



心理健康促進的社區實踐



吳肖琪·葉馨婷·杜姁瑾

壹、心理健康益趨重要

世界衛生組織於 1946 年定義「健康」是身體、心理、社會完全安好，而非僅免於疾病或虛弱狀態，於 2005 年亦提出「缺乏心理健康即為不健康 (there is no health without mental health)」(WHO, 2005)，以突顯心理健康之重要性。2008 年提出過去二十多年發生 30 多種新興傳染病，隨著全球化而加速傳染性疾病傳播，加上氣候變遷、失業率、都市疏離感、人口老化、以及多重慢性病及非傳染性疾病負擔及照護增加，建立社區化初級健康照護使健康達全面覆蓋已成為 WHO 呼籲的趨勢 (WHO, 2008)；2008 年及 2010 年國際金融海嘯、2011 年日本 311 複合式災難的發生，使心理健康促進在社區實踐變得益形重要，國內健康照護體系是否足以因應世界之快速改變？

全國精神衛生業務在衛生署時代係由衛生署醫事處之精神醫療及心理衛生科負責，全科人力僅 7 人，掌管全國精神醫療人力、精神科醫院、康復之家與社區復健

機構、家暴性侵之加害人、藥酒癮個案之管理等業務；受限於業務龐雜及人力，業務以精神疾病防治、藥物成癮防治、家暴性侵害之加害人處遇、及被害人驗傷採證為主；2013 年 7 月 23 日「衛生福利部」成立，將原先衛生署醫事處之精神醫療及心理衛生科提高為「心理及口腔健康司」，掌管心理健康促進及自殺防治、精神疾病防治及照護、毒品及其他物質成癮防治、家庭暴力及性侵害加害人處遇政策規劃與推動、及其他有關心理健康、精神醫療及口腔健康事項，相關的科別包括「心理健康促進科」、「精神疾病防治科」、「成癮防治科」、「特殊族群處遇科」等科，目的為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，並賦予政策朝向世界衛生組織所定義的心理健康持續努力（衛生福利部，2013）。

貳、心理健康體系之架構

心理健康體系應具備連續性照護、涵蓋全體民眾、及提供全人照護之特質，因

此建議以三維架構為主體，第一維（X 軸）以大家所瞭解的「三段五級」為主體，提供持續性照護，第二維（Y 軸）針對「目標人口群」達成全面覆蓋，不同人口群之防治策略不盡相同，三段五級的各段預防應針對「目標人口群」設計，第三維（Z 軸）為達到全人照護，應重視「政策發展面向」之水平整合；根據政府人力與經費，從重視與推動某些點線面的議題，到最終達到心理健康之全面覆蓋目標（圖 1）（吳肖琪，2011）。

一、重視「三段五級」達到垂直整合與連續性照護

完整的心理健康照護光譜應包含「三段五級」概念，強調初段預防之「健康促進」及「特殊保護」、次段預防的「早期診斷及早期治療」與三段預防之「限制殘障」及「復健」服務；「初段預防」係針對無疾病症狀者所做的預防工作，以科學方式幫助人們改變生活方式而走向最佳健康狀態，或提供特殊保護以防禦疾病，其目的為減少罹病風險，並使群體達到理想的健康狀態；「次段預防」的範疇為提供篩檢技術及治療，透過早期診斷、發掘個案、早期治療等方式以確診疾病，並預防進一步產生併發症；「三段預防」的重點則為治療疾病狀態，減輕因疾病造成之不可逆損傷以限制殘疾，防止進一步惡化，且透過復健使生心理功能恢復至最大化（Leavell & Clark, 1965）。

我國心理健康之經費及資源仍多集中於精神醫療、成癮防治、家暴性侵等次段

（早期診斷及治療）預防，國民健康署雖已推動健康促進醫院、社區、學校、職場相關方案，然健康促進學校中少見心理健康議題，健康促進職場則較關注減重與戒菸問題，照護服務司與社會家庭署雖發展長照十年計畫，但未強調對照顧者及被照顧者之心理支持；在心理及口腔健康司的成立後，應強化過去較缺乏的初段（健康促進跟特殊保護）及三段（限制殘障及復健）預防工作，初段預防做得夠好，即可減少次段及三段預防之負擔。

二、針對「目標人口群」達成全面覆蓋

不同人口群之防治策略不盡相同，三段五級的各段預防應針對「目標人口群」設計；WHO 將人口群區分為普及性（universal）、選擇性（selective）、及指標性（indicated）三大類；「普及性預防」係指健康人口群，涵蓋全體健康民眾，不論性別、年齡、種族、場域、地域別等皆應納入；「選擇性預防」針對罹病風險較正常人高、且考量生理、心理及社會因素後認定之高關懷族群，如身心障礙者、長照需求家庭、新住民（含外籍配偶）、中年失業者、遊民、同志、性工作者等；「指標性預防」則針對高風險且具初期症狀者，如自殺者、遭遇災難而可能產生心理創傷者、物質濫用者、家庭暴力或性侵害之加害及被害人等皆應被納入（WHO, 2004）。

過去的大部分資源多用於「指標性預防」，包含自殺者、遭遇災難而可能產生心理創傷者、物質濫用者、家庭暴力或性侵

害之加害及被害人等，「選擇性預防」的部分開始針對新住民（含外籍配偶）進行規劃，然對於身心障礙者、長照需求家庭、中年失業者、遊民、同志、性工作者等，及涵蓋全體健康民眾之「普及性預防」則較少著墨，未來應針對一般民眾需依據生命光譜中不同年齡層所關切之問題，提升其正向思考能量，避免負向思考及行為；針對高關懷族群，如家庭暴力、性侵害或單親家庭等，應針對其家庭關係及兩性溝通提供協助，並給予適度的支持，避免其產生精神疾病階段；至於已罹患精神疾病、有自殺企圖、家暴性侵加害人等高風險族群，應避免疾病復發，並重視其心理健康促進及生活復健需求；除了重視不同風險族群之重要心理健康議題外，亦需依據生命週期及疾病照顧階段，設計適切之服務策略。

三、重視「政策發展面向」達成水平整合與全人照護

世界衛生組織於2005年提出「心理健康政策發展所需面向」，包含服務組織、人力資源及訓練、資訊系統、品質改善、藥品、跨部門整合、立法及人權、倡議、研究與評估、財務等十項（WHO, 2005a）；（1）「服務組織」：欲發展心理健康照護網絡，須將服務從大型精神醫療院所移出、發展社區心理衛生服務、且結合心理衛生與一般衛生服務；（2）「人力資源及訓練」：服務品質係依賴提供者的知識、技能和動機，因此須重視人力資源之發展與盤點；（3）「資訊系統」：最新且可靠的資訊有利政

策擬定，因此需建置心理衛生資訊系統，確保資料隱私權，並重視其連結共享功能；（4）「品質改善」：發展適當評估工具可保持、監測和改善品質，如對服務提供者和組織的資格鑑定、服務單位及內容標準、臨床指引、成效評估、品質持續改善等；（5）「藥品」：政府應將藥品購買和分配納入政策，並確保藥物需具備治療有效、使用安全、且可負擔性；（6）「跨部門整合」：心理衛生政策應重視跨部門間的責任分配及協調合作，如福利、教育、就業、居住、宗教、刑事等皆須由衛政以外部門協助；（7）「立法及人權」：為了保障個案尊嚴及基本人權，透過立法可使精神衛生政策的基本原則、價值觀和目標法制化並鞏固；（8）「倡議」：個案參與倡議和互助組織可產生正面成效，而個案、家屬與倡議團體參與心理衛生政策的制定，亦可使大眾重視心理健康、強化個案權利、提供互助和支持；（9）「研究與評估」：制定政策時應以實證研究為基礎，需針對目前缺乏的知識領域確立研究優先順序、核撥經費投資心理衛生研究、培訓研究專業人員、建立國家精神衛生研究中心、並與已開發國家或機構建立合作關係；（10）「財務」：政府應編列足夠之心理衛生經費，且以服務類型、目標人群、地域等面向思考資源分配優先順序之策略（WHO, 2005b）。

前述各項工作，國內皆有大幅改善空間，如精神病人照護偏重於醫療模式、接受服務的方式及人力資源數量皆待盤點、資訊系統與個案管理功能需強化、個案服務利用與成效評估待了解、個案之跨部門

服務轉銜須加強、社會對精神病人之刻板印象需去除、心理健康相關經費需擴編等，如何將有限的資源做最佳配置，有賴各相關部會及組織做好資訊化、人力管

理、教育訓練及跨領域之資源整合，始能以最有效的方式提供連續性、綜合性及完整性的服務。

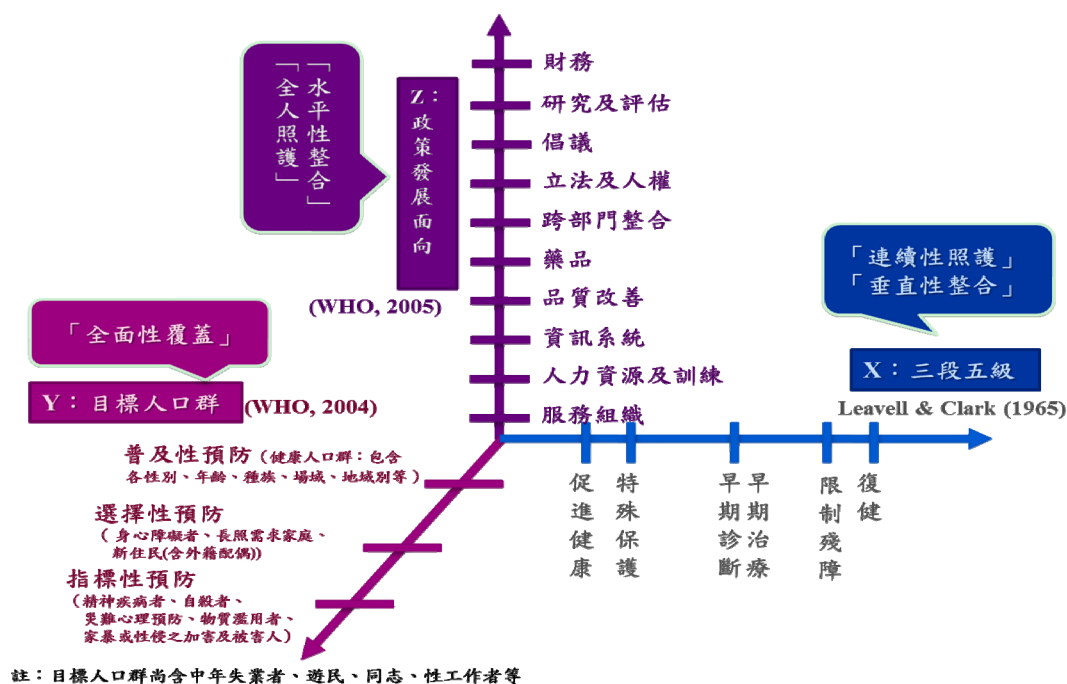


圖 1：以三段五級、目標人口群、政策發展面向為基礎之三維架構

資料來源：吳肖琪 (2011)：國民心理健康促進計畫建議書。行政院衛生署一百年度委託計畫。臺北，行政院衛生署。

參、社區心理健康實踐的關鍵

一、中央及地方政府應成立心理健康專責單位

心理健康業務涵蓋面甚廣，常需跨部會及跨單位之協調合作始可讓策略落實，衛生福利部成立「心理及口腔健康司」，宣示政府會和 WHO 一樣重視心理健康，並

設立四個科執行心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治、特殊族群處遇等業務，行政院目前已成立「心理健康促進及自殺防治委員會」，建議未來可擴大或另設「心理健康委員會」，並進一步由中央協助地方設立府級，即指直屬於縣市首長之「跨局處心理健康委員會」，以利業務推動及整合協調。

地方政府成立專責單位可使心理健康

業務推動之人力及經費編列更穩定，且有利於業務推動；目前 22 縣市僅臺北市、新北市、臺中市、臺南市及高雄市政府衛生局設有心理衛生專責單位；建議中央應協助地方政府依現行各機關細則或行政規則，成立心理健康專責單位，並於專責單位內明定心理健康專責人員編制數及應辦事項，提供地方推動心理健康業務之依據，並提升單位層級以利業務推動；考量各縣市心理健康專責人員有身兼多職情況，且因行政業務繁瑣而導致負荷量過重，建議未來應明確區分行政與治療業務，並分別聘用行政及治療業務之專責人員，如公衛人才擅長處理衛生行政業務、公衛護士及社工擅長執行直接服務等；為能加強心理健康專責人力之留任，建議可透過如改善工作環境、待遇調升（如薪資加給）、人才培訓及增加福利等方式，提升人員執業動機。

二、強化跨單位連結以建構心理健康照護網絡

考量心理健康促進之目標族群涵蓋全體民眾，跨部會及單位之協調整合極為重要；社區推動心理健康策略，應以衛生局或社區心衛中心為核心，整合內部相關單位，包含醫政科、自殺防治中心等，並依據不同目標人口群及不同議題結合外部相關局處，如社會局、教育局、勞工局、民政局、移民輔導單位、文化局、警察局、消防局、經發局、都發局、各專業學協會、及民間團體等，於各類場域推動心理健康促進方案，如結合地方醫政科共同推動高

齡友善醫院，結合教育局推展學齡兒童之心理健康教育宣導，結合勞工局協助於職場推動心理健康服務，並提供職業訓練與工作機會以減少及預防遊民產生，結合民政局於結婚及人口登記時進行婚前及產前等心理健康教育，或結合鄰里長將心理健康議題融入睦鄰互助等社區活動，以提升社區民眾及新住民之心理健康知能，結合移民輔導單位針對新住民提供轉譯官協助，結合文化局規劃有品質的生活空間等，如此透過心理健康照護網絡中的成員，延伸心理健康促進策略推動之觸角，以期達到全面覆蓋之精神。

三、強化心理健康資訊系統以達到跨部會連結與資訊共享

心理健康照護資料如機構及人員管理、服務對象人數及服務情況管理、個案評估及轉銜機制等皆應納入資訊系統，使醫療、復健、養護之收案標準得以落實，並確保服務品質；透過各類資訊系統之整合，除可成為各部會政策推動之溝通與交流平臺外，亦能有效連結服務對象之各類服務轉銜，提升個案照護連續性。

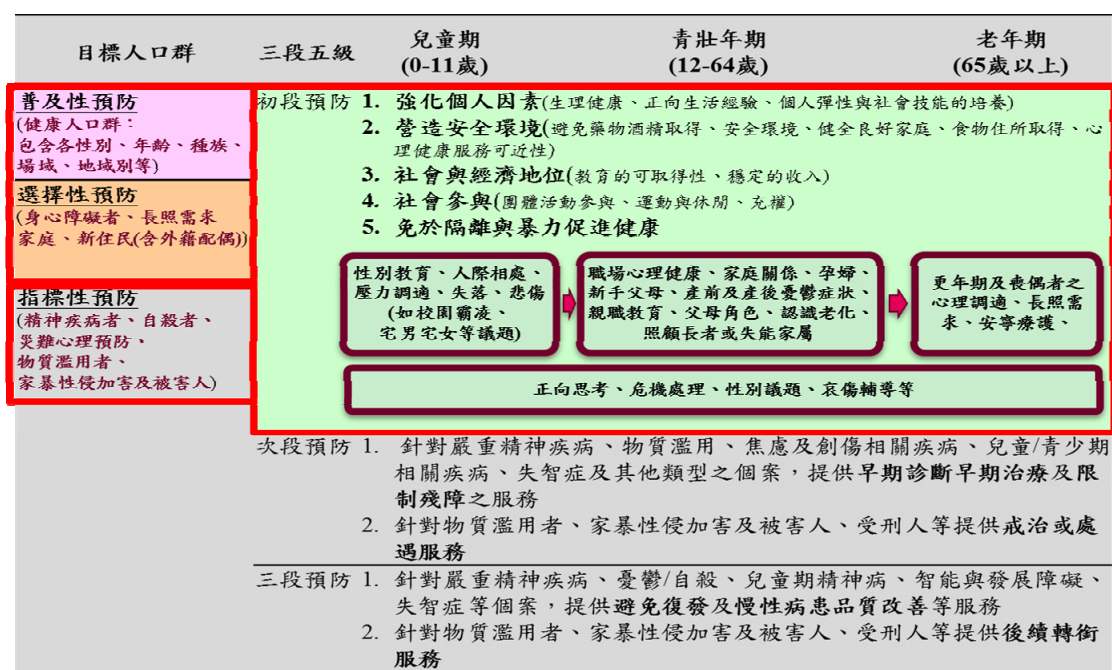
建議未來應持續推動資訊化，並釐清各部會之資料建檔與使用單位，由中央架設完善的資訊系統，或思考如何與中央規劃或地方自行開發之現有系統整合，逐步使心理健康資料進入資料庫，並針對資料之完整性、正確性、及一致性進行修正；跨部會之心理健康業務應藉由「電子閘門」技術以提高資訊系統使用及連結等加值功能的彈性，使不同資訊系統之資料得以勾

稽，如使用健保申報資料與社會家庭署身障手冊資料勾稽，以瞭解不同嚴重程度之精障個案其使用各類社區照顧服務之期限，或與身心障礙者生活補助費申請資料勾稽，以瞭解安置於精神復健機構個案重複領取津貼之問題，並開放地方政府具備使用資料庫之合理權限，且系統應提供網頁報表核對等功能，以發揮政府行政效率。

四、培植「內部顧客」推廣心理健康促進工作

以「心理健康照護光譜」呈現民眾於不同年齡所面臨之生命經驗（圖2），如兒童期可能需要學習性別教育、人際相處、

壓力調適，避免校園霸凌及網路成癮、宅男宅女等，至青壯年期將開始學習初入社會、職場心理健康、進入婚姻、經營家庭關係、孕婦、產前及產後憂鬱症狀、新手父母、親職教育、父母角色、認識老化、照顧長者或失能家屬等，至老年期則須開始面對更年期及喪偶者之心理調適、長照需求、安寧療護等議題（吳肖琪，2011），而正向思考、危機處理、性別議題、哀傷輔導等則是任何年齡層皆可能面臨的議題，若能在面對各項議題前給予適切的心理健康方案介入，將可提升民眾在各年齡生命歷程面對生活之適應能力。



註：目標人口群尚含失業者、遊民、同志、性工作者等

圖2：「心理健康促進」之照護光譜

資料來源：吳肖琪（2011）：國民心理健康促進計畫建議書。行政院衛生署一百年度委託計畫。臺北，行政院衛生署。

心理健康促進方案的推動，社區、學校、職場為三大重要場域，各場域內之工作人員為推動心理健康促進之「內部顧客」，其功能為扮演心理健康守門人之角色，尚可協助各場域推展心理健康知能、發掘高風險個案、連結外部資源並提供轉介服務，除可讓其本身更了解及維持自我心理健康促進外，亦可讓其場域人員心理更健康，因此，選擇各場域適合推動心理健康業務之內部顧客，並強化其心理衛生知能，且明訂內部顧客之設置及業務職掌，將為在社區實踐心理衛生的重要關鍵（吳肖琪，2011）。

內部顧客之培訓策略建議可區分為兩個層次：第一層次為各類場域皆應具備心理健康促進之「種子師資」，負責訓練該場域其他內部顧客，並擔任該場域心理健康守門者之核心人物，而中央及地方主管機關應針對各場域之種子師資進行培訓；第二層次為以各類場域之工作人員擔任「內部顧客」，藉由種子師資之推廣教育，使內部顧客具備推展心理健康知能、發掘高風險個案、連結外部資源並提供轉介服務等能力，能協助其服務對象（即「外部顧客」）獲得心理健康促進與協助（吳肖琪，2011）。以學校為例，教育部、教育局、各級學校的配合很重要，每所學校之種子師資為受過公共衛生訓練之人員或輔導中心老師，老師屬內部顧客，學生即為外部顧客，種子師資可配合中央設計之心理健康教材，定期傳達給老師，讓老師可以針對學生進行心理健康促進之教育宣導，使心理健康促進得以自兒童開始紮根；這樣全

面覆蓋之方式，不但能幫助學校師生更認識心理健康、學習人際關係、互動技巧、正面思考能力等，亦能早期發覺潛在個案，並學習與特教學童相處；以社區為例，心理健康促進的推動需有衛生局、社會局、教育局、公園管理處、NGO 等單位之配合，藉由社區健康營造，與鄰里長合作、社區關懷據點、樂齡學習、婦女會等團體傳達促進心理健康之特殊保護及早期轉介方式；在職場的部分，勞委會及勞工局的配合則很重要，可優先以高壓力職場，如警察、海巡、長照等機構或機關推動心理健康促進之教育宣導。

五、發展多元化心理健康促進教材以傳播心理健康知能

各類心理健康教材之編撰與發送，有助於內部顧客協助政府參與心理健康促進於社區之實踐；為能提升宣導效益，心理健康教材應由政府主管單位或目的事業主管機關採分群分眾、並系統性的收集與設計，主動提供給種子師資及內部顧客使用。

心理健康促進教材需考量不同性別在各年齡、種族、場域、地域別等所存在之差異而具多元化，如於兒童期應培養其心理復原力（Psychological resilience）、正面思考能量、幸福感、良好的健康行為與習慣、正確的兩性觀念、學習尊重他人、避免網路成癮或藥物之誘惑等；於職前應學習如何撰寫求職自傳、求職時合適的服裝儀容、如何建立良好人際之關係與溝通等；於婚前應學習如何經營家庭關係，針對未婚者提供有關美滿婚姻的相關課程與

活動，使其了解婚姻意義與內涵，對婚後可能遭遇的情況預留心理準備，並提升其經營婚姻生活能力；懷孕前應開始學習為人父母角色，了解身為父母應有的職責、學習親子溝通技巧、如何建立孩子自信心、對兒童的教育及管教等；退休前應及早認知步入老年後生理功能及生活習慣之轉變，學習理性豁達面對伴侶及親友的離開，且能保持自我社會角色轉變之彈性，透過擔任志工或參與社區活動，以維持自我及社會網絡之連結，並寬容接納新訊息與新技術，以減少溝通問題。

過去衛生署醫政處曾定期編列「心理衛生專輯」，教育部現階段則已規劃心理健康相關教材，建議未來心理及口腔健康司可主導心理健康相關教材之編列，教材須具備多元化，並擴大教材的施用場域，包括微電影、YouTube、數位學習平臺（e-Learning）等，而教材發展過程亦需與中央部會及地方單位進行意見交流，整合目前民間相關方案且擇優編排，並持續加入心理健康新興議題；針對各類場域的種子師資及內部顧客需制訂適合之心理衛生教材，內容應包含外部顧客心理衛生教材之使用方式、如何發掘高風險個案、如何連結外部資源並提供轉介服務等（吳肖琪，2011）。

肆、結語

心理健康體系應具備連續性照護、涵蓋全體民眾、及全人照護之特質，因此需以「三段五級」、「目標人口群」、及「政策

發展面向」所構成之三維架構為主體，根據人力與經費，從重視與推動某些點線面的議題，到最終達到心理健康之全面覆蓋目標。

心理健康促進的社區實踐需掌握五大關鍵；心理健康業務之推動需有穩定的人力及經費編列，因此應於中央及地方政府成立心理健康專責單位，以強化業務推動成效；考量心理健康業務涉及層面廣泛，亟需跨部會及單位之協調合作，因此各縣市應設立專責單位，強化跨單位連結以建構心理健康照護網絡；資訊系統為跨部會及單位之溝通交流平臺，且能有效連結服務對象之各類服務轉銜，提升個案照護之連續性，應強化心理健康資訊系統，並達到跨部會連結與資訊共享，將可提高政府行政效率；各場域及早提供適切之心理健康方案介入，有助於民眾心理健康層次的提昇，政府可以社區、學校、職場為三大重要場域，藉由內部顧客推展心理健康知能、發掘高風險個案、連結外部資源並提供轉介服務，除可學習自我心理健康促進外，亦可讓該場域人員心理更健康；各類心理健康教材之編撰與發送，有助於內部顧客協助政府參與心理健康促進於社區之實踐，為能提升心理健康促進教育之宣導效益，未來心理及口腔健康司應負責與管理心理健康相關教材之編列，教材需考量不同性別在各年齡、種族、場域、地域別等之差異而具多元化，且應針對各類場域的種子師資及內部顧客設計，擴大教材施用場域，以廣泛傳播心理健康知能，並全面提升國民之心理健康。

（本文作者：吳肖琪為國立陽明大學衛生福利研究所教授；葉馨婷為國立陽明大學衛生福利研究所博士候選人；杜姁瑾為國

立陽明大學衛生福利研究所研究助理）

關鍵詞：心理健康促進、三段五級、社區、內部顧客、資訊系統

參考文獻

吳肖琪（2011）：國民心理健康促進計畫建議書。行政院衛生署一百年度委託計畫。臺北，行政院衛生署。

吳肖琪（2013）：建構心理健康網規劃計畫建議書。行政院衛生署一百零二年度委託計畫。臺北，行政院衛生署。

張珣（2012）。心理健康城市聯盟芻議研討會。臺北，行政院衛生署。

衛生福利部（2013）：心理及口腔健康司業務職掌。

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=175&fod_list_no=0&doc_no=3743。

Lezvell H R, Clark E G (1965). Preventive Medicine for the Doctor un his Community: an epidemiological approach, (3rd ed.). New York, McGraw- Hill Book Co.

World Health Organization (2004). Prevention of Mental Disorders: effective, interventions and policy options. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005a). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practices. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005b). WHO mental health policy and service guidance package (update 2)- Mental health policy, plans and programmes. Geneva: WHO.

World Health Organization (2008). The world health report: Primary Health Care—Now More Than Ever. Geneva: WHO.