



初級保健裡的精神健康： 加強治療和促進精神健康



世界精神衛生日是世界精神衛生聯合會的註冊服務標識。



目錄

目錄

第一節	3
初級保健和精神健康	3
資料說明書——身心合一：整合衛生保健資源指南	5
資料說明書——將精神健康納入初級保健的七大理由	7
第二節	8
初級保健和精神健康服務實踐	8
在初級保健機構裡檢查精神疾病	8
整合精神健康和初級保健——精神健康初級保健實踐	9
綜合行為健康工程——綜合行為保健等級	13
加拿大精神健康協作行動——精神保健協作框架	14
Hogg精神健康基金會——綜合保健	17
資料說明書——十大整合原則	20
資料說明書——精神健康：加強精神健康促進	22
第三節	24
將精神健康納入初級保健的好處和障礙	24
綜合醫院對初級保健醫生的精神醫學培訓	24
中東地區整合的好處和障礙	26
兒童精神健康服務：中東地區面臨的挑戰和機遇	28
西太平洋地區整合的好處和障礙	30
第四節	34
行動呼籲：宣導人士在將精神健康納入初級保健工作中的作用 Gabriel Ivbijaro, Wonca	34
評注：將精神健康納入初級保健——轉移工作任務，擴大對精神障礙患者的服務規模。 Vikram Patel 教授	36
第五節	38
WMHD宣言範文	39
媒體對簽署宣言的報導範文	40
普通新聞報導範文	41
範文/讀者來函	43
精神健康遊行	45



介紹

精神健康障礙一直都是嚴峻而又耗資巨大的全球性衛生問題，影響著不同年齡、不同文化、不同社會經濟地位的民眾。嚴重抑鬱症在傷殘調整生命年方面排名第四，而且很快就將成為全球第二大致殘原因。全球約合4.5億精神健康障礙患者中，只有不到一半的患者得到了自己所需的幫助。在很多低收入國家，全國僅有1或2名精神病醫師。而很多發達國家則把精神健康服務“剝離”出初級保健系統——導致精神健康和疾病更不受人關注、資金投入更少、治療方案和相關服務減少，並與個體的綜合保健需求脫離或幾乎沒有任何聯繫。

美國Hogg精神健康基金會稱：“……精神健康和疾病關聯密切。因此，要改善對精神障礙患者的護理工作，就需要密切關注精神健康和綜合醫療保健的聯絡介面。”

多年來，綜合保健和協同保健一直都是決策者與衛生保健服務組織爭論不休的話題。目前已開展了相當多的研究工作，也實施了試點專案。從具有劃時代意義的美國《衛生部長2001年精神健康報告》，到世界衛生組織(WHO)和世界家庭醫生學會(WONCA)近期發佈的報告，都對採用精神和生理保健綜合方法的原因和理由給予了大力支持。

現在，我們要來回顧、討論和面對一直阻礙衛生保健綜合化和有效服務進程的障礙，更好地定義和提倡適合於各個國家衛生體系的保健系統。公民有效擁護的目標應該是建立一個恰當、廉價而又便利的衛生保健系統，綜合所有必要環節，推動綜合性協同方式，服務全體公民的健康。50年來的科研進步和實踐證明，“精神不健康就不算健康”。世界精神衛生聯合會認為，目前政府和保健服務體系應當將創建綜合衛生保健方式視為最高優先工作領域，將疾病和健康的所有方面納入同一個治療系統，從而改善民眾的健康狀況。

2009年世界精神衛生日全球宣傳行動的目標是宣傳將精神衛生保健提高到更高重要水準的迫切要求。我們希望您設想一個能夠服務於您所有疾患的保健系統，即所有醫生和專家一同努力，為您帶來最好的“以患者為中心”的護理服務。但如果不能攜手努力來處理所有健康事務，我們又如何做到以患者為中心呢？10月10日，全球各地的基層精神衛生組織將啟動和開展數以百計的世界精神衛生日宣傳、意識和教育活動，必然會把這些問題擺在公共關注前沿，並有望指導我們以全新的精力和努力，為存在精神健康障礙及由此引發的相關身體健康問題的患者改善治療及護理服務。

非常感謝您長期以來一直支持世界精神衛生日，感謝您在社區裡為推廣改善精神健康而做的所有工作。

在此謹代表WFMH委員會及全體職員向您致謝。

L. Patt Franciosi, 博士
世界精神衛生日活動主席

John Copeland 教授
世界精神衛生聯合會會長

初級保健和精神健康

1948年，世界衛生組織(WHO)將“健康”定義為“不僅為疾病或羸弱之消除，而系體格、精神與社會之完全健康狀態”。

為什麼“初級保健裡的精神健康”會如此重要而被選定為2009年世界精神衛生日的主題呢？提倡納入精神保健將如何提高更好地診斷、治療和預防精神疾病及精神衛生問題的幾率，以及這種納入將如何在未來20年裡促進全球人民的精神和情緒健康呢？

世界衛生組織總幹事陳馮富珍博士在世衛 2008年世界衛生日啟動儀式上發表了題為《初級衛生保健：過去重要，現在更重要》的致辭。她說世衛日益重視初級衛生保健，這不但出於個人信念，也出自於成員國日益增強的需求。陳馮富珍博士說，“這種需求顯示決策者們越來越期望瞭解衛生系統如何才能做到更平等、更包容和更公正。這種期望也從根本上反應了一種觀念上的改變，即需要更全面地思考衛生系統作為一個整體的績效問題。”(世衛《2008年世界衛生報告》引言和概覽，第2頁)


衛生系統要做到更“平等、包容和公正”的理念，本身就很好地說明了將精神健康問題及精神障礙人士的需求納入改善綜合性初級衛生保健的原因。幾百年來，精神健康治療、精神健康宣傳和疾病預防工作都沒有得到政府、醫療行業以及普通大眾應有的關注。

幾百年來，精神疾病一直都被視為社會問題——獨立於任何身體健康問題。但現在，大多數人都認為，精神健康疾病並不是單獨發生的——事實上，精神疾病的出現都涉及或伴隨著其他健康問題——如心臟病、糖尿病、癌症、神經系統疾病以及很多生活問題。個體的身體狀況和生活環境不僅僅影響著身體的某一個方面——而是整個身體，每個方面都相互影響。這樣看來，以全面綜合方式來處理個體的健康問題將能帶來更積極的成果，並能提高康復和生產力恢復的幾率。

初級保健是個人與醫生之間的長期關係。普通醫生為大多數民眾的健康需求提供護理服務，並協調超出其專業範圍的其他保健服務。1996年，美國醫學研究所對初級保健做了如下定義：“初級保健是指由負責解決大部分個人保健需求、與患者發展長期關係並在家庭和社區裡開展執業工作的臨床醫生提供的綜合性便利保健服務。”而下文釋義則來自1960年代：初級保健可視為大型保健系統裡的某個保健級別，區別於二級保健(由社區專家和當地社區醫院提供的保健服務)以及三級保健(由地區或學院保健中心提供的保健服務)。在衛生資源有限的非工業化國家裡，初級保健可能會由鄉村衛生工作者、護士助理、促進者、社區保健顧問、赤腳醫生等提供

([www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_\(NCPC\)/What_is_Primary_Care.htm](http://www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_(NCPC)/What_is_Primary_Care.htm))。

精神保健經常被視為一個單獨領域，或是一個與普通保健系統並行的專業領域，它治療的是精神方面的疾病。大腦裡的神經系統疾病一度被視為是單獨的問題，不需要任何身體監測——但近年來人們日益認識到，良好的精神健康與良好的全身健康之間具有非常重要的聯繫。精神疾病會影響身體健康，而很多身體疾患也會引發更多精神衛生問題。此外，人們也認定，患有持久嚴重精神疾病的人士患上多種身體疾病的幾率通常是普通人的兩倍。然而，即使對精神和身體之不可分割關係及精神和身體疾病之重大共病性有此認識，但整個醫學領域對衛生保健系統仍然不夠關注，無法像陳馮富珍博士所說的那樣“為衛生系統找到主要解決方案，以縮小期望與實現間難以容忍的差距”(《2008年世界衛生報告》，第3頁)。



要改善診斷、治療和成果，保健服務機構必須要找出構建合作關係的新方法，以實踐更有效更具協作性的服務，做到以患者為中心並關注全身保健。若改革運動是要實現改善全世界公民衛生健康並打造和維護真正全面綜合的保健服務提供系統，則“初級保健：過去重要，現在更重要”理念的宣傳推廣計劃和政策就必須要包含入精神健康和精神疾病。

2009年世界精神衛生日全球宣傳活動主題“**初級保健裡的精神健康：加強治療和促進精神健康**”旨在滿足長期以來“使精神健康成為全球優先關注”的需求，並強調所有人經常忽視的事實，即精神健康是每個人總體健康和良好狀況的一個不可或缺的元素。這一宣傳主題旨在吸引全世界人們關注不斷增多的，注重將精神保健納入初級保健的資訊和知識。這是一個重大趨勢，即將精神保健診斷、治療和護理從傳統獨立卻不平等的精神保健服務提供體系轉入主流衛生保健體系裡。

精神保健服務“終端用戶”、承擔精神疾病患者大部分照顧工作之家人及試圖影響精神保健政策之宣導者的參與，是這段轉變、改革和資源有限時期的關鍵。2009年世界精神衛生日宣傳活動的主要目的在於為基層精神保健界提供相關資訊和資源，使之宣導將精神健康和精神疾病作為完善保健服務規劃中不可或缺的組成部分。必須予以解決的主要宣導問題之一，就是對精神疾病患者的充分有效診斷、治療和康復可能在普通和初級衛生保健系統裡得不到同等的優先關注。全球精神健康宣導運動的工作就是要確保，衛生保健改革不會帶來這一非意圖結果。

WMHDAY 2009 (2009年世界精神健康日)重點突出了將精神保健服務納入初級保健服務提供系統給精神疾病患者及精神健康不佳人士及其家人和護理人員——以及保健專業人士所帶來的機遇和挑戰。與往常一樣，此次宣傳活動也將注重於精神健康宣導人士、患者/服務使用者以及家人/護理組織在規劃這一重大普通健康和心理健康改革運動過程中所應發揮的關鍵作用。若這項致力於實現合二為一的運動是要幫助全球遭遇精神疾病和情緒健康問題的民眾都能獲得優質、充分而又廉價的服務，則就很需要這些見識廣博、積極而又堅定的宣導人士。

全球精神衛生領域的宣導人士、家庭、專業人士和決策者都必須牢記，當前致力於改善精神保健服務提供方式的運動並不是第一個此類改革努力。以往的經驗教訓告訴我們，要在世界各國內實現精神保健服務的平等性，絕不會是一帆風順的奮鬥過程。將精神保健有效納入初級保健範疇，並達到與精神疾病保健護理負擔相對應的優先水準，這將是全球經濟和社會陷入困境時期下的一個大事業。當然，全世界從現在開始傾聽並採取行動來改善精神保健服務、隨時為遭遇精神分裂症、焦慮症、雙相情感障礙和抑鬱症等嚴重精神健康問題和疾病的患者提供服務，尚為時不晚。

身心合一：德州和美國綜合衛生保健資源指南

Hogg精神健康基金會(2008年12月)第5、11、13、20、23、31頁

要點

- 患病人群存在行為健康問題的風險較高，正如存在行為健康問題的個體更容易出現共病性。未能處理醫療或精神共病性降低了個體成功康復和實現總體健康的幾率。
- 在初級保健裡檢查行為健康問題或在行為健康狀況裡檢查醫療問題，對發現健康問題都具有關鍵意義，但尚不足以改善共病個體的治療成果。
- 很多初級保健服務機構需要接受培訓來辨別和治療行為健康疾病，但只有不斷與行為健康服務機構保持溝通和協作，這種培訓才能發揮最大作用。
- 儘管存在多個綜合性保健模式，但最有效的模式以全面多元化的方式影響著治療系統。
- 抑鬱症，可能還有其他常見精神健康疾病的綜合保健服務成本效益，類似於治療其他慢性疾病的效益。
- 成功的整合國內工作需要精力充沛且極其敬業的領導層。
- 臨床和實施手冊、檢查和評估工具、患者名錄及培訓計劃等資源開發日益增多，這將大大改善健康或行為保健系統實現研究成果的能力。
- 需要實施經濟獎勵，來支持以事實為依據的綜合型護理模式，而非專業轉介及有限或沒有後續跟蹤的護理模式。
- 注重於消費者/患者全面健康的成果或績效衡量系統將有助於鼓勵初級保健和行為保健系統的協作。
- 科技將成為推動整合的重要工具，包括鑒別和檢查患者、跟蹤患者治療進程、鼓勵遵守臨床協定、促進服務機構之間的溝通以及評估綜合性治療方案的影響。

所吸取的經驗教訓

為何要把行為健康納入初級保健環境裡？

- 大多數人都會到初級保健環境裡尋求行為健康問題幫助。
- 行為健康問題在初級保健裡經常未被發現或治療。
- 糖尿病等常見疾病患者的行為健康問題比例較高。
- 若沒有及時處理慢性病患者的精神疾病，則其精神和醫療後果就越糟糕。
- 在公立機構看病的有色人群、少年兒童、老人以及未投保或低收入患者更不可能得到妥善的精神疾病護理。
- 初級保健裡對行為健康問題的處理，將提供一個重要機會來及早干預和預防更嚴重之疾病，同時也能覆蓋那些不能或無法享受專業行為保健護理的人群。



為何要把身體保健納入行為健康環境裡？

- 在行為健康環境裡接受治療的成年人，通常也患有常見身體健康疾病，如心血管病、糖尿病和高血壓。
- 雖然在行為健康環境裡接受服務的大多數人都患有身體疾病，但一半以上的這些疾病都沒有得到識別。
- 與普通人相比，嚴重精神疾病患者一般更難以獲取初級醫療保健。
- 嚴重精神疾病患者死於身體疾病的年齡，平均比普通人群早25年。
- 社區精神保健中心雖然認識到為患者提供醫療護理的重要性，但通常他們受其本身能力限制。

我們該如何改善初級保健環境裡的行為健康治療服務？

- 只有在查明疾病後予以妥善治療，精神疾病的檢查才能幫助患者改善治療成果。
- 沒有額外支持，對醫生教育的結果只能給服務提供者的行為和醫療成果帶來極少或短暫的變化。
- 強化轉介至專科行為健康服務機構，並提供額外支援，可改善治療過程和成果，但需要開展更多研究工作。
- 在初級保健機構裡設置行為健康專家，不大可能改善患者的治療成果，除非能夠協調並採用基於事實的方法來開展護理工作。
- 研究表明，協同護理是一項有效方法，能夠改善廣大患有精神疾病之初級保健患者的治療成果。
- 初級保健行為健康模式可能很有利，但尚未得到系統評估。

我們該如何改善行為健康環境裡的身體保健服務？

- 檢查身體健康狀況可能很有必要，但倘若未能緊隨其後提供優質保健服務，則單靠檢查也遠遠不足。
- 健康促進計劃顯示對降低嚴重精神疾病患者的慢性身體疾病幾率有成效。
- 對於培訓初級保健機構裡的精神科醫生是否能夠改善消費者的身體健康成果，目前我們尚不得而知。
- 將初級保健機構設在行為保健環境裡，可改善消費者的身體健康成果。
- 強化轉介並提供額外支援，可改善治療過程和成果，但需要開展更多研究工作。

保健護理的整合遇到哪些障礙？

- 臨床障礙包括初級保健和行為健康文化之間的差異、服務機構缺乏培訓、服務機構缺乏興趣以及名聲不好。
- 組織障礙包括身體和行為健康機構之間難以溝通和協商、不同類型的服務機構存在實質性隔離，以及初級保健機構傾向於治療急性病症。
- 政策障礙包括不同服務體系資訊共用的法律障礙以及限制服務專案的法規。
- 經濟障礙複雜多樣，包括調整鼓勵措施的問題。

強烈建議您閱讀整篇文件以及其所含有的所有精彩內容。您可前往如下網址查閱：
http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf

將精神健康納入初級保健的七大理由

將精神健康納入初級保健：全球展望。世衛/世界家庭醫生學會，2008年，第21-46頁。

- 1. 精神疾病的負擔很大。** 精神疾病在各個社會都很常見。它們不但給患者及其家庭帶來重大個人負擔，也給整個社會帶來了重大的經濟和社會困難。
- 2. 精神和身體健康問題相互交錯。** 很多人同時患有身體和精神健康問題。綜合性初級保健服務有助於確保以全方位的方式來治療患者，滿足精神疾病患者的精神健康需求，同時也能滿足精神疾病患者的身體健康需求。
- 3. 精神疾病治療差距巨大。** 每個國家精神疾病的蔓延程度與接受治療和護理人群數量之間都存在著巨大差距。精神衛生初級保健有助於縮短這一差距。
- 4. 精神衛生初級保健能強化服務獲取。** 若把精神健康納入初級保健裡，則民眾就能在更接近家園的地方獲取精神保健服務，這樣就能讓一家人團聚在一起，保持日常活動。精神衛生初級保健還能促進社區外展和精神健康推廣，也能長期監控和管理患者。
- 5. 精神衛生初級保健能促進尊重人權。** 在初級保健機構裡提供精神健康服務，能最大限度地消除羞辱和歧視。此外，也能消除精神病醫院裡可能出現的侵犯人權風險。
- 6. 精神衛生初級保健成本低廉，民眾能夠承擔。** 對患者、社區及政府而言，精神衛生初級保健服務成本低於精神病醫院。此外，患者及其家人也可省卻長途辛勞尋找專業護理所產生的間接費用。常見精神疾病的治療成本低廉，政府投資能帶來重大效益。
- 7. 精神衛生初級保健能帶來良好健康成果。** 大多數在初級保健機構裡接受治療的精神疾病患者都能獲得良好成果，尤其是在將其連接至二級服務網路和社區方面。

欲查閱全文，請流覽：

<http://www.globalfamilydoctor.com/index.asp?PageID=9063&ContType=IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare>

初級保健和精神健康服務實踐

對一些人而言，將精神健康納入初級保健體系的思路或許是一個全新方案，但這個概念並不是新的概念，事實上已在全球各地廣泛開展研究和應用。幾乎全球各個國家對衛生保健包括精神衛生保健的組織和觀點都不一樣。重要的是要找出一個整合精神健康和初級保健的方法，在每個國家的結構和資源能力範圍內都能做到既全面又有效。本節將舉例說明當前世界各地正在實施的一些精神健康和初級保健整合項目及政策。這裡僅作概括討論。若欲進一步瞭解詳情，請查閱全文。

在初級保健機構裡檢查發現精神疾病

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych,¹


John R M Copeland MD, ScD, FRCPsych,²

精神健康問題是全球傷殘的主要起因之一。儘管精神疾病治療方法不斷取得新的進展(精神、社會及醫藥學)，但全球很多精神疾病患者都未能得到妥善的幫助，由此他們只能默默承受疾病折磨。在發達國家裡，這可能要歸咎於民眾對精神疾病的厭惡，導致人們不願意尋求任何精神健康問題方面的幫助。另一個重要原因則是初級保健服務機構所接受的培訓不足，技能低下，無法為精神健康問題人士提供檢查和治療服務。研究表明，全科醫生及初級保健工作人員缺乏時間和相應培訓來評估患者的精神健康問題。

中低收入國家所提供的精神衛生保健服務極差，這一點通常都歸咎於缺乏相關資源。培訓一名醫生大約需要六年時間，而培訓一名精神病醫生則另外還需三年時間。因此，由於醫學教育成本高昂，這些國家的醫生很少，精神病醫生更少。很大一部分醫生都移民至高收入國家。很多非洲國家根本沒有精神病醫生，一些國家僅有一或兩名。沒有人能對這個問題予以解答。由此，成千上萬的精神疾病患者仍然得不到治療，無法參加工作，生活貧困或收容於精神病管制院。

及早並準確查明精神健康問題，隨之實施妥善治療和管理計劃，指導患者順利康復並重返工作，這將有助於減輕精神疾病給全球衛生和社會保障系統所帶來的負擔壓力。精神障礙領域的工作明確表明，早期干預不但有助於快速全面康復，還能幫助患者更好地重新融入社會。因此，我們的工作重點應該是在世界各個角落建立相關體系，以協助儘早鑒別精神健康問題人士並實施相應的干預措施。解決這個問題的方法之一是利用電腦輔助方法等現代科技，相應增加衛生和社會福利方面的人力資源，尤其是中低收入國家。

我們和初級保健工作者一同開發了一套電腦輔助工具包，即全球精神健康評估工具(GMHAT/PC)，並已翻譯成多種語言(西班牙語、荷蘭語、德語、印地語、中文和阿拉伯語，此外法語和葡萄牙語版本也在準備之中)。該工具包是解決這一問題的一個創新途徑。首先，這種方法致力於提高初級保健機構對精神疾病的認識，並幫助初級保健工作者掌握相關技能來提供妥善治療。其次，遵照ICD十大標準來開發更全面的精神健康評估，輔以電腦輔助精神病鑒別診斷，並針對二級保健開發出醫療途徑、生活品質、需求和風險評估。這些方法由初級保健醫生和精神病醫生一同研發，目前為止在英國、印度和阿布扎比已被證明行之有效。電腦的使用可能是其推廣應用的瓶頸，但我們正繼續研發該程式，使之能夠安裝於觸摸屏PDA，從而方便隨處使用，並可通過移動電話來溝通相關結果。到目前為止，這些方法已經過7年的修正和研發，是基於多年來開發和使用電腦輔助研究診斷工具的經驗。下文簡單介紹了GMHAT/PC：



全球精神健康評估工具 (GMHAT/PC)

GMHAT/PC是一款電腦化臨床評估工具，用於在初級和普通衛生保健機構裡評估和鑒別精神健康問題。該評估程式一開始介紹了基本指令，詳細指導如何使用該工具及評級症狀。接下來的頁面列出了一系列問題，按如下症狀或問題的順序全面並迅速地實施精神狀況評估：憂慮；焦慮和驚恐發作；注意力；抑鬱情緒，包括自殺風險；睡眠；胃口；飲食失調；疑病症；強迫意念和強迫行為；恐怖症；躁狂症/輕度躁狂；思維障礙；精神症狀(妄想和幻覺)；定向障礙；記憶障礙；酗酒；濫用藥物；個性問題和壓力源。各子欄目裡每次會出現一個問題。問題按臨床樹狀結構順序排列分佈。每個重大臨床疾患都有關鍵性檢查問題。若患者沒有存在某個子欄目關鍵項的症狀，則檢查工作將移至下一個子欄目。檢查結束時，螢幕會詢問檢查者的資料及其臨床診斷結果(若有)。隨後螢幕會跳至一份症狀摘要報告及其評分，並顯示GMHAT/PC診斷結果。主電腦通過分級模型並圍繞ICD-10來提供診斷。診斷程式考慮了症狀的嚴重程度(中度至嚴重)。電腦也會根據所存在的其他疾患症狀生成備選診斷結果和共病狀況。此外，診斷結果也包括了自殘風險評估。該程式還包括了這些疾患的管理指南。

對於沒有充分精神病二級保健服務的服務機構，目前採用新ALL-AGECAT鑒別診斷程式的二級保健模型GMHAT/FULL也已進入驗證試用階段、

有意試驗、翻譯和/或將GMHAT/PC引入其臨床服務的個人和機構可與我們聯絡。該程式不收費。

¹ Cheshire and Wirral Partnership NHS Foundation Trust精神病顧問醫生兼代醫學總監及利物浦大學名譽高級講師

² 利物浦大學名譽教授兼高級研究員

欲知詳情：

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych

v.k.sharma@liv.ac.uk

整合精神健康和初級保健——精神健康初級保健實踐

(世衛/世界家庭醫生學會，將精神健康納入初級保健——全球展望，2008年，第49頁)

下文最佳實踐範例表明，在一系列情形及艱難的經濟和政治條件下仍然可以將精神健康納入初級保健。這些代表性國家的社會經濟狀況和衛生保健資源完全迥異。其將精神健康納入初級保健的具體模式也因此而大相逕庭。雖然細節不同，但他們都通過有效領導、專注努力及在當地應用10項原則而取得成功，詳見下一節。明確的政策和計劃，加上充足資源和密切監管，並培訓和持續支援初級保健工作者、提供精神病治療藥物以及緊密聯繫高級別保健和社區資源，最終催生了最佳成果。

欲知全部國家列表及獲取詳情，建議您前往如下網址查閱全文：

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339



阿根廷

內烏肯省的初級保健醫生主導嚴重精神障礙患者的診斷、治療和康復工作。精神科醫師及其他精神保健專家則負責審查並提供複雜病例的建議。社區型康復中心Austral與初級保健中心密切合作，補充提供臨床保健護理。這也作為普通內科住院醫生及實習初級保健醫生的培訓場所。其精神衛生保健模式基於四個關鍵元素。

1. **初級保健醫生**。由一支衛生服務團隊在初級保健醫生的領導下負責提供嚴重精神障礙的診斷、治療和康復服務。該醫生經過相關培訓能夠承擔此職責。此外，初級保健醫生經常也要採用簡潔、針對性精神療法，幫助患者解決生活壓力和家庭矛盾。
2. **門診患者**。精神障礙患者在社區裡接受門診治療，在熟悉環境中可得到家人、朋友和社區服務的支援。
3. **全面護理**。患者接受全面護理，包括精神和身體疾患。
4. **專家支持**。精神科醫師則負責審查並提供複雜病例的建議。他們還培訓初級保健醫生和護士。由於謹慎使用精神科醫師並避免採用機構護理方式，因此費用更低，患者對所需服務的獲取也得到改善。

內烏肯省的*sanitarios* (衛生所)和*curanderos* (衛生員)通常都是精神障礙患者的第一聯絡點。某些情況下，患者會通過*curanderos*前往接受正式的初級保健。但在農村地區，最經常採用的方式是自我護理和非正式護理，家庭的支持作用被視為極端重要。

精神科醫師分佈於城市各地的健康中心，並在需要時提供諮詢服務。他們不隸屬於任何特定診所，而是要服務於多個衛生保健機構。除治療嚴重精神障礙外，精神病醫師還負責處理社會精神疾病。必要時，精神障礙患者會被送往省級醫院。該省公立醫院的精神科病床數量有限(10)，有時會導致急性患者的治療工作複雜化。需要長期護理的重病、暴力或自殺傾向患者會被送往布宜諾賽勒斯的精神病醫院。

印度

初級保健中心、社區健康中心和Taluk醫院(提供門診護理)的精神保健服務和普通初級保健大多整合在一起。通過如下方式來鑒別精神障礙人士，並引導至上述機構：

- *anganwadi* (庭院)工作者；
- 初級保健中心工作人員——初級公共衛生護士及認證社會衛生助理；
- 精神病院及私人診所；
- 非政府組織和康復中心；
- 社區裡的社工和義工；
- *panchayat*成員；
- 地區精神健康計劃團隊成員；
- 學校教師。



新轉介來的患者由初級保健或社區健康中心的醫生/醫師負責查診。若醫生參加了地區精神健康計劃的培訓，則就可做出診斷並決定下一步治療方案，如用藥或轉介。或者，若醫生沒有接受培訓，或若病情超出其專業水準，則醫生會讓患者等到地區精神保健團隊前來時再來就診。精神障礙人士接受相同的檢查手續，與其他由於別的原因而來中心看病的患者一同排隊等待。普通工作日內，一個初級保健或社區健康中心要看300至400名患者，其中約有10%會被確診精神障礙。地區精神保健團隊會於精神保健門診日在初級保健或社區健康中心的指定區域接待患者。他們會被隔離於中心的主要看病活動，主要是為了避免擁擠人群。新轉介來的患者與隨後前來的患者一起按照抵達順序排隊。重返而來的患者攜帶自己的患者手冊，內含相關病歷和醫療資訊。精神科醫生會在指定房間接待患者及(通常)某個家人或護理人員，若沒有房間，則會在大廳的某個角落避開旁人私下接待。若有必要，精神科醫生會將診斷結果和處方寫在患者手冊上，並交給護士，由護士遵照醫囑配藥。這些藥物通常由該團隊帶到治療機構，供患者在下一次保健門診日之前服用。通常情況下，只有訓練有素的醫生才能開出精神藥物處方，並積極跟蹤患者在醫療保健診所之間的用藥情況。未經培訓的醫生只能開由團隊精神科醫生選擇的處方藥。

所有新的患者都會在首次看病時接受精神教育，包括有關其精神障礙的資訊、根源、預防、治療、監控和控制。這能讓他們參與治療過程，並鼓勵他們繼續接受治療。社工則負責滿足那些需要諮詢和後續服務之患者的需求。社工定期舉辦集體治療會，安排患者入住康復中心並聯絡其他政府服務部門。某些情況下，社會開展家訪，評估家庭狀況並協助確保患者繼續得到治療。若有必要，臨床心理科醫生和精神科醫生會開展個人諮詢活動。這樣，臨床精神保健日期間所提供的服務有：


- 為新確診的患者制定診斷和治療計劃；
- 為舊患者提供復查和後續服務；
- 臨床心理科醫生或精神科醫生提供諮詢服務；
- 精神教育；
- 必要時予以轉介。

大多數前來的患者都診斷有抑鬱症、雙相情感障礙、精神分裂症或癲癇症(參見評估/成果)。

南非

艾蘭澤尼將精神健康納入初級保健的模式在某種程度上因診所的不同而異。這種差別取決於多個因素，如診所的規模和位置、護士的培訓和資歷以及保健工作者參與整合模式的意願。主要的模式有兩種(參見下文)。

模式1。第一種模式是由一名技術嫻熟的專業護士坐診，為所有精神健康障礙的患者看病。這名護士的主要職能是為精神障礙人士開展常規評估、配發精神藥物或向醫生建議更換藥物、提供基本諮詢服務，並鑒別可改善的社會問題。若有輔助服務機構，則患者也會被轉介至此類機構，但通常情況下，社區型社會服務機構非常稀少。護士每週會專門制定精神保健諮詢時間表，患者都知道要在這個時間前來診所。這些患者無需與出於其他原因而來診所的患者排隊。普通保健工作者接受培訓，能夠查明精神障礙，然後將患者轉介至指定精神科護士或地區精神健康協調員(參見下文)。



模式2。第二種模式中，精神障礙與其他健康問題一起接受治療。精神障礙人士與普通患者一同排隊等待，等自己排到隊首後就由恰好輪到的初級保健醫師看病。護士訓練有素，能夠評估和治療精神及身體健康問題，而共病患者則能得到全面治療。必要時患者會被轉介至二級保健或社區型服務機構。

兩種模式都由護士負責檢測精神健康問題、管理慢性精神障礙，包括配發精神藥物或建議更改藥物、諮詢、轉介和在危急情況下予以干預。必要時地區精神健康協調員(與精神科護士一樣接受培訓)和醫生會提供支援。地區協調員的職能包括：

- 監督和幫助普通保健工作者一同治療精神障礙人士；
- 評估從初級保健機構轉介來的患者；
- 必要時穩定患者情緒；
- 建議醫生開藥或更改藥物；
- 協助社會精神康復；
- 諮詢；
- 家訪；
- 檢查診所藥物的供給情況；
- 保管精神健康統計資料；
- 編寫分區報告。

地區初級精神保健的主要優先工作是控制精神分裂症和相關障礙、雙相情感障礙以及重性抑鬱症。癲癇症則歸為普通慢性病來加以治療。提供一些基本諮詢服務，但由於時間限制，這項服務極其有限。大多數情況下，由於該地區缺乏技術嫺熟的輔導師和精神醫生，因此不大可能實現輔導轉介。

英國

Waltham Forest PCT有兩個機構承包為尋求庇護者、難民和無家可歸人士等弱勢群體提供綜合性初級保健服務，提供的服務類似。本例中我們提及位於Walthamstow的這家機構來說明其精神保健計劃。這家Walthamstow機構擁有10名全科醫師(其中兩人為培訓生)和四名執業護士。

該機構的總體服務是治療和護理輕度至中度精神障礙及精神和社會精神需求更為複雜的人士。具體而言，這家服務機構致力於覆蓋無法正常聯絡健康服務機構人士以及少數民族人士。

這家服務機構按四個步驟提供全方位的綜合性初級保健服務(參見下文)。

第一步驟期間，該全科醫療機構通過書面和口頭方式，向精神障礙患者介紹相關資訊及如何獲取更專業的精神保健服務、住房、就業和社會服務。此外，他們也會引導患者前往當地圖書館，查詢有關精神健康問題的圖書和視頻資料，或由某個人士(通常為精神健康服務用戶)來提供進一步協助、輔導和支援。該人士具體責任是促進患者的自我幫助，並幫助其融入社會。



第二步驟期間，初級保健機構會對患者實施精神健康和社會精神評估，有時也會使用標準化檢查和評估儀器。根據問題的複雜程度，患者會在該機構內接受治療或被轉介至PCT內的相應二級保健和社區服務機構。由一名輔導人員在該全科醫療機構內提供精神療法，包括認知行為療法。有時也會根據需要長期輔導的程度，將患者轉介至更為專業的外部服務機構。

而在第三步驟期間，患者會被轉介至能夠協助其解決經濟和社會問題的組織或機構。這種支持非常關鍵，確保患者能夠管理好就業、住房和家庭問題，從而預防其進一步孤立及精神健康的潛在惡化。第四步驟則面向之前病情緊急但目前已趨於穩定的患者。這些患者本應在初級保健機構內接受全面的精神和身體保健服務，以便同時減輕二級保健服務機構的工作壓力。然而目前為止，該步驟在此醫療機構內尚未得到很好的實施。

除了為精神障礙人士提供治療和支持外，這家醫療機構還努力通過全方位的保健方式來促進良好的精神健康。例如，該醫療機構與移民及不會講英語的人士認真溝通，並為所有有需要的人提供電話傳譯服務。同樣，醫師們也努力保持公正態度，協助所有弱勢群體，包括無家可歸人士。他們還注重每位患者的文化背景，採用妥善可接受的方式與之溝通互動。由此，該醫療機構不但專業從事精神障礙人士治療工作，也致力於促進全體患者的精神健康。

綜合行為健康工程

綜合行為保健等級

綜合行為保健並不是一項全有或全無的極端工作。相反，這是一項持續開展的工作，基於衛生保健和行為保健專業人士之間的協作水準。William J. Doherty, Ph.D.、Susan H. McDaniel, Ph.D.和Macaran A. Baird, M.D.對協作水準做了如下精彩描述，此外《未來的行為保健》(1996年10月，第25-28頁)對此也做了總結。

第一等級：協作極少

精神健康和其他保健專業人員在獨立的場所內工作，工作系統相互獨立，也很少進行病例交流。

第二等級：遠端基本協作

服務機構在獨立場所設立獨立系統，但定期會溝通交流共有患者的情況，大部分是通過電話和信函方式。所有這類溝通都是因特定患者問題而引發的。精神健康和其他健康專業人員相互視為資源，但他們卻在自己的世界裡開展工作，很少分擔責任，很少相互瞭解文化，也基本沒有分擔許可權和責任。

第三等級：現場基本協作

精神健康和其他保健專業人士擁有獨立系統，但共用相同的場所。他們會定期溝通交流共有患者的情況，大部分通過電話或信函方式，但偶爾也會由於相隔很近而面對面交流。他們認識到對方的重要作用，可能也會有融入一個較大但組織不夠嚴密之團隊的感覺，但他們沒有共同語言，也沒有深入瞭解對方的世界。與第一等級和第二等級一樣，主治醫生們在病情治療決策上的許可權和影響力遠遠高於其他專業人士，這也可能引起後者的怨恨。



第四等級：部分整合系統內的緊密協作

精神健康和其他保健專業人士共有相同場所，也擁有一些共同的系統，如時間安排或圖表。他們會定期面對面交流患者情況、相互協商、制定疑難雜症的協調治療計劃，並基本理解和認同對方的作用和文化。他們都遵循生物、精神、社會醫學/系統模式。但這種實際做法有時仍然很難，團隊建設會議偶爾才會舉行，彼此也會存在操作差異，如會一同承擔精神保健，但不會一同承擔醫療服務。主治醫生在協作團隊裡的許可權和影響力較高，這可能也是一個無法解決但尚能控制的緊張因素。

第五等級：完全整合系統內的緊密協作

精神健康和其他保健專業人士共有相同場所，並在一個完美生物、精神、社會醫學服務網路裡擁有相同的願景和相同的系統。服務機構和患者都同樣期望由一支團隊來提供預防和治療服務。所有專業人士都致力於遵循一個生物、精神、社會醫學/系統模式，並深入瞭解對方的作用和文化。他們定期舉行協作團隊會議，討論患者情況及團隊協作問題。他們會根據角色和專業領域的不同，認真平衡專業人士之間的許可權和影響力。

欲知詳情：

www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85

加拿大精神健康協作行動

精神保健協作框架

協作性精神保健描述了一系列執業模式，消費者及其家人和護理人員與各種初級保健和精神健康領域的保健服務機構——每家機構經驗、培訓、知識和專業方向各不相同——一同合作，促進精神健康，並為具有精神健康需求的個人提供更協調更有效的服務。基於以往的研究以及對現有精神保健協作行動的分析來制定一個概念框架，從而：

- 導入協作性精神保健的關鍵成分
- 引導對CCMHI的討論
- 研究文件
- 鑒別未來研究的需求

基本元素

政策、立法、撥款法規和資金

政策、立法和撥款法規應符合協作性精神保健的原則，並應提供足夠資金來落實貫徹協作行動。自2000年以來，協作性精神保健概念得到了更大支持，這一點在政策、法規和撥款分配方面得到了體現。但協作性精神保健仍然面臨著政策方面的障礙。這些障礙可分為兩大類。第一類涉及的是當前在改革初級保健和精神保健系統方面的工作努力；在沒有協調好改革策略時就會出現各種挑戰。第二類涉及的是健康人力資源方面的立法和政策；具體而言，涉及的是薪酬、執業範圍和責任機制。



研究和社區

精神保健協作行動應該是通過鑒別和實施最佳實踐來形成的循證研究結果，也應紮根於各個社區的需求和資源。

關鍵要素

四大關鍵要素可用於幫助確定協作性精神保健：可獲取性、協作結構、協作豐富性以及消費者為中心原則。

可獲取性

通過提高精神保健服務的**可獲取**性來實現協作性精神保健的目標。這包括在初級保健機構內實施精神健康促進、疾病預防、檢測和預防，或“服務進家”。協作性精神保健的服務場所為各種場合，包括社區健康中心、保健服務機構經營場所及個人家裡、學校、教養所或庇護所等社區場合。服務場合根據個人需求和偏好及服務機構知識、培訓和技能的不同而異。適當情況下，協作形式可以由多個服務機構配合消費者、家人及護理人員共同實施評估或提供護理服務，或可通過電話或書面交流來加以實施。換而言之，有效協作並非要求保健服務機構要設在同個場所內。

可通過不同方式在初級保健場合內提供精神健康服務，例如：

- 在初級保健場合內提供直接精神保健服務；或
- 在初級保健場合內為初級保健服務人員提供間接精神保健支援。

第一種情況下，精神保健服務由精神健康專業人員提供；而在第二種情況下，則由初級保健服務人員在精神健康專業人員的支援或與之協商來提供精神保健服務。各種精神保健協作行動為在初級保健場合下提供精神保健服務而制定的策略包括：

- 精神健康專業人員在初級保健場合內提供直接精神保健服務；
 - 初級保健場合預定時間提供診病服務；
 - 精神健康和初級保健服務機構設在一起；
- 精神健康專業人員以正式或非正式方式幫助初級保健服務人員，在初級保健場合內提供間接精神保健服務。

協作結構

成功的精神保健協作行動要認識到，應當制定相關**系統和結構**來支援協作的實施。

首先，服務機構要創建或參加某個組織**結構**，確定相關人員均同意合作的方式。這種結構可為：

- 正式(如服務協定、協調中心、協作網路)；
- 非正式(如服務機構之間的口頭協定)。



其次，服務機構要組織或創建相關系統，確定他們將如何約定來實現某些關鍵的精神保健協作職能，如：

- 轉介策略(如形式、轉介網路)；
- 資訊技術(如電子客戶記錄、網路型資訊交換、電話會議、視頻會議、電子郵件、通告服務)；
- 評估(如開發評估設備並約定採用某種評估設備、方法和共用軟體)。

協作豐富性


有效的協作性精神保健的一個中心特徵是保健合作夥伴之間的協**作豐富性**，包括：初級和精神保健服務機構、消費者及護理人員。**協作豐富性**的特點包括：

- 保健合作夥伴通過各種教育措施來實現知識轉移，例如：
 - 課程、講座、輔導、研討會、巡迴會、輪換制、病例討論、實習、研習會、座談會；
 - 教育材料，如：研究論文、研究資料、書籍、指南、手冊；
- 廣大學科領域的保健合作夥伴積極參與(如護士、社工、飲食學家、家庭醫生、精神醫生、精神科醫生、藥劑師、職業治療師、同行支持工作者)；
- 全體保健合作夥伴之間的溝通交流。

以消費者為中心

消費者的需求是協作性精神保健的核心。**以消費者為中心**要求消費者要參與其護理工作的各個方面，從治療方案選擇到計劃評估，並要求相關措施的設計要能滿足特定群體的需求，尤其是那些經常得不到妥善服務或具有強烈初級和精神保健需求的群體。越來越多的精神保健協作行動開始重視消費者的作用，在下列方面為消費者和/或其護理人員分配時間和相關資源：

- 教育(如教育材料、培訓課或資訊中心)；
- 同伴支持；
- 參與制定精神保健協作行動(如焦點小組、委員會)並參與制定和實施計劃評估(如設備設計、承擔調查人員或受訪者角色)；
- 參與調整精神健康促進和治療干預措施，使之適合個人需求。



結論

協作性精神保健最終要受到這些基本元素的影響：政策、立法、撥款、研究和社區需求及資源。協作性精神保健的確定需要四大關鍵要素：可獲取性、協作結構、協作豐富性以及消費者為中心原則。在對協作性精神保健現狀的後續系列文件中，我們將根據這些關鍵要素和基本元素來開展討論。而即將推出的實施工具包及精神保健協作章程也將基於這個框架。

欲知詳情：

Canadian Collaborative MH Initiative
C/O Cheryl D'Souza
The College of Family Physicians of Canada (Project Sponsor)
2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario
Canada L4W 5A4
電話：(905) 629-0900
電郵：info@ccmhi.ca
<http://www.ccmhi.ca/>

HOGG精神健康基金會

綜合保健

何謂協作護理？

協作護理是一種綜合型保健模式，即身體保健和精神保健服務機構在初級保健場合內，攜手治療輕度至中度精神障礙及穩定的嚴重精神障礙。

如何調整協作護理模式，使之符合機構的獨特需求？

協作護理模式擁有很高的靈活性，即使在實施其規定元素時也是如此。機構可根據自己的資源及患者的需求來創建並實施協作護理系統。

診斷小組

大量協作護理模式的研究都側重於治療抑鬱症。但是，新的研究表明，協作護理方法同樣適用於其他疾病的診斷，而協作護理專家也認為，這種方法同樣適用於在初級保健場合內治療很多種輕度至中度精神障礙或病情穩定的嚴重精神障礙。

鑒別患者

可以通過不同方式來鑒別具有精神保健需求的患者。有些服務機構選擇採用標準化檢查儀器來系統地篩選存在精神健康問題的初級保健患者。還有一些服務機構則依靠非正式方式來鑒別疑似存在精神保健需求的患者。這兩種方法都需要花費成本，也各有優勢。檢測儀器能改善精神健康問題的檢測結果，但需要大量費用和時間。非正式檢測方法給初級保健工作人員帶來的工作壓力較小，但卻會降低精神健康問題的檢測幾率。最好的方法取決於機構的資源。

評估工具

任何用於精神病診斷以便在初級保健場合內治療的儀器，只要具備足夠的心理測量特性(即具備足夠的可靠性及目標群體有效性)，就可加以使用。患者要定期接受評估工具的評估，以便臨床護理經理監控他們對治療的反應。

評估工具不同於檢測儀器。檢測儀器上的陽性結果提示醫生，患者可能遇到困難。隨後醫生利用評估工具來確定患者是否真的遇到困難及其問題的性質。醫生會補充提問，進一步核對評估工具的結果，以確診病症。

干預

精神藥物是初級保健場合最常用於治療精神健康問題的干預手段。初級保健醫生或其他合格人員(如執業護士)開具抗抑鬱症或其他適當藥物，護理經理則監督患者反應及督促其按醫囑用藥。

若採用藥物干預療法，則機構可要求其服務人員遵循服藥演算法來指導藥物選擇及劑量。服藥演算法很多，機構可選擇其中一項。

協作護理模式也可採用簡明的循證精神療法作為干預手段。初級保健場合使用多種簡明循證精神療法，包括認知行為療法、人際關係療法和問題解決療法。行為管理和相關循證治療也是兒童治療的可選方案。這些療法可由擁有相關資質的臨床護理經理或協同精神健康專業人員來實施。

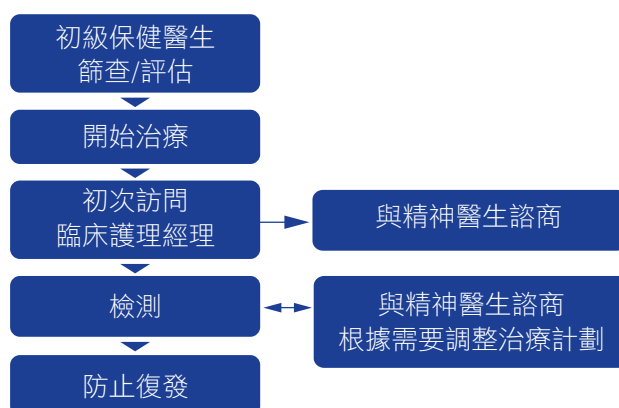
精神療法和行為管理方法對兒童尤為重要。根據診斷結果，藥物療法可能不是兒童的首要治療方案，這是因為我們要考慮兒童使用精神藥物的安全性和有效性。

臨床護理經理

各種專業人員和輔助專業人員可在接受培訓後擔任有效的護理經理。很多協作護理研究項目採用註冊專業人員擔任其職責，包括護士、執業護士、碩士級社工或精神醫生及博士級精神醫生。若要在診所裡服務，則這些專業人員也能有效提供簡明精神療法。

若臨床護理經理的職責限於監督治療、遵循情況和反應及教育患者，則也可培訓輔助專業人員來擔此職務。輔助專業人員為擁有一些臨床經驗的學士級工作人員，如註冊執業護士。

合作護理流程圖





治療監控

若面對面聯絡不切實際或不可能，則臨床護理經理可通過其他方式與患者合作，包括電話和遠端視頻聯絡。此外，也可通過這些方式來諮詢精神科醫生。

患者登記冊

可通過多種方式來建立用於跟蹤那些確診存在精神保健需求人員的患者登記冊。只要含有必要的資料，並且護理經理可獲取所需資料，該登記冊可併入現有的臨床資料庫。

登記冊也可獨立於資料庫，以簡單的Excel或Access試算表形式單獨保存。協作護理研究人員擁有Excel和Access格式的免費患者登記冊範本。

我們也可採用安全的網路型應用程式來建立登記冊。雖然成本高昂，但對於護理經理、初級保健醫生和精神科醫生不在同個位置的機構而言，這一措施更為有用。而如果採用網路登記冊，團隊的每個成員都可從任何有互聯網接入的電腦登錄網站，輸入資訊或查閱患者進展情況，有效地促進資訊交流。

專業精神保健服務人員

若患者干預措施涉及精神藥物，則由精神科醫生對臨床護理經理實施每週監督就非常重要。在一些協作護理模式中，初級保健醫生也可隨時與精神科醫生聯絡，向其諮詢疑難病症。

初級保健場合裡的精神保健人員可直接與協作護理患者合作，以此方式來建立協作護理模式。精神科醫生則負責用藥管理。精神醫生、社工及其他合格人員可提供輔導或簡明循證精神療法。若患者干預措施涉及到簡明循證精神療法，則由經驗豐富的臨床醫生(如精神學博士)負責監督也很有用。

欲知詳情：

Hogg Foundation for Mental Health

The University of Texas at Austin

P. O. Box 7998

Austin, Texas 78713-7998 USA

電話：512-471-5041

Hogg-Info@austin.utexas.edu

<http://www.hogg.utexas.edu>

十大整合原則

(世衛/世界家庭醫生學會，將精神健康納入初級保健——全球展望，2008年，第49-55頁)

通過分析和合成這些最佳實踐，世衛和世界家庭醫生學會確定了可應用於所有精神保健整合工作的十大常用原則。這十大原則覆蓋各種政策和經濟背景及各級別衛生系統，是整合初級精神保健“不可或缺”的原則。

1. 政策和計劃應結合初級精神保健。

政府對整合精神保健的承諾，以及履行這一承諾的正式政策和立法，是取得圓滿成功的基礎。不僅精神保健政策能夠推動整合的發展，重視初級保健層面之精神保健服務的普通保健政策也能做到這一點。國家性指令對鼓勵和規劃改進措施發揮著基礎作用。相反，各地方應自行鑒別需求，並據此啟動相關工作流程，與隨後的政府推動工作相輔相成。

2. 宣導人士要改變態度和行為。

宣導人員在精神保健整合中發揮著重要作用。可通過謹慎的戰略性方式來使用資訊，影響他人做出改變。要花費時間和精力來讓國家和地方政治領導層、衛生機構、管理層和初級保健工作者敏銳認識到精神保健整合的重要性。精神障礙普遍性、未予治療而留下之負擔、精神病院經常發生之侵犯人權事件以及初級保健型治療的有效性，經常都成為重要的爭論依據。

3. 需要對初級保健工作者實施充分培訓。

在服務前和/或服務期間對初級保健工作者進行精神保健方面的培訓，是實施精神保健整合的必要前提。但是，保健工作者也必須經常鍛煉技能並接受專家監督。協作或共同護理模式，即初級保健工作者和精神保健專家相互協商共同干預，對提供長期培訓和支持而言是一種特別有效的途徑。

4. 初級保健任務必須有限並具有可行性。

一般而言，在精神保健任務有限並具有可行性時，初級保健工作者才能發揮最大作用。具體責任領域的決策必須考慮與社區各個利益相關方的協商以及可用人力和經濟資源的評估，並認真考慮當前保健體系在解決精神保健問題方面的優勢和弱勢。初級保健工作者的職能可在掌握技能和自信後擴展至執業醫師的範疇。

5. 必須為初級保健提供專業精神保健人員和設施支援。

將精神保健服務納入初級保健很有必要，但必須輔之以輔助服務機構，尤其是二級保健環節，以便讓初級保健工作者轉介、求助和接受監督。這種支援可來自社區精神保健中心、二級醫院或在初級保健系統內執業的技術和經驗豐富的專業醫師。專業人員包含從精神科護士到精神科醫生的廣大群體。



6. 患者必須能夠在初級保健場合內獲取必要的精神藥物。

獲取必要的精神藥物是將精神健康成功納入初級保健的必備條件。這要求國家要直接向初級保健機構分配精神藥物，而不要通過精神病院。國家還應審查和更新立法及法規，允許初級保健工作者處方和配發精神藥物，尤其是在精神健康專家和醫生緊缺的地區。

7. 整合是過程，而非結果。

即使有政策支援，整合也需要時間，一般都涉及一系列發展過程。與一系列當事方會談很有必要，某些情況下還必須克服大量的懷疑論或阻力。即使整合理念得到廣泛認可，仍然有很多工作需要開展。保健工作者需要接受培訓，此外也可能需要聘用更多人員。而在此之前，一般都要就預算達成協定並進行妥善分配。

8. 精神保健服務協調員很關鍵。

將精神健康納入初級保健要逐步開展，要善於抓住機會，發展方向可能會逆反或變化，同時有時也會出現一些意外的問題，威脅著這種項目的成果甚至存在。精神保健協調員在指導整合專案時應對這些挑戰並推動整合工作向前推進方面發揮著關鍵作用。

9. 需要與政府其他非衛生領域、非政府組織、鄉村和社區保健工作者及志願者合作。

衛生以外的其他政府領域可與初級保健機構有效合作，幫助精神障礙患者參加教育、社交和就業活動，幫助其康復並完全融入社會生活。非政府組織、鄉村和社區保健工作者及志願者在初級精神保健支持方面經常發揮著重要作用。可聯絡鄉村和社區保健工作者來鑒別精神障礙人士，並將其轉介至初級保健機構；社區型非政府組織可幫助患者提高身體機能，減少其住院需求。

10. 需要經濟和人力資源。

儘管初級精神保健成本相對低廉，但服務的開展和維持仍然需要經濟資源。培訓需要費用，也可能需要更多初級保健和社區保健工作人員。此外也必須聘用提供支援和監督的精神保健專家。

欲知詳情：

世衛/世界家庭醫生學會

將精神健康納入初級保健——全球展望

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339

世界衛生組織

第220號資料說明書，2007年9月

精神健康：加強精神健康促進

沒有精神健康就沒有健康

- 世衛章程對健康的定義“健康不僅為疾病或羸弱之消除，而系體格、精神與社會之完全健康狀態”，明確指出了精神健康的基本性質。精神健康是此定義不可或缺的部分。
- 在預防諸如感染或心血管疾病方面適用的公共衛生與健康促進的目標和傳統，也同樣有效適用於精神健康領域。

精神健康不僅僅是沒有精神障礙

- 精神健康的概念是指一種健康狀態，在這種狀態中，每個人能夠實現自己的能力，能夠應付正常的生活壓力，能夠有成效地從事工作，並能夠對其社區作出貢獻。
- 從積極意義上來說，精神健康是個人與社區保持健康和有效發揮作用的基礎。雖然不同文化對精神健康做了各種各樣豐富的詮釋，但其核心概念是一致的。
- 精神健康促進涵蓋各種各樣的戰略，所有目的都在於對精神健康產生積極影響。與所有健康促進一樣，精神健康促進包括採取行動創造有利於精神健康的條件和環境，並促使人們採納並保持健康生活方式。這包括採取一系列措施來增加機會，讓更多人享受更好的精神健康。

精神健康由社會經濟和環境因素所決定

- 與一般健康和疾病一樣，精神健康與精神健康障礙由多種相互作用的社會、精神和生理因素所決定。
- 最明顯的證據與包括教育程度低在內的貧窮指標相關。有些研究還發現與簡陋住房和菲薄收入有關。持續存在並不斷增長的個人和社區的社會經濟劣勢被視為是精神健康的高危因素。
- 每個社區中的弱勢群體對精神健康障礙的抵抗力較差，這一點可歸咎於不安全與無助的經歷、社會快速變化以及暴力和身體健康不佳等因素。
- 尊重和保護基本公民、政治、社會經濟和文化權利的環境，也是精神健康促進的基礎。如果沒有這些權利所提供的安全與自由，保持高水準的精神健康就非常困難。

精神健康與行為相聯繫

- 精神、社會和行為健康問題可能會相互作用，加劇其對行為和健康的影響。
- 一方面是濫用藥物、暴力和對婦女兒童的虐待，另一方是HIV/AIDS、抑鬱和焦慮等健康問題，在失業率高居不下、收入菲薄、教育程度低、工作壓力大、性別歧視、社會排斥、生活方式不健康和人權侵犯的條件下，這兩方面問題更普遍也更難應對。



加強精神健康促進的價值和可見性

- 國家精神健康政策不應只關注精神健康障礙，還應認識並處理精神健康促進方面更廣泛的問題。這些問題涉及上述社會經濟和環境因素及行為。這要求包括教育、勞動、司法、運輸、環境、住房和福利在內的政府和商界及衛生領域，要把精神健康促進也納入主流政策和規劃中。地方級和國家級政府中的決策者尤其重要，他們的行動會以不為其所知的方式對精神健康問題產生影響。

採取富有成本效益的干預措施來促進精神健康，甚至於貧窮人群中的精神健康。

成本低廉、影響深遠的循證干預精神健康促進措施包括：

- 早期兒童干預(如對孕婦進行家訪，對弱勢群體實施學前社會精神干預、營養與社會精神相結合的干預措施)；
- 向兒童提供支援(技能建設專案、兒童與青少年發展項目)；
- 賦予婦女社會經濟權利(如改善獲取教育、小額貸款方案)；
- 向老年人群提供社會支援(如扶助措施、老年人社區和日間看護中心)；
- 針對包括少數民族、土著民族、移民和受到衝突與災難影響之民眾在內的弱勢群體的項目(如災後社會精神干預)；
- 學校中的精神健康促進活動(如支持學校生態變化的項目、愛生學校)；
- 工作中的精神健康干預(如壓力預防專案)；
- 住房政策(如改善住房)；
- 預防暴力專案(如社區治安行動)；以及
- 社區發展項目(如“社區關懷”行動、綜合性農村開發專案)。

世衛與政府一同促進精神健康

- 為貫徹落實這些有效干預措施，政府應採用一項精神健康框架，以此推進健康和社會經濟發展的其他領域，從而使所有相關領域參與支持和評價旨在促進精神健康的活動。
- 世衛為政府提供相關技術材料和建議，幫助其實施這些旨在促進精神健康的政策、計劃和項目。

欲知詳情，請聯絡：

世衛媒體中心

電話：+41 22 791 2222,

Email: mediainquiries@who.int

將精神健康納入初級保健的好處和障礙

如前文所述，整合精神健康和初級保健服務的原因似乎顯而易見，是所有以患者為中心之保健模式的關鍵所在。精神和身體健康相互依存；某些國家和社區缺少或根本沒有精神健康服務；整合能夠縮減保健成本，並提高患者對治療服務的獲取；而同時處理所有保健問題也能營造出連續性更強的護理服務——帶來更積極更成功的治療成果。

雖然整合精神健康和初級保健的模式及範例很多，但我們知道這個理念的成功之路上仍然面臨著很多障礙。各個國家和社區的衛生系統、醫生數量、經濟問題、文化、語言問題各不一樣，此外在採納這種護理模式方面也存在著諸多其他障礙。

美國的Hogg精神健康基金會在近期發佈的《整合衛生保健資源指南——身心合一》

(http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf)中介紹了一些整合障礙——

- 臨床障礙包括初級保健和行為健康文化之間的差異、服務機構缺乏培訓、服務機構缺乏興趣以及名聲不好。
- 組織障礙包括身體和行為健康機構之間難以溝通和協商、不同類型的服務機構存在實質性隔離，以及初級保健機構傾向於治療急性病症。
- 政策障礙包括不同服務體系資訊共用的法律障礙以及限制組織服務專案的法規。
- 經濟障礙複雜多樣，包括調整保健資金配發措施的問題以及缺乏承擔關鍵整合服務的能力。

為克服這些障礙並發揮其好處——我們必須攜手合作掃除障礙。我們務必要認識到，哪些障礙導致您的社區無法將精神健康整合入初級保健，並應著手改變。消費者、醫師、保健機構等都需要一起來組建一個團隊——溝通、妥協和合作意願能夠克服很多障礙。

為擴大我們的資訊面，我們要求一些精神健康專業人士告訴我們，他們認為在其所在地區實施整合有哪些好處和障礙。我們收到了中東地區、西太平洋地區和東南亞地區及中南美洲地區的回復。希望這能為您介紹更多有關此課題的資訊，幫助您瞭解自身地區的狀況。

綜合醫院對初級保健醫生的精神醫學培訓 南美洲

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

精神病學這一醫學專業的活動範圍已擴展至整個醫學執業領域，涉及機構、私人或社區領域。因此，它涵蓋了保健、生物精神社會教學和研究、精神動力、精神病理以及在綜合醫學執業框架內對患者的精神療法方面。它還涉及了醫生及保健團隊其他專業人士與患者、家庭、綜合醫院、精神病院及社區之間的關係。

世界衛生組織將健康定義為體格、精神與社會之完全健康狀態。要實現這一目標，務必要站在縱觀個人和社區的角度上來提供保健服務。為此，精神健康必須納入初級保健。



通過初級保健，我們認識到這指的是要基於切實可行的方法和科技，輔以科學依據和社會認同原則並讓全體社區成員及家庭完全參與，為其提供必要的保健服務，且成本要讓社區和國家能夠本著自行承擔責任和自行決定的精神來支持其各個階段的發展。這代表的是個人、家庭和社區與保健系統的第一層聯繫；其基礎是要儘量把保健服務帶近民眾生活和工作的場所：它是永久及不斷發展之健康協助的第一元素。

為發揮最大作用，初級保健必須採用社區能夠接受和理解，且健康團隊能夠完全採用的方式。為此，他們要根據社區的健康需求來接受充分的社會精神和技術培訓。

初級保健醫生提供的精神保健更有針對性，這是因為在此意義上，醫生是社區健康促進項目的主要執行人員。初級保健醫生有責任與患者保持更持久和固定的聯絡。

顯然，這表明應對普通醫生實施培訓，讓其能夠理解和管理初級、二級和三級保健預防方面的精神健康問題。

在WPA的組織下，全球各國都在努力規範本科層次的精神醫學培訓，並致力於提高培訓品質。但是，世界各地精神醫學教學水準參差不齊，即便是發達國家的醫學院之間也是如此。現在，人們認識到，社區裡的很多患者，特別是那些在綜合醫院及全科醫療機構裡看病的患者，都存在某種程度的精神困擾。

培訓機會各不一樣，但在三種主要情形下必須開展針對性的精神醫學培訓：職業培訓方案中的精神病學配套培訓期間；受訓人員受訓期間以及CME計劃期間。

對於成功的治療策略模式，初級保健醫生很有必要在首次對重大社會精神和精神問題患者實施精神病理和精神療法治療時接受培訓。

就我們的經驗來看，對初級保健醫生實施培訓以提高其精神醫學知識的目標，無法單靠本科或研究生醫學培訓科目的講課來實現。

我們布宜諾賽勒斯大學醫院精神健康科多年來一直與初級保健醫生緊密合作，開展精神醫學培訓課程。這些課程在將理論結合入臨床實踐方面都有一個獨特的方式。

其發展趨勢是要實現積極的教學過程，這看來是一個正確的方向。“動手勝於旁觀”。實際操作始終都很有必要(多次操作勝於幾次)。密切監督和認真、持續的回饋也很有必要。


只有當參加培訓的精神科醫生充分調動積極性，主動認識問題、醫學態度明確並能夠傳達其對自己認為有趣及刺激之事務的熱情時，這樣全面整合型“共同合作”課程才能真正發揮作用。

我們還在教學醫院不同科室開發了幾項特定的採用“共同合作”模式的教學課程、臨床或研究課程：初級保健、外科、內科醫學和小兒科。只有在精神科醫生在綜合醫院開展綜合性工作時，這種教學模式才有可能得到實施。

培訓和再培訓工作由精神科醫生負責。後者必須在臨床精神病學、精神療法、精神病理學和社會動力學方面擁有扎實的培訓知識，在科學方法和教學技能方面經驗豐富，能妥善整合多學科團隊，並擁有極高的“常識”水準。

2007年間，我們開展了精神科醫生調查活動，其目的是評估精神科醫生對參與護理精神病患者之初級保健醫生的看法。

此外，這項調查活動還搜集了他們對與參與護理精神病患者之初級保健醫生合作的看法。



共有44名綜合醫院的精神科醫生參加了此次調查。本次調查抽樣人群平均年齡37歲，53%為男性。

本次調查結果顯示，超過一半的精神科醫生在私人醫療機構工作；其中有些會接受初級保健醫生的諮詢(占其工作時間的10-30%)；但很少有精神科醫生會接受初級保健醫生的諮詢(占其工作時間的51-70%)。

大多數接受調查的精神科醫生都認為，初級保健醫生應直接參與精神病患者的護理工作。此外，他們還認為，應在初級保健醫生辦公室裡設置精神科醫生供其諮詢。

幾乎所有接受調查的精神科醫生都提出，治療精神病患者的最有效方法是初級保健醫生和精神科醫生之間的協同工作。他們全部認為，初級保健醫生的培訓應包括精神科實習。

這些結果肯定了大學醫院精神健康科這麼多年來致力於培訓精神科醫生的工作，成為採用“共同合作”模式的初級保健醫生培訓機構。

這種方法表明，必須在日常執業框架裡實施教學和培訓工作。

欲知詳情：

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

Emeritus Professor, School of Medicine, University of Buenos Aires

Chairman of the Department of Psychiatry, FLENI, Institute for the Study of Neurological Sciences

Montañeses 2325 C1426AQQ Buenos Aires, Argentina

電郵：fahrner@ciudad.com.ar

中東地區整合的好處和障礙

Omer El Rufaie 教授


好處

1 有證據表明，初級保健患者中精神共病狀況的誤失率極高，並由此導致：

- 不必要的檢查，這些檢查可能帶來危險且費用昂貴；
- 不必要的用藥；
- 不當轉介至專業機構；
- 不必要地反復前往醫療機構看病；
- 長期忍受病痛並對各個方面的機能產生負面影響。

2 如何解決初級保健患者精神共病狀況的誤失率？

- 對全科醫生的弱勢和優勢開展認真評估，並據此針對性採用適合各個全科醫生群體的培訓方式，為全科醫生提供妥善培訓課程。
- 利用精神科初級保健診所來對全科醫生、相關護士和其他輔助醫務人員實施“手把手”培訓。



3 初級保健場合內的精神科診所：

- 教育和培訓全科醫生來檢測患者的精神共病狀況，並實施相應的治療控制措施。
 - PHC場合內的治療控制：全科醫生單獨或與中心的精神科醫生一起；
 - 轉介至專業精神科醫生，即精神科門診診所；
 - 緊急情況下，如殺人或自殺等，轉介至急診科；
 - 為全科醫生轉介來的患者提供精神治療服務；
 - 為護理和相關輔助醫務人員提供培訓課程；

既定目標

- 大大減少精神共病狀況的誤失率，並由此提供極具成本效益的健康服務。在UAE的經驗中，我們採用了相同的諮詢室、辦公和護理人員，此外也採用了相同的存檔系統，即無需因為在PHC中心設置精神科診所而增加開支。
- 實行“整體”理念，即同步治療患者的身體和精神健康問題。
- 在輕鬆且無歧視的環境下治療精神病患者，遠離精神病院，並因此而消除了重症精神病患者所遭受的各種歧視。

障礙

- 健康服務戰略規劃者和決策者的態度，他們始終注重於醫院服務，而不注重初級保健。同時普通大眾對精神科的態度依然缺乏積極肯定。
- 很多全科醫生的精神病學知識和臨床技能不足。很多情況下這都與他們的醫學院基礎培訓息息相關。而由於CME計劃的缺乏或不足，這種情況也日益惡化。
- 很多全科醫生對精神病學持有消極或矛盾態度。
- 身體症狀表現出很多精神病症；給精神病檢測診斷帶來了挑戰，包括初級或共病情況。
- 初級保健人群中精神病例的產生因素是一個爭論不休的話題，需要開展進一步的工作。重要的一點是要如何歸類短暫的自我限制性障礙、後續身體疾病、過度工作、過於警惕如壓力。這是PHC患者的常見問題。ICDS-10是否圓滿解決了這個問題？在此方面，PHC裡的全科醫生和精神科醫生應避免將社會問題醫學化。

欲知詳情：

Omer El Rifaie 教授
Chairman, Department of Psychiatry & Beh Science
Faculty of Medicine & Health Sciences
U.A.E. University
電郵：ranganathan@uaeu.ac.ae



兒童精神健康服務：中東地區面臨的挑戰和機遇

Valsamma Eapen 教授

新世紀的第一個十年內，健康專業人士面臨著快速增長的兒童精神健康服務需求以及不斷變化的服務提供模式。這為我們提供了一個獨特的機會，為之前缺乏服務的地區做好準備，或改善現有的服務。

障礙

(1) 初級保健層面缺乏對兒童精神共病的認識。

青少年兒童的精神健康問題非常普遍，儘管能夠實施有效治療，但在患有精神健康問題的青少年中，僅三分之一能得到專業幫助。Eapen等人在一項研究阿聯酋精神健康問題兒童偏好的調查中發現，僅37%的兒童選擇諮詢精神健康專家。

尋求專業幫助的常見障礙包括：

- 社會對獲取精神健康服務的歧視；
- 家庭不願意承認自己的孩子存在精神健康問題；
- 家庭和朋友對精神健康治療持有消極看法；
- 對此類治療的效果缺乏信賴和信任；
- 很多人在諮詢精神健康專業人士之前都會先求助於傳統術士及其他醫療途徑。

尋求專業幫助的其他障礙還包括：

- 在獲取服務時面臨著實際和後勤保障困難；
- 費用；
- 可用性；
- 精神健康服務的可獲取性。

面對這些現狀，應當優先考慮在初級保健和學校保健場合內實施符合文化敏感性的評估和干預方法，並創建與年齡相當的服務。

(2) 在社區和初級保健層面改善服務提供的方法

不論經濟狀況如何，一個高效而又具有成本效率的方法能解決這個國家兒童精神健康需求，即在學校裡實施精神健康檢查計劃(Eapen, 1999年)。這種計劃將考慮如下因素：

- 採用現有資源並考慮當地健康優先領域來實施；
- 要輔以治療和護理；
- 要整合現有及可用的學校和健康人力資源；
- 要培訓與兒童共處的初級保健人員、教師及其他專業人士；
- 要提高學校和健康工作者在檢測精神健康問題方面的能力和信心；
- 檢測兒童精神健康需求要配上相應的轉介系統、護理通道並提供精神健康服務。



(3) 如何提高兒童精神健康服務的可獲取性

雖然很多精神健康問題兒童都會聯絡初級保健服務機構，但卻很少能獲得妥善的幫助。阿聯酋一項針對前往初級保健機構之兒童的調查顯示，雖然約40%的兒童存在精神健康問題，但僅有1%是由初級保健醫生發現的(Eapen等人，2004年)。未能獲取精神健康服務的原因包括：

- 父母缺乏意識；
- 初級保健人員缺乏認識；
- 缺乏轉介至專業精神健康服務機構的資源和機會。

決定哪些兒童能獲取健康服務的因素有：

- 精神障礙的類型和嚴重程度；
- 父母的教育和意識；
- 兒童的年齡和性別；
- 家庭和社會背景因素。

雖然服務和服務使用方式存在不足和差距，但我們急需更加重視為大眾及在初級保健層面上發展資源，重視公共衛生教育、提高初級保健人員的培訓，並提高專業精神健康服務的可獲取性。

機會

- 鑒於近50%的成年人精神障礙均起源於兒童和少年時期，因此預防服務應注重於這一人生早期階段，監督和監控“高危”兒童，並採取妥善的早期干預策略。
- 兒童的精神健康需求根據發育階段的不同而不同、複雜並不斷變化，這要求我們要採取全面靈活的方式來解決青少年的基本需求、教育和家庭聯繫問題，同時要提倡保障和保護，並認識和解決更弱勢兒童的需求。
- 通過追加撥款並改變決策者的認識，可以改善當前兒童和少年獲取精神保健的問題。
- 健康服務規劃必須考慮發展差別，並採用針對性更強的精神健康、藥品使用、兒童保護和職業康復整合護理模式來幫助民眾獲取現有體系的服務。

參考文獻：

- Eapen, V. et al. (1999). School Mental Health Screening: a model for developing countries. *Journal of Tropical Paediatrics*, 45, 192-193.
- Eapen, V., Al-Sabosy, M., Saeed, M., & Sabri, S. (2004). Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 51-60.
- Eapen, V., Ghubash R (2004). Mental Health Problems in children and Help seeking patterns in the UAE. *Psychological Reports*, 94: 663-667.

欲知詳情：

Valsamma Eapen 教授
Chair of Infant, Child & Adolescent Psychiatry
University of New South Wales
Sydney, Australia
電郵：v.eapen@unsw.edu.au



西太平洋地區整合的好處和障礙

M Parameshvara Deva 博士, FRCPsych, FRANZCP

介紹

初級保健精神病學是一個較新出現和形成的概念，是指利用相關知識和技能來為西太平洋地區16億多廣大民眾傳播基本的精神護理。即使是該地區醫學和護理學院，也僅僅是在1950年代後才將精神病學確定為教學科目。精神病院被放逐至遠離人群的鄉下“瘋人院”，其監獄般氛圍和限制性的治療行為，並沒有預兆著精神健康未來能夠成為普通衛生領域的一份子。儘管世衛章程已在1946年明確定義健康應包括精神和社會健康，但事實上直到1960年代末，一些亞洲國家的精神醫生仍被稱為Alienists，即脫離於主流醫療領域。即使在有此服務的地方，精神科也只注重於將嚴重精神患者收容於採用講演法的精神病院。初級保健診所和非精神科診所或病房解決患者常見精神困擾的重要意義被降至最小化，因此在醫生和護理的觀念及執業行為中，精神健康和身體健康之間的分離就變得根深蒂固了。

儘管如此，1992年世衛推出的ICD-X初級保健版本(ICD-X PHC)是一項具有劃時代意義的決策。它承認了較不嚴重精神問題的重要性，這些精神問題可輕鬆地成為大多數初級保健機構內的患者群體之一。諸如焦慮和抑鬱問題或疾病等非精神性心理問題也同樣重要，即使不常需要住院，但也經常要以精神科急診方式轉介至精神科醫生。1997年，世衛推出 ICD-X PHC工具包，最終承認初級保健體系長期忽視了精神健康分支，並自此有了培訓工具包。

自正式承認非精神科機構內的精神問題也很重要以來已經過去10年了，2001年世界衛生報告再次強調要在初級保健機構內提供精神保健服務，並在初級保健機構內開展精神醫學教學。雖然到2009年，這個概念已不再新穎，但在有16億人口之西太平洋地區的草根層次上卻基本沒有得到令人滿意的貫徹實施。

西太平洋地區初級保健服務提供的現狀

改善初級保健精神科的工作進展遲緩，有時根本就沒有開展，其中一個主要因素就是該地區初級保健自身的執業狀況。西太平洋地區廣闊，情況多樣，生活著最富有和最貧窮的人群，其保健系統的差異也很大。很少有國家擁有全面的健康保險體系，而且在公立服務稀少或難以獲取的情況下，數百萬計的民眾不得不向私人醫生付費來獲取服務。這導致很多初級保健醫生每週要工作6天，每天最長工作14個小時。這樣他們就幾乎沒有時間來接受新的培訓。監管部門對護理標準的監督有限，這意味著初級保健機構的精神健康問題的檢測改進水準仍然很低。

在很多國家裡，出於經濟及醫生培訓預算低下的原因，初級保健服務均由非醫療護士、醫務助理或護士來提供，但這些人在精神保健方面的培訓甚至更少。在一些太平洋島國裡，根本沒有接受過精神醫學培訓的醫生或護士，因此即使初級保健機構認識到患者存在精神健康問題，他們也沒有人可以諮詢或可以轉介尋求協助。即使初級保健機構裡有護士擁有一些精神保健經驗，但她們在治療方案方面的能力有限，因為這些護士無權處方精神藥物。



雖然大多數醫生和護士在職業生涯的每一天都要面對病患的憂傷，但他們中很少人接受過最基本的培訓，不知道如何開導情緒憂傷的患者。護理學校和醫學院各個醫學分支的課程大綱都很少重視保健專業人員應對壓力和憂傷的方式。通常醫生將情緒憂傷的患者轉介紹給社工(若有)的方式只是幫他們尋找交通工具、提供金錢或尋求其親屬的同意。

西太平洋地區大多數發展中國家本科層次教育的現狀是，對精神健康的關注度處於最低水準，或即使有所關注，也只關注於精神錯亂，而非遠比精神疾病更為常見的焦慮或疑慮或壓力相關疾病。該地區也很少有醫學院或護理學院會向這些未來的醫生或護士教授初級保健精神病學。結果，大多數醫生或護士認為精神錯亂就是精神病學的全部，卻很少掌握鑒別患者憂傷的技能。即使附近就有精神科醫生，他也很少診治患有焦慮症或抑鬱症的患者，除非患者的症狀非常嚴重並被正式轉介紹給他。該地區很少有精神科醫生聽說過 ICDX PHC。即使知道，也很少將這份文件教授給初級保健機構。採用被刪減過精神病學教科書來培訓初級保健機構如何檢測初級保健系統內的常見精神健康問題也並不合適。

西太平洋地區精神護理現狀

二十世紀二十或三十年代很多西太平洋地區的頂尖精神病院或精神療養院，直到已經獨立於殖民統治多年的1950年代仍然是精神病患者護理的中流砥柱，並沒有由更新的、在世界其他地區已然普遍的短期逗留型綜合醫院精神病科來取而代之。其結果是，即使在相對富裕的西太平洋國家裡，大型精神病院仍然佔據了幾乎不可撼動的地位。這就阻礙了初級保健精神病學的發展，因為甚至連醫生都認為“真正的”精神病學需要精神病院來專門處理。

很多國家精神科醫生在總人口中的比率僅為每25萬人中有一名精神醫生，而且大多數都在大城市中心。事實上，有些國家在農村人口中心根本就沒有精神醫生。雖然大多數較大的國家都設置了自己的精神科及精神護理培訓課程，但與需求相比，接受培訓的人數仍然很少。雖然在很多發達國家中，青少年人口佔據了總人口的一半，但青少年的精神醫生卻非常稀少。而為數不多的精神醫生卻常常工作壓力過大，他們不僅要照顧重症和慢性患者，還要背負極其繁重的行政管理和官僚工作，導致他們無法進行職業發展，也無法為他人提供初級保健精神病學培訓。

而由於人力物力資源投資不足，很多發達國家的保健計劃對精神護理都缺乏足夠的重視。藥物短缺及缺乏新型藥物，加上長期缺乏訓練有素的精神健康人員，這些都是西太平洋地區很多低收入國家的普遍特點。



更好地將精神健康納入初級保健的機會


儘管西太平洋地區很多發展中國家存在幾個貌似不可能的情況，但仍然也隱匿著很多機遇。其中之一就是該地區所有國家都擁有龐大的全面培訓SRN或接受3年培訓的護士隊伍。雖然醫生人數很少，且大多是服務於醫院，但護士卻廣泛分佈於各國的農村和城市區域。他們很多都接受過助產培訓，且不僅接受過治療培訓，還接受過預防和社區工作培訓。很多人都掌握了一定的家庭危機處理技能。但遺憾的是，他們即使接受過精神健康培訓，培訓力度也遠遠不足，無法處理初級保健患者的日常焦慮或抑鬱問題。

其次，還有各種各樣的二級醫療工作者，如健康推廣工作者及醫療培訓最長4年的‘初級醫生’，他們在偏遠農村地區擔當初級保健提供者，但同樣沒有接受過初級保健層次的基本精神健康工作。

第三，開設了各種短期課程來培訓已經在初級保健層次工作但尚未掌握精神保健護理基本技能的義工、傳統助產士、醫務助理、護士助理。所有這些人力資源都接受了基本的醫務培訓，在該地區發展中國家裡通常都處於保健前沿，但他們的日常工作仍然不能涵蓋精神保健。反對精神健康服務的人士，經常基於他們對初級保健系統內精神健康的有限瞭解，爭論說護士和上述其他保健工作者工作壓力已經過大，已經無法再提供這項額外服務了。1946年世衛對健康的定義就這樣被輕而易舉地遺忘了。在護士培訓中，SARS和HIV-AIDS等新型疾病佔據了優先地位，而精神健康卻被拋在腦後。

初級保健-精神健康的培訓課程無需高昂預算或複雜技術或設備。過去10年來，柬埔寨、蒙古、中國、馬來西亞、菲律賓、巴布亞新幾內亞、所羅門群島、瓦努阿圖、斐濟和科克群島等在資金極其有限的情況下，為全科醫生、護士和義工開設了為期3-4天的培訓課程，取得了持久效果。但這些培訓的資金嚴重不足，且最高層的關注也極其有限，因此相當一部分的培訓都採用自願模式，並沒有覆蓋整個國家的衛生人員。

2008年，在世衛蒙古辦事處和多個NGO的幫助下，蒙古衛生部開展了為期4天的PHC精神病學培訓師培訓課。參訓人員大多為精神科醫生，他們接受了初級保健精神病精選課題的培訓，以便在初級保健層次上傳授給其他人員。這項計劃旨在借助世衛及諸多其他機構的幫助，在蒙古廣大國土內培訓其他人員，並為初級保健服務人員開展培訓。



結論

1. 顯然，若該地區的健康服務要真正體現1946年世衛章程第1段第2行對健康的定義，那麼精神健康應當且必須整合入初級保健。儘管如此，整合進程非常緩慢，事實上由於根深蒂固的無知和偏見，整合工作根本就沒有開展，而且有時還流於形式。
2. 而促進這一急需整合工作的過程非但成本低廉、便於操作，而且可以立即啟動，一些國家已經在現有基礎上完成了這項工作。阻礙其發展的因素主要就是因為行政意願的不足。該地區各級行政管理人員似乎都沒有認識到這片擁有16億人口及37個國家和領地之廣闊地區的精神健康需求。
3. 只要有此意願並予以少數的培訓資金和人力資源支出，這一長期被忽視的保健領域就能迅速得到改善，並補足60年前世衛健康定義作者心中的缺憾。

參考文獻：

WHO Constitution 1946 Para 1 line 2
WHO ICD X Primary Care version 1992
WHO ICD X Mental Health in Primary Health Care 1997

欲知詳情：

Dr. M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP
Consultant Psychiatrist, KPJ Selangor Specialist Hospital
40300 SHAH ALAM, MALAYSIA
Founder, Asian Federation of Psychiatric Associations, AFPA
devaparameshvara@yahoo.com

行動呼籲： 宣導人士在將精神健康納入初級保健工作中的作用

Gabriel Ivbijaro, Wonca

總體而言，全球人均壽命正不斷提高。但是，美中不足的是，精神保健成果卻沒有與之齊頭並進。很多存在精神健康問題的患者仍要遭受污辱和歧視。他們難以獲得普通和精神健康，其平均壽命因此而更短。

沒有精神健康就沒有健康，任何人都無法避免精神疾病。我們大家，包括關注精神健康的專業人士和服務用戶，都需要一同努力來彌補現實與理想之間的差距、擁有與未有之間的差距，並解決一直糾纏我們的汙名和歧視。

《**初級保健——以前重要，現在更重要**》(世衛 2008)也支持要在全球範圍內培養和發展初級保健。我們不能再忽視初級保健或服務用戶的需求和觀點了。《**將精神健康納入初級保健：全球展望**》(世衛/世界家庭醫生學會 2008)讓我們能夠緊緊關注服務用戶在精神健康未納入初級保健時所遇到的問題及承受的折磨。而在實現精神健康整合後，這也能用來展示成果並反應服務用戶的心聲。

所有利益方都必須攜手合作來實現全體服務用戶及其家庭的目標和願望。我們呼籲各個國家、政府、個人、人權組織和其他非政府組織(NGO)、學術界及家庭醫學學院、護理和其他保健專業人士團結起來，一起推動精神健康，並以下列方式與全球精神健康服務用戶一同認識到，精神健康是實現以個人為中心之全面初級保健的必要元素：

要求將精神健康列為初級保健和家庭醫學的必要組成部分，所有初級保健服務均應包含精神健康；

要求在委託和獲取所有初級保健服務時，精神健康都必須是其中的關鍵組成部分；

幫助個人和精神健康服務用戶獲得充足的認可，實現自我護理和支持；

認識到在最少限制環境下提供護理及家庭和社區幫助的作用，是所有精神健康干預和治療的首要原則；

認識到精神、社會和環境干預及資源是全體民眾精神健康的必要元素，並應促進全體民眾均能獲取精神健康服務；

確保開展精神健康培訓，並面向於所有在初級保健系統內工作的人員；

保證為真正需要的精神健康服務用戶提供必要的藥物治療；

要求清除精神健康的汙名和對其歧視，並隨時監督和保護全體民眾的人權；

為那些單靠初級保健無法滿足其需求的民眾提供專家服務並予以支援；

保證通過初級保健，為精神健康障礙人士提供持續護理。

2009年世界精神衛生日為我們提供了一個機會，來重申初級保健精神健康整合所能帶來的優勢。這項2009年行動呼籲認識到，單靠個人無法實現全人類的精神健康。只有各個領域和團體通過溝通和合作，本著尊重、尊嚴和仁愛原則，我們才能發現優勢並不斷推進。



在大多數保健系統中，初級保健提供人員都是健康服務的第一正式聯絡點。初級保健工作人員應把自己視為服務用戶的使節和代言人，並採取相應行動。而委託初級保健服務的方面必須將精神健康視為其所委託之服務的關鍵組成部分，且必須認識並出資支援自我護理和支持等重要環節。

記住，不健康的精神會影響每個人，包括您或您的摯愛。我們都應得到最佳護理。

現在我該做些什麼？

2009年世界精神衛生日為您提供機會，發揮自己的作用。

服務用戶及其家庭、護理人員和宣導人士。採取行動，將此2009年行動呼籲副本發送給本地所有保健服務機構，包括健康專業人士、政治家、慈善機構以及其他非政府組織，詢問他們準備如何回應2009年行動呼籲。要求參加個人健康護理的設計和交付，因為這是您的權利和權益。

初級保健醫生及團隊。根據2009年行動呼籲的原則來給自己設定基準。制定切實可行的行動計劃來彌補所鑒別的差距。

專業學院。介入您的團隊成員，根據2009年行動呼籲的原則來給自己設定基準。制定切實可行的行動計劃來彌補所鑒別的差距。

委託健康服務的機構。馬上檢查您的服務規範，並確保合同含有2009年行動呼籲的原則。

政府、政治家和意見領袖。要求那些委託和獲取服務的方面要向您表明，他們遵循了2009年行動呼籲的原則。

現在是採取行動的時候了，請加入我們。

參考文獻：

WHO/Wonca. *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organisation, 2008.
WHO. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organisation, 2008.

欲知詳情：

Dr Gabriel Ivbijaro MBBS, FRCGP, FWACPsych, MMedSci, MA
Chair, Wonca Working Party on Mental Health, Editor in Chief, Mental Health in Family Medicine, Medical Director Waltham Forest
Community & Family Health Services
The Wood Street Medical Centre
6 Linford Road, London E17 3LA
United Kingdom
電郵：gabriel.ivbijaro@nhs.net
www.globalfamilydoctor.com

將精神健康納入初級保健： 轉移工作任務，擴大對精神障礙患者的服務規模

Vikram Patel 教授

2008年是134個國家代表在阿拉木圖承諾通過加強初級保健實現“2000年人人享有衛生保健”之劃時代宣言的第30個年頭。雖然世界還遠遠沒有實現這個理想，但這一宣言卻是全球衛生事業的一個重要時刻。它強調了在民眾家園附近提供保健服務的重要意義。將促進性和預防性保健干預措施整合入醫療護理的需求，並規定精神健康是健康的一個不可或缺的組成部分。

世界衛生組織(世衛)與世界家庭醫生學會(WONCA)發表了一份有關全球對精神健康整合納入初級保健之觀點的報告，作為對30周年的獻禮。在此一年前，《柳葉刀》(Lancet)刊登了一系列文章，吸引全球民眾來關注世界大多數地區，尤其是中低收入國家，精神障礙人士面臨的巨大治療差距。

初級保健被視為是縮短這一治療差距的最關鍵保健服務場合。

正是在這些重大全球衛生事件的背景下，今年的WMHDay主題具有重要針對性。

本評論中，我只考慮了如下具體因素：精神健康如何整合入初級保健，並實現擴大精神障礙患者循證干預措施的目標、《柳葉刀》全球精神健康系列文章的行動呼籲以及2008年世界精神衛生日(www.globalmentalhealth.org)啟動之全球精神健康運動的目標。這一行動呼籲基於平等和社會公平、社區參與、妥善使用資源和跨領域行動的原則，直接回應了阿拉木圖宣言“人人享有衛生保健”之理想的核心資訊。世衛/世界家庭醫生學會的報告完美審查並總結了將精神健康納入初級保健所需的策略(文本框1)。但是，要實現切實可持續的整合，我們需要解決兩個主要挑戰。


首先是橫向措施(即加強衛生系統)與縱向專案(如具體的精神保健專案)之間的平衡。

其次是由非專業或較不專業保健工作人員積極參與之社區型護理與機構型專家保健工作人員之間的平衡。

精神健康納入初級保健的10項策略(資料來源：世衛-世界家庭醫生學會關於精神健康納入初級保健的報告)

- 政策和計劃應結合初級精神保健。
- 宣導人士要改變態度和行為。
- 需要對初級保健工作者實施充分培訓。
- 初級保健任務必須有限並具有可行性。
- 必須為初級保健提供專業精神保健人員和設施支援。
- 患者必須能夠在初級保健場合內獲取必要的精神藥物。
- 整合是過程，而非結果。
- 精神保健服務協調員很關鍵。
- 需要與政府其他非衛生領域、非政府組織、鄉村和社區保健工作者及志願者合作。
- 需要經濟和人力資源。

雖然我們都一致同意應將精神健康納入初級保健，但這意味著我們擁護含有初級保健環節的縱向精神保健專案，還是擁護含有牢固精神保健環節的全面初級保健專案？



由於很多國家的初級保健系統都極其衰弱，尤其是在人力資源方面，同時大多數基礎保健干預措施的覆蓋力度也不夠，因此前一種方法不大可能取得成功。縱觀歷史，初級保健工作者一直認為精神保健工作與自己的日常工作背道而馳，而縱向精神保健項目會繼續加深這種觀念。

另一方面，如果沒有縱向項目，那麼在面臨其他健康干預措施對有限資源的強烈競爭時，精神保健就要面臨著淡出人們視線的危險。總而言之，最切實可行的策略就是要支援一項資源配置的縱向專案(特別是經濟資源)，但也要強調通過現有的初級保健系統來利用這些資源，從而強化這一系統而非營造一個與之平行的精神保健系統。世衛/世界家庭醫生學會報告為我們提供了一些介紹如何實現這類整合目標的優秀個案範例。

第二個挑戰就是精神健康專業人士擔心，注重提供社區型護理會導致將精神保健移交給非專業人士。

在世界很多地方，這種擔心根本毫無意義，因為那裡根本沒有能夠提供精神健康服務的專業人士或設施。即便存在這樣的專業人士或設施，也很稀少，分佈不平等，貧窮和邊緣人群難以獲取，經常無法承擔，存在受人恥笑，甚至在某些情況下，還存在著深遠的侵犯基本人權情況。因此，對這一挑戰的回答是，出於可接受度、可行性和承擔能力的原因，最基層的精神保健只能由非專業人士來提供。但是否有何種模式能夠告訴我們該如何以既高效又安全的方式來開展這項工作？

*轉移工作任務，是指將保健工作重新分配給健康工作團隊的策略，
這已經成為解決專業健康人力資源短缺的常用方法。*

在適當情況下，將具體工作從高層次健康工作者手中轉移給培訓較短及資歷較低的健康工作者，從而更有效地利用現有的健康人力資源。發展中國家轉移精神保健工作任務的證據基礎正逐漸增加，與調查結果完全一致。一系列評估此類服務機制的高品質研究調查為前述全球新舉措奠定了關鍵基礎。因此，我們現在就知道，在一系列中低收入國家裡，可以培訓外行人士或社區健康工作者來為抑鬱或焦慮障礙、精神分裂和癡呆症患者提供精神和社會精神干預措施。

這些轉移任務干預措施的一個關鍵要素就是需要精神健康專業人士發揮培訓階段之外的作用，持續不斷地為社區健康工作者提供監督、質保和支援。這是與之前改善初級保健的努力有著截然不同的地方。

將精神健康納入初級保健，這是延續幾十年的口號，但在實現這一理想方面我們取得的成果很有限，這其中部分是因為本評論中提及的挑戰(當然，還有其他因素，其中有一個相當重要的因素就是解決精神健康問題的政治意願極低)。

*在如何通過初級保健來擴大精神障礙服務、同時致力於強化初級保健系統方面，
我們現在擁有了一個相當扎實的證據基礎。非專業人士，尤其是社區和初級保健工作者的作用，
是這項策略的核心所在。專業人士必須發揮更大的公共衛生作用，促使“人人享有衛生保健”夢想成真。*

推薦讀物¹⁻⁴

1. World Health Organisation and WONCA. *Integrating mental health in primary care: a global perspective*. Geneva: WHO, 2008.
2. Lancet Global Mental Health Group. *Scaling up services for mental disorders-a call for action*. *Lancet* 2007;370:1241-1252.
3. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care*. *Lancet* 2008;372(9642):940-9.
4. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. *Primary health care: making Alma-Ata a reality*. *Lancet* 2008;372(9642):1001-7.

欲知詳情：

Vikram Patel 教授，博士
London School of Hygiene & Tropical Medicine
Via - Sangath Centre, Porvorim, Goa, India 403521
電郵：vikram.patel@lshtm.ac.uk
www.globalmentalhealth.org

溝通與宣傳

世界精神衛生聯合會整理了新聞發佈稿範文、媒體報導範文、WMHD正式宣言及“精神健康遊行”新文章，供您個人使用和瞭解詳情。

請使用本文資料來廣為宣傳您的WMHD活動。消除恥辱感和歧視的最佳方式就是採用強有力的宣傳工具來教育廣大受眾。當地報紙文章、城市遊行及公眾簽署宣言可幫助您開展一個具有重要意義及長期效應的活動。

本節內容包括：

WMHD宣言範文

媒體對簽署宣言的報導

新聞發佈稿(可通用)

範文、讀者來函

精神健康遊行



2009年世界精神衛生日

宣言範文

鑒於全球共有精神疾病患者4.5億多人，都可受益於早期診斷及妥善而又充分的治療和支持；

鑒於本應受益於早期精神疾病診斷和治療的患者只有不足一半能獲取治療或護理；

鑒於諸如焦慮障礙、重性抑鬱障礙、雙相情感障礙和精神分裂症等精神疾病若沒有得到妥善診斷和治療，會導致工作績效低下、家庭破裂，也會帶來嚴重的全球疾病負擔；

鑒於這些令人吃驚的健康資料及其所敲響的警鐘歷來都沒有引起大眾、普通保健系統以及當選和任命之公共政策決策者的足夠注意和關注，導致這些精神障礙沒有得到足夠的重視；

以及鑒於世界精神衛生聯合會指定2009年世界精神衛生日的主題為“初級保健裡的精神健康：加強治療和促進精神健康”，並呼籲通過初級保健服務和設施為那些遭受嚴重精神健康問題和障礙的人士提供更多妥善、平等的精神健康服務；

為此，我 _____，(職位) _____，來自 _____ (城鎮/國家機構、組織、部門) _____ 在此宣佈，2009年10月10日為 _____ 城鎮/城市/國家 _____ 的世界精神衛生日，並呼籲所有政府和非政府精神健康組織及機構，聯合當選及任命的公職人員，致力於提高公眾對精神疾病及患有這些障礙之人士的認知度和認可度；推動改善公共政策，以通過初級保健系統來為那些有需要的人士強化診斷、治療和支援服務；並消除長期以來經常阻礙公民尋求應得服務和支援的恥辱感和歧視。


我也呼籲全體公民參加並支持當地、州級/省級和全國性非政府組織，致力於讓精神健康成為全國各地社區的一項優先工作。

讓我們攜手起來，一起創造不同，促進社區和公民的精神健康！

簽名 _____ 職位 _____

部門/辦事處/機構 _____ 日期 _____

(簽章)



媒體對簽署世界精神衛生日 宣言的報導範文

2009年10月10日

立即發佈

_____ (城鎮、城市或國家) _____ 的 _____ 市長(或其他官員)宣佈10月10日為 _____ (地點) _____ 的世界精神衛生日。


尊敬的 _____ (官員頭銜/職務/職位) _____ (姓名) _____ 簽署了(立法機關、辦公室、部門)發佈的宣言，指定10月10日為 _____ (地點) _____ 的2009年世界精神衛生日。

本次宣言簽署儀式由 _____ (組織方或機構) _____ 組織，出席人員包括(組織成員、公共官員、社區領導人和普通市民)。

該宣言呼籲全體非政府組織和政府機構與當選和任命的公共政策決策者及官員攜手合作，在初級保健場合內加強平等妥善的精神健康服務，並幫助那些患有精神分裂症、焦慮障礙、雙相情感障礙和抑鬱症等嚴重精神健康問題和障礙的人士能夠隨時獲取相關服務！此外，該宣言還強調，全體社區成員應提高自身對精神障礙的認識，並協助消除長期以來困擾精神疾病和嚴重精神健康障礙患者的污辱和歧視。

2009年世界精神衛生日的主題是“初級保健裡的精神健康：加強治療和促進精神健康”。它體現了一個重大趨勢，即將精神健康診斷、治療和精神疾病護理從傳統獨立卻不平等的精神健康服務提供系統轉移到主流保健系統內。

世界精神衛生聯合會(WFMH)於1992年確定了世界精神衛生日；這是唯一一個每年一度的專門關注精神健康和精神障礙的全球性宣傳運動，目前已有100多個國家每年通過地方、區域和全國性世界精神衛生日活動和計劃來慶祝這個日子。



2009年世界精神衛生日 新聞報導(可通用)

立即發佈
(日期)

第17個每年一度的世界精神衛生日 全球宣傳運動強調應更關注初級保健系統內的精神健康服務

2009年世界精神衛生日全球宣傳運動將注重“**初級保健裡的精神健康：加強治療和促進精神健康**”。這一宣傳主題體現了全球精神疾病治療方式的一個日益重要趨勢。此次宣傳旨在吸引全世界人們都來關注不斷增多的注重將精神保健納入初級保健的資訊和知識，並為全球各地的基層患者/消費者、家庭成員/護理人員及精神健康宣導和教育協會提供這些資訊。這是一個重大趨勢，即將精神保健診斷、治療和護理從傳統獨立卻不平等的精神保健服務提供體系轉入主流衛生保健體系裡。

世界精神衛生聯合會(WFMH)於1992年確定了世界精神衛生日；這是唯一一個每年一度的專門關注精神健康和
精神障礙的全球性宣傳運動，目前已有100多個國家每年通過地方、區域和全國性世界精神衛生日活動和
計劃來慶祝這個日子。

2008年9月，世界衛生組織(WHO)和世界家庭醫生學會(Wonca)發佈了《**將精神健康納入初級保健：全球
展望**》，標誌著在促使全球共同努力將精神健康納入初級保健系統方面邁出了重要一步。在該刊物的卷首
語中，世衛總幹事陳馮富珍博士及世界家庭醫生學會主席Chris van Weel教授如此評價這項工作：


“初級保健以民為本。而將精神健康服務納入初級保健，則是確保民眾獲取所需精神保健服務最切實可行的方法。大眾
能夠在更接近家園的地方獲取精神保健服務，這樣就能讓一家人團聚在一起，保持日常活動。此外，他們也可省卻長途
辛勞尋找專業護理所產生的間接費用。初級保健機構裡提供精神保健服務，能夠最大限度消除辱名和歧視，並消除精神
病院經常發生的侵犯人權風險。同時，正如本報告所述，將精神健康服務納入初級保健系統，能夠以合理的成本帶來良
好的健康成果。雖然如此，普通初級保健系統必須得到強化，這樣我們才能合理預期精神健康的整合工作能夠卓有成
效。”(《將精神健康納入初級保健：全球展望》；世界衛生組織和世界家庭醫生學會(Wonca)2008年版權所有，第7頁)

WMHDAY 2009重點突出了將精神保健服務納入初級保健服務提供系統給精神疾病患者及精神健康不佳人士
及其家人和護理人員——以及保健專業人士所帶來的機遇和挑戰。



與往常一樣，2009年世界精神衛生日宣傳運動也將注重於精神健康宣導人士、患者/服務使用者以及家人/護理組織在規劃這一重大普通健康和精神健康改革運動過程中所應發揮的關鍵作用。若這項致力於實現整合的運動是要幫助全球遭遇精神疾病和情緒健康問題的民眾都能獲得優質、充分而又廉價的服務，則就很需要這些見識廣博、積極而又堅定的宣導人士。

世界精神衛生日新聞報導(可通用)——可補充WMHDAY活動資訊及引用精神健康領導人士或該領域專家的評語來改寫。



特刊、評論或讀者來函範文

2009年世界精神衛生日宣傳運動強調應更關注初級保健系統內的精神健康服務

2009年世界精神衛生日全球宣傳運動將注重“**初級保健裡的精神健康：加強治療和促進精神健康**”。今年的主題體現了長期以來致力於使精神健康成為全球優先關注的需求，並強調所有人經常忽視的事實，即精神健康是每個人總體健康和良好狀況的一個不可或缺的元素。精神疾病不會選擇受害者，它存在於各種文化及人生的各個階段。精神疾病會對患者的身體健康產生重大影響。這一宣傳主題旨在吸引全世界人們關注不斷增多的注重將精神保健納入初級保健的資訊和知識，並為全球各地的基層患者/消費者、家庭成員/護理人員及精神健康宣導和教育協會提供這些資訊。這是一個重大趨勢，即將精神保健診斷、治療和護理從傳統獨立卻不平等的精神保健服務提供體系轉入主流衛生保健體系裡。

精神保健服務終端用戶、承擔幫助精神疾病患者參與社會生活之大部分照顧工作的家人及試圖影響精神保健政策之宣導者的參與，是這段轉變、改革和資源有限時期的關鍵。為基層精神保健界提供相關資訊和資源，確保將精神健康和精神疾病視為整體良好健康中不可或缺的組成部分，並為那些有所需要的大眾提供妥善服務，這些都是2009年世界精神衛生日宣傳的主要目標。必須予以解決的主要宣導問題之一，就是精神疾病患者的充分有效診斷、治療和康復可能在普通和初級衛生保健系統裡得不到平等級別的優先關注。全球精神健康宣導運動的工作就是要確保衛生保健改革不會導致這一非意圖結果。

2008年9月，世界衛生組織(WHO)和世界家庭醫生學會(Wonca)發佈了《**將精神健康納入初級保健：全球展望**》，標誌著在促使全球共同努力將精神健康納入初級保健系統方面邁出了重要一步。在該刊物的卷首語中，世衛總幹事陳馮富珍博士及世界家庭醫生學會主席Chris van Weel教授如此評價這項工作：

“初級保健以民為本。而將精神健康服務納入初級保健，則是確保民眾獲取所需精神保健服務最切實可行的方法。民眾能夠在更接近家園的地方獲取精神保健服務，這樣就能讓一家人團聚在一起，保持日常活動。此外，他們也可省卻長途辛勞尋找專業護理所產生的間接費用。初級保健機構裡提供精神保健服務，能夠最大限度消除辱名和歧視，並消除精神病院經常發生的侵犯人權風險。同時，正如本報告所述，將精神健康服務納入初級保健系統，能夠以合理的成本帶來良好的健康成果。雖然如此，普通初級保健系統必須得到強化，這樣我們才能合理預期精神健康的整合工作能夠卓有成效。”（《將精神健康納入初級保健：全球展望》；世界衛生組織和世界家庭醫生學會(Wonca)2008年版權所有，第7頁）




WMH DAY 2009重點突出了將精神保健服務納入初級保健服務提供系統給精神疾病患者及精神健康不佳人士及其家人和護理人員——以及保健專業人士所帶來的機遇和挑戰。與往常一樣，此次宣傳活動也將注重於精神健康宣導人士、患者/服務使用者以及家人/護理組織在規劃這一重大普通健康和心理健康改革運動過程中所應發揮的關鍵作用。若這項致力於實現整合的運動是要幫助全球遭遇精神疾病和情緒健康問題的民眾都能獲得優質、充分而又廉價的服務，則就很需要這些見識廣博、積極而又堅定的宣導人士。

全球精神衛生領域的宣導人士、家庭、專業人士和決策者都必須牢記，當前致力於改善精神保健服務提供方式的運動並不是第一個此類改革努力。以往的經驗教訓告訴我們，要在世界各國內實現精神保健服務的平等性，絕不會是一帆風順的奮鬥過程。將精神保健有效納入初級保健範疇，並達到與精神疾病保健護理負擔相對應的優先水準，這將是全球經濟和社會陷入困境時期的一個大事業。當然，全世界從現在開始傾聽並採取行動來改善精神保健服務、隨時為遭遇精神分裂症、焦慮症、雙相情感障礙和抑鬱症等嚴重精神健康問題和疾病的患者提供服務，尚為時不晚。這將成為2009年世界精神衛生日所傳達的核心資訊！

世界精神衛生聯合會(WFMH)於1992年確定了世界精神衛生日，並協調確定於每年10月10日展開推廣紀念活動；這是唯一一個每年一度的專門關注精神健康和精神障礙的全球性宣傳運動，目前已有100多個國家每年通過政府機構和非政府精神健康組織舉辦公共宣傳和教育活動、宣言簽署、宣導運動及其他公共活動來慶祝這個日子。

本文可用作新聞報導或以特刊、評論或讀者來函之方式投遞給當地或區域報紙。此外，也可將其刊登在貴組織網站，幫助您宣傳貴組織的世界精神衛生日活動。您也可增加貴組織介紹及世界精神衛生日宣傳活動來改寫本文內容。



精神健康遊行

還有什麼方法能比彙集宣導同伴舉辦遊行或集會更能展示您的支持、團結和改革意願呢？

可能沒有了。

本著世界精神衛生日的精神及精神健康運動的優勢和團結原則——WFMH提議我們大家都要努力為今年的世界精神衛生日多做貢獻。我們鼓勵合作夥伴不要單純地舉辦WMHD的紀念活動，同時也要舉辦集會、遊行和/或聚會活動來支持精神健康改革。

這是非常有效的方式，能夠把您的觀點傳達給那些掌握權力的人士，並用來教育普通大眾。街道遊行、舉辦展覽或燭光集會——這些都是一些最有效的方式，能夠同時表明對某項事業的支援、吸引新成員的加入，並吸引社區、媒體及掌權人士的關注。正如WFMH主席 John Copeland在2008年12月新聞通訊稿裡說的那樣：“為什麼政府會對精神疾病如此熟視無睹？如果精神疾病無法為人所知，那麼關注精神疾病的人士必須為人所知。”

對於能夠合法且和平地聚集一起舉辦遊行或集會的人——我們鼓勵您採取這一措施。這樣，您不僅能引起人們對精神疾病話題產生必要的關注，還能向那些遭受歧視和污辱的患者表明，完全沒有必要感到羞恥或害怕。您將直面這一不為人知的疾病；您將使這個問題人情化，並向社區和政府表明這項事業的有效性。

這聽起來可能很難，但不一定會這樣。聚集10-50位朋友、家人和同事，選擇集會場所或起點終點，製作一些聰明但又和平的標語，您就能舉辦遊行活動來宣傳精神健康！

如何組織遊行或集會

我們搜集了一些普通資訊，供您用來計劃精神健康遊行活動。請注意，各國和各個社區的規定或有所不同——請查詢所在地區的法律規定和要求，避免出現可能破壞或取消遊行活動的法律問題。我們重點推薦的兩種展示方法是：

集會或聚會——指民眾聚集在某個場所的集會。這些活動通常比較隆重，能夠引起人們的關注，可作為紀念或突出某個人或某個群體或某個廣泛關注主題的和平方式。


遊行——遊行是指民眾聚集在一起，從某個指定點行進至約定目的地。若您擁有龐大人群或想要覆蓋廣闊地區，遊行就是很好的辦法。

1. 選擇日期(10月10日很理想！)並確定一個場所。

查詢舉辦遊行或公共集會是否需要取得許可證或某種許可——務必要瞭解自己舉辦公集聚會方面的權利。選擇人口密集的路線或公共聚會點。

2. 確定自己動機及想要傳達給觀眾的訊息。

要簡單、和平並有力。製作旗幟、標語和傳單——確保這些都注重於您的訊息、有力而又和平，拼寫準確，規格要足以讓民眾可以看到。



3. 安排演講者為人群發言。您可以安排演講者來宣佈活動的開始、結束或二者兼而有之。演講要簡短扼要，並應記住這是一次展示而非座談會。

4. 廣而告之您的觀點！聯絡您的擁護者、朋友、合作夥伴等——儘量多邀請些團體來體現社區的實力和團結。在不同團體(精神健康團體和專業人士、醫療團體、家庭、患者、醫生、護士等)之間營造團結一致的聯盟，這是舉辦廣泛社會運動並吸引最多關注的必要條件。

5. 為全體參與人士分配任務並確定職責。若與不同團體合作——召集全體領導人，充分利用和團結每個人的能力、網路和訊息。

6. 聯絡媒體並纂寫新聞報導來宣佈自己的計劃——包括“何人、何事、何時、何地”等資訊，確保民眾能夠瞭解此次展示活動的各方面資料。

7. 確保拍攝照片、記錄整個活動並在結束後將所有資料發送至wmhday@wfmh.com——這樣我們就能向世界表明我們團結一致，我們不會再保持沉默！

這將成為全球精神疾病領域最大型的宣導活動！我們希望您參與，並盡自己所能來表明支持。不管是5個人還是500個人——只要我們做了努力，就能創造出不一樣的成績！

有效標語

- 展示某個問題的重要意義；
- 展示某個問題的針對性；
- 把問題具體化；
- 針對各個特定受眾；
- 表明自己瞭解哪些措施能夠推動變化；
- 具有文化針對性和敏感性；
- 讓人記憶深刻。

範例：

慶祝世界精神衛生日——敞開您的心懷！

沒有我們的參與就不能為我們作出決定！

精神健康改革遊行

所有疾病都應得到同等的護理和治療！

“約有4.5億人患有精神疾病。環顧自己四周——數一數。”

沒有精神健康就沒有健康！

精神歧視：睜開雙眼認清現狀



世界精神衛生聯合會

12940 HARBOR DRIVE, SUITE 101, WOODBRIDGE, VA 22192

電話：703.494.6515, 傳真：703.494.6518

網址：WWW.WFMH.COM

世界精神衛生日是世界精神衛生聯合會的註冊服務標識。

