

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

以醫院為基礎之整合型居家照護模式之成效探討(第2年) 研究成果報告(完整版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 99-2410-H-040-012-MY2
執行期間：100年08月01日至101年07月31日
執行單位：中山醫學大學護理學系(所)

計畫主持人：顏文娟
共同主持人：李選、林晏如

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 10 月 31 日

中文摘要：本研究為二年研究，第一年以行動研究法於中部某區域教學醫學精神科建構整合性居家護理照護服務項目，進行每週一次，為期 10 次的討論，討論主題針對中華民國精神衛生護理學會所修定的社區護理人員能力進行討論並依據定義界定可提供的服務項目、修正記錄格式、討論執行困境包括居家護理師能力界定籠統、社區資源不足、醫院配合度不夠、人力不足，業務繁重、護理紀錄不完整、病人不了解自己對其疾病應有的責任。本研究統整台中地區可利用的社政及衛政及公私立資源、建立人力訓練制度、重整護理紀錄格式。第二年研究以生活品質為整合型居家照護成效指標，分析影響出院精神病患之生活品質因素，共收案 161 位居家及門診個案，研究結果顯現，整體生活品質居家治療者門診治療者及。門診治療者生活滿意顯著優於及居家治療個案；經濟功能層面居家治療者優於門診治療者，社區復健之研究對象家庭支持以居家治療者優於門診治療者。社交活動層面門診治療者優於居家治療者佳、身體健康層面門診治療者身體健康較居家治療者佳，照護模式為居家照護者其整體生活品質較門診治療者佳。

中文關鍵詞：居家照護、門診、精神分裂症、社區照護、生活品質

英文摘要：This study is a two-years design. The major purpose of the first study was to construct comprehensive home care service items in a regional teaching hospital in the center of Taiwan. Ten discusses in total were conducted which focused on the discussion on 8 capacities of home care nurse assigned and defined by Psychiatric Mental Health Nurses' Association Republic of China. Service items and record formation were modified after discussion. Difficulties of home care were identified such as unclear definition on 8 capacities of home care nurse, lack of community resource, incorporated with other professionals' unfriendly attitude, lack of manpower, heavy service loading, unstructured nursing record formation and patients' dependency. After the discussion, the useful social resources were gathered, set up community service faculty training program and reframing nursing record. The purpose of the second year was to evaluate the effect of home care service and find out the related factors of

patients' quality of life. Quality of life was assigned as dependent variable. One hundred sixty one clients were recruited from OPD and home care. The result indicated that the quality of life for home care patients was better than outpatients. Outpatients' satisfaction on life was better than home care patients. Economic function in home care patients was better than outpatients. Family support of home care patients was superior to outpatients, Outpatients' socialization was better than home care patients. Outpatients' health was better than home care patients.

英文關鍵詞： home care , outpatient department, schizophrenia, community care, quality of life

一、前言

自 1950 年中期以來，藥物的發展，精神病患的治療已從過去消極的收容轉為目前積極的治療及復健，去機構化運動提倡，民眾住院時限縮短，使得精神病患得以離開機構回歸社區(Schulze & Rössler, 2005)，我國現今精神醫療照顧政策分為三級，初級照護著重在國人的心理衛生促進，次級照護則著重在病患的早期診斷、早期治療，政府近年來積極地增設醫療床位，其目的是使所有病患得以接受良好的醫療照顧，目前精神科床位已由 85 年 3,419 個床位擴增到民國 90 年 14,045 床位，三級照護則是病人的出院復健，目前我國政府正積極推動的社區復健計畫，以促進個案得以回歸社區，並獲得良好的社會適應 (健康政策白皮書, 2009)。病患之治療計畫的延續或出院照護計畫的配合度會影響精神病患的預後 (Hogarty, 1993)，因此，確保病患出院後持續接受治療是一項非常重要的議題，

不管傳統或新一代藥物都需要病人的配合，因此，目前臨床常做的措施便是提供居家照護以增加精神分裂症對治療的順從度(王，2005)。目前健保局為了抑制快速成長的醫療費用，推動由院方共同分擔財務責任，總額預算的實施改變了醫療行為，過度壓縮病患的住院天數，使得不宜出院的病人出院 (宋& 蘇，2006)，再加上獲利考量下，社區醫療的健保給付偏低，致使臨床居家照護護理師僅能申請些許的補助，且因為醫師傾向以生物學的觀點看待病人，除了醫療外的其他治療模式，所獲得的補助都不多，醫院投資精神居家服務的意願就更不高 (劉，2007；萬 & 萬，1988)，此健保政策常使得精神社區照護從業人員對於推動社區精神照護服務受到阻礙，研究者期待透過本年度研究重新建構以醫院為基礎的整合型的居家模式，界定出居家護理師在執行照護時的常見業務，並評執其執行成效，以作為相關醫療機構及政府相關單位參考。

二、文獻查證

世界衛生組織 (WHO)曾對社會心理復健做了定義：『社會心理復健是一個促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，增進個人的能力與改變其環境，使精神

障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健的目標在達到個人與社會最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能於社區中成功地生活』(Anthony , Cohen, Farkas,& Gagne., 2002, p.102). 為了因應去機構化運動，台灣自1989年開始推動社區復建計畫，至1996年為止，只有36所復健中心成立，也只有1,304位個案接受復健治療(健康政策白皮書, 2009)；台灣精神醫學發展大多偏重門診與住院服務，社區復健服務仍顯不足(葉, 2004；Yen & Lundeen , 2006)，因此，現今精神病患出院後，有大部分時間在社區中採自我照顧或由家屬提供照護回門診接受治療。

病患之治療計畫的延續或出院照護計畫的配合度會影響精神病患的預後(Hogarty, 1993)，因此，確保病患出院後持續接受治療是一項非常重要的議題，精神分裂症疾病的治療依據症狀分期而有不同，在急性期的主要治療目標在於緩解或解除病人的症狀，此時主要的藥物治療為抗精神病藥物(王, 2005)，在穩定階段仍需要至少同等劑量的抗精神病藥物治療六個月以上，之後仍需持續的藥物維持治療劑量，過早減藥會造成可能會導致疾病再復發(McIntyre, 2003)。根據美國資料統計，出院精神病患約有40%在一年內停止服用藥物，75%的病患在兩年內停止治療，25%的病患在一年內拒絕返診接受治療(Perkins, 1999)，研究中指出當病患停止服藥後，其復發率也會較高，精神病患未服用藥物，一年內復發比率約75%，兩年內約80%，若長期停藥則再發比率約90%(白, 2009)。王、宋、劉、丁(2003)曾調查南部某醫學中心精神科急性病房89年至90年出院之急性病患的預後狀況，發現急性病患出院後不久即再度住院；39%的個案重覆住院的原因主要為未持續門診追蹤治療，36%有服藥問題，包括不按時服藥、忘記服藥、自行停藥或調藥等，Jarboe (2002)分析精神病患拒絕接受治療的原因大致可以分為三大因素：(1) 藥物因素 (2) 心理社會因素 (3) 心理認知因素，藥物因素即指藥物所產生的不舒服症狀會使病患接受治療的意願降低；心理因素即為個人覺得接受治療所造成的羞恥感、對疾病的社會烙印及缺乏社會支持而使得病患

不願接受治療；心理認知因素則為個人對疾病的資訊不清楚、缺乏病識感、否認，進而造成對治療的逃避。

目前，長效針劑(Depot) 已漸漸作為增加病人順從度的方法，一般施打長效針劑頻率為每兩週或每四週一次肌肉注射，台灣已有 Risperdal Consta 的長效針劑使用，其療效及副作用的耐受性均有研究顯示，對長期治療的預後有幫助(Kane, Eerdeken, Lindenmayer, Keith, Lesem & Karcher, 2003)；然而，不管傳統或新一代藥物都需要病人的配合，因此，目前臨床常做的措施便是提供居家照護以增加精神分裂症對治療的順從度(王，2005)。

精神病患居家照護

居家照護的定義係指維持病人在社區居住，幫助病人在醫院以外的環境接受治療(Burns, Catty, Watt, Knapp & Henderson, 2002)，目前國內執行的居家照護模式分為以醫院為基礎的模式及以社區為基礎的模式；但目前因為居家治療給付偏低，以致服務的質與量均不符合實際需求(林、蔡，2006；蕭、黃、林，2005)，所以，現行台灣病患之社區照護仍以社區為基礎的模式則由衛生所公共衛生護士所提供之「居家服務」為主，負責社區病患追蹤、轉介，社區公衛護士是以家庭為單位，來施行醫療照護，所以在自然的環境裡，他們有機會幫助病患和家屬(蕭、黃、林，2005)。然而，公衛護士在社區中為第一線的醫療照護提供者，雖然具有基本護理的照護知識，但並不精通於精神照護，他們對提供社區精神病患個案及其家屬照護、個案問題評估、處置、用藥指導的自我效能與自信極為缺乏(劉、楊、蕭，2002)，他們對自己在處理病患的情緒問題上缺乏信心，當其面對社區中精神病患往往存在擔心與恐懼無法預期的暴力及情緒失控行為，

(Kennedy, Polivka, Bininger, Sears, & Voorhees-Murphy, 1995)；再者，依據世界衛生組織建議每一公共衛生護理人員服務人口約為 2,000 人，然而國內全國公共衛生護理人員負責的地段人口卻高達 1:2,100~20,300 人之間(內政部，2008)，因此就現有之人力，是否能提供有效之居家服務，仍是需考慮之議題。

國內社區精神醫療服務自民國 68 年即開始推行，行政院衛生署自 1989 年正式委託精神科醫院試辦『精神病患社區復建計畫』，居家照護服務亦被納入服務中；全民健保於 1995 年開辦後即將居家照護也納入給付範圍，也陸續有些綜合醫院投入居家治療的工作，以協助出院病患得以適應社區生活 (彭 & 林, 2002)，居家照護即是由護理人員主動到病患家中，並以家庭、社區為中心的照護過程。以醫院為基礎的社區護理主要由醫院資深之專職護理師擔任，通常個案會由門診或病房轉介而來，在醫師評估後由專責護理師與家屬及病患簽署同意書，經健保核准後實施，其工作項目包括家訪、評估症狀變化、服藥情形及副作用、症狀變化之觀察、藥物投予及衛教、經濟狀況評估、人際關係或社會心理壓力實地了解，並評估其護理需求予以衛教、情緒處理或轉介(彭 & 林, 2002)，醫院精神科護理人員所提供「居家服務」或「電話追蹤」的服務項目，服務內容包括藥物與症狀處理，疾病適應及人際關係問題之因應。國外文獻已經證明：為降低使用昂貴的醫療服務而言，在病患最熟悉及最少束縛的自然環境裡，來施行衛生照護，比那些需要仰賴於醫院或者專業環境之服務的計畫更有效 (Moffa, 1981; Stroul & Friedman, 1986)，Morris (1996) 以質性研究探究九位接受居家照護的個案，結果顯示居家照護可以促進精神病患之服藥遵從性及改善與家人的互動，其他的相關研究也顯現居家照護可以降低再住院率(Mohit, 1996; 楊、牟、陳 & 徐, 1991；Zhang, Zhou, & Hu, 1994)，林 & 蔡 (2006) 曾針對 30 位接受以醫院為基礎的居家照護服務的精神分裂症病患及 30 位接受傳統式精神醫療照護服務的個案，結果顯示，以醫院為基礎的居家照護對於出院精神病患之回診及規則服藥性較佳、精神症狀較少、社會功能較高，對於精神醫療服務的滿意度較高；所以，居家照護確實可以提供病患在社區復健的追蹤模式，居家照護雖然是精神疾病患者的復健計畫之一，但是國內學者林、殷、李 & 謝 (2001)曾針對日間留院及居家治療之患病 10 年以上的精神分裂症患者進行生活品質比較，結果卻發現日間留院個案在生活品質方面都比居家照護的個案好，尤其是在社會文化面、

角色功能、心理特質層面差異更為顯著，該研究者解釋或許是因為日間留院有訓練或例行常規使得參與日間留院之個案角色功能得以發揮，所以表現優於居家照護個案；但羅、李、吳 (2007)曾表示健保對居家照護給付偏低，可能會造成所能提供的服務量不足，造成所提供的服務僅流於家訪及電訪等形式化服務。

目前健保局為了抑制快速成長的醫療費用，推動由院方共同分擔財務責任，總額預算的實施改變了醫療行為，過度壓縮病患的住院天數，使得不宜出院的病人出院 (宋& 蘇，2006)，再加上獲利考量下，社區醫療的健保給付偏低，只認定及給付對病人「個人」的治療費用，例如：對家屬的衛教不給付，但是，居家照護所提供的應該是以家庭為單位，而精神科的照護亦不如一般內外科之居家照護所能提供的技術具體，依據研究者之臨床觀察，精神居家照護護理師常提供的照護服務如：施打長效針劑，衛教，資源轉介，家庭諮商等，但因健保給付仍以「病患」為主，致使臨床居家照護護理師僅能申請些許的補助，此外，健保規定一位病患一個月僅能訪視兩次，以三個月為限，三個月後進行審核是否有繼續收案必要，此種論質計酬的給付方式，再加上健保申報流程，常使得臨床居家照護護理師常面對已收案的居家個案進行訪視，卻被健保核定無收案必要的窘境，居家照護護理師僅能透過來回的申覆以爭取補助；且因為醫師傾向以生物學的觀點看待病人，除了醫療外的其他治療模式，所獲得的補助都不多，醫院投資精神居家服務的意願就更不高 (劉，2007；萬 & 萬，1988)，此健保政策常使得精神社區照護從業人員對於推動社區精神照護服務受到阻礙，加上目前公衛護士對精神疾患之社區照護缺乏信心，因此，精神病患的社區照護以現今的限制下，似乎必須回歸以醫院為基礎的居家照護模式，但目前因健保的限制，即使醫院推行居家照護計畫，也僅以形式化的家訪或電訪方式進行，若要發揮以醫院為基礎的居家照護模式勢必需要重新建構以滿足精神病患之需求，並提出實證資料以提供政府施政參考。

目前中華民國精神衛生護理學會積極推動社區精神衛生照護人員能力鑑

定，認為社區照護人員家訪或電訪僅是提供服務的途徑，真正實質內涵在於與病患或家屬互動之內容，經過兩年的規劃與共識，中華民國精神衛生護理學會界定出社區精神衛生護理人員必須具有八大能力，包括：有治療性人際關係、精神衛生護理評估、藥物治療、協助個案建構自我、增強個案自我管理、促進個案之疾病管理、協助就業及就學輔導、建立資源連結等(戎、楊、劉、洪、洪、蕭，2008);強調精神衛生護理以人為本，對個案身、心健康作室當診斷、處理、轉介、治療與復健照護，以協助個案發揮健康功能與精神心理疾病防治(American Nurses Association, 2000)，大多數精神病患皆需要社區精神照護，所以社區照護者必須依個案的能力需要提供多元化的連續照護服務，因此，健保僅以家訪次數提供給付確實對於社區照護沒有實質幫助，本研究旨在重新建構以醫院為基礎的整合型的居家模式，界定出居家護理師在執行照護時的常見業務，並評值其執行成效，以作為相關醫療機構及政府相關單位參考。

本研究為兩年期研究，第一年採行動研究法，第二年則評值其執行成效，其研究方法相關資訊將依年度分述如下：

第一年

研究方法

精神病患居家照護行動研究法是實際工作者根據科學的方法來研究自己的問題，以期引導、改正與評價他們的決定及行動的過程(Coghlan & Brnnick, 2001)，所以，研究者即是行動者，經由重複循環的分析、監測、再概念化、計畫、執行及評值成效等過程 (Rolfe, 1998)。

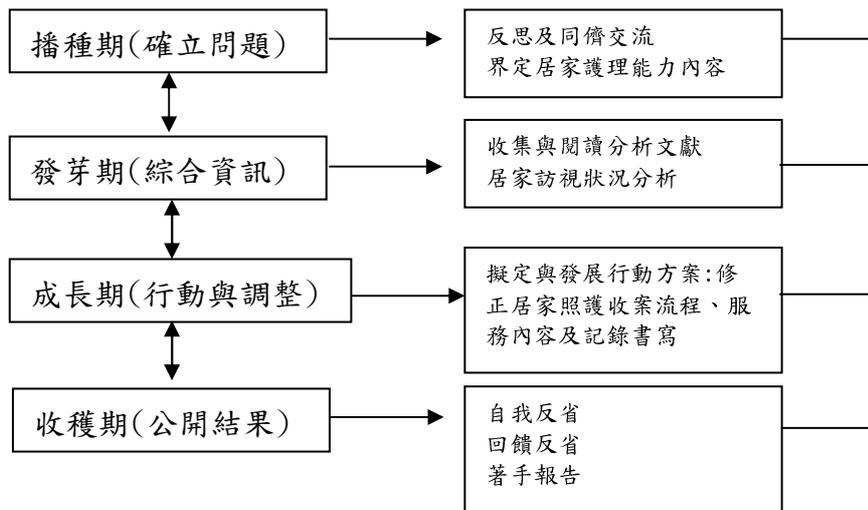
研究對象

本研究對象為中部某區域教學醫院精神科居家照護小組工作人員，進行每週一次，為期10次的討論，討論主題針對中華民國精神衛生護理學會所修定的社區護理人員能力進行討論並依據定義界定可提供的服務項目、修正記錄格式、討論

執行困境。

研究實施

研究者自99年8月起與研究小組人員透過反思及與同儕交流確立本研究問題，透過文獻分析和綜合資訊，擬定、發展與修正居家照護措施，經自我反省、回饋反省著手報告行動結果，在執行居家訪視後再訪談居家護理師的看法，研究流程如圖一。



圖一 居家護理服務之行動研究流程圖

資料收集方式與分析

行動研究效度的意涵與研究欲達成的目的有關，因此，行動研究偏向內在效度的評鑑，而非重視外在效度的追求，重視研究的正確性與真實性的程度，而不重研究的普遍性。行動研究法可以從三個檢核面向進行檢核：自我效度、同儕效度與職效度，最常使用的資料收集方法為三角檢合法，運用訪談、觀察、問卷、文件檔案等方法，收集不同來源的資料後，再將多種資料進行歸納、比較、交叉檢核(吳，2001)。本研究使用多種資料收集方式做交叉比對比較與分析，收集方式有參與觀察、訪談、反思札記、居家護理師札記、護理紀錄。

研究結果

根據參與觀察、訪談、反思札記、居家護理師札記、護理紀錄進行歸納，發現居家護理師在執行居家照護的問題有下列幾點：

1. 居家護理師能力界定籠統

學術所制定的能力對於護理人員而言非常高遠，不易達到，居家照護不是護理人員一廂情願單方面做，學術界將居家護理能力制定好像讓護理人員成為萬能的人，但是沒有其他單位的配合，護理人員根本是孤掌難鳴，而且訓練也不足，像這次是透過研究才實地理解有這些能力，不然我只知道衛教及打針。

2. 社區資源不足

雖然目前政府開始重視身心障礙個案，但社區很多資源是針對身障個案，精障個案的資源卻很少，我們就算要轉介，也不知道要怎麼轉介，所以，很多問題我們也很無奈，只能消極地打長效針劑，更別談復健。

3. 醫院配合度不夠

醫院得到的補給不足，對於居家照護服務不聞不問，尤其我們又是區域醫院，不像專科醫院，有那麼多資源，所以，我們在醫院裡根本只是一個可有可無的單位，你說我們能怎麼辦？只好能做多少就做多少。

4. 人力不足，業務繁重

同樣的，醫院經費問題，當然不可能再多派人手，居家護理的經費過少，二個居家護理師要負擔30-40位社區個案，甚至只給我們訪視費，沒有車馬費。

5. 護理紀錄不完整

目前因為資訊化，所以很多護理紀錄單張都是勾選，看不出護理做些甚麼。

6. 病人不了解自己對其疾病應有的責任

精神病患最大問題就是把責任都給別人，他們的消極態度其實讓我們很有無力感。

經過以上的結果，研究小組人員，將居家照護服務做以下修正：

1. 統整台中地區可利用的社政及衛政及公私立資源，將資料加以分類，建檔，以提供居家照護人員在轉介資源選擇上做參考。
2. 建立人力訓練制度，對於 N2 有興趣的院內精神衛生護理人員訓練居家照護能力，培訓其興趣。
3. 重整護理紀錄格式，內容必須包括病人今日狀況、會談內容、照護問題、問題追蹤處理紀錄。

第二年

本年度研究目的是探討第一年規劃的居家照護模式執行於出院精神病患生活品質追蹤，其研究方法、資料分析及研究結果分述如下：

研究方法

本年度研究為類實驗性研究法，分為實驗組及對照組，實驗組為出院精神分裂症患者，對照組則為出院精神病患未接受居家照護但到門診接受追蹤之個案。

研究工具

生活品質量表

本研究以「精神病病患生活品質量表」(余等, 1995) 來測量生活品質，此量表由余等 (1995 a) 依據 Holcomb 等人(1993)發表之生活品質會談量表 87 題及 Heinrichs 等人 (1984) 發表之21 題生活品質量表修訂而成，共 45 題，分為八個構面：生活滿意 7 題、自主性 7題、健康維護 6 題、家庭支持 5 題、經濟功能 5 題、社交活動 7 題、身體健康 4 題、心理健康 4 題。於信度部份，整體量表之內部一致性 Cronbach' s α 值達 0.91，再測信度 0.72，量表採 Likert 氏四點計分，分為「從不」、「偶而」、「常常」及「總是」四等級來代表病患對該項题目的同意程度。每題之計分由 0 分至 3分，分數得分愈高表示病患主觀感覺其生活品質越好。

社區病患精神症狀檢查表

採用胡海國（1999）之社區病患精神症狀檢查表，此量表為提供社區精神醫療體系第一線工作人員簡要評量表，用以了解社區精神病患之精神狀態及其嚴重度，檢查表共 29 題，包括四個層面：（一）神經質症狀 6 題（二）正性（精神病性）症狀 8 題（三）負性（退化）症狀 6 題（四）其他行為症狀 5 題，其中有 4 題為各層面之總分。無症狀為 0 分；症狀輕微，不影響日常生活為 1 分；症狀明顯，對日常生活稍有影響為 2 分；症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響為 3 分。量表分數愈高者，表示精神症狀愈嚴重。此量表由一位居家訪視員填寫，在研究前，此位居家訪視員曾接受研究主持人之訓練，並偕同研究主持人分別同時針對 10 位個案進行評分，資料以 Pearson correlation 檢測 interrater reliability，及果顯現相關係數達 0.85。

資料分析

資料統計使用 SPSS 19.0 中文版統計軟體，研究者將資料編號，將譯碼輸入電腦建檔，以進行描述性統計分析及推論性統計分析。

一、描述性統計分析：

1. 人口學變項性別、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、家庭社經階層、職業、經濟狀況、病識感、藥物副作用及照護模式，以次數分配、百分比之描述；年齡、住院次數、發病年齡、病程、以次數分配、百分比、平均值及標準差等描述了解其特性及分佈。
2. 研究對象的精神症狀嚴重度、生活品質及需求以次數分配、百分比、平均值、標準差及排序等呈現其分佈情形。

二、推論性統計分析：

- 1、研究對象之性別、婚姻狀況、宗教信仰、職業、病識感、藥物副作用、照護模式以 Independent t-test 檢定與生活品質之關係。

- 2、教育程度、家庭社經階層、經濟狀況以單因子分析 (one-way ANOVA) 檢定與生活品質之關係。
- 3、年齡、住院次數、發病年齡、病程、精神症狀嚴重度採 Pearson correlation 檢定與生活品質之關係。
- 4、以上相關之變項將放入逐步線性複迴歸分析(Stepwise regression)，類別變項將會以 dummy variable 處理後置入回歸方程式中，以檢定社區精神分裂症患者生活品質之預測因子。

結果

基本屬性

本研究對象門診治療組有 104 位佔 64.6%、居家治療組有 57 位佔 35.4% 共計 161 位，基本屬性分佈情形 (見表 1)。男生佔最多 59% (n=95)，女性為 41% (n=66)；年齡介於 22 至 65 歲，平均年齡 42.3 歲，標準差 9.01，以 41-65 歲居多佔 57.1% (n=92)；婚姻狀況以未婚佔最多 60.2% (n=97)，教育程度以高中/職佔最多 36.6% (n=59)，國中次之佔 31.7% (n=51)；宗教以道教最多 37.9% (n=61)；社經階層方面以 V 級佔最多 64% (n=103)，IV 級次之佔 27.3% (n=44)；職業方面大多為無業 46.6% (n=75)；經濟狀況方面以 2810,000 (含) 以下居多佔 32.9%。

住院次數分佈介於 0 至 13 次，平均為 2.10 次，標準差 2.29，發病年齡介於 13 至 47 歲，平均為 27.13 歲，標準差 8.72，以 21-30 歲佔最多 39.1%；病程介於 1 至 40 年方面，平均為 15.04 年，標準差 9.13；病識感以部份病識感佔最多 42.9% (n=69)，大多無藥物副作用 71.4% (n=115)。個案整體精神症狀以神經質症狀居最高分，負性 (退化) 症狀次之繼而正性 (精神病性) 症狀、其他行為症狀。

社區精神分裂病患之生活品質

本研究之生活品質共八個層面包括：生活滿意、自主性、健康維護、家庭支持、經濟功能、社交活動、身體健康、心理健康。結果顯現，生活品質量表最高總分為 135 分，最低 0 分，研究對象在本量表之最高得分為 132 分，最低為 18 分，平均值為 70.47 分，標準差為 22.16 分。為了解研究對象在各層面生活品質得分情形，將受試者每一層面分數標準化(均值/題數)，研究對象生活品質之八個層面中得分最高為健康維護 2.28 分，標準差 0.46 分；其次為自主性 1.72 分，標準差 0.64 分；第三高分為家庭支持 1.63 分，標準差 0.74；其他生活品質層面依序為身體健康、經濟功能、心理健康、生活滿意；社交活動是病患主觀地感覺最低。

個人屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度及照護模式與生活品質之相關性

社區精神分裂病患之個人屬性、疾病因素、精神症狀嚴重度及照護模式等自變項與依變項生活品質之相關性進行檢測，於進行檢測前，檢定各自變項分組之病患其生活品質及各層面分數是否為常態分佈，結果皆呈常態分佈 ($p > 0.05$)，再依自變項之屬性進行 t 檢定 (t-test)、單因子變異數分析 (ANOVA) 或皮爾遜相關分析 (Pearson correlation analysis)。

一、社區精神分裂病患基本屬性、疾病因素與生活品質之相關性分析

以 t 檢定 (t-test) 分析社區精神分裂病患的性別、婚姻狀況、宗教信仰、職業、病識感及藥物副作用與整體生活品質之相關，結果顯示，研究對象婚姻狀況、宗教信仰、職業、病識感及藥物副作用等與整體生活品質未達統計上的顯著差異 ($p > .05$)。不同性別之研究對象其整體生活品質在統計上達顯著差異 ($t = 5.52, p < .05$)，且男性之整體生活品質顯著高於女性。

以單因子變異數分析 (ANOVA) 進行分析，社區精神分裂病患的教育程度、社經階層及經濟狀況與整體生活品質之相關性，於統計上達顯著

性的部分再進行 LSD (Least-significant difference) 事後比較。結果顯示，不同經濟狀況之社區精神分裂病患其整體生活品質未達統計上的顯著差異 ($p>.05$)，而不同教育程度 ($F=12.71$, $p=0.000$) 與家庭社經階層 ($F=3.078$, $p=0.029$) 之社區精神分裂病患其整體生活品質有顯著差異，經 LSD 事後比較得知，教育程度高中/職及教育程度大專以上之社區精神分裂病患比教育程度國中以下者有較高之生活品質，家庭社經階層 II 級及 III 級之社區精神分裂病患生活品質顯著優於家庭社經階層 V 級者。

精神分裂病患年齡、疾病因素、精神症狀嚴重度與生活品質之相關性分析以皮爾遜相關分析 (Pearson correlation analysis) 探討，結果顯示，年齡與整體生活品質 ($r=-0.221$)、家庭支持層面 ($r=-0.213$) 及經濟功能層面 ($r=-0.211$) 於統計上有顯著負相關，即社區精神分裂病患年齡越高，其整體生活品質、家庭支持及經濟功能就愈差。住院次數與發病年齡與生活品質於統計上無顯著之相關，病程與整體生活品質 ($r=-0.161$)、經濟功能層面 ($r=-0.181$) 及社交活動層面 ($r=-0.203$) 於統計上達顯著負相關。即社區精神分裂病患病程愈長，則其整體生活品質、經濟功能及社交活動就愈差。

精神症狀嚴重度與整體生活品質 ($r=-0.391$)、生活滿意層面 ($r=-0.301$)、自主性層面 ($r=-0.244$)、健康維護層面 ($r=-0.406$)、家庭支持層面 ($r=-0.362$)、經濟功能層面 ($r=-0.242$)、身體健康層面 ($r=-0.293$) 及心理健康層面 ($r=-0.210$) 於統計上達顯著負相關。顯示，社區精神分裂病患精神症狀越嚴重則其整體生活品質、生活滿意、自主性、健康維護、家庭支持、經濟功能、身體健康及心理健康就愈差。

不同照護模式者其整體生活品質及各層面之比較

以獨立 t 檢定 (t-test) 進行社區精神分裂病患不同照護模式(門診治療、居

家治療)者其整體生活品質及八個層面之比較。結果顯示,不同照護模式於整體生活品質($t=10.04, p<0.05$)、生活滿意層面($t=14.36, p<0.05$)、家庭支持層面($t=7.29, p<0.05$)、經濟功能層面($t=5.21, p<0.05$)、社交活動層面($t=28.16, p<0.001$)及身體健康層面($t=4.30, p<0.01$)有顯著差異,而自主性層面、健康維護層面及心理健康層面則無顯著差異。整體生活品質居家治療者優於門診治療者。門診治療者生活滿意顯著優於及居家治療個案;經濟功能層面居家治療者優於門診治療者,家庭支持以居家治療者優於門診治療者。社交活動層面門診治療者優於居家治療者佳、身體健康層面門診治療者身體健康較居家治療者佳。

社區精神分裂病患生活品質之重要預測因子

此部分為分析影響社區精神分裂病患生活品質之重要預測變項,以整體生活品質為依變項,以逐步線性複迴歸(stepwise multiple linear regression)分析出預測模式,以期能找出有效預測社區精神分裂病患生活品質之最佳迴歸方程式。於進行逐步複迴歸分析前,首先將自變項中之類別變項,轉換為虛擬變項(dummy variable),再加入年齡、住院次數、發病年齡、病程與精神症狀嚴重度等為預測變項。

本研究中各自變項分析之結果,顯示各變項之間之容忍度(tolerance)及變異數膨脹係數(variance inflation factor; VIF)值均接近於1,表示變項間彼此無共線性問題。條件指數(condition index, CI)值低於30,表示共線性問題緩和。經逐步複迴歸分析,結果顯示,婚姻狀況、教育程度國中以下、宗教信仰、家庭社經階層、經濟狀況、藥物副作用,照護模式的門診治療、年齡、住院次數、發病年齡及病程與整體生活品質間未達顯著相關,未被選入迴歸模式中。而病識感($\beta=0.189, t=25.856, p<.000$)、照護模式[居家治療($\beta=0.257, t=23.838, p<.000$)、門診治療($\beta=-0.173, t=16.516, p<.000$)]、整體精神症狀($\beta=-0.319, t=26.554, p<.000$)、教育程度[高中/職($\beta=0.254, t=21.894, p<.000$)、大專(含)

以上 ($\beta = 0.191$, $t = 19.138$, $p < .000$)]、職業 ($\beta = 0.235$, $t = 17.888$, $p < .000$)，為病患生活品質之重要預測因子。亦即病患有病識感者，其整體生活品質較佳。精神症狀愈嚴重，病患整體生活品質較差。有職業者，其整體生活品質較佳。教育程度高中/職者，其整體生活品質較教育程度國中以下者佳；教育程度大專(含)以上者，其整體生活品質較教育程度國中以下佳。照護模式為居家照護者其整體生活品質較門診治療者佳。其迴歸方程式可解釋變異量為 43%。

社區精神分裂病患生活品質之最佳迴歸方程式如下：

整體生活品質 = $59.111 + 10.575$ (病識感) + 12.745 (居家治療) - 0.849 (整體精神症狀) + 11.651 (教育程度高中/職) + 12.272 [教育程度大專(含)以上] + 10.407 (職業) - 7.996 (門診治療)

表 生活品質之逐步複迴歸分析 (n=161)

變項	迴歸係數 (B 值)	標準化迴 歸 係數 (β)	決定係 數 (R^2)	決定係數 增加量 (R^2 change)	t 值	p 值
常數	59.111					
病識感	10.575	0.189	0.140	0.140	25.856	0.000***
居家照護	12.745	0.257	0.232	0.092	23.838	0.000***
整體精神 症狀	-0.849	-0.319	0.337	0.105	26.554	0.000***
教育程度 高中/職	11.651	0.254	0.360	0.023	21.894	0.000***
教育程度 大專(含) 以上	12.272	0.191	0.382	0.022	19.138	0.000***
職業	10.407	0.235	0.411	0.029	17.888	0.000***
門診治療	-7.996	-0.173	0.430	0.020	16.516	0.000***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

討論

本研究共 161 位社區精神分裂病患，門診治療組有 104 位、居家治療組有 57 位。男性佔多數，年齡分佈介於 22 至 65 歲，平均年齡 42.3 歲，以 41-65 歲居多佔 57.1%，本研究對象年齡偏高；婚姻狀況方面以未婚居多 60.2%，教育程度方面高中/職佔最多 36.6%，宗教方面以有宗教信仰佔最多 84.5%，社經階層方面以 V 級佔最多 64%，IV 級次之佔 27.3%，職業方面以無職業佔最多 46.6%，Skantze (1992) 指出大部分之病患為無業且未婚，反映出病患缺乏應付複雜社會環境調適能力；經濟狀況方面以 10,000 元 (含) 以下居多佔 32.9% (n=35)，訪談時大多數病患表示家庭之經濟來源為補助津貼，顯示有相當比例病患之經濟狀況不佳。藥物副作用方面，以無佔最多 71.4% (n=115)，此結果與侯 (2004) 研究結果有藥物副作用者佔 57.9% 居多有差異，探究其原因本研究對象大都長期服用精神科藥物，若出現副作用不適即到院就醫調整藥物或經由護理人員之觀察得到妥善之處理，以致無藥物副作用者居多。

生活品質屬於多層面的，依研究者所注重之範疇而有所不同，本研究結果與部分研究最低滿意度為工作與經濟層面不同 (蔡，2005； Doyle et al.,1999； Nieuwenhuizen et al.,2001)，於訪談過程中，病患多數認為自己生病後朋友減少，甚至沒有朋友，且擔心他人異樣眼光，因而缺乏社交活動。本研究性別與整體生活品質達顯著差異，且男性之整體生活品質顯著高於女性。此研究結果，與余等 (1995b) 研究相似，其指出女性的健康維護、經濟功能、心理健康三方面的生活品質較男性差。於婚姻狀況方面未發現與生活品質之關聯性，余等(1995b) 指出有偶者之社交活動、身體健康、心理健康三方面之生活品質較偶者佳，因有偶者之家庭網絡較無偶者廣闊，且 Sullivan (1996) 之研究指出病患獲得家人之支持並維持良好關係能協助病患社區生活之適應，進而提昇病患之生活品質。

本研究經由逐步複迴歸分析，結果發現病識感、照護模式（居家治療、門診治療）、整體精神症狀、教育程度 [高中/職、大專（含）以上] 及職業，為影響社區精神分裂病患生活品質之顯著重要預測因子，其中以病識感最具預測力，可解釋 14% 之變異量；在照護模式方面，可解釋 11.2% 之變異量；整體精神症狀方面，可解釋 10.5% 之變異量；教育程度方面，可解釋 4.5% 之變異量；職業方面，可解釋 2.9% 之變異量，上述之預測因子共可解釋 43% 之總變異量。亦即病患病識感愈佳，社區精神分裂病患整體生活品質愈佳；照護模式之社區復健者，其整體生活品質愈佳；教育程度為高中/職者、教育程度大專以上者，其整體生活品質愈佳；有職業者，其整體生活品質愈佳；而精神症狀愈嚴重，其整體生活品質愈較差；照護模式之居家治療之病患，其整體生活品質較差。病患病識感愈佳，其整體生活品質愈佳，本研究中不同照護模式中以居家照護之病患整體生活品質較佳，（成、楊，1997；蔡，2005；余等，1995b）。由於居家照護組參與的精神分裂病病患在護理人員協助下，精神症狀亦相對較穩定（蔡，2005），且有醫療專業人員了解其復健活動，增進人際互動，減少退縮行為（成、楊，1997；余等，1995b；許，2004），而提昇病患之日常生活功能，因此整體生活品質較門診組佳。馬（1998）研究指出精神科居家護理師之角色及功能應具有臨床護理專家、評估者、教育者、諮詢者、協調聯絡人以及心理支持者，其可提供之服務包括：身體與精神狀況之評估、提供病人及家屬有關精神疾病及居家照護的知識及方法、增加病人及家庭壓力處理及應對能力、協助安排接受職能治療或社交技巧訓練以增強社會功能、適應社區生活，提供社區精神醫療及復健資源資訊，必要時予以轉介或聯繫轉介之機構、提供長效針劑注射服務及危機處理諮詢與服務。

研究限制

一、研究取樣

由於時間、人力及經費等限制，以立意取樣方式選取中部某區域教學醫院精神科醫院之門診及居家精神分裂病患為研究對象。因非隨機抽樣，故僅能依現有資料中進行推論，致使本研究無法完全推論所有社區精神分裂病患生活品質之情形。

二、研究方法

本研究採用橫斷式研究，然而影響社區精神分裂病患之生活品質，可能會因時間、人際互動、情境因素、照護模式或病患精神症狀嚴重度而有所不同。因此，本研究結果僅能代表某時間內社區精神分裂病患之生活品質狀況及相關因素，無法對生活品質長期之變化進行推論。建議未來之研究以縱貫式研究追蹤其發展，了解病患在不同階段生活品質與影響因素或進一步比較不同照護模式之影響因素，將有助於精神醫療人員提供有效之治療照護計畫。

參考資料

- 內政部統計處. (2008). 九十七年第五十一週內政統計通報(身心障礙之慢性精神病患者人數). 摘自 2008.12.30,
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=1830
- 王祥章. (2005). 結合居家治療與新一代抗精神病藥物長效針劑—慢性精神分裂症病患之治療模式. *慈濟醫學*, 17 (Suppl 2), 53-56.
- 王翠彬、宋素貞、劉麗英、丁秀蓉. (2003). 急性精神病患重覆住院改善方案, *榮總護理*, 19(4), 353-361.
- 白雅美. (2009). 精神科衛教專欄—精神分裂病(2) 摘自 2009.12.25.
<http://www.bill60.net/edu-2.html>.
- 戒瑾如、楊翠媛、劉玟宜、洪翠妹、洪芬芳、蕭淑貞.(2008). 探討社區精神衛生護理能力鑑定模式. *精神衛生護理雜誌*, 3(2), 1-9.
- 余伍洋、陳明哲、成和玲、林清華 (1995b). 不同醫療環境精神分裂病患者生活

- 品質之比較. *公共衛生*, 22(2), 115-123.
- 宋鴻生、蘇喜.(2006). 精神醫療機構對健保論質計酬的態度與預期醫療服務的變化, *醫務管理期刊*, 7(4), 383-401.
- 周照芳、熊秉荃 & 黃瑞媛.(1992). 居家護理對精神分裂病患者家屬壓力之決之影響. *護理雜誌*, 39, p.55-64.
- 林幼、沈楚文 & 蔡欣玲.(1993). 以醫院為基礎的精神科居家治療服務—台北榮總模式. *榮總護理*, 10, p.422-428.
- 林進嘉、殷建智、李添誠&謝秀幸.(2001). 日間留院及居家治療之精神分裂症患者生活品質之比較. *台灣精神醫學*, 15(3), p.226-236.
- 林靜蘭 & 蔡欣玲.(2006). 以醫院為基礎居家服務於精神分裂症病患之成效. *弘光學報*, 48, 1-8.
- 胡海國.(1999). *精神醫學診斷手冊*. 台北：國立台灣大學醫學院出版委員會。
- 健康政策白皮書, 行政院衛生署, 於民 98 年 7 月 1 日查閱, from the World Wide Web: <http://www.doh.gov.tw/lane/publish/white-paper/welcome.html>
- 彭翰苑 & 林進嘉.(2002). 居家治療對精神分裂症患者住院天數及再住院率之影響. *台灣精神醫學*, 16(4), 276-283.
- 楊延光、牟秀善、陳永成 & 徐澄清.(1991). 精神分裂病患者門診治療合併居家照顧與門診治療效果之比較—初報. *中華精神醫學*, 5(4), 215-222.
- 劉玉雲、楊秋月 & 蕭淑貞 (2002). 公共衛生護理人員於提供社區精神病患照護之困境與需求. *中華民國精神衛生護理學會會刊*, 40, 1.
- 劉蓉台.(2007). 精障個案社區整合照顧模式. *護理雜誌*, 54(5), 11-17.
- 萬育維 & 萬心蕊.(1988). 北市慢性精神障礙者安置照顧模式之規劃研究, *北市社會局委託研究*, 84, 台北：社會局.
- 葉玲玲 (2004). 各國精神障礙者社區照護之比較探討。載於胡海國、簡以嘉（主編），*台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編*, (5-12

- 頁)。臺北市：國家衛生研究院。
- 蔡幸君 (2005)。精神分裂症病患主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究—以精神科日間病房及社區復健中心病患為例。碩士論文。高雄醫學大學行為科學研究所
- 蕭淑貞、黃宣宜、林靜蘭。(2005)。社區精神衛生持續性護理的現況與展望。 *護理雜誌*，52(1)，11-17。
- 羅素貞、李錦彪 & 吳文正。(2007)。公衛護士接受精神衛生教育之成效。 *實証護理*，3(4)，328-335。
- American Nurse Association. (2000). Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practice. Washington, DC: American Nurse Association, American Psychiatric Nurses Association, International Society of Psychiatric/ Mental Health Nurse.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.*
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Burns, T., Catty, J., Watt, H., Knapp, M. & Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems results of a systematic review. *British Journal Psychiatry*, 181, 375-1664.
- Coghlan, D. & Brnnick, T. (2001). *Doing action research*. London: Sage.
- Correll, C. U., Leucht, S. & Kane, J. M. (2004). Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: A systematic review of 1-year studies. *American Journal Psychiatry*. 161, 414-425.
- Dolder, C. R., Lacro, J. P., Dunn, L. B. & Jeste, D. V. (2002). Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents?

American Journal of Psychiatry, 159, 103-108.

- Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, C. et al. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99 (6), 466-472.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Hogarty, G.E. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(Suppl), 18–23.
- Goodman, M. & Smith, T. E. (1997). Measuring quality of life in Schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health e Journal*, 2(6), Retrieved July 26, from http://www.medscape.com/viewarticle/430847_print
- Iyer, S. N., Rothmann, T. L., Vogler, J. E. & Spaulding, W.D. (2005). Evaluating outcomes of rehabilitation for severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), p.43-55.
- Jarboe, K. S. (2002). Treatment Nonadherence: Cause and Potential Solutions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(4), s18-s25.
- Kane, J. M., Eerdeken, M., Lindenmayer, J. P., Keith, S. J. Lesem, M. & Karcher, K. (2003). Long-acting injectable risperidone: Efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1125-1132.
- Kennedy, C. W., Polivka, B. J., Bininger, C. J., Sears, J. R., & Voorhees-Murphy, S. (1995). Evaluating a mental health education program for community health nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 12(4), 221–228.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their

- quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, p.369-373.
- McIntyre, J. S. (2002). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders compendium. In Herz, M. I., Liberman R. P., et al: *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, 1st ed., Washinton DC: American Psychiatric Association, 349-463.
- Moffa, A. E. (1981). The balance service system of JCAH – How balance it is? *Health & Social Work*, 6, 21 – 27.
- Mohit, D. L. (1996). Management and care of mentally ill mothers of young children: An innovative program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(1), 49-54.
- Morris, M. (1996). Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 176-183.
- Nieuwenhuizen,C., Schene,A.H.,Koeter,M.W., & Huxley,P.J. (2001) . The Lancashire quality of life profile: modification and psycho- metric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,36,36-44.
- Perkins, D. O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, suppl. 21, 25-30.
- Rabinowitz, J., Lichtenberg, P., Kaplan, Z, Mark, M., Nahon, D. & Davidson, M. (2001). Hospitalization rates of chronically ill schizophrenic patients discharged on a regimen of risperidone, olanzapine, or conventional antipsychotics. *The American Journal of psychiatry*, 158, 266-269.
- Rolfe, G. (1998). Reflexive action research. In *Expanding nursing Knowledge- understanding and researching your own practice*. (pp. 171-213). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Yen, W. J. (2008). Validation of the Chinese Version Scale of Needs (SON) for Caregivers of Mentally Ill Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

Nursing, 15, 52-58. (*SSCI*)

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2012/10/31

國科會補助計畫	計畫名稱: 以醫院為基礎之整合型居家照護模式之成效探討
	計畫主持人: 顏文娟
	計畫編號: 99-2410-H-040-012-MY2 學門領域: 社會問題與控制
無研發成果推廣資料	

99 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：顏文娟		計畫編號：99-2410-H-040-012-MY2				計畫名稱：以醫院為基礎之整合型居家照護模式之成效探討	
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	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	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	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	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%		

<p style="text-align: center;">其他成果</p> <p>(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。)</p>	無
---	---

	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）

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）

本研究第一年是針對居家照護模式之建構，包括居家照護模式、服務內容、紀錄模式進行確立，同時亦整理出目前居家照護之困境；對於臨床具有實際價值，第二年針對居家照護模式成效，以生活品質做為評估重點，此部分可作為未來精神病患社區照護之實證依據，然而，目前各醫院推行之居家照護模式各有不同，但大多由護理人員執行，依據中華民國精神衛生護理學會所設立之認證能力共有 8 項，包括治療性人際關係、精神衛生護理評估、藥物治療、建構自我、自我管理、疾病管理、資源連結、就業及就學輔導，似乎仍顯模糊，因此，未來研究將可針對這八項能力進行建構以協助精神衛生護理人員得以更清楚瞭解其教職任務。