

台灣社區工作與社區研究學刊 第十卷第一期

2020 年 4 月 頁 63-108

DOI: 10.3966/222372402020041001003

研究論文

精神障礙者的健康服務使用^{*}

游淑真^{**}

長榮大學醫務管理學系助理教授

收稿日期：2019 年 1 月 4 日。接受刊登日期：2020 年 3 月 1 日

^{*} 本文為研究者學位論文改寫。

^{**} 通訊作者：ormera@mail.cjcu.edu.tw

中文摘要

本研究了解精神障礙者的健康服務使用情形與相關影響因素。調查對象為精神復健機構的精障者。研究採用分層叢集取樣法，取得桃園、台中、台南與高雄四都 19 間機構共 333 筆樣本。資料蒐集工具為自編式問卷，以 SPSS 20.0 統計軟體進行描述性統計、獨立樣本 t 檢定、皮爾森相關係數及迴歸分析。研究結果指出：1.就業、教育、障礙程度、就醫年齡、入精復機構年齡這五項個人因素能預測精障者的健康服務使用。2.睡眠與慢性病數量兩項影響因素能預測精障者的健康服務使用。3.精障者的健康服務使用行為具有時間變化特性，且服務歷程可具體由服務項目、回診頻率、使用服務期間等變項來測量。文末分就心理衛生教育、銜接社區長照資源、建構良好睡眠環境、未來研究提出建議。

關鍵字：精神障礙者、健康服務使用、影響因素

Health Service Use for People with Mental Disorders

Yu, Shu-Chen

Assistant Professor, Department of Health Care Administration, Chang Jung
Christian University

Abstract

The study aimed to investigate the use of health services by people with mental disorders and the influencing factors which were relevant to their use. The subjects were people with mental disorders in psychiatric rehabilitation institutions. Stratified cluster sampling was adopted in the study, and 333 samples were obtained from totally 19 institutions in Taoyuan, Taichung, Tainan and Kaohsiung. The tool of data collection was a self-made questionnaire. The SPSS 20.0 statistical software was adopted for conducting descriptive statistics, independent samples t-test, the calculation of Pearson correlation coefficient and regression analysis. The study results showed that: 1) Five personal factors, which were employment, educational attainment, degree of disabilities, the age of a subject when he/she received medical treatment and the age of a subject when he/she received psychiatric rehabilitation service, were predictive of the health service use of people with mental disorders. 2) Two influencing factors, which were sleep and the number of chronic diseases, were predictive of the health service use of people with mental disorders. 3) The health service usage behaviors of people with mental disorders had time-varying characteristics, and the service history can be measured by variables such as service items, frequency of returns and period of service use. At the end of the study, suggestions for promoting mental health education, connecting psychiatric rehabilitation institutions to the long-term care resources in communities,

developing a good sleep environment and future research were respectively proposed.

Keywords: People with mental disorders, Health service use, Influencing factors

壹、前言

精神疾病為腦部疾病，造成個人在認知、思考、知覺、行為等方面的困擾，研究指出了精神障礙者（以下簡稱精障者）在社區生活的複雜多元需求，涵蓋了疾病管理、危機處置、心理復元、生活管理、家庭支持及社會參與（劉玟宜、戎瑾如、李坤黛，2012），顯見精障者在復原歷程面臨著諸多挑戰。相關服務規劃方向由早期聚焦於疾病治療，滿足個人基本需求，逐漸擴展至融入社區生活能力的維持，服務場域由醫院內漸擴展至常態社區環境，展現關注由「病」人轉變至病「人」的目標。服務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、疾病處理、人際互動等議題，透過一系列的服務，包含在社政、勞政、衛政、教育等各服務系統依權責而分工負責。

然而精障者在服務使用過程仍有遭遇困難，根據民國 105 年全國身心障礙者調查報告，慢性精神病患者使用福利服務困難的前五名分別是：申請資格太嚴格（30.54%）、相關資訊取得不足（21.03%）、補助金不足（18.25%）、申請手續太麻煩（15.24%）、相關規定/法律了解不足（9.90%）（衛生福利部統計處，2018），這些顯示服務阻礙並非是供給量不足，而是服務本身如何被使用者順暢運用。思考若精障者在使用社會福利服務時尚且有這些困擾，面臨常態使用的健康服務時是否也遭遇此處境，究竟哪些情況影響精障者使用服務時為順暢或困難？由此衍生本研究的一個好奇，欲探究哪些因素會影響精障者使用健康服務的過程。

檢視精障者相關的研究議題，大致歸類出八種型態：1.與就業服務相關；2.精神領域工作者；3.精障者權益、法令等主題；4.精障者社服單位或方案主題；5.以輔助科技、介入策略、服務工具等主題；6.家庭照顧、成員關係、角色探討

等主題；7.精神復健服務主題；8.復元相關主題。諸多層面可了解個人如何受到疾病影響及帶來各種生活適應的挑戰，尚欠缺了由歷程觀點來理解使用服務的樣貌。若由病情發展指標來看可分為病前驅期（prodromal phase）、急性發病期（active phase）、殘餘期（residual phase）（楊添圍，2016），顯示病程發展具變化性。思考精障者在各個患病時期的服務使用行為應有差異性，若能釐清應有助於工作者更敏察於服務規劃。由此衍生本研究的第二個好奇，是了解精障者在不同患病階段的健康服務使用，本文指涉「服務」包括了精神健康服務及一般健康服務¹。

綜合上述，本研究問題一是有哪些原因影響精障者使用健康服務，二是精障者在生病過程的健康服務使用情形為何，研究目的是分析精障者的服務使用影響因素，探究不同時期使用健康服務的概況。期盼研究結果能提供服務單位及助人工作者規劃整體服務的前置參考。

貳、文獻探討

本文分就人口學特徵及影響因素來探討精障者健康服務使用的情形，並討論健康服務及服務使用歷程之內涵。研究亦參考 Andersen（1995）第四版的「健康服務使用模式」²（the behavior model of health service use）作為文獻回顧與研究設計的參考架構。茲分述如下：

¹ 本研究「精神健康服務」，指精障者因精神疾病而使用各種精神醫療或精神復健服務。「一般健康服務」，指精障者使用精神科以外的其他科別來治療生理疾病。

² 此模式在 1968 年首次提出，最初被設計來解釋個人的健康服務使用，陸續於 1970、1980 年代修正，於 1995 年提出第四版模式，內容涵蓋了環境（environment）、人口特性（population characteristics）、健康行為（health behavior）與成果（outcomes）四個面向，指出服務使用與持續性健康狀態的多重影響，其健康結果也具有回饋圈的特性（Andersen, 1995）。本文參考該模式的誘發特質、使能資源、需求、健康服務使用四項做為文獻討論及研究設計架構。

一、人口特性因素對健康服務使用的效果

精障者人口學特徵不同造成其使用健康服務的表現有所差異。有研究從再住院服務的使用行為來看，發現較年輕與高齡精障者（14 歲以下與 60 歲以上者）有較低的再住院率（林志銘、李中一，2014），高齡者較容易使用基礎式健康照護或日常服務，而年輕與症狀更嚴重的精障者更常使用住院服務、心理輔導服務等特定精神健康服務（Carr, Johnston, Lewin, Rajkumar, Carter and Issakidis, 2003；Shaw, Patterson, Semple, Halpain, Koch, Harris, Grant, and Jeste, 2000），年齡因素也反映出病況的變化，較年長者病情已慢性化且穩定，服務使用偏向社區基層式照護。性別方面，女性相較於男性更易接觸使用各種健康服務（Biji and Ravelli；Fleury, Grenier, Bamvita, and Caron, 2014），根據我國健保統計資料（2017）顯示精神與行為疾患者門診及住院率以女性高於男性，尤其在精神、壓力與相關適應障礙、情感性精神病這幾類的對象也以女性居多，呈現性別差異與特定疾病的關係。學歷越高的精障者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多（Biji and Ravelli, 2000），學歷因素可能反映個人對疾病及尋助資訊取得的能力而影響使用服務的型態。社會結構方面像是獨居、單親、失業、未婚、障礙者、已獲得福利服務者，使用各種精神健康服務的比例也較多（Biji and Ravelli, 2000；Carr et al., 2003；Chang, Chiang, Chang, Chang, and Ho, 2012），這些對象群的社會角色或個人健康導致生活不利條件更多，往往需外部服務資源來獲得滿足。歸納上述所得，性別、年齡、教育、婚姻、就業等因素均會影響精障者的健康服務使用情形。

二、精障者的健康服務

精神健康服務 (mental health services) 是精障者病後長期使用的重要服務，在 Biji and Ravelli (2000) 研究指出該服務已建構為多元層次的照顧體系，依照服務使用 (care use) 來源有四種類型：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)。此分類特性如光譜性質，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多種特性。此外，也有研究調查特定精神健康服務的使用情形，如急診服務使用 (Chang, Weiss, Orav, and Rauch, 2014)、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)、家庭團體處遇方案對病情及服務使用的影響 (Dyck, Hendryx, Short, Voss, and McFarlane, 2002)、初次發病精神病患的早期介入方案 (Hensel, Banavan, Cheng, Langley and Dewa, 2016)。其他研究則關注精障者使用健康服務的傾向或影響因素，如預測精障者急性病房自動出院的因子 (郭建成、崔秀倩、沈淑華、林麗娟、唐心北、張達人，2005) 與影響因素 (王仁邦、高鳳美、紹文娟、吳聖良、陳快樂，2006) 等。這些多面向的精神健康服務使用議題反映出在整體精神健康服務體系的大架構下，各個環節的服務供給仍有待釐清之處。

一般健康照護服務 (health care services) 也相當重要，源自於障礙者生理自然或人為因素而衍生的「續發損傷」(secondary impairment) (林昭吟，2012)，而有生理照護需求。精神疾病特性如負性症狀，降低人的活動力與興趣、用藥副作用影響如暈眩與無力等，致有合併其他慢性病的精障者更需要一般科治療。

有研究即發現罹患慢性病之精障者有較高的急診醫療使用率(黃金安、林欣宜、黃靖媛、翁瑞宏, 2017), 顯示生理健康問題與其健康服務使用行為具有關聯。此外, 在使用一般健康照護(physical health care)服務時, 可能遭遇阻礙像是花費過高、服務地點過遠、缺乏後續追蹤、過長的服務等待時間(Chadwick, Street, McAndrew, and Deacon, 2012), 在面對這些不同科別用藥、副作用處理、是否告知醫師、安排就診行程等等, 可能促使精障者感受服務遭遇困難而決定擱置。

本研究擇取精神健康照護服務及一般健康服務作為調查範圍, 考量一基於為各年齡層精障者較具共通經驗可供調查, 考量二是精神疾病特性造成對個人記憶、認知等影響, 調查過多的服務項目恐致受訪者不易填答或回憶困難, 因此研究聚焦調查精障者使用精神健康與一般健康的服務概況。

三、影響服務使用之因素

本文將 Andersen (1995) 健康服務使用模式的使能因素、需求因素合併, 作為討論影響因素的參考, 茲說明如下:

「使能因素」具有易變的特性(mutable), 與促成個人使用服務有強烈相關(Andersen, 1995), 例如擁有使用服務的完整資訊、具備溝通能力、較佳交通條件等, 此類社會功能也反映出精障者尋求服務的能力(Carr et al., 2003), 當相關能力有限或欠缺時往往形成使用服務的阻礙(Chadwick et al., 2012)。如前文提及精障者使用福利服務遭遇困難的前二名是「申請資格太嚴格」、「相關資訊取得不夠」(衛生福利部統計處, 2016), 反映了接觸服務初期的問題, 更遑論後續使用過程所遭遇的阻礙。某些服務需有部分或全額負擔費用時, 則擁有較高收入者, 是決定服務使用的重要因素之一(Fleury et al., 2014), 而服務有免部分負擔時, 也會提高個人使用特定服務的比例(林志銘等, 2014), 顯

見費用、擁有可支配財力是影響使用服務的因素。此外，使能資源確實是生活中可真實運用的，Andersen（1995）便指出健康服務工作人員與設施是在生活或工作情境可接觸者，且服務使用者能運用方法與知識取得服務並使用。由此得知可接近性、知識或服務資訊、服務系統關鍵者均可能是精障者使用健康服務的影響因素。

「需求」是個人立即可發生服務使用的理由，也可能透過其他介入而改變需求的增減程度（Andersen，1995），因此，包含來自使用者的主觀感受呈現與測量工具的客觀評估，例如透過疾病症狀的測量、或醫療狀態、病況嚴重程度、遭遇事故等（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、酒藥癮者或先前服務使用經驗等都是個人使用服務的原因（林志銘等，2014；Biji and Ravelli，2000；Carr et al.，2003；Shaw et al.，2000）。一項調查高度使用住院服務之研究（Chang et al.，2012），發現前三名原因是家庭問題、攻擊行為與自殺行為。另一項高度使用急診服務的研究，也歸納出個人及環境相關特性：無固定住所、毒品陽性反應、有醫療保險、人格違常、罹患肝膽疾病等（Chang et al.，2014）。此外，黃金安等（2017）研究發現合併有慢性疾病的精障者使用急診醫療的機率較高，顯示慢性疾病是引發個人使用特定健康服務的因素之一。歸納上述研究結果，可知引發精障者服務使用的四類需求：一是疾病治療，如精神疾病影響、藥酒癮問題；二是生活需要，指生活遭遇的問題，如家庭問題；三是親友無法協助，如個人遭遇重大事故，需要單位提供專業服務；四是健康問題，例如罹患慢性疾病。

四、精障者的服務使用歷程

精障者初生病時未必直接循精神科治療方式，有些人先採取傳統與宗教療法（Adeosun, Adegbohun, Adewumi, and Jeje，2013），之後才進入精神健康服務

系統，或是由其他醫療科別轉介至精神科治療確診（Anderson, Fuhrer, Wynant, Abrahamowicz, Buckeridge, and Malla, 2013），反映個人在就醫治療前可能擁有數段尋助經驗。值得探究的是，未直接使用精神科治療，對後續病情治療及病況帶來影響為何，曾有研究調查最初尋求非正統治療（nonorthodox healers）者，日後有較多次的尋助歷程（Adeosun et al., 2013）。較多的使用服務經驗，可能反映對服務體系的熟悉度，這些經驗應能做為後續是否再進入服務體系的參考。研究發現健康服務的高度使用者較願意使用政府及社區非健康組織的服務，像是居住、自助團體及諮商服務等，而接受福利服務的病人也較常接觸使用健康服務（Carr et al., 2003）。若能了解精障者先前的尋助經驗，對後續評估與服務介入更具有參考意義。

探究精障者的尋助過程，應釐清的是「未獲處遇的精神病持續時間」（duration of untreated psychosis, DUP），指的是尚未接觸服務系統的潛在服務使用者。研究顯示已有精神症狀卻未進入服務體系者，在初發病後一至二年內反覆復發、以及初期幾年因精神疾病累積的負性症狀，與後續 5-10 年間的嚴重神經認知是相關的（Birchwood, Todd, and Jackson, 1998），未能即時進入醫療服務系統，造成了病況惡化與生活干擾。相反的，即早介入精神健康服務，較有機會提供患病者的後續正確療程，早期介入也能明顯改善照護的不良結果（Srihari et al., 2014）。因此，了解初發病後到正式使用精神醫療的持續時間，有助探討服務供給端至服務使用端的落差。

探究精障者的服務使用行為多採回溯式調查，觀察期間設定為半年至數年不等，較多研究設定為一年期程（Biji and Ravelli, 2000；Carr et al., 2003；Chang et al., 2014；Dyck et al., 2002；Fleury et al., 2014），此調查區間較能貼近個人近期的生活實況。也有其他研究設定特殊的追蹤期程，如 Hensel, Banavan, Cheng, Langley, and Dewa（2016）針對初次發病精神病患的早期介入方案安

排六個月的追蹤期；Chochinov, Martens, Prior, and Kredentser (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；亦有研究追蹤時間長達四年(Anderson et al., 2013; Chang et al., 2012)。研究設定適當的調查區間，減少受訪者因回溯過久的資訊致資料失真，避免過短觀察期而忽略真實的服務使用經驗。上述研究結果均指出了「時間特性」在精障者服務使用研究的重要性，若能探討不同時期的服務使用，更可掌握服務變化情形。

彙整前述文獻回顧結果與參考 Andersen (1995) 的「健康服務使用模式」架構，可供本研究設計參考的變項：個人背景因素的性別、年齡、教育、婚姻、就業等變項，研究將再納入疾病診斷類別與障礙程度，以了解疾病因素與服務使用的關聯；健康服務範疇，本研究聚焦於精神健康服務與一般健康服務；影響因素方面，包括有使能因素與需求兩類型；最後在服務歷程方面，歸納四個變項為「使用項目」、「使用經驗」、「使用頻率」與「持續時間」。

參、研究方法

本研究架構如下（圖 1），自變項為個人背景因素與服務使用影響因素，依變項為服務使用歷程因素。因精障者的「服務使用歷程」具有時間變化特性，在研究設計是對精障者初發病時³、正式就醫後、進入精神復健機構（以下簡稱精復機構）之後的三個時期調查服務使用情形。綜合提出二大解釋模型，一是個人因素與使用因素互有關聯，二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。

³ 本研究調查精障者在不同時期使用健康服務的情形，為便利資料登錄，設代碼 S1 為精障者初發病時期、代碼 S2 為精障者正式就醫後時期、代碼 S3 為精障者進入精神復健機構後時期。

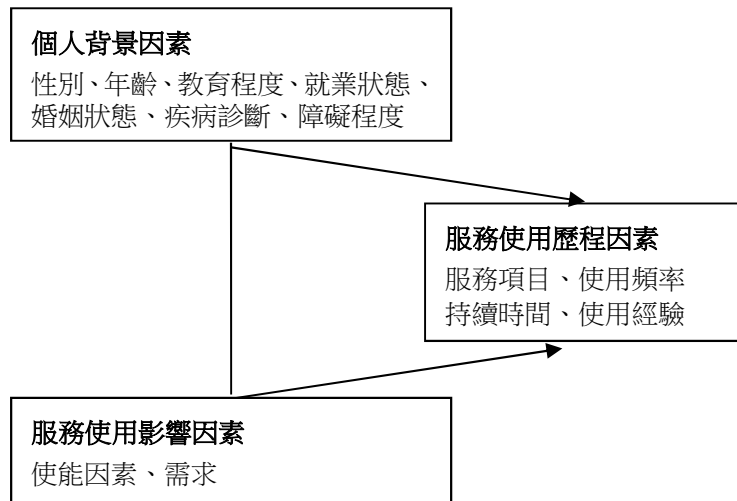


圖 1：研究架構圖

研究對象為目前正在使用精復機構服務的精障者，按健保署規定之收案標準⁴，到復健機構之精障者已有明確精神診斷，病況較穩定，至少已使用精神醫療服務與精神復健服務，自初次發病、接受精神科治療到目前使用精復機構服務，應已歷經一年左右，歸納這些特性能符合本研究調查的對象。

研究採取分層叢集取樣法 (Stratified cluster sampling)，分成兩階段取樣。第一階段抽取縣市，有關母群體資料依據衛生福利部統計處 (2016) 之精神醫療資源現況表調查結果，取得全國有 203 間精神復健機構，分佈於 19 個縣市，其中以台北與新北市佔全國將近 37% 的機構數，基隆、雲林、台東、嘉義縣等為 1 至 2 間，而金門、澎湖與連江縣尚未設立，顯見各縣市機構數量差異大。又機構設置主要為醫院附設或獨資兩種來源，本研究欲探討一般社區精障者使用服務的情形，故取樣來源排除醫院附設的機構。綜上所述，在第一階段取樣有四項排除條件：該縣市無精復機構、該縣市機構發展蓬勃、該縣市機構發展規模偏少、醫院附設的精復機構。最後取得可供研究的縣市及母群體數量，分

⁴ 精復機構收案標準：1.精神狀況穩定，且無自傷、傷人之虞。2.無嚴重之生理疾病。3.願意接受精神科治療。4.能參與復健方案或外出工作。5.願意遵守生活公約 (衛生福利部中央健康保險署，2016)。

別是桃園市 20 間、台中市 9 間、台南市 9 間、高雄市 12 間，合計 50 間。第二階段取樣的排除條件，包含有機構不同意接受研究，與精障者的無意願接受研究、精神症狀干擾而無法進行填答問卷，關於精神症狀評估，則委請機構工作人員協助。

回收樣本數的比例亦根據 2016 年精神醫療資源現況表中，精神復健機構登記服務量來進行推估，四都分別是：桃園市 41.6%，高雄市 21.9%，台中市 18.8%，台南市 17.6%，總回收樣本數應至少達 300 份，問卷回收共 361 份，有效樣本為 333 份。實際調查時，考量機構可填答問卷的人數、機構活動時間安排、受訪者意願與填寫狀況等因素，在各機構採取一次性的問卷施測，每次約為 10 至 30 名對象。

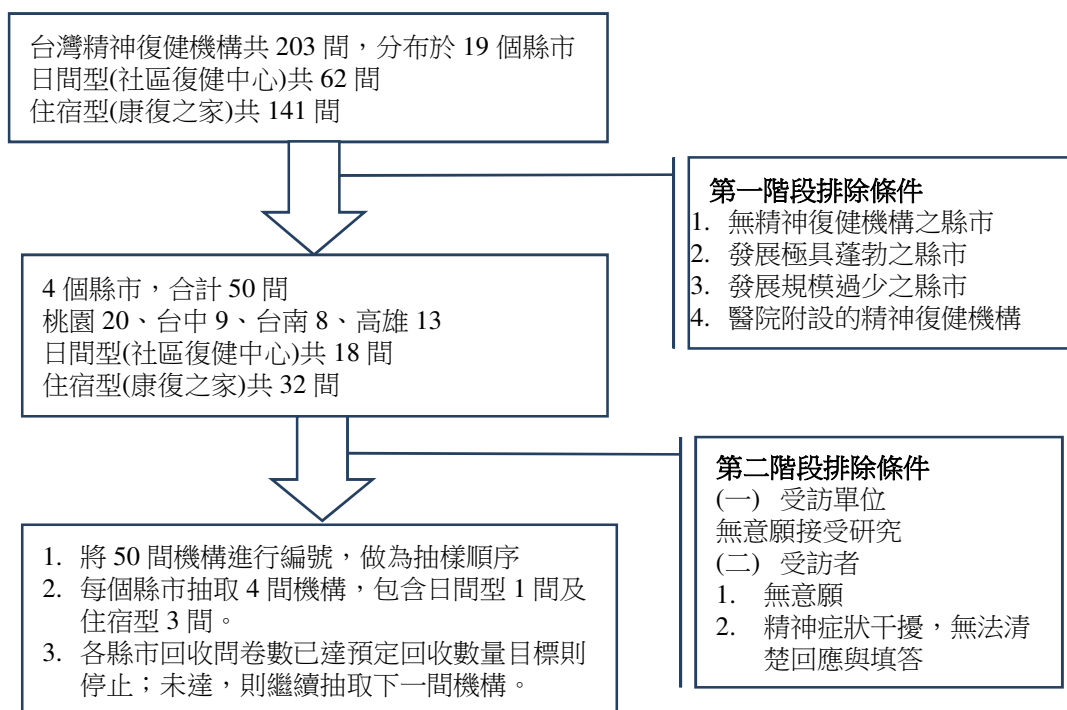


圖 2：抽樣架構圖

表 1：問卷發放及回收一覽表

區域	問數	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	107	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

研究採用調查法來蒐集精障者服務使用的資料，測量工具為自製結構式問卷。問卷設計涵蓋四個階段：1.文獻回顧，並參考 Andersen(1995)第四版健康服務使用模式來建立研究設計與擬定變項的基礎。2.安排深度訪談精障者、照顧者與工作者 9 位，取得精障者使用健康服務的概況，歸納影響因素與歷程因素的要項，編制問卷初稿。3.邀請醫師、社工、職能、護理領域各一位專家審閱問卷，取得專家效度並再度修訂問卷。4.安排小樣本試測活動⁵，回收 32 份樣本，信度檢測使用社會科學統計套裝軟體（SPSS for window20.0 中文版）計算 α 系數(coefficient alpha)，針對年齡變項、服務使用影響因素，檢測結果：1.年齡：有關精障者的四個重要年齡：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.888⁶。2.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。表示題目的一致性尚在可接受範圍。

⁵ 本研究在四都各邀請 1 間精復機構進行問卷試測，包含 3 間康復之家，1 間社區復健中心。於正式施測時已排除這 4 間精復機構。

⁶ 信度系數越接近 1，表示量表或測驗的信度越高；信度系數值越接近 0，表示信度越低（吳明隆、涂金堂 2016）。

統計工具為社會科學統計套裝軟體（SPSS for window20.0 中文版），透過運用獨立樣本 t 檢定分析、Pearson 相關分析、迴歸分析等進行描述性統計與推論性統計分析。

肆、研究結果

受訪者來源有 72.4%來自康復之家，有 27.6%來自社區復健中心。填寫人有 85.3%為精障者本人，有 2 份由家屬協助完成，另有 14.1%是由機構工作人員協助完成，需輔助填答的題項是疾病、福利身份與年齡問題，包括了疾病診斷、身心障礙程度、剛生病時的年齡、來到精復機構時年齡等。

樣本基本資料詳見表 2，整體以中壯年與中高齡精障者為主，男性稍多，教育程度為高中或高職學歷居多，就業狀態以目前從事某種家務(或代工、勞務性的訓練)為主，有就業者稍高於未就業者，診斷多數是思覺失調症患者，障礙程度以中度為主，大致符合全國精障者基本資料分佈，唯年齡、就業、婚姻與診斷變項有所差異。此反映精復機構特性所收對象群的緣故。精神疾病因其好發年齡有關⁷，在病況穩定而進入復健機構，年齡已偏中壯年與中高齡為主，若與民國 105 年全國身心障礙調查報告相較，兩者均以中高齡精障者為主，但研究樣本有四成為青壯年階段，而全國比例僅有二成七，顯示本研究的服務使用者以青中壯年居多。婚姻方面，全國精障者有配偶或同居者達 40%，樣本僅有 17.1%，顯示進入機構接受服務的精障者未婚居多。本研究樣本就業率與全國精障者就業狀態⁸資料相比較，就業比例高出三倍以上，反映精神復健機構以強

⁷ 思覺失調症類群及其他精神病症多數發病於青春期到 30 歲之前(歐陽文貞、丁碩彥、詹宏裕、王禎邦、莊睿祥、陳宏茂，2019：71)。

⁸ 民國 105 年度身心障礙者需求調查報告對就業狀態的界定：1.就業者：包括(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

化社會功能及職業能力，提升自立生活的目標。診斷類別是以思覺失調症者居多，此疾病病程慢性化及相關社會功能退化等因素，導致患者更仰賴精復機構服務。由全民健康保險醫療統計資料（衛生福利部統計處，2017）可知，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，這也反映出不同疾病者的特定健康服務行為。

表 2：精神障礙者個人背景資料（N=333）

變項內容	樣本數	百分比	變項內容	樣本數	百分比
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	30	(9.0)
本人和家人	2	(0.6)	從事某種家務（或代工、勞務性的訓練）	128	(38.4)
本人和機構工作人員	47	(14.1)	想工作，但沒去找	36	(10.8)
性別			身體影響，無法工作	96	(28.8)
男	177	(53.2)	在學或準備升學	2	(6)
女	156	(46.8)	已退休	17	(5.1)
婚姻狀況			診斷		
未婚	215	(64.6)	其他器質性精神病	16	4.8
同居	4	(1.2)	思覺失調症	231	69.4
已婚	34	(10.2)	情感性精神病	81	24.3
分居	7	(2.1)	其他	4	1.2
喪偶	18	(5.4)	遺漏值=1		
離婚	55	(16.5)	障礙程度		
年齡			輕度	96	28.9
25歲以下	10	(3.0)	中度	178	53.6
26-45歲	134	(40.2)	重度	35	10.5
46歲以上	189	(56.8)	極重度	6	1.8
			沒有身心障礙證明（手冊）	17	5.1
			遺漏值=1		

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）。

以下摘要研究結果：

一、精障者個人背景因素與服務影響因素的關係

「年齡」與「知識-使能因素」、「家人-使能因素」、「生病治療-需求」為負相關，「年齡」與「罹患慢性病-需求」為正相關。「大學（或大專）以上-教育程度」者在使用健康服務時受到「知識-使能因素」、「交通-使能因素」的影響，高於「高中職以下-教育程度」者。「其他婚姻狀態（包括已婚、離婚、喪偶）-婚姻變項」精障者在使用服務時，受到「罹患慢性病-需求」影響高於「未婚者」。「中度及中度以上-障礙程度」的精障者，在「慢性病-需求」及「睡眠狀況-需求」這兩者的表現高於其他狀態者，而「輕度及未申請身心障礙證明-障礙程度」者重視「知識-使能因素」、「距離-使能因素」的表現則高於其他障礙程度者。換言之「年齡」、「教育程度」、「婚姻狀態」、「障礙程度」四個人口變項的屬性不同，反映在「收入」、「知識」、「距離」及「交通」及「罹患慢性病」等影響因素上具有顯著差異或相關。即精障者學歷為大學（大專）以上、非未婚的其他婚姻狀態、障礙程度為中度及以上，考量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具有關聯。

二、服務使用歷程因素、個人背景因素與影響因素間的關係

根據表 5 統計結果得知「年齡」與「服務使用項目」具顯著性者均為負相關，「生病年齡」、「就醫年齡」與「進入精復機構年齡」三個變項與「使用頻率」

具顯著性者均為正相關。精神健康服務之「S2 醫療導向服務」與使用頻率「S2 回診頻率」，會因為教育程度差異而有不同使用情形，S2 時期「大學(大專)以上」精障者使用醫療導向精神健康服務」及精神科低頻率回診的表現顯著高於「高中(高職)以下」者。精神健康服務之「S2 醫療導向服務」、持續時間「等候精復期間」、使用經驗「S1-S2 尋助型態」在不同的精障者婚姻屬性下有顯著差異，「其他婚姻狀態（包括已婚、離婚、喪偶）」之精障者等候精神復健服務期間顯著高於「未婚者」，未婚精障者在 S2 時期使用醫療導向精神健康服務高於已婚者，在 S1-S2 時期有複式尋助行為也高於已婚者。精神健康服務「S2 社區導向」與「S3 社區導向」，在不同的就業狀態屬性下有所差異，有就業（含訓練與部份及全職工作）之精障者在 S2 與 S3 時期使用社區導向式精神健康服務，其表現均顯著高於未就業者。持續時間「精復期間」受到疾病診斷與障礙程度的不同而有顯著差異，診斷為思覺失調症者及障礙程度為中度及中度以上精障者使用精神復健服務期間長於其他狀態者。

總結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，且是在 S2 或 S3 時期具有差異或相關特性，顯示服務使用行為在長期時間變化下具有不同的效果。

第二部分說明影響因素與使用歷程因素的分析結果。「使用項目」與「影響因素」數量為正相關，「使用項目」僅與「朋友-使能因素」及「睡眠-需求」為負相關。使用頻率「S2 時期頻率」與「收入-使能因素」、「朋友-使能因素」為負相關，且「S2 時期頻率」、「S3 時期頻率」均與「睡眠-需求」為正相關。「持續時間」與「收入-使能資源」、「罹患慢性病-需求」為負相關。「使用經驗」與「距離-使能因素」與「生病至今的尋助數量」呈現正相關，與「最早尋助方法」呈現負相關。綜合上述結果，個人背景因素的「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，影響因素中多數的「使能因素」與「需求」與服務使用歷程因素具有正相關或負相關，僅「費用」無相關。

本研究將區域及機構屬性做為控制變項，仍可發現對精障者使用服務的差異，因兩者收案對象與服務訓練內容不同，社區復健中心服務目標即著重於提升成員的社交技巧與職業功能訓練，康復之家更重視自我照顧的獨立生活訓練（張玲如，2016），促成精障者使用健康服務具有不同表現。

表3：個人背景因素與影響因素及使用歷程之獨立樣本t檢定

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
使能因素				
收入	.44	.26	3.118***	康復之家(A)>社區復健中心(B)
知識	.46	.35	1.982*	
距離	.49	.37	2.034*	輕度及未申請證明(A)>(B)中度及以上
知識	.36	.52	-2.265*	
交通	.56	.72	-2.314*	高中(高職)以下(A)<(B)大學(大專)以上
需求				
罹患慢性病	.91	1.33	-2.579*	未婚(A)<(B)其他婚姻狀態
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				
S1-S2尋助型態	.45	.32	2.144*	未婚(A)>其他婚姻狀態(B)

備註1：研究為了解變項間的差異情形，先將自變項分成兩類間斷變項，例如「學歷」分成高中職以下、大學以上兩組，此即為變項屬性A與B。

備註2：S1表示精障者生病後尚未開始就醫，S2時期表示精障者已進入精神醫療服務，尚未進入精復機構，即「等候精復期間」，S3時期表示精障者已進入精復機構，即「精復期間」，S1-S2時期表示精障者自初發病至正式就醫期間。

備註3：「S1-S2尋助型態」變項屬性有以下兩類：只採用精神科一種(0)、複式尋助(1)。

備註4：「精神健康服務」依主要的服務場域分成醫療導向與社區導向，共計8種選項讓受訪者填寫，前者包含急性住院服務、慢性住院服務、日間留院、急診服務，後者包含社區復健中心、康復之家、心理諮商或輔導、社服單位辦理活動。

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

本研究進一步採用線性迴歸分析進行變項關係預測，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。研究的容忍度數值介於 0.8 至 0.9 之間，變異數膨脹係數(Variance Inflation Factor; 簡稱為 VIF)數值均小於 2，條件指數(condition index)均小於 30，表示共線性程度造成估計問題或誤差尚在可接受範圍（吳明隆、涂金堂，2016）。由表 4 結果顯示四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上具有預測力，但因調整過後 R^2 偏低，解釋服務使用歷程仍不甚理想，尚需保守解釋。

個人背景因素中，「就業」對「社區導向-精神健康服務」具有負向影響力，顯示有就業者，使用社區導向的精神健康服務越少。「障礙程度」、「就醫年齡」對「使用精復機構期間」具有正向影響力，顯示障礙程度越高、就醫年齡越長者，停留於精神復健機構使用服務越長。相反的，「入精復機構年齡」、「教育」對「使用精復機構期間」具有負向影響力，顯示較年長年紀進入精復機構、教育程度越高者，停留於精神復健機構使用服務越短。影響因素方面，「睡眠」對「精神科回診頻率」具有正向影響力，顯示睡眠狀態越佳者，精障者回診精神科的間隔時間越長。「慢性病數量」對「社區導向-精神健康服務」具有正向影響力，且「慢性病數量」對「一般健康服務」亦具有正向影響力，表示當精障者罹患慢性病數量越多時，使用兩項健康服務的行為也較多。

綜合上述分析結果作為回應解釋模型二：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4：服務使用歷程的迴歸分析摘要表

變數名稱	醫療導向-精神健康服務			社區導向-精神健康服務			一般健康服務			精神科回診頻率			使用精復機構期間			S1S2服務使用型態			S123總方法		
	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	Beta	Std. Error	
(常數)	.283		.304				.699		.699		.406		2.201		.501				.378		
就業	-.049	.027	<u>-.121</u>	.029	-.053	.067			.065	.039			-.001	.212	-.061	.048			.043	.036	
障礙程度	.051	.039	.000	.042	-.032	.097			-.090	.056			<u>.116</u>	.303	.049	.070			.063	.052	
收入-影響因素	.075	.079	.001	.085	-.071	.196			-.042	.114			-.102	.618	-.030	.140			-.040	.106	
睡眠-影響因素	<u>-.137</u>	.030	-.107	.032	-.054	.073			<u>.168</u>	.042			.050	.228	-.056	.052			-.039	.039	
慢性病數量	<u>.122</u>	.029	<u>.161</u>	.031	<u>.243</u>	.071			-.001	.042			.097	.223	.103	.052			.100	.039	
入精復機構年齡	-.068	.004	-.098	.004	-.052	.010			.127	.006			<u>-.352</u>	.032	.023	.007			-.016	.005	
就醫年齡	-.020	.004	.006	.004	-.068	.010			.006	.006			<u>.141</u>	.032	-.075	.007			-.063	.006	
教育	-.040	.039	.016	.041	-.076	.095			-.003	.055			<u>-.134</u>	.301	-.015	.068			.077	.051	
機構屬性	.037	.087	<u>.174</u>	.093	.075	.214			<u>-.152</u>	.124			.068	.672	<u>.114</u>	.153			.027	.115	
距離-影響因素	.024	.079	.081	.085	.069	.195			-.003	.113			.032	.612	.000	.139			<u>.116</u>	.105	
R ²	.055		.109		.104				.083				.137		.042				.048		
Adjusted R ²	.025		.080		.076				.054				.109		.011				.017		
F	1.823		<u>3.842</u>		<u>3.665</u>				<u>2.868</u>				<u>4.872</u>		1.343				1.572		

備註：粗體斜體標記者，表示 P<.05

伍、研究討論

以下分就個人背景及影響因素探討精障者的健康服務使用概況：

一、不同個人背景因素與健康服務使用的關係

年齡變項方面，本研究發現年輕精障者的「知識資訊」、「家人陪同」、「生病治療」的因素表現高於年長者，且年輕精障者的「慢性病」因素表現低於年長者。初發病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、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐，2010），能夠具體處理疾病治療與輔助生活適應，而年長精障者的精神病況相對更為穩定，但生理老化及一般疾病問題較為常見，研究也指出當精障者必須使用醫療服務時，較多原因是生理健康照顧與治療議題，且住院日數較長（Hendrie, Lindgren, Hay, Lane, Gao, Purnell, Munger, Smith, Dickens, Boustani, and Callahan, 2013）。針對高齡精障者照護，除了追蹤精神科回診情形，應結合更多的基礎保健措施於例行的復健活動，提高自我健康管理的知能。

其次，年長精障者的精神科回診頻率較低於年輕精障者。由門診頻率的使用反映精神病況的穩定度，年輕精障者的病況穩定度較低。此與曾秉濤、鍾偉倫、張志華、張義宗、林博彥、吳景寬（2014）研究相近，其調查出院後再住院的危險因素，發現再住院病人年紀顯著較年輕。Carr et al.（2003）及 Shaw et al.（2000）研究也指出較年輕、病況嚴重族群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。此結果供工作者思考對不同年齡群體的病況穩定介入策略應有差異，對偏年輕群體精障者更著重強化辨識自我發病前兆的知能，對高齡精障者則多關注生理疾病引發干擾精神症狀的問題。

再者，較年輕即就醫治療，後續使用精神復健服務的期間較短。較年輕時即進入精復機構，後續停留於精神復健服務的期間較久。根據台灣慢性精神疾病盛行率來看，患病高風險期集中於 30 至 59 歲區間（鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定，2016），若精障者越年輕即開始使用精神復健服務，顯示就醫治療為更早時期，其社會化功能發展可能尚未成熟，更需仰賴環境支持來協助個人生活，例如透過精復機構服務。相較之下，較年長精障者通常已在其社會環境發展各項社會關係與建構社會資源，當需要進入精神復健機構使用服務的過程中，較有社會資源作為個人提早離開精神復健服務的支持條件。

針對教育背景與健康服務使用的關聯有三點：一是大學（大專）教育程度精障者的「知識」、「交通」因素表現高於學歷為高中職以下精障者；受教育程度越高者，可能在取得資訊後提高自主使用服務的能力，故較重視的是交通因素。第二是 S2 時期，教育程度較高者使用醫療導向精神健康服務較多、精神科回診間隔較長。此結果與國內 Chang et al., (2012) 研究相近，其結果發現高中以下教育程度是預測高頻率使用精神科服務的因素。本研究認為，發病時間較晚者接受教育的完整度較高，可能提高其生病接受治療的意願，使用精神醫療服務量越多，當病況越為穩定，也影響每次回診間隔時間能夠拉長。因此，教育程度高的精障者較多使用精神健康服務，反之，以尋求一般健康服務為主（Biji and Ravelli, 2000）。第三是教育程度可預測「使用精復機構期間」，也就是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，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。

Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco, and Torres (2004) 的研究也發現，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，顯見受教育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。本

研究也認為，教育程度較高的精障者停留於機構的時間越短，可能反映教育過程累積個人的社會資源，有利於精障者降低仰賴機構服務的時間。

在婚姻狀態與精障者使用健康服務的關聯有兩點：一是未婚精障者使用服務時受到慢性病需求的影響低於已婚精障者（括已婚、離婚、喪偶）。二是未婚精障者在 S2 時期有較多的醫療導向-精神健康服務使用量，且在 S2 期間採用「複式尋助方法」明顯高於已婚者，更快地進入精神復健機構使用服務。研究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，推測是婚姻身分有助於個人拓展其他自然支持對象，像是配偶、子女及擴大親屬第二代或第三代等，藉由姻親關係獲得服務資訊、經濟支持或實質生活照顧，相較之下，未婚者較缺乏來自婚姻關係產生的支持網絡。有研究指出在面臨較差的支持網絡、環境較多挑戰與壓力時，是高頻率住院因素之一（Garrido and Saraiva, 2012）。因此，未婚精障者傾向尋求外部資源來滿足自身需求，也就是更快接觸正式健康服務系統、較願意嘗試各種尋助作法。對於精復機構來說，應協助精障者與親屬的關係維繫，使親屬成員成為長期精神復健歷程的一項助力。

在就業變項與健康服務使用關聯方面，本研究發現有就業（含訓練、部份與全職工時）之精障者在 S2 時期與 S3 時期使用社區導向的精神健康服務明顯高於未就業者。是因為個人能否就業，反映其精神病況、社會功能與職業功能的穩定度，當病況越穩定，越能降低使用醫療導向式服務，例如急性住院、慢性住院服務，漸轉由社區導向式精神健康服務，而工作過程所帶來收入、技能養成、規律生活、社會歸屬等正向經驗，增加個人對環境的生活適應能力，就業可視為一種預防再住院的保護因子（Frick, Frick, Langguth, Landgrebe, Hübner-Liebermann, and Hajak, 2013），失業狀態則是預測個人再住院的社會

心理因素之一（Amirejibi and Zavrashvili，2016）。整體來看，進入就業市場的行動，不僅呈現個人能力的提升，往往直接展現了精障者與社區的融合效果（王翊涵、尚和華，2016）。因此精復機構應規劃發展內部不同層次的職能訓練活動，連結引介外部就業服務資源來協助精障者培養就業能力。

本研究發現障礙程度是「使用精復機構期間」的預測因子，且輕度及未申請身心障礙證明之精障者使用健康服務時更重視「資訊」及「距離」因素，使用精神復健機構服務期程較短。這是因為障礙程度反映著精神病況與社會功能的狀態，障礙程度越輕或未申請者可能越能夠透過個人或家庭支持來協助處理問題，而減少需要使用機構式服務。

二、服務使用影響因素與精障者使用健康服務的關係

「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（2016）指出具免負擔者利用急診醫療機率高於需部分負擔者，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，減少因經濟匱乏致有需求者未能持續使用或自動離開此服務體系。

S2 時期「收入」、「朋友」使能因素與「頻率變項」為負相關，表示收入與朋友兩因素對精障者越有影響時，其精神科回診頻率也越短，這顯示就醫時期，經濟問題與社會支持的重要性；也可能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。

「慢性病」變項與「等候精復期間」變項達到正相關，表示精障者同時罹患慢性疾病時，會影響個人停留於精神醫療體系較久，對服務使用的需求主要放在疾病治療。「慢性病數量」也是精障者「社區導向精神健康服務」、「一般健康服務」的預測因子，當個人罹患慢性病越多，更會使用社區健康服務。根據研究指出精神病患健康生活型態的維護能力差，與一般人相較，心血管疾病發病率和死亡率高出了 2 至 3 倍(Laursen, Munk-Olsen, and Vestergaard, 2012)，顯示慢性病問題不僅影響生活品質更有較高死亡率的機會。因此，除協助中高齡精障者的慢性病管理，也應提早對年輕族群者宣導有關慢性疾病的議題，協助整合跨科或跨醫院治療的問題。

「睡眠因素」是「精神科回診頻率」的預測因子。睡眠，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。有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）。當疾病干擾越多如精神亢奮不睡、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，讓精障者必須提前回診、提高回診次數。顯示睡眠與病況穩定實為息息相關。在一項就業精障者的研究，也指出工作負荷的勞累未必導致精障者主動請假，反而是生理不適、睡眠中斷等問題直接影響其工作意願（李易駿、林麗瑞、陳萩芬，2013），顯見睡眠問題的影響極大。Hauri（2012）便提出了五個向度的睡眠衛生準則，指出睡眠環境、就寢規則、活動安排、睡前飲食、睡眠適切態度等均是建構良好睡眠的條件。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，以強化睡眠議題對精神健康的重要效果。

三、精神障礙者的服務使用歷程

彙整本研究調查精障者的服務使用行為（見表 6），發現精障者由 S2 時期進入 S3 時期的精神健康服務使用量由 3.58 項降低為 2.28 項，降低比例的前四名均為醫療導向服務：(1)急性住院服務使用量降低了 45.1%；(2)慢性住院服務使用量降低了 44.5%；(3)急診服務使用量降低 24.3%；(4)日間留院服務使用量降低了 19.55%，顯示精神復健服務有助於穩定精障者的病況。精障者的一般健康服務使用比例，由 S2 時期的 94.9%進入 S3 時期後稍降為 85.9%，且排名前四名的科別均相同，依序為牙科、耳鼻喉科、皮膚科與肝膽腸胃科，顯見一般健康服務需求的重要性。此結果指出了精障者的健康服務使用，普遍由醫療導向式服務漸轉朝向社區導向的精神健康服務，可能顯示了精神醫療的進步，也更反映出社區多樣且具就近性的服務亟待增加，應包含其他有利社區生活的活動與支持服務，例如同儕支持服務、照顧者支持、專線服務、會所等等。

由「使用頻率」變項的資料來看，精障者在 S2 時期及 S3 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，導致受訪者填寫這兩個時期的週數較為相近。回診頻率的改變，是精神病況穩定度的指標，往往也與環境因素有所關聯，本研究調查發現影響因素「收入」、「朋友」、「睡眠」與「使用頻率」變項具顯著相關，這些涵蓋了職業能力展現、社交與社會支持、居住與生活安排的面向，若要協助精障者降低精神科回診頻率，其服務規劃應能考量到上述因素。

「持續時間」變項的資料顯示精障者「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, Lau, Leung, Chang, Tang, Wong, Chan, Lee, and Chen, 2015），顯示研究樣本進入醫療服務

的時程較早，這可能受到研究對象年齡、精神醫療資源分佈與發展進展的不同，導致兩研究時間有所差異，待後續更多研究探討。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造成後續生活適應越顯惡化。此凸顯應關注「未就醫期間」之重要性，除了普及化精神健康資訊，也應增加對學齡階段學生辨識其精神徵兆、提高各種尋助管道。子女接手照顧。這表示服務規劃要考量到患病歷程裡相關人事物的轉變及需求。

「服務使用經驗」的兩點特性：一是精障者最早期、從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。二是自生病至正式就醫期間，精障者有七成以上採用複式尋助方法，也就是至少採用精神科合併另一項其他尋助方式。以宗教信仰或民俗療法為例，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%比例的對象是併行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使用，顯示漫長復原歷程中，除了醫療處遇尚需要其他尋助策略。雖有研究顯示了初次接觸非正統(non-orthodox)治療而導致延遲獲得處遇的時間（Adeosun et al., 2013），尚待更多調查釐清這些另類治療方式對精障者復原歷程的助益。

回顧文獻，可知過往接受服務經驗會對目前服務使用產生影響（王仁邦等，2206；黃仁弘等，2013；曾秉濤等，2014），倘若工作者在服務前期增加對精障者使用經驗的了解，服務初期對過往尋助經驗的了解，協助正統與非正統健康服務的合作機制，有助於降低精障者未獲得服務的情形（Adeosun et al., 2013）。另外，跨服務系統的銜接與合作思維更是規劃服務時應關注的範疇，醫療服務單位若能主動引介非醫療系統的服務資訊，亦有助於縮短精障者家庭面對社區適應的摸索。

表 5-1：個人背景、影響因素、使用歷程因素之顯著性摘要表

變數名稱	使用資源				需求				使用項目				
	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
區域	6.580***					8.281***		6.117***	4.692**		2.519**	5.963***	-2.577*
機構屬性	3.118***												
性別													
年齡													
生病年齡													
就醫年齡													
入精復機構年齡													
婚姻													
教育程度													
就業													
診斷別													
障礙程度													
收入-使用													
知識資訊-使用													
家人或親屬-使用													
朋友-使用													
距離-使用													
工作人員-使用													
交通便利-使用													
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 1：本表呈現具顯著性之數據。

備註 2：「S1-最早求助方式」變項屬性為精神科(0)、非精神科(1)；「S1S2-服務使用型態」變項屬性為只看精神科(0)、看精神科+中西醫(1)、精神科+中西醫+宗教民俗療法+其他方法(2)。「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 版內建三種相關係數為 Pearson、Kendall's tau-b、Spearman，故採用 Pearson 相關。

表 5-2：個人背景、影響因素、使用歷程因素之顯著性摘要表（續）

變數名稱	使用項目			使用頻率			持續時間			使用經驗		
	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	等候復期 時間	精復 期間	S1 最早 尋助法	S1-S2 尋 助型態	S123 使用 方法總數	
區域	3.125*	8.324***	3.641*				3.535*	9.068***				
機構屬性	-2.926*		-2.005*					-2.477*				
性別												
年齡												
生病年齡			-.134*		.119*		-.355**					
就醫年齡			-.122*	.123*	.236**		-.412**					
入精復機構年齡				.239**	.151**		.522**					
婚姻							-1.980*			2.144*		
教育程度				-.582*								
就業												
診斷別												
障礙程度												
收入-使能				-.141*								
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				-.118*					-.116*		.123*	
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	.141*									126*	.124*	
罹患慢性病-需求	.189**		.246**									
睡眠狀況-需求				.142**	.164**		138*				108*	

備註 1：本表呈現具顯著性之數據。

備註 2：「S1 最早尋助方式」變項屬性為精神科(0)、非精神科(1)；「S1S2-服務使用型態」變項屬性為只看精神科(0)、看精神科+中西醫(1)、精神科+中西醫+宗教民俗療法+其他方法(2)。「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。

表6：精障者的健康服務使用行為一覽表

名稱	內容說明
使用項目	1.S2 進入 S3 時期的精神健康服務使用量由 3.58 項降低為 2.28 項，比例降低的 6 項依序為急診、急性病房、慢性病房、日間留院、社區復健中心、心理諮商或輔導服務，比例提高的是參與協會辦理課程活動與精神科門診。 2.S2 進入 S3 時期的一般健康服務使用量由 3 項降為 2.39 項，比例由 94.9% 稍降為 85.9%。除研究調查的就診項目之外，兩時期均有就醫的 6 種科別為內科、外科、心臟科、胸腔科、新陳代謝科、血液腫瘤科。 3.當服務影響因素（使能因素、需求）越多，則投入於精神健康與一般健康項目也越多，僅「朋友」及「睡眠」影響因素呈現負相關。
使用頻率	1.S2 與 S3 時期精神科就醫頻率為 3.6 週及 3.8 週。S2 時期進入 S3 時期，回診比例略有降低的是 1 週與 2 週，但在 2 個月與 3 個月回診比例則是 S2 時期的三倍。 2.與 S2 時期為負相關的是「收入」、「朋友」影響因素，與 S2 及 S3 時期為正相關的是「睡眠」影響因素。
持續時間	1.「未接受就醫期間」為 1 年，「等候精復期間」為 17 年，「使用精神復健服務期間」達 4 年（中位數）。 2.樣本的總生病期間將近 22 年。 3.「使用精復期間」與「收入」影響因素為負相關，「等候精復服務期間」與「罹患慢性病」間為正相關。
使用經驗	1.S1 最早尋助方式以看精神科的比例最高（63.2%），生病迄今最常使用的一種尋助方式也以精神科治療為主（72.8%）。 2.自生病到正式就醫的尋助型態（即 S1-S2 時期），採複式尋助法高達 73.6%，以精神科結合中醫或西醫者佔有 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。單一尋助法（精神科就醫）為 26.4%。 3.「距離」及「需求」影響因素與「總尋助數量」為正相關，「距離」影響因素也與「最早尋助方法」變項為負相關。

備註：S1 表示為精障者初發病時期、S2 表示為精障者正式就醫後時期、S3 表示為精障者進入精神復健機構後時期。

伍、研究結論與建議

本研究的重要結論與建議分述如下：

一、結論

- (一) 就業、教育、障礙程度、就醫年齡、入精復機構年齡五項個人因素能預測精障者的健康服務使用。
- (二) 睡眠狀況、慢性病數量兩項影響因素能預測精障者的健康服務使用。
- (三) 精障者的健康服務使用行為具有時間變化特性，且可具體由服務項目、使用頻率、使用服務期間等變項來呈現其使用概況。

健康權做為人的基本權利，卻易受到個人與環境眾多因素影響，無法人人均享有之。本篇研究調查亟欲釐清精障者使用健康服務的樣貌，供服務單位進一步思考如何由調整服務規劃過程而獲致改善。對服務使用者來說，協助服務使用經驗蒐集的過程，提高了自我決策的機會，同時，改變環境因素也可能創造個人獲得新的服務使用經驗（邱泯科、傅秀秀，2014），顯示個人的服務經驗可透過服務單位有系統策略的規劃，而獲得更好的發展。

二、建議

（一）持續推動普及式與聚焦的心理衛生宣導政策

精神疾病越早期治療，對病況預後效果佳，可由預防性的心理衛生教育著手，以普及一般民眾的心理健康及疾病正確認知。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（鄒秉諺等，2016），越年輕時期發病者，

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、學習能力等各方面表現。因此，除了普及化心理衛生知能，也應對特定好發年齡群體及服務體系工作者強化相關資訊，以提昇早期適切的介入效果。

（二）建構精障者的適當睡眠環境

建立有利精障者夜眠的相關做法，如固定的睡前用藥與就寢時間，較可建立規律的睡眠習慣；日間適量的動態活動，以累積疲倦度，促進夜間入睡；夜間控制適當的飲水量，降低如廁而中斷睡眠的情形；適當限制影音休閒娛樂，降低寢室刺激源，如觀看電視、聽音樂、使用手機聊天或滑手機造成的光源等，這些易使人處於較清醒活躍的狀態，不利於睡眠。此外，改善居住空間與添購相關設備，如通風的空間、提供電風扇或部分時段開放冷氣、裝設遮光窗簾、使用電蚊香等，亦有助於個人的入睡準備。

（三）服務規劃應結合長期照顧與社區資源系統

精復機構的服務對象逐漸老化、慢性病增加，機構須思考不同年齡群體的服務內容，主動為工作者規劃中高齡照護知能以提高其服務能力，也應提供家屬有關高齡照顧服務資訊。目前精神護理之家機構資源不足，僅14個縣市、47間精神護理之家，床位數開放3,805床（衛生福利部統計處，2017），老化精障者可能轉向使用其他照護資源，包括社區式、居家式服務。再者，機構安排精障者返家的準備，往往跟家庭系統照護人力、能力、經濟、照顧角色議題相關，涉及家庭、親屬、社區既有的支持系統，而非僅是精障者的疾病復原情形。機構應提早發展與社區支持資源的合作，協助返家精障者及家庭滿足相關需求。

（四）後續研究可拓展精障者尋助研究的範疇、資料蒐集對象納入重要他人

本研究事先設定了尋助方法（精神科、中醫等），限制受訪者填答範圍與尋助經驗的展現，且研究以精神醫療為主流服務思維。事實上復原歷程尚有許多未被釐清的尋助內涵，建議未來可增加質性研究，如複式尋助方法的轉換調

適、正式與非正式尋助方式的比較、不同世代（例如青少年）精障者尋助經驗的變化等，更能呈現社會脈絡因素與個人服務使用行為的交互影響。考量精神病情慢性化與藥物、精神症狀干擾，精障者回溯過往服務經驗可能受到回憶誤差的影響，由「重要他人」如家庭主要照顧者、服務單位工作者的協助，可讓調查資料更完整。

陸、研究限制

本研究結果僅能反映四都的部分精障者使用服務樣貌，未能完全代表所有精復機構精障者的服務使用特性，也無法類推至其他縣市。其次，研究樣本來源雖有納入社區復健中心與康復之家這兩類型機構，因可取得樣本數僅佔整體樣本27.6%，比例偏低，且非本研究探究主旨，其解釋力尚顯不足。且研究以精障者進入目前所待的精復機構作為接受精神復健服務的分界點，便於讓受訪者填寫「入機構年齡」與區分服務使用的階段，但可能受到病情慢性化與症狀、藥物影響，有回憶誤差的情形，導致「等候精復期間」較長、「入精復機構期間」較短。

參考文獻

- 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》，20（1），62-69。 (Wang, Jen-Pang, Feung-Mei Kao, Wen-Chuan Shao, Shang-Liang Wu, and Happy Kuy-Lok Tan (2006). Factors Related to Discharge against Medical Advice in Acute Psychiatric Inpatients. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 20(1), 62-69.)
- 王翊涵、尚和華（2016）。〈協助精障者社區融合：康復之家推展精障者社區融合經驗初探〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，6（1），139-174。 (Wang, Yi-Han and Ho-Hua Shang (2016). Helping People with Mental Illness for Social Inclusion: Exploring the Experience of Promoting Social Inclusion in Halfway Houses, *Journal of Community Work and Community Studies*, 6(1), 139-173.)
- 吳明隆、涂金堂（2012）。《SPSS 與統計應用分析》。台北：五南圖書出版有限公司。 (Wu, Ming-Lung and Jin-Tang Tu (2012). *SPSS and the Application and Analysis of Statistics*. Taipei: Wu Nan.)
- 林昭吟（2012）。〈醫療與健康照顧〉。見王國羽、林昭吟、張恆豪主編，《障礙研究-理論與政策應用》，130-158。台北：巨流圖書出版社。 (Lin, Chao-Yin (2012). Medical and Health Care. In Wang, Kuo-Yu, Chao-Yin Lin and Heng-Hao Chang (Eds.). *Study on disability: Theories and Policies Application*, 130-158. Taipei: Chu Liu.)
- 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。 (Lin, Chih-Ming and Zhong-Yi Li (2014). Service-related Factors Associated with

the Risk of Readmission After Discharge from Psychiatric Hospitalization-data from Large Psychiatric Hospital in Northern Taiwan. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 28(3), 171-180.)

邱泯科、傅秀秀 (2014)。〈初探高齡者使用社區照顧關懷據點服務之經驗-以台北市關渡關懷據點為例〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，4 (1)，1-40。

(Chiu, Min-Ko and Hsiu-Hsiu Fu (2014). Probing into Seniors' Experience of Community Care Center- A Study on the Guandu Care Center Case. *Journal of Community Work and Community Studies*, 4(1), 1-40.)

曾秉濤、鍾偉倫、張志華、張義宗、林博彥、吳景寬 (2014)。〈分析台灣某精神專科醫院思覺失調症與情感性疾病病人之再住院率與相關危險因子的差異〉。《台灣精神醫學》，28 (4)，258-265。(Tseng, Ping-Tao, Wei-Lun Chung, Zhi-Hua Chang, Yi-Chung Chang, Po-Yen Lin, and Ching-Kuan Wu (2014). Re-hospitalization Rates and Associated Risk Factors in Schizophrenia and Affective Disorder Patients at A Local Mental Hospital in Taiwan. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 28(4), 258-265.)

陳萩芬、林麗瑞、李易駿 (2013)。〈精神障礙者社區就業歷程之個案研究〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，3 (1)，23-60。(Chen, Chiu-Fen, Li-Jui Lin, and Yih-Jiunn Lee (2013). A Case-study About the Employment in Community for the Mental Disability. *Journal of Community Work and Community Studies*, 3(1), 23-60.)

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。(Huang, Jen-Hung, Li-Chung Huang, Yue-Cune Chang, Kuo-Jung Chang, and Yueh-Ming Tai (2013). Factors Affecting the Readmission Rate after Psychiatric Home Treatment. *Taiwanese*

Journal of Psychiatry, 27(3), 205-215.)

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。(Huang, Jin-An, Hsin-Yi Lin, Ching-Yuan Huang, and Rhay-Hung Weng (2017). Exploring Factors Affecting the Utilization of Emergency Medical Services by Psychiatric Patients. *Cheng Ching Medical Journal*, 13(4), 35-43.)

楊添圍（2016）。〈精神病理學與精神疾病之診斷及分類〉。見張如杏、楊添圍、張玲如（合著）。《精神醫療社會工作理論與實務》。台北：洪葉出版公司。（Yang, Tien-Wei (2016). Diagnosis and Classification of Psychopathology and Mental Illness. In Chang, Ju-Hsing, Tien-Wei Yang, and Lin-Ru Chang (eds.). *Mental Health Social Work Theory and Practice*. Taipei: Hung Yeh .)

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。（Kuo, Chien-Cheng, Hsiu-Chien Tsui, Su-Hwa Shen, Li-Chuan Lin, Hsin-Pei Tang and Ta-Jen Chang (2005). Predictors of Discharge Against Medical Advice from the Acute Wards of A Psychiatric Hospital. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 19(2), 128-136.)

張玲如（2016）。〈社區復健及長期照顧〉。載於張如杏、楊添圍、張玲如（合著）。《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：洪葉出版公司。（Chang, Lin-Ru (2016). Community Rehabilitation and Long-term Care. In Chang, Ju-Hsing, Tien-Wei Yang, and Lin-Ru Chang (eds.). *Mental Health Social Work Theory and Practice*. Taipei: Hung Yeh .)

歐陽文貞、丁碩彥、詹宏裕、王禎邦、莊睿祥、陳宏茂（2019）。〈思覺失調症及其他精神病症〉。見歐陽文貞、周立修、林朝誠、謝詠基、李俊宏、

江芝林（主編）。《精神疾病案例講堂》。台北：精神醫學會。（Ouyang, Wen-Chen, Shuo-Yen Ting, Hung-Yu Chan, Jen-Bang Wang, Rei-Xiang Chuang, and Horng-Maw Chen (2019). Schizophrenia Disorders and Other Psychiatric Disorders. In Ouyang, Wen-Chen, Li-Shiu Chou, Chao-Cheng Lin, Yuoong-Ji Hsieh, and Zhi-Lin Jiang (2019). *Seminars on Cases of Mental Disorders: Based on ICD-11 and DSM-5*. Taipei: Taiwanese Society of Psychiatry.)

劉玟宜、戎瑾如、李坤黛（2012）。〈社區精神病患之照護需求-系統性文獻回顧〉。《精神衛生護理雜誌》，7（2），1-13。（Liu, Wen-I, Jiin-Ru Rong, and Kuen-Tai Lee (2012). A Systematic Review on Care Needs of Mentally-ill Patients in the Community. *The Journal of Psychiatric Mental Health*, 7(2), 1-13.)

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。（Shiau, Shu-Jen, I-Ling Li, Yun-Xuan Kang, Chiu-Yueh Yang, Kai-Yen Chang, Yu-Ping Li, and Tsung-Tsair Yang (2009). Exploring the Effectiveness of the Discharge Nursing Service of A District Hospital for Patients with Psychotic Disorders. *The Journal of Psychiatric Mental Health*, 7(2), 1-13.)

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。（Hsieh, Chia-Jung, Chia-Ning Hsu, Hsiu-Feng Wu, Yin-Yu Liu, Mei-Li Chen, and Yu-Ling Hsiao (2015). The Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Satisfaction of Sleep in Institutionalized Elderly Residents: A Pilot Study. *Journal of Nursing and Healthcare Research*. 11(4), 298-307.)

- 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。（Hsiung, Der-Yun, Kuan-Pin Lin, Wan-Jhen Lin, Su-Lien Chang and Nian-Feng Chu (2010). Psychiatric Patient Continuum Community Care in Taichung Country. *The Journal of Nursing*, 57(3), 69-78. doi: 10.6224/JN.57.3.69）
- 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。（Tsou, Ping-Yen, Lan-Ping Lin, Shang-Wei Hsu, and Jin-Ding Lin (2016). Long- term Prevalence Trend Analysis of Taiwanese Chronic Mental Disability Based on Governmental Disability Register. *Journal of Disability Research*, 14(1), 75-85.）
- 衛生福利部中央健康保險署（2016）。《(十三)精神科審查注意事項》。資料檢索日期：2018.05.15。網址：https://www1.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=4CD51BE267F18598&topn=5FE8C9FEAE863B46。（National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). (13) Precautions for Psychiatric Examination. Retrieved 15-5-2018, from https://www1.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=4CD51BE267F18598&topn=5FE8C9FEAE863B46。）
- 衛生福利部統計處（2016）。《精神醫療資源現況表》。資料檢索日期：2017.08.20。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1728-2920-113.html>。（Statistics Department, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Mental Health Resources Status Table. Retrieved 20-8-2017, from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1728-2920-113.html>。）
- 衛生福利部統計處（2017）。《2016 年全民健康保險統計》。資料檢索日期：

2018.10.13。網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3614-113.html>。(Statistics Department, Ministry of Health and Welfare, R.O.C.(Taiwan). 2016 National Health Insurance Statistics. Retrieved 13-10-2018, from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3614-113.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》。

資 料 檢 索 日 期 : 2018.10.12 。 網 址
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1770-3599-113.html>。(Statistics Department, Ministry of Health and Welfare, R.O.C.(Taiwan). Survey of living conditions and needs assessment of people with disabilities in 2016. Retrieved 12-10-2018, from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1770-3599-113.html>.)

Adeosun, I. I., A. A. Adegbohun, T. A. Adewumi, and O. O. Jeje (2013). The Pathways to the First Contact with Mental Health Services Among Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research & Treatment*. 1-8.

Amirejibi, T. and N. Zavrashvili (2016). Psychosocial Factors Associated with Frequent Rehospitalization of Patients with Mental Health Disorders. *European Psychiatry*, 33, 592-539.

Anderson, k. k., R. Fuhrer, W. Wynant, M. Abrahamowicz, D. L. Buckeridge and A. Malla (2013). Patterns of Health Services Use Prior to A First Diagnosis of Psychosis: The Importance of Primary Care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1389-1398.

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.

- Bijl, R. V. and A. Ravelli (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.
- Birchwood, M., P. Todd and C. Jackson (1998). Early Intervention in Psychosis. The critical period hypothesis. *The British of Psychiatry*, 172(33), 53-59.
- Carr, V. J., P. J. Johnston, T. J. Lewin, S. Rajkumar, G. L. Carter and C. Issakidis (2003). Patterns of Service Use Among Persons with Schizophrenia and Other Psychotic Disorder. *Psychiatric Service*, 54(2), 226-235.
- Chadwick, A., C. Street, S. McAndrew, and M. Deacon (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.
- Chang, G., A. P. Weiss, E. J. Orav, and S. L. Rauch (2014). Predictors of Frequent Emergency Department Use Among Patients with Psychiatric Illness. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 716-720.
- Chang, K. J., K. T. Chiang, Y. C. Chang, K. J. Chang, and P. S. Ho (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.
- Chochinov, H. M., P. J. Martens, H. J. Prior, and M. S. Kredentser (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.

- Dyck, D. G., M. S. Hendryx, R. A. Short, W. D. Voss, and W. R. McFarlane (2002). Service Use Among Patients with Schizophrenia in Psychoeducation Multiple-family Group Treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749-754.
- Fleury, M. J., G. Grenier, J. M. Bamvita, and J. Caron (2014). Determinants and Patterns of Service Utilization and Recourse to Professionals for Mental Health Reasons. *Health Services Research* , 14, 161.
- Frick, U., H. Frick, B. Langguth, M. Landgrebe, B. Hübner-Liebermann, and G. Hajak (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(12), 1-10 e75612.
- Garrido, P. and C. B. Saraiva (2012). Understanding the Revolving Door Syndrome. *European Psychiatry*, 27(1), 1.
- Hauri, P. J. (2012). Sleep / Wake Lifestyle Modifications: Sleep Hygiene. *Therapy in Sleep Medicine*, 151-160.
- Hensel, J. M., D. J. Banavan, C. Cheng, J. Langley, and C. S. Dewa (2016). Client and Key Worker Ratings of Need in First-episode Psychosis Early Intervention Program. *Early Intervention Psychiatry*, 10(3), 246-251.
- Hendrie, H. C., D. Lindgren, D. P. Hay, K. A. Lane, S. Gao, C. Purnell, S. Munger, F. Smith, J. Dickens, M. A. Boustani, and C. M. Callahan (2013). Comorbidity Profile and Healthcare Utilization in Elderly Patients with Serious Mental Illnesses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1267-1276.
- Hui, Christy L. M., Winnie W. W. Lau, C. M. Leung, W. C. Chang, Jennifer. Y. M. Tang, Gloria H. Y. Wong, Sherry K. W. Chan, Edwin H. M. Lee, and E. Chen (2015). Clinical and Social Correlates of Duration of Untreated Psychosis

- Among Adult-onset Psychosis in Hong Kong Chinese. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 118-125.
- Laursen, T. M., T. Munk-Olsen, and M. Vestergaard (2012). Life Expectancy and Cardiovascular Mortality in Persons with Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 83-88.
- Saldivia, S., B. Vicente, R. Kohn, P. Rioseco, and S. Torres (2004). Use of Mental Services in Chile. *Psychiatric Service*, 55(1), 71-76.
- Shaw, W. S., T. L. Patterson, S. J. Semple, M. C. Halpain, W. L. Koch, M. J. Harris, I. Grant, and D. V. Jeste (2000). Use of Community Support Services by Middle-aged and Older Patients with Psychotic Disorders. *Psychiatric Services*, 51(4), 506-512..
- Srihari, V. H., C. Tek, J. Pollard, S. Zimmet, J. Keat, J. D. Cahill, S. Kucukgoncu, B. C. Walsh, F. Li, R. Gueorguieva, N. Levine, R. I. Meshulam-Gately, M. Friedman-Yakoobian, L. J. Seidman, M. S. Keshavan, T. H. McGlashan, and S. W. Woods (2014). Reducing the Duration of Untreated Psychosis and Its Impact in the U. S.: the STEP-ED Study. *BMC Psychiatry*, 1-15, 335.

