

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

醫院與社區共同合作之整合型精神病患居家照護模式發展 研究成果報告(精簡版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 98-2410-H-040-007-
執行期間：98年08月01日至99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：林晏如、李選

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 99年10月31日

醫院與社區共同合作之整合型精神病患居家照護模式發展 (第一年)

本研究旨在瞭解精神病患使用社區照護資源的情形並分析使用居家照護、其他不同的社區精神醫療資源的成效差異與公共衛生護理人員的執行精神病患社區照護追蹤的困境。資料收集分為量性及質性兩部分，量性資料取自 1997-2006 百萬歸人檔，擷取 ICD-9 編碼 295.10-295.90; 296.20-296.90 診斷，共 44194 人，並擷取其居家照護使用、社區復健機構使用、護理之家照護及安養養護機構資料進行分析，統計方法採簡單羅吉斯迴歸(simple logistic regression)探討年齡層、性別、居家照護服務、社區復健服務、護理之家、安養機構及都市化程度對再住院的作用，並且以勝算比(odds ratio, OR)表示各自變項對參考組的勝算倍數，結果顯示，年紀較輕者的再住院風險較高，尤其是 15 歲至 34 歲者，男女之在住院率並無顯著差異；病患居住高度都市化市鎮的病患比居住偏遠鄉鎮者的再入院率高，未使用社會資源者的再住院比率最大，居家照護者、安養養護機構的再住院風險低於居家照護者，但都未達統計上的顯著意義。質性資料則採半結構性深度訪談，共訪談 20 位模前服務於衛生所的護理人員，資料採內容分析法，結果分為(一) 對精神病患的感受 (二) 執行的困境 (三) 執行後的感受。

The purpose of the study was to understand utilization of community mental health service resources by mentally ill patients, analyze the effect of each community mental health service resources on readmission and understand the difficulties of follow-up of mentally ill patients by public health nurses. Data were collected by quantitative and qualitative studies. Data of quantitative study were retrieved from million 1997-2006 national health insurance research database based on ICD-code 295.10-295.90; 296.20-296.90. Total sample was 44194 and also retrieve the data of home care, community rehabilitation resources and nursing home. Data were analyzed by simple logistic regression to explore the effect of age group, gender, home care service, community rehabilitation service and nursing home on readmission. Odds ratio was calculated. Data were indicated that younger patients were in high risk of readmission, especially, the group of 15-34 years. There was no difference between genders. Patient living in high urbanization town was in higher risk of readmission than living in villages. Patient never used social rehabilitation resources was in higher risk than using those who used resources but no difference was found between each resource. Qualitative study was conducted by 20 semi-structure interviews. Content analysis was conducted and three themes were concluded: perception toward mentally ill patients,

difficulties of follow-up and feeling of conducting follow-up.

前言

為了因應去機構化運動，自 1989 年台灣開始推動社區復建計畫後，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（衛生署白皮書，民 90 年），因此，現今精神病患出院精神病患大部分時間在社區中採自我照顧或由家屬提供照護；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），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，結果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，白(2008)表示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%，因此，精神病患的早期出院雖然讓病患不致機構化，但在目前社區復健照仍未發展完善時，精神病患的早期出院卻使得病患的治療易於中斷；不僅如此，精神病患的早期出院也造成家屬極大的負擔，『加強積極治療與復健，減少消極收容與養護』雖然是我國現今推行的精神醫療政策，但若無完善的社區復健計畫，精神病患可能會成為街頭流浪人(楊, 2003)，因此，發展適當的社區精神照護計畫已是刻不容緩。

文獻探討

台灣現今精神疾患之社區照護模式

精神疾病一向被視為慢性化且預後很差的疾病，特別是精神分裂症患者（宋，2005），自 1960s 以來，去機構化運動推行後，精神病患的照護已由醫院轉移到社區（Johnson, 2000），所以精神病患的復健最終目的即是回歸社區，葉(2004)曾比較各國精神障礙者健康治療照護利用情形的比較發現，台灣精障者偏重使用門診與住院服務為主，日間照護、社區照護與康復之家等復健服務則較少使用，其中社區照護更少為精障者所利用，學者認為此種情形可能是因為台灣社區照護服務設施嚴重缺乏，及臨床上較偏重症狀治療而較少著力於復健治療等（葉, 2004；Yen & Lundeen, 2006）；此外，臺灣現今的醫療政策發展出來的服務都是以「醫院為基礎」的服務模式(劉, 2007)，但根據行政院衛生署 2004 年統計，臺灣地區約二萬人左右需要全日住院治療，而目前登記的

急、慢性與養護床計有 21,445 床，但仍有醫療資源不便及設備良莠不齊的情形，精神復健與保健設施更為不足。

精神復健自美國去機構化政策推行後，1970 年代開始蓬勃發展，社區精神醫療照護除了病患治療計畫的持續之外，還需考量社會參與及家屬的需求，所以，社區照護必須是一種整合式的照顧。精神病患的復健最終目的即是回歸社區，世界衛生組織 (WHO, 2003) 曾對精神病患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』，因此，精神復健服務的宗旨在於幫助精神障礙個人增強其功能，使他們能在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活(宋，2005)，去機構化著重離開機構，在自己熟悉的環境中增強其能力。國內社區精神醫療服務自民國 68 年開始推行，以加強精神病患的身心功能，來適應社區生活為主要目標 (謝、劉，2002)，至今推行已 20 年，發展的社區照護模式皆以機構為主，但我國精神疾患個案約有 90%是住在家中(周，2004)，國內居家照護自 1989 年由行政院衛生署正式委託精神科醫院試辦「精神病患社區計畫」，主要的目的是讓病患得以在自己熟悉的環境中接受治療及復健計畫，居家照護強調以家庭為中心，提供連續性、整體性的健康服務，不僅以病患為照護對象，照顧者也包含在內 (吳，邱，1996)，符合 WHO 所提出的，精神病患的照護需求醫療、復健、家屬及社區的照護需求。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，如：社區復健中心、康復之家、居家治療，所獲得的補助都不多，醫院投資精神社區醫療的意願就更不高 (劉，2007；萬 & 萬，1988)，社區醫療資源更顯不足，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，因此，研究者希望透過本研究的探討，能了解病患對於社區復健之成效，並了解目前公共衛生護理對於執行精神病患社區追蹤的困境，以供政府未來推動精神病患社區照護模式之參考。

研究目的

1. 瞭解我國精神分裂症及情感及患者使用社區照護的情形。
2. 分析使用居家照護與其他不同的社區精神醫療資源的成效差異。
3. 了解公共衛生護理人員在執行精神病患社區照護之困境。

研究方法

一、量性研究

資料取自 1997-2006 百萬歸人檔，擷取 ICD-9 編碼 295.10-295.90; 296.20-296.90 診斷，共 44194 人，並擷取其居家照護使用、社區復健機構使用、護理之家照護及安養養護機構資料進行分析，統計方法採邏輯式回歸進行分析，簡單羅吉斯迴歸 (simple logistic regression) 探討年齡層、性別、居家照護服務、社區復健服務、護理之家、安養機構及都市化程度對再住院的作用，並且以勝算比(odds ratio, OR)表示各自變項對參考組的勝算倍數，以 95%信賴區間表示該變項之勝算比是否達到統計上的顯著水準，其中，年齡層區分成四組，分別為「15 歲-34 歲」、「35 歲-54 歲」、「55 歲至 64 歲」及「≥65 歲」共四個年齡層；性別則分為「男性」及「女性」兩組，居住地區都市化程度依據劉等(2006)研究將台灣地區分為「高度都市化市鎮」、「中度都市化市鎮」、「新興市鎮」、「一般鄉鎮市區」、「高齡化市鎮」、「農業市鎮」與「偏遠鄉鎮」。

結果

樣本擷取共有 44194 人，男性佔 55.5% (24542)，43.4% 為女性(19176 人)，平均年齡約 39.84 歲(SD=16.75)，約有 85 人使用居家照護服務(0.2%)，1409 人使用社區復健服務(3.2%)；7 人使用護理之家；20 人使用安養機構，在 44194 人中約有 21453 人(48.5%) 因精神病再入院，51.5% 未再入院，居住的都市化程度有 37.2% 居住在「高度都市化市鎮」(16433 人)、38.2% 居住在「中度都市化市鎮」(16870 人)、7.7% 在「新興市鎮」、12.6% 「一般鄉鎮市區」、只有 98 人住在「高齡化市鎮」(0.2%)、3.7% 在「農業市鎮」與少數在「偏遠鄉鎮」(40 人，0.4%)。

資料進一步將年齡、性別、居家照護服務、社區復健服務、護理之家、安養機構及居住地區都市化程度放入羅吉斯迴歸模型之中，探討各變項對精神疾病再入院之作用。就年齡層而言，相較於 65 歲以上者，年紀較輕者的再住院風險較高，尤其是 15 歲至 34 歲者，調整後的勝算比為 9.65，35 歲至 54 歲者，調整後的勝算比為 5.34，55 歲至 64 歲者，調整後的勝算比為 2.63，以上皆達到統計上的顯著意義；就性別而言，相較於女性，男性調整後的勝算比為 0.96，未達到統計上的顯著意義；就居住地區都市化程度而言，相較於居住偏遠鄉鎮者，居住高度都市化市鎮調整後的勝算比為 1.12，其再住院比率顯著較居住於偏遠鄉鎮地區者；就使用復健資源而言，未使用社會資源者的再住院比率最大，調整後之勝算比為 2.57，達到統計上的顯著意義，居家照護者，調整後之勝算比為 1.46，安養養護機構的再住院風險低於居家照護者，但都未達統計上的顯著意義。

討論

根據以上結果，年紀較輕者的再住院比率較高，可能因為年紀輕者屬經精神疾患適應期，對於精神疾患的適應狀況能在調整中，尤其年紀輕者 15-34 歲可能都屬於初次患病，對於藥物的作用常有不願遵從情形，故其再入院比率會較高。就居住地區都市化程度而言，相較於居住偏遠鄉鎮者，居住高度都市化市鎮再住院比率顯著較居住於偏遠鄉鎮地區者，這與一般認為高度都市化醫療普及應可使病患獲得良好照護而減少再入院率的認知有出入，可能因為都市化的市鎮醫療資源更多，所以在取得床位方面相對比偏遠鄉鎮容易，使得偏遠鄉鎮地區的個案在出院後，除非萬不得已才會尋求醫療資源，否則放任個案在社區活動，不過這個發現卻值得心理衛生從業人員思考，以病患再住院率、或是在社區時間長短作為病患復健成效的指標確實值得商榷；此外，就使用復健資源而言，毫無疑問地未使用社會資源者的再住院比率最大，換言之，個案出院後若未接受妥善社區照護，很有可能會因為拒絕服藥而再度入院，另外，安養養護機構、居家照護、社區復健機構的再住院率皆未達顯著差異，可能是因為使用這些資源的人數並不多，而無法達到顯著水準。根據本研究結果，研究者建議，未來有興趣此項議題的研究者可針對社區復健成效指標架構的議題進行討論，以做為心理衛生從業人員得以運用正確指標工具來評量社區照護成效。

研究方法

二、質性研究

本研究訪談 20 位公共衛生護理人員關於執行社區照護之困境，採半結構性訪談，每位約訪談 45 分鐘-1.5 小時，訪談內容皆以錄音並以逐字檔繕寫，訪談內容採內容分析法進行分析，研究者在進行下一次訪談前審視分析訪談內容，資料分析時譯參考訪談筆記，資料透過持續比較，訪談的類別於式被勾勒出來，研究者先將訪談內容邊上類別，再依據其性質將香同類別歸在一起。

結果

樣本共 20 位，年紀約 35-48 歲，內容分析結果歸類為三大類：(一) 對精神病患的感受 (二) 執行的困境 (三) 執行後的感受；所謂對精神病患的感受指得是公衛護士對於精神科病患的看法，其中包括「理智的了解，情感的拒絕」公衛護士了解造成精神疾病的原因，理智上他們表示會接受，但情感上他們對於精神病患採拒絕態度；「逃避現實的人」有公衛護士表示，精神疾病雖然可能是生理的問題，但是卻也認為心理問題更

是重要問題，無法接受個案的不積極態度，所以認為他們是逃避現實的人；「消費社會資源的人」，更有公衛護士對於精神病患的消極態度，進而感受到精神病患好手好腳卻耗盡社會資源。在執行困境方面，指的是公衛護士對於執行精神病患的社區照護的困境，「未提供完整訓練」：公衛護士表示要他們上戰場，政府應該給予足夠彈藥及裝備，可是政府卻視他們為萬能，要邀他們做能力所不足的事；「心有餘而力未怠」：公衛護士業務太多，政府提供的資源不足，一位要求，在能力上及精力上都無法完成；「資源不足」，精神科的社區照護是社政與衛政的連結，就算想協助個案，有時資源不足也沒辦法；「執行後感受」係指公衛護士對於執行精神病患社區照護工作的感受，(1) 憐憫：有公衛護士認為精神病患很可憐，雖然他們也有讓人不舒服的地方，可是得病也不是他們想要的，所以，當作善事積功德吧！(2) 做我職責的事：又分為消極性，『很多事情我們也很無奈，政府又要我們做這麼多事，所以，兵來將擋水來土掩，我只做我能做的事，或許你會說我做得很表面，但是，這也沒辦法，我能力只有這樣，我只能做我職責該做的事』。另一種則是積極性：我知道自己的能力不夠，所以我參加很多在職教育，畢竟，這是我的工作，我總該把這份工作做好吧！

討論

根據以上結果，可以發現到，目前公衛護士對於被要求負起社區照護的追蹤工作，感受到無比的壓力及無奈，對於此項醫療政策頗有微詞，甚至對於精神病患有負向的看法，這樣反而影響病患的照護，也相較下容易造成護理工作品質及認同度的下降，護理工作是醫療照護的最前線，在沒有足夠的支持確實很難執行其專業，同時也會造成照護資源的使用流於形式，因此，連結社區與醫院之間的聯盟關係確實有其發展之必要性。

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). 上網日期:2008.12.30, 檢自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=1830
- 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.
- 李玉春 (2000), 全民健保支付制度改革：如何兼顧品質與費用控制，千禧年健保政策及相關醫療保健政策研討會，財團法人國家政策研究基金會。
- 宋麗玉.(1998). 精神病患社區照顧之省思—社區化或機構化，選擇或困局. 中華心理衛生學刊, 11(4), 73-103.

- 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.
- 吳淑如 & 邱啟潤.(1996). 居家照護病患照護問題相關因素之探討. *護理研究*, 5(3), 279-289.
- 周月清。(2004)。全球化？本土化？全球本土化？以台灣障礙福利為例。 *東吳大學社會工作學報*, 10, 73-117
- 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.(1996). 家屬對精神病患之態度探討, *現代醫學*, 23 (6), 513-517.
- 張幼慈.(2003). 我國深相障礙就業保障之研究——以定額近用制為例, 台北：國立政治大學未發表論文.
- 曾華源 & 白倩如.(2004). 落實慢性精神病患的社區照顧——建構工作場域的社會支持網絡. *社會發展季刊*, 106, 209-217.
- 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.
- 楊明仁.(2003). 家屬衛教與精神病患者之社區照顧. *安泰醫護雜誌*, 9 (3), 88-91.
- 楊靜利、陳寬政、李大正.(2008). 台灣二十年來的家庭變遷. 台灣社會福利學會 2008 年年會暨「新世紀社會保障制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會.
- 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。

- 謝宏林. (2000). 精神分裂症家屬主要照顧者期待病患長期安置之相關因素探討. 未發表碩士論文: 暨南國際大學, 南投, 台灣.
- 蕭淑貞、周照芳 & 林梅鳳 (1992). 精神分裂病患家庭護理評估. *護理雜誌*, 39(4), 99-104.
- 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.
- 白雅美. (2008). 精神科衛教專欄—精神分裂病(2) 2008. 摘自 <http://www.bill60.net/edu-2.html>.
- 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.
- 穆佩芬(2000). 現象學研究法. 於陳月枝總校閱, *質性研究* (59-86 頁)
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.*
- 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.
- Johnson, E.D. (2000), Differences among families coping with serious mental illness: a qualitative analysis, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), p. 126-134
- 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.
- Mihalik, G. J. (1988). Accreditation in managed behavioral health care: In interview with Mary Ceasare-Murphy and Sharda. *Journal of Health Care Finance*, 24(3), 51-65.
- 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.
- Perkins, D. O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, suppl. 21, 25-30.
- Schulze B. & Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: Review of measurement findings and interventions in 2004–05. *Current Opinion in Psychiatry*, 18,

684–691.

Stroul, B., & Friedman, R. (1986). *A system of care for severely emotionally disturbed children & youth*. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center.

Yen, W. J. & Lundeen, S. (2006). The Association between Meaning of Caregiving, Perceived Social Support and Level of Depression of Taiwanese Caregivers of Mentally Ill Patients, *International Psychiatric Nursing Research*, 12(1), 1378-1391.

Zhang, W. H., Zhou, M. C. & Hu, H. M. (1994). The investigation of home care program of schizophrenia in rural area. *Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 96-97.

無衍生研發成果推廣資料

98 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：顏文娟		計畫編號：98-2410-H-040-007-				計畫名稱：醫院與社區共同合作之整合型精神病患居家照護模式發展	
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	2	100%	篇	目前已完成一份文章投稿審查中，另一份正在撰寫中
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	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	1	0	50%	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>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。)</p>	<p>無</p>
--	----------

	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）

預計本研究可以發表 2 篇文章，目前以投稿一份，正在審稿中，第二份仍在撰寫中

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）

本研究原是三年計畫，但僅通過第一年，因此，本研究依據第一年的研究進行資料庫分析，主要檢測精神病患社區照護情況，及影響精神病患再入院的因子，此結果可以做為心理衛生從業人員未來再推動社區照護時可以了解須要加強照護的對象，因此具有臨床實務之意義。