

福利事務委員會特別會議
為精神病康復者提供的社區支援服務

香港精神復康服務的發展早期以院舍為主，近年開展不同的社區支援服務，而其中十分值得加強及推廣的是在 2005 年 10 月推出的社區精神健康照顧服務(Community Mental Health Care Service)。此項服務是一項嶄新的社工專業服務，社工透過外展探訪形式，以主動和靈活的手法去接觸剛離開醫院的康復者，輔導與支援他們解決所遇到的適應問題，協助他們在社區獨立生活。為了進一步了解服務的成效，東華三院在 2006 年特別委託香港浸會大學展開為期 2 年半的研究，探討外展精神復康服務的效能。

是次實証研究以量化方式進行，主要評估外展服務對康復者的影響，研究結果顯示曾接受服務的康復者在四方面有明顯進步，包括：精神病徵狀、社區生活技巧、自我效能和生活質素。外展社工透過輔導，協助康復者建立病識感，預防復發，社工亦陪同康復者覆診，訓練康復者養成覆診食藥的習慣，從研究結果發現康復者在接受服務 6 個月後，精神病徵狀已經顯著減少，精神狀況亦趨穩定，同時，社工亦主動關心康復者出院後的生活細節，透過輔導與訓練，提昇康復者的社區生活技巧，研究顯示康復者在這方面也有很大的進步。至於一些需要較長時間的輔導與跟進的表現，如自我效能和人際關係方面等表現，研究結果顯示康復者需要經過一年多的服務後，他們的自信心才可以慢慢提昇、自我形象才有改善，與及社交人際關係方面才出現顯著的進步。總括而言是次研究証實了社區精神健康照顧服務能夠為康復者帶來非常正面的效果，因此主動及密集式的外展社工探訪服務須儘快及進一步加強。

社區精神健康照顧服務已開展接近 4 年，整體服務的規劃及深化社區精神健康照顧服務的工作十分迫切。從參考浸大的研究報告，我們作出以下 6 項建議：

1. 訂定社區精神復康服務的政策與長期計劃，切實執行以社區為本的精神復康綜合服務。
2. 確定外展社區精神支援服務的需要與貢獻，加強並推廣專業社工外展探訪的服務手法。
3. 拓大社區精神支援服務的對象，服務需涵蓋有需要的康復者，不應局限於出院的病人。
4. 精神病復康是一個長期的工作，持續的社區支援十分重要，因此外展跟進個案服務年期應增至 2 年，讓康復者得到適當的服務跟進。
5. 增加撥款以加強人手、增聘資深社工及資助督導工作，以提供有效的專業服務。
6. 精神病復康工作需要醫藥和心理社會治療雙管齊下，「醫」「社」兩者相輔相乘，因此須加強醫社合作，增強溝通，互相配合，以加強復康服務效益。

尹可如 / 高級主任
東華三院黃竹坑服務綜合大樓

二〇〇九年七月十一日

東華三院

樂康社區精神健康照顧服務

研究報告



東華三院
Eastern Hospital



東華三院
Eastern Hospital

社區精神健康照顧服務研究報告

編 著：吳日嵐

研究助理：羅景強

研究小組：樂康社區精神健康照顧服務團隊

出 版：東華三院樂康社區精神健康照顧服務

地 點：香港黃竹坑徑二號 東華三院黃竹坑服務綜合大樓

電 話：2814 2838

圖文傳真：2518 8145

電 郵：cmhcs@tungwahcsd.org

美術設計：Tony Wun

承 印：Double W Productin

印 數：2000本

出版日期：2009年6月

東華三院
樂康社區精神健康照顧服務
研究報告

鳴謝

我們衷心感謝東華三院樂康社區精神健康照顧服務的精神病康復者的參與，他們在一年內3個不同的時段抽空協助填寫問卷，紀錄自己復康的進度與情況，他們的分享豐富了研究的內容，同時增加了我們對在社區生活的精神病康復者的認識，推動我們進一步改善現時提供的服務。我們亦感謝會員賴永春先生提供創意的攝影作品，讓我們印製研究報告的封面。最後我們要感謝陳啟芳教授，擔任我們研究小組的顧問，給予寶貴意見和無盡鼓勵。

序

東華三院

一向致力發展復康服務，自1990年初開始籌辦弱智人士住宿服務，隨後擴展設立不同需要弱能人士的住宿、訓練、就業及其他社區的支援服務。我們希望協助不同需要的弱能人士得到支援，學習獨立在社區生活。因此，東華三院十分認同和支持以社區為本，以外展探訪為主的社區精神復康服務。

我們感謝社會福利署在2005年10月撥款資助東華三院成立樂康社區精神健康照顧服務，主動協助精神病康復者解決出院後因重投社會而遇到的各種適應問題，同時協助康復者預防復發，支援他們過獨立的生活。為了進一步為這個嶄新的社區精神復康外展服務研究成效，東華三院特別委託香港浸會大學展開是次研究，希望藉此了解康復者的需要，評估服務的成效，並提高服務質素。

近年，社會對社區精神復康服務的需求殷切，東華三院亦努力回應社區的需求，在2004年，我們在黃竹坑開展樂康軒日間復康服務，為區內的精神病康復者提供日間復康服務，在2006年，我們成立樂康群英會，訓練義工擔任關懷大使，主動聯絡及關懷康復者。在2007年，我們在水坑口綜合服務中心開展青少年精神健康服務，為區內有精神健康需要的青少年及其照顧者提供個案服務及社區教育。在2008年，我們設立「友心情」計劃，為精神病康復者的家屬提供教育與輔導支援服務，提升家屬與會員的生活質素及精神健康。

至今，樂康社區精神健康照顧服務已開展超過3年半，我們亦已經為400多名康復者提供外展探訪的復康服務，而是次研究報告正面確認外展支援服務的成效，研究結果亦証實社區精神健康照顧服務可以協助康復者有效地減少精神病徵狀與及提升康復者的生活質素。在過去兩年多以來的研究工作雖然繁重，但是以實証方法去研究服務發展的例子在香港並不多，因此實証研究的方向十分值得鼓勵。我希望是次研究可以推動更多以實証為本的服務研究，同時協助政府及業界深化社區精神復康服務的發展，為更多康復者與家人帶來支援與無縫的服務。

吳志榮

東華三院社會服務總主任
2009年6月

鳴謝
序
目錄
摘要

目錄

第一章 研究背景

1.1 社區精神復康服務的理念	P. 2
1.2 社區精神復康服務在香港的發展	P. 3
1.3 東華三院樂康社區精神健康照顧服務	P. 4
1.3.1 東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務對象	P. 5
1.3.2 服務內容	P. 5
1.4 研究目的	P. 6

第二章 研究方法

2.1 研究對象	P. 7
2.2 測試工具	P. 8
2.3 研究程序	P. 11
2.3.1 試測與訪談	P. 11
2.3.2 正式測試	P. 11

第三章 研究結果及討論

3.1 背景資料	P. 13
3.1.1 參與研究人數	P. 13
3.1.2 性別分佈和特徵	P. 13
3.1.3 年齡分佈和特徵	P. 13
3.1.4 教育程度分佈和特徵	P. 14
3.1.5 就業狀況分佈和特徵	P. 15
3.1.6 婚姻狀況分佈和特徵	P. 16
3.1.7 發病分佈和特徵	P. 17
3.1.8 患病年期	P. 17
3.1.9 患病類別	P. 18

3.2	統計分析	P. 18
3.2.1	服務成效	P. 18
3.2.2	生活質素	P. 19
3.2.3	自我效能	P. 21
3.2.4	社區生活技巧	P. 22
3.2.5	精神病徵狀	P. 23
3.2.6	聖路易社區生活技巧評估	P. 23
3.2.7	多元迴歸分析(Multiple Regression Analysis)	P. 24
3.3	結論	P. 29

第四章 總結及建議

4.1	總結	P. 30
4.1.1	生活質素	P. 30
4.1.2	自我效能	P. 30
4.1.3	社區生活技巧	P. 30
4.1.4	精神病徵狀	P. 31
4.2	建議	P. 31
4.2.1	深化社區精神健康照顧服務	P. 31
4.2.2	社區生活能力	P. 32
4.2.3	工作機會	P. 32
4.2.4	對社區精神病康復者的家屬支援	P. 32
4.2.5	社會支援	P. 33
4.2.6	加強「醫社合作」及服務整合	P. 33
4.2.7	借鑑外國經驗發展本土服務模式	P. 34
4.2.8	研究方面	P. 34
4.2.9	研究限制	P. 34

參考文獻

- 附錄一問卷〈一〉精神病康復者社區生活質素調查
- 附錄二問卷〈二〉Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
- 附錄三問卷〈三〉聖路易社區生活技巧評估量表——中文版
- 附錄四問卷〈四〉Quality of Life Appraisal Inventory

摘要 Abstract

社區精神復康服務在西方國家發展悠久，不同的相關文獻與研究(evident-based research)顯示該服務對生活於社區的精神病康復者有顯著成效。自2005年開始，在政府和非政府機構推動下，社區精神健康照顧服務在香港不同的地方推行。然而，有關社區精神健康照顧服務的研究卻相當貧乏。是次研究運用單組前測後測設計 (One Group Pre-Test and Post-Test Design)方式，評估東華三院樂康社區精神健康照顧服務對離院後重返社區生活的服務使用者的成效。是次研究邀請了120名精神病康復者參予研究，共有87名研究對象完成所有測試。當中測試範疇包括精神病徵狀、生活質素、自我效能、社區生活技巧。研究發現在開始接受服務後的6至12個月，顯示研究對象減少精神病徵狀($p<.001$)、提高生活質素($p<.05$)、增強自我效能($p<.001$)和提升社區生活技巧($p<.001$)。是次研究証實了社區精神健康照顧服務能夠為康復者帶來非常正面的效果。

Community mental health care services have been developed in Western countries for many years and have been evident-based for being effective in facilitating rehabilitation of people with mental illness in the community. In Hong Kong, with the support of the government and non-government organizations, community mental health care services have been set up in different districts since 2005. However, there is limited research on the services. Using the One- Group Pre-Test and Post-Test Design, this study examines the effects of the Tung Wah Group of Hospitals Lok Hong Community Mental Health Care Services on rehabilitation of people with mental illness discharged from hospitals. A total number of 120 service users participated in the study and 87 valid subjects completed the assessments of different areas, including psychiatric symptoms, quality of life, self-efficacy and community living skills, before the commencement of intervention, 6 months after the intervention and at 12 months immediately after the intervention. Results showed that the subjects had lessened psychiatric symptoms ($p<.001$), better quality of life ($p<.05$), enhanced self-efficacy ($p<.001$) and increased community living skills ($p<.001$), after the services. The study revealed significant positive effects of the community mental health care services to people with mental illness in the community.

精神病社區復康服務的發展，可以追溯至上世紀五十年代。隨著精神科藥物的研發、非院舍化及社區照顧運動與常態化理念日漸普及，西方國家的精神病復康服務在60至70年代漸趨於社區為本 (Yau & Siu, 1996; Tyrer, 2000)。

在精神病復康服務走向社區為本的過程中，不少的研究發現住院治療存在不少問題，相反，社區復康照顧模式卻帶來很多好處。不同的研究指出，精神病康復者住院的時間越長，他們在復康的過程當中遇到的困難便越多，例如增強依賴性、削弱自我照顧和解決問題的能力 (Gibson, 1987; Jacobs, Crichton & Visotina, 1990)。如果能夠縮短住院時間，提早將康復者送回社區生活，並輔以適當的支援，則既能幫助康復者順利地融入社區生活，又可以減低發病的機會。此外，種種因素如西方社會於90年代強調服務使用者的主動參與，消費者運動著重服務使用者的權益和充權 (Stein & Test, 1980; Dickey, Gudeman, Hellman, Donatelle & Grinspoon, 1981) 更加速了社區為本的復康服務發展。

英國是其中一個積極推動社區治療的西方國家。根據英國衛生署的定義，社區治療指「包含一個多元化、多層化，並融合不同專業的治療系統；不但包括所有提供醫療及社會服務的人士，也包括病者家屬及相關的非政府組織；因此，社區本身就是一個治療系統。」(D.H.S.S., 1987)。在討論社區治療的涵義時，Bulmer (1987) 指出社區治療應該包括以下元素：

- (1) 在大型醫院以外治療；
- (2) 在醫院或相似機構以外的場域提供專業服務；
- (3) 著重以社區提供照顧和服務，即以志願組織和非正式服務為主；
- (4) 服務主要由病者家屬、朋友或鄰居提供；
- (5) 以最接近平常的形式和環境提供照顧。

「社區為本的精神復康服務」主張為精神病康復者在日常的社區中提供不同的康復治療和復康服務。作為社區治療的其中一種服務，「社區為本的精神復康服務」並不是為精神病康復者治療疾病，而是透過運用心理社會復康照顧 (Psychosocial Rehabilitation Care) 模式，作為重返社區的精神病康復者的治療方法 (Yau & Siu, 1996)。「社區為本的精神復康服務」通過提供持續的個案支援服務，幫助病情已經受到控制的精神病康復者，順利地返回社區生活，達到社區治療的目的。故此，社區精神復康服務在肯定藥物治療的基礎上，更加強調提升精神病康復者的心理素質與生活技能為康復的目的。

心理社會復康照顧 (Psychosocial Rehabilitation Care) 作為一種精神病復康服務模式，提供持續的個案支援和個人輔導、外展家庭探訪、幫助精神病康復者適應社區生活。其服務內容通常集中於照顧精神病康復者的精神健康素質與生活技能層面 (Peterson, Patrick & Rissmeyer, 1990; Yau & Siu, 1996)。在心理素質上，「社區為本的精神復康服務」幫助康復者提高自信心和克服心理障礙、教育康復者有效地認識與處理自己的病情和情緒以及增強其人際相處和溝通技巧。至於生活技能的層面，內容主要集中提升康復者的自我照顧能力，鼓勵他們參與各項社區活動及幫助其就業等。「社區為本的精神復康服務」通過完善社區精神復康服務，促使精神病康復者在自我形象、自我照顧、人際相處、社交

活動和就業等方面得到改善，不單幫助社區精神病康復者達到復康療效，更能順利地融入社區生活 (Falk & Allbeck, 2002)。

心理社會復康照顧 (Psychosocial Rehabilitation Care) 除了通過強化精神病康復者的個人能力之外，它亦同時著重運用和整合各種社區資源為康復者建立支援網絡，達到治療目的 (Macklin, 1993; Jones, 2002)。精神病康復者在融入社區生活的過程既涉及本人，同時還包括其家人和朋友；其中參與的專業輔導人員既包括社工，而且也包括精神科醫生和職業治療師等。能否有效地連絡各項專業和運用不同資源，滿足精神病康復者在融入社區生活中的種種需要，成為了有效地提供心理社會復康照顧的關鍵因素。故此，「社區為本的精神復康服務」相當重視為康復者建立有效的社區支援網絡，令他們得到更佳的生活質素，藉此減低精神病復發的機會。

英美等西方國家現行的精神病社區復康服務大部份都是以 Assertive Outreach Teams (AOTs) (Wharne, 2005) 和 Assertive Community Treatment (ACT) (Jones, 2002) 為運作模式 (Fiander, Burns, McHugo & Drake, 2003)。這些精神病社區復康服務的運作模式，通常都具備以下特色：多重專業團隊、低個案比例、經常與服務使用者接觸、於服務使用者的生活環境中提供服務、團隊具備彈性與創意、團隊容易被接觸、提供持續的個案介入、「無限」的服務時間等 (Jones, 2002; Stein & Test, 1980; Sainsbury, 1998; Sainsbury, 2001; Wharne, 2005; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling & King, 2006)。這些運作模式特點，都是各個服務機構因應在社區推行精神病社區復康服務，經過數十年的發展而慢慢建立起來的。除了強調精神病的治療外，它們都是循著社會心理復康照顧的大方向，幫助精神病康復者提升精神健康質素和社區生活的能力。

1.2 社區精神復康服務在香港的發展

為了給予離開精神科醫院重返社區生活的精神病康復者更全面的支援和照顧，不同的非政府機構在 2005 年獲得社會福利署資助後，紛紛推出社區精神健康照顧服務。社區精神健康照顧服務主要透過提供個人輔導、精神病知識和藥物教育、情緒控制訓練、家居訓練及各項支援服務，協助剛離開醫院的精神病康復者，在離院之後仍然能夠在社區得到足夠的持續支援，減少他們在融入社區生活當中遇到的困難，幫助他們順利地重新融入社區。

社區精神健康照顧服務的出現，其實是香港的社區精神復康服務經過了數十年的發展，慢慢演變而成的結果。要了解社區精神健康照顧服務，就必先了解香港的離院精神病康復者的復康服務發展。香港最先發展的離院精神復康服務是續顧服務 (Community Work and Aftercare Unit) (Hong Kong Government, 1991)。續顧服務最先由青山醫院於 1977 年推行。該院為了幫助該院的精神病康復者早日重返社區，協助他們適應離院後的日常生活，於是提出了離院後的跟進服務 (Mak, Lo & Yip, 1992)。

及至 1979 年，續顧服務開始逐漸經由非政府機構推廣至離開中途宿舍及重返社區生活的舍友。當時，幾間非政府機構開始嘗試為離開中途宿舍的精神病康復者提供續顧服務。當時續顧服務內容包括家訪、個人輔導及聯繫其他復康服務和社區資源。

續顧服務發展的初期由於缺乏政府的支持，資源和人手相當緊絀，發展亦相當緩慢。及至1984年的復康政策檢討，續顧服務正式被介定為一項復康服務，並由醫務社工、社會福利署和非政府機構共同負責推行，為離開中途宿舍的精神病康復者提供跟進的復康服務。到了1991年，復康服務發展協調委員會落實全面推行續顧服務，為離開中途宿舍的精神病康復者提供兩年的服務 (Mak, Lo & Yip, 1992)。不過，由於續顧服務主要的服務對象為離開中途宿舍的精神病康復者，對於其他離開精神科醫院，卻又沒有入住中途宿舍的社區精神病康復者而言，他們所得到的社區支援相對缺乏。

為了提供支援在社區生活的精神病康復者，不同的非政府機構於2000年開始在全港設立社區精神健康連網，提供外展服務、就業諮詢、輔導、社交康樂及教育活動等服務予社區生活的精神病康復者。社區精神健康連網的服務，內容以提供康樂活動為主，服務的對象不一定是離開中途宿舍的舍友。雖然社區精神健康連網的成立能為各個在社區中生活的精神病康復者提供復康支援。然而，由於專業人手編制不足，在個案跟進及輔導工作上仍有很大限制。為了提高離院精神病康復者的個案跟進工作，並在復康服務中加入更多社工專業元素，2005年開始，不同的非政府機構在社會福利署資助下提供社區精神健康照顧服務。

在服務對象上，社區精神健康照顧服務主要針對離開精神科醫院，卻又未能得到續顧服務照顧及跟進的社區精神病康復者。這個安排既可以彌補續顧服務的不足，又可以令離院的精神病康復者亦能得到周全的社區照顧和支援。

在服務內容上，社區精神健康照顧服務為精神病康復者提供較多及深入的服務。社區精神健康照顧服務除了提供探訪、輔導和康樂活動之外，為了深化服務的內涵，它為精神病康復者提供更多的情緒管理技巧訓練、精神病及藥物知識教育、社交、溝通技巧、職業、財務管理技巧的訓練以及各項福利轉介服務。在精神病康復者的家屬方面，服務當中亦會為家屬提供情緒支援和小組活動的服務。因此，社區精神健康照顧服務不但重視社區精神病康復者的社區生活技巧訓練以及自我形象的建立，另一方面亦強調如何加強家屬支援和整合各樣社區福利資源。

儘管香港的社區精神復康服務在近幾十年間不斷發展，運作模式至今仍未見成熟。

1.3 東華三院樂康社區精神健康照顧服務

東華三院樂康社區精神健康照顧服務於2005年10月推出，為一項專門加強精神病康復者社區支援而設的嶄新服務。這項服務透過外展探訪及各項支援服務，協助剛離開醫院的精神病康復者，在社區能夠得到持續支援，解決所遇到的適應問題，重新融入社區。東華三院樂康社區精神健康照顧服務涵蓋的服務範圍相當廣泛。簡單而言，服務包括下列三個層面：

醫療及藥物服務層面：

- 協助服務使用者建立定時服藥習慣及按時覆診習慣；
- 評估及檢視服務使用者的病徵及心理狀況；

- 覆診督導；
- 配合其他的專業醫療團隊諮商或個案交流；
- 教育服務使用者及其家屬有關精神病成因、病徵、治療與藥物知識。

社交心理服務層面：

- 為服務使用者提供有關個人、就業和人際關係輔導；
- 為服務使用者訂立發展個人復康計劃；
- 增強服務使用者的自信心和自我認識；
- 提高服務使用者的社區生活技巧和能力；
- 鼓勵服務使用者融入社區生活；
- 幫助服務使用者擴闊社交圈子；
- 幫助服務使用者與家人和他人建立或改善關係；
- 為服務使用者提供定期家訪及外展探訪；
- 提供社交、溝通、職業以及財務管理技巧訓練；
- 提供家居管理訓練；
- 提供家屬支援。

社區資源服務層面：

- 安排庇護工場 / 職業復康服務；
- 幫助服務使用者認識及運用各項社區資源及福利；
- 轉介其他有關的福利服務。

12.1 東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務對象

服務對象方面，凡參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的申請人，需符合以下條件：

- (1) 剛剛離開精神科醫院住院服務不超過2年的精神病患者；
- (2) 年齡15歲或以上的離院病人(初次離院病人將優先處理)。

12.2 服務內容

為了向投入社區生活的精神病康復者提供“一站式”的綜合照顧服務，東華三院樂康社區精神健康照顧服務結合不同領域的專業以團隊模式工作，運用社區上各種資源，為參與服務的服務使用者提供全面和周密的照顧服務。專業團隊包括社工、精神科護士、職業治療師、物理治療師以及臨床心理學家等。社區精神健康照顧服務社會會提供上門探訪、精神病知識教育、溝通技巧訓練、輔導服務、職業訓練及社交康樂活動等。他們運用各項專業知識技術，以及善用社區上各種現有的資源，盡力協助精神病康復者適應社區生活。

1.4 研究目的

香港的精神病復康服務發展歷史雖然已經長達四十年。然而，以社區為本作為發展理念和推動的社區精神健康照顧服務，至今仍在剛起步的階段。對於社區精神健康照顧服務，香港現今不但十分缺乏相關的探索和討論，系統和嚴謹的研究和整理更形不足。除此之外，社區精神健康照顧服務作為一項嶄新推行的復康服務，它對於服務使用者在生活質素、自我形象、日常生活技巧、精神病徵狀和自我照顧能力等各方面所帶來的效益，仍有待評估。

有見及此，東華三院樂康社區精神健康照顧服務委託香港浸會大學社會工作系展開是次研究。具體來說，是次研究希望達到以下目標：

- 了解社區精神健康照顧服務對離院在社區生活的精神病康復者，於生活質素、自我效能、社區生活技巧以及精神病徵狀等範疇的效益；
- 研究服務介入時期的長短對服務使用者的影響；
- 評估社區精神健康照顧服務的成效；
- 為社區精神健康照顧服務提供建議，從而提高服務質素。

透過是次研究，我們希望能夠了解和展示社區精神健康照顧服務，對服務使用者產生的作用和成效，探討社區精神健康照顧服務的特性，並且從中嘗試為服務提供者帶來更多實質的建議和反思。更重要的是希望是次的研究結果能夠為將來的社區精神健康照顧服務發展提供更多有用的參考數據，幫助深化和改善這項服務的內涵、發展模式與服務方向。

第二章 研究方法

本章將會交代是次研究的過程及細節，包括研究的對象、研究過程、評估方法和工具、研究方法和研究程序等各個環節，讓讀者明白是次研究是怎樣進行的。

是次研究將會採用單組前測後測實驗設計(One-Group Pretest-Posttest Design) 以及在前測和後測之間加插一個中期測試，作為研究社區精神健康照顧服務成效的研究方法。研究對象全部都是參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者。一般來說，凡參與這項照顧服務者，都會被邀請參與此研究。故此，機構只可以為我們提供參與服務的研究對象作為單一研究組別 (Treatment Group)，而無法提供沒有參與服務的使用者作為對照實驗組別 (Control Group)，讓我們比較曾經參與和沒有參與社區精神健康照顧服務的服務使用者之間的差別。在這個局限之下，我們唯有採用單一組別的研究方法，對全部參與此服務並同意參與研究的服務使用者進行評估和研究。

是次研究的其中一個目標是評估東華三院樂康社區精神健康照顧服務介入的時間長短對研究對象的成效。我們相信研究對象接受服務的時間越長，服務的成效將越見顯著。於是，是次研究除了在服務開始和結束的時候，替研究對象進行前測和後測之外，我們在服務介入中段加插了中期測試，為服務中途評估研究對象的狀況。在服務的前中後三段時期進行測試，可以讓我們觀察和比較服務時間長短對研究對象所產生的成效。故此，在前後測中間加插一個中期測試，能夠有效地為我們顯示服務介入的長短對服務使用者的變化，以切合是次研究之目的。

2.1 研究對象

是次研究招募了120位參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者為研究對象。所有參與是次研究計劃的對象，全部需要符合以下的研究準則：

- (1) 離開精神科醫院返回社區生活不足兩年及正在接受東華三院樂康社區精神健康照顧服務的精神病康復者；
- (2) 年滿或超過15歲；
- (3) 願意接受社區精神健康照顧服務；
- (4) 願意每年平均接受最少10次個人輔導及參與4次復康活動；
- (5) 願意每月與社工作最少一次的電話通話。

是次進行的研究是自願性質的。在正式進行問卷研究之前，我們會先取得服務使用者的同意以及為他們詳細講解是次研究。每位參與研究的服務使用者在開始參與研究之前，均得到社工的口頭諮詢或書面通知，請他們表示會否參與是次研究計劃。當社工取得服務使用者的同意之後，他們會被列為研究對象，然後社工才開始與他們進行問卷調查。如果服務使用者拒絕參與研究計劃，他們將不會被列為研究對象，社工亦不會強迫他們進行問卷調查。其次，為了確保所有研究對象的權益，在正式進行問卷調查之前，社工會先向所有願意參與研究的服務使用者交代清楚是次研究的目的，所得的數據和個人資料的運用以及處理方法。讓研究對象清楚知道自己的權益，懂得保障自己的利益。

我們採取自願參與的方式邀請服務使用者參與研究，目的是希望每一位研究對象，能夠在自願合作的情況下填寫問卷，為我們的研究提供可靠和準確的資料，令研究結果可信可靠；相反，如果研究對象在不合作的情況下回答問卷，胡亂填寫，令所得的資料無法反映研究對象的真實情況，將會導致研究結果不可靠。另外，在進行問卷調查之前，均會先向每位研究對象清楚交代研究目的、研究方法和資料處理的方法，目的是減少研究對象對我們研究過程產生疑慮，令他們對研究產生信心，得以安心真誠地填寫問卷，從而確保資料的可靠性。故此，為了減少因為不信任而產生的誤差，在正式進行問卷調查之前，研究員不厭其煩向研究對象清楚解釋是次研究的目的和運作方法，確保研究對象在安心的狀態下填寫問卷，確保問卷調查的可靠性。

2.2 測試工具

抽取是次研究樣本由2006年年底至2008年三月底，填寫問卷則至2009年三月底結束，為期2年半。參與是次研究的服務使用者的問卷都是由負責的社工直接發送的。東華三院樂康社區精神健康照顧服務以外展服務模式進行。故此，社工能夠在定期上門探訪服務使用者期間，直接將問卷派發給研究對象填寫。這樣不但確保問卷的回收數量，同時能夠在服務使用者填寫問卷期間提供協助，減少無效問卷的數目。

服務使用者填寫的問卷——由於參與是次研究的對象全部都是精神病康復者，他們的判斷能力或可能受到病情影響，無法準確地作出判斷。在精神狀態不足的情況之下填寫問卷，可影響數據的可靠性和真實性。而運用具有偏差的數據進行研究，亦會令研究結果變得不穩固。

為了避免數據誤差影響研究結果，確保研究對象在問卷中所提供的資料都具備高度的可靠性和真實性，是次研究為研究對象預設了一個判斷力測試，讓研究對象在良好的精神狀態下填寫問卷。判斷力測試是這樣的，在開始填寫問卷之前，社工會先向研究對象發問幾個簡單的問題，讓研究對象回答。如果研究對象的答覆前後一致，沒有矛盾，這表示了研究對象具備良好的判斷能力，能夠提出可靠和準確的答覆，社工便會讓研究對象繼續進行問卷調查。相反，如果社工發現研究對象的答覆前後矛盾，並不一致，表示研究對象可能未必具有良好的精神狀態填寫問卷，社工便會停止派發問卷給研究對象填寫，中止問卷調查。

假如研究對象在填寫問卷的過程中遇到任何疑難，需要別人協助，社工都會從旁協助研究對象。為了避免社工在協助研究對象在填寫問卷的過程中引導他們回答問卷，並且能夠保持中立角色，在開始進行研究之前，研究員會與社工討論如何面對研究對象在填寫問卷過程中出現不同狀況的處理方法。社工如果遇到研究對象需要協助填寫問卷的時候，盡量避免引導研究對象填寫答案，而是應該幫助研究對象理解題目，讓他們自行選擇答案。這個做法可以防止社工主導填寫問卷的過程，防止答案出現偏差。

社工填寫的問卷——交由社工填寫的兩份問卷並沒設有判斷力測試，不過，社工正式填寫這兩份問卷之前，研究員曾邀請對這兩份量表作本地有效度驗證測試的研究人士，提供填寫該問卷的訓練，幫助他們對研究對象作出正確評估。

對於大部份在社區生活的精神病康復者來說，他們每天都面對著各式各樣的生活挑戰，由日常的起居生活，到如何應付和處理情緒和心理病徵，均需要許多的支援和協助，才能夠有效地適應社區生活。為了全面地評估樂康社區精神健康照顧服務對研究對象產生的成效，我們慎重地選用五個測試工具，分別從生活質素、自我能力、社區生活技巧以及精神徵狀等各個層面，嚴格地評估研究對象在接受服務之前和之後的變化。五個施測工具可以粗略分為兩類填寫模式，分別為由(1)研究對象親自填寫(self-administered)作自我主觀評估以及由(2)社工負責填寫 (social worker administered)作客觀評估。

是次研究選擇了兩種評估模式的問卷：主觀（由研究對象填寫）和客觀（由社工填寫）。由研究對象自我評估的三個量表包括：(1)世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK))、(2)自我效能量表 (General Self-Efficacy Scale) 和 (3)社區生活技巧量表 (Community Living Skill Scale)。由社工負責填寫的兩個量表包括：(1)簡短精神徵狀評量表 (Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS) 和 (2)聖路易社區生活技巧評估量表—中文版 (St. Louis Inventory of Community Living Skills-Chinese Version -SLICLS-C)。是次研究所選用的量表全部都具備高度的可靠性 (reliability) 和有效性 (validity)，它們能夠有效地測試研究對象在生活質素、自我效能和社區生活技巧等各個範疇的水平。

(1) 世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK))

為了量度研究對象的主觀生活質素，在參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的前後變化，是次採用世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK))，對參與樂康社區精神健康照顧服務的研究對象進行有關測試。

世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK)) 於1997年由香港醫院管理局與世界衛生組織共同發展而成。整份問卷共有28條問題，全部由研究對象自行填寫。問卷包含26條一般性題目 (generic items)，以及兩條本土性題目 (national items)，皆屬於心理範疇。其中2條題目 (問題1“你怎樣評估你的主觀生活質素？”以及問題2“你滿意自己的健康狀況嗎？”)，分別屬於測量整體生活質素 (overall QOL) 和一般健康 (overall health) 的題目。其餘26條題目，則以李克特五等尺度量表 (5-point Likert Scale) 回答分別屬於四個範疇的問題，其中包括：生理健康 (D1)、心理 (D2)、人際關係 (D3)、環境 (D4) 等日常生活質素。

世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK)) 具備相當良好的使用效果。它的內部一致性 (internal consistency)、重測可靠性 (test-retest reliability) 和同時性效度 (concurrent validity) 均有相當良好的可靠性 (reliability)。它的建構效度 (construct validity) 由 $\alpha=0.862$ 至 $\alpha=0.999$ ，顯示很高的有效性 (validity) (Leung, Tay, Cheng & Lin, 1997)。故此，這個問卷廣泛地用於不同的研究範疇之中。由於世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版 (WHOQOL-BREF(HK)) 具備了上述優點，我們亦決定採用這份問卷評估是次研究對象的生活質素。

(2) 自我效能量表——中文版 (General Self-Efficacy Scale)

第二個由研究對象自我評估的量表是自我效能量表——中文版 (General Self-Efficacy Scale)。自我效能量表——中文版 (General Self-Efficacy Scale) 合共有10條問題，問卷同樣交由研究對象親自填寫。整份問卷的問題均以四等順序尺 (4-point Ordinal Scale) 回答，分別以1=“完全不正确”，

2="尚算正確", 3="多數正確"和4="完全正確"。全份問卷的總分由最低10分至最高40分。

自我效能量表——中文版(General Self-Efficacy Scale)具有相當良好的內部一致性和重測可靠性。Chiu和Tsang(2004)曾經對自我效能量表——中文版(General Self-Efficacy Scale)進行有效性測試。他們的研究發現其內部一致性(internal consistence)達到 $\alpha = 0.92$, 而其重測可靠性達0.75-0.94 (test-retest reliability), 顯示這問卷有相當良好的量度, 並可在研究中用作評估精神病康復者自我效能狀況。

(3) 社區生活技巧量表——中文版 (Community Living Skill Scale)

第三個由研究對象填寫的問卷為社區生活技巧量表——中文版 (Community Living Skill Scale)。這個量表的主要用途為評估精神病康復者在社區生活中所具備的自我照顧和管理能力程度。整份社區生活技巧量表——中文版 (Community Living Skill Scale)共有46條問題。問卷內容主要詢問研究對象日常生活中四個範疇的狀況, 其中包括: 個人護理、社交/人際關係、活動/閒暇技巧和職業技巧。整份問卷的問題按照頻率多少回答, 全部以四等順序尺(4-point Ordinal Scale)回答, 分別由最少的0="甚少"、1="有時", 2="經常"到頻率最多的3="十分經常"。除了以上四個選擇之外, 部份問題加入了"不適用"作為答案。基本上, 研究對象在這個量表中取得的分數越高, 就表示他們的社區生活技巧越高。

除了以上三個由研究對象自行填寫的量表之外, 是次的研究當中, 我們還採用另外兩個交由社工負責為研究對象填寫的量表, 它們分別是: 1) 簡短精神徵狀評量表 (Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS)和2) 聖路易社區生活技巧評估量表—中文版(St. Louis Inventory of Community Living Skills-Chinese Version-SLICLS- C)。

(4) 簡短精神徵狀評量表(Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS)

簡短精神徵狀評量表(Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS)是一個設計給研究人員評估研究對象的問卷。它最早由Overall 和Gorham於1962年發表, 主要用於評估和檢測一般精神病患者的精神病徵狀以及精神健康狀況。

整份問卷合共24條問題, 每條問題代表一種精神病徵狀。所有問題依照七等順序尺(7-point Ordinal Scale)模式回答, 再按每種精神病徵狀的程度, 從低至高排列為七個不同程度的等級, 由最低的1="mild"到最高的7="extremely severe"不等。問題當中不適用的項目, 則可以選擇"NA"回答。整份問卷的總分, 由最低24分至最高168分。所以, 研究對象越是在問卷中所得分數越低, 越能表示他們的精神病徵狀輕微, 精神健康狀況亦越良好。

簡短精神徵狀評量表(Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS)除了可以用作評估和檢測一般精神病患者的精神狀況以及精神病徵狀之外, 它還可以用作為監察研究對象在一定時期之內的精神健康狀況和精神病徵狀變化。

選擇使用這個量表對是次研究的好處有二。第一, 它的可靠性(reliability)高; 第二, 它方便易用, 無需要求研究人員接受特別專門的精神科訓練, 只需要對這量表有簡單的訓練, 也可以準確地填寫量表。由於簡短精神徵狀評量表(Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS)可靠性高, 故此, 它被廣泛地用於評估一般精神病患者的精神健康狀況以及精神病徵狀的相關研究中。

(5) 聖路易社區生活技巧評估量表－中文版(St. Louis Inventory of Community Living Skills-Chinese Version- SLICLS-C)

在是次研究之中，聖路易社區生活技巧評估量表－中文版(St. Louis Inventory of Community Living Skills-Chinese Version- SLICLS-C)主要用作評核生活於社區的精神病康復者在社區中維持生活能力和技巧的施測工具。

這個量表由Au, Tam, Tam and Ungvari等人於2005年翻譯成為中文，並且再由他們為中文版進行有效度的驗證測試。他們的驗證測試發現聖路易社區生活技巧評估量表－中文版 (St. Louis Inventory of Community Living Skills-Chinese Version- SLICLS-C) 跟原來版本擁有相同結構，這個結果表示這份問卷適合在華人社會中使用。整份問卷包括15條問題，內容主要環繞研究對象最近的日常生活能力和技能。所有問題以李克特七等尺度量表 (7-point Likert Scale) 回答，並再按照研究對象的能力和技巧高低，分別評級為最低1='很少或是缺乏技巧'，到最高7='有足夠的能力，無需他人幫助'。因此，要是研究對象在這個量表中取得較高分數，這樣就表示他們具備較佳的社區生活技巧以及能力。

聖路易社區生活技巧評估量表－中文版的其中一項特點，就是可以將研究對象的能力高低劃分為不同的級別，幫助研究員理解研究對象的能力水平。研究對象在該份問卷所得的總分，可以依總分高低劃分為三個不同生活能力等級，並且再將他們分為三個等級，分別為：依賴(dependent)、半依賴(semi-dependent) 和獨立(independent)。這個能力等級的劃分，可以幫助我們了解研究對象的能力水平。

2.3 研究程序

2.3.1 試測與訪談

在正式開始問卷調查之前，我們對是次研究所採用的問卷進行了一次試測(Pilot Test)。為了測試問卷在填寫的時候會否產生問題，諸如句子出現歧義或難於回答，於是我們邀請了50名完成東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者進行一次試測。問卷經過試測和修訂，確保沒有偏差以後，才開始在正式測試中使用。另外，我們於2007年8月，亦曾訪問兩位參與樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者及一名照顧者，為研究提供對照及參考。

2.3.2 正式測試

是次研究以量化方法，採用單組前測後測設計(One-Group Pretest-Posttest Design)，以及在前測後測之間加插一個中期測試方式進行。研究對象正式開始接受東華三院樂康社區精神健康照顧服務之前進行一次前測(Pre-Test)，量度他們接受服務之前在每個調查範疇的情況，作為是次研究的底線(Baseline)。在研究對象開始正式接受服務之後的6個月，研究對象會在服務介入中途參與一次中期測試(Mid-Term Test)。最後，當研究對象接受12個月的服務之後，在服務結束的時候研究對象會進行第

三次測試，最後一次的測試為後測(Post-Test)。當研究對象完成三次有效的測試之後，研究員會將他們在中期測試和後測的資料，與前測所得的資料進行統計學的比較和分析，評估服務的成效。

不論是參與研究的服務使用者還是社工，他們都需要在三次測試中填寫問卷。每次填寫時間相距6個月。第一份問卷會在研究對象接受服務之前填寫，稱之為 (T1)，第二份問卷 (T2) 則在交回 (T1) 半年之後填寫，最後一份問卷 (T3) 則在交回 (T1) 之後一年填寫。故此，完成三份問卷大約需要一年時間(表2.1)。

雖然研究程序上訂明社工和研究對象需每隔6個月填寫問卷一次。然而，在現實環境之中，各種的原因令部份問卷無法準時交回，好像研究對象離港或入院等等。為了解決這個情況，研究員與社工商議過後，在顧及問卷的一致性而又盡量減低抽樣影響的情況之下，決定為 (T2) 和 (T3)的回收時間提供一個細微的寬限期，容許 (T2) 和 (T3) 在預定時間之前或之後4個星期交回問卷。



第三章 研究結果及討論

本章將會交代是次研究的結果。內容將會分為兩大部份。第一部份將交代研究對象的各項背景資料 (Socio-demographic Data)，諸如性別、教育程度、婚姻狀況、年齡、患病類別和患病年期等各項資料。第二部份則會交代各項統計分析結果。

3.1 背景資料

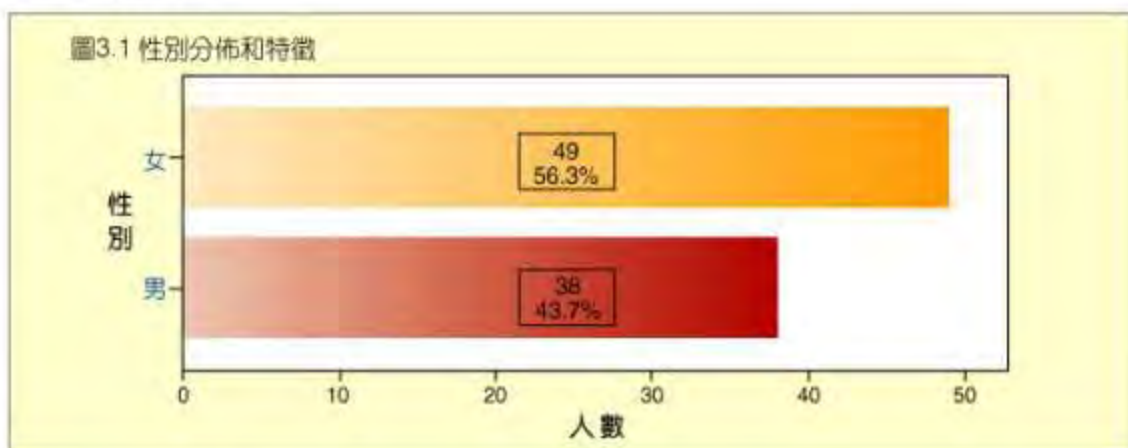
3.1.1 參與研究人數

參與是次研究的服務使用者合共有120人。其中超過七成研究對象成功完成三次問卷調查，共有87人完成三次量表測試並提供有效研究數據作比較和分析。

是次研究共有32個(約兩成多)個案在研究期間流失，無法完整地完成三次問卷調查，原因包括：(1)離世、(2)入住院舍(如老人院或中途宿舍)、(3)再次接受住院治療或(4)個案於後期拒絕再接受問卷調查。

3.1.2 性別分佈和特徵

參與是次研究的研究對象，性別比例算是均等，男女性大約各佔一半人數。參與研究的男性有38人(佔整體43.7%)，女性有49人(佔整體56.3%)。在性別分佈上，參與是次研究的對象沒有傾向某一個性別(參看圖3.1)。

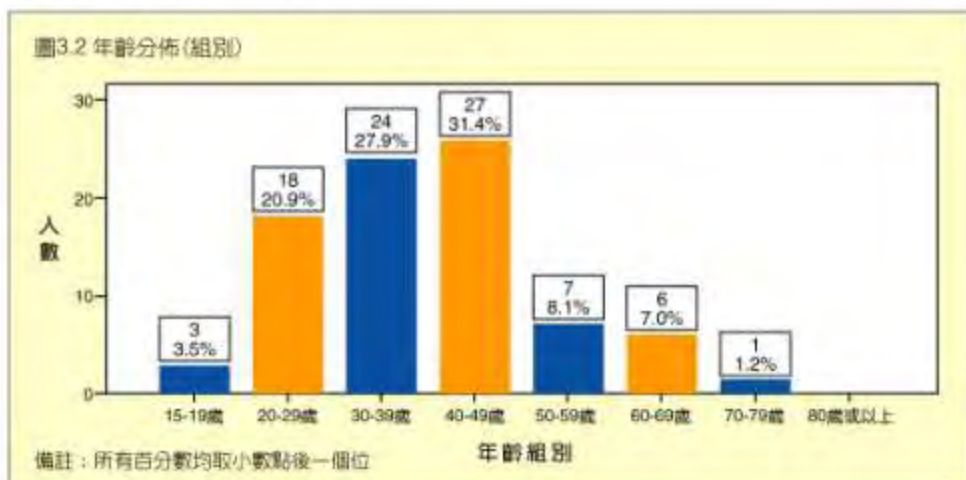


3.1.3 年齡分佈和特徵

是次研究對象以中年人為主。87位參與是次研究的研究對象之中，約七成半 (75.6%) 的人士年齡超過或剛好30歲。其中30-39歲的組別佔27.9%，40-49歲組別則佔31.4%，兩個年齡組別合共佔整體近六成人數 (51人)，佔59.3%。由此可見，大部份參與是次研究的服務使用者屬於中年人士。

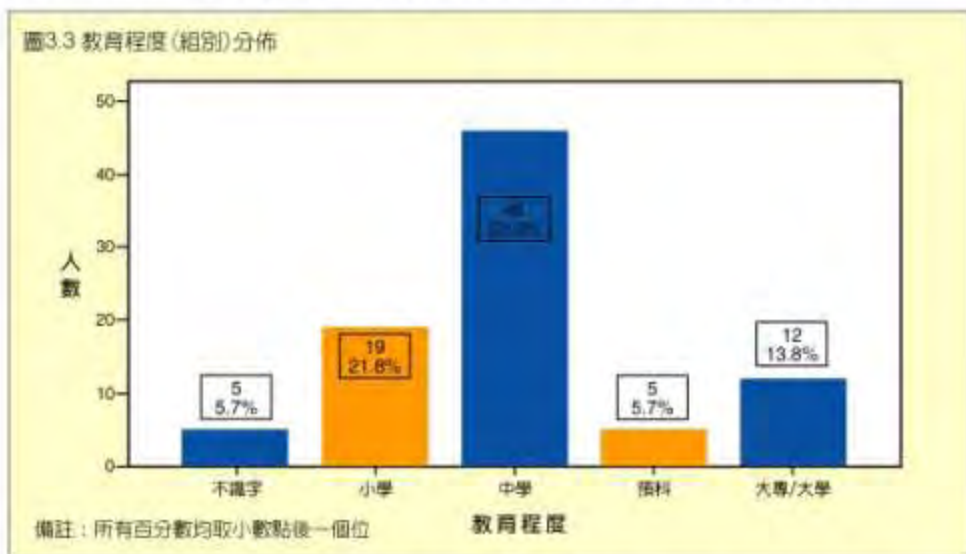
參與研究的服務使用者，他們的平均 (Mean) 年齡和標準差 (Standard Deviation) 沒有太大的轉變。服務開始前研究對象的平均 (Mean) 年齡為39.3歲，標準差 (Standard Deviation) 為12.7；服務結束後，他們的平均年齡增加了1.2歲，成為40.5歲。標準差 (Standard Deviation) 則為12.6，跟服務開始前沒有多大差距。

至於參與是次研究的服務使用者，他們的年齡分佈相當廣泛。由年紀最輕的18歲，至最大的72歲不等，兩者年齡相差54歲。從以上的數字可見，參與是次樂康社區精神健康照顧服務的研究對象，在年齡上有兩個特點：(1)研究對象以中年人為主，他們集中在30至50歲的年齡組別和(2)年齡差異大，由十多歲的年青人到七十多歲的老人都有。



3.1.4 教育程度分佈和特徵

是次研究對象大部份具有中等或以上的教育水平。超過半數(52.9%)的研究對象具有中學學歷，如果將具有預科學歷的人數(5人)一起計算，接近六成(58.6%)的研究對象具有中學學歷。具有大學學歷的有12人(佔13.8%)，具小學學歷的有19人(佔21.8%)，而不識字的有5人(佔5.7%)。



由此可見，具備中學或以上學歷的人士，佔整體研究對象63人，達到七成以上(72.4%)。故此，大部份參與樂康社區精神健康照顧服務的研究對象都屬於中等教育水平。

3.1.5 就業狀況分佈和特徵

參與是次研究的服務使用者的就業狀況，在照顧服務剛開始和結束後出現了很大的轉變。儘管失業的人數在服務開始前和結束後仍然佔大比數，不過，其比率在服務結束後明顯比服務開始前大幅下降；就業人數在服務結束之後則大為提升。

(1) 服務前研究對象的就業情況

參與是次研究服務使用者在服務開始之前大部份沒有從事任何工作。是次的研究對象之中，失業的人數佔最多，共有44人，他們佔整體一半人數。其次為非就業人士，他們約佔整體兩成半，共有21人。至於現時正在工作的人士，連同從事庇護工作/就業訓練的，共有15人，佔17.2%。另外，其他的佔8.0%，他們都是主婦和學生。

如果剔除並非勞動人口的兩個組別(退休 / 不打算工作者)，只計算在勞動市場上的人口，則在研究對象中，失業的人數仍然佔大多數，約七成五。由此可見，在服務開始之前，參與照顧服務的服務使用者以失業人士為主。

表3.1 研究對象在服務開始之前和服務結束之後的就業狀況。

就業狀況	服務開始前		服務結束後	
	人數	百分率 %	人數	百分率 %
就業	13	14.9	27	31.0
失業	44	50.6	29	33.3
非就業(退休 / 不打算工作者)	21	24.1	21	24.1
庇護工作 / 就業訓練	2	2.3	4	4.6
其他	7	8.0	6	6.9
合共	87	99.9	87	99.9

備註：所有百分數均取小數點後一個位

表3.2 剔除非就業(退休 / 不打算工作者)和其他兩個選項之後，研究對象在服務開始之前和服務結束之後的就業狀況。

就業狀況	服務開始前		服務結束後	
	人數	百分率 %	人數	百分率 %
就業	13	22.0	27	45.0
失業	44	74.6	29	48.3
庇護工作 / 就業訓練	2	3.4	4	6.7
合共	59	100.0	60	100.0

備註：1. 服務結束之後的人數增加至60人，因為其中一個學生在服務結束時投入了勞動市場。

2. 剔除非就業(退休 / 不打算工作者)和其他兩個選項之後，研究對象在服務開始之前和服務結束之後的就業狀況。

(2) 服務後研究對象的就業情況

在社區精神健康照顧服務完結之後，大部份參與是次研究的服務使用者仍然沒有從事任何工作。服務結束之後，失業人數依然比重最大，共有29人，佔33.3%，但其所佔的百分比則由服務開始前的50.6%下降近兩成。其次佔多數的為就業人士，他們由原來的13人增加一倍，至27人，佔31.0%，數據指五分之一服務開始時失業的服務使用者在服務完結後都能找到工作。非就業的人數及百分比保持不變。從事庇護工作 / 就業訓練的人數則由2人增加至4人。屬於其他的人數則減少一名，原因是該研究對象從學生轉為就業。

如果剔除並非勞動人口的兩個組別(退休 / 不打算工作者)，只按在勞動市場上的人口，來估量研究對象的就業狀況，我們便可發現研究對象在服務結束之後，就業狀況出現了明顯變化。失業人士數目所佔的比例由開始接受服務前的七成五，下降至少於一半，只有48.3%。相反，從事工作的人士，則由服務開始前的兩成五，增加至五成多。

3.1.6 婚姻狀況分佈和特徵

圖3.4 顯示大部份參與是次研究的服務使用者，在參與研究期間都是沒有婚姻生活。剛好一半的研究對象仍然單身(佔51.2%)，共有44人，佔全體研究對象最大部份。其餘離婚 / 分居和喪偶的，分別佔10人(11.6%)和5人(5.7%)。

圖3.4 婚姻狀況分佈(組別)

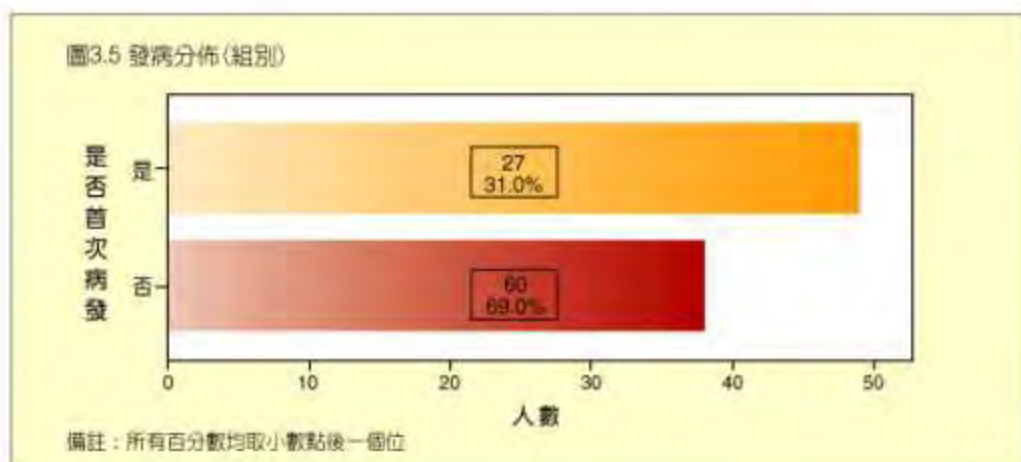


備註：圖中百分數均取小數點後一個位

從以上這些資料可以發現，接近七成(68.5%)接受是次研究的服務使用者都沒有與配偶一同生活，不足三成的研究對象(27人，31.4%)屬於已婚 / 同居狀況。換言之，大部份參與是次研究的服務使用者並沒有任何婚姻生活的。

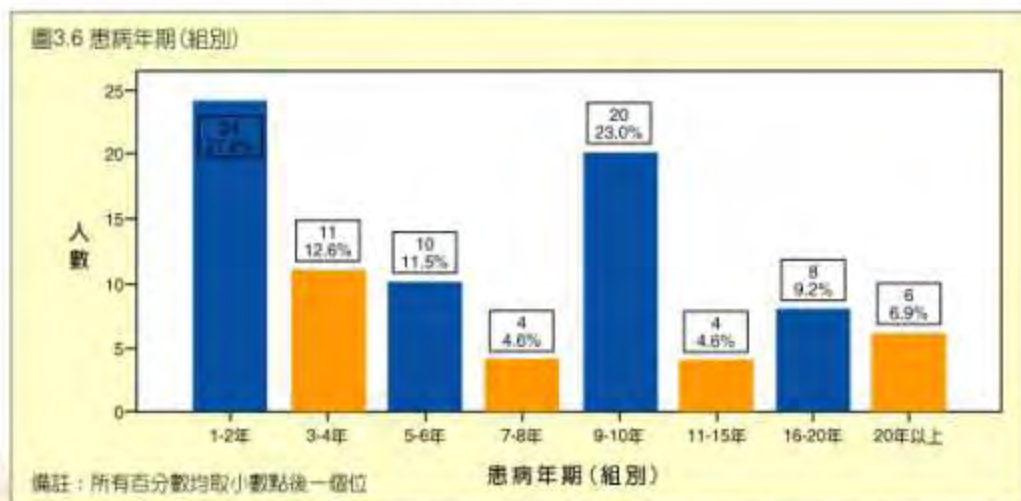
3.1.7 發病分佈和特徵

在首次病發方面，參與是次研究的服務使用者大部份都不是首次病發的。圖3.5顯示研究對象之中60人曾經發病，佔整體人數69.0%。首次病發的佔整體不足四成（31.0%），只有27人。可見參與是次研究的服務使用者以再次病發的患者為主。



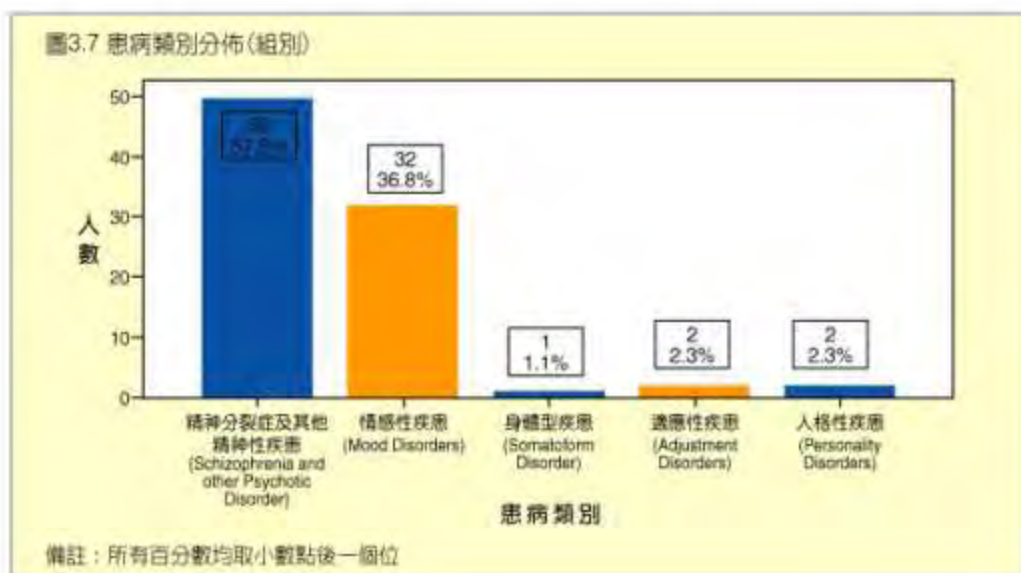
3.1.8 患病年期

至於研究對象的患病年期，結果顯示研究對象的患病年期分佈相當廣泛。其中患病年期由最短1年到最長47年不等，兩者相差可達46年。至於研究對象的平均患病年期則為9.11年，標準差(Standard Deviation)為9.5。再看整體研究對象的患病年期分佈，結果表示大部份參與是次研究的服務使用者中，以患病年期較短的精神病患者為主。如(圖3.6)所示，近三成參與樂康社區精神健康照顧服務的研究對象屬於患病年期1-2年的精神病患者，四成的研究對象則患病不超過4年。至於另一個佔整體人數較多的患病年期為9-10年的病患者，他們共有20人，佔整體23.0%。



3.1.9 患病類別

在患病類別方面，數字顯示參與是次研究服務使用者所患的精神病主要屬於兩個類別（參看圖3.7）。第一類為精神分裂症及其他精神性疾患。在所有的研究對象，患有精神分裂症及其他精神性疾患的人數最多，共有50人，佔整體人數近六成(57.5%)，成為最大的患病類別。第二類為患上情感性疾患。患有情感性疾患的研究對象共有32人，佔整體三成半 (36.8%)，成為第二大的患病類別。餘下合共約5%的研究對象，他們分別患上身體型疾患 (1人，1.1%)、適應性疾患(2 人，2.3%) 和人格性疾患 (2人，2.3%) 等病患。



3.2 統計分析

3.2.1 服務成效

是次研究主要有兩個目標：(1)評估樂康社區精神健康照顧服務的成效。透過評估參與該服務的服務使用者，在完成服務之後在主觀生活質素、自我效能、社區生活技巧以及精神病徵狀變化，判斷該服務對使用者的效益；以及(2)了解研究對象接受服務時間的長短，會否對以上的各個範疇帶來影響而做成不同的差異。

為了檢視服務時間長短會否對施測的範疇產生顯著的影響，是次研究選用了單因子變異數分析 (One-Way ANOVA Repeated Measure) 以及事後檢定法 (Post-Hoc Test) 進行統計分析測試。

研究結果顯示，除了由研究對象填寫的社區生活技巧量表，沒有統計學上的顯著差異之外，其餘所有施測工具，全部都出現了統計學上正面的顯著差異。可見，東華三院樂康社區精神健康照顧服務能夠有效地提高研究對象的生活質素、自我形象和社區生活技能；另一方面，服務同時有效地減少康復者的精神病徵狀。表3.3顯示了社區精神健康照顧服務對服務使用者的效果。

表3.3至表3.7展示了各個施測範疇在參與服務前 (Baseline)、參與服務中期 (6個月) 和服務結束後的所得平均值、各F-value和結果。圖3.8至圖3.14則表示了平均值在不同服務時期的轉變。

3.2.2 生活質素

研究結果顯示，四個在世界衛生組織生活質素問卷——香港撮要版(WHOQOL-BREF(HK))生活質素的範疇：(1)生理健康範疇、(2)心理健康(香港)範疇、(3)人際關係範疇和(4)環境範疇全部都出現了統計學上的顯著差異。其中生理健康範疇、心理健康(香港)範疇和環境範疇經過了6個月的服務後，便產生了顯著差異，而人際關係範疇則經過一年服務之後才出現顯著差異(表3.3)。

表3.3 生活健康質素

	T1		T2		T3		F-value	Post-Hoc
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
1. 生理健康範疇 (Physical Health Domain)	12.49	(2.47)	13.38	(2.34)	13.78	(2.46)	13.19***	1<2**; 2<3
2. 心理健康(香港)範疇 (Psychological Health Domain-HK)	11.47	(2.92)	12.30	(2.58)	12.84	(2.82)	15.40***	1<2**; 2<3
3. 人際關係範疇 (Social Relationship Domain)	11.98	(2.78)	12.48	(2.71)	12.73	(2.54)	3.40*	1<2; 2<3
4. 環境範疇 (Environment Domain)	12.04	(2.55)	12.71	(2.54)	12.96	(2.68)	7.86***	1<2**; 2<3

備註: Post-Hoc Test (LSD), T1=參與服務前, T2=參與服務中期(6個月), T3=結束服務後, Mean=平均值, SD=標準差

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

(1) 生理健康範疇

單因子變異數分析(One-Way ANOVA Repeated Measure)的結果顯示，研究對象的生活質素出現了顯著差異 ($F=13.19$, $p<0.001$)。事後檢定法(Post-Hoc Test)則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，在生理健康範疇有顯著的提升。而該範疇的提升，在接受服務6個月後至服務結束後，再沒有顯著的進步(表3.3及圖3.8)。

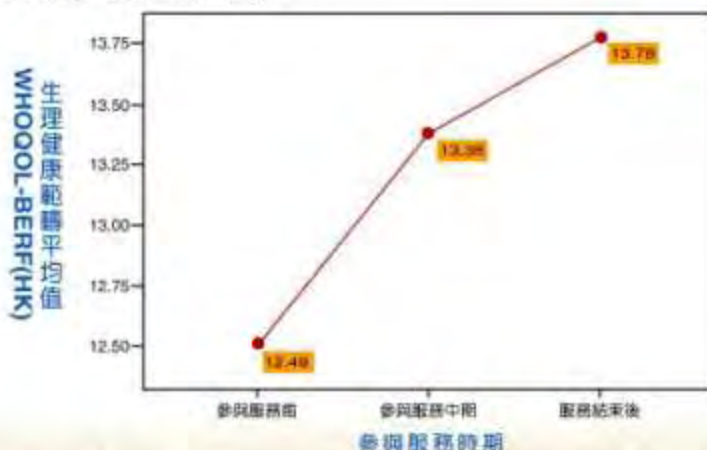


圖3.8 生理健康範疇平均值於不同參與服務時期的變化

(2) 心理健康〈香港〉範疇

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的心理健康〈香港〉範疇出現了顯著差異 ($F=15.4$, $p<.001$)。事後檢定法 (Post-Hoc Test) 則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，在心理健康範疇有顯著的提升。而該範疇的提升，在接受服務6個月後至服務結束後，再沒有顯著的進步 (表3.3及圖3.9)。

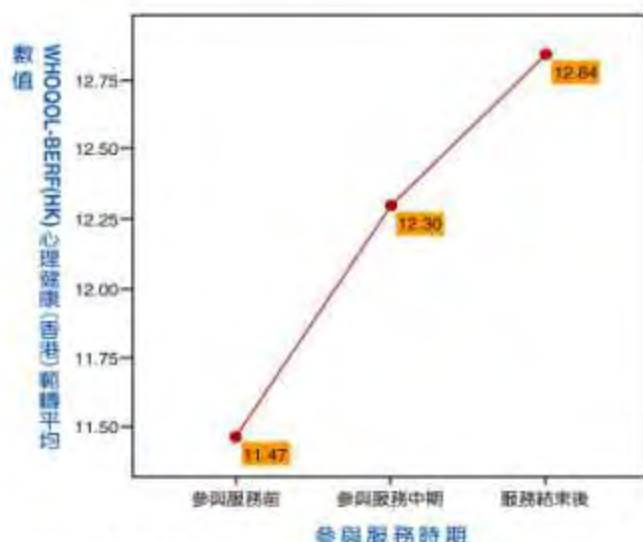


圖3.9 心理健康(香港)範疇平均值於不同參與服務時期的變化

(3) 人際關係範疇

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的人際關係範疇出現了顯著差異 ($F=3.40$, $p<.05$)。事後檢定法 (Post-Hoc Test) 則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，在人際關係範疇沒有顯著的提升。直至研究對象接受服務後至服務結束後 (一年後)，該範疇才出現顯著的進步 (表3.3及圖3.10)。

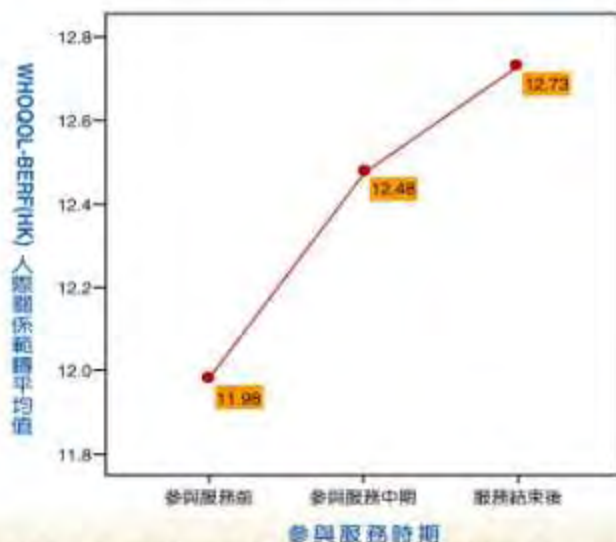


圖3.10 人際關係範疇平均值於不同參與服務時期的變化

(4) 環境範疇

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的環境範疇出現了顯著差異 ($F=7.86, p<.001$)。事後檢定法(Post-Hoc Test)則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，在環境範疇有顯著的提升。而該範疇的提升，在接受服務6個月後至服務結束後，再沒有顯著的進步(表3.3及圖3.11)。

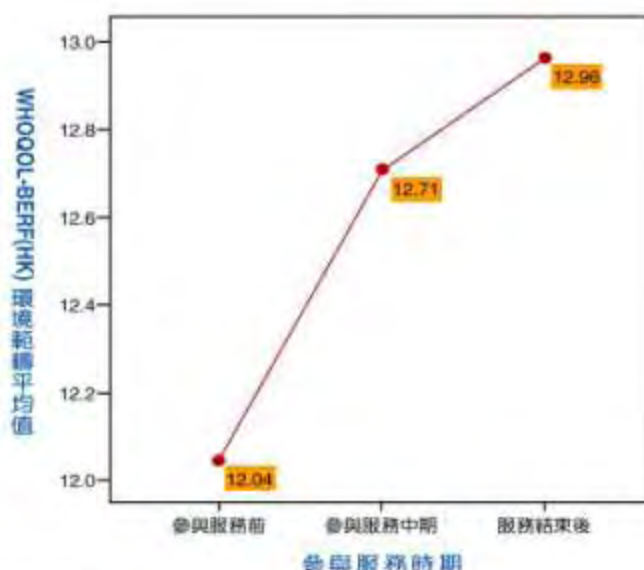


圖3.11 環境範疇平均值於不同參與服務時期的變化

3.2.3 自我效能

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的自我效能出現了顯著差異 ($F=6.10, p<.001$)。事後檢定法(Post-Hoc Test)則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，在人際關係範疇沒有顯著提升。直至研究對象接受服務6個月後開始，該範疇才出現顯著進步。(表3.4及圖3.12)

表3.4 自我效能

	T1		T2		T3		F-value	Post-Hoc
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
自我效能	21.00	(6.64)	21.63	(6.62)	23.36	(7.33)	6.10***	1<2; 2<3*

備註: Post-Hoc Test (LSD), T1=參與服務前, T2=參與服務中期(6個月), T3=服務結束後, Mean=平均值, SD=標準差
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

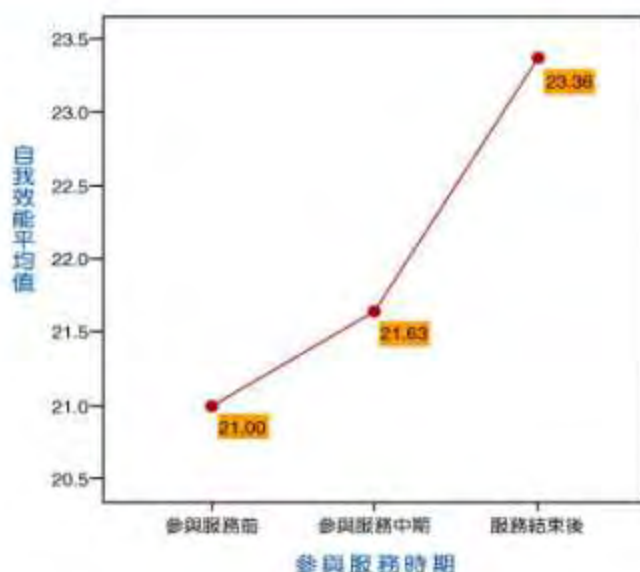


圖3.12 自我效能平均值於不同參與服務時期的變化

3.2.4 社區生活技巧

是次研究發現，社區生活技巧量表中的四個範疇：(1)個人護理、(2)社交 / 人際關係、(3)活動 / 閒暇技巧和(4)職業技巧，無論是經過6個月還是12個月的服務，均沒有出現統計學上的顯著差異。

表3.5 社區生活技巧

	T1		T2		T3		F-value	Post-Hoc
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
1.個人護理 (Personal Care)	55.52	(10.19)	54.32	(8.56)	56.03	(10.04)	1.70	沒有
2.社交 / 人際關係 (Social Relationship)	48.17	(6.50)	48.29	(5.45)	48.66	(6.59)	.37	沒有
3.活動 / 閒暇技巧 (Social Activity)	11.94	(3.63)	11.67	(3.23)	12.07	(3.52)	3.60	沒有
4.職業技巧 (Vocational Skill)	16.41	(3.04)	16.55	(2.60)	16.57	(2.90)	.16	沒有

備註: Post-Hoc Test (LSD), T1=參與服務前, T2=參與服務中期(6個月), T3=服務結束後, Mean=平均值, SD=標準差
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的個人護理 ($F=1.70$)、社交 / 人際關係 ($F=0.37$)、活動 / 閒暇技巧 ($F=3.60$)和職業技巧 ($F=0.16$)沒有出現顯著差異。事後檢定法(Post-Hoc Test)亦顯示以上的四個範疇，無論是經過6個月、12個月或是在任何一段時期，都沒有任何顯著差異(表3.5)。

325 精神病徵狀

單因子變異數分析(One-Way ANOVA Repeated Measure)的結果顯示，研究對象的精神病徵狀出現了顯著差異 ($F=52.17, p<.001$)。事後檢定法(Post-Hoc Test) 則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，精神病徵狀已經出現顯著改善。而且，研究對象由接受服務6個月至服務結束後，他們的精神病徵狀同樣有顯著改善 (表3.6及圖3.13)。

表3.6 精神病徵狀

	T1		T2		T3		F-value	Post-Hoc
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
精神病徵狀 (BPRS總分)	33.78	(7.40)	28.40	(4.22)	26.86	(3.39)	52.17***	1<2***; 2<3***

備註: Post-Hoc Test (LSD), T1=參與服務前, T2=參與服務中期(6個月), T3=服務結束後, Mean=平均值, SD=標準差

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

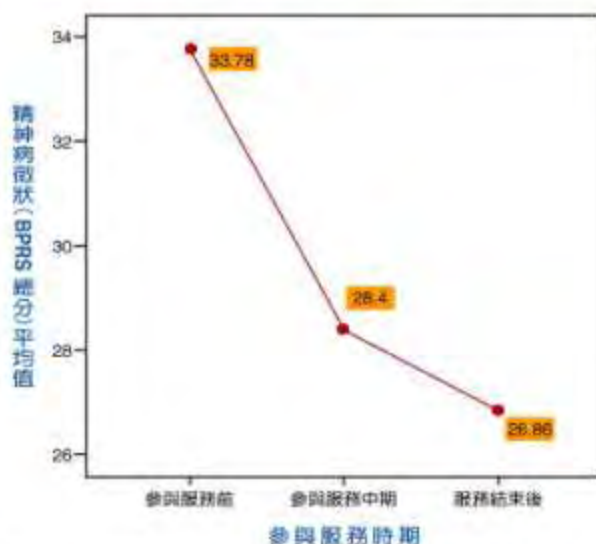


圖3.13 精神病徵狀 (BPRS總分) 平均值於不同參與服務時期的變化

326 聖路易社區生活技巧評估

單因子變異數分析的結果顯示，研究對象的社區生活技巧出現顯著了差異($F=64.27, p<.001$)。事後檢定法(Post-Hoc Test) 則表示了研究對象由開始接受服務至六個月後，他們的社區生活技巧已經出現顯著提升。而且，研究對象由接受服務6個月至服務結束後，該範疇同樣有顯著進步 (表3.7及圖3.14)。

表3.7 社區生活技巧評估

	T1		T2		T3		F-value	Post-Hoc
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
社區生活技巧評估	72.53	(14.86)	82.36	(12.21)	86.86	(12.68)	64.27***	1<2***; 2<3***

備註: Post-Hoc Test (LSD), T1=參與服務前, T2=參與服務中期(6個月), T3=服務結束後, Mean=平均值, SD=標準差

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

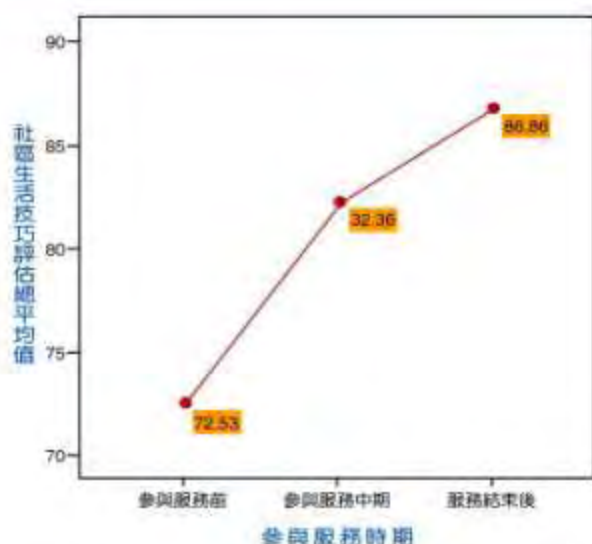


圖3.14 社區生活技巧評估平均值於不同參與服務時期的變化

3.2.7 多元迴歸分析 (Multiple Regression Analysis)

為了進一步了解不同的預測因 (predictors) 如何影響服務成效，是次研究選用逐步迴歸分析 (Stepwise Linear Regression)，利用9個不同的預測因 (predictors) 檢視那些因素對成效產生的影響。選用的預測因 (predictors) 包括：性別、年齡 (at baseline)、教育程度 (at baseline)、婚姻狀況 (at baseline)、就業狀況 (at baseline)、患病年期、首次患病、病患類型與各個施測範疇的得分作比較。結果顯示所有在表3.8到表3.18列出所有多元迴歸分析的結果。

(1) 生理健康範疇

表3.8的多元迴歸分析展示了生理健康範疇的改善狀況。生理健康範疇中32%的變異數 (variance) 轉變能夠由迴歸分析 (regression analysis) 預測。接受服務前的生理健康範疇所得的分數能夠有效地預測 ($\beta = -.51, p < .001$) 心理健康在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前生理健康較差和教育程度較高的研究對象在完成服務之後，他們的生理健康較其他康復者取得較大的成效。

表3.8 生理健康範疇的多元迴歸分析

預測因	B	SE	β	p <
生理健康範疇(接受服務前得分)	-0.53	0.10	-.51	<.001
教育程度	0.54	0.24	.21	<.05
常數	6.31	1.47		<.001

備註: R-square = .318, 方法：逐步迴歸分析 (Stepwise Linear Regression)

(2) 心理健康範疇

表3.9的多元迴歸分析展示了心理健康範疇的改善狀況。心理健康範疇中20%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。接受服務前的心理健康範疇分數能夠有效地預測 ($\beta = -.45, p < .001$) 心理健康在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前心理健康較差的研究對象在完成服務之後，他們的心理健康較其他康復者取得較大的成效。

表3.9 心理健康範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
心理健康範疇(接受服務前)	-.039	0.09	-.45	<.001
常數	6.11	1.02		<.001

備註: R-square = .200, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(3) 人際關係範疇

表3.10的多元迴歸分析展示了人際關係範疇的改善狀況。人際關係範疇中39%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。接受服務前人際關係範疇所得的分數 ($\beta = -.52, p < .001$)、婚姻狀況 ($\beta = .24, p < .05$) 和年齡 ($\beta = .21, p < .05$) 能夠有效地預測人際關係在結束服務後的變化。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前人際關係範疇較差，但已婚 / 同居或教育水平較高的研究對象在完成服務之後，他們的人際關係較其他康復者取得較大的成效。

表3.10 人際關係範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
人際關係範疇(接受服務前)	-0.49	0.08	-.52	<.001
已婚/同居(接受服務前)	1.34	0.52	.24	<.05
年齡	-0.04	0.02	-.21	<.05
常數	7.86	1.15		<.001

備註: R-square = .387, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(4) 環境範疇

表3.11的多元迴歸分析展示了環境範疇的改善狀況。環境範疇中11%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象在接受服務前的教育程度 ($\beta = .33, p < .01$) 能夠有效地預測環境範疇在服務結束後的變化。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前教育水平較高的研究對象在完成服務之後，他們在環境範疇較其他康復者取得較大的成效。

表3.11 環境範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
教育程度(接受服務前)	1.02	0.32	.33	<.01
常數	-2.14	1.00		<.05

備註: R-square = .109, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(5) 自我效能

表3.12的多元迴歸分析展示了自我效能的改善狀況。自我效能中13%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象接受服務前在自我效能中所得的分數能夠有效地($\beta = -.35$, $p < .001$)預測自我效能在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前自我效能範疇較低的研究對象完成服務之後，他們的自我效能較其他康復者取得較大的成效。

表3.12 自我效能多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
自我效能(接受服務前)	-0.33	0.10	-.35	<.001
常數	9.30	2.13		<.001

備註: R-square = .125, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(6) 個人護理

表3.13的多元迴歸分析展示了個人護理範疇的改善狀況。個人護理範疇中32%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象在接受服務前在個人護理範疇中所得的分數($\beta = -.53$, $p < .001$)、教育程度($\beta = .20$, $p < .05$)以及患有非精神分裂症的康復者($\beta = .22$, $p < .05$)，能夠有效地預測個人護理能力在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些患上非精神分裂症的康復者及接受服務前個人護理能力較低或教育程度較高的研究對象，在完成服務之後，他們的個人護理能力較其他康復者取得較大的成效。

表3.13 個人護理範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
個人護理範疇(接受服務前)	-.51	.09	-.53	<.001
患有非精神分裂症的	4.35	1.84	.22	<.05
教育程度	2.02	.94	.20	<.05
常數	21.04	5.43		<.001

備註: R-square = .323, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(7) 社交 / 人際關係

表3.14的多元迴歸分析展示了社交 / 人際關係的改善狀況。社交 / 人際關係範疇中21%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象在接受服務前在社交 / 人際關係中所得的分數能夠有效地預測 ($\beta = -.46, p < .001$) 社交與人際關係技巧在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前人際關係範疇較低的研究對象完成服務之後，他們的社交 / 人際關係能力較其他康復者取得較大的成效。

表3.14 人際關係範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
社交 / 人際關係(接受服務前)	-0.45	0.10	-.46	<.001
常數	21.94	4.68		<.001

備註: R-square = .212, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(8) 活動 / 閒暇技巧

表3.15的多元迴歸分析展示了活動 / 閒暇技巧的改善狀況。活動 / 閒暇技巧中35%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象接受服務前在活動 / 閒暇技巧中所得的分數($\beta = -.57, p < .001$) 和教育程度 ($\beta = .22, p < .05$) 能夠有效地預測活動 / 閒暇技巧在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前活動 / 閒暇技巧較少的研究對象完成服務之後，他們的活動 / 閒暇範疇上較其他康復者取得較大的成效。

表3.15 活動 / 閒暇技巧範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
活動 / 閒暇技巧(接受服務前)	-0.59	0.09	-.57	<.001
教育程度	0.83	0.34	.22	<.05
常數	4.69	1.48		<.01

備註: R-square = .354, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(9) 職業技巧

表3.16的多元迴歸分析展示了職業技巧範疇的改善狀況。職業技巧範疇中39%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象接受服務前在職業技巧範疇中所得的分數($\beta = -.50, p < .001$)和教育程度 ($\beta = .34, p < .001$)能夠有效地預測職業技巧有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前職業技巧範疇較差或教育程度較高的研究對象完成服務之後，他們的職業技巧較其他康復者取得較大成效。

表3.16 職業技巧範疇的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
職業技巧(接受服務前)	-0.50	0.09	-.50	<.001
教育程度	1.06	0.27	.34	<.001
常數	5.21	1.71		<.01

備註: R-square = .354, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(10) 精神病徵狀

表3.17的多元迴歸分析展示了精神病徵狀的改善狀況。精神病徵狀中84%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。服務使用者接受服務前在簡短精神病徵狀量表中所得分數($\beta = -.91$, $p < .001$)和就業狀況(失業) ($\beta = -.15$, $p < .001$) 能夠有效地預測服務結束後精神病徵狀和心理健康有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前精神病徵狀較多和心理健康較差的研究對象在完成服務之後，他們的精神病徵狀明顯減少，心理健康亦得到提升。當中以接受服務前失業的服務使用者改善最為明顯(表3.17)。

表3.17 精神病徵狀的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
精神病徵狀(接受服務前)	-0.96	0.05	-.91	<.001
失業(接受服務前)	-2.34	0.71	-.15	<.001
常數	27.00	1.71		<.001

備註: R-square = .837, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

(11) 聖路易社區生活技巧評估

表3.18的多元迴歸分析展示了聖路易社區生活技巧評估 (SLICLS-C) 的改善狀況。聖路易社區生活技巧評估中39%的變異數轉變能夠由迴歸分析預測。研究對象在接受服務前在聖路易社區生活技巧評估量表($\beta = -.61$, $p < .001$)中所得的分數能夠有效地預測社區生活技巧在服務結束後有所改善。

多元迴歸分析顯示那些在接受服務前缺乏社區生活技巧的研究對象在完成服務之後，他們的社區生活技巧得到明顯改善(表3.18)。

表3.18 聖路易社區生活技巧評估的多元迴歸分析

預測因	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> <
聖路易社區生活技巧評估(接受服務前)	-0.585	0.09	-.61	<.001
常數	56.68	6.30		<.001

備註: R-square = .373, 方法: 逐步迴歸分析(Stepwise Linear Regression)

3.3 結論

- (1) 研究結果顯示大部份參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的人士屬於中年人士，平均年齡為39.31歲；年齡分佈相當廣泛，年紀最輕的18歲，至最大的72歲不等，兩者年齡相差54歲。由此可見，接受該服務的人士年齡相距頗大。故此，在推行服務特別是小組或團體活動時如何平衡不同年齡康復者的不同需要，將會是社區精神健康照顧服務社工的挑戰。
- (2) 研究指出大部份參與樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者都屬於中等教育水平及大部份都是失業人士。大部份的服務使用者都達中學水平，這有助他們較易學習及掌握精神病的知識及治療方法。此外，中等教育水平的康復者會較易在市場找到工作，融入社會。對於有較低教育水平的康復者，社區精神健康照顧服務社工可安排他們作職業評估，並替他們尋找培訓機會。
- (3) 大部份參與是次研究的服務使用者並沒有任何婚姻生活，也沒有親密伴侶照顧。缺乏家庭生活或照顧使不少康復者感到孤單及無助，這不單影響他們的支援網絡，亦減低他們的生活質素。幫助他們安排合適的社交環境，使他們建立同性或異性的支援網絡是精神病復康工作的重要部份。
- (4) 大部份參與是次研究的服務使用者以再次病發為主，這是精神病的特性。如何減少復發或延遲復發的時間也是精神病復康工作的重點。如能配以適當的治療或復康服務，他們的治癒率(Prognosis)將會較高。
- (5) 參與是次研究的服務使用者所患的精神病以精神分裂症及情感性疾患為主。精神病康復者一般主動性較低，病適感稍遜，探訪為主的復康服務將較適合幫助他們康復，重返社區生活。
- (6) 研究分析指出，曾接受一年樂康社區精神健康照顧服務的離院精神病康復者的精神病徵狀得到舒緩。他們的自我效能、社區生活技巧、生活質素也相對地提高。再者，統計分析亦顯示，那些在接受服務前自我效能較低，生活質素較差、社區生活技巧較弱的康復者在完成社區精神健康照顧服務後，他們以上的情況會得到較大的改善。此外，那些在接受服務前精神病徵狀較多的康復者在接受服務後，他們的精神病徵狀明顯減少。研究結果顯示樂康社區精神健康照顧服務對精神病康復者有正面效用。

4.1 總結

是次研究邀請了120名精神病康復者參與研究，共有87位康復者完成所有評估。研究以量化研究方式進行，為期約兩年半。從研究分析，康復者在完成社區精神健康照顧服務6個月或12個月後，他們的精神病徵狀、自我效能、社區生活技巧和生活質素均得到改善。

本研究主要以實証為本方法 (Evidence-based) 探討東華三院樂康社區精神健康照顧服務的服務使用者，在接受服務後於精神健康及生活質素的改變。希望從中得到一些數據，進一步改善該服務，幫助精神病康復者融入社區。以下章節將把所有結果作總結，並且嘗試提出一些建議。

4.1.1 生活質素

是次研究發現，東華三院樂康社區精神健康照顧服務能夠有效地提升精神病康復者的生活質素。參與社區精神健康照顧服務的服務使用者，接受一年的服務後，他們不論在精神病徵狀、生理健康、心理健康、人際關係還是環境範疇，全部都有顯著改善。其中生理健康、心理健康和環境範疇，在接受6個月服務後，便已產生了顯著改善。研究結果肯定了東華三院樂康社區精神健康照顧服務能夠在精神病康復者生活質素上達到正面效用。

4.1.2 自我效能

是次研究的另一個發現，就是精神病康復者在參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務後，他們的自我效能得到提升。結果清楚顯示康復者接受一年的服務之後，他們的自我效能比參與服務前有顯著提升。

4.1.3 社區生活技巧

在改善精神病康復者的社區生活技巧上，研究肯定了東華三院樂康社區精神健康照顧服務可以對精神病康復者的社區生活技巧產生正面影響。在社工評估參與服務的精神病康復者結果中，他們的社區生活技巧在接受服務6個月之後，已經有明顯改善。雖然在康復者自我評估的結果中，無法顯示他們的社區生活技巧有顯著改善，不過，其平均值亦有提升。研究的結果肯定了東華三院樂康社區精神健康照顧服務在改善康復者的社區生活技巧上，發揮了正面作用。

4.1 精神病徵狀

是次研究結果顯示參與東華三院樂康社區精神健康照顧服務的康復者的精神病徵狀能有效地減少。參與服務的精神病康復者，經過6個月的服務後，他們的精神病徵狀已經顯著減少。這個結果表明，東華三院樂康社區精神健康照顧服務在改善精神病康復者的病徵上有相當顯著的成效。

4.2 建議

4.2.1 深化社區精神健康照顧服務

- (1) 研究結果顯示社區精神健康照顧服務除了能幫助康復者減少精神病徵狀外，並能提昇他們的日常生活技能，從而改善他們的生活質素。由於受到精神病的影響，精神病康復者回到社區生活是有一定的困難。社區精神健康照顧服務提供外展式的服務，確能幫助他們面對日常生活中的實際需要，例如定時服藥、覆診及社交技巧等問題。由於精神病對康復者的影響是多面性的，社區精神健康照顧服務社工除了協助康復者解決日常生活難題外，亦應幫助他們培養正面思想，建立積極的人生目標。
- (2) 不少研究指出大部份的精神病康復者是不需要長期留院的(Jones, 2002; Falk & Allbeck, 2002)。剛離院的康復者往往要面對重新適應社區生活的不少困難。這對他們的精神健康狀況有不少的影響。社區精神健康照顧服務社工如能定期對康復者的精神病徵狀及社區生活技巧作出評估，從而訂立適當的介入計劃，幫助他們康復並融入社區。
- (3) 由於患上精神病，不少康復者仍受到精神病的正面或負面徵狀影響。剛出院的康復者的精神病徵狀都是相對地穩定及受到控制的。除了鼓勵康復者定期覆診及服藥外，社區精神健康照顧服務社工可提供心理輔導，如認知心理治療 (CBT) 和心理教育 (Psychoeducation) 及身心靈成長(Body-Mind-Spirit-Approach) 治療等，幫助他們學習處理這些精神病徵狀。
- (4) 現時東華三院推行的東華三院樂康社區精神健康照顧服務，根據社會福利署訂立的服務計劃，有關服務提供大約為期一年，以協助離院精神病康復者適應社區生活。然而，是次研究當中發現，對於大部份的康復者而言，一年的服務時限根本無法幫助康復者返回社區生活。該機構提供的數字顯示，參與研究的120名個案中，當中七成個案需要延長服務。其中大部份個案 (65人約五成) 需要延長服務至最少12至18個月，另外近兩成 (17.5%) 個案更加需要延長服務時期至24個月或以上，能夠在現行的服務年期之內完成服務的個案不足三成。數據表明在現有資源的限制下只可提供一年的社區精神健康照顧服務，在運作上根本無法滿足服務使用者的實際需要。現時大部份機構都要自行延長服務使用者的照顧時限，在一年後繼續提供服務給康復者補貼現時服務時期的不足。建議政府應該將社區精神健康照顧服務的服務年期制定為兩年，使康復者得到較適切的照顧服務。

1.2 社區生活能力

- (1) 不少康復者由於精神病影響形成性格較孤僻及感到生活沉悶。事實上由於個人經濟能力有限，大部份康復者未能負擔一些需要消費的活動。社區精神健康照顧服務社工可按康復者經濟能力鼓勵他們恆常地參與一些有趣活動 (Pleasurable Activities)，幫他們建立愉快及充實的生活。
- (2) 由於精神病的影響，大部份康復者的社交圈子比較狹窄。在康復過程中，社交和朋友的支援均有助康復者面對困難的。現時，社區精神健康照顧服務社工在個案跟進過程中，均有提供康復者社交技巧輔導，幫助他們學習與人相處的技巧。此外，社區精神健康照顧服務社工可組織多一些團體或小組活動，使康復者能與常人接觸及溝通機會，從而增強他們的溝通技巧。
- (3) 為了擴闊康復者的生活圈子，社區精神健康照顧服務社工可鼓勵康復者多參與一些社區活動，或聯同地區不同的社會服務單位，舉辦各項社區或義工活動，造就機會予康復者參與，從而擴展他們的社交網絡。

1.3 工作機會

- (1) 不少精神病康復者在尋找工作方面遇到不少困難。由於個人工作技能的限制及社會經濟轉型的影響，大部份康復者在勞工市場都找不到工作。不少研究指出工作對康復者在心理社交上能產生正面的作用(Miles, 1971; (Morgan, 1983)，增強他們的自我價值感 (Alverson, Becker & Drake, 1995; Strong, 1998; Young & Ensing, 1999)，有助穩定康復者的精神狀況，延遲復發的時間 (Wansbrough, 1981)。現時社區精神健康照顧服務社工在個案跟進工作中都會提供工作輔導，提昇康復者的面試技巧，幫助他們找到合適的工作。對於工作能力較高而長期未能找到工作的康復者，社區精神健康照顧服務社工可轉介到工作技能訓練機構，如工作技能訓練中心或再培訓局職業訓練課程作評估或工作培訓，從而增強他們的工作能力。
- (2) 社會經濟轉型對大部份康復者在找工作上都做成很大阻礙。部份康復者只能找到一些勞動或低技術的工作崗位，工資低，工時長。這對他們的精神病復康並沒有幫助。社區精神健康照顧服務社工在這方面所能做到的非常有限。隨著不少社會企業的成立，社區精神健康照顧服務社工可與不同的社會企業加強聯繫，製造工作訓練或就業機會予康復者，促使他們康復。

1.4 對社區精神病康復者的家屬支援

家屬支援對於照顧生活在社區的精神病康復者的家屬而言是相當重要的。家屬是社區精神健康照顧服務中重要的一環。然而，研究顯示家屬一般承受著很大的照顧責任，再加上大部份家屬因為不同原因不知道社區支援服務，令他們處身在孤立無援的狀態(Lam, & Ng, 2006; Wong, 2000)。故此，強化現有的家屬支援服務變得非常重要。諸如為家屬提供更多的社區活動、家庭心理教育活動

(Family Psychoeducation Programs) 和情感支援小組，幫助家屬舒緩壓力，為家屬提供更大的支援。除了減少家屬在照顧康復者的壓力外，並促進家屬對康復者的彼此溝通及了解，有助康復者康復。

4.2 社會支援

- (1) 研究結果顯示社區精神健康照顧服務能幫助康復者減少精神病徵狀，增強社區生活能力。因此，政府應增加資源，在地區擴展這項服務。與外國有相關社區精神健康服務相比，香港的社區精神健康照顧服務社工、康復者人手比例偏低，做成社工未能緊密地與個案跟進面談。為了增加社區精神健康照顧服務社工與康復者個案跟進的密度，並提供適切的專業輔導，建議政府增撥資源，使服務機構能增聘對精神復康服務有經驗的社工，強化對康復者的專業輔導跟進工作。
- (2) 現時社區精神健康照顧服務主要為政府精神科的轉介個案提供服務，服務對象的範圍和來源偏向狹窄和單一。現時東華三院樂康社區精神健康照顧服務只接受曾經住院不超過兩年的精神病康復者，對於從未曾入院的精神病患者和離開醫院服務超過兩年但仍然有服務需要的康復者，他們卻失去接受社區精神健康照顧服務的機會。事實上，精神病復康工作是一個相當漫長的工作，充足而持續的支援更是必須。所以，這個甄選服務使用者的方式以及界線，應該重新檢討。政府應該考慮將接受「社區為本的精神復康服務」的對象限制放寬，擴展至未曾入院、離開醫院服務超過兩年但仍然有服務需要的康復者包括在社區精神健康照顧服務的範圍之內，令更多在社區生活的病患者得到適當的服務跟進。

4.2.5 加強「醫社合作」及服務整合

- (1) 精神病復康工作需要醫藥和心理社會治療雙管齊下，以「醫社合作」將現有的資源重新整合，作為推動精神復康服務的發展模式，能夠為精神病康復者帶來更大效益。為了幫助康復者能夠順利由醫院過渡到社區，減少由醫院到社區的斷層，我們建議社區精神健康照顧服務社工在康復者離院之前，提早到醫院展開個案跟進工作，幫助康復者準備回到社區生活。
- (2) 另一方面，為醫療團隊與社區精神健康照顧服務團隊制定定期合作平台，更有助兩者互相合作推行精神復康工作。現時社區精神健康照顧服務社工只有陪同康復者回到醫院覆診，才有機會與精神科醫生和醫務社工了解康復者的病情。醫療團隊與社區精神健康照顧服務團隊之間缺乏溝通機制來共同跟進精神病康復者的復康進度。因此，我們建議醫療團隊與社區精神健康照顧服務團隊應該共同設立一個恒常的機制，讓醫療團隊與社工團隊跟進、交流、分享和討論康復者的情況，共同制定治療和復康策略，進行復康工作。如果醫療團隊及社區精神健康照顧服務能夠加強溝通，互相配合，這樣能夠加強復康服務效益。

4.2 借鑑外國經驗發展本土服務模式

社區精神復康服務在歐美等地區推行已久，並且建立和制定了行之有效的服務運作模式，諸如 Assertive Outreach Team (Wharne, 2005) 和 Assertive Community Treatment (Jones, 2002) 等；加上這些地區又有豐富的服務推行經驗以及豐碩的相關研究提供參考。故此，香港的社區精神健康照顧服務不妨參考外國的經驗和運作模式，再配合香港的特殊環境，發展一種適合香港推行的社區精神復康服務。

4.3 研究方面

香港的社區精神健康照顧服務仍在發展初階，未能建立一套本地的運作模式。不同的非政府機構按照自己的特長設計不同的社區精神健康照顧服務。香港對這項服務的成效研究和探討乏善可陳。建議各復康機構應在未來加強有關這些服務的研究，進一步了解康復者的復康進程，有助加強這服務的發展。

4.4 研究限制

- (1) 是次研究以量化方法，採用單組前測後測設計(One-Group Pretest-Posttest Design) 以及在前測後測之間加插一個中期測試。受服務性質及服務對象特性所限，是次研究無法設立對照實驗組別，比較曾經參與和沒有參與社區精神健康照顧服務的服務使用者之間的差別。由於時間和資源所限，未能推行跟蹤測驗。希望日後在所有研究對象完成後測後三個月能進行跟蹤測試以補這報告不足。
- (2) 是次研究的對象主要集中東華三院樂康社區精神健康照顧服務的使用者，未能涵蓋所有服務的服務使用者。研究結果未能對香港社區精神健康照顧服務的服務使用者有足夠代表性。希望日後能有多些提供這項服務的機構進行有關研究，從而建立多一些這服務成效的數據幫助改善這服務。

參考文獻：

- Alverson, G., Becker, D. R. & Drake, R. E. (1995). An ethnographic study of coping strategies used by people with severe mental illness participating in supported employment, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 115-128.
- Au, W. C., Tam, W. C., Tam, W. C. & Ungvari G. S. (2005). Cross-cultural validation of the St. Louis inventory of community living skills for Chinese patients with schizophrenia in Hong Kong, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 34-40.
- Bulmer, M. (1987). *The social basis of community care*. London: Penguin.
- Chiu, Frank P.F & Tsang, Hector W.H. (2004). Validation of the Chinese general self-efficacy scale among individuals with schizophrenia in Hong Kong, *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 59-161.
- D.H.S.S. (1987). *The D.H.S.S. perspective*. In Barnes & Conneely (Eds.). *Social care research*. London: Bedford Square press.
- Dickey, B., Gudeman, J., Hellman, S., Donateele, A & Grinspoon L. (1981). A follow up of deinstitutionalised chronic patients four years after discharge. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(5), 327-331.
- Falk, K. & Allbeck, P. (2002). Implementing assertive community care for patients with schizophrenia: A case study of co-operation and collaboration between mental health care and social services, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 280-286.
- Fiander, M., Burns, T. Mchugo, G. & Drake, E. R. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA, *British Journal of Psychiatry*, 182, 248-254.
- Gibson, D. (1987). Keynote Address: Caring for the Chronically Mentally Ill in the 1990s. *Proceedings of a conference: The chronically mentally ill: Issues in Occupational Therapy Intervention*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association, Inc., 11-26.
- Hong Kong Government. (1991). *Hong Kong 1990 Review of rehabilitation programme plan*. Hong Kong: Hong Kong Government.
- Jacobs, P., Crichton, E., & Visotina, M. (1990). *Practical Approaches to Mental Health Care*. Sydney: Macmillan.
- Jones, A. (2002). Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 261-270..
- Killaspy, H, Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. and King, M.. (2006). The RREACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, 332, 815-820.
- Lam, P. C. W. & Ng, P. (2006). The role of work on family relationships: A study of sheltered workers with long-term mental illness in Hong Kong. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 5(2), 31-48.

- Leung, K.F., Tay, M., Cheng, S.S.W. & Lin, F. (1997). Hong Kong Chinese Version World Health Organization Quality of Life Measure - Abbreviated Version. Hong Kong Hospital Authority.
- Macklin, J. (1993). Help where help is need: community of care for people with chronic mental illness. Canberra: National Mental Health Strategy, Ministry for Health.
- Mak, K. Y., Lo, K. S. & Yip, K.S.. (1992). The history of aftercare service for mentally ill in Hong Kong. Hong Kong Journal of Mental Health, 21, 75-80.
- Morgan, R. (1983). Industry therapy in the mental hospital, In F.N. Watts & D.H Bennett (Eds.). Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. London: John Wiley and Sons.
- Miles, A. (1971). Long-stay schizophrenia patients in hospital workshops, British Journal of Psychiatry, 119,611-620.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale, Psychological Reports, 10, 799-812.
- Peterson, C. , Patrick, S., & Rissmeyer, D. (1990). Social works contribution to psychosocial rehabilitation. Social Work, 35, 468-472.
- Sainsbury Centre for mental Health. (1998). Key to engagement: Review of care for people with severe mental illness who are hard to engage with services. London: Sainsbury Centre for mental Health
- Sainsbury Centre for mental Health. (2001). Mental health topics: Assertive outreach. Sainsbury Centre for mental Health
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental health hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 37, 392-397.
- Strong, S. (1998). Meaningful work in supporting environment: Experiences with the recovery process. American Journal of Occupational Therapy, 52, 31-38.
- Tyrer, P. (2000). The future of the community mental health team. International Review of Psychiatry, 12, 219-225.
- Wansbrough, N. (1981). The place of work in rehabilitation. In J. K. Wing & B. Morris(Eds.). Handbook of psychiatric rehabilitation practice, Oxford: Oxford University Press.
- Wharne, S. (2005).Assertive outreach teams: Their roles and functions, Journal of Interprofessional Care, 19(4), 326-337.
- Wong, D. F. K. (2000). Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practice. British Journal of Social Work, 30, 365-382.
- Yau, K. & Siu, M. H. (1996). Community-based psychosocial rehabilitation: An overview of the American and Australian developments, Hong Kong Journal of Mental Health, 25, 9-22.
- Young, S.L. & Ensing, D. S. (1999).Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities, Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 219-231.



附 錄

問卷編號：_____

精神病康復者社區生活質素調查

東華三院樂康社區精神健康照顧服務委託香港浸會大學社會工作學系進行是項研究，目的在於探討該服務的使用者在社區的生活質素，其結果用作提高服務質素，更有效的協助服務使用者適應社區生活。服務使用者會接受三次的問卷調查：使用服務前、使用服務期間及服務結束時。問題的內容分為四部份：生活質素、自我能力、社區生活技巧及個人資料。問卷的內容將用作研究之用，而閣下的資料則絕對保密。調查報告完成後，所有資料將會銷毀。

姓名：_____ 日期：_____ 開始時間：_____時_____分

第一部份：生活質素

指示：

這問卷問及你對自己生活質素的感受。請回答內頁所有問題。

我們所關注的是你在過去兩星期內的生活。請以你自己個人的標準及期望作選擇的準則。如果你不能肯定那一個答案最合適，請選擇你認為較接近的一個。

~~~~~

例題

1. 你從他人得到的支持與你的需要相符嗎？

☐ 不相符    ☐ 少許相符    ☐ 某程度相符    ☐ 很相符    ☐ 完全相符

請找出最能反映你在過去兩星期從他人得到支持的形容詞，然後在旁邊的格中劃上「✓」號。如果你得到的支持與你的需要「很相符」，便於「很相符」格中劃上「✓」號。

2. 你從他人得到的支持與你的需要相符嗎？

☐ 不相符    ☐ 少許相符    ☐ 某程度相符    ☐ 很相符    ☐ 完全相符

如果你得到的支持與你的需要「不相符」，便於「不相符」格中劃上「✓」號。

請你細讀內頁每一條問題，評估你的感受，然後「✓」上最適合的答案。

此問卷的資料將用作閣下治療及研究之用。

1. 你怎樣評估你的主觀生活質素？

☐ 極不滿意



☐ 不滿意



☐ 沒有滿意或不滿意



☐ 很滿意



☐ 極滿意



2. 你滿意自己的健康狀況嗎？

☐ 極不滿意



☐ 不滿意



☐ 沒有滿意或不滿意



☐ 很滿意



☐ 極滿意



3. 你覺得痛楚及不適阻礙你處理需要做的事情嗎？

☐ 沒有阻礙



☐ 少許阻礙



☐ 某程度阻礙



☐ 很大程度阻礙



☐ 極阻礙



4. 你需要藉著醫療的幫助去應付日常生活嗎？

☐ 不需要



☐ 少許需要



☐ 某程度需要



☐ 很大程度需要



☐ 極需要



5. 你享受生活嗎？

☐ 不享受



☐ 少許



☐ 某程度享受



☐ 很大程度享受



☐ 極享受



6. 你覺得自己的生活有意義嗎？

☐ 沒有



☐ 少許



☐ 某程度有



☐ 很大程度有



☐ 極有



7. 你可以集中精神嗎？

☐ 不可以



☐ 少許可以



☐ 某程度可以



☐ 很大程度可以



☐ 極可以



8. 在日常生活中，你感到安全嗎？(包括政治安全、人身安全、環境上的安全。)

☐ 不安全



☐ 少許安全



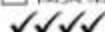
☐ 某程度安全



☐ 很大程度安全



☐ 極安全



9. 你身處的自然環境健康嗎？(例如：污染、氣候、噪音、景色、核電安全。)

☐ 不健康



☐ 少許健康



☐ 某程度健康



☐ 很大程度健康



☐ 極健康



10. 你能有充沛的精力去應付日常生活嗎？

☐ 不能夠



☐ 少許能夠



☐ 某程度能夠



☐ 很能夠



☐ 完全能夠



11. 你能接受自己的外貌嗎？

☐ 不能夠



☐ 少許能夠



☐ 某程度能夠



☐ 很能夠



☐ 完全能夠



12. 你能有足夠的金錢應付需要嗎？

☐ 不能夠



☐ 少許能夠



☐ 某程度能夠



☐ 很能夠



☐ 完全能夠



13. 你能得到你日常生活所需的資訊嗎？

☐ 不能夠



☐ 少許能夠



☐ 某程度能夠



☐ 很能夠



☐ 完全能夠



14. 你能有機會參與消閒活動嗎？

☐ 不能夠



☐ 少許能夠



☐ 某程度能夠



☐ 很能夠



☐ 完全能夠



15. 你能到處走動嗎？

☐ 極不能夠



☐ 不能夠



☐ 沒有能夠或不能夠



☐ 很能夠



☐ 極能夠





16. 你滿意自己的睡眠狀況嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

17. 你滿意自己從事日常生活事情的能力嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意::
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

18. 你滿意自己的工作能力嗎？

(包括有報酬的工作、沒有報酬的工作、義務社會工作、全職學習、照顧小孩及料理家務等。)

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

19. 整體而言，你滿意自己嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

20. 你滿意自己的人際關係嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

21. 你滿意自己的性生活嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

22. 你滿意從朋友得到的支持嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

23. 你滿意自己住所的情況嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

24. 你對醫療衛生服務的方便程度滿意嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

25. 你滿意自己使用的交通工具嗎？

- ☐ 極不滿意 ☐ 不滿意 ☐ 沒有滿意或不滿意 ☐ 很滿意 ☐ 極滿意::
- ☹☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹☹

26. 你經常有消極的感受嗎？(例如：情緒的低落、絕望、焦慮、抑鬱。)

- ☐ 從來沒有 ☐ 很少有 ☐ 有時有 ☐ 很多時有 ☐ 不停有
- ✗ ✓ ✓✓ ✓✓✓ ✓✓✓✓

27. 你覺得別人接受你嗎？

- ☐ 不接受 ☐ 少許接受 ☐ 某程度接受 ☐ 很大程度接受 ☐ 極接受
- ✗ ✓ ✓✓ ✓✓✓ ✓✓✓✓

28. 你容易食到你食的食物嗎？

- ☐ 不容易 ☐ 少許容易 ☐ 某程度容易 ☐ 很大程度容易 ☐ 極容易
- ✗ ✓ ✓✓ ✓✓✓ ✓✓✓✓

## 第二部份：自我能力

|                               | 完全不正確 | 尚算正確 | 多數正確 | 完全正確 |
|-------------------------------|-------|------|------|------|
| 1. 如果我盡力去做的話，我總是能夠解決難題的。      | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 2. 即使別人反對我，我仍有辦法取得我所要的。       | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 3. 對我來說，堅持理想和達成目標是輕而易舉的。      | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 4. 我自信能有效地應付任何突如其來的事情。        | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 5. 以我的才智，我定能應付意料之外的情況。        | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 6. 如果我付出必要的努力，我一定能解決大多數的難題。   | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 7. 我能冷靜地面對困難，因為我可信賴自己處理問題的能力。 | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 8. 面對一個難題時，我通常能找到幾個解決方法。      | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 9. 有麻煩的時間，我通常能想到一些應付的方法。      | 1     | 2    | 3    | 4    |
| 10. 無論什麼事在我身上發生，我都能夠應付自如。     | 1     | 2    | 3    | 4    |

## 第三部份：社區生活技巧

請圈出適當的數目字來代表你有幾經常做以下的日常活動。



| 一、個人護理            | 甚少 | 有時 | 經常 | 十分經常 |     |
|-------------------|----|----|----|------|-----|
| 1. 我(能)進行(食物)購物。  | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 2. 我有洗澡來保持身體清潔。   | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 3. 我(能)自己清洗衣服。    | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 4. 我進食均衡的飯餐。      | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 5. 我每天穿著整齊的衣服。    | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 6. 我能尋找方法解決自己的問題。 | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 7. 我每天起床的時候都有困難。  | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 8. 當有需要時，我會去見牙醫。  | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 9. 我保持可觀的外貌。      | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 10. 當抑鬱情緒來時，我面對它。 | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 11. 當有需要時，我會去見醫生。 | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 12. 我於適當的時間睡覺。    | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 13. 我保持頭髮整潔。      | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 14. 我管理金錢。        | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 15. 我有充足的睡眠。      | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 16. 我保持家居整齊。      | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 17. 我控制酗酒/濫藥問題。   | 0  | 1  | 2  | 3    | 不適用 |
| 18. 我依照醫生的指示服藥。   | 0  | 1  | 2  | 3    | 不適用 |
| 19. 我找到所需的交通工具。   | 0  | 1  | 2  | 3    |     |



| 二、社交 / 人際關係               | 甚少 | 有時 | 經常 | 十分經常 |     |
|---------------------------|----|----|----|------|-----|
| 20. 我害怕與人一起。              | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 21. 我避免接觸陌生人。             | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 22. 我給予時間陪伴家人。            | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 23. 我能與同住的人相處。            | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 24. 我控制憤怒。                | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 25. 我能夠處理焦慮。              | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 26. 我對其他人表達關心。            | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 27. 我尊重其他人的權益。            | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 28. 我與孩子的關係影響我的生活。        | 0  | 1  | 2  | 3    | 不適用 |
| 29. 我能與鄰居相處。              | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 30. 我有值得信任的關係。            | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 31. 我與配偶的關係影響我的生活。        | 0  | 1  | 2  | 3    | 不適用 |
| 32. 我的言行舉止令人接受。           | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 33. 我有困難聆聽別人的說話。          | 0  | 1  | 2  | 3    |     |
| 34. 我與父母的關係影響我的生活。        | 0  | 1  | 2  | 3    | 不適用 |
| 35. 我與權威人士(上司、醫生、警察等)有爭執。 | 0  | 1  | 2  | 3    |     |

| 三、活動 / 閒暇技巧        | 甚少 | 有時 | 經常 | 十分經常 |  |
|--------------------|----|----|----|------|--|
| 36. 我與其他人參加活動。     | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 37. 我做我享受的事情。      | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 38. 我散步或做些運動。      | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 39. 我做令我感覺良好的事情。   | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 40. 當有需要時，我找到情感支援。 | 0  | 1  | 2  | 3    |  |

| 四、職業技巧            | 甚少 | 有時 | 經常 | 十分經常 |  |
|-------------------|----|----|----|------|--|
| 41. 我每天安排我的事情。    | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 42. 我做工作時十分仔細。    | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 43. 我有困難完成所需的事情。  | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 44. 我成功地管理時間。     | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 45. 我學習工作上所需的技能。  | 0  | 1  | 2  | 3    |  |
| 46. 我有困難集中手頭上的事情。 | 0  | 1  | 2  | 3    |  |

## 第四部份：個人資料

1. 你的性別？ ☐ 男 ☐ 女
2. 你的出生日期？ \_\_\_\_年\_\_\_\_月
3. 你的教育程度？ ☐ 不識字 ☐ 小學 ☐ 中學 ☐ 預科 ☐ 大專/大學
4. 你的婚姻狀況？ ☐ 單身 ☐ 已婚/同居 ☐ 離婚/分居 ☐ 喪偶
5. 你的工作狀況？ ☐ 就業, 每月收入約\_\_\_\_元 ☐ 失業  
☐ 非就業 (退休人士, 不打算工作者) ☐ 庇護工作/ 輔助就業  
☐ 其他: \_\_\_\_\_
6. 你現時健康狀況好嗎？ ☐ 很差 ☐ 差 ☐ 不算差不算好 ☐ 好 ☐ 很好
7. 這份問卷由誰人填寫？ ☐ 自己填寫 ☐ 別人協助下自己填寫 ☐ 別人填寫
8. 完成問卷時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分。你用了多少時間來完成這份問卷？共\_\_\_\_分鐘



# Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

(ref 1)

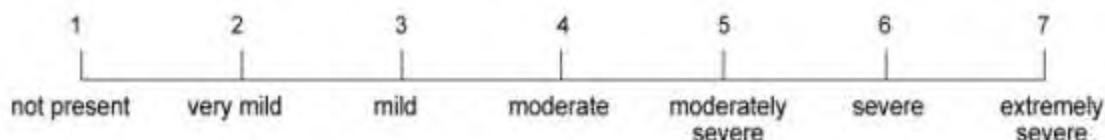
Individual's name: \_\_\_\_\_ Date of Intake: \_\_\_\_\_

Date of research interview: \_\_\_\_\_

Rater's name: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS

This form consists of 24 symptom constructs, each to be rated on a 7-point scale of severity ranging from 'not present' to 'extremely severe'. If a specific symptom is not rated, mark 'NA' (not assessed). Circle the number headed by the term that best describes the patient's present condition.



|     |                            |    |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|----------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | Somatic concern            | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.  | Anxiety                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.  | Depression                 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.  | Suicidality                | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.  | Guilt                      | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.  | Hostility                  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7.  | Elated mood                | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8.  | Grandiosity                | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9.  | Suspiciousness             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Hallucinations             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Unusual thought content    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Bizarre behaviour          | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Self-neglect               | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Disorientation             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Conceptual disorganisation | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Blunted affect             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Emotional withdrawal       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Motor retardation          | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Tension                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Uncooperativeness          | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Excitement                 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Distractibility            | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Motor hyperactivity        | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Mannerisms and posturing   | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Reference

1 This version was adapted by Ventura, M.A., Green, M.F., Shaner, A. & Liberman, R.P. (1993). Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift buster". International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3, 221-244.

## St. Louis Inventory of Community Living Skills - Chinese Version 聖路易社區生活技巧評估 - 中文版 (SLICLS-C)

運用以下的評分方法去評核當事人最近(過往一週)的能力程度:

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1. 很少或是缺乏技巧     | 5. 有中度的技巧         |
| 2. 需要大量的幫助或是改進  | 6. 有大量的技巧         |
| 3. 需要中度的幫助或是改進  | 7. 有足夠的能力, 無需他人幫助 |
| 4. 能力程度不清楚或未能觀察 |                   |

圈出你認為最能代表當事人在各方面的能力的數字。

請根據實際可觀察的表現去評分, 不要假設當事人的能力。

請謹記你是需要評核當事人的正面行為及技能。

如當事人未有機會表現其能力, 請圈出“4”, 例如未能在當事人住院期間觀察到預備飲食的能力。

- |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 個人衛生, 例如: 淋浴或洗澡, 牙齒的護理, 日常一般的清潔等。                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. 儀容護理, 例如: 頭髮和手部的護理, 剃鬚或化妝和個人的外觀等。                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. 處理衣著, 例如: 自己穿著衣服, 選擇適當的衣服, 在一日中經常保持衣著整潔等。                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. 個人自理, 例如: 執床、清潔地方、擺放物件等。                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. 溝通, 例如: 當有需要時要求別人幫忙, 表達自己的渴望, 適當地表達自己的感受, 及與別人作有意義的對話等。      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. 安全, 例如: 正確處理香煙、火柴、工具、書寫工具及玻璃等。                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. 處理時間, 例如: 安排出席約定的聚會, 準時回返, 參與約定的活動及準時上班等。                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. 處理金錢, 例如: 有合理的使用金錢習慣, 有預算理財能力, 能保管金錢等。                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. 閒暇活動, 例如: 參與多元化的活動, 如閱報、閱讀書籍、觀賞電視、參與預先組織好的活動, 嗜好活動、縫紉、牌牌遊戲等。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. 衣服保養, 例如: 洗衫、熨衫、縫鈕、修補衣服等。                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. 預備膳食, 例如: 烹調、購買材料、上菜、使用微波爐及洗碗碟等。                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. 性徵, 例如: 負責任和檢點的行為、尊重別人的私人權利及安全性行為的知識等。                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. 資源運用, 例如: 電話、交通、餐廳/酒樓、行街購物和其他社區服務等。                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. 解決問題, 例如: 某程度的獨立、在有需要時懂得尋求幫助、作決定的基本能力、懂得向人發問。               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. 保健事宜, 例如: 保持均衡營養、控制體重、保持適量運動、處理藥物等。                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

### 16. 身體的損傷:

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需要輪椅        | <input type="checkbox"/> 失聰或部份失聰 |
| <input type="checkbox"/> 用拐杖、手杖或助行架。 | <input type="checkbox"/> 失明或部份失明 |
| <input type="checkbox"/> 用義肢         | <input type="checkbox"/> 其他      |

1 - 15 項的總分:



評語:



## Quality of Life Appraisal Inventory

1. 請問你宜家（或入院之前）係唔係一個人住？

2. 請問你最鍾意嘅歌手係邊個？

3. 請問你每日大約會睇幾耐電視？

4. 請問你最鍾意嘅食物係乜嘢？

如果我宜家請你食\_\_\_\_\_（請填上最鍾意嘅食物），請你試吓喺下面五個形容詞之中揀出你宜家嘅心情。

非常唔開心      唔開心      冇特別開心或者唔開心      開心      非常開心  
☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

5. 如果你宜家去睇電視，見到電視做緊天氣報告，咁你嘅心情會係點呢？請你試吓喺下面五個形容詞之中揀出你宜家嘅心情。

非常唔開心      唔開心      冇特別開心或者唔開心      開心      非常開心  
☐                      ☐                      ☐                      ☐                      ☐

## Output

0      1      2

For the question on favorite food, the expected range of output is: (neither happy nor unhappy, happy, very happy)  
 For the question on weather report, the expected range of output is: (unhappy, neither happy nor unhappy, happy)

- 0    Answers beyond the expected range are given to both questions.  
 1    An answer beyond the expected range is given to one question only; the answer given to another question is within the expected range.  
 2    Answers within the expected range are given to both questions.

6. 請問你宜家（或入院之前）係唔係同其他人一齊住？

## Acquiescence (Refer to Q1)

0      1

- 0    Identical answers are given to the two mutually exclusive questions.  
 1    Different answers are given to the two mutually exclusive questions.

7. 每個人對經濟狀況呢樣嘢都有唔同嘅標準同埋腳法。以你嘅標準嚟講，最理想嘅經濟狀況會係點？而最差嘅經濟狀況又會係點？

最差：

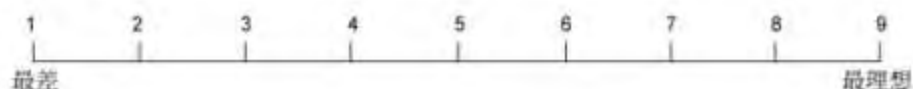
最理想：

## Understanding of Domain: Economic Status

0      1      2

- 0    No subjective description of the ideal and worst expectations of the domain given, or the patient can describe own expectations of the domain, but which seem to be based on delusional beliefs or psychotic experiences.  
 1    Patient seems ambivalent, gives only vague descriptions of own expectations of the domain, or answers given cannot allow the examiner to determine whether they represent delusional beliefs or psychotic experiences.  
 2    Patient gives clear descriptions of own expectations of the domain, which are not based on any delusional belief or psychotic experience.

8. 下面條線代表由你頭先講過最差嘅經濟狀況，至到你頭先講過最理想嘅經濟狀況。請你喺下面由1至9嘅數字之中，圈出其中一個數字嚟代表你宜家嘅經濟狀況嘅位置。1代表最差嘅經濟狀況，而9就代表最理想嘅經濟狀況。



點解你覺得你宜家嘅經濟狀況係喺呢個位置？

**Awareness of Own Situation and Comparison:  
Economic Status**

0 1 2

- 0 Patient cannot locate his/her current situation within the spectrum, or the patient can locate his/her current situation within the spectrum, but the reason given seems to be based on delusional beliefs or psychotic experiences.
- 1 Patient can locate his/her current situation within the spectrum, but the reason given is vague or does not allow the examiner to determine whether it represents delusional beliefs or psychotic experiences.
- 2 Patient can locate his/her current situation within the spectrum, and can give clear reason, which does not indicate any delusional belief or psychotic experience.

9. 每個人對同屋企人（或朋友）嘅關係都有唔同嘅標準同埋睇法。以你嘅標準嚟講，同屋企人（或朋友）嘅關係最理想會係點？而同屋企人（或朋友）嘅關係最差又會係點？

最差：

最理想：

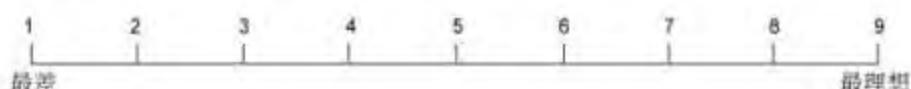
**Understanding of Domain:  
Relationship with Family Members/Friends**

0 1 2

- 0 No subjective description of the ideal and worst expectations of the domain given, or the patient can describe own expectations of the domain, but which seem to be based on delusional beliefs or psychotic experiences.
- 1 Patient seems ambivalent, gives only vague descriptions of own expectations of the domain, or answers given cannot allow the examiner to determine whether they represent delusional beliefs or psychotic experiences.
- 2 Patient gives clear descriptions of own expectations of the domain, which are not based on any delusional belief or psychotic experience.



10. 下面條線代表由你頭先講過同屋企人（或朋友）最差嘅關係，至到你頭先講過同屋企人（或朋友）最理想嘅關係。請你睇下面由1至9嘅數字之中，圈出其中一個數字嚟代表你宜家同屋企人（或朋友）嘅關係嘅位置。1代表同屋企人（或朋友）最差嘅關係，而9就代表同屋企人（或朋友）最理想嘅關係。



點解你覺得你宜家同屋企人（或朋友）嘅關係係嚟呢個位置？

**Awareness of Own Situation and Comparison:  
Relationship with Family Members/Friends**

0 1 2

- 0 Patient cannot locate his/her current situation within the spectrum, or the patient can locate his/her current situation within the spectrum, but the reason given seems to be based on delusional beliefs or psychotic experiences.
- 1 Patient can locate his/her current situation within the spectrum, but the reason given is vague or does not allow the examiner to determine whether it represents delusional beliefs or psychotic experiences.
- 2 Patient can locate his/her current situation within the spectrum, and can give clear reason, which does not indicate any delusional belief or psychotic experience.

11. 請問你可唔可以講多一次俾我聽你最鍾意嘅歌手係邊個？

12. 請問你可唔可以講多一次俾我聽你每日大約會睇幾耐電視？

**Consistency (Refer to Q2, Q3)**

0 1

- 0 Inconsistent answers are given to the two sets of questions.
- 1 Consistent answers are given to the two sets of questions.

**Global Score**

1 2 3 4 5

- 1 Patient seems to be unable to understand any QoL domain. Despite the provision of maximum assistance and guidance from the examiner, no description or explanation of each QoL domain can be given, or it is clearly based on delusional beliefs or psychotic experiences. Any answer given by the patient when administering the QoL assessment tools is expected to be highly invalid and unreliable.
- 2 Patient shows only a limited understanding towards the QoL domains. Although the patient can give some descriptions and explanations of each domain, they do not allow the examiner to determine whether the patient's reasoning process represents delusional beliefs or psychotic experiences. Patient's ability and capacity to complete the QoL assessment tools would be questioned.
- 3 Patient only has a fair understanding of the QoL domains. Despite the examiner's effort to provide appropriate assistance and guidance, only vague descriptions and explanations concerning each domain can be given. Patient may not have the ability and capacity to be administered the QoL assessment tools.
- 4 Patient shows a good understanding of the QoL domains. Reasons and explanations are given only with some assistance and guidance from the examiner. The patient would still be able and capable to complete the QoL assessment tools.
- 5 Patient understands and describes all QoL domains very well. No unclear description or explanation is given. Minimum assistance or guidance is required from the examiner. The patient clearly has the ability and capacity to successfully complete the QoL assessment tools.



東華三院  
樂康社區精神健康照顧服務



香港浸會大學  
社會工作系





## 研究及編輯工作小組

---

顧問：陳啟芳

簡佩霞

統籌及編輯：尹可如

首席研究員：吳日嵐

研究員：葉翠然

劉學榮

羅景強

李保德

羅慧英

高美蘭

謝嘉雯

馮敏芝

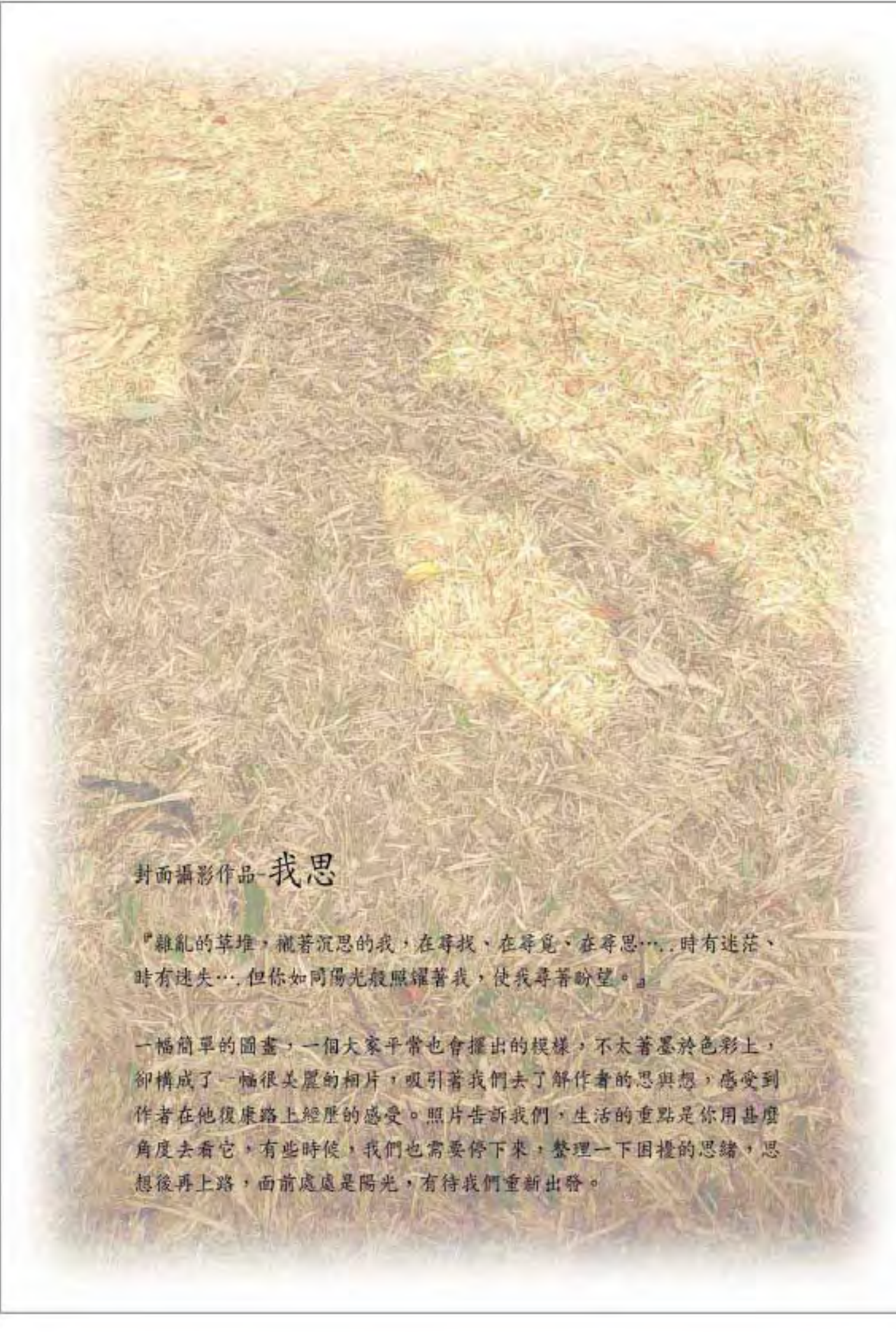
何佩茜

資料整理：孫穎珍

校對：歐陽潔冰

馬玉琼





## 封面攝影作品-我思

『雜亂的草堆，襯著沉思的我，在尋找、在尋覓、在尋思……時有迷茫、時有迷失……但你如同陽光般照耀著我，使我尋著盼望。』

一幅簡單的圖畫，一個大家平常也會擺出的模樣，不太著墨於色彩上，卻構成了一幅很美麗的相片，吸引著我們去了解作者的思與想，感受到作者在他復康路上經歷的感受。照片告訴我們，生活的重點是你用甚麼角度去看它，有些時候，我們也需要停下來，整理一下困擾的思緒，思想後再上路，面前處處是陽光，有待我們重新出發。