

## 臺中與南投社區心理衛生中心運作型態之比較研究

楊聰財<sup>1,2</sup>、李明濱<sup>3,4</sup>、吳英璋<sup>5</sup>、魯中興<sup>4</sup>、陳諶<sup>6</sup>、吳文正<sup>7</sup>

**目的：**台中區、南投區兩家心理衛生服務中心自九二一震災後成立，是我國有史以來投注最多人力及經費的社區心理衛生機構，迄今已邁入第五年。本研究期望瞭解兩家中心五年來如何自災難心理衛生中心轉身為社區性的心衛中心，並比較分析其基本背景、業務內容、運作特色、成長與轉變，以提供政府規劃社區心理機構設置標準之參考。**方法：**採用多次專家焦點團體討論方式，並以 CIPP 評估模式為資料收集工具，最後由專家學者進行實地訪察與紀錄。**結果：**兩中心皆以：「個案服務方案」、「自殺防治服務方案」、「資源網絡連結服務方案」、「社區宣導方案」、「教育訓練方案」作為工作主體架構。組織運作方面，台中區由縣衛生局長主任秘書擔任主持人，統籌規劃中心之成立，連結運用層級隸屬於地方政府、與衛生局同級之其他機關資源，並以衛生局之名義對民間機構資源進行協調整合；南投區中心主持人出身醫院，思考與問題診斷傾向醫療模式，對醫療資源的掌握甚為周全；與政府單位呈現下對上的互動。工作人力來源、個案處遇方式、分站服務，也因此呈現不同的特色。兩中心經過 CIPP 評估、專家建議之後，都進行了運作的改革。**結論：**1. 兩家中心原先設定時，其運作方式互不相同。經二年的發展過程，目前皆傾向配合衛生行政的運作模式；2. 兩中心皆發展相關方案以達到資源管理與專業能力的提昇；3. 本研究顯示出定期評量的重要性，能夠不斷協助機構加強資源運用與專業能力的進步。

**關鍵詞：**社區心理衛生中心，CIPP 評估模式

北市醫學雜誌 2004；1(4)：468-479

### 前 言

隨著時代進步、生活步調加快，越來越多的精神疾病患者出現在社區中，「心理健康」日益受到重視<sup>[1]</sup>。我國第五期精神醫療網<sup>[2]</sup>，也強調「社區心理衛生中心」在整體精神心理健康體系中應扮演第一、二級預防的重要角色。社區心理衛生中心的不同運作模式，對於機構運作的效能及專業性很可能有所影響，而在目前強調「機構效能管理」的原則下<sup>[3]</sup>，良好的運作模式便成為十分重要的課題；但查閱文獻，發現過去甚少有關

針對社區心衛中心運作模式的研究報告。本文便是企圖整理兩家社區心理衛生中心的運作模式，並探討其特點與成長演變。

社區心理衛生中心的功能包括：1) 以降低發生率為目標的初段預防；2) 目的在於減少盛行率的二段預防；以及 3) 預防慢性化、併發症或殘障的三段預防<sup>[4-6]</sup>。台灣省最早設立的社區心理衛生中心是民國 57 年由台大醫院精神科在木柵衛生所設置，以社區復健為主<sup>[7]</sup>；嗣後，政府並於民國 63 年擬定「台灣省政府社區心理衛生中心設置原則」，民國 64 年正式成立「台北社區

<sup>1</sup> 財團法人天主教耕莘醫院；<sup>2</sup> 私立輔仁大學醫學院；<sup>3</sup> 臺大醫學院精神科；<sup>4</sup> 臺北市立療養院；<sup>5</sup> 國立臺灣大學心理系；<sup>6</sup> 財團法人馬偕紀念醫院；<sup>7</sup> 署立八里療養院

受理日期：2004 年 7 月 27 日；接受日期：2004 年 9 月 16 日

通信作者：李明濱，臺北市信義區 110 松德路 309 號，臺北市立療養院

心理衛生中心」及「高雄社區心理衛生中心」<sup>[8]</sup>；民國 79 年 12 月頒佈「精神衛生法」，其中第十條明定直轄市及各縣市政府衛生主管機關得設社區心理衛生中心<sup>[9]</sup>，負責推展心理衛生保健工作，為我國心理衛生工作開啓新氣象。民國 80 年，衛生署依據精神衛生法第十條，分別在台北縣板橋及三重提出三年試辦計劃，此後陸陸續續有一些縣市各自籌畫及成立社區心衛中心<sup>[10]</sup>。

一直以來，各地社區心衛中心皆依循自身使命感默默運作著，以精神衛生法為法源依據，運用有限的經費及人力，執行小規模或試辦性質的計劃。直至民國 88 年發生 921 大地震，台中與南投嚴重受創，因此民國 89 年 3 月時，依據行政院衛生署台八十九內字第 0 八三八一號函，分別成立台中區及南投區「災難心理衛生中心」<sup>[11,12]</sup>，以協助處理民衆災後重建的心理健康問題，當時編列大量預算（一年各約 2000 萬元），並且設置大量人力（各 20 位工作人員），是我國有史以來最大規模的兩個心理衛生中心。至 2004 年為止，台中區、南投區兩家心理衛生服務中心（以下簡稱心衛中心）的營運已邁入第五年，九二一震災心理重建計劃亦在 2004 年底將告一段落。

本研究主要目的在於瞭解兩家中心五年來如何自災難心理衛生中心轉型為社區性的心衛中心，整理其基本背景、業務內容、運作特色、成長與轉變等。此兩中心亦是我國目前編制最齊全、業務最龐大、最受注目的社區心理衛生中心之一，故也希望藉由本研究窺探我社區心衛中心未來應如何規劃，如何運作，給予政府及其他縣市社區心衛中心一參考之借鏡。

## 研究方法

### 研究對象與過程

本研究自民國 91 年起，初步乃針對台中區、南投區評估災難心理衛生服務的服務成效，並就以下六大主要工作目標，進行運作方式、成效的評估（研究方法見下述），並提出建議<sup>[11-14]</sup>：1. 評估災區民衆之心理衛生問題需求，並提供資源轉介<sup>[15]</sup>；2. 心理創傷高危險群之追蹤列管及心理復健<sup>[16]</sup>；3. 生活重建區居民之自殺防治；4. 創傷後壓力症候群及各合併症之預防<sup>[17]</sup>；5. 建立轉介照會網路，以俾後續發現之個案，可納入追蹤列管並獲妥善之服務<sup>[18]</sup>；6. 生活重建區民衆及相關服務機關／單位之教育宣導<sup>[19]</sup>。

92 年將研究計劃擴大至各縣市已成立運作一年以上之社區心理衛生中心，進行類似第一年的資料收集、評估、實地參訪與意見交流等步驟，台中區及南投區也為其中之研究對象，第二次接受評估時，除持續評估上述工作目標的進行，也進一步分析運作內容及方式的轉變。

### 研究方法

專家焦點團體：本計劃之研究人員涵蓋心理衛生，由衛生署醫政處第四科分別邀請李明濱、楊聰財（台灣精神醫學會）、吳英璋（台灣臨床心理學會）、魯中興（中華心理衛生協會）、陳諤（中華民國醫務社工學會）代表各協會組成計劃主持人及共同主持人，除了學術研究的身分，上述五位專家學者在臨床工作上也各居重要地位並具有豐富實務經驗。本研究不斷透過研究小組成員討論，檢視研究內容及進度，並共同決定以 CIPP 評鑑模式（此模式簡介請參後文）進行評估；另前衛生署醫政處第四科吳科長文正，亦在任內積極參與本研究，是為推動計劃運行重要成員之一。

選取適當評估方法—CIPP 評鑑模式：心衛中心的評估在國內尚未有良好的標準方法，因此慎選評估方法成為本研究第一要務。本研究決定使用的 CIPP 評鑑模式，是近十年來廣泛應用在教育領域及許多服務機構，具有“機構可作為以自我評量、善加使用可發揮效能持續進步”優點的良好評估方法。

CIPP 模式是 1960 年代美國學者 Daniel L. Stufflebeam 所建立，CIPP 的 C 是背景 (context)、I 輸入 (input)、P 過程 (process)、及 P 成果 (product)。如何運用 CIPP 評鑑模式來進行心理衛生中心的評鑑項目，茲以自殺防治為例，將分析評估項目列表 (表 1) 如下<sup>[20-24]</sup>：

資料收集：除相關議題的參考文獻外，心衛中心的資料主要來自於 91、92 及 93 年度上半年，共兩年半以來，台中區與南投區提供本研究的各種資料與報告，包括：CIPP 自我評量報告、業務運作簡報、中心發行之心理衛生預防季報、新聞稿、各項方案執行與評估實務資源手冊、成效評估手冊等。

實地參訪：本研究小組於 91 年度收集並分析中心基本資料與 CIPP 自我評估報告後，便前往兩家心衛中心實地了解其硬體設備與人員編制、面對面進行意見交流、確認 CIPP 評鑑資料內容等；並提出具體建議及改善之道。92 年的考察更進一步評估二中心運作的成長與轉變。

## 結 果

### 台中區心理衛生服務中心

#### 1. 基本背景

台中縣土地面積為 2,051.4712 平方公里，全縣人口約 150 萬 1 千餘人，行政區域共二十一個鄉鎮市<sup>[25]</sup>。民國八十八年九月二十一日集集大地震造成該縣八個鄉鎮市 1,185 人死亡及失踪，

333 人重傷，屋舍全倒、半倒戶數達 36,988 戶。心衛中心即於 89 年 6 月 23 日，依據衛生署九二一震災心理重建計劃而揭牌成立「災難心理衛生中心」，同年 12 月更名為台中區心理衛生服務中心，由台中縣衛生局管理，在豐原、大里與東勢設立三個服務點<sup>[26]</sup>。

在組織架構上，台中區心衛中心由台中縣衛生局統籌與主導 (如圖 1)，以加強推展心理衛生的社區化模式<sup>[27]</sup>。

#### 2. 業務內容

93 年度工作方針以六大工作：「個案服務方案」、「自殺防治服務方案」、「資源網絡連結服務方案」、「社區宣導方案」、「教育訓練方案」、及「心理衛生研究方案」為主體架構，將服務民衆需求為本位，整體規劃、統籌、推展並執行本縣各鄉鎮心理衛生與預防服務工作<sup>[28]</sup>。

#### 3. 特色

台中區心衛中心成立之初是由台中縣衛生局辦理召集，成立後雖獨立運作，但仍由衛生局監

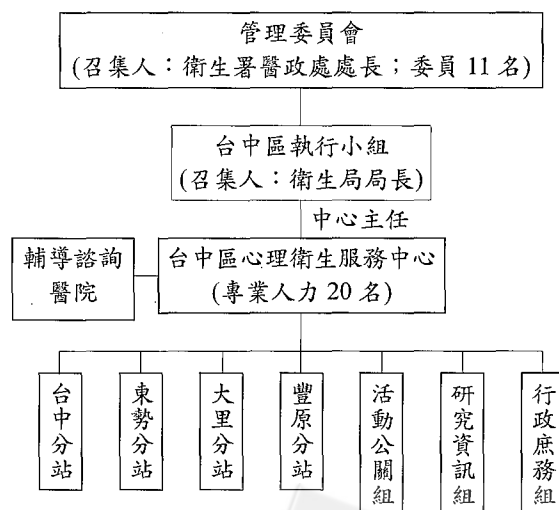


圖 1. 臺中區心理衛生服務中心組織架構

表 1. CIPP 評鑑模式應用於心理衛生中心自殺防治方案之項目

	一般資料需求	評鑑所需蒐集之資料	蒐集資料方法
背景 評鑑	1. 地區自殺率 2. 自殺死亡率 3. 再自殺率 4. 自殺人口特性 5. 自殺原因及方式 6. 地區流行病學 7. 地區重大災害與歷年自殺率變化 8. 期望降低之自殺率 9. 期望降低之再自殺率	1. 地區總人口、自殺人口數、個案死亡數 2. 再自殺率之定義 3. 個案性別、年齡、疾病史、自殺主要因素、自殺方式等 4. 地區流行病學及災難研究報告 5. 自殺率及再自殺率之逐年變化	1. 戶政機關人口統計 2. 各醫療院所、警消單位、地區衛生所、社福機構通報之自殺個案 3. 自殺個案資料列冊及定期追蹤 4. 自殺個案會談 5. 相關工作人員會談 6. 委請學者專家進行研究調查
輸入 評鑑	1. 方案經費 2. 方案人力配置 3. 方案時間(或週期) 4. 方案所需相關資源、設備、場地 5. 其他機構之配合(如：成立自殺防治關懷網)	1. 計劃報告書 2. 預算表、收支出明細表 3. 工作項目之分工 4. 甘特圖或流程圖 5. 資源連結圖	1. 經費來源與支出分析 2. 參考往年方案規劃 3. 參考其他服務方案 4. 請教專家學者
過程 評鑑	1. 開案與結案標準 2. 開案至結案之流程 3. 個案拒訪率 4. 個案主動求助率(或服務滿意度) 5. 合作機構或單位(如：自殺防治關懷網之運作狀況) 6. 衛教講座之舉辦 7. 工作進行之困難	1. 接案數與結案數 2. 訪視程序與拒訪定義 3. 合作單位分工表 4. 社會資源運用狀況 5. 講座舉辦次數與參與人次 6. 問題分析	1. 個案研討會議記錄 2. 機構協調會議記錄 3. 督導或專家訪談紀錄 4. 訪視紀錄單 5. 電話諮詢紀錄表 6. 轉介單設計及轉介紀錄 7. 工作日誌 8. 通報及列管紀錄 9. 活動評量紀錄及照片
成果 評鑑	1. 自殺率之改變 2. 再自殺率之改變 3. 經費使用狀況 4. 非預期效益(如與鄰里關係之建立)	1. 預期目標與實際達成率 2. 處遇流程完整度與執行率 3. 結算表與支出明細 4. 方案優缺與改進之建議	1. 方案實施前後自殺數據之分析 2. 與去年及前年之方案成果比較 3. 工作人員自評紀錄 4. 自殺評估表 5. 相關研究報告

督，並以衛生局的層級對外連結。茲列舉最具代表性之四點特性分述如下：

(1)組織運作：由台中縣衛生局長主任秘書擔任主持人，統籌規劃中心之成立，動用層級隸屬於地方政府，連結資源包括其他與衛生局同級之機關，如：社會局、消防局、教育局等，或以衛生局之名義對民間機構做協調聯繫，故能以平

行的層級對其他機關進行溝通協調、或要求配合，類似結合的型態，具有整合體系的特性；對民間機構之合作亦可以政府角色介入，便於行政程序及夥伴關係的穩定。

(2)人力來源：依專業背景需求另外招聘工作人員，包括護理、心理、社工等，是為心衛中心專任人員，並且依據方案計劃給予訓練分工；



工作人員從新做起，對於中心使命與運作宗旨具共識，能同心協力朝目標邁進。

(3)個案處遇方式：接到通報後先由公衛護士初訪，再根據其轉介單決定是否正式接案，工作人員分 ABC 三級評估個案狀況，給予適當處遇，並善用資源轉介，使工作人員個案處遇程序流暢，不致堆積過多無法結案之個案；此種資源管理 (resource management) 的工作模式，除運用再自殺個案外，也用於其他具精神障礙症狀的高危險群個案。

(4)分站服務：由全體專業工作人員採分區責任制之形式，提供地區民衆心理衛生諮詢，以及一些最基本的服務，如接受民衆諮詢，或進行地區性的教育推廣等，使分站内亦能兼具各種專業，也能擴展中心發覺潛在個案的可能性。

#### 4. 成長及轉變

經過 91 年的評估研究，專家委員會對台中區心衛中心提出以下建議：(1) 提昇臨床專業能力，如：會談技巧、精神疾病判斷能力、家庭及個案資源評估等；(2) 可增訂「再自殺率」為評估指標，使工作成效更為具體明確；(3) 加強督導制度；(4) 強化作業方針 (Practice Guideline) 及標準處理流程 (Standard operation procedure)。

根據上述建言，台中區心衛中心做了以下改變：

a. 針對個案分級與民衆需求擬定研究計劃：將個案分為 A、B、C 三級，可在第一時間了解個案概況，再深入評估其需求及處遇，以避免錯誤的判斷；是輔助及補強專業能力的良好工具。

b. 加強專業課程訓練：針對工作人員臨床專業之不足，辦理了四小時「精神疾病常見藥物的認識」課程、六小時「關係建立及會談技巧」課程、十二小時「自殺危機處理與哀傷輔導」課程、十二小時「短期諮商技巧」；皆是針對曾遇到之會談諮商、精神醫學臨床、短期接案等問題

進行焦點式的專業訓練。

c. 健全督導制度，包括個別督導、團體督導及專業督導：個別督導從九十二年三月開始辦理至十月底，心輔員每人/月有一小時一對一督導時間，聘請五位老師，專業背景為心理、社工及精神醫療，合計共 90 小時；團體督導從九十二年三月開始辦理至十月底，心輔員每人/月有二小時的團體督導時間，分為二組，聘請二位專業背景為精神醫療與諮商的督導老師，合計 32 小時。專業督導以個案研討會議形式辦理，由心理輔導員輪流提出個案報告，團體成員討論並提出意見，並聘老師從旁指導與建議。

d. 日益擴展的資源合作：台中區因有衛生局做為主導機關，其資源運用較為順暢，從 89 年開始便成立全縣之社區心理健康網絡；91 年度再委託東海大學社工系劉麗雯助理教授進行「資源網絡建構」之研究計劃；至 92 年底已辦理資源聯繫會議 128 場次 (1110 人參與)，各不同性質的資源單位多達 73 個；93 年度為有效預防自殺案件，更結合消防、社政、教育、民政等單位及 34 家醫療院所與 63 家基層診所，張起一綿密之自殺防治網絡；亦於同年度成立「心理健康促進委員會」，共同探討台中縣社區心理衛生需求與承擔解決問題之責任，合力積極推展社區心理衛生與預防工作，逐步建立完整的台中縣心理健康促進資源網<sup>[29]</sup>。

#### 南投區心理衛生服務中心

##### 1. 基本背景

南投縣佔地 41,064,360 平方公里，人口約 54 萬 1 千人，居民多以農業維生；集集大地震造成南投縣十三個鄉鎮全落入重災區，且共計死亡 912 人，重傷 259 人，房屋全倒 21,120 戶，半倒 23,760 戶，之後每逢大雨即造成土石流，甚至交通中斷。中心自民國 89 年 6 月 23 日成立

以來，本著震災後草屯療養院創傷心理復健人員建立的專業基礎，繼續針對災後創傷高危險群主動進行評估及服務；並於 90 年成立竹山分站、埔里分站<sup>[31]</sup>。

在組織架構方面，南投區心衛中心成立之初是委託行政院衛生署草屯療養院籌辦，故組織架構圖如下(見圖 2)<sup>[27]</sup>。

## 2. 業務內容

南投區心衛中心之主要服務項目包括：個案服務方案、自殺防治、資源網路連結、教育訓練、民衆心理衛生宣導、台中區、南投區心衛中心之合作。值得一提的是，自殺防治工作於 89 年 6 月 23 日中心成立不久，即納入中心工作項目，而南投區之自殺死亡率在全台始終高居不下(每十萬人口死亡率：民 89-18.61，民 90-22.89，民 91-21.6；衛生署)，故 92 年 3 月，南投縣衛生局成立自殺防治中心，聘用 8 名專員推動自殺防治工作，南投區心衛中心除了將原自殺行為通報的工作移至自殺防治中心外，也與該中心配合建構更深入之自殺防治轉介照網絡，並於 92 年時，完成再自殺率降低至 0%的目標<sup>[32]</sup>。

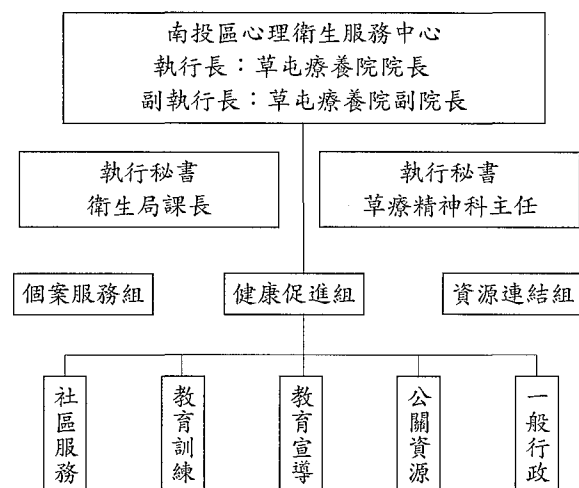


圖 2. 南投區心理衛生服務中心組織架構

## 3. 特色

南投區心衛中心是由草屯療養院來帶領中心之運作，除經費來源(由中央政府編列)及設置地點(設於社區之中，獨立於醫院外)，人力招募、行政管理、督導等，都與草屯療養院密切結合，如此也影響了其服務方案、資源連結、個案管理、專業能力等。在此亦提出具代表性之四點特性：

(1)組織運作：中心主持人出身醫院，思考與問題診斷傾向醫療模式，對醫療資源的掌握甚為周全，與政府單位呈現下對上的互動。

(2)人力來源：自草屯療養院遴選適當人員，以調任之形式分派至心衛中心工作，其專業背景包括：護理、心理、社工，故臨床經驗豐富，專業能力值得信賴。

(3)個案處遇方式：接案後以個案管理模式進行評估、處遇。個案接至各工作人員手中，便開始整個接案流程運作，從初訪、評估、處遇、資源轉介及連結、治療、追蹤、結案，個案管理員皆進行細緻專業的服務，心衛中心往往也是衛生所等政府單位的後送機構。

(4)分站服務：派請醫師定期開設門診，提供分站地區民衆解決相關疾病與治療問題，故以診療為主，如醫師評估病人有其他需求，再通知心衛中心列管。

## 4. 成長及轉變

南投區心衛中心在成立之初由衛生署立草屯療養院規劃推動，91 年接受專家委員會評估後，首先非常肯定其個案服務的水準與思維，極具專業素質；但醫院領導的社區心衛中心，因無政府行政優勢號召當地相關行政或民間資源，對於需橫向協調、共同合作，才能有效處理的個案(如企圖自殺個案的失業問題、子女教育問題，或需社會福利協助的身心障礙高危險群)，容易有事倍功半的困境。故提出以下建議：(1) 衛生

局的參與和支持是中心重要資源,宜共同參予主要工作目標的合作與分工;(2)應加強資源的橫向連結與整合;(3)訂定具體成效指標;(4)加強進行社區工作的專業知能。

92年再次參訪時,看到南投縣衛生局與南投區心衛中心執行了以下變革:

(1)衛生局增設八名人力,與心衛中心共同成立「自殺個案防治系統」:南投縣自殺個案通報中心原由南投區心衛中心負責,自殺通報員為社政、衛生、消防、警政、教育、醫院及鄉鎮市之村里鄰長,92年將諮商防治工作移回南投縣衛生局,並另增八名工作人員專責自殺個案接案及通報轉介,由於設在衛生局內,也達到促進南投區心衛中心與衛生局互動之效。

(2)以南投縣縣長為召集人,邀請專家學者與會,成立自殺防治專案小組:成立目的在於加強自殺防治業務之協調,有效抑制自殺事件之發生:如此確實提高主導層級,由縣長出面便有強大的行政權力及正當性要求縣內各單位配合。

(3)以衛生局長為主持人成立自殺防治關懷網,共計30單位參加:藉由關懷網的聯繫和業務協調會的召開,加強縣內資源的連結與整合,並且讓相關機構有機會相互討論觀摩,取得自殺防治作業的共識。

(4)訂定明確自殺防治指標,並達到再自殺率0%(原定目標:2%以下)的成效:所謂再自殺率乃是指經過通報,並列入追蹤管理的自殺個案,出現再度自殺的比率,能有效知道自殺防治的成效。92年度南投區心衛中心預定再自殺率要降低至2%以下,且投入大量心力與人力在自殺防治作業上,終於達到再自殺率0%的驚人成效。經過一年努力,南投區心衛中心確實在自殺防治上交出亮眼成績單,並確實與衛生局加強互動,同時向外連結資源。

## CIPP 模式之運用——以自殺防治為例

另外,透過CIPP自我評鑑作業的質性分析,可整理出台中區及南投區運作服務形態的異同。茲以兩中心的重點工作「自殺防治作業」為例,兩家心衛中心之比較如<sup>[30,31]</sup>表2。

【註】:其中自殺死亡成功率的分析項目,僅為背景了解及自殺防治工作成效之參考指標,因自殺死亡原因變項甚多,不宜作為自殺防治工作是否有效的主要考量,以再自殺率較可明確了解心衛中心自殺防治的工作成效;因此也說明了訂定明確合理的評估指標之必要性。

## 討 論

本研究發現兩中心自成立以來在成長轉變後有幾點共同之處如下:

1. 負責區域內(catchment Area),衛生行政為主的運作模式:台中區心衛中心由台中縣衛生局推動成立,因此衛生局一直是主導該中心運作的重要角色,也給予很多資源協助與行政支持。南投區心衛中心最早是由南投草屯療養院承辦,經衛生署長官及專家群於91年前往考察、並提出建議後,衛生局便加強關注,並且在局內設置八位專人負責自殺防治,使得衛生局與社區心理衛生工作連結更為緊密,也強化了地方政府與南投區心衛中心的合作機制,進而在自殺防治工作上獲得顯著的進步。因此我們認為衛生局的主導,是社區心衛中心有無足夠力量推行業務的重要因素,因以衛生局為至高層級推動運作,才有足夠的行政力量及權力擔當協調統籌的工作。

2. 資源管理與專業提昇:所謂資源管理主要是指接案並評估後,可以有效運用各項社區資源,使個案獲得適當的處遇,因此如何掌握並整合各種可利用資源非常重要<sup>[33]</sup>。台中區心衛中心的工作模式即是善於個案轉介與資源連結,南

表 2. 台中區與南投區心理衛生服務中心自殺防治業務之異同

CIPP 屬性	比較	項目內容	台中區心衛中心	南投區心衛中心
C : Context 背景分析	異	人口數	151 萬人	54 萬人
	異	區域分布	20,514,712 平方公里 21 鄉鎮市	41,064,360 平方公里 13 鄉鎮市
	異	都市形態	由農業轉都市化	以農業為主
	異	自殺死亡 成功率	89 年度 每十萬人口 11.69 人	89 年度 每十萬人口 18.61 人
I : Input 輸入分析	同	計劃名稱	自殺防治工作計劃	自殺防治工作計劃
	同	分站設置	有 (4 間)	有 (2 間)
	同	工作人員	專任 20 人	專任 20 人
	同	經費	2000 萬 (含所有方案預算)	2000 萬 (含所有方案預算)
P : Process 過程分析	同	教育宣導	舉辦心理衛生社區講座	舉辦心理衛生社區講座
	同	通報機制	具通報機制	具通報機制
	同	個案管理	有自殺高危險群列管	有自殺高危險群列管
	同	服務流程	已訂定標準流程 (SOP)	已訂定標準流程 (SOP)
	同	研究計劃	有 (針對工作效能的加強)	有 (針對自殺防治)
	異	評估指標	訂定再自殺率 2% 以下	90 年度無明確指標 91 年度再自殺率 2% 以下
	異	資源協調	以衛生局為對口連結資源；要求勞工局、社會局、教育局、警政、消防、基層管區、NGO/NPO 共同配合作業。	以醫院為對口連結資源；配合勞工、社政、教育、警政、消防等政府單位。
	異	中心角色	是統籌與規劃當地自殺防治工作的單位	是協助自殺防治工作的接案單位
	異	作業方式	工作人員接案後先評估，決定是否接案，或是轉介其他更合適之機構/單位。	工作人員接案並開始處遇。
	異	人員聘僱	對外招考相關心理、社會工作專業人士	遴選草屯療養院原本之工作人員 【心理、社會工作、護理】
P : Product 成果分析	異	主導者	衛生局長、主任秘書	草屯療養院主任 (醫師)
	異	自殺死亡率 (參考指標)	91 年度： 每十萬人口 10.48 人 92 年度上半年： 每十萬人口 4.64 人	91 年度： 每十萬人口 21.6 人 92 年度上半年： 每十萬人口 8.86 人
	異	再自殺率	91 年度：1.8% 92 年度：0.78%	91 年度：4.17% 92 年度：0%



投區設於衛生局的八位自殺防治工作者，也是以資源管理形式在進行個案處遇，亦即接到通報後進行評估，再轉介到合適的機構，雖然這八位工作者不任職於南投區心衛中心，但也司職心理衛生預防工作，並與南投區心衛密切合作，足見南投的心理衛生也以資源管理為工作模式。然良好的資源管理與個案轉介功能，有賴專業素養去評估個案應接受何種適當處遇，如何提昇專業判斷力，做出正確的「檢傷分類」是有效資源管理的重要前提，因此從事相關服務的心理衛生工作者(包括此八名專事自殺防治的工作人員)，皆應持續的接受專業訓練與在職教育，扮演好「資源管理者」的角色。

3. 定期評量的重要性：美國著名的評鑑學者 Stufflebeam (1971) 曾說：「評鑑的目的不在證明什麼，而在求改進」(The goal of evaluation is not to "prove" but to "improve")<sup>[20]</sup>。本次研究看到兩家心衛中心的成長與轉變，除了自身不斷努力外，也藉助了 CIPP 評估的結果去檢視自己的

特色、資源、優勢與缺失為何，進而找出改善之道，促進更完整的服務品質與工作績效。由此可見評估的重要性，故我們建議將評估視為定期且例行的工作，而不只是改革的特別計劃，如此才能持續掌握中心工作成效，監控並改善不足之處，維持專業及服務品質。

4. 另外，兩個心衛中心的成長轉變，可藉以下圖形(圖 3)說明工作同仁及領導者努力之處：

希望藉由本研究，能促進政府對於社區心理衛生之重視，亦盼能逐步勾勒出台灣地區社區心理衛生工作應有模式及目標，並發展出社區心理衛生中心的評鑑工作，使社區心衛中心在陸續成立之餘，能朝符合現代潮流的正確方向前進。

最後呼籲政府重視社區心理衛生工作，建議將精神衛生法第十條中「直轄市及各縣市政府衛生主管機關得設社區心理衛生中心...」之「得設」改為「應設」，促使地方政府落實心理衛生工作。同時社區心理衛生之成立宗旨，應以一、二級預防工作為優先，才能真正降低社會成本，

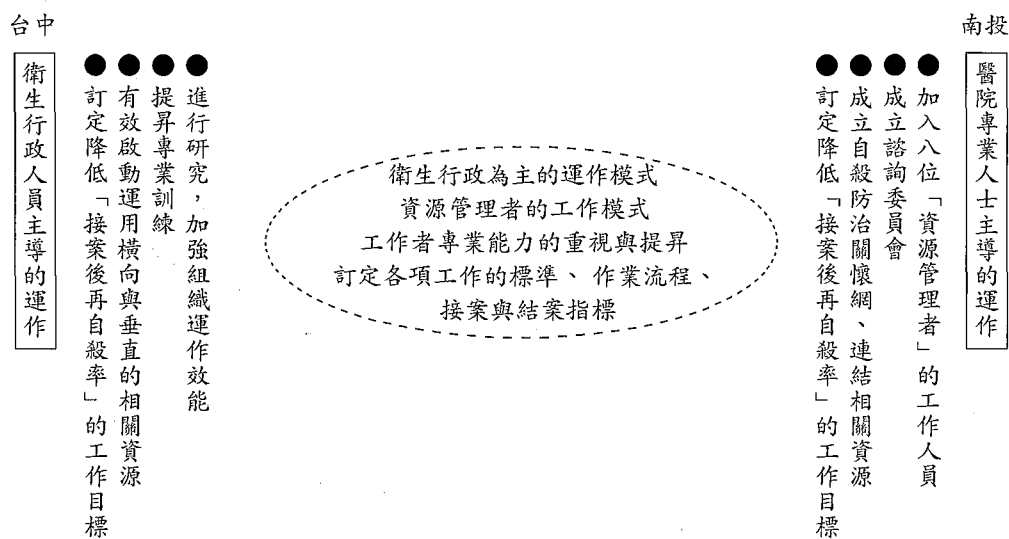


圖 3. 台中、南投心理衛生服務中心轉變圖

維護民衆心理健康。

## 誌 謝

本研究承蒙衛生署提供經費，感謝台中區、南投區心衛中心配合接受參訪並提供資料，以及湯茹雲、鄭智文兩位助理協助文書整理，謹致謝忱。

## 參考文獻

1. 金樹人: 心靈重建的危機與契機。輔導季刊 1999 ; 35(3) : 73-7。
2. 李明濱、吳英璋、陳純誠等: 九二一震災心理衛生體系之因應。中華公共衛生雜誌 2000 ; 19(3) : 27-50。
3. McGraw-Hill: Joint Committee on Standards for Education. Standards for Evaluations of Educational Programs and Materials. New York, 1981.
4. 郭峰志: 現代社區精神醫療。台北: 心理, 2001, 363-5。
5. Weaver AJ, Koenig HG: U.S. Department of Health and Human Services: Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals, 1994.
6. Sartorius N, Henderson AS: The neglect of prevention in Psychiatry. Australian and New Zealand Psychiatry, 1992, 26:550-3.
7. 廖素菊: 心理衛生與保健。台北: 水牛, 1987, 204-6。
8. 行政院研考會: 我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析。1981。
9. 行政院衛生署: 精神衛生法。1990。
10. 台北市立療養院、台北市社區心理衛生中心、行政院衛生署、台北市政府衛生局: 全國心理衛生創意工作坊會議手冊, 2002。
11. 李明濱、吳文正、楊聰財、吳英璋、魯中興、陳諫: 災難心理衛生服務中心成果評估報告, 行政院衛生署醫政處 2002, 6-14。
12. 李明濱、楊聰財: 九二一心理重建成效評估——災難心理衛生服務中心成果評鑑計劃。臺灣精神醫學會「災難精神醫學專題討論」摘要。2001 : 47-9。
13. 潘幸山、趙若男、林瓊瑤: 921 震災教育部輔導支援中心——專訪彰化師範大學蕭文教授。輔導通訊 1999 ; 59: 7-11。
14. 曾麗娟、郭世豐: 從救災後心理重建工作談地區心理衛生中心的角色與功能。軍事社會科學學刊 2000 ; 5 : 31-49。
15. Kato H, Asukai N, Miyaka Y, Minakawa K, Nishiyama A: Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 477-81.
16. 李明濱、廖士程: 災後壓力症候群。台灣醫學 1999 ; 3(5) : 599-609。
17. 廖士程、李宇宙、李明濱等: 震災後緊急醫療站所見之急性壓力症候群。臺灣精神醫學 2000 ; 31-40。
18. Yang TT, Ju IH, Guo HS, Chang LI, Chang BR, Chang M: Evaluation of Psychiatry Conditions of Military Rescuers through Participating In an Intervention Program after Major Earthquake In Abstracts of 39th Annual Meeting Of the Society of Psychiatry, R.O.C.(Taiwan)2000 : 165.
19. Goenjian A: A mental health relief programme in America after 1998 earthquake. 1993 ; 163: 230-9.

20. Madaus GF, Scriven MS, Stufflebeam DL (Eds.): "Evaluation Models." Boston: Klumer-Nijhoff Pub, 1983.
21. Madaus GF, Scriven MS, Stufflebeam DL: The CIPP Model For Program Evaluation, Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation, Boston: Kluwar-Nijhoff Pub. 1993, 118-22.
22. 唐雅蘭：CIPP評鑑模式應用在特殊教育推展成效評估之研究－以花東地區啟智教育為例。碩士論文，2000，14-6。
23. 呂春嬌：從CIPP評鑑模式談圖書館的評鑑。大學圖書館 1999；4：15-28。
24. 黃慧文：以CIPP評鑑模式建構我國遠距高等教育評鑑項目之研究。1999，碩士論文。
25. 行政院衛生署台中區心理衛生服務中心：從災難到社區：在衛生行政模式之下台中縣心理衛生與預防工作之回顧與前瞻。台中縣衛生局 2003；1-6。
26. 行政院衛生署台中區心理衛生服務中心：社區心理與預防季報。台中縣衛生局 2004。
27. 周才忠：台灣社區心理衛生中心初級與次級預防工作與評估之現況調查研究成果報告，政大研究報告，2001；52-7。
28. 行政院衛生署台中區心理衛生服務中心：九十二年社區心理衛生與預防工作成果報告《以CIPP為基礎》。台中縣衛生局 2003；1-3。
29. 行政院衛生署台中區心理衛生服務中心：社區心理衛生資源整合與拓展實務研討會會議手冊，台中區心理衛生服務中心，2004；4-5。
30. 行政院衛生署台中區心理衛生服務中心：89至92年成果與93年計劃。台中縣衛生局 2004；1。
31. 行政院衛生署南投區心理衛生服務中心：成效評估手冊。南投區心理衛生服務中心 2003；3-6。
32. 李明濱、吳文正、楊聰財、吳英璋、魯中興、陳諶：社區心理衛生中心成效評估計劃成果報告書，行政院衛生署醫政處 2003，6-14。
33. Young BH, Ford JD, Ruzek JI, Friedman MJ, Gusman FF: Disaster Mental Health Services. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 1999.



## Comparative Study of Operational Models in Two Mental Health Centers in Central Taiwan

Tsung-Tsair Yang, M.D., Ph.D.<sup>1,2</sup>, Ming-Been Lee, M.D.<sup>3,4</sup>, Yin-Chang Wu, Ph.D.<sup>5</sup>,  
Ying Chen S.B.<sup>4</sup>, Chung-Hsing Lu, S.B.<sup>6</sup>, Wen-Cheng Wu, M.D.<sup>7</sup>

**Objectives:** After the 921[kgio1] earthquake, Taichung Mental Health Services Center and Nan-tou Mental Health Center were established to address the needs of the disaster victims. These centers commanded the highest level of both staff and budget ever seen before in Taiwan and have remained operational over the last five years. This goal of this study is to evaluate how these two centers changed their status from a disastrous mental health center to a community mental health center, and to analyze their basic context, work status, operational characteristics, growth and changes.

**Methods:** The study was conducted using an experts' focus group to examine the questions posed, collect data with the CIPP[kgio2] evaluation model, and perform field surveys and records[kgio3]. **Results:** Both centers used case service, suicide prevention, network connection of service resources, community publication, education training of staff as the mainframe of operation. In the organizational operation, Taichung Mental Health Services Center was presided over and established by the county public health department secretary to the president who organized and managed the operation of the center, coordinated and connected with other departments resources at the same level

within the public health department, and integrated resources of non-government -organizations (NGOs) in the name of the public health department for service and utilization. Nan-tou Mental Health Center was presided over and operated by the hospital president and her staff, which promoted a philosophy more in line with a medical model, and then applied to the medically relevant psychiatric resources. The positions between the mental health center and the government departments were not on equal levels. Because of these different operational models, resources of staff manpower, styles of case management, and service patterns of the branches of the center presented different characteristics[kgio4]. Both centers processed the work reform after using the CIPP model to evaluate and accept the suggestions of experts. **Conclusion:** 1) The two centers tended to utilize administrative-oriented models; 2) They both developed programs to manage the community resources and improve their professional ability; 3) According to our research, we found the importance of regular evaluation[kgio5], since it can permit an agency to improve the ability of resource utilization and professional development. (Full text in Chinese)

Key words: community mental health center, CIPP evaluation model

*Taipei City Med J* 2004; 1(4): 468-479

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Cardinal Tien Hospital; <sup>2</sup>Fu-Jen Catholic University School of Medicine; <sup>3</sup>Department of Psychiatry, National Taiwan University College of Medicine; <sup>4</sup>Taipei City Psychiatry Center; <sup>5</sup>Department of Psychology, National Taiwan University; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital; <sup>7</sup>Bali Mental Hospital, Department of Health, Taiwan.

Received: 27 July 2004; Accepted: 16 September 2004.

Correspondence to: Dr. Ming-Been Lee, No. 309, Songde Road, Xinyi District, Taipei 110, Taiwan, Taipei City Psychiatric Center.