

社區精神暨心理衛生護理的新視野

吳佳儀^{1,4} 李明濱^{2,3} 余春娣⁴ 林如玉⁴ 黃壬屏⁴ 陳錫中³

摘要：以社區為範疇的照護近十年以來已成為當代醫療發展的重要方向，其中常見精神疾患(common mental disorders, CMD)更是當今心理健康照護的主題。CMD 涵蓋憂鬱症、焦慮症、適應障礙症、飲食障礙、睡眠障礙症、物質濫用等疾病，包涵身體與精神症狀，病程同時受到體質、心理、家庭和社會因素影響，而慢性化嚴重時可導致失能。本文以 CMD 日間照護單位為例，闡述以心身醫學為理念架構之全人照護，並藉一復發型重鬱症的案例說明社區精神衛生護理的定位，與釐清護理人員在跨領域專業團隊中的角色與功能；並進一步對社區精神衛生護理的挑戰與未來發展進行評論。

關鍵詞：常見精神疾患，社區精神衛生護理，日間照護，跨領域專業團隊

(台灣醫學 Formosan J Med 2016;20:96-105) DOI:10.6320/FJM.2016.20(1).13

前言

現代社會的急劇變遷，因個人性格與環境的因素，容易產生多重壓力反應，發生情緒困擾或適應障礙，也直接影響精神疾病型態的變化。然而，由於民眾普遍對於心理健康的認知不足、對精神科的排斥而影響就醫動機，或是輕忽長期壓力與情緒困擾的影響，很容易導致身心失衡，甚而產生精神疾病或心理健康問題而不自知。事實上，精神疾病的範圍相當廣泛，一般人常誤以為精神科服務的病患大都是嚴重精神疾病(如思覺失調症與躁鬱症)，其實面對現代精神醫學的演進，精神科病患最普遍的疾病類型，還是所謂的「常見精神疾患」(common mental disorders, 以下簡稱 CMD)[1]。CMD 廣泛地涵蓋憂鬱症、焦慮症、睡眠障礙症、適應障礙、飲食障礙、成癮疾患、心身症或人格障礙症等疾病的單一或共病現象，亞洲國家雖然相較於西方國家有較低的 CMD 年盛行率(如日本 7.6%)[2]，病患之醫療需求不亞於西方國家，然而社區醫療體系普遍缺乏對於 CMD 族群之辨識與預防，在缺乏求醫動機的前提下，此族群的疾病慢性化或共病性對於生活

的影響或身體功能之損害，不容忽視。

現今台灣的 CMD 醫療照護服務多屬片段式、而非連續性治療模式，多數病患因合併身體疾患而四處求診於社區診所、地區醫療院所或大型醫院，且治療上多以藥物治療為主，少見搭配認知心理治療或壓力管理等心理衛生教育(psychoeducation)之治療模式。位居第一線的各科護理人員在這些病患求醫過程中扮演著重要的角色，若能展現護理人員之心理衛生專業素養並配合諮詢與護理指導，將可發揮早期篩檢身心健康危險因子、早期發現 CMD 相關疾患、以及早期轉介精神專科治療的功能[3]。然而，國內護理領域有關 CMD 社區照護的實證研究相對於嚴重精神疾患的研究要來得少。綜觀精神衛生護理專業發展史，嚴重精神疾病的持續性照護一直是學者探討的焦點[4-6]，近年來該領域業界專家致力於研究與發展社區精神衛生照護能力與服務模式[5]，並建立社區精神衛生護理的專業角色定義與認證[7]，但嚴重精神疾患之社區持續性照護仍存在許多困境與挑戰；例如，政策侷限在機構式醫

¹ 國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所，² 臺灣大學醫學院精神科，³ 臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部，⁴ 臺灣大學醫學院附設醫院護理部

受文日期 2015 年 9 月 18 日 接受日期 2015 年 10 月 27 日

通訊作者聯絡處：吳佳儀，臺大醫學院護理學系暨研究所，台北市仁愛路一段 1 號。E-mail:jennycyw@ntu.edu.tw

療、未落實社區式照護、經費預算有限、社區公衛護理師之人力與專業訓練限制(難以發揮個案管理功能)等等,諸多因素導致個案及其家庭成員之需求難以被滿足[4]。

有鑑於 CMD 在臨床醫療照護的重要性及其病程的多樣化,國內相關的醫療與護理專業領域應隨之應變,發展以心身醫學為理念基礎,實施全人照護並強調以人為中心、家庭為單位、社區為範疇的社區化及在地化醫療。CMD 除本身體質病因外,患者常同時受到個人性格、心理、家庭和社會等因素影響,導致疾病慢性化的結果[1];因而需要跨領域專業人員在社區持續性照護的過程中密切合作,協助患者適應疾病與生活。由於日間照護是未來銜接醫院與社區的重要中繼站,相繼開發 CMD 急性病房及晚近的日間照護單位,可能是將來的趨勢。本文以 CMD 復健治療的心身醫學日間照護單位為例,就社區心理衛生護理之觀點,探討精神衛生護理人員的角色功能;並藉由案例說明,期能提昇專業人員對社區 CMD 照護需求的重視,同時探討護理專業在社區心理衛生(community mental health)領域的發展與前瞻。

護理專業與社區心理衛生

社區心理衛生服務所涵蓋的範圍十分廣泛,包括學校、工廠、社區地段(如家戶或公共住宅)、監獄等社區組織團體中人群的心理康議題,譬如社區心理衛生中心則是為出院病患或社區民眾提供持續性的心理健康服務[8]。英國有所謂的社區心理衛生團隊(communitary mental health teams, CMHTs)訪視地段個案以提供不同身心健康需求的病患所需服務[9,10];美國護理人員在社區心理衛生的執業場域則包括:社區心理衛生中心、戒毒中心、社區嚴重精神疾病(含心理發展遲緩)處置中心、物質濫用治療服務之家等行為健康照護場域(behavioral health care settings)[11];此外,亦有用生理回饋法改善心身症狀之實務探討[12,13],或著墨於該領域護理工作之專業內容與行政業務[14]。然而針對 CMD 的有效護理措施至今仍探討不多,僅有少數文獻指出應有更多護理人員投入基

層社區照護中的憂鬱症篩檢和處置[15-17]。

在全球精神疾病負荷與社區心理健康需求日益高張的雙重挑戰下,澳洲與歐美各國在國家保險的支持下紛紛設立行動心理健康門診(walk-in clinics),主要由護理師在精神科醫師的督導下於社區獨立看診,提供民眾便利可近的心理康諮詢、評估、處置服務,同時也接受醫師轉介,護理師得以獨立評估個案需求、處置或轉介個案給其他醫師[18]。另一類護理角色乃針對社區精神疾患患者之心血管疾病、代謝健康問題及其就醫行為進行介入與篩檢,以提升正確求醫行為,並降低身體疾病對此族群之威脅[9,19],已有研究證實護理介入確實可有效發現個案之健康問題。

上述護理服務可謂社區疾病預防三段五級模式之展現,藉由社區護理專業角色及功能之發揮讓有精神心理康需求的民眾可自由就診,因其定位與命名得以去汙名化,增進民眾就診動機,再由護理師判斷個案的問題是屬於初段、二段或三段預防之範疇,藉由簡短便利的心理康篩檢工具發現民眾各類精神疾病[20],或者藉由護理評估發現需進一步處置的生理健康問題(如肥胖、高血壓、活動缺乏等),進而執行症狀評估、問題診斷、疾病處置等社區心理衛生護理業務[15,21]。

反觀國內目前的社區精神醫療/心理衛生服務大都是由醫院體系、衛生體系與其他社區機構分別提供門急診、日間留院、社區精神復健、居家治療、工作坊、康復之家、社區心理衛生中心等服務模式,這些服務系統多半由醫院精神科護理人員承接相關業務、少數由護理師獨立開業(如康復之家)。然而,就上述社區心理衛生護理服務的精神觀之,其實相當需要精神專科護理人員於廣義的社區或地段中發揮初級與次級預防的功能,或者藉由政府培養足夠的非精神專科護理人員具備心理康篩檢評估的能力,以利早期發現個案、早期介入處置。目前台灣社區中的精神復健(三級預防)工作大都由各區健康服務中心內的公衛護理師所負責,主要還是集中在嚴重精神疾病(如思覺失調症)之精神障礙個案管理、低風險自殺企圖者追蹤訪視等工作;在社區當中普遍缺乏專任精神科護理人員的配置;多數公衛護理師並無精神科專業背景且訓練不足,在負責精障個案管理時,常會遭遇照護上的困

表一：心身醫學日間照護單位治療活動列表

名稱	參與人員	活動敘述	目的
藥物治療與藥物自我管理	醫師、護理師	醫師與病友一起討論藥物療效與副作用，護理師協助監督服藥與排藥，並運用團體引導病友分享藥物管理經驗。	提升病友服藥動機與遵從性。
生活關照團體	護理師	由護理師帶領病友從團體中分享讀報資訊、假日居家生活、人際溝通經驗、紓壓方式等廣泛的生活議題。	增強病友人際互動與學習。
健康促進團體	護理師	透過衛教團體提供疾病症狀、治療資訊、健康促進新知等教育內容，並於團體中監測病友體重、血壓、脈搏等。	強化健康促進概念與實踐、達到疾病預防之目標。
睡眠團體	醫師、護理師	帶領病友進行失眠焦慮憂鬱相關量表評估、影片、肌肉放鬆訓練、腹式呼吸法、睡眠衛生教育等。	增進病友對睡眠衛生、安眠藥、放鬆技巧等之認識。
靜心團體	職能治療師	帶領病友一同書寫書法，透過毛筆將思想、情緒融入於其中。	提升病友們的專注力、持續力，以達到淨心、心靈修為的境界。
院內/院外活動	職能治療師	邀請病友一同參與院內活動如慶生會、歌唱大賽、棋藝大賽、點心製作等，院外活動如國父紀念館、陽明山等。	增進病友的社區生活適應。
金頭腦團體	職能治療師	帶領病友進行認知功能訓練活動，如象棋、麻將、UNO 牌、數獨、拼圖等。	訓練專注、思考、問題解決、記憶力、反應力及適當的分組合作，啟發團體認同並提升自信心。
唱跳娛樂活動	職能治療師、護理師	帶領病友組成歡唱團體和進行肢體伸展與舞蹈，引導病友宣洩情緒與表達情感。	增進生理功能、促進健康、培養嗜好、增進休閒活動與生活品質。
藝術活動	職能治療師	邀請病友一同共襄盛舉參與手工藝活動如中國結、毛線編織、縫紉、串珠等。	改善病友空間概念與認知功能、促進手工能、操作靈活度與協調性以提升自信、培養工作技能及興趣。
社工團體	精神科社工	引導病友進行生活問題或其他主題討論	訓練專注、思考、問題解決、記憶力、反應力及適當的分組合作，啟發團體認同並提升自信心。

難，且無法專精於此類個案之持續照護[22]。

社區心理衛生護理與 CMD:以心身醫學日間照護服務模式為例

面對現今大多數潛在的 CMD 患者或未診斷的精神疾病患者，許多雖未就醫卻有醫療需求，這將是未來台灣老化社會中相當大的負擔，若不治療則很可能長期惡化，且成為社區或家庭的重大壓力源[23]；這些潛在的需求，多屬初段或二段預防工作，宜由國家衛生機關整合跨領域專業人力發展相

關服務，並規畫合適的經費與人力執行社區之心理衛生照護工作。國外文獻指出心身照護中護理角色的重要性，並已提出一般護理人員能力限制的面向以利未來發展之參考，例如：克服精神疾病汙名化、提升憂鬱症認知等[16]。然而，在國內，就護理師在參與 CMD 病患的社區照護上，仍在萌芽階段，其服務、教學與研究均亟待開發與研究。

日間照護隸屬社區心理衛生服務的一環，對於部分 CMD 患者復原歷程中的身心社會調適與病狀穩定來說，有其重要性。在此以北部某醫學中心之心身醫學日間照護病房(以下簡稱心身日照單位)

為例，說明 CMD 照護服務模式，該病房的服务人員係由完整的精神科專業團隊所組成，包括精神科醫師、護理師、職能治療師、社工師、心理師等，提供身心整合的治療照護模式。心身日照單位屬開放空間，病友(學員)可自由進出，共配置四位護理師負責 60 位病友之照護。病友來自精神科急性病房出院患者或醫師轉介之門診病人。從早上九點到下午四點皆可在日間照護單位的空間中活動，每日所安排的復健活動或團體課程，均針對於復健目標所設計，專業團隊人員針對治療目標所設計、提供的服務內容詳見表一。

心身醫學日間照護單位之護理角色功能

護理工作範疇橫跨公衛三段五級中的各項業務，其中，銜接病患從日間照護單位到返回社區獨立生活的服務模式中，日間照護單位因著重於疾病復健、社區適應與自我照顧，對於 CMD 病患復原且回復獨立的生活型態，佔有舉足輕重的地位[24]。護理人員在疾病復原的過程中，除了負責給藥與藥物衛教、帶領團體活動、協助行政工作等常規內容外，在家屬、醫療團隊與病患間之溝通互動扮演極重要的角色。茲將功能依專業度分述如下：

一. 專業功能

(一)自主獨立作業：護理常規作業(如入院病患身心評估紀錄、點班等)、評估病患病情變化、處理病患的情緒、壓力、詢問健康問題以及處理病患間衝突等。此外，護理師評估病患與家屬的互動狀況及其人際關係，進而提供疾病衛教或協調互動。(二)非獨立性工作：執行醫囑或醫師指示之事項，如給藥。(三)協同性工作：與跨領域團隊成員共同合作才可達成之業務，例如帶領團體治療活動、疾病處置計畫等。

二. 醫事服務相關行政事宜

目前護理師除上述專業功能外，還需協助下列行政事務：(一)環境管理：包括物品查核或安檢等多工作，如醫材/電熱箱查檢、每日協助病友整理藥盒、藥紙及藥袋；(二)醫療復健用品之保養校正：每個月

填寫電子血壓計與耳溫槍保養單、健康器材之維護與安全管理；(三)飲食管理：協助病友處理訂餐事宜、營養評估；(四)病歷相關行政事宜：標示病人特殊保險身分、確認病歷之輸送、整理病歷紙張與內容；(五)生活型態管理：收集病友每週假日生活歷程紀錄以深入了解社區生活樣貌及治療進展。

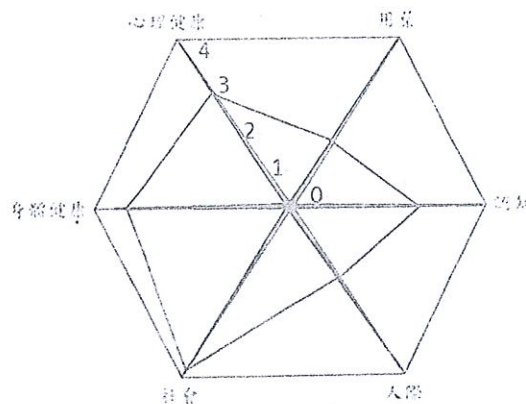
案例介紹

以下藉由一位 CMD 案例，說明個案特性與護理照護之重點：王女士，68 歲，診斷為復發型重鬱症，生性不喜與他人往來，長期情緒低落、有自殺意念、生活缺乏重心，與先生及兩個兒子的關係不佳，與先生的衝突已近 30 年；目前獨居、以收租支撐經濟；小兒子是相對較為關心個案的家人。53 歲時第一次於本院精神科急性病房住院治療，出院後於門診斷續治療，然因症狀不穩定未遵從醫囑，後續十五年間多次出入病房，亦曾有過兩次吞藥自殺行為，醫師將之轉介到心身日照單位接受復健治療，復健目標為：穩定病友情緒、培養獨立生活功能、增進人際關係與群體認同。於該單位中評估病友主要問題多與社會心理因素有關，例如其人際敏感常導致長期與家人間的關係緊張，進而影響情緒及睡眠，並產生無用、無助、無望與孤單寂寞感。

依據個案為中心、家庭為單位、社區為範疇之處置原則，心身日照單位透過跨專業團隊共同評估處置，列出個案在六大症狀層面之處置目標(圖一)。各面向皆可依據個案實況予以量化評估，提供長期客觀的數據，以做為調整復健與治療活動目標之根據。由圖一可看出個案在用藥、認知與人際部分仍有改善空間，然而在社會、身體及心理健康等層面則有相對較好的表現。茲就王女士之六大層面症狀之護理角色與功能說明如下：

一. 用藥面

護理評估發現個案主要問題之一，在於服藥遵從性不佳造成症狀不穩定，導致疾病復發率高且影響預後。除透過護病關係的建立每日親視服藥、監督排藥外，為防藏藥亦僅讓個案帶當晚的安眠藥回家服用，同時指導個案紀錄服藥與心情變化，以訓練個案自我覺察服藥狀況與症狀變化，並透過情緒



圖一：心身醫學日間照護之六大護理面向

支持與衛教；提升服藥治療動機。

二. 認知面

藉由團體治療活動提升病友們之專注力、思考、問題解決能力，並訓練其反應與記憶力；於護理團體中並討論、追蹤每個人在心身日照單位的生活適應問題，依其特性適度鼓勵發言、參與活動、增進病友間互動，以提升認知功能。

三. 人際面

確保精神疾患個案的社會融入是社區心理衛生護理的主要部分[25]。心身日照單位像是一個社會縮影，病友之間會形成一些社會網絡，護理師藉由觀察與傾聽，得以了解病友在人際互動上的困擾，藉由問題討論使個案發現自己的優缺點、找尋較佳的互動策略，以提升其自尊、增進社會網絡能力。

四. 社會面

在心身日照單位中，護理師是接觸病友生活大小事最頻繁的對象，藉由病友每日主訴及深入會談，得以了解其於社會適應上的問題，例如社區活動參與或工作動機缺乏的原因、家庭與人際互動情形、或是每日生活上面臨的困難與挑戰等，護理師需與醫師、社工、職能治療師共同合作，以協助病友調適家庭或於心身日照單位之團體生活、因應社會挑戰，進而能融入所處社會，達到良好的社區再

融入(community reintegration)[26]，以營造有利的復健環境。

五. 身體健康面

由於 CMD 與身體健康狀態具高度相關，病友會向護理師訴說其身體不適(例如頭痛、腰痛、腸胃不適等)，護理師需藉溝通技巧建立關係、提供心理支持、給予適切建議或給藥，同時轉知團隊，以利內外科問題之正確診治、精神藥物之調整或團隊介入策略之改變，此作法呼應文獻所提到的社區心理衛生護理之心身共同照護原則[16,19]。由於有些病友會因生理疾病因素而離開心身日照單位，接受一般內外科急性住院醫療處置，但不久後又回籠的情形十分常見，如何建立病友對生理疾病處置的正確觀念，提升自我照顧能力及紓壓放鬆技巧，並與團隊成員產生共識，也是日間照護的重要護理工作之一。護理工作透過每日關懷問候、身心狀況評估、與紓壓技巧指導，可增加病友們對壓力的自我覺察與對放鬆概念的認知及實踐，藉以增加正確就醫之健康行為、輔助藥物及團體治療介入，以促進整體心身照護與精神治療之效果。

六. 心理健康面

護理師每日觀察記錄病友之情緒變化或重要生活事件；每週指導病友書寫心情日記，並於週一護理師帶領的生活團體討論中給予回饋；每月引導病友完成一份心理健康自評量表(簡式症狀量表，俗稱心情溫度計，The five-item Brief Symptoms Rating Scale, BSRS-5)，以量化病友的心理健康變化，亦可掌握其心理健康狀態波動，提升病友的希望感與自我控制感，及時給予回饋與激勵。BSRS-5 在國內已廣用於民眾自評近一周內的心身症狀與反應[27]，其修改版 -BSRS-5R(The Revised BSRS-5)更加簡短便利且具良好之信效度(表二)，可篩檢出精神疾患或自殺意念存在的可能性[28]，以利後續決定是否偕同精神科醫師深入評估之必要性。

綜上所述，護理師藉由每日生活接觸，提供病友有關 CMD 疾病與身心調適的策略與因應之道，由於大多數病友和王女士一樣，屬於重鬱症或處在雙極型情感疾患之鬱期(兩者合占總個案數之

表二：簡式症狀量表修改版(BSRS-5R)，最近一週內(包括今天)，您是否有下列情形

1. 你會因難以入睡、易醒或早醒等睡眠困難感到困擾	☐ 是	☐ 否
2. 你會因緊張不安，而感到困擾	☐ 是	☐ 否
3. 你會因苦惱或動怒，而感到困擾	☐ 是	☐ 否
4. 你會因覺得比不上別人，而感到困擾	☐ 是	☐ 否
5. 你會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	☐ 是	☐ 否
6. 你最近一週會因自殺或想結束生命的想法感到困擾*	☐ 是	☐ 否

註1：*第六題為附加題，不納入計分。

註2：BSRS-5R 每題1分，第1-5題總分大於4分代表有明顯情緒困擾，建議進一步轉介心理衛生與精神醫療專家諮詢與評估。

80%)，照護工作十分繁重。然而護病比(1:15)的限制下護理專業的發揮有其限度，但藉由跨領域團隊人員的共同處置下，CMD 病友仍可得到相對有品質的照護服務，相較於其他未有專門人力可提供此類病友持續性照護服務的情況而言，心身日照單位的照護模式對於此類病友來說，提供了相當重要的保護因子。

社區心理衛生護理之未來展望

台灣在快速老化及社會急遽變遷的脈動之下，未來 CMD 病患將與日俱增，倘若個案自覺無就醫需求、未接觸治療或拒絕治療，皆可能為家庭與社會帶來潛在的重大隱憂，例如一些社區不明原因的自殺或殺人事件，可能與 CMD 或精神疾病未妥善治療(或治癒)有關。因此，強調跨領域的心身醫學服務模式將是未來醫療領域的一個重要策略[29]，而護理在此扮演重要的守門人角色，例如在急診、跨科門診或病房針對高危險群(如癌症、心臟病、糖尿病患者等)，或為社區地段健檢民眾進行身心健康篩檢，或教導社會大眾以手機下載簡短身心健康量表(如 BSRS-5 App 版)，定期進行自我身心狀況檢測，藉以發現是否有潛在的 CMD 醫療需求[30]。

再者，社區心理衛生護理人員以問題解決處置法介入 CMD 初發患者之有效性，亦不亞於醫師處置之效果，可大大提升成本效益[31]。面對此一趨勢，屬於醫療主力的護理人員將是未來社區心理衛生服務中，提升社區民眾身心健康不可或缺的首要推動者[32,33]，不但可於初段預防工作中，教導民眾如何做好壓力管理、健康自控與心理健康促進；

以第二段預防概念早期發現不同護理科別/場域中潛在的 CMD 個案；更可於第三段預防工作中宣導、提供心理衛生概念，以防止精神疾病或心理健康問題之惡化與後遺症的產生。

然而，面對現代的趨勢，社區心理衛生護理仍是有待發展的領域，本文提供發展社區心理衛生護理的一個新視野，由此延伸出一些值得思考的議題，如：心身醫學日間照護單位中的精神衛生護理人員如何發揮角色功能以落實 CMD 持續性照護的有效性？精神科護理如何「走出精神科病房、走入社區、進入社會」[34]以服務廣大社區中的 CMD 病患？以及護理如何突破心理衛生中心的現有困境以尋求社區心理衛生護理的專業角色定位[35]等，在講求心理健康主流化的現代社會中，強化護理人員從復元(recovery)為導向的服務觀點以增進社區精神個案的處遇能力，也將是各科護理人員提升患者心理健康的重點策略之一[36]。未來心身醫學日間照護單位有待解決的問題，將包含如護理業務負荷量與照護品質、品質控管與量化評值等面向，期待護理界專家學者能共同關心，尤其需要深入探討社區心理衛生護理之實務內容，界定其專業角色[37]。未來在各種社區一般醫療或非精神科醫療情境下，由護理人員提供心理衛生服務的機遇勢必增加，期盼在完善的衛生政策引導與合適的經費預算支持下，護理領域能有更多教育、研究、實務層面的運作，促使社區心理衛生護理專業得以發展。

致謝

本文作者感謝下列護理人員，對於文中所提之

心身醫學日間照護單位之貢獻：江秀瑄、楊秀英、歐李芝蓉、蔡育琦、梁小平、蔡宜芳、吳珮君等人。

聲 明

本研究之利益衝突：無。知情同意：不適用。
受試者權益：無人體或動物實驗。

參考文獻

1. Wang PS, Berglund P, Kessler RC: Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med* 2000;5:284-92.
2. Ishikawa H, Kawakami N, Kessler RC: Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015 Jul 7:1-13.
3. 李選、陳子雲、林淑琴：二十一世紀護理人員應具備的精神衛生護理素養。護理雜誌 2005;52:5-8。[Lee S, Chen TY, Lin SC: Equipping nurses with psychiatric mental health nursing skills for the 21st century. *J Nursing* 2005;52:5-8.]
4. 黃玉珠、王育慧：伴我路遙遙—家屬及公衛護理師照護社區精神病患之現況與困境。護理雜誌 2015;62:26-33。[Huang YC, Wang YH: A long way home: the current state of care provided by family caregivers and public health nurses to persons with mental illness in the community. *J Nursing* 2015;62:26-33.]
5. 戎瑾如、蕭淑貞、蘇淑芳：台灣精神衛生護理的發展方向。護理雜誌 2014;61:5-10。[Rong JR, Shiau SJ, Su SF: The development of psychiatric and mental health nursing in Taiwan. *J Nursing* 2014;61:5-10.]
6. 蕭淑貞、黃宜宜、林靜蘭：社區精神衛生持續性護理的現況及展望。護理雜誌 2005;52:11-17。[Shiau SJ, Huang XY, Lin CL: Continuous care in community psychiatric mental health nursing: current state, future prospects. *J Nursing* 2005;52:11-17.]
7. 蕭淑貞、黃珮玲、戎瑾如、黃瑞媛：精神衛生專科護理師規範的發展。精神衛生護理雜誌 2011;6:1-9。[Shiau SJ, Huang PL, Rong JR, Huang JY: The regulation development of the psychiatric mental health nurse practitioner. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2011;6:1-9.]
8. Ritter LA, Lampkin SM: Foundations of community mental health and illness. In: *Community Mental Health*, MA, Jones & Bartlett Learning, 2012:3-23.
9. Osborn DPJ, Nazareth I, Wright CA, et al: Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. Phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. *BMC Health Serv Res* 2010;10:61.
10. Tucker S, Wilberforce M, Brand C, et al: Community mental health teams for older people: variations in case mix and service receipt (I). *Int J Geriatric Psychiatry* 2015;6:595-604.
11. Kudless MW, White JH: Competencies and roles of community mental health nurses. *J Psychosoc Nurs* 2007;5:36-44.
12. 李欣萍、蘇以青、侯淑英：運用放鬆技巧及生理回饋訓練照顧門診—憂鬱症患者身心症狀之護理經驗。護理雜誌 2009;6:101-8。[Lee HP, Su YC, Hou SY: The application of relaxation techniques and biofeedback to an outpatient with depression disorder: a nurse's experience. *J Nursing* 2009;6:101-8.]
13. Ratanasiripong P, Kaewboonchoo O, Ratanasiripong N, et al: Biofeedback intervention for stress, anxiety, and depression among graduate students in public health nursing. *Nurs Res Pract* 2015;160746:1-5.
14. Happell BM, Gaskin CJ, Hoey W, et al: The activities that nurses working in community mental health perform: a geographical

- comparison. *Aus Health Rev* 2013;4:453-7.
15. McIlrath C, Keeney S, McKenna H: Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *J Adv Nurs* 2010;66:269-81.
 16. Mendes A: Depression and mental health in the community and the role of the nurse. *Br J Community Nurs* 2015;5:253-4.
 17. Wood S: The contribution of nursing to public health practice in the prevention of depression. *Nur Health Sci* 2008;3:241-7.
 18. Crismani C, Galletly C: "Walk-ins": Developing a nursing role to manage unscheduled presentations to a community mental health clinic. *Contemp Nurse* 2011;1:12-9.
 19. Happell B, Stanton R, Hoey W, et al: Cardiometabolic health nursing to improve health and primary care access in community mental health consumers: protocol for a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2014;2:236-42.
 20. Allen J, Annells M: A literature review of the application of the Geriatric Depression Scale, Depression Anxiety Stress Scales and Post-traumatic Stress Disorder Checklist to community nursing cohorts. *J Clin Nurs* 2009;7:949-59.
 21. Winchester BR, Watkins SC, Brahm NC, et al: Mental health treatment associated with community-based depression screening: considerations for planning multidisciplinary collaborative care. *Ann Pharmacother* 2013;6:797-804.
 22. 林靜蘭、黃秀梨：衛生所之社區精神衛生工作的挑戰與機會。護理雜誌 2011;3:80-6。[Lin CL, Huang HL: Opportunities and challenges for community healthcare center psychiatric care. *J Nursing* 2011;3:80-6.]
 23. Hope K: A hidden problem: identifying depression in older people. *Br J Community Nurs* 2003;7:314-20.
 24. Jacob ME, Abraham VJ, Abraham S, et al: The effect of community based daycare on mental health and quality of life of elderly in rural south India: a community intervention study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;5:445-7.
 25. de Jong G, Schout G, Abma T: Prevention of involuntary admission through Family Group Conferencing: a qualitative case study in community mental health nursing. *J Adv Nurs* 2014;11:2651-62.
 26. Wu CY, Lee MB, Wu CS: The physical and mental health problems and holistic care of burn patients. *Taiwan Medical Journal* 2015;58:347-52. (In Chinese)
 27. Lung FW, Lee MB: The five-item Brief Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry* 2008;8:53.
 28. Wu CY, Lee JI, Lee MB, et al: Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Formos Med Assoc* 2015 Jun 30. pii: S0929-6646(15)00174-6
 29. Wise TN: Update on consultation- liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatr* 2008;21:196-200.
 30. Allen J, Annells M, Nunn R, et al: Evaluation of effectiveness and satisfaction outcomes of a mental health screening and referral clinical pathway for community nursing care. *J Psychiatr Ment Hlt* 2011;5:375-85.
 31. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, et al: Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. *Brit J Psychiatr* 2006;189:50-9.
 32. 黃惠娟、王麗華、張秀如：社區慢性失能族群之心理健康促進。護理雜誌 2015;4:34-40。

- [Huang HC, Wang LH, Chang HJ: Mental health promotion among the chronic disabled population in the community. *J Nursing* 2015;4:34-40.]
33. Hughes FA, Bamford A: Providing nursing leadership in a community residential mental health setting. *J Psychosoc Nurs* 2011;7:35-42.
34. 趙可式：精神衛生護理與靈性照護。護理雜誌 1998;45:16-20。[Chao CS: Psychiatric mental health nursing and spiritual care. *J Nursing* 1998;45:16-20.]
35. 姚卿騰：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 2015;62:5-11。[Yao CT: A review of Taiwan's community mental health policies: current developments and future prospect. *J Nursing* 2015;62:5-11.]
36. 張珏、謝佳容：心理健康主流化—促進與復元。護理雜誌 2014;61:18-25。[Chang C, Hsieh CJ: Mental health mainstreaming: promotion and recovery. *J Nursing* 2014;61:18-25.]
37. Crawford P, Brown B, Majomi P: Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *Int J Nurs Stud* 2008;7: 1055-63.

The Perspectives of Contemporary Community Psychiatric and Mental Health Nursing

Chia-Yi Wu^{1,4}, Ming-Been Lee^{2,3}, Chun-Ti Yu⁴, Ju-Yu Lin⁴, Ren-Ping Huang⁴, Hsi-Chung Chen³

Abstract: Community-based care has become the key direction for contemporary medical development. Among all the themes of health care, common mental disorders (CMDs) are specifically a popular target for medical service. CMDs are common mental health problems that include depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, eating disorders, sleep disorders, and substance use disorder. The disease processes entail both physical and psychological symptoms and are related to constitutional, mental, familial, and social factors concurrently. Severe chronicity of the diseases can lead to disability. The article took the example of a CMD daycare unit to present the total care approach within psychosomatic conceptual framework. A case with recurrent major depressive disorder was used to illustrate the advanced perspectives of community psychiatric and mental health nursing and the role and function of the nurses in the interdisciplinary professional teams. The challenge and development of the future field of community psychiatric and mental health nursing were also discussed.

Key Words: Common mental disorder (CMD), community psychiatric & mental health nursing, daycare unit, interdisciplinary professional teams

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2016;20:96-105) DOI:10.6320/FJM.2016.20(1).13

¹School of Nursing; ²Department of Psychiatry, National Taiwan University College of Medicine; Department of

³Psychiatry and ⁴Nursing, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Received: September 18, 2015

Accepted: October 27, 2015

Address correspondence to: Chia-Yi Wu, School of Nursing, National Taiwan University College of Medicine, No. 1, Sec. 1, Jen Ai Rd., Taipei, Taiwan. E-mail: jennycyw@ntu.edu.tw