行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點(第 3 年)
研究成果報告(完整版)

計 畫 類 別 ：個別型
計 畫 編 號 ：NSC 98-2410-H-004-112-SS3
執 行 期 間 ：100 年 08 月 01 日至 101 年 07 月 31 日
執 行 單 位 ：國立政治大學社會工作研究所

計 畫 主 持 人：宋麗玉
共 同 主 持 人：徐淑婷

報 告 附 件 ：出席國際會議研究心得報告及發表論文

公 開 資 訊 ：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2 年後可公開查詢

中 華 民 國 101 年 09 月 22 日

中 文 摘 要 ： 本研究為三年研究計劃，第一年的目的在發展復元階段量表，第二年和第三年則以優勢觀點運用於長庚日間病房和呈泰復健中心，檢視此模式對於精神障礙者復元狀況之影響以及復元統合模式之有效性。第一年以 471 個精神障礙者為研究對象，分別是 370 個來自復健中心的樣本和 101 個曾接受復健而目前穩定居住於社區的樣本。量表之發展乃參考國外文獻發展而成，本量表共有 45 題，過程要素有三個向度，包括：1)希望感(3 題)、2)障礙處理/負責任(9 題)、和 3)重獲自主性(15 題)。復元結果亦有三個向度，包括：1)社會功能/角色表現(7 題)、2)整體安康/人生滿意度(8 題)、和 3)助人意願(3 題)。每個次量表都有很好的內在一致性(α=0.80-0.95)，3 至 5 週的再測信度為 0.72。此量表亦具有良好的區辨效度，社區樣本比復健樣本具有較佳的復元狀況。研究結果呈現研究對象中有四個復元階段。此量表亦具有外在建構；整體而言，此量表的信度和效度都得到肯定，可被用於評量精神障礙者的復元狀況或評估處遇方法對於精障者之復元的成效。

兩年的準實驗研究分別針對研究對象施測五次，各次施測人數分別為 62、53、53、50、和 39。本研究分別採用量化和質化兩種方法，研究結果支持文獻上提及精障者復元的過程是一個起伏然而螺旋上升的歷程，起伏較多的是復元過程中的希望感、障礙處理度、重獲主體性，至於復元結果部分，前三次施測都逐漸提升，T4 則下降，T5 又上升。T4 施測時間正逢冬天和過年時節，可能因季節的影響和親友互動較多，引發感觸而影響其對於自身的評價。再者，無論是「時間效應」或「同時效應」，本研究皆驗證了復元統合模式的有效性，而影響復元狀況的顯著自變項則主要仍為復原力和家庭支持，普遍而言復原力仍是最重要者。質化的資料顯示研究參與者的改變相當多元涵蓋日常生活、經濟、職業/教育、社會支持、健康、休閒/娛樂、靈性、情緒、個性、人際關係、親子關係和手足關係，可謂全人全方位的變化。整體而言，此研究呈現優勢觀點有助於精障者之復元，然而其為起伏的漸進成長，需要專業人員以耐心陪伴和促進，其中希望與改變動機的激發，乃是關鍵，而專業人員更需提醒自己尊重其步調。

中文關鍵詞： 精神障礙 復元 優勢觀點個案管理 復元階段量表

英 文 摘 要 ： The first year of this study aimed to develop a scale which could be used as a valid way to show the evidence of recovery-oriented services. A 51-item

scale was developed to assess both the component processes and outcomes of recovery. A sample of 471 participants administered the questionnaire. The factor analysis yielded a 45-item scale with six subscales, including three components of process and three outcomes. The construct validity was confirmed. Each subscale has very good internal consistency (α=0.80-0.95), and the 3 to 5 weeks test-retest reliability was 0.72. The scale could significantly differentiate the rehabilitation sample and the better functioning sample. The results indicated four stages of recovery. The external construct validity was also ensured. The results supported the psychometric property of the Stages of Recovery Scale (SRS).

The scale was then further utilized in the second and third year. The investigators used a quasi-experimental design to examine the effectiveness of Strengths Perspective on recovery. The participants administered the test five times. The sample size for each test was 62, 53, 53, 50, and 39. The investigator adopted both quantitative and qualitative methods to fully capture the changes the participants experienced over a two-year period. The results indicated a pattern of spiral growth in terms of the process of recovery, especially on the subscales of hope, management of disability, and regain autonomy. Concerning the test on the applicability of the Unity Model, the results showed a positive result including both the time effects and simultaneous effects. The important predictors of recovery were family support and resilience. The qualitative data revealed plural aspects of changes, including daily life, social support, leisure, spirituality, etc. Overall, the study revealed that a spiral gradual pattern of changes. However, sometimes the sudden backward caused the frustration of professionals. The professionals in this study have learned to be more patient, respectful for the pace of each individual participant.

英文關鍵詞： Psychiatric Disability, Recovery, Strengths Based Case Management, Stage of Recovery Instrument

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 □期中進度報告 ■期末報告

精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點之運用

計畫類別：■個別型計畫　□整合型計畫

計畫編號：NSC　98－2410－H－004－112－SS3

執行期間： 98 年 8 月 1 日至 101 年 7 月 31 日

執行機構及系所：國立政治大學社會工作研究所

計畫主持人：宋麗玉教授

共同主持人：徐淑婷醫師

計畫參與人員：廖偉迪、陳湘緣、邱筠雅、龔千逢、徐于婷、楊若杰

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 _3__ 份：

□移地研究心得報告

■出席國際學術會議心得報告

□國際合作研究計畫國外研究報告

處理方式：除列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

□涉及專利或其他智慧財產權，□一年■二年後可公開查詢

中　華　民　國　101 年 9 月　　日

精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點之運用

目錄

第一章　前言……7

第二章　文獻探討……9

第三章　第一年研究方法與研究成果……27

第四章　第二年和第三年之研究設計和研究結果……50

第一節　研究方法……50

第二節　研究結果 ……57

第五章　研究結論 ……298

附錄一　復元階段量表 ……301

附錄二　復元方案評估問卷 ……304

附錄三　優點個案管理記錄表 ……312

表目錄

表一 復元階段分類比較 ……11
表二 ACT 或優點模式研究之成果(與對照組或比較組之比較) …19
表 4.1.1 量化資料施測時間、人數、與狀況 …… 52
表 4.1.2 結案原因 …… 52
表 4.1.3 基本資料表 …… 57
表 4.1.4 基本病況表 …… 58
表 4.1.5 症狀分數 …… 60
表 4.1.6 復元狀況量表 …… 61
表 4.1.7 家人/親戚的協助程度 …… 66
表 4.1.8 其他人的協助情況 …… 67
表 4.1.9 福利服務項目使用情況 ……68
表 4.1.10 心理內在力量 ……69
表 4.1.11 權能感受量表 …… 72
表4.1.12 學員各量表分數狀況 …… 76
表 4.1.13 基本病況表 …… 79
表 4.1.14 症狀分數 …… 80
表 4.1.15 復元狀況量表 …… 82
表 4.1.16 家人/親戚的協助程度 ……84
表 4.1.17 其他人的協助情況 …… 87
表 4.1.18 福利服務項目使用情況…… 89
表 4.1.19 心理內在力量 …… 90
表 4.1.20 權能感受量表…… 92
表4.1.21 學員各量表分數狀況 ……96
表 4.1.22 基本病況表…… 99
表 4.1.23 症狀分數…… 100
表 4.1.24 居住型態以及社會角色…… 101
表 4.1.25 復元狀況量表…… 104
表 4.1.26 家人/親戚的協助程度 …… 108
表 4.1.27 其他人的協助情況…… 109
表 4.1.28 福利服務項目使用情況…… 111
表 4.1.29 心理內在力量…… 112

表 4.1.30 權能感受量表 ……114
表4.1.31 學員各量表分數狀況 ……119
表 4.1.32 基本病況表 ……121
表 4.1.33 症狀分數 ……122
表 4.1.34 居住型態以及社會角色 ……123
表 4.1.35 復元狀況量表 ……125
表 4.1.36 家人/親戚的協助程度……130
表 4.1.37 其他人的協助情況 ……131
表 4.1.38 福利服務項目使用情況 ……132
表 4.1.39 心理內在力量 ……134
表 4.1.40 權能感受量表 ……136
表4.1.41 學員各量表分數狀況 ……140
表 4.1.42 基本病況表 ……142
表 4.1.43 症狀分數 ……143
表 4.1.44 居住型態以及社會角色 ……144
表 4.1.45 復元狀況量表 ……147
表 4.1.46 家人/親戚的協助程度 …… 151
表 4.1.47 其他人的協助情況 ……153
表 4.1.48 福利服務項目使用情況 ……154
表 4.1.49 心理內在力量 ……155
表 4.1.50 權能感受量表 ……159
表4.1.51 學員各量表分數狀況 ……161
表4.1.52 各變項跨時間之變化(N=39, 平均數(標準差)) ……165
表 4.1.53 各次之間的復元階段比較 ……165
表 4.1.54 復元各向度跨時間之變化(N=39, 平均數(標準差)) …166
表 4.1.55 增強權能各向度跨時間之變化(N=39,平均數(標準差)) ……168
表 4.1.56 復元各向度跨時間之變化(N=50, 平均數(標準差)) …170
表 4.1.57 復元程度五次施測結果之相關係數 ……170
表 4.1.58 復元、增強權能、復原力之相關(T1) (N=63) ……171
表 4.1.59 復元過程與復元結果之相關係數(T1) (N=63) ……172
表 4.1.60 復元過程與復元結果之相關係數(T2) (N=53) ……172
表 4.1.61 復元過程與復元結果之相關係數(T3) (N=53) ……172
表 4.1.62 復元過程與復元結果之相關係數(T4) (N=50) ……172

表 4.1.63 復元過程與復元結果之相關係數(T5)（N=39） ……173
表4.1.64 T1復元程度之迴歸分析結果(N=63) ……173
表4.1.65 T2復元程度之迴歸分析結果(N=52) ……174
表4.1.66 T3復元程度之迴歸分析結果(N=53) ……174
表4.1.67 T4復元程度之迴歸分析結果(N=50) ……175
表4.1.68 T5復元程度之迴歸分析結果(N=39) ……175
表4.1.69 T2自變項預測T3復元程度之迴歸分析結果
(N=52) ……176
表4.1.70 T1自變項預測T2復元程度之迴歸分析結果(N=52) …176
表4.1.71 T3變項預測T4復元程度之迴歸分析結果(N=50) ……177
表4.1.72 T4變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39) ……177
表4.1.73 T1變項預測T3復元程度之迴歸分析結果(N=53) ……178
表4.1.74 T2變項預測T4復元程度之迴歸分析結果(N=50) ……178
表4.1.75 T3變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39) ……179
表4.1.76 T1變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39) ……179
表 4.2.1 對優點個管模式整體想法 ……185
表 4.2.2 對六項優點原則之看法 ……190
表 4.2.3 優點個管模式服務後案主改變表……198
表 4.2.4 運用優點原則和方法的情形 ……205
表 4.2.5 目前服務的情況 ……211
表 2.4.6 關係建立及激勵 ……214
表 4.2.7 促進學習與成長 ……217
表 4.2.8 個管員改變 ……234
表 4.2.9 因應瓶頸的方式 ……237
表 4.2.10 組織面的影響 …… 243
表 4.2.11 未來持續推動優點個管模式之建議 ……245
表 4.2.12 個案改變相關內涵…… 258
表 4.2.13 個案改變之助力 ……263
表 4.2.14 個案改變之阻力 ……268
表 4.2.15 對未來的看法 …… 273
表 4.2.16 對自我的想法 …… 278
表 4.2.17 學員的改變 …… 283
表 4.2.18 改變因素 …… 289
表 4.2.19 持續改變 …… 290

表 4.2.20 心路歷程 …… 292
表 4.2.21 機構服務的影響 …… 295
表 4.2.22 對「希望花田」和「個人工作計畫」的看法 ……297

圖目錄

圖一 復元統合模式-追求生活範疇之自主性 ……22
圖二 優點個管模式準實驗研究設計……50
圖三 復元促進因素、復元階段、與復元結果之關係—時間效應 ……51
圖四 復元促進因素、復元階段、與復元結果之關係—同時效應 ……51
圖五 五次施測之復元分數變化 ……166
圖六 重獲自主性各次之平均數……167
圖七 社會功能各次平均數……167
圖八 整體安康各次的平均數……168

精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點之運用

第一章、前言

精神疾病向來被認為易傾向慢性化，特別是精神分裂症，罹患精神疾病似乎隱含病患未來晦暗不明，亦因而帶給病患家屬失落感(U.S. Department of Health and Human Services, 1999)。然而，在 1980 年代兩股力量匯聚，使得此種觀點開始產生蛻變，復元(recovery)的聲浪響起，於 1990 年代成形。此種聲浪一方面來自長期追蹤研究發現，包括瑞士、德國、美國、與日本，研究期間最少 22 年最多 35 年，綜合各研究發現，46-68%的精神分裂症患者好轉並且/或復元。這幾個研究對復元的界定是指沒有症狀、沒有服藥、沒有怪異行為、有工作、有社會關係、並生活於社區；好轉則指前者中有一項狀況仍不佳(DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1999，宋麗玉，2005)。Davidson 和 Roe (2007)指出 1969 年世界衛生組織開啟國際精神分裂症患者的前趨研究，以嚴謹的長期研究設計，在世界各國檢視結果變項，研究顯示慢性精神疾病多元的結果，其發現有 25-65%的病患部份或完全復元；儘管二項文獻的數據有所出入，然而皆呈現易慢性化之精神分裂症患者，有令人驚奇的復元結果，那麼其他類型的精神疾病更是可期。另一股力量來自精神障礙(以下簡稱精障)復元者自身故事，現身說法展現精障者復元的可能性，他們陳述如何因應症狀，逐漸好轉，重新獲得生活的希望與力量，並且在社會再度擁有身分(identity)(Deegan, 1988; Leete, 1989)，更成為精障者人權倡導者。許多精神障礙者深受這些人的鼓舞，精障者復元的潛力因而受到重視。1990 年代波士頓大學內的精神復健中心(Center for Psychiatric Rehabilitation)長期致力於相關研究與服務倡導；其執行長 William A. Anthony 在 1993 年的一篇文章提倡以「復元」為願景引導精神醫療服務，並指出未來將是「復元的十年」(decade of recovery)。美國 2003 年發布總統的心理衛生新自由委員會(President's New Freedom Commission on Mental Health)以及後來的聯邦行動計畫(Federal Action Agenda)都示諭以復元為美國心理衛生處遇最高目的(Davidson and Roe, 2007)。

既然復元為最高的處遇目的，那麼復元所指為何？關於復元的定義，目前仍存在爭議，焦點在於症狀在當中扮演的重要性，其是否必然指症狀減緩？或是指克服身為一個精神病患的負面影響(Davidson and Roe, 2007)；Anthony, Cohen, Farkas, 和 Gagne(2002)給「復元」下一個綜合定義：「一個改變態度、價值、感受、目標、技巧、與/或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。此乃一個寬廣的定義，認為無論症狀或疾病的限制是否仍在，重要的是能夠克服並開展個人的生活；此定義也意涵復元是一個全觀的概念，含括過程和結果。文獻中指出復

元的過程中有一些重要的過程要素，包括希望的萌生、接受障礙和控制症狀、能夠負起處理自己服藥和安康(wellness)的責任、有效處理障礙、發展對自己的認同(self-identity)、發展新的意義和生活目的感(Andersen, Oades, Caputi, 2003; Anthony et al., 2002; Jenkins & Carpenter-Song, 2006; Kelly & Gamble, 2005; Markowitz, 2001; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002; Turner-Crowson & Wallcraft, 2002).。筆者以國內精障者為對象的質化研究所建構的復元模式則發現三個主要的過程要素，即自己感(sense of self)、障礙處理度、以及希望、意願、負責的行動(Song and Shih, in press)。

西方學者亦致力於復元階段之探討，首先是 Spaniol 等人(2002)根據深度訪談 12 位精神分裂症患者，歸納出四個階段：深受障礙的打擊、與障礙對抗、與障礙共存、和超越障礙。Andersen 等人(2003)則根據希望、認同自己(identity)、意義、和責任承擔四個向度，建構出五個階段：茫然期(moratorium)、覺醒期(awareness)、準備期(preparation)、重建期(rebuilding)、成熟期(growth)。該研究團隊嘗試發展一個量表測量不同的復元階段，結果顯示其樣本只能區辨出三階段(Andersen, Caputi, and Oades, 2006)，不過仍是一個值得參考的工具，在實務上有其運用潛力。

在復元成為復健的目的之下，西方開始發展各種方案促進精障者復元，Salyers, Tsai, and Stultz (2007)檢視服務輸送過程，認為以復元為導向的實務應該具備下列要素：(1)認可精障者的想望和一般人一樣、(2)在處遇上以精障者之選擇為優先考量、和(3)聚焦在精障者的優勢。其也指出美國 SAMHSA 列出復元取向服務的基本元素：自我導向(self-direction)、個別化、以人為中心、增強權能、非線性、以優勢為基礎、同儕支持、尊重、責任、希望(SAMHSA, 2005)。由這些內涵可見乃是以優勢觀點增進精障者權能和促進復元的過程要素之成長。

以優勢觀點為取向的個案管理(以下簡稱優點個案管理)已運用於精障領域將近三十年，Marty, Rapp 和 Carlson (2001)指出驗證優點個案管理的八個評估研究顯示有一致的正向結果，包括降低住院次數、提升生活品質或社會功能、與增進社會支持，儘管這八個研究仍有三個為非實驗研究，其餘三個為準實驗研究，二個為實驗設計研究，未來仍需持續驗證其成效，然而目前已顯示其對於精障者有正面的影響。宋麗玉(1998)整理不同的個案管理模式，就精神原則、案量配置、與成效做綜合考量，優點個案管理模式要求每個個案管理師 20-22 個案量乃最符合復元取向與最可行者；另一個優良模式為全方位個案管理模式(PACT)以團隊個案管理運作且要求個管師和案主數比例為 1:10，在台灣可行性低。

台灣關於精障者復元之研究相當少，除了筆者之論述外，有三篇碩士論文(朱淑怡，2007；沈詩涵，2008；洪秀汝，2004)，皆為質性研究，其研究發現與既有文獻相符。筆者於 2002 年前往美國短期研究，期間於波士頓大學內的精神復健中心鑽研復元的相關文獻，接受優點個管模式訓練，並且見習以優勢觀點為基礎的復健機構與其方案，回國後為文撰寫一篇關於復元觀點之介紹文章(宋麗玉，2005)，以質性研究方法探索台灣精障者的復元經驗，並且發展出一個復元

的「統合模式」 (Unity Model)(Song & Shih, in press[a])，此統合模式含括精障者復元基石、復元過程要素、復元結果、促進復元因素、復元階段、與轉捩點，立基於系統觀點強調歷程中各種元素相互作用，匯聚為一股力量，促進精障者復元回歸為一，即自己。於今基於復元已為西方精障者復健實務的終極目的，筆者亟思促進台灣精障者復健服務更符合復元導向，統合模式中有一影響復元的因素為處遇模式，而如前所述，優點個管模式對於精障者之助益已有實證支持，在台灣則尚未於精障領域有系統性地運用，筆者期盼創造一個開端，於日間留院和精障者復健中心實際運用，並且驗證其對於精障者之復元影響，亦希望進一步藉此長期追蹤資料之量化研究，驗證先前質化研究發展之復元統合模式，因此擬以三年的時間進行精障者復元計畫，首先發展測量復元階段之工具，以用於後續評估研究，後兩年則以優點個管模式促進精障者復元，追蹤其復元階段與復元結果之變化。具體的研究目的如下：

一、立基於 Andersen 等人(2006)之工具，加以修正以發展適用於台灣精障者之復元階段量表。

二、運用優點個案管理模式於精障者復健方案，並以兩年時間評估其對於精障者之復元階段和復元結果之影響。

三、藉此長期追蹤研究資料，檢驗統合模式之實證支持度。

過去五年筆者於台灣社會工作實務界推動優勢觀點之落實，主要運用於婚姻暴力與高風險家庭關懷方案，致力於觀點之訓練、督導與評估，並已展現初步成效(宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗，2006；Song & Shih, in press[b])，如此的基礎，應有助於此復元計畫之落實與評估。

第二章、文獻探討

一、復元的定義

復元同時意涵過程與結果，就結果指標而言，復元的定義可以自主觀和客觀兩個方面來看，主觀部份，身為一個過來人，Mitchell (2001)認為復元是一個重新發現自己(self-discovery)的旅程，乃是屬於個人的，每個人因其生活經驗和生物組成而有不同的復元道路。Schiff (2003)則認為：「復元對我而言是在世界上及予他人在一起時感到平靜、快樂、舒坦、並且對未來抱持希望。它涉及運用過去負面的經驗使自己成為一個更好的人；它意指不害怕自己是誰和自己的感受，它也指能在生活中接受正向的風險，不害怕活在現在；它是關於知道自己是誰並且坦然面對。」這些描述涉及一個逐漸浮現的自己(emerging sense of self)((Deegan, 1988; Fisher, 1991)、感到平衡和完整 (Fisher & Ahern, 1999), 與生活品質改善 (Liberman & Kopelowicz, 2002), 個人成長、自我接納、和自主性(autonomy) (Andersen et al., 2003).)。Davidson 和 Strauss(1992)指出自己感乃涉及自我效能、

內控、和自尊，由其描述可看出這個概念關乎個人對自己和外界的覺察力、回應自己想望與因應外界需求達成目標任務的能力、重建自信與他人對自己的信心。筆者認為「自己」乃是一個人的全部，自己感回歸身心社會靈的整合感，與自己產生連結、接納自己和他人。

在客觀部份則涉及個人的社會生活，對外界環境的因應，重新獲得社會角色和身份，重新參與社區 (Deegan, 1988; Fisher, 1991; Fisher & Ahern, 1999)，正如 Liberman, Kopelowicz, Ventura, and Gutkind (2002)提及症狀減緩、就業功能、獨立居住、同儕關係四項指標。其具體界定如下(p. 259)：

1.症狀減緩：連續兩年在簡要症狀量表(Brief Psychiatric Rating Scale)的正性和負性症狀問項的得分各在四分以下。
2.就業功能：連續兩年至少有一半的時間有競爭性就業或就學，如果處於退休階段則能積極參與休閒、家庭或志願服務活動。
3.獨立居住：無需他人監督下自己生活，包括使用金錢、購物、準備膳食、洗衣、維持個人衛生、休閒活動；能夠自動自發行動和規劃自己的生活無需他人提醒，個人可能自己住或是有室友，在一些文化下個人可能還是與父母同住，或是因空間距離限制，接觸層面僅限電話、通信、和偶而往來。
4.同儕關係：每週至少一次與同儕碰面討論、參與社會活動、吃飯、休閒、通電話、或其他互動。

上述的獨立居住顯然著重在功能展現，居住型態則未必是個人獨居；在就業功能方面則聚焦在競爭性就業。Liberman 等人(2002)針對 55 個臨床研究者、精神領域業人員、半專業人員舉行焦點團體，試圖了解他們對這四個指標的同意度，結果有 3/4 同意獨立居住的指標、2/3 同意工作或就學的指標，半數同意症狀指標，但只有少數同意與家庭關係的指標。臨床研究者較同意有一個標準，多數實務工作者認為 recovery 是一個持續因應和努力的過程，而非達到一個特定終點。

由此可見在獨立表現和工作就學方面的共識較高，症狀和關係方面則較低，再者，很難界定明確的客觀標準(包括持續期間和程度)，因每個人的狀況不同。亦即評量復元除了客觀指標之外，仍須著重主觀感受，客觀的表現可能受環境影響，如工作機會和空間距離等，主觀的自己感則他人無法剝奪亦真實影響其生活感受。然而，無論就客觀或主觀角度檢視復元狀態，需注意其為一個非線性、來來回回歷程，可能遭遇痛苦和困難，亦可能產生內在抗拒(Spaniol, Koehler, & Hutchinson, 1994)；不過，長期觀之卻是螺旋上升。本研究將復元視為一個終極的處遇結果，並將參考文獻與筆者發展之統合模式的結果研擬測量指標。

二、復元階段與測量工具

(一) 復元階段

截至目前有五組學者針對復元階段進行研究加以分類，Andersen 等人(2003)整理文獻上的分類，加上他們自身後來的研究發現如表一。儘管各家分類有異，

但是表中亦可看出相同之處；其中 Davidson 和 Strauss (2002)是由自己感的萌生和自己的展現區分，Spaniol 等人(2002)則是自受障礙影響的程度區分，在內涵上涵括自我效能、障礙處理、社會角色獲取、意義感、與他人和環境之關係，二者之詳細內涵可見宋麗玉(2005)。

Andersen 等人(2006)乃是聚焦在心理復元(psychological recovery)，即建立完整、有意義的生活，對自己有正向感受，此乃奠基在希望感和自決；其類別的內涵如下：

1.茫然期：為退縮時期，精障者感到失落和無助。

2.覺醒期：精障者了解到並非喪失了所有，且生命目標仍有實踐的可能。

3.準備期：研判自己復元過程的優點和弱點，開始裝備技巧。

4.重建期：開始努力建立正向的自己認同，建立有意義的目標，和努力獲得生活的掌控。

5,成熟期：過著完整且有意義的生活，能夠自己處理疾病，具有複原力和正向自己感。

表一：復元階段分類比較

Andersen 等人(2003)	Davidson & Strauss (1992	Baxter & Diehi (1998)	Young & Ensing (1999)	Pettie & Triolo (1999)	Spaniol 等人(2002)
1.迷茫期		1.危機 震盪		為何是 我？	1.深受障礙 打擊
2.覺醒期	1.發掘更活 躍的自己		1.啟動復元		
3.准備期	2.建立自信 3.採取行動	2.決策 重建自立		疾病的意 義 現在呢?	2.與障礙對 抗
4.重建期	4.靈活反求 諸己	3.覺醒 建立自己 認同和互 賴	2.重新獲得 和前進	重建自己 的身分	3.與障礙共 存
5.成熟期			3.改善生活 品質		4.超越障礙

資料來源：Andersen 等人(2003)，Davidson & Strauss 與 Sapniol 等人的年代經筆者更新。

(二) 測量工具

Andersen 等人(2006)進而根據上述分類發展一份測量復元階段的量表(Stage of Recovery Instrument, STORI)，問項的發展源自檢閱表一的五篇文獻，萃取各階段的相關概念。結果為每個階段共發展出 10 個問項，共 50 題。各階段的題目都涵蓋了希望感、認同、意義、和責任的題組，如此可比較這些向度在各階段的

狀況，詢問填答者各題的陳述與其狀況符合的程度，選項為 0-5，前者為「一點都不符合」，後者為「完全符合」。該量表正式施測前試測了 6 男 4 女精神病患，正式檢驗量表的樣本為 94 人，此量表與 Recovery Assessment Scale (Corrigan & Giffort, 1999)和 Psychological Well-Being Scale(Ryff & Keyes, 1995)有同時效度，相關程度分別為 r=0.52 和 r=0.62；但是與樣本自己認為的 recovery stage 之間的一致性低(Kappa=0.5)。各向度的信度高，在 0.88-0.94 之間。但是 stage 2 & 3 以及 stage 3 & 4 之間的區辨度似乎較低，其之間的相關係數分別為 0.88 和 0.82。Cluster Analysis.呈現出三組題目，即 3 階段，不過筆者質疑此方法之正確性，其應該採用因素分析驗證此量表之內部向度結構而非 Cluster analysis。

對於其研究呈現只有三個階段，作者在討論中認為可能是題目設計無法區辨五階段，也可能是受訪者無法區辨自己在五階段的差異，其可能認為自己在較低的階段，而事實上已超越該階段，因此用詞需再修改。此量表乃根據質化研究發現，儘管量化的工具設計無法測量出其中的差異，作者仍相信質化研究結果，未來的研究方向是進一步修改此量表。筆者認為其他可能的原因為樣本數太少、或其他測量誤差，以及統計分析方法的使用錯誤。整體而言，此量表仍屬發展階段，不過仍具參考價值。

另一份量表為 Young & Bullock 發展的 Mental Health Recovery Measure (MHRM)(見 Bullock, 2005)，該量表乃立基於 Young & Ensing (1999)質性訪談精障者的研究發現，依照八個向度建構題目：克服受困狀態(overcome stuckness)、自我增權、學習和重新界定自己、基本功能、整體康復(well-being)狀態、新潛力、倡導/成長、靈性，共有 30 題。針對 279 樣本測試，整體樣本的內在一致性高(0.93)，各次向度的內在一致性在 0.60-0.89 之間，不過目前資料無法看出各向度之題數，因此無法判斷較低信度的次向度是否因題數較少之故；一週和兩週的再測信度都很高(r=0.92 和 0.91)。該量表具有同時效度，與 Rogers 等人(1997)的增強權能量表的相關達 0.67，與 Conner-Davidson (2003)的復原力量表相關達 0.73，和 Wagnild & Young (1993)的復原力量表達 0.75，與 Smith & Ford (1990)的社區生活量表相關達 0.57。此量表能夠區辨處在不同復元狀態的精障者，至於狀態好壞乃根據其參與的處遇或復元方案。此量表沒有明顯的常模，施測樣本的整體平均數為 80(SD=20)。

整體而言，此量表的題數較少，且具有很好的信度和同時效度，但是區辨效度部分仍有待釐清；再者，次向度內涵的概念較多元，即概念層次感和區分仍不清楚。筆者將列入考量，再進一步蒐集相關資料，作為發展量表之參考。

三、復元取向之相關方案

筆者在 2005 年的文獻整理後，由專業人員態度、方案內涵、與系統三方面建議復元導向的精神復健服務內涵(宋麗玉，2005)。首先，專業人員的態度為關鍵要素，主要的目標在於激發與支持精障者的復元過程，應抱持的信念和態度

為：(1)具有案主能夠由精神障礙中復元的信念、(2)能夠忍受未來結果之不確定性、(3)具備提升案主結果的動機、(4)採用激發希望的策略；重要的是相信精障者能夠進步，並且對他們抱持希望，亦能藉由其本身和週遭的資源並創造成功經驗以激發希望，然而復元過程來來回回，當精障者後退時，專業人員需能堅持信念。在方案層面，則應符合下列原則：(1)保持方案結構的彈性、(2)增加方案的選擇與價值多元、(3)雇用有復元經驗者、(4)不區隔正常-不正常的態度；亦即著重專業人員與精障者平等夥伴關係，儘量提供多元選擇並促進案主參與和選擇。在系統層面，這部份包括符合復元取向方案的可用性(availability)，以及相關服務可能較花費時間與需要彈性，服務輸送系統需要能提供組織支持，又著重非正式支持網絡建構，相關服務應能納入給付範圍等。

Salyers et al. (2007)指出以復元為導向的實務應該具備下列要素：(1)認可精障者的想望和一般人一樣、(2)在處遇上以精障者之選擇為優先考量、和(3)聚焦在精障者的優勢。其也指出美國 SAMHSA 列出復元取向服務的基本元素：自我導向(self-direction)、個別化、以人為中心、增強權能、非線性、以優勢為基礎、同儕支持、尊重、責任、希望(SAMHSA, 2005)。

復元過程中需要發展相關復健方案並促進精障者運用，Bachrach (2000)論述心理社會復健的九大概念:，筆者摘要整理如下：

1.儘管疾病存在，透過復健協助個人發展其能力到極致
2.在照顧病患過程中，環境因素相當重要，包括關乎日常生活與支持。
3.復健過程應利用病患的優勢，儘管有疾病，其自我仍有部分未受損。
4.聚焦在重新燃起希望。
5.對於病患的就業潛能抱持樂觀態度。
6.復健不侷限在工作部份。
7.復健需要病患積極涉入建立自己的復健計畫。
8.復健乃是長期的工作，需要持續照顧。
9.復健隱含病患與復健專業人員之間建立很強的個人關係(strong personal relationship)。

筆者認為其中第 3、4、和 9 項都是優勢觀點的內涵，第 7 項即是增強權能實務所強調者，而 1、2、4、5、8 項則符合復元取向。

綜合上述要素，復元取向的復健方案特色為以正常化和人本主義為根基，以優勢觀點為介入原則與策略增強案主權能，即精障者除了疾病之外，其他部分仍和一般人期盼有能夠愛與工作，有夢想和興趣嗜好，專業人員尊重肯定其個體人的根本價值，聚焦其優勢並且在目標任務追求時能夠與精障者共同構思多元選項以提供選擇，如此則能促進權能感。

四、優勢觀點之內涵

優勢觀點取向之社會工作模式(以下簡稱優點模式) 自 1980 年代於美國堪薩

斯大學社工福利學院發展出來，乃是直接挑戰兩個議題：第一、社會工作如何觀照案主?是失能和病態而需要被改變者，或是其儘管身處逆境和看似卑微，仍有其賴以存活的能力和資源?第二、社會工作如何協助案主改變其處境?直接面對問題，或是由案主的渴望和想望著手? 優勢觀點主張後者，此觀點的發展代表著一種典範轉移，而典範涉及我們觀照世界和解決問題的方法(Rapp, 1998)，以下論述其基礎觀點。

(一) 聚焦在優勢的意義與重要性

優勢觀點並非膚淺或天花亂墜地讚美，其涉及視角(perspective)的轉換，包括對於人類問題、人類發展和知識來源之看法。Weick(1992)提及人對事實(reality)的界定乃是一種社會與個人建構，也就是無法脫離個人的認知架構，其引用Gergen(1981)的論述：「所謂的事實乃是我們所相信的和他人所同意的」(p.21)。因此，一個「情況」是否被界定為「問題」取決於「誰」的觀點；既然事實是由人建構出來的，我們可以「再架構」(reframing)，寫一個不一樣的場景，由消極負向轉為積極正向，由缺失和限制轉為成就和潛能。此重要性在於如此我們相信個人的成長和改變的潛能。當人能夠看到自己的優勢，則產生一種內在的能量，具有治療的效果，因人的行為傾向與自己的認知一致，並且催逼自己趨向圓整(Weick, 1992)。

(二）相關理論與工作原則

此模式是由 Modrcin, Rapp, 和 Chamberlin (1985)發展出來，他們對人有兩項基本假定：1).有能力生活的人必然有能力使用與發展自己的潛能，並且可以取得資源；2).人類行為大多取決於個人所擁有的資源。此種干預著重於發現與使用案主的資產，而非只看到其問題與缺失，並且使用非正式的支持系統來滿足案主的需求。同時也強調案主自決與案主自己設定的目標。根據 Rapp（1998）提到優點個管模式相關的理論觀點主要為：復元（recovery）、增強權能、生態觀點、社會支持理論等，筆者與團隊成員亦曾為文介紹這些論述(宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗，2006)，**這些關點與優勢之間的關係為：優點模式乃以復元為依歸，以生態觀點為脈絡架構，以增強權能為中介變項，以非正式支持(社區資源)為養分**。茲摘要說明如下：

1.復元

優勢觀點若非以復元為終極目標，則猶如無的放矢。關於復元的定義前已述及，其關乎重新找到自己，即重新界定自己的價值並能體現主體性，重建具品質且滿意的生活。Deegan（1988）則指出復元是一個過程、生活的一種方式與態度、以及面對每日挑戰的方法，其建立在三大磐石上：希望、意願(willingness)、和負責的行動(responsible action)。優勢的發掘和展現可以激發案主的希望和行動意願，並且運用案主獨特優勢促進行動的正向結果。根據筆者的認識，優勢觀點與復元的關係如下：

- 復元是案主欲達到重建自我主體性的終極目標，所須經歷的過程與努力，優點

是復元過程中案主可以發現及使用本身內外各種資源的潛能與力量。

- 復元的渴望，即可以激發優點的運用；優點乃是本著生態觀點，積極經營個體在情境中所具有的各種內外資源，藉以發揮最大潛力和功效。
- 發掘與運用優點是方法(means)，復元是生命經歷(process)與目標(end)。

2.增強權能

個人之所以感到無力、絕望與壓迫，主要是源於環境加諸本身的壓迫與限制，增強權能之終極目的乃是促使個人主體性可以在不同的人生範疇與層面上能有所展現；因此增強權能的使力與重要性，在於其為復元的中介目標。Simon（1990）提到社會工作者不是要去增權人而是要幫助人充權自己，強調拓展案主的優勢及能力（引自 Cowger，1997；鄭麗珍，2003）。優勢觀點正可以促進個人權能之增強，筆者的增強權能策略研究(宋麗玉，2008)發現「優勢取向」乃是欲協助案主認識自身能力的兩項重要策略之一，且萃取從真誠對待到促進助人的五項完整方法；「優勢生信心」更是促進案主採取實際行動爭取權益的兩項重要策略之一，並萃取正向鼓勵與肯定和陪伴行動的兩項方法。又在協助案主認識和提升內在能力以及瞭解自己可以作選擇的部份，促進再建構和激發思考等策略內涵，亦都符合優勢觀點提出「助人關係是基本且必要的」、「個人有學習、成長改變的能力」、「焦點在於優點而不是病理」、「案主是助人關係之指導者」等四項肯定案主能力和尊重案主自決原則的夥伴關係。至於在提升案主內在能力和促進實際行動中，提升社會支持、資源生力量兩項策略均著重社區資源運用，則亦符合優勢觀點重視「社區是資源綠洲」之原則。

3.生態觀點

生態觀點認為個人與環境是互相依賴、共生共存的組織系統，個人與環境之需維持正向交流關係以利生存發展， Rapp (1998)認為個人所處的生態地位（ecological niche）是由包含居住所、朋友與同事關係、社區等所交織形成社會關係脈絡，優點個管模式的目的在於善用社區資源，去除案主的孤立與隔離，協助案主運用資源並與環境中其他個體或組織發展正向的成員關係;在資源運用方面又特別著重非正式支持資源，原因自於其存在於案主週遭，具有可親性、可近性、持續性、多元性的特性。再者，基於生態觀點下優點模式強調進入案主的生活世界，在其生態脈絡下瞭解其行為，並且進行處遇，如此方能真正協助案主與其生態網絡交流。

4.社會支持理論

根據 Walker（1977）指出社會支持網絡是指經由個人接觸而維持其社會認同，並獲得情緒支持、物質援助和服務、訊息與新的社會接觸。由此可知，社會支持網絡包含了親友、鄰居、同事、社區等非正式體系，以及專業人員所提供服務的正式支持體系，支持的形式則可分為工具性（有形或物質的協助、問題解決行動等）與情感性（心理與情緒支持、關心、鼓勵等）等面向。有效的網絡能夠提供個人的歸屬感，使個人有正向經驗和令人滿意的角色；再者社會支持在壓力事件下可發揮緩衝效應，避免負面的心理效果（引自宋麗玉，2003）。優點模式

則特別強調非正式支持的運用，因復元的重要過程要素為有一個人相信案主且不離不棄；再者復元的結果除了對自己主體的肯定之外，更是與他人之間維持合諧關係；非正式支持網絡有助於案主重建生活內涵。不過，在台灣的經驗，服務過程中正式資源之運用亦有助於個管師與案主建立關係，特別是經濟資源挹注；再者，過程中依著案主的目標，相關福利服務資源的轉介亦是必然；然而，非正式資源之探索可開展更多元的可能性和選擇。

(三) 優點原則

Rapp 等學者由先前優點模式理論觀點中歸納六項優點原則，優點個管模式中，這六項原則是規範的法律、價值的核心或一種教義，分述如下（Rapp，1998）：

1.人具有學習、成長與改變的內在能力

這項原則貫串整個模式，強調個人成長改變的能力和潛力。案主與我們一樣擁有能力、一些成就、夢想和盼望。然而我們經常對案主抱持低度期待，看見案主的優勢讓我們看到可能性，即可以採取一種「可行(can do)」的態度。

2.強調案主之優點而非病態

疾病模式的處遇焦點較強調看案主的缺失，而忽略案主優點，優點個管模式認為問題不再是問題，真正的處遇焦點在協助案主尋求建設性的方法來滿足、利用或轉化問題。肯定別人的優點，可增強個人權能(empowerment)。Disraeli 說：「你為別人所做最好的事，不是分享你的豐富，而是讓他知道他自己的豐富。」

3.案主是助人接觸過程的指導者

其意指在處遇過程中，案主要為自己做決定，個管師不應影響甚至指責案主所做的決定，更深層的意義則是案主的功能必須透過案主自己參與行動和決定的過程而重新發揮。行動的動力則來自案主的意志：願望和覺醒。案主所需的(need)是其所要的(want)，案主有權決定和明白自己的人生(生命、生活、生存)要什麼和怎麼過。目標與所要一致，即易達成。

4.案主與個案管理者的關係是助人過程中的關鍵因素

緊密的助人關係是這項模式的重要元素，這項關係伴隨案主經歷困境；這項關係可減輕案主壓力、避免或減少壓力症狀；這項關係支持案主的自信，使他/她能解決環境對個人的多重要求。在優點個管模式中個管師是類似朋友關係的專業助人者，而非過去專業權威的角色，不過 Goscha & Huff（2002）於所編製「基礎優點個案管理訓練手冊」中特別指出所謂的專業助人關係與朋友關係的不同在於：1) 協助個人時範定的目標和角色—友誼關係不是目標之一；2) 助人關係是有範圍和時間限制的；3) 助人關係主要是為達成案主的目標；4) 助人關係是有計畫和目的，朋友關係則是自然發展的；5) 案主接收到的資訊比另一方多（引自宋麗玉譯，2003）。

5.外展為較佳的個案管理模式

若要落實案主自決與運用社區資源，大多數的工作必須於社區中進行，無法只是在辦公室執行。只有當案主要求的情況下，才在辦公室碰面，不過這是少數。

以外展模式進行有助於評量和處遇，工作人員可以對案主有更真實的觀察，並可發現案主週邊的資源。

6.社區可能是資源綠洲，而非阻礙

這項原則有兩項假定：1)個人的行為和福祉決定於其擁有的資源和他人對這個人的期待；2)案主有權利運用週邊資源。工作人員可扮演資源觸煤與統整者的角色，不過此模式強調運用社區的自然(非正式)資源。

Rapp(1998)將優勢觀點與個案管理工作機制結合形成以優勢觀點為基礎之個案管哩(以下簡稱優點個管模式)，其特色如下：

1.採用個別個案管理方式，個案量通常在 15-20:1。

2.處遇乃立基在案主自決。

3.案主與個案管理師之間的關係為關鍵要素。

4.著重在非正式的社會支持資源。

5.採用外展的服務輸送模式

6.採用團隊督導方式協助個案管理師解決案主問題，並提供補充與支持。

(四) 優點個案管理模式實務運作

優點個管模式包含了實務的理論、一套運作原則以及工作方法，以下將就其工作程序與方法逐一說明（Rapp，1998；宋麗玉譯，2003）

1.建立助人關係

在優點個管處遇上是由一些非結構性、非正式與閒聊式的接觸開始，工作的地點也不限於會談室，可在案主所熟悉或喜歡的場所進行。與案主的關係是有目標的、相互的、友善的、信任的、增強權能的關係，焦點在激發案主的希望。關係建立所需要的重要行為包含：建立希望並給予尊重、尊重案主、聚焦在正向事務、慶祝事情完成和成功、陪伴案主、協助案主朝向他們認為重要的目標等，以及提倡導案主對生活的自主性、家庭成員的互動與彼此支持等。

2.優點評量

採用「優點量表」對案主進行整體評量；這是一個持續進行的工作，且做為個案管理師處遇的重要依據。優點評量以案主的想望為中心(我要的是什麼？)，在這個想望下了解其現況(現在有什麼資源)，以及過去曾經使用的個人與社會資源。評量的面向包括：個人每天的生活情境、財務、就業/教育、社會支持、健康、休閑娛樂、精神層面。具體言之，優點評量是了解案主的工具，用以協助案主陳述和發掘自身才能、資源與想望的工作方法。

3.建立個別計畫

延續著案主優點評量中以案主為中心的生活想望，個人計畫的建立是轉化想望為具體行動的工具，Rapp 也提到在優點個管模式中，個人的計畫可視為是案主與個管師所建立的共同工作時程，**個管師的任務是陪伴與協助案主設定目標、共同予意義，過程中傳遞希望，讓案主相信自己可以朝著目標不斷前進**。在個人計畫中行動依據是案主自己選擇的目標，沒有所謂不符合實際的目標，目標的陳述以案主的語言來表達而非個管師的專業語彙；每一短期行動都是指

向長期目標，並且必須不斷地省察、修正與擴張，過程中真誠的接納與持續的讚美、鼓勵是增強案主正向經驗與前進動力，目標達成時要給予獎勵和慶祝。

4.獲取資源

透過影響體系以擴展資源網絡，個案管理者必須雙重聚焦--包括個人與環境；以非正式資源為優先考量。個管師協助案主獲取資源的目的為：1)協助案主獲得資源以完成其個人目標；2)確保案主的權利；3)增加案主的優勢（Rapp，1998）。換言之，個案管理者一方面透過優點評量與個人計畫，聚焦於案主的生活情境，以協助案主改善其與環境的調和度，同時也由案主個人、行政體系、社區環境與政策等直接服務與鉅視觀點，增權案主並倡導和發展適合案主的友善環境。

5.持續追蹤與結案

在此階段中，持續的追蹤與互動，當案主目標完成，或逐漸肯定自己、建立自我生活滿足感與意義時，此時個管師也將評估案主復元狀態，開始展開結案的準備。

本研究將依循六項優點原則與執行步驟進行處遇，並且以 Marty, Rapp & Carlson (2001)所建構的「優點個管模式的要素」檢驗服務內涵與此模式之一致性。他們就「建立關係」、「優點評量」、「個人計劃」、「資源獲取」、與「組織與服務結構」五個面向共建構了 71 項指標，本研究將這些指標翻譯，並且用於針對實驗場域之專業人員，以確保模式之落實。

五、優點個案管理模式之成效

Rapp and Goscha (2004)試圖粹取精障者個案管理的有效要素，他們選擇了採用實驗設計或是準實驗設計的美國研究，排除了「密集個案管理」和「經紀人模式」，前者乃因其在不同研究的模式界定不同，後者則因運用此模式的九個研究中僅有兩個發現正向結果；最後只比較美國普遍運用的「肯定的社區處遇」(Assertive Community Treatment, ACT, 筆者認為意譯為「全方位服務模式」較佳)和「優點個案管理模式」。在其選取的條件下，含納了 17 篇 ACT 模式和 4 篇優點個管模式的評估研究，其中有 5 篇採用準實驗設計，其餘採實驗設計，追蹤期間在 6 個月至 30 個月。ACT 的研究中有 14 篇採用古典實驗設計，3 篇採準實驗設計；優點個管模式文獻中，實驗設計和準實驗設計各半，追蹤期間在 3 個月至 18 個月。比較的結果顯示 ACT 在降低在住院率方面有很好的成效(10 個研究呈現正向結果)，但是在其他非住院的結果上則是正向或是沒有改變(或與控制組無差異，對照組通常是經紀人模式)皆有，特別是在生活品質方面只有 1 個研究發現正向結果，5 個則發現無差異。優點個管模式則在減少在住院方面的結果不佳，但在其他結果指標方面則成效「較好者」多餘「無差異」(二者之比例約為 2:1)，特別是在居住、症狀、和休閒與社會接觸四方面的改善。由此可見，ACT 和優點個管模式各有其成效特點，優點個管模式的缺失在於評估研究數目仍不

足。Rapp and Goscha (2004)結論是如果將 ACT 的模式架構加上優點個管的內涵則是完美的結合，如團隊個案管理和 24 小時每週七天的服務，但是即使 ACT 的發展者都認為此模式適用在需求最多的 10-20%案主身上。因此，優點個管應該是一個可行的個管模式選擇。他們進而萃取出的有效的個案管理要素如下：

1.個管師儘量自己提供服務，而非轉介案主使用多元的正式服務；
2.自然(非正式)社區資源為主要的工作夥伴；
3.在社區工作；
4.以團隊規劃服務比團隊提供服務來得重要；
5.個管師負起主要責任提供服務；
6.個管師可以是半專業人員(社工系大學畢業者)，但是督導則必須有經驗且具專業資格者；
7.個案負荷量應該小到可以提供密集服務(有正向結果的研究中，每個個管師不超過 20 個案主)；
8.個管服務應無時間限制(如果案主有需要)；
9.案主在緊急情況下能夠找到熟悉的人協助(每天 24 小時，每週 7 天)；
10.個管師應促進案主選擇。

表二　ACT 或優點模式研究之成果(與對照組或比較組之比較)

結果指標	ACT (N=17)			優點模式(N=4)		
	較好	無差異	較差	較好	無差異	較差
再住院	10	7	0	1	2	0
居住	3	4	1	2	0	0
症狀	3	4	0	2	0	0
社會功能	2	2	0	1	1	0
職業	4	6	0	1	1	0
生活品質	1	5	0	1	1	0
物質濫用	1	3	0	NA	NA	NA
服務滿意度	3	0	0	0	1	0
自尊	0	3	0	NA	NA	NA
休閒時間	1	2	0	1	0	0
社會接觸	2	4	0	1	0	0
生活滿意度	1	2	0	NA	NA	NA

六、精障者復元之統合模式(Unity Model)內涵

筆者以質化研究方法，在兩年期間深度訪談 15 位精障者兩次，以確保其復元狀態穩定度，根據訪談資料與文獻建構出精障者復元之統合模式如圖一(Song & Shih, in press[a])。首先，復元機制的核心在於努力朝向自主(autonomy)，包括心

理和社會的生活範疇，所謂自主乃展現在基本生活功能之自立(independence)與勝任度(competence)，自立即指個體能夠在其生活的範疇中看到多元選擇並做決定，在其中有掌控感以及在社會脈絡中調整自己並且感到滿意；勝任度則是指在日常生活中的效能和成就，即日常生活基本自我照顧與照顧他人之能力。此功能狀態含括主觀的復元結果指標(自己內在的力量)和客觀的復元結果指標(外在事務表現)，以及二者之間的互動關係。

筆者依受訪者之自主性差異分類為初學者(novitiate recovery)，即類似 Spaniol 等人(2002)之「與障礙對抗」、半復元者(semi-recovery)(即「與障礙共存」)、完全復元者(full-recovery)(即「超越障礙」)；該研究之訪談對象一開始即排除了 Spaniol 等人(2002)所提之「深受障礙打擊」階段。精障者所處的階段乃是可變動的，依據文獻與受訪者之經驗，其為來來回回的螺旋上升歷程，因此所謂的階段歸屬乃是精障者在一段期間能達到的最高狀態。

圖一的底層呈現三個復元的基石：症狀減緩、心理能量(自賴、堅毅、與復原力)、與家庭支持，這三項基石整合身、心、社會三種力量支撐精障者的復元旅程，形成三個支架，缺一不可。病識感為復元的開端，症狀的減緩有助於復元過程，否則症狀或是疾病的負作用將影響精障者之覺知自己和他人。心理能量則能使精障者啟動復元的意願和行動力，並且在挫敗中重新出發。家庭支持(尤其是父母)是精障者復元的養分，幾乎每位受訪者皆提及父母不離不棄，令他們感動，激發他們想要更好予以回報。

圖中的圓圈代表個人的圓整，內中復元過程要素有三：自己感、障礙處理度、和希望、意願、和負責的行動。自己感為一種**覺知能力**，在復元的旅程中，當個體能夠覺察其所要，了解到其可以追求、選擇和行動達到目標時，他們與「自己」即開始有了接觸，亦有了一種對自己的內在掌控感。障礙處理度則指精障者能夠接受自己的障礙，並且發展各種因應方法試圖減緩障礙(包括藥物副作用)的影響，此為**因應力量**，當能夠成功因應時，則其復元結果較佳。當個體覺察自己的存在，其開始接納自己和他人，以及發展生活的目標，並且努力採取行動達成其目標；因此，希望、意願與行動則是個體自己對正向人生目標和存在意義的追求之**實踐力量**。圖中的主觀復元結果指標包括自我效能、生活品質、和生活滿意度；客觀部分則有與家人之關係、與他人之互惠關係、人際與職能技巧、參與社交活動、和展現有意義的角色扮演。

復元結果與過程之間形成互動回饋關係，然而外在環境因素可以進而影響此回饋關係，外在環境乃是一個社會支持網絡，在非正式支持方面有親密關係、互惠的友誼關係、鄰里支持、和宗教關懷與靈性激發；在正式支持方面則含括福利給付、專業人員之希望激發與協助、處遇模式、工作機會和工作中受到認可、工作場域中獲得支持。在處遇模式方面，有受訪者對照不同醫院的醫療模式，有保守和阻礙精障者邁向獨立的冒險者，有具人本關懷著重日常生活能力訓練與表現者，後者被認為較能促進其復元。

復元是一個不斷的旅程，復元的三大盤石猶如航行於上的大海，復元過程三

大基本要素為航行器的骨架，結果則猶如燃料使得復元得以繼續，環境則提供補充物，使得個體可以與外在支持網絡形成良性互動交流關係。此整合模式乃基於質化研究發現，其理論效度能有待實證支持，本研究將著重在落實有助於復元的優點個管模式，長期追蹤其對於精障者復元之影響，亦藉以檢驗統合模式。

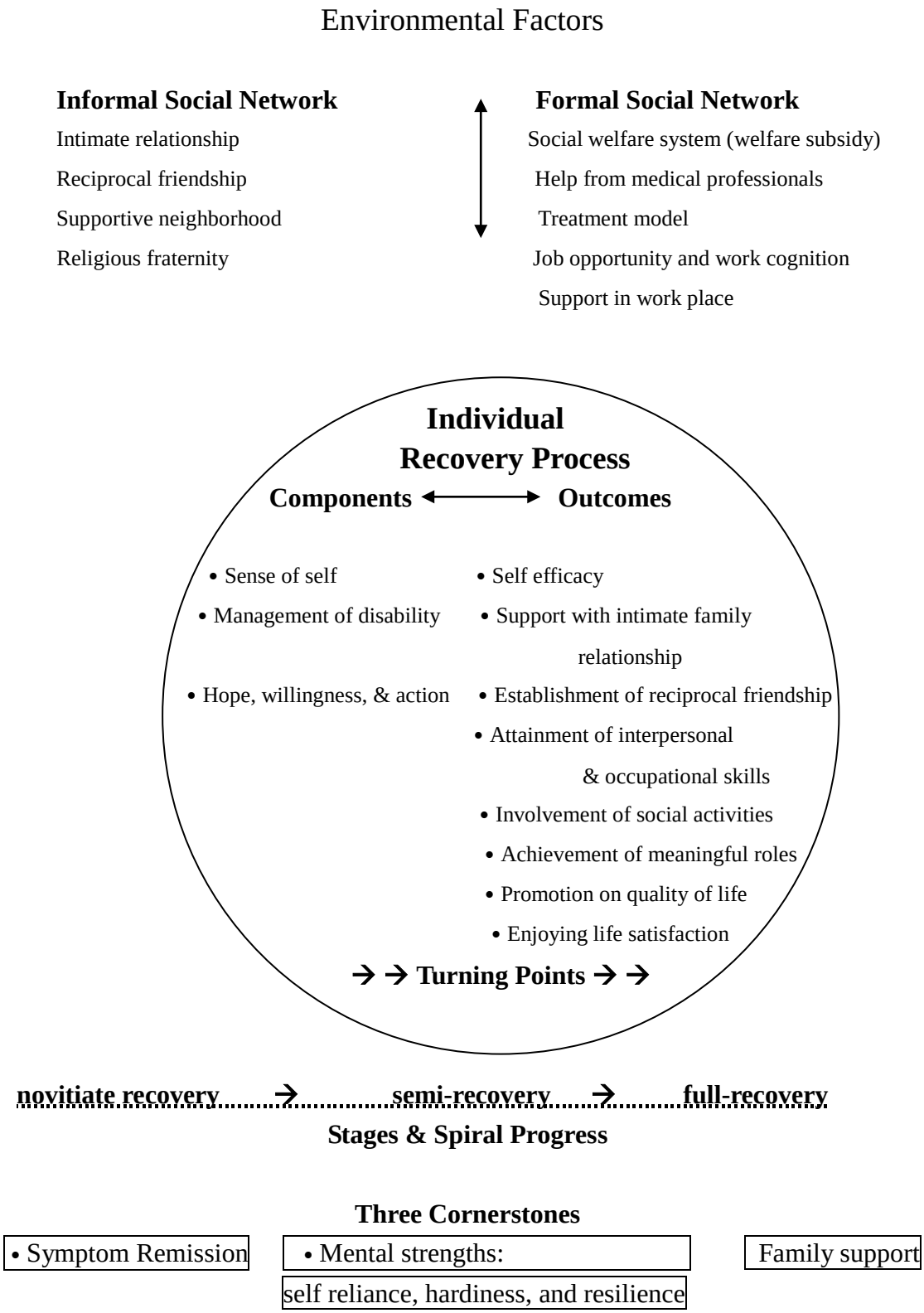


Figure 1：Unity Model of Recovery—Striving for Autonomy over Life Domain

參考文獻：

朱淑怡 （2007）。*康復之家精障者的復元內涵探討*。台灣大學社會工作學研究所碩士論文

宋麗玉(1998)。個案管理之內涵與模式--兼論其在台灣社會工作實務之應用。*社會政策與社會工作學刊，2*(1)，127-156.

宋麗玉(2003)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇。於**宋麗玉**、曾華源、施教裕、鄭麗珍著(2003)。*社會工作理論—處遇模式與案例分析 (pp.285-338)*。台北：洪葉文化事業有限公司。

宋麗玉譯（2003）。*基礎優點個案管理訓練手冊*。內政部印製。

宋麗玉(2005)。精神障礙者之復健與復元—一個積極正向的觀點。*中華心理衛生學刊，18*(4)，1-29。

宋麗玉(2008)。增強權能策略與方法—台灣本土經驗之探索。*社會政策與社會工作學刊*。2008, 12(2), 123-194**.**

宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗(2006)。優點個案管理模式之介紹與運用於受暴婦女之評估結果。*社區發展季刊*，113，146-160。

沈詩涵（2008）。*精神障礙者在就業服務中的復原與復健*。台灣大學社會工作學研究所碩士論文。

洪秀汝（2004）。*精神分裂症患者疾病復原歷程之探討*。東吳大學社會工作學系碩士論文。

鄭麗珍 (2003)。〈增強權能理論與倡導〉，載於宋麗玉、曾華源、施教裕、和鄭麗珍編著，《社會工作理論—處遇模式與案例分析》，頁 407-440。台北：洪葉出版社。

Andersen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* **37**, 586-594.

Andersen, R., Caputi, P., & Oades, P. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* **40**, 972-980.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Baxter, E. A. & Diehi, S. (1998). Emotional stages: Consumers and family members recovery from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21,* 349-355.

Bachrach, L. L. (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102,* 6-10.

Bullock, W. A. (2005). In Campbell Orde, T., Garrett, E., & Leff, S. (Eds.) *Measuring the promise of recovery: A compendium of recovery and recovery-related instruments, Part II.* The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, E., Leary, M, & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal, 35,* 231-239.

Cowger, C. (1997). Assessing client strengths: Assessment for client empowerment. In D. Saleebey (eds.,) *The strengths perspective in social work practice (pp.59-73) (2nd ed.).* White Plains, NY, Longman Publisher.

Davidson, L. and Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health, 16*(4), 459-470.

Davidson, L. and Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from mental illness. *British Journal of Medical Psychiatry, 65,* 131-145.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 11(4), 11-19.亦刊登於 L. Spaniol, M. Koehler & D. Hutchinson (1994). *The recovery workbook.* (pp. 54-59). Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University

DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1999). The Maine and Vermont three-decade of serious mental illness: Longitudinal course comparisons. In Patricia Cohen et al. (ed.), *Historical and geographical influences on psychopathology*. (pp. 331-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Fisher, D.B. (1991) Speaking out. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* **14**(4), 69-70.

Fisher, D. & Ahern, L. (1999) People can recover come mental illness. National Empowerment Center Newsletter, 8-9.

Jenkins, J. H. & Carpenter-Song, E. (2006) The new paradigm of recovery from schizophrenia: Cultural conundrums of improvement without care. *Culture, Medicine and Psychiatry,* **29**, 379-413.

Kelly, M. & Gamble, C. (2005) Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **12**, 245-251.

Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin,* 15(2), 197-200.

Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2002) Recovery from schizophrenia: a challenge fro the 21st century. *International Review of Psychiatry,* **14**(4), 245-255.

Liberman, R. P. & Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational

criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry,* **14**, 256-272.

Markowitz, F.E. (2001) Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior,* **42**(1), 64-79.

Marty D, Rapp C, Carlson L (2001). The experts speak: The critical ingredients of strengths model case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24(3): 214–221.

Mitchell, L. (2001). Discovering and maintaining recovery for the consumer (A consumer's perspective). *http://akmhcweb.org/recovery/RECOVERYMODEL.htm*.

Modrcin, M., Rapp, C. A., & Chamberlain, R. (1985). *Case management with psychiatrically disabled individuals: Curriculum and training program*. Lawence: University of Kansas School of Social Welfare.

Pettie, D. & Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: The search fro identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22,* 255-262.

Rapp, C. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness.* Oxford University Press: New York.

Rapp, C., & Goscha, R.J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 319-333.

Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.

Saleebey D (1992). *The strengths perspective in social work practice.* White Plains, NY, Longman Publisher.

Salyers, M. R., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in hospital setting. Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(2), 131-137.

Schiff, A. C. (2003). Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(3), 212-218.

Simon, B. L. (1990). 'Rethinking Empowerment', *Journal of Progressive Human Services*, 1(1): 27-40.

Song, L. & Shih, C. (in press[a]). Factors, Process, and Outcomes of Recovery from Psychiatric Disability—The Unity Model. *International Journal of Social Psychiatry.*

Song, L. & Shih, C. (in press[b]). Recovery from partner abuse: the application of the strengths perspective. *International Journal of Social Welfare.*

Spaniol, L, Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). The recovery workbook. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C. & Anthony, W. A. (2002) The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry,* **14**(4), 327-336.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). National consensus statement on mental health recovery (Brochure).

Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* **25**(3), 245-254.

Young, S. L. & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric difficulties. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*, 219-231.

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Weick, A. (1992). Building a strengths perspective for social work. In D. Saleebey (eds.) *The strengths perspective in social work practice (pp. 18-26).* White Plains, NY, Longman Publisher.

第三章、第一年研究方法與研究成果

第一年的研究目的乃在發展「復元階段量表」，該研究成果已發表於國外期刊：**Song, L** .& Hsu, S. (2011).The Development of the Stages of Recovery Scale for Persons with Persistent Mental Illness. *Research on Social Work Practice, 21*(5), 572-581. *First published on March 14, DOI: 10.1177/1049731511402218*
在此直接以刊登的版本呈現該研究的設計、具體的方法和研究結果。

The Development of the Stages of Recovery Scale (SRS) for Persons with Persistent Mental Illness

Li-yu Song & Su-Ting Hsu

Abstract

This study aimed to develop a scale which could be used as a valid way to show the evidence of recovery-oriented services. A 51-item scale was developed to assess both the component processes and outcomes of recovery. A sample of 471 participants administered the questionnaire. The factor analysis yielded a 45-item scale with six subscales, including three components of process and three outcomes. The construct validity was confirmed. Each subscale has very good internal consistency (α =0.80-0.95), and the 3 to 5 weeks test-retest reliability was 0.72. The scale could significantly differentiate the rehabilitation sample and the better functioning sample. The results indicated four stages of recovery. The external construct validity was also ensured. The results supported the psychometric property of the Stages of Recovery Scale (SRS). It could be utilized for both assessment and evaluation to document the evidence of a recovery-oriented program, collectively or individually.

Keywords: Recovery, Stage of Recovery Scale, Persistent Mental illness

Introduction

Recovery has become the ultimate goal of treatment for persons with persistent mental illness in the West (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Liberman & Kopelowicz, 2002). As recovery becomes the primary treatment goal, one issue that emerges is how we assess the progress. Such a measure is desirable as evidence-based practice is now emphasized. For example, in the document prepared by The Evaluation Center@HSRI, four measures were included to assess the recovery-promoting environments, including personal, administrative, and treatment levels (Campbell-Orde, Garrett, & Leff, 2005). In addition, some researchers have focused on the differentiation of stages of recovery and the measurement of those stages (Andersen, Oades, & Caputi, 2003; Davidson & Strauss, 1992; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002).

The development of such a measurement needs the guidance of a clear definition of recovery. From the consumer's perspective, personal recovery is a unique and individual journey of self-discovery; it does not mean "to be cured," but it is about recovering to a new sense of self and of purpose within and beyond the limits of disability (Deegan, 1988). Anthony, Cohen, Farkas & Gagne (2002) defined recovery as "a unique personal process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life, with or without limitations caused by the illness" (p.31). These descriptions imply that recovery is a holistic concept, which covers both processes and outcomes. However, the existing measures of recovery have not fully assessed both, and none has the cutoff scores to differentiate the stages of recovery. Therefore, the investigators aimed to develop a scale to fully measure both the components of process and outcomes of recovery, and to further use the scale score to indicate a stage of recovery. The goal was to create an instrument which can be used to show the evidence of recovery-oriented services.

Conceptual definition of recovery

Based on the literature, recovery is a holistic concept, including component process and outcomes. The important components in the recovery process include the emergence of hope, acceptance of the disability and becoming able to cope with the symptoms, taking responsibility of own wellness, effective management of own disability, developing a self-identity with potential, and developing a new meaning and sense of purpose for life (Andersen, et al., 2003; Anthony et al., 2002; Jenkins & Carpenter-Song, 2006; Kelly & Gamble, 2005; Markowitz, 2001; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Spaniol, et al., 2002; Turner-Crowson & Wallcraft, 2002). Song & Shih (2009) summed up the components as emerging sense of self, management of disability, and hope, willingness, and action.

The recovery outcomes can be evaluated from both subjective feelings and attitudes and objective performance of functioning. Subjective feelings and attitudes include an enhanced sense of self (Davidson & Strauss, 1992; Deegan, 1988; Fisher, 1991), feeling balanced and having a sense of wholeness (Fisher & Ahern, 1999), improved quality of life (Liberman & Kopelowicz, 2002), personal growth, self-acceptance, and autonomy (Andersen et al., 2003). Among these, sense of self is a key element. According to Davidson and Strauss (1992), it connotes self-efficacy, internal control, and self-esteem. Objective performance of functioning is demonstrated by involvement with the outside world and includes: enhanced social functioning, regaining social role, and participating in the community (Deegan, 1988; Fisher, 1991; Fisher & Ahern, 1999; Liberman, Kopelowicz, Ventura, and Gutkind, 2002; Song & Shih, 2009).

Stage of recovery and measurement

Regarding the stages of recovery, Davidson & Strauss (1992) categorized the stage based on the sense of self, including discovering a more active self, taking stock of self, putting the self into action, and appealing to self. Spaniol et al. (2002) differentiated the stages from how well the consumer handled the disability. They derived four stages: overwhelmed by the disability, struggling with the disability, living with the disability, and living beyond the disability. Andersen et al. (2003) focused on psychological recovery and categorized the progress of recovery into five stages based on four key component processes: finding and maintaining hope, the reestablishment of a positive identity, finding meaning in life, and taking responsibility for one's life. The five stages they derived were: moratorium, awareness, preparation, rebuilding, and growth. Although there are different ways of categorizing the stages of recovery, there are similarities among them according to Andersen et al. (2003). Moreover, it is noteworthy that the stage a consumer reaches might be tentative since recovery is a journey of spiral progress (Deegan, 1988; Song & Shih, 2009).

There are existing instruments which measure recovery. Among them, the stage of recovery instrument (STORI) (Andersen et al., 2003) is the only one which attempted to differentiate the stages of recovery. The scale is comprised of 50 items and has established an important basis for assessment to capture the rich information on the recovery process. STORI also has good concurrent validity in that the scale scores had a significant and high correlation with other measures, such as Recovery Assessment Scale (RAS) and Psychological Well-Being Scale. However, in the STORI, the discriminant validity among the stages could not be ensured, and the sample size was relatively small (N=104). Furthermore, recovery outcomes were not measured.

There are other existing measures of individual recovery. Campbell-Orde, Garrett, & Leff (2005) collected nine measures in the document *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures, Volume II*. Among these measures, seven of them had been empirically tested. The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0) was a 38-item scale developed by the Colorado Health Networks Partnership. It contains such domains as *hope, coping with symptoms, daily functioning, quality of life,* and *treatment satisfactions*. The initial test was based on a sample of 576 consumers and staff. The scale domains had good internal consistency (range=0.79-0.90), and the test-retest reliability at eight days interval ranged from 0.69 to 0.76. The scale's external construct validity was demonstrated by a high correlation between the scale scores of the Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and the Wisconsin Quality of Life Index (WQLI).

The Illness Management and Recovery (IMR) scale was initially tested on 50 adults with severe mental illness and 20 clinicians. It contains 15 items with good test-retest reliability (0.82) but not very satisfactory internal consistency (0.70 < 0.80). The client version scale score significantly correlated with the Colorado Symptom Inventory (r=0.38), the Recovery Assessment Scale ((r=0.54), and the Multnomath Community Ability Scale (r=0.48). Thus, the concurrent validity of IMR was partially confirmed based on the rule that the correlations should be larger than 0.50 (Monette, Sullivan, & DeJong, 2008).

The RAS (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) consisted of 41 items and was tested with 35 consumers with psychiatric disability. It is a five-factor scale, including personal confidence and hope, willingness to ask for help, not dominated by symptoms, goal and success orientation, and ability to rely on others. The RAS has the same drawbacks as the STORI.

The Mental Health Recovery Measure (MHRM) (Bullock, 2005) is a 30-item scale and was tested on a sample of 279 cases. The scale is comprised of eight subscales: overcoming stuckness, self-empowerment, learning and self-redefinition, basic functioning, overall well-being, new potentials, spirituality, and advocacy/enrichment. The scale covers some recovery outcomes and has good concurrent validity.

The Ohio Mental Health Consumer Outcomes System (Ohio Outcomes System) focused on measuring recovery outcome instead of process. The adult consumer form A contains 67 items with domains of quality of *life, health and symptom distress, overall empowerment,* etc. The scale was tested on a large size of sample (nearly 1,500) with good internal consistency on the subscales (0.77-0.93). The scale had discriminate validity with other constructs, such as the Beck Depression Inventory

and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

The Peer Outcomes Protocol (POP) measures *outcomes of recovery* and other related concepts such as *employment satisfaction, community satisfaction, program quality of life, program satisfaction*, etc. It is a 241-item scale and was initially tested on 100 consumers. It had good internal consistency on the subscales, but less satisfactory test-retest reliability (0.47-0.85, interval: two-weeks or less).

Finally, the Reciprocal Support Scale measures only one element of the recovery outcome. It is a 14-item scale and was tested on 80 adults with mental illness. It had high internal consistency (0.95) and significant correlation (r=0.28) with the self-esteem scale derived from the Ohio Outcomes System.

The existing scales have established some important items of recovery. However, there were some limitations among the scales. First, some scales focused on the component of process (e.g. STORI), some on outcomes (e.g. Ohio Outcome System), and some covered only part of both (e.g. RAS, MHRM); however, it seems that none fully measured both the process and outcomes of recovery. Second, except for the CROS 3.0 and Ohio Outcomes System, the sample size used did not reach the standard of 300 as required for scale development (DeVellis, 1991). Third, the external construct validity had been tested in most of the scale. However, neither discriminant validity among different stages or levels of recovery has been examined, nor cutoff scores developed for stages. Since recovery involves both process and outcomes, the investigators maintain that both should be included in a measure to fully reveal a consumer's status. Since recovery-oriented programs have gained popularity in this field, the instrument with acceptable psychometric property is necessary to demonstrate the effectiveness of various programs. The investigators aimed to expand the examination on different types of validity and to develop the cut-off scores for stages of recovery.

Method

This study followed the eight steps of scale development proposed by DeVellis (1991), including clarifying the definition of the concept, generating an item pool, determining the format of measure, having initial item pool examined by experts, inclusion of validation items, administering items to a development sample, evaluating the items, and optimizing scale length. The goal was to develop a self-administered scale. This study has approved by the Institutional Review Board at the Chang-Gung Hospital in Taiwan.

Generating an item pool

The scale items were developed based on the concepts of the component processes and the outcomes of recovery. The former included nine components: hope,

willingness to cope, taking responsibility, management of disability, sense of self, new meaning/purpose, self-determination, awareness and potentiality, and competence (confidence, pursuing life goals). The latter included four elements: better social functionning and social roles, overall wellbeing, life satisfaction, and helping others. During the process, the existing three scales (STORI, RAS, and MHRM) served as important references for the investigators to generate the items. Initially, 70 items were derived and submitted for review by five experts who have some knowledge in recovery. Two of the experts have studied recovery at the Center for Psychiatric Rehabilitation in Boston; one has read extensively on the subject and has promoted recovery-oriented service; and two have been practicing recovery-oriented service. They were asked to rate the adequacy (yes or no) and importance (1 to 5) of each item and to suggest the changes in wording and the new items. The items were retained if at least three experts rated it as adequate and with an average score of importance at least four. As a result, sixteen items were deleted during the process. Four items were found redundant and were combined into two, and four additional items were suggested by the experts.

A 56-item scale was thus formed and pilot tested on 35 consumers in two rehabilitation centers, one in Northern and one in Southern Taiwan, to gather their opinions and input on the items and to ensure that wordings were comprehensible for them. The frequency distribution of each item was examined to ensure enough variability captured. The discriminatory power (DP) score of each item was calculated (Monette, Sullivan, & DeJong, 2008). Four items with a DP score less than 0.50 were deleted. The process yielded a 51-item scale for the final test which included the 31 component process items and 20 outcome items (see Table 1). Responses were measured with a four-point Likert-type scale, with response categories as: never (0), seldom (1), sometimes (2), and often (3).

Participants

Participants for this study were persons with severe mental illness (consumers) living in the community. Criteria for sample selection were: 1) Consumers must have been at least 18 years old and hospitalized at least once since the onset of illness; 2) Consumers must have a diagnosis other than neurosis, substance abuse, personality disorder, or dementia due to any cause. To increase the variance in the status of recovery and for the examination of discriminant validity, two types of samples were recruited. One sample consisted of those who were participating in the activities in a psychiatric rehabilitation center (*Rehab sample*). The rehabilitation center in Taiwan serves the purpose of enhancing participants' social functioning. The members in the rehabilitation center are comprised of consumers in various states in terms of symptom control and functioning. The second sample consisted of those who once

were members of a rehabilitation center but are now living in the community with a life goal, engaging in continuous social participation, and have not been hospitalized within a year (*Better Function sample*).

A list of all the rehabilitation centers was established and the centers were contacted for their participation in the study. There were 34 centers in Taiwan, and 24 of them agreed to collaborate with the investigators. They asked their members' willingness to fill in the questionnaires and contacted those who fit the criteria for the Better Function sample. They also helped arrange the time for data collection in the center. The questionnaire was filled out by participants, with a research assistant present to clarify questions. As a result, 370 consumers completed data for the Rehab sample, and 101 for the Better Function sample. Among them, 55 agreed to take the test again within three to five weeks. Each subject was given a voucher (worth US$6.30) to a convenience store as a payment.

Variables and Instruments

A self-administered questionnaire was designed to collect the data. In addition to the recovery scale instrument, the questionnaire also included demographic variables and illness variables to depict the sample characteristics. Since social functioning, empowerment, and life satisfaction were individual elements of recovery outcomes based on the Unity model of Recovery proposed by Song & Shih (2009), they were used as the criteria variables for testing the external construct validity. If the scale truly measure recovery, the scores should highly correlated with these three measures.

Demographic variables included sex, actual age, education (less than high school, high school, and at least some college), marriage (yes/no), and living arrangement (living with family members, relatives, or friends; living alone; living in halfway house).

Illness variables included diagnosis (schizophrenia, affective disorder, other), age of onset, number of hospitalizations since onset, number and length of hospitalizations within the past two years, and taking psychiatric medication (yes/no). The information was based on participants' self report.

Empowerment was measured by the scale developed by Song (2006). It is based on the original scale of Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean (1997) and further expanded and tested by using the samples in Taiwan. There are eight dimensions among the 34 items, including self-efficacy and internal control, external control, interpersonal communication skills, interpersonal assertiveness, social assertiveness, social political resources and influence, social political power, and social political action. The scale used a four-point Likert-type scale, with response categories ranging from strongly disagree (1) to strongly agree (4).The scale has good psychometric properties, and the internal construct validity was confirmed. The scale could

discriminate the power scores among social work educators, social workers, and clients. In addition, the external construct validity was ensured by the significant association with participation in group activities, role opportunity and support, and life satisfaction. The internal consistency of the entire scale was 0.95, and the three weeks test-retest reliability was 0.80 (Song, 2006). The Cronbach's alpha for the data in this study was 0.92.

Social functioning was measured using a 36-item scale designed for testing on persons with mental illness (Song, 2001). The scale had seven subscales: social/withdrawal, interpersonal communication, independence-ability, independence-performance, recreation, pro-social, and occupation/employment. Each subscale had an acceptable reliability (α =0.52–0.86), given the number of items, and each had good test-retest reliability (γ =0.75–0.94). The interrater reliability between consumers and their caregivers, internal construct validity, and discriminant validity (consumers vs. their siblings) have been confirmed. The scale has been widely utilized as an evaluation tool in both research and practice in Taiwan. The Cronbach's alpha for the data in the current study was 0.88.

Life satisfaction was measured by a scale of seven items developed by Song (2006). The scale captured the level of satisfaction on various life aspects of living status, work, finance, interpersonal relations, children's status, self-competence, and external environment. Items were phrased in ways such as: "I am satisfied with my living status." The participants rated each item among four categories: strongly disagree (1), disagree (2), agree (3), and strongly agree (4). The construct validity of this scale was ensured by its significant correlation with level of empowerment (γ =0.66), and the Cronbach's alpha was 0.80. The Cronbach's alpha for the current study was 0.86.

Data Analysis

The investigator used SPSS software to conduct the analyses. In addition to the descriptive analysis, the following analyses were performed:

Factor analysis. Common factor analysis with varimax rotation was conducted to examine the factor structure of the scale. The criteria for the decision of the number of factors was an eigenvalue greater than 1, and for the retention of items was factor loading greater than 0.4.

Reliability test. Cronbach's alpha was calculated to test the internal consistency of items for the entire scale and factors.

Cluster Formation. Two steps of cluster analyses were performed. First, initial cluster analysis, using Ward's method (hierarchical cluster analysis), was conducted on the entire sample to derive the initial cluster solutions. The classification was based

on the Euclidean distances between consumers on the score of recovery dimensions. Cluster centers (the means for each factor) were examined for each cluster solution alternative. Also, discriminant function analyses and one-way ANOVA were performed to help decide the best solution according to the following considerations: 1) whether significant differences existed among clusters on each factor of the recovery scale, 2) the number of consumers in each cluster, and 3) the rate of accurate classification (hit ratio). The cluster solution that maximized differences among clusters was decided to be the best solution. Second, the cluster solution derived from the previous stage was internally validated using K-Means cluster analysis. In this procedure, a priori cluster solutions and cluster centers were specified with constrained solutions (not allowing updating the cluster centers). The coefficient of agreement, Kappa, was computed for the previous classification and K-Means constrained solutions. High Kappa value indicated high validity of cluster solution derived from the previous step.

Pearson correlation. This was used to determine the test-retest reliability and to examine the external construct validity of the recovery scale.

Discriminant function analysis. This analysis was used to test the discriminant validity of the recovery scale, to determine if the scale could differentiate the Rehab sample and Better Function sample.

Multiple regression analysis. This method was used for the external construct validity by testing the multiple correlations among the criteria variables and the recovery score. Recovery score was used as the dependent variable, and empowerment, social functioning, and life satisfaction were independent variables. These independent variables were simultaneously entered into the analysis.

Multivariate analysis of variance (MANOVA). The analysis was conducted for further testing of the external construct validity by examining if the stage of recovery could differentiate the three criteria variables: empowerment, social functioning, and life satisfaction. The criteria variables were treated as dependent variables, and the stage of recovery as the independent variable. Scheffe's test was used to compare the means among groups.

Results

Sample characteristics

Among the 471 subjects, 55.6% (n=262) were male. The mean age was 36.96 (SD=9.60), with a range of 18 to 68 years old. The majority (n=240, 51.1%) had a high school education, and 28% (n=132) had some college education. Most were not married (n=361, 76.6%), and only 7.4% (n=35) were married. Just over two-thirds (n=322, 69%) were living with their family, relatives or friends; 25.7% (n=121) were living in a halfway house; and 5.1% (n=24) were living alone. Only 24.8% (n=117)

were employed (part-time or full time).

The predominant diagnosis was schizophrenia (n=339, 72.0%), followed by affective disorder (n= 105, 22.3%). The average age of onset was 24.59 (SD=8.85). The mean number of hospitalizations since onset was 3.67 times (SD=4.2). A very high percentage (n=460, 97.7%) of them took psychiatric medicine regularly. Within the past two years, the mean number of hospitalizations was 1 time (SD=1.61, median=1.0; range=0-20). The mean length of hospitalization was 2.64 months (SD=5.04, median=0.55, range=0-36).

Factor structure of the recovery scale

Prior to examining the factor analysis, the discriminatory power (DP) score of each item was examined. With the exception of items 14 and 23 (DP=0.67 and 0.35, respectively), the rest of the items each had a DP score larger than 1.3, which was acceptable (DP$\geqq$1.0, Monette, Sullivan, & DeJong, 2008).

The measure of sampling adequacy (MSA) among the items was 0.97, and Barlette's test was significant (p=0.000), indicating that the items were suitable for factor analysis. The MSA for each item was very high, except for items 14 (0.80) and 23 (0.62). Since the two items also had a low DP score, they were deleted from the following analysis. In accordance with the rule of item retention (loading$\geqq$0.4), items 13, 39, and 41 were deleted. Also, item 33 was cross-loaded on both factor 1 (0.410) and factor 4 (0.406); thus, it was deleted. The remaining 45 items yielded a high overall MSA (0.94), and the MSA for each was above 0.94. The results revealed a six-factor structure, with 57.8% of the variance among the items explained (see Table 1).

The first factor, *regaining autonomy*, was comprised of 15 items. They represented multiple concepts of the component process, including sense of self, competency, finding new meaning/purpose, awareness and potentiality, and self-determination. The second factor was named *disability management/taking responsibility*. It was composed of three components: taking responsibility, willingness to cope, and management of disability. The third factor, *overall well-being*, was a dimension of recovery outcome. The eight items represented a status of self-acceptance, inner serenity, and satisfaction of current life situation. The fourth factor, *social functioning/role performance*, was another dimension of recovery outcomes, which measured social interaction, demonstration of interpersonal engagement, and reciprocity. *Sense of hope* was the fifth factor, and it represented the subjects' positive expectations about their mental illness and themselves. The last factor, *helping others*, captured the willingness and positive experience of helping. The last four factors confirmed the original design of the concept and its items. The first two factors were a combination of related concepts as described above.

Regaining autonomy, disability management/taking responsibility, and sense of hope were the components of recovery process. *Social functioning/role performance*, *overall well-being*, and *willingness to help* were elements of the outcomes. The correlations among the subscales ranged from 0.47–0.79. The total score of recovery significantly correlated with the subscales, with a range of 0.71–0.95. The mean of total scores was 96.17 (SD=29.36, skewness=-0.637), with a range 0-135.

[Table 1]

Reliability of the scale

The internal consistency (Cronbach's alpha) for the entire scale was 0.97. Each factor also had very good internal consistency (α =0.80–0.95) (see Table 1). The three to five weeks test-retest reliability was 0.72 ($p < 0.05$, N=55) for the entire scale.

Exploration of discriminant validity

In exploring whether there was a significant difference on the recovery score between the *Better Function sample* and the *Rehab sample*, investigators found that the difference in characteristics between the two samples mainly stemmed from employment and social functioning. *The Better Function sample* had a higher employment rate than *the Rehab sample* (79.2% vs. 10%). Moreover, the mean score of social functioning was significantly higher for the *Better Function sample* (71.03 vs. 66.49). The two subsamples were not significantly different on the demographic variables, illness variable, living arrangement, empowerment, and life satisfaction. The results of the discriminant function analysis showed that the *Better Function sample* had significantly higher recovery total score than the *Rehab sample* (Mean=101.29 vs. 94.78, t=-1.982, $p < 0.05$). The *Better Function sample* also had higher mean score on regaining autonomy and overall well-being than the *Rehab sample* (see Table 2). The results seem contradictory to the fact that no significant difference on empowerment and life satisfaction between the two groups was found. The reason might be that the empowerment scale measured various domains of power, including intrapersonal, interpersonal, and social-political. *Regaining autonomy* overlapped only with the dimension of self-efficacy and internal control on the empowerment scale. The correlation between *regaining autonomy* and empowerment was 0.57. *Overall well-being* was more subjective in the appraisal of self; whereas life satisfaction measures were more specific in objective life domains. The two overlapped but were different concepts, and the Pearson correlation coefficient between the two was 0.58.

[Table 2]

Classification of recovery stage

The hierarchical cluster analysis (Ward's method) yielded two potential cluster solutions—four-cluster and three-cluster. Further examination using discriminant

function analysis revealed that the four-cluster solution was best while considering the number of consumers in each cluster and the rate of accurate classification. The differences on each of the six dimensions of recovery scale were significant among the four clusters. The initial cluster solution was further verified using K-Means cluster analysis. The solution based on the Ward's method was confirmed by the K-Means cluster analysis, with the agreement coefficient (Kappa) between the two in terms of participant classification being 0.844. The hit ratio was 96.8% based on the four-cluster solution yielded by the K-Means. This was a 2.42 times improvement over chance in terms of the classification of the participants (Hair, Anderson, Tatham, 1987, p.89-90). The number and percentage of subjects in each cluster is shown in Table 3. There were significant differences ($p < 0.05$) between groups on all the dimensions of recovery. Scheffe's tests indicated that the differences were: stage 1< stage 2< stage 3< stage 4. (see Table 3). The higher stage revealed improvements on both the process components and outcomes of recovery over the previous stage. For the purpose of comparison among the factors, the score of each factor was computed by taking the sum score divided by the number of items within each factor. As shown in Table 3, the participants in stage 1 had the lowest mean score on all of the factors of recovery. Each stage had a progressively higher mean score. Stage 1 was named *overwhelmed by the disability*, stage 2 was named *struggling with disability*, stage 3 was named *living with disability*, and stage 4 named *living beyond disability*.

[Table 3]

The investigators further developed the cutoff scores for each stage based on the range and distribution of recovery total score within each stage. The ranges of recovery scores were: stage 1, 0–64 (n=49); stage 2, 54–104 (n=140); stage 3, 84–128 (n=165); and stage 4, 118–135 (n=117). As can be seen, there was overlap between stages in the range of scores (see Figure 1). An approximate cutoff score was decided by examining the distribution and making as minimal a number of shifts in stages as possible. For example, the cutoff score for stage 1 was decided to be 57, which resulted in two participants originally in stage 1 (with scores of 58 and 64) regrouped into stage 2, and seven participants originally in stage 2 (with scores of 54, 56 and 57) regrouped into stage 1. Thus, the cutoff scores for each stage were: stage 1, 0–57 (n=54); stage 2, 58–90 (n=136); stage 3, 91–119 (n=161); and stage 4, 120–135 (n=120). The Kappa between the classifications based on K-Means solution and the one based on the new cutoff scores was 0.89 ($p <0.05$), indicating a high consistency between the two.

[Figure 1]

External construct validity

The investigators examined the correlations between recovery and empowerment,

social functioning, and life satisfaction by using both the total score and the recovery stage. The recovery score was significantly correlated with all the three measures, with Pearson γ being 0.61, 0.57, and 0.49, respectively. Furthermore, a multiple regression analysis was performed to examine the multiple correlations among the three measures and recovery by taking into account sex and diagnosis (using affective disorder as the reference group). All the independent variables were simultaneously entered into the model. After six outliers were deleted from the analysis, the results showed that the model was significant (adjusted R2=0.573, $p < 0.05$) (see Table 4). Sex and diagnosis were not significant ($p>0.05$). Empowerment, social functioning, and life satisfaction were the significant correlates of recovery ($p<0.05$), with empowerment being the most important one (Beta=0.416).

[Table 4]

MANOVA was conducted to see if the linear combination of empowerment, social functioning, and life satisfaction could differentiate the subjects in different stages of recovery by include sex and diagnosis as control variables. The results revealed the model was significant for each of the three measures. Differences among participants in different stages were significant on empowerment, social functioning, and life satisfaction, respectively (see Table 5). Scheffe's tests further revealed that the direction of differences was as expected: Stage 1< stage 2<stage 3<stage 4. As shown in Table 6, the scale scores of stage 1 and stage 2 were below the average of the respective scale; those of stage 3 and stage 4 were above average. The results remained very similar to those using the stages derived by the cutoff scores. The findings indicated that both the recovery total score and the recovery stage had external construct validity.

[Table 5 and Table 6]

Discussions and Implications

The preliminary analysis confirmed the psychometric property of the Stages of Recovery Scale (SRS)

The SRS measured both the component processes and the outcomes of recovery. The component processes include three dimensions: regaining autonomy, disability management/taking responsibility, and sense of hope. The outcomes of recovery cover overall well-being, social functioning/role performance, and helping others. The results demonstrated the internal construct validity of this 45-item scale. The internal consistency of the scale was high. The preliminary discriminant validity was also confirmed for the total score. The external construct validity was ensured through both the bi-variate and multiple correlations between the total score and empowerment, social functioning, and life satisfaction. Most importantly, a four-stage solution was found in this study that confirmed the categories of stages proposed by

Spaniol et al. (2002). Cutoff scores for each stage were developed to facilitate the utilization of the scale in practice. Moreover, the external construct validity was also ensured for the stages since the results showed that different stage groups reach significant differences on empowerment, social functioning, and life satisfaction.

The stability needs to be further tested

The stability of the SRS was less satisfactory (0.72), which might be due to a longer interval (three to five weeks) between the two tests, allowing real changes to occur. On the other hand, perhaps the measure itself is not stable. Deegan (1988) mentioned that the recovery process is not a linear or successive movement of growth but includes setbacks and splits. Such a phenomenon might pose the challenge of ensuring the stability of this measure. A shorter interval (e.g., one week) might be used to examine the test-retest reliability in the future study.

The limitation of this study

The study sample was mainly drawn from rehabilitation centers, possibly comprised of consumers who had reached a certain level of stability and functioning. In other words, those who were completely recovered or were in the worst situations might not have been included**.** However, the investigators had asked the agency to recruit consumers at different levels of function. As shown in the results of the stages of recovery, some were classified as overwhelmed by the disability (total score=0-57, n=54). Future studies could apply the scale to the consumers at stage one or fully recovered to further test its validity.

The utilization of SRS

The SRS could be utilized for both assessment and evaluation. It would reveal the status of consumers in both the recovery components and outcomes. The subscale scores could indicate the relative strengths and weaknesses of a particular consumer and suggest the directions for improvement. Long-term progress can be mapped out by using either the total scores or the stages of recovery. Since a 45-item scale might be considered long, the practitioners could select only the subscales pertaining to either processes or outcomes, according to their purposes. The long scale might also undermine the quality of self-report data and some of the items might inevitably induce social desirability. Therefore, careful checking for each participant’s response pattern and cautious clarifications are necessary in administration of the scale. The scale was developed based on universal concept of recovery and thus the items are not designed for specific cultural background. Nevertheless, the responses to the items might vary in different cultural and ethnic background. For example, although the investigators found no empirical direct comparison, persons with persistent mental illness in Taiwan have suffered higher social stigma, had more family support, and engaged in fewer recreational and pro-social activities compared to Western societies.

These factors might have affected their responses. Thus, future validations on different cultural and ethnic communities are necessary for cross-cultural utilization. With good psychometric property of this scale, the investigators hope that this scale could provide the social work field with an instrument to document the evidence of a recovery-oriented program, and to portray the individualized and bountiful journey of recovery.

References

Andersen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 586-594.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Bullock, W. A. (2005). In Campbell-Orde, T., Garrett, E., & Leff, S. (Eds.) *Measuring the promise of recovery: A compendium of recovery and recovery-related instruments, Part II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

Campbell-Orde, T., Garrett, E., & Leff, S. (2005). *Measuring the promise of recovery: A compendium of recovery and recovery-related instruments, Part II.* The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. & Keck. L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 1035-1041.

Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from mental illness. *British Journal of Medical Psychiatry, 65*, 131-145.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Fisher, D. B. (1991). Speaking out. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 14*(4), 69-70.

Fisher, D. & Ahern, L. (1999). People can recover come mental illness. National Empowerment Center Newsletter, 8-9.

Hair, J. F., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1987). Multivariate data analysis (2nd ed.). New York: MacMillan Publishing Company.

Jenkins, J. H. & Carpenter-Song, E. (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: Cultural conundrums of improvement without care. *Culture, Medicine and Psychiatry, 29*, 379-413.

Kelly, M. & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 245-251.

Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge fro the 21st century. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 245-255.

Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 256-272.

Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness:

Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior, 42*(1), 64-79.

Monette, D. R., Sullivan, T. J. & DeJong, C. R. (2008). *Applied social research: Tool for the human services* (7th Ed.,). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9-22.

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8): 1042-1047.

Song L. (2001). The Development and Validation of a Social Functioning Scale: A Focus on Practice Applicability. *Formosa Mental Health Journal, 14(*3), 33-65

Song L (2006). The development and validation of an empowerment scale. *Social Policy & Social Work, 10*(2):49-86.

Song, L. & Shih, C. (2009). Factors, Process, and Outcomes of Recovery from Psychiatric Disability—The Unity Model. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), *348-360.*

Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C. & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 327-336.

Turner-Crowson, J. & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(3), 245-254.

Table1: The factor structure of the recovery scale **(N=470)**

Factors and items	**DP Score**	**Common-ality**	**Factor loading**
F1: Regaining autonomy; eigenvalue=6.41(14.25%), α =0.95			
21. I still can work toward my goals despite my mental illness.	1.85	0.717	0.658
22. I can still find focus in my life despite my mental illness.	1.85	0.694	0.634
24. I know what my goal is when I do things.	1.78	0.621	0.585
26. I can still try new things despite my mental illness.	1.72	0.580	0.575
25. When I do things, I can clarify the situation and make decisions.	1.77	0.605	0.568
31. I can reach my goal as long as I make effort.	1.83	0.641	0.565
28. I think positively about my future.	1.89	0.658	0.551
16. I am capable of doing things despite my mental illness.	1.54	0.565	0.531
15. Even though I may still have a mental illness, I value myself as a person of worth.	1.55	0.493	0.514
29. I can overcome my mental illness by using my own abilities (strengths) or the help from others.	1.69	0.576	0.488
27 I believe that I will have a better future, even though the current situation may not necessarily fit my expectation.	1.70	0.556	0.483
19. I just started to think about how to make my life more meaningful.	1.63	0.578	0.480
17. I know how to live my life, despite my mental illness.	1.65	0.516	0.455
30. I can use my own abilities or the help from others to eliminate social stigma about mental illness.	1.81	0.501	0.440
20. I have learned something through my mental illness.	1.55	0.432	0.410
F2: Disability management/taking responsibility; eigenvalue=5.98 (13.28%), α =.92			
10. I have tried some ways to improve my situation.	1.49	0.646	0.678
5. I am willing to use any way possible to improve my situation.	1.41	0.654	0.655

9. I am accountable for the results of my behaviors and decisions.	1.49	0.617	0.653
8. I make an effort to enrich my life.	1.55	0.645	0.635
6. I strive to improve my symptoms through my own effort.	1.47	0.589	0.583
4. I am willing to use any way possible to improve my symptoms.	1.37	0.589	0.567
7. I strive to take care of my own daily life.	1.34	0.594	0.563
12. I try to seek opportunities for fulfillment.	1.52	0.554	0.555
11. I try various ways to cope with prejudice.	1.58	0.461	0.541
F3: Overall well-being; eigenvalue=5.11(11.35%), α =0.91			
48. I live a happy life.	1.78	0.735	0.743
47. I am satisfied with the life that I have now.	1.82	0.675	0.730
46. I am happy with my life, structured as it is now.	1.80	0.653	0.697
44. I am at peace with myself.	1.90	0.623	0.554
42. I feel good about myself.	1.80	0.610	0.530
18. I like the way I am now.	1.62	0.420	0.511
43. I live a life like others.	1.75	0.604	0.489
45. I don't feel lonely.	1.78	0.483	0.462
F4: Social functioning/role performance; eigenvalue=3.76(8.37%), α =0.85			
36. I try to make new friends.	1.71	0.538	0.559
35. When my family, relatives, or friends are in need, I help them.	1.79	0.609	0.544
40. I have my own duties at home.	1.68	0.460	0.492
37. I go out to participate in social activities (e.g. go to movies or concerts.)	1.31	0.365	0.466
34. When I am in need, my family, relatives, or friends will help me.	1.60	0.465	0.452
38. I participate in activities held by social groups (e.g., go to church, parties, tour.)	1.29	0.329	0.444
32. I know how to talk to or engage with people.	1.73	0.541	0.420
F5: Sense of hope; eigenvalue=2.68(5.95%), α =0.80			
2. I believe that someday I will be normal again.	1.28	0.536	0.594
1. I believe that, as long as I receive treatment or rehabilitation, my mental illness will improve.	1.31	0.542	0.571
3. I believe that I still have the opportunity to demonstrate my abilities, despite my mental illness.	1.31	0.533	0.501

F6: Willing to help others; eigenvalue=2.07(4.60%), α =0.89			
50. I am willing to help others in need if I have the opportunity.	1.73	0.823	0.694
51. I know the pleasure that comes from helping others.	1.76	0.711	0.588
49. I can still help others despite my mental illness.	1.85	0.678	0.547
Variance explained=57.80%，Overall scale α =0.97			

Table 2: Results of discriminant validity

Factors	Group[a]	N	Means	SD	T Value (df)	P Value
Total score	0	370	94.78	29.82	-1.982	**0.048**
	1	101	101.29	27.13	(469)	
Regaining Autonomy	0	370	2.12	0.74	-2.021	**0.045**
	1	101	2.28	0.65	(176.083)	
Disability management	0	370	2.24	0.72	-1.909	0.058
	1	101	2.38	0.64	(173.790)	
Overall well-being	0	370	1.95	0.81	-2.110	**0.035**
	1	101	2.13	0.74	(469)	
Better social function	0	370	2.00	0.74	-1.722	0.087
	1	101	2.13	0.63	(182.078)	
Sense of hope	0	370	2.23	0.77	-.888	0.375
	1	101	2.31	0.77	(469)	
Helping others	0	370	2.15	0.89	-1.091	0.276
	1	101	2.26	0.80	(469)	

Note: a: 0=Rehab sample, 1=Better Function sample

Table 3: Scores of Recovery by Stage (Mean (SD))

Scale score	Stage 1 (n=49)	Stage 2 (n=140)	Stage 3 (n=165)	Stage 4 (n=117)	Total (N=471)
Total recove Score[a]	39.88 (13.80)	75.61 (11.17)	106.84 (9.30)	129.31 (4.92)	96.17 (29.36)
Autonomy[b]	0.87 (0.44)	1.67 (0.41)	2.42 (0.35)	2.90 (0.17)	2.16 (0.72)
Disability Management	1.01 (0.52)	1.88 (0.52)	2.54 (0.37)	2.90 (0.18)	2.27 (0.70)
Overall Well-being	0.74 (0.38)	1.49 (0.50)	2.16 (0.53)	2.85 (0.22)	1.99 (0.79)
Social Functioning	0.92 (0.48)	1.58 (0.50)	2.22 (0.44)	2.76 (0.26)	2.03 (0.72)
Hope	0.93 (0.65)	1.98 (0.58)	2.42 (0.59)	2.88 (0.26)	2.25 (0.77)
Help others	0.87 (0.63)	1.54 (0.61)	2.52 (0.55)	2.99 (0.06)	2.17 (0.87)

Note: a: The total recovery score was the sum of all the 51 item score. b: For the purpose of comparisons among the factors, the score of each factor was computed by taking the sum score divided by the number of items within each factor.

Table 4: Regression analysis on recovery total score (Valid N=464)

I.V.	β	SE. of β	Beta	T value	P value
Constant	-57.708	7.475		-7.720	0.000
Sex	2.676	1.749	.047	1.529	0.127
Diagnosis		2.104			
Schizophrenia (1)	-3.129		-.050	-1.487	0.138
Other (1)	-4.894	4.027	-.040	-1.215	0.225
Empowerment	0.855	0.085	0.416	10.047	0.000
Social Functioning	0.744	0.074	0.349	10.102	0.000
Life Satisfaction	6.861	1.779	0.154	3.856	0.000
R^2 (adjusted)=0.573; $F_{(6, 475)}$=105.47；p=0.0000					

Table 5: The results of analysis of variance on empowerment, social functioning, and life satisfaction by stage of recovery

Dependent variables	Source	df	Mean of Variance	F	P	Eta square
Empowerment	Corrected Model	6	6064.05	53.08	0.000	0.411
	Intercept	1	1431062.40	12525.92	0.000	0.965
	Stage	3	11652.17	101.99	0.000	0.401
	Sex	1	923.14	8.08	0.005	0.017
	Diagnosis	2	62.00	0.54	0.582	0.002
	Error	457	114.25			
Life satisfaction	Corrected Model	6	8.94	30.42	0.000	0.285
	Intercept	1	1230.52	4187.95	0.000	0.902
	Stage	3	17.39	59.19	0.000	0.280
	Sex	1	0.58	1.96	0.162	0.004
	Diagnosis	2	0.10	0.35	0.705	0.002
	Error	457	0.29			
Social Functioning	Corrected Model	6	4263.99	34.39	0.000	0.311
	Intercept	1	698629.76	5633.96	0.000	0.925
	Stage	3	8158.68	65.79	0.000	0.302
	Sex	1	60.54	0.49	0.485	0.001
	Diagnosis	2	167.53	1.35	0.260	0.006
	Error	457	124.00			

Note: Scheffe's tests indicated significant differences between groups on all three scales: Stage 1<Stage 2<Stage 3<Stage 4.

Table 6: Scores of empowerment, social functioning and life satisfaction by stage (Mean (SD))

Scale score	**Stage 1 (n=49)**		**Stage 2 (n=140)**		**Stage 3 (n=165)**		**Stage 4 (n=117)**		**Total (N=471)**	
Empowermen	**82.43**	**(14.45)**	**90.77**	**(9.80)**	**100.44**	**(10.62)**	**107.59**	**(12.83)**	**97.47**	**(13.97)**
Social Functio	**53.59**	**(11.94)**	**62.65**	**(11.85)**	**68.95**	**(10.23)**	**76.95**	**(11.82)**	**67.47**	**(13.31)**
Life Satisfaction	**2.27**	**(0.69)**	**2.66**	**(0.52)**	**2.92**	**(0.54)**	**3.30**	**(0.59)**	**2.87**	**(0.64)**

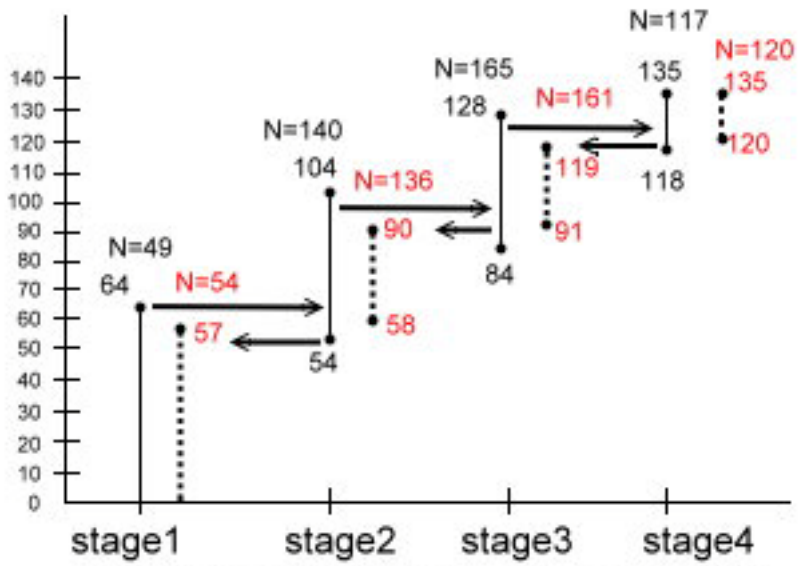


Figure 1: The Illustration of Cut-off Scores Derivation

Note: The solid line represented the membership based on K-means solution; the dotted line represented the membership based on the new cutoff scores.

第四章、第二年和第三年之研究設計和研究結果

第一節、研究方法

一、研究設計

本研究採用準實驗研究設計，於高雄長庚日間留院和呈泰社區復健中心落實優點個管模式，並就復元統合模式的相關變項進行施測，施測點為實驗剛開始時和之後第六個月、第九個月、第十五個月施測一次，兩年內共施測四次，研究設計如圖二。

實驗方案步驟：

本研究將於兩個機構以系統性的執行優點個管模式，並明確訂出以復元為導向。方案以機構現有的學員為研究對象，實施步驟為：

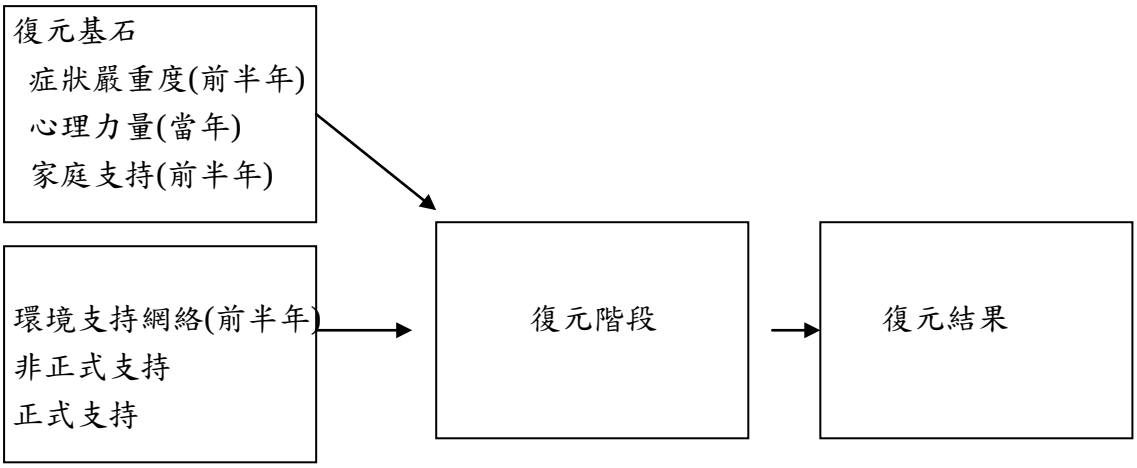
1.優點個管模式初階訓練—針對機構之專業人員進行兩天訓練。
2.與機構專業人員討論方案修改內涵與執行步驟和發展相關檢視表格。
3.專業人員開始落實於每日處遇。
4.機構內部定期進行內部督導—前三個月每週一次，之後每月兩次。
5.機構外部督導—前三個月兩週一次，之後每月一次。
6.檢視模式忠實度—將翻譯 Marty 等人(2001)之優勢觀點忠實度指標，提供給予專業人員，定期檢視服務是否符合優點個管模式。
7.進行優點個管模式進階訓練—視專業人員實施過程中衍生之需求而設計進階課程。
8.持續追蹤並施測出院或離開機構之學員。

實驗組： O_1 x O_2 x O_3 x O_4

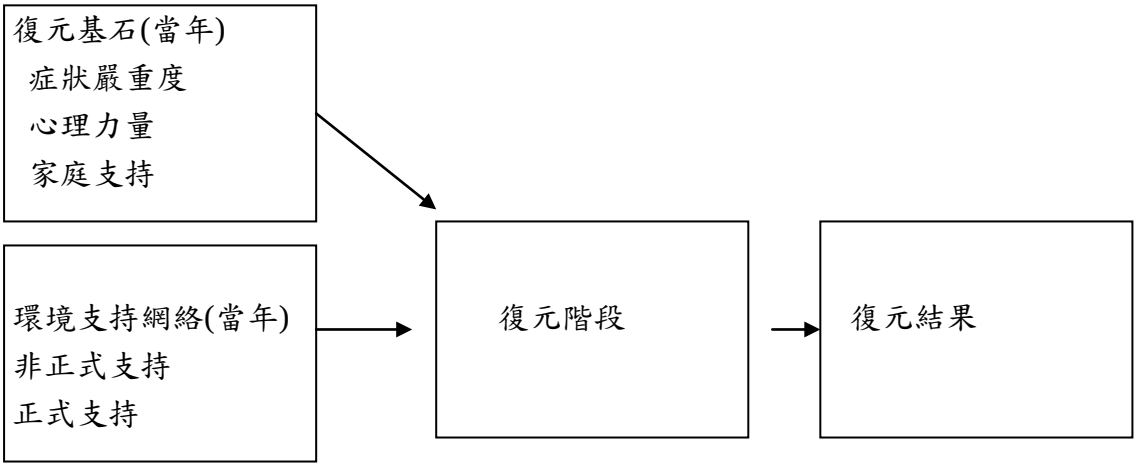
O_1: 實驗起點；O_2：實驗第 6 個月；O_3：實驗第 9 個月；O_4：實驗第 15 個月

圖二：優點個管模式準實驗研究設計

第二年與第三年主要目的在檢視優點個管模式之實施對於精障者復元階段與復元結果之影響，第二目的為檢驗復元統合模式，因此將追蹤精障者復元階段與結果，共進行四次施測。就第二個目的而言，本研究根據統合模式演繹出三個假設模式，第一個模式中檢驗時間效應，即半年前之症狀、家庭支持與環境支持，以及半年前之復元階段和復元結果對於現在復元階段之影響，進而影響現在的復元結果(見圖三)。第二個模式則是檢驗同時效應，即在基石變項和環境支持變項方面都是當年狀態，並檢驗其對當年復元階段和復元結果之影響(見圖四)。第三個可能的模式為時間效應加上同時效應，則是同時放入半年前與當年的基石變項與環境支持變項。筆者假設心理力量部份應該較穩定，因此只檢驗當年狀態的影響，這部份可藉由各施測點結果之一致性程度再予以修正。



圖三：復元促進因素、復元階段、與復元結果之關係—時間效應



圖四：復元促進因素、復元階段、與復元結果之關係—同時效應

二、研究對象與來源

實驗的對象為復健機構的學員，在診斷上排除老年癡呆症和同時有物質濫用者(含藥物濫用和酗酒)，共進行五次施測；每次施測人數和各次之間的未施測之原因如表 4.1.1 所列。由於協助本研究填答問卷需花費一些時間，本研究給予完成問卷之學員和協助施測的個管員每位 200 元禮卷，作為酬謝。

此計畫實施後，研究期間共有 20 位結案，其中 4 位乃為衛生署之關懷訪視方案個案，因呈泰日間復健機構未持續承接該方案為結案；因正向改變而結案者有 7 位，因其他個人因素而結案者有 9 位。詳細的原因可以見表 4.1.2，含括想全時間在社區生活、因疾病狀況、動機較低、違反機構規定、其他身體疾病、經濟因素為而能持續參與復健、失去復健信心。

表 4.1.1：量化資料施測時間、人數、與狀況

項目	施測時間	施測人數	未施測之狀態
第一次施測	2010/8/02～2010/8/13	62 位	不適用
第二次施測	2011/2/18～2011/3/4	53 位	• 關懷訪視方案結束：4 位 • 退出此計畫：3 位 原因：狀況良好而結案(1 位) 難與之工作(1 位) 因補習而未到機構(1 位) • 病況不穩、無法施測：2 位 • 後來加入，施測時間未到(1 位)
第三次施測	2011/6/27～2011/7/8	53 位	如前
第四次施測	2012/1/02～2012/1/13	50 位	新流失個案之狀況： • 退出此計畫：1 位 原因：沒有動機改變 • 結案後未接受施測：2 位
第五次施測	2012/6/18～2012/6/30	39 位	施測未到之個案：11 位

表 4.1.2：結案原因

結案說明	結案學員
因方案結束(4 位)	關懷訪視方案結束： (結案時間：99.12.31)
接受服務後有正向的改變，而結案(7 位)	到復建中心而結案： • 『學員復元狀況良好，參與優勢後沒多久後想到 xx 社區復建中心』(退出時間：99.09.29) • 至『康復之友協會』(結案時間：99.12.06) • 至『高醫社區復健中心』(結案時間：100.5.19)
	• 找到工作，穩定就業 3 位： 結案時間：100.07.14、100.11.01、101.04.09 • 穩定參加職訓 1 位(結案時間：101.03.26)
其他個人因素 (9 位)	• 受症狀影響且慢性化，難以會談討論自己的事物： (結案時間：99.08.30) • 因爲喝酒違反日間規定：(結案時間：99.12.30) • 沒有改變動機：(結案時間：100.2.18) • 家庭經濟因素，須照顧公公，故無法持續到院也無法進行

	結案訪談：（結案時間：100.3.17） • 脊椎不佳，開刀治療需在家靜養：（結案時間：100.4.18） • 想回歸社區生活：（結案時間：100.5.25） • 工作不順利，對復健中心失去信心：（結案時間：100.10.18） • 搬至嘉義與家人同住：（結案時間：101.04.03 但因人在嘉義未進行結案訪談） • 動機較低，狀況不佳且服藥不規律：(結案時間：101.04.09)

三、施測工具

(一)量化部分

施測內容乃根據復元統合模式而規劃(見附錄二)，人口變項、疾病變項、復元階段和復元結果與第一年的問卷內容相同，除此之外將增加影響復元之因素，包括三項復元基石和環境支持網絡變項，以下約略陳述目前的構想：

(1) 精神症狀嚴重度—採用 Mental Health Iventory (Berwick, Murphy, Goldman, Ware, Barsky, & Weinstein, 1991)，只有五題。計分方法乃將第 2 和第 4 題分數反向計分，之後將各題分數加總，分數越高代表症狀越嚴重；17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大，需要被關注。

(2) 復元狀況—乃採用本研究計畫第一年發展之復元狀況量表(Song & Hsu, 2011)，該量表共有 45 題，過程要素有三個向度，包括：1)希望感(3 題，1, 2, 3)、2)障礙處理/負責任(9 題，4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. 11, 12)、和 3)重獲自主性(15 題，13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)。復元結果亦有三個向度，包括：1)社會功能/角色表現(7 題，29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)、2)整體安康/人生滿意度(8 題，16, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42)、和 3)助人意願(3 題，43, 44, 45)。計分方式：此為四分的總加量表形式，選項包括：從未(0)、偶爾(1)、有時(2)、經常(3)。將各題分數加總，分數越高代表復元狀況越好。根據量表分數可分為四種復元階段，且各階段的常模為：0-57 分為第一階段(深受障礙打擊)、58-90 為第二階段(與障礙對抗)、91-119 為第三階段(與障礙共存)、120-135 為第四階段(超越障礙)。量表各向度都有很好的內在一致性方面—「希望感」(0.80)、「障礙處理/負責任」(0.92)、「重獲自主性」(0.95)、「社會功能/角色表現」(0.85)、「整體安康/人生滿意度」(0.91)、與「助人意願」(0.89)。三到五週之整體量表再測信度為 0.72。因素分析結果顯示各向度都具有內部建構效度，各題項與其所屬的向度之間的相關都在 0.40 以上。這份量表也具有區辨效度，亦即功能良好組的復元總分顯著地高於社區復健組。在外部建構效度方面，此量表總分與增強權能分數、社會功能、和生活滿意度三變項整體上有顯著相關性(控制了性別和診斷)，可解釋的復元總分變異量為 57.3%；再者，處

在不同復元階段量表的樣本，其在權能分數、社會功能和生活滿意度也都達到顯著差異。

(3)社會支持—分別就家庭支持、朋友支持、鄰居支持、以及專業人員支持加以測量。家庭支持的項目含括工作、活動、金錢和物品、資訊、陪伴、談心等方面的支持，選項為從未(0)、偶爾(1)、有時(2)、經常(3)。其他來源之支持則詢問過去半年內學員由他們所獲的支持足夠的程度，由非常足夠(1)到非常不夠(5)。另外則詢問其朋友數目和是否有親密伴侶。

(4) 心理力量—採用 Wagnild and Young (1993)年發展之復原力量表，後來修改之 14 題版本，且是經其認證過的中文翻譯版。將受試者在各題勾選之分數加總即為總分。

(5) 權能感受—以宋麗玉(2006)發展量表計 34 題加以測量，共有三個層面和八個因素，包括個人層面的「自我效能與內控」和「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、與「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、與「社會政治行動」。此為四分的總加量表形式，從非常不同意(1 分)、不同意(2 分)、同意(3 分)、到非常同意(4 分)，分數越高則權能感越強，其中有五題(第 9、10、11、12、21、27 題)需反向計分。此量表具有內部因素建構效度和區辨效度，亦有初步的外部建構效度，整體量表內在一致性達 0.95，三週後再測信度為 0.80，並發展出四種高低權能類型的常模。本研究測量資料的內在一致性為 0.92。

(二)質化部分

筆者建構下面的訪談大綱，分別探索提供服務的個管員其推動優點個案管理的經驗，以及觀察到的學員改變狀況，前後共進行兩次訪談，第一次在計畫開始後的三個月，第二次與第一次之間相隔一年。另外，亦針對 11 位結案之個案進行訪談，探索其對於自身改變的看法和促進其改變的因素。以下分別呈現訪談大綱。

A. 個案管理員之訪談大綱

一、個人背景

（一）請描述您從事精神障礙者服務工作的經驗（工作經歷、服務年資）

（二）在參與優點個管模式之前，您對精神障礙者提供處遇，處遇的方向和方法為何?

二、優點個案管理模式的執行歷程

（一）態度面

1.當您剛聽到優點個管模式時有何想法？

2.在您剛執行優點個管模式時，所抱持的態度及所扮演的角色功能為何？

3.執行優點個管模式以來的這段期間，您對優點個管模式的態度有否轉變？什

麼因素使你改變？

4.您現在對於優點個管模式整體上有何想法？

5.就您個人的價值觀而言，您對於六項優點原則有何看法?

6.您認為案主在接受優點個管模式服務後有何改變？

（二）操作執行面

1.您運用優點原則和方法的情形為何？（包括正面和負面，最常或容易使用的、較不常或有運用困難的）

2.進行服務（情）狀況如何?（工作程序：關係建立、優點評量與個人計畫、資源獲取等）

3.在執行方案時，您會使用哪些技巧或方法和案主建立關係、或激勵案主的行動力？她們對這些技巧與方法的反應為何？

三、對優點原則的看法與其對個人的影響

（一）執行優點個管模式對您個人部份的影響為何？（含自我觀感、人際關係、工作方法等）

四、機構組織面

（一）執行優點個管模式是否曾面臨一些衝突或服務困境，若有，您的因應方式與所獲得的支持（含機構內外）為何？

（二）實施優點個管後，整體而言，對組織造成了什麼樣的影響？

您對未來持續推動優點個管模式有何建議和看法？

B. 結案之個案質化訪談大綱

1,你對於未來有什麼看法？

2.你對於自己有什麼感受與想法？

3.回想我們剛認識的時候你的狀況，你覺得現在自己在哪幾方面不一樣了？

4.能否請你再進一步說明你改變的心路歷程：

5.如果有一些改變，你覺得未來可以持續嗎？

6.你覺得我們機構的服務（內容和方法）對你的影響是什麼？

7.你對於我們整個過程中所使用的「希望花田」和「個人工作計畫」有什麼看法？

四、資料分析方法

(一)量化部分

1. 描述性分析：以描述性統計資料(百分比、中數、平均數、標準差等)呈現樣本

在各量表問項回答與整體量表分數之分佈狀況，以及樣本基本資料。

2. 皮爾遜積差相關分析(Pearson Correlation)：檢驗連續變項之雙變項相關程度。

3. MANOVA repeated measures：用以檢視研究對象在復元階段量表分數之跨時間的變化是否達到顯著。

4.複迴歸分析：用以檢驗概念之間的關係，驗證本研究假設的三個模式。

(二) 質化部分

在深度訪談過程中，筆者將徵詢受訪者的同意進行錄音，以忠實紀錄他們的談話內容，若受訪者不同意，筆者將在訪談中簡單紀錄，之後立即寫下訪談內容。完成每一位訪談將立即將錄音帶內容整理成逐字稿，並進行登錄(coding)。另外，本研究將將透過下列方法確保資料的確實性、可轉換性與可靠性(胡幼慧、姚美華，1996)：

1)確實性—乃指所蒐集的資料是否是真正想觀察的以及反映受訪者真實的狀況。筆者在訪談前將就訪談大綱與研究同儕與實務工作者討論，並且進行試訪以使所問的問題更能切中主題，也符合受訪者的語言；訪談之前與受訪者建立信任關係；在訪談過程中觀察受訪者的非語言表現以了解其回答的真實性 (吳芝儀、李奉儒，1995)；登錄後的分類與命名將與研究同儕相互討論以確保能真實反映資料內涵；將分類結果寄給受訪者，請他們確認適切性。

2)可轉換性—即是能夠將資料作有效的描述以反映真實現況，這涉及對資料的熟悉與深度描述，筆者將不斷地檢視描述與原始資料以確保可轉換性。

3)可靠性—即訪問內容的內在一致性，這與前面的確實性相互關聯性，經由信任關係的建立與非語言訊息的觀察將有助於可靠性的確立，筆者在撰寫報告中也將詳實交代資料蒐集與分析的過程以供判斷資料與結果的可靠性。

本研究的分析方法將依循 Strauss 與 Corbin (1990)的下列三步驟：

1)開放登錄(open coding)—即是將觀察、字句、與段落打散並檢視，經由不斷地比較與問問題，予以命名以發展概念類別，以及類別的屬性(properties)與面向(dimensions)。本研究將分別就所關心的模式內涵之各要素與成效(案主改變)內涵發展其屬性與面向。

2)成軸登錄(axial coding)—即依循紮根理論的情境、現象、脈絡、干預變項、行動/互動策略、與結果這幾方面所形成的典範模式(paradigm model)，建構概念(類別)間的關係。這個過程將涉及閱讀逐字稿以檢視類別間的關係，建立初步假設、由實際資料再加以確認、持續尋求類別間屬性與面向之間的關係以建立次類別、比較各次類別以發展不同的關係模式。

第二節、研究結果

壹、量化研究結果

一、描述分析

(一)第一次施測

1.基本資料

(1)基本資料

本研究共 63 位獲有精神疾病診斷之學員填答問卷，有效樣本數為 63 位，依照本研究參與受訪者之來源，可分為呈泰醫院學員共 22 位，長庚醫院學員共 41 位，整體平均年齡為 36.65 歲[1](SD=10.07)。根據表 4.1.3，本次填寫問卷之學員男性有 39 位(61.9%)、女性有 24 位(38.1%)，以男性為多；就教育程度而言，近半數學員為高中(職)(肄)畢，佔 50.8%(N=32)，其次為大專(肄)畢，佔 33.3%(N=21)，教育程度中上。以婚姻狀況來看，大部分為未婚佔 76.2%(N=48)；其次為離婚佔 12.7%(N=8)，顯見大多數的學員為未婚。

表 4.1.3 基本資料表

變項	類別	次數	有效百分比	總計(遺漏)
醫院	呈泰	22	34.9	63(0)
	長庚	41	65.1	
性別	男	39	61.9	63(0)
	女	24	38.1	
教育程度	國(初)中(肄)畢	9	14.3	63(0)
	高中(職)(肄)畢	32	50.8	
	大專(肄)畢	21	33.3	
	研究所以上	1	1.6	
婚姻狀況	未婚	48	76.2	63(0)
	已婚或同居	6	9.5	
	離婚	8	12.7	
	分居	1	1.6	

(2)基本病況資料

[1] 年齡計算：以 2010.08.15 第一次施測當時的時間計算之。

本研究學員之精神疾病診斷大部分為精神分裂症，共佔 76.2%（N=48）；其次為情感性精神病，佔 14.3%(N=9)，其發病年齡介於 12 歲到 47 歲之間，平均第一次發病的年齡為 23.95 歲（SD=8.77），偏態為 0.91，峰度是-0.17。其次，受訪者發病以來全日住院次數平均為 3.43 次（SD=3.29），發病次數介於 0 到 15 次，偏態是 1.80，峰度是 2.90，顯示出受訪者發病年齡之分佈為正偏、低闊的分配型態。最後，研究受訪者近兩年之全日住院次數，發現平均住院次數為 1.08 次(SD=1.17)，其整體近兩年住院次數介於 0 到 4 次，偏態為 0.91，峰度為 0.00，顯示出受訪者近兩年之住院次數為正偏分配；此外，受訪者近兩年全日住院之月數平均為 2.60 個月（SD=6.14）介於 0 到 42 個月，偏態是 4.86，峰度是 28.12，顯示出受訪者近兩年之全日住院月數為正偏、高峽峰的分佈狀態。

受訪之學員半年內幾乎都有定期服用精神藥物，佔 96.8%(N=63)，僅 2 位未定期服用精神藥物，佔 3.2%(N=2)，此外，55.6%(N=35)之學員未有其他健康方面疾病，44.4%(N=28)之學員有其他健康方面疾病，兩者差異並不大，以受試者未有健康方面疾病居多；最後，在居住狀況方面，有 92.1%(N=58)的學員與家人同住為最多，其次為自己住，佔 4.8%(N=3)，最後為居住於其他親戚家，佔 3.2%(N=2)。

表 4.1.4　基本病況表

變項	類別	次數	有效百分比	備註
第一次發病的年紀				平均數=23.95 標準差=8.77 偏態=0.91 峰度=-0.17 最大值=47 最小值=12 總和(遺漏)= 63(0)
發病以來總共全日住院幾次				平均數=3.43 標準差=3.29 偏態=1.80 峰度=2.90 最大值=15 最小值=0 總和(遺漏)= 61(2)
最近兩年內總共全				平均數=1.08

日住院幾次				標準差=1.17 偏態=0.91 峰度=0.00 最大值=4 最小值=0 總和(遺漏)= 63(0)
最近兩年內總共全日住院幾個月				平均數=2.60 標準差=6.14 偏態=4.86 峰度=28.12 最大值=42 最小值=0 總和(遺漏)= 63(0)
精神疾病診斷	精神分裂症	48	76.2%	總和(遺漏)= 63(0)
	情感性精神病(合併躁鬱症與憂鬱症)	9	14.3%	
	強迫症	3	4.8%	
	適應障礙	1	1.6%	
	亞斯柏格症	1	1.6%	
	被害妄想症	1	1.6%	
半年內是否定期服用精神藥物	是	60	96.8%	總和(遺漏)= 63(0)
	否	2	3.2%	
是否有其他健康方面的疾病	是	28	44.4%	總和(遺漏)= 63(0)
	否	35	55.6%	
與誰同住	家人	58	92.1%	總和(遺漏)= 63(0)
	其他親戚家	2	3.2%	
	自己住	3	4.8%	

(3)症狀分數

表 4.1.5 症狀分數中，共有 5 個項目，此部分主要是想了解學員受到疾病的影響狀況，本測量每個項目各為 1-6 分的加總量表，分數加總越高代表受疾病的影響越強，反之，代表症狀程度較為輕緩。根據表 4.1.5，在 5 個項目中，平均等級最高為「覺得自己是一個快樂的人」，平均等級為 3.49(SD=1.61)，次之為「感到平靜與平和」，平均等級為 3.48(SD=1.63)，顯示學員過去一個月中，較認同自己是快樂且較常感到平靜與平和。

而 5 個項目中，平均等級最低的依序為「覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己

開心」，平均等級 2.70(SD=1.64)，次之為「感到悶悶不樂和憂鬱」，平均等級 3.22(SD=1.68)，顯示學員較少感到沮喪、較不認為沒有任何事可以讓自己開心，且較少會感到悶悶不樂和憂鬱。

表 4.1.5　症狀分數

	從未 1	2	3	4	5	總是 6	總計 (遺漏)	平均等級
1.覺得自己是一個容易緊張的人	11 (17.5%)	12 (19.0%)	13 (20.6%)	11 (17.5%)	7 (11.1%)	9 (14.3%)	63 (0)	3.29 (SD=1.66)
2.感到平靜與平和	7 (11.1%)	13 (20.6%)	14 (22.2%)	8 (12.7%)	11 (17.5%)	10 (15.9%)	63 (0)	3.22 (SD=1.68)
3.感到悶悶不樂和憂鬱	12 (19.0%)	11 (17.5%)	17 (27.0%)	6 (9.5%)	8 (12.7%)	9 (14.3%)	63 (0)	2.70 (SD=1.64)
4.覺得自己是一個快樂的人	9 (14.3%)	7 (11.1%)	20 (31.7%)	5 (7.9%)	14 (22.2%)	8 (12.7%)	63 (0)	3.49 (SD=1.61)
5.覺得沮喪,沒有任何事可以讓自己開心	18 (28.6%)	17 (27.0%)	12 (19.0%)	5 (7.9%)	4 (6.3%)	7 (11.1%)	63 (0)	3.48 (SD=1.63)
附註說明	計分方式為: 將各題分數加總，由於第 2 和第 4 題為反向題，因此將此兩題重新進行編碼，即 6 為 1 分、5 為 2 分、4 為 3 分、3 為 4 分、2 為 5 分、1 為 6 分，之後分數越高代表症狀越嚴重。在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總則利用重新編碼過的分數計算。							

2.復元狀況量表

復元狀況量表共分為六個面向：希望感、障礙處理/負責、重獲自主性、社會功能/表現、整體安康/滿意、助人意願和收獲。此部份是為了解學員的復元程度與面向，為四分點量表，分數越高代表其復原程度越良好。

首先，根據表 4.1.6 復元狀況量表，從整體面向而言，學員復元之面向最佳的部份為障礙處理/負責，平均數為 2.14(SD=0.63)，其次為希望感，平均分數為 2.12(SD=0.77)，第三個復元較佳的面向為助人意願和收獲以及重獲自主性，

兩者平均數均為 2.04(前者 SD=0.84；後者 SD=0.65)；相較而言，分數較低的兩個面向為整體安康/滿意，平均分數為 1.76(SD=0.78)，以及社會功能/角色表現，其平均分數為 1.81(SD=0.65)。顯示相較而言，學員以障礙處理/負責、希望感、助人意願與收穫，以及重獲自主性的復元程度較佳，而整體安康/滿意和社會功能/表現之復元程度較差。

另外，從個別項目來看，平均等級最高的三個項目，分別在障礙處理/負責與重獲自主性之兩個面向下。首先，障礙處理/負責之面向下，學員在「我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀」之平均等級為最高為 2.30，有 81.0%的學員經常(54.0%)或有時(27.0%)願意用盡可能的方法來改善自己的症狀。其次為在重獲自主性面向下，「儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好」，平均等級為 2.29，有 81.0%的學員經常(50.8%)或有時(30.2%)相信未來可以比現在更好。再次之為，障礙處理/負責面向下的「我努力照顧自己的生活起居」，平均等級為 2.24，有 81.0%的學員經常(42.9%)或有時(38.1%)會努力照顧自己的生活起居。顯示學員經常使用方法，來改善自己的症狀且努力照顧自我的生活起居，儘管現在狀況不符合期待，學員均相信未來自己可以比現在更好。

此外，個別項目中平均等級分數最低的三個項目，則分別在整體安康/滿意與社會功能/角色表現之面向下。首先，最低項目在社會功能/角色表現之面向下，學員復元狀況最差的項目為「我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)」，平均等級皆為 1.40，過半數(55.5%)的學員從未參加社會活動(23.8%)或偶爾(31.7%)參加；其次為在整體安康/滿意面向下，「我喜歡我自己現在的樣子」，以及在社會功能/角色表現面向下，「我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)」，平均等級分別為 1.43 及 1.52，前者有半數(50.8%)的學員從未(27.0%)喜歡或偶爾(23.8%)喜歡自己現在的樣子，後者有半數(50.8)%的學員從未(17.5%)參與社團活動或偶爾(33.3%)參與，顯示有一半的學員較不常參加社會活動，較不喜歡自己現在的樣子，亦且較不常參與社團活動。

表 4.1.6 復元狀況量表

面向		從未	偶爾	有時	經常	平均等級	總計(遺漏)	整體平均

希望感	3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	2 (3.2%)	11 (17.5%)	21 (33.3%)	29 (46.0%)	2.22	63 (0)	2.12 (SD=0.77)
	2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	3 (4.8%)	14 (22.8%)	20 (31.7%)	26 (41.3%)	2.10	63 (0)	
	1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	5 (7.9%)	14 (22.2%)	17 (27.0%)	27 (42.9%)	2.05	63 (0)	
障礙處理/負責	4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	3 (4.8%)	9 (14.3%)	17 (27.0%)	33 (54.0%)	2.30	63 (0)	2.14 (SD=0.63)
	7.我努力照顧自己的生活起居。	0 (0%)	12 (19.0%)	24 (38.1%)	27 (42.9%)	2.24	63 (0)	
	6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	1 (1.6%)	12 (19.0%)	22 (34.9%)	28 (44.4%)	2.22	63 (0)	
	10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	1 (1.6%)	12 (19.0%)	24 (38.1%)	26 (41.3%)	2.19	63 (0)	
	5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	3 (4.8%)	9 (14.3%)	26 (41.3%)	25 (39.7%)	2.16	63 (0)	
	8.我努力讓自己的生活更豐富。	4 (6.3%)	10 (15.9%)	22 (34.9%)	27 (42.9%)	2.14	63 (0)	
	9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	1 (1.6%)	16 (25.4%)	21 (33.3%)	25 (39.7%)	2.11	63 (0)	
	12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	1 (1.6%)	19 (30.2%)	23 (36.5%)	20 (31.7%)	1.98	63 (0)	
	11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	4 (6.3%)	19 (30.2%)	21 (33.3%)	19 (30.2%)	1.87	63 (0)	

重獲自主性	24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	2 (3.2%)	10 (15.9%)	19 (30.2%)	32 (50.8%)	2.29	63 (0)	2.04 (SD=0.68)
	14.儘管我有精神症狀，我還是有能力去完成事情。	2 (3.2%)	13 (20.6%)	22 (34.9%)	26 (41.3%)	2.14	63 (0)	
	23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	5 (7.9%)	8 (12.7%)	23 (36.5%)	27 (42.9%)	2.14	63 (0)	
	28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	3 (4.8%)	12 (19.0%)	22 (34.9%)	26 (41.3%)	2.13	63 (0)	
	18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	2 (3.2%)	10 (15.9%)	31 (49.2%)	20 (31.7%)	2.10	63 (0)	
	21.當我做事情的時候，我知道自己想要達成的目標是什麼。	4 (6.3%)	12 (19.0%)	21 (33.3%)	26 (41.3%)	2.10	63 (0)	
	15.儘管我有精神症狀，我還是可以安排自己的生活。	1 (1.6%)	16 (25.4%)	23 (36.5%)	23 (36.5%)	2.08	63 (0)	
	13.儘管我有精神症狀，我還是肯定自己的價值。	5 (7.9%)	13 (20.6%)	19 (30.2%)	26 (41.3%)	2.05	63 (0)	
	20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	4 (6.3%)	13 (20.6%)	23 (36.5%)	23 (36.5%)	2.03	63 (0)	
	26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	2 (3.2%)	17 (27.0%)	24 (38.1%)	20 (31.7%)	1.98	63 (0)	
	19.儘管有精神疾病，我仍然可以努	3 (4.8%)	18 (28.6%)	20 (31.7%)	22 (34.9%)	1.97	63 (0)	

	力尋找自己的生活目標。							
	25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	6 (9.5%)	16 (25.4%)	17 (27.0%)	24 (38.1%)	1.94	63 (0)	
	17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	7 (11.1%)	11 (17.5%)	24 (38.1%)	21 (33.3%)	1.94	63 (0)	
	22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	4 (6.3%)	15 (23.8%)	26 (41.3%)	18 (28.6%)	1.92	63 (0)	
	27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	7 (11.1%)	17 (27.0%)	19 (30.2%)	20 (31.7%)	1.83	63 (0)	
社會功能/角色表現	29.我知道如何和別人說話或交往。	2 (3.2%)	14 (22.2%)	24 (38.1%)	23 (36.5%)	2.08	63 (0)	1.81 (SD=0.65)
	30.當我有需要時，我的家人、親戚或朋友會幫助我。	5 (7.9%)	11 (17.5%)	23 (36.5%)	24 (38.1%)	2.05	63 (0)	
	31.當我的家人、親戚或朋友有需要時，我會幫助他們。	2 (3.2%)	17 (27.0%)	22 (34.9%)	22 (34.9%)	2.02	63 (0)	
	35.我在家中有一定的職責和事情要做。	6 (9.5%)	18 (28.6%)	17 (27.0%)	22 (34.9%)	1.87	63 (0)	
	32.我嘗試去認識一些新的朋友。	7 (11.1%)	18 (28.6%)	25 (39.7%)	13 (20.6%)	1.70	63 (0)	
	34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	11 (17.5%)	21 (33.3%)	18 (28.6%)	13 (20.6%)	1.52	63 (0)	
	33.我會出去參加	15	20	16	12	1.40	63	

	社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	(23.8%)	(31.7%)	(25.4%)	(19.0%)		(0)	
整體安康/滿意	37.整體來說,我過著如一般人的生活。	6 (9.5%)	12 (19.0%)	24 (38.1%)	21 (33.3%)	1.95	63 (0)	1.76 (SD=0.78)
	40.整體來說,我對於目前的生活安排感到滿意。	10 (15.9%)	13 (20.6%)	18 (28.6%)	22 (34.9%)	1.83	63 (0)	
	42.整體來說,我過著快樂的生活。	7 (11.1%)	16 (25.4%)	21 (34.9%)	18 (28.6%)	1.81	63 (0)	
	39.我不會感到孤單。	7 (11.1%)	15 (23.8%)	24 (38.1%)	17 (27.0%)	1.81	63 (0)	
	41.整體來說,我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	10 (15.9%)	12 (19.0%)	23 (36.5%)	18 (28.6%)	1.78	63 (0)	
	36.整體來說,我覺得自己不錯。	8 (12.7%)	17 (27.0%)	21 (33.3%)	17 (27.0%)	1.75	63 (0)	
	38.整體來說,我內心感到平靜。	8 (12.7%)	21 (33.3%)	16 (25.4%)	18 (28.6%)	1.70	63 (0)	
	16.我喜歡我自己現在的樣子。	17 (27.0%)	15 (23.8%)	18 (28.6%)	13 (20.6%)	1.43	63 (0)	
助人意願和收獲	45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	4 (6.3%)	13 (20.6%)	20 (31.7%)	26 (41.3%)	2.08	63 (0)	2.04 (SD=0.84)
	43.儘管有精神症狀，我認為自己還是可以幫助別人。	4 (6.3%)	13 (20.6%)	23 (36.5%)	23 (36.5%)	2.03	63 (0)	
	44.如果有機會,我願意幫助有需要的人。	4 (6.3%)	13 (20.6%)	24 (38.1%)	22 (34.9%)	2.02	63 (0)	

3.社會支持

在社會支持主要可分為三個面向：包含家人/親戚的協助程度、其他人的協助情況、福利服務項目使用情況，分別敘述如下：

(1) 家人/親戚的協助程度

此部份是了解過去半年內家人/親戚的協助程度，個別項目包含提供工作協助、活動協助、借東西或金錢、提供需要資訊、陪伴、聊天的協助程度，為四分點量表，加總分數越高代表家人/親戚的協助程度越多。從整體面向而言，家人/親戚的協助程度最高為「聊天」，平均等級最高 1.84(SD=1.03)，其次為「陪伴」，平均等級為 1.75(SD=1.02)，第三為「活動協助」，平均等級為 1.60(SD=1.04)。顯示學員這半年內，較常接受家人/親戚的「聊天」、「陪伴」以及「活動方面」的協助。

而過去半年內家人/親戚的協助程度最低的項目為「工作協助」，平均等級為 1.19 (SD=1.01)，其次為「提供需要資訊」，平均等級為 1.43(SD=1.06)、再次之為「借東西或金錢」，平均等級皆為 1.44(SD=1.12)，顯示學員這半年內，較少接受家人/親戚在工作方面、資訊提供以及東西或金錢借用的協助。

表 4.1.7 家人/親戚的協助程度

變項	程度				總和（遺漏值）	平均等級（標準差）
	從未	偶爾	有時	經常		
1.提供工作方面的協助	19 (30.6%)	20 (32.3%)	15 (24.2%)	8 (12.9%)	63 (0)	1.19 (SD=1.01)
2.提供活動方面的協助	10 (16.1%)	21 (33.9%)	15 (24.2%)	16 (25.8%)	63 (0)	1.60 (SD=1.04)
3.借給我東西或金錢	14 (22.6%)	21 (33.9%)	11 (17.7%)	16 (25.8%)	63 (0)	1.44 (SD=1.12)
4.提供我需要的資訊	15 (24.2%)	17 (27.4%)	18 (29.0%)	12 (19.4%)	63 (0)	1.43 (SD=1.06)
5.陪伴我一起做事情	8 (12.9%)	18 (29.0%)	19 (30.6%)	17 (27.4%)	63 (0)	1.75 (SD=1.02)
6.陪我聊天	8 (12.9%)	15 (24.2%)	19 (30.6%)	20 (32.3%)	63 (0)	1.84 (SD=1.03)

(2)其他人的協助情況

根據表 4.1.8 在其他人的協助面向上，個別項目包含朋友、鄰居、親密伴侶、醫療或復健人員。學員過去半年內有往來的朋友平均數為 5.35，來往的朋友數最大值為 50 位，最小值為 0 位，顯見每位學員往來的朋友數量差異甚大(SD=8.32)；這些往來的朋友中，在宗教場合(教會、道場、廟宇)認識的朋友平

均數為 0.87(SD=1.84)，在日間留院或復建中心認識的平均數為3.17(SD=5.63)，由此發現，相較於宗教場合，學員有往來的朋友較多來自於日間留院或復建中心。當學員有需要時，朋友提供的協助方面，41.3%的學員認為相當足夠(12.7%)或足夠(28.6%)，有 36.5%的學員認為朋友提供的協助為尚可。

在鄰居提供的協助方面，38.1%的學員認為相當足夠(11.1%)或足夠(27.0%)，但也有三成六以上的學員認為鄰居提供的協助不夠(15.9%)或相當不夠(20.6%)。在親密伴侶部份，超過七成六(76.2%)的學員目前沒有親密伴侶。值得一提的是 63.5%的學員認為醫療或復健人員提供的協助相當足夠(30.2%)或足夠(33.3%)，且 62 位學員中沒有學員認為醫療或復健人員提供的協助相當不足夠(0%)。綜合而言，受訪學員認為在其他人(朋友、鄰居、醫療或復健人員)的協助上，以接受醫療或復健人員的協助最多。

表 4.1.8 其他人的協助情況

變項名稱	類別	次數 （有效百分比）	備註
2.請問過去**半年內**有來往的朋友有幾個？			平均數=5.35 標準差=8.32 偏態=3.63 峰度=15.36 最大值=50 最小值=0 總和(遺漏值)= 63(0)
2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？			平均數=0.87 標準差=1.84 偏態=3.17 峰度=11.28 最大值=10 最小值=0 總和(遺漏值)= 63(0)
2.2.這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復建中心認識的？			平均數=3.17 標準差=5.63 偏態=4.14 峰度=19.99 最大值=35 最小值=0

			總和(遺漏值)= 63(0)
2.3 你覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？	相當足夠	8(12.7%)	平均等級=2.76 標準差=1.10 總和(遺漏值)=63(0)
	足夠	18(28.6%)	
	尚可	23(36.5%)	
	不夠	9(14.3%)	
	相當不夠	5(7.9%)	
3.你覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？	相當足夠	7(11.1%)	平均等級=3.08 標準差=1.31 總和(遺漏值)=63(0)
	足夠	17(27.0%)	
	尚可	16(25.4%)	
	不夠	10(15.9%)	
	相當不夠	13(20.6%)	
4.您現在是否有親密的伴侶？	是	15(23.8%)	總和(遺漏值)=63(0)
	否	48(76.2%)	
5.過去**半年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？	相當足夠	19(30.2%)	平均等級=2.11 標準差=0.90 總和(遺漏值)=63(0)
	足夠	21(33.3%)	
	尚可	20(31.7%)	
	不夠	3(4.8%)	
	相當不夠	0(0%)	

(3)福利服務項目使用情況

表 4.1.9 是想了解受訪學員過去半年內在就醫補助、經濟補助、就業福利、保險補助和就學補助等五個項目中的使用情況。學員使用補助的情況依序為就醫補助的使用情況最高，有九成二(92.1%)的學員過去半年內有使用，次之為經濟補助，55.6%的學員有使用經濟補助，接著為保險補助(44.4%)；而學員最少使用的補助為就業福利，有 92.1%的學員過去半年內並未使用就業福利，次之為就學補助，七成以上(77.8%)的學員沒有使用就學補助。綜合而言，過去半年內受訪學員使用就醫補助的程度相當高，有九成以上受訪學員有使用就醫補助；然而，學員使用就業福利的項目相當低，過去半年內亦有九成以上的受訪學員未使用就業福利。

表 4.1.9 福利服務項目使用情況

項目	是	否	總和 (遺漏值)
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病	58	5	63

減免部份負擔費用、健康檢查等)	(92.1%)	(7.9%)	(0)
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	35 (55.6%)	28 (44.4%)	63 (0)
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	5 (7.9%)	58 (92.1%)	63 (0)
保險補助(如：社會保險自付部份補助、國民年金補助)	28 (44.4%)	35 (55.6%)	63 (0)
就學補助(如學費減免、獎學金、助學金)	14 (22.2%)	49 (77.8%)	63 (0)

4.心理內在力量

表 4.1.10 心理內在力量(復原力量表)中，共有 14 個項目，此部分主要是想了解學員的復原力，本測量每個項目各為 1-7 分的加總量表，加總分數越高代表心理內在力量越強，反之，代表復原力越弱。根據表 4.1.10，在 14 個項目中，平均等級最高為「當我處於困境時，我通常可以自己找到出路」，平均等級為 4.83(SD=1.80)，次之為「我對事物保持興趣」，平均等級為 4.81(SD=1.79)，顯示學員較同意自己在面對困境時，自己可以找到出路，並且可以保持對事物的興趣。

而 14 個項目中，平均等級最低的依序為「我覺得我可以同時處理很多事情」，平均等級 3.83 (SD=1.93)，次低為「我是個果決的人」，平均等級 4.11(SD=2.08)，顯示學員較無法同時處理很多事情且認為自己較不屬於果決的人。

表 4.1.10、心理內在力量

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和(遺漏值)	平均等級(SD)
	1	2	3	4	5	6	7		
1.我經常能找到某種方式將問題解決	5 (7.9%)	2 (3.2%)	13 (20.6%)	14 (22.2%)	10 (15.9%)	11 (17.5%)	8 (12.7%)	63 (0)	4.38 (SD=1.72)
2.在我的生活中我為我所完	4 (6.3%)	5 (7.9%)	9 (14.3%)	13 (20.6%)	10 (15.9%)	8 (12.7%)	14 (22.2%)	63 (0)	4.59 (SD=1.85)

成的事情感到驕傲									
3.我通常能接受發生的事情而不受影響	4 (6.3%)	9 (14.3%)	8 (12.7%)	14 (22.2%)	11 (17.5%)	8 (12.3%)	9 (14.3%)	63 (0)	4.25 (SD=1.80)
4.我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	3 (4.8%)	8 (12.7%)	7 (11.1%)	9 (14.3%)	12 (19.0%)	10 (15.9%)	14 (22.2%)	63 (0)	4.67 (SD=1.87)
5.我覺得我可以同時處理很多事情	9 (14.3%)	8 (12.7%)	14 (22.2%)	7 (11.1%)	13 (20.6%)	3 (4.8%)	9 (14.3%)	63 (0)	3.83 (SD=1.93)
6.我是個果決的人	10 (15.9%)	5 (7.9%)	13 (20.6%)	7 (11.1%)	7 (11.1%)	10 (15.9%)	11 (17.5%)	63 (0)	4.11 (SD=2.08)
7.因為我以前遭遇過困難，所以我能度過後來的難關	4 (6.3%)	3 (4.8%)	12 (19.0%)	13 (20.6%)	6 (9.5%)	7 (11.1%)	18 (28.6%)	63 (0)	4.70 (SD=1.91)
8.我有自制力	4 (6.3%)	5 (7.9%)	11 (17.5%)	11 (17.5%)	9 (14.3%)	10 (15.9%)	13 (20.6%)	63 (0)	4.56 (SD=1.86)
9.我對事物保持興趣	2 (3.2%)	8 (12.7%)	4 (6.3%)	13 (20.6%)	9 (14.3%)	13 (20.6%)	14 (22.2%)	63 (0)	4.81 (SD=1.79)
10.我經常可以發現好笑的事	6 (9.5%)	7 (11.1%)	9 (14.3%)	10 (15.9%)	8 (12.7%)	7 (11.1%)	16 (25.4%)	63 (0)	4.46 (SD=2.04)
11.我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關	1 (1.6%)	6 (9.5%)	8 (12.7%)	15 (23.8%)	8 (12.7%)	11 (17.5%)	14 (22.2%)	63 (0)	4.78 (SD=1.71)
12.在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	6 (9.5%)	5 (7.9%)	13 (20.6%)	12 (19.0%)	8 (12.7%)	7 (11.1%)	12 (19.0%)	63 (0)	4.27 (SD=1.91)
13.我的生活有意義	5 (7.9%)	4 (6.3%)	6 (9.5%)	12 (19.0%)	12 (19.0%)	13 (20.6%)	11 (17.5%)	63 (0)	4.67 (SD=1.81)
14.當我處於困境時，我通常可以自己找	3 (4.8%)	4 (6.3%)	9 (14.3%)	9 (14.3%)	15 (23.8%)	6 (9.5%)	17 (27.0%)	63 (0)	4.83 (SD=1.80)

到出路									

5.權能感受

增強權能量表主要分為八個面向：包含個人層面的「自我效能與內控」、「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、「社會政治行動」。此部分主要是想了解學員對於權能感受的強弱，本測量使用四分點量表，分數越高代表權能感越強，反之，代表此權能感越弱。

根據表 4.1.11，從整體面向來看，學員權能感受最高的面向是「社會政治權能」，平均等級為 3.08(SD=0.59)，其次是「人際溝通技巧」，平均等級為 3.00(SD=0.56)，第三高的是「自我效能與內控」，平均等級為 2.97(SD=0.59)。反之，學員權能感受較低的面向是「外在掌控力」，平均等級為 2.55(SD=0.52)，其次是「社會自我肯定」，平均等級為 2.62(SD=0.67)，第三是「社會政治行動」，平均等級為 2.68(SD=0.65)。顯示學員對於社會政治的權能感受是比較強的，相較之下，學員對於外在掌控力以及社會自我肯定的權能感是比較弱的。

從個別項目來看，學員權能感受最強的是社會政治權能中的「人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量」，平均等級為 3.16，有 85.7%的學員非常同意(34.9%)或同意(50.8%)這個感受；其次是自我效能與內控中的「一旦設定目標，我會努力去達成」，平均等級為 3.16，有 87.3%的學員非常同意(28.6%)或同意(58.7%)這個看法；第三是社會政治權能中的「人們一起努力，可以改變社會的環境」，平均等級為 3.10，有 82.6%的學員非常同意(28.6%)或同意(54.0%)這個感受。顯示學員認為人們一起努力、團結起來可以產生更多力量和產生改變、且一旦是自己設定的目標會盡力付諸實行。

此外，學員權能感最低的感受是外在掌控力中的「社會的現實狀況不是市井小民可以改變的」，平均等級為 2.30，有 60.3%的學員非常同意(14.3%)或同意(46.0%)此感受；其次亦屬於外在掌控力中的「我認為運氣不好造成我生命中的不幸」，平均等級為 2.44，有 47.6%的學員非常同意(14.3%)或同意(33.3)此感受，再次之為此面向的「我自覺無法和有權力的人對抗」，平均等級為 2.51，有 46.0 的學員非常同意(11.1%)或同意(34.9%)此感受。由此可知，學員認為社會

的現況，不是他人可隨意改變，且自覺自己無法與有權者對抗，以及認為自己運氣不好導致自我生命的不幸，整體而言，本次施測學員在外在掌控力的權能感受較低。

表 4.1.11 權能感受量表

面向		非常同意	同意	不同意	非常不同意	平均等級	總計（遺漏）	整體平均
個人層面：內控	7.一旦設定目標，我會努力去達成	18 (28.6%)	37 (58.7%)	8 (12.7%)	0 (0%)	3.16	63 (0)	2.97 (SD=0.59)
	2.我對於自己所做的決定具有信心	16 (25.4%)	36 (57.1%)	10 (15.9%)	1 (1.6%)	3.06	63 (0)	
	5.只要我認為可能的事，就可以做到	18 (28.6%)	29 (46.0%)	14 (22.2%)	2 (3.2%)	3.00	63 (0)	
	6.我能夠決定我生活中大部分的事情	14 (22.2%)	33 (52.4%)	16 (25.4%)	0 (0%)	2.97	63 (0)	
	4.我認為自己是個有能力的人	13 (20.6%)	35 (55.6%)	14 (22.2%)	1 (1.6%)	2.95	63 (0)	
	8.我能樂觀地面對挫折	13 (20.6%)	33 (52.4%)	15 (23.8%)	2 (3.2%)	2.90	63 (0)	
	1.當我做計畫時，我有把握事情可以成功	13 (20.6%)	31 (49.2%)	19 (30.2%)	0 (0%)	2.90	63 (0)	
	3.我覺得自己是一個有價值的人	15 (23.8%)	28 (44.4%)	15 (23.8%)	5 (7.9%)	2.84	63 (0)	
個人外在	21.我覺得別人忽視我的存在	2 (3.2%)	17 (27.4%)	34 (54.8%)	9 (14.5%)	2.79	63 (0)	2.55 (SD=0.52)
	9.我對生活感到無力	5 (7.9%)	20 (31.7%)	30 (47.6%)	8 (12.7%)	2.65	63 (0)	

層掌面控二力：	12.我通常感到孤獨	8 (12.9%)	16 (25.8%)	30 (48.4%)	8 (12.9%)	2.62	63 (0)	
	10.我自覺無法和有權力的人對抗	7 (11.1%)	22 (34.9%)	29 (46.0%)	5 (7.9%)	2.51	63 (0)	
	11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸	9 (14.3%)	21 (33.3%)	29 (46.0%)	4 (6.3%)	2.44	63 (0)	
	27.社會的現實狀況不是市井小民可以改變的	9 (14.3%)	29 (46.0%)	22 (34.9%)	3 (4.8%)	2.30	63 (0)	
人人際際層溝面通一技：巧	14.我知道如何和別人維持良好的溝通	14 (22.2%)	37 (58.7%)	12 (19.0%)	0 (0%)	3.03	63 (0)	3.00 (SD=0.56)
	15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	15 (23.8%)	33 (52.4%)	15 (23.8%)	0 (0%)	3.00	63 (0)	
	16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	12 (19.0%)	37 (58.7%)	14 (22.2%)	0 (0%)	2.97	63 (0)	
人人際際層自面我二肯：定	17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	13 (20.6%)	38 (60.3%)	11 (17.5%)	1 (1.6%)	3.00	63 (0)	2.96 (SD=0.62)
	13.我有勇氣面對困難	13 (20.6%)	35 (55.6%)	14 (22.2%)	1 (1.6%)	2.95	63 (0)	
	19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	12 (19.0%)	38 (60.3%)	9 (14.3%)	4 (6.3%)	2.92	63 (0)	
人社際	28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	10 (15.9%)	28 (44.4%)	21 (33.3%)	4 (6.3%)	2.70	63 (0)	2.62 (SD=0.67)

會層自面我三肯：定	18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	12 (19.0%)	24 (38.1%)	20 (31.7%)	7 (11.1%)	2.65	63 (0)	
	32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	7 (11.1%)	23 (36.5%)	29 (46.0%)	4 (6.3%)	2.52	63 (0)	
社社會會政政治治層資面源一與：影響	23.我覺得自己可以改變所處的環境	13 (20.6%)	31 (49.2%)	16 (25.4%)	3 (4.8%)	2.86	63 (0)	2.81 (SD=0.64)
	20.別人會重視我說的話	9 (14.3%)	37 (58.7%)	14 (22.2%)	3 (4.8%)	2.83	63 (0)	
	33.如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙	12 (19.0%)	31 (49.2%)	17 (27.0%)	3 (4.8%)	2.83	63 (0)	
	22.我可以說服別人接受我的建議	6 (9.5%)	40 (63.5%)	16 (25.4%)	1 (1.6%)	2.81	63 (0)	
	34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道	14 (22.2%)	25 (39.7%)	17 (27.0%)	7 (11.1%)	2.73	63 (0)	
社社會會政政治治層權面	25.人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量	22 (34.9%)	32 (50.8%)	8 (12.7%)	1 (1.6%)	3.18	63 (0)	3.08 (SD=0.59)
	24.人們一起努力，可以改變社會的環境	18 (28.6%)	34 (54.0%)	11 (17.5%)	0 (0%)	3.10	63 (0)	
	26.採取行動就有可能解決社會問題	11 (17.5%)	39 (61.9%)	12 (19.0%)	1 (1.6%)	2.95	63 (0)	

能二：								
社會政治層面動三：	29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	8 (12.7%)	36 (57.1%)	16 (25.4%)	3 (4.8%)	2.78	63 (0)	2.68 (SD=0.65)
	30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	7 (11.1%)	35 (55.6%)	17 (27.0%)	4 (6.3%)	2.71	63 (0)	
	31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	8 (12.7%)	25 (39.7%)	24 (38.1%)	6 (9.5%)	2.56	63 (0)	
附註說明	計分方式為:非常不同意 1 分、不同意 2 分、同意 3 分、非常同意 4 分，由於第 9、10、11、12、21、27 為反向題，因此將此六題重新進行編碼，即非常不同意為 4 分、不同意 3 分、同意 2 分、非常同意 1 分，在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總與整體之平均等級，則利用重新編碼過的分數計算。							

6.學員各量表分數狀況

本問卷測量精神障礙者目前的處境，包括受疾病影響的症狀、復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況以及權能感受。

依據表 4.1.12，63 位有效樣本裡，長庚學員的症狀平均分數為 16.27(SD=5.34)，呈泰學員症狀平均分數為 16.00(SD=5.60)，長庚學員受到病症影響的程度較高。整體而言，學員症狀總平均分數為 16.17(SD=5.39)，實際症狀分數分佈為 5 至 30 分。症狀分數 17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大，需要被關注，本研究中有 52.4%的學員症狀分數低於 17 分。整體而言，過半數的學員受到症狀影響的程度並不高。

在復元狀況方面，長庚學員的復元平均分數為 90.66(SD=28.49)，呈泰學員復元平均分數為 85.95(SD=26.96)，長庚復元狀態較佳。而整體復元的平均分數

為 89.01 分，受試者分數分佈為 22 至 135 分，分數越高代表復元狀況越好。依據常模，學員平均的復元階段為第三階段(與障礙共存)，約有 36.5%學員處於此階段；其次，約有 31.7%的學員處於第二階段(與障礙對抗)，15.9%的學員深受障礙打擊。全部受試者在復元狀況的偏態為-.41，峰度為-.50，為常態的低闊峰。

在心理內在力量方面(復原力量表)，長庚學員的心理內在力量平均數為 64.32 (SD=19.62)，呈泰學員心理內在力量平均數為 60.23(SD=18.06)，長庚學員心理內在力量較高。整體而言，學員總平均為 62.89 分，實際分數分佈為 21 至 98 分。全部受試者在心裡內在力量的偏態為-.19，峰度為-.86，為常態的低闊峰。

在權能感受方面，長庚學員權能感受平均數為 96.51(SD=14.99)，呈泰學員權能感受平均數為 95.641(SD=17.64)，長庚學員的權能感受較高。整體學員的權能平均數為 96.21 分，權能感受的分數最小值為 56 分，最大值為 136 分，分數越高代表權能感越強。依據常模，整體施測結果學員平均的權能程度為「尚可至中度」(-1SD – 0)，約有 39.7%學員屬於此權能程度；其次，約有 25.4%的學員權能程度為「中度到高」(0SD – 1SD)，表示學員權能感尚可。全部受試者在權能感受的偏態為.18，峰度為.68，為常態的低闊峰。

表4.1.12、學員各量表分數狀況

(一)復元階段、權能感受次數、百分比

	階段	長庚	呈泰	整體受試者
復元階段	深受障礙打擊	7(17.1%)	3(13.6%)	10(15.9%)
	與障礙對抗	11(26.8%)	9(40.9%)	20(31.7%)
	與障礙共存	16(39.0%)	7(31.8%)	23(36.5%)
	超越障礙	7(17.1%)	3(13.6%)	10(15.9%)
	總數(百分比)	41(100%)	22(100%)	63(100%)
權能感受	低權能	9(22.0%)	5(22.7%)	14(22.2%)
	尚可至中度	17(41.5%)	8(36.4%)	25(39.7%)
	中度到高	10(24.4%)	6(27.3%)	16(25.4%)
	高權能	5(12.2%)	3(13.6%)	8(12.7%)
	總數(百分比)	41(100%)	22(100%)	63(100%)

(二)學員各量表分數

長庚					呈泰				
ID	症狀	復元狀況	心理內在力量	權能	ID	症狀	復元狀況	心理內在力量	權能

	分數		（復原力量表）	感受		分數		（復原力量表）	感受
14	18.00	40.00	21.00	73.00	1	26.00	34.00	31.00	56.00
15	13.00	95.00	32.00	107.00	2	25.00	66.00	43.00	93.00
16	19.00	50.00	42.00	87.00	3	16.00	91.00	65.00	94.00
17	18.00	47.00	40.00	77.00	4	10.00	127.00	87.00	110.00
18	11.00	127.00	85.00	102.00	5	12.00	60.00	82.00	126.00
19	22.00	29.00	53.00	86.00	6	23.00	48.00	32.00	78.00
20	19.00	71.00	50.00	93.00	7	17.00	74.00	55.00	89.00
21	11.00	84.00	58.00	90.00	8	17.00	55.00	52.00	78.00
22	17.00	93.00	49.00	80.00	9	14.00	119.00	69.00	102.00
23	18.00	55.00	68.00	86.00	10	11.00	124.00	38.00	136.00
24	18.00	63.00	60.00	81.00	11	14.00	95.00	91.00	97.00
25	18.00	85.00	42.00	87.00	12	16.00	90.00	69.00	100.00
26	16.00	80.00	40.00	104.00	13	13.00	119.00	52.00	106.00
27	30.00	55.00	25.00	59.00	46	17.00	66.00	42.00	90.00
28	15.00	102.00	55.00	98.00	47	18.00	70.00	65.00	90.00
29	19.00	95.00	81.00	106.00	48	8.00	123.00	52.00	70.00
30	14.00	84.00	40.00	93.00	49	18.00	84.00	72.00	95.00
31	26.00	130.00	98.00	121.00	50	5.00	93.00	89.00	105.00
32	6.00	126.00	91.00	132.00	51	12.00	90.00	56.00	93.00
33	7.00	111.00	88.00	91.00	52	13.00	96.00	56.00	100.00
34	13.00	102.00	70.00	95.00	53	24.00	109.00	79.00	114.00
35	25.00	116.00	90.00	86.00	62	23.00	58.00	48.00	82.00
36	21.00	22.00	68.00	76.00					
37	9.00	98.00	77.00	102.00					
38	15.00	89.00	62.00	94.00					
39	12.00	109.00	85.00	96.00					
40	14.00	107.00	78.00	105.00					
41	11.00	135.00	91.00	127.00					
42	15.00	85.00	62.00	88.00					
43	15.00	121.00	54.00	97.00					
44	10.00	103.00	72.00	87.00					
45	23.00	116.00	78.00	110.00					
54	18.00	77.00	60.00	93.00					
55	12.00	86.00	69.00	96.00					
56	14.00	95.00	70.00	113.00					
57	17.00	69.00	41.00	93.00					

58	16.00	104.00	79.00	99.00	
59	19.00	105.00	76.00	127.00	
60	25.00	100.00	69.00	105.00	
61	7.00	135.00	84.00	111.00	
63	21.00	121.00	84.00	104.00	

附註說明：

- 長庚學員症狀平均數=16.27（SD=5.34）；復元平均數=90.66(SD=28.49)；心理內在力量平均數=64.32(SD=19.62)；權能感受平均數=96.51(SD=14.99)。
- 呈泰學員症狀平均數=16.00(SD=5.60)；復元平均數=85.95(SD=26.96)；心理內在力量平均數=60.23(SD=18.06)；權能感受平均數=95.64(SD=17.64)。
- 整體症狀平均數=16.17、中位數=16.00
  標準差=5.39、偏態=.23、峰度=-.17、最大值=30、最小值=5
- 整體復元平均數=89.02、中位數=93.00
  標準差=27.84、偏態=-.41、峰度=-.50、最大值=135、最小值=22
- 整體心理內在力量平均數=62.89、中位數=65.00
  標準差=19.04、偏態=-.19、峰度=-.86、最大值=98、最小值=21
- 整體權能感受平均數=96.21、中位數=95.00
  標準差=15.83、偏態=.18、峰度=.68、最大值=136、最小值=56

(二)第二次施測

1.基本資料

(1)基本病況資料

本研究受訪者近半年之全日住院次數，平均住院次數為 0.09 次(SD=0.30)，整體住院次數介於 0 到 1 次，偏態為 2.86，峰度為 6.40，顯示出受訪者近半年之住院次數為正偏分配；此外，受訪者近半年全日住院之天數為 3.17 天(SD=13.73)介於 0 到 90 個月，偏態是 5.45，峰度是 32.29，顯示出受訪者近半年之全日住院天數分佈差距甚大，呈現為正偏、高峽峰的分佈狀態。

受訪之學員半年內幾乎都有定期服用精神藥物，佔 96.2%(N=51)，僅二位未定期服用精神藥物，佔 3.8%(N=2)，此外，52.8%(N=28)之學員未有其他健康方面疾病，47.2%(N=25)之學員有其他健康方面疾病，顯示沒有健康方面疾病的受訪者居多；最後，在居住狀況方面，有 92.5%(N=49)的學員與家人同住為最多，自己住及與其他親屬同住為次之，分別佔 1.9%(N=1)和 5.7%(N=3)。

表 4.1.13 基本病況表

變項	類別	次數	有效百分比	備註
最近**半年**內總共全日住院幾次				平均數=0.09 標準差=0.30 偏態=2.86 峰度=6.40 最大值=1 最小值=0 總和(遺漏)= 53(0)
最近**半年**內總共全日住院幾天				平均數=3.17 標準差=13.73 偏態=5.45 峰度=32.29 最大值=90 最小值=0 總和(遺漏)= 53(0)
半年內是否定期服用精神藥物	是	51	96.2%	總和(遺漏)= 53(0)
	否	2	3.8%	
是否有其他健康方面的疾病	是	25	47.2%	總和(遺漏)= 53(0)
	否	28	52.8%	

與誰同住	家人	49	92.5%	總和(遺漏)= 53(0)
	其他親戚家	1	1.9%	
	自己住	3	5.7%	

(2)症狀分數

表 4.1.14 症狀分數中，共有 5 個項目，此部分主要是想了解學員受到疾病的影響狀況，本測量每個項目各為 1-6 分的加總量表，分數加總越高代表受疾病的影響越強，反之，代表症狀程度較為輕緩。根據表三，在 5 個項目中，平均等級最高分別為「感到平靜與平和」及「覺得自己是一個容易緊張的人」，平均等級均為 3.30(前者 SD=1.62、後者 SD=1.60)，次之為「覺得自己是一個快樂的人」，平均等級為 3.06(SD=1.67)，顯示學員過去一個月中，較常感到平靜與平和並認為自己是一個快樂的人，但同時覺得自己是一個容易緊張的人。

而 5 個項目中，平均等級最低的依序為「覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己開心」，平均等級 2.68(SD=1.54)，次之為「感到悶悶不樂和憂鬱」，平均等級 3.00(SD=1.61)，顯示學員較少感到沮喪、較不認為沒有任何事可以讓自己開心，且較少會感到悶悶不樂和憂鬱。

表 4.1.14 症狀分數

	從未 1	2	3	4	5	總是 6	總計 (遺漏)	平均等級
1.覺得自己是一個容易緊張的人	9 (17.0%)	9 (17.0%)	12 (22.6%)	8 (15.1%)	10 (18.9%)	5 (9.4%)	53 (0)	3.30 (SD=1.60)
2.感到平靜與平和	4 (7.5%)	11 (20.8%)	12 (22.6%)	6 (11.3%)	10 (18.9%)	10 (18/9%)	53 (0)	3.30 (SD=1.62)
3.感到悶悶不樂和憂鬱	11 (20.8%)	12 (22.6%)	12 (22.6%)	8 (15.1%)	4 (7.5%)	6 (11.3%)	53 (0)	3.00 (SD=1.61)
4.覺得自己是一個快樂的人	4 (7.5%)	6 (11.3%)	13 (24.5%)	7 (13.2%)	12 (22.6%)	11 (20.8%)	53 (0)	3.06 (SD=1.57)
5.覺得沮喪,沒有任何事可以讓自己開心	15 (28.3%)	14 (26.4%)	9 (17.0%)	5 (9.4%)	8 (15.1%)	2 (3.8%)	53 (0)	2.68 (SD=1.54)

附註說明	計分方式為: 將各題分數加總，由於第 2 和第 4 題為反向題，因此將此兩題重新進行編碼，即 6 為 1 分、5 為 2 分、4 為 3 分、3 為 4 分、2 為 5 分、1 為 6 分，之後分數越高代表症狀越嚴重。在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總則利用重新編碼過的分數計算。

2.復元狀況量表

復元狀況量表共分為六個面向：希望感、障礙處理/負責、重獲自主性、社會功能/表現、整體安康/滿意、助人意願和收獲。此部份是為了解學員的復元程度與面向，為四分點量表，分數越高代表復原程度越良好。

首先，根據表 4.1.15 復元狀況量表，從整體面向而言，學員復元之面向最佳的部份為希望感，平均數為 2.06(SD=0.86)，其次為障礙處理/負責，平均分數為 2.05(SD=0.71)，第三個復元較佳的面向為助人意願，平均數為 2.03(SD=0.94)；相較而言，分數較低的三個面向為整體安康/滿意，平均分數為 1.87(SD=0.85)、社會功能/角色表現，平均分數為 1.89(SD=0.69)以及重獲自主性，平均分數為 1.91(SD=0.78)。顯示相較而言，學員以希望感、障礙處理/負責、助人意願與收穫的復元程度較佳，整體安康/滿意、社會功能/表現和重獲自主性之復元程度較差。

另外，從個別項目來看，平均等級最高的三個項目，分別在重獲自主性、希望感及障礙處理/負責之面向下。在重獲自主性面向下，學員在「儘管我有精神症狀，我還是有能力去完成事情」，平均等級最高，為 2.19，有 79.2%的學員經常(41.5%)或有時(37.7%)認為可以排除精神症狀，以自我的能力去完成事情。其次為在希望感面向下，學員在「我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能」，平均等級為 2.15，有 77.3%的學員經常(41.5%)或有時(35.8%)相信只要努力治療，其症狀可以有好轉的可能。再次之的項目分別在障礙處理/負責以及助人意願的面向下，前者項目包括「我努力照顧自己的生活起居」、「我努力讓自己的生活更豐富」，平均等級均為 2.13，有 73.6%的學員經常(45.3%)或有時(28.3%)努力照顧自我生活起居、以及有 77.3%的學員經常(37.7%)或有時(39.6%)努力讓自己的生活更豐富。顯示學員即使有精神症狀，仍會經常靠自己的力量完成事情、努力照顧自我的生活起居、努力讓自己的生活更豐富，並且相信自己的精神症狀未來是可以好轉的。

此外，個別項目中平均等級分數最低的三個項目，則分別在重獲自主性、社

會功能/角色表現與整體安康/滿意之面向下。首先，在重獲自主性之面向下，學員在「我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視」項目上復元狀況最差，平均等級為 1.57，有近半數(49.1%)的學員從未(17.0%)或偶爾(32.1%)運用自我能力或他人幫忙，來消除社會的誤解和歧視；其次為在社會功能/角色表現面向下，「我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)」，以及整體安康/滿意面向下，「我不會感到孤單」，平均等級分別為 1.68 及 1.72，前者有近半數(47.2%)的學員從未(13.2%)參與社團活動或偶爾(34.0%)參與，後者有 41.5%的學員從未(17.0%)或偶爾(24.5%)感到孤獨。顯示學員較少運用自我力量或他人的幫忙，來減少社會的誤解和歧視以及較不常參加社團活動，且較常感到孤單。

表 4.1.15 復元狀況量表

面向		從未	偶爾	有時	經常	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
希望感	1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	2 (3.8%)	10 (18.9%)	19 (35.8%)	22 (41.5%)	2.15	53 (0)	2.06 (SD=0.86)
	3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	3 (5.7%)	12 (22.6%)	18 (34.0%)	20 (37.7%)	2.04	53 (0)	
	2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	5 (9.4%)	14 (26.4%)	10 (18.9%)	24 (45.3%)	2.00	53 (0)	
障礙處理/負責	7.我努力照顧自己的生活起居。	3 (5.7%)	11 (20.8%)	15 (28.3%)	24 (45.3%)	2.13	53 (0)	2.05 (SD=0.71)
	8.我努力讓自己的生活更豐富。	1 (1.9%)	11 (20.8%)	21 (39.6%)	20 (37.7%)	2.13	53 (0)	
	4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	2 (3.8%)	13 (24.5%)	16 (30.2%)	22 (41.5%)	2.09	53 (0)	
	10.我試著用一些方法來改善我的	1 (1.9%)	11 (20.8%)	24 (45.3%)	17 (32.1%)	2.08	53 (0)	

	生活狀況。							
	5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	2 (3.8%)	13 (24.5%)	17 (32.1%)	21 (39.6%)	2.08	53 (0)	
	6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	3 (5.7%)	9 (17.0%)	22 (41.5%)	19 (35.8%)	2.08	53 (0)	
	9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	1 (1.9%)	14 (26.4%)	18 (34.0%)	20 (37.7%)	2.08	53 (0)	
	12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	6 (11.3%)	11 (20.8%)	14 (26.4%)	22 (41.5%)	1.98	53 (0)	
	11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	3 (5.7%)	17 (32.1%)	18 (34.0%)	15 (28.3%)	1.85	53 (0)	
重獲自主性	14.儘管我有精神症狀,我還是有能力去完成事情。	1 (1.9%)	10 (18.9%)	20 (37.7%)	22 (41.5%)	2.19	53 (0)	1.91 (SD=0.78)
	28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	2 (3.8%)	14 (26.4%)	15 (28.3%)	22 (41.5%)	2.08	53 (0)	
	15.儘管我有精神症狀,我還是可以安排自己的生活。	2 (3.8%)	14 (26.4%)	16 (30.2%)	21 (39.6%)	2.06	53 (0)	
	13.儘管我有精神症狀,我還是肯定自己的價值。	3 (5.7%)	12 (22.6%)	17 (32.1%)	21 (39.6%)	2.06	53 (0)	
	18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	4 (7.5%)	14 (26.4%)	17 (32.1%)	18 (34.0%)	1.92	53 (0)	
	19.儘管有精神疾病,我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	5 (9.4%)	13 (24.5%)	16 (30.2%)	19 (35.8%)	1.92	53 (0)	
	24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待,我相	5 (9.4%)	15 (28.3%)	12 (22.6%)	21 (39.6%)	1.92	53 (0)	

	信未來可以比現在更好。							
	17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	4 (7.5%)	15 (28.3%)	16 (30.2%)	18 (34.0%)	1.91	53 (0)	
	20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	4 (7.5%)	15 (28.3%)	18 (34.0%)	16 (30.2%)	1.87	53 (0)	
	22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	5 (9.4%)	14 (26.4%)	17 (32.1%)	17 (32.1%)	1.87	53 (0)	
	26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	4 (7.5%)	17 (32.1%)	15 (28.3%)	17 (32.1%)	1.85	53 (0)	
	23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	6 (11.3%)	15 (28.3%)	13 (24.5%)	19 (35.8%)	1.85	53 (0)	
	25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	5 (9.4%)	15 (28.3%)	18 (34.0%)	15 (28.3%)	1.81	53 (0)	
	21.當我做事情的時候，我知道自己想要達成的目標是什麼。	4 (7.5%)	20 (37.7%)	14 (26.4%)	15 (28.3%)	1.75	53 (0)	
	27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	9 (17.0%)	17 (32.1%)	15 (28.3%)	12 (22.6)	1.57	53 (0)	
社會功能/角色表現	30.當我有需要時，我的家人、親戚或朋友會幫助我。	4 (7.5%)	12 (22.6%)	14 (26.4%)	23 (43.4%)	2.06	53 (0)	1.89 (SD=0.69)
	31.當我的家人、親戚或朋友有需	2 (3.8%)	12 (22.6%)	21 (39.6%)	18 (34.0%)	2.04	53 (0)	

	要時,我會幫助他們。							
	29.我知道如何和別人說話或交往。	4 (7.5%)	13 (24.5%)	20 (37.7%)	16 (30.2%)	1.91	53 (0)	
	32.我嘗試去認識一些新的朋友。	4 (7.5%)	16 (30.2%)	16 (30.2%)	17 (32.1%)	1.87	53 (0)	
	35.我在家中有一定的職責和事情要做。	3 (5.7%)	19 (35.8%)	14 (26.4%)	17 (32.1%)	1.85	53 (0)	
	33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	6 (11.3%)	13 (24.5%)	19 (35.8%)	15 (28.3%)	1.81	53 (0)	
	34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	7 (13.2%)	18 (34.0%)	13 (24.5%)	15 (28.3%)	1.68	53 (0)	
整體安康/滿意	41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	3 (5.7%)	11 (20.8%)	22 (41.5%)	17 (32.1%)	2.00	53 (0)	1.87 (SD=0.85)
	40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	3 (5.7%)	14 (26.4%)	19 (35.8%)	17 (32.1%)	1.94	53 (0)	
	38.整體來說，我內心感到平靜。	5 (9.4%)	14 (26.4%)	14 (26.4%)	20 (37.7%)	1.92	53 (0)	
	37.整體來說，我過著如一般人的生活。	5 (9.4%)	12 (22.6%)	21 (39.6%)	15 (28.3%)	1.87	53 (0)	
	16.我喜歡我自己現在的樣子。	6 (11.3%)	14 (26.4%)	16 (30.2%)	17 (32.1%)	1.83	53 (0)	
	36.整體來說，我覺得自己不錯。	7 (13.2%)	13 (24.5%)	15 (28.3%)	18 (34.0%)	1.83	53 (0)	
	42.整體來說，我過著快樂的生活。	7 (13.2%)	14 (26.4%)	14 (26.4%)	18 (34.0%)	1.81	53 (0)	
	39.我不會感到孤	9	13	15	16	1.72	53	

	單。	(17.0%)	(24.5%)	(28.3%)	(30.2%)		(0)	
助人意願和收獲	45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	4 (7.5%)	11 (20.8%)	13 (24.5%)	25 (47.2%)	2.11	53 (0)	2.03 (SD=0.94)
	44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	4 (7.5%)	12 (22.6%)	14 (26.4%)	23 (43.4%)	2.06	53 (0)	
	43.儘管有精神症狀,我認為自己還是可以幫助別人。	8 (15.1%)	11 (20.8%)	12 (22.6%)	22 (41.5%)	1.91	53 (0)	

3.社會支持

在社會支持主要可分為三個面向：包含家人/親戚的協助程度、其他人的協助情況、福利服務項目使用情況，分別敘述如下：

(1) 家人/親戚的協助程度

此部份是了解過去半年內家人/親戚的協助程度，個別項目包含提供工作協助、活動協助、借東西或金錢、提供需要資訊、陪伴、聊天的協助程度，為四分點量表，加總分數越高代表家人/親戚的協助程度越多。從整體面向而言，家人/親戚的協助程度最高為「聊天」,平均等級最高 1.74(SD=1.00)，其次為「陪伴」，平均等級為 1.57(SD=1.03)，第三分別為「活動協助」及「借東西或金錢」，平均等級為 1.47(前者 SD=1.01；後者 SD=1.14)。顯示學員這半年內，較常接受家人/親戚的「聊天」、「陪伴」以及「活動協助」和「借東西或金錢」的協助。

而過去半年內家人/親戚的協助程度最低的項目為「工作協助」,平均等級為 1.21(SD=1.08)，其次為「資訊提供」,平均等級為 1.45(SD=0.93)。顯示學員在這半年內，較少接受家人/親戚在工作方面、資訊提供的協助。

表 4.1.16 家人/親戚的協助程度

變項	程度				總和(遺漏值)	平均等級(標準差)
	從未	偶爾	有時	經常		
1.提供工作方面的協助	16 (30.8%)	17 (32.7%)	10 (19.2%)	9 (17.3%)	52 (0)	1.23 (SD=1.08)
2.提供活動	8	21	12	11	52	1.50

方面的協助	(15.4%)	(40.4%)	(23.1%)	(21.2%)	(0)	(SD=1.00)
3.借給我東西或金錢	13 (25.0%)	13 (25.0%)	13 (25.0%)	13 (25.0%)	52 (0)	1.50 (SD=1.13)
4.提供我需要的資訊	7 (13.5%)	21 (40.4%)	16 (30.8%)	8 (15.4%)	52 (0)	1.48 (SD=0.92)
5.陪伴我一起做事情	8 (15.4%)	17 (32.7%)	15 (28.8%)	12 (23.1%)	52 (0)	1.60 (SD=1.01)
6.陪我聊天	5 (9.6%)	17 (32.7%)	15 (28.8%)	15 (28.8%)	52 (0)	1.77 (SD=0.98)

(2)其他人的協助情況

根據表 4.1.17 在其他人的協助面向上，個別項目包含朋友、鄰居、親密伴侶、醫療或復健人員。學員過去半年內有往來的朋友平均數為 5.08，來往的朋友數最大值為 50 位，最小值為 0 位，顯見每位學員往來的朋友數量差異甚大(SD=8.24)；這些往來的朋友中，在宗教場合(教會、道場、廟宇)認識的朋友平均數為 0.94(SD=1.81)，在日間留院或復建中心認識的平均數為 3.26(SD=5.13)，由此發現，相較於宗教場合，學員有往來的朋友較多來自於日間留院或復建中心。

當學員有需要時，朋友提供的協助方面，47.1%的學員認為相當足夠(22.6%)或足夠(24.5%)，有 35.8%的學員認為朋友提供的協助為尚可的程度。在鄰居提供的協助方面，39.6%的學員認為相當足夠(15.1%)或足夠(24.5%)，但也有三成四(34.0%)的學員認為鄰居提供的協助不夠(13.2%)或相當不夠(20.8%)。在親密伴侶部份，有八成三(83.0%)的學員表示目前沒有親密伴侶。另外，值得注意的是有 69.8%的學員認為醫療或復健人員提供的協助相當足夠(28.3%)或足夠(41.5%)。53 位的受訪學員中，僅有二位學員認為醫療或復健人員提供的協助相當不足夠(3.8%)。綜合而言，受訪學員認為在其他人(朋友、鄰居、醫療或復健人員)的協助上，以接受醫療或復健人員的協助最多。

表 4.1.17 其他人的協助情況

變項名稱	類別	次數 (有效百分比)	備註
2.請問過去**半年內**有來往的朋友有幾個？			平均數=5.08 標準差=8.24

			偏態=3.99 峰度=18.56 最大值=50 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？			平均數=0.94 標準差=1.81 偏態=3.09 峰度=11.80 最大值=10 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.2.這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復建中心認識的？			平均數=3.26 標準差=5.13 偏態=4.00 峰度=19.49 最大值=32 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.3 你覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？	相當足夠	12(22.6%)	平均等級=2.53 標準差=1.14 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	13(24.5%)	
	尚可	19(35.8%)	
	不夠	6(11.3%)	
	相當不夠	3(5.7%)	
3.你覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？	相當足夠	8(15.1%)	平均等級=3.00 標準差=1.36 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	13(24.5%)	
	尚可	14(26.4%)	
	不夠	7(13.2%)	
	相當不夠	11(20.8%)	
4.您現在是否有親密的伴侶？	是	9(17.0%)	總和(遺漏值)=53(0)
	否	44(83.0%)	
5.過去**半年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？	相當足夠	15(28.3%)	平均等級=2.09 標準差=0.95 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	22(41.5%)	
	尚可	14(26.4%)	
	不夠	0(0%)	
	相當不夠	2(3.8%)	

(3)福利服務項目使用情況

表 4.1.18 是想了解受訪學員過去半年內在就醫補助、經濟補助、就業福利、保險補助和就學補助等五個項目中的使用情況。學員使用補助的情況依序為就醫補助的使用情況最高，有八成六(86.8%)的學員過去半年內有使用，次之為經濟補助，64.2%的學員有使用經濟補助，第三高為保險補助(54.7%)；而學員最少使用的補助為就業福利，有八成八(88.7%)的學員過去半年內並未使用就業福利，次之為就學補助，八成六(86.8%)的學員並沒有使用就學補助的經驗。綜合而言，過去半年內受訪學員使用就醫補助的程度相當高，有八成六的受訪學員有使用就醫補助；然而，學員使用就業福利的項目相當低，過去半年內將近九成的受訪學員未使用就業福利。

表 4.1.18 福利服務項目使用情況

項目	是	否	總和 (遺漏值)
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病減免部份負擔費用、健康檢查等)	46 (86.8%)	7 (13.2%)	53 (0)
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	34 (64.2%)	19 (35.8%)	53 (0)
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	6 (11.3%)	47 (88.7%)	53 (0)
保險補助(如：社會保險自付部份補助、國民年金補助)	29 (54.7%)	24 (45.3%)	53 (0)
就學補助(如學費減免、獎學金、助學金)	7 (13.2%)	46 (86.8%)	53 (0)

4.心理內在力量

表 4.1.19 心理內在力量(復原力量表)中，共有 14 個項目，此部分主要是想了解學員的復原力，本測量每個項目各為 1-7 分的加總量表，加總分數越高代表心理內在力量越強，反之，代表復原力越弱。根據表七，在 14 個項目中，平均等級最高為「我對事物保持興趣」平均等級為 4.81(SD=1.91)，次之為「我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關」及「因為我以前遭遇過困難，所以我能

度過後來的難關」，前者平均等級為 4.71(SD=1.93)；後者為 4.69(SD=1.93)，顯示學員較同意自己可以保持對事物的興趣，相信自我的力量，且因為過去遭遇到困境，因此在面對困境時，能讓自己渡過難關。

而 14 個項目中，平均等級最低的依序為「在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象」，平均等級 3.98(SD=1.95)，次之為「我覺得我可以同時處理很多事情」，平均等級 4.02(SD=1.67)，顯示學員認為在危急時刻，自己無法給別人依靠，且認為自己較無法同時處理很多事情。

表 4.1.19 心理內在力量

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和（遺漏值）	平均等級（SD）
	1	2	3	4	5	6	7		
1.我經常能找到某種方式將問題解決	5 (9.4%)	8 (15.1%)	4 (7.5%)	13 (24.5%)	6 (11.3%)	10 (18.9%)	7 (13.2%)	53 (0)	4.23 (SD=1.90)
2.在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	4 (7.5%)	8 (15.1%)	10 (18.9%)	4 (7.5%)	10 (18.9%)	9 (17.0%)	8 (15.1%)	53 (0)	4.26 (SD=1.92)
3.我通常能接受發生的事情而不受影響	2 (3.8%)	4 (7.5%)	13 (24.5%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	7 (13.2%)	9 (17.0%)	53 (0)	4.42 (SD=1.73)
4.我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	3 (5.7%)	9 (17.0%)	8 (15.1%)	6 (11.3%)	5 (9.4%)	9 (17.0%)	13 (24.5%)	53 (0)	4.51 (SD=2.03)
5.我覺得我可以同時處理很多事情	2 (3.8%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	14 (26.4%)	8 (15.1%)	6 (11.3%)	5 (9.4%)	53 (0)	4.02 (SD=1.66)
6.我是個果決的人	8 (15.1%)	6 (11.3%)	6 (11.3%)	9 (17.0%)	6 (11.3%)	7 (13.2%)	11 (20.8%)	53 (0)	4.21 (SD=2.12)
7.因為我以前遭遇過困難，所以我	2 (3.8%)	7 (13.2%)	7 (13.2%)	9 (17.0%)	7 (13.2%)	7 (13.2%)	14 (26.4%)	53 (0)	4.68 (SD=1.91)

能度過後來的難關									
8.我有自制力	4 (7.5%)	9 (17.0%)	6 (11.3%)	9 (17.0%)	7 (13.2%)	5 (9.4%)	13 (24.5%)	53 (0)	4.38 (SD=2.03)
9.我對事物保持興趣	2 (3.8%)	7 (13.2%)	6 (11.3%)	6 (11.3%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	14 (26.4%)	53 (0)	4.79 (SD=1.89)
10.我經常可以發現好笑的事	5 (9.4%)	7 (13.2%)	7 (13.2%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	7 (13.2%)	9 (17.0%)	53 (0)	4.25 (SD=1.93)
11.我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關	2 (3.8%)	8 (15.1%)	6 (11.3%)	7 (13.2%)	8 (15.1%)	9 (17.0%)	13 (24,5%)	53 (0)	4.70 (SD=1.92)
12.在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	7 (13.2%)	9 (17.0%)	4 (7.5%)	9 (17.0%)	12 (22.6%)	6 (11.3%)	6 (11.3%)	53 (0)	3.98 (SD=1.93)
13.我的生活有意義	2 (3.8%)	6 (11.3%)	8 (15.1%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	8 (15.1%)	11 (20.8%)	53 (0)	4.58 (SD=1.81)
14.當我處於困境時，我通常可以自己找到出路	4 (7.5%)	6 (11.3%)	3 (5.7%)	8 (15.1%)	13 (24.5%)	8 (15.1%)	11 (20.8%)	53 (0)	4.66 (SD=1.88)

5.權能感受

增強權能量表主要分為八個面向：包含個人層面的「自我效能與內控」、「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、「社會政治行動」。此部分主要是想了解學員對於權能感受的強弱，本測量使用四分點量表，分數越高代表權能感越強，反之，代表此權能感越弱。

根據表 4.1.20，從整體面向來看，學員權能感受最高的面向是「社會政治

權能」，平均等級為 3.20(SD=0.56)，其次是「人際溝通技巧」，平均等級為 2.97(SD=0.68)，第三高的是「人際自我肯定」，平均等級為 2.94(SD=0.63)。反之，學員權能感受較低的面向是「外在掌控力」，平均等級為 2.53(SD=0.56)，其次是「社會政治行動」，平均等級為 2.64(SD=0.67)，第三是「社會自我肯定」，平均等級為 2.71(SD=0.56)。顯示學員對於社會政治的權能感受是比較強的，相較之下，學員對於外在掌控力以及社會政治行動的權能感是比較弱的。

從個別項目來看，學員權能感受最強的項目均屬於社會政治權能面向，「人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量」及「人們一起努力，可以改變社會的環境」，平均等級均為 3.23，前者有 84.9%的學員非常同意(39.6%)或同意(45.3%)這個感受；後者有 90.6%的學員非常同意(34.0%)或同意(56.6%)這個感受；最後是「採取行動就有可能解決社會問題」，平均等級為 3.13，有 86.4%的學員非常同意(26.4%)或同意(60.4%)這個感受。顯示學員認為人們團結起來、一起努力、採取行動，可以產生更大的社會力量，改變社會環境、解決社會問題。

此外，學員權能感最低的感受落於外在掌控力面向。最低為「我覺得別人忽視我的存在」，平均等級為 2.21，有 37.7%的學員非常同意(7.5%)或同意(30.2%)此感受；其次為「我通常感到孤獨」及「我認為運氣不好造成我生命中的不幸」，平均等級均為 2.34，前者有 43.3%的學員非常同意(7.5%)或同意(35.8%)此感受，後者有 43.4%的學員非常同意(11.3%)或同意(32.1%)。再次之為「我對生活感到無力」，平均等級為 2.43，有 47.2%的學員非常同意(15.1%)或同意(32.1%)此感受。由此可知，學員認為他人忽視自己的存在，且時常感覺到孤獨並認為生命中的不幸是由於運氣不佳，學員們同樣也對於生活感到無力。

表 4.1.20 權能感受量表

面向		非常同意	同意	不同意	非常不同意	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
個人層面一	自我效能與	3.我覺得自己是一個有價值的人	15 (28.3%)	28 (52.8%)	7 (13.2%)	3 (5.7%)	3.04	53 (0)	2.92 (SD=0.67)
		7.一旦設定目標，我會努力去達成	16 (30.2%)	21 (39.6%)	14 (26.4%)	2 (3.8%)	2.96	53 (0)	

：內控	4.我認為自己是個有能力的人	11 (20.8%)	30 (56.6%)	10 (18.9%)	2 (3.8%)	2.94	53 (0)	
	8.我能樂觀地面對挫折	15 (28.3%)	22 (41.5%)	13 (24.5%)	3 (5.7%)	2.92	53 (0)	
	6.我能夠決定我生活中大部分的事情	14 (26.4%)	23 (43.4%)	13 (24.5%)	3 (5.7%)	2.91	53 (0)	
	5.只要我認為可能的事，就可以做到	14 (26.4%)	22 (41,5%)	15 (28.2%)	2 (3.8%)	2.91	53 (0)	
	2.我對於自己所做的決定具有信心	12 (22.6%)	27 (50.9%)	10 (18.9%)	4 (7.5%)	2.89	53 (0)	
	1.當我做計畫時，我有把握事情可以成功	8 (15.1%)	31 (58.5%)	11 (20.8%)	3 (5.7%)	2.83	53 (0)	
個人層面二：外在掌控力	12.我通常感到孤獨	4 (7.5)	19 (35.8%)	21 (39.6%)	9 (17.0%)	2.34	53 (0)	2.53 (SD=0.56)
	27.社會的現實狀況不是市井小民可以改變的	10 (18.9%)	27 (50.9%)	15 (28.3%)	1 (1.9%)	2.87	53 (0)	
	11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸	6 (11.3%)	17 (32.1%)	19 (35.8%)	11 (20.8%)	2.34	53 (0)	
	9.我對生活感到無力	8 (15.1%)	17 (32.1%)	21 (39.6%)	8 (15.1%)	2.43	53 (0)	
	10.我自覺無法和有權力的人對抗	9 (17.0%)	19 (35.8%)	20 (37.7%)	5 (9.4%)	2.60	53 (0)	
	21.我覺得別人忽視我的存在	4 (7.5%)	16 (30.2%)	20 (37.7%)	13 (24.5%)	2.21	53 (0)	
人際層面：人際溝	14.我知道如何和別人維持良好的溝通	13 (24.5%)	31 (58.5%)	7 (13.2%)	2 (3.8%)	3.04	53 (0)	2.97 (SD=0.68)

面通一技：巧	15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	14 (26.4%)	28 (52.8%)	9 (17.0%)	1 (3.8%)	3.02	53 (0)	
	16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	10 (18.9%)	28 (52.8%)	13 (24.5%)	2 (3.8%)	2.87	53 (0)	
人際層面我二肯定：	19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	14 (26.4%)	26 (49.1%)	13 (24.5%)	0 (0%)	3.02	53 (0)	2.94 (SD=0.63)
	13.我有勇氣面對困難	14 (26.4%)	25 (47.2%)	12 (22.6%)	2 (3.8%)	2.96	53 (0)	
	17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	10 (18.9%)	26 (49.1%)	16 (30.2%)	1 (1.9%)	2.85	53 (0)	
人際層面我三肯定：	28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	8 (15.1%)	30 (56.6%)	14 (26.4%)	1 (1.9%)	2.85	53 (0)	2.71 (SD=0.56)
	32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	4 (7.5%)	33 (62.3%)	12 (22.6%)	4 (7.5%)	2.70	53 (0)	
	18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	6 (11.3%)	22 (41.5%)	22 (41.5%)	3 (5.7%)	2.58	53 (0)	
社會政治層面一：影響	33.如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙	8 (15.1%)	34 (60.4%)	11 (20.8%)	2 (3.8%)	2.87	53 (0)	2.77 (SD=0.59)
	20.別人會重視我說的話	7 (13.2%)	30 (56.6%)	15 (28.3%)	1 (1.9%)	2.81	53 (0)	
	22.我可以說服別人接受我的建議	6 (11.3%)	30 (56.6%)	15 (28.3%)	2 (3.8%)	2.75	53 (0)	
	23.我覺得自己可以改變所處的環境	8 (15.1%)	25 (47.2%)	16 (30.2%)	4 (7.5%)	2.70	53 (0)	

	34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時,我可以找到管道	10 (18.9%)	22 (41.5%)	16 (30.2%)	5 (9.4%)	2.70	53 (0)	
社會政治層面二：	25.人們如果團結起來,可以產生更大的社會力量	21 (39.6%)	24 (45.3%)	7 (13.2%)	1 (1.9%)	3.23	53 (0)	3.20 (SD=0.56)
	24.人們一起努力,可以改變社會的環境	18 (34.0%)	30 (56.6%)	4 (7.5%)	1 (1.9%)	3.23	53 (0)	
	26.採取行動就有可能解決社會問題	14 (26.4%)	32 (60.4%)	7 (13.2%)	0 (0%)	3.13	53 (0)	
社會政治層面三：	30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	5 (9.4%)	30 (56.6%)	15 (28.3%)	3 (5.7%)	2.70	53 (0)	2.64 (SD=0.67)
	29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	6 (11.3%)	24 (45.3%)	21 (39.6%)	2 (3.8%)	2.64	53 (0)	
	31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	5 (9.4%)	24 (45.3%)	20 (37.7%)	4 (7.5%)	2.57	53 (0)	
附註說明	計分方式為:非常不同意 1 分、不同意 2 分、同意 3 分、非常同意 4 分,由於第 9、10、11、12、21、27 為反向題,因此將此六題重新進行編碼,即非常不同意為 4 分、不同意 3 分、同意 2 分、非常同意 1 分,在次數分配部份,仍依照問卷的原始資料進行呈現,而分數加總與整體之平均等級,則利用重新編碼過的分數計算。							

6.學員各量表分數狀況

本問卷測量精神障礙者目前的處境,包括受疾病影響的症狀、復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況以及權能感受。

依據表 4.1.21,53 位有效樣本裡,長庚學員的症狀平均分數為 14.94 (SD=5.85),呈泰學員症狀平均分數為 16.11 (SD=5.22),呈泰學員受到病症影響的程度較高。整體而言,學員症狀總平均分數為 15.34 分,實際症狀分數分佈為 5 至 29 分。症狀分數 17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大,需要被關注,

本研究中有 58.5%(N=31)的學員症狀分數低於 17 分。整體而言，超過一半的學員會受到症狀的影響。

在復元狀況方面，長庚學員的復元平均分數為 92.23(SD=30.92)，呈泰學員復元平均分數為 78.33(SD=33.69)，長庚學員復元狀態較佳。整體復元的平均分數為 87.51 分，受試者分數分佈為 2 至 135 分，分數越高代表復元狀況越好。依據常模，學員平均的復元階段為第二階段(與障礙對抗)，約有 32.1%學員處於此階段；處於第三階段(與障礙共存)亦有 30.2%的學員，有 18.9%的學員深受障礙打擊。全部受試者在復元狀況的偏態為-.42，峰度為-.60，為常態的低闊峰。

在心理內在力量方面(復原力量表)，長庚學員的心理內在力量平均數為 65.23(SD=21.21)，呈泰學員心理內在力量平均數為 54.72(SD=18.66)，長庚學員心理內在力量較高。整體而言，學員總平均為 61.66 分，實際分數分佈為 20 至 98 分。全部受試者在心裡內在力量的偏態為-.15，峰度為-.69，為常態的低闊峰。

在權能感受方面，長庚學員權能感受平均數為 96.63(SD=17.52)，呈泰學員權能感受平均數為 94.22(SD=13.45)，長庚學員的權能感受較高。整體學員的權能平均數為 95.81 分，權能感受的分數最小值為 51 分，最大值為 136 分，分數越高代表權能感越強。依據常模，整體施測結果學員平均的權能程度為「尚可至中度」(-1SD – 0)，約有 47.2%學員屬於此權能程度。全部受試者在權能感受的偏態為.21，峰度為.99，為常態的低闊峰。

表4.1.21 學員各量表分數狀況

(一)復元階段、權能感受次數、百分比				
	階段	長庚	呈泰	整體受試者
復元階段	深受障礙打擊	6(17.1%)	4(22.2%)	10(18.9%)
	與障礙對抗	10(28.6%)	7(38.9%)	17(32.1%)
	與障礙共存	13(37.1%)	3(16.7%)	16(30.2%)
	超越障礙	6(17.1%)	4(22.2%)	10(18.9%)
	總數(百分比)	35(100%)	18(100%)	53(100%)
權能感受	低權能	8(22.9%)	4(22.2%)	12(22.6%)
	尚可至中度	15(42.9%)	10(55.6%)	25(47.2%)
	中度到高	5(14.3%)	3(16.7%)	8(15.1%)
	高權能	7(20.0%)	1(5.6%)	8(15.1%)

	總數(百分比)	35(100%)	18(100%)	53(100%)

(二)學員各量表分數

長庚					呈泰				
ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受	ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受
14	17.00	37.00	25.00	78.00	3	17.00	122.00	64.00	99.00
15	5.00	93.00	88.00	99.00	4	13.00	2.00	25.00	101.00
16	17.00	79.00	47.00	85.00	5	17.00	55.00	50.00	95.00
17	21.00	34.00	36.00	76.00	6	23.00	64.00	41.00	79.00
18	6.00	135.00	97.00	136.00	7	21.00	70.00	50.00	87.00
19	18.00	46.00	49.00	101.00	8	18.00	56.00	59.00	88.00
20	18.00	58.00	55.00	82.00	9	12.00	109.00	68.00	99.00
21	11.00	118.00	80.00	87.00	10	5.00	131.00	98.00	133.00
22	17.00	90.00	42.00	89.00	11	15.00	41.00	22.00	73.00
23	27.00	51.00	29.00	63.00	12	15.00	83.00	79.00	98.00
24	16.00	86.00	66.00	91.00	13	14.00	121.00	62.00	106.00
25	22.00	82.00	56.00	97.00	47	25.00	122.00	30.00	95.00
26	13.00	65.00	39.00	92.00	48	24.00	58.00	54.00	80.00
27	29.00	34.00	20.00	51.00	49	14.00	64.00	43.00	89.00
28	18.00	78.00	57.00	90.00	50	8.00	91.00	60.00	107.00
29	7.00	113.00	80.00	108.00	51	13.00	69.00	57.00	91.00
30	16.00	81.00	44.00	97.00	52	17.00	92.00	67.00	94.00
31	12.00	128.00	93.00	114.00	62	19.00	60.00	56.00	82.00
32	11.00	128.00	91.00	129.00					
33	12.00	111.00	76.00	91.00					
34	12.00	107.00	78.00	109.00					
35	5.00	133.00	98.00	120.00					
38	13.00	86.00	54.00	84.00					
39	16.00	119.00	91.00	95.00					
40	12.00	119.00	84.00	115.00					
42	9.00	119.00	81.00	104.00					
43	23.00	113.00	82.00	97.00					
44	9.00	121.00	66.00	120.00					
54	23.00	40.00	51.00	90.00					
55	11.00	81.00	67.00	89.00					
56	14.00	93.00	69.00	82.00					
57	13.00	103.00	79.00	98.00					

58	15.00	114.00	71.00	104.00	
59	13.00	132.00	71.00	121.00	
60	22.00	101.00	71.00	98.00	

附註說明：

- 長庚學員症狀平均數=14.94(SD=5.85)；復元平均數=92.23(SD=30.92)；心理內在力量平均數=65.23(SD=21.21)；權能感受平均數=96.63(SD=17.52)。
- 呈泰學員症狀平均數=15.94(SD=5.33)；復元平均數=79.41(SD=34.41)；心理內在力量平均數=54.65(SD=19.23)；權能感受平均數=94.94(SD=13.50)。
- 整體症狀平均數=15.27、中位數=15
  標準差=5.65、偏態=0.26、峰度=-0.17、最大值=29、最小值=5
- 整體復元平均數=88.04、中位數=90.50
  標準差=32.34、偏態=-0.46、峰度=-0.55、最大值=135、最小值=2
- 整體心理內在力量平均數=61.77、中位數=63.00
  標準差=21.00、偏態=-0.17、峰度=-.72、最大值=98、最小值=20
- 整體權能感受平均數=96.08、中位數=95.00
  標準差=16.20、偏態=0.18、峰度=1.01、最大值=136、最小值=51

(三)第三次施測

1.基本資料

本研究共53位患有精神疾病診斷之學員填答問卷，有效樣本數為53位，依照本研究參與受訪者之來源，可分為呈泰日間復健中心學員共18位，長庚醫院學員共35位。

受試者基本資料主要包括：基本病況概述、居住狀況以及社會角色的部份，分別敘述如下：

(1)基本病況概述

受訪者近半年之全日住院次數，發現平均住院次數為0.06次(SD=0.23)，近半年住院次數介於0到1次，偏態為3.95，峰度為14.14，顯示出受訪者近半年內住院次數為正偏高狹峰的分布；此外，受訪者近半年全日住院之月數平均為1.13個月(SD=5.77)，住院天數介於0到30天，偏態是4.99，峰度是23.84，為正偏高峽峰的分配，顯示出受訪者近半年全日住院的經驗差異較大。

受訪之學員半年內幾乎都有定期服用精神藥物，佔98.1%(N=52)，僅有一位(1.9%)受試者未定期服用精神藥物。此外，超過一半的(52.8%)之學員未有其他健康方面疾病。

表4.1.22 基本病況表

變項	類別	次數	有效百分比	備註
最近半年內總共全日住院幾次				平均數=0.06 標準差=0.23 偏態=3.95 峰度=14.14 最大值=1 最小值=0 總和(遺漏)= 53(0)
最近半年內總共全日住院幾天				平均數=1.13 標準差=5.77 偏態=4.99 峰度=23.84 最大值=30 最小值=0

				總和(遺漏)= 53(0)
半年內是否定期服用精神藥物	是	52	98.1%	總和(遺漏)= 53(0)
	否	1	1.9%	
是否有其他健康方面的疾病	是	25	47.2%	總和(遺漏)= 53(0)
	否	28	52.8%	

(2)症狀分數

症狀分數中，共有五個項目，此部分主要是想了解學員受到疾病的影響狀況，本測量每個項目各為 1-6 分的加總量表，分數加總越高代表受疾病的影響越強，反之，代表症狀程度較為輕緩。根據表三，在五個項目中平均等級最高為「覺得自己是一個快樂的人」，平均等級為 4.00(SD=1.62)，次之為「感到平靜與平和」，平均等級為 3.91(SD=1.51)，顯示學員過去一個月中，較常覺得自己是一個快樂的人並且感到平靜與平和。

而 5 個項目中，平均等級最低的依序為「覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己開心」，平均等級 2.47(SD=1.26)，次之為「感到悶悶不樂和憂鬱」，平均等級 2.81(SD=1.35)，顯示學員較少感到沮喪、較不認為沒有任何事可以讓自己開心，且較少會感到悶悶不樂和憂鬱。

表 4.1.23　症狀分數

	從未 1	2	3	4	5	總是 6	總計 (遺漏)	平均等級
1.覺得自己是一個容易緊張的人	6 (11.3%)	9 (17.0%)	16 (30.2%)	8 (15.1%)	6 (11.3%)	8 (15.1%)	53 (0)	3.43 (SD=1.56)
2.感到平靜與平和	3 (5.7%)	7 (13.2%)	11 (20.8%)	15 (28.3%)	5 (9.4%)	12 (22.6%)	53 (0)	3.91 (SD=1.51)
3.感到悶悶不樂和憂鬱	9 (17.0%)	16 (30.2%)	12 (22.6%)	10 (18.9%)	4 (7.5%)	2 (3.8%)	53 (0)	2.81 (SD=1.35)
4.覺得自己是一個快樂的人	5 (9.4%)	5 (9.4%)	11 (20.8%)	8 (15.1%)	12 (22.6%)	12 (22.6%)	53 (0)	4.00 (SD=1.62)
5.覺得沮喪，沒有任何事可以讓自	12 (22.6%)	20 (37.7%)	11 (20.8%)	5 (9.4%)	4 (7.5%)	1 (1.9%)	53 (0)	2.47 (SD=1.26)

己開心								
附註說明	計分方式為: 將各題分數加總，由於第 2 和第 4 題為反向題，因此將此兩題重新進行編碼，即 6 為 1 分、5 為 2 分、4 為 3 分、3 為 4 分、2 為 5 分、1 為 6 分，之後分數越高代表症狀越嚴重。在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總則利用重新編碼過的分數計算。							

(3)居住型態以及社會角色

在居住情形方面，絕大多數(92.5%)的學員與家人同住為最多，其次為與其他親屬同住(5.7%)，僅有一位(1.9%)學員獨自居住。

在社會角色方面，首先在志工方面，有將近三成(28.3%)的學員過去半年內有擔任志工，平均提供的天數為 30.75 天(SD=60.65)，偏態 1.81、峽峰為 1.77，為正偏的分佈。志工服務所提供的類型中，以行政/後勤類的為居多，有 60%的學員均有提供此服務，其次為人際服務類(30%)，以個人專長(5%)和創造手工藝(5%)的服務較少。

在就業市場工作職務方面，有十位(16.3%)學員過去半年內有擔任兼職(5.7%)或全職(13.2%)的工作，平均工作天數為 17.91 天(SD=49.74)，偏態為 2.82、峽峰 6.70，為正偏高峽峰的分配。學員工作的類型，也以行政/後勤類的工作為居多，有 70.0%的學員投入此工作角色，其次為人際服務類(20%)，以人際互動、服務類型為主；以及營業類(10.0%)，在菜市場販賣魚貨。

表 4.1.24 居住型態以及社會角色

變項	類別	次數	有效百分比	備註
與誰同住	家人	49	92.5%	總和(遺漏)= 53(0)
	其他親戚家	3	5.7%	
	自己住	1	1.9%	
過去半年內是否擔任志工	是	15	28.3%	總和(遺漏)= 53(0)
	否	38	71.7%	
志工服務的類型[2]	行政/後勤類(如：行政文書協助、傳送公文、代購物品、美術館巡邏人員)	12	60%	

[2] 志工服務類型之次數、有效百分比：個人可以同時擔任不同類型的志工角色，表三的次數是以有無提供此服務做爲計算；百分比則計算全部服務類型中，各項所佔的比例。

變項	類別	次數	有效百分比	備註
	人際服務類(如：協助販賣商品給病友或協助販賣香皂、協助量血壓)	6	30%	
	個人專長類(如：英文翻譯)	1	5%	
	創造類(如：製作手工藝香皂)	1	5%	
擔任志工的天數				平均數=30.75 標準差=60.65 最大值=180 最小值=0 偏態=1.81 峽峰=1.77 總和(遺漏)= 53(0)
過去半年內是否有工作過	否	43	81.1%	總和(遺漏)= 53(0)
	兼職	3	5.7%	
	全職	7	13.2%	
兼職/全職工作的類型	行政/後勤類工作(如：行政、作業員、庶務人員、保全、外送人員)	7	70.0%	總和(遺漏)= 10(0)
	人際服務類(如：咖啡廳店員、安親班老師、補習班助理)	2	20.0%	
	營業類工作(如：賣魚貨)	1	10.0%	
工作的天數				平均數=17.91 標準差=49.74 最大值=180 最小值=0 偏態=2.82 峽峰=6.70 總和(遺漏)= 53(0)

2.復元狀況量表

復元狀況量表共分為六個面向：希望感、障礙處理/負責、重獲自主性、社

會功能/表現、整體安康/滿意、助人意願和收獲。此部份是為了解學員的復元程度與面向，為四分點量表，分數越高代表復元狀況越良好。

首先，根據表 4.1.25 復元狀況量表，從整體面向而言，學員復元之面向最佳的部份為「助人意願和收穫」，平均數為 2.31(SD=0.73)；其次為「重獲自主性」、「障礙處理/負責」及「希望感」，平均數為 2.20(前者 SD=0.63、其次 SD=0.66、更次之 SD=0.74)；相較而言，分數較低的三個面向，最低為「社會功能/角色表現」，平均分數為 2.06(SD=0.58)，次之「整體安康/滿意」，平均分數為 2.17(SD=0.67)。顯示學員復元的狀態中，以助人意願與收穫、重獲自主性、障礙處理/負責即希望感等面向較佳，而社會功能/角色表現、整體安康/滿意和希望感之復元程度較差。

另外，從個別項目來看，平均等級最高的三個項目，分別在助人意願和收穫、重獲自主性及整體安康/滿意之面向下。在助人意願面向下，學員在「如果有機會，我願意幫助有需要的人」，平均等級最高，為 2.40，有 88.7%的學員經常(54.7%)或有時(34.0%)幫助有需要的人。平均等級第二高之項目，落於整體安康/滿意面向之中，平均等級為 2.36，項目為「整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意」，有 84.9%的學員經常(50.9%)或有時(34.0%)對於自己目前的人生感到滿意。第三高為重獲自主性之面向，「儘管我有精神症狀，我還是可以安排自己的生活」，有 83.0%的學員經常(50.9%)或有時(32.1%)能夠安排自己的生活。顯示學員願意幫助有需要的人，且即使有精神症狀，仍可以安排好自己的生活，並且對於目前所擁有的人生感到滿意。

此外，個別項目中平均等級分數最低的三個項目，則分別在社會功能/角色表現與重獲自主性之面向中。首先，復元狀況最差的部份是在社會功能/角色表現及重獲自主性之面向中，學員在「我嘗試去認識一些新的朋友」項目上復元狀況最差，平均等級為 1.89，有三成五以上(35.8%)的學員從未(11.3%)或偶爾(24.5%)才會嘗試去認識新朋友。另外，在重獲自主性之面向下，學員在「我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視」項目上復元狀況最差，平均等級為 1.89，有三成七(37.8%)的學員從未(3.8%)或偶爾(34.0%)運用自我能力或他人幫忙，來消除社會的誤解和歧視；次之，復元較差的項目亦屬於社會功能/角色表現面向之中，「我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)」，平均等級分別為 1.92，三成以上(33.9%)的學員從未(9.4%)或偶爾(24.5%)參與社團活動。整體而言，受試學員較少認識新朋友且較少參與

社會活動，以及較少運用自我力量或他人的幫忙，來減少社會的誤解和歧視。

表 4.1.25 復元狀況量表

面向		從未	偶爾	有時	經常	平均等級	總計（遺漏）	整體平均
希望感	1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	4 (7.5%)	6 (11.3%)	19 (35.8%)	24 (45.3%)	2.19	53 (0)	2.20 (SD=0.74)
	2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	3 (5.7%)	9 (17.0%)	15 (28.3%)	26 (49.1%)	2.21	53 (0)	
	3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	2 (3.8%)	9 (17.0%)	18 (34.0%)	24 (45.3%)	2.21	53 (0)	
障礙處理/負責	7.我努力照顧自己的生活起居。	1 (1.9%)	9 (17.0%)	15 (28.3%)	28 (52.8%)	2.32	53 (0)	2.20 (SD=0.66)
	10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	0 (0%)	9 (17.0%)	18 (34.0%)	26 (49.1%)	2.32	53 (0)	
	9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	0 (0%)	8 (15.1%)	22 (41.5%)	23 (43.4%)	2.28	53 (0)	
	8.我努力讓自己的生活更豐富。	3 (5.7%)	9 (17.0%)	15 (28.3%)	26 (49.1%)	2.21	53 (0)	
	4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	2 (3.8%)	9 (17.0%)	18 (34.0%)	24 (45.3%)	2.21	53 (0)	
	5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	3 (5.7%)	10 (18.9%)	15 (28.3%)	25 (47.2%)	2.17	53 (0)	
	6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	2 (3.8%)	11 (20.8%)	16 (30.2%)	24 (45.3%)	2.17	53 (0)	

	12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	3 (5.7%)	10 (18.9%)	19 (35.8%)	21 (39.6%)	2.09	53 (0)	
	11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	1 (1.9%)	14 (26.4%)	21 (39.6%)	17 (32.1%)	2.02	53 (0)	
重獲自主性	15.儘管我有精神症狀,我還是可以安排自己的生活。	0 (0%)	9 (17.0%)	17 (32.1%)	27 (50.9%)	2.34	53 (0)	2.20 (SD=0.63)
	14.儘管我有精神症狀,我還是有能力去完成事情。	0 (0%)	8 (15.1%)	21 (39.6%)	24 (45.3%)	2.30	53 (0)	
	22.當我做事情的時候,我可以思考一些狀況並且做決定。	0 (0%)	7 (13.2%)	24 (45.3%)	22 (41.5%)	2.28	53 (0)	
	26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	1 (1.9%)	8 (15.1%)	19 (35.8%)	25 (47.2%)	2.28	53 (0)	
	13.儘管我有精神症狀,我還是肯定自己的價值。	2 (3.8%)	5 (9.4%)	22 (41.5%)	24 (45.3%)	2.28	53 (0)	
	28.只要我努力,我就可以達成我想要的目標。	0 (0%)	10 (18.9%)	20 (37.7%)	23 (43.4%)	2.25	53 (0)	
	18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	3 (5.7%)	6 (11.3%)	19 (35.8%)	25 (47.2%)	2.25	53 (0)	
	23.儘管有精神疾病,我還是可以嘗試新的事物。	1 (1.6%)	8 (15.1%)	21 (39.6%)	23 (43.4%)	2.25	53 (0)	
	17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	1 (1.6%)	9 (17.0%)	22 (41.5%)	21 (39.6%)	2.19	53 (0)	
	21.當我做事情的時候,我知道自己	0 (0%)	10 (18.9%)	23 (43.4%)	20 (37.7%)	2.19	53 (0)	

	想要達成的目標是什麼。							
	24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	2 (3.8%)	8 (15.1%)	21 (39.6%)	22 (41.5%)	2.19	53 (0)	
	19.儘管有精神疾病，我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	2 (3.8%)	11 (20.8%)	16 (30.2%)	24 (45.3%)	2.17	53 (0)	
	20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	1 (1.9%)	14 (26.4%)	15 (28.3%)	23 (43.4%)	2.13	53 (0)	
	25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	3 (5.7%)	14 (26.4%)	13 (24.5%)	23 (43.4%)	2.06	53 (0)	
	27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	2 (3.8%)	18 (34.0%)	17 (32.1%)	16 (30.2%)	1.89	53 (0)	
社會功能/角色表現	30.當我有需要時，我的家人、親戚或朋友會幫助我。	1 (1.9%)	11 (20.8%)	13 (24.5%)	28 (52.8%)	2.28	53 (0)	2.06 (SD=0.58)
	31.當我的家人、親戚或朋友有需要時，我會幫助他們。	1 (1.9%)	10 (18.9%)	16 (30.2%)	26 (49.1%)	2.26	53 (0)	
	29.我知道如何和別人說話或交往。	2 (3.8%)	12 (22.6%)	19 (35.8%)	20 (37.7%)	2.08	53 (0)	
	34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊	4 (7.5%)	12 (22.6%)	16 (30.2%)	21 (39.6%)	2.02	53 (0)	

	遊等)。							
	35.我在家中有一定的職責和事情要做。	3 (5.7%)	13 (24.5%)	18 (34.0%)	19 (35.8%)	2.00	53 (0)	
	33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	5 (9.4%)	13 (24.5%)	16 (30.2%)	19 (35.8%)	1.92	53 (0)	
	32.我嘗試去認識一些新的朋友。	6 (11.3%)	13 (24.5%)	15 (28.3%)	19 (35.8%)	1.89	53 (0)	
整體安康/滿意	41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	0 (0%)	8 (15.1%)	18 (34.0%)	27 (50.9%)	2.36	53 (0)	2.17 (SD=0.67)
	40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	0 (0%)	10 (18.9%)	17 (32.1%)	26 (49.1%)	2.30	53 (0)	
	37.整體來說，我過著如一般人的生活。	1 (1.9%)	6 (11.3%)	24 (45.3%)	22 (41.5%)	2.26	53 (0)	
	38.整體來說，我內心感到平靜。	1 (1.9%)	15 (28.3%)	12 (22.6%)	25 (47.2%)	2.15	53 (0)	
	42.整體來說，我過著快樂的生活。	1 (1.9%)	12 (22.5%)	19 (35.8%)	21 (39.6%)	2.13	53 (0)	
	39.我不會感到孤單。	4 (7.5%)	14 (26.4%)	8 (15.1%)	27 (50.9%)	2.09	53 (0)	
	36.整體來說，我覺得自己不錯。	4 (7.5%)	11 (20.8%)	16 (30.2%)	22 (41.5%)	2.06	53 (0)	
	16.我喜歡我自己現在的樣子。	3 (5.7%)	13 (24.5%)	20 (37.7%)	17 (32.1%)	1.96	53 (0)	
助人意願和收獲	44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	2 (3.8%)	4 (7.5%)	18 (34.0%)	29 (54.7%)	2.40	53 (0)	2.31 (SD=0.73)
	45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	2 (3.8%)	6 (11.3%)	19 (35.8%)	26 (49.1%)	2.30	53 (0)	
	43.儘管有精神症	2	10	15	26	2.23	53	

	狀,我認為自己還是可以幫助別人。	(3.8%)	(18.9%)	(28.3%)	(49.1%)		(0)	

3.社會支持

在社會支持主要可分為三個面向：包含家人/親戚的協助程度、其他人的協助情況、福利服務項目使用情況，分別敘述如下：

(1) 家人/親戚的協助程度

此部份是了解過去半年內家人/親戚的協助程度，個別項目包含提供工作協助、活動協助、借東西或金錢、提供需要資訊、陪伴、聊天的協助程度，為四分點量表，加總分數越高代表家人/親戚的協助程度越多。從整體面向而言，家人/親戚的協助程度最高為「聊天」,平均等級最高 1.85(SD=0.95),其次為「陪伴」,平均等級為 1.68(SD=0.96)，第三為「提供需要資訊」，平均等級為 1.49(SD=0.95)。顯示學員這半年內，較常接受家人/親戚的「聊天」、「陪伴」以及「提供需要資訊」的協助。

而過去半年內家人/親戚的協助程度最低的項目為「工作協助」,平均等級為 1.13 (SD=1.06)，其次為「活動協助」，平均等級為 1.32(SD=0.94)，再次之為「借東西或金錢」,平均等級為 1.45(SD=1.10)。顯示學員這半年內，較少接受到家人/親戚在工作、活動方面以及東西或金錢借用的協助。

表 4.1.26 家人/親戚的協助程度

變項	程度				總和(遺漏值)	平均等級(標準差)
	從未	偶爾	有時	經常		
1.提供工作方面的協助	20 (37.7%)	12 (22.6%)	15 (28.3%)	6 (11.3%)	53 (0)	1.13 (SD=1.06)
2.提供活動方面的協助	9 (17.0%)	26 (49.1%)	10 (18.9%)	8 (15.1%)	53 (0)	1.32 (SD=0.94)
3.借給我東西或金錢	14 (26.4%)	12 (22.6%)	16 (30.2%)	11 (20.8%)	53 (0)	1.45 (SD=1.10)
4.提供我需	9	17	19	8	53	1.49

要的資訊	(17.0%)	(32.1%)	(35.8%)	(15.1%)	(0)	(SD=0.95)
5.陪伴我一起做事情	7 (13.2%)	14 (26.4%)	21 (39.6%)	11 (20.8%)	53 (0)	1.68 (SD=0.96)
6.陪我聊天	5 (9.4%)	13 (24.5%)	20 (37.7%)	15 (28.3%)	53 (0)	1.85 (SD=0.95)

(2)其他人的協助情況

根據表 4.1.27 在其他人的協助面向上，個別項目包含朋友、鄰居、親密伴侶、醫療或復健人員。學員過去半年內有往來的朋友平均數為 5.09 位，來往的朋友數最大值為 50 位，最小值為 0 位，顯見每位學員往來的朋友數量差異甚大(SD=7.48)；這些往來的朋友中，在宗教場合(教會、道場、廟宇)認識的朋友平均數為 1.72(SD=6.30)，在日間留院或復建中心認識的平均數為 2.96(SD=2.76)，由此發現，相較於宗教場合，學員有往來的朋友較多是在日間留院或復建中心所認識。當學員有需要時，有三成五的學員認為朋友提供的協助相當足夠(15.1%)或足夠(20.8%)，近半數(47.2%)的學員認為朋友提供的協助為尚可。

在鄰居提供的協助方面，33.9%的學員認為相當足夠(7.5%)或足夠(26.4%)，但也有超過二成五(26.4%)的學員認為鄰居提供的協助不夠(13.2%)或相當不夠(13.2%)。在親密伴侶部份，有八成六(86.8%)的學員目前沒有親密伴侶。值得一提的是 77.4%的學員認為醫療或復健人員提供的協助相當足夠(28.3%)或足夠(49.1%)，53 位受試學員中沒有學員認為醫療或復健人員提供的協助不夠或相當不足夠，由此發現受試者對醫療或復健人員所提供的協助多抱持正面的評價。綜合而言，受訪學員認為在其他人(朋友、鄰居、醫療或復健人員)的協助上，以接受醫療或復健人員的協助最多。

表 4.1.27 其他人的協助情況

變項名稱	類別	次數 (有效百分比)	備註
2.請問過去**半年內**有來往的朋友有幾個？			平均數=5.09 標準差=7.48 偏態=4.50

			峰度=25.32 最大值=50 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？			平均數=1.72 標準差=6.30 偏態=6.50 峰度=44.98 最大值=45 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.2.這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復建中心認識的？			平均數=2.96 標準差=2.76 偏態=1.13 峰度=0.66 最大值=10 最小值=0 總和(遺漏值)= 53(0)
2.3 你覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？	相當足夠	8(15.1%)	平均等級=2.70 標準差=1.01 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	11(20.8%)	
	尚可	25(47.2%)	
	不夠	7(13.2%)	
	相當不夠	2(3.8%)	
3.你覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？	相當足夠	4(7.5%)	平均等級=2.98 標準差=1.12 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	14(26.4%)	
	尚可	21(39.6%)	
	不夠	7(13.2%)	
	相當不夠	7(13.2%)	
4.您現在是否有親密的伴侶？	是	7(13.2%)	總和(遺漏值)=53(0)
	否	46(86.8%)	
5.過去**半年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？	相當足夠	15(28.3%)	平均等級=1.94 標準差=0.72 總和(遺漏值)=53(0)
	足夠	26(49.1%)	
	尚可	12(22.6%)	

(3)福利服務項目使用情況

表 4.1.28 是想了解受訪學員過去半年內在就醫補助、經濟補助、就業福利、

保險補助和就學補助等五個項目中的使用情況。學員使用補助的情況依序為就醫補助的使用情況最高，九成以上(90.6%)的學員過去半年內曾使用過，次之為經濟補助，58.5%的學員有使用經濟補助，接著為保險補助(47.2%)；而學員最少使用的補助為就業福利，九成二(92.5%)的學員過去半年內並未使用過就業福利，次之為就學補助，有九成以上(90.6%)的學員沒有使用就學補助。綜合而言，過去半年內受訪學員使用就醫補助的程度相當高，有九成以上受訪學員有使用就醫補助；然而，學員使用就業福利的項目相當低，過去半年內有超過九成二以上的學員未使用就業福利。

表 4.1.28 福利服務項目使用情況

項目	是	否	總和 (遺漏值)
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病減免部份負擔費用、健康檢查等)	48 (90.6%)	5 (9.4%)	53 (0)
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	31 (58.5%)	22 (41.5%)	53 (0)
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	4 (7.5%)	49 (92.5%)	53 (0)
保險補助(如：社會保險自付部份補助、國民年金補助)	25 (47.2%)	28 (52.8%)	53 (0)
就學補助(如學費減免、獎學金、助學金)	5 (9.4%)	48 (90.6%)	53 (0)

4.心理內在力量

表 4.1.29 心理內在力量(復原力量表)中，共有 14 個項目，此部分主要是想了解學員的復原力，本測量每個項目各為 1-7 分的加總量表，加總分數越高代表心理內在力量越強，反之，代表復原力越弱。根據表七，在 14 個項目中，平均等級最高為「我對事物保持興趣」平均等級為 5.19(SD=1.52)，次之為「我的生活有意義」平均等級為 5.08(SD=1.69)；第三高為「我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關」，平均等級為 5.04(SD=1.53)，顯示學員較同意自己可以

保持對事物的興趣、生活是有意義且相信自己的力量，能讓自己渡過難關。

而 14 個項目中，平均等級最低的依序為「我通常能接受發生的事情而不受影響」，平均等級 3.96 (SD=1.73)，次之為「我覺得我可以同時處理很多事情」，平均等級 4.11(SD=1.79)，顯示學員較少能接受發生的事物且不受影響，以及較無法同時處理很多事情。

表 4.1.29　心理內在力量

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和（遺漏值）	平均等級（SD）
	1	2	3	4	5	6	7		
1.我經常能找到某種方式將問題解決	0 (0%)	4 (7.5%)	7 (13.2%)	12 (22.6%)	15 (28.3%)	6 (11.3%)	9 (17.0%)	53 (0)	4.74 (SD=1.48)
2.在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	3 (5.7%)	1 (1.9%)	4 (7.5%)	12 (22.6%)	13 (24.5%)	11 (20.8%)	9 (17.0%)	53 (0)	4.89 (SD=1.59)
3.我通常能接受發生的事情而不受影響	6 (11.3%)	6 (11.3%)	8 (15.1%)	11 (20.8%)	11 (20.8%)	8 (15.1%)	3 (5.7%)	53 (0)	3.96 (SD=1.73)
4.我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	1 (1.9%)	2 (3.8%)	6 (11.3%)	13 (24.5%)	9 (17.0%)	10 (18.9%)	12 (22.6%)	53 (0)	4.98 (SD=1.57)
5.我覺得我可以同時處理很多事情	4 (7.5%)	8 (15.1%)	6 (11.3%)	14 (26.4%)	10 (18.9%)	3 (5.7%)	8 (15.1%)	53 (0)	4.11 (SD=1.79)
6.我是個果決的人	4 (7.5%)	8 (15.1%)	5 (9.4%)	12 (22.6%)	10 (18.9%)	7 (13.2%)	7 (13.2%)	53 (0)	4.23 (SD=1.81)
7.因為我以前遭遇過困難，所以我能度過後來	1 (1.9%)	4 (7.5%)	8 (15.1%)	7 (13.2%)	12 (22.6%)	9 (17.0%)	12 (22.6%)	53 (0)	4.89 (SD=1.63)

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和	平均等級
的難關									
8.我有自制力	1 (1.9%)	3 (5.7%)	4 (7.5%)	11 (20.8%)	13 (24.5%)	11 (20.8%)	10 (18.9%)	53 (0)	4.98 (SD=1.53)
9.我對事物保持興趣	0 (0%)	3 (5.7%)	6 (11.3%)	7 (13.2%)	12 (22.6%)	12 (22.6%)	13 (24.5%)	53 (0)	5.19 (SD=1.52)
10.我經常可以發現好笑的事	1 (1.9%)	7 (13.2%)	5 (9.4%)	11 (20.8%)	9 (17.0%)	9 (17.0%)	11 (20.8%)	53 (0)	4.72 (SD=1.75)
11.我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關	1 (1.9%)	3 (5.7%)	5 (9.4%)	8 (15.1%)	12 (22.6%)	15 (28.3%)	9 (17.0%)	53 (0)	5.04 (SD=1.53)
12.在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	5 (9.4%)	9 (17.0%)	4 (7.5%)	10 (18.9%)	12 (22.6%)	7 (13.2%)	6 (11.3%)	53 (0)	4.13 (SD=1.85)
13.我的生活有意義	2 (3.8%)	3 (5.7%)	5 (9.4%)	6 (11.3%)	13 (24.5%)	11 (20.8%)	13 (24.5%)	53 (0)	5.08 (SD=1.69)
14.當我處於困境時，我通常可以自己找到出路	2 (3.8%)	7 (13.2%)	1 (1.9%)	9 (17.0%)	10 (18.9%)	11 (20.8%)	13 (24.5%)	53 (0)	4.94 (SD=1.81)

5.權能感受

增強權能量表主要分為八個面向：包含個人層面的「自我效能與內控」、「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、「社會政治行動」。此部分主要是想了解學員對於權能感受的強弱，本測量使用四分點量表，分數越高代表權能感越強，反之，代表此權能感越弱。

根據表 4.1.30，從整體面向來看，學員權能感受最高的面向是「社會政治權能」，平均等級為 3.15(SD=0.53)；其次為「自我效能與內控」及「人際溝通技巧」，平均等級為 3.03(SD=0.54)；反之，學員權能感受較低的面向是「外在掌控力」，平均等級為 2.53(SD=0.50)，其次是「社會自我肯定」，平均等級為 2.64(SD=0.60)，第三是「社會政治行動」，平均等級為 2.74(SD=0.62)。顯示學員對於社會政治、自我效能與內控以及人際間溝通技巧的權能感受是比較強的，相較之下，學員對於外在掌控力、社會自我肯定以及社會政治行動的權能感受較弱。

從個別項目來看，學員權能感受最強的是社會政治權能中的「人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量」，平均等級為 3.28，九成八(98.1%)的學員非常同意或同意這個感受。其次，是自我效能與內控的「一旦設定目標，我會努力去達成」，平均等級為 3.20，有九成(90.6%)的學員非常同意或同意這個感受。再次之，亦屬於自我效能與內控中的「我對於自己所做的決定具有信心」，平均等級為 3.16，有八成八(88.7%)的學員非常同意或同意這個看法。顯示學員認為人們一起努力、團結起來，可以產生更大的社會力量，且對自己的決定具有信心，只要設定目標，自己會努力去達成。

此外，學員權能感最低的項目多落於外在掌控力面向之中。最低的項目為「社會的現實狀況不是市井小民可以改變的」，平均等級為 2.15，近七成(69.9%)的學員非常同意或同意此感受；其次是「我對生活感到無力」及「我認為運氣不好造成我生命中的不幸」，平均等級為 2.49，前者有五成八的學員非常同意或同意此感受；後者有 40.9%的學員非常同意或同意此感受。由此可知，學員認為社會的現況，不是平常人可隨意改變，且受試學員們對於生活感受到無力，同時也認為運氣不好是造成生命不幸的原因，故其權能感受較低。

表 4.1.30 權能感受量表

面向		非常同意	同意	不同意	非常不同意	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
個人 自我	7.一旦設定目標，我會努力去	16 (30.2%)	32 (60.4%)	5 (9.4%)	0 (0%)	3.20	53 (0)	3.03 (SD=0.54)

層面一：效能與內控	達成							
	2.我對於自己所做的決定具有信心	16 (30.2%)	31 (58.5%)	5 (9.4%)	1 (1.9%)	3.16	53 (0)	
	5.只要我認為可能的事，就可以做到	15 (28.3%)	27 (50.9%)	11 (20.8%)	0 (0%)	3.08	53 (0)	
	4.我認為自己是個有能力的人	8 (15.1%)	37 (69.8%)	7 (13.2%)	1 (1.9%)	2.96	53 (0)	
	6.我能夠決定我生活中大部分的事情	14 (26.4%)	26 (49.1%)	12 (22.6%)	1 (1.9%)	2.96	53 (0)	
	1.當我做計畫時，我有把握事情可以成功	11 (20.8%)	29 (54.7%)	12 (22.6%)	1 (1.9%)	2.94	53 (0)	
	3.我覺得自己是一個有價值的人	11 (20.8%)	30 (56.6%)	10 (18.9%)	2 (3.8%)	2.88	53 (0)	
	8.我能樂觀地面對挫折	11 (28.0%)	26 (49.1%)	15 (28.3%)	1 (1.9%)	2.86	53 (0)	
層面二：個人外在掌控力	21.我覺得別人忽視我的存在	3 (5.7%)	13 (24.5%)	30 (56.6%)	7 (13.2%)	2.77	53 (0)	2.53 (SD=0.50)
	12.我通常感到孤獨	2 (3.8%)	17 (32.1%)	27 (50.9%)	7 (13.2%)	2.74	53 (0)	
	10.我自覺無法和有權力的人對抗	2 (3,8%)	26 (49.1%)	19 (35.8%)	6 (11.3%)	2.55	53 (0)	
	9.我對生活感到無力	7 (13.2%)	21 (39.6%)	16 (30.2%)	9 (17.0%)	2.49	53 (0)	
	11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸	8 (15.1%)	19 (35.8%)	18 (34.0%)	8 (15.1%)	2.49	53 (0)	
	27.社會的現實狀況不是市井小民可以改	11 (20.8%)	26 (49.1%)	13 (24.5%)	3 (5.7%)	2.15	53 (0)	

	變的							
人際層面一：人際溝通技巧	14.我知道如何和別人維持良好的溝通	11 (20.8%)	34 (64.2%)	7 (13.2%)	1 (1.9%)	3.04	53 (0)	3.03 (SD=0.62)
	15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	14 (26.4%)	28 (52.8%)	10 (18.9%)	1 (1.9%)	3.04	53 (0)	
	16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	11 (20.8%)	33 (62.3%)	7 (13.2%)	2 (3,8%)	3.00	53 (0)	
人際層面二：自我肯定	17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	10 (18.9%)	34 (64.2%)	9 (17.0%)	0 (0%)	3.02	53 (0)	2.98 (SD=0.48)
	13.我有勇氣面對困難	12 (22.6%)	29 (54.7%)	12 (22.6%)	0 (0%)	3.00	53 (0)	
	19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	8 (15.1%)	35 (66.0%)	8 (15.1%)	2 (3.8%)	2.92	53 (0)	
人際層面三：社會自我肯定	18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	9 (17.0%)	24 (45.3%)	18 (34.0%)	2 (3.8%)	2.76	53 (0)	2.64 (SD=0.60)
	28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	8 (15.1%)	21 (39.6%)	21 (39.6%)	3 (5.7%)	2.64	53 (0)	
	32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	3 (5.7%)	24 (45.3%)	24 (45.3%)	2 (3.8%)	2.53	53 (0)	
社會政治	20.別人會重視我說的話	6 (11.3%)	37 (69.8%)	9 (17.0%)	1 (1.9%)	2.91	53 (0)	2.80 (SD=0.46)
	33.如果要爭取自身的權益	11 (20.8%)	25 (47.2%)	16 (30.2%)	1 (1.9%)	2.87	53 (0)	

層資面源一與：影響	時，我知道可以找哪些人幫忙							
	23.我覺得自己可以改變所處的環境	6 (11.3%)	29 (54.7%)	18 (34.0%)	0 (0%)	2.77	53 (0)	
	34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道	7 (13.2%)	27 (50.9%)	17 (32.1%)	2 (3.8%)	2.74	53 (0)	
	22.我可以說服別人接受我的建議	5 (9.4%)	28 (52.8%)	20 (37.7%)	0 (0%)	2.72	53 (0)	
社會政治層面二：	25.人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量	16 (30.2%)	36 (67.9%)	1 (1.9%)	0 (0%)	3.28	53 (0)	3.15 (SD=0.53)
	26.採取行動就有可能解決社會問題	13 (24.5%)	33 (62.3%)	6 (11.3%)	1 (1.9%)	3.09	53 (0)	
	24.人們一起努力，可以改變社會的環境	12 (22.6%)	33 (62.3%)	8 (15.1%)	0 (0%)	3.08	53 (0)	
社會政治層面三：	30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	10 (18.9%)	24 (45.3%)	19 (35,8%)	0 (0%)	2.83	53 (0)	2.74 (SD=0.62)
	29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	9 (17.0%)	24 (45.3%)	20 (37.7%)	0 (0%)	2.79	53 (0)	
	31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	7 (13.2%)	19 (35.8%)	26 (49.1%)	1 (1.9%)	2.60	53 (0)	
附註說明	計分方式為:非常不同意 1 分、不同意 2 分、同意 3 分、非常同意 4 分，由於第 9、10、11、12、21、27 為反向題，因此將此六題重新進行編碼，即非常不同意為 4 分、							

	不同意 3 分、同意 2 分、非常同意 1 分，在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總與整體之平均等級，則利用重新編碼過的分數計算。

6.學員各量表分數狀況

本問卷測量精神障礙者目前的處境，包括受疾病影響的症狀、復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況以及權能感受。

依據表 4.1.31，53 位有效樣本裡，長庚學員的症狀平均分數為 14.74(SD=5.04)，呈泰學員症狀平均分數為 14.94(SD=4.62)，表示呈泰學員受到病症影響的程度較高。整體而言，學員症狀總平均分數為 14.81 分，實際症狀分數分佈為 6 至 26 分。症狀分數 17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大，需要被關注，本研究中有 37.7%的學員症狀分數高於 17 分，代表有超過三成七的學員最近一個月受到症狀影響的程度較大，需要關注。

在復元狀況方面，長庚學員的復元平均分數為 96.86(SD=28.33)，呈泰學員復元平均分數為 100.61(SD=20.40)，顯示呈泰學員復元狀態較佳。而整體復元的平均分數為 98.13 分(SD=25.77)，受試者分數分佈為 38 至 135 分，分數越高代表復元狀況越好。依據常模，本研究學員的復元狀態中有 11.4%的受試者處在第一階段(深受障礙打擊)；25.7%學員處於第二階段(與障礙對抗)；34.3%的學員處於第三階段(與障礙共存)，而處於第四階段(超越障礙)學員有 28.6%。全部受試者在復元狀況的偏態為-0.46，峰度為-0.40，為常態的低闊峰。

在心理內在力量方面(復原力量表)，長庚學員的心理內在力量平均數為 65.83(SD=17.80)，呈泰學員心理內在力量平均數為 65.94(SD=17.80)，呈泰學員心理內在力量較高。整體而言，學員總平均為 65.87 分，實際分數分佈為 23 至 98 分。全部受試者在心裡內在力量的偏態為-0.51，峰度為-0.05，為常態的低闊峰。

在權能感受方面，長庚學員權能感受平均數為 96.17(SD=14.06)，呈泰學員權能感受平均數為 98.67(SD=12.30)，呈泰學員的權能感受較高。整體學員的權能平均數為 97.02 分，權能感受的分數最小值為 66 分，最大值為 133 分，分數越高代表權能感越強。依據常模，整體施測結果學員平均的權能程度為「尚可至中度」(-1SD – 0)，約有 49.1%學員屬於此權能程度。全部受試者在權能感受的偏態為 0.73，峰度為 0.95，為正偏低闊峰。

表4.1.31 學員各量表分數狀況

(一)復元階段、權能感受次數、百分比

	階段	長庚	呈泰	整體受試者
復元階段	深受障礙打擊	4(11.4%)	0(0%)	4(7.5%)
	與障礙對抗	9(25.7%)	8(44.4%)	17(32.1%)
	與障礙共存	12(34.3%)	5(27.8%)	17(32.1%)
	超越障礙	10(28.6%)	5(27.8%)	15(28.3%)
	總數(百分比)	35(100%)	18(100%)	53(100%)
權能感受	低權能	7(20.0%)	3(16.7%)	10(18.9%)
	尚可至中度	15(42.9%)	11(61.1%)	26(49.1%)
	中度到高	9(25.7%)	1(5.6%)	10(18.9%)
	高權能	4(11.4%)	3(16.7%)	7(13.2%)
	總數(百分比)	35(100%)	18(100%)	53(100%)

(二)學員各量表分數

長庚					呈泰				
ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受	ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受
14	21.00	40.00	39.00	73.00	3	16.00	111.00	68.00	97.00
15	7.00	126.00	83.00	95.00	4	17.00	127.00	23.00	102.00
16	14.00	63.00	40.00	85.00	5	13.00	80.00	60.00	96.00
17	19.00	46.00	35.00	79.00	6	19.00	88.00	57.00	88.00
18	7.00	132.00	85.00	101.00	7	26.00	87.00	54.00	89.00
19	16.00	38.00	45.00	88.00	8	13.00	88.00	71.00	96.00
20	14.00	65.00	59.00	87.00	9	10.00	125.00	79.00	115.00
21	10.00	102.00	81.00	86.00	10	7.00	129.00	98.00	133.00
22	22.00	91.00	72.00	100.00	11	12.00	86.00	62.00	98.00
23	22.00	66.00	53.00	82.00	12	10.00	114.00	70.00	98.00
24	17.00	100.00	71.00	89.00	13	11.00	103.00	65.00	99.00
25	20.00	79.00	45.00	86.00	47	19.00	91.00	55.00	86.00
26	15.00	93.00	71.00	104.00	48	18.00	126.00	89.00	86.00
27	23.00	49.00	23.00	66.00	49	14.00	75.00	37.00	86.00
28	21.00	88.00	72.00	101.00	50	11.00	79.00	65.00	98.00
29	16.00	108.00	77.00	99.00	51	15.00	133.00	86.00	118.00
30	18.00	80.00	41.00	87.00	52	19.00	92.00	73.00	93.00
31	8.00	130.00	92.00	126.00	62	19.00	77.00	75.00	98.00

32	15.00	134.00	88.00	126.00
33	11.00	114.00	74.00	87.00
34	19.00	99.00	58.00	93.00
35	7.00	135.00	96.00	120.00
38	13.00	83.00	56.00	94.00
39	20.00	112.00	82.00	105.00
40	8.00	121.00	89.00	104.00
42	11.00	116.00	69.00	95.00
43	12.00	127.00	70.00	100.00
44	10.00	82.00	52.00	88.00
54	20.00	90.00	63.00	87.00
55	6.00	121.00	76.00	102.00
56	19.00	96.00	68.00	95.00
57	16.00	95.00	73.00	98.00
58	15.00	125.00	58.00	111.00
59	10.00	132.00	80.00	128.00
60	14.00	112.00	68.00	99.00

附註說明：

- 長庚學員症狀平均數=15.06(SD=5.13)；復元平均數=95.13(SD=28.79)；心理內在力量平均數=64.84(SD=18.24)；權能感受平均數=95.41(SD=13.42)。
- 呈泰學員症狀平均數=14.71(SD=4.65)；復元平均數=102.00(SD=20.13)；心理內在力量平均數=65.41(SD=18.20)；權能感受平均數=98.71(SD=12.67)。
- 整體症狀平均數=14.94、中位數=15.00
  標準差=4.92、偏態=-0.03、峰度=-0.76、最大值=26、最小值=6
- 整體復元平均數=97.51、中位數=95.00
  標準差=26.10、偏態=-0.45、峰度=-0.44、最大值=135、最小值=38
- 整體心理內在力量平均數=65.04、中位數=68.00
  標準差=18.04、偏態=-0.40、峰度=-0.19、最大值=98、最小值=23
- 整體權能感受平均數=96.55、中位數=96.00
  標準差=13.13、偏態=0.68、峰度=1.10、最大值=133、最小值=66

(四)第四次施測

1.基本資料

本研究共 50 位患有精神疾病診斷之學員填答問卷，有效樣本數為 50 位，本研究參與受訪者之來源及參與施測人數，分別為呈泰日間復健中心學員共 15

位，長庚醫院學員共 35 位。

受試者基本資料主要包括：基本病況概述、居住狀況以及社會角色的部份，分別敘述如下：

(1)基本病況概述

受訪者近半年之全日住院次數，發現平均住院次數為 0.16 次(SD=0.58)，近半年住院次數介於 1 到 2 次之間，偏態為 3.82，峰度為 14.34，顯示出受訪者近半年內住院次數為正偏高狹峰的分布；此外，受訪者近半年全日住院之天數平均為 3.20 天(SD=13.75)，住院天數介於 0 到 90 天，偏態是 5.56，峰度是 33.84，為正偏高峽峰的分配，顯示出受訪者近半年全日住院的經驗差異較大。

大多數受訪之學員半年內都有定期服用精神藥物，佔 98.0%(N=49)，僅有一位(2.0%)受試者未定期服用精神藥物。此外，超過六成的(62.0%)之學員未有其他健康方面疾病。

表 4.1.32 基本病況表

變項	類別	次數	有效百分比	備註
最近半年內總共全日住院幾次				平均數=0.16 標準差=0.58 偏態=3.82 峰度=14.34 最大值=3 最小值=0 總和(遺漏)= 45(0)
最近半年內總共全日住院幾天				平均數=3.20 標準差=13.75 偏態=5.56 峰度=33.84 最大值=90 最小值=0 總和(遺漏)= 50(0)
半年內是否定期服用精神藥物	是	49	98.0%	總和(遺漏)= 50(0)
	否	1	2.0%	
是否有其他健康方面的疾病	是	19	38.0%	總和(遺漏)= 50(0)
	否	31	62.0%	

(2)症狀分數

症狀分數中，共有五個項目，此部分主要是想了解學員受到疾病的影響狀況，本測量每個項目各為 1-6 分的加總量表，分數加總越高代表受疾病的影響越強，反之，代表症狀程度較為輕緩。根據表三，在五個項目中平均等級最高為「覺得自己是一個快樂的人」，平均等級為 3.72(SD=1.51)，次之為「感到平靜與平和」，平均等級為 3.70(SD=1.50)，顯示學員過去一個月中，較常覺得自己是一個快樂的人以及感到平靜與平和，由這些偏向正面的感受顯示過去一個月中疾病對於學員的影響是較為平緩的。

而 5 個項目中，平均等級最低的依序為「覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己開心」，平均等級 2.42(SD=1.31)，次之為「感到悶悶不樂和憂鬱」，平均等級 2.74(SD=1.51)，顯示學員較少感受到沮喪及不開心的情緒，且較少會感到悶悶不樂和憂鬱。

表 4.1.33 症狀分數

	從未 1	2	3	4	5	總是 6	總計 (遺漏)	平均等級
1.覺得自己是一個容易緊張的人	9 (18%)	12 (24.0%)	18 (36.0%)	4 (8.0%)	4 (8.0%)	3 (6.0%)	50 (0)	2.82 (SD=1.38)
2.感到平靜與平和	2 (4.0%)	9 (18.0%)	17 (34.0%)	5 (10.0%)	8 (16.0%)	9 (18.0%)	50 (0)	3.70 (SD=1.50)
3.感到悶悶不樂和憂鬱	10 (20.0%)	16 (32.0%)	12 (24.0%)	5 (10.0%)	3 (6.0%)	4 (8.0%)	50 (0)	2.74 (SD=1.47)
4.覺得自己是一個快樂的人	2 (4.0%)	11 (22.0%)	11 (22.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	9 (18.0%)	50 (0)	3.72 (SD=1.51)
5.覺得沮喪,沒有任何事可以讓自己開心	14 (28.0%)	16 (32.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	50 (0)	2.42 (SD=1.31)
附註說明	計分方式爲: 將各題分數加總，由於第 2 和第 4 題爲反向題，因此將此兩題重新進行編碼，即 6 爲 1 分、5 爲 2 分、4 爲 3 分、3 爲 4 分、2 爲 5 分、1 爲 6 分，之後分數越高代表症狀越嚴重。在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總則利用重新編碼過的分數計算。							

(3)居住型態以及社會角色

在居住情形方面，絕大多數(96.0%)的學員與家人同住為最多，其次為與其他親戚同住(2.0%)，僅有一位(2.0%)學員獨自居住。

在社會角色方面，首先在志工方面，有近三分之一(28.0%)的學員過去半年內有擔任志工,平均提供的天數為 32.44 天(SD=65.07),偏態 1.75、峽峰為 1.34,為正偏的分佈。志工服務所提供的類型中，以人際服務類的為居多，有 50%的學員提供此服務，其次為行政/後勤類的服務類型 (42.86%)，以創造手工藝類的服務最少(7.14%)。

在就業市場工作職務方面，有十位(20.0%)的學員在過去半年內有兼職(14.0%)或全職(6.0%)的工作，平均工作天數為 19.76 天(SD=47.68)，偏態為 2.60、峽峰 6.01，為正偏高峽峰的分配。學員工作的類型，也以行政/後勤類的工作為居多，有 70.0%的學員投入此工作角色，其次為營業類工作(20%)，擔任直銷工作或是在菜市場販賣魚貨，最後為人際服務類型(10.0%)，學員中有人從事家教的工作。

表 4.1.34 居住型態以及社會角色

變項	類別	次數	有效百分比	備註
與誰同住	家人	48	96.0%	總和(遺漏)= 50(0)
	其他親戚家	1	2.0%	
	自己住	1	2.0%	
過去半年內是否擔任志工	是	14	28.0%	總和(遺漏)= 50(0)
	否	36	72.0%	
志工服務的類型[3]	行政/後勤類(如：行政文書協助、傳送公文、美術館巡邏人員)	6	42.86%	總和(遺漏)= 14(0)
	人際服務類(如：協助販賣商品給病友或協助販賣香皂、協助環境打掃)	7	50%	
	創造類(如：製作手工藝香皂)	1	7.14%	
擔任志工的天數				平均數=32.44 標準差=65.07

[3] 志工服務類型之次數、有效百分比：個人可以同時擔任不同類型的志工角色，表三的次數是以有無提供此服務做爲計算；百分比則計算全部服務類型中，各項所佔的比例。

變項	類別	次數	有效百分比	備註
				最大值=180 最小值=0 偏態=1.75 峽峰=1.34
過去半年內是否有工作過	否	40	80.0%	總和(遺漏)= 50(0)
	兼職	7	14.0%	
	全職	3	6.0%	
兼職/全職工作的類型	行政/後勤類工作(如：代工、洗車、洗碗工、整理資源回收)	7	70.0%	總和(遺漏)= 10(0)
	人際服務類(如：家教)	1	10.0%	
	營業類工作(如：賣魚貨、直銷)	2	20%	
工作的天數				平均數=19.76 標準差=47.68 最大值=180 最小值=0 偏態=2.60 峽峰=6.01

2.復元狀況量表

復元狀況量表共分為六個面向：希望感、障礙處理/負責、重獲自主性、社會功能/表現、整體安康/滿意、助人意願和收獲。此部份是為了解學員的復元程度與面向，為四分點量表，分數越高代表復元狀況越良好。

首先，根據表 4.1.35 復元狀況量表，從整體面向而言，學員復元之面向最佳的部份為「障礙處理/負責」，平均數為 2.14(SD=0.60)，其次為「助人意願和收穫」，平均數為 2.13(SD=0.77)；再次之為「重獲自主性」及「希望感」，平均數均為 2.08(前者 SD=0.65，後者 SD=0.75)；相較而言，分數較低的面向，最低為「社會功能/角色表現」，平均分數為 1.89(SD=0.60)，次之為「整體安康/滿意」，平均分數為 1.90(SD=0.75)。顯示了學員復元的狀態中，在障礙處理/負責、助人意願與收穫、重獲自主性及希望感等面向表現較佳，而社會功能/角色表現、整體安康/滿意之復元程度較差。

另外，從個別項目來看，平均等級最高的三個項目，分別在障礙處理/負責、社會功能/角色表現及重獲自主性面向下。在「障礙處理/負責」面向下，學員在「我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。」，平均等級最高，為 2.30，有 84.0%的學員願意經常(38.0%)或有時(46.0%)利用一切可能的方法改善自己的生活。平均等級第二高之項目，同樣座落在「障礙處理/負責」面向之中，「我靠自己的努力來改善我的症狀。」平均等級為 2.24， 顯示有 82.0%的學員願意經常(40.0%)或有時(42.0%)的受試學員考著自己的努力改善精神症狀帶來的影響。平均等級第三高之項目，在「重獲自主性」面向之中，「儘管我有精神症狀，我還是可以安排自己的生活。」平均等級為 2.22， 顯示有 82.0%的學員願意經常(40.0%)或有時(42.0%)的受試學員在有精神症狀的情況下，仍可安排自己的生活。以上顯示了學員願意利用一切可能的方法改善自身生活，並且也投入努力在於改善自身的精神症狀，且這些學員在精神症狀的干擾下仍可自主安排生活。

此外，個別項目中平均等級分數最低的三個項目，則分別在社會功能/角色表現與整體安康滿意面向中。首先，復元狀況最差的部份是在社會功能/角色表現之面向中，學員在「我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)」項目上復元狀況最差，平均等級為 1.68，有四成(40.0%)的學員從未(16.0%)或偶爾(24.0%)會嘗試去參加如宗教聚會活動、交際活動及外出郊遊等社團活動。其次，在社會功能/角色表現及整體安康滿意之面向下，平均等級均為 1.70，前者為「我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)」項目，有 42.0%的學員從未(16.0%)或偶爾(26.0%)會出去參加社會活動；後者為「我喜歡我現在的樣子」項目，有五成(50.0%)的學員從未(10.0%)或偶爾(30.0%)學員不喜歡自己現在的樣貌。。整體而言，受試學員較少參與社團活動與社會活動，以及也較少運用自我力量或他人的幫忙，來減少社會的誤解和歧視。

表 4.1.35 復元狀況量表

面向		從未	偶爾	有時	經常	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
希望感	2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	3 (6.0%)	9 (18.0%)	21 (42.0%)	17 (34.0%)	2.04	50 (0)	2.08 (SD=0.75)

	3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	2 (4.0%)	10 (20.0%)	19 (38.0%)	19 (38.0%)	2.10	50 (0)	
	1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	1 (2.0%)	11 (22.0%)	20 (40.0%)	18 (36.0%)	2.10	50 (0)	
障礙處理/負責	11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	3 (6.0%)	13 (26.0%)	15 (30.0%)	19 (38.0%)	2.00	50 (0)	2.14 (SD=0.60)
	12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	2 (4.0%)	12 (24.0%)	19 (38.0%)	17 (34.0%)	2.02	50 (0)	
	9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	1 (2.0%)	13 (26.0%)	17 (34.0%)	19 (38.0%)	2.08	50 (0)	
	4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	1 (2.0%)	11 (22.0%)	20 (40.0%)	18 (36.0%)	2.10	50 (0)	
	8.我努力讓自己的生活更豐富。	0 (0%)	13 (26.0%)	18 (36.0%)	19 (38.0%)	2.12	50 (0)	
	10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	0 (0%)	11 (22.0%)	20 (40.0%)	19 (38.0%)	2.16	50 (0)	
	7.我努力照顧自己的生活起居。	0 (0%)	12 (24.0%)	16 (32.0%)	22 (44.0%)	2.20	50 (0)	
	6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	0 (0%)	9 (18.0%)	20 (40.0%)	21 (42.0%)	2.24	50 (0)	
	5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	0 (0%)	8 (16.0%)	19 (38.0%)	23 (46.0%)	2.30	50 (0)	
重獲自主性	27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除	7 (14.0%)	15 (30.0%)	12 (24.0%)	16 (32.0%)	1.74	50 (0)	2.08 (SD=0.65)

	社會的誤解和歧視。							
	25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	6 (12.0%)	10 (20.0%)	15 (30.0%)	19 (38.0%)	1.94	50 (0)	
	22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	2 (4.0%)	13 (26.0%)	19 (38.0%)	16 (32.0%)	1.98	50 (0)	
	17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	1 (2.0%)	13 (28.9%)	20 (40.0%)	16 (32.0%)	2.02	50 (0)	
	23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	1 (2.0%)	13 (28.9%)	20 (40.0%)	16 (32.0%)	2.02	50 (0)	
	24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	2 (4.0%)	12 (24.0%)	15 (30.0%)	21 (42.0%)	2.10	50 (0)	
	19.儘管有精神疾病，我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	0 (0%)	11 (22.0%)	23 (46.0%)	16 (32.0%)	2.10	50 (0)	
	28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	3 (6.0%)	6 (12.0%)	23 (46.0%)	18 (36.0%)	2.12	50 (0)	
	21.當我做事情的時候，我知道自己想要達成的目標是什麼。	0 (0%)	12 (24.0%)	19 (38.0%)	19 (38.0%)	2.14	50 (0)	
	18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	1 (2.0%)	9 (18.0%)	21 (42.0%)	19 (38.0%)	2.16	50 (0)	
	26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	2 (4.0%)	8 (16.0%)	20 (40.0%)	20 (40.0%)	2.16	50 (0)	

	13.儘管我有精神症狀,我還是肯定自己的價值。	1 (2.0%)	11 (22.0%)	16 (32.0%)	22 (44.0%)	2.18	50 (0)	
	14.儘管我有精神症狀,我還是有能力去完成事情。	1 (2.0%)	8 (16.0%)	22 (44.0%)	19 (38.0%)	2.18	50 (0)	
	20.儘管有精神疾病,我仍然可以重新找到自己的生活重心。	1 (2.0%)	7 (14.0%)	24 (48.0%)	18 (36.0%)	2.18	50 (0)	
	15.儘管我有精神症狀,我還是可以安排自己的生活。	0 (0%)	9 (18.0%)	21 (42.0%)	20 (40.0%)	2.22	50 (0)	
社會功能/角色表現	34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	8 (16.0%)	12 (24.0%)	18 (36.0%)	12 (24.0%)	1.68	50 (0)	1.89 (SD=0.60)
	33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	5 (10.0%)	15 (30.0%)	20 (40.0%)	10 (20.0%)	1.70	50 (0)	
	32.我嘗試去認識一些新的朋友。	6 (12.0%)	13 (26.0%)	13 (26.0%)	17 (34.0%)	1.72	50 (0)	
	35.我在家中有一定的職責和事情要做。	1 (2.0%)	17 (34.0%)	15 (30.0%)	17 (34.0%)	1.96	50 (0)	
	31.當我的家人、親戚或朋友有需要時,我會幫助他們。	1 (2.0%)	14 (28.0%)	20 (40.0%)	15 (30.0%)	1.98	50 (0)	
	29.我知道如何和別人說話或交往。	2 (4.0%)	12 (24.0%)	21 (42.0%)	15 (30.0%)	1.98	50 (0)	
	30.當我有需要時,我的家人、親戚或朋友會幫助	0 (0%)	10 (20.4%)	20 (40.0%)	20 (40.0%)	2.20	50 (0)	

	我。							
整體安康/滿意	16.我喜歡我自己現在的樣子。	8 (16.0%)	13 (26.0%)	15 (30.0%)	14 (28.0%)	1.70	50 (0)	1.90 (SD=0.75)
	39.我不會感到孤單。	2 (4.0%)	16 (32.0%)	20 (40.0%)	12 (24.0%)	1.84	50 (0)	
	41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	7 (14.0%)	12 (24.0%)	12 (24.0%)	19 (38.0%)	1.86	50 (0)	
	36.整體來說，我覺得自己不錯。	3 (6.0%)	15 (30.0%)	16 (32.0%)	16 (32.0%)	1.90	50 (0)	
	42.整體來說，我過著快樂的生活。	3 (6.0%)	14 (28.0%)	17 (34.0%)	16 (32.0%)	1.92	50 (0)	
	37.整體來說，我過著如一般人的生活。	5 (10.0%)	12 (24.0%)	14 (28.0%)	19 (38.0%)	1.94	50 (0)	
	38.整體來說，我內心感到平靜。	2 (4.0%)	16 (32.0%)	12 (24.0%)	20 (40.0%)	2.00	50 (0)	
	40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	3 (6.0%)	11 (22.0%)	19 (38.0%)	17 (34,0%)	2.00	50 (0)	
助人意願和收獲	43.儘管有精神症狀,我認為自己還是可以幫助別人。	3 (6.0%)	10 (20.0%)	17 (34.0%)	20 (40.0%)	2.08	50 (0)	2.13 (SD=0.77)
	44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	2 (4.0%)	7 (14.0%)	23 (46.0%)	18 (36.0%)	2.14	50 (0)	
	45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	2 (4.0%)	6 (12.0%)	23 (46.0%)	19 (38.0%)	2.18	50 (0)	

3.社會支持

在社會支持主要可分為三個面向：包含家人/親戚的協助程度、其他人的協助情況、福利服務項目使用情況，分別敘述如下：

(1) 家人/親戚的協助程度

此部份是了解過去半年內家人/親戚的協助程度，個別項目包含提供工作協助、活動協助、借東西或金錢、提供需要資訊、陪伴、聊天的協助程度，為四分點量表，加總分數越高代表家人/親戚的協助程度越多。從整體面向而言，家人/親戚的協助程度最高為「聊天」，平均等級最高 1.92(SD=0.88)，其次為「陪伴」，平均等級為 1.70(SD=0.97)，再次之為「活動協助」，平均等級為 1.64(SD=0.96)。顯示學員這半年內，較常接受家人/親戚的「聊天」、「陪伴」及「活動協助」面向的協助。

而過去半年內家人/親戚的協助程度最低的項目為「工作協助」，平均等級為 1.20(SD=0.99)，其次為「東西借用或金錢協助」，平均等級為 1.56(SD=1.05)，第三低為「提供資訊」，平均等級為 1.62(SD=1.03)。顯示受試學員在這半年內，較少接受到家人/親戚在工作、東西或金錢借用及提供資訊等面向的協助。

表 4.1.36 家人/親戚的協助程度

變項	程度				總和（遺漏值）	平均等級（標準差）
	從未	偶爾	有時	經常		
1.提供工作方面的協助	16 (32.0%)	12 (24.0%)	18 (36.0%)	4 (8.0%)	50 (0)	1.20 (SD=0.99)
2.提供活動方面的協助	7 (14.0%)	14 (28.0%)	19 (38.0%)	10 (20.0%)	50 (0)	1.64 (SD=0.96)
3.借給我東西或金錢	9 (18.0%)	16 (32.0%)	13 (26.0%)	12 (24.0%)	50 (0)	1.56 (SD=1.05)
4.提供我需要的資訊	8 (16.0%)	15 (30.0%)	15 (30.0%)	12 (24.0%)	50 (0)	1.62 (SD=1.03)
5.陪伴我一起做事情	6 (12.0%)	15 (30.0%)	17 (34.0%)	12 (24.0%)	50 (0)	1.70 (SD=0.97)
6.陪我聊天	3 (6.0%)	12 (24.0%)	21 (42.0%)	14 (28.0%)	50 (0)	1.92 (SD=0.88)

(2)其他人的協助情況

根據表 4.1.37 在其他人的協助面向上，個別項目包含朋友、鄰居、親密伴侶、醫療或復健人員。學員過去半年內有往來的朋友平均數為 7.42 位，來往的朋友數最大值為 87 位，最小值為 0 位，顯見每位學員往來的朋友數量差異甚大(SD=14.01)；這些往來的朋友中，在宗教場合(教會、道場、廟宇)認識的朋友平

均數為 2.94 (SD=11.35)，在日間留院或復建中心認識的平均數為4.24(SD=5.12)，由此發現，相較於宗教場合，學員有往來的朋友較多是在日間留院或復建中心所認識。有七成四的學員認為當自己有需要時，朋友所能提供的協助為足夠(38.0)或尚可(36.0)，而 16.0%的學員認為朋友提供的協助為相當足夠。

在鄰居提供的協助方面，有 68.9%的學員認為足夠(32.0%)或尚可(34.0%)，但也有 28.0%的學員認為鄰居提供的協助不夠(16.0%)或相當不夠(12.0%)。在親密伴侶部份，有八成(80.0%)的學員目前沒有親密伴侶。另外在於醫療或復健人員所提供的協助方面，有 74.0%的學員認為醫療或復健人員提供的協助相當足夠(26.0%)或足夠(48.0%)，50 位受試學員中，僅有兩位學員認為醫療或復健人員提供的協助不夠(4.0%)，由此發現受試者對醫療或復健人員所提供的協助多抱持正面的評價。綜合而言，受訪學員認為在其他人(朋友、鄰居、醫療或復健人員)的協助上，以接受鄰居的協助最多，平均等級為 2.96(SD=1.11)。

表 4.1.37 其他人的協助情況

變項名稱	類別	次數 (有效百分比)	備註
2.請問過去**半年內**有來往的朋友有幾個？			平均數=7.42 標準差=14.01 偏態=4.50 峰度=22.85 最大值=87 最小值=0 總和(遺漏值)= 50(0)
2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？			平均數=2.94 標準差=11.35 偏態=5.73 峰度=35.11 最大值=75 最小值=0 總和(遺漏值)= 50(0)
2.2.這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復建中心認識的？			平均數=4.24 標準差=5.12 偏態=2.14

			峰度=5.61 最大值=25 最小值=0 總和(遺漏值)= 50(0)
2.3 你覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？	相當足夠	8(16.0%)	平均等級=2.44 標準差=0.97 總和(遺漏值)=50(0)
	足夠	19(38.0%)	
	尚可	18(36.0%)	
	不夠	3(6.0%)	
	相當不夠	2(4.0%)	
3.你覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？	相當足夠	3(6.0%)	平均等級=2.96 標準差=1.11 總和(遺漏值)=50(0)
	足夠	16(32.0%)	
	尚可	17(34.0%)	
	不夠	8(16.0%)	
	相當不夠	6(12.0%)	
4.您現在是否有親密的伴侶？	是	10(20.0%)	總和(遺漏值)=50(0)
	否	40(80.0%)	
5.過去**半年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？	相當足夠	13(26.0%)	平均等級=2.04 標準差=0.81 總和(遺漏值)=50(0)
	足夠	24(48.0%)	
	尚可	11(22.0%)	
	不夠	2(4.0%)	

(三)福利服務項目使用情況

表 4.1.38 是想了解受訪學員過去半年內在就醫補助、經濟補助、就業福利、保險補助和就學補助等五個項目中的使用情況。學員使用補助的情況依序為就醫補助的使用情況最高，98%的學員在過去半年內有使用過就醫補助，次之為經濟補助，66.0%的學員有使用經濟補助，再次之為保險補助(42.0%)；而學員最少使用的補助為就業福利，50 位受試學員中僅有一位(2.0%)的學員過去半年內有使用就業福利的經驗，次之為就學補助，有一成二(12.0%)的學員使用就學補助。綜合而言，過去半年內受訪學員使用就醫補助的程度相當高，有九成以上受訪學員有使用就醫補助；然而，學員使用就業福利的項目相當低，過去半年內有九成八的學員未使用就業福利。

表 4.1.38 福利服務項目使用情況

項目	是	否	總和

			(遺漏值)
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病減免部份負擔費用、健康檢查等)	49 (98.0%)	1 (2.0%)	50 (0)
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	33 (66.0%)	17 (34.0%)	50 (0)
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	1 (2.0%)	49 (98.0%)	50 (0)
保險補助(如：社會保險自付部份補助、國民年金補助)	21 (42.0%)	29 (58.0%)	50 (0)
就學補助(如學費減免、獎學金、助學金)	6 (12.0%)	44 (88.0%)	50 (0)

4.心理內在力量

表 4.1.39 心理內在力量(復原力量表)中，共有 14 個項目，此部分主要是想了解學員的復原力，本測量每個項目各為 1-7 分的加總量表，加總分數越高代表心理內在力量越強，反之，代表復原力越弱。根據表七，在 14 個項目中，平均等級最高為「我的生活有意義」平均等級為 5.02(SD=1.66)，次之為「我對事物保持興趣」平均等級為 4.80(SD=1.87)，第三高為「我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關」平均等級為 4.78(SD=1.76)，顯示學員同意自己的生活是有意義的、能保持對事物的興趣並且相信自己是有能力可以渡過難關的。

而 14 個項目中，平均等級最低的依序為「我通常能接受發生的事情而不受影響」及「我覺得我可以同時處理很多事情」，兩者平均等級均為 4.04 (兩者標準差均為 1.85)，次之為「我是個果決的人」及「在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象」，平均等級均為 4.09(前者 SD=1.82，後者 SD=1.79)，顯示學員較少能接受發生的事物且不受影響，以及較無法同時處理很多事情，同時學員也較不認同自己是個果決的人以及在危急時刻別人可以依賴的對象。

表 4.1.39 心理內在力量

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和（遺漏值）	平均等級（SD）
	1	2	3	4	5	6	7		
1.我經常能找到某種方式將問題解決	1 (2.0%)	5 (10.0%)	7 (14.0%)	11 (22.0%)	16 (32.0%)	5 (10.0%)	5 (10.0%)	50 (0)	4.42 (SD=1.49)
2.在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	2 (4.0%)	6 (12.0%)	8 (16.0%)	5 (10.0%)	12 (24.0%)	7 (14.0%)	10 (20.0%)	50 (0)	4.60 (SD=1.82)
3.我通常能接受發生的事情而不受影響	5 (12.0%)	6 (12.0%)	7 (14.0%)	11 (22.0%)	9 (18.0%)	6 (12.0%)	6 (12.0%)	50 (0)	4.10 (SD=1.82)
4.我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	3 (6.0%)	5 (10.0%)	8 (16.0%)	7 (14.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	10 (20.0%)	50 (0)	4.54 (SD=1.85)
5.我覺得我可以同時處理很多事情	5 (10.0%)	5 (10.0%)	9 (18.0%)	7 (14.0%)	14 (28.0%)	4 (8.0%)	6 (12.0%)	50 (0)	4.12 (SD=1.79)
6.我是個果決的人	6 (12.0%)	2 (4.0%)	10 (20.0%)	12 (24.0%)	9 (18.0%)	5 (10.0%)	6 (12.0%)	50 (0)	4.10 (SD=1.78)
7.因為我以前遭遇過困難，所以我能度過後來的難關	1 (2.0%)	4 (8.0%)	9 (18.0%)	11 (22.0%)	8 (16.0%)	7 (14.0%)	10 (20.0%)	50 (0)	4.64 (SD=1.69)
8.我有自制力	2 (4.0%)	5 (10.0%)	7 (14.0%)	7 (14.0%)	13 (26.0%)	5 (10.0%)	11 (22.0%)	50 (0)	4.66 (SD=1.78)
9.我對事物保持興趣	2 (4.0%)	2 (4.0%)	11 (22.0%)	5 (10.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	13 (26.0%)	50 (0)	4.84 (SD=1.79)
10.我經常可以發現好	3 (6.0%)	2 (4.0%)	12 (24.0%)	10 (20.0%)	9 (18.0%)	7 (14.0%)	7 (14.0%)	50 (0)	4.38 (SD=1.69)

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和	平均等級
笑的事									
11.我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關	3 (6.0%)	2 (4.0%)	5 (10.0%)	14 (28.0%)	9 (18.0%)	6 (12.0%)	11 (22.0%)	50 (0)	4.72 (SD=1.73)
12.在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	3 (6.0%)	10 (20.0%)	7 (14.0%)	6 (12.0%)	11 (22.0%)	9 (18.0%)	4 (8.0%)	50 (0)	4.10 (SD=1.79)
13.我的生活有意義	2 (4.0%)	1 (2.0%)	5 (10.0%)	9 (18.0%)	12 (24.0%)	10 (20.0%)	11 (22.0%)	50 (0)	5.04 (SD=1.59)
14.當我處於困境時，我通常可以自己找到出路	2 (4.0%)	2 (4.0%)	6 (12.0%)	9 (18.0%)	16 (32.0%)	5 (10.0%)	10 (20.0%)	50 (0)	4.80 (SD=1.60)

5.權能感受

增強權能量表主要分為八個面向：包含個人層面的「自我效能與內控」、「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、「社會政治行動」。此部分主要是想了解學員對於權能感受的強弱，本測量使用四分點量表，分數越高代表權能感越強，反之，代表此權能感越弱。

根據表 4.1.40，從整體面向來看，學員權能感受最高的面向是「社會政治權能」，平均等級為 3.17(SD=0.52)；其次為「人際溝通技巧」，平均等級為 3.05(SD=0.59)；再次之為「人際自我肯定」，平均等級為 2.97(SD=0.55)。反之，學員權能感受較低的面向是「社會政治行動」，平均等級為 2.54(SD=0.74)，其次是「外在掌控力」，平均等級為 2.61(SD=0.56)，第三是「社會自我肯定」，平均等級為 2.64(SD=0.70)。顯示學員對於社會政治權能、人際溝通技巧以及人際自我肯定的權能感受是比較強的，相較之下，學員對於社會政治行動、外在掌控

力以及社會自我肯定的權能感受較弱。

從個別項目來看，學員權能感受最強的是社會政治權能中的「人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量」，平均等級為 3.24，九成四(94.0%)的學員非常同意(30.0%)或同意(64.0%)這個感受。其次，同樣為社會政治權能面向之中的「人們一起努力，可以改變社會的環境」項目，平均等級為 3.22，有九成二(92.0%)的學員非常同意(30.0%)或同意((62.0%)這個感受。再次之，為人際溝通技巧中的「我知道如何和別人維持良好的溝通」，平均等級為 3.12，有八成六(86.0%)的學員非常同意(26.0%)或同意(60.0%)這個看法。顯示學員認為人們一起努力、團結起來，可以產生更大的社會力量，並且改善社會環境，此外學員們也知道該如何與他人維持良好的溝通關係。

此外，學員權能感最低的感受是外在掌控力中的「社會的現實狀況不是市井小民可以改變的」以及「我自覺無法和有權力的人對抗」，平均等級均為 2.32，前者有六成二的(62.0%)的學員非常同意(14.0%)或同意(48.0%)此感受；後者62%的學員表達非常同意(16.0%)或同意(46.0%)此感受；其次是政治社會行動中的「我願意參加集體行動來改善社會的問題」，平均等級為 2.52，四成二(42.0%)的學員非常同意(12.0%)或同意(30.0%)此感受，第三低為亦屬於社會政治行動面向中的「我願意參加集體行動來改善鄰里的問題」，平均等級為 2.54，有 46.0%的學員非常同意(14.0%)或同意(32.0%)此感受。由此可知，學員認為社會的現況，不是他人可隨意改變，且自覺無法起身與有權力的人對抗。較少會願意參加集體社會行動來改善社會及鄰里的問題，故權能感受較低。

表 4.1.40 權能感受量表

面向		非常同意	同意	不同意	非常不同意	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
個人層面一：自我效能與內控	8.我能樂觀地面對挫折	8 (16.0%)	27 (54.0%)	13 (26.0%)	2 (4.0%)	2.82	50 (0)	2.94 (SD=0.60)
	4.我認為自己是個有能力的人	10 (20.0%)	25 (50.0%)	14 (28.0%)	1 (2.0%)	2.88	50 (0)	
	5.只要我認為可能的事，就可	11 (22.0%)	25 (50.0%)	13 (26.0%)	1 (2.0%)	2.92	50 (0)	

	以做到							
	1.當我做計畫時，我有把握事情可以成功	9 (18.0%)	28 (56.0%)	13 (26.0%)	0 (0%)	2.92	50 (0)	
	2.我對於自己所做的決定具有信心	9 (18.0%)	30 (60.0%)	10 (20.0%)	1 (2.0%)	2.94	50 (0)	
	3.我覺得自己是一個有價值的人	11 (22.0%)	28 (56.0%)	10 (20.0%)	1 (2.2%)	2.98	50 (0)	
	7.一旦設定目標，我會努力去達成	12 (24.0%)	27 (54.0%)	10 (20.0%)	1 (2.0%)	3.00	50 (0)	
	6.我能夠決定我生活中大部分的事情	10 (20.0%)	34 (68.0%)	6 (12.0%)	0 (0%)	3.08	50 (0)	
個人外在控制力層面：	27.社會的現實狀況不是市井小民可以改變的	7 (14.0%)	24 (48.0%)	15 (30.0%)	4 (8.0%)	2.32	50 (0)	2.61 (SD=0.56)
	10.我自覺無法和有權力的人對抗	8 (16.0%)	23 (46.0%)	14 (28.0%)	5 (10.0%)	2.32	50 (0)	
	11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸	2 (4.0%)	17 (34.0%)	24 (48.0%)	7 (14.0%)	2.72	50 (0)	
	12.我通常感到孤獨	2 (4.0%)	15 (30.0%)	26 (52.0%)	7 (14.0%)	2.76	50 (0)	
	9.我對生活感到無力	4 (8.0%)	15 (30.0%)	22 (44.0%)	9 (18.0%)	2.72	50 (0)	
	21.我覺得別人忽視我的存在	2 (4.0%)	12 (24.0%)	30 (60.0%)	6 (12.0%)	2.80	50 (0)	
人際溝通技巧層面：	15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	14 (28.0%)	25 (50.0%)	9 (18.0%)	2 (4.0%)	3.02	50 (0)	3.05 (SD=0.59)
	16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	12 (22.0%)	29 (58.0%)	10 (20.0%)	0 (0%)	3.02	50 (0)	

	14.我知道如何和別人維持良好的溝通	13 (26.0%)	30 (60.0%)	7 (43.0%)	0 (0%)	3.12	50 (0)	
人際層面二：人際自我肯定	13.我有勇氣面對困難	8 (16.0%)	31 (62.0%)	11 (22.0%)	0 (0%)	2.94	50 (0)	2.97 (SD=0.55)
	17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	11 (22.0%)	27 (54.0%)	12 (24.0%)	0 (0%)	2.98	50 (0)	
	19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	13 (26.0%)	24 (48.0%)	13 (26.0%)	0 (0%)	3.00	50 (0)	
人際層面三：社會自我肯定	32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	6 (12.0%)	20 (40.0%)	22 (44.0%)	2 (4.0%)	2.60	50 (0)	2.64 (SD=0.70)
	18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	9 (18.0%)	18 (36.0%)	20 (40.0%)	3 (6.0%)	2.66	50 (0)	
	28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	8 (16.0%)	19 (38.0%)	21 (42.0%)	2 (4.0%)	2.66	50 (0)	
社會政治層面一：社會政治資源與影響	23.我覺得自己可以改變所處的環境	7 (14.0%)	25 (50.0%)	14 (28.0%)	4 (8.0%)	2.70	50 (0)	2.81 (SD=0.57)
	22.我可以說服別人接受我的建議	6 (12.0%)	26 (52.0%)	18 (36.0%)	0 (0%)	2.76	50 (0)	
	34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道	9 (18.0%)	22 (44.0%)	18 (36.0%)	1 (2.0%)	2.78	50 (0)	
	20.別人會重視我說的話	7 (14.0%)	32 (64.0%)	10 (20.0%)	1 (2.0%)	2.90	50 (0)	
	33.如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙	11 (22.0%)	26 (52.0%)	11 (22.0%)	2 (4.0%)	2.92	50 (0)	
社 社	26.採取行動	10	29	9	0	3.06	50	3.17

會政治層面二：會政治權能	就有可能解決社會問題	(20.0%)	(58.0%)	(18.0%)	(0%)		(0)	(SD=0.52)
	24.人們一起努力，可以改變社會的環境	15 (30.0%)	31 (62.0%)	4 (8.0%)	0 (0%)	3.22	50 (0)	
	25.人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量	15 (30.0%)	32 (64.0%)	3 (6.0%)	0 (0%)	3.24	50 (0)	
社會政治層面三：社會政治行動	30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	6 (12.0%)	15 (30.0%)	20 (40.0%)	4 (8.0%)	2.52	50 (0)	
	29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	7 (14.0%)	16 (32.0%)	24 (48.0%)	3 (6.0%)	2.54	50 (0)	2.54 (SD=0.74)
	31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	7 (14.0%)	17 (34.0%)	23 (46.0%)	3 (6.0%)	2.56	50 (0)	
附註說明	計分方式為:非常不同意 1 分、不同意 2 分、同意 3 分、非常同意 4 分，由於第 9、10、11、12、21、27 為反向題，因此將此六題重新進行編碼，即非常不同意為 4 分、不同意 3 分、同意 2 分、非常同意 1 分，在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總與整體之平均等級，則利用重新編碼過的分數計算。							

6.學員各量表分數狀況

本問卷測量精神障礙者目前的處境，包括受疾病影響的症狀、復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況以及權能感受。

依據表 4.1.41，50 位有效樣本裡，長庚學員的症狀平均分數為=14.46(SD=5.31)，呈泰學員症狀平均分數為 14.80.(SD=5.83)，故呈泰學員受到病症影響的程度較高。整體而言，學員症狀總平均分數為 14.56 分，實際症狀分數分佈為 5 至 30 分。症狀分數 17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大，需要被關注，本研究中有 15 位的學員症狀分數高於 17 分，代表有三成(30.0%)的學員最近一個月受到症狀影響的程度較大，需要關注。

在復元狀況方面，長庚學員的復元平均分數為 88.60(SD=28.20)，呈泰學員復元平均分數為復元平均數=98.20 (SD=22.60)，表示呈泰學員復元狀態較佳。而整體復元的平均分數為 91.48 分，受試者分數分佈為 37 至 135 分，分數越高

代表復元狀況越好。依據常模，本研究學員的復元狀態中僅有 10.0%的受試者處在第一階段(深受障礙打擊)；40.0%學員處於第二階段(與障礙對抗)；32.0%的學員處於第三階段(與障礙共存)，而處於第四階段(超越障礙)學員有 18.0%。全部受試者在復元狀況的偏態為-0.17，峰度為-0.87，為常態的低闊峰。

在心理內在力量方面(復原力量表)，長庚學員的心理內在力量平均數為 63.09(SD=19.29)，呈泰學員心理內在力量平均數為 63.00(SD=15.30)，長庚學員心理內在力量較高。整體而言，學員總平均為 63.06 分，實際分數分佈為 18 至 98 分。全部受試者在心裡內在力量的偏態為-0.22，峰度為 0.24，為常態的低闊峰。

在權能感受方面，長庚學員權能感受平均數為 95.33(SD=14.53)，呈泰學員權能感受平均數為 95.33(SD=14.53)，長庚學員的權能感受較高。整體學員的權能平均數為 96.38 分，權能感受的分數最小值為 64 分，最大值為 136 分，分數越高代表權能感越強。依據常模，整體施測結果學員平均的權能程度為「尚可至中度」,約有 44.0%學員屬於此權能程度。全部受試者在權能感受的偏態為 0.97，峰度為 1.11，為正偏低闊峰。

表4.1.41 學員各量表分數狀況

(一)復元階段、權能感受次數、百分比

	階段	長庚	呈泰	整體受試者
復元階段	深受障礙打擊	5(14.3%)	0(0%)	5(10.0%)
	與障礙對抗	12(34.3%)	8(53.3%)	20(40.0%)
	與障礙共存	12(34.3%)	4(26.7%)	16(32.0%)
	超越障礙	6(17.1%)	3(20.0%)	9(18.0%)
	總數(百分比)	35(100%)	15(100%)	50(100%)
權能感受	低權能	8(22.9%)	6(40.0%)	14(28.0%)
	尚可至中度	16(45.7%)	6(40.0%)	22(44.0%)
	中度到高	7(20.0%)	1(6.7%)	8(16.0%)
	高權能	4(11.4%)	2(13.3%)	6(12.0%)
	總數(百分比)	35(100%)	15(100%)	50(100%)

(二)學員各量表分數

長庚					呈泰				
ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受	ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受

14	18.00	38.00	18.00	74.00	3	12.00	113.00	67.00	86.00
15	5.00	124.00	94.00	93.00	4	16.00	130.00	79.00	93.00
16	15.00	56.00	36.00	79.00	5	12.00	84.00	61.00	86.00
17	18.00	42.00	44.00	79.00	6	16.00	87.00	49.00	85.00
18	8.00	135.00	97.00	136.00	7	25.00	83.00	56.00	83.00
19	13.00	63.00	42.00	99.00	8	17.00	78.00	62.00	85.00
20	14.00	57.00	47.00	92.00	9	7.00	128.00	68.00	99.00
21	11.00	87.00	70.00	93.00	10	7.00	128.00	98.00	136.00
22	11.00	102.00	62.00	99.00	11	16.00	64.00	44.00	87.00
23	23.00	58.00	56.00	84.00	12	13.00	117.00	65.00	99.00
24	16.00	68.00	58.00	82.00	13	14.00	110.00	52.00	115.00
25	20.00	70.00	53.00	100.00	47	26.00	86.00	50.00	87.00
26	14.00	75.00	45.00	101.00	49	16.00	73.00	42.00	97.00
27	30.00	37.00	18.00	64.00	51	6.00	115.00	82.00	106.00
28	8.00	107.00	80.00	108.00	52	19.00	77.00	70.00	86.00
29	16.00	64.00	52.00	79.00					
30	13.00	82.00	45.00	94.00					
31	7.00	132.00	93.00	130.00					
32	9.00	134.00	92.00	132.00					
33	11.00	110.00	75.00	85.00					
34	17.00	101.00	77.00	105.00					
35	12.00	121.00	74.00	94.00					
38	15.00	92.00	69.00	94.00					
39	15.00	102.00	74.00	96.00					
40	8.00	116.00	82.00	112.00					
42	12.00	88.00	71.00	87.00					
43	16.00	91.00	69.00	101.00					
44	12.00	125.00	62.00	98.00					
54	23.00	61.00	66.00	94.00					
55	18.00	62.00	51.00	90.00					
56	13.00	85.00	61.00	99.00					
57	20.00	96.00	61.00	95.00					
58	16.00	115.00	62.00	108.00					
59	7.00	105.00	83.00	126.00					
60	19.00	98.00	69.00	87.00					

附註說明：

■ 長庚學員症狀平均數=14.43(SD=5.37)；復元平均數=86.6(SD=29.84)；心理內在力量平均數

=62.10(SD=20.46)；權能感受平均數=96.00(SD=16.21)。

- 呈泰學員症狀平均數=14.80.(SD=5.83)；復元平均數=98.20 (SD=22.60)；心理內在力量平均數=63.00(SD=15.30)；權能感受平均數=95.33(SD=14.53)。
- 整體症狀平均數=14.56、中位數=14.00
  標準差=4.92、偏態=0.59、峰度=0.54、最大值=30、最小值=5
- 整體復元平均數=90.47、中位數=87.00
  標準差=27.92、偏態=-0.07、峰度=-1.03、最大值=135、最小值=37
- 整體心理內在力量平均數=62.40、中位數=62.00
  標準差=18.72、偏態=-0.14、峰度=0.60、最大值=98、最小值=18
- 整體權能感受平均數=95.78、中位數=94.00
  標準差=15.51、偏態=1.03、峰度=1.39、最大值=136、最小值=64

(五)第五次施測

1.基本資料

本研究共 39 位患有精神疾病診斷之學員填答問卷，有效樣本數為 39 位，本研究參與受訪者之來源及參與施測人數，分別為呈泰日間復健中心學員共 11 位，長庚醫院學員共 28 位。

受試者基本資料主要包括：基本病況概述、居住狀況以及社會角色的部份，依序分述如下：

(1)基本病況概述

受訪者近半年之全日住院次數，發現平均住院次數為 0.08 次(SD=0.27)，近半年住院次數不到 1 次，偏態為 3.30，峰度為 9.40，顯示出受訪者近半年內住院次數為正偏高狹峰的分布；此外，受訪者近半年全日住院之天數平均為 1.46 天(SD=5.58)，住院天數介於 0 到 30 天，偏態是 4.26，峰度是 19.25，為正偏高峽峰的分配，顯示出受訪者近半年全日住院的經驗差異較大。

大多數受訪之學員半年內都有定期服用精神藥物，佔 97.4%(N=38)，僅有一位(2.6%)受試者未定期服用精神藥物。此外，過半數(53.8%)的學員未有其他健康方面疾病。

表 4.1.42 基本病況表

變項	類別	次數	有效百分比	備註

最近半年內總共全日住院幾次				平均數=0.08 標準差=0.27 偏態=3.30 峰度=9.40 最大值=1 最小值=0 總和(遺漏)= 39(0)
最近半年內總共全日住院幾天				平均數=1.46 標準差=5.58 偏態=4.26 峰度=19.25 最大值=30 最小值=0 總和(遺漏)= 39(0)
半年內是否定期服用精神藥物	是	38	97.4%	總和(遺漏)= 39(0)
	否	1	2.6%	
是否有其他健康方面的疾病	是	18	46.2%	總和(遺漏)= 39(0)
	否	21	53.8%	

(2)症狀分數

症狀分數中，共有五個項目，此部分主要是想了解學員受到疾病的影響狀況，本測量每個項目各為 1-6 分的加總量表，分數加總越高代表施測者受疾病的影響越大，反之，代表症狀程度較為輕緩。根據表二，在五個項目中平均等級最高為「覺得自己是一個快樂的人」，平均等級為 3.67(SD=1.46)，次之為「感到平靜與平和」，平均等級為 3.64(SD=1.48)，顯示學員過去一個月中，較常覺得自己是一個快樂的人以及感到平靜與平和，由這些偏向正面的感受顯示過去一個月中疾病對於學員的影響是較為平緩的。

而 5 個項目中，平均等級最低的依序為「覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己開心」，平均等級 2.38(SD=1.34)，次之為「覺得自己是一個容易緊張的人」，平均等級 2.80(SD=1.44)，顯示學員較少感到沮喪、較不認為沒有任何事可以讓自己開心，且較少會感到緊張。

表 4.1.43 症狀分數

	從未					總是	總計	平均等級

	1	2	3	4	5	6	(遺漏)	
1.覺得自己是一個容易緊張的人	5 (12.8%)	11 (28.2%)	8 (20.5%)	6 (15.4%)	5 (12.8%)	4 (10.3%)	39 (0)	3.18 (SD=1.55)
2.感到平靜與平和	0 (0%)	6 (15.4%)	10 (25.6%)	10 (25.6%)	8 (20.5%)	5 (12.8%)	39 (0)	3.90 (SD=1.27)
3.感到悶悶不樂和憂鬱	10 (25.6%)	9 (23.1%)	9 (23.1%)	6 (15.4%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	39 (0)	2.69 (SD=1.42)
4.覺得自己是一個快樂的人	1 (2.6%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	10 (25.6%)	8 (20.5%)	8 (20.5%)	39 (0)	4.10 (SD=1.41)
5.覺得沮喪,沒有任何事可以讓自己開心	5 (12.8%)	12 (30.8%)	10 (25.6%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	3 (7.7%)	39 (0)	2.97 (SD=1.42)
附註說明	計分方式爲: 將各題分數加總，由於第 2 和第 4 題爲反向題，因此將此兩題重新進行編碼，即 6 爲 1 分、5 爲 2 分、4 爲 3 分、3 爲 4 分、2 爲 5 分、1 爲 6 分，之後分數越高代表症狀越嚴重。在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總則利用重新編碼過的分數計算。							

(3)居住型態以及社會角色

在居住情形方面，絕大多數(36 位，92.3%)的學員與家人同住為最多，其次為獨自居住(5.1%)，僅有一位學員與其他親戚同住(2.6%)。

在社會角色方面，首先在志工方面，約四分之一(25.6%)的學員過去半年內曾擔任志工，平均提供的天數為 28.77 天(SD=62.01)，偏態 1.98、峽峰為 2.30，為正偏的分佈。志工服務所提供的類型中，人際服務類及行政/後勤類的工作各佔一半的比例，各有 50%的學員提供服務。

在就業市場工作職務方面，有八位(20.6%)的學員在過去半年內有兼職(10.3%)或全職(10.3%)的工作，平均工作天數為 19.95 天(SD=51.21)，偏態為 2.63、峽峰 5.81，為正偏高峽峰的分配。學員工作的類型，以行政/後勤類為最多，有 75%的學員投入此工作角色，其次分別為人際服務類型的工作(12.5%)及技術類型工作(12.5%)，如：服務人員及水電工等工作。

表 4.1.44 居住型態以及社會角色

變項	類別	次數	有效百分比	備註
與誰同住	家人	36	92.3%	總和(遺漏)= 39(0)

變項	類別	次數	有效百分比	備註
	自己住	2	5.1%	
	其他親戚家	1	2.6%	
過去半年內是否擔任志工	是	10	25.6%	總和(遺漏)= 39(0)
	否	29	74.4%	
志工服務的類型[4]	行政/後勤類(如：行政文書協助、傳送公文及信件、巡邏人員)	5	50.0%	總和(遺漏)= 10(0)
	人際服務類(如：協助販賣商品給病友、募捐發票、協助環境打掃)	5	50.0%	
擔任志工的天數				平均數=28.77 標準差=62.01 最大值=180 最小值=0 偏態=1.98 峽峰=2.30
過去半年內是否有工作過	否	31	79.5%	總和(遺漏)= 39(0)
	兼職	4	10.3%	
	全職	4	10.3%	
兼職/全職工作的類型	行政/後勤類工作(如：洗車、清潔、整理資源回收、送貨人員、租賃管理)	6	75%	總和(遺漏)= 8(0)
	人際服務類(如：咖啡屋販售員)	1	12.5%	
	技術類工作(如：水電工)	1	12.5%	
工作的天數				平均數=19.95 標準差=51.21 最大值=180 最小值=0 偏態=2.63 峽峰=5.81

[4] 志工服務類型之次數、有效百分比：個人可以同時擔任不同類型的志工角色，表三的次數是以有無提供此服務做爲計算；百分比則計算全部服務類型中，各項所佔的比例。

2.復元狀況量表

復元狀況量表共分為六個面向：希望感、障礙處理/負責、重獲自主性、社會功能/表現、整體安康/滿意、助人意願和收獲。此部份是為了解學員的復元程度與面向，為四分點量表，分數越高代表復元狀況越良好。

首先，根據表 4.1.45 復元狀況量表，從整體面向而言，學員復元之面向最佳的部份為「希感」，平均數為 2.13(SD=0.74)；其次為「障礙處理/負責」面向，平均數為 2.09(SD=0.66) 第三高為「助人意願和收穫」，其平均數為 2.08(SD=0.79)；相較而言，分數較低的三個面向，最低為「社會功能/角色表現」，平均分數為 2.00(SD=0.59)，次之為「重獲自主性」，平均分數為 2.04(SD=0.69)；再次之為「整體安康/滿意」，平均數為 2.06(SD=0.78)。顯示了學員復元的狀態中，以希望感、障礙處理/負責與助人意願與收穫等三個面向表現較佳，而整體安康/滿意、重獲自主性以及社會功能/角色表現之復元程度較差。

另外，從個別項目來看，平均等級最高的三個項目，分別在希望感、社會功能/角色表現、重獲自主性及助人意願與收穫等面向之下。在「希望感」面向下，學員在「我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀就有好轉的可能。」，平均等級最高，為 2.23，有 82.0%的學員願意經常(41.0%)或有時(41.0%)對於自己本身精神症狀的治療有一定的信心，認為在努力復健下症狀有好轉的可能性。平均等級同樣排名第一高之項目，座落於社會功能/角色表現面向中，平均等級為 2.23，在「社會功能/角色表現」面向之「在我有需要時，我的家人、親戚朋友會幫助我。」題項中，有 84.7%的學員經常(38.5%)或有時(46.2%)認為當自己需要幫助時，其家人或親戚朋友會提供協助。另外，在「重獲自主性」及「助人意願與收穫」面向中分布有平均等級排名第二高的題項。分別為「儘管我有精神症狀，我還是肯定自己的價值」與「我經驗到幫助人是快樂的事」。前者有 84.6%的學員經常(41.0%)或有時(43.6%)認為在自身擁有精神症狀下仍可肯定自我的價值；後者則是有 79.5%的學員經常(43.6%)或有時(35.9%)經驗到助人能使人快樂。顯示學員在自己的精神症狀之下，仍對病況好轉深具信心且在過程中也能肯定自我價值，且學員不僅擁有家人、親友資源的協助，對於助人也有愉快的經驗。

此外，個別項目中平均等級分數最低的三個項目，分別在社會功能/角色表現與重獲自主性之面向中。復元狀況最差的題項在社會功能/角色表現之面向中，學員在「我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、

郊遊等)」項目上復元狀況最差，平均等級為 1.69，約四成(41.0%)的學員從未(12.8%)或偶爾(28.2%)會嘗試去參加如：宗教聚會活動、交際活動及外出郊遊等社團活動。其次，在重獲自主性之面向下，有兩題項之平均等級為 1.82，為復元狀況量表中第二低。一為「我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視」項目，有 38.4%的學員從未(12.8%)或偶爾(25.6%)會運用自己能力或是他人的幫忙來消除社會上的誤解與歧視；其二為「只要我努力，我就可以達成我想要的目標」項目，有三成以上(33.3%)的學員從未(7.7%)或偶爾(25.6%)認為只要自己努力，就可以達成自己想要的目標。整體而言，受試學員較少參與社團活動與社會活動以及運用自我力量或他人的幫忙，來減少社會的誤解和歧視，同時也有約三成比例的受試學員較不認同能藉由自己努力而達到目標的想法。

表 4.1.45 復元狀況量表

面向		從未	偶爾	有時	經常	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
希望感	1.我相信只要努力治療或復健,我的精神症狀有好轉的可能。	0 (0%)	7 (17.9%)	16 (41%)	16 (41%)	2.23	39 (0)	2.13 (SD=0.74)
	2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	2 (5.1%)	5 (12.8%)	17 (43.6%)	15 (38.5%)	2.15	39 (0)	
	3.儘管還是有精神症狀,我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	2 (5.1%)	8 (20.5%)	17 (43.6%)	12 (30.8%)	2.00	39 (0)	
障礙處理/負責	6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	0 (0%)	8 (20.5%)	16 (41%)	15 (38.5%)	2.18	39 (0)	2.09 (SD=0.66)
	7.我努力照顧自己的生活起居。	0 (0%)	6 (15.4%)	20 (51.3%)	13 (33.3%)	2.18	39 (0)	
	5.我願意利用一切可能的方法來	1 (2.6%)	5 (12.8%)	20 (51.3%)	13 (33.3%)	2.15	39 (0)	

	改善我的生活。							
	4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	1 (2.6%)	8 (20.5%)	17 (43.6%)	13 (33.3%)	2.08	39 (0)	
	8.我努力讓自己的生活更豐富。	1 (2.6%)	8 (20.5%)	17 (43.6%)	13 (33.3%)	2.08	39 (0)	
	9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	4 (10.3%)	3 (7.70%)	18 (46.2%)	14 (35.9)	2.08	39 (0)	
	10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	1 (2.6%)	9 (23.1%)	15 (38.5%)	14 (35.9)	2.08	39 (0)	
	11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	0 (0%)	10 (25.6%)	16 (41%)	13 (33.3%)	2.08	39 (0)	
	12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	4 (10.3%)	10 (25.6%)	10 (25.6%)	15 (38.5%)	1.92	39 (0)	
重獲自主性	13.儘管我有精神症狀,我還是肯定自己的價值。	2 (5.1%)	4 (10.3%)	17 (43.6%)	16 (41%)	2.21	39 (0)	2.04 (SD=0.67)
	21.當我做事情的時候,我知道自己想要達成的目標是什麼。	1 (2.6%)	7 (17.9%)	16 (41%)	15 (38.5%)	2.15	39 (0)	
	14.儘管我有精神症狀,我還是有能力去完成事情。	0 (0%)	8 (20.5%)	18 (46.2%)	13 (33.3%)	2.13	39 (0)	
	15.儘管我有精神症狀,我還是可以安排自己的生活。	0 (0%)	9 (23.1%)	16 (41%)	14 (35.9)	2.13	39 (0)	
	19.儘管有精神疾病,我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	1 (2.6%)	7 (17.9%)	18 (46.2%)	13 (33.3%)	2.10	39 (0)	
	25.我對於自己的未來抱持樂觀的	3 (7.7%)	5 (12.8%)	16 (41%)	15 (38.5%)	2.10	39 (0)	

	態度。							
	26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	1 (2.6%)	10 (25.6%)	12 (30.8%)	16 (41%)	2.10	39 (0)	
	17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	2 (5.1%)	7 (17.9%)	16 (41%)	14 (35.9)	2.08	39 (0)	
	20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	2 (5.1%)	8 (20.5%)	15 (38.5%)	14 (35.9)	2.05	39 (0)	
	24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	2 (5.1%)	10 (25.6%)	12 (30.8%)	15 (38.5%)	2.03	39 (0)	
	18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	0 (0%)	14 (35.9)	12 (30.8%)	13 (33.3%)	1.97	39 (0)	
	22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	0 (0%)	15 (38.5%)	11 (28.2%)	13 (33.3%)	1.95	39 (0)	
	23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	1 (2.6%)	12 (30.8%)	15 (38.5%)	11 (28.2%)	1.92	39 (0)	
	28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	3 (7.7%)	10 (25.6%)	15 (38.5%)	11 (28.2%)	1.87	39 (0)	
	27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	5 (12.8%)	10 (25.6%)	11 (28.2%)	13 (33.3%)	1.82	39 (0)	
社會功能/	30.當我有需要時，我的家人、親	0 (0%)	6 (15.4%)	18 (46.2%)	15 (38.5%)	2.23	39 (0)	2.00 (SD=0.59)

角色表現	戚或朋友會幫助我。							
	31.當我的家人、親戚或朋友有需要時,我會幫助他們。	1 (2.6%)	6 (15.4%)	18 (46.2%)	14 (35.9)	2.15	39 (0)	
	35.我在家中有一定的職責和事情要做。	1 (2.6%)	6 (15.4%)	20 (51.3%)	12 (30.8%)	2.10	39 (0)	
	29.我知道如何和別人說話或交往。	1 (2.6%)	10 (25.6%)	15 (38.5%)	13 (33.3%)	2.03	39 (0)	
	32.我嘗試去認識一些新的朋友。	2 (5.1%)	11 (28.2%)	14 (35.9)	12 (30.8%)	1.92	39 (0)	
	33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	3 (7.7%)	9 (23.1%)	16 (41%)	11 (28.2%)	1.90	39 (0)	
	34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	5 (12.8%)	11 (28.2%)	14 (35.9)	9 (23.1%)	1.69	39 (0)	
整體安康/滿意	40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	1 (2.6%)	4 (10.3%)	21 (53.8%)	13 (33.3%)	2.18	39 (0)	2.06 (SD=0.78)
	37.整體來說，我過著如一般人的生活。	2 (5.1%)	7 (17.9%)	14 (35.9)	16 (41%)	2.13	39 (0)	
	36.整體來說，我覺得自己不錯。	3 (7.7%)	6 (15.4%)	15 (38.5%)	15 (38.5%)	2.08	39 (0)	
	41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	2 (5.1%)	8 (20.5%)	14 (35.9)	15 (38.5%)	2.08	39 (0)	
	42.整體來說，我過著快樂的生活。	1 (2.6%)	9 (23.1%)	15 (38.5%)	14 (35.9)	2.08	39 (0)	

	16.我喜歡我自己現在的樣子。	3 (7.7%)	8 (20.5%)	12 (30.8%)	16 (41%)	2.05	39 (0)	
	38.整體來說，我內心感到平靜。	2 (5.1%)	10 (25.6%)	13 (33.3%)	14 (35.9)	2.00	39 (0)	
	39.我不會感到孤單。	2 (5.1%)	13 (33.3%)	10 (25.6%)	14 (35.9)	1.92	39 (0)	
助人意願和收獲	45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	1 (2.6%)	7 (17.9%)	14 (35.9)	17 (43.6%)	2.21	39 (0)	2.08 (SD=0.79)
	43.儘管有精神症狀，我認為自己還是可以幫助別人。	1 (2.6%)	10 (25.6%)	14 (35.9)	14 (35.9)	2.05	39 (0)	
	44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	1 (2.6%)	13 (33.3%)	11 (28.2%)	14 (35.9)	2.00	39 (0)	

3..社會支持

在社會支持主要可分為三個面向：包含家人/親戚的協助程度、其他人的協助情況、福利服務項目使用情況，分述如下：

(1) 家人/親戚的協助程度

此部份是了解過去半年內家人/親戚的協助程度，個別項目包含提供工作協助、活動協助、借東西或金錢、提供需要資訊、陪伴、聊天的協助程度，為四分點量表，加總分數越高則代表家人/親戚的協助程度越多。從整體面向而言，家人/親戚的協助程度最高為「聊天」，平均等級最高 2.03(SD=0.96)，其次為「提供需要的資訊」，平均等級為 1.77(SD=0.84)，再次之為「活動協助」，平均等級為 1.74 (SD=0.91)。顯示學員這半年內，較常接受家人/親戚的「聊天」、「提供資訊」及「活動協助」等面向的協助。

而過去半年內家人/親戚的協助程度最低的項目為「工作協助」，平均等級為 1.36 (SD=1.09)，其次為「東西借用或金錢協助」及「陪伴」，平均等級為 1.72((前者 SD=1.15，後者 SD=0.94)。顯示受試學員在這半年內，較少接受家人/親戚在工作、東西或金錢借用以及陪伴方面的協助。

表 4.1.46 家人/親戚的協助程度

變項	程度				總和（遺漏值）	平均等級（標準差）
	從未	偶爾	有時	經常		
1.提供工作方面的協助	11 (28.2%)	10 (25.6%)	11 (28.2%)	7 (17.9%)	39 (0)	1.36 (SD=1.09)
2.提供活動方面的協助	5 (12,8%)	7 (17.9%)	20 (51.3%)	7 (17.9%)	39 (0)	1.74 (SD=0.91)
3.借給我東西或金錢	9 (23.1%)	5 (12,8%)	13 (33.3%)	12 (30.8%)	39 (0)	1.72 (SD=1.15)
4.提供我需要的資訊	2 (5.1%)	13 (33.3%)	16 (41.0%)	8 (20.5%)	39 (0)	1.77 (SD=0.84)
5.陪伴我一起做事情	4 (10.3%)	12 (30.8%)	14 (35.9%)	9 (23.1%)	39 (0)	1.72 (SD=0.94)
6.陪我聊天	3 (7.7%)	8 (20.5%)	13 (33.3%)	15 (38.5%)	39 (0)	2.03 (SD=0.96)

(2)其他人的協助情況

根據表 4.1.47 在其他人的協助面向上，個別項目包含朋友、鄰居、親密伴侶、醫療或復健人員。學員過去半年內有往來的朋友平均數為 5.23 位，來往的朋友數最大值為 25 位，最小值為 0 位，顯見每位學員往來的朋友在數量上有所差異(SD=5.14)；這些往來的朋友中，在宗教場合(教會、道場、廟宇)認識的朋友平均數為 0.92(SD=3.24)，在日間留院或復建中心認識的平均數為 4.13(SD=4.24)，由此發現，相較於宗教場合，學員有往來的朋友較多是在日間留院或復建中心所認識。有六成以上的學員認為當自己有需要時，朋友所能提供的協助為足夠(30.8)或尚可(35.9)，而 10.3%的學員認為朋友提供的協助為相當足夠。

在鄰居所提供的協助方面，有 71.8%的學員認為足夠(25.6%)或尚可(46.2%)，但也有 23.0%的學員認為鄰居提供的協助不夠(5.1%)甚或是相當不夠(17.9%)。在親密伴侶部份，有近七成(69.2%)的學員目前沒有親密伴侶。另外在醫療或復健人員提供的協助方面，有 71.8%的學員認為醫療或復健人員提供的協助相當足夠(25.6%)或足夠(46.2%)，在 39 位受試學員當中，僅一位學員認為醫療或復健人員提供的協助不夠(2.6%)，由此發現絕大多數的受試者對於醫療或復健人員所提供的協助抱持高度正面的評價。綜合而言，受訪學員認為在其他人(朋

友、鄰居、醫療或復健人員)的協助上，以接受鄰居的協助最多，平均等級為3.05(SD=1.12)。

表 4.1.47 其他人的協助情況

變項名稱	類別	次數 （有效百分比）	備註
2.請問過去**半年內**有來往的朋友有幾個？			平均數=5.23 標準差=5.14 偏態=1.87 峰度=4.79 最大值=25 最小值=0 總和(遺漏值)= 39(0)
2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？			平均數=0.92 標準差=3.24 偏態=5.66 峰度=33.83 最大值=20 最小值=0 總和(遺漏值)= 39(0)
2.2.這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復建中心認識的？			平均數=4.13 標準差=4.24 偏態=1.14 峰度=0.62 最大值=15 最小值=0 總和(遺漏值)= 39(0)
2.3 你覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？	相當足夠	4(10.3%)	平均等級=2.87 標準差=1.20 總和(遺漏值)=39(0)
	足夠	12(30.8%)	
	尚可	14(35.9%)	
	不夠	3(7.7%)	
	相當不夠	6(15.4%)	
3.你覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？	相當足夠	2(5.1%)	平均等級=3.05 標準差=1.12 總和(遺漏值)=39(0)
	足夠	10(25.6%)	
	尚可	18(46.2%)	
	不夠	2(5.1%)	

	相當不夠	7(17.9%)	
4.您現在是否有親密的伴侶？	是	12(30.8%)	總和(遺漏值)=39(0)
	否	27(69.2%)	
5.過去**半年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？	相當足夠	10(25.6%)	平均等級=2.10 標準差=0.91 總和(遺漏值)=39(0)
	足夠	18(46.2%)	
	尚可	9(23.1%)	
	不夠	1(2.6%)	
	相當不夠	1(2.6%)	

(3)福利服務項目使用情況

表 4.1.48 是想了解受訪學員過去半年內在就醫補助、經濟補助、就業福利、保險補助和就學補助等五個項目中的使用情況。學員使用補助的情況依序為就醫補助的使用情況最高，94.9%的學員過去半年內有使用，次之為經濟補助，59.0%的學員有使用經濟補助，再次之為保險補助(53.8%)；而學員最少使用的補助為就學福利，39 位受試學員中僅有二位(5.1%)的學員過去半年內使用過就學福利，次之為就業補助福利，受試者中有三位(7.7%)的學員使用就業補助。綜合而言，過去半年內受訪學員使用就醫補助的程度相當高，有九成以上受訪學員有使用就醫補助的經驗；然而，學員使用就學福利的項目相當低，過去半年內有近九成五(94.9%)的學員並未使用就學補助的福利。

表 4.1.48 福利服務項目使用情況

項目	是	否	總和 (遺漏值)
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病減免部份負擔費用、健康檢查等)	37 (94.9%)	2 (5.1%)	39 (0)
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	23 (59.0%)	16 (41.0%)	39 (0)
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	3 (7.7%)	36 (92.3%)	39 (0)
保險補助(如：社會保險自付部份補助、國民年金補助)	21 (53.8%)	18 (46.2%)	39 (0)
就學補助(如學費減免、獎學金、助學金)	2 (5.1%)	37 (94.9%)	39 (0)

4.心理內在力量

表 4.1.49 心理內在力量(復原力量表)中，共有 14 個項目，此部分是想要了解受試學員的復原力，本測量每個項目各為 1-7 分的加總量表，加總分數越高代表心理內在力量越強，反之，加總分數越低則代表復原力越弱。根據表八，在 14 個項目中，平均等級最高為「我的生活有意義」平均等級為 5.21(SD=1.70)，次之為「生活中我為我所完成的事情感到驕傲」平均等級為 5.13(SD=1.63)，第三高為「我對事物保持興趣」平均等級為 5.08(SD=1.40)，整體而言顯示學員認同自己的生活是有意義的、並且能對於自己在生活中所完成的事感到驕傲，更能保持對事物的興趣。

而 14 個項目中，平均等級最低的依序為「我覺得我可以同時處理很多事情」，平均等級為 3.95 (SD=1.82)，次之為「在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象」，平均等級為 4.21(SD=1.87)，第三低為「我是個果決的人」，平均等級為 4.23(SD=1.84)，顯示學員認為自己較無法同時處理很多事情，且學員也較不認同自己在危急時刻是他人可以依賴的對象以及自己是個果決的人。

表 4.1.49 心理內在力量

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和（遺漏值）	平均等級（SD）
	1	2	3	4	5	6	7		
1.我經常能找到某種方式將問題解決	2 (5.1%)	1 (2.6%)	6 (15.4%)	5 (12.8%)	12 (30.8%)	6 (15.4%)	7 (17.9%)	39 (0)	4.79 (SD=1.64)
2.在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	2 (5.1%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	8 (20.5%)	12 (30.8%)	4 (10.3%)	11 (28.2%)	39 (0)	5.13 (SD=1.63)
3.我通常能接受發生的事情而不受影響	0 (0%)	4 (10.3%)	8 (20.5%)	9 (23.1%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	6 (15.4%)	39 (0)	4.54 (SD=1.62)

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和	平均等級
4.我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	1 (2.6%)	5 (12.8%)	2 (5.1%)	7 (17.9%)	11 (28.2%)	3 (7.7%)	10 (25.6%)	39 (0)	4.82 (SD=1.76)
5.我覺得我可以同時處理很多事情	4 (10.3%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	9 (23.1%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	5 (12.8%)	39 (0)	3.95 (SD=1.82)
6.我是個果決的人	3 (7.7%)	7 (17.9%)	1 (2.6%)	11 (28.2%)	6 (15.4%)	6 (15.4%)	5 (12.8%)	39 (0)	4.23 (SD=1.84)
7.因為我以前遭遇過困難，所以我能度過後來的難關	1 (2.6%)	1 (2.6%)	6 (15.4%)	4 (10.3%)	12 (30.8%)	6 (15.4%)	9 (23.1%)	39 (0)	5.03 (SD=1.58)
8.我有自制力	0 (0%)	3 (7.7%)	5 (12.8%)	8 (20.5%)	10 (25.6%)	4 (10.3%)	9 (23.1%)	39 (0)	4.87 (SD=1.58)
9.我對事物保持興趣	0 (0%)	0 (0%)	7 (17.9%)	7 (17.9%)	9 (23.1%)	8 (20.5%)	8 (20.5%)	39 (0)	5.08 (SD=1.40)
10.我經常可以發現好笑的事	3 (7.7%)	5 (12.8%)	5 (12.8%)	9 (23.1%)	4 (10.3%)	7 (17.9%)	6 (15.4%)	39 (0)	4.31 (SD=1.88)
11.我的自我信念(相信自己的能力)使我渡過難關	3 (7.7%)	1 (2.6%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	6 (15.4%)	10 (25.6%)	7 (17.9%)	39 (0)	4.79 (SD=1.78)
12.在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	4 (10.3%)	4 (10.3%)	5 (12.8%)	9 (23.1%)	7 (17.9%)	4 (10.3%)	6 (15.4%)	39 (0)	4.21 (SD=1.87)
13.我的生活有意義	2 (5.1%)	1 (2.6%)	3 (7.7%)	6 (15.4%)	7 (17.9%)	9 (23.1%)	11 (28.2%)	39 (0)	5.21 (SD=1.70)
14.當我處於困境時，我通常可以	3 (7.7%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)	9 (23.1%)	9 (23.1%)	4 (10.3%)	11 (28.2%)	39 (0)	4.95 (SD=1.79)

變項	1=完全不同意--2--3--4--5--6--7＝完全同意							總和	平均等級
自己找到出路									

5.權能感受

增強權能量表主要分為八個面向：包含個人層面的「自我效能與內控」、「外在掌控力」；人際層面的「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會自我肯定」；以及社會政治層面的「社會政治資源與影響」、「社會政治權能」、「社會政治行動」。此部分的問項主要是想了解學員對於權能感受的強弱，本測量使用四分點量表，分數越高代表權能感越強，反之，代表其權能感越弱。

根據表 4.1.50，從整體面向來看，學員權能感受最高的面向是「社會政治權能」，平均等級為 3.13(SD=0.59)；其次為「自我效能與內控」，平均等級為 3.05(SD=0.59)；再次之為「人際自我肯定」，平均等級為 3.02(SD=0.59)。而學員權能感受較低的面向分別為「社會自我肯定」，平均等級為 2.65(SD=0.68)，其次是「社會政治資源與影響」，平均等級為 2.84(SD=0.53)，第三是「人際溝通技巧」，平均等級為 2.99(SD=0.59)。顯示學員對於社會政治權能、自我效能與內控以及人際自我肯定的權能感受是比較強的，反之，學員對於社會自我肯定、社會政治資源與影響以及人際溝通技巧的權能感受較弱。

從個別項目來看，學員權能感受最強的是社會政治權能中的「人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量」，平均等級為 3.22，近九成三(93.3%)的學員非常同意(28.9%)或同意(64.4%)這個感受。其次，同樣為社會政治權能面向之中的「人們一起努力，可以改變社會的環境」項目，平均等級為 3.18，有九成一(91.1%)的學員非常同意(26.7%)或同意((64.4%)這個感受。再次之，為人際溝通技巧中的「我知道如何和別人維持良好的溝通」，平均等級為 3.18，有八成六(86.6%)的學員非常同意(24.4%)或同意(62.2%)這個看法。顯示學員認為人們一起努力、團結起來，可以產生更大的社會力量，並且改善社會環境，此外學員們也知道該如何與他人維持良好的溝通關係。

此外，學員權能感最低的感受皆集中於外在掌控力的題項，分別是「我自覺無法和有權力的人對抗」，平均等級為 2.23(SD=0.78)，近七成的(66.7%)的學員非常同意(15.4%)或同意(51.3%)此感受；其次是「社會的現實狀況不是市井小民可以改變的」，平均等級為 2.28(SD=0.79)，共有六成以上(61.6%)的學員非常

同意(15.4%)或同意(46.2%)此感受，第三低為「我通常感到孤獨」，平均等級為2.49(SD=0.76)，有56.4%的學員非常同意(5.1%)或同意(51.3%)此感受。整體而言，受試學員認為自身沒有辦法和有權力的人對抗，並且也認為社會的現況，不是他人可隨意改變的。此外，也有超過五成的學員有孤獨的感受，故權能感受較低。

表4.1.50 權能感受量表

面向		非常同意	同意	不同意	非常不同意	平均等級	總計(遺漏)	整體平均
個人層面一：自我效能與內控	7.一旦設定目標，我會努力去達成	12 (30.8%)	22 (56.4%)	5 (12.8%)	0 (0%)	3.18	39 (0)	3.05 (SD=0.59)
	6.我能夠決定我生活中大部分的事情	10 (25.6%)	24 (61.5%)	5 (12.8%)	0 (0%)	3.13	39 (0)	
	3.我覺得自己是一個有價值的人	14 (35.9%)	17 (43.6%)	7 (17.9%)	1 (2.6%)	3.13	39 (0)	
	4.我認為自己是個有能力的人	12 (30.8%)	19 (48.7%)	7 (17.9%)	1 (2.6%)	3.08	39 (0)	
	2.我對於自己所做的決定具有信心	8 (20.5%)	24 (61.5%)	6 (15.4%)	1 (2.6%)	3.00	39 (0)	
	5.只要我認為可能的事，就可以做到	8 (20.5%)	23 (59.0%)	8 (20.5%)	0 (0%)	3.00	39 (0)	
	8.我能樂觀地面對挫折	10 (25.6%)	18 (46.2%)	10 (25.6%)	1 (2.6%)	2.95	39 (0)	
	1.當我做計畫時，我有把握事	10 (25.6%)	18 (46.2%)	10 (25.6%)	1 (2.6%)	2.95	39 (0)	
個人層面二：外在掌控力	11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸情可以成功	3 (7.7%)	15 (38.5%)	12 (30.8%)	9 (23.1%)	2.69	39 (0)	2.49 (SD=0.55)
	21.我覺得別人忽視我的存在	3 (7.7%)	12 (30.8%)	20 (51.3%)	4 (10.3%)	2.64	39 (0)	

	9.我對生活感到無力	3 (7.7%)	13 (33.3%)	20 (51.3%)	3 (7.7%)	2.59	39 (0)	
	12.我通常感到孤獨	2 (5.1%)	20 (51.3%)	13 (33.3%)	4 (10.3%)	2.49	39 (0)	
	27.社會的現實狀況不是市井小民可以改變的	6 (15.4%)	18 (46.2%)	13 (33.3%)	2 (5.1%)	2.28	39 (0)	
	10.我自覺無法和有權力的人對抗	6 (15.4%)	20 (51.3%)	11 (28.2%)	2 (5.1%)	2.23	39 (0)	
人際層面一：人際溝通技巧	15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	10 (25.6%)	21 (53.8%)	7 (17.9%)	1 (2.6%)	3.03	39 (0)	2.99 (SD=0.59)
	14.我知道如何和別人維持良好的溝通	7 (17.9%)	25 (64.1%)	7 (17.9%)	0 (0%)	3.00	39 (0)	
	16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	8 (20.5%)	21 (53.8%)	10 (25.6%)	0 (0%)	2.95	39 (0)	
人際層面二：人際自我肯定	13.我有勇氣面對困難	11 (28.2%)	21 (53.8%)	6 (15.4%)	1 (2.6%)	3.08	39 (0)	3.02 (SD=0.59)
	19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	11 (28.2%)	18 (46.2%)	10 (25.6%)	0 (0%)	3.03	39 (0)	
	17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	7 (17.9%)	24 (61.5%)	7 (17.9%)	1 (2.6%)	2.95	39 (0)	
人際層面三：社會自我肯定	28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	9 (23.1%)	12 (30.8%)	17 (43.6%)	1 (2.6%)	2.79	39 (0)	2.65 (SD=0.68)
	32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	6 (15.4%)	13 (33.3%)	19 (48.7%)	1 (2.6%)	2.62	39 (0)	
	18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	5 (12.8%)	15 (38.5%)	17 (43.6%)	2 (5.1%)	2.59	39 (0)	

社會政治層面一：社會政治資源與影響	33.如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙	7 (17.9%)	22 (56.4%)	10 (25.6%)	0 (0%)	2.92	39 (0)	2.84 (SD=0.53)
	20.別人會重視我說的話	4 (10.3%)	28 (71.8%)	6 (15.4%)	1 (2.6%)	2.90	39 (0)	
	23.我覺得自己可以改變所處的環境	5 (12.8%)	22 (56.4%)	11 (28.2%)	1 (2.6%)	2.85	39 (0)	
	22.我可以說服別人接受我的建議	3 (7.7%)	23 (59.0%)	12 (30.8%)	1 (2.6%)	2.79	39 (0)	
	34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道	10 (25.6%)	15 (38.5%)	12 (30.8%)	2 (5.1%)	2.72	39 (0)	
社會政治層面二：社會政治權能	25.人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量	11 (28.2%)	25 (64.1%)	3 (7.7%)	0 (0%)	3.21	39 (0)	3.13 (SD=0.59)
	24.人們一起努力，可以改變社會的環境	12 (30.8%)	22 (56.4%)	5 (12.8%)	0 (0%)	3.18	39 (0)	
	26.採取行動就有可能解決社會問題	12 (30.8%)	16 (41.0%)	10 (25.6%)	1 (2.6%)	3.00	39 (0)	
社會政治層面三：社會政治行動	30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	7 (17.9%)	14 (35.9%)	17 (43.6%)	1 (2.6%)	2.69	39 (0)	2.62 (SD=0.65)
	29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	3 (7.7%)	19 (48.7%)	15 (38.5%)	2 (5.1%)	2.59	39 (0)	
	31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	3 (7.7%)	18 (46.2%)	17 (43.6%)	1 (2.6%)	2.59	39 (0)	
附註說明	計分方式為:非常不同意 1 分、不同意 2 分、同意 3 分、非常同意 4 分，由於第 9、10、11、12、21、27 為反向題，因此將此六題重新進行編碼，即非常不同意為 4 分、不同意 3 分、同意 2 分、非常同意 1 分，在次數分配部份，仍依照問卷的原始資料進行呈現，而分數加總與整體之平均等級，則利用重新編碼過的分數計算。							

6.學員各量表分數狀況

本問卷測量精神障礙者目前的處境，包括受疾病影響的症狀、復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況以及權能感受。

依據表 4.1.51，39 位有效樣本裡，長庚學員的症狀平均分數為=14.82(SD=5.28)，呈泰學員症狀平均分數為 14.91.(SD=4.23)，故呈泰學員受到病症影響的程度較高。整體而言，學員症狀總平均分數為 14.85 分，實際症狀分數分佈為 5 至 29 分。症狀分數 17 分以上(含)代表受症狀影響之程度大，需要被關注，本研究中有 13 位的學員症狀分數高於 17 分，代表有 33.3%的學員最近一個月受到症狀影響的程度較大，需要關注。

在復元狀況方面，長庚學員的復元平均分數為 93.71(SD=31.49)，呈泰學員復元平均分數為復元平均數=89.73 (SD=21.39)，表示長庚學員復元狀態較佳。而整體復元的平均分數為 92.59 分，受試者分數分佈為 22 至 135 分，分數越高代表復元狀況越好。依據常模，本研究學員的復元狀態中僅有 7.7%的受試者處在第一階段(深受障礙打擊)；46.2%學員處於第二階段(與障礙對抗)；25.6%的學員處於第三階段(與障礙共存)，而處於第四階段(超越障礙)學員有 20.5%。全部受試者在復元狀況的偏態為-0.17，峰度為-0.63，為常態的低闊峰。

在心理內在力量方面(復原力量表)，長庚學員的心理內在力量平均數為 67.43(SD=18.95)，呈泰學員心理內在力量平均數為 62.00(SD=12.40)，長庚學員心理內在力量較高。整體而言，學員總平均為 65.90 分，實際分數分佈為 29 至 98 分。全部受試者在心裡內在力量的偏態為-0.02，峰度為 0.62，為常態的低闊峰。

在權能感受方面，長庚學員權能感受平均數為 97.54(SD=16.78)，呈泰學員權能感受平均數為 94.73(SD=11.74)，長庚學員的權能感受較高。整體學員的權能平均數為 96.74 分，權能感受的分數最小值為 59 分，最大值為 135 分，分數越高代表權能感越強。依據常模，整體施測結果學員平均的權能程度為「尚可至中度」，約有 35.9%學員屬於此權能程度。全部受試者在權能感受的偏態為 0.35，峰度為 0.38，為正偏低闊峰。

表4.1.51 學員各量表分數狀況

(一)復元階段、權能感受次數、百分比				
	階段	長庚	呈泰	整體受試者

復元階段	深受障礙打擊	3(10.7%)	0(0%)	3(7.7%)
	與障礙對抗	11(39.3%)	7(63.3%)	18(46.2%)
	與障礙共存	7(25.0%)	3(27.3%)	10(25.6%)
	超越障礙	7(25.0%)	1(9.1%)	8(20.5%)
	總數(百分比)	28(100%)	11(100%)	39(100%)
權能感受	低權能	7(25.0%)	4(36.4%)	11(28.2%)
	尚可至中度	10(35.7%)	4(36.4%)	14(35.9%)
	中度到高	6(21.4%)	2(18.2%)	8(20.2%)
	高權能	5(17.9%)	1(9.1%)	6(15.4%)
	總數(百分比)	28(100%)	11(100%)	39(100%)

(二)學員各量表分數

長庚					呈泰				
ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受	ID	症狀分數	復元狀況	心理內在力量(復原力量表)	權能感受
14	21.00	22.00	36.00	74.00	3	18.00	92.00	54.00	91.00
15	14.00	126.00	90.00	106.00	5	21.00	74.00	46.00	86.00
16	17.00	56.00	38.00	81.00	7	16.00	88.00	52.00	85.00
17	18.00	62.00	38.00	81.00	8	17.00	66.00	62.00	86.00
18	6.00	135.00	98.00	135.00	9	6.00	115.00	70.00	100.00
19	14.00	67.00	63.00	98.00	10	12.00	115.00	86.00	112.00
20	16.00	69.00	70.00	80.00	11	15.00	78.00	58.00	91.00
22	10.00	118.00	73.00	108.00	12	10.00	130.00	79.00	120.00
23	20.00	69.00	58.00	85.00	13	18.00	67.00	49.00	94.00
24	15.00	92.00	56.00	96.00	49	14.00	86.00	62.00	94.00
25	22.00	79.00	50.00	87.00	52	17.00	76.00	64.00	83.00
26	16.00	79.00	68.00	92.00					
27	29.00	40.00	29.00	59.00					
28	15.00	117.00	88.00	112.00					
29	15.00	115.00	85.00	110.00					
30	13.00	80.00	59.00	97.00					
31	18.00	131.00	62.00	98.00					
32	7.00	135.00	83.00	126.00					
33	11.00	110.00	83.00	93.00					
34	15.00	118.00	82.00	122.00					
35	5.00	135.00	93.00	101.00					
38	13.00	79.00	62.00	94.00					

40	7.00	128.00	88.00	114.00	
42	16.00	88.00	61.00	89.00	
43	13.00	129.00	63.00	101.00	
44	12.00	102.00	60.00	89.00	
54	22.00	67.00	59.00	85.00	
55	15.00	76.00	93.00	118.00	

附註說明：

- 長庚學員症狀平均數=14.43(SD=5.37)；復元平均數=86.6(SD=29.84)；心理內在力量平均數=62.10(SD=20.46)；權能感受平均數=96.00(SD=16.21)。
- 呈泰學員症狀平均數=14.80.(SD=5.83)；復元平均數=98.20 (SD=22.60)；心理內在力量平均數=63.00(SD=15.30)；權能感受平均數=95.33(SD=14.53)。
- 整體症狀平均數=14.85、中位數=15.00
  標準差=4.95、偏態=0.16、峰度=0.86、最大值=29、最小值=5
- 整體復元平均數=92.59、中位數=88.00
  標準差=28.78、偏態=-0.17、峰度=-0.63、最大值=135、最小值=22
- 整體心理內在力量平均數=65.90、中位數=62.00
  標準差=17.37、偏態=-0.02、峰度=-0.62、最大值=98、最小值=29
- 整體權能感受平均數=96.74、中位數=94.00
  標準差=15.43、偏態=.35、峰度=0.38、最大值=135、最小值=59

二、跨時間之變化

本研究在將近兩年期間內共針對研究對象施測五次，依變項為復元程度和增強權能程度，主要的自變項包括精神症狀、復原力、家庭支持、朋友和鄰里支持、和福利服務使用。筆者首先針對這些變項進行 MANOVA repeated measures 檢驗，檢視跨時間的變化是否達到統計顯著？若顯著，那麼來自哪些時間點之間？研究中共有 39 位五次都完成施測，完成四次者則有 50 位，筆者先進行五次之間的長期比較，另外，亦進行四次之間的比較，其能在樣本數較多的情況下，檢視跨時間的變化，作為再次確証。

(一)T1 至 T5 之間

復元狀況

分析結果顯示研究對象的復元狀況在五次施測之間達到顯著(Wilk's λ=0.761, F=2.75, p=0.043)，各時間點之間的差異共占五次復元分數總變異量的 23.9%。Mauchly 球形檢定未達顯著，顯示符合各時間點之間的共變量同質之基本假定。由表 4.1.52 和圖五可見，研究對象整體之復元平均數在 T1 和 T2 之間有些微下降，在 T3 則有大幅度的提升，然而到了 T4 則又了較大幅度下降，T5 則又回升，呈現一種來來回回的趨勢，然而 T5 比起 T1 已提升 4.62，因此驗證了文獻中所指出的螺旋上升的現象。經事後比較(Fisher's LSD)檢驗，發現 T3 顯著地大於 T1 和 T2，而 T4 和 T3 之間的差異亦達顯著。

再就復元階段進行無母數 Wilcoxon 檢定，T3 和 T1 之間的復元階段達顯著差異，在 53 人當中，階段提升者有 19 人(35.8%)，下降者僅 4 人(7.4%)，維持相同階段者有 30 人(56.6%)。T3 和 T2 之間的復元階段亦達顯著差異，在 53 人當中，階段提升者有 18 人(34.0%)，下降者僅 5 人(9.4%)，維持相同階段者有 30 人(56.6%)。T4 和 T3 之間的復元階段差異並未達顯著(p>0.05)，不過可以看到階段下降者(16 人)多於階段上升者(7 人)(見表 4.1.53)。

筆者進而再檢驗復元量表的各次向度是否隨時間而有顯著的變化？結果呈現於表 4.1.54，在復元過程的三項指標中，「重獲自主性」達到顯著差異，「希望感」和「障礙處理/負責任」兩方面則否(p>0.05)。「重獲自主性」之分析結果於多變量檢驗中幾乎達顯著(Wilk's λ=0.775, F=2.55, p=0.057, Eta 平方=0.225)，在 ANOVA 的分析中則達顯著(F=2.54, p=0.031)。其跨時間的變化如同整體復元分數，事後比較顯示 T3 和 T2 之間的變化達到顯著。在復元結果方面，「社會功能/角色表現」達到顯著差異(Wilk's λ=0.743, F=3.03, p=0.030, Eta 平方=0.257)，其變化趨勢為在 T1 至 T3 之間持續提升，到了 T4 下降，T5 又回升。T3 和 T5 顯著地大於 T1，T4 和 T3 之間有顯著的下降，T5 和 T4 之間則有顯著的提升，T5 回升至與 T3 相當。於「整體安康/人生滿意」方面，研究對象經歷顯著的變化(Wilk's λ=0.660, F=4.50 p=0.005, Eta 平方=0.340)，趨勢則與「社會功能/角色表現」相同，T3 顯著大於 T1 和 T2，T4 和 T3 之間顯著下降，T5 顯著地大於 T1。至於「助人

意願」方面則未達顯著(p>0.05)。

增強權能

研究對象在增強權能方面，五次施測之間大致維持在一定的程度，即在「尚可至中度」範圍內，並未達到顯著的差異(p>0.05)(見表 4.1.52)。再者，增強權能量表的各次向度隨時間的變化亦未達顯著(p>0.05)(見表 4.1.55)。

自變項

有表 4.1.52 可見研究對象在五次施測之間，於症狀、家庭支持、朋友鄰里支持、福利服務使用，皆未達到顯著的變化(p>0.05)。

表 4.1.52 各變項跨時間之變化(N=39, 平均數(標準差))

變項	**T1**	**T2**	**T3**	**T4**	**T5**	**顯著性**	**組間比較**
依變項							
復元	87.97 (26.10)	86.97 (31.62)	95.03 (27.18)	88.87 (28.95)	92.59 (28.77)	Yes[a]	T3>T1 T3>T2 T4<T3
增強權能	96.56 (15.19)	96.36 (17.54)	96.00 (13.75)	96.00 (16.44)	96.74 (15.43)	No[b]	
自變項							
症狀	15.95 (4.66)	14.97 (5.75)	14.44 (5.25)	14.44 (5.39)	14.85 (4.95)	No	
復原力	60.97 (19.18)	61.87 (21.66)	64.90 (17.96)	61.87 (19.39)	65.90 (17.37)	No	
家庭支持	1.52 (0.65)	1.56 (0.70)	1.43 (0.69)	1.63 (0.71)	1.72 (0.69)	No	
朋友/鄰里支持	5.62 (2.07)	5.38 (2.24)	5.74 (1.85)	5.41 (1.73)	5.92 (2.03)	No	
福利服務	2.38 (1.23)	2.38 (1.07)	2.38 (1.04)	2.28 (0.94)	2.21 (0.98)	No	

說明：a: $p < 0.05$, b：$p > 0.05$

表 4.1.53 各次之間的復元階段比較

比較之時間	總人數	負值人數	正值人數	等值人數	Z 值	P 值
T3 – T1	53	4	19	30	-3.154	0.002
T3 – T2	53	5	18	30	-2.257	0.010
T4 – T3	50	16	7	27	-1.470	0.142

圖五　五次施測之復元分數變化

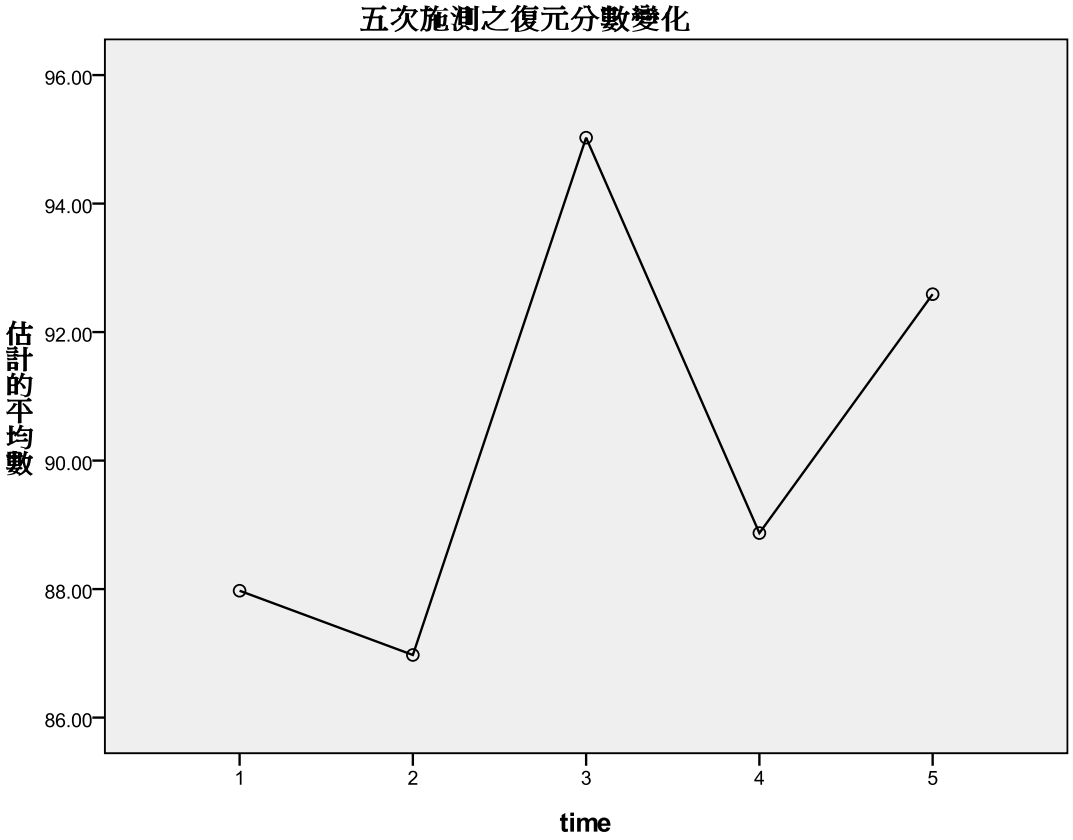
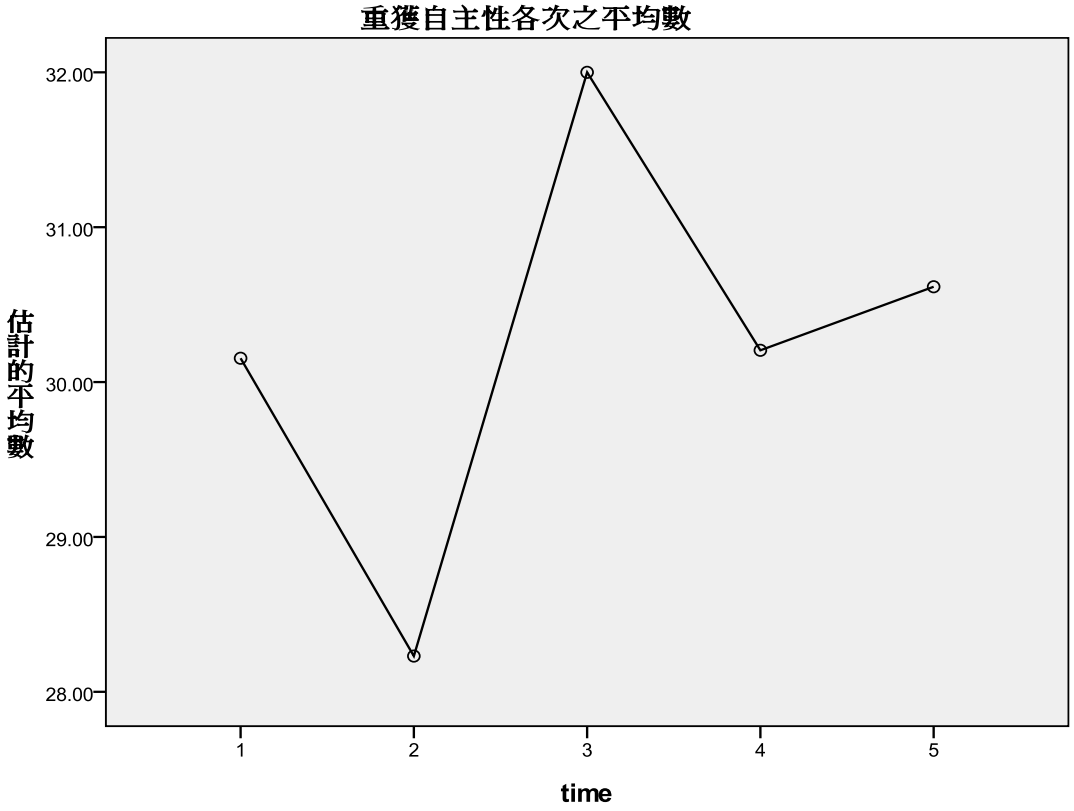


表 4.1.54 復元各向度跨時間之變化(N=39, 平均數(標準差))

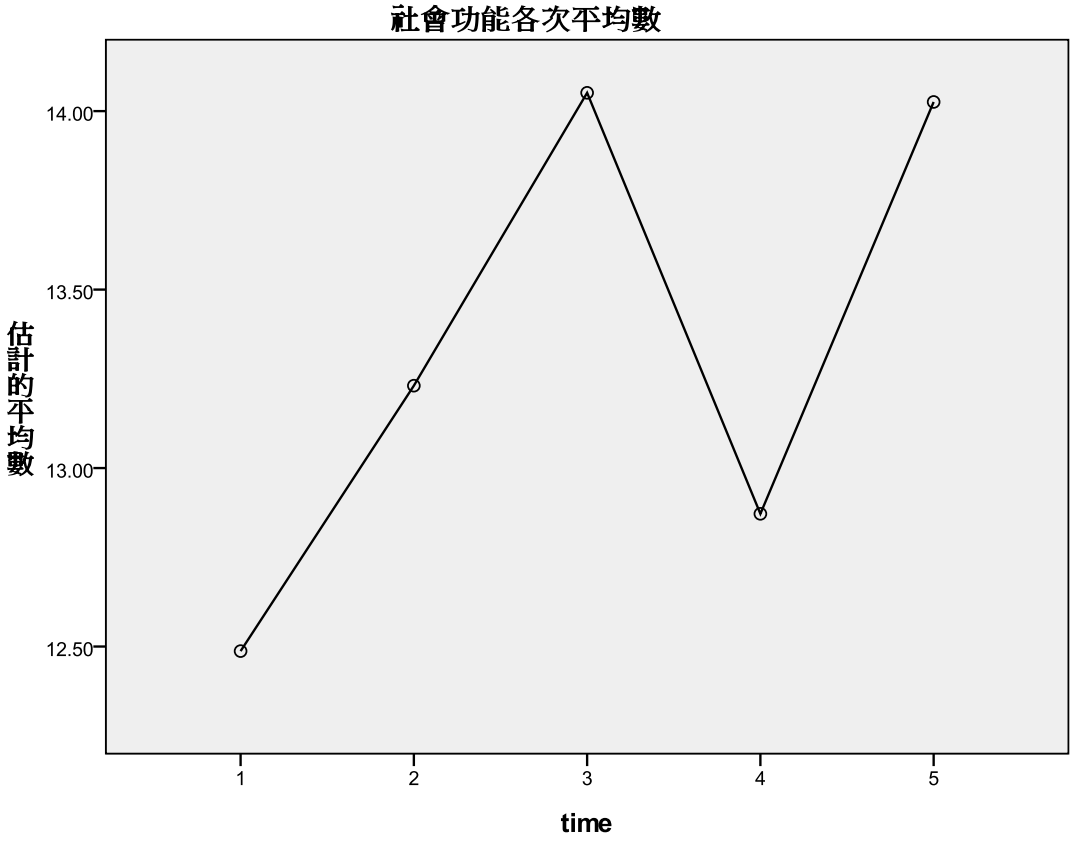
變項	T1	T2	T3	T4	T5	顯著性	組間比較
希望感	6.31 (2.45)	5.95 (2.55)	6.46 (2.40)	6.02 (2.39)	6.38 (2.21)	No[b]	
障礙處理/負責任	19.26 (5.27)	18.13 (6.40)	18.90 (6.21)	18.67 (5.80)	18.82 (5.93)	No	
重獲自主性	30.15 (8.96)	28.23 (11.17)	32.00 (9.98)	30.21 (10.39)	30.62 (10.34)	Yes[a]	T3>T2
社會功能/角色表現	12.49 (4.31)	13.23 (4.64)	14.05 (4.24)	12.87 (4.46)	14.03 (4.12)	Yes	T3,T5>T1 T3>T4 T5>T4
整體安康/人生滿意	13.90 (6.49)	15.33 (6.80)	16.79 (5.56)	15.03 (6.47)	16.51 (6.23)	Yes	T3>T1,T2,T4 T5>T1
助人意願	5.87 (2.41)	6.10 (2.69)	6.82 (2.34)	6.08 (2.43)	6.23 (2.36)	No	

說明：a: $p < 0.05$, b：$p > 0.05$

圖六 重獲自主性各次之平均數



圖七 社會功能各次平均數



圖八 整體安康各次的平均數

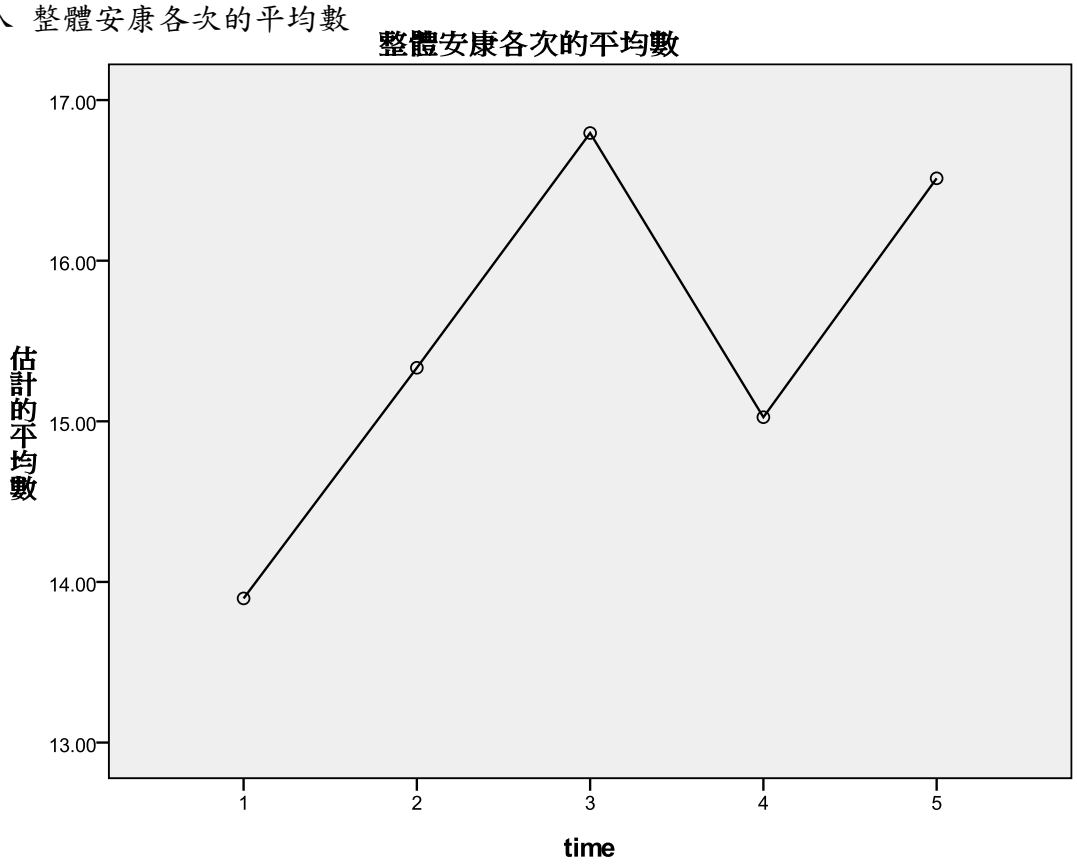


表 4.1.55 增強權能各向度跨時間之變化(N=39, 平均數(標準差))

變項	T1	T2	T3	T4	T5	顯著性
自我效能與內控	23.77 (4.42)	23.23 (5.57)	23.56 (4.36)	23.44 (4.49)	24.41 (4.74)	No[b]
人際溝通技巧	8.79 (1.47)	8.85 (2.19)	9.00 (1.64)	8.97 (1.81)	8.97 (1.77)	No
人際自我肯定	8.82 (1.73)	8.82 (1.97)	9.00 (1.36)	8.74 (1.62)	9.05 (1.78)	No
社會自我肯定	7.87 (2.09)	8.21 (1.73)	7.72 (1.73)	7.90 (2.11)	7.95 (2.05)	No
社會政治資源與影響	13.72 (3.02)	13.85 (3.11)	13.79 (2.24)	13.97 (2.93)	14.18 (2.64)	No
外在掌控力	15.41 (3.24)	15.79 (3.28)	15.62 (3.00)	15.87 (3.56)	14.92 (3.30)	No
社會政治權能	9.10 (1.59)	9.46 (1.74)	9.28 (1.47)	9.23 (1.46)	9.38 (1.76)	No

社會政治行動	8.08 (1.69)	8.15 (1.80)	8.03 (1.81)	7.87 (2.24)	7.87 (1.95)	No

說明：a: $p < 0.05$, b：$p > 0.05$

(二)T1 至 T4 之間

復元狀況

過有 50 人完成所有的四次施測，在整體復元分數之變化達到顯著(Wilk's λ=0.678, F=7.46, p=0.000, Eta 平方=0.322)，其變化趨勢如同五次施測中的前四次，同樣地 T3 顯著地大於 T1 和 T2，T4 和 T 之間有顯著地下降(見表 4.1.56)。「重獲自主性」亦達顯著的差異(Wilk's λ=0.801, F=3.90, p=0.014, Eta 平方=0.199)，但不同於五次間比較的是在於 T3 不僅顯著地大於 T2，亦顯著地大於 T1，此可能與樣本數較多有關。「社會功能/角色表現」之四次施測達顯著差異(Wilk's λ=0.732, F=5.74, p=0.002, Eta 平方=0.268)，事後比較之結果顯示 T3>T1、T4<T3，即與五次間比較的結果相同「整體安康/人生滿意」於四次施測之間達到顯著的變化(Wilk's λ=0.606, F=10.18, p=0.000, Eta 平方=0.394)，事後比較之結果與五次間比較的結果相同。研究對象於「助人意願」隨時間亦有顯著的變化(Wilk's λ=0.777, F=4.49, p=0.007, Eta 平方=0.223)，於 T1、T2、T3 逐漸上升，至 T4 則顯著下降，T3 顯著地大於 T1、T2、和 T4；此結果與五次間比較不同。

其他變項

增強權能和所有的自變項於四次施測之間的變化並未達顯著，此結果與五次間比較的結果相同。

小結

分析結果顯示整體復元分數於 T2 和 T1 之間(相距半年)不顯著地下降，到了 T3(與 T1 相距九個月)則顯著地提升，到了 T4 則又顯著下降，到了 T5 則又回升。復元過程中的「重獲自主性」有顯著的隨時間變化。復元結果中的「社會功能/角色表現」、「整體安康/人生滿意」、「助人意願」的變化趨勢亦達顯著，亦即 T1 至 T3 之間逐漸提升，但是在 T4 有顯著下降，到了 T5 則又顯著提升。相較於五次間比較，四次間比較的結果有兩處不同，在於「重獲自主性」向度，T3 顯著地大於 T1；再者，「助人意願」隨時間的變化達到顯著。

表 4.1.56 復元各向度跨時間之變化(N=50, 平均數(標準差))

變項	T1	T2	T3	T4	顯著性	組間比較
復元總分	88.64 (25.10)	88.58 (32.70)	98.38 (25.92)	91.48 (26.79)	Yes[a]	T3>T1 T3>T2 T4<T3
希望感	6.34 (2.27)	6.16 (2.62)	6.58 (2.26)	6.24 (2.25)	No[b]	
障礙處理/負責任	19.22 (5.05)	18.58 (6.58)	19.82 (6.01)	19.22 (5.42)	No	
重獲自主性	30.64 (8.80)	29.04 (11.67)	33.00 (9.53)	31.24 (9.72)	Yes[a]	T3>T1 T3>T2
社會功能/角色表現	12.62 (4.14)	13.36 (4.92)	14.60 (4.12)	13.22 (4.22)	Yes	T3>T1 T3>T4
整體安康/人生滿意	13.84 (6.24)	15.20 (6.89)	17.36 (5.36)	15.16 (6.31)	Yes	T3>T1,T2,T4
助人意願	5.98 (2.32)	6.24 (2.73)	7.02 (2.20)	6.40 (2.43)	Yes	T3>T1,T2,T4

說明：a: $p < 0.05$, b：$p > 0.05$

三、相關分析

(一)各時間點復元程度之相關

各次施測所得之復元分數之間的相關程度頗高，介於 0.58 至 0.83 之間，最低的相關為 T1 和 T2 之間，最高的相關為 T4 和 T5 之間。T3 和 T1 及 T5 之間亦有高相關，分別是 0.820 和 0.823(見表 4.1.57)。

表 4.1.57 復元程度五次施測結果之相關係數

		第一次復元總分	第二次復元總分	第三次復元總分	第四次復元總分
第二次復元總分	Pearson 相關	.580**			
	顯著性 (雙尾)	.000			
	個數	53			
第三次復元總分	Pearson 相關	.820**	.611**		
	顯著性 (雙尾)	.000	.000		
	個數	53	53		
第四次復元總分	Pearson 相關	.798**	.620**	.799**	

	顯著性 (雙尾)	.000	.000	.000	
	個數	50	50	50	
第五次復元總分	Pearson 相關	.796**	.763**	.823**	.834**
	顯著性 (雙尾)	.000	.000	.000	.000
	個數	39	39	39	39

(二)復元、增強權能、復原力之相關

這三個概念之間有其重疊性,在優勢觀點模式中假設增強權能為復元之中介目標，由下表可見各施測點的復元程度和增強權能之相關程度頗高，介於 0.65 至 0.75 之間，初步驗證了二者的顯著相關性(見表 4.1.58)。在復元統合模式中，復原力則為復元的三大基石之一，在各施測點其與復元的相關係數居於 0.60 和 0.83 之間，乃屬高相關；在 T2、T4、和 T5 三個施測點二者的相關尤其高。同樣地，增強權能和復原力之間亦存在高相關，範圍在 0.55 和 0.84 之間，在 T5 二者之間的相關最高。

表 4.1.58：復元、增強權能、復原力之相關(T1) (N=63)

	復元	增強權能
T1 (N=63)		
增強權能	.651**	
復原力	.602**	.554**
T2 (N=53)		
增強權能	.710**	
復原力	.800**	.724**
T3 (N=53)		
增強權能	.750**	
復原力	.727**	.695**
T4 (N=50)		
增強權能	.695**	
復原力	.830**	.701**
T5 (N=39)		
增強權能	.792**	
復原力	.775**	.840**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

(三)復元過程指標與復元結果指標之相關

復元的過程指標和結果指標之間的相關頗高，皆在 0.50 以上，在 T5 時二類指標的相關更高，皆在 0.74 以上(見表 4.1.59-4.1.63)。整體而言，重獲自主性與

三項結果指標之間的相關最高。社會功能/角色表現和重獲自主性以及障礙處理度有較高的相關，助人意願亦然。整體安康/人生滿意與重獲自主性以及希望感有較高的相關。

表4.1.59：復元過程與復元結果之相關係數(T1) (N=63)

復元過程指標 \ 復元結果指標		社會功能/角色表現	整體安康/人生滿意度	助人意願
希望感	Pearson 相關	.625**	.681**	.503**
重獲自主性	Pearson 相關	.801**	.750**	.754**
障礙處理/負責任	Pearson 相關	.704**	.645**	.653**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

表4.1.60：復元過程與復元結果之相關係數(T2) (N=53)

復元過程指標 \ 復元結果指標		社會功能/角色表現	整體安康/人生滿意度	助人意願
希望感	Pearson 相關	.657**	.772**	.582**
重獲自主性	Pearson 相關	.826**	.894**	.820**
障礙處理/負責任	Pearson 相關	.719**	.769**	.673**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

表4.1.61：復元過程與復元結果之相關係數(T3) (N=53)

復元過程指標 \ 復元結果指標		社會功能/角色表現	整體安康/人生滿意度	助人意願
希望感	Pearson 相關	.651**	.677**	.565**
重獲自主性	Pearson 相關	.767**	.785**	.630**
障礙處理/負責任	Pearson 相關	.644**	.625**	.613**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

表4.1.62：復元過程與復元結果之相關係數(T4) (N=50)

復元過程指標 \ 復元結果指標		社會功能/角色表現	整體安康/人生滿意度	助人意願
希望感	Pearson 相關	.563**	.713**	.610**
重獲自主性	Pearson 相關	.788**	.758**	.751**
障礙處理/負責任	Pearson 相關	.683**	.692**	.735**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

表4.1.63：復元過程與復元結果之相關係數(T5) (N=39)

復元過程指標 \ 復元結果指標		社會功能/角色表現	整體安康/人生滿意度	助人意願
希望感	Pearson 相關	.744**	.918**	.798**
重獲自主性	Pearson 相關	.834**	.866**	.797**
障礙處理/負責任	Pearson 相關	.823**	.719**	.742**

**. 在顯著水準為0.01時 (雙尾)，相關顯著。

四、相關模式檢驗

本研究藉由此長期的追蹤實證資料檢驗「復元統合模型」之概推效度，分析兩種可能的效應，一為同時效應，二為時間效應(即因果關係)。根據該模型在迴歸分析當中納入的自變項含括：症狀、家庭支持、朋友和鄰里支持、有無親密伴侶、福利服務使用、復原力；前面的相關分析顯示增強權能與復元有高相關，然而並未納入為自變項之一，乃因其與復原力亦有頗高的相關，若納入則可能有較高的共線性，而無法區分二者的對於復元的獨特影響。加上樣本數有限，僅能放入有限的自變項以有較佳的自變項相對於樣本數之比例，得到較穩定的估計值。依變項為復元程度，根據Kolmogorov-Smirno檢定，五次施測的分數中有四次的分配並未違反常態分配的假定(p>0.05)，只有第五次的分數違反常態分配(p=0.049)，可能因第五次樣本數(39)較少之故。再者，各個分析中，自變項之間的相關符合基本假定，並未有太高的共線性問題。

(一)同時效應

第一次施測

六個自變項與復元程度的相關達到顯著(p<0.05)，可以解釋復元程度之變異量的63%(見表4.1.64)。與復元程度有顯著相關的自變項包括：症狀分數、家庭支持、復原力。根據標準化迴歸係數(Beta)，最重要的自變項為家庭支持，復原力次之，症狀分數再次之。

表4.1.64：T1復元程度之迴歸分析結果(N=63)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	45.912	17.710		2.592	.012
症狀分數	-1.085	.475	-.210	-2.285	**.026**
家庭支持	19.626	3.573	.522	5.493	**.000**
鄰里和朋友支持	.068	1.119	.005	.060	.952
有無親密伴侶 (1=是，2=否)	-2.938	5.244	-.045	-.560	.578

福利服務使用	2.755	2.007	.116	1.372	.175
復原力	.462	.138	.316	3.358	**.001**
R^2=0.67, Adjusted R^2=0.63, $F_{(6,56)}$=18.92, p=0.000					

第二次施測

在T2時，第一次的分析有一個標準化殘差值的極端值，刪除之後解釋的變異量略有增加，整體模型達到顯著，解釋的變異量為77.8%(見表4.1.65)。家庭支持和復原力兩變項與復元程度達顯著相關，二者中又以復原力為最重要。

表4.1.65：T2復元程度之迴歸分析結果(N=52)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	13.888	19.845		.700	.488
症狀分數	-.643	.518	-.110	-1.241	.221
家庭支持	11.331	3.376	.256	3.356	**.002**
鄰里和朋友支持	1.062	1.067	.073	.995	.325
有無親密伴侶 (1=是，2=否)	-2.540	5.620	-.030	-.452	.653
福利服務使用	-.976	1.846	-.036	-.529	.600
復原力	1.074	.143	.685	7.487	**.000**
R^2=0.804 ,Adjusted R^2=0.778, $F_{(6,45)}$=30.77, p=0.000					

第三次施測

整體模型達到顯著，六個自變項可以解釋復元程度變異量的64.8%(見表4.1.66)。有三個自變項與復元程度達顯著相關：家庭支持、鄰里和朋友支持、與復原力，其中復原力為最重要的自變項，家庭支持次之。

表4.1.66：T3復元程度之迴歸分析結果(N=53)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	47.030	20.647		2.278	.027
症狀分數	-.425	.563	-.080	-.755	.454
家庭支持	11.500	3.131	.320	3.673	**.001**
鄰里和朋友支持	-2.723	1.279	-.195	-2.129	**.039**
有無親密伴侶 (1=是，2=否)	2.372	6.345	.031	.374	.710
福利服務使用	-1.370	1.984	-.058	-.690	.493
復原力	.824	.141	.563	5.825	**.000**
R^2=0.689 ,Adjusted R^2=0.648, $F_{(6,46)}$=16.96, p=0.000					

第四次施測

整體模式與復元程度達到顯著相關，共可解釋71%的變異量(見表4.1.67)。復原力為顯著的相關變項，而家庭支持則幾乎達到顯著(p=0.051)。

表4.1.67：T4復元程度之迴歸分析結果(N=50)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	43.141	19.919		2.166	.036
症狀分數	-1.036	.532	-.209	-1.949	.058
家庭支持	7.513	3.746	.201	2.006	**.051**
鄰里和朋友支持	.427	1.347	.030	.317	.753
有無親密伴侶 (1=是,2=否)	-1.309	5.430	-.020	-.241	.811
福利服務使用	-1.787	2.378	-.062	-.751	.457
復原力	.878	.165	.591	5.331	**.000**
R^2=0.746 ,Adjusted R^2=0.710, $F_{(6,43)}$=21.03, p=0.000					

第五次施測

整體模型達到顯著，六個自變項共可解釋68.8%復元程度的變異量(見表4.1.68)。症狀、家庭支持、和復原力為顯著的相關變項，其中復原力為最重要，家庭支持次之，症狀再次之。

表4.1.68：T5復元程度之迴歸分析結果(N=39)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	60.922	30.422		2.003	.054
症狀分數	-1.865	.843	-.321	-2.212	**.034**
家庭支持	14.188	5.136	.338	2.762	**.009**
鄰里和朋友支持	.314	1.582	.022	.199	.844
有無親密伴侶 (1=是,2=否)	-4.587	5.821	-.075	-.788	.436
福利服務使用	.946	2.896	.032	.327	.746
復原力	.588	.243	.355	2.419	**.021**
R^2=0.737 ,Adjusted R^2=0.688, $F_{(6,32)}$=14.94, p=0.000					

小結

由五次施測的分析結果顯示，六個自變項整體與復元程度之相關程度頗高，解釋的變異量在 63.8%至 77.8%之間，驗證了自變項對依變項之同時效應。顯著的自變項以復原力和家庭支持二者為最重要，症狀於第一、四、和五次施測中亦為顯著自變項，朋友和鄰里支持則於第三次為顯著自變項之一。

(二)時間效應

筆者分別自不同的時間間隔檢視跨時間的效應，分別是三個月、半年、一年和將近兩年。由前面的分析結果可見各次復元程度之間有頗高的相關，原本的模型假設中預計放入前一個時間點的復元程度，然而基於前面的分析顯示自變項對於依變項之同時效應頗高，若同時放入在分析模型中可能因而有太高的共線性而影響各自變項之單獨效應的區隔，筆者因此未放入前一時間點的復元程度為自變項之一。

相隔三個月

T2->T3

整體 T2 自變項與 T3 復元程度有顯著的相關，共可解釋復元程度變異量的 53.1%(見表 4.1.69)。顯著的自變項為復原力和福利服務使用，根據 Beta 前者的重要性比起後者高出許多(0.658 vs. 0.252)。

表4.1.69：T2自變項預測T3復元程度之迴歸分析結果(N=52)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	34.592	22.791		1.518	.136
T2症狀分數	-.099	.594	-.022	-.166	.869
T2家庭支持	3.074	3.876	.086	.793	.432
T2鄰里和朋友支持	-2.066	1.239	-.175	-1.668	.102
T2有無親密伴侶 (1=是，2=否)	5.319	6.501	.078	.818	.417
T2福利服務使用	5.196	2.057	.252	2.526	**.015**
T2復原力	.814	.166	.658	4.900	**.000**
R^2=0.585 ,Adjusted R^2=0.531, $F_{(6,46)}$=10.82, p=0.000					

相隔半年

T1->T2

第一次分析時產生一個極端個案，刪除後再分析，解釋的變異量增加 20%(見表 4.1.70)。最後的結果中，整體模型解釋的變異量為 35.2%，家庭支持為顯著的自變項，復原力則幾乎達到顯著和(p=0.054)。

表4.1.70：T1自變項預測T2復元程度之迴歸分析結果(N=52)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	71.893	30.726		2.340	.024
T1症狀分數	-.455	.766	-.075	-.594	.556

T1家庭支持	19.868	5.892	.429	3.372	**.002**
T1鄰里和朋友支持	-2.376	1.754	-.163	-1.355	.182
T1有無親密伴侶 (1=是，2=否)	-8.168	9.168	-.107	-.891	.378
T1福利服務使用	-2.179	3.247	-.084	-.671	.506
T1復原力	.435	.220	.267	1.979	**.054**
R^2=0.428 ,Adjusted R^2=0.352, $F_{(6,45)}$=5.61, p=0.000					

T3->T4

整體模型達到顯著，解釋的變異量共為42.5%，復原力和家庭支持為顯著的自變項，前者之重要性大於後者，朋友和鄰里支持則幾乎達到顯著(p=0.051) (見表4.1.71)。

表4.1.71：T3變項預測T4復元程度之迴歸分析結果(N=50)

	未標準化係數		標準化係數		
模式	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配	t	顯著性
(常數)	47.841	28.893		1.656	.105
T3症狀分數	-.330	.830	-.061	-.397	.693
T3家庭支持	10.037	4.290	.271	2.340	**.024**
T3鄰里和朋友支持	-3.614	1.802	-.252	-2.005	**.051**
T3有無親密伴侶 (1=是，2=否)	8.100	8.484	.106	.955	.345
T3福利服務使用	-.750	2.723	-.031	-.275	.784
T3復原力	.624	.200	.415	3.127	**.003**
R^2=0.495 ,Adjusted R^2=0.425, $F_{(6,43)}$=7.03, p=0.000					

T4->T5

T4整體自變項與T5復元程度達到顯著相關，可以解釋復元程度變異量的67.7%(見表4.1.72)。考量其他自變項的影響之後，只有復原力為顯著的自變項。

表4.1.72：T4變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39)

	未標準化係數		標準化係數		
模式	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配	t	顯著性
(常數)	58.635	25.406		2.308	.028
T4症狀分數	-.430	.719	-.081	-.599	.554
T4家庭支持	6.075	5.329	.150	1.140	.263

T4鄰里和朋友支持	-1.683	1.803	-.101	-.933	.358
T4有無親密伴侶 (1=是，2=否)	-2.686	6.690	-.040	-.401	.691
T4福利服務使用	-5.630	3.030	-.185	-1.858	.072
T4復原力	.921	.206	.621	4.472	**.000**
R^2=0.728 ,Adjusted R^2=0.677, $F_{(6,32)}$=14.25, p=0.000					

相隔一年

T1->T3

整體T1的六個自變項與T3復元程度達顯著相關，共可以解釋復元程度變異量之36.5%(見表4.1.73)。家庭支持和復原力為顯著的自變項，其中又以家庭支持為最重要。

表4.1.73：T1變項預測T3復元程度之迴歸分析結果(N=53)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	53.046	25.736		2.061	.045
T1症狀分數	-.603	.644	-.117	-.937	.354
T1家庭支持	14.169	4.868	.372	2.911	**.006**
T1鄰里和朋友支持	-1.238	1.456	-.102	-.850	.400
T1有無親密伴侶 (1=是，2=否)	4.141	7.405	.066	.559	.579
T1福利服務使用	2.290	2.713	.105	.844	.403
T1復原力	.428	.184	.311	2.324	**.025**
R^2=0.438 ,Adjusted R^2=0.365, $F_{(6,46)}$=5.99 p=0.000					

T2->T4

整體T2自變項與T4復元程度達顯著相關，可以解釋復元程度變異量的52.3%(見表4.1.74)。復原力和朋友鄰里支持達到顯著，二者之間復原力的重要性大於朋友鄰里支持許多。

表4.1.74：T2變項預測T4復元程度之迴歸分析結果(N=50)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	56.191	24.972		2.250	.030
T2症狀分數	-.720	.670	-.149	-1.075	.288
T2家庭支持	4.677	4.290	.123	1.090	.282

T2鄰里和朋友支持	-3.573	1.342	-.290	-2.663	**.011**
T2有無親密伴侶 (1=是，2=否)	9.354	6.881	.136	1.359	.181
T2福利服務使用	3.413	2.223	.159	1.535	.132
T2復原力	.545	.183	.435	2.982	**.005**
R^2=0.581 ,Adjusted R^2=0.523, $F_{(6,43)}$=9.95 p=0.000					

T3->T5

整體模型達到顯著，六個T3自變項可以解釋T5復元程度變異量的52.4%(見表4.1.75)。考量其他自變項的影響後，只有復原力為顯著的自變項。

表4.1.75：T3變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	8.889	31.100		.286	.777
T3症狀分數	.074	.889	.014	.084	.934
T3家庭支持	5.365	5.692	.128	.943	.353
T3鄰里和朋友支持	-.490	2.217	-.031	-.221	.827
T3有無親密伴侶 (1=是，2=否)	6.592	8.577	.089	.769	.448
T3福利服務使用	-2.062	3.145	-.075	-.655	.517
T3復原力	1.089	.247	.680	4.401	**.000**
R^2=0.599 ,Adjusted R^2=0.524, $F_{(6,32)}$=7.96 p=0.000					

相隔二年

T1->T5

整體T1自變項和T5復元程度達到顯著的相關，復元程度的變異量中有43.0%可以被此六個自變解釋(見表4.1.76)。家庭支持和復原力為兩個顯著的自變項，其中復原力之重要性高於家庭支持

表4.1.76：T1變項預測T5復元程度之迴歸分析結果(N=39)

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
(常數)	20.087	30.016		.669	.508
T1症狀分數	-.683	.929	-.111	-.735	.468
T1家庭支持	17.293	5.965	.393	2.899	**.007**
T1鄰里和朋友支持	-.144	2.029	-.010	-.071	.944

T1有無親密伴侶 (1=是，2=否)	5.630	9.039	.084	.623	.538
T1福利服務使用	3.259	3.333	.139	.978	.336
T1復原力	.660	.213	.440	3.102	**.004**
R^2=0.520 ,Adjusted R^2=0.430, $F_{(6,32)}$=5.78, p=0.000					

小結

整體而言，本研究的分析結果驗證復元統合模式中的自變項對於復元程度之跨時間影響達到顯著，無論間隔時間之長短。六個自變項解釋復元程度之變異量多介於35%至53%之間，只有T4->T5之半年效應特別高(67.7%)。至於顯著的自變項則主要仍為復原力和家庭支持，普遍而言復原力仍是最重要者。福利服務使用僅在三個月間隔中為顯著變項，朋友鄰里支持則在兩次的分析中達到顯著。

貳、質化研究結果一：個案管理員對於優勢觀點之態度與執行狀況

態度面

一、優點個管模式整體看法

接觸優勢觀點初期，部分個管員對於優勢觀點感到困惑，認為將焦點置於個案優點並不能直接改善問題，到了後期個管員認為優勢提供了另外一個看待案主的視角，且實際執行後更瞭解到如何運用優勢去開發更多資源。多數個管員在第二次訪談中仍表示認同優點個管之理念，工作焦點漸已不再僅注重個案的病理症狀，優勢的運用上也能具體運用優點模式中的策略與原則。不過，同時也有其他個管員提出在執行優點個案管理模式時他們的疑慮及考量之處，分述如下。

（一）由困惑轉變為理解與實際的運用

1、從困惑到實際運用中提供自己另一視角

「對對對，就是說…就覺得完全光強調優點，可是他的問題還是在那裡阿，好像強調優點，不能…並不能跟問題做直接的…做改善。」(C-1-10)

「也是因爲優勢給我們這樣的一些…一些觀點阿，讓我們重新去來看、來重新看待他們的一些生活狀況阿、家庭互動阿，真的我們重新來看。包括他們的精神狀況我們也重新來看待。以前我們只要聽到一些症狀，病人有幻聽妄想了，我們就會急著說找醫師調整藥物的部分，那現在到不會那麼直接的反應，我們就會先看看，就是說去跟他討論看看這個新的症狀影響層面、程度到什麼樣的階段，會不會讓你直接受不了？或者是你還有其他的方法去克服嗎？那如果有其他的方法可以去克服那些症狀的話，不去影響他人或自己的話，那我們就接受。那我們也試著去說服他，去跟這些症狀去共處。」(C-2-21)

2、從迷惘到漸能運用

「我覺得是很學理的東西，因爲就是講一個大概，起一個頭拉。讓你大概有一個概念，但當你要去做的時候，還是會有很多迷惘，因爲你會發現，可能每個人接觸到的不是很完整的，因爲每個人的吸收能力不一樣，所以聽到的東西，理解的可能不太…，跟老師講的會不太能接收完全的。可是就是要靠之後督導的時候，提出一些問題，才能慢慢去釐清拉，因爲剛開始的時候會聽到這樣做，但真的要去做的時候卻有問題，就是學理和實務有落差。」(D-1-3)

「一開始比較籠統、不清楚，其實到後來是慢慢清楚說去運用個案的優

點，來輔助、開發一些資源這樣子」(D-2-1)

（二）認同

1、認同優勢觀點中「相信」個案的信念

「可是我覺得這樣的觀點，即使在病房，會比較難執行，可是他也是一個很好的觀念耶。因爲我真的覺得，現在覺得病人是真的很有能力去學習的。那如果你沒有給他機會去學習，你不會知道他可以學到什麼程度。所以觀念還是可以帶到其他病房，也許實作會比較困難，可是他是一個觀念。」(F-1-14)

「我很喜歡這個觀點是因爲它可以跟之前『秘密』那本書好像作一些結合，我自己覺得，因爲『秘密』他是相信的力量。那其實優勢觀點因爲老師他常說「因爲相信，所以看見」，所以我在想一部份也是相信的力量。『秘密』那本書是用在自己身上，可是這個相信也是相信你的個案，所以我後來很喜歡優勢觀點是因爲，你就是因爲相信了，然後他就可以做到了…所以我很喜歡優勢觀點。」(F-1-16)

（三）感覺運用生澀、困難，到後來漸具信心

1、看見個案的成長與改變，使個管員在運用優勢上漸具信心

「其實我在用優勢觀點我覺得我還是有點生澀，雖然說已經經過老師這麼多的督導之後，雖然我的個案有一些進步但我覺得我好像還是用的很、很生澀啦的感覺…。」(F-2-1)

「其實第一次在講的時候我就覺得這個模式…雖然我用起來很生疏，可是我覺得我對於個案的一些態度跟應對方面比較不一樣，那這一次是我覺得我的他們有一些更成功的地方，讓我覺得很不錯耶，他們真的進步很多的那種感覺。」(F-2-3)

「所以我就覺得爲什麼我在實行上的困難度這麼高，我就想而且說剛開始做真的是有一點不知道…我不知道怎麼形容我的感覺，就是…很生澀…，那是後來運用運用到最近這兩個月個案有一些非常…讓我覺得非常多的成效之後我才覺得好像有一些東西了唷，這些東西跟我以前看到的東西好像有點不太一樣了唷，雖然以前他們也都有一些成效出來，但是總覺得是半推半就半推半就推推推推到前面去的，可是這一次好像他們主動性有出來的那種感覺不太一樣…。」(F-2-12)

（四）持續驗證自己的工作信念

1、**優勢觀點驗證自己的工作信念，且拓展更多工作方法**

「應該說這樣的氛圍可以在這個地方建立。不然其實以前我們還是會看那個結果，你的 outcome 是怎樣？有沒有成效？然後我覺得這是一種內在品質的東西，你很難去告訴別人說你的成效是什麼…這個觀點出來，應該是幫我說明了很多我爲什麼要讓個案這麼做。」(G-1-3)

「當然是加深要繼續這麼做下去，只是讓我們看到已經有學者告訴我們這麼做是可以的是對的，我覺得我只是在得到更多的驗證啦。」。(G-1-16)

「它很費時間，可是它很有意義。要很慢的、很細緻的、還要訂工作計畫這樣。很費時間。…就是你要更有耐心啦我覺得，阿它本身跟我一些個人特質是蠻契合，所以其實不會有太多挑戰。只是說有更寬廣的方式，其實還是可以去作這樣。(G-1-23)

「我覺得像以前其實我周遭的人都會告訴我，我本來就是比較看優勢的一個人，可是我覺得以前是人家這麼跟你講你會覺得說是嗎？爲什麼？大概是我願意聽…什麼而已，可是我覺得接受以後，你會有一些方法，就是可以再去發揮，所以我會覺得找到更好的方法去作這樣子，可能我本質也比較契合的事情啦！」(G-2-1)

（五）一個與個案共同合作的方法

1、**與個案共同合作的工作方法，體現全人價值**

「整體上面的看法喔…我覺得它是一個很好的一個…就是可以合作的模式啦，…不過是在日間這樣病人狀況是比較…相對比較穩定，那其實我們也一直在跟病人講說，這不單純只是來醫院嘛，我覺得我們這一年來一直跟病人講的就是說，他除了是病人的角色以外，其實很重要的他就是一個「人」。我都常常跟病人畫一個人啊，然後他的病只是那一個頭裡面的一個小點點…可是很多時候他們都會拿這個點點來跟別人相處，阿所以我都會提醒他們說我們看的是他一整個人，不是去看他的病啦。那我會覺得說這個模式在這裡的…的發展跟運作，我覺得很適合也很重要啦！」(G-2-1)

「因爲我覺得病人以前就是太常用病人角色去生活，他們往往去忽略掉一些比較健全的部份，那就會習慣在那個病人角色裡面。那我覺

得用優勢的模式去作合作，我覺得會變成是你會去注意到其他很重要的部份，而不是只是那個病人的部份而已，阿所以我覺得這模式它會帶我們的目光跟病人的目光去看到不一樣的點啦。」(G-2-1

（六）運用時有困難

1、現階段感覺要能時時看待個案的優點有困難

「這樣比較能夠解放自己阿，你才不會把問題背在身上阿，對阿，生命本來就是很多…很多經歷困難這樣子阿，假如你一定要把他當成問題的話，你永遠都在問題打轉阿，可是如果你把他換的方向想的話，問題就是磨練阿，那不只是你…你看個案，因爲我覺得服務有障礙的人，你很容易就會把他背在你的肩膀上，然後一直要幫他處理問題，可是人生的問題是處理不完的阿，他有他的問題，你有你的問題這樣子阿…你就可以把個案的他的生命的經驗外化、或者是敘事，就可以跟你切割阿，你比較容易以旁觀第三者的觀點，就是更客觀的觀點來處遇個案阿。」(I-1-2)

「就是我覺得正向的優點阿，優點可以讓一個人，我覺得那就像是念經一樣，阿彌陀佛阿彌陀佛，你一直念阿彌陀佛會前往西方阿，至少會讓他先相信阿，相信自己是有能力的阿，他就會有能量自己做甚麼事情阿，當然他一定會挫折阿，然後可是他挫折的時候來問我們的時候我們還是給他正向的東西阿，所以就還是增強他的相信阿。」(I-1-8)

「想法喔…我們都一直在想說啊…就是…就是在這一群人身上啊，是不是真的都…能夠就是捫心自問…就是對他們完全…就是優勢來看他們。其實我們都捫心自問就是是不是我們都有這樣子的…做法，就是你在工作上你是不是真的都可以這麼…正向的態度看他們這樣。」(I-2-1)

（七）可提供更具體的工作方法

1、優點個管為一實際、具體的工具和方法

「因爲我剛來的時候其實就有接觸到這一塊，因爲其實以前在醫院的時候我們有一個帶我們的主任阿，他也是比較朝向 recovery 的概念去走的，所以帶我們的比較資深的同事他也會比較提醒我們去用比較優勢的方法去看學員，當然有時候在醫院久了難免都還是會用問題導向去看學員，那來到這邊就會比較有機會用，真的是

比較全面的去用優點的東西。…那來到這邊就感覺是比較不一樣的方式這樣，就多了一項工具可以使用。」(J-1-2)

「覺得還不錯，因爲在 OT 的訓練過程裡面其實也有強調要看優勢的部分，那當然沒有像真正接觸之後這麼突顯出來，那是我們可以運用的工具其中的一小部分這樣，所以在接觸的時候還滿不錯有這樣學習的機會。」(J-1-3)

「整體而言…我覺得還不錯阿…就是有一些比較實際的…實際的一些概略可以 follow 著做。就是優勢觀點的一些原則什麼的，就是覺得可以…。我覺得就是像上次有機會去那個發表個案，阿我覺得剛好就是在看一下…就是有時候就每次…每次再回頭看一下書，就是會覺得會比較有能量一點的那種感覺。」(J-2-1)

「優勢觀點就是有一些就是有一些綱要可以去追隨，就是原則或實務面的東西比較、比較可以在操作上可以運用，就覺得其實在實務面有一些幫忙，就是在我們在討論或是在想策略的時候，就是可以有一些東西可以去跟隨，或者是提醒自己。」(J-2-13)

（八）優點個管的夥伴關係不同於傳統醫病關係

1、優勢中個管員與個案的夥伴關係與過去的專業關係不同

「因爲其實有時候在醫院裡面跟病人的關係有時候會有點階級的關係比較深，可是跟優點的那種互動方式是不太一樣的，是 partner 的方式，陪伴的方式，我覺得這種方式相處起來的感覺是真的不太一樣。」(J-1-3)

「就是覺得可以多對服務的對象的看法…怎麼講…，我覺得是不一樣的，嗯…跟他們是一起工作的那種感覺，跟以前…就跟剛才講的，以前醫療體制下來那種關係不一樣，就是會覺得優勢觀點這樣用下來自己會比較踏實一點這樣。」 (J-1-19)

表 4.2.1 對優點個管模式整體想法

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
對優點個管整體想法	由困惑轉變為理解與實際的運用 A	從困惑到實際運用中提供自己另一視角 A-1	是/否
		從迷惘到漸能運用 A-2	是/否
	認同 B	認同優勢觀點中「相信」個案的信念 B-1	是/否

	感覺運用生澀、困難,到後來漸具信心C	看見個案的成長與改變，使個管員在運用優勢上漸具信心C-1	是/否
	持續驗證自己的工作信念D	優勢觀點驗證自己的工作信念，且拓展更多工作方法D-1	是/否
	一個與個案共同合作的方法E	與個案共同合作的工作方法，體現全人的價值E-1	是/否
	運用時有困難F	現階段感覺要能時時看待個案的優點有困難F-1	是/否
	優點個管的夥伴關係不同於傳統醫病關係G	優勢中個管員與個案的夥伴關係與過去的專業關係不同G-1	是/否

二、對優點原則的看法

個管員對優點原則的看法，會因為原則的內涵以及個人在實際運用上而有不同的見解與態度。以下針對優點六大原則呈現個管員的看法以及對優點原則內化的程度。分別詳列如下：

● 原則一：個人有能力去學習、成長和改變

(一) 正向的看法：

1、最認同第一項原則，從細節中看見個案潛能

「我覺得我最喜歡的是第一點，…像我最近又發現某一個病人他因 爲做了某一件事情我就跟我同事一直分享說，我發現他做這件事情表示他有能力去改變、可以去學習。…那這個病人呢，我們把他定義是可能智能比較不足的狀況，但是他玩暗棋的時候居然贏了那個學妹！然後接下來第二個病人，我們知道他學習力比較差，然後智能不足，可是接下來這個病人居然又贏了第一個病人！所以我就跟我同事分享的是說，第二個病人他都可以贏的話，表示他有能力去學習。其實我在我自己的病人也有看到，如果我有一直去提醒或告訴他怎麼做，其實他還是會有一些改變。那這個跟我以前的經驗就稍微有點不太一樣，我覺得以前可能重心是放在說他們疾病是穩定的，然後有按時吃藥就好了。」 (F-1-3)

2、同意原則一的運用，但仍需考量個案現實環境及能力

「一定要站在他目前所能及的部分去看待他，或許他今天展現出來的是可以因爲我們講到我們不看病理嘛我們看他優點嘛，但是他的優點跟他目前能展現出來的能力不能完全劃上等號唷。」(B-2-12)

「就是我很想把他拉，但是他的優點是有但是他的能力是不及呀，所以我要講的是說在一個比較完美的狀態之下，有時候現實的利益還是要去看他現在所處的階段，有時他講得過於理想化的時候實際他做不到的時候。你如何去權衡？你如何去掌握？我覺得這真的是一個技巧耶。」(B-2-12)

● 原則二：焦點在於優點而不是問題和病理

（一）正向的看法

1、對個案病理的關注與優勢觀點可融合運用

「然後盡量是在優勢而不是在病理，不過在這部份，我覺得我們的角色我們還是會去注意到病理的部份，我很認同，但是我在執行層面的時候我覺得病理還是佔了一些重要的部份啦，因爲有時候病人精神狀況很不穩定的時候，我覺得如果只是去看他的優勢，沒有解決他那個真的會混亂他生活的問題，我覺得還是會受到某程度的阻礙。」(G-2-2)

「應該說我覺得優勢是一種『態度』，一種『作法』。可是說就是根本的醫療問題我們還是要去重視他，因爲我覺得醫療的部份沒有做得很穩固的話他會很辛苦，他可能花很多時間在那邊猜疑、很多時間在對抗幻聽…所以應該是說這是不衝突的東西，可是我覺得就是把優勢的態度跟概念一定還是要擺在我們合作的模式裡面啦！」(G-2-2)

「我還是覺得，原則第二點，如果要推在精神科，這一句話可能需要修飾一下，我不知道要怎麼修飾啦，可能還是需要去注意到他的病理變化啊，因爲沒辦法去掌握到這一塊，像 OO(ID15)他推得都很順唷，但突然一個疾病的變化，就整個都放棄掉了，他自己就放棄了，拉不回來捏，我覺得說他們畢竟有他們自己生理上面的一個不足啦，畢竟來到這裡一定是有一個生理上的不足呀，所以你說你不要去看他的病理我覺得是困難的，那如果是說像家暴婦女，就像我剛剛講的，他可能是身體健康的啊，他的精神狀態，可能是某個壓力造成的精神變化，其實只要壓力移除，她應該還是可以恢復啦。那個跟這個就真的不一樣了。」(D-2-12)

2、不斷提醒自己觀看個案的優勢而非病理

「我覺得在焦點在優點的部分吧，因爲以前在醫院裡面實在寫報告或寫評估的時候，或者是評鑑的時候，其實他還是在看人的主要問題是什麼，還是會在抓他的主要問題。可是雖然現在評估還是會有那個部份拉，就問題的部分，但是在…實際上在人的一些 approach 上面的話，

當然有些部分不足要加強，其實會真的會比較去看到他的一些優點。」(J-2-2)

「我覺得優勢觀點這種東西是可以再提醒自己看到他…其實他，比如說像前一陣子 OO(ID7)她一直在廚房上面或是人際互動上面一直比較…她比較沒有辦法跟人合作、配合那個部分。可是後來想想發現她其實是，她的心其實是想要把這件事情做好，只是她的技巧還沒有…，就是換個方式想就是比較可以…怎麼講阿…在跟她互動上就比較不會有情緒，就是可以比較一致，就不會受到那個影響，然後也比較可以用這個部份去鼓勵她，然後她也可以接受。」(J-2-2)

(二) 負向的看法

1、對於第二項原則有所疑慮，認為無法忽略個案的病理症狀

「我覺得焦點是優點而不是病理的這個部分阿，我覺得這個部分是需要花很多時間去…，就是，因爲阿，他們畢竟還是生病阿，就我們主要還是要控制好他的病情阿，當然我們可以就是聚焦他的優點，可是有時候你在執行的時候你還是會先看到他的生病阿，…一個強迫症的人他就是不停的在強迫自己阿，就是他打個卡打一個小時阿，你會看到他的優點嗎?打一個小時的卡要幹嘛。」 (I-1-7)

● 原則三：案主是助人關係中的指導者

(一) 正向的看法

1、認同原則三，尊重學員，有助於關係建立

「確實是他們主導耶，以前喔，都會是醫療人員要作主導，那我覺得這樣關係就會緊張，像我最近一個例子好了，我一個功能比較高的個案，他其實都會歷經一些自己減藥，然後復發的反覆的一個經歷，最近就是作一些評估又發現他又作一些減藥了，因爲他的關係很難建立，那如果說我們用比較強硬、強制的方式去主導他的醫療的話，他其實會退得更多。」(G-2-3)

「我還是會把他們看待說算生病…但是我還是會想盡量去尊重他們每一個人。就像原則所講的他們就像一個指導者，那也在指導著我哪些部份該去注意……那我很期待就是我的一些技巧模式可以發揮在這個原則上，然後可以讓我帶給病人，讓他們可以做一些什麼。」(H-2-5)

2、認同原則三，然有時仍需適時的引導與提醒

「然後案主是助人關係中的指導者這個部分，我覺得有的時候有些策略，當然這也是目標啦，對不對，就是我們希望理想是這樣，可是有的時候策略的時候，還是會提醒他用各種方法提醒他，或者是策略有時候是要

讓他快一點的時候，也會變成我們在告訴他答案，然後讓他照我們的意思做這樣，但是絕大部分還是會以他是他生命的決定者。」(I-1-6)

「可是案主是指導者這點我倒是真的啦，就是會比較肯定，但是有時候運用策略的時候就是會有一點點也是指導他們這樣子，但是絕大部分還是他們是指導者這樣子。」(I-1-15)

3、**提醒自己跟隨個案腳步前進**

「他們是指導者也是在提醒自己在做的時候…嗯要避免用…就是自己自以爲專業的那種眼光，或者是就有點像專業暴力的方式去對待他們這樣子。可以就是…提醒自己，因爲我覺得以前教育…接受的教育就是專業者的階級，我覺得還是會有，但是還是就是要慢慢的去改變或是在怎麼樣時間專業要多一點點，然後什麼時間她可以多出來一點點，因爲畢竟每個人的階段還是會不太一樣。」(J-2-3)

「我覺得個案是指導者的那個部分阿…就是後來覺得就是因爲她的調適會比較久一點，跟著她的腳步放慢，慢慢的慢慢的就會看到一些東西，就是在她身上我覺得慢慢有看到一些東西，然後在慢慢的去抓個案身上的東西去沿用。」(J-2-7)

● **原則五：外展是較佳的處遇方式**

(一) 正向的看法

1、**外展改善傳統醫病關係**

「可是我覺得走出去齁，對於那個關係，那個信任的程度和距離遠近，真的有增進很多，不再是他是病人我是護士的那個感覺。」(G-2-5)

「因爲我覺得他們在這裡，阿我們穿的是制服，他們就還是比較喜歡拋問題給你，『我遇到什麼問題我很生氣』…我覺得類似這樣，她來跟你講的話就是說她想要你幫她處理，可是我覺得當我們去吃飯的時候我們就不是這種關係！我覺得可以去強化另一個層面的關係啦！而不是只是說我好像就只是她的問題解決者，我覺得這個對於這個部份是有一些幫助的。」(G-2-6)

2、**過去較少運用第五項原則，現在體認到個案家屬對其改變的影響力**

「我覺得外展的那個部分阿，是以前涉略比較少的，當然就是以我曾經

有的生活經驗也跟學員不太一樣，因爲我…，因爲學員可能吃過的鹽比我們吃過的米還多，所以那個生活經驗來講有時候反而是…，那個外展對我來講會擔心自己是會受限的，因爲生活經驗的關係或者是工作經歷的關係…。」(J-1-6)

「我覺得是外展的部分，因爲以前比較，就是怎麼講…就是像我自己都覺得說像跟家人的接觸，這一段時間跟家人的接觸很重要。應該說跟家人一起合作，這應該可以算是外展的部分，我覺得跟他們合作的過程當中其實還滿可以就是 push 學員有一些不一樣的東西。」(J-2-1)

「有一些能量進來，或甚至說可以跟家人溝通、討論，那有些家人不一定會那麼正向，但是其實在溝通討論過程當中家人也會比較知道我們在做什麼，或者是目的。我覺得外展的部分我自己感覺會比較明顯，因爲以前不會想說也可以這麼做。」(J-2-1)

● 原則六：社區是一個資源的綠洲

(一) 正向的看法

1、期許自己與個案皆能真正回歸社區，懂得運用更多社區資源

「會去思考…社區是資源的綠洲那個部份可以發揮的更多這樣，那來這邊也比較有機會跟家屬阿，或者是真正陪著學員去探索他社區的環境，去使用這些…，我覺得這個部分是會影響比較大的。」(J-1-6)

「就是一直提醒自己要做，當然以我現在能做的還是有限，但還是期許自己真正回歸到社區，或者是回歸到學員自己想要的社區的樣子，而不是我們期待他們回歸社區的樣子，要去幹嘛幹嘛，我覺得這是影響比較大的。」(J-1-6)

表 4.2.2 對六項優點原則之看法

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
原則一	正向看法 A	最認同第一項原則，從細節中看見個案潛能 A-1	是/否
		同意原則一的運用，但仍需考量個案現實環境及能力 A-2	是/否
原則二	正向看法 B	對個案病理的關注與優勢觀點可融合運用 B-1	是/否
		不斷提醒自己觀看個案的	是/否

		優勢而非病理 B-2	
	負向看法 C	對於第二項原則有所疑慮，認為無法忽略個案的病理症狀 C-1	是/否
原則三	正向看法 D	認同原則三，尊重學員，有助於關係建立 D-1	是/否
		認同原則三，然有時仍需適時的引導與提醒 D-2	是/否
		提醒自己跟隨個案腳步前進 D-3	是/否
原則五	正向看法 F	外展改善傳統醫病關係 F-1	是/否
		過去較少運用第五項原則，現在體認到個案家屬對其改變的影響力 F-2	是/否
原則六	正向看法 G	期許自己與個案皆能真正回歸社區，懂得運用更多社區資源 G-1	是/否

三、案主的改變

優點推動後的改變，主要從個案個人層面以及人際關係層面進行探討。

(一)個案個人層面

1、從抗拒改變轉變為採取實際行動

「因爲像 OO(ID22)就是這樣子，一開始要讓他去外面的時候他是抗拒，然後掙扎很久，然後到最後我發現他自己就可以去(找)教會的人來協助他，這個是我們沒有給他建議，然後是他自己會去想到的東西。」(D-2-4)

「還沒有優勢觀點的時候，我就有跟她討論啊，然後有作一些計畫，我希望她可以運動，可是剛開始她就是非常抗拒的，甚至就是有一天沒一天的…。可是後來，就陪她啊、鼓勵啊，現在我們的健走時間她都會準時來，然後都會努力地走完，然後就是她的血糖控制得越來越好，甚至前幾天再去看她驗的血糖，就是到達正常。然後體重一直穩定的下降。…像她之前有提到她想工作，因爲家裡經濟狀況不好，那我就鼓勵她作志工，她之前也都拒絕，後來也是一樣啊，鼓勵她啊、陪伴啊，然後跟她討論，後來她就可以當見習志工先去見習，然後就考試通過變正式的。我看到她這樣的改變。」(F-1-5)

「像之前我們跟她討論，她有講到她吃完早餐到吃中餐這段時間會頭暈，或者是一些低血糖的症狀，那時候我們就問她要不要吃香蕉？他就問說香蕉是甜的不能吃，我們就很高興說哇！她有記起來！所以我就覺得有一些東西她已經有在改變。」(F-1-6)

「OO(ID-24)就是這幾年來喔，他這次是終於撐過兩個月的工作啦，如果你用一般世俗的眼光會覺得這只是打零工而已沒什麼，因爲他只是做晚上六點半到八點半洗碗的工作，可是對他一個容易受挫折，然後人際很敏感、持續力不好的個案來說，已經很不簡單了，然後雖然兩個月，他很多時候都在猶豫說我要不要辭職我要不要辭職，…但這次我就會跟他說你想一想，做這個工作這件事是不是你原始自己的想望啊？他就說對啊，我就問他那你的答案呢？他就自己決定就繼續做下去這樣子，我大概就是用這種方式撐了快兩個月…。」(G-2-8)

2、 能自我控制症狀影響

「像 OO(ID33)，我就跟他討論，今天早上幫他寫博愛職訓轉介的時候，我就跟他講說你跟我講一下你發病的一個徵兆好了，我就直接這樣問，然後他就說發病喔，發病一直都有阿，因爲他以前就跟我講說其實幻聽一直都有，但他覺得比較難受是藥物的副作用，藥物副作用發作的時候是他覺得最難受。所以他告訴我他發病的前兆是他藥物副作用不舒服的前兆。我就說那很好阿，那表示說你現在目前的藥物吃下去算是說雖然有幻聽，但是他可以自控。.....相對的他就不會被藥物控制的那麼嚴重。」(C-2-21)

「其實他一直都有，只是…他一直也不太敢講，因爲他擔心被藥物增加，所以他很掙扎。後來是…他後來才敢透露說事實上他幻聽一直都有，他只是…他很忍耐、以前很忍耐，不講。我就說其實這沒什麼阿，你就講一下，其實你告訴我，我只是知道，那其實徐醫師也不見得會幫你加藥，因爲如果加很多的話，那你也可以穿插，也 OK 呀。」(C-2-22)

「像有的學員他是因爲症狀會影響到他的頭痛阿或甚麼的，會教他們一些舒緩的方式，這個部分倒是可以看到一些有的學員一些其他的嘗試這樣、其他 coping 的方法。」(J-1-7)

「像 OO(ID10)他就比較明顯，就是他其實他可以從有幻聽到可以控制幻聽，變成到像上次分享到說他就沒有幻聽了。然後他也從生活中找一些除了藥物以外的一些方式，像參加活動阿、媽媽有帶他去念經阿之類的，就是有找到一些其他的資源，他自己的一些資源這樣。」(J-2-3)

3、**願意嘗試，主動性增加**

「然後徐醫師就跟我說，也許之前的人也有跟他講過阿，也許就是時機點不對，不對的時候你跟他談他根本聽不進去，就不在意這件事情，然後徐醫師就會肯定說因爲現在時機點對了阿。因爲我跟他講什麼他都可以，他都會去嘗試可以聽的進去，才會去思考，阿有去思考就已經算是不錯了這樣」(E-2-12)

「對在大教室。今天是玉清老師，玉清老師也是之前跟我們上優勢這樣子，以前有個職能老師是關起門來都不讓我們進去這樣，就是搞的很神秘，就每個人的…然後今年就很公開，在大教室講解讓大家知道，所以我覺得去聽看看那別人是在做什麼事情，阿以前他就是不在意上課，要不然上課他就是跑來跑去，阿現在他也能夠願意坐下來。像我們有時候上課或問問題他都會舉手表達，給他肯定一下這樣子。」(E-2-13)

4、**發掘自身興趣，開始學習新技能**

「最近覺得我的個案跟以前不太一樣了，以前是雖然他們的目標呀雖然都是有經過討論的，但是做起來覺得沒有找到那個施力點，而且好像是我推著他們走，那個目標好像是雖然有講，我們有講的，但是總覺得好像是我幫他設的目標。那這一次尤其是最近一兩個月，一個是OO(ID-23)，一個是 OO(ID-35)，他們變得是…很積極耶，尤其是OO(ID-23)，因爲他很喜歡聽歌那又很喜歡唱歌，他是一個很認真的人，譬如說他今天要去唱 ktv，我們有 ktv 的課程，那他就會事先就去練習他要唱哪一首歌，而且練習很多天，然後之前都會希望我們找歌詞給他，因爲他要去練，以前我們都是找歌詞給他讓他去練，後來我們也建議他其實我們這邊有網路可以使用那你要不要學習，那因爲他本身是國小程度嘛，以前都會認爲說自己沒辦法、做不到，而且他自己也有說他注音真的是沒有幾個，所以他真的覺得學電腦很困難。後來我們就是慢慢一步一步的教他學注音，後來再教他怎麼使用電腦，開機呀、關機呀、怎麼連線、怎麼上網，他現在已經可以自己上網路了。(F-2-1)

「他之前跟我談是他覺得電腦那個鍵盤太多了，我們鍵盤很多個按鈕，所以他覺得很困難，那我上次跟他談他覺得比較…比較…能夠去找到鍵盤的注音符號在哪裡，他以前是連關機都沒有辦法，開機很簡單，關機很麻煩，那現在他是變得他會自己開關機了。」(F-2-1)

5、**過去常敷衍了事，現在認真投入學習**

「對，推託，我就覺得我們不是講好了我們要做這件事，可是好像又好

像是敷衍我，但這一次感覺就好像是不一樣，從學注音開始，因爲他就是說他連注音都不會更何況是要打字？那我之前是有買那個小朋友的注音符號一大張的，然後剪剪剪變成字卡，然後他其實真的很認真，他就會去把那個注音符號背起來，然後會去練習，我們現在又有那個讀報的團體，有…我們有訂國語日報，所以他又可以從國語日報去認字、去學注音，所以他現在找歌詞…，他就會去把注音寫下來，然後去 key 電腦。」(F-2-2)

6、正向轉念，相信自己的能力

「我覺得最讓我感到他有進步的是以前…因爲他是鑄模的學徒，他就跟我分享呀鑄模的學徒那都是人家那個師傅畫好模型的圖，然後他去照著那個圖去做，可是這樣子他就沒有辦法自己獨立出來作業，他必須依附著別人。那我有問他說那時候你爲什麼沒有去學，他說那時候他只有國小程度，那個太難了，他以前給我的答案是這樣。可是我最近再問他，從學電腦這方面你有沒有想過再跟以前一樣去學製圖，你覺得你有沒有辦法？**他就說我想我應該可以，如果待久了我或許可以**，我就覺得這一點他真的有改變。」(F-2-2)

7、對於他人的否定能虛心接受

「因爲以前呀他如果做得不好，然後我就看到然後跟他講的時候，他都是跟我講說我沒有呀我沒有這樣子呀，你誤會了啦，就會比較兇。那如果現在我跟他講你剛剛怎麼樣他就會說沒有啦老師再給我一次機會好不好，那種態度的不一樣，我看到的是態度的不一樣。」(F-2-14)

8、學員看見並認同自己有所改變

「運動我也覺得好厲害喔，就願意動這樣子，而且有一個學員還說…他說…他沒想到他會瘦，他沒想到他減的下來，然後就真的他可以看到那個東西這樣。」(J-1-8)

「OO(ID4)阿我覺得她會比較明顯的是…像她這次去做那個職場的那些體驗阿，她就是…以前會講說她做不錯什麼的，她會比較多是否認的，或者是哪有阿，就會比較否認。現在她會比較可以接受，而且表情是都會是比較愉悅…。」(J-2-8)

「就是有比以前還可以接受。以前就是會比較…就是沒有阿，OO(ID7)以前還會講說：『你們人真的是很好耶，就是那個還要講這些話來鼓勵。』就覺得我們好像是刻意講的，不是真心的那種感覺。現在比較不會有這種語言。以前就會覺得我們是因爲人好，而不是因爲她做的好。就是會

有那種差別，有的時候會有這種感覺。」(J-2-9)

(二)人際關係層面

1、人際關係拓展

「所以 OO(ID54)我大概可以摸索的到，因爲他還有跟我講說他們家鄰居有一個是那個基督教的，他就一直覺得說基督教的一些聚會…年輕人的聚會，是對年輕人很有幫助，就一直要他跟他去參加這樣的活動，去看看也好。可是他爸爸是虔誠的佛教，所以就衝突…所以就一直沒有去。可是至少 OO(ID54)他也會覺得說至少有阿姨在，然後會給他肯定鼓勵，他也覺得滿正向的。」(E-2-2)

「瞭解。然後…這樣子我就會覺得說像我們這邊的學員就是，像 OO(ID54)我會去家訪，其他三個都只能靠他們來告訴我他們這個資源。所以 OO(ID54)家訪過後，大概瞭解他們家地形，然後他就會告訴我說他們家附近美髮的阿姨，就是他媽媽從他小時候就會去那邊理髮，所以那個阿姨就會聽他聊天、聽他批評他爸爸，是他一個窗口這樣子。」(E-2-2)

「她的人際關係主動性也有變好一點點這樣子，…以前在跟工作人員關係她也比較疏離，…以前我們都不知道她家裡的事，後來有機會，拿她手機上面有她跟…她上面手機有她跟她先生的結婚照，所以我們才…是不太知道她跟她先生現在的關係，因爲之前離婚，可是不太知道他們現在的關係。偶爾會講一下她女兒的事情，就是偶爾會講，以前是都完全不透露的，或者甚至臉會沈下來這樣子。對，現在部分她會…她會，偶爾會自己提一下。阿我們會不太敢去問她，就她自己提一下就跟她聊這樣。」(J-2-4)

「OO(ID3)她希望可以上社區的課，她就有去上勞工大學美容美髮一期，而且她自己去報名，自己一個人全程參加，都沒有缺席。那時候她想要去那邊交一些病友以外的朋友，她去那邊有一些有短暫的互動阿，她就說她其實比較敢跟別人講話了，對就是還是有一些不太一樣的地方。」(J-2-10)

2、人際技巧增加

「我覺得他們也會懂得就是...就是會找時間啦，也會問說、詢問說你有沒有空，不會像以前很急著說，學員會急著說老師跟你談一下好不好。可是你可以跟他講說我們會談是什麼時候，那時候再談可以嘛？然後他們有的是可以接受。我覺得還不錯，他們會學著有主動性，也會學習去等

待。」(A-1-12)

「學員的改變喔，我是發現 OO(ID40)有比以前更活潑了一點，他也比較會，比較敢講自己的想法了，不會像剛開始那麼害怕怎麼講這樣子。那我覺得可能關係也有了這樣，像有一陣子我情緒有點不好，然後跟他談就比較嚴厲，他就說老師你以前都會笑瞇瞇的，最近變的好嚴肅喔。」(A-2-11)

3、個案與個管員關係改善

「我會覺得我跟他的關係建立有到一種程度，因爲我覺得在每次會談的時候，可能剛開始我只一問一答，但到最後他會變得開始一直講一直講，然後就變成有時我要講的時候，他會跟我說老師等一下，講個沒完沒了這個樣子。我會覺得這樣的話好感動，不管講什麼都好…。」(H-2-6)

4、學習新的因應方式面對家人

「然後在家人的部分，因爲她從以前一直以來就是對弟弟，弟弟對她很否定、很拒絕的態度讓她很受傷，可是到最近，她已經不會那麼受傷了，因爲她也改變不了弟弟，那我們有去討論到他爲什麼這麼在意，因爲他覺得他被否定，可是他現在找到別人，弟弟不是只對他…弟弟是對所有人都這樣子，所以她那個不舒服就放下了一些…但她就沒有這麼多不舒服了。」(G-1-5)

「因爲她弟弟很奇怪，她弟弟看到她就不行了，像她的房間是在隔壁房間，她要經過弟弟的房間才可以到廁所，可是弟弟的房門不會關，她就不能過去，她一定要等弟弟的房門關了，弟弟去睡覺看不到她，她才可以過去，…然後不可以在同一個客廳一起出現，她弟弟就會發出很拒絕的聲音，OO(ID14)就會很抓狂，她以前都氣到去撞牆，撞到額頭都腫起來，或是氣到想自殺、氣到離家出走。可是這一年的後半段，她已經沒有再提這個了。」(G-1-6)

「因爲以前弟弟會激怒她嘛，可是她就是慢慢到這時候她已經調整到她就是不要理他。」(G-1-13)

「最早她是希望不要跟她弟弟住在一起，那不是弟弟出去就是她出去嘛。可是弟弟出去要很久，所以後來想說那我出去好了，可是出去要處理更多事情，最後她覺得那還是住下來好了。可是後來是經過很多的情緒嘛，後來就是覺得幹嘛每次都這麼生氣，後來知道不是針對她就不會這麼氣了。」(G-1-14)

「這一陣子以來她的抱怨已經少了，最明顯的是她跟弟弟的關係，因爲她體驗到說弟弟不會改變，要改變弟弟不如改變我自己，所以她就變得比較少的時間花在抱怨的部分……可是她半年多…甚至更長喔，這半年多來對那個人際的抱怨其實都是比較少的啦，對弟弟的抱怨是在更久以前就很明顯地有轉化掉了。」(G-2-9)

「跟家裡的關係，跟爸爸的關係越來越好，甚至他爸爸講一些他很煩的話的時候，他可以假裝沒聽到，或者是心裡想他喜歡的事情，後來有時候會用這種方法，他自己講的，就覺得感覺還不錯。」(J-1-10)

「以前他跟爸爸吵架的時候他隔天就不來了，或者是他兩三天不來，就會想放棄，那他最近幾次，大概這個月的經驗，他其實…因爲家人之間難免有一些衝突這樣子，那他有衝突來講一講就好，或隔天請個半天假阿，或隔天就好了，就可以調適了，那家庭關係很快就恢復了…。」(J-1-11)

「他受挫再回復的時間越來越短，然後她媽媽的…以前我們很少有機會跟她媽媽有聯繫，然後就是大概從五六月之後，就是她跟男朋友的事情之後呢，就是跟她媽媽的…開始跟她媽媽有聯繫之後，就媽媽的主動，就是媽媽的那個…東西就更多了。…因爲之前 OO(ID7)對她媽媽比較負向，對媽媽比較疏離，現在她也比較覺得媽媽有在關心她。」(J-2-3)

「比較可以感受到家人的關心，對家人的關心她也可以比較接受。」(J-2-4)

「個案與父親較少有負面關係、個案調整對父親健康要求的想法○○(ID-33)，○○(ID-33)他去調整他的觀念，那他不再對他爸爸有很大的一個要求，然後…他就會在那種…他就不會再對他爸爸有那一些不耐煩的感覺阿，或者是覺得他爸爸很古老不聽話，比較少了。」（C-2-10）

「包括他家人的互動，他會感受到媽媽以前的指責讓他很不舒服，他又會開始慢慢仔細去感受媽媽慢慢老了，活動力沒那麼好了，也發現到媽媽一些口語沒有像以前那麼犀利。他覺得自己可以去幫媽媽作一些什麼事情，例如媽媽要站起來的時候，他可以去扶他，不然他以前對他媽媽是很有情緒的。」(H-1-8)

「跟家裡的關係、跟爸爸的關係越來越好，甚至他爸爸講一些他很煩的話的時候，他可以假裝沒聽到，或者是心裡想他喜歡的事情，後來有時候

會用這種方法，他自己講的，就覺得感覺還不錯。」(J-1-10)

「開始跟她媽媽有聯繫之後，就媽媽的主動，就是媽媽的那個…東西就更多了。給她的事情更多，……因爲之前○○(ID-7)對她媽媽比較負向，對媽媽比較疏離，現在她也比較覺得媽媽有在關心她，不曉得媽媽有沒有變，可是好像她這部分的感覺比較有一些改變。」(J-2-3)

「○○(ID-7)……對家人的衝突也有一些，比較可以感受到家人的關心，對家人的關心她也可以比較接受。」(J-2-4)

表 4.2.3　優點個管模式服務後案主改變

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
優點個管服務後學員的改變	個案個人層面 A	從抗拒改變轉變為採取實際行動 A-1	是/否
		能自我控制症狀影響 A-2	是/否
		願意嘗試,主動性增加 A-3	是/否
		發掘自身興趣，開始學習新技能 A-4	是/否
		過去常敷衍了事，現在認真投入學習 A-5	是/否
		正向轉念，相信自己的能力 A-6	是/否
		對於他人的否定能虛心接受 A-7	是/否
		學員看見並認同自己有所改變 A-8	是/否
	人際關係層面 B	人際關係拓展 B-1	是/否
		人際技巧增加 B-2	是/否
		個案與個管員關係改善 B-3	是/否
		學習新的因應方式面對家人 B-4	是/否

操作執行面

此部份將呈現出個管員在第一次訪談至第二次訪談間其操作、執行、運用優點個管的整體情形，以了解個管員運用六大優點原則之情況（包括正面和負面，最常或容易使用的、較不常或有運用困難的），及目前進行服務的概況是否

有所改善（如：關係建立、優點評量與個人計畫及執行、目標達成、資源獲取、案主和家屬的配合與投入等）。

一、優點原則運用情況：

（一）正面經驗

1. 落實「相信個人有學習、成長及改變的能力」之原則

(1) 學會等待個案的改變

「第一個我是覺得第一個給我的自己的改變也比較大，因爲我後來會覺得說他們其實學習的能力也許是使用的方式不對，去教他們使用，就是我教的人的教法可能不對，或者是他們還沒有到那個階段，而我硬是要逼著他們去成長，我可能就是**比較會去等待，或者是用其他的方式再去嘗試**。」(F-2-4)

2. 落實「焦點在優點而非病理」之原則

(1) 增加原則二之運用

「我覺得焦點在優點而不是問題，這個是我缺乏的。對，我所缺乏的。因爲常常病人跟我抱怨一些事情的時候，或者是他行爲...像是盈汎阿，他的情緒控制很差，他只要不高興他就會來抱怨，病友阿...怎樣怎樣，或者是他不高興就罵人家髒話，對我也會。那其實我覺得在這部份上，可能我也有一些情緒在，那有些時候我就會覺得說有些事情明明是你不對，你先罵人家髒話，可是你竟然抱怨對方罵你這樣子。那有時候我就會覺得說我都不會站在他的...先同理他的感受，你剛剛是跟他發生什麼事了，怎麼會這樣？那是怎麼了？有時候我都會有先入爲主的觀念，都是你不對，你怎麼都去先講別人的事情，然後都不檢討自己，情緒沒有管控好，我覺得在使用這個...雖然他很重要，但我覺得我可能還沒有辦法學習到這麼好的技巧。」(A-1-13)

「就是現在我們就把個案…就是他的，就是看他的優勢拉，就是不會去看他不好的地方，就會去幫他發展，耶看他身上有什麼優勢這樣子。」(A-2-3)

「還是要鼓勵他們去想看看，對阿，就是說那你覺得目前比較想要做的是什麼？然後像我都會觀察他們最近的狀況，跟他們討論，問他有沒有發覺到。」(A-2-9)

「那過程當中我們同事也會給他一些正向的一些鼓勵阿，因爲他以前很在意他動作很慢，因爲他動作是比較慢，但是他很仔細、品質做的很好，所以我們是針對他這個部分比較優勢的去做加強這樣子，然後他慢慢的也會試著去改變，他就自己自發的會想要做快一點這樣子，他其實會有一些他自己慢慢的改變這樣子。(J-1-12)

「我覺得優勢觀點這種東西是可以再提醒自己看到他…其實他，比如說像前一陣子 OO(ID7)她一直在廚房上面或是人際互動上面一直比較…她比較沒有辦法跟人合作、配合那個部分。可是後來想想發現她其實是，她的心其實是想要把這件事情做好，只是她的技巧還沒有…，就是換個方式想就是比較可以…怎麼講阿…在跟她互動上就比較不會有情緒，就是可以比較一致，就不會受到那個影響，然後也比較可以用這個部份去鼓勵她，然後她也可以接受。」(J-2-2)

「在焦點在優點的那個部分吧。就是從優勢觀點開始，就是一直在練習怎麼樣讓他們的優勢，或是怎麼樣讓他看到他自己的優勢。因爲學員大部分還是…他比較不會看到自己的優勢或別人的優勢，大部分都是看到缺點比較多。對，我覺得這部分就是會比較多的嘗試去讓…就是我們自己也看的到他們的優勢，然後學員自己也看到自己的改變和優勢。這個部分算是比較順手的部分。」(J-2-5)

3. 落實「社區是資源綠洲」之原則

(1) 使用原則六引導個案主動連結資源

工作初期由個管員從案主生活環境觀察及瞭解案主原有的資源，與案主優點個管工作期間，運用資源的主體由原先經由個管員協助轉變為案主自身主動獲取社區資源。連帶的也減輕個管員的工作負荷及心理負擔。

「對，因爲你可能必須去進入他所處的環境之下，他可能只有哪些條件，或者是他們的資源有什麼。因爲像他爸爸希望說他不要待在家裡面阿，出去走走阿。阿他爸爸是用他自己的方式，壓力調解的方式，可是對病人而言，他覺得那不是他的方式。那我們必須去瞭解到說他周遭有哪些是他可以運用的資源。」(D-1-8)

「我覺得其實真的是那個資源的運用阿，病人他們在剛開始要試的時候，真的是…我覺得對他們是最困難的。」(C-2-4)

「對，因爲他們總是會擔心說拒絕、被拒絕，或者是說有一些…其實他們

都是個人內在，有一些擔心害怕的問題，可是外面並不會這樣。那當他們一但上手之後阿，其實他們就會開始自己會去嘗試不同、新的。」(C-2-4)

「然後現在他已經知道自己可以去找某些資源，你不再是他唯一的一個資源。那其實某幾個個案也是這樣子，嘿呀，讓他們去發現其實他有的問題不見得只是找你，這樣相對的負擔就會比較鬆了。」(C-2-4)

「比較常使用的，可能就是『社區是資源的綠洲』吧！因爲有些同學比較常待在家裡，我可能就會期待說你假日可能就是多跟家人出去走走，或者是像逸峰他跟我說他比較常待在家裡打電動或者是看電視，我說那你有沒有在考慮要不要跟之前一樣當媽媽到外婆家或到其他地方，也跟著一起去。」(H-2-5)

(2) 個案的正向經驗促進原則六的使用

「不過我會覺得比較有困難的就是「社區」那個部分，因爲我們知道的就是我們能給他的資源，我們也必須去幫他們找一些正式資源，但是一些我們要走出去的一些社區的資源，就是又很難了，因爲我們體制裡面不容許我們說要出去就出去。所以多半時間都在醫院裡面，只能問他們，你們家附近有哪些這樣，但是有時候還會有一種現象，病人講的跟實際的會有落差。」(E-1-3)

「有，就是就盡量慢慢找這樣子的一些社區資源阿，我稱他也算是社區資源，然後讓他拓展出去，其實就是朝著這幾個信念，都有朝這幾個信念去做，但是他自己還沒有等…等契機跳出來這樣子。不過說老實話，這一段期間、這個月來阿，就還沒有找時間跟他談。」(E-2-12)

(3) 社區提供眾多學習機會給個案參與

「像剛好之前有個機會是我們一個學員的爸爸拿了附近教會的電腦課的東西…就去教會上電腦課是免費的，只要付保證金就好，然後結束之後還會有一個東西回來這樣子，那也是一個剛好因緣際會鼓勵學員去參加這個活動，所以就有七個學員參加，結果回來之後每個人…開始就是…那種學習動機會變強。所以從過程當中我就忽然想到其實跟社區接觸，如果是一個成功的經驗的話，其實對他們對他們內心來講是一個很大的會促使他們去做一些改變的東西，所以現在在設計活動的時候會試著看能不能有類似的機會，或者是有其他機會是去跟社區做接觸互動的。」(J-1-17)

「就剛好有這個機會，看到覺得真的是…回歸社區真的是他們內在很渴望的一個東西，被接納這樣。」(J-1-17)

「去婦幼館找的。找他們的志工來，對阿來這邊我們是有給他們費用拉，不過他們就不收。因爲在外面找那個上課的老師阿，費用其實單價都滿高的，然後直接找志工，因爲他們是一般家庭的媽媽或上班族阿，他們不是都是在教學的阿，所以收費就比較不會那麼的貴。」(J-2-1)

4. 落實「外展是最佳的處遇方法」之原則

(1) 外展的經驗促使個管員更貼近個案生活，從中發現其真正的想望與興趣

「其實有的學員…剛好有個學員他那時候剛好有些挫折，然後有一段時間沒有來，然後要出人去陪伴，然後剛好我有一次陪他走的過程知道他喜歡花，然後就是在聊天的過程當中或是看到別人種花的過程當中發現他也喜歡種花，然後我們慢慢…就我們那邊的花阿，是跟那個學員一起種的，就是從這個過程當中發現其實學員在陪伴過程當中他會有點像朋友邊走邊聊天，或者有時候我們坐公車就邊聊天，那個比較輕鬆自然的方式當中，他會透露出滿多他自己的東西。」(J-1-15)

(二) 較不常使用

1. 較少運用「外展是最佳的處遇方法」與「社區是資源綠洲」之原則

(1) 較少運用第五與第六項原則，但運用後更能體會進行外展的好處。

「那其實這兩點也是我現在稍微就其他幾點來說是比較少用到的。」(F-1-3)

「這兩個我真的是沒有用到我必須坦承，因爲要出去其實還是醫院還是要寫簽呈，那這兩個要出去做家訪的話，不是說不行，而是其他的個案更迫切需要先去家訪，譬如說可能是獨居的，或者是目前生活上可能有什麼需要先去家訪的，那可能就是先以別的個案優先。」(F-2-5)

「…我大部分就是跟他們談他們社區生活狀況，沒有實際去看都是用談的。…我想還是會跟外展有一些差別，因爲像實際看到的跟他講給我聽的，我只能用想像的，那實際看到一定是會不一樣，對，是這樣子覺得。」(F-2-6)

2. **自覺很少運用所有的優點原則**

「困難執行的阿…說實在的，如果說每次跟他們會談把這幾個原則放進去的話，我覺得我好像沒有很乖的把這幾個原則很仔細的放進去。…我還是會把他們看待說算生病…但是我還是會想盡量去尊重他們每一個人」。(H-2-5)

3. **較少用「外展是最佳的處遇方法」之原則，自覺缺乏動機進行外展**

「家屬的話都電話聯絡比較多，如果實際互動可能就是家屬來。那家訪的部分目前只有逸峰，有真正接觸過，到他們家，跟他爸媽作聯繫這樣。」(H-1-6)

「優點原則阿，我會覺得有一個外展的部分，我還是覺得很可惜，這個外展呢，當然是說你也確定好行程了，就可以出去。但是我覺得…我好像也缺乏動機，我就心有餘而力不足，不然其實老師們還有阿長們一直在建議我說，其實跟著姵瑄上班的時候，從她家騎腳踏車，然後去接小朋友，再到補習班的整個路線、整個過程，再到她整個態度、行爲、上班狀況、到補習班做了什麼，其實我都想知道，只是說還沒有去做。所以我會很期待我這個部份可以再多執行一點。」(H-2-4)

4. **較少使用「社區是資源綠洲」之原則**

(1)**學員參與社區的態度被動**

「其實在社區這一塊，還是我一直要去探索的地方，因爲剛好是…，我覺得會一直提醒自己就是回歸到社區，讓學員回歸到社區是不是利用到他的非正式資源的部分這樣，那其實我覺得可能跟我剛好在…我不是在高雄長大的，或者我不是高雄人也有關係…這些文化背景阿、生活背景不太一樣，所以我在用高雄這裡的社區的時候，對我來講會比較吃力。(J-1-9)

「就是社區是資源的綠洲，就是讓學員去接觸這樣子的一個機會，去社區互動幹嘛，後來…我們最近就是發現說一定要用一些策略，讓學員真的有達到…，因爲我們有一些社區適應的活動，怎麼樣真的去達到社區適應的效果，不是一出去就是被動的跟著走或被動的看，不是有主動有想法來規劃我要來這邊幹嘛，或是說這個環境我要做些什麼。」(J-2-6)

「像我們每天去菜市場，就我們後來發現每天這樣去每天每天一個規律一個習慣，有些學員會慢慢的越適應。阿我們之前社區適應的安排是每個月都會去不同的地方，就會變這樣。然後後來想說是不是他們重新適應…就降子每一次都會再重新適應，我們是有在想說未來要嘗試就是也

是個規律的，就是每個月會去同一個地方一次…，但其實這樣子已經過了三四個月，他們大概要三四個月的時間才能發揮出那個部分。對就覺得他們適應的狀況跟我們預期的不太一樣，那個方式想像不太一樣，現在是調整怎麼樣讓學員…怎麼樣去…他們去走入社區並不是被動的在我們的帶領，而是主動的東西這樣。」(J-2-6)

（三）運用困難

1. 較難運用「焦點在優點而非病理」之原則

(1) 仍習慣以病理角度看待個案

「負向的部分比如說你會覺得案主沒有能力啊，就是會引起一些情緒阿，對阿，但是那個情緒可能就需要就是跟同事們一起把它消化掉這樣子阿!(I-1-10)

「還有再來是那個『焦點在優點而不是病理』，本來我也都是一直看，後來發現疾病…那個疾病的概念，的確會影響他的行爲…他的疾病的確都不停的在…操弄著他的行爲…現在有點難以分辨，那些非理性的行爲…或者是非合於常理的行爲是病還是他個人本身的行爲這樣。」(I-2-2)

「我覺得我現在看個案其實進到另一個部份就是說，我突然間看見啦！他們是有病的，我剛開始做這行的時候我認爲病並不是不是問題，我現在已經走到就是『他們生病了』，這個病就是人際很不好、行爲也很差…我還沒有走到我要怎麼正向的去看他們，真的正向看他們這樣。」(I-2-4)

2. 較難運用「案主是助人關係中的指導者」之原則

(1) 以個案為指導者的作法有時未必適用

「我覺得現在做起來比較…就是比較…有障礙的部分就是他們是不是助人關係的指導者？這是第一個，我們本來是以他爲指導者的，後來發現就是你給他，他並不知道他是指導者，或者是…什麼，就造成我們在討論上會有很大的困擾，就是尊重嘛～你可以選擇，後來發現無止盡的選擇他會趨善避惡，就是他選擇當下他覺得比較舒服的狀態…。」(I-2-1)

2. 較難運用「外展是最佳的處遇方法」之原則

(1) 個管員無法陪伴個案接觸新環境

「可是就會礙於說可能個案對於一個環境的熟悉度，再來就是介紹他到一個新的環境，其實你沒有媒介…應該不是說媒介…應該說是沒有人可以陪他啦，去認識那個環境，要他去接受新環境那是困難的，因爲我們在上班

之餘，你說要請公出，要帶個案去那個新的環境，其實是有相當的困難度，所以就變成說這部份對我們來講就比較難。」(D-2-1)

表 4.2.4 運用優點原則和方法的情形

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
正面經驗	落實「相信個人有學習、成長及改變的能力」之原則 A	學會等待個案的改變 A-1	是/否
	落實「焦點在優點而非病理」之原則 B	增加原則二之運用 B-1	是/否
	落實「社區是資源綠洲」之原則 C	使用原則六引導個案主動連結資源 C-1	是/否
		個案的正向經驗促進原則六的使用 C-2	是/否
		社區提供眾多學習機會給個案參與 C-3	是/否
	落實「外展是最佳的處遇方法」之原則 D	外展的經驗促使個管員更貼近個案生活，從中發現其真正的想望與興趣 D-1	是/否
較不常使用	所有優點原則 E	自覺很少運用所有的優點原則 E-1	是/否
	「外展是最佳的處遇方法」與「社區是資源綠洲」之原則 F	較少運用第五與第六項原則，但運用後更能體會進行外展的好處 F-1	是/否
	「外展是最佳的處遇方法」之原則 G	較少用「外展是最佳的處遇方法」之原則，自覺缺乏動機進行外展 G-1	是/否
	「社區是資源綠洲」之原則 H	學員參與社區的態度被動 H-1	是/否
運用困難	「焦點在優點而非病理」之原則 I	仍習慣以病理角度看待個案 I-1	是/否
	較難運用「案主是助人關係中的指導者」之原則 J	以個案為指導者的作法有時未必適用 J-1	是/否
	「外展是最佳的處遇方法」之原則 K	個管員無法陪伴個案接觸新環境 K-1	是/否

二、優點個管服務情況

此部分從家屬的配合與投入層面、機構層面以及個管員本身層面探究個管員目前為止的服務情況。包含困境與成功的經驗。

(一)困境

1、家屬的配合與投入層面

(1)家屬未能理解優勢的理念

「我就說『媽媽不好意思啦～那個老師要得更多，希望○○(ID-56)可以更自主，所以希望在這個部分再做一些努力啦。』.....可是我們希望她可以更好，媽媽後來就覺得這樣不行，因爲我們最了解她，我們照顧她二十年了，媽媽就會用這樣的態度來跟你溝通。(G-02-12)

「因爲我之前只是把優點很基礎的跟他爸講,所以他爸就一直以爲說有阿我有講優點阿，阿可是怎樣怎樣，就是還沒有辦法完全瞭解我優勢在做什麼這樣子。」(E-2-20)

(二) 個管員本身層面

1、難以取得個案主導與專業主導的平衡

「我就覺得如果我一直用優勢跟他作討論,他們有時候會很難去找到一切確切怎麼做的方式。…你看像○○(ID-14)她的感覺她沒辦法很清楚的說，這個階段他還是很仰賴你，你必須很清楚的告訴她我看到的是什麼，可是我尊重你，我幫你分析，他們可能在那個自我察覺的部分還是比較弱一點。你要很明確的告訴他，不然我們會覺得說好像有一點花費比較長的時間去陪伴和等待。」(G-1-17)

「其實我自己的個性我比較不會去主導別人要去做什麼事情，我都是尊重別人的…不過這其實在我內心，其實有一段時間的掙扎，我明明就不是強勢的人，可是我會學習到很多時候強勢有強勢的好處，可是我覺得那會違反我內心那個想要的東西。可是那個病人主導多，好像就會等於工作人員的放任，我覺得是會有這些衝突在那裏。」(G-2-3)

「我覺得…我想到就是說我們說很多時間就是要等待個案嘛～要他們來指導，我的體驗就是說，原來這個「等待」比我想像中的還要長，真的是不能說我覺得我已經放慢了就依我的速度就好，要依他的速度。」(G-2-7)

(三) 機構層面

1、其他專業影響優勢個管的執行

「跟主治醫師的態度有關係。所以主治醫師就變成是每次都只有聽…，因爲他媽媽也是我們的病人嘛，他媽媽講什麼然後就是去處理他什麼問題，但不會去引導他…往他更方面的去想或往他心理層面的去協助。」(E-2-6)

「做個討論，其實我前陣子我有跟主治醫師做個討論，但主治醫師就是情緒會出來，就是他就是沒有、自己不去努力怎樣怎樣，但是並沒有去想他的…去幫他解套，並沒有去想到幫他解套那部分拉。」(E-2-6)

(二)成功經驗

1、 個人計劃執行層面

(1)增加個案工作的彈性

「因爲我覺得…因爲前面的時間…對他們的瞭解也是有限拉，然後他們對你的信任度也是有限，或許他們還沒有那麼開放跟你講說他們真的想要的是什麼，阿也有可能他們是想要依附，因爲你是老師你比較厲害，你或許有方法可以來幫我們。對，所以他們不會那麼開放他們自己，那相對他們在寫計畫的時候，就會覺得很空，不曉得怎麼下筆。」(C-2-9)

「對阿，因爲我覺得當初在訂個人計畫的時候我覺得很辛苦，因爲他們真的是討論不出來，有時候討論不出來他真的想要的東西是什麼。反而是後面會談裡面，他有想到了或者是他所有的一些體悟..... 中後期就是…就是用討論的方式，就…我比較不會去回顧他之前的一些我們當初所做的一些個人計畫。」(C-2-8)

「就是…以他目前現有的問題，可能他這個問題之前就有存在，我們之前個人計畫就有列出來，可是他現在要執行的跟過去不一樣，阿我就是針對他們的執行方式去做討論。比如說 OO(ID33)的他爸爸，因爲他跟他家人…跟爸爸的互動狀況，那因爲每一次…其實他對他自己也很有主見，可能當初我給他訂的方式，對他而言其實他在執行上是有困難，但是他也不會告訴，他的態度讓你覺得是他願意去試試看，但是到最後他自己會有一些…他覺得他會有一些他自己可以轉換的一些方法。那我就會…我 OK 阿，因爲他也會常常問我，那他會把他的方法講給我聽，那就依照你自己的想法去做做看，那我們再來做討論。」(C-2-8)

2、家屬的配合與投入層面

(1)擴大與家屬工作

「家人的關係...我目前接觸到的學員其實對家人也都滿孝順的，都會幫家人做一些事情。其實家人這一塊的話...我是跟家人比較沒有談到這一

塊。阿不過在聯絡上，家屬都覺得病人在病情上有比較穩定阿，然後他們覺得病情穩定就很好了，所以他們就是不會再對病人有進一步的要求。就覺得說他現在病情穩定就很好了。」(A-1-12)

「恩，像福興他就會說他家人不要讓他去工作、不讓他出遊，阿其實打電話去問他媽媽，他媽媽就說都可以阿，看他意願阿，他如果想要去的話就讓他去阿。可是每次福興來的時候他會說因爲我媽媽不好意思當面拒絕，因爲老師都打電話來我們家了，對」。(A-2-8)

「可是在一開始的時候，因爲你沒有…你沒有著力點，你沒有著力點，爲什麼你沒有著力點，因爲每次跟家屬聯絡，阿他一百塊放在那邊，一百塊就是掛號費，沒有著力點。我們等於是說要用什麼連接…跟家屬、跟他跟我們連接，我們沒有。可是…可是這樣子的優勢，優勢帶給我們的是，我們知道我們很清楚要把病人帶到那個地方去，那共同的語言，相對的跟家屬就會有一些一起往…努力的方向，所以我覺得這個部分也就是說，讓家屬也看到說，哇兒子的進步、然後醫療人員的付出，然後讓他放下。」(B-1-19)

「因爲是剛好我也只有一個個案，所以我能發揮的部分也受到一些限制，但是但是我沒有放棄，我把這個觀點用在他媽媽身上。」(B-2-1)

「這個個案目前其實還是在我的脈絡當中，只是說我的主線裡面還有他的媽媽，所以現在喔很棒的是他媽媽會定期跟我聯絡。對，他媽媽會定期跟我聯絡，那其實我們現在已達成了一種默契跟共識就是說個案目前處在一個什麼樣的 stage，那他會隨時跟我做聯繫，那我就會跟他提到接下來我們怎麼去…去協助個案，如何讓他在目前的靜置狀態再慢慢拉上來，然後再去結合…那個醫療的部分，對對對。」(B-2-1)

「我也去教他媽媽不去看病理，譬如說貪睡呀是不是因爲這個病，不去看，而是去教他媽媽去鼓勵他好的去看看他好的。所以今天我會覺得說不是只有我的力量耶，因爲是家屬的力量也在裡面，但是我不諱言耶，我在家屬身上花的心思跟他幾乎是同等量的，有時候我一直跟他 talking 有時候就一兩個小時了，我不騙你耶真的真的。」(B-2-9)

「有一次我整個陪在他們身邊，跟他爸爸媽媽一起這樣坐下來，那時候我是以第三者的身分客觀去看他們怎麼互動，到後來我也分析到說他爸爸媽媽在 caring 他的態度上，可能也是要放，這樣才能夠讓他有那個生存空間，才不會彼此都勒的很緊，後來您知道嗎？很有趣的是我改變了

他媽媽，但是很有趣的是他告訴了我他的爸爸，所以他們夫妻現在的關係應該有好一點，一開始很僵硬，因爲他的媽媽被改變了，但是他的爸爸沒有，所以變成他爸爸一直對智全付出，可是這會變成夫妻不同調，後來他媽媽就跟爸爸說，你如果再這樣以後你自己去處理，他爸爸才收斂一點，那後來在這個夫妻關係裡面我也跟他媽媽做了一些溝通啦」(B-2-15)

(2)家人的投入對於個案復元有相當助益

「我覺得家屬的部分是比較多的，因爲從做到現在啊，會發現個案的進步跟家屬的支持是非常大的相關，尤其是我們在服務個案的過程裡面啊，發現個案有一些狀況的時候，就是在跟家屬那邊連絡對照的時候啊，會發現就是如果家屬那邊也一起幫我們照顧，在復元這條路上一起幫我們照顧這個個案，然後就是引導他、支持他繼續復健的話，就會發現他們來來回回的那個「回」會再趕快回來，所以那個擺盪就會比較…擺盪的幅度不會這樣大，就會減小這樣子。」(I-2-3)

(3)家屬態度漸有轉變

「他其實很 care 家人飲食的健康，他很擔心家人飲食的健康不好，可是有時候在溝通過程的時候，爸爸會覺得說『你都沒有辦法管好你自己了，你又怎麼會來管我們』這樣子，所以後來就試著從這一塊他 care 家人的部分，試著通電話讓他爸爸知道他這個心，可是我覺得爸爸轉變滿大的，因爲爸爸剛好有個機緣他剛好信佛了，就剛剛好，…其實爸爸接觸了宗教之後，這剛好也不是我們去影響他的，是他剛好生活中有這個機會接觸到了，所以爸爸剛好也有這樣的改變，然後 OO(ID7)就順勢的他試著把他對家人的關心那部分拿出來，覺得這個部分是剛好是一個機會。」(J-1-11)

「就是跟他家人接觸的那一塊這樣子，因爲其實…，當然也是要尊重家人的感覺啦，就是在跟家人電話聯繫要跟他們講一些嘉鳳的正向的東西的時候，其實家裡的人還是比較傾向會覺得說…嗯…比較負面的傾向會覺得說，可是他又沒有辦法去工作、可是他又沒有辦法怎麼樣…。」(J-1-13)

「信佛之後有好一點，因爲他最近打來的電話其實是關心 OO(ID7)的，關心他在這邊是不是有一些壓力阿，回家好像有一些情緒上的波動甚麼的，他其實是關心的，…當然他的態度一直都是關心的啦，不過只是以前比較接到一些負向的，所以其實接到他關心的電話，然後再把這關心

透過嘴巴回饋給學員，讓他知道說爸爸打電話來關心，那也讓學員知道說其實家人在這個部分其實都是很關心他的，其實會有小衝突，每個家庭都是一樣的這樣子，覺得透過家人直接給學員的一些正向的回饋其實比我們給的都還增強好幾倍…。」(J-1-13)

(4)**個管員著重與家屬合作，促使家屬愈加肯定機構的服務**

「我覺得因爲有聯繫的關係，所以跟裕棋的媽媽也比較有聯絡，以前她會比較保留這樣子，那她現在的話就是會比較有主動跟我們討論一些東西這樣。」(J-2-5)

「有比較配合，OO(ID47)的爸爸也是阿，OO(ID47)的爸爸以前我們在跟他討論 OO(ID47)的事情，他就…好拉好拉…就掛掉，或者是他講他要講的，然後我們講…然後就是沒有交集這樣子，然後現在是比較有交集。對阿就是 OO(ID47)的爸爸現在讓 OO(ID47)比較規律在吃藥，那他以前爸爸是會幫他減掉，或者是他自己的狀態也沒辦法去很穩定在吃，那現在就比較穩定，這是吃藥的部分。」(J-2-5)

「我現在就是要練習跟家人溝通，不知道怎麼樣跟家人合作，就是嘗試再抓一些方式，就是每個人不同的相處再抓一些方法，因爲我們現在就是有的人對某某人家屬比較可以溝通，某些就可以合作，就不一定，就還在摸這樣子。」(J-2-5)

「我現在比較著力比較多的會是在 OO(ID7)身上，每個都有做，不過 OO(ID7)的東西就是我會用她這樣子的一個歷程就是來…來做一些嘗試，包含她跟家裡阿，她以前是跟爸爸，現在是轉到跟媽媽，或者兩個都在討論，甚至她跟妹妹也有一些…也有一次的機會都有聯絡到。」(J-2-6)

「有時候家人的肯定…就是我覺得在服務過程當中，家人也一起進來的感覺很好、非常好，因爲他們的力量，他們出一點點力比我們出十點力量還大，就把他們拉進來我覺得還滿有用的。」(J-2-7)

「他爸爸現在已經很少很少會大喊大叫大吵大鬧，以前是電話打來我就聽到兩個人在叫囂，就是很久沒有接到這種電話了，就是快一年沒有接到了，然後就爸爸媽媽的關係，她現在…以前來她就會很多抱怨阿，現在其實很少、非常少。然後她媽媽的部分也會，有什麼好的也會跟媽媽講，媽媽的部分現在也會對我們的服務比較肯定。媽媽現在也會跟我們講說

你們很辛苦，謝謝你們這樣子。 (J-2-7)

表 4.2.5 目前服務的情況

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
困境	家屬的配合與投入層面 A	家屬未能理解優勢的理念 A-1	是/否
	個管員本身層面 B	難以取得個案主導與專業主導的平衡 B-1	是/否
	機構層面 C	其他專業影響優勢個管的執行 C-1	是/否
成功經驗	個人計劃執行層面 D	增加個案工作的彈性 D-1	是/否
	家屬的配合與投入層面 E	擴大與家屬工作 E-1	是/否
		家人的投入對於個案復元有相當助益 E-2	是/否
		家屬態度漸有轉變 E-3	是/否
		個管員著重與家屬合作，促使家屬愈加肯定機構的服務 E-4	是/否

三、關係建立

以下呈現個管員進行優點個管模式時，與學員關係建立的方式及激勵學員所使用的技巧：

(一)建立關係

1、共同參與休閒活動

個管員 J 了解個案的興趣並陪伴其從事休閒活動，有助於夥伴關係的建立，亦能引導出個案真正的想望及激發動機。

「因爲後來我知道他喜歡打羽毛球，我就約他去打羽毛球，因爲一開始只有去打籃球他不喜歡，後來就去打羽毛球，打著打著他就…，一開始他有點利用那個時間逃避一個他不喜歡的個案，後來打著打著他就打出興趣來，然後就可以一起…，就是每個禮拜可以一起去個兩三次這樣。」(J-1-8)

「我也不知道那算甚麼方法和技巧耶，就是可能會試一下先了解一下他們的興趣，透過學員的興趣的方式，舉個例子，像我們以前一個學員曾經來過機構，但時間都比較短這樣，復健動機比較沒這麼強，但最近又開

始回來了，那我慢慢的跟他建立關係之後，先從他的興趣跟他聊阿，怎麼講，還沒有跟他聊到想望這一塊，因爲有的學員跟他聊到這一塊他是會比較逃避的，因爲那個學員剛好也是這種狀況。」(J-1-14)

「然後在那個過程當中其實慢慢的這種建立關係，因爲其實有時候從他有興趣的東西剛好是他想望的東西所在，或者是有所關連這樣，所以就是會慢慢的去帶到、引導到這一塊這樣子。」(J-1-16)

(二)激勵動機的方式

1、回顧正向經驗

以「回顧個案過去成功經驗」的方法鼓舞案主，使個案獲得信心與能量，同時也讓個管員也從中得到正向互動的經驗。

「我覺得我之前有分享過，不是我們服務的這五個個案裡面的，我之前做過一個憂鬱症的阿姨，我覺得那時候就是說，老師跟我們的指導就是說要我們去跟病人回顧他們那些過去比較好的成就嘛！我用在那個個案身上我覺得我得到好的感覺啦，就是聽她說她以前有多厲害啊！她五十歲…因爲擔心一些事情，變成她目前眼前的判斷力都下降，什麼都找不到，我們就其實比較溫和步調比較緩慢的去跟她作相處，我記得那次我就是跟她約，因爲她會提到她有很多很多很多的能力，但覺得現在自己沒用什麼都不會，那我就是請她找她過去的照片，她去找了她穿舞衣（跳舞的照片）、第一次生病復元後出去玩的照片、她作烘焙得獎的獎狀，那時的感覺就非常好，她看到那些照片後就跟我聊到，她當時就是生病以前，或是第一次克服疾病然後出去玩的經驗，她又突然變得有力量。她就說「我要把照片上這個人找回來！」(G-1-15)

「但她那時候讓我找到另一條路，原來我可以這樣跟病人合作，而且我覺得那個感覺非常的好，我看到對病人有一些正向的鼓舞啦，我覺得找到了另一條路的感覺啦！我就是這個體驗最深。」(G-1-16)

2、投其所好發展想望

在優點執行的過程中，個管員 F 發現自己無法陪伴個案找到核心的想望，連帶影響了個案執行想望的主動性，後來發現與個案討論個案有興趣的事物並鼓勵嘗試，有助於個案找尋想望並實踐。

「或許我之前找的不是他們真正想要的，雖然我們有討論就是全部都是經由討論的，但是總覺得…恩…有的時候他們會不知道他們雖然寫的想望是這樣子，談出來的也是討論過的，總覺得談出來的是比較不是真正的

核心耶，我那時候是這樣覺得，就覺得怎麼一直找不到那個施力點，雖然好像有在動，可是是需要我在推才會跟著動…。」(F-2-3)

「後來我發現他好像喜歡唱歌耶，他以前都不會點歌，我就去鼓勵他那你去唱歌，點一首就好了，如果他沒有歌詞，他會跟我講沒有歌詞沒有辦法練歌，我就去影印歌詞給他，他也很認真喔！他每次要唱歌之前他一定都會先練習。然後練習很多遍，再上去唱。然後他唱完一樣給他鼓勵這樣子。…因爲有的時候點歌的時間很早，例如說早上九點就會有同學拿著歌本來點歌，那個○○(ID-23)他都很晚才來，我就會鼓勵他那可不可以早點到？那點歌的時間可以早點到嗎？如果說早點到也可以比較前面就開始唱，類似這樣子的也是這樣鼓勵他，然後他有做到的時候就是大大的鼓勵他、讚美他這樣。」(F-1-11)

「他其實也很喜歡唱歌，而且我發現雖然他以前都不點歌從來都不點歌，可是後來鼓勵他去點就覺得他唱得還不錯呀，然後就鼓勵他說其實他唱得還不錯呀，後來跟他談才發現說他其實只是不知道歌詞，然後他這個人的個性就是他要練習過才上去唱。」(F-2-3)

「我們有跟他講說既然找歌詞，然後每次都要印出來，他都要收集他的歌詞，然後這樣子很麻煩…我們沒有辦法常常印歌詞給你，那這個方法又你又可以一直去找歌詞…他每次所有的東西他都放在口袋裡面，口袋就很多東西，所以他學會這個，就跟他講說你學會這個方法的話真的是不錯呀，剛開始真的是有一點點半推他，我覺得有點跟之前一樣，可是沒想到這一次，欸或許他也覺得很有趣吧，然後也不知道是不是優勢到後來就是…推推推一個東西推久了它終於動了，我不知道是不是這樣。」(F-2-2)

3、持續且立即的回饋

個管員表示自己學會在發現優點時，立即給予回饋的正向力量。個管員持續的肯定，使得學員也覺察到自己具有潛能，除了增加個案對自己的肯定，亦使學員更加信任個管員。

「我開始會把我所看見的，他身上的優點，然後慢慢去告訴他，那我也會跟他說『老師今天講再多，你如果沒有感受到你有這項優點，你也不覺得這個是優點』我就會可能會常講，當他發生了我就會馬上講，慢慢的我會發現他會跟我說『你真的覺得我好像有這個東西？』然後他就會有笑容。我發現他也會比較信任我。」(H-1-3)

「我也會慢慢跟他說他有做到哪些部份很好，那些部份可能做不好，但可以跟現在有做到的部分一樣會做得好的。」(H-1-4)

「然後也去肯定她其他部分，像她那個ＫＴＶ是當主持人啊，其實她之前有放棄過，我就跟她說主持人沒有你的話就都不一樣了，所以她很熱衷唱歌，其實目前都還是唱ＫＴＶ的主持人這樣子。」(H-1-4)

4、面質與挑戰

過去個管員多使用正向的鼓勵與支持與案主工作，而今在已與個案建立一定關係的前提下，使用面質與挑戰的方法，透過適當的面質促進個案改變的意願與動機。

「以前就真的是鼓勵支持鼓勵這樣子，現在會多一點的面質跟挑戰。」(I-2-4)

「比如說 OO（ID51），以前我們在請他整理服裝儀容的時候都是等待，都是跟他提醒完了以後就等待這樣，結果一天兩天三天都不做，後來就跟他下最後的通牒，並且打電話到他家去跟他父親一起討論他的儀容，然後跟他討論…比如說他都穿那個Ｔ恤都是睡覺起來後直接穿來，然後那Ｔ恤都爛爛的這樣子，從他洗頭兩三天一次…他認爲的乾淨就是三天洗一次，後來就是強調說你的頭髮是油性的，你要每天洗頭才叫乾淨…」(I-2-4)

「上次分享，就是 OO（ID49）有來分享的，他就是覺得我告訴他他欠缺的東西，剛開始他不能接受，可是後來他會發現，我在講實話，我在告訴他實話這樣子。」(I-2-5)

表 2.4.6 關係建立及激勵

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面向
關係建立及激勵	關係建立 A	共同參與休閒活動 A-1	是/否
	激勵技巧 B	回顧正向經驗 B-1	是/否
		投其所好發展想望 B-2	是/否
		持續且立即的回饋 B-3	是/否
		面質與挑戰 B-4	是/否

四、促進學習成長

以下呈現個管員激勵改變/促進案主學習、成長與改變的技巧與方法：

(一)促進個案學習

1、以他人正向經驗鼓勵個案

個管員 D 會利用利用他人正向的故事或經驗鼓勵個案，過程中引領個案回顧自身正向的改變，並給予肯定，鼓勵案主持續努力。

「我就說你哪裡有退步，其實只是因爲你太久沒接觸，後來我就跟他分享了一個老婆婆的故事，最近新聞有一個賣菜的老婆婆，他說他算錢從來都不會算錯，甚至比他兒子按計算機都還快，我就舉這例子給他聽，他就說真的嗎？我就說對啊，那你知道爲什麼嗎，他說因爲老婆婆常練習，我說對啊，你看你的記憶力就是因爲你常練習，所以到現在可以一天一課，他就能接受，所以國文他現在在背真的也很快，他就很羨慕說他弟弟比他背得還快，我就說你齁因爲離開一段時間了，你現在回來可以這樣已經很厲害了，就鼓勵他，他就慢慢的有信心說他的能力是慢慢的有在恢復的，不然他都覺得他腦袋被螞蟻吃光了所以變笨了。」(D-2-6)

2、以個案自身「例外經驗」引導看見優勢

不僅在個案優勢上給予肯定，個管員後來學習到以「例外經驗」來鼓舞個案看到自身在改變前、後的差異，從各細節發掘個案的優點，並立即回饋給個案，讓個案也「重新看見」自己的轉變，進而能肯定自己。

「雖然說他可能我們設個目標，無論是哪一個，也許我們設的目標，像我之前說的有點半推半就的感覺，可是不管是不是目標有沒有達成呀，其他生活方面的事情我也是鼓勵他，欸，你今天不錯唷，那你今天有什麼改變，喔！你看嗎你也是可以達的到的，或許也會跟他講說你看看以前的你跟現在的你有什麼不一樣，讓他去做一些比較。」(F-2-7)

「像那個 OO(ID-35)，因爲以前他就是固定時間就會狀況不好甚至就是去住院，因爲他在做優勢的這段期間，他有曾經因爲去住院過，那後來我就跟他講說 OO(ID-35)你要不要想想看你好像以前比較常住院，他常常就是跟我說他已經住院１１次了，那我就說你最近好像是狀況變得不一樣了，在日間病房的時間變長了，比較少去就是症狀比較少去影響到你，甚至你可以去工作，你要不要想想看有什麼不一樣？因爲他以前不規則的吃藥然後造成就是他症狀有些起起伏伏，他就可以自己說其實他覺得吃藥還是有些幫助的。」(F-2-7)

「爲什麼會要讓他們去做比較喔…我是覺得因爲我有看到他們的改變，那我在想說我一直肯定他肯定他，可是他自己沒有看到的話也許只是會覺得我是…不知道耶…有時候人家讚美的時候可能會覺得你只是客套而已，我不知道我自己的想法而已我自己是這樣想，所以我是想說如果他可以自己看到的話，那他就可以肯定他自己了就不是只是經過我們的嘴

巴而已。」(F-2-7)

3、團體共同參與

過去機構的活動成員為分散參與，現在則改規劃全體人員共同參與的活動，運用團體的力量以鼓勵學員彼此學習、成長。

「有時候會是在開會當中，比方說大家一起完成什麼事情的時候，去加強那種感覺。因爲我們以前是同一個時間兩三個活動，學員會比較分散。那我們從 10 月開始，10 月、11 月就把活動比較集中，先提供一個活動比較結構化一點點，讓學員有一起參加的感覺，然後就是用這樣子的一個方式去鼓勵，因爲一起參加跟個別參加是不一樣，然後就是透過這樣的方式去做團體的鼓勵。」 (J-2-8)

4、運用友伴力量

過去僅由工作人員不斷的提醒，個案卻始終沒有改變；後來個管員改而運用個案與其他學員的友誼關係來提醒個案，藉由同儕的友伴力量促進個案改變。

「那像 OO(ID20)會抽菸，那之前會在樓上抽，提醒很多次都無效，所以上次就請媽媽一起來會談的時候，就請 OO(ID54)一起進來，因爲 OO(ID54)比較常跟他走在一起，也常到樓下啊。然後 OO(ID54)也主動說，好啊他以後會幫忙提醒要 OO(ID20)少抽一點，那像吃藥的話，我就會跟 OO(ID54)說，那你快去叫 OO(ID20)來吃藥，時間都快過了，那 OO(ID54)也很會幫忙去提醒 OO(ID20)，然後不管 OO(ID20)反應怎樣，他也會跟你講後續的結果。我就會說 OO(ID54)幫我一下，你現在進步很多，也都把你好的一部份去影響 OO(ID20)。」(H-1-12)

5、適時放手

過去接觸社區資源皆是由個管員陪伴機構學員一起前往，在優點個管模式執行後，個管員在某次參與社區活動的機會，決定適時的放手讓個案自行前往，提供更多機會讓個案學習獨立。

「我們以前都是跟病人一起，可是這次我們想要嘗試不一樣的方式，就是病人他們自己去，然後到凱旋醫院之後我們在一起集合。…這次帶他們去是剛好凱旋他也五十週年慶，然後他有辦一些園遊會，他有邀請我們去那邊擺攤，那我們也希望同學可以去接觸，他要請很多精神…譬如說復健中心啦的單位去那邊設攤，我們希望說他們可以去接觸除了長庚以外的機構或是人，可以作一點交流。」(F-1-16)

6、以家屬力量協助個案

家屬對於個案有許多的不放心及擔憂，個管員也針對家屬進行工作，告知家屬個案狀況並曉以大義，使個案有為自己行動、負責任的機會。

「她媽媽很疼她，會幫她找很多理由，會說『她不會排吧？她排的話會排錯吧？』我說『媽媽沒關係，你就是讓她練習』，畢竟吃藥是她自己一輩子的事情…。」(H-1-15)

「我會慢慢讓她自己去找，我覺得還是不要去太幫她，因爲我知道她知道什麼時間要排什麼藥。所以我就會讓她自己去練習，從錯誤中去練習…。」(H-1-15)

表 4.2.7 促進學習與成長

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面向
促進成長	促進個案成長的方式 A	以他人正向經驗鼓勵個案 A-1	是/否
		以個案自身「例外經驗」引導看見優勢 A-2	是/否
		團體共同參與 A-3	是/否
		運用友伴力量 A-4	是/否
		適時放手 A-5	是/否
		以家屬力量協助 A-6	是/否

優點推動後的改變

優點推動後的改變，可由個管員的個人層面、看待案主的方式、與案主互動及工作方法等四個層面進行討論：

一、與案主互動的變化

個管員 C 發覺到在優點個管的過程中，個案會有依賴個管員的情形，遇到挫折會立即向個管員求助，而不是嘗試自己解決問題。在第二次訪談時個管員理解到案主的依賴現象只是其中的過程，這樣認知的轉變也使個管員對於個案依賴情形的擔憂減少許多。另外也有個管員自覺與個案的角色關係由界線清楚的陪伴關係轉變為朋友的角色，更加貼近個案生活。

1、接受個案過程中的依賴

「恩恩恩，他又想要依賴你，又想要從你這邊…依靠你，不是說想要去自己學習，然後有機會再出發這樣子。」(C-1-10)

「我會覺得我跟他關係建立的很好，可是反倒說，他會出現另外一個問題就是依賴。」(C-1-20)

「對對對，你要說這是壞...缺點嘛，也算是啦。因爲他會變得..他如果說遇到一些挫折，他就會先退、先退來先找你。他反倒是沒有..不會說那我先去嘗試解決，他會覺得說你解決他的..你可以幫忙他一些問題，所以他...比如說跟家人的問題，他也不會說，試著先去學習說跟家人溝通，他不是..他是回來..你去幫我，去幫我做什麼。那或許是他個人的特質啦，因爲其實他大概是..個診上是有..比較屬於邊緣型人格的特性。嘿呀，我覺得這可能..這可能是跟個人有一些特別的相關性。」(C-1-20)

「因爲我覺得他們依賴只是在初期，當你走過那一段必須要依賴你的時候，事實上…依賴…依賴只是個過程，應該說依賴只是過程中的一部份而已，其實那我就不會那麼擔憂，這段時間還是會過去的」(C-2-17)

2、與個案互動關係轉變：專業友誼關係

「我覺得我一開始的時候會比較以觀察的方式，因爲那時候我也不清楚甚麼叫做陪伴，陪伴要到甚麼程度?要用甚麼方法?所以主要是以陪伴但是又比那個一直在他身邊又稍微少了一點，對…界線很清楚的那種陪伴。」(I-1-4)

「我覺得會比較像朋友，就是那個角色會比較像朋友了。…，就是有句話說，像專業的朋友了。不單單只是處理他的問題而已，有時候也會關心他的…，非在我們領域裡面，就是在我們的服務目標裡面其他的事情這樣子。」 (I-1-4)

二、工作方法

(一)個案

1、與個案的依賴共處：鼓勵案主自我照顧

「還是一樣關心他，然後學著把問題丟回去讓他去調整，讓他自己去看自己的問題。」(C-2-3)

「依附…我會…恩…像有幾個病人，還是要讓他們感覺到我們的關心，可是我會慢慢把那個問題解決…其實他們通常是有問題才來找你嘛，希望能夠獲得到解答，那我們還是用…讓他自己去調整自己的步伐，然後讓他自己去解決自己的問題。」(C-2-3)

「因為我覺得前面是會有一點辛苦，可是後面…其實他們慢慢之後就會調適，像○○(ID-22)已經結案了，可是結完案，他並沒有完全跟你中斷，他是一直陸陸續續還是會一直回來找你，嘿呀，還是會希望你幫他去解決某些問題。可是慢慢的…還是因為我覺得其實他做唯一個結案的，因為他離開這裡，那後續我很難去追蹤他，所以我就把他結掉，他還是會回來找你，那我都還是用這樣的方式來跟他做一個慢慢把他拉開，然後現在他已經知道自己可以去找某些資源，你不再是他唯一的一個資源。那其實某幾個個案也是這樣子，嘿呀，讓他們去發現其實他有的問題不見得只是找你，這樣相對的負擔就會比較鬆了。」(C-2-4)

(二)與案家工作

1、以個案的改變牽動案家改變

個管員與家庭的工作方法為找出家庭中的關鍵影響人，與能對案主產生影響力之家屬合作。工作後期，個管員轉換其與家庭的工作方法，認為家庭互動為長期性的議題也牽涉到價值觀，改變非短期可蹴，個案必須改變才能連帶影響家人。個管員也會在會談過程中整理個案可利用的資源，開闊案主可利用的資源及認知地圖。

「對對，像…因為我就覺得，其實他的家屬也很重要，先去深入瞭解到說他的一個家庭互動關係，然後找到家中誰對他最重要，誰是他的 key person，誰對他的影響力最大，然後去跟他聯手。他媽媽是他最重要的影響人之一，那其實是他外婆，那…我們就會向他…如果說他有異狀的時候，我們就會直接跟他媽媽聯繫，那我這邊會先 push 一點，然後會再請媽媽加強一些。」(C-1-15)

「而且有一些是要處理家庭互動的問題，因為像 OO(ID33)他的…因為他跟家人互動之間是比較一個…一個價值觀的問題，那些都不是一夕之間就可以去改善的。必須你慢慢跟他講，然後讓他聽的到你講的話對他，的確是對他有幫助的時候，讓他感受到正向的時候，他才會去做改變拉。那家庭互動可能這部分我就覺得更難了，因為有時候是雙向的，要自己先去改變才可以影響對方。」(C-2-3)

「我覺得應該是說彼此之間的一個互動拉，他裡面…我就說阿你那麼急那你爸也不會有所改變阿，阿你只是很難過、很生氣，阿其實你也是很關心他。你只是希望說他活的更好，只是你那些要求你爸做不到阿，那這樣子你爸不高興你也不高興，嘿呀。那慢慢幾次磨合之下，然後他們的那個…就…我覺得就彼此互相改變的。因為他以前會覺得這個照顧是他的責任，那我慢慢的去把他說…其實不單單你，現在哥哥回來了，哥哥跟你一起

住，然後二姑姑，他的二姑姑也會去看他們，對阿，我讓他去把責任分擔掉，因爲過去他都把責任擔在自己身上。我說這些其實不單單是你的責任，嘿呀，那其實有問題你就拋出來，哥哥也在，哥哥是藥師。那姑姑的話，姑姑沒有結婚，阿姑姑也很關心他們。這些不是你一個人擔心就可以改變的，這些人或許他們會有不同的力量來幫忙你阿。」(C-2-11)

2、同理家屬的心情，協助家屬了解個案病理的症狀

「我也同樣安慰媽媽說『沒關係你先不要催他，因爲他的病症本來就會這樣』，我就會去跟媽媽作一些衛教，所以 OO(ID27)後來有跟我說他好像發現媽媽有一點改變，對他比較不會那麼急，雖然現在有時候還是會，就是對他講話還是不大好聽。講話可能還是讓他很刺耳他會覺得不舒服，可是他還是可以知道說媽媽有不一樣。」(H-1-13)

「就是他還沒到時間點來的話我就會聯繫。那聯繫的部分大多都包含他情緒的部分，或是他還沒來的時候，或是太太對他很生氣很著急的時候，我也是會跟她說其實 OO(ID27)好的部分，然後去安慰他太太可能怎麼做怎麼調整，我也會告訴她，有時我們跟他的互動也是會有一點情緒，就是去同理他們的感覺啦，讓他們挫折感比較不會那麼大，或是跟他們建議幾個不一樣的方法，然後去跟他互動這樣子。」(H-1-13)

(三)工作技巧

1、自然情境增進服務關係

「其實像我們，我都會運用他…就是我會利用健走的時候，就問他最近怎麼樣阿，讓他們變成是…我跟他們很少是利用坐下來談，我們是做運動的時候談，就邊走邊聊，然後他也比較不會有那種拘束感，除非今天我們談的問題是比較隱私的，那我們就比較會進來再談，不然我會利用他們做活動的時候，跟他們談。」(C-2-13)

2、開放性的討論

「我比較....會去用討論的。我常常講說我好像在賣東西，推銷他們，這樣好不好或是那樣好不好，大部分像 OO(ID36)或是 OO(ID19)，我都是這樣好了啦，這樣好了啦，可是以前我會是規定就是這樣，不可以。現在我覺得我自己比較有彈性，會跟他們講說『可是這樣不行耶怎麼辦？』，會跟他們講我的難處，會讓他們再去想，那你該怎麼辦。」(F-1-7)

「我會覺得我對自己的改變是剛剛講的對個案態度的一些比較不一樣，我之前真的是比較強勢的。…就像我剛剛講的『不行、不可以，你要怎麼

樣怎麼樣』，我現在就更多的討論，即使以前有討論，還是有一點半強迫半強迫你要這樣子。」(F-2-8)

3、優點個管記錄助於個案工作

「可能以前都會忽略啦，因爲現在你其實偶爾會去整理嘛～其實有整理有影響拉～你說病人記憶力不好，你自己記憶力也很差啊，其實有作一些文書作業之後，你會更清楚的瞭解說，這樣的事是有什麼樣的優點，有什麼是你有機會去開發的部份，你會比較去注意跟思考，以前就是這樣，哦～不錯不錯怎樣，很容易忽略很多東西，有作紀錄之後你就會很清楚啦，然後你就會去想辦法，從裡面一定有東西可以找出來，會比較用心，不然以前都會比較概略的…」(D-2-7)

4、示範：人際互動

「然後之前都會比較有遇到所謂人格問題的病人，像我手邊有另外一個學員，他也之前都會有一些挑剔批評阿，可是我就會順著他、跟他講、肯定他，也是用這樣子的方式去處理，就肯定他說其實別人並沒有這樣子對你批評，你要相信自己有能力去改變，就這樣子跟他講。但是他也是年輕人拉，他 72 年次的 73 年，所以這樣他就比較能夠去接受新的觀念耶，然後又看我的態度，我的態度如果不會對他的批評感覺就像是指責、不行的話，就會…他也就會把那些事情放著淡淡的，就是不會跟別人計較這樣。」(E-2-17)

三、個管員個人層面

對於個案的態度上，則漸漸看到個案更多可能性，從強勢轉為溫和。優勢觀點的影響下使個管員對自己更有自信，人際關係也因此有所改善，甚在家人的相處上也學習運用優勢觀點。

1、 更樂觀自信看待自己，勇於面對挑戰

「可能今天遇到一件很困難很困難的事情，可是你會覺得說，未必不好，也許是個挑戰，所以…我就覺得其實很多事情還是可以把他學好啦！一些文書作業，會比較正面去看待。」(H-1-17)

「從剛開始運用到現在，我覺得對於做任何事情比較有自信的感覺，當然有時候可能會在狀況不好的時候，自己會陷入說『難道這一切都很美好、自己很棒嗎？』可是有時候想想說，其實人就算種種不好但總會有

一好，就會一直告訴自己說其實沒有那麼不好。」(H-2-1)

「因爲我覺得這個優勢觀點有點影響到我，讓我變的比較開朗一點點，然後不會把事情看的糟，就算很糟但是至少不會有那麼糟的感覺。…就是說還是有一個好，沒有這麼糟，就盡量去幽默自己」。(H-2-13)

「可是我在猜如果是以前的我是就是會放棄了，我就不想再試了，我不是試第一次了我覺得我嘗試過很多次了，還是沒有過我就會…蛤，命運就是這樣子，反正這樣子也不錯呀。可是我這幾天我又會想說爲什麼不，我爲什麼不再試試看？這一次也許我就過了呀，類似這樣子。…我最主要會再想說我還要嘗試是因爲我認爲爲什麼我不可以？」(F-2-9)

「我覺得對自己比較大的影響會到我本身的話，可能是也會比較去看自己優點的地方這樣，對，因爲我不是一個太有自信的人，有時候就會 focus 在問題面上、沒表現好的地方，那慢慢用這個其實也試著讓自己可以在過程當中更有自信一點這樣子…。」(J-1-18)

2、對照自己的生命經驗，同理案主

「我覺得在跟學員相處過程中，其實可以對照到自己的一些生命的經驗。就等於是說他們在…比如說 OO(ID7)跟家裡的一些衝突部分，對應在我跟家人的互動關係，可以對照的看，甚至是說其實 OO(ID7)的狀態也許是一個常態，不是個問題。恩，就是以這個角度來看就是比較可以彼此去同理阿…。」(J-2-11)

3、個人內在穩定性增加，成熟面對負面經驗

「我覺得就是有進步，自己有感覺到自己在進步這樣，對，有比較成熟、有比較穩定這樣。」(I-1-13)

「我覺得自己在人…嗯…在原生家庭的那個關係…，比如說就能夠看待曾經經歷的一些…生活中一些不愉快的經驗，或者是…那些就會轉化阿。」(I-1-15)

「更能夠肯定自己阿，然後比較有相信阿，相信生命…，就你有一個觀點然後去相信生命這樣子，然後就是看待自己的挫折，自己過去不好的經驗就會正向的去看待。」(I-1-14)

「然後之前會比較就是…比如說抱怨完或聽完別人抱怨就是好像比較沒

有能量這樣，我覺得現在，我覺得我現在的狀態是我現在可以把我自己的能量 hold 在一個狀態，就是比較不會起伏那麼大，就大概是在一個比較持平的狀態這樣子，因爲以前很容易就是聽到什麼然後就會有點洩氣，或聽到什麼就會覺得特別不錯這樣。現在我覺得我自己能量會在一個穩定的狀態。」(J-2-11)

4、視角更具彈性

「接觸優勢觀點之後的改變…，就是我會比較一直提醒自己我要再更有彈性一點，因爲在社區工作阿，或是優點的工作阿，其實好像真的是不設限的，因爲社區環境當中有很多種可能性不能去忽略，或是學員想做甚麼是不一定如我們想像的他可能就真的會照我們想像的路走，或是他做的決定不一定是如我們想像中的那麼的不好的結果，所以過程當中慢慢的讓自己變的比較有彈性，這是我的期待，希望自己可以變的有彈性一點這樣。」(J-1-5)

「一個存在在這世界上的一個生活方式，就比較不會那麼的固著於可能是某一種方式才會是比較好。就會比較…我覺得會比較覺得說，好像什麼都好這樣，感覺就沒有一定的好壞。我覺得我以前比較會有這種想法，可是現在就會覺得比較堅信…比如說世界上沒有一定的好壞這樣子，的那種感覺。」(J-2-11)

5、以優勢看待家人及朋友

經過優勢觀點的洗禮後，對於個管員在工作以外的場域也有所影響，會以優勢的態度去對待家人及朋友，以不同的視角看見親友的改變，也有個管員認為自己走在雙向復元的道路上，接觸優勢觀點後連帶家庭關係也改善許多。

「我覺得它對我的影響真的很大，因爲它是我就是…就是書上講那個『雙向復元』的概念，我也在走向我自己復元的路，我也開始跟我自己相處，因爲我開始跟我自己相處啊，我就開始愛我自己，我比較容易跟自己相處我比較愛我自己，進而我就可以跟我的家人、我的小孩、我的先生就是比較親近的人更靠近，衝突也變得比較少。」(I-2-7)

「我會覺得如果我在跟家人談的時候我會用更多的…其實你的優點是什麼，其實像我妹他就會跟我談一些，譬如說就業呀，或者要不要繼續考試的事情，那以前我都是條列式的分析給他聽，…我還是會跟他分析啦，但是你的優點是什麼，那我就是講到這樣子，那還是需要你去選擇這樣子，但是我可能會分析他的優點是什麼，就是加入他本身個人那方

面。」(F-2-9)

「我開始在思考說，這些事情如果只是用在工作上很可惜耶，因爲我覺得在我的孩子我還是沒有辦法用優勢…可能你對老公啊對你的小孩啊…我就會看說我的天啊你今天那學校的成績是幾分啊！我覺得那個心裡面夠，你還是會…那個重要關係人的時候，有期待落差就特別大。…親近的人你就會生氣。我就會覺得他們都說我人很 nice，可是我都想說我回家不是這樣耶…。」(G-2-15)

「然後提醒自己，這個也必須要用在身旁，而且還要再努力。我覺得啦…因爲有時候我回家我都氣到快頭痛耶！我就想啊，爲什麼病人更無厘頭，我就不會頭痛，我也不會氣到我覺得快要中風。」(G-2-15)

「我很喜歡老師說的一句話，因爲我相信所以我會看見他的不一樣，我不知道個案的想法會不會因爲他看見他的不一樣，所以他相信他有能力，可是至少第一句話我覺得我有看到，而且不是只有在病人的身上看到，就是在其他的譬如說我自己的家人或者是我的朋友或者是我自己，我覺得我也有一些看見。」(F-2-10)

6、人際狀況穩定、溫和

「有進步，比較成熟，而且對自己比較有自信，我覺得人有自信了阿…就比較能跟自己在一起，就人際就會比較穩定阿，就不會好惡這麼清楚阿。」(I-1-15)

「在工作上，我的同事之間的關係都很正向的支持，而且我們是可以討論的，然後老闆、再來就學員，平常人跟人之間就會變得比較相近就是這樣子，人跟人之間的距離和界線也都會比較清楚，感覺自己比較沒有那麼多比較尖銳的…氣或磁場，語言讓人家受傷啊或者是什麼的，而且在朋友的部分就會變得比較溫暖啦！」(I-2-7)

四、工作態度及信念的改變

(一)態度面

1、更加肯定優勢的價值與信念

「就是在工作上，我覺得是想法整個轉換阿，包含就是像我剛好上個禮拜天，禮拜六去台北上一個也是 recovery 的課，可是其實是兩個是相對應的，我覺得…會覺得自己的做法有一個方向，甚至覺得大家都在做這個，這個方向可以站的更穩，以前在做就會覺得有時候會容易被影響這

樣子，我覺得剛好試著讓 recovery 這個東西，或甚至是優勢觀點這個東西慢慢的讓我有一個自己在做這塊有一個中心的思想或一個價值觀。」(J-1-18)

「其實第一次在講的時候我就覺得這個模式…雖然我用起來很生疏，可是我覺得我對於個案的一些態度跟應對方面比較不一樣，那這一次是我覺得我的他們有一些更成功的地方，讓我覺得很不錯耶，他們真的進步很多的那種感覺。」(F-2-3)

2、優勢內化於心俯拾皆是

初始接觸優勢時，是全新工作方法的嘗試，而今個管員能在工作中自然展現優勢態度，以優勢的模式進行個案處遇，將優勢的概念及個案管理方法內化於日常的工作之中。

「我覺得悸動好像沒有那麼明顯，剛開始在做的時候心裡的悸動就會比較明顯…現在可能因爲…應該是說比較習慣這樣的模式了。」(C-2-1)

「就是說我們一般在做問題的…就是說病人他跟你的關係已經有建立了，所以他在提出你的問題的討論上，那我們在應對的模式上，就會盡量較…就是說盡量用優勢的模式下去做思考，然後回應這樣子。因爲剛開始我們做優勢的時候，對於就是那種感受會很明顯，可是現在慢慢習慣了，就會覺得喔就會很像…就感覺很一般的對待，可是我們就是用這樣的模式跟他們互動。」(C-2-1)

3、體認「以案主為中心」

優點個管使自己體認到服務應回歸「以案主為中心」的思維，與個案彼此相互學習，從工作經驗的累積中更加穩固個人正向的工作信念與價值。

「接觸到之後會慢慢的感覺到真的是要回歸到他們本身，因爲以前其實我們主任都在講，可是有時候感受跟體驗好像沒這麼深，那其實在團督的過程當中慢慢的會真的覺得要回歸到學員本身他的想望，而不是…，因爲我覺得在過程當中學習到最多的是想望要從學員出來才是真正的，嘿阿，不是從我們寫出他主要的問題阿、要做甚麼的這種感覺。」 (J-1-4)

「然後甚至在跟學員合作的過程當中其實會發現彼此是互相學習的，其實很多生活的經驗…，有人結過婚我也沒結過婚阿，我沒辦法教他們怎麼跟老公相處阿，所以其實那些東西是互相討論互相分享的，對阿，就這樣子。」(J-1-18)

4、尊重案主自主性，落實以案主為指導者

「應該是把我們的目光改變，把我們所謂重要的東西看成他們所謂重要的東西，不是用我們的目光去看。像我那個 OO(ID-56)，他就是喜歡九乘九，他就是喜歡文具，喜歡自己可以決定去買一些東西…我們大概就是在聊這些事情，他都說「老師我很抱歉我每次都跟你講這些事情而已」，我就說「這就是生活上你很在意的事情，我們不談這個要談什麼？」(G-1-21)

「以前病人常常會把問題拋給你要你做決定，我們比較小的時候可能就會跟他說，對啊你應該要怎樣怎樣…可是現在我就盡量還是把問題回歸到他本身，不是旁邊的人認爲你應該做什麼，而是這個東西是你想要的時候，你就應該再爲自己多做一些什麼。」(G-2-14)

5、相信個案成長與改變的能力

「我覺得那個第二點喔，就是看他的優點而不是問題。老師常常提到說，我們不是不在乎他疾病的問題嘛，疾病還是一個存在的事實，可是另外我們還要再看到他的優點。我以前在病房比較，這個部分比較少，那在慢性病房，就慢慢開始就有體會到這一點，之後又來到日間，那又接觸到優勢觀點，我覺得會看待我們病人會用比較不一樣的角度，會看到更多他的優點，在他做得很棒的時候就會給他非常非常多的鼓勵這樣子。以前也會，但似乎沒有現在作得那麼多。(F-1-3)

「你相信你自己可以，譬如說我相信我有一天可以中樂透，你就是相信有這樣一個信念，也許有一天真的會有一些什麼樣東西真的讓你中樂透。用在優勢觀點，我覺得是說，因爲**你相信病人他可以去做到某一些事情**，或是相信他可以改變，你就會努力去朝著這個方向去走，有意無意的你就會一直往這個目標走的時候，很多東西都會來幫你。我覺得啦，你相信他可以改變，你就會無意地去促成他，也就讓他自己去改變。」(F-1-17)

「第一個我是覺得第一個給我的自己的改變也比較大，因爲我後來會覺得說他們其實學習的能力也許是使用的方式不對，去教他們使用，就是我教的人的教法可能不對，或者是他們還沒有到那個階段，而我硬是要逼著他們去成長，我可能就是比較會去等待，或者是用其他的方式再去嘗試。」(F-2-4)

「我覺得我自己在對待病人的方面，我就會認爲很多東西他們其實都可以

學會，那也許步調要慢一點，類似這樣子。但是我想我回病房，我自己想像如果我回病房的話，我會態度會不一樣，所以優勢有在改變我自己。」(F-2-6)

「我自己是這樣子覺得啦，就是我病人他一定會學會某一個東西，可能只是我的教學方法還沒有是適合他的…他還是能學習的，只是我的目標先不要放那麼高，當然如果他學習了，他也去努力了還沒有辦法達到的話，如果我們嘗試其他方法還是沒有辦法的話那或許我就得再緩一緩、再等他，我現在的想法是這樣子，但是他還是有學習能力的，我都會認爲說我不要先放棄他。」(F-2-9)

「我最近有一個想法就是我現在種下的每顆種子他們不一定都是一樣的，有的種子發芽的很快有的種子發芽的很慢，可是有一天他一定會發芽，我最近給自己的比喻是這樣，他有一天一定會發芽的只是我必須等他。」(F-2-10)

6、 對個案態度由強勢轉換為溫和且堅定

「就是說你會很…很…很兇的很堅定這樣子，現在就慢慢的走到溫柔的堅定。以前是拿他們那個習慣沒辦法，我們一直想要給他新的東西，扭轉他以前那些不好的習慣，以前就會比較沒有技巧，或者是沒有辦法看清一些人性的東西，所以就會很暴力，就是你一定要這樣一定要這樣。現在就會比較緩和一點，而且那個態度…還要求一樣的東西但態度已經改變了，就是比較溫柔的堅定這樣子，不到溫柔啦，我想是比較緩和的堅定啦。」(I-2-7)

「因爲他的關係很難建立，那如果說我們用比較強硬、強制的方式去主導他的醫療的話，他其實會退得更多。因爲這個事情我就思考了很多，然後要怎麼樣用一些方式可以設法去…其實我們還是想要改變他的用藥習慣啦，可是不會很直接，因爲我怕我太直接了，只要他講說他減藥，我們就會把他叫過來啊，說怎樣怎樣，然後又要干預他的藥物，我覺得這樣會得到反效果，所以我就開始試著，從別人那邊得到一些訊息，我也試過一些比較不那麼直接的方式去問他，還不錯他還願意告訴我『我的確是有減藥』…我覺得他對醫療人員還是有些戒心，因爲我們會主宰他的一些醫療權。然後他是跟社工說其實他減藥了，然後他也感覺到有一些不一樣，但這部份他也沒告訴我，我就想說好吧，那就再耐點性子，給他一點時間…。」(G-2-2)

7、學會等待個案

執行初期，個管員受到過去問題解決取向的工作方法，故急於立即看見案主的改變成效，因此當案主處於改變的停滯期，案主無法前進的情形會造成個管員的挫折感。透過團督及對於優勢工作方法逐漸的熟悉，在工作後期個管員學會「等待」個案的改變，挫折感也降低許多。

「因為我發現他是一個很敏感的人，所以我要盡量去等待他，我也會去跟他說我為他所做的。」(H-1-8)

「只是說那個成長比較緩慢這個樣子，也不能急阿。剛開始蠻急的…也不會用方法，就只知道想要怎麼樣怎麼樣…可是卻忽略到他們的病理狀況，就覺得自己怎麼會這樣，都在精神科這麼久了！都沒有好好去了解，只想要他們可以做什麼做什麼…。」(H-2-10)

「對調適心理的感受還有適應…然後一直強調的…其實老師他們之前來一直強調『等待一個病人的一個回應』。其實我覺得這句話很重要。因為在臨床上我們都會急，尤其是我們過去的模式就是遇到問題就是去解決他、遇到問題就是去解決他，可是這樣的狀況被拿到優勢裡面來講的話，會變成…會讓我們很急躁。就是病人的改變不可能就是說立即馬上就會有成效。」(C-2-2)

「其實我覺得就一些…我們手上那些 case 阿，有時候他們會有一些瓶頸期，就覺得給他很多的鼓勵，可是好像就沒有辦法讓他去有更多的一個突破。嘿呀，至少現在就比較能夠接受用等待的方式拉，比較不會急於說要力求馬上看到他的改變或什麼。然後在等待他的時機裡面，再去跟他商討可行的方法。」(C-2-2)

「在個案上面所學習到的。因為有時候我們會急於說幫忙他們，想要立即看到成效，以前…剛開始的時候，然後現在其實久了，我也給他不斷鼓勵，可是還是卡在那個瓶頸，那那一段時間自己會覺得有挫折感。然後現在這樣子慢慢的…整個時間慢慢的長期下來之後，我發現其實這樣的挫折感會減輕。」(C-2-2)

「恩…剛開始做的時候會比較急，因為比較緊張會想要趕快…會希望趕快看到一些成果，會催促我們個案趕快，或是有時候直接幫他設定一些目標，因為有時候學員沒有辦法很明確告訴我們他想要怎麼做。然後我們可能就會提供很多意見阿，就好好聽老師的，後來就會發現在過程中會有一些挫折，就會覺得說耶好像不是學員真正想要的，好像是我們想要的，所以就得不到我們想要看到的結果的時候，就會覺得比較挫折。後

來就轉個角度看，耶其實應該要看個案的目標怎樣，然後我們就慢慢去引導他們，因爲其實我覺得也有慢慢在修正拉，因爲其實一開始我個性會比較急嘛，其實後來就有在慢慢修正，慢慢學會等待了，讓他們自己發覺他們想要做什麼，給他們一些時間。」(A-2-1)

「那如果他真的不行、真的談不下去，我就說好那不然今天就談到這邊，你先回去想一下，下個禮拜再談，你要怎麼設定你的目標，你的目標要在哪裡，這個階段我可能會緩一緩，然後請他回去想一想，然後下個禮拜在談。」(A-2-15)

8、心境改變，更多的放鬆及耐心

「對我的影響…其實就從裡面學會放鬆這一點我就覺得差很多，我就不會去對有一些東西去做期待，不是說不會去做期待，是說不會給他一些期限阿等等，會比較有耐心去看。」(C-2-16)

「恩，我覺得鬆掉之後就沒有那麼的…那麼的一些壓力那麼大，壓力大的時候你就會期待東西趕快出來，或者是有時候這個壓力也會反應在病人身上阿。」(C-2-16)

「因爲其實我們會急著跟他們談，可是他們談不見得能夠去跟他們談到內在的東西，反而是說我等他，讓他有…讓他自己去做一些整理的時候，因爲如果我們常問的話，他們反而會沒什麼沒什麼，你反而會問不到真的有什麼。」(C-2-16)

「像我之前我還蠻排斥 OO(ID27)的。因爲 OO(ID27)他很低自尊，他會凡事都往身上攬，就覺得自己什麼都不好，現在也會，我之前開始會對他有情緒，但我現在在面對他的時候，情緒有減少很多，我會覺得說就是因爲疾病的關係，這也不是他願意的，其實他也很希望他自己有什麼進步，他也很期待他去工作，那我應該是用一個給他希望的角色，讓他有好的感覺出現啦。所以我現在排斥的感覺就比較沒有。」(H-1-3)

「行爲的話可能就是…可能一項…一項提醒了快四次了，我的語氣會上升，比較不耐煩，我會一直告訴自己不可以這樣，因爲其實他們也應該是很想學好的，那我應該要用不同的方式去教他，我開始會這樣告訴自己，當然以前也會，可是不會那麼的把它抓在心裡，當然沒有把它抓在心裡的時候就越來越火，然後就對病人口氣很差，也不是這樣，可能重點在於說，我是可以把他訓練好的。」(H-1-15)

「我會覺得自己需要改進的是比較沒有耐心、跟別人交代一些事就希望他能懂，大概交代第三遍之後口氣就會變的不耐煩，不管是對病人或是家人或是朋友都會有這種情形。但對病人，我可能還要再忍耐一點。所以我就很希望說藉著這個優勢觀點，然後來磨練自己說其實每個人都有他很好的一面，那我就是要試著去改變我自己。我覺得這是在提醒我的態度面。」(H-2-2)

「學會等待。」(D-2-8)

「有～「放慢腳步」等他～因爲其實他們的起步，就像我們電腦開機一樣，需要一段時間，絕對不是你現在下一個指令他就完成，如果是這樣他就不需要你了。有的人開機可能因爲是老機器嘛～可能五分鐘，有的三分鐘就好，變成你要等他。不然可能你以前個性很急，今天下指令明天就要驗收成果，可能沒有辦法，你會很失望，甚至會生氣。」(D-2-8)

9、調整目標後重新看見個案的進展

「所以我就會把我的目標從很高，然後現在變成很低很低很低這樣子。再加上宋老師和徐醫師的提醒，一點點希望也是希望，一點點進步也是進步，所以有的時候就算很挫折，可是就想到說，仔細再去想一下，病人可能他今天排錯藥了，可是他知道這個藥叫什麼名字，可能就是進步，就比較不會那麼的失落這樣。」(H-1-2)

「其實我對他要求很高，會期待他去上課或什麼之類的，可是當上了優勢觀點之後，我發現說，我就算再要求他這個，他再不喜歡，就算他沒符合到我的要求，我也只是生氣而已啊，並沒有辦法幫到他什麼。對他而言，他可能很痛苦，對我而言，我生氣我也很痛苦。…至少他每天願意來日間病房，我覺得這也是一種進步，在加上我覺得他最近遇到了OO(ID54)，他跟 OO(ID54)互動還不錯，所以我覺得他有心也是會想去找朋友，跟他這樣交流還不錯這樣子。」(H-1-5)

「像 OO(ID20)的話，他其實有說不知道今年還明年他想要繼續去讀二技，雖然我知道他執行面會落很多，可是我覺得他有這個想法就很好了，因爲有的時候他至連一個好的想法他都不會有，所以我把他的期待降到，至少他有一個想法了我就很高興。」(H-1-17)

「OO(ID26)她其實在反應上沒有那麼好，智能相對的也沒有那麼好，所以

我對他的要求就是只要她好好的來上課、配合治療、偶而幫忙媽媽做一些家務，我覺得這樣對他就夠了。之前的狀況是，我會要求他做一些事，但我發現這樣的結果讓她感到壓力大，會有一段時間她會對媽媽發脾氣，也會跟我說他不想來上課，有請假過一個禮拜。」(H-2-3)

10、專業知能促進個管員自我賦能

知能的增進帶來個管員在專業上的自我肯定，盡力投入優勢個案管理，期許未來組織能看見成效。

「我們自己覺得我們就有那種優越感跟優勢感，因爲我們受了這樣子的一個訓練是一樣是在這個 team 裡面，可是你們是沒有的，我覺得這個就是我們的優勢了跟優越，哈哈，所以我覺得一直很引以爲榮呀，引以爲榮我們有這樣子的機會接受 training，那當然我要講的就是說雖然組織的部分不是那麼的了解，但是我們去做我們能做的，我們就是盡我們現在能做的我們就去做。」(B-2-18)

11、透過反思增加工作彈性

過去個管員會急著將自己的想法灌輸於案主身上，但經過他人的提醒與反應後，轉換自己較為急躁的心態，在第二次訪談的時候發現個管員會主動對自己與案主的相處關係反思，並改變自己的態度。

「嗯對，有時候我覺得我們常常會以自己的想法灌輸在他們的身上，好像就變得是我們推著他們走，因爲我的個性滿急的，有時候會這樣子。可能需要再去轉變……可能會看狀況吧。有時候跟案主在相處上，其實好像不是他想要的，我現在會轉換一些。可能有人提醒我，我就會轉換，就不會像之前那麼急。」(A-1-6)

「恩，怎麼轉的唷，有時候我會回去，有時候上班會覺得…因爲有時候會不太一樣，會覺得今天好像很不順阿，有時候會覺得今天自己的情緒帶的比較多的時候，回去就會反思說我今天會不會對學員太兇了，講話好像比較不好這樣子，有時候比較嚴厲了，阿我回去就會想一想，然後我要用什麼方式去跟他講會比較好。所以我覺得我自己可能會去省思自己今天的行爲我覺得會比較多一點，那其實有時候回去想一想，就會用另外的一個方式跟他應對的時候，我就會恩…效果比你氣沖沖的跟他講來的好。」(A-2-12)

12、學會轉變視角、調適負面情緒

個管員 E 學會同理並站在個案的角度去思考，並且改以更寬廣的視角看待個

案。在工作上個管員回溯過去餘憂鬱症病房服務的經驗，認為現在的自己更有能量去處理個案的負面情緒，心情上能有所調適。

「個人的部分喔…我還是覺得說彈性捏，彈性…然後…然後給自己很多的 idea 要去出來、要去想這樣子。刺激自己也去思考而不是一直要他們怎麼樣。然後會比較站在病人的角度去看，比較…可能以前過去上班就覺得病人穩定就好了，現在並不是，現在會幫他們想說他們的生活他們應該怎麼樣過，然後幫他們去…再去多想一想一些環境，因爲雖然只有四個…我手邊只有四個做優勢，可是我其他學員也有在做一些優勢的…就是會談過程中會用一些優勢的技巧。這樣子反而…連對於說…像我過去以前在樓下的病房，憂鬱症的病房的時候，病人都會很多的抱怨跟不甘心，我可能聽完就有可能會有情緒，可是我現在不會，現在覺得聽完…他們的人生他們要這樣子過，那沒關係阿，我們能夠引一條路，但是他走不走這條路沒關係阿，他就自己去選擇。」(E-2-17)

四、案主的改變

1、與家人的互動關係放鬆

案主透過與個管員的討論瞭解父親的健康並不是案主一個人的責任，並調整了自己對於父親健康要求的態度，能較為樂觀看待父親的疾病。

「因爲他以前會覺得這個照顧是他的責任，那我慢慢的去把他說…其實不單單你，現在哥哥回來了，哥哥跟你一起住，然後二姑姑，他的二姑姑也會去看他們，對阿，我讓他去把責任分擔掉，因爲過去他都把責任擔在自己身上。我說這些其實不單單是你的責任，嘿呀，那其實有問題你就拋出來，哥哥也在，哥哥是藥師。那姑姑的話，姑姑沒有結婚，阿姑姑也很關心他們。這些不是你一個人擔心就可以改變的，這些人或許他們會有不同的力量來幫忙你阿。」(C-2-11)

「對還是一樣，他爸爸是糖尿病，是慢性的糖尿病的一個狀況。但是他以前都…比如說他爸的飲食，他以前只要他爸多喝他就會很生氣，然後跟他氣了好幾天，然後…現在呢，昨天他跟我講說我煮的炒飯很好吃喔，我爸都把它吃光這樣子。他就跟你說這樣的分享，可是他後面還會加，可是他這樣喔他都沒有節制很擔心他糖尿病的一個狀況，可是他是面帶微笑的講，因爲一方面如果是以前他爸如果吃很多他就會生氣，可是他在裡面感受到爸爸對他的一個肯定，然後再來是他也知道說其實…應該說他也知道他爸爸疾病的部分，然後至少他不會看的那麼緊。」(C-2-10)

五、工作執行面

1、**優勢觀點提供服務上具體的方向與處遇策略**

「我覺得另外一個部分是在於說就是比如說用優點互動之後，怎麼樣更有策略的讓他更提升或者是朝著他的想望的部分前進，就是在策略的部分我覺得現在會…比較會先想說一些策略來這樣子。」(J-2-11)

「我覺得我們比較可以看的到真正自己在做什麼耶，就是可以比較…恩…我們可能有渡過一段摸不著的感覺，現在感覺好像有看到一些東西，就是可以比較有方向…就是感覺有形成一些方向感覺。」(J-2-14)

2、**工作瓶頸隨執行期程改變**

過去的工作瓶頸為難以激發案主的改變意願及動機，隨著優勢期程的進行，迄今個管員認為機構外的環境(如：職場)是未知的，也無法陪伴案主進行瞭解，對於社區環境的不確定性反倒成為個管員後期的工作困境。

「我不曉得，我覺得我會很擔心我沒有辦法去做這一部分，因爲職場上會面臨到一些不同的事情，而且說實在我們沒有去看過那個環境，我也不可能跟個案講說或許是你哪一部份的問題阿，那我們去做怎麼樣的修正。那因爲他爸爸我們很熟悉的，他爸爸我們就是長期有再聯繫，甚至他之前住院的時候他爸爸幾乎都在這裡陪伴他，所以我們對他爸爸的認識是還滿足夠的，會知道他爸爸的反應。對，那我覺得在做那一部分還比較容易一些。可是職業的部分我覺得就比較難控制，有一些外在因素的影響，比方說找工作，不單只是找工作，他也有嘗試去找過其他的行業找其他工作，在找工作的當中，他的…他的條件拉，他就給他自己有一些限制。」(C-2-13)

3、**長庚運用優勢於機構人力管理**

個管員 B 以龍舟隊掌舵手引領團隊的角色形容自身與其他護理人員之間的管理關係，其表示能精確運用優勢去看待其他護理人員並掌握團隊的整體運作，使團隊能駛於正軌。以高於全國錄取率的專業文章通過率代表專業對於優點模式成效的認可，也是成效證明之一。

「我現在有說我一樣用在我的 menber 身上，我也是跟他說我是助他們呀，像划船呀，我就說我是那一條龍船的打鼓呀那個掌舵呀，那其實做是他們做呀，我只是在後面歪了唷軌道正回到軌道上唷，我覺得其實這就是一個分層啦，我們的學妹們去做我們學員呀，一樣我用這一套去這個…他們也不會知道，其實我都會跟他們分享，我就是用這樣子去做，因爲我看到的就是他們的優勢嘛，所以你看爲什麼四篇中了三篇。」(B-2-6)

「真的，那我們是高於全國…全國的通過率才 39 點多(%)，我們日間病房的通過率就 75(%)耶，對，那你說是什麼力量，我覺得大家已經被淨化了嘛，所以你說會沒有影響嗎？No! 影響很大，包括我們在看一件事情的時候，我們就會用這樣子的理念跟想法就直接 put 出來。」(B-2-3)

4、<u>分享優勢觀點給其他機構的工作者</u>

「工作方法我覺得影響比較大，甚至覺得用了這個不錯之後，有時候<u>因爲我跟以前的同事都還有在聯絡，我都會找他們，有時候跟他們分享這個方法不錯，其實有的同事也會想用用看</u>，他們後來也有買，想用那本書來做做看。」(J-1-18)

「像有時候跟以前的同事在聊，有一個特別好的同事在聊，打電話聊到這些東西阿，互相討論過程當中，我覺得那些觀念甚麼的其實還是會帶給對方，對阿，就是那種感覺還不錯。好的東西互相分享。」(J-1-21)

表 4.2.8 個管員改變

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
個管員改變	案主互動關係 A	接受個案過程中的依賴 A-1	有/無
		專業友誼關係 A-2	有/無
	工作方法 B	與個案的依賴共處：鼓勵案主自我照顧 B-1	有/無
		以個案的改變牽動案家改變 B-2	有/無
		同理家屬的心情，協助家屬了解個案病理的症狀 B-3	有/無
		自然情境增進服務關係 B-4	有/無
		開放性的討論 B-5	有/無
		優點個管記錄助於個案工作 B-6	有/無
		示範：人際互動 B-7	有/無
	個人層面 C	更樂觀自信看待自己，勇	有/無

		於面對挑戰 C-1	
		對照自己的生命經驗，同理案主 C-2	有/無
		個人內在穩定性增加，成熟面對負面經驗 C-3	有/無
		視角更具彈性 C-4	有/無
		人際處理狀況穩定、溫和 C-5	有/無
	工作態度及信念 D	更加肯定優勢的價值與信念 D-1	有/無
		優勢內化於心俯拾皆是 D-2	有/無
		體認「以案主為中心」D-3	有/無
		尊重案主自主性，落實以案主為指導者 D-4	有/無
		相信個案成長與改變的能力 D-5	有/無
		對個案態度由強勢轉換為溫和且堅定 D-6	有/無
		學會等待個案 D-7	有/無
		心境改變，更多的放鬆及耐心 D-8	有/無
		調整目標後重新看見個案的進展 D-9	有/無
			有/無
		專業知能促進個管員自我賦能 D-10	有/無
		透過反思增加工作彈性 D-11	有/無
		學會轉變視角、調適負面情緒 D-12	有/無
	案主改變 E	與家人的互動關係放鬆 E-1	有/無
	工作執行面 F	優勢觀點提供服務上具體的方向與處遇策略 F-1	有/無
		工作瓶頸隨執行期程改變 F-2	有/無
		長庚運用優勢於機構人力管理 F-3	有/無

		分享優勢觀點給其他機構的工作者 F-4	有/無

機構組織

在機構組織面，因應瓶頸及困境的方法我們就兩大方向：(1)機構可獲得的支持;(2)組織執行優點個管後所產生的影響來深入探討。

一、因應工作瓶頸的方式

在衝突情境下，個管員會以離開現場來因應，也會尋求主管與同儕的支持，在同儕間的包容與支援下，讓個管員能適時的放鬆、休假，藉以重新獲得服務能量。

(一)因應方式

1、暫離工作崗位

「對啊！休假啊！得到很大的支持啊,就是我的同事我的老闆都願意讓我…我們就是沒有能量的時候就趕快休假了啦！趕快想個辦法就是放鬆這樣子，我也會跟主任討論啊，我不想做的事情，就是我沒有能量的時候有些事情我是真的不想作，那不想作他就不會勉強我去作這樣。」(I-2-9)

2、將問題靜置

「有時候我會發現覺得他是問題的時候會一直放在那裡，可是有時候放掉之後回頭來看會覺得「其實也還好」，好像事情就是這樣，就這樣自然的就解決了,或是學員他們自己就會產生一些 balance 的方法。」(J-1-19)

「大部分的時候遇到瓶頸的時候有時候會問同事,不然有時候會跟以前的同事討論，或是跟主任討論一下，或者有時候乾脆會讓自己先放空一下下，對，有時候乾脆會先放著不會馬上去…如果他沒有很緊急的話啦，就是先放著這樣，大部分的時候，如果遇到瓶頸的話我會選擇先暫停一下，有時候會暫停一下再想想辦法這樣子。時候很怕太專注在這個地方，就是反而會受限或是怎麼樣這樣子，所以有時候會先放著這樣子。」(J-1-19)

表 4.2.9 因應瓶頸的方式

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　向
因應方式	因應方式 A	暫離工作崗位 A-1	有/無
		靜置問題再處理 A-2	有/無

二、實施優點個管後對於組織的影響

優點個管的實施對於機構在整體信念、工作團隊、行政運作及服務管理四個層面上造成不同內容的影響，以下簡要說明：

(一)整體信念

在團隊整體信念上，優勢觀點的介入使得個管員有一致的努力目標，同儕間也減少對於個案的批判，優勢理念已成功逐漸內化於心。

1、減少聚焦於個案的缺失與不足

「…每個禮拜我們都會開會議，開會，在公司內部的開會，然後會討論個案這樣子，就是以前其實會滿常聽到一些對個案的一些問題的討論，或者是一些批評這樣子，那我覺得實施之後感覺像現在比較少這個部分了，就是比較不會一直 focus 在他的問題，或者是他不好的部分，對，我覺得那個部份感覺起來比較少這樣。」(J-1-20)

「其實大家…因爲每個同事阿，都是用這個東西對我們自己的個案在做，我覺得那個東西可能會慢慢的會內化這樣子，對阿，就比較有這種感覺啦…。」(J-1-20)

「或許是對我們自己日間影響比較大吧。因爲在其他單位也沒有進來這個優勢觀點，他們上完課可能就是聽過這個觀點而已，沒有實際去操作，我不知道實際影響大不大，那至少我們這個團隊，我會覺得就是對病人的態度真的是有一些改變，只是改變的多寡我還是不太清楚啦，我在想那個對待我們病人的態度，或多或少都有一些改變。就是看到的面會不一樣，也許他以前做同樣的事情，以前會覺得說他不可以這樣子，現在會覺得說他會做這件事情耶！所以他可以怎樣怎樣，所以觀念會不一樣。」(F-1-14)

2、優勢提供組織一致的工作方向

「我覺得就是會…就是會慢慢的比較多就是跟同事的討論，有比較多。因爲以前就會比較不知道跟人家去討論，就是自己做或者是跟同事不知道怎麼去討論。阿現在我們自己的…大家的目標都很一致阿，就是大家的…就是我也比較敢提出來跟同事討論阿，然後我們就會討論出一些可以…我們作法上可以修正，就一樣是優勢觀點來講還是有很多的操作方式，就是我們會有比較多。我覺得我自己感覺到我們的討論有越來越多這樣子，加上我們可能同事之間也越來越熟悉這樣。…」(J-2-10)

「我們彼此不錯的部分就互相給回饋，或者是我們現在也比較多是互相去激勵這樣，我覺得這種感覺就是對工作上還滿不錯的…。」(J-2-12)

「我覺得同事之間的討論就是會越來越…我覺得有越來越多，甚至是越來越有策略。不然的話以前來講會有比較多的抱怨，不管是對學員或者是對什麼會有比較多的抱怨，現在其實比較可以有…抱怨完還有一些策略在，或者是說看到其實他哪些部分還不錯。」(J-2-13)

(二)工作團隊

執行優點個管後，個管員感受到工作團隊的氣氛融洽，彼此間會相互分享討論且相互合作來鼓勵個案，此外，不僅以優勢眼光看待個案，個管員也將優勢觀點運用於同儕及機構其他個案上，工作團隊成員們對於個案與同事的態度也更加包容及正向。

1、團隊氣氛融洽

「我是比較跟大家相處得很愉快，有什麼開心的事情我會跟大家分享，所以改變有沒有這麼大我是覺得還好，或許在對待個案方面的改變，或多或少應該會有，那我們很常作的就是，我啦！我很常做這種事情，譬如說 OO(ID19)好了，他今天表現什麼東西很好，我就會當著大家的面說『各位同事！我們今天 OOO(ID19)做了什麼事情，非常的好，大家給他鼓勵鼓勵！』就是這樣子。…就當著面給他鼓勵給他掌聲。可是我以前，我剛來的時候我比較不會這樣做，因爲我還不熟悉，那這會不會跟優勢觀點有關係呢？我也不知道耶～可是我的同事就很配合我。」(F-1-9)

2、團結力量大

「然後整個團隊我就會跟他們說這件事情，他們就說好阿如果他那天有穿來，我們不要感覺很訝異的感覺，覺得說太誇張了太…這樣子，然後我覺得整個團隊，大家都很 OK 都很配合，大家就是讚美一下就好了。」(E-2-18)

「然後像 XX 學姐，OO(ID56)…OO(ID56)一些畫作來，然後我們就是跟她點，給她肯定，這樣子可以去教別人阿，給她一些肯定，一起給她這樣的肯定我覺得是好的事情。因爲我們如果只有一個人講，就會覺得說阿因爲你是我的老師所以…可是我們大家一起幫她肯定就會有不一樣的方向。」(E-2-19)

「我覺得喔，現在這樣一年多，我覺得用一個團隊作優勢的工作真的很好！我覺得有時候大家遇到一些困難的時候都會拋出來，去做一些彼此的討論，我覺得就是用 team 來做是很好的，不要說個人在做而已，所以我們有一個模式可以依循，然後一群人一起工作，這樣子很好…。」

(G-2-5)

「正向的啊！而且我看到團體啦，團體一起在運作的時候更加分啦，有時候也會互相激勵啦！**雖然知道可以等待，可是當大家都跟你說沒關係你可以等，好像是給你吃定心丸。**就是當你自己在那邊急的時候，別人就跟你說不要急啊！那又不是你的人生，你要等她啊…我覺得對於那個人而言他也是吃了一帖定心丸啦！而不是你在那邊自我安慰說你應該要等她，然後旁邊的人都勸你可以等她的時候你才會安心一點，才會踏實。就是變成你的同事也可以給你一些力量啦！」(G-2-16)

3、以優勢與同儕相處，更加包容及彈性

「有，其實我覺得學姐他們也會看到你好的部分，然後去鼓勵你，其實他們也會用一樣引導你怎麼做會比較好，那其實很多事情不全然是缺點，也有優點。像瓊華學姐，她在病房肩負很多事情，可是她就會跟你分享，這也完全未必都不好，雖然阿長分配你這樣雖然很苦很苦，可是你做了你可能也同樣多學習了，然後加上你先學會了，別人還沒學會，可能現在很辛苦，可是你學會你就會覺得很開心。」(H-1-17)

「我覺得對人盡量站在優勢，看他的好處，然後多看他的優點，勢必你在跟人的…就是互動上面會比較正向啊，正向就比較容易就是溝通啦，因爲我們都很久了，比方說意婷，淑君也來半年多了，也經過磨合期了。就還好捏，我們的互動都很正向，也不是那種虛僞或表面的和善，我們是真的…革命情感吧我想，爲呈泰、爲這群人努力這樣子。」(I-2-10)

「對，有影響，就是那個彈性會大一點、接受別人跟你不一樣的那種包容會更大一點。」(G-1-3)

「更好，我覺得。因爲我覺得我的感覺就是比較強硬的人就會說『好啦！要優勢啦！』就是要等他，我覺得就是沒有，不能說是敵對，那個絕對差異就沒有這麼大，就比較能夠包容對方跟你有點不一樣這樣子。」(G-1-19)

「以前那個強跟溫和其實差異很大，我不喜歡你們這樣去批評病人，我很不喜歡，我們私底下會有一些交流啦，可是我覺得很可惜是我們還是沒有把這個聲音帶給他們，可是我覺得透過這樣的合作後，真的有比較作一些傳達跟溝通。」(G-1-20)

「或許有優勢之後呀，大家的對於個案的一些態度也比較不一樣之後做起

事來也比較不一樣，我自己是這麼想啦，因爲如果是在病房有的人沒有接觸到優勢，可能會因爲一些既有的做事的模式或者是病房的規定，或是病人他比較僵化…。他們對我也是這樣，包容度很大呀，然後會跟你討論你的個案是不是需要怎麼樣呀，那可能我對個案做的一些措施，他們也都可以討論也可以接受這樣子。」(F-2-10)

（三）行政運作面的改變：

對於長庚醫院的個管員來說，在組織機構層面感受最深之一為機構內部已漸能接受護理人員外展與家訪，過去組織內的行政中心無法理解優點個管模式強調接觸社區的作法，現在逐漸能理解個管員外展或家訪的工作安排，也提供更多資源上的協助。此外，優勢觀點目前已被納入組織內部的正式訓練課程中，希望讓組織中更多的單位了解優點個管的運用內涵及概念。

1、機構愈加瞭解並接受優點個管

「因爲外展其實這邊可以展一些啦。因爲我們今年去家訪好像是八件，醫師和護理長都很推這個，我們跟醫院有簽呈，他有同意我們可以去訪視我們的個案，所以我們也有推居家訪視的措施…我們已經把護理部這些長官弄得好像就是精神科出去好像是很自然的一件事情。」(G-1-24)

「然後『外展是最佳的處遇方式』喔～我們現在就是走出去醫院…我們的例子跟過去比較起來，今年是多很多啦！可是依整體面來看的話，我覺得還是不夠多啦，可能你有很多的病房業務，我們還是以病人照護爲主，那如果每一個個案都要去做外展的話，像這一年來看，時間是不太夠的…。」(G-2-5)

「可是就外展或社區這個部分，行政中心似乎有比較多的改變，我是聽我們護理長講的啦，因爲大部分簽呈都是他在送嘛，他就說他就覺得督導似乎比較習慣我們會帶病人外出了，去接觸社區，以前都會問說爲什麼你們要去接觸社區？可是他現在就是直接簽名了，他現在就比較瞭解說我們這塊到底在做什麼。我猜應該是有一些改變。」(F-1-15)

2、機構給予更多資源

「我們可以用很多慶祝啊，比方說上次我們一起舉辦的那個慶祝的會，我們可以有那個錢可以慶祝，我們可以有像上次那樣的慶祝活動，就可以比較熱鬧啊。」(I-2-10)

3、推廣於組織其他單位

「我就把這個優勢的部分一直納在我們的專訓計畫，直到明年的專訓計畫，即使我們還是一直在紮根，這是第一個。因爲那個社區資源嘛，我今年也把它擺了進去，社區資源，我就是要讓我們的精神衛生護理人員去認識這個部分，去認識這個部分，因爲我這邊的視野跟能見度是真的比較封閉的，我要慢慢把我們所學的，我只能用我的力量植入到可能其他單位的護理同仁們只能用這樣的一個方式啦，大概是這樣。」(B-2-6)

「它已經被列入我們N 3的專科性教育的課程裡面了，像明年度的專科性教育訓練裡面，就排了一個優勢觀點的課程。」(G-2-17)

(四)服務管理面

在優勢觀點運作及潛移默化下，長庚醫院在個案的運用及服務內容上都有改變。除了轉介開案的標準有更多彈性，個管員也擴大優點的運用對象，運用於日間病房所有的學員；在服務內容上也有所轉變，以協助學員管理金錢為例，目前調整為適度將案主能力可及的事情交由案主自主完成、學習自我管理。並因應組織成員對於社區資源及其他資源網絡的不熟悉，進行資源地圖的繪製，增進個管員運用資源的技巧

1、運用擴及全體個案

「我們大部分都是用這個在每個學員身上，不管有沒有加入這個研究裡面這樣。」(J-2-3)

「對對對，「放慢腳步」！！因爲你作五個，跟全部…其實五個…優勢已經差不多都變成自己的東西，然後對同學不可能會大小眼吧？！不可能我對你就用優勢，對他就用平常我以前怎樣的方法這樣子…其實不太會啦，人不可能這樣分啦…」(D-2-10)

「我覺得還是會啦，我們的目光再回來之後還是會去慢慢看他們的優勢啦。可是現在這麼久了，我們不會就只是在接受研究這幾個個案，我們也會去比較廣泛收集服務個案的一些優點，我覺得在工作上真的有很大的幫助啦！…對，我們都盡量拓到其他日間的學員。」(G-2-10)

「我在想不只是不只是用在我自己優勢的個案耶，還有我自己身上的 case 的話我幾乎都是…可以說都是用優勢的方法在看待他們，那不是我的 case 我也會用優勢的方法在看待他，所以影響或許影響就是這些，就是不只是優勢的個案就是擴展到整個的個案，就是這樣子去看待他們。」(F-2-11)

「對對對，像一些個案來，我們可能就會點出他哪裡有問題這樣子，可是在講的過程當中，你還會說其實你在哪一個部份還是很棒喔，那你可以怎樣怎樣…其實個案都是可以接受的啦，他就變成說你也點到他的缺點，但是你也強化了他的優點，讓他不一定要待在那個缺點裡面。」(D-2-10)

2、組織服務管理內容調整

「他以前是爸爸每個月一段時間就來這邊放他的午餐錢，一天五十塊就放在我們這邊，每天來這邊領錢。然後其實我們制度也改變，我們說他們其實都能夠管理自己的錢，我們不需要管。除非是他們沒有辦法好好管理，他們沒有…因爲其實我也覺得我們整個團隊也都在改變，要給他們去做。就覺得呈泰陳主任也一直跟我說他們會做就讓他們做，那不會做我們再來教他們怎麼做，而不是我們去幫他們做好。就整個團隊都有改變，然後我們護理長也說這些都可以的，爲什麼我們要幫他們管理。」(E-2-13)

「我到這個 team 來我就做個調整，像有些是他自己要去獨立自主的，獨立自主去完成自己監控的，那 why？爲什麼是老師跟著在旁邊 monitor，那你跟樓下那種急重症住院病房有什麼差別，就是這樣子的一個改變跟調整。」(B-2-6)

3、長庚開案標準放寬

「恩，我覺得有，因爲以前有一些個案我們會覺得很麻煩的、或者是很難照顧的，不符合這邊的標準的，我們以往會在評估上面我們就是會直接拒絕。就是他們會轉介過來，我們的病人來源是從門診跟病房轉介，那在這邊我們會先評估一個禮拜左右的時間，如果評估這個病人的狀況不行，比如說他不能配合上課阿，或者是他的一些一些疾病狀況不是很穩定，那我們就是一般會先拒絕，不讓他入，可是現在發現，大家在優勢的影響，很多像我們現在一個常常在吵的，一天來護理站的頻率大概佔他來這邊八成的時間，我們還是接阿，他完全不能符合我們的標準，可是我們就是更有耐心的對待他。我們就去看他的優點，至少這個病人他從來沒有在外面的機關撐過那麼久。」(C-2-19)

4、發展新的工具

「然後有一些可能…我們比較少知道，像我們比較知道的途徑就是訓練嘛，像是南區職訓或是博愛職訓，是工作方面，然後其他可以想到的就比較少。」(E-2-4)

「沒有沒有，只是把它貼出來而已。有一張是全高雄區的，然後另外一面是學員的，要做學員他們家的分佈圖，就比如說我們家住大昌路上，那這一區就我管這樣，是有這樣的打算。」(E-2-4)

「很好笑，我覺得我們的資源真的很有限，像我們騎機車上班或開車上班，這一次像要去呈泰阿，大家都摸不清楚公車要坐幾號，因爲沒有人有這樣的資源。對阿，後來就搞到最後就算了，直接載去、直接載去。」

「那是後來才做的，對阿想要看哪一個學員聚集在哪一區。我們還在想可是還沒有很明確，就比如說我住在小港，那哪個學員住在小港區，然後多去關心諮詢這樣子。就是比較好知道，因爲我們還會有家訪，就是有一些學員狀況比較不好，就會有家訪，去家訪看家裡狀況怎麼樣，有什麼需要協助的，對阿就去看一下地圖。」(A-2-3)

表 4.2.10 組織面的影響

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　向
組織面的影響	整體信念 A	減少聚焦於個案的缺失與不足 A-1	是/否
		優勢提供組織一致的工作方向 A-2	是/否
	工作團隊 B	團隊氣氛融洽 B-1	是/否
		團結力量大 B-2	是/否
		以優勢與同儕相處，更加包容及彈性 B-3	是/否
	行政運作 C	機構愈加瞭解並接受優點個管 C-1	是/否
		機構給予更多資源 C-2	是/否
		推廣於組織其他單位 C-3	是/否
	服務管理 D	運用擴及全體個案 D-1	是/否
		組織服務管理內容調整 D-2	是/否
		長庚開案標準放寬 D-3	是/否
		發展新的工具 D-4	是/否

建議與看法

經過歷時一年多的優點個管模式推展後，個管員對於未來的推廣提出了兩項建議，分別為：未來推動形式及推動對象條件的建議。

一、未來執行

(一)推動形式：以團體推動

此次推動優點個管的經驗使個管員認為在未來推廣執行上應以「團隊」合作模式推動，可增加更多工作方法的討論、提供彼此支持與分享，助於個案服務的進行。

「我還是覺得你個人做跟團體做還是有不同的差異啦！團體做還是可以提供很多不同的方式，可以激發很多的想像出來啊！一個人還是有限，而且容易杵在那裡，遇到瓶頸的時候就陷在那裡。當有團體出來做一些討論的時候事情又會有一些不同。我還是團體做會比個人做來得好太多了！」(G-2-19)

(二)推動對象的條件：年輕、功能較佳的個案

個管員建議若未來持續執行優勢工作時，選擇較年輕的、功能較好的個案參與，不僅其能力較佳且較有改變的動機及想望，推廣上也會較為順暢。

「可能如果說這是以推在精神科的部份來講，或許要考慮的是說，可能一些發病時間不要太久的。可能在未來篩選個案的時候，是盡量能開發新的客戶，就是一些可能才發病沒有很久，可是他是穩定的，那種的改變機會可能會很高，就像 OO(ID60)，他是生病不久的，可是他曾經很混亂過，他功能確實是有退化，可是他接受訊息的能力是比較好的，他的思考沒那麼固著，因爲他的生活還是屬於比較…你要一個五六十歲的人去改掉壞習慣，跟一個二三十歲的改掉壞習慣，哪個容易？對不對，他都這樣過了五六十年了你還要求他什麼？可是一個二三十歲的人，他其實還是有很多美好前程可以去發揮嘛～就是我覺得，發病年齡短的，還比較有機會去改變。起碼他現存的能力是存在的啊。一些可能生病已經十幾二十年的人，他們 的能力都退化到不行了，你要重新訓練他的能力這是有困難的喔，可是你那些剛發病、能力都還存在，其實你要運用，是比較容易的，就像我說的那類一直說「我現在都很好啊」的，就是發病十幾二十年的，可是像 OO(ID60)他就會說我要工作，我要賺錢，他想法就多，他想法多的情況下你幫忙他，你協助他的機會就多，因爲他需要你的機會多，你可以很多元地去作啊，那對他的人生幫助，可能就不是只有那短短幾十年，可能是一輩子耶，其實推動那個效益對我來講，我會覺得這效益會比較高的哦～你要一個五六十歲的，他再活也大概十幾二十年，不是我要詛咒他們啦，如果是真的有心要推動這個，我是覺得，真的要以年輕化的爲主！」(D-2-11)

表 4.2.11 未來持續推動優點個管模式之建議

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向

未來推動之建議	**推動形式 A**	團隊合作 A-1	是/否
	推動對象 B	選擇年輕、功能較佳的個案 B-1	是/否

叁、質化研究結果二：個案管理員評估案主之改變

壹、個案改變內涵：

在個案改變相關之內涵的呈現上，大致可分為七個面向，分別為個人的具體目標或任務達成、復元的軌跡、心理力量展現、正向信念呈現或轉念、家庭關係改善、權能增強、負面狀況。其中，「復元的軌跡」之內涵，另呈現出復元的軌跡、障礙處理／負責任、重獲自主性、社會功能／角色表現、整體安康／人生滿意度、助人意願等次面向的概念，而「權能增強」之內涵，亦呈現出完成事務的信心和把握、外在掌控力、人際自我肯定、社會自我肯定、社會資源運用與影響、社會政治權能意識、社會政治行動等次面向的概念。茲分述如下：

一、個人的具體目標或任務達成：

1. 具體目標：

(1) 健康相關：

「目前可與溝通下，改善服藥規律性，並可於約定下參與復健活動。」（ID12）

「自己沒有能力工作而感到無價值感，期待自己有良好的身體狀況。」（ID25）

「持續努力處理頭暈問題（目前以藥物協助為主要方式，覺得自己努力的方法沒效）」（ID36）

「想要達成身體健康的具體目標，討論之後以體重減輕為具體目標。」（ID37）

「具體目前目標為出院或者不要打針。」（ID40）

(2) 職業相關：

「個案期待自己可以有一份穩定的工作，並有自己的金錢使用。」（ID22）

「個案期待有一份穩定的工作。」（ID23）

「想存錢想工作。」（ID24）

「參加職訓。」（ID28）

「想要工作，所以引導擔任病房志工，原本採拒絕的態度，經過多次討論及鼓勵之後可接受嘗試看看。」（ID37）

「表達出想要當幼教美語老師。」（ID47）

「其自我的目標明確以就業及有經濟為主軸，會每日利用報紙找求職單位，不會使用電腦，所以會自行運用電話詢問及應徵。」（ID50）

(3) 生活相關：

「安排假日早上逛菜市場，並喜歡逛菜市場的感覺。」（ID6）

「人際互動技巧仍不足，易與他人起衝突，續給予教導人際互動技巧。」（ID12）

「因自己有 B 肝，常覺得疲倦自己活不久，希望有良好的人際關係。」（ID25）

「參加升大學考試，培養準時、專注能力及體力。準時出勤仍有遲到及曠職的情形，會在意並希望能取得全勤獎之獎金。」（ID31）

「目前再度努力存錢買 MP3。」（ID32）

「去義大世界玩。」（ID47）

(4) 未來相關：

「仍想持續參與國家考試。」（ID11）

「個案期待可以結婚。」（ID23）

「想存很多很多錢，有男朋友。」（ID27）

「目標是與男友能結婚或家人的接受。」（ID34）

「娶外籍新娘當老伴。」（ID47）

「主動表示願意改善與父母親互動關係為其中一項目標。」（ID49）

2. 任務達成：

(1) 健康相關：

「每天至機構復健。」（ID1）

「每天可以記得自己吃的食物。告知工作人員血糖值。」（ID2）

「目前可以讓工作人員拿藥給個案吃。」（ID3）

「透過減少飲食量，瘦 3 公斤。」（ID7）

「外觀儀容整潔度提昇，每天早晚皆會主動安排沖洗身體，減少異味。」（ID7）

「透過減少吃零食及運動，減肥七公斤。」（ID8）

「牙痛情況較改善(自己找醫生)。」（ID9）

「目前已可穩定及規律性主動服藥。」（ID15）

「目前可與溝通下改睡眠及服藥之規律性。」（ID16）

「配合健走運動減重及按時服藥」（ID19）

「積極擺脫生病角色，利用運動及志工訓練而呈現自己是一位有用的人。」（ID48）

(2) 職業相關：

「個案去親戚介紹的論件計酬的工作職場。」（ID5）

「報名勞工大學美髮課程，並至少與一名美髮課程學員互動(個案自訂的目標)，並計畫要繼續學剪髮。」（ID6）

「持續參與烹飪工作習驗，並主動嘗試面對及調適過程中遇到的挫折。」

（ID10）

「略可接受工作人員提醒改善自我照顧並可於討論下改善行政助理工作內容，並可主動詢問不瞭解的地方。」（ID13）

「可穩定參與活動及穩定增強行政助理之工作，並可與工作人員討論工作內容可主動詢問不瞭解的地方。」（ID17）

「擔任志工達成持續中，工作態度待加強；擔任守衛員待努力。」（ID18）

「參加博訓中，為完成訓練努力中」（ID21）

「轉換不同訓練跑道至高醫築夢社區復健中心訓練。」（ID35）

(3) 家庭相關：

「與家人的關係改善，暴力言談減少，有心事多會和媽媽分享（媽媽使用較多正向的語言鼓勵個案）。」（ID8）

「與家人的關係改善，主動關心家人，並理解家人的想法；對家人的情緒發洩明顯減少，家人也感受到個案的改變。」（ID10）

「可主動訴與案妻的相處模式及困擾尋求協助。」（ID14）

「在家中與弟弟衝突及受限制問題，已有正向轉念、情緒不再受此事而影響。」（ID32）

(4) 生活相關：

「可穩定出席。」（ID3）

「個案目前每天穩定參與廚房烹飪活動及下午協助倒垃圾。」（ID4）

「可穩定出席參與復健的代工活動。」（ID5）

「與人的互動主動性提昇、笑容增加，偶會主動協助他人。」（ID6）

「個案原會與女兒偷竊鄰居的物品，目前偷竊行為減少。」（ID7）

「每日可規律出席半天的活動。」（ID8）

「可存錢購買想要的東西。」（ID8）

「在人際互動上，衝突減少，可嘗試理解他人感受及看到自己當下的感受，並會主動協助及關心他人。」（ID10）

「目前已完成目標可穩定參與活動，減少症狀的干擾。，每日可自行規畫時間讀書、運動、參與活動」（ID11）

「可主動參與社會性活動。」（ID12）

「人際互動技巧漸增強，可參與社會性活動。」（ID15）

「已完成殘障特考。」（ID20）

「接受反省、激勵及創造希望，再接再勵並再改進。」（ID31）

「接受及願意和個管員每天完成評分自己(1-10 分)的表現。」（ID31）

「由原來覺得自己狀況很好不需要改變，到願意面對在家庭生活中被期待工作的壓力及不美好。」（ID35）

二、復元的軌跡：

「復元的軌跡」之內涵，另呈現出了希望感、障礙處理／負責任、重獲自主性、社會功能／角色表現、整體安康／人生滿意度、助人意願等次面向的概念。個管員佐以個案生命經歷以對照各面向，期以釐清脈絡，進而展現個案現階段復元軌跡。茲列點如下：

1. 希望感：

「為了兒子不會自殺」（ID18）

「人生很有希望」（ID19）

「希望感強」（ID21）

「對生活上覺得都過的一樣，一天過一天，僅對於對自己有益的事情會去完成。」（ID22）

「對生活認同及相信自己可以經佛祖的安排找到未來的另外一半。」（ID23）

「對生活認同但對於想完成的事情會期待，但無法實際執行。」（ID24）

「對生活認同但對於想完成的事情會期待，但覺得自己不可能去完成自己的想望。」（ID25）

「對生活認同。」（ID26）

「對生活認同。」（ID27）

「對於升學的希望仍抱持參加考試的決心，從不退縮。」（ID31）

「從開始對於有糖尿病感到難過、無力，漸漸的可以面對及處理。」（ID37）

「覺得從急性病房轉到日間病房，離出院又前進一步。」（ID40）

「對生活認同及相信自己可以成為幼教老師之可能性。」（ID47）

「有自我實現的希望感。」（ID48）

「可以願意做出改變及知道目前生活的無所事事之不好感受，呈現對未來有希望感。」（ID49）

「希望感目前較為不足」（ID50）

「讓其生活充滿希望感及其女兒的成就來代表自己的付出代價。」（ID51）

2. 障礙處理/負責任：

「工作態度有待加強，常偷懶。」（ID18）

「常選擇逃避。」（ID19）

「從逃避逐漸可面對。」（ID21）

「個案不認為自己有障礙需要處理，但會覺得這樣的疾病在外面找工作沒有人會錄取。」（ID22）

「不認為有障礙需協助處理。」（ID23）

「覺得自己是生病的，需要別人協助。」（ID24）

「覺得自己是生病的，工作上需要別人協助。」（ID25）

「不認為有障礙需協助處理。」（ID26）

「覺得自己動作慢，所以找工作有困難。」(ID27)
「在工讀中賦予責任，能自主完成受到肯定。」(ID31)
「努力調整生病帶來的打擊，接受也要忍受。」(ID34)
「提供擔任志工的機會，過程中較被動，提醒之後可將事情完成。」(ID37)
「對於交代的工作例如整理香皂社的環境，可配合且多數時間執行的狀況佳，如果執行度差的時候給予提醒，可接受指導。」(ID38)
「對於體重過重表示都是吃藥打針害的，只要不吃藥就會瘦下來。」(ID40)
「學會如何面對困難，當有困難時會詢問如何處理及解決。」(ID46)
「不認為有障礙需協助處理。」(ID47)
「較不願其他人員協助，照顧父親就醫則可以有責任感。」(ID48)
「較需要依類他人引導及協助。」(ID49)
「暫時處於與自我因應不願外展部份。」(ID50)
「可以負起照顧女兒之責任。」(ID51)

3. 重獲自主性：
「薪水可以自己支配有時會喝飲料或加菜。」(ID18)
「金錢自主管理。」(ID19)
「母親一直都尊重個案。」(ID21)
「本身擁有自主性。」(ID22)
「本身擁有自主性。」(ID23)
「本身擁有自主性。」(ID24)
「本身擁有自主性。」(ID25)
「本身擁有自主性。」(ID26)
「本身擁有自主性。」(ID27)
「目前處於矛盾想法中『接受母親安排或爭取自由』」(ID36)
「提供給予部分的自主，例如：在討論之後同意下午開始參加課程。」(ID40)
「本身擁有自主性。」(ID47)
「本身擁有自主性。」(ID48)
「給予生活安排的自主權。」(ID49)
「仍缺乏。」(ID50)
「家庭中仍由父母主導。」(ID51)

4. 社會功能/角色表現：
「因太太過於強勢以致角色難凸顯」(ID18)
「孝順的兒子」(ID19)
「希望賺錢照顧媽媽」(ID21)
「本身擁有應有的社會功能。」(ID22)
「本身擁有應有的社會功能。」(ID23)

「在社會功能方面尚需協助。」(ID24)
「在社會功能方面尚需協助。」(ID25)
「本身擁有應有的社會功能。」(ID26)
「本身擁有應有的社會功能。」(ID27)
「家庭關係有改善，媽媽期待案主整理房間的完成度可以再增加，且減少要求零用錢買酒的情形，經過討論之後可以配合。」(ID38)
「鼓勵參加園藝團體，評估表現良好且負責任。」(ID39)
「尚不足。」(ID40)
「本身擁有應有的社會功能。」(ID47)
「身為子女的角色上可以勝任」(ID48)
「擔心別人問到現在狀況及是否工作。」(ID49)
「尚不足。」(ID50)
「環境中朋友互動良好，但有抽菸、喝酒等行為讓家人不悅之行為。」(ID51)

5. 整體安康/人生滿意度：
「覺得自己幾十年送報賺了快一千萬寄在太太那裡覺得很驕傲」(ID18)
「覺得很好」(ID19)
「滿意」(ID21)
「覺得沒有什麼特別的。」(ID22)
「對於現況感到滿意。」(ID23)
「對於現況感到滿意。」(ID24)
「對於現況無法感到滿意。」(ID25)
「感到滿意。」(ID26)
「感到滿意。」(ID27)
「生活品質較工讀前好，能睡且作息也較工讀前改善許多、穩定。」(ID31)
「表達滿意。」(ID37)
「尚不足。」(ID40)
「人生滿意度為60-70%，覺得還是有缺陷，因覺得沒辦法找到以前的女朋友感到遺憾（部份受精神症狀影響)。」(ID46)
「滿意。」(ID47)
「自認還有不足之處。」(ID48)
「尚不足。」(ID50)
「尚可。」(ID51)

6. 助人意願：
「賦予簡單助人工作可負責任。」(ID18)
「如有機會願意做。」(ID19)
「強烈願意付出金錢與心力。」(ID21)

「在病房中請個案協助事務上的幫忙或幫忙會樂意接受並完成。」(ID22)
「提供協助他人個案不會拒絕，會被動配合。」(ID23)
「對於領導者角色會有意願嘗試及執行。」(ID24)
「對於提供協助部分會幫忙完成，對自己期許的目標無信心前進。」(ID25)
「對於提供協助時會適時幫忙。」(ID26)
「對於想望部分，會想去做，但需督促，對於希望幫忙之處，可幫忙完成。」(ID27)
「由原本覺得自己會受疾病影響改變成覺得自己有能力去完成一些事，甚至可助人」(ID28)
「人際互動的情形較少。」(ID37)
「提供給與個案助人的機會，例如協助老師購物或者帶其他病友去做檢查，態度及負責的狀況佳。」(ID39)
「尚不足。」(ID40)
「對於能擔任志工感到很高興，因為可以幫助別人。」(ID46)
「願意以自己的目標前進。」(ID47)
「有助人意願。」(ID48)
「助人意願尚缺乏。」(ID49)
「尚不足。」(ID50)
「有助人意願。」(ID51)

7. 其他：
「看見過去和現在的改變及差異點，從服裝儀表到應對技巧。」(ID31)
「目前處於新環境適應及與結束長庚日間留院不捨中。」(ID35)

三、心理力量展現：

在心理力量展現的面向上，個管員多以個案之施測分數為依據表示結果，並進一步以人際、職業、家庭等層面輔助說明個案動機，以對照心理力量之展現結果。茲羅列如下：

「分數 32→88，覺得護理人員像家人一樣照顧自己、有人和自己站在同一陣線。長期失業無收入，期待能賺錢。」(ID18)
「分數 42→56。」(ID19)
「分數 54→82。」(ID20)
「分數 72→66，因為第二次評量時適逢要去博訓，改變環境內心充滿恐懼及不安所致。」(ID21)
「想要找工作但又覺得自己是精神病患，別人看到就不想要了，目前沒有看到個案有進一步的動機展現。」(ID22)
「有部分動機但又覺得執行上不容易，目前未有進一步的表現。」(ID23)

「有想要存錢，但覺得困難，目前沒有進一步的具體表現。」(ID24)
「對於有工作，以及有良好人際關係覺得困難，目前沒有進一步的具體表現。」(ID25)
「目前未有任何動機且信心不足去尋找想要的事物。」(ID26)
「目前有部分動機及信心想完成自己的想望。」(ID27)
「尚未有明顯改變。」(ID30)
「心理內在力量由 70 增至 78 分。」(ID31)
「可感受有動機但信心不足，需要陪伴。」(ID37)
「有感受到動機但又部份信心不足而沒看到前進的具體表現。」(ID47)
「在會談中可以感受到其內心由逃避而轉換面對自己的現實狀況,接下來再給予更多心理力量。」(ID49)
「有給予正向生活經驗表現但仍陷退縮及不願多與他人接觸。」(ID50)
「可以表示當家中衝突出現時有能力可以改善衝突及處理衝突。」(ID51)

四、正向信念呈現或轉念：

正向信念呈現或轉念顯現出個案對待事務上感知的正向改變,多數個案皆開始或已經顯現此向度之對應。茲羅列如下：

「知道自己快死了但保證不會使用加工方式自殺。」(ID18)
「雖然不能去工作但是每天來醫院上課學東西也不錯。」(ID19)
「言談正向。」(ID21)
「尚未有明顯改變。」(ID30)
「容易被引導及立即有正向回應『轉念』。」(ID31)
「有感受到動機但又部份信心不足而沒看到前進的具體表現。」(ID47)
「有正向信念呈現或轉念。」(ID48)
「在會談中可以感受到其內心由逃避而轉換面對自己的現實狀況,接下來再給予更多心理力量。」(ID49)
「內心仍顯封閉及對自己沒有信心。」(ID50)
「較為不足，容易被症狀干擾而離題。」(ID51)

五、家庭關係改善：

在家庭關係面向上，部份個案之家庭關係呈現為停滯、尚未處理或惡化的情況，但大多的個案皆陳述家庭關係已有良好的改善，展現於衝突或爭吵的減少、開始有所溝通以及彼此期待的理解上，茲羅列如下：

「和太太關係差。」(ID18)
「家庭和諧。」(ID19)
「和媽媽衝突降低。」(ID20)

「家屬會想要協助個案完成想望，也覺得要靠個案自己才會完成，個案則覺得自己的事情自己來就好，個案跟爸爸之間的角色衝突依舊，爸爸對個案有許多期待，期待個案可以有動機自己去完成每件事情，屬於大男人主義型，掌控慾強，個案對應上多採配合，私底下則不想順從。」(ID22)
「家屬未有實際協助個案想望部份,跟父母之間互動多採平行關係相處。」(ID23)
「媽媽只希望個案好好上課就好,覺得個案現況不適合工作,也不期待。」(ID24)
「太太只希望個案好好規律上課,且能配合太太的照顧,不要那麼的固著自己的做法,例如:太太希望個案早睡,但個案仍常常看電視到十二點超過且將近一點。」(ID25)
「案母仍期待個案可以找到工作，為自己的將來打算。」(ID26)
「案母仍期待個案可以找到工作，為自己的將來打算，對於個案的想望認同，也願意協助。」(ID27)
「尚未有明顯改變」(ID30)
「提及家庭成員能侃侃而談(正向經驗)，詢問下常表示『很好阿』。」(ID31)
「先生是案主最主要的支持者，凡事都由先生決定，先生曾提到以前案主都沒有意見表達，現在會有很多自己的意見出現。案主表示最近比較會跟先生吵架，最主要是經濟部分的問題，家裡沒有錢，兩個人會吵架。」(ID37)
「案主金錢方面之前主要由弟弟提供，手足對於案主狀況意見不一，評估下來弟弟的主導性較強，姊妹及案主對於弟弟的決定無法拒絕。此次弟弟對於個案的狀況意見變少，多由妹妹與老師聯繫，此部分也間接增加案主的自主權。」(ID40)
「家庭互動關係衝突增加，因為哥哥目前與案主同住，案主感到壓力大，擔心哥哥會打自己。」(ID41)
「主訴每當與家人有衝突時病情會不穩定,不過現在學會離開現場不要繼續與家人爭吵下去。」(ID42)
「學會如何與家人溝通,及尊重家人的決定,相信家人會幫我做出最好的決定。」(ID44)
「以前個案都會覺得媽媽管很多，要個案不要抽菸及花錢，現在個案學會轉變想法，跟媽媽多溝通就不會覺得媽媽一直在管。」(ID46)
「家屬會願意協助想望部份但其又不願家人協助。」(ID47)
「與父母的關係部分改善及生活中自己願意儘量不讓衝突發生,衝突發生頻率減少。」(ID49)
「維持現狀無進步之處。」(ID50)
「家庭互動關係未有轉變。」(ID51)

六、權能增強：

「權能增強」之內涵，亦呈現出完成事務的信心和把握、外在掌控力、人際自我肯定、社會自我肯定、社會資源運用與影響、社會政治權能意識、社會政治行動等次面向的概念完成事務的信心和把握。個管員佐以個案現在經歷，對照各

次面向以釐清脈絡，進而展現個案現階段權能增強之軌跡。茲列點如下：

1. 完成事務的信心和把握：

「有完成事務的信心和把握。」(ID18)

「高但與實際能力不符。」(ID19)

「高但與實際能力不符。」(ID20)

「個案沒有把握可以完成自己想要的事情，較缺乏信心及自我肯定。」(ID22)

「個案沒有信心將工作找好。」(ID23)

「可以部分完成簡單事務。」(ID24)

「可以部分完成簡單事務。」(ID25)

「可以部分完成簡單事務。」(ID26)

「可以部分完成簡單事務。」(ID27)

「有完成事務的信心和把握。」(ID28)

「有自己完成事務的信心，對於糖尿病部份表示現在對於有糖尿病就是好好控制。」(ID37)

「對於其達成的事物多給口頭得鼓勵，案主可說出其實做這些事情不困難。」(ID39)

「觀察擔任志工全心投入及有責任感，期間會主動幫助或教導其他學員不懂的地方。」(ID44)

「以前遇到問題都會逃避可能是沒有信心，擔任志工後學習到要有責任心，現在遇到問題或困難時會立即反應和克服。」(ID46)

「有可以自己完成事務的信心和把握。」(ID47)

「缺乏。」(ID48)

「缺乏。」(ID50)

「尚可。」(ID51)

2. 外在掌控力：

「佳。」(ID20)

「對於外在的掌控力於無法有效辨認及掌控。」(ID24)

「對於外在的掌控力於無法有效辨認及掌控。」(ID25)

「對於外在的掌控力於無法有效辨認及掌控。」(ID26)

「對於外在的掌控力於無法有效辨認及掌控。」(ID27)

「有完全的外在掌控力。」(ID47)

「缺乏。」(ID48)

「缺乏。」(ID50)

「部份。」(ID51)

3. 人際自我肯定：

「交友廣闊。」(ID20)
「可對人際自我肯定。」(ID23)
「人際自我肯定部分缺乏。」(ID24)
「人際自我肯定部分缺乏。」(ID25)
「人際自我肯定部分缺乏。」(ID26)
「人際上可自我肯定。」(ID27)
「社交互動較少。」(ID37)
「利用班級導師時間,由病友告知近期的變化(例如跟他人講話時不會用手遮住臉)並且給與案主肯定。」(ID41)
「人際自我肯定較缺乏。」(ID47)
「缺乏。」(ID48)
「缺乏。」(ID50)
「仍不足。」(ID51)

4. 社會自我肯定:
「正面。」(ID20)
「缺乏。」(ID24)
「缺乏。」(ID25)
「缺乏。」(ID26)
「缺乏。」(ID27)
「缺乏。」(ID47)
「缺乏。」(ID48)
「缺乏。」(ID50)
「缺乏。」(ID51)

5. 社會資源運用與影響:
「領取殘障手冊就醫有補助。」(ID18)
「參加殘障特考。」(ID20)
「領取殘障手冊就醫有補助。」(ID21)
「對於社會資源的運用接納不高。」(ID22)
「缺乏。」(ID23)
「缺乏。」(ID24)
「缺乏。」(ID25)
「缺乏。」(ID26)
「缺乏。」(ID27)
「缺乏。」(ID47)
「缺乏。」(ID48)
「缺乏。」(ID50)

「缺乏。」(ID51)

6. 社會政治權能意識：
「缺乏。」(ID22)
「缺乏。」(ID23)
「缺乏。」(ID24)
「缺乏。」(ID25)
「缺乏。」(ID26)
「缺乏。」(ID27)
「缺乏。」(ID47)
「缺乏。」(ID48)
「缺乏。」(ID50)
「缺乏。」(ID51)

7. 社會政治行動：
「缺乏。」(ID22)
「缺乏。」(ID23)
「缺乏。」(ID24)
「缺乏。」(ID25)
「缺乏。」(ID26)
「缺乏。」(ID27)
「缺乏。」(ID47)
「缺乏。」(ID48)
「缺乏。」(ID50)
「缺乏。」(ID51)

8. 其他：
「尚未有明顯改變。」(ID30)
「權能感受由 95 增至 109（中度到高)。」(ID31)

七、負面狀況：

在個案改變的內涵之中，個管員亦提及部份個案現今仍受到疾病干擾而產生之負面狀況，較多體現於人際關係和日常生活上。茲羅列如下：

「有時常主訴身體僵硬而自行提早離院未告知，母親較擔心。」（ID19）
「與父親的互動敏感，覺得父親會故意針對自己討厭自己、對自己不耐煩，而母親介於中間很難做人。」(ID32)
「受精神症狀干擾中。」(ID33)

「與男友二人皆有無法改變之妄想及深受影響。」(ID34)
「到院接受復健課程時少參加病房課程，表示壓力很大，了解原因表示曾經因為不會做作品，要求上課老師立即教會自己，無法配合其需要出現大聲吼叫的情形，之後擔心自己失控所以拒絕再參加。」(ID41)
「父親會要求其生活中的瑣事，對於其部配合時則指責，甚至拿棍子毆打。過年期間與表兄妹互動時有焦慮不安感及自我認同的障礙,清明節時接觸其他親戚時更是讓其不安及更多負向感。」(ID49)
「來院時仍無法拒絕他人飲酒之邀約的行為。」(ID51)

表 4.2.12 個案改變相關內涵

類屬	次類屬	屬性	
個案改變相關內涵	個人的具體目標或任務達成	具體目標	健康相關
			職業相關
			生活相關
			未來相關
		任務達成	健康相關
			職業相關
			家庭相關
			生活相關
	復元的軌跡	復元的軌跡	
		障礙處理／負責任	
		重獲自主性	
		社會功能／角色表現	
		整體安康／人生滿意度	
		助人意願	
		其他	
	心理力量展現		
	正向信念呈現或轉念		
	權能增強	完成事務的信心和把握	
		外在掌控力	
		人際自我肯定	
		社會自我肯定	

		社會資源運用與影響
		社會政治權能意識
		社會政治行動
		其他
	負面狀況	

個案改變之助力、阻力：

一、助力：

個案改變的助力部份，個管員根據與個案相處經驗及日常觀察中所看見的助力，大致可分為「個案自身」、「家人親友」、「機構工作人員」、「資源」以及「正向經驗」等五大主要來源，各部份皆依序有各自的內涵，茲分述如下：

1. 個案自身：

(1) 自主自立：

「可以自己量血糖值。」(ID2)

「對於每日的規律生活有正向感受，並主動維持及安排。」(ID6)

「可依照自己擬定的目標，穩定參與工作習驗與減肥。」(ID7)

「個案平時會協助太太至銀行辦理財務，也會自行到電影院看電影。」(ID25)

「自主性高。」(ID35)

「生活功能可自己維持甚至可以幫忙收取房租當成自己的生活費。」(ID40)

「個案的自我照顧功能及社交技巧尚合宜。」(ID47)

(2) 接受現況、建議、他人意見或改變：

「接受工作人員拿藥給個案吃。」(ID3)

「目前存錢需每日督促才會將多餘的零用金交給工作人員存管，未督促下則不會交出金錢。」(ID27)

「個案常提到社交技巧及與他人互動是最困難的，但在鼓勵及引導之下願意嘗試，且之後會主動邀約其他病人下棋。」(ID39)

「穩定及規律的生活，個管員也給予很多幫助。」(ID44)

(3) 主動持續地表達、參與、探索、學習、嘗試、協助：

「個案有意願參與活動。」(ID4)

「個案可以主動詢問工作人員需要的協助。」(ID4)
「對復元有主動動機，並展現出主動探索和學習」(ID6)
「會主動與個管分享生活中的事。」(ID8)
「可主動向工作人員訴目前之困擾，可略接受意見及改變。」(ID14)
「可主動向工作人員訴目前之困擾，可略接受意見及改變。」(ID16)
「個案平時會協助太太至銀行辦理財務，也會自行到電影院看電影。」(ID25)
「提供陪伴找尋工作的方式及寫履歷表等，表示願意嘗試。」(ID27)
「能主動分享心事。」(ID34)
「在陪伴之下願意嘗試新的東西及比較願意接受指導。」(ID37)
「個案常提到社交技巧及與他人互動是最困難的，但在鼓勵及引導之下願意嘗試，且之後會主動邀約其他病人下棋。」(ID39)
「在醫院所提供的志工工作訓練較願意配合。」(ID48)

(4) 有動機與企圖心：
「有強烈的外出工作企圖心。」(ID5)
「會主動去找工作。」(ID5)
「持續有工作動機。」(ID6)
「對於工作有動機。」(ID7)
「對與同儕建立友好關係有強烈動機。」(ID8)
「雖表達出想望，但執行的動機較薄弱。」(ID9)
「有想要改變的決心。」(ID28)

(5) 挫折容忍度增加：
「可以承受求職的失敗挫折。」(ID5)

(6) 主動積極的行動或態度（決心改變、轉念)：
「可依照自己擬定的目標，穩定參與工作習驗與減肥。」(ID7)
「對於想要達成的目標有做的動機，且展現出積極的行動。」(ID10)
「經由與老師討論的方式學習與父親相處上的問題，學習轉念。哥哥回來後學習哥哥與父親相處的模式，也多了一些緩衝空間。」(ID29)
「個案認為醫療團隊可以給予協助的感受，所以願意做自我調整。」(ID51)

(7) 個案個人特質：
「脾氣溫和能接受建議。」(ID19)
「個案開始慢慢可以感受到人際上的不足，一部分自己需要調整。」(ID25)

「個案的特質是可愛的，有善良的心」(ID32)
「個案對自己有自信心。」(ID33)
「個案特質是願意聽工作人員的意見,且多數願意配合執行及完成交代的工作，對於媽媽交代的事情在經過提醒之下也可配合完成。」(ID38)
「個案特質是可完成交代的事情且過程中很仔細、負責。」(ID39)
「個案學歷高。」(ID40)
「個案記憶力很好，對於指導的內容可以清楚說出，但衝動難控制的時候會忘記。」(ID41)
「熱心助人，不覺得自己是孤單一個人，而感到快樂的。」(ID46)
「個案的特質是年齡還可以配合接受學習新事物，如電腦、上網找資料、利用圖書館，可以去誠品書局等等及有善良的心，且與里長熟識及願意聽長者的話。」(ID49)
「個案特質是有善良的心協助家人拿藥及聽從母親指示,且有一個女兒可讓其負起當父親的角色及責任。」(ID51)

2. 家人親友：
(1) 家人親友的支持關心：
「父親對於個案的復健支持佳。」(ID1)
「母親支持佳。」(ID2)
「母親支持佳。」(ID3)
「母親支持佳。」(ID5)
「家人對個案的支持度提昇。」(ID10)
「家庭支持度佳。」(ID11)
「家庭支持度可。」(ID12)
「家庭支持度佳。」(ID13)
「家庭支持度增加。」(ID15)
「家庭支持度增加。」(ID17)
「擁有里仁師兄姐的支持。」(ID21)
「母親正向支持。」(ID21)
「家人的支持可。」(ID26)
「平時案母的支持及關注可。」(ID27)
「父親很支持及給予相當之彈性。」(ID35)
「父母親相當了解及支持。」(ID36)
「個案妹妹蠻關心個案的。」(ID39)
「家人給予很大的支持。」(ID46)
「個案擁有家人的支持及有充足的經濟來源。」(ID47)

(2) 家人親友的態度改變：

「家人對個案的方式轉為較正向（少責備）。」（ID8）
「父母親由過去的指責、批評模式，轉換為願意去調整與個案間的互動關係。」（ID49）

（3）家人親友的參與和協助：
「家人對個案的方式轉為較正向（少責備）。且會與工作人員討論個案的狀況。」（ID8）
「每日可固定與家人一起誦經，培養參與活動持續度。」（ID11）
「案父可主動與工作人員聯絡，討論如何協助改善問題。」（ID13）
「家庭支持度增加，並可與工作人員配合及督促服藥。」（ID15）
「家庭支持度增加，案母可與工作人員連絡，討論如何協助改善問題。」（ID17）
「與太太溝通後通常能取得共識共同協助個案。」（ID18）
「母親對醫療及護理措施高度支持及配合。」（ID19）
「弟弟會協助個案去完成所想要的資源，例：參觀其他復健中心的資源。」（ID22）
「母親對個案的經濟會適時的協助。」（ID22）
「對於經濟的需求由父母提供，平時個案多待在家中或到早餐的攤子上寫字，少幫忙生意，少至外面接觸。」（ID23）
「有家人的支持，經濟部分有案母的提供。」（ID24）
「經濟部分有殘障補助及太太經濟的提供。」（ID25）
「個案擁有家人的支持及有充足的經濟來源。」（ID47）

3. 機構工作人員：
（1）與工作人員關係良好：
「個案接受工作人員的關心。」（ID1）
「個案可因工作人員鼓勵參與些許活動。」（ID1）
「可接受工作人員對於個案的關心，及略接受給予的意見。」（ID12）
「有良好護病關係願意說出內心真正想法也能接受人員建議。」（ID18）
「護病關係佳、願意分享想法。」（ID20）
「與工作人員護病關係良好會分享生活點滴，如有問題或壓力會找人員尋求協助。」（ID21）
「與工作人員關係良好。」（ID）

（2）信任工作人員：
「對工作人員信任。」（ID10）

4. 資源：

「個案的可用資源尚可。」(ID23)
「個案可用資源豐富。」(ID24)
「個案可用資源豐富。」(ID25)
「個案可用資源豐富。」(ID26)
「個案可用資源豐富。」(ID27)
「能主動注意到許多關於工作或職業訓練訊息。」(ID33)
「可用資源較為豐富，但個案目前尚未充分運用。」(ID47)

5. 正向經驗：
「在社區當中有一些正向的人際互動網絡。」(ID7)
「且努力之下體重順利下降，血糖控制的狀況也趨於穩定，增加案主對於健康維護的能力及自信。」(ID37)
「成功當上志工，也增加其在進入職場的信心度。」(ID37)
「個管員提供職業性向評估、學習上網登入求職、課程中增加其參與度及興趣，以及擔任單位辦的販賣工作等等增加個案正向美好經驗。」(ID49)
「個案過去有工作經驗，為保全、廚房助理，對於工作有部分認知，過去的社會經驗也較充足。」(ID50)
「個案會使用社會資源，如與里長連繫增加自己的補助及兄妹間互動等。」(ID51)

表 4.2.13 個案改變之助力

類屬	次類屬	屬性
個案改變之助力	個案自身	自主自立
		接受現況、建議、他人意見或改變
		主動持續地表達、參與、探索、學習、嘗試、協助
		有動機與企圖心
		挫折容忍度增加
		主動積極的行動或態度(決心改變、轉念)
		個案個人特質
	家人親友	家人親友的支持關心
		家人親友的態度改變
		家人親友的參與和協助
	機構工作人員	與工作人員關係良好

		信任工作人員
	資源	
	正向經驗	

二、阻力：

個案改變的阻力部份，個管員根據與個案相處經驗及日常觀察中所看見的阻力，大致可分為「個案自身」、「症狀干擾」、「健康狀況影響」、「家庭因素」以及「過往負向經驗」等五大主要來源，各部份皆依序有各自的內涵，茲分述如下：

1. 個案自身：

(1) 個人取向之阻礙：

「少表達，語言內容簡短貧乏。」(ID3)

「言談表達較少，且特別不願談及與家人有關的生活經驗。」(ID6)

「較少表達出內在真正的想法(會以說謊的方式)」(ID7)

「言談表達少且被動，較難瞭解個案的想法。」(ID9)

「較難接受目前的狀態，對生活及過去多抱怨。」(ID9)

「需他人每日持續提醒改善自我照顧部分，對於自我照顧及人際互動無任何想法。」(ID13)

「遇到問題初期仍易有逃避想法。」(ID21)

「個案對自我的信心仍顯不足，害怕改變。」(ID30)

「個案皆採合理化的解說，如對於遲到一事。」(ID31)

「對於障礙問題如頭痛拒絕出勤，採逃避方式。」(ID31)

「互動過程中容易展現自己強勢、自我意見而不自覺，〞只看見對方對自己不好的回應，如責罵或批評。」(ID32)

「喜歡舒適如意的生活，拒絕辛苦，是一位享樂主義者。」(ID35)

「對於疾病被標籤化的影響，不願意進入課程，覺得自己是康復的人，沒有嚴重到要去上課。尚未真正接受生病事實。」(ID35)

「個案在小學三年級就發病，許多能力未發展。」(ID36)

「個案自主性較低，對於未來的規劃多表示『老師妳決定就好，妳幫我做規劃』，少有自己的意見表達。」(ID38)

「個案的自信心不足，需要多給予正向的鼓勵，對於新的事物需要事前給予鼓勵並且在陪伴之下進行。」(ID39)

「個案會選擇自己想過的生活，會與母親討論想望但母親給於協助時候又出現退縮。」(ID47)

(2) 出席率不穩定：

「未規律出席機構。」(ID14)

「出席率低且常有外務以致會談時間受限。」(ID20)

「個案出席率差，在鼓勵下，仍未有明顯好的出席率。」(ID27)

(3) 缺乏對未來之相關考量：

「個案對於自己的未來不知道該怎辦？也不知道自己想要的是什麼？只能一天過一天」(ID22)

「覺得未來皆由佛祖安排，不需要強求，找工作也不知道怎辦？也不願意工作人員提供資訊即主動嘗試，目前會安於現狀。」(ID23)

「個案對於自己的想望想找尋的工作目標，仍不知道自己喜歡的是什麼。」(ID27)

(4) 各項慾望過高：

「無法控制口慾。」(ID2)

「購買影片的欲望仍然很強，影響到金錢管理及與家人的互動關係。」(ID8)

「口慾強喜食高熱量食物及甜食以致減重成效不彰。」(ID20)

(5) 不易建立關係：

「工作人員不易與個案建立服務關係。」(ID3)

「工作人員不易與個案建立服務關係。」(ID5)

「信任關係較難建立。」(ID9)

「在關係建立上仍處表淺。」(ID30)

(6) 缺乏動機、行動力或持續力：

「個案對於提供的就業資源會拒絕，平時上課多處被動參與。」(ID26)

「缺乏行動力，如在家閱讀。間斷無法持續達成。」(ID31)

「對轉念的持續力低，須不斷增強。」(ID31)

「關於困擾問題解決行動力弱。」(ID32)

「持續力不足、眼高手低。」(ID33)

「不滿現狀卻又不願意努力改變。」(ID35)

「個案自覺目前狀況已相對進步太多，不想改變而節外生枝。」(ID36)

「案母多順著個案的意見，表示個案目前狀況很好，不需要做什麼改變。」(ID39)

「個案自主性高，行動力部分需要看有沒有意願來決定，對於提供的衛教或者建議會有許多自己的想法或者會找藉口拒絕。」(ID40)

「個案缺乏實際行動力。」(ID42)

「無改變動機，故難以推動達成目標。」(ID43)

「個案對於所提供的意見尚未有充份動機進行。」(ID50)

(7) 易生衝突：

「語言尖銳，人際互動容易與他人有衝突，自我覺察力弱。」(ID5)

「人際互動障礙，與他人易產生衝突。」(ID17)

(8) 依賴他人或環境：

「依賴工作人員協助個案判斷。」(ID4)

「依賴他人較多的關心和關注，一旦覺得關心與關注減少，便容易感到失落。」(ID8)

「環境依賴，希望長期在日間就好，有事情都有老師可以討論，不期待也不想以後離開日間的生活。」(ID32)

「習慣拋問題『為什麼對方這麼做、他是什麼意思？』給工作人員。」(ID32)

「個案有依賴現象。遇到事情容易焦慮、壓力因應能力不佳需要得到協助。」(ID36)

「個案只希望從家人身上獲得幫助，卻不願意做任何付出及努力達到自己的目標，也不認為自己有問題。」(ID42)

(9) 需旁人督促或關注：

「行為問題仍存，需大量關注及適時矯正，接受度有限。」(ID17)

「對於想望內容的進度進一步執行，需有更多時間陪伴及督促才會有明顯的進展。」(ID24)

「想法多外射，引導的時間會較多較長，且個案需要高度的關注，所以跟個案時，不給予多餘的時間談論。」(ID25)

(10)自我支持缺乏：

「較缺乏自我支持的力量。」(ID8)

(11)壓力影響：

「丈夫對孩子的教育較缺乏責任感，個案在孩子的教育上感到壓力及無所適從」(ID7)

「面對壓力或挫折，會特別焦燥不安且情緒起伏明顯，影響作息或造成人際衝突。」(ID10)

(12)人際互動需協助：

「對於人際互動方面仍多要求他人協助個案。」(ID12)

「個案在人際層面與人的溝通知識技巧的不足，互動時需要他人的肯定，與人難成為伙伴，會以與學員嬉鬧中獲得愉快感及生命的價值，也導致學員的批評。個管員仍須努力讓其了解合宜的社交技巧及生命的意

義及價值。」(ID49)

2. 症狀干擾：

「仍受被害妄想的症狀影響，干擾個案的行為判斷。」(ID4)

「對於精神疾病感到自卑，社交上特別擔心別人歧視，而顯得退縮。」(ID6)

「每年國家考試前後仍較焦慮及行為較固著。」(ID11)

「個案的思考貧乏，鬆散。」(ID24)

「個案的思考較固著。」(ID25)

「目前仍和症狀共存 102 增至 107 分。」(ID31)

「現實感不足。精神症狀持續影響生活。」(ID33)

「因受男友精神症狀影響而影響情緒產生煩惱。並且常有不合邏輯思考或妄想」(ID34)

「個案因為症狀干擾的關係，自述在做事情或者上課的時候會有幻聽干擾，所以專心度不足，常常會忘記別人在說什麼。」(ID38)

「病情狀況導致個案難以察覺自己與他人的情緒變化，且情緒表達或者發洩的技巧差，學習進度也比較緩慢。」(ID41)

「多採壓抑的方式處理自己的情緒，之後因為情緒不穩定，有口頭威脅及出現物品暴力及想要攻擊他人的行為，所以轉到急性病房住院治療。」(ID41)

「精神症狀干擾影響使達成目標有所受限。」(ID46)

「疾病症狀出現時不讓家人協助及防禦自己的能力強，故感受到無法深入貼近其內心之感受。」(ID48)

3. 健康狀況影響：

「夜眠差，影響個案的每天的活動力。」(ID1)

「經常因為血糖值不穩定影響復健出席。」(ID2)

「因藥物副作用不適以致身體僵硬而私自離院未健走。」(ID19)

「精神狀態差時，容易分心、注意力不能集中，常出現停頓。提醒時會合理解釋或否認。」(ID31)

「年紀大，記憶力下降，有升學的想法，但擔心別人會用異樣的眼光看自己。」(ID44)

4. 家庭因素：

(1) 家人支持與關注缺乏：

「家人的支持度較不足。」(ID7)

「夫家及原生家庭對個案較少關心及關注，並有較多負向的情緒。」(ID7)

「家庭支持度較不佳。」(ID16)

(2) 溝通互動不佳或關係緊張：

「與家人的互動感到自卑、有壓力。」(ID6)

「與家人之間無法溝通。」(ID12)

「與家人溝通不良，及案二哥不諒解個案的行為問題。」(ID15)

「個案對於案母重男輕女的觀念無法諒解，致溝通不良。」(ID16)

「外婆及舅舅的批評，他們很常有負向言詞的表示。」(ID28)

(3) 家庭衝突：

「日常瑣事常不順太太的意以致招來責罵。」(ID18)

「當個案比較會表達自己的意見之後，與案夫兩人卻因此容易出現吵架的情形。」(ID37)

5. 過往負向經驗：

「對就業的部分有些想法較多的堅持，及對就業市場的公司不信任，源自於過去就業的不愉快經驗。」(ID29)

「個案從小生活環境於母親及父親間轉換，隨時要去調整其生活模式及心情轉換，時而平穩時而躁動，躁動時會談過程會聽到批評及報復的負向言談，以致會談時中有時無法再引導正向的想法。」(ID49)

「由於過去的醫療環境容許其課程中離開，而導致學習到自認不需復健課程的想法及缺乏生活改變的準備。」(ID51)

表 4.2.14 個案改變之阻力

類屬	次類屬	屬性
個案改變之阻力	個案自身	個人取向之阻礙
		出席率不穩定
		缺乏對未來之相關考量
		各項慾望過高
		人際互動需協助
		不易建立關係
		缺乏動機、行動力或持續力
		易生衝突
		依賴他人或環境
		需旁人督促或關注
		自我支持缺乏
		壓力影響

	症狀干擾	
	健康狀況影響	
	家庭因素	家人支持與關注缺乏
		溝通互動不佳或關係緊張
		家庭衝突
	過往負向經驗	

肆、案主結案訪談整理

一、對未來的看法

參與本研究的學員，有各自之理由與原因而離開機構，離開機構後學員對於自己的未來看法，包含兩性關係、人際關係、獨立生活能力與自我期許等面向。

（一）兩性關係

1. 主動積極

「繼續追求友情和愛情，我不主動又木訥、我行我素的，但認識很多朋友。」(ID32-02)

「…再追求自己的愛情，目前沒有目標，有句話說感情是可遇不可求，人家不喜歡也不能強求，但還是要行動經營，來了要掌握。」(ID32-02)

2. 隨遇而安

「後來的另一半，這個我就不知道要隨遇而安了，要隨緣。」(ID21-01)

「至於交朋友，目前我並沒有想到交男女朋友的事。」(ID50-01)

3.堅持己見

「大家是說我怎麼還沒結婚這樣子，我說我的本來的未來就是不想結婚，自己一個人過比較好，結婚說起來就是說有時候你嫁得好，你被人家綁死了，嫁得不好，你被人家打一輩子，這樣子啊，所以就是一個人自由比較好。」(ID49-04)

（二）人際關係

1. 結交益友

「哪一類的喔…談的來的…而且脾氣要好。」(ID22-11)

「繼續追求友情和愛情，我不主動又木訥、我行我素的，但認識很多朋友。」(ID32-02)

「…也有朋友可以互相幫忙。」(ID55-03)

2. 改善人際

「希望人際關係可以再好一些。」(ID32-02)

3. 不強求

「對啊，那萬一跟我講話我跟他講，他不歡迎，那不要算了啊。」(ID48-08)

（三）獨立生活能力

1. 追求經濟與生活獨立

「我是想自己獨立生活…賺錢自己租房子。」(ID22-01)

「以前對我很好…就是比較不會管我。…那我很輕鬆，有一種輕鬆的感覺。對阿，比較不會都把我綁的緊緊的。」(ID22-07)

「但我找工作之前，在七期找工作之前，就跟爸爸講說，如果我找到工作的話，我會幫你把家庭分擔。」(ID22-04)

「可能會回到社會上工作，工作會找服務業爲主。」(ID32-01)

「我希望未來能換好一點的工作，一個更有福利、保障好、錢多一點的工作，但是我知道現在工作不好找，因此，我想多存點錢，再去找更好的工作。」(ID50-01)

「因爲我在觀光地區裡不會餓死…。」(ID55-03)

「媽媽又沒在賺錢，那每天哥哥和阿嫂還要吵著去買房子啊，我就有一個想法就說啊，乾脆來作代工，那幫媽媽省一下交通費，媽媽也沒有在賺錢，我也不用跟他拿錢。」(ID49-01)

「未來，就待在家啊，作工作、做代工這樣子啊。」(ID49-05)

2. 安於現狀

「出社會的經驗也不多，然後可能已經跟社會脫節了，…我跟社會已經脫離這麼久了，然後社會有現實面，跟社會已經遠遠的不及…我已經遠遠的不及這一方面的層面，所以我是覺得說，這樣的話不如就…，與其在外面受傷害，還不如待在家裡比較好這樣子。」(ID21-01)

「因爲本身的話我沒有去就業的打算，也沒有去工作的打算，所以來這邊是會比較好一點啦。」(ID27-07)

「沒什麼想到未來，現在普通過日子就好了。」(ID48-01)

「我沒有想過那麼多未來。…那個普通過日子就可以了。」(ID48-02)

「生活就是說對我還好，對家裡我不知道。走到哪混到哪、走到哪算到哪啦。」(ID48-03)

3. 興趣與獨立生活的結合

「洗車不錯啊，很多人都洗一個車啊，然後開出去就給我錢了啊。」(ID48-08)

「我想要自己找自己喜歡的工作啊。」(ID48-08)

（四）自我期許

1. 持續復健

「先維持現狀在築夢社區復健中心。」(ID32-01)

2. 健康

「我有跟我爸爸講，不錯了拉。我說從這個禮拜開始，我菸會少抽一點，所以少抽很多。」(ID22-05)

「那精神科是人家都會去住院，我想說我去住醫院好了，住醫院也是在住。」(ID48-04)

「就是…要把身體顧好啊…就是你覺得你現在身體上有什麼病痛有什麼疾病齁…就想說要去門診，去看病到底有哪些病，看可不可以治好這樣，這樣的話…才能讓你可以活得更久啊，把身體顧好才能活得更久啊，這樣的話身體健康的話才能再來談別的啊。」(ID27-01)

「我安守本分就好，沒要求什麼，要求平安就好。」(ID55-03)

「也是醫院裡面待啊，待久了就在家裡休息一陣子啊，再出來拚啊。」(ID48-07)

3. 上進

「因爲我的個性的話就是…倚老賣老，然後…拼出自己的一片天。」(ID55-01)

「....待久了就在家裡休息一陣子啊，再出來拚啊」(ID48-07)

「未來我就在想說如果我賺錢賺得有一定分量，明年我跟我朋友他們說要在岡山黃昏市場的對面要開他的檳榔攤，他說隔壁要讓我開泡沫紅茶跟烤的。」(ID49-04)

「就是存錢啊，錢存得很多這樣子，就可以去花了。」(ID49-04)

4. 協助家庭

「...家裡會唸東唸西，還是怎樣養不飽還是怎麼樣，要對家裡幫忙就可以了。」(ID48-08)

表 4.2.15　對未來的看法

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
對未來的看法	兩性關係 A	主動積極 A-1	是/否
		隨遇而安 A-2	是/否
		堅持己見	是/否
	人際關係 B	結交益友 B-1	是/否
		改善人際 B-2	是/否
		不強求 B-3	是/否
	獨立生活能力 C	追求經濟與生活獨立 C-1	是/否
		安於現狀 C-2	是/否
		興趣與獨立生活的結合 C-3	是/否
	自我期許 D	持續復健 D-1	是/否
		健康 D-2	是/否
		上進 D-3	是/否
		協助家庭 D-4	是/否

二、對自我的想法

學員對於自身目前的狀態與想法，包含了因應和處理事情的能力、問題解決能力、運用資源能力、生活現況、自我概念、家庭關係、健康狀況、工作情況與人際關係等層面之看法。

（一）因應和處理事情的能力

1. 因應和處理事情的能力佳

「處理阿，因爲我第一個會先判斷嘛，判斷事情的輕重，然後再判斷說我做下去有甚麼後果。」(ID21-02)

「如果我不懂的話，不知道這些輕重跟後果的話，我會問我媽媽，然後再考慮我的決定要不要這樣做。」(ID21-02)

「那我就有跟 00 說你以後要打電話，你就打一通兩通，這樣子你不要去

天天打給人家，人家有時候你一直打久了，人家也會覺得說你也沒有什麼事情啊，你一直在打電話，造成別人的困擾。」(ID49-07)

「像有幾個老人家都會給你挖苦(ㄎㄨ　ㄙㄟ)，就像是四十幾歲的，他都會在旁邊鬧你啊，他就會說這個孩子看起來笨笨的，不知道能不能做，那結果那個朋友就在我旁邊啊，那我就跟著他笑一笑，我就不想聽那個老人家講什麼。……我們就和他們開玩笑，笑說阿姨你很年輕，看起來就像是我們二三十歲這樣子，我們就跟他們這樣子講，慢慢就都很好的朋友了。他就不會取笑我和我另外一個朋友了。」(ID49-01)

「那我就有跟怡芳說你以後要打電話，你就打一通兩通，這樣子你不要去天天打給人家，人家有時候你一直打久了，人家也會覺得說你也沒有什麼事情啊，你一直在打電話，造成別人的困擾。」(ID49-07)

2. 因應和處理事情的能力退化

「我現在…我的心智好像沒有辦法決定什麼事情了耶。…我的心智就好像變成…人家說精神耗弱齁…我覺得我有一點這種趨勢啦，譬如說有時候我家電話響了，但我不敢接，因爲有時候會叫我應變一些什麼事情，但我沒辦法應變，所以我就不敢去接那個電話。而且我還會害怕我要講什麼話這樣子。所以有時候家裡電話響了，我不想接電話，我都會讓別人接…，我真的…真的精神…不好啊…就會越來越呆、越來越笨，變成這樣不知道怎麼搞的。」(ID27-06)

「會問我太太啊，有時候…有時候就她幫我作決定啊！…就是說有時候要出門，她就會幫我…提供穿衣服的意見，因爲我有時候根本不知道要穿什麼出門這樣。」(ID27-06)

（二）問題解決能力

1. 自行解決

「我幾乎比較不喜歡朋友幫忙我耶。…我喜歡憑著自己的(力量)…。」(ID22-12)

「就是現在就慢慢自己會去想啊，要怎麼去跟對方溝通。」(ID49-07)

（三）運用資源能力

1. 善用資源

「訊息都是協會那邊同學會幫忙阿。…會去那個一些…一些比如說單位那個阿…都會拿簡章都會拿幾張，他們會特地去拿。…所以協會那邊會幫忙。」(ID22-12)

「現在也是會有人向我借錢，我就會說第一點你要借喔，我就會叫我那個

朋友拿那個什麼本票，本票，你要借是可以，但是你要簽下去，我就用這一招。」(ID49-02)

（四）生活現況

1. 滿意生活現狀

「我覺得維持現狀也不錯阿，這是一種穩定的安穩。」(ID21-01)

「(現在)雖然沒有錢，可是過得很平靜的生活。」(ID21-04)

「我自己過是還好啦。」(ID48-02)

「因爲現在就有一個工作啊，蠻固定的啊，本來是說工作不固定，我就說，老師就說暫時不要結案這樣子，現在工作都有了，就蠻持續的，不錯啊。」(ID49-01)

「也是有滿意啦。」(ID48-02)

2. 目前生活議題

「我覺得其實最難的就是沒有錢的問題阿。」(ID21-02)

「工作的部份，正在努力中。」(ID22-01)

「像是說賺不到錢。」(ID48-03)

「經濟方面對我來說是還好啦，對家裡是很難啦。」(ID48-04)

「就是剛好家裡的人不好處理。」(ID48-08)

（五）自我概念

1. 正面感受

「自己覺得個性上有比以前更穩定，情緒不會起伏不定，也覺得時間過得很快，一天早晨又新的開始，邁進一步調整自己時間，多做自己的事，現在我懂得愛自己、疼自己，也會買東西犒賞自己。如果心情不好時會和別人聊天。」(ID50-01)

2. 負面感受

「我們以前常說『長大後要作有用的人』，結果我現在就…根本就是一個沒用的人啊。…沒有用就是沒有辦法做事情啊、也找不到工作啊，就是沒有辦法對這個社會有一點交待這樣，反而會讓人家感覺你是一個負面的個體一樣這樣。」(ID27-03)

「在外面的話我看起來真的就是一個很封閉的人，人家看到我就會我這個人很安靜…。」(ID27-09)

「我有的時候我會讓人感覺我是說沒內容，其實我這個人講不出什麼內容啦。」(ID27-10)

「我自己有時候想想，我其實齁，我這個人真的沒有辦法讓人肯定我什麼啦。」(ID27-11)

「我不主動又木訥、我行我素的…。」(ID32-02)

（六）家庭關係

1. 負面互動

「那家人這一部份是起起伏伏啦，…會感到比較挫折的部份。」(ID22-01)

「我跟她(女兒)的互動，我覺得本身…我覺得我本身沒有作好好的模範給她看。」(ID27-03)

「好的模範就是說要盡到作父親的責任，就是我常說的…就是賺錢養家啊，我就沒作到啊，所以我在她(女兒)面前我就…我就沒有辦法跟她(女兒)…我講的話就變得沒有什麼公信力啊。」(ID27-03)

「如果她(女兒)有什麼不對，有時候我也不敢指正她(女兒)啊，因爲我覺得我本身就不是個好模範啊。」(ID27-03)

「所以我跟女兒身教和言教這兩方面都沒辦法…都沒辦法作她(女兒)模範啊…。」(ID27-03)

「我好像沒有辦法帶給她(女兒)什麼，只能讓她(女兒)說…她(女兒)還有爸爸存在而已。」(ID27-03)

「她(女兒)看待我就是…就是…我說的話有時候她(女兒)都沒在聽。」(ID27-04)

「我有時候叫她(女兒)要好好讀書之類的，她(女兒)就敷衍我啊，表面上會說好，事實上也沒這樣做。」(ID27-04)

「她(女兒)是沒變壞啦，但她(女兒)有交一個男朋友，我怕（這個男人）不知道是好還是壞。」(ID27-04)

「我帶給她(女兒)的就是齁…就是她(女兒)要我開車帶她(女兒)去哪裡齁，這點我是可以做得到啦，還有就是說，給她(女兒)有這種感覺說…她(女兒)還有爸爸。」(ID27-04)

「我現在和她(女兒)就是…沒有辦法溝通什麼啦，她(女兒)現在放暑假在家，我每天也跟她(女兒)說不上幾句話啊，…和女兒有…生疏的感覺啦。」(ID27-05)

「我覺得她(女兒)會看不起我，因爲我有精神病這樣，就會覺得她會看不起我。」(ID27-05)

「可能是因爲爸爸媽媽，一個是女強人，一個是大男人主義，兩個人從早上罵到晚。」(ID55-01)

「我想說要讓家庭和諧一點，像有時候我會跟我弟弟講說…喝酒有什麼用。」(ID55-01)

「不知道家裡的人，這是要怎麼樣講，他們什麼也不會幫你，不像其他人說可以找得那種工作。」(ID48-01)

2. 正向交流

「就…家庭主夫，…。一半是女兒做的一半是我做的，我跟女兒是最佳楷模。」(ID55-02)

（七）健康狀況

1. 健康狀況不佳

「就是去看病啊、去門診這樣啊，因爲我真的覺得身體不舒服…就是很容易累啊、覺得很虛弱、不想動這樣，在精神上覺得好像有點失智的感覺這樣。」(ID27-02)

「人家說肝是『沉默的器官』齁…他是沉默的器官那我怎麼覺得這邊怎麼好像會痛。」(ID27-02)

「每天的生活都是跟自己的身心在掙扎啦，就是在跟自己的身心齁…有時候自己覺得真的是身心障礙有時候並不是在說假的，那真的是出現…並不是再那邊講假的，說什麼身心障礙，其實是真的會這樣。」(ID27-11)

（八）工作

1. 工作現況

「剛開始很不順手啦，現在知道了，覺得還不錯，只是在行動方面比較稍微慢一些。」(ID32-01)

「工作完又要馬上銜接上課，很疲累但又很充實。只是我比較喜歡和知道自己的人互動。」(ID32-01)

「是有很大落差，體驗到那裡(築夢社區復健中心)是以工作爲主。」(ID32-01)

「只是稍微有壓力，行動不夠快，有時候拿刀子，有時候要煮東西，會手忙腳亂。」(ID32-01)

因爲現在就有一個工作啊，蠻固定的啊，本來是說工作不固定，我就說，老師就說暫時不要結案這樣子，現在工作都有了，就蠻持續的，」(ID49-01)

「工作都找到，算是說找到一間那種的，二十天也不夠不夠。」(ID48-02)

2. 工作能力

「我有去應徵家樂福阿，還有一些水果行阿。…自己騎車去找，一間一間去找，看到他有一些要應徵的人，然後就進去問一下。」(ID22-02)

「就…家庭主夫，還有做生意這樣。一半是女兒做的一半是我做的，我跟女兒是最佳楷模。」(ID55-02)

「說是自己的工作做好，就不要做得不太好，要一直問人這樣子，這樣子啊。」(ID49-P2)

（九）人際關係

「(我)認識很多朋友。」(ID32-02)

表 4.2.16　對自我的想法

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
對自我的想法	因應和處理事情的能力 A	因應和處理事情的能力佳 A-1	有/無
		因應和處理事情的能力退化 A-2	有/無
	問題解決能力 B	自行解決 B-1	有/無

	運用資源能力 C	善用資源 C-1	有/無
	生活現況 D	滿意生活現狀 D-1	有/無
		目前生活議題 D-2	有/無
	自我概念 E	正面感受 E-1	有/無
		負面感受 E-2	有/無
	家庭關係 F	負面互動 F-1	有/無
		正向交流 F-2	有/無
	健康狀況 I	健康狀況不佳 I-1	有/無
	工作情況 J	工作現況 J-1	有/無
		工作能力 J-2	有/無
	人際關係 K		有/無

三、學員的改變

成員的改變並不限於單一的面向，而是依著個人狀況的差異而在不同的層面上有所改變，包含了日常生活、經濟、職業與就業、社會支持、健康、休閒娛樂、個性、情緒、人際關係、親子關係。而在此次訪談中較少提及經濟及休閒娛樂，但在其他面向上可發覺學員各自有不同的改變。

（一）日常生活

1、作息規律

「比如我早上會起床阿。」(ID21-03)

2、自我功能提高

「會自己洗衣服。」(ID21-03)

「就是把問題解決了啊…」(ID55-03)

「改變喔～就是腦筋的靈活啊～醫院幫助我…」(ID55-02)

3、社交機會增加

社交機會的增加擴展了生活圈，同時也使得學員感覺到疾病感的降低。

「我出院的時候…我出院的時候開始去(教會)的」(ID22-13)

「來日間病房就是可以…就是可以每天出來接觸看到外面的人…不會像在家裡這樣比較封閉啊，因爲你在家裡封閉的話就…就沒有辦法…就沒有辦法過正常的生活。就是你的神情…還有讓別人看起來就是覺得…覺得就是…就會讓人比較感覺你在精神上你看起來會比較感覺有生病這樣…」(ID27-07)

4、身體姿勢

「本來以前都走路，走路都會低低，頭低，都有時候手會搖來搖去，結果就有一天秋芬姐跟我講說你走路要抬頭，我本來還不習慣，後來在家裡慢慢，用一本書用在頭上，一直走一直走這樣子，就慢慢開始說不要走路搖來搖去的，那我還跟我媽媽去台中，他就說那些小姐怎麼走路，怎麼都那麼有氣質啊，那我就會發覺說我跟在我媽媽的旁邊，我想說走路低低的會讓我媽媽很沒有面子，所以我就會慢慢覺得去學啊，對啊。」(ID49-04)

（二）經濟

無

（三）職業/教育

1、穩定就業

「就是早上做生意阿，下午在家阿，然後晚上去散步阿，或者去教堂阿。」(ID21-01)

2、實踐目標

「履歷表都投了阿，然後你要應徵、應徵什麼我也都曉得阿。我覺得我沒有問題了拉，我已經去應徵了阿。」(ID22-01)

3、態度積極

「我覺得你在工作認知方面阿，還有態度方面都積極很多，因爲過去我們討論到工作這一塊的時候，可能…我看到的部分是缺乏行動力的部分…可是現在顏老師那邊，或許因爲他們叫你很主動，然後也帶動你一個…一個積極的想法拉，就比較多的行動力，很棒的喔。」(ID22-03)

4、自我成長

「我發現我成長滿多的，顯然對於我覺得成長很大拉。要找工作…，要找不找、要找不找，那時候捨不得離開這裡，阿現在好像放開了阿，到協會，阿協會就是要工作，阿我就去嘗試邊工作，然後越找就越有興趣阿。」(ID22-14)

（四）社會支持

1、非正式支持

「在我最需要的時候他們會伸出手幫助我…比如說我沒有飯吃的時候，他們會伸出手。」(ID22-11)

「教會唱詩歌阿、念聖經阿…他們都很關心我。」(ID22-13)

（五）健康

1、運動習慣

「就是早上做生意阿，下午在家阿，然後晚上去散步阿，或者去教堂阿。」(ID21-01)

2、精神狀態改善

「我是會想要做養護或是再做...或是再做幾個月齁…就會想要回來這樣子…我出院到現在兩個多月，就是很…很…很難過。我現在感覺是這樣啦～精神上真的是比較…覺得自己有比較嚴重一點。」(ID27-07)

3、疾病影響減緩

「一些比較比較不必要的動作，就是我病症上比較不必要的動作齁，已經…減少了。」(ID27-07)

「現在沒有低低走路，脖子也不會那麼酸。」(ID49-04)

「也是在裡面會發作，在家裡會發作，現在沒有了。」(ID48-05)

4、其他疾病加重

「糖尿病是越嚴重啦。」(ID48-04)

（六）休閒/娛樂

1、興趣養成

「有時候我不會趴趴走的時候，我就在家裡唱歌啊，就在家裡唱歌，就唱我喜歡的台語跟國語這樣子。」(ID49-04)

（七）靈性

1、宗教參與

「就是早上做生意阿，下午在家阿，然後晚上去散步阿，或者去教堂阿。」(ID21-01)

「教會唱詩歌阿、念聖經阿…」(ID22-13)

（八）情緒

1、心靈成長

「(以前)就覺得很痛苦阿，就沒有辦法走出來阿…這幾年應該不會，就覺得還好，有長大一點點」(ID21-04)

2、情緒穩定

「這陣子喔，就比較安靜。」(ID55-02)

「就是把問題解決了啊…影響情緒吧…」(ID55-03)

「以前的個性就是有人說什麼，我都聽不下去呀，很像不高興啦，那現在都聽得進去了。」(ID49-02)

3、壓力增加

「以前是沒有什麼壓力啦，現在愈做壓力愈好像比較重。……就想到一些東西就覺得沒有那麼滿意。」(ID48-03)

（九）個性

1、重新看待負面經驗

「可能是因爲朋友社群不同，然後相處起來感覺也不同，所以真的不一樣阿。我想可能是那邊的人不適合當我的朋友，那我也不適合跟他們當朋友，應該說我們彼此都不適合當朋友。」(ID21-04)

2、積極與信心

「有阿，信心很夠阿。」(ID22-14)

「積極吧。」(ID22-14)

3、增加互動

「就是說比較想接近別人，和人家講一些話啊～」(ID27-09)

4、自我開放與表達

「雖然說我不太會講話，但我還是會說一些心裡的話這樣，把它講出來，有時候我會覺得…很滿足了…因爲我在外面的話，我也很少跟人家講話啊」(ID27-09)

5、表達委婉

「改變很多，可能口語表達比較委婉，不會那麼直接比較沒有對人家打槍」(ID32-02)

6、做自己

「可以接受（接納）別人的關心，沒有(會)被別人誤會的壓力。而我自己也會盡量不要讓自己被過去不好的回憶(那些事情)所束縛，自己要解放，要讓自己快樂，那些事是已經過去的事，自己要和過去隔開；要用不一樣的心情眼光看過去。我過去住院時，看到那些病人進進出出醫院，有些人不是對自己很好，我想讓自己做得更好，不要困在過去，我可以感覺到別人是被困住，但我不想這樣，想讓自己更快樂。」

(ID50-01)

（十）人際關係

1、接納人群

「比較願意去面對人群了吧，因爲以前我都一直在家裡，然後再加上以前受傷的事情，讓我覺得很受傷阿，所以不太想要去面對人群，可是我現在慢慢的有點改變，就是願意接納人群。」(ID21-03)

「要去我就會慢慢學著去接受別人的話啊，這樣子可以真正交到一個朋友啊。。」(ID49-02)

2、交友選擇

「所以真的不一樣阿。我想可能是那邊的人不適合當我的朋友，那我也不適合跟他們當朋友，應該說我們彼此都不適合當朋友。」(ID21-04)

3. 懂得守密

「你就是要很確定的改變，那你不要說人家跟你講的話喔，你又傳出去，又傳出去給對方，有時候就會造成一些人的口角這樣子。」(ID49-02)

4. 習慣舊人

「跟別人相處喔，我也不知道，就舊的有情啦，新人無情啦。」(ID49-08)

（十一）親子關係

1、衝突減少

「維持原樣不多話，媽媽最近比較少念」(ID32-01)

2、正向溝通

「現在都會溝通。」(ID49-03)

（十二）手足關係

1、關係拉近

「跟哥哥相處的不錯，哥哥最近也回…就是那天回來看到我說我怎麼不會去趴趴走。」(ID49-03)

表 4.2.17 學員的改變

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
學員的改變	日常生活 A	作息規律 A-1	是/否
		自我功能提高 A-2	是/否
		社交機會增加 A-3	是/否
		身體姿勢 A-4	是/否
	經濟 B		是/否

	職業/教育 C	穩定就業 C-1	是/否
		自我成長 C-2	是/否
		態度積極 C-3	是/否
		實踐目標 C-4	是/否
	社會支持 D	非正式支持 D-1	是/否
	健康 E	運動習慣 E-1	是/否
		精神狀態改善 E-2	是/否
		疾病影響減緩 E-3	是/否
		其他疾病加重 E-4	是/否
	休閒/娛樂 F	興趣養成 F-1	是/否
	靈性 G	宗教參與 G-1	是/否
	情緒 H	心靈成長 H-1	是/否
		情緒穩定 H-2	是/否
		壓力增加 H-3	是/否
	個性 I	重新看待負面經驗 I-1	是/否
		積極與信心 I-2	是/否
		增加互動 I-3	是/否
		自我開放與表達 I-4	是/否
		表達委婉 I-5	是/否
		做自己 I-6	是/否
	人際關係 J	接納人群 J-1	是/否
		交友選擇 J-2	是/否
		懂得守密 J-3	是/否
		習慣舊人 J-4	是/否
	親子關係 K	衝突減少 K-1	是/否
	手足關係	關係拉近 L-1	是/否

四、改變因素

造成學員改變的因素有很多，以下分為信念/態度因素、環境因素、專業人員因素、非正式支持因素、個人因素、服藥治療因素及休閒娛樂因素。

（一）信念/態度

1、自身個性

「一個人的個性，跟他的人生，還有他的人生父母給他的教他跟他自己人生的改變，我覺得這部分才是最重要的。」(ID21-10)

2、人際互動

「不想得罪他人、又不想做好好先生，讓別人覺得好欺負」(ID32-02)

「現在就會自己去判斷，自己去覺得說我以前怎麼那麼糊塗，交到不好的朋友，就是很傻，然後我媽就說你不是傻，是心地太善良了。」(ID49-03)

3、工作意願

「因爲既然決定工作就要忍耐， 這裡環境沒有刺激到我的能力，有些東西要被其他的東西激發出來。在那裡因爲每個人都在做，自己就被激發了。」(ID32-02)

4、超越過去

「有些人不是對自己很好，我想讓自己做得更好，不要困在過去，我可以感覺到別人是被困住，但我不想這樣，想讓自己更快樂。」(ID50-01)

5、信仰支持

「只是偶爾還是會痛，經歷是一輩子的東西，要和它和平相處，放大其他快樂部份，就可以調和幸不幸福。想談一談宗教，近幾年每次去接觸玉皇大帝，都比較安詳和合諧，7 年前找到的那時候還在發病中，爸爸一個朋友道行較深，在他激發下有感應到神明的能力，但不是起乩，他說我的苦難將過以後會平順，有很多貴人」(ID32-03)

（二）環境因素

1、人生際遇

「一個人的個性，跟他的人生，還有他的人生父母給他的教他跟他自己人生的改變，我覺得這部分才是最重要的。」(ID21-10)

2、服務介入

「你有出來這樣來日間病房，每天這樣正常的齁…會比你待在家裡讓人家看起來感覺不一樣」(ID27-07)

3、環境激發

「有些東西要被其他的東西激發出來。在那裡因爲每個人都在做，自己就被激發了。」(ID32-02)

「我過去住院時，看到那些病人進進出出醫院，有些人不是對自己很好，我想讓自己做得更好，不要困在過去」(ID50-01)

4、生活規律

「平常生活(有)早起，固定時間生活規律，午餐自己處理，有時吃便當、有時吃麵，現在工作上穩定」(ID50-01)

5、經濟因素

「就是說金錢還是說沒有出路，去醫院也養不飽這樣子啊。」

（三）專業人員因素

1、專業團隊

「工作人員，主任啊～葉醫師啊～團結就是一條心嘛～然後就是彼此的照顧啊～這樣而已啊」(ID55-02)

「覺得滿不錯的，都是要感謝你們工作人員。」(ID49-05)

2、個管員支持

「因爲覺得你給我很大的安慰跟支持阿。」(ID21-03)

「就是怡臻老師你啊!」(ID21-05)

「雖然說過去的事情要暫停，可是…畢竟高中三年的傷害還是很大阿…那個部分你幫我走出來啦。」(ID21-04)

「有啊～你就是…你就是跟我會談…雖然說我不太會講話，但我還是會說一些心裡的話這樣，把它講出來，有時候我會覺得…很滿足了…」(ID27-09)

「有一方面是因爲妳的關係，因爲我也不曉得」(ID32-02)

「讓我覺得…就是說你讓我覺得就是…就是說比較想接近別人，和人家講一些話啊～你讓我感覺我講一些話是有用的。」(ID27-09)

「結果就有一天秋芬姐跟我講說你走路要抬頭，我本來還不習慣，後來在家裡慢慢，用一本書用在頭上，一直走一直走這樣子，就慢慢開始說不要走路搖來搖去的」(ID49-03)

3、其他專業人員

「他(復健機構職業轉銜人員)如果有工作，他就會幫我，他就會傳我的履歷直接過去了」(ID22-03)

「他(復健機構職業轉銜人員)告訴我說這一家，有在徵求資源回收的

人，那你就去看看，而且他當下他還…他還跟我說清潔公司在低價用人阿，他就幫我傳過去了阿。」(ID22-03)

4、專業服務

「可能是因爲心理會談的關係吧。」(ID22-15)

「我是會想要做養護或是再做...或是再做幾個月齁…就會想要回來這樣子…因爲我在等脊椎比較好，比較不會有發生變化再來…所以我出院到現在兩個多月，就是很…很…很難過。我現在感覺是這樣啦～精神上真的是比較…覺得自己有比較嚴重一點。」(ID27-07)

「就是我來日間病房這幾年治療的一些…一些成果。」(ID27-08)

5、訓練強化

「以前有受過人際和情緒管理訓練，來這後更加強了」(ID32-02)

6、就醫

「改變喔～就是腦筋的靈活啊～醫院幫助我…」(ID55-02)

（四）非正式支持

1、同儕支持

「我覺得 ooo 跟 ooo 是我的好朋友耶，因爲 ooo 這個人很正直阿，對人家又沒有心機，然後他也有甚麼會講，然後再加上他…，我不知道，我在 ooo 身上看到很多優點。」(ID21-04)

「他不一定了解我，可是他有時候靜靜的不講話，對我來說是一種很安靜的安慰。」(ID21-05)

「我覺得找到對的朋友，他不一定是一個很了解你的人，可是他一定是你很了解他的人。」(ID21-05)

「平常生活(有)早起，固定時間生活規律，午餐自己處理，有時吃便當、有時吃麵，現在工作上穩定，而且工作上目前有一兩個結過婚的友人，較常一同出去逛逛，覺得時間很快就過去了。」(ID50-01)

「我在清風的這個朋友他就會提醒我，他都會給我提醒，他都會說 00 你不要那麼大方，有時候都借人，他就會在我的旁邊叮嚀啊。」(ID49-02)

2、家人支持

「因爲我們大概有甚麼事情他會幫我阿，因爲我弟…我媽說他懂很多，然後心智也很成熟。」(ID21-06)

「這復健中心其實對我們的幫助其實沒有很大，和一個人的個性，跟他的人生，還有他的人生父母給他的教他跟他自己人生的改變，我覺得這部分才是最重要的。」(ID21-10)

「是很突然的，可能有爸爸陪有差，但主要是我的需要。」(ID32-02)

「頭腦不好，就會造成哥哥的困擾和媽媽的，那現在就會自己去判斷，自己去覺得說我以前怎麼那麼糊塗，交到不好的朋友，就是很傻，然後我媽就說你不是傻，是心地太善良了。」(ID49-03)

「控制是說喔，如果他們有滿意喔，來這邊是很簡單啦，那你說他們沒有滿意，再來一次是很困難。」(ID48-05)

「我有一個大姑在作外面啊，她也是跟我們一樣啊，也會帶我們到外面做呀…….他們是洗車的。」(ID48-08)

3、配偶支持

「我跟我太太之間，我這個脊椎開兩次她都…她都很關心我的脊椎，都會害怕我又有什麼問題又要開第三次的話…真的有時候不是鬧著玩的，會有生命上的危險…」(ID27-05)

「我覺得她有比前更關心我的身體了，而且就是會照顧我的生活起居這樣，我非常感謝她真的。」(ID27-05)

「我現在就是想起來，如果沒有我太太這個人夠，我真的是…我真的是沒有勇氣活下去…」(ID27-05)

「如果沒有她喔我也沒有辦法…我是沒有辦法說跟別人一樣正常這樣過日子這樣，因爲…因爲沒有她的話，我真的生活會發生重大的影響啦～」(ID27-05)

（五）個人因素

1、年紀增長

「年紀比較大也比較有關係啦～」(ID27-08)

「年紀大就比較能…就是…活動力沒有以前那麼大，阿就會比較會不

在乎一些事情…以前就是太在乎一些事情了….阿現在就是比較看得開，比較不在乎了這樣子。」(ID27-08)

2、顧慮家人

「我想說走路低低的會讓我媽媽很沒有面子，所以我就會慢慢覺得去學啊，對啊。」(ID49-03)

（六）服藥/治療因素

「有這樣的改變是吃藥也有關係啦～」(ID27-08)

「就是治療上也有效果、也有影響啊～」(ID27-08)

（七）休閒娛樂

1、靜態參觀

「休閒安排今天在科工館有中華電信百年電話活動，關於歷史發展，那是我的社會支持。」(ID32-02)

表 4.2.18 改變因素

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
改變因素	信念/態度 A	人際互動 A-1	是/否
		自身個性 A-2	是/否
		工作意願 A-3	是/否
		超越過去 A-4	是/否
	環境因素 B	人生際遇 B-1	是/否
		服務介入 B-2	是/否
		環境激發 B-3	是/否
		生活規律 B-4	是/否
	專業人員因素 C	專業團隊 C-1	是/否
		個管員支持 C-2	是/否
		其他專業人員 C-3	是/否
		專業服務 C-4	是/否
		訓練強化 C-5	是/否
		就醫 C-6	是/否
	非正式支持 D	同儕支持 D-1	是/否
		家人支持 D-2	是/否
		配偶支持 D-3	是/否
	個人因素 E	年紀增長 E-1	是/否
		顧慮家人 E-2	是/否
	服藥/治療因素 F		是/否
	休閒娛樂 G	靜態參觀 G-1	是/否

五、持續改變

學員的改變是否能夠持續，也是復元與優勢觀點工作中關注的重點之一，整理訪談後的結果發現學員的想法認為改變是可以持續的，好的經歷與經驗難以忘懷。也有學員特別指出目前在親子關係及就業工作上的持續改變。

(一)可以改變

「可以阿…因爲這些是我人生的經歷阿，所以好的經歷應該不會很難忘掉」(ID21-06)

「可以。」(ID27-11)

「我不會中斷他，這是一輩子的事」(ID32-03)

「可以啊。」(ID49-04)

(二)改變面向

1、親子關係

「以前沉溺於過去的不好經驗，情緒起伏大，現在尚可穩定，有時還是會想起過去，但不會像以前那樣嚴重了，目前工作可以一直持續，和母親的關係可以持續穩定良好，誤會已經有解開了。」(ID50-01)

2、工作就業

「以前沉溺於過去的不好經驗，情緒起伏大，現在尚可穩定，有時還是會想起過去，但不會像以前那樣嚴重了，目前工作可以一直持續，和母親的關係可以持續穩定良好，誤會已經有解開了。」(ID50-01)

3、人際關係

「現在就慢慢去學，不要跟人家說有什麼吵架的狀況啊，要相處啊。」(ID49-04)

表 4.2.19 持續改變

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
持續改變	可以 A		是/否
	改變面向 B	親子關係 B-1	是/否
		工作就業 B-2	是/否
		人際關係 B-3	是/否

六、心路歷程

改變非一蹴可及，而是經過不同事件的積累及各式不同的影響因素，在這段改變的過程中，學員也有各自不同的感受。

（一）正向感受

1、朋友知己

「就是遇到對的人阿，然後個性又相似，人家不是有一句話常講說…物以類聚嗎?就是你一定要找到一個對的人，對的朋友，他不用很了解你，可是你很了解他，你知道他不會出賣你，然後他不會背叛你，然後他就是一個很好的、不錯的朋友。」(ID21-06)

2、期待鼓勵

「希望他(家人)給我鼓勵。」(ID22-04)

3、自我肯定

「我喜歡自己的改變」(ID32-02)

4、追求進步

「從生病到現在，是很快的十年。有些是生病，有些是人和人因素，但還是要讓自己再好一點」(ID32-03)

5、與疾病共處

「比較不會想，偶爾會，就去走一走、逛一逛，做一些事，讓自己開心一點，拖過了就是你的」(ID32-03)

「只是偶爾還是會痛，經歷是一輩子的東西，要和它和平相處，放大其他快樂部份，就可以調和幸不幸福。」(ID32-03)

（二）負向感受

1、社會現實

「可是社會的人都很現實，他第一個打量你穿甚麼衣服，第二個打量你做甚麼，第三個打量你有多少錢，反正就大概這些，就是很勢利。」(ID21-07)

2、靠自己

「就是說要靠自己了阿。」(ID22-16)

3、家庭負擔

「我還有跟我媽媽說我現在沒有在讀書，也沒有在賺錢，沒有賺錢他還要一個月前給我這樣子，會划算嗎？我舅舅啊，現在又增加我舅舅

又要開刀，我舅舅他的鼻子阻塞，喉嚨要開刀，我就看到我媽媽一天到晚跑，又加上哥哥，我就會說我又要來呈泰，這樣子跑，負擔媽媽的錢，這樣子啊。」(ID49-05)

「自從我那時候精神來機構，那時候沒有透過媽媽，現在靠媽媽很累。」(ID48-09)

4、不捨離開

「感受是說很捨不得，不過還是要作一個決定啊。」(ID48-06)

（三）限制因素

1、未受重視

「雖然是有這個動力，但是家人沒有感受到。」(ID22-02)

「我已經沒有看到他(家人)接受的情形了」(ID22-04)

「我現在很懷疑說，我們家的人對我很不重視，我現在很懷疑。」(ID22-07)

「我有時候我都會懷疑說我是不是他們生的，要不要帶我去驗 DNA。」(ID22-09)

2、受挫經驗

「不見得都成功。」(ID22-02)

3、溝通不良

「溝通吧，溝通不良…因爲爸爸跟我的觀念差太多了拉…他不能理解我的觀念拉，可是我昨天就跟他說…我就跟他說，我去買一條菸，總比我去買半條菸還便宜。我就跟他講，我買五包，就剛好那個價錢，可是我買一條，它會便宜…嘿，它會便宜。而且我不用…我不用…因爲我買香菸都到大寮去買，而且我會少騎一次車程，少油錢，我就跟他講、講給他聽，他就在那邊，他就在那邊一直念來念去的。」(ID22-05)

「其實他的用意…我是有跟他講清楚，就是說因爲我每一個禮拜都要買五包嘛，這個禮拜買五包、下個禮拜買五包，阿我乾脆這禮拜就買一條就好了，下次就不用再買了阿。而且錢就可以少很多了阿」(ID22-08)

表 4.2.20 心路歷程

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向

心路歷程	正向感受 A	朋友知己 A-1	是/否
		期待鼓勵 A-2	是/否
		自我肯定 A-3	是/否
		追求進步 A-4	是/否
		與疾病共處 A-5	是/否
	負向感受 B	社會現實 B-1	是/否
		靠自己 B-2	是/否
		家庭負擔 B-3	是/否
		不捨離開 B-4	是/否
	限制因素 C	未受重視 C-1	是/否
		受挫經驗 C-2	是/否
		溝通不良 C-3	是/否

七、機構服務的影響

於結案訪談之中，想要瞭解機構服務對學員所帶來的影響，分為正向影響及負向影響兩大面向，分述如下：

（一）正向影響

1、志工經驗

「長庚對我的鼓勵、當過志工拉，這個地方都有一些美好的回憶，像那個護理長那邊阿，都有一些回憶，所以說都會幫助我阿。」(ID22-13)

2、支持關心

「有(支持)拉」(ID22-14)

3、教育功能

「就…老師會幫我們上課阿。」(ID22-14)

「那些學員他都不會自己去檢討啊，就是像說以前就是怡純姐跟我講事，我也是什麼事情都怪怡純姐跟秋芬姐，都不會自己去想著是誰亂，就是都推卸給別人啊，就是這樣，那現在就慢慢會去說這樣子。」(ID49-06)

4、休閒功能

「日間病房的影響是玩，而協會是認真工作」(ID22-19)

5、工作就業

「日間病房的影響是玩，而協會是認真工作」(ID22-19)

「對人說話就是有一個當黑臉、一個當白臉這樣子，就會讓學員慢慢去改變，就會找到一個好的工作。」(ID49-06)

6、受到尊重

「主任是他就是尊重學員，他喜歡說讓學員覺得尊重。…慢慢覺得說意婷的…老師的人很好，有他的，他都會聽人家去解釋這樣子。」(ID49-06)

「就是說自由，要作什麼就作什麼啊。」(ID48-06)

（二）負向影響

1、關係疏離

「他們在這裡是小老師，然後他們出了醫院外面，就是附近，連個招呼都不理，就完全當作沒看過你這樣。」(ID21-09)

「他們除了上課會跟我們打交道之外，其實私底下很嚴格，就是打個招呼而已阿，所以也不會有太多的關聯。」(ID21-09)

「可是服務的就一個一個走掉啊，所以說新的人都很難相處這樣。」(ID48-06)

「舊的比較有感情啦，新人喔，應該是馬馬虎虎的。」(ID48-07)

「以前的時候是開開心心嘛，那現在生病久了，大家都跑了。」(ID48-09)

2、未受尊重

「我不知道耶，然後裡面的老師，那幾個年紀比較大的老師，需要拿枴杖的，還有一個戴眼鏡的，長頭髮的，黑黑的，反正他們也有在講阿，他們說這一屆的老師怎麼這麼心高氣傲的，有時候跟他們講話他們還裝作一副看不起…，就是他們以前，因爲他們已經是當阿嬤當媽媽的人了，所以他們看小老師都可以看得出來，然後他們是說，怎麼小老師也一副看不起人的感覺，然後你問他甚麼他也不回答你，就是看不起你的意思，就是他雖然沒有跟你說看不起你，可是他的眼神就是看不起你這樣。」(ID21-09)

3、成效有限

「反正我是想說其實這復健中心其實對我們的幫助其實沒有很大，和

一個人的個性，跟他的人生，還有他的人生父母給他的教他跟他自己人生的改變，我覺得這部分才是最重要的。」(ID21-10)

「我在這邊也學不到什麼功夫啊。」(ID48-01)

「都沒有改變啊，也是這樣子過日子，一點改變都沒有啊。」(ID48-04)

4、厭倦重複

「只是說我們上課這樣子不要是重複的科目會比較好。…覺得好累喔。」(ID48-04)

「一樣的東西多上了，一樣的東西很累。」(ID48-06)

「以我們想嘛，就是一直在這邊覺得很沒有意思。」(ID48-09)

5、負面情緒

「因爲不知道他們想到什麼，常常就是氣得要死，那走了，也感覺心理怪怪的。」(ID48-11)

表 4.2.21 機構服務的影響

類屬	次類屬	屬性	面向
機構服務的影響	正向影響 A	志工經驗 A-1	是/否
		支持關心 A-2	是/否
		教育功能 A-3	是/否
		休閒功能 A-4	是/否
		工作就業 A-5	是/否
		受到尊重 A-6	是/否
	負向影響 B	關係疏離 B-1	是/否
		未受尊重 B-2	是/否
		成效有限 B-3	是/否
		厭倦重複 B-4	是/否
		負面情緒 B-5	是/否

八、對「希望花田」和「個人工作計畫」的看法

在復元與優勢觀點的工作取向當中，希望花田與個人工作計畫二者是相當重要的工作工具與途徑，在此將針對參與本研究之結案學員，了解結案學員對於此二種工具與途徑之看法。

（一）希望花田

1. 正向感受

「因爲別人是一定清醒的嘛，然後你願意突破，你可以從別人身上看到你自己。」(ID21-10)

「釐清自己的觀念吧。」(ID21-10)

「幫忙是可以…恩…講出來是比較好。…講出來比較好，讓其他人知道我真正的困難是在哪裡。…瞭解我在哪裡。」(ID22-20)

「很支持繼續使用在其他病友，可以促進表達，還有增加社會研究，幫助以口語方式表達出來，其實幫助很大，如訪談過程中觀察到老師的情緒，是緊張或…以後我可以把它寫起來，以後用來觀察別人，除了表達想法感覺以外還有學習觀察，如觀察此人的表達能力不錯、個性好，每個人現況在不同時間地點，會有細微不同及回應不同。」(ID32-03)

「寫希望花田、個人工作計畫、做問卷時可以看看哪些方面有改善、有進步，我慢慢的復元，讓自己想法有正向的感覺，不會負面，走向不好的路，不會沉溺痛苦，事情不會像以前那樣那麼嚴重。」(ID50-02)

「蠻不錯的，很好，讓我改變很多。」(ID49-07)

2. 負向感受

「我覺得應該是你們，因爲想要了解病人的想法嘛，應該是醫學…你們上面的通過吧，就是你們醫學…，對你們醫學來說，我們是精神病患的一種，然後可是你們會想要了解說，這些精神病患對你們醫院當中會有甚麼想法嘛，我覺得是你們想要實驗，然後想要了解的部分。」(ID21-10)

「就是說喔一樣想要工作啦，就變成說我有缺點去工作啦，還有肉身也澎澎痛，他們叫我改善啦，但有時候我還是會澎澎痛。」(ID48-06)

3. 其他

「他還能給我兩百塊讓我去買東西吃(笑)，怎麼辦我不知道(笑) 。」(ID21-10)

「我覺得這個希望花田我還沒有什麼概念，我不知道這四個字是什麼意思。」(ID27-10)

4. 限制

「就是說喔一樣想要工作啦，就變成說我有缺點去工作啦，還有肉身也澎澎痛，他們叫我改善啦，但有時候我還是會澎澎痛。」(ID48-06)

「嗯，也是還好啦，希望還不錯，可是越待越沒有希望啊。」(ID48-06)

（二）個人工作計畫

1. 促進改變

「工作我已經有啦，就是早餐店嘛。…未來的另一半就隨緣，減重的部分…就一樣阿，就每天走路阿。」(ID21-07)

「是有聚焦，但本人有障礙物存在，如數字計算問題，還要很多努力。」(ID32-03)

「寫希望花田、個人工作計畫、做問卷時可以看看哪些方面有改善、有進步，我慢慢的復元，讓自己想法有正向的感覺，不會負面，走向不好的路，不會沉溺痛苦，事情不會像以前那樣那麼嚴重。」(ID50-02)

表 4.2.22 對「希望花田」和「個人工作計畫」的看法

類　　屬	次　類　屬	屬　　性	面　　向
對「希望花田」和「個人工作計畫」的看法	希望花田 A	正向感受 A-1	是/否
		負向感受 A-2	是/否
		其他 A-3	是/否
		限制 A-4	是/否
	個人工作計畫 B	促進改變 B-1	是/否

第五章、研究結論

一、第一年復元階段量表之發展

本研究第一年的目的在發展可以同時測量精神障礙者之復元過程和復元結果的量表，以用於接續的實驗計畫中。此目標已順利達成並且發表於國外期刊，該量表無論在樣本數、概念的範疇、和常模建立上皆突破了既有的研究。量表的內涵可見於附錄一，而量表的次向度、測量方法、信度和效度等資料如下：

目的：本量表旨在呈現精神障礙者所處的復元階段，內含復元過程指標和結果指標，可運用相關實務和研究中，由於此量表已建構常模，有助於實務中初步評量案主的復元程度，以及評估案主在處遇前後的復元階段變化，可作為呈現社會工作處遇的效能指標之一。適用對象為重型精神疾病患者，但是排除人格違常、物質濫用、和癡呆症患者。

內容：量表之發展乃參考國外文獻發展而成，本量表共有 45 題，過程要素有三個向度，包括：1)希望感(3 題，1, 2, 3)、2)障礙處理/負責任(9 題，4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. 11, 12)、和 3)重獲自主性(15 題，13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)。復元結果亦有三個向度，包括：1)社會功能/角色表現(7 題，29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)、2)整體安康/人生滿意度(8 題，16, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42)、和 3)助人意願(3 題，43, 44, 45)。

計分方式：此為四分的總加量表形式，選項包括：從未(0)、偶爾(1)、有時(2)、經常(3)。將各題分數加總，分數越高代表復元狀況越好。

常模：這份量表之發展所使用的樣本含括兩類，分別為 370 個在台灣 24 個社區復健中心接受服務的精神障礙者(簡稱社區復健組)，和 101 位曾接受復健中心服務但是接受施測時已穩定在社區生活並且有自己想追求的目標者(簡稱功能良好組)。接受再測的樣本有 55 位。根據叢集分析結果，總樣本可分為四種復元階段，且各階段的常模為：0-57 分為第一階段(深受障礙打擊)、58-90 為第二階段(與障礙對抗)、91-119 為第三階段(與障礙共存)、120-135 為第四階段(超越障礙)。

信度：量表各向度都有很好的內在一致性方面—「希望感」(0.80)、「障礙處理/負責任」(0.92)、「重獲自主性」(0.95)、「社會功能/角色表現」(0.85)、「整體安康/人生滿意度」(0.91)、與「助人意願」(0.89)。三到五週之整體量表再測信度為 0.72。

效度：因素分析結果顯示各向度都具有內部建構效度，各題項與其所屬的向度之間的相關都在 0.40 以上。這份量表也具有區辨效度，亦即功能良好組的復元總分顯著地高於社區復健組。在外部建構效度方面，此量表總分與增強權能分數、社會功能、和生活滿意度三變項整體上有顯著相關性(控制了性別和診斷)，可解釋的復元總分變異量為 57.3%；再者，處在不同復

元階段量表的樣本，其在權能分數、社會功能和生活滿意度也都達到顯著差異。

二、跨時間之復元過程和結果之變化

分析結果顯示整體復元分數於 T2 和 T1 之間(相距半年)不顯著地下降，到了 T3(與 T1 相距九個月)則顯著地提升，到了 T4 則又顯著下降，到了 T5 則又回升。復元過程中的「重獲自主性」有顯著的隨時間變化。復元結果中的「社會功能/角色表現」、「整體安康/人生滿意」、「助人意願」的變化趨勢亦達顯著，亦即 T1 至 T3 之間逐漸提升，但是在 T4 有顯著下降，到了 T5 則又顯著提升。相較於五次間比較，四次間比較的結果有兩處不同，在於「重獲自主性」向度，T3 顯著地大於 T1；再者，「助人意願」隨時間的變化達到顯著。

就復元階段觀之，T3 和 T1 之間與 T3 和 T2 之間的變化達到顯著。約 57% 的學員維持相同的階段，提升到更高階段者約三分之，退步者則為少數，顯示此方案具有一些成效。

整體而言，此研究結果支持文獻上提及精障者復元的過程是一個起伏然而螺旋上升的歷程，起伏較多的是復元過程中的希望感、障礙處理度、重獲主體性，至於復元結果部分，前三次施測都逐漸提升，T4 則下降，T5 又上升。T4 施測時間正逢冬天和過年時節，可能因季節的影響和親友互動較多，引發感觸而影響其對於自身的評價。

三、各時間點間復元階段量表分數之相關

各次施測所得之復元分數之間的相關程度頗高，介於 0.58 至 0.83 之間

四、相關模式檢驗

本研究分別檢驗「同時效應」和「時間效應」。在時間效應方面，由五次施測的分析結果顯示，六個自變項整體與復元程度之相關程度頗高，解釋的變異量在 63.8%至 77.8%之間，驗證了自變項對依變項之同時效應。顯著的自變項以復原力和家庭支持二者為最重要，症狀於第一、四、和五次中亦為顯著自變項，朋友和鄰里支持則於第三次為顯著自變項之一。

在時間效應方面則分別就三個月、半年、一年和將近兩年之間隔加以檢驗，分析結果驗證復元統合模式中的自變項對於復元程度之跨時間影響達到顯著，無論間隔時間之長短。六個自變項解釋復元程度之變異量多介於 35%至 53%之間，只有 T4->T5 之半年效應特別高(67.7%)。至於顯著的自變項則主要仍為復原力和家庭支持，普遍而言復原力仍是最重要者。福利服務使用僅在三個月間隔中為顯著變項，朋友鄰里支持則在兩次的分析中達到顯著。

五、個管員對於優點個案管理之態度與實施狀況

個管員基本上對於此模式持肯定的態度，多數初始感到新奇，不同於其過去

的訓練和作法，少數則覺得與自己原先的理念和做法吻合，他們抱持熱切的學習心態，努力落實此模式，然而對於因而增加的個案紀錄作業亦感到些許負擔。

在原則運用上則相當肯定人有學習成長改變的潛能，亦能觀察到學員的改變，因此受到激勵，在專業關係方面亦深有體會，感到與案主的關係更深，討論的內容更多元，學員亦更願意主動諮詢個管員。至於「焦點在優勢而非病理」和「案主為助人關係的指導者」此二原則則有較多的衝突，個管員努力聚焦在學員的優勢和想望與其工作，然而當學員沒有明確想望，或並未積極行動追求其想望時，個管員則亦重回問題解決模式，聚焦在處理學員的病理(症狀和行為模式)和問題。對此本研究在各次的督導中經常進行討論，亦於最後將結束時對此有更深層的交流。至於外展和社區資源是長庚日間病房的個管員較少使用的原則，受限於機構規定，其外出並非能夠隨心所欲，而社區資源則是她們較為陌生的場域。

個管員亦能體驗到「雙向復元」的功效，亦即她們自身在運用此模式的過程中，自身受益。在工作中她們與學員的關係增進，更能以同理和開放的態度與學員工作，學會等待並嘗試更多激勵的方法。在個人部分，此模式的影響包括：更樂觀、更能面對負面經驗、更具彈性、與家人關係放鬆等。

整體組織亦有所改變，包括日間病房團隊較少聚焦在學員的缺失，相互提醒看到她們的優勢，並相互以優勢對待。整體組織協助一位學員辦理盛大的畫展，達成其夢想。醫院的行政單位愈能了解日間病房之模式給予肯定，亦能在需要時支持她們外展。

六、研究對象之改變

由個管員的角度觀之，他們提到學員多元的改變內涵，包括個人層面和人際關係層面，前者如由抗拒到願意行動、能夠自我控制、主動性提高、正向轉念並相信自己的能力、相信和認同自己的改變等。人際關係方面則如關係拓展、技巧增加、學習新的因應方法面對家人，與個管員的關係改善等。

結案的學員(研究對象)自身提及的改變則更為多元，涵蓋日常生活、經濟、職業/教育、社會支持、健康、休閒/娛樂、靈性、情緒、個性、人際關係、親子關係和手足關係，可謂全人全方位的變化，誠然每位結案的個案的改變面向皆不同。日常生活主要在生活規律和功能提升，職業/教育含括穩定就業、態度積極和實踐目標等；健康方面則有養成運動習慣、精神狀態改善、疾病影響減緩等；個性方面則包括重新看待負面經驗、積極和信心、自我開放與表達、作自己等。

促進其改變的因素則有信念/態度(如：超越過去、想法改變、信仰因素)、環境因素(如：服務介入、生活規律、環境激發)、專業人員因素(如：個管員支持、專業服務)、非正式支持(家人、配偶、同儕、鄰里)、個人因素(年紀增長、重要他人影響)

附錄一：復元階段量表

接下來的題目是想了解你怎麼看待自己的康復情形,每個人的精神疾病康復道路都是一個獨特的過程，因此這些題目沒有絕對的對或錯的答案，請仔細閱讀(聆聽)每一題的內容，並依照你自己的實際狀況在四個選項(從未、偶爾、有時、經常)中**勾選最接近您的狀況的答案**。請放心和安心回答，每題只選擇1個答案；並請務必回答所有的問題。

請問您在過去這**半年以來**，下面這些情形或感受出現的程度？	**從未**	**偶爾**	**有時**	**經常**
1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	□	□	□	□
2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	□	□	□	□
3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	□	□	□	□
4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	□	□	□	□
5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	□	□	□	□
6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	□	□	□	□
7.我努力照顧自己的生活起居。	□	□	□	□
8.我努力讓自己的生活更豐富。	□	□	□	□
9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	□	□	□	□
10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	□	□	□	□
11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	□	□	□	□
12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	□	□	□	□
13.儘管我有精神症狀，我還是肯定自己的價值。	□	□	□	□
14.儘管我有精神症狀，我還是有能力去完成事情。	□	□	□	□
15.儘管我有精神症狀，我還是可以安排自己的生活。	□	□	□	□
16.我喜歡我自己現在的樣子。	□	□	□	□
17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	□	□	□	□
18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	□	□	□	□
	從未	**偶爾**	**有時**	**經常**

19.儘管有精神疾病，我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	□	□	□	□
20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	□	□	□	□
21.當我做事情的時候，我知道自己想要達成的目標是什麼。	□	□	□	□
22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	□	□	□	□
23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	□	□	□	□
24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	□	□	□	□
25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	□	□	□	□
26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	□	□	□	□
27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	□	□	□	□
28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	□	□	□	□
29.我知道如何和別人說話或交往。	□	□	□	□
30.當我有需要時，我的家人、親戚或朋友會幫助我。	□	□	□	□
31.當我的家人、親戚或朋友有需要時，我會幫助他們。	□	□	□	□
32.我嘗試去認識一些新的朋友。	□	□	□	□
33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	□	□	□	□
34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	□	□	□	□
35.我在家中有一定的職責和事情要做。	□	□	□	□
36.整體來說，我覺得自己不錯。	□	□	□	□
37.整體來說，我過著如一般人的生活。	□	□	□	□
38.整體來說，我內心感到平靜。	□	□	□	□
39.我不會感到孤單。	□	□	□	□
40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	□	□	□	□
41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	□	□	□	□
42.整體來說，我過著快樂的生活。	□	□	□	□
43.儘管有精神症狀，我認為自己還是可以幫助別人。	□	□	□	□
	從未	**偶爾**	**有時**	**經常**

44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	□	□	□	□
45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	□	□	□	□

資料來源：**Song, L** .& Hsu, S. (2011).The Development of the Stages of Recovery Scale for Persons with Persistent Mental Illness. *Research on Social Work Practice, March 14, DOI: 10.1177/1049731511402218* (Accepted February 6th, 2011)

附錄二：復元方案評估問卷

復元狀況評估表

各位好!

首先感謝您協助填寫此份問卷，這次的調查主要是想瞭解您目前的復元狀況、社會支持狀況、內在心理狀況和權能感受等。透過這些資料的蒐集，可以讓專業人員瞭解精神障礙者目前的處境，進而提供專業人員未來規劃服務的參考，期待有助於各位未來的復元旅程。我們相信每個人都是獨一無二的，所處的狀態也有差異，因此下面的問題都沒有絕對的答案，請依照您自身的狀況填寫即可。 另一方面，我們想強調的是您的個人資料都是匿名處理，並且僅作研究分析之用，在報告中是以整體的資料呈現，不會暴露個人的隱私，請您放心填答。再次感謝您的參與，也祝福您未來的人生旅程順利平安!!!

宋麗玉 教授 敬託
國立政治大學 社會工作研究所

徐淑婷 醫師
高雄長庚醫院 精神科

一、病患基本資料：

1.性別：____1=男 ____2=女

2.出生年月日：民國（前）____年____月____日

3.教育程度：

____1=不識字 ____2=小學（肄）畢 ____3=國（初）中（肄）畢

____4=高中（職）（肄）畢 ____5=大專（肄）畢 ____6=研究所以上

4.婚姻狀況：

____1=未婚 ____2=已婚或同居 ____3=離婚 ____4=分居 ____5=喪偶

5.您第一次發病時是幾歲的時候？ _____歲

6.根據醫師告訴您的，您得的是那一種精神疾病？_____

7.您**發病以來**總共全日住院過幾次？_____次

8.您最近**兩年內**總共全日住院過**幾次**？ _____**次**

8.1 您最近**兩年內**總共全日住院**幾個月**？_____**月**

9.您近半年來有定期服用精神藥物嗎？____1=是 ____2=否

10. **過去一個月當中**，有多少時候你有下列感受? 請在「從未」(1分)到「總是」(6分)之間勾選一個符合你的狀況的答案。

	從未 1分	2分	3分	4分	5分	總是 6分
1.覺得自己是一個容易緊張的人						
2.感到平靜與平和						
3.感到悶悶不樂和憂鬱						
4.覺得自己是一個快樂的人						
5.覺得沮喪，沒有任何事可以讓自己開心						

11.您是否有其他健康方面的疾病？____1=是(**請繼續填10.1**) ____2=否

10.1 若有，請填寫病名：_____

12.您現在與誰住在一起？

____1=家人 ____2=其他親戚家

____3=朋友家 ____4=康復之家

____5=自己住 ____6=其他（請說明：_____）

二、復元狀況量表

接下來的題目是想了解你怎麼看待自己的康復情形,每個人的精神疾病康復道路都是一個獨特的過程，因此這些題目沒有絕對的對或錯的答案，請仔細閱讀(聆聽)每一題的內容，並依照你自己的實際狀況在四個選項(從未、偶爾、有時、經常)中**勾選最接近您的狀況的答案**。請放心和安心回答，每題只選擇1個答案；並請務必回答所有的問題。

請問您在過去這**半年以來**，下面這些情形或感受出現的程度？	**從未**	**偶爾**	**有時**	**經常**

1.我相信只要努力治療或復健，我的精神症狀有好轉的可能。	□	□	□	□
2.我相信有一天我可以和一般人一樣。	□	□	□	□
3.儘管還是有精神症狀，我相信未來我還是有機會可以發揮自己的能力。	□	□	□	□
4.我願意利用一切可能的方法來改善我的症狀。	□	□	□	□
	從未	**偶爾**	**有時**	**經常**
5.我願意利用一切可能的方法來改善我的生活。	□	□	□	□
6.我靠自己的努力來改善我的症狀。	□	□	□	□
7.我努力照顧自己的生活起居。	□	□	□	□
8.我努力讓自己的生活更豐富。	□	□	□	□
9.我可以為自己的行為和決定的結果負責。	□	□	□	□
10.我試著用一些方法來改善我的生活狀況。	□	□	□	□
11.我試著用一些方法去面對別人異樣的眼光。	□	□	□	□
12.我試著用一些方法去尋找自己的發展機會。	□	□	□	□
13.儘管我有精神症狀，我還是肯定自己的價值。	□	□	□	□
14.儘管我有精神症狀，我還是有能力去完成事情。	□	□	□	□
15.儘管我有精神症狀，我還是可以安排自己的生活。	□	□	□	□
16.我喜歡我自己現在的樣子。	□	□	□	□
17.我開始思考怎樣讓自己的生活過得更有意義。	□	□	□	□
18.我的精神疾病讓我學習到一些事情。	□	□	□	□
19.儘管有精神疾病，我仍然可以努力尋找自己的生活目標。	□	□	□	□
20.儘管有精神疾病，我仍然可以重新找到自己的生活重心。	□	□	□	□
21.當我做事情的時候，我知道自己想要達成的目標是什麼。	□	□	□	□
22.當我做事情的時候，我可以思考一些狀況並且做決定。	□	□	□	□
23.儘管有精神疾病，我還是可以嘗試新的事物。	□	□	□	□
24.儘管我現在的狀態不見得都符合我的期待，我相信未來可以比現在更好。	□	□	□	□
25.我對於自己的未來抱持樂觀的態度。	□	□	□	□

26.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來克服我的精神障礙。	□	□	□	□
27.我可以運用自己的能力或是他人的幫忙來消除社會的誤解和歧視。	□	□	□	□
28.只要我努力，我就可以達成我想要的目標。	□	□	□	□
29.我知道如何和別人說話或交往。	□	□	□	□
	從未	**偶爾**	**有時**	**經常**
30.當我有需要時，我的家人、親戚或朋友會幫助我。	□	□	□	□
31.當我的家人、親戚或朋友有需要時，我會幫助他們。	□	□	□	□
32.我嘗試去認識一些新的朋友。	□	□	□	□
33.我會出去參加社會活動(如逛夜市、花市、看電影、聽演唱會等)。	□	□	□	□
34.我會去參與社團的活動(如到教會作禮拜、佛堂活動、交際活動、郊遊等)。	□	□	□	□
35.我在家中有一定的職責和事情要做。	□	□	□	□
36.整體來說，我覺得自己不錯。	□	□	□	□
37.整體來說，我過著如一般人的生活。	□	□	□	□
38.整體來說，我內心感到平靜。	□	□	□	□
39.我不會感到孤單。	□	□	□	□
40.整體來說，我對於目前的生活安排感到滿意。	□	□	□	□
41.整體來說，我對於自己目前所擁有的人生感到滿意。	□	□	□	□
42.整體來說，我過著快樂的生活。	□	□	□	□
43.儘管有精神症狀，我認為自己還是可以幫助別人。	□	□	□	□
44.如果有機會，我願意幫助有需要的人。	□	□	□	□
45.我經驗到幫助別人是快樂的事。	□	□	□	□

三、社會支持

1. 當我們面臨一些問題或困難時，我們常會尋求家人或親戚的幫忙，請問您在過去這**半年以來**，您的家人或親戚給您的協助有多少？請勾選適合您的答案

	從未	偶爾	有時	經常
1.提供工作方面的協助	□	□	□	□
2.提供活動方面的協助	□	□	□	□
3.借給我東西或金錢	□	□	□	□
4.提供我需要的資訊	□	□	□	□
5.陪伴我一起做事情	□	□	□	□
6.陪我聊天	□	□	□	□

2. 請問您過去**半年內**有往來的朋友有幾個？ ____個

2.1 這些朋友當中，有幾個是在教會或是道場/廟宇認識的？ ____個

2.2 這些朋友當中，有幾個是在日間留院或復健中心認識的？ ____個

2.3 請問您覺得過去**半年內**，當您有需要時，朋友給您的協助是否足夠？

□(1)相當足夠 □(2)足夠 □(3)尚可
□(4)不夠 □(5)相當不夠

3. 請問您覺得過去**半年內**，當您有需要時，鄰居給您的協助是否足夠？

□(1)相當足夠 □(2)足夠 □(3)尚可
□(4)不夠 □(5)相當不夠

4. 您現在是否有親密的伴侶？____1=是 ____2=否

5. 請問您覺得過去半**年內**，當您有需要時，醫療或復健人員給您的協助是否足夠？

□(1)相當足夠 □(2)足夠 □(3)尚可
□(4)不夠 □(5)相當不夠

6. 請問您過去**半年內**，使用過哪些福利服務項目？ (請勾選)

	是	否
就醫補助(如：自行負擔門診費用減免、重大傷病減免部分負擔費用、健康檢查等)	□	□
經濟補助(如：中低收入生活補助、交通工具優待、風景區、康樂場所或文教設施優待、租屋補助、購屋補助等)	□	□
就業福利(如：創業貸款利息補助、承租商店或攤販租金補貼、公益彩券經銷商之申請等)	□	□
保險補助(如：社會保險自付部分補助、國民年金補助)	□	□
就學補助(如：學費減免、獎學金、助學金)	□	□

四、心理內在力量

請閱讀以下的敘述句並從七點量表中選出最能描述您的人格特質的選項。請根據您的日常生活經驗答題。有些敘述句很類似但請勿略過不答。

1=完全不同意-------2--------3--------4--------5---------6--------7=完全同意

	1=完全不同意-------2--------3--------4--------5---------6--------7=完全同意	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	我經常能找到某種方式將問題解決	□	□	□	□	□	□	□
2	在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	□	□	□	□	□	□	□
3	我通常能接受發生的事情而不受影響	□	□	□	□	□	□	□
4	我是自己的朋友(獨處時也可以過得快樂)	□	□	□	□	□	□	□
5	我覺得我可以同時處理很多事情	□	□	□	□	□	□	□
6	我是個果決的人	□	□	□	□	□	□	□
7	因為我以前遭遇過困難，所以我能渡過後來的難關	□	□	□	□	□	□	□
8	我有自制力	□	□	□	□	□	□	□
9	我對事物保持興趣	□	□	□	□	□	□	□
10	我經常可以發現好笑的事	□	□	□	□	□	□	□
11	我的自我信念〈相信自己的能力〉使我渡過難關	□	□	□	□	□	□	□
12	在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	□	□	□	□	□	□	□
13	我的生活有意義	□	□	□	□	□	□	□
14	當我處於困境時，我通常可以自己找到出路	□	□	□	□	□	□	□

五、權能感受

以下是關於個人對「人生」和「作決定」的一些觀點，**請勾選最接近您現在感受的答案**。第一個直覺的想法通常是最適切的，不要在一個問題上花太多時間思考。另外，請誠實回答，如此您的答案才能反映出你真正的感覺。每題只選擇1個答案；並請務必回答所有的問題。

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1.當我做計畫時，我有把握事情可以成功	□	□	□	□
2.我對於自己所做的決定具有信心	□	□	□	□
3.我覺得自己是一個有價值的人	□	□	□	□
4.我認為自己是個有能力的人	□	□	□	□
5.只要我認為可能的事，就可以做到	□	□	□	□
6.我能夠決定我生活中大部分的事情	□	□	□	□
7.一旦設定目標，我會努力去達成	□	□	□	□
8.我能樂觀地面對挫折	□	□	□	□
9.我對生活感到無力	□	□	□	□
10.我自覺無法和有權力的人對抗	□	□	□	□
11.我認為運氣不好造成我生命中的不幸	□	□	□	□
12.我通常感到孤獨	□	□	□	□
13.我有勇氣面對困難	□	□	□	□
14.我知道如何和別人維持良好的溝通	□	□	□	□
15.我能夠清楚地向別人表達自己的想法	□	□	□	□
16.與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調	□	□	□	□
17.當我需要別人幫助時，我會向別人提出來	□	□	□	□
18.我敢在公開場合表達與別人不同的意見	□	□	□	□
19.當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜	□	□	□	□

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
20.別人會重視我說的話	□	□	□	□
21.我覺得別人忽視我的存在	□	□	□	□
22.我可以說服別人接受我的建議	□	□	□	□
23.我覺得自己可以改變所處的環境	□	□	□	□
24.人們一起努力，可以改變社會的環境	□	□	□	□
25.人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量	□	□	□	□
26.採取行動就有可能解決社會問題	□	□	□	□
27.社會的現實狀況不是市井小民可以改變的	□	□	□	□
28.只要是對的事情，我敢向權威挑戰	□	□	□	□
29.我願意參加集體行動來改善鄰里的問題	□	□	□	□
30.我願意參加集體行動來改善社會的問題	□	□	□	□
31.我願意為社會上不公不義的事情挺身而出	□	□	□	□
32.當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音	□	□	□	□
33.如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙	□	□	□	□
34.如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道	□	□	□	□

謝謝您協助填答這份問卷，請再檢查每題是否都填答了!!!

最後，您若對於生活或自己，若有任何想法，請利用下面的空間書寫：

附錄三：優點個案管理記錄表

個案概述

壹、　案例簡介

一、個案來源：　　二、開案日期：

三、個案姓名：　　四、個案簡介：

（一）家系圖、生態圖：

(1.)家系圖　　(2.)生態圖

（三）學員狀況敘述：

(1.)居住狀況

(2.)經濟狀況

(3.)案家生活狀況

(4.)健康狀況

優點評量〈希望花田〉

貳、優點個案管理模式處遇過程摘要

一、優點評量（我的希望花田）

當前的狀況： 今天發生了些什麼？ 現在有些什麼？	**個人的想望和抱負：** 我想要什麼？	**個人與社會資源：** 過去我使用了些什麼？
日常生活		
財務/保險		
職業/教育		
社會支持		
健康		
休閒/娛樂		
法律		
靈性		

個案想望的優先順序

特質/個人的特性	技巧/才能	環境優點	興趣/抱

優點類型

一、優點類型

個人計畫

二、個人計畫

生活領域的焦點：

■日常生活狀況　■職業/教育

□社會支持　□休閒/娛樂

□財務/保險　■健康

□靈性

長期目標：			
可測量的短期目標	責任歸屬	完成期限	實際成日

三、處遇取向及策略：(以下為範例)

1、 持正向的觀點看待案主，發掘案主的優點予以肯定、讚美，增強案主的自信心，激發案主的主體性。

2、 發展專業友誼關係，建立社工員與案主的平等夥伴關係。

3、 案主是指導者，處遇過程中以案主的腳步為進度。

4、 外展、陪伴、支持、鼓勵的行動策略。

5、 發掘與連結案主非正式的支持體係，激發案主的社會參與。

6、 激發希望、增強案主的自信與自我肯定、提倡選擇。

服務日期	服務方式	執行進度	工作目標	使用優點原則	學員之復
99/01/07 外展 （家訪）	一般會談	1. 了解案家經濟狀況及最近生活狀況。 2. 介紹優點個管理模式-徵詢參與之意願。 3. 完成第一次評估失策問卷。 4. 肯定案主照顧子女的能力，稱讚其為子女堅持走下去的勇氣。 5. 肯定案主努力工作的毅力，即使身體狀況不佳	1. 完成第一次評估失策問卷。 2. 介紹優點個管理模式-徵詢參與之意願。	1. 關係被視為基本且必要的：以真誠的態度與案主建立工作關係。 2. 個人是有能力去學習、成長和改變的：在 150 個個案家庭中，因為看見案主一直都很努力，所以希望能降這個成長的過程紀錄下來，幫助案主去看見自己的改變，若成功就可以成為這個工作方法的模範，將來可以去幫助其他有需要的家	案主同意 觀點發現 部份，儘 看，看事

優勢觀點使用原則

四、處遇過程與內容：(範例)

		也仍是努力工作，憑自己的力量堅強的過生活。		庭，讓我們一起嘗試這個新的工作方法，希望對妳有所幫助，對我也能夠有所成長，我們共同來試試看好不好？--社工問句 3. 外展視最佳的處遇方法：配合案主下班時間到案家訪視。	

出席國際會議心得

參與者：宋麗玉

會議名稱與主題：第 7 屆臨床精神醫學中的暴力議題 (The 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry)

會議地點：捷克布拉格(Clarion Congress Hotel Prague: Prague, Czech)

會議時間：October 19-22, 2011

這個研討會乃是由 European Violence in Psychiatry Research Group 主辦，以 1

- 探討精神醫療中的暴力議題為主，又區分為 14 項子題：
- 性暴力的評量和處遇
- 暴力的生物決定因子和相關因素
- 暴力的倫理和法律觀點
- 暴力的性別面向
- 暴力對於工作人員和照顧者的影響和效應
- 強迫處遇對於病患的影響和效應
- 暴力的性質、流行病學和跨文化層面
- 對於暴力病患的藥物治療
- 對暴力病患之心理處遇、治療和訓練
- 危險和優勢評量與暴力之預測
- 服務使用者對於暴力之觀點
- 特殊群體：兒童和青少年、老人、司法、和智能不足者
- 減少強迫處遇的策略
- 工作人員之訓練和教育

大會的結構安排相當好，大會的第一天上午開場有五場各 40 分中的專題演講，大會的最後一天下午也有三場專題演講和閉幕，其餘時間則以 90 分鐘為一時段的同時場地，每個時段有五至六個場次，每場次有三篇論文報告。本人的場

次在 22 日上午的第一場次第一個報告，屬於「險和優勢評量與暴力之預測」子題。本次會議共有約 525 人參與，相當盛大；參與者來自歐洲各國、美國、加拿大、紐西蘭、台灣、中國大陸等，乃是真正的「國際」研討會。

大會的演講都相當具有知識性和啟發性：

1. 來自美國維吉尼亞大學法律學院的 Dr. John Monahan 論述 「暴力和強制社區處遇」，本人對此很感興趣，乃因國內的精神衛生法中亦加入強制社區治療，我第一次聽到相關的演講。其提到此處遇涉及居住的機構、福利機構、和司法單位。病患配合強制社區處遇乃是基於各種不同的理由，包括為了獲得住所、避免入獄、避免住院、獲得經濟補助等。工作人員也因此常使用這些方法作為手段，促使病患接受社區處遇。工作人員常以入獄為手段，但是有些特殊機構也開始教導問題解決的方法，而不採用此方法。以金錢為控制手段，病患常被指定一個金錢管理者，若管理者是家人又常來往，則發生暴力爭端的比例為 32%。另外是以退學為手段，過看來病患自願退學者居多(29%)，非自願退學則只有 1%。這些機制其實都沒有真正討論到病患動機和社區處遇內涵和成效議題，亦未論述復元的議題，相當可惜。
2. 來自瑞典的一位護理背景的 Anna 則呈現他們質性研究的發現，他們將在急性精神病房中的護理人員處遇病患的處遇分為兩類：芭雷舞者(ballet dancer)和威嚇者(bulldozer)，前者的特徵是強調並患自主性和完整性，後者則是父權主義。前者以關懷、同理和微調的方法儘量滿足病患的需求；後者則是著重在病房秩序控制、護理人員權威和視病患為孩童。但她也發現護理人員會在兩種取向之間擺盪，視情境採用不同取向，其最後的結論是兩種取向都需要，有時需要採用控制手段，有時則需要傳達關懷。整體而言需要注意的是接受情境的複雜性、需要結構、和立基於預防。本人的感想是芭雷舞者取向類似優勢觀點和符合復元導向的實務，當然在急性病房中，預防暴力發生乃是必須的機制，然而如何在此階段即著重病患的優勢，與病患建立關懷信任的關係，以利於其後續治療和處遇。

3. 來自英國 University of Nottingham 的 Dr. Patrick Callaghan 的論及暴力危險預測的可能性和缺失。基本上其認為目前的評量量表是「英雄式的失敗(heroic failure)」，亦即目標高遠但是成效不彰。其實目前的風險評估的目的恐怕是反映對精障者歧視和其缺乏能力的一種假定。他指出非精神障礙者中的具風險的人口群有暴力之可能性高於精神障礙者，包括家暴者、危險駕駛者、壞脾氣者等。目前的評量表預測暴力的程度為中度，且臨床的使用度有限。他最後的結論是採用結構的臨床判斷加上以人為中心的精緻評量為最佳方法。本人認為暴力預測的確相當困難，其發生的脈絡相當複雜和具有個別性，此種評量是否亦具有負面標籤效應亦值得探討。
4. 來自美國紐約大學醫學院的 Dr. Jan Volavka 論述精神分裂症、治療配合度、物質濫用和暴力。他提到 50%的精神分裂症患者不配合服藥，通常是因沒有病識感。問題是若沒有伴隨物質濫用，精神分裂症患者是否更有暴力風險，其答案為肯定，嚴重精神分裂症患者本身即是有暴力風險，主要來自正性症狀、思考混亂和心理病理機制。
5. 來自英國的 Dr. Mike Doyle 介紹一個評量暴力和處理的模式：START，其為 Short-term Assessment of Risk and Treatment 的縮寫。此評量模式同時強調風險因子和保護因子，考量派絡中的靜態、動態狀況和動態線索；保護因子指的是病患的優勢和資產。此評量每三個月執行一次，此為一種結構的專業判斷，透過這些因素考量後形成一個對於機制和過程的解釋，並引導後續處遇，包括監督、督導和工作人員的計畫。目的在讓專業人員彼此互相了解、有利於連結、介入和溝通，看來是相當不錯的評量模式，值得再深入進入其網站了解實際內涵和運作。本人看到其模式中涵括病患的優勢和資產感到相當高興，看來即使在論述暴力議題，此乃評量中不可或缺的一環。

本人主要聆聽的「暴力對於工作人員和照顧者的影響和效應」、「對暴力病患之心理處遇、治療和訓練」、和「危險和優勢評量與暴力之預測」子題的論文發

表，整體上有下列幾點心得：

1. 在急性病房中的暴力程度和專業人員遭受暴力的發生率高於本人的預期。由於本人平常的研究主題在於復健和復元，對於急性病房的處遇和病患狀況之了解不多，由他們的研究發現，看來護理人員受暴者不少，另本人好奇在台灣是否有相同的狀況？然而，研究中也指出儘管有創傷，多數護理人員仍然選擇留在此工作中，也因此有一些單位納入專業諮商人員，協助他們療傷止痛。
2. 在急性病房或針對犯罪的精神病患處遇機構中有具有相當病患和暴力者，這些人中有一些人可能有反社會性人格和邊緣性人格特質，其暴力程度和病理程度也開拓了本人的視野，例如一位在英國負責一個處遇最嚴重女性病患的機構的精神科醫師，他提到一個病患吃自己的身體。
3. 儘管處理的是暴力議題，仍有人提出專業關係的重要性，其乃相當重要的治療因子，例如一位義大利的精神科醫師以兩位邊緣性人格違常病患之處遇，陳述其早年成長歷程，欠缺穩定的父母愛，和成長過程的顛簸，種種脫序和自傷行為，以暴力進入醫院治療來避免與人建立真正的親密關係等。這位發表人指出促進兩位案主最終能進入社區穩定生活的因子之一是醫院的護理人員與之建立信任關係，並且在其出院後仍持續與之維持接觸和協助獲得社區復健服務。
4. 對於有暴力行為之病患的限制和隔離處遇，在減少限制的潮流和趨勢下，我很驚訝在歐洲隔離的方式仍如此普遍，有一個研究還指出接受隔離者，平均日數是 192 天，真是驚人。
5. 在目前的處遇模式中有人提出 Positive Behavioral Support 的模式，還負責人 Sharon Paley 在最後的大會演講中還介紹了此組織，他們倡導對於暴力的處遇應該著重在積極的預防策略，減少使用限制的方法。

本人發表的題目為：The Correlations among Mental Illness, Substance Abuse,

and Partner Abuse: The Profile of Violence, Service Utilization, and Consequences. 論文摘要呈現於附錄中，本人以受暴婦女為研究對象，探討精神疾病和藥物濫用是否傾向採用哪種家庭暴力，又對於受暴婦女的心理狀況有何影響。研究結果發現施暴者具有這兩種問題者，傾向使用精神暴力和性暴力；這兩種暴力成因和受暴婦女的心理狀況無直接相關。多變項變異數分析(MANOVA)的結果顯示，精神暴力和性暴力為憂鬱程度的顯著相關因素，但是相關程度低，其他因素則更為重要，包括社會支持、較多的行為因應之使用、和較少的情緒因應之使用。暴力類型和對於現狀的負面評價則皆無顯著相關，重要的影響因素為暴力影響度、現在是否仍受暴、和行為因應。綜合言之，精神疾病和物質濫用者可能傾向採用精神暴力和性暴力，進而影響受暴婦女的憂鬱程度。然而由於影響力小，因此保護因子(社會支持和行為因應)仍較為重要。

參與本人場次者約二十幾人，與會者肯定此研究之嚴謹性，對於本研究的限制提出討論，包括主要自變項之測量採用自填(self report)，其乃基於此主題只是本人研究中的一部份，為了不使研究問題過長，不得不採用簡單的自陳方法。

整體而言，本人參與此次的研討會受益良多，也獲取許多的資訊，僅管是接觸了精神病患的黑暗面，但是也可納入未來推動優勢觀點和復元實務之參考。

附錄：論文摘要

Background and Purpose: Mental illness and substance abuse have been viewed as the risk factors for domestic violence due to aggressive symptoms or lack of internal control. However, the correlations between these two types of problems and partner abuse have not yet been empirically examined in Taiwan. Thus, this study had two aims: (1) to test the correlations between the two types of problems of abusers and types of partner abuse and (2) to scrutinize the psychological consequences of violence in their association with these two types of cause.

Methods: Data were collected through self-administered questionnaires from 191 women with experiences of partner abuse who had received social services from the Center for Domestic Violence in Taiwan. The women either had services terminated or were soon to have services terminated because their lives had remained relatively stable. Mental illness and substance abuse were included as part of the measures for causes of violence. Each type of cause was measured by yes or no response. The types of partner abuse were assessed by the following indicators: physical abuse, verbal abuse, psychological abuse, and sexual abuse. Other violence-related variables included frequency, perceived impact from the violence, and whether the violence had stopped. Social Service was measured by the extent and duration of service, intensity of contact, and the nature of the professional relationship. Psychological consequences were measured by depression and the negative appraisal of the victim's current situation. Multivariate analysis of variance was conducted to explore the correlates of psychological consequences.

Results: The findings revealed that either mental illness or substance abuse of the abuser was significantly correlated with a higher incidence of psychological and sexual abuse. For example, among the participants who indicated that the abusers had mental illness, 88.9% reported experiencing psychological abuse compared to 64.5% of their counterparts. Neither cause of violence significantly associated with depression or negative appraisal of current situation. However, psychological abuse and sexual abuse were significantly associated with higher depression scores when other variables were taken into account, such as demographic characteristics violence-related variables, coping strategies, perceived social support, and social service. Thus, mental illness or substance abuse might have an indirect impact on depression via psychological or sexual abuse. Nevertheless, the effects of these two types of abuse on depression were weak (η^2=0.028 and 0.026, respectively). Social support, coping strategies, and impact of violence had a much stronger association with depression.

Conclusions and Implications: Persons with mental illness and substance abuse were at a higher risk of committing psychological abuse and sexual abuse against their partners. These two types of abuse could have a negative impact on depression. Thus, practitioners working with women who had experienced partner abuse should assess whether the women were exposed to these two types of abuse and their potential influence on depression. On the other hand, the protective factors (behavioral coping and social support) also deserve attention because of their possible impact on the mitigation of depression of this population.

Keywords: Mental illness, Substance abuse, Partner Abuse, Depression, Impact of Violence

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2012/08/20

國科會補助計畫	計畫名稱: 精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點
	計畫主持人: 宋麗玉
	計畫編號: 98-2410-H-004-112-SS3　　學門領域: 社會工作

無研發成果推廣資料

98 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：宋麗玉	計畫編號：98-2410-H-004-112-SS3
計畫名稱：精神障礙者復元統合模式之驗證—復元階段量表發展與優勢觀點	

成果項目			量化			單位	備註（質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等）
			實際已達成數（被接受或已發表）	預期總達成數(含實際已達成數)	本計畫實際貢獻百分比		
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	1	0	100%		
		研討會論文	0	1	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	2	2	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	1	2	100%		
		專書	0	0	100%	章/本	
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（外國籍）	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		

其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)	所發表之第一年研究成果’’’’復元階段量表’’’’頗獲肯定,已有一些國外研究者和實務工作者表達興趣和索取,顯然該著作和量表已獲得些許注意和影響.

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科教處計畫加填項目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與（閱聽）人數	0	

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

■達成目標

□未達成目標（請說明，以 100 字為限）

□實驗失敗

□因故實驗中斷

□其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文：■已發表 □未發表之文稿 □撰寫中 □無

專利：□已獲得 □申請中 ■無

技轉：□已技轉 □洽談中 ■無

其他：(以 100 字為限)

第一年的研究目的乃在發展「復元階段量表」，該研究成果已發表於國外期刊：Song, L.& Hsu, S. (2011).The Development of the Stages of Recovery Scale for Persons with Persistent Mental Illness. Research on Social Work Practice, 21(5), 572-581. First published on March 14, DOI: 10.1177/1049731511402218

此量表是第一個同時含括復元過程和復元結果向度的復元相關量表,同時以相對較大樣本發展而成,亦有常模之發展,將有助於實務運用,目前頗受肯定,已有一些研究者和實務工作者對此量表感興趣. 本人則將此量表用為第二年和第三年之研究,作為主要的結果指標的施測工具.

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

一、學術成就方面

1.發展了復元階段量表,可用於精神復健領域相關研究和實務當中,其運用範圍又是跨領域的.

2.驗證了復元統合模式的效度:本研究透過實驗研究設計的長期追蹤資料檢視此模式之解釋效力,驗證了同時效應和時間效應,基本上肯定了此理論模型的有效性.

3.透過量化和質性研究驗證了優勢觀點個案管理模式有助於精神障礙者復元,顯示此模式值得後續推動.

二、技術創新

本研究透過實驗設計,在醫院和復健中心執行優點個案管理模式,展現此模式可由精神復健的各種專業人員運用並且促進精障者之改變,對於台灣未來的精神復健方法,具有參考價值.

三丶社會影響:

透過優點個案管理模式之具體實踐,將正向觀點和超越觀點帶入精神醫療領域,已經初步跨越過往的病理觀點,相信持續努力可以改變台灣精神醫療界的視野丶態度和方法.