

社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係之成效探討

(Exploring the effect of partnership between hospital and community home visit services for mental health)

壹、前言

1960年代因去機構化運動、社會政策改變及藥物治療改善等因素已促使現今精神醫療政策朝向社區精神醫療方向發展 (Tarricone *et al.* 2000, Leiba 2001, Magnusson *et al.* 2003)。莊氏等人 (1995) 研究發現台灣估計約有十二萬名精神病患，其中有八萬名退化性精神病患生活功能不良，需要長期及持續性的醫療及復健照顧。因社區醫療體系未健全發展，近六成病患在社區生活功能不佳、生活懶散退縮，致使家屬在長年照顧又缺乏專業支持系統的協助下，常自力救濟（如囚禁病患）或求助於非法收容機構。此研究亦以問卷調查台灣北、中、南、東1,048位精神病患及其家屬1,179位對精神醫療的需求顯示，62.1%明確贊成病患繼續和家屬同住並門診治療。依據國內內政部97年度的統計資料，台灣領有身心障礙手冊之慢性精神病患者人數為100,045（見表一），其中重度者人數為18,007，極重度者人數為1,638（見表二），可見落實國內慢性精神病患，尤其是重度及極重度慢性精神病患的有效協助方案是不容忽視的議題。

表一：台灣各縣市領取身心障礙手冊之慢性精神病患人數分布

縣市別	慢性精神病患人數	占總人口數比率(%)	占身心障礙總人數比率(%)	縣市別	慢性精神病患人數	占總人口數比率(%)	占身心障礙總人數比率(%)
臺北縣	12,727	0.33	9.96	臺東縣	1,417	0.61	7.08
宜蘭縣	3,660	0.79	10.80	花蓮縣	3,469	1.01	13.30
桃園縣	6,266	0.32	8.93	澎湖縣	509	0.55	8.77
新竹縣	1,679	0.33	9.07	基隆市	2,114	0.54	11.77
苗栗縣	2,346	0.42	8.05	新竹市	1,292	0.32	9.42
臺中縣	6,225	0.40	9.61	臺中市	3,549	0.33	9.60
彰化縣	5,307	0.40	8.54	嘉義市	1,286	0.47	10.13
南投縣	2,852	0.54	8.92	臺南市	2,544	0.33	9.04
雲林縣	4,158	0.57	7.21	臺北市	12,905	0.49	11.11
嘉義縣	3,103	0.57	8.31	高雄市	7,381	0.48	11.74
臺南縣	4,432	0.40	7.83	金門縣	378	0.45	7.59
高雄縣	5,850	0.47	10.84	連江縣	33	0.34	9.12
屏東縣	4,563	0.52	9.57	總計	100,045	0.43	9.64

資料來源：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9751.doc>

表二：台灣各縣市慢性精神病患障礙等級(極重度及重度)人數分布

縣市別	總人數	極重度	重度	縣市別	總人數	極重度	重度
臺北縣	12,727	134	2,156	臺東縣	1,417	9	236
宜蘭縣	3,660	25	424	花蓮縣	3,469	416	1,100
桃園縣	6,266	40	779	澎湖縣	509	1	41
新竹縣	1,679	4	430	基隆市	2,114	9	387
苗栗縣	2,346	39	670	新竹市	1,292	8	379
臺中縣	6,225	146	1,130	臺中市	3,549	159	924
彰化縣	5,307	90	1,148	嘉義市	1,286	5	189
南投縣	2,852	36	501	臺南市	2,544	39	521
雲林縣	4,158	34	606	臺北市	12,905	137	2,281
嘉義縣	3,103	33	512	高雄市	7,381	47	782
臺南縣	4,432	85	1,071	金門縣	378	7	76
高雄縣	5,850	86	981	連江縣	33	0	9
屏東縣	4,563	49	674	總計	100,045	1,638	18,007

資料來源：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9751.doc>

洪氏（1997）進行社區精神醫療保健工作試辦成效良好，故台灣地區自86年起全面推展社區精神醫療保健工作。戴氏（1998）指出精神病患易慢性化，常造成生活障礙，需要持續性照顧，否則不僅危害個人健康與家庭幸福，甚而影響社會安寧與安全，故必須落實社區精神病患追蹤管理工作。國內外發現以社區為導向的精神醫療服務模式不僅可以減少政府在金錢上的花費，而且可提升對精神個案及其家屬協助的有效性及人性化層面的考量（Knapp *et al.* 1998, Leff & Trieman 2000, Lin 2000）。基本而言，精神個案居家照顧服務模式除了降低疾病之再發率外（Mares & McGuire 2000, Peng & Lin 2002, Lin & Hsiung 2005），亦能有效改善精神病症狀干擾（Lin & Tsai 2005, James *et al.* 2006），及提升精神個案在日常生活與社會功能方面的能力（Tan *et al.* 2000, Lin & Tsai 2005）。

不容置疑地，以居家照護為導向的社區精神醫療方式已是目前全世界精神醫療的主流發展趨勢。但截至目前為止，台灣社區精神居家照護服務的有效性及其完整性仍存有許多的質疑。社區精神醫療強調的是醫療團隊（含精神科醫師、護理人員、社會工作者、心理師及職能治療師等精神專業人員）、積極醫療協助、復健治療及合併各種支持機構或資源等（Jones 2002）。然而，社區精神居家照護的服務至今仍是由社區精神護理人員擔任（Edwards *et al.* 2000, Godin 2000, White & Brooker 2001, Trenchard *et al.* 2002）。可見，如何具體協助以提升社區精神居家照護護理服務的品質是現今不容忽視的重要課題。

貳、研究目的

本研究主要目的在於探討「社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係模式」對精神病患、主要照顧者及護理人員之成效。

參、文獻探討

台灣社區精神居家照護護理服務的體制有別於世界上其他國家，是由二種體制共同提供服務：由衛生所護士所提供的以社區為基礎（Community-based service）的居家訪視服務及以精神專科或綜合醫院為基礎（Hospital-based service）所提供的居家訪視服務。由衛生所護士所提供的以社區為基礎（Community-based service）的居家訪視服務，1981年始建立台北市出院精神病患的追蹤服務網，由衛生所社會工作人員及公共衛生護士參與追蹤工作（孫氏等人 1984）。目前台灣地區的社區精神病患之居家訪視服務除了台北市仍然是以社會工作人員及衛生所護士擔任外，其餘各縣市皆以衛生所護士擔任此角色。且所管理的精神個案包括精神分裂症（Schizophrenia）、情感性疾患（Mood disorder；躁鬱症及憂鬱症）及妄想性疾患（Delusional disorder）（中央健康保險局 2008）。此種由衛生所執行精神個案管理居家照護制度的服務品質遭受許多的質疑。馬氏（1998）指出衛生所精神病個案管理的困難在於病人需要住院卻沒有病床、復健機構不足、公衛護士業務繁忙且從事精神科居家照護之專業能力不足。林氏（2000）則質疑由衛生所護士所提供不定期居家訪視之服務內容與品質有待提升。洪氏等人（1997）針對社區精神醫療保健工作之評價研究亦指出，公衛護士的專業訓練與能力不足、工作職責不清以及人力與資源分配不當等問題。陳氏等人（1999）調查台北市北區三個衛生所列管的精神個案100位，研究結果發現平均每位個案有3.9項次之心理衛生需求未滿足。需求已滿足與未滿足之比例為1:5.13。

另一方面以精神專科或綜合醫院為基礎（Hospital-based service）所提供的居家訪視服務，是隸屬於個別的精神醫療機構中。依據馬氏（1998）指出，從1989年開始，共有9家精神醫療機構有此服務功能。至1996年已提升至22家。但至1998年雖有42家已獲得行政院衛生署核准辦理精神科居家治療的業務，但有10家因人力不足或其他因素已停止此種服務。這些精神機構只有1家（1%）已提供10年以上的服務；14家（44%）為6至10年；12家（37.5%）為1至5年及5家（16%）在1年之內。而且台灣地區仍有新竹縣、新竹市、苗栗縣、台中縣、台東縣、金門縣及連江縣等七個縣市無精神科居家治療服務（馬氏 1998）。不過，由衛生署最新的統計資料，截至97年7月至9月止，台灣共96家醫療院所有執行精神科居家治療之業務（行政院衛生署 2008）。

基本而言，要提供此種服務必須符合居家治療的法規包括：依據精神衛生法細則第二十一條：居家治療應由中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之；經台灣地區精神醫療院所（科）評鑑合格三年之醫院；可提供精神科住診服務（含精神科日間住院）者；所提供居家治療計畫由當地衛生主管機關呈轉衛生署核准實施。依照健保法規定，個案必須符合某些標準才可接受居家照護服務，包括：罹患嚴重精神疾病，且其症狀明顯干擾家庭及社區生活，並拒絕就醫者；無病識感，

有中斷治療之虞者；精神功能嚴重退化，需醫療照顧者；轉介社區復健之精神疾病診斷以符合全民健康保險重大傷病範圍之慢性精神病患為限（許氏 2005）。

精神科居家訪視護士人員不足是造成由精神醫療機構提供居家訪視服務侷限的另一個主因。若以台灣兩千萬人口估計，約需2,175-3,338或1,740-2,670精神科居家訪視護士。可是依據馬氏（1998）研究發現只有71位精神科居家護士負擔14,857次居家訪視（1:211）。相反地，公衛護士則為2,208位負擔45,022次居家訪視（1:20）。此研究亦指出每次居家治療平均交通時間在2小時以內有12（21.8%）、3小時以內為14（25.5%）、在3小時以上為12（21.8%），可見此因素亦明顯加重居家訪視所必須付出的成本代價。鐘氏等人（2005）指出該院在執行居家治療的困境方面包括：醫院政策的影響（例如輪調制VS專職制度、獎勵金、交通工具成本、保險）、團隊整合不足、醫師出訪意願不高（給付偏低）、長效針劑使用不足等。可見，雖然目前社區精神醫療已肯定居家治療對病患及家屬，進而整個社會皆有很大的貢獻，且目前已有不少家精神醫療機構有提供此種服務；可是相對地在居家治療的執行及推廣大亦面臨相當多的困境，導致服務品質欠佳或推廣服務範圍侷限。因此，如何利用有限資源建構連結「社區與醫院」夥伴關係於精神社區居家訪視服務是不容忽視的課題。

筆者在升等講師之後一直負責精神科護理學的教學。在出國進修期間所見所聞深感社區居家照護之重要性。故在碩士期間以現象學研究法探討精神分裂症病患主要照顧者的照顧經驗。結果發現主要照顧者承受相當大的負荷，包含身體（諸如失眠、胸悶、身體疲倦等）、社會（諸如社交隔離、休閒生活侷限、經濟困難、缺乏專業支持等）、關係（諸如家庭生活受干擾、家人衝突增加、社交關係受干擾）、心理情緒（諸如害怕與憂慮、悲傷或憂傷等）（Huang 1999）。現今社區化精神運動的風潮已促使精神個案回歸社區生活，故家屬尤其是主要照顧者承擔對精神個案照顧上極大的負荷（Wooff *et al.* 2003, Yang & Sun 2003, Compton 2004, Yen & Yang 2004, Magliano *et al.* 2005）。研究顯示多數的照顧者認為他們的身體已遭到傷害或引發失眠狀況（Macinnes 1998, Sethabouppha & Kane 2005）。其他與社會、關係及心理層面有關的負荷，不管國內外皆有許多的研究支持（宋 1998, Wu 2000, Saunders & Byrne 2002, Lauber *et al.* 2003, Ramanathan *et al.* 2004, Sher *et al.* 2005, Jamison 2006）。

由筆者的碩士研究結果顯示精神分裂病患者其主要照顧者在社區居家照護的過程中經歷了相當大的負荷壓力與困難，且獲取的專業協助不足以因應負荷（Huang *et al.* 2008a）。故引發筆者在延續下來的博士論文採用紮根理論研究方法發展一個實踐性理論：社區精神衛生護理人員的居家護理角色於精神分裂病患者（見Figure 1, Huang *et al.* 2008b）。此研究結果顯示，雖然醫院體系精神居家訪視護士（HHNs）具有足夠的精神科知識與技巧，但因財務困境及缺乏人力而導致服務範圍相當侷限且服務品質亦遭受影響（Huang 2002）。所以，台灣現今的社區精神醫療服務模式仍是以衛生所護士（PHNs）提供的社區精神居家訪視服務為主。葉氏（1992）提出以「社區為基礎」的醫療復健服務模式是我國應努力發展的目標。莊氏等人（1995）亦指出經由增修衛生所公衛護士相關工作項目和考核辦法，將精神病患長期追蹤列為常規業務，有效運用公共衛生資源。戴氏（1998）亦呼籲配合衛生所綜合保健之精神病患管理工作，訓練地段公共衛生護士成為個案管理者，提供社區精神病患之追蹤訪視及輔導服務。然而依筆者的研究發現，18位公衛護士只有一位有精神科臨床經驗。此結果顯示公衛護士明顯缺乏精神科的相關知識與技巧。此論點亦由多位學者所支持（張等人 1995, 馬 1998）。其他重要的影響因素則包括缺乏專業的在職訓練（馬 1998, 李2000, Huang 2002）及工作負荷量高（張等人 1995, 吳 1997, Huang 2002）。

肆、研究方法

本研究預定分二年進行，以期能在二年研究過程發展出一個適用於本土化之社區體系（公衛護士）與醫院體系（醫院護士）精神居家訪視護理服務夥伴關係。本研究主題在於探討台灣社區及醫院精神居家訪視護理服務夥伴關係之成效。此研究主題是延續上一年（97.8.1~98.7.31）所建構之社區精神居家訪視模式，由衛生所的公衛護士及精神醫療機構居家訪視護理人員之間的合作模式進行成效探討。茲將研究方法詳述於下：

第一年之主要研究目的著重在探討台灣社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係之成效。是延續上一年（97.8.1~98.7.31）建構的社區精神居家訪視模式，針對衛生所公衛護士及精神醫療機構居家訪視護理人員間夥伴關係合作模式進行成效探討。研究設計採實驗性研究法，有接受介入夥

伴關係模式者為實驗組，未接受夥伴關係模式介入者為對照組，實驗組及對照組各有前後測。研究對象以立意取樣方式，選取中部地區有執行社區精神居家訪視服務的台中縣（大里、霧峰）及南投縣（南投市、草屯、名間、國姓）等六個衛生所為實驗組，進行夥伴關係模式之介入執行過程。至於對照組則以立意取樣方式，選取中部地區與實驗組屬性相近的七個衛生所為對照組（員林、中寮、集集、鹿谷、水里、芬園、竹塘）。研究對象包含生活在社區的精神病患、主要照顧者及護理人員，前測收案人數包含精神病患240人（實驗組、對照組各120人）、主要照顧者240人（實驗組、對照組各120人）及護理人員85人（實驗組51人、對照組34人）。

實驗組 VS. 對照組	前測	夥伴關係模式	後測
沒有接受介入夥伴關係模式者（對照組）	02	X0	04
有接受介入夥伴關係模式者（實驗組）	01	X1	03

本研究的量性研究工具，包含問卷及成效評估指標（表三）。在精神病患方面：包含結構式問卷（人口學及疾病屬性）及社區精神居家訪視服務滿意度量表。主要照顧者方面：包含結構式問卷（人口學及照顧屬性）、精神病患主要照顧者負荷量表及社區精神居家訪視服務滿意度量表。護理人員方面：包含結構式問卷（人口學及職業屬性）、社區精神居家訪視服務的工作滿意度量表及工作負荷量表。前後測的時間安排，於「夥伴關係模式」方案介入前一週進行前測、方案介入6個月後一週進行後測。資料分析是以SPSS第17版軟體為主。統計方法包含百分比、標準差、次數分佈、卡方檢定、獨立及配對樣本t test等分析。

表三：本研究所包含的評量指標

研究對象	評量指標
精神疾患	結構式問卷（人口學及疾病屬性）及社區精神居家訪視服務滿意度量表。
主要照顧者	結構式問卷（人口學及照顧屬性）、精神病患主要照顧者負荷量表、社區精神居家訪視服務滿意度量表。
護理人員	結構式問卷（人口學及職業屬性）、社區精神居家訪視服務工作滿意度量表、社區精神居家訪視服務工作負荷量表。

第二年依據第一年成效進行修正並評估介入修正方案之成效。在研究設計及方法、評量指標、研究對象及資料分析方式皆與第一年相同。

伍、結果與討論（含結論與建議）

本研究前測收案結果，樣本數共565人，包含精神病患240人（實驗組、對照組各120人）、主要照顧者240人（實驗組、對照組各120人）及護理人員85人（實驗組51人、對照組34人）。茲將研究結果依據描述性資料及研究假設分述如下：

一、與描述性資料相關之研究結果：

本研究中，描述性資料包含「人口學基本屬性」、個案之「疾病相關屬性」及護理人員之「職業相關屬性」，分述如下：

（一）個案人口學及疾病基本屬性方面：

本研究中，人口學基本屬性包含年齡、性別、婚姻、宗教、教育程度、職業等。疾病相關屬性包含疾病名稱、發病年齡、疾病狀況穩定度、門診回診情況、服藥服用情況等。個案人口學及疾病基本屬性如表四所示：

表四：個案實驗組及對照組之人口學及疾病基本屬性

變項	實驗組 (N=120)			對照組 (N=120)			χ^2	p-value
	n	%	Mean	n	%	Mean		
年齡	120		45.75	120		46.82	-0.637 ⁺	0.525 ⁺
性別							0.269	0.604
	男	68	55.83	64	53.33			
	女	52	44.17	56	46.67			
婚姻狀況							2.031	0.730
	已婚	44	36.37	51	42.5			
	單身	51	42.5	46	38.33			
	離婚	19	15.83	16	13.33			

	分居	0	0	1	0.83			
	鰥寡	6	5	6	5			
宗教信仰						12.706	0.005	
	無	21	17.5	31	25.83			
	佛教	42	35	31	25.83			
	道教	37	30.83	53	44.17			
	基督教	5	4.17	3	2.5			
	天主教	1	0.83	1	0.83			
	其他	14	11.67	1	0.83			
教育程度						10.304	0.067	
	無	7	5.83	8	6.67			
	小學	23	19.17	35	29.17			
	國中	33	27.5	35	29.17			
	高中	44	36.67	37	30.83			
	五專	7	5.83	0	0			
	二專	4	3.33	2	1.67			
	大學	2	1.67	3	2.5			
	研究所	0	0	0	0			
職業						0.474	0.789	
	從未就業	39	32.5	39	32.5			
	失業中	55	45.83	56	46.67			
	就業中	26	21.67	21	17.5			
	退休	0	0	4	3.33			
疾病名稱						2.694	0.260	
	精神分裂症	96	80	91	75.83			
	躁鬱症	12	10	9	7.5			
	憂鬱症	11	9.17	19	15.83			
	妄想症	1	0.83	1	0.83			
發病年齡		120	27.54	120	29.98	-1.544 ⁺	0.124 ⁺	
疾病狀況穩定度						1.559	0.816	
	非常穩定	29	24.17	22	18.33			
	穩定	56	46.67	61	50.83			
	尚可	21	17.5	20	16.67			
	不穩定	11	9.17	14	11.67			
	非常不穩定	3	2.5	3	2.5			
門診回診情形						3.627	0.163	
	有規則	105	87.5	94	78.33			
	有時有、有時沒有	8	6.67	15	12.5			
	沒有規則	7	5.83	11	9.17			
藥物服用情形						3.792	0.150	
	有規則	106	88.33	95	79.17			
	有時有、有時沒有	8	6.67	13	10.83			
	沒有規則	6	5	12	10			

⁺屬T-test之數據

(二) 主要照顧者人口學基本屬性方面：

由下表五可看出本研究主要照顧者對象之人口學基本屬性在實驗組及對照組的比較。

表五：主要照顧者實驗組及對照組之人口學基本屬性

變項	實驗組 (N=120)			對照組 (N=120)			χ^2	p-value
	n	%	Mean	n	%	Mean		
年齡	120		57.45	120		61.25	-1.898 ⁺	0.059 ⁺
性別							3.300	0.069
	男	47	39.17	61	50.83			
	女	73	60.83	59	49.17			
婚姻狀況							0.039	0.843
	已婚	86	71.67	80	66.67			
	單身	8	6.67	13	10.83			
	離婚	6	5	2	1.67			

	分居	0	0	0	0			
	鰥寡	20	16.67	25	20.83			
宗教信仰							2.364	0.307
	無	20	17.5	24	20.00			
	佛教	40	35	28	23.33			
	道教	48	30.83	63	52.5			
	基督教	5	4.17	1	0.83			
	天主教	1	0.83	1	0.83			
	其他	6	11.67	3	2.5			
教育程度							10.657	0.031
	無	0	0	24	20.00			
	小學	23	19.17	56	46.67			
	國中	39	32.5	16	13.33			
	高中	29	24.17	17	14.17			
	五專	22	18.33	0	0			
	二專	4	3.33	3	2.5			
	大學	3	2.5	4	3.33			
	研究所	0	0	0	0			
職業							1.747	0.627
	從未就業	31	25.83	35	29.17			
	失業中	40	33.33	41	34.17			
	就業中	44	36.67	36	30			
	退休	5	4.17	8	6.67			
與個案關係							7.222	0.125
	父母親	57	47.5	52	43.33			
	配偶	32	26.67	33	27.5			
	兄弟姐妹	15	12.5	7	5.83			
	兒女	8	6.67	10	8.33			
	其他	8	6.67	18	15			
若是夫妻，結婚年數			25.53			31.73	-1.925 ⁺	0.059 ⁺
照顧個案年數	120		16.12	120		15.64	0.389 ⁺	0.698 ⁺
疾病名稱							4.107	0.128
	精神分裂症	97	80.83	93	77.5			
	躁鬱症	14	11.67	7	5.83			
	憂鬱症	8	6.67	18	15			
	妄想症	1	0.83	2	1.67			
疾病狀況穩定度							11.238	0.024
	非常穩定	20	16.67	20	16.67			
	穩定	49	40.83	52	43.33			
	尚可	42	35	26	21.67			
	不穩定	7	5.83	19	15.83			
	非常不穩定	2	1.67	3	2.5			
門診回診情形							11.844	0.003
	有規則	106	88.33	88	73.33			
	有時有、有時沒有	10	8.33	13	10.83			
	沒有規則	4	3.33	19	15.83			
藥物服用情形							10.908	0.004
	有規則	107	89.17	87	72.5			
	有時有、有時沒有	8	6.67	18	15.00			
	沒有規則	5	4.17	15	12.50			

⁺屬T-test之數據

(三) 護理人員人口學及職業基本屬性方面：

本研究中，人口學基本屬性包含年齡、性別、婚姻、宗教、教育程度、職業等。職業相關屬性包含擔任公衛護理人員前有无精神科工作經驗、精神疾患收案管理的個案數、每位病人每隔多久進行電話訪視一次、每位病人每隔多久進行家庭訪問一次等。本研究護理人員之人口學及職業基本屬性在實驗組及對照組的比較如下表六：

表六：護理人員實驗組及對照組之人口學及職業基本屬性

變項	實驗組 (N=51)			對照組 (N=34)			χ^2	p-value
	n	%	Mean	n	%	Mean		
年齡			45.61			37.97	1.412 ⁺	0.162 ⁺
性別							1.365	0.243
	男	2	3.92	0	0			
	女	49	96.08	34	100			
婚姻狀況							6.788	0.009
	已婚	46	90.20	23	67.65			
	單身	4	7.84	10	29.41			
	離婚	1	1.96	1	2.94			
宗教信仰							1.426	0.699
	無	21	41.18	15	44.12			
	佛教	10	19.61	9	26.47			
	道教	16	31.37	7	20.59			
	基督教	2	3.92	2	5.88			
	天主教	1	1.96	0	0			
	其他	1	1.96	1	2.64			
教育程度							0.601	0.963
	高職	1	1.96	1	2.94			
	五專	19	37.25	14	41.18			
	二專	9	17.64	6	17.65			
	二技	8	15.69	6	17.65			
	四技	1	1.96	0	0			
	大學	12	23.53	6	17.65			
	研究所	1	1.96	1	2.94			
職稱							0.057	0.811
	護理師	8	15.69	6	17.65			
	護士	43	84.31	28	82.35			
有無精神科工作經驗							0.993	0.319
	無	39	76.47	29	85.29			
	有	12	23.53	5	14.71			
收案管理的個案數								
	精神分裂症	1772		766			3.653 ⁺	0.000 ⁺
	憂鬱症	209		95			1.337 ⁺	0.185 ⁺
	躁鬱症	177		124			-0.164 ⁺	0.870 ⁺
	妄想症	19		19			-1.004 ⁺	0.318 ⁺
電話訪視時間間隔							0.283	0.868
	不一定	23	45.10	16	47.06			
	每月1次	3	5.9	1	2.94			
	每月2次	1	1.96	0	0			
	每2個月1次	6	11.76	4	11.76			
	每2個月2次	1	1.96	1	2.94			
	每半年1次	2	3.92	1	2.94			
	視情況而定	15	29.41	11	32.35			
家庭訪問時間間隔							0.020	0.990
	不一定	27	52.94	18	52.94			
	每月1次	1	1.96	1	2.94			
	每月2次	1	1.96	0	0			
	每2個月1次	3	5.88	2	5.88			
	每2個月2次	0	0	1	2.94			
	每半年1次	2	3.92	2	5.88			
	視情況而定	17	33.33	11	32.35			

⁺屬T-test之數據

二、與研究假設相關之研究結果：

(一) 個案滿意度方面：

由表七得知，本研究個案在滿意度方面實驗組及對照組的比較中多數無統計學上的差異性存在，僅在「申請經濟補助之協助」項目上個案在實驗組之滿意度明顯優於對照組。

表七：個案實驗組及對照組在精神居家訪視服務滿意度方面之比較

	實驗組 (N=120)		對照組 (N=120)		t 值
	Mean	SD	Mean	SD	
定期家庭訪視	3.98	0.63	4.06	0.68	-0.905
提供電話諮詢	3.93	0.63	3.93	0.73	0.034
長效針劑肌肉注射之協助	3.79	0.96	3.69	0.74	0.448
規則門診追蹤治療之協助	3.96	0.60	3.89	0.72	0.867
規則服用藥物之協助	3.96	0.69	3.89	0.69	0.731
藥物副作用之處理	3.62	0.78	3.72	0.81	-0.814
緊急就醫之協助	3.75	0.73	3.93	0.72	-1.426
住院床位安排之協助	3.55	0.85	3.82	0.84	-1.708
症狀問題自我控制之協助	3.75	0.62	3.57	0.88	1.637
行為問題控制之協助	3.77	0.66	3.65	0.84	1.020
提供精神疾病之衛教	3.90	0.61	3.81	0.66	1.054
提供精神藥物之衛教	3.81	0.67	3.85	0.63	-0.565
提供與家人相處之指導	3.78	0.74	3.80	0.71	-0.207
提供身體清潔衛生之指導	3.86	0.61	3.77	0.65	0.938
提供失眠問題之指導	3.72	0.69	3.76	0.72	-0.380
協助日常生活作息之安排	3.65	0.74	3.69	0.72	-0.329
提供日常生活能力之訓練	3.59	0.73	3.60	0.75	-0.103
提供社交技巧能力之訓練	3.57	0.76	3.71	0.73	-1.161
申請重大傷病卡及殘障手冊	3.87	0.76	4.04	0.71	-1.524
申請經濟補助之協助	3.45	1.07	3.91	0.81	-3.021**
提供就業資源之服務	3.27	0.88	3.58	0.78	-1.975
提供社區復健資源之服務	3.57	0.77	3.53	0.83	0.263
提供康復之友協會資源	3.56	0.77	3.60	0.82	-0.285
提供安置機構資源之服務	3.52	0.91	3.54	0.80	-1.109
提供陪伴外出散步之機會	3.66	0.73	3.61	0.80	0.358
提供心理支持	3.93	0.70	3.85	0.76	0.769

**P≤0.01

(二) 主要照顧者滿意度及負荷度方面：

由表八得知，本研究主要照顧者在滿意度方面實驗組及對照組的比較中多數無統計學上的差異性存在，僅在「申請經濟補助之協助」項目上主要照顧者在實驗組之滿意度明顯優於對照組。

表八：主要照顧者實驗組及對照組在精神居家訪視服務滿意度方面之比較

	實驗組 (N=120)		對照組 (N=120)		t 值
	Mean	SD	Mean	SD	
定期家庭訪視	4.11	0.61	4.11	0.65	-0.058
提供電話諮詢	4.03	0.59	4.10	0.65	-0.789
提供個案長效針劑肌肉注射	3.84	0.85	3.93	0.64	-0.464
督導規則門診追蹤治療	4.04	0.57	3.94	0.66	1.209
督導個案規則服用藥物	4.02	0.54	3.96	0.62	0.697
提供個案藥物副作用之處理	3.78	0.66	3.74	0.70	0.410
協助個案緊急就醫	3.92	0.59	4.02	0.66	-0.900
協助住院床位之安排	3.77	0.58	3.87	0.70	-0.861
改善個案症狀問題之協助	3.65	0.68	3.77	0.72	-1.156
改善個案行為問題之協助	3.70	0.67	3.74	0.74	-0.316
提供精神疾病之衛教	3.87	0.60	3.81	0.67	0.749
提供精神藥物之衛教	3.78	0.66	3.83	0.67	-0.529
提供與個案相處之指導	3.79	0.64	3.78	0.63	0.155
提供個案身體清潔衛生之指導	3.77	0.59	3.71	0.63	0.655
提供個案失眠問題之指導	3.68	0.64	3.68	0.662	0.023
協助個案日常生活能力之訓練	3.66	0.66	3.62	0.66	0.339

提供個案社交技巧能力之訓練	3.61	0.71	3.59	0.70	0.202
申請重大傷病或殘障手冊	3.82	0.70	3.97	0.64	-1.473
申請經濟補助之協助	3.51	0.83	3.90	0.77	-2.749**
提供個案就業資源之服務	3.31	0.82	3.51	0.73	-1.269
提供社區復健資源之服務	3.47	0.76	3.66	0.68	-1.169
提供康復之友協會資源之服務	3.55	0.75	3.82	0.65	-1.824
提供安置機構資源之服務	3.65	0.84	3.66	0.75	-0.013
提供心理支持	4.02	0.62	4.01	0.63	0.100

**P≤0.01

由表九得知，本研究主要照顧者在負荷度方面實驗組及對照組的比較中多數無統計學上的差異性存在，但在「無法兼顧他與家庭或事業」、「因為照顧他而收入減少」、「家人會為了照顧他而起爭執」、「我擔心他不知何時會發病」及「自己為他做的事還不夠多」等項目上，實驗組與對照組呈現統計上的顯著差異，需於後測時深入探討其原因。

表九：主要照顧者實驗組及對照組負荷度方面之比較

	實驗組 (N=120)		對照組 (N=120)		t 值
	Mean	SD	Mean	SD	
社交生活因照顧他受影響	1.52	1.16	1.50	1.13	0.113
休閒活動因照顧他受干擾	1.60	1.17	1.53	1.20	0.435
日常作息因照顧他受干擾	1.67	1.12	1.69	1.21	-0.165
我覺得他很依賴我	2.31	1.21	2.10	1.25	1.315
要我幫他做他可以自己做的事	1.85	1.17	1.62	1.12	1.574
照顧他讓我覺得自己是有用的	2.08	1.20	1.91	1.29	1.038
無法兼顧他與家庭或事業	1.53	1.24	1.20	1.23	2.096*
因為照顧他而收入減少	1.51	1.33	1.14	1.30	2.157*
因為照顧他婚姻受到影響	0.93	1.27	0.70	1.03	1.504
家人會為了照顧他而起爭執	1.46	1.19	1.14	1.09	2.141*
我擔心他不知何時會發病	2.43	1.16	2.10	1.23	2.112*
他的行為和病況讓我緊張害怕	2.05	1.15	1.76	1.23	1.897
我擔心他獨自一人時的安全	2.29	1.17	2.23	1.34	0.411
家有精神病人讓家人覺得羞恥	1.28	1.22	0.98	1.10	1.943
家有精神病人讓我覺得羞恥	1.18	1.23	1.01	1.12	1.099
自己給他的照顧還不夠好	1.51	1.04	1.34	1.00	1.267
自己為他做的事還不夠多	1.53	1.04	1.26	1.02	2.075*
照顧他讓我更看得開	1.89	1.14	1.99	1.21	-0.661

*P<0.05

(三) 護理人員工作負荷度及滿意度方面：

由表十得知，本研究護理人員在工作負荷度方面實驗組及對照組的比較中多數無統計學上的差異性存在，但在「提供藥物副作用之處理」、「提供經濟補助之協助」、「提供個案就業資源」、及「提供安置機構資源」等項目之負荷度上，實驗組與對照組呈現統計上的顯著差異，需於後測時深入探討其原因。

表十：護理人員實驗組及對照組在工作負荷程度方面之比較

	實驗組 (N=51)		對照組 (N=34)		t 值
	Mean	SD	Mean	SD	
定期家庭訪視	3.86	0.72	3.56	0.89	1.655
提供電話諮詢	3.33	0.68	3.18	0.58	1.141
提供長效針劑肌肉注射	3.04	1.32	2.90	1.07	0.381
督導規則門診追蹤治療	3.44	0.64	3.35	0.77	0.560
督導規則服用藥物	3.52	0.61	3.26	0.75	1.707
提供藥物副作用之處理	3.56	0.71	3.10	0.79	2.720**
協助個案緊急就醫	3.66	0.82	3.62	0.92	0.220
協助個案住院床位之安排	3.43	0.90	3.17	0.87	1.259
改善個案症狀問題之協助	3.67	0.72	3.47	0.76	1.225
改善個案行為問題之協助	3.84	0.82	3.78	0.87	0.310
提供精神疾病之衛教	3.35	0.69	3.15	0.56	1.455
提供精神藥物之衛教	3.54	0.76	3.24	0.65	1.903

提供個案與家人相處指導	3.49	0.70	3.30	0.68	1.204
提供家屬與個案相處指導	3.52	0.71	3.30	0.68	1.386
提供身體清潔衛生指導	3.18	0.83	3.20	0.89	-0.102
提供個案失眠問題指導	3.35	0.88	3.36	0.82	-0.087
協助個案日常作息安排	3.57	0.82	3.3125	0.69	1.479
訓練個案日常生活能力	3.62	0.83	3.2857	0.81	1.695
訓練個案社交技巧能力	3.62	0.83	3.2222	0.93	1.884
重大傷病或殘障手冊申請	3.18	0.79	2.8889	0.89	1.449
提供經濟補助之協助	3.65	0.75	2.9583	0.75	3.617***
提供個案就業資源	3.78	0.90	3.1154	1.07	2.836**
提供社區復健資源	3.39	0.77	3.2143	0.92	0.889
提供康復之友協會之資源	3.35	0.77	3.0690	0.88	1.446
提供安置機構資源	3.51	0.86	3.0667	0.78	2.261*
提供個案心理支持	3.33	0.71	3.3939	0.61	-0.403
提供家屬心理支持	3.40	0.73	3.4242	0.56	-0.162

*P<0.05

**P≤0.01

***P≤0.001

由表十一得知，本研究護理人員在工作負荷度方面實驗組及對照組的比較中多數無統計學上的差異性存在，但在「定期家庭訪視」、「提供長效針劑肌肉注射」、「提供個案藥物副作用處理」、「提供個案與家人相處指導」、及「提供家屬與個案相處指導」等項目之滿意度上，實驗組與對照組呈現統計上的顯著差異，需於後測時深入探討其原因。

表十一：護理人員實驗組及對照組在工作滿意程度方面之比較

	實驗組 (N=51)		對照組 (N=34)		t 值
	Mean	SD	Mean	SD	
定期家庭訪視	2.84	0.70	3.14	0.44	-2.458*
提供電話諮詢	3.08	0.56	3.21	0.41	-1.138
提供長效針劑肌肉注射	2.79	0.72	3.25	0.44	-2.475*
督導規則門診追蹤治療	3.06	0.68	3.26	0.45	-1.537
督導個案規則服用藥物	3.06	0.68	3.18	0.39	-0.994
提供個案藥物副作用處理	2.72	0.62	3.00	0.58	-2.017*
協助個案緊急就醫	2.98	0.71	2.97	0.76	0.058
協助個案住院床位之安排	2.80	0.76	2.87	0.76	-0.421
改善個案症狀問題之協助	2.57	0.65	2.78	0.55	-1.512
改善個案行為問題之協助	2.60	0.76	2.69	0.64	-0.541
提供精神疾病之衛教	2.96	0.60	3.18	0.58	-1.652
提供精神藥物之衛教	2.78	0.68	3.03	0.58	-1.810
提供個案與家人相處指導	2.82	0.59	3.18	0.53	-2.831**
提供家屬與個案相處指導	2.88	0.56	3.18	0.64	-2.281*
提供身體清潔衛生指導	2.84	0.62	2.97	0.62	-0.889
提供個案失眠問題之指導	2.84	0.69	2.94	0.61	-0.693
協助個案日常作息之安排	2.73	0.64	2.94	0.56	-1.462
訓練個案日常生活能力	2.71	0.73	2.89	0.69	-1.062
訓練個案社交技巧能力	2.60	0.69	2.70	0.61	-0.646
申請重大傷病或殘障手冊	2.91	0.56	3.11	0.64	-1.392
提供經濟補助之協助	2.70	0.71	2.88	0.54	-1.066
提供個案就業資源	2.59	0.81	2.62	0.64	-0.128
提供社區復健資源	2.83	0.64	2.93	0.54	-0.687
提供康復之友協會之資源	2.87	0.69	3.14	0.64	-1.692
提供安置機構資源工作	2.77	0.68	3.00	0.69	-1.420
提供個案心理支持工作	3.08	0.659	3.18	0.53	-0.758
提供家屬心理支持工作	3.04	0.70	3.21	0.48	-1.232

*P<0.05

**P≤0.01

本研究前測結果顯示目前精神居家訪視服務之概況，從個案、主要照顧者及護理人員三方面作深入探討，之後再從後測結果了解社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係之成效，藉由進一步

的研究探討其成效及影響因素的分析，並進行修正及追蹤評估等步驟，最終才能夠建構出一個適用於台灣本土化之社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係之模式。

陸、參考文獻

- 中央健康保險局 (2008) <http://www.nhi.gov.tw/> (accessed on 3 December 2008).
- 行政院衛生署 (2008) <http://www.doh.gov.tw/statistic/eBAS/> 醫療機構及醫事人員統計/精神醫療資源/精神資源現況總表.xls (accessed on 12 December 2008).
- 宋麗玉 (1998) 精神病患照顧者之憂鬱程度與其相關因素探討· 公共衛生 25(3), 181-196.
- 宋麗玉 (2001) 具實務應用性之量表發展：精神病患社會功能量表與照顧者負荷量表· 行政院國家科學委員會專題研究報告。
- 李麗華 (2000) 工作特性、工作價值與工作滿意度之相關性研究· 國立台灣大學醫學護理研究所碩士論文。
- 林靜蘭 (2000) 精神分裂症病患照護模式之成本效果分析：從醫療照護提供者之分析觀點· 國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文。
- 吳聖良 (1997) 社區精神醫療保健工作試辦計畫之評價研究· 86 年度全國精神醫療網暨藥癮戒治工作研討會紀錄。
- 洪美政 (1997) 社區精神醫療保健工作試辦計畫之評價研究· 中華民國公共衛生學會 86 年學術發表會手冊 (pp.31)。
- 莊明敏、鄭若瑟、黃繡、柯少華、褚增輝、王麗華 (1995) 精神病患醫療服務體系之檢討· 台北：行政院研發展考核委員會。
- 孫美奇、顏媽媽、蕭翠娥、李淑鋁、陳芬蘭、葉英堃、楊庸一、胡海國 (1984) 公共衛生人員與病患家屬對社區追蹤工作接納度之探討· 中華心理衛生學刊 1, 49-55.
- 馬培卿 (1998) 精神科居家護理師制度之必要性—從強化精神科病人居家照護談起· 國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 許景鑫 (2005) 居家治療對社區精神醫療之貢獻· 現行健保暨總額支付制度下之推展居家治療業務研討會。
- 陳美碧、尹祚芊、蔡欣玲 (1999) 台北市北區慢性精神病患心理衛生需求未滿足相關因素之探討· 護理研究 7(1), 77-88.
- 葉英堃 (1992) 我國醫院—社區精神醫療服務的發展：回顧與展望· 中華精神醫學 6(1), 47-59.
- 曾月霞 (2002) 成效性研究· (Burns N & Grove SK 原著). 實用護理研究：指引、評論及運用，第四版。台中：滄海，pp.421-484.
- 張峰鳴、林綽娟、郭憲文、鄧玉貴、李俊年 (1995) 台灣省衛生所護理相關人員工作評價及滿意度之調查· 中華衛誌 14(1), 78-87.
- 戴傳文 (1998) 我國精神衛生工作的發展· 護理雜誌 45(1), 5-11.
- 鍾偉倫、陳正宗、文榮光 (2005) 慈惠醫院居家治療現況及困境· 現行健保暨總額支付制度下之推展居家治療業務研討會。
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Compton MT (2004) Considering Schizophrenia from a Prevention Perspective. *American Journal of Preventive Medicine* 26(2), 178-185.
- Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A & Hannigan B (2000) Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 7-14.
- Godin P (2000) A dirty business: Caring for people who are a nuisance or a danger. *Journal of Advanced Nursing* 32(6), 1396-1402.
- Huang XY (1999) The experiences of cares who live with someone who has schizophrenia. University of Ulster: Unpublished Master Thesis.

- Huang XY (2002) A Practice theory: the role of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. University of Ulster: Unpublished Ph.D. Thesis.
- Huang XY, Sun FK, Yen WJ & Fu CM (2008a) The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing* 17(6), 817-826.
- Huang XY, Yen WJ, Liu SJ & Lin CJ (2008b) The role of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan: A substantive grounded theory. *Journal of Clinical Nursing* 17(5), 654-666.
- Huang XY, Ma WF, Shih HH & Li HF (2008c) Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 17(22), 3030-3040.
- James GM, Sugar CA, Desai R & Rosenheck RA (2006) A comparison of outcomes among patients with schizophrenia in two mental health systems: A health state approach. *Schizophrenia Research* 86(1-3), 309-320.
- Jamison KR (2006) The many stigmas of mental illness. *Lancet* 367(9509), 533-534.
- Jones A & Scannell T (2002) Research and organizational issues for the implementation of family work in community psychiatric services. *Journal of Advanced Nursing* 38(2), 171-179.
- Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, Beecham J, Astin J, Audini B, Connolly J & Watts V (1998) Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry* 172, 506-512.
- Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P, Keller C & Rossler W (2003) Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry* 18, 285-289.
- Leff J & Trieman N (2000) Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. social and clinical outcomes after five years in the community. *The TAPS project 46. British Journal of Psychiatry* 176, 217-223.
- Leiba T (2001) An introduction to the history of mental health nursing. In *The role of the mental health nurse*. (Forster S ed.), Nelson Thornes, London, pp.1-12.
- Lin CL (2000) Cost-effectiveness analysis of the two psychiatric care models in schizophrenia: from care provider's perspective. University of National Taiwan: Unpublished Master Thesis.
- Lin CL & Hsiung PC (2005) Social skill training for schizophrenic patients living in the community. *Taiwanese Journal of psychiatry* 19(3), 192-203.
- Lin CL & Tsai SL (2005) The Effect of the Hospital-based Home Care Service for Patients with Schizophrenia. *Bulletin On Hungkuang Institute Of Technology* 48, 1-8.
- Macinnes DL (1998) The differences between health professional in assessing level of caregiver burden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5, 265-271.
- Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C & Maj M (2005) Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine* 61, 313-322.
- Magnusson A, Severinsson E & Lutzen K (2003) Reconstructing mental health nursing in home care. *Journal of Advanced Nursing* 43(4), 351-359.
- Mares A & McGuire J (2000) Reducing psychiatric hospitalization among mentally ill veterans living in board-and-care homes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 51(7), 914-921.
- Peng HY & Lin JJ (2002) Effect of Home Care on Duration and Frequency of Rehospitalization in Schizophrenic Patients. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 16(4), 276-284.
- Ramanathan R., Thubarahalli M.R., Penelope V. & Mitchell G.W. (2004) Schizophrenia and the Cultural Epidemiology of Stigma in Bangalore, India. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 734-744.
- Saunders JC & Byrne MM (2002) A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 16(5), 217-223.
- Sethabouppha H & Kane C (2005) Caring for the Seriously Mentally Ill in Thailand: Buddhist

- Family Caregiving. *Archives of Psychiatric Nursing* 19, Issue 2, 44-57.
- Sher I, McGinn L, Sirey JA, & Meyers B (2005) Effects of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services* 56(5), 564-569.
- Tan KL, Lu MI & Wu SL (2000) Evaluation Study on the Effectiveness of Alternative Community Care Programs for Schizophrenics. *Public Health Quarterly* 26(1), 49-58.
- Tarricone R, Gerzeli S, Montanelli R, Frattura L, Percudani M & Racagni G (2000) Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy. The GISIES study. interdisciplinary study group on the economic impact of schizophrenia. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 51(1), 1-18.
- Trenchard S, Burnard P, Coffey M & Hannigan B (2002) Education for community mental health nurses: A summary of the key debates. *Nurse Education Today* 22(3), 258-264.
- White E & Brooker C (2001) The fourth quinquennial national community mental health nursing census of England and Wales. *International Journal of Nursing Studies* 38(1), 61-70.
- Wooff D, Schneider J, Carpenter J & Brandon T (2003) Correlates of stress in carers. *Journal of Mental Health* 12(1), 29-40.
- Wu CC (2000) The family caregiver burden of a severely mentally ill family member and social support cross-cultural, cross-national study. *Chinese Journal of Mental Health* 13(1), 67-105.
- Yang CL & Sun HL (2003) Concept analysis of "caregiver burden". *Journal of Mackay Junior College of Nursing* 2, 15-27.
- Yen HC & Yang MC (2004) Primary caregivers' reactions after being assaulted by patients with mental disorders in community. *Formosan Journal of Medicine* 8(6), 786-793.

柒、計畫成果自評

一、 研究內容與原計畫相符程度：

本研究計畫原屬三年期計畫，但因經費補助只核定二年，故在計畫執行上改以二年為主。

二、 達成預期目標情況：

本研究目前尚於前測完成階段，待完成後測後，即可呈現完整之成果。

三、 研究成果之學術或應用價值：

本研究除提供了社區精神居家訪視服務之學術價值外，在應用價值層面亦提供了模式供醫院及衛生所在執行社區精神居家訪視服務之參考。

四、 是否適合在學術期刊發表或申請專利：

本研究擬於完成後一年內投稿國外SCI或SSCI知名期刊。

五、 主要發現或其他有關價值：

本研究主要發現在於建構社區及醫院精神居家訪視服務夥伴關係之模式。至於其他有關價值則是此模式的建構亦可提供其他相關領域在建構模式方法及成效探討上的參考價值。