

臺灣社區心理衛生政策回顧、發展現況與未來展望

姚卿騰

南華大學應用社會學系社會工作組講師、學生輔導中心主任

摘要：社區心理衛生是公共衛生重要範疇之一，本文先從社區心理學觀點闡述社區心理衛生工作的理念與實踐基礎，包含預防重於治療、強調個人優勢與能力、生態觀點的重要性、尊重多樣性、賦權、科技合作與統整等面向。繼而回顧我國社區心理衛生工作的發展脈絡，包含社區心理衛生中心設立過程、營運模式、發展現況與面臨的困境，最後，提出臺灣社區心理衛生工作未來展望，希冀政府重視社區心理衛生政策與執行規劃、健全社區心理衛生組織服務及輸送體系、加強社區民眾心理衛生教育等面向，強化社區民眾心理健康促進，提供可近性及連續性的直接服務，整合社區心理衛生資源以及如何支持病患家屬等議題，希望讓臺灣心理衛生工作真正落實於社區之中，實踐社區民眾心理健康的促進。

關鍵詞：心理衛生、健康促進、社區心理學、賦權、社區心理衛生中心

前言

健康促進一詞早在20年代已見於公共衛生文獻，心理衛生工作是公共衛生重要範疇之一，隨著社會變遷、生活步調的快速，臺灣民眾罹患心理、精神疾病的盛行率節節高升，憂鬱症被世界衛生組織喻為新世紀最需重視的疾病之一，預估至2020年憂鬱症將成為世界第二大疾病，由於心理疾病不僅造成情緒困擾，且易造成極高的自殺死亡率(羅，2003)。而自殺是一個全球性公共衛生問題，每年全世界大約100萬人死於自殺，在臺灣，於1997到2009年自殺一直佔10大死因之列，而2013年，自殺在總體排名為第11名死因，標準化死亡率則為每十萬人口12.0人，

為中度盛行率區域。但是，面對人口快速高齡化的趨勢，老人自殺歷年來也都高於其他年齡層，目前心理、自殺問題即已造成許多不幸的社會問題。公共衛生是經由有組織的群體力量與行動，致力於疾病預防，增進並維護生理、心理及社會各方面和諧安寧的健康狀態，以減輕因疾病帶來的不良影響。而社區心理衛生工作是公共衛生重要範疇之一，故本文欲從社區心理學與心理健康促進觀點來回顧臺灣社區心理衛生政策，探討推動現況與未來展望。

社區心理衛生理念基礎與實踐

一、社區心理學觀點探討

社區心理學和臨床心理學有很大的差異：臨床心理學的性質是反應性(reactive)的，也就是事實發生後，才給予介入處遇；而社區心理學則強調主動性(proactive)，致力於實際降低危機，促進社區民眾的身心健康(Wardlaw, 2000)。

根據Zax和Specter(1974)的定義：「社區心理學被視為處理人類行為問題的介入取向，強調環境對個人發展的影響力，並藉由運用此影響力，來解除個人的痛苦」。社區心理學關切的焦點在各種影響團體和個人的社會議題、社會制度和環境，其目標是聯合民眾與相關領域專業人員，設計出創新而有別於傳統的介入策略，以促進社區和個人最大的福祉與利益。因此，社區心理學在社區心理衛生工作的主要目標與方向包括：(1)預防重於治療：包括初級預防、次級預防與三級預防介入模式。(2)強調優勢與能力：藉

接受刊載：104年6月4日 doi:10.6224/JN.62.4.5
 通訊作者地址：姚卿騰 62249 嘉義縣大林鎮南華路一段55號
 電話：(05)2721001-1240
 E-mail：ctyao@nhu.edu.tw

引用格式 姚卿騰(2015)·臺灣社區心理衛生政策回顧、發展現況與未來展望·*護理雜誌*，62(4)，5-11。[Yao, C. T. (2015). A review of Taiwan's community mental health policies: Current developments and future prospect. *The Journal of Nursing*, 62(4), 5-11.] doi:10.6224/JN.62.4.5

由改變生態情境，增進個人在環境中的內在能力。(3)生態觀點的重要性：檢視個人與其所屬環境之間的關係，建立個人與情境的最佳適配性。(4)尊重多樣性：欣賞個體的多樣性，資源應平均分配到每個獨特的個體身上。(5)賦權(empowerment)：促進人們能更積極掌握自己生命可能性的過程(Rappaport, 1981)，賦權是一種過程，個體不僅對自己生命獲得控制感與精熟度，也就是透過民主方式，參與所屬的社會。(6)在多種選擇中做決定：尊重每一個體的獨特性，提供社區不同族群多樣化的社區機構和服務選擇，同時個人有權利參與規劃服務內容，並選擇最適合自己的方案(Matton, 2000)。(7)行動研究。(8)科際合作與統整：社區心理學重視相關專業間的合作，透過瞭解其他專業如何詮釋同一現象的過程，產生新的覺察與領悟，採納新的觀點和視野。

綜上所述，社區心理學是推動社區心理衛生工作重要的理論基礎，傳統諮商心理學關注的焦點大多為個人的問題，而社區心理學的注意力則從個人轉移到環境、從治療轉移到預防，並強調多元文化的發展與重視個人和環境的適配性。

二、社區心理學的實踐

傳統精神醫療模式強調對病患的治療、監禁及隔離，社區心理學則強調主動性，注意力從個人轉移到環境，而治療也轉移到預防角度。強調多元文化，重視生態環境對個案的影響，藉以促進社區民眾的身心健康。因此，社區心理衛生工作重視初級、次級預防的工作，其目的就是要減少心理疾病發生的可能性，及進行早期之介入來減輕疾病的嚴重程度(Long, 1992)。

社區心理學因重視生態環境對個人的影響，認為個人生活的社會系統的重要性，因此，對於家庭、社區與個人的互動，藉由改變生態情境，可增進個人在環境中的內在能力。服務輸送方面社區心理學則重視多樣性，認為應提供社區之中不同族群多樣化的社區機構和服務選擇，才是最佳的服務，也才能滿足社區之中不同族群的需要。

此外，社區心理學重視科技整合的概念，認為社區心理衛生工作應透過跨專業與組織之間的彼此合作，提供民眾完整的支持、治療及復健服務，故社區心理衛生中心應排除單一機構的想法，朝向一種網絡建構的概念來設計，藉由結合相關的體系，形成一個完整的服務網絡，以提供民眾整合式的服務。

我國社區心理衛生工作發展回顧

一、社區心理衛生中心的設立

西元1990年底，政府通過「精神衛生法」，該法明訂直轄市及各縣市衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導。衛生署自1991年開始補助台北縣政府籌辦「台北縣試辦心理衛生工作三年計畫」，試辦期間先設立三重地區社區心理衛生中心，以從事諮詢、衛教及安排就醫、轉診事宜並提供心理衛生門診服務(引自楊等, 2004)。後來計畫結束，轉由地方政府自行規劃辦理，但社區心理衛生工作中心的定位功能、業務內容及設置標準，卻一直尚未有明確的成文規定。

爾後衛生署因九二一震災，在台中及南投成立「災難心理衛生中心」，直到2007年立法院通過「精神衛生法」修正條文，社區心理衛生中心成為「應設」單位，心理衛生工作的重要性進一步確立。修正後關心社區心理衛生的民間社團、相關從業人員等仍感不少缺憾與不足。多次建議法令應考量全體民眾心理健康的防護和照顧，連結多方社會資源，以架構出一個更為周全完善的網絡，對此各界都有再修正的諸多期待。

二、社區心理衛生中心營運模式

筆者整理我國社區心理衛生中心在營運上可歸類成三種類型，如表一所述。整體而言自殺防治模式較資源轉介模式營運狀況較佳，而個案直接服務模式較其他兩模式營運狀況較好，較可能滿足民眾需要。

三、社區心理衛生中心的發展問題與困境

我國社區心理衛生中心的發展雖有進步，但在諸多限制中仍存在許多問題和困境。因為即使有法令強制設立，但設置標準、人員配置、定位和應有的功能尚無明確規定，也未考慮實際需要的服務人口比例及專業人員的足夠供給，使得不少中心形同虛設。

因我國民眾對精神疾病有所偏見，且個案源多非自願就醫或求助，若無最高行政層級的重視及統籌，易造成制度不健全、經費及專業人力不足、資源連結不易等問題(楊等, 2004; 錢、林, 2005)，上述情形使我國社區心理衛生中心在發展與運作上更加限制。新法所列中心業務內容只提供初級預防業務，常未觸及民眾真正需要，例如最需要的心理諮

表一 不同模式社區心理衛生中心營運差異比較

項目	資源轉介模式 (第 I 型)	自殺防治模式 (第 II 型)	個案直接服務模式 (第 III 型)
中心數目	7 個 (55%)	2 個 (18%)	2 個 (18%)
組織目標	資源轉介工作為主	自殺防治工作為主	除資源轉介間接服務外，提供民眾直接的心理衛生服務
人力編置	1. 衛生局型態：局內原有人力兼任 2. 醫院型態：精神科原有人力兼任	局內借調 2 位專任人力；生命線聘任 1 位專任人員	配置心理、社工等背景專任人員
營運經費	仰賴衛生署補助，無自籌經費	仰賴衛生署補助，無自籌經費	衛生局補助外，地方自籌營運經費
專業技術	對於心理衛生業務並不熟悉，多藉由摸索方式進行業務推動	偏重自殺個案之處理，對於一般社區民眾心理、精神問題較少關注	較能滿足民眾需要，民眾能從中心得到實質的直接服務

商、治療、衡鑑及復健等直接性關鍵服務反而無提供。值得特別注意的是，目前臺灣相關心理衛生或社區心衛中心之設計、思維，甚至研究方面的探討，仍都以心理疾病和臨床醫療為最大的主軸。中心的工作內容若以一、二級預防為主並無不妥，但是個案服務、諮商功能及其角色並未獲得重視，也無正確宣導，故民眾對於心理衛生專業的認識有所誤差，即使有需求，也不會有求助的意願或念頭。

近年來臺灣已逐漸邁入聯合國定義的「高齡社會」，老化面臨的除身體病痛外，包含情緒與退休的社會孤立等問題，有很多老年人罹患失眠、憂鬱、焦慮等心理疾病。也造成臺灣老年人自殺死亡率一直高冠於全人口平均，但是主動求助及由精神科專科醫師診治的比率通常很低。世界衛生組織的資料顯示，許多國家的老年人自殺死亡率居各年齡層之冠，許多歐美已開發國家皆針對老人自殺防治制定全國性的政策，如建立基層醫師、公共衛生護理師、心理師、社工師等跨專業合作的社區心理衛生平台，以增強第一線醫療人員對老人自殺防治的重視及能力，而研究更指出社區心理衛生居家服務可有效減少老人自殺危險 (Hirofumi, Junichi, Tomoe, & Keiko, 2004)。例如電話關懷 (telecheck) 可讓獨居、出外不安全且行動不便的老人留在家中也能接受到心理衛生照顧，並能大量節省財務資源；且在需要時提供醫療、護理、心理或社會協助，與老人維持定期的接觸，提供他們心理上的支持與實務幫忙，藉此達到減少醫療服務的使用，且能改進情緒與生活品質及增加安全感 (De Leo, Dello Buono, & Dwyer, 2002)。因此，透過公共衛生護理師、心理師、社工師、健康促進人員主動的接觸、持續的照顧、以及情緒支持是提供保護因子以對抗老年人自殺的關鍵。

但政府偏重精神病醫療服務、忽視社區心理衛生服務，公衛護理師、心理師、社工師未受重視，也造成民眾一直存有「看心理醫生就是精神有問題」的錯誤認知 (林、杜, 2009)。筆者曾針對臺灣社區心理衛生中心的定位與發展進行深入的研究與探討，發現我國社區心理衛生中心在組織營運之困境如表二所述。

臺灣社區心理衛生工作未來展望

一、重視社區心理衛生政策與執行規劃

過去政府心理衛生政策的走向以偏重精神醫療為主，忽視社區心理衛生工作，大量增加住院病床與增設精神醫療機構，並無思考民眾心理健康促進、個案回歸社區資源、心理治療服務，及病患家屬支持的問題，將導致「急性醫療，慢性收容」的後遺症。臺灣精神醫學界先驅林宗義教授於 1994 年即不斷呼籲應於臺灣各地籌設社區心理衛生中心，透過基層對於病人、家屬及一般民眾提供心理衛生教育服務 (引自許, 2004)，但是，截至目前我國衛政單位仍然未編列足夠的經費與設施來廣推社區心理衛生業務，使慢性化的病患大量滯留於醫院之中，同時也導致一般大眾對於心理疾病認識與預防概念嚴重不足，對於精神個案充滿誤解更常排斥其社會的融入之。

由於社區心理衛生中心的設立與去機構化運動的發展有關，其基本精神是提供個案可近性、廣泛性以及連續性的照顧，意即社區心理衛生中心的設立是使社區民眾能方便得到服務，其服務內容包含預防、治療和復健層面，並且需促進社區內現有資源的協調與善用，使社區內個案能得到完整而連續性

表二 社區心理衛生中心營運困境原因分析

項 目	內 容
壹、內部環境	
一、組織目標	何去何從(I型)——組織目標不清，角色定位模糊
二、組織資源	(一)專業人力不足 1.人力嚴重不足，以兼辦人力為主(I型) 2.人員流動率高(I、II、III型) 3.人員非專業背景，缺乏專業諮商人力(I、II型) (二)督導制度闕如(I、II型) (三)巧婦難為無米之炊——中央與地方預算 1.中央編列預費嚴重不足(I、II、III型) 2.地方預算闕如(I、II型)
三、組織服務及輸送	(一)服務範圍不夠完整——直接服務、個案追蹤、預防宣導 1.缺乏可近性的直接服務(I、II型) 2.無法提供個案追蹤專業人力(I、II型) 3.預防宣導無法深入社區(I、II型) 4.無法提供連續性的服務(I、II、III型) (二)幅員過大，服務效能不彰(I、II、III型) (三)自殺防治工作 1.案量負荷沉重(I、II、III型) 2.個案管理無法落實(I、II、III型) (四)服務輸送未能以需要調查為基(I、II型)
四、領導與統御	(一)地方官員對業務認知不足(I、II型) (二)地方首長不重視該業務(I、II型) (三)組織文化僵化，下情無法上達(I、II、III型)
貳、外部環境	
一、政策因素	(一)中央政策不明——缺乏明確政策目標與執行策略規劃方案(I、II、III型) (二)非施政重點，政策不連續(I、II、III型)
二、輸送對象	(一)刻板印象——心理疾病認知不足(I、II、III型) (二)認知不足——不瞭解心衛中心服務(I、II型)
三、地方資源	地方資源不足，轉介困難 1.地方心理衛生資源不足(I、II型) 2.地方社會福利資源缺乏(I、II型) 3.地方心理專業人才不足(I、II型)
四、組織合作	部門本位主義，有礙合作 1.部門之間本位主義(I、II、III型) 2.社政與衛政部門無法整合(I、II、III型) 3.教育單位不主動通報個案(I、II型)

註：I型：資源轉介模式；II型：自殺防治模式；III型：個案直接服務模式。

的服務，故社區心理衛生工作的落實，建議中央政策應明確制定與規劃，就中心的定位、功能、業務內容及考評方式等有明確之規定，並顧及地方的差異性給予預算與支援。自精神衛生法公佈後，社區心理衛生中心營運責任開始下放至地方，筆者認為地方首長、官員是否重視與瞭解社區心理衛生工作，對於中心營運發展有關，因地方制度法與財政收支劃分法的實施，地方首長掌握有人事任用及地方經費決定權，其對業務的不瞭解與不重視當然也影響社區心理

衛生中心營運。因此，如何增進地方政府重視社區心理衛生業務，透過編列適當的推動人力，加強中心人員專業訓練，或從公益彩券盈餘自籌經費等方式，來具體落實社區心理衛生中心的功能。也因公衛護理師於社區心理衛生工作扮演重要的角色功能，如何提升護理人員對於社區心理衛生的相關知能，及對社區心理衛生工作之實際參與感都有助益社區心理健康的促進。透過跨領域間合作方式，結合基層的社區衛生服務機構建立網絡，針對不同族群與社區的需

要性，可以設計適當的衛教防治策略，結合社區的資源投入於社區心理衛生教育工作。

二、健全社區心理衛生組織服務及輸送體系

筆者研究發現目前社區心理衛生中心在服務內容及輸送服務皆未能以實務需要為基，造成服務範圍不夠完整、無法提供連續性、可近性的服務，當然也因自殺防治人力不足，個案管理工作無法落實，而幅員過大也造成服務效能不彰等困境（姚，2007）。

衛生署於2005年時曾政策宣示指出社區心理衛生中心功能為提供民眾可近的、廣泛的心理衛生服務方案以及連續性的照顧；社區心理學相關文獻也指出，應提供社區不同族群多樣化的社區機構和服務選擇，才是最佳的服務（Maton, 2000）。良好的社區心理照顧體系應包含預防、治療與復健三部份，體系間垂直性與水平式的整合亦有其必要性，最終目的都是提供個案為中心的廣泛性與連續性的照護為標的，強調的是對個案的各種生理、心理及社會服務需求所需的健康與福利照顧模式，並同時強調服務的整合機制，突破有形的組織界線，以落實無縫隙服務（seamless service）的概念。目前如臺北市、高雄市社區心理衛生中心已逐漸突破困境，開始辦理直接服務而不只是提供轉介服務，使社區心理衛生中心發揮一定的功能，從這些地區的經驗顯示，中心如能提供直接服務，又能有效連結當地醫療、民間資源，於心理衛生工作互相合作，便能提供社區民眾較佳的照顧服務。

三、加強社區民眾心理衛生教育

臺灣地區民眾對於「健康」的概念及要求，一般較偏向「生理」層面，長期以來對於「心理疾病」多採隱諱不談的態度，並對於精神個案有較多的刻板印象。民眾對於精神疾病的瞭解抱持著負向的態度，不僅是因我國教育過程中甚少對於這方面的議題進行討論，同時也與媒體過度渲染有關，在層層環環相扣下，民眾普遍對於心理衛生概念不足，錯誤認知多從媒體資訊而來，再加上政府對於社區心理衛生中心的發展一直以來是消極的態度，並沒有大力的宣導，也無力深入社區積極推廣，故一般民眾並不清楚其功能為何？或可以提供哪些服務？因此，當民眾發生心理問題時除不願意去醫院精神科求診外，也不會聯想到要去找社區心理衛生中心求助（其有限的服務時段與時數也是另一個限制）。因此，灌輸民眾正

確的心理健康認知是社區心理衛生工作應首先解決的問題，如透過積極心理衛生教育，藉以喚起民眾重視自身心理健康，並增加民眾的使用率，實為組織發展重要的工作之一，中心主動積極的宣傳將有助於個案的開發以及民眾的主動求助，配合提供民眾較優質的直接服務，將漸漸改善民眾錯誤的認知，並提高服務使用的頻率，將是我國社區心理衛生工作發展的良好開端。

「預防重於治療」向來是社區心理學的核心概念，社區心理學家Long（1992）指出預防在心理問題形成前，可有效抵抗創傷的出現，以節省個人和整個社會的時間與精力；Wardlaw（2000）認為社區心理學強調主動性，致力於實際降低危機，以促進民眾的心理健康。

結 論

近年因社會問題的惡化，社區心理健康的議題受到更多的矚目和關注，在此之際，心理衛生的擴大討論與連結，以促發中央、地方政府、機構社團及民眾的重視與支持應是一個可以把握的機會。回顧前人30年來對社區心理衛生工作的努力經營，獲得部分的成就，本節最後提出有關未來臺灣社區心理衛生的建議，一將之定位為一個兼顧初級、次級和三級預防的工作，社區心理衛生中心的存在應以資源整合和直接服務為主要業務，同時須有固定穩定的經費來源，才能夠提供多元的服務，並給社區民眾一個交通可及、經濟可以負擔、使用方便的心理衛生直接服務；同時在生理、心理、社會及靈性等方面多管齊下，將社區個案問題源頭先行處理，這不僅可減少許多社會問題和悲劇的發生，更能創造多贏局勢。

參考文獻

- 林家興、杜筱慧（2009）·臺灣社區心理衛生中心之定位調查·*北市醫學雜誌*，6(1)，1-10。[Lin, C. H., & Du, H. H. (2009). An opinion survey on the tasks of community mental health centers in Taiwan. *Taipei City Medical Journal*, 6(1), 1-10.] doi:10.6200/TCMJ.2009.6.1.01
- 姚卿騰（2007）·社區心理衛生中心營運現況與困境研究—實務工作者觀點（未發表的碩士論文）·台北市：國立陽明大學衛生福利研究所。[Yao, C. T. (2007). *A study of the operational situation and difficulties of community*

- mental health centers in Taiwan – Front-line workers viewpoint* (Unpublished master's thesis). National Yang Ming University, Taipei City, Taiwan, ROC.]
- 許耕榮(2004)·臺灣社區心理衛生中心績效評核模式之建立—以賦權評估理論為基礎(研究計畫編號DOH-930519001)·台北市:行政院衛生署。[Syu, G. R. (2004). *Building performance measurement guidelines based on empowerment evaluation for community mental health centers in Taiwan* (Research Grant DOH-930519001). Taipei City, Taiwan, ROC: Department of Health, Executive Yuan.]
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳 諤、吳文正(2004)·社區心理衛生中心的歷史沿革·*北市醫學雜誌*, 1(4), 393–411。[Yang, T. T., Lee, M. B., Wu, Y. C., Lu, C. H., Chen, Y., & Wu, W. C. (2004). Historic development of community mental health centers. *Taipei City Medical Journal*, 1(4), 393–411.] doi:10.6200/TCMJ.2004.1.4.03
- 精神衛生法·總統華總一義字第09600085861號令修正(2007, 7月4日)·[Mental Health Act, President Order Hua Chung(1) Yi Tze No. 09600085861 amended. (2007, July 4).]
- 衛生署(2005)·94年版公共衛生年報·取自http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=16&fod_list_no=629&doc_no=43006 [Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2005). *2005 report of public health*. Retrieved from http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=16&fod_list_no=629&doc_no=43006]
- 錢靜怡、林秀怡(2005, 10月)·社區心理衛生實務工作參與之歷程與經驗·於台灣心理學會主辦之第四十四屆研討會·桃園市:中原大學。[Cian, J. Y., & Lin, S. Y. (2005, October). *The process and experience of practical work in community mental health*. Paper session presented at the 44th Psychology Research Conference of the Taiwan Psychological Association, Taoyuan City, Taiwan, ROC.]
- 羅雅貞(2003)·新近抗憂鬱劑之使用評估於某家醫學中心之研究(未發表的碩士論文)·台南市:國立成功大學臨床藥學研究所。[Lo, Y. C. (2003). *Evaluation for prescribing patterns of newer antidepressants in a medical center* (Unpublished master's thesis). National Cheng Kung University, Tainan City, Taiwan, ROC.]
- De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 226–229. doi:10.1192/bjp.181.3.226
- Hirofumi, O., Junichi, K., Tomoe, S., & Keiko, K. O. (2004). Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 249–263. doi:10.1023/B:COMH.0000026998.29212.17
- Long, B. B. (1992). Developing a constituency for prevention. *American Journal of Community Psychology*, 20(2), 169–178. doi:10.1007/BF00940834
- Maton, K. I. (2000). Making a difference: The social ecology of social transformation. *American Journal of Community Psychology*, 28(1), 25–57. doi:10.1023/A:1005190312887
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25.
- Wardlaw, D. M. (2000). Persistent themes in the history of community psychology: A preliminary analysis of the community psychologist or do we have an identity after all? *The Community Psychologist*, 33, 15–18.
- Zax, M., & Specter, G. A. (1974). *An introduction to community psychology*. New York, NY: Wiley.

A Review of Taiwan's Community Mental Health Policies: Current Developments and Future Prospect

Ching-Teng Yao

*MS, Instructor, Social Work Division, Department of Applied Sociology, and
Director, Student Counseling Center, Nanhua University.*

ABSTRACT: Community mental health is an important area of public health. This study initially elaborates from the perspective of community psychology the concept and basis of the practice of community mental health work, including the importance of prevention over treatment, of valuing personal advantages and capabilities, and of adopting an ecological perspective, a respect for diversity, empowerment, and scientific cooperation and integration. Subsequently, this paper reviews the history of the development of community mental health work in Taiwan and of the operations, developmental issues, and difficulties currently faced by community mental health centers. Finally, this paper addresses the future prospects for community mental health work in Taiwan in hopes that the government will attach greater importance to related policies and implementation plans, optimize the service and delivery systems of community mental health organizations, reinforce community mental health education, develop effective community mental health promotion strategies, provide accessible and continuous direct services, integrate community mental health resources, and support the families of mental health patients in order to consolidate and better promote community-based mental health work.

Key Words: mental health, health promotion, community psychology, empowerment, community mental health center

Accepted for publication: June 4, 2015

Address correspondence to: Ching-Teng Yao, No. 55, Nanhua Rd. Sec. 1, Dalin Township, Chiayi County 62249, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (5) 272-1001 ext. 1240; E-mail: ctyao@nhu.edu.tw