



# 精神康復者家屬之 壓力與生活質素研究

香港城市大學（黃富強教授）

浸信會愛羣社會服務處

## 研究背景

- 香港的精神康復者的人數正在不斷上升
- 接受醫院管理局各類精神科服務病人總人數  
(包括住院, 專科門診, 日間醫院和精神科社區服務)

2012年 : 186, 907

2008年 : 147, 557



26.7%

(醫院管理局, 2012)

- 據估計, 大約有170, 000個香港家庭須要照顧他們患有精神病的家庭成員

## 研究背景

- 精神康復者家屬在照顧的過程中常常須要面對巨大壓力，嚴重影響他們的生活質素
- 我們早前在2010年的研究還發現，香港的精神康復者家屬的生活質素明顯比一般的香港市民，中國大陸和台灣民眾，以及中國大陸的精神康復者家屬顯著較差

## 研究背景

- 越來越多的研究發現，提供照顧不限於對生活質素造成負面的影響，其實也對照顧者自己產生正面積極的影響，例如個人成長，對自己的滿意度及自信心方面等等
- 香港正缺乏對於精神康復者家屬的正面積極性及其對生活質素的影響的研究

## 研究目的

- (1) 相比2010年的研究，精神康復者家屬的生活質素是否有所改善？
- (2) 正面的照顧經驗對於精神康復者家屬的生活質素有什麼影響？
- (3) 精神康復者家屬的主要壓力來源是什麼？
- (4) 精神康復者家屬對於獲取在照顧精神病患時所需的資訊及技巧有什麼滿意及不足之處？

## 研究方法

- 對象
  - 須要照顧精神康復的家庭成員
  - 18歲或以上（能夠閱讀及理解中文）
  - 全香港（港島，九龍及新界）
  - 便利抽樣方法（Convenience sampling）

## 研究方法

- 問卷調查
  - **主觀壓力** [Perceived Stress Scale, PS] (Wong, 2000)
  - **生活質素** [World Health Organization Quality of Life instrument–Abbreviated Hong Kong Chinese version, WHOQOL–BREF(HK)] (Leung et al., 2005)
  - **提供照顧的正面經驗** [Experience in Caregiving Inventory–Positive subscale, ECI–Positive] (Lau & Pang, 2007)
  - **照顧精神康復者所需的資訊及技巧** [Family information and Support Needs] (Drapalski et al., 2008)

## 研究方法

- **主觀壓力** [PS] (Wong, 2000)  
(例子) :

	沒 有 壓 力	一 般	壓 力 甚 大	非 常 大 壓 力	不 適 用
1. 康復者拒絕服藥	1	2	3	4	N

可靠性分析 (Reliability analysis): Cronbach's alpha = 0.955

## 研究方法

### • 生活質素 [WHOQOL-BREF(HK)] (Leung et al., 2005)

#### – 整體生活質素 (例子) :

1. 整體來說，你如何評價你的生活質素？

1  極不好

2  不好

3  中等程度好

4  好

5  極好

#### – 整體個人健康 (例子) :

2. 整體來說，你滿意自己的健康嗎？

1  極不滿意

2  不滿意

3  中等程度滿意

4  滿意

5  極滿意

可靠性分析 (Reliability analysis): Cronbach's alpha = 0.887

# 研究方法

## • 生活質素 [WHOQOL-BREF(HK)] (Leung et al., 2005)

### – 物質生活質素 (例子) :

4. 你需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎?

1  完全沒有需要    2  有一點需要    3  中等程度需要    4  很需要    5  極需要

### – 心理生活質素 (例子) :

6. 你覺得自己的生命有意義嗎?

1  完全沒有    2  有一點有    3  中等程度有    4  很有    5  極有

### – 社交生活質素 (例子) :

20. 你滿意自己的人際關係嗎?

1  極不滿意    2  不滿意    3  中等程度滿意    4  滿意    5  極滿意

### – 環境生活質素 (例子) :

9. 你所處的環境健康嗎? (如污染、噪音、氣候、景觀)

1  完全不健康    2  有一點健康    3  中等程度健康    4  很健康    5  極健康

## 研究方法

- 提供照顧的正面經驗

[ECI-positive] (Lau & Pang, 2007)

– 正面的個人經驗 (例子) :

24. 我發現自己的長處

從來沒有	很少	間中	很多	經常
------	----	----	----	----

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

– 與康復者的良好關係 (例子) :

11. 他 / 她是很好的夥伴

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

可靠性分析 (Reliability analysis): Cronbach's alpha = 0.828

# 研究方法

- 照顧精神康復者  
所需的資訊及技巧**  
 [Family Information and Support Needs]  
 (Drapalski et al., 2008)

(例子) :

可靠性分析  
 (Reliability analysis):  
 Cronbach's alpha  
 = 0.898

甲、有關家人的精神健康的資訊

4. 治療進度                      0            1            2            3

乙、有關取得服務的資訊

6. 如何得到精神科醫生的診治    0            1            2            3

丙、有關社區為本的服務資訊

12. 長遠復康服務的計劃            0            1            2            3

丁、協助精神病患家人的技巧

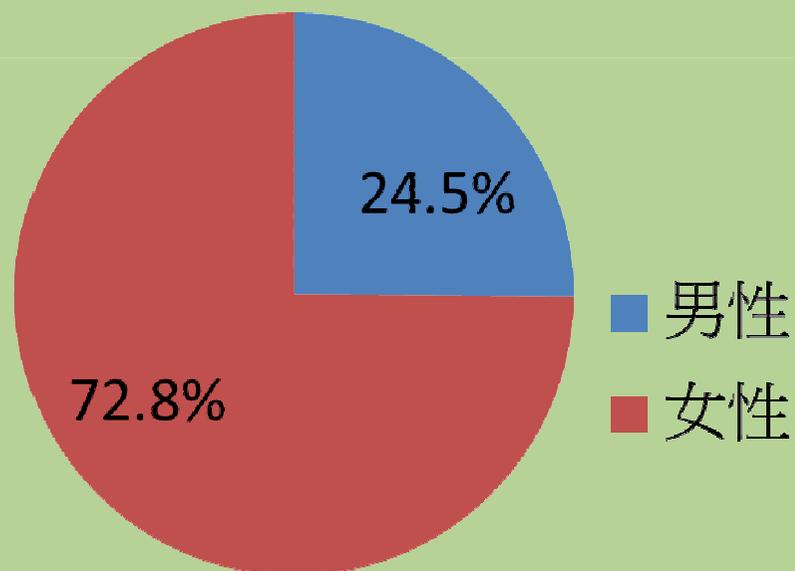
13. 危機處理程序                    0            1            2            3

從沒收過這類資訊      獲得一些這方面的  
 資訊，但不足夠      已獲得足夠資訊      不需要這類資訊

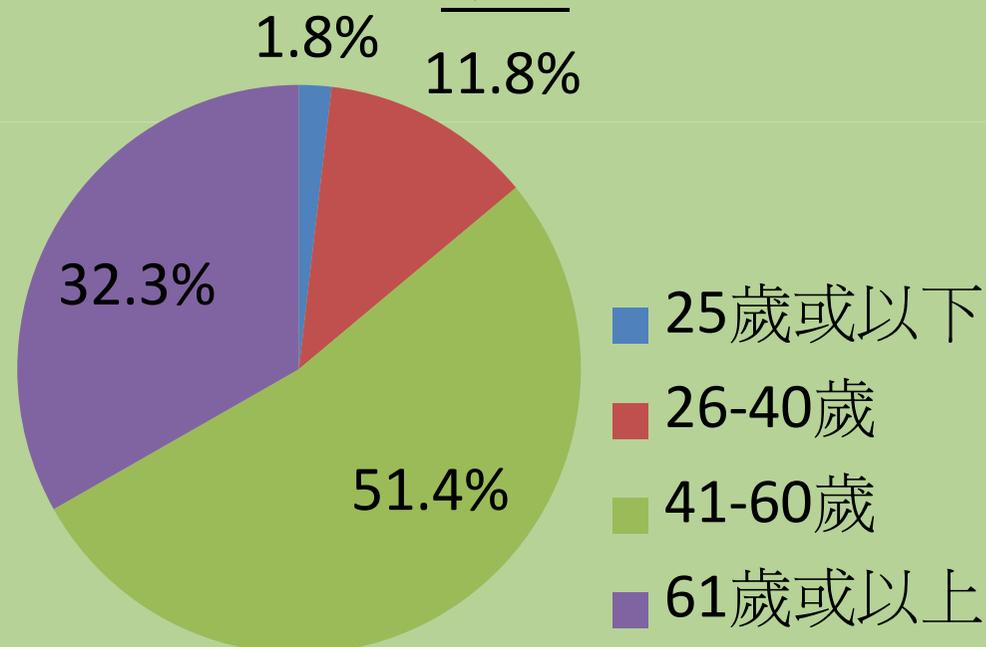
## 研究結果

- 精神康復者家屬 = 331人

性別



年齡

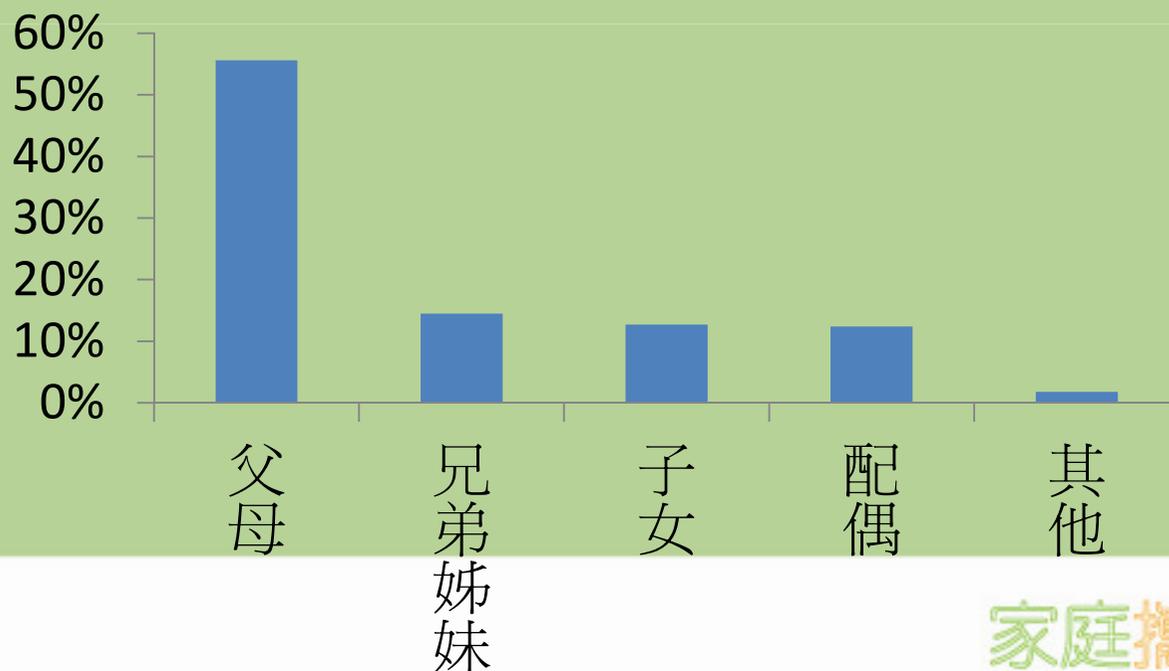


缺失數字 = 2.7%

## 研究結果

- 73.3% 精神康復者家屬與精神康復者同住

### 與精神康復者的關係

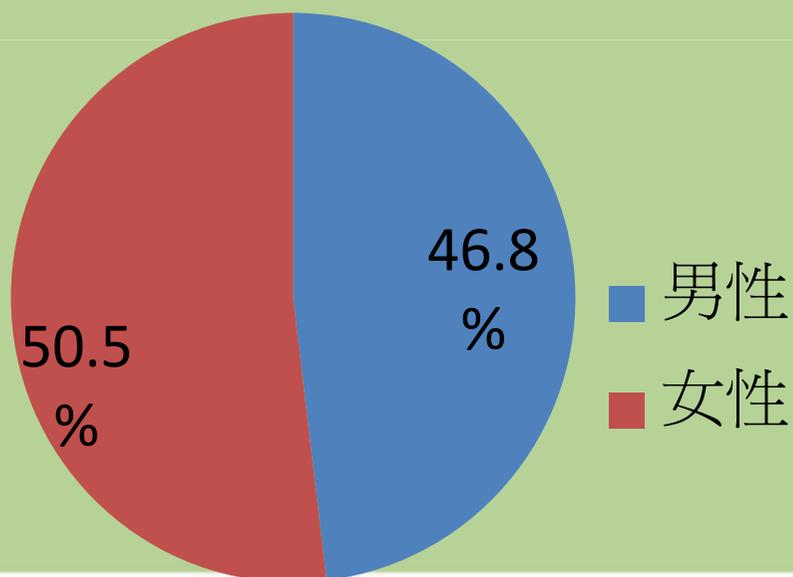


缺失數字 = 2.7%

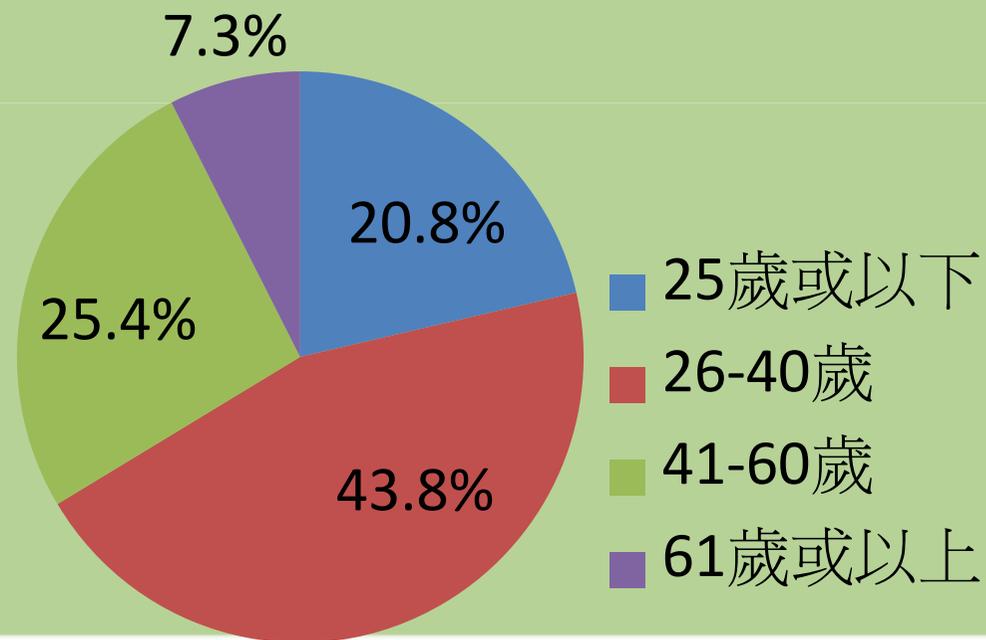
## 研究結果

- 精神康復者 = 331人

性別



年齡

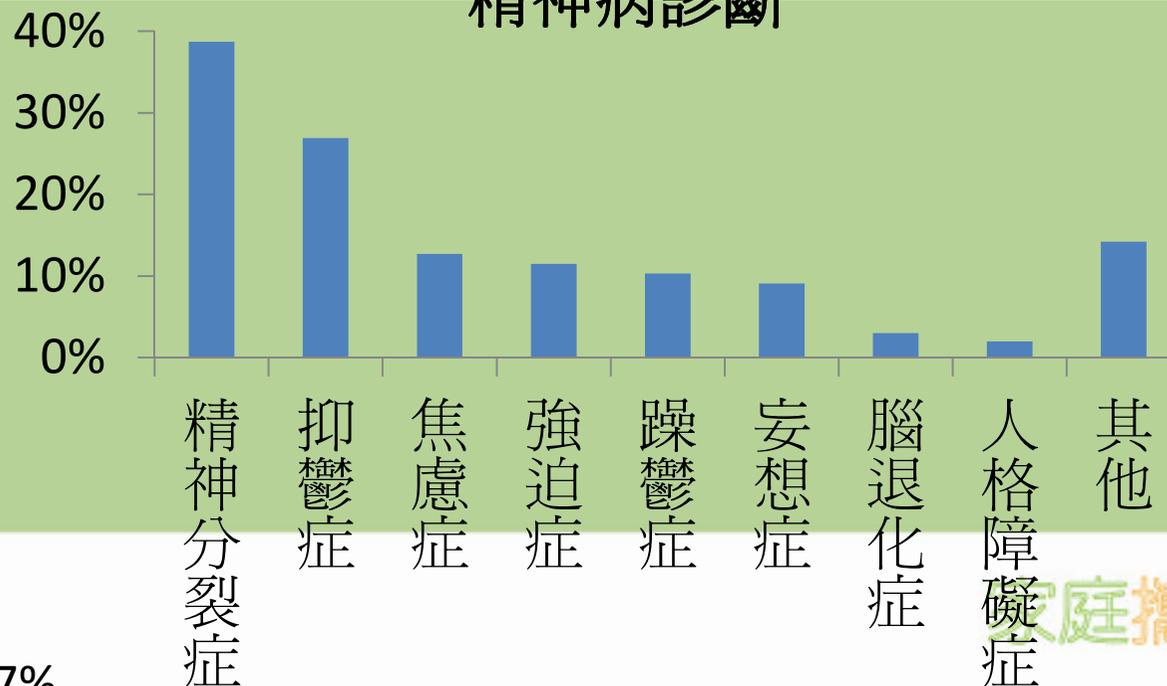


缺失數字 = 2.7%

## 研究結果

- 精神康復者平均患病年數 = 10.4年
- 精神康復者平均被照顧年數 = 8.6年

### 精神病診斷



缺失數字 = 2.7%

## 研究結果

(1) 相比2010年的研究，精神康復者家屬的生活質素是否有所改善？

	滿分	精神康復者家屬的評價		一般市民的評價 平均值
		2014年 平均值 (標準差)	2010年 平均值 (標準差)	
整體生活質素	5	3.13 (0.70) >	3.08 (0.73) <	3.45
整體個人健康	5	3.17 (0.83) >	3.12 (0.82) <	3.29
物質生活質素	20	13.69 (2.47) >	13.37 (2.40) <	15.41
心理生活質素	20	12.37 (2.54) >	12.07 (2.55) <	13.43
社交生活質素	20	12.88 (2.58) >	12.87 (2.36) <	13.83
環境生活質素	20	12.97 (2.28) >	12.61 (2.10) <	13.61

\*統計學上有顯著分別

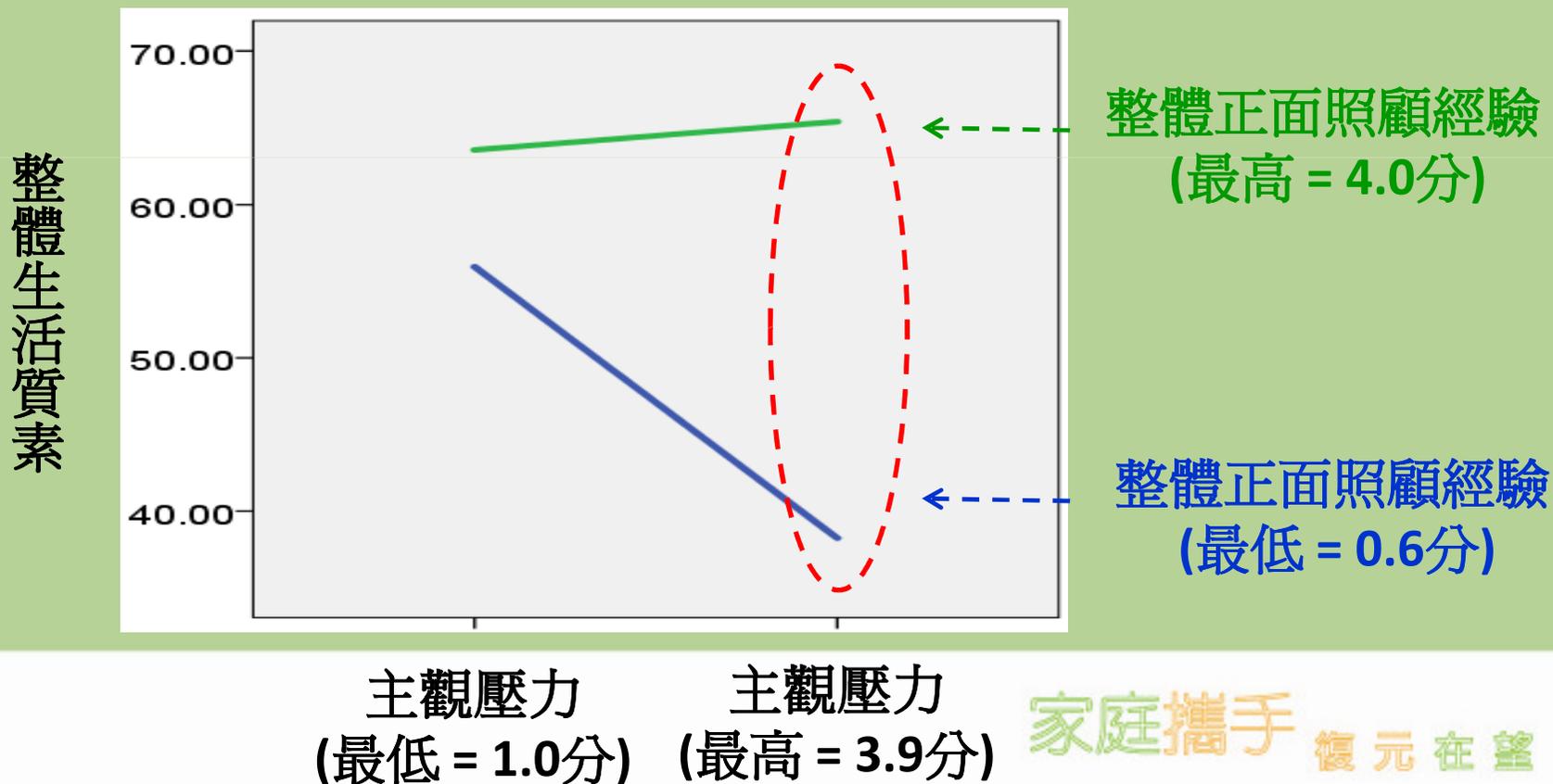
## 研究結果

(2) 正面的照顧經驗對於精神康復者家屬的生活質素有什麼影響？

- 正面照顧經驗對於「壓力與生活質素的關係」有「調節」的作用 (Moderation effect of Positive caregiving experience on the relationship between Stress and QOL)
- 在巨大壓力的情況下，擁有愈多整體正面照顧經驗的照顧者的整體生活質素就愈高。相反，在同樣情況下，擁有愈少整體正面照顧經驗的照顧者的整體生活質素就愈低。  
(見下圖)

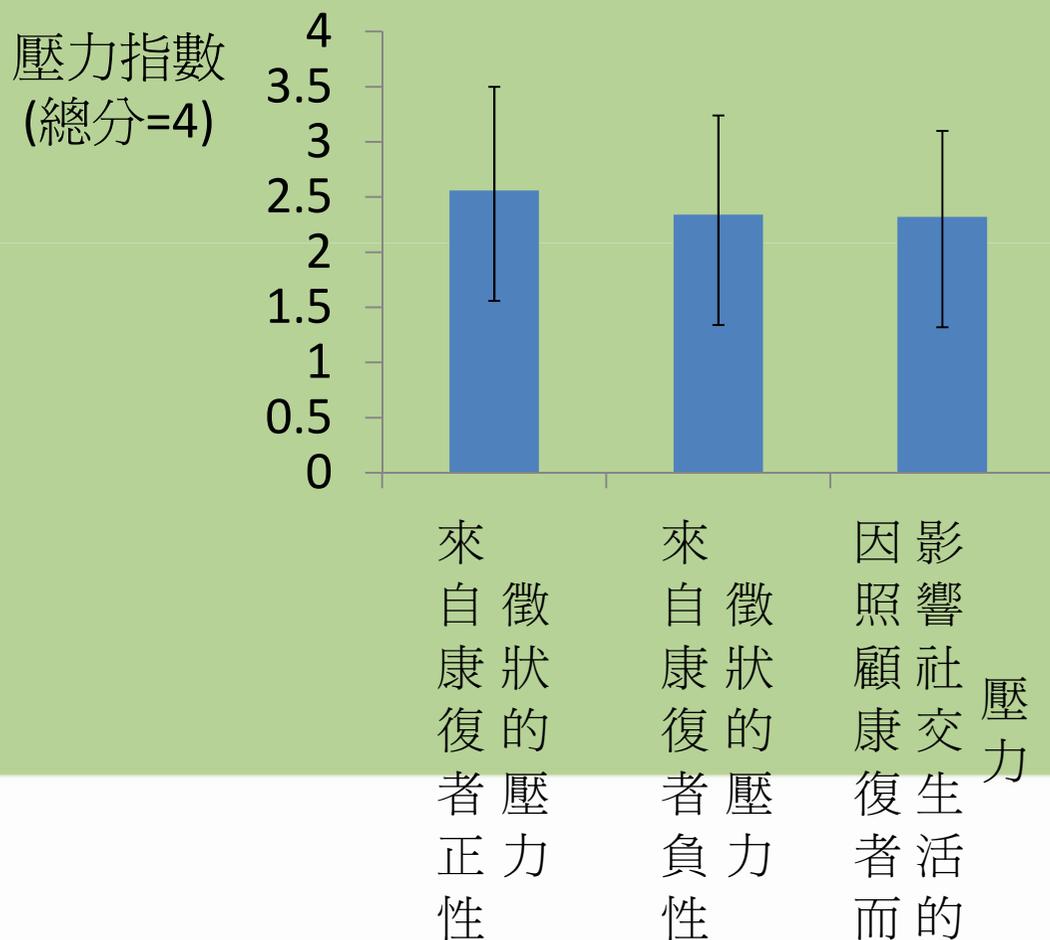
## 研究結果

(2) 正面的照顧經驗對於精神康復者家屬的生活質素有什麼影響？



## 研究結果

### (3) 精神康復者家屬的主要壓力來源是什麼？



正性徵狀	怪異行爲、過多及不受控制的情緒等
負性徵狀	拒絕服藥、覆診、 做家務、上學/上班、 懶在床上、不理個人衛生等
受影響的社交生活	財務問題、吵架、 沒有時間出席社交活動等

## 研究結果

### (3) 精神康復者家屬的主要壓力來源是什麼？

	沒有壓力 (%)	一般壓力 (%)	甚大至非常大的壓力 (%)
來自康復者正性徵狀的壓力	14.6	28.3	30.3
來自康復者負性徵狀的壓力	13.6	23.2	37.0
因照顧康復者而影響社交生活的壓力	14.5	34.1	30.7

## 研究結果

(4) 精神康復者家屬對於獲取在照顧精神病患時所需的資訊及技巧有什麼滿意及不足之處？

### 照顧精神康復者時所需的技巧

勸導家人依指示定時服藥	51.2% 認為滿意
處理病徵	67.2% 認為不足
危機處理程序	68.1% 認為不足

### 照顧精神康復者時所需的資訊

如何得到精神科醫生的診治	51.2% 認為滿意
就業服務或復康服務	65.3% 認為不足
長遠復康服務的計劃	75.8% 認為不足

## 研究總結

- (1) 相比2010年的研究，精神康復者家屬的生活質素有些許改善，尤其是環境質素方面
- (2) 正面的照顧經驗對於精神康復者家屬的生活質素有很重要的正面影響，尤其是在巨大壓力的情況下
- (3) 精神康復者家屬的主要壓力來源是精神康復者的正性徵狀，但精神康復者的負性徵狀的問題對家屬的主觀壓力的影響也不容忽視
- (4) 有一半以上的精神康復者家屬認為有兩項在照顧精神康復者時所需的資訊和技巧是足夠的，但現在家屬最關心而又認為資訊不足的是「長遠的復康計劃」

## 研究建議

- 照顧者須學習如何減低因照顧康復者而帶來的壓力

- 參與幫助照顧者發掘內在資源或潛能的輔導，尤其是針對幫助照顧者提升他們在照顧的過程中如何去發掘及經營更多的正面經驗及思想(最理想是在提供照顧的首五年內)
- 認識到負性徵狀也是精神病的一部分
- 對精神康復者的康復速度不宜有過高的期望
- 增加自己的社交生活，發展自己的興趣，運用私人時間去享受生活(如運動、行山、義工、宗教活動等)，從而提升照顧者的生活質素

## 研究建議

- 為精神康復者訂立長遠復康計劃

- 對較年輕的精神康復者、較年長的照顧者來說尤其重要

- 長遠復康計劃應包括以下的考慮：

- (1) 當照顧者因年老/患病而未能繼續提供照顧時，  
由指定人員繼續向精神康復者提供長期的照顧和監督

- (2) 精神康復者的就業情況 → 可能對康復者的負性徵狀作出間接的正面影響

- (3) 照顧者能夠參與規劃精神康復者的長遠復康計劃

## 研究建議

- 更多在照顧精神康復者時所需的資訊的講座
  - 藥物的副作用
  - 療程的功效
- 更多在照顧精神康復者時所需的技巧的講座
  - 處理病徵 (認識更多關於康復者的負性徵狀)
  - 危機處理程序 (認識更多關於康復者的正性徵狀)

## 認知行為治療的初步數據分享

- 目的
  - 測試認知行為治療是否能幫助精神康復者家屬
- 對象
  - 須要照顧精神康復的家庭成員
  - 18歲或以上（能夠閱讀及理解中文）
- 認知行為治療（Cognitive-Behavioral Coaching）
  - 八個星期
  - 由有最少三年或以上為精神康復者輔導的經驗的註冊社工進行（認可認知治療師指導介入過程）

## 認知行為治療的初步數據分享

- 問卷調查（於介入前及介入後分別進行）
  - 生活質素 [WHOQOL-BREF(HK)]
  - 功能障礙態度量表 [Dysfunctional Attitude Scale (DAS)] (Weissman & Beck, 1978)
  - 一般健康問卷 [General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)] (Goldberg, 1972)

## 認知行爲治療的初步數據分享

- 問卷調查（於介入前及介入後分別進行）
  - 功能障礙態度量表 [Dysfunctional Attitude Scale (DAS)] (Weissman & Beck, 1978)

態度／信念	完全不同意	非常不同意	有點不同意	沒有意見	有點同意	非常同意	完全同意
1 除非一個人漂亮、聰明、有錢且有創意的，否則他便不會快樂。	1	2	3	4	5	6	7

可靠性分析 (Reliability analysis): Cronbach's alpha = 0.908

## 認知行為治療的初步數據分享

- 問卷調查（於介入前及介入後分別進行）
  - 一般健康問卷 [General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)] (Goldberg, 1972)

1) 你最近是否做任何事都能集中精神?

1. 好過平時      2. 與平時一樣      3. 差過平時      4. 差過平時很多

  
0分

  
1分

GHQ-12 分數愈高，被訪者健康愈差

可靠性分析 (Reliability analysis): Cronbach's alpha = 0.954

## 認知行為治療的初步數據分享

- 初步結果

– 介入前=13人, 介入後=9人 (3男6女, 平均54歲)

↓ 進行數據分析

正在照顧患有以下精神病的康復者 (平均確診患病年期為6.3年)

精神分裂 / 思覺失調 (3位)

精神分裂 + 妄想症 (1位)

躁鬱症 (2位)

強迫症 (3位)

當中78% 的康復者覆診及服藥情況屬於穩定/無須服藥

## 認知行為治療的初步數據分享

### • 初步結果

- 介入後 GHQ-12 分數有所下降（雖然統計學上非顯著下降，但這可能與人數少有關）

	介入前 (n=9)	介入後 (n=9)	t-value (paired)	p-value
	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)		
<b>GHQ-12</b>	4.1 (4.6)	> 2.8 (4.2)	1.789	0.111
<b>WHOQOL-BREF</b>	51.8 (10.3)	52.1 (9.2)	-0.391	0.706
<b>DAS</b>	3.3 (0.7)	3.4 (0.7)	-1.214	0.259