

社區精神病患關懷照顧計畫初探

李錦彪¹ 蕭淑貞² 廖淑珍³ 李依玲⁴ 劉玟宜⁵

摘要：衛生署於95年起，針對機構外具有多重問題之精神病患，依據個案管理為架構，提供即時與持續性專人訪視之社區關懷照顧服務，進而減少社區精神病患重覆住院。本研究目的為：(一)瞭解社區精神病人之需求；(二)瞭解病人接受社區關懷照顧服務之現況。以台北縣12鄉鎮市，160位社區精神病人為對象，採行動研究法並依據病人需求及社區關懷照顧服務情形，進行內容分析，研究結果發現：(一)社區精神病人以精神醫療需求最高；改善病人與家人關係及加強其生活自理能力次之。(二)社區關懷服務之內涵可歸納為：促進病人持續接受藥物治療、協助病人獲得家人支持、提昇病人生活的意義及提供整合性醫療資源等四大類服務。此結果可作為精神衛生政策推動及精神病患社區照護規劃之參考。

關鍵詞：社區、精神病患、個案管理、關懷照顧。

前言

近年來，精神醫療在政府相關部門與民間組織的努力之下，已經可為精神病患提供較為充裕之住院與門診醫療的服務。然而，病人出院後往往缺乏持續性社區治療服務而造成醫療中斷，導致病人的病情再度惡化、重複住院、造成家人困擾及衍生社會問題。約有20%的精神病患在急性病房出院後兩年內會因病情惡化而再度入院，原因常是未能持續門診醫療或持續服藥。換言之，精神病患在出院後仍有繼續接受不同程度治療、復健與照顧之需求。

因此，衛生署於95年起，即針對機構外具多重問題之精神病患，以個案管理為服務架構，補助各縣市已立案之精神社區復健中心或依法登記之精神醫療相關學協會團體及機關(構)及病友或家屬團體(不包括醫院)，執行精神病患社區關懷照顧計畫。照顧計劃內容以聘任專人訪視提供持續性社區關懷照顧，以確實掌握精神病患就醫、就學、就養、就業之需求及提供精神病患即時與持續之社區醫療服務，進而減少病患

因服藥遵從性差而反覆發病重覆入院，或減少自傷傷人行為，以節省強制住院之醫療費用。

本文運用行動研究法，研究人員參與規劃及執行精神病患社區關懷照顧計畫內涵，以內容分析法彙整自96年1月至96年12月底，台北縣12個鄉鎮市之精神病患基本資料及其需求，並瞭解社區關懷人員對精神病患於社區個案管理工作中的服務內涵。

文獻查證

一、個案管理之意涵及執行

個案管理為多專業人員間合作之過程，運用評估、計劃、執行、協調、監測及評值個案獲得之健康服務以提昇兼具品質及符合成本效益之結果(Commission for Case Manager Certification, 2005)。此定義不僅對個案管理工作內容及目標有明確描述，而且廣被接受與引用(劉，2008)。個案管理是一種服務輸送的方法及過程，針對個案的需求做評估，發展個別化服務計畫，及監督計畫能確實有效執行的方法，以增加案主對正式服務使用的可近性及確保服務的持續和整合(Cohen & Cesta, 2005; Powell, 2000)。

個案管理是針對較嚴重或花費較高的個案進行健康照顧管理，目標是協調照顧資源，促進持續性和照顧品質，同時又能降低花費，特別應用在出院準備服務上，可以提供病患獲得兼具成本效益與優質的照顧。尤其以醫院為基礎的個案管理模式確實可提供病患具有時效性的、整合醫療專業小組的照顧。在管理式醫療環境中個案管理人是重要的推動者，透過個案管理人員對個案和家屬提供整體性與人性化的照顧，個案管理師的出現為醫療系統增添了人性(楊、蕭、

¹行政院衛生署八里療養院護理長 ²國立臺北護理學院護理系教授
³行政院衛生署八里療養院護理師 ⁴新店耕莘醫院護理師 ⁵國立臺北護理學院護理系副教授

受文日期：97年9月11日 接受刊載：97年10月30日

通訊作者地址：劉玟宜 11219台北市北投區明德路365號

電話：(02) 28227101-3164



陳，2004）。

執行個案管理過程包括有六個步驟：1.篩選與收案。2.確認個案需求。3.擬定照護目標。4.執行照護措施或轉介。5.持續監測與協調。6.評值照護的結果。透過有效的團隊溝通、醫療團隊整體的照顧與照護成效的評量提供個案管理，則是維持高品質服務的主要關鍵（劉，2008）。

二、社區精神衛生持續性護理的現況

國內目前之社區精神衛生持續性照護形式包含：

(一) 出院準備服務

出院準備服務乃是健康照護團隊和家屬，透過有組織、有計畫、有系統的決策行動，以病患之健康為計畫軸心，為病患出院後及家屬照護作連續性的準備，以確保連續性的照顧結果。

在進行出院準備服務時，必須要讓病患及家屬覺得放心敢出院，而非為了縮短住院日數而倉促出院。故處理要點有：1.除確保病患的照顧品質外，還必需隨時監測病患生理指標，掌握病患的病情現況。2.召開醫療團隊協調會確認醫療處置目標，並藉由個案家屬討論會，釐清與調整家屬對醫療照護的期待，進行後續照護的安排。3.在協助照顧者照顧能力的準備外，也要不斷傳遞對病患病情的關心，當病情有所變化時，適度給予會協助處理的保證。4.對病情變化要評估與衛教，以使病患、家屬與醫療團隊能有穩定的、信任的合作關係，為日後的處置，埋下良好的信任種子（詹、張、周，2005）。

(二) 社區精神衛生護理服務

- 1.以醫院為基礎的模式：由醫院精神科護理人員提供「居家護理」或「電話追蹤」；其中「居家護理」有健保給付、有正式記錄文件、明確轉介流程與收案條件、服務內容較為完整（包括：藥物與症狀管理、疾病適應、人際關係問題之因應、生活安排與自我照顧能力之訓練、家庭衝突之處理…等）。
- 2.以社區為基礎的模式：由衛生所公衛護士所提供的「追蹤照護」，負責社區病患追蹤及轉介等服務。抑或在社區復健中心、康復之家及精神科護理之家的護理人員擔任個案管理護士或主護護士的角色（蕭、黃、林，2005）。

(三) 精神病患社區關懷照顧計畫

目前國內精神病人出院後之社區照顧體系之連結仍不夠完善，各醫院出院後之照護除門診外，多以醫院現有人力延伸提供居家治療；現行的居家治療之

型態雖能提供病人達到就醫之可近性，但並未就個案的整體需求做考量，提供多元整合性服務。以台北縣為例，境內共二十九個鄉鎮市，人口數374萬餘，目前公衛護士收案之精神病患共9,849人，而領有精障手冊個案11,792人，二者有部份落差，顯示公衛體系無法與社會福利體系同步，造成照顧體系上的漏失。有鑒於此，衛生署自95年起推動精神病患社區關懷計畫。

社區關懷計畫目的是促使精神病出院後能持續規則就醫，並視其需求予適當轉介，以妥善規劃其接受醫療、復健及追蹤治療。針對高危險群個案，了解患者及家屬需求，藉由教導家屬危機處理、增進家屬及個案之疾病知識與問題解決能力，以降低其突發傷人及自傷危險度，並協助妥善運用與連結資源，結合社政、勞政、衛政、教育行政，以建構完整之服務及資源體系。

三、社區精神病患及其家屬的需求

精神病患出院後有忘記服藥、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、魏、侯，2000）。因此，精神病患出院後的照護需求包含：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）。綜合而言，社區精神病患有以下五大類之照護需求（許、曾，1998；劉，2003；Kallert & Leisse, 2001）：

- (一) 持續接受藥物治療：許多病患因缺乏病識感及對藥物治療相關的知識，促使急性症狀發作而反覆入院。為防止疾病復發，若能持續接受藥物治療，方能穩定其精神症狀，使病患持續於社區生活。
- (二) 感覺生活有意義：病患因負性症狀缺乏動機或整體功能障礙等因素，導致自我認同感較差、社交隔離自尊心低落及缺乏自我成就感，病患往往感覺生活無意義，經由社交及職業復健或工作訓練，使其感受生活的意義。
- (三) 日常生活需求：病患因執行日常生活功能缺失，需接受不同程度之精神復健，以建立其生活照顧能力。
- (四) 獲得家人支持：家人是社區精神病患重要的支持，對病患的肯定、鼓勵與教導有顯著之效益。



協助病患與家人維持良好關係有助其社區生活適應，也對病患生活品質呈顯著相關。

(五) 整合性社區資源：精神病患承受之負面衝擊及障礙使其有多元複雜之需求，涵蓋醫療、復健、護理及社會支持等整合性照護需求。

因此，慢性精神病患返回社區後常面臨許多問題，包含疾病問題、社區生活適應的問題、自我照顧困難的問題等，協助病患及家屬面對這些問題，將是社區持續性照護的重要服務方向。

研究目的

本研究的主要目的為：

- 一、瞭解社區精神病人之需求
- 二、瞭解社區精神病人接受社區關懷照顧之現況

研究對象

確診之精神病患（嚴重病人、重大精神疾病、領有重大傷病卡或精神障礙類別之身心障礙手冊，以上符合其一者）且非住院、非接受居家治療、非在社區復健機構、康復之家、日間照顧/訓練機構、庇護工場、長期療養機構、護理之家等，接受機構式照顧服務的精神病患，並應符合下列任一項標準：

- (一) 醫院住院個案，一週後即將出院，經出院準備計畫評估需個案管理服務之精神病人。
- (二) 家庭/社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源系統之精神病人。
- (三) 病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者之精神病人。
- (四) 有就業需求，但求職有困難之精神病人。
- (五) 獨居之精神病人。
- (六) 主要照顧者無照顧能力之精神病人。
- (七) 經強制住院後出院之精神病人。
- (八) 家中有二位以上精神病人。
- (九) 其他經衛生主管機關轉介之個案。

研究方法

本關懷計畫聘用二位個案管理員，以台北縣政府長期照顧管理中心轉介個案為主，以北縣永和、新

店、深坑、汐止、石碇、坪林、烏來、蘆洲、五股地區為服務範圍，採取地段管理方式，每位個案管理員主責4-5個鄉鎮市，依長期照顧管理中心評估表內之醫療、心理復健、就學、就業、安置、家庭支持、經濟補助、居住等共提供35項服務。二位個案管理員均接受12小時精神病人照護之教育訓練，且每月接受二次精神療養院社區精神科訓練及臨床個案指導，並由某醫院居家治療團隊及一位學界人員進行專業督導。

本研究運用行動研究法，個案管理員即研究小組成員，研究小組每月進行工作會議討論及持續修訂服務內容，並運用長期照顧管理中心之護理評估表及工作記錄單收集資料。依個案需求內容及服務內涵等各項進行分析，以SPSS 11.5統計軟體進行資料建檔，以百分比進行統計分析，並以訪視工作的記錄單進行內容分析。

研究結果

本計畫原收案服務171位，實際訪視160人完成個案服務需求評量，完成訪視率達94%。以下就個案基本資料、服務需求及服務內涵結果分述如下：

一、基本資料分析

依疾病類別區分，以精神分裂症117人（73%）最多，次為情感性精神病34人（21%）。依障礙等級區分，以中度92人（58%）最多，輕度及重度各佔25人（15%）及16人（10%）。依年齡層區分，以31-40歲（38%）最多，次為41-50歲（23%）。性別以女性85人多於男性75人。高中（職）61人（38%）最多，次為國中37人（23%）。未婚97人（61%），已婚34人（21%）。依個案來源區分，以公衛護士轉介127人（79%）最多，次為其他單位14人（9%）。依個案居住地區分，以永和市56人（34%）為最多，次為新店市39人（23%）。經濟以一般戶141人（87%）最多，次為低收入戶12人（8%）。依轉介原因區分，以病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者44人（28%）最多，次為家中有二位以上精神病患者32人（20%）。（詳見表一）

二、社區精神病患需求

(一) 社區精神病人需求分析

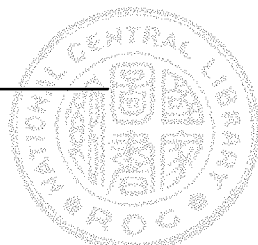
就三十五項需求內容進行分析，以精神醫療（151人次）需要最高；改善病人與家人關係（69人



表一 個案基本資料

(N=160)

項目		人數	百分比
疾病類別	情感性精神病	34	21
	精神分裂症	117	73
	器質精神病	3	2
	精神官能症	0	0
	其他	6	4
	未鑑定	0	0
障礙程度	極重度	1	1
	重度	16	10
	中度	92	58
	輕度	25	15
	不詳	26	16
年齡層	20歲以下	4	3
	21-30歲	23	14
	31-40歲	61	38
	41-50歲	37	23
	51-60歲	23	14
	61歲以上	12	8
性別	男	75	47
	女	85	53
教育程度	碩士	2	1
	大學	17	11
	專科	12	8
	高中職	61	38
	國中	37	23
	國小	11	7
	不識字 不詳	7 13	4 8
婚姻狀況	已婚	34	21
	未婚	97	61
	離婚	17	11
	分居	0	0
	喪偶 不詳	11 1	6 1
轉介來源	精神醫療機構	8	5
	公衛護士轉介	127	79
	社政機構轉介	9	6
	勞政機構轉介	0	0
	教育機構轉介	2	1
	其他	14	9
居住地	新店	39	23
	永和	56	34
	深坑	9	6
	汐止	14	9
	蘆洲	16	10
	坪林	4	3
	五股	12	8
	石碇	4	3
	土城	3	2
	板橋	2	1
	樹林	1	1
	烏來	0	0



表一 個案基本資料 (續)

(N=160)

項目	人數	百分比	
經濟狀況	一般戶	141	87
	中低收入戶	6	4
	低收入戶	12	8
	不詳	1	1
轉介原因	生活面臨多重問題且無法自行解決	18	11
	家庭/社會支持系統薄弱	25	16
	病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者	44	28
	獨居之精神病個案	8	5
	主要照顧者為65歲以上	13	8
	曾經強制住院後出院之個案	7	4
	家中有二位以上精神病患者	32	20
	其他	13	8

次)及加強生活自理能力(69人次)次之。其他依序為休閒活動(67人次)、社會心理復健(60人次)、加強溝通能力(60人次)、加強家屬照顧能力(51人次)、轉介精神復健機構(41人次)、就業服務(25人次)、支持性就業(25人次)及日間照顧機構(20人次)。

以下依據醫療、心理復健、就學、就業、安置、家庭支持、經濟補助、居住等各項需求分述如下：

1. 醫療及心理復健分析：

在醫療及心理復健方面，100%病患具有精神醫療的需求，其中「需要」佔63.8%，「很需要」佔27.5%，「迫切需要」佔8.8%(7人)。

2. 就學服務分析：

本計畫所收的社區關懷個案只有一位有特殊教育的需求。

3. 就業服務分析：

本計畫所服務的社區關懷個案有較高的就業服務需求，但多為「需要程度」，而非「迫切需要」，其中以就業服務(37.5%)及支持性就業(38.8%)最多。

4. 安置分析：

在安置需求部份，需要日間照護機構有12.5%，需要精神復健機構有25.63%，全日型住宿機構則有6.88%，但多以「需要程度」為主。其主要需求是與安置有關資訊及增加對安置機構了解，「很需要」或「迫切需要」的個案則較少，多因個別特殊狀況須協助安置。

5. 家庭支持服務分析：

以改善與家人關係、加強溝通能力、休閒活動、加強生活自理能力及加強家屬照顧能力等的需求較

高，約有32-43%個案有此項目需求；宗教關懷及兩性交往有關的需求程度則較低，可見個案在返回社區生活後，需要增加對家庭生活的適應能力。

6. 經濟補助分析：

大部分的個案已經有申請相關的經濟支持與補助，在其他未申請補助的個案，其需求以低收入戶補助較多，佔9.38%，其次為身心障礙者津貼佔6.88%，其餘房租租金補助佔2.5%，托育養護補助佔1.88%，另外有一位個案有健保自付保費補助的需求。

7. 居住服務分析：

所有個案中只有一位有協助搬家的需求，因此此次計畫案個案協助搬家的需求較低。

三、社區關懷照顧服務內涵

個案管理員依個案需求擬定照顧服務策略，本研究依前述文獻之需求分類，彙整出社區關懷照護服務之內涵包括：接受藥物治療、感覺生活有意義、獲得家人支持、整合性醫療服務等四大類。以下將各項目分述於下：

(一) 接受藥物治療

期待透過身體及精神症狀評估，達到穩定症狀與防止疾病復發之目標，策略包含：1.衛教觀察疾病復發徵兆及處理方法；2.建立病人病識感；3.加強定期門診就醫及規則服藥性；4.藥物衛教；5.衛教規則服藥的重要性；6.指導家屬以排藥盒方式，提醒個案服藥；7.指導家屬陪同病患定期就醫；8.衛教疾病認知及建立病識感；9.檢查剩藥；10.衛教藥物作用副作用—便秘之處理方法；11.衛教飲食控制及規律運動；12.指導家屬督促病患服藥的方法；13.持續追蹤個案

就醫及服藥情形；14.指導家屬督促病患定期兩週就醫打長效針劑；15.指導家屬聯繫個案就診醫師，若個案拒藥可請醫師將口服抗精神病藥物，改用滴劑或長效針劑。

(二) 感覺生活有意義

主要以達到與個案建立良好關係為目標，提升病患的活動參與及價值感，策略包含：1.提供病患及家屬心理支持；2.強調個案自身的價值性、利他的價值性；3.增強人際互動能力；4.同理個案對疾病的挫折與失望；5.對個案進步予正向回饋與鼓勵；6.鼓勵個案與親友建立良好關係；7.探求個案的因應策略；8.鼓勵個案用正向、建設性之思考模式；9.降低壓力與焦慮；10.鼓勵個案尋求生命的意義、體認自己的力量、承擔責任；11.鼓勵個案採取適當因應方式與利用資源。

(三) 獲得家人支持

目標為鼓勵及教導合作性的治療態度，強化家庭支持功能，策略包含：1.家庭動力評估，確立家屬聯絡人；2.協助個案連結家庭資源：忠誠度、情緒支持、成員間情感、溝通能力；3.協助家屬了解疾病不可逆與慢性特性，增強家屬對疾病的接納度，使家屬對個案有適切之期待；4.指導家屬與病患相處及照顧技巧，並討論衝突之因應方式；5.同理家屬對個案的憤怒與失望。

(四) 整合性醫療、護理與社會服務的需求

建立社區資源網絡，各項照顧資源達到連結，策略包含：1.轉介就業輔導員；2.協助個案連結長期照護中心—家庭居家服務；3.轉介日間病房；4.聯絡公衛護士加強預防；5.協助連結非正式資源例如慈濟團體經濟資源協助；6.協助個案轉介長期照護中心—家庭居家服務；7.協助個案轉介社區安置機構；8.協助個案轉介復健機構；9.協助連結非正式資源：A.外在資源：親友、鄰居。B.內在資源：個人：知識、技能；10.建議居家服務協助就醫；11.評估個案需要之社會資源；12.協助尋找可提供支持的人、團體、資源等；13.協助個案外在資源：親友、鄰居、志工；14.協助家屬申請身心障礙者生活津貼補助15.協助增加經濟資源；16.提供安置資訊；17.評估個案需要之社會資源—協助連結正式資源；18.提供個案便利就醫的交通申請。

討論與結論

本計畫屬前瞻性專案計畫，宗旨乃為減少精神

障礙者，因就醫或服藥遵從性差、家庭等因素而反覆發病就醫，透過「社區關懷照顧—專人訪視持續服務方案」，建構完整之持續性社區照護服務制度，以提供精神障礙者就醫、就學、就養、就業服務，協助精障者及其家屬社區適應，使維持或促進精障者社會功能，增進精障者福利，並減少對社區民眾之干擾，進而節省社會醫療或其他資源成本。茲依個案需求情形、社區關懷照顧服務情形進行討論。

一、社區精神病人需求

在醫療及心理復健方面需求，100%的病患精神醫療之需求。在就業服務方面，以就業服務及支持性就業需求最多，可見個案仍比較需要協助有正式的職業。在安置需求部份，25.63%有精神復健機構的需求，主要是與安置相關資訊及增加對安置機構的了解，但很需要或迫切需要的個案則較少。而社區精神病人的主要需求內容分類亦同樣包括：持續接受藥物治療、改善日常生活、獲得家人支持及提供就業等。

綜合而言，本研究所呈現之社區精神病人需求與其他相關文獻相當一致，例如陳等人（1999）指出精神病患出院後的心理衛生需求包含：醫療評估、精神藥物監督、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精神醫療服務內容。

二、社區關懷照顧服務內涵

個案管理員依個案需求擬定照顧服務策略，本研究彙整服務之內涵包括：接受藥物治療、感覺生活有意義、獲得家人支持、整合性服務等四大類，此與楊慧貞等人（2004）建立醫院和社區之間的橋樑、社區支持、持續的支持、與其他相關機構的聯繫的內容相似。但Kallert（2001）等人強調社交技巧照顧內容：如個人衛生及外觀、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，本研究較少提及與日常生活相關之服務內容。

此外，本計畫亦與蕭淑貞等人（2005）由醫院精神科護理人員提供「居家護理」，有健保給付、正式記錄文件、明確轉介流程與收案條件、服務內容較為完整且直接（包括：藥物與症狀管理、疾病適應、人際關係問題之因應、生活安排與自我照顧能力之訓練、家庭衝突之處理…等）之服務內涵不同。依衛生署規劃，社區關懷員資格為1.大專以上社工、護理、



職能治療、心理等科系畢業。2.相關科系畢業具備精神醫療相關工作經驗一年以上。3.應受過個案管理之相關專業訓練至少12小時。故社區關懷員角色強化在資源轉介及社區資源介入，而居家護理多以資深護理師為主，服務以提供個別化之醫療照護為重點。

社區關懷計劃原期望以個案管理為服務架構，但依實際提供之服務內容而言，較傾向以評估個案需求後，連結個案所需之社區資源與服務，服務內容較強調評估需求、資源連結及轉介，對於直接提昇其生活功能或個別性的社區照顧計劃則較缺乏。因此較符合眾多個案管理模式中的連結模式，而非直接提供需求服務之整體性個案管理模式（Cohen & Cesta, 2005）。社區關懷員扮演較多資源連結與轉介之角色功能，若要成為能夠直接提供整體性精神醫療相關措施之個案管理員角色，則需進一步培訓其精神衛生社區照顧能力或由較多精神衛生照顧經驗之資深護理人員擔任，使能落實個別性個案管理計劃、協調、代言及評值照顧成效之進階角色功能（劉等，2008；Cohen & Cesta, 2005; Powell, 2000）。

此外，精神衛生法業於九十六年七月四日修正公布，爰配合上述精神衛生法之修正而訂定精神衛生相關機構及團體獎勵辦法，此辦法第四條所定之獎勵，包括下列服務內容：一、提供病人社區追蹤與關懷、病人與家屬之心理支持、衛生教育及協助社區照護與復健。二、提供就醫、就業、社會福利、教育等資源連接轉銜服務。三、協助處理病人突發性緊急醫療及危機事件之服務。四、其他經中央主管機關公告之事項。本研究結果所呈現之服務內容均涵蓋其中，唯社區關懷照顧計畫服務內涵中對於個案日常生活評估及直接服務內容付之闕如，故建議未來推動精神政策時，應加入協助社區病人日常生活相關服務，以強化社區精神病人之日常生活功能。

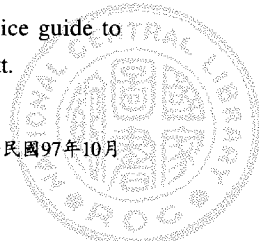
限制

本研究乃前瞻性計畫，為新發展之服務模式，個案之需求及服務內容無對照組可比較，亦未參照現有社區個案管理之相關實證資料。僅實際依社區關懷計劃中社區精神病人表達之需求，提供連結所需服務，實務工作中缺乏具體的標準流程；且沿用長期照顧管理中心針對老人之評估工具；衛生局人員對於轉介條件及相關原則之界定較模糊等，均可能影響病患的需求評估、服務時間及服務內容，導致社區關懷服務之

成效受到限制。因此，建立服務標準流程及參照個案管理實證資料，將是未來確保服務成效之重要策略。

參考文獻

- 沈慶盈（1999）。個案管理應用於社區照顧之適合性探討。《發展社區季刊》，12，254—264。
- 李麗傳（2001）。應用個案管理提昇出院準備服務。《護理雜誌》，48（3），19—24。
- 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—89。
- 陳美碧、魏雪卿、侯菊鵬（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。
- 蕭淑貞、黃宜宜、林靜蘭（2005）。社區精神衛生持續性護理的現況及展望。《護理雜誌》，52（1），11—17。
- 楊慧貞、蕭淑銖、陳永煌（2004）。台灣出院準備服務個案管理師之工作現況。《台灣家庭醫學雜誌》，14（4），193—204。
- 詹惠雅、張瑛、周桂如（2005）。超長住院個案之出院準備服務。《台灣醫學》，9（1），96—101。
- 劉玟宜、Edwards, H., & Courtney, M.（2008）。護理之個案管理教育。《護理雜誌》，55（3），81—86。
- 劉玟宜（2003）。慢性精神病患的社區精神衛生。於李選總校閱，精神衛生護理學（初版，523—525頁）。台北：五南。
- 潘依琳（2000）。出院準備服務的建構與發展—以馬偕醫院為例。《護理雜誌》，47（4），76—86。
- 蕭淑貞、黃宜宜、林靜蘭（2005）。社區精神衛生持續性護理的現況及展望。《護理雜誌》，52（1），11—17。
- 蕭淑貞（2002）。以Double E建構精神衛生護理願景。《護理雜誌》，49（4），6—13。
- Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (2005). *Nursing case management: From essentials to advanced practice applications evaluation*. St Louis: Elsevier Mosby.
- Commission for Case Manager Certification. (2005). *CCM certification guide*. Rolling Meadows, IL: Author.
- 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. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 1-12.
- Powell, S. K. (2000). *Case management: A practice guide to success in managed care*. Baltimore: Lippincott.



The Exploration of the Services Offered for Psychiatric Patients Through the Continuing Community Care Services

Jin-Biau Li¹ • Shu-Jen Shiau² • Shu-Chen Liao³ • I-Ling Li⁴ • Wen-I Liu⁵

ABSTRACT: Case management has been used as a strategy by the Department of Health to provide continuing community care services for psychiatric patients since 2006 in order to reduce the readmission of those psychiatric patients in the community. The purposes of this study are: 1. To explore the needs of psychiatric patients in the community. 2. To examine the services offered for the patients through the continuing community care services. The participants are 160 patients from 12 townships and cities within Taipei County. Action research method was adopted in this study. The results demonstrated that: 1. The most important issue was the needs of psychiatric medical service. 2. Following was improving the relationships between patients and their family members and improving patients' self-care abilities. The continuing community care services offered for the psychiatric patients can be classified into four categories: improving the medication treatment compliance; obtaining family supports; promoting the meanings of life for patients, and linking health care networks. The results could be used as a reference for guiding the mental health policy regulation and health care services for the psychiatric patients in the community.

Key Words: community, psychiatric patients, case management, care service.

¹RN, MSN, Head Nurse, Department of Nursing, Bali Psychiatric Hospital, Department of Health; ²RN, 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; ³RN, BSN, Department of Nursing, Bali Psychiatric Hospital, Department of Health; ⁴RN, MSN, Cardinal Tien Hospital; ⁵RN, PhD, Associate Professor, School of Nursing, National Taipei College of Nursing.

Received: September 11, 2008 Accepted: October 30, 2008

Address Correspondence to: Wen-I Liu, No.365, Ming Te Rd., Peitou, Taipei 11219, Taiwan, R.O.C.

Tel: 886(2)28227101 ext. 3164; E-mail: wenyi@ntcn.edu.tw

