

社區與醫院間聯盟以提供精神病患持續性護理之初探

蕭淑貞¹ 李依玲² 康云瑄³ 鄭進興⁴ 張凱雁⁵

摘要：研究目的：探討社區與醫院間的夥伴關係，以期能發展聯盟模式提昇精神病患於社區中的持續性照護品質。研究方法：採用行動研究法，經由收集資料、執行持續性社區照護、反思討論照護模式、訂定聯繫方式、執行評值及再修訂等過程。研究對象為醫院護理人員、社區公衛護理人員、長期照護暨個案管理中心個案管理師及康復之家工作人員等並針對5名某區域醫院精神科急性病房診斷為精神分裂症或情感性疾患，自病患出院後進行持續性照護，並進行醫院與社區的聯繫照護。結果：一、建構社區與醫院間夥伴關係聯盟模式。二、初探持續性照護中病患呈現的關懷需求議題。三、初探社區中各個聯盟單位護理人員角色功能與困境。護理上應用：藉由發展醫院與社區之間的夥伴關係聯盟模式，期待未來能推廣應用以提昇精神病患於社區中的持續性照護品質。在未來展望方面，期待能確定社區中各個單位護理人員角色定位及實務能力、確立聯絡者的職位及發展能力培訓認證。

關鍵詞：社區、醫院、夥伴關係、持續性護理。

前言

提供精神病患在醫院與社區間安排適切的連續性照護是當今精神醫療服務之趨勢，精神病患自急性病房出院後常面臨中斷醫療或無法得到相關社會資源服務等現象，並導致精神疾病容易復發、反覆住院等情形。因此，發展並建立由醫院到社區之間聯盟以提供持續性護理之重要性可見一般，也是當今精神醫療服務之趨勢。研究顯示（Chan, Mackenzie, Ng, & Leung, 2000）如果有更多的照護服務在評估、聯繫、個案討論及生活技巧的訓練等可改善個案的精神狀態、功能程度及滿意度。為了促進持續性照護，需維持良好的合作性關係、融入照護的環境、有彈性且合適的照護、主動與照護體系維持聯繫、儘可能持續與照護病房保持聯繫、持續更新病患資訊及主動與出院病患合作體系及其他合作單位，以建立合作關係等

（Hautala-Jylhä, Nikkonen, & Jylhä, 2005）。為了促進醫院與社區聯盟模式，需達成社區與醫院間的專業人員彼此須有基本的了解與認識、醫院與社區間須保持合作關係且彼此間須有所聯結、提升照護品質及增加專業的資源等，醫院與社區間才能有更好的合作性關係（Holst & Severinsson, 2003）。本研究之目的即在於建構社區與醫院間的聯盟模式，並探討社區精神病患及其家屬的照護需求，以及聯盟模式中各單位護理人員的角色功能與困境。

文獻查證

本研究主要目的在於建構社區與醫院間夥伴關係之聯盟照護模式。文獻查證包含：一、持續性護理；二、醫院與社區聯盟模式；三、社區精神病患及其家屬的需求等。敘述如下：

一、持續性護理

持續性護理意指在住院病患及其出院後的「下一步」有所聯結，使回歸社區生活間的適應過程能有持續性的照護，直到他們可以適應接下來的社區生活（Glazer, 1993）。

在目前國內的醫療體系制度下，對於精神病患出院後在社區的後續性照顧和服務有明顯的不足，包含人力不足、資源不足、機構數量不足等情形，或即使有服務機構，但設置地點多以醫院為中心未能平均分布、存在城鄉差距等，此外照護品質不佳、專業與非專業人員缺乏培訓或能力認定等，都將影響到病患於社區中所接受的持續性照護服務品質（林、黃、蕭，2005）

¹國立台北護理學院護理學系所教授，中華民國精神護理學會理事長，台灣護理學會精神衛生護理委員會主任委員 ²天主教財團法人耕莘醫院精神科護理人員 ³天主教財團法人耕莘醫院精神科病房護理長 ⁴台北縣衛生局醫政課業務承辦人員 ⁵天主教財團法人耕莘醫院精神科護理人員

受文日期：96年3月14日 接受刊載：96年9月21日

通訊作者地址：蕭淑貞 11219台北市北投區明德路365號

電話：(02) 28227101-3109



Cheryl也於2002年指出，將病患於醫院轉介到社區提供一種新的模式，此種模式可以藉由縮短病患滯留於醫院及增進病患的功能等兩方面減少醫療費用的支出。健保於1995年開辦，民眾醫療費用負擔減輕，部分需要醫療的慢性病患過度依賴、滯留醫院。然而，病患在返回社區的過程中，常會面臨許多與疾病及治療有關的後續問題，也常遭遇家庭、社會環境的適應問題，因此提供出院精神病患整體性、持續性的照護服務是很重要的（林，2003）。

研究顯示如果有更多的照護服務在評估、聯繫、個案討論及生活技巧的訓練等，其個案的精神狀態、功能程度及滿意度等都優於以傳統社區精神護理的病患（Chan, Mackenzie, Ng, & Leung, 2000）。在沒有持續性照護的情況下，許多病患容易因為不能完全適應社區的生活而再度住院，如果能夠在病患回歸社區的過度期由醫院護理人員進行持續性照護將能有助於病患回歸社區生活的適應、症狀干擾較少、功能程度較好、較好的生活品質及較少有機會再住院治療（Reynolds et al., 2004）。某針對持續性照護的研究，結果發現為了促進持續性照護，需維持良好的合作性關係、融入照護的環境、有彈性且合適照護、主動與照護體系維持聯繫、持續與照護病房保持聯繫、持續更新病患資訊及主動與出院病患合作體系及其他合作單位建立合作關係等（Hautala-Jylhä, Nikkonen, & Jylhä, 2005）。

綜上所述，持續性護理進行照護的社區精神病患將可以減少症狀的干擾、較好的功能程度、較好的生活品質及較少有機會再住院治療等，可以減少因不能完全適應社區的生活而再度住院，而如果能與個案及合作單位建立良好的合作關係，將可以促進持續性照護的進行。

二、醫院與社區聯盟模式

近年來，由於精神衛生護理的社區化，對精神衛生護理人員的角色與功能造成一些影響與改變，特別是在醫院與社區間的合作關係及兩者互動等兩方面，對護理人員也有一些新的挑戰，如：促進合作及了解以提升對精神病患的照護品質、幫助病患從新回歸到社區等。為了促進醫院與社區夥伴式關係，需社區與醫院間的專業人員有基本的了解與認識、醫院與社區間須保持合作關係且彼此間須有所連結，才能對所提供的照護有更好的評值與結果。醫院與社區間須有更好的合作性關係，才能提升照護品質及增加專業的資

源的運用（Holst & Severinsson, 2003）。在照護模式中，「聯盟」指的是結構上的名詞，以聯盟的架構組成照護合作系統。「夥伴關係」則指運作中，單位與單位間形成夥伴關係，以利於合作的進行，使聯盟模式得以運作。

在由醫院到社區的服務過程中尚有面臨的困境，其一為持續性照護的連結系統的不完善，在銜接到適當的機構方面仍需要醫療單位、社政單位、勞政單位等都需要再加強聯繫溝通。在護理人員方面，護理人員為出院準備服務計劃中評估、追蹤的第一線人員，因此，護理人力及能力也將影響聯繫及追蹤的成效，且醫院體系的精神衛生護理人員、社區精神衛生護理人員、公衛護理人員等三方面角色的整合及聯繫過程中角色認定及工作的劃分與協調也是相當重要的；其二為護理人員的角色功能的不確定，由於公衛護理人員本身業務繁重，加上未專科化導致護理專業能力未獲得有系統的培訓，以致所提供的服務多屬於督促服藥、心理支持、協助緊急就醫等，也未能實際符合社區精神病患之需求；此外，護理人員人力不足也是困境之一，在醫院的急性病床服務不受重視，護理人力普遍不足，更難有能力安排人力進行出院準備服務及後續持續性照護（蕭、林、黃，2005）。

裘、傅（1999）指出，由於醫院與社區兩個醫療團隊文化間的角色認定、權限劃分、對未來的不確定性、醫療給付方式、主導權的認知差異等造成醫院與社區整合的障礙。因此，加強醫療團隊的合作、增加實證護理研究的能力、醫院專業團隊及公衛體系及使用者的整合與連結、社區、醫院、公衛護理人員的角色劃分與認定等，以利於出院準備服務計劃的推行及促使增加病患由醫院返回社區適應的成效。

綜合上述，藉由醫院與社區間夥伴式關係之聯盟照護模式，確實可以增進對個案及其家庭之持續性照護，能確實評估個案出院後的護理需求，並藉由聯盟照護模式符合個案及其家庭的護理需求，給予適切的協助。但目前聯盟模式尚未能清楚的建立，也仍有許多的困境，需藉由聯盟模式的建立，才能提供更完善的持續性照護。

三、社區精神病患及其家屬的需求

精神病患出院後常遭遇的問題如：忘記服藥、藥物副作用、症狀再出現、焦慮不安及睡眠障礙等適應問題（陳、侯、魏，1999）。因此，精神病患出院後的心理衛生需求包含：社會功能及醫療評估、精神



藥物監督、心理治療、家庭訪視、個案諮商、家屬諮商、家事技巧訓練、職能訓練、產業訓練、庇護性工作、居家服務、行為修正、自我照顧、安全防護及社交活動等（陳、尹、蔡，1999）。大致上可分為與症狀有關的照護需求（包含正性症狀、負性症狀、動作緩慢、活動力不足、藥物副作用、神經性症狀、失智症、器質性精神症狀、身體症狀或疾病等）、與行為問題有關的照護需求（含危險或破壞性的行為、使人尷尬的行為、心理痛苦、酒精濫用及與家屬或夥伴間的相關問題等及與社交技巧）及能力有關的照護需求（個人衛生及外觀、家庭購物、烹飪、家務、搭乘公共運輸系統、休閒活動、教育、職業、溝通、金錢管理及家庭事務管理等）（Kallert & Leisse, 2001）。

主要照顧者的需求，含處理因疾病所帶來之心理、社會改變（包含角色適應、家屬自己對疾病及照顧過程時間的焦慮）、對疾病的適應及處置（包含如何與患者溝通、如何使患者服藥、觀察病人症狀、應付患者的特殊症狀、處理患者的異常行為、預測病患是否要發病、處理正在發作的病人、處理有自傷、自殺或傷人危險的病人、如何與患者相處、與醫護人員討論病情等）、疾病相關知識（包含疾病的本質、所用藥物及藥物作用、可能產生的副作用及處理方式、醫院對患者的治療計劃、疾病的進展等）（許、曾，1998）。

綜合上述，精神病患除了住院期間的照護外，出院返回社區後，病患及其主要照顧者仍有許多的需求，需要護理人員專業的協助，以協助病患家庭生活、社區生活等的適應。

研究目的

- 一、建構社區與醫院間的聯盟模式。
- 二、初探社區精神病患及其家屬的照護需求。
- 三、初探聯盟模式中各單位護理人員的角色功能與困境。

研究方法

一、研究設計

本研究採用行動研究法，由台北縣某區域醫院精神科急性病房選出五位病患，採立意取樣，並針對此

五位病患由照護護士進行持續性追蹤與照護，並於追蹤照護期間評估個案的需求及進行護理，並針對個案及其家屬所需的資源、個案目前的疾病狀態等進行單位間的聯繫、轉介與合作等。

二、研究對象

5名某區域醫院精神科急性病房出院、診斷為精神分裂症或情感性疾患的病患，並於病患參與研究前取得病患的同意，病患參與研究的過程也有拒絕參與的權利。

三、研究過程

(一) 醫院部分：

1. 建立病患住院期間出院準備服務模式及發展照護內容。
2. 建立主護護士與持續性追蹤照護護士連接方式。
3. 推行出院準備服務模式。

(二) 社區聯繫與合作：

1. 建立醫院與社區（包含公衛護士、台北縣精神個案管理暨長期照護中心及康復之家等）的聯繫合作模式與確認各單位單一聯繫窗口。
2. 推行聯繫模式並進行持續性照護。

(三) 藉由收集資料、執行持續性社區照護、反思討論照護模式、訂定聯繫方式、執行評值及再修訂等進行研究。

1. 持續性照護方案執行期間由醫院、公衛護士、台北縣精神個案管理暨長期照護中心個案管理師及康復之家照護人員等進行六次會議。
2. 會議內容主要針對持續性追蹤照護模式與流程、聯繫方式的規劃與執行、個案照護問題等進行討論，並針對討論的內容及結果修正持續性追蹤照護的流程、發展轉介評估表等，會議中也討論個案負責照護單位之分配、個案照護問題、個案照護過程及內容等。團隊討論每位個案追蹤時間及頻率視個案情況。
3. 針對持續性照護過程中各單位護理人員角色與功能定位進行討論與協商。

(四) 資料分析：

本研究之分析方法採內容分析，依研究目標中找出有意義行為單元，再將行為單元概念化，並將概念單元歸納形成架構。資料紀錄之內容包含出院準備服務紀錄本、情境家庭護理評估、護理處置及評值。



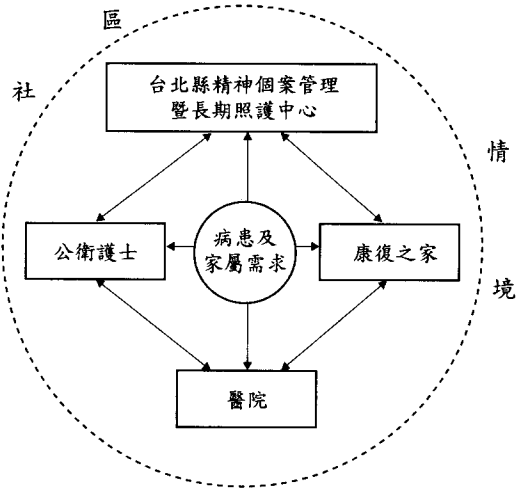
研究結果

一、建構社區與醫院持續性照護之聯盟模式

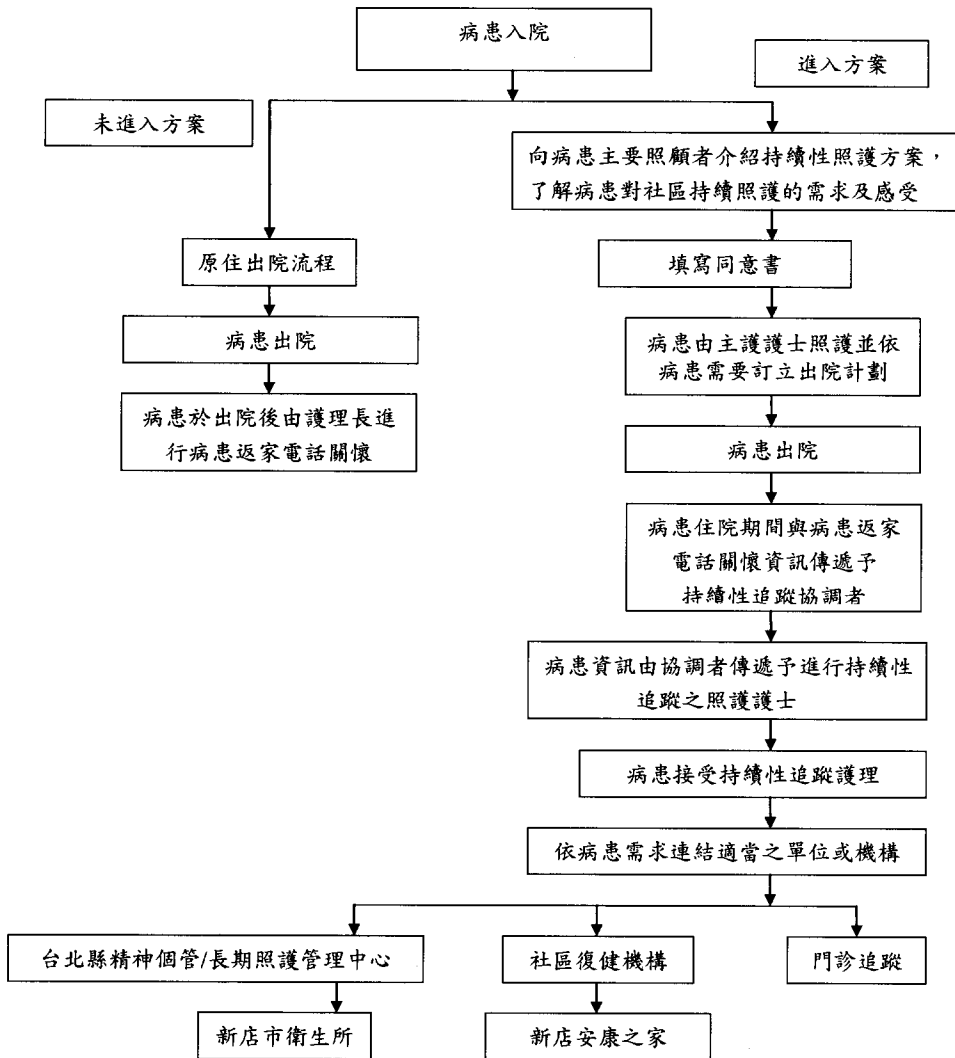
(一) 社區與醫院之聯盟模式：

由研究資料分析及歸納出建構社區與醫院持續性照護之聯盟模式（圖一）。在社區照護之情境下，以病患及家屬的需求為中心，針對個案及家屬的照護需求，由各單位（包含醫院、公衛護士、台北縣精神個案管理暨長期照護中心及康復之家等）進行聯繫與合作，使照護過程更完善並符合個案及家屬的需求。

(二) 建立病患接受持續性護理流程圖（圖二）：



圖一 聯盟模式



圖二 病患接受持續性照護之流程圖



持續性照護過程由個案入院開始，向病患主要照護者介紹持續性照護方案，了解病患對社區持續照護的需求及感受，經過個案同意即進入持續性照護的介入方案。在住院期間，病患由主護護士照護並依病患需要訂立出院計畫。出院後由持續性照護護士進行追蹤與持續性照護，再依病患需求連結適當之單位或機構，並由個案單位合作及協助病患的護理照護。

(三) 發展各轉介單位統一且適用的「轉介評估紀錄表」：經討論後，將原台北縣衛生局目前規定之建檔記錄格式增加符合各單位需求之內容成為統一格式。

(四) 建構各單位單一窗口成為單位間資訊傳遞管道。

二、初探個案與家屬之社區照護需求

(一) 關懷議題：

「個案進行持續性需求評估及追蹤照護」中呈現的關懷議題（表一），並依情境家庭護理評估了解個案及其家屬的需求、照護護士處置計畫。

(二) 個案照護分級：

個案追蹤等級由個案不同的需求進行分級，可分為A、B、C三等級。A指Acute，即需積極的轉介醫療

系統進行協助與處理；B指Boderline，即須由醫院照護護士進行有計畫的追蹤照護；C指Continuance，即進行規律的持續性追蹤照護。B級與C級如遇需轉介相關資源的個案，則轉由台北縣長期照護暨精神個案管理中心之個案師協助轉介相關資源。

(三) 聯繫照護與協助：

研究進行期間針對個案照護進行討論，並依病患需求由各單位聯繫照護與協助。

(四) 照護需求：

經研究發現五位個案之照護需求不盡相同，包含藥物治療護理、疾病衛教與症狀處理方式、增加自我照顧能力、提升家庭支持度、轉介社福及經濟資源、未來安置計畫與其他疾病照護等幾類照護需求，照護服務則針對個案需求持續進行。

(五) 照護處置：

經研究發現照護護士於社區持續性照護過程中常用的照護處置含藥物治療護理、人際關係治療、精神衛生護理評估、情境家庭護理評估、協助了解社區資源與運用及其他身體疾病之追蹤與照護等。

表一 個案需求及追蹤照護表

編號	基本資料	診斷	照護等級	主要追蹤單位	病患及家屬需求 (依情境性家庭護理評估)	照護護士的處置
001	45歲 男性	Schizophrenia	C	耕莘醫院	1. 對服藥的接受度不足，須持續追蹤照護 2. 症狀干擾仍多，目前仍於急性病房住院中，須追蹤藥物治療之情形。	1. 藥物治療護理 2. 人際互動關係治療 3. 精神衛生護理評估
002	43歲 男性	Schizophrenia	C	新店安康之家	1. 症狀干擾仍多。 2. 自我照顧能力不足。 3. 家庭支持度不足。	1. 藥物治療護理 2. 精神衛生護理評估 3. 情境家庭護理評估
003	43歲 女性	Bipolar disorder	B	耕莘醫院	1. 不清楚社會福利資源使用方法。 2. 小女兒就醫協助、其他子女就學補助申請。 3. 服藥的接受度不足。	1. 藥物治療護理 2. 人際互動關係治療 3. 精神衛生護理評估 4. 社區資源瞭解與運用
004	25歲 男性	Schizophrenia	C	個案師	1. 家庭支持系統較薄弱，經濟狀況差（家人靠殘障補助，及打零工生活），需長期照護之規劃。 2. 長期受疾病困擾，症狀部份存在，可在家屬督促下服藥及看診，仍須追蹤藥物治療之情形。	1. 藥物治療護理 2. 人際互動關係治療 3. 精神衛生護理評估 4. 情境家庭護理評估
005	45歲 女性	Schizophrenia	B	耕莘醫院	1. 長期受疾病困擾，仍有精神症狀干擾，仍須持續藥物治療追蹤。 2. 血糖控制仍不穩定且對糖尿病接受度低，覺得住院期間已經治癒。 3. 對未來安置機構的相關資訊與社區資源不熟悉。	1. 藥物治療護理 2. 人際互動關係治療 3. 精神衛生護理評估 4. 社區資源瞭解與運用 5. 其他身體疾病之追蹤與照護



三、初探社區中聯盟單位護理人員角色功能與困境

(一) 長期照護暨精神個案管理中心之個案管理師服務執行困境：

1. 服務限制：社區人力及專業性不足，長照中心僅有四位個案管理師，其中二位擔任行政工作職務，照護的即時性較差。由於個案轉介需公文往返，收案後也須經由個案篩選、評估後再依個案需求協助再轉介，故即時性較差，導致個案在資源服務使用的便利性不夠，對個案問題解決的有效性也不佳。
2. 面對多元化的問題：個案在社區中的問題相當多元化，如獨居病患的醫療問題（例如：沒有家屬協助填寫手術同意書及協助就醫、金錢管理及低收入戶補助申請、殘障津貼申請）…等。
3. 以家庭為單位的照護服務：除精神障礙者本身，家庭亦為評估及服務單位，如：家屬與個案利益衝突時，專業人員面對家庭問題，也有照護的困難與限制。

(二) 公衛護士的照護困境：

1. 轉介就醫：公衛護士常面臨須協助社區病患強制就醫的狀況，無法掌握啟動強制就醫的時間點，有時遇下班時間造成強制就醫時間延遲或無法完成，錯失促使病患接受強制治療的時機。
2. 治療評估：目前評估量表不夠精細，填寫者多非精神科護士或是離開醫院體系久遠，要確實評估病患狀況有困難。
3. 指導諮商：公衛護士自覺精神科專業知能較有限，諮商技巧較不足。
4. 資源轉介：醫療資源分布不均，偏遠地區醫療、養護機構資源不足。

結論及討論

依研究目的與研究結果，討論如下：

一、建構社區與醫院間的聯盟模式

由於醫院與社區兩個醫療團隊文化間的角色認定、權限劃分、對未來的不確定性、醫療給付方式、主導權的認知差異等造成醫院與社區整合的障礙。因此，加強醫療團隊的合作、增加實證護理研究的能力、醫院專業團隊及公衛體系及使用者的整合與聯結、社區、醫院、公衛護理人員的角色劃分與認定等，以利出院準備服務計劃的推行及促使增加病患由

醫院返回社區適應的成效（裘、傅，1999）。經研究過程，本研究可發展社區與醫院間的聯盟模式，建立醫院與社區各單位間（包含醫院、公衛護士、台北縣精神個案管理暨長期照護中心及康復之家等）的聯繫方式，由推行過程中發展進行的流程，各單位依聯繫合作模式進行討論，進一步依討論結果修正模式，發展社區與醫院間的聯盟模式。而由研究中發現藉由協調者的角色與功能，可以促進統籌團隊的運作。發展醫院與社區之間的夥伴關係聯盟模式，也可提昇精神病患於社區中的持續性照護品質，但聯盟模式的推展、單位間合作關係的建立與維持及協調者角色的定位，仍有待持續性的推動與努力。

二、初探社區精神病患及其家屬的照護需求

本研究過程中，除聯盟模式的建立外，病患的持續性照護方面，仍以病患為中心，評估病患返回社區後，病患與家屬的持續性照護需求。研究發現個案及家屬的照護需求個別差異大且多元化，須依不同的照護需求及不同的家庭屬性進行持續性照護，照護人員對於社區資源的聯繫與運用，仍需進一步的努力與發展。目前持續性護理雖然已頗獲重視，但在資源有限的狀況下，要發展持續性護理仍有所困難，而本研究發現社區中病患的照顧需求，有助於提昇持續性護理照護品質的契機。

三、初探聯盟模式中護理人員的角色功能與困境

經由研究過程及結果，可初探社區聯盟模式中護理人員角色功能與困境。藉由機構間的合作與討論，可以促進持續性照護的完整性，但也發現目前精神病患個案管理中心及公衛護士仍有許多困境。精神病患個案管理師的困境，包含社區人力不足、專業性不足、即時性及便利性較差、有效性不佳等。亦須重視面對多元化的問題，如：財務管理、申請社會福利身份、家屬與個案利益衝突的處理等（洪，2005）。在公衛護士的困境，則包含醫療資源不足、評估工具不完善、諮商指導—專業知能、諮商技巧不足、健保不給付衛生所居家照護服務，導致無法協助到宅施打長效針劑、資源轉介及分布不均，造成偏遠地區醫療、養護機構資源不足等（黃，2005）。

綜上所述，在本研究中雖然可對許多議題進行初探，希望增加病患賦能時，發現有需要省思問題：(1) 角色定位、實務能力不確定。目前雖可建構各單位間的聯繫與合作模式，但各單位護理人員於照護過程中的角色定位不明確，對護理人員的臨床實務能力，也



沒有實際可用且符合需求的評核方式。(2)系統及整合中，協調者由誰擔任沒有定論。雖藉由協調者的角色與功能初探，可以促進統籌團隊的運作，但目前對適合擔任協調者的角色仍然沒有定論。(3)培訓及認證發展的困難。為了提升護理人員的臨床實務能力，以確實提昇持續性照護的護理品質，因此培訓及認證的發展也是相當重要。然而，在護理人員角色定位與功能仍未有定論前，發展培訓與認證也難有明確的方向。(4)聯繫方式沒有一致性。各單位間聯繫方式、聯繫內容、評估工具、病患狀態評估的等級多樣化且缺乏一致性，不僅使用不便，也導致單位間聯繫與溝通的困難。(5)職位的穩定性缺乏。長期照護暨精神個案管理中心及衛生所地段護士職位不穩定，人員輪替快且工作負荷量大，將影響培訓方式的可行性與培訓成效。社區持續性照護雖推動已久，各醫院也多有出院準備服務的服務模式，但照護品質與成效仍有待提升。持續性照護的現況，雖有其優缺點，然而此模式中扮演樞紐的協調者角色定位，仍是未來發展的重要議題。

研究限制

本研究發現社區中病患照顧需求的相關議題，雖有助於提昇持續性護理照護品質，但由於聯盟模式在研究過程中逐步發展，資源使用及聯繫仍有困難。在資源有限下，要發展持續性護理仍有所限制，導致部分照護需求在執行護理計畫及措施仍顯侷限。針對照護措施進行評估，亦是本研究進行過程中的限制。本研究主要為建構社區與醫院間的聯盟模式，及運作夥伴關係，研究中有5位個案進行聯繫照護，研究者對社區病患及家屬的照護需求已有初步了解，未對病患接受照護的受益進行評估，是本研究的限制之一。建議未來可改善聯繫的困難、增加資源的使用及針對照護措施進行評估，仍是未來需要進一步發展的方向。

參考文獻

洪瓊娟 (2005, 8月) · 持續性精神衛生護理的展望 · 中華民國精神衛生護理學會、天主教耕莘醫院、行政院衛生署八里療養院，「持續性精神衛生護理的展望」研討會 · 台北：天主教耕莘醫院。

- 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衛滿足相關因素之探討 · *護理研究*, 7 (1), 77—89。
- 陳美碧、侯菊鵬、魏雪卿 (2000) · 出院精神病患電話追蹤服務品質改善方案 · *榮總護理*, 17 (1), 15—22。
- 許敏桃、曾英芬 (1998) · 社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求 · *護理研究*, 6 (4), 290—303。
- 黃春梅 (2005) · 持續性精神衛生護理的展望 · 中華民國精神衛生護理學會、天主教耕莘醫院、行政院衛生署八里療養院，「持續性精神衛生護理的展望」研討會 · 台北：天主教耕莘醫院。
- 裘苕苕、傅玲 (1999) · 訪美國密西根大學護理研究所教授歐克莉博士一談結合醫院與社區之經驗及未來趨勢 · *榮總護理*, 16 (3), 319—321。
- 蕭淑貞、林靜蘭、黃宜宜 (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—16。
- Cheryl, F. (2002). *Therapeutic relationship: from hospital to community*. Canadian Health Services Research Foundation.
- Chan, S., Mackenzie, A., Ng, D.T.F., & Leung, J. K.Y. (2000). An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 144-156.
- Glazer, W.M. (1993). Psychiatric treatment programs: the continuous services model. *Employee Benefits Journal*, 1993, 30-36.
- Hautala-Jylhä, P.-L., Nikkonen, M., & Jylhä, J. (2005). Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services—conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 38-50.
- Holst, H. & Severinsson, E. (2003). A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 10, 650-658.
- Kallert, T. W., & Leisse, M. (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following hospital release in the Dresden region. *Soc Psychiatry Epidemic*, 36, 1-12.
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T., & Cameron, D. (2004). The effects of transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 82-88.



A Preliminary Exploration of the Community- Hospital Collaborative Model of Continuous Care for Patients with Schizophrenia

Shu-Jen Shiau¹ • I-Ling Li² • Yun-Xuan Kang³ • Chen-Chin Hisn⁴ • Kai-Yen Chang⁵

ABSTRACT: Purpose: to explore the partnerships between communities and hospitals in developing the community-hospital collaborative model for improving the quality of continuous care in the community for patients with schizophrenia. Method: The action research method was applied through the process of information-processing, offering care, reflective discussion, establishing collaborative rule, evaluation and revision. Research subjects included hospital nurses, public health nurses, case managers, and nursing staff in rehabilitation homes, who had provided continuous care to five patients with schizophrenia or affective disorder since the latter's discharge from an acute ward of a hospital. Results: 1. Established the community-hospital collaborative model. 2. Explored the issues of concern to patients during continuous care. 3. Explored the functions and difficulties faced by nurses in each of the partner institutions. Applications: The results might serve as a reference for the development of community-hospital collaborative models and the enhancement of continuous care for psychotic patients living in the community. Future study: to confirm the roles and competencies of nurses working in various settings, firmly establish the position of coordinator, and develop competency training and accreditation.

Key Words: community, hospital, partnership, continuous care.

¹RN, PhD, Professor, School of Nursing, National Taipei College of Nursing. President of Psychiatric Mental Health Nurses Association, Republic of China. Chairperson, Community of Psychiatric Mental Health Nursing, Taiwan Nurses Association; ²RN, BSN, Department of Psychiatric, Cardinal Tien Hospital; ³RN, BSN, Head Nurse, Department of Psychiatric, Cardinal Tien Hospital; ⁴RN, BSN, Undertaker, Public Health Bureau, Taipei County Government; ⁵RN, BSN, Department of Psychiatric, Cardinal Tien Hospital.

Received: March 14, 2007 Accepted: September 21, 2007

Address Correspondence to: Shu-Jen Shiau, No. 365, Ming De Rd., Pei Tou District, Taipei 112, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)28227101 ext. 3109; E-mail: shujen@ntcn.edu.tw

