

臺灣精神康復之家發展現況之探討：文獻回顧

李孟達^{1*} 毛慧芬^{1,2*} 呂淑貞¹ 林克忠^{1,2}

目的：康復之家是職能治療師幫助精障個案回歸社區的重要工作場域，我國康復之家各專業的服務情形以及成效仍不清楚，因此，本研究目的在系統性整理我國康復之家的發展現況，以作為未來革新方向的參考。**方法：**本文檢索華藝線上圖書館 (Airiti Library)、中文電子期刊服務 (CEPS) 與中文電子學位論文服務 (CETD) 中至西元 2014 年 5 月以及臺灣博碩士論文知識加值系統 (NDLTD) 中至民國 102 學年度上學期之論文，其關鍵詞為康復之家、社區復健、精神疾病、精神復健、住宿型精神復健機構，並依「康復之家的數量分布與環境特性」、「康復之家的服務模式與意涵」、「康復之家的工作人員」與「康復之家的介入成效」來萃取內容並探討。**結果：**本回顧共篩選出 19 篇符合收錄標準之文章。綜言之，康復之家的數量分布仍有不均與不足之現象，而服務模式尚未能充分協助精障個案回歸家庭或社區，且各職類專業人員不一定參與並提供足夠服務；另外，介入成效的研究結果趨勢為康復之家住民生活品質有提升且較住院個案優，然其與社區復健中心及居家治療個案比較的結果則不一致，而各模式之療效仍待探討。**結論：**我國康復之家的本土化研究闕如，對成效指標之界定仍不明確，缺乏各專業人員實務介入及其成效探討及成本效益分析，有待未來研究持續突破。

關鍵詞：康復之家，社區復健，精神疾病，精神復健，住宿型精神復健機構

前 言

現代社會民眾生活壓力遽增，精神疾病患者的比例正逐漸升高。根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 公布，西元 2000 年因罹患精神疾病造成的「失能生命年 (Disability-adjusted Life Year, DALYs)」，佔疾病或傷害的 12.3%，估計到西元 2020 年還會上升到 15% (WHO, 2001)。我國行政院衛生福利部統計處 (2014a) 之身心障礙者人數按縣市及類別所示，全國身心障礙者總人數為 1,125,113 人，慢性精神病患者為 119,666 人，其佔全國身心障礙者比率約為 10.64%，並於 16 種障礙類別中排名第 4，此統計數據值得社會大眾關注與重視，而政府對於慢性精神病患者所需的

醫療服務、社會福利、安置機構等配套措施之設立亦刻不容緩。

綜觀世界精神醫療發展史，精神醫療模式從原先個案出現精神症狀以及復發的情況下，逐步於急性期、亞急性期或慢性期給予醫療介入與處置的醫療模式，逐漸轉以社區為導向。由於最理想之精神個案治療場所是「個案最熟悉而最少束縛」的環境，正是個案居住習慣的社區，而各先進國家紛紛裁減慢性精神病床的床數，社區精神醫療模式遂成為各國治療慢性精神個案的主流 (鄭若瑟, 2003; 謝明憲、劉智民, 2000)。

另外，呂淑貞 (2005) 發表精神障礙者照護區分—制度整合，將精神醫療、社區復健、就業服務、長期安置與就學服務按照介入項目、

* 共同第一作者

國立臺灣大學醫學院職能治療學系¹ 國立臺灣大學醫學院附設醫院復健部職能治療技術科²

通訊作者地址：林克忠，100 臺北市中正區徐州路 17 號 4 樓 · 電話：02-33668180；電子信箱：kehchunglin@ntu.edu.tw
接受刊載：103 年 8 月 25 日

負責機構與權責機關做一通盤建議及合併規畫；其中，社區復健中的精神復健機構對於精神個案回歸社區生活扮演重要角色，而日間型的社區復健中心以及住宿型的康復之家皆成為社區精神復健領域不可或缺的一部分。整體而言，我國精神醫療領域正邁向社區化體系發展。

康復之家的發展現況

世界衛生組織對精神復健的定義為「促進個體盡可能獨立生活於社區，涉及增進個體能力與改變環境的過程，創造美好的生活；社會心理的目標在於達到個體與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力對個體的影響，使能成功適應社區」(Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002)。根據行政院衛生福利部統計處的統計資料所示，如歷年護理機構及精神復健機構家數表(2014b)、護理機構及精神復健機構家數—按縣市別分(2014c)，至民國 101 年底我國有 117 家康復之家，但基隆市、澎湖縣、金門縣與連江縣等四縣市尚未設置康復之家。

康復之家的主要目標為「在監督的情況下，暫時提供給無家可歸的精神個案平穩轉銜至其社區生活之所需」(Raush & Raush, 1968; Rog & Raush, 1975)。康復之家透過團體方式生活以訓練住民建立自信與培養獨立生活之能力，故住民能在返家前，做短期或長期之居家生活訓練(謝明憲、劉智民，2000)，此與職能治療專業強調個案回歸社區生活之理念相符，並為職能治療師可充分發揮其專業角色的工作場域，同時也需要其他專業團隊人員共同參與。然而，根據行政院衛生福利部統計處的護理機構及精神復健機構暨開(執)業醫事人員數(2014d)所示，至民國 101 年底登錄於全國 117 家康復之家的開(執)業專、兼任醫事人員共有 155 位護理人員、98 位社會工作人員、7 位臨床心理師及 38 位職能治療師(生)。

回顧過往約 30 年來的時間，自我國於民國 68 年建立第一個康復之家「安康平宅社區」至民國 101 年的政府統計資料，目前各康復之家

的品質透過政府相關機構立法監控而數量已具規模，且定期接受評鑑督考，但實際上的質與量之情況，實有必要透過現有的研究內容作一全面瞭解與深入探討，以作為未來政策制度改革、服務內容提供、評鑑標準項目等之參考。然而，先前的研究多探討社區復健中心或是合併探討精神復健機構，較少就康復之家的情況單獨討論，但康復之家具特殊性，其所提供給精障個案最主要的服務為培養獨立生活能力，而非加強工作技能；另一方面，根據行政院衛生署之「精神復健機構設置及管理辦法」(全國法規資料庫，2008)，職能治療師依照康復之家服務量的需求配置，而過去較少職能治療師投入此工作場域，但近年來在康復之家的評鑑督考中，提供專業服務的職能治療師成為加分的因素之一，而慢慢提升職能治療專業的能見度，因此，期可藉此探討來促進職能治療師成為康復之家不可或缺之角色，並持續增進專業服務品質與數量，逐漸拓展與鞏固職能治療於社區領域服務之範疇。

目的

康復之家是職能治療師為幫助精障個案回歸社區的重要工作場域，但康復之家各專業的服務情形以及成效仍不清楚，因此，本研究目的在系統性整理我國康復之家的發展現況，透過本土化研究以及配合政府各級機關的相關數據資料，深入分析探討康復之家各項議題，作為未來職能治療進一步提升社區復健服務品質之參考，並提供未來發展與革新之方向。

方法

本文檢索華藝線上圖書館(Airiti Library)、中文電子期刊服務(CEPS)與中文電子學位論文服務(CETD)中至西元 2014 年 5 月以及臺灣博碩士論文知識加值系統(NDLTD)中至民國 102 學年度上學期之論文，其關鍵詞為康復之家、

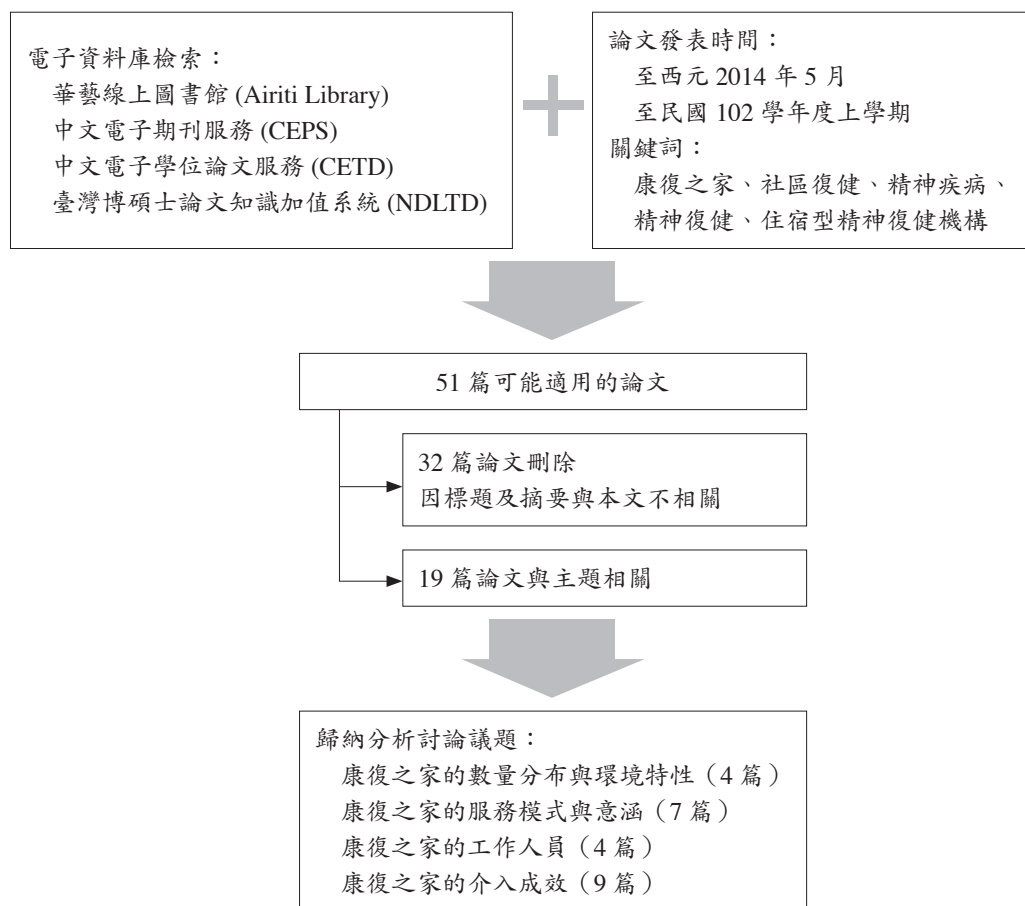
社區復健、精神疾病、精神復健、住宿型精神復健機構，而納入條件為康復之家相關研究，排除條件為研究資料或內容包含社區復健中心或合併社區復健中心與康復之家為精神復健機構共同探討分析之文章。

搜尋之文獻先經由題目與摘要初步篩選後，再透過各篇的研究目的、研究方法與研究結果，參考精神復健機構評鑑基準（如：人力資源管理、空間及設施設備、復健業務之提供、具有復健服務品質之管理措施、結合社區資源、上次評鑑建議事項改善情形）與精神復健機構設置標準表（如：人員、精神復健服務設施、建築物之設計、構造及設備、其他）來萃取各研究內容；因此，本文以合併復健業務之提供與結合社區資源項目為「康復之家的服務模式與意涵」、合併人力資源管理與人員項目為「康復之家的工作人員」以及具有復健服務品質之

管理措施項目為「康復之家的介入成效」，另配合政府數據資料與合併空間及設施設備、精神復健服務設施、建築物之設計、構造及設備以及其他項目為「康復之家的數量分布與環境特性」，以此上述四個標題作為結果之呈現來呼應本文之研究目的，並進一步歸納與統整分析探討，其文獻搜尋與收錄以及論文歸納分析討論議題之流程圖如圖一所示。

結 果

本文依納入條件搜尋到 51 篇論文，由於部分文獻包含社區復健中心或合併社區復健中心與康復之家為精神復健機構一起探討，與本文目的不盡相符，故將其以及與主題不相關（如：會所模式、慢性病房等）之 32 篇文獻排除，總共篩選出 19 篇，其中有 17 篇碩士論文，而博



圖一 文獻搜尋與收錄以及論文歸納分析討論議題之流程圖

士論文與期刊文章各 1 篇。此 19 篇文獻皆於西元 2001 年後發表；有 12 篇研究採取量性分析，大多探討生活品質相關主題或醫療利用分析，而 7 篇質性研究則多運用深度訪談法與焦點團體來探索康復之家的本質或住民觀點，本文擷取研究內容與康復之家相關部分統整如表一所示（王維萱，2012；江一平，2009；朱淑怡，2007；吳希文，2011；吳希文、楊銘欽，2012；吳宛珣，2014；李雅卿，2010；宋鴻生，2003；林巧莉，2012；林俊仰，2008；姚敏貞，2005；陳巧珊，2009；陳玲珠，2013；陳素嫻，2011；張玳菱，2007；曾洙荔，2002；彭英傑，2001；蔡淑華，2011；潘忠興，2007）。

康復之家的數量分布與環境特性

共有 4 篇研究探討康復之家的數量分布與環境特性之相關議題。彭英傑 (2001) 的研究指出，依機構與個人不同的兩層次投資精神醫療服務，機構層次之取向為醫療機構的特性、機構所在地的社經條件、及機構所在地精神醫療資源對不同型態精神醫療資源之成長，如：精神科專科（教學）醫院擴增康復之家、社區復健中心機會較高；而個人層次則具有在地性及溯源性。此外，陳巧珊 (2009) 發現僅 7% 思覺失調症個案使用社區復健資源，且多集中在社區復健資源較高的地區，而社區復健資源較低的地區之再入院風險明顯較高。然而，宋鴻生 (2003) 的研究提及關於精神醫療服務增減變化的相關因素分析指出康復之家與地理位置、獲利有關，結果呈現出地理位置在臺灣東部、獲利增加，而康復之家的服務提供較發展。另一方面，姚敏貞 (2005) 的研究結果顯示臺北市康復之家大多設在交通便捷處之公寓大廈一樓或連續樓層，而陽台庭院之有無比例相似；雖然，室內康樂硬體設施大都具備，但寢室私領域空間之區隔尚嫌不足。

康復之家的服務模式與意涵

共有 7 篇研究探討康復之家的服務模式與

意涵之相關議題。復元觀點認為疾病只是生命中的一部份，即便「帶病生活」依然能開展屬於「人」的生活與新的可能性，康復之家提供精神障礙者再生的「家」，可扮演邁向復元的中介角色，提供居住空間與穩定生活，但我國的復元概念尚待啟蒙，而政策與實務運用亦有限，康復之家仍較為偏向醫療制度設計，且深受醫療模式之影響（朱淑怡，2007；林俊仰，2008）。同樣地，康復之家在「服務規畫與需求評估」、「服務運作機制」等方面，多受到個人模式觀點的影響，仍偏重疾病控制與社會功能恢復，使康復之家看似淪為醫療服務體系下的延伸，反而忽視協助住民與社區或家庭之融合以及消除不利的環境因素，且對於家庭照顧功能較弱、無法獨立生活的住民，當前穩定的長期生活形態將面臨醫療復健理念的挑戰（江一平，2009；林俊仰，2008）；然而，吳宛珣 (2014) 的研究結果呈現影響住民在康復之家適應的正、負向因素中，「原生家庭的支持」是相當關鍵且重要的，此正呼應康復之家服務需重視家庭融合。

根據王維萱 (2012) 透過深度訪談法的質性研究結果所示，康復之家住民在居住型態、社交網絡、工作與生活安排、家人關係、對自我的瞭解與壓力因應上皆有正向改善，其部分來自康復之家的正向影響，而其亦從住民之經驗與感受中歸納出康復之家的意涵，如：帶給住民陪伴、社區融合與社區資源、激發獨立自主與自我決定、回歸社區的促成等；然而，評鑑制度通常未能完全納入或考量住民較關注之議題，包括工作人員的態度、專業人力配置適足性、康復之家規範彈性化、以及對住民自主性的尊重。此外，在家人關係的部分，蔡淑華 (2011) 透過主題統覺測驗 (Thematic Apperception Test, TAT) 探索女性思覺失調症患者的家人關係心理需求，發現康復之家對安全需求、援助需求、親近需求與接納需求有幫助，但仍需加強協助或輔導的需求有跟愛與歸屬有關的需求、伴侶需求、自尊需求與良好溝通的需求。

表一

收錄文獻之研究目的、研究方法與研究結果

作者 (年代)	研究目的	研究方法	研究結果
王維萱 (2012)	瞭解康復之家前住民經驗，透過探究前住民於社區中的生活狀況檢視康復之家的經驗於病友生命歷程之意義，以利病友復原之支持性住所工作模式的參考。	質性研究 * 深度訪談法 * 4位康復之家前住民	◎康復之家的服務模式與意涵、康復之家的工作人員 * 康復之家住民現今於居住型態、社交網絡、工作與生活安排、家人關係、對自我的了解與壓力因應均有正向改善，此改善部分來自康復之家的正向影響。 * 康復之家的存在意義是為病友帶來：陪伴、社區融合與社區資源、激發獨立自主與自我決定、回歸社區的促成。 * 住民對康復之家服務關注於工作者的態度、專業人力配置的適足性、規範的彈性化以及對住民自主性的尊重。
江一平 (2009)	* 瞭解工作人員與精障者對康復之家社區精神復健服務的看法。 * 比較分析康復之家工作人員與精障者兩者研究資料，提供國內康復之家、工作人員可以延續或改進的方法，以及未來相關政策上的修正參考。	質性研究 * 深度訪談法 * 康復之家9位工作人員者以及10位精神障礙者	◎康復之家的服務模式與意涵、康復之家的工作人員 * 康復之家在社區精神復健服務的定位上，不論在「服務規劃與需求評估」、「服務運作機制」等方面，多受個人模式觀點影響，使康復之家看似淪為醫療服務體系下的延伸變體；另外，應重視精障者與環境因素的融合、消除不利的環境因素。 * 康復之家工作人員與精障者在康復之家的社區精神復健服務體系下，同處被動的地位，僅接受康復之家的安排，無法直接調整或改變康復之家在社區精神復健的定位。
朱淑怡 (2007)	瞭解精障復元者的故事與經歷，並探討精障者復元的相關影響面向，且發掘康復之家對精障者復元的意義與提供「復元觀點」服務處遇之建議。	質性研究 * 深度訪談法為主、焦點團體為輔 * 7位康復之家精障復元者	◎康復之家的服務模式與意涵 * 復元是多面向的經驗：自我狀態由被動到主動的轉化過程、個體與系統的協調上多是順應以求生存、個體向外與他人連結的行動展現、復元者從疾病經驗中的反思與體認對疾病問題有不同的解釋架構。 * 康復之家提供精障者再生的「家」，亦扮演精障者邁向復元的中介角色，催化復元的發生。 * 臺灣的復元概念尚待啟蒙，政策及實務的運用亦有限，而國內康復之家深受醫療模式的影響，且社會文化仍深受精神疾病的烙印與歧視的影響。

作者 (年代)	研究目的	研究方法	研究結果
吳希文 (2011)	探討思覺失調症病患在出院後是否接受社區復健模式(包括社區復健中心、康復之家、或日間留院)治療、治療時間的長短,以及是否跨區接受治療,對其結束前述治療後1年內以及2年內醫療利用的影響。	量性研究 * 傾向分數分析法校正取樣誤差 * 接受社區復健中心203人 / 接受康復之家治療者196人 / 精神科門診追蹤者1631人	◎康復之家的介入成效 * 接受康復之家治療者,可降低其結束治療後1年內的精神科急性住院醫療利用;接受康復之家時間為10-12個月者,相較僅接受1-3個月之治療者,其結束治療後1年內之精神科慢性住院醫療利用較低、結束治療後2年內之精神科急性、慢性住院醫療利用較低。 * 是否跨區接受康復之家治療,與其結束治療後1年內以及2年內的醫療利用無顯著相關。
吳希文、 楊銘欽 (2012)	探討思覺失調症病患接受社區復健中心、康復之家治療後之住院醫療利用及其影響因素	量性研究 * 傾向分數分析法校正取樣誤差 * 接受社區復健中心203人 / 接受康復之家治療者196人 / 精神科門診追蹤者1631人	◎康復之家的介入成效 * 接受康復之家治療者,僅在結束治療後一年期間之精神科住院精神醫療費用較門診追蹤者低。 * 影響病患社區精神復健成效的因素有年齡、性別、前一年精神科住院日數、非精神科住院日數、非精神科住院之總醫療費用、社區精神復健機構之權屬別、是否跨區接受社區精神復健治療,以及接受社區精神復健的時間長短等。
吳宛珣 (2014)	瞭解居住於康復之家的住民們的日常生活面貌與適應歷程中的正、負向適應因素。	質性研究 * 觀察日誌、半結構式訪談問卷及相關文獻的參照,透過一手觀察資料與二手文獻研究進行分析與對話 * 5位病情較穩定之北市某間康復之家住民	◎康復之家的服務模式與意涵 * 康復之家住民在個人適應及社會適應兩大部分,包括「建立服藥習慣」、「團體生活作息」及「團體生活規範」及「工作適應」。 * 影響住民在康復之家適應的正、負向因素,「原生家庭的支持」是關鍵且重要的;負向因素中以「內化社會烙印與歧視」、「工作人員變動」及「住民間的摩擦」為主。
李雅卿 (2010)	針對不同醫療環境中思覺失調症患者於精神症狀、睡眠品質與生活品質間相關因素之探討。	量性研究 * 1間精神科專科醫院訪談183位住院患者 / 4間康復之家訪談185位住民 * 個人基本資料、精神病病患生活品質量表、匹茲堡睡眠品質量表(PSQI)、簡短版精神症狀量表(BPRS)	◎康復之家的介入成效 * 康復之家住民其精神症狀、睡眠品質及生活品質的表現皆較住院患者優。 * 整體研究對象在病識感方面,完全知道者其精神症狀、睡眠品質及生活品質的表現亦較佳;整體而言,患者的精神症狀與睡眠品質確實會影響其生活品質之表現,即精神症狀與睡眠品質較差者,具較劣的生活品質。

作者 (年代)	研究目的	研究方法	研究結果
宋鴻生 (2003)	<ul style="list-style-type: none"> * 了解機構特性、經營者考量與支付制度與態度的關係。 * 了解機構特性、人口學變項、精神醫療資源、經營面考量與精神科醫療服務增減變化的關係。 	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 調查機構主管回收 166 份問卷 	◎康復之家的數量分布與環境特性 精神醫療服務增減變化的相關因素分析：門診與每萬人口社區復健中心容納人數有關、康復之家與地理位置與獲利有關、社區復健中心的設立與每萬人口社區復健中心容納人數有關、居家治療與獲利性考量有關。
林巧莉 (2012)	本研究以「職業重建課程」介入策略並輔以焦點解決團體諮商技術，探討提升精障者自我效能與生活品質之立即性與長期性輔導效果。	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 「等組前後測」之準實驗設計進行研究 * 中部地區某精神康復之家 20 位精障者（立意選樣、隨機分派至實驗組或控制組各 10 位） * 實驗組接受八週八節課的職業重建課程，控制組則維持一般的代工訓練 * 自我效能量表、生活品質量表 	◎康復之家的服務模式與意涵 <ul style="list-style-type: none"> * 職業重建課程對提升精神障礙者自我效能整體及「工作表現」、「生涯發展」、「人際關係」、「體能表現」具立即性與長期性輔導效果。 * 職業重建課程對提升精神障礙者生活品質整體及「生理」、「心理」、「獨立程度」、「社會關係」、「環境」、「靈性」、「一般範疇」具立即性與長期性輔導效果。
林俊仰 (2008)	探討精神醫療體系的轉變以及康復之家出現和發展過程，瞭解康復之家象徵何種意義和現況。	質性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 口述歷史方法學與敘事認同分析 * 3 位康復之家實務工作者 	◎康復之家的服務模式與意涵 <ul style="list-style-type: none"> * 康復之家讓精神疾病患者有居住空間與穩定生活，以及在工作人員的幫助下找到自己有興趣的社區生活。 * 康復之家仍為一個醫療制度的設計，其最終目的要讓患者復健到原始家庭或是獨立生活，但家庭照顧功能較弱且無法獨立生活的住民，在康復之家已經形成一個穩定生活，當前穩定的長期生活形態將面臨醫療復健理念的挑戰。
姚敏貞 (2005)	瞭解臺北都會社區復健機構「康復之家」住民所住機構之硬體設備、人力設施、復建照護與管理模式，以及住民個人特質和參與復健活動之情況等對其生活品質之相關性，並期能藉由研究之發現找到最佳之影響力預測因素。	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 23 間康復之家中回收有效問卷 254 份 * 功能整體評估量表 (GAF)、BPRS、臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷表 (WHOQOL BREF-Taiwan version)、自編問卷 	◎康復之家的數量分布與環境特性、康復之家的工作人員、康復之家的介入成效 <ul style="list-style-type: none"> * 大多設在交通便捷處之公寓大廈一樓或連續樓層，而陽台庭院之有無比例相似；雖然，室內康樂硬體設施大都具備，但寢室私領域空間之區隔與廚房烹調功能訓練應用尚嫌不足。 * 照護專業人力配置上，只有護理人力各家均聘有專任者，其餘均為兼任性質；照護活動以體能訓練、健康促進較為欠缺。 * 臺北市康復之家住民生活品質總得分平均值為 51.66，其中生理範疇之得分最高。

作者 (年代)	研究目的	研究方法	研究結果
陳巧珊 (2009)	分析臺灣地區曾住院之思覺失調症患者其使用社區復健照護及門診醫療情形，並分析不同社區復健模式對思覺失調症患者再住院之風險	量性研究 * 存活分析法 * 社區復健中心組 282 人、康復之家組 697 人、門診組 12,233 人以及未使用門診 3,135 人	◎康復之家的數量分布與環境特性、康復之家的介入成效 * 僅 7% 左右思覺失調症患者有使用社區復健資源，且多集中在社區復健資源較高的地區，顯示思覺失調症患者可能因就醫需求，具有向社區復健資源較高的地區聚攏情況。 * 探究同屬社區復健治療範疇的社區復健中心與康復之家，在控制變數之後，康復之家組的再入院風險為社區復健中心組的 1.31 倍，再入院風險在兩組間具顯著差異。 * 社區復健資源多寡可能影響思覺失調症患者再入院風險，社區復健資源較低的地區明顯有較高的再入院風險。
陳玲珠 (2013)	探討臺北市政府衛生局於 2012 年做的住宿型精神復健機構督導考核成績，與被服務之「思覺失調症」住民「生活品質」整體安適之滿意程度是否有差異；若有，則進一步針對二者差異較大的住宿型精神復健機構進行個案分析，以瞭解差異的情形、原因。	量性研究 * 願意接受訪談之住宿型精神復健機構中思覺失調症患者 * 採用「臺灣版精神分裂症患者生活品質評量表」問卷蒐集資料，共回收 477 份有效問卷 * 針對差異情形較大之 4 家機構，進行深入的個案分析，探討其差異為何並究明影響住民「生活品質」的相關因素	◎康復之家的介入成效 * 在「整體安適」、「休閒／社區參與」、「宗教」、「居住狀況、居住安全」、「疾病的認識」及「整體性的生活狀況」是「大部分滿意」，而在「對於自己經濟狀況」、「可能再住院」、「對於自己家庭、家人互動狀況」、「交友的狀況」及「自己的整體健康狀況」，則介於「滿意與不滿意各半」、「大部分滿意」間。 * 思覺失調症住民對居住於「住宿型精神復健機構」的生活品質是「大部分滿意」，其生活狀況滿意度分數為 5.07 ± 1.26 ；此結果和住宿型精神復健機構督導考核成績進行相關個案分析，呈現住宿型精神復健機構的思覺失調症住民生活品質問卷調查之整體安適滿意度與督導考核結果之成績優劣，無顯著相關性 ($r = .171, p > .05$)。
陳素嫻 (2011)	了解慢性思覺失調病患主觀生活品質，並比較接受住院治療、復健治療與居家治療的慢性思覺失調症病患的主觀生活品質的差異，以作為精神醫療照護計劃之參考。	量性研究 * 精神專科醫院之慢性病房、居家治療與獨立康復之家共 187 位病患 * WHOQOL-BREF、BPRS	◎康復之家的介入成效 接受住院治療、復健治療、居家治療之慢性思覺失調症病患在不同治療環境下，WHOQOL-BREF 得分在心理範疇上無顯著差異，復健治療組以生理範疇和社交範疇得分表現最好，而在環境範疇得分之平均值則以居家治療最高。
張玳菱 (2007)	整理研究者於康復之家的社會工作所發生的種種，藉由書寫、釐清與思考社會工作的實踐，並瞭解自己過去、現在的狀態，進而省思未來。	質性研究 * 敘事研究法 * 康復之家社會工作者（研究者自己）	◎康復之家的工作人員 唯有增加助人工作者對自身的洞察，理解並清楚自己在執行助人工作時的個人狀態，才能對案主與工作者自身做到真正的尊重。

作者 (年代)	研究目的	研究方法	研究結果
曾洙荔 (2002)	<ul style="list-style-type: none"> * 社區復健對慢性精神病患社會功能與經濟效益之成效、生活品質之影響。 * 社區復健與慢性精神病患人口特徵變項、社會功能和生活品質間的關係。 	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 康復之家學員(實驗組) / 慢性病房患者(對照組)各60位 * 基本資料表、社會功能量表簡短版(Social Function-Rating Scale)、WHOQOL BREF-Taiwan version 	◎康復之家的介入成效 <ul style="list-style-type: none"> * 實驗組在社會功能、生活品質一年前後有顯著差異，尤其是獨立能力與社會性，表示實驗組較有能力自行處理日常生活事件，有較多社會互動，而兩組在生活品質方面無顯著差異。 * 實驗組在經濟效益有顯著增加，平均每人每月獎勵金2600元，亦增加慢性病床周轉率，甚至增加醫院營收。
彭英傑 (2001)	<ul style="list-style-type: none"> * 瞭解臺灣地區醫療機構開辦精神醫療服務之原因與所遭遇之困難及障礙。 * 從機構層次探討影響臺灣地區醫院未來五年內擴增精神醫療服務之因素；而從個人層次探討臺灣地區精神醫療機構管理者在個人生涯規劃時，投資設立精神醫療機構之意願及其所考量之因素。 	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 問卷調查精神醫療服務之醫院、精神復健機構、診所，共回收124份有效問卷 	◎康復之家的數量分布與環境特性 <ul style="list-style-type: none"> * 醫療機構開辦精神醫療服務之最重要的原因依序為：臨床上有實際需要、當地精神醫療資源不足、及配合政府政策。 * 醫療機構開辦精神醫療服務時所遭遇之最重要的困難及障礙為：營運成本效益不如其他科、醫療人員招聘困難、政府補助經費不足。 * 在機構層次方面，影響醫院擴增康復之家的因素為「型態別」；而在個人層次方面，個人未來五年內投資計畫所選擇之地區與個人15歲前居住地、完成精神科訓練之醫院所在地區、目前服務機構所在地區彼此之間有關連。
蔡淑華 (2011)	透過主題統覺測驗之故事，從探求病患心理需求的過程中，更貼近其對家庭關係的渴望與期待，以作為病患家屬、心理專業人員及精神復健相關機構參考。	質性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 康復之家女性思覺失調症病患6位 	◎康復之家的服務模式與意涵 康復之家對於女性思覺失調患者的安全需求、援助需求、親近需求、與接納需求有幫助；需加強協助或輔導的需求為：跟愛與歸屬有關的需求、伴侶需求的輔導、自尊需求、與良好溝通的需求。
潘忠興 (2007)	<ul style="list-style-type: none"> * 比較慢性精神疾病患者社區復健三種照護模式生活品質之差異。 * 探討慢性精神疾病患者之社區復健照護模式、病患特性是否可顯著預測其生活品質。 	量性研究 <ul style="list-style-type: none"> * 南部某精神醫療照護體系之附設社區復健中心、康復之家、居家照護為個案來源 * 基本資料表、WHOQOL BREF-Taiwan version、華人健康問卷 	◎康復之家的介入成效 <ul style="list-style-type: none"> * 社區復建模式間前、後測生活品質總分及其各範疇之變異數分析皆有顯著差異。而比較社區復建模式間前測生活品質總分及各範疇，其居家照護與康復之家、居家照護與社區復健中心皆有顯著差異，康復之家與社區復健中心皆無顯著差異。 * 社區復建模式間生活品質及其各範疇前、後測差異分析，皆無顯著差異。

註：BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; GAF = Global Assessment of Functioning Scale; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index.

另一方面，林巧莉 (2012) 運用八週八堂課的「職業重建課程」介入策略並輔以焦點解決團體諮商技術的實驗組，對比維持一般代工訓練的控制組，其研究結果顯示職業重建課程可提升精神障礙者之自我效能整體及「工作表現」、「生涯發展」、「人際關係」、「體能表現」與生活品質整體及「生理」、「心理」、「獨立程度」、「社會關係」、「環境」、「靈性」、「一般範疇」之立即性與長期性輔導效果。

康復之家的工作人員

共有 4 篇研究探討康復之家的工作人員之相關議題。姚敏貞 (2005) 的研究結果顯示只有護理人力在臺北市各康復之家皆聘有專任者，其餘均為兼任性質；此研究結果與上述王維萱 (2012) 提及住民較關注專業人力配置適足性相呼應，其為目前評鑑制度較為不足之處。另外，工作人員最首要的服務理念與服務策略，應是持有正確的工作態度，協助住民養成獨立生活的技能，進而影響康復之家的服務宗旨調整或改變 (江一平，2009)。然而，探討康復之家各專業工作人員之研究極缺乏，僅有 1 篇質性研究試著呈現與澄清一位資淺的精神醫療社工其助人專業發展歷程並進行反思 (張玳菱，2007)。

康復之家的介入成效

共有 9 篇研究探討康復之家的介入成效之相關議題。透過 6 篇運用生活品質相關問卷的研究，研究趨勢為康復之家住民生活品質較住院個案優，然康復之家住民生活品質與社區復健中心個案及居家治療個案比較的結果則不一致，其結果分別呈現慢性精神疾病患者安置社區復健模式 (社區復健中心、康復之家、居家照護)，半年後生活品質皆有顯著改善 (潘忠興，2007)；然而，慢性思覺失調症患者在不同治療環境 (住院治療、康復之家復健治療、居家治療) 下，於心理範疇未達顯著差異，在

生理範疇與社交範疇以康復之家復健治療得分表現最好，而在環境範疇則以居家治療得分平均值最高 (陳素嫻，2011)；姚敏貞 (2005) 的研究結果呈現臺北市康復之家住民生活品質總得分平均值為 51.66，其中生理範疇之得分最高。此外，曾洙荔 (2002) 的研究呈現康復之家慢性思覺失調症住民在生活品質一年前後有顯著差異，但與慢性病房個案相較未達顯著差異，而根據李雅卿 (2010) 的研究結果顯示康復之家住民生活品質表現較住院個案優。然而，陳玲珠 (2013) 使用「臺灣版精神分裂症患者生活品質評量表問卷」的研究，結果呈現臺北市住宿型精神復健機構之思覺失調症住民的生活品質為「大部分滿意」，但其結果與督導考核結果之成績優劣無顯著相關性。

另有 2 篇探討後續醫療利用的研究，結果顯示有接受康復之家服務者，可降低結束服務後 1 年內的精神科急性住院醫療利用，而接受時間為 10-12 個月者，相較於僅接受 1-3 個月之服務者，其結束服務後 1 年內之精神科慢性住院醫療利用較低、結束服務後 2 年內之精神科急性、慢性住院醫療利用較低；此研究呈現思覺失調症患者在出院後接受康復之家至少 30 日以上，相對於接受門診追蹤治療者，其後續醫療利用有顯著減少 (吳希文，2011；吳希文、楊銘欽，2012)。其餘研究結果分別呈現康復之家慢性思覺失調症住民在社會功能量表 (Social Functional Rating Scale) 一年前後有顯著差異，尤其是在獨立能力與社會性方面，表示其較有能力自行處理日常生活事件 (曾洙荔，2002)。李雅卿 (2010) 的研究指出康復之家住民之精神症狀及睡眠品質的表現較住院個案優；此外，陳巧珊 (2009) 探討同屬社區復健治療中，康復之家住民的再入院風險為社區復健中心的 1.31 倍，且兩者間達顯著差異。

討 論

本文為我國第一篇針對康復之家進行文獻

回顧之文章，藉由文獻的整理，得知我國康復之家的現況，以利職能治療專業後續推進，而回顧 19 篇文獻之研究結果顯示在康復之家的數量分布與環境特性部分仍有不均與不足之現象。再者，在康復之家的服務模式與意涵部分，康復之家對於住民具有正向影響，但我國的復元概念尚待啟蒙展延，目前仍較著重病情與社會功能恢復，而忽略社區融合之管道；另外，尚需積極促使家屬參與並加強家人關係心理需求。接著，在康復之家的工作人員部分，工作人員應主動協助住民養成獨立生活的技能，而職能治療師於康復之家具有其專業服務之角色意義，但各職類專業人員受限於資源影響而不一定參與其中並提供足夠服務。最後，在康復之家的介入成效部分，研究結果趨勢為康復之家住民生活品質有提升且較住院個案優，然其與社區復健中心及居家治療個案比較的結果則不一致；而接受康復之家治療可降低急性住院醫療利用，但其與社區復健中心模式相較於門診追蹤之醫療利用成效差，且康復之家住民較社區復健中心個案再入院風險高。

康復之家的數量分布與環境特性

於社區復健的過程中，不會因個案慢性化而逐漸失去生活的其他角色，且應避免其和真實社會脫離；而精神復健的任務，要在最少醫療專業介入的情況下，增加精神障礙者的功能，使能成功且滿足地生活在所選擇的環境 (Deegan, 1988)。根據行政院衛生福利部統計處 (2014c) 的統計資料，目前各縣市康復之家的數量前三名分別為臺北市 (41 家，佔 35.04%)、桃園縣 (17 家，佔 14.53%)、新北市 (16 家，佔 13.68%)，但澎湖縣、金門縣與連江縣等離島地區與基隆市至今仍未設置康復之家，可能造成住民無法於居住地接受康復之家的精神復健服務，而依照我國行政區域劃分，更可看出康復之家的分布多集中於北部 (83 家，佔 70.94%)，依次是中部 (17 家，佔 14.53%)、南部 (15 家，佔 12.82%)、東

部 (2 家，佔 1.71%)；此現象與姚敏貞 (2005) 的研究結果相呼應，康復之家所在位置的交通因素會影響就醫的醫療便利性以及社區資源連結與運用，正如陳巧珊 (2009) 提及精神障礙者向社區復健資源較高地區聚攏的情況。

雖然目前康復之家數量已具規模，仍有不足之現象，而各縣市之分布不均情形皆有賴立法與國家政策之修正。民國 81 年，行政院衛生署補助康復或養護為主的康復之家個案每人每月 7500 或 4000 元，至民國 84 年健保開辦後停止，改以補助機構個案每人每日 160 元住宿費；在民國 87 年，衛生署醫療發展基金補助康復之家硬體設施申請，鼓勵與補助偏遠地區之機構發展。於民國 92 年，行政院衛生署全民健康保險局調高康復之家復健費給付從每日 210 元至 378 元，再加上衛生署每日 160 元之住宿補助；然而，民國 92 至 94 年兩年間，或許因為政府政策與經費補助之配合，康復之家機構數量分別增加 15 家與 14 家，其年增率高達為 30.61% 與 21.88%，而於民國 100 年，再從每日 378 元調漲至 508 元，此為康復之家另一波大成長。因此，若與宋鴻生 (2003) 提及之獲利因素有關，或可針對交通不便之離島、偏遠地區等提供設置康復之家之經費補助，以藉此改善康復之家不足與不均之情況；同時，亦應一併納入各醫療區域的人口數、需求數以及總床數作通盤規劃。此外，姚敏貞 (2005) 的研究顯示寢室私領域空間之區隔尚嫌不足，或可解釋陳素 (2011) 的研究呈現環境範疇則以居家治療得分平均值最高，應考量康復之家的環境硬體設施該如何加強「家」的感覺，同時讓住民保有個人空間，給予自主性的尊重並維持其自尊。

另一方面，精神復健機構的建立與設置常遭受居民「鄰避」或「不要在我家後院」(Not in My Backyard syndrome, NIMBY) 現象，而此現象是指個人或社區反對某種土地或建物使用的情緒、態度、想法與行動，過往的抗爭事件如西元 1999 年臺北市奇岩康復之家、西元 2002 年臺北市心理復健大安站以及西元

2004年臺北縣康復之友協會的新莊社區復健中心等(邱大昕、羅淑霞, 2011), 其呼應吳宛珣(2014)的研究結果提及住民適應的負向因素之「內化社會烙印與歧視」; 然而, 這部分有賴於政府進行相關政策與衛教之宣導, 而媒體在報導精神個案新聞上應提供更多資訊性的疾病知識與醫療服務資訊(王美珍, 2004), 以促進民眾的公共精神衛生教育、社區發展的社會融合(如: 教育社會大眾精神個案特質、提倡個案與家屬的人權等)以及正常化精神復健機構與社區之互動(如: 社會貢獻活動之清潔公共區域、募款計畫以及志工活動等)(Yip, 2003)。

康復之家的服務模式與意涵

專業人員於社區和個案的關係是彼此合作者, 給予連續性的專業照顧與治療, 著重於「行為和功能」的個人整體發展之健康導向; 此外, 專業人員也要創造支持性的社區治療環境, 並尊重個體的需求、權力和意見, 且在生活上提供可近性的資源, 當對精神障礙者充權後, 促使其能在疾病復健過程中逐漸恢復正常化生活的角色(呂淑貞, 2005; 謝佳容、蕭淑貞, 2006; Rogers, Chamberlain, Ellison, & Crean, 1997)。

國外的康復之具有不同的介入模式, 在歐洲的雅典大學附設醫院的康復之家主要以符合心理動力方式的四個原則之復健模式, 其一為建立日常規律生活, 以減少不切實際的期待與增加現實感; 其二是培養住民的責任感, 像是醫藥治療或是衝動控制等; 其三為支持發展與社交技巧之訓練, 如個別化訓練、職前訓練以及職業復健; 其四是發展人格創造的內在空間, 像是安排與維持個人空間以及減少閒逛與猜疑(Hogarty et al., 1986; Zussman, 1975)。

另外, 在美國的柏克萊之家則是採用延伸的心理社會親屬系統(extended psychosocial kinship system)之四種方式介入; 第一, 透過前住民團體, 藉前住民的來訪, 分享新經驗以及提

供給現在住民的模範, 並得以協助前住民急性支持且預防再住院的發生; 第二, 透過家務安排, 由家務的分工合作, 達成住民心理社會網絡之連結與實際體驗; 第三, 透過工作, 進而促進尋找與維持就學就業的情形, 使得住民的社會網絡延伸至工作場所或是學校; 第四, 透過各種嗜好活動與社會團體, 讓住民的社會支持與網絡的範圍擴大(Budson & Jolley, 1978)。

然而, 我國康復之家至今雖多以復元為概念, 但仍未能充分彰顯「家」的意涵, 應對於家屬的參與以及社區資源的運用更積極, 同時, 亦需著重精障者住民其心理需求, 並可加入職業重建與訓練之相關課程, 非僅依照評鑑標準提供社區適應活動, 而未來職能治療師服務介入應讓個案充分自決, 且加強其與家庭、社區之連結, 以更突顯康復之家的本質; 或可借鏡國外的介入模式進行調整與改造, 配合質性研究探索出具體且符合我國文化適性之介入模式, 此類型之研究或可對於康復之家的實務工作有所助益, 但仍待未來持續努力發展。

康復之家的工作人員

職能治療師(生)、社會工作人員、護理人員與臨床心理師等不同專業人員於康復之家扮演不同功能角色, 應有其特殊性與必要性。根據行政院衛生福利部統計處的護理機構及精神復健機構暨開(執)業醫事人員數(2014d)所示, 其顯示並非各康復之家均有各職類之專業人員, 但因「精神復健機構設置及管理辦法」並未強制聘任所有專業, 亦或可聘任兼任之專業人員; 且依實際狀況可能多為執登於其他醫療場所(如: 醫院、診所等), 以支援報備形式兼職前往康復之家服務, 故各康復之家實際接受到各專業人員服務之質與量的情況仍需要進一步詳細資料(如評鑑資料統計)作分析探討。

依照我國「精神復健機構設置及管理辦法」中, 對於不同服務量的機構所需之專、兼任專業人員, 如: 職能治療師(生)、社會工

作人員、護理人員與臨床心理師等，或受限於資源產生排擠效應，進而影響康復之家住民之復健情形。然而，過去研究曾指出康復之家是否積極提供復健，可能會影響復健成效（葉玲玲，2008）；或可解釋姚敏貞（2005）的研究顯示廚房烹調功能訓練之應用尚嫌不足，且活動以體能訓練、健康促進活動較為缺乏，使住民對於參與復健相關活動情況並不積極，而此一情況有賴職能治療師充分發揮其專業角色，藉由活動分析與整合，提供最適挑戰的活動提升住民參與動機。此外，林俊仰（2008）建議或許需建立長期緊密的專業人員和個案管理制度來給予支持和協助，才能在醫院、康復之家、家庭或獨立生活的過程中，因應離開機構後回歸社區生活處境的協助。

因此，專家學者應重新審視國家政策與相關法令，讓立意良好的評鑑機制，勿流於紙上作業，而能夠務實考核，此議題會影響康復之家能否成為社區精神復健機構的一環，抑或是會變成慢性化精障者逐漸機構化的另一杜鵑窩，值得重視；而各專業人員也應積極從事實務工作之相關研究，探討各專業人員於康復之家的成效，並給予專家學者修正政策法令與評鑑制度之建議，同時也可激發自我於實務工作的潛能，更能於康復之家發揮所長。

康復之家的介入成效

我國康復之家目前多以生活品質當作研究之成效指標，而醫療利用、社會功能、再住院率、精神症狀與睡眠品質偶有探討，但少數一、兩篇的論述，仍待未來持續研究。根據 Rog 與 Rausch (1975) 的文獻回顧共 26 家康復之家之追蹤研究顯示，雖沒有相同的追蹤時間，但結果呈現住民再住院率為 20%，而 58% 的住民能在社區獨立生活、55% 的住民可就業或就學。接著，Coursey 與 Ward-Alexander 與 Katz (1990) 的研究呈現每年的個案再住院率從 79% 降到 29%，且個案每年平均住院天數從 83 天降到 18 天，整體而言，其成本效益結果顯示

康復之家節省個案 59% 的住院費用。此外，Vaslamatzis、Katsouyanni 與 Markidis (1997) 的研究顯示康復之家有效減少先前傾向使用住院來適應社區生活困難的個案之再住院率。或許未來實務工作之成效指標可參考國外研究之就學或就業率、社區獨立生活率以及成本效益等，另外，林俊仰 (2008) 亦建議以家庭能否承接精神疾病患者的照顧也許會更具有指標性的意義。

另一方面，研究中指出康復之家較社區復健中心對於門診追蹤之醫療利用差（吳希文，2011；吳希文、楊銘欽，2012），以及康復之家住民較社區復健中心個案再入院風險高（陳巧珊，2009），其可能原因為上述提及之專、兼任專業人員受限於資源產生排擠效應，進而影響提供專業服務時數不足，導致每日所提供的治療活動及其內容之多樣性不及於社區復健中心。此外，對於醫療勞務成本與工作訓練獲益之分析，若個案能降低在急性病房、慢性病房、日間病房的住院日數而至社區復健機構進行相關復健活動與治療，則每月將可大幅減少全民健保支出；然而，未來應持續針對康復之家與社區復健中心分別探討，並提供實際數字於社區化精神醫療服務對減輕全民健保的醫療負擔、節省醫療資源的支出與降低國家及社會成本的證據。

研究限制

本文僅搜尋華藝線上圖書館、中文電子期刊服務與中文電子學位論文服務以及臺灣博碩士論文知識加值系統之中文論文，且幾乎皆為非同儕審查之碩博士論文，其研究之信效度受限。

結 論

康復之家為職能治療師在社區領域的重要工作場域之一，至今我國康復之家的本土化研

究闕如，對成效指標之界定仍不明確，缺乏各專業人員實務介入及其成效探討及成本效益分析，有待未來研究持續突破；然而，目前康復之家中各職類專業人員受限於資源產生排擠效應，進而影響康復之家住民之復健情形，建議政府應對於康復之家的立法制度與政策施行因時制宜做增修調整，以期符合住民的實際需求。最後，透過不同專業團體間共同努力與合作以及個案和家屬的積極參與，期可促進康復之家的復健品質與增進社區連結，進而減輕醫療成本及降低個案機構化的情形，期待能讓康復之家充分發揮其效能，使精障個案早日回歸社區，並融入社區生活。

參考文獻

- 王美珍 (2004, 6月)。臺灣報紙對精神病患 印化之初探。韓柏檉 (主持人)，傳播與風險社會。2004 年中華傳播學會年會，澳門旅遊培訓學院。
- 王維萱 (2012)。康復之家前住民回歸社區之生活經驗探究 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士班，臺北市。
- 江一平 (2009)。康復之家社區精神復健服務之研究 (未出版之碩士論文)。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士班，南投縣。
- 朱淑怡 (2007)。康復之家精障者的復元內涵探討 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士班，臺北市。
- 行政院衛生福利部統計處 (2014a, 6月)。身心障礙者人數按縣市及類別分。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4182
- 行政院衛生福利部統計處 (2014b, 6月)。歷年護理機構及其他醫療機構家數。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2552
- 行政院衛生福利部統計處 (2014c, 6月)。護理機構及精神復健機構家數—按縣市別分。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2762
- 行政院衛生福利部統計處 (2014d, 6月)。護理機構及精神復健機構暨開 (執) 業醫事人員數。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2762
- 全國法規資料庫 (2008, 10月)。精神復健機構設置及管理辦法。取自 <http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%BE%A9%E5%81%A5%E6%A9%9F%E6%A7%8B%E8%A8%AD%E7%BD%AE%E5%8F%8A%E7%AE%A1%E7%90%86%E8%BE%A6%E6%B3%95>
- 吳希文 (2011)。臺灣社區復健模式對精神分裂症病患醫療利用的影響 (未出版之博士論文)。國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士班，臺北市。
- 吳希文、楊銘欽 (2012)。精神分裂症病患三種社區精神復健模式之醫療利用分析。臺灣職能治療研究與實務雜誌, 8(1), 1-14。
- 吳宛珣 (2014)。康復之家住民生活與適應歷程之研究：以北市一間康復之家為例 (未出版之碩士論文)。輔仁大學社會工作學系碩士班，新北市。
- 呂淑貞 (2005, 12月)。社區復健中心的服務規劃與品質促進。蕭淑貞 (主持人)，臺灣護理學會精神社區復健中心工作坊，94 年度臺灣地區社區復健研討會，臺北市：草山職能工作坊。
- 李雅卿 (2010)。不同醫療環境中精神分裂病患者的精神症狀、生活品質與睡眠品質間相關因素之研究 (未出版之碩士論文)。美和技術學院健康照護研究所碩士班，屏東縣。
- 宋鴻生 (2003)。精神醫療機構對不同支付制度之態度與精神醫療服務增減因素探討 (未出

- 版之碩士論文)。國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士班，臺北市。
- 林巧莉 (2012)。職業重建課程對精神障礙者的生活品質與自我效能之成效研究 (未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學人資處教育心理與諮商碩士專班，新竹市。
- 林俊仰 (2008)。臺北地區康復之家發展史：一間康復之家為主的初探 (未出版之碩士論文)。國立陽明大學衛生福利研究所碩士班，臺北市。
- 邱大昕、羅淑霞 (2011)。鄰避與被鄰避：身心障礙機構與設施抗爭處理經驗之研究。*社會政策與社會工作學刊*, 15(1), 167-198。
- 姚敏貞 (2005)。都會社區精神復健機構「康復之家」住民生活品質之影響因素探討 (未出版之碩士論文)。國立陽明大學衛生福利研究所碩士班，臺北市。
- 陳巧珊 (2009)。社區復健模式對精神分裂症患者再入院風險影響 (未出版之碩士論文)。臺北醫學大學醫務管理學研究所碩士班，臺北市。
- 陳玲珠 (2013)。臺北市住宿型精神復健機構精神分裂症住民生活品質探討 (未出版之碩士論文)。淡江大學公共行政學系公共政策碩士在職專班，新北市。
- 陳素嫻 (2011)。接受住院治療、復健治療及居家治療之精神分裂病患生活品質比較 (未出版之碩士論文)。義守大學管理學院管理碩士在職專班，高雄市。
- 張玳菱 (2007)。社工新人無法拋置的生命經驗—我在康復之家從事精神社會工作的反思 (未出版之碩士論文)。東吳大學社會工作學系碩士班，臺北市。
- 曾洙荔 (2002)。慢性精神病患社區復健成效探討 (未出版之碩士論文)。慈濟大學護理學研究所碩士班，花蓮市。
- 彭英傑 (2001)。影響醫療機構擴增不同型態精神醫療資源意願之因素探討—兼論精神科部門主管投資意向影響因素 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士班，臺北市。
- 葉玲玲 (2008)。慢性精神疾病患者社區復健需求面與供給面之探討研究。行政院衛生署九十六年度科技研究發展計畫 (編號：DOH96-TD-M-113-045)，未出版。
- 鄭若瑟 (2003, 6月)。台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展—醫療層面。胡海國 (主持人)，*台灣精神障礙者照護發展研討會彙編*。臺北市國家衛生研究院。
- 蔡淑華 (2011)。女性精神分裂症患者的家人關係心理需求之研究：以 TAT 為分析素材 (未出版之碩士論文)。實踐大學家庭研究與兒童發展學系碩士班，臺北市。
- 潘忠興 (2007)。慢性精神疾病患者社區復健生活品質之探討—以某精神醫療照護體系為例 (未出版之碩士論文)。高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班，高雄市。
- 謝佳容、蕭淑貞 (2006)。台灣社區精神復健機構的服務現況與展望。*精神衛生護理雜誌*, 1(2), 41-50。
- 謝明憲、劉智民 (2000)。社區精神醫學。李明濱 (主編)，實用精神醫學 (353-357 頁)。臺北市：國立臺灣大學醫學院。
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
- Budson, R. D., & Jolley, R. E (1978). A crucial factor in community program success: The extended psychosocial kinship system. *Schizophrenia Bulletin*, 4(4), 609-621. doi: 10.1093/schbul/4.4.609
- Coursey, R. D., Ward-Alexander, L., & Katz, B. (1990). Cost-effectiveness of providing insurance benefits for posthospital psychiatric halfway house stays. *The American Psychologist*, 45(10), 1118-1126. doi: 10.1037//0003-066X.45.10.1118
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience

- of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi: 10.1037/h0099565
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633-642. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800070019003
- Raush, H. L. & Raush, C. (1968). *The halfway house movement: A search for sanity*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Rog, D. & Raush, H. L. (1975). The psychiatric halfway house: How is it measuring up? *Community Mental Health Journal*, 11(2), 155-162. doi: 10.1007/BF01420353
- Rogers, E. S., Chamberlain, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Vaslamatzis, G., Katsouyanni, K., & Markidis, M. (1997). The efficacy of a psychiatric halfway house: A study of hospital recidivism and global outcome measure. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 12(2), 94-97. doi: 10.1016/S0924-9338(97)89647-2
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001- Mental health: New understand, new hope*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yip, K. S. (2003). An analysis of the anti-psychiatric halfway house movement in Hong Kong. *Administration and Policy in Mental Health*, 30(6), 535-544. doi: 10.1023/A:1025083202806
- Zussman, J. C. (1975). Tertiary prevention. In A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, II* (2nd ed., pp. 2340-2346). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

The Developmental Situation of Psychiatric Halfway Houses in Taiwan: A Literature Review

Meng-Ta Lee, BS^{1} Hui-Fen Mao, MS, OTR/L^{1,2*} Shu-Jen Lu, MS¹
Keh-Chung Lin, ScD, OTR/L^{1,2}*

Purpose: Psychiatric halfway housing is important for community re-entry in individuals with mental illness. However, the benefits of psychiatric halfway housing have yet to be established. This review provided an overview of the literature pertinent to development of psychiatric halfway house in Taiwan. **Methods:** The review covered articles published up to May 2014 as retrieved from the Airiti Library, Chinese Electronic Periodical Services (CEPS), Chinese Electronic Theses and Dissertations Service (CETD), and Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD). The key words were halfway house, community rehabilitation, psychiatric disorder, psychiatric rehabilitation, and residential institutions for psychiatric rehabilitation. Issues of review interest include the distribution and environmental characteristics of psychiatric halfway house, the service pattern and significance of psychiatric halfway house, the specialists of psychiatric halfway house, and the effects of psychiatric halfway house. **Results:** Nineteen reports were eligible for inclusion. The review indicated that the distribution of psychiatric halfway house was insufficient and distributed unevenly. In addition, the service pattern of psychiatric halfway house may not be adequate for assisting patients with mental illness to return home or the community. Specialists may not have been adequately allocated to implement sufficient service. Moreover, the results showed a trend for better life quality in psychiatric halfway house residents than in inpatients. There were no consistent reports of the intervention effects on life quality after community rehabilitation center service, outreach care program, and psychiatric halfway house care. Research is needed to validate the potential benefits of these programs and their differential effects. **Conclusion:** This literature review suggests that the number and arrangement of each specialist should take the quality of rehabilitation into consideration. Local studies of psychiatric halfway house were lacking, and the indicators of intervention effects were still unclear. Future research is needed to study the intervention effectiveness of each specialist and the cost-effectiveness of psychiatric halfway house.

Key words: Halfway house, Community rehabilitation, Psychiatric disorder, Psychiatric rehabilitation, Residential institutions for psychiatric rehabilitation

*co-first author

School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University¹ Division of Occupational Therapy, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University Hospital²

Address Correspondence to: Keh-Chung Lin, School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University, 17, F4, Xuzhou Road, Taipei City 100, Taiwan. Tel: (+886)-2- 33668180; e-mail: kehchunglin@ntu.edu.tw

Accepted for publication: August 25, 2014