

# 精神護理之家護理功能與經營現象之探討

蕭淑貞<sup>1</sup> 謝佳容<sup>2</sup> 張秀香<sup>3</sup> 曾洙荔<sup>4</sup>

**摘要：**本研究目的是探討精神護理之家護理人員的功能，及瞭解其經營的現況與困境，並提出政策性的建議。採用質性的內容分析方法，分別收集四所精神護理之家的資料及進行深入訪談。經內容分析結果呈現精神護理之家的護理人員功能有七項，分別為營造尊重住民需求的環境、強化自我生活照顧的訓練、支持情緒穩定、提供專業衛教、維繫與家屬互動、連結社會資源以及探討實務問題。精神護理之家目前經營面對四大困境，分別為（一）功能定位與收案標準的不明確，（二）督導評鑑標準的不恰當，（三）醫療給付未盡合理，和（四）空間設備皆為醫院附設機構。本研究結果提出具體建議，可作為機構服務者和中央醫療政策制訂者在制訂有關精神護理之家作業規範、評量標準以及培訓規劃的參考。

**關鍵詞：**精神護理之家、經營、護理功能、精神照顧。

## 前言

世界衛生組織在21世紀心理衛生的政策方向，是以社區心理衛生的照顧情境為倡導，各先進國家莫不為提升治療品質、促進病人權和降低醫療成本，而致力於社區精神醫療模式的發展，以達到精神疾病的預防、治療與復健之目標（World Health Organization [WHO], 2001）。與美、加、英、日等國比較，我國家屬對病患較高支持度，亦承受較高之負擔和壓力（鄭，2003），個案在使用精神社區復健資源或應用社區居家服務模式時，往往需要擁有極大的支持系統與力量，但當支持資源不足時，安養式機構照顧服務確實是提供家庭面對危機的一種方式。

有關殘病失能者的機構式長期照顧資源，於民國79年就有護理之家的成立，但多以內科慢性疾病為主，於民國92年行政院衛生署始核准精神護理之家設置（行政院衛生署，2003），但有關業者經營及政府督考，仍依一般護理之家的理念為出發，因此，本研究目的在於瞭解目前精神護理之家的經營現況與困境，及護理人員的功能，做為未來政策面和實務面制

定作業規範、人員培訓及評量指標之參考。

## 文獻查證

文獻主要分由分三部分加以陳述。

### 一、精神醫療的發展

社區精神醫療的推廣是現代精神醫療繼精神藥物與心理治療後之一種突破創見（謝、劉，1999），美國強調精神醫療服務，有公部門與私部門提供精神社區照護服務，英國以全人角度提供完整性與連續性服務照護精神障礙者，重視精神病患的權利，強調連續性精神衛生服務，發展醫療與復健並重，機構與社區結合的服務。社區精神衛生持續性護理則是秉持著「珍愛生命、全人關懷」的核心價值觀，結合醫院和社區資源所提供的醫護照顧，使精神病患在社區有良好生活品質（蕭、黃、林，2005），而因應國內社會經濟的發展及疾病型態的改變，我國長期照護政策與規劃，是結合社區式、居家式與機構式三者並重發展，雖然世界各國的發展趨勢係在加強社區或居家照顧服務，減少機構式照顧，但機構式照顧對於極衰弱，需要高密度服務的老人，不失為可替代照顧方式（謝和蕭，2005）。且在台灣人口老化的社會現象，在精障族群亦成為人口高齡，且疾病慢性與長期化發展趨勢，其衍生的長期照顧等各項問題，也成為亟待處理的重要課題。

截至95年6月底台灣慢性精神病患者達8萬7千人，占總人口數千分之4.2，領有身心障礙手冊者近95萬人中，雖以肢體障礙者占最多，但七年來慢性精神病患者增加1.7倍，慢性精神病患者障礙等級，以

<sup>1</sup>輔仁大學醫學院護理學系教授，中華民國精神衛生護理協會理事  
<sup>2</sup>台灣護理學會精神衛生護理委員會主任委員  
<sup>3</sup>台北醫學大學護理學系講師  
<sup>4</sup>行政院衛生署玉里醫院護理科科主任  
<sup>5</sup>玉里榮民醫院護理部主任

受文日期：95年6月1日 接受刊載：95年9月1日

通訊作者地址：謝佳容 台北市吳興街250號

電話：(02) 27361661-6330

中度者占35.2%最多，輕度者占34.8%，近年來輕度者亦有增加的趨勢，而65歲以上的精障者每萬人有35.03人亦日益增多（內政部統計處，2006），他們和其他慢性病患一般需要長期照護資源。

對精神慢性病患和家屬的而言，急性發病有床可住，出院回家有事可做，無依年老有處可安是重要的三大需求（莊、鄭，1995），然而精神醫療資源（含精神科急性、慢性、日間住院及社區復健、居家照顧、長期養護等）限於健保給付之限制，加上建築法及消防法對於精神復健機構之規定，導致精神復健資源不足（吳，2003），居家照顧更是有限，對於長期退化功能不佳之社區精神病患的心理衛生需求問題仍未解決（余，2002），且依衛生署醫事處95年3月所提出的精神醫療設施分佈概況之長期養護床推估，以精神病人的15%而言，目前長期養護床位不足7222床，而社區復健床位亦需再增加1948床（許，2006）。

## 二、慢性精神病患的照顧

對於慢性精神病患的照顧，當家屬投入越多時，他們通常會經驗到許多生理和情緒的負荷，以及面對許多負面的情緒，像是因為病患病情起伏的症狀，所導致的憤怒不滿、罪惡感、挫折感和緊張壓力感受，且因為病患通常較難發展社交生活，容易社會隔離，也因此通常較難為家屬成員所接受，當家屬無法承受照顧角色，且喘息服務無法提供足夠的支持時（Jeon, Brodaty, & Chesterson, 2005），機構式照顧就成為可替代的另一種選擇，護理人員為長期照顧機構內的專業服務之重要的提供者，對於其工作職責，在專業學會亦訂有詳整的作業規範（中華民國長期照顧專業協會，2002），但對於精神護理之家的護理人員的照顧理念或角色功能的研究探討卻闕乏，在國外的長照機構中住民的精神照顧非常重要，其必須要採完整性（Holistic approach）的照顧，尊重人性的價值（Reimanis, Cohen, & Redman, 2001），具有評估與處理老年精神失能者的健康問題的能力，特別是藥物服用後的處置、疾病病程的發展與老化的致病機轉（Wold & Wold, 2002），而與住民所發展的長期治療性人際關係互動中，需有創造性與彈性，且要有豐富的臨床專業知識與技能，才能有因應個案的健康照顧需求而做調整，進而營造出一個支持性的環境，

且在角色上與跨領域的專業合作與協調也相對重要（Storfjell, Mitchell, & Daly, 1997; Wold & Wold, 2002）。

## 三、精神科護理之家的法源依據與發展

一般護理之家是指提供病情穩定，無須接受積極治療之慢性病患，接受技術性護理及生活照顧之機構，以改善維持病患剩餘功能，及保護其免除危害的併發症機構，其照顧品質如同急性醫療一樣重要（葉、林、王、賀，2001；Zinn, Aaronson, & Rosko, 1993），因應國內目前社會經濟的發展及疾病型態的改變，機構式照顧提供對慢性病患及其家屬之服務，可解除家庭照顧能力的短絀及對照顧知識不足的問題（賈，1999），精神護理之家，其服務對象是以「精神病患照顧體系權責劃分表」的第五類（精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需生活照顧者）和第六類（精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、失智者、智障者、無家可歸者）為主，他們多為症狀穩定呈現慢性化，自我照顧功能差，社會角色功能，以及家庭社會支持差者（行政院衛生署，1998），他們多為症狀穩定呈現慢性化、干擾程度低，自我照顧功能差，社會角色功能和復健潛在能力差，以及家庭社會支持差者，其設置目的在延續社區心理衛生工作的理念，為精神病患呈現慢性化及病況穩定者，提供持續性、連續性照顧。

國內成立一般護理之家創始於衛生署示範計畫，提供殘病失能者24小時的醫療服務與生活照顧，其法源為民國八十年公布的「護理人員法」，其設置另有「護理機構設置標準」規定之，民國九十二年衛生署核准精神護理之家設置，並發佈精神科護理之家設置標準（行政院衛生署，2003），有關此二類護理之家，分別於「人員配置標準」及「護理服務設施」的比較，其差異極大（謝和蕭，2005）。而於精神衛生護理之家的收費概況，除托育養護的個案是依身心障礙生活托育養護費用補助辦法的收費外，其他住民是依身心障礙等級為基準，並配合日常生活評估量表（ADL）為輔佐，來進行收費，費用約介於18000～26000之間，而實際上入住的住民以「前者」的收費方式為多，後者的自費住院者較為罕見。截至95年3月止，國內已有9家精神護理之家，共計872床，而此護理照顧機構的設置，對精神醫療資源的完整性有正面的助益（許，2006）。

## 研究方法

### 一、研究設計

本研究為橫斷式研究設計，採用質性研究的內容分析法，研究訪談對象以目的選樣的方式，針對最早經營四家精神護理之家的負責人為對象，以機構的田野觀察和深入訪談的方式，獲得資料，詳細的收集資料方法說明如下：

#### (一) 實際觀察

取得機構負責人同意後，進行機構田野觀察和參閱機構內部檔案文件，例如機構簡介、管理報告和照顧方案，以瞭解目前精神科護理之家執行之現況與工作人員所執行的業務內容。

#### (二) 機構負責人深入訪談

發展訪談大綱內容以1.精神科護理之家經營管理的現況，和2.護理人員所執行工作內容為主，經訪談對象同意後，過程皆予以錄音，每位受訪者皆談話約一個半小時以上。

### 二、資料分析方法

本研究的進行是由二位具有豐富精神護理專業經驗的研究者進行，平時皆參與精神社區復健機構和精神護理之家的政策研擬、規劃與發展，亦皆具有良好質性研究訓練的學者，以質性研究的內容分析法，將訪談內容反覆檢視，擇取適合的句來闡述內容 (Streubert & Carpenter, 1995)，並依據內容分析的嚴謹度，歸類及建構有意義的概念 (Lincoln & Guba, 1985)。並經研究者彼此交叉檢視內容分類的正確性，以確定資料的分類屬性。

## 研究結果

### 一、經營現況

#### (一) 機構資料

截至93年12月底，全台灣地區合格立案開業的精神科護理之家共有四所，苗栗1家（45床）、草屯1家（93床）、玉里2家（各為300和196床）。「機構性質」皆為醫院附設的設施，「個案來源」多為原醫院慢性病床所轉介過來，「機構服務對象」皆為慢性精神病患，而養護費多來自政府的補助。

#### (二) 照顧理念

經由將訪談內容分析，目前護理之家經營者的

照顧理念主要分為三項：

1. 推動家庭化照顧模式：特別重視對住民所提供的照顧，像在家一樣溫暖、自在、互動、有重要他人一同陪伴生活。
2. 落實以住民為中心的理念：強調要以住民利益為中心的概念來落實相關的照顧活動。
3. 跳脫傳統收容養護的思維、強化存有的能力：住民並非全為退化、無希望者，還是要協助發揮最大的潛能，擁有好的生活品質。

### 二、護理人員的角色功能

經由分析可得知護理人員所扮演的角色功能，有主要的七項，分述於下：

#### (一) 營造尊重住民需求的環境

1. 自主性居住空間的需要：是指讓住民自信、自主、自動的活動空間。如「…要能瞭解他們的需要，試圖使他們在其中可自由自在、自動自發的生活，需要一個開放性、自主性的團體居住空間…」。
2. 重視生活環境品質的安排：在環境上要能滿足基本上食物、飲水、排泄等生理需求，和對他人相處和安全上的信任感之建立。

#### (二) 訓練自我生活照顧的能力

強調基本身體的清潔與維護與生活復健能力的訓練，以健康維護的態度，延緩住民症狀衰退，如「讓他們恢復自我照顧能力、生活能力甚至是工作能力，要親近訓練他們，不然退化會越嚴重」。

#### (三) 輔導情緒之調節

1. 住民情緒狀態的評估與覺察：其情緒狀態易受外在環境刺激和群眾情緒感染的影響，護理人員需要定期且主動加以評估，增加對住民的情緒覺察，如「……在過節時，他們想回家的情緒從小部分人開始相互感染，我們要花更多時間和精神去支持他們渡過沒有家人陪伴渡過的節日，人和人之間的情緒是相互牽絆的，當他們情緒穩定時，症狀也會較穩定，不然在生活上所影響的層面會很大，希望幫助他們有好的情緒在流動……」。
2. 協助情緒宣洩與表達：護理人員以同理心的技巧、傾聽住民的內心感受，運用治療性溝通技巧，並透過會談、活動等提供機會讓其表達心中情緒感受，減輕情緒所帶給住民的

生活困擾，如：「……所以我們會盡力輔導他們，透過家庭會議，讓他們盡量表達，且進而告訴他們此時此刻過節的新意義，後來大夥也都能較接受不能回家的事實，過節也過得很有意思……」。

#### (四) 提供專業衛教的健康指導

1. 教導疾病認知和症狀處置：能透過衛生教育的宣導，增加住民對罹患疾病的認識，對症狀的處理，如「……我們需協助住民減少症狀對生活造成的干擾減至最低，有些像是幻聽，就是無法根除，我們要教導他們如何與幻聽共存，且如何轉移注意力，不要被影響……，還有讓他們知道是有人願意瞭解、接受他的……」。
2. 提供生活適應的教導或諮詢：機構內定期舉辦護理指導和健康諮詢來增加住民及家屬對疾病慢性化適應過程的瞭解，如「……症狀的經驗對他們來說是這麼的真實，每天幾乎在影響他們，所以還是需不斷反覆衛教，讓他們確實知道如何處理症狀，以及和支持心理上如何渡過症狀的干擾」。

#### (五) 強化與家屬互動的聯繫

1. 維繫住民和家屬的聯絡：協助住民使用在精神護理之家的公用電話，主動或被動為其聯絡家人，維繫和家人情感的連結，如「……有時住民他們會有被遺棄的感覺，我們就會更加同理他們的感受，告訴他們家人來探視真的不方便，試著幫他們聯絡上家人，就算講講話也好……」。
2. 強化家人的互動：幫助住民和家屬建立良好互動網絡，讓家屬能有更多參與照顧的角色，如「……有的家屬摩托車騎一下就過來了，這就很具鼓舞效果，要把家屬這條線幫住民緊緊抓著，不單要和住民站在同一陣線，也要和家屬結盟，就是要一起聯合我們專業和非專業的力量來幫助住民……」，護理人員從中扮演協調的角色，以保持家屬合作與和諧關係，對住民才能提升生活品質。
3. 締造新家庭的意義性：有些親人已不在人世或家屬失聯者的住民，工作人員和住民一起將目前大家所處的居住環境，重新營造另成一個新家庭的認知，使住民之間彼此成為生活中具有意義的人際關係，如：「要讓他們

有他鄉變故鄉的感受，大家要珍惜緣分，我們就是一家人，未來都是生活在一起的，當成自己家人一樣的照顧……」。

#### (六) 連結社會資源的有效運用

1. 照顧團隊彼此間的協調合作：是指住民照顧過程中，包括兼任的精神科專科醫師、社工師、營養師、職能治療師、藥劑師等，以及照顧服務員，一同視居民之個別狀況，大家相互合作，共同執行妥善之照顧計畫，提供完善的專業服務，而護理人員在之中具有聯繫、溝通和提供照顧訊息的責任。
2. 協助轉介社會福利資源的申請：協助家屬或住民申請身心障礙者生活托育養護費用的社會福利之補助，如「因為他們通常沒有錢，當政府每月固定生活補助費對他們來說，意味著不需向家屬拿錢，且可以應用該筆補助來繳交伙食費，所以我們就必須幫忙注意，提供訊息，協助住民申請……」。

#### (七) 健康問題的實務解決

1. 主動發覺住民健康問題：瞭解住民的健康狀況，如「……高齡者居民身心功能的強化是刻不容緩的需求，我們就想以持續性的關懷服務發展適合老年主民的音樂療法和老人體適能活動……」。
2. 建立問題解決策略聯盟之伙伴關係：各個不同機構之間會彼此聯絡，會互相交流學習，如「我們常遇到問題時，一通電話就討論起來，有時同業間的切磋學習是少不了的，就是要看怎麼去解決問題……」。

### 三、經營的困境與建議

經由訪察資料彙整成下列有關精神護理之家經營的困境，並提出相關建議：

#### (一) 功能定位與收案標準的不明確

在目前社區康復之家之住民受限於早期收容無法回歸於家庭的個案，很多是屬於第五類安置對象，即精神症狀穩定且呈慢性化，不需住院治療但須生活照顧者，但該精神社區復健機構應收的對象應是以第四類具有社區積極復健潛能的個案為主，此造成與精神護理之家收案對象的重疊，彼此功能定位不清。而對於精神護理之家是否收容具有三管（鼻胃管、尿管或氣切管）的個案，機構管理的立場，考量如下：

1. 當接受具有三管的住民，對於機構的經營優勢是較容易收到入住的個案；但劣勢會有  
(1) 精神護理之家設置標準較寬鬆，對一般護理之家的收案會發生排擠效應；(2) 當住民生理問題尚未穩定，易導致意外傷害的可能性；(3) 機構人力設置需要再增加，否則依現有人力的規定，工作人員的照顧負荷會過重，擔心照顧品質會受影響。
2. 當不接受具有三管的住民，其優勢是能單純化精神科方面照顧，對於住民較易管理及照顧，且能與一般護理之家彼此區隔，定位可較清楚；但其劣勢為一旦住民因年邁需要更多的身體照顧資源時，擔心過於設限時，精神科住民要轉銜到一般護理之家的不便性。

建議：

1. 建構明確的護理之家之功能與定位-精神護理之家成立後，與精神醫療相關機構以及一般護理之家的相較，收案條件、費用給付，尚待釐清，應配合衛生與社政之政策，提供病患適切的服務種類，且因病患的病程是流動性變化，應讓其能「適所而居」，使各種服務模式發揮最佳效果，促使醫療與照顧服務資源發揮其功能。
2. 精神護理之家中，考量原有人力配置與機構服務性質，對於慢性精神疾患身上同時具有三管者，應先在內外科機構處理好其緊急的生理健康問題，暫不宜入住精神護理之家，而須待其生理現象問體穩定後，再入住。但若僅是具有二管者（例如鼻胃管、導尿管），依照顧人力的配置，以及與其他住民互動的潛在危險性的考量，應是可服務的範圍。

(二) 督導評鑑標準的不恰當，且現定的機構建築物設置要點過高

護理之家依法令規定每年須受主管機關業務督核，目前地方衛生局督核所使用之評核表，偏重一般內外科護理之家評估標準，且評量委員缺乏精神醫學相關領域的專業人員。

建議：

1. 建立中央官方版的評鑑標準-建請衛生署對精神護理之家的品質發展，能建立中央官方版的評鑑標準，並廣納不同精神專業團隊的參與，以提供地方衛生主管單位參考，且能

在評量表具體區隔精神護理之家與一般護理之家的差異，並且未來評鑑應邀請精神醫療領域中各類的專家學者共同參與。

2. 建議修正於「護理機構設置標準表」中，對精神護理之家不適宜的相關規定，說明如下：

- (1) 建議刪除「二人或多人床之病室，應備有隔離視線的屏障物」之規定。因精神科護理之家較少執行侵入性治療活動，且為促進住民彼此間人際互動機會、減少社會隔離與退縮，若有需要時，採用移動式屏風即可。

- (2) 基於安全性的考量，建議明確指出扶手應設置在浴廁即可，因精障住民多為自由活動者，無須所有公共走廊或活動房舍空間皆須設置扶手。

- (3) 建議刪除對設置緊急呼叫系統的規定。因為據機構反應「緊急呼叫系統」的實用性和使用率低，住民誤用率高，導致損壞率高，浪費成本，故建議刪除之。

- (4) 建議刪除對生活輔助器材、轉位輔具或其他基本物理治療設備，甚至得視業務需要置專任或特約物理治療師、及營養師的規定；而是應增加對精神科病患職能活動、人際關係所需的、社交技巧訓練等活動所需用物或兼任之職能治療師或社工人員的聘任。

3. 建議精神護理之家依建築法73條執行要點建築物使用分類規定，比照寄宿舍、住宅歸屬H-2類（「住宿類」之「住宿安養組」）別即可。

(三) 醫療給付未盡合理

健保目前並不給付精神護理之家任何處置費用，故收案對象多為社福輔助個案，若需靠收容自費個案時，病人會希望轉往有健保給付之康復之家或慢性病房，會造成特意佔床，使床位流動性減慢，也造成護理之家不易收案，導致經營困難。

建議：

1. 適當的給付制度及獎勵-健保制度應重視多數在社區慢性精神病患病程流動性的特色，增加功能退化之病人復健和護理照顧之給

付，整合內政部資源的配合，各縣市能有獎勵和補助來協助各地精神護理之家的設置。

2. 增加民眾與家屬對新成立服務模式的認識與了解，以及增加對該類服務資源的可近性與可及性，目前開辦的業者多位於東部地區，西部地區的服務資源業者已申請，截至研究時間結束，仍未開辦收案（未發照），此和精神護理之家收自費個案不容易，亦需要配套性措施。

#### （四）空間設備大多為醫院附設機構

透過實際觀察所獲得的資料，目前精神護理之家有許多由醫院病房所改裝，缺少家的空間與設施，或是過於大型的護理機構，雖有良好的活動安排，但很容易失去家庭化、人性化的感受。

建議：營造似家感覺的護理之家—於在空間設備上，宜增強有家的感覺，能以居家的環境安排，來營造更溫暖的住民處所。

#### （五）工作人員訓練問題

照顧服務員職前專業訓練偏向內外科護理，缺乏精神專科化的訓練，無法實際發揮所學，並增加機構額外二度訓練所需的時間與成本消耗。

建議：

1. 持續性能力專業培訓—獎勵專業學會辦理針對精神衛生護理之家的工作者所需的在職教育和技能訓練之課程，重視知、情、意的教育學習，強調專業知識與技能之發展，特別是溝通與諮商技巧，提升精神衛生護理的品質，並安排傳染病相關教育課程，增加工作人員的敏感度，避免傳染病在機構中蔓延。
2. 教育課程費用，衛生主管機關能予以協助，以減輕機構額外再訓練的經濟負擔。

#### （六）衛生署需進行服務人口需求評估

中央主管機關協助對於現有精神障礙者需居住於護理之家長期照護機構者，進行精確的人口推估和需求評估，以建立合理的服務提供數量，且比照社區式精神復健機構般，增加民眾在應用此服務資源的可近性，需減少大型化機構化的設計。

#### （七）倡導使用者付費的觀念

加強與落實精神疾患去污名化運動，透過健康倡導活動和衛生教育宣導，使一般民眾破除刻

板印象，接受使用者付費的觀念，而非完全依賴政府的社福資源。

## 討 論

### 一、精神護理之家的設置現況

目前精神護理之家在地理區域上實屬交通偏僻不便之處，世界衛生組織的報告提到最理想精神病患治療場所，是「病患最熟悉而最少束縛」的環境。且余（2002）也指出精障者社區與機構的復健模式，需注意避免經營者將住家變成在社區中的囚籠，無論是台灣地區精神復健機構或是精神護理之家，他們的照顧措施與服務資源的發展，仍須加強服務資源的可近性和可及性。

### 二、精神護理之家護理人員角色功能

在社區精神醫療的多元發展模式，護理人員的工作範疇、工作內涵和角色有多面化的功能，除了重視病患個別護理和治療，也發展到與病患相關的外在環境，包括個人生理、心理、社會和文化等，同時角色亦拓展為社區之疾病預防、治療和復健等（郭，2001）；楊（1993）強調應以社會生態理論觀點探討人與環境互為影響之關係。護理人員要能以用心、自主、真誠的態度，表現出尊重、可溝通的助長他人過程，方是「好的護理」之展現（劉、盧、鄭，2004）。且在社區及長期照顧目標與急性醫療是相當不同的觀點，它強調需要連續性的服務設計以滿足病患疾病慢性化在社區生活的多元需求，其中涵括醫療照護與社區復健；前者包括持續門診服藥以穩定症狀、日間留院服務、與再發病時緊急住院，後者則包括個人生活自理、居住、社交娛樂、教育／就業等重建（宋，2004），由本研究所看到的護理人員所扮演的角色，協助住民營造自主性環境，且訓練其獨立生活的能力，支持其情緒的穩定，和提供符合其所需的諮商衛教內容，皆有助於住民提升日常生活的適應能力和維持症狀穩定，而在機構生活的過程，對於家屬聯繫與互動以及社會資源的申請，也是需要護理人員扮演起溝通的橋樑或資源的媒合，且有研究指出在護理之家中針對老年住民，當護理人員能提供多元化的服務角色時，可減少住民激動、干擾行為、憂鬱情緒，以及避免其生活功能的退化，且可增加其正向的行為（Eisch, Brozovic, Colling, & Wold, 2000），此部分所能發揮的成效值得我們實務工作者加以重視。

且對於慢性精神疾病朝向康復發展的照顧關係之研究指出，當身為照顧者若能協助住民在類似家庭的環境生活，能促使他們的生活獲得真實感且有意義，並能在面對持續退化、甚至失能的疾病生活時，持續擁有生命的尊嚴（Pejlert, Asplund, & Norberg, 1999），因此，當身為護理機構的負責人的經營理念是以家庭化的照顧模式且人性化的照顧關懷出發，即能使居住在精神護理之家的疾病慢性長期化之住民，持續擁有較佳的生活品質及擁有較好的生命尊嚴。

### 三、精神護理之家經營的困境及發展

目前二十一世紀的健康照護體系有下列幾項特點對護理專業發展有較大的影響：（1）消費者和保險給付者對服務成本及效能之重視，（2）醫療人員在市場的競爭性日益提高，（3）以社區為基礎的健康照護服務逐漸擴展中（陳，2002），在本研究所看到的機構經營所面對的困境，和新世紀的整個健康照護體系發展更是息息相關，新的服務模式建立仍須與市場原有的社區復健機構，特別是康復之家與精神護理之家的收案標準的區隔性，多年來行政院衛生署（1998）檢討報告，國家精神醫療政策探討（陳，1997）顯示，現今精神醫療體系普遍仍存在「精神醫療措施與衛生政策未能配合，社區醫療給付標準未盡合理等問題」，所以此困境仍有待政府在衛生及社會安全全部組織架構規劃時將社會福利三大項制度醫療、年金、照護收容的發展，結合衛政、社政、勞政及教育資源，使能建構持續性、完整性之精神社區復健網絡，提供慢性精神疾病患者更適切之就醫、就業、就養、就學之連續性服務網絡，並以提升精神疾病患者及照顧者之社區照護與生活品質。

目前經營型態皆為醫院附設護理之家，其具有醫療方便性之優勢，但對於處於地僻人稀之處，與社區資源的連結相對重要，因為慢性精神疾病之住民與一般肢體不便需要長期照顧的住民不同，他們可以自由活動，需要再將其潛能發揮，促使其獨立生活自主性更增加，社區民眾對精神病患的看法需破除迷思，對精神疾病的污名化與標籤化之刻板印象，亦需藉由健康倡導加以宣傳。

以醫院為基礎的照顧模式與社區式照顧相比較，後者是較具效益，不但可控制成本，且是較傾向真實的生活情境（Ruggeri & Tansella, 1995），但目前全民健保對精神護理之家的住民生活醫療照顧並無可支付項目，依現有的健保給付結構來看，精神醫療

體系仍偏重醫院住院醫療之發展，對多數在社區功能退化之病人復健和照顧之資源仍相當缺乏，精神護理之家內托育養護個案所依賴的是內政部公布由直轄市及縣（市）政府應逐年編列預算所辦理的身心障礙者生活托育養護補助的費用。建議在未來保險給付亦應修正，像是規劃長期照顧給付資源，對增加社區機構式服務給付範圍，或擴充民間保險服務範圍及保險對象，如此才能增加對精神護理之家服務之接受度。精神復健工作不只是著重住民在病情控制與管理，而是需以整個社區為架構，在住民生活能力的發展，對此能力的培訓，就精神衛生護理基層的實務工作者，更需不斷提升在此部分的知識與技能，此應是護理相關學會安排在職教育課程時，重要的加強內容。

## 結 論

本研究結果發現精神護理之家護理人員的功能有七項，分別為營造尊重住民需求的環境、強化自我生活照顧的訓練、支持情緒穩定、提供專業衛教、維繫與家屬互動、連結社會資源以及探討實務問題。且也提出目前機構在經營精神護理之家的現況與困境，可作為未來有志發展此種服務模式的執業者和中央醫療管理者政策研擬的參考。令人欣慰的是，經過多年的努力，衛生署已決定醫事處是精神護理之家的督導或評鑑的主管單位。將於96年起訪察督考，應有助於提高護理之家的服務品質。

## 研究限制

本研究主要是透過質性研究的訪談方式來獲得目前精神護理之家的護理功能的展現，而限於時間和人力，僅就現有的四所精神護理之家的負責人進行深入訪談，未能兼顧其他工作人員，故研究結果難以廣泛性推論，且此照顧服務模式的推展至今僅有一年半，仍在服務發展的開始階段，建議未來若能持續針對精神護理之家進行品質管理的研究，將更更有助該服務模式的推廣與成效提升。

## 致 謝

本研究得以完成要感謝四所護理之家的行政主管

與工作人員熱心的參與，提供詳盡的資料與訊息，也感謝臺北榮民總醫院蔡欣玲副主任、前臺北市立聯合醫院松德院區陳碧霞主任、草屯療養院邵文娟主任、嘉南療養院沈淑華主任、凱旋醫院蘇淑芳副主任以及花蓮玉里醫院的林絨護理長在本研究進行期間所提供寶貴的意見，以及衛生署對此計劃經費補助，在此一併謝忱。

### 參考文獻

- 內政部統計處 (2006, 8月17日) · 內政統計通報：九十五年第33週身心障礙者人數統計 · 2006年9月22日取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 行政院衛生署 (1998) · 社區精神醫療保健供作之評價研究 · 台北：台灣省公共衛生研究所出版。
- 行政院衛生署 (1998) · 精神病患照顧體系權責劃分建議表 · 2005年3月5日取自 <http://61.60.79.3/law/a5-C.htm>
- 行政院衛生署 (2003, 11月21日) · 護理機構設置標準表 · 2005年3月5日取自 <http://www.ccmp.gov.tw/index-c/statute/921121.doc>
- 余漢儀 (2002) · 精障者社區復健模式之探討—以台灣地區的四個康復之友為例 · *中華心理衛生刊*, 11 (4), 73—103。
- 吳文正 (2003年, 3月) · 精神障礙者照護之現況分析與未來發展—衛生政策層面 · 於國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，台灣精神障礙者照護發展研討會 · 台北：台大醫學院。
- 宋麗玉 (2004年, 3月) · 台灣精神障礙者社區照護 (復健) 發展 · 於國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會 · 台北：台大醫學院。
- 莊明敏、鄭若瑟 (1995) · 精神病患醫療服務體系之檢討 · 台北：行政院研究發展考核委員會。
- 許景鑫 (2006年, 6月) · 社區精神復健之衛生政策及未來展望 · 於行政院衛生署桃園療養院主辦，95年度台灣社區精神復健檢討會 · 桃園：桃園療養院。
- 郭峰志 (2001) · 現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系 · 台北：心理出版社。
- 陳永興 (1997) · 國家醫療與精神醫療政策 · *台灣精神醫學*, 11 (1), 3—15。
- 陳惠姿 (2002) · 護理之家作業規範 · 台北：中華民國長期照顧專業協會。
- 楊羅觀翠 (1993) · 以社區工作手法推行復康工作-社區工作新程式 · 台北：台灣商務印書館。
- 葉玲玲 (2004年, 3月) · 各國精神障礙者社區照護之比較探討 · 於國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，台灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會 · 台北：台大醫學院。
- 葉淑惠、林麗味、王興耀、賀天蕙 (2001) · 護理之家護理人員對老人照護知識及老人照護在職教育之需求 · *護理研究*, 9 (3), 300—310。
- 賈淑麗 (1999) · 長期照護之服務模式，於阮玉梅合著，*長期照護概論* (二版, 33-62頁) · 台北：華杏。
- 劉淑娟、盧美秀、鄭綺 (2004) · 好的護理對護理人員意義 · *新台北護理期刊*, 6 (1), 1—10。
- 鄭若瑟 (2003, 3月) · 台灣精神障礙者照護之現況分析與未來發展—醫療層面 · 於國家衛生研究院論壇長期照護委員會主辦，台灣精神障礙者照護發展研討會 · 台北：台大醫學院。
- 蕭淑貞、黃宜宜、林靜蘭 (2005) · 社區精神衛生持續性護理的現況和展望 · *護理雜誌*, 52 (1), 11—17。
- 謝佳容、蕭淑貞 (2005) · 國內精神護理之家的發展與挑戰 · *中華民國精神衛生護理學會會訊*, 51, 1—3。
- 謝明憲、劉智民 (1999) · 社區精神醫學，於李明濱主編，*實用精神醫學* (二版, 353-357) · 台北：國立台灣大學醫學院。
- Eisch, J. S., Brozovic, B., Colling, K., & Wold, K. (2000). Nurse practitioner geropsychiatric consultation service to nursing homes. *Geriatric Nursing*, 21(3), 150—155.
- Jeon, Y. H., Brodaty, H., & Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 297—306.
- Laffrey, S. C., & Kulbok, P. A. (1999). An integrative model for holistic community health nursing. *Journal of holistic nursing*, 17(1), 88—103.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*.

- Beverly Hills: Sage.
- Pejlert, A., Asplund, K., & Norberg, A. (1999). Towards recovery: living in a home-like setting after the move from a hospital ward. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 663—674.
- Reimanis, C., Cohen, E. L., & Redman, R. (2001). Nurse Case Manager Role Attributes: Fifteen Years of Evidence-based Literature. *Lippincott's Case Management*, 6(6), 230—239.
- Ruggeri, M., & Tansella, M. (1995). Evaluating outcome in mental health care. *Current Opinion in Psychiatry*, 8(2), 116—121.
- Storfjell, J.L., Mitchell, R., & Daly, G.M. (1997). Nurse-managed healthcare: New York's Community Nursing Organization. *Journal of Nursing Administration*, 27(10), 21—27.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1995). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Wold, K., & Wold, M. (2002). Psychiatric nurse practitioners in long-term care: role, function, and relationship to social work practice. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 1(1), 53—67.
- World Health Organization [WHO] (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: The Organization.
- Zinn, J. S., Aaronson, W. E., & Rosko, M. D. (1993). Variation in the outcomes of cares Pennsylvania nursing homes: Facility and environmental correlates. *Medical Care*, 31(6), 475—487.

# To Explore the Nursing Function and Management Phenomenon of Psychiatric Nursing Home

Shu-Jen Shiau<sup>1</sup> • Chia-Jung Hsieh<sup>2</sup> • Shu-Shain Chang<sup>3</sup> • Chu-Li Tseng<sup>4</sup>

**ABSTRACT:** The purpose of this research was to explore the care model in psychiatric nursing homes, to understand the managerial situation at such homes and the difficulties faced by their management teams, and to understand the role functions of their nursing staff. The qualitative research method of content analysis was adopted. The data were collected from the files of four psychiatric nursing homes and in-depth interviews with key persons. The results of content analysis of the data showed that there are seven types of role function among nursing staff members, and that managers face four major difficulties at psychiatric nursing homes. The findings of this study may serve as a reference for managers or policy makers in the setting of job norms and critical standards, and in training for planning in community psychiatric nursing homes.

**Key Words:** psychiatric nursing home, management, nursing function, psychiatric care.

---

<sup>1</sup>RN, PhD, Professor, School of Nursing, College of Medicine, Fu-Jen Catholic University. President of Psychiatric mental Health Nurses Association, Republic of China. Chairperson, Committee of Psychiatric Mental Health Nursing, Taiwan Nurses Association; <sup>2</sup>RN, PhD, Lecturer, College of Nursing, Taipei Medical University; <sup>3</sup>RN, Director of Nursing Department, Yu-Li Hospital, Department of Health; <sup>4</sup>RN, MSN, Director of Nursing Department, Yu-Li Veterans Hospital.

Received: June 1, 2006      Accepted: September 1, 2006

Address correspondence to: Chia-Jung Hsieh, No. 250, Wu-Xin Street, Taipei 110, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)27361661 ext. 6330; E-mail: chiajung@tmu.edu.tw