

慢性精神分裂症病患自我效能與自我照顧能力之相關因素探討：以男性精神分裂症為例

黃美意¹ 林惠賢² 蘇淑芳³ 許秀月⁴

摘要：本研究之目的在探討男性慢性住院精神分裂症病患之自我效能與自我照顧能力，以及兩者之相關性及影響因素，並找出自我效能與自我照顧能力之重要預測因子。研究採立意取樣方式於南部某精神科專科醫院慢性病房，選取精神分裂症之男性病患為研究對象，有效樣本為150位。研究工具為結構式問卷，內容包括四部份：一、個人基本資料（含個人基本屬性與疾病因素）；二、精神症狀檢查表；三、自我照顧能力量表；四、自我效能量表。資料分析採描述性統計、皮爾森積差相關分析、t檢定、單因子變異數分析及逐步複線性迴歸（stepwise multiple linear regression）分析。本研究結果發現：(1)有工作訓練、無錐體外徑症狀者其自我效能顯著的優於無工作訓練、有錐體外徑症狀者；而精神症狀愈嚴重者其整體自我效能愈差；(2)有工作訓練者其自我照顧能力顯著的較無工作訓練者獨立；而精神症狀愈嚴重者其自我照顧能力愈依賴；(3)自我效能越差者自我照顧能力越依賴；(4)自我效能的顯著預測因子為精神症狀嚴重度；(5)自我照顧能力的顯著預測因子為精神症狀嚴重度、自我效能、工作訓練狀態和教育程度。本研究已顯示病患自我效能越高者其自我照顧能力越獨立，因此為了能改善病患的自我照顧能力，增進病患的自我效能便是重要的途徑之一；而精神症狀嚴重度同時是病患自我效能及自我照顧能力的顯著預測因子，據此，研究者就精神症狀嚴重度和自我效能方面提出臨床上改善病患自我照顧能力的建議。

關鍵詞：慢性精神分裂、症狀嚴重度、自我效能、自我照顧能力。

前言

精神科醫院之精神分裂症病患，因為失去諸多扮演社會角色的能力，尤其因長期留在機構內生活缺乏自信心，使得病患無法執行自我照顧能力，其智

力、情感、溝通以及社會功能等多方面退化（Dzurec, 1990；Pratt, Mueser, Smith, & Lu, 2005）。其殘留的負性症狀常導致病人際關係退縮、社交互動障礙，以致多數病患無法滿足自我照顧的需要，此為阻礙其回歸社區的重要因素之一（王、宋，2000）。隨著精神醫療模式的改變，機構不再是精神分裂症病患唯一的安置場所，協助病患獨立與回歸社區適應社區生活，成為精神醫療照護的最終目標，尤其常被注意到的是增進病患的自我照顧能力（林，1999）。Orem（2001）發現影響自我照顧的因素包括有：年齡、性別、發展狀況、健康狀況、社會文化背景、家庭系統、生活型態、環境因素、可利用的資源及健康照顧系統等。陳（1996）針對門診精神分裂症病患之研究，結果顯示病患及主要照顧者與家庭基本屬性均對病患的自我照顧行為有影響，疾病認知則呈中度負相關。陳、張和林（1998）在不同的面向探討精神分裂症病患之自我照顧情形，發現有多重的因素影響精神分裂症患者自我照顧情形，例如於疾病的特徵上，病患活性及負性症狀、發病年齡、患病年數及住院次數與自我照顧能力有顯著負相關；在家庭方面，病患家庭功能對病患自我照顧執行狀況及獨立程度有不同影響。

自我效能（self efficacy）亦是影響精神分裂症病患之自我照顧的重要因素。Bandura（1977）指出自我效能為「人們判斷他們為達成其預期行為表現與執行此行為之能力」，鍾（2005）強調自我效能是個人認為自己『能做什麼』，而非『擁有什麼』。陳、周（2005）就住院精神分裂症病患而言，其自我效能代表病患在面對威脅的事件，能夠因應的信心程度。鮑、王、斐、王（2006）指出精神分裂症患者的自

¹高雄市立凱旋醫院護理科副主任 ²輔英科技大學護理學院副教授
³高雄市立凱旋醫院護理科主任 ⁴美和技術學院副教授兼護理系主任暨長期照護學位學程主任

受文日期：98年2月16日 接受刊載：98年9月27日

通訊作者地址：許秀月 屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

電話：(08) 7799821—8301

我效能不佳，與社會支持、家庭功能、文化程度、以及經濟狀況成正相關。Leenerts, Teel和Pendleton (2002) 指出個人在執行特定任務中，自我效能高低對個人實際表現有正向影響。Strecher和Bruce (2001) 發現自我效能不僅與健康行為的改變及維持有關，並且與健康有正相關。黃和邱 (1997) 亦指出特定自我效能與相對自我照顧行為呈現著正相關，顯示自我效能越高，自我照顧行為越好。Macdonald等 (1998) 針對精神疾病患者探討他們對生活所感受的壓力事件，及其因應之自我效能，發現自我效能較高者，較能以問題解決模式來因應；教育程度在中上程度以上者，其因應疾病之自我效能與住院次數及住院時間呈負相關。Lieberman等 (1986) 指出在一般人或精神病患，自我效能對於行為動機不足者扮演重要角色，自我效能較高，可增加自我控制感，使人們努力去執行行為。劉和陳 (2004) 認為當個人在執行自我照顧時，會先評估自我照顧行為的能力，所以個體自我效能較差，且直接影響個案自我照顧能力。

個人基本屬性與疾病因素除了影響著自我照顧能力，也影響自我效能。余和鍾 (2003) 指出發病年齡愈晚或年齡愈大之個案的自我效能愈好，可能是發病前已發展因應技巧或隨著年紀增長，愈能發展較佳的因應技巧使自信心較高；陳 (2003) 卻發現年齡與自我效能呈負相關。信奉宗教信仰者可藉由宗教教義之鼓勵、支持，其自我效能顯著高於無宗教信仰者；獨居者自我效能比與家人同住者高；在婚姻方面，非單身者在因應症狀信心較高 (余、鍾，2003)。教育程度為高中及其以上者具有較佳之自我效能；不同患病年數者其自我效能也有所不同；身體功能較佳者，則自我效能較佳 (陳，2003；Brekke, Hjortdahl, Thelle, & Kvein, 1999)。在職業及疾病狀況方面，Scherer 和 Bruce (2001) 研究顯示，有工作者、疾病嚴重度輕微者會有較高自我效能。徐、呂和蔣 (2007) 探討精神分裂病人一般自我效能感與積極應對及消極應對之結果為正相關，提高病人自我效能，將有助於病患採取積極有效的應對方式。除上述因素外，仍有多重因素影響著病患的自我效能與自我照顧能力。雖然國內有關自我效能的研究已廣泛應用於教育、健康行為及醫學界等 (王，1997；王、王、林，1998)。但國內目前有關精神分裂症患者的自我效能之研究較少，而國外的學者曾發表相關研究結果，但篇幅並不多，故本研究想藉此進一步探討，以了解國內住院慢性精神

分裂症患者的自我效能、自我照顧能力之情形。由於考量性別會影響自我照顧能力，故選擇男性患者為研究對象。

研究目的：

- 一、瞭解男性慢性精神分裂症病患之自我效能與自我照顧能力之情形。
- 二、探討男性慢性精神分裂症病患基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我效能之相關性。
- 三、探討男性慢性精神分裂症病患基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我照顧能力之相關性。
- 四、探討男性慢性精神分裂症病患自我效能與自我照顧能力之相關性。
- 五、瞭解男性慢性精神分裂症病患自我效能及自我照顧能力之預測因子。

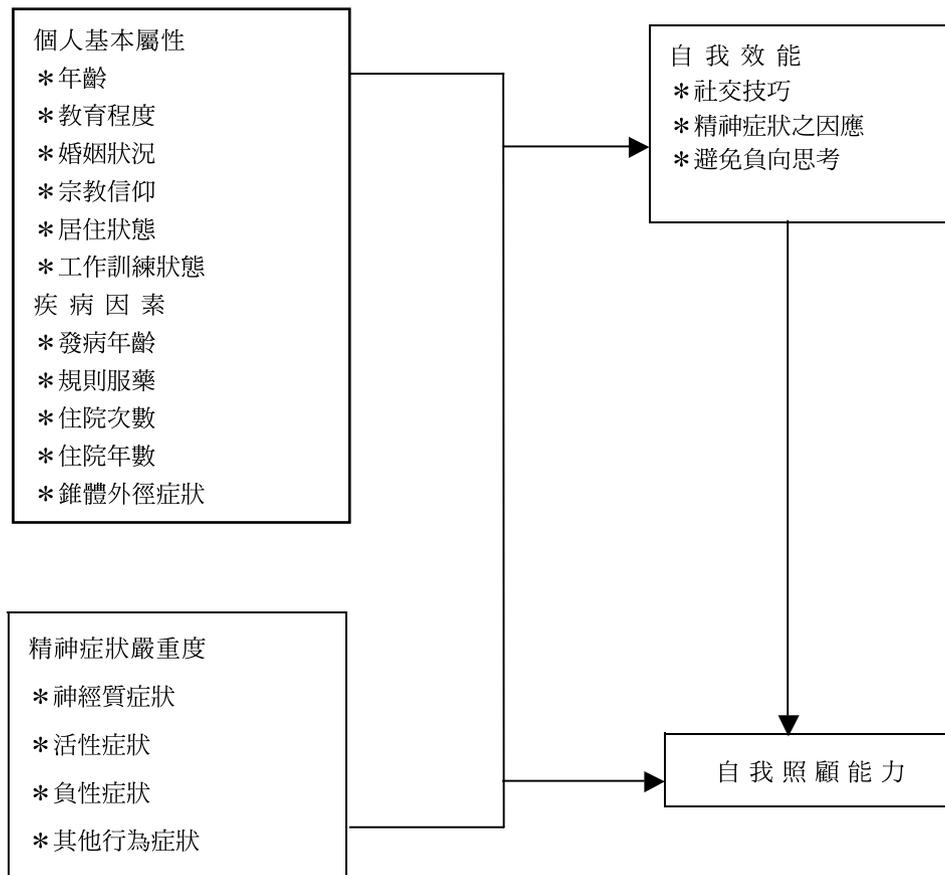
研究架構

本研究參考相關文獻，並依據研究目的擬定研究架構如圖一。

研究方法

研究對象

本研究為橫斷性研究，在收案前已通過IRB審查，於93年12月至94年2月間以結構式問卷由研究者採一對一訪談方式，以精神專科醫院的慢性病房住院病患並滿足以下條件者為研究對象：依DSM-IV診斷為精神分裂症；男性；18歲以上，65歲以下，且無併發癱瘓症及智能不足；住院超過一次以上；能以國台語交談；同意接受訪談並填同意書。本研究收案數之計算係依據史等人 (1999) 譯自Polit & Hungler所著之「護理研究法」一書中之線性迴歸分析樣本數估計公式 $N = (L \div f^2) + k + 1$ 。研究者以研究架構中十三個自變項 ($k = 13$) 計算，如 $\alpha = .05$ 時欲達 $power = .8$ (此時 $L = 17.78$)，且 $effect\ size\ f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ 採 $medium\ level .15$ (即 R^2 採 $medium\ level .13$)，需收案132名個案，因擔心遺漏值所以外加收案48位，預計訪談180位，在訪談過程中有9位個案因注意力無法集中，15位個案因精神症狀影響，如矛盾情感、妄想、認知問題，而無法完成訪談，6位個案拒訪，故實際收案150位個案。



圖一 男性慢性精神分裂症病患自我效能與自我照顧能力之研究架構

研究工具

本研究結構式問卷內容包括：個人基本資料（含個人基本屬性與疾病因素）、精神症狀檢查表、自我效能量表、以及自我照顧能力量表等三部份。

精神症狀檢查表係使用胡（1999）所發展的「病患精神症狀檢查表」，包括四個面向：神經質症狀6題（種種身體不適、容易發脾氣、情緒低潮、莫名的不安或害怕、“擔心事情，煩惱事情”、“情緒變化大，捉摸不定”）、正性症狀8題（妄想、幻覺、說話不連貫、似是而非的言論、迂迴的語言、自言自語、傻笑、怪異行為）、負性症狀6題（不喜歡活動、不喜歡與人接觸、講話少或小聲、個人衛生照顧差、活力低、表情淡漠）、其他行為症狀5題（自殺意念或行為、重複的強迫行為、漫無目的的到處走、會與人打架、會破壞東西），此量表共25題，最高分為3分，最低分為0分，量表得分越高代表越嚴重。此量表在國內均有學者應用於研究，已有良好的信度考

驗。蘇（2001）於門診精神病患精神作用物質使用之探討，取得工具的內在一致性Cronbach's α 為.84。為檢定評分者一致性，與一位本身亦有豐富臨床經驗之精神衛生組研究生，共同評估20位精神分裂症病患，一致性達0.97（蘇，2001）。本研究考量此量表施測對象為住院精神病患，故再請專家做效度測試，結果專家建議保留所有題項；本研究中此量表之Cronbach's α 值為.74。

自我效能量表係使用余和鍾（2003）之中文版自我效能量表，其翻譯自McDermott（1995）所發展之56題自我效能量表，以135位門診精神分裂症個案施測結果進行項目分析後，保留54題，並萃取出三個因素，分別命名為「社交技巧」18題、「精神症狀因應」21題及「避免負向思考」15題等面向，量表以Likert五分法計分，得分越高代表自我效能越好。各因素之Cronbach's α 值為.91、.91和.90（余、鍾，2003）。本研究考量此量表施測對象為住院精神病

患，故再請專家做效度測試，結果專家建議保留所有題項；本研究中此量表之Cronbach's α 值為.98。

自我照顧能力量表係採用鄭（1990）所發展的病患自我照顧功能層次評估量表，鄭氏根據Gordon建立的十一項功能性健康型態（包括：健康認知與健康問題處理型態、營養與代謝型態、排泄型態、活動與運動型態、睡眠與休閒型態、認知與感受型態、自我感受與自我概念型態、感受與人際關係型態、性與生殖型態、適應與壓力耐受型態、價值與信念型態）為架構，再加上工作型態及個人衛生修飾型態，共有13項，每項區分為一至四級，以四分法四級1-4分，得分越高代表自我照顧能力越差。此量表之Cronbach's α 為.78（林，1999）。本研究考量此量表施測對象為住院精神病患，與鄭（1990）施測對象為出院之病患不同，故再請專家做效度測試，因專家認為個案無法理解「自我感受與自我概念型態」題目之詞句而建建議刪除此項目，故此量表剩12題，Cronbach's α 值為0.88。

資料分析

研究資料以SPSS 11.0英文版進行資料建檔及統計分析。以次數分配、百分比、平均值、標準差等描述研究對象之基本資料、疾病因素、精神症狀嚴重度、自我效能及自我照顧能力之分佈情形，再以皮爾遜積差相關分析、獨立樣本t檢定（t-test）、單因子變異數分析（one-way ANOVA）分析自我效能、自我照顧能力之影響因素，最後以逐步多元線性迴歸（stepwise multiple linear regression）分析找出自我效能與自我照顧能力之重要預測因子。

結 果

一、研究對象個人基本屬性、疾病因素和精神症狀嚴重度之情形

本研究對象之年齡介於22至65歲，平均年齡41.45歲。發病平均年齡23.97歲，以11~20歲間發病者67位（44.7%）佔最多。教育程度方面，平均受教育年數為9.52年，其中以國中及高中者佔最多，各佔53人（35.3%）。以信仰「佛教」（53.3%）、「未婚」（86.0%）者居多；工作訓練狀態方面，以「無工作訓練」者居多，有122人（81.3%）；大多數的個案皆與家人同住，平均住院次數為5.44次，平均住院年

數為6.42年，有規則服藥者有72人（48.0%），有錐體外徑作用佔63人（42.0%）（見表一、表二）。研究對象之精神症狀嚴重度，神經質症狀平均值為3.31（標準差為2.76），正性症狀平均值為3.63（標準差為3.20），負性症狀平均值為4.05（標準差為3.10），其他行為症狀平均值為0.83（標準差為1.26）。

二、病患自我效能和自我照顧能力之情形

自我效能三因素中各題平均得分最高為社交技巧2.75分，其次為精神症狀因應2.73分，最低為避免負向思考2.67分。各項得分最高的前三項依序為「記得按時服藥」（3.51）、「請親戚來探訪自己」（3.41）、「能自己做決定」（3.21）。若將總分標準化到0%至100%的範圍做為得分指標，自我效能得分指標為47.73%，顯示研究對象之自我效能程度尚可。自我照顧能力的部分，本研究個案中以「健康認知與健康問題處理型態」，獨立程度最低（2.47）；「排泄型態」獨立程度最高（1.51），自我照顧能力的平均值為23.71分，標準差為5.68分，最低分12分，最高分38分，自我照顧能力得分指標為49.39%，顯示自我照顧能力中等。

三、個人基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我效能之關係

住院慢性精神分裂症病患之年齡與整體自我效能分數無顯著關係（ $r = -.12, p > .05$ ），而與自我效能次量表「社交技巧」分數呈顯著負相關（ $r = -.18, p = .029$ ），表示年齡越大者，「社交技巧」之能力越差。有無工作訓練者在整體自我效能分數（ $t = 3.52, df = 59.85, p < .001$ ）、次量表「社交技巧」（ $t = 3.68, df = 61.24, p < .001$ ）、「精神症狀之因應」（ $t = 3.13, df = 56.68, p = .003$ ）、「避免負向思考」分數（ $t = 2.64, df = 148, p = .009$ ）均有顯著差異，有工作訓練者之自我效能較無工作訓練者佳。不同教育程度之病患其整體自我效能分數無顯著差異（ $F = 2.31, df = (4, 145), p > .05$ ），而在次量表「避免負向思考」分數無顯著差異（ $F = 1.45, df = (4, 145), p = .220$ ），但在次量表「社交技巧」分數（ $F = 2.44, df = (4, 145), p = .049$ ）、「精神症狀之因應」分數（ $F = 2.71, df = (4, 145), p = .032$ ）則有顯著差異，事後比較結果發現教育程度專科以上者比無學歷者其「社交技巧」及「精神症狀之因應」之自我效能顯著地高。其餘的基本屬性變項，婚姻狀態、宗教信仰、居住狀態等，則未達統計

表一 研究對象個人基本屬性分佈情形

(n=150)

項目	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差
年齡			41.45±9.77
18-20歲	0	0.0	
21-30歲	20	13.3	
31-40歲	47	31.3	
41-50歲	55	36.7	
51~60歲	25	16.7	
61歲(含)以上	3	2.0	
教育程度			
無	4	2.7	
小學	23	15.3	
國中	53	35.3	
高中職	53	35.3	
專科(含)以上	17	11.3	
婚姻狀態			
未婚	129	86.0	
離婚	12	8.0	
已婚	6	4.0	
分居	1	0.7	
喪偶	2	1.3	
工作訓練			
有	28	18.7	
無	122	81.3	
居住狀態			
獨居	25	17.0	
與家人同住	125	83.0	
宗教信仰			
無	25	16.7	
佛教	80	53.3	
道教	30	20.0	
天主教	2	1.3	
基督教	13	8.7	

上的顯著意義。

病患疾病因素中之發病年齡、住院次數、住院年數與整體自我效能及自我效能三個次量表均無顯著相關 ($p > .05$)。有無錐體外徑症狀者其整體自我效能分數達顯著差異 ($t = -2.10, df = 148, p = .038$)，有錐體外徑症狀之病患其整體自我效能越差。有無規則服藥者其整體自我效能分數則無顯著差異 ($t = -.90, df = 134.21, p = .369$)。

病患之精神症狀嚴重度得分與整體自我效能分數達顯著負相關 ($r = -.44, p < .001$)，表示精神症狀越嚴重者其整體自我效能越差。再以自我效能三個次量表「社交技巧」、「精神症狀之因應」及「避免負

向思考」進行分析，結果顯示病患之精神症狀嚴重度與「社交技巧」、「精神症狀之因應」及「避免負向思考」分數均達顯著負相關 ($r = -.39, p < .001$; $r = -.44, p < .001$; $r = -.47, p < .001$)，顯示精神症狀越嚴重則「社交技巧」、「精神症狀之因應」及「避免負向思考」之信心能力越差。

四、病患個人基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我照顧能力之關係

病患基本屬性中之年齡與自我照顧能力分數無顯著之相關 ($r = -.03, p > .05$)。不同教育程度之病患其自我照顧能力分數無顯著性差異 ($F = 2.02, df = (4, 145), p = .094$)；不同工作訓練狀態之病患其

表二 研究對象個人疾病因素分佈情形

(n=150)

項目	人數 (n)	百分比 (%)	平均值±標準差
發病年齡			23.97±8.33
20歲(含)以下	67	44.7	
21~30歲	53	35.3	
31~40歲	24	16.0	
41~50歲	4	2.7	
51歲(含)以上	2	1.3	
規則服藥			
有	72	48.0	
無	78	52.0	
總住院次數			5.44±3.25
1-2次	17	11.3	
3-5次	74	49.3	
6-10次	45	30.0	
11次以上	14	9.3	
住院年數			6.42±6.02
1年(含)以下	19	12.7	
滿1年~未滿年	63	42.0	
滿5~未滿10年	44	29.3	
滿10~未滿20年	15	10.0	
21年以上	9	6.0	
錐體外徑症狀			
有	63	42.0	
無	87	58.0	

自我照顧能力分數達顯著差異 ($t=6.32$, $df=54.37$, $p<.001$)，有工作訓練者其自我照顧能力較獨立。其餘的基本屬性變項，婚姻狀態、宗教信仰、居住狀態等，則未達統計上的顯著意義。

病患之疾病因素中的發病年齡 ($r=-.10$)、住院年數 ($r=.03$)、住院次數 ($r=.04$)、規則服藥 ($t=1.04$, $df=148$, $p=.301$)、錐體外徑症狀 ($t=-.80$, $df=148$, $p=.426$) 與自我照顧能力分數均無顯著相關性 ($p>.05$)。

病患之精神症狀嚴重度得分與自我照顧能力分數達顯著正相關 ($r=.52$, $p<.001$)，顯示整體精神症狀越嚴重者自我照顧能力越依賴他人。再以精神症狀嚴重度次量表「神經質症狀」、「正性症狀」、「負性症狀」、「其他行為症狀」進行分析，結果顯示，「正性症狀」、「負性症狀」、「其他行為症狀」分量表分數與自我照顧能力分數達顯著正相關，($r=.34$, $p<.001$; $r=.42$, $p<.001$; $r=.31$, $p<.001$)，表示正性症狀、負性症狀及其他行為症狀越嚴重者其自我照顧能力越依賴。

五、病患自我效能與自我照顧能力之關係

自我效能總量表得分與自我照顧能力總量表得分達顯著負相關 ($r=-.50$, $p<.001$)，亦即自我效能越高者其自我照顧能力越能獨立。再以自我效能三個次量表進行分析，研究對象之自我照顧能力得分與「社交技巧」得分 ($r=-.45$, $p<.001$)、「精神症狀之因應」得分 ($r=-.51$, $p<.001$) 及「避免負向思考」得分 ($r=-.49$, $p<.001$) 均達顯著負相關，表示，「社交技巧」、「精神症狀之因應」及「避免負向思考」之自我效能越高其自我照顧能力越能獨立。

六、精神分裂症病患自我效能之重要預測因子

為進一步分析病患自我效能之重要預測因子，以病患之基本屬性、疾病因素和精神症狀嚴重度為自變項，進行分析前，先將個案之基本屬性轉換為指標變項 (indicator variable)，如婚姻 (有偶1，無偶0)，或虛擬變項 (dummy variable)，如教育程度 (以無學歷為基準類，轉換成國小、國中、高中職、大專

以上四個虛擬變項)。自我效能得分為依變項，運用逐步複線性迴歸進行分析，因各自變項VIF值未大於10，顯示各自變項間沒有共線性之問題。分析結果發現自我效能得分的顯著預測因子，包括精神症狀嚴重度、專科以上教育程度、高中教育程度三個自變項，由於有兩個教育程度虛擬變項有顯著意義，在建立模式時重新將教育程度四個虛擬變項都放入模型中，結果得到自我效能得分的顯著預測因子為精神症狀嚴重度 ($B = -3.492, t = -6.09, df = 146, p < .001$)，其可解釋總變異量19%；精神症狀嚴重度得分增加一分，則自我效能減少3.492分（詳見表三）。自我效能得分的迴歸方程式為：

$$\text{自我效能得分} = 166.111 - 3.492 (\text{精神症狀嚴重度}) + 10.873 (\text{國小教育程度}) + 12.396 (\text{國中教育程度}) + 31.215 (\text{高中教育程度}) + 42.205 (\text{專科以上教育程度})$$

七、精神分裂症病患自我照顧能力之重要預測因子

為了進一步分析病患自我照顧能力之重要預測因子，以病患之基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重

重度和自我效能為自變項，自我照顧能力得分為依變項，運用逐步複線性迴歸進行分析，因各自變項VIF值未大於10，顯示各自變項間沒有共線性之問題。分析結果發現自我照顧能力得分的顯著預測因子，包括：精神症狀嚴重度 ($B = .302, t = 4.51, df = 145, p < .001$)、自我效能 ($B = -.034, t = -4.03, df = 145, p < .001$)、工作訓練狀態 ($B = -3.073, t = -3.17, df = 145, p = .002$)、教育程度 ($B = -2.571, t = -2.25, df = 145, p = .026$)，共可解釋總變異量42.7%。其中以精神症狀嚴重度最具預測力，精神症狀嚴重度得分增加一分則自我照顧能力得分增加0.302分，可解釋變異量27%；在自我效能方面，自我效能增加一分則自我照顧能力減少0.034分，可解釋變異量9.1%；在工作訓練狀態方面，可解釋變異量4.5%；專科以上教育程度，可解釋變異量2.0%（詳見表四）。自我照顧能力得分的迴歸方程式為：

$$\text{自我照顧能力得分} = 26.025 + 0.302 (\text{精神症狀嚴重度}) - 0.034 (\text{自我效能}) - 3.073 (\text{工作訓練狀態}) - 2.571 (\text{專科以上教育程度})$$

表三 研究對象自我效能得分之逐步複迴歸結果

(n = 150)

變項	迴歸係數 (B值)	標準化迴歸係數 (Beta)	決定係數 (R ²) 量	決定係數增加 (R ² _{change})	t值	p值
常數	166.111				7.22	p < .001***
精神症狀嚴重度	-3.492	-.449	.190	.190	-6.09	p < .001***
教育程度—國小	10.873	.082	.200	.010	.48	.635
教育程度—國中	12.396	.125	.235	.035	.56	.575
教育程度—高中	31.215	.314	.236	.000	1.43	.156
教育程度—專科以上	42.205	.281	.252	.017	1.80	.075

***p < .001

表四 研究對象自我照顧能力得分a之逐步複迴歸結果

(n = 150)

變項	迴歸係數 (B值)	標準化迴歸係數 (Beta)	決定係數 (R ²) 量	決定係數增加 (R ² _{change})	t值	p值
常數	26.053				14.78	p < .001***
精神症狀嚴重度	-.302	.326	.270	.270	4.51	p < .001***
自我效能	-.034	-.287	.364	.091	-4.03	p < .001***
有工作訓練	-3.073	-.211	.407	.045	-3.17	.002**
教育程度—專科以上	-2.571	-.144	.427	.020	-2.25	.026*

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

a自我照顧能力得分越高代表自我照顧能力越差

討論及結論

一、慢性精神分裂症病患基本屬性、疾病因素和精神症狀嚴重度之情形

本研究教育程度以「國中及高中」者佔最多，各佔53人（70%），此與余、鍾（2003）研究結果略同，可能原因是研究對象已超過受國中及高中教育之年齡，所以在發病前就已經完成國中及高中教育，降低因生病對學業所造成之影響；宗教信仰方面，有宗教信仰者佔多數，有125人（83%）；婚姻狀況方面，以「未婚」者居多，有129人（86%），此與Skantze等人（1992）、Kent和Yellowlees（1994）、林（1999）等之研究結果一致，指出大部分精神分裂症患者為未婚且失業。

發病年齡、住院次數研究結果與邱（1994）、林（1999）相同。但住院年數比行政院衛生署（1997）所調查慢性病房精神病患平均住院日數316.97天來得高，可能原因由於本研究所調查的醫院為市立醫院，以服務市民為宗旨，肩負社會的責任，且部份民眾因照顧上的困難，拒絕病患返回家中及社區。

精神症狀嚴重度四個次量表結果以負性症狀得分最高，其次正性症狀，其他行為症狀得分最低，此結果與林（1999）、余、鍾（2003）之研究結果相符合，可能原因，研究對象為住院中之個案，其住院年數較長，病程已逐漸呈慢性化，加上與外界接觸時間比較短，故負性症狀得分最高；正性症狀以「妄想症狀」及「幻覺症狀」的平均值得分最高，此結果與黃（2002）、余、鍾（2003）、林（1999）、邱（1994）、鄭（1990）之研究發現，慢性精神分裂症病患在正性症狀以「妄想症狀」及「幻覺症狀」較高結果類似，慢性精神分裂症病患雖然已逐漸慢性化，但多數仍有妄想與幻覺等殘餘症狀。本研究對象在「其他行為症狀」得分比例低，推測其原因，是研究對象皆屬慢性精神病患，病情已較穩定，致自殺、打人及攻擊行為等題項分數較低。

二、慢性精神分裂症患者自我效能和自我照顧能力之情形

研究對象在自我效能平均值得分最高為「社交技巧」，其次「精神症狀因應」，平均值最低是「避免負向思考」。社交技巧得分較高原因可能是，本研究大多數個案病情已趨於穩定呈慢性化，在護理人員督促下，可參與病房由醫療專業人員所帶領的各項團

體心理治療活動；反之，余、鍾（2003）的研究發現「社交技巧」之得分最低，可能原因是門診個案多數於家中僅與家人接觸，少參予社會團體活動；而研究對象「避免負向思考」的自信較差原因可能是，慢性病人長期住院，無經濟收入，且無法獨立生活需依賴家人，造成家屬負擔，在雙重壓力下，難以對自我有正向看法。

自我照顧能力得分情形，其中以「排泄型態」獨立程度最高，大多數個案可自行完成此部份；而「健康認知與健康問題處理型態」獨立程度最低，須他人協助方能滿足自我照顧需求，此結果與邱（1994）、林（1999）之研究結果相似，可能原因生理性照顧是與生俱來的，所以精神病患在「生理性」的自我照顧能力情形優於社會性自我照顧能力。本研究量表「排泄型態」屬於生理性自我照顧；「健康認知與健康問題處理型態」為社會性自我照顧。林憶麗（1999）研究指出，機構內精神分裂症病患，普遍都存在社會活動參與低，且較被動情形。

三、慢性精神分裂症患者基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我效能之關係

有工作訓練之精神分裂症病患其自我效能之次量表「社交技巧」與沒有工作訓練之精神分裂症病患有顯著差異；此結果與張等（1995）、林（2000）、Scherer和Bruce（2001）之研究結果相似。

病患之發病年齡、住院次數、住院年數與自我效能無顯著相關。此結果與余、鍾（2003）研究指出發病年齡與自我效能有關之結果不同，可能原因是本研究樣本為住院中之個案，而余、鍾（2003）之研究是於社區中取樣，所造成之差異。

錐體外徑症狀明顯者與自我效能呈顯著性差異，推測原因可能錐體外徑症狀明顯者其肢體僵硬越嚴重，導致身體活動功能差。因此，對自我能力表現較缺乏自信，自我效能差，此與陳（2003）研究結果一致，自我效能與身體功能缺損程度有關，身體功能較佳者，則自我效能較佳，身體功能缺損愈嚴重者則自我效能越差。

病患精神症狀嚴重度與自我效能達顯著負相關；亦即精神症狀越嚴重者其自我效能越差。此與余和鍾（2003）及Scherer和Bruce（2001）發現精神疾病嚴重度輕微者會有較高自我效能之研究結果一致。Vauth和Kleim（2007）研究亦發現，自我效能與精神症狀、生活壓力事件呈負相關，顯示長期住院患者因

機構化，負性症狀明顯，導致人際關係疏離、淡漠而影響自我效能。Davison和Neale（2001）指出，精神分裂症患者約65-70%會出現認知功能的損壞、妄想性思考及異常判斷等精神症狀，導致病患奇異行為以及社交技巧退化，無工作動機，而影響自我思考判斷與自信心，因此自我效能較差。

四、慢性精神分裂症患者基本屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我照顧能力之關係

病患精神症狀嚴重度與自我照顧能力得分有顯著正相關，此結果與邱（1994）及Dato（2002）的研究結果相似，亦即精神症狀越嚴重者其自我照顧能力越依賴，因發病時間久，病程的進展越呈慢性化傾向，以致社會功能的退化，其殘留的負性症狀常常導致病患人際關係退縮、社交互動障礙，以致多數的病患無法滿足自我照顧的需要（王、宋，2000）。黃（2002）發現精神症狀越嚴重者其生活適應能力越差，精神分裂症病患因疾病慢性化，其症狀影響自我照顧能力、日常生活安排、工作適應與與人際互動等。另有研究顯示疾病治療情形及自覺疾病的嚴重度或健康狀況與自我照顧行為有相關。邱（1994）研究指出，影響精神病患自我照顧的因素中，最常提及的是病患的精神狀態，也就是所謂的活性及負性症狀。在另一研究也發現病患的活性及負性症狀與自我照顧行為呈顯著負相關，而疾病認知則呈中度負相關。

有工作訓練之病患的自我照顧能力顯著的較無工作訓練之病患獨立，此與李、王（2001）和Dato（2002）的研究結果相似，指出精神分裂症病患之自我照顧能力與精神症狀、日常生活作息、工作技能及職業狀況有相關，表示有工作者其自我照顧能力較獨立。

另由病患自我照顧能力之重要預測因子結果發現專科以上教育程度者其自我照顧能力較更低學歷者獨立，此結果與Rockwell和Riegel（2001）的研究結果一致，教育程度愈高者自我照顧能力愈好，亦有較正向的健康知覺，因此增強健康性自我照顧能力的動機越強。

五、病患自我效能與自我照顧能力之關係

病患自我效能得分與自我照顧能力得分達顯著負相關，表示自我效能越高者其自我照顧能力越獨立，此與王、王、林（1998）之研究結果相似，自我效能與自我照顧能力會因疾病因素而相互的影響，林（1999）亦發現對疾病恢復的信心是自我照顧能力

主要預測因子，但陳（2003）的研究結果則不同，可能是研究對象及工具造成不同之結果。Bandura（1977）認為自我效能指的是個體在從事行為時，對自身能夠成功完成此一行為的信念，會影響個體從事某項行為決策、努力程度及在困境中的堅持度，因此當病患越能覺得可自己執行自我照顧能力之效能時其自我照顧能力就越獨立。Tartas（2002）研究亦指出精神分裂症在傳統治療上，大都以藥物治療為主，若能提升生活技能訓練，可增強其自我效能。

研究限制

本研究受限時間、經費、人力而採橫斷性研究方法，主要是想初步調查精神病患其基本資料、疾病因素、精神症狀嚴重度與自我效能及自我照顧能力關係，尚無法有因果關係的推論；而收案時未將女性病患納入，亦使推論對象有所限制，未來研究若能將女性病患一併列入研究對象延續探討，將更能反應出精神病患在住院當中生活適應及自信心的整體情形。

另外，由於只選取精神專科醫院之病患為研究對象，造成此樣本在醫院型態的分佈上不平均，故研究結果之推論僅限於精神專科醫院之住院慢性精神分裂症病患，未來研究可收集不同型態醫院之病患以了解是否存在差異性。

建議

本研究已顯示病患自我效能越高者其自我照顧能力越獨立，因此為了能改善病患的自我照顧能力，提昇病患的自我效能便是重要的途徑之一。Britner和Pajares（2006）認為自我效能的信念則來自精熟經驗（mastery experience）、觀察他人表現的替代經驗（vicarious experience）及生理狀態（physiological states）三個訊息的解釋及整合，各來源對自我信念增進的強度則取決於遭遇問題的領域及個人的認知處理策略。所以，醫療專業人員方面，建議除監測用藥、給藥活動外，應教導病患使其先對較易處理的特定情境擁有足夠的、不只一次的精熟經驗。Tartas（2002）研究亦指出精神分裂症在傳統治療上，大都以藥物治療為主，若能提升生活技能訓練，可增強其自我效能。醫院方面，亦可成立病友會、家屬聯誼會及應用團體方式，除了加強訓練病患、家屬日常

生活照顧與正確執行個人衛生，以增加病患對藥物的了解與遵從外，也可以提供觀察他人表現的替代經驗；薦派優秀的精神專科資深之護理人員，藉由與個案及家屬建立良好的護病關係，深入瞭解個案在社區的整體生活情形，提供個案及家屬相關的生活適應之指導與衛教，或尋求出對個案有吸引力的人加以鼓勵評價及讚美，在言語及態度上支持精神認同，增強其社會信念；協助病患社會網絡的拓展，藉由團體成員互相支持鼓勵，穩定其情緒狀態，發揮自主與自助的功能，且可幫助患者自我認同和人際互動，學習社會化過程，提升病患的自我效能。由於機構內精神分裂症病患，對社會活動參與低，且較被動情形。所以應增進病患與環境及外界接觸動機，避免長期隔離造成退縮、影響人際互動，當個案自我照顧能力有障礙時，護理人員應透過衛生教育來增加病患的自我照顧能力，以角色扮演、重複演練方式，促進個案執行自我照顧活動，以滿足基本的日常生活作息及社會性之人際互動關係，進而改善病患的自我照顧能力。而精神症狀嚴重度同時是病患自我效能及自我照顧能力的重要預測因子，所以，臨床醫護人員應積極處理個案精神症狀並提供相關護理措施，以改善症狀引起之不適，更應教導個案認識疾病及與症狀共處方法及學習因應技巧，減少因殘餘症狀所帶來的生活困擾，進而減低精神症狀對日常生活所造成的負面影響，提升患者自我控制力與思考判斷能力及其自信心。

參考文獻

- 行政院衛生署：中華民國八十六年全國精神醫療網研討會研習手冊，1997。
- 王翠杉、宋素貞（2000）．藥物衛教團體治療於精神科急性病房之應用，*榮總護理*，17（1），41—46。
- 王璟璇、王瑞霞、林秋菊（1998）．自我照顧行為、自我效能和社會支持對初期非胰島素依賴型糖尿病患者血糖控制之影響，*高雄醫學科學雜誌*，14（12），807—815。
- 王國川（1997）．青少年預防事故傷害發生之自我效能探討，*中等教育*，48（1），99—110。
- 史麗珠、李絳桃、徐亞瑛、高淑芬、徐麗華、陳美伶等譯（1999）．*護理研究法（下）*．台北：桂冠。
- 余靜雲、鍾信心（2003）．門診精神分裂症患者生活事件之自我效能探討，*護理雜誌*，51（1），45—50。
- 李瑜弘、王瑞霞（2001）．長期血液透析病患之無助感、社會之無助感與自我照顧行為之相關探討，*護理研究*，9（2），147—157。
- 邱淑貞（1994）．*社區精神分裂症患者家庭功能與自我照顧之相關性*．未發表的碩士論文，台北：台灣大學護理學研究所。
- 林秀華（2000）．*司法精神鑑定案例之社會支持系統與生活適應之研究*．未發表的碩士論文，高雄：高雄醫學大學。
- 林憶麗（1999）．*長期住院精深分裂病病患自我概念與自我照顧能力之探討*．未發表碩士論文，高雄：私立高雄醫學大學。
- 胡海國（1995）．精神分裂症的臨床症狀，*當代醫學*，23（6），513—517。
- 胡海國（1999）．*精神醫學診斷手冊*．台北：國立台灣大學醫學院出版委員會。
- 徐秋萍、呂春梅、蔣慶飛（2007）．精神分裂病人一般自我效能感與應對方式相關性研究，*護理學報*，14（11），83—84。
- 陳君如（1996）．*疾病認知與問題處理方式對門診精神分裂病患自我照顧行為之影響*．碩士論文．長庚大學護理學研究所。
- 陳素燕（2003）．*類風濕性關節炎患者疾病知識、社會支持及自我效能與自我照顧行為之相關探討*．未發表的碩士論文，高雄：高雄醫學大學。
- 陳滋次、張媚、林艷君（1998）．自我效能、社會支持與糖尿病病人居家自我照顧行為相關之探討，*護理研究*，6（1），31—43。
- 陳樹橋、周逸如（2005）．精神分裂患者社會支持與自我效能的相關性研究，*南方護理學報*，12（10），6—8。
- 黃瑞琦（2002）．*社區精神分裂症病患之病識感、社會支持與生活適應*．未發表碩士論文，高雄醫學大學護理學研究所。
- 黃毓華、邱啟潤（1997）．高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子，*中華公共衛生雜誌*，16（1），24—36。
- 張景瑞、胡海國、葉玲玲、張宏俊（1995）．出院精神分裂症病患社區生活適應的預測因子，*中華精神醫學*，9（3），29—37。
- 鄭琳（1990）．*出院精神分裂症病患自我照顧問題之探討*．未發表碩士論文，台北：國防醫學院護理學研究所。

- 劉惠瑚、陳玉敏 (2004) · 自我照顧之概念之分析 · 慈濟護理雜誌, 3 (1), 8—11。
- 蘇靜君 (2001) · 門診精神病患精神作用物質使用之探討 · 未發表之碩士論文, 高雄醫學大學護理學研究所。
- 鮑文卿、王茲敏、斐錦飛、王茲君 (2006) 精神分裂症患者的自我效能的相關因素分析與對策。中華護理雜誌, 41 (3), 239—240。
- 鐘保明 (2005) · 自我能力於自我效能理論、能力動機理論、目標取向理論中的差異 · 大專體育, 76, 113—118。
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs. London: Prentice-Hall Inc.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Thelle, D., & Kvien, T. K. (1999). Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: Relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 48(12), 1743-1750.
- Britner, S. L. & Pajares, F. (2006). Sources of science self-efficacy beliefs of middle school students. *Journal of Research in Science Teaching*, 43(5), 485-499.
- Connelly, C. E., & Dilonardo, J. D. (1993). Self-care issues with chronically ill psychotic clients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(4), 31-35.
- Dato, C. A. (2002). *The relationship of perceived social support, positive symptoms, negative symptoms, and self-care actions in adults with schizophrenia living in the community*. Unpublished doctoral dissertation, New York University, New York.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2001). *Abnormal psychology* (8th ed.), pp.282-315. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Dzurec, L. C. (1990). How do they see themselves? Self-perception and functioning for people with chronic schizophrenia. *Journal of Psychosocial nursing and Mental Health Services*, 28(8), 10-14.
- Kent, S., & Yellowlees, P. (1994). social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 811-824.
- Leenerts, M. H., Teel, C. S., & Pendleton, K. (2002). Building a model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 355-361.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. H., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skill in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 631-647.
- Macdonald, E. M., Pica, S., Macdonald, S., Hayes, R. L., & Baglioni, A. J. Jr. (1998). Stress and coping in early psychosis: Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 122-127.
- McDermott, B. E. (1995). Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenic spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 320-331.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby -Year Book.
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78(2-3), 187-197.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), 18-25.
- Strecher, Y. K., & Bruce, S. (2001). Knowledge, attitude, self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visits, and hospitalizations in adults with asthma. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*, 30(4), 250-257.
- Skantze, K., Malm, F., Dencker, S. J., May, P. R. A., & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard living in schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 161(4), 797-801.
- Tartas, M. (2002). Self-efficacy and remission in schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 36(6), 249-255.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.

Exploring Factors of Correlation Between Self-Efficacy and Self-Care Capabilities in Male Patients of Chronic Schizophrenia

Mei-Yi Hwang¹ • Huey-Shyan Lin² • Shu-Fang Su³ • Hsiu-Yueh Hsu⁴

ABSTRACT: The purpose of this study was to explore the relationship between self-efficacy and self-care capabilities among hospitalized, male patients of chronic schizophrenia and to find important predictors for self-efficacy and self-care capabilities. The subjects of the study were selected from chronic wards of a specialised psychiatric hospital in southern Taiwan. The study instrument was a structured questionnaire in four parts. (1) personal baseline data. (2) psychiatric symptoms scale. (3) self-efficacy scale. (4) self-care capabilities scale. There were 150 valid responses. The data analysis methods adopted were descriptive statistics, persons correlation, t-test, one-way ANOVA, and stepwise multiple linear regression analysis. The findings of the study were that: (1) The patients who were employed and had no extra-pyramidal symptoms had significantly higher self-efficacy than those who were unemployed and had extra-pyramidal symptoms. The more severe the patients' psychotic symptoms, the lower their total self-efficacy. (2) The patients who were employed were significantly more independent in self-care capabilities than those who were unemployed. The more severe the patients' psychotic symptoms, the more dependent their self-care capabilities. (3) The poorer the patients' self-efficacy, the more dependent their self-care capabilities. (4) The significant predictor for patients' self-efficacy was the severity of psychotic symptoms. (5) The significant predictors for patients' self-care capabilities included the severity of psychotic symptoms, self-efficacy, employment status, and educational level. Since the study showed that the higher the patients' self-efficacy, the more independent their self-care capabilities, one of the important ways to improve patients' self-care capabilities is to enhance their self-efficacy. The severity of psychotic symptoms, Furthermore is simultaneously a significant predictor for patients' self-efficacy and self-care capabilities. On the basis of these results, make a number of clinical suggestions in respect of psychotic symptoms' severity and self-efficacy, to improve patients' self-care capabilities.

Key Words: chronic schizophrenia, severity symptoms, self-efficacy, self-care capabilities.

¹RN, MS, Vice Director, Department of Nursing, Kai-Suan Psychiatric Hospital; ²PhD, Associate Professor, College of Nursing, Fooyin University; ³RN, MS, Director, Department of Nursing, Kai-Suan Psychiatric Hospital; ⁴RN, DNSc, Associate Professor, Director, Department of Nursing & Long-term Care Program, Meiho Institute of Technology.

Received: February 16, 2009 Accepted: September 27, 2009

Address Correspondence to: Hsiu-Yueh Hsu, No. 23, Ping Kuang Rd., Neipu, Pingtung, 91202, Taiwan, ROC.

Tel: 886(8)7799821 ext. 8301; E-mail: x00002055@meiho.edu.tw