

紐西蘭精神健康照護 的危機與變革

蕭孟芳 教授 / 任職於紐西蘭北地旺阿雷醫院





本文概述紐西蘭精神健康照護的演變及現行《精神健康法》的道德與人權問題，闡述影響精神健康照護的社會決定因素，從歷史文化、社會經濟和政治因素，了解殖民創傷、系統性種族主義、歧視與污名化對紐西蘭原住民毛利人精神健康的影響。反思這些因素，使精神健康照護從生物醫學模式和懲罰性單獨監禁轉變為注重文化安全的康復模式與社區福祉。創傷知情照護和文化安全的實踐在建立良好的醫病關係上扮演重要的角色。創傷知情照護從整體角度看待精神疾患的生活經歷，並透過以人為本的照護建立醫病關係，以夥伴關係共同努力促進康復並避免再次受到創傷。文化安全的核心原則是醫護人員反思自己的態度與作為，尊重服務使用者個體差異，強調服務使用者在照護過程中的個人感受，是否受到尊重與賦權。然而，現行的《精神健康法》未能充分落實聯合國《身心障礙者權利公約》的要求，強制評估與治療令與文化安全的康復模式發生衝突，使服務使用者再度受到傷害。已經施行30多年的《精神健康法》從未經過全面檢討改進，2018年精神健康和成癮調查報告建議政府廢除或修改這項法律，2019年政府全面啟動新法立法諮詢工作，於2023年7月通過新立法政策，新法將於2024年頒布施行。以《懷唐伊條約》為基礎的精神健康照護改革，明定要解決的問題及其解決方案，確保新的「精神健康法」彰顯人權與社會正義，落實夥伴關係與文化安全，採用以能力為基礎的評估，促進服務使用者制定支持決策，與精神健康照護的康復模式和社區福祉保持一致，嚴格限制使用強制治療或脅迫措施。新法變革即將上路，願景美好，但解決經費不足與人力短缺的實質問題仍是一大挑戰。

紐西蘭精神健康照護體系的演變

精神健康照護的歷史相當複雜且被污名化受到歧視。在中世紀及文藝復興時期，精神疾患 (mental disorder) 被視為不道德的、魔鬼附身的危險瘋子，是被關在籠子裡或監禁在囚室，並遭受不人道和屈辱的待遇。1800年代，開始成立精神病院以較人道的方式收容精神病患，這些大機構建立的目的是以禁閉與隔離的方式，照顧精神病患以保護公眾安全。伴隨精神病院機構化的成立，也開始發展精神護理並於19世紀末 (1882年) 在美國麻薩諸塞州成立第一所精神護理學校，在20世紀初 (1920年)，第一本護理教科書出版。此期間，精神健康照護受生物醫學模式 (biomedical model) 的影響，由精神科醫師主導治療方案，病院機構化將病患集中管理，病患被剝奪權利，變成被動的照護接受者。無視於病患個人的需求或文化差異，不考慮個人的福祉，對被關禁的病患採取一視同仁的照護。到了1950-1960年代，護理理論家也就是後來被稱為精神護理之母的美國護士赫德嘉佩普勞 (Hildegard Peplau) 提出人際關係是護理醫病關係的基石，精神照護是建立在醫病的夥伴關係，與過往的被動接受治療相反，而是要依病患個人不同的需求接受醫療照護。

在1980-1990年代，全球開始將精神病院去機構化 (deinstitutionalisation)，紐西蘭跟隨世界潮流將精神病患收容所去機構化，讓精神病患經過治療後可以回歸社區生活，從傳統的收容治療與集中管理方式轉變成以社區照護為主的康復模式 (recovery model) 與促進福祉 (wellbeing) 的訴求。

紐西蘭於1992年實施《精神健康法》 (Mental Health Act 1992)，將心理疾患 (mental disorder) 或稱精神疾患 (psychiatric disorder) [註：本文統一使用精神疾患一詞] 定義為「就任何人而言，是指一種異常的精神狀態 (無論是持續性的還是間歇性的)，其特

徵是妄想，或有情緒、知覺、意識或認知障礙。這些異常精神狀態對自身或他人的健康或安全構成嚴重危險，或嚴重削弱自身照顧自己的能力」。在《精神健康法》框架下，這些精神疾患須接受強制性評估及治療 (compulsory assessment and treatment)。但如果某些條件和情況是唯一存在的問題，則不能作為使用1992年《精神健康法》的理由，包括政治宗教或文化信仰、性取向、犯罪或不良行為、藥物濫用或依賴、智力障礙等。

《精神健康法》強制評估和治療令 (Compulsory Assessment and Treatment Order) 規定了政府何時可以干預個人生活，在未經個人同意的情況下作為精神健康照護的指南。目的是作為那些處於脆弱和痛苦狀態、不願意或無法接受精神健康照護的人們的最後手段。雖然每年僅有少數人會受到《精神健康法》的影響，2020/21年，使用專業精神健康和戒癮服務的人中只有不到6%受到該法案的約束，但它對經歷過該法的服務使用者 (service user) 的生活及其家庭產生了重大影響。

現行的《精神健康法》使用替代決策 (substitute decision-making) 以及將精神疾患加風險 (mental disorder plus risk) 聯繫起來作為強制治療的標準，嚴重違反聯合國《身心障礙者權利公約》 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)。2018年獨立心理健康和成癮調查報告「通往健康之路」 (He Ara Oranga) 承認現行的《精神健康法》沒有跟上朝向康復模式和福祉照護方法轉變的步伐，並且從未經過全面檢討改進。該報告建議廢除並取代1992年《精神健康法》強制評估和治療令，以尊重及體現人權的方法，採用以能力為基礎的評估 (capacity-based assessment) 取代精神疾患加風險的評估，協助服務使用者制定支持決策 (supported decision-making) 取代替代決策，並引入預立指示 (advance directives)，可使

服務使用者在精神健康危機時能夠傳達醫療照護偏好，因為他們可能無法輕易表達這些偏好。

為確保精神健康照護的康復模式和福祉訴求保持一致，提供措施以盡量減少強制評估與治療。紐西蘭政府接受上述建議，積極推動廢除並取代現行的《精神健康法》。自2019年以來，在制定新法尚未完成之前，分階段改善或解決一些問題。依據現行的《精神健康法》，改善服務使用者體驗，必須嚴格限制使用單獨監禁 (seclusion) 及束縛 (restraint)。單獨監禁是將服務使用者禁閉隔離於空空蕩蕩的小房間裡，無法自由離開。束縛是以保護或安全為藉口，使用物理方法或藥物控制，限制服務使用者行動自由，實則與虐待無異。此外，為改善照護品質，衛生部每年在精神健康及藥物成癮的醫療照護的預算提高至20億紐幣 (約400億台幣)。其次是對現行《精神健康法》做初步修訂，2021年10月通過《精神健康》強制評估和治療令修正案，取消無限期強制治療令。最後依據2019年政府批准的新立法制定原則，啟動全面廢除並取代現行的《精神健康法》，展開公眾諮詢、學術研究和參考國際案例，以了解關鍵問題和新立法的潛在選擇。政府相關部門與專家諮詢小組合作，測試及完善政策建議，於2023年7月通過新立法政策，新的精神健康法將於2024年頒布施行。

現行精神健康法

紐西蘭現行的《精神健康法》於1992年通過，在當時被認為是進步的。該立法是在去機構化政策接近完成時通過的，所有獨立精神病院均於1998年關閉。1992年的立法規定了醫院外的強制治療，即社區強制評估與治療，對接受強制評估和治療的人提供了更大的法律程序保護。

現行的《精神健康法》已經運作超過30年，是紐西蘭精神健康照護的法律依據，每個

精神健康專業醫護人員對《精神健康法》強制評估和治療令的相關法律條文及服務使用者的權利都須相當熟捻，並且嚴格遵守每一個流程。精神病房都設有法官室，每星期固定有一天舉行聽證會，法官審查 (judge review) 決定服務使用者是否需要或延長強制治療令，及何時結束強制治療令。強制治療令效期6個月，可申請再延長6個月。若需要再延長則變成無限期強制治療 (2021年10月已經廢除)，但每6個月需要臨床審查 (clinical review) 報告。如果病患在強制治療期間犯罪入監服刑，強制治療令自動失效。

《精神健康法》也賦予精神疾患的權利，涵蓋在條文第63A條至第75條：充分被告知、文化認同受到尊重、獲得適當的治療、同意錄製影片或語音、獨立的精神病學建議、法律諮詢、可以有陪伴 (也規定了可以使用單獨監禁的條件)、接待訪客和撥打電話、接收和發送信件、投訴侵權等10大權利。不過，在臨床實踐中，病患有騷擾、威脅或恐嚇他人時，醫護人員可以視情況限制病人使用手機上網、打電話或扣壓信件。

《精神健康法》共有146條文，茲將其中與精神科醫護人員與服務使用者有密切相關的法律條文整理如表一。列出條文的順序是依照臨床評估與治療流程排列的。

精神健康的社會決定因素

精神健康的社會決定因素 (social determinants of mental health) 被定義為影響精神健康的非醫學因素，包括收入、教育、住房、文化歧視和政治制度等更廣泛的系統性因素。社會決定因素顯著影響個人和社區的健康、精神健康和福祉。例如，窮人和弱勢群體最容易出現精神健康問題，因為他們每天都會遭受種族主義和歧視等霸凌與侵犯。有嚴重精神疾患者更會被孤立、被污名化與羞辱。因此，在評估精神疾患嚴重程度和其

康復過程時，需要考慮社會因素的複雜性對精神健康的影響。

社會正義和公平 (equity) 是解決精神健康的社會決定因素的核心議題。影響精神健康的社會因素，如系統性種族主義和文化歧視，是社會不公不義現象的反射，而這些偏見更受公共政策和主流醫學影響而加劇。

歧視與污名化

社會存在偏見，認為罹患精神疾病是最羞恥的健康問題之一，歷史與社會因素將精神疾患貼上污名化的標籤。從歷史上看，有精神健康問題的人被視為危險、有暴力傾向和

不可預測的人，這些非人性的社會歧視至今仍在。因為患有精神疾病的人經常被描繪成令人恐懼的人，由於負面的刻板印象、偏見和歧視，患有精神疾患的人可能會將這些歧視內化 (internalization)，並產生自我污名化的想法和行為，例如妄自菲薄、自輕自賤、自我孤立、賦權感 (sense of empowerment) 下降。污名化引起的社會排斥和邊緣化，限制了一個人積極融入社區活動和享受公民權利。

去污名化首要考慮的是不要以缺陷的觀點看精神疾患，除了法律文件外，避免使用「病人」(patient) 一詞，改以服務使用者、健康消費者 (health consumer)、健康使用者 (health user)、顧客 (customer) 或客戶 (client) 等中性名詞稱呼。本文統一以服務使用者稱之。

表一：1992年《精神健康法》規範精神科醫護人員指南

法律條文	責任人	條件
第8A條—申請精神健康評估	必須年滿 18 歲的成人	過去3天內見過患者，可認識或不認識病患。 申請必須以書面提出
第8B條—醫療證明	由不認識患者的家庭醫師發出書面醫療證明	
第9條—通知評估	正式授權官(DAO)以書面通知患者何時何地由那一位精神科醫師評估	
第10條—初步評估證明	由精神科醫師評估患者是否有精神疾患	
第11條—書面通知患者需要5天評估與治療	精神科醫師	病患不一定要住院，可在社區接受評估治療。
第12條—在評估治療第5天向患者發出書面通知，請主治醫師進一步評估	精神科醫師	進一步評估病患是否需要接受強制治療。
第13(3)條—書面通知患者住院接受評估	精神科醫師	從門診評估轉為住院評估，接受14天的評估。
第13(4)條—書面通知患者在門診接受評估	精神科醫師	從住院評估轉為門診評估，接受14天的評估。
第13(5)(b)條—住院病人請假	精神科醫師	在特殊情況下，患者可請假在特定的地點停留數小時或數天。

第16條—請法官審查	患者、家屬或監護人、精神科醫師及護理師	病患仍受強制評估與治療的約束。
第14條—最後的評估證明	精神科醫師	向患者發出治療14天後的書面報告。
第14(4)(A)條—申請強制治療令	精神科醫師	
第15條—患者聽證會	精神科醫師	如果法官無法決定是否同意強制治療令，主治醫師可延長病患1個月評估治療。之後，如果法官還是無法做出決定，則強制治療令之申請自動撤銷。
第29條—法官簽署社區強制治療令	病患家屬、法官、精神科醫師	病患可在6個月內住院2次接受治療，每次住院最長14天。如果病情改善，病患回到社區繼續接受強制治療。如果14天後病情沒改善，則依第13條，重新評估病患精神狀態。
第30條—法官簽署住院強制治療令	病患家屬、法官、精神科醫師	病患無法在社區接受強制治療，住院病患每3個月需要臨床審查。強制治療令有效6個月，經法官審查同意可再延長6個月。之後若需要再延長則變成無限期強制治療(2021年10月已經廢除)。
第67條—知情同意治療	病患與精神科醫師	主治醫師必須向病患解釋強制治療的目的，獲得病患同意。如果病患不同意，則須根據第59條提供第二意見。
第31條—住院患者請假出院	精神科醫師	每次可長達3個月，最長共6個月。如果病患未依約回院報到，任何人都可將該病患帶回。如果病患失聯超過3個月，強制治療令即視同失效。
第34條—申請延長強制治療令	精神科醫師	可再延長住院或社區強制治療令6個月，之後若必需再延長，則可無限期延長強制治療(2021年10月已經廢除)。
第59條—病患同意進行繼續治療	病患與精神科醫師	主治醫師必須與病患討論藥物治療與非藥物治療的選擇及其優缺點，病患需要知情同意。
第76條—臨床審查證明	精神科醫師	每3個月需要臨床審查病患是否需要強制治療。如果病情控制穩定，則可以不受《精神健康法》約束。如果病患是無限期強制治療，至少每6個月要臨床審查一次。
第111條—意圖拘留通知	負責照顧的護理師	如果住院病患尚未接受強制評估與治療，負責照顧的護理師可以安排精神科醫師緊急評估並拘留病患直到評估完成。拘留時間不得超過6小時。

污名化與歧視嚴重影響了精神病學的醫療照護，主流生物醫學將精神疾患視為大腦疾病或生化功能障礙，更強化對精神疾患的負面成見。因此，精神疾患的病因被視為大腦障礙，意指個人失敗。精神醫學將「精神疾病診斷和統計手冊」(DSM)奉為圭臬，不僅定義了什麼是異常行為，也定義了精神障礙，而且還建構了社會預期的正常行為。此精神疾病診斷手冊反映了某些種族、性別、性取向、階級和文化偏見，這些偏見讓社會權力不對等關係繼續助長對精神疾患的誤解與歧視。精神醫學對生物醫學模型的依賴以及重視精神病理學與診斷，助長了對精神疾患的污名化、偏見與歧視。

去污名化是消除精神疾患羞恥感的過程。用來醜化精神疾患的語言極為傷人自尊，污名化語言加重對精神疾患的負面刻板印象。污名化的影響可能會阻礙精神疾患尋求就醫。因此，使用以人為本的語言，重點是關注這個人是誰，而不是他們的診斷或其他污名化術語(表二及表三)，可以減輕污名化的負面影響。例如不要使用下列句子：他們是精神病(They are mentally ill)/他們不正常(they are not normal)。不要使用傷人自尊的字，如瘋狂(bonkers)、荒唐(crazy)、傻瓜(nutter)、愚蠢(loopy)、瘋人院(loony bin)、精神病(psycho)、精神錯亂(deranged)、愚蠢(insane)、發瘋(mad)等非常負面鄙視的字詞。應該使用比較正面或中性的描述是：有精神健康狀況的人(person with a mental health condition)/有精神健康問題的人(person with a mental health issue)/經歷精神健康問題的人(person experiencing a mental health problem)。如果是診斷，千萬不要把診斷病名當形容詞描述一個人，而是要以中性的表達方式如「被診斷什麼問題的人」(person who has been diagnosed with)。描述情緒可考慮使用狂野(wild)、混亂(confusing)、衝動(impulsive)、魯莽(reckless)、無所畏懼(fearless)、

無知(uninformed)、自私(selfish)。描述行為可考慮使用不可預測(unpredictable)、不尋常(unusual)、反覆無常(erratic)、衝動(impulsive)、挑剔(fastidious)、一絲不苟(meticulous)等較不冒犯的用詞。

懷唐伊條約與毛利人精神健康

毛利人於1840年與當時英國殖民當局簽訂《懷唐伊條約》(Te Tiriti o Waitangi/Treaty of Waitangi)，英國王室確認其保護毛利人的主權和健康的承諾。然而，殖民化的後遺症以及毛利傳統習俗的侵蝕和文化認同的喪失深深傷害了毛利人，而這種傷害的影響是可以持續幾世代。毛利人在紐西蘭是少數族群，2023年紐西蘭毛利族群有90萬多人，佔總人口的17.3%。儘管過去10年，紐西蘭政府在提供精神健康服務方面有重大進展，但毛利人對《懷唐伊條約》在雙元文化服務(bicultural services)發展的緩慢進展表示擔憂。與其他族裔群體相比，毛利人的健康差異(health disparities)持續惡化，自20世紀80年代以來，精神健康方面的差異一直在擴大，約有三分之一的毛利人患有精神疾患和/或成癮，毛利人的精神病發病率是非毛利人的2倍。

紐西蘭衛生部2021-2022年的統計顯示，毛利人自殺率仍高達每10萬人有16人，是非毛利人的2倍，男性毛利人自殺率是女性毛利人的3倍。2020年一項針對7721名13歲至19歲的青少年學生抑鬱症調查(表四)報告顯示，與歐洲後裔女學生(24%)相比，毛利(38%)女學生有更高的抑鬱症盛行率。單獨監禁是精神健康照護不得已的最後手段，目的是避免病患傷害自己或傷害他人，毛利病患被單獨監禁的機率是其他非毛利紐西蘭人的5倍。

毛利人精神疾患的高盛行率必須找出問題的原因，社會決定因素(social determinants)與精神疾患密切相關。低收入、污名

化、家暴、不公平的經濟條件等與人權 (human rights) 與社會正義 (social justice) 有關的歷史、文化、政治與社會因素必須嚴肅面對，否則見樹不見林，一切醫療照護都是徒勞無功。

毛利人精神健康長期存在差異背後的原因很複雜，其中主要是受到殖民化和種族主義的持續重大影響。更具體地說，是系統性的種族主義和歧視、尋求就醫的困難、社會心理困境以及持續的社會經濟劣勢。毛利人精神健康問題的改善包括解決貧窮問題和獲得優質精神健康服務，對於毛利人來說，精神健康和文化密切相關，為了向毛利人提供安全有效的精神照護，需要將毛利人原住民的世界觀納入醫療照護考慮，換句話說，尊重毛利文化與傳統。在滿足毛利人醫療保健的需求和期望時，支持和加強文化認同對毛利人精神健康的康復至關重要。研究顯示加強文化認同和自決對紐西

蘭原住民和澳洲原住民的精神健康和福祉產生重大的影響。目前，精神健康照護是以歐美為中心的世界觀和生物醫學模式為主導地位，「文化安全」(cultural safety) 這個訴求，鼓勵所有醫護人員對歐美模式持批評態度，並能認知殖民化等歷史因素和制度種族主義等系統性因素對精神健康的影響。紐西蘭是個移民國家，社會已從雙元文化擴展到多元文化，「文化安全」是紐西蘭醫護人員良好臨床實踐的主要考核項目之一。

文化安全概念

去機構化加上對醫病關係 (therapeutic relationship) 重要性的認知，促使精神健康照護朝向以人為本的方向發展。醫護人員與服務使用者 (及其家屬) 之間的關係存在權力不對等，醫護人員擁有專業知識及診斷治療的權威，服務使用者相對處於弱勢。

表二：使用以人為本的語言取代以病為主的語言

以病取人 (identity-first language)	以人為本 (person-first language)
精神疾病 (mentally ill)	有精神健康難題的人 (person living with a mental health challenge)
瘋狂 / 荒唐 / 不安 (crazy / insane / disturbed)	有精神健康挑戰 / 創傷的人 (person living with a mental health challenge / trauma)
憂鬱 / 精神分裂 (depressed / schizophrenic)	有憂鬱症 / 思覺失調症的人 (person living with depression / schizophrenia)
躁鬱症 (manic-depressive)	有雙相情感疾患的人 (person living with bipolar disorder)
癮君子 / 毒癮者 / 吸毒者 (addict / junkie / druggie)	有物質使用難題或障礙的人 (person living with a substance use challenge or disorder)
酗酒 (alcoholic)	有酒精使用難題或障礙的人 (person living with an alcohol use challenge or disorder)
戒毒 / 無私藏毒品 (ex-addict / clean)	康復中的人 (person in recovery)

表三：避免使用污名化的語言

刻板印象 / 污名化	去標籤化 / 尊敬
精神疾病 (mental illness)	精神健康考驗 / 危機 (mental health challenge or crisis)
藥物酒精/濫用 (drug/alcohol abuse)	物質使用難題 (substance use challenge)
執行自殺 (committed suicide)	死於自殺 (died by suicide or lost to suicide)
自殺未成 (failed suicide)	嘗試自殺 (attempted suicide)
讓我抓狂 (It drives me crazy)	讓我困擾 / 惱怒 / 沮喪 (It bothers/annoys/frustrates me)
這是怪胎 (This is nuts)	這是有趣的 / 怪怪的 / 特別的 / 好笑的 (This is interesting/strange/peculiar/funny)
這個人罹患抑鬱症 (This individual suffers from depression)	他們生活在抑鬱中 (They live with experiencing depression)

表四：世界衛生組織5項幸福指標

項次	過去2週的感受	一直	大多數時候	超過一半時間	少於一半時間	有時	從未
1	心情愉快	5	4	3	2	1	0
2	平靜和放鬆	5	4	3	2	1	0
3	活躍和充滿活力	5	4	3	2	1	0
4	醒來神情氣爽有精力	5	4	3	2	1	0
5	日常生活充滿了興趣	5	4	3	2	1	0

判讀：總分低於13或每一項的回答是0或1，表示沒有幸福感，可能有重鬱症 / 抑鬱沮喪。幸福感可能隨時間改變，將原始總分換算成百分比，若有10%的差別，表示是有意義的改變

文化安全的概念是紐西蘭毛利人拉姆斯登 (Ramsden) 在1990年代提出的訴求，旨在提高健康照護和殘疾服務的品質，在後殖民時代如何改善毛利人的健康照護。文化安全是醫護人員要對自己的文化、偏見、和權力做出反思，檢視對服務使用者的潛在影響。這種反思的結果是醫護人員以不帶任何批判的方式實踐健康照護，以同理心為基礎，賦予服務使用者有權力表達自己的意見與決定，讓服務使用者在治療與康復過程中感到文化安全—感受到尊重與賦權 (empowerment)。文

化安全旨在解決醫療保健系統中的權力不平等以及以生物醫學模式所主導的深遠影響。

文化安全始於文化意識 (cultural awareness)，產生文化敏感 (cultural sensitivity)，並形成文化能力 (cultural competence)，然後在臨床照護達到文化安全的實踐。文化意識是對跨文化差異 (cross-cultural difference) 的認識，了解個人的文化和背景都有不同的經歷，反思自己固有的文化信念、價值觀和態度以及它們如何影響自己的行為。醫護人員要

反思「自己做事的方式是正確或唯一的方式」的信念，以同理心轉向更具包容性的觀點。文化敏感意味對文化差異的認識是沒有好壞或對錯之分，文化差異是文化多樣性，只是不同而已，沒有一種文化優於另一種文化。醫護人員具有權力不對等的優勢，不應該對精神疾患存有偏見或歧視，應了解各種精神健康照護方案，尊重精神病患的看法和生活經驗。文化能力是對文化多樣性的認識和學習，提升跨文化技能並轉化為實際應用，滿足不同文化的需求。醫護人員在臨床實踐中應具備有文化知識與技能，提供最佳的照護品質，讓服務使用者感受到文化安全的照護。換句話說，文化意識、文化敏感及文化能力都是醫護人員在臨床實踐文化安全中所必須具備的專業素養，而文化安全則是服務使用者自身的感受。因此，精神健康照護的觀念從完全不考慮病人文化背景的思維轉變成重視每個病人文化差異的實踐。如何在照護病人的同時尊重他們的文化是每個從事精神健康專業的醫護人員必需具有的基本素質要求。

精神健康立法與文化安全

文化安全是良好精神健康照護的基石。尊重服務使用者自決 (self-determination) 以及自己做出決定及採取行動是支撐文化安全的兩大支柱。然而，這兩大支柱與《精神健康法》強制評估與治療令悖逆而發生衝突，因為精神健康照護是根據精神健康立法運作的，該立法是為強制治療提供了法律框架。由於精神健康醫護人員處於獨特的地位，可以在未經同意的情況下提供醫療照護，因此這種權力可能對一個人的自由和自主原則 (autonomy) 產生深遠的影響。依據現行的《精神健康法》強制評估與治療令，一個人可能被視為精神障礙，因此被認為其自決和自主能力下降，因此必須接受強制治療。這意味著醫護人員有權拘留和/或限制某人自決。在法律框架支持下，醫護人員採取強迫評估與治療時會

產生緊張關係，醫護人員必須能批判性反思自己並考慮文化安全。

強制評估和治療的照護可能會與文化安全的概念發生衝突。例如，文化安全是由服務使用者定義的，但一個人如果符合診斷精神疾患的標準，則其精神狀態及其決策能力被否定。同樣，不符合文化安全的醫療行為被定義為任何「削弱、貶低或剝奪個人文化認同和福祉的行為」。醫護人員依據現行《精神健康法》評估一個人的精神狀態、安全和是否傷害他人安全，就可能否決一個人的自主權、權力和自由。然而，一個人不能或不同意自願治療，醫護人員若沒有提供適當的治療又會與臨床實踐的要求與標準相衝突。在治療關係中信任的建立對於提供文化安全的照護至關重要，如果醫療專業和法律框架可能影響醫病關係的建立和維持，良好的臨床實踐文化安全可化解緊張的醫病關係。

精神疾患照護康復模式

1990年代末，紐西蘭精神健康委員會 (Mental Health Commission) 制定了精神健康服務藍圖，以康復 (recovery) 為目的的精神健康照護。此藍圖確保精神健康照護體系從以聚焦於精神缺失的傳統復健方式轉變成回到社區的康復模式 (recovery model)，康復模式是以賦權、人權與公民權 (citizenship) 原則為基礎，使遭受精神折騰的人能夠掌控自己的生活，融入社會並能充分參與社區活動。有希望感、社會包容與發現生活的意義是康復模式的關鍵要素，需要與精神健康照護者建立夥伴關係並共同參與照護計劃。醫護人員與精神疾患之間的權力分享 (power sharing) 是康復的基本觀念，醫護人員必須反思文化安全在精神健康康復的重要角色，即個人、專業、與機構在文化認知上是否展現權力不對等 (power imbalance)，帶有偏見與妄加評論 (judgemental)。

創傷知情照護

創傷知情照護 (trauma informed care) 著重於理解創傷對精神健康照護的重要性。大多數接受精神健康照護的人都有創傷史。創傷是由於暴力和虐待 (性、身體、言語或情緒)、忽視、災難、歷史不公、損失和傷害而造成的。對此類事件的創傷反應可能會對個人、社區或人群的精神健康產生負面影響。因此，創傷知情照護包括理解創傷、認知創傷、回應創傷及避免再度創傷，對於精神健康的康復至關重要。

創傷知情照護是採用以優點強項的方式，注重個人的優勢和能力。創傷知情照護的重點不是「這個人有什麼問題？」(What's wrong with you?)，而是考慮「這個人發生了什麼？」(What happened to you?)。創傷知情照護是從整體角度看待精神疾患的生活經歷，並透過以人為本的照護建立醫病關係。例如，殖民化的影響，毛利人經歷了歷史和繼代創傷。

文化安全是將人視為個體並尊重他們的經歷。這意味著醫護人員需要認知創傷對精神健康的影響，以夥伴關係共同努力促進康復並避免再次受到創傷。創傷知情照護和文化安全的實踐在建立良好的醫病關係上扮演舉足輕重的角色。

精神健康照護系統改革重點

精神健康與福祉委員會於2021年啟動改革計劃，將精神健康照護系統及結構轉向以社會情境為考量的模式，包括納入家庭、社區、文化及更廣泛的社會需求。細分來看，有五大領域需要進行重大變革。

首先是為確保對毛利人的公平待遇，在《懷唐伊條約》的框架下，政府有義務將毛利

文化及家族 (whanau/family) 參與納入未來《精神健康法》修法。增加毛利人參與精神健康照護系統的規劃，全面納入毛利人的照護模式，支持毛利人的康復方法與公平結果。毛利人無論是服務使用者或提供者都需要參與精神健康照護系統的發展和評估，以確保了解原住民 (毛利人) 的價值觀及文化安全。精神健康照護需要與家族密切合作，對毛利人來說，這意味著康復模式需要關注個人與其家族和部族的連結強度，強化家族與部族的連結以提升精神健康照護的作用。採用更廣泛的多元治療選擇，包括毛利傳統文化療法、全面性的精神健康評估及團體療法。

其次是服務使用者在健康照護系統的規劃、實施與評估擁有更強的發言權。服務使用者生活體驗的觀點需要融入醫院及社區精神照護中，並改善社區長期康復的照護支持 (如住宿問題)。以支持決策作為新法的核心，使服務使用者能夠就自己的照護做出決定，而非由他人決定，並使用預立指示，即服務使用者事先說出自己的希望是如何被照護，可提名獨立的支持人員，舉行會議討論照護與治療的選擇。

其三是以尊重人權的照護方式，最大限度地減少強制評估和脅迫治療。毛利人遭受強制治療和單獨監禁的比例偏高，新法須提高強制治療門檻，減少甚至在某些情況下消除脅迫作法，如使用單獨監禁、束縛與強制治療令。服務使用者不同意所接受的照護時能獲得地區督察 (District Inspector)、精神健康法庭 (Mental Health Tribunal) 及投訴程序的支持，並要確保人們放棄強制治療時能獲得支持。

其四是將公共衛生與基層健康照護 (primary health care) 納入現有系統，將促進精神健康原則應用於社區福祉改善計畫，家醫診所提供輕中度精神疾患服務。對成癮者提供

SBIRT的服務，即擴大篩檢 (screening)、短暫介入 (brief intervention) 及轉診治療 (refer to treatment)，以解決物質使用障礙 (substance use disorder) 的問題。

最後是針對物質成癮，對菸草、酒精、賭博與非法藥物緊急立法變革。關於酒精，重點是價錢調升並減少供應。對於賭博，則應該減少可得性及修改賭注產品。至於非法藥物，不再將非法藥物使用者視為犯罪行為，轉為以健康訴求為導向以減少危害的方法。

這五個領域的變革需要全體醫護人員支持，這意味著與毛利人、島民、及亞裔族群有關的文化安全實踐，可以改善精神健康照護，並對文化及康復模式有深刻的了解。這些變革需要醫護人員在公共衛生及基層健康照護兩個領域中互相協調，扮演積極的角色以支持並協助服務使用者、家屬/家族與社區的共同參與。重新定位後，將可以提供更好的多元文化多樣化精神健康照護需求。

精神健康照護系統變革的挑戰

超過50%的紐西蘭人在一生中的某個階段會經歷精神困擾和成癮挑戰，約有5%的紐西蘭人罹患有中重度精神疾患需要治療。目前的精神健康照護和成癮服務非常複雜且令人困惑，因此許多人在需要時無法獲得所需的幫助。現行精神健康照護系統失敗的原因被歸咎於多年的規劃不當、預算經費不足與專業醫護人員短缺。擬議的改革包括可能取消中央系統24/7全天候電話分類服務，並撤除區域危機應變小組。許多精神科醫師、護理師、心理學家及社工認為擬議中的改革可能會給不堪重負且日益不安全的公共系統帶來更大壓力。甚至導致已經過度勞累和壓力過大的臨床醫師離職或減少工時，從而加劇醫護人員輪班壓力。精神科醫師是健康服務系統中人力最缺乏的職缺，有些社區醫療團隊，

精神科醫師職缺竟然短少三分之一。擬議中的重組不會緩解人員短缺的問題，卻可能在新舊過渡期使情況惡化，新變革帶來的混亂對原本已難以應對的照護系統造成更多的干擾。最近一項探討精神科醫師對改革意見的研究報告，在全國870位精神科醫師中有540位參與完成問卷調查，其中只有3%的參與者認為改革的方向是對的，高達94%的參與者認為目前資源是不足的。在資源受限之下，許多精神科醫師常有道德傷害/精神傷害 (moral injury) 的苦惱，「知道什麼是好事，卻做不到……是靈魂的毀滅」(knowing what would be a good thing to do and being unable to do it...is soul destroying)。

然而，政府衛生部門認為所有擬議的變革都是有科學證據、有數據分析的依據，且與國家優先改革事項保持一致，目的是在提供更好的精神健康照護。衛生部強調任何變革都將逐步實施，以支持並適應新流程，並盡量減少對醫護人員的干擾及對服務使用者帶來不便。

事實上，新法變革把原本龐大的衛生官僚體系一刀切，成立新的毛利衛生部，與紐西蘭衛生部變成夥伴關係，負責主管毛利人的健康與福祉，這種二分法的分裂主義似乎與文化安全背道而馳，而精神健康的社會決定因素如毒品氾濫、貧窮與因反歧視而過度保護與容忍犯罪的政治正確訴求，反而讓人權與社會正義變成諷刺的對象。改革願景的理想很美好，但擺在眼前的似乎是不看好的烏托邦計劃，能否走下去，只能再等另一個十年才能評論。

結論

文化安全是精神健康照護的核心，是構建良好醫病關係與治療溝通的基石。文化安全要求醫護人員反思自己的個人價值觀、

信念、偏見和文化認同，檢視自己對所照護的人的態度與方式。精神疾患的經驗往往與創傷、歧視及污名化有關，醫護人員需要了解創傷對精神健康的影響，避免冒犯或二度傷害。對歷史、社會及系統性問題所塑造的當今精神健康照護體系必須加以反思，才能有助於改善精神健康照護品質。這些批判包括殖民化、精神健康的社會決定因素和喪失文化認同對毛利人精神健康的傷害。了解這些背景，可以幫助醫護人員在臨床實踐中不帶偏見，而能實踐全面性和文化安全的精神健康照護。然而，現行《精神健康法》可能會否決個人的自主權和人權，使權力不對等加劇，而出現醫病關係緊張局面。在考慮建立和維持文化安全的醫病關係時，需要對這種權力不對等（醫護人員的權力和服務使用者的無權）進行自我批判性反思。

紐西蘭在社區精神健康照護方面有悠久的歷史，但現行的《精神健康法》以規避風險及危機處理的方式對待精神疾患，

目前的精神健康照護體系未能實現康復模式和社區福祉。政府於2019年啟動全面性改革計劃，新立法傾向於將社區作為治療地點，即使是緊急階段的強制評估也可以在醫院外進行，強制評估的過程是分階段的，服務使用者可以隨時拒絕接受，而不是等待強制住院期結束。服務使用者有權利要求法官對其法律地位進行審查，並改善投訴精神健康審查法庭的規定。這些變革將以能力為基礎的評估取代精神疾患加風險的評估，並以支持決策取代替代決策，制定服務使用者的支持決策流程並使用預立指示以表達和傳達其決定所需的支持，包括同意或拒絕治療的決定。這些變革彰顯對人權的尊重，可以充分滿足聯合國《身心障礙者權利公約》的要求。然而，經費預算不足和精神健康專業人員短缺的困境並未解決，服務使用者治療等待時間長，住院設施過度擁擠且維護不善。這些實質問題必須改善，否則期待新法提升精神健康照護品質是不切實際的。



這是旺阿雷醫院精神科病房的外貌，以毛利語Tumanako命名，意思是「希望」。面對相片左邊是正門入口，右邊是病患會客的家族聚會室（Whanau Room）。

參考文獻

Every-Palmer, S., et al. (2024). Not heading in the right direction: Five hundred psychiatrists' views on resourcing, demand, and workforce across New Zealand mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(1), 82-91, <https://doi.org/10.1177/00048674231170572>

Jeste, D.V., & Pender, V.B. (2022). Social determinants of mental health – Recommendations for research, training, practice, and policy. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 283-284. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.4385>

McKenna, B. (2020). Cultural safety: There is no turning back. *Journal of Psychiatric, and Mental Health Nursing*, 27, 495-496. <https://doi.org/10.1111/jpm.12622>

O'Hagan, H., et al. (2012) Recovery in New Zealand: An evolving concept? *International Review of Psychiatry*, 24:1, 56-63, DOI: 10.3109/09540261.2011.651447

Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in Nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497.

Ramalho, R., et al. (2022). Community mental health care in Aotearoa New Zealand: Past, present, and the road ahead. *Consortium Psychiatricum*, 3(4), 53-62, <https://doi.org/10.17816/CP202>

Reid, P., Cormack, D., & Paine, S.J. (2019). Colonial histories, racism and health: The experience of Maori and Indigenous people. *Public Health*, 172, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.027>

Tenbenschel, T., et al. (2023). The 2022 restructure of Aotearoa New Zealand's health system: Will it succeed in advancing equity where others have failed? *Health Policy*, 104828, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104828>

Tujague, N.A., & Ryan, K.L. (2021). Ticking the box of 'cultural safety' is not enough: Why trauma-informed practice is critical to indigenous healing. *Rural and Remote Health*, 21, 6411. <https://doi.org/10.22605/RRH6411>

Volkow, N.D., et al. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology*, 46, 2230-2232, <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>



作者

蕭孟芳 教授

陽明大學醫學院熱帶醫學研究所教授(2010-2018)
國防醫學院預防醫學研究所教授兼所長(1998-2000)
國防醫學院醫學醫學系熱帶醫學及寄生蟲學科教授兼主任(1989-1999)
國防醫學院醫學系(1979)
英國倫敦大學衛生及熱帶醫學院臨床熱帶醫學碩士(1983)
英國倫敦大學衛生及熱帶醫學院感染症免疫學哲學博士(1985)

邀稿人 蔡季君