

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：呂朝賢博士

台灣都會地區精神障礙者

健康服務的使用型態與影響因素

Patterns and determinants of health service use
among people with mental disorders in
metropolitan area, Taiwan

研究生：游淑真

中華民國一〇八年六月

東海大學社會工作學系博士論文

指導教授：呂朝賢博士

台灣都會地區精神障礙者
健康服務的使用型態與影響因素

Patterns and determinants of health service use
among people with mental disorders in
metropolitan area, Taiwan

研究生：游淑真

中華民國一〇八年六月

東海大學社會工作學系博士班

研究生 游淑真 博士學位論文

台灣都會地區精神障礙者
健康服務的使用型態與影響因素

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：呂朝賢 108年3月22日

審查教授：葉文高 108年3月22日

審查教授：張玲如 108年3月22日

審查教授：張心亭 108年3月22日

審查教授：彭懷真 108年3月22日

系主任：陳瑤惠 108年5月31日

中文摘要

本研究目的是探討精神障礙者使用健康服務的情形。研究方法為分層叢集取樣，對桃園、台中、台南、高雄四個都市共 19 間精神復健機構進行取樣，對象是病況穩定、可理解及有意願填寫問卷者。資料蒐集方式為自編式問卷。調查期間自 2018 年 4 月至 6 月，共發放 361 份，有效回收 333 份問卷，廢卷 28 份。統計工具為 SPSS for windows 20.0 中文版，進行描述性與推論性統計分析。研究架構參考 Andersen 第四階段的健康服務使用模式，並納入時間因素，將資料蒐集區間設定為精障者未就醫時期 (S1)、就醫時期 (S2) 與進入精復機構後 (S3) 三個時期。

研究結果發現性別、年齡、教育程度、婚姻、就業狀態、診斷別與障礙程度等差異之精障者在使用健康服務有不同的樣貌。其次，性別、年齡、S2 精神醫療導向服務、S2 精神科回診頻率、收入影響因素、未就醫期間、睡眠影響因素、S1-S2 尋助型態、S123 總尋助數量這九個變項對於精障者的服務使用程度及健康成果具有預測力。

本篇研究重要性是指出精神復健機構內的精障者對自己在不同時期使用健康服務的看法，了解服務使用上有哪些影響因素，藉此獲得精障者的整體服務使用樣貌。最後針對精神衛生政策、精神復健機構、研究三個部份提出建議：1.精神衛生政策方面：持續宣導心理衛生教育及關注特別對象群，強化各服務系統的整合機制。2.精神復健機構方面：應建構良好的夜眠環境，重視服務使用的影響因素，連結長照與社區資源以提昇對中高齡者的後續服務準備，並充實精神復健服務相關元素。3.研究方面，拓展對精障者尋助研究的範疇，並可納入重要他人作為資料蒐集的對象。

關鍵字：精神障礙者、服務使用型態、影響因素、Andersen 健康服務使用模式

Abstract

This study aims to investigate the use of health services by people with mental disorders. The research was based on stratified cluster sampling from a total of 19 mental rehabilitation institutions in Taoyuan, Taichung, Tainan and Kaohsiung. The subjects were stabled, understandable and willing to fill out the questionnaires. The method of collecting data was from a self-made questionnaire. During the investigation period from April to June 2018, a total of 361 copies were distributed, and of the number of copies 333 questionnaires were effectively recovered, while 28 copies were abandoned. The SPSS for windows 20.0 tool (Chinese version) was used for descriptive and inferential statistical analysis. The research structure refers to Andersen's fourth-stage health service model, which incorporates the factor of time, and collects data at three intervals: the period of not having received medical care(S1), the period of medical treatment(S2) and the period of having entered the mental institute(S3).

The study discovered that mentally disabled people who differed in gender, age, education, marriage, employment status, and degree had different approaches with using the health care services. Moreover, the nine variables of sex, age, psychiatric oriented services in S2, frequency of psychiatric treatment in S2, income influence factor, period of no medical treatment, sleep influence factor, the type of help in S1-S2, and number of those who seek help were predictive of the health outcomes of individuals, which positively correlated with the number of frequent psychiatric returns.

The significance of this study shows that people with mental illness at the rehabilitation institutes have their own views on when to use the health care services. With the understanding of the overall factors that may influence the use of the services, we recognize the overall manner of which the service is used. All and all, proposals were made on the mental health policy, rehabilitation institute and on research as follows:1.With the mental health policy, continue to promote the education on mental health and provide attention to special needs group, as well as strengthen the integration of various service systems. 2.In terms of mental rehabilitation institutions: a better nighttime atmospheric quality should be developed, and emphasis should be placed on factors affecting the use of service. Long-term care and community resources should be connected to improve follow-up services of middle-aged and elderly, as well as broaden the elements of mental rehabilitation. 3. In terms of research, the scopes of research with supporting mentally disabled are being expanded to the extent where it can be included data from key person.

Key words: people with mental illness 、 patterns of service use 、 determinants 、 Andersen's health service model.

致謝

念博士班的這場耐力賽過程，常常在面臨困難的卡關之際，有他人即時援助，非常感謝身邊這些家人、老師、友人、同學們的協助。首先感謝的是呂朝賢老師，老師給人平穩支持的力量，在溫和互動中展現對學習歷程的嚴謹態度，教導我如何處理研究的疑難雜症，讓一位量化研究的門外漢能逐步完成這份博士論文。面對論文撰寫的問題，他往往給予更多的資訊讓自己閱讀、理解與決定，在一點一滴的累積下，我能發展自己的思考見解。

也謝謝四位口委老師們對於淑真撰寫論文的指導：彭老師對文本有獨到看法，令人印象深刻的是他說道：「去發掘潛藏的鑽石！」，提醒我從習以為常的事物中關注其獨特性。張老師是精神障礙服務領域的前輩，鼓勵並分享她的實務經驗，也點出了我文中未討論卻重要的政策與服務系統問題，有助於後續服務資料的整理與撰寫。蕭老師熟稔研究方法，提供我研究設計的寶貴建議，又能細緻地檢視內容需修改處，有助於論文的整體完備度。羅老師是我的碩士指導老師，她總是積極鼓勵、未設框架的讓我探索，奠基我從實務工作者角色進行研究的勇氣與自信心。

修課期間，系上老師們的教授讓淑真獲益良多，老師們展現對學術的熱忱、無私分享所知，或者從生活角度交流如何兼顧學習與個人家庭等做法，這些都相當重要。在此感謝簡春安老師、蔡啟源老師、曾華源老師、劉珠利老師、王篤強老師、鄭怡世老師等。

能夠完成這份論文，要感謝九位受訪談人，來自你們的回饋內容奠基了問卷的初稿；其次，謝謝四位協助問卷修訂的前輩們，你們協助讓問卷修訂版更完善；再來，更要感謝 23 間機構與服務使用者，願意提供我進行問卷施測與事前、現場協助。因為有你們，才得以成就這份論文。

博士班的生活，酸甜苦辣交雜著，謝謝一群同甘共苦的學姐與同學們陪伴，在此一併致謝：家慧、珊伊、雅文、俊丞、睿誼、沈黎、慧冠。而系上工作人員在行政事務的協助，對於在職博士生來說是莫大的助益，謝謝大霞姐、雅俐、培元、宜椿等。念博士班開始，是我初轉職到目前機構，也正逢是機構立案開業之際，很謝謝我的老闆兼好友—佩珊的支持，提供彈性的工作型態與時間，讓我可兼顧工作與念書，而職場的一群夥伴，當我每每從疲累的學生角色轉換工作者角色時，有你們的共事，我總覺得工作是開心、充滿希望的！

最後謝謝我親愛的家人，從我一路念社工系、當社工、念博士班的漫長過程，你們無條件的支持陪伴使我能持續向前邁進，感謝你們。

淑真

于台中 2019.05

目 錄

第一章 緒論

| | |
|--------------------|---|
| 第一節 研究緣起與問題背景..... | 1 |
| 第二節 研究問題與目的..... | 4 |

第二章 文獻探討

| | |
|--------------------------|----|
| 第一節 精神疾病與患病過程的服務需求..... | 6 |
| 第二節 精神障礙者的服務與使用影響因素..... | 15 |
| 第三節 精神障礙者的服務使用歷程..... | 27 |
| 第四節 結論..... | 34 |

第三章 研究設計

| | |
|--------------------|----|
| 第一節 研究架構與假設..... | 36 |
| 第二節 研究對象與抽樣方法..... | 42 |
| 第三節 研究工具編製..... | 49 |
| 第四節 資料分析與檢核..... | 55 |
| 第五節 研究倫理..... | 59 |

第四章 研究統計分析

| | |
|-----------------------------------|----|
| 第一節 描述性統計分析..... | 63 |
| 第二節 個人背景因素與服務使用影響因素之分析..... | 75 |
| 第三節 個人背景、影響因素與服務使用歷程因素之分析..... | 79 |
| 第四節 個人背景、影響因素、歷程因素與服務使用型態之分析..... | 88 |
| 第五節 多元迴歸分析..... | 95 |

第五章 研究結論與建議

| | |
|------------------|-----|
| 第一節 研究結果與討論..... | 99 |
| 第二節 研究建議與限制..... | 110 |

參考文獻

| | |
|--------------|-----|
| 一、 中文資料..... | 115 |
| 二、 西文資料..... | 118 |

附錄

| | |
|------------------------------------|-----|
| 附錄一 研究母群機構列表..... | 123 |
| 附錄二 問卷編製前置作業:訪談精神障礙者、家屬與工作者紀要..... | 124 |
| 附錄三 線性迴歸分析結果..... | 128 |
| 附錄四 精神障礙者服務使用調查問卷 | 131 |

圖 目 錄

| | |
|--------------------------------|----|
| 圖 1 思覺失調症患者功能變化圖..... | 8 |
| 圖 2 精神疾病病程發展..... | 10 |
| 圖 3 人的發展階段需求..... | 12 |
| 圖 4 Andersen 健康服務使用模式..... | 20 |
| 圖 5 精神障礙者的不同時期尋助經驗..... | 28 |
| 圖 6 研究架構圖..... | 36 |
| 圖 7 精障者的服務使用歷程及探討的服務使用行為..... | 37 |
| 圖 8 精障者的年紀與服務使用持續時間..... | 40 |
| 圖 9 抽樣架構圖..... | 43 |
| 圖 10 問卷發展程序..... | 49 |
| 圖 11 研究問卷的編製時程..... | 50 |
| 圖 12 精障者自初期生病至正式就醫時期的尋助路徑..... | 71 |

表 目 錄

| | |
|--------------------------------------------------|----|
| 表 1 精神病患照顧體系權責劃分表..... | 2 |
| 表 2 思覺失調症復發頻率與相伴隨症狀..... | 9 |
| 表 3 精神健康照護使用..... | 15 |
| 表 4 精障者接觸的各種專業服務工作者..... | 33 |
| 表 5 問卷發放及回收一覽表..... | 44 |
| 表 6 研究樣本的個人背景資料..... | 48 |
| 表 7 專家名單..... | 51 |
| 表 8 主成分分析-成分矩陣..... | 53 |
| 表 9 年齡資料檢核更正說明..... | 57 |
| 表 10 尋助經驗題項說明..... | 57 |
| 表 11 尋助方法題項說明..... | 57 |
| 表 12 影響因素統計量..... | 64 |
| 表 13 S2 時期與 S3 時期使用服務項目統計量..... | 66 |
| 表 14 精神健康服務項目與四都之單因子變異數分析表..... | 67 |
| 表 15 S2 時期與 S3 時期使用精神健康與一般健康服務之 Pearson 相關分析.... | 68 |
| 表 16 S2 時期與 S3 時期使用精神科回診頻率統計量..... | 69 |
| 表 17 精障者年齡統計量..... | 70 |
| 表 18 持續時間統計量..... | 70 |
| 表 19 精障者的尋助方式統計量..... | 70 |
| 表 20 精障者採用非醫療尋助方法的統計量..... | 72 |
| 表 21 精障者尋助方式之 Pearson 相關分析..... | 73 |
| 表 22 服務使用型態的統計量..... | 74 |
| 表 23-1 機構屬性與影響因素之差異性分析..... | 75 |
| 表 23-2 個人背景因素之「性別」與影響因素之差異性分析..... | 75 |

| | |
|--------------------------------------------|-----|
| 表 23-3 個人背景因素之「教育程度」與影響因素之差異性分析..... | 76 |
| 表 23-4 個人背景因素之「婚姻狀況」與影響因素之差異性分析..... | 76 |
| 表 23-5 個人背景因素之「就業狀況」與影響因素之差異性分析..... | 77 |
| 表 23-6 個人背景因素之「疾病診斷」與影響因素之差異性分析..... | 77 |
| 表 23-7 個人背景因素之「障礙程度」與影響因素之差異性分析..... | 77 |
| 表 24 年齡與服務使用影響因素之 Pearson 相關分析..... | 78 |
| 表 25 個人背景因素與使用服務歷程因素之差異性分析..... | 80 |
| 表 26 年齡變項與使用歷程因素之 Pearson 相關分析..... | 82 |
| 表 27 服務使用影響因素與使用歷程因素之 Pearson 相關分析..... | 85 |
| 表 28 自變項:個人背景、影響因素、使用歷程因素之顯著性摘要表..... | 86 |
| 表 29 個人背景因素與服務使用型態之差異性分析..... | 87 |
| 表 30 個人背景因素之「年齡」與服務使用型態之 Pearson 相關分析..... | 88 |
| 表 31 服務使用影響因素與服務使用型態之 Pearson 相關分析..... | 89 |
| 表 32 服務使用歷程因素與服務使用型態之 Pearson 相關分析..... | 91 |
| 表 33 區域變項與各變項之差異性分析..... | 93 |
| 表 34 自變項與依變項間具顯著性之摘要表..... | 94 |
| 表 35 依變項重新編碼說名表..... | 95 |
| 表 36 服務使用型態的迴歸分析摘要表..... | 98 |
| 表 37 研究母群機構列表..... | 123 |
| 表 38 訪談對象一覽表..... | 124 |
| 表 39 受訪者使用服務項目的作答..... | 125 |
| 表 38 受訪者使用服務型態的作答..... | 126 |
| 表 39 服務使用型態的迴歸分析摘要表..... | 130 |

第一章 緒論

第一節 研究緣起與問題背景

在 1980 年代以前，對精神障礙者（以下簡稱精障者）的處置，通常先以醫療診治為始，再輔以機構收容。這套自日治時代就採用的介入模式¹，包含了「疾病治療」與「隔離式生活照顧」等兩項內容（彭英傑、陳端容，2004）。前者以疾病治療為目標，後者則提供長期收容與養護為主（萬育維，1997），而以重建精障者自立、回歸社區生活為目標的服務，則未曾被提出與施行。此一傳統精障者服務模式自 1985 年後開始改變，在當時衛生署主導下推動了長達 15 年的「醫療保健計畫籌建醫療網計畫」；政策目標為「發展積極的治療、復健，減少消極的收容、養護」，為此，衛生署將台灣地區劃分七個區域，各區選擇一所公立醫療院所作為區域核心醫院，連結區域內的各項服務資源，由「區域性精神醫療網」推動該區精神疾病防治與社區復健工作，而「精神病患社區復健試辦計畫」是其中重要措施之一（彭英傑等，2004）。

1989 年，衛生署開始執行「精神病患社區復健試辦計畫」，起初兩年以公立醫院或教學醫院為主，至 1991 年之後則擴大補助對象，凡經「台灣地區精神醫療院所（科）評鑑」合格之醫療院所均可提出申請。最早由臺北市立療養院²、高雄市立凱旋醫院及省立桃園醫院³等積極運用產業治療（Industrial Therapy）模式，設立院內復健工作場，目的在於改善住院病人的復健功能、工作行為及人際適應問題，並配合相關的復健措施，協助病人達成「再社會化」、縮短住院期、盡可能回歸社會（McCredie, 1982；引自褚曾輝、陳珠璋，1987）。衛生署於 1993 年核定「精神疾病防治工作計畫」，1994 年訂定《精神復健機構設置管理及獎勵辦法》，作為專門規範與管理精神復健機構人員、環境與服務項目的依據。環顧 1990 年代期間，由政府主導及精神醫療院所對精障者的介入，逐步由「病理治療＋機構安置」轉變為「病理治療＋機構式職能治療與復健」，再轉變成「病理治療＋機構式職能治療與

¹ 日治殖民時期(1895-1945 年)，於 1922 年成立最早精神病院收容機構-仁濟院，以「民居式」病棟來收容病患，1929 年施乾先生設立愛愛寮，是「家庭式收容」的救濟院，以收容乞丐遊民為主，但當中也有許多精神病患；同年，日人中村讓設立養浩堂，為台灣私立精神專科醫院之創始，整體來說在 1934 年之前，收治精神病患以私人機構為主，至 1934 年日本才設立了台灣第一間公立精神醫院-總督府立養神院（沈獻程，2003）。

² 2005 年台北市轄下市立醫院整併，故更名為台北市立聯合醫院松德院區。

³ 2013 年改名為衛生福利部桃園醫院。

復健+社區復健」。此一發展顯示對精障者的對待，由既有的病理治療、單向度的傳統醫療照護模式，轉朝向個人的生活功能重建與職能復健為導向，在服務定位的轉變由聚焦在「病」人，轉變為納入了「人」的社會生活自立與適應。

除了前揭有關疾病治療及復健型態外，1990 年代以後，精障者在各種福利、醫療服務上亦有相當的進展，例如：1995 年「全民健康保險法」將精神病患納入醫療保險對象，1995 年「身心障礙者保護法」將慢性精神病患者納入請領身心障礙手冊者範圍(邱淑媿，2003)。顯示精障者不僅只是醫療層面的服務即可滿足其需求，尚需涵蓋社會福利的服務資源。而衛生署也於 1998 年與內政部制定出照顧體系劃分，即如表 1 所示(金林，2003)，照顧體系的權責與分工主要是依照精障者疾病穩定度與功能差異來做區分。

表 1 精神病患照顧體系權責劃分表

| 病患性質 | 服務類別 | 服務項目 | 服務機構 | 權責劃分 |
|-----------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|
| 1. 嚴重精神病症狀，需急性治療者 | 精神醫療 | 急診 急性住院治療 | 精神醫療機構 | 衛生醫療單位 |
| 2. 精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。 | | 慢性住院治療 日間住院治療 居家治療 | | |
| 3. 精神病症狀繼續出現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。 | | 長期住院治療 | | |
| 4. 精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治者。 | 精神醫療 社區復健 就業安置 | 日間住院治療 社區復健治療 社區追蹤管理 就業輔導 | 精神醫療機構 精神復健機構 衛生所 職業訓練及 就業服務機構 | 衛生醫療單位 勞政單位 |
| 5. 精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。 | 長期安置 居家服務 | 安養服務 養護服務 居家服務 | 社會福利機構 護理機構 | 社政單位(主辦) 衛生醫療單位 (協辦) |
| 6. 精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智能障礙者、無家可歸者。 | | 護理照顧服務 | | 衛生醫療單位 |

資料來源：金林(2003：56)。

備註：1.第五、第六類病患如需醫療服務，由醫療單位協助辦理。2.各類病患係依其病情變化，精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務機構共同提供服務。

至 1997 年《身心障礙者保護法》⁴再次修法，將身心障礙者從「福利給予」提昇為「權益保障」，從「單一事業主管機關」改為「各目的事業主管機關」辦理（蕭幸伶，2004），有關身心障礙者職業訓練、就業服務、定額進用及身心障礙者就業基金專戶等業務移交由各縣市勞工局管理。此一變革帶來的契機是讓醫療院所與民間社福單位紛紛嘗試申請經費作為延伸精障者的復健服務，開展了蓬勃的社區化支持性就業、庇護性就業、職前準備課程訓練、就業適應團體等服務。之後，隨著《身心障礙者權益保障法》的更修，各式社區新創方案，即「會所模式」⁵(club house)、個案管理、日間作業設施、生活重建、樂活小站、居住服務、自立生活方案、社區關懷訪視服務⁶等等紛紛被引入，台灣社會對精障者的多元服務模式於是確立。

上述多樣服務的建構是考量精神疾病造成人的社會功能、職業功能與生活功能等限制或退化，例如尋職、生活規劃、居住、疾病處理、人際互動等議題，透過一系列有規劃的服務，協助精障者的上述功能得以維持或發展，達成解決所遇到的困難。然而，這些服務類型的擴大趨勢，讓精障者的服務多元、權責單位分散，也可能造成日後尋求服務時的挑戰，即如何獲知這些多樣服務系統的窗口？如何接觸與使用服務？服務對於精神疾病的影響為何，以及橫跨不同的服務系統時應如何銜接與適應等。服務多元化後，這些不同服務所拼貼出來的整體圖像為何，能否回應需要者的全貌需求？或是成為難以定義的蒙太奇(Montage)⁷？如此圖像究竟是規劃者的想像，還是按照服務需求者的期待？

⁴ 舊法名稱為《殘障福利法》於 1980 年制定後，在 1990 年及 1995 年分別有 2 次修訂。1997 年法案名稱修訂為《身心障礙者保護法》，全文修訂為 75 條，將聯合國強調的「機會平等」、「公平參與」名詞放入該法的立法宗旨(周月清、朱貽莊，2011)。

⁵ 台灣最早由 2004 年伊甸基金會活泉之家、2005 年台北市康復之友協會-慈芳關懷中心推動。

⁶ 2006 年由衛生署補助縣市衛生局辦理『精神病(患)社區關懷照顧(訪視)服務』，由社區關懷訪視員提供深度訪視(每月均須家訪)服務，協助連結相關資源。

⁷ 蒙太奇(法語：Montage)是音譯的外來語，原為建築學術語，意為構成、裝配。其概念運用在藝術或電影等作為一種拼貼剪輯工具，例如將一連串分割鏡頭重新組織而賦予新的意義(程予誠，2011)。

第二節 研究問題與目的

由第一節初步整理政府規劃的精障者服務措施，發現在服務供給端呈現逐步擴張與多樣化，這些服務是否真能滿足精障者的需求與促成問題解決，甚至達到《精神衛生法》第 1 條所言：「保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」，讓精障者擁有自立自主生活的目標，著實令人好奇。

研究者會關注精障者議題，是工作長期與這一群對象的互動經驗，過往從支持性就業服務、就業準備與適應團體帶領、社區資源網絡建置、社區關懷訪視服務、精障者社區家園、精神復健機構等場域，看到不同服務系統或方案都有一套服務規則，即便助人單位投入了人力、時間、資源下去，到精障者真正獲得問題處理而生活得以改變，這個過程中有太多因素影響，若助人者僅從方案或單一系統的角度來審視服務需求者，可能是挫敗的，因為看待案主問題來源與策略本身都是受到侷限的。有時與其他單位工作者或是照顧者互動時，也發現似乎很容易被「疾病」框架，把服務使用的思維聚焦在預防疾病復發，而非著重於人的生活發展。這樣的經驗提醒著研究者自己如何看待問題與找方法是同等重要的。

研究者近六年在住宿型精神復健機構工作，會關注到服務使用的議題，緣起於接觸到一名年長精障者「泉伯」，他在將近 60 歲時才來到精神復健機構，原來過往長達二十多年是住在某一間養護機構，恰逢這間機構要關閉了，原機構與家屬討論後才轉過來，這開啟了他後續的社區精神復健之路。「泉伯」的行動能力正常，生理狀況也尚健朗，幾乎沒有明顯的精神症狀，倒是有重聽問題。讓研究者感到疑惑之處，是原服務機構是否想過他已無需要生理特別照護，行動與基本自我照顧能力也穩定，應該讓泉伯使用社區精神復健服務，而不是讓一位穩定慢性化的案主長久的使用著養護機構服務。是機構或家屬不清楚有這類資訊嗎？這二十多年正是台灣八〇年代至二千年間身心障礙服務大力推動時期，相關政策與福利服務、社福單位、服務方案紛紛推出，看似一片蓬勃樣貌。然而，服務規劃的可用性與實際可用性之間仍有落差，這個過程發生了什麼問題？帶著這樣的疑問，研究者希望探究精障者生病之後的尋助歷程，了解他們是如何接觸與使用服務，而這些積累的服務經驗又對個人的影響為何，此為本研究動機之一。

當研究者以「精神障礙者」、「服務模式」關鍵字在全國博碩士論文網站搜尋 2000 至 2015 年間曾發表論文，發現已有探討的主題大致歸類八大類：一是精障者就業

服務為主題；二是精神服務領域工作者為主題；三是精障者人權、法令等為主題；四是以精神服務單位或方案為主題；五是以各式輔助科技、服務策略、服務工具等為主題；六是以精障者相關家庭內容為主題；七是以精障者復健服務為主題；八是以精神疾病與病程為主題。這些主題反映出普遍受關注討論之精障者議題與現況使用的服務型態，雖然已有針對單一服務型態例如職業訓練、支持性就業、社區復健服務等研究成果並提出見解，有關精障者整體服務使用的討論付之闕如，難以了解精障者在患病過程中的使用服務樣貌，且尚未得知使用服務過程受到哪些影響因素及使用成果為何。研究者希望能釐清精障者接受服務的概況，特別是常態使用的健康服務，此為研究動機二。

精神疾病屬於後天致殘，發病年齡大約在 16 歲至 30 歲左右(劉曉玉、邱顛安、金林，2012)，這個時期為成人前期與高中職就學階段，生病後往往影響了學習適應與後續的就業能力，而疾病的反覆性(發作、復原)與慢性化特質也導致需長期使用醫療服務與相關福利服務。但不同特性的精障者在使用服務應有差異，若忽略了個別精障者特質或社會結構差異問題，而一致性的規劃服務，恐造成服務規劃端、服務需求端、實際使用端間產生更大的鴻溝。本研究希望結合探討精障者的人口特質與服務使用內容的主題，來釐清不同特質精障者在使用服務的特性，如此有助於確認使用阻礙原因及有利於助人者規劃整體服務的前置參考，此為研究動機三。

依據前述的研究背景與研究動機等說明，本研究提出三點研究問題：一是精障者是如何尋求協助的過程(Help-seeking)? 哪些因素會影響到精神障礙者使用服務? 精神障礙者在患病過程使用服務的型態為何。研究目的是獲知精神障礙者使用服務的樣貌，並瞭解有哪些阻礙或促成順利使用服務的影響因素。期待研究結果能夠引發後續更多人對精障者服務歷程的關注，在實務與精神衛生服務政策有所助益：一是對學術層面：透過服務型態研究，研究成果能做為與既有相關文獻對話，作為驗證支持或不足論述，能引發後續可能的研究議題。第二，對政策層面：研究探討影響精障者使用服務的歷程與相關因素，並嘗試找出其服務使用型態。其結果將有助於檢視政策規劃與實際服務運用後之差異，做為探討後續服務規劃內容如何調整以利精障者服務的運作。第三，對實務層面：提供實務工作者整體長期的角度來看待精障者的服務，提供單位正視影響精障者運用服務的影響因素，關注到排除服務規劃與輸送過程的阻礙問題。

第二章 文獻探討

本章安排說明如下：在第一節先就整體精神疾病特性與病程發展內容進行討論，作為釐清不同患病時期的需求及相對應服務內容。於第二節起探討精障者的服務使用行為，本研究採用 Anedersen(1995)的「健康服務使用模式」(Behavior Model of Health Service Utilization)架構，作為探討服務行為與相關影響因素內涵，同時，本節也界定研究調查的「服務」項目與範圍。接續於第三節探討精障者的服務使用歷程中有哪些應關注的服務訊息，來具體化服務歷程的內容。並在第三節彙整上述文獻回顧重點，建立本研究的自變項與依變項，作為第三章研究設計之基礎。

第一節 精神疾病與患病過程的服務需求

本節探討精神疾病的界定方式及診斷指標，並以兩大主要精神病：思覺失調症、情感性疾患為例，探討疾病的特性及病程的發展，進一步整理出發病初期、復原期及復發期階段，精障者及其家庭面臨的相關需求。

壹、疾病特性與病程

台灣的精神醫療始自 1916 年日本中村讓醫師來台教授精神醫學與設立精神科病房，在二次戰後，日籍醫師與教師返日後，頓現台灣精神醫療人力之匱乏。在聯合國與 China-20 計畫下，政府陸續派人至美國與英國進修現代化的生物治療與社會心理治療等，帶動起台灣的現代化精神醫學服務模式（宋維村，2012）。這一套服務模式對於精神疾病的診斷與治療，主要是依據 1952 年美國發展出的《精神疾病診斷及統計手冊》(Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, 簡稱 DSM)，藉由一套診斷準則(criteria)提供精神科醫師診斷疾病的客觀依據，對人的認知、情緒、行為異常等進行疾病歸類以得知是否為精神疾病（楊延光，2007）。

在最新第五版精神疾病診斷與統計手冊(DSM-V)對於「精神疾病」提出了更完整的定義（引自楊添圍，2016：69）：

1. 是一種症候群(syndrome)⁸，對於個人認知、情緒調節或是行為，產生具有臨床重要性的困擾(disturbance)。

⁸ 指從常態到偏差的具體表現例如發燒、氣喘、背痛、憂鬱等，醫師即根據症狀進行疾病診斷（張如杏、楊添圍、張玲如，2016：6）。

2. 反映出心智功能背後的心理、生物學或是發展過程的功能失調。
3. 通常伴隨著明顯的困擾(distress)，或是社會、職業、重要活動領域的失能或障礙(disability)。
4. 不應只是對於常見壓力事件或失落（如失去所愛之人）的可預見反應，或是對於特殊事件在文化上可容許的反應。
5. 來自個人或社會間的社會偏差行為（例如政治、宗教或性議題）或社會衝突並非精神疾病，除非此行為或衝突來自其功能失調(impairment of functioning)。

由這幾點定義顯而易見精神疾病與其他疾病的差異，患病者的相關功能逐步受到影響而有退化的趨勢，且反映在許多生活角色的適應不良。在醫學研究上證實精神異常是一種腦部疾病（楊延光，2007），此外，家庭與社會環境因素也會交互影響著疾病的復發。在藥物治療下有助於病情的穩定，輔助復健服務能夠維持或強化因疾病造成的失能或障礙行為，而病後也需要接受「與病共存」的狀態，重新調適原有的角色及生活運作方式，例如學習者、就業者、婚姻經營、家庭成員角色等等。

臨床上，一般將因酒精或物質⁹引起的精神疾病去除後，把精神疾病大致分成兩類：一是精神病(psychosis)或稱嚴重精神疾病，泛指器質性精神病、思覺失調症、情感性精神病、妄想症、其他非器質性精神病以及神經發展性疾患¹⁰。二是精神官能症(neurosis)，包括了憂鬱症、焦慮症、畏懼症、重鬱症及各種身心壓力問題，重鬱症若有精神病症狀或是自傷、自殺傾向，則常被歸類於精神病。此分類正呼應了《精神衛生法》第3條「精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其生活適應之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。」

上述說明了精神疾病對於一個人的認知、思考、知覺或行為等諸多層面影響。此外，也能從「病程」(course)的角度來看整體精神疾病發展樣貌，這可以幫助我們了解疾病的特定發展與變化過程，其資訊是從許多罹患同一種疾病的人群身上所觀察與統計所得結果。本研究以兩大主要精神病：思覺失調症(schizophrenia)、雙極性

⁹ DSM-IV-TR 稱「物質」而不稱「藥」，指涉的範圍較寬廣。包括物質依賴、濫用及相關問題。

¹⁰ DSM-IV 中，名稱為源自嬰兒期、兒童期或青春期的疾患。

情感疾患(bipolar disorder)的病程發展來說明：

(一) 思覺失調症

舊名為精神分裂症，於 2014 年由衛生福利部公告更名。幾位學者提出對此疾病的看法：

1. 以功能影響為界定依據：

包括有功能退化期、平原期、跌深反彈期（見圖 2.1）（陳志根，2003）。指出患病者功能變化的狀態，在患病初期因病況尚不穩定，每每發作下易造成功能的退步；在生病後較長久後若有穩定醫療與復健，功能至少維持平穩；隨著年歲增長，若病況穩定及相關社會經驗累積，個人功能可能再稍微回升。

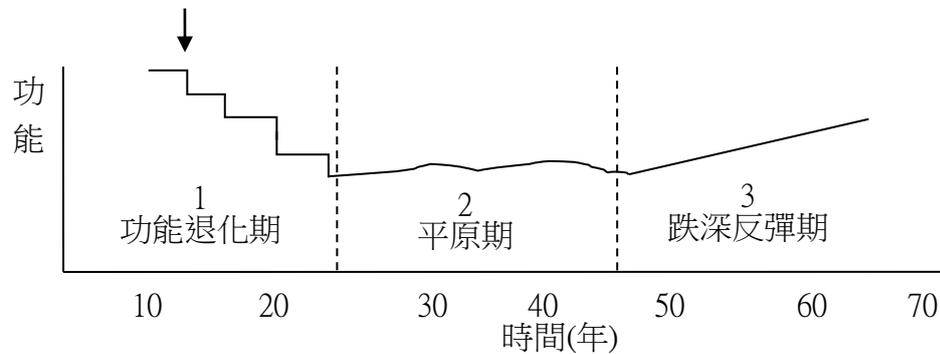


圖 1 思覺失調症者功能變化圖
資料來源：陳志根（2003：79）

2. 從病情經過的發展為界定依據：

病前驅階段(prodromal phase)¹¹、發病階段(active phase)、殘餘階段(residual phase)（楊延光，2007）。指出在疾病尚未確診前，已逐步開始一連串的生活適應困難；其次，當進展到疾病混亂並有明顯精神症狀如幻聽、妄想時即為發病階段；而經歷過穩定治療下，症狀干擾程度趨於減緩與減少，呈現以情感表露少或淡漠等為主。

3. 結合復發頻率與症狀類型為界定依據：

將疾病分為連續性、陣發性、單次發作狀況，伴隨症狀包含有負性症狀、殘

¹¹未發病前逐漸有生活適應問題，可能表現在學業學習、人際互動、日常生活能力、或個性表現等，因改變緩慢而常不自知，愈緩慢且愈長期發生者可能越缺乏正式就醫的行動，導致未來預後較差。

餘症狀及是否完全緩解，共有六種伴隨症狀（見表 2）（張信介，2015；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。

表 2 思覺失調症復發頻率與相伴隨症狀

| 症狀狀態 | 症狀性質 |
|------|---------------------------------------------------|
| 連續性的 | 有伴隨顯著的負性症狀、或無伴隨顯著的負性症狀 |
| 陣發性的 | 伴隨不同發作間的殘餘症狀、或無伴隨不同發作間的殘餘症狀 |
| 單次發作 | 之後處於完全緩解(full remission)、或部分緩解(partial remission) |

資料來源：整理自張信介（2015）、張如杏、楊添圍、張玲如（2016：83）

綜合這三位學者對思覺失調症病程的看法，精障者在患病後的各項功能逐漸有退化趨勢，而症狀起伏是為常態，若能減少發病機率或避免症狀起伏過大有助於維持個人功能的平穩，預防復發與強化精神復健及生活層面的支持尤為重要。

(二) 雙極性情感性疾患

即一般常稱之為躁鬱症(mania depressive disorder)。有別於思覺失調症，在尚未發病時，其社會功能等未必受到明顯影響，易造成部分精障者與家屬的忽略未察，但可明顯觀察到周期性的循環特性。病程發展中可能有四種的情緒發作：躁期、重鬱期、輕躁期、混合期（張如杏、楊添圍、張玲如，2016：85），每個階段持續的期程不一，至少均超過一週以上且明顯造成了生活事務的干擾；換言之，「病程變化」通常反映出個人當時面臨了生活危機事件的指標，這即與躁症或鬱症發作有關（陳俊欽，2003）。但在輕躁期間，一般對精障者來說認為是造成生活運作最小的困擾，此時情緒稍有高昂，自我感受良好，也更有動力應對事務。

由思覺失調症與情感性精神病這兩種病程討論，指出精神疾病的變化歷程與起伏循環特性，而初次發病後的 5-10 年是疾病對功能影響最大的關鍵時期（陳志根，2003），多次反覆發作導致了功能的逐漸退化。在這個漫長的生病過程，精障者與家庭往往都會隨著病情變化而需要接觸使用不同的服務。本研究為利於後續討論有關患病歷程的服務使用概況，先界定精神疾病的病程（見圖 2），也就是說在個人生病的長期發展，除了發病初期，後續則是復原時期與發病時期，這兩種狀態如前所述是可能反覆出現的。

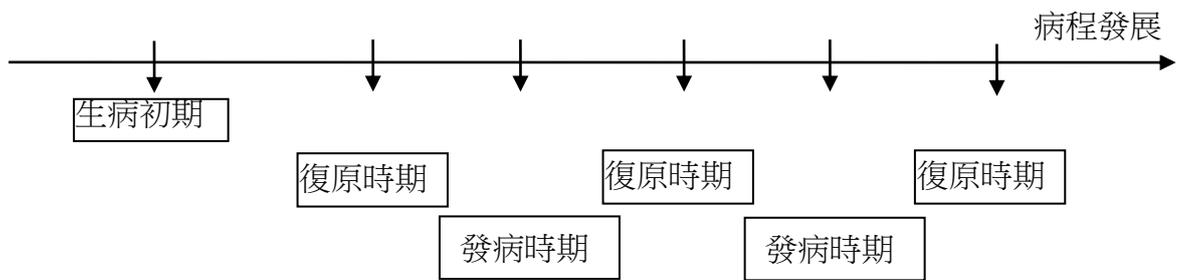


圖 2 精神疾病病程發展
資料來源：研究者繪製

1. 生病初期：指精神症狀出現時，對個人生活或家庭、學習、就業等有明顯干擾，已開始尋求精神醫療，並獲得明確精神診斷。
2. 復原時期(即殘餘階段)：指生病後經過治療與使用相關服務，讓病情較為穩定，目前並未在精神科住院狀態中。
3. 發病時期（包含復發與再發）：指當時精神症狀較密集再次出現，明顯對個人生活或家庭造成影響，需透過精神科門診醫療、急性住院或急診方式處理。

本段討論疾病發展的整體樣貌，然而在不同的個體及環境條件下，患病者的健康狀況及生活發展可能有著迥異的結果，在了解精障者時仍需回到所處情境脈絡與病況情形。

貳、精障者及家庭患病時期的需求

在醫學上，預後(Prognosis)常用來說明預測疾病可能的病程與後續結果，在精神疾病中則說明了是否會再復發、惡化、併發症、致殘情形等，這牽涉到疾病的嚴重程度、發病前社會功能、是否接受復健服務、生活支持系統足夠與否等影響。根據統計顯示，精神病人發病 5—10 年後，約有 10—20 % 病人的預後良好，但有超過 50 % 的病人預後不佳，病程也呈現慢性化(藍祚鴻，2007)，這指出了早期治療、預防復發的重要性，也讓人思考患病過程面臨了哪些困境引發疾病不穩定。以下即依研究者界定的三個疾病階段：生病初期、復發期、復原期來探討精障者該時期的相關需求。

一、生病初期

初發病時，個人的生活、課業或工作等方面常已有一段時間呈現異常，且伴隨重大事件導致症狀發作，如在學期間遭同學欺侮、在職場上工作負荷量過重無法承受等，這稱為前驅症狀期(*prodromal phase*)發生。這個時期，尚未有醫療介入與未確定診斷，行為異常或挫敗經驗往往被歸因是個人所致，也可能找不出根源與解決策略，反而造成個人與家庭或其他人際關係的緊張衝突。在香港針對初次發病精障者的調查，探討他們為何無法即時獲得服務(*duration of untreated psychosis, DUP*)，歸納幾項影響因素，包括了較差的病識感、較年輕時生病、住院治療以及漸進發作模式(Hui, Lau, Leung, Chang, Tang, Wong & Chen, 2015)，漸進式發作，指生病初時沒有明顯症狀干擾及一段時間後又再度出現症狀行為，容易讓人忽略尋求協助的重要性。另一項針對初次診斷為精神病患的研究，發現三分之二的受訪者未使用過精神健康服務，有 50%的人是在急診中被確認精神診斷(Anderson, Fuhrer, Wynant, Abrahamowicz, Buckeridge & Malla, 2013)。這些已有精神症狀影響的患者，可能是先採用了其他服務，在輾轉了不同服務路徑後才進入精神醫療系統。這反映出精神健康服務資訊的普及性並未落實，對潛在的服務使用者來說可能因資訊不完整而傾向倚賴既有尋助經驗，或經由相關醫療體系進行轉介至精神科治療，整個歷程越久也代表延遲正確處遇時間越長。

此時期精障者可能的需求包含有疾病指導、藥物作用、症狀處理及相關福利申領協助(熊德筠、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐，2010)，主要是滿足初發病者及家庭的即時性、具體操作策略以及相關生活應用資訊的需求，例如藥物認識、症狀辨識等。然而生病初期往往聚焦於疾病治療，卻易忽略另一個重要的議題，即精障者展開了一連串的失落經驗，得接受病人的角色，被貼上標籤，失去某些權利，增加某些義務等(陳俊欽，2003)，更需要獲得自我角色調適及生活安排的協助。因此，若有日間活動安排、社會關係、獲得與自身狀態及接受處遇等相關資訊(Wiersma, Nienhuis, Giel & Slooff, 1997)，這些服務提供較能夠幫助精障者的自我掌控感與提升自我價值。

生病初期，精障者與家庭正遭逢一個嶄新又影響全面生活的衝擊(疾病)，對於服務系統的接觸經驗是有限的，不了解究竟有哪些服務、服務使用的規則為何、服務過程對病況及個人或家庭可能帶來哪些影響等，這些未知感可能讓尋求服務的

精障者或家庭，在接觸使用服務時逕以較易尋助的管道、最迫切的需求滿足，而可能忽略了整體處境問題及缺乏對完整服務系統的認識。因此，面對初期生病的精障者與家庭，應強化其與環境間互動的調適能力，如 Sin, Moone & Wellman (2005) 指出了應提供瞭解如何取得精神健康服務系統，協助有需求者能保持與服務系統間的聯繫以獲得持續性的協助。若有類似個案管理的服務方式：評估需求、發展照護計畫、安排適當的照顧、檢核所提供服務的品質，並且保持與個人的聯繫等(Adamou, 2005)，藉由整合式的服務規劃與輸送，能讓精障者及家庭對可能使用到的服務資源有完整樣貌的認識，當越早與服務系統接觸，也更有機會盡早發展出因應病況及生活適應所需的相關能力。

二、復原時期

當個人的急性精神症狀已獲得控制，病況朝向慢性化發展的精障者及家庭不再強烈地聚焦於疾病議題，需要的是就醫安置、財務與就業協助、緊急狀況時的危機處理（熊德筠等人，2010）。也就是說復原時期的需求回到人普遍的各發展階段需求(見圖 3)，再結合個人發病的時間點如青少年時期或成人期等，則個人復原時期的需求大不相同，學齡期精障者可能面臨的是課業與同儕需求、成人期精障者障者面臨的可能是獲得工作與經濟來源、有自我生活安排、異性交往與婚姻，高齡精神障礙者可能面臨的是年邁後長期照顧需求、生理慢性病照護需求、更多的社區支持與經濟安全等。

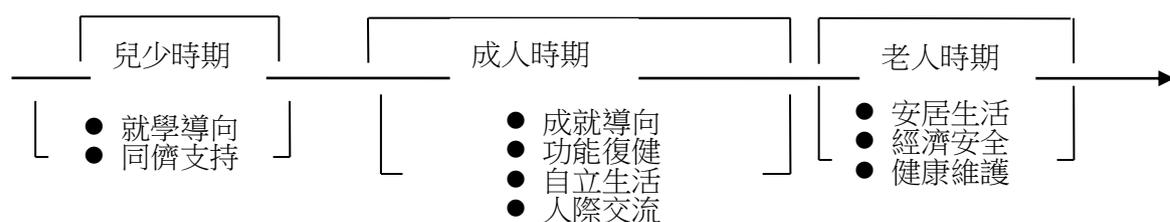


圖 3 人的發展階段需求

資料來源：研究者繪製

處於復原時期的精障者往往被建議使用精神復健服務，意指透過某些特定服務來處理因疾病造成的功能退化，期能提升或是維持功能程度，以回復常態生活為目標。有兩項對社區生活的精障者研究（施雅雯、王瓊瑤、楊子慧、謝佳容，2009；

曾淑欣，2011)，這群正在使用住宿型精神復健服務及會所模式服務，他們面臨適應及獨立生活的需求包括以下三個層面：1.個人層面：指個人的疾病控制、自我照顧能力增加、自我滿足與自主行動等。2.家庭層面：指家庭面對危機的因應技巧、照顧者或精障者的長期照顧需求、親情關係的維持等。3.社會層面：指精障者能從環境中獲得產能或收入來源、有較佳的人際技巧與支持網絡、能與社區有所交流、成為社會的一員等。從個體至社會面的諸多需求，反映出精障者須要面對所處情境的互動交流，這正呼應著社會工作長期以來看待案主的觀點，即「人在情境中」¹²（Person-in-Situation）思維，納入案主、環境及交互狀態作為評估和提供處遇等一連串服務的考量。

換言之，精障者的復原需求並不是以疾病本身為核心指標，而是回到人如何跟自己生活空間的人事物進行交流，例如精障者與自身疾病的共處，學習因應症狀的干擾、家庭如何支持精障者的發病或中斷工作、精障者與家人和社區鄰里相處、社會大眾眼光所形成的氛圍、如何從居住環境找到有助益的相關資源等等。由此來思考復原(recovery)的意義時，不只是促進精障者的調適能力，而是朝向與環境的互動與互惠，這也是此時期的重要需求滿足。

三、發病時期

發病(onset)包含了精神症狀的再發或復發狀態，發病狀況通常不只有一兩次，若能瞭解當次發病的軌跡，有助於精障者及家屬辨識哪些原因導致病況的惡化，有哪些處理做法，擺脫「又再發病」的無力感受，這正是早期偵測(early detection)的效果。工作者越能提供相關服務，越有助於縮短精障者從症狀復發到獲得有效處遇的時間(Srihari, Tek, Pollard, Zimmet, Keat, Cahill,... Woods, 2014)，例如教導辨識症狀復發的狀態、提前預約門診與醫師討論、學習與精障者溝通討論的技巧、協助其他生活角色的處理（如職場或學校活動的調整）、家人間對疾病復發的接納一致態度等等。

什麼原因導致精障者再度「發病」，從疾病的起因來思考，包含遺傳、生活中的

¹²此概念最早由 Richmond(1922)提出，成為一種實務觀點。陸續由相關學者 Freud、Hamiltom、Hollis 等擴充內涵，復以社會政經環境的持續變化及各種社會工作理論的發展，都促使了「情境」定義更加豐富且朝向更大環境的交流(Cornell, 2006)，此也指引著助人者朝向維護案主朝向更公平正義的方向發展。

壓力源、生物因素、社會環境等均是重要因素（楊延光，2007），即便個人規律的就醫用藥，仍可能因外來或不可控制因素致疾病復發。既然復發仍有可能，此時期的需求為何？若能讓精障者較有自知及維護尊嚴，而非動用強制就醫方式到院治療是重要的，減少因發病致重複的挫敗感受，有較緩和的醫病關係與家屬關係。在 Andersen(1995)提出的「健康服務使用模式」，便指出個人過去的服務使用經驗是影響後續使用服務的因素之一，倘若獲得較正向的醫療服務經驗，可能有助於後續較能持續性的服務使用行動。其次，某些精障者決定不再使用精神健康服務，原因之一是害怕接受精神疾病診斷後的被烙印化(Slade & Longden, 2015)，這些負向的觀感，可能是失功能、被視為不定時炸彈、成為終生的病人角色等，反映出精神醫療服務的使用結果對個人或家庭的重大意義。倘若在生病初期或是前期就醫過程中，服務系統能關注到個人角色轉變的適應問題，將有助於降低精障者在使用服務過程的流失。因此，在精神疾病發作→精神醫療需求→使用醫療服務，看似線性的發展歷程，仍有未被發掘的問題而造成需求與服務提供間的落差。

本節探討精神病的病程發展進而釐清精障者及家庭的相關需求，從病程的起伏及反覆特性也點出了復原(recovery)並非是線性(Slade et al., 2015)，有多樣原因影響著個人是否有較佳的復原或再陷入發病風險。其次，從個體的生病狀態延伸到個別化的生活經驗甚至是人生發展階段時，這些需求是多面向甚至是有質變的。實務上發現部分精障者對於服務資源的接觸是陌生的，不清楚如何接觸到服務窗口；有的人使用服務後，中斷或更換了服務，也有些精障者與服務系統的互動關係是疏離或衝突等現象，值得探究服務供給過程出現了哪些問題。後續將在第二節討論服務影響因素，試著釐清使用者與服務資源間的互動樣貌。

第二節 精神障礙者的服務與使用影響因素

本小節討論精障者服務使用的三個面向：精神健康服務(mental health services)、一般健康照護(health care)或生理健康照顧(physical health care)、非健康類的相關服務。以下分別回顧精障者服務使用的相關研究及台灣現況精障者服務政策及具體的服務實施內容。

壹、精神障礙者的服務使用類型

一、精神障礙者服務類型

「服務」的提供，來自於需求的滿足。回顧首節討論各病程發展階段需求有所差異，再結合了個人生命發展歷程與所處家庭狀態，則服務更呈現多樣性。根據前述討論，精障者使用精神健康服務，目的是尋求疾病治療與功能復健。精神健康服務(mental health services)若依照服務使用(care use)來源可區分為四種（表 3）：1. 基層健康照護(Primary care)、2.精神健康照護門診(Ambulatory mental health care)、3.居住式精神照護(Residential mental care)、4.非正式照護(Informal care) (Biji & Ravelli, 2000)。此分類特性涵蓋了自地方性的醫療照護到精神專科院所服務、從門診到住院型態，服務提供者從自然支持者到專業工作者等等，顯示精神健康照護多元層次的服務資源。

表 3 精神健康照護使用

| 類型 | 內含項目 |
|------------|---------------------------------------------------------|
| 1.基層健康照護 | 包含家庭醫師、公司醫師、急診、基層社工、家庭護士等。 |
| 2.精神健康照護門診 | 例如社區心理衛生中心、精神專科或一般綜合醫院門診、酒藥癮諮商中心、個人執業醫師、心理師、心理治療師、日間留院。 |
| 3.居住式精神照護 | 如精神科醫院、藥癮住院門診、綜合醫院住院病房、庇護所等。 |
| 4.非正式照護 | 例如替代照護提供者、傳統治療、自助團體、專線、牧師、帶領做禮拜的導師(imam)、物理治療師。 |

資料來源：整理自 Biji et al. (2000：603)

除了整體精神健康服務體系之研究，也有聚焦在特定精神醫療的服務項目，包括對精障者急性病房自動出院的預測（郭建成等，2005）與影響因素（王仁邦、高鳳美、紹文娟、吳聖良、陳快樂，2006）、精障者的出院準備服務（蕭淑貞、李依

玲、康云瑄、楊秋月、張凱雁、黎于萍、楊聰財，2009)、居家治療與再住院之關聯(黃仁弘、黃立中、張玉坤、張國榮、戴月明，2013)、精障者的急診服務使用(Chang, Weiss, Orav & Rauch, 2014)、家庭團體處遇方案對病情及服務使用的影響(Dyck, Hendryx, Short, Voss & McFarlane, 2002)、初次發病精神病患的早期介入方案(Hensel, Banavan, Cheng, Langley & Dewa, 2016)等等。這些研究反映出在精神健康服務體系的大架構下，每個環節的服務供給仍有待釐清之處，深入探究將有助於精障者獲致更適切的協助。

除了常態使用的精神健康服務，一般健康照護(health care)對障礙者而言是相當重要的服務，因為障礙者尚須面對生理自然或人為因素而衍生的「續發損傷」(secondary impairment)(林昭吟，2012)，而有身體健康照顧的需求。以精障者來說，源於精神疾病特性如負性症狀導致缺乏活動力與興趣，以及用藥副作用影響如暈眩等，常導致合併有慢性疾病，像是糖尿病、高血壓、高血脂或是碰撞擦傷等狀況，需要一般科別像是內科、外科、神經內科、心臟科、肝膽腸胃科等治療。當使用這些常態的健康照護(physical health care)時，可能遭遇到的阻礙像是花費過高、服務地點過遠、缺乏後續追蹤、過長的服務等待時間(Chadwick, Street, McAndrew & Deacon, 2012)。而精障者面對不同健康照護科別的用藥、副作用處理、告知醫師、安排就診行程等等，這些可能造成精障者使用服務遭遇困難而決定擱置。

非健康類型的服務指的是非生理、心理健康相關的服務，這些是精障者在社區生活適應的重要支持。根據 Carr, Johnston, Lewin, Rajkumar, Carter & Issakidis (2003)的研究，他們將精障者的相關服務項目擴充為兩大類：(一) 健康服務：1.精神科服務：住院、門診、急診、復健服務。2.非精神科服務：住院、門診、急診、一般診所(general practitioner)等。(二) 政府及社區(非健康相關)組織¹³。這也呈現對精障者全人的服務使用思維，不能只關注於疾病治療的服務，而是回到人在社區生活適應的多樣需求來了解就業、居住、自助支持團體、信仰等服務使用情況；其次，個人健康的穩定度可能與擁有資源多寡有所影響，故蒐集使用非健康類的服務資料，亦有助於對精障者服務使用的理解。

¹³內容包括如下：社會安全局(Department of Social Security)、教堂、聯邦職業服務處(Commonwealth Employment Service)、其他社區組織(例如紅十字會)、住屋服務(State housing)、精神健康自助組織(mental health self-help organization)、法令協助(State legal aid)、社區諮商(Community counseling)、當地諮詢處(Local council)、社區服務(State community service)、倫理服務(Ethical services)、家事法庭諮詢(Family court counselors)、退伍軍人部(Department of Veterans Affairs)。

綜合上述討論，服務使用內容概分為三大類型，一是精神醫療相關服務，二是一般健康照護服務，三是非健康相關的社區生活支持服務。進一步可再釐清的是各類型有哪些常使用科別或服務項目以及服務使用過程，如此應有助於掌握精障者的服務使用樣貌。

二、台灣的精神障礙者服務現況

檢視台灣的精障者服務，主要法源依據為《精神衛生法》，在法規第 8 條揭示了政府規劃服務焦點落在就醫、就學、就養與就業四大領域，而第 6 條、第 9 至 12 條各說明了衛政、勞政、教育、社政體系等職責（立法院，2007）。循此，依四個主要體系的架構，整理服務內涵如下說明（桃園市政府社會局，2017；桃園市政府衛生局，2017；桃園市政府勞動局，2017；張如杏、楊添圍、張玲如，2016；衛生福利部中央健康保險署，2019）：

（一）就醫領域討論

服務目標為精神疾病治療與減少精神症狀對生活及參與各項事務功能的影響。相關法源依據如《精神病人居家治療標準》、《精神復健機構設置及管理辦法》、《精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法》、《精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法》等。有關就醫服務的項目，涵蓋由醫療院所的疾病治療至社區式或到宅式的相關服務，包括有精神科門診、住院治療（如急性病房、慢性病房、復健病房）、精神復健服務（如日間留院、社區復健中心、康復之家等）、社區追蹤服務（如居家治療、衛生所公衛護士追蹤、社區關懷訪視服務）、社區心理衛生服務（心理治療所或心理諮商服務等）。

（二）就學領域

服務目標為促進精障者在各類學習的權益，能獲得環境的友善支持，並促進社會大眾的心理衛生教育，此為精神衛生法第 10 條及第 11 條所示。相關法源依據包括有《特殊教育法》、《各教育階段身心障礙學生轉銜輔導及服務辦法》、《特殊教育學生調整入學年齡及修業年限實施辦法》、《身心障礙學生考試服務辦法》、《家庭教育法》、《高級中等以下學校特殊教育班班級及專責單位設置與人員進用辦法》、《身心障礙學生支持服務辦法》等等。這些教育相關服務涵蓋了 12 年就學安置（鑑定及輔導委員會）、特殊教育學校、空中大學等，其次是費用相關補助，如就學費

用減免、特殊教育學生獎勵補助、非正式教育課程補助、輔具或相關支持服務的經費補助¹⁴等等。

(三) 就業領域

服務目標為促進職場心理衛生，提昇精障者職業能力與增進就業機會，此為精神衛生法第 9 條所示。相關法源可見身心障礙者相關就業法規，包括了《身心障礙者庇護工場設立管理及補助準則》、《身心障礙者個人照顧服務辦法》、《身心障礙者職業輔導評量實施方式及補助準則》、《身心障礙者職業訓練機構設立管理及補助準則》、《就業保險法》、《身心障礙者職務再設計實施方式及補助準則》、《身心障礙者創業輔導服務實施方式及補助準則》、《身心障礙者購買或承租商店攤販低利貸款或租金補貼辦法》、《優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務辦法》等。落實於就業服務規劃內容，包括有身心障礙者職業訓練、支持性就業服務、庇護工場、職前準備課程或就業適應團體、群組式安置就業、社區日間作業設施¹⁵等。此外，現金給付方面有職訓期間生活津貼、失業給付、提早就業獎助津貼等。

(四) 就養領域

服務目標為整合慢性精神病人之社會救助及福利服務相關措施，此為精神衛生法第 12 條所示。相關法源也可於身心障礙者相關福利服務，包括有《身心障礙學生及身心障礙人士子女就學費用減免辦法》、《身心障礙者輔具費用補助辦法》、《身心障礙者搭乘國內大眾運輸工具優待實施辦法》、《身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法》、《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》、《身心障礙者房屋租金及購屋貸款利息補貼辦法》、《身心障礙者生活補助費發給辦法》、《身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法》。

具體服務措施包括有健保免自行負擔費用¹⁶、身障者生活補助、生活輔助器具補助、弱勢家戶微型保險、急難救助、低收入或中低收入戶補助、住屋相關補助（租

¹⁴ 教育部依據「身心障礙學生支持服務辦法」第 7 條補助公私立大專校院提供身心障礙學生相關支持服務之經費（立法院，102）。

¹⁵ 即「小型作業所」。指身心障礙者經職業輔導評量不符合進入庇護工場條件者，並經「社區日間作業設施服務基本能力檢核表」評估，達生活能力及作業能力一定程度者即符合申請條件（桃園市政府社會局，2017）。

¹⁶ 重大傷病範圍中的「慢性精神病」包含以下：失智症(具器質性病態)、生理狀況所致之譫妄、其他生理狀況所致之其他精神疾患、思覺失調症、情感性疾患、妄想性疾患、廣泛性發展疾患。若持健保署核發的重大傷病卡，就醫該科別時免自行負擔費用（衛生福利部中央健保署，2019）。

屋、修繕及利息補貼)、乘車補助(敬老愛心卡)、專用停車位識別證等。而整體長期照顧的單位分別由醫療服務、社會福利體系與榮民體系照護機構提供。

精障者有 87.6%是住在非機構式的住所(衛生福利部統計處, 2016a), 即與家人同住或獨自社區生活, 所使用服務應能強化家庭運作或自立生活為思考點。若從《身心障礙者權益保障法》第五章的支持服務專章, 揭示了個人及家庭支持的重要作為來促進生活品質及關注環境多層面來保障個人的社會參與。而每五年進行一次身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告, 有關「福利服務措施」服務項目界定較具體完整, 摘要如下(衛生福利部統計處, 2016a):

1. 對象別:

- (1) 個人照顧服務: 例如有居家照顧、生活重建、心理重建、社區居住、日間及住宿式照顧等等。
- (2) 家庭支持服務: 例如臨時及短期照顧、照顧者支持/訓練及研習、家庭托顧、婚姻與生育輔導等等。

2. 服務型態:

- (1) 各項經濟補助或減免: 身障者或子女就學費用補助、公私立幼稚園學雜費補助、創業貸款補助、所得稅身心障礙特別扣除額、國民年金身心障礙者基礎保證年金等等。
- (2) 其他各項福利服務: 定向行動訓練服務、手語翻譯服務、人身安全保護、搭乘公民營公共交通工具或進入收費之風景區/康樂場所或文教設施優待、核發身心障礙者專用停車位識別證或專用車牌、復康巴士等等。

提供精障者相關服務的單位以醫療院所及社福團體為主, 前者針對精神疾病治療與復健為目標, 後者以促進個人及家庭的社區適應相關服務為主。在多數縣市均有成立康復之友協會或同性質的協會¹⁷, 也有跨障別服務的單位如伊甸社會福利基金會及長期扮演倡導與政策監督的康復之友聯盟組織。綜合相關單位提供的服務, 包含了個案管理導向的整合式服務(如學生、成人精障者)、復健功能導向(社區復健中心)、長期安置導向(精神養護機構)、就業服務導向(如支持性就業、庇護性就業、庇護工場)、家庭支持服務(如教育、團體支持、信託等)、生活安排(會

¹⁷ 這些包括有高雄視而不見關懷協會、心理復健協會、小草關懷協會、寬德健康協會、築夢關懷協會等; 台中美麗境界關懷之友協會、新竹的台灣風信子精神障礙者權益促進協會; 桃園市社區精神復健協會; 台北有心生活協會、台灣家連家精神健康教育協會、台灣向日葵全人關懷協會等等。

所、劇場、自立團體)等等。實際上因應每個縣市的單位發展方向及人力、經費資源的差異，導致服務內容與程度不一。

貳、精神障礙者的服務使用影響因素

本研究參考自 Anedersen(1995)的「健康服務使用模式」(the behavior model of health service use)做為探究精障者服務使用過程的架構(見圖4)。此模式在1968年首次提出時主要只針對個人因素討論，在1995年修訂的模式歷經四階段修正，該模式強調人的服務使用受到多面向因素的動態交互影響。研究採用這個模式原因是它能完整呈現個人在服務使用過程受到的影響因子，包含了環境面向、人口特性、健康行為與健康成果四個面向互為影響，由鉅式層面來看會受到服務政策與環境因素的影響，從微視層面來看則受到了人口特質與社會結構因素影響，與個人投入的服務使用行為有關，也能由服務使用後的成果來作為了解服務的狀態，這些面向有助於本研究釐清精障者為何使用服務、有哪些影響因素、使用服務後的效果為何等疑問。綜合這幾點與本研究議題相呼應，探討哪些因素會影響精障者使用服務以及探知使用服務的歷程。以下就四個面向分述該模式內容：

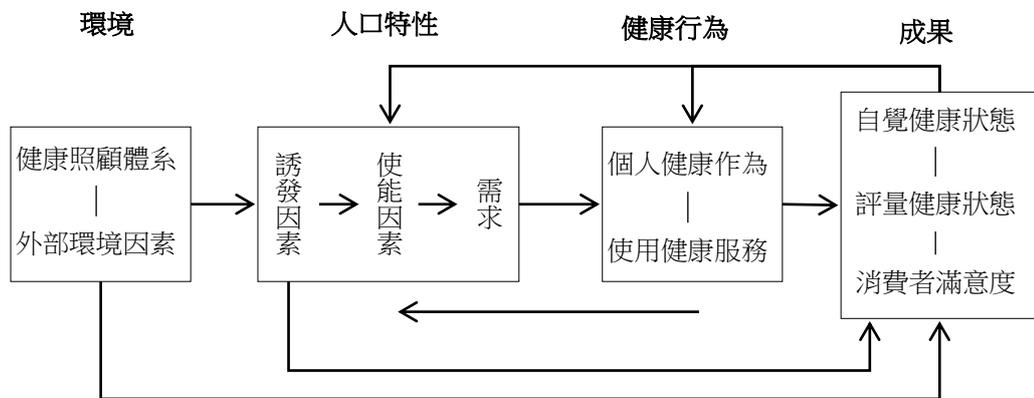


圖4 Andersen 健康服務使用模式(1995:8)

一、環境面向

指的是個體以外的其他環境。最具影響精障者服務使用的來源是精神健康照護體系，其組成涵蓋了健康照護政策、服務資源及組織三者。如台灣的精神衛生政策，在1985年以前以收容照護為主，自1985年衛生署推動醫療網計畫後，才積極推動精神疾病與復健服務(彭英傑等，2004)，指出了政策導向的改變直接促成了新服

務推展，影響了精障者接觸某些服務的機會。服務資源是作為政策的具體措施，當資源內涵越豐富多樣，越能讓個別使用者的需求被滿足。例如 Biji et al. (2000) 界定精神照護多層次的服務體系，便包括有基層健康照護、精神健康照護門診、居住式精神照護及非正式照護這四種類型，即涵蓋從基礎一般保健服務到精神專科的醫療與正式服務。

資源與組織是互為一體，資源需要透過具體的組織與工作者進行規劃與服務輸送，而組織也仰賴多方面資源擴充本身服務供給的豐富度。來自組織內的服務輸送設計不良，造成有需求者不易接觸服務，如破碎(fragmentation)、不連續(discontinuity)、無責信(unaccountability)、不可及(inaccessibility)等問題(Gilber & Terrell, 2010)；也包含組織運作困境如缺乏專業支持、經費不穩定等可能也會造成服務的中斷、品質不易維持，影響服務知能不易傳承。於是，單位雖扮演提供服務資源的角色，卻不易被使用或是服務使用後仍無法滿足其需求。

個人所處的環境文化或生活型態也是影響使用服務的重要因素，因為在某些人的生活經驗中（例如超自然、精神、文化、技術）並沒有像精神醫療的問題處理架構，導致有精神症狀時並未使用精神健康相關服務(Slade et al., 2015)，而是發展出獨特的一套尋助模式。另一方面，當社區有多種服務類型供給時，某類服務設計越方便或可及性越高時，也可能降低了使用者運用其他服務的頻率，如 Lindamer, et al. (2012) 將「門診服務」作為使能因素，原因是較多的門診照護便於病人就醫，繼而降低了急診服務使用，如此服務使用模式對個人及醫療系統均較帶來更好的效果，避免精障者過度使用醫院的急診服務。

二、人口特性

人口特性涵蓋有誘發因素(predisposing factors)、使能因素(enabling factors)及需求(needs)三個部份，以下依序討論。

(一) 誘發因素

誘發因素包含了人口特質及社會結構，例如年齡、性別、教育程度及家庭狀況等(Shaw et al., 2000)。相關研究發現年齡對服務使用的影響，在年輕與高齡者（14歲以下與 60 歲以上者）對再住院服務有顯著較低使用率（林志銘等，2014），高齡者較易使用基礎健康照護或日常服務，反之，使用住院服務、心理服務等較特殊精神醫療服務則趨向較年輕與症狀程度更嚴重的精障者(Carr et al., 2003; Shaw et al.,

2000)。性別變項在研究上有顯著性，女性較容易使用各種健康服務(Biji et al., 2000; Fleury, Grenier, Bamvita & Caron, 2014)。教育程度的高低會影響個人決定使用的服務類型，教育程度越高而使用精神健康服務比例越高，反之則使用基層健康服務比例越高(Biji et al., 2000)。在社會結構方面，例如獨居、單親、失業、未婚、障礙者、獲得福利服務者有較高比例使用各種精神健康服務(Biji et al., 2000; Carr et al., 2003; Chang et al., 2012)，也就是當個人的身心理或社會角色導致生活不利條件較多時，更可能使用這些精神相關服務來協助滿足自身需求。

除了前述人口特質與社會結構，自身對於服務或健康的想法(belief)也可能是影響服務使用的原因，例如期望靠自己解決自身的問題，而較低意願使用服務或拒絕求助，這樣的態度傾向在較年輕及教育程度較低者(Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco & Torres, 2004)，可能是年輕發病精障者嘗試透過自己的方法來處理生病的問題，而教育程度高低反映個人獲取事物資訊與接觸服務的機會與資源不同，導致後續服務使用行為有所差異。其次，是與健康相關的負面感受，讓精障者對精神疾病的烙印感受而較不願意討論精神疾病問題或是尋求處遇服務(Biji et al., 2000)。實務上，部分案主認為「病好了」就不再回診就醫，自主中斷治療，常被稱為「病識感欠缺」，這也呈現出個人對健康及服務的一種理解，促使人決定是否再使用服務。

(二) 使能因素

指的是環境中有利於或阻礙個人使用健康服務資源的因素，這些包括了服務成本(costs)、可接近性(accessibility)及個人負擔能力(afford ability)等均有相關(Shaw et al., 2000)，這些支持條件有助於強化精障者對於服務的獲取。首先，來自個人擁有對服務的完整資訊、溝通能力、交通能力等會影響能否接觸使用服務，這些社會功能本身是一種指標，反映出尋求服務的能力(Carr et al., 2003)，當相關能力受限時則形成使用服務上的阻礙(Chadwick et al., 2012)。其次，使用服務的成本考量也是重要因素，在 2016 年「身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查」，精障者在使用福利服務上遭遇的困難，排名第三即是「補助金額不足」，反映出長期就醫需求對經濟支出的重大負擔。研究上也發現，當某些服務需要部分負擔或全額負擔費用時，較高的個人收入是決定服務使用的因素(Fleury et al., 2014)；其次，當服務具有免部分負擔時，也會提高使用特定服務的比例（林志銘、李中一，2014），顯見個人能否負擔服務使用的費用是影響使用服務之因素。

精障者所處情境的人事物對其病情穩定也具有相當重要。研究指出個體的原生

環境（包含母體）對思覺失調症患者較差病程的影響(Levine, Levav, Yoffe & Pugachova, 2014)，而家族史中有疾病復發者、高度孤寂感、與父母衝突等狀況亦是嚴重憂鬱症再發或持續的因素（藍振嘉、劉珈倩、陳映雪，2015）。反之，家庭有較多的支持、成員對待精障者的適當互動態度、協助扮演監督規律用藥與回診等作為，均可鼓舞精障者減少中斷醫療服務的使用。

(三) 需求

需求是影響人尋求協助的動力，包含兩個部份：一是使用者的主觀感受自認對醫療保健的需要，二是透過客觀的專業評估而確認使用健康相關服務，可能透過疾病症狀的測量，或是醫療狀態、病況嚴重程度、遭遇事故等來做測量(Shaw et al., 2000)。幾項研究指出了精障者的障礙損傷、近期重大事件、酒藥癮者或有使用史等均是促使個人使用服務的原因(林志銘等，2014; Biji et al., 2000; Carr et al., 2003; Shaw et al., 2000)。一項針對住院服務的研究(Chang et al., 2012)，發現高頻率住院的使用者，受到家庭問題、攻擊行為與自殺行為是前三名入院的原因。其次，在急診服務的研究(Chang et al., 2014)，也發現高頻率使用者的特性：無固定住所、有毒品陽性反應、有醫療保險、人格違常、罹患肝膽疾病等。歸納這幾項研究結果，指出了精障者使用相關服務的三種明顯需求：1.疾病治療，如精神疾病影響、藥酒癮問題。2.生活需要，指生活遭遇的問題，如家庭問題。3.親友無法協助，如遭遇重大事故，需要單位提供正式或專業服務。此外，慢性疾病也是引發個人尋求服務使用的因素之一，在黃金安、林欣宜、黃靖媛、翁瑞宏（2017）研究發現精神疾病患者因有慢性疾病此需求時，使用急診醫療的機率較高。

從 Andersen(1995)健康服務使用模式的回饋圈特性（如圖 4），指出了需求可能隨著服務供給後的成果而削弱或增強了下次的行動，即先前服務使用經驗與獲致的成果，讓個人能評估健康狀態而決定後續的使用，因此，需求也具有變動的特性。

三、健康行為

健康行為面向包括兩個部份：個人健康作為(personal health practices)與使用健康服務(use of health services)，以下分別討論之。

個人健康作為指的是自我投入多少心力在維護自身的健康，例如進食、運動、自我照顧等，這些看似例行的活動確實會影響後續個人是否使用健康相關服務。當個人出現不利健康的作為，例如物質使用，也可能引發精神疾病來源，如躁症症狀、

憂鬱症、焦慮症、強迫症、睡眠障礙、認知障礙等(張如杏、楊添圍、張玲如,2016)而尋求醫療服務。無論是正向或負向的作為都可能促成了接觸醫療服務的機會,呈現出一種正式健康服務對健康結果的互動影響(Andersen,1995)。然而負向作為卻是在病況惡化狀態下而接觸使用服務,對自身健康已造成相當程度的損害。

過去曾接受過的服務使用經驗,也是一種自我參考架構,引導個人決定是否要再使用服務,研究上發現健康服務的高度使用者也較願意使用政府及社區非健康組織的服務,像是居住、自助及諮商服務等,而有獲得福利服務的病人較常接觸使用健康服務(Carr et al., 2003)。這可能反映出對服務體系的了解與曾獲得正向經驗,日後再遇有需求時,便知道能從服務體系中獲得滿足,此說法也符合社會支持網絡的意涵,即過去曾提供服務的單位資源形成了個人在社區中的正式支持體系。從服務供給的角度來看,來自個別服務體系及單位的持續提供服務,讓有需求者持續停留在較大範圍的服務網絡中。這些服務體系的成熟運作,持續性的將曾接受服務的案主納入服務系統中,案主也較容易獲得到相關服務。

四、成果

影響服務使用因素的成果面向包含三個部分:自覺健康狀態(perceived health status)、評量健康狀態(evaluated health status)、消費者滿意度(consumer satisfaction),以下分別說明:

(一) 自覺健康狀態

獲得來自精障者對自我需求的主觀評價是重要的,第一,反映著精障者如何理解自身處境,透過正式研究的方式得以讓大眾理解其健康狀態,也代表精障者對於健康照護服務的規劃及輸送可有更大的影響力(Lasalvia & Ruggeri, 2007)。其次,調查可實際瞭解精障者需求被滿足的狀態,如 Biji et al.(2000)對心理疾患者的調查,發現仍有 1144 位(16.8%)主述未受到專業服務協助,此結果應有助於服務規劃者釐清需求與服務供給及輸送過程間的阻礙原因。第三,精障者對復原歷程的經驗描述,能促成對自我有更積極的感受,盤點個人的優勢與劣處,從中滋養出自我充權的效果(郭約瑟、林式毅,2010)。實務上相關施測的工具,例如生活品質三十六題簡短版 (Short-Form-36 Health Survey ;SF-36),又稱 SF-36 健康量表,涵蓋有生理功能、因生理功能角色受限、身體疼痛、一般健康、活力疲倦、社會功能、因情緒角色受限、心理健康八個面向(許嘉純、姚開屏、胡海國、熊秉荃,2005),讓受訪者透

過自填式反映出自身接受服務後，整體對自我生活及健康的評價。

(二) 評量健康狀態

從精神疾病治療到復原歷程，均有著較明確的狀態改變指標。在疾病治療階段，目標是症狀減緩、病識感提升，由此延伸的評量可以著重於症狀干擾程度減少、規律服藥、正確管理藥物例如不藏藥、將藥物正確排入藥盒等。以「社區病患精神症狀評量表」為例，內容包括有對正性症狀、負性症狀及情緒症狀的評分，由工作者依據與精障者及照顧者互動觀察的資訊來評分，可做為評量精障者的健康狀態。在復原階段則以提昇精障者社區生活的能力，主要是因應疾病帶來的負面影響：1. 損壞：生、心理功能或結構失常。2. 失功能：執行任務的失常或限制。3. 障礙：角色扮演的困難。4. 弱勢：缺乏執行成功角色的機會或經驗（宋麗玉，2005）。由此引導出此時期的重要目標為強化各項生活適應的功能，例如職業能力、身心健康、休閒安排、人際互動、自我照顧、社會功能等，在精神復健機構中往往透過定期評量來呈現出精障者服務使用後的成果。

(三) 消費者滿意度

理想的精神病介入服務，是同時進行症狀管理及改善生活品質，降低疾病對個體及家庭造成的負擔，精進健康及其他社區服務的需求(Carr et al., 2003)。因此，健康狀態雖然是一種明確的服務成果，更重要的是精障者如何評價在獲得服務後對自我生活狀態的改變，因此，「生活品質」也成為檢視成果的一種指標。許嘉純等(2005)翻譯國外的生活品質量表(LQOLP、SF-36)並修改為適合台灣思覺失調症者的版本，主觀生活品質包括有工作、休閒、宗教、經濟、居住狀況、法律安全、家庭關係、社交關係、健康九大生活層面滿意度，客觀生活品質包含上述與社會經濟指標：社交接觸、收入、住宅、職業等，呈現整體的生活滿意度。而「消費者」的對象除了精障者之外，也應包含照顧者在內，因為家屬扮演的長期支持與實質生活照顧角色，本身也有高度服務需求及使用經驗，例如家屬教育、支持者團體、照顧者專線等。因此，服務成果的內涵宜涵蓋有照顧者角色在內。

從 Andersen(1995)的第四版健康服務使用模式做為擴充理解個人為何使用或未使用服務的相關因素，應考量到個體所處環境及政策、微觀面的個人特性因素、過去健康投入的經驗與行為等都會影響健康成果層面。以下提出三項結論：

1.從範圍來看：環境與個人間的交互作用。

看待服務決定的行為，需要思考個人的特性與其環境脈絡，才能更完整的理解人為何與如何運用某些服務。從這個思考點出發時，我們對於案主的服務使用行為不純然個人歸因，而是著重於人如何在環境的影響之下產生出的行為。

2.從時程來看：過去經驗對現況行為的影響。

個人的服務使用行為可以是一種累加性的效果，例如過去的正向經驗，較能促成再次落入風險情境時，願意主動去使用服務；但也具備遞減性的效果，例如過去的耗損資源使用，導致資源逐漸對該使用者的排斥或排擠效應。因此探究個人的服務行為時，須有一定的時間期程才能較完整的蒐集行為資訊，也就是要針對使用歷程進行觀察。

3.從成果來看：來自主觀及客觀資訊的呈現。

對服務使用行為的各種探究，最終是期待讓使用者獲得適切服務，因此，該模式納入成果的項目：健康狀態與滿意度，透過主觀、客觀健康評量及服務使用者的滿意度，回應了服務對人的助益效果。

最後，研究者思考該模式與本研究主題的關聯性，因期待聚焦在探討個人層面特性及個體如何在歷程當中運用或改變了服務使用，將採用該模式的人口特性即誘發特質、使能因素、需求，與健康行為中的服務使用變項來做為研究設計的基礎，而環境面向與成果面向非研究探討核心，在分析時須施以「統計控制」，此部分將於第三章說明。本小節由回顧研究及服務措施來了解精障者的服務項目現況，雖然有著依法執行的服務架構、在地服務組織、符合各種發展任務需求的服務、涵蓋個人及家庭支持的範圍等等。此外，精障者在漫長使用服務過程，其尋助作法與服務使用特性為何，這些待了解以獲得對服務使用樣貌有更完整的認識，將安排於第三節繼續討論。

第三節 精神障礙者的服務使用歷程

本節從服務使用的過程面進行討論，由精障者初發病、就醫至確定診斷為精神疾病的生病歷程，服務使用的經驗為何。其次討論有關時間特性在了解精障者服務使用的意義，第三是探討服務使用的呈現方法，以數量及頻率等計算方式，最後是。

壹、精神障礙者的尋助經驗

精障者使用服務與精神病病程發展息息相關，因應不同階段的需求與病情發展可能有著迥異的尋助行為。在剛生病時期，精障者最初未必直接使用精神科治療，有些人是先尋求傳統與宗教療法(Adeosun, Adegbohun, Adewumi & Jeje, 2013)，之後才開始接觸精神健康服務，有的人在初發病時便尋求精神科治療。有研究調查初次診斷為思覺失調症者的先前服務使用經驗，發現高達 2/3 比例在過去未使用過精神健康相關服務，且有五成是在急診服務中獲得精神疾病的診斷(Anderson et al., 2013)。疑似患者可能陸續使用了其他療法、健康照護服務，最後才進入精神健康服務系統，在醫師確診後下成為精神疾患者，這表示精障者可能有著不同的尋助路徑。研究也發現最初尋求非正統治療(nonorthodox healers)的使用者，導致日後有較多次的尋助歷程(Adeosun et al., 2013)。瞭解精障者初期採用的尋助方式，有助於評估服務資訊與服務設置是否能達成普遍與可及性的效果；再者，也應探討初期尋助作法與精神病病情間的關聯，初發病時直接就醫者，是否預後效果便會較佳，這尚待釐清。

整理精障者由疑似患者至確定診斷的過程，可能經驗到幾種尋助系統，研究者整理如下圖（圖 5），由圖示呈現出除了精神醫療體系，有的人是透過醫療體系轉介而來，或使用了其他尋助方式。每段尋助經驗中往往也會受到前一段服務使用經驗的影響。若能探究精障者過去的服務使用經驗，將有助於提供資訊以評估現況與處遇的進行。其次，這個尋助過程發生什麼狀況而促使精障者他們選擇由非醫療服務使用轉換到醫療服務；當精障者在不同尋助系統間面臨轉換時期或者同時併用數種尋助策略，會遇到哪些調整或適應的問題，這些未獲得釐清恐對精障者的尋助經驗瞭解不夠完整。

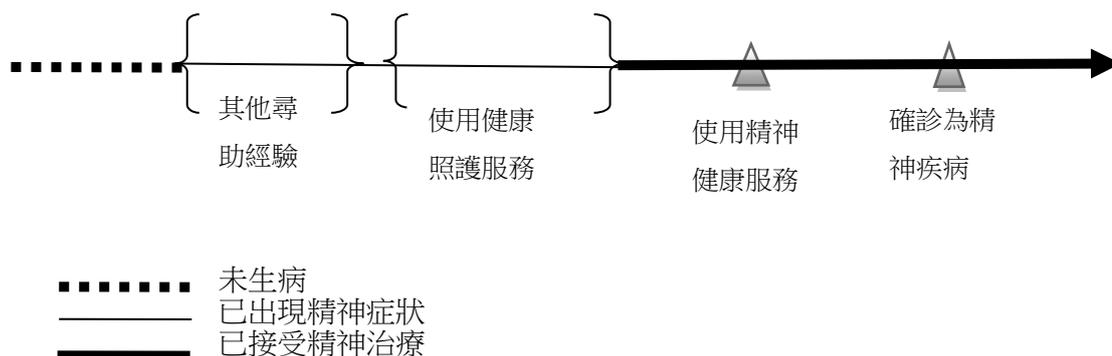


圖 5 精神障礙者的不同時期尋助方法
 資料來源：研究者繪製

貳、服務使用的時間特性

潛在服務使用者初次接觸精神健康服務，不代表會被確定診斷為精神疾病。楊添圍（2016：73）指出疾病發病時的症狀有時緩慢呈現，稱之緩慢發病(*insidious onset*)，也有症狀在短期間明顯呈現(*acute onset*)。不同疾病可能出現類似症狀，例如雙極性情感性疾患的鬱期及重鬱症患者都會有鬱期的表現，醫療人員往往需要較長時間的觀察病情、蒐集家庭史、瞭解其社會功能等訊息。即便個人曾有接觸精神健康服務，在缺乏持續性的使用服務行為，仍可能在醫療系統未有足夠的觀察與評估期而無法確診，繼而延遲了病況的正確治療與介入。在此，有兩個時間因素需要釐清：未獲處遇的精神病持續時間、開始使用服務之後的持續時間，兩者都反映出精障者的生病狀態。以下分別討論之：

一、未獲處遇的精神病持續時間

指潛在服務使用者尚未進入服務系統，指已有精神症狀卻尚未獲得相關協助，易被忽略其健康需求及生活適應困擾。探究未獲處遇的精神病持續時間(*duration of untreated psychosis, DUP*)是重要的，因未即時進入服務體系，致延遲獲得處遇的時間越長，越易引發精神病發作而擴大了生活困擾。是什麼原因影響未能即時獲得醫療服務？有研究探討初次接觸精神醫療服務前的尋求協助路徑(*pathways*)，發現高達 69%是先尋求傳統、宗教療法治療者，也就是說精障者並不是沒有尋助動機與行為，是先尋求非醫療導向的服務，而初次接觸非正統(*non-orthodox*)治療也影響延遲

了獲得處遇的時間(Adeosun et al., 2013)。精神疾病的治療強調早期介入，較有機會提供患病者的後續正確療程，而早期介入也能明顯減緩因疾病帶來對功能退化的影響，研究指出在初次發病後的一至二年內再復發及初期幾年因精神疾病所累積的負性症狀，與後續 5-10 年間的嚴重神經認知是相關的(Birchwood, Todd & Jackson, 1998)，而神經認知等功能與人的表達、思考及對外界與他人互動等均有影響，因此，降低自身功能損傷的程度與速度實為重要。若能釐清精障者在初發病後到正式使用精神醫療的持續時間，應有助於了解服務供給端至服務使用群體之間的落差。

實務上，精障者未獲得精神醫療處遇的時間有多久？即個人自有發病症狀到正式醫療治療這段時間持續了多久的時間。在香港研究以初次發病的精障者為調查對象，統計出平均發病者年紀為 36.6 歲，未獲處遇的持續時間平均為 515 天(Hui et al., 2015)，換算為 1.4 年。此研究透過調查未使用服務至使用服務期間的資料，有助於具體化時間因素的影響。其次，若能掌握了有服務需求者的年齡，也能進一步了解有哪些相對應的服務應作規劃。反之，在疾病未明的狀態下，包含精障者與家庭都可能處在精神症狀干擾，卻未取得適當的精神健康服務的處境，不僅可能錯誤歸因了身心失衡的原因，也容易造成家人生活及照護壓力的來源。

二、接受服務的持續時間

接受服務指的是開始使用服務後的「持續時間」，可包含兩種意義：1.是在精障者整體的生命歷程中，使用某項服務的累計持續時間，可採年度來統計，例如自生病開始(on set)就醫迄今共計多少年。2.以單次的服務接觸與使用過程來做了解，則以精障者該次使用的行為來計算，像是服務使用日數、住院天數(Chochinov, Martens, Prior & Kredentser, 2012)。實務上，也須考量服務特性對使用行為的影響，以精神健康或健康照護服務為例較屬於常態性的需求，是精障者普遍持續使用的行為，而就業或職訓等服務一般為青壯與中壯年齡或病況較穩定者的需求，為部分精障者在某段生命歷程中的行為表現。因此，採用適當的服務項目及統計單位來調查，有助於了解精障者在服務使用的行為特性。

「持續性的使用」反映出服務使用者對於這個服務體系的規範有基本的共識與配合，反之，特別的使用狀態則需要服務系統與提供者有更多的關注。臨床上發現「旋轉門病人」(revolving door patients)現象，指的是部分精障者發展出一種短時間停留的住院服務型態，作為生活處境的調適方法(Chang, Chiang, Chang, Chang &

Ho, 2012)，此種間斷又持續性的使用服務方式，反映出精障者面對壓力時採用短暫入院休養策略的生活經驗，如此的服務使用特性也呈現出他們對於短期性、常態性、支持性的服務需求。這也讓人進一步思考在社區中是否有替代的服務能發揮相當的功能？而不同的服務介入對於病情影響為何？

參、服務使用的行為特性

服務使用的行為特性，指的是服務使用者運用某服務一段時間後，呈現出來的某種規則，對於健康服務的規劃及資源配置相當重要，倘若無法掌握服務對象群的服務使用型態資訊，在進行服務設計與輸送過程中可能失去了核心的焦點。

研究上對於精障者服務使用的調查，可歸納以下數種：1.針對使用精神健康服務的行為，區分出不同人口變項與使用各種層級健康照護服務間的差異(Biji et al., 1999)。2.從使用服務的結果來建立預測因子，或是找出使用哪些服務的決定因素(Carr et al., 2003; Fleury et al., 2014)。3.聚焦在某些特性的精障者，例如初次診斷為精神疾病前、合併物質使用、癌末患者身分等，調查使用某些服務的情形(Anderson et al., 2013; Cantwell, 2003; Chochinov et al., 2012)。4.從幾個明確的指標如住院率、門診使用率來檢視特定服務對精障者病況的影響(Dyck et al., 2002)。

前述研究尚有關於服務使用量、服務期程與服務內容這三項資訊未被深入釐清，以下進行討論：

一、使用數量與頻率

指的是精障者使用該項服務的數據，當使用總量被統計後可進而比較這一群服務使用者的程度差異，如：低度使用(low use)、中度使用(medium use)與高度使用(high use)。在 Carr et al.(2003)的研究界定使用服務頻率，低度是指精障者在過去一年內接觸政府及社區服務的天數小於 20 天，中度使用是指介於 20 天至 56 天，高度使用是指超過 56 天以上的使用日。一項調查台灣公立醫院高頻率使用精神科住院服務，定義高頻率是指 18 個月當中至少有 3 次或更多次使用精神科服務以及 3 年內有 5 次或更多次數使用服務(Cheng et al., 2012)。透過統計這些服務使用的數據做分類比較，也可探討異常使用行為的情況。

高度使用或過度使用，又稱為高頻率使用(high frequency of use)、頻繁使用者(frequent user)，指的是使用者接觸某項服務的次數超過其他一般人的平均狀態。研

究指出高頻率使用精神科服務的病患，與較少使用社區照護(包含日間中心、復健中心、居家服務、康復之家)者有關，且自殺行為及低教育程度者是預測高頻率使用精神科服務的因子(Chang et al., 2012)；而頻繁使用急診服務的精障者，指單月進出高達 5 次，在人口特性方面則是無固定住所、毒品使用、醫療保險、人格疾患、肝膽疾病等(Chang et al., 2014)。這些高度使用的行為模式常反映出使用者在生活處境的問題，當環境中缺乏適當的服務時，個人便可能採用普遍而便利尋助的路徑(例如急診)取得服務來滿足需求，雖然這些需求並未與該項服務目標(急診：緊急醫療處理)吻合，仍讓精障者有較頻繁使用的情形。

低度或中斷使用(interrupt use)服務也呈現出精障者面對服務的複雜考量。中斷服務的意思，是指服務使用者應持續使用卻離開了服務體系，反映需求或問題尚未被處置完成而有不穩定的危機。精障者的相關研究中，以自動離院(discharge against medical advice)行為可做為代表例子，研究調查這樣的行為產生的一連串負面效應包括有：評估及療程的中斷、無法安排出院準備計畫及社區追蹤、因病情不穩定導致再住院率增加、累積住院費用較高、造成醫療人員的挫敗感受等(郭建成等人，2005；王仁邦等，2006)，上述文獻提出了對使用者中止服務的負面評價。令人好奇的是，精障者為何主動終止有利於病情穩定的服務？有學者提出精障者可能將「住院服務」視為一種面對壓力的立即處理策略，當壓力解除後，無論醫師是否評估可出院，個人仍可以逕自決定離院(Steingless, Grantham & Hertzman, 1980)。兩研究分別從服務提供者與服務使用者的角度來做討論，也讓服務使用型態有了較周延的解釋意義。然而，目前尚缺乏調查精障者在使用精神健康相關服務或一般健康服務的使用量與頻率，也讓精障者使用行為特性不易被具體了解，甚為可惜。

前述討論以持續使用為範圍，只是程度有所差異。實際上，服務供給端的常態進行，不代表有需求者(或疑似案主)便會主動尋求使用或能穩定使用，因為受到個人與環境中的多樣阻礙所致。研究者整理自 Chadwick et al.(2012)調查精障者使用一般醫療服務受到阻礙(barriers)的內容，分成服務供給端、服務接受端及服務互動過程這三個面向來進行說明：

1. 服務使用端：精神症狀干擾、獨居、無住所者、無力感、缺乏知識或教育或處遇的選擇等。
2. 服務提供端：健康照護的花費過高、難以尋得服務、服務地點過遠、壅擠空間等。
3. 服務互動過程：與專業服務提供者的溝通困難、過度診斷、沒有表現出照護的行動

為、過長的服務等待時間、匆忙氣氛、缺乏後續追蹤、未獲正式對待等。

來自服務使用端的障礙比較貼近 Andersen(1995)健康服務使用模式所提的人口特性因素及使能因素不足的影響，服務提供端及互動過程兩者則與該模式所提的環境及健康服務使用因素相關，後者仍然是服務規劃者可以介入改變的範疇。此外，環境中的服務選項增加時，也可能讓使用者思考要改變原本的服務方案，有機會決定拒絕某項原本的服務使用行為。這種更換使用服務的行為，也是一種服務使用的樣貌，倘若原服務提供單位未能詳細了解或未追蹤而與其失聯，可能導致錯誤的結案歸因。

二、界定觀察服務使用的範圍

調查服務使用的型態，多採回溯式去調查精障者在過去一段時間行為的資料，歸納行為以呈現服務使用的軌跡。時間範圍的設定要多久？一年的期程是比較常見的(Biji et al., 2000; Carr et al., 2003; Chang et al., 2014; Dyck et al., 2002; Fleury et al., 2014)，內容也且較貼近現況。另外，有特定研究方案採取不同的追蹤期程，Hensel et al.(2016)針對初次發病精神病患的早期介入方案，依照服務介入特性安排六個月的追蹤期以了解服務行為。Chochinov et al.(2012)調查癌末的精障者在臨終時的服務使用行為，研究時間則拉長為過世前六個月至兩年期間。而 Anderson et al.(2013)與 Chang et al.(2012)將調查的追蹤時間設計為四年。在研究中設定明確的時間範圍，能避免受訪者因回溯過久的資訊而影響資料可能失真，或者因過短的觀察期致未能呈現實際的使用服務歷程，在研究設計上也能對該追蹤區間進行控制。

三、界定服務的接觸

在調查精障者的服務使用型態時，需要確認「使用」指的內涵為何。有研究定義「服務接觸」(mental health contacts)為一套精神科診斷、流程、外部因素的編碼，或者臨床工作者的專業是精神科醫師、心理師、心理教育者等(Anderson et al., 2013)。其調查服務使用型態時，「服務」包括有：1.因為精神健康原因而使用的初級照護(例如一般診所或家醫科)。2.因為精神健康原因而使用的急性照護服務(例如住院或急診)。3.透過急診途徑，獲得精神疾病診斷。此定義究提供了一個明確的架構來說明服務使用的範疇。

其次，服務使用也與提供服務的工作人員(professional)息息相關，調查使用者與各種專業者提供的會面服務(professionals visited)的狀態也可作為分析服務使用

型態。在 Fleury et al.(2014)的研究，是依照專業工作者提供的會面服務及單一或數項服務進行調查(見表 4)，專業者類型有 9 項，項目 1-4 為單一專業者提供的服務，項目 5-9 為至少兩種以上專業者提供的服務。與前述研究相近，Chochinov et al.(2012)調查癌末患者使用健康服務型態，涵蓋的服務包含有訪視、住院照護及藥物使用三種，故可計算服務使用的次數、天數及藥物種類，針對訪視服務的醫師類型，包括有普通科(家醫科)、精神科、醫學專家、一般手術、外科專家、產科、婦科、兒科共 8 科。上述兩項研究指出了精障者會有併行使用數類服務的特性，而且以接觸個別專業人員做為統計單位，較可真實呈現使用需求量與服務型態的特色。

表 4 精障者接觸的各種專業服務工作者

| 型態 | 專業工作者的類型 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 單一的專業工作者 | 1.家庭醫師、2.心理師、3.精神科醫師、4.其他專業者(例如護士、社工、成癮諮商師等等)。 |
| 兩種以上的服務提供者 | 5.心理師與家庭醫師。6.精神科醫師與家庭醫師。7.精神科醫師與心理師。8.精神科醫師、家庭醫師與心理師。9.精神科醫師、家庭醫師、心理師與其他專業工作者。 |

資料來源：整理自 Fleury, Grenier, Bamvita & Caron (2014 : 8)

綜合上述，探究精障者使用服務的軌跡，從時間軸的角度去釐清不同時期的尋助行為，包括了未使用健康照護前、使用健康照護服務、使用精神照護服務等，各階段的尋助經驗均可能影響到後續求助行為及疾病發展的狀況，了解過往服務經驗及探究使用服務的存續時間是重要的。第二，既有文獻採用計算服務類別、使用頻率如天、週、次數，如此可比較不同的人口特性的精障者，也能運用於與其他群體間的比較，可做為本研究設計之參考。第三，對使用服務的調查，有採用單一服務項目或複選式(多重)服務項目，服務項目或專業工作者(或醫師群)、精神健康或綜合式(涵蓋一般政府福利服務等)，均可呈現精障者的服務使用內涵。不論結果為何，都奠基了服務規劃者能貼近真實的服務現況，提供更適切服務。

第四節 結論

本章節安排是由瞭解個體疾病的特性與需求，再延伸至服務使用者的影響行為因素，最後則是放大到精障者整體的服務使用歷程與型態。由疾病的特性與病程變化的發展來看，即便罹患的是同一種疾病，在不同精障者及家庭中仍面臨著迥異的需求，也反映出對現行服務的迫切需要。整體而言，精神疾病病程仍有一規律性質，研究者在此界定為生病初期、復原期、復發期，而復原期與復發期是反覆交替進行著。

在回顧服務使用的相關文獻，大致可歸納三種類型，即精神照護、一般健康照護、非健康照護類的其他服務。本研究調查聚焦為兩種：1.精神健康照護服務：指的是提供精神疾病治療或復健等相關服務。2.一般健康照護服務：指的是由醫療院所或診所提供有關一般疾病的治療、預防保健等服務。考量原因有三點，一是精神疾病特性造成對精障者記憶、認知等影響，若研究的服務項目選項過多可能導致受訪者不易填答；二是廣泛的健康照護包含精神疾病與一般疾病，是各種年齡層精障者均普遍性的需求；三是某些服務的連結是由工作者（例如：社工、護理師）執行，精障者未必熟悉「服務」的名稱或項目。研究者將在研究中調查精障者使用這些服務的情形，故兩類服務將作為自變項「服務使用歷程因素」的第一個次變項「服務項目」。

在討論影響服務使用因素方面，參考 Andersen(1995)的健康服務行為模式，從環境、人口特質、健康行為與成果四個面向探討。實際上很難由單一研究證實此模式的所有變項，多數研究較聚焦在傾向、使能、需求、健康行為或結果的面向。本研究關注精障者的服務使用行為，故採用該架構的人口特性面向、健康行為面向、健康成果做為設計變項的基礎，茲說明如下：

1. 將人口特性面向的誘發特質作為本研究的第一個自變項「個人背景因素」，這些指的是個體本身的相關特質及生活環境的結構，如性別、年齡、教育程度等等。
2. 將人口特性面向的使能因素、需求作為第二個自變項「服務使用影響因素」，指的是指更能促進精障者使用服務的因素，來自於個體的經濟、能力，或是外在條件如家人支持、資源地點遠近等。
3. 將健康行為面向的使用健康服務納入本研究第三個自變項「服務使用歷程」之一，並改名為「使用經驗」，指的是精障者的過去相關尋助經驗。

在討論精障者的服務使用歷程與型態，從兩個面向著手：一是患病歷程的尋助行為，包括使用其他療法、使用健康照護服務、使用精神科治療服務等，並考量時間因素而區分幾個階段，此有助於具體化精障者使用服務的特性，例如從發病時間點到正式接受精神醫療服務的時間點，釐清後有助於了解尋助過程是否被延遲了？亦或者其他的尋助方法。自變項「服務使用歷程」設立第三個變項「持續時間」，調查精障者在幾個時間區間的資料。在界定精障者的「服務使用」，為服務提供者與服務使用者（精障者）雙方能有互動行為發生，由文獻得知以頻率作為比較服務使用程度的差異，能夠說明服務使用情形，因此納入作為「服務使用歷程」的第四個變項「使用頻率」。

文獻回顧指出了高度或低度使用現象、中斷使用行為及服務受到的阻礙等（王仁邦等，2006；郭建成等，2005；Carr et al., 2003; Cheng et al., 2012; Chadwick et al., 2012），反映出精障者的服務使用型態若只從頻率區分高中低差異，只能呈現出某一時間的表現，卻無法呈現動態歷程累積的成果。因此，依變項「服務使用型態」納入兩個變項，一是服務使用程度，採用精障者目前精神科回診的頻率，因頻率能反映其累積使用健康服務後的現況精神病情穩定度，二是健康成果，指精障者使用相關服務之後自評健康情形，這個部份採用 SF-36 的題目來進行施測，能呈現精障者自我健康評價由低至高的分佈差異。

綜合上述，研究自變項分別為：個人背景因素、服務使用影響因素、服務使用歷程因素三個，依變項為服務使用型態，於第三章將有詳細操作定義。

研究初衷是在實務中發現精障者未使用某些精神健康服務，引發研究者關注於服務對象尋求服務的過程，為何沒有接觸使用某些服務？有些精障者使用服務後病況仍然不穩？有些人並未使用某些服務，而生活狀態是不錯的？因著這些好奇而醞釀研究方向。經整理精障者相關論文研究，發現在精神疾病治療與復健主題已有相當多的討論，若從系統概念呈現個體、家庭、社區層面也各有建構出基本的服務項目；從精障者個人的生命漸進發展來看，則分別在學齡期、成人期與老年期也均有符合相關需求的服務資源。這些服務總加起來的完整性如同一塊大地圖，呈現出服務使用者多段式的服務經驗，本研究即在於探究精障者使用服務的歷程，調查相關人口特性、服務項目、頻率等等來釐清實際使用服務的樣貌。

第三章 研究設計

本章節有五小節，編排說明如下：於第一節介紹研究架構及研究變項，第二節介紹研究對象來源及資料蒐集方法，在第三節說明研究工具的編制，第四節介紹資料分析與檢核方式，最後於第五節討論本研究在進行過程可能有哪些倫理議題及處理作法。

第一節 研究架構與變項說明

研究目的想要了解精障者在使用精神健康與一般健康服務的行為，有哪些時間歷程的變化，哪些因素會影響其服務的抉擇，以及整體的服務使用型態為何，據此擬出研究架構，後續分述說明研究架構及變項操作化定義。

壹、研究架構與研究假設

研究問題歸納有以下三點，分別為：1.探討精障者自生病後到目前的服務使用行為，即探討尋求協助的過程(Help-seeking)。2.了解精障者在使用服務歷程中的服務型態為何？3.釐清哪些是影響精障者的使用歷程與使用型態的因素？根據前文研究問題與文獻回顧分析，試擬以下四項變項，彙整研究架構如下（圖 6）。

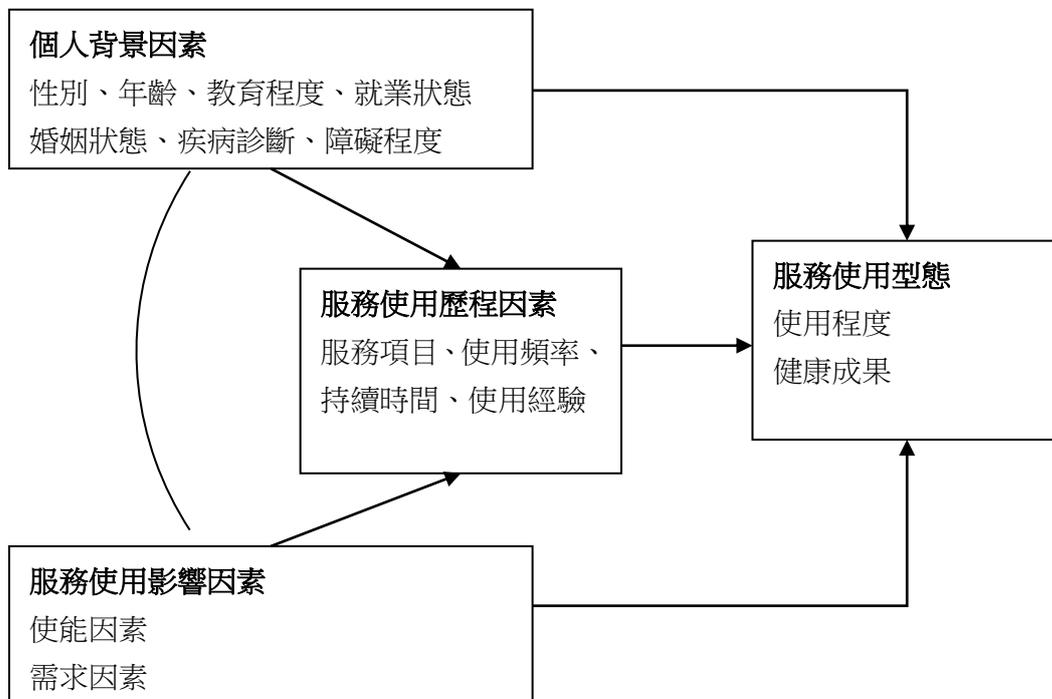


圖 6 研究架構圖

本研究歸納文獻分析所得共有四個變項：自變項一是個人背景因素：共有七個變項，分別為性別、年齡、教育程度、就業狀態、婚姻狀態、診斷別、障礙程度；自變項二是服務使用影響因素：有兩個變項，包括使能因素與需求；自變項三是服務使用歷程因素：共有四個變項，分別是使用服務項目、使用頻率、使用經驗、持續時間；架構圖右方為依變項服務使用型態，包含服務使用程度與健康成果。此外，有關「服務使用歷程」具有時間變化特性（如圖 7），欲探究精障者在初發病時、正式就醫後、進入精復機構後這三個時期的服務使用情形，也就是假定精障者在前期服務使用經驗會影響後期的服務使用行為。

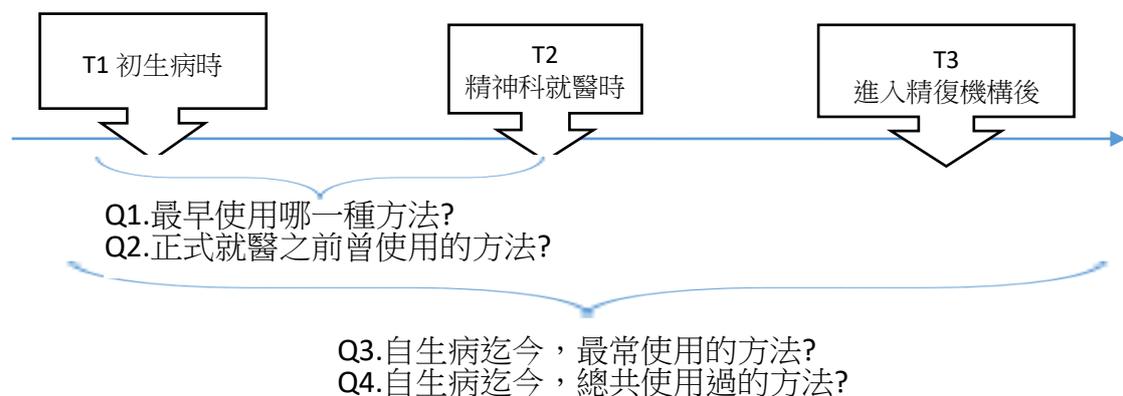


圖 7 精障者的服務使用歷程及探討的服務使用行為

依據研究架構圖及服務使用歷程圖示，綜合提出三大解釋模型，第一是個人因素與影響因素互有關聯；第二模型是服務使用歷程因素受到個人背景與服務使用因素的影響；第三個模型是服務使用型態受到個人背景、服務使用因素與服務使用歷程的影響。

貳、研究變項與操作性定義

以下依序說明「個人背景」、「影響因素」、「使用歷程」與「服務使用型態」各變項內容及操作性定義。

一、個人背景因素

相關研究指出精障者人口特性的不同，反映於服務使用量、使用程度與型態等有所差異(Biji et al., 2000; Carr et al., 2003; Chang et al., 2012; Fleury et al., 2104; Shaw et al., 2000)，因此本研究將性別、年齡、教育程度、就業狀態、婚姻狀態、診

斷類別與障礙程度共七項納入個人背景因素。變項操作性定義如下：

- (一) 性別：以「生物特徵」屬性來做類別區分，編碼為女性=0、男性=1。
- (二) 年齡：以「生理年齡」來做計算，由受訪者寫出在受訪當年度的歲數，編碼為阿拉伯數字。
- (三) 就業狀態：依受訪者當時是否有半職、全職性質領有收入的工作及有否有求職行為來作類別區分，編碼為 1=全職工作；2=以家務為主，仍兼有部分工時工作；3=從事某種家務（或代工、勞務性的工作訓練）；4=想工作、但沒去找；5=在學或準備升學；6=已退休。
- (四) 婚姻狀態：依受訪者與配偶關係在法律上的認定及實際共處情形來做類別區分，編碼為 1=未婚、2=同居、3=已婚、4=分居、5=喪偶、6=離婚、7=其他。
- (五) 教育程度：依受訪者的最後一個完整學歷來做類別區分，編碼為 0=沒有接受教育、1=國小、2=國中（或初中）、3=高中或高職、4=大學（或大專）、5=碩士及碩士以上。
- (六) 疾病診斷：由精神科醫師確診的精神疾病所界定的疾病類別變項，編碼為 1=其他器質性精神病、2=思覺失調症、3=情感性精神病，並增加「其他」選項=4。
- (七) 障礙程度：依照身心障礙證明（手冊）所註記的障礙程度，為連續變項，編碼為 0=無(未申請身心障礙證明)、1=輕度、2=中度、3=重度、4=極重度。

二、服務使用影響因素

本研究的影響因素有使能因素、需求。相關文獻均有探討（衛生福利部統計處，2011；藍振嘉等，2015；Carr, et al., 2003; Fleury et al., 2014; Levine et al., 2014），研究者歸納出八項，為複選題。需求方面，本研究是從引發服務使用的原因來進行測量，自相關文獻（林志銘等，2014; Biji et al., 2000; Carr et al., 2003; Chang et al, 2014; Shaw et al., 2000）整理出五項，最後增加一個「其他」的開放欄位供受訪者自由填寫。操作型定義說明如下：

- (一) 使能因素：指有助於精障者獲取服務的能力或條件，歸納八個類別變項，分別為個人收入、了解使用服務的知識或方法、家庭支持、朋友支持、社區有可使用的資源、服務工作者介紹、交通便利、費用減免或優惠。編碼為 0=無影響、1=有影響，故同時具有間斷與連續性質。
- (二) 需求：本研究定義為引發受訪者會去使用服務的原因，歸納五個類別變項，分

別是疾病治療、生活需要、親友無法協助、罹患慢性病、睡眠品質，編碼為 0=無影響、1=有影響，故同時具有間斷與連續性質。有關「慢性病」變項的界定，本研究參考自衛生福利部健保署（2016）公告有關全民健康保險慢性病範圍，列出九種慢性病，由受訪者依據實際就醫行為來做填答，項目勾選越多，表示罹患慢性病越多，若全部欄位均未勾選，表示個人的服務使用沒有受到慢性病需求的影響。有關「睡眠」變項的界定，本研究列出四個負向題與一個正向題的夜眠狀況，由受訪者依個人近一週的入睡結果做填答，各自計分為負 1 分、正 1 分，在總加分數後，若負分越高表示睡眠越差，為正分表示睡眠越好。

三、服務使用歷程因素

服務使用歷程因素共有四個變項分別是服務項目、使用頻率、持續時間及使用經驗，同時結合了三個服務使用時期來進行資料蒐集，包括了初發病時期、正式就醫時期、進入精復機構時期。

(一)服務項目：指受訪對象在正式就醫時、進入精復機構時兩個時期各自使用了哪些精神健康服務與一般健康服務（見表 7），有關「精神健康服務」的第 1-4 項偏向是醫療導向，第 5-8 項偏向是社區導向的精神健康服務。而一般健康服務項目列出以精障者常見門診照護的科別為主，並增加了一項「其他」的開放欄位讓精障者可依實際經驗填寫其他科別。其操作性定義說明如后：

1. 指精障者在受調查時期曾使用的精神健康服務，歸納有九個類別變項，分別是精神療養醫院（或綜合醫院）的急診、精神科急性住院、精神科慢性住院、日間留院、社區復健中心、康復之家、醫院或社區單位的心理諮商或輔導、社區協會辦理的課程或活動、精神科門診。編碼為 0=未使用，1=有使用。
2. 指精障者在受調查時期使用的一般健康服務，歸納有十個類別變項，分別是急診、耳鼻喉門診、牙科門診、骨科門診、復健科門診、眼科門診、婦科門診、泌尿科門診、肝膽腸胃科門診、皮膚科。編碼為 0=未使用，1=有使用。另外增加一個開放欄位供填寫。

(二) 使用頻率：指受訪對象在正式就醫時、進入精復機構時兩個時期各自使用精神科回診的情形。頻率設計參酌研究者實際服務精障者經驗，將回診頻率分為：1 週回診、2 週回診、每月回診三種，編碼為 1=一週回診、2=二週回診、3=每

月回診。並增加一個「其他」開放欄位供受訪對象填寫。

(三) 持續時間：相關文獻回顧針對了服務使用者有無使用服務期間的調查，包括有兩類：1.尚未獲得處遇的期間(Adeosun et al., 2013)、2.使用服務時的持續期間(Chang et al., 2012; Hui et al., 2015)，這些均能呈現精障者使用相關服務的特性。本研究透過調查受訪者的四種年紀(初次生病、初次就醫、進入精神復健機構、目前填寫問卷時)來計算出三種持續時間(見圖8)，

1. 未接受醫療期間 (Service1 時期)：指精障者尚未接觸到正式精神科醫療體系，編碼為 S1。
2. 等候精神復健期間 (Service2 時期)：指精障者已接觸使用精神科治療時期，但是尚未進入精神復健機構，編碼為 S2。
3. 接受精神復健期間 (Service3 時期)：指精障者目前正在使用精神復健服務，包括社區復健中心或是康復之家，編碼為 S3。

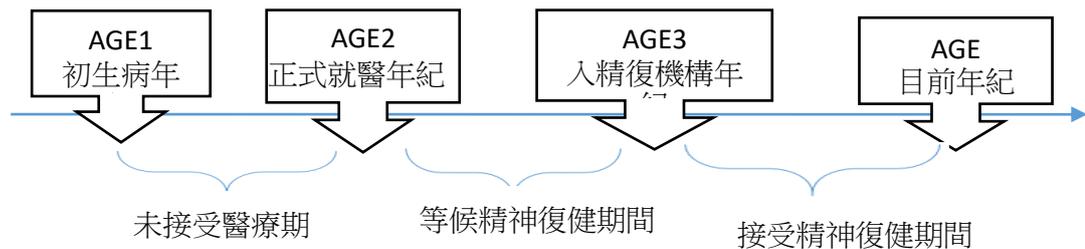


圖 8 精障者的年紀與服務使用持續時間

(四) 使用經驗：相關文獻指出過往服務經驗對現況使用行為的影響(Adeosun et al., 2013; Carr et al., 2003)。本研究調查精障者未就醫前、正式就醫後、目前在精復機構這三個時期的四種尋助經驗(如圖8)：變項及操作性定義如後：

1. 最早使用方法 (S1 時期)：指精障者剛開始罹患精神疾病時最早使用的一種尋助方法，為類別屬性，編碼為 1=到醫院的其他科別就醫(西醫)、2=宗教信仰或民俗療法、3=中醫、4=精神科、5=其他。
2. 正式就醫前，曾使用方法 (S1-S2 時期)：指精障者未看精神科前曾使用哪些尋助方法，為類別屬性，編碼為 1=到醫院的其他科別就醫(西醫)、2=宗教信仰或民俗療法、3=中醫、4=其他(請寫)、5=都沒有。
3. 自生病迄今，最常使用的一種方法 (S123)：指精障者自生病到目前為止，使用次數最多的一種尋助方法，為類別屬性，編碼為 1=到醫院的其他科別就醫(西

醫)、2=宗教信仰或民俗療法、3=中醫、4=精神科、5=其他。

4. 自生病迄今總共用過的方法 (S123): 指精障者自生病到目前為止總共使用過的各種尋助方法, 為類別屬性, 編碼為 1=到醫院的其他科別就醫 (西醫)、2=宗教信仰或民俗療法、3=中醫、4=精神科、5=其他。

四、服務使用型態

由前述研究假定「服務使用歷程」因素可知服務使用行為會受到這些時間、經驗等影響, 表示前期服務使用情形會影響後期使用狀態, 因此在依變項「服務使用型態」也呈現時間因素帶來的效果。依變項一為「服務使用程度」, 其操作性定義說明如下: 指精障者接受相關服務後, 現況的精神科回診頻率, 依頻率高低能反映使用服務的程度, 頻率為 1 週 1 次、2 週 1 次、4 週 1 次, 各編碼為 1、2、3。依變項二為「健康成果」, 係由 SF-36 量表摘取四題做為檢測精障者對自身健康的評價, 指精障者使用了精神健康與一般健康服務後, 對個人健康及生活的效果, 為連續屬性, 四個子題操作性定義分述如下:

1. 健康自評: 了解個人在使用相關服務後, 對目前健康的評價, 為順序屬性。編碼為 5=非常好、4=好、3=尚可、2=差、1=非常差。
2. 健康進步: 比較自己前一年與目前的健康狀況, 為順序屬性。編碼為 1=與一年前相比非常好、2=與一年前相比是好的、3=與一年前一樣、4=與一年前相比是差的、5=與一年前相比非常差。
3. 人際干擾: 自評這一個月以來個人的健康或情緒不好的狀況, 對身邊家人、朋友的影響。變項為順序屬性, 編碼為 5=完全沒有影響、3=有一半的影響、1=影響非常大。
4. 健康滿意度: 對自我健康的滿意度評價, 為順序屬性, 編碼為 5=非常滿意、4=滿意、3=尚可、2=不滿意、1=非常不滿意。

第二節 研究對象與抽樣方法

本研究的調查對象是以目前正使用精神復健機構服務的精障者為主，以下先介紹使用這類型機構服務的對象特性，並說明研究的排除條件；第二部份，是介紹研究抽樣縣市的考量與抽樣方法，第三部份說明本研究樣本的代表性。

壹、研究對象

使用精神復健機構(以下簡稱為精復機構)服務的精障者為本研究對象，服務使用者須符合健保署公告之五點規定：一、精神狀況穩定，且無自傷、傷人之虞。二、無嚴重之生理疾病。三、願意接受精神科治療。四、能參與復健方案或外出工作。五、願意遵守生活公約（衛生福利部健保署，2015）。由這些收案標準可知，精障者都已有明確的精神疾病診斷，且精神病況已度過了急性發病期間，目前病況較為穩定；其次，至少已有使用有二項服務的經驗，包括有精神醫療服務與目前使用的精神復健服務；第三，自初次發病、接受精神科治療到目前使用精復機構服務，至少已有歷經一年左右時間。從這些疾病特性與服務使用狀況來看，正符合了本研究欲探討精障者服務使用行為的範圍群體，也就是已參與精神健康服務體系服務長達一段時間，目前病況較為穩定。

受訪對象符合以下三個條件：精神診斷確認，意識清楚且能回應，願意接受參與本研究。排除在本研究的對象狀況為：無意願接受研究、精神症狀明顯干擾而無法進行問卷調查，關於症狀干擾是否會影響參與研究，這部份委由精復機構工作人員協助評估提供建議。

貳、取樣原則

依據衛生福利部統計資料(2016b)顯示全國 22 縣市共有精神復健機構 203 間，分佈在 19 個縣市，這些縣市的精神復健服務發展規模不一，台北市與新北市共設有 75 間，即占有全國近 37% 的間數，部分縣市發展規模有限，例如基隆縣、雲林縣、台東縣、嘉義縣這些縣市設置為 1 至 2 間，而金門、澎湖與連江縣尚無此類型機構。本研究考量以縣市的精神復健機構數量與服務床數的相近性為指標，故選取出四縣市做為資料蒐集的區域，包含桃園市、台中市、台南市、高雄市，這四都合計有 69 間精神復健機構。而精神復健機構設置主要有兩個來源：醫院附設或獨資

設置，本研究期待了解一般社區精障者使用服務的情形，因此研究再排除醫院附設的精復機構共 19 間，實際可供研究的母群體有 50 間，分別是桃園 20 間、台中 9 間、台南 9 間、高雄 12 間。

本研究採用的是分層叢集取樣法(Stratified cluster sampling)，因取樣的過程有兩個階段，研究對象的篩選過程如圖 9 所示：第一階段是由全國 22 個縣市中選出性質相近的四個縣市，並排除醫院附設的精神復健機構後，共計有 50 間機構為研究母群（見附錄一）。第二階段，依序對各縣市日間型(即社區復健中心)與住宿型(即康復之家)機構進行編號，每個縣市抽取 4 間精復機構做為研究調查的樣本群，若機構拒絕則再抽取下一個機構。

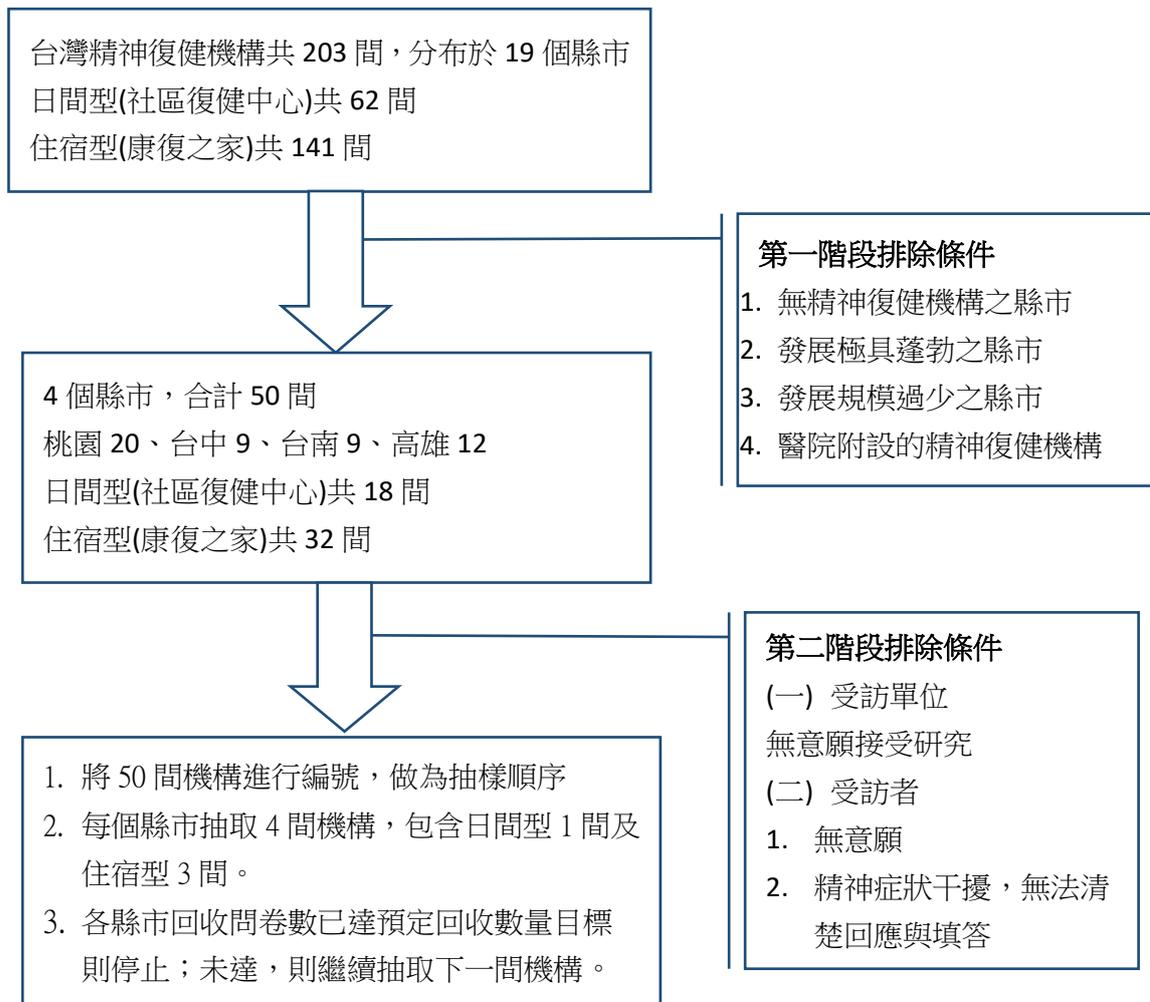


圖 9 抽樣架構圖

預估每四個縣市各抽取 3 間康復之家與 1 間社區復健中心(如粗體字)進行問卷調查，推估回收樣本數的比例，是依照全國精神復健機構資源（2016b）的登記服務量比例，據此，桃園市樣本比例估計為 41.6%，高雄市為 21.9%，台中市為 18.8%，台南市為 17.6%，整體回收樣本數應至少達 300 份。若各縣市的回收樣本數已達預估目標數，則停止發放問卷，若仍未達目標，則研究者繼續洽詢下一間精復機構。

施測期間為 2018 年 4 月至 6 月，問卷回收情形見表 5，實際回收數量以桃園最多(36%)，其次為高雄(26.7%)，而台中與台南比例相近，分別為(17.4%)與(16.8%)。這四都機構屬性來看，桃園市的機構型態偏向小型化，一間社區復健中心可發放對象約 10 人左右，因回收量未達預定回收數，施測時增加為 2 間；台南方面，僅有的 1 間社區復健中心目前內部重整而表明不接受研究，研究者改以抽樣 4 間康復之家；高雄方面，因社區復健中心間數明顯高於康復之家，研究者為反映該地區的特性，故增加抽取 2 間社區復健中心。

廢卷共有 28 份，佔總發放問卷的 7.2%。研究者處理廢卷的準則有二點：一是受訪者不論在單選題或複選題的每個選項都有勾選，這顯示受訪者無法了解題意，則問卷回收後無法進行有效分析；二是受訪者在填答過程中自行離開，無意願填寫，則問卷填答未完整，也將歸入廢卷。

表 5 問卷發放及回收一覽表

| 區域 | 間數 | 類型 | 發放數量 | 回收數量 | 回收份數 | 廢卷 | 回收率 |
|-----|----|------|------|------|------|----|--------|
| 桃園市 | 7 | 住宿 5 | 102 | 92 | 114 | 10 | 91.9% |
| | | 日間 2 | 22 | 22 | | 0 | |
| 台中市 | 3 | 住宿 2 | 45 | 41 | 58 | 4 | 92.06% |
| | | 日間 1 | 18 | 17 | | 1 | |
| 台南市 | 4 | 住宿 4 | 55 | 54 | 54 | 1 | 98.18% |
| | | 日間 0 | 0 | 0 | | 0 | |
| 高雄市 | 5 | 住宿 3 | 63 | 54 | 2018 | 9 | 89.91% |
| | | 日間 2 | 56 | 53 | | 3 | |
| 合計 | 19 | | 361 | | 333 | 28 | 92.2% |

資料來源：研究者整理

本研究並未將區域與機構屬性作為研究設計的觀察變項，是因為每個縣市的精神健康服務發展能量並非是齊步進行發展，各有差異。但這四都均為都會區域，相較於其他縣市來看，推動精神醫療服務的歷程上確實更早發展。在 1985 年當時行政院衛生署將台灣劃分七個區域，各區指定一所核心醫院做為推展精神醫療網工作。當時以桃園療養院成立最早，為北區精神醫療網，始於 1929 年於台北州五分埔（今松山區）籌設精神病院-養神院，成為台灣第一所公立精神醫院，之後陸續更名，至 1979 年遷移至桃園，再更名為台灣省立桃園療養院，現稱衛生福利部桃園療養院。其次為高雄地區，為高屏區精神醫療網，在 1960 年台灣省政府利用美援協助下，成立台灣省立高雄療養院，在 1984 年更名為高雄市立凱旋醫院。台南地區，為南區精神醫療網，在 1968 年台灣省衛生處率先在省立台南醫院成立神經精神科，並開設精神科急性病房及日間留院；在 1998 年，台灣省立嘉南療養院成立，開辦精神科病床 500 床。在中區精神網方面，則是 1983 年台灣省草屯療養院成立，當時開辦精神科病床 500 床（戴傳文，2016）。

參、研究樣本之代表性

受訪者目前都在精神復健機構接受服務，以住宿型精神復健機構為主，佔 72.4%，而日間型精神復健機構佔 27.6%。填寫人以精神障礙者本人為主，佔有 85.3%，而有 2 份是由家屬協助完成，另有 47 份資料是由機構工作人員參與完成，佔 14.1%，這些輔助填答的題項是與疾病或福利身份、年齡有關的問題，包括了疾病診斷、身心障礙程度、剛生病時的年齡、來到精神復健機構時年齡等。

在精障者個人背景方面，基本資料包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、就業狀態、診斷、身心障礙程度（見表 6）¹⁸。以下分述說明樣本回收結果及代表性¹⁹。在性別方面以男性稍多於女性，分別佔 53.2%與 46.8%，而根據 2016 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告，指出全國精障者男性性別比例為 48.44%，女性 51.56%，顯示性別分佈狀態各約佔一半比例。

年齡方面，年齡分佈最小為 14 歲，最年長為 70 歲，平均為 46.83 歲，年齡層分佈以 45 歲以上為主，佔 56.8%，其次是 26-44 歲，佔 40.2%，在 25 歲以下者佔

¹⁸ 表格數據均由本次調查統計所得。

¹⁹ 有關研究樣本的代表性，本研究參考母群的比較資料來源是 2016 年全國身心障礙需求調查報告，原因是該份報告提供有精障者較完整的人口變項統計數據可供比對。

3%。顯示受調查的精障者普遍都在青壯與中壯年為主。此與精神疾病的好發年齡有關，在 15 歲至 25 歲之間為思覺失調症好發年齡，35 歲至 45 歲之間為情感性疾患的好發年齡，當疾病治療較為穩定後進入精神復健機構使用服務，調查樣本年齡偏中壯年與中高齡為主。若以 2016 年身心障礙調查報告資料來看，全國精障者年齡層分佈在 30 歲以下者佔 4.72%，30 歲至 44 歲佔 27.08%，45 歲以上佔 68.2%，也以中高齡比例最高。本研究與全國調查報告相同點是都以中高齡精障者為主，相異處是在本研究服務對象特性是以尚有復健潛能、不需全日住院之精障者為主，處於青壯年階段的比例達四成，而全國資料的比例較低，為二成七。

教育程度方面，受調查精障者比例最高為高中（及高職），佔 41.4%，其次為國中或初中，佔 27.3%，第三是大學或大專以上（含碩士）佔 18%，國小及未接受教育者佔 13.2%。而全國精障者的教育程度分佈為高中（及高職）(42%)、國中(22%)、大學（和大專）以上(12%)、國小及以下(15%)（衛生福利部統計處，2016a），顯示受調查樣本學歷分佈情形大致與全國精障者學歷情形相近。

婚姻方面，比例最高者為未婚，佔 64.6%，其次為離婚或分居，佔 18.6%，已婚或同居佔 11.4%，喪偶是 5.4%。然而全國的精障者婚姻狀況依比例分佈，依序為有配偶或同居者為主(40%)，其次是未婚者(27%)，第三是離婚或分居(20%)，第四是喪偶(13%)。兩者數據差異較大，顯示接受精神復健機構服務的精障者目前無偶的狀況（含未婚、離異、分居、喪偶）極高，佔有 88.6%，而全國精障者調查結果佔六成。顯示在機構接受服務的精障者本身的原生家庭或婚姻關係成員的支持較為薄弱，更需要機構式的照護及協助建構更多的外部支持資源。

在就業狀態方面，有就業者合計為 54.6%，包含了全職工作者 7.2%、從事某種家務（或代工、勞務性的訓練）38.4%、以家務為主仍兼有部分工時工作 9%；而精障者非勞動力的比例為 45.3%，包含有想工作但沒去找 10.8%、在學或準備升學 0.6%、身體影響無法工作 28.8%、已退休 5.1%。本研究樣本的就業與非就業狀態各約佔一半比例。而全國精障者的就業狀況調查報告²⁰，已就業者僅佔 15.08%，失業者為 2.7%，非勞動力則高達 82.22%。顯見在精復機構的精障者維持就業狀態與全

²⁰ 2016 年身心障礙者需求調查報告，有關就業狀態的範圍：1. 就業者：包括了(1)從事某種工作（包括庇護性）。(2)有工作而未去做，但領有報酬。(3)利用課餘或假期工作。(4)家事餘暇從事工作。2. 非勞動力：包括有(1)想工作未去找。(2)料理家務。(3)家庭照顧。(4)在學或準備升學。(5)身心障礙疾病，暫時無法工作或未工作過。(6)因傷病(非障礙)暫時無法工作。(7)已退休或因身障或其他傷病無法再工作（衛生福利部統計處，2018）。

國相較高出了三倍以上，這反映精復機構的服務導向以強化社會功能及職業能力，並提升自立生活的目標。

疾病診斷類別方面，研究樣本比例最高是以思覺失調症，佔有 69.4%，其次是情感性精神病，佔有 24.3%。若由全民健康保險醫療統計資料(衛生福利部統計處，2017c)來看，思覺失調症和妄想症的全國門診及住院人數為 150,966 人，情感性障礙症為 617,833 人，就醫及住院比例最高者反而是以情感性疾患為主，顯示精神疾病的不同，也反映在使用特定健康服務的行為。因為思覺失調症的病程慢性化、容易復發及社會功能退化等因素，導致這類精障者相較更需要有單位持續性的協助。

障礙程度最多者為中度，佔 53.6%，其次為輕度，佔 28.9%，重度及極重度為 12.3%，受訪者有 17 位沒有申請身心障礙證明者，佔 5.1%。而台灣整體精障者障礙程度分佈也以中度為主(54.41%)，輕度次之(28.30%)，第三為重度與極重度(17.29%) (衛生福利部統計處，2017c)，兩相對照下，若扣除掉樣本未申請身心障礙證明者，樣本群的障礙程度分佈與全國的精障者障礙程度是極為相近的。

綜合上述，本研究對象以中壯年與中高齡為主，男性稍多於女性，教育程度為高中或高職學歷為主，就業狀態以目前從事某種家務(或代工、勞務性的訓練)居多，且有就業者稍高於未就業者，疾病診斷別以思覺失調症為主，障礙程度以中度為主。由研究對象的基本資料統計與全國精障者資料比較，可知樣本特性大致符合全國精障者的資料分佈，唯年齡、就業與婚姻變項稍有差異，則是反映出服務機構特性所收對象群的緣故。

表 6 研究樣本的個人背景資料 (N=333)

| 變項內容 | N | (%) | 變項內容 | N | (%) |
|-------------|-----|--------|-----------------------------------------------|-----|--------|
| 機構區域 | | | 教育程度 | | |
| 桃園 | 120 | (36) | 沒有接受教育 | 8 | (2.4) |
| 台中 | 58 | (17.4) | 國小 | 36 | (10.8) |
| 台南 | 56 | (16.8) | 國中(或初中) | 91 | (27.3) |
| 高雄 | 99 | (29.7) | 高中或高職 | 138 | (41.4) |
| 機構屬性 | | | 大專或大學 | 57 | (17.1) |
| 康復之家 | 241 | (72.4) | 碩士及碩士以上 | 3 | (0.9) |
| 社區復健中心 | 92 | (27.6) | 就業狀態 | | |
| 填寫人 | | | 全職工作 | 24 | (7.2) |
| 本人 | 284 | (85.3) | 以家務為主，仍兼 有部分工時工作 從事某種家務 (或代工、勞務性的訓練) | 30 | (9.0) |
| 本人和家人 | 2 | (6) | 想工作，但沒去找 | 36 | (10.8) |
| 本人和機構工作人員 | 47 | (14.1) | 身體影響，無法工作 | 96 | (28.8) |
| 性別 | | | 在學或準備升學 | 2 | (6) |
| 男 | 177 | (53.2) | 已退休 | 17 | (5.1) |
| 女 | 156 | (46.8) | 診斷 | | |
| 婚姻狀況 | | | 其他器質性精神病 | 16 | (4.8) |
| 未婚 | 215 | (64.6) | 思覺失調症 | 231 | (69.4) |
| 同居 | 4 | (1.2) | 情感性精神病 | 81 | (24.3) |
| 已婚 | 34 | (10.2) | 其他 | 4 | (1.2) |
| 分居 | 7 | (2.1) | 遺漏值=1 | | |
| 喪偶 | 18 | (5.4) | 障礙程度 | | |
| 離婚 | 55 | (16.5) | 輕度 | 96 | (28.9) |
| 年齡 | | | 中度 | 178 | (53.6) |
| 25歲以下 | 10 | (3.0) | 重度 | 35 | (10.5) |
| 26-45歲 | 134 | (40.2) | 極重度 | 6 | (1.8) |
| 46歲以上 | 189 | (56.8) | 沒有身心障礙證明(手冊) | 17 | (5.1) |
| | | | 遺漏值=1 | | |

第三節 研究工具編製

本小節分成二個部份，首先介紹研究工具編製的過程，並討論工具的信度與效度問題。第二部份，是根據專家建議、問卷試測、信度檢驗等結果，再次修訂研究架構及部分變項定義，讓研究更達執行效果。

壹、問卷編製

一、問卷設計原則

研究採用調查法來了解受訪對象對服務使用的相關資訊，測量工具為自製結構式問卷，研究者參考自 Radhakrishna(2007)問卷發展的五個程序並做修改(圖 10)。在步驟一與步驟二的階段，研究者從服務經驗中探索有興趣的問題現象，並閱讀相關文獻建立起本研究的背景資料，歸納研究目標與問題，此部分於第一章說明。其次，從文獻閱讀資料找尋適當的問題作為研究自變項與依變項來源，並做概念化與操作化定義，相關內容於第二章文獻與三章第一節說明。在步驟三，依每個變項的特性選擇適當的測量尺度，並著手問卷內容設計，設計是立基於研究目標，而決定了要問哪些問題(Leung, 2001)。

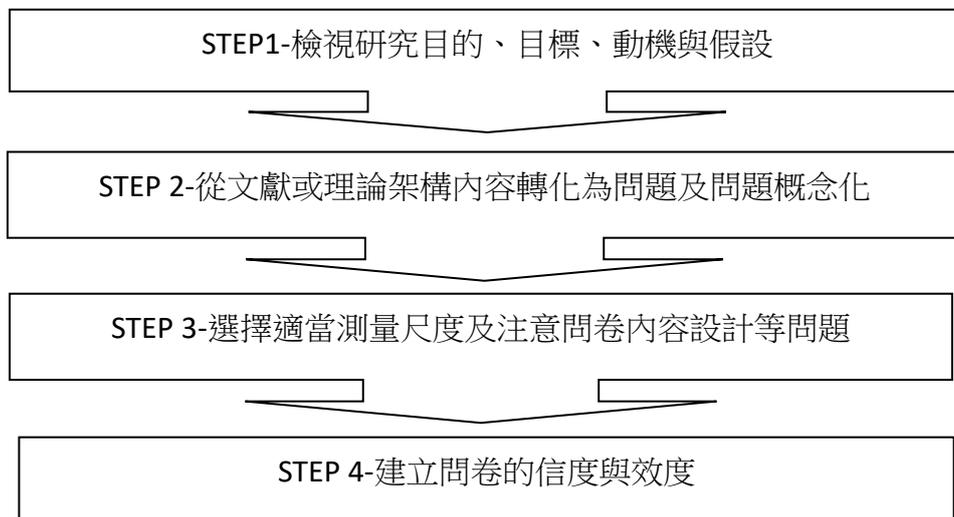


圖 10 問卷發展程序

資料來源：參考自 Radhakrishna(2007)

二、問卷編製過程

為讓問卷能有效回應研究之目標，研究者依據文獻回顧所得後，先進行訪談精障者及照顧者，取得對其生病歷程中使用服務的概況，編制出問卷初稿（詳見附錄二）；後續邀請醫師、社工、職能、護理領域之專家進行審閱問卷，研究者依專家回饋建議修訂問卷，並在桃園、台中、台南與高雄四個縣市進行小樣本試測，依據回收資料進行信度檢驗，再度修正問卷。整體問卷發展過程如圖 11 所示。



圖 11 研究問卷的編製時程

在問卷編製初稿完成後，應檢視其「效度」，指的是測量工具可否適當反映欲探討概念真正意義的程度（Rubin & Babbie, 2009、引自趙碧華、朱美珍、鍾道詮譯，2013）。有幾種效度類型：表面效度(face validity)與內容效度(content validity)、同時效度(concurrent validity)與預測效度(predictive validity)、建構效度(construct validity)

等（胡龍騰、黃瑋瑩、潘中道，2001），本研究問卷的效度檢視說明如下：第一，在「表面效度與內容效度」方面，前者指的是問卷的問題需與研究目的具有邏輯關聯，後者指的是問題應能涵蓋研究所要測量的範圍，研究者的做法是在問卷編制過程中持續與指導教授討論，並邀請學者專家第三人的檢視及提供回饋來提高效率評判，邀請的四位專家本身在精神醫療與復健領域耕耘多年，研究者根據專家對問卷內容、編排方式、格式、文字用語等建議再次修訂。

表 7 專家名單

| 領域類別 | 專家 | 專家背景 |
|------|------|---------------|
| 社工領域 | 專家 1 | 住宿型精神復健機構負責人 |
| 醫師領域 | 專家 2 | 醫院精神科主治醫師 |
| 職能領域 | 專家 3 | 精神療養醫院職能治療室主任 |
| 護理領域 | 專家 4 | 日間型精神復健機構負責人 |

第二，在「建構效度」方面，是立基於測量工具是否依照理論的預期，說明測量的變項與理論中其他變項間的關係（Rubin et al., 2009、引自趙碧華等譯，2013）。在本研究是透過第二章文獻回顧，彙整實務研究及學理觀點等來發展自變項與依變項，繼而假設了個人變項、服務使用影響因素、服務使用歷程因素與服務使用型態之間的關係。

問卷初稿經由專家建議修訂後，分別在桃園、台中、台南與高雄四個縣市各邀請一個機構進行試測²¹，試測活動有助於研究的效果：發現有助於提高受訪對象接受研究的方法、找尋讓受訪對象填答整份問卷的可能性、找出內容、措詞、題目順序等問題、探討有助於整體調查資料品質的方法等（Cooper & Schindler, 2013、引自古永嘉、楊雪蘭譯，2016）。以下整理試測過程觀察到的問題，及研究者擬於正式施測時的修正作法：

1. 題目太多，參與者填寫需約 20 多分鐘，再加上研究者須檢查有無遺漏填答，整個過程較久，易讓參與者沒有耐心。
2. 有幾位參與者忘記了發病或到機構年紀，需由機構工作人員協助提供資訊。
3. 參與者在填寫 S1 時期與 S2 時期的精神健康服務項目的次數，多份問卷都是空白，表示已忘記，填答率低。

²¹ 研究正式施測時，已排除 4 個試測單位，試測單位含 3 間康復之家與 1 間社區復健中心。

4. 部分欄位設定為□無、□有，部份欄位則為單一空格，版面較凌亂；有受訪者表示要勾選的欄位太多。
5. 填寫時段不宜超過夜間七點半，會影響機構住民的夜間用藥及就寢時段。
6. 有受訪者對精神健康服務項目「醫院或社區單位的心理諮商或輔導」及「社區組織辦理的課程或活動」不清楚，需要研究者口頭說明。

彙整前述試測時的相關問題，研究者修正作法：將問卷勾選欄位統一設計為單一空格，並在兩個精神健康服務項目旁加註文字說明或舉例子；也將「服務使用頻率」聚焦在精神科回診，便於精障者易填答，而原本要蒐集其他服務頻率的題目均刪除。另外，研究者也將問卷發放的時段盡量控制在早上或下午時段，並調整問卷發放前的指導語更淺顯易懂。

試測回收樣本數為 32 份，進一步計分析問卷信度，「信度」看重的是每次測量重複相同對象時能否獲得同樣的結果，當信度越高，表示隨機誤差狀況越少。決定研究工具信度的方法可歸類兩大類型：外部一致性程序(external consistency procedures)、內部一致性程序(internal consistency procedures) (胡龍騰等，2001)。前者可以透過重測信度或複本信度的累加測試做法來證實研究工具的信度，本研究採用後者來做檢核，其假設了測量工具本身有多重的題項及各自代表的分數，在計算不同次類別的總分之後，評估所有次類別題項間總分的相關程度。信度檢測使用社會科學統計套裝軟體 (SPSS for window 20.0 中文版) 計算 α 系數(coefficient alpha)。

以下針對年齡、影響因素、健康成果三個變項的資料做信度檢測，需要對年齡進行檢測的原因是該數據反映的是四個不同時期的資料，而非僅是精障者個人的年齡。結果發現 (一) 病程的年齡：有關精障者的四個重要年齡，包括初發病、初次就醫、來到精復機構、目前年齡，其信度分析 Cronbach's Alpha 為.888²²。(二) 服務使用影響因素：調查哪些狀況影響精障者使用精神健康或一般健康服務，其信度分析 Cronbach's Alpha 為.732。(三) 健康情形信度分析與主成分分析：調查精障者在使用這些精神健康與一般健康服務後，對其健康及生活效果為何。其信度分析 Cronbach's Alpha 為.778，透過主成分分析法(principal components analysis)，此四題

²² .9< α 信度佳，.7< α <.9 信度可，.5< α <.7 信度低， α <.5 沒有信度意義 (邱皓政，2005)。

萃取了一個主成分（見表 8），彼此相關度達到顯著，因素負荷量分別為.876、.809、.749、.661，解釋變異量達到 **60%**²³。

表 8 主成分分析-成分矩陣^a

| | 元件 | 解釋變異量% |
|----------|------|--------|
| | 1 | |
| 健康滿意度 | .876 | 60.507 |
| 目前健康狀態 | .809 | |
| 與一年前比較健康 | .749 | |
| 人際互動影響 | .661 | |

本研究採用問卷調查方式，調查法主要可能有三種誤差來源：測量問題與調查工具、訪問員、受測者（Cooper et al., 2013、引自古永嘉等譯，2016），有關第一項的檢核作法將於第三節解說，本段先就「訪員」與「受測者」這兩部份來說明處理作法。

(一) 在訪員方面

本研究邀請二名訪員協助台南市與高雄市共 6 間機構的問卷發放，訪員背景均為社工碩士學歷，參與社會工作實務達 10 年以上，現居住台南與高雄市，對該區域熟稔。事前的訪員訓練包括了對研究計畫認識、問卷發放流程、問題的介紹方式、舉例說明可能有哪些狀況及處理作法。整體研究資料的蒐集過程，仍由研究者本人執行問卷發放、解說與回收，減少訪員間不一致或個人影響行為。

(二) 在受測者方面

考量精神疾病對其認知干擾的效果，研究者事前先寄發問卷資料到機構，請機構負責人協助評估意識清楚、可填答、具填寫意願之精障者；在問卷發放當天，針對理解文字有困難、識字有限的精障者，由研究者逐項詢問並協助填寫，有部分機構負責人也協助受測者完成填答。

最後說明資料填寫品質的維護作法分述如下：1.研究者再次檢查：當受訪精障者完成問卷，會由研究者檢查各欄位有無漏填，針對漏答欄位再請受訪者補填，以確認問卷填答的完整性。2.現場機構工作人員協助查詢：針對精障者表達已忘記的幾個題目，例如初發病年紀、就醫年紀、到精復機構年紀或診斷別等資訊，研究者在問卷首頁做一個標記，並請機構協助查尋後填入資料。3.將問卷中無法確認資訊

²³ 解釋量即變異數的百分比，在此達到 6 成。

的欄位設為遺漏值：有幾位精障者過去是街友身份，由醫院轉介到受訪機構，機構表明也無法探知早期的生病歷史資訊。因此研究者會將問卷這幾個欄位設定為遺漏值。4.將錯誤填答、中途離開者的問卷歸為廢卷：幾位受測者的認知狀況不佳，將每個欄位都做勾選，研究者為避免造成其傷害，未現場要求其停止填答，而是在回收問卷後歸為廢卷，另有兩位精障者在填答中途即離開，也歸入廢卷處理。

第四節 資料分析與檢核

本小節說明研究選用哪些統計方法，並初步檢核問卷回收後的數據資料，討論有疑義資料之處理作法。

壹、資料分析工具

本研究根據各個變項的測量尺度選擇適合的統計方法，三個研究自變項包括有間斷與連續變項，依變項為連續變項，以下依序介紹可採用的統計方法及相對應的研究假設：

一、描述性統計分析

以社會科學統計套裝軟體（SPSS for window 20.0 中文版）進行各種統計處理及運算，包括個人背景變項的次數分配、百分比、平均數等，以了解整體受訪對象資料分佈情形，包含有性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、就業狀況、疾病診斷與障礙程度。

二、推論統計分析

(一) 採用獨立樣本 t 檢定

當自變項為兩類間斷變項，依變項為連續變項時，將採用獨立樣本 t 檢定。本研究自變項為間斷性質是個人背景因素中性別變項及影響因素，其他屬於連續性質變項包括個人背景因素及服務使用歷程因素將採重分組方式進行 t 檢定。

(二) 採用單因子變異數（F 檢定）分析

當自變項為三類或三類以上的間斷變項，依變項為連續變項，將採用 F 檢定，來檢驗兩兩變項之間的關係。本研究自變項為間斷性質者，包括有：婚姻狀態、診斷別。使用 F 檢定的研究假設為：不同背景條件的精障者，在服務使用歷程與服務使用型態上有所差異。

(三) 採用皮爾森積差相關(Person's product-moment correlation)

若自變項與依變項均為連續變項，其共同變化的關係情形是研究欲關切的，可用列聯相關係數來看，常見方法有皮爾森積差相關、lambda、Yules'Q、phi 相關、eta 等（Rubin et al., 2009、引自趙碧華等譯，2013），本研究採用皮爾森積差相關，相關係數的大小反映變項間的關聯²⁴。而自變項為連續變項者包含有個人背景因素

²⁴相關係數範圍(絕對值)為 1.00，變項關聯程度為完全相關；介於.70-.99，為高度相關；介於.40-.69，為中度相關；介於.10-.39，為低度相關；介於.10 以下，為微弱或無相關（邱皓政，2005）。

的年齡、教育程度、障礙程度，以及服務使用歷程因素的使用項目、使用頻率、持續時間。而服務使用影響因素，在本研究設定為名義二分變項（0=無影響，1=有影響），當連續性質的自變項與名義二分進行相關分析時，應該採用點二系列相關；由於在 SPSS20.0 版內建的三種相關系數為 Pearson、Kendall's tau-b、Spearman，所以本研究亦採用皮爾森積差相關。

(四) 迴歸分析

相關係數能說明兩變項間的關聯，卻無法進一步分析何者為因或果，而迴歸是以兩變項間的線性關係基礎上，探討變項間的解釋與預測關係的統計方法(邱皓政，2005)。在本研究中，探討自變項與依變項間能否有預測效果，意即個人背景因素、服務使用影響因素、服務使用歷程對於服務使用型態是否有預測力，可說明彼此為高度正相關，將採用迴歸分析。

貳、資料檢核

本研究檢核問卷原始資料，發現變項「年齡變項」、「最早使用服務方法」、「生病至今服務總方法」、「使用頻率」等處有疑義，須再作調整以便後續正式統計分析。以下說明檢核內容與處理作法：

一、年齡變項

研究蒐集精障者的四種年齡，分別為目前年齡(age)、初發病年齡(age1)、精神科就醫年齡(age2)、到精神復健機構時的年齡(age3)，其年齡順序準則應為 $age \geq age3 \geq age2 \geq age1$ 。在檢核問卷原始資料時，發現有 23 筆是 $age1 > age2$ 、或是 $age2 > age3$ 、或是 $age3 > age$ 情形。推測原因是，要受訪精障者回溯幾個年齡時間點，可能有錯誤出現（灰色方塊），為減少後續統計數據的誤差，將依照年齡順序準則修改，說明如表 9：

1. 若 $age1 > age2$ ，將 $age1$ 年齡更正與 $age2$ 一致（如流水號 270 的資料）。
2. 若 $age2 < age1$ ，將 $age2$ 年齡修正與 $age1$ 一致（如流水號 290 的資料）。
3. 若 $age3 > age$ ，將 $age3$ 年齡修正與 age 一致（如流水號 282 的數據）。

表 9 年齡資料檢核更正說明

| 流水號 | 初發病年齡 (age1) | 正式就醫年齡 (age2) | 到精復機構年 齡(age3) | 目前年齡 (age) | 修改說明 |
|-----|-----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|
| 270 | 18 | 17 | 45 | 62 | Age1→17 歲 |
| 290 | 32 | 30 | 39 | 56 | Age2→32 歲 |
| 282 | 28 | 28 | 45 | 41 | Age3→41 歲 |

二、最早使用服務方法

本研究調查受訪者最早使用的一種尋助方法，及正式就醫前曾使用過哪些尋助方法（如表 10），答題具有前後順序，即受訪者在第二題選項為「4.看精神科」，則第三題應選「5.都沒有」。研究者透過交叉表的資料檢核，發現有 35 筆受訪者在第三題回答時，仍有填答選項 1 至 4 的情形。為避免後續統計誤差，研究者採取作法是將這些數值設為遺漏值，於統計時排除。

表 10 尋助經驗 題項說明

| 題目 | 選項 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| (二)我剛開始生病時，最早使用哪一項方法？（單選） | 1.到醫院去看其他科別（西醫）、2.宗教信仰或民俗療法、3.看中醫、4.看精神科、5.其他 |
| (三)我還沒開始去看精神科之前，曾經使用過哪些方法？（可複選） | 1.到醫院去看其他科別（西醫）、2.宗教信仰或民俗療法、3.看中醫、4.其他、5.都沒有 |

三、生病至今的使用尋助方法

本研究調查受訪者自生病後到目前為止最常使用的一種尋助方法，以及總共使用過的尋助方法（如表 11），答題具有涵蓋性，即受訪者在第一題選答任何一項，則第二題應至少會選有與前題相同的答案。透過交叉表的資料檢核，發現有 21 筆資料矛盾，顯示部分受訪者在第一題勾選某答案，卻未在第二題出現。有可能為題意描述影響受訪者的填答，此部份由研究者採取補填數值（第一題有勾選的答案）的方式處理。

表 11 尋助方法題項說明

| 題目 | 選項 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| (一)我從剛開始生病到現在，最常使用哪一項方法來幫助我的健康？（單選） | 1.到醫院去看其他科別（西醫）、2.宗教信仰或民俗療法、3.看中醫、4.看精神科、5.其他 |
| (二)我從剛開始生病到現在，總共用過哪些方法？（可複選） | 1.到醫院去看其他科別（西醫）、2.宗教信仰或民俗療法、3.看中醫、4.其他、5.都沒有 |

四、精神科門診頻率

調查精障者使用服務的「頻率」，是針對精神科門診回診行為，資料蒐集有兩個時期：一是開始看精神科之後，尚未到現在這間精神復健機構時(S2)，二是已來到目前這間精神復健機構後(S3)。研究問卷的選項有四種選項，依序是：1週、2週、1個月與其他。回收問卷時發現48筆資料填寫在「其他」欄位，研究者現場與受訪者澄清了解並補填資料，發現受訪者回診頻率尚有3週、2個月或3個月。為利於後續研究統計，在登錄問卷資料時重分類別為六種：1週、2週、3週、4週、2個月、3個月，以期更真實呈現精障者的精神科使用頻率樣貌，編碼分別是1、2、3、4、5、6。

五、問卷填答有遺漏的欄位

問卷當中，有受訪者未填的欄位，共有以下幾處：正式就醫後使用精神科的回診頻率，有四位忘記，由研究者編碼遺漏值為99。

第五節 研究倫理

社會工作的研究，常需要向受訪研究對象取得個人資料，在過程中，研究對象冒著讓自己的隱私資料外漏的風險，也可能因受研究內容或過程而遭受到不安、痛苦的感受，故須有針對研究相關規範的制定。常見社會研究的倫理議題如：自願參與、對參與者無害、匿名與保密、欺瞞受訪者、分析與報告等(黃漢忠，2017; Babbie, 1997、引自李美華等譯，1998；Rubin et al., 2013、引自趙碧華等譯，2013; Bankert & Amdur, 2006)，可作為本研究進行的指引，以下分別討論：

1.知情同意：受訪對象來參與本研究是自願的，在被告知有關研究的訊息之後決定來參加，沒有經過強迫。2.對參與者無害：研究過程及結果可能對受訪對象的傷害，例如資訊的透露會使參與者困窘或危及到他們家庭生活、友誼、工作等等（Rubin et al., 2009、引自趙碧華等譯，2013）、問卷使用的字句讓受訪對象感受到貶抑或負向感受，或是資料蒐集的方式造成不安或焦慮等等。3.匿名：匿名指的是調查所獲得資料無法辨識出是哪一位特定的受訪對象，不僅是對於受訪對象身分的保護，也是較可能提高受訪的可能性。4.保密：保密指的是研究中所獲得受訪對象個人的資料，不應將對外公開，後續研究報告的公開是針對已處理過後的整體調查資料。5.心理社會傷害：調查的問題造成受訪者心理傷害或是在社會中易被標籤化。

綜合上述倫理準則，落實於本研究行動層面有以下幾項作法：

一、知情同意

本研究包含兩個層級的同意，分別是機構及受訪精障者：

(一) 取得機構的同意及明確招募對象與排除對象

在機構端，透過事前研究介紹信件及電話聯繫讓機構了解有關研究資訊，包含研究目的、研究對象、資料蒐集方式、保密維護、資料運用的結果等等，讓機構工作人員可以先行評估研究對該機構服務對象的影響，而決定是否接受問卷調查，在獲得機構負責人同意下，才進一步開始邀請受訪對象。也應部份機構的要求，先製作徵求研究調查的簡介供機構張貼公告，讓服務對象可以閱覽了解。除了郵件說明外，也應兩個機構要求以研究者學校行文來正式進行研究邀請。

有關機構洽詢的過程，研究者事前先採用郵件說明研究目的、方式與尋求機構協助等事項，並等候機構回覆，部份未回覆者則由研究者後續致電機構詢問研究的可行性。

(二) 參與成員的知情同意

在受訪者方面，由機構協助提供研究資訊給潛在的受訪對象，詢問有意願受訪者。在問卷的首頁便說明本研究目的並徵求同意，而現場發放問卷主要由研究者單獨執行，當發現有受訪者於過程中顯現無意願再填寫，則採尊重方式讓其離去，後續將該份問卷作為廢卷處理，針對已明顯觀察認知思考干擾填寫內容者，現場仍會讓其填寫完畢並給予小獎品，事後作廢卷處理，不納入統計分析資料。

二、對參與者無傷害

本研究探究人的服務使用歷程，在進行過程中避免對參與成員造成傷害，此部分整理自 Bankert & Amdur(2006)討論有關研究倫理議題範疇，進一步討論說明(黃漢忠，2017)：

(一) 研究者角色對參與者的可能影響

研究者本身是精神復健機構的工作人員，與機構住民有長期互動關係，在進行研究時並未納入自己的機構進行抽樣調查，是考量研究者的工作角色可能會影響機構內精障者為了配合而填寫問卷，反而造成壓力，故機構名單已排除研究者所屬單位。

(二) 調查內容符合參與者擁有服務使用的經驗

研究目的是探討精障者在生病後使用精神健康與一般健康服務的經驗，實際上接受問卷調查的精障者目前都已接受精神復健服務，這表示他們已度過初期發病階段、已有持續就醫一段時間，至少已有使用精神科門診與精神復健機構等經驗，因此能夠回答本研究問卷題旨。

(三) 問卷題目語句、措詞對參與者沒有傷害及可被了解

研究者在編製問卷時，初擬的版本經由四位專家審閱後，從版面格式、勾選欄位、文字措詞、內容編排順序等均有調整，以期讓精障者填寫時更為順暢。如一位專家便回饋他在協助審閱問卷時，有請他們機構的精障者協助填寫看看，參與者認

為要填答的欄位太多了、版面比較亂、不記得次數等狀況，這些回饋供研究者在正式施測前能有更多修正的機會。後續，在正式施測前，先在桃園、台中、台南與高雄地區各擇一間機構進行試測活動，透過試訪對象的回饋及研究者現場觀察受訪精障者填寫情形，評估填答問題的適切性、每份問卷需花費時間、填寫過程可能的疑問等等。事後再次修改測量工具-問卷，以達到對受訪對象有更易了解及填答的文字語句。

(四) 參與者可能為了符合機構期待而配合填答問卷

研究調查受訪精障者目前使用服務的狀況，調查的內容針對個人過往及現況使用服務的數量、就醫科別、頻率等數據資料，並未探詢精障者對機構服務感受性的問題，或要求評價機構提供服務的滿意度，如此避免受訪對象可能擔憂問卷會有機構人員看到的心理壓力。其次，研究者在發放問卷前，都會再次口頭說明研究目的及資料使用方式等資訊讓參與者了解。再者，現場處理問卷發放與回收的對象以研究者為主，僅有部份工作人員協助個別填寫有困難的精障者完成，並未接觸到填答完畢的問卷內容。

(五) 問卷是否有敏感性的問題可能造成參與者群體被標籤化

黃漢中（2017）指出問卷基本資料若和特定問題結合，可能導致參與者所屬的群體被標籤化的效果，例如藥物使用、性行為、家暴傾向等問題。而本研究聚焦於服務使用行為，且以精障者較常態性會使用的精神健康與一般健康服務，並未調查特殊問題。然而，本研究調查樣本來源為桃園、台中、台南與高雄四都，在進行統計分析時確實呈現幾個縣市的服務使用特性高於或低於其他縣市，此部份研究解釋時應當更為謹慎小心，因各縣市的資源、服務發展與人口樣貌仍有所差異，故研究者應佐證相關資料來進行論述。

(六) 提供參與成員的獎勵

問卷調查完畢，研究者現場提供每位參與者一份獎勵品，未採給予費用，而是提供餅乾零食的食品，考量是本研究經費限制，食品可立即取用，且部份精神復健機構對於精障者在外出行動或金錢管控上有所規定，為避免造成參與者及機構的困擾，研究者採購食品來做為填寫問卷的獎勵品，每份金額約在 25 至 35 元之間。

三、匿名

(一) 問卷有無明顯可辨識出參與者的資訊

問卷沒有可辨識受訪者個人資料的問題，如姓名、地址、機構名稱等資訊。

(二) 受調查機構及參與者設定有代號

研究者給予每個機構及參與者一個專屬的代號，例如 C03-22，即表示某一區的第三間受訪單位、該單位第 22 位填寫問卷的受訪者。在回收問卷資料後即由研究者進行後續整理，未經由其他人接觸，進行資料登錄時只登打代號作為資料辨識的依據，而書面問卷由研究者個人保管，無他人接觸。

四、機構及受訪者保密及隱私處理

(一) 訪員的安排

在台南及高雄市施測時，因路途較遙遠，為利於施測及回收效果，兩地均邀請各一名訪員協助，背景為社工在地工作者，均參與過量化研究了解相關研究倫理，施測前由研究者提供簡要訪員訓練，而訪員僅針對施測當下的問卷填寫協助，後續問卷回收及整理資料由研究者自行執行。

(二) 施測場地的安排

填寫問卷約至少 15 分鐘，適宜在有獨立空間、較安靜的區域，研究者事前與機構接洽時，會先說明需要的空間特性及桌椅等設備。實際進行時，多數機構能提供小型或大型活動室、會議桌椅供參與者便於填寫，僅有幾個單位安排的活動室僅有椅子，影響成員書寫較不便，這也可能牽涉到機構同時段有其他活動進行而空間有限。研究者在某單位施測時使用機構大廳，會有好奇的其他精障者來詢問問卷的問題，現場機構工作人員會協助告知及提醒勿打擾。

(三) 機構及參與者的保密

為避免辨識出本研究中參與的機構及參與者，在研究資料的呈現上各機構均以代號作為標示，不會出現實際的精神復健機構名稱。

此外，最終研究結果必然有其限制與缺失，這些在最後研究報告時應該做說明，讓讀者不僅獲得研究結果，也能從過程中摸索的困難歷程獲得啟發。

第四章 研究統計分析

本章安排五節，依序於第一節說明變項基本特性，於第二節討論個人背景因素與影響因素的關係，第三節討論個人背景、影響因素與服務使用歷程因素三者關係，在第四節討論三個自變項與依變項間的關係，由第二節至第四節探討內容分別回應研究假設的三個解釋模型，最後於第五節運用多元迴歸分析檢視自變項對依變項間的預測力。

第一節 描述性統計分析

有關樣本個人基本資料包括性別、年齡、婚姻、教育、就業、診斷與障礙程度等變項於第三章第三節已有介紹，本節探討服務使用影響因素、服務使用歷程因素、服務使用型態這三個變項資料分佈情形。

壹、服務使用影響因素

服務使用影響因素包含兩個變項：「使能因素」與「需求」，研究調查目的是了解精障者使用精神健康與一般健康服務時，可能受到哪些因素的影響。「使能因素」有 8 項，由統計結果顯示受訪者使用服務時，考量有影響的數量平均是 3.95 項，分佈最少為 0 項，最多為 8 項；比例最高的前三名，分別是家人或親屬陪同(66.7%)，費用減免或優惠(64.0%)，交通便利因素(59.2%)。在「需求」方面有 5 項，精障者表達受到影響的數量平均為 1.4 項，分佈最少為 0 項，最多為 3 項，以「生病治療因素」比例最高(65.8%)，其次是「睡眠問題」(62.2%)，第三是「罹患慢性病」(59.2%)，反映精障者對健康議題上的重視。

四都的資料分佈情形（見表 12），在桃園、台中與高雄這三都「使能因素」統計量排名第一的是「家人或親屬陪同」，約佔六至七成，而台南以「費用有優惠或減免」為首，且比例高達 89.3%。整體來看，四都的前三名「使能因素」項目都是相同的，至排行第四名的項目有明顯差異，桃園與高雄精障者重視「工作人員介紹」(55%、41.4%)、台中精障者重視的是「朋友的陪伴或協助」(39.7%)、台南則是「有收入可以負擔」因素(60.7%)。在「需求」分佈情形，前三名大致相近，唯台南的第二名是「親友無法協助」因素，與其他三都不同，推測可能與精障者人口背景或家庭特性有關，進一步分析桃園、台中、台南與高雄四都 46 歲以上人口分佈比例，分別是 56.7%、44.8%、69.6%、56.6%，可知台南受訪精障者將近七成為中高齡者，

而婚姻分佈方面，已婚者（含分居及喪偶）比例為 18.3%、13.7%、17.9%、19.2%，顯示台南精障者未婚比例並非最高，可知「需求」差異應受到樣本年齡影響，較年長精障者其親屬可能各自成家或較年邁，導致協助更有限。

另外，有 8 位勾選「其他」欄位，有 3 位回答為「要熟悉醫師」「感冒，看小診所」「自己去看病接受治療服務」，其餘 5 位有勾選但未說明。

表12 影響因素統計量(N=333)

| 變項 | 內容 | 桃園 | 台中 | 台南 | 高雄 | n(會影響)(%) |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 使能因素 | | | | | | |
| | 有收入可以負擔 | 50(41.7) | 15(25.9) | 34(60.7) | 30(30.3) | 129(38.7) |
| | 有相關的知識資訊 | 53(44.2) | 15(25.9) | 26(46.4) | 34(34.3) | 128(38.4) |
| | 家人或親屬陪同 | 77(64.2) | 43(74.1) | 39(69.6) | 63(63.6) | 222(66.7) |
| | 朋友的陪伴或協助 | 50(41.7) | 23(39.7) | 26(46.4) | 30(30.3) | 129(38.7) |
| | 我家附近就有服務 | 52(43.3) | 17(29.3) | 31(55.4) | 36(36.4) | 136(40.8) |
| | 有工作人員介紹 | 66(55.0) | 22(37.9) | 31(55.4) | 41(41.4) | 160(48.0) |
| | 交通便利 | 75(62.5) | 30(51.7) | 39(69.6) | 53(53.5) | 197(59.2) |
| | 費用有減免或優惠 | 76(63.6) | 37(63.8) | 50(89.3) | 50(50.5) | 213(64.0) |
| 需求 | | | | | | |
| | 生病治療需要 | 83(69.2) | 35(60.3) | 42(75.0) | 59(59.6) | 219(65.8) |
| | 親友無法協助 | 48(40.0) | 12(20.7) | 30(53.6) | 27(27.3) | 117(35.1) |
| | 生活需要 | 56(46.7) | 25(43.1) | 17(30.4) | 32(32.3) | 130(39.0) |
| | 罹患慢性病 | 76(63.3) | 41(70.7) | 12(21.4) | 68(68.7) | 197(59.2) |
| | 睡眠狀況 | 81(67.5) | 36(62.1) | 29(51.8) | 61(61.6) | 207(62.2) |

備註：四都括弧的百分比數據是以各縣市精障者勾選有影響的數量除以該縣市填寫者的總數，最右邊欄位「n(會影響)」影響因素的百分比數據，是受訪者勾選本題人數佔所有人數的比例。

貳、服務使用歷程因素

歷程因素包含四個變項，分別是服務項目、使用頻率、持續時間與使用經驗。調查目的是了解精障者在生病歷程的服務使用量、運用了哪些尋助方法、服務使用的頻率以及長期使用服務的時間特性等資訊，以下摘述變項統計結果。

一、服務使用項目變項

本研究調查「服務」指精障者使用精神健康服務與一般健康服務，並蒐集兩個時期資料：開始看精神科後，尚未到精神復健機構（Service 2，以下簡稱 S2）；來到精神復健機構後（Service 3，以下簡稱 S3）。

由表 13 可知精障者在 S2 時期使用精神健康服務數量分佈最少為 1 項（精神科門診），最多為 9 項，使用比例最多的是 3 項。S3 時期，使用精神健康服務最少為 1 項（精神科門診），最多為 9 項，使用比例最高是 2 項。研究者將精神健康服務項目再分成「醫療導向」²⁵及「社區導向」兩類，顯示精障者在進入精神復健機構後，醫療導向使用量降低了五成，社區導向使用量稍降了 7 個百分點。歸納這兩個時期精障者使用精神健康服務的三項特性：一是由 S2 進入 S3 時期，使用數量由 3.58 降低為 2.28 個。其次，使用比例降低的前六名服務，依序為急性病房使用量降低了 45.1%，慢性病房使用量降低了 44.5%，急診服務使用量降低了 24.3%，日間留院使用量降低了 19.55、康復之家服務使用量降低了 15.6%，使用心理諮商或輔導服務降低了 11.4%。第三，使用比例提高的有 1 項，是參與協會辦理的課程活動。精障者在進入精復機構後有多項服務使用量降低，可以理解是精神病況漸趨於穩定、服務需求降低，而減少了急診、急性與慢性病房、日間留院等的使用。而心理諮商與輔導服務使用量降低，推測原因之一是精復機構每個月均需要安排一次心理諮詢或輔導服務，可能由各單位滿足需求而降低了使用者接觸社區服務的次數。而社區組織使用量提高，推測除了病況較為穩定外，也因精復機構朝協助精障者有更多社區融合、使用社區資源提高生活適應能力等目標，因此會有較多機會接觸社福單位服務。

在一般健康服務使用分佈情形，精障者在 S2 時期使用一般健康服務數量最少為 0 項，最多 11 項，使用比例最高的是 1 項；S3 時期使用數量最少為 0 項，最多使用 10 項，使用比例最高為 1 項。兩個時期前二名使用科別均相同，依序為牙科、耳鼻喉科，反映這些為精障者常態就診的科別，第三名分別是急診、肝膽腸胃科。此外，共有 26 位受訪者在開放式欄位填寫了使用其他的科別，S2 時期有內科(3)、外科(3)、心臟科(2)、胸腔科(2)、乳癌門診(1)、風濕免疫科(1)、身心科(1)、新陳代謝科(1)、血液腫瘤科(1)，在 S3 時期則有內科(2)、心臟科(1)、戒菸門診(1)、家醫

²⁵本研究將精神健康服務分為：（1）醫療導向服務：包括急診、急性住院、慢性住院、日間留院，（2）社區導向服務：包括社區復健中心、康復之家、心理諮商或輔導、協會活動等。兩者未納入精神科門診，是因為這一項是精障者在兩個時期都會使用的服務。

科(1)、胸腔科(1)、腎臟科(1)、新陳代謝科(2)、血液腫瘤科(1)、外科(1)。歸納這兩時期的服務使用特性：一是由 S2 進入 S3 時期後，精障者使用一般健康服務數量由 3 項降為 2.39 項，使用健康服務比例由 94.9% 稍降為 85.9%。二是除了研究調查的就診選項外，兩個時期尚有使用的科別，包括有內科、外科、心臟科、胸腔科、新陳代謝科、血液腫瘤科 6 科。

受訪者至少使用兩項一般健康科別，有 7.8% 精障者在精神科就醫後及進入精復機構兩個不同時期，仍持續使用六種科別。反映這一群正使用精神復健服務的精障者，面臨著生理機能退化、慢性病治療的需求而長期使用一般健康照護服務。精神症狀與精神科藥物副作用等影響，負性症狀的退縮、生活鬆散、躺床不想動、食慾佳等狀況，這些也可能導致病後數年再罹患生理疾病而與精神疾病有共病情形，因此，服務介入的焦點應思考與後續可能衍生的慢性病治療範疇。

表 13 S2 時期與 S3 時期使用服務項目統計量(N=333)

| 變項內容 | (S2) 精神科 就醫後 | (S3) 進入精 復機構後 | (S2) 精神科 就醫後 | (S3) 進入精復 機構後 |
|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| 醫療導向-精神健康服務 | | | 一般健康服務 | |
| 使用急診、急性、慢性、日間 | 298 (89.5) | 112 (33.6) | 急診 | 129 (38.7) 56 (16.8) |
| 社區導向-精神健康服務 | | | 耳鼻喉科 | 163 (48.9) 137 (41.1) |
| 社區復健、康家、心諮輔導、協會活動 | 202 (60.7) | 179 (53.8) | 牙科 | 188 (56.5) 175 (52.6) |
| 精神健康服務 | | | 骨科 | 79 (23.7) 61 (18.3) |
| 使用急診 | 130 (39.0) | 49 (14.7) | 復健科 | 82 (24.6) 68 (20.4) |
| 使用急性病房 | 213 (64.0) | 63 (18.9) | 眼科 | 88 (26.4) 68 (20.4) |
| 使用慢性病房 | 180 (54.1) | 32 (9.6) | 婦科 | 44 (13.2) 27 (8.1) |
| 使用日間留院 | 83 (24.9) | 18 (5.4) | 泌尿科 | 47 (14.1) 38 (11.4) |
| 使用社區復健中心服務 | 76 (22.8) | 53 (15.9) | 肝膽腸胃科 | 80 (24.0) 71 (21.3) |
| 使用康復之家 | 126 (37.8) | 74 (22.2) | 皮膚科 | 83 (24.9) 72 (21.6) |
| 使用心理諮商或輔導服務 | 70 (21.0) | 32 (9.6) | 一般健康服務數量 | |
| 使用協會等辦理之活動 | 70 (21.0) | 101 (30.3) | 使用0種 | 17 (5.1) 47 (14.1) |
| | | | 使用1種 | 87 (26.1) 80 (24.0) |
| | | | 使用2種 | 61 (18.3) 78 (23.4) |
| | | | 使用3種 | 48 (14.4) 48 (14.4) |
| | | | 使用4種 | 47 (14.1) 37 (11.1) |
| | | | 使用5種 | 30 (9.0) 19 (5.7) |
| | | | 使用6種 | 43 (12.9) 24 (7.2) |

備註：S2與S3時期的各項精神健康服務、一般健康服務使用比例，是以受訪者勾選有使用者佔總人數的百分比。

為了解四都的精障者使用服務項目有無差異，採用單因子變異數分析檢定法²⁶（見表 14）。顯示居住縣市不同，精障者在 S2 時期與 S3 時期使用醫療導向與社區導向服務均有差異。S2 時期，桃園精障者使用醫療導向的表現高於台南與高雄，桃園與高雄精障者使用社區導向服務表現都高於台南；在 S3 時期，高雄精障者在醫療導向與社區導向式服務的表現高於其他三都，而桃園精障者使用一般健康服務的表現高於台南地區。表示精障者在不同的「區域」及「時間」因素下，使用精神健康服務有所差異，S2 時期以桃園精障者使用量最高，S3 時期以高雄精障者使用量明顯高於其他三都。推測原因是桃園緊鄰台北市與新北市，三個都市的精神科門診間數即佔全台灣 34%，全日住院間數佔 25.7%（衛生福利部統計處，2017c），顯示精神醫療服務資源的充沛度高，精障者使用精神健康服務的便捷度佳。高雄方面，由 2017 年精神醫療資源統計顯示精神科門診及住院間數合計達 96 間，遠超過台中市 67 間，台南市 57 間及桃園市 32 間；且從服務精障者家庭之社福單位的區域分佈²⁷來看，北區有 6 間，中區有 7 間，南區有 3 間，而高屏區高達 11 間社福團體（游淑真，2017），顯示高雄精神健康服務供給量也相較最多。由此顯示服務使用量也會受到該區域供給量的影響。

在 S3 時期，桃園精障者使用一般健康服務表現高於台南地區，其他縣市則無差異。由各縣市 2016 年特約醫事機構家數來看，台南市有 2442 間，桃園市有 2097 間，進一步比較每萬名保險對象特約醫事機構家數，桃園市有 9.9 間，台南市有 13.9 間（衛生福利部統計處，2017c），前者醫療服務供給量仍不足於後者。推測可能來自個人需求因素，導致桃園精障者對一般健康服務使用需求及行為普遍高於台南。

表 14 精神健康服務項目與四都之差異性分析(N=333)

| 變數名稱 | 桃園 | 台中 | 台南 | 高雄 | F值 | 事後多重比較 |
|---------------|------|------|------|------|-----------------|----------|
| 精神健康服務 | | | | | | |
| S2時期醫療導向 | 2.13 | 1.67 | 1.59 | 1.67 | 5.129** | 1>3, 1>4 |
| S2時期社區導向 | 1.18 | .98 | .57 | 1.12 | 5.963*** | 1>3, 4>3 |
| S3時期醫療導向 | .42 | .31 | .48 | .68 | 3.125* | 4>2 |
| S3時期社區導向 | .64 | .81 | .45 | 1.12 | 8.324*** | 4>1, 4>3 |
| 一般健康服務 | | | | | | |
| S3時期一般健康服務 | 2.53 | 2.43 | 1.64 | 2.32 | 3.641* | 1>3 |
| 樣本數 | 120 | 58 | 56 | 99 | | |

備註：1：桃園，2：台中，3：台南，4：高雄。

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

²⁶採用單因子變異數分析時，先進行變異數同質性檢定（即 levene 檢定法），當 p 值>.05，表示變異數差異未顯著，未違反變異數同質性假定，採用 Scheffe 事後比較法；若變異數同質性檢定之 p 值<.05，達顯著，表示變異數為異質，採用 Tamhane's T2 檢定法（吳明隆、涂金堂，2016）。

²⁷北區包含桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣；中區包含台中市、南投市、彰化縣、雲林縣；南區包含嘉義縣、嘉義市、台南市；高屏區包含高雄市、屏東縣（游淑真，2017）。

研究進一步檢視精障者在 S2、S3 時期的服務使用項目，由表 15 可知 S2 時期使用社區導向精神健康服務與 S3 時期各項服務使用項目都呈現顯著正相關($P<.05$)，S2 時期使用醫療導向服務與 S3 時期使用醫療導向服務具有正相關($P<.05$)，且 S2 時期使用一般健康服務與 S3 時期使用一般健康服務亦具有正相關($P<.05$)。

也就是說精障者在 S2 時期使用醫療導向服務越多、使用社區導向服務越多、使用一般健康服務越多時，在 S3 時期使用此類服務比例也越高。顯示受訪對象在健康服務使用的慣性趨向，即先前曾接觸使用較多該項服務，後續進入精神復健機構也使用較多服務。這提醒我們關注過往使用經驗，可讓助人者評估現況服務行為的可能原因；其次，若服務使用慣性可被建構與改變，則服務前端的規劃應思考如何引導使用者的使用行為；第三是需再釐清服務使用量與個人健康間的關係，在不同時期維持較多的服務使用量，未必代表健康的惡化，也可能是熟悉服務體系而願意採用該項服務策略，因此，仍待更多研究驗證。

另外，S2 時期使用醫療導向服務與 S3 時期使用社區導向服務、S3 使用一般健康服務這兩者關係並不顯著。推測精障者可能受到來自醫療機構管控影響（例如急性住院、慢性住院、日間留院等），有關個人健康需求多由醫院本身提供滿足，繼而較少使用其他類型服務。

表 15 S2 與 S3 時期使用精神健康與一般健康服務之 Pearson 相關分析

| 變數名稱 | S3使用醫療導向的精神健康服務 | S3使用社區導向的精神健康服務 | S3一般健康服務 |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| S2使用醫療導向的精神健康服務 | .153** | .034 | .096 |
| S2使用社區導向的精神健康服務 | .127* | .280** | .230** |
| S2一般健康服務 | .051 | .157** | .466** |

說明：* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

二、服務使用頻率變項

由表 16 統計結果顯示樣本群在 S2 與 S3 時期使用精神科服務的「頻率」最高均為 4 週，各佔 77.2%、74.5%，回診平均週數為 3.6 週及 3.8 週。分析精障者由 S2 時期進入 S3 時期（即進入精神復健機構後），在 1 週與 2 週回診比例略有降低，在 2 個月與 3 個月回診比例卻是 S2 時期的三倍。回診頻率的重要性，是反映出病況穩定度，通常在症狀不穩定、近期壓力事件、調整用藥等情形時，醫師會增加返診的密集度以利追蹤。由統計結果顯示多數精障者在進入精復機構後，規律每月回診

為常態特性，約有 15%精障者病況尚不穩定需要短期即回診，部分是病況穩定度增加而降低回診頻率。

表 16 S2 時期、S3 時期使用精神科回診頻率統計量 (N=333)

| 變項內容 | S2 正式就醫後 | | S3 到精神復健機構後 | |
|----------------|----------|--------|-------------|--------|
| 精神科回診頻率 | | | | |
| 1週 | 18 | (5.4) | 11 | (3.3) |
| 2週 | 41 | (12.3) | 39 | (11.7) |
| 3週 | 4 | (1.2) | 5 | (1.5) |
| 4週 | 257 | (77.2) | 248 | (74.5) |
| 2個月 | 3 | (0.9) | 13 | (3.9) |
| 3個月 | 6 | (1.8) | 17 | (5.1) |
| 樣本數 | 329 | | 333 | |

三、持續時間變項

本研究先分析精障者初生病時、剛開始去就醫、進入精復機構時與目前填寫問卷時的年紀，由表 17 資料顯示生病及就醫年齡層分佈最多是 25 歲以下(52.8%)，其次是 26 至 45 歲(38.7%)，與兩大精神疾病（思覺失調症及情感性疾患）的好發年齡一致。進入精神復健機構的年齡層以 26-45 歲為主(47.4%)，目前年齡則以 46 歲以上最多(56.8%)，顯示樣本群生病及就醫時仍為青年時期，使用精神復健服務時期已邁入中壯年階段。

觀察精障者生病歷程自初發病到就醫時的間隔僅 1 年（中位數），就醫後至精復機構的間隔達 17 年，在接受正式醫療後有較長時間使用精神醫療服務為主，後續才進入精神復健體系，平均接受精神復健服務達 4 年。有關精障者已就醫、尚未到精復機構的等待期為 17 年，此數據可能有高估情形，原因是本研究問卷受訪者填寫「入精復機構年紀」是以到目前這個機構為主，以利於精障者填寫問卷，實際上精障者先前可能已有其他機構使用經驗、或是反覆進出該機構。本研究設計為了區分不同資料蒐集階段，明確以現況機構做為資料蒐集依據。

依四種年齡數據再分析三種服務使用的持續時間：「未接受就醫期間」、「等候精復期間」、「使用精復期間」（見表 18），各平均為 1.17 年、13.84 年、4.14 年，總生病史將近 20 年。在「未就醫期間」有高達 90.5%是在 0 年至 3 年之間，有一成是初發病後延遲了 4 年至 24 年期間才進入精神醫療體系，顯示部分精障者先採用其他尋助管道來因應疾病問題，才輾轉進入醫療體系。此結果有兩個議題值得再關注：一是如何減低「未獲得醫療處遇」的時間，讓精障者初期有精神症狀徵兆時可尋適當的尋助管道而接受服務；二是精復機構使用者普遍為中壯年以上，而障礙者生理老化速度相較於一般人來得快，機構面臨如何規劃服務以維持精障者功能減緩退化及銜接後續長期照顧服務系統的挑戰。

表 17 精障者年齡統計量

| 年齡分組 | 25 歲以下 | 26-45 歲 | 46 歲以上 | 總計 (樣本數) | 平均數 (年齡) | 中位數 (年齡) | 標準差 |
|---------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 生病年齡 | 168(52.8) | 123(38.7) | 27(8.5) | 318 | 28 | 25 | 11 |
| 就醫年齡 | 153(46.5) | 141(42.9) | 35(10.6) | 329 | 29.08 | 26 | 10.934 |
| 入精復機構年齡 | 29(8.8) | 157(47.4) | 145(43.8) | 331 | 42.83 | 43 | 11.664 |
| 目前年齡 | 10(3.0) | 134(40.2) | 189(56.8) | 333 | 46.83 | 48 | 11.5 |

備註：表格左方三組年齡間距的數據，第一個數據為樣本數量，括弧內數據為該列的百分比，表格右方的平均數與中位數是樣本代表年齡。

表 18 持續時間統計量

| 變項內容 | 總計(樣本數) | 平均數(年) | 最小值(年) | 最大值(年) | 標準差 |
|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 未就醫期間 | 305 | 1.17 | 0 | 24 | 3.627 |
| 等候精復期間 | 323 | 13.84 | 0 | 44 | 10.559 |
| 入精復機構期間 | 323 | 4.14 | 0 | 37 | 5.427 |

四、服務使用經驗變項

由表 19 資料顯示，受訪精障者最早的尋助方式以看精神科比例最高，達 63.2%，非醫療方式僅 14.7%。分析精障者自最初生病到正式就醫的尋助型態（即 S1-S2 時期），僅採用單一尋助法即精神科就醫佔 26.4%，採用複式尋助方法達 73.6%，其中以精神科結合中醫或西醫者佔 14.4%，精神科結合中醫或西醫、宗教信仰、其他方式等多重管道者將近六成，顯示在最初生病及就醫過程，使用精神科治療也併行接觸其他的尋助策略。而精障者自評生病迄今最常使用的一種尋助方式也以精神科治療為主，佔 72.8%。

表 19 精障者的尋助方式統計量

| | 次數(百分比) | 平均數 | 標準差 |
|------------------------------------|-----------|------|-------|
| S1 最早的尋助方式(N=326) | | | |
| 看精神科 | 206(63.2) | | |
| 到醫院看其他西醫 | 59(18.1) | | |
| 宗教信仰或民俗療法 | 41(12.6) | | |
| 看中醫 | 13(4.0) | | |
| 其他 | 7(2.1) | 31.9 | 1.240 |
| S1-S2 尋助型態(N=326) | | | |
| 只看精神科 | 86(26.4) | | |
| 精神科+中西醫 | 47(14.4) | | |
| 精神科+中西醫+宗教信仰+其他方式 | 193(59.2) | 1.33 | .866 |
| S123 生病至今最常使用的一種尋助方法(N=324) | | | |
| 看精神科 | 236(72.8) | | |
| 到醫院看其他西醫 | 48(14.8) | | |
| 宗教信仰或民俗療法 | 24(3.1) | | |
| 看中醫 | 10(3.1) | | |
| 其他 | 6(1.9) | 3.40 | 1.148 |

備註 1：S1-S2 時期，指精障者初生病至精神科就醫時期。S2 時期，指精障者已開始至精神科就醫，但尚未到精神復健機構時。S3 時期，指精障者已進入目前精神復健機構時期。

備註 2：變項「S1 最早的尋助方式」及「S123 生病至今最常使用的一種尋助方式」分類是依照文獻回顧歸納所得，變項「S1-S2 尋助型態」分類是依統計資料整理。

圖 12 為調查精障者自生病時至正式就醫階段的尋助路徑，最早時期的尋助方式以精神科為主，進入正式醫療服務後開始有結合兩種或三種複式尋助行為。因本研究調查受訪者最早使用的一種尋助方式，可能疏漏了仍有部份精障者最初也是多種尋助方法。然而，由此路徑可知面對疾病治療的過程，除了精神疾病治療，尚有其他個人或家庭面向的需求待滿足。

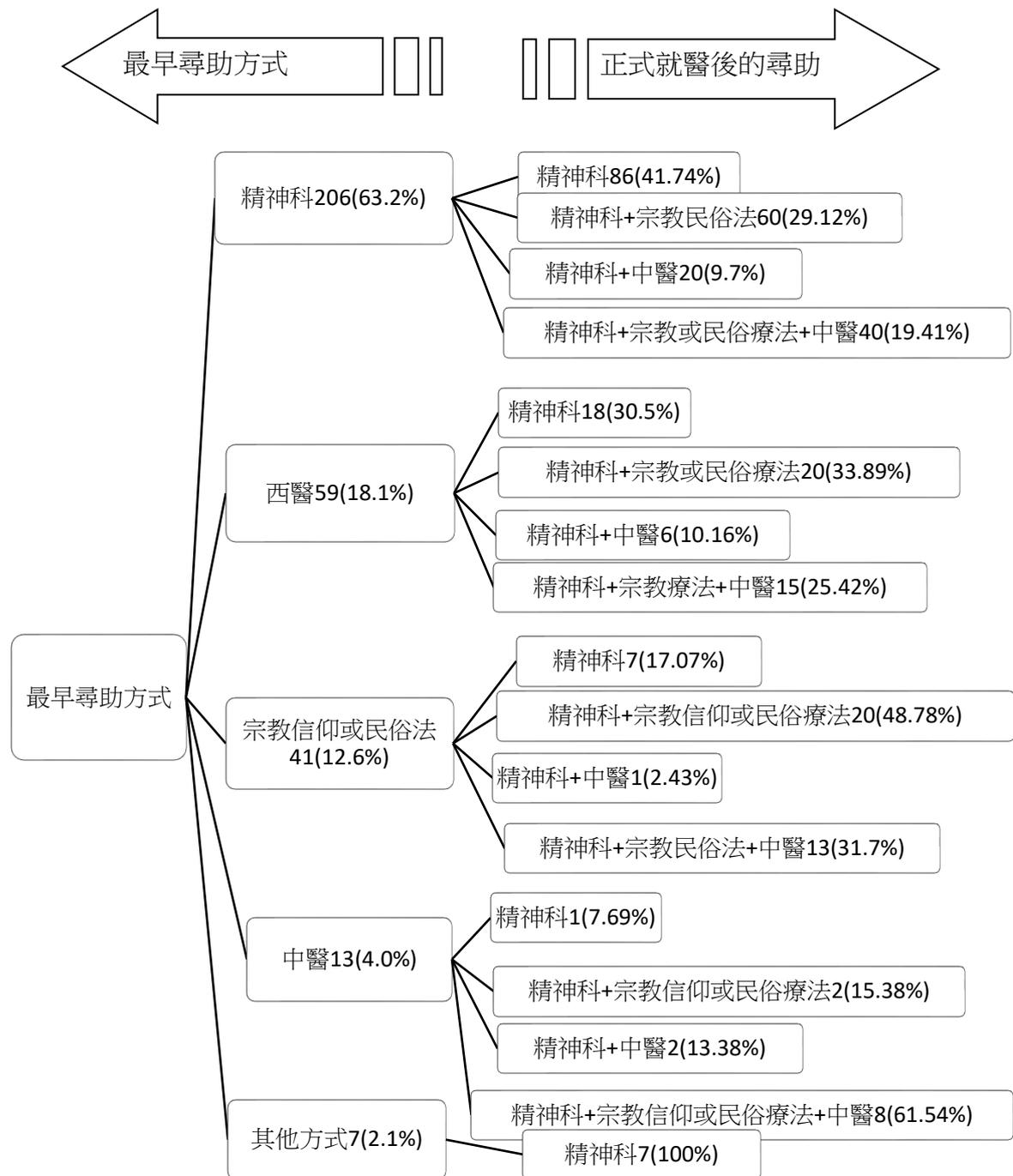


圖 12 精障者自初期生病至正式就醫時期的尋助路徑

分析精障者的尋助過程，初期採用宗教信仰或民俗療法方法的精障者僅有12.6%，在進入醫療體系後同時採用精神科結合宗教信仰或民俗療法達54.4%，即便進入精復機構後尚有四成精障者維持此尋助習慣。探討宗教信仰效果，除了滿足個人的心靈寄託，信仰過程的各式社會活動如至廟宇拜拜、教會禮拜、節慶活動、參加法會等等，這些常態的人際交流活動也帶來建構與擴充人際網絡的效果，也能強化個人的外部支持系統。而民俗療法指的是各種非醫療體系的治療方式，這些看似無科學根據，但相較於醫療介入要求人的全然配合及規則就醫，民俗療法較為彈性且撫慰心靈，當精障者身處於規律用藥卻仍有精神症狀或功能退化的無力感，各類信仰與民俗療法提供一種支持與超脫現實壓力的效果。其次，從疾病屬性來看，一般疾病的治療期程較短、有明確的治癒目標，精神疾病卻是不可逆、慢性化的特質，這也可能讓部分精障者在醫療服務以外另尋其他的療癒法，幫助個人的內在與生活平衡。如此，導致了精障者有明顯的複式尋助形態。

分析精障者採取中醫療法，在初期使用者比例僅4%，進入醫療體系後同時採用了精神科結合中醫療法攀升至32.4%，但進入精復機構後再降低為22.2%。探討「中醫療法」對自我健康的助益，增加除了精神科之外的中醫觀點來審視健康問題，能讓個人有不同醫療角度來理解身體變化與不適情形。而中醫治療強調身心調理概念，也能針對部分症狀或用藥不適的問題如昏眩、身體無力感、食慾低落、排便不順等，透過中醫輔助治療。因此，精障者面臨初就醫時期病況較未穩定時可能更需要此輔助，而進入精復機構後大致狀況較為穩定，使用精神科結合中醫療法的比例便明顯降低。

表20 精障者採用非醫療尋助方法的統計量

| 方式 | 次數(百分比) | 平均數 | 標準差 |
|-----------------------|-----------|------|-------|
| S1 時期最早尋助法為宗教信仰或民俗尋助法 | 41(12.6) | 3.19 | 1.240 |
| S2 時期採用宗教信仰或民俗尋助法 | 181(54.4) | .54 | .499 |
| S3 時期採用宗教信仰或民俗尋助法 | 147(44.1) | .44 | .497 |
| S1 時期最早尋助法為中醫療法 | 13(4.0) | 3.19 | 1.240 |
| S2 時期採用中醫療法 | 108(32.4) | .32 | .469 |
| S3 時期採用中醫療法 | 74(22.2) | .22 | .416 |

備註1：「最早尋助方法」為單選題，受訪者只選出一種最早的尋助方式。正式就醫後及來到精復機構後「使用宗教信仰或民俗療法」的數據，是統計該時期有或無使用的情形，勾選此欄位表示採用精神科+宗教信仰或民俗療法。

備註2：S1時期N=326，S2時期N=333，S3時期N=333。

最後檢視各種尋助方法間的關係（見表21），有以下三點發現：一是最早尋助方式間有正相關，精障者最早使用醫療服務者，也越早使用精神科服務。第二，「最早尋助方式」與「生病迄今最常使用方式」為正相關，表示當精障者最初越採用精神科治療法，目前面對疾病治療時也最常使用精神科尋助法。第三，「最早尋助方式」、「生病至今最常用尋助法」兩變項都與「尋助方法之數量」具有正相關，顯示當精障者生病初期及現況越採用非精神科的尋助方式，則自生病迄今的尋求協助數量越多。

本節的統計結果呈現受訪精障者的服務使用概況，由表15與表21對不同時期尋助行為的相關分析，發現精障者有其服務使用慣性，由前一時期使用精神健康與一般健康服務數量，可知後續進入機構後的相關表現。初期即採用精神科治療者，後續較能發展為常態尋助方法，顯示就醫慣性是可以透過早期尋助經驗來建立，越早接觸醫療體系，有利於較早使用精神醫療服務，後續的使用服務行為也較為固定。相反的，生病初期使用非精神科方式，例如採用中醫、西醫、宗教信仰或民俗療法、其他方式等，則精障者可能嘗試多面向的尋助管道後才進入精神醫療體系，個人累積有較多項尋助經驗。

表21 精障者尋助方式之Pearson相關分析

| 變數名稱 | S1最早尋助方式B | S123最常使用方式 | S123尋助法之數量 |
|------------|---------------|---------------|---------------|
| S1最早尋助方式A | .544** | .224** | .119* |
| S1最早尋助方式B | 1 | .040 | .053 |
| S123最常使用方式 | .040 | 1 | .164** |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

備註：「S1最早尋助方式A」變項的兩個屬性分別是精神科與非精神科；「S1最早尋助方式B」變項的兩個屬性分別是醫療方式與非醫療方式；「S123最常使用方式」變項的兩個屬性分別是精神科與非精神科。

肆、服務使用型態

最後針對依變項服務使用型態的描述性分析，有兩個變項：「使用程度」與「健康成果」，使用程度是指精障者目前的精神科回診頻率，在兩週以內回診者有一成五，比例最多的是四週回診者將近七成五，而兩個月至三個月回診者將近一成。顯示受測樣本目前使用精神科門診平均是每個月一次，但仍有少部份精障者病況相較不穩，需要短期 1 至 2 週密集式就醫。

在健康成果方面（見表 22），是由精障者自覺健康情形來做評分，共有四個部份：一在整體健康狀況，有 90.7% 的精障者自評健康狀況是正向肯定（包含尚可、好、非常好）。第二，是比較前一年與現況的健康，有兩成比例的精障者認為無明顯差異，有 64.4% 比例認為是有進步的（包含好、非常好），也有一成五比例者認為自己的健康比起去年是退步的（包含差、非常差），需要了解可能是哪些個人背景精障者有此自評結果。第三，是由精障者自評近一個月健康狀況是否有干擾到與他人的相處關係，發現有 48.8% 的精障者自陳是有影響的（包含有一半影響、影響非常大），本題在負向回應的比例明顯較高，需要進一步釐清是哪些背景者。第四，是精障者自評對健康滿意程度，有 89.5% 是正向肯定（包含尚可、滿意、非常滿意）。整體來看，雖然樣本對現況健康與滿意度評價都較高，將近九成為正向肯定，但在自評健康的年度比較與對人際關係干擾這兩方面卻有一成五至四成八比例者是負向評分，顯見精障者有明顯感受到健康成果隨著時間而有差異變化，且具體的對日常生活產生了重大影響。

表 22 服務使用型態統計量(N=333)

| 變項名稱 | N | (%) | 變項名稱 | N | (%) |
|-------------|-----|--------|--------------|-----|--------|
| 使用程度 | | | 健康干擾 | | |
| 1 週 | 11 | (3.3) | 影響非常大 | 35 | (10.5) |
| 2 週 | 39 | (11.7) | 有一半影響 | 127 | (38.3) |
| 3 週 | 5 | (1.5) | 完全沒有影響 | 170 | (51.2) |
| 4 週 | 248 | (74.5) | 遺漏值=1 | | |
| 2 個月 | 13 | (3.9) | 健康滿意度 | | |
| 3 個月 | 17 | (5.1) | 非常不滿意 | 9 | (2.7) |
| 健康狀況 | | | 不滿意 | 26 | (7.8) |
| 非常差 | 17 | (5.1) | 尚可 | 126 | (38.0) |
| 差 | 14 | (4.2) | 滿意 | 93 | (28.0) |
| 尚可 | 129 | (38.7) | 非常滿意 | 78 | (23.5) |
| 好 | 96 | (28.8) | 遺漏值=1 | | |
| 非常好 | 77 | (23.1) | | | |
| 健康進步 | | | | | |
| 與 1 年前比，非常差 | 9 | (2.7) | | | |
| 與 1 年前比，是差的 | 38 | (11.5) | | | |
| 與 1 年前一樣 | 71 | (21.5) | | | |
| 與 1 年前比，是好的 | 135 | (40.8) | | | |
| 與 1 年前比，非常好 | 78 | (23.6) | | | |
| 遺漏值=2 | | | | | |

第二節 個人背景因素與服務使用影響因素之分析

由文獻回顧得知精障者的人口特性與社會結構差異，導致使用服務時有不同的特性，本節首先檢視當樣本群來自的機構屬性不同時，是否對精障者考量服務使用影響因素有無差異。由表23-1資料可知「機構屬性」的不同，表現在服務使用影響因素有所差異，來自康復之家的精障者在收入影響因素的表現高於在社區復健中心精障者，這可能是因為使用社區復健中心的精障者本身多與家人同住，因此在經濟方面可獲得來自家庭的支持或協助，相反的，使用康復之家的精障者較可能是無法返家、與家人衝突、或是已無家人等狀況，因此在使用服務時更會受到「收入」因素之影響。

表23-1 「機構屬性」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 康復之家 | 社區復健中心 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 康復之家 | 社區復健中心 | t值 | 差異比較 |
|-------------|------|--------|-----------------|-------------------|-----------|------|--------|-------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .44 | .26 | 3.118*** | 康復之家(A)>社區復健中心(B) | 生病治療 | .66 | .65 | .130 | |
| 資訊 | .38 | .39 | -.160 | | 親友無法協助 | .37 | .29 | 1.402 | |
| 家人 | .66 | .68 | -.432 | | 生活需要 | .39 | .40 | -.272 | |
| 朋友 | .41 | .43 | 1.448 | | 罹患慢性病 | 1.04 | 1.11 | -.441 | |
| 距離 | .41 | .41 | -.106 | | 睡眠狀況 | -.64 | -.65 | .082 | |
| 工作人員 | .46 | .52 | -.929 | | | | | | |
| 交通 | .58 | .63 | -.899 | | | | | | |
| 費用優惠 | .66 | .60 | .980 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

由表23-2資料可知「性別」不同，精障者表現在服務使用影響因素上無差異，不論男性或女性，在面對使用服務的各種影響因素均是相近的。而「性別」變項對於服務使用影響因素的表現並無差異，可能是因為不論男性或女性精障者，在面對服務使用過程具有相似的需求。

表23-2 個人背景因素之「性別」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 男性 | 女性 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 男性 | 女性 | t值 | 差異比較 |
|-------------|-----|-----|-------|------|-----------|------|------|--------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .41 | .36 | .999 | | 生病治療 | .69 | .62 | 1.522 | |
| 資訊 | .40 | .37 | .442 | | 親友無法協助 | .34 | .37 | -.502 | |
| 家人 | .71 | .62 | 1.859 | | 生活需要 | .40 | .38 | .427 | |
| 朋友 | .42 | .35 | 1.226 | | 罹患慢性病 | .99 | 1.13 | -1.007 | |
| 距離 | .42 | .40 | .381 | | 睡眠狀況 | -.58 | -.71 | .902 | |
| 工作人員 | .48 | .48 | -.010 | | | | | | |
| 交通 | .58 | .60 | -.381 | | | | | | |
| 費用優惠 | .63 | .65 | -.277 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

由表23-3資料可知「教育程度」不同，精障者表現在服務使用影響因素上有所差異，大學（大專）以上的精障者在面對服務時，受到「資訊」、「交通」因素的影響，勝過學歷為高中（高職）者。

表23-3 個人背景因素之「教育程度」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 高中職 以下 | 大學(大 專)以上 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 高中職 以下 | 大學(大 專)以上 | t值 | 差異比較 |
|-------------|-----------|--------------|----------------|----------------------|-----------|-----------|--------------|--------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .36 | .50 | -1.926 | | 生病治療 | .64 | .65 | -.184 | |
| 資訊 | .36 | .52 | -2.265* | 高中職以下(A)<大學(大專)以上(B) | 親友無法協助 | .64 | .72 | -1.100 | |
| 家人 | .67 | .67 | .000 | | 生活需要 | .37 | .28 | 1.266 | |
| 朋友 | .40 | .32 | 1.279 | | 罹患慢性病 | .38 | .45 | -1.044 | |
| 距離 | .39 | .48 | -1.303 | | 睡眠狀況 | 1.02 | 1.22 | -1.035 | |
| 工作人員 | .49 | .43 | .807 | | | -.61 | -.80 | 1.137 | |
| 交通 | .56 | .72 | -2.314* | 高中職以下(A)<大學(大專)以上(B) | | | | | |
| 費用優惠 | .64 | .65 | -.184 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

由表23-4資料可知「婚姻狀況」不同，精障者表現在服務使用影響因素上有所差異，其他婚姻狀態（已婚、離婚、喪偶）之精障者在面對服務時，受到「罹患慢性病」因素影響，勝過未婚之精障者。

表23-4 個人背景因素之「婚姻狀況」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 未婚 | 其他婚 姻狀態 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 未婚 | 其他婚 姻狀態 | t值 | 差異比較 |
|-------------|-----|------------|-------|------|-----------|------|------------|----------------|---------------------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .41 | .34 | 1.358 | | 生病治療 | .69 | .60 | 1.569 | |
| 資訊 | .40 | .35 | 1.033 | | 親友無法協助 | .34 | .37 | -.608 | |
| 家人 | .70 | .61 | 1.593 | | 生活需要 | .42 | .34 | 1.441 | |
| 朋友 | .41 | .34 | 1.358 | | 罹患慢性病 | .91 | 1.33 | -2.579* | 未婚(A)<(B) 其他婚姻狀態 |
| 距離 | .45 | .34 | 1.941 | | 睡眠狀況 | -.66 | -.61 | -.335 | |
| 工作人員 | .50 | .45 | .846 | | | | | | |
| 交通 | .62 | .53 | 1.574 | | | | | | |
| 費用優惠 | .66 | .61 | .828 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

由表23-5、表23-6資料可知「就業狀況」及「疾病診斷」不同，精障者表現在服務使用影響因素上無差異。「就業」變項呈現無差異，推測原因是調查樣本為全職工作者僅7.2%，其餘有四成七為部份工時或參與某種家務（含機構內部訓練），有四成五為非勞動力的比例，因全職就業者比例過少，無法透過調查得知「就業」因素是否會影響精障者的服務使用情形。

表23-5 個人背景因素之「就業狀況」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 未就業 | 有就業 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 未就業 | 有就業 | t值 | 差異比較 |
|-------------|-----|-----|-------|------|-----------|------|------|--------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .37 | .40 | -.562 | | 生病治療 | .67 | .65 | .392 | |
| 資訊 | .42 | .35 | 1.343 | | 親友無法協助 | .35 | .35 | -.012 | |
| 家人 | .67 | .66 | .078 | | 生活需要 | .34 | .43 | -1.575 | |
| 朋友 | .38 | .39 | -.112 | | 罹患慢性病 | 1.05 | 1.07 | -.135 | |
| 距離 | .45 | .37 | 1.414 | | 睡眠狀況 | -.77 | -.53 | -1.684 | |
| 工作人員 | .52 | .45 | 1.199 | | | | | | |
| 交通 | .63 | .56 | 1.272 | | | | | | |
| 費用優惠 | .66 | .63 | .552 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

備註：有就業者，指包含參與訓練、部分工時工作、全職工作。

表 23-6 個人背景因素之「疾病診斷」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 未就業 | 有就業 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 未就業 | 有就業 | t值 | 差異比較 |
|-------------|-----|-----|--------|------|-----------|------|------|--------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .41 | .38 | .605 | | 生病治療 | .65 | .66 | -.270 | |
| 資訊 | .36 | .39 | -.538 | | 親友無法協助 | .33 | .36 | -.456 | |
| 家人 | .66 | .67 | -.251 | | 生活需要 | .37 | .40 | -.442 | |
| 朋友 | .36 | .40 | -.612 | | 罹患慢性病 | 1.06 | 1.06 | .016 | |
| 距離 | .33 | .44 | -1.892 | | 睡眠狀況 | -.83 | -.56 | -1.773 | |
| 工作人員 | .44 | .50 | -.952 | | | | | | |
| 交通 | .65 | .57 | 1.386 | | | | | | |
| 費用優惠 | .68 | .62 | .940 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

由表23-7資料可知「障礙程度」不同，精障者表現在「資訊」、「距離」服務使用影響因素上有所差異。障礙程度為輕度或是未申請身心障礙證明之精障者在資訊及距離兩個因素的表現高於障礙程度為中度或以上者。

表23-7 個人背景因素之「障礙程度」與影響因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 輕度及 未申請 | 中度及 以上 | t值 | 差異比較 | 變項名稱 | 輕度及 未申請 | 中度及 以上 | t值 | 差異比較 |
|-------------|------------|-----------|---------------|--------------------------|-----------|------------|-----------|--------|------|
| 使能因素 | | | | | 需求 | | | | |
| 收入 | .45 | .35 | 1.748 | | 生病治療 | .70 | .64 | 1.104 | |
| 資訊 | .46 | .35 | 1.982* | 輕度及未申請 (A)> 中度及 以上 | 親友無法協助 | .41 | .32 | 1.474 | |
| 家人 | .69 | .66 | .599 | | 生活需要 | .41 | .38 | .415 | |
| 朋友 | .42 | .37 | .733 | | 罹患慢性病 | .89 | 1.15 | -1.655 | |
| 距離 | .49 | .37 | 2.034* | 輕度及未申請 (A)> 中度及 以上 | 睡眠狀況 | -.58 | -.68 | .662 | |
| 工作人員 | .52 | .46 | 1.051 | | | | | | |
| 交通 | .65 | .56 | 1.662 | | | | | | |
| 費用優惠 | .67 | .63 | .844 | | | | | | |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

在年齡變項與服務使用影響因素的關係（見表 23-8）。發現年齡與使能因素具顯著相關為「資訊」與「家人」，均為負相關，顯示當精障者越年輕時，在考量服務使用的影響因素上越重視相關資訊獲取及家人能否提供支持。年齡與需求因素具顯著性是「生病治療」因素，彼此為負相關，與「罹患慢性病」因素為正相關。顯示精障者越年輕時，使用服務越重視生病治療的需求、因罹患慢性病而使用服務的需要越低，說明了年輕族群相較於較年長者，其病況尚未穩定，社會功能與社會資源尚在建構，使用服務時更重視對其病況治療及滿足個人需要的影響因素；年長精障者可能因生理退化、罹患慢性疾病等緣故，考量服務時較重視慢性病的治療。

表 24 年齡與服務使用影響因素之 Pearson 相關分析(N=333)

| 變項 名稱 | 使能因素 | | | | | | | 需求因素 | | | | | |
|----------|-------|---------------|---------------|-------|-------|----------|-------|-------|---------------|------------|----------|--------------|----------|
| | 收入 | 資訊 | 家人 | 朋友 | 距離 | 工作 人員 | 交通 | 費用 | 生病 治療 | 親友無 法協助 | 生活 需要 | 罹患慢 性病 | 睡眠 品質 |
| 年齡 | -.041 | -.120* | -.148* | -.094 | -.092 | -.035 | -.102 | -.066 | -.134* | .017 | -.068 | .125* | .038 |

備註：「影響因素」為名義二分變項（0=無影響，1=有影響），年齡為連續變項，應採用點二系列相關。在 SPSS20.0 版內建三種相關系數為 Pearson、Kendall's tau-b、Spearman，故採用 Pearson 相關。

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

歸納本小節分析結果：精障者在「年齡」、「教育程度」、「婚姻」、「障礙程度」等變項屬性的不同，反映在服務使用影響因素的「收入」、「資訊」、「距離」及「交通」四項使能因素，與「罹患慢性病」需求因素具有顯著差異。即學歷為大學（大專）以上、非未婚的其他婚姻狀態、障礙程度為中度及以上之精障者，在考量服務使用的影響因素會高於其他條件之精障者；而越年輕之精障者越重視資訊、家人與生病治療這三項影響因素，越年長精障者越重視慢性病影響因素。由此結果作為回應本研究解釋模型一：個人背景因素與服務使用影響因素間具有關聯。

第三節 個人背景、影響因素與服務使用歷程因素之分析

研究於第二節探討了精障者人口特性與服務使用影響因素間的關係，在第三節增加了「歷程因素」的變項，目的是了解當納入了具有時間特性的四個變項包括了服務項目、使用頻率、持續時間與使用經驗，與個人背景因素及影響因素間的關係為何。以下依序討論：

壹、個人背景因素與服務使用歷程之差異分析

由表 24 顯示個人背景因素中「機構屬性」、「婚姻」、「教育程度」、「就業狀態」、「診斷別」與「障礙程度」變項屬性的不同，導致服務使用歷程有所差異。

「機構屬性」方面，目前在社區復健中心的精障者使用社區導向精神健康服務、使用一般健康服務、使用精神復健服務的持續時間這三項表現均高於住在康復之家精障者。推測是社區復健中心較著重於提升成員社交技巧與職業功能訓練，康復之家較著重於自我照顧的獨立生活訓練（張玲如，2016），前者多半是居住在家中，白天前往社區復健中心，獨立行動能力及使用社區設施的機會較多，因此使用社區導向服務量也較高；而康復之家住民普遍由機構工作人員協助安排醫療服務事宜，較會控管一般科別的就診使用，相較於社區復健中心服務對象自行運用服務較不受影響。此外，康復之家精障者在 S3 時期回診頻率低於社區復健中心精障者，表示康家住民平均回診間隔比起社區復健中心學員來得較長。

「婚姻」變項屬性不同，對於「精神健康服務」、「持續時間」與「使用經驗」這三個變項帶來差異。未婚精障者在 S2 時期使用醫療導向式精神健康服務表現高於其他婚姻狀態者，採用複式尋助方法者也高於其他婚姻狀態者，且等候精神復健服務期間的表現低於其他婚姻狀態者，也就是更快進入精復機構使用服務。推測可能是未婚者面對生病過程更仰賴外部正式服務體系或自然支持體系（例如宗教信仰）來協助疾病治療及病況適應過程，相較於其他婚姻狀態（如已婚、同居、喪偶等）精障者能透過婚姻關係獲得較多人際交流支持，可能藉此滿足自身的需求。

「教育」變項屬性不同，在「精神健康服務」與「回診頻率」這兩個變項帶來差異。顯示在正式就醫時期，大學（大專）以上學歷精障者使用醫療導向式精神健康服務，及精神科回診間隔時間均大於高中職及以下學歷者。教育階段的差異，往往反映著精障者的發病年齡及病前的社會功能，當學歷越高時表示較晚生病及病前累積較多的生活適應能力，接觸使用服務資訊的管道較多，這可能促成更願意使

用精神醫療服務，在較配合治療而病況穩定下也導致回診頻率降低。「就業」變項屬性不同，僅在「精神健康服務」變項帶來差異。有就業（含訓練與部分及全職工作）精障者在 S2 時期與 S3 時期使用社區導向式精神健康服務表現高於未就業者。推測已就業精障者可能擁有較多可運用的收入、或因訓練、工作能接觸更多社會網絡及資訊，有利於提高接觸使用社區服務的機會。

綜合來看，未婚、大學（大專）以上精障者使用較多醫療導向式服務；來自社區復健中心、有就業（含訓練與部份及全職工作）精障者使用較多社區導向式服務，但個人背景因素對於精障者在兩個時期使用一般健康服務項目並無差異。大學（大專）以上、來自康復之家精障者的回診頻率較長。非未婚的精障者尚未進入精復機構的等待期間比起未婚者更久；來自社區復健中心、診斷為思覺失調症患者、障礙程度為中度及中度以上者目前使用精神復健服務時間更久。

表25 個人背景因素與使用服務歷程因素之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 分組變項 屬性A | 分組變項屬 性B | t值 | 平均數大小 |
|----------------|-------------|-------------|-----------------|-----------------------------|
| 精神健康服務 | | | | |
| S2醫療導向 | 1.93 | 1.63 | 2.483* | 未婚(A)> 其他婚姻狀態(B) |
| S2醫療導向 | 1.74 | 2.18 | -2.967* | 高中職以下(A)< 大學(大專)以上(B) |
| S3社區導向 | .69 | 1.01 | -2.926* | 康復之家(A)<社區復健中心(B) |
| S2社區導向 | .89 | 1.14 | -2.166* | 未就業(A)< 有就業(含訓練與部份及全職工作)(B) |
| S3社區導向 | .64 | .90 | -2.714* | |
| 一般健康服務 | | | | |
| S2一般健康服務 | 2.69 | 3.26 | -2.557* | 康復之家(A)<社區復健中心(B) |
| S3一般健康服務 | 2.19 | 2.61 | -2.005* | 康復之家(A)<社區復健中心(B) |
| 精神科回診頻率 | | | | |
| S2時期回診 | 3.56 | 3.88 | -2.582* | 高中職以下(A)<大學(大專)以上(B) |
| S3時期回診 | 3.89 | 3.54 | 2.578* | 康復之家(A)>社區復健中心(B) |
| 持續時間 | | | | |
| 等候精復期間 | 12.93 | 15.52 | -1.980* | 未婚(A)<其他婚姻狀態(B) |
| 精復期間 | 3.68 | 5.33 | -2.477* | 康復之家(A)<社區復健中心(B) |
| 精復期間 | 3.10 | 4.60 | -2.602** | 其他精神病(A)<(B)思覺失調症 |
| 精復期間 | 3.32 | 4.60 | -2.133* | 輕度及未申請證明(A)<中度及以上(B) |
| 使用經驗 | | | | |
| S1S2尋助型態 | .45 | .32 | 2.144* | 未婚(A)>其他婚姻狀態(B) |

備註：本表列出 1.「回診頻率」達顯著之變項，其他個人變項包括性別、婚姻、就業、診斷、障礙程度無顯著。2.「持續時間」達顯著者，其他個人變項包括性別、學歷、就業狀態無顯著。3.「使用經驗」達顯著性之變項，其他使用經驗變項包括 S1 最早尋助方式、S123 最常使用方法與個人背景變項間未顯著。

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

最後採用 Pearson 相關分析法檢視「年齡」變項與「服務使用歷程」因素關係（見表 26）。首先，「年齡」與「服務使用項目」方面，具顯著性均為負相關，在 S2 時期當精障者越年輕發病、越早就醫，使用精神健康項目越多，這反映當越早發病治療，個人倚賴精神醫療服務體系的需求越高，尋求服務量也越多。在 S2 與 S3 時期，「生病年齡」與「就醫年齡」變項與「使用一般健康服務」均呈現負相關，且「入精復機構年齡」與「精神社區導向服務」為負相關，指出越年輕時生病治療，使用一般健康服務項目越多；越年輕時進入機構，使用社區導向的精神健康服務也越多。可能是精障者入精神復健機構接受服務後，逐漸降低醫療導向式服務（包括急診、急性病房、慢性住院等），反映病況更為穩定，但在一般健康服務的需求仍然明顯，且較能使用社區導向的心理健康服務，例如家屬協會活動、心理衛生中心服務等等，反映較年輕族群在行動能力、資訊取得能力較佳，繼而使用社區相關服務的數量越多。

「年齡」變項與「回診頻率」方面，具顯著者均為正相關，「就醫年齡」、「入精復機構年齡」與 S2 時期回診頻率為正相關，「生病年齡」與「入精復機構年齡」與 S3 時期回診頻率為正相關。表示精障者越早生病及接受治療，其回診頻率的間隔越短；且越早進入精復機構，回診頻率的間隔也越短。這反映較年輕精障者的病程發展過程中，病況尚未穩定，使用精神科的頻率更多。

在「年齡」變項與「持續時間」方面，「就醫年齡」與「未就醫期間」有顯著正相關，當精障者越年輕時就醫治療，未就醫期間（等候醫療處遇期間）會越短。其次「生病年齡」及「就醫年齡」均與「等候精復服務期間」有顯著負相關，表示精障者越年輕時生病與就醫治療，則等候精復機構期間越長。這可能是因為初發病時相當年輕，往往反映病前相關社會功能未發展完備，影響後續的生活適應，當適應不良而病況不穩定，則有更長時間反覆停留在醫療服務體系，繼而越晚進入精神復健服務。第三，「入精復機構年齡」與「等候精復服務期間」有正相關且與「進入精復期間」為負相關，表示較年輕時進入精復機構，等候服務期間越短，使用此服務期間則越長。顯示越早有接觸使用精神復健服務經驗，會停留於此服務系統時間越久；反之較年長精障者因病情趨於慢性化且病況較穩定，可能較能夠發展個人或家庭的生活，或者運用其他服務資源，即便有需要使用精神復健服務，也較能夠使用一段時間後更快離開機構，故停留期間較短。

最後，年齡變項僅與「尋助行為」變項無顯著關係，即精障者不論發病、就醫

時間較早或較晚，不會影響到後續採用的尋助方式。

表 26 年齡變項與使用服務歷程因素之 Pearson 相關分析

| 變項名稱 | S2精神健康服務-療導向 | S2精神健康服務-社區導向 | S2一般健康服務 | S3精神健康服務-療導向 | S3精神健康服務-社區導向 | S3一般健康服務 | S2時期回診頻率 | S3時期回診頻率 | 未就醫期間 | 等候精復服務期間 | 進入精復期間 | 最早尋助行為 | S1-S2尋助型態 |
|------|--------------|---------------|----------|--------------|---------------|----------|----------|----------|--------|----------|---------|--------|-----------|
| 生病年齡 | -.173** | -.147** | -.229** | .051 | -.070 | -.134* | .105 | .119* | -.100 | -.355** | .057 | -.076 | -.087 |
| 就醫年齡 | -.165** | -.136** | -.169** | -.069 | -.095 | -.122* | .123* | .106 | .236** | -.412** | -.048** | -.044 | -.089 |
| 精復年齡 | --- | --- | --- | -.077 | -.129* | -.103 | .239** | .151** | .023 | .522** | -.248** | -.078 | -.066 |

備註：S1-S2 時期，指精障者初生病至精神科就醫時期。

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.00

綜合上述，在探討個人背景因素與服務使用歷程因素的關係，可知「婚姻」、「教育程度」、「就業」、「診斷別」及「障礙程度」變項與歷程因素間具有差異性，而「年齡」變項與歷程因素則具有正相關與負相關關係。且根據統計顯示具有差異或相關性的變項是 S2 或 S3 時期，顯示精障者的服務使用行為在長期的時間變化下具有不同的效果。

貳、服務使用影響因素與使用歷程之分析

本段探討影響精障者服務使用的這些因素與使用歷程間的關係，分別討論四個部份：一是釐清精障者投入的健康服務行為，包括使用精神健康與一般健康服務項目與服務使用影響因素間的關係；二是了解使用頻率變項與影響因素間的關係，第三部份是從「時間因素」來了解精障者的等候服務及進入服務這兩個持續期間與影響因素間的關係，四是了解精障者尋助經驗與其服務使用影響因素間的關係。本段均採用 Pearson 相關法來檢定變項關係，以下分述之。

由表 26 統計結果來看，「使能因素」與「使用項目」間關係多為正相關，特別是 S2 時期，「知識」、「家人」、「朋友」、「距離」、「工作人員」、「交通」等使能因素對精障者越有影響時，其使用精神健康與一般健康服務量也會越高；在 S3 時期，「使能因素」與一般健康服務為負相關，當「朋友」越有影響時，精障者使用一般健康服務越低，這可能是當人際網絡較多時，由同儕處獲得問題解決策略或者支持，降低了直接尋求一般健康醫療的使用。在需求方面，多與服務使用項目間為正相關，當「生病治療」、「親友無法協助」、「生活需要」、「罹患慢性病」這四

項需求對精障者來說越有影響時，則使用各項服務也會越高。僅有「睡眠-需求」與「S2一般健康服務」變項為負相關，當精障者的睡眠狀況越有影響時，投入一般健康服務的行為也越多。綜合而言，影響因素大致與服務歷程因素具有正向關聯。

第二，檢視影響因素與「使用頻率」間的關係。顯示S2時期「收入-使能因素」及「朋友-使能因素」對精障者越有影響時，則精神科回診頻率越密集。且在S2與S3時期，「睡眠-需求」對精障者越有影響時，其回診頻率間隔越長。這是因為睡眠往往反映精神狀態（楊添圍，2016），入睡安穩與否常是發病前線索，當精障者越重視自己的睡眠狀況，表示會注意疾病發展而較有健康管理概念，反映其病況較穩定故而回診間隔較久。

第三，「使能因素」與「持續時間」變項的關係顯示為負相關，當「收入-使能因素」對精障者越有影響時，使用精神復健服務的時間越短暫，也就是精障者的個人經濟條件會影響到是否持續使用精神復健服務，當個人可運用收入越少時，越需要精復機構提供的協助（例如是訓練、代工、居助協助、物資等等），仰賴精神復健機構服務的時間越長。若要協助精障者在社區的自立生活而減少機構使用的持續期間，則機構須投入更多能培植個人經濟資源使用與謀生能力的服務規劃。此外，需求變項與「持續時間」變項顯示為正相關，當「罹患慢性病-需求」對精障者越有影響時，則等候精神復健期間（仍持續使用精神醫療服務）也會越長，表示同時罹患其他慢性病，精障者會以疾病治療為主而傾向延遲進入精復機構使用服務。

第四，影響因素與「使用經驗」變項具有相關性。在使能因素方面，「距離-使能因素」與「最早尋助方式」為負相關、與「S123使用方法總數」為正相關，表示精障者初期生病時越採用精神科方式，使用服務時越重視距離因素，這可能是初發病時若選擇至精神科接受治療，就醫頻率與需求較高，會更重視醫院或診所距離住家不要太遠。而尋助方法多寡會受到資源距離精障者遠近的影響，當精障者越接近這些服務資源時，可能更會引發使用服務的動機與行為。特別的是，「交通」因素與「使用經驗」變項並無關聯，表示資源的便利取得、距離精障者居住環境近，較可促成個人的使用意願，且精神疾病慢性化及長期治療的特性，導致精障者採取精神科治療需要長期且持續進行，若服務據點離較個人生活圈較近，有利於前往使用。其次，在需求因素當中，有「生病治療」、「生活需要」、「罹患慢性病」這三個因素與「使用經驗」為正相關，反映精障者的尋助方式為單一或複式多重作法，會隨著個人對自身病況的理解而有差異，越感受迫切生活困難的處境、生病治療的需求越高、罹患慢性病數量越多時，精障者更會接觸較多樣尋助策略。

綜合上述相關統計結果，將個人背景、影響因素、使用歷程因素這三個自變項具顯著差異與相關者，彙整為表27。個人背景因素方面包括有「年齡」、「教育程度」、「婚姻」、「診斷別」及「障礙程度」對服務使用歷程因素的部份變項有相關或差異，影響因素當中包括了使能因素與需求多數與服務使用歷程因素間達到正相關或負相關，僅「費用」呈現無相關。由此結果作為回應本研究解釋模型二：個人背景因素、服務使用影響因素與服務使用歷程因素間具有關聯。

表27 服務使用影響因素與使用歷程因素之Pearson相關分析(N=333)

| 變項名稱 | S2精神健 康-醫療 導向服務 | S2精神健 康-社區 導向服務 | S2一般 健康服 務數量 | S3精神健 康-醫療導 向服務 | S3精神健 康-社區 導向服務 | S3一般 健康服 務數量 | S2精神 科回診 頻率 | S3精神 科回診 頻率 | 未就醫 期間 | 等候精 復期間 | 使用精 復期間 | S1最早尋 助方式 | S1S2-服務 使用型態 | S123最常 使用方法 | S123使用 方法總數 |
|--------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------|--------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|
| 收入 | .068 | -.032 | .001 | .074 | -.024 | -.055 | -.141* | -.020 | .053 | .078 | -.138* | .021 | -.039 | .015 | -.024 |
| 知識 | .072 | .144** | .092 | .016 | .031 | .080 | -.022 | -.009 | .073 | -.079 | -.074 | .031 | -.005 | .051 | .035 |
| 家人 | .147** | .098 | .012 | .043 | -.008 | -.051 | -.036 | -.084 | -.018 | -.020 | -.089 | -.012 | -.070 | -.102 | -.032 |
| 朋友 | -.014 | .106 | .096 | .021 | .008 | -.125* | -.118* | -.058 | .085 | .008 | -.037 | -.018 | -.023 | -.002 | .004 |
| 距離 | .090 | .173** | .088 | .055 | .097 | .100 | -.053 | -.024 | -.012 | -.100 | .022 | -.116* | -.010 | -.029 | .123* |
| 工作人員 | .064 | .043 | .112* | .021 | .013 | .002 | -.063 | -.054 | .034 | .017 | -.005 | -.099 | -.013 | -.043 | .059 |
| 交通 | .036 | .108* | .119* | .052 | .073 | .091 | -.007 | .017 | .078 | .042 | -.043 | .004 | .029 | -.051 | .097 |
| 費用 | .001 | -.006 | .103 | .006 | .037 | .041 | -.055 | -.094 | .085 | -.009 | -.053 | -.021 | -.032 | -.014 | -.027 |
| 生病治療需要 | .085 | .039 | .163** | .028 | .018 | .037 | -.063 | -.049 | .024 | .034 | -.028 | .070 | .077 | -.063 | .124* |
| 親友無法協助 | .124* | .230** | .057 | -.031 | .106 | .052 | -.082 | -.043 | .061 | .060 | -.109 | -.049 | -.031 | .012 | .091 |
| 生活需要 | .118* | .176** | .170** | .070 | .141* | .101 | -.002 | .018 | .045 | .018 | .037 | -.083 | .126* | -.085 | .087 |
| 罹患慢性病 | .113* | .165** | .226** | .027 | .189** | .246** | -.03 | -.02 | -.030 | .138* | .310 | -.009 | .088 | -.035 | .108* |
| 睡眠狀況 | -.073 | -.107 | -.2** | .010 | -.118 | -.084 | .142** | .164** | -.049 | .006 | .043 | .052 | -.056 | -.065 | -.089 |

備註：「S1最早尋助方式」變項包含精神科(0)、非精神科(1)；「S1S2-服務使用型態」變項包含只看精神科(0)、看精神科+中西醫(1)、精神科+中西醫+宗教信仰民俗療法+其他方法(2)；「S123最常使用方法」變項包含精神科(0)、非精神科(1)。

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表28 自變項：個人背景、影響因素、使用歷程因素之顯著性摘要表(N=333)

| 變項名稱 | 使能因素 | | | 需求 | | | | 使用項目 | | | | | 頻率 | | | 持續時間 | | | 使用經驗 | | | | |
|-----------|----------|---------|---------|---------|----------|----------|---------|--------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|--------|----------|----------|-------|----------|--------------|---------------|
| | 收入 | 知識 | 家人 距離 | 交通 | 費用 | 生病 治療 | 親友無 法協助 | 罹患慢 性病 | 睡眠 狀況 | S2 醫療導 向 | S2 社區導 向 | S2 一般健 康 | S3 醫療 導向 | S3 社區導 向 | S3 一般健 康 | S2回 診 | S3回 診 | 未就 醫期 間 | 等候精 復期 間 | 精復期 間 | S1最早 尋助法 | S1-S 2尋 助型 態 | S123 使用 方法 總數 |
| 區域 | 6.580*** | | 3.118* | | 8.281*** | 6.117*** | 4.692** | | 2.519** | 5.963*** | | 3.125* | 8.324*** | 3.641* | 2.578* | | 3.535* | 9.068*** | | | | | |
| 機構屬性 | 3.118*** | | | | | | | | | | | -2.577* | -2.926* | -2.005* | | | | | | | | | -2.477* |
| 性別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年齡 | | -1.120* | -1.148* | | | -1.134* | .125* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生病年齡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就醫年齡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入精復機構年齡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育程度 | | -2.265* | | -2.314* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診斷別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障礙程度 | | 1.982* | | 2.034* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收入-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知識資訊-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家人或親屬-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 朋友-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 距離-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作人員-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通便利-使能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生病治療-需求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 親友無法協助-需求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活需要-需求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 罹患慢性病-需求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠狀況-需求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備註：本表呈現具顯著性之變項數據。

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

第四節 個人背景因素、影響因素、歷程因素與服務使用型態

本節探討三組自變項與依變項之關係，一是了解不同的人口特性與社會結構因素對於服務使用型態的關係，二是了解服務使用影響因素與服務使用型態間的關係，三是釐清服務使用歷程因素與服務使用型態的關係。

壹、個人背景因素與服務使用型態之分析

由表 29 可知個人背景因素的「性別」、「就業」變項之屬性不同，依變項「服務使用型態」呈現顯著差異，男性精障者在面對自我健康評價及健康滿意程度均高於女性，有就業（含訓練、部份工時、全職）精障者評價自己前一年與今年健康進步的表現高於未工作者。推測是已參與訓練或工作狀態，反映其精神與健康狀況穩定，可從工作過程獲得對自我能力的認可，更感受自我的進步。而「年齡」變項與「回診頻率-使用程度」為正相關（見表 30），表示越年長者使用精神科回診頻率間隔越長，這可能是年長者病況趨於慢性化、病程發展穩定，對於精神科門診的需求度相較於年輕者已降低；其次，年齡與「健康狀況-健康成果」、「健康進步-健康成果」為負相關，當精障者越年輕時，對於個人的健康評價越較高、也認為自己健康與前一年相較有進步，這可能是年齡差異反映了身體機能、相關慢性疾病、職業能力等影響，故年長者在健康成果評價表現較低。

綜合本段統計結果，顯示「性別」、「就業」、「年齡」變項的屬性不同，在服務使用型態變項上具有顯著差異，年輕精障者在使用精神科服務回診程度較高，女性、未就業、年長精障者對於自我健康成果的評價較低。

表29 個人背景因素與服務使用型態之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 分組變項 屬性A | 分組變項 屬性B | t值 | 差異比較 |
|------|-------------|-------------|----------------|-------------------|
| 使用程度 | 3.89 | 3.54 | 2.578* | 康復之家(A)>社區復健中心(B) |
| 健康成果 | | | | |
| 健康狀況 | 3.72 | 3.47 | 2.177* | 男(A)>女(B) |
| 健康進步 | 3.58 | 3.81 | -2.013* | 未就業(A)<(B)有就業 |
| 滿意度 | 3.73 | 3.49 | 2.2017* | 男(A)>女(B) |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表30 個人背景因素之「年齡」與服務使用型態之Pearson相關分析(N=333)

| 變項名稱 | 使用程度 | | 健康成果 | | |
|------|--------------|---------------|---------------|----------|-----------|
| | 精神科 回診 | 健康 狀況 | 健康 進步 | 人際 影響 | 健康 滿意度 |
| 年齡 | .138* | -.110* | -.134* | .091 | -.049 |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

貳、服務使用影響因素與服務使用型態之分析

在影響因素與服務使用型態間的關係，由表31統計結果顯示部分具有顯著相關。與「健康狀況-健康成果」具有正向相關的使能因素是「收入」、「知識資訊」，當精障者獲得可支配的收入越多、擁有使用服務的知識或資訊越多時，自評健康狀況也會越佳。其次，與「滿意度-健康成果」變項具正相關的使能因素是「收入」、「費用優惠或減免」，當個人可支配的收入越多、服務本身費用具優惠或減免越多時，精障者的自我健康滿意度也會越高。第三，「睡眠狀況-需求」變項與依變項間均為正相關，表示當睡眠狀況越好時，反映於服務使用程度的越低（精神科回診頻率間隔越長），且健康成果評價也越好，能自覺健康較佳、個人健康有所進步、因健康或症狀對他人的干擾度較低、且整體健康滿意程度較高，指出睡眠指標對精障者的健康評價及回診頻率的重要影響。

研究也發現具有人際支持性質的「家人親屬陪同」、「朋友協助」、「工作人員介紹」這三項使能因素與健康成果無相關，反而是「收入」、「知識資訊」、「費用減免優惠」這三項達到顯著性。推測可能原因是進入精神復健機構的精障者，在人際支持系統上相對較為薄弱，因此在使用服務的考量會以經濟或資訊為主，是因為經濟資源與服務知識的取得，反映著精障者有較多機會接觸使用與健康相關的服務，當知識或資訊越足夠後，較有自主性決定是否使用或如何使用服務的行動，此過程相對提高了個人對健康的掌控感，而反映於對自我健康的較佳評價。

表31 服務使用影響因素與服務使用型態之Pearson相關分析(N=333)

| 變項名稱 | 使用程度 | | 健康成果 | | |
|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 精神科 回診 | 健康 狀況 | 健康 進步 | 人際 影響 | 健康 滿意度 |
| 收入-使能因素 | -.020 | .152** | .038 | .023 | .155** |
| 知識資訊-使能因素 | -.009 | .150** | .063 | .049 | .095 |
| 家人或親屬-使能因素 | -.084 | .100 | .085 | -.065 | .104 |
| 朋友協助-使能因素 | -.058 | .040 | -.059 | -.013 | .075 |
| 住家附近-使能因素 | -.024 | .009 | .023 | -.045 | .028 |
| 工作人員介紹-使能因素 | -.054 | .080 | .065 | .066 | .023 |
| 交通便利-使能因素 | .017 | .079 | .053 | .054 | .081 |
| 費用減免優惠-使能因素 | -.094 | .101 | .003 | .026 | .112* |
| 生病治療-需求- | -.049 | .013 | -.037 | .088 | .046 |
| 親友無法協助-需求 | -.043 | -.018 | -.070 | -.011 | .034 |
| 生活需要-需求 | .018 | -.011 | -.005 | -.013 | .008- |
| 罹患慢性病-需求 | -.023 | -.080 | -.070 | -.2017 | -.029 |
| 睡眠狀況-需求 | 164** | .253** | .277** | .209** | .250** |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

參、服務使用歷程與服務使用型態之分析

本段探討是精障者的服務投入行為，對於目前健康狀態及服務使用程度的關聯，分述以下三個部份：一是瞭解精障者使用了精神健康與一般健康服務後，對其就醫頻率與及健康成果的影響，二是了解前一時期回診頻率對現況精神科回診及健康成果的關係，三是釐清個人在服務體系的等候期及使用持續，與回診頻率與健康成果之關係，最後探究尋助經驗對服務使用型態的影響。

在「使用項目」變項與服務使用型態間的關係，由表32可知僅有「S2時期醫療導向精神健康服務」與「精神科回診頻率」呈現負相關($r=-.116, p<.05$)，表示S2時期使用醫療導向的精神健康服務（例如急性住院、慢性住院、日間留院等）越多時，目前S3時期精障者的回診精神科間隔越短，由過往使用較多的精神醫療服務可推測精神病況較不穩定，即便目前進入精神復健機構後也仍需較頻繁使用精神科門診服務。另外，其他健康成果變項與服務使用變項間均無關聯，可能是台灣精神健康與一般健康服務的普及度高，較不受服務使用量因素而對健康自評或滿意度有所影響。

在「時間因素」與服務使用型態間的關係，僅有「未就醫期間」與「人際影響-健康成果」呈現負相關($r=-.132, p<.05$)，精障者發病後未就醫時間越長，近期一個月健康或情緒不好狀態影響他人的干擾程度越大。本題時間範圍橫跨由S1未就醫時期至S3進入精復機構時期，由此發現當個人越早進入治療階段，確實有助於後續的生活適應及處理因疾病症狀帶來人際互動等困擾。

在「使用頻率」變項與服務使用型態間的關係，「S2時期回診頻率」與「S3時期回診頻率」顯示為中度正相關($r=.461, p<.01$)，由精障者早期的就醫頻率可知現況的回診頻率偏高或低，表示早期使用經驗可做為現況服務使用的參考。而「S2回診頻率」與「健康自評-健康成果」($r=-.113, p<.05$)、「滿意度-健康成果」($r=-.111, p<.05$)均為負相關，表示早期回診間隔較短，目前個人健康成果的評價較高，可能因為過往密集回診而投入較多心力於改善健康狀況，相較於現況對健康狀況改善更有所獲，故健康評價較佳。

最後在「使用經驗」變項與服務使用型態間的關係，發現「S1-S2尋助型態」變項與「人際影響-健康成果」變項為負相關($r=-.131, p<.05$)，當精障者早期採用的尋助方式越多樣，現況因健康或情緒不佳而干擾人際關係的程度也越高。本題時間範圍也是由S1未就醫時期至S3進入精復機構時期，理論上早期有較多尋助方式應能做為精障者多項需求滿足的途徑，但本研究卻顯示健康滿意度等變項未達顯著。推測在多方尋助過程中，精障者面臨尋助方式的瞭解、轉換、適應或衝突等問題，往往比單一尋助方法更耗費心力；此外，當個人建立較多尋助管道時，也反映較願意讓外界了解自己的處境，這可能也形成個人較願意接露有關個人近期情緒或健康不佳的訊息。其次，是「S123使用方法總數」與「健康狀況-健康成果」間為負相關($r=-.117, p<.05$)，當生病歷程採用的尋助數量越少，其自覺健康狀況越好，顯示對自身健康的信心與掌控感較佳，降低了再接觸其他尋助途徑；當個人尋助管道較穩定後，越有機會與既有服務體系發展長期深度的服務關係，若個人與健康服務體系的適配度越好時，這也會促使自身感受越佳。但是「最早尋助方式」變項及「S123最常使用尋助法」卻與服務使用型態間無關聯，表示最早期及常使用的尋助方式對現況影響極小，這可能是研究樣本目前均進入精神復健服務系統，過往尋助經驗或個人習慣遠不及現況環境因素更有影響力，例如機構安排的服務或其他社會支持對象。

表32 服務使用歷程因素與服務使用型態之Pearson相關分析

| 變項名稱 | 使用程度 | | 健康成果 | | |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 精神科 回診 | 健康 狀況 | 健康 進步 | 人際 影響 | 健康 滿意度 |
| 年齡 | .138* | -.110* | -.134* | .091 | -.049 |
| 收入-使能因素 | -.020 | .152** | .038 | .023 | .155** |
| 知識資訊-使能因素 | -.009 | .150** | .063 | .049 | .095 |
| 家人或親屬陪-使能因素 | -.084 | .100 | .085 | -.065 | .104 |
| 朋友協助-使能因素 | -.058 | .040 | -.059 | -.013 | .075 |
| 住家附近-使能因素 | -.024 | .009 | .023 | -.045 | .028 |
| 工作人員介紹-使能因素 | -.054 | .080 | .065 | .066 | .023 |
| 交通便利-使能因素 | .017 | .079 | .053 | .054 | .081 |
| 費用減免優惠-使能因素 | -.094 | .101 | .003 | .026 | .112* |
| 生病治療-需求 | -.049 | .013 | -.037 | .088 | .046 |
| 親友無法協助-需求 | -.043 | -.018 | -.070 | -.011 | .034 |
| 生活需要-需求 | .018 | -.011 | -.005 | -.013 | .008- |
| 罹患慢性病-需求 | -.023 | -.080 | -.070 | -.2017 | -.029 |
| 睡眠狀況-需求 | 164** | .253** | .277** | .209** | .250** |
| S2精神醫療導向服務 | -.116* | .036 | -.043 | -.028 | -.025 |
| S2精神社區導向服務 | -.066 | -.029 | .042 | -.094 | -.015 |
| S2一般健康服務 | -.039 | -.033 | -.057 | -.080 | -.043 |
| S3精神醫療導向服務 | -.086 | .045 | .035 | -.004 | .000 |
| S3精神社區導向服務 | -.076 | -.052 | -.051 | -.017 | -.059 |
| S3一般健康服務 | -.079 | -.032 | -.100 | -.093 | -.021 |
| 未就醫期間 | -.023 | -.039 | -.008 | -.132* | -.063 |
| 等候精復期間 | .052 | -.019 | -.018 | .041 | -.007 |
| 入精復機構期間 | -.049 | -.052 | -.047 | .057 | .033 |
| S2精神科回診頻率 | .461** | -.113* | -.048 | -.030 | -.111* |
| S1最早尋助法 | .052 | .007 | -.003 | .028 | -.026 |
| S1-S2尋助型態 | -.017 | -.041 | .043 | -.131* | -.015 |
| S123最常使用法 | .033 | .060 | -.087 | .073 | .007 |
| S123使用方法總數 | -.061 | -.117* | -.059 | -.059 | -.099 |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

本研究聚焦於精障者的使用服務行為，有關區域特性並非研究核心，列為控制變項，以下彙整相關統計結果於表 33。

由區域變項與個人背景因素的差異分析可知，在「就業」變項上有所差異，經Tamhane's T2檢定法比較得知在四都受訪對象中，以台中精障者的就業狀態表現低於其他三都，而其他變項均顯示無差異。在區域變項與影響因素的關係，發現區域別不同時，精障者的服務使用影響因素是有差異的，台南市受訪對象在使用服務時，「收入」、「距離」、「費用」這三個使能因素影響明顯高於其他三都，桃園與台南精障者在「親友無法協助」該需求變項的表現明顯高於台中與高雄，台南市精障者在「罹患慢性病」變項的表現明顯低於其他三都。這可能反映區域差異影響精障者取得服務的可近性有關，也可能與該區精障者擁有支付服務的能力，例如收入、資訊等有關係。

分析區域變項與「使用歷程」因素的關係，研究發現當區域屬性不同時，精障者的「使用項目」與「持續時間」具有差異。由表33資料可知住桃園精障者在「等候精復機構服務」時間較高雄市精障者更久，高雄地區精障者投入於精神復健服務的時間是四個都市中最久的，推測原因，由四都精復機構可收治服務人數來看，高雄地區可提供的服務量最多達1,2017床²⁸（衛生福利部統計處，2017），而使用率在四都當中排行第三，顯示該區供給量大於需求量，這可能影響該區的精障者有使用精復機構需求時，面臨較少服務選擇有限的問題，較持久停留於服務體系當中。此外，區域特性對於「使用頻率」與「使用經驗」兩變項間則無差異。

最後，探討區域變項與「服務使用型態」的關係，發現僅在「人際影響-健康成果」達顯著差異($F=4.699, p<.01$)，即台中市精障者面對情緒或健康不佳造成人際互動干擾的情形高於台南市精障者，而其他健康自評結果均無差異。

²⁸ 桃園、台中、台南、高雄可收治服務對象數分別是 879、737、541、12017 人，而使用率/占床率(%)則分別是 74.62%、68.76%、52.93%、63.62%（衛生福利部統計處，2017）。

表33 區域變項與各變項之差異性分析(N=333)

| 變項名稱 | 桃園 | 台中 | 台南 | 高雄 | F值 | 多重比較 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-----------------|---------------|
| 個人背景 | | | | | | |
| 性別 | .47 | .57 | .46 | .41 | 1.175 | |
| 年齡 | 46.75 | 45.26 | 48.91 | 46.69 | .979 | |
| 教育程度 | 3.63 | 3.76 | 3.46 | 3.65 | .399 | |
| 婚姻狀況 | 2.23 | 2.31 | 2.57 | 2.30 | .846 | |
| 就業狀態 | 3.73 | 3.12 | 3.95 | 3.78 | 3.858** | 1>2, 3>2, 4>2 |
| 診斷別 | 2.26 | 2.21 | 2.20 | 2.19 | .329 | |
| 障礙程度 | 1.91 | 2.25 | 2.09 | 1.94 | 1.894 | |
| 使能因素 | | | | | | |
| 收入 | .42 | .26 | .61 | .39 | 6.580*** | 3>2, 3>4 |
| 距離 | .43 | .29 | .55 | .36 | 3.118* | 3>2 |
| 費用優惠 | .63 | .64 | .89 | .51 | 8.281*** | 3>1, 3>2, 3>4 |
| 需求 | | | | | | |
| 親友無法協助 | .40 | .21 | .54 | .35 | 6.117*** | 1>2, 3>2, 3>4 |
| 罹患慢性病 | 1.19 | 1.16 | .46 | 1.17 | 4.692** | 1>3, 2>3, 4>3 |
| 使用項目 | | | | | | |
| S2精神醫療導向服務 | 1.68 | 1.40 | 1.38 | 1.38 | 5.129** | 1>3, 1>4 |
| S2精神社區導向服務 | 1.01 | .81 | .50 | .97 | 5.963** | 1>3, 4>3 |
| S2一般健康服務 | 3.08 | 2.76 | 2.55 | 5.79 | 1.233 | |
| S3精神醫療導向服務 | .39 | .28 | .48 | .60 | 3.125* | 4>2 |
| S3精神社區導向服務 | .62 | .76 | .43 | .99 | 8.324*** | 4>1, 4>3 |
| S3一般健康服務 | 2.53 | 2.43 | 1.64 | 2.32 | 3.641* | 1>3, 2>3 |
| 使用頻率 | | | | | | |
| S2精神科回診頻率 | 3.73 | 3.57 | 3.55 | 3.56 | .727 | |
| S3精神科回診頻率 | 3.88 | 3.67 | 3.98 | 3.66 | 1.877 | |
| 持續時間 | | | | | | |
| 未就醫期間 | .95 | .75 | 2.16 | 1.12 | 1.637 | |
| 等候精復期間 | 16.23 | 12.79 | 13.65 | 11.72 | 3.535* | 1>4 |
| 使用精復期間 | 3.27 | 3.59 | 2.50 | 6.40 | 9.068*** | 4>1, 4>2, 4>3 |
| 使用經驗 | | | | | | |
| S1最早尋助法 | .34 | .36 | .49 | .33 | 1.462 | |
| S1-S2尋助型態 | 1.38 | 1.48 | 1.22 | 1.24 | 1.348 | |
| S123最常使用法 | 3.32 | 3.46 | 3.29 | 3.52 | .759 | |
| S123使用方法總數 | 2.30 | 2.28 | 2.07 | 2.30 | .991 | |
| 使用程度 | | | | | | |
| 回診頻率 | 3.88 | 3.67 | 3.98 | 3.66 | 1.877 | |
| 健康成果 | | | | | | |
| 健康狀況 | 3.68 | 3.59 | 3.79 | 3.61 | 1.629 | |
| 健康進步 | 3.85 | 3.72 | 3.55 | 3.63 | 1.341 | |
| 人際影響 | 3.87 | 3.38 | 4.29 | 3.73 | 4.669** | 3>2 |
| 滿意度 | 3.66 | 3.66 | 3.66 | 3.52 | .477 | |

說明:1:桃園, 2:台中, 3:台南, 4:高雄。

說明 2: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

綜合本節分析結果，自變項與依變項間關係具有顯著性如表 34 所見，個人背景因素的「性別」、「年齡」與「就業」與依變項具有顯著相關，即男性、較年輕及有就業狀態精障者對自我健康成果的評價較佳，越年輕者也較密集回診治療。第二，在影響因素中的「收入」、「知識資訊」、「費用」、「睡眠」四個變項與依變項均為正相關，表示當考量服務使用的這些因素越有影響時，精障者使用精神科回診頻率越低、其健康成果越佳。第三，在服務使用歷程因素與依變項具顯著性者多為負相關，當精障者早期使用精神醫療導向服務越少，則現況精神科回診頻率越低；過往尋助方法越少時，精障者越快進入精神醫療體系獲得治療，且自評現況健康或情緒干擾他人的程度越低；整體生病歷程中的尋助方法之數量越少，反映在個人的自我健康評價也越好。變項間為正相關的是「S2 時期回診頻率」與「S3 時期回診頻率」，這可能反映精障者的就醫慣性，部份病況較不穩定精障者即便進入精復機構後仍須較密集回診治療，表示精障者的過往就醫經驗與目前就醫行為具有關聯。

歸納前述相關討論，作為回應本研究解釋模型三：服務使用型態受到來自個人背景因素、服務使用影響因素、服務使用歷程因素之影響。

表34 自變項與依變項間具顯著性之摘要表

| 變數名稱 | 使用程度 | | 健康成果 | | |
|------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| | S3精神科頻率 | 健康狀況 | 健康進步 | 人際影響 | 滿意度 |
| 區域 | 1.877 | 1.629 | 1.341 | 4.669** | .477 |
| 機構 | 2.578* | .914 | -1.337 | .985 | -.023 |
| 性別 | .057 | -.119* | -.028 | -.004 | -.115* |
| 年齡 | .138* | -.110* | -.134* | .091 | -.049 |
| 就業 | .029 | .032 | .110* | -.009 | .081 |
| 收入-使能因素 | -.020 | .152** | .038 | .023 | .155** |
| 知識知識-使能因素 | -.009 | .150** | .063 | .049 | .095 |
| 費用-使能因素 | -.094 | .101 | .003 | .026 | .112* |
| 睡眠狀況-需求 | .164** | .253** | .277** | .209** | .250** |
| S2精神醫療導向服務 | -.116* | .036 | -.043 | -.028 | -.025 |
| 未就醫期間 | -.023 | -.039 | -.008 | -.132* | -.063 |
| S2精神科回診頻率 | .461** | -.113* | -.048 | -.030 | -.111* |
| S1-S2尋助型態 | -.017 | -.041 | .043 | -.131* | -.015 |
| S123使用方法總數 | -.061 | -.117* | -.059 | -.059 | -.099 |

說明：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

第五節 迴歸分析

由第二至第四節的統計結果可了解變項間的影響情形，即個人背景因素、影響因素、歷程因素及服務使用型態這四個變項彼此具有差異或關聯，尚無法說明變項因果及先後關係，因此本節採用迴歸分析來進行變項間的關係預測²⁹。本小節採用二元羅吉斯迴歸分析(Binary logistic regression)，依變項原本為順序屬性，重新編碼為類別屬性，說明如表 35。

表 35 依變項重新編碼說明表

| 變項名稱 | 編碼說明 |
|--------|-----------------|
| 服務使用程度 | 1=高程度使用、2=低程度使用 |
| 健康狀況 | 1=健康差、2=健康好 |
| 健康進步 | 1=無進步、2=有進步 |
| 健康干擾 | 1=有干擾、2=無干擾 |
| 健康滿意度 | 1=滿意度差、2=滿意度佳 |

在進行二元迴歸分析前，先對模式係數的 Omnibus 檢定，模式顯著性 p 值分別是.005、.001、.021、.002、.000，數值均小於.05，表示本模式選取的自變項能有效的聯合影響依變項，具有預測能力。由表 36 迴歸分析結果之整體模型解釋力來看，Pseudo R² 介於 0.160 至 0.417 之間，以「服務使用程度」這個變項的解釋力最高（0.417）。在個別解釋變項上，僅有「睡眠狀況-需求」這個解釋變項在三個分析中呈現顯著，「S123 尋助總數量」此解釋變項在兩個分析中呈現顯著，其餘解釋變項顯著性有限，因此對變項關係尚需保守解釋。

優勢比（odds ratio，簡稱 OR）係指其它條件不變下，自變項每單位變動所增減的相對優勢（odds）變動量；OR 值若小於 1，表示使用程度越高或健康成果越好的優勢會因自變項值的增加而減少，反之則表示增加。根據二元邏輯迴歸結果顯示，精障者個人背景因素當中，男性健康滿意度是女性的 3.177 倍，以年齡來看，精障者每增加一歲，則健康干擾度越低的優勢將增加 20.8%。由表 34 邏輯迴歸結果顯示：個人背景因素（包括年齡越大、性別為男性）、服務使用歷程因素

²⁹ 本研究有採用線性迴歸分析，將其結果資料置於附錄三。研究亦有採用次序迴歸分析(ordinal logistic regression)，因為沒有通過平行線檢定的統計檢定量，所以未採用。研究者在第五節採用二元邏輯迴歸分析是基於資料屬性的適合度，選擇呈現二元迴歸結果，唯在「影響因素」的表現上，各統計方法的結果差異不大。

(S2 使用越多精神醫療導向服務、S2 回診頻率越低、未就醫期間越短、S1-S2 尋助型態越多、S123 尋助數量越少)、以及影響因素(收入因素越無影響、睡眠因素越有影響),則精障者的服務使用程度(S3 精神科回診頻率)越低,其健康成果越佳。以下分述說明自變項對依變項具有影響結果。

一、依變項為服務使用程度

有兩個自變項具有顯著性,其解釋說明如下:

1. S2 精神科回診頻率: S2 時期為低頻率回診的精障者,在 S3 時期高頻率回診機率是低頻率回診的 0.03 倍($OR=0.03<1$)。
2. 收入-影響因素: 收入因素有影響的精障者,在 S3 時期高頻率回診機率會是收入無影響者的 0.269 倍($OR=0.269<1$)。

二、依變項為健康狀況

有三個自變項具有顯著性,其解釋說明如下:

1. S2 精神醫療導向服務: 在 S2 時期精障者採用越多項醫療導向式服務者,自評健康狀況好的機率,是採用越少項者的 2.013 倍($OR=2.013>1$)。
2. 睡眠狀況: 夜眠佳的精障者其健康自評好的機率,是夜眠不佳者的 1.785 倍($OR=1.785>1$)。
3. S123 尋助總數量: 精障者整體尋助數量越多,其健康自評越差,表示精障者的尋助方法每多一項,其健康評價好的機率是原本的 0.445 倍($OR=0.445<1$)。

三、依變項為健康進步

自變項具有顯著性者為睡眠狀況。其解釋為精障者睡眠越好,其健康維持或進步的程度越高,表示夜眠佳的精障者其健康維持或進步,是夜眠差的精障者之 1.791 倍($OR=1.791>1$)。

四、依變項是健康干擾

有二個自變項具有顯著性,其解釋說明如下:

1. 年齡: 精障者年紀越大,健康干擾度越低,表示年長精障者健康未受到干擾是年輕精障者的 1.028 倍($OR=1.028>1$)。
2. 睡眠狀況: 夜眠好的精障者其健康干擾度越低,表示入睡佳精障者健康未受到干擾是夜眠差精障者的 1.424 倍($1.424>1$)。

五、依變項為健康滿意度

有四個自變項具有顯著性,其解釋說明如下:

1. 性別：男性相較於女性，健康滿意度表現高。男性的健康滿意度是女性的 3.177 倍(OR=3.177>1)。
2. 未就醫期間：精障者的未就醫期間越長，現況對健康越不滿意。表示當精障者未就醫期間每增加 1 年，對自我健康滿意的機率為原本的 0.907 倍(OR=0.907<1)。
3. S1S2 尋助型態：精障者早期的尋助方法越多樣，現況對自我健康越滿意。表示早期尋助方法每增加 1 項時，自評健康滿意度佳的比例提高為原本的 1.897 倍(OR=1.897>1)。
4. S123 尋助總數量：精障者整體尋助數量越多，現況對健康越不滿意，表示精障者生病後的總尋助數量，當每增加 1 項方法時，自我健康滿意的比例下降為原本的 0.478 倍(OR=.478<1)。

整理自變項具顯著性者如下：性別、年齡、S2 精神醫療導向服務、S2 精神科回診頻率、未就醫期間、收入-使能因素、睡眠狀況-需求、S1-S2 尋助型態、S123 尋助總數量共有九項。

表 36 服務使用型態的二元邏輯迴歸分析摘要表(N=333)

| 解釋變項 | 服務使用程度 | 健康狀況 | 健康進步 | 健康干擾 | 健康滿意度 |
|-----------------------|----------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------|
| | OR | OR | OR | OR | OR |
| 性別 | .797 | 1.635 | .900 | .995 | 3.177** |
| 年齡 | .992 | 1.005 | .978 | 1.028* | 1.013 |
| 教育程度 | 2.446 | 1.388 | .947 | .710 | 1.997 |
| 就業狀態 | 1.322 | 1.024 | .800 | 1.073 | .514 |
| S2精神醫療導向服務 | 1.010 | 2.013* | 1.122 | .822 | 1.673 |
| S2精神科回診頻率 | .030*** | 1.128 | .852 | 1.537 | 1.719 |
| 未就醫期間 | .920 | .923 | 1.072 | .968 | .907* |
| 收入-使能因素 | .269** | .826 | .654 | .953 | .751 |
| 知識知識-使能因素 | 1.138 | .334 | 1.183 | .844 | .651 |
| 費用-使能因素 | 1.494 | .844 | 1.587 | .797 | 1.007 |
| S1-S2尋助型態 | 1.027 | 1.387 | 1.423 | .743 | 1.897* |
| 慢性病-需求 | 1.016 | 1.056 | .835 | .811 | 1.032 |
| 睡眠狀況-需求 | 1.312 | 1.785*** | 1.791* | 1.424*** | 1.341 |
| S123尋助總數量 | .800 | .445** | .864 | .863 | .478** |
| 樣本數 | 333 | 333 | 331 | 332 | 332 |
| Pseudo R ² | .417 | .231 | .160 | .160 | .199 |

說明 1：各變數的參考類別如下：性別（男性）、教育程度（高中職以下）、就業狀態（未就業）、S2 精神科回診頻率（高頻率）、影響因素-收入（無影響）、影響因素-資訊（無影響）、影響因素-費用優惠（無影響）。

說明 2：Omnibus 檢測結果：模式顯著性 p 值分別是 .005、.001、.021、.002、.000，數值小於 .05。

說明 3：* P<.05; **P<.01; ***P<.001

第五章 研究結論

本章安排於第一節提出研究結果，包含以下四個部份：一是精障者在精神健康與一般健康服務的使用特性，二是這一群對象使用服務上受到了哪些影響因素，第三是說明其整體服務使用的歷程，第四部份整合回應 Andersen 的健康服務使用模式，提出本研究能呼應該模式的內容與創見。於第二節就研究結果提出對服務及研究兩個層面的相關建議，並檢討研究設計過程未能關注的疏漏問題，說明本研究限制。

第一節 研究結果

壹、不同個人背景差異之精神障礙者的服務使用情形

本研究結果有助於了解哪些背景精障者在使用服務的差異，引導服務規劃與資源配置時需關注到次群體的需求。人口背景因素具有顯著影響者如下：

(一) 性別

本研究顯示女性會比男性更受到代謝異常慢性病-需求的影響而使用健康服務，對自我健康評價及健康滿意程度則低於男性，且性別變項可預測健康滿意度。有關性別差異而有不同服務使用特性，潘淑滿(2003)指出了「女性疾病」在醫療上的擴大，自婦科疾病至更年期治療、產後憂鬱、厭食症、或體重控制等等，這些不同生命階段或生活議題反映於疾病治療過程的表現；女性使用各種健康服務的比例也高於男性(Biji et al., 2000; Fleury, Grenier, Bamvita & Caron, 2014)，此外，在面對表達壓力與呈現方式上，女性也比男性較習慣說出困擾且有願意求助（張如杏，2016），顯示女性與男性相較下，有較多接觸健康服務體系來處理健康問題，也可能越有機會透過各種管道而反映出個人對健康的感受與期待，特別是對健康的疑慮或擔憂等想法，如此顯現出女性精障者對自我健康有較低評價。

(二) 年齡

本研究在精障者年齡與服務使用行為發現有以下四項特性：一是越年輕精障者在使用服務時，越重視「知識資訊」、「家人陪同」、「生病治療」這幾項因素，較年長者則重視「慢性病」因素。因為不同精神病程的需求有差異，初發病

時期精障者及家庭較需要來自疾病與藥物指導、症狀處理、相關福利申請等協助（熊德筠等，2010），能夠具體處理疾病治療與輔助生活適應等，而老年期精神病況相對更為穩定，但生理老化及一般疾病問題更為常見，研究發現當必須使用醫療服務時，較多原因是來自於生理健康照顧與治療議題，且住院日數較長（Hendrie et al., 2013），因此針對高齡精障者的服務，除追蹤定期的精神科回診情形，也應結合社區中一般健康照護資源來強化生理健康，例如社區診所、衛生所。對機構來說，可能需要提早預備家屬有關長期照顧資源、高齡者照護技巧等，以利於後續返回家庭生活或考量長照機構的安排。

第二，年長精障者的精神科回診頻率低於年輕者。顯現較年輕群體的精神病況相較不穩定，此與曾秉濤等人（2014）研究相近，其針對出院後再住院危險因素調查，發現有再住院病人年紀顯著較年輕。在 Carr et al., (2003)及 Shaw et al., (2000)研究也指出較年輕、病況嚴重群族使用住院與特殊精神醫療服務比例較高，說明了年齡特性與不同健康服務使用的關聯性。這樣的結果，可提供機構有跨齡對象群時，讓工作人員初步由年齡指標區分出需要高關注其精神病況的對象，而即便服務介入焦點都是朝精神病況的穩定為目標，介入策略可有所差異，例如較年輕群體精障者應更著重於強化辨識自我發病前兆的知能。

第三，越年長精障者的自我健康狀況及滿意度評價越低。主要的原因可能是與精神疾病的好發年齡有關，根據台灣慢性精神疾病盛行率來看，集中在 30-59 歲區間是患病的高風險期（鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定，2016），此為成人青壯與中壯年時期，理當有更多的社會角色、生產力、婚姻家庭經營等等，當罹患精神疾病後往往對個人與家庭帶來相當衝擊。雖然由疾病長期功能變化來看，趨近高齡以上的精障者病況已屬跌深反彈期（陳志根，2003），此時精神疾病的干擾較低，但伴隨而來的慢性疾病及生理機能退化、社交與職業缺席、個人謀生能力下降等狀況更為明顯，這些都可能導致越年長精障者對自我健康的評價有著較差的結果。因此，要了解服務投入後對精障者的健康效果，僅有單一來源的資訊，可能會受到該對象人口特性的因素影響而顯現差異。若以 Andersen 的健康服務使用模式來看服務使用後的成果，至少有三種成果檢測來源，包括自評健康狀態、客觀工具或量表評量、滿意度調查等等，如此可提供主觀或客觀評量的基準。

第四，迴歸分析結果得知「年齡」可作為預測精障者健康干擾的因子，年長

精障者健康未受到干擾是年輕者的 1.028 倍。也就是說年長精障者雖然趨於面臨慢性病、生理退化等狀況，但在長期患病過程中已發展能因應健康問題的作法，因此主觀感受自我健康干擾程度較低。本研究也認為在不同年齡階段，精障者所承受精神疾病與一般健康疾病的風險及社會情境下的角色、壓力有所差異，這些都會影響到個體使用的健康服務內容，同時也會影響對自我健康的看法。

（三）教育程度

教育程度的差異，導致精障者在服務使用有以下二項特性：一是大學(大專)教育程度精障者重視「知識」、「交通」及「睡眠」影響因素的程度高於學歷為高中職以下精障者。第二，在 S2 時期，教育程度較高者使用醫療導向的精神健康服務量較多，且精神科回診間隔較長。這個研究結果呈現精障者教育程度差異與健康服務使用行為的關聯性，與國內 Cheng et al.,(2012)研究相近，其結果發現低於高中以下的教育程度是預測高頻率使用精神科服務的因素，Biji et al.,(200)研究也指出教育程度高的精障者較多使用精神健康服務，反之則以尋求一般健康服務為主，Saldivia et al., (2004)研究指出教育程度較低者有較低尋助或拒絕求助的想法，而傾向自行處理，顯見教育程度的差異反映了個人面對健康服務使用的行為特性，甚至是對服務或健康的信念。

受教育程度越高者，在面對健康服務使用時越重視知識因素尚可理解，也可能因個人的資訊取得能力較佳，而不需要仰賴他人(例如家人、朋友或工作人員)，反而較看重交通便利條件，較可自行尋求服務。教育程度高低，也反映了精神疾病偏向早或晚發病，越早生病的精障者面臨精神疾病的干擾，造成學習適應、同儕關係問題，且此時社會功能尚未完全發展成熟，學齡階段易受到發病干擾而中斷、再復學的歷程。相反的，越晚期發病的精障者普遍受教育完整性較高，可能對生病接受治療的意願更高，使用精神醫療服務量越多；當越主動為自我健康尋求治療，病況較有機會獲得穩定，這也會影響每次回診間隔時間能夠拉長。

（四）婚姻

不同婚姻狀態精障者在服務使用有兩項特性：1.未婚精障者在使用服務時，對代謝異常、心血管異常、骨關節這三項慢性病的需求程度低於已婚者（包括已婚、離婚、喪偶）。2.在服務使用歷程方面，未婚精障者在 S2 時期有較多的醫療

導向-精神健康服務使用量，在生病就醫期間採用「複式尋助方法」明顯高於已婚者，且更快地進入精神復健服務。本研究結果指出已婚者因慢性病需求而使用健康服務會高於未婚精障者，尚待後續有更多實證研究釐清婚姻差異、慢性病及服務使用的討論。而婚姻與服務使用的關聯，可推測是因為婚姻締結拓展了個人的其他自然支持對象，像是配偶、子女及擴大親屬第二代或第三代等，精障者可透過這些家族成員來獲得某些資訊、經濟或實質生活照顧資源。相反的，未婚者缺乏來自婚姻關係產生的支持網絡，研究便指出當面臨較差的支持網絡、環境較多挑戰與壓力時，是造成精障者高頻率住院因素(Garrido & Saraiva,2012)。因此，未婚精障者傾向尋求外部社會支持來滿足自身的需求，也就是更快接觸正式服務系統、較願意嘗試各種尋助作法。

此研究結果讓我們看到不同婚姻狀態精障者的尋助行為，對於精神復健機構來說，應關注於如何協助精障者經營與既有親屬的關係，如此才可能讓親屬關係成為長期精神復健歷程的一項助力，另外，也需關注接觸正式資源阻礙的問題，例如資訊取得不易、交通不便捷、申請程序複雜等等，這些都可能導致精障者有需求或有嘗試行動卻未能正式使用。

(五) 就業

本研究中，有就業（含訓練、部份與全職工時）精障者在 S2 時期與 S3 時期使用社區導向的精神健康服務高於未就業者，且自評健康進步表現也較佳。此結果可由個人能力條件來做了解，「未就業」，大抵與個人的生涯任務（就學階段、退休階段）、疾病症狀干擾、或無意願參與等相關。研究指出失業狀態，是預測精神患者再住院的社會心理因素(Amirejibi & Zavrashvili, 2016)，也就是說能夠邁向就業階段，都反映著病況相較穩定、社會功能與職業功能維持在一定程度，當精神病況越穩定，越可逐漸降低使用醫療導向式服務，例如急性住院、慢性住院服務，對精神健康服務的需求便可透過社區導向式的服務來滿足；使用社區導向式服務，也代表精障者能發展與社區互動交流的機會與經驗累積，這些也有助於個人的復原歷程。

就業，也是預防再住院的保護因子(Frick, Frick, Langguth, Landgrebe, Hübner-Liebermann & Hajak, 2013)，是因為參與就業的過程中，個人可以具體經驗到與過往的差異，舉凡收入、技能養成、規律生活、社會歸屬，具支持性的職

場環境也能夠協助個人建構較佳自信心、處理症狀復發的因應策略、正向人際網絡等等，這些變化確實易讓精障者感受到自身具體的進步，對個人有較佳的自評結果。由此可知參與就業歷程的助益，因此精神復健機構針對尚無就業能力者、屢次求職失敗者應提供機構內部多樣的職能活動，提高職能準備度，此外，提供就業服務資源如連結支持性就業服務、提供身心障礙職訓資訊等，增加精障者面對外部就業的準備度。

(六) 診斷類別與障礙程度

本研究發現診斷為思覺失調症者、障礙程度中度以上精障者在使用服務時更重視「慢性病」及「睡眠問題」兩需求因素。這兩項需求都與健康相關聯，不難了解思覺失調症是精神疾病當中預後效果較差、影響全面生活的疾病，而障礙程度越高，反映身心功能問題較多，因此，是影響精障者使用相關健康服務的因素。研究發現精神病患健康生活型態的維護能力差，與一般人相較，在心血管疾病發病率和死亡率高出了 2 至 3 倍 (Laursen et al., 2012)，這顯示精障者的慢性病問題仍需關注，特別是在較年輕族群及開始就醫後時機，服務工作者應將一般健康服務資訊也納入對精障者的服務規劃。

貳、精神障礙者的服務使用影響因素

本研究的影響因素包含兩類：使能因素與需求因素，由結果發現影響因素對個人的服務使用行為產生兩項結果：1.精障者擁有收入、知識、費用優惠或減免等使能條件越多時，對自我健康狀況、健康滿意度的評價越好。經濟能力，是精障者考量能否使用服務的重要因素，相關研究指出部分免負擔時容易提高精障者使用特定服務的比例 (林志銘、李中一，2014)，個人收入多寡決定是否使用該項服務 (Fleury et al., 2014)、具醫療保險身份使用使用急診頻率高 (Chang et al., 2014)，甚至經濟貧困也可能是再住院增加的風險因素 (Lin, Chen, Lin, Lee, Ko & Li, 2010)，顯示經濟狀況與個人對服務的可及性是相關的，當個人越能取得有利於健康的服務時，有助於維持疾病治療且讓個人對自身掌控性較佳，當個人的健康困擾能透過健康服務體系協助，這確實會讓個人對自我健康具有正面評價。

2.精障者的睡眠越好，對自我健康成果的評價越佳。睡眠的重要性，不僅是日常生活的一項活動，因入睡困難而導致非特定的睡眠異常干擾、甚至成為特定

睡眠障礙症等更是精神疾病診斷的一類範疇。研究證實神經精神症狀為睡眠品質的解釋因子（謝佳容、許家寧、巫秀鳳、劉引玉、陳美麗、蕭仔伶，2015），而本研究迴歸分析結果也證實「睡眠」變項可預測精障者的健康狀況、健康進步、健康干擾。當疾病干擾越多時，不僅對個人日間的活動造成影響，也可能干擾到夜眠，例如精神亢奮不睡、睡眠中斷、淺眠等，此狀況伴隨生活照護問題而導致同住者或照護工作人員的困擾。因此，睡眠安穩與病況穩定之間實為息息相關。要如何促進個人有效的夜眠？Hauri(2012)曾提出了五個向度的睡眠衛生準則，包括有良好的睡眠環境、維持入睡和起床時間的規則，從事有助於入眠活動、注意睡前飲食及對睡眠適切態度等。此外，也應納入對夜眠不佳或紊亂為精神病況發病徵兆的重要觀念，供居家精障者或住宿式機構能兼顧重視環境適當與安全性、規律與正常飲食作息安排、睡眠與疾病教育等作為。

參、精神障礙者的服務使用歷程

本研究探討精障者的健康服務使用歷程，包含四個部份：一是精障者使用精神健康與一般健康服務的使用量，第二是精障者常態需要就醫的精神科門診頻率，第三是精障者在未進入服務系統前、未進入精復機構前、進入機構後這三個不同階段的服務持續時間，第四部份是有關病後的尋助行為。

本研究發現精障者進入精復機構後，精神健康服務使用量比起前一個時期（未進入機構前）由 3.58 項降低為 2.28 項，且降低使用比例的前四名均為醫療導向務：急性住院服務使用量降低了 45.1%，慢性住院服務使用量降低了 44.5%、急診服務使用量降低 24.3%，日間留院服務使用量則降低了 19.55%，顯示精神復健服務是有助於穩定精障者的病況。在一般健康服務使用方面，使用比例由 94.9% 稍降為 85.9%，兩個時期使用量差異小，且排名前四名的科別均相同，包括有牙科、耳鼻喉科、皮膚科與肝膽腸胃科，由此可知精障者的健康管理議題不僅是精神疾病，也應涵蓋上述四項普遍尋醫的類別。本研究發現服務項目的多數的使能因素與需求因素會影響精障者的服務使用量，當使能因素與需求因素越多，精障者使用精神健康與一般健康服務的項目也較多，表示外部資源或內在需求都可能引發精障者的服務使用行為。

在使用頻率方面，有三點結果：第一是本研究精障者在就醫時期及進入精復機構時期的精神科回診頻率多以 4 週為主，研究者推測可能受到回憶經驗的影響，

受訪者填寫 S2 時期的回診週數會較貼近現況 S3 時期的頻率。第二，影響因素與 S2、S3 時期使用頻率的關聯性，本研究結果顯示 S2 時期有「收入」、「朋友」這兩個使能因素與頻率變項為負相關，表示收入與朋友兩因素越有影響時，精障者的精神科回診頻率越短。這說明了在就醫時期，經濟問題與社會支持對個人的重要性，也可能因病況不穩須較密集回診，會讓精障者更重視財務來源與來自友人的支持。第三，在 S2 與 S3 時期，「睡眠」需求因素則與回診頻率呈現正相關，有關睡眠與健康成果的關係如前頁討論可知夜眠越佳，自我健康評價越高，當健康狀態越平穩時，反映於回診頻率會較長。最後，本研究迴歸分析結果指出「S2 精神醫療導向服務」能夠預測精障者的健康狀況，且 S2 時期回診頻率可以預測 S3 時期回診頻率。也就是說精障者開始就醫後使用較多的醫療導向服務（例如急性住院、慢性住院、日間留院等等），個人獲得這些不同的醫療服務來治療病情的經驗下，可能對於自我健康有著正向的看法。而精障者在前期越密集就診，即便進入精神復健機構後仍有較高頻率需要回診，由此可知在了解精障者現況的醫療使用特性時，過去的服務使用資訊具有相當重要的參考。

在持續時間方面，研究結果指出精障者的「未就醫期間」為 1 年，「等候精復期間」即就醫期間為 17 年，使用「精復服務期間」至少達 4 年。在香港一項對初次發病精障者的調查，發現未獲得處遇持續時間達 1.4 年(Hui et al., 2015)，顯示本研究樣本進入醫療服務的時程較早；這可能受到研究對象的年齡、精神醫療資源分佈與發展進展的不同，都可能導致兩研究時間有所差異，待後續相關研究再探討。同時，本研究也發現「未就醫期間」可做為健康滿意度的預測因子，也就是遲未進入治療處遇的時間越久，精障者因健康問題導致滿意程度越低。文獻指出初發病後的一至兩年疾病再發及持續的負性症狀，與後續五至十年間的嚴重神經認知是相關的(Birchwood et al., 1998)，初發病時未能盡早接受治療，會影響到自身認知、社會功能、社交等狀況越顯惡化。此凸顯應關注縮短精障者的「未就醫期間」之重要性，除了提供社會大眾一般性的衛教宣導資訊，也應當考量精神疾病好發年齡的特性，提早於高中職及大學（大專）生的情緒及心理狀況盡早協助適當醫療。

第二，「等候精復期間」變項與「慢性病」變項達到正相關，表示罹患慢性疾病會影響個人持續使用精神醫療體系較久，因為合併生理疾病的需求影響精障者優先以健康治療為目標，較多時間心力於使用醫療服務，而延緩了接觸精神復

健服務的時程。此外，也可能這個時期是精神病況尚未穩定的功能退化期（陳志根，2003）緣故，導致此時期尚以精神醫療使用為主。第三，「精復服務期間」變項與「收入」使能因素為負相關，表示經濟問題會影響精障者停留於服務體系的時間。相關研究如黃金安等人（2016）研究發現具免負擔者高度利用急診醫療機率會高於需部分負擔者，Fleury et al., (2014)研究亦指出收入多寡會決定是否使用服務。本研究認為精神復健機構需關注培植精障者個人職業能力與促進更多接觸外部就業機會，以及針對無法就業者取得政府正式補助或民間資源，減少因經濟匱乏而導致有需求者未能持續使用或自動離開此服務體系。

在服務使用經驗方面，主要有四點研究結果：一是精障者最早期、自生病迄今這兩個時期的主要尋助方式都是精神科治療法，顯示了精神醫療資源的普及落實。其次，精障者自生病至正式就醫期間，以複式尋助為主，至少採用精神科合併另一項其他的尋助方式；以宗教信仰或民俗療法為例，雖然精障者僅有 12.3% 在初發病時使用此方式，在正式就醫後攀升至 54.4% 是同時使用精神科與宗教信仰或民俗療法，即便進入精復機構後仍有四成精障者持續使用。反映在精障者的長期復原歷程，除了醫療處遇之外尚需要其他輔助策略滿足需求。雖然研究指出了初次接觸非正統(non-orthodox)治療，影響精障者延遲獲得處遇的時間(Adeosun et al., 2013)，然而較少文獻探討這些非正統輔助法對精障者治療歷程的助益，若在服務前期能了解精障者使用了哪些尋助策略，建立正統與非正統健康服務間的合作機制，有助於降低未獲得服務的情形(Adeosun et al., 2013)，因此，跨服務系統的銜接與合作思維是精神障礙者服務規劃時應關注且主動了解的範疇。另一方面，醫療服務單位主動引介非醫療系統的服務資訊，也有助於縮減精障者家庭自行摸索了解的歷程。

再者，精障者使用尋助方法越多，因生病導致症狀干擾到人際關係的程度越低，且「尋助方法數量」能夠預測精障者的自我健康狀況。表示除了精神科治療方法，外部的尋助系統可能扮演某種社會支持效果，分擔了個人獨自面對疾病與生活適應的壓力，儘管使用一種以上尋助法可能具有輔助治療歷程的效果，然而精障者也可能面臨尋助資訊過多致期待落差大、家庭成員不一致立場、不同尋助法對疾病觀點不一等等，導致更感挫折與茫然，反映於自我評價健康也越差。

第四，精障者最早尋助方式為「精神科方式」與「醫療方式」兩變項呈現正

相關，且 S2 與 S3 兩時期的精神健康與一般健康服務變項也呈現正相關。即精障者越使用醫療服務者，越會使用精神科服務，顯示只要觸及醫療服務後，便能提高機率越快進入精神科接受服務。而前一時期的服務使用量越多，後一時期的服務使用量也越多，這說明了早期使用經驗可做為後續服務使用的參考，相關研究亦指出過往接觸與接受服務經驗對目前服務使用的影響（王仁邦等，2206；黃仁弘等，2013；曾秉濤等，2014），顯示服務使用的慣性，此結果有助於我們思考服務前期如何建構精神健康或一般健康服務的使用習慣，會有利於降低過度倚賴醫療資源及旋轉門問題。

肆、對話：Andersen 健康服務使用模式的適用性

本研究提出三項假設如下：個人背景因素與影響因素互有關聯；服務使用歷程因素受到個人背景與服務使用因素的影響；服務使用型態受到個人背景、服務使用因素與服務使用歷程的影響。依據本文第四章第二節至第五節的研究結果，與 Andersen(1995)健康服務使用模式具有一致性之內容說明如后：

1. 精障者的健康服務使用行為受到個人背景因素的影響。
2. 精障者的健康服務使用行為受到使能因素、需求因素的影響。
3. 精障者的現況服務使用行為與自身過往經驗間具有關聯，即過往經驗可以預測現況的服務使用傾向。
4. 精障者使用服務後的健康成果，與使能因素、需求因素、服務使用歷程因素等彼此互有影響，健康成果也具有再回饋機制而再影響其他因素，如降低使用精神健康與一般健康服務量、如更有意願使用相關健康服務。

Andersen 第四階段的健康服務使用模式，著重於服務使用各因素間的交互影響，但未能說明變項間的方向性，也就是各因素的因果關係為何。本研究結果歸納出可預測健康成果的變項有個人背景因素的「性別」、「年齡」，與影響因素的「睡眠狀況」，及服務使用歷程因素的「S2 精神醫療導向服務」、「S1-S2 尋助型態」、「S123 尋助總數量」、「未就醫期間」等七項，且可預測 S3 時期服務使用程度為影響因素的「收入」與服務使用歷程因素的「S2 精神科回診頻率」。本研究提出精障者的健康服務使用不僅受到多樣複雜因素交互影響，且部份變項具有預測效果。

雖然健康服務使用模式的涵蓋面向較廣，且強調各因素間的動態交互影響，實務上研究難以將所有變項納入檢視，本研究檢討未能完全適用之原因：

(一)環境面向的因素較難施測

外部環境因素例如政治、經濟變動等確實可能影響精障者的實際健康服務使用，例如健康服務資源分佈、服務供給量多寡、使用資格等變化。然而，本研究設計係由精障者對象填寫問卷，考量其疾病特性、接觸相關精神衛生政策的機會與能力有限，較無法驗證環境面向對服務使用的效果。即便本研究有蒐集屬於環境面向的「機構屬性」與「區域」兩變項資料，因樣本數有限，難以推論到大環境因素對個人在健康服務使用的影響。本研究認為宜運用資料庫方式如全民健康保險研究資料庫來檢視整體健康服務使用者的服務趨向變化。

(二)單一變項受到其他變項的共同影響

在該模式的「健康行為」面向，有個人健康行為因素，其定義指的是個人投入維持健康的飲食、運動或自我照顧等行動。以住宿型精神復健機構的精障者而言，機構本身所提供的餐食內容、服務措施、硬體規劃等均會影響到個人有多少程度的健康作為，表示單一變項可能與其他變項間具有連帶效應。因此，造成研究考量要蒐集哪些資料的難度，與如何確認服務使用效果是受到哪幾項變項的影響。

(三)健康服務使用模式在實務上多採用橫斷性研究

本研究由第二章文獻回顧得知精神疾病病程變化與伴隨不同的服務需求，會影響後續的服務使用行為與實際的健康結果。因此，本研究認為要探究精障者的健康服務使用樣貌，應至少能呈現某段服務期間使用服務的健康成果，而 Andersen 的健康服務使用模式並未納入此指標。

最後，說明本研究設計的見解：一是將該模式「人口特性」面向的誘發因素作為本研究「個人背景因素」，將使能因素與需求因素作為研究「影響因素」。原因是個人背景變項比較屬於低變動甚至是不可變動特性，而使能因素與需求因素是後天環境人為介入、較具有改變效果，研究將之分成兩個變項以利於探討各人口特質或社會結構差異的精障者使用相關服務時受到哪些影響。由結果顯示，不同個人背景之精障者使用精神健康與一般健康服務有所差異，且受到諸多使能

因素、需求因素影響而有較高或較低服務使用傾向。第二，本研究關注精神疾病病程的變化，納入「時間」概念來設計「服務使用歷程因素」，並根據文獻回顧所得納入四個變項：服務使用項目、使用頻率、持續時間與使用經驗，劃分有 S1、S2 與 S3 階段，呈現精障者在初發病、正式就醫時期、進入精復機構三階段的服務使用情形。在 Andersen 原有模式當中與歷程變項較相近的是「健康行為」面向，僅提及過往服務經驗的影響，因此本研究增加歷程因素並具體化可測量內容。依研究結果指出了各階段服務使用具差異，且使用歷程變項與健康成果間多為負相關，顯示精障者的「服務使用」諸多內涵未被探討釐清，有待後續更多深入研究。

第二節 研究建議與限制

在研究建議方面，分別就精神衛生政策、精神復健服務機構、研究本身提出相關建議，並說明本研究四點限制。

(一) 精神衛生政策層面

1. 普及與聚焦的心理衛生宣導

精神疾病早期治療，對病況預後效果佳。需要由預防性的心理衛生教育著手，有助於普及一般民眾對心理健康的認知及疾病正確的認知，以利於即早尋求醫療。宣導對象也應關注於特定族群，根據研究指出12至14歲青少年慢性精神障礙盛行率每年顯著增加（鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定，2016），在越年輕時發病者，本身社會化經驗尚不足、自我照顧能力仍建構中，影響就學期間的課業參與、同儕關係、學習能力等各方面。因此，提供普及性的心理衛生宣導及特定好發年齡群體及該服務體系工作者，能夠提昇早期發現與接受治療的機會，有利於病況復原。

2. 處理分散系統的整合機制

《精神衛生法》為精神病人專門法規，其宗旨為提升國民心理衛生健康、促進精神疾患者的預防與支持服務，協助於社區生活，第35條有關精神醫療照護方式包括有門診、急診、全日住院、日間留院、社區精神復健、居家治療、其他照護方式等。這些服務長期仰賴健保給付財源，偏重於醫療與機構式（住宿或日間）為主軸，少部份為到宅服務。精障者的服務除了健康照護範疇，涉及到不同資源體系與整合問題，包括社政、衛政、健保及法規層面（黃立婷，2012）。在社區支持服務不足時，精障者或家庭採取醫療服務來因應生活問題，例如採用急性住院或入住康復之家，讓原本屬於生活適應的需求透過醫療服務，而被包裹成精神疾病的議題。這也可能形成服務供給端的一種假象，即醫療資源過於不足，而未關注到社區相關支持服務不足。因此，應由政府部門整體盤點社區資源服務的類型與數量，由衛政與社政等單位協調服務的輸送合作機制。

3. 超越疾病治療的復元思維.

疾病治療與精神復健是目前主要對精障者介入作法。復元（recovery）的概念自 1980 年代由美國的一些精障者開始倡議，有關如何重新獲得有意義生活的歷程。Anthony et al., (2002)對復元的定義為「一個改變態度、價值、感受、目標、技巧、與/或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(引自宋麗玉，2005)。指出就醫僅是個人生活的一環，找回有希望感與富意義的生活更為重要。此觀點看重人為主體，具有增強權能的意涵。做為前端服務規劃的政府部門應大力推動鼓勵民間單位發展精障者及家庭的各式服務計畫，輔導及培力家屬團體組織，或由各區精神醫療網協同社服單位分工服務，以促進精障者及家庭獲得更適切服務，讓服務真實連結人與在地服務組織、結合社區資源，也保有各地方發展特色。

(二) 精神復健機構層面

1. 建構良好的夜眠環境

精神復健機構提供精障者良好夜眠的做法，應提供白天適量的動態活動安排，原因是在白天活動量過少或因藥物導致困倦，而日間過多時間躺床，在夜間較容易無睡意，如此久了之後易造成日夜顛倒。在減少干擾夜眠的準備方面，包括有夜間控制飲水量，因為精神科藥物導致的口渴及頻尿問題，也會影響常需如廁而中斷睡眠。其次，固定的夜眠時段，有利於建構睡眠生理時鐘，因此在住宿型精神復健機構會規劃明確的睡前用藥與就寢時間，讓助眠藥物能有較好發揮而幫助精障者入睡。第三，寢室內減少刺激源的干擾，例如觀看電視、聽快節奏的音樂、滑手機造成的光源等，這類常見的生活習慣使人處於較清醒活躍的狀態而不利於睡眠。第四，環境相關的設施設備，例如通風的空間、提供電風扇或開放冷氣的部分時段、遮光窗簾、電蚊香等，也有助於個人入睡的準備。

2. 重視影響服務使用的相關要素

精神疾病具有不可逆、慢性化特性，不代表精障者沒有復原的進展，如本研究結果便發現精障者的健康相關服務使用有所變化，且研究也指出服務使用行為受到諸多因素的交互影響，期盼此結果為實務單位與工作者帶來參考，了解影響個人行為能有較佳利用或是阻礙的相關因素。以精復機構端或工作者的角度來看，

除了透過機構軟硬體服務，需要提供更多有助於社區生活的相關資訊，將精神復健的效果由機構內延伸至社區居家生活，讓精障者能延續或強化這些復健服務的成果。

3. 銜接長照與社區資源的服務系統

精神復健機構收案對象是具有復健潛能的病人、無嚴重生理問題等，隨著年齡提高，生理老化與疾病慢性化都可能導致「復健潛能」越低。機構面對既有服務對象年齡偏高或是高齡申請者時，都面臨著可能被健保署核退的風險，理由為高齡者不具有復健潛能，應轉入照護機構為佳。機構本身須思考不同年齡群體的服務內容，為機構工作者充實中高齡者照護知能，提供家屬有關高齡照顧服務資訊。雖然老年期精障者的精神狀態較穩定，生理疾病照護較多，但精神照護與一般健康照護仍有專業差異問題，又目前精神護理之家機構資源不足，僅14個縣市共有47間精神護理之家，床位數開放3,805床（衛福部統計處，2017），在專門照顧高齡失能精障者的精護機構有限下，精障者可能使用其他照護資源，包括社區式或到宅式服務。機構在協助精障者返家的目標，也跟家庭系統照護人力不足、能力有限有關，其他相關議題例如：照顧者與障礙者的雙老照護需求、無家人的精障者（父母過世、精障者為獨生子女）、手足第二代與精障者互動相處，這些不僅只是精障者本身返家準備度足夠與否，更涉及家庭、社區既有的支持系統，機構應提早發展與社區支持資源的合作來協助返家精障者的家庭支持需求。

(三) 研究層面

1. 拓展對精障者尋助研究的範疇

本研究由研究者直接進入各機構進行問卷調查，帶有現場參與觀察的意味，這個過程觀看到各機構的運作，也由受訪者填寫問卷的狀況進而獲知機構間的差異，例如都會區或郊區、住民偏向慢性化或年輕族群，機構氛圍朝向自主動態還是靜態沉穩。此調查形式遠比單純由受訪者自填式問卷與利用回郵信封寄回給研究者，能獲得更豐富的場域內資訊。以本研究而言，研究目的是呈現出樣本群體的整體使用健康服務趨向而採用量化研究，確實可能忽略掉精障者在服務接觸與使用的細緻樣貌，例如本研究調查精障者的尋助方法，已先設定尋助方法的範圍（精神科、西醫、宗教信仰或民俗療法、中醫等）便窄化了實際精障者回答的個人尋助經驗。建議未來研究增加質性研究來補強。

再者，雖然由研究結果得知多數精障者是採用精神醫療或醫療服務體系的服務，為複式尋助方法。但受限於本研究以精神醫療-主流式的服務思維，探討服務歷程是聚焦在未進入醫療體系前與使用醫療後的概況。事實上，復原歷程尚有許多未被探知了解的尋助方式，這些可能富有相當意義。本研究認為應保持開放的態度來思考精障者的尋助歷程，未來研究可再釐清相關議題，像是精障者面對尋助方法的轉換調適、尋助過程的阻礙、比較正式服務與非正式尋助方式的差異、不同世代（例如青少年）精障者尋助經驗的變化等等，這些有助於讓社會脈絡因素能在個人服務使用行為中被凸顯與受到關注。

2. 納入重要他人的資料蒐集對象

研究對象為精神障礙者，可能受到藥物與精神症狀的干擾，在回憶過往服務使用資訊有回憶誤差的影響。本研究進行時，少部份受訪者需要機構工作人員的協助來填答，這也凸顯了以精障者為受訪對象來探討服務使用的實務研究，極需要「關鍵人物」如服務單位協助以取得正確資料。建議未來研究可與機構合作，以獲得精障者使用服務的完整資訊，例如疾病診斷別的改變、醫療史、健康項目以外的其他社會福利服務使用等等。針對在宅精障者，則建議納入家庭主要照顧者的角色來蒐集相關服務使用情形，如此有助於提高研究資料的完整正確性。

最後，說明本研究的三點限制。第一，研究結果的外推限制：本研究抽取桃園、台中、台南與高雄市的19間精神復健機構，取得333位精障者作為樣本來源，研究結果僅能反映這四個都市的部分精障者的使用服務樣貌，無法完全代表所有精神復健機構精障者的服務使用特性，也無法類推至其他縣市。未來進行相關研究，可針對單一縣市、特定疾病診斷別之精障者進行調查，或可更完整呈現該縣市或個別特性精障者的健康服務使用樣貌。

第二，機構屬性的比較限制：樣本來源包括有康復之家與社區復健中心，然而研究者發現社區復健中心的單位數本來就較少，納入母群數量、同意施測的樣本數更少，在整體研究來源的比例上僅佔27.6%。因此，進行統計資料分析時雖發現機構屬性對部分變項帶來差異性，但因數量過少，且非本研究探究主旨，其解釋力尚顯不足。未來進行研究，建議可聚焦於相同屬性的機構做深入討論，或是就日間與住宿兩類型機構取得相近樣本數量以利進行比較研究，如此可更完整討論機構屬性與精障者服務使用的關係。

第三，年齡資料的蒐集限制：本研究以精障者進入目前這間精神復健機構作為接受精神復健服務的分界點，以利於讓受訪者填寫「入機構年齡」與區分服務使用階段。實際上，有部分精障者反覆進出單一機構、或是曾在其他精復機構接受過相關服務，這是本研究在最初設定樣本條件時，未先行排除的問題，可能造成「等候精復期間」較長、「入精復機構期間」較短。建議未來研究時，可先設定取樣對象的條件，例如設定為初次進入精復機構接受服務，或是初次進入機構的前兩年期間，如此受訪者在回溯個人前期的服務使用及填答問卷時，可能會更貼近實況。

第四，服務項目的設計限制：本研究調查以精神健康與一般健康服務為主，未納入其他正式服務。當研究調查的服務項目不同時，精障者的服務使用傾向可能有所變化，例如調查使用身心障礙就業服務時，則使用對象可能以青壯與中壯年精障者為主，高齡精障者的對象列入調查的數量便較為有限，而長期住慢性療養機構的精障者也因本身較無接觸使用這類型服務而不適合取樣。因此在調查服務使用項目時，需考量樣本對象的特性。再者，目前研究多偏向單一服務體系的研究，較少探討跨系統服務使用的議題，後續若能探討跨系統合作或服務模式研究，將可朝服務系統前端的整合著手，更能促進服務有效運用。

參考文獻

(一)中文資料

- 台北市康復之友協會。取自 <http://www.tpmra.org.tw/ap/index.aspx>
- 王仁邦、高鳳美、邵文娟、吳聖良、陳快樂（2006）。急性精神病患自動出院之影響因素。台灣精神醫學期刊，20（1），62-69。
- 宋維村（2012）。台灣精神醫療照護之演進。醫療品質雜誌，6（3），4-6。
- 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。
- 伊甸社會福利基金會。臺北市活泉之家。取自
http://www.eden.org.tw/contact_service_detail.php?team_id=4&service_id=18
- 林昭吟（2012）。醫療與健康照顧。載於王國羽、林昭吟、張恆豪（主編），障礙研究-理論與政策應用，130-158。台北：巨流。
- 金林（2003）。台灣精神障礙者照護之現況分析與未來展望-家屬及病友層面。台灣精神障礙者照護發展研討會彙編，43-58。財團法人國家衛生研究院論壇。
- 林靜蘭、溫偉鈞、姜喬慧、薛競秀（2010）。出院精神病患重返社區所面臨之阻礙。弘光學報，61，26-39。
- 林志銘、李中一（2014）。影響精神科住院病人再住院之醫療服務相關因子：以某一北部專科醫院為例。台灣精神醫學，28（3），171-180。
- 沈淑華、張達人、白雅芳、唐心北（2008）。個案管理模式於出院精神分裂症患者連續性照護之運用。台灣精神醫學。22（2），96-2017。
- 邱皓政（2005）。量化研究法（一）：研究設計與資料處理。台北：雙葉。
- 邱皓政（2010）。量化研究法（二）：統計原理與分析技術。台北：雙葉。
- 邱淑媿（2003）。台灣精神健康照護模式之探討-台北市模式。台灣精神障礙者照護發展研討會彙編，59-62。財團法人國家衛生研究院論壇。
- 周月清、朱貽莊（2011）。檢視台灣身心障礙福利政策與法案之歷史進程與變革。論文發表於中國社會科學院（主辦），「社會福利模式－從傳承到創新」2011年兩岸社會福利學術研討會發表之論文。舉辦地點：北京中國社會科學院。
- 吳明隆、涂金堂（2016）。SPSS 與統計應用分析。台北：五南出版社。
- 黃立婷（2012）。長期照顧與慢性精神病患者老化之省思。論文發表於內政部社會工作人員研習中心（主辦），挑戰 2025 超高齡社會-101 年度社會福利實務與學術研討會（11 月 1-2 日）。舉辦地點：弘光科技大學銀髮族全人健康照顧管理中心。
- 黃金安、林欣宜、黃靖媛、翁瑞宏（2017）。探討精神疾病患者急診醫療利用影響

- 因素。澄清醫護管理雜誌，13（4），35-43。
- 黃仁弘、黃立中、張玉坤、張國榮、戴月明（2013）。居家治療影響再住院次數之相關因素。台灣精神醫療，27，205-215。
- 黃漢忠（2017）。問卷、訪談、網路研究的倫理議題。講義載自社會行為科學研究倫理工作坊。中國醫藥大學醫學系。
- 陳志根（2003）。啟動奇夢子密碼-精神分裂症完全照護手冊。台北：東佑文化出版社。
- 陳俊欽（2003）。幫他走過精神障礙：該做什麼，如何做？台北：張老師出版社。
- 楊延光（2007）。杜鵑窩的春天：精神疾病照顧手冊。台北：張老師出版社。
- 許嘉純、姚開屏、胡海國、熊秉荃（2005）。台灣版精神分裂正病人生活品質評量表：信度與效度之研究。台灣精神醫學，19（1），33-46。
- 程予誠（2011）。電影敘事影像美學：剪接理論與實證。台北：五南圖書出版公司。
- 施雅雯、王瓊瑤、楊子慧、謝佳容（2009）。探討精神康復之家中消費者的照顧需求。精神衛生護理雜誌，4（1），19-28。
- 桃園市政府社會局（2016）。身障福利服務。桃園：社會局。
- 桃園市政府衛生局（2016）。醫療資源概況。桃園：衛生局。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（2016）。精神復健機構評鑑。台北：醫策會。
- 中華民國康復之友聯盟。精障會所@台灣，會所經驗大家談。取自 <http://www.tamiroc.org.tw/news01-75.htm>
- 郭建成、崔秀倩、沈淑華、林麗娟、唐心北、張達人（2005）。精神科醫院急性病房自動出院之預測因子。台灣精神醫學，19（2），128-136。
- 郭約瑟、林式毅（2010）。精神分裂症與功能復原。台灣精神醫學，24（2），87-98。
- 彭英傑、陳端容（2004）。醫院擴增不同型態精神醫療資源之影響因素探討。台灣衛誌，24（2），162-171。
- 新北市康復之友協會。取自 <http://www.ntcami.org.tw/ap/index.aspx>
- 萬育維（1997）。如何突破殘障者就業困境—從結構與個人的觀點出發。勞工行政，115，26-34。
- 張信介（2015）。精神醫療基本概念課程講義資料。
- 曾淑欣（2011）。會所模式下精障者邁向獨立生活的歷程—以伊甸活泉之家為例，碩士論文。台北：師範大學。
- 鄭若瑟、高家常（2005）。精神疾病患者生活品質及其測量。台灣精神醫學，19（3），179-191。
- 張如杏、楊添圍、張玲如（2016）。精神醫療社會工作理論與實務：兼論心理衛生社會工作。台北：洪葉出版社。

- 褚曾輝、陳珠璋 (1987)。慢性精神病人復健潛能與工作適應的關係。中華心理衛生學刊。3 (2), 17-25。
- 鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定 (2016)。台灣慢性精神障礙盛行率長期變化趨勢分析：2000-2014 年。身心障礙研究 14 (1), 75-85。
- 劉曉玉、邱顛安、金林 (譯) (2012)。精神障礙者疾病管理服務-甜心手冊第一冊。社團法人台北市心生活協會編印。
- 熊德筠、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐 (2010)。精神病患社區持續性照護-以中部某縣為例。護理雜誌, 57 (3), 68-78。doi:10.6224/JN.57.3.69
- 藍振嘉、劉珈倩、陳映雪 (2015)。青少年憂鬱症。台灣精神醫學, 29 (1), 10-19。
- 藍祚鴻 (2007)。衛生福利部國民健康署遺傳疾病諮詢服務窗口網站-schizophrenia 疾病介紹。台北：衛生福利部。
- 蕭幸伶 (2004)。台灣精神障礙者社會運動發展史初探。導航基金會 (主編), 《亞洲 NGO 會壇—精障論壇手冊》, 頁 12-37。台北：導航基金會。
- 蕭淑貞、李依玲、康云瑄、楊秋月、張凱雁、黎于萍、楊聰財 (2009)。探討某區域醫院精神病患出院準備服務之成效。精神衛生護理雜誌, 4 (2), 1-11。
- 潘淑滿 (2003)。性別與醫療-婦女健康的性別政治。載於潘慧玲 (編), 性別議題導論, 493-527。台北：高等教育出版社。
- 鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定 (2016)。台灣慢性精神障礙盛行率長期變化趨勢分析：2000-2014 年。身心障礙研究, 14 (1), 75-85。
- 謝佳容、許家寧、巫秀鳳、劉引玉、陳美麗、蕭仔伶 (2015)。機構老年住民的神經精神症狀對睡眠滿意度的影響之初探。護理暨健康照護研究, 11 (4), 298-307。
- 游淑真 (2017)。從旋轉門效應來看精神疾患者的社區照顧服務。社會工作實務與研究學刊。5, 59-98。
- 戴傳文 (2016)。「百年傳承-三十年發展」精神醫療網三十周年回顧。論文發表於衛生福利部草屯療養院、中區精神醫療網 (主辦), 105 年度全國精神醫療網暨社區精神復健年終檢討會。(10 月 13-14 日)。舉辦地點：日月潭教師會館集會堂。
- 身心障礙學生支持服務辦法 (民國 102 年 9 月 27 日修正)
- 精神衛生法 (民國 96 年 7 月 4 日修正)
- 衛生福利部統計處 (2011)。100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。2018 年 10 月 12 日。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1770-113.html>
- 衛生福利部統計處 (2016b)。精神醫療資源現況表。2017 年 8 月 20 日。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1728-113.html>

衛生福利部統計處 (2017a)。精神醫療資源現況表。2018年10月13日。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1728-2920-113.html>

衛生福利部統計處 (2017b)。歷年精神復健機構復健現況及服務量統計。2017年
8月20日。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3907-113.html>

衛生福利部統計處 (2017c)。2016年全民健康保險統計。2018年10月13日。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3614-113.html>

衛生福利部統計處 (2017d)。2017年度醫療服務量。2018年10月12日。取自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4033-113.html>

衛生福利部統計處 (2018)。2016年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。
2018年10月12日。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1770-3599-113.html>

衛生福利部中央健康保險署 (2015)。(十三)精神科審查注意事項。2017年6月
12日。取自
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=D425871CBD08463B&topn=D39E2B72B0BDFA15

衛生福利部中央健康保險署 (2016)。慢性疾病範圍。2017年6月12日。取自
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=0205B47A1C459B5A&topn=D39E2B72B0BDFA15&upn=F1195D02018EB383C

衛生福利部中央健康保險署 (2019)。重大傷病項目及其證明有限期限。2019年2
月12日。取自
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=3AE7F036072F88AF&topn=D39E2B72B0BDFA15

(二)西文資料

- Adamou, M. (2005). Community models for schizophrenia: evidence-based implications and future directions. *Psychiatric*. 2(2), 24-30. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004717/>
- Adeosun, I. I., Adegbohun, A. A., Adewumi, T. A. & Jeje, O. O. (2013). The pathways to the first contact with mental health services among patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research & Treatment*. 2013:1-8. doi:10.1155/2013/769161
- Anderson, k. k., Fuhrer, R., Wynant, W., Abrahamowicz, M., Buckeridge, D.L. & Malla, A. (2013). Patterns of health services use prior to a first diagnosis of psychosis: the importance of primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 48(9), 1389-1398. doi:10.1007/s00127-013-0665-3

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 36, 1-10.
doi:10.2307/2137284
- Babbie, E. (原著) (1997), 李美華等 (譯) (1998)。社會科學研究方法。台北：時英出版社。
- Biji, R. V. & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *American Journal of Public Health*. 90(4), 602-607. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446190/pdf/10754976.pdf>
- Berg, B. L. (2007) *Qualitative research methods for the social sciences* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British of Psychiatry*. 172(33), 53-59.
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9764127>
- Cantwell, R. (2003). Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *British Journal of Psychiatry*. 182(4), 324-329.
doi:10.1192/bjp.182.4.324
- Carr, V. J., Johnston, P. J., Lewin, T. J., Rajkumar, S., Carter, G. L. & Issakidis, C. (2003). Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorder. *Psychiatric Service*. 54(2), 226-235.
doi:10.1176/appi.ps.54.2.226
- Chadwick, A., Street, C., McAndrew, S. & Deacon, M. (2012). Minding our own bodies: Reviewing the literature regarding the perceptions of service users diagnosed with serious mental illness on barriers to accessing physical health care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 21, 211-219.
doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00807.x
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J. & Rauch, S. L. (2014). Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry*. 36(6), 716-720. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.09.010
- Chang, K.-J., Chiang, K.-T., Chang, Y.-C., Chang, K.-J. & Ho, P.-S. (2012). Factor associated with high-frequency users of psychiatric services in a public psychiatric hospital in Taiwan. *Taiwanese Journal of Psychiatric* (Taipei). 26(3), 187-196. Retrieved from
http://www.sop.org.tw/sop_journal/Upload_files/26_3/06.pdf
- Chochinov, H. M., Martens, P. J., Prior, H. J. & Kredentser, M. S. (2012). Comparative health care use patterns of people with schizophrenia near the end of life: A population-based study in Manitoba, Canada. *Schizophrenia Research*. 141(2-3),

241-246. doi:10.1016/j.schres.2012.07.028

- Cooper, D. R. & Schindler, P. S. (原著) (2013), 古永嘉、楊雪蘭 (譯) (2016)。企業研究方法 (第十二版)。台北：華夏文化有限公司。
- Cornell, K. L. (2006). Person-In-Situation: History, Theory, and New Directions for Social Work Practice. *Praxis*. 6, 50-57. Retrieved from https://www.canonsociaalwerk.eu/1940_Hamilton/Person%20in%20situation.pdf
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D. & McFarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducation multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*. 53(6), 749-754. doi:10.1176/appi.ps.53.6.749
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M. & Caron, J. (2014). Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. *Health Services Research*. Advance online publication. doi:10.1186/1472-6963-14-161.
- Frick, U., Frick, H., Langguth, B., Landgrebe, M., Hübner-Liebermann, B. & Hajak, G. (2013). The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17,145 Patients with 37,697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PLoS One*. 8(10), e75612. doi:10.1371/journal.pone.0075612
- Garrido, P. & Saraiva, C.B. (2012). Understanding the revolving door syndrome. *European Psychiatry*. 27,1. doi:10.1016/S0924-9338(12)74768-5
- Gibert, N. & Terrell, P. (2013). Dimensions of social welfare policy (8th edition). New Jersey: Pearson Education.
- Greene, J. (2012). A systematic review of interventions to increase mental health service use. Public Health Department of Community and Family Health College of Public Health University of South Florida. USA.
- Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C., ... & Callahan, C. M. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *The American journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 21(12), 1267-1276. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.05610.1097/JGP.0b013e31826d6937
- Hauri, P.J. (2012). Sleep/Wake Lifestyle Modifications: Sleep Hygiene. *Therapy in Sleep Medicine*. 151-160. doi:10.1016/B978-1-4377-1703-7.10011-8
- Hensel, J. M., Banavan, D. J., Cheng, C., Langley, J. & Dewa, C.S. (2016). Client and key worker ratings of need in first-episode psychosis early intervention program. *Early Intervention Psychiatry*. 10(3), 246-251. doi:10.1111/eip.12171
- Hui, C. L.-M., Lau, W. W.-Y., Leung, C.-M., Chang, W.-C., Tang, J. Y.-M., Wong, G.

- H.-Y., Chan, S. K.-W., ... Chen, E. Y.-H.(2015). Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis among adult-onset psychosis in Hong Kong Chinese: the JCEP study. *Early Intervention in Psychiatry*. 9(2), 118-125. doi:10.1111/eip.12094
- Jenkins, C. A. (2008). Questionnaire design. Department of Biostatistics, University of Vanderbilt, Tennessee, USA. Retrieved from https://www.mc.vanderbilt.edu/crc/workshop_files/2008-01-04.ppt
- Lasalvia, A. & Ruggeri, M. (2007). Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from 'real world' health services research into clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116, 6-15. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01089.x
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T. & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 25(2), 83-88. doi:10.1097/YCO.0b013e32835035ca
- Leung, Wai-Ching (2001). How to design a questionnaire. *Student BMJ*. 9, 187-189.
- Levine, Z. S., Levav, I., Yoffe, R. & Pugachova, I. (2014). The effects of pre-natal-early- life-and indirectly- initiated exposures to maximum adversities on the course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 158(1-3), 236-240. doi:10.1016/j.schres.2014.07.003
- Lin, C.H., Chen, W.L., Lin,C.M., Lee, M.D., Ko, M.C. & Li, C.Y.(2010).Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics(Sao Paulo)*. 65(5), 481-489. doi:10.1590/S1807-59322010000500005
- Lindamer, L. A., Liu, L., Sommerfeld, D. H., Folsom, D. P., Hawthorne, W., Garcia, P.,...Jeste, D. V. (2012). Predisposing, enabling, and need factors associated with high service use in a public mental health system. *Administration and Policy in Mental Health*. 39(3), 200-209. doi:10.1007/s10488-011-0350-3
- Osborne, J. W. (2014). Best Practices in logistic regression. Los Angeles:SAGE.
- Parasuraman, A P., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research . *The Journal of Marketing*. 49, 41-50. doi:10.2307/1251430
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C, A.(1999).How do people come to use mental health service?Current knowledge and changing perspectives. In T. Scheid & T. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health ; Social Contexts, Theories, and Systems* (392-411). New York: Cambridge University Press.
- Radhakrishna, R. B. (2007).Tips for developing and testing questionnaires / Instruments. *Journal of Extension*. 45(1), 1-5.From <https://www.joe.org/joe/2007february/tt2.php>

- Rössler, W., Salize, H. J., Van Os, J., Riecher - Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*. 15(4), 399-409. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.009
- Rubin, A. & Babbie, E. (原著) (2009), 趙碧華、朱美珍、鍾道銓 (譯) (2013)。社會工作研究方法 (第二版)。台北：心理出版社。
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P. & Torres, S.(2004).Use of mental services in Chile. *Psychiatric Service*. 55(1), 71-76. doi:10.1176/appi.ps.55.1.71
- Selvendra, A., Baetens, D., Trauer, T., Petrakis, M., & Castle, D. (2014). First episode psychosis in an adult area mental health service-a closer look at early and late-onset first episode psychosis. *Australasian Psychiatry*, 22(3), 235-241. doi:10.1177/1039856214532558
- Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 15(285). doi:10.1186/s12888-015-0678-4
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Halpain, M. C., Koch, W. L., Jackuelyn Harry, M.,...Jeste, D. V. (2000). Use of community support services by middle - aged and older patients with psychotic disorders. *Psychiatric Services*. 51(4), 506-512. doi:10.1176/appi.ps.51.4.506
- Sin, J., Moone, N. & Wellman, N. (2005). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis--listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 12(5), 589-597.doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00883.x
- Srihari, V. H., Tek, C., Pollard, J., Zimmet, S., Keat, J., Cahill, J. D.,... Woods, S. W. (2014). Reducing the duration of untreated psychosis and its impact in the U.S.: the STEP-ED study. *BMC Psychiatry*. 14, 335. doi:10.1186/s12888-014-0335-3
- Steingless, P., Grantham, C. E., Hertzman, M. (1980). Predicting which patient will be discharged against medical advice: a pilot study. *The American Journal of Psychiatry*. 137(11), 1385-1389.doi:10.1176/ajp.137.11.1385
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Giel, R. & Slooff, C. J. (1997). Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15- and 17-year follow-up from first onset of psychosis, and a comparison between `objective' and `subjective' assessments of needs for care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33(2), 49-56.doi:10.1007/s001270050022
- Amirejibi, T. & Zavrashvili, N. (2016).Psychosocial factors associated with frequent rehospitalization of patients with mental health disorders. *European Psychiatry*. 33, 592-593.doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.1744

表 37 研究母群機構列表

| 區域 | 桃園市 | 台中市 | 台南市 | 高雄市 |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 怡安康家 | 山水居康家 | 蝴蝶康家 | 佳立健康家 |
| 2 | 旭祐康家 | 心元康家 | 瑞恩康家 | 紫竹林康家 |
| 3 | 龍潭康家 | 大和康家 | 又新康家 | 廣華康家 |
| 4 | 如中康家 | 晴光康家 | 淳和社區康家 | 馨田社復 |
| 5 | 永全康家 | 美麗境界社復 | 螢火蟲康家 | 圓夢社復 |
| 6 | 自立康家 | 慶沅社復 | 安平康家 | 福德社復 |
| 7 | 佳園康家 | 慷欣社復 | 安和康家 | 佛明社復 |
| 8 | 護佑康家 | 山線社復 | 光宏康家 | 喜福社復 |
| 9 | 怡欣康家 | 同心圓社復 | 永康社復 | 五龍發社復 |
| 10 | 宸荃康家 | | | 喜樂社復 |
| 11 | 康新康家 | | | 呈泰社復 |
| 12 | 宏佳康家 | | | 仙人掌社復 |
| 13 | 立恩康家 | | | |
| 14 | 唯心康家 | | | |
| 15 | 宏苑康家 | | | |
| 16 | 蓮心康家 | | | |
| 17 | 荃閣康家 | | | |
| 18 | 蜂巢社復 | | | |
| 19 | 晨曦社復 | | | |
| 20 | 佳美社復 | | | |
| 小計 | 計 20 間 | 計 9 間 | 計 9 間 | 計 12 間 |
| 共 50 間 | | | | |

附錄二

問卷編製前置作業：訪談精神障礙者、家屬與工作者紀要

本研究安排訪談精神障礙者、家屬與工作者，目的是了解精障者生病歷程中使用精神健康與一般健康服務的概況，了解使用各項服務的特性，哪些影響因素會造成使用與否的問題。訪談對象（見表 11）來源採滾雪球方式邀請有意願接受訪談者，訪談大綱有四個問題：1.當初如何尋求協助的方式？2.重要的事件年齡，包括初發病、初就醫、幾次進出使用機構、到精復機構、離開精復機構等年齡，3.調查有使用過哪些精神健康與一般健康服務，4.調查受訪者使用服務的特性，包括了使用程度（高度、中度、低度）、使用狀態（持續固定、轉換處所）等調查，針對第三與第四點，也同時採用表格便於讓受訪者填寫回應。

表 38 訪談對象一覽表

| 編號 | 身份 | 性別 | 縣市 | 訪談地點 |
|----|-----------|----|-----|-------|
| 1 | 家屬 | 女 | 新北市 | 機構會談室 |
| 2 | 家屬 | 女 | 台中市 | 速食店 |
| 3 | 家屬(也是工作者) | 女 | 台中市 | 速食店 |
| 4 | 精障者 | 女 | 新北市 | 速食店 |
| 5 | 精障者 | 女 | 台中市 | 案家 |
| 6 | 家屬 | 女 | 高雄市 | 電訪 |
| 7 | 精障者 | 男 | 高雄市 | 機構會談室 |
| 8 | 精障者 | 女 | 高雄市 | 機構會談室 |
| 9 | 工作者 | 男 | 高雄市 | 電訪 |

由這群受訪對象的回應，研究者歸納五點對於問卷編製的助益：

1. 尋求服務的路徑：尋助經驗如何而來？

彙整受訪精障者及家屬的經驗，顯示在就醫前後有多項的尋助方法，包括了廟宇收驚、中醫治療、一般科住院，使用這些尋助方法同時，並未排斥使用精神科治療。也有受訪者是在其他科別接受到較佳的醫病互動後，漸進接受精神科治療。而身邊重要他人如家人、親戚的經驗及對問題的價值觀也可能影響精障者本人的尋助方式。而醫療以外的其他療癒作法也是精障者可能採納的，例如運動、飲食、穩定的工作、支持性的家庭氛圍等。

2. 精障者生病的重要時間：

精障者在初發病至生病數年之間，病況起伏而反覆進出醫院，此「旋轉門現象」來自於藥物不適應、病況不穩定，或是環境壓力事件過多(例如精障者扮演家庭照顧者角色、不適應的醫療環境、藥物減量未注意濃度問題，受訪者到精復機構後病況已穩定，近兩年未再轉換精神科。整體而言，精障者對於初發病年齡、幾次發病住院的時間點無法詳細記得，對精復機構後的資訊較能記得，而受訪家屬均能回答確切年齡、次數、轉換醫院、轉換不同的服務型態等。

3. 服務使用歷程：曾使用過哪些服務?如何知道這些服務?

此題採用表格方式讓受訪者可填答及口頭回應。在服務項目方面，在「精神健康服務」使用，可直接刪除選項 9 護理之家，因精復機構的收案條件未收生理退化之精障者；在「一般健康服務」選項新增「眼科」、「肝膽腸胃科」，而調查時間適宜聚焦在過去一年之間。第二，在服務資訊來源方面，包括有來自服務單位工作者介紹、個人網絡（鄰居、同儕、家人、朋友）、自行上網或看書查詢、正式部門介紹。第三，在服務使用型態方面，受訪者使用精神健康及一般健康照護為主，但並不是沒有其他需求，而是藉由個人的非正式資源網絡來滿足。年輕受訪者則有較多樣的服務使用經驗，包括了勞政（支持性就業、就服站、職訓）以及社區休閒娛樂。

表 39 受訪者使用服務項目的作答

| 類型 | 服務項目 | 受訪者回答 | 問卷可供參考 |
|----------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 精神照護服務 | 1 急診、2 急性住院、3 慢性住院、4 日間留院、5 社區復健中心、6 康復之家、7 門診、8 居家治療、9 精神護理之家、10.其他 | a. 陸續使 1234567。 b. 目前均為 7，頻率約 1 個月回診。 | a. 刪掉 9 b. 急性與慢性住院可改成“急性與慢性病房”即知為精神科住院 |
| 一般健康照護服務 | 1 急診、2 住院服務、3 耳鼻喉診所、4 牙科診所、5 骨科復健科診所、6 婦科、7 門診、8 護理之家、9 藥局、10 其他 | a. 有使用 123456。 b. 耳鼻喉科、婦科、骨科多為有需要時就醫，而牙科與腸胃科較密集，最近為 1-2 月。 | a. 住院服務此項目放到最後，後面增空白格(因為多數人以門診為主) b. 刪掉護理之家 c. 新增眼科、肝膽腸胃科 |
| 政府或民間服務 | (開放回答) | 身障證明、重大傷病卡、生活補助、博愛卡/愛心悠遊卡、陪伴卡、身障生活補助、支持性就業服務、身障職訓。 | 問卷聚焦於一般健康與精神健康服務。 |

4. 服務使用狀態

此題設計成表格讓受訪者填寫及口頭說明（如表 12-2），在調查使用頻率方面，研究者發現因服務項目多，在訪談不易逐項問，受訪者也回應不易記得這些數據。在精神健康服務方面，都是使用門診使用，回診頻率以一個月為主；在一般健康照護方面，常態使用的以牙科、耳鼻喉科為主，其餘多數是「有需要」時使用，研究若要調查受訪者的服務使用頻率，宜聚焦半年內的使用情形。其次，服務使用型態分為「固定使用」與「轉換使用」，經訪談後發現精障者的過往生病歷程，在病況不穩定時期都曾有數次轉換醫院經驗，但受訪者目前均是「固定使用」，因此本研究依變項「服務使用狀態」的設計應做修改。

最後，有關服務使用會「轉換」原因，主要是新的服務單位能滿足精障者或家庭多方面的需求，例如某家屬讓精障者由 A 醫院(已就醫 12 年)轉換至 B 醫院(目前持續 5 年)，因後者緊鄰某社區復健中心，而中心的工作者可協助安排就醫事宜，提昇精障者的就醫能力；其他原因尚包括有家人或精障者自覺病況沒有好、交通就近、認同服務提供者能給予適當處理作法而轉換醫院。

表 38 受訪者使用服務型態的作答

| 類型 | 已使用的服務項目 | 使用服務的情形 |
|-----------|----------|---------|
| 精神照護服務 | | |
| 一般健康照護服務 | | |
| 政府或社區組織服務 | | |

備註：

- (1) 使用服務**程度**：高度使用、中度使用或低度使用(指非常頻繁使用 → 幾乎不使用)
- (2) 使用服務**狀態**：持續固定同一處所或轉換處所(指固定一處單位接受服務 → 常改變服務單位)

5. 服務使用影響因素

這題是了解有哪些因素可能影響精障者的服務使用行動?研究者提問採用「支持」或「阻礙」的描述語句讓精障者便於了解。在支持方面包括有以下十項：交通便利；有友伴、可以交朋友；費用減免或優惠；有人介紹；這個地方提供歸屬感、能被接納；有社工，有專業人員可以協助；人的態度和藹可親；服務或活動參與可以讓自己有去處(打發時間及有寄託)；意識到自身逐漸年長，需要外界的資源。而阻礙方面，有以下八項：距離過遠；申請程序限制或麻煩；現在沒有需

求；優惠不夠凸顯或考量受惠與成本差異有限；人的素質；單位的人力不足；單位的服務管控太多。

最後彙整來自文獻與訪談結果所得編制問卷，包含個人基本資料及問題，問題有四個部份，第一部份是精障者最初生病時的尋助經驗（即 Service1, S1），第二部份是正式就醫後，尚未到目前的精神復健機構前使用精神健康與一般健康服務的情形（即 Service2, S2），第三部份是來到目前的精復機構後，使用精神健康與一般健康服務的情形（即 Service3, S3），第四部份是了解精障者整體生病歷程使用的尋助方法、影響服務使用的因素，以及現況使用服務對自身的成果等。

附錄三 線性迴歸分析結果

本研究採用一般線性迴歸分析進行變項間的關係預測，首先進行「共線性檢測」(Collinarity)，目的是減少變項間的相關性過高致共線性程度造成的估計問題或誤差。包含有三個部份：一是容忍度(Tolerance)，二是變異數膨脹係數(Variance Inflation Factor; 簡稱為 VIF)，三是條件指數(condition index)。計算方式說明如下：容忍度等於 $1-R^2$ ，值應介於 0 與 1 之間，本研究數值為 0.7 至 0.8 之間；二是變異數膨脹係數，為容忍度的倒數，即 $1/(1 - R^2)$ ，VIF 分別是 1.40、1.15、1.14、1.12、1.17，研究數值均小於 2；三是條件指數理想上應小於 30，本研究數值分別是 27.492、27.482、27.469、27.515、27.515，均小於 30，顯示研究變項的共線性程度尚在可接受範圍。在自變項篩選方式採用的是強迫輸入法(enter)，原因是已事先建立假設，決定了變項重要性層次，則使用該方法較為合適（吳明隆、涂金堂，2016）。由下表結果顯示五個模型的解釋力有達到統計顯著水準要求，表示自變項在解釋依變項具有預測力，但因調整過後的 R^2 數據多半偏低，解釋精障者的服務使用型態仍不甚理想，尚須保守解釋。

首先，由個人背景因素來看，「年齡」($B=-.126, P<.05$)與「教育程度」($B=-.139, P<.05$)變項對「健康進步-健康成果」具有負向影響力，顯示越年長年者、受教育程度越高者，自認健康進步幅度越低；同時，「教育程度」($B=-.162, P<.01$)變項也對「健康滿意度-健康成果」具有負向影響力，表示教育程度越高者，對自我健康滿意度越低。而受教育年限，往往也反映發病的時間點，教育程度越高者，通常是較年長生病，已有建構自己在社會與生活等的角色與社會期待，面對這時期的重大疾病事件易導致個人的挫折更高，對自我健康的較低評價；相反的，越年輕時生病者可能較早適應病人角色。

在看到影響因素方面，「睡眠狀況」能對健康成果的四個構面均具有正向影響力($B=.251, P<.001$)、($B=.241, P<.001$)、($B=.188, P<.001$)、($B=.212, P<.001$)，即精障者的夜眠品質越好，能夠預測個人對自我健康狀態越佳、於健康持續進步、與人互動及滿意度等狀況越好。睡眠，為何能夠作為健康成果的預測指標，是因為入睡情形正反映出個人的作息與活動安排，反應著居住環境對人的交流影響，此外，疾病症狀的干擾或復發，也可能造成個人夜間精神亢奮或作息紊亂，這些顯現了睡眠與精神疾病間的息息相關。

最後看到服務使用歷程因素方面，有「S2 精神科回診頻率」、「未就醫期間」、「S123 時期尋助法總數」這三個變項對服務使用型態有所影響。「S2 精神科回診頻率」(B=.468, P<.001)對 S3 時期服務使用程度具有正向影響力，表示前期較高頻率回診，後期使用頻率隨之越高，指出過往服務史的重要參考，目前尚無對不同時期回診頻率之研究，但有類似研究如曾秉濤等（2014）是由之前住院次數來預測精障者後續再住院風險，表示先前的服務使用資訊確實做為後期的經驗參考架構，了解過往接觸服務體系的經驗有助於後期的使用服務行為的重要參考，此亦有助於目前服務規劃的指引。

第二，「未就醫期間」(B=-.139, P<.05)變項對「健康干擾」具有負向影響力，表示精障者遲未就醫的等待處遇期間越久，因健康問題造成人際干擾程度越高。原因之一可能是疾病惡化後的症狀干擾多，特別是正性症狀影響，以精神病來說包括了幻覺與妄想兩種，情感性疾患者的躁期階段，情緒高亢、易怒、計畫多等行為（楊添圍，2016），而負性症狀如表情淡漠、社交退縮，也可能遭誤解是個人的個性或特質使然，造成人際關係緊張或衝突。原因之二，是未進入醫療體系治療者也代表未確診及無法取得相關疾病或障礙證明，這也可能導致個人缺乏機會觸及社會福利服務相關資源，在越缺乏正式服務資源介入時，原有的自然支持系統又因不了解精神疾病及精神症狀而逐漸撤離精障者，更易造成正式與非正式支持均薄弱的狀態。

第三是「S123 時期尋助法總數」(B=-.132, P<.05)對「健康狀況」具有負性影響力，表示精障者自生病迄今的尋助方法數量越多，則自我評價健康狀況會越差，可能是因為累積了不同尋助管道對疾病與健康的差異觀點與做法，但疾病發展是不可逆的，由此擁有越多經驗者自認健康狀況越差，此結果也讓我們思考精障者的服務使用議題並非是使用量多寡，而是在每一段尋助經驗中如何產生對個人內在或外在的實質助益。

表39 服務使用型態的線性迴歸分析摘要表

| 變數名稱 | 服務使用程度 | | 健康狀況 | | 健康進步 | | 健康干擾 | | 滿意度 | |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | Beta | Std. Error |
| (常數) | | .388 | | .453 | | .452 | | .676 | | .499 |
| 性別 | .054 | .102 | -.087 | .119 | -.024 | .119 | .049 | .184 | -.098 | .118 |
| 年齡 | -.001 | .005 | -.062 | .005 | -.126* | .005 | .080 | .165 | -.017 | .005 |
| 教育程度 | -.038 | .052 | -.034 | .061 | -.139* | .080 | .071 | .009 | -.162** | .060 |
| 就業狀態 | .053 | .036 | -.012 | .041 | -.073 | .041 | .012 | .082 | -.051 | .041 |
| S2精神科回診頻率 | .468*** | .056 | -.078 | .065 | .010 | .065 | -.051 | .058 | -.077 | .065 |
| 收入-影響因素 | .086 | .111 | .069 | .129 | .077 | .130 | .005 | .084 | .112 | .129 |
| 知識資訊-影響因素 | .036 | .108 | .085 | .127 | -.002 | .128 | .063 | .209 | .062 | .126 |
| 費用-影響因素 | -.066 | .2017 | .080 | .124 | -.009 | .124 | .045 | .090 | .088 | .123 |
| S2精神醫療服務 | -.075 | .075 | .064 | .087 | -.028 | .087 | -.045 | .023 | .008 | .087 |
| S1S2尋助型態 | -.031 | .062 | .025 | .073 | .089 | .072 | -.093 | .009 | .029 | .072 |
| 未就醫期間 | -.061 | .014 | -.044 | .016 | .002 | .016 | -.139* | .047 | -.083 | .016 |
| 睡眠-需求因素 | .091 | .039 | .251*** | .046 | .241*** | .046 | .188*** | .072 | .212*** | .045 |
| 慢性病數量 | -.010 | .040 | -.027 | .047 | -.023 | .049 | -.111 | .208 | .035 | .049 |
| S123尋助總數量 | -.033 | .061 | -.132* | .072 | -.042 | .072 | -.007 | .063 | -.078 | .071 |
| R ² | .288 | | .134 | | .125 | | .111 | | .147 | |
| Adjusted R ² | .250 | | .088 | | .081 | | .067 | | .104 | |
| F | 6.974*** | | 2.939*** | | 2.852*** | | 2.504*** | | 3.450*** | |

備註1：* P<.05;**P<.01;***P<.001

備註2：共線性檢測結果：VIF值為1.40、1.15、1.14、1.12、1.17，數值均<2。

問卷說明

編號

您好：

在此先感謝您的大力協助! 這份研究主題是「精神障礙者的服務使用型態、使用歷程與影響因素」。目的是調查精神障礙者在使用健康服務的情形，希望能將研究結果回饋於實務工作與服務規劃。本調查僅供學術研究使用，採取匿名方式，在問卷裡不用填寫您的隱私資料如姓名、通訊資料等，資料完全保密，不挪為他用或影響您的權益，懇請協助填寫。

這一份資料包含兩部分：(一)基本資訊。(二)問卷題目，題目分別有四個子題，主要是回顧您在幾個階段（生病前、開始到精神科就醫、在現在這間精神復健機構）時的服務使用情形，了解會影響到服務使用的原因是什麼，以及這些服務對於健康的效果。在填寫問卷時，也可以由家人或機構工作人員輔助完成。謝謝您的協助!

東海大學社會工作學系博士班

指導教授 呂朝賢

研究生 游淑真

敬上

2018年04月

● 單選，請在打勾 **基本資料**

1. 填寫人：本人 本人和家人 本人和機構的工作人員
2. 性別：男 女
3. 年齡：_____歲，民國_____出生
4. 婚姻狀況：未婚 同居 已婚 分居 喪偶 離婚 其他
5. 教育程度：沒有接受教育 國小 國中(或初中) 高中或高職
大專或大學 碩士及碩士以上
6. 就業狀態：全職工作 以家務為主，仍兼有部分工時工作
從事某種家務(或代工、勞務性的工作訓練) 想工作，但沒去找
身體影響，無法工作 在學或準備升學 已退休
7. 疾病診斷：其他器質性精神病 思覺失調症(舊稱 精神分裂症)
情感性精神病(含躁症、重鬱症)
其他_____
8. 障礙程度：輕度 中度 重度 極重度 沒有身心障礙證明(手冊)

問卷 題目

第一部分：題目是回答我最初生病時的情形。



(一) 我是_____歲生病 (指的是我覺得是精神疾病)

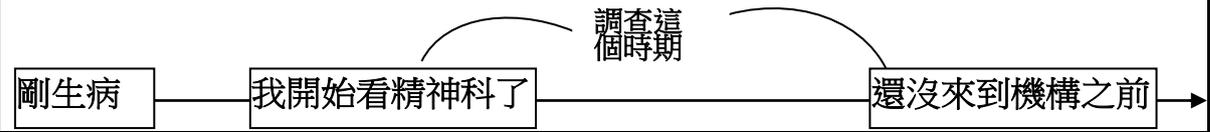
(二) 我剛開始生病時，最早使用哪一項方法? (單選)

- 1.到醫院去看其他科別(西醫)
- 2.宗教信仰或民俗療法
- 3.看中醫
- 4.看精神科
- 5.其他 (請寫) _____

(三) 我還沒開始去看精神科之前，曾經使用過那些方法? (可複選)

- 1.到醫院去看其他科別就醫(西醫)
- 2.宗教信仰或民俗療法
- 3.看中醫
- 4.其他 (請寫) _____
- 5.都沒有.

第二部分：題目是回答我開始看精神科之後，陸續使用服務的情形。



(一) 我是_____歲時第一次到精神科就醫

(二) 開始看精神科之後，陸續用過以下哪些服務 (指我還沒到這間機構之前)？

(可複選，使用過的請打 v)

1. 精神療養醫院(或綜合醫院)的急診
2. 精神科急性病房(指住院 2 個月以內)
3. 精神科慢性病房(指住院 3 個月以上)
4. 日間留院(白天去醫院，晚上回家住)
5. 社區復健中心
6. 康復之家服務
7. 醫院或社區單位的心理諮商或輔導(例如心理衛生中心、義務張老師、生命線)
8. 社區協會辦理的課程或活動(例如 康復之友協會辦活動)
9. 精神科門診 * 回門診頻率：1 週 2 週 每月 其他
10. 其他 (請寫) _____

(三) 還沒來到這間機構之前，我曾經使用過哪些一般健康服務？

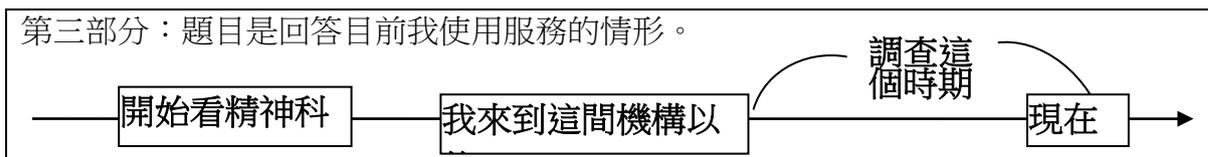
(可複選，使用過請打 v)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 急診 | 2. <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科門診 |
| 3. <input type="checkbox"/> 牙科門診 | 4. <input type="checkbox"/> 骨科門診 |
| 5. <input type="checkbox"/> 復健科門診 | 6. <input type="checkbox"/> 眼科門診 |
| 7. <input type="checkbox"/> 婦科門診 | 8. <input type="checkbox"/> 泌尿科門診 |
| 9. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃科門診 | 10. <input type="checkbox"/> 皮膚科 |
| 11. 其他 (請寫) _____ | |

(四) 除了上面提到的服務，我還使用過下面的服務嗎？

1. 宗教信仰或民俗療法 無 有
2. 中醫治療 無 有
3. 其他 _____

第三部分：題目是回答目前我使用服務的情形。



(一) 我是_____歲時來到這一間精神復健機構，我總共來過_____次。

(二) 現在到這間精神復健機構後，我還使用以下那些精神健康服務？

(可複選，使用過的請打 v)

1. 精神療養醫院(或綜合醫院)的急診
2. 精神科急性病房(指住院 2 個月以內)
3. 精神科慢性病房(指住院 3 個月以上)
4. 日間留院 (白天去醫院，晚上回家住)
5. 社區復健中心
6. 康復之家服務
7. 醫院或社區單位的心理諮商或輔導(例如心理衛生中心、義務張老師、生命線)
8. 社區協會辦理的課程或活動(例如 康復之友協會辦活動)
9. 精神科門診 * 回門診頻率：1 週 2 週 每月 其他
10. 其他 (請寫) _____

(三) 我來到這間精神復健機構後，陸續用過哪些一般健康服務？(可複選)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 急診 | 2. <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科門診 |
| 3. <input type="checkbox"/> 牙科門診 | 4. <input type="checkbox"/> 骨科門診 |
| 5. <input type="checkbox"/> 復健科門診 | 6. <input type="checkbox"/> 眼科門診 |
| 7. <input type="checkbox"/> 婦科門診 | 8. <input type="checkbox"/> 泌尿科門診 |
| 9. <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃科門診 | 10. <input type="checkbox"/> 皮膚科 |
| 11. 其他 (請寫) _____ | |

(四) 我來到這間精神復健機構之後，我還使用過下面的服務嗎？

1. 宗教信仰或民俗療法 無 有使用
2. 中醫治療 無 有使用
3. 其他 _____

第四部份：題目是回答會影響我使用服務的原因，以及我對自己最近的健康狀況想法。

(一) 我從剛開始生病到現在，**最常使用**哪一項方法來幫助我的健康？(單選)

- 1.看醫院的其他科別就醫(指西醫)
- 2.宗教信仰或民俗療法
- 3.看中醫
- 4.看精神科
- 5.其他(請寫)_____

(二) 我從剛開始生病到現在，**總共用過哪些**方法？(可複選)

- 1.看醫院的其他科別就醫(指西醫)
- 2.宗教信仰或民俗療法
- 3.看中醫
- 4.看精神科
- 5.其他(請寫)_____

(三) 哪些狀況會影響我使用精神健康和一般健康服務？(可複選，有符合請打勾 v)

- 1.我有收入，可以負擔使用服務的費用
- 2.我有相關的知識資訊幫助我使用這項服務
- 3.我有家人或親屬，可以陪同我去使用這項服務
(例如：陪我參觀、幫我去了解這項服務、提供零用金等。)
- 4.有朋友的陪伴或協助，讓我會去使用這項服務
- 5.我家附近就有服務可以使用(例如：診所)
- 6.有工作人員介紹，讓我會去使用這項服務
- 7.交通便利，讓我會去使用這項服務
- 8.費用有減免或優惠，讓我會使用這項服務
- 9.生病治療需要，讓我會去使用這項服務
- 10.親友無法協助，讓我會去使用這項服務
- 11.生活需要，讓我會去使用這項服務
- 12.其他_____

(四) 目前我是否有罹患慢性病(指我有到醫院或診所治療，有符合，請打勾 v)？

- 1. 心臟病/高血壓/腦血管疾病/循環系統疾病
- 2. 糖尿病/高血脂/痛風/內分泌及代謝異常疾病
- 3. 巴金森氏症/癲癇/偏頭痛/神經系統疾病
- 4. 腎結石或其他腎疾病/泌尿系統疾病
- 5. 癌症或惡性腫瘤
- 6. 支氣管炎/肺氣腫/肺炎/哮喘/肺結核或其他肺部疾病
- 7. 肝炎/肝膽疾病/消化道潰瘍/胃食道逆流/胃腸炎或其他消化系統疾病
- 8. 濕疹/皮膚炎/皮膚及皮下組織疾病
- 9. 關節炎/骨質疏鬆症/骨骼肌肉系統及結締組織疾病

(五) 我這一週以來的睡眠情形如何？（以下是複選題，符合您的狀況，請打勾 v）

「* 經常，指的是一個禮拜 7 天當中，大約有 4 天是這個狀況。」

1. 我經常感到入睡困難？
2. 我經常在半夜醒來？
3. 我經常醒得太早，而且無法再入睡？
4. 我經常在白天或傍晚感到困倦，需要打個瞌睡？
5. 我經常在早上醒來時，感到休息得很充分？

(六) 使用這些精神健康與一般健康服務，對我的健康及生活的效果是什麼？
（以下題目是單選題，符合您的狀況，請打勾 v）

1. 總體來講，我目前的健康狀況是？
 - 非常好
 - 好
 - 尚可
 - 差
 - 非常差
2. 跟一年前的自己來做比較，我覺得現在的健康狀況是？
 - 跟 1 年前相比，非常好
 - 跟 1 年前相比，是好的
 - 跟 1 年前一樣
 - 跟 1 年前相比，是差的
 - 跟 1 年前相比，非常差
3. 最近這一個月裡，我健康或情緒不好的狀況，在多大程度上影響與家人、朋友、鄰居或群體的正常互動？
 - 完全沒有影響(0 分)
 - 有一半的影響(5 分)
 - 影響非常大(10 分)
4. 我對自己目前的健康狀況，滿意程度有多少？
 - 非常滿意
 - 滿意
 - 尚可
 - 不滿意
 - 非常不滿意