

國立中正大學成人及繼續教育學系研究所
碩士論文

精神病患者家屬照顧經驗歷程之研究
及其教育意涵



指導教授：魏惠娟博士

研究生：陳麗玉

中華民國 104 年 7 月

謝誌

在中正成教所的這三年，是我人生歷程中一個重要的轉捩點。想當初，準備也應考了好些年，才有機會進到中正成教所；也花費好多時間排除萬難，在家庭與工作之外，努力修完學程，才有此時可以到寫謝誌的時刻；三年來，這當中的收穫，絕不是成績單與畢業證書而已，而是內心無法用言詞充分表達的充實與感動。

特別是我的貴人-----指導教授魏惠娟博士，您的涵養與包容，如同聖經中的愛：恆久忍耐又有恩慈般，每每適時給予我溫暖且充滿智慧的定見，如明燈般在遠方指引在暗潮中漂泊的小船，讓我生出信心不至於迷航，感謝您還把機會留給我這經常準備不夠好的人，不厭其煩的協助指導我論文的修正方向，衷心的感恩，謝謝您！

也要感謝曾經擔任學位論文口試及計劃論文口試委員的胡夢鯨教授、李藹慈教授、與黃清雲教授，您們提供了許多寶貴的意見，使我更能掌握改進論文的具體方向，也終能促成這份論文的完稿，非常感謝您們！

感謝充分尊重並熱切協助我們這批成人學生們的成教所中曾經教過我們 101CCU 的優質專業教授團隊們的領導教學，與行政團隊全方位的服務與協助，讓我們更能按部就班，循序漸進，漸朝目標前進。課堂上 101CCU 群組同學們的共同成長學習，與魏魏美少女伙伴們彼此加油打氣，這些心靈與社會方面的成長收穫更是珍貴。

感謝在成教所精心規劃的每一門課程，每一堂課的教學互動過程中，都讓我有機會，認真面對、重新省思，為成人生活的下一章，及人生這一門課，深刻的上了這紮紮實實的一門實用的核心領域課程，讓我們都能在中年危機之前，提早思考清楚未來的方向，可以更有準備的去面對未來的高齡生活。

精神病患者家屬照顧經驗歷程之研究及其教育意涵

指導教授：魏惠娟博士

學生：陳麗玉

摘要

近年來國人逐漸重視「健康促進」觀念推廣與實踐。精神病患家屬對於精神病患的復原過程與結果佔有相當關鍵的影響力，尤其承擔照顧責任、面臨污名化壓力、又要預防本身身心疾病發生，其對於困境調適的差異，直接影響精神病患病況復原的過程與結果，也攸關照顧家屬個人身心健康適應發展與家庭生活品質。因此，這些精神病患者家屬，透過照顧經驗累積而萃鍊出的智慧與啟發意義，更值得我們參考與學習，特別是家中有精神病患的家屬。

本研究主要研究目的如下：

- 壹、瞭解精神病患者家屬照顧病患的歷程。
- 貳、檢視精神病患者家屬照顧病患的困境。
- 參、探討精神病患者家屬對於困境的調適策略。
- 肆、綜合分析精神病患者家屬照顧病患的照顧經驗歷程之教育意涵。

本研究採質性個案敘事研究，藉由研究個案家屬照顧精神病患經驗歷程的生命經驗故事敘說，進而探討分析照顧歷程的困境及其調適策略與教育意涵。希望能喚起世人以更理性的角度去看待精神病患與家屬，並用同理的心情去體諒、接納、協助提供更多元適切的資源服務，以作為家屬照顧精神病患歷程健康促進與學習成長的方針。

透過本研究過程，得到四個主題方向之結論，以下分別簡要說明之：

壹、照顧歷程

由於精神病患症狀隨病程改變，覺察病患發作初期的徵兆症狀應盡速就醫照護病患，勿因污名化延誤就醫。照顧方式宜隨時因應調整，並探究病因，改善不利因素。

照顧家屬本身人格特質、認知觀念、同理心與 EQ、SQ 等差異，及精神病患本身對於自身疾病的認知和態度，都影響其照顧歷程、品質與結果。

貳、困境與影響

選擇在家照顧的家屬，可能因家庭、結構、成員、離婚、高齡化等變動，導致人力不足或協助資源有限，使照顧歷程對家屬造成極大的衝擊與影響，影響層面廣大深遠，正負面皆有。負面影響難以克服則易形成困境或障礙；能夠調適克服負面影響，可能增益負面情緒處理、復原力等經驗學習，強化正向心理、陰影信念、同理心、促進 EQ、SQ 等學習發展；也會影響人生意義等價值觀、及調適自己人生困境的策略。

參、困境調適策略

家庭系統成員間彼此影響密切，家庭生命週期、家庭結構與功能隨時間而改變，照顧精神病患的人力與資源也隨之產生階段性變化與困境，須隨時隨地隨人而有不同之因應策略與調整，以利改善病況與照顧困境。家屬可透過增能學習、經驗學習、及前瞻因應的觀念與作法，強化家庭系統功能與社會支持助益，並學習掌握各項協助資源適時引入，協助統整成為發揮縱效的網絡。

肆、教育意涵的啟示

本研究發現許多亟待重視或調整改變的「教育意涵」，都有賴環環相扣的「教育」來協助達成。希望能啟發個人及更多相關教育單位或政府團體，透過正規教育或非正規教育，及社政福利制度法案等創新設計改變等，從個人學習、家庭教育、學校教育、到社會教育、終身學習，讓每個人都能學會：「觀照自我與環境、正視問題所在、努力調適克服困境、學習解決問題的能力；再藉由正向心理學的推動、EQ情緒智能的養成，進而促成整體社會智能SQ的培養，讓更多人學會同理之重要、發揮同理心，去做出更多利他的行為，給予病患與家屬更多元適切的協助資源、更寬廣友善的空間去發展與生存。」

關鍵字：精神病患、家屬、照顧經驗、教育意涵

Research on nursing experience of mental patients'family and its educational implications

Advisor: Dr. Hui-Chuan Wei

Student: Li-Yu Chen

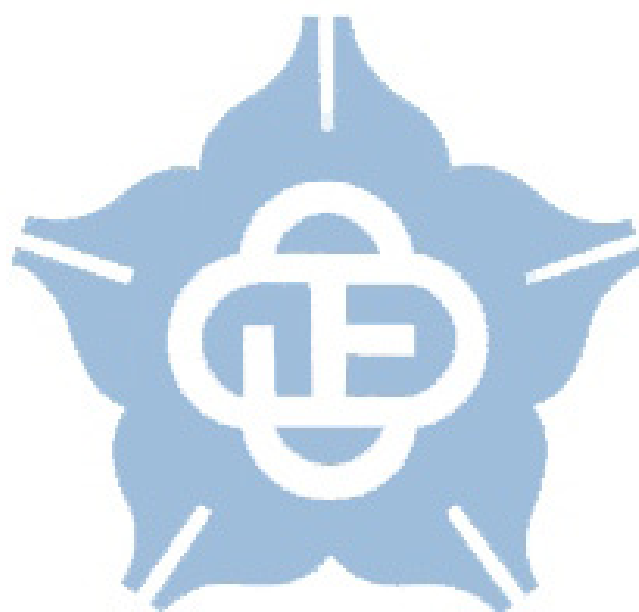
Abstract

In recent years, people gradually focus on the "health promotion" concept promotion and practice. The differences between the adjustment of predicament, directly impact on the mental illness recovery process and consequence of the mental patient, and also affect individual physical and mental health adaptation development of care families, and the quality of their life. Therefore, these patients' families through accumulated nursing experiences, wisdom and inspire insights, more worthy of our reference and learning, in particular the families with mental patients' families.

The purposes of this study are as follows:

1. To understand the nursing experience process of mental patients' family.
2. To examine the predicament of mental patients' family through the nursing experiences.
3. To discuss the strategies of predicament adjustment for mental patients' family's nursing experience process.
4. Overall analysis the educational implications of the nursing experience of mental patients' family)

Key words: mental patients, their families, nursing experience, educational implications



目次

中文摘要	i
英文摘要	ii
目次	iii
表次	iv
圖次	v

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究問題與重要性	2
第三節 研究目的	4
第四節 名詞釋義	7

第二章 文獻探討

第一節 人生歷程與發展理	9
第二節 經驗、學習與教育	13
第三節 「健康促進」、「精神健康」與「精神健康教育」	19

第四節 精神疾病的影響.....	26
第五節 精神疾病的影響之相關研究.....	35
 第三章 研究設計	
第一節 研究方法.....	57
第二節 研究流程.....	65
第三節 研究工具.....	67
第四節 研究對象.....	71
第五節 資料蒐集、處理與分析.....	78
 第四章 研究結果分析與討論	
第一節 研究結果.....	82
第二節 綜合討論.....	101
 第五章 結論與建議	
第一節 結論.....	141
第二節 建議.....	148
第三節 反思與期待.....	155

表次

i

表 2-1 各學者對經驗學習理論模式之主張與論點·····	16
表 2-2 Schneider's 第一級症狀·····	27
表 2-3 精神分裂症及其他精神疾病的鑑別診斷·····	28
表 2-4 與精神分裂症有親屬關係，其一生被診斷為精神分裂症的可能率關係表···	29
表 2-5 干預的範圍與定義·····	48
表 2-6 婦女目前與哪些人居住·····	50
表 2-7 婦女家中醫班家務工作分配狀況歷年比較表·····	51
表 2-8 婦女日常生活約束時間應用狀況·····	53
表 2-9 婦女情緒支持者(有配偶或同居)·····	54
表 2-9 婦女情緒支持者(無配偶或亦無同居)·····	55
表 3-1 質性研究策略之比較·····	62
表 4-1 E 妹的生命週期關鍵事件與困境調適策略表·····	117
表 4-2 B 哥的生命週期關鍵事件與困境調適策略表·····	125
表 4-3 E 妹照顧經驗歷程對於教育意涵的啟發·····	137
表 4-4 B 哥照顧經驗歷程對於教育意涵的啟發·····	139

圖次

圖 2-1 人生歷程中之影響因素.....	10
圖 2-2 精神健康指數問卷的概念架構圖.....	21
圖 2-3 基因圖顯示精神分裂症患者的親屬罹病的危險機率.....	29
圖 2-4: 兒童憂慮之專業類別劃分.....	45
圖 2-5 憂慮類別中之共同行動方法.....	46
圖 2-6 婦女家中一般家務工作分配狀況歷年比較圖.....	52
圖 3-1 研究的歷程圖.....	66
圖 3-2 早期：E 妹與 B 哥及 A 姊的原生家庭樹.....	75
圖 3-3 後期：B 哥與 A 姊現在之家庭樹.....	76

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

壹、研究背景 ~前言前緣~

上中正成教碩專班研究所後，深自期許自己能夠寫出一篇有意義與價值的論文，不但令人感動，也能激勵他人，更能對社會大眾有幫助的論文。為此，我苦思論文題目許久卻始終未能拿定主意，直至一次椎心的師生重逢後，深深刺痛了我的心，也發現周遭太多人都為此苦惱，終於讓我堅定了自己的論文研究方向。

那是大約發生在去年的事情，我到醫院探視住院的親戚，卻巧遇我結婚轉調學校以前教過的一名最特別的女學生，當年她才國小六年級，轉眼已成二十餘歲的年輕小姐。經過十餘年不見，再次重逢時，原本應是歡喜相逢，不料她卻抱著我痛哭一場-----因為那裡是精神科病房。

天啊!她可是我二十年教書生涯中所教過印象最深、最活潑、開朗、樂觀的小孩了，雖然是來自單親家庭，但她總像個紅蘋果似的經常帶著陽光般燦爛的笑容，下課也最愛圍繞在老師身旁，是甚麼都能聊、很愛問為什麼的小孩，即使我轉調後幾年，她也偶爾會打電話來閒話家常。沒想到幾年後，精神疾病卻讓她的人生頓時變調。

貳、研究動機

我很納悶是甚麼原因導致她現今的狀況？情感創傷？或學業壓力？環境因素或來自遺傳？或是單親、少子化的間接影響？人際疏離或溝通不良？.....，雖然可能致病的因素眾多，但總必定有些可能導致其因果關係的相關因素。是否能事先預防或事後加以排除以改善情況呢？要怎麼辦才好？

當時，我腦海裡只有一個念頭-----「要帶她飛躍杜鵑窩」。那裡太不適合她了！

但究竟現實面要如何做才能真正對她有幫助？時間、空間、資源、人力、工作、家庭……各方面又似乎未能全盤掌握。我既不再是她的導師，又如何去做家庭訪問？亦不是她的家人，該如何時時照料她呢？究竟誰才能真正陪伴她走出生命幽谷？根據自己的經驗與觀察，我想「家屬」的角色應是具有相當關鍵的影響力。

第二節 研究問題與重要性

希臘著名的哲學家亞里斯多德曾經說過：「全世界沒有任何一個人能永遠免於災厄、疾病、死亡、分離等際遇。更沒有人能持續活在一個永遠穩定而健全的精神狀態中。生命的道路上，無法避免痛苦、挫折與挑戰。但是如果一味地陷入痛苦之中，就容易造成精神的困擾。」

根據 2010 年精神健康指數調查報告中的資料顯示如下：

據估計，目前全球約有四億五千萬人口為心理行為和精神疾病所苦，單一時間點的盛行率約佔一般人口的 10%，但其中僅有少數人獲得適當的照護和處置。這些障礙佔所有疾病的總體負擔也達 10%，凌駕於各類疾病之上，某些先進國家甚至已高居各項疾病之冠，這些數據還沒有包括尚未達到疾病定義的心理問題及困擾。

心理障礙與精神疾病不僅造成對個體的傷害和失能，對家庭、社區的負面衝擊更為巨大。任何家庭裡只要有一個成員精神健康出現問題，這些家庭擔負了大部分照護個案的任務，還需要承受外界污名和標籤化的壓力，從經濟面到其他成員的身心健康面，都造成長期和深遠的影響(楊聰財、胡海國, 2012, p. 7)。

相關文獻也指出：許多精神病患者的子女或其他同住家屬，由於與病患長期共處於同一家庭環境環境中，受先天遺傳因素或後天環境影響刺激，竟也產生憂鬱的傾向，或甚至重演此悲劇，一併變成另一精神病患在同一家庭中的悲劇，更加重其他照顧家屬的壓力與負擔。

我們對於生命中命運和生活中的許多事件經常無法選擇，尤其是疾病或家人，但是當家人因精神疾病而飽受困擾，陷入人生低潮時，身為

家屬或照顧者該如何因應，才能兼顧照顧病患與自己？是選擇逃避？或與病患一同活在悲傷和痛苦的深淵中？或是快樂的接受一切，甚至於化阻力為助力？不同的人、不同的想法、作法、態度、價值觀等差異，是否能讓此照顧精神病患的過程或結果改觀？

第三節 研究目的

美國心理學會(American Psychological Association APA)(2001)倫理守則的前言即明示，研究旨在增進人類行為知識，和促進人們對自我與他人的了解，並利用此等知識以增進人類的福祉。

西元 2002 年於日本橫濱所召開的世界精神醫學會(WPA)的主題是「心理衛生的伙伴」(Partnership for mental health)，會中強調精神醫療各專業間之夥伴關係，同時也強調病人、家屬、與自助團體的合作功能。

而西元 1981 年身心障礙者年會的第一個目標是：「協助身心障礙者身體與心理能適應整個社會」，但是真正的問題並非如此，我們的社會有多大的氣度可以調整它的步伐及期待，來接納這些身心障礙者；又如何將造成諸多限制的障礙去除？

(Shearer,1981,p.10)

學者張鈺(2003)曾經提到：「精神病患者超越了理性，無法被理解，同樣的，也逃脫了工作者的眼睛。工作者因為缺乏相關的經驗，而不容易對精神病患者同理。」

Arther Frank 更指出：我們對疾病的瞭解很少，對照顧的經驗瞭解更少。患者的經驗是被否定的，照顧者的經驗更是被完全否認。(轉引自 David A. Karp, 2010)

而精神病患家屬與精神病患共同生活互動密切，且實際擔負照顧責任，對於精神病患的治療與復元過程與結果佔有相當關鍵的影響力，學者指出：

要助人之前，我們先要了解自己要幫助的對象真正需要什麼，他真正的病狀是什麼，真正的病因是什麼，真正的治療方法是什麼，真正的治療過程是什麼，真正的最佳治療時機是什麼等。對於這些問題有了「真正的了解」以後，我們助人的善意才能滿足受助當事人各方面的需要，他的病情也較會有機會獲得及時的協助，不會因善心助人者的無心疏失而造成不善甚至遺憾不美的結果（柯永河，2002）。

每一個精神病患者與照顧家屬所交織出的故事，都是個別而獨特的家庭故事；而每一個長期承擔此照顧責任壓力與負荷的家屬，也各有其

照顧病患的方式、意念、情感、困境與經驗歷程。(雖然經常是苦不堪言)。

因此，這些精神病患者家屬，透過在幽谷中長期照顧經驗累積而萃鍊出的智慧與啟發意義，更值得我們參考與學習，特別是家中有精神病患的家屬。

本研究方向，首先藉由研究案例中家屬照顧經驗歷程的生命經驗故事敘說，讓精神病患者家屬發聲(有聲的言語和無聲的心聲)；再則，希望藉由探討病患家屬照顧歷程中對於困境的調適及因應策略，讓社會大眾看見這些家屬照顧經驗與心路歷程背後的內涵與意義；最後，希望藉由綜合分析本研究結果所得出的教育意涵，鼓勵各界提倡情緒智能 EQ 之培養，以及更深一層的社會智能 SQ 發展，希望能喚起世人以更理性的角度去看待精神病患與家屬，學會將疾病與人分開來看，並用同理的心情去體諒、接納、協助這些精神病友與家屬，進一步提供更多元適切的資源服務與支持系統，以促進精神病患的康復，並改善患者與家屬的互動關係、以及照顧家屬身心靈等各方面的成長學習空間與方向。

因此，本研究基於上述要旨與方向為原則，茲將具體研究目的列舉如下：

- 壹、瞭解精神病患者家屬照顧病患的歷程。
- 貳、檢視精神病患者家屬照顧病患的困境。
- 參、探討精神病患者家屬對於困境的調適策略。
- 肆、綜合分析精神病患者家屬照顧病患的照顧經驗歷程之教育意涵。

第四節、名詞釋義

壹、精神病患者(mental patient)

本研究中所指稱之精神病患者，是指在醫療體系中，經由精神專科醫生採用精神疾病診斷標準診斷(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,DSM-IV),確定為精神分裂症、妄想型精神疾患、情感性疾患，或其他未分類之精神病性疾患的患者。

貳、家屬(families)：

通常主要照顧者(caregiver)是指精神病患花費最多時間照顧精神病患日常生活的人員，例如父母、配偶、子女、手足等等。謝淑芬(2008)根據胡海國(1996)及其他文獻指出，精神分裂症的主要照顧者，無論中外，都是以父母佔大多數,其次則為手足、配偶及其他親近的親屬。而家屬角色包含有配偶、父母、子女、姻親子女、手足、祖父母、子 孫、姻親子孫等(曾仁美，2004)。精神病患家庭中各家屬成員之間，又因關係不同可能會有其不同的照顧方式或互動形態。本研究中精神病患家屬，係指同時具有精神病患家屬角色，又實際擔任照顧責任之主要家屬或重要家屬。

參、照顧經驗(nursing experience)

辭典資料中的照顧，大多有照料、看護、關心、幫助的意思。綜合文獻整理並加入研究者本身發現：照顧包含多個層面的概念，舉凡照顧的行為、活動或工作，以及照顧者感受、情緒、及情感，也包含責任與壓力等層面。

本研究中的照顧經驗，係指精神病患家屬照顧病患的過程中，一連串多元且動態的互動過程與結果，而此照顧行為中的各項表現也會影響情境及其結果。

肆、教育意涵(nursing experience)

本研究中的教育意涵，係由指精神病患家屬照顧病患歷程覺察所得，足以啟發各界作為改進教育方向之主題或意念與涵義，包括認知、情意、技能.....等方面；透過正規教育或非正規教育；從個人學習、家庭教育、學校教育、社會教育、終身學習……等多元管道；藉以傳達教育觀念促使健全發展的意義與內涵。

第二章 文獻探討

第一節 人生歷程與發展理論~影響人生歷程發展的理論

壹、人生歷程之影響因素

希臘哲人 Heraclitus 在二千五百年前，即有此至理名言：“There’ s nothing permanent except change.” 亦即：「世界本無恆，除了改變。」中國易經亦重視「變易」與「無常」的道理。

Loren Eiseley 對於人生歷程的主張如下：「人類行為是在於歷史的特定時間內與他人傳說之互動中逐漸模塑成型的。它受個體之生理、心理及所受環境之社會結構和文化力之交互作用，逐漸形成其人生歷程(life course)。」

學者郭靜晃(2013)綜合人生歷程的理論指出：

人生歷程將生命視為一系列的轉變、事件和過程，發生在人生歷程中任何一階段，皆與其年齡、所處的社會結構和歷史變革有關。每個人帶著獨特的遺傳結構來到這個世界，並隨之在特定的社會文化與歷史背景展露(upholding)個人的特質，而形成個體的敘事(narrative)及生活型態。每個人的生活過程皆可喻為是一種人生的適應模式，是每個人對於在特定時間階段所體驗到的文化期

望，所衍生的人生發展任務、資源及所遭受障礙的一種適應（郭靜晃，2013，p.2.7）。

因此，個人的人生經歷可以視為本身的資源、加上文化與次文化的期待，以及社會資源和社會暨個人歷史事件的綜合體，深受年齡階段歷史階段和非規範事件所影響（郭靜晃，2013）。茲可將人生歷程中之影響因素列如下圖 2-1 所示：

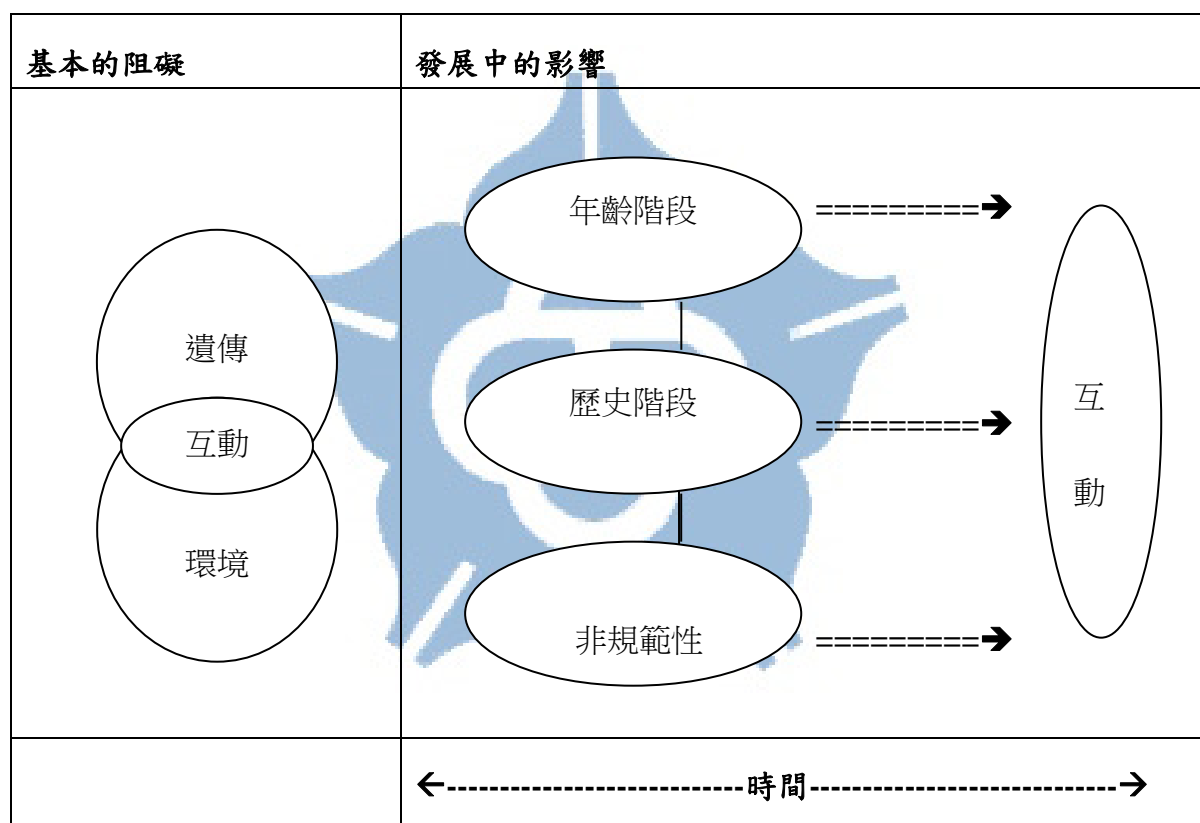


圖 2-1 人生歷程中之影響因素

資料來源：轉引自郭靜晃，2013，p.7。陳怡潔譯（1998），頁 173

貳、影響人生歷程發展理論

一、心理社會發展理論

Eric Erikson 主張個體在其一生的發展，乃透過與社會環境互動所造成，成長是經由一連串的階段進化而成的(Eric Erikson,1968)（郭靜晃，2013，p.27-28）。

而個人在各階段又有其獨特的發展任務，及所面臨的關鍵轉捩點或心理危機，需要透過核心課程的教育，來協助化解心理社會發展危機，將衝突危機化為轉機，以幫助個體因應能力，協助適應社會環境的變化，並促進個體各階段的成長（郭靜晃，2013）。

二、認知理論

認知是經驗的組織和解釋意義的過程。而建構理論主張個體是由處理其從經驗中所獲得的資訊，而創造出自己的知識。（郭靜晃，2013, p. 28）

認知建構理論強調個體透過經驗重組再建構，而內化成有意義的知識。

而皮亞傑(Piaget)的認知發展的三個主要概念是：基模(schema)、適應(adaptation)和發展階段。（郭靜晃，2013，p. 29）。

三、家庭系統理論

家庭系統理論由 Ludwig von Bertalanffy 提出。家庭系統理論在解釋家庭現象時，主要是以個人與家庭成員間的互動來討論家庭動機、組織、及過程。(郭靜晃，2013，p. 42)。強調家庭成員間互相關聯的特性，因此，個人的困境或遭遇，也會觸發家庭韌力復原力的機制。而個人對於逆境的復原力，也與家庭影響有密切相關。

四、生態系統理論

生態系統理論是由 Bronfenbrenner(1979)所提出的。生態系統理論是以個人為核心，認為個體發展會受到週遭環境系統的影響。

Bronfenbrenner 認為，人類發展最重要的本質，是透過與環境互動來增加個體適應社會的能力(郭靜晃，2013，p.29)。Neal J.W.& Neal Z.P.(2013)也指出，生態系統間彼此有連結與合作的關係，應該要以網絡的觀點，來看待生態系統。

生態系統觀點理論中，影響個體發展的系統環境可由內而外逐漸區分為以下四個層次：(轉引自楊子鐺，2014)

(部分學者翻譯名稱略有不同)

(一)、微觀系統 (microsystem) (微視系統)是指與個體有直接參與的生活環境。例如：原生家庭、學校、友伴及社區。

(二)、中介系統(mesosystem) (中間系統)是指個體直接參與的

生活環境，彼此間互動的關係與連結。例如原生系統跟學校互動、學校與居住社區互動。

(三)、外在系統(Esosystem) (外部系統) 是指個體未直接參與，但影響與個體直接接觸的相關微視系統。例如：父母的工作職場、學校執行的教育方針或是社區鄰里的資源等。

(四)、宏觀系統(Macrosystem) (鉅視系統) 是指個體所處的社會、文化、政治、宗教、種族等系統，會影響個體成長時的大環境與價值觀。例如：東西方文化、基督信仰等。



第二節 經驗、學習與教育

壹、經驗

生活經驗是現象學研究的起點也是終點。現象學強調揭開人們對於自身經驗的感覺與理解，藉以探究這個世界的現象的本質，這個本質是有共通性的，是人們相互理解、交流的基礎(謝淑芬，2008)。

經驗同時是個人的，也是社會的。個人與社會的層面總是同時存在。人是個體，也必須以個體的方式被理解，但人卻不能只被當成個體看待。人總是存在於關係，存在於社會情境中。(D. Jean Clandinin & F. Michael Connell，2000)。

杜威也認為「經驗是人類與自然及社會環境交互作用的事件。」(Dowey, 1960:23)。杜威並強調，除非掌握事物意義，否則理解不可能真正的產生(Dowey, 1986:233-234)。

狄爾泰(Dylthey,1985)認為生活經驗大部分的基本形式牽涉到我們立即的與反思前的生活意識：也就是一種反映式的或者自我給予的覺知。(Max Van Manen,2010,p.43)。

梅洛-龐帝 Merleau-Ponty,1968)對生活經驗的意涵提出更本體論方面的表述，他認為生活經驗是一種立即的覺知，稱之為敏感性(sensibility)：(Max Van Manen,2010,p.44)。

狄爾泰(Dylthey,1985)認為生活經驗對靈魂來說，就像是呼吸對身體一樣，他說：「就像我們的身體需要呼吸一樣，我們的靈魂需要在情緒生活的回響中實現並擴展它自身的存在」生活經驗屏住意義的氣息，在生命的流動中，意識以一種來來回回，反覆不間斷的方式來抓注意義：是一種內在和外在持續的互動，讓事情具體化。(Max Van Manen，2010，p44)

貳、經驗學習

國內學者黃蓉(2009)綜合國內外學者對經驗學習的詮釋，認為「經驗和學習的關係是，學習是經驗不斷的改造；經驗是學習的重要資源；經驗可能是學習的助力，也可能是阻力；過去的經驗將影響未來的學習。」(p.35)

「從經驗中學習，從學習中產生新經驗，新經驗助益另一學習基礎，所以經驗與學習是相輔相成的。」(p.47)

經驗與學習間相輔相成又密不可分的關係，可由諸多學者分別提出各自的經驗學習理論模式，看出其重要相關特性，但各自的觀點與主張仍有些差異，分別列於下表 2-1



表 2-1 各學者對經驗學習理論模式之主張與觀點(引自黃蓉，2009，p.48)

學者	年代	書名	經驗學習理論模式之主張與觀點			
			強調學習者經驗	強調經驗學習的潛能	學習包含經驗轉化知識的過程	特色
Linderman	1926	成人教育的意義 (The Meaning of Adult Education)	◎			達成自我實現滿足社會參與社會改造運動的需求
Dewey	1938	經驗與教育 (Experience and Education)	◎	◎		教育與個人經驗有關聯
Kolb	1984	經驗學習(Experience Learning)	◎		◎	經驗學習循環模式
Jarvis	1987	成人教育及其社會背景(Adult learning in the social context)		◎	◎	擴張 Kolb 的經驗學習理論
Boud,Cohen & Walker	1993	經驗在學習(Using experience for learning)	◎		◎	經驗學習的五項基本主張
Usher,Bryant & Johnston	1997	成人教育與後現代質疑(Adult education and the postmodern challenge)	◎	◎	可能性	經驗學習圖
黃蓉	2009		◎			教育經驗學習環環相扣

參、經驗與教育

對杜威來說，教育、經驗和生活三者之間緊密交織(D. Jean Clandinin & F. Michael Connell，2000)。杜威強調教育即生活，因此 D. Jean Clandinin & F. Michael Connell (2000)指出，教育的研究就是生活的研究，研究教育最廣義的答案-----就是去研究經驗。而**教育就是經驗的改造**。

杜威認為，人的行為活動不只受到天生遺傳的生物性影響，也受到傳統、制度與習俗育的文化遺產所左右(Dowey, 1986:49)。他更進一步認為，經驗的判準是「連續性」，經驗是由過去的經驗而生，同時經驗也引向未來更進一步的經驗(D. Jean Clandinin & F. Michael Connell,2000)。

杜威(Dowey)(1963)為教育經驗提出了兩項基本原則，一、**繼續性**(continuity)，二、**互動**(interaction)。其中，教育經驗的繼續性(continuity), 強調重點不在經驗數量的累積，而是經驗品質持續的轉化與提升。(林秀珍，2007，p.81)

杜威(1960)認為「經驗是人類與自然及社會環境交互作用的事件。」而經驗的要素，包括經驗主體、環境與互動等三方面。而經驗是人與環境互動的產品(Dowey, 1963:43-44)，互動關係促成了變化與發展，也決定經驗的品質(林秀珍，2007，p.86-87)。關於人與環境的互動，杜威用以下兩種方式來加以說明：

- 一、**適應**(accommodation)：是指對環境的順服。
- 二、**調適**(adjustment)：不被動承受環境的一切，而是主動改變環境條件，尋求最佳的生存。

杜威(1972)深信教育是社會進步與改革的基本方法。杜威哲學不在探討宇宙終極實在，是以生活作為思維中心，以經驗為其核心概念，目的在指導生活行為，解決社會困境(林秀珍，2007)。學者也指出，教育的基本功能，就是「適應與改造」，教育既要培養兒童生活適應能力，也要啟發改造生活的潛能。(歐陽教，1997：18) 教育的「適應與改造」功能就是在人與環境間建立積極互惠的溝通方式，讓人在適應生活與調適生活的動態歷程中，不斷往前推進，趨向進步與發展。(林秀珍，2007，p.48)這也是杜威提出教育經驗的繼續性原則與互動原則(Dewey, 1963:33-60)之重要涵義。

「在制度規範所認定的社會環境中，個人的生命經驗極易陷入有限選擇的世界，以具有集體意義的行為指向，來形成經驗與改造經驗。學校教育是經過精心設計的特殊環境，除了傳遞文化還有價值創造的使命，與其他偶然與隨機的社會環境有所不同，為了讓個人經驗有更多開展的可能性與創造性，學校教育應該培養學生反省思考的睿智，不僅能適應環境，還能積極改造環境，創造新局。」(林秀珍，2007，p.44-45)

綜上而論，因此本人認為真正的生活，不該只是完全的消極被動適應環境，而是應該透過人與環境互動歷程中的經驗學習內涵，去學習改變以求突破現有的困境，並調適創造出新的適應關係。

第三節 「健康促進」、「精神健康」與「精神健康教育」

壹、「健康促進」的重要性

「健康促進」已然是本世紀最重要的健康概念，也是促進健康發展必要的途徑。世界各國自西元 1990 年代至今，看法漸趨於一致，皆認為「健康促進」是以「健康」為目的，以個人生活型態及環境改變為策略。投注在健康促進的金錢及努力，可以顯著地改善健康的危險因素，並為人們創造了最大的健康效益，同時減少健康上的不平均，以促進人權發展，建立社會資本網路。（王秀紅等十人，健康促進與護理-理論與實務，2001 年 6 月）

近年來，各界也逐漸重視「健康促進」的觀念與推廣，但若只著力於飲食均衡或體適能發展等生理健康方面的追求，而忽略了心理健康與社會層面之關注與改善，恐難以真正落實「精神健康之促進」。尤其精神病患家屬因照顧精神病患所承受之照顧負荷，包含生理、心理、社會等各方面的壓力，更需注重且落實「健康促進」。

貳、「健康」的定義

依據聯合國「世界衛生組織」(World Health Organization)（簡稱 WHO）於西元 1984 年所頒布的憲章中指出：

「健康是生理、精神、社會良好完全的狀態，而不只是疾病的免除。」

意指健康除了包含自己一般性的生理方面的健康狀況、舉凡精神狀態、以及週遭社會層面的人際關係互動等皆屬於健康的考量範圍。然而，一般人卻經常以較狹義的生理層面——有無疾病來衡量健康，普遍缺乏對於心理衛生與精神健康以及與社會層面的關注。

參、「精神健康」的定義

楊聰財、胡海國(2012)指出雖然世界衛生組織對健康的定義：「健康是生理、精神、社會良好完全的狀態，而不只是疾病的免除。」。此定義看似金科玉律，也早已被廣為援用，但久行之後不免淪為缺乏實質的觀察與操作系統的教條。尤其是精神健康狀態的觀察與比較更難具體表達。有鑑於此，「精神健康基金會」特邀集專家學者共同協助，初步將國人精神健康狀態分為以下三個評等：一、「健康」、二、「普通」與三、「疑有精神健康問題」。

一、「健康」指一種理想狀態。

二、「普通」雖意指沒有問題，但從健康促進觀點而言的，也意味著還不夠健康，或還有發展空間。

三、「疑有精神健康問題」則意味著需要與專業人員討論，進行諮商輔導，甚至診斷、治療，以避免造成失能，預防不幸的產生(楊聰財、胡海國, 2012, p. 7)。

「精神健康基金會」也自西元 2002 年起，編製台灣地區第一套「精神健康指數量表」，來執行國人精神健康指數的年度調查研究，再經過因素分析後，確立精神健康為「心身健康」、「個人價值」、「生活掌握」、「家庭健康」四個面向。（同時設定 80 分為及格的精神健康分數。）之後並每兩年一次執行一次全國年度調查，以密切掌握國人精神健康狀況（楊聰財、胡海國, 2012）。（註一）

如下圖 2-2 所示，是精神健康指數問卷的概念架構圖。



圖 2-2：精神健康指數問卷的概念架構圖

註一：

理論上，精神健康之定義涵蓋腦的精神功能（亦即情緒、行為、認知與生理驅力四種功能）、心理功能與自我功能的三層面健康。由於我國社會甚為強調家庭對個人與社會之影響，因此本量表也加入家庭健康（家庭功能）之評估題項（楊聰財、胡海國, 2012，p. 28）。

三、精神健康與否的認定

比照「精神疾病」與「精神健康」之概念，「沒有」精神疾病，並不同於精神是健康的；相反的，「有」精神疾病，也不同於精神是健康的。因為精神疾病強調腦功能之障礙及相關之心理、自我功能障礙；有精神疾病的人，經治療後努力進行精神健康之追求，亦可以是精神健康的人(楊聰財、胡海國, 2012, p. 29)。

對照 2010 年精神健康指數調查報告分數的回升大勢中得到的結果，特別值得注意的是，觀察中低分盛行率提高了的四個項目如下：「不滿意自己身分地位」、「不覺生命有意義」、「對生命困境欠缺把握」、「對家人給予的幫助不滿意」。這些項目提醒了我們：

在大多數人精神層面的與幸福感提升之際，仍有另一群人可能持續低迷，甚至國人精神健康的某些層面正發生「M」型化的現象，值得相關單位與國人加強關照處於弱勢、需要幫忙的人(楊聰財、胡海國, 2012, p. 29)。

肆、「精神健康教育」的重要性

Michael Oliver & Bob Sapey(2004)在對於身心障礙者社會工作的省思中提出身心障礙服務的社會模型，他指出：「在社會模型中要調整的是社會，不是個人。」他同時強調：「對部分人而言，也不全然是社

會調整它的步伐與期待而已，更要將未能適應社會的社會壓迫感去除。」

(Michael Oliver & Bob Sapey, 2004, p. 22)劉沛均 (2013) 在探討慢性精神患者就業困境探討的研究中也指出：對於慢性精神疾病患者應施與再教育的過程，包括醫療、社區、家庭及患者、個人等。

一九八年身心障礙者年會的第一個目標是：「協助身心障礙者身體與心理能適應整個社會」，但是真正的問題並非如此，我們的社會有多大的氣度可以調整它的步伐及期待，來接納這些身心障礙者；又如何將造成諸多限制的障礙去除？(Shearer, 1981:10)

學者 Crowe(2003)曾經說過：「生病的是『人』，而復原最大的障礙就是『歧視』。」Corrigan & Robert Lnndin, (2003)也嚴正的指出「污名是精神復建的重大障礙」，要消除對於精神障礙者的烙印之根本作法，就是從稱呼開始著手，避免給予精神病患惡意的語言稱呼，例如：「瘋子、怪物、神經病等。」。因此可見，精神健康教育對於精神病患康復影響之重要性，及其極待推廣之必要性。

一、精神或心理健康教育的定義

精神或心理健康教育顧名思義是：

1. 提倡公眾注意心理平衡和健康，教育公眾用合宜的方法去面對自己的心理壓力，學習如何鬆弛，如何去增進自己的情緒、心情、工作和家庭的平衡。

2. 由於對自己心理壓力和情況的認識，進而明白其他有心理壓力的人士的內心情況，也會明白因強大心理壓力而導致的精神崩潰和精神病的情況，從而對精神病患和康復者有適度的瞭解和接納，幫助他們重回社區，再過正常的生活。

這個定義，其實是由推己及人、愛人愛己的觀念去全面地注重精神上不平衡，極度壓力和崩潰所帶來的影響，幫助別人和自己恢復平衡的方法(葉錦成，1993)。俄國文豪托爾斯泰曾經闡述佛洛伊德對於心理健康的定義：「一個人能在這世上過得雄偉壯麗，是繫於他知道如何愛和如何工作，就是為他所愛的人工作，而且愛他所做的工作。」亦有此異曲同工之妙。

二、需要接受精神健康教育的對象

葉錦成(1993)並建議應將需要接受精神健康教育的對象，就其個別內容方向及程度不同，而分成以下四大類對象來實施精神健康教育。

1. 精神病患者和康復者
2. 精神病患者和康復者的親屬
3. 與精神病患者和康復者有關的工作人員

4. 一般公眾(又可分依其反應不一致而分類)：(1). 一般比較客觀和學識的人士
(2). 意見領袖(3). 非常反對排斥精神病患者和康復者的一般坊眾 (4). 對精神病患和
不甚排斥和不表態的坊眾

對於精神病患和康復者本身而言，由於身受其害，且最不懂得如何面對心理壓力，加上受到精神病污名化或貼標籤的影響，因而經常諱疾忌醫，所以需要加強提高其病識感(insight to one' s illness)，促使他們可以主動接受輔助和治療。認清「病人角色」協助讓他有責任認識疾病，知道可以選擇的治療方式，並且接受治療。(Kayla Bernheim & Anthony Lehman, 2001)。

尤其是照顧精神病患的親屬，一方面要面對病人情緒上的起伏和變化，更要面對周遭鄰居等的汙點和標籤作用等歧視或排斥，因此照顧精神病患的親屬的心情經常是苦不堪言。(其中當然也不乏會排斥或咒罵病患的家屬，某些不當的情緒表露更易提高患者復發的機會。)根據沈淑華等五人(2005)的研究指出照顧精神病患的主要家屬，通常沒有受到適當的精神疾病與衛生教育。因此，他們極需要學習如何去瞭解精神病患者的內心世界，同時表達支持的態度或方法，更需如何紓解壓力以維持自己的身心健康與平衡。本研究的研究對象也因此特別著眼於這群精神病患的家屬，以他們為研究參與者。

第四節 精神疾病的影響

壹、認識精神疾病

一、常見精神疾病種類

根據精神科專業醫師陳俊欽(2005)指出：常見的精神疾病(mental disorder)的種類有精神分裂症、情感性疾病、焦慮症、身心症、解離症、暴食症、厭食症、妄想症、性功能障礙症等，都是常見的精神疾病。然而有些人有「精神症狀」又不見得是「精神病」。

因此想要充分認識所有精神疾病的病理型態，加以診斷或對症下藥、並施以其他因應對策，當中牽涉到許多嚴密的專業醫療技術或輔導諮商等專業背景，實在並不容易，也非研究者個人能力所及與本研究主題所在。因此本研究關於精神病患者與精神疾病的初步認識文獻，主要先依據較嚴重的精神分裂症狀的診斷方式，再進一步與其他類型的精神疾病列表比較作簡易區別。

二、精神分裂症的分類診斷

精神科專科醫師陳俊欽(2005)指出：直到目前為止，精神分裂症仍是最嚴重的精神疾病之一，可能影響所有的精神功能，包括認知、知覺、思考、情緒、行為等，症狀包羅萬象，粗略可分為正性症狀與負性症狀。不管正性或負性症狀，症狀持續一個月，才能診斷為精神分裂症。

(一) 常見的正性症狀包括：幻覺、妄想思考型式障礙、行為障礙等。

正性症狀較早出現，症狀也較明顯。

(二) 常見的負性症狀包括：反應變慢、智力下降、動機減弱、整天懶散、缺乏表情、缺乏社交技巧。負性症狀也比較容易被忽略。

三、何謂「第一級症狀」？

所謂「**第一級症狀**」是由德國精神病理學的先驅 Kurt Schneider 所定義，用來診斷精神病人的一些症狀。他認為只要這些「第一級症狀」的其中之一的症狀出現，就可以將之視為精神分裂症的患者。(Trevor Turner, 2007)

表 2-2： Schneider' s 第一級症狀	
任何狀況下，這些第一級症狀被確立存在，也沒有罹患任何生理潛在的疾病，我們就能說那是精神分裂症。	
聽幻覺	持續圍繞在批評某人的聲音之行為。
妄想	一個聲音不斷重複一個人的思想(亦稱 echo de la pensee)。以第三人的方式，稱病人為「他」或「她」。
被動經驗	一個妄想是藉由正常的感覺(如看到燈光轉為綠色) 導致一個完整的妄想(相信自己是天使)
被動經驗	想法、感覺、或行為好像被他人或情報單位所控制，以致失去主動主體感而成被動的接受者。
思想插入/散播/抽離	經驗到一個人的想法似乎被人放入或拿出自己的腦袋，以及被眾人看穿。(好比想法如廣播般被他人知道)
附註	症狀常常會有某種程度上相互重疊，例如患者常感覺到聲音聽幻覺，而且患聽會干擾他的思想。每一個第一等級症狀在一個常見複雜的經驗上都被視為一個可能的部分。
本表轉編自 Trevor Turner 原著。(邱南英總編輯) 精神分裂症：問題導向。台北市，合記。2007 年表(p. 23 表 2-1) (原表源自 Kurt Schneider, 臨床精神病理學，1959 年，M.W.Hamilton 譯)	

表 2-3： 精神分裂症及其他精神疾病的鑑別診斷

疾病	相似處	相異處
躁症	躁動、語無倫次、幻覺、妄想	意念飛躍、思考障礙、與情緒一致的妄想(通常是誇大妄想)、間歇的病程。
憂鬱	退縮、「負向症狀」、遲緩	老年族群、沒有「第一級症狀」、自我譴責。
藥物造成的精神疾病酒精依賴／戒斷	妄想、幻覺、躁動不安	短期發作的病程(數小時到數天)、短期扭曲合併/未合併「混亂」、顫抖、流汗、譫妄。
人格障礙症	不尋常行為、明顯的「幻聽」	沒有「第一級症狀」、不一致的表現、長與藥物或酒精有關。
恐慌症/懼曠症	關係意念、(妄想)、躁動、偏執的想法	沒有「第一級症狀」、沒有典型的恐慌/焦慮症狀。
妄想症	妄想或系統性妄想	晚發、沒有其他的精神病症狀、「正常」的社交表現。
分裂型疾患	怪異/退縮、短暫的感官知覺異常	沒有持續性的精神症狀，沒有明顯的發作或退化。
本表轉引自 Trevor Turner 原著。(邱南英總編輯) 精神分裂症：問題導向。台北市，合記。2007 年表(p.65 表 3.7)		

四、遺傳的可能率

表 2-4、與精神分裂症有親屬關係，其一生被診斷為精神分裂症的可能率關係表

關係	發展成精神分裂症的百分比
父母親	5.6
兄弟姐妹	10.1
兄弟姐妹且父母之一罹患精神分裂症	16.7
父母之一為精神分裂症的小孩	12.8
父母皆為為精神分裂症的小孩	46.3
叔伯舅舅/阿姨姑媽/外甥姪子/姪女外甥女	2.8
孫子女	3.7
無親屬關係	0.86

原表出自 Kendell R Zeally A K 精神醫學研究用書。愛丁堡：Churchill Livingstone 出版公司,1993 年 轉引自 Trevor Turner 原著。(邱南英總編輯) 精神分裂症：問題導向。台北市，合記。2007 年(p.73) 表 4.1

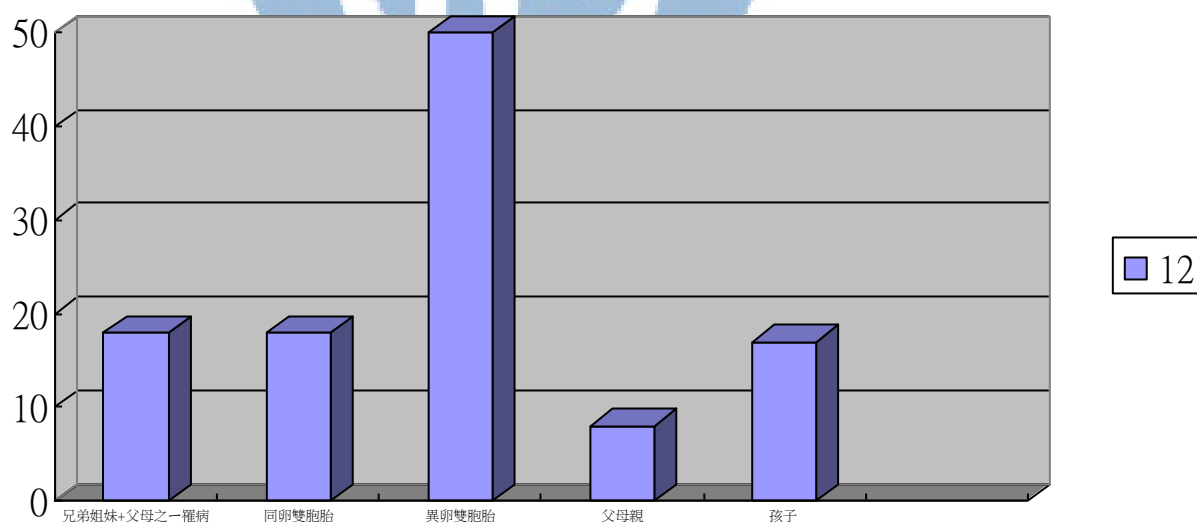


圖 2-3：基因圖顯示精神分裂症患者的親屬罹病的危險機率

轉引自 Trevor Turner 原著。(邱南英總編輯) 精神分裂症：問題導向。台北市，合記。

(p.104) 圖 4.6 (原圖取自 Levis,S,Buchanan, R w,1998 年，精神分裂症的便覽，健康出版公司)

貳、精神疾病的影響

一、對個人的影響

精神疾病對於個人常造成不同層面的影響，臨床醫學大抵認為有病理(Pathology)、損傷(Impairment)、失能(Disability)、及障礙(Handicap)等四個面向,亦影響精神病人個體長期自我功能下降（范燕燕，2000）。

1. 病理方面：指中樞神經之病灶及病因。
2. 損傷方面：係由於病理層面的因素所成之生理、心理功能喪失或失常。
3. 失能則指由於生理、心理功能喪失或失常，以致於無能力(或能力不足)從事一般人的活動。
4. 障礙指由於損傷或失能所成的不利情況，如社會歧視或忽視，以致人應有的角色功能受到限制而無法充分實踐。

二、精神疾病與自殺

根據 Prosser and Walters (1998)研究發現指出憂鬱症首次發病的年齡已逐漸下降。黃政昌(2001)的研究指出台灣的青少年憂鬱症第一次的發病年齡通常是在 15~18 歲之間，盛行率有向上攀升的趨勢。由沈詠宣、詹

其峰、呂碧鴻(2003)調查 2002 年的資料顯示，國內大約已有 15%~20%的青少年出現憂鬱症症狀。

李毓貞(2004)認為憂鬱症的形成與癒後的照顧，除了家人以外，教師、輔導人員也都是重要的因素。尤其青少年及兒童是國家未來的主人翁，更應注重事先防範、提早診斷、一旦發病更應及早就醫、後續照護。

在精神醫學中，自殺(suicide)與自傷(self harm)具有不同的特徵與病理機轉，也各自容易發生在不同的族群中(陳俊欽，2005)。陳俊欽(2005)指出此兩者的最明顯的差異就是：自殺是以達到死亡為目的，自傷是以傷害自己為目的，雖然有時自傷亦可能造成死亡的結果。根據行政院衛生署(2005)的統計資料顯示，青少年的十大死因中，自殺已從第三名向上爬升到第二名(12%)。

三、精神病對家庭的影響

目前國內精神醫療模式的發展方向，係以社區為導向為治療精神病患之主流（何淑鳳），對於精神病患的相關政策，雖已朝向「去機構化」趨勢發展，但是仍有一些問題值得探討（洪千惠, 2006）。崔秀倩等人(1998)指出：目前在社區中，大部份受照顧的精神疾病患者的負擔，仍落在病患家屬的身上。尤其精神病患出院回到家庭時，大部份家屬並未有心理準備，也沒有足夠的照顧訓練，因此，病患的照顧責任，經常對家屬造成極大的衝擊(Lefley, 1996)，病患的適應也往往不如預期，導致

疾病經常再度復發的迴轉門現象(the revolving-door phenomenon) (沈麗惠, 1997)。

從 1960 年代開始, 關於個人的精神疾病對其家人的影響研究結果, 就已說明精神疾病使病人本身及其家人都痛苦(Maurin & Boyd, 1990)。和一個患有嚴重精神疾病的親人住在一起, 意味著這家庭必須去克服精神疾病症狀不可預期的本質, 譬如妄想、幻覺、認知缺損、情緒改變等, 還有因疾病帶來的社會恥辱 (Horwitz & Reinhard, 1995)。

胡海國 (1996) 的研究報告數據指出:精神病患的家屬, 有45.6%的家屬羞於與人交往, 更有高達64.4%的家屬覺得害怕被人知道家中親人患有精神分裂症。因此, 在家照顧一個患有精神疾病的人, 顯得特別的困難, 因為它對家庭帶來持久的壓力(Reinhard, 1994), 尤其主要照顧者所經驗的心理壓力更是一般人口心理壓力的兩倍(Saunders, 2003), 並造成相當程度的照顧負荷。

根據研究指出:精神病患家屬們的照顧負荷主要來自:擔心疾病治不好、病患症狀行為及暴力行為的干擾、生活常規及休閒受干擾、緊張的家庭關係、影響情緒問題(失落、緊張等)、感覺羞恥、被責難、社會支持缺乏、家庭經濟負擔、病人的依賴、與自身的健康出現問題等(轉引自張以欣, 2014)。

又由於家庭系統中, 家庭成員間呈現一種彼此互動而互相影響的動態關係, 因此家中有精神病患, 往往也影響了整個家庭。張以欣(2014)綜合學者研究指出:「精神病患對家庭的影響包括:病患的症狀及行為所造成的問題、家庭的收入、社交生活、日常生活家務運作、成員的身心健康、生活品質及家庭互動等等, 進而影響了家庭功能的運作。」

精神病患者的病情反覆，牽動著家人的喜怒哀樂、生涯規劃和原本的人生夢想、因為照顧是一輩子的情感、責任和義務，割捨不斷，但情何以堪的是-----「痊癒」竟如此遙遙無期。對每一位精神疾病照顧者而言，不僅是體力上的操勞，更是心力上的折磨與考驗。(David A. Karp, 2010)

胡海國等(1995)針對台灣地區精神科住院病患的整體調查中發現，不管是在急性和慢性病房中診斷為精神分裂病的佔最多比率，有80.3%，尤其是慢性病患中所佔比例最為明顯。胡海國等(1986)的研究又發現，所有精神疾病中，精神分裂病患者是出院後殘餘症狀最嚴重、社會功能又最差的一類精神疾病。因為精神分裂病是一種長期慢性的疾病，病人社會功能日漸退化，需要依賴家人提供照顧，而病人病情無法掌握，以及病人本身缺乏病識感，常造成照顧精神病患者家屬心力交瘁。宋麗玉(1999)比較不同診斷的精神病患家屬之負擔研究結果，發現精神分裂病的家屬負擔是最重的。國內精神分裂病患的主要照顧者，大約八成都是病患的中老年的父母，這些年邁體衰的父母，又該如何因應其兒女提早退化和自己日漸衰老等多重壓力？處境著實令人堪憂。

四、精神疾病對社會國家的影響

「世界衛生組織」(WHO)於西元 2001 年 1 月 9 日提出對於精神疾病問題嚴重性的警告預測：「全世界有四億人口患有精神疾病，而這些問題到 2020 年會更嚴重，預測在二十年內，包括憂鬱症、早發性癡呆症及智能退化在內之精神疾病，將成為導致人類失能的第二成因，僅次於心臟疾病。」(William R. Breakey 編著，李明濱序，2001，p.3-4。)

至於精神疾病患者數量的統計，則提到：「包括患有憂鬱症、精神分裂症、老年癡呆症、癲癇症、及智能退化等精神疾病與腦部疾病的人口數，目前佔全球疾病的 11%。基於人口統計學的改變，如壽命延長、創傷、戰爭、及遷徙的可能性增加，預料在 2020 年，這個比例將上升至 14%。」(William R. Breakey 編著，李明濱序，2001，3-4)。

隨著快速的經濟發展與社會人口變遷，近年來台灣地區居民的精神疾病類型也有了顯著的變化，除了嚴重困擾家庭與社會的「精神病」仍然維持過去的盛行率之外，酗酒、藥物濫用、青少年行為障礙、老年性神經精神疾病(包括癡呆症與憂鬱性疾病)、自殺等均有明顯增加(黃進興，2004)。

精神疾病或障礙在許多已開發國家中，已成為重大的公共衛生問題，黃進興(2004)預期台灣在進入已開發行列時，也會呈現同樣的情形。近年來的國內外新聞報導，不乏許多因心理不健康或精神疾病等問題，而闖入校園或至公共場所傷害無辜社眾的新聞事件頻傳，經媒體報導後，竟有無知青少年模仿犯罪逐漸氾濫的傾向。加以部分媒體過度報導強化，恐加深社會民眾對精神病患的刻板印象，或引起恐慌，進而產生歧視或排拒病患或家屬的汙名化刻板烙印作用，反而造成其復健或就業及生活等方面之阻礙。

第五節 精神疾病的影響之相關研究

壹、陰影學說、陰影信念

一、陰影學說-----瑞士超個人心理學家榮格(C.J.Jung)，可以說是解說生命陰影現象的權威，依據榮格(C.J.Jung)的說法，「陰影無法由自我直接經驗，不過卻可藉由精神疾病的行為混亂、夢、幻想或投射而被觀察到。」被自我意識拒絕、遺忘的內容，就是「陰影」；而被自我意識接受、認同的內容，就變成「人格面具」。(黛比·福特 Debbie Ford，2005，p. 17-18 黃耀漢序)

二、陰影信念(shadow beliefs)～化內在陰影為生命動力的榮格陰影進化論

陰影信念(shadow beliefs)這個藏在潛意識的信念，控制我們的思想、語言與行為。陰影信念刻劃出我們的界線，這些信念對我們的愛、快樂、成功，秤斤秤兩，更不斷告訴我們多麼不值得被愛，更沒有資格快樂或成功。陰影信念塑造思想的歷程，定義我們的個人界線，他們偽裝，搶奪我們的自我表達能力，壓制我們的夢想。但是有件事很重要，我們必須從中學會：陰影信念包含非常大的智慧，可以帶領我們超越目前的限制與不滿。

陰影信念可以加速補償自己的缺陷，驅使我們變成相反的那一面。陰影信念帶動我們證明自己是有價值、值得被愛、而且是

重要的。但是，如果缺乏關照，陰影信念會反過來壓制我們，破壞我們的願望，以負面訊息限制我們的生命。（Debbie Ford，2005）

貳、正向心理學、希望理論

一、正向心理學

曾經擔任美國心理學主席的 Seligman，就提倡心理學應該重視快樂、健康的情緒並強調正向的主觀經驗、正向的個人特質及正向組織的科學，可以提升生活品質並且預防病態的發生。（Seligman & Levent, 1998，p. 211）

正向心理學(Positive psychology)是在二十世紀末在美國心理學界新興起的一門新興研究領域，首創者為 Seligman，是以研究個人積極的正向體驗、正向性格為主要特色(李新民，2010)。根據 Seligman 和 Csikszentmihalyi(2000)所闡述，正向心理學包含以下三個主要研究範疇，分別是正向體驗(包含了主觀幸福感、樂觀、快樂等等)、正向人格特質(重挖掘使身心健全發展、適應良好的個人特質的優勢)、正向社群與機構(有助於個人積極體驗和優勢發揮的社會脈絡和機構)。

正向心理學可以說是一平衡心理學(balanced psychology)，致力於發

展個人優勢，來預防憂鬱、焦慮、心理疾病的傷害。正向社群與機構屬於群體的層次，強調家庭、學校、工作場所、社區等機構單位，應提供更好的條件，建構人們的心理健康(李新民，2010)。

二、希望理論

「人類有一些特性」例如勇氣、快樂、希望、誠實等等，在面對心理疾病衝擊的緩衝及保護上有功能，要預防精神病，著手這些長處和特性，能在遭遇困境的時候，不會變成精神病，此外，這些長處和特性將成為抵擋諸多人生挫折與不幸的緩衝器。幫助人在社會上找到一個可以安身立命處。」(Seligman, 2003, p. 152)

韋氏字典(Webster's New Dictionary)將「希望」定義為是期待某件事情會發生的一種感覺(Agnes, 1999)。「希望」是Snyder發展希望理論的中心思想。Snyder(1994)指出：發展是追求目標達成的過程中個人心理意志力(mental willpower)，及行動力(waypower)的總和。駱方美與郭國禎(2011)綜合多位學者對於希望理論的定義指出：「希望理論包括能量、路徑與能量、三個要素。」並加以說明如下：「首先，希望理論必須是以目標為導向的，其次，要能順利達成期望中的目標，必須針對目標做出清楚的路線規劃；其中更重要的是人們對自己能力的信任度；最後必須要願意跟隨著路徑逐步付諸行動的動力，才有達到目標的機會。」

參、韌性(復原力)、困境(逆境)

一、韌性(復原力)

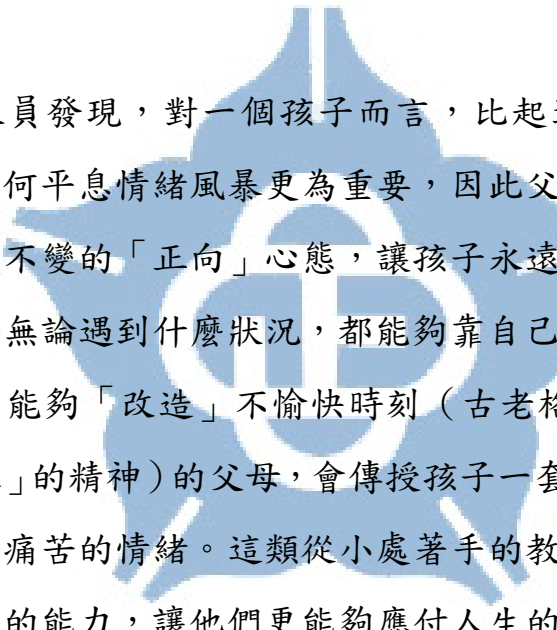
韌性(resilience)又翻譯做復原力，它是個體在面對威脅、危機、困難等等逆境時，能夠在壓力下有效的因應，維持一貫的表現的個人特質(Block & Kremen,1996)，也是個體在遭逢重大挫折、創傷之後能夠快速恢復正常的能力(Tugade & Fredrickson,2004)。

正向心理學興起之後，韌性被視為一種從挫折中重生的積極應對，在逆境中反彈的重要個人資產(李新民，2010；陽治平；Werner & Smith,1992)。韌性是正向心理學強調預防勝於治療的重要概念，擁有韌性才能避免創痛逆境的折磨。(李新民，2010，p.67)

Rutter(1999)對於復原力如何運用於家庭治療的討論，也提出正向連結會比負向連結策略更能協助家庭走出困境。Newman 對復原力功能的論述正雷同於 Seligman 推廣正向心理學價值的主張：「建構復原力的效益力，遠超過只是幫助人們感覺更好，還可以幫助人們減少與預防壓力，並且藉由加強相關的保護因子，(例如，與人連結、樂觀)來提升復原力，還可以使人們得到健康、延年益壽。」(曾文志，2005，p. 39)

Daniel Goleman(2008) 在 SQ-I-You 共融的社會智能書中提到開創研究情感神經科學(affective neuroscience)領域的戴維森的研究結果：「一個人童年時期受到的照顧，還是會影響成年之後感受快樂的能力。快樂感與復原力息息相關，後者讓我們能夠克服負面情緒，回復到

平靜、愉悅的心境。面對壓力的復原力與感受快樂的能力，兩者之間似乎有直接關聯。」「復原力可以經由學習獲得，方法是面對某種威脅或壓力，但程度保持在我們可以應付的範圍。」「如果承受的壓力太小，學習將一無所獲，壓力太大，則會讓恐懼的迴路得到根深蒂固的錯誤體認。……如果他的腦部（與身體）長期陷在激發恐懼的模式中，反覆得到的將不再是復原力，而是無法恢復的無力感。」他進而推論：「安全健全的人際關係能夠提供心靈資源，幫助人們擺脫情緒挫敗與失落。另外曾在童年時面對適度壓力的人們，成年後前額葉皮質左側活動的比值比較理想。」



研究人員發現，對一個孩子而言，比起追求虛幻的永恆快樂，學習如何平息情緒風暴更為重要，因此父母教養的目標並不是塑造一成不變的「正向」心態，讓孩子永遠處於快樂之中；而是教導孩子無論遇到什麼狀況，都能夠靠自己的力量恢復圓滿自足的心境。能夠「改造」不愉快時刻（古老格言：「不要為潑灑的牛奶哭泣」的精神）的父母，會傳授孩子一套普遍適用的方法，讓他們撫平痛苦的情緒。這類從小處著手的教導，賦予孩子看待事物光明面的能力，讓他們更能夠應付人生的低潮。就神經層面而言，這類教導會在處理負面情緒的眶額皮質神經迴路上，留下深刻的印記。如果我們在兒童時期沒有機會學習處理人生的風風雨雨，成年之後在情緒上將欠缺應變的準備。為了儲備快樂人生不可或缺的心靈資源，我們必須從童年的遊樂場就開始接受打擊，將遊樂場當成日常人際關係的訓練營。負面情緒對孩子的價值在於讓他熟悉如何掌握這種情緒反應。

（Daniel Goleman, 2008, p. 227-228）

二、逆境：

復原力是個體在**逆境**中,透過個人或環境因素有關的保護因子的效果維持正向適應的動力過程。(曾文志,2005)而此**逆境**(adversity),是面臨危機的象徵,根據(藍登編著,1997)韋氏大辭典中的說明,是指一種悲慘的、不幸的、貧窮的、困難的、悲痛的、折磨的或是痛苦的狀態。

對本研究參與者的精神病患者家屬與患者而言,此困境可依據丁嘉妮(2008)對於憂鬱症家屬與患者相處的逆境經驗研究的結果,分為四個層面:即生理層面、心理層面、社會層面與經濟層面。首先,精神病患者本身**直接**遭逢精神疾病諸多症狀纏身的困擾逆境;其次,精神病患者家屬則因擔負照顧病患責任而**間接**遭逢甚或更艱鉅的照顧困境,再則兩者**交互運作**互相影響、關係密切。

由逆境經驗相關研究文獻得知：

對於憂鬱症家屬與患者相處的逆境經驗中,包含心理、生理、社會、經濟等四個層面,其中以心理層面的負向經驗為最多。這些逆境/危機與個人復原因子、家庭復原因子、社會復原因子之間形成交互運作,藉由「直接影響」、「間接影響」、「交互作用影響」等路徑,發展出憂鬱症家屬從逆境中復原的現象,包含家庭狀態的穩定、患者的復原行為、安心與放心、患者痊癒、生活回復常軌等等危機的轉變,以及重新框架逆境

對自己的影響、從逆境中獲得生命意義、逆境經驗對未來有所啟發、相信自己具有改變環境的能力、發現自己生活的樂趣、覺得自己有能力幫助別人、有助人的期待、能分享有助適應的具體建議等積極復原的現象。
(丁嘉妮, 2008)

三、壓力、人際關係、適應負荷與健康

Daniel Goleman(2008)指出：

「壓力與健康狀況之間的主要橋樑，是交感神經系統與下視丘-腦下垂體-腎上腺軸。當我們遭遇壓力時，會啟動並分泌有助於應付緊急狀況或威脅的激素，但卻會佔用免疫系統與內分泌系統的資源，因此會傷害這兩個攸關健康的系統。而交感神經系統與下視丘-腦下垂體-腎上腺軸的啟動與關閉，可決定我們悲傷或快樂的情緒狀態。又由於他人能夠顯著影響我們的情緒（例如透過情緒的感染作用），因此壓力與健康之間的因果關係，會由身體內部向外延伸到人際關係。」(p. 274)

「人際關係起起伏伏導致的生理變化，其實並不是那麼明顯。然而如果負面狀況持續多年，就會造成高度的生物壓力，正式術語稱為『適應負荷』(allostatic load)，可能因此加速疾病的發

生或者加重症狀。」「一段人際關係會如何影響身體健康，決定於這段關係在經年累月之中，累積的情緒毒素或情緒養分。我們的身體狀況愈是虛弱，……人際關係對健康的衝擊就愈是顯著。」(p. 274)

「『人際關係最重要層面不是數量，而是品質。』情緒特質比認識多少人更能影響我們的健康，「人際關係可以帶來歡樂，也可以引發痛苦。就好的一面而言，一個人如果能夠感受身邊人的情緒關懷，對他的健康會產生正面影響。在身體原來就比較虛弱的人身上，這種關連性尤其明顯。」「惡質人際關係導致疾病與死亡的風險，不在吸煙、高血壓、膽固醇、肥胖與身體殘障之下。」「人際關係能載舟亦能覆舟，既可以保護我們不受疾病侵害，也可以成為老化與疾病的幫兇。」(p. 272)

「醫療體系如果能為病人提供社會支持與關懷，改善他們的生活品質，將可以提升他們康復的機會。」(p. 297) 「無論是哪一種親密關係，我們處理情緒的方法-----從尋求他人慰藉到重新思考困境-----都會在對方的幫助下如虎添翼，或是給予忠告和鼓勵，或是透過正向情緒感染做更直接的協助。(p. 296) 愛不再只是一種改善病患情緒的方法，而是能夠在醫療照護上發揮積極生理功效的要素。」(p. 299)

Daniel Goleman(2008)書中，柯恩指出：「為生命中最令我們如沐春風的人付出更多時間與精力，對身體健康大有幫助。他也對病患提出忠告：盡量減少日常生活中引發負面情緒的人際互動，同時增進正向情緒的互動。」(p. 298) 柯恩提到相關的科學研究結果『明確告訴病患的家人與朋友，不要忽略或孤立他們，就算你不知道自己該說些什麼，也應該去探望他們，這一點非常重要。』(p. 298)

肆、EQ(情緒智商)與 SQ(社會智能) 與同理心(Empathy)

1995 年丹尼爾·高曼以 EQ(Emotional Intelligence)為名的書出版後，高居紐約暢銷書排行榜十八個月，也引起討論熱潮與各界的廣大的迴響，EQ 出版後校正了很多只重視 IQ 知識智慧的偏差觀念，紛紛開始重視 EQ 的重要性，紛紛開始注重人際關係層面的情緒智能。

丹尼爾·高曼，再次於 2007 年提出 SQ(Social Intelligence)巨作，強調「I-You 共融的社會智能」的概念，這一門新科學的誕生，探討個人與家庭、社群以及社會的關係，揭示腦部科學研究的發現，有助於瞭解人與人之間如何營造和協關係，以及人際關係發生問題的緣由。其中最關鍵的要素可能就是**同理心**，亦即體會他人思緒與感受的能力，以及必要時伸出援手的自發性衝動。(Daniel Goleman, 2007, p. 17)

學者 Halpern(2001)定義「同理心」是一種設身處地的狀態，「設身」指的是置身事外的第三者需得產生一種擬似第一人稱的感同身受；而「處地」則是從對方的處境來觀看(perspective-talking)。亦即是一種「設身處地」的感知能力，同時「並不僅止於情緒上的感受、理智上的理解，或純粹的想像與自我投射，而是情感、理智，想像與自我投射等因素的相互表述、彼此激發、由之所形塑而成的綜合體。」且「強調互為主體、設身處地、感同身受的對話過程。」(劉斐玟、朱瑞玲，2014)

心理學家愛德華·桑代克(Edward Thorndike)設想出「社會智能」最原始的定義，其中之一就是：「理解並應對各種人物的能力」，同時也是維持美好生活不可或缺的技能。(Daniel Goleman, 2007, p. 29)

而丹尼爾·高曼則探討對於人類社會能力更為宏觀的原則：「在人際關係中明智行事。」他將社會智能界定為「不僅要明智的理解人際關係，更必須在生活中身體力行。這個觀念將社會智能的焦點擴大，涵蓋他人與自我的層面，一個人在人際關係中表現的種種情態。如此一來我們將超越個人範疇，進行人與人互動的真實情況，同時更超越狹隘的個人得失，進而為他人的利益設想。」(Daniel Goleman, 2007, p. 29)

伍、主觀性憂慮：正視與處理

「喜樂的心乃是良藥，憂傷的靈使骨枯乾。」（聖經箴言十七：二二）

一、主觀憂慮的程度類別

下圖 2-4 是一項分析專業關係的工具，主要用於描述：「兒童及青少年之主觀憂慮程度類別」。其中，由左而右，分別是：最左邊是無憂慮；往右兩區為些微憂慮；中間兩區為疑惑，狀況不明之灰色地帶；最右邊兩區為強烈憂慮區。（翁毓秀，2004）

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
無憂慮	感到輕微憂慮或有時感到迷惑； 對自身解決能力非常有自信	不時感到憂慮與迷惑； 對自身能力有自信。 感覺需要其他資源協助。	憂慮漸增； 對自身能力漸無自信。 希望獲得其他支援協助。	明顯的憂慮 原本擁有之資源逐漸流失， 清楚知道自己需要其他支援協助。	持續強烈的憂慮： 身處危險之中； 原本擁有之資源正在枯竭。 立即需要其他資源之支援協助。	非常深切的憂慮： 身處立即之危險之中。 原本擁有之資源已經枯竭。 立即需要改變目前所處情勢。
無憂慮	些微憂慮		灰色地帶		強烈憂慮區	

圖 2-4：兒童憂慮之專業類別劃分（修改自 Arnkil, Erikson & Arnkil 1999）

學者翁毓秀(2004)強調正視憂慮、減少憂慮、處理憂慮。而這些都與早期干預與危機處理的概念有相關，而預防精神病再度復發於同一家屬成員身上的概念也與此相關。她強調危機處理者總在最複雜的情況下與兒童、青少年及家庭有所接觸，然而相同的事實對不同的專業人士來說，可能會引起不同的憂慮。

二、憂慮類別中之共同行動方法

翁毓秀(2004)針對各憂慮類別，提出共同行動方法，如下圖 2-5：

無憂慮	些微憂慮	灰色地帶	強烈憂慮區
	社區篩選； 團體反思		
	處理憂慮並尋求協助		
	網路辯明階段： 喚起未來憧憬 及其他與期望相關之對話		
			家庭團體會議
			網路治療
			開放對話

圖 2-5：憂慮類別中之共同行動方法

而對於精神病患家屬中之兒童及青少年的憂慮的了解、預防與處理，從個人、家庭、學校、到社區，社會、政府等方面，是否也各有其可行方向與方式，值得我們更進一步去深思與研究。

陸、預防性介入、預防與干預

心臟病、癌症、中風、糖尿病及意外事故等等，這些疾病或死亡的主要原因部分都可經由改善環境與生活型態而加以預防。……只要能改變這些惡化的因子，那麼身心障礙或復健的成本都可獲得控制。我們應致力於工業與環境的預防工作，他們是造成身心障礙的主因，而不是將責任都歸於個人。
(Albrecht & Levy, 1981:26-7)

Michael Oliver & Bob Sapey(2004)強調指出，我們之所以要了解失能與身心障礙的成因，正是因為他們都與預防的概念有關(p. 66)。而醫療專業所說的預防與社工人員所說的又不完全相同，從個人、家庭、學校、到社區，社會、政府等方面，是否也各有其預防的層級與可行方向。

「預防」的定義是這樣的：預防是為了減少或消除社會、心理及其他造成身心理疾病、與社會經濟問題的努力。學校社工或其他人採取行動來防止問題發生（初級預防）；或避免問題擴大、加重（次級預防）；或幫助問題的復原，及發展必要的能力與技巧來避免問題的復發（三級預防）。（轉引自李芳玲譯，Gary L. Shaffer, 2004）

Leonard(1966)將預防分為三個層級，與 Harris 與 Finkelstein 對於身心障礙的分類很接近，分別是列述於下，並用表 2-5 來比較說明：

(Michael Oliver & Bob Sapey, 2004, p. 67)

- (一)、初級：初級預防主要在防止造成疾病的特定事件。
- (二)、初級：次級預防重點則在預防事後立即的效果。
- (三)、第三級：第三級的介入則主要在預防事故造成的結果。

表 2-5 干預的範圍與定義

專業介入	個人模型	社會模型	干預類型
	(Harris, 1971; Martinetal., 1988; Tyler, 1977)	(Finkelstein, in family, 1978)	(Leonard, 1966)
醫療專業與健康教育	生能	失能(治療和看護)	初級
護理與復健人員	障礙	失能(治療)	次級
社工員、政要與壓力團體	殘障	障礙	第三級
註：impairment 譯為 失能 disability 譯為 障礙 disability 譯為 殘障			

Michael Oliver & Bob Sapey(2004)將世界衛生組織中所定義的失能、障礙與殘障，分別列述如下：(p42-43)

- (一)、失能(Impairment)：「任何來自心理上、生理上、構造上功能的喪失或異常」此處處理的是身體的部分或系統無法正常運作的情形。

(二)、障礙(Disability) 「因任何能力的限制或缺乏能力，已致無法完成一般人類行為或活動的狀況」，此處討論的是人們無法做到的事。

(三)、殘障(Handicap) 「由於失能或障礙，限制或是妨礙了一個人角色的實現角色視年齡、性別、社會及文化因素而定」，「這與特殊的環境以及人際間的關係有關。(Martin et al., 1988:7)

Taylor(1977) 由以往的研究提出發現：「大多數人認為失能大部分是各式各樣的疾病造成，因為身體障礙者還可以仰賴醫療協助服務。」簡而言之，大部分的失能是疾病引起，也可以透過醫生來治療疾病，就算醫生沒辦法治好，也可以透過醫療方式來控制症狀。

但許多疾病都有殘餘症狀，由於人的生命壽命延長，再加上老人人口增加，使得疾病的情形便的明顯；也就是說，疾病會惡化，也會因為年齡結構老化而更加嚴重。(Michael Oliver & Bob Sapey, 2004, p. 65)

Doyalup 引用 Powles(1973)的作品指出，這些會惡化的疾病，幾乎都發生在先進工業社會中，不論特別成因為何，都不可否認人類生物本能上原本以適應的環境已經徹底改變了。新的生活條件造成「適應不良」的疾病，如果環境才是疾病的重要原因，那麼專業的介入就不是最重要的了。

柒、民國 100 年婦女生活狀況調查報告

一、婦女目前與哪些人居住

目前住在一起的家人以「配偶（含同居人）」每百人有 58 人最多；其次為與「未婚子女」同住，每百人有 54 人；與「母親」同住每百人有 30 人；與「父親」同住每百人有 28 人。（與「公婆」同住每百人有 14 人；與「兄弟姐妹」同住每百人有 27 人，與「其他親屬」同住每百人有 7 人。）

以婚姻狀況來分析，有配偶或同居的婦女目前住在一起的家人以「配偶（含同居人）」同住較多；未婚的婦女以「父、母」同住較多；離婚、喪偶、分居的婦女均以「未婚子女」同住較多。

表 2-6：婦女目前與哪些人居住

民國 100 年 6 月

項目別	單位：人；人/百人	大約百分率
「獨居」	2.56	3%
與「未婚子女」同住	53.87	54%
與「母親」同住	30.48	30%
與「父親」同住	27.76,	28%
與「兄弟姐妹」同住	26.59	27%
與「公婆」同住	14.00	14%
與「其他親屬」同住	6.78	7%

二、婦女家中一般家務工作分配狀況

以重要度表示家中家務提供的主要程度，第一主要為婦女「本人」重要度 78.60，第二位為婦女「本人的父母」，重要度 27.01，第三位為「配偶（合同居人）」，重要度 18.76。(p. 109)

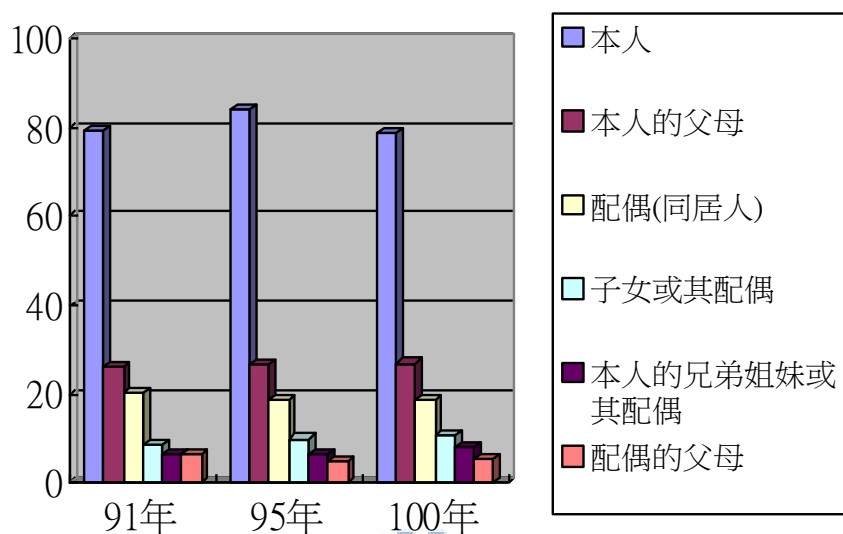
以有無工作觀察，無論有無工作婦女，第一主要家務提供者皆為婦女「本人」擔任，重要度分別是 77.81 及 79.37，第二位為婦女「本人的父母」，重要度分別是 27.59 及 26.45，第一主要家務提供者皆為「配偶（合同居人）」，重要度分別是 77.81 及 79.37。

下表 2-7 與圖 2-6 分別是民國 91、95、100 年婦女家中一般家務工作分配狀況歷年來的比較，結果顯示十年來並無太大差異，家中第一主要家務提供者皆為婦女「本人」擔任。

表 2-7 婦女家中一般家務工作分配狀況歷年比較表

項目別	91 年		95 年		100 年	
	重要度	排名	重要度	排名	重要度	排名
本人	79.3	1	84.08	1	78.6	1
本人的父（母）	26.32	2	26.55	2	27.01	2
配偶（同居人）	20.21	3	18.82	3	18.76	3
子女或其配偶	14.33	4	9.95	4	10.89	4
本人的兄弟姐妹或其配偶	8.64	5	6.43	5	8.00	5
配偶的父（母）	6.48	6	4.75	6	5.30	6

圖 2-6 婦女家中一般家務工作分配狀況歷年比較圖



(資料來源：研究者摘錄整理自民國 100 年婦女生活狀況調查報告 p. 163 表)

三、 婦女平均每天處理家務時數概況

平均每位婦女每天花費處理家務的時間約為 1.79 小時。以年齡別觀察，婦女平均每天處理家務時數，也有隨年齡層遞增，而呈現出現時間越長的現象。從 15-17 歲的 1.06 小時，遞增到 55-64 歲時的 2.18 小時。(p. 109)

四、 家中有未滿十二歲兒童，婦女平均照顧時間

家中有未滿十二歲兒童的婦女，

婦女平均每天花費 6.40 小時照顧未滿 12 歲兒童。

五、 家中有需人照顧的 65 歲以上老人，婦女平均照顧時間

家中有需人照顧的 65 歲以上老人的婦女，

平均每天花費 5.79 小時照顧需人照顧的 65 歲以上老人。

表 2-8 婦女日常生活約束時間應用狀況

民國 100 年 6 月

單位：小時

項目別	工作時數(含 交通時間)	照顧未滿 12 歲兒童時間	照顧 12-64 歲失能者時 間	照顧的 65 歲以上失能 老人時間	處理一般 家務時間
總計	8.75	6.4	6.02	5.97	1.79
按婚姻狀況分					
有配偶或同居	8.7	6.85	6.41	6.52	2.12
未婚	8.82	3.85	4.6	4.52	1.15
離婚	8.82	6.7	11.00	7.61	1.7
喪偶	8.76	6.11	6.08	6.56	2.06
分居	9.17	6.09	-	11.00	1.69
按有無工作分					
有工作者	8.75	5.37	4.77	4.66	1.57
無工作者	-	7.38	7.10	6.85	2.00

說明：1. 本表各項花費時間係分別以有該情況統計，如有兩項時，會有時間重疊情形，本表未分離重疊部分。2. 本調查之約束時間包括工作（含通勤）、家務、照顧未滿 12 歲兒童及失能者而言，不包含上學時間。

六、婦女情緒主要支持者

婦女面對困擾時，整體調查結果顯示：有 77.68% 表示有情緒主要支持者，另外有 22.32% 表示沒有情緒主要支持者。有情緒主要支持者的重要度排序為「朋友、同學、同事、鄰居及其他親戚」、「兄弟姊妹（含其配偶）」、「父母」及「配偶（含同居人）」，重要度分別為 48.35、24.96、22.43 及 19.19。

若依年齡別觀察，婦女有「有情緒主要支持者」的比例，有隨年齡層遞增呈現遞減的現象，重要度從 15-17 的 8.95% 遞增到 55-64 歲的 39.23%。（但「沒有情緒主要支持者」的比例，則有隨年齡層遞增呈現遞減的現象，重要度從 15-17 的 91.05% 遞減至 55-64 歲的 60.77%。）

依教育程度觀察，婦女「有情緒主要支持者」的比例，有隨教育程度遞增的現象，從小學以下的 52.73%地增到研究所以上的 90.95%。

依婚姻狀況觀察，婦女「沒有情緒主要支持者」的比例，以「離婚」的 41.77%，明顯高於一「有配偶或同居」的 26.39。

依身分類別觀察，婦女「沒有情緒主要支持者」的比例，以「外籍配偶」的 44.88%，明顯高於一般民眾的 21.55。

表 2-9 婦女情緒主要支持者(有配偶或同居) (整理自原表 2-19)

民國 100 年 6 月

	有情緒主要支持者		有情緒主要支持者	
沒有情緒主要支持者	26.39		15.98	
有情緒主要支持者	73.61		84.02	
	有情緒主要支持者		有情緒主要支持者	
	有配偶或同居		無配偶或亦無同居	
項目別	百分率	重要度	百分率	重要度
「朋友、同學、同事、鄰居及其他親戚」	39.94	1	61.43	1
「配偶（含同居人）」	31.51	2	0.01	12
「兄弟姊妹（含其配偶）」	21.15	3	30.89	3
「父母」	13.09	4	36.98	2
「子女、媳婦、女婿」	8.91	5	3.17	4
「宗教人員、教友、同道同修等」	0.95	6	0.97	6
「其他諮商輔導人員（地方服務中心）」	0.82	7	1.55	5
「妯娌」	0.72	8	0.29	8
「公婆」	0.53	9	0.02	11
「專線服務人員（政府民間團體）」	0.46	10	0.4	7
「其他」	0.34	11	0.13	9
「網友」	0.1	12	0.11	10
合計	100		100	

表 2-10 婦女情緒主要支持者(無配偶或亦無同居)(整理自表 2-19,p42-43)

民國 100 年 6 月

(有配偶或同居) 有情緒主要支持者 26.39	有情緒主要支持者		有情緒主要支持者			
(無配偶或亦無同居) 沒有情緒主要支持者 15.98	無配偶或亦無同居		未婚		離婚	
沒有情緒主要支持者	15.98		12.01		41.77	
有情緒主要支持者	84.02		87.99		58.23	
項目別	百分率	重要度	百分率	重要度	百分率	重要度
「朋友、同學、同事、鄰居及其他親戚」	61.43	1	65.42	1	40.40	1
「父母」	36.98	2	43.57	2	7.93	3
「兄弟姊妹(含其配偶)」	30.89	3	33.14	3	19.37	2
「子女、媳婦、女婿」	3.17	4	0.12	9	7.37	4
「其他諮商輔導人員(地方服務中心)」	1.55	5	1.49	4	2.74	6
「宗教人員、教友、同道同修等」	0.97	6	0.67	5	3.99	5
「專線服務人員(政府民間團體)」	0.4	7	0.1	10	2.47	7
「妯娌」	0.29	8	0.19	6		
「其他」	0.13	9	0.14	7		
「網友」	0.11	10	0.13	8		
「公婆」	0.02	11				
「配偶(含同居人)」	0.01	12				
合計	100		100		100	

由文獻中內政部調查結果資料顯示：婦女遭遇困擾時，有情緒支持的重要度排序顯示：以「朋友、同事及其他親屬」的支持系統的重要度最大，佔 48.35%，佔第一順位。，可見這一主要支持系統網路的重要性。

而「朋友、同事及其他家屬」及「配偶、父母、兄弟姐妹、子女等主要家屬」以外的情緒支持來源，合計則約佔 2.86%，重要度幾乎也可以說是非常有限。亦即婦女尋求周遭主要支持系統以外的資源與管道，來做為情緒支持的比例偏低。

家庭成員中主要家屬的重要度依序為：兄弟姊妹 24.96%、父母 22.43%、配偶 19.19%、子女 6.67%等家屬。

整體重要度排序為：「朋友、同事及其他親屬」> 兄弟姐妹> 父母> 配偶> 子女。

有配偶（或同居）的婦女，重要度：「朋友、同事及其他親屬」> 配偶> 兄弟姐妹> 父母> 子女。

未婚的婦女，重要度：「朋友、同事及其他親屬」> 父母> 兄弟姐妹> 。

離婚的婦女，重要度：「朋友、同事及其他親屬」> 兄弟姐妹> 父母親> 子女。

公婆與妯娌雖同為家屬成員，但在情緒支持方面的重要度甚低，分別佔 0.33%與 0.55%，重要度合計為 0.88%，幾乎可以說是微乎其微。

而「朋友、同事及其他家屬」及「配偶、父母、兄弟姐妹、子女等主要家屬」以外的情緒支持來源，合計則約佔 2.86%，重要度幾乎也可以說是非常有限。亦即婦女尋求周遭主要支持系統以外的資源與管道，來做為情緒支持的比例偏低。

朋友同事及其他家屬及主要家屬以外的情緒支持來源重要度依序為：

其他諮商輔導人員（地方服務中心），約佔 1.11%，

重要諮商輔導人員與專線服務人員（政府、民間團體）約佔 0.43%，

宗教人員、教友、同道共修等，約佔 0.96%，

網友佔約 0.1%，

其他 0.26%。

第三章 研究設計

第一節 研究方法

壹、研究方法的選擇

本研究的研究方法屬於質性研究，研究者係以敘事研究的方式為主，兼以半結構式的深度訪談方式為輔。透過研究對象對自己照顧精神病患照顧經驗歷程中的生命故事的敘說，進行資料蒐集與敘事探究。意即針對研究對象所敘說的生命經驗故事中，選取出與研究目標相關的特定「關鍵生命事件」，以了解其生命故事的脈絡發展(schutze, 2003)，敘事過程中關心人的主體性，也重視當事人的意念、情感、經驗、與主觀詮釋等(周淑卿，2003)，進而探討分析，以理解其生命經歷背後賦予的意義。

貳、選擇的理由

在研究策略上，則重視現象學與詮釋學中對於內容現象”意義”的理解。本研究方法的選擇理由可依下列三點來說明：

- 一、 後設認知
- 二、 質性研究的方法
- 三、 詮釋現象學的策略

一、後設觀點

依據鈕文英(2013)比較建構主義和實體主義對於「實體本質」的想法差異：

1. 實證主義認為事情有單一、普遍、絕對的真實，此真實假定是有一個「客觀的實體」。
2. 建構主義則認為每個人所看到實體是不同的，是人們各自「主觀的事實」。

本研究主題係依上述之建構主義的後設觀點出發，認為每個人所看到實體，是人們各自獨立的「主觀的事實」，並且會隨著「視框」(framing)與「情境脈絡」(context)的移轉或不同，而形成一個有所選擇、重新建構和詮釋下的產物，也因此可能會有各自不同的真實或觀感。

既然每個人會隨著視框」和「情境脈絡」的不同移轉，而對實體有不同的觀感，質性研究強調「情境脈絡觸覺」(context sensitivity)，不只探討現象，描述人們對實體的觀點，還必須進一步探究現象和觀點存在的視框和情境脈絡產生的背後意義，而不是評價現象和觀點的真實和正確性(鈕文英, 2013)。

二、質性研究的方法：

Krathwohl(1998)曾言：「要了解實體必須從人們的觀點去了解。」

質性研究是強調個體內在的特殊性，捕捉受訪者的觀點，而不是試圖由「客觀」局外人的觀點做表面意義的解釋(陳圭如，2001)。

Walsh 並提到質性研究了解現象的三個層次：(鈕文英, 2013)

層次一：是肉眼立即可見的。

層次二：是只有細心、有系統、能自我省思和批判的人才看得見的，這樣的看見才能產生深厚的描述。

層次三：是統整各種資料，對於現象背後意義的理解。

質性研究者承認「主觀」的存在，進而主張「客觀地」看待自己的「主觀」，並且使它獲得規範，成為有規範的「主觀」(Wolcott, 2001)。

針對本研究，研究者最需要的是在研究過程中保持開放的態度，並以「設身處地」的姿態與角色去融入，以理解個體在現象與脈絡中內在的真實感受與觀點、並省察這些視框及情境脈絡之後的內涵與意義。

三、詮釋現象學的策略

不同的質性研究主題和目的，各有其不同的質性研究策略。

依據鈕文英(2013)將質性研究策略分為以下九種，分別是：人種誌、歷史學說、俗民方法誌、敘事研究、個案研究、扎根理論取向、行動研究、現象學、詮釋學。

本研究主題在於研究精神病患家屬照顧經驗，研究目的則在於瞭解精神病患者家屬照顧病患的方式、困境及其調適策略，及其教育意涵等。

在研究方法之資料蒐集方面，因本研究資料之蒐集方式，必須透過受訪者提供照顧經驗敘事故事，以瞭解其中具體現象內容或相關脈絡訊息，然後再經研究者進一步進行資料分析，以探求不同層次的現象、內涵及或背後之意義，因此屬於敘事研究。

但在研究對象、及研究問題方向上，因為著重研究精神病患照顧家屬個案個別且獨特之照顧經歷中，對於困境及其調適策略與教育意涵之探究，因此與個案研究所強調的問題解決歷程步驟，有一致之研究目的與方向，因此也屬於個案研究。

根據陳李綢(2000)所提出個案研究的問題的解決步驟，可分為以下六個步驟：

第一步驟：了解問題性質 -----加以確認及界定問題是什麼？

第二步驟：了解主要問題所在 -----問題的關鍵是什麼？

第三步驟：了解問題的背景 -----問題的發生有其來由與背景，了解實際問題的狀況與理想狀況之間的差距由來為何？

第四步驟：創造或一般化解決問題的方法 -----縮短其中的差距，以達到問題的解決。

第五步驟：呈現結果，付諸行動 -----在解決問題的過程中，唯有了解各種可能的行動或結果，才能評價其解決問題方法及過程，進一步進行補救、診斷及預測的工作。

第六步驟：形成最佳決策 -----問題解決後可能產生正向的及負向的結果，研究者可從中比較優缺點及效益等，以形成最佳決策，有助於問題之解決。

她並指出：個案研究的問題解決是一種循環過程，從確定問題=>找出主題=>瞭解差距=>解決問題=>獲得結果的歷程中，當某個歷程出現問題時，可以回歸到前一歷程，再加以探詢並尋找原因，因為它是一種循環重複的歷程。以形成最佳的策略，並促進問題之解決。

本研究根據下表的質性研究策略的比較，在研究策略上則以採用現象學與詮釋學為主要策略。

表 3-1：質性研究策略之比較

(以下表列資料摘錄自鈕文英, 2013, p. 379-380)

質性研究策略	學科或理論 起源	研究主題	研究目的
敘事研究	社會工作	個人的生命意義和行動，以及其意義。	對敘事進行探究，是使用或分析敘事素材的研究，乃以「敘事」為主要理解研究參與者生命經驗和行動的方法，著重敘事脈絡的豐富和複雜性，並且以「敘事體」的形式展現其生命經驗和行動以及探究其中的意義。
現象學研究	現象學	了解現象，亦即人類生活的世界，包括人類在日常生活中接觸的人們、物品，以及在特定情境下發生的事件，和這些人事物帶給人們的生命經驗，以及背後的意義與本質。	還原「現象」的原貌。
詮釋學研究	詮釋學	強調以「對話」的方式理解「現象」，並以「詮釋循環」及「互為主體的理解」精神作為對話文本的詮釋基礎。	為「現象」創造新的意義。

參、敘事研究、敘事治療

一、敘事研究的意義：

Jane Speedy (2010) 在《敘事研究與心理治療》書中，將敘事研究定義為：「讓人們(包括我自己)敘說或再敘說他們的生命故事，也藉此刻畫出他們過的生活。」Bamberg & McCabe(1998)也指出「敘事者的論述對他們自己、社會情況及歷史有意義。」(轉引自 Jane Speedy, 2010)

Lieblich、Tuval-Mashiach 和 Zilber (1998) 認為敘事研究所產生獨特的、豐富的資料，是實驗研究、問卷和觀察法所無法達到的。而敘事研究的神聖使命，就在透過故事敘說，去了解人類內在世界，而此條通往了解人類內在世界的管道，就是一種「敘事的知識」(narrative knowing) (轉引自郭志通, 2006)。

因此，研究者認為：敘事故事就是讓人們藉由敘說故事的過程中說出所經驗的生活或事件的現象，藉以發掘當中對於思考、態度或行為等方面的改變，並傳達出敘事內容中的意念和情感與意義。

二、敘事研究的功能：

Greenhalgh 和 Hurwitz (1999) 認為從事敘事研究具有下列幾個功能：
(轉引自郭志通, 2006, p104-105)。

1. 在醫學診斷上，敘事研究可以

- (1) 了解病患所經驗到的疾病、恢復健康是一種現象的形式。
- (2) 可以鼓勵治療師發揮同理心和促進治療師和病患之間的了解。
- (3) 允許意義的建構。
- (4) 可以提供有用的分析線索和分類。

2. 在治療歷程中，敘事研究可以

- (1) 鼓勵以整體的取向來進行治療。
- (2) 敘事是一種內在的或者平行的治療。
- (3) 可以提供建議或者促使其他治療的選擇權。

3. 在病患的教育和健康專業上，敘事研究可以

- (1) 敘事經常是值得加以紀念的（記憶的）。
- (2) 敘事是紮根於人的生活經驗。
- (3) 鼓勵反省。

4. 在研究上，敘事研究可以

- (1) 協助研究者以病患為核心。
- (2) 可以挑戰既有的知識。
- (3) 可以產生新的假設。

三、敘事研究 => 敘事治療

敘事研究已不純然是一種研究方法，儼然已成為另一敘事治療的趨勢與力量，本研究特別期待能發揮些許敘事治療的功效，因此希望讓受訪的精神病患照顧家屬藉由敘說的方式間接開啟心中或許曾經幽閉許久的陰暗角落，嘗試說出、讓別人聽見、進而分享，讓更多人看見自己與類似遭遇的對象，同在漫長艱辛的照顧病患點點滴滴心路歷程轉化後，所累積的照顧經驗意義與價值，或可發揮出一定程度之療癒的功效，甚至啟發未完成的故事中的更多可能性。

第二節 研究流程

研究的歷程大致包括：選擇研究主題、界定研究目的和問題、設計研究(包含設計研究的方法和步驟、研究參與者、研究工具、資料分析的方法等)、蒐集資料、分析資料、解釋資料與評鑑研究品質、以及報導研究發現七個步驟(Neuman,2006)。而且整個研究過程可能並非線性的流程，而是持續來回互動更迭的歷程。

本研究的研究流程，可依圖 3-1 所示：



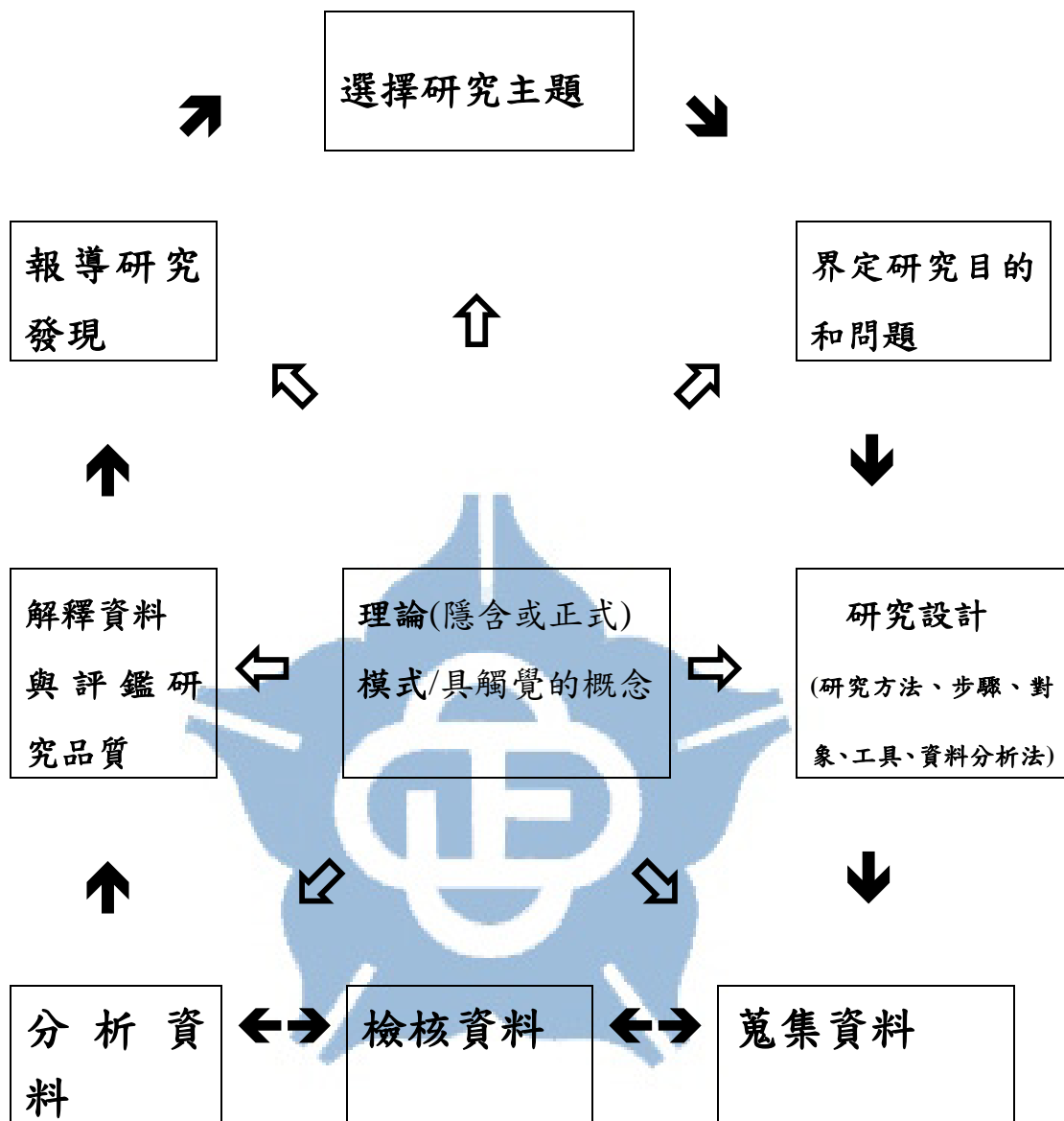


圖 3-1：研究的歷程圖

(修改自鈕文英，2013)

➡表示步驟的進程

⇨表示啟發該步驟的進行

第三節 研究工具

壹、研究者本身：

質性研究是以研究者為主要的工具，並親臨研究場域去進行資料蒐集並分析資料。Lincoln 與 Guba, (1985)並認為以研究者為工具有以下七個優點：

- 一、 反應性高，可以敏銳感受到存在於人物與環境中的線索。
- 二、 調整性高，有高度的彈性，可以同時蒐集到多種層次、多元因素，而且沒有事先設定的資料。
- 三、 蒐集資料過程的即時性高，可以立即在現場形成假設。
- 四、 能夠蒐集到現象與情境脈絡的整體資料。
- 五、 可以在場域總結獲得的資料，並且給予參與者回饋，以澄清、修改、或擴充蒐集到的資料。
- 六、 可以探索研究參與者不尋常或獨特的反應。
- 七、 能夠讓研究者使用默會知識。(鈕文英，2013)

貳、訪談(半結構式訪談大綱)

本研究資料蒐集主要方法，係以研究對象之敘故事為主，訪談大綱內容為輔。主要透過研究對象中，即精神病患照顧家屬之主動敘說其

照顧精神病患歷程中之生命故事，倘若研究者對其所說內容有不解或疏漏之處，則再次進行與半結構訪談大綱相關問題方向的詢問及資料內容確認，以便得到該研究對象的實際照顧經驗、感受等相關訊息與內容的掌握與理解。

綜合文獻指出：質性研究的訪談是一種有目的、面對面的對話過程，這當中研究者和研究參與者之間是平等的互動關係，研究者透過對話的過程與保持開放和彈性的原則，以瞭解研究參與者對某個主題的經驗、感受和觀點等。(轉引自鈕文英，2013) 而訪談的優點不只可以蒐集過去和現在的資料，還可以蒐集研究參與者對未來的觀點(Lincoln & Guba, 1985; Erlandson et al., 1993)。

本研究中之訪談重點，尤其關注於瞭解精神病患照顧家屬照顧歷程中，照顧方式與背景分析，困境所在及其調適策略，期望能與家屬共同找出解決問題更佳之決策建議，促成更多病患家屬問題之解決。

參、錄音工具：

透過錄音工具協助將訪談過程內容錄音，可以即時把握訪談過程的完整訊息內容，同時利於逐字稿之完成與修訂，不至於疏漏重要訊息，以保持其資料之完整性與正確性。

肆、現場文本：

現場文本是由研究者及參與者所可能創造出來的多種現場文本，這些文本代表了現場經驗中的不同面向，就像是記憶的提增物(memory enhancers)在那些遺忘的事件(外在經驗)與情感(內在經驗)的空白處，添入遺失的線索。

伍、訪談大綱內容

本論文訪談大綱是依據研究問題、研究目的、相關文獻後，訪談大綱主要參考郭志通(2006)針對憂鬱症病患主要照顧者之敘事研究，及黃蓉(2009)高齡者照顧失能老人經驗學習歷程之研究，兩者之訪談大綱修訂設計而成的半結構性開放式訪談問題。

訪談大綱內容主要在了解：

一、精神病患家屬照顧病患的經驗歷程：

(基本資料與發病解釋、發病症狀與影響、照顧方式、醫療資源與結果)

(一)基本資料與發病解釋

1. 被照顧的精神病患的基本資料
2. 照顧家屬對於引發病患精神病的解釋

(二)、發病症狀與影響

1. 病患在精神病發作時的症狀為何？
2. 病患在精神病發作期間，對家庭生活所造成的影響如何？

(三)、照顧方式、醫療資源與結果

1. 家屬對於精神病患態度與照顧方式與結果如何？
2. 有無其他醫療資源工具協助介入與結果如何？

二、精神病患家屬照顧病患經驗歷程的困境及調適策略：

1. 整個照顧經驗歷程帶給家屬的壓力或困境為何？
2. 您如何面對這些困境？其調適策略為何？

三、綜合分析精神病患者家屬照顧病患經驗歷程之教育意涵。

1. 整個照顧經驗歷程給照顧家屬者帶來的意義是什麼？
或學習到什麼內涵？或改變了什麼？
2. 有哪些特別重要或需要前瞻因應的觀點嗎？為什麼？

第四節 研究對象

本研究屬質性研究，對於研究對象的抽樣方式，係採取立意取樣的方式，來進行研究對象的選擇。以下將針對研究對象的選取與來源，分別加以說明：

壹、研究對象的選取

本研究主要是探討精神病患者家屬照顧病患的經驗歷程，而其研究重點在深入分析個別而獨特的精神病患家屬照顧病患經驗歷程、困境調適的因應策略，及其教育意涵。因此，本研究個案對象主要界定為家中有精神病患者的家屬。並分別說明如下：

- 一、 受訪家屬所照顧的精神病患對象：此精神病患必須是經由精神科專業醫療診斷確診為符合精神疾病病情的人。例如：精神分裂症、躁鬱症、憂鬱性疾患等皆可。至於其精神疾病類別則未加以限制。
- 二、 研究對象必須同時具有家屬角色，且實際參與照顧精神病患之行為。
- 三、 受訪家屬必須是親屬關係中較親近的，例如配偶、父母、兄弟或子女關係等。
- 四、 受訪對象本身有意願接受訪談，同時具有溝通能力，而且身心狀態經研究者評估其支持系統足夠於接受訪談後不會造成傷害者。
- 五、 至於照顧家屬與病患性別則未加以限制，以實際取樣得到的樣本性別為主。

貳、研究對象的限制

又由文獻探討分析得知，大多有關於精神病患的研究，大多是著重於單一種精神疾病為主題、或單一主要照顧者的角度、通常是單一精神病患在單一個家庭中的情境來探討分析，從對象選擇、過程與結果，未免過於侷限，導致研究結果難以擴大其解釋性的限制。

尤其精神疾病經常是慢性疾病，病患病情嚴重程度，通常也隨時間而改變；又由於家庭生命週期會隨著時間而變異，家庭成員也經常隨之變動，因此不同階段發作的精神病患，當時的家庭功能與其家屬照顧者與任務通常也有所改變或調整。而同一家屬如果又再度面對家中的第二個精神病患，其心境與想法、作法等，是否由於照顧經驗豐富更有其值得探討的獨特之處？

因此，本研究個案對象主要界定為家中有精神病患者的家屬，但係依其照顧任務的重要性來區分，因此不限定於主要照顧者，也不限定於只照顧單一個精神病患的照顧家屬。希望能藉由更開放多元的研究對象選擇方向，去採集到有別於其他研究的特別之處與不同的研究結果。

參、研究對象的來源

質性研究追求研究的品質重於數量，尤其講求資料或結果豐厚紮實，因此質性研究並不看重抽樣數量的大小，追求的是所選擇樣本所提

供訊息的豐富性與資料飽和程度。本研究基於此原則，因此研究對象不重數量多寡，而以資料飽和與豐富性為原則。

本因此，本研究之研究對象來源，原先為周遭同事、親戚與朋友所提供介紹的許多家中有精神病患的家屬，但進一步擇定一個個案家庭，並針對當中兩名精神病患分別各取一名重要家屬照顧者為研究對象，共計兩名家屬照顧者來進行研究，以了解同一家庭中面對及照顧不同的精神病患的家屬的角色任務及其獨特的經驗歷程。

肆、照顧者基本資料與家庭背景

一、照顧者基本資料

照顧者 (代號)	訪談日期 與時間	性別	年齡	學歷	婚姻	與被照顧 者關係	照顧 時間	照顧類型	訪談地點
E 妹 (甲)	104/1/13 17:00—19:00	女	43 歲	大學	已婚	母女	8	居家照顧	受訪者 上班地點
B 哥 (乙)	104/01/09 18:30—21:30	男	50 歲	高中	已婚	姐弟	20	居家照顧為主 住院治療為輔	受訪者 家中客廳

在本研究中，【研究對象=照顧家屬=照顧者】與【被照顧病患】之間的關係，為避免誤解，因此事先簡略說明如下：

說明一：

依據事件發生的時間先後而言，本研究中照顧者 E 妹，在其原生家族中，曾經先後照顧過家中兩位精神病患(以母親為主)，分別是：

1. E 妹的母親(發病史:約在 E 妹幼稚園時期~高二約 15 年)
2. E 妹的大姐(A 姊)(發病史：約在 E 妹高二喪母後~至今約 20 年)

依照顧家屬責任的重要性而言，E 妹的母親照顧方式：大多是以家中兄弟姐妹共同協助分攤照顧責任，但以其重要性而言，E 妹則扮演陪伴、關懷、勸藥的關鍵重要角色。

而 A 姊的照顧責任，照顧初期係以原生家庭中之未婚兄弟姐妹共同承擔照顧責任，但後期由於各自嫁娶分居後，則以 B 哥為主要照顧者，E 妹則扮演輔助角色，協助支援分擔原生家庭及 B 哥之部分照顧責任。

說明二：

依據事件發生的時間先後而言，本研究中照顧者 B 哥，在其原生家族中，也曾經先後照顧過家中兩位精神病患(以 A 姊為主)，分別是：

1. B 哥的母親(發病史:約在 B 哥國小階段~B 哥就業後約 15 年)
2. B 哥的大姐(A 姊)(發病史：約在 B 哥就業後~至今約 20 年)

依照顧家屬責任的重要性而言，B 哥的母親照顧方式：大多是以家中兄弟姐妹共同協助分攤照顧責任，但以其重要性而言，B 哥就業後扮演協助母親開始就醫取藥，接受藥物治療的關鍵角色。

而 A 姊的照顧責任，照顧初期係以原生家庭中之未婚兄弟姐妹共同承擔照顧責任，但後期由於各自嫁娶分居後，則以 B 哥為主要照顧者，但由於照顧人力資源不足，因此有時仍需 E 妹扮演協助角色，分擔原生家庭及 B 哥之部分照顧責任。

二、研究個案的家庭樹

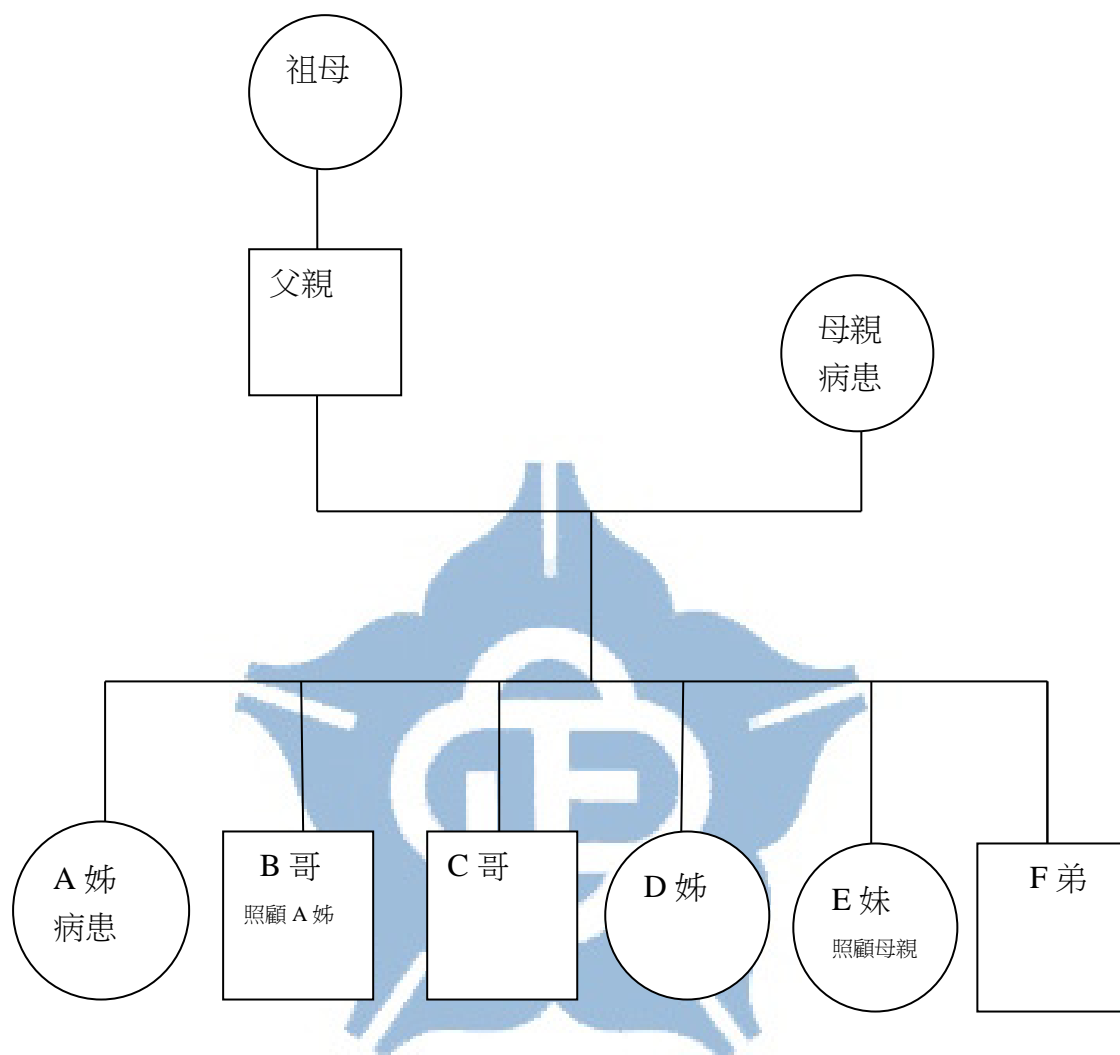


圖 3-2 早期：E 妹與 B 哥及 A 姊的原生家庭樹

(家庭樹圖：E 妹發現母親生病時之家庭樹)

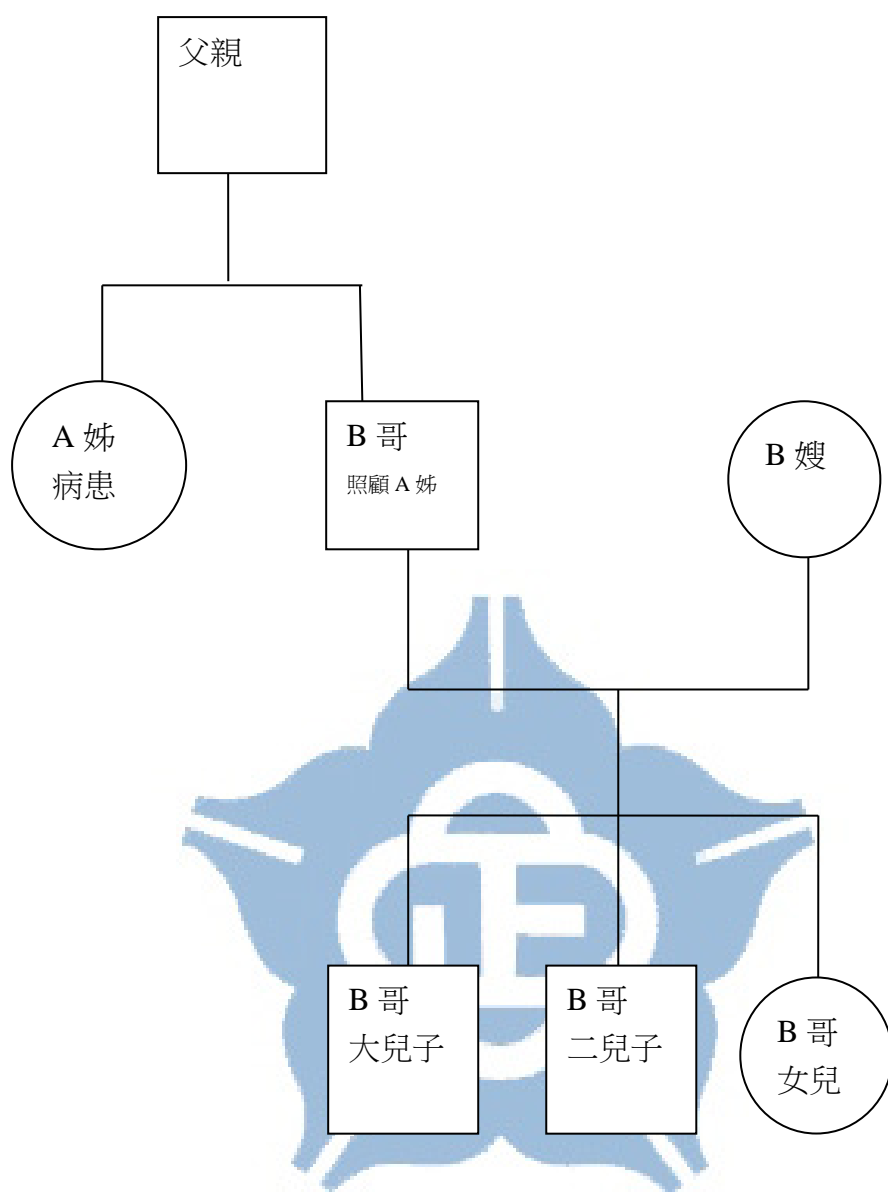


圖 3-3 後期：B 哥與 A 姊現在之家庭樹

(家庭樹圖：B 哥現在的家庭樹)

三、研究對象與被照顧者關係及家庭背景：

(一)甲照顧家屬：女兒 E 妹

甲照顧家屬 E 妹：現年 43 歲,是一個職業婦女，大學畢業，育有三名子女，與婆婆同住，先生也是上班族。E 妹從小目睹娘家母親為憂鬱症所苦所困，經常在休息、睡眠與恍神幻想中度過，當時父親忙於工作，E 妹自然的關懷與陪伴卻經常能喚醒母親的精神與意識，當時唸小學、中學時期的三女兒 E 妹就是母親的主要照顧與陪伴者。

(二)被 E 妹照顧者：媽媽

被 E 妹照顧者：E 妹的媽媽本是一個傳統家庭主婦,個性溫柔敦厚，已於 54 歲時因病逝去，(倘若還在應是 78 歲)，婚前原是個裁縫師，婚後嫁入一個大家庭中，先生共有六位兄弟與四位姊妹，婚後又生育有六名子女，兼要輪流照顧婆婆。因此有多位妯娌與姑嫂，部分妯娌心機重，兼有小動作，但不會反抗、與過度壓抑隱忍、無處抒發終於憂鬱症發作。丈夫是位農夫，孝順盡職，但卻無暇分擔家事與心事，在太太出現憂鬱症狀後，曾求助神力與乩童，之後以藥物控制，但被照顧者未具病識，因此服藥初期大都要多要由其三女(照顧者 E 妹)來關懷互動後，在叮囑勸說下才能成局。

(三)乙照顧家屬：長子 B 哥

受訪者 B 哥：是位現年 50 歲的男性貨車司機，身為家中長子，已婚，育有二子一女，並和現年 78 歲喪偶的老父親同住，另有二位弟弟結婚後住在外地，另外二位妹妹婚後也住在夫家，大姊 A 姐離婚後返回原生家庭與娘家人同住。B 哥是 A 姐的主要照顧者。

(四)被 B 哥照顧者：長女 A 姐

被 B 哥照顧者：是受訪者 B 哥的大姐 A 姐，原本曾經在某公司擔任會計，但因為母喪後的習俗匆促與剛相親認識才一個月的對象結婚，又因個性不合與婚後適應不良而出

現躁鬱症，進而精神分裂、未具病識感、不願配合就醫而離婚。離婚後回娘家與父親與弟妹們同住，弟妹相繼結婚後，續與大弟(受訪者 B 哥)及 B 哥子女及老父親同住。離婚後，經常反覆怪罪家人誤導婚姻，導致婚姻失敗；尤其不能勝任工作離職後，空閒時間更多、又擔憂經濟不穩定，多次反覆進出精神病院。

第四節、資料蒐集、處理與分析

壹、資料蒐集

本研究蒐集資料的方法是以研究者為主要的工具，讓參與研究的精神病患照顧家屬在自然的情境中，透過讓照顧家屬說故事的方式，並輔以半結構訪談大綱進行深度訪談，並對其生命經驗故事進行敘事探究，以瞭解對於研究案例中的家屬的照顧經驗經歷，(包括照顧方式、互動關係、醫療資源等)、對於照顧困境的調適策略(包括自我調適心路歷程、及困境因應策略等)、進而分析其經驗歷程之教育意涵。

若研究者對於照顧家屬所說內容有不解或疏漏之處，則再次進行相關問題方向的訪談及確認，以便得到該研究對象的實際照顧經驗、感受等相關訊息與內容的掌握與理解。

貳、資料處理與分析

至於本研究資料處理分析的方法，則採用主題分析法(thematic analysis)，來對由研究場域蒐集而來的資料內容進行分析的方法。其分析

資料的具體步驟，則依照高淑清(2001)所提出的以下七個主題分析步驟，進行「整體-部分-整體」的詮釋循環。

一、敘說文本的逐字超騰

二、文本的整體閱讀（整體）

三、發現事件與視框之脈絡(部分)

四、再次閱讀閱讀文本(整體)

五、分析經驗結構與意義再建構(部分)

六、確定共同主題與反思(整體)

七、合作團隊的分析與解釋

本研究依此步驟，先根據收集而來的敘事故事等訪談內容，進行逐字稿等整理、建構其內容與訊息，分析其脈絡與視框，找出相關命題並建構其意義與關聯，過程中尤其著重現象學與詮釋學中對於照顧病患經歷內容中之”意義”的理解與解讀。

參、研究品質與信賴度

Lincoln Cuba(1985)使用信賴度來表示研究品質，意指研究值得讀者信賴的程度。一般使用真實性(true value)、應用性(applicability)、一致性(cosistency)、中立性(neutrality)這四項標準作為評鑑品質。

因此，本研究在進行資料蒐集過程中，研究者儘量採取同時保持中立而客觀的立場、抱持同理的態度去聆聽，同時試著以受訪對象的視野，

去理解體會照顧家屬的真實感受，並且不給與任何評價或判斷，以避免阻礙研究對象之表達，以期達到符合上述研究品質的指標。

肆、研究倫理

本研究關於研究倫理的具體作法如下：

- 一、研究者先以誠懇的態度表明自己的身分、背景與研究目的與方向。
- 二、研究者事先取得研究對象之之知情同意，並簽署同意函。
- 三、研究者信守承諾對於研究對象所談的內容應予保密，並且確實保證身分不外洩，並對研究所得內容資料予以匿名處理，以保護其隱私。
- 四、研究者保持尊重同理的態度與言語對待研究參與者，避免對研究家屬或病患歧視的態度或表現。



第四章 研究結果分析與討論

本研究是以實際參與照顧精神病患者的二位家屬為研究個案，對於研究資料的搜集，係透過以精神病患者照顧家屬的敘事故事為主，讓他們由照顧病患經驗的(包含心路)歷程生命故事敘說而起，以瞭解他們照顧經驗歷程中的困境、與如何面對或調適困境的策略、及其照顧經驗歷程中之教育意涵；再輔以半結構式的訪談內容為輔，針對相關主題不甚了解的部分內容，再進行訪談確認；進一步敘寫成他們照顧病患之經驗歷程的生命故事。

以下第一節分別陳述研究對象 E 妹與 B 哥的生命故事敘說，第二節則就兩者的照顧經驗之生命故事內容，進一步進行研究結果分析討論。



第一節 研究結果

壹、E 妹的生命故事

【第一篇】：兒時不知愁滋味，一問驚醒夢中人

一、發現母親患病的事實：(幼時母病妹無知、污名詢問知病實)

我小時候(約幼稚園至國小低年級時期)，其實原本不知道媽媽患有精神病，因為印象中媽媽是個很傳統顧家的家庭主婦，也多能料理家務。我爸爸因為胃不好，早餐喜歡吃粥，午晚餐喜歡吃米食，而媽媽也都能定時為家人烹煮三餐，我還能回味起小時候，媽媽特地為我烹煮的風味獨特的蚵乾鹹粥呢！因為一切看起來好像都很正常啊！

現在想起來，有可能是因為當時我年紀還小，也還沒學會察言觀色，所以才沒能覺察出媽媽的異狀，也有可能是因為對於之前更早的記憶實在有限的關係。

後來是因為一個很奇怪的問題，我才知道她生病的事。在我們那個年代，放學後不是都會喜歡跑去找附近的鄰居或同學或家玩嗎？但是，我實在是不知道為什麼，偶爾總會有幾個同學的媽媽或不太熟識的婆婆媽媽們，老是愛問我同一個問題：

「你媽媽最近有沒有比較好了？」彷彿我媽媽曾經生了一場眾人皆知的大病，而我卻渾然不知。

當時，原本我也不知道該怎麼回答的，因為每當別人問這句話時，我常常會覺得她好像也用一種奇怪的眼光在看我，好像我是她們口中那個的發瘋的女人的孩子，有種被歧視或懷疑的感覺，好像也在懷疑我們小孩以後是不是也會遺傳到精神病，或是不是一樣會發病，感覺有點受侮辱，也有時讓人有點自卑，真不想回答她們，又覺得又有點討厭。

但我雖然不知道我媽媽過去怎麼了？如何的引人關注？也沒能感受到當時問問題的人是出自於關心或好奇，卻總是經常出於本能的直接回答她們同一個答案：「有，她最近有比較好了。」雖然我給的答案好像是對的，但被問的次數越多，我的內心越

不踏實，我想也許曾經發生過什麼事，而我當時可能太小或來不及懂，或者家人故意不讓我知道。

直到長大後才從姊姊口中得知，我們家裡在我還很小的時候，曾經有一段時間，也就是媽媽最嚴重發病的時候，那時候，全家大小的衣服是請花錢請村子裡的婦人來代洗的。(當時是大多數人家中並還沒有洗衣機的年代)，原來真的是因為當年我年紀很小，根本就不知道家中發生什麼事，而全家人、甚至我們整個家族，都對這件事情幾乎絕口不提，所以我也從來沒有從家人身邊聽到任何風聲。

二、覺察母親發病的症狀：(喚不回飄渺眼神、顫抖的手指、沉睡的母親)

漸漸的，我開始留意媽媽的作息與生活起居，才發現原來我放學後去同學家的午後時光，媽媽大多是在午睡，午睡的時間多半很長，通常是一整個下午都在睡覺，而且幾乎每天都在睡。

偶爾又發現，媽媽的眼神好像若有所思，有點飄渺又游移的感覺。呼喚她幾下，會回神一下，但是一下子又陷入沉思了，眼光好像總飄向不知名的遠方。

又看到，媽媽的手指頭好像有些不受控制，會不自自主的抖動。握住母親的手就會停止抖動，但不握時，就又開始微微的抖動，好像不能主動停下來。

我漸漸看到媽媽有時發作時的許多小症狀，也漸漸願意相信或許以前真的曾經更嚴重，而現在的媽媽真的是比較好了。

【第二篇】、陪藥關懷探病因、家人有愛病漸穩

一、治療方式的轉變：(休息、睡覺、乩童作法收驚、鎮靜劑)

由於我爸爸整天忙著工作，通常只有中午時段會回家午休片刻，而眾小孩們也都屬於求學階段，哥哥姊姊們多已進國中或高年級，更大的姊姊則已到五專、即將就業，只有我和弟弟屬低年級年紀，下午通常沒課會回家，但我們常往外跑到鄰居家或同學家去玩。因此媽媽白天通常是一個人在家，爸爸通常也都會叫她多多休息並睡覺，而

我那時可能還沒學會察言觀色，因此一開始也沒覺察出媽媽的異狀。

只是，我媽媽經過長時間的休息和睡覺，好像也沒讓她病況完全好轉；有時好像又會變得更糟；因為她發作起來時，大部分的時間又幾乎都沒在睡覺，因為眼神幾乎都飄忽不定，而腦中好像又不停的思考或幻想著什麼，好像陷入一個轉不停的迴圈中。

我爸爸曾經帶她去給人家收驚過幾次，也曾經請過好像是乩童或法師的人到家中做法幾次，但是好像也沒麼效果，因為媽媽還是會發作。

等到我大約中高年級的年紀，有一天爸爸突然開始給媽媽吃一種藥，瓶子包裝上寫著-----鎮靜劑，我才驚覺這種藥應該不是給普通人吃的，但是媽媽被指定非吃不可，而且得按時吃。從此以後，我媽媽的治療方式，就變成休息、睡覺、和吃藥三種方式了。只是不管有吃藥或沒吃藥，媽媽的病還是會發作，當時我也不知實際藥效如何。（多年後我才由大哥口中得知，原來那藥是由當時已漸出社會就業後的大哥替媽媽在精神科醫師問診後所拿回來的。）

二、陪伴任務的開始：（陪吃藥、陪午睡、陪說話）

有一天，好像是因為我媽媽抗拒吃藥的關係，因此那天爸爸突然派了個「勸媽媽吃藥」和「陪媽媽午睡」的任務給我，沒想到，我只輕輕勸了幾句，媽媽就把藥吃了，而我在陪睡的任務中，也睡了一下午好眠，我突然發現，我陪媽媽睡覺時她好像也比較能平靜下來了。從此以後，爸爸都很放心的派我督促媽媽按時服藥，也希望我能多陪伴媽媽午睡，她比較有伴，而媽媽從那以後就不會抗拒吃藥了。

冬天很冷的時候，我更愛快速窩進媽媽早已暖好的被窩中，用自己冰冷的雙手雙腳感受快速被溫熱與全身擁抱的溫暖幸福中，那時候，我完全都不覺得她是個精神病患，只覺得她是個經常能給我溫暖擁抱的好媽媽。

在陪媽媽睡午覺的過程中，我通常會和媽媽聊聊天，慢慢問起她結婚以前的工作（媽媽以前是裁縫師），也問問她的日本時代的童年，請她說一說家人的日本名字，尤其最愛聽她唸日本的五十音給我聽，總覺得聽起來很有韻律感，也很想笑。我竟發現，當她在教我唸五十音或說童年往事的時候，眼神竟不自覺的停止飄移了，嘴角也跟著揚了起來。

當我再問起外公外婆家的事，包括每個舅舅、阿姨們的名字、長幼順序、工作、住所等等，她總能馬上停止沉思，很清醒的告訴我以往的事。我終於發現，原來，媽媽說娘家的故事時會醒來，病情會好轉，精神會很好。

三、相關病因再探索：（溫柔敦厚惹的禍、流產創傷未療癒、妯娌相害、太少回外婆家、沒有紓壓的管道與對象……）

我雖然很想知道媽媽當年發病的真正原因，但是卻從來沒有人願意告訴我。甚至於問爸爸：「媽媽怎麼了？」他只輕描淡寫的說：「沒有什麼事！只是稍微受驚了，只要去收驚一下，睡一下覺就會好了。」

而由於家人對媽媽嚴重發病的過去幾乎隻字不提，所以我也無從知道她當初發病的病因與症狀，但在多年陪她午睡及與她聊天的過程中，我發現比較爸爸這邊的親戚與娘家親戚的內容，卻有些不一樣的結果。

媽媽這一生未曾口出惡言、也未曾與人怒目而視，我從沒聽她說過一句大聲話，連管教小孩也未曾動過棍子體罰小孩，從來都只是循循善誘，慢慢以理與禮教導我們，雖然只有受過日據時期的小學教育，不算知書但真是達禮，是極重視身教與榜樣的溫柔敦厚的傳統女性，對長輩奶奶也都恭敬有禮，溫和以對，恪盡其責，婆媳之間應該也不是問題。

但當我慢慢問起與大家庭中多位妯娌間的互動時，她眼神竟透著驚恐，好像藏著甚麼秘密，卻又不肯說。經我多次刺探後才鬆口透露曾有兄嫂加害事件發生過，我還向爸爸求證確定不是虛構的幻想情節，才漸能體會媽媽當時的環境背景，要獨自料理家務、養育眾多子女、以及輪流侍奉婆婆，並與許多眾多姑嫂妯娌同在一個屋簷下生活等多重角色任務的艱辛。

尤其當時我們一家將近十口人，最重要的一台交通工具就是爸爸的老摩托車，每年媽媽大約都只能回娘家一~二次，因為外婆家有點距離，不可能走路去，而媽媽又不會騎腳踏車，只有過年過節時才會由爸爸載媽媽和一~二個小孩回外婆家，因此太少回娘家與家人團圓或尋求支援，再加上當時電話通訊也不發達，也有可能造成她有苦卻無處訴說的鬱悶結果。

又從老照片中，我問過她以往的朋友姐妹淘現在的近況？才發現原來媽媽那個年代是結婚之後就幾乎沒有朋友了，遇到別人的欺侮時，她竟一個人沉默的承受了一

切，完全沒對外人道起，當然娘家人也都不知情，更何況她又從來不曾找鄰居或親戚朋友發牢騷，只好把一切都往肚裡吞，壓抑太多或太久才導致的吧！

漸長大後，再問到為什麼家中會有那麼多兄弟姐妹時，她不小心說出了以往不只一次的小產的內在創傷，竟未曾得到治療，也有可能隱隱的殘害它，使她多年憂鬱未癒。

我終於發現，原來，夫家大家庭中複雜的妯娌關係讓母親適應困難，小產後創傷未癒也有可能，加上沒有親戚朋友等紓發管道，難怪會精神失常或崩潰而有憂鬱症狀出現。尤其媽媽這種「柔弱善良」的個性，「溫柔敦厚」的美德，「打不還手、罵不還口」的修養，用台語來講是「太好性地了，善良好欺負」，卻也有可能是她發病的最大幫兇。

四、 家人體諒分擔家務病情趨穩：（家務分擔病情漸穩、紓壓良方

-----回外婆家、有愛漸無礙）

隨著時間的過去，當我讀國中時，家中哥哥姊姊們都漸漸都進入高中職階段了，甚至漸漸開始找工作就業了，家裡的日常家務也都變成多位姐妹們輪流分擔幫忙完成，媽媽有時也會一起幫忙，這期間媽媽漸漸不用那麼獨自勞累了，她的狀況也跟著好轉起來。

尤其姊姊工作賺錢買了摩托車之後，偶爾會主動載媽媽回外公外婆家聚一聚，或外出兜風購物一下，媽媽的眼神飄渺的情況更少發生了，變得較正常的時間更多了，雖然仍有許多時間在睡午覺。

國中生通常放學後肚子都很餓，我也不例外，因此我放學後回到家的第一句話經常是：「媽媽！我好餓！」而她總能馬上從床上起身，為我炒上一盤香噴噴的蛋炒飯來充飢，接著就為全家人準備晚餐，而我也很喜歡跟在廚房，要媽媽教我做一些家常料理。她知道我們小孩夏天時喜歡吃甜湯，也經常能應家人的要求或主動準備好綠豆或粉圓等甜品在冰箱等我們回家即可享用，這是我記憶中，最正常的媽媽的年代了，彷彿都令人忘記她的病症對她的影響。

【第三篇】：陽光女孩，憂鬱的心海

一、陽光女孩，藍色的微笑：(污名化的影響，內心隱憂悄然而生，

少帶同學回家，陰影信念與人格影響)

隨著年紀漸長，我對媽媽的病況與因應方式越來越能掌握了，當別人再問起那熟悉的老問題時：「你媽媽最近有沒有比較好了？」我越來越能肯定的告訴他們：「是的，她最近確實有比較好了。」

但是每當別人問這句話時，背後還隱含的另一個問題：「好像我是他們口中那個的發瘋的女人的孩子，以後是不是也會遺傳到精神病，或是不是一樣會發病？」我卻越來越沒有一個肯定的答案，因為這也正是我自己擔心已久的問題啊！

由於媽媽的病況，從小我多不太敢帶同學回家，也不太敢與別人討論這個話題，甚至自己都不太願意去想像以後也許可能會發生的事。

真正有到過我家中的朋友有限，因為只有少數幾位較要好的朋友，才會邀請他們到家中，而他們通常也較不會故意用探人隱私的方式去揭發我家中的瘡疤，而且感覺多較溫暖，較沒壓力，我才敢放心讓他們來，而他們來時，我媽媽多半也是在睡覺，或像正常人般打招呼，沒太大不同，只是媽媽有時陷入沉思時，眼神不太能專注或回答較慢的差別而已，而同學也都能習慣或接納。

在國中和國小求學階段，雖然每學期老師們總是給我「活潑開朗，樂觀進取。」的評語，但其實我進取向學的原因，那是因為我知道爸爸一個人賺錢、媽媽顧家養活一大家子不容易，上學必須要專心學習才對得起他們；而個性樂觀開朗是因為我覺得家裡要煩惱媽媽的事，已經夠辛苦了，我害怕我如果不樂觀開朗些，萬一真的變成另一個精神病患，家裡的麻煩會更大，因此我經常要自己往好的方面想，這樣或許就不會有同樣的悲劇發生在我身上。更不想真的應驗那個魔咒，好像精神病患的小孩就一定是精神病似的，再被別人用異樣的眼光或看笑話的心態來看待我，我真想徹底破除這個迷思，讓他們知道我不是。

然而儘管我臉上經常有開朗的笑容掛在臉上，但我深深知道看似陽光女孩身後的背景顏色-----其實是憂鬱而深藍的，因為我不確定我自己或其他兄弟姐妹等家人未來會不會發生，而媽媽過去發病的事實也未曾消失。

二、母親罹病竟離世、喪母創傷難癒：(減緩的精神病症，加速的身體疾病，緣盡病了情未了)

高中階段，我離鄉在外地求學，週末假日會回家，雖然與母親互動的時間較有限，但哥哥姊姊們都會主動分擔打理家務、也一起照顧媽媽、媽媽的病情也算穩定，發作的時間較少且症狀較輕微了。偶爾我會故意幫她抓龍(按摩)一下肩膀、陪她說說話、或幫媽媽剪剪指甲，享受短暫有限的聚會時光。

高二時，母親因先前開刀去除腫瘤後，身體稍變瘦了些，但精神還算不錯，維持了約半年多的時間。但不知是否因放射線照射治療的後遺症，導致母親的腸道萎縮病變，其後又併發其他病症，在半個月內竟迅速的結束了她的性命，我只來得及回去見她最後一面，什麼也來不及說她就走了。

短暫的十八年母女情緣中，雖然媽媽一生約有半生的時間，一直為精神病所苦，但是我卻覺得她比沒有精神病的母親都還有母愛，只要她精神好時她比任何母親都還盡職，精神病並沒有耗弱她給我們所有小孩的愛。

媽媽突然逝世，照理來說，好像我從此就能永遠擺脫那些煩人的精神病惡名問題了，但事實並不然。因為母親突然的逝世對我影響也很大，幾乎是換成我自己得了好一陣子的憂鬱症似的，只是當時我真的不敢去求助於心理醫生或輔導老師，因為我怕我去看了心理醫生或精神科門診，好像就真的印證了我的精神有問題，而我想我並沒有辦法把那種內心的傷痛明白的說出來，更何況說了也不能改變什麼結果，為什麼人皆有父母，而我摯愛的母親要如此早逝，我沒辦法接受、更不想要這樣，只有暗自流了好久的眼淚，在白天、在黑夜，在宿舍、在公車上，只要一想到就不自覺的流淚不止.....。

直到約一個月後，我收到了我以前很要好的國中同學的一封信，他知道我這一陣子一直封閉自己、也愁容滿面，鼓勵我要勇敢的走出陰霾，這句話在當時真的給了我好大的溫暖與感動，我才開始振作起來，努力讓自己生出一絲絲勇氣與力量去重新面對後來的生活，現在想來，真是非常感謝他，如果沒有他，我可能還要陷溺在那種痛苦中更久呢！

說起來，我比我媽媽還幸運多了，至少當時我有很多朋友，而且我又不用像她一樣要面對那麼多複雜的人際關係，只是當人在極度憂傷時，好像比較會封閉自己，若有人能主動及時扶他一把，適時的引導和鼓勵，可能會因此幫人度過生命中的難關。

三、A 姐匆促成婚變：(A 姊因守喪習俗匆促成婚、婚姻失敗精神病發、 E 妹憂心再起)

母親過世後，剛剛相親認識對方才約一個月的 A 姊，在傳統習俗的壓力下，不太有考慮的空間與時間下，無奈的答應要結婚了！（因為長輩們說有父母喪後，若沒在百日內完婚，就得等到三年後才能結婚的習俗。）

但是，不知道是否要下這樣匆促的決定來決定自己一生的命運，實在令人太難以抉擇了，也會讓人感到壓力太大承受不起，我姊姊突然出現一些適應不良、好像是躁鬱症之類的症狀。我實在沒想到，我的憂慮竟然在姊姊身上發生了，當然更加深了我對這件事的恐懼。

後來，姊姊又由於個性較固執、婚後生活難以調適、也漸少與朋友聯繫、又難以接受婚姻破裂離婚收場的現實面結果，精神病況越發嚴重，問題也越來越多。

多年以後，我再問起爸爸當年 A 姊結婚前為什麼會發病的事，他竟然回答我：「有可能是伊有一次騎摩托車去上班的路上，出伊次車禍的關係，去驚到(受驚)才會這樣。」這個答案，實在讓我聽了又好氣又好笑，但是這次我知道沒辦法再相信他了，我想發病的原因一定不是只有這樣單純。

【第四篇】破除夢靨勤於學、坦白告知遺傳憂

一、樂於學習：(參與社團、培養興趣學習與專長)

我其實也不確定天性是否真的較樂觀活潑，但是心底一直有那個發病的隱憂在作祟，常常會讓人感到不安心和煩惱，好像有點杞人憂天的感覺，但是又沒辦法有十足的把握。所以，我從小就經常要自己儘量往好的方向去想，也想多吃一些有意義的事，

所以上了大學以後，我並不想如同別人所說的那樣開心玩四年就好。

我急著找社團，想要多參加幾個，多學幾樣本事，也想多練習跟別人相處、讓自己不要太封閉，多交些朋友也不錯，因此大學時期我的社團活動，佔了我生活的重要部分，我發現我好像興趣很廣泛又好像有點貪心，想要多學一點，卻又經常沒有學很久。

我曾經參加童軍社和康輔社一陣子，想帶給別人一些歡樂，但卻又有時覺得好像不完全符合我的本性，畢竟母親過世之後我覺得有使我改變一些些，有時實在真的不想強顏歡笑，加上有時又有些愛鑽牛角尖，後來就放棄了。又去過國樂社一陣子，學長姐建議彈琵琶或古箏，但我只學吹笛子一陣子，就覺得自己氣質好像真的不太適合，畢竟忠於自己的感受也挺重要的，不要太勉強自己做一些不太快樂的事，也就半途而廢了。

最後選擇了口琴社，喜歡一個人隨時隨地隨心情就可以吹奏樂曲，讓自己開心一點的方式。確實口琴陪伴了我好多年，從國小哥哥送給我、到國中與好友一吹一唱、到大學參加社團，它帶給我許多歡樂的節奏，留下不少快樂的篇章，也幫我吹送走了不少哀傷，療癒我創傷的心靈。

我還接了幾個家教，想要賺一些錢當生活費，來減少家中的負擔，雖然有些辛苦，但是我覺得很值得，因為賺些外快，可以多學學我嚮往已久，卻從沒有機會圓夢的鋼琴，真是一舉兩得。

二、選修輔導相關課程：(增能課程、前瞻因應、創傷修復)

每學期剛開始，我雖然不是輔導相關學系的學生，但通常我都會多選修了許多跟輔導與心理諮商相關的課程，想要將來可以輔導自己，必要時也可以幫助家人或其他人，甚至有點想成為專業輔導人員呢！

另一方面，其實是因為我仍然擔心自己將來有可能會重蹈覆轍，想要先打預防針的想法。希望藉著學習輔導相關的知識或技能，可以讓自己想法更健康、更正向，不要被喪母後所生出的憂鬱性格打敗。

三、 男女朋友時期，坦誠提前告知遺傳憂慮與風險

我覺得我爸爸從小一直在淡化甚至隱藏我家的遺傳疾病，也不會主動與我們討論家人的病況，也許他是出於好意，不想讓我們擔心或恐懼，但是我覺得這樣是不對的方式，更讓我們因為忌諱討論，而更無法得知事情真相，也不會想辦法解決問題，更沒辦法消除小孩子心中對這種疾病的恐懼與憂慮。

因此，大學階段我與男朋友交往認識後，我就直接告知他，關於我媽媽過去曾經發病，和姊姊對於婚姻適應不良的事實；以及自己也有極大的可能會有相近的體質或遺傳，叫他要慎重考慮是否繼續交往或放棄，結果他告訴我，他相信這種病的主要決定因素是環境，而不是遺傳，叫我不必太擔心，而且他也不會介意這件事。

【第五篇】結婚後的困境與重生：

（恐懼婆媳間相處、灰色變調的婚姻、叮囑兒女防未來）

一、 恐懼婆媳間相處陰影

結婚後的生活，果然不如我預期中順利。因為媽媽患病的家庭背景，讓我對婆媳或妯娌等複雜的互動關係早就心生畏懼，另外幾次婚前與未來婆婆的接觸，更讓我不敢領教，總覺得我已到了恐懼婆婆的程度，偏偏先生堅持要與公婆住在一起，讓我心理總是感到壓力好大，但又無奈只好勉強自己試著與他的家人共處。

二、 灰色變調的婚姻

漸漸的，我選擇了逃避-----下班了，恐懼回家；假日了，選擇回娘家。

漸漸的，我選擇了獨處-----徬徨了，徘徊流浪；空虛了，無家可歸。

漸漸的，我選擇了無言-----受委屈了，默默承受；受傷了，忍淚硬撐。

漸漸的，我選擇了決堤-----疲乏了，吞藥尋解脫；心碎了，決堤崩潰。

大約有好幾年的時間，我竟和姊姊一樣，瘋狂的在心中吶喊，不敢正視婚姻的挫敗。大約有好幾個月的時間，我竟和媽媽一樣，憂鬱眼光渙散，外人看我經常是若有所思模樣。

大約有好幾年的時間，我一直像個無主鬼魂似的徘徊流浪，其實是無法安心生活，只是努力勉強把小孩養大，希望一切會好轉。

我到處尋找答案，我不相信自己在婚姻中所做的努力，應該一直被完全否定或莫名的批判、或扭曲的對待。我原本對婚姻也沒太多計畫，但偏偏變化卻讓我徹徹底底措手不及，我實在不想要有那不想要的結局與變卦，我不想要讓小孩處在一個破碎的家庭。

我到處去算命，想知道我是不是命中注定該如此歹命；也聽人建議到處求神問卜，只是說法通常都不同，有時真不知應該聽誰的，祂叫我做的我也沒能配合改變，只好選擇部分自己想聽的來慰藉自己，沒有完全得到滿意的答案，也沒有改變甚麼現實的狀況。

我一直努力為自己生命中的許多事件與困境找原因、尋求解釋、嘗試方法，希望解決問題，而不是把婚姻解決掉，或把自己解決掉。但曾經有一度我真的吞了幾顆安眠藥下肚，雖然我知道自己還不能死，我有小孩、有父母、有太多的責任未了，我不是真的要死去，只是當時真是因為這段婚姻讓我傷慟過頭了，而我卻好像無能為力，心裡好累好累卻不得休，因此當時實在是一時衝動，只想暫時拋開一切不想管了，才那麼做的。昏睡了幾天，還好也沒死去，只是醒來後發現問題依舊存在。

我甚至還向神明祈禱讓我生病住院幾天，來考驗家人對我的愛是否依然存在，原本這荒唐的要求，任誰也不相信會出現的，結果神明竟真的應驗，讓我突然得了盲腸炎去開刀，真心果然換來的是更大的絕情。雖然我對人性與婚姻越來越感到失望；但從此之後，我漸漸開始相信神明真是會有感應的。之後有時我真的非常無助，到神明面前去訴說，祂真的會讓我得到紓壓或療癒的效果，讓我的心情稍為安定一些，也用檀香味陪伴我回到家。

雖然有時很花時間，但是我現在覺得不管是透過宗教、神靈或心靈，同事、親戚、朋友等各種可能的管道都得試，因為你並不知道哪一種才是最好，每種要試過才知道，我相信「**能讓自己放下的方法就是最好的方法**」。

直到有一個朋友送我好幾本靈姬所寫的書本，還沒完全看完，但卻開啟我心中許多疑惑，是否真有「因果」這一回事，如果有那我們以前的故事否也曾存在？沒想到過

了一陣子，那熱心的朋友竟主動幫我安排了與靈姬有約的會面機會，真是令我非常感動。還沒來得及問我的事，現場不小心聽到的幾個別人的因果故事，早已有人泣不成聲，每個來尋求解答的人，在聽完自己的因果故事或畫面描述後，彷彿都能感動或臣服、不再為情所苦、為事所惑了。我也很不願的帶著我的因果故事踏上歸途，但是從此內心卻較能釋懷了，我開始以傳統「欠債還債」的想法去過生活，期待自己還債期滿，會有另一番境遇。

這樣不穩定的生活苦撐了幾年，當中我只曾對一個老朋友稍稍透漏過一些訊息，那個好朋友還為了我的事大老遠跑來家裡找我先生理論，也和我婆婆起了口角衝突，弄得不歡而散。

後來實在是發現自己恐怕快撐不下去了，才向幾個高中時期的室友好姐妹們求援，雖然已超過十多年沒有聯絡，再次碰面的好姐妹們帶來的溫暖卻是如此溫馨滿懷，讓我暫時忘卻那不愉快的家庭氣氛。之後每隔一陣子，好姐妹們也會定期邀約共敘舊，其實我知道那主要是為關心我而安排的，但在好姐妹們多次關切下，終於我逐漸敢揭開自己婚姻的瘡疤，好好檢視隱藏已久慘不忍睹的傷口，她們非常驚訝的說：「妳怎能在那種環境下生存那麼久？早就應該解脫離開了。」又說：「妳沒變成精神病患，實在算是一大奇蹟，換成我們早就崩潰了，或者早就不要那個家了。」

而朋友們像婚姻諮商專家似的，紛紛提供不同的診療意見，我也漸漸嘗試用不同的方式或態度或看法去面對同樣惡劣的環境，但至少不像之前感覺那麼孤單無助了，總感到姐妹朋友們在遠方默默支持著我，也帶來一些些無形的力量。也還好有好姐妹朋友的拉拔，我漸從人生中最黑暗時期的漩渦中逆勢重生了。

漸漸的，我也不再像以往那樣恐懼發病了，因為我感覺自己彷彿有種「大難不死」的感受，畢竟，已歷經許多生死別離種種磨難、以及過去那段極度痛不欲生的時期都熬過了，還有甚麼不能熬的呢？我想再也沒有什麼比死更大的災難了，「我們應該為關愛我們的人好好的活著，為我們所關愛的人好好做些能做的事」。

二、叮囑兒女防未來

我不知道別的精神病患家屬會不會跟我一樣杞人憂天，經常煩惱自己會因為有精神病遺傳基因的弱勢條件，當受不了外界刺激時，就變成精神病患，為了這個小小的疑惑與恐懼困擾自己那麼久，包括不敢求助其他管道，竟然都是為了怕別人以異樣的眼光再度看待我，但是問題確實困擾了我很深、也很久。因此我深深覺得不想要讓我的孩子，再跟我當年一樣的苦惱這個問題。

現在我的兩個小孩，都已到了青春期的年紀，我也不忌諱的告訴他們家族的精神病史與發病原因，我還提醒並且問他們：「媽媽可能有相近的體質或基因遺傳，如果我不好好照顧自己或遭遇甚麼不堪負荷的困厄環境，也有可能發病成為精神病患，到時候，你們將會如何對待我？會好好善待我嗎？還是選擇棄之不顧？」兩個小孩都笑了。

沒想到我的女兒馬上就煩惱的問說：「媽媽，那我以後是不是也會發病？我是不是也有遺傳？是不是後代人都會不幸中獎呀？」

我趕緊提醒她：「遺傳不代表會發作，只是機會比正常人多一些，但是還要看個人身心發展與環境因素都會有交互作用。你的脾氣要改一改，不要動不動就發脾氣，起床氣、睡覺氣、不要什麼都能氣。另外，個性和觀念也要調整，要經常往好的方面去想、去做，要樂觀開朗、也要有幽默感、EQ 也要好一點、大概就不太會發作。」

過了一陣子，我想到一件很重要的事，覺得一定要好好告誡她才不會遺憾終身。就是：「將來如果有對象，要結婚以前，要慎重的考量居住的環境與人事的安寧，以避免婆媳問題等環境刺激因素干擾，真的，這件事情很重要，不要再重蹈覆轍了。」最後，我還開玩笑的跟她說：「如果真的甚麼方法都試過了，還是不管用，那麼最後一個好辦法，就是換掉身邊的老公了，也不一定要有『結了婚就不能離婚』的傳統束縛，來綑綁住自己讓自己永不得翻身，要學習勇於追求、選擇更適合自己、更健康的幸福。」

身為精神病患的小孩，不管是社會烙印或內心的恐懼，我都能深刻的感受且難以磨滅，因此我也不想要讓我的小孩再度生活在恐懼和無知中那麼久，而且希望他們將來能多注意考量家庭環境對自己身心健康的影響的重要性，畢竟我們不能選擇我們的父母和小孩，但是我們可以選擇結婚對象和生存的環境，盡量不要給孩子或自己太多負面的影響、或太多外在或內在的壓力與恐懼，避免悲劇一再發生。

【第六篇】現在的困境調適因應與想法：

一、給 A 姐的建議與嘗試（休閒、運動、閱讀、學習、就業）

現在我雖然不用再為媽媽的事煩惱，但是大姐的病情更讓人傷腦筋，她這幾年離職後空閒時間更多，病情反而更嚴重了。因為她比較不會安排生活，整天幾乎無所事事，也不知道是因為精神疾病會帶來懶得動的倦怠感，還是藥物的後遺症會讓身體較無力，因此她經常不太想動。

我有時會鼓勵建議他去參加社區大學或救國團等學習活動，打發時間也好、培養興趣也好，但她總覺得距離太遠、又要花錢、沒人陪伴而沒有參加。有些地方的社區發展協會有時也會安排了一些社區學習課程或活動，可以讓人們就近學習或參與，生活也較有寄託，也許會對他們有幫助，但是我娘家那兒的社區大學有點距離、社區發展也只有基本的廟會活動和老人會聚餐，因此他們去廟口都只是閒坐著和乘涼吹風、活動中心也都大門深鎖、沒人在活動，實在很可惜。

我曾經叫她把以前讀書時代喜歡寫書法的興趣拿出來再練一練毛筆字，或把它發作時狂買的好幾批書本拿起來讀一讀，但是，她就是提不起勁來，經常懶洋洋的。

她又常常說自己發胖了，我叫她出去運動，她說好熱或好冷；叫她去動一動她過去發狂時買的好幾台健身器，她又經常說不會用或懶得動，真是不知該如何是好。

有時，她又會說煩惱錢不夠，想再找工作，但是經常有困難，要不是體力不夠，就是精神狀況無法完全勝任。

因此，我甚至還曾經嘗試過，利用下班後去修習創業課程，並且自行兼職創業，希望能為家裡的 A 姐和 F 弟創造多一些就業機會，但實在是太耗費體力與時間了，而且由於工作時間與地點較遠，他們較難配合而中途放棄。

我有時真想接他們一起來住，就近照顧，但自己連個像樣的房子都沒有，又和婆婆大伯一大家子一起住，生活空間有限也難以決定而很為難。

總覺得他們這樣不是辦法，但目前又拿不出更好的辦法，只能偶爾盡一點自己能做的，回去看看他們、或帶他們走一走、逛一逛、吃吃飯、或到廟裡拜一拜祈求神明保佑他們平安，分擔一點大哥的辛勞，至少他們還願意接受我帶他們去活動一下。

真的我大哥太辛苦了，為了這個家長期背負經濟重擔，也照料了生病的 A 姐近

二十年，從她離婚回來到現在，他真是太辛苦了。正常人要忍受一個精神病患一下子可能就很不耐煩了，何況我姊姊病況實在很嚴重，長期以來反反覆覆出入無數次精神病院，都是他在幫忙協助料理照顧 A 姐、撐著這個家的，比起他來，我所做的實在算不了什麼。

二、蠟燭兩頭燒不停、鼓勵同理共體諒

我覺得每個人都應該要有同理心真的很重要，大家都要經常站在別人的立場，多替別人著想，就會比較瞭解對方在想什麼、需要什麼，也比較可以互相體諒。像我們全家的小孩，都因為深知媽媽媽長年的病況，每個人從小都較懂事，也不敢在外惹事來給家人添麻煩，哥哥姊姊們也都會主動照顧弟妹、幫忙分擔家務。所以，**尤其是家中有精神病患的家屬，更應該要有同理心和耐心，才能照顧好病患，也要有「甘願做，歡喜受。」的度量去看待一切，也才不會怨天尤人，抱怨連連。**

現在我爸爸年事漸高，假日有時我會回去探望他老人家，再加上我大姊的精神病況實在不穩定，有時又很嚴重必須強制住院治療，因此我經常都沒能在家好好陪小孩，逕往醫院、娘家跑兩邊跑，偶爾(但較少)我也會帶小孩一起去，但是因為有點距離，交通時間也長，探望的時間又短，因此他們有時會感到有些不耐煩，因為他們覺得很浪費時間。

我的女兒這樣問我：「媽媽，您為什麼要常常把你自己的時間，放在那兩個好像不太有用的人身上呢？而且還要我們一起去，根本就是在浪費時間嘛！而且又看不出甚麼效果！」他們覺得好像沒有必要這樣做。但是我告訴他們：「**精神病患者，最需要的就是關懷了！如果連自己的家人都不願意去探望，還會有誰願意去呢？**」

「而且阿公(外公)已經那麼老了，將近八十歲的年紀了，你多久才回去一次？你又有多少機會能去看他呢？」他們盼望等待了將近兩個禮拜的時間，就等我們回去的這一刻，才有那麼一些些溫暖，你難道也不願意付出？何況阿公扶養我們三十年才長大成人，你回去探望他的這一點點時間算得了什麼？」

「如果你只是在家中玩電腦遊戲，那麼這些時間也就這樣溜走了，但是你如果去陪他吃吃飯、到處走一走，就能讓他們感受到家人的存在，感受到一些不一樣的快樂與溫暖，這樣有意義的事，你們為什麼不願意去做呢？」

「你們就把這件事當成是在做社會服務，像是去機構關懷老人和精神病患一樣，只是先從自己的家人開始，陌生人你都在學習為他服務、學著去付出關懷，何況是自己的家人與親戚。」

我的女兒又問：「媽媽，那為什麼不是別的兄弟姐妹去，而是您要常常去呢？」我說：「他們有時也會回去，有時只是因為交通距離較遠、或經濟有困難、或事業較忙碌，所以有時不方便去；而我是兄弟姐妹當中，最容易跟他們溝通的人了，像橋樑和潤滑劑一樣，比較不會起衝突，所以他們也喜歡我能陪他們去做點事，比較不會無聊，因為他們也比較不會安排自己的生活。如果他們看重你，就表示你比別人有機會使他們改變，或帶給他們一些不一樣的感受或快樂，那為什麼不盡力去做？」

「大家有錢的出錢，有力的出力，有時間的就出時間，大家能做什麼，就奉獻什麼，就看你有沒有那個心力了，有心最重要了，有心的話，就不會覺得難，做起來也會比較快樂，也會感覺比較有意義。」

貳、B 哥的生命故事

一、照顧開始，A 姐離婚返家

我大姐大概是從 32 或 33 歲時就離婚了，離婚後回來後跟我們全家人一起住，那時她的兩個小孩都還很小，我們兄弟姐妹大多也都還沒嫁娶，小孩後來歸給先生，因為那時候的狀況很糟，實在也沒辦法照顧他們，因為她自己精神狀況有問題。

二、婚姻失敗，怪罪家人、無病識感

因為她結婚以後就跟先生住在別的縣市，本來他們兩個的生活圈就比較封閉，再加上夫妻生活的方式原本就有點問題，個性也都比較固執，好像很不容易溝通，後來又因為精神有狀況，但是她總是認為她自己沒有精神病、也不用治療，所以她不願意接受治療、也不會配合吃藥。

她先生覺得這樣實在沒辦法，又常常為了要不要接受治療這件事，兩個人僵持不下，所以經常把生活和工作都弄得一團亂，就說：「如果她要接受治療，就可以不用離婚」，但是她還是堅持自己沒有病，拒絕接受治療，所以就離婚了。

她剛回來的時候病情實在很嚴重、有時會幻聽幻想、有時語無倫次、也很沮喪、整個人都提不起勁，因為她完全沒辦法接受離婚這件事，但是就是離婚了。

再加上她一直把離婚這件事，怪到我爸爸的頭上去，因為那時候的決定她感覺不是她自己決定的，我爸爸那時候是希望她好好考慮，(因為長輩的習俗是說父母喪後，如果沒有百日內成婚，就要三年後才能結婚，那時候她已經二十八、九歲了。)但是爸爸也沒有強逼她結婚啊！只是要她好好考慮，最後也確實是她有同意才結婚的啊！但是現在，她常常會覺得好像我們全家人都對不起她似的，好像她覺得她是一個不幸的犧牲者，是我們家人害她離婚的，所以常常會忿忿不平，一發作就又一再拿這件事當理由一直亂一直亂亂不停。

三、強迫住院、藥物控制，病情較穩

所以她剛回來的時候，病情發作時常常都很激烈，要不是情緒失控的亂怪罪人或罵人；就是亂喊、亂叫；太激動或衝動的時候，還會打人或咬人，通常是我們要阻止她激烈的行為時被咬的；有時候又會說她要自殺，常常弄的不可開交，我們只好把她送去醫院強制治療，但是通常她到醫院之後，就又是更激烈的抗爭或發狂了。但總是在醫院治療一陣子之後，就會好一點才又回到家中。

因為她回來後又不吃藥，所以病情常常反反覆覆，沒辦法穩定。後來是我去找精神科醫生買滴劑，偷偷定期給她吃藥，她才算穩定下來。

四、家庭結構改變、高齡化、增加照顧負擔

後來因為弟弟妹妹都已結婚之後，我們搬家到另一個地方住，兄弟姐妹變少了，但是漸漸多了我的老婆和兩個孩子。以前是我們好幾個兄弟姐妹加上我爸爸一起照顧她一個，現在是我一個人要照顧好幾個，要顧老的、小的、老婆、還有她，有時候實在感到快要顧不下去了，畢竟我還要養家餬口，她有時候亂起來實在是快要讓人不知道該怎麼辦才好，也幾乎不能工作。

五、沒有工作、難以給藥、惡性循環

這幾年她沒在工作以後，情況又更嚴重，因為空閒的時間越來越多，她越容易胡思亂想，想出毛病來。

又加上，有一次，我託爸爸給她加滴劑的事被她發現了，從此以後就更麻煩了，因為她會一直提防和注意我們，不讓我們有機會，但是她越沒吃藥，病情就會越嚴重。

所以有時感覺 A 姐又有些徵兆出現，可能又要發病時，只好叫 E 妹回來幫忙，她比較會跟她互動，也願意跟她出去，比較有機會給她吃藥。但是連續太久沒吃藥，她就會嚴重發作，弄得連鄰居都雞犬不寧。

直到真正沒辦法控制時，只好再請救護車載去醫院強制住院治療，在醫院接受固定藥物控制一段期間病情才會好轉。只是每次強制住院治療後，回來通常都吃不了幾

天藥，就又不吃了，又沒人能逼她吃藥。這幾年一直都是這樣子，有時候醫院會用打長效針的方式處理，但是她又會說她不喜歡那些副作用的症狀，或者逃避回診，一直在惡性循環。

六、污名化與暗藏危機

我爸爸有時也會抱怨說：「攏看無孫（都看不到孫子），也不帶回來給我看看。」其實，他不知道我把小孩放學後安排到安親班或附近親戚家，時間到才接回家，是因為安全考量，怕大人不在家的時候，姑姑（A 姐）如果有狀況，小孩會比較容易有危險，怕他們不會處理，所以才這樣做的。只是當小孩從安親班回家後，阿公早就已經睡著了。

假日我老婆也經常帶他們回去娘家，也是基於這個安全考量，只是這樣好像也會影響一些我們正常的家庭生活，他們有時候也會被問到一些怪怪的問題，然後又不知道該怎麼回答。

有時候我大姐發作較厲害些時，我也怕我爸爸會有危險，有時也還要把他帶在身邊，跟我一起去工作，只是，他才出門一下下，就急著要回家，要不然就是一直要上廁所，我工作也不方便啊！

七、盡人事聽天命

以前，我會希望她的精神病能夠完全康復，不要再復發，恢復成一個完全正常的人。但是，經過那麼多年的照顧經驗之後，看起來，好像有些不可能，因為她實在太沒有病識感了，又不相信自己有病，又不接受住院治療、又不吃藥、也不想打針，那能怎麼辦？只有順其自然，走一步算一步了。

發作時，就當她是一陣暴風雨來，任她瘋狂傾洩完畢告一段落，情緒就會稍緩，就給她一段時間吧！真正沒辦法控制了，就只好轉給醫院去幫忙強制住院了，畢竟，我們已經盡力了，照顧她二十年了，也沒狠心把她直接送療養院或精神病院去，只想盡量協助照顧想讓她變好，她還是不能接受，那也沒辦法。

只好把她當成一種慢性病看待，想成她是一個類似腦部功能退化的病人看待，才

不會覺得那麼無力，因為醫藥的效果畢竟有它的限制，如果病人都不願意配合改進，那誰也幫不了她了。

我還是會想辦法找機會給她吃藥，但有時不得已，就只好靠這樣強制住院治療的方式，才會讓她真正平靜下來一陣子，不然實在是拿她沒輒了。

第二節 綜合討論

以下將分別就 E 妹與 B 哥的照顧經驗之生命故事內容，依照照顧歷程（含發病史與發病解釋、發病症狀與影響、照顧方式與結果）、困境（含照顧病患與自身困境）及調適策略、及教育意涵等方向進一步進行研究結果分析與討論。

【第一部分】研究結果分析與討論——E 妹的案例

壹、E 妹照顧母親的歷程：

（含發病史與病因探究、發病症狀與影響、照顧方式與結果）。

一、E 妹母親的發病史與病因探究

（一）、E 妹母親發病史：

E 妹的母親早期發病症狀更嚴重，但由於當時 E 妹年紀甚小（約幼稚園時期），尚未能察覺母親之病況，直到約國小低年級時，E 妹經常遭受旁人關切母親病情進度，與姊姊告知早期母親發病對家庭生活之影響之後，才漸覺察出母親發病症狀之事實。

我小時候其實原本不知道媽媽患有精神病，因為印象中媽媽是個很傳統顧家的家庭主婦，也多能料理家務。……因為一切看起來好像都很正常啊！

現在想起來，有可能是因為當時我年紀還小，也還沒學會察言觀色，所以才

沒能覺察出媽媽的異狀，也有可能是因為對於之前更早的記憶實在有限的關係。

後來是因為一個很奇怪的問題，我才知道她生病的事。……我實在是不知道為什麼，偶爾總會有幾個同學的媽媽或不太熟識的婆婆媽媽們，老是愛問我同一個問題，說：「你媽媽最近有沒有比較好了？」彷彿我媽媽曾經生了一場眾人皆知的大病，而我卻渾然不知。

（二）、E妹母親病因探究：

由E妹的敘說的生命故事內容，得知E妹家中長輩對於E妹母親發病的事實與原因始終抱持一種守口如瓶的態度，甚至父親也故意以一種淡化的方式去冷處理，將原因訴諸於受驚嚇，而不願去正視大環境中，各種可能造成致病的原因，導致E妹無法完全得知母親發生憂鬱症之真正原因並因應。直到成長過程中與母親的陪伴休養互動後，E妹才能對於母親患病原因，有些綜合分析的判斷。

我雖然很想知道媽媽當年發病的真正原因，但是卻從來沒有人願意告訴我。甚至於問爸爸：「媽媽怎麼了？」他只輕描淡寫的說：「沒有什麼事！只是稍微受驚了，只要去收驚一下，睡一下覺就會好了。」

而由於家人對媽媽嚴重發病的過去幾乎隻字不提，所以我也無從知道她當初發病的病因與症狀，但在多年陪她午睡及與她聊天的過程中，我發現比較爸爸這邊的親戚與娘家親戚的內容，卻有些不一樣的結果。

我終於發現，原來，夫家大家庭中複雜的妯娌關係讓母親適應困難，小產後創傷未癒也有可能，加上沒有親戚朋友等紓發管道，難怪會精神失常或崩潰而有憂鬱症狀出現。尤其媽媽這種「柔弱善良」的個性，「溫柔敦厚」的美德，「打不還手、罵不還口」的修養，……卻也有可能是她發病的最大幫兇。

綜合分析E妹母親發病的原因，大約有以下各種方向：

1. 婚後傳統超級大家庭人際關係複雜適應困難、受妯娌長期壓迫未加反抗、長期操持過重家務負荷壓力過大，易積勞成疾。

但當我慢慢問起與大家庭中多位妯娌間的互動時，她眼神竟透著驚恐，好像藏著甚麼秘密，卻又不肯說。經我多次刺探後才鬆口透露曾有兄嫂加害事件發生，……才漸能體會媽媽當時的環境背景，要獨自料理家務、養育眾多子女、以及輪流侍奉婆婆，並與許多眾多姑嫂妯娌同在一個屋簷下生活等多重角色任務的艱辛。

2. 早期由於交通與通訊之不便，較難與原生家庭與朋友聯繫互動，因此較無支持系統與紓壓管道。

每年媽媽大約都只能回娘家一~二次，……因此太少回娘家與家人團圓或尋求支援，再加上當時電話通訊也不發達，也有可能造成她有苦卻無處訴說的鬱悶結果。又從老照片中，……才發現原來媽媽那個年代是結婚之後就幾乎沒有朋友了。……她竟一個人沉默的承受了一切，完全沒對外人道起，當然娘家人也都不知情，更何況她又從來不曾找鄰居或親戚朋友發牢騷，只好把一切都往肚裡吞，壓抑太多或太久才導致的吧！

3. 加上傳統溫厚善良個性，凡事以和為貴的相處之道、易默許惡勢力之霸凌，也不慣於表露情緒、導致有苦只往肚裡吞的苦果。

尤其媽媽這種「柔弱善良」的個性，「溫柔敦厚」的美德，「打不還手、罵不還口」的修養，用台語來講是「太好性地了，善良好欺負」，卻也有可能是她發病的最大幫兇。

遇到別人的欺侮時，她竟一個人沉默的承受了一切，完全沒對外人道起，當然娘家人也都不知情，更何況她又從來不曾找鄰居或親戚朋友發牢騷，只好把一切都往肚裡吞，壓抑太多或太久才導致的吧！

4. 小產身心創傷與精神打擊未能給予適時治療，導致抑鬱成疾。

漸長大後，……她不小心說出了以往不只一次的小產的內在創傷，竟未曾得到治療，也有可能隱隱的殘害它，使她多年憂鬱未癒。

二、E 妹母親精神疾病發作症狀與影響

(一)、病情發作症狀：

E 妹間接被動地透過他人詢問關切，而發現母親罹患精神疾病的事實後，開始覺察出母親確實有些異於常人的發作症狀，包括：飄渺又游移的眼神、顫抖的手指、經常沉思或幻想、經常都在睡覺休息的母親。

偶爾又發現，媽媽的眼神好像若有所思，有點飄渺又游移的感覺。呼喚她幾下，會回神一下，但是一下子又陷入沉思了，眼光好像總飄向不知名的遠方。

又看到，媽媽的手指頭好像有些不受控制，會不自主的抖動。握住母親的手就會停止抖動，但不握時，就又開始微微的抖動，好像不能主動停下來。

(二)、對於家庭生活與功能的影響

E 妹母親的疾病，對於家庭功能的影響，依 E 妹母親病情由重到輕發展，分為三階段討論：

1. 早期母親嚴重發病時期，由於當時 E 妹年紀尚小，並無太多記憶，直到後來才從姊姊口中得知，當時家裡全家大小的衣服是花錢請村子裡的婦人來幫忙代洗的。

直到長大後才從姊姊口中得知，我們家裡在我還很小的時候，曾經有一段時間，也就是媽媽最嚴重發病的時候，那時候，全家大小的衣服是請花錢請村子裡的婦人來代洗的。(當時是大多數人家中並還沒有洗衣機的年代)

2. 中期，尚未用藥物控制的時期，E 妹母親的休息與午睡時間雖然較長，但也尚能操持家務、並為家人料理三餐，只是有些症狀仍然會

發作，但未影響家庭功能。因此 E 妹未能察覺母親之病症。後來接受藥物控制後，初期病情改善並不明顯，但多能正常給予 E 妹溫暖關愛。

漸漸的，我開始留意媽媽的作息與生活起居，才發現原來我放學後去同學家的午後時光，媽媽大多是在午睡，午睡的時間多半很長，通常是一整個下午都在睡覺，而且幾乎每天都在睡。

冬天很冷的時候，我更愛快速窩進媽媽早已暖好的被窩中，用自己冰冷的雙手雙腳感受快速被溫熱與全身擁抱的溫暖幸福中，那時候，我完全都不覺得她是個精神病患，只覺得她是個經常能給我溫暖擁抱的好媽媽。

3. **晚期**，隨著子女年紀成長，漸能協助處理家務，E 妹母親的症狀也漸有改善。多能獨立處理家務並料理三餐或點心。國高中時期是 E 妹母親復原情形最佳、發病次數較少、且症狀最輕微的時期，家庭功能與成員間也最能分工合作，幾乎快讓人忘記精神疾病對她的影響。

……當我讀國中時，家中哥哥姊姊們都漸漸都進入高中職階段了，……家裡的日常家務也都變成多位姐妹們輪流分擔幫忙完成，媽媽有時也會一起幫忙，這期間媽媽漸漸不用那麼獨自勞累了，她的狀況也跟著好轉起來。

尤其姊姊工作賺錢買了摩托車之後，偶爾會主動載媽媽回外公外婆家聚一聚，或外出兜風購物一下，媽媽的眼神飄渺的情況更少發生了，變得較正常的時間更多了，雖然仍有許多時間在睡午覺。

她知道我們小孩夏天時喜歡吃甜湯，也經常能應家人的要求或主動準備好綠豆或粉圓等甜品在冰箱等我們回家即可享用，……這是我記憶中，最正常的媽媽的年代了，彷彿都令人忘記她的病症對她的影響。

（三）對於 E 妹內心的影響：

E 妹母親患病，對於家庭功能的負面影響較明顯的時期，大約在 E 妹由幼稚園時期，影響時間較短，影響範圍較為有限。

但由於污名化與遺傳與發病方面的憂慮，對 E 妹造成了長期而深遠的影響。依以下三點分析如下：

1. **污名化之因應：**由於社區中婆婆媽媽們對 E 妹母親病情的關切，始 E 妹感受到被歧視與質疑，內心感到不適但卻又難以拒絕回答，因此選擇用統一的答案去因應情況。

當時，原本我也不知道該怎麼回答的，因為每當別人問這句話時，我常常會覺得她好像也用一種奇怪的眼光在看我，好像我是她們口中那個的發瘋的女人的孩子，有種被歧視或懷疑的感覺，好像也在懷疑我們小孩以後是不是也會遺傳到精神病，或是不是一樣會發病，感覺有點受侮辱，也有時讓人有點自卑，真不想回答她們，又覺得又有點討厭。

但我雖然不知道我媽媽過去怎麼了？如何的引人關注？也沒能感受到當時問問題的人是出自於關心或好奇，卻總是經常出於本能的直接回答她們同一個答案：「有，她最近有比較好了。」

2. **杞人開始憂天：**E 妹開始長期憂慮自己是否會因為家族病史的基因遺傳而容易引發精神病，但 E 妹內心實在又無法把握自己是否能脫離罹患精神病的遺傳宿命。

隨著年紀漸長，我對媽媽的病況與因應方式越來越能掌握了，當別人再問起那熟悉的老問題時：「你媽媽最近有沒有比較好了？」我越來越能肯定的告訴他們：「是的，她最近確實有比較好了。」雖然我給的答案好像是對的，但被問的次數越多，我的內心越不踏實。

但是每當別人問這句話時，背後還隱含的另一個問題：「好像我是他們口中那個的發瘋的女人的孩子，以後是不是也會遺傳到精神病，或是不是一

樣會發病？」我卻越來越沒有一個肯定的答案，因為這也正是我自己擔心已久的問題啊！

3. 母親與 A 姊患病影響人際交往與性格發展

由於媽媽的病況，從小我多不太敢帶同學回家，也不太敢與別人討論這個話題，甚至自己都不太願意去想像以後也許可能會發生的事。

真正有到過我家中的朋友有限，因為只有少數幾位較要好的朋友，才會邀請他們到家中，而他們通常也較不會故意用探人隱私的方式去揭發我家中的瘡疤，而且感覺多較溫暖，較沒壓力，……，而同學也都能習慣或接納。

儘管我臉上經常有開朗的笑容掛在臉上，但我深深知道看似陽光女孩身後的背景顏色-----其實是憂鬱而深藍的，因為我不確定我自己或其他兄弟姐妹等家人未來會不會發生，而媽媽過去發病的事實也未曾消失。

母親過世後，剛剛相親認識對方才約一個月的 A 姊，在傳統習俗的壓力下，不太有考慮的空間與時間下，無奈的答應要結婚了！……但是，不知道是否要下這樣匆促的決定來決定自己一生的命運，實在令人太難以抉擇了，也會讓人感到壓力太大承受不起，我姊姊突然出現一些適應不良、好像是躁鬱症之類的症狀。我實在沒想到，我的憂慮竟然在姊姊身上發生了，當然更加深了我對這件事的恐懼。

4. 陰影信念與正向心理學之啟發

在國中和國小求學階段，……老師們總是給我「活潑開朗，樂觀進取。」的評語，……個性樂觀開朗是因為我覺得家裡要煩惱媽媽的事，已經夠辛苦了，我害怕我如果不樂觀開朗些，萬一真的變成另一個精神病患，家裡的麻煩會更大，因此我經常要自己往好的方面想，這樣或許就不會有同樣的悲劇發生在我身上。更不想真的應驗那個魔咒，好像精神病患的小孩就一定是精神病似的，再被別人用異樣的眼光或看笑話的心態來看待我，我真想徹底破除這個迷思，讓他們知道我不是。

三、E 妹的母親照顧方式與結果

(一)、烙印污名、延誤治療：

E 妹的母親照顧方式，在發病早期，由於先生因受污名化的影響而忌諱就醫，因此並無醫療資源介入，只有請乩童收驚作法；又由於先生工作與小孩就學的關係，因此其照顧方式大多只叫病患獨自在家休息和睡覺，在家照顧反而變成無人照顧，但病患病情仍無法完全控制。

由於我爸爸整天忙著工作，通常只有中午時段會回家午休片刻，而眾小孩們也都屬於求學階段，……因此媽媽白天通常是一個人在家，爸爸通常也都會叫她多多休息並睡覺，而我那時可能還沒學會察言觀色，因此一開始也沒覺察出媽媽的異狀。

只是，我媽媽經過長時間的休息和睡覺，好像也沒讓她病況完全好轉；有時好像又會變得更糟；因為她發作起來時，大部分的時間又幾乎都沒在睡覺，因為眼神幾乎都飄忽不定，而腦中好像又不不停的思考或幻想著什麼，好像陷入一個轉不停的迴圈中。

我爸爸曾經帶她去給人家收驚過幾次，也曾經請過好像是乩童或法師的人到家中做法幾次，但是好像也沒麼效果，因為媽媽還是會發作。

(二)、醫療介入與病情控制：

中期症狀雖已較不嚴重，但還是以患者休息與睡眠為主，直到 B 哥長大就業後，協助母親就醫問診後，才開藥給母親服用，原先會抗拒吃藥，但在 E 妹陪伴叮囑勸說吃藥下，心理始能接受藥物治療，其後並持續以藥物配合休養治療。雖然有時仍會有反應較慢、或注意力不集中、或沉思的恍神狀態、手指也會不住的抖動的症狀發生。

等到我大約中高年級的年紀，有一天爸爸突然開始給媽媽吃一種藥，瓶子包裝上寫著-----鎮靜劑，我才驚覺這種藥應該不是給普通人吃的，但是媽媽被指定非吃不可，而且得按時吃。從此以後，我媽媽的治療方式，就變成休息、睡覺、和吃藥三種方式了。只是不管有吃藥或沒吃藥，媽媽的病還是會發作，當時我也不知實際藥效如何。（多年後我才由大哥口中得知，原來那藥是由當時已漸出社會就業後的大哥替媽媽在精神科醫師問診後所拿回來的。）

（三）、復原：

末期由於孩子多漸長大並能主動協助分擔家務，覺察母親的心理與社會支持系統的需求，並協助帶領與外界多接觸，症狀漸減緩，幾乎完全穩定恢復成正常人的樣子。

尤其姊姊工作賺錢買了摩托車之後，偶爾會主動載媽媽回外公外婆家聚一聚，或外出兜風購物一下，媽媽的眼神飄渺的情況更少發生了，變得較正常的時間更多了，雖然仍有許多時間在睡午覺。

隨著時間的過去，當我讀國中時，……，家裡的日常家務也都變成多位姐妹們輪流分擔幫忙完成，媽媽有時也會一起幫忙，這期間媽媽漸漸不用那麼獨自勞累了，她的狀況也跟著好轉起來。

……也經常能應家人的要求或主動準備好綠豆或粉圓等甜品在冰箱等我們回家即可享用，這是我記憶中，最正常的媽媽的年代了，彷彿都令人忘記她的病症對她的影響。

（四）、小結：

E 妹在此過程中，由原先的幼稚無知完全不知情的狀況下，到扮演陪伴母親休養午睡、勸說母親定期吃藥、聊天說話多說些娘家的事情，來協助母親紓解心情鬱悶、以及幫助按摩紓壓的角色，也是透過親子心靈與身體接觸等互動，協助喚回病患意識、使母親心神較為安定、避免陷入

長期恍神迴圈狀態的重要伙伴。中後期以後，家庭中的其他成員，也都能因應家庭環境與病患需求，主動協助分擔家務，以減輕病患生理上負擔。加速病患復原的情形。

在陪媽媽睡午覺的過程中，我通常會和媽媽聊聊天，……我竟發現，當她在教我唸五十音或說童年往事的時候，眼神竟不自覺的停止飄移了，嘴角也跟著揚了起來。

當我再問起外公外婆家的事，……她總能馬上停止沉思，很清醒的告訴我以往的事。我終於發現，原來，媽媽說娘家的故事時會醒來，病情會好轉，精神會很好。

貳、照顧經驗歷程對於困境的調適策略

E 妹母親過世後，E 妹並未完全擺脫精神病遺傳之夢魘，面臨自己人生困境時，幾乎也與精神疾病或憂鬱症擦身而過，但卻始終不敢求助於輔導資源或心理醫療，其調適策略雖然未必最佳，但卻是與當時環境、資源與支持等條件，互相作用之後，產生調適後的歷程與選擇後之結果，分別說明如下：

一、母親罹病竟離世、喪母創傷難癒：

高中階段，E 妹離鄉在外地求學，母親突然病逝，造成 E 妹內心無法接受喪母創傷，導致心情極度憂鬱，但卻礙於污名化刻板印象而不敢求助輔導諮商或心理醫師，還好有同儕支持來信鼓舞振作，才得以走出喪親陰霾。

媽媽突然逝世，照理來說，好像我從此就能永遠擺脫那些煩人的精神病惡名問題了，但事實並不然。母親突然的逝世對我影響也很大，幾乎是換成我自己得了好一陣子的憂鬱症似的，只是當時我真的不敢去求助於心理醫生或輔導老師，因為我怕我去看了心理醫生或精神科門診，好像就真的印證了我的精神有問題。

.....直到約一個月後，我收到了我以前很要好的國中同學的一封信，.....鼓勵我要勇敢的走出陰霾，.....我才開始振作起來，努力讓自己生出一絲絲勇氣與力量去重新面對後來的生活。

說起來，我比我媽媽還幸運多了，至少當時我有很多朋友，而且我又不用像她一樣要面對那麼多複雜的人際關係，只是當人在極度憂傷時，好像比較會封閉自己，若有人能主動及時扶他一把，適時的引導和鼓勵，可能會因此幫人度過生命中的難關。

二、A 姐匆促成婚變，加深發病恐懼與憂慮：

母親過世後，A 姊因守喪習俗匆促百日成婚，婚姻失敗精神病發日益嚴重，讓 E 妹憂心再起，加深遺傳與發病恐懼。

母親過世後，剛剛相親認識對方才約一個月的 A 姊，在傳統習俗的壓力下，不太有考慮的空間與時間下，無奈的答應要結婚了！（因為長輩們說有父母喪後，若沒在百日內完婚，就得等到三年後才能結婚的習俗。）

但是，不知道是否要下這樣匆促的決定來決定自己一生的命運，實在令人太難以抉擇了，也會讓人感到壓力太大承受不起，我姊姊突然出現一些適應不良、好像是躁鬱症之類的症狀。我實在沒想到，我的憂慮竟然在姊姊身上發生了，當然更加深了我對這件事的恐懼。

三、破除夢靨勤於學、坦白告知遺傳憂

（一）選修輔導相關課程（增能課程、前瞻因應、創傷修復）

E 妹心底經常有發病的隱憂在作祟，因此常會杞人憂天般的感到不安與煩惱，因此大學期間，她透過自我導向學習方式來學習增能，修習諮商與輔導學分，希望藉著學習輔導相關的知識或技能，可以讓自己想法更健康、更正向，不要被喪母後所生出的憂鬱性格打敗，也希望能自助助人，或者成為專業輔導人員。

每學期剛開始，.....通常我都會多選修了許多跟輔導與心理諮商相關的課程，想要將來可以輔導自己，必要時也可以幫助家人或其他人，甚至有點想成為專業輔導人員呢！另一方面，其實是因為我仍然擔心自己將來有可能會重蹈覆轍，想要先打預防

針的想法。希望藉著學習輔導相關的知識或技能，可以讓自己想法更健康、更正向，不要被喪母後所生出的憂鬱性格打敗。

（二）樂於參與學習：（參與社團、培養興趣學習與專長）

E 妹也透過參與社團來學習與人互動的社交應對能力；並透過興趣與專長培養來抒發情緒並增加自信；同時透過打工賺取生活費以減輕家中負擔，並能繼續學習有興趣的項目。

.....但是心底一直有那個發病的隱憂在作祟，常常會讓人感到不安心和煩惱，好像有點杞人憂天的感覺，但是又沒辦法有十足的把握。所以，我從小就經常要自己儘量往好的方向去想，也想多做一些有意義的事。

我急著找社團，想要.....多學幾樣本事，也想多練習跟別人相處、讓自己不要太封閉，多交些朋友也不錯。

畢竟母親過世之後我覺得有使我改變一些些，有時實在真的不想強顏歡笑，.....畢竟忠於自己的感受也挺重要的，不要太勉強自己做一些不太快樂的事.....。

最後選擇了口琴社，喜歡一個人隨時隨地隨心情就可以吹奏樂曲，讓自己開心一點的方式。.....它帶給我許多歡樂的節奏，.....也幫我吹送走了不少哀傷，療癒我創傷的心靈。

我還接了幾個家教，想要賺一些錢當生活費，來減少家中的負擔，雖然有些辛苦，但是我覺得很值得，因為賺些外快，可以多學學我嚮往已久，卻從沒有機會圓夢的鋼琴，真是一舉兩得。

（三）男女朋友時期坦白告知遺傳憂慮與風險

大學時期與異性朋友交往期間，E 妹扭轉父親以往隱匿病情的方式，改為正視面對家族遺傳病史態度，並坦誠預先告知男友發病風險。

我覺得我爸爸從小一直在淡化甚至隱藏我家的遺傳疾病，也不會主動與我們討論家人的病況，也許他是出於好意，不想讓我們擔心或恐懼，但是我覺得這樣是不對的方式，更讓我們因為忌諱討論，而更無法得知事情真相，也不會想辦法解決問題，更沒辦法消除小孩子心中對這種疾病的恐懼與憂慮。

因此，大學階段我與男朋友交往認識後，我就直接告知他，關於我媽媽過去曾經發病，和姊姊對於婚姻適應不良的事實；以及自己也有極大的可能會有相近的體質或遺傳，叫他要慎重考慮是否繼續交往或放棄，.....

四、 結婚後的困境與重生：

（恐懼婆媳間相處、灰色變調的婚姻、叮囑兒女防未來）

（一）母親過去發病的大家庭複雜背景，間接讓E妹產生陰影恐懼婆媳間相處，但仍勉強自己去適應環境。

結婚後的生活，果然不如我預期中順利。因為媽媽患病的家庭背景，讓我對婆媳或妯娌等複雜的互動關係早就心生畏懼，另外幾次婚前與未來婆婆的接觸，更讓我不敢領教，總覺得我已到了恐懼婆婆的程度，偏偏先生堅持要與公婆住在一起，讓我心理總是感到壓力好大，但又無奈只好勉強自己試著與他的家人共處。

（二）灰色變調的婚姻，讓E妹憂鬱至極，倍感挫折。

漸漸的，我選擇了逃避-----下班了，恐懼回家；假日了，選擇回娘家。

漸漸的，我選擇了獨處-----徬徨了，徘徊流浪；空虛了，無家可歸。

漸漸的，我選擇了無言-----受委屈了，默默承受；受傷了，忍淚硬撐。

漸漸的，我選擇了決堤-----疲乏了，吞藥尋解脫；心碎了，決堤崩潰。

她到處尋求答案，嘗試各種方法，卻仍然不得解決，一度吞藥尋求暫時解脫。

我到處去算命，.....也聽人建議到處求神問卜，.....沒有完全得到滿意的答案，也沒有改變甚麼現實的狀況。

我一直努力為自己生命中的許多事件與困境找原因、尋求解釋、嘗試方法，希望解決問題，而不是把婚姻解決掉，或把自己解決掉。但曾經有一度我真的吞了幾顆安眠藥下肚，.....只是當時真是因為這段婚姻讓我傷慟過頭了，而我卻好像無能為力，心裡好累好累卻不得休，因此當時實在是一時衝動，只想暫時拋開一切不想管了，才

那麼做的。昏睡了幾天，還好也沒死去，只是醒來後發現問題依舊存在。

E妹覺得，雖然要花許多時間去嘗試各種管道尋找答案，但都值得試過才知道「**能讓自己能放下的方法就是最好的方法**」。對E妹而言，宗教與因果解釋方式，讓她得以放下，重新接受並面對不幸的婚姻生活。

我甚至還向神明祈禱讓我生病住院幾天，來考驗家人對我的愛是否依然存在，.....結果神明竟真的應驗，.....。雖然我對人性與婚姻越來越感到失望；但從此之後，我漸漸開始相信神明真是會有感應的。.....祂真的會讓我得到紓壓或療癒的效果，讓我的心情稍為安定一些.....

雖然有時很花時間，但是我現在覺得不管是透過宗教、神靈或心靈，同事、親戚、朋友等各種可能的管道都得試，因為你並不知道哪一種才是最好，每種要試過才知道，我相信「**能讓自己能放下的方法就是最好的方法**」。

直到有一個朋友送我好幾本靈姬所寫的书本，.....開啟我心中許多疑惑，是否有「因果」這一回事.....沒想到過了一陣子，那熱心的朋友竟主動幫我安排了與靈姬有約的會面機會，.....。我也很不願的帶著我的因果故事踏上歸途，但是從此內心卻較能釋懷了，我開始以傳統「**欠債還債**」的想法去過生活，期待自己還債期滿，會有另一番境遇。

女性友伴的關懷協助慰藉與社會支持連結重建與活絡利用，讓E妹從人生最黑暗時期的漩渦中逆勢重生，也讓E妹內心漸不感到孤單，也漸能用不同的心態與想法，去面對依然惡劣的現實環境。

這樣不穩定的生活苦撐了幾年，當中我只曾對一個老朋友稍稍透漏過一些訊息。後來實在是發現自己恐怕快撐不下去了，才向幾個高中時期的室友好姐妹們求援，.....在好姐妹們多次關切下，終於我逐漸敢揭開自己婚姻的瘡疤，好好檢視隱藏已久慘不忍睹的傷口，.....而朋友們像婚姻諮商專家似的，紛紛提供不同的診療意見，我也漸漸嘗試用不同的方式或態度或看法去面對同樣惡劣的環境，但至少不像之前感覺那麼孤單無助了，總感到姐妹朋友們在遠方默默支持著我，也帶來一些些無形

的力量。也還好有好姐妹朋友的拉拔，我漸從人生中最黑暗時期的漩渦中逆勢重生了。

人生重大關鍵事件經驗的影響，及困境調適經驗的累積與轉化學習成長，給E妹一種「大難不死」的感受與領悟，進而使E妹產生新心境：感覺「再也沒有什麼比死更大的災難了」，同時也帶來新視界，她認為：「我們應該為關愛我們的人好好的活著，為我們所關愛的人好好做些能做的事。」因此更珍惜生命，不再畏懼憂鬱症，感悟生命的意義。

漸漸的，我也不再像以往那樣恐懼發病了，因為我感覺自己彷彿有種「大難不死」的感受，畢竟，已歷經許多生死別離種種磨難、以及過去那段極度痛不欲生的時期都熬過了，還有甚麼不能熬的呢？我想再也沒有什麼比死更大的災難了，我們應該「為關愛我們的人好好的活著，為我們所關愛的人好好做些能做的事」。

（三）、叮囑兒女防未來

關心子女的心理保健與健康促進觀念：透過提早溝通討論瞭解，以進一步加以前瞻因應，避免精神疾病復發於下一代身上，也避免重蹈覆轍，對於精神疾病遺傳有過多之焦慮與恐慌。

身為精神病患的小孩，不管是社會烙印或內心的恐懼，我都能深刻的感受且難以磨滅，因此我也不想要讓我的小孩再度生活在恐懼和無知中那麼久，而且希望他們將來能多注意考量家庭環境對自己身心健康的影響的重要性，畢竟我們不能選擇我們的父母和小孩，但是我們可以選擇結婚對象和生存的環境，盡量不要給孩子或自己太多負面的影響、或太多外在或內在的壓力與恐懼，避免悲劇一再發生。

.....因此我深深覺得不想要讓我的孩子，再跟我當年一樣的苦惱這個問題。

.....我也不忌諱的告訴他們家族的精神病史與發病原因，我還提醒並且問他們：「媽媽可能有相近的體質或基因遺傳，如果我不好好照顧自己或遭遇甚麼不堪負荷的困厄環境，也有可能會發病成為精神病患，到時候，你們將會如何對待我？會好好善待我嗎？還是選擇棄之不顧？」

E妹對於下一代的教養，鼓勵小孩不要太受遺傳禁錮，而有太多憂慮，避免重蹈自己成長過程中之覆轍(污名化社會烙印或內心的憂慮恐懼等)，要多注重個性養成、人格發展、及環境與人際關係等交互作用的影響、並適時調整思想觀念，勿過於受限於傳統價值觀念及社會習俗制度等束縛，要勇於選擇、改變、創造適合自己幸福的生活環境與對象。

我趕緊提醒她：「遺傳不代表會發作，只是機會比正常人多一些，但是還要看個人身心發展與環境因素都會有交互作用。你的脾氣要改一改，不要動不動就發脾氣，起床氣、睡覺氣、不要什麼都能氣。另外，個性和觀念也要調整，要經常往好的方面去想、去做，要樂觀開朗、也要有幽默感、EQ也要好一點、大概就不太會發作。」

「將來如果有對象，要結婚以前，要慎重的考量居住的環境與人事的安寧，以避免婆媳問題等環境刺激因素干擾，真的，這件事情很重要，不要再重蹈覆轍了。」

「如果甚麼方法都試過了，還是不管用，那麼最後一個好辦法，就是換掉身邊的老公了，也不一定要有『「結了婚就不能離婚」』的傳統束縛，來綑綁住自己讓自己永不得翻身，要學習勇於追求、選擇更適合自己、更健康的幸福。」

照顧精神病患的經驗使E妹身深切體認「同理心」，與溝通、引導、協助等「利他」行為的重要性，因此勉勵小孩要培養同理心、發揮同理心與耐心、去學習付出關懷與愛，給精神病患與老人。也要學習調整負面情緒與個性方面之陶冶。而「甘願做、歡喜受」的觀念與「有心就有力，做起來也就不難，而且感覺有意義」盡己所能的支持信念，也有助於照顧歷程中心境與困境之調適，顯見E妹對於人生意義的看法與看待事物的價值觀已有些轉變與領悟。

我覺得每個人都應該要有「同理心」真的很重要，大家都要經常站在別人的立場，多替別人著想，就會比較瞭解對方在想什麼、需要什麼，也比較可以互相體諒。像我們全家的小孩，都因為深知媽媽媽長年的病況，每個人從小都較懂事，也不敢在外惹事來給家人添麻煩，哥哥姊姊們也都會主動照顧弟妹、幫忙分擔家務。所以，尤其是家中有精神病患的家屬，更應該要有同理心和耐心，才能照顧好病患，也要有「甘願做，歡喜受。」的度量去看待一切，也才不會怨天尤人，抱怨連連。

「而我是兄弟姐妹當中，最容易跟他們溝通的人了，像橋樑和潤滑劑一樣，比較不會起衝突，所以他們也喜歡我能陪他們去做點事，比較不會無聊，因為他們也比較不會安排自己的生活。如果他們看重你，就表示你比別人有機會使他們改變，或帶給他們一些不一樣的感受或快樂，那為什麼不盡力去做？」

「大家有錢的出錢，有力的出力，有時間的就出時間，大家能做什麼，就奉獻什麼，就看你有沒有那個心力了，有心最重要了，有心的話，就不會覺得難，做起來也會比較快樂，也會感覺比較有意義。」

下表 4-1 是 E 妹的生命週期關鍵事件與困境調適策略表

表 4-1：E 妹的生命週期關鍵事件與困境調適策略

年齡	時間或階段	重要或關鍵事件	困境所在	可能需要協助支援	困境調適策略 ○有效 X 無效或沒有
4-6	幼稚園	兒時不知愁滋味	小時候母親發病嚴重，但 E 妹並不知情，家人只透過收驚和乩童作法處理之，醫療與藥物都未曾介入。	醫療資訊 專業協助 精神健康 教育	○請人代洗衣物
7-8	小學低年級	一問驚醒夢中人	承受污名化烙印壓力、間接經別人詢問關切，才知母親患病事實、開始憂慮會遺傳或發病。	輔導 醫療 資訊	X 污名化烙印壓力未紓發 X 內心憂慮恐懼不已未能解
9-12	中高年級	陪藥關懷探病因	母親原本只休息和睡覺治療、初期會抗拒吃藥，需要有人催促勸進吃藥。	專人 勸進 吃藥	○B 哥長大協助醫藥介入治療 ○E 妹陪伴母親午休聊天吃藥
12-15	國中	家人有愛病漸穩	母親病況較穩定，但仍會發作，需要配合藥物控制。	休閒 旅遊 體適能 運動	○陪伴聊天 ○分擔家事 ○增加回外婆家互動機會與外出活動
		陽光女孩藍色的笑	污名化及發病憂慮、較少帶同學回家、	輔導 諮商	○激勵自己樂觀進取 X 未曾求助輔導諮商

年齡	時間 或階段	重要或關鍵事件	困境所在	可能需要 協助支援	困境調適策略 ○有效 X 無效或沒有
16-18	高中	母親罹病竟離世	母親罹病去世、無法接受喪母親創，導致心情憂鬱	輔導 諮商	○同學支持 鼓勵振作
		A 姐匆促成婚變	A 姊因守喪習俗匆促百日成婚、婚姻失敗精神病發、憂心再起，加深發病恐懼。	輔導諮商 心理醫師	X 內心恐懼 與日俱增 卻未曾求助
20-24	大學	破除夢靨勤於學	恐懼遺傳發病夢靨會發生在自己身上	輔導知能 健康促進 相關知能	○參與社團、 ○學習增能 相關知能
		坦白告知遺傳憂	擔心遺傳會發病 支持系統與鼓勵	精神健康 教育	○坦白告知 ○給予支持
29-43	結婚	恐懼婆媳間相處	婚前接觸不愉快經驗，婚後婆媳關係適應困難。	家庭教育	X 嘗試適應 隱忍逃避
33-41	生子後	灰色變調的婚姻	婚後生活無法適應、無法面對婚姻裂痕的挫折、憂鬱、傷慟、社會孤立困境，幾乎精神崩潰，吞藥求解脫，又不敢就醫。	婚姻 諮商 生命線 社會 支持	X 算命 ○靈媒因果說 ○宗教信仰 X 逃避吞藥 ○朋友支持 鼓勵協助
35	就業後	嘗試創業助 A 姐	E 妹協助 A 姊創業，因體力與時間不堪負荷、交通距離不變而放棄。	生涯課 程規劃 職業訓練	學習創業課程、 兼職創業因故 放棄
43	現在	蠟燭兩頭燒不停	假日協助回原生家庭照顧 A 姐與老父，形成照顧原生家庭與婚後家庭的矛盾與衝突	日間照護 其他家庭 成員協助	鼓勵小孩發揮 同理心、學習付 出關愛。
		叮囑兒女防未來	兒女也會擔心會有遺傳基因或發病	精神健康 促進教育	提前給小孩心理建設與健康促進相關教育、預防遺傳發病的長期憂慮，強調重視人際互動與環境影響層面。

【第二部分】研究結果分析與討論-----B 哥的案例

壹、A 姊的病史與發病原因

A 姊因母喪後百日內成婚的習俗而匆促結婚，但因較無感情基礎、適應不佳、婚姻失敗後無法面對現實，持續怪罪家人，且對於自己精神病症狀毫無病識感，因此病況發作並難以控制，從 A 姊離婚返回原生家庭受 B 哥照顧，至今約 20 年，病情始終反覆發作，無法完全復原。

因為她結婚以後就跟先生住在別的縣市，.....生活圈就比較封閉，再加上.....生活的方式原本就有點問題，個性也都比較固執，好像很不容易溝通，後來又因為精神有狀況，但是她總是認為她自己沒有精神病、也不用治療，所以她不願意接受治療、也不會配合吃藥。

她先生覺得這樣實在沒辦法，.....就說：「如果她要接受治療，就可以不用離婚」，但是她還是堅持自己沒有病，拒絕接受治療，所以就離婚了。

她一直把離婚這件事，怪到我爸爸的頭上去，因為那時候的決定她感覺不是她自己決定的，我爸爸那時候是希望她好好考慮，.....但是爸爸也沒有強逼她結婚啊！只是要她好好考慮，最後也確實是她有同意才結婚的啊！

但是現在，她常常會覺得好像我們全家人都對不起她似的，好像她覺得她是一個不幸的犧牲者，是我們家人害她離婚的.....，一發作就又一直拿這件事當理由一直亂一直亂不停。

貳、A 姊的發病症狀與影響

由於 A 姊因此經常認為自己沒有病，極度不具病識感，但是又會有幻想或幻聽情境，因此有時會把幻想或幻聽的內容當成真實，有時會語無倫次、也會把過去的許多事情加以扭曲認知，激動時容易暴怒，發狂時兼有暴力行為、也會攻擊別人(罵人、咬人或打人)，並有時會鬧自殺。

家人必須長時間忍受病患歇斯底里對家人發脾氣的情緒虐待、或對於婚姻失敗的遷怒行為、以及激烈的症狀與暴力行為、又要小心自殺防範等，有時也會擾亂鄰居的安寧。

她剛回來的時候病情實在很嚴重、有時會幻聽幻想、有時語無倫次、也很沮喪、整個人都提不起勁，因為她完全沒辦法接受離婚這件事，但是就是離婚了。

所以她剛回來的時候，病情發作時常常都很激烈，要不是情緒失控的亂怪罪人或罵人；就是亂喊、亂叫；太激動或衝動的時候，還會打人或咬人，通常是我們要阻止她激烈的行為時被咬的；有時候又會說她要自殺，常常弄的不可開交。

參、照顧歷程(方式與結果)與困境策略調整

困境調整策略一：強制住院治療給予藥物控制，彌補居家治療之不足

A 姊自從 32 或 33 歲離婚後回來與 B 哥等原生家庭成員同住，採用居家治療方式為主，住院治療為輔的方式照顧病患。主要係由於病患不具病識感，因此未能主動接受藥物規律控制病情，因此病情經常反覆發作，只好於症狀嚴重時送醫強制住院後才又返家居家治療。

她剛回來的時候，病情發作時常常都很激烈，……有時候又會說她要自殺，常常弄的不可開交，我們只好把她送去醫院強制治療，但是通常她到醫院之後，就又是更激烈的抗爭或發狂了。但總是在醫院治療一陣子之後，就會好一點才又回到家中。

因為她回來後又不吃藥，所以病情常常反反覆覆，沒辦法穩定。

困境調整策略二：調整病患之用藥模式-----當病患抗拒口服藥物治療時，改以透過滴劑之方式，以協助病患接受藥物控制。

透過滴劑控制病情後，情況雖然稍有改善，但當病患發現滴劑之後，就難以規律給藥，因此有時要透過其他較容易與 A 姊溝通相處的家屬成員 E 妹來配合協助給藥，以避免病情加重。

當 B 哥意識到 A 姐有些徵兆出現，預測又即將發病，會想辦法提早注意給藥，或提醒 E 妹回家協助設法給藥，否則嚴重發作通常又要強制住院後，在院接受固定藥物控制一段期間病情才會好轉。

但實際病況真的難以控制時，也會請救護車載去醫院強制住院治療，再施與藥物控制，因此形成重複住院的旋轉門現象。

後來是我去找精神科醫生買滴劑，偷偷定期給她吃藥，她才算穩定下來。所以有時感覺 A 姐又有些徵兆出現，可能又要發病時，只好叫 E 妹回來幫忙，她比較會跟她互動，也願意跟她出去，比較有機會給她吃藥。但是連續太久沒吃藥，她就會嚴重發作，弄得連鄰居都雞犬不寧。

困境調整策略三：隨時覺察病患病情徵兆，提早準備給予藥物控制，預防病患病情加重，同時聯繫其他重要家屬成員或對病患較有影響力的重要人員互相配合，協助給予藥物控制及陪伴關懷，發揮此社會支持成員對病患之積極作用，協助病患因無病識感不接受藥物控制之困境。

直到真正沒辦法控制時，只好再請救護車載去醫院強制住院治療，在醫院接受固定藥物控制一段期間病情才會好轉。只是每次強制住院治療後，回來通常都吃不了幾天藥，就又不吃了，又沒人能逼她吃藥。這幾年一直都是這樣子，有時候醫院會用打長效針的方式處理，但是她又會說她不喜歡那些副作用的症狀，或者逃避回診，一直在惡性循環。

〈困境調整策略四：以居家照顧為主，強制住院治療為輔，兩種照顧方式互相配合，因應病患病程症狀變化，而做不同方式之調整因應。〉

由於家庭結構隨時間改變，20 年來，A 姊與 B 哥的原生家庭成員之變動，造成照顧人力與資源之不足，無法提供全日照顧。

且由於高齡化的結果，照顧者 B 哥必須同時照顧高齡的父親長者、與日漸高齡化慢性化的 A 姊、加上年幼的三名子女與妻子，形成多重照顧負荷、照顧資源不足，而難以完全勝任。

後來因為弟弟妹妹都已結婚之後，我們搬家到另一個地方住，兄弟姐妹變少了，但是漸漸多了我的老婆和三個孩子。以前是我們好幾個兄弟姐妹加上我爸爸一起照顧她一個，現在是我一個人要照顧好幾個，要顧老的、小的、老婆、還有她，有時候實在感到快要顧不去了，畢竟我還要養家餬口，她有時候亂起來實在是快要讓人不知道該怎麼辦才好，也幾乎不能工作。

〈困境調整策略五：建議聯繫其他家屬成員主動協調，共同配合分擔照顧老者或陪伴病患的責任，給予 B 哥喘息時間與機會。〉

郭麗安（2014）在多元家庭的挑戰研討會中，鼓勵家庭成員共同參與家務及親職，協商欲望，共負維持關係的責任，並在關係中德以維持／強化自我認同。

〈困境調整策略六：建議強化社區照顧功能與社區照顧服務資源之應用，例如：給予日間照護、或喘息服務、或社區學習課程、義工服務等活動課程安排。〉

陸、污名化與暗藏危機

我爸爸有時也會抱怨說：「攏看無孫（都看不到孫子），也不帶回來給我看看。」其實，他不知道我把小孩放學後安排到安親班或附近親戚家，時間到才接回家，是因為安全考量，怕大人不在家的時候，姑姑（A 姐）如果有狀況，小孩會比較容易有危

險，怕他們不會處理，所以才這樣做的。只是當小孩從安親班回家後，阿公早就已經睡著了。 假日我老婆也經常帶他們回去娘家，也是基於這個安全考量，只是這樣好像也會影響一些我們正常的家庭生活，他們有時候也會被問到一些怪怪的問題，然後又不知道該怎麼回答。

困境調整策略七：當意識到她又即將發病時，就要謹慎、提醒家人注意安全，並安排小孩放學後到安親班或假日回回外婆家，以縮短與患者與獨處之時間，以避免發作時被無辜波及，而無法因應狀況。（但間接造成祖孫代間相處互動時間有限，無法共享天倫樂。）

有時候我大姐發作時，我也怕我爸爸會有危險，有時也還要把他帶在身邊，跟我一起去工作，只是，他才出門一下下，就急著要回家，要不然就是一直要上廁所，我工作也不方便啊！

困境調整策略八：A 姊病況發作時，B 哥有時必須一起載老父親一起到 B 哥工作的場所去，以顧及老父親的安全，避免 A 姊之言語或暴力行為。（但老父親經常心理感到不耐等，或理需求經常要跑廁所而不方便。）

近兩年來，由於 A 姊離職後沒有工作、空閒時間更長，又無所事事，而越容易胡思亂想，加上無病識感，經常出院後就自行停藥或服藥不規律，又會導致不定時精神病症狀持續惡化，經常再度發作難以控制。

這幾年她沒在工作以後，情況又更嚴重，因為空閒的時間越來越多，她越容易胡思亂想，想出毛病來。有一次，我託爸爸給她加滴劑的事被她發現了，從此以後就更麻煩了，.....但是她越沒吃藥，病情就會越嚴重。

<困境調整策略九：建議參與身心障礙職業訓練課程，或發展社區經濟特色產業，以協助弱勢的病患就業，利於經濟獨立減少依賴與不安。>

柒、盡人事聽天命

以往，B 哥會期待 A 姊能夠完全康復，恢復成完全正常的人。但是，

經過長期照顧與觀察後，B哥體認到理想與現實面之差距，實在難以達成，因為A姊實在太沒有病識感了，不願配合吃藥打針等醫療，因此病情長期無法得到穩定的控制。

現在B哥已降低標準，只期待A姊病況維持穩定即可，當她是個慢性退化的病人看待，以降低自己的無力感。心境上也以「盡人事，聽天命」自我勉勵，認為自己已長期盡力協助，仍然無法勉強病患改變就醫態度，或改變病患的病識感，只好如此安慰自己了。

以前，我會希望她的精神病能夠完全康復，不要再復發，恢復成一個完全正常的人。但是，經過那麼多年的照顧經驗之後，看起來，好像有些不可能，因為她實在太沒有病識感了，又不相信自己有病，又不接受住院治療、又不吃藥、也不想打針，那能怎麼辦？只有順其自然，走一步算一步了。

發作時，就當她是一陣暴風雨來，任她瘋狂傾洩完畢告一段落，情緒就會稍緩，就給她一段時間吧！真正沒辦法控制了，就只好轉給醫院去幫忙強制住院了，畢竟，我們已經盡力了，照顧她二十年了，也沒狠心把她直接送療養院或精神病院去，只想盡量協助照顧想讓她變好，她還是不能接受，那也沒辦法。

畢竟，我們已經盡力了，照顧她二十年了，也沒狠心把她直接送療養院或精神病院去，只想盡量協助照顧想讓她變好，她還是不能接受，那也沒辦法。

只好把她當成一種慢性病看待，想成她是一個類似腦部功能退化的病人看待，才不會覺得那麼無力，因為醫藥的效果畢竟有它的限制，如果病人都不願意配合改進，那誰也幫不了她了。

我還是會想辦法找機會給她吃藥，但有時不得已，就只好靠這樣強制住院治療的方式，才會讓她真正平靜下來一陣子，不然實在是拿她沒輒了。

困境調整策略十：修正復原的理想目標，降低標準減少家屬之無力感。

以病情穩定代替原有之完全康復之理想。

下表 4-2 是依照 B 哥的生命歷程先後順序，將 B 哥照顧 A 姊之經驗歷程中，重要關鍵事件與困境調適策略的綜合整理。

表 4-2：B 哥的生命週期關鍵事件與困境調適策略表

B 哥年齡	A 姐病程階段	重要關鍵事件	困境所在	可能需要協助支援	困境調適策略 ○有效 X 無效或沒有
29-30	離婚低潮返家初期	照顧開始，A 姐離婚返家	A 姐匆促奉習成婚，婚後適應困難，離婚收場，A 姐求助原生家庭尋求依賴。	◎家人、朋友等支持系統 ◎心理輔導諮商 ◎專業醫療協助 ◎宗教信仰	X A 姐離婚前完全未求助於任何支持系統 X A 姐前夫曾協助強制治療、A 姐不願續配合就醫 ○求助原生家庭尋求依賴、全家共同協助照料 A 姐
30-32	激烈發作住院治療期	A 姐婚姻失敗，怪罪家人、無病識感強迫住院	A 姐精神崩潰，怨天尤人、無病識感、抗拒就醫服藥。家屬忍受精神病患激烈症狀、暴力行為、情緒勒索、自殺防範	◎尋求輔導諮商資源 ◎離婚支持協助資源	A 姐發洩情緒、精神崩潰、遷怒加暴力、家屬忍讓、經常必須住院醫療。
32-40	滴劑控制穩定期	出院後，改以滴劑藥物控制，病情較穩	需適時給藥	◎其他健康促進配合方案	○配合滴劑藥物控制
40-45	結構改變漸不穩定期	B 哥家庭結構改變、高齡化、增加照顧負擔 B 哥家屬污名化與暗藏的危機	照顧負荷大 照顧資源不足 高齡化問題 承受污名化壓力 兒少保護安全問題 家庭暴力防治問題 危機處理機制	◎社區日間照護機構 ◎喘息服務 ◎心理輔導 ◎去除污名化觀念強化 ◎負面情緒處理 ◎兒少保護資訊 ◎危機處理機制	X 給藥困難不規律藥力控制不佳 ○請 E 妹協助給藥 ○發作嚴重送醫強制住院治療。 ○小孩課後安親班 ○帶老人一起上班 X 污名化烙印壓力
45-50	無業旋轉門時期	沒有工作、難以給藥、惡性循環盡人事聽天命	沒病識感、給藥困難病情症狀無法控制。離職後缺乏安排生活能力、胡思亂想問題多、發作時擾鄰行為須善後	◎成人教育學習生活就業輔導 ◎專業醫療照護機構 ◎社區照顧 ◎專業社工到宅協助 ◎體適能運動 ◎休閒興趣旅遊 ◎宗教信仰 ◎寵物飼養	X 給藥不規律、X 藥力控制不佳 ○請 E 妹協助給藥 照顧家屬心境調適降低醫療結果期望不求痊癒，但求穩定

【第三部分】綜合討論-----E 妹與 B 哥案例

壹、照顧歷程中病史與病因綜合探討

【情緒支持者、社會支持、人際關係、適應負荷、壓力與健康】

由文獻中內政部(2011)對於婦女生活狀況整體調查報告的數據顯示現代婦女面對困擾時，雖然有佔較多數的 77.68%表示有情緒主要支持者，但仍然有少數的 22.32%表示沒有情緒主要支持者。婦女遭遇困擾時，有情緒支持的重要度排序顯示：以「朋友、同事及其他親屬」的支持系統的重要度最大，佔 48.35%，佔第一順位。可見這一主要支持系統網路的重要性。而有情緒主要支持者的重要度排序為「朋友、同學、同事、鄰居及其他親戚」、「兄弟姐妹（含其配偶）」、「父母」及「配偶（含同居人）」。

由此顯示「朋友、同學、同事、鄰居及其他親戚」等支持系統與「兄弟姐妹、父母、及子女等家屬主要成員」對於婦女情緒支持的重要性。

E 妹母親與 A 姐都同時在結婚後疏於原有及原生家庭社會支持系統之維持與利用，也未能拓展新的婚後社會支持網絡，因此處遇人生重大關鍵事件或生活困境時，未能主動尋求情緒支持者或尋求其他資源協助頓顯其孤苦無依，更易由長期外部負面適應負荷或有壓力的人際關係，進而影響身體內部與精神健康，導致精神疾病發生。

而「朋友、同事及其他家屬」及「配偶、父母、兄弟姐妹、子女等主要家屬」以外的情緒支持來源，合計則約佔 2.86%，重要度幾乎也可以說是非常有限。亦即婦女尋求周遭主要支持系統以外的資源與管道，來做為情緒支持的比例偏低。公婆與妯娌雖同為家屬成員，但在情緒支持方面的重要度則甚低，分別佔 0.33%與 0.55%，重要度合計為 0.88%，幾乎可以說是微乎其微，這數據之低，彷彿刻劃出婆媳與妯娌間自古以來無形的鴻溝之深。

由文獻資料中，Daniel Goleman(2008)指出：當我們遭遇壓力時，會啟動並分泌有助於應付緊急狀況或威脅的激素，但卻會佔用免疫系統與內分泌系統資源，因此傷害這兩個攸關健康的系統。而交感神經系統與下視丘-腦下垂體-腎上腺軸的啟動與關閉，可決定我們悲傷或快樂的情緒狀態。又由於他人能夠顯著影響我們的情緒（例如透過情緒的感染作用），因此壓力與健康之間之因果關係，可由身體內部向外延伸到人際關係。

「人際關係最重要的層面不是數量，而是品質。情緒特質比認識多少人更能影響我們的健康。」「人際關係可以帶來歡樂，也可以引發痛苦。就好的一面而言，一個人如果能夠感受身邊人的情緒關懷，對他的健康會產生正面影響。在身體原來就比較虛弱的人身上，這種關連性尤其明顯。」「惡質人際關係導致疾病與死亡的風險，不在吸煙、高血壓、膽固醇、肥胖與身體殘障之下。」「人際關係能載舟亦能覆舟，既可以保護我們不受疾病侵害，也可以成為老化與疾病的幫兇。」(Daniel Goleman,2008,p.272)

人際關係中最重要的不是數量，卻是品質。雖然E妹母親身處複雜大家庭中，但卻未能從眾多妯娌與婆媳關係中得到情緒支持依賴者。而人際關係間起伏導致的生理變化，加以負面狀況維持多年，可能造成高度生物壓力-「適應負荷」(allostatic load), 可能因此加速疾病發生或加重症狀。一段人際關係如何影響身體健康，取決於這段關係在經年累月之中，累積的情緒毒素或情緒養分。我們的身體狀況愈是虛弱，則人際關係對健康的衝擊就愈是顯著。A姐婚後到異地與先生共組小家庭，卻幾乎與原先之社會連結完全中斷，因此，婚後適應問題與精神疾病困境無法從人際關係中獲得滋養與協助。

「以沉默回應侮辱的人，血壓會逐漸上升，隨著貶抑的訊息日積月累，當事人的無力感和焦慮感會越來越深，最後就會變得憂鬱沮喪，如果長期如此，心血管疾病的風險將會節節高升。」(Daniel Goleman, 2008, p.276)

而E妹母親婚後複雜大家庭人際適應壓力與流產創傷，及長期承受妯娌關係中讓壓力增加的負面人際互動的侵擾行為，因本身個性溫和善良未能適時紓壓尋求支援與協助，她選擇沉默和隱忍，加上性別不平等承擔繁重家務等多重不利因素內外交互累積作用下，因此導致精神疾病發生。

貳、發病症狀與影響之綜合討論：

家庭系統中，家庭成員間呈現一種彼此互動而互相影響的動態關係，因此家中有精神病患，往往也影響了整個家庭，也有「牽一髮而動

全局」的可能性。

張以欣(2014)綜合學者研究指出：

「精神病患對家庭的影響包括：病患的症狀及行為所造成的問題、家庭的收入、社交生活、日常生活家務運作、成員的身心健康、生活品質及家庭互動等等，進而影響了家庭功能的運作。」

精神疾病影響層面廣大又深遠，正負面皆有之。E 妹母親症狀對家庭生活影響較有限，但對 E 妹內心的影響則較深遠長久，尤其是對於未來自己患病的可能性憂慮。也影響其性格發展與人生觀。但也造就許多學習處理負面情緒經驗的經驗與壓力，增益復原力等經驗學習，並強化 E 妹正向心理、同理心、EQ 等發展。

但 A 姊的症狀則由於本身離婚，受原生家庭照顧，加以 B 哥家庭結構變遷，照顧資源人力不足，高齡化、無病識感而重複旋轉門現象，造成照顧家屬更多負面影響與困境。

參、照顧方式與結果之綜合討論：

Daniel Goleman(2008) 在 SQ-I-You 共融的社會智能書中指出：

「人際關係本身就是一種環境，能夠關閉或啟動特定的基因。我們最親密的人際關係因此有了全新的意義，在無形的連結網絡作用之下，產生驚人的生物層面影響。」(p.267)「醫療體系如果能為病人提供社會支持與關懷，改善他們的生活品質，將可以提升他們康復的機會。」(p.297)「無論是哪一種親密關係，我們處理情緒的方法-----從尋求他人慰藉到重新思考困境-----都會在對方的幫助下如虎添翼，或是給予忠告和鼓勵，或是透過正向情緒感染做更直接的協助。(p.296) 愛不再只是一種改善病患情緒的方法，而是能夠在醫療照護上發揮積極生理功效的要素。」(p.299)

E 妹對母親的照顧方式，雖然只是很自然的陪伴與聊天，但卻可使病患感受到愛與關懷，發揮正向情緒感染的作用，進而使病患跳脫幻想之迴圈，協助改善病情，促進病患之康復。

Daniel Goleman(2008)書中，柯恩指出：「為生命中最令我們如沐春風的人付出更多時間與精力，對身體健康大有幫助。他也對病患提出忠告：盡量減少日常生活中引發負面情緒的人際互動，同時增進正向情緒的互動。」(p.298) 柯恩提到提到相關的科學研究結果『明確告訴病患的家人與朋友，不要忽略或孤立他們，就算你不知道自己該說些什麼，也應該去探望他們，這一點非常重要。』(p.298)

而 E 妹鼓勵自己的兒女去探望關懷老人(外公)與精神病患(阿姨 A 姊)，雖然對探望者的意義並不太大，甚至感到浪費時間，然而對被探望的人而言，這種關愛與互動接觸的卻是相對有意義，有助於改善病患情緒，發揮醫療照護之積極生理功效。也是一種發揮同理心，進一步採取利他行為的表現。

而 E 妹叮嚀自己的小孩將來要考量避免環境中之不利因素重複刺激或干擾，與適當的對象之選擇，也與柯恩所提出的忠告：「盡量減少日常生活中引發負面情緒的人際互動，同時增進正向情緒的互動。」(p. 298) 不謀而合，看法一致。

精神病患者的病情反覆，牽動著家人的喜怒哀樂、生涯規劃和原本的人生夢想、因為照顧是一輩子的情感、責任和義務，割捨不斷，但情何以堪的是-----「痊癒」竟如此遙遙無期。對每一位精神疾病照顧者而言，不僅是體力上的操勞，更是心力上的折磨與考驗。(David A. Karp,2010)

根據胡海國（1996）的研究文獻指出：精神病患的家屬，……在家照顧一個患有精神疾病的人，顯得特別的困難，因為它對家庭帶來持久的壓力(Reinhard, 1994)，尤其主要照顧者所經驗的心理壓力更是一般人口心理壓力的兩倍(Saunders, 2003)，並造成相當程度的照顧負荷。而所有精神疾病中，精神分裂病患者是出院後殘餘症狀最嚴重、社會功能又最差的一類精神疾病。因為精神分裂病是一種長期慢性的疾病，病人社會功能日漸退化，需要依賴家人提供照顧，而病人病情無法掌握，以及病人本身缺乏病識感，常造成照顧精神病患者家屬心力交瘁。(胡海國等，1986)

胡海國等(1986)的研究發現，所有精神疾病中，精神分裂病患者是出院後殘餘症狀最嚴重、社會功能又最差的一類精神疾病。因為精神分裂病是一種長期慢性的疾病，病人社會功能日漸退化，需要依賴家人提供照顧，而病人病情無法掌握，以及病人本身缺乏病識感，常造成照顧精神病患者家屬心力交瘁。宋麗玉（1999）則發現精神分裂病的家屬負擔是最重的。病患經常再度復發而有迴轉門現象(the revolving-door phenomenon)（沈麗惠,1997）。

對B哥而言，長期面對A姊發病時的嚴重症狀，其負面情緒的管理與對於困境調適的抗壓性不得不到一定的修練，才能照顧病患將近20年，但對於A姊因極度無病識感而導致回轉門現象的惡性循環結果，存在於現實與理想間之差距，也不得不隨實際情況調整改變，從原本期待復原的理想，轉變成「盡人事，聽天命」的想法，只期待維持穩定。

肆、困境與調適策略之綜合討論：

【復原力學習、負面情緒處理、社會支持的力量】

文獻資料中，Daniel Goleman(2008) 在 SQ-I-You 共融的社會智能書中提到開創研究情感神經科學(affective neuroscience) 領域的戴維森的研究結果：「一個人童年時期受到的照顧，還是會影響成年之後感受快樂的能力。快樂感與復原力息息相關，後者讓我們能夠克服負面情緒，回復到平靜、愉悅的心境。面對壓力的復原力與感受快樂的能力，兩者之間似乎有直接關聯。」「復原力可以經由學習獲得，方法是面對某種威脅或壓力，但程度保持在我們可以應付的範圍。」(p.229)如果承受的壓力太小，學習將一無所獲，壓力太大，則會讓恐懼的迴路得到根深蒂固的錯誤體認。(p.229)如果他的腦部（與身體）長期陷在激發恐懼的模式中，反覆得到的將不再是復原力，而是無法恢復平靜的無力感。(p.229-230)安全健全的人際關係能夠提供心靈資源，幫助人們擺脫情緒挫敗與失落。」「關愛子女的父母，……能夠提升子女的快樂感與面對壓力的復原力。」

E 妹的母親雖然是憂鬱症病患，但在家人子女分工協助接受藥物控制後，發作症狀影響有限，整體病程症狀與病況是由重而輕，逐漸康復，也漸能正常操持家務，料理三餐，對於擔任家庭主婦與母親角色功能也都能符合期待，因此 E 妹仍能感受充分的母愛安全感與溫暖照顧，對於來自於污名化的負面情緒處理及復原力學習有穩定作用。

「喜樂的心乃是良藥，憂傷的靈使骨枯乾。」(聖經箴言十七：二二)

E 妹心中對於自己是否會有遺傳基因而發病的憂慮，則因為父親及家人避諱談論而無法得到解答，又見證 A 姐發病之事實，恐懼因而越來越深，幸而陰影學說與正向心理學方面的行動趨力與增能學習，是讓 E 妹

得以暫時因應此憂慮困境的主要調適策略。

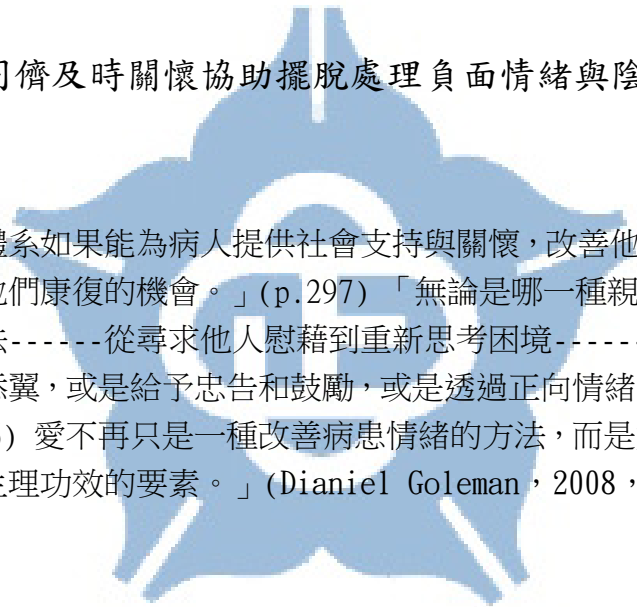
而A姐則由於匆促結婚而離婚，又未能面對現實，對於婚姻失敗的挫折，已無法透過自身復原力將負面情緒與問題調適解決，反而遷怒於家人，產生無盡的怨恨與精神崩潰失控行為，發病時也容易引此產生暴力行為與自殺威脅。整體病況是由輕而重，加以精神分裂症之無病識感不願就醫而使症狀日形嚴重，家屬照顧起來更加困難，影響層面也越廣且嚴重。

Daniel Goleman(2008)的書中提到關於學習處理負面情緒與復原力(韌力)之發展的內容，與本研究中病患與家屬所處環境與境遇中的許多經驗學習之轉變的契機關係非常密切。雖然研究中這些經驗並不是透過父母刻意的教學，然而現實的環境，與真實的生活都讓病患與家屬不得不學習因應處理。

研究人員發現，對一個孩子而言，比起追求虛幻的永恆快樂，學習如何平息情緒風暴更為重要，因此父母教養的目標並不是塑造一成不變的「正向」心態，讓孩子永遠處於快樂之中；而是教導孩子無論遇到什麼狀況，都能夠靠自己的力量恢復圓滿自足的心境。能夠「改造」不愉快時刻（古老格言：「不要為潑灑的牛奶哭泣」的精神）的父母，會傳授孩子一套普遍適用的方法，讓他們撫平痛苦的情緒。這類從小處著手的教導，賦予孩子看待事物光明面的能力，讓他們更能夠應付人生的低潮。就神經層面而言，這類教導會在處理負面情緒的眶額皮質神經迴路上，留下深刻的印記。如果我們在兒童時期沒有機會學習處理人生的風風雨雨，成年之後在情緒上將欠缺應變的準備。為了儲備快樂人生不可或缺的心靈資源，我們必須從童年的遊樂場就

開始接受打擊，將遊樂場當成日常人際關係的訓練營。負面情緒對孩子的價值在於，讓他熟析如何掌握這種情緒反應。(p.227-228)

對E妹而言，由母親患病引來的污名關切詢問問題，讓E妹感覺有些困窘和被懷疑歧視的負面情緒處理經驗累積，內心長期的陰影恐懼也使性格發展略顯憂鬱，但反而激發出陰影信念，強化自己要正向開朗樂觀以避免發病，學習增能輔導相關知能以自助助人，參與社團增進人際互動技巧。E妹大致而言都能因應進而轉發展正向心理。只有喪母時期的鬱悶時期，幸而同儕及時關懷協助擺脫處理負面情緒與陰霾。



「醫療體系如果能為病人提供社會支持與關懷，改善他們的生活品質，將可以提升他們康復的機會。」(p.297)「無論是哪一種親密關係，我們處理情緒的方法-----從尋求他人慰藉到重新思考困境-----都會在對方的幫助下如虎添翼，或是給予忠告和鼓勵，或是透過正向情緒感染做更直接的協助。(p.296) 愛不再只是一種改善病患情緒的方法，而是能夠在醫療照護上發揮積極生理功效的要素。」(Daniel Goleman, 2008, p.299)

婚後的困境雖曾造成E妹嚴重的打擊，加上原本較弱質的基因遺傳可能性，也幾乎讓她精神瀕臨崩潰，但E妹透過不同的途徑去為自己的困境尋找解決的方式、從難以接受被扭曲否定、或逃避、或求神問卜、或吞藥尋求暫時解脫……，直到從宗教的慰藉與因果的解釋讓她較能釋懷，求助紓壓的對象也從零個（一個人咬牙獨撐），到壹個（一個多年好友清關心），到更多（同窗好姐妹們的協助支持關懷），助長她背後更大的支

持網絡的力量。人生歷程經驗的累積與處遇困境的調適策略讓她復原力（韌力）日益成長、成熟、堅強。

肆、教育意涵

Eric Erikson 主張個體一生的發展是透過與社會環境互動所造成，而在各階段又有其獨特的發展任務，及所面臨的關鍵轉捩點或心理危機，需要透過核心課程的教育，來協助化解心理社會發展危機，將衝突危機化為轉機，以幫助個體因應能力，協助適應社會環境的變化，並促進個體各階段的成長（郭靜晃，2013）。

透過本研究發現許多亟待重視或調整改變的「教育意涵」，都有賴環環相扣的「教育」來達成。尤其要配合生心理發展與環境等狀況，或人生重要關鍵事件等適合時機，施予關鍵核心課程教育，從個人、家庭、學校、社區、社會教育；正規或非正規教育等方式。

有意義的關鍵學習會造成一種或多種價值，分別列舉如下：

- 一、 改善我們的人生：發展能夠鑑賞美好藝術和音樂的能力，發展深入的人生哲學。
- 二、 讓我們能夠對於所存在的社群，貢獻自己所學：家人、社區、國家宗教、信仰、特殊、族群、世界等。
- 三、 準備自己能夠面對世界：發展讓自己更專業的知識、技能

和必要的態度。(John D. Bransford , Ann, L. Brown,
Rodney R. Cocking et al., 2004)

希望能啟發個人及更多相關教育單位或政府團體，讓每個人都能學會：「觀照自我與環境、正視問題所在、努力調適克服困境、學習解決問題的能力；再藉由正向心理學的推動、EQ 情緒智能的養成，進而促成整體社會智能 SQ 的培養，讓更多人學會同理之重要、發揮同理心，去做出更多利他的行為，給予病患與家屬更多元適切的協助資源、更寬廣友善的空間去發展與生存。

以下分別根據 E 妹與 B 哥照顧精神病患的經驗歷程(尤其面臨困境或關鍵重要事件時等時機)，分析其中之教育意涵之整理結果，並列於表 4-3 與表 4-4。

根據 E 妹的研究結果，分析得出其中之教育意涵，整理如下表 4-3，

表 4-3、E 妹照顧經驗歷程對於教育意涵的啟發

關鍵時機		照顧歷程背景與困境	教育意涵(概念與說明)
照顧歷程帶來困境壓力負荷污名化影響	發病原因	傳統社會制度角色任務負荷沉重 人際適應困難、缺乏社會支持、 流產創傷未療	人際互動與性平教育再推廣：人際 互動應對進退技巧增強，傳統制度 下社會期待與角色任務勿過於僵 化，性別平等教育再推廣。
	醫病常識	E 妹小時候母親發病嚴重，但 E 妹 並不知情，因為父親早期忌諱就 醫，只透過收驚和乩童作法處理， 醫療與藥物都未曾入，未獲即時有 效之與醫療資源協助，多年後來才 由兒子協助就醫與藥物治療。	「防漏網守門員」協助系統共識與 建置：主要照顧家屬通常有陪病患 就醫之責任，但若主要照顧家屬缺 乏正確就醫觀念與相關醫療資 訊，其他家庭成員應同時具有正確 醫病觀念、或透過社區機制配合協 助處理就醫，以儘速幫助病患復 原。
	家屬態度	E 妹課後時間幫忙陪伴母親調養， 雖然需要花較多時間去陪伴紓解母 親的壓力源，但內心是甘願的，因 為這種陪伴，是有意義的且有力量的 ，就值得去做。	親子互動溝通重要性：親子互動陪 伴，家長勿以工作為主，而疏忽家 人健康與陪伴。傾聽與對話的重要 性。 意義與價值觀、服務學習： 生命的意義與價值觀 甘願做，歡享受。
	污名化	E 妹經常承受他人異樣的眼光，或 感到被質疑是否全家人都會有問 題，感覺不舒服並有些討厭。	同理心觀念學習實踐：對於異樣眼 光的歧視處遇情境處理，加強同理 心觀念與體驗學習。
	精神疾病對 家庭生活或 家人的影響	E 妹從小內心極憂慮是否會有遺傳 基因在自己身上，深恐自己將來也 會發病，長期煩惱此夢魘是否會成 真。 母親過世後，A 姐匆促的結婚造成 適應不良而發病，更加深 E 妹對於 精神病遺傳的恐懼。	精神健康教育(心理衛教-關鍵問題 核心教育-處理憂慮)：未敢發問、 情緒表露，尋求解惑、追求真相。 未能在關鍵時期給與學習處理憂 慮，導致長時間生活在恐懼與焦慮 中。 陰影學說(轉負為正) 高風險家庭篩選關懷與兒少保護 介入：兒少保護與預防介入 對象的篩選與關懷

關鍵時機	照顧歷程背景與困境	教育意涵(概念與說明)
困境調適 轉化學習 教育意涵 (如何調適?) (有何意義?) (學習什麼?) (轉化影響?) (為什麼?)	尋求資源 協助	關鍵問題核心教育-創傷療癒 關鍵事件或經驗會影響個人成長與適應。適時創傷療癒的重要性
		關鍵問題核心教育-問題解決能力 轉化學習、創傷療癒、生命教育： 輔導資源與專業人員協助的資訊再推廣，利用率極低資訊不普及解決問題的能力 情緒表露、自殺防治 心靈層面的昇華、宗教信仰 學習面對缺憾與苦痛課題
		社會支持網絡重要性： 學習主動送愛與關懷協助脫困 社會支持網絡與朋友的重要性 加強宣導或教育傳媒
	調適策略	前瞻因應、增能學習、 正向心理學： 學習陰影信念，化缺陷為力量； 正向心理學，強化希望理論； 、自我導向學習、經驗學習增能。
		前瞻因應： 優生學、避孕、節育
	學習嘗試 創業就業	服務學習與職涯輔導訓練服務： 1.伴學義工、喘息服務、日間照護服務等義工招募或給予病患或家屬服務機會，增強其生存意義感。 2.社區學習在地化、福利化、免費化、關鍵核心課程到宅學習 3.給予病患職涯輔導訓練、或就業機會、庇護工廠就業、或活絡社區經濟產業，協助病患與家屬共同就業或創業、給予創業資金補助 4.設置資源整合協助專員、專業顧問或專案經理、專案管理協助
	為人母後的 改變	同理心、EQ、SQ 前瞻因應的經驗學習 同理心與 EQ 培養 社會智能 SQ 實踐 鼓勵奉獻已能利他行動精神 適時覺察調整人際關係與環境 昔孟母，擇鄰處，子不學，斷機杼。 現代人，擇境處，境不適，趨益處。

		提提前瞻因應，預防遺傳發病焦慮。	境不轉人轉，人不轉心轉
--	--	------------------	-------------

根據 B 哥的研究結果，分析得出其中之教育意涵，整理如下表 4-4。

表 4-4、B 哥照顧經驗歷程對於教育意涵的啟發

關鍵時機		照顧歷程背景與困境	教育意涵(概念與說明)
意外事件 環境變動 關鍵事件		婚後生活無法適應、無法面對婚姻裂痕的挫折、憂鬱、傷慟、社會孤立困境，幾乎精神崩潰，又不敢就醫。	兩性、婚姻、家庭教育、轉化學習： 嫁娶的意義、兩性關係 婚後的關係連結何在？ 社會支持資源之重要性， 社會網絡之聯結、利用資源， 尤其在關鍵轉捩點更加必要
照顧歷程 困境 壓力 污名化	體力或 心力負荷	由於 B 哥白天要上班謀生，雖然 B 哥原生家庭兄弟姐妹眾多，但由於家庭生命週期的變遷，目前可以共同承擔照顧 A 姐與老父親責任的人卻極為有限，或無法定時提供足夠協助，人力資源顯然不足。 B 哥擔心 A 姐發作時，小孩會有危險，因此放學多先安排到安親班或附近親戚家，時間到才接回家。又恐老父遭受波及，有時需帶至工作地點暫時避難或安置。祖孫代間經常難有親情互動機會	家庭教育、兒少保護教育、與家暴防治： 1. 強化家庭系統功能，家庭韌力 個人情緒管理與復原力學習。 2. 重視家庭教育與安全教育重要性，家暴防治及兒少保護。 3. 家庭教育支持系統方案規劃。 4. 支援網絡建立聯繫與通訊軟體 與資訊設備應用能力學習 5. 課後托育、代間教育、社區照顧、社區學習。
	污名化	A 姐發病時怪異瘋狂的舉動，有時會擾亂鄰居或社區民眾，引人非議或需另加善後處理。B 嫂及小孩等有時也間接受到污名化的眼光看待	去除污名化教育： 去除污名化之社會意識再教育 同理心體驗學習
	影響層面	A 姐嚴重發病時，經常耽誤 B 哥工作，也無法參與學習活動或為家人安排正常休閒生活，家人都活在一種緊張憂慮又無奈的氣氛中。	負面情緒處理學習： 正視憂慮、處理憂慮、 問題解決能力、轉化學習 相關協助配套方案規劃

關鍵時機		照顧歷程背景與困境	教育意涵(概念與說明)
困境調適 轉化學習 教育意涵 何時發生 有何意義	尋求 資源 協助	請 E 妹協助短暫料理陪伴，或協助給藥，若已無法控制，則交由醫院強制治療，也會與 A 姐的精神醫生溝通病情。(另一 D 妹則有時會協助料理老父生活但較無法與 A 姐溝通或易起衝突，因此無法協助 A 姐的事務。)(請 E 妹協助短暫料理陪伴，或協助給藥，若已無法控制時，則交由醫院強制治療)(由於 E 妹已有照顧母親的經驗，較能同理病患，較易於與病患溝通親近，可見 E 妹之重要性與不可替代性)	<p>彈性原則不僵化：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 多元選擇發揮綜效，不限於單一治療方式。 2. 「藉力使力好幫手」 置入與強化： <p>請對病患較有力或最重要的人士介入，協助勸導就醫、吃藥或接受建議或專門社工等協助</p> <ol style="list-style-type: none"> 3 家庭教育、社會支持方案規劃 4.其他家屬成員角色任務互相配合與協調，協助關懷各司其職。
		假日 E 妹有回家陪伴 A 姐與老父時，得以暫時喘息或參與有興趣的學習。	4.家庭會議與學習活動或旅遊方案規劃：家族會議協調與家庭學習旅遊等活動安排規劃
	教育意涵 轉化學習 內涵幫助 照顧歷程 成長調適	「盡人事，聽天命」 由長期醫療後的結果，知道 A 姐的病況，痊癒有其困難，若以慢性病退化的眼光去看待病人，將期望降低一些，不要出事就好了，內心比較不會那麼難過與無力。我們已盡力了。	面對現實的調適、轉化學習： 努力過後，適時調整目標，降低標準，也減少自己的無力感，避免過度期望，而失望或絕望。
		發作時，就當她是一陣暴風雨來，任她瘋狂傾洩完畢告一段落，情緒就會稍緩，就給她一段時間吧！	情緒表露與宣洩、EQ 培養： 適時給予宣洩情緒時間，有利下一步的復原，給予適應與接受的調整期間。
		若仍無法解決時，就靠醫療系統配合協助，也是無奈的選擇，畢竟我們沒有辦法強逼她吃藥，而她的病沒有藥物控制，又不能維持穩定。	盡人事、聽天命、轉學習： 對病人無病識感困境處理，輔以醫療住院治療。鼓勵 醫、藥、心 共配合。必要時可嘗試不同管道或方式之資源。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本節將依據本研究之研究結果，綜合整理歸納成以下四大方向，分別提出本研究之結論，並作為提出建議之依據。

壹、 照顧歷程

～由於精神病患症狀隨病程改變，覺察病患發作初期的徵兆症狀，應盡速就醫照護病患，勿因汙名化延誤就醫，導致病情惡化。照顧方式宜隨時因應調整，並探究病因，改善不利因素。家屬本身人格特質、認知觀念、同理心與EQ、SQ等差異，病患對疾病認知態度，都會影響照顧歷程、品質與結果。～

- 一、 精神疾病的病因多元，從生物學觀點之生理層面、心理層面到社會環境與人際互動適應等層面等有可能。雖然精神疾病種類繁多，症狀也各有不同，但經由適當的專業醫療與藥物控制後，大多能給予一定程度的治療效果。家屬對於病患進行病因探究與病史分析，有助於改善其不利因素或條件，作為規劃其醫療或照顧方式之依據，同時避免其他家屬成員繼續成為下一個發病者。

- 二、 精神病患照顧病患的歷程中，由於病患的症狀與病情經常隨著病程變化，而有不同階段之變化，早期發現應早期治療，避免因汙名化而恥於就醫或延誤就醫，而錯失最佳治療契機。照顧家屬要能覺察病患發作初期的徵兆症狀的能力，並即時與醫療資源等工具相結合以加強關懷照護病患，避免病情惡化。照顧歷程中，家屬照顧方式也經常必須隨病患病程變化而因應調整，以協助給予最適切的照顧

以改善病況。

三、 照顧家屬本身由於人格特質、或態度觀念、同理心與、EQ(情緒智商)與 SQ(社會智能)之差異，或對於精神疾病認知、醫病常識等差異，因此對精神病患的照顧方式與態度也有不同，當然影響其照顧品質與歷程與結果。

四、 精神病患本身對於自身疾病的認知和態度也很重要，包括是否具有病識感，此刻是否願意正視其病理上的各種症狀，鼓起勇氣去嘗試穿越憂谷的挑戰、或面對、處理、放下過去的內心深處的創傷、再度點燃熱情去擁抱希望與未來……，因為這都牽涉到病患的就醫意願與接受藥物控制與否或其他照顧方式的過程與結果。

貳、困境與影響

～選擇在家照顧的家屬，因家庭系統生命週期與結構功能易隨時間產生變動，加以離婚、少子化及高齡化問題，易導致照顧人力不足或協助資源有限，使照顧歷程對家屬造成極大的衝擊，影響層面可能廣大深遠，正負面皆有之，負面影響難以克服則易形成困境或障礙；能夠調適克服負面影響，可能有增益負面情緒處理、復原力等經驗學習，強化正向心理、陰影信念、同理心、促進 EQ、SQ 等學習發展；也會影響其對於人生意義等價值觀、及調適自己人生困境的策略。～

一、 目前國內已朝「去機構化」的社區治療精神病患主流，但由於少子化及高齡化之多重困境，使照顧歷程對家屬及家庭生活各方面都造成極大的衝擊的交互影響，以及家庭系統生命週期與結構功能易隨

時間產生變動，經常導致照顧人力、常識與協助資源有限、缺乏引導、未能善加利用及沉重的壓力與負荷，病患的適應與復健也往往不如預期穩定。

二、精神病患由於疾病引起的腦部變化及病識感問題，經常影響病患本身之態度與就醫意願，因此容易造成照顧歷程中之障礙與困境，同時也直接影響其精神復建之結果。尤其精神分裂病患更容易因為極度無病識感，而影響其就醫意願及接受藥物控制的意願與治療效果，若無適當的人力與資源互相配合照顧，病患經常導致「迴轉門」現象的惡性循環困境，家屬與病患也因此長期陷入痛苦的深淵。

三、精神疾病對於病患與家屬造成的影響範圍與困境，大致有生理、心理及靈性，及社會互動發展等方面：1. 生理方面：包括生理壓力、時間剝削等照顧負荷、遺傳基因之較高發病機率等。2. 心理與靈性方面：污名化之二次傷害、兒童心理發展、心理壓力(憂慮、焦慮、自卑感)、情緒勒索或安全危機(恐懼、安全感)、人格態度養成及對於人生的意義與價值觀的看法等。3. 社會互動學習發展方面：人際互動適應問題、家庭氣氛與生活品質、家人生涯規劃與學習發展、經濟與就業問題等。

四、整體而言，負面的影響雖然很多，但也可能有正面影響。負面影響程度有時很深，影響時間有時也很久，但個人對於負面影響能否接

受、因應調適或克服，決定其困境，有些甚至形成心理障礙或影響家屬成員的身心健康與人身安全等困境與危機。

但對於某些病患家屬或照顧者而言，也有可能產生正面的影響，由於長期處於有壓力的環境下，較有機會學習處理負面情緒與調適壓力的經驗，初期可能會造成內心陰影，但啟動由負轉正的陰影信念，反增益其復原力學習與韌力之發展，並強化正向心理學之意念發展及同理心、EQ(情緒智商)與 SQ(社會智能)之促進，進而影響其對於人生意義等價值觀、與調適自己人生困境的策略。

參、困境調適策略

～「加強心理建設」+「強化社會支持」+「利用協助資源」=「發揮縱效網絡」～

～家庭系統中家庭成員間彼此互相影響的動態關係，家庭生命週期、家庭結構與功能隨時間而改變，照顧精神病患的人力與資源也隨之產生階段性變化與困境，須隨時隨地隨人而有不同之因應策略與調整，以利改善病況與照顧困境。家屬可透過增能學習、經驗學習、及前瞻因應的觀念與作法，強化家庭系統功能與社會支持助益，並學習掌握各項協助資源適時引入，協助統整成為發揮縱效的網絡。～

- 一、 少子化與高齡化的時代，選擇在家照顧的病患家屬更經常由於人力或資源不足而形成照顧困境，應加強家庭系統功能與家庭成員間社會支持之力量，及互助合作關係之發展，以提高照顧效率與復原成效。又由於家庭系統中家庭成員間彼此互相影響的動態關係，家庭生命週期、家庭結構與功能隨時間而改變，照顧精神病患的人力與

資源也隨之產生階段性變化與困境，須隨時隨地隨人而有不同之因應策略與調整，以利改善病患病況與照顧困境。

二、家屬在此歷程中是一個重要的助人者，藉由家屬協助將生態系統觀點理論中的「個體」以外的其他層次可能的系統資源或協助，由內而外、由少而多、由單一到多元，都產生連結並整合起來，統整成為一個活絡的網絡，更可能發揮其綜效，給精神病患者本身及照顧家屬更全方位的協助資源網絡與幫助。

三、而某些心理上的創傷或人際互動適應引起的精神疾病，也未必完全倚賴藥物控制，透過適當的輔導資源或心理醫師協助，或藉由家人朋友等或社會支持系統重要成員之同理的陪伴關懷並鼓勵敞開心胸，協助心理建設，也有可能發揮其積極治療效果。

尤其可試著在社會網絡中加入新成員或強化舊成員，「藉力使力」，來協助共同解決困境，促使他們改變調整病患有礙健康復原的生活方式、或改善家屬與病患的互動關係、或協助病患接受醫療或藥物控制的合作意願等困境。

四、精神疾病造成家庭與家屬的負面影響不少，因此照顧家屬「要照顧好病患，同時也要照顧好自己」，更應具有「前瞻因應」的觀念與作法，以強化自己各項克服逆境的能力，或學習增能發展調適策略，以克服諸多負面影響，並做好「防疫」的準備，避免因為先天

遺傳等不利條件，加以後天複雜的環境綜合影響，導致不幸的精神疾病再度復發於家屬身上。

- 五、 對於下一代的子女與身邊之親屬，也應提早「前瞻因應」並「增能學習」預防發病，並顧及環境因素之選擇考量，適時提早給予精神健康教育，與安全保護防治教育，同時注重身心健康與發展與人際適應互動發展。尤其負面情緒的處理、復原力(韌力)之發展、同理心、EQ 情緒智能培養、SQ 社會智能之發展及人際關係互動發展，更是不可或缺。

參、教育意涵的啟示：

～本研究發現許多亟待重視或調整改變的「教育意涵」，都有賴環環相扣的「教育」來協助達成。希望能啟發個人及更多相關教育單位或政府團體，讓每個人都能學會：「觀照自我與環境、正視問題所在、努力調適克服困境、學習解決問題的能力；再藉由正向心理學的推動、EQ 情緒智能的養成，進而促成整體社會智能 SQ 的培養，讓更多人學會同理之重要、發揮同理心，去做出更多利他的行為，給予病患與家屬更多元適切的協助資源、更寬廣友善的空間去發展與生存。～

- 一、 由本研究對於精神病患家屬照顧經驗歷程之研究結果，所發現的許多亟待重視或調整或改變的「教育意涵」，包括：認知觀念、情意態度、或行為與技能等等，都有賴環環相扣的「教育」來協助達成。不管是透過正規教育或非正規教育，從個人學習、家庭教育、學校教育、到社會教育，都有其重要的命題與努力方向。

二、 期許透過本研究中的教育意涵發現，能啟發更多教育單位、機關團體與專業人員，期許透過教育目的、教學內容、教學方法、教學媒體容等或制度法案的創新與改變，能影響更多社會團體或各級單位、或每一個個人。

三、 希望能讓每個人，都能學會觀照自我與環境、正視問題所在、努力調適克服困境、學習解決問題的能力；再藉由正向心理學的推動、EQ 情緒智能的養成，進而促成整體社會智能 SQ 的培養，讓更多人學會同理之重要、發揮同理心，去做出更多利他的行為，達成落實友善校園、友善社會的理想。以避免精神病患家族經常重演的刻版烙印悲劇一再發生。

四、 最後，希望可以讓更多正常人、沒有精神疾病的人，學會珍惜自身身心健康，讚美珍視它何其可貴；並學會感恩惜福，感謝天地萬物、身邊的家人、親友等社會網絡資源與環境對於自己的照顧、滋養、眷顧與恩典。學著去同理、體諒、感受-----精神病患與家屬的辛苦、痛苦、沉重、無奈、煎熬……；學著以更溫和的眼神、和善的態度、包容的角度、更慈悲的胸襟，去付出關懷、協助、溫暖、

愛與擁抱，給予他們更寬闊的機會與空間去發展與生存。

第二節、建議

根據研究結論，提出本研究之研究建議向度：

從個人、家庭、學校等教育單位、心理輔導諮商管道、與醫療照護等資源系統、及政府各級單位等方面，在即時連結各資源與支持網絡的**速度**、提供相關資源支持協助功能的**廣度**、與培養身心健康、健全人格、與協助全人發展的**深度**等方面，對於精神疾病的預防與治療與照顧歷程與復原結果的**程度**上，都有許多改進的空間與可能的方向。

茲將建議事項分別說明如下：

壹、給社會大眾的建議：（當務之急-----去除污名化）

～去除污名化，避免二次傷害，不應該完全然否定其價值。～

一、精神病患者復原過程中最難克服的通常並非其症狀控制，而是形成最大障礙的「污名化」、「歧視」、「社會烙印」等二次傷害。而污名化往往也對病患本身、家屬與家庭都帶來若干程度的影響或障礙，例如就醫意願、照顧方式、復原情形、心理健康、社會互動、就業等等。因此更突顯「去除污名化」為當務之急的社會教育之重要性。

二、部分精神疾病患者症狀發作時，行為表現有時脫序難以預料，媒體報導新聞事件時切勿過度以偏概全，以免誤導民眾產生：「所有精神病患都是不定時炸彈的恐慌」污名化的烙印刻板印象，因此更加

排拒病患與家屬，同時造成復原歷程與照顧歷程中的困境或障礙。

三、神病患經過適當的治療與休養後，也可以恢復成為精神健康的正常人。精神病患也不是全部隨時都處在嚴重發病的狀態，也有大部分時間可以像正常人一般生活，只有部分時間發生輕微症狀的病人，造成的影響也較有限；也有精神病患穩定時也可以像正常人般勝任其角色任務，甚至比一般正常人更能付出關愛給子女或家人的，不應該完全否定精神病患的存在意義與價值。

貳、給照顧家屬的建議(看重並保重自己、積極整合照顧病患)

- 一、精神病患家屬照顧負荷大，尤其精神層面要面臨社會烙印的污名、又要預防本身身心疾病發生、面對困境調適的差異，直接影響精神病患病情復原的過程與結果，也攸關照顧家屬個人身心健康及適應發展與家庭功能與生活品質
- 二、照顧家屬本身對於病患發病原因的探討、精神疾病的認知、及照顧方法策略檢討、或環境影響因素的改進、醫療資源引入、診斷與治療方式是否正確有效，更會是牽動患者病情好轉與否的關鍵樞紐。
- 三、家屬本身的人格特質、態度是否正向積極、看待照顧病患意義的想法與態度，及家屬間互動氣氛與合作模式和家庭氣氛、支援網絡的關懷協助，也都會影響到病患復原的速度，與癒後的穩定與適應情形，間接也影響家屬身心適應及人際互動適應發展的結果。
- 四、另外，許多學習資源的介入、照顧經驗內涵的分享、與支持網絡的

建置強化、及醫療或專業照護資源、或宗教信仰與其他工具等輔助，也都可能給予病患更多復原與痊癒的選擇與發揮多元綜效的機會，這些都有賴於家屬照顧者的引導協助與資源整合。

參、「藉力使力好幫手」強化置入、與精神病患及照顧者「學習資源與資訊交流分享平台」：

一、有些照顧家屬與病患較不易溝通，或時常有互動衝突，可試著在社會網絡中置入新成員或強化舊成員，並「藉力使力」，來協助共同解決困境，促使他們改變調整病患礙健康復原的生活方式、或改善家屬與病患的互動關係、或協助病患接受醫療或藥物控制的合作意願等困境。例如藉由最關心病患的親友、或最容易與病患親近或溝通的人、或對病患最有影響力的人，使他（或她）成為病患最容易敞開心胸紓壓的盟友、或協助加強其病患之病識感，幫助勸服病患接受藥物控制或協助以其他型態來給予病患藥物治療的重要親友、或走出陰霾迎向新生活的領航員與康復病友。

二、從經驗習得的知識與智慧最寶貴，但要獲得經驗所需耗費的心神與物力，或時間成本等代價實在太高，因此建議促成精神病患照顧者學習資源與資訊交流分享網絡平台，以利資源整合與有效協助。

肆、「防漏網守門員」協助系統共識與建置

本研究研究個案中 E 妹的母親長年深受精神疾病症狀折磨，但卻因

早期先生礙於污名恥於就醫，使病情拖延多年未得就醫診治，直到兒子長大後才協助求助於精神科醫生並接受藥物治療，實有延誤就醫之遺憾。

家中主要照顧者若有忽視病情、延誤就醫情形，其他家人應有具基本病識判斷力，並儘速協助正確就醫，若社區有主通通報機制或警政設置家戶求救警鈴等或醫療照護單位能主動追蹤協助病患正確就醫等方式、或政府社政機關建置需要支援網路名冊等方式，或可有補救辦法，得以協助家屬即時獲得必要的支援服務。

伍、社區工作福利化與社區照顧規劃：

- 一、 建議社區工作發展方向，能主動將協助這些較高風險家庭中的家屬、或病人、兒童、或老人，納入安排適切的照護方案或學習活動或義工服務、使社區工作朝向「社區工作福利化」及「社區照顧」的方向去規劃設計發展，以促成精神病患病友的復健及家屬適應社會的機會與福利。建議作法與方向如下：
 - 一、 安排適切的照護方案，配合居家定時照護人力或專案管理引導者或社福諮詢服務專員以協助家屬結合資源利用，以減輕照護負荷。
 - 二、 設計安排適性、適人的社區學習活動以彌補家庭教育功能之缺憾。
 - 三、 定期規劃社區活動，促進其社會參與與人際互動機會。
 - 四、 活化社區資源以規劃發展社區特色產業或社區經濟，以製造更多就業機會，或協助輔導家屬或病友自行創業，減輕經濟負荷。
- 五、 培養日間照護或伴學義工，以協助家屬日間照顧責任或陪伴病患陪

伴參與學習活動課程，協助病患安排日間活動時間。或推廣志工服務機會鼓勵病患及家屬參與，讓病有所用、老有所歸、幼有所依，強化其生存價值與意義感。

陸、前瞻因應的觀念重要性與預防性介入的保護措施的必要性：

根據研究指出精神病患的家屬，由於遺傳基因與環境等不利因素，確實有較高的機率再度成為精神病患。因次對於精神病患的家屬，尤其是擔負實際參與照顧病患生活任務的主要照顧者或其他家人，都更應該要比一般正常家庭的人們更具有前瞻因應的觀念與作法，才能預防同樣的悲劇再度發生自己、或手足或下一代的身上。

由於病患家屬肩負照顧病患責任，尤其下一代子女或兄弟姐妹間，基於遺傳因素與環境刺激皆有較高之發病風險，而學校、社區、社會福利或政府單位，若能透過相關醫療團隊或專業輔導諮詢團隊，提早進行篩選、或預防干預、或保護介入、或定期追蹤瞭解等，並進一步提供相關衛教常識或資訊服務等，並定期輔導關懷精神病患子女或協助關懷家人之需求，協助家屬學習運用支援網絡資源服務，以避免精神病患後代或手足繼續活在莫名的恐懼當中、或高風險環境中，而毫無預防發病之自覺。

柒、社會支持網絡系統維持與協助資源運用能力的重要性

-----避免婚後孤島危機發生

（結婚：與配偶結婚≠與朋友離婚≠與原生家庭絕緣）

中國傳統習俗文化中，普遍有「嫁出去的女兒，潑出去的水」的保守思想，希望嫁出去的女兒婚後能在夫家尋求歸宿，不再回娘家生活。因此許多傳統守舊的婦女結婚之後，通常以夫家為重，就像潑出去的水般，減少了與娘家的接觸與聯繫，又因為較重視父系社會的親戚網絡，因此通常容易與原生家庭的關係逐漸疏離，甚至於與婚前原來的朋友都斷絕了往來，加上原生家庭也有可能產生結構改變，而降低支援協助的力量。因此一旦女性婚後，在較無支援網絡系統協助的情況下，更容易導致遇到困難或疾病等困境時，選擇孤獨承受一切，拒絕對外界求援等死胡同，而原生家庭或原來的親友，在不知情的情況下更無法給予及時協助，更容易導致精神異常等疾病。

本研究中兩位被照顧的精神病患在遭遇困擾時，都未能從其社會支持網絡中及時尋求情緒支持者，也未能主動從主要支持系統以外尋求資源協助，顯見婦女尋求資源協助的管道與資訊掌握與運用能力也有待加強教育宣導學習。

現代社會中，婚姻生活應是開始面對新的生活圈的開始，而不代表就必須結束原有婚前的社交圈的聯繫與互動，結婚，更不應該間接與好朋友離婚、與原生家庭絕緣，以避免陷入婚後無後援的孤島危機。而隨著離婚率日漸升高，「嫁出去的女兒，是否永遠都只能是潑出去的水？」或是應繼續與原生家庭及原有的社會支持保持一定的活絡關係，甚至勇於開拓新的社會支持網絡，這都值得現代新婚夫妻共同省思的議題。朋

友之間更不應該被動的因為結婚而停止彼此的友誼與關懷，也可以適當的給予新婚或已婚者關心與協助，保持適當的人際互動接觸。

目前台灣社會由於出生率降低，已有少子化的趨勢，許多新婚家庭中子女數目普遍較以往更低，因此家中成員或同儕逐漸趨於降低，人際互動機會也較以往更有限。因此，每一個人、在人生的不同階段、不同地點，都應該隨時隨刻更正視支持網絡的重要性，而努力加以建置維持，必要時就是一個利己利他的支援系統，可以自救甚至可以救人，避免落於社交孤立的困境，而無法解脫或得到救援。可由家庭系統內部開始，逐漸由內向外至各層次的生態系統，著重網絡間之互動與聯結。

而個人可以從透過家庭教育進行，由家庭成員彼此之倫理關係互動建立起，並與週遭親戚接觸網絡保持連結；進而透過學校教育活動等機會，讓學生透過學習活動參與學習與同學、朋友、師長們相處之道；再到工作場域中，繼續其社會學習，與不同階級的主管或同事等建立社會關係；或透過其他管道的學習或終身學習，繼續參與各項團體活動，學會多面向的人際互動技巧，以及能運用各項搜尋資源協助或連結服務等常識與能力，以便掌握資源，必要時進一步利用資源。

捌、給教育及未來研究者的建議：

由本研究結果所得出的教育內涵，希望能提供教育界延伸學習觸角的新視界，以改進設計教材、教法、媒體、資源等方式，以促成個人學習、學校教育、社會教育、終身學習，並希望能提供給未來研究者作為研究的參考方向。

第三節、反思與期待

心病一定要用心藥醫嗎？-----心病不只心藥醫。

解鈴還需繫鈴人？-----解鈴不只需要繫鈴人。

藉由本研究對象中，長期且二度承擔照顧重任的精神病患的照顧家屬，對於其照顧經驗歷程中獨特且深刻的生命經驗，所發掘而出的結果，包括對於精神疾病的認知、及照顧經驗的分享、人格或個性特質、態度、觀念與信念等、及對於環境或自身困境的調適策略，儘管漫長的照顧歷程當中，患者病情也有時起、有時落，照顧者的身心健康也隨之起伏甚至崩潰，調適策略也未必是唯一或最佳，也未必適用於其他家屬與家庭。

但畢竟當事人親身照顧歷程中觀照覺察體會而得的經驗彌足珍貴，對於其照顧歷程中許多困境調適突破的策略，所產生經驗學習或轉化學習的內涵與成長改變的契機，更進一步化為新觀念與大智慧的教育意涵或意義，希望能讓家中一樣有精神病患的家屬照顧者及家庭成員們，增添些許助力或影響力，彼此能更互相體諒照顧病患的辛勞、進而共同分

擔照顧責任協助關懷照顧病患，透過重新省思並重整其照顧常識與技巧，希望能增強改進其照顧病患的品質與結果，促進改善互動關係、家庭氣氛與生活品質。

如果精神病患也能有同理心，相信他們也一定能感受與體認：

「想想照顧你的週遭的家人或相關人士，他們為您長期的疾病付出的努力、或時間、或心血、或淚水，他們的痛苦肯定也不比您的疾病痛苦少，因此，請多珍惜把握自己的生命、多給自己一些機會去嘗試改變，與家人醫生或專業人士共同配合，盡快找到最適合您的治療方式或配套方案，讓自己早日復原、學習適應、並維持穩定。」



參考文獻

壹、中文書目

- 林秀珍(2007)。杜威(J. Dewey)教育哲學之詮釋。台北市：師大書苑。
- 駱方美、郭國禎(2011)。從希望著手：希望理論在諮商上的應用。台北市：心理。
- 徐光國(2003)。婚姻與家庭。台北市：揚智文化。
- 李新民(2010)。正向心理學在學校教育的應用。高雄市：麗文文化。
- 李新民(2010)。正向心理學教學活動設計。高雄市：麗文文化。
- 瞿海源、張麗雲主編(2011)。台灣的社會問題(原著出版於2010)。高雄市：巨流。
- 陳俊欽(2005)。幫他走過精神障礙 該做什麼，如何做？。台北市：張老師。
- 吳就君(2012)沙灘上的療癒者：一個家族治療師的蛻變與轉化。心靈工坊。
- 高淑清(2008)。質性研究的十八堂課—首航初探之旅。高雄市：麗文文化。
- 高淑清(2008)。質性研究的十八堂課—揚帆再訪之旅。高雄市：麗文文化。
- 鈕文英(2013)。研究方法與論文寫作。台北市：雙葉書廊。
- 鈕文英(2012)。質性研究方法與論文寫作。台北市：雙葉書廊。
- 胡海國(1996)。精神分裂病患者家屬對精神分裂症之態度。當代醫學，23(6), 513-518
- 郭靜晃(2012)。兒童發展與輔導。新北市：揚智文化。
- 內政部(2012)。民國100年婦女生活狀況調查報告。
- 劉斐玟、朱瑞玲主編(2014)。同理心、情感與互為主體：人類學與心理學的對話。台北市：中研院民族所。內政部(2012)。民國100年婦女生活狀況調查報告。
- 黃蓉(2009)。高齡者照顧失能老人經驗歷程之研究。國立中正大學成人及繼續教育研究所碩士論文。
- 劉沛均(2013)。從杜鵑窩到職場-----慢性精神疾病患者就業困境探討。國立中正大學勞工關係學系碩士論文。
- 楊子鐺(2014)。逆風飛翔：從生態系統觀探究高風險家庭韌力經驗之個案研究。國立嘉義大學師範學院輔導與諮商學系碩士論文。
- 黃進興(2004)。精神病患醫療人權之研究。國立中正大學法律學研究所碩士論文。

張以欣(2014)。精神病患主要照顧者照顧負荷、家庭功能與其生活品質之相關研究。

國立嘉義大學師範學院輔導與諮商學系碩士論文。

丁嘉妮(2008)。憂鬱症家屬與患者相處過程中的逆境經驗及其復原力發展之探究。國立

新竹教育大學教育心理與諮商學系研究所碩士論文。

曾仁美(2004)。親子遊戲治療對憂鬱症兒童父母親職復原力之建構。國立彰化師範大學

輔導與諮商研究所博士論文。

洪千惠(2006)。慢性精神病患從社區回歸醫院-為何是一條漫長的路。國立中正大學社

會福利研究所碩士論文。

曾文志(2005)。長處、韌性、有復原力的自我---從個人層面談建構復原力的策略。《師

友月刊》，39。

曾文志(2005)。復原力的構念與研究之分析。台中護理專科學校學報，4，45-68。

沈淑華、沈秀娟、張達人、顏妙芬(2005)。慢性精神病患主要照顧者心理衛生需求之

探討。健康促進劑衛生教育雜誌，25，p89-108。

宋麗玉(1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。《中華心理衛生

學刊》，12(1)，1-30。

沈麗惠(1997)。影響住院精神分裂病患者家庭功能的相關因素。未出版的碩士論文。

高雄醫學院護理研究所：高雄。

兒童福利聯盟文教基金會主編(2013)。現今家庭與社區中的關係經營人季的創傷與修

復研討會手冊。台北市：兒福聯盟。

翁毓秀(2004)。預防性兒童保護而服務新趨勢 國際研討會論文集。

郭麗安(2014)。多元家庭的挑戰與衝擊：台灣諮商專業的回應 國際研討會論文集。

貳、外文部分

Alebert C. Gaw(2009)。《Concise guide to Cross cultural 簡明跨文化精神醫學》(陳

紹祖譯)。台北市：合記。

David A. Karp (2010)。 *The Burden of Sympathy----- How Families Cope with Mental Illness* 同情的負荷----- 精障之照顧者的礙與愛 (林秋芬、宋敏諺、王迺燕譯)。臺北市：洪葉文化。

Daniel Goleman 丹尼爾·高曼 (2007)。 *SQ : I-You 共融的社會智能* (閻紀宇譯) *Social intelligence : the new science of human relationships* 。臺北市：時報文化。

Kayla Bernheim & Anthony Lehman (2001)。 *Working with families of the mentally ill* 家屬與精神病患 (郭葉珍編譯)。臺北市：合記。

Jane Speedy(2010)。 *Narrative inquiry and psychotherapy 敘事研究與心理治療* (洪娛琳譯)。臺北市：心理。

Max Van Manen (2010)。 *探究生活經驗-----建立敏思行動教育學的人文科學 Researching Living Experience -----Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (高淑清、連雅慧、林月琴譯)。臺北市：心理。

Marshall Goldsmith(2001)。 *Learning Journeys : Top Management Experts Share Hard Earned Lessons On Becoming Great Mentors And Leaders* 經驗學習 (施貞夙譯)。臺北縣汐止市：中國生產力。

John D. Bransford , Ann, L. Brown, Rodney R. Cocking et al., (2004)。 *How people learn: Brain Mind, Experiences, and school* 學習原理：心智、經驗與學校 (鄧谷苑、郭俊賢譯) 臺北市：遠流。

Murray Stein 莫瑞·史丹(2012)。 *Transformation----- Emergence of the self 轉化之旅 自性的追尋* (陳世勳、伍如婷、黃梅芳、林智敏、周嘉女其、鄭文郁等譯)。台北市：心靈工坊。

Oliver & Bob Sapey(2004)。 *Social Work with Disabled People* 失能、障礙、殘障：身心障礙者社會工作的省思。(葉琇珊、陳汝君譯)。臺北市：心理。

Patricia Cranton 克蘭頓(1996)。 *Understanding and Promoting Transformative Learning-----A Guide for Educators of Adults* 了解與促進轉化學習-----成人教育者指南 (李素卿譯) 臺北市：五南。

L.Deer Fink 芬克(2012)。 *Creating significant learning experiences : an integrated approach to designing college courses* 創造關鍵學習經驗(林佳蓉等譯)。臺北市：華

藤文化。

Robert C. Bogdan (2003)。 *Qualitive Research For Education-----An Introduction to Thery and Methods* 質性研究教育研究與方法 (黃光雄主譯)。嘉義市：濤石文化。

William R. Breakey 編著(2001)。 *現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系* (郭峰志主譯)。台北市：心理。(李明濱之推薦序，p. 3-4。)

Debbie Ford 黛比·福特(2005)。 *The Secret of the Shadow* 陰影，也是一種力量。(黃耀漢譯)。(p. 11 范佩貞序)。台北縣新店市：人本自然文化。

Debbie Ford 福特 (2005)。 *The dark side of the light chasers : reclaiming your power, creativity, brilliance, and dreams* 黑暗，也是一種力量：將內心黑暗面化為生命力的榮格陰影進化論 (黃漢耀譯)。台北縣新店市：人本自然文化，臺北縣樹林市：彙通文流社。

Miriam Greenspan 葛林斯潘 (2007)。 *Healing throuth the dard emotions* 陰暗情緒是毒也是藥：榮格陰影情緒原型的自我轉化與療癒 (陳亭瑩譯)。台北縣新店市：人本自然文化。

Rolf,A.S.Masten,D.Cicchetti,K.H.Nuechterlein,& S. Weintraub(Eds.),Risk and protective factors in the development of psychopathology (p.181-214).

Rutter,M.(1990).*Psychosocial resilience and protective mechanisms*.In J Cambridge,England:Cambridge University Press.

Seligman, M. E. P. (2003)。Prevention & treatment. *Positive Psychotherapy*, 61(8), 152

Seligman, M. E. P. & Levent, R. F. (1998). Managed care policies rely on inadequate science. *Professional Psychology: Research and practice*, 2 (3), 211.