

## 第二章 背景介紹

### 第一節 精神分裂症介紹

現代人的生活步調越來越快，因為工作、家庭、情感、生活方面的因素，使得人們的壓力增加，各種疾病也就接踵而來，長久下來都有可能演變為心理疾病。依據全民健保的資料庫顯示，在前十類重大傷病首次發生排名中，不管男性或女性，慢性精神病是僅次於癌症的第二名<sup>1</sup>。根據重大傷病經驗統計研究<sup>2</sup>，慢性精神病的男、女住院人數逐年增多，平均每年超過 200 天住院，每次平均住院日數是癌症及尿毒症每次住院日數的十倍，而平均住院費用跟其他傷病比較起來，也是最高的。

而在精神疾病中「精神分裂症」是受到最多誤解的。精神分裂症 (Schizophrenia) 主要的症狀包括思考、知覺、情感等多方面的障礙，其精神活動與現實有明顯的脫節，根據 DSM-IV-R<sup>3</sup> (1995) 描述此病會有奇怪的妄想、幻覺 (通常是聽力) 等。其它常見的症狀還有自我概念混淆、僵滯的思考及精神動作障礙 (如僵直症狀)，其病人生活適應有顯著減退，且病有 6 個月以上 (蕭文，1995)。一般來說，精神分裂症發病於青春期中 (15 歲) 至早期中年 (35 歲)，男女之發病率差不多，沒有性別上的不同。回顧過去在世界各地的調查資料，顯示定時患病率 (point prevalence) 為 0.06%~0.71%，一生患病率 (lifetime prevalence) 是 0.09%~1.1%，可見在世界各地的患病率差別不大 (曾文星、徐靜，1994)。而台灣精神分裂症盛行率差不多在千分之 3 上下<sup>4</sup> (莊明敏，1995)。

---

<sup>1</sup>2005 年時，台灣地區申請慢性精神病的重大傷病卡已達 163,546 張，佔所有重大傷病的 24.92%，僅次於癌症的數量 (全民健康保險統計，2005)。

<sup>2</sup>重大傷病經驗統計研究 (2005)，財團法人保險事業發展中心編印。

<sup>3</sup>精神疾病診斷準則手冊 (第四版)，裡面介紹了精神疾病的診斷分類。

<sup>4</sup>在台灣方面曾做過三次精神疾病調查研究。第一次是 1946~1948 年由林宗義領導，在木柵、新埔鎮與台南安平區的研究，以病例發現精神分裂症盛行率為一千人口中 2.1 例。15 年後在相同的三地區以相同方法進行調查，發現患病率略減少，一千人中有 1.4 例。第三次是 1982~1985 年間，葉英堃等人把台灣地區分成大城市、小鎮及鄉村來研究，發現盛行率分別為 3/1000、2.3/1000、2.3/1000。

本文選擇精神分裂症作為研究。一方面是此疾病較會受到特殊待遇。比較早期時患者可能會被左鄰右舍當作「瘋子」來看待，家人也因為家中有這類的病人感到羞恥，而延誤了就醫時機。與一般常人比較起來，精神分裂患者的自殺或意外事故發生較多，其實需要得到更多的關注。另一方面是因為它是一個診斷較為清楚且確定的疾病。一般人即使生活壓力過大，通常不會隨便到精神科就診，但若診斷為精神分裂症，通常是有很明顯的病徵。

## 第二節 精神分裂症用藥介紹

一般將用來治療精神疾病的藥物統稱為「精神作用藥」或「精神治療藥」，主要針對腦部的治療，其下細分為：抗憂鬱藥、抗精神病藥、抗焦慮藥、安眠藥、情緒穩定劑等，以下介紹以抗精神病藥物為主。近年來，藥品的使用量不斷的增加，由表 2.1 可知在 2001~2004 年單方藥品申報金額排行榜前 200 名<sup>5</sup>中，一些常見精神分裂用藥就佔了七名。

抗精神病劑 (Antipsychotics) 又被稱為重精神安定劑或強力鎮靜劑，依其治療特性又分為一代藥 (first-generation antipsychotics, FGA) — 「典型抗精神病藥」及二代藥 (second-generation antipsychotics, SGA) — 「非典型抗精神病藥」。由於幻覺、妄想及興奮等症狀是由於腦內一種神經傳導物質—「多巴胺」分泌過剩所引起，一代藥例如斯比樂、好度，正是用來抑制多巴胺分泌的藥物，但也會出現一些副作用，例如：帕金森氏症狀 (parkinsonism)、靜坐不能 (akathisia)、遲發性運動困難症 (Tardive Dyskinesia, TD) 等。二代藥如克慮平、里斯必妥則是為了改善一代藥的缺點而開發的藥物，其作用更具特異性 (specific)，除了可改善負性症狀，也可降低副作用 (周勵志，2005)。

目前臨床證據顯示，所有傳統抗精神病劑都有相同療效，其差異只在劑效和副作用的不同，而新藥的價格昂貴許多 (有時高達舊藥的十倍)，常有所謂成

---

<sup>5</sup>作者整理自中央健保局網站資料：醫事機構/醫事服務/藥品及特殊材料/藥品使用量分析

本效益的問題，往往也導致醫師處方時的考慮（林式毅，2005）。表 2.2 介紹四種臨床上不論是在門診或住院最常使用，也是市佔率最高的四種抗精神病藥。

表 2.1 單方藥品申報金額排行榜—精神分裂症用藥部分

金額：千元為單位/(名次)		2001	2002	2003	2004
一代藥	SULPIRIDE	352,674 (33)	343,071 (43)	324,006 (49)	327,142 (65)
	HALOPERIDOL	123,700 (130)	109,619 (175)		
	FLUPENTIXOL	116,660 (142)	114,882 (170)	109,312 (178)	108,765 (197)
二代藥	RISPERIDONE	376,497 (32)	419,397 (33)	526,192 (22)	641,028 (22)
	CLOZAPINE	242,468 (60)	232,990 (81)	218,102 (92)	254,029 (91)
	OLANZAPINE	197,375 (76)	336,771 (45)	531,490 (21)	583,136 (26)
	QUETIAPINE		115,137 (168)	213,645 (94)	362,307 (55)

表 2.2 門診、住院最常使用的抗精神病藥<sup>6</sup>

分類	主成分	中文譯名	平均支付價	適應症
一代	HALOPERIDOL	好度	\$3.18	精神病狀態、躁病、噁心、嘔吐 攻擊性與破壞性之行為障礙
	SULPIRIDE	斯比樂	\$5.16	精神病狀態、消化性潰瘍
二代	CLOZAPINE	克慮平	\$27.89	其他藥物治療失敗的精神分裂症病患
	RISPERIDONE	理斯必妥	\$34.96	精神病狀態、消化性潰瘍

<sup>6</sup>中央健康保險局網站：醫事機構/快捷查詢/健保用藥品項查詢

### 第三節 同儕效果文獻回顧

關於同儕效果的文獻，最常見的是教育方面的研究，其中大多探討國、高中生的成績、表現是否跟四周同學、甚至同儕的父母親特性有所關聯。Kang (2007) 運用 quasi-random 及工具變數的方法來研究南韓中學學生的數學成績表現，是否跟身邊同學的表現有關。研究發現若同儕表現佳，則自身的表現也會變好。他更進一步發現，成績較差的學生會物以類聚，所以他們的學習效果可能會被其他人拖累；相反的，功課好的同學也會和用功的學生互相切磋，其學習也因此進步更神速。所以在教育中的同儕效果可發現，較弱的學生可從混合分班 (ability mixing) 中得利，而能力強的學生則適合能力分班 (grouping)。另外，利用問卷調查的文獻指出，同學中父母親的平均教育程度，對中學在學生的成績有顯著的正向影響 (McEwan, 2003)。

不過也有相關文獻指出，同儕效果其實並不明顯，或根本不存在。Zimmerman (2003) 使用 quasi-experimental 方法測量同儕效果在 SAT<sup>7</sup> 上的成績，結論是同儕效果在 SAT 口語上的成績比數學成績明顯。SAT 成績中等的學生若和口語成績在 15% 以下的室友同住，可能會有較差的表現；而 SAT 成績本來就很好的學生，則不太會受到周遭同學的影響。而在個人的升學就業方面，同學之間的討論或選擇，是不是也會對自身未來的出路產生影響呢？一篇關於美國醫學院畢業生之研究，探討了同儕效果對學生學術成就，以及對他未來會選擇到哪一個專科執業之影響。結果顯示當控制特定學校的固定效果時，沒有顯著的同儕效果產生 (Arcidiacono and Nicholson, 2005)。

除了教育之外，也有與犯罪學、藥物濫用等的研究，在國內有探討雙親和周遭同學對高中生吸煙行為的影響。楊雪華等人 (2003) 對台北市某所綜合高

---

<sup>7</sup>SAT (Scholastic Assessment Tests) 測驗是由美國大學委員會委託教育測驗服務 (Educational Testing Service, 簡稱 ETS) 定期舉辦的世界性測驗，做為美國各大學申請入學的重要參考條件之一。SAT Reasoning Test 主要在測驗考生的英文程度、數學推論能力及英文寫作能力。  
資料來源：SAT 台灣網站 <http://www.sat-taiwan.com.tw/aboutsat.htm>

中高一學生發問卷，用羅吉斯迴歸分析個人、家庭、同儕等因素與吸煙的相關性，發現有越多吸煙朋友者，本身也越容易吸煙。為了減少近墨者黑的同儕效果存在，Bayer et al. (2003) 研究關於犯罪方面的同儕效果，他選取自美國 169 個少年中途之家 2 年內的 8,000 人作為樣本，研究同儕效果、個人與交互作用間的關係。強而有力的證據顯示在諸如竊盜、毒品重罪、武器犯罪等之中，存在很大的同儕效果，而同儕影響在有相同犯罪背景者之中會更大。另外也發現比起年輕的犯罪者來說，年紀較大的犯罪者影響力會更強，因為他們的犯罪經驗較豐富，更容易對年輕同儕造成不良影響。依此結果 Bayer 提議可將同齡但不同犯罪背景者放在同一個環境，以減緩犯罪的同儕效果。

除了教育和犯罪之外，還有一篇少見的文獻是探討廠商組織中同儕壓力的影響效果。內容採用問卷方式調查大台北房屋的仲介經紀人，以「個人績效」作為被解釋變數，分店內「其他人的平均績效」作為解釋變數，用兩階段固定效果模型進行估計是否有同儕效果的存在。結果顯示同儕的平均業績會對個人業績產生正面的效果，且達到統計上顯著。另外，若團體中有獎金制度，此效果相較於無團體獎金時會更明顯，表示同儕壓力是可以幫助提升個人績效的(劉育昇、于若蓉，2007)。

與醫師同儕相關的資料中，可以發現醫師中的領導者，可能會對醫生行為產生改變。Goodpastor (1996) 文章提出有兩類策略會影響醫師行為：分別是社交影響和直接行為改變策略。社交影響策略又分意見領袖、教育及參與策略等。內容指出許多研究證實，意見領袖對醫師行為的初始階段具相當影響力 (Stross et al., 1980; Thompson et al., 1983; Schaffner et al., 1983)，且開業醫師行為的改變常受教育、同儕、團體模式影響 (Mano-Negrin, 2001)。而影響醫師決策的因素在外科和內科醫生上略有不同，外科醫生主要會受同僚影響，內科醫師則最會受會議、課程及期刊的影響，且意見領袖的人格特質、醫生個人專長、年齡也會影響醫生的行為 (Mathie, 1997)。

國內有幾篇文獻是關於處方資訊回饋，研究中評估醫師藉由同儕比較回饋，是否可減少不必要的檢驗項次與醫療花費。結果指出週期性的同儕比較回饋可以改變醫師開立檢驗的行為，並且符合經濟效益，而其效力至少可以維持一年（Huang et al., 2002）。陳端容等人（2006）選取一家公立區域醫院內科的醫師分別進入實驗組與對照組，把其他醫師開立 TG（三酸甘油酯）的平均次數告知實驗組醫師，並進行深入訪談。實驗介入後，實驗組與對照組醫師平均每百張門診處方箋，開立 TG 檢驗次數無統計顯著差異，但實驗組醫師開立 TG 檢驗次數有降低趨勢。同儕資訊對位於極端值的醫師有影響，多數醫師亦肯定同儕資訊回饋對醫師行為可能產生影響。另有資料指出，醫師認為有效控制藥費支出的方法：依次為提供藥價資訊（59.43%），以及健保局公告藥價（32.03%）、提供醫師處方檔案分析資料（31.86%）最為重要，且這些資訊確實對醫師處方行為有顯著影響（林寶鳳，1995）。

相對也有研究報告提到，資訊回饋可能對醫師處方行為無影響，可能的因素有：醫師自主性很高、資訊回饋時間太短、醫師得知自己進入實驗，而使結果變得不客觀。喻小珠、黃凱琳等人（2000）以彰化基督教醫院的門診進行實驗，選擇家庭醫學科的 5 位醫師當實驗組，在 4 個月間接受自己與同事的處方行為資料，另外把疾病類型相近的內科醫師作為對照組，未接受任何資訊回饋。結論是只有四個月的同儕比較回饋，並無法減少多重用藥的情形。吳培滋（2006）用橫斷面分析法探討影響醫學中心醫師開立慢性處方箋的因素。結論為醫學中心醫師是否開立慢箋，主要是受醫師本身的慢箋開立經驗多寡，以及病患是否曾經領取慢箋的影響，與醫師的門診量、同儕的慢箋開立比例及病患合併症數目無關。

在國外的醫師回饋研究當中，發現有些文獻像是 LeBaron et al.（1997）、Fildler et al.（1999）、Bordley et al.（2000）皆指出資訊回饋會對醫師行為造成影響；但整體而言，如同 Hillman et al.（1998）、Reilly et al.（2002）、Weiss et al.

(2000) 說明，其實資訊回饋對醫生處方行為的影響是有限或不明顯的。

綜合以上文獻可知同儕效果除了在犯罪學方面大致上是顯著的之外，在教育、醫師處方回饋方面會有兩種結論，可能有同儕效果存在，或者是同儕的行為無法對自身行為造成改變。