

出國報告書（出國類別：考察）

考察馬來西亞精神醫療機構及推廣
「新南向政策-建立國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫」

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：賴淑玲 科長及陳正宗師顧問醫師等 7 人

出國地區：馬來西亞怡保、吉隆坡

出國期間：108.7.9-108.7.14

報告日期：**108.8.28**

摘要

我國「新南向政策推動計畫」，該計畫涵蓋將精神醫療及心理健康業務推動至新南向國家，目前評估東南亞國家普遍存在心理健康及精神醫療照護及人力資源不足之現狀。爰未來將以人才交流面向著手，建立雙邊心理健康、精神醫療人員的交流與培育，促進與夥伴國人才資源的互補與共享，強化我國主導衛生醫療議題能力，並藉由友好國家支持，佈局參與國際組織。

本次出國與本部 108 年度委託辦理「新南向政策-建立國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫」之委託單位高雄市立凱旋醫院團隊共同前往，該團隊有陳正宗醫師等 6 人共同前往，其合計 7 人前往。

此行參訪馬來西亞最大精神科醫院，其位於怡保的幸福醫院 (Hospital Bahagia Ulu Kinta)，見識到馬來西亞百年精神科專科醫療機構之規劃、設置與康復活動，並進一步與該院專家交流，同時分享臺灣精神醫療發展與現況，並宣導新南向政策-建立國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫。該次參訪時段，剛好碰到同時在馬來西亞舉辦第 23 屆馬來西亞精神醫學會議 (MCPM) 和第一屆世界精神病學協會精神治療科國際會議 - WPA 聯合主辦會議，此次會議邀請專家針對精神健康及其發展相關的眾多領域和重要事項發表演講並展示心理健康中的各種重要問題。本屆特別針對“精神病學中最先進的實證治療”及“實證心理治療”議題，與來自世界各地的精神治療代表進行演講及討論。由此次學術研究認識新南向國家精神醫療界專家學者，並推展本國計畫。

目錄

項目		頁碼
壹	參訪背景及目的	3-5
貳	考察人員與行程	6
參	參訪內容	
	一、馬來西亞的精神醫療概況	7-9
	二、參訪機構簡介	9-10
	三、參訪過程	10-15
	四、成果	16
肆	心得	16-17
伍	建議	18

壹、參訪背景及目的

總統於 105 年 8 月 16 日召開對外經貿戰略會談，訂定「新南向政策」政策綱領，行政院依據上述綱領擬定 4 年期計畫—新南向政策推動計畫(106-109 年)，秉持「長期深耕、多元開展、雙向互惠」核心理念，整合各部會、地方政府，以及民間企業與團體的資源與力量，從「經貿合作」、「人才交流」、「資源共享」與「區域鏈結」四大面向著手，期望與東協、南亞及紐澳等國家，創造互利共贏的新合作模式。本部於 107 年推動新南向政策，其中心理健康與精神醫療部份辦理「建立國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫」(IMHTCT)，期以建立專業人才培訓平台、實務導向的合作研究之機制、充實社區精神復健等相關議題之國際合作交流，以開創我國佈局東南亞醫療市場的契機等。

我國各精神專科教學醫院已整合精神醫療與心理衛生部門，建立精神醫療及心理衛生多元治療模式與服務品質、精神病人社區精神復健照護模式。東南亞各國將我國所開創衛政與社政統合的社區導向之經驗，視為重要的借鏡與學習對象。新南向政策推動前，我國民間精神醫療專業學會及精神醫療機構已提出實務導向國際合作概念，初步與東南亞醫療機構建立合作關係，為我國參與新南向國家永續合作奠立深厚的基礎。

惟目前期待能夠透過政府部門參與，建立正式與非正式合作關係，以務實醫療外交來鞏固目前已建立的民間關係。新南向政策之國家，如東協、南亞及紐澳均為未來經營的重點，可運用臺灣在精神醫療及心理衛生產業上的優勢及經驗，推動與東協、南亞及紐澳之多邊或雙邊合作，協助我國精神醫療及心理衛生產業拓展國際市場，並達成與新南向國家的相互交流及建構與國際銜接的精神醫療及心理衛生之目標，強化與新南向國家之交流合作與資源共享，共創區域發展。

全球化加速了臺灣社會的文化變遷，同時也創造了精神保健的多元文化需求。據估計，104 年在國外工作的 724 萬臺灣人中有 15.4%去了東南亞。外來工和新移民的數量在過去十年內也迅速增加，尤其是東南亞地區。我國與東南亞的交流

如此頻繁，不僅是因為地理距離，亦和心理社會及文化相關，例如東南亞與臺灣文化都注重家庭凝聚力和傳統信念。在東南亞地區存在著大量異質性的精神衛生系統，即便在已開發的國家，雖然有精神衛生政策和法律，心理健康也不見得是優先考慮的事務。

馬來西亞面積 330,345 平方公里，全國包括 13 個州，包括馬來半島 11 州及位於婆羅洲北部的沙巴、砂拉越，另有三個聯邦直轄區。首都吉隆坡是馬來西亞人口最密集和最繁榮的地區。人口超過 3,100 萬，但分布不均，2/3 居住於馬來半島，70% 人口居住於城市。馬來西亞人口組成多元，主要族群為馬來人、華人、原住民以及包括印度人、其他東馬來西亞民族及殖民時期留下歐洲後裔。官方語言是馬來語與英文，因多元族群，有超過 130 種語言被使用。國民平均所得為美金 9,650 元，屬中高收入國家。

國家心理衛生政策在 1998 年形成、2012 年修訂，目標是提供身心健康策略、規劃與實施，以促進全民心理健康與安適。此政策包含 13 個基本原則：好的管理、社會接納、廣泛性、可近性與平等、持續性與整合、跨部會合作、社區參與、法令、易受傷害族群的保護、人力資源與訓練、持續評估與監測、有實證的實務、監測與回顧。

馬來西亞 2001 年發展國家心理衛生計畫，作為馬來西亞規劃、實施與評估心理健康服務參考的藍圖，包含兒童青少年、成人、老人以及有特別需求的各種目標族群的照護。如精神疾病的心理健康促進與預防、基層醫療服務的容易取得、基層醫療層級的早期偵測、次級與三級醫療隊嚴重精神疾病患者的管理、復健。惟目前該國仍有精神醫療資源及專業人力不足且社會對精神病人接納度仍不足的情形。馬來西亞尚欠缺我國目前已整合精神醫療與心理衛生部門建立精神醫療及心理衛生多元治療模式與服務品質、精神病人社區精神復健照護模式及專業人力不足。

此次參訪馬來西亞，係由馬來西亞大學精神病學顧問 Ng Chong Guan 副教

授推薦我們前往參訪怡保市的幸福醫院 Hospital Bahagia Ulu Kinta。該次參訪時段，剛好遇上同時在馬來西亞舉辦第 23 屆馬來西亞精神醫學會議 (MCPM) 和第一屆世界精神病學協會精神治療科國際會議 - WPA 聯合主辦會議，此次會議邀請專家針對精神健康及其發展相關的眾多領域和重要事項發表演講並展示心理健康中的各種重要問題。藉此考察與出席東協精神衛生相關會議，推展及執行新南向政策-精神醫療衛生人員訓練中心計畫，介紹臺灣國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫” International Mental Health Training Center Taiwan”，簡稱 IMHTCT 協助臺灣拓展醫療外交的領域，賡續推動臺灣精神醫療經驗至新南向國家。本次出國其主要目的及重點如下：

- 一、考察馬來西亞在地精神醫療機構，以瞭解基層精神醫療衛生工作的困境及其對相關培訓推廣工作的期待，規劃能符合其需求的課程，以建立不同面向的精神醫療合作案，強化國際合作交流及提升臺灣形象。
- 二、參訪馬來西亞之主要最大的精神科醫院及與精神科醫師相互交流，推動精神國際網絡之機會。
- 三、藉由參與學術研討會，推廣臺灣國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫 (IMHTCT)，向馬來西亞精神科醫師與精神醫療專業人員介紹其訓練計畫，開創我國佈局東南亞醫療市場。

貳、考察人員及行程

一、考察人員

姓名	服務機關	單位/職稱
賴淑玲	衛生福利部	心理及口腔健康司 科長
陳正宗	高雄市立凱旋醫院	高雄市立凱旋醫院 顧問醫師
蘇淑芳	高雄市政府衛生局	心衛中心主任
魏廉中	衛生福利部桃園療養院	醫師
張菡芸	高雄市立凱旋醫院	醫師
王淑慧	高雄市立凱旋醫院	企劃室 主任
葉玲秀	高雄市立凱旋醫院	企劃室 助理

二、考察行程

本次出國時間為：2019年7月9日(二) - 2019年7月14日(六)，共計6日。

日期	行程
7月9日	去程（臺灣-馬來西亞），從桃園機場出發，當晚抵達吉隆坡。與當地專家學者與會。
7月10日	上午前往幸福醫院 (Hospital Bahagia Ulu Kinta)參訪及交流，午餐後返回吉隆坡入住並準備隔日參加MCPM & WPA聯合會議。
7月11日 至 7月13日	參與第23屆馬來西亞精神醫學會議及第1屆世界精神病學協會精神治療科國際會議聯合會。
7月14日	回程（馬來西亞-臺灣），是日19時30分抵達桃園。

參、參訪內容

一、馬來西亞精神醫療概況

馬來西亞面積 330,345 平方公里，全國包括 13 個州，包括馬來半島 11 州及位於婆羅洲北部的沙巴、砂拉越，另有三個聯邦直轄區。首都吉隆坡是馬來西亞人口最密集和最繁榮的地區。人口超過 3,100 萬，但分布不均，2/3 居住於馬來半島，70% 人口居住於城市。馬來西亞人口組成多元，主要族群為馬來人、華人、原住民以及包括印度人、其他東馬來西亞民族及殖民時期留下歐洲後裔。官方語言是馬來語與英文，因多元族群，有超過 130 種語言被使用。國民平均所得美金 9650 元屬於中高收入國家。

健康照護服務由公私立部門提供，以健康部為主管機關，另外還有非政府組織提供的公共衛生服務以及傳統補充醫療，目前未實施全民健康保險制度，其醫療費用主要來源為政府稅收。心理衛生法包含 Mental Health Act 2001、Mental Health Legislation 2010，上述兩者取代 1952 年的 mental disorder ordinance。兩者的主要內容包括提供社區心理衛生中心的發展以及精神護理之家。

該國 2004 年的疾病負擔研究顯示精神疾病佔 DALY 的 8.6%，是負擔排名第 4 的疾病，其中重鬱症佔了 45%。2006 年的疾病盛行率調查，成人為 11.2%，兒童青少年為 19.3%，而至 2011 年則超過 20%。憂鬱與焦慮的盛行率在 2011 年分別為 1.8% 與 1.7%，自殺意念、計畫與企圖分別為 1.7%、0.9% 與 0.5%。

目前有 319 位精神科醫師(每 10 萬人 1 位)，其中 163 位於衛生部所屬機構、77 位於大學與附設醫院、4 位於國防部，75 位為私人執業。超過 100 位臨床心理師，其中僅 12 位於衛生部所屬機構；另外有 188 位諮商師、146 位職能治療師以及 40 位社工。馬來西亞心理衛生促進諮詢委員會曾在 2017 年呼籲精神科醫師人力缺乏議題，認為補充人力是達到整個社會心理衛生需求的基本條件之一，該次呼籲提到的適切人力比是每 1 萬人 1 位精神科醫師，依此標準來說，馬來西亞目前僅有約理想目標 1/10 的精神科醫師人力。

2000 年開始心理衛生的教育訓練，目的是增進醫療人員心理衛生的知識與技能，包括在基層醫療發現精神疾病、社會心理復健、處理有心理或行為問題的兒童以及災難時的社會心理反應，這些訓練提供給家醫科專科醫師、一般醫師、護理師、醫師助理、職能治療師與諮商師。訓練方案包括精神科碩士、七個次專科訓練、基層醫療的社區心理衛生、兒童青少年心理衛生、Healthy Mind、災難的社會心理回應，CPG（含憂鬱、思覺失調與注意力失調三種疾病）。對於醫療單位的心理衛生服務實施與訓練，2003 年開始提供多種 Guideline 與模組，包括前述主題及自殺。目前精神照護服務涵蓋三個主要層面：基層醫療、醫院以及社區。

基層健康照護在精神病患的精神照護服務提供上扮演非常重要的角色。提供精神健康照護的可近性還有減少精神疾病之污名化。提供的服務包括：

- 促進精神健康
- 壓力因應的介入和掃描
- 治療精神疾病
- 追蹤穩定的精神病患
- 不穩定的個案追蹤
- 心理社會復健服務

2007 年開始針對壓力因應提供相關健康服務，從基層醫療單位進行焦慮和憂鬱的症狀篩檢並介入。針對精神疾病的心理社會復健服務引入基層健康照護從 1997 年開始，主要的目標是讓病患了解並且控制他們的疾病，恢復功能並融入社區。直到 2014 年 12 月，共 27 間診所提供心理社會復健活動 (Psychosocial rehabilitation, PSR)。PSR 的服務依循一個標準的流程，包括使用 Threshold Assessment Grid 評估病人的失能程度，還有 Camberwell Assessment of Needs Short Version 評估所需要的精神健康照護和其他服務需求。

馬來西亞有 4 家專科醫院提供 3,772 床，另外有 45 家綜合醫院精神科提供 935 床。服務包括住院和門診。住院包括急性治療及慢性復健等，門診治療提供

急性治療、追蹤、精神衛教、家屬支持團體、心理介入、認知行為治療、自閉症及學習障礙評估，也提供諮商服務，包括個別、團體、婚姻、情緒管理及藥物諮詢。心理衛生服務最早可溯及 1827 年，傳統上就是大型精神專科醫院提供住院服務，1950 年代末期到 1960 年代初期才開始有綜合醫院精神科，1974 年開始發展去機構化跟地區服務，1996 年起心理衛生服務延伸到基層醫療。

社區精神醫療透過 12 間中心提供，包括評估和治療、日間治療、職業重建、支持就業及社交技巧訓練。社區精神醫療服務也包括急性的居家治療，協助病人在社區生活，取代住院的治療方式。積極性社區治療(Assertive community care, ACT)則針對需要持續治療和頻繁評估的病患，透過多團隊的組織介入提供服務。與 OECD 國家相比，馬來西亞精神醫療在各方面包括精神科病床密度、精神醫療人力等都較低，但可以看出馬來西亞對於精神醫療發展的目標設定是趕上多數成員國為高收入已開發國家的 OECD，為達到目標將會有相對應的改革以及新政策導入。

二、參訪機構簡介：怡保幸福醫院 Hospital Bahagia Ulu Kinta

Hospital Bahagia 位於怡保市北方的 Tanjung Rambutan，成立於 1910 年，是馬來西亞全國四家精神科醫院中最大的醫院，也是西馬北部最主要的第二級與第三級轉介醫院。另外三間分別為柔佛淡杯柏邁精神病院、沙巴聖淘沙醫院和砂勞越總醫院。幸福醫院建立於 19 世紀末期，當時仍為英屬殖民國家的馬來西亞，鑒於精神病人數量日漸增加，英國政府提出了為所有馬來聯邦成立一所中央精神治療機構的建議，選中這個位於霹靂州丹絨·紅毛丹鎮的地區。

最初規劃這所精神病院要發展多種形式的農業活動家禽飼養活動，爰需有足夠廣大的土地面積及位在鐵路幹道沿線，可通過鐵路與各邦連結。發展初期該院是一所精神疾病治療機構，只有三間男性病房及一間女性病房，於 1922 年更名為中央精神病院，於 70 年代初期再度更名為烏魯近打幸福醫院 (HBUK)，為精神病治療的進步描繪出一個更加正面的形象。醫院整體建築群除了幅員廣大，更

是提供各式精神醫療及復健相關服務，甚至包括蔬果種植、水產養殖和家禽飼養等，病人們直到今天依然在開展這些活動。醫院共有 78 間病房，其中 53 間為男性病房，其餘 25 間為女性病房，活動場地總面積達 504 英畝，所有原始建築至今仍保留並持續為醫院所使用。

發展至今，病人主要來自烏魯近打地區，雖然是精神專科醫院，幸福醫院不僅提供精神疾病的住院和門診治療，也提供許多其他醫療服務，包括物理治療、X 光、牙科以及其他基礎醫療服務，另外醫院還配備有休閒娛樂設施，包括高爾夫和一個能開展體育活動的大型場地，提供病患相當多元的復健活動。醫院在近年來成立了許多社區精神健康中心，在社區中提供服務，使病人不必遠道前來醫院，增加了病人就醫的方便性。

三、參訪過程

(一) 參訪幸福醫院



抵達馬來西亞的第二天早晨，團隊成員準時搭車前往幸福醫院所在的紅毛丹鎮。當團隊所搭乘的車到達院區大門，由門口警衛詢問後派一名人員騎摩托車領我們前進至醫院辦公及醫療大樓，極目所見除了建築物之外，就是廣大的草地和許多樹木，院內佔地 504 英畝(204 公頃)，其中 300 英畝(121 公頃)為建築物且最高不過 2 層樓，除了馬路、建築物就是草皮與大樹，一旁還是山，不介紹可能會以為是渡假村，完全顛覆我們對於醫院，或是精神病院的想像。車子抵達醫療大樓時，幸福醫院副院長 Dr. Cheay 及其他幾位醫師非常熱情的於門口迎接我們，進入醫院的建築，相較於臺灣的醫院，整體裝潢及擺設給人較為溫暖的感覺。進入會議室後，Dr. Cheay 副院長開場介紹在場幾位醫師，並轉達該院院長因為到外地參加會議而無法出席表示歉意，隨後由一位 Dr. Lee 為我們

介紹，幸福醫院目前有1,800床床位，平均住院率為76.56%，院內有多項復健計畫，以種植生產農作物為主，園區內種植了包括紅毛丹、百香果及榴槿等作物，也有好幾個魚池，每年全院會舉辦釣魚比賽，讓員工與患者一同參與。另外還提供洗車服務，讓一些穩定的患者能靠工作賺取一些生活費。醫院內也有司法病房的設置，主要是鑑定及治療經法院判決有需要的病人。

因社會文化不同且各地區也有綜合醫院的精神科，所以該院略微保守，門診服務只有周一至周五白天，不提供夜診及急診（但可以至綜合醫院精神科），除預約門診外另提供現場掛號並看診制度為補償。另外也設有社區精神部門負責居家治療，同時會進入社區開設門診。

馬來西亞本身為多元種族宗教文化的國家，分別由三個主要民族組成：馬來人、華人及印度人。馬來人是馬來西亞的原住民族，遵循伊斯蘭教的教義。華人大部分信奉基督教和佛教，而相當一部分印度人信奉印度教。因此，在馬來西亞，人們對於精神疾病和心理衛生的觀念會有不同，人們向來會從不同的角度認識它們，這反映了多樣化的種族和宗教信仰造成的影響，因此院內宗教相關的活動和節日慶祝亦十分多元，滿足對不同病患的靈性照顧層面。

聽完 Dr. Lee 的介紹，我方則由陳正宗顧問進行人員的介紹及國際精神醫療衛生人員訓練中心計畫 (IMHTCT)的說明，包括目標、進行方式及至今與其他東南亞國家的合作成果，並邀請在座有興趣的醫療人員參加，現場馬上有一位醫師口頭表達強烈的意願希望可以到臺灣參與本訓練計劃。接著由我方的賴淑玲科長及陳正宗顧問致贈，並期待雙方後續能有更多的合作及交流。



▲團隊與幸福醫院交換禮物

會後，院方特地準備了馬來西亞當地的點心和我們進行茶敘，同時副院長也回贈了幸福醫院的歷史記錄書籍給陳正宗顧問。席間我們就臺灣和馬來西亞有關強制住院的進行方式和副院長進行討論及交流，不同於臺灣依照精神衛生法設有審查會的機制，馬來西亞的方式為專科醫生評估並進行申請，讓高風險的病人強制住院，時間沒有規定及限制，但隨時的評估非常重要，而幸福醫院本身也具有安置機構的角色並設有墓園，據院內人員表示，醫院也收留無家可歸的患者，其中有一名婦人一住就是幾十年，在醫院壽終正寢時享壽 106 歲，可見此地可真正提供患者安靜不受干擾的照護。



▲雙方茶敘交流



▲團隊與幸福醫院醫師們合影



▲搭車於院區內參觀



▲前往參觀紅毛丹栽種園區

(二) 馬來西亞精神醫學會議 (MCPM)

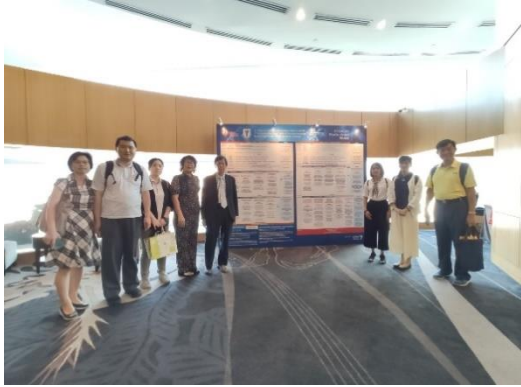
MCPM 大會已舉行23屆會議，主要係從心理健康所顯現出來的各項重要問題，再由各個領域進行演講與討論。此次大會的主題為精神疾病最新的實證治療，

特別是實證心理治療。全球越來越多將心理治療融入精神疾病的治療中，而越來越多證據支持心理動力治療對於常見的精神疾病有療效，像是憂鬱、焦慮、身體症狀疾患、人格疾患、飲食疾患、創傷後壓力疾患及其他。因此，馬來西亞精神醫學協會 (MPA)舉辦此次大會，希望各國專家針對主題提出各式演說及討論。另外，此次會議也是與世界衛生精神病學協會合作舉辦第1屆的心理治療國際會議。會議的主旨同樣探討實證心理治療的重要性，期望可以拓展到全球的臨床實務治療上。

本次參加馬來西亞會議共有2項會議，為第23屆馬來西亞精神心理學會主辦的實證精神醫療及世界精神醫學會第16區第一次區域會議，主題皆是實證心理治療。因此，報名費用很高（650 美元），且原訂報名口頭報告後被改為海報展示，會議是7月11日及12日，7月13日是工作坊。

我國也曾在2009年辦過 WPA (World Psychiatry Association)的區域會議 (Regional meeting)，因此熟知此類會議，因用到WPA名義，所以會要求必須有舉辦單位委託國際會議公司方可被WPA認定且收費是一定額度，也可以減免主辦國家人員之費用，而對外一律公訂價格，因此對我們團隊之收費應仍屬合理。另外，看到大會結構即可以知道其會議之安排並沒有可以口頭報告的空間，他們早已設定主題並交互進行，且由WPA支援的名人輪流主持，再加上澳洲、印尼及泰國是本次參加最多之國家，值得我們注意將來合作之關係變化及評估馬來西亞之潛能。

會場提供約700席座位，並區分其他小場地，參加人數約600人，來自各個國家的國際專家代表，討論內容涵蓋各種治療模式，包括認知行為治療、辯證行為療法、動機式晤談、支持性心理治療、精神動力心理治療及精神分析療法，透過各個演講及工作坊，學習到非常多心理治療在各種精神疾病的應用。此外，也包括自殺防治、物質濫用及精神藥理學等內容，收穫非常豐富。



▲研討會現場



▲研討會報到

會議有一部份是安排由不同機構進行專題演講，但內容並非為研究成果而是綜合教科書上或是別人發表論文之摘錄再加上講者自己之經驗，且時間控制相當嚴格，未開放提問，這可能也代表了即使年會已經23年了，但是是第一次合併小型國際會議，另也表現出馬來西亞專業人士間的相互尊重。

由於會議議程緊湊，在中午也安排由藥廠分享不同的藥物醫學新知，與會的人員可自由參加，同時在會場外設置藥廠展示區，讓眾多藥廠展示宣傳，這點在臺灣已改為減少商業宣傳。



▲陳正宗顧問於會議中



▲與MCPM大會理事長會晤

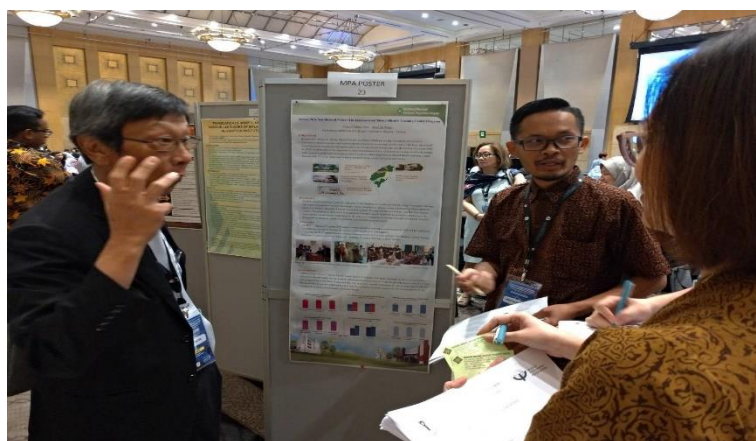
本次大會為響應節能減碳，並沒有製作大會手冊，現場只有議程時間表，於是在觀察其他會員的海報當中，看到部份海報有附上 QR CODE，這是非常好的主意，讓有興趣的會員可以現場下載相關訊息。此點未來我們可以加以應用，在舉辦的國際會議或成果分享會時將相關資訊上傳 URL 後製成 QR CODE，讓與會人員可隨時追蹤我們更新之內容。

而此次也有針對IMHTCT做海報的展示，並口頭報告介紹，透過在這樣的國際會議場合，與來自各國的與會專家介紹訓練計畫的內容和成果，分享臺灣在東南亞許多國家的精神衛生合作經驗，目標吸引更多有興趣的精神衛生專業人員前來。

會議的海報是貼在會場後方，亦即大演講廳內，因為幾乎滿座，所以有人站在後方會稍微看一下，海報於報到後即自行張貼，並依序分配 2 天會期之其中 1 日於中午 1 點在現場向與會來賓及會員簡介 3 至 5 分鐘及接受評審口頭詢問問題，並對海報進行評比，勝出者可以獲得 500 美元獎勵，此點臺灣 20 年前也有類似之作法，但現已淘汰。



▲現場張貼本計畫海報



▲陳正宗顧問介紹計畫內容

四、成果

本次參訪雖為首次前往馬來西亞，但我們成功地與怡保幸福醫院 Hospital Bahagia Ulu Kinta 宣導新南向政策，同時邀請該院人員參與 IMHTCT 訓練計畫，回台後已收到有四名分別為社區康復工作坊、職能治療、護理及兒童與青少年精神科專業人員之申請書，可說是非常值得慶賀的成果。而在精神醫學會議中獲得之知識及經驗，也將結合本院既有之治療服務，更加充實及改進，會議中向各國與會者對於 IMHTCT 之宣傳，後續之合作及交流亦十分值得期待。

肆、心得

整體而言，馬來西亞一般精神科醫療水平約同於臺灣 15 年前，目前也有社區復健模式和居家治療，但廣度可能尚不足，特別強調壓力因應，在基層醫療與校園進行壓力、憂鬱與焦慮篩檢，希望透過篩檢可以早期發現可能的個案，提前介入。目前在精神醫療可能存在問題包括專業人力不足、傳統信仰/醫療影響就醫、有大量未接受治療個案、欠缺統計數據。

目前馬來西亞擁有 128 家政府醫院及 6 家心理衛生機構。還有 6 家非政府醫院及 233 家私立醫院和療養院。隨著醫療體系變得更加廣泛，精神醫療服務已比以前變得更易獲得，與幾 10 年前僅有 4 家機構的狀況形成了鮮明的對比。在馬來西亞全國的 28 家綜合醫院中有 22 家提供社區性心理衛生服務，並且有超過 100 個門診初級醫療中心。

而從文化去探討，在馬來文化中，精神和宗教要素被視為心理衛生的重要部分。總體來說，在馬來人中，將精神疾病貼上"sakitjiwa"（直譯為靈魂疾病）這種標籤化的現象非常普遍，甚至不願將精神疾病視為醫學疾病，而是認為它是一種靈魂附體或社會懲罰。其可能是因為馬來文化信仰體系對精神疾病的超自然病因有很強的觀念，例如遭到心懷嫉妒的人施加的符咒或使用巫蠱等邪惡行為所害、患病者在神性方面的罪孽，或是個人精神的軟弱。這些文化信仰使得人們去尋求

民俗療法。強大的文化影響導致在馬來社會中，人們普遍認為精神疾病是背棄或忽視傳統價值的結果。文化環境造成了對「心理衛生」的不同定義，馬來人對於心理衛生的觀念可以總結為傳承、週期性、先天性、大腦張力、壓力（包括人際壓力）、敏感性、感染、蔓延、延遲發作、調節以及抵抗。民間和現代觀念的並行性，為馬來文化中對於心理衛生服務使用者的對待提供了一定的普遍基礎與線索。

此次為精神醫療新南向訓練團隊首次前往馬來西亞，除針對兩國之精神醫學現況與各自優劣勢進行交流，也成功邀請人員來台參與訓練計畫，期許透過後續之合作交流，協助讓政府「新南向政策」更加推進，並提升臺灣於國際社會之能見度。

伍、建議

一、擴大與馬來西亞的醫療合作

這次參訪，與幸福醫院有良好的互動及交流，馬來西亞一般精神科醫療水平約同於臺灣 15 年前，目前也有社區復健模式和居家治療，但廣度可能尚不足。目前合作的僅有幸福醫院，未來可考慮進一步與其他精神專科醫院或是其他基層精神醫療單位交流合作，如本院與其他國家醫療單位簽立合作備忘錄等，增進雙方精神醫療的合作與進步。

二、持續參與國際會議

本次行程參與國際會議，除獲得精神醫療新知，更重要為與各國專業人士之互動交流，對於本中心訓練計畫之宣傳。期望未來能持續參與國際醫衛合作會議與活動，與他國分享臺灣精神醫療治療的經驗並行銷臺灣，提升國家精神醫療之專業度，增加臺灣國際能見度。不僅可扮演發展中國家或是代表亞洲國家與歐美接軌的角色，豐富的臺灣精神醫療經驗甚至有機會發展領航國際的議題，也可以成為國家「新南向政策」的重要推動力之一。

三、爭取舉辦國際會議

107 年於高雄市立凱旋醫院曾舉行新南向國際精神醫療合作成果分享研討會及主辦第 19 屆亞洲生命倫理大會，除可以讓世界各國學者看到凱旋醫院努力的成果外，同時可藉此機會增加國際交流的資源與合作的機會，透過資源整合及計畫性國際傳播作為，可以間接培養本國精神醫療相關從業人員跨文化的能力以及舉辦大型活動的經驗，並提升本國的競爭力。