班，壓力不算太大，受訪者在此已工作近一年。

第二年：受訪者目前在高雄市博愛職訓中心接受職業訓練，受訪者被分派到的是

綜合事務課，訓練內容包括廚工訓練、環境清潔及洗車。

【人際關係】

第一年：認為與工廠內的同事都蠻單純，感覺和他們就像好朋友一樣，無話不談，而且可以天南地北地聊，偶而也會談談心。

第二年：受訪者認為自己與職訓中心內的學員相處的不錯，認為自己的人際關係都還可以。受訪者喜歡到教會去參與活動，因為教會的人給受訪者感覺比較好、比較溫暖。

【自我感】

第一年：受訪者認為應該要讓自己進步，期許靠自己、要早一點獨立才行。

覺得自己比以前進步許多，過去很容易緊張，一講話會講得很快，其他人都聽不懂受訪者在表達什麼，但是受訪者目前在表達已比之前好許多。

第二年：受訪者對於目前的生活感覺還蠻滿意、還過得去。不過因為自己大部份的事情仍是父母在處理，所以面對事情時，還是需要再加強自己的能力。受訪者認為每天的生活蠻規律的，感覺還不錯。由於受訪者父母會提醒，即使假日也要讓生活規律，因此受訪者也會照著去進行，讓自己能為未來到外面工作的生活預作準備。

【對未來的期望】

第一年：受訪者希望能考大學，唸自己認為比較簡單的第一類組，希望轉到商用資訊科，比較能夠賺錢的科系。受訪者也知道外文對自己有利，所以告訴自己要學觀光、學語言、環遊世界等等。偶而有在看書，但是大部份的時間還是花在玩樂的時間比較多。

第二年：.受訪者提到受訓還剩十一個月，因此希望能好好受訓，將來學得一技之長。

【本身特質對復元產生的影響】

1.配合醫囑、2.過去的受訪者較為內向、悲觀、消極，因為宗教的力量促使受訪者變得反而是比較外向、樂觀、開朗、活潑、大方等、3.性格中帶有一些完美主義，也就是在整個復元的過程中，要求自己好還要更好。

【醫療人員的服務與復元的關係】

由於**第二家醫院的醫師**告訴受訪者說，此病很有希望，不久的將來可以根治，只要跟醫師作好配合，就有變回正常人的希望，因為受訪者就緊抓住醫師所給予的希望，繼續配合下去。

【醫療體系的資源對復元的影響】

受訪者認為**第二家醫院的心理醫師**幫助很大。讓受訪者許多心裡的話，不管是什麼傷天害理的事，或是做姦犯科的事，都可以放心談出來，受訪者認為是讓他因為曾經犯下偷竊行為所產生的恐懼感，有一個情緒及心理壓力的出口。

【助力】

- 1.醫療是最主要的因素
- 2.宗教是其次--受訪者認為靠抄自然的力量，就是禱告，病情就慢慢地好轉，有進步。尤其，受訪者認為宗教讓他有改過向善、重新做人的機會，是一種新的開始，也就是讓自己所有的壞習慣全部都改過。
3. 醫師、自己的父母親、和弟弟的支持，學校師長、工廠的課長、廠長對受訪者的信心。

K1 與障礙共存 邁向正常之路的積極行者

K1 曾在外語學校就讀、在弟弟經營的工廠工作，在第二所就診醫院的處遇模式下，給予他復元的信心。他經常為自己設定目標，努力使自己的功能不退化，想成為正常人一般。面對挫折，他會以積極正向的方法面對，也注意經營人際關係以增加自己的資訊與機會。另一個鞭策力量來自於不想再住院，對於未來的期待是想成為一名導遊。

男性，大專學歷，33 歲，未婚，24 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 7 次。

【目前的生活狀況】

第一年：受訪者九十一年考上○○外語學校。白天上班，晚上上課。每一學期都以不錯的成績申請到獎學金，受訪者會將每學期申請到獎學金存起來，以便在畢業後拿來還助學貸款。受訪者是相當有計畫地在安排生活。

3. 受訪者目前的工作是在受訪者弟弟所開的工廠，是做液晶螢幕的背光模組，受訪者所負責的是機房裡品管的工作。

第二年：去年由於受訪者弟弟公司不景氣，因此在不得已的情況下，離開弟弟公司的工作，目前在某市康復之友協會底下的庇護工場。受訪者原先在○○學校唸夜間部，由於認知到語言學對未來找工作幫助不大，於是在大三下學期毅然決然地辦休學，一度遭到導師強烈反對及阻撓。

【對目前生活的態度】

第一年：受訪者認為目前的生活所必須處理的兩件事，一是工作、學業，二是健康，因為必須考量健康的負荷，若要工作與學業作取捨，受訪者認為要先保住工作，而學業的部份，不一定要唸第一，不給自己壓力過大，反而無法畢業。所以受訪者在生活上的排序是健康、工作、課業。

第二年：受訪者認為做任何事應考慮現實的問題，不要讓自己的狀況 down 下去，要努力地對抗退化，找事情讓自己做，不要想東想西，空想夢想，因此受訪者經常提醒自己看看周圍正常的人在做什麼，不要讓自己發呆，學習正常人。他認為生活中要有工作才會感到滿意。

【人際關係】

受訪者深知功能的維持裡包括社交能力，於是經常會找舊朋友聯絡感情，若目前沒有工作，他也會主動去找志工的工作來做，使自己保持有人際的互動，因為他相信失去朋友，就會失去很多的訊息和機會。

【自我感】

認為自己與別人不同的部份是在抗壓性。其他病友不敢讓自己的工作量太大，以致於無法負荷，而受訪者則是擔心自己的工作量不大、活動量不夠，而使功能減低。受訪者覺得自己遭遇到挫折時，調適的能力還好，會給自己合理化，調整心情之後再繼續。他對自己要求，盡量去模仿正常人遇到事情的處理方式，不把一些無厘頭的想法表現出來，希望做到即使是精神科的專業人員在旁，也看不出受訪者曾是精神病患。為了讓自己維持功能、不讓別人認定自己是精神病患而必須不斷為自己訂目標，努力去達成，過程當中雖然感到很累，但是受訪者認為，為了尊嚴、自由及健康，累一點無所謂。不服輸的個性，使得受訪者努力地讓自己活得更像一個人，不讓自己成為次級公民。

【本身特質對復元產生的影響】

在 b 醫院的日間病房時，醫療人員都稱受訪者相當有潛力，工作上的升等皆比其他病友要來得快；而受訪者本身認為，自己確實很努力，無論日間病房安排什麼樣的工作，受訪者都比別人要來得用心。醫療工作人員對於受訪者所給的建議，受訪者都相當虛心接受，並且不辭辛苦，願意慢慢地學。

受訪者會寫日記紓發情緒、抄佛經讓自己訓練集中精神，甚至拿國中的練習

題，訓練自己。

認為自己凡事都是朝正面在思考事情。如果想不通就會主動找資源，例如找同學、病友、輔導中心老師等。因為受訪者能接納各種不同的意見和觀點，學習讓自己不要守著一件事去鑽牛角尖。

【對未來的期待】

第二訪談時表示給自己設定目標，用日文檢定來測自己的功能是否有所進步。並且準備考導遊的證照。受訪者會告訴自己，未來的道路是要靠自己。

【助力】

1. 母親：受訪者的母親為了讓受訪者好轉，經常會語帶威脅，要受訪者自己付所有的醫療費用及生活費，如果不趕快好起來，就必須欠更多。母親給受訪者這樣的經濟壓力，讓受訪者感受到是另一種形式的助力。
2. 訪者認為讓自己恢復的兩大動力，一是希望過正常人生活的渴望，二是鞭策自己不要再讓自己住院。
3. 規律的服藥。
4. 覺察到退化的問題，並且努力地將其克服。

T3 與障礙共存 渴望獨立生活的復元者

T3 的醫療配合度很好，對醫護和藥物的效果有正面評價，有良好的家人支持和督促，他自己有病識感也相當努力透過運動和參與工作坊提升和維持功能。同時透過運動保持外表。可見自己相當努力。目前很努力尋找工作，不過遭受挫折，然而 T3 渴望過獨立的生活。

男性，大專學歷，35 歲，未婚，28 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

受訪者目前仍持續回診、服藥。受訪者服藥易覺得口渴，需喝很多水，晚上無法好好休息。目前與父母居住，父親為西藥大盤商，平時待在家中，不經常外出；母親為家管。

【工作情形】

第一年：發病前，受訪者在 XX 電子公司工作，目前在工作坊作代工，認為工作內容不難、很簡單。

第二年：受訪者已離開工作坊快一年，目前仍積極閱讀報紙，試圖找尋工作。

【人際關係】

第一年：除了以前的同學之外，較無和一般人的互動。與工作坊學員互動良好，參與其舉辦的慶生會、卡拉 OK 等等活動。

第二年：受訪者平時皆待在家中，但會跟公寓管理員互動、對話。以前的同學有時會打電話關心受訪者，與其說話。

【自我感】

第一年：由於有就診資料，故應徵公司不願聘用，造成對自己工作沒有信心。樂觀積極。來到工作坊進行復健，當作是訓練自己。雖然應徵工作不易，不過仍願意嘗試。

第二年：受訪者覺得自我控制不錯，能改善自己的生活。受訪者有病識感，試圖掌握自己的病情，避免不舒服的情形發生。覺得自己在外面工作比較好，家事做的比較差。要做事才不會變笨。

【社會參與】

第一年：受訪者在返家後會到附近的綜合運動場運動。受訪者會和工作坊學員玩牌、聊天，也會參與工作坊所辦的一些戶外活動、卡拉 OK、慶生會以及尾牙等等。也曾經參與台北縣政府舉辦的園遊會並且表演跳舞。

第二年：1.工作坊認為受訪者已有工作經驗，無須再回工作坊。

【過去與現在之差異】

第一年：因為吃藥的關係，動作比較慢。會想要跟他人互動以獲得較好的好處。自己克服了口吃，說話比較流暢。現在想要藉著活動和工作讓自己能夠思考、自己能夠去做去想。願意充實自己，閱讀電腦雜誌、英文書籍等。

第二年：相較於一年前，受訪者身形變的較瘦一點，較會控制自己的飲食。受訪者覺得現在比較開朗、樂觀，思考比較清楚。對事情的思考比較清楚。現在比較不會怕人。

【未來期望】

第一年：希望能找到工作，獨立生活。

第二年：希望自己能變成像正常人的樣子；能找到工作，獨立生活。

【助力】

第一年：自覺需要心理的調適，並且自己想自己解決；家人的支持和建議；醫生建議受訪者多運動，舒展身心；工作坊學員的陪伴等。

第二年：時時督促自己不要偷懶，要運動、做事，才不會變笨。媽媽、大哥的支持，促使受訪者產生改變。父母的期望、要求會督促自己。

【阻力】

第二年：工作面試皆沒有下文，覺得自己的疾病很難在外面找到工作。心情有時比較亂、父母會看的緊一點。會抽煙，有時說話聲音會大聲一點。

C5 與障礙共存 信心希望不斷的鬥士

C5 已完全沒有症狀，也不再服藥，接受第二次訪問時已完成研究所學位。其整個復元過程是其個人積極正向人生觀、不斷嘗試的結果。他相信這個疾病有一個終點，相當配合醫囑。其有父母親給予的經濟支持，給予和外界接觸的機會，包括出國遊學。在校人際相處良好，且有一穩定的異性關係。C5 則抓住想再唸書的渴望，克服症狀干擾持續補習，進入大學和研究所就讀。然而生命歷程因疾病被抽調一段 12 年的歲月，面對自己年齡的社會壓力，未來如何在社會上就業，是其內心最主要的困擾，儘管如此，他仍堅持不放棄的信念，憑藉自己的信心，努力以赴考公職。

男性，研究所學歷，40 歲，未婚，20 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

目前已停止服藥 9 年多，復元狀況良好，溝通能力佳，能以語言確表達內心想法、感受。目前獨居，搬離家裡八年。有一女友，女友的父母並不知道受訪者的病史，因此在交往上有某種程度的壓力。

【社會角色】

第一年：受訪者目前為研二的學生，將大部分時間投入在研究主題上。受訪者認為進到 XX 研究所之後，自己目標和各方面狀況越來越跟一般常軌接軌。由於 XX 是一個以醫學院為主的一所學校，所以讓受訪者有機會面對生病的議題，受訪者起初並不想碰這個領域的東西，但受訪者覺得這是對自我生命的交代，目前將重心擺在論文上，覺得自己的表現越來越好。

第二年：即將畢業，工作方面迫切、競爭的壓力，對未來感到擔心。過去一年未工讀過。準備考試。

【人際關係】

第一年：受訪者並不怕人際上的互動，認為只要誠以待人。因此只要同學或是師長相處過都變成滿容易在一起的，所以並不覺得精神疾病有帶給受訪者社會化的退化退縮。

第二年：人際關係能夠做好處理。

【對醫療團隊的看法】

受訪者很順從醫囑、配合醫生的。但是認為自我 empower、病友自我復健的模式最重要。

【自我感】

第一年：覺得得這種病蠻累的，要比別人做更多的努力才能得到同樣的待遇。覺得做任何東西就好像在補破網一樣，再怎麼補都是一個破網，「我的人生就是一個破網，永遠不完美」。受訪者認為自己進到 XX 之後，自己目標和各方面狀況越來越跟一般常軌接軌，對自己的生命負責。受訪者覺得唸書是一個復健，唸書像是有一個目的性，是一個規律的生活。所以受訪者對自己人生、生命的意義較有興趣，對哲學、宗教比較嚮往。受訪者感受到莫名的壓力，沒有辦法專心把重心完全擺在課業上，心裡面有一個不踏實的感覺，因為受訪者其實曉得應該要好好唸書，可是因為受訪者的年紀在社會上的位置，在社會化的過程，受訪者覺得自己是明顯偏離那種常態的社會化的階段性，因此沒辦法全心當一個學生。由於社會責任的壓力，受訪者不曉得要當自我好還是要當社會我好。受訪者清楚知道還有社會責任，覺得自己沒辦法完全排除掉社會我。只能在扮演社會我的同時，盡量挪出一點空間，展現自我揮灑的空間。

第二年：覺得自己自尊心很強，但自己有些能力的確不足，例如電腦技能，擔心進入職場沒法馬上上手。缺乏勇氣找尋工作。滿意自己的危機處理等能力；不滿意自己未經濟獨立。個人的現實感持續在進步。

【過去與現在之差異】

第一年：笑容變多，以前都沒什麼笑容，臉部表情崩的很緊。在學校越來越自在，越來越能融入生活。很多能力變成認知和期待之間會有落差，是對自己的期待但是表現出來有落差。自我整合的能力越來越好。

第二年：去年底到年初發生一個重大事件，是生病以來最糟糕的情況，覺得自己可以熬過來比一般人的能力還要好。

【人生觀】

第一年：受訪者覺得在最無助、無力、無望、無奈的狀況下，永遠會給自己機會，且永遠看到生命的希望和不放棄的信念。受訪者覺得自己會復元最大的原因就是有源源不斷的那種希望。接受疾病曾經存在的事情，把它當作生命當中經驗的一部份，跟它共存。將生病當作一個遊戲，會有一個結束。有時候低潮時，還是會埋怨。

【未來期望】

第一年：受訪者很想提早畢業，但是又很擔心一畢業好像會整個資源都沒有了。一定要工作上經濟獨立，但不希望工作是技術性的工作。

第二年：將公職考試擺在第一順位，電腦學習較後。

【對社會的觀感】

精神疾病很不堪，而且社會對這方面有些烙印。受訪者覺得一定要大聲說出來，將自己曾經有過的經驗說出來。

【助力】

第一年：再回到校園，讓自己沒有完全從社會中脫離。父母親的支持。我生病是

因為**我的性格**，但是我會好起來也是因為我的性格。

第二年：自我的能力非常強，靠自己的信念。

T6 與障礙對抗 心靈境界的優游者

受訪者的母親和弟弟給予他很多幫助，目前工作坊成為其社會參與的主要管道，在工作中與人互動良好，令他的自我感增強，其自我信心主要來自藝術才能和表現，也是其面對緊張症狀的方法，宗教與小提琴和其他藝術活動釋放、滋養其心靈，充實生活。樂觀的個性也是受訪者能夠與疾病對抗的優勢。醫療專業協助與工作坊也是其助力之一。

男性，高中學歷，32歲，未婚，18歲發病，患有精神分裂症，有幻聽症狀，未曾住院。

第一年

病友是個有愛心、願意奉獻自己、喜歡幫助別人的人，認為對抗病魔最好的方式就是心存善念，病友說：「幫助別人，大家都快樂，自己也會很充實。大家都快樂，自己的病痛就不會很痛了。」

媽媽在他發病的過程中幫助他最多，陪伴著病友給他無微不至的照顧。弟弟也幫了很多忙，載他到處去玩，也讓病友在他那裡工作過，給他很高的薪水。平時在家拉拉小提琴，假日就到教會或廟宇。對自己的要求較高，覺得自己的生活還不夠充實，希望能有更多有趣的活動來填滿整個生活。病友比較容易緊張，想嘗試能到郊外清淨的地方，例如看雲海，讓身心完全的釋放，對於現在都市吵雜喧鬧的環境有些不滿，很想看藍天流水，但自己獨自一人不太敢去。

第二年

1. 每天仍去工作坊八小時，除了工作坊之外，在家裡都拉拉小提琴、看書、看雜誌等等。
2. 週六週日都會去廟宇，聆聽師父的教誨，求得心靈的平靜。
3. 受訪者認為自己除了比較懶以外，其餘的部分都還不錯。

病友自認自己是美工超人，舉凡油畫、粉彩、水彩、素描、炭筆等無一不會，對於藝術部分相當有自信。目前仍每日到工作坊八小時。過去並不會主動和別人聊天，現在的他已經可以和別人聊天交朋友。

【復元的技巧】

第一年：

消除緊張的方法病友嘗試了很多，例如拉小提琴、談鋼琴、看書、聽音樂、到郊外走走。有時候做這些消除緊張的方式也會讓病友緊張，最後病友採取交替進行方式，其實病友最想做的還是到郊外走走。

第二年：

1. 受訪者表示在心理方面比以前樂觀、人際方面在工作坊已經有可以聊天的朋友、職業方面工作坊的工作都還能夠上手並無吃力無法勝任的狀況、身體方面也較過去為舒服。
2. 受訪者覺得這樣的改變並沒有一個特別的轉捩點，而是自然而然的變化過程。

第二年：

希望能工作賺點小錢，進而找到好工作賺大錢，目前並無特定的工作進修計畫，以工作坊為主要的經濟來源。

【助力】

第一年：

1. 母親的關心與照顧，影響病友反哺的孝心。
2. 擁有藝術、音樂等天分，可以調劑身心。
3. 病友樂觀、樂於助人的態度。

第二年：

1. 宗教因素—兩次的訪談，受訪者都提及宗教對他身體的幫助，似乎在宗教上尋求寄託對於疾病有所幫助。受訪者也覺得只要對別人好，有慈悲心作佈施，人就會有所改變。
2. 朋友因素—這兩個禮拜來開始和工作坊的朋友聊天，一改過去絕不和人聊天的狀況，覺得心情比較開朗，對於病情的好轉有所幫助。
3. 專業因素—醫師給予專業醫療，加上工作坊主任的協助，自己日漸進步。

T9 與障礙對抗 含苞待放的花朵

T9 是年輕女性，對於穩定的感情和工作都有著期待，父親的愛與付出是她動力的來源，擔心社會異樣的眼光，但是父親、國中同學、和專業人員的關懷讓她相信世界上仍有好人。她仍在與藥物的副作用對抗，無法接受自己的疾病，去年曾因此停藥而發病住院兩次，但是保護室的壓力，也成為她努力復元的另一動力。T9 曾經擔任清潔工與公司小妹，但是因擔心無法符合社會期許而停止，如今在日間留院中學習，對自己的未來仍有很多的期待。

女性，高中學歷，25 歲，未婚，16 歲發病，患有精神分裂症與憂鬱症，曾住院 2 次。

第一次和第二次訪問期間，受訪者有兩次住院紀錄，據訪談中瞭解是因為未按時服藥的原因。可能仍未接受自己有這樣的疾病，覺得自己是正常人，不需要繼續服用藥物所導致。而且服用藥物後會有尿床的現象，加上藥丸太大，也都是拒絕服用藥物的原因。

父親是視障，但是受訪者眼中的好爸爸，對受訪者非常的好，在這段發病的過程中，都是爸爸照顧他最多，到後來到日間病房以後每天給他一些零用錢讓他到醫院，晚上都會來接他回家。

【工作情形】

第一年：復元後的受訪者做的是清潔供的工作，後因休假少，在公司上班一個月可以休八天，因此受訪者在這次訪問前已經轉到公司當小妹。在公司裡的受訪者不能適應公司的緊迫環境，尤其到了星期五要交成果時，都會讓受訪者很害怕，擔心別人的取笑。

第二年：因為發病的緣故，目前仍日間留院中。但是他對於自己有很高的期許，希望自己能在工作，但是談論的過程中，發現她的目標過多，只是在於想像的階段，並無實際落實。

【對醫療團隊的看法】

醫院醫療團隊的醫生、護理長，xx 衛生所的護士都對受訪者很照顧，也很關心，受訪者也能瞭解到他們對自己的關心與用心，受訪者覺得醫生與護士都已經盡力幫助他了。

【轉捩點】

第一年：受訪者的詮釋父親的協助是她的轉捩點，在發病的過程中陪伴受訪者。

受訪者發現有很多家屬是放棄發病的親人，他很感謝父親並沒有放棄她。國中同學的支持讓受訪者更能夠向前努力。

第二年：父親仍是她努力的動力，希望自己能夠有固定的工作。其次是因為保護室的壓力，她不願意在回到保護室中，所以願意配合專業醫師及護理人員的要求按時服藥。

目前她仍不能接受自己現在的狀況，會和護士比較薪水的高低，覺得自己的薪水一萬多元實在太少，感覺似乎想要有護士一樣的收入。

日間留院會有相關社會參與的課程，他們會跟著護理人員前往各處學習，除此之外並無其他社會參與的機會。

【過去與現在之差異】

1. 曾經放縱自己的情慾，會主動和男生搭訕，與日間病房之男受訪者之關係也很亂；現在的受訪者希望能夠找到疼愛她的人。
2. 體重減輕、臉上展現出笑容不再動來動去停不下來。

【未來期望】

第一年：希望擁有自己的家，或是自己的書房，有自己的書桌；另外可以到店裡

學習編織毛線，學做東西是要和朋友分享自我實現。

第二年：不想再進保護室、要減肥、要工作。

爸爸一直擔任照顧者的角色，受訪者很在乎爸爸。最近因為醫院病友的父親過世，讓受訪者聯想到自己父親，雖然很多人都和她說他爸爸會很長壽，但是她仍有擔心。

擔心社會對她的眼光，不喜歡被人取笑或是另眼相看，不論是在疾病上或是工作能力上，都不希望被別人取笑；但是，受訪者覺得社會上還是有好人。

C4 與障礙對抗 含苞待放的花朵

家庭是 C4 的最大資產，一家人雖然經濟有些匱乏，但是家人持續支持她，特別是父親。C4 曾經有過競爭性工作的經驗，但是因老闆太兇之故而辭職，雖是不愉快經驗，但也顯示其有此能力，她自己也始終未放棄再就業。社會大眾的眼光 C4 的壓力來源，目前在家休息。

女性，高中學歷，29 歲，未婚，19 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 1 次。

目前未婚，與父母及妹妹同住，會幫母親做家事，由於妹妹工作較晚，所以也會幫妹妹做一些事，與家人關係良好。曾有幾次相親經驗，但是沒有成功。受訪者擔心自己的疾病會影響交往對象對她的看法，因此不知要不要向他人說出自己的病情，對於和異性交往也會有所猶豫。平常搖呼拉圈和快走來減肥，妹妹會注意受訪者的身體健康。父親放假時家人會一起出去玩，去大甲、霧峰、清境。

去年受訪者在一家家庭工廠當作業員，現在每天騎腳踏車上下班，今年訪談時受訪者目前已無在家庭工廠當作業員，已經半年沒有工作。由於老闆太兇，因此受訪者自行辭職，希望先在家裡待一陣子再找工作。受訪者怕再回到日間病房會被束縛。

【人際關係】

第一年：跟一位 40 幾歲的女同事比較要好，會一起聊天。

第二年：日間病房的病友會打電話給受訪者，與其聯絡，聊最近狀況。

【自我感】

第一年：受訪者認為自己要有工作並且協助家事，使自己更有能力。對於自己目

前的生活狀況以及復元情形感到滿意。

第二年：有時覺得自己很好，有時覺得沒有工作沒有體能。覺得自己沒有辦法協助改善家裡的經濟狀況。覺得自己很不像大姊的角色，妹妹的能力很好。聽到家附近發生車禍，受訪者馬上通知他人打電話叫救護車，並協助救護車至現場。受訪者覺得自己反應不錯！但會害怕別人的看法。

【社會參與】

第一年：隔壁鄰居是慈濟志工，並不知道受訪者的病史及家庭狀況，但有時舉辦慈善活動時，會邀請受訪者幫忙作一些手工藝義賣。過年會和父母家人一起到西湖、清水，最近也去花卉博覽會遊玩。

第二年：受訪者跟醫師反應想至日間病房，但不想在團體裡面擔任幹部。害怕去日間病房會有一些壓力。覺得工作時，老闆很兇；有時工作的人會欺負人，沒辦法作很久。

【未來期望】

1. 受訪者想要找一份穩定的工作。
2. 希望眼睛不要再上吊，避免像過去一樣，工作時嚇到同事。
3. 有點想要結婚，但覺得很難，因為怕人家知道這病怎麼辦？

【人生觀與價值觀】

認為要靠自己努力；樂觀。做人歡喜就好；父母親年事已高，不能一直依賴父母；希望能趕快出院工作賺錢、貼補家用；希望能結婚。

【對社會的觀感】

受訪者認為社會大眾會看不起，受訪者認為這很不公平且沒有同情心。第二年受

訪時進一步表示社會大眾對受訪者的看法不同，使受訪者想要更積極找工作。

【助力】

第一年

1. 受訪者想要獨立賺錢，除了讓自己經濟獨立之外。
2. 父親給予最多照顧，母親、妹妹也提供支持，而妹妹有時會激勵受訪者。
3. 醫護人員在受訪者住院時所提供的幫助。

第二年

1. 父親、妹妹鼓勵其找工作。
2. 受訪者覺得自己對事情不放棄，一直想要去做。

Y1 與障礙對抗 尋尋覓覓的復元者

Y1 一直持續服藥且病情穩定，但是仍有一些症狀，對於因疾病而帶來的一些身心反應仍會讓她擔心外人的眼光和想法。家人的支持與復健協會給予她很大的幫助，然而其自己也相當努力了解疾病，使自己不發病。工作部份有一些更換，目前協會的工作比較庇護性質，影響其人際互動機會，她想尋找麵包店的工作，仍在尋覓當中，但也擔心因其疾病影響工作機會。

女性，國中學歷，21 歲，未婚，13 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 0 次。

受訪者從服藥至今已達 8 年，病況穩定，沒有住院，但不敢就學。目前復元良好，情緒穩定，溝通能力佳，能以語言確實表達內心想法、感受，仍有持續門診、定期早晚服藥。平時生活與父母同住。

【工作情形】

第一年：之前曾在便當店上班，但因經常在工作中被欺負，因此工作一個月後便換到協會作了一年多代工，因與異性病友相處不甚愉快，因此不想回到協會工作。休息半年後，又回到協會幫忙事務上的工作，之後由理事長轉介至 X 園工作。受訪者喜歡這份工作，因為可以使自己不至於一直待在家中，工作已快滿一年了。

第二年：日前已離開在 X 園的工作，目前在社區復健中心擔任工作助理，工作一天八百元。協助老師準備教材、寫記錄、包水餃賣等。今年年初至今已工作四個月。離開 X 園的原因是那邊是墓園，由於另一位工作人員離開，受訪者覺得一個人在那兒會害怕。不想出去外面工作，因為工作環境單純。最近覺得工作疲累，不太喜歡現在的工作，因為事情多了一些。考慮換工作，想要當麵包店的門市小姐，不確定有沒有機會，擔心被發現是病友，工作權就會被剝奪。

【人際關係】

第一年：與工作伙伴相處融洽，但對於伙伴經常抱怨感到困擾。與工作伙伴的妹妹（也是病友）常保持聯絡。參加協會舉辦的烤肉活動。曾經受過異性騷擾，因此不喜歡與異性有太多接觸。

第二年：換工作後，因為沒有年齡相仿的學員，所以交到的朋友很少。最近覺得很煩，不想去社區復健中心，因為有學員會抽煙、騷擾。很想要有女性的朋友。

【自我感】

第一年：沒有工作則很容易退化。覺得自己太胖了，要減肥。

第二年：覺得自己最近又胖了，胖了五、六公斤。覺得自己很孤僻。覺得自己比較會胡思亂想，受到疾病的影響，在乎別人對自己的感覺。對自己的工作與能力沒有太大的信心。覺得自己的學歷低與別人的交往有差距。

【社會參與】

第一年：平時會與母親一起逛街購物。

第二年：跟學員一起去參觀玉里療養院，參觀環境。

【對社會的觀感】

第二年：看到社會事件，罹患精神疾病的護士出狀況，覺得自己也會做不好。害怕別人不喜歡自己，很在乎別人的看法。

【過去與現在之差異】

第一年：現在狀況比較好了，比較有精神，比較快樂，比較不會胃痛，不會胡思亂想。記憶力變差，注意力不集中，不喜歡讀書。服藥之候較容易入睡，喜

歡亂吃東西，不喜愛運動，容易累，有時會頭痛。工作之後，因為和別人溝通、交流，因此穿著變的比較注意、漂亮。

第二年：覺得自己動作比較緩慢，會發呆，反應比較慢。現在比較快樂，但是比較沒有朋友，怕自己發病，朋友覺得怪怪的不會理受訪者。有時身體會扭到。對人的看法改變，因為之前的同事對受訪者態度變差，讓受訪者對人的看法改變。工作復健之後比較喜歡說話，工作之後手比較不會抖。

【未來期望】

第一年：想要自己工作賺錢，從事服務業，減輕父母親的經濟負擔。

第二年：有穩固的工作比較好。

【助力】

第一年：自我要求，一步一步來；父母親、哥哥姊姊、協會的支持。

第二年：家人的支持對受訪者的轉變影響很大。

【阻力】

第一年：他人對受訪者的態度如果不好則受訪者便容易受到影響。

第二年：父親擔心受訪者的身體，擔憂其是否能繼續就學。

H2 與障礙對抗 且戰且憂的復元者

H2 已婚有工作，多年來一直努力復健，嘗試不同的工作，他有病識感，也能透過自我建設面對生活的種種要求。其對精神醫療體系資源有不滿也很多想法，會撰寫文章發聲，倡導全方位的服務模式。目前的工作並非其理想，或許與年齡和婚姻生活的要求，其內心有很多憂慮，對現狀不滿意，有漂泊之感，仍期盼提升工作技能，獲得身心安定所在。

男性，國中學歷，44 歲，已婚，18 歲發病，患有精神分裂症，曾住院 7 次。

受訪者口語表達能力佳，能清楚表示內心想法，目前有持續回診、服藥，狀況穩定，已無妄想的症狀。喜歡透過寫文章來抒發心中感受。

【疾病對生活的影響】

第二年：注意力下降，看書、看電視都看不下；覺得自己很愛吃，無法控制食慾，現在已經胖到九十幾公斤，認為是吃藥的副作用導致。變胖後體力變差，很多疾病都跑出來（如胸部、脊椎疼痛），擔心不被諒解所以不敢向家人說。

【家庭生活狀況】

第二年：去年八月至印尼結婚，妻子今年一月來台，相當乖巧勤勞，會做家事。目前在賓館從事清潔工作，妻子是在知道受訪者有病的情況下結婚，但多少還是有一些微詞，受訪者表示婚姻適應中相互的尊重和包容很重要。另外，婚姻中性生活有些問題，導致太太時有抱怨，受訪者認為是藥物的影響，內心雖無法接受但也無能改變。

【家人對於疾病的態度及看法】

家人對疾病了解不多，與醫師配合度低，一直要受訪者去住院。83 年時受訪者在台北進行復健治療，當時多**依靠弟弟的督促、鼓勵並提供生活所需**，現在弟弟從事電腦工作比較忙，但偶爾還是會關心案主。受訪者表示在家中無法獲得家人的諒解及支持，**案母會責備受訪者沒有工作，手足也會催促受訪者趕快工作賺錢**，受訪者表示待在家裡很痛苦。家人反對學技術只要受訪者去賺錢

【生活安排】

第一年：按照工作時間上下班、做運動、每週五到教會參加活動，**受訪者表示基本的生活安排都能自己做決定。另外也喜歡寫文章投稿。**

第二年：每天大約七點起床，八點二十分出門自己騎腳踏車上班，下午兩點下班回家，回家後就看電視、看書。時常覺得懶懶的不想動，**回家就窩在家裡很少出去，覺得生活上沒什麼樂趣。**

【工作情形】

第一年：目前在**花蓮就業服務站工作擔任就服員的工作**，即將一年準備要結案了，主要工作是協助民眾填表格，引導、解說辦理業務。工作上遭遇的問題主要是民眾態度不佳，需要提供安撫；**另外藥物副作用導致受訪者行為退縮，工作時心理壓力極大。**

第二年：目前在**快餐店工作**，是自己看報紙找的工作，待遇不高，一天工作五小時賺約 300 元，接受訪談時約工作第五天。**覺得受到藥物副作用影響，身體時常懶懶的，影響自己的工作信心，不想早起，工作時間及內容常覺得無法適應。**

去年至今換過多份工作都做不長久，**內心時有衝突，覺得自己無法突破障礙，覺得工作壓力很大，擔心做不好，對自己的未來感到茫然。**

【人際關係】

第一年：抱持順其自然的心態。職場同事都知道受訪者的情況，平時會聊天，互動不錯；工作站站長與附近的居民也對受訪者相當不錯，想為受訪者安排工作；教會中認識的朋友也都對他很好，會來電了解受訪者近況。但受訪者表示除了工作場所與教會外，自己沒有什麼朋友。工作上遭遇問題時多自己承擔、扛下來，不會向他人求救，覺得有些事要擺在心裡不能說，擔心會造成與他人的互動障礙。

第二年：受訪者在工作中時常接觸顧客，送便當或協助點餐時都必須保持微笑、有禮貌，覺得以前看到人會害怕，現在能主動進行一些簡單的溝通。

【受訪者對疾病的看法】

第一年：持續服藥才能避免再次發病。去除污名化才能讓社會更能接受精神病患。要克服疾病，如果不敢面對就等於歸落在醫療機構裡面，一輩子就這樣過去，一點意思也沒有。與疾病的爭戰是一輩子的，轉變的因素在於本身的心理建設與調適。受訪者認為能康復主要的關鍵是自己長期持續的心理建設與自我鼓勵。醫療對病人的幫助有限，覺得精神科病人需要全方位的服務。有些病友是有潛力的，無法開發潛力時對病人本身、社會、國家皆是一種損失及傷害。

第二年：個人的勇氣是最重要，能力和經驗是其次。

【對醫療團隊的看法/期待】

第一年：覺得日間留院的活動對自己沒什麼幫助和成長。認為醫院除了提供門診、藥物治療和住院以外，應該還要提供全方位的服務，例如定期的個別會談、心理輔導、興趣培養、謀生技能訓練、協助找工作、對外連結等各種引導和學習，認為精神科醫院應與其他科別有所不同。

第二年：覺得醫療人員對自己幫助不大，因為服務的範圍不夠寬廣，希望能學習到職能重建謀生技能，期待有一些複合型的庇護商店或工作坊，如麵包烘培、

清潔、木工、陶藝、花卉包裝、賣飲料或簡餐等。可依照個人不同的興趣、專長和功能，提供多樣化的服務，對病友才能有較大的幫助。

【自我感】

第一年：覺得自己已經有進步了，知道自己要去面對疾病，不能逃避問題。覺得病情改變的力量是來自於自己。受訪者覺得受到藥物的影響及控制，明天會如何自己沒辦法掌握，沒辦法按照自己的想法去做，感到十分沮喪。受訪者認為長期以來就對自己有一份期待，只是被疾病掩蓋過去了。覺得自己空虛、寂寞，希望有一個感情的歸屬。

第二年：覺得自己年紀大了，各方面都會衰退，機會就變少了。覺得自己是比較敏感脆弱的人，工作做不長久且容易退縮。感覺自己的心靈在漂泊，定不下來。覺得自己的內心很愁苦，不曉得自己能不能持續做下去。擔心自己的功能會流失，可能會離復元的目標越來越遠。情感有了歸屬。

【未來期望】

第二年：希望經濟獨立。病情能夠穩定，不要往下掉。希望功能可以越來越好。希望不要脫離人群，不要和社會脫節。希望自己的作息要正常，早一點睡。希望學到一些謀生的技能。想找到身心安定的地方。

【助力】

持續就醫及服藥；弟弟一關心、鼓勵、督促受訪者復健，在台北期間由弟弟提供生活所需；自我鼓勵—受訪者時常為自己做心理建設，調整對疾病的認知與態度：目前有工作，可以使生活有規律性

【阻力】

第一年：家人的不諒解、服藥的副作用、社會污名化、缺乏朋友及情感上的伴侶、

對醫療服務感到限制、性功能上的挫折。

第二年：沒有專長及謀生的能力，受訪者常感到沮喪惶恐。支持系統薄弱，較難獲得家人的支持及諒解。覺得東部資源貧乏，對醫療服務範圍及程度感到有限制。工作不穩定，經濟來源不穩。對自己的性能力感到不滿意，影響夫妻婚姻關係。