

探討思覺失調症病人希望感之相關因素研究

吳瑞燕¹、王素鴻²、黃麗華³、顏文娟^{4*}

中山醫學大學附設醫院精神科¹

中山醫學大學附設醫院護理部^{2,3}

中山醫學大學護理系^{4*}

摘要

背景：思覺失調症病人對自我疾病負向認知影響情緒適應，將影響疾病治療，因此了解其因應及適應狀況，強化希望感有助於增強病人內在力量及疾病穩定。**目的：**探討思覺失調症病人希望感影響因子，作為改善精神病人身心健康與疾病復原計畫之參考。**方法：**研究對象為中部某醫學中心精神科門診140位思覺失調症病人，採橫斷式描述性相關研究設計，以疾病症狀量表、疾病意義量表、自我控制量表、自尊量表及希望感量表五種研究工具進行測量。統計以SPSS17.0套裝軟體次數分配百分比、平均值、標準差、t檢定、ANOVA、Pearson correlation、Multiple regression進行統計分析。**結果：**(1)疾病症狀、自我控制的受限程度與希望感呈現中、低度負相關($r=-0.46$, $p<0.001$; $r=-0.19$, $p<0.05$); (2)疾病意義、自尊與希望感呈現中度正相關($r=0.45$, $p<0.001$; $r=0.67$, $p<0.001$); (3)疾病症狀 $p=0.021^*$ 及自尊 $p<0.001^{**}$ 可作為預測思覺失調症病人希望感狀態。**結論與建議：**能正向接納自己的疾病且增進自我控制感與自尊以及疾病症狀改善，對希望感提升具有正面的意義。因此，建議精神科醫護人員能重視病患疾病感受、自尊、自我控制感等相關問題評估及護理應用，期待病人因希望感存在，能過著有目標具意義的生活。

關鍵詞：思覺失調症、認知適應、希望感度

通訊作者：顏文娟教授

通訊地址：台中市南區建國北路一段110號

E-mail: ywenjuan@gmail.com



前言

台灣有 116,724 人診斷為思覺失調症，占全台灣人口比率的 0.5%（衛生福利部統計處，2014）。多數精神疾患會將社會大眾給予的負面態度內化形成自我恥辱或窘困導致壓力源，造成精神疾患的病情愈加惡化，形成烙印的惡性循環[1,2]。超過八成的思覺失調症病患感受到烙印與差別待遇，疾病烙印程度與本身認知適應相互影響，當疾病自我烙印後會有低自尊和自我效能低[3,4]。因此思覺失調症病人認知適應與情緒議題是值得探討。

Taylor[5] 運用認知適應理論 (Theory of cognitive Adaptation) 來說明當個人經歷威脅性事件時，會經歷尋求對事件正面意義解釋、獲得自我控制的感覺進而增強自尊與自我價值這三個過程來達到適應。反之則會造成自我負向看法，一連串負面效應影響，可能因失去控制感產生焦慮不安、低自尊、無力感、無望感、憂鬱等負面情緒。無望感經常出現在思覺失調症病人，因長期受到疾病症狀影響，大部分病人失去工作機會導致社交隔離、學習機會降低、被遺棄感，因無望感導致憂鬱提高自殺危險性，甚至威脅生命，造成許多家庭問題及社會負擔[6]。而學者們提出「希望」能鼓勵個人面對未來，可增加內在力量，是預防病人進入無望狀態最重要因子，也是制止疾病的重要因素，更是視為增強因應及適應能力的方法及策略[7,8]。

目前國外對精神病患「希望」介

入的相關主題持續有研究參考，有鑑於國內對思覺失調症病人希望感相關研究篇幅極少，引發筆者對此研究之動機，因此本研究目的是探討思覺失調症病人之希望感影響因子，希望能瞭解國內外研究結果差異，也期待研究結果有助於未來改善精神疾患身心健康與疾病復原的計畫。

材料與方法

本研究對象以橫斷式描述性立意取樣研究設計，依據 Sample Size Calculator 樣本推估(計算公式取自 <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>)，由中部某醫學中心精神科門診 140 位個案為研究樣本，符合收案條件:DSM-IV 或 ICD-10 診斷為思覺失調症病人、年齡介於 20—65 歲間、意識清楚並能以國台語溝通、精神症狀穩定，能持續專注約 20-30 分鐘者。排除條件:非思覺失調症疾病診斷者、年齡小於 20 歲或超過 65 歲、精神症狀嚴重干擾無法配合者。符合收案者由研究人員親自將問卷交由每位受測者作答，若遇到不識字者則由研究者說明問卷內容後協助填寫問卷內容。平均完成問卷填寫約為 20-30 分鐘，所有問卷量表由研究員親自發放及收回，以求資料完整及一致性。

一、研究工具

- (一)病患基本人口學資料包括:性別、年齡、發病年齡、婚姻、教育程度、工作、居住型態、住院次數、疾病症狀。
- (二)精神症狀量表採用疾病症狀量表 Espie et al.1988[9]作為評分標

準，此量表專為門診精神病患所使用，該量表有 36 個題項，並採用了 Likert 五點式計分。範圍從 0「從未發生」至 4「經常發生的行為且出現時極為強烈」，於本研究中進行信度檢測 Cronbach's α 值為 0.92。

(三)疾病意義量表採用 Fife 2000[10] 作為測量工具，量表共有 11 題，分別以 Likert 四點式計分，分數越高代表對事件意義的解釋越是積極有利，量表內在一致 Cronbach's α 值為 0.89，具有高度穩定性。於本研究中進行信度檢測 Cronbach's α 值為 0.82。

(四)自我控制量表以 Lachman, Weaver 1998[11, 12] 作為測量工具，內容分為征服及受限兩分量表，共有 12 題項，全部項目採反向計分，得分越高表示受限控制感更大。其總量表 Cronbach's α 值為 0.85。於本研究中進行信度檢測 Cronbach's α 值為 0.70。

(五)自尊量表採用鄭翻譯 Rosenberg 於 1965 編製的中文版自尊量表 2011[13]，其構面分為自我喜愛範疇與自我能力範疇共 10 題，總分介於 10-60 分，分數愈高表示整體自尊愈佳，Cronbach's α 值 0.84。

(六)希望感量表以 Snyder et al. 1991[14] 路徑思考及動力思考兩個分量表作為測量工具，計分方式採 Likert 八點式計分，得分範圍最低 8 分，64 分為最高，分數

越高表示希望感程度越高，此量表內在一致性為 Cronbach's α 值 0.74-0.84，再測信度為 0.8。

二、倫理考量

研究計畫通過並取得醫院臨床試驗同意書，(證號:CS14067)後進行研究。為保護研究對象權益及隱私，向個案或家屬說明研究目的、施測方式及樣本資料保護，研究對象可以自行決定是否接受問卷調查，且有隨時終止參與研究的權利，徵求個案或家屬同意書後才進行資料收集。

三、統計分析

收集資料後，將資料進行編碼，並以 SPSS 17.0 統計軟體進行資料建檔及資料分析，統計方法以次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值、單因子變異分析(ANOVA)、獨立樣本 t 檢定、薛費氏多重事後比較法、皮爾森積差(pearson Correlation、Multiple regression 進行相關統計分析。

結果

一、思覺失調症病人基本人口學資料

人口學資料中性別、年齡、發病年齡、婚姻、教育、工作、居住型態及住院次數與希望感之間並無顯著差異，其中年齡、發病年齡取其平均值進行統計分析，如(表一)。結果發現在所有人口學資料皆未呈現顯著意義，然而有發現希望量表路徑思考得分皆高於動力思考，表示病患建立希望感過程中路徑思考為比較傾向目標達成之方法或策略，但在動力思考持續動力上較低，也符合思覺失調症因

病程影響，對於任何事物參與普遍缺乏動機。

二、思覺失調症病人希望感與變項間相關性

思覺失調症病人希望感的兩個構面(路徑思考、動力思考)分別與疾病症狀、疾病意義、自我控制、自尊各變項做相關性檢定(Pearson Correlation)，顯示思覺失調症病人疾病症狀越明顯，希望感程度越低($r=-0.46$, $p<0.001$)，在路徑思考及動力思考構面($r=-0.42$, <0.001)，皆呈現中度負相關；對疾病意義能越正向解釋，希望感程度越高($r=0.45$, $p<0.001$)，於路徑思考($r=0.42$, $p<0.001$)及動力思考($r=0.44$, $p<0.001$)構面皆呈現中度正相關；自我控制中受限程度越高，希望感程度越低($r=-0.19$, $p<0.05$)，於路徑思考($r=-0.19$, $p<0.05$)皆呈現低度負相關；高自尊能增加希望感程度($r=0.67$, $p<0.001$)，於路徑思考($r=0.60$, $p<0.001$)及動力思考($r=0.67$, $p<0.001$)皆呈現中度正相關，如(表二)。

三、預測思覺失調症病人的希望感

針對思覺失調症病人希望感的預測因子作分析，具有顯著的變項以線性迴歸模式進行統計分析，影響思覺失調症希望感預測變項，經由線性迴歸模式進行分析，以尋找能預測樣本希望感之重要變項，本研究分別以希望感總分為依變項，疾病症狀、疾病意義、自我控制、自尊為自變項，迴歸分析結果疾病症狀 $B=-0.13$ ，

$Beta=-0.17$ ， p 值= 0.021^* ；疾病意義 $B=0.36$ ， $Beta=0.14$ ， $p=0.101$ ；自我控制 $B=0.10$ ， $Beta=0.82$ ， p 值= 0.244 ，自尊 $B=0.78$ ， $Beta=0.51$ ， p 值= $<0.001^{**}$ ，影響力預測方面可解釋希望總變異量 49.7%。疾病症狀($p<0.05$)、自尊($p<0.001$)皆有顯著的意義。而在疾病意義、自我控制、未有顯著意義。因此，經由逐步迴歸分析係數發現自尊首先被納入模式中，該變項可以獨立預測依變項， $Beta$ 為.671， t 值 10.63 ($p<.0001$)。此時只有單獨一個變項被納入，自尊對於希望感的預測力並沒有受其他變項干擾。模式二係數估計中增加疾病症狀，其 $Beta$ 為-.192， t 值-2.81($p=.006$)，而自尊的 $Beta$ 係數此時降為.589， t 值為 8.61 ($p<.0001$)，第一個迴歸解釋力有 45%，第二個迴歸解釋力有 47.9%，當疾病症狀於迴歸分析中，其解釋力增加 2.9%，如(表三)。因此，自尊及疾病症狀為希望相關之預測因子。

討論與結論

本研究人口學特徵與希望感皆未呈現顯著意義，結果與另一研究[15]有差異是有工作與希望有顯著差異，可能因素來自於文化背景不同，導致結果差異。台灣與歐系國家在思覺失調症患者提供照顧中，家屬應都佔著重要角色，以台灣傳統社會文化，多數家庭仍以雙親為主要照顧者，有些父母親會因病人生病而產生愧疚感，對患者順從之外也可能會取代許多病人的工作職責，長期下來會剝奪患者

學習及訓練，無法找到工作，再者有些家屬基於保護患者立場，不希望患者工作或人際受挫，而讓患者留在家中，本研究參與者無工作站 2/3，而有工作執行內容多屬勞務性單一的工作如清掃工作，較少機會選擇符合興趣或充滿挑戰的工作機會，況且多數雇主會因患者疾病症狀影響，也無法交付予複雜性工作內容，當患者疾病穩定狀態下，習慣於制式化、缺乏挑戰性的執行工作，皆有可能影響研究結果，或可能在未來研究中增加樣本數是否在工作與希望能有顯著的差異。然而研究者也發現在所有人口學特徵路徑思考得分皆高於動力思考，雖然思覺失調症病人受到疾病因素影響，仍在希望感當中想要達成目標會努力去思考可行的方法及策略，表示病患建立希望感過程中為比較傾向目標達成之方法或策略，但缺乏持續動力，應是受到疾病負性症狀影響，缺乏動機無法有具體的行動表現，思覺失調症病人受到疾病症狀影響到認知、判斷、情緒適應力等導致整體能力下降[16]。研究中[17]提及身體症狀嚴重程度會加重心理困擾，使病情更加惡化，降低希望感程度，一旦正性症狀、敵意、情緒不佳的症狀改善後可增進個人的控制感及希望感，與本研究結果中自尊與疾病症狀預測其希望感能達一致性。在認知適應過程中對疾病意義解釋越是正面，心理狀態調適越佳，若能正向的接受疾病所帶來的壓力挑戰，這些影響結果將影響人際關係改善與社會適應。除此，病

患受疾病影響，能學習良好自我控制，進而可以管理自己的狀況，主動地參與健康照護，可提升自尊及對生命的責任感和意義[18]。有一研究指出[19]，高自尊的個體擁有較正向的行為反應，行為反應的表現同時會受到認知思考所影響，一連串相互影響證實高自尊存在會有較高程度的希望感[20]，其結果與本研究自尊與希望為中度正相關相符合。

建議從事精神醫療醫護人員應了解影響思覺失調症病人希望感之因素，針對個案之個別性提供相關衛教內容或設計相關支持性團體以增進病人在情緒方面的支持與學習技巧，促使獲得同儕及醫療人員協助與支持，並獲得疾病症狀穩定進而能正向看待自己的疾病，在自我控制能力及自尊心建立下能自我期許，對未來的生活抱持著希望感。因此教導病患負向認知的辨識、設計生動實務型活動內容，引發病人參與動機及運用理性思考技巧的練習，並以實證為基礎的團體治療照顧計畫，建立良好的社會支持系統，改善與家人、朋友互動關係，讓病人感受到被重視及肯定，增加就業媒合機會等介入措施，藉此增加病患對希望感的持續動力的支持，使病患自覺有優點，感受到他人尊重而以積極的態度面對自己，將能改善負向思考與人際衝突並增進自我價值及希望感建立。

本研究限制僅限於中部某醫學中心身心科門診進行收案，且以橫斷式描述相關性研究設計，故研究結果無

法推論他院並持續追蹤思覺失調症病人影響希望感之相關變化，建議未來能進一步對思覺失調症住院病患或社區復健中心病人進行與希望感相關研究如復健治療前、中、後進行希望感之探討，也能針對不同疾病診斷如：憂鬱症與希望感相關研究等作更深更廣的探討，期待此研究結果能對思覺失調症希望感研究有興趣者，納為相關研究之參考。

致謝

感謝中山醫學大學附設醫院院內研究專題計畫(CSH-2015-A-021)經費補助及身心科門診醫師協助轉介符合受試者，方得完成問卷資料收集並順利完成此研究。

參考文獻

- 1 衛生福利部：101 年度全民健康保險醫療統計年報。2014 年 8 月 10 日 取 自 http://www.-mohw.-gov.tw/cht/DOS/StatisticP.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2657&doc_no=13275。
- 2 Pen DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW: Interpersonal Factors Contributing Stigma of Schizophrenia: Social Skills, Perceived Attractiveness, and Symptoms. *Schizophrenia Research* 2000; 45(1-2): 37-45.
- 3 張作貞：精神疾病烙印及抗烙印行動之對話。東吳社會工作學報 2008；(18)：135-56。
- 4 Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC: Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51(1): 19-30.
- 5 Taylor SE: Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* 1983; 38(11): 1161-73.
- 6 蘇清菁、陳玉敏：無望感之概念分析。長庚護理 2009；20(4)：456-62。
- 7 黃錫美：希望感之概念分析。慈濟護理雜誌 2007；6(2)：57-63。
- 8 Herth KA: The relationship between level of hope and level of coping response and othervariables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1989; 16(1): 67-72.
- 9 Espie CA, Montgomery JM, Gilies JB: The development of a psychosocial behavior scale for the assessment of mentally handicapped people. *Journal of Mental Deficiency Research* 1988; 32: 395-403.
- 10 Fife BL: The constructed meaning scale. *A Handbook of Psychological Tests* 2000; 2.
- 11 Lachman ME, Weaver SL: Socio demographic variations in the sense of control by domain: Findings from the Mac Arthur studies midlife. *Psychology and Aging* 1998; 13(4): 553-62.
- 12 Lachman ME, Weaver SL: The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 74(3): 763.
- 13 鄭伊真：Rosenberg 自尊量表中文版的修訂分析(未發表碩士論文) 2011；台南市：國立成功大學教育

- 研究所。
- 14 Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST: The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 60(4): 570- 85.
 - 15 Vrbova k, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al.: Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross sectional study. *Neuropsychiatr Disease and Treatment* 2017; 13: 567-76.
 - 16 王淑清、潘瓊琬、鍾麗英、熊秉荃：影響思覺失調症病人生活品質之因素-一年之追蹤研究。護理暨健康照護研究 2011；7(1)：55-64。
 - 17 Waghorn G, Chant D, Whiteford H: The strength of self-reported course of illness in predicting vocational recovery for persons with schizophrenia. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2003; 18(1): 33-41.
 - 18 Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S: A concept analysis on process empowerment. *Advanced Nursing Science* 1998; 21(2): 62-8.
 - 19 Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S: A concept analysis on process empowerment. *Advanced Nursing Science* 1998; 21(2): 62-8.
 - 20 Seligman MEP: *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York Free Press

2002.



表一 思覺失調症病人之希望量表人口學特性分佈(n=140)

變項名稱	人數	希望量表總分	p 值	路徑思考	p 值	動力思考	p 值
性別							
男	79	43.37±14.16	0.958	22.22±7.50	0.875	21.16±7.30	0.934
女	61	43.28±12.77		22.02±7.25		21.26 ± .49	
年齡							
<40 歲	76	43.17±14.01	0.841	21.97±7.72	0.787	21.20±6.92	0.986
≥40 歲	64	43.53±13.02		22.31±6.97		21.22±7.00	
發病年齡							
<27 歲	81	43.49±13.17	0.908	21.95±7.23	0.739	21.54±6.70	0.504
最低年齡:12							
≥27 歲	59	43.11±14.10		22.37±7.60		20.74±7.28	
最高年齡:55							
發病年數							
<10 年	57	42.84±13.88	0.039*	22.42±7.66	0.06	20.42±7.03	0.032*
10-15 年	36	45.03±9.96		22.97±5.15		22.06±5.35	
16-20 年	18	39.56±16.17		19.89±9.27		19.67±7.31	
21-25 年	15	51.27±14.60		25.33±8.08		25.93±6.73	
>25 年	14	37.36±12.11		18.21±5.96		19.14±8.23	
婚姻							
未婚	95	43.78 ± 13.08	0.895	22.21±7.00	0.605	21.57±6.66	0.533
已婚	31	42.06±15.41		22.10±8.77		19.97±7.32	
離婚	14	43.14±12.84		21.64±6.95		21.50±8.09	
教育程度							
國小以下	13	39.31±17.09	0.330	20.62±10.19	0.175	18.69±7.93	0.947
國中	21	42.19±16.29		21.52±9.00		20.67±7.79	
高中	66	44.56±12.34		22.87±6.48		21.70±6.84	
大學以上	38	43.17±12.78		21.69±6.94		21.49±6.34	
工作							
無業	81	41.91 ± 14.88	0.237	21.23 ± 8.10	0.282	20.68±7.64	0.410
工作不穩定	16	37.56±13.99		18.81±7.60		18.75±7.22	
工作穩定	43	48.16±8.54		25.05±4.42		23.12±4.79	
居住型態							
獨居	14	42.21±12.05	0.246	21.57±6.87	0.946	20.64±5.89	0.500
小家庭	101	42.45±14.41		21.75±7.82		20.70±7.45	
折衷家庭	20	48.65±9.68		24.45±5.73		24.20±4.49	
大家庭	5	43.00±8.63		22.00±4.06		21.00±4.90	
住院次數^b							
< 2 次	89	44.69±12.87	0.116	22.62±6.97	0.068	21.65±6.48	0.261
≥ 2 次	51	40.96±14.40		20.59±8.41		19.82±8.15	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$



表二 探討思覺失調症病人希望感與變項之相關性(n=140)

	年齡	發病年數	住院次數	疾病症狀	疾病意義	自我控制	自尊
希望	0.003	-0.01	-0.02	-0.46**	0.45**	-0.19*	0.67**
路徑	0.01	-0.08	-0.03	-0.42**	0.42**	-0.19*	0.60**
動力	-0.004	0.06	-0.004	-0.42**	0.44**	-0.17	0.67**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

表三 逐步迴歸分析希望量表的影响因子(n=140)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B	Std. Error	Beta		
常數	8.910	3.348		2.66	.009
自尊	.890	.084	.671	10.63	<0.001**
常數	16.509	4.268		3.87	<0.001**
自尊	.781	.091	.589	8.61	<0.001**
疾病症狀	-.149	.054	-.189	-2.77	.006*
常數	20.56	5.041		4.08	<0.001**
自尊	.796	.091	.601	8.77	<0.001**
疾病症狀	-.151	.054	-.192	-2.81	.006*

Dependent Variable: 希望

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$ 

The Study of Hope among Patients with Schizophrenic

Jui-Yen Wu¹, Su-Hung Wang², Li-Hua Huang³, Wen-Jiuan Yen^{4*}

Department of Psychiatry, Chung Shan Medical University Hospital¹

Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital^{2,3}

School of Nursing, Chung Shan Medical University⁴

Abstract

Background: Negative cognition of one's own schizophrenia affects the patient's emotional adaptation and future treatment. Therefore, enhancing their adaptive ability and building the hope to increase their inner strength may stabilize the disorder. **Purpose:** The purpose of this study was to explore the hope impact factor of patient with Schizophrenia, as a reference for improving the health of physical and mental, and illness recovery for the patients with mental illness. **Methods:** The study was a cross sectional, descriptive study. We recruited 140 patients of schizophrenia from the psychiatric clinics in a medical center of central Taiwan. We used 5 instruments including Psychological Behavior Scale (PBS), Constructed Meaning Scale (CMS), Sense of Control Scales(SCS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and The Hope Scale (THS). The data was analyzed by SPSS percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Pearson correlation, and multiple regressions. **Results:**(1) The psychological symptoms and behaviors were moderately negative correlation ($r=-0.46$, $p<0.001$) to the hope, and the perceived constraints of the sense of control were weakly negative correlation ($r=-0.19$, $p<0.05$) to the hope.(2) The meaning of the disorder ($r=0.45$, $p<0.001$) and the self-esteem ($r=0.67$, $p<0.001$) both showed moderately positive correlation with the hope.(3) The psychological symptoms and behaviors ($p=0.021^*$) and the self-esteem ($p=<0.001^{**}$) could be used to predict the level of hope in the patients of schizophrenia. **Conclusions and Suggestions:** In summary, improving the psychological symptoms and raising the self-esteem could increase the hope among the patients of schizophrenia. We suggested that the psychiatric staffs can implement the assessment of the hope among the patients. It may improve the psychological symptoms and increase their self-esteem. We expect that thereby the patients could have a purposeful and meaningful life.

Key words: schizophrenia, cognitive adaption, hope

Reprints and correspondence to: Wen-Jiuan Yen, School of Nursing, Chung Shan Medical University, No.110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., South Dist., Taichung40201, Taiwan, ROC. E-mail: yenwenjiuan@gmail.com

