

國立臺灣師範大學復健諮商研究所

碩士論文

慢性精神障礙者社會支持與活動參與
之相關研究

指導教授：王華沛 博士

研究生：葉俞佐 撰

中華民國一百零一年七月

致謝

論文寫到此頁，代表我的碩士生涯要正式落幕了，研究所時光看似漫長，實則如過眼雲煙轉瞬即逝。雖然匆匆而逝，卻已在我的人生之中留下許多不可磨滅的奪目光采。

如果來到復諮所只是學習研究的方法，那過程會必定缺了些精采；如果論文只是個人單打獨鬥的成果，那過程會一定少了些溫暖。很高興碩士修業期間我所學到不僅是研究方法，更感激我的論文一路走來得到許多人的幫助，這些人，我要在下文中，慎重且真誠地感謝您們。

回想這些日子的點點滴滴，首先要感謝恩師王華沛博士，起源於一次平再常不過的業務督考，恩師寬容中肯的督考回饋啟發長久從事精神醫療的我對於身心障礙者生涯不同的觀感，引領我進入復健諮商領域，從入學的暑假一直到畢業的暑假，給予我諸多修習課業上的建議，論文寫作期間總是不厭其煩的耐心地教導，讓我能充份探索與思考，在一堆數字當中找出真相。當我腸枯思竭之際，與我討論、反覆辯詰激發靈感。當我茫然無助之際指引我研究的方向，將我導向正途，重新找到方向重燃信心，恩師對我的照顧及付出，點滴在心，無限感激！另外，要感謝導師邱滿艷教授在學業上的啟發及教導，在百忙之中抽空指導，提供之寶貴意見，俾使論文得以更臻完善。口試委員韓福榮教逐一指出研究架構、研究程序不完整之處，提供許多中肯建議與修正方法，使本研究結果更具參考價值。感謝輔仁大學護理系劉玉雲老師不吝提攜學生晚輩，同意本人在論文中使用其所編制之社會支持量表。在浩瀚學海中，有幸遇得諸位師長教誨提攜，受益良多。

接著還要感謝全國各地鼎力相助完成研究問卷的社區復健中心、康復之家、康復之友、社區化就業服務中心的主任、工作人員，謝謝對我的信任與照顧，大無私的將時間奉獻在協助我這研究新手收案，沒有你們無法完成這研究，由衷感激。

同窗好友雅玲、怡玲、珮綺、玉華、鶴珍、文豪、智坤、欣怡、馨云，永遠記得與你們在一起的研究生生涯。怡玲、珮綺常在課後給我情緒支持；玉華、雅

玲謝謝你們實習前前後後幫了許多忙；文豪謝謝你大方借我參考報告順道加贈督導級的指導。鶴珍、馨云在最後論文衝刺階段互相勉勵一同完成論文。雖然我們完成學位時間都不同，感謝這六年來相互支持鼓勵完成學業。另外，感謝學分班同學靜玲以及我家大姊協助口試一切準備與記錄，讓我能無後顧之憂順利完成畢業口試。

特別感謝我的家人與男友，如不是你們一直以來的包容及支持，我不可能有今天的小小成就。僅以這本小小的碩士論文獻給栽培我、拉拔我的父母與師長，與一路上願意傳遞給我溫暖的人，並紀念來時路上的淚水與汗水。在此也祝福所有還在學的朋友們都能夠在求學的路上綻放出光芒！

俞佐

101年7月

中文摘要

「社會支持」可協助個人維持良好健康狀態，降低疾病造成的失能，幫助個人在康復過程獲得安適感，增加社會功能以及生活適應性，可說是促進復健成功重要因素。

世界衛生組織（WHO）賦予「健康」新意涵主張衡量健康狀態應時考量應身體功能(Body function and structure)、活動(Activity)及參與(Participation)三大功能，「活動參與」成為重要且客觀之健康衡量指標。在許多實證研究發現藉由主動參與有意義的活動過程，可幫助個人滿足內在需求，增進獨立性和自我效能，因此「活動參與」不僅是一個健康衡量指標，還可協助患者改善病情，重新建構規律生活，增加社會適應的功用。

本研究主要在探討慢性精神障礙者社會支持強度、來源以及活動參與狀況，探討慢性精神障礙者的社會支持與活動參與的相關性，以及社會支持之強弱是否可預測慢性精神障礙者活動參與度。期待研究結果的發現能夠作為照顧者及精神醫療復健的臨床工作者提供服務、照護之參考。

本研究採量化方式，選取300位年齡介於18~65 歲的生活於社區之慢性精神障礙者接受結構問卷調查，回收問卷286份，共238份有效樣本進行分析。根據抽樣問卷之統計分析結果，本研究共有六點發現：

- 一、慢性精神障礙者主要「社會支持」來源為機構人員為主，其次為家人，親友最少。感受到的社會支持類型多為情緒支持和評價支持。
- 二、慢性精神障礙者主要「活動參與」困難為與「他人相處」、「生活活動」、「社會參與」。
- 三、不同年齡、家庭狀況之慢性精神障礙者，其「社會支持」感受與來源以及「活動參與」狀況有顯著差異。較年輕、非獨居社會支持感受較佳，活動參與較無困難。
- 四、不同之藥物副作用影響程度之慢性精神障礙之在活動參與度上有顯著差異。不同診斷之慢性精神障礙者，其社會支持感受與來源有顯著差異。
- 五、「情緒性支持」、「評價性支持」、「訊息性支持」、「協助性支持」以及「整體支持」皆和「生活自理」、「與他人相處」、「社會參與」及「活動參與整體」達負顯著相關，而與「認知」、「四處走動」無顯著相關。
- 六、「家人整體社會支持」和「機構情緒性支持」對「生活自理能力」有顯著預測力。「親友評價性支持」對「與他人相處」有顯著預測力。

關鍵詞：慢性精神障礙者、慢性精神病、社會支持、活動參與、

國際健康功能與身心障礙分類系統

Abstract

“Social support” is an important factor in the rehabilitation of people with chronic mental illness and in keeping them healthy. With social support, the extent of disabilities caused by illness is lowered. In addition, social support is known to provide the well-being in the recovery process, and increase patients’ ability to adapt to social life.

In their new definition of health, the World Health Organization (WHO) suggests that body function and structure, and activities and participation be considered in general health assessment of patients as well since “Activity Participation” has become an important and objective part of health assessment in other areas of medicine. This recommendation follows the many empirical studies which have proven that a person gets inner satisfaction and increased independency and self-ability by participating purposely and actively in some activity. Activity Participation, therefore, is not only a health assessment indicator but an important factor in helping patients improve their health status, re-structure their lives and increase their ability to adapt to the wider society.

The purpose of this study is to clarify the correlations between social support and activity participation for people with chronic mental illness. Our working hypothesis is that: the more social support a patient receives, the less difficulty he perceives in activity participation. We hope the findings of this study will be helpful references for rehabilitation, care-center clinicians and Patients' families.

The design of this study was as follows: 300 persons between the ages of 18 and 65, and previously diagnosed with chronic mental illness, were recruited from community rehabilitation centers in Taiwan and each person was provided with a structure-designed questionnaire. The data collected on the 238 questionnaires were then analyzed. The major findings of this study are summarized below:

1. People with chronic mental illness tend to receive more emotional and appraisal support, from rehabilitation agencies than from families.

2. The main difficulty for people with chronic mental illness in engaging in “Activity Participation” is the need to get along with others, deal with life activities and social participation.
3. There are significant variations based on ages, family backgrounds and the diagnostic status within people with chronic mental illness who are receiving social support.
4. There are significant differences in how medicinal side-effects affect activity participation of individuals with chronic mental illness. Patients with different clinical diagnosis status have significantly different perception of social support and resources.
5. Those dependent factors, such as self-care, getting along with others, social participation, activities participation, have significant and negative correlation with the emotional support, the appraisal support, the assistant support, whole support. It means the higher score on the emotional support, the appraisal support, the assistant support, whole support, less difficulty on self-care, getting along with others, social participation, and activities participation.
6. Independent factors of family social support, emotional support from rehabilitation agencies can predict the effect of self-care.
7. Independent factors of relatives appraisal support can predict the effect of getting along with others.

Key Words: People with Chronic Mental Illness, Chronic Mental Illness, Social Support,

Activity Participation, ICF.

目 錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目次.....	IV
圖次.....	VI
表次.....	VII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的與待答問題.....	5
第三節 名詞解釋.....	7
第二章 文獻探討.....	9
第一節 慢性精神障礙者.....	9
第二節 社會支持意涵與相關研究.....	22
第三節 活動參與相關研究.....	37
第三章 研究方法.....	59
第一節 研究方法與架構.....	59
第二節 研究對象及取樣.....	60
第三節 研究工具.....	61
第四節 研究步驟.....	67
第五節 資料分析.....	72
第四章 研究結果與討論.....	75
第一節 研究對象個人背景.....	75
第二節 慢性精神障礙者社會支持與活動參與現況.....	81
第三節 慢性精神障礙者社會支持與活動參與之差異分析.....	87

第四節 慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關性.....	93
第五節 慢性精神障礙者活動參與狀況之重要預測因子.....	97
第五章 結論與建議.....	102
第一節 研究結論.....	102
第二節 研究建議與限制.....	104
參考書目.....	110
附錄一 內政統計通報.....	128
附錄二 世界衛生組織對於活動參與之分類.....	133
附錄三 社會支持定義表.....	136
附錄四 社會支持功能、型態列表.....	138
附錄五 慢性精神障礙者社會支持與活動參與問卷.....	139
附錄六 相關矩陣列表.....	144
附錄七 研究工具使用同意書.....	146

圖目錄

圖3-1 研究架構圖.....	59
圖3-2 研究流程圖.....	70
圖3-3 實施程序甘特圖.....	71

表目錄

表2-1 社會支持來源列表.....	27
表2-2 世界衛生組織ICF理論分類.....	41
表2-3 以 WHODAS 量表行之活動參與實證研究.....	48
表2-4 以自編問卷進行之活動參與實證研究.....	49
表3-1 受試者背景變項表.....	62
表3-2 社會支持量表題目.....	65
表3-3 活動參與量表題目.....	67
表3-4 正式問卷抽樣縣市分布狀況.....	69
表3-5 Pearson相關係數的關聯程度表.....	73
表3-6 統計分析方法.....	74
表4-1 慢性精神障礙者背景基本資料.....	76
表4-2 慢性精神障礙者疾病因素資料.....	79
表4-3 社會支持不同來源得分比較.....	81
表4-4 社會支持構面統計.....	82
表4-5 社會支持來源成對樣本 t 檢定.....	82
表4-6 社會支持功能成對樣本 t 檢定.....	83
表4-7 不同年齡在各百分比排序之活動參與得分比較表.....	85
表4-8 慢性精神障礙者活動參與描述性統計.....	86
表4-9 活動參與向度成對樣本 t 檢定.....	86

表4-10 慢性精神障礙者年齡與社會支持(家人)差異性分析.....	88
表4-11 慢性精神障礙者年齡與整體社會支持差異性分析.....	88
表4-12 慢性精神障礙者家庭狀況與社會支持(家人)差異性分析.....	89
表4-13 慢性精神障礙者家庭狀況與整體社會支持差異性分析.....	89
表4-14 慢性精神障礙者工作狀態與社會支持(親友)差異性分析.....	90
表4-15 慢性精神障礙者診斷與整體社會支持差異性分析.....	90
表4-16 慢性精神障礙者年齡與活動參與差異性分析.....	91
表4-17 慢性精神障礙者家庭狀況與活動參與差異性分析.....	92
表4-18 慢性精神障礙者副作用與活動參與差異性分析.....	92
表4-19 社會支持與活動參與相關性分析.....	94
表4-20 活動參與之多元逐步迴歸分析.....	97
表4-21 認知向度之逐步迴歸分析.....	97
表4-22 四處走動向度之逐步迴歸分析.....	98
表4-23 生活自理向度之逐步迴歸分析.....	98
表4-24與他人相處向度之逐步迴歸分析.....	99
表4-25生活活動向度之逐步迴歸分析.....	99
表4-26 社會參與活動向度之逐步迴歸分析.....	100

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

一、國內精神病患者概況

精神疾病在台灣的終身盛行率約為千分之三（賴貞君，2002）。

近年來台灣慢性精神病患逐漸增加中，根據內政部最新身心障礙統計顯示：截至101年第一季為止，台灣慢性精神病患者達11萬4千5百多人，較100年同期增加2.72%，佔身心障礙者總人數之10.39%，總人口之0.49%，各項比重均呈逐年上升趨勢（內政部統計處，2012）。

國內精神病患60%需要持續接受治療與照顧（研考會，1995）。以99年健保重大傷病證明領證人數來看，領證總人數820,505人，約佔保險人口之3.56%，較前一年增加37,384人，成長4.7%，領證卡數較98年增加40,424張，成長4.8%，其中癌症領證數最高397,403張，佔45.6%，次之為慢性精神病207,667張，佔23.8%（行政院衛生署中央健康保險局，2010）。至於重大傷病醫療費用當中門診醫療費用最高的依序為洗腎、癌症、慢性精神疾病、全身性自體免疫症候群及先天性凝血因子異常（血友病），住院醫療費用最高的為癌症病人，其次依序為呼吸衰竭長期使用呼吸器之病人、慢性精神疾病患者、急性腦血管疾病、洗腎患者。由此可見慢性精神病患不論在人數、重大傷病醫療支出或住院醫療費用均高居前三名。

葉玲玲、李玉春、楊銘欽、劉絮愷、胡海國（1997）以郵寄問卷方式收集台北市、台中市與台南市精神病患經濟成本的相關資料，其中有98位精神分裂症患者推估其一年住院醫療費用平均約65,755元、

門診醫療費用約18,730 元，惟研究中並未探討影響醫療費用的因子。張明永、高雅慧 與 楊淑瑜（2001）引用衛生署統計資料顯示，台灣精神醫療資源從1991 年 22 家醫院，增加至2001 年的31 家。急性病床由1980 年之1,265 床增加至2001 年之5,483 床；慢性及養護病床由9,801 床，增加至14,456 床；相關醫療人力於2001 年時有5,079 名，相較於1980 年的1,035 名，成長超過五倍。足見慢性精神疾病患者對醫療資源消耗有相當影響性。

此外，因為精神疾病屬於較易變成慢性化的疾病，經適當的藥物控制，雖可控制精神疾病的復發及他們在身體機能方面的不適，但慢性精神病患者，卻常伴隨著不安的行為舉止和出現意想不到的怪異動作。這對家中有精神病患的家庭是一大打擊，更會影響整個家庭的生活作息和功能運作（沈麗惠，1994）。

罹患精神疾病會使患者之社會功能下降，工作能力降低、人際關係變差、體力減退等情形產生。再加上社會對精神病患者之刻板印象 (stigma)(文榮光、鄭夙芬，1994；曾錦花，1996)，往往使精神疾病患者在社會上抬不起頭、受人鄙視、自卑，個人信心與尊嚴受到嚴重打擊，因此許多慢性精神疾病患者在醫療體系完成治療後，「回家」或回到社區生活的歷程並不順利，值得相關工作者重視，因此本研究希望能瞭解這些病患在回家或回到社區生活後，所得到的社會支持與活動參與情況的關聯性。

二、社會支持與康復之路

在精神障礙者康復過程中，除了傳統住院的治療方式，現代精神醫療更強調長期完整性的社區復健（胡海國、林憲、陳建仁、張素鳳、黃梅羹、葉玲玲，1994）。「社區復健」指的是協助病人逐步適應生活、於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等復健活動，其目的在於提供慢性精神障礙者連續性完整的醫療照護，避免長期住院機構化。藉由社區復健推動，協助慢性精神障礙者增加活動參與，逐漸適應及重新建構生活。

在社區復健過程中，為了協助慢性精神障礙者逐步適應崩解的生活，會提供病人有關日常自我照顧能力、社交活動、工作能力等復健活動來賦予生命的意義。這類的「活動參與」對於慢性精神障礙者來說是相當重要而有意義的生活復健。

「社會支持」被許多研究視為一種壓力緩衝器，是經由他人的支持或社會網絡的保證來降低個人的壓力（黃寶園，2004；Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999）；或與多個(兩個及以上)個體之間進行資源交換，接受者知覺到施予者是在增強自己的幸福感或身心健康（Shumaker & Brownell, 1984），對於一般人的生活有正向的影響。

部分研究指出社會支持扮演對抗生理疾病與心理疾病重要角色，在康復過程獲得安適感。例如 Grusky, Tierney, Mandersheid 和 Grusky（1983）提出社會支持的重要性在於提供精神障礙者與他人互動機會，有良好社會支持可協助患者維持良好健康狀態。Evert, Harvey,

Trauer 和 Herrman (2003) 在澳洲調查精神分裂症患者的社會支持網絡與患者自我照顧功能關係，發現同時獲得朋友與家人支持之患者，其從事全職工作比例較高，社交網絡缺乏患者自我照顧功能失能情形較有家人支持網絡的患者普遍。可見社會支持對慢性精神障礙者有一定的正面影響，但 Neeleman 和 Power (1994) 認為相較於一般人，慢性精神病患者感受到較少的社會支持，果真如此，在已經患病的情況下，又缺少社會支持，是否會對慢性精神病患者有負面的影響？這實在令人擔憂的問題。

目前已有文獻針對社會支持與心理健康間的關係，或社會支持對生活滿意度的影響進行研究（林秀華，2000；黃毅志，2002）。國內探討慢性精神障礙者回歸社區或是居住於機構中的生活品質研究當中，也有將社會支持視為影響慢性精神障礙者的因素之一（蔡欣鈴、陳美碧，1996；張意真，1988；王翠杉、宋素貞，2000；黃瑞琦，2002），或將社會支持視為影響慢性精神障礙者社交生活的因素之文獻（葉子豪，2007；林盈萍，2009），但目前對於慢性精神障礙者的研究尚未將社會支持和活動參與一起進行探討。

世界衛生組織於2001年提出國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF），賦予健康新意涵，成為健康、心理衛生相關領域新的臨床工作指引(clinical guideline)。ICF 強調排除社會障礙及改善環境與改變個體一樣重要，改變對障礙與殘障的名詞使用，強調

身心障礙者所具有的活動能力而不強調消極限制面，同時採取參與的概念，取代原先的殘障概念所隱含的社會排除的負面意義。因此 ICF 模式同時考量身體功能、活動及參與三大功能來衡量一個人健康狀態。目前 ICF 之「活動參與」概念已廣泛運用在生理與心理的研究，在心理上的活動參與研究，國內有用在憂鬱症與精神病患者的活動參與測量，測量效果都還不錯（黃麟傑，2007；陳雅玲，2009；簡芳伶，2009；陳嘉年，2010）。若以 ICF 做為參與活動的評量指標來進行分析，社會支持的高低是否會影響到慢性精神障礙者者的活動參與狀況？這樣的研究在國內仍屬罕見。

故本研究希望透過問卷瞭解慢性精神障礙者之社會支持和活動參與現況，以及社會支持對慢性精神障礙者之活動參與影響進行分析，嘗試開啟一個新的研究領域，作為慢性精神障礙者照顧者以及相關精神障礙臨床工作者之參考。

第二節 研究目的與待答問題

基於前述研究動機，本研究希望充分瞭解慢性精神障礙者其在生活中所得到的社會支持強度、來源，以及其活動參與狀況，本研究目的主要可分為：

- 一、瞭解慢性精神障礙者的社會支持狀況，包括感受以及主要支持的來源。
- 二、瞭解慢性精神障礙者的活動參與狀況，包括認知、四處走動、生

活自理、與他人相處、生活活動及社會參與。

三、探討不同背景的慢性精神障礙者在社會支持與活動參與上的情況。

四、探討不同病史及就醫狀況的慢性精神障礙者在社會支持與活動參與上的情況。

五、探討慢性精神障礙者的社會支持與活動參與的相關性，以及社會支持之強弱是否可預測慢性精神障礙者活動參與度。

根據上述目的，本研究待答問題包括：

- 一、慢性精神障礙者在社會支持上的感受如何？主要來源為何？
- 二、慢性精神障礙者日常生活中的活動參與現況為何？
- 三、不同背景慢性精神障礙者的社會支持感受以及來源是否有差異？
- 四、不同背景慢性精神障礙者的活動參與度是否有差異？
- 五、慢性精神障礙者的社會支持與活動參與的相關情形如何？
- 六、慢性精神障礙者的背景變項是否可預測活動參與度？
- 七、慢性精神障礙者的病史以及就醫狀況是否可預測活動參與度？
- 八、慢性精神障礙者的社會支持狀況是否可預測活動參與度？

第三節 名詞解釋

一、慢性精神障礙者 (persons with chronic mental illness)

由精神科專科醫師診斷為罹患慢性精神疾病之患者。其受到精神疾病症狀干擾、產生思考、情緒、知學、認知等精神症狀異常，以致其在適應生活功能發生障礙與慢性退化情形，需要長期治療與復健者（陳雅玲，2009）。而根據美國國家精神健康機構（National Institute of Mental Health，簡稱 NIMH）定義慢性精神障礙：(1)診斷為精神性疾病，不包含腦部受損導致精神疾病和人格違常者。(2)持續性的精神功能缺陷和接受療，至少長達二年以上（引自 Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000）。

本研究的慢性精神障礙者，係指18歲以上65歲以下，具有精神專科醫師診斷，領有重大傷病卡或身心障礙手冊，距首次發病兩年以上者。

二、社會支持 (social support)

Caplan (1974) 最先提出社會支持的概念，其認為社會支持是一種永續的關係，當人面臨壓力情境時，家人、朋友或重要他人給予不同形式的支持與援助並分享情緒上的負擔，如提供一個安全舒適的庇護所，可以分擔彼此的工作，提供物質的協助和認知的指引，以增進個人掌握生活情境的能力。

本研究所指的「社會支持」是指個人在社會網絡中所能獲得的家人支持、親戚朋友支持或機構工作人員支持，可以滿足個人需求、減

輕壓力及有助於生活上的適應，依據「社會支持」量表，採五點計分方式計算受試者所累積之分數，判定其感受到的社會支持，受試者分數越高，表示其感受之社會支持越強。

三、活動參與 (activities participation)

本研究沿用世界衛生組織之國際健康與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health, 簡稱 ICF)「活動參與」之定義，其所謂活動和參與涵蓋來自個體和社會兩方面能夠代表各方面功能的全部領域，包括日常生活活動與社會參與的概念在內，以日常生活能力、娛樂和休閒、宗教和精神上的活動、社區和公民生活等概念為主。

世界衛生組織長期致力於身心障礙的研究，其成果也受到許多國家學者的認可，故本研究選擇依據世界衛生組織失能評估表第二版 (WHO Disability Assessment Scale 2.0, 簡稱 WHODAS 2.0) 之 12 題自陳式版本 (12-item Self-administered) 配合國內情況改編之「慢性精神障礙者活動參與」量表，採五點計分方式計算受試者所累積之分數，判定其活動參與現況，受試者分數越高，表示其活動參與困難程度越高。

第二章 文獻探討

為深入探討本研究主題，研擬適切的研究架構，根據研究目的與主題，進行文獻查證整理。本章共分三節，第一節主要針對慢性精神障礙者的定義、現況以及照護需求進行介紹，第二節則在探討社會支持之定義與相關研究，及其對慢性精神障礙者的重要性，並嘗試找出本研究之社會支持衡量工具，至於第三節則以世界衛生組織之 ICF 指標為主，探討活動參與之意義、衡量與相關研究成果。

第一節 慢性精神障礙者

一、慢性精神障礙者定義

我國自民國84年起已將慢性精神病納入身心障礙者保護法規範之身心障礙者範圍之一，精神衛生法將精神疾病的定義為：「由於思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，導致罹患此病的個人適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病。」

至於社會工作辭典（2000）所定義的精神疾病（psychosis）是指，罹患此病的個人喪失現實感、自我界線，且其精神功能受到損害，其病因可能是器質性或心因性的（蔡漢賢，2003）。

臨床上精神疾病的分類及臨床診斷，在美國及臺灣主要係採用美國精神醫學會（American Psychiatric Association, 1994）所編的《精神疾病診斷準則手冊》第四版為依據，其對精神疾病的定義則是：「一

種臨床上發生於此人的重大行為或心理症候或模式，且此人目前的痛苦、失能，顯著的增加個人蒙受死亡、痛苦、失能或失去重要自由的危險性，皆與此症候群或模式有關。」分類上則可簡略分為 1.精神性精神疾病(psychotic mental disorders)，如精神分裂症、躁鬱症；和2.非精神病性精神疾病(non-psychotic mental disorders) 如：焦慮症、身心症（孔繁鐘、孔繁錦編譯，1999）。

至於慢性精神障礙者之界定通常係以症狀、失能嚴重程度、診斷、罹病時間界定之。Tessler 與 Goldman（1982）對慢性精神障礙者則有更具體的定義（引自宋麗玉，2000）：「具有情緒違常的個人，這些疾病會損壞或妨礙個人功能的發展，如生活的衛生習慣、自我照顧、自我方向、人際關係、社會互動、學習和娛樂；這些疾病亦會妨害個人經濟自足的發展。」

Minkoff（1978）則對慢性精神病有三個不同觀點定義（引自Wing, 1990）：

1. 診斷的觀點：從診斷上來判斷其是否具有慢性精神疾病的特徵，包括病程較長、常有再發，或常有慢性且不良預後的疾病；如：精神分裂症、躁鬱症、酒癮、慢性器質性腦傷症候群、老年精神病、智能不足、部分人格違常、藥癮等等。

2.社會功能障礙的觀點：需達下列三項以上障礙，包括：自我照顧能力、語言表達能力、學習能力、運動功能、自我控制能力、獨立生活能力、經濟獲取能力。

3.住院期間長短：需為長期住院者，且因長期於收容性醫療院所而呈現機構化者。

若依據精神醫學的觀點，慢性精神病即所謂預後壞者（poor prognosis）、核心性的、無寬解的 精神分裂病，以負向症狀（Negative symptoms）為主，如情感平淡、社會退縮、冷漠無情、快樂不起來和語言貧乏（林文隆，1993，引自沈楚文編著，1993）。

本研究所指之慢性精神病障礙者採美國國家精神健康機構（National Institute of Mental Health，簡稱NIMH）定義，將慢性精神障礙：(1)診斷為精神性疾病，不包含腦部受損導致精神疾病和人格違常者、(2)持續性的精神功能缺陷和接受治療，至少長達一年以上(引自 Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000)。

二、國內慢性精神障礙現況

至於國內目前最新之完整慢性精神病人數之人口統計特性簡析如下（詳見附錄一）：

（一）按性別分：男性55,402人佔50.38%、女性54,569人佔49.62%；與98年同期比較，男性增加3.03%，女性增加4.87%；男性患者比率(佔總男性人口比率)為0.48%，略高於女性患者之0.47%；若以歷年兩性比重觀察，女性比例逐年攀升，從89年底之44.33%升至99年9月底之49.62%。

（二）按年齡組別分：各年齡組中每萬人口之患者數，以45-64

歲組為最多，有84.58人，30-44歲組次之，有68.91人，65歲以上有38.21人居第三，顯示45-64歲相對較他年齡組別為多，此或與生活、工作、經濟壓力有關；觀察民國89年底至99年9月底資料趨勢，30歲以上患者每萬人口患病比率有逐年增加之趨勢。

（三）按障礙等級分：以中度障礙者62,635人佔56.96%最多，輕度障礙者27,098人佔24.64%次之，重度障礙者18,727人佔17.03%居第三，極重度者1,511人佔1.37%；較98年同期比較，以輕度患者增加6.91%增幅最大。

（四）按縣市別分：患者人數以新北市15,075人佔13.71%最多，臺北市13,900人佔12.64%次之，高雄市8,224人佔7.48%居第三；佔總人口數比率則以花蓮縣1.10%最高，宜蘭縣0.77%次之，基隆市0.65%居第三。

三、精神障礙的分類

慢性精神疾病究竟包括哪些疾病診斷，有許多不同的看法，此與精神疾病分類的概念仍在不斷的改變與發展當中有關。目前常見的精神病分類方式可概略分為「器質性精神疾病（organic mental disorders）」與「功能性精神疾病（functional mental disorders）」，或是「輕型精神疾病」與「重型精神疾病（major mental disorders）」（宋維村，1988；楊延光，1999）。

「輕型精神疾病」意指患病的個人其精神障礙狀況尚未嚴重到出

現妄想、幻覺，而日常生活也沒有明顯脫節，仍具相當不錯的獨立判斷能力，一般稱為心理症或精神官能症（neurosis disorders）；其中較常見的疾病種類有：焦慮症、轉化症、恐懼症、強迫症、憂鬱症、身心症等。而「重型精神疾病」又可稱為「嚴重精神疾病」（severe mental illness），此病會嚴重影響一個人內在的心理功能以及人與人之間的社交功能，同時患病的個人會有明顯適應能力減退的現象；常見的重型精神疾病的診斷有：精神分裂症（schizophrenic disorders）、情感性精神疾病（mood disorders, affective disorders）等（宋維村述，曾瑞真等記，1988；楊延光，1999）。

根據文獻所述，精神疾病大致可以分成三種：

1. 嚴重精神疾病：包括有精神分裂病、情感性精神病、憂鬱症、妄想症以及器質性精神疾病等。
2. 輕型精神疾病：包括有輕鬱症、焦慮症、強迫症、恐慌症等。
3. 兒童青少年好發精神疾病：兒童青少年好發精神疾病則有自閉症、過動症、行為規範障礙及情緒障礙（李育叔，2006）。

至於常見的「慢性精神疾病診斷」有以下兩大類：

1. 精神分裂症：

一種慢性的嚴重精神疾病，通常在青少年時期開始發病，主要表現出怪異的思考、知覺、情感和行為的變化。一般而言，它的預後是有逐漸慢性化，逐漸呈現精神敗壞的傾向。患者常呈現情緒紊亂、行

為脫離現實、思想錯亂，且有妄想與幻覺現象、不易治療。其病況常出現的特徵有：思想困擾、注意力困擾、知覺困擾、情感困擾、從現實中退縮下來、妄想、幻覺等。

2.情感性精神疾病：

主要是以情感的變化為主，並可能呈現思考知覺上的變化，這種情緒的變化主要有「躁」（出現過度的情緒興奮、激躁不安、攻擊行為）和「鬱」（過度情緒低落、終日躺床、悲傷、無助、頹喪的情緒、自我評價低、無能感、失眠、沒有食慾）兩種情況。若病患在病程中躁及鬱的情況皆曾發生過時，稱之為「雙極性」（bipolar）疾病，也就是躁鬱症；若只呈現憂鬱狀態，而沒有呈現躁狀態，就稱為單極性（unipolar），也就是憂鬱症。

根據上述文獻本研究在背景資料分類中將慢性精障礙者的診斷分為精神分裂症、憂鬱症、躁鬱症作分析。

四、慢性精神障礙者的特徵

（一）疾病表現

慢性精神障礙者的問題可以分症狀與行為兩方面來看，從「簡短精神量表」來看，慢性精神障礙者常見的症狀如懷疑性、情緒退縮、幻覺、動作遲緩、作態及思考混亂；從「社會行為量表」的項目來看，慢性精神障礙者最常見的行為問題依序為：被動的休閒興趣、活動很少、個人衛生差及緩慢（Breakey, 1996）。

慢性精神分裂症患者常呈現負性症狀(negative symptoms)。負性症狀指原來之腦功能因生病而功能降低之病理現象，慢性、持續性、對藥物反應差，且在情感、認知、言語、活動力及心理社會功能方面缺損，諸如：臉部表情淡漠(affectblunting)、言語貧乏(alogia)、社交驅力缺乏(asociality)、興趣動機缺乏(anhedonia)及意志力缺乏(avolition)（胡海國，2002；楊延光、葉宗烈、賴德仁、陳信昭、許雅貞，1994；劉智民，2000）。

表現在生活上，慢性精神病患者生活變得懶散，不會照顧自己、人際退縮，無法參加社交生活、注意力不能集中、思考內容貧乏、行為幼稚或怪異，因而精神疾病容易因慢性化而導致社會功能障礙（曾洙荔，2003；林憲，1982）。Breakey（1996）在研究中也指出慢性精神障礙者在社會行為層面問題，包括：被動休閒興趣、活動很少、個人衛生差及動作緩慢。但必須注意的是嚴重精神病中，單一的情感性精神病預後較佳，但隨著壓力、環境變遷、季節及溫差的變化都容易再次發病，反覆住院治療。情感性精神病不易影響到病患的社會功能，故病患發展成為慢性疾病的比率不到十分之一，情感性精神病反覆的發病，並不會影響病患的智能、人格，但是病患愈早發病、病前性格較為防衛或缺乏彈性者其預後較容易有所影響，但其影響性偏低（曾洙荔，2003；林憲，1982）。

細部來看，慢性精神疾病常見症狀與行為表現（孔繁鐘、孔繁錦編輯，1999）包括以下幾點：

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

（二）慢性化

慢性化是慢性精神障礙者的主要特徵，相較於其他生理疾病，引起更多失能（Sanderson, Andrews, & Jelsma, 2001）。根據研考會（1995）精神病盛行率調查指出，精神病是容易慢性化的疾病，患者社會功能常因此受損，屬於需要長期的治療與復健的疾病。慢性精神

障礙者患病多年後病程會出現慢性化狀態，會有許多殘餘症狀無法治癒。

曾文星、徐靜（1998）研究認為患精神分裂症的患者預後方面，大約四分之一至三分之一會好轉康復，約三分之一會出現輕度症狀，而其餘會繼續呈現慢性精神病的狀態。胡海國（2002）追蹤研究首次住院精神分裂病患兩年資料分析，發現病情恢復正常者有20.9%，大部份恢復者40.3%，有些恢復者25.4%，沒有恢復者13.4%。功能表現懶散者38.9%，偶而懶散者34.3%，可認真做事者26.9%。在兩年追蹤期間，70%仍有活性精神病症狀，顯示大部分精神分裂病患者，會走向慢性化的事實。

沈楚文（1996）指出精神障礙者慢性化後會出現許多殘餘症狀，如幻聽、退縮、被動、傻笑、自言自語、現實感差等，問題包括：

- 1.對壓力較為敏感且忍受力較低，容易在面對輕微或中度壓力時，產生明顯的精神症狀。
- 2.缺乏日常的應對技巧，大部份個案在生活自理方面有明顯退化的現象。
- 3.依賴家庭或機構的支持，如果支持不見了，也可能會出現精神症狀。
- 4.對於競爭性市場的工作感到困難，常需更多外在條件來配合，且工作壓力需減少。

5.人際關係方面會退化，容易與人起衝突，較無法與人維持良好的關係。

至於 Vreeland, Minsky, Menza, Radler, Hamm 和 Stern (2003) 以及楊延光 (1999) 均指出精神病慢性化的過程中，認知功能會逐漸退化而出現注意力缺損、記憶力、抽象能力與判斷力的問題。

依 Anthony (1993) 描述，慢性精神障礙者面臨持續的負面衝擊分為能力損傷、失能、及復原不利等階段。須依不同階段給予適當的藥物治療及復健計畫，或衛生教育指導來減緩功能不良或障礙帶來的負面影響，並發揮病患的潛能。

因此慢性精神障礙者往往在生活上都無法自理，林憶麗 (1999) 探討100 位長期住院精神分裂症病患自我概念與自我照顧能力之關係，結果顯示，長期住院精神分裂症病患住院年數愈久，活性及負性症狀愈嚴重，且自我照顧能力愈差。褚增輝、鄭南鵬、劉偉民和郭月卿 (1985) 研究發現，有70%精神病患日常基本生活功能分別顯現輕到重度障礙。顯示慢性精神障礙者需要有人提供生活上的協助。

五、慢性精神障礙者持續性的照護需求

如前所述，慢性精神障礙者需要有人提供生活上的協助，而這樣的協助往往是長期性的。慢性精神障礙者長期生病後，由於殘留的精神症狀、能力退化及長期服藥的副作用，導致慢性精神障礙者生活適應上的許多障礙，Talbot (1985) 認為慢性精神障礙者的照顧應包含

復健及支持性的照顧。依 Payson, Wheeler 和 Wellington (1998)所作調查顯示：慢性精神障礙者對於衛教內容所關注的是抗精神藥物及其副作用、能從精神醫療體系得到需求滿足及獲得解決問題的方法。

面對社區生活的挑戰及疾病症狀的影響，推動持續性社區照護是非常必要的工作。慢性精神障礙者承受的負面衝擊與需求障礙是複雜且涵蓋較廣的層面，整合性的醫療、護理與社會服務對慢性精神障礙者是極需要的。慢性精神障礙者希望由精神醫療體系中獲得自己的需求，可能常需要去求助或磋商社區中許多機構，醫療、護理及社會服務能作一致性的整合，有助於病患得到所需的各項社會資源（林盈萍，2009）。

在社區中，病患多與家人同住，因此，家人對病患的肯定、鼓勵及教導合作性的治療態度，具有驚人的效益。而家屬最能掌握病患最在意且最有興趣的部分，給予尊重並關心他們的意見。病患常與家人同住，由於病患未具備獨立生活的功能或社交的技巧，家屬的照顧負荷(family burden)即主訴負荷量及客觀承受的責任，可能非常高，所以家人也是推動持續性精神衛生照護的主要對象及推手。照顧者需要了解慢性精神病的本質與特徵，此認知必須轉成耐心、溫和的鼓勵病患將舊有功能重新拾起，以逐步提升病患健康功能及生活的品質（林盈萍，2009）。

六、慢性精神障礙者回歸社區問題

精神疾病因發病時間，病程進展而有慢性化傾向，除了降低生活功能、以致社會功能退化而影響社會角色，進而影響到個案的適應狀態。其殘留的負性症狀常導致病患人際關係退縮、社交互動障礙，使多數復健期精神病患回歸社區時，成為的重要阻礙因素之一（王翠杉、宋素貞，2000；Wing, 1990）。隨著精神衛生政策與衛生治療模式的改變，精神病院不再是精神病患唯一治療與安置的場所，協助病患獨立與回歸社區適應社區生活，成為精神衛生衛生照護的目標（行政院衛生署，2009）。

但目前一般民眾仍對精神疾病存有負面的看法，一旦得到精神疾病如被烙印（stigma）一般，往往使患者在社會上抬不起頭來，受人鄙視，自卑與個人尊嚴受到打擊（崔秀倩、楊延光、謝秀華、吳就君、陳純誠，1998）。疾病因素加上外界負面的看法，使得精神病患者的自信心與社區生活能力受到很大的影響，連帶影響到對復健治療的態度與信心。

洪千惠（2006）研究出慢性精神障礙者從醫院回歸社區非常不容易，該研究發現：病患初次就醫與發病的時間存在有落差，未及時發現就醫，延誤就醫往往會使日後病情控制上增加難度。且家屬對於醫療資源的熟悉度不高，使用能力有限。對於病患於醫療機構內的各種急、慢性病房進出，完全交由醫療人員決定，導致慢性精神障礙者住院時間過長。

家屬只有在經濟能力無法維持下才會要求慢性精神障礙者出院。慢性精神障礙者送醫過程中困難重重，但社區中可協助家屬的人力相當有限，送醫過程往往成為慢性精神障礙者家庭的私事，常出現親人互斥情形、慢性精神障礙者及家屬互相傷害的過程。而在全民健保開辦後，家屬就醫經濟壓力降低，家屬配合醫療機構意願增加。醫療機構在全民健保範圍內，會要求家屬配合全民健保住院申請規範，造成慢性精神障礙者住院時間延長，病患滯留於醫院時間增加（洪千惠，2006）。

當家屬經濟能力不足時，即使慢性精神障礙者病情不穩定，家屬仍會勉強將慢性精神障礙者留在家中或社區中遊蕩。實質上社區的支持體系薄弱，社區中可協助人力無法避免而落入公權力手中，而家屬求助於警察、公衛護士，但求助過程並不順利。因此慢性精神障礙者想要回歸社區或家庭生活，可以說是困難重重，往往來來去去於家中與醫療機構之間，很難穩定回歸正常生活（洪千惠，2006）。

蔡欣鈴、陳美碧（1996）的研究亦顯示，精神病患於社區生活中經常面臨的困擾為生活自理、精神病症狀、藥物服用情形與心理壓力等，其中與懶散有關的問題最多。葉子豪（2007）研究顯示社區精神病患主要困擾的問題為人際關係差、無業、症狀不穩、不會安排休閒生活及自我照顧等。

綜合言之，慢性精神障礙者在社區生活適應、人際關係、工作適應及社會功能有問題，加上受到症狀的干擾影響，回到社區的生活也

很難擁有好的生活品質。呂淑貞（2004）認為慢性精神障礙者回歸社區後，除了持續藥物治療控制其活性症狀之外，必須加強日常生活安排的能力，以改善其負性症狀，才能豐富其社區生活內涵。然慢性精神障礙者的生活能力以及活動參與該如何才能得到提升？增加其社會支持是否能夠促進其活動參與以及良好適應社區生活？則有待本研究進一步探討。

第二節 社會支持意涵與相關研究

「社會支持」概念興起於70年代早期，Caplan, Cassel 和 Cobb 研究生活壓力對生理與心理所造成負面影響，發現社會支持可以緩和生生活壓力對生理與心理所造成衝擊並可增加個人對生活適應（Gottlieb, 1983）。社會支持的概念廣見於人類學、社會學、心理學、公共衛生、精神醫學、生態學等領域，每個學門所關切層面不一，皆有其重要意義（Brugha, 1995；Lin, 1986）。

在醫療社會學的領域中，學者常應用社會支持體系的概念來研究其與慢性疾病以及病因之間的關係，此外社會支持也被認為可用在消除或減低這些疾病所造成的不良後果（高迪理，1991）。本節將針對社會支持的定義、分類、衡量進行探討。

一、社會支持的定義

「社會支持」這一概念最早源自於70年代的社區心理學的研究，

Caplan (1974) 最先提出社會支持的概念，內容著重在社會網絡、社會依附情感的面向上。社會支持是一個多層面與多功能的概念，多位學者曾對社會支持加以定義，Caplan (1974) 認為社會支持是一種永續的關係，當人面臨壓力情境時，家人、朋友或重要他人給予不同形式的支持與援助並分享情緒上的負擔，如提供一個安全舒適的庇護所，可以分擔彼此的工作，提供物質的協助和認知的指引，增進個人掌握生活情境的能力（周玉慧、莊義利，2000）。

Cobb (1976) 則認為社會支持是一種資訊的提供，促使個人感到被關愛、受尊敬，是屬於一個共同與相互義務之網絡且其價值受到肯定。Langford, Bowsfer, Maloney 和 Lillis (1997) 指出廣義社會支持是獲得來自他人的協助與保護，協助方式能以無形情感與情緒上扶助，或是有形經濟與物資的資助。保護則是給予處於生活壓力下的人協助，使其避免陷於困境。Sarason, Basham, Levine 和 Sarason (1983) 認為「社會支持」是個人主觀感受到，當有急迫需要幫助時有足夠求助對象，並對這些協助者所提供支持所感覺滿意程度。

較近期的定義方面，Letvak (2002) 提出社會支持是人際間交流互動狀態，對個體身心狀態有直接影響，當個體接受到社會支持時會感到被關懷、被尊重有自尊心及自我價值感。個體在需要協助時能獲得資源交換，提供個體心理需要的支持與個體知覺的需求滿足程度。相關國內外學者對社會支持的定義還有很多，詳見附錄三。

整體來說，國內外學者對社會支持定義差異不大，多是從個人面

臨壓力或危機當作出發點（如：Caplan, 1974、Sarason, Basham, Levine & Sarason, 1983、吳靜吉，1984、林子雯，2000），指一個人從人際網絡或正式的支援系統所能得到來自他人的援助與保護，包括有形的與無形的幫助。這些支持是可以幫助個人在遇到危機或問題時順利化解的力量，當個體接受到社會支持時會感到被關懷、被尊重、有自尊心及自我價值感。

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

二、社會支持的來源

社會支持包括了結構和行為，社會網絡是一種結構，而社會支持則是一種功能性的行為，必須先有個人的社會網絡才会有支持行為的出現，社會支持的來源即是個人的社會網絡。一般來說提供社會支持來源以家人最多，其次為親戚，第三是朋友。至於在社會支持的來源分類上，最早 Brown（1974）將社會支持的來源分為：1.非正式的社會支持(Informal helping support networks)來源：包括初級團體裡的個

案，如家人、親戚、朋友、鄰居及社團朋友、同事；2.正式的社會支持(Formal helping networks)來源：指提供服務性支持的學校、衛生機關、政府或民間福利機構的工作者，和公共政策及非營利的服務機構等。

Barrera, Slander 與 Ramsay (1981) 則認為社會支持的來源是多樣的，可來自配偶、朋友、同事或同伴等；Swindle (1983) 將社會支持的來源分為三種，分別來自於：社會資源、社會網絡，以及重要他人，其中社會資源包括學校、社團、教會等社會服務機構。

Bennett 與 Morris (1983) 則將社會支持依來源分為：1.初級支持體系 (The primary support system)：指由家屬、朋友和認識的人透過接納、服務和情緒支持，以幫助個人維持生活的功能；2.次級支持體系 (The secondary support system)：指由非私人所組織的正式之體系，如醫療機構、社會團體、宗教機構等。

Tilden (1986) 將社會支持來源歸納為正式與非正式的支持系統。正式支持系統指的是具有組織單位的各類機關、政府單位與私人機構專業人員。非正式的支持系統則是基於情感、責任、義務無特定組織，通常不會涉及金錢，包含配偶、子女、親友等，不同社會支持對於個人具有不同功能。

Pender (1987) 認為主要社會支持來源可分為五類：

1.自然支持系統 (Natural support system)：指出家庭是主要支持團體，家庭成員若欲提供適切支持必能覺察其他家庭成員需求，建立

有效溝通，尊重每一成員的獨特性。

2.同儕支持系統（Peer support system）：個人透過人際互動及知識經驗的傳遞以滿足其它方面需求。

3.宗教組織（Religion organization or denominations）：屬於最為古老的社區支持系統（Community support system），提供個體定期聚會場所，藉由彼此間經驗分享連結對神的忠誠，制訂生活指引，提供個人生活遵循方向。

4.專業支持系統（Helping professionals support system）當個人無法由家人、同儕獲得協助或是資源中斷資源耗竭時，健康專業團體介入所提供的支持謂之。

5.非專業組織支持系統（Organized support system not directed by health professionals）：通常包括志工團體（Voluntary service groups）與互助團體（Mutural help groups）。

整理以上資料可知，所有學者都會提到家人是個體的重要社會支持來源，至於 Brown（1974）；Swindle（1983）；Bennett 與 Morris（1983）；Tilden（1986）；Pender（1987）都有提到家人以外之正式系統的支持來源。Swindle（1983）；Barrera、Slander 與 Ramsay（1981）；Pender（1987）則特別提到宗教團體的支持來源。分類上以 Pender（1987）五大類的分類最詳細，其將非正式支持來源又分為家人與同儕，正式體系又分為宗教、專業與非專業，對於社會支持來源的解釋可說是面面俱到。

總括來說，社會支持的來源上可分為正式與非正式兩類，正式的包括醫療機構、社會團體、宗教機構以及政府等，而非正式的包含家屬、朋友、同事等生活中實際來往的人脈。以慢性精神障礙者來說，主要的社會支持也多半是來自醫療機構、慈善團體或宗教信仰等方面，以及家人、朋友的支持。針對上述社會支持來源，研究者整理如下表：

表2-1社會支持來源列表

研究者（年代）	社會支持來源
Brown（1974）	1.非正式的社會支持：包括初級團體裡的個案，如家人、親戚、朋友、鄰居及社團朋友、同事；2.正式的社會支持來源：指提供服務性支持的學校、衛生機關、政府或民間福利機。
Barrera、Slander 與 Ramsay（1981）	配偶、朋友、同事或同伴
Swindle（1983）	社會資源、社會網絡，以及重要他人
Bennett 與 Morris（1983）	1.初級支持體系：家屬、朋友和認識的人 2.次級支持體系：醫療機構、社會團體、宗教機構等。
Tilden（1986）	正式支持系統：具有組織單位的各類機關、政府單位與私人機構專業人員。 非正式的支持系統：配偶、子女、親友等。
Pender（1987）	1.自然支持系統（家庭）。2.同儕支持系統。3.宗教組織。4.專業支持系統（健康專業團體）。5.非專業組織支持系統（志工團體與互助團體）。

根據以上整理，本研究將針對三種來源：家人親戚、同學朋友、醫療專業人員，來探討社會支持的影響。

三、社會支持的型態

社會支持的功能是多面的，學者將社會支持依功能分為很多不同型態，最常見的有以下幾類：

（一）情緒性的支持（Emotional support）

情緒性支持是最多人提到的一項社會支持構面，最早由 Barrera, Sandier 和 Ramsay (1981) 提出「情緒性的支持」是由親友或有意義的他人提供關心、信任、歸屬感以及關愛；而後 Cohen 和 Will (1985) 所提出的「社會陪伴性支持 (Social companionship support)」：提供社交性友誼交往，使人有歸屬感並引起正向情緒因而轉移個人注意力，使個人減少擔心。House, Kahn, McLeod 和 Willians (1985) 的定義認為所謂的情緒性支持就是給予尊重、信任、表達關懷或傾聽其感受，藉由情感交流或關心，使人感覺到舒適，藉此加強個體自我價值，維持個體的自尊。

此外 Cutrona 與 Russell (1990)；Barrera (1996) 與 Sarsfino (1994)；Schaefer, Coyne 與 Lazarus (1981)；林麗嬋、歐美玲、吳肖琪 (1997)；林梅香等 (1996)；胡幼慧、王孝仙、郭淑珍 (1995)；楊淑賢 (1998)；邱文彬(2001)等人之文獻也都在社會支持型態上提及情緒性支持之概念。

由於有些慢性精神障礙者在情緒控制上會有困難，故有時很需要他人的鼓勵、陪伴和安慰，因此情緒性的支持對慢性精神障礙者者來說是回歸社區或家庭生活時，非常重要不可或缺的。當然這樣的支持一般來說主要都還是家人親友，但以現在的環境來說，部分非營利組織、團體或醫院，也都能提供相關的情緒支持。

（二）評價性的支持（Appraisal support）

評價性的支持是提供關懷、信任、情緒支持與宣洩管道，常用的方法有傾聽、安慰、同理、給予鼓勵。研究指出，社會支持越好，其生活品質越好。House, Kahn, McLeod 和 Willians（1985）認為評價性支持著重在教導，支持者提供目標相關活動的指引，包括給予回饋或肯定。

評價性的支持概念上也接近於所謂的「自尊支持」（esteem support）。自尊支持代表被支持者在面臨壓力事件時，提供支持者能對其因應方式的能力給予正面的回饋及認同（Cutrona & Russell，1990）。

（三）實質性的支持（Instrumental support）

實質性的支持又可說是工具性的支持，相較於情感之支持來說，是比較現實生活功能上的支持，Barrera, Sandier 和 Ramsay（1981）指出「實質性的支持」是由親友或有意義的他人提供個人實質的物品、服務或照顧。Cohen 和 Will（1985）則將工具性的支持定義為提供實質的行動或物質幫助，包含金錢、物質資源及服務。House, Kahn,

McLeod 和 Willians (1985) 認為實質性支持包括提供所需的幫助、金錢、物品和食物等。Cutrona 與 Russell (1990) 實質的協助 (tangible aid) 意謂在被支持需要時，他人提供直接的幫助，包括金錢、勞力、時間、改善環境等。

此外 Barrera (1996) 與 Sarsfino (1994)；Schaefer, Coyne 與 Lazarus (1981) 也提到社會支持包括實質的或工具的支持，阮玉梅等 (1999)；林梅香等 (1996)；林麗嬋等 (1997)；胡幼慧等 (1995)；楊淑賢 (1998) 則將工具性的提供來源增加到來自於家屬、病友互助團體、服務團體及民間社團，而非只有親人，邱文彬 (2001) 等人也在社會支持型態上提及物質的、工具性支持與幫助。相較於情緒性的支持，實質性的支持偏向於「解決問題」的面相，特別是許多研究者會提到金錢，對於慢性精神障礙者來說，因為就業率低，經濟上是否會特別需要支持？支持情況如何？實值得本研究進一步瞭解。

(四) 訊息性的支持 (Informational support)

訊息性的支持屬於比較資訊層面的幫助，在資訊發達的網路時代，正確訊息的價值十分重要，但此一概念很早就出現了，Barrera, Sandier 和 Ramsay (1981) 即指出「訊息性的支持」是由親友或有意義的他人提供知識、訊息以幫助個體了解所處的環境。House, Kahn, McLeod 和 Willians (1985) 認為訊息性支持包括給予忠告、建議、指引新知，提供訊息，使接受者對未來有更多的預測，減少不確定感。Cutrona 與 Russell (1990) 則認為訊息支持是提供被支持者建

議、忠告、及接收訊息等。Barrera (1996) 與 Sarsfino (1994) 也認為訊息的支持是重要的社會支持的一環。Schaefer, Coyne 與 Lazarus (1981) 則將訊息性支持定義為提供有效的建議、知識和消息，幫助個體了解其所處的環境，並且去順應情勢的改變。

阮玉梅等 (1999)；林梅香等 (1996)；林麗嬋等 (1997)；胡幼慧等 (1995)；楊淑賢 (1998) 則以「資訊性提供」為名稱，其意義為由醫療院所的護理人員來提供，而鄰居或親朋好友則傾向提供偏方或醫療院所的介紹。邱文彬 (2001) 則認為訊息的支持包括建議，認知支持與指導。

由於慢性精神障礙者在社會適應能力上較弱，故有時對於某些有用的治療、諮商資訊，甚至一般生活資訊，都需要有其他人的幫助，因此此類訊息性的幫助對慢性精神障礙者來說，也是相當重要的社會支持項目。

參考上述的社會支持概念 (詳見附錄四)，考量慢性精神障礙者生活上所需的社會支持，可能有情感上的支持需求，如傾聽、關懷、陪伴等；實質上的支持需求，如日常生活雜事處理等；訊息上的支持需求，如疾病諮詢、心理諮商、生涯建議的提供等。因此，本研究將社會支持的構面分為情緒支持、評價肯定、訊息支持、協助支持來探討。特別是情緒性支持的概念，對於往往較缺乏自信的慢性精神障礙者來說，或許會比其他實質性支持來得更重要的影響因素。

四、社會支持的測量

社會支持測量形式多是自陳式量表或訪談方式。社會支持定義內涵不一，測量模式亦隨之不同，在社會支持測量方面，Barrera、Slander 與 Ramsay（1981）將社會支持的衡量分為社會支持型態與社會支持滿意度，社會支持型態包括情緒支持、訊息支持、實質支持，以及社會整合；社會支持滿意度則是個體對社會支持型態的主觀評價，評價方式包括滿意度、受尊重感、親密感等。

Wohlgemuth 與 Betz（1991）將社會支持的測量分為三類型：1.結構性支持：此面向是以個人所知覺到社會支持的大小、強度及支持程度來進行評量；2.系統性功能：分析他人提供的支持類別；3.滿意程度：即受測者對其所感受到支持的社會支持滿意程度。

Sarason, sarason 和 Pierce（1990）歸納出三種社會支持的測量模式：

（一）網絡模式（The network model）：

網路模式注重個人與其所融入的社會團體的交互作用，此網絡為個人直接接觸或可透過重要聯繫提供個人支持者，具有特定性，並非只廣義網路系統。探討個人所在網絡結構，即是一種網絡分析，探討內容包括網絡大小、密度以及連結度。網絡大小即為目標個體直接接觸人數，網絡密度為網絡中的成員與目標個體和其他人接觸範圍。而網絡連結度則為網絡成員彼此知道互動人數（Dunst & Teivette, 1985）。Lubben 和 Girona（1996）發展出 Lubben Social Network

Scale 測量個人社會網絡，內容包含網絡成員規模、互動頻率、親近程度以及網絡支持功能。

（二）接收社會支持（Received social support）：

一般接收社會支持問卷涵蓋接收何種社會支持以及取得支持的難易程度。社會支持的接收者與給予者報告有時並不一致，通常是給予者報告較接收者為多（Antonucci & Iseral, 1986）。Barrera, Sandler 和 Ramsey（1981）發展社會支持行為問卷（The Inventory of Socially Supportive Behaviors, ISSB）則是測量個人接收到社會支持的工具。

（三）知覺到社會支持（Perceived social support）：

Cobb（1976）提出社會支持應該注意被支持者主觀認定的感受，Heller, Price 和 Hogg（1990）視社會支持為接收者所知覺到的人際活動。Norbeck, Lindsey 和 Carrieri（1981）發展社會支持問卷（Norbeck Social Support Questionnaire, NSSQ）則為測量被支持者所知覺到的社會支持。

在實證研究方面，社會支持量表最初是使用在病人的身上，由其健康來探索社會支持的存在、來源、質量及功能等（單小琳，1990）。社會支持量表的運用相當廣，但多半會根據衡量指標，依研究對象及需要之不同自行編訂。因本研究主要採取自填方式進行調查，故在社會支持的測量上是以受試者所知覺到的社會支持為主。

五、慢性精神障礙者與社會支持之相關研究

有關精神障礙者之個人背景與疾病因素與社會支持之關連情況上，Macdonald, Hayes 和 Baglioni (2000) 的研究結果發現精神疾病組的社會支持隨著生病年數的延長，從朋友、機構工作人員、家屬的支持則愈少。盛均君 (2005) 之研究也發現精神分裂患者的社會支持會因個人基本資料中的人口學變項的不同而有差異，精神分裂患者的社會支持與工作狀況、年齡成顯著關係，研究樣本年紀越小得到的社會支持愈多，有工作者的患者比無工作者會得到較多家人與親友的支持。同時社會支持也會因個人基本資料中的疾病因素的不同而有所差異，精神分裂患者的社會支持與發病年齡、生病年數成顯著關係，發病年齡早、生病年數越短其社會支持愈多。

林盈萍 (2009) 之研究則顯示不同性別、教育程度、婚姻狀態及宗教信仰之社區慢性精神分裂症病患於社會支持上未有明顯差異。但接受不同治療模式之研究個案組別間於社會支持上顯示有顯著差異。另外以相關性分析來看，性別、社區生活功能、生活品質與社會支持呈現正相關，精神病症狀則是與社會支持呈現負相關。可見的個人背景變項或急病因素之不同，其在社會支持感受上可能會有所差異。

而當精神障礙者回歸社區後，家人和重要他人是精神障礙者的主要照顧者，主要照顧者對精神障礙者的支持對其融入社區生活相當重要，國外研究即發現社會支持是協助精神障礙者回到社區的重要因素 (Hatfield, 1979 ; Thompson & Doll, 1982)。

其他相關研究包括：Cohen 和 Sokolovsky（1978）探討精神障礙者的社會網絡研究發現：生活在社區的障礙者網絡規模大於長期住院患者，同時指出社會支持密度低且互動關係較少的患者較易再次住院。

Cresswell, Kuipers, 和 Power（1992）針對40位精神病患探討其社會網路、社會支持以及支持品質，指出病患的社會網路主要為家屬，此外研究結果也指出社會支持越好的病患生活品質愈佳。且對主要關係中所接受到的支持感到滿意。

Clinton, Lunney, Edwards, Weir 和 Barr 等人（1998）在精神病患之社會支持與社會適應調查中發現患者對於支持需求項目以「正向回饋」為首要，「社會參與」、其次為「向他人談及個人感覺」。

Faccincani, Mignolli 和 Platt（1990）追蹤精神分裂病患七年的縱貫式研究發現有較好社會支持能改善社會功能與疾病症狀並降低再次住院比率。

Evert, Harvey, Trauer 和 Herrman（2003）在澳洲調查精神分裂症患者的社會支持網絡與患者自我照顧功能關係發現有同時有朋友與家人支持患者從事全職工作比例較高，而社交網絡缺乏患者自我照顧功能失能情形較有家人支持網絡的患者普遍。

在國內研究方面黃瑞琦（2002）最新研究發現精神分裂症患者主觀感受獲得越多社會支持其生活適應愈好；其支持來源主要為家屬，支持功能以情緒性與訊息性支持為主。

過去其他文獻當中社會支持對精神障礙者的影響也多偏向正面，好比：張玲如、李育峻、夏宇德、郭壽宏（1994）對精神鑑定禁治產案例的研究中，指出社會支持與生活適應呈正相關，亦即社會支持系統越好，其生活適應也就越好。

林淑芬（1997）探討精神分裂病患之社會支持與社區適應的相關性，發現社會支持是社區適應顯著的預測因子之一，顯示社會支持程度愈高，其社區適應愈好。

張意真（1988）精神病患社會支持與社會復健關係研究中發現社會支持與社會復健有顯著正相關，支持系統愈好日常生活功能、人際關係及社區聯絡功能愈好。大部分是精神病患社會支持與生活適應影響。

林秀華（2000）在司法精神鑑定案例之社會支持與生活適應相關性研究亦發現社會支持中的情緒支持與社會適應呈現正相關。黃毅志（2002）研究結果顯示社會支持與生活適應呈顯著正相關，即病患主觀感受獲得社會支持程度越高，其生活適應越好。

盛均君（2005）之研究則以參與台北市康復之家的社區精神分裂患者為對象進行調查，該研究結果發現：精神分裂患者的社會支持來源以機構工作人員為主；家人親戚次之；同學朋友最少。社會支持功能依序為協助性功能、訊息性功能、評價性功能、情緒性功能最低。且精神分裂患者得到家人親戚與機構工作人員的支持越多、獲得情緒性、訊息性與協助性支持功能越多，其社會功能狀況越佳。

林盈萍（2009）之研究則認為復健期慢性精神障礙者社會支持網絡過於貧乏，以致無法有效調節精神病症狀嚴重度對社區生活功能與生活品質的負面影響。

上述研究多半仍認為社會支持對精神障礙者有正向功能，但吳就君、宋維村、黃梅羹（1995）之研究發現社區精神分裂症病患主要承受兩種壓力，一為生活壓力，另一為高度情感表露家屬所致的慢性壓力。顯示社會支持亦有負面影響，當社會支持過強有可能反而讓患者感受到來自親情、友情的壓力。

無論如何，社會支持在對抗生理疾病與心理疾病上具有一定的重要性，社會支持較佳可在康復過程獲得安適感，故社會支持對慢性精神障礙者的功能不只是人際關係維持，還能可減輕疾病所帶來的不良後果。因此本研究對於慢性精神障礙者社會支持對活動參與的影響也採取較為正向的看法，認為慢性精神障礙者社會支持感愈好其活動參與亦會愈高。

第三節 活動參與相關研究

世界衛生組織在2001年提出國際健康與身心障礙分類系統(ICF)將活動參與列為健康重要因素，主張衡量個人健康狀態必須同時考量身體功能、活動及參與三大功能。其定義活動（activity）是個體執行的行動，參與（participation）是指個體投入某種生活情境。本節主要探討 ICF 表當中的活動參與概念，以及其與慢性精神障礙者的

相關性，試圖建構出本研究之慢性精神障礙者與活動參與量表。

一、活動參與的定義

本研究的活動參與概念主要源自世界衛生組織之 ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health，國際健康功能與身心障礙分類系統）新版的身心障礙定義與分類系統，它定義了健康的成分和一些與良好健康情況有關的要項（例如教育、勞動）。提供了一種框架可以對廣泛的有關健康的信息進行編碼（如診斷、功能和失能），並運用標準化的通用語言使全世界不同學科和領域能夠對有關健康和保健情況進行交流（WHO，2001）。

早期 WHO 出版的 ICIDH（International Classification of Impairment, Disability and Handicap），解釋了 impairment、disability、handicap 三種分類的定義。「impairment」，國內將其譯為「損傷」，是指任何生理、心理或者組織器官上的實質傷害或喪失，為醫學上的診斷。「disability」國內通常譯為「障礙」，是指人因傷害造成損傷後，導致其能力受到限制，無法從事一般人所能從事的活動（王國羽，1995；周月清，2000）。國際身心障礙者組織（Disabled People's International, DPI）認為障礙（disability）是社會對於損傷（impairment）者的一種隔離，排除其社會參與（董和銳，2003）。handicap，國內學者則譯為「殘障」，主要是強調障礙者因為損傷，使得其在經濟、文化等社會環境上居於弱勢地位，此定義強調障礙者與環境的互動關係（王國羽，1995；周月清，2000）。

但由於上述的損傷及殘障較為負向，因此 WHO 在1990年代中期修訂 ICIDH 成為 ICF，其內容改使用身體的結構與功能（body structure 和 function）、活動（activity）及參與（participation）等較中性的名詞（周月清、彭淑芬、舒靜嫻、鄭芬芳，2004），而除了這些描述本身身體以及社會狀況的範疇之外，還另外加入了環境因素（environmental factor）（WHO, 2003）。

ICIDH 主要是希望改變個人以合乎社會期待，ICF 則強調排除社會障礙及改善環境是與改變個體一樣重要。因此新版的 ICF 保留了第一版中損傷的概念，但改變對障礙與殘障的名詞使用，採取活動與參與的正面與積極字彙，強調身心障礙者所具有的活動能力而不強調消極限制面，同時採取參與的概念，取代原先的殘障概念所隱含的社會排除的負面意義（WHO，2001；王國羽、呂朝賢，2004）。

同時 WHO 更提出「醫療模式」（medical model）與「社會模式」（social model）觀點來解釋「障礙」。「醫療模式」將障礙視為個人的問題，是因疾病、受傷或其他需要醫療照顧之健康狀況所影響；「社會模式」則認為不能僅將障礙歸因於個人，其是一個複雜的集合體，大部分是由社會環境所造成的，因此對於問題之管理需要透過社會運動（social action），以及社會有責任去改變環境來使障礙者能夠在社會生活中有完全參與（the full participation）的環境（WHO, 2003；董和銳，2003；周月清等，2004）。

ICF 理論模式認為身心障礙不全然是個人因素，還受到社會環境影響，應從障礙者融入社會角度出發以社會整合方式處理，而社會模式則拋棄以疾病的觀點來對身心障礙者進行分類，認為身心障礙是社會壓迫下的結果，所謂的身心障礙只是一個動態的生命經驗，是與環境互動後所產生的結果，強調其權利與選擇權，並應提供環境的支持與協助。ICF 包括兩個部份：第一部份是功能和障礙，第二部分為背景性因素。每個部分又有兩種要項：

（一）功能和障礙的要項：

1.身體構成：包括身體系統的功能和身體結構，兩類均按照身體系統進行編排。

2.活動和參與：涵蓋來自個體和社會兩方面能夠代表各方面功能的全部領域。

（二）背景性因素的要項：

1.環境因素：環境因素對所有的功能和失能要項均有影響，並以個體最直接接觸的環境到一般環境進行了交互作用。

2.個人因素：由於大量的社會和文化差異，故在 ICF 中對其沒有進行分類。

表2-2世界衛生組織 ICF 理論分類

	第一部分：功能與障礙		第二部分：背景因素	
成份	身體功能與結構	活動與參與	環境因素	個人因素
領域	身體功能 身體結構	生活領域（任務、行動）	功能與障礙的外在影響	功能與障礙的內在影響
結構	身體功能改變（生理的） 身體結構改變（解剖學的）	能力（在標準環境完成任務） 表現（在當下環境完成任務）	對物理、社會、態度世界的特質的促進或阻礙的影響	個人屬性的影響
正面	功能和結構的整合	活動參與	促進的因子	不適用
	有功能的			
負面	損傷	參與侷限性 活動受限	阻礙/障礙	不適用
	障礙的			

透過世界衛生組織在身心障礙定義與分類上的改變，我們可以發現除了身心障礙者本身的生理、心理障礙外，活動參與的概念逐漸被重視，因此在檢視慢性精神障礙者是否妥善回歸到社區生活時，其活動參與狀況便是一個很重要的考量指標。

若「活動」及「參與」的概念拆開來看，大致可區分成日常活動能力與社會參與兩種概念，Lawton 和 Brody（1969）指出，日常生活活動是一組具有自我維持的功能（self-maintenance function）。廣義來說，日常生活活動包含所有人類日常中規律執行的活動，包含自我照

顧（如：洗澡、進食、如廁等）、工作、家事處理、休閒活動等。

Katz（1983）指出日常生活活動包含基本日常活動（Basic activities of daily living, BADLs）、工具性日常活動（Instrumental activities of daily living, IADLs）以及行動（mobility）。美國職能治療學會（American Occupational Therapy Association，簡稱 AOTA, 2002）在職能治療介入架構（Occupational Therapy Practice Framework，簡稱 OTPF）中，將人類的日常職能活動分為七大領域，分別為：基本日常生活活動、工具性日常生活活動、教育（education）、工作（work）、遊戲（play）、休閒（leisure）和社會參與（social participation）。

基本日常生活活動上，Katz（1983）認為基本日常生活活動為維持個人生活的基本活動，包含：進食、個人衛生清潔、洗澡、如廁、大小便控制等。Mahoney 和 Barthel（1965）指出日常生活活動包含：進食、個人衛生、如廁、洗澡、平地走動、位移、上下樓梯、穿脫衣褲鞋襪、大便控制以及小便控制等自我照顧活動。

工具性日常生活活動部分，Ottenbacher, Mann 和 Granger（1994）指出，工具性日常生活活動需要較好的認知功能以及技巧才能夠執行的活動。Lawton 和 Brody（1969）認為獨立在社區生活所需具備之複雜日常生活功能，如：購物、烹飪以及財務管理等，為工具性日常生活活動。同時，工具性日常生活活動，同時也被稱為家庭的

日常生活活動或社區的日常生活活動 (Fricke & Unsworth, 1998)。

AOTA (2002) 則將工具性日常生活活動定義為「需要與外界環境互動且較為複雜的活動」。活動包含：照顧他人、照顧寵物、養育孩子、溝通裝置使用、社區中位移、財務管理、健康和維持、家庭建立和管理、準備餐點與清理、安全程序與緊急事件處理、購物。

歸納來說，基本日常生活活動多指自我照顧、自我維持等活動內容。而工具性日常生活活動多指獨立生活於社區中所需具備之技能。兩者合併看來，便構成一個人獨立生活所需之能力。然而，日常生活活動往往容易受疾病影響，導致個人在表現該項功能時無法獨立，進而影響到個人的自尊、自我概念等 (Hogan, 1982，引自施書驊，2010)，因此基本日常生活活動對於精神障礙者來說是有指標性意義的，值得吾人關注。

但由於日常生活活動的範圍涵蓋相當廣，且所需要的能力也不同，各學者定義也就不同。世界衛生組織2001公布的國際健康功能與身心障礙分類系統，在活動和參與章節中在活動和參與 (Activities and Participation) 的章節中加入自我照顧 (self-care)，其中項目包含了清洗個人、照護身體部位、如廁、穿著、進食、飲用飲料、照料個人健康等項目。同時也加入了居家生活 (domestic life) 概念，其中項目包含了取得住所、取得商品與服務、準備餐點、做家事、照護家用物品、協助他人。

故本研究中的日常生活活動係以世界衛生組織之國際健康功能與身心障礙分類系統中的「自我照顧」和「居家生活」概念為主。所謂自我照顧功能包含：清洗個人、照護身體部位、如廁、穿著、進食、飲用飲料、照料個人健康等7項。而居家生活則功能包含：取得商品與服務、準備餐點、做家事、照護家用物品等4項。

參與（participation）是指參加（to take part）活動，亦含有分享或是擁有（to have a part or share in something）的意思。所謂的「參與」的概念相當多，其中包括公民參與(citizen participation)、社會參與(social participation)、社區參與(community participation)、公民涉入(citizen involvement)、社區涉入(community involvement)等，這些不同的名詞雖名稱不同、使用的學術及議題不同，但所指涉的參與行動與意義則是一致的（王舜昱，2008）。

參與的內容包羅萬象，舉凡社團參與、鄰居往來、親友關係、興趣活動、休閒旅遊、宗教活動、志願服務、進修學習與政治參與、有酬的工作...等等都是個人參與到社會之中的行為。

社會參與國內外的文獻對於社會參與的定義，大部分都是指個人透過投入社會各種活動，與社會保持互動，是一種動態的概念，內容包括有酬勞的工作及志願性的社區參與等，範圍廣泛（蕭新煌，1995；戴伸峰，1996；Bukov, Maas, & Lampert, 2002）。

國外學者 Bukov 等人（2002）將社會參與分成三個面向：集體社會參與（例如玩牌、和他人旅行）、生產性社會參與（例如從事志願或有酬勞的工作）以及政治參與（例如參加政黨）。

世界衛生組織則在 ICF 中，對「參與」下了一個定義：「參與是投入到一種生活情境中」（WHO，2003）。世界衛生組織對活動及參與的分類則是社區生活(community life)、娛樂和休閒(recreation and leisure)、宗教和精神上的活動(religion and spirituality)、人權(human rights)、政治生活和公民權(political life and citizenship)、其他特定的社區、社會和公民生活(community, social and civic life, other specified)、非特定的社區、社會和公民生活(community, social and civic life, unspecified)（WHO，2009）。

世界衛生組織在 ICF 中，將「活動與參與」歸為同一個討論面向，其認為很難將「活動」和「參與」從「活動與參與」的概念中，個別區分出來（WHO, 2003），回顧上述活動與參與的概念，本研究主要採取世界衛生組織的「活動參與」概念來進行研究，詳細分類請見附錄二。

二、活動參與的重要性

世界衛生組織主張健康定義：「一個人在生理、心理、社會三方面皆有良好狀態，而不只是沒有疾病」。因此近年來世界衛生組織開始關注活動對於人類健康影響，指出疾病和健康情形不僅影響生理或心理功能，同時影響日常生活活動和社交範疇，例如：社會關係和就

業。故治療或恢復健康的概念不僅僅在追求生理上的疾病消除，而是努力恢復讓個體在心理、社會層面也能保持健康。故我們在探討慢性精神障礙者時，不應只關注疾病本身，更要關注其日常活動與參與的恢復狀況。

世界衛生組織之 ICF 功能表將發生在身體與心理層面問題定義為損傷（impairments），若問題發生在進行活動表現稱之為活動局限（activity limitations）；若問題發生在個體參與生活層面稱之為參與限制（participation restrictions）（WHO，2001）。這些活動局限或參與限制對於障礙者來說都是有影響的，Hogan（1982）便指出日常生活活動往往容易受疾病影響，導致個人在表現該項功能時無法獨立，進而影響到個人的自尊、自我概念等（施書驊，2010）。

Christiansen 也認為人們藉由參與活動提供每日生活的目的與結構性，協助人們建立自我認同，創造有意義的生活，達到健康與安適感。相反的，若缺乏參與活動將會改變生理及健康狀態的下降，所以生活中的活動參與是有助於健康（Hasselkus, 2002）。Law（2002）指出人類透過活動參與，能與他人建立社會關係、建立支持網絡、改善生活滿意度並找到生活意義與目的。

而根據社會參與論（social engagement theory）的觀點，人若缺乏適當社會參與生活容易感到空虛及孤單，積極參與活動將可獲致較佳生活的適應，使生活更有意義，並獲得社會支持與肯定，提升自主性的自我實現（Carlos, 2005）。

社會活動的參與多寡，對於個人的生活品質以及自我形象均有不少影響（黃富順、陳如山 和黃慈編，1996）。洪巧臻（2008）則發現個體社會連結頻率、宗教參與、參與鄰里活動和憂鬱症狀之間呈現負相關，即社會連結頻率、宗教參與、參與鄰里活動愈高，憂鬱症狀則愈輕；賴永和（2000）也認為個體之整體社會參與程度愈高，其生活適應愈好，反之，社會參與程度愈低，其生活適應就愈差。個體願意走入人群，關心自己也關心別人，對其生活適應愈好，有正面的影響。

整體而言，活動能力愈好，參與愈積極，人們會感覺生活較有意義，適應也越良好，同時也比較健康，不容易感到空虛、孤單或憂鬱。對整體生活品質來說具備正面的意義。

三、ICF 活動參與概念的應用

自「國際健康功能與身心障礙分類系統」公布以來，許多健康照護相關領域用以描述個人健康以及健康相關的情況，但實際上 ICF 之編碼系統只是分類系統並非評估或測量工具，故其在各種測量上的應用仍有待開發，但其做為描述和測量健康的理論性框架結構上，經2001世界衛生大會190個成員國一致簽署同意廣泛應用，因此是一個國際通用的理論模式，具有相當重要的地位。

目前 ICF 活動參與概念在相關實務研究的應用上，在生理與心理上都有相關的研究採用 ICF 活動參與概念來進行分析，有些是以 WHODAS(WHO Disability Assessment Schedule)進行研究（如表2-3）：

表2-3 以 WHODAS 量表進行之活動參與實證研究

作者/年代	研究摘要
Perini, Slade 和 Andrews (2006)	與其他三種不同評估工具比較，WHODAS 2.0 36-items 版對憂鬱症者門診病人的障礙狀況能有效評量。
Scott 等人 (2006)	綜合 WHODAS 2.0 12-items 版與國際診斷評量 (international diagnostic interview) 來衡量精神障礙狀況，成效良好。
Alonso 等人 (2004)	在歐洲六國使用 WHODAS 2.0 12-items 版做為衡量工具，發現在心理與身體障礙、特殊心理、工作角色障礙上有很顯著的影響力。
O'Donovan 和 Doyle (2006)	以愛爾蘭國家生理與認知障礙資料庫進行研究發現，WHODAS 2.0版12-items 能有效評估身心障礙者的活動參與狀況。
Posl, Cieza 和 Stucki (2007)	德國的研究指出 WHODAS 2.0 36-items 版能有效、可靠的反應出內外科、乳癌患者及抑鬱者的功能與障礙狀況。
Kim 等人 (2005)	以韓國老人為調查對象發現 WHODAS 2.0 36-items 版在身體健康、沮喪以及認知功能上有良好的評量效果。
Ertugrul 和 Ulug (2004)	使用 WHODAS 2.0 36-items 版對精神分裂者者進行症狀與疾病特徵的調查研究。效果良好。
McKibbin, Patterson 和 Jeste (2004)	以精神分裂症老人為例，發現有強力證據顯示 WHODAS 2.0 36-items 調查版本信度與效度都十分良好。
Andrews, Kemp, Sunderland, Von Korff 和 Ustun (2009)	以澳洲8841個成人樣本為例進行之研究，WHODAS 2.0的內部一致性和重測信度的整體分數都很高，證實 WHODAS 2.0版12-items 實用性良好，是簡短的，可靠的和有效的評估工具，對焦慮和抑鬱症老人的評估也很有效。
Juan, José, Jaume, Ana, Antoni, Miquel 和 Josep (2010)	在西班牙17個地區挑選了3615成人抑鬱症患者進行研究發現 WHODAS 2.0版12-items 表現非好，在六個觀察面向上都可以提供良好的區別標準，同時在男性女性身上都適用。

有些則非採採用 ICF 活動參與概念來研究，而是以自編問卷進行

(如表2-4) 如下：

表2-4以自編問卷進行之活動參與實證研究

作者/年代	研究摘要
Soberg, Sandvik 和 Ostensjo (2008)	該研究從 ICF 的架構中選取13個領域編製自編問卷，針對63名多重損傷（multiple injury）的個案請個案以自己的語言描述其功能表現狀況。問卷回收後，由6名受過 ICF 相關訓練的治療師依照問卷結果對應至他們認為最合適的 ICF 編碼進行施測者間一致性的考驗。編碼後，共計有88個編碼涵蓋20-30個 ICF 的章節，研究者依照此88個編碼的屬性，將之分為10個類項。經過 Cohen' s K 後分析後，其研究結果顯示，ICF 施測者間信度佳，其中臨床經驗資深的治療師一致性更高。
Kronk, Ogonowski, Rice 和 Feldman (2005)	使用「國際健康功能與身心障礙分類系統-兒童及青少年版」，簡稱 ICF-CY 的架構發展了一套結構性訪談的問卷，該問卷包含了活動和參與部分的七個章節，共39個碼。該研究以40名有特殊需求的孩童分為兩組，每組各20人，分別由二位經驗豐富的治療師為一組以及二位研究助理為一組進行訪談以及編碼。經 Kohen' s K 進行了兩組的施測者間一致性的檢定結果顯示，使用以 ICF-CY 為架構所發展之結構式問卷，施測者間信度佳，有經驗的治療師之施測者間信度表現較佳。
Belio, Prouteau, Koleck, Barral, Destailats, Lemaire, Mauvillain, Merceron 和 Mazaux (2009)	找出以 ICF 為基礎的量表，以更加準確的測量精神分裂症患者的活動參與，該研究建構了以自我照顧、日常生活、人際關係、生產力、休閒活動、社區參與等指標作為精神分裂症患者活動參與的衡量。

表2-4以自編問卷進行之活動參與實證研究（續）

作者/年代	研究摘要
廖彥璋（2006）	該研究透過障礙者的觀點，以深度訪談法訪談台北及彰化共十一位肢體障礙者，以求瞭解環境障礙如何影響障礙者社會參與。其以 ICF 活動參與項目為基礎發現物理環境障礙除使得障礙者移動不便之外，也造成障礙者在大部分活動參與的限制或不便，例如一般生活、社區參與、休閒育樂等；而人為態度的障礙，則使得障礙者退縮、不敢接觸人群，影響了其人際互動及關係上的限制。研究結論認為活動參與的限制來自於環境障礙，而非障礙者自身的問題。
黃麟傑（2007）	該研究以 ICF「活動(Activity)」與「參與(participation)」概念來調查憂鬱症患者的反芻（rumination）與活動參與（包括參與活動時間、頻率、場所、目的以及參與活動的主觀感受）之間的關聯性。研究抽樣143位受試者進行橫斷研究後發現，反芻型反應風格在憂鬱症患者的活動參與層面確實存有顯著的差異與影響；在臨床上，需更仔細區別憂鬱症患者之間的差異，尤其對於反芻型反應風格傾向明顯的病患。 該研究將 ICF 系統、台灣時間運用調查分類系統，以及研究者分類三種方法進行分類、整合，能有效的反應受試者活動參與狀況。
賴佩宜（2008）	該研究以 ICF 核心分類碼來發展臺灣腦中風門診個案的完整式國際健康功能與身心障礙分類系統之核心分類碼，藉以評估腦中風患者的功能並協助他們早日恢復功能和獨立生活，研究者考量臺灣國情，綜合臺灣各級醫療環境腦中風臨床實務工作者經驗以及腦中風個案之主訴意見後，將 ICF 核心分類碼修正為身體功能部分共有53項，身體構造部分有5項，活動和參與的部分有71項，環境因素部分有47項，共計176個項目，作為臨床實務工作者之臺灣腦中風門診個案功能性以及相關環境因素的評估工具。 其中修正後之活動和參與的部分有71項，與原始的74項相去不遠，可見 ICF 活動參與部分並未受到太多國情、種族不同的影響，有相當高的應用性。

表2-4以自編問卷進行之活動參與實證研究（續）

作者/年代	研究摘要
簡芳伶（2009）	該研究應用依據「國際功能分類系統」(ICF)檢核表所發展之中文 ICF 檢核表，分析職業輔導評量報告內容，以瞭解參與職業輔導評量之智能障礙者特質與就業情形，其中 ICF 檢核表分析智能障礙者職業輔導報告內容，最多的內容描述是活動參與部份，在身體結構和環境因子相關內容則較少，但活動參與較佳者並不見得就能穩定成功就業，顯示 ICF 系統之活動參與概念並不足以用來檢定或預測智能障礙者穩定就業的能力。
陳雅玲（2009）	該研究以 ICF 的「活動參與」為架構發展「慢性精神障礙者活動參與和就業現況」問卷，內容包括基本技能與一般任務、自我照顧與居家生活、溝通與人際互動、社區生活等4大活動領域。並以台灣北、中、南部的精神醫療機構或社區復健中心與康復之友協會之慢性精神障礙者為主要對象，共回收194份問卷。 其主要研究結果顯示慢性精神障礙者的「活動參與程度」和「活動困難程度」呈現顯著中度負相關。至於以「活動參與程度」和「困難程度」預測就業因子，具有預測力的要素為「社區生活參與程度」、「社區生活困難程度」、「溝通與人際關係參與程度」和「溝通與人際關係困難程度」。
陳嘉年（2010）	該研究以 WHO2000年 ICF 模式的活動參與觀點來探討精神病患在精神醫療機構的照護成效，以及精神疾病症狀與病患功能之間的關係。其以宜蘭縣地區精神醫療機構進行抽樣，包含器質性精神病、精神分裂病、情感性精神病等共收案201人。研究發現若精神病患在精神醫療機構內的活動參與度愈高，則功能表現愈佳，其所需要的照護需求可能相對較低，愈能減少照護資源的需耗。該研究認為 ICF 所強調的「活動與參與」概念，對於提昇精神醫療機構內的精神病患核心功能表現有明顯的助益，且可助於預測精神病患功能表現的好壞，做為多重專業整合之基礎。

表2-4以自編問卷進行之活動參與實證研究（續）

作者/年代	研究摘要
劉靜芳、楊靜蘭 (2010)	該研究使用以 ICF 作為基礎的針對乳癌患者訂定之「全面國際功能、障礙和健康分類核心組合」來進行分析，發現個案在「活動和參與」所面臨的主要問題為「拿物品」及「做家事」，顧研究者將重量訓練應用於個案，幫助其增加肌力，減少生活上主要功能障礙，提升其活動參與能力，改善了個案的生活品質。
何淑萍、洪榮照 和 梁英男 (2011)	該研究依據 ICF 模式自編調查表，調查台中地區國小肢體障礙學童學校功能活動參與及協助情形，研究結果顯示肢體障礙學童學校功能活動參與及協助情形明顯受到學童個人因子、身體功能構造因素、環境因子所影響，其中影響學校功能活動參與情形主要變項為粗動作能力變項、長時間活動教室變項、障礙別變項，而影響學校功能活動所需協助情形主要變項為粗動作能力變項、長時間活動教室變項。 該研究認為 ICF 模式之活動參與項目絕大部分可運用在肢體障礙學童學校功能活動參與之測量上。

從相關實證研究之應用來看，ICF 活動參與概念在生理上與心理上的研究都有應用，但主要還是偏向「活動」概念，故以生理上的活動能力測量較多，例如 Kronk, Ogonowski, Rice 與 Feldman (2005)；Soberg、Sandvik 與 Ostensjo (2008)；廖彥璋 (2006)；賴佩宜 (2008)；劉靜芳、楊靜蘭 (2010)；何淑萍、洪榮照、梁英男 (2011) 等人的研究，都認為 ICF 概念運用在肢體障礙者或病人身上，能客觀衡量其活動參與程度。但本研究係以慢性精神病為研究對象，故對生理上的 ICF 概念運用在此不深入探討，此類相關研究仍可顯示 ICF 概念運用在活動參與的衡量上是相當合適的。

進一步來看用在心理上的研究，Belio 等人（2009）研究指出 ICF 為基礎的量表能準確的測量精神分裂症患者的活動參與，國內研究包括黃麟傑（2007）運用在憂鬱症患者身上，陳雅玲（2009）將 ICF 概念作為慢性精神障礙者活動參與和就業現況分析之活動參與衡量。簡芳伶（2009）針對智能障礙者活動參與及就業進行研究；陳嘉年（2010）將 ICF 運用在器質性精神病、精神分裂病、情感性精神病身上，測量效果也都良好，因此 ICF 活動參與概念應用在心理問題之相關研究方面，也相當合適。

其中陳嘉年（2010）之研究認為 ICF 所強調的「活動與參與」概念，對於提昇精神醫療機構內的精神病患核心功能表現有明顯的助益，且可助於預測精神病患功能表現的好壞，則可做為支持本研究採用 ICF 活動參與概念來進行慢性精神障礙者研究之實證結果。

在實際量表工具的發展上，WHO 依據 ICF 的精神發展出了 WHODAS 2.0，作為評估工具能提供功能與障礙的測量摘要，量表發展過程中在項目挑選經過美國、中國、澳洲、俄國、歐洲等地19個國家21個研究站的研究進行篩選與建議，並在14國16個研究站的研究中（共1565個樣本）均達到良好的信效度，因此 WHODAS 2.0在不同地理區域、不同文化、不同診斷者、年齡與性別間具有足夠的信度及效度，可以用來測量嚴重度、確定需求及介入，監測計畫的衝擊性、比對身心障礙者個人或團體相對於一般大眾的表現、或是不同身心障礙類別間的組間比較。

在國外已有較多的驗證運用文獻，大部份都認為 WHODAS 2.0對於研究對象之活動參與的障礙狀況能有效評量。其中 Perini 等人（2006）；Posl 等人（2007）；Andrews 等人（2010）；Juan 等人（2010）之研究，針對憂鬱症或抑鬱症者進行的測量都發現發現 WHODAS 2.0確實能有效評估研究對象的活動參與狀況。Scott 等人（2006）；Ertugrul 和 Ulug（2004）；McKibbin 等人（2004）則指出 WHODAS 2.0在衡量精神障礙狀況上信度與效度都十分良好。

在國內 WHODAS 2.0則是剛開始推行，尚缺乏實證研究，有待進一步瞭解其在國內的適用性。WHODAS2.0有三個版本：36 題版，12 題版，以及12題+24題版（12+24 item）。又各有自陳式版本（seif-administered）及訪談版（interview-administered）。WHODAS2.0將與身心障礙相關的 ICF 活動及參與編碼分為6個向度，分別為：1. 理解與溝通（認知） 2. 行動能力（四處走動） 3. 生活自理（照料個人衛生，穿衣，用餐和獨處） 4. 與人相處（人際關係） 5. 生活活動（家庭責任，休閒，和工作） 6. 社會參與（參加社區活動）。

本研究主要採用12題自陳式版本來進行研究分析。因其較為簡潔，內容不會太過複雜，適合讓慢性精神障礙者者自填，且其已足以反映出36版本所能測得的81%變異（Ustün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010）。

四、慢性精神障礙者與活動參與之相關研究

在與精神障礙有關的研究上，活動參與對於重新建構慢性精神障礙者的生活更扮演著重要的角色。Hasselkus（2002）認為參與活動能結構化一天的生活，規律參與每天的活動更能協助慢性精神障礙者從懶散失去結構的生活中恢復。

Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby 和 Letts（1996）也發現慢性精神障礙者能藉由主動參與有意義的活動中，除了重新建構規律生活，也能達到內在自我需求，增進獨立性和自我效能，與生活中因疾病不斷產生的失能來相抗衡。

Daremo 和 Haglund（2008）之研究也認為活動參與對精神病機構式照顧來說有重要的意義，如果能讓病患更多機會自我負責，提高其對處遇計畫的認同度...可以讓患者有更好的活動參與。

國內研究文獻也記載精神分裂病人因疾病症狀的長期影響、呈現慢性化社會功能逐步退化、退縮、個人衛生處理不良、在人際關係及自我照顧功能明顯減退，在長期住院期間，病人數呈現冷漠、退縮、少與病友及家人往來的情形，病人僅存極少的人際行為技巧，如果外界刺激缺乏，加上醫院環境的僵化，致使其於人際行為的進行會遭到更大的困難（李選、葉美玉 和劉燦榮，1993；黃惠滿，1996）。

蔡幸君（2005）針對65位日間病房及社區復健中心的調查發現精神病人最常見需求前三名為精神症狀穩定、白天活動及社交。曾淑惠

(2006) 探討社區161位精神分裂病人研究中發現病人社交活動是生活品質中最不滿意的部份，社交生活缺乏導致其生活品質感受不佳。

胡海國則曾針對精神分裂症患做了出院二年後的大型調查，其研究發現個案在出院後在社區生活適應、人際關係、工作社應及社會功能都有問題，其社會功能中僅有家庭生活維持在尚可的程度，其它在人際關係、時間分配、性格適應、成就表現都有明顯障礙，精神疾病在慢性化過程中，容易造成生活懶散，參與活動意願低，社會功能有明顯障礙並且自殺率並未隨時間適應精神症狀後而逐漸下降。可見大多數出院一年的個案出院後多在家中「休養」，並且出現了功能退化的慢性化現象（胡海國，1996）。

陳杏佳（2001）之研究發現8 位女性精神分裂症個案日常生活困擾依序為異性交往、口語表達、家人相處、休閒娛樂活動、工作、復學、服藥、日常作息及性慾。個案覺得生活窄化，缺乏管道認識他人及不知如何與人交往等困擾，在「參與」活動上有明顯的障礙。

黃嫻齡（2000）研究中則發現個案在精神症狀的干擾下，通常無法維持規律日常活動，慢性化精神障礙者終生與殘餘精神症狀共處，面對失控的生活，必須透過「重建生活結構」，方能協助精神障礙者建構一個不偏離社會秩序的生活。

歸納來說 Hasselkus（2002）、Law 等人（1996）、黃嫻齡（2000）認為活動參與對精神病患者來說有重新建構規律生活的功用，能協助期改善病情或適應社會秩序。胡海國（1996）研究發現，出院一年的

精神病患個案多在家中「休養」，參與活動意願低，社會功能退化，對其病情有負面影響。Daremo 和 Haglund (2008)；李選、葉美玉、劉燦榮，(1993)；黃惠滿 (1996) 等人的研究則認為長期照顧上活動參與對精神病來說有重要的意義。

蔡幸君 (2005)、曾淑惠 (2006)、陳杏佳 (2001) 之研究指出精神病人本身相當重視社交生活，他們渴望能有正常的社交活動。但往往在活動參與上有明顯的障礙 (陳杏佳，2001)。因此不論是從疾病或社會適應的角度來看，或者從患者本身的需求出發，活動參與對於精神疾病患者來說，都是相當重要的一項觀察指標，也是需要被滿足的需求。

精神障礙者的參與活動障礙通常是疾病所導致，而這些障礙如果沒有被妥善處理，則又反過頭來造成精神障礙者的困擾，甚而加重其疾病或造成疾病的慢性化。因此慢性精神障礙者的參與活動狀況實質得研究者關心。

第三章 研究方法

本研究目的在於探討社會支持層面對於慢性精神障礙者活動參與層面影響，採橫斷式相關性研究，採取之研究方法為問卷調查法。相關實施細節如以下各節所述。

第一節 研究方法與架構

本研究在取向上屬於量化研究，量化研究多採實證主義觀點，強調實證研究與資料分析統計，量化方式對於現象的描述、解釋、預測與控制特別有用，具備客觀性與實證性，可受重複檢驗。至於在研究方法上則使用了文獻分析法與問卷調查法。前者用以蒐集資料建立架構，後者則是針對實證資料加以分析。

本研究參考相關文獻並依研究目的擬定之研究架構如下圖：

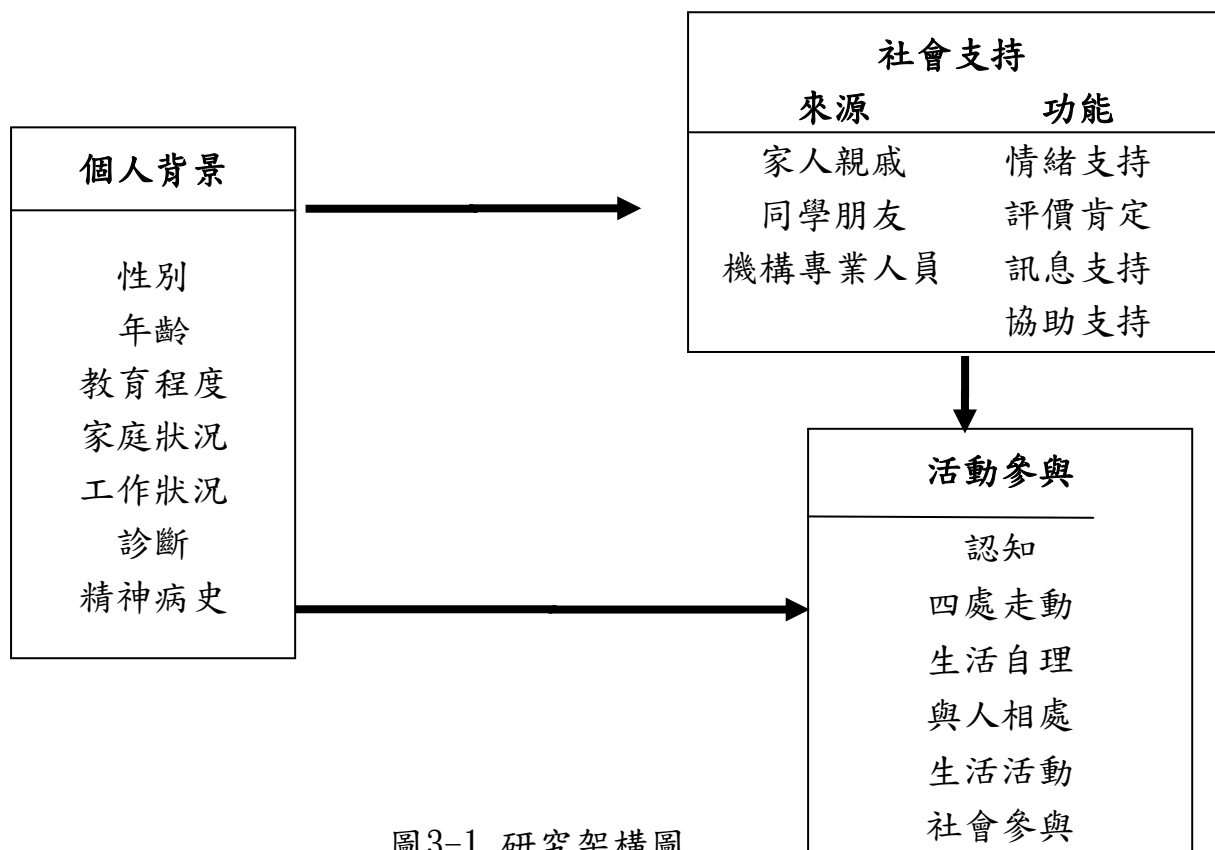


圖3-1 研究架構圖

第二節 研究對象及取樣

一、抽樣對象與方式

為達到研究目的，本研究採取立意抽樣方式（purposive sampling），選擇目前生活於社區之慢性精神障礙者者作為抽樣對象，受試者須符合以下條件：

- （一）18歲以上65歲以下，具有精神專科醫師診斷，領有重大傷病卡或身心障礙手冊，距首次發病兩年以上。
- （二）能以國、台語溝通以及識字，可填寫問卷者。
- （三）取樣過程排除精神症狀不穩定，無法填寫問卷者。

二、正式抽樣

本研究採立意取樣方式，選取目前生活於社區之精神病患且符合本研究收案標準者進行調查。主要以社區復健中心、康復之家及社區就業等機構之慢性精神障礙者，由研究者親自發放問卷調查，對於因隱私考量不變親訪之機構，則透過其社工師、輔導員、個管師等機構代表先詢問個案受訪意願，再由其自行填答，問卷發放後研究者並積極追蹤、催收，以取得樣本問卷。本研究依照附表三99年9月底之各縣市精神病患比例分配抽樣樣本數，選擇當地醫院進行調查，回收問卷後經剔除無效問卷後進行統計分析。

第三節 研究工具

在研究工具部份，本研究主要以結構式問卷做為研究調查之用，包括基本資料、社會支持以及活動參與等三大部分。

一、基本資料

基本資料部分包括性別、年齡、教育程度、家庭狀況、工作狀況、診斷以及精神病史等個人資料。其中家庭型態部分參考許玲菱（2009）社區老人社區參與、社會支持與憂鬱症狀之相關性探討之分類，再針對研究者接觸的慢性精神病個案家庭狀況重新調整，診斷及精神病史部分主要參考陳雅玲（2009）進行分類，基本資料主要在瞭解個案的背景狀況，並分析不同背景狀況之個案是否會在社會支持與活動參與上有所差異（參考表3-1。）

表3-1 受試者背景變項表

題目	選項
1. 性別	1. 男 2. 女
2. 年齡	直接填答：____歲(民國____年____月生)
3. 最高學歷	1. 研究所以上 2. 大學 3. 專科 4. 高中職 5. 國中 6. 國小 7. 不識字
4. 家庭狀況	1. 獨居 2. 與父母同住 3. 與配偶同住 4. 與子女同住 5. 與配偶子女同住 6. 大家庭 7. 其他____
5. 工作狀況 5.1 一年內工作狀況	1. 有 2. 沒有
5.2 工作性質	1. 全職每週____小時(20小時以上) 2. 兼職每週____小時(少於20小時)
5.3 維持此份工作時間	直接填答：約____年____月
6. 診斷	1. 精神分裂症 2. 憂鬱症 3. 躁鬱症 4. 其他
7. 精神病史 7.1 第一次發病時間	直接填答：約民國____年，至今已____年
7.2 障礙手冊程度	1. 無手冊，有重大傷病卡 2. 輕度 3. 中度 4. 重度 5. 極重度
7.3 近三個月精神症狀(如：幻聽、情緒起伏、妄想)	1. 無 2. 有，但不影響日常生活 3. 有，且輕度影響日常生活 4. 有，且中度影響日常生活 5. 有，且重度影響日常生活
7.4 目前有無接受精神科門診	1. 無 2. 有
7.5 是否有規律到門診	1. 有，平均每____週1次 2. 不規則，病情不穩定才就醫 3. 其他
7.6 目前服藥狀況	1. 每天按時、按量服藥 2. 每天按時、不按量服藥 3. 有時會忘記服藥 4. 有症狀才服藥 5. 完全不服藥
7.7 藥物副作用：	1. 無 2. 有，但不影響日常生活 3. 有，且輕度影響日常生活 4. 有，且中度影響日常生活 5. 有，且重度影響日常生活

二、社會支持

本研究採用劉玉雲（1998）修訂自 Norbeck, Lindesy 和 Carrieri（1981）的社會支持問卷（Norbeck Social Support Questionnaire, NSSQ）。NSSQ 著重於支持網絡與支持功能部分，而建立的精神分裂症主觀性社會支持量表。

（一）支持網絡來源部分：

為正式與非正式的，正式的包括醫療專業人員，非正式的包括家人親友等。本研究將支持網絡來源區分為以下三部份：

1.家人：包括父母、祖父母、兄弟姐妹等等。

2.親戚朋友：包括親戚、同學、朋友、同事、病友等等。

3.機構工作人員：包括護理師、心理師、社工師、職能治療師、生活輔導員、就業輔導員等等。

（二）社會支持功能部分：

分為情緒性支持（1~3題）、評價肯定性支持（4~6 題）、訊息性支持（7,8,9,10 題）及協助性支持（11,12,13,14,15 題）四部份，以 Likert 五點計分，依照受試者感受到的支持程度分為「從來都沒有」、「很少」、「有一些」、「很多」、「非常多」之順序，分別給予1、2、3、4、5分，每題可得1到5分。

由患者自行填寫主觀感受來自家人、親戚朋友及機構專業人員之持程度各15題，量表總分由15分到75分。分數越高代表精神障礙者主觀感受接受到該來源之社會支持程度越高。情緒支持得分範圍3-15分；評價肯定性支持得分範圍3-15分、訊息性支持得分範圍4-20分及協助性支持得分範圍5-25。

（三）信效度檢測：

本研究所採之社會支持量表係由劉玉雲（1998）翻譯之中文版，以專家效度檢定「內容適用性」與「用辭清晰性」兩部份，依專家意見評定分為極適當、適當、尚可、不適當、極不適當，分別給予5、4、3、2、1分。黃瑞琦（2002）之研究亦採用劉玉雲翻譯之量表進行研究，其透過專家效度以相同方式檢定適用性標準，均達採用標準。

信度部份，劉玉雲（1998）之研究進行社會性量表內在一致性的檢定，其 Cronbach's α 值達.92，一致性良好。黃瑞琦（2002）研究針對此量表採 Cronbach's α 進行內在一致性檢定， α 值達.93。兩週後以內在等級相關係數信度進行再測信度檢定，其值為.94，一致性表現良好。因此此量表具有一定的信效度，足以採用作為本研究的調查工具。

此量表為一可在短時間內填寫完成，並有良好的信效度檢測，因此，適合使用於長期遭受精神症狀干擾且注意力短暫的慢性精神障

礙者在感受社會支持程度的評估，故依本研究目的之所需將此量表進行修訂，加入社會支持來源的調查，使其成為研究工具之一。

表3-2 社會支持量表題目

	題號	題目
情緒性支持	1	關心我的健康狀況及病情變化
	2	可以分擔我對生病的擔心及害怕
	3	聽我訴說生病所帶來的苦惱和困擾
評價肯定	4	同意或支持我的看法或決定
	5	讓我覺得是被尊重和信任的
	6	面臨做決定時，可以給我建議或勸告
訊息性支持	7	告訴我如何處理症狀
	8	告訴我如何處理藥物副作用
	9	提供我關於疾病認識或治療的資料（如書籍、剪報、衛教單張等）
	10	提醒我或告訴我要按時服藥
協助性支持	11	當我有不舒服的症狀時陪伴我、關心我
	12	在我有需要的時候，給我經濟上的支援
	13	在我有需要的時候，提供我工作的協助
	14	在我需要時，提供醫療照顧服務（例如：陪我到醫院看病或幫我拿藥）
	15	提供我所需要的復健機構及其它相關的醫療資源

三、活動參與

活動參與上，本研究主要參考 WHODAS 2.0 12題自陳式版本（12-item Self-administered）版本配合國內情況修改後進行施測。其中3和6兩題屬認知（cognition）向度；1和7題四處走動（Mobility）向度；8和9題屬生活自理（Self-care）向度；10和11題屬與他人相處（Getting along with people）向度，2和12題屬生活活動向度（Life activity）；第4和5題屬社會參與（Participation）向度。本量表亦採李克特（Likert）五點計分方式，依照受試者從事活動參與感受到之困難程度分為完全沒困難、輕度困難、中度困難、重度困難、極重度或無法做，分別給予0、1、2、3、4分，每題可得0到4分，量表總分由0分到48分。根據受試者所累積之分數，判定其活動參與困難程度，受試者分數越高，表示其活動參與困難程度越高。最低總分0分，代表受試者從事每個活動參與項目都沒有困難。最高總分48分代表在受試者每個活動參與項目均感到極重度困難，並且感到非常不舒服並完全地干擾受試者每日生活。

表3-3 活動參與量表題目

題號	題目
1	長時間站立，譬如30分鐘。
2	處理家務和照顧家人。
3	學習新的東西，例如學習如何到一個的地方。
4	參加各種的社區活動（里民活動、節慶活動、宗教活動 或是其他活動）有多大困難呢？
5	你的健康情形對你的情緒有多大影響？
6	專心做事十分鐘？有多大困難呢？
7	走一段比較遠的路，例如一公里以上的路。
8	洗澡、洗頭髮，維持好個人衛生。
9	做合宜的穿著打扮。
10	和陌生人互動，例如打招呼、問路。
11	交新朋友，有多大困難呢？
12	每天的工作，有多大困難呢？

第四節 研究步驟

本研究進行之流程如下：

（一）擬定研究計畫

確立研究主題後，依據研究動機擬定研究目的與問題，並建構研究架構，據此研擬本研究所採用之研究方法及步驟。

（二）相關文獻蒐集及分析

蒐集國內慢性精神病相關文獻（論文、期刊等），以及社會支持、活動參與相關的討論，並加以分析、歸納、綜合，建立本研究之理論基礎。

（三）問卷之編製與修正

依據文獻之探討，參考過去相關研究者及學者專家所發展之問卷，針對本研究需求加以改編成為正式問卷量表。選取慢性精神障礙者5-10人作為預試問卷發放對象，透過其作答反映問卷有無問題，以及正式施測時可能遇到困難，並請教指導教授審閱問卷排列的合適性、語文字敘述的流暢性、問卷內容是否能達到研究目的等，加以修正。

（四）進行調查工作

本研究採立意抽樣方式，針對台灣地區北、中、南15縣市生活於社區之慢性精神障礙者進行調查，按照內政部資料(扣除離島區域)研究母群為108,951位，透過 Sample Size Calculator 軟體計算出在95%信心水準和抽樣誤差正負5個百分點以內之合理抽樣數為383，研究者參考合理抽樣數後實際共發出300份，實際抽樣誤差在正負5.58個百分點。實際回收281，回收比例93.67%，有效樣本238，有效樣本比例達79.3%，實際之抽樣誤差在正負6.35個百分點。問卷實際發放、回收，以及經刪去無效問卷後之各縣市精神病患之實際有效抽樣人數及比例情況詳如下表：

表3-4 正式問卷抽樣縣市分布狀況

	縣市	實際發放	回收數	實際有效抽樣人數	佔全體比例
北區	台北市	40	40	38	16.0
	新北市	40	37	33	13.9
	宜蘭縣	14	14	12	5.0
	桃園縣	16	16	10	4.2
	基隆市	3	3	2	.8
	新竹市	12	12	12	5.0
中區	台中市	20	20	16	6.7
	花蓮縣	8	8	8	3.4
	南投縣	8	8	7	2.9
	苗栗縣	20	18	15	6.3
	雲林縣	9	9	8	3.4
	彰化縣	20	20	12	5.0
南區	台東縣	0	0	0	0
	台南市	25	21	16	6.7
	屏東縣	0	0	0	0
	高雄市	47	37	35	14.7
	嘉義市	18	18	14	5.9
總和		300	281	238	100.0

（五）統計分析

針對回收問卷之資料進行統計分析，以驗證本研究之研究目的，並考驗本研究之研究問題。

（六）撰寫結論建議

經文獻探討、相關資料的整理及調查後資料之統計分析後，撰寫研究報告並對提出具體之結論與建議，以作為處遇慢性精神病人時，應如何提供社會支持與促進其活動參與的參考。

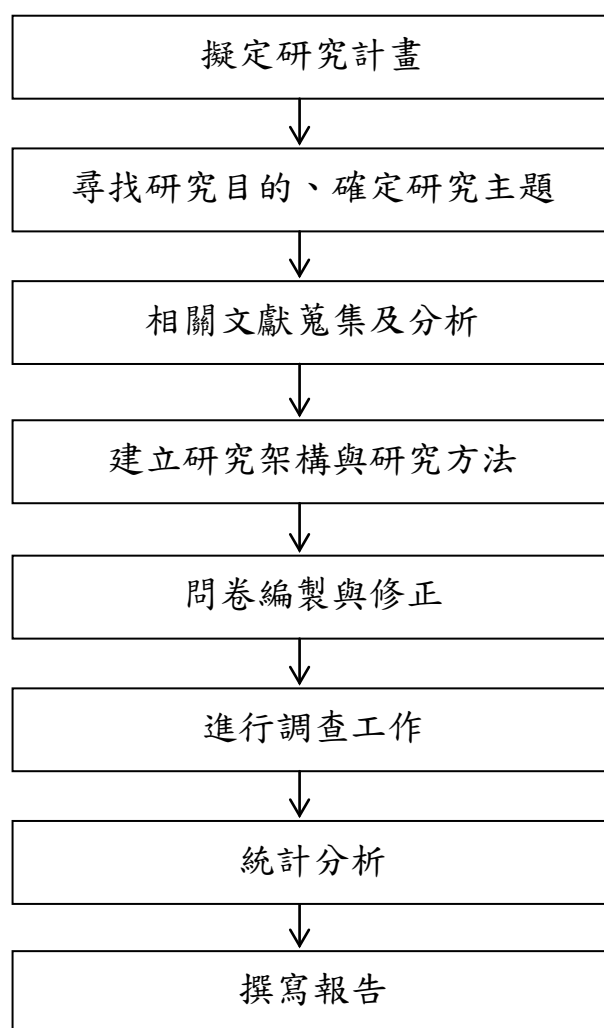


圖3-2研究流程圖

上述步驟進行時程如下圖所示：

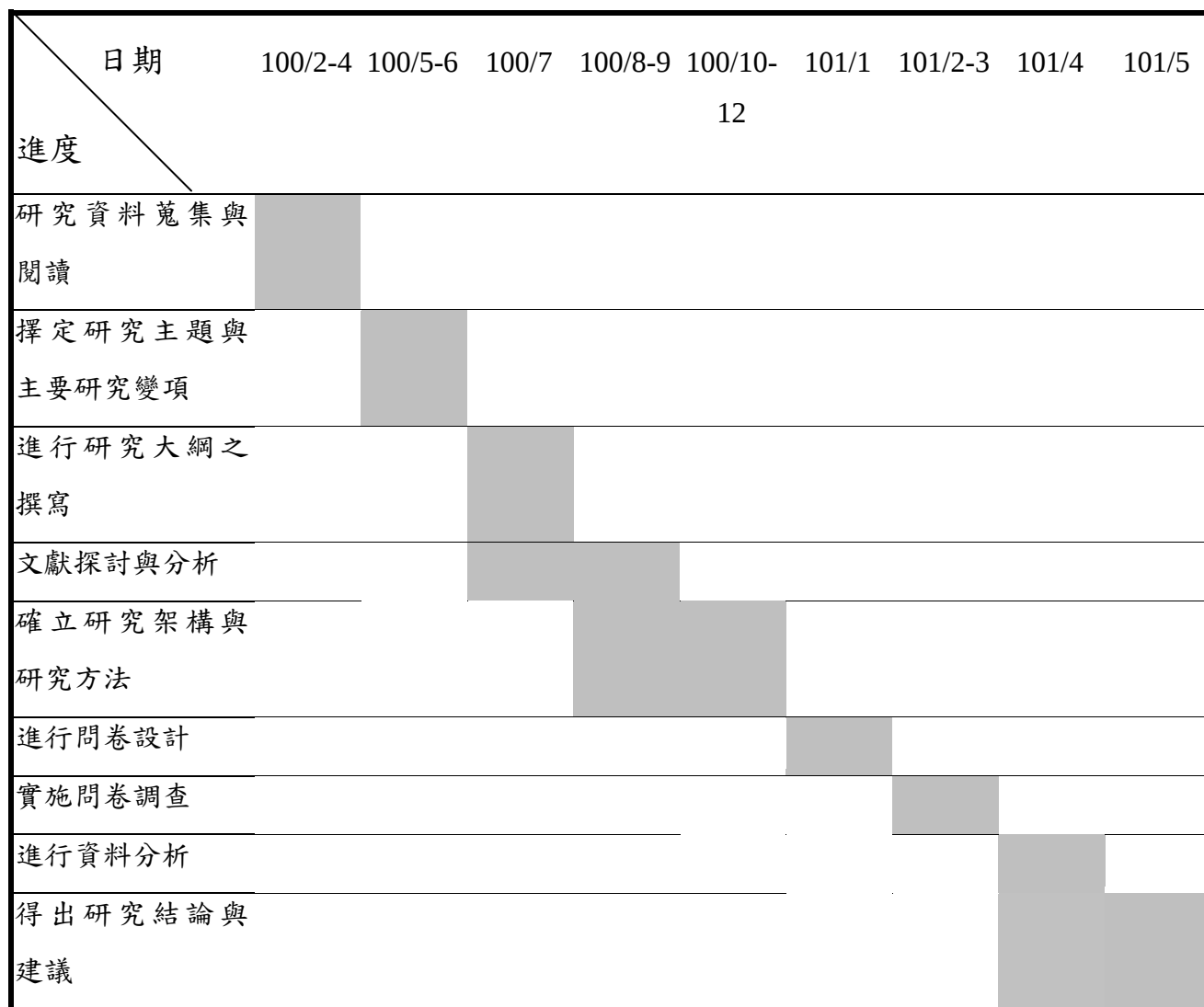


圖3-3 實施程序甘特圖

第五節 資料分析

本研究主要以 SPSS 14.0 for Window 軟體進行統計分析，實際上採用的資料分析方式包括：

一、描述性統計

（一）次數分配、百分比（frequency distribution 和 percentage）

透過次數分配與百分比，可瞭解本研究受試者之「個人人口統計變項」分布狀況。

（二）平均數分析（mean）

本研究以平均數、標準差分析瞭解整體受試者在「社會支持」與「活動參與」各向度上的表現，哪些項目得分較高，哪些項目得分較低，以及整體「社會支持」與「活動參與」狀況。

二、推論性統計

（一）獨立樣本 t 檢定（t-test）與單因子變異數分析（one-way ANOVA）

1. 本研究以獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析檢驗不同個人人口統計變項之受試者在「社會支持」和「活動參與」上的差異情形，瞭解上述變項是否會因人口統計變項之不同而有顯著差異。

2. 不同「社會支持來源」與不同「社會支持功能」是否對受試者在「活動參與」上會有所不同。

（二）皮爾森積差相關（Pearson's product-moment correlation）

本研究以皮爾森積差相關檢驗受試者「社會支持」與「活動參與」之相關情形，瞭解不同變項之間是否存在相關性。在推論統計時，當顯著性考驗的機率值 $p < 0.5$ 代表二變項的相關性達顯著，而當相關係數絕對值 $r < .40$ 時屬於低度相關，相關係數絕對值 $0.40 \leq r \leq .70$ 時屬於中度相關，相關係數絕對值 $r > .70$ 時屬於高度相關。

表3-5 Pearson相關係數的關聯程度表

相關係數絕對值	關聯程度	決定係數
$r < .40$	低度相關	$< .16$
$0.40 \leq r \leq .70$	中度相關	$.16 \leq r^2 \leq .49$
$r > .70$	高度相關	$> .49$

（三）多元逐步迴歸分析（multiple stepwise regression analysis）

用以分析病患「個人人口統計變項」、「社會支持」對於「活動參與」之預測情形，瞭解哪些因素會影響「活動參與」，而「社會支持」是否對「活動參與」有所影響。

上述統計方法之運用詳如表3-6：

表3-6 統計分析方法

分析項目	統計方法
基本資料	類別變項以次數分配、百分比瞭解樣本特性 連續變項以平均值、標準差、排序狀況瞭解 樣本分布及特性。
慢性精神障礙者在社會支持上的 感受如何？主要來源為何？	以平均值、標準差、成對樣本 t 檢定瞭解慢 性精神障礙者在社會支持上的整體感受，主 要支持來源，以及各構面支持的感受度。
慢性精神障礙者日常生活中的 活動參與現況為何？	以平均值、標準差、成對樣本 t 檢定瞭解慢 性精神障礙者日常生活中的活動參與現況， 並與其他研究常模比較。
不同背景慢性精神障礙者的社 會支持感受及來源是否有差 異？	透過獨立樣本 t 檢定以及單因子變異數分析 (ANOVA)，分析背景變項不同在慢性精神障 礙者的社會支持感受上有無顯著差異。
不同背景慢性精神障礙者的活 動參與度是否有差異？	透過獨立樣本 t 檢定以及單因子變異數分析 (ANOVA)，分析背景變項不同在慢性精神障 礙者的活動參與度上有無顯著差異。
慢性精神障礙者的社會支持與 活動參與的相關性？	透過皮爾森相關性分析，瞭解慢性精神障礙 者的社會支持與活動參與有無相關？其相關 情況如何？
慢性精神障礙者的背景變項是 否可預測活動參與度？	透過多元逐步迴歸分析，瞭解慢性精神障礙 者的背景變項、疾病因素及社會支持狀況是 否可預測活動參與度。
慢性精神障礙者的病史與就醫 狀況是否可預測活動參與度？	
慢性精神障礙者的社會支持狀 況是否可預測活動參與度？	

第四章 研究結果與討論

本章主要根據問卷調查結果，針對研究目的及待答問題進行相關之統計分析，以呈現國內慢性精神障礙者之社會支持及活動參與概況，以及其之間的關聯性。

第一節 研究對象個人背景

一、背景資料

研究對象各背景資料如表4-1所示，說明如下：

（一）性別

本研究之慢性精神病患以男性居多，有149位（62.6%），女性89位（37.4%）略少；以99年底國內慢性精神病人數之人口統計來看，男性佔50.38%、女性佔49.62%，本研究抽樣上女性比例似乎較低，可能與抽樣設定範圍為社區復健之慢性精神病障礙者有關，然目前並無正式統計可顯示處於社區復健之慢性精神障礙者之性別比例。

（二）年齡

以年齡來看則以35-44歲的樣本居多，有98人（41.2%），25-34歲者次之，有70人（29.4%），兩者合佔整體樣本數之七成（70.6%），再其次為45-54歲有43人（18.1%），55-64歲者也有16人（6.7%），24歲以下者最少，僅11位（4.6%）。以99年底國內慢性精神病人數之人口統計來看，45-64歲相對較他年齡組別為多，30-44歲次之，此或與生活、工作、經濟壓力有關，而民國89年底至99年9月底資料趨勢，30歲以上患者每萬人口患病比率有逐年增加之趨勢，因

此與本研究抽樣分配無異，慢性精神障礙者似以中壯年為主。

表4-1 慢性精神障礙者背景基本資料

背景變項	變項內容	人數	比例
性別	男	149	62.6
	女	89	37.4
年齡	16歲-24歲	11	4.6
	25歲-34歲	70	29.4
	35歲-44歲	98	41.2
	45歲-54歲	43	18.1
	55歲-64歲	16	6.7
學歷	大學及研究所以上	40	16.8
	專科	34	14.3
	高中職	110	46.2
	國中	45	18.9
	國小	9	3.8
家庭狀況	獨居	20	8.4
	與父母同住	154	64.7
	與配偶或子女同住	14	5.8
	其他	9	3.8
	機構	41	17.2
工作狀態	無工作	142	59.7
	穩定全職工作	44	18.5
	尚未穩定之全職工作	13	5.5
	穩定之兼職工作	27	11.3
	尚未穩定之兼職工作	12	5.0
全體		238	100

（三）學歷

學歷部分，主要為高中職畢業者，計110人（46.2%），佔有近半的比例，其次為國中45人（18.9%）以及大學39人（16.4%），研究所以上最少，僅有1位（0.4%）。

（四）家庭狀況

家庭狀況部分以與父母同住者（含與父母及配偶同住）居多，有154人（64.7%），占了半數以上，另外居住在康復之家等機構中的比例也很高，有41人（17.2%），僅次於與父母同住，最少的則是僅與子女同住的，有1人（0.4%），包含與子女同住、與配偶以及與配偶、子女同住的三項加起來也才14人，僅佔5.8%，這可能與慢性精神障礙者獨立能力較差，也很少結婚，故多依賴父母照顧有關。

（五）工作狀態

在工作狀態上，原始問卷分為有無工作、兼職或全職（以每周有無工作到20小時以上來區分），以及目前工作持續了多少個月等三題，經整理後將每週工作20小時以上訂為全職，少於20小時為訂兼職；工作持續6個月以上為穩定；少於6個月為尚未穩定，合併為較易瞭解、分析的五組工作狀態。

其中絕大多數慢性精神障礙者仍屬於無工作狀態，共142人（59.7%），有穩定全職工作的有44人（18.5%），有穩定兼職工作的也有27人（11.3%），另有少數屬於尚未穩定之全職工作13人（5.5%），以及尚未穩定之兼職工作12人（5.0%）。

二、研究對象疾病因素之描述

研究對象疾病相關變相描述如表4-2，分別說明如下：

（一）診斷類別

本節主要針對調查對象之診斷、患病年數、障礙程度、門診狀況以及用藥情況等進行描述性統計，呈現樣本目前之疾病與就醫狀況。在診斷類別中，以精神分裂症者最多，有183人（76.9%），躁鬱症者次之，有30人（12.6%），憂鬱症障礙者最少，有25人（10.5%）。

（二）患病年數

多數樣本患病年數在11-15年之間，有60人（25.2%），其次為21年以上者54人（22.7%）和6-10年的53人（22.3%），發病期間在16-20年間的有37人（15.5%），人數最少的是1-5年，也有34人

（14.3%），各項目分配比例頗為平均。

（三）障礙程度

在障礙程度上，僅有9位未領取身心障礙手冊（3.8%），而大多數樣本屬中度的障礙程度，有147位（61.8%），其次是輕度障礙54人（22.7%），重度者較少僅27人（11.3%），極重度有1位（0.4%）。以99年底國內慢性精神病人數之人口統計來看，中度障礙者佔56.96%最多，輕度障礙者佔24.64%次之，重度障礙者佔17.03%居第三，極重度者僅佔1.37%，因本研究以社區復健之慢性精神障礙者為調查對象，故病情絕大多數都是經評估較為穩定者，因此輕中度之比例較高。

表4-2 慢性精神障礙者疾病因素資料

背景變項	變項內容	人數	比例
診斷	精神分裂症	183	76.9
	憂鬱症	25	10.5
	躁鬱症	30	12.6
發病時間	1年-5年	34	14.3
	6年-10年	53	22.3
	11年-15年	60	25.2
	16年-20年	37	15.5
	21年以上	54	22.7
障礙程度	無手冊，有重大傷病卡	9	3.8
	輕度	54	22.7
	中度	147	61.8
	重度	27	11.3
	極重度	1	.4
症狀干擾	無受到干擾	52	21.8
	有，但不影響日常生活	90	37.8
	有，且輕度影響日常生活	67	28.2
	有，且中度影響日常生活	21	8.8
	有，且重度影響日常生活	8	3.4
有無門診	無	2	.8
	有	235	98.7
	遺漏值	1	.4
門診狀況	有規律到門診	222	93.3
	不規則，病情不穩定才就醫	16	6.7
服藥狀況	每天按時、按量服藥	206	86.6
	每天按時、不按量服藥	3	1.3
	有時會忘記服藥	12	5.0
	有症狀才服藥	17	7.1
服藥副作用	無	55	23.1
	有，但不影響日常生活	94	39.5
	有，且輕度影響日常生活	68	28.6
	有，且中度影響日常生活	16	6.7
	有，且重度影響日常生活	5	2.1
全體		238	100

（四）症狀對日常生活干擾

受測者被問到症狀是否會干擾其日常生活時，多數受測者（90人，37.8%）認為有症狀但不至於干擾到日常生活，認為會輕度影響日常生活的有67人（28.2%），有52人（21.8%）認為自己平常幾乎都沒有症狀出現，認為有中度影響者21人（8.8%）、重度影響者8人（3.4%）則是少數。

（五）門診狀況

大多數受測者（235人，98.7%）表示自己有在接受門診治療，僅有兩位表示自己未進行門診，但會接受醫生到康復之家進行之團體治療，尚有一位則是漏未填答此項目，經研究者實際瞭解，抽樣個案都是有在接受持續治療的，只是在頻率上會有些差異，其中會規律門診者有222人（93.3%），另外有16人（6.7%）則表示自己病情不穩定時才會去看門診。

（六）服藥狀況

關於服藥狀況，大多數受測者會每天按時、按量服藥，計206人（86.6%），其次是有症狀才會服藥，有17人（7.1%），另有17人表示偶爾會忘記服藥（5.0%），有3人則是每天按時但不按量服藥（1.3%），人數最少。

（七）副作用對日常生活干擾

至於服藥後的副作用與生活影響性，有94人（39.5%）認為感受到副作用但不會影響日常生活，認為有輕度影響的則有68人（28.6%），表示沒有感受到副作用的有55人（23.1%），認為吃藥的副作用對日常生活有中度影響的有16人（6.7%），認為有重度影響的

達5人（2.1%），總計認為吃藥副作用會對生活產生影響的有89人，達到37.4%的比例。

第二節 慢性精神病患社會支持與活動參與現況

一、社會支持現況

在社會支持的感受上，本研究分為家人、親友以及機構工作人員等不同來源，並區分為情緒支持、評價支持、訊息支持、協助支持等不同構面來施測，共15題，最高總得分75分，得分越高，表示社會支持感受越高。

針對研究問題一「慢性精神障礙者所在社會支持上的感受如何？主要來源為何？」根據問卷之敘述性統計分析來看，以次數分配來說，3個量表當中機構人員來源得分為三者最高之比例達55.5%，家人來源得分最高為三者最高之比例達37.4%，家人來源得分最高為三者最高之比例僅1.3%。因此大部分受測者的感受上，對於機構人員提供之社會支持來源是較強的，其次是家人，最後才是親友。

表4-3 社會支持不同來源得分比較

	次數	百分比%
家人來源得分最高	89	37.4
親友來源得分最高	3	1.3
機構人員來源得分最高	132	55.5
家人及親友來源得分同為最高	2	0.8
家人及機構人員來源得分同為最高	11	4.6
親友及機構人員來源得分同為最高	1	0.4
總和	238	100.0

此外以得分來看，受測之慢性精神障礙者感受到的社會支持來源得分來看，依序為來自機構人員（3.44分），其次為家人的（3.11分）以及為親友的（2.32分）。社會支持構面最高分是「評價支持」（3.06分），次高分的是「情緒支持」（3.05分）。

表4-4 社會支持構面統計

	平均數	標準差
社會支持來源		
家人	3.11	0.94
親友	2.32	0.86
機構	3.44	0.69
社會支持功能		
情緒支持	3.05	0.67
評價支持	3.06	0.69
訊息支持	2.89	0.70
協助支持	2.89	0.67

進一步透過 t 檢定來分析，比較各支持來源的差異性是否顯著，研究者發現社會支持得分上「家人來源」顯著高於「親友來源」，「機構來源」顯著高於「家人來源」，「機構來源」顯著高於「親友來源」，三者中社會支持得分以機構來源最高，社會支持得分親友來源則是最低。

表4-5 社會支持來源成對樣本 t 檢定

社會支持來源比較	成對樣本變數差異			
	平均數	標準差	t	顯著性(雙尾)
家人-親友	.79	.95901	12.74***	.000
家人-機構	-.33	1.02349	-4.94***	.000
親友-機構	-1.12	.92828	-18.61***	.000

***P<0.001

本研究在社會支持來源上的發現，與盛均君（2005）以台北市康復之家為例所得研究結果相同，也與劉玉雲（1998）、黃瑞琦（2002）等研究相似。這樣的結果與文獻回顧結果相呼應，Dozier & Franklin（1988）提到精神分裂患者在生病後，逐漸喪失朋友的支持網絡，使他們感到孤獨和被排除在外。Clinton 等人（1998）指出精神病患的網絡成員很少，也少與他人有較親密的關係。另外也提到病患的社會網絡大小、角色的組合、成員間的互動皆有影響，故慢性精神障礙者所感受到的社會支持來源變成以機構工作人員為主，與一般人有所不同。

以 t 檢定分析比較各支持功能的差異性是否顯著後，研究者發現社會支持各功能構面當中情緒性支持的得分顯著高於訊息性及協助性支持，評價性支持得分則顯著高於訊息性、協助性支持。至於訊息性支持與協助性支持的得分則無顯著差異。因此相較下受測者在情緒性支持、評價性支持這兩個功能構面的社會支持感受較佳。

表4-6 社會支持功能成對樣本 t 檢定

社會支持功能比較	成對樣本變數差異			
	平均數	標準差	t	顯著性(雙尾)
情緒性支持 - 評價性支持	-.015	.47	-.49	.627
情緒性支持 - 訊息性支持	.16	.43	5.63***	.000
情緒性支持 - 協助性支持	.16	.49	4.98***	.000
評價性支持 - 訊息性支持	.17	.49	5.46***	.000
評價性支持 - 協助性支持	.17	.50	5.36***	.000
訊息性支持 - 協助性支持	.00007	.43	.003	.998

***P<0.001

二、活動參與現況

在活動參與的衡量上，本研究之活動參與量表共12題，最高得分4分，得分越高，表示該題對受測者來說困難度越高，同時活動參與分為認知、四處走動、生活自理、與他人相處、生活活動以及社會參與等六個向度來施測。

研究者將活動參與總量表得分依照年齡分組發現，並選取該組50百分位、75百分位、85百分位、90百分位、95百分位者之得分進行比較，根據統計數據發現年齡越大的組別，其各百分位者之得分較高，活動參與能力較低，但在55-64歲組當中，其50-90個百分位之得分較前一個組（45-54歲組）略降，可能是因55-64歲組人數僅16人，故跳動幅度較大。

與Andrews等人（2009）在澳洲進行的WHODAS2.0研究常模比較，本研究受測之慢性精神障礙者在百分比排序之活動參與得分上較Andrews等人（2009）所得出之一般人百分比排序得分高出許多，故慢性精神障礙者在活動參與能力上較一般人差，而與「有超過一項精神狀態」者相比，也仍高出不少，詳如表4-8所示。

可能原因在於兩個研究的收案標準不同，Andrews等人（2009）抽取的是有心理疾病達一年以上者，其研究所定義之心理疾病包括情感性精神病、焦慮症、物質濫用（substance use），在DSM IV分類中屬於精神官能症（neurosis disorders），而本研究則定義之慢性精神障礙者為患病兩年以上者，且皆為已診斷為精神病障礙者，本次

實際抽象結果發現76.9%障礙者診斷為精神分裂症（schizophrenic disorders）屬於嚴重精神疾病（severe mental illness）除發病時間較久，症狀較嚴重，故活動參與能力的表現是較差的。

表4-7 不同年齡在各百分比排序之活動參與得分比較表

	50th			75th			85th			90th			95th		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
16歲-24歲	10	1	5	13	3	11	14	5	14	15	7	15	15	11	16
25歲-34歲	12	0	6	18	3	10	19	5	13	20	7	17	23	11	23
35歲-44歲	13	1	7	18	3	16	19	7	18	21	9	20	24	14	26
45歲-54歲	16	1	8	21	4	15	27	7	18	29	10	23	29	15	26
55歲-64歲	12	1	8	16	4	14	22	7	18	24	10	24	32	15	25
65歲-74歲	-	1	8	-	5	18	-	8	23	-	12	24	-	16	29
75歲-84歲	-	3	9	-	8	17	-	12	30	-	15	30	-	22	38
總和	13	1	7	18	4	13	20	7	16	23	9	19	27	14	24

A=本研究, B= Andrews 全體, c=Andrews 超過一項的精神症狀

針對研究問題二「慢性精神障礙者日常生活中的活動參與現況為何？」根據問卷之敘述性統計分析來看，受測之慢性精神障礙者活動參與得分最高的是與他人相處能力向度1.41分，其次是生活活動能力向度的1.32分，社會參與向度的1.29分，認知能力向度的1.05分，得分最低的是四處走動能力向度的0.90分以及生活自理能力向度的0.90分。得越低者表示受測者在該構面遭遇的困難較低，得分越高的構面表示受測者在該構面所遭遇的困難較高。

表4-8 慢性精神障礙者活動參與描述性統計

活動參與向度	平均數	標準差
認知向度得分	1.05	0.83
四處走動向度得分	0.90	0.84
生活自理向度得分	0.90	0.74
與他人相處向度得分	1.41	0.86
生活活動向度得分	1.32	0.66
社會參與向度得分	1.29	0.94
整體活動參與	1.17	0.54

進一步透過 t 檢定來分析，比較各活動參與向度的差異性是否顯著，各項度差異情況如下：

表4-9 活動參與向度成對樣本 t 檢定

成對變數差異				
向度比較	平均數	標準差	t	顯著性（雙尾）
認知 - 四處走動	0.15	0.90	2.56*	.011
認知 - 生活自理	0.14	0.85	2.59**	.010
認知 - 與他人相處	-0.36	0.97	-5.74***	.000
認知 - 生活活動	-0.27	0.77	-5.35***	.000
認知 - 社會參與	-0.24	1.09	-3.46**	.001
四處走動 - 生活自理	-0.01	0.91	-0.11	.909
四處走動 - 與他人相處	-0.51	1.03	-7.63***	.000
四處走動 - 生活活動	-0.42	0.88	-7.34***	.000
四處走動 - 社會參與	-0.39	1.11	-5.48***	.000
生活自理 - 與他人相處	-0.50	0.91	-8.58***	.000
生活自理 - 生活活動	-0.41	0.73	-8.68***	.000
生活自理 - 社會參與	-0.39	0.96	-6.22***	.000
與他人相處 - 生活活動	0.09	0.87	1.64	.103
與他人相處 - 社會參與	0.12	1.03	1.76	.080
生活活動 - 社會參與	0.03	0.99	0.39	.694

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

透過檢定分析發現生活自理向度得分明顯低於認知、與他人相處、生活活動及社會參與四個向度，四處走動向度得分亦明顯低於認知、與他人相處、生活活動及社會參與四個向度，表示對於受測者來說生活自理、四處走動相較於認知、與他人相處、生活活動及社會參與來得沒有困難；認知向度得分則明顯低於與他人相處、生活活動、社會參與三個向度，表示對受測者來說認知情況比與他人相處、生活活動、社會參與來得不困難。

至於與他人相處、生活活動及社會參與等向度彼此之間的差異性則未達顯著，四處走動向度和生活自理向度的差異也未達顯著。

綜合言之，受測之慢性精神障礙者自評在四處走動、生活自理及認知向度上較無困難，對於與他人相處、生活活動、社會參與等向度則感到相較困難。

第三節 慢性精神障礙者社會支持、活動參與之差異性分析

一、社會支持差異性分析

針對研究問題三「不同背景慢性精神障礙者的社會支持感受以及來源是否有差異？」以背景變項、疾病因素與社會支持來源，分別透過獨立樣本 t 檢定與單因子變異數分析(One-way ANOVA)進行差異性分析來檢視，並將有顯著之變項呈現如表4-11到表4-16，其餘各變項在社會支持上的差異性未達顯著水準者。

(一) 年齡

根據表4-10及表4-11我們可以得知年齡不同在社會支持(家人)
($F=7.637$ ， $P<.001$)及整體社會支持($F=5.165$ ， $P<.01$)上有顯著差異，
Scheffe'事後分析顯示較年輕的年齡組別在家人支持的感受上，比年
長的組別要來得高，年長的慢性精神病患在家人社會支持與整體社會
支持上似乎不如較年輕者。

表4-10 慢性精神障礙者年齡與社會支持(家人)差異性分析

社會支持(家人)					
年齡	平均數	標準差	F 值	P 值	Scheffe'事後分析
16歲-24歲	3.58	0.57	7.637***	.000	16歲-24歲、25歲-34歲及35歲-44
25歲-34歲	3.27	0.88			歲者皆明顯大於
35歲-44歲	3.27	0.89			45歲-54歲及55歲-64歲者
45歲-54歲	2.62	0.93			
55歲-64歲	2.43	1.05			

*** $P<0.001$

表4-11 慢性精神障礙者年齡與整體社會支持差異性分析

整體社會支持					
年齡	平均數	標準差	F 值	P 值	Scheffe'事後分析
16歲-24歲	3.22	0.51	5.165**	.001	35歲-44歲>45歲-54歲
25歲-34歲	3.04	0.58			
35歲-44歲	3.05	0.61			
45歲-54歲	2.69	0.55			
55歲-64歲	2.58	0.80			

** $P<0.01$

顯示慢性精神病障礙者隨著年齡增長，能夠得到的家人支持可能
不如年幼時來得多。畢竟當慢性精神障礙者年齡逐漸增長，其父母也
漸漸老化，甚至死亡，手足也分別長大獨立，故來自家人所能給予的
照顧有限；此與盛均君（2005）探討精神分裂患者的社會支持來源發
現「社會支持會因年齡的不同而有所差異」，15到25歲的患者比35
歲以上的患者其社會支持較多之發現相似。此外，與 Bervely

(1990) 的研究發現發病年齡愈小所得到的照顧與支持也愈多之結果相似。這多少也反應出家屬因患者長年的疾病所帶來的壓力。

(二) 家庭狀況

表4-12及表4-13顯示家庭狀況不同在社會支持(家人)

($F=12.539$, $P<.001$)及整體社會支持($F=6.579$, $P<.001$)上有顯著差異, Scheffe'事後分析顯示與父母同住、與子女或配偶同住以及其他居住狀況者之家人支持感受皆大於獨居者, 而與父母同住、其他居住狀況及居住於機構者之整體社會支持感受則明顯大於獨居者, 顯示獨居者自評來自家人的社會支持與整體社會支持較其他居住狀態者來得差, 獨居的慢性精神障礙者缺乏社會支持的狀況十分值得注意。

表4-12 慢性精神障礙者家庭狀況與社會支持(家人)差異性分析

家庭狀況	社會支持(家人)				Scheffe'事後分析
	平均數	標準差	F 值	P 值	
獨居	2.04	0.70	12.593***	.000	與父母同住、與子女或配偶同住、其他皆明顯大於獨居者
與父母同住	3.35	0.78			
與子女或配偶同住	3.03	0.92			
其他	3.31	1.35			
居住於機構	2.74	1.06			

*** $P<0.001$

表4-13 慢性精神障礙者家庭狀況與整體社會支持差異性分析

家庭狀況	整體社會支持				Scheffe'事後分析
	平均數	標準差	F 值	P 值	
獨居	2.36	0.50	6.579***	.000	與父母同住、其他、居住於機構者皆明顯大於獨居者
與父母同住	3.05	0.56			
與子女或配偶同住	2.94	0.72			
其他	3.18	0.77			
居住於機構	2.87	0.67			

*** $P<0.001$

(三) 工作狀態

以變異數差異分析得知不同工作狀態慢性精神障礙者在接受來自親友社會支持程度感受上有顯著差異($F=2.757$, $P<.05$), 但透過 Scheffe' 事後分析, 則在各組間的差異比較上未達顯著。

表4-14 慢性精神障礙者工作狀態與社會支持(親友)差異性分析

工作狀態	平均數	標準差	社會支持(親友)		Scheffe'事後分析
			F 值	P 值	
無工作	2.83	0.90	2.757*	.047	未達.05顯著水準
穩定全職工作	2.52	0.80			
尚未穩定之全職工作	1.92	0.75			
穩定之兼職工作	2.39	0.84			

* $P<0.05$

(四) 診斷

在診斷方面, 不同診斷之慢性精神障礙者的在整體社會支持感受上有顯著差異($F=3.779$, $P<.05$), 透過 Scheffe' 事後分析顯示精神分裂症的整體社會支持較憂鬱症者高。此部分原因為何並不在本研究範圍之中, 以研究者自身臨床工作經驗嘗試解釋之, 相較於精神分裂症患者, 憂鬱症患者在非重鬱期通常有較佳日常生活功能與社會功能, 容易被他人認為, 只是容易情緒不好, 並非嚴重的疾病, 而誤以為憂鬱症患者不需要太多照顧, 可能因此產生這樣的差異, 惟實際原因仍有待後續研究者進一步分析。

表4-15 慢性精神障礙者診斷與整體社會支持差異性分析

診斷	平均數	標準差	整體社會支持		Scheffe'事後分析
			F 值	P 值	
精神分裂症	3.00	0.59	3.779*	.024	精神分裂症明顯大於憂鬱症
憂鬱症	2.66	0.67			
躁鬱症	2.96	0.70			

* $P<0.05$

綜合上述分析，年齡、家庭狀況、工作狀態、診斷等變項不同，在社會支持來源感受上會具有顯著差異。

二、活動參與差異性分析

針對研究問題四「不同背景慢性精神障礙者的活動參與是否有差異？」，研究者將慢性精神障礙者之背景變項、疾病因素分別以獨立樣本T檢定與單因子變異數分析(One-way ANOVA)來檢視，並將有顯著差異之變項呈現如表4-16到表4-18。

(一) 年齡

表4-16顯示，不同年齡層在活動參與困難程度($F=3.608$, $P<.01$)有顯著差異，Scheffe'事後分析顯示較25歲-34歲及35歲-44歲這兩組的受測者在活動參與得分明顯低於45歲-54歲者，也就是25歲-34歲及35歲-44歲這兩組的受測者活動參與功能較45歲-54歲者佳。

表4-16 慢性精神障礙者年齡與活動參與差異性分析

年齡	平均數	標準差	F 值	活動參與	
				P 值	Scheffe'事後分析
16歲-24歲	1.00	0.61	3.608**	.007	25歲-34歲<45歲-54歲
25歲-34歲	1.09	0.48			35歲-44歲<45歲-54歲
35歲-44歲	1.14	0.49			
45歲-54歲	1.44	0.64			
55歲-64歲	1.14	0.62			

** $P<0.01$

(二) 家庭狀況

表4-17則顯示家庭狀況不同在活動參與上($F=3.096$, $P<.05$)有顯著差異，但透過Scheffe'事後分析檢測各組間的差異則未達顯著。家庭狀況雖在Scheffe事後分析中未呈現顯著的組間差異，但獨立樣本t

檢定與單因子變異數分析(One-way ANOVA)上則有呈現顯著之差異，以一般邏輯來推測，與家人同住者其社會支持較好，可能會有較好的活動參與，但各組組內差異尚未達到統計顯著。

表4-17 慢性精神障礙者家庭狀況與活動參與差異性分析

家庭狀況	平均數	標準差	F 值	活動參與	
				P 值	Scheffe'事後分析
獨居	1.41	0.53	3.096*	.016	未達.05顯著水準
與父母同住	1.14	0.55			
與子女或配偶同住	0.97	0.39			
其他	0.84	0.31			
機構	1.30	0.53			

*P<0.05

(三) 藥物副作用

至於表4-18顯示用藥副作用不同在活動參與上($F=2.442$, $P<.05$)有顯著差異，但透過Scheffe'事後分析，則在各組間的差異比較上未達顯著。吃藥有副作用的慢性精神障礙者，因為生活狀況受到副作用干擾，其活動參與能力確實有可能會較差，只是各組之間組內差距不明顯。

表4-18 慢性精神障礙者副作用與活動參與差異性分析

副作用	平均數	標準差	F 值	活動參與	
				P 值	Scheffe'事後分析
無	1.19	0.51	2.442*	.047	未達.05顯著水準
不影響日常生活	1.27	0.57			
輕度影響日常生活	1.08	0.52			
中度影響日常生活	0.89	0.41			
重度影響日常生活	1.15	0.54			

*P<0.05

綜合上述分析，25歲-34歲及35歲-44歲之慢性精神障礙者其活動參與度較45歲-54歲者佳，而家庭狀況與用藥副作用之不同在活動參與上亦會有所不同。

第四節 慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關性

本研究之以 Pearson 積差相關分析「慢性精神障礙者的社會支持與活動參與的相關性？」相關係數為正數代表兩者為正相關，係數為負數為負相關。相關係數的絕對值愈大代表兩者相關性愈強。

整體社會支持得分，以及從家人、親友、機構人員三個來源分別進行分析發現，整體社會支持與活動參與除了在「認知向度」與「四處走動向度」並未有顯著的相關性存在外，與其他向度皆有顯著負相關，表示當受測者之各項社會支持感受高時，其「生活自理」、「與他人相處」、「生活活動」、「社會參與」向度及「活動參與整體」之得分相對較低，受測者在參與執行該項活動較少感受到困難不便，亦即受測者功能表現在該活動情境適應越好。研究者推測「認知向度」能力與實際病情較有關連，而「四處走動向度」基本上較屬於生理上的能力，對多數慢性精神障礙者而言不會感到有執行上的困難，因此可能較測不出相關性。

以社會支持全部來源來看，除「訊息性支持」和「生活自理向度」達顯著之中度負相關，以及「社會支持整體」則和「生活自理向度」達顯著之中度負相關外，各項社會支持構面與「生活自理」、

「與他人相處」、「生活活動」、「社會參與」等向度及「活動參與整體」之相關性皆為低度顯著負相關。

表4-19 社會支持與活動參與相關性分析

	認知向度	四處走動向度	生活自理向度	與他人相處向度	生活活動向度	社會參與向度	活動參與整體
情緒性支持	-.019	.011	-.380**	-.279**	-.163*	-.336**	-.267**
(家人來源)	.012	-.042	-.404**	-.187**	-.162*	-.307**	-.263**
(親友來源)	-.044	-.010	-.183**	-.368**	-.114	-.320**	-.241**
(機構員工來源)	-.010	.092	-.201**	-.005	-.058	-.050	-.032
評價性支持	-.006	.056	-.362**	-.317**	-.133*	-.344**	-.260**
(家人來源)	.018	.001	-.397**	-.161*	-.141*	-.309**	-.240**
(親友來源)	.012	.056	-.162*	-.439**	-.017	-.343**	-.210**
(機構員工來源)	-.042	.061	-.184**	-.066	-.114	-.063	-.086
訊息性支持	-.051	.024	-.400**	-.300**	-.190**	-.361**	-.300**
(家人來源)	-.064	-.052	-.418**	-.169**	-.194**	-.325**	-.297**
(親友來源)	-.006	.059	-.204**	-.367**	-.090	-.335**	-.218**
(機構員工來源)	-.046	.060	-.282**	-.139*	-.148*	-.139*	-.154*
協助性支持	-.034	.008	-.388**	-.290**	-.161*	-.363**	-.287**
(家人來源)	-.017	-.019	-.400**	-.182**	-.156*	-.276**	-.256**
(親友來源)	-.003	.007	-.238**	-.337**	-.073	-.358**	-.230**
(機構員工來源)	-.062	.037	-.210**	-.128*	-.130*	-.170**	-.146*
社會支持整體	-.033	.025	-.423**	-.326**	-.180**	-.388**	-.309**
(家人來源)	-.017	-.031	-.438**	-.189**	-.177**	-.327**	-.287**
(親友來源)	-.010	.030	-.223**	-.411**	-.082	-.376**	-.248**
(機構員工來源)	-.052	.071	-.266**	-.111	-.141*	-.136*	-.135*

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

在「家人社會支持」分析，除了與「認知向度」、「四處走動向度」兩個向度間並未有顯著的相關性存在外，與其他向度皆有顯著負相關，表示當受測者之各項社會支持感受高時，其「生活自理」、「與他人相處」、「生活活動」、「社會參與」向度及「活動參與整

體」之得分相對較低，亦即受測者在參與執行「生活自理」、「與他人相處」、「生活活動」、「社會參與」較少感受到困難，適應活動情境好。

其中來自家人的「情緒性支持」和「生活自理向度」達中度負相關，和「社會參與向度」達低度負相關，「評價性支持」和「生活自理向度」、「社會參與向度」達低度負相關，「訊息性支持」和「生活自理」達中度負相關，和「社會參與向度」達低度負相關，「協助性支持」和「生活自理向度」達中度負相關，來自家人的「整體支持」則和「生活自理向度」達中度負相關，和「社會參與向度」達低度負相關。

在「親友社會支持」之分析，來自親友的社會支持與「認知向度」、「四處走動向度」、「生活活動向度」等三個向度間並未有顯著的相關性存在外，與其他向度則皆有顯著負相關，表示當受測者之各項社會支持感受高時，其「生活自理」、「與他人相處」、「社會參與」向度及「活動參與整體」較少感受到困難。

其中來自親友的「情緒性支持」和「與他人相處」、「社會參與向度」達低度負相關，「評價性支持」和「與他人相處」達中度負相關，和「社會參與向度」達低度負相關，「訊息性支持」和「與他人相處」、「社會參與向度」達低度負相關，「協助性支持」和「與他

人相處」達低度負相關，來自親友的「整體支持」則和「與他人相處」達中度負相關，同時和「社會參與向度」達低度負相關。

在「機構人員社會支持」之分析，來自機構人員的社會支持與各項向度的相關性差異較大，其中來自機構人員的「情緒性支持」以及「評價性支持」都和「生活自理向度」達低度負相關，表示當受測者感受到來自機構人員的「情緒性支持」「評價性支持」較高時，其「生活自理向度」得分相對較低，生活自理功能表現較好。

來自機構人員的「協助性支持」以及「訊息性支持」都和「生活自理向度」、「與他人相處向度」、「生活活動向度」、「社會參與向度」、「活動參與整體」五個向度達低度負相關，表示當受測者感受到來自機構人員的「評價性支持」以及「訊息性支持」較高時，其「生活自理向度」、「與他人相處向度」、「生活活動向度」、「社會參與向度」、「活動參與整體」相對得分較低，較無困難。

至於來自機構人員的「整體支持」亦與「生活自理向度」、「生活活動向度」、「社會參與向度」、「活動參與整體」達低度負相關，亦即受測者感受到來自機構人員的「整體支持」較高時，其「生活自理向度」、「生活活動向度」、「社會參與向度」、「活動參與整體」得分較低，從事該類活動較無困難，適應較好。

第五節 慢性精神障礙者活動參與狀況之重要預測因子

本研究針對研究問題六「慢性精神障礙者的背景變項是否可預測活動參與度？」；問題七「慢性精神障礙者的精神病史以及就醫狀況是否可預測活動參與度？」；問題八「慢性精神障礙者的社會支持狀況是否可預測活動參與度？」以多元逐步迴歸分析方式（multiple stepwise regression analysis）檢測受測者的背景變項、疾病因素與社會支持感受是否會影響其活動參與狀況，首先以整體活動參與狀況來看，各自變項當中僅「診斷」對活動參與狀況有顯著的預測能力，可解釋慢性精神障礙者8.5%之活動參與狀況。

表4-20 活動參與之多元逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R2)	F 值	P 值
常數	.860	.125			
診斷	.317	.099	.085	9.756	.002

以認知向度的能力來看，各自變項當中僅「診斷」對認知向度的能力有顯著的預測能力，可解釋慢性精神障礙者6.3%之認知向度的能力。

表4-21 認知向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R2)	F 值	P 值
常數	.605	.224			
診斷	.437	.162	.063	7.308	.008

以四處走動的能力來看，各自變項當中有「診斷」和「門診狀況」對四處走動的能力有顯著的預測能力，「診斷」可解釋慢性精神

障礙者3.7%之四處走動的能力，「門診狀況」可解釋慢性精神障礙者7.8%之四處走動的能力，亦即門診狀況越不固定者，其四處走動的能力越差，這也可能是因為障礙者本身四處走動能力差，故無法自行看門診，需有人陪同，因此回診上較不穩定。

表4-22 四處走動向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R ²)	F 值	P 值
常數	-.265	.405			
診斷	.317	.148	.037	4.601	.015
門診狀況	.362	.146	.078	4.951	.026

在生活自理的能力上，各自變項當中有「家人整體社會支持」、和「機構情緒性支持」對與受測者生活自理能力有顯著的預測能力，「家人整體社會支持」可解釋慢性精神障礙者13.5%之生活自理能力，亦即家人整體社會支持越良好之慢性精神病患，其自評生活自理能力越高；「機構情緒性支持」可解釋慢性精神障礙者3.9%之生活自理能力，亦即機構情緒性支持越好之慢性精神病患，其自評生活自理能力較佳。

表4-23 生活自理向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R ²)	F 值	P 值
常數	2.470	.253			
家人整體社會支持	-.300	.075	.135	15.702	.000
機構情緒性支持	-.177	.076	.039	10.898	.023

以與他人相處的能力來看，各自變項當中有「症狀干擾」、「親友評價性支持」對與他人相處的能力有顯著的預測能力，「症狀干擾」可解釋慢性精神障礙者11.1%之與他人相處的能力，亦即症狀干擾越嚴重之慢性精神病患，其與他人相處的能力越差；「親友評價性支持」可解釋慢性精神障礙者5.5%之與他人相處的能力，亦即親友評價性支持越高之慢性精神病患，其自評與他人相處能力較佳。

表4-24與他人相處向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R ²)	F 值	P 值
常數	2.652	2.76			
症狀干擾	.270	.078	.111	7.215	.001
親友評價支持	-.273	.089	.055	5.489	.009

以生活活動的能力來看，各自變項當中僅有「診斷」對生活活動的能力有顯著的預測能力，「診斷」則可解釋慢性精神障礙者8.2%之生活活動的能力。

表4-25生活活動向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R ²)	F 值	P 值
常數	.958	.152			
診斷	.336	.110	.082	9.375	.003

以社會參與的能力來看，各自變項當中「家庭狀況」對社會參與的能力有顯著的預測能力，「家庭狀況」可解釋慢性精神障礙者6.7%之社會參與的能力，家庭居住狀況不同會影響精神病障礙者的社會參

與；而發病時間亦可解釋慢性精神障礙者3.3%之社會參與的能力，當發病時間較長，其自評社會參與較佳，可能相較下剛發病時較無法接受事實，而發病後經過長期治療較能接受自我狀況逐步適應社會生活，或是其他因素所造成，有待更詳細的研究；至於診斷的不同也會影響慢性精神障礙者之社會參與能力，解釋力達到6.4%。

表4-26 社會參與活動向度之逐步迴歸分析

	未標準化 迴歸係數 (B)	標準誤 (SE)	決定係數 (R ²)	F 值	P 值
常數	1.576	.325			
家庭狀況	-.146	.054	.067	7.698	.008
發病時間	-.41	.014	.033	6.228	.003
診斷	.517	.182	.064	7.145	.000

整體來說，根據多元逐步迴歸分析之結果，慢性精神障礙者背景與疾病因素各自變項當中以「診斷」對活動參與各向度較有顯著的預測能力，包括「認知向度」、「四處走動」、「生活活動」及整體活動參與都有顯著的預測能力，可見慢性精神障礙者之活動參與狀況與其本身疾病診斷類別有相當大的關係。其餘一般個人背景變項，則對活動參與較無預測能力。

社會支持對整體活動參與狀況的預測部分則可發現：「家人整體社會支持」、和「機構情緒性支持」越良好之慢性精神病患，其自評生活自理能力較佳，親友評價性支持越高之慢性精神病患，其自評與他人相處能力較佳。

在社會支持對活動參與度的影響方面，國內林秀華（2000）研究

發現社會支持中的情緒支持與社會適應呈現正相關。黃毅志（2002）精神病患主觀感受獲得社會支持程度越高，其生活適應越好。盛均君（2005）之研究則認為精神分裂患者得到家人親戚與機構工作人員的支持越多、獲得情緒性、訊息性與協助性支持功能越多，其社會功能狀況越佳。國外 Baker（1992）針對精神分裂症患者社會支持與社會功能相關研究，發現患者的社會功能與復健服務使用、社會支持呈現正相關。Craig（1998）也研究指出較好技巧訓練與社會支持有利於患者的社會功能復原。

其所用的社會功能、生活適應等依變項與本研究之活動參與概念不同，但某種意涵上社會功能也包含在 WHODAS 2.0 活動參與之設計概念中，因此雖然多元逐步迴歸統計的結果並無法強力證實社會支持高者其活動參與能力就一定較好，畢竟干擾活動參與能力的因素很多，社會支持良好與否只是其中一小部分，但以本研究實證及相關研究來看兩者在細部的構面上確實存在正向的因果關係。

第五章 結論與建議

本章主要針對研究問題，根據第四章統計分析研究結果加以探討作成結論，並提出本研究之建議，以提供後續研究之參考。本章分為二節：第一節研究結論，第二節研究建議，茲分述如下：

第一節 研究結論

一、慢性精神障礙者在社會支持及活動參與現況

本研究結果發現，慢性精神障礙者所感受到的社會支持來源以來自機構人員的最高，大於家人的以及親友。此與多數文獻研究結果接近，因慢性精神障礙者在疾病資訊與心理諮詢上較為依賴機構專業人員，其所感受到的社會支持與一般人以家人、親友為主有所不同，慢性精神障礙者社會支持來源變成以機構工作人員為主。社會支持各構面當中受測者在情緒性支持、評價性支持這兩個構面的社會支持感受較佳。

至於活動參與上受測之慢性精神障礙者自評在四處走動、生活自理及認知向度上較無困難，對於與他人相處、生活活動、社會參與等向度則感到相較困難。

二、慢性精神障礙者年齡、家庭狀況、診斷不同，其社會支持感受與來源有顯著差異

根據統計變異數分析結果來看，較年輕的年齡組別在家人支持的感受上，比年長的組別要來得高。在家庭狀況方面，獨居者自評來自

家人的社會支持與整體社會支持較其他居住狀態者來得差。至於在診斷上精神分裂症的整體社會支持較憂鬱症者高。

三、慢性精神障礙者之年齡、家庭狀況、副作用不同，在活動參與度上有顯著差異

根據統計變異數分析結果來看，個人背景變項和疾病因素會在活動參與上有顯著差異的包括年齡、家庭狀況、副作用，其餘各變項在活動參與上的差異性則皆未達顯著水準。可見慢性精神障礙者的活動參與度較不會因為個人背景不同而有太大的差異。

四、慢性精神障礙者診斷、門診狀況、症狀干擾及家庭狀況對活動參與度有顯著影響

根據多元逐步迴歸分析之結果，慢性精神障礙者背景與疾病因素各自變項當中「診斷」對整體活動參與狀況、認知向度、四處走動與生活活動的能力都有顯著的預測能力；「門診狀況」對四處走動的能力有顯著的預測能力；「症狀干擾」對與他人相處的能力有顯著的預測能力；「家庭狀況」亦對社會參與的能力有顯著的預測能力。

五、慢性精神障礙者的特定社會支持感受對活動參與度有顯著影響

就相關性而言，整體社會支持與活動參與除了在「認知向度」與「四處走動向度」構面間並未有顯著的相關性存在外，與其他向度皆

有顯著負相關，表示當受測者之各項社會支持感受高時，其「生活自理」、「與他人相處」、「生活活動」、「社會參與」等向度及「活動參與整體」之得分相對較低，也就是各向度狀況較佳，因此社會支持與活動參與兩者間存在著一定的相關性。

本研究多元逐步迴歸分析發現社會支持對整體活動參與狀況的預測力雖未達統計顯著水準，但「家人整體社會支持」、和「機構情緒性支持」對與受測者生活自理能力有顯著的預測能力，「家人整體社會支持」、和「機構情緒性支持」越良好之慢性精神病患，其自評與他人相處狀況較佳。「親友評價性支持」對與他人相處的能力有顯著的預測能力，親友評價性支持越高之慢性精神病患，其自評與他人相處能力較佳。

第二節 研究建議與限制

一、研究建議

(一)重視家人整體社會支持和機構情緒性支持對慢性精神障礙者之正面影響

無論醫者或慢性精神障礙者本身莫不希望透過穩定的回診與用藥，可以協助慢性精神障礙者回歸社區，回到自己的家中獨立生活，然許多患者出院後卻無法立即適應社會生活，此時家人所提供的社會支持力量便是很重要的助力。根據研究結果顯示，家人所提供的各向度社會支持與慢性精神障礙者之「生活自理」、「與他人相處」、

「生活活動」、「社會參與」及「活動參與整體」都有相關連，因此醫療復健團隊應重視與慢性精神障礙者家人合作，提供家屬支持例如多學習精神病的知識，包括疾病、症狀、藥物的認識與處理，及日常生活照顧注意事項等…學習與患者的溝通技巧、壓力處理，讓家屬有能力可以多給予慢性精神障礙者在情緒、評價、訊息以及協助性上的支持，幫助其提高活動參與能力，獨立生活。

（二）提高親朋好友對慢性精神障礙者之評價性支持

以研究結果來看，慢性精神障礙者感受到來自親友的社會支持最低，畢竟精神疾病某種程度上仍被汙名化，很可能導致周遭的親朋好友不願意多接觸慢性精神障礙者。但從多元逐步迴歸分析結果來看，「親友評價性支持」對與他人相處的能力有顯著的預測能力，親友評價性支持越高之慢性精神病患，其自評與他人相處能力較佳。

因為家人對慢性精神障礙者好是出於血肉親情，但如果親友也能更支持他們，對慢性精神障礙者來說意義又更重大，因此家人若能連繫親友協助慢性精神障礙者共同參與社交及休閒活動，漸漸發展社會網絡，不再只是侷限於家人或精神醫療機構，不但可以避免當家人因故離開時所產生的支持缺口，更可以讓慢性精神障礙者在與他人相處及社會參與上有更多的信心。

（三）正式支持系統之提供

故然家人是慢性精神障礙者重要的支持，但一旦慢性精神障礙者年紀漸長，或發病期拖長後，有時候慢性精神障礙者的父母、手足、

配偶、子女也無法持續給予幫助，如研究結果所呈現，年齡較長的慢性精神障礙者所得到的家人來源社會支持較低，此時正式支持體系的社會支持來源便顯得相當重要，所謂的正式支持服務是指在長期照顧當中由「機構」（包括組織或團體）所聘僱的人員所提供，並不一定要是住在機構內部接受服務，而可以是補充性的臨時服務，如居家服務、日間照顧等，亦可透過提供喘息服務讓家人得到壓力的紓解，此類正式支持服務的介入，應有助於補充慢性精神障礙者在其他來源社會不足時之需要。

特別是研究者發現受測者社會支持得分機構來源顯著高於家人來源及親友來源，可見機構人員是慢性精神病障礙者重要的社會支持來源，而研究中獨居者自評來自家人的社會支持與整體社會支持較其他居住狀態者來得差，故如慢性精神病障礙者要回歸社區獨居，應評估是否留在機構當中會較妥當，或者透過補充性的臨時服務給予較多的支持來協助其適應社區生活。

（四）注意慢性精神障礙者之門診及用藥狀況

在統計研究結果當中，「門診狀況」對四處走動的能力有顯著的預測能力，「症狀干擾」對與他人相處的能力有顯著的預測能力，家庭狀況和藥物副作用部分在分析上也與慢性精神障礙者在活動參與上有顯著差異。雖然慢性精神障礙者之門診及用藥狀況並不是百分之百決定了其活動參與能力的好壞，但精神疾病症狀對患者整體生活的影響是存在的，故在醫療上應針對在社區安養之慢性精神障礙者的精神

症狀提供適當的護理措施，鼓勵其穩定回診，監測其用藥情形以及與藥物相關的副作用，甚至進一步透過每次的門診面談持續教導個案如何與疾病、症狀共處及學習緩和症狀的行為技巧，提供訊息性的支持，使其瞭解自身疾病狀況及進程，以及如何尋求有效的醫療資源跟幫助，減少因殘餘症狀所帶來的生活困擾，以協助慢性精神障礙者能夠有較好的活動參與能力，能逐步適應社區生活。

二、研究限制

(一)抽樣限制

本研究採立意抽樣方式，按照內政部資料之研究母群數字透過 Sample Size Calculator 軟體計算出在95%信心水準和抽樣誤差正負5個百分點以內之理想抽樣數為383，但實際聯繫各康復之家、社區復健中心等機構後，各機構礙於病患隱私考量、該機構本身工作負荷以及其他種種因素，能夠提供協助問卷調查的機構有限，研究收案期間共發出 300份問卷，與理想抽樣數仍有差距，抽樣誤差將增大，是研究在抽樣上所遇到的限制。

(二)本研究非貫時性研究，無法解釋長期活動參與狀況的改變

本研究採用橫斷式的研究設計來剖析慢性精神障礙者的社會支持與活動參與功能之關係，此種研究設計只能了解個案在特定時內所呈現的表象。不過實際上慢性精神障礙者的疾病症狀、就醫用藥情況、主觀性社會支持及社會參與狀況均為動態過程，好比在發病初期、治

療穩定時期，乃至於回歸社區附近，甚或逐漸老去…各時期的活動參與狀況必定是有所變化，而非恆定的，故橫斷式研究的結果，只能得出各變項間一時的相關性，未來若能以縱貫式的研究，經由長期追蹤、回測，分析慢性精神障礙者由發病到回歸社區後之社會支持與活動參與的變化情形，必能更加全面的來解釋社會支持對慢性精神障礙者的生命歷程之活動參與狀況的影響。

(三)研究資料受慢性精神障礙者主觀之影響

因研究範圍涵括全台各縣市，無法以一對一的方式進行問卷調查，故本研究須採用自填量表來收集資料，難免有些答案會受到受測者本身主觀影響，同時其也可能會勾選符合社會期待的答案，營造自己健康、生活能力的假象，雖研究者已盡量選取病情較穩定之個案，但所得研究資料與實際事實可能仍會有所落差，進而影響研究資料的正確性，是為本研究在研究上的限制。

(四)活動參與的預測因子甚多，無法完全納入

本研究以個人背景變項、疾病因素及社會支持為自變項，對慢性精神障礙者之活動參與能力來做預測性探討，各變項所得之預測能力皆有限，因實際上會影響慢性精神障礙者活動參與的變數很多，有更多預測因子並未被包含在研究變項當中。

雖然 WHO 初期發展「身心障礙評估工具」(WHODAS) 曾以精神障礙者為主要施測族群，然而 WHO 認為身心障礙量測應考慮各種不同身心障礙族群，因此發展修訂 WHODAS 2.0 適用於各種身心障礙族群，並

非專門針對慢性精神障礙者所編制。基於研究方法、人力和物力的限制，研究者沒有能力自行編製完成國內慢性精神障礙者專屬之活動參與衡量量表，而選擇以具專業權威的 WHODAS 2.0 來進行測量，無法更細部深入慢性精神障礙者的活動參與狀況來測量，是為本研究在研究方法上的限制。

參考文獻

中文部分

文榮光、鄭夙芬（1994）。精神病患與家庭政策 **社區發展季刊**，**68**，96-107

王翠杉、宋素貞（2000）。藥物衛教團體治療於精神科急性病房之應用。**榮總護理**，**17**，41-46。

王國羽。（1995）。殘障的定義系統與社會福利政策的運用。**公共衛生**，**22**，51-61。

王國羽、呂朝賢（2004）。世界衛生組織身心障礙人口定義概念之演進：兼論我國身心障礙人口定義系統問題與未來修正方向。**社會政策與社會工作學刊**，**8**，193-235。

王舜昱（2008）。**社會參與和地方發展**。國立高雄大學經濟管理研究所，未出版，高雄市。

內政部統計處（2010）。**內政統計通報**。2011年5月18日取自
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9951.doc>

內政部統計處（2012）。**內政統計通報**。2012年7月1日取自
<http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>

行政院研究發展考核委員會（1995）。**精神病患醫療服務體系之檢討**。台北：行政院研考會發行。

行政院衛生署（2009）。**精神衛生法施行細則**。2011.07.24取自
<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013546>

行政院衛生署中央健康保險局（2010）。2011.06.30取自
http://www.nhi.gov.tw/Information/newsdetail.aspx?menu=9&menu_i

d=544&No=945

- 孔繁鐘、孔繁錦編譯（1999）。**DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊**。台北：合記。
- 何淑萍、洪榮照、梁英男（2011）。肢體障礙學童學校功能活動參與與協助情形之調查--以臺中地區國小學為例。**特殊教育與輔助科技學報**，3，1-15。
- 呂淑貞（2004）。豐富精神障礙者社區生活內涵。國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，**台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會**。台北：國家衛生研究院。
- 宋麗玉（2000）。建構臺灣慢性精神病患之社區支持體系－醫療模式與社會心理模式之整合。**社區發展季刊**，92，126-140。
- 宋維村述，曾瑞真等記（1988）。**青少年精神醫學**。台北：天馬出版社。
- 阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛（1999）。**長期照護**。台北：國立空中大學。
- 吳靜吉（1984）誰來支持我。**張老師月刊**，84，60-62。
- 吳靜吉（1986）。**心理學**。台北：國立空中大學。
- 吳就君、宋維村、黃梅羹（1995）。中國人五分鐘演說樣本評估法在中國人之適用性。**衛生教育論文集刊**，8，75-107。
- 林子雯（2000）。成人學生多重角射與幸福感之相關研究，**正修學報**，13，269-290。
- 林文隆（1993）。精神分裂病，引自沈楚文編著（1993）。**新編精神醫學**。台北：永大書局。
- 林憶麗（1999）。長期住院精神分裂症病患自我概念與自我照顧能

- 力之探討。國立高雄醫學院護理學研究所，未出版，高雄市。
- 林盈萍（2009）。復健期慢性精神病患社區生活功能與生活品質之相關因素探討。國立台北護理學院護理研究所，未出版，台北市。
- 林秀華（2000）。司法精神鑑定案例之社會支持系統與生活適應之研究。高雄醫學大學行為科學研究所，未出版，高雄市。
- 林淑芬（1997）。精神分裂病患之社區適應、自我概念與社會支持。高雄醫學院護理學研究所，未出版，高雄市。
- 林麗嬋、歐美玲、吳肖琪（1997）。長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒，**護理研究**，5，77-87。
- 林憲（1982）。臨床精神醫學。台北：國立編譯館主編。
- 李選、葉美玉、劉燦榮（1993）。音樂治療對改善住院精神病人精神症狀與人際互動之成效，**護理研究**，1，145-157。
- 洪千惠（2006）。慢性精神病患從醫院回歸社區-為何回家是一條漫長的路。國立中正大學社會福利所，未出版，嘉義縣。
- 洪巧臻(2008)。台灣男女老人社會網絡與自覺憂鬱之相關性研究。國立陽明大學衛生福利研究所，未出版，台北市。
- 沈楚文（1996）。新編精神醫學。台北：永大。
- 許玲菱（2009）。社區老人社區參與、社會支持與憂鬱症狀之相關性探討。國立陽明大學臨床暨社區護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 周玉慧、莊義利（2000）。晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析。**人文及社會科學集刊**，12，281-317。
- 周月清（2000）。障礙福利與社會工作。台北：五南。
- 周月清、彭淑芬、舒靜嫻、鄭芬芳（2004）。中途障礙社會模式介入

與生活重建服務整合--伊甸、新事暨陽光服務方案為例。臺灣社會工作學刊，2，123-157。

邱文彬（2001）。社會之因應效果的回顧與展望。國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學，11（4），311-330。

高迪理（1991）。社會支持體系概念之架構之探討。社區發展季刊，54，24-32。

陳嘉年（2010）。應用 ICF 模式探討精神醫療機構照護成效-精神病患活動參與度觀點。國立臺北護理健康大學長期照護研究所，未出版，台北市。

陳雅玲（2009）。慢性精神障礙者活動參與和就業現況之相關性探討。國立台灣師範大學復健諮商所，未出版，台北市。

陳杏佳（2001）。未婚女性精神分裂病患的日常生活困擾，中華心理衛生學刊，14，37-53。

胡海國（2002）。精神分裂症之社區流行病學。當代醫學，29（9），26-36。

胡海國（1996）。全國一年中出院精神分裂症患者之臨床階析(2)，當代醫學，23，1039-1045。

胡海國、林憲、陳建仁、張素鳳、黃梅羹、葉玲玲（1994）。台灣地區精神科住院病患的個人、家庭與臨床研究，中華精神醫學，（9），16-31。

胡幼慧、王孝仙、郭淑珍（1995）。家人照護失能老人的困境：一項質化及量化整合的研究，公共衛生，22（2），99-112。

施書驊（2008）。以 ICF 為架構編製之日常生活量表之信、效度研究。國立台灣師範大學復健諮商研究所，未出版，台北市。

崔秀倩、楊延光、謝秀華、吳就君、陳純誠（1998）。精神分裂症與

雙極型情感疾患之居家照顧需求與家屬負荷。台灣精神醫學，12 (3)，188-193。

張明永、高雅慧、楊淑瑜 (2001)。全民健保精神分裂症住院病患精神科藥品使用狀態及其經濟效益評估。中央健康保險局專案研究：3。

張意真 (1988)。精神病患者支持系統與社會復健關係之研究。東海大學社會工作研究所。未出版，台中市。

張玲如、李育峻、夏宇德、郭壽宏 (1994)。精神鑑定禁治產案例之社會支持系統與生活適應。中華精神醫學，8 (3)，56-62。

曾淑惠 (2006)。社區精神分裂病人自覺生活品質的相關因素探討。美和技術學院健康照護研究所，未出版，屏東縣。

曾文星、徐靜 (1998)。現代精神醫學。台北：水牛。

曾洙荔 (2003)。慢性精神病患社區復健成效探討。慈濟大學護理學研究所，未出版，花蓮市。

曾錦花 (1996)。精神分裂病患主要照顧者的訊息需要及其影響因素。高雄醫學大學護理學研究所，未出版，高雄市。

黃惠滿 (1996)。慢性精神病人護理。載於鍾信心等合著，精神科護理學 (458-484頁)，台北：華杏。

黃瑞琦 (2002)。社區精神分裂症病患之病識感、社會支持與生活適應。高雄醫學大學護理研究所，未出版，高雄市。

黃麟傑 (2007)。憂鬱症患者的反芻與活動參與。台灣大學職能治療研究所，未出版，台北市。

黃富順、陳如山、黃慈編 (1996)。成人發展與適應。台北：國立空中大學。

- 黃媛齡（2000）。回到根本之處思考：在擬象真實跟常規社會之間重建精神病患的生活結構。**中華心理衛生學刊**，13，109-130。
- 黃寶園（2004）。結合統合分析與結構方程模式之理論驗證：以壓力調節反應模式之建立與驗證為例。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所，未出版，台北市。
- 黃毅志（2002）。社會階層、社會網絡與心理幸福。載於黃毅志，社會階層、社會網絡與主觀意識，（111-143頁）。台北：巨流。
- 盛均君（2005）。精神分裂患者之社會支持與社會功能之研究—以台北市康復之家為例。慈濟大學社會工作研究所，未出版，花蓮市。
- 簡芳伶（2009）。「國際功能分類系統」在智能障礙者職業輔導評量之應用初探。高雄師範大學復建諮商研究所，未出版，高雄市。
- 單小琳（1990）。教師的社會支持及其相關因素之探討。**台北市立師範學院學報**，21，123-154。
- 曾肇文（1996）。國小學童學校壓力、因應方式、社會支持與學校適應之相關研究。**新竹師範學院國民教育研究所論文集**，2，195-217。
- 董和銳（2003）。身心障礙之概念架構與社會意涵。**身心障礙研究**，1（1），32-41。
- 董智慧（1998）。單身類型、社會支持與心理健康之分析研究。國立彰化師範大學輔導學系，未出版，彰化市。
- 蔡漢賢主編（2003）。**社會工作辭典**。台北：中華民國社區發展研究訓練中心。
- 蔡幸君（2005）。精神分裂症患者主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究—以精神科日間病房及社區復健中心病患為例。高雄醫學大學行為科學研究所，未出版，高雄市。

- 蔡欣鈴、陳美碧（1996）。某醫學中心精神病人出院後回診規律性相關因素之探討。**護理研究**，4（1），69-78。
- 葉玲玲、李玉春、楊銘欽、劉絮愷、胡海國（1997）。嚴重精神病患經濟成本分析，**中華心理衛生學刊**，10，1-15。
- 葉子豪（2007）。社區精神分裂症患者主要照顧者需要狀況之生活品質與負荷。亞洲大學長期照護研究所，未出版，台中市。
- 褚增輝、鄭南鵬、劉偉民、郭月卿（1985）。精神病人的日常生活功能狀態研究。**中華心理衛生學刊**，2（1），47-57。
- 楊延光（1999）。**杜鵑窩的春天**。臺北：張老師。
- 楊延光、葉宗烈、賴德仁、陳信昭、許雅貞（1994）。精神分裂病住院病患之負性症狀。**中華精神醫學**，9（1），45-51。
- 楊淑賢（1998）。癌症病患及家屬如何尋求社會資源協助。**癌症新探**，3，12-23。
- 熊曉芳（1999）。社區獨居老人健康狀況、社會支持及相關因素探討。台灣大學護理學研究所，未出版，台北市。
- 廖彥璋（2006）。環境因素影響障礙者社會參與之初探—以肢體障礙者為例。國立陽明大學衛生福利研究所，未出版，台北市。
- 劉玉雲（1998）。精神分裂症病患之疾病不確定感及其相關因素探討。國立台灣大學護理研究所，未出版，台北市。
- 劉智民（2000）。精神分裂症，載於李明濱主編，**實用精神醫學二版**（129-138頁）。台北：國立台灣大學醫學院。
- 劉靜芳、楊靜蘭（2010）。乳癌患者的重量訓練--應用「國際功能、障礙和健康分類」模式分析。**物理治療**，5，155-164。
- 蕭新煌（1995）。「新人類」的社會意識與社會參與。**勞工之友**，

535，6-9。

賴貞君（2002）。社區民眾與精神病患之接觸經驗對鄰裏關懷態度之影響。2002 精神健康基金會贊助研究報告，台北：台灣大學。

賴永和（2000）。國民中小學退休教師生活適應及其影響因素之研究。國立高雄師範大學成人教育研究所，未出版，高雄市。

賴佩宜（2008）。發展臺灣腦中風「國際健康功能與身心障礙分類」之核心分類碼：以門診病患為對象。國立陽明大學物理治療暨輔助科技學系，未出版，台北市。

戴伸峰（1996）。老人的生活壓力因應之道-積極社會參與。老人教育，9，50-57。

英文部分

- Antoncuui, T. C. & Isreal, B. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 , 432-437.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., & Bruffaerts, R. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorder project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-46.
- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Andrews, G., Kemp, A., Sunderland, M., Von Korff, M., & Ustun, T.B. (2009). Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS One*, 4, Retrieved from <http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0008343>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Services*, 16, 11-23.
- Barrera, M. (1996). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *A community of american Journal of Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M., Sandler, I.N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9 , 435-447.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary

development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

Belio C., Prouteau A., Koleck M., Barral C., Destailats J-M., Lemarie K., Mauvillain M., Merceron K., & Mazaux J-M. (2009). Measuring participation of persons suffering from schizophrenia or brain injury: Development of an ICF-based Assessment Instrument, In *meeting of the WHO collaborating centres for the family of international classifications*, 10-16, Seoul Korea.

Bennett, D. H., & Morris, I. (1983). Support and rehabilitation. In Watts, F. N. & Bennett, D. H. (Eds.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation* (pp. 189-211). New York: Chichester.

Breakey, W. R. (1996). Integrated Mental Health Service: Modern Community Psychiatry. Oxford University Press Inc.

Brown, C. W. (1974). Meaning, Measurement and Stress of life events, In Dohrenwend, B. P. (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 313-342). New York: John Wiley & Sons.

Brugha, T. S. (1995). Social support and psychiatric disorder: Overview of evidence. In Brugha, T. S. (Eds.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 1-38). U.K. : Cambridge University Press.

Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from base. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 510-517.

Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publication.

- Carlos, F. M. (2005). Social engagement and successful aging. *European journal of ageing*, 2, 64-66..
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives:Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547-558.
- Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, D., & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955-965.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, C. I. & Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social network:Ex patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 546-560.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 , 310-351.
- Colvin, M., Cullen, F. T., & Vander, T. (2002). "Coercion, Social Support, and Crime: An Emerging Theoretical Consensus. " *Criminology*, 40, 19-42.
- Cresswell, C., Kuipers, L., & Power, M. (1992). Social network and support in long-term psychiatric patient. *Psychological Medicine*, 22, 1019-1026.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In Burleson, B. R., Sarason, G., & Pierce, G. R. (Eds.), *Social support:An interactional view*(PP. 319-366). New York : John.
- Daremo, A. & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care, *Scandinavian Journal Therapy*, 15, 131-142.

- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1985). Mediating influences of social support: Personal, family and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency, 90*, 403-417.
- Ertugrul A. & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 73-77.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T., & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 180-188.
- Faccincani, C., Mignolli, G., & Platt, S. (1990). Service utilization, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychosis-a 7 year follow-up study. *Schizophrenia Research, 3*, 139-146.
- Fricke, J. & Unsworth, C. (1998). Occupational therapists' conceptions of instrumental activities of daily living in relation to evaluation and intervention with older clients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 5*, 180-191.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine, 61*, 234-242.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support as a focus or integrative research in psychology. *American Psychologist, 38*, 278-287.
- Grusky, O., Tierney, K., Mandersheid, R. W., & Grusky, D. B. (1983). Social bonding and community adjustment of chronically mentally ill adults. *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 49-63.

- Hasselkus, B.R. (2002). The meaning of everyday occupation. Thorofare, NJ: Slack.
- Hatfield, A. B. (1979). Help-seeking behavior in families of schizophrenics. *American Journal of Community Psychology*, 7, 563-569.
- Heller, K., Price, R. H., & Hogg, J. R. (1990). The role of social support in community and clinical interventions. In Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.), *Social support: An interactional view* (PP. 482-508). New York.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Willians, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen, & S. C. Syme. (Eds.), *Social support and health* (PP. 83-105). New York: Academic Press.
- Juan V Luciano, José L Ayuso-Mateos, Jaume Aguado, Ana Fernandez, Antoni Serrano-Blanco, Miquel Roca & Josep M Haro (2010). The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis, *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1-9.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 721-727.
- Kim, J. M., Stewart, R., Glozier, N., Prince, M., Kim, S.W., Yang, S. J., Shin, I. S., & Yoon, J. S. (2005). Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 160-167.
- Kronk, R. A., Ogonowski, J. A., Rice, C. N., & Feldman, H. M. (2005). Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disability and Rehabilitation*, 27, 977-983.

- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-649.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupation performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Letvak, S. (2002). The importance of social support for rural mental health. *Mental Health Nursing*, 23, 249-261.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In Nan, L., Dean, A. & Ensel, W. (Eds.), *Social support, life events and depression*(pp. 17-48), Orland, Fl : Academic Press, Inc.
- Lubben, J. & Gironde, M. (1996). Assessing Social Support Networks Among Older People in the United States. In Litwin, H. (Ed.), *The Social Networks of Older People: A Cross-National Analysis* (pp. 143-161). Vestport, Connecticut: Praeger London.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McKibbin, C., Patterson, T., & Jeste, D. (2004). Assessing Disability in order patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *Journal of Nervous an Mental Disease*, 192, 405-413.

- Macdonald, E. M., Hayes, R. L., & Baglioni Jr, A.J. (2000). The quantity and Auality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, 30, 25-30.
- Neeleman, J. & Power, M. (1994). Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 46-51.
- Norbeck, J. S., Lindesy, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- O'Donovan M-A, & Doyle A. (2006). Measuring activity and Participation of people with disabilities-an overview. Retrieved from http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/MAP_bulletin.pdf
- Okun, M. A. & Lockwood, C. M. (2003). Does level of assessment moderate the relation between social support and social negativity? A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 15-35.
- Ottenbacher, K. J., Mann, W. C., & Granger, C. V. (1994). Interrater agreement and stability of functional assessment in the community-based elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 1297-1301.
- Payson, A. A., Wheeler, K., & Wellington, T. A. (1998). Health teaching needs of clients with serious and persistent mental illness: Client and provider perspectives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36, 32-35.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

- Posl, M., Cieza, A., & Stucki, G. (2007). Psychometric properties of WHODASII in rehabilitation patients. *Quality of life Research*, 16, 1521-1531.
- Pender, N. J. (1987). Social support and health. In Pender N. J. (Eds.), *Health Promotion in Nursing Practice*, (pp. 393-426). California: Appleton & Lange.
- Perini, S., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Generic effectiveness measures: sensitivity to symptom change in anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 90, 123-130.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Sanderson, K., Andrews, G., & Jelsma, W. (2001). Disability measurement in the anxiety disorders: comparison of three brief measures. *Journal of Anxiety Disord*, 15, 333–344.
- Sarason, I. G., Basham, R. B., Levine, H. M., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychological*, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional view of social support and their impact on assessment. In Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9-25), New York : John Wiley & Sons.
- Sarsfino, E. P. (2002). Health psychology biopsychosocial interaction. New York: John Wiley & Sons.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells., J. E., & Oakley Browne, M. A. (2006). Disability in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health

- survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 889-895.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health- related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Social support:An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues*, 40, 1-9.
- Soberg, H. L., Sandvik, L., & Ostensjo, S. (2008). Reliability and application of the ICF in coding problems, resources and goals of person with multiple injuries. *Disability and Rehabilitation*, 30, 98-106.
- Swindle, R.W. (1983). Preventive psychology: Theory, research and practice in community intervention. New York : Pergamon.
- Talbott, E. (1985). The chronic patients, problems, solutions and recommendations for a public policy. American Psychiatric Association : Washington, D.C.
- Thompson, E. H. & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379-388.
- Tilden, V. P. (1986). New perspectives on social support. *The Nurse Practitioner*, 11, 61-62.
- Ustün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, World Health Organization, Nonserial Publication.
- Vreeland, B., Minsky, S., Menza, M., Radler, R. D., Hamm, R. B., & Stern, R. (2003). A program for managing weight gain associated with

atypical antipsychotics. *Psychiatric Services*, 54, 1155–1157

Wing, J.K. (1990). Meeting the need of people with Psychiatric Disorder, *Social Psychiatric and Epidemiology*, 25, 2-8.

Wohlgemuth, R. & Betz, T. (1991). Social support and health : A Review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.

World Health Organisation (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.

World Health Organisation (2003). ICF introduction. Retrieved from <http://www3.who.int/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>

World Health Organization (2009). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Large Print Format for the visually impaired, Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

附錄一

內政部統計通報

內政部身心障礙統計月報

3.5-身心障礙者人數 The Disabled Population

年(季) Year (Quarter)	總人數 Grand Total	慢性精神病患者 Chronic Psychosis	占總人口比例(%) Rate of the Disabled Population
	計 Total		計 Total
八十一年 1992	226,642	—	1.09
八十二年 1993	263,557	—	1.26
八十三年 1994	312,671	—	1.48
八十四年 1995	393,630	12,023	1.84
八十五年 1996	456,683	24,324	2.12
八十六年 1997	500,138	32,120	2.30
八十七年 1998	571,125	40,658	2.60
八十八年 1999	648,852	48,464	2.94
八十九年 2000	711,064	54,350	3.19
九十年 2001	754,084	60,453	3.37
九十一年 2002	831,266	68,763	3.69
九十二年 2003	861,030	75,832	3.81
九十三年 2004	908,719	83,175	4.01
九十四年 2005	937,944	87,039	4.12
九十五年 2006	981,015	91,160	4.29
九十六年 2007	1,020,760	97,127	4.45
九十七年 2008	1,040,585	101,846	4.52
九十八年 2009	1,071,073	107,663	4.63
九十九年 2010	1,076,293	110,809	4.65
一〇〇年 2011	1,100,436	113,992	4.74
第一季 1st Qua.	1,077,544	111,469	4.65
第二季 2nd Qua.	1,085,001	112,165	4.68
第三季 3rd Qua.	1,093,219	113,023	4.71
第四季 4th Qua.	1,100,436	113,992	4.74
一〇一年 2012	1,102,602	114,509	4.74
第一季 1st Qua.	1,102,602	114,509	4.74

資料來源：直轄市、縣（市）政府。

Source : County and City Government.

說明：99 年第一季因臺北縣、雲林縣、屏東縣全面與戶政比對致身障人口減少。

內政統計通報

九十九年第五十一週

99年9月底身心障礙之慢性精神病患統計

內政部統計處

- ◎ 99年9月底領有身心障礙手冊之慢性精神病患者計10萬9,971人，如與89年底比較，10年來增逾1倍，佔身心障礙者總人數比率已達1成，呈逐年增加趨勢。
- ◎ 99年9月底每萬人口之慢性精神病患者達47.5人，較89年底增加23.1人；按性別分析，近10年男性均多於女性，惟兩性差距逐年縮小，至99年9月底，男性每萬人口之慢性精神病患者為47.6人，僅略高於女性之47.4人；按年齡別觀察，以45-64歲者每萬人口有84.6人，30-44歲者有68.9人，相對較其他年齡組別為多。
- ◎ 慢性精神病患者障礙等級，以中度者佔57.0%最多，輕度者佔24.6%次之，重度者佔17.0%居第三，極重度者僅佔1.4%。

一、身心障礙人口：99年9月底止，領有身心障礙手冊者計107萬1,061人，較98年同期增加0.97%；若按障礙類別觀察，以肢體障礙者38萬8,141人最多，其次依序為重要器官失去功能者11萬9,417人、聽覺機能障礙者11萬6,373人、慢性精神病患者10萬9,971人、多重障礙者10萬8,286人、智能障礙者9萬6,006人等；如與89年底比較，10年來身心障礙總人口計增加50.63%，各類障礙人數較多者中，以慢性精神病患者增加102.34%最為顯著。

二、慢性精神病患人口：99年9月底止，慢性精神病患者有10萬9,971人，較98年同期增加3.93%，佔身心障礙者總人數之10.27%，佔總人口數之0.48%，比重均呈逐年上升趨勢。茲就其特性簡析如下：

（一）按性別分：男性5萬5,402人佔50.38%、女性5萬4,569人佔49.62%；與98年同期比較，男性增加3.03%，女性增加4.87%；男性患者比率(佔總男性人口比率)為0.48%，略高於女性患者之0.47%；若以歷年兩性比重觀察，女性比例逐年攀升，由89年底之44.33%升至99年9月底之49.62%。

（二）按年齡組別分：各年齡組中每萬人口之患者數，以45-64歲有84.58人最多，30-44歲有68.91人次之，65歲以上有38.21人居第三，顯示45-64歲相對較他年齡組別為多，此或與生活、工作、經濟壓力有關；觀察

民國89年底至99年9月底資料趨勢，30歲以上患者每萬人口患病比率有逐年增加之趨勢。

(三) 按障礙等級分：以中度障礙者6萬2,635人佔56.96%最多，輕度障礙者2萬7,098人佔24.64%次之，重度障礙者1萬8,727人佔17.03%居第三，極重度者1,511人佔1.37%；較98年同期比較，以輕度患者增加6.91%增幅最大。

(四) 按縣市別分：以臺北縣1萬5,075人佔13.71%最多，臺北市1萬3,900人佔12.64%次之，高雄市8,224人佔7.48%居第三；佔總人口數比率則以花蓮縣1.10%最高，宜蘭縣0.77%次之，基隆市0.65%居第三。

表一、歷年慢性精神病患者人數

單位：人；%

年(月)底別	慢性精神病患者人數	按性別分		按年齡組別分				
		男性	女性	未滿18歲	18-29歲	30-44歲	45-64歲	65歲以上
民國89年底	54,350	30,254	24,096	209	8,128	24,888	17,644	3,481
民國90年底	60,453	33,504	26,949	198	8,292	27,345	20,401	4,217
民國91年底	68,763	37,792	30,971	236	9,215	30,468	23,907	4,937
民國92年底	75,832	41,345	34,487	322	9,686	32,807	27,404	5,613
民國93年底	83,175	44,762	38,413	370	10,141	35,035	31,412	6,217
民國94年底	87,039	46,309	40,730	331	9,845	35,768	34,367	6,728
民國95年底	91,160	47,801	43,359	328	9,665	36,477	37,453	7,237
民國96年底	97,127	50,282	46,845	305	9,523	37,616	41,733	7,950
民國97年底	101,846	52,204	49,642	272	9,141	38,163	45,733	8,537
民國98年底	107,663	54,682	52,981	310	8,886	39,276	50,010	9,181
98年9月底	105,810	53,775	52,035	298	8,993	38,895	48,717	8,907
99年9月底	109,971	55,402	54,569	306	8,455	39,095	52,644	9,471
較98年同期增減(%)	3.93	3.03	4.87	2.68	-5.98	0.51	8.06	6.33

表一、歷年慢性精神病患者人數(續)

單位：人；%

年(月)底別	按障礙等級分				占身心障礙者 總人數比率 (%)	占總人口數 比率 (%)	身心障礙者 總人數
	極重度	重度	中度	輕度			
民國89年底	1,660	13,458	31,185	8,047	7.64	0.24	711,064
民國90年底	1,674	14,394	35,673	8,712	8.02	0.27	754,084
民國91年底	1,740	15,726	40,370	10,927	8.27	0.31	831,266
民國92年底	1,795	16,755	44,755	12,527	8.81	0.34	861,030
民國93年底	1,760	17,377	48,927	15,111	9.15	0.37	908,719
民國94年底	1,700	17,327	51,053	16,959	9.28	0.38	937,944
民國95年底	1,671	17,563	52,945	18,981	9.29	0.40	981,015
民國96年底	1,658	17,833	56,201	21,435	9.52	0.42	1,020,760
民國97年底	1,615	18,085	58,617	23,529	9.79	0.44	1,040,585
民國98年底	1,558	18,650	61,451	26,004	10.05	0.47	1,071,073
98年9月底	1,559	18,446	60,459	25,346	9.97	0.46	1,060,804
99年9月底	1,511	18,727	62,635	27,098	10.27	0.48	1,071,061
較98年同期 增減(%)	-3.08	1.52	3.60	6.91	①0.29	①0.02	0.97

資料來源：各直轄市、縣（市）政府社會處（局）。

說明：1. 慢性精神病患者係指領有身心障礙手冊者而言。

2. 表列數字係按實際數值計算，其尾數採四捨五入計列，致增減百分點可能產生捨位誤差。

附註：①係指增減百分點。

表二、每萬人口慢性精神病患者人數

單位：人/萬人

年(月)底別	慢性精神病患者人數	按性別分		按年齡組別分				
		男性	女性	未滿18歲	18-29歲	30-44歲	45-64歲	65歲以上
民國89年底	24.40	26.56	22.14	0.36	17.75	43.90	40.78	18.12
民國90年底	26.98	29.28	24.58	0.35	18.07	48.30	45.14	21.37
民國91年底	30.53	32.90	28.07	0.43	20.05	53.86	50.96	24.30
民國92年底	33.55	35.91	31.10	0.59	21.17	58.25	56.17	26.89
民國93年底	36.66	38.78	34.46	0.69	22.43	62.55	61.94	28.91
民國94年底	38.22	40.05	36.34	0.63	22.01	64.14	65.33	30.35
民國95年底	39.85	41.24	38.42	0.64	21.93	64.98	68.57	31.64
民國96年底	42.31	43.31	41.27	0.61	21.94	67.06	73.70	33.93
民國97年底	44.21	44.90	43.50	0.56	21.36	67.92	77.94	35.54
民國98年底	46.57	46.99	46.14	0.65	21.20	69.45	82.39	37.36
98年9月底	45.83	46.24	45.42	0.62	21.33	68.97	81.02	36.50
99年9月底	47.51	47.62	47.40	0.66	20.45	68.91	84.58	38.21
較98年同期 增減數	1.68	1.39	1.98	0.04	-0.88	-0.05	3.57	1.71

資料來源：各直轄市、縣（市）政府社會處（局）。

說明：表列數字係按實際數值計算，其尾數採四捨五入計列，致增減數可能產生捨位誤差。

表三、縣市別慢性精神病患者人數

民國 99 年 9 月底													單位：人；%		
縣市別	慢性精神 病患者人 數	按性別分		按年齡組別分					按障礙等級分				占身心障礙 者總人數比 率(%)	占總人 口數比 率(%)	身心障礙 者總人數
		男性	女性	未滿 18歲	18-29 歲	30-44 歲	45-64 歲	65歲 以上	極重度	重度	中度	輕度			
總計	109,971	55,402	54,569	306	8,455	39,095	52,644	9,471	1,511	18,727	62,635	27,098	10.27	0.48	1,071,061
臺北縣	15,075	7,178	7,897	43	1,390	5,613	6,953	1,076	126	2,297	8,122	4,530	10.84	0.39	139,077
宜蘭縣	3,531	1,541	1,990	13	243	1,243	1,737	295	24	446	1,979	1,082	11.15	0.77	31,664
桃園縣	6,858	3,281	3,577	45	719	2,764	2,916	414	34	829	3,425	2,570	9.46	0.34	72,481
新竹縣	1,917	999	918	6	160	748	829	174	5	444	996	472	9.54	0.37	20,098
苗栗縣	2,662	1,420	1,242	6	242	976	1,208	230	35	718	1,385	524	8.61	0.47	30,908
臺中縣	6,846	3,603	3,243	12	565	2,659	3,092	518	141	1,226	4,236	1,243	9.92	0.44	69,026
彰化縣	6,008	3,342	2,666	16	518	2,298	2,682	494	84	1,231	3,678	1,015	9.71	0.46	61,886
南投縣	3,023	1,637	1,386	9	231	1,091	1,410	282	35	502	1,915	571	8.94	0.57	33,811
雲林縣	4,195	2,347	1,848	12	318	1,583	1,929	353	34	627	2,860	674	8.18	0.58	51,276
嘉義縣	3,210	1,874	1,336	8	207	1,097	1,597	301	27	507	1,955	721	8.54	0.59	37,576
臺南縣	4,825	2,647	2,178	5	328	1,567	2,462	463	84	1,090	2,811	840	8.01	0.44	60,205
高雄縣	6,474	3,348	3,126	8	420	2,388	3,125	533	78	1,027	3,757	1,612	11.19	0.52	57,853
屏東縣	4,979	2,601	2,378	13	292	1,806	2,444	424	48	711	3,156	1,064	10.13	0.57	49,173
臺東縣	1,409	767	642	8	97	563	632	109	11	231	797	370	6.77	0.61	20,826
花蓮縣	3,726	1,893	1,833	12	203	1,041	1,986	484	366	1,085	1,417	858	14.68	1.10	25,390
澎湖縣	561	285	276	2	50	218	259	32	1	32	427	101	9.26	0.58	6,058
基隆市	2,505	1,166	1,339	5	186	857	1,305	152	9	442	1,481	573	12.95	0.65	19,341
新竹市	1,451	730	721	4	131	524	696	96	8	380	662	401	9.89	0.35	14,675
臺中市	4,036	2,017	2,019	13	317	1,376	1,946	384	145	947	2,131	813	10.51	0.37	38,389
嘉義市	1,334	715	619	4	82	481	664	103	5	206	800	323	9.85	0.49	13,550
臺南市	2,763	1,420	1,343	6	224	941	1,350	242	33	535	1,594	601	9.00	0.36	30,714
臺北市	13,900	6,428	7,472	42	1,004	4,209	7,136	1,509	128	2,338	7,803	3,631	12.19	0.53	113,999
高雄市	8,224	3,924	4,300	14	493	2,914	4,076	727	44	797	5,053	2,330	12.17	0.54	67,569
金門縣	419	218	201	—	29	123	193	74	6	73	180	160	8.17	0.44	5,128
連江縣	40	21	19	—	6	15	17	2	—	6	15	19	10.31	0.40	388

資料來源：各直轄市、縣（市）政府社會處（局）。

附錄二 世界衛生組織對於活動與參與之分類

WHO「活動與參與」分類	WHO「活動與參與」分類細項
自我照顧(self-care)	自己盥洗(washing oneself) 照顧身體部分(caring for body parts) 如廁(toileting) 穿衣(dressing) 吃(eating) 喝(drinking) 照顧個人健康(looking after one's health) 其他特定的自我照顧(self-care, other specified) 非特定的自我照顧(self-care, unspecified)
家庭生活(domestic life)	獲得必需品(acquisition of necessities) 家庭任務(household tasks) 維護家庭物品和幫助他人(caring for household objects and assisting others) 其他特定的家庭生活(domestic life, other specified) 非特定的家庭生活(domestic life, unspecified)
活動(mobility)	改變和保持身體姿勢(changing and maintaining body position) 搬運、移動和操作物體(carrying, moving and handling objects) 走路和移動(walking and moving) 利用交通工具到處移動(moving around using transportation)

	其他特定的活動(mobility, other specified) 非特定的活動(mobility, unspecified)
學習和應用知識(learning and applying knowledge)	有目的的感覺經驗(purposeful sensory experiences) 基礎的學習(basic learning) 應用知識(applying knowledge) 其他特定的學習和應用知識(learning and applying knowledge, other specified) 未特定的學習和應用知識(learning and applying knowledge, unspecified)
一般任務和需求(general tasks and demands)	從事單項任務(undertaking a single task) 從事多項任務(undertaking multiple tasks) 完成日常工作(carrying out daily routine) 處理壓力和其他心理需求(handling stress and other psychological demands) 其他特定的一般任務和需求(general tasks and demands, other specified) 非特定的一般任務和需求(general demands, unspecified)
溝通(communication)	溝通—接收(communicating-receiving) 溝通—創作(communicating-producing) 溝通和使用溝通設備和技術(conversation and use of communication devices and techniques) 其他特定的溝通(communication, other specified) 非特定的溝通(communication, unspecified)
人際互動和人際關係	一般人際互動(general interpersonal

(interpersonal interactions and relationships)	interactions) 特殊人際關係(particular interpersonal relationships) 其他特定的人際互動與人際關係(interpersonal interactions and relationships, other specified) 非特定的人際互動與人際關係(interpersonal interactions and relationships, unspecified)
重要的生活範圍(major life areas)	教育(education) 工作和職業(work and employment) 經濟生活(economic life) 其他特定的重要生活範圍(major life areas, other specified) 非特定的重要生活範圍(major life areas, unspecified)
社區、社會和公民生活 (community, social and civic life)	社區生活(community life) 娛樂和休閒(recreation and leisure) 宗教和精神上的活動(religion and spirituality) 人權(human rights) 政治生活和公民權(political life and citizenship) 其他特定的社區、社會和公民生活(community, social and civic life, other specified) 非特定的社區、社會和公民生活(community, social and civic life, unspecified)

整理自 WHO 之 ICF 網站

附錄三 社會支持定義表

研究者（年代）	社會支持之定義
Caplan（1974）	社會支持是一種永續的關係，當人面臨壓力情境時，家人、朋友或重要他人給予不同形式的支持與援助並分享情緒的負擔。
Cobb（1976）	社會支持是一種資訊的提供，促使個人感到被關愛、受尊敬，是屬於一個共同與相互義務之網絡且其價值受到肯定。
Pearlin, Lieberman, Menaghan, 和 Mullan,（1981）	社會支持乃在因應生活變動中，可使用和可靠的他人、團體或組織。
Sarason, Basham Levine 和 Sarason（1983）	當人需要時，能得到幫助或支持，及滿意這些支持的知覺信念，它是在面臨壓力時的一個緩衝系統，幫助個人來對抗和減輕壓力所帶來的不良影響。
Lin（1986）	社會支持是由社區組織、社會網絡和信任伙伴提供可觀察或實際的工具性和表達性的協助
Langford, Bowsher, Maloney 與 Lillis（1997）	社會支持為對他人的援助(assistance) 與保護 (protection)，援助可以是有形的經濟資助或無形情緒上的協助；保護可說是他人處於生活壓力的負面影響下，能夠出現並予以維護。
Colvin、Cullen 和 Thomas (2002)	社會支持是個人能夠從其人際網絡或社會支援中獲得之協助。
Okun 和 Lockwood（2003）	社會支持為：1.援助（aid）：提供接收者實質的資源和資訊；2.情感（affect）：對接收者表現出正向的情感及評價；3.肯定（affirmation）：確認接收者的觀點，和認可他可以擁有自己的觀點；4.依附（attachment）：提供機會分享關心、興趣及娛樂活動。

Lopez (2009)	人際間交流互動狀態，對個體身心狀態有直接影響，當個體接受到社會支持時會感到被關懷、被尊重有自尊心及自我價值感。個體在需要協助時能獲得資源交換，提供個體心理需要的支持與個體知覺的需求滿足程度。
吳靜吉 (1984)	社會支持是指人生面對各種發展危機化解的力量，人是社會支持最大的資源，社會支持不僅可以降低憂鬱、焦慮，且可使個人產生新的活力。
曾肇文 (1996)	社會支持是指個體面對壓力時，來自外在環境中各項支持可利用性的知覺。
董智慧 (1998)	社會支持是指個人透過與其他个人或團體的互動，而中得到情緒支持、訊息性支持或工具支持，以滿足個人需求及增進心理上的幸福感。
林子雯 (2000)	社會支持是指個人在面對壓力時，重要他人能夠提供的援助與支持（包括情緒、精神、經濟及其他資源），增加個人處理環境的能力。

附錄四 社會支持功能、型態列表

研究者（年代）	社會支持之功能、型態
Barrera, Sandier 和 Ramsay (1981)	1.情緒性的支持。2.訊息支持。3.實質性支持。4.評價性支持。
Cohen 和 Will (1985)	1.訊息性的支持提供。2.工具性的支持。 3.社會陪伴性支持。4.評價性的支持。
Cutrona 和 Russell (1990)	1.情緒支持。2.社會網絡的支持。4.自尊支持。4.實質的協助。5.訊息支持。
Barrera (1996)、Sarsfino (1994)	1.情感的支持、2.尊重的支持、3.實質的或工具的支持、4.訊息的支持、5.網絡的支持。
阮玉梅等，1999；林梅香等，1996；林麗嬋等，1997；胡幼慧等，1995；楊淑賢，1998	1.金錢上的提供。2.工具性的提供。3.情感性提供。4.資訊性提供。
邱文彬(2001)	1.物質的。2.情緒的。3.尊重的。4.訊息的。 5.友伴的。
Schaefer, Coyne 與 Lazarus (1981)	1.情緒性支持。2.訊息性支持。3.工具性支持。

附錄五

慢性精神障礙者社會支持與活動參與問卷

敬啟者：

研究者為台灣師範大學復健諮商所研究生葉俞佐，目前在本校王華沛教授指導下進行論文研究。碩士論文題目為「慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關研究」，在此誠懇邀請您參與本研究，這份問卷主要是想了解您感受到來自家人、同學朋友與機構工作人員所提供給您的支持與協助，以及過去三個月日常活動或工作的感受，幫助我們對精神障礙有更進一步的了解，作為我們提供更好復健活動及活動參與策略之參考。

您只要依據您本身的實際狀況作答，即是最適當的答案。本問卷所得資料，謹做為學術研究之用，並不會公開您的個人資料，請您放心作答。

在您閱讀以上說明後，若您願意接受請在下欄簽名，最後再次感謝您的配合與協助。

敬祝 闔家平安

國立台灣師範大學復健諮商研究所

指導教授 王華沛

研 究 生 葉俞佐 敬上

同意人：

日 期：____年____月____日

第一部分 基本資料

題目	選項
1. 性別： ☐ 男 ☐ 女	
2. 年齡：____歲(民國____年____月生)	
3. 請問您最高學歷為？	☐ 研究所以以上 ☐ 大學 ☐ 專科 ☐ 高中職 ☐ 國中 ☐ 國小 ☐ 不識字
4. 請問您家庭狀況為？	☐ 獨居 ☐ 與父母同住 ☐ 與配偶同住 ☐ 與子女同住 ☐ 與配偶、子女同住 ☐ 其他____
5. 工作狀況	
5.1 請問您現在有沒有工作(這一年內)？	☐ 有 ☐ 沒有
5.2 工作性質為？	☐ 1全職每週____小時(20小時以上) ☐ 2兼職每週____小時(少於20小時)
5.3 維持此份工作時間多久？	約____年 ____月
6. 診斷	☐ 精神分裂症 ☐ 憂鬱症 ☐ 躁鬱症 ☐ 其他
7. 精神病史	約民國____年，至今已____年
7.1 請問你第一次發病時間？	
7.2 請問你的障礙手冊程度？	☐ 無手冊，有重大傷病卡 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度
7.3 請問近三個月是否有受到精神症狀 (如:幻聽、情緒起伏、妄想)干擾？	☐ 無 ☐ 有，但不影響日常生活 ☐ 有，且輕度影響日常生活 ☐ 有，且中度影響日常生活 ☐ 有，且重度影響日常生活
7.4 請問你目前有無接受精神科門診？	☐ 無 ☐ 有
7.5 請問你是否有規律到門診？	☐ 有，平均每____週1次 ☐ 不規則，病情不穩定才就醫 ☐ 其他____
7.6 目前服藥狀況	☐ 每天按時、按量服藥 ☐ 每天按時、不按量服藥 ☐ 有時會忘記服藥 ☐ 有症狀才服藥 ☐ 完全不服藥
7.7 藥物副作用：	☐ 無 ☐ 有，但不影響日常生活 ☐ 有，且輕度影響日常生活 ☐ 有，且中度影響日常生活 ☐ 有，且重度影響日常生活

第二部分 社會支持

以下問題是想了解你生病後感受到來自周圍家人、親戚朋友與機構工作人員所提供給你的支持與協助，每題有五種選項，請仔細閱讀，就你目前內心最真實的感受和實際情況，在合適的選項中圈選，謝謝！

* 支持的來源：

家人：包括父母、祖父母、兄弟姐妹等等。

親戚朋友：包括親戚、同學、朋友、同事、病友等等。

機構工作人員：包括護理師、心理師、社工師、職能治療師、生活輔導員、就業輔導員等等。

		從來都沒有	很少	有一些	很多	非常多
1. 關心我的健康狀況及病情變化	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
2. 可以分擔我對生病的擔心及害怕	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
3. 聽我訴說生病所帶來的苦惱和困擾	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
4. 同意或支持我的看法或決定	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
5. 讓我覺得是被尊重和信任的	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
6. 面臨做決定時，可以給我建議或勸告	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
7. 告訴我如何處理症狀	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
8. 告訴我如何處理藥物副作用	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5

		從 來 都 沒 有	很 少	有 一 些	很 多	非 常 多
9. 提供我關於疾病認識或治療的資料 (如書籍、剪報、衛教單張等)	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
10 提醒我或告訴我要按時服藥	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
11 當我有不舒服的症狀時陪伴我、關心我	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
12 在我有需要的時候，給我經濟上的支援	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
13 在我有需要的時候，提供我工作的協助	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
14 在我需要時，提供醫療照顧服務（例如：陪我到醫院看病或幫我拿藥）	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5
15 提供我所需要的復健機構及其它相關的醫療資源	家人	1	2	3	4	5
	親戚朋友	1	2	3	4	5
	機構工作人員	1	2	3	4	5

請翻頁繼續作答

第三部分 活動參與

填答說明：

完全沒困難：不會感受到任何困難。

輕度困難：困難程度是您能容忍。

中度困難：困難程度是令您感到不舒服的。

重度困難：困難程度是令您感到焦慮並部份地干擾生活。

極重度或無法做：困難程度是令您感到非常不舒服並完全地干擾您每日生活。

在這30天裡，你在進行下列活動時，覺得困難度如何？		完全沒困難	輕度困難	中度困難	重度困難	極重度或無法做
1	長時間站立，譬如30分鐘。	0	1	2	3	4
2	處理家務和照顧家人。	0	1	2	3	4
3	學習新的東西，例如學習如何到一個的地方。	0	1	2	3	4
4	參加各種的社區活動（里民活動、節慶活動、宗教活動 或是其他活動）有多大困難呢？	0	1	2	3	4
5	你的健康情形對你的情緒有多大影響？	0	1	2	3	4
6	專心做事十分鐘？有多大困難呢？	0	1	2	3	4
7	走一段比較遠的路，例如一公里以上的路。	0	1	2	3	4
8	洗澡、洗頭髮，維持好個人衛生。	0	1	2	3	4
9	做合宜的穿著打扮。	0	1	2	3	4
10	和陌生人互動，例如打招呼、問路。	0	1	2	3	4
11	交新朋友，有多大困難呢？	0	1	2	3	4
12	每天的工作，有多大困難呢？	0	1	2	3	4
13	在過去的30天中，有多少天經歷了上述的困難？			天		
14	在過去的30天中，因為健康問題，有多少天你完全不能做日常活動或工作？			天		
15	在過去的30天中，扣掉完全不能做的天數，有多少天因為健康問題造成您必須減少工作時間或是減少日常活動時間。			天		

問卷到此結束，請再檢查一下是否全部填寫完畢，感謝您的協助!!

附錄六 相關矩陣列表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1區域	1																												
2性別	-.012	1																											
3年齡	.090	-.079	1																										
4學歷	.097	-.091	-.027	1																									
5家庭狀況	-.023	.025	.237**	.185**	1																								
6工作狀態	.115	.170	-.015	-.007	.002	1																							
7診斷	-.095	-.022	-.006	-.058	.038	-.010	1																						
8發病時間	-.090	-.091	.442**	-.066	-.025	-.090	.014	1																					
9障礙程度	.206**	-.090	.198**	.195**	.139*	-.142	-.189**	.096	1																				
10症狀干擾	.082	-.008	-.080	.180**	.012	.063	-.015	-.018	.082	1																			
11有無門診	-.040	-.055	.035	.017	.150*	. ^a	.000	-.014	-.075	-.077	1																		
12門診狀況	.038	.070	-.006	-.003	-.069	.101	.007	-.067	-.123	.075	.000	1																	
13服藥狀況	-.038	.079	-.032	-.012	-.076	.135	.029	-.089	-.070	.155*	.000	.693**	1																
14副作用	.087	-.068	-.014	.181**	-.046	.057	-.022	.110	.116	.415**	.000	-.018	.154*	1															
15家人支持	-.036	.055	-.319**	-.025	-.079	.067	-.034	.009	-.017	.187**	-.069	-.043	-.135*	.154*	1														
16親友支持	-.040	.057	-.121	.043	.078	-.201*	-.045	.007	.006	.018	-.002	-.008	-.104	.092	.434**	1													
17機構支持	.002	-.050	-.107	-.030	.076	-.120	-.087	-.068	.093	.020	-.074	.057	.061	.038	.246**	.296**	1												

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
18情緒性支持	-.061	.056	-.236**	.028	.025	-.131	-.051	-.009	.006	.128*	-.044	-.014	-.055	.133*	.702**	.691**	.587**	1											
19評價性支持	-.065	.080	-.279**	-.042	-.008	-.044	-.021	-.071	-.097	.052	-.021	.032	-.070	.103	.697**	.693**	.559**	.759**	1										
20訊息性支持	.004	.053	-.213**	.018	.007	-.103	-.066	-.006	.045	.086	-.095	-.011	-.084	.153*	.739**	.738**	.584**	.802**	.755**	1									
21協助性支持	-.027	-.029	-.221**	-.016	.051	-.094	-.096	.006	.099	.125	-.058	-.014	-.112	.102	.743**	.731**	.574**	.738**	.738**	.802**	1								
22社會支持	-.036	.035	-.257**	-.004	.024	-.104	-.070	-.018	.029	.110	-.064	-.004	-.093	.134*	.796**	.788**	.633**	.891**	.879**	.930**	.925**	1							
23認知向度	.026	-.054	.022	.081	.044	.101	.070	.024	.032	-.147*	.064	-.025	-.089	-.105	-.017	-.010	-.052	-.019	-.006	-.051	-.034	-.033	1						
24四處走動向	.103	.038	.072	.053	-.043	-.010	-.009	.074	.097	.028	-.016	.103	.052	.027	-.031	.030	.071	.011	.056	.024	.008	.025	.422**	1					
25生活自理向	.036	-.057	.165*	.089	.032	.091	.043	-.001	.031	-.115	.108	.035	.056	-.088	-.438**	-.223**	-.266**	-.380**	-.362**	-.400**	-.388**	-.423**	.419**	.340**	1				
26與他人相處	-.020	-.003	.097	.054	-.022	-.115	-.008	-.002	.008	-.126	.169**	-.010	-.030	-.145*	-.189**	-.411**	-.111	-.279**	-.317**	-.300**	-.290**	-.326**	.340**	.266**	.367**	1			
27生活活動向	.021	-.020	.169**	.017	.074	-.085	.089	.009	-.007	-.187**	.160*	-.052	-.089	-.159*	-.177**	-.082	-.141*	-.163*	-.133*	-.190**	-.161*	-.180**	.478**	.336**	.459**	.373**	1		
28社會參與向	.079	-.026	.174**	.069	.054	-.098	.112	-.066	.115	-.031	-.085	.042	.080	-.086	-.327**	-.376**	-.136*	-.336**	-.344**	-.361**	-.363**	-.388**	.249**	.233**	.367**	.348**	.279**	1	
29活動參與	.054	-.020	.167**	.085	.018	-.014	.050	.020	.083	-.130*	.102	.019	-.012	-.134*	-.287**	-.248**	-.135*	-.267**	-.260**	-.300**	-.287**	-.309**	.730**	.666**	.708**	.676**	.697**	.547**	1

***表P<0.001時，**表P<0.01，*表P<0.05，達統計顯著水準,a表示至少有一變項是常數故無法計算

同 意 書

本人同意國立台灣師範大學復健諮商研究研究生葉俞佐使用本人所編之「社會支持表」，以進行所碩士論文「慢性精神障礙者社會支持與活動參與之相關研究」。

惟葉君應在論文註明使用本人所編制之「社會支持量表」，將來若有任何發表，應在適當處註明研究工具與參考文獻之出處，以符合學術論著之規定。

同意人：



中 華 民 國 100 年 12 月 20 日