

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

健康政策的性別影響評估與落實--憂鬱症防治政策的性別 影響評估與落實 (II) (第 2 年)

計畫類別：整合型計畫
計畫編號：MOST 101-2511-S-002-015-MY2
執行期間：102年08月01日至103年12月31日
執行單位：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

計畫主持人：張諤
共同主持人：謝佳容
計畫參與人員：碩士級-專任助理人員：宋韻如
碩士班研究生-兼任助理人員：顏采如
博士班研究生-兼任助理人員：陳俊元

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：

1. 公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，1年後可公開查詢
2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否
3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考：否

中華民國 104 年 01 月 21 日

中文摘要：本計畫是累積三年的成果，「憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實」，分兩個計畫申請，I 為一年的計畫，II 則為後續兩年的計畫。

總目標：以性別影響評估的理念與指標，重新檢視既有憂鬱症防治政策與方

案，解構健康議題中之性別盲，探討如何建構具性別敏感度的憂鬱防治政策與服

務輸送系統。並能將此成果擴散與倡議。

第一年：研究目標：解構憂鬱防治議題中之性別盲。

研究方法：進行初步性別影響評估，次級資料分析，和網路資料分析。

第二年：研究目標：建構具性別敏感度之憂鬱防治健康資訊與知識。

研究方法：運用深度訪談，問卷調查法，次級資料分析，和文獻收集。

第三年：研究目標：具性別敏感度憂鬱政策成果擴散與倡議。

研究方法：運用焦點訪談，和內容分析法、國際政府資訊比較。

本報告以三年成果，為落實、擴散與倡議具性別敏感度憂鬱政策成果，提出五個努力方向，包含「充實憂鬱議題之性別分析的研究能量」、「編製具性別視野的憂鬱衛教教材」、「擴散具性別觀點之憂鬱有關知識」、「研擬具性別敏感度的憂鬱防治計畫與方案」與「研擬具性別敏感度的心理健康或憂鬱防治政策」。

中文關鍵詞：憂鬱防治、性別影響評估、婦女健康政策、解構、建構、擴散

英文摘要：The main purposes of the three years studies are by using gender impact assessment as a tool, to assess the existed depression prevention programs and policies. First year is to deconstruct the gender blindness on depression prevention programs. The second year is to construct a depression prevention programs the health information and knowledge with gender sensitive perspectives. And finally the third year is to delivery the health field a gender sensitive teaching materials and suggest an appropriate national depression prevention programs

and policies in order to implement, diffuse and provocative the core goals in the future.

Research method: Preliminary gender impact assessment through basic needs assessment (the nominal, expressive, felt and comparative need). Through ex-patient interview, secondary data (through literature and internet information from governments and NGOs) analysis, as well as Meta Analysis.

The second year: in-depth interview, preliminary gender impact assessment, evaluation, secondary data analysis,

The third year: focus group, literature review, content analysis, international comparison.

Outcomes:

Based on the final goals for the implementation, diffusion and proactive ways to the knowledge of depression prevention, five directions are as followed:

1. Enrich the gender analysis research abilities on depression prevention programs and policies.
2. Making the teaching materials of depression prevention programs with gender perspectives.
3. Diffusing depression prevention health related information with gender perspective.
4. Designing gender sensitive depression prevention programs.
5. Planning a gender sensitive depression prevention policies as well as mental health policies.

英文關鍵詞： depression prevention, gender impact assessment, women health policies, deconstruct, construct, diffusion

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫報告 ■ 多年成果報告

健康政策的性別影響評估與落實－憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實 (II)
Gender Impact Assessment and Implementation on Depression Prevention Policy

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 101-2511-S-002 -015 -MY2

執行期間：101 年 8 月 1 日 至 103 年 12 月 31 日

執行機構及系所：台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

計畫主持人：張珣

共同主持人：謝佳容 副教授 (國立臺北護理健康大學護理系所)

顧問：張菊惠 助理教授 (長榮大學醫務管理系所)

計畫參與人員：宋韻如、陳俊元

成果報告類型： 精簡報告 完整報告

處理方式：報告2年後提供公開查詢

連絡方式：

台灣大學公衛學院健康政策與管理研究所

臺北市徐州路 17 號 6 樓 622 室

Tel: 02-33668061

Fax: 02-23949769

Email: chueh@ntu.edu.tw

中華民國 104 年 12 月 30 日

摘要

本計畫是累積三年的成果，「憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實」，分兩個計畫申請，I 為一年的計畫(2011/8/1-2012/7/31)，II 則為後續兩年的計畫(2012/8/1-2014/12/31)。

總目標：以性別影響評估的理念與指標，重新檢視既有憂鬱症防治政策與方案，解構健康議題中之性別盲，再探討如何建構具性別敏感度的憂鬱防治政策與服務輸送系統。並能將此成果擴散與倡議。

第一年：研究目標：解構憂鬱防治議題中之性別盲。

研究方法：進行初步性別影響評估，次級資料分析，和網路資料分析。

第二年：研究目標：建構具性別敏感度之憂鬱防治健康資訊與知識。

研究方法：運用深度訪談，問卷調查法，次級資料分析，和文獻收集。

第三年：研究目標：具性別敏感度憂鬱政策成果擴散與倡議。

研究方法：運用焦點訪談，和內容分析法、國際政府資訊比較。

本報告以三年成果，為落實、擴散與倡議具性別敏感度憂鬱政策成果，提出五個努力方向，包含「充實憂鬱議題之性別分析的研究能量」、「編製具性別視野的憂鬱衛教教材」、「擴散具性別觀點之憂鬱有關知識」、「研擬具性別敏感度的憂鬱防治計畫與方案」與「研擬具性別敏感度的心理健康或憂鬱防治政策」。

關鍵字：憂鬱防治、性別影響評估、婦女健康政策、解構、建構、擴散

Gender Impact Assessment and Implementation on Depression Prevention Policy

The main purposes of the three years studies are by using gender impact assessment as a tool, to assess the existed depression prevention programs and policies. First year is to deconstruct the gender blindness on depression prevention programs. The second year is to construct a depression prevention programs the health information and knowledge with gender sensitive perspectives. And finally the third year is to delivery the health field a gender sensitive teaching materials and suggest an appropriate national depression prevention programs and policies in order to implement, diffuse and provocative the core goals in the future.

Research method: Preliminary gender impact assessment through basic needs assessment (the nominal, expressive, felt and comparative need). Through ex-patient interview, secondary data (through literature and internet information from governments and NGOs) analysis, as well as Meta Analysis.

The second year: in-depth interview, preliminary gender impact assessment, evaluation, secondary data analysis,

The third year: focus group, literature review, content analysis, international comparison.

Outcomes:

Based on the final goals for the implementation, diffusion and proactive ways to the knowledge of depression prevention, five directions are as followed:

1. Enrich the gender analysis research abilities on depression prevention programs and policies.
2. Making the teaching materials of depression prevention programs with gender perspectives.
3. Diffusing depression prevention health related information with gender perspective.
4. Designing gender sensitive depression prevention programs.
5. Planning a gender sensitive depression prevention policies as well as mental health policies.

Key words: depression prevention, gender impact assessment, women health policies, deconstruct, construct, diffusion

壹、研究背景

聯合國自1995年正式提出性別主流化理念與策略，世界衛生組織也展開「性別主流化的婦女健康」政策架構(UN, 1996, 1998, 2001ab; WHO, 2002)，提到政策制訂有一定流程，需要做需求評估，因為性別間的差異和需求，長久被忽視，需要有分開男女性別的性別統計，才能自男女不同甚至地區年齡的不同，有優先次序選擇。這就需要有性別分析，爾後才有依據能明列性別預算作改善，而性別影響評估是總其成。我國則於2003年正式從婦權會提出性別主流化概念，到2006年政府開始進行試辦，2009年正式對四年以上中長程計畫需要提出性別影響評估。其實更需要進行的是去分析已經進行的計畫其性別影響成效，才能找出問題改善之(婦權基金會，2007)。

我國雖然已於2008年公布新版的婦女健康政策(衛生署，2008)，但這些政策或相關方案除非是前述變成中長程計畫(如愛滋病防治、長照計畫等)，才會被進行性別影響評估，否則幾乎既有在進行的婦女健康政策中的議題，卻未曾進行過性別分析或性別影響評估，以致無法知悉其在社會性別建構下的成效。因此對我國政府推動「性別主流化」落實政策對男女影響的成效，需要有研究來協助驗證理論與工具檢視，因此提出總計畫「健康政策的性別影響評估與落實」。

憂鬱症是21世紀三大疾病之一，與愛滋和癌症並列，都花費鉅額治療(WHO, 2008, 2012; WFMH, 2012)，但是在性別敏感度上，究竟有多少著力？需要進行性別影響評估(Young, Gattuso, & Fullagar, 2004)。

本子計畫採用女性盛行率最高的憂鬱症的防治政策與方案來進行三年的研究。以解構、建構與落實推廣理念進行三年的計畫。總計畫只有前一年，後來則變成只補助子計畫，本研究報告即為累積三年憂鬱防治政策的性別影響評估研究成果。

一、健康政策需性別分析與性別影響評估

政策制訂有一定流程，需要做需求評估，有性別統計 才能有優先次序選擇也需要有性別分析(Bureau of Women, 2003)，性別預算等，性別影響評估是總其成。

WHO在2002年(WHO, 2002)發展性別分析工具，主要在提供問題與引導去評量政策、方案、研究是否在其規劃時就能放入性別差異的考量，角色、責任、資源可及性、作決定的權利、可以如何減少性別不平等。其中檢視十七個廣泛使用的性別工具以俾用在健康領域中的性別分析。

加拿大提出「社會性別分析」(gender-based analysis)，主要分析政策面向，在一開始制訂時就需分別是找出並定義政策議題、定義目標與預期結果、致力與研究與諮詢和整體考量。找出公共政策對兩性之間造成差異的影響，因而訂定出政策修正的內容與需要，達成兩性之間不僅是機會上的平等，同時也擁有結果上

的平等。此項分析也同時確保利益關係人在決策過程中回應「性別實質平等並考量差異」（Bureau of Health, 2003）。

聯合國也指出，要進行性別影響評估(Gender Impact Assessment, GIA)，指標的建立不可缺，需要具性別分析視角的婦女健康指標，將提供具性別敏感度的實證資料，藉以發展能彰顯婦女健康需求的政策，訂定優先順序（特別是弱勢群體），並擬定相關計畫和策略，改進婦女接近良好健康資源的障礙，經由持續性監測與地區性的比較，以了解全球化變遷下的影響（WHO, 1996, 1998ab, 1999；UN, 2002）。

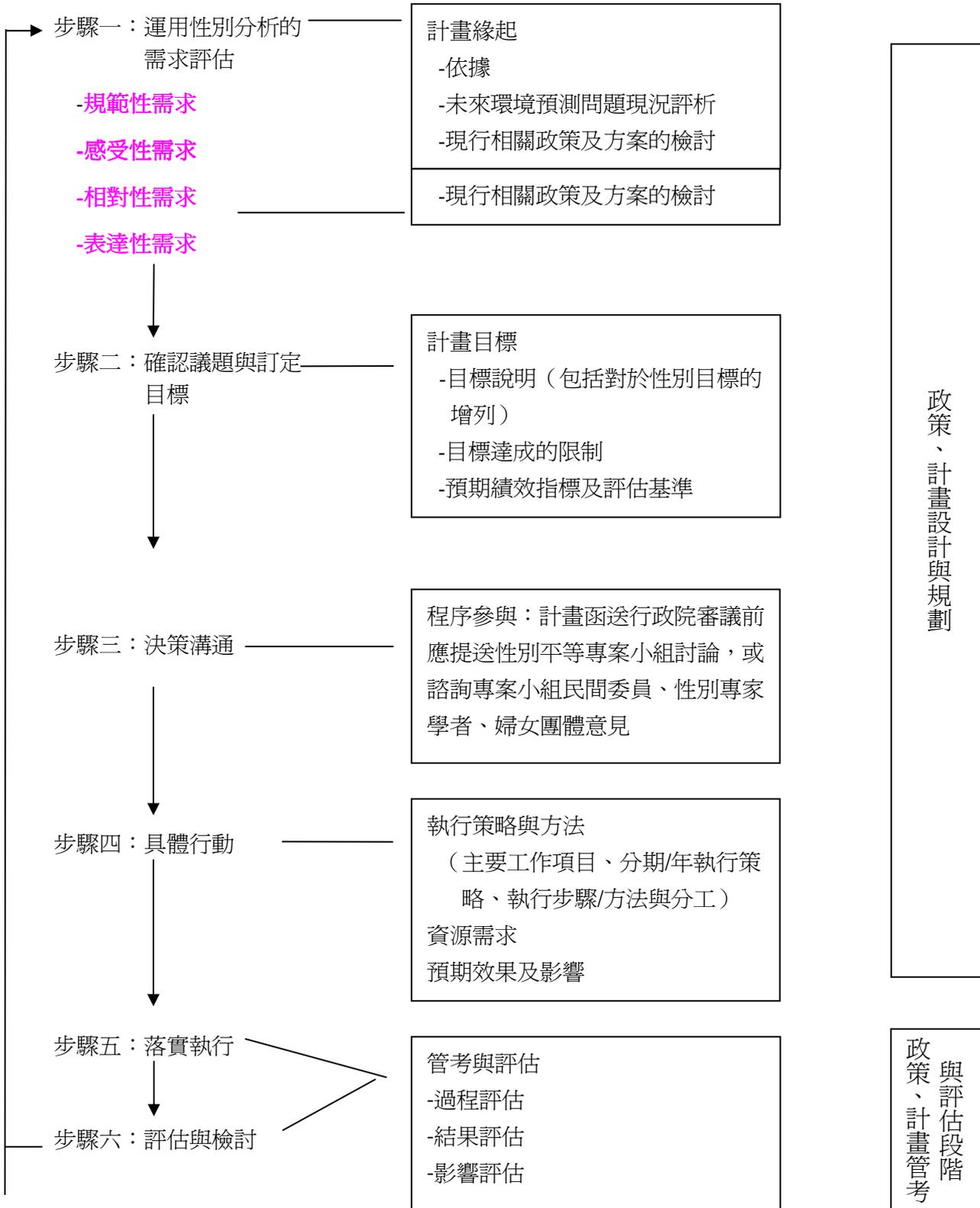
健康政策制訂過程，為了全面瞭解婦女健康問題，需要考慮不同特質婦女的健康需求，評估對健康、環境、經濟等發展計劃的重要性主要有以下三點：1）它為有效的計劃和決策提供重要資訊；2）它促進了婦女在參與及決策過程中的影響；3）它可以防止要付出昂貴代價的錯誤。

Roggeband and Verloo (2006)針對荷蘭不同中央或機構，所進行的性別影響評估進行十年的回顧與檢視，結果發現政治過程分析荷蘭發展與使用GIA的努力，從結構面（政治機會：包括不得要領散漫）與組織面（動員網路、策略建構）來分析成敗，此研究指出過去十年GIA這工具，在建構，落實與評估情形，貢獻更多理論瞭解和實務發展性別主流化的實踐。

但也發現，機會-網絡-框架即使是穩定的，是否切合實際狀況與需要 會影響進行評估執行的成敗，這工具落實，需要性別專家協助，但是性別框架（概念與內容）卻經常被性別專家用在GIA報告中，被認為是完整框架，強調女性觀點，但是卻被批評太狹窄或不夠完整，在與其他分析元素競爭下，框架-位置-資源會有其不平等現象，這也決定框架的命運(Verloo, 2006)。若政府人員抗拒由性別專家提供的多元政策框架，多半是掌有充分權力、資源與其他結盟，也因此有能力將此框架消除或標籤其為不充分的內容。而性別專家或NGOs，多半是外圍人士，對政策或方案制訂與資源可及性是有限的，去應對這種抗拒是不容易。因為GIA工具是在自願基礎架構下，所以需要讓各方有影響力的人士知悉，不只是政府單位的行政部門，也須對立法單位的委員使其瞭解重要性，甚至有瞭解性別的專家進入行政或到立法部門工作，強化立法機制給予工具和權力和資源，這樣才會有決定性的影響，以及競爭力。

我國因為是由中央提出要進行性別影響評估，但是工作人員的抗拒，仍存在，因此對已有的婦女健康政策，就需一方面提出性別影響評估的重要佐證，是因為它可以提出政策或方案中的瓶頸，以及需注意到被忽略的群體，才能得到事半功倍的效益。因此性別影響評估也需不斷檢視，也需持續提出改善的方向，甚至要進行性別覺察培力與方案落實（婦權基金會，2011；張菊惠，2012；張珏、張菊惠，2009）。

圖 1：性別分析與影響評估操作架構（中長程個案計畫）



貳、三年研究成果

在「憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實」計畫累積了三年研究結果，為落實、擴散與倡議具性別敏感度憂鬱政策成果，提出五個努力方向，包含「充實憂鬱議題之性別分析的研究能量」、「編製具性別視野的憂鬱衛教教材」、「擴散具性別觀點之憂鬱有關知識」、「研擬具性別敏感度的憂鬱防治計畫與方案」與「研擬具性別敏感度的心理健康或憂鬱防治政策」。分述結果如下：

一、充實憂鬱議題之性別分析的研究能量

此部分主要包含「檢視憂鬱議題之性別分析的能量」、「憂鬱議題之性別分析的研究資料庫」與「未來的研究方向及建議」三個議題。

(一)、檢視憂鬱議題之性別分析的研究能量

以下以 Web of Science™、華藝線上圖書館與臺灣博碩士論文知識加值系統為文獻平台，利用關鍵字進行搜尋，檢視國外、國內在憂鬱議題之性別分析上的研究能量，並比較其差異。

1. 國外在憂鬱議題之性別分析上的研究能量

國外在憂鬱議題之性別分析方面已累積一定程度的研究能量，例如以 Web of Science™ 為文獻平台，用“depression”與“gender”為關鍵字進行搜尋，至 2014 年 12 月，統計有 875 篇；用“depression”與“girl”或“women”為關鍵字進行搜尋，分別有 170 篇、3,068 篇；以“depression”與“boy”或“men”為關鍵字進行搜尋，分別有 77 篇、921 篇。目前，已有數篇綜論文章以性別為主要視野來探討憂鬱。Culbertson (1997) 在 *American Psychologist* 期刊發表“Depression and gender - An international review”，道出探討性別與其和憂鬱之間關係的重要性。Piccinelli 與 Wilkinson (2000) 從「危險因子」觀點來解釋憂鬱的性別差異，包含遺傳因素、生理因素（例如賀爾蒙、神經系統）、兒童時期的家庭環境、負面生活事件、早期的憂鬱情況、社會角色、文化規範、因應型態、社會支持等。同年，Sevick、Rohli 與 Pahor (2000) 整理憂鬱和罹病率與死亡率之間關係的性別差異，強調未來必須著重探討導致此一情形的影響機制。Boughton 與 Street (2007) 的論述脈絡和 Piccinelli 與 Wilkinson 相似，女性與男性在心理與社會因素上的不同而導致憂鬱的性別差異，包含人格特質、因應策略、認知易脆弱性“cognitive vulnerability”、問題關係“problematic relationships”、照顧負擔、社會支持、社會角色、負面生活事件等。

既有國外證據顯示，女生與男生的生理、心理與行為發展及生活型態在青春早期早期前已不同。隨著年齡增長，女性與男性面臨生活各面向的挑戰、壓力生活事件及其因應方式的相異等種種因素，使得憂鬱症原因存在性別差異。一般來

說，女性罹患憂鬱症的原因較男性來得多且複雜，某些原因更是女性普遍的經歷，例如生理期不適、性暴力、生涯選擇因性別因素與文化觀念而受限、權利不平等、低社會地位、貧窮等。女性頻繁經歷社會建構的壓力源會過度敏感化生理與心理機制對壓力源的反應，損害解決問題的能力，進而不斷產生與累積新的壓力源，加劇憂鬱症的罹患風險及嚴重度，陷入社會建構的惡性循環(Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, 2001)。

2. 國內在憂鬱議題之性別分析上的研究能量

以華藝線上圖書館為國內文獻平台，主要收錄自 1991 年起臺灣與中國出版的學術期刊，內容涵蓋人文學、社會科學、自然科學、應用科學、醫學與生命科學等領域。以「憂鬱」與「性別」為關鍵字進行搜尋，排除不相關的文章，共有 5 篇。以「憂鬱」與「女」為關鍵字進行搜尋，只有 1 篇，「運用悲傷輔導於憂鬱症患者喪女之護理經驗」(丁秀蓉、齊美婷、周植強, 2011); 以「憂鬱」與「男」為關鍵字進行搜尋，為 0 篇。胡幼慧(1991)於《婦女與兩性學刊》發表「性別、社會角色與憂鬱症狀」，從性別、社會角色(主要角色、角色組合)與生命週期的角度探討憂鬱症狀的盛行與分佈。張智嵐、袁聖琇與黃美芳(2008)探討憂鬱症症狀與成因(生理、社會)之性別差異，在社會因素方面，和胡幼慧同樣強調社會角色與社會支持對於女性與男性憂鬱影響之不同。牛文菡(2009)、巫珍宜與郭麗安(2010)則皆將性別視野帶到憂鬱症與婚姻議題，例如夫妻互動、權力運作。王郁琮(2014)利用國內大型縱貫研究資料庫探索國中生早期的憂鬱軌跡以及其類型及其性別差異。由上可知，國內目前並無綜論文章彙整本土研究證據系統性地剖析憂鬱的性別差異。

接續以臺灣博碩士論文知識加值系統為文獻平台，是國內唯一計畫性收錄全國博碩士學位論文法定寄存的線上資料庫，完整涵蓋人文、社會、自然科學等各學門。以「憂鬱」與「性別」為關鍵字進行搜尋，排除不相關的文章，共有 7 篇，皆是碩士論文，部分已發表於學術期刊。最早可追溯至邱一峰(1995)的碩士論文，雖然性別並非主要的研究主軸，但發現國中女生與男生在憂鬱傾向及相關因素的不同。鄧惠文(2003)則針對臺灣平面媒體憂鬱症報導進行內容分析，從女性主義觀點檢視憂鬱症論述，深入思考精神醫療可能流於父權工具的危機。與邱一峰的研究結果相似，溫桂君(2005)針對青少年、王俊凱(2007)針對老年人、許文穎(2011)針對青少年，皆發現憂鬱的原因存在性別差異。與上述量性取向的論文不同，張智嵐(2009)以現象學內容分析，探討不同性別憂鬱症者在其憂鬱與復原歷程中所呈現出來之差異。相對於從「危險因子」來看憂鬱的性別差異，陳亮仁(2010)從「影響結果」來探討中老年人憂鬱對其生活品質的影響是否因性別而不同。

同樣以臺灣博碩士論文知識加值系統為文獻平台，以「憂鬱」與「女」為關鍵字進行搜尋，從 1990-2013 年，共有 92 篇(參見附錄一); 以「憂鬱」與「男」為關鍵字進行搜尋，從 1984-2013 年，共有 16 篇(參見附錄二)。顯見，女性憂

鬱的議題受到關注之程度高於男性憂鬱的議題。在研究方向上，女性憂鬱議題主要可以分成探討女性憂鬱的相關因素、探索女性憂鬱的經驗與過程、探討女性憂鬱的影響結果、憂鬱介入策略與成效；男性憂鬱議題，除了沒有論文探索男性憂鬱的經驗與過程，其他三個研究方向亦有之。

就其研究主題進行內容分析，以女性為對象有：(1)「探討女性憂鬱的相關因素」，例如個人特質（性別特質、控制信念、理性信念、完美主義、自我概念、自我效能、自我分化、社會依賴性格、神經質、外向性）、家庭因素（家庭系統、家庭功能、家庭型態、家庭網絡類型、家庭壓力、家人互動、雙親教養、家庭暴力、家人憂鬱、依附關係）、生育因素（育兒壓力、生育結果、產後文化照顧、伴侶支持）、更年期因素（停經狀態、更年期症狀、更年期態度）、人際關係（家人、朋友、職場）、疾病治療過程（症狀困擾、乳房切除、乳房重建手術）、社會支持、社會網絡、婚姻滿意度、睡眠品質、休閒活動參與、運動、身體質量指數、身體意象、生活事件壓力；(2)「探索女性憂鬱的經驗與過程」，例如憂鬱對於生命的意義、復原；(3)「探討女性憂鬱的影響結果」，例如抑制系統與行為激發系統功能、骨密度、子女的自尊與生活適應、性生活滿意度、親密關係、生活品質、網路成癮、抗憂鬱藥對胎兒的影響、婚姻衝突中權力與情感；(4)「憂鬱介入策略與成效」，例如穴位指壓、認知行為團體治療、舞蹈、瑜珈、憂鬱預防行為活化、健走、芳香按摩、希望支持團體。

就其研究主題進行內容分析，以男性為對象有：(1)「探討男性憂鬱的相關因素」，例如個人特質（性別特質、內控、外控）、性別角色衝突、兵役因素（軍中勤務、軍中生活壓力、軍中階級壓力）、生活目標與前途；(2)「探討男性憂鬱的影響結果」，例如酒精使用、藥物濫用、社會支持、人際關係；(3)「憂鬱介入策略與成效」，例如心理衛教暨身心靈賦能團體、藥物與心理社會介入。相較於女性憂鬱議題，男性憂鬱議題的研究明顯較為不足，特別係幾乎沒有探索男性憂鬱的經驗與過程的研究。在探討男性憂鬱的相關因素方面，幾乎都是個人因素，沒有生理因素、家庭因素、社會因素等。值得關切的是，針對男性憂鬱的介入策略與成效相關研究的缺乏，使得男性憂鬱預防與治療計畫與方案在研擬上缺乏足夠的參考證據。

3. 國外、國內在憂鬱議題之性別分析上的比較

表 1 列出國內、外憂鬱研究在各議題上的性別證據。在憂鬱症原因的性別差異方面，可以找到國外研究在各個原因的性別討論，但國內在此議題之探討付之闕如。在憂鬱症發生的性別差異方面，國外許多研究發現女性與男性在憂鬱的症狀、盛行率與疾病歷程上的不同，國內仍需更多本土性證據的驗證。在憂鬱症治療的性別差異方面，是比較少被探索的議題，國內則完全找不到相關文獻。然而，此處進行國外、國內在憂鬱議題之性別分析上的比較，僅是根據部分文獻的主觀、初步結論，未來需要更具有系統性、客觀性的蒐集、調查、分析及評估。

表 1、國外、國內在憂鬱議題之性別分析上的比較

研究議題的性別證據	國外	國內 ^a
憂鬱症原因的性別差異		
遺傳因素	■□□□□	□□□□□
生理因素	■□□□□	■□□□□
認知因素	■□□□□	□□□□□
人格特質	■□□□□	□□□□□
社經地位	■□□□□	□□□□□
壓力生活事件	■□□□□	□□□□□
社會角色	■□□□□	■□□□□
人際關係	■□□□□	■□□□□
社會支持	■□□□□	■□□□□
活動參與	■□□□□	□□□□□
文化因素	■□□□□	■□□□□
憂鬱症發生的性別差異		
症狀	■□□□□	■□□□□
盛行率	■□□□□	■□□□□
疾病歷程	■□□□□	■□□□□
憂鬱症治療的性別差異		
求醫過程	■□□□□	□□□□□
藥物治療療效	■□□□□	□□□□□

^a以 Web of ScienceTM、華藝線上圖書館與臺灣博碩士論文知識加值系統為文獻平台。

■：越多格，表示性別證據越多。

(二)、憂鬱議題之性別分析的研究資料庫

國內有測量憂鬱題項或題組的資料庫，以中央研究院人社中心調查研究專題中心 SRDA 學術調查研究資料庫搜尋，如表 2 所示，共有 35 個。以年齡層區分，能夠針對兒童進行分析的資料庫只有 1 個，以青少年為對象有 5 個，以青年為對象有 9 個，以成年為對象有 7 個，以老人為對象有 12 個。在特定群體方面，有 2 個資料庫針對癌症病患，有 2 個為智障者，有 2 個為精神病患，有 1 個為遲緩兒，有 2 個為夫妻，有 4 個為就業者（例如保險業務員、警察、導遊）。目前，國內在憂鬱議題之性別分析方面的研究能量仍不多，未來研究者可利用這些資料庫進行分析及探討，補足本土性證據之知識缺口。在非屬於 SRDA 學術調查研究資料庫，例如「兒童與青少年行為之長期發展研究計畫」、「臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」等，研究設計皆屬於固定樣本重複追蹤，亦能分析憂鬱及其影響因素的性別差異。在非屬於固定樣本重複追蹤的調查，有「2001 年、2013 年國民健康訪問調查」、「2005 年、2009 年國民健康訪問暨藥物濫用調

查」。另外，財團法人董氏基金會從民國八十八年起，以憂鬱情緒或憂鬱症為主題，進行系列調查，歷年研究主題參見附錄三。

表 2、SRDA 有測量憂鬱題項或題組的資料庫名稱及母群定義

<ul style="list-style-type: none"> 台灣高等教育資料系統之建置與運用 (1/3): 92 學年大三及二技學生 <p>母群定義: 92 年大三及二技學生</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查 2002 <p>母群定義: 台灣地區各縣市年滿十五歲以上人口 (民國 76 年 6 月 30 日以前出生)</p>
<ul style="list-style-type: none"> 癌末病患生活品質與調整品質後存活時間之研究 <p>母群定義: 醫師確認癌症病人對治癒性治療均已無反應，停止癌症治癒性醫療者；年齡大於 18 歲以上成年患者；意識清楚、可溝通、且願意接受訪談者。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 國民營養健康狀況變遷調查 (2004-2008) <p>母群定義: 台灣地區具有國籍、民國 88 年 1 月 1 日年齡為 65 及 65 歲以上之居民；但不包括建立名冊時間內軍事單位、醫院、療養院、學校、職訓中心、宿舍、機構內之居民。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣社會變遷基本調查計畫：第一期 (問卷二) <p>母群定義: 台灣地區 20 歲以上居民</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣國民營養健康狀況變遷調查 (1997-2002): 老人國民營養健康狀況變遷調查 (1999-2000) <p>母群定義: 台灣地區具有國籍、民國 88 年 1 月 1 日年齡為 65 及 65 歲以上之居民；但不包括建立名冊時間內軍事單位、醫院、療養院、學校、職訓中心、宿舍、機構內之居民。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 團隊人格特質組合與創新之多層次與跨層次分析: 領導者與團隊成員組合之影響 <p>母群定義: 工作團隊</p>
<ul style="list-style-type: none"> 「早期且完整之干預」對精神病患社區精神復健服務使用病患功能與照護者負荷程度之影響 (I) <p>母群定義: 南投草屯療養院病患</p>
<ul style="list-style-type: none"> 高關懷青少年家長親職教育介入研究: 物質濫用及問題行為預防 (I) <p>母群定義: 台北縣一所高級中學國中部在學的國中生，曾出現藥物濫用、不良娛樂方式、性問題、逃避學校與違反校規、反抗權威、逃家、攻擊、偷竊與搶奪及內向性情緒等問題行為者</p>
<ul style="list-style-type: none"> 休閒緩衝壓力模式與休閒壓抑壓力模式比較分析之研究 <p>母群定義: 台灣地區警察人員</p>
<ul style="list-style-type: none"> 與家人同住智障者及其家庭主要照顧者健康: 性別、老化及相關議題 <p>母群定義: 政府列冊與家人同住之 18 歲以上成年智障者及含智障之多重障礙者；研究參與的指標有 (1) 智障者為 18 歲以上 (2) 與家人同住</p>
<ul style="list-style-type: none"> 青少年藥物濫用之起因: 一個社會學習模型 (86 年) <p>母群定義: 台北市 86 所公立國中生</p>
<ul style="list-style-type: none"> 人格特質五因素與銷售績效之關係: 以壽險業為例 <p>母群定義: 某壽險公司在台北市所有營業分處登錄之業務員</p>

<ul style="list-style-type: none"> 花蓮縣秀林鄉與台北市北投區國三學生及老年人健康品質與其相關社會因子的研究 <p>母群定義：花蓮縣秀林鄉與台北市北投區之國三學生與 65 歲以上老人</p>
<ul style="list-style-type: none"> 高雄地區憂鬱症流行病學調查：憂鬱症盛行率與危險因子之評估（II） <p>母群定義：設籍於高雄縣鳳山市、梓官鄉、田寮鄉之居民</p>
<ul style="list-style-type: none"> 老人社區照顧服務之評估研究：以居家服務方案為例（I） <p>母群定義：財團法人台北市立心慈善基金會、財團法人獎卿護理展望基金會、中華民國紅心字會、財團法人台北市私立松年長春服務中心、中華民國紅十字會台灣分會、中國家庭教育協市會、有限責任台北市暹宸照護服務勞動合作社、財團法人伊甸社會福利基金會之訪問對象為使用居家服務之老人及其家庭照顧者</p>
<ul style="list-style-type: none"> 「為人父母」之壓力調適：從產前到子女出生後之追蹤研究 <p>母群定義：懷孕滿 34 週之母親及其配偶；產後六週追蹤調查</p>
<ul style="list-style-type: none"> 接受機構安置少年之現況分析：檢視少年所面臨之問題與機構工作人員之服務內容及限制 <p>母群定義：國內所有安置少年的福利機構、育幼機構共 76 家</p>
<ul style="list-style-type: none"> 華人情緒智能觀、性別角色信念、生涯價值對大一新生求助行為的影響 <p>母群定義：全體東吳大學一年級學生</p>
<ul style="list-style-type: none"> 不同居住模式對智障者生活品質、家庭參與、工作者工作滿意度影響 <p>母群定義：智能障礙者：曾參與周月清、林麗嬋（2006）研究之 32 間機構單位之智能障礙者；家庭照顧者：上述曾參與研究的智能障礙者之家庭主要照顧者；機構工作者：上述曾參與研究的智能障礙者所居住的相關機構單位之工作者</p>
<ul style="list-style-type: none"> 臺閩地區老人狀況調查 2000 <p>母群定義：臺閩地區五十歲以上人口</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣社會變遷基本調查計畫：第五期第五次（問卷一） <p>母群定義：台灣地區年滿 18 歲及以上之中華民國國民（75 年 12 月 31 日前出生者）</p>
<ul style="list-style-type: none"> 環境與健康電話訪問調查 <p>母群定義：18 歲以上之一般民眾</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣社會變遷基本調查計畫：第六期第二次問卷二[健康組問卷] <p>母群定義：台灣地區年滿 18 歲及以上之中華民國國民（民國 81 年 12 月 31 日以前出生者）</p>
<ul style="list-style-type: none"> 華人家庭動態資料庫的建立-第十年計畫: RR2008 <p>母群定義：1935-1976 年出生的主樣本，以及其年滿 25 歲的子女樣本</p>
<ul style="list-style-type: none"> 導遊工作壓力、情緒智力和生活品質關聯性之探討 <p>母群定義：中華民國具觀光局正式核發導遊証之導遊</p>
<ul style="list-style-type: none"> 共同依賴的研究 <p>母群定義：台灣北部地區高中（職）專校、大學學生</p>
<ul style="list-style-type: none"> 病識感對精神分裂症患者自傷傷人、藥物遵從性、社會適應與疾病復發之預測效果研究 <p>母群定義：無</p>

<ul style="list-style-type: none"> 醫師人力政策的經濟分析（II） <p>母群定義：全台灣人民</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣氣喘學童接受衛生教育與遵從醫囑行為對醫療資源耗用之影響 <p>母群定義：教育部 2002 年度的國小學生人數資料庫</p>
<ul style="list-style-type: none"> 台灣地區居民休閒生活型態與身心健康關係之研究 <p>母群定義：以台灣地區居民為母體，將所有鄉鎮市區加以區分成都會區、都市區、市郊區和鄉村區四級，於每個等集中抽取兩個地點為代表，並依其人口比例分配樣本數。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 簡式 36 健康問卷電腦適性化：與紙筆施測模式之同質性及在臨床醫療照護的實用性之研究（I） <p>母群定義：至醫院看診之頭頸部癌症病人</p>
<ul style="list-style-type: none"> 華人婚姻韌性的形成與變化：理論之修正與檢驗（2/2） <p>母群定義：台北縣市 25 歲至 64 歲的夫妻</p>
<ul style="list-style-type: none"> 參與早期療育之發展遲緩兒主要照顧者生活品質相關因素探討 <p>母群定義：中台灣遲緩兒主要照顧者</p>
<ul style="list-style-type: none"> 我國全民健康保險部分負擔政策對民眾就醫層級選擇之影響 <p>母群定義：台灣地區中部四縣市家戶，18 歲以上成年人</p>

(三)、未來的研究方向及建議

由上可知，政府組織、研究機構與民間單位現有的資料庫，應擴大分析與應用，以下提出未來研究方向及建議：

1. 鼓勵科學與臨床調查在設計與執行研究及報告結果考量性別觀點。
2. 鼓勵期刊編輯/研討會徵求探討憂鬱性別差異的文章，並描述與討論其結果對於女性與男性可能的啟發。
3. 鼓勵憂鬱的多變項與跨領域學科的研究模式，最大化努力與資源來研究憂鬱影響因素的性別差異。
4. 在藥理研究方面，需要同時納入女性與男性樣本，以及加以探討女性特殊生理因素（月經、懷孕）對施以藥物治療憂鬱症的效果與副作用。
5. 加強瞭解產後婦女在求醫過程的經驗，探討產後憂鬱症照護的阻礙因子和介入策略的成效評估，特別是低收入家庭與少數族裔。
6. 加強研究生理因素與男性憂鬱症之關聯。
7. 加強研究男性憂鬱症患者的憂鬱成因及有效的治療模式，例如大部分研究偏重探討家庭與社會角色對女性憂鬱症的影響。
8. 研究上如何招募足夠的男性憂鬱症患者，以期釐清方案對男性的介入成效，是一個重要的課題。舉例來說，父親回報率低，可能使父親產後憂鬱症對小孩的影響被低估。
9. 多數研究結果只反應出社會化歷程中的男女差異，但其差異與憂鬱症關係的連結仍不足。究竟憂鬱症的性別差異是：（1）女性與男性各成長階段的保

護或危險因子截然不同所致—「原因不同」；或是(2)女性與男性各成長階段的保護或危險因子相似,但是其作用強度與重要性隨著時間而對於女性與男性產生差異性的影響—「作用程度不同」。

10. 相較於成人憂鬱症的性別差異(無論是原因或機制),青少年早期憂鬱症的性別差異(無論是原因或機制)仍需深入探討,以期能及早預防。憂鬱症在青春期開始出現性別差異,然而,卻很少研究探討青春期為何或如何造成此一性別差異,其中涉及生物、心理與人際過程的複雜交互作用,面臨許多轉變與壓力源。
11. 加強探討性別和族群、教育、就業、婚姻、產業別、城鄉等交互作用之下,不同性別或同一性別中各狀態獲取與利用資源的過程為何,何以造成憂鬱症罹患風險、疾病發展、診斷與治療的性別差異。此外,釐清上述交互作用的影響在不同生命週期之異同。
12. 共病會提高憂鬱症慢性化與復發的風險,因此瞭解憂鬱症與其他疾病共病的發展型態顯得非常重要,例如焦慮症、品行疾患。此外,憂鬱症的共病存在性別差異,女性傾向「焦慮症(或恐慌症、身體型疾患、暴食症)—憂鬱症」,男性則傾向品行疾患(或酒精依賴與濫用)—憂鬱症。理論上,共病會影響任一疾病的介入成效、嚴重度、復原與復發,以及其性別差異,仍需更多研究加以驗證。
13. 有研究發現,以學校為核心的介入對於男童比較有效,以家庭為核心的介入對於女童比較有效。在各種介入策略的成效方面,仍待更多研究加以驗證與深入探討。
14. 調查有效治療女性憂鬱之機制。
15. 調查長期處遇與次級預防方案對憂鬱復發、反覆出現、慢性化的效果。
16. 發展簡版的憂鬱篩檢工具,篩檢社區居民,特別是女性。
17. 評估憂鬱的預防方案、治療介入與復健服務在教育、職業、經濟、社會互動上帶來的實際益處。
18. 探討增進服務可近性的策略,特別是少數族群女性、年長女性、以及需使用而未充分使用的人們。
19. 探討降低憂鬱相關汙名化及阻礙治療的策略,汙名化將導致女性難以接受憂鬱的事實及不會尋求協助。

二、編製具性別視野的憂鬱衛教教材

此部分主要包含「憂鬱症衛教教材之性別檢視」與「編製性別視野的憂鬱防治培訓手冊」、「範例：周產期憂鬱症與相關疾患的矩陣框架」三個議題。

(一)、憂鬱症衛教教材之性別檢視

以下針對國內書籍、手冊、簡報、單張與海報等不同形式的憂鬱症或心理健康相關衛教教材的內容，進行性別檢視。

1. 書籍與手冊

整體來看，國內在心理健康範疇的衛教教材，以自殺防治為最大宗。以憂鬱症為主題的衛教教材不多，納入性別觀點更是甚少。儘管此二者常被放在一起，但憂鬱症的論述地位常只是被視為自殺的原因之一。政府部門、學校單位與民間團體出版的書籍或手冊，例如教育部的「校園憂鬱與自我傷害三級預防 Q&A」，包含「認識憂鬱」、「常見的自殺迷思」、「自殺的原因為何」與「自殺該怎麼預防？有那些有效的自殺防治策略？」共四章，其中，只有特別強調女性自殺的原因(如下所示)，未針對憂鬱症的性別差異進行探討，也並非學生特殊的憂鬱影響因素。

以女性而言，在家庭中長期感受到自己無法控制自己的生活，可能變得較被動，對許多人、事、物都感到負面悲觀及缺乏自信；許多女性除了家庭外還有工作，而且普遍負擔家庭中大部分家事；以往在華人社會的脈絡下，女性更常需面對世代之間的角色衝突，如婆媳問題；此外，由伴侶、配偶或其他家庭成員所施加的嚴重或持續的身體暴力或精神虐待，都可能導致自尊心及自我價值感喪失，進而衍生出自殺行為(校園憂鬱與自我傷害三級預防 Q&A)。

行政院勞委會勞工安全衛生研究所的「職場憂鬱自我防治手冊」，包含「前言」、「什麼是職場憂鬱?」、「你有職場憂鬱嗎?」、「憂鬱了，我該怎麼辦?」、「如果真的撐不下去了，我可以去找誰求助?」共五章；財團法人董氏基金會的「有你，真好！陪他走過憂鬱」，包含「有你，真好」、「憂鬱檔案大公開」、「網路世界、悠哉、憂鬱」、「陪伴與傾聽」、「陪伴守則—我該怎麼陪伴他」、「BLUE STORY—十字路口的抉擇」、「關懷，無所不在」、「給我 HELP」主題；財團法人董氏基金會的「憂鬱看招」，包含「憂鬱情緒、憂鬱症大不同」、「我不爽，因為~」、「幫助憂鬱的麻吉」、「紓解憂鬱情緒 DIY」、「問題解決技巧」、「不要以外的空間」、「求助資源管道」主題；臺北市立中山女高輔導室的「101 學年度學生憂鬱與自我傷害防治手冊」，包含校園憂鬱與自我傷害三級預防模式、臺北市立中山女子高級中學 101 學年度學生憂鬱與自我傷害的防治工作計畫、危機處置小組組織圖、處理機制流程圖、危機處理標準流程圖範例及工作說明等主題，也幾乎未見關於性別的討論和提出不同性別的策略與建議。

由行政院衛生署自殺防治中心出版的自殺防治系列手冊，並非以憂鬱症為主題，部分內容與憂鬱症有關且提到性別差異，例如第 3 冊「青少年心理衛生與自殺防治」與第 7 冊「女性心理衛生與自殺防治」：

憂鬱的少女常傾向退縮、變得沉默、沮喪、了無生氣；相對地，憂鬱的男孩容易有破壞或好鬥行為，而且希望能得到老師及父母較多的注意，好鬥成性會導致孤獨，這也是自殺行為的危險因子（青少年心理衛生與自殺防治）。

現代女人，和過去傳統差別很大，扮演的角色愈來愈多元化。多項國外研究指出：女性憂鬱焦慮症約是男性兩倍以上，值得我們仔細思索；女生因為有懷孕、生產、月經、及更年期的生物性別差異，再加上社會不同的角色期待壓力或個性心理表現，產生的憂鬱焦慮症比例、類別、或症狀，可能和男性造成不小差異（女性心理衛生與自殺防治）。

然而，自殺防治系列手冊的第4冊「老人心理衛生與自殺防治」，包含「老人自殺概況」、「老人自殺行為之危險因子」、「老人自殺行為的迷思」、「老人自殺行為的防治」共四章；第5冊「精神疾病與自殺防治」，包含「精神疾病與自殺行為的關係」、「憂鬱症個案自殺的危險因子」、「精神分裂症個案自殺的危險因子」、「人格違常個案自殺的危險因子」、「其他與自殺行為相關的精神疾病」、「資源篇」共六章，皆無與性別有關的內容。

以臺北市政府衛生局社區心理衛生中心網站上的書籍進行檢視，包含「憂鬱病患的日記」（小知堂）、「從憂鬱飛向陽光」（天下文化）、「走出藍色幽谷」（天下生活—告別憂鬱症）、「拋開憂鬱」（元氣齋）、「晚安，憂鬱」（心靈工坊）、「看得見的黑暗—走過憂鬱症的心路歷程」（究竟）、「中西醫會診：憂鬱症」（書泉）、「憂鬱的理性翻身」（高寶集團）、「憂鬱症的告白」（張老師文化）、「憂鬱症—我不說，你怎會明白」（笛藤）、「遠離憂鬱」（智庫）、「憂鬱症一定會好」（圓神）、「憂鬱症百問」（新自然主義）、「向憂鬱 Say No」（書泉）等國內外書籍，雖然部分有提及性別角色與不平等所導致女性與男性面臨困境之差異，卻未深入論述及提出實質的改善做法。

其他非以憂鬱為主題但事實上與憂鬱極為有關之議題的書籍或手冊，包含職場心理健康、過勞、失智症、癌症、懷孕等，在內文中討論到憂鬱的情況付之闕如，例如 IOSH 勞工安全衛生研究出版的「IOSH 勞工安全衛生研究所—過勞自我預防手冊」、國民健康局出版的「認識癌症」。臺北市政府衛生局出版的「遺失的美好—失智症防治宣導手冊」，雖然在「何謂失智症」篇章中指出失智症初期可能會出現憂鬱，但卻無在「失智症家屬的照護原則」與「失智症照護資源」篇章提供憂鬱症相關資訊。行政院衛生署主辦而由中華心理衛生協會出版的「2000~2001 世界心理健康日—職場心理衛生資源手冊」，提及憂鬱是受到壓力後常見的情緒之一，可惜的是，並沒有繼續深入討論，其中一章特別強調婦女的職場心理衛生（如下所示）。

投入職場可以提升婦女的心理健康、自主性、尊嚴及生涯發展的可能性。但「母職」對於職業婦女而言是很大的壓力源，此外，每一個女人不論是否結婚，從小到大都會背負母職的壓力。尤其職業婦女必須在社會對所謂好母親的標準與自己認為如何才是好母親的角色中取得平衡點，有些關於母職的道德評價與壓力對於職業婦女的身心健康相當不利。若要促進職業婦女身心健康，應先助其抽離傳統賦予母職的價值標準。

另外，憂鬱症是孕婦常遭遇的問題。由臺大醫院婦產部與護理部暨營養部共同出版的「懷孕媽媽手冊」，著重產前檢查、懷孕期間的自我照顧、孕期營養、產前運動、準備寶寶的來臨、生產準備、母嬰同室等議題，但是未見關於憂鬱症的討論。衛生福利部國民健康署出版的「孕婦健康手冊」，在「準媽媽生活篇」中，有獨立的子章節討論產後憂鬱症，包含發生原因、危險族群、如何判定、因應方式及給家屬的話等。

2. 簡報

檢視衛生福利部心理及口腔健康司的網站，在心理健康促進議題的「101年精神及心理衛生人員訓練班」的教育簡報資料，包含「性別與心理健康」、「臺灣精神衛生體系之發展與社區復健」、「精神疾病及自殺通報相關法規介紹」、「社區精神病人危機事件處理與個案管理」、「臺灣自殺防治策略與現況」、「精神疾病及自殺通報個案派案原則」、「家屬教育輔導、社會安全網絡與社會資源」和「自殺風險個案危險評估、危機處理技巧與電話諮詢因應技巧」議題。

就「性別與心理健康」簡報而言，著重臺灣性別主流化推動現況說明、精神病患就診率（包含精神分裂症、情感性精神病、精神官能症、自殺）、女性自殺的危險因素等。其中，產後憂鬱症被視為會增加女性自殺的風險。整體而言，自殺議題占整體論述最多，有性別議題的討論，然而憂鬱症並非主要議題。

就「臺灣精神衛生體系之發展與社區復健」簡報而言，著重臺灣精神衛生體系發展與未來（包含精神醫療網、精神衛生相關法規、全民健康保險與社區復健）、國際精神醫療發展趨勢、臺灣精神專科醫院實例、多元性服務、Recovery導引下之歐美精神衛生政策、精神病分期與康復。與憂鬱症有關的議題，只出現在盛行率部分。整體而言，憂鬱症並非主要議題，亦未見關於性別的討論。

就「精神疾病及自殺通報相關法規介紹」簡報而言，著重精神衛生法之修正沿革與簡介、精神疾病及自殺通報相關規定、精神病人社區醫療照護與自殺防治政策。憂鬱並非重要的核心議題，其只被視為自殺的原因之一。其中提到的「國民心理健康促進計畫整體架構」（參見下圖），包含預防及健康促進、健康照顧、長期照顧三個部分，未見性別、女性或男性被列為重要的目標人口群。

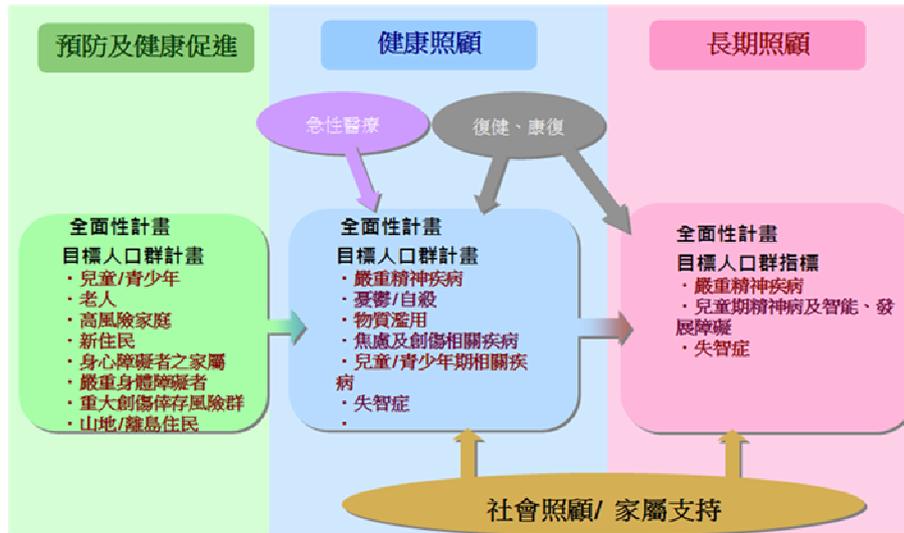


圖 2、國民心理健康促進計畫整體架構（賴淑玲，2012）

就「社區精神病人危機事件處理與個案管理」簡報而言，著重精神疾病的定義、特殊性、常見問題與處理技巧、個案管理的定義、要素與目的。整體而言，憂鬱症並非主要議題，亦未見關於性別的討論。

就「臺灣自殺防治策略與現況」簡報而言，著重世界各國及臺灣自殺問題現況、自殺的危險因子、當代世界自殺防治主流思潮、國家自殺防治策略、老年人口之自殺防治、成效與挑戰。整體而言，憂鬱症並非主要議題，憂鬱症只被視為是自殺的原因之一，例如：「自殺原因以身心疾病及社會連結為主，且老人憂鬱情緒常易被忽略」、「東臺灣自殺死亡之個案研究，精神科診斷中，以憂鬱症以及酒癮最多」。老年人口被列為重要的目標人口群，關於性別的論述並不多，僅有呈現通報自殺未遂個案之自殺行為近因的性別差異。文末提出各部會強化老人心理健康促進及自殺防治工作方案，針對目標族群包含一般民眾（衛生署、通傳會）、原住民（原民會）、榮民（退輔會）、農民（農委會）、勞工（勞委會）、收容人（法務部）、軍人（國防部）、教職員工（教育部）、經濟弱勢、身心障礙、未獲適當照顧之兒童、少年及受暴婦女（內政部）。但是在憂鬱症方面的因應策略建議則缺乏，僅提到：「辦理老人憂鬱症相關教育訓練，從認識、篩檢與轉介老年憂鬱症做起，提升衛生所公衛護士老人憂鬱症知能，並持續推動老人憂鬱症篩檢工作」。

就「精神疾病及自殺通報個案派案原則」和「家屬教育輔導、社會安全網絡與社會資源」簡報而言，並無關於憂鬱症與性別議題的討論。後者提出針對精神疾病家屬的衛教內容包含認識精神疾病、如何與精神病患溝通、認識精神科藥物、暴力行為的危機處理、壓力調適、精神康復的觀念、精神病患權益與倡導，性別議題並不在內容主軸內。就「自殺風險個案危險評估、危機處理技巧與電話諮詢因應技巧」而言，著重自殺風險評估、自殺致命性評估、危機處理的原則與晤談技巧，憂鬱同樣被視為自殺的徵兆或危險因子。

3. 單張與海報

目前，國內幾乎所有以憂鬱為主題的單張與海報，其內容皆無在性別議題上的呈現，例如財團法人董氏基金會出版的「董氏憂鬱量表大專生版」、「請重視憂鬱症」、「請正視憂鬱症」與「請正視青少年憂鬱症」、臺中縣政府衛生局出版的「憂鬱 ByeBye」。

4. 小結

臺灣的憂鬱衛教教材並不多，除了部分書籍或手冊提及憂鬱的相關因素，幾乎沒有系統性討論憂鬱的經驗與過程、憂鬱的影響結果、憂鬱介入策略與成效等議題。

表 3、衛教教材的議題檢視

議題	憂鬱衛教教材	書籍與手冊	簡報	單張與海報
憂鬱的相關因素		√	×	×
憂鬱的經驗與過程		×	×	×
憂鬱的影響結果		×	×	×
憂鬱介入策略與成效		×	×	×

(二)、編製性別視野的憂鬱防治培訓手冊

在經過憂鬱症衛教教材之性別檢視後，發現國內無論在書籍、手冊、簡報、單張與海報上，幾乎不具性別視野。據此，為了提供憂鬱症相關專業人員能夠瞭解憂鬱症各面向的性別差異，特編撰此一培訓手冊（參見圖 2、附錄四）—「性別視野的憂鬱防治培訓手冊（專業人員版）」，包含「性別主流化」，性別差異分析的「原因篇」、「現象篇」、「醫療篇」、「特殊群體篇」等主題，提出在研究、政策、實務、生活上的建議。期許心理衛生界在憂鬱防治與治療處遇上，能具性別敏感度。在「原因篇」，回顧女性與男性憂鬱可能的原因，包含遺傳因素、生理因素、認知因素、人格特質、社經地位、壓力生活事件、社會角色、人際關係、社會支持、活動參與、文化因素等。在「現象篇」，討論憂鬱症之症狀、盛行率與疾病歷程的性別差異。在「醫療篇」，討論求醫過程與憂鬱症藥物治療的性別差異。在「特殊群體篇」，著重於產後、共病、照顧者等群體的憂鬱症。

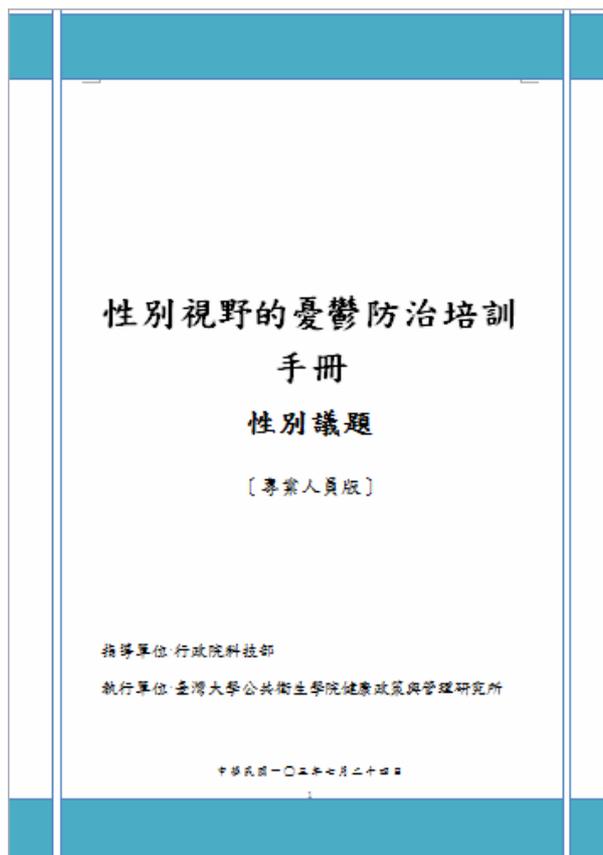


圖 3、性別視野的憂鬱防治培訓手冊（專業人員版）

（三）、範例：周產期憂鬱症與相關疾患的矩陣框架

以「周產期憂鬱症與相關疾患的矩陣框架」（附錄五）的國外範例，包含理解/健康促進與預防、基本技能、附加基本技能、中階技能、進階評估與介入模組五個面向內容，作為未來有關單位編制憂鬱衛教教材之參考，其目的有：提供關注於女性周產期憂鬱症與相關疾患的健康專家所需具備核心技能的指引，包含量表使用、心理社會評估、針對女性與其家人執行全面性的評估與診斷；提供管理有周產期憂鬱症與相關疾患的女性與其家人的不同層次技巧，包含對於從痛苦、疾患至治療選擇管理的理解與管理；確保臨床實務指引的全面性臨床照護的標準一致，包含早期介入的預防與治療、最佳化嬰兒的環境；促使機構提供或發展專業的發展課程；促進周產期心理健康訓練的最佳實務；系統化現存的訓練和檢視哪些是已經完備的而哪些是不足的；定義不同層次的訓練、內容、專業。

三、擴散具性別觀點之憂鬱有關知識

此部分主要包含「學校課程之性別檢視」、「研習教育訓練之性別檢視」與「網站資訊與資源之性別檢視」、三個議題。最後，陳述美國心理學會在公眾教育方面的建議。

(一)、學校課程之性別檢視

表 4、表 5 分別列出臺灣大學、清華大學、交通大學、成功大學、政治大學、中央大學、中國醫藥大學、中山醫學大學、中興大學、臺灣師範大學、中正大學、中山大學、陽明大學、東華大學、嘉義大學、臺北大學、高雄醫學大學、長榮大學、臺北護理健康大學、慈濟大學、高雄大學等學校 102 學期與心理和與性別有關的課程。在大部分與心理有關的課程方面，性別並非或者只是其中一個議題；在與性別有關的課程方面，幾乎沒有與心理健康連結。以性別為主軸的心理相關課程並不多，針對憂鬱症議題設計系統性教學內容的課程付之闕如。本研究團隊建議，未來需要針對臺灣所有大專院校的心理或性別課程的課程綱要與學習目標進行更深入的檢視，以及計算修課學生的性別比例，討論如何在既有課程將憂鬱與性別議題的模組融入，甚至開發憂鬱議題專屬、具系統性的進階課程。

表 4、與心理有關的學校課程

學校	課程名稱
臺灣大學	管理心理學；心理語言學；音樂認知心理學；普通心理學；生理心理學；知覺心理學；社會心理學；變態心理學；青少年心理學；高等臨床心理學一；臨床神經心理學概論；高等臨床神經心理學一；發展心理學特論二；應用發展心理學專題；高等工商心理學；高等認知心理學；臨床兒童心理學；臨床兒童心理實習；臨床健康心理實習；性格心理學專題研究二；文化心理學專題五；消費者心理學；閱讀心理學；習慣心理學與其應用；政治心理學；教育心理學；婦兒暨心理衛生護理學；人類心理學；心理健康政策與管理；公共心理衛生
清華大學	認知心理學；心理語言學；心理學與現代生活；教育心理學；心理衛生；青少年心理學；行為、認知與心理學；正向心理與學習專題；認知心理實驗設計；心理語言學；；發展心理學；學習心理學；消費者心理學
交通大學	心理學；消費者心理學；諮商與心理治療技術專題；教育心理學研究；認知心理學研究；發展心理學研究；心理衡鑑與個案評估專題研究；社會心理學；視覺心理學；心理語言學；科學學習心理學研究；全職諮商心理學習；進階學習心理學研究；工業與組織心理學；青少年心理與輔導
成功大學	心理學；普通心理學；行為與心理衡鑑；當代教育心理學專題研究；生理心理學；神經心理衡鑑；發展心理病理學；復健心理學；心理語言學；心理疾病職能治療學；心理健康特論；教育心理學；發展心理學；心理實驗法；認知心理學；變態心理學；社會心理學；醫學心理；心理諮商與心理治療；臨床神經心理學；兒童心理治療；

	正向心理治療入門；老年心理學；本土文化與社會心理學專題；
政治大學	普通心理學；幸福心理學；心理與生活；健康心理學；心理病理學；心理語言學；生理心理學；人格心理學；教學心理學；教育心理學；閱讀心理學；人事心理學；社會心理學；知覺心理學；癌症心理學；諮商與心理治療理論；性屬與女性心理學研究；心理健康學研究；臨床心理學概論；工商心理學導論；高等發展心理學；組織心理學專題二；領導心理學專題研究；心理衛生；社區心理衛生
中央大學	教育心理學；青少年心理學；普通心理學；心理與人生；認知心理學總論；消費者心理學；管理心理學；心理學實驗法；犯罪心理學
中國醫藥大學	心理學；普通心理學；運動心理學；化妝心理學；精神心理衛生護理學特論一；臨床心理學；健康心理學；社會心理學；
中山醫學大學	心理衛生；心理衡鑑；心理障礙職能治療；心理語言學；心理學；心理疾病介紹；心理學研究法；心理學與職涯規劃；心理與健康
中興大學	心理學；社會心理學；教育心理學；教師心理衛生；文學心理學；商心理學；設計心理學；管理心理學；
臺灣師範大學	普通心理學；運動心理學；教練心理學；教育心理學；認知心理學；諮商與教育心理之跨文化經驗；人格心理學專題研究；青少年心理學；成人心理與老化研究；成人心理與學習；社會心理學；嬰幼兒遊戲心理與行為研究；身心障礙醫療；心理與社會觀；創造力心理學；實驗心理學；少年犯罪心理學；幽默心理學；變態心理學；表演心理學；美術心理學；學校心理學研究；心理衛生；傳播心理學；野外心理治療
中正大學	普通心理學；發展心理學；生理心理學；社會心理學；知覺心理學；變態心理學；心理藥物學；心理學史；神經心理病理學；高等性格心理學；成人心理；成人心理病理學深論；人格心理學；矯治心理專題；應用教練心理學；運動與休閒心理學；高齡心理學研究；法律與犯罪心理學；心理學在社區服務的應用；人際互動心理學探索
中山大學	心理學；社會心理學；發展心理學；學習心理學；管理心理學；教學心理學研究
陽明大學	普通心理學；心理生理學概論；正向心理學；心理衛生專題討論；公共心理衛生；醫學心理學；心理衛生倫理與介入措施；心理與認知科學哲學
東華大學	普通心理學；特殊兒童心理與教育；教育心理學；廣告與消費者心理；休閒社會心理學專論；高等心理病理學總論；高等心理衡鑑與診斷；高等生理心理學；諮商心理實習；發展心理學研究；變態心理學研究；人格心理學研究；哀傷心理與諮商研究；心理學本土化研究；神經心理學；認知心理學；社會心理學；健康心理學；臨床心理學應用與實務；家庭心理學

嘉義大學	普通心理學；心理學導論；教育心理學；人格心理學；運動心理學；發展心理學；教育與心理；管理心理學；社區心理研究；心理衛生研究；諮商的心理學基礎；學習心理學的研究；藝術心理學專題；心理語言學；創造心理學研究；寵物行為與心理；學校心理學；社區心理學；家庭心理學；犯罪心理學；變態心理學；心理健康；社會心理學；學習心理與輔導
臺北大學	心理學；社會心理學；教育心理學；心理成長團體；哲學心理學；管理心理學；休閒心理學；性格心理學；政治心理學專題
高雄醫學大學	普通心理學；心理衛生學；發展心理學；生理心理學；知覺心理學；應用社會心理學；心理實驗法；正向心理學；臨床心理學；運動心理學；健康心理學；心理治療理論；心理治療實務；本土心理學專題；復健心理學；復健心理學實習；心理衡鑑特論；兒童臨床心理學實習；神經心理學評估；健身與競技運動心理學特論；心理職能治療臨床實習；網際網路與心理學
長榮大學	普通心理學；心理與生活；心理學與生命教育；普通心理學；人格心理學；發展心理學；心理測驗學；應用心理學；心理實驗法；心理研究法；變態心理學；知覺心理學；老人心理學；正向心理學；電影與心理學；愛情心理學；消費者心理學；傳播心理學；工業組織心理學；創意與藝術心理學；運動心理學研究
臺北護理健康大學	社區心理衛生；心理學；發展心理學；社會心理學；諮商與心理治療理論；發展心理學專題；諮商心理專業實習；旅遊心理學專題討論；運動心理學專題研究
慈濟大學	心理學；心理學導論；普通心理學；教育心理學；文化心理學；高等心理診斷；文學與心理學；認知心理學；發展心理學；心理衛生；高等心理診斷實習；心理病理特論：精神分裂症；高等心理病理特論：精神官能症；物質濫用與原住民族心理衛生；社會心理學；變態心理學；生理心理學；心理人類學；健康心理學導論；醫學心理學；教師心理衛生；高等心理治療；佛教心理學專題；人格心理學；青少年心理學；心理治療特論：心理動力取向；神經心理衡鑑；司法心理學：病理與衡鑑；團體心理治療；正向心理學專題研究；跨文化心理學
高雄大學	健康心理學；健身運動心理學專題討論；普通心理學；運動心理學

表 5、與性別有關的學校課程

學校	課程名稱
臺灣大學	性別政治；性別關係；都市與性別研究專題；性別、社會與空間；性別與暴力專題討論；性別與健康；婦女與性別研究導論
清華大學	性別思考；性別學導論；性別、全球市場與發展；性別與媒體；性

	別人類學；維多利亞時期文學—性別與社會；物質、權力、性別；從吳爾芙談起；性別論述；科幻小說中的性別、身體與時間；動漫文化與性別；性別與歷史
交通大學	全球化理論與國族、性別認同；從推理懸疑小說看種族及性別議題；性別研究；明清婚姻、家庭與性別專題；性別、全球市場與發展；英美戲劇與性別再現；性別與個人發展；動漫文化與性別。
成功大學	性別與童話；性別政治；性別與教育；性別與社會；美國婦女與性別史專題
政治大學	性別教育你我他；明清醫療、身體與性別專題；性別研究；性別教育輔導研究；東亞的文化、性別與發展；進階採訪寫作—性別、階級、族群；性別與歧視；性別教育；宗教與性別；性別社會學；性別政治；性別與傳播科技；文化研究專題：性別、認同、論述；英美戲劇中的性別政治；性別研究導論；性別傾向與法律
中央大學	性別與大眾文化；性別、國族與族群；性別研究專題；性別社會學
中國醫藥大學	性別關係；全球性別議題
中山醫學大學	性別與醫學倫理
中興大學	性別、社會、個人；性別研究與文學；性別與管理
臺灣師範大學	文化認同與民族主義；性別與庶民記憶；明清醫療、身體與性別專題；性別教育；媒體與性別；性別研究；性別與家庭研究；性別與成人學習；語言與性別；性別與臺灣文學
中山大學	性別與社會；性別與文化；性別與消費文化；性別與社會正義；性別、組織與管理
陽明大學	性別與醫學；性別主流化：健康與福利；性別、醫療與科技；晚清現代性與性別；性別、國族與族群；電影與性別教育；性別研究導論；照顧、性別與國家；性別、健康與福利的研究實作專題
東華大學	性別教育；性別與法律；性別研究經典選讀；族群、性別與階級；身體、性別與認同；特殊教育學生性別平等教育；性別與多元文化教育
嘉義大學	性別、媒體與多元文化；特殊學生性別平等教育專題研究；性別平等教育；性別平等與法律；性別、婚姻與家庭；性別教育與輔導
臺北大學	性別與法律；性別社會學；性別與社會工作；性別與社會
高雄醫學大學	性別研究法；性、性別與社會；性別暴力研究；性別與高齡化照顧；性別與健康；性別、影像與多元文化；性別與日常生活；性別、文化與醫療社會；護理、性別與社會；性別與媒體文化研究；性別研究導論；性別醫療與健康
長榮大學	性別關係；性別與暴力；性別平等與法律；性別傳播；台灣族群與

	性別專題
臺北護理健康大學	幼兒性別平等教育
慈濟大學	性別關係；宗教與性別專題；性別與傳播；性別平等議題解析；性別與醫學；性別與當代台灣家庭；性別教育
高雄大學	性別關係與教育；性別與法律專題研究；主要作家專題：馬克吐溫與性別研究

(二)、研習教育訓練之性別檢視

表 6 列出臺灣心理治療學會、桃園縣政府衛生局、金門縣衛生局社區心理衛生中心、台北縣政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、財團法人光智社會事業基金會、台灣家庭醫學醫學會、北區精神醫療網、台北市政府衛生局、吳鳳科技大學、臺灣憂鬱症防治協會等單位曾舉辦的研習教育訓練，進行主題與內容的分析，議題大致可分成：憂鬱症患者的特徵，例如症狀、認知、行為；憂鬱症的治療，包含藥物、非藥物、藥物與心理治療；專業助人者的職能訓練，例如會談、關係建立；憂鬱症的篩檢；憂鬱症的照護網路與平台。值得關切的是，幾乎沒有以性別為主軸來探討憂鬱議題，也甚少探討憂鬱的相關因素、憂鬱的經驗與過程、憂鬱的影響結果、憂鬱介入策略與成效。

表 6、與憂鬱議題有關的研習教育訓練的主題及內容

舉辦時間	研習教育訓練的主題及內容	主辦單位
2004.10.23- 2004.10.24	「憂鬱、自殺與心理治療」南區研習會 <ul style="list-style-type: none"> • 憂鬱與我人我之處境：臨床個案的認知與人際病理特徵 • 憂鬱患者之人際求援機制與親友的可能回應 • 本土風味的憂鬱認知反應風格 • 探問憂鬱在人我處境中的心理療法之可行取徑 • 憂鬱與自殺的關係導向心理治療 • 自傷、自殺、心理治療 	臺灣心理治療學會
2009.9.11	防治學生憂鬱及自我傷害教師培訓課程 <ul style="list-style-type: none"> • 談輔導工作者在青少年憂鬱症的處遇策略（憂鬱症相關症狀與行為辨識、案例分享、不同助人角色在青少年憂鬱症處遇的分工、DSM-IV 定義） • 談助人者的情緒管理與壓力紓解（校園助人者的困境與解決方案、情緒壓力來源及情緒紓解技巧教學與演練） • 正向心理學在青少年輔導的應用（認識正向心理 	桃園縣政府衛生局

	<p>學、運用正向心理學技巧輔導學生、案例分享與研討)</p> <ul style="list-style-type: none"> 會談技巧與關係的建立 (瞭解會談及關係建立之歷程、針對不同情境之會談技巧教學、分組演練會談溝通技巧) 	
2010.8.14	<p>99 年度心理衛生專業人員教育訓練之 『認識老人憂鬱症及老人失智症』</p> <ul style="list-style-type: none"> 老年憂鬱症介紹 老年憂鬱症與失智症之區分 老年憂鬱症的處遇與治療 	金門縣衛生局社區心理衛生中心
2010.10.17&2010.10.24	<p>「99 年度臺北縣憂鬱防治共同照護網」醫事人員認證培訓課程</p> <ul style="list-style-type: none"> 臺北縣自殺暨憂鬱防治推動概述 憂鬱症篩檢與追蹤 憂鬱情緒、身心症與憂鬱症之診斷與鑑別 憂鬱症之共病問題 老人周全性評估於基層醫療之應用 慢性病人的心理調適與情緒反應 憂鬱症之非藥物治療：社會心理處遇 憂鬱症的藥物治療暨治療指引 自殺、自傷危險性評估與處理 	臺北縣政府衛生局
2010.11.20	<p>憂鬱症照護知能與自殺防治</p> <ul style="list-style-type: none"> 憂鬱症之臨床診斷與治療指引 臨床醫師與自殺防治 	中華民國醫師公會全國聯合會等
2010.11.25	<p>癌症、憂鬱、自殺防治專題研討會</p> <ul style="list-style-type: none"> 癌症病人自殺的特徵 Demoralization syndrome of cancer patients and communication skill training for physicians. 	財團法人光智社會事業基金會
2012.4 - 2012.6	<p>「憂鬱症」研討會</p> <ul style="list-style-type: none"> 憂鬱症的定義、診斷標準及篩檢工具 憂鬱症及共同罹患病症流行病學 憂鬱症病人的問診技巧與醫病關係建立 憂鬱症病人生活事件詢問及臨場情緒狀況處置 憂鬱症共同防治網的運作及成效 憂鬱症的非藥物治療要領 憂鬱症的藥物治療要領及健保規範 	台灣家庭醫學醫學會
2012.8.31	<p>北區精神醫療網自殺風險及憂鬱症個案防治研習會</p>	北區精神

	<ul style="list-style-type: none"> 憂鬱症的診斷與治療 憂鬱症之心理治療 職場心理衛生 	醫療網
2012.9.15- 2012.9.16	<p>101 年度第二梯次臺北市憂鬱症共同照護網醫事人員研習課程</p> <ul style="list-style-type: none"> 臺北市憂鬱症共同照護網簡介 憂鬱症的病理機轉與診斷評估 憂鬱症的共病問題：酒藥癮、身體疾患與精神疾患 會談技巧與治療關係的建立 自殺、自傷危險性評估與危機處理 認識量表及結構式會談工具(BSRS, life quality, 與 MINI HAM-D) 憂鬱症的治療：社會心理處遇 憂鬱症的治療：藥物治療及電痙攣治療 憂鬱症治療指引 衛教與追蹤：增進藥物順從度，監測副作用與改變生活習慣 	台北市政府衛生局
2012.12.5	<p>教職員生命教育輔導知能研習~憂鬱症的預防與治療</p> <ul style="list-style-type: none"> 憂鬱症的預防與治療 	吳鳳科技大學
2013.11.17	<p>2013 年臺灣憂鬱症防治協會暨『憂鬱症的整合照護』學術研討會</p> <ul style="list-style-type: none"> 台灣憂鬱症防治的成果與展望 台灣自殺防治成果與展望 憂鬱症的心理治療 基層醫療中憂鬱症的共照模式療效：國內外實證研究 憂鬱症的電痙攣治療 藥物治療合併心理治療的療效：以壓力賀爾蒙的改變為例 憂鬱症藥物治療的新趨勢 冰與火的共舞：如何結合藥物治療與心理治療 憂鬱症的整合治療 	臺灣憂鬱症防治協會
2013.11.27	<p>『基層醫療人員之憂鬱症、自殺防治』教育訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 自殺防治之篩檢訓練與相關資源介紹 憂鬱症認識與介紹 憂鬱症篩檢工具介紹與實務演練 	桃園縣政府衛生局
2013.11.28	「守護笑顏-老人憂鬱症篩檢研討會」	桃園縣政

	<ul style="list-style-type: none"> • 老人憂鬱症之介紹 • 老人憂鬱症之治療 • 老人憂鬱症之預防 • 老人憂鬱症篩檢量表介紹與運用 • 老年心理健康之維護 • 老年自殺防治 	府衛生局
2013.12.15	<p>102 年度臺北市憂鬱症共同照護網產後憂鬱症業務交流討論會</p> <ul style="list-style-type: none"> • 母嬰連結與產後憂鬱 • 基層診所推動產後憂鬱症面臨之困境與現況～精神科與非精神科開業醫師之經驗分享 • 產後憂鬱症整體性之照護～從社區端到精神醫療院所 • 醫療機構與基層診所之網絡溝通平台 	台北市政府衛生局
2014.6.14& 2014.6.22	<p>103 年度臺北市憂鬱症共同照護網醫事人員研習課程</p> <ul style="list-style-type: none"> • 診斷產後憂鬱症 • 懷孕周產期精神疾患的憂鬱危險因子與治療藥物考量 • 與生產相關之情緒性疾患 • 產後憂鬱症的心理照顧 • 產後憂鬱症整體性之照護～從社區端到精神醫療院所 • 基層醫療的憂鬱症照護 • 產後憂鬱照護 	台北市政府衛生局
2014.11.30	<p>2014 年臺灣憂鬱症防治協會年會暨學術研討會</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eating disorders— A complex disorder involving emotion and behavioral dysregulation and physical conditions • A strategy of depression prevention - integrate mental health service into primary care • Breaking the barriers to effective treatment in depression ~ with a Hong Kong experience • 輕型憂鬱症並不輕 • 憂鬱症與晝夜節律的關係 • Unsolved problems in the psychopharmacological 	

	<p>treatment of major depressive disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> • 雙極性鬱症之診斷與治療 • 由「大腦性別」差異談多性別思考及溝通 	
--	---	--

(三)、網站資訊與資源之性別檢視

以下以二個網站為例，針對其資訊與資源進行性別檢視，包含衛生福利部國民健康署「健康九九網站」和財團法人董氏基金會「心理衛生特區」。

1. 衛生福利部國民健康署「健康九九網站」

健康九九網站首頁分為七大主題，包含最新消息、宣導資源、健康專欄、主題宣導、網站 Q&A、好康分享及相關連結。在宣導資源方面，分為單張、手冊、海報、多媒體等宣導資源。

在單張方面，截至 2013 年底，至少已累積 519 則單張，如圖 3，宣導主題依數目由多至少分別為：傳染病防治（97 則）、食品營養（75 則）、遺傳型疾病防治（74 則）、癌症防治（41 則）、菸害防制（28 則）、婦女健康（27 則）、心理健康促進（24 則）、慢性病防治（22 則）、健康保險（22 則）、病人安全（18 則）、物質濫用防制（18 則）、兒童安全（12 則）、健康體能（12 則）、正確用藥（11 則）、視力聽力保健（11 則）、其他（8 則）、社區職場健康（6 則）、安全促進（5 則）、口腔保健（4 則）、中醫中藥（3 則）、性教育（1 則）。在心理健康促進主題方面，如表 7，與憂鬱資訊有關的單張只有二則—「董氏憂鬱量表大專生版」與「憂鬱 ByeBye」，皆無性別元素。

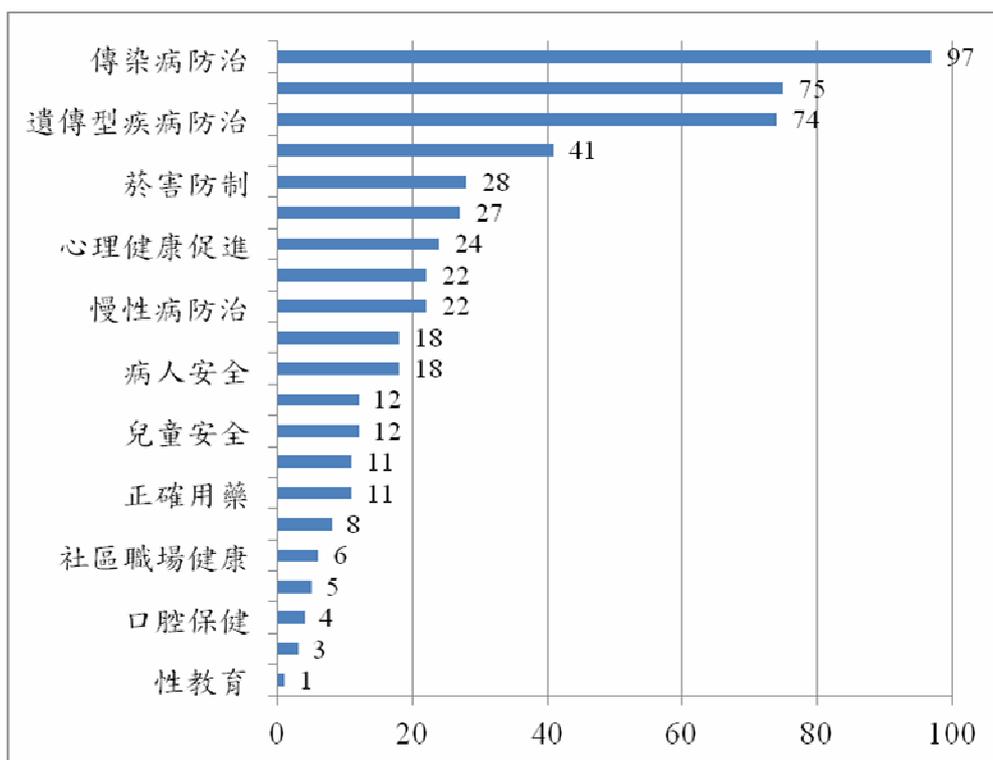


圖 4、衛生福利部國民健康署「健康九九網站」單張的主題及數目

表 7、心理健康促進議題的單張主題

單張主題	上傳日期
Q 版小呂量表-算一算，愛情 EQ 知多少	2005/4/4
「董氏憂鬱量表大專生版」宣導單張	2005/4/4
Q 版心情溫度計-量一量，罔臉熊 罔臉風險知多少？	2005/4/4
憂鬱 ByeBye	2005/4/4
認識精神疾病	2005/4/4
台中縣心理衛生服務中心簡介	2005/4/4
自殺防制宣導-關懷長者	2005/4/4
自殺防制宣導-關懷社區	2005/4/4
自殺防制宣導-關懷失業	2006/8/3
自殺防制宣導-活力校園	2007/12/25
心情溫度計	2008/4/25
你我都是自殺防治守門人（企業職場版）	2008/4/25
愛·希望與專業（醫療專業人員版）	2008/4/25
用心聆聽，伸出援手（大眾版）	2010/6/17
在生命的每一天，全民健保陪伴您！	2010/6/17
獎賞是孩子上進的動力	2010/6/17
生死難以承受之重（關注篇）	2010/6/17
精神疾病防治系列 3（復健篇）一再出發	2010/6/17

精神疾病防治系列 2 (醫療篇) — 打開精神科診療室的門精神病是如何治療的	2010/7/12
精神疾病防治系列 4 (關懷篇) — 當你所愛的人病了!	2010/7/12
生活起伏孕育高峰-心理衛生系列 10	2010/7/12
生命不可承受之輕-心理衛生系列 8 預防篇	2010/9/17
精神疾病防治系列 6 (權益篇) — 給我應有的權利	2010/10/18
精神疾病防治系列 1 (疾病篇) — 生命的幻象認識精神病	2012/5/24

在手冊方面，截至 2013 年底，至少已累積 426 本手冊，宣導主題可分為癌症防治 (53 則)、慢性病防治 (47 則)、菸害防制 (43 則)、婦女健康 (37 則)、社區職場健康 (30 則)、兒童健康 (28 則)、其他 (23 則)、心理健康促進 (22 則)、傳染病防治 (19 則)、遺傳型疾病防治 (19 則)、病人安全 (19 則)、物質濫用防制 (18 則)、食品營養 (16 則)、安全促進 (15 則)、健康體能 (11 則)、政府出版品 (8 則)、性教育 (7 則)、正確用藥 (4 則)、健康保險 (3 則)、口腔健保 (2 則)、視力聽力保健 (2 則)。在心理健康促進主題方面，如表 8，與憂鬱資訊有關的手冊只有二本—「憂鬱看招」與「有你，真好！陪他走過憂鬱」，皆無性別元素。

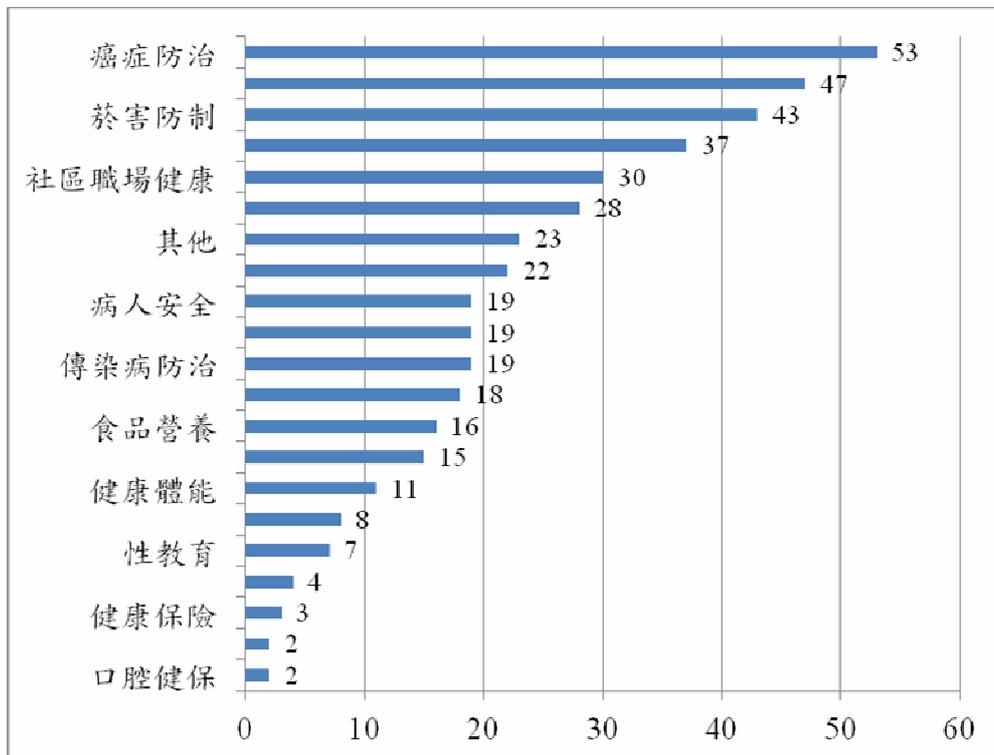


圖 5、衛生福利部國民健康署「健康九九網站」手冊的主題及數目

表 8、心理健康促進議題的手冊名稱

手冊名稱	上傳日期
憂鬱看招	2005/1/28
人生智慧手冊 心靈小舖	2007/1/8
音樂有聲書-甜蜜的家庭	2007/6/26
失戀 CPR	2007/11/7
有你，真好！陪他走過憂鬱	2008/1/8
青少年心理衛生與自殺防治-自殺防治系列 3	2008/1/25
職場心理衛生-自殺防治系列 8	2008/1/28
女性心理衛生與自殺防治-自殺防治系列 7	2008/1/28
物質濫用與自殺防治-自殺防治系列 6	2008/1/28
精神疾病與自殺防治-自殺防治系列 5	2008/1/28
老人心理衛生與自殺防治-自殺防治系列 4	2008/1/28
陪你渡過傷慟,給失去摯愛的朋友-自殺防治系列 10	2009/4/3
自殺者親友關懷手冊-自殺防治系列 9	2009/4/3
全國自殺防治策略-自殺防治系列 19	2010/4/21
珍愛生命義工-自殺防治系列 18	2010/4/21
提升人際支持-自殺防治系列 16	2010/4/21
關懷訪視指引-自殺防治系列 15	2010/4/21
失業鬱悶怎麼辦-自殺防治系列 14	2010/4/21
怎麼辦？我想自殺-自殺防治系列 13	2010/4/21
心情溫度計簡式健康量表-自殺防治系列 12	2010/4/21
珍愛生命守門人-自殺防治系列 11	2010/4/21
我會永遠記得你 認識失智症	2010/10/18

在海報方面，截至 2013 年底，至少已累積 299 則海報，宣導主題可分為傳染病防治（95 則）、菸害防制（58 則）、癌症防治（20 則）、慢性病防治（18 則）、病人安全（16 則）、婦女健康（13 則）、其他（12 則）、物質濫用防制（12 則）、正確用藥（10 則）、安全促進（9 則）、健康保險（8 則）、心理健康促進（7 則）、食品營養（7 則）、健康體能（7 則）、中醫中藥（3 則）、遺傳型疾病防治（2 則）、口腔保健（1 則）、兒童健康（1 則）、政府出版品（1 則）。在心理健康促進主題方面，如表 9，沒有與憂鬱資訊直接有關的海報。

表 9、心理健康促進議題的海報名稱

海報名稱	上傳日期
你我都是自殺防治守門人（企業職場版）	2008/4/28
愛·希望與專業（醫療專業人員版）	2008/4/28

用心聆聽，伸出援手（大眾版）	2008/4/28
「傾聽就是一種陪伴」	2008/9/3
用心聆聽，伸出援手	2009/3/31
關愛自己 從心出發	2009/5/13
日子難過，別讓心也難過	2009/6/8

在多媒體方面，截至 2013 年底，至少已累積 534 則多媒體，宣導主題可分為菸害防制（131 則）、癌症防治（68 則）、慢性病防治（48 則）、傳染病防治（40 則）、病人安全（32 則）、其他（26 則）、兒童健康（24 則）、心理健康促進（23 則）、健康體能（22 則）、婦女健康（22 則）、安全促進（18 則）、物質濫用防制（15 則）、社區職場健康（14 則）、性教育（14 則）、正確用藥（12 則）、遺傳型疾病防治（6 則）、中醫中藥（5 則）、政府出版品（5 則）、食品營養（4 則）、視力聽力保健（3 則）、口腔保健（1 則）、健康保險（1 則）。在心理健康促進主題方面，如表 10，沒有與憂鬱資訊直接有關的多媒體。

表 10、心理健康促進議題的多媒體主題

多媒體主題	上傳日期
生命的樂章 人生賞味期	2005/2/5
選擇不急救篇	2005/4/4
聽病人說話篇	2005/4/4
健康派（五）高齡者心理衛生	2005/4/4
「最後的月光」生命教育多媒體光碟	2006/8/3
《記錄》宣導短片暨教師使用手冊	2006/8/3
《喜劇之王》宣導短片暨教案手冊	2006/8/3
關心日運動	2006/10/2
開心日運動	2006/10/2
憤怒覺察-國	2006/10/3
憤怒覺察-客	2006/10/11
憤怒覺察-台	2006/10/11
音樂有聲書-甜蜜的家庭（CD 歌唱版）	2007/6/26
音樂有聲書-甜蜜的家庭（CD 伴奏版）	2007/6/26
尊重他/她康復的步調	2007/12/25
最佳陪伴選拔賽	2007/12/25
自殺防治宣導短片-跳棋篇	2008/4/28
「傾聽就是一種陪伴」公益廣告	2008/9/3
自殺防治宣導短片-話筒篇	2009/4/1
自殺防治宣導短片-白板篇	2009/4/1

日子難過，別讓心也難過	2009/6/8
99 年自殺防治-那個地方篇	2010/12/13
你我都是自殺防治的守門人	2011/7/6

在健康專欄方面，截至 2013 年底，已累積 300 則文章，點閱數介於 621-43342 次。與憂鬱資訊有關的只有三篇：「認識憂鬱症」(臺南市立醫院，2012/7/9 上傳，點閱數為 17295 次，40 次/天)、「有氧運動抗憂鬱效果佳」(全民健康保險雙月刊，2011/10/13 上傳，點閱數為 5258 次，8 次/天)、「淺談憂鬱症」(臺南市立醫院，2011/8/26 上傳，點閱數為 10336 次，14 次/天)，內容皆無包含性別的元素。

2. 財團法人董氏基金會「心理衛生特區」

心理衛生特區網站首頁分為七大主題，包含關於心理衛生組、瞭解心理健康、憂鬱症主題館、青少年忘憂 Dream Land、青年(大專)忘憂主題館、活動特區及留言板。在心理健康專欄方面，截至 2013 年底，至少已累積 196 則專文，20 篇(10.2%)與憂鬱有關的專文列於表 11。其中，三篇專文具性別元素—「她為什麼不笑了」、「憂鬱症，有藥可醫」與「當憂鬱搭上精神病」，其內文如下所示。

表 11、財團法人董氏基金會「心理衛生特區」的心理健康專欄主題

心理健康專欄主題	提及性別
1. 認知療法，改變想法。	無
2. 每天寫日記，跳脫憂鬱。	無
3. 他是憂鬱，還是失智？	無
4. 憂鬱症的民俗療法。	無
5. 不執著，不憂鬱。	無
6. 破繭而出，走出憂鬱。	無
7. 超時工作小心憂鬱症。	無
8. 她為什麼不笑了。	有
9. 憂鬱症，有藥可醫。	有
10. 家有憂鬱症者，別讓自己也 blue。	無
11. 台灣的憂鬱之心。	無
12. 用愛治療，趕走憂鬱。	無
13. 四大撇步，陪伴孩子走出情緒幽谷。	無
14. 從小多關心，長大少憂鬱。	無
15. 多累積快樂對抗憂鬱。	無
16. 給孩子的解憂秘方。	無
17. 悲傷孩子的世界。	無
18. 放電，能不能放走憂鬱？	無

19. 當憂鬱搭上精神病。	有
20. 老人家鬱鬱寡歡，你發現沒？	無

「憂鬱症是常見的嚴重精神疾患之一，特別是女性發生率是男性的 2-3 倍。婦女的憂鬱症可因生活事件、體內荷爾蒙的改變（如月經前、生產後、更年期），或根本找不出原因而發生。但不管原因為何，都與腦內神經傳導物質改變有關，這可經由心理及藥物治療而恢復。目前研究仍未證實更年期會造成憂鬱症，只能說在更年期階段的婦女由於荷爾蒙改變及有許多的壓力事件，如職業改變、退休、離婚、小孩離家、照顧青少年子女、照顧孫子、配偶及父母老化、多病等，這些壓力事件可能影響或引發憂鬱症。醫學研究也發現越能以正向態度看待更年期，生活滿意度越高，越不會有情緒困擾。而少女有憂鬱症時常見症狀為食慾及睡眠增加；老年婦女則常呈現不安，許多婦女可能企圖以英雄式的努力來掩飾，以正常面貌呈現在眾人眼前，但實際上她可能已有十分嚴重的憂鬱症」（「她為什麼不笑了」，楊美賞，2003）。

「一般來說，憂鬱症的發作期是 6 到 13 個月，也就是說，如果病人沒有就醫，也沒有自殺成功，差不多半年到一年，它可能會自己好起來，但不是百分之百。男生的終身盛行率是 5~12%，女生是 10~25%，是男生的兩倍，也就是每百人一生中有 10~25 人得過憂鬱症」（「憂鬱症，有藥可醫」，孫讚福，2003）。

「據文獻記載，精神分裂症患者發病後，約有 25% 會發生憂鬱症，醫學上稱此狀況為「精神病後的憂鬱症」（post-psychotic depression）。通常有 5 大因素導致病患易罹患此病症，包括：1. 個性孤僻；2. 生病前不易適應環境；3. 容易焦慮；4. 住院時間較久；5. 經常住院等。「精神病後的憂鬱症」患者，除了小心原本的精神症狀易復發，更須注意自殺的可能性。特別是年輕、男性、高教育程度，皆為「精神病後的憂鬱症」自殺危險因子」（「當憂鬱搭上精神病」，李昱，2006）。

（四）、美國心理學會在公眾教育方面的建議

- 針對女性及其家人，運用教育策略降低憂鬱相關污名化與歧視。
- 教育女性及其家人關於憂鬱的性別差異，包含盛行情況、保護與危險因素，告知憂鬱反覆發作之本質，以及容易與其他疾病共存（如焦慮、物質濫用）的特性會掩蓋憂鬱的嚴重性。
- 製作宣導手冊與教育材料，教育女性及社區居民。
- 發展與專業機構、雇主、媒體、政府單位、基金會、工業與工會、健康照護

機構、宗教團體的合作夥伴關係，共同關注女性的心理健康。

四、研擬具性別敏感度的憂鬱防治計畫與方案

此部分主要包含「政府計畫與方案之性別檢視」、「民間計畫與方案之性別檢視」與「建置憂鬱症防治計畫與方案的性別影響評估方針」三個議題。最後，陳述美國心理學會在服務方案傳遞方面的建議。

(一)、政府計畫與方案之性別檢視

以下針對行政院衛生署國民健康局 2009-2012 年的「老人健康促進計畫」、教育部「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」、臺北市政府衛生局「臺北市憂鬱症共同照護網」三個政府計畫與方案，進行性別檢視。

1. 行政院衛生署國民健康局 2009-2012 年的「老人健康促進計畫」

該計畫考量老人健康促進之必要性、平等性、自主性、特異性(性別、族群、教育、社經)等原則，制定具性別意識之健康政策，擬定八個主要工作項目。在加強老人心理健康方面，主要仍聚焦於自殺問題，提出六大策略(參見表 12)。部分策略目標的項目具性別元素(劃底線處)，例如「建立跨部會自殺防治工作專責機制，針對老人族群自殺問題研擬具性別意識之因應方案」、「發展具性別敏感度之心理健康促進議題」、「發展具性別意識之老人族群之自殺高風險及行為評估工具」、「創造支持性環境，建立具性別觀點之心理健康促進活動」、「加強精神醫療及心理衛生服務人員之繼續教育訓練及性別意識，以早期方縣心理疾病提供適當轉介照護服務」、「結合教育和環境的支持，改變老人的負面認知，以促進不同生命週期與族群性別的老人，能採取有益心理健康的行動及生活方式」、「提供具性別觀點知老人自殺防治教育宣導資訊，並提升不同性別、族群老人對資源的可得性」、「推動具性別觀點之老人自殺防治方案評估及危險因子研究工作」、「建立具性別意識之心理健康評量指標」。

表 12、2009-2012 年老人健康促進計畫的策略目標與項目

策略目標與項目	性別元素
1. 整合現有服務體系，建立網網相連防治網絡	
(1) 建立跨部會自殺防治工作專責機制，針對老人族群自殺問題研擬具 <u>性別意識</u> 之因應方案。	有
(2) 推動老人自殺防治工作整合平台，鼓勵相關機構加入。	無
(3) 發展具 <u>性別敏感度</u> 之心理健康促進議題。	有
2. 建立機構及體系內老人自殺防治標準模式	
(1) 建立自殺個案及高風險群標準服務流程	無

(2) 加強老人自殺個案通報率	無
(3) 發展具性別意識之老人族群之自殺高風險及行為評估工具	有
(4) 創造支持性環境，建立具性別觀點之心理健康促進活動。	有
3. 增進照護者與守門人的動機與專業知能	
(1) 提供自殺防治教育訓練及知能認證機制。	無
(2) 提升自殺企圖老人家庭成員及親友的防治知能。	無
(3) 加強精神醫療及心理衛生服務人員之繼續教育訓練及性別意識，以早期方縣心理疾病提供適當轉介照護服務。	有
4. 營造有利的防治氛圍，促進老人心理健康	
(1) 透過教育宣導，增進社會大眾自殺防治知能。	無
(2) 結合教育和環境的支持，改變老人的負面認知，以促進不同生命週期與族群性別的老人，能採取有益心理健康的行動及生活方式。	有
(3) 提供具性別觀點知老人自殺防治教育宣導資訊，並提升不同性別、族群老人對資源的可得性。	有
5. 強化資訊蒐集、方案評估與研究	
(1) 提升老人自殺死亡檔及通報資訊品質與完整性	無
(2) 推動具性別觀點之老人自殺防治方案評估及危險因子研究工作	有
(3) 建立具性別意識之心理健康評量指標	有
6. 建立夥伴關係，降低老人自殺死亡率	
中央政府各部會、中央政府和縣市政府、公私部門之間的夥伴關係，共同合作推動。	無

2. 教育部「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」

教育部施行的「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」，主要目的是：促使師生尊重生命、關懷生命與珍愛生命、建立完整之學生憂鬱及自我傷害防治機制、有效抑制校園憂鬱及自我傷害比率逐年增加之趨勢、有效降低學生憂鬱與自我傷害之盛行率。表 13 列出此一計畫的計畫項目與重點內容，發現從計畫緣由、計畫目標、推動策略與執行成效評估指標皆不具性別元素。

表 13、「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」的項目與重點內容

計畫項目與重點內容	性別元素
1. 計畫緣由	
(1) 21 世紀的殺手－憂鬱與自殺	無
(2) 學生憂鬱與自殺之成因分析	無
(3) 憂鬱自殺之有效防治策略分析	無
2. 計畫目標	
提出各層級學校完成編定全校性自傷三級預防工作計畫等八點計	無

畫目標。	
3. 推動策略	
(1) 研究發展	無
(2) 強化組織運作	無
(3) 培訓防治人才	無
(4) 編製相關教材及參考資料	無
(5) 推動與實施防治計畫	無
(6) 自傷防治之社會宣導教育	無
4. 執行成效評估指標	
(1) 一級預防	無
(2) 二級預防	無
(3) 三級預防	無

3. 臺北市政府衛生局「臺北市憂鬱症共同照護網」

「臺北市憂鬱症共同照護網」的共同照護指引，包含前言、篩檢、診斷、收案、照護流程、控制指標、轉診建議等內容。在前言部分，陳述憂鬱症患者接受完整評估與治療的比例偏低，但未進一步提供不同性別的比例；在篩檢部分，指出簡式健康量表（BSRS-5）的切點分數，並未區分不同性別的切點分數；在診斷部分，以美國精神醫學會出版之 DSM-IV 之鬱症發作診斷準則為主，雖然提及進行必要之鑑別診斷，但不清楚針對女性與男性的診斷方式的異同之處；在照護流程部分，區分成急性期、持續治療期與維持期，並未提出性別特殊的照護流程；在轉診建議部分，並未強調性別差異的判斷準則。

(二)、民間計畫與方案之性別檢視

以下針對民間計畫與方案，進行性別檢視，如表 14，包含「以角色扮演融入敘事治療之團體應用方案」、「護理之家老人憂鬱程度改善方案」、「憂鬱處遇團體輔導方案」、「健康促進計畫」、「心理健康促進處遇方案」、「回憶治療介入方案」、「音樂介入」、「音樂治療」、「生理回饋介入」、「情緒管理團體方案」、「團體音樂治療」、「親密按摩介入方案」。多數計畫或方案以機構或社區老人為介入對象，少數針對大學學生、專科學生、憂鬱症個案、化療病人等，然而，幾乎沒有針對兒童或青少年的計畫或方案。多數計畫與方案未具性別元素。張學善、陳凱婷與林信宏（2009）的「憂鬱處遇團體輔導方案」，雖然該方案未根據參與者之背景進行探討，但作者建議未來可將參與者依性別比較其在活動參與狀況與改變情形，例如張彩秀等人（2009）的「健康促進計畫」，男性參與者不到三成。張瓊珠、簡秀芬與林宜美（2009）的「情緒管理團體方案」，男性參與者只有 1 名，除了可能造成研究結果推論上之限制，也難以進行不同性別的介入效果比較。許金霞與楊明磊（2010）的「親密按摩介入方案」，同樣建議未來可以比較不同性

別的感受。施春華等人（2005）認為，在華人文化，女性較不被允許外出參加夜間的活動，或者需要在家照顧家庭，故建議活動的安排與設計上，應考慮多元性、混和性或具性別特殊性的方案。

表 14、民間計畫與方案的介入策略與執行內容

作者	介入對象	介入策略與執行內容	性別元素
姜宗緯	憂鬱症個案	以角色扮演融入敘事治療之團體應用方案 在角色扮演中運用敘事治療的方式，成員描述自己的問題和困境經驗，透過扮演金庸武俠英雄角色從新的觀點去詮釋看待故事，從中開創新的可能性和經驗，進而發現自己本身的力量。	無
施美倫 李彩歆	機構老人	護理之家老人憂鬱程度改善方案 (1) 實施工作人員在職教育訓練 (2) 製作教育訓練手冊 (3) 規劃家庭聚會之支持系統	無
張學善 陳凱婷 林信宏	大學學生	憂鬱處遇團體輔導方案 設計六次團體輔導活動，主題分別係成員自我介紹及相關困擾分享、情緒的功能與認識、情緒的覺察與命名、情緒的因應與扭曲、情緒管理、相關疾患的瞭解及處理。	有
張彩秀 樓美玲 譚蓉瑩 吳昭軍 吳寶琴	社區老人	健康促進計畫 (1) 成立社區老人健康促進委員會 (2) 結合在地樂齡學習中心、關懷據點 (3) 提供各種衛生教育課程，例如飲食 (4) 提供健康服務與轉介	無
施春華 侯淑英 楊明仁 張麗珍 張自強 黃俊仁	社區老人	心理健康促進處遇方案 結合健康講座與娛樂活動，例如歌唱，提供社區參與的機會，擴大個人的社會資本，處遇期間共四個月，為期十六次，期間以贈品鼓勵持續參與，並以護照制度監督其參與情形。	有
蕭秋月 尹祚芊 徐畢卿 葉淑惠 李怡娟	機構老人	回憶治療介入方案 選定回憶主題討論，以個別方式介入，共進行 6 次主題討論，利用引發回憶事物，例如相片、音樂、文學、詩詞、嗜好等，每次時間約 30-50 分鐘。	無

李麗花 賴惠玲 蕭正光 鍾信心	社區老人	音樂介入 (1) 以節拍器確認節奏每分鐘 70-90 拍的曲調活潑、旋律輕快適合研究個案時代的音樂和歌曲。實驗組個案每天聆聽 30 分鐘，連續兩週。 (2) 引導個案體會與感覺音樂歌詞之含義與欣賞曲調旋律；體驗品味曲調對自我內心所產生的激盪與共鳴；聯想，由聆聽音樂中喚起對家人、故鄉與過去經驗等回憶	無
鄭蕙琴 林寬佳 黃俊仁 唐子俊 李伶伶 賴倩瑜	憂鬱症個案	生理回饋介入 (1) 介紹原理與注意事項，建立良好關係 (2) 介入前，詢問當週的疾病情形 (3) 將感應器連接在個案身上 (4) 施行 Hendrickson 放鬆法 (5) 與個案討論放鬆程度及生理指標進展 (6) 每週一次介入，每次 50 分鐘，為期六週	無
張瓊珠 簡秀芬 林宜美	專科學生	情緒管理團體方案 (1) 認識壓力及其對認知、情緒與生理的影響 (2) 協助辨識憂鬱與焦慮情緒、負向認知思考 (3) 協助情緒管理、放鬆訓練 (4) 改善負向認知思考 (5) 增加正向問題解決技巧	無
謝麗鳳 劉淑珍 林惠蘭 陳美碧	化療病人	音樂治療 在開始化學治療前，提供自選音樂及設備，每天至少聽音樂 60 分鐘以上。	無
陳頌琪 邱子瑄 黃詩儀 徐惠敏 蔣欣芷 陳姿吟 方俐潔 宋惠娟	機構老人	團體音樂治療 (1) 每週 2 次，每次 20 分鐘，為期 4 週 (2) 選擇熟悉的歌曲 (3) 重新編排製作包含緩和、輕快的旋律 (4) 設計暖身、緩和動作 (5) 安排小型打擊樂器	無
許金霞 楊明磊	機構老人	親密按摩介入方案 (1) 一天 2 次，每次 30 分鐘，為期三天 (2) 頭部按摩 (3) 頭、頸、肩部按摩	有

		(4) 手臂、手掌、手指按摩 (5) 背部按摩	
--	--	----------------------------	--

以 Cochrane 後設分析 (meta-analysis; 亦稱整合分析) 文獻資料庫以關鍵字 “depression” 進行搜尋，如圖 3 所示，在議題上，主要探討各種介入對憂鬱症治療效果的後設結果；在介入上，包含藥物治療、非藥物治療與合併治療；在群體上，包含糖尿病、多發性硬化症、中風、先天性心臟病等患者。然而，搜尋到的所有後設文獻皆無分析性別差異，故無法得知各種介入對不同性別之憂鬱症治療效果是否具性別差異。



圖 6、Cochrane 後設分析文獻資料庫的憂鬱議題

據此，本計畫團隊謝佳容等人收集在 1993 至 2013 年間所發表之有關憂鬱症防治在性別上的差異與影響之相關文獻。資料收集方式包括電子資料庫檢索：PubMed，MEDLINE，CINAHL，Web of Science，PEDro，PsycINFO，EMBASE 及 CEPS 中文電子期刊服務，搜尋之關鍵字為 gender，gender impact，prevention，therapy，programs 與 depression disorder，搜尋條件的限制包括：研究對象為「人」，發表語言為「英文」；中文文獻使用 CEPS 中文電子期刊服務輸入「憂鬱症防治」關鍵字搜尋，再根據電子資料庫與提供搜尋相關資料中之參考文獻結果所得題目及摘要篩選出候選文章，進一步閱讀全文以確定是否符合條件。以性別分析的角

度，評價目前於實證研究文章中，國內、外過去二十年相關憂鬱症或憂鬱情緒之相關實證研究的處置方式與結果。後設分析的結果顯示：

- 放鬆技巧可降低憂鬱症患者的自評的憂鬱分數，且有 9 個試驗顯示放鬆技巧比心理治療（主要是認知行為治療）在自評憂鬱改善效果較少。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 音樂治療可緩解憂鬱症患者的情緒，但樣本數過小與品質不佳的研究報告意味著無法確定音樂治療的效果。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 運動介入方案對於憂鬱症狀的改善具有臨床效果，但運動的風險與成本則無充分的證據。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 家庭治療對於憂鬱症狀的改善證據仍不夠充分，且比起其他的處置方式來說，治療是如何有效並未充分說明。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 婚姻治療對於憂鬱症狀的改善沒充足的證據顯示有效或更無效，在減輕憂鬱症狀或減少持續憂鬱的族群上也沒有明顯的差別。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 心理治療處遇對於老年憂鬱症患者的實證結果並沒有提供很強的證據來支持心理治療處的效果。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 心理社會介入對於產後憂鬱症的婦女的實證結果是有效的，但長期的療效則不清楚。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 應用網際網路線上心理介入方案具有可近性、隱密性之優勢，同時結合實體的互動關懷策略，效果較佳，但需克服線上介入方案的耗損率過高之現象。目前，並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
- 抗憂鬱劑服用效果於男女性血清反應不同，有待實證研究持續關注。

雖然有效性的心理社會介入方案可具有心理衛生第一段、第二段的預防效果，此等有效性的社會心理介入方案，通常且治療者必須要能經過一定程度的訓練，方能發揮最佳效果，且對接受治療者而言，他們也要能配合活動的執行，經過一段時間的介入或訓練，方能達到成效。並且心理治療通常需要配合一定的理論，且工作人員需要接受專業且嚴謹的訓練、或是更進一步的演練與專家督導過程，但在憂鬱症的高盛行率之下，可被接受的專業人員的人數反而不足。

統整 Cochrane 的實證資料庫中，幾乎並無特別關注性別差異之論述。且多數的隨機或類隨機試驗文章，皆受小樣本所影響，男女性別不均，以及成效的驗證只在介入治療最後才評估實驗組與對照組的介入效果，或是追蹤期過短；樣本分佈不清楚；以及在追蹤期病人流失，皆會影響到實證文章所代表的品質與結論。

最早 20 世紀時便有學者提出，於健康醫療體系的服務過程，顯少關注男女健康需求的差異，因而當時對於女性憂鬱症的治療與處置，便缺乏性別考量，此

就一點都不用訝異，且究竟何為完整性的照顧，不應僅限於醫療層面，像是健康政策中，也應持續關注影響健康的多元因素和介入的有效性，對於不同性別而言，何種憂鬱症的治療效果最好？或是何為符合成本的憂鬱症治療概念，仍是需要持續關注的議題。未來需要更多具有良好方法學的試驗（隨機樣本、大量樣本、長期追蹤等）來精確評估效果規模及確認風險及成本。

（三）、建置憂鬱症防治計畫與方案的性別影響評估方針

婦女健康會議（The Women’s Health Council）在 2007 年出版「創建具有性別敏感度健康服務的指導方針：案例與檢核項目」“A Guide to Creating Gender Sensitive Health Services: Case Study & Checklists”。表 15 以心理健康為案例，陳述女性與男性在呈現、診斷、治療、服務輸送、預防、教育、附加/研究等階段之異同。

表 15、以心理健康為案例的性別影響評估

階段	女性	男性
呈現	<ul style="list-style-type: none"> 較常尋求家醫科的協助。 	<ul style="list-style-type: none"> 男性常常在遭遇嚴重心理問題時，不願意尋求協助及在他人面前呈現此問題。
診斷	<ul style="list-style-type: none"> 以焦慮與憂鬱為主。 無論症狀為何，容易被診斷為憂鬱症。 常有兩個以上的疾病共存。 多數被飲食疾患所影響。 多數企圖自殺。 精神分裂症與雙極性憂鬱症的比例相同，但是在症狀、治療與結果上不同。 	<ul style="list-style-type: none"> 以酒精與藥物依賴為主。 無論症狀為何，較少被診斷為憂鬱症。 男性被診斷為反社會人格疾患的風險為女性的三倍。 自殺而因此死亡的機率高。 精神分裂症與雙極性憂鬱症的比例相同，但是在症狀、治療與結果上不同。
治療	<ul style="list-style-type: none"> 開立精神治療藥物處方的風險是男性的二倍。 藥物在身上作用的時間通常較男性長。 較多女性因體重增加而停止用藥。 藥物治療在女性身上較為複雜，原因包括月經週期、避孕、懷孕、哺乳、藥物交互作用等。 	<ul style="list-style-type: none"> 男性容易被轉介至專科照護。 藥理作用不同，兩性在藥物（副作用）容忍度上具有差異，表示相同劑量的處方並不合適。

服務輸送	<ul style="list-style-type: none"> • 所需服務的全面改善。 • 較多女性在私營健康部門被治療—要解決不平等現象。 • 女性傾向較少的藥物治療，較多的談話及替代療法。 • 在住院單位需要設置單一性別區域。 • 需要設置母親與嬰兒單位。 • 需要關注女性在治療方面的多重社會角色，包括伴侶、母親與工作者。 	<ul style="list-style-type: none"> • 所需服務的全面改善。 • 男性容易是精神服務的重度使用者與長期住院者。 • 男性較無意願住院。
預防	<ul style="list-style-type: none"> • 女性容易遭受身體、情緒與性方面的暴力。 • 多種社會角色是女性的重要壓力來源。 • 女性的低社經狀況影響其在個人與社會層面的表現。 • 女性容易處於不利的社會情境或地位。 	<ul style="list-style-type: none"> • 許多男性認為去看醫生代表個人失敗或弱者表現。 • 飲酒或攻擊行為被視為男性處理憂鬱的發洩途徑。
教育	<ul style="list-style-type: none"> • 開立處方簽者通常沒有接受過藥理作用之性別差異的知識教育，此部分在教科書更是付之闕如。事實上，女性被開立更多的藥物，使其容易因不同藥物的交互作用而損害健康。 	
附加/研究	<ul style="list-style-type: none"> • 心理健康問題的性別化並非靜態的，而是隨著社會改變而改變。 • 需要更多以性別為主題的研究，目前可取得按性別分開的資料，僅有 HRB 住院病人調查年報。 • 需要按性別分開的臨床試驗。 	

創建具有性別敏感度健康服務的指導方針提供二個面向的檢核項目，可作為評估憂鬱症防治計畫與方案的性別影響之參考，包含規劃與評估方案、分析資料，如表 16 所示。

表 16、創建具有性別敏感度健康服務的檢核項目

檢核	項目
一、規劃與評估方案	
<input type="checkbox"/>	方案設計是否考慮女性與男性、男孩與女孩在需求上的異同？有什麼本地內或外的資源能夠協助辨識這些需求？
<input type="checkbox"/>	對於某個健康議題，方案設計是否已將既有性別差異的相關知識/資訊

	納入考慮？這些資料是否適切？
<input type="checkbox"/>	與方案有關的女性與女孩、男性與男孩之觀點，是否有被納入方案設計之參考？如果沒有，該如何獲得他們的投入？
<input type="checkbox"/>	女性與男性、女孩與男孩在不同年齡層與生命階段的差異有被考慮嗎？還有其他差異需要被考慮嗎？
<input type="checkbox"/>	方案設計是否使用下列資訊，包括女性與男性、女孩與男孩之中，誰的疾病負擔較大、誰的健康易脆弱性較高，檢視各式各樣的群體，例如年輕、年長者、低社經地位、失能者、移民者、難民、性取向不同者等。
<input type="checkbox"/>	在上述易脆弱群體中，現有資料是否可以顯示性別對於女性與男性健康的影響？何處能夠找到更多額外的資訊？
<input type="checkbox"/>	這個方案的設計是否存在對女性與男性、男孩與女孩的刻板印象？
<input type="checkbox"/>	性別相關因素如何影響女性與男性、男孩與女孩參與/不參與計畫？我們如何改變這個計畫的設計以鼓勵女性與男性、男孩與女孩公平地參與？
<input type="checkbox"/>	計畫的設計是否允許蒐集個別家庭成員的不同需求與經驗，而非僅把家庭當成最基本的分析單位？如何包含不同類型的家庭，例如單親媽媽、單親爸爸？
<input type="checkbox"/>	在區域或國家層次，有哪些關於我國人口健康的數據是可以使用的？它是否有按性別分類？這些數據是否考慮或應用至性別相關議題？
二、分析資料	
<input type="checkbox"/>	數據資料是否按性別分開？按性別分層分析？如果沒有，可以做些什麼？
<input type="checkbox"/>	資料蒐集的方式是否在女性與男性、女孩與男孩皆能夠全盤參與的情況下？
<input type="checkbox"/>	資料分析時，是否視性別為健康的決定因素及影響其他健康決定因素之關鍵？
<input type="checkbox"/>	分析時，女性與男性、女孩與男孩有同時考慮嗎？或她/他們在不同年齡層與生命階段的差異有被考慮嗎？還有其他差異需要深入分析嗎？
<input type="checkbox"/>	分析的結果是否可以得出女性與男性、女孩與男孩當中，誰的疾病負擔較大、誰的健康易脆弱性較高，例如年輕、年長者、低社經地位、失能者、移民者、難民、性取向不同者等？
<input type="checkbox"/>	是否用家戶/家庭層次的資料進行分析？家庭中的女性與男性、女孩與男孩、不同類型的家庭的經驗與需求可能不同？
<input type="checkbox"/>	既有資料如何協助促進女性與男性、女孩與男孩的健康？這些資料如何協助處理健康上的性別不平等？如何作為未來方案與計畫、政策之參考？

(四)、美國心理學會在服務方案傳遞方面的建議

- 發展研究者、實務者與社區的夥伴關係，透過初級照護單位、學校、工作場所及社會服務機構，使女性參與在治療、復健及研究過程之中。
- 強調持續性的治療與支持，在治療之初即進行病人與家屬的教育/管理技能訓練。
- 採用各種實證有效的憂鬱心理治療與藥理治療。
- 支持性別與文化特殊的治療，特別是各種女性群體，發展各種語言的治療與指引手冊，適用於各個文化與年齡層。
- 心理健康與初級照護實務者持續的進行教育。
- 針對青少年執行情緒管理訓練，提供她們尋求協助管道的資訊。
- 針對憂鬱症母親的兒童，發展預防與治療介入，減少憂鬱之風險。
- 降低尋求治療的障礙，如汙名化、成本、語言隔閡，增進服務的可近性，特別是少數族群女性、年長女性、青少年、貧窮女性。
- 採取行動確保針對女性憂鬱的研究、預防、教育與治療之經費充足與方案得以執行。
- 支持長期持續性治療與次級預防治療的第三方支付系統。
- 支持心理健康平權 (Mental Health Parity)，健康照護服務計畫不得對心理健康照護，設有較身體健康照護更多的限制。鼓勵研究探討心理健康治療 (或缺乏如此治療與支持) 對於生產力或其他結果變項之影響。

五、研擬具性別敏感度的心理健康或憂鬱防治政策

此部分主要包含「國內心理健康或憂鬱症防治政策之性別檢視」、「國外心理健康或憂鬱症防治政策之性別檢視」與「我國採行的方向：以性別觀點為基礎的憂鬱防治政策制定」三個議題。

(一)、國內心理健康或憂鬱症防治政策之性別檢視

以下針對衛生福利部 103 年度全民心理健康的施政目標、衛生福利部心理健康業務的年度重要施政計畫、衛生福利部對立法院關於全民心理健康的施政報告、全民心理健康的年度關鍵績效指標，進行性別檢視。

1. 衛生福利部 103 年度全民心理健康的施政目標

衛生福利部 (Ministry of Health and Welfare) 的使命是「促進全民健康與福祉」，據此提出十大策略目標。在心理健康方面係「強化全民心理健康，建立高風險家庭防護網路」(以下簡稱全民心理健康)，檢視其 103 年度的施政目標與重點如表 17，憂鬱議題並無被強調，亦未見性別元素。

表 17、衛生福利部 103 年度全民心理健康的施政目標與重點

施政目標與重點
促進全民心理健康，強化自殺防治策略與作為，落實精神疾病防治與照護服務，提升社區精神病人管理效能。
強化成癮防治服務，提升藥、酒癮治療服務可近性。
加強特殊族群處遇服務，精進處遇品質。
加強家庭暴力、性侵害及性騷擾、兒少保護三級預防功能，建立預防與處遇並重之防治模式。
推動家庭暴力危險評估及強化跨域整合機制，以落實人身安全保護工作。
建立高風險家庭篩檢及關懷輔導處遇機制，落實兒童及少年保護預防工作。

資料來源：衛生福利部

2. 衛生福利部心理健康業務的年度重要施政計畫

衛生福利部心理健康業務的年度重要施政計畫，如表 18 所示，包含「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強特殊族群處遇服務」與「整合及加強心理健康基礎建設」，以宜蘭縣為案例進行性別檢視。

表 18、衛生福利部心理健康業務的年度重要施政計畫

實施內容
<p>1. 促進全民心理健康</p> <p>(1) 發展及整合心理健康促進方案</p> <p>(2) 強化特殊族群與特殊場域之心理健康促進</p> <p>(3) 強化自殺防治服務方案</p> <p>(4) 強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設</p> <p>(5) 強化災難心理衛生服務</p> <p>(6) 規劃推動心理健康網</p>
<p>2. 落實精神疾病防治與照護服務</p> <p>(1) 均衡精神照護資源</p> <p>(2) 強化精神衛生體系及服務網絡</p> <p>(3) 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務</p> <p>(4) 落實社區精神病人管理及追蹤關懷</p> <p>(5) 發展多元化精神病人社區照護模式</p> <p>(6) 促進精神病人權益保障、充權及保護</p>
<p>3. 強化成癮防治服務</p> <p>(1) 強化成癮防治體系與服務網絡</p> <p>(2) 精進藥癮戒治服務方案</p>

(3) 強化酒癮防治方案 (4) 發展成癮防治研創方案
4. 加強特殊族群處遇服務 (1) 強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務 (2) 強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務 (3) 整合加害人處遇資源及服務體系 (4) 研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式
5. 整合及加強心理健康基礎建設 (1) 提升心理健康專業人員之服務量能 (2) 強化心理健康資訊系統 (3) 進行心理健康相關之研究 (4) 進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值

資料來源：衛生福利部綜合規劃司（2013/9/18）

衛生福利部補助宜蘭縣衛生局 102 年度「整合型心理健康促進、精神疾病防治及特殊族群處遇工作計畫」，表 19 列出部分工作項目及其結果評價，發現大部分的心理康工作項目未說明或考量性別元素，在結果評價上，多根據舉辦場次、參與人數、轉介人次、服務人次、篩檢率等指標，然而，亦鮮少依性別分層顯示。

表 19、宜蘭縣衛生局 102 年度的心理健康施政計畫

重點工作項目	結果評價	性別元素
針對兒童、青少年、中年、老人等，依年齡別，發展在地多元化之心理健康促進活動或方案，強化民眾生活調適、情緒管理、問題解決、壓力調適訓練、心理衛生與疾病相關知識等個人發展技巧，強化初級預防工作。	舉辦場次 參與人數	只強調不同年齡別，未納入性別考量。結果評價未依性別分層顯示。
每年 9 月 10 日自殺防治日或 10 月 10 日心理健康日辦理活動。	參與人數	無法得知活動的規劃是否考量性別觀點，結果評價未依性別分層顯示。
提供具可近性之「社區」、「校園」心理諮商駐點服務或接受教育機關轉介提供心理諮商服務。	轉介人次 服務人次	提供前後皆應瞭解性別相關因素如何影響不同性別接受服務與否。
辦理老人憂鬱症篩檢服務，建立相關轉介服務流程機制。	篩檢率	有呈現女性、男性的篩檢率。但未說明轉介服務流程是否考量性別。
強化原住民、新住民、慢性病、身心障礙	舉辦場次	未說明性別考量。結果評

者心理健康促進。	參與人數	價未依性別分層顯示。
推動孕產期心理健康促進宣導。	舉辦場次 參與人數	未說明性別考量。結果評價未依性別分層顯示。
推動校園心理健康行動、強化職場心理衛生。	舉辦場次 參與人數	未說明性別考量。結果評價未依性別分層顯示。
以各區域公衛體系、精神醫療及基層醫療為核心網絡，逐漸擴大連結社會安全網→社會福利網→社區關懷網..等資源，建立相關聯繫名冊及溝通管道，以提供民眾全人之服務。	成立「心理衛生暨自殺防治委員會」	檢視「宜蘭縣心理衛生暨自殺防治委員會設置要點」，未具委員的性別比例原則。
連結至少3個民間自殺防治或心理衛生相關之非營利組織、學協會、宗教或慈善團體，共同推動心理衛生及自殺防治之相關工作等。	結合數目	在非營利組織與學協會方面，議題上著重自殺防治，憂鬱議題較為忽略。
配合發展精神疾病社區化照護政策，積極檢討社區精神復健及長期照護資源分布情形，合理分配社區精神照護資源。	服務人次 病床使用	未說明性別考量。結果評價未依性別分層顯示。
強化行政及專業人員培訓品質	舉辦場次 參與時數 參與人次	未說明性別考量，特別是應說明教育訓練的內容是否具性別視野。結果評價未依性別分層顯示。
提升心理專業人員編制及預算，進行轄區內資源分配及相關政策之推行，並持續推廣心理健康照護網絡之建立，以提升心理健康照護相關政策之執行成效。	新增專職人員數目	未說明憂鬱議題與性別考量，例如不同性別的預算與資源分配。

3. 衛生福利部對立法院關於全民心理健康的施政報告

在衛生福利部對立法院施政報告方面，網站上放置立法院第八屆第一期至第四期施政報告以供參考，表 20 呈現第八屆第四期的施政報告，主要包含四個議題：強化心理健康服務方案及自殺防治策略；建置精神照護資訊管理系統，推動分級照護訪視；強化戒癮治療服務能量；加強特殊族群處遇。憂鬱議題並未被提及，明確具性別元素的報告內容包含「針對婦女辦理心理健康促進方案及相關人員培訓計畫」、「補助民間團體，針對婦女等對象，辦理心理健康促進方案及相關人員培訓計畫」、「提供男性關懷專線服務」。

表 20、第八屆第四期衛生福利部對立法院關於全民心理健康的施政報告

報告內容	性別元素
1. 強化心理健康服務方案及自殺防治策略	針對婦女

<p>(1) 設置全國自殺防治中心，秉持「思維全球化、策略國家化、行動在地化」為施政主軸，作為全國自殺防治工作整合平台，並與世界其他國家一致，推動全面性、選擇性、指標性三大自殺防治策略。</p> <p>(2) 針對各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估，積極研議具體因應對策及作為，以強化自殺防治網絡工作，提升政府機關間自殺防治工作之整合效率，執行「全國自殺防治策略行動方案」計畫。</p> <p>(3) 安心專線提供 24 小時心理諮詢及自殺救援服務。</p> <p>(4) 102 年補助民間團體，針對一般民眾、兒童、婦女、老人、原住民等對象，辦理心理健康促進方案及相關人員培訓計畫。</p> <p>(5) 加強心理健康促進服務方案及建立心理健康網。</p>	<p>辦理心理健康促進方案及相關人員培訓計畫。</p>
<p>2. 建置精神照護資訊管理系統，推動分級照護訪視</p> <p>(1) 以各地衛生局作為整合監督窗口，統合各層級醫院，持續加強精神病人之緊急就醫、住院治療、出院準備、社區精神復健及追蹤關懷服務。</p> <p>(2) 督導縣市政府執行社區精神病人照護計畫，精進社區精神病人個案管理、追蹤關懷及就醫、就學、就業及就養之資源連結服務。</p> <p>(3) 針對無法規律門診或服藥遵從性差之社區精神疾病患者，提供「居家治療」及「強制社區治療」，提供其必要之精神醫療服務。</p>	<p>無</p>
<p>3. 強化戒癮治療服務能量</p> <p>(1) 提供藥癮病人藥癮戒治醫療服務，提供個案門診、急診、住院、出院後之追蹤與轉介等項服務。</p> <p>(2) 持續督導縣市政府鼓勵醫療機構提供藥、酒癮治療服務，以增加戒癮治療之服務量能及可近性。</p> <p>(3) 為提升藥癮治療水準及戒癮服務品質，完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」、「二級毒品施用者臨床治療參考指引」及「愷他命濫用之臨床評估與處置建議」，供藥癮治療人員參考。</p> <p>(4) 另補助精神醫療網核心醫院辦理藥癮治療人員教育訓練，培訓專業人員並提升專業知能。</p> <p>(5) 檢討研修藥癮之臨床治療指引，訂定酒癮治療之臨床指引，積極辦理酒癮治療人員教育訓練，提升治療人員專業知能。</p> <p>(6) 持續補助替代治療及酒癮處遇服務方案費用，減少毒癮及酒癮者戒治就醫經濟障礙，強化戒治意願。</p> <p>(7) 針對法院裁定戒癮治療之家庭暴力加害人、兒少保護案件之酒癮家庭成員及自行求助之酒癮個案，提供酒癮戒治醫療服務。</p> <p>(8) 盤點全國民間戒癮機構、團體資源，並整合民間服務資源，充實藥、酒癮者社會復健服務。</p>	<p>無</p>

<p>4. 加強特殊族群處遇</p> <p>(1) 積極督促地方政府確實執行性侵害與家庭暴力加害人處遇計畫，並針對自我控制再犯預防無成效之加害人送請法院裁定刑後強制治療。</p> <p>(2) 督導直轄市、縣(市)地方政府向地方法院倡議提升加害人處遇計畫裁定率，以促使加害人接受妥善之處遇治療，減少再犯。</p> <p>(3) 補助民間團體及精神醫療網核心醫院辦理處遇人員專業教育訓練。</p> <p>(4) 補助醫療機構及民間團體辦理處遇人員教育訓練及發展處遇人員督導制度，提升家庭暴力及性侵害被害人驗傷採證及身心治療服務量能及專業人員知能，以保護被害人權益，降低傷害。</p> <p>(5) 提供男性關懷專線服務。</p> <p>(6) 積極發展加害人本土化處遇模式及成效評估工具。</p> <p>(7) 發展家庭暴力相對人自願性服務方案。</p>	<p>提供男性關懷專線服務。</p>
--	--------------------

資料來源：衛生福利部綜合規劃司（2013/10/8）

4. 全民心理健康的年度關鍵績效指標

在全民心理健康的年度關鍵績效指標，主要包含兩項：提升家庭暴力通報件數，衡量標準為「實施危險評估件數除以親密關係暴力通報件數」，年度目標值為72%；建置心理健康網，衡量標準為心理健康網區域劃分、完成資源盤點、心理健康網任務功能訂定、網路架構規劃及網路運作機制之研擬，年度目標值為至少完成其中三項。憂鬱與性別相關面向並未明確被列為績效指標之一。

(二)、國外心理健康或憂鬱症防治政策之性別檢視

以下針對英國、澳洲、紐西蘭與加拿大的心理健康或憂鬱症防治政策，進行介紹與性別檢視。一般而言，憂鬱症防治通常是心理健康政策的一部分。

1. 英國

透過“Policy：Making mental health services more effective and accessible”、“Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health”、“No health without mental health — Mental health dashboard”與“Psychological Wellbeing and Work - Improving Service Provision and Outcomes”，瞭解英國的心理健康或憂鬱症防治政策。

英國的 Making mental health services more effective and accessible

Organisation: Department of Health

Page history: Published 25 March 2013

Minister: Norman Lamb MP

□ 政策行動:

1. Prioritising mental health 將心理健康擺在優先順位
 - 使提升心理健康服務的可近性及等待時間成為英國健保體制(NHS)的首要考量；並將減少心理健康問題視為公共衛生部 (Public Health England) 的首要考量。
 - 將心理健康涵蓋在新的國家健康測量之中。
 - 在 2011-2015 年投入 4 億英鎊使更多人可以使用心理治療(包含罹患憂鬱症的成人、孩童、年輕族群)
 - 在未來四年投入 1,600 萬英鎊來削減社會對於心理健康問題的烙印及歧視。
2. Effectiveness of mental health services 心理健康服務的有效性
 - 期待透過以下方法來增加心理健康服務的影響力：(1) 改變以往認定所謂成功的心理健康服務的標準，並測量服務使用者所認為重要的議題；(2) 回顧健康訪視及學校護理服務，確保工作人員受過正確的訓練且能夠辨識及協助病患、孩童及年輕族群。
 - 2014 年已發展出新的線上服務，提供關於孩童心理健康的指引方針及訓練給教師、警察、健康專業人員或其他服務對象以孩童為主的工作者。
3. Access to mental health services 心理健康服務的取得
 - 一些研究指出既有心理健康服務無法滿足某些族群的需求。例如：僅有六分之一罹患憂鬱症的老人曾與他們的家庭醫師(GP)討論憂鬱問題。
 - 此政策將減少區域之間健康(包含心理健康)不平等的職責賦予地方的健康與福祉委員會(local health and wellbeing boards)。
4. Preventing suicides 自殺預防
 - 近十年來，英國自殺人數呈現減緩的趨勢，但在 2007 年有微幅上升。
 - 某些族群的自殺率較高，包含年輕以及中年的男性、正在接受心理健康服務者以及囚犯。
 - 因此衛生部發行了自殺預防指引方針來協助健康專業人員、心理健康服務、警察、囚犯等。
5. Mental health for veterans 退役軍人的心理健康
 - 為提升對於退役軍人的心理健康服務，衛生部針對退役軍人：(1) 招募更多治療師；(2) 提供更多線上諮詢服務；(3) 挹注資金給對抗壓力心理健康 24 小時服務專線(24-hour Combat Stress mental health helpline)；(4) 提供關於退役軍人心理健康需求的訓練給家庭醫師及其他健康保險的員工。
6. Mental health for offenders 犯罪者的心理健康
 - 為確保犯罪者的心理健康問題盡快被辨識出來，以及該群體在各處都能夠獲得相同的心理健康服務：(1) 於 2014 年設立國家聯繫與轉移服務(national liaison and diversion service)以利及早協助辨識犯罪者的心理健康問題並確保其受到正確的治療；(2) 增加患有人格障礙犯罪者接受治療的可得性，盡量確保在監獄中治療對其的可得性，勝於倚賴醫院的保安單位。

□ 性別觀點檢視

政策中除了指出年輕以及中年的男性的自殺率較高之外，並無提及不同性別在其他心

理健康問題的差異。在政策方針中並無特定針對特定性別族群，或因性別不同而有策略上的差異。

(<https://www.gov.uk/government/policies/making-mental-health-services-more-effective-and-accessible--2/activity>)

英國的 Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health

Author: Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate

Document Purpose: Policy

Publication date: January 2014

Prepared by the Department of Health

□ **目標：**在 2011 年，英國政府頒布了心理健康策略—「沒有心理健康，就沒有健康」，奠定了英國心理健康照顧轉變的長程目標。這個策略涵蓋六個清楚的目標：(1) 更多群眾擁有好的心理健康狀態；(2) 更多伴有心理問題者能夠復原；(3) 更多伴有心理問題者能夠擁有生理的健康；(4) 更多群眾對於照顧與協助有正向的經驗；(5) 較少群眾遭受可避免的傷害；(6) 較少群眾歷經烙印與歧視。此份文件旨在連結長程與短程的心理健康政策行動目標，並強調地方層級與心理健康問題相關服務的計畫與輸送在未來 2-3 年將會如何轉變。

□ **指引方針：**

1. 增加心理健康服務的可近性

- 1-1. 高品質、強調復原的心理健康服務應在所有的區域實行，並反映地方的需要。
- 1-2. 我們將帶領一場針對心理健康與福祉(wellbeing)資訊的革命 (全國、各地區能有更詳細且更即時的心理健康與福祉的圖像)。
- 1-3. 我們即將首度頒布明確的心理健康服務等候時間限制。
- 1-4. 我們即將處理關於心理健康服務可近性的不平等問題。
- 1-5. 每年將有超過 90 萬民眾受惠於心理治療。
- 1-6. 心理治療對於整個英國的孩童、青少年的可近性將被改進。
- 1-7. 最有效的服務將獲取最多資金挹注。
- 1-8. 成人將有權選擇其要接受的心理健康照顧服務。
- 1-9. 我們將徹底的減少約束型的行為，並採取行動來中止高風險的約束，如：面部朝下壓制(face down restraint)以及把人壓制在地上。
- 1-10. 我們將會使用朋友及家人測試(Friends and Family Test) 讓病人對於其接受心理健康服務的經驗發表評論，包含孩童的心理健康服務。
- 1-11. 品質不佳的服務將會迅速被辨識出來，並採取行動來改善。
- 1-12. 照顧者將會獲得支持且更緊密的參與心理健康服務提供的決策。

2. 整合生理及心理健康照護

- 2-1. 心理健康照護及生理健康照護將在各個層級整合得更好
- 2-2. 因應自傷議題，前線健康服務的方式將會改變。
- 2-3. 所有經歷到心理健康危機者都不應被相關服務排除在外

3. 及早開始促進心理健康並預防心理健康問題

- 3-1.我們將提供更好的支持給新手媽媽，以減少產後憂鬱的風險。
 - 3-2.學校將獲得支持而能更快辨識出心理健康問題。
 - 3-3.我們將終止有心理健康需求的孩童及青少年一旦成年(滿18歲)後馬上失去協助的「懸崖(cliff-edge)」處境(改善不同階段/族群照護系統之間的連續性)。
4. 改善伴有心理健康問題者的生活品質
- 4-1.伴有心理健康問題者將能活得更長、更健康。
 - 4-2.更多伴有心理健康問題者將能夠在家中獲得復原的協助。
 - 4-3.我們將會引進國家聯絡及轉介服務，使犯罪者的心理健康需求更快的被辨識出來並獲得適切的援助。
 - 4-4.任何伴有心理健康問題的犯罪事件受害者將獲得更進階的支援。
 - 4-5.我們將會支持雇主去協助更多伴有心理健康問題者能夠留在職場或進入職場。
 - 4-6.我們將會發展新的方法去協助失業的心理健康問題者進入職場並在他們處於無法工作的期間給予支持。
 - 4-7.我們將會消滅關於心理健康的歧視。

□ 性別觀點檢視

- 在指引方針 3-1 中提及一些常見心理疾患(如：憂鬱、焦慮)的致病原因是已知的，且也知道在大多情況下應該採取哪些策略來預防。因此應該著重於喚醒對於有效介入方案(如：減少老人的孤立情形、主動處理陷入問題的家庭、及早介入並預防陷入求職困境)的意識，以預防憂鬱的發生。此指引方針特別關注母親懷孕期間及產後的心理健康(包含產後憂鬱症)。除了對母親本身之外，對孩童也非常重要。母親健康議題大約影響了 10% 的女性(不論是在懷孕期間或產後)，更好的支持能夠促進她們及孩童的心理健康。儘管大多數有心理健康問題的母親能夠在廣泛的初級照護團隊中有效被處理，但有少數罹患嚴重心理問題者則區要專業的照護。這部分的照護應該由專業的社區孕產期心理健康團隊來提供，並視需要入住專業的媽媽及嬰兒照護單位。英國健保的孕產期心理健康 Clinical Reference Group (The NHS England Clinical Reference Group for perinatal mental health) 正努力提升照護品質，促進專科照護可近性的公平並減少個人接收到的照護品質出現未經許可的差異。在新的計畫中，HEE (the national training body) 將會確保在孕產期心理健康方面有足夠的訓練，到了 2017 年，所有的生產單位(birthing unit)都能有專業的人員提供服務。The Institute for Health Visitors 亦會持續提供最新的心理健康訓練給衛生隨訪員(health visitors)，使他們更有能力去辨識有風險的母親以及用更準確、有效的方法來提供協助。改進對於衛生隨訪員及助產士的訓練及支持將會使他們能夠發現母親心理健康問題的早期徵兆，並透過在懷孕期間、產後一年的合作，能夠滿足雙親、嬰兒及家庭的身體、心理健康需求。一旦母親被認定為需要協助，服務不應只強調憂鬱的復原，也應包含協助母親去照顧嬰兒。目前政府正在擴大衛生隨訪員的人力，2015 年將擴增至 4,200 名。超過 5,000 名新的助產士正在受訓，且確保將會有更多易脆弱性的女性及家庭可以從家庭護士的協助受惠。有更多的衛生隨訪員及助產士將會協助確保有特殊人格特質的女性(women have personalised) 可以接受到一對一的孕

期、產期其產後照護。

- 在指引方針 4-1 中提及罹患心理健康疾病者的平均壽命較一般群體短，其中患有嚴重心理健康疾病男性的死亡年齡比一般群體的平均死亡年齡早 20 歲；而患有嚴重心理健康疾病女性的死亡年齡則比一般群體的平均死亡年齡早 15 歲。雖然此處指出性別差異，但整體方針建議並未因性別而有差異。
- 在指引方針 4-3 中提及，為使犯罪者的心理健康需求更快的被辨識出來並獲得適切的援助，必須確保一旦有人進入刑事/少年司法系統後，他們的需求能夠盡快被評估。尤其是來自於黑人或少數族裔社區的男性、或是參與幫派者，這很可能正是他們的心理健康問題第一次被辨識及評估。一旦辨識出心理健康問題，從一開始及後續(如開庭、事件發生的餘波、宣判)都要提供合適的協助。

英國的 No health without mental health – Mental health dashboard

Publication date: December 2013

Prepared by the Department of Health

□ **目標：**「沒有心理健康即沒有健康」策略設立了清楚的目標來改善心理健康結果。這個心理健康儀錶板(Mental health dashboard)是首次將來自於廣泛領域的相關指標彙整起來用以呈現各項目標的進展，並給予清楚、簡要的整體心理健康狀態的圖像。

□ **心理健康儀錶板：**

目標 1. 更多群眾擁有好的心理健康狀態

群體的心理健康與福祉

自評健康 (PHOF****)

• 生活滿意度 (APS)	76%
• 值得的(Worthwhile) (APS)	80%
• 昨天快樂感 (Happy yesterday) (APS)	71%
• 昨天焦慮感 (Anxious yesterday)	60%
• WEMWBS (HSE)	51

孩童與青少年的自評健康

心理健康問題的盛行率

• 可能的心理健康問題 (HSE)	15%	▼
• 長期的心理健康問題 (HSE)	4%	▲

因為常見心理疾患所損失的日數 (LFS)

12m ▲

較廣泛的心理健康與疾患決定因素

無家可歸 (PHOF****)

• 無家可歸接受 (Homelessness acceptances)	53,450	▲
• 暫時的寄宿 (Temporary accommodation)	53,130	▲

絕對低收入 (Absolute low income) (HBAI)*

23% ▲

使用非法藥物

• 16-24 歲經常使用藥物的比例 (CSEW)	5%	▼
• 15-64 歲使用鴉片或古柯鹼的比例	0.9%	▼

社會孤立 (PHOF****)

孩童發展至二歲半 (PHOF**** placeholder)

目標 2. 更多伴有心理問題者能夠復原

照顧與治療

改善心理治療的可近性 (IAPT) (NHS OF**)

• 可能受患者對於 IAPT 的可近性	10%	▲
• 在接受 IAPT 服務之後的復原	46%	▼

病人在使用孩童與青少年心理健康服務後之結果(Patient outcomes following Children and Adolescent Mental Health Services) (CAMHS)

罹患嚴重心理疾病者的治療結果

復原與生活品質

心理疾病患者的的就業狀態 (LFS, ONS) (NHS OF**, ASCOF***, PHOF****)	28%	▼
嚴重心理疾病患者的的就業狀態 (MHMDS) (PHOF****, NHS OF**, ASCOF***)	8%	▼
適應 (MHMDS) (PHOF****, ASCOF***)	62%	▼
與生活品質有關的社會照顧 (ASCOF***)	18.1	▲

目標 3. 更多伴有心理問題者能夠擁有較佳的身體健康

嚴重心理疾病患者的身體健康

死亡率超過 75 人(每十萬人) (MHMDS, ONS) (per 100,000) (NHS OF**)*	921	▲
有接受到身體檢核表(a list of physical checks)的嚴重心理疾病患者 (Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set)		

伴有心理健康問題者的身體健康

有長期心理健康問題者併發長期的身體健康狀況 (GPPS)	52%	▲
有長期身體健康狀況者併發長期的心理健康問題 (GPPS)	5%	▲
心理健康與酒精濫用 (HSE)	34%	▲
心理健康與肥胖 (HSE)	32%	▲
心理健康與吸菸 (HSE)	29%	▼

目標 4. 更多群眾對於照顧與協助有正向的經驗

延遲 (MHMDS):

• 被延遲的病人數	43,074	▼
• 被延遲的病人占總病人的比例	3%	▼
• 被延遲的 BME 病人占全部被延遲病人的比例	21%	▼
• 社區醫療制度(Community Treatment Orders)中的病人	4,076	▲

病患對於社區心理健康服務的經驗 (CMHS) (NHS OF**)	87%	▼
對於心理健康相關社會照顧有需求者對於服務的整體滿意度 (ASCS) (ASCOF***)	61%	▼

有長期心理健康問題者感受到足以應對其處境之支持的比例 (GPPS) (NHS OF**)	78%	
--	-----	--

危機計劃

孩童與青少年對於心理健康服務的經驗

目標 5. 較少群眾遭受可避免的傷害

安全事件回報 (ONS) (per 100,000) (NHS OF**)	302	▲
涉及嚴重傷害或死亡的安全事件 (per 100,000) (ONS) (NHS OF**)	2.93	▲
自殺率 (ONS) (per 100,000) (PHOF****)	7.9	▲
自傷 (PHOF****)		
約束 (TBC)		

目標 6. 較少群眾歷經烙印與歧視

一般群眾的知識、態度與行為		
心理健康相關知識 (IOP)	3.72	▲
關於心理疾病的態度 (IOP)	3.91	▲
人們對於心理疾病有蓄意行為之回報 (IOP)	4.05	▲
服務使用者的烙印與歧視經驗		
沒有歧視的經驗 (IOP)	9%	▼
對於挑戰烙印與歧視的信心 (IOP)	58%	▼

Link to Outcomes Frameworks:

- ** (NHS OF) - NHS Outcomes Framework
- *** (ASCOF) - Adult Social Care Outcomes Framework
- ****(PHOF) - Public Health Outcomes Framework

Links to other sources:

- (APS) – Annual Population Survey
- (LFS) – Labour Force Survey
- (ASCS) – Adult Social Care Survey
- (CMHS) – Community Mental Health Survey
- (MHMDS) – Mental Health Minimum Dataset
- (HBAI) – Households below average income survey for DWP
- (CSEW) – Crime Survey for England and Wales
- (HSE) – Health Survey for England
- (GPPS) – GP Patient Survey
- (IOP) – Institute of Psychiatry survey for Time to Change

▲▼The change from the previous year is statistically significant†

▲▼The change from the previous year is not statistically significant

☐ 性別觀點檢視

此文件呈現很多心理健康相關的測量指標，有些指標有進行性別統計(如：自評健康、心理健康問題盛行率、因為常見心理疾患所損失的日數、心理健康問題者的就業率、嚴重心理疾患者的就業率、心理健康問題者處於穩定合適的調適的比例、與生活品質相關的社會照顧、成人有心理疾患死亡率超過 75 人(每十萬人)、自殺率等)，但並未針對這些性別統計做出政策建議。

英國的 Psychological Wellbeing and Work - Improving Service Provision and Outcomes

Author: Christian van Stolk, Joanna Hofman, Marco Hafner, Barbara Janta

Publication date: January 2014

This report has been written by RAND Europe.

☐ **目標：**本研究為衛生部、勞動與年金部及 Cabinet Office Contestable Policy Fund 為了支持相關政策發展所資助的研究。主旨在於檢視既有心理健康介入的證據，並提出新的方法來發展未來政策發展的證據基礎。部長也針對心理健康問題者(如：焦慮、憂鬱)的就業結果尋求更進一步的了解。此報告建議並發展出一系列方法來改進心理健康與就業服務的組合，以嘉惠伴有常見心理健康問題的群體。

☐ **提出政策選擇(policy options)：**

- 政策選擇一：將基於 IPS 原則的職業支持鑲嵌在地方 LAPT 或心理治療的服務中。
- 政策選擇二：在特別就業中心(Jobcentre Plus)導入基於 JOBS II 的團體工作方法。

- 政策選擇三：改進對於常見心理健康問題線上評估及介入的可近性
- 政策選擇四：委託第三部門提供心理與就業相關的支援組合。

□ 對政府的建議：

- 及早接近到專業的服務可以改善有常見心理健康問題及就業需求群體的就業與福祉(wellbeing)。
- 就業建議及心理健康治療的主機代管(Co-location)或整合似乎能夠增進結果。
- 基於在改進常見心理健康問題者就業結果之證據基礎方面的限制，證據基礎應該以實例試驗及社會實驗的方式改進。

□ 性別觀點檢視

本報告書未提及性別差異，提出的政策選擇及建議也未因性別而有所差異。

2. 澳洲與紐西蘭

澳洲人口的文化多樣性與語言多樣性為健康政策發展、服務提供、專業教育及教育帶來了顯著的挑戰。澳洲的政策目標訂定的非常廣泛，但是根據政策目標所制定的方案卻非常不足。如果能夠有效地處理政策內容與政策執行之間的隔閡，政策與實務所需資訊之間的隔閡，以及進行研究為政策與實務提供相關證據，憂鬱是可被預期地減少。

事實上，澳洲政府已經注意到憂鬱所帶來的嚴重危害，並開始執行一些方案，最著名的是 Beyondblue: The National Depression Initiative。Beyondblue 的方法係強化各組織、機構、服務提供者、社區、政府部門、個人、消費者、照顧者等夥伴關係，促進協調活動及鞏固現存優勢來處理憂鬱問題。儘管 Beyondblue 的目的在於降低憂鬱為個人與社會所帶來的負擔，然而，目前尚未清楚究竟這些方案與行動是否能夠有效地處理憂鬱，特別係在多文化與多語言的社會，需要去瞭解文化因素對疾病經驗、求醫過程、治療反應等面向的影響。要適當地因應在如此脈絡之下的憂鬱問題，需要仰賴三個廣泛的元素：(1) 指引政策與實務的心理健康與服務研究；(2) 相關政策；(3) 能夠將好的政策目標轉為實務的服務及其資源。

針對澳洲大部分的心理康政策進行內容分析，發現包含下列議題：

- access and equity (可近性與公平)
- effectiveness and efficiency (效果與效率)
- coordination, continuity of care (協調、照顧持續性)
- mental health services/service providers (心理健康服務/服務提供者)
- staff development/education/training (工作人員發展/教育/訓練)
- planning which meets the community's needs (符合社區需求的計畫)
- collaborations and partnerships with ethnic minority communities, consumers and caregivers (少數族群社區、消費者與照顧者的聯盟與夥伴關係)
- delivering culturally sensitive service (傳遞具跨文化敏感的服務)
- community education/support (社區教育/支持)

- providing information which supports access (提供支持接近服務的資訊)
- interpreters/language services (口譯員/語言服務)
- general practice (一般實務)
- support for ethnic minority community workers (支持少數族群社區工作者)
- assuring quality (確保品質)
- data collection (資料蒐集)
- research (研究)
- service utilization (服務利用)
- monitor and evaluation (監控與評價)
- the role of specialized transcultural mental health services (特殊跨文化心理健康服務的角色)
- mental health promotion (心理健康促進)
- special target groups (特殊目標族群)

儘管澳洲的心理健康政策有著廣泛的政策目標，在將政策目標轉為實際方案的執行上仍存在問題。長久以來，健康服務提供者不清楚究竟已所提供的服務方式是否有效？據此，可透過表 21 所列出面向進行檢視，瞭解目前是否有足夠的研究證據以提供政策與實務之參考。

表 21、澳洲心理健康政策與實務之成效的檢視要點

面向	項目	檢視要點
研究	發行刊物 學位論文	<ul style="list-style-type: none"> • 特殊族群 • 特殊時期 • 研究主題 • 調查數據 • 相關因素 • 方案計畫
	資料庫	<ul style="list-style-type: none"> • 是否以憂鬱為主題 • 關注族群為何 • 調查年度為何 • 研究設計為何，有助於探討因果關係 • 是否有助於探討憂鬱的相關變項
	研究經費	<ul style="list-style-type: none"> • 贊助單位 • 贊助計畫，包含主題與內容 • 贊助金額
	研究活動	<ul style="list-style-type: none"> • 是否舉辦以憂鬱為主題的研討會 • 研究活動的參與對象
服務提供	資訊需求	<ul style="list-style-type: none"> • 研究的需求，其證據指引工作方向。

		<ul style="list-style-type: none"> • 當地資料的需求，社區關於心理健康的資訊與資源，包含人口學特徵、社會情況、憂鬱症的流行病學、關注的心理健康議題、服務與支持的可得性、服務傳遞方式與模式、具地方敏感度的服務提供者、文化議題、社區對於憂鬱的瞭解等。
	組織與整合需求	<ul style="list-style-type: none"> • 合作連結的建置與維持，如主流健康體系服務與心理健康服務。 • 家庭醫學科除了必須與社區連結之外，也需要對心理健康議題具有敏感度。 • 服務提供的計畫，最好要有需求者、照顧者及社區成員的加入。
	資源需求	<ul style="list-style-type: none"> • 增加心理健康的經費
	過程障礙	<ul style="list-style-type: none"> • 語言溝通障礙 • 高度個案負荷量使工作人員參與社區活動及發展 • 方案持續性的威脅 • 低識字率等因素影響方案延展 • 缺乏長期經費，無法建置長期的心理健康促進活動及根深已久的心理健康問題 • 以社區為基礎的方案與以大學為基礎的研究人員合作存在困難 • 主流機構因為文化議題深入社區不易 • 社區對於服務傳遞系統、治療的信念、態度的不同，導致服務提供的困難
	方案焦點	<ul style="list-style-type: none"> • 透過社區教育與媒體倡議處理汙名化與歧視的問題，以及提升對於憂鬱的辨識與知識、服務體系 • 教育的對象除了社區居民，同時也包含初級健康照護工作者與心理健康專家

3. 加拿大

“Mainstreaming Women’s Mental Health: Building a Canadian Strategy”一書顯示加拿大在心理健康政策上強調性別視野，如表 22，從藥理差異、心理健康服務的可近性與可利用性、社會不平等與暴力、多樣性、生命歷程等觀點，論述擴大實證基礎、考量女性觀點的心理健康照護、心理健康政策制定與決策的女性參與、心理健康的改革與重建之必要。

表 22、心理健康政策具性別視野之必要的觀點

觀點	內容
藥理差異	男女性在身體質量、賀爾蒙、胃吸收功能的不同，會影響藥物的吸收、分佈、新陳代謝、作用效果等。目前，仍需要更多的研究探討這些治療心理健康問題的藥物對女性的影響，減少其副作用以及提高治療效能。
心理健康服務的相近性與可利用性	女性使用心理健康系統比男性頻繁，除了更常接受治療的情況，也有較高的住院率。不過，女性因應壓力與生活事件的方式不同於男性，這些差異必須在診斷與治療過程中被考量。舉例來說，一些心理評估方法並未考量女性過去與現在的生活經驗，如暴力、母職。
社會不平等與暴力	已有許多證據顯示，貧窮與心理健康問題有關。女性，特別是年長的女性、原住民女性、單親媽媽。貧窮通常也增加暴力與受虐的風險。如果這些在女性身上的不平等現象不在治療、方案發展與政策上不處理，女性的心理健康問題會惡化，她們也會因為安全上的考量而妥協不接受服務。
多樣性	女性並非是一個同質性的群體，性別會與年齡、階級、種族、性取向、身體狀況、性別認同、生活經驗而導致心理健康結果有所差異，例如：原住民女性企圖自殺的比例是非原住民女性的三倍；相較於其他群體，原住民年輕人憂鬱的比率最高，他們面臨的社經狀況最差，特別是女性。
生命歷程	女性的心理健康需求因不同生命歷程階段是不同的。在生育時，女性需要心理健康支持，降低懷孕憂鬱症與產後憂鬱症，特別是她們產前就有心理健康問題。女性終其一生都受到身體意象的困擾，特別是年輕的女性。老年女性為阿茲海默症與失智症的高風險族群，有著心理健康需求。

(1). 擴大實證基礎

- 發展與使用具有性別敏感度的分析工具。
- 發展強化跨領域的合作模式及跨部門的研究。
- 當前心理健康系統仍過於強調疾病的生物醫學面向，忽略社會因素，將導致無效的預防與治療模式。
- 雖然已有一些研究探討女性的特殊社會生活經驗及其對心理健康的影響，更需要的是，瞭解哪些差異是最重要的，以及這些差異的需求如何透過政策、服務傳遞與方案來解決。
- 一些女性會尋求替代與補充療法而非心理諮商，已有部分證據顯示其能夠減輕症狀，如傳統治療者在復原過程扮演著關鍵角色。不過非常少研究評估這些替代與補充療法的療效。

- 擴大國家層級的性別調查資料。

(2). 考量女性觀點的心理健康照護

雖然部分中央與地方政策承認女性的特殊需求，但是在心理健康系統仍少有女性特殊的支持。如果心理健康照護結合社會支持、安全且可負擔的居住環境、維生生計的收入及針對女性的心理健康照護，其預防與治療的效果是最好的。發展考量女性觀點的心理健康照護，可以透過應用性別分析至政策與方案的分析，瞭解有心理健康問題之女性面臨的各種問題。換言之，需要利用現有與開發性別證據，作為研擬方案與政策制定之基礎。

(3). 心理健康政策制定與決策的女性參與至心理健康的改革與重建

- 確保不同性別，特別係女性，參與心理健康政策的制定與決策。
- 以自家與社區為基礎的支持服務為主，機構/住院治療服務只有在危機時才使用且不可長期。
- 促進自我協助模式。
- 辨識汙名化與歧視對有心理健康問題的女性與男性之不同影響。
- 發展在地/服務地區需求的心理健康傳遞系統。
- 重新思考心理健康相關服務之資源在健康資源中的分配。例如，儘管有些地區已採取「返回社區」(move people with mental illness into the community)的行動計畫，在某些事物上管轄權的縮減卻限制了以社區為基礎資源適當反應的能力。當有心理健康問題的人返回社區時，特別是針對女性的服務需要完備，如女性服務中心、居住之處等。
- 成立跨專業的心理服務團隊，確保不同性別的參與，與社區建立良好的互動關係。
- 運用性別分析來評價及協助政策與方案發展，在每一個行政區層級成立監控與評價心理健康系統優勢與劣勢，及探討這些心理健康系統對不同性別的影響。

(三)、我國採行的方向：以性別觀點為基礎的憂鬱防治政策制定

從政策發展與分析的八個步驟，包含辨識與定義議題、定義預期結果、定義資訊輸入、執行研究、發展與分析選擇、建議與決策、溝通政策、品質評價，據此作為具性別觀點之憂鬱防治政策制定之參考。

1. 辨識與定義議題

- 定義憂鬱的性別差異？
- 哪些對象認為憂鬱的性別差異是一個議題？
- 為何憂鬱的性別差異會成為一個議題？
- 這些對象的個人/專業/合作背景（性別/生活經驗/價值/信念/假設/環境）

如何影響其對於憂鬱之性別差異的瞭解？

- 哪些因素正影響著憂鬱之性別差異議題的辨識與定義？
- 憂鬱的性別差異是否需要政策分析/發展？

2. 定義預期結果

- 政府對憂鬱之性別差異政策的預期結果為何？以及是為了那些群體？
- 其他相關利益人對於憂鬱之性別差異政策的期待結果為何？
- 哪些特殊結果是需要政策定義的？以及其優先順序為何？
- 政策/立法的發展是產生預期結果的最好方式嗎？
- 這些預期結果會符合或阻礙其他政策的價值與目的嗎？
- 這些預期結果的指標如何辨識？
- 哪些監督與權責過程需要用以確保預期結果的達成？
- 什麼因素/驅力會貢獻/分心這些預期結果？

3. 定義資訊輸入

- 關於憂鬱之性別差異議題，需要知道哪些資訊？潛在問題為何？影響此議題的價值為何？
- 需要哪些資訊以確保關於此議題的所有面向都被考量到？
- 哪些對象需要一起參與資訊決策（如需要納入哪些資訊）的過程？
- 哪些來源可以獲得這些資訊？
- 資訊蒐集與提供的夥伴？需要哪些過程/程序提高諮詢夥伴的效率？
- 已獲得的資訊是否足以或能夠適切定義政策？是否需要新的資料？
- 依據資訊的可得性與適切性，政策的範疇是否需要重新定義？

4. 執行研究

- 能夠協助決定的分析為何？
- 哪些對象決定研究問題？
- 研究問題為何？
- 哪些因素影響研究設計？
- 哪些對象參與研究及研究設計？參與過程為何？
- 研究設計的範疇與本質對於憂鬱議題是否適切？
- 使用的方法為何？
- 哪些分析將被使用？

5. 發展與分析選擇

- 資料/資訊/研究指出的選擇有哪些？
- 哪些選擇直接與預期結果有關？
- 社會/系統的價值如何限制選擇發展的範圍？
- 這些選擇如何影響或改變憂鬱議題的影響因素
- 每一個選擇如何符合或阻礙現有政策、方案與立法？
- 每一個選擇的直接/間接影響後果為何？是否存在未預期的結果？
- 哪些因素正面地/負面地影響這些選擇的執行？

- 誰執行每一個選擇？以及執行這些選擇需要哪些資源？
- 如何確保權責？

6. 建議與決策

- 哪些人參與選擇建議的過程？
- 基於那些理由，這些建議被提出來？
- 這些被提出來的建議，其基本假設與價值為何？
- 哪些文件需要來支持這些建議？
- 這些建議是否免於未預期結果/或其他限制因素（當地、經驗、社會、文化、環境等）的影響？
- 針對這些建議需要進一步的商討嗎？若需要，哪些對象應該參與商討？
- 政策環境的那些面向明顯影響這些建議（如財政經費、政府目標、其他政策、近期公眾意見、政府承諾）？

7. 溝通政策

- 我們想要溝通的訊息為何？
- 我想想要向哪些對象溝通？
- 哪些主要訊息需要向每一位聽眾進行傳遞？
- 憂鬱政策如何被溝通？哪些訊息應該向誰傳遞？如何傳遞？
- 哪些方法將被用在與政策、方案與立法過程的參與者進行溝通？

8. 品質評價

- 如何知道政策分析與建議是適合的、有效的？
- 哪些對象建立評判適合性與有效性的標準？
- 如何與哪些對象要為分析的品質負責？
- 哪些對象檢視/分析這些分析的品質？這些報告將向那些對象報告？誰將進行報告？

參、結論

第一，在充實憂鬱議題之性別分析的研究能量方面，國外在憂鬱議題之性別分析方面已累積一定程度的研究能量，已有數篇綜論文章以性別為主要視野來探討憂鬱，目前，國內性別分析相關博碩士論文與學術期刊甚少，更無彙整本土研究證據來系統性地剖析憂鬱的性別差異的文章。憂鬱介入策略與成效相關證據的缺乏，將使預防與治療計畫或方案在研擬上無以參考根據。國內政府組織、研究機構與民間單位有不少測量憂鬱題項或題組的資料庫，未來可加以利用進行分析及探討，補足本土性證據的知識缺口。

第二，在編製具性別視野的憂鬱衛教教材方面，整體來看，國內在心理健康範疇的衛教教材，以自殺防治為最大宗。以憂鬱症為主題的衛教教材不多，納入性別觀點甚少。儘管此二者常被放在一起，但憂鬱症的論述地位常只是被視為自殺的原因之一。在經過憂鬱症衛教教材之性別檢視後，發現國內無論在書籍、手

冊、簡報、單張與海報上，幾乎不具性別視野，亦未見憂鬱的經驗與過程、憂鬱的影響結果、憂鬱介入策略與成效等議題被系統性地討論。為了提供憂鬱相關專業人員能夠瞭解憂鬱各面向的性別差異，特編撰「性別視野的憂鬱防治培訓手冊（專業人員版）」培訓手冊，內容包含性別主流化、原因篇、現象篇、醫療篇、特殊群體篇等主題，並提出研究、政策、實務、生活上的建議。此外，以「周產期憂鬱症與相關疾患的矩陣框架」的國外範例，作為未來有關單位編制憂鬱衛教教材之參考。

第三，在擴散具性別觀點之憂鬱有關知識方面，檢視多所國內大專院校的心理與性別相關課程，大部分與心理有關的課程，性別並非或者只是其中一個議題，而幾乎沒有與心理健康連結的性別有關的課程，針對憂鬱議題設計系統性教學內容的課程付之闕如。值得關注的是，也幾乎沒有以性別為主軸來探討憂鬱的研習教育訓練、網站資訊與資源。未來需要針對臺灣所有大專院校的心理或性別課程的課程綱要與學習目標進行更深入的檢視，討論如何在既有課程將憂鬱與性別議題的模組融入，甚至開發憂鬱議題專屬、具系統性的進階課程與研習教育訓練。最後，陳述美國心理學會在公眾教育方面的建議。

第四，在研擬具性別敏感度的憂鬱防治計畫與方案方面，在政府計畫與方案，部分已開始注意性別意識與觀點的重要性，例如 2009-2012 年的「老人健康促進計畫」，但是心理健康方面，主要仍聚焦於自殺問題；部分則為納入性別考量，例如教育部「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」。在民間計畫與方案，多數以機構或社區老人為介入對象，少數針對大學學生、專科學生、憂鬱症個案、化療病人等，幾乎沒有針對兒童或青少年的計畫或方案，且多數亦將性別元素納入規劃、參與、分析與評價等過程。在計畫或方案的介入效果方面，以 Cochrane 後設分析文獻資料庫以關鍵字“depression”進行搜尋，皆無分析性別差異。顯見針對計畫與方案建置性別影響評估的重要性，特別係分析女性與男性在呈現、診斷、治療、服務輸送、預防、教育、附加/研究等階段之異同。最後，陳述美國心理學會在服務方案傳遞方面的建議。

第五，在研擬具性別敏感度的心理健康或憂鬱防治政策方面，衛生福利部 103 年度全民心理健康的施政目標，憂鬱議題未被強調。在年度心理健康業務上，未說明或考量性別元素，結果評價多以舉辦場次、參與人數、轉介人次、服務人次、篩檢率等指標為主，鮮少依性別分層顯示。建議未來在全民心理健康的年度關鍵績效，需要納入憂鬱相關指標和進行性別檢視。憂鬱症防治通常是心理健康政策的一部分，英國、澳洲、紐西蘭與加拿大的心理健康政策或憂鬱症防治策略可做為臺灣未來憂鬱防治政策在研究、資金、教育、服務等方面制定與發展之參考。最後，以政策發展與分析的八個步驟為基礎，參考美國心理學會針對憂鬱提出的建議框架，提出我國憂鬱防治政策的未來方向。

肆、建議

最後，依據美國心理學會在“Summit on Women and Depression: Proceedings and Recommendations”針對女性與憂鬱議題的建議框架，提出我國憂鬱防治政策的未來方向：

一、研究與資金

- 強化國內在憂鬱議題之性別分析上的研究能量。
- 利用既有資料庫進行分析及探討，補足本土性證據之知識缺口。

二、預防、治療與服務的研究

- 針對心理健康與憂鬱相關計畫與方案，加強分析女性與男性在呈現、診斷、治療、服務輸送、預防、教育、研究等階段之異同，創建具性別敏感度服務的檢核項目。
- 結果評價應跳脫只以舉辦場次、參與人數等簡單指標的形式，重視呈現不同性別或性別與其他人口學特徵（例如年齡、族群）之交互的數據差異

三、公眾教育

- 編製性別視野的憂鬱防治培訓手冊。
- 鼓勵大專院校開設以性別為主軸來探討憂鬱議題的課程。
- 鼓勵政府與民間單位舉辦性別與憂鬱議題的研習教育訓練。
- 政府網站應建置具性別視野的憂鬱症資訊與資源。

四、預防、治療與服務的傳遞

- 政府與民間心理健康計畫與方案在規劃、評估、執行、參與、分析及評價上，不應忽略憂鬱議題，也應納入性別觀點。
- 檢視既有心理健康與憂鬱服務對不同性別的可近性。將憂鬱症的預防、篩檢與治療整合入現有的母親與兒童健康計畫、抗貧窮計畫、協助移民計畫，以及發展以社區為基礎的持續性服務方案。
- 在心理健康政策上，憂鬱也應該被強調與重視。

參考文獻

英文文獻

- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. 2002. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5), 201-209.
- Ardiles, P. & Griffith, S 2010 Development of mental health promotion capacity building clinical training tools and educational resources. BC mental health and addiction services. World Conference on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental & Behavioural Disorders November 19, 2010 Washington D.C.
- AWHN. 2012. Women and Mental Health Position Paper2012. Australian Women's Health Network
- AWHN. 2012. Women and Health and Well Being Position Paper2012. Australian Women's Health Network
- Boughton, S., & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42(3), 187-197.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender - An international review. *American Psychologist*, 52(1), 25-31.
- Fava GA, Ruini C, Belaise C. 2007 The concept of recovery in major depression. *PsycholMed* Mar;37(3):307-17.
- Fullagar, S & Gattuso, S. 2002 Rethinking gender, risk and depression in Australian mental health policy. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, Vol. 1, Issue 3.
- Gorman, J. M. 2006. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gender Medicine*, 3(2), 93-109.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Kohn R, Saxena S, et al. 2004 The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organization, vol.82 n.11 Geneva
- Keyes, CLM; Dhingra, SB, Simoes, EJ. 2010 Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *AJPH*
- Gorman, JM (2006) Gender Differences in Depression and Response to Psychotropic Medication
- Legato, MJ (2004, 2010) Principles of Gender Specific Medicine. UK: Elsevier.
- Olfson, M., Zarin, D. A., Mittman, B. S., & McIntyre, J. S. 2001. Is gender a factor in

- psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression?
Journal of Affective Disorders, 63(1-3), 149-157.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression - Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Roggeband C & Verloo, M 2006 Evaluating gender impact assessment in the Netherlands (1994–2004) : a political process approach *Policy & Politics* vol 34 no 4 • 615–32
- Sen, G and Östlin, P 2007 Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. **WHO Commission on Social Determinants of Health**
- Sevick, M. A., Rolih, C., & Pahor, M. (2000). Gender differences in morbidity and mortality related to depression: A review of the literature. *Aging-Clinical and Experimental Research*, 12(6), 407-416.
- Simon GE, Fleck M, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1626-34.
- United Nation. **Platform for Action and the Beijing Declaration**. NY: UN 1996.
- United Nations. Women and health Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. **Expert Group Meeting Report**. Tunis, Tunisia, 28 Sep-2 Oct, 1998.
- United Nations. **Gender Mainstreaming: An Overview**. NY, 2002.
- United Nations 2001a. Gender Anyalysis. In: Gender Mainstreaming Learning Manual & Information Pack. <http://www.undp.org/gender/infopack.htm>
- United Nations 2001b Development Programme's Regional Bureau of Europe and CIS. Gender Mainstreaming in Practice: a Handbook. UNDP RBEC.
- VicHealth, 2010 Using policy to promote mental health and wellbeing An introduction for policy makers. the Prevention and Population Health Branch, Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria
- WFMH 2012 Depression: A global Crisis World Mental Health Day, October 10, 2012
- WHI 2004, see http://www.nhlbi.nih.gov/whi/e-a_advisory.htm
- WHO. 1998 Gender & Health: Technical Paper. Geneva: WHO.
- WHO 2000 Women of South-East Asia: A Health Profile. South-East Asia Region, WHO.
- WHO. 2002 Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools. Geneva:

- Department of Gender and Women's health.
- WHO 2002 Gender and Mental Health. Geneva. WHO.
- WHO 2004 Gender in Mental Health Research. Geneva, WHO.
- WHO 2005 Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO's policies and programmes. Executive Board, 116th session EB116/13
- WHO 2007 Integrating Gender Analysis and Action into the Work of WHO: draft strategies. World Health Assembly, 23 May.
- WHO GWH 2007 Women, ageing and health: A framework for action. Geneva:WHO
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563529_eng.pdf
- WHO 2009 Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO. Geneva, WHO
- WHO 2008, The Global Burden of Disease 2004 update.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf Accessed 16.6.2012
- WHO 2010 Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. Geneva:WHO
- WHO, 2012 Sixty-fifth world health assembly 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>
- Women's Health Bureau 2003 Exploring concept of gender and health. Health Canada. Ottawa, Canada: Health Canada.
- Women's Health Victoria 2007a Gender Impact Assessment No. 1 :Women and Depression. Melbourne, Victoria,Australia.
- Womens Health Victoria 2007b Gender Impact Assessment No. 2 :Women and Mental Health.. Melbourne, Victoria,Australia.
- Wuest, J. 1993 'Institutionalizing women's oppression: The inherent risk in health policy that fosters community participation', Health Care for Women International, 14: 5, 407 -417.
- Young, I., Gattuso, S & Fullagar, S. 2004. Women on the web: A feminist 'reading' of depression prevention websites. In Whiteford, G. (Ed.) *Qualitative Research as Interpretive Practice*. Bathurst: Centre for Research into Professional Practice Learning and Education, Charles Sturt University.

中文文獻

- 胡幼慧 (1991)。性別、社會角色與憂鬱症狀。 *婦女與兩性學刊*，2，1-18。
- 張智嵐、袁聖琇與黃美芳 (2008)。探討憂鬱症成因與症狀之性別差異。 *輔導季*

- 刊，44 (1)，33-42。
- 牛文茵 (2009)。存在於憂鬱症妻子夫妻互動中的性別議題。**諮商與輔導**，285，29-32。
- 巫珍宜、郭麗安 (2010)。憂鬱症患者在婚姻中的性別權力運作過程。**中華輔導與諮商學報**，27，79-114。
- 王郁琮 (2014)。台灣青少年異質性憂鬱發展軌跡之性別差異及與違常行為之關係。**中華心理衛生學刊**，27 (1)，97-130。
- 邱一峰 (1995)。國中生憂鬱傾向及其相關因素之研究：性別、年級、家庭狀況、鬱卒、憂鬱與尋求幫助、自殺傾向之關係。政治大學教育研究所碩士論文，未出版。
- 鄧惠文 (2003)。憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析。臺北醫學大學醫學科學研究所碩士論文，未出版。
- 溫桂君 (2005)。青少年憂鬱情緒與不適應行為的性別差異。臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，未出版。
- 王俊凱 (2007)。老人憂鬱之性別差異：盛行率與相關因素探討—石牌社區調查。陽明大學公共衛生研究所碩士論文，未出版。
- 許文穎 (2011)。青少年憂鬱與自殺傾向之性別差異及其相關因子—短期追蹤研究。中山醫學大學公共衛生學系碩士班碩士論文，未出版。
- 張智嵐 (2009)。看見不同性別憂鬱症者憂鬱及復原歷程：一種現象學式探究。屏東教育大學心理輔導教育研究所碩士論文，未出版。
- 陳亮仁 (2010)。代謝症候群、憂鬱、嗜睡程度和健康關聯生活品質量表相互關聯性的探討：中老年男女的差異。中山醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版。
- 姜宗緯 (2014)。以角色扮演融入敘事治療於憂鬱症患者團體之應用方案。**諮商與輔導**，344，11-13+18。
- 施美倫、李彩歆 (2012)。護理之家老人憂鬱程度改善方案。**長期照護雜誌**，16 (2)，177-190。
- 張學善、陳凱婷、林信宏 (2009)。高危險群學生處遇方案之規劃與實施成效評估研究—以中部某大學大一新生憂鬱傾向學生為例。**朝陽人文社會學刊**，7 (2)，41-87。
- 張彩秀、樓美玲、譚蓉瑩、吳昭軍、吳寶琴 (2013)。健康促進計畫對防治社區老人憂鬱症狀之成效探討。**澄清醫護管理雜誌**，9 (4)，29-36。
- 施春華、侯淑英、楊明仁、張麗珍、張自強、黃俊仁 (2005)。社區老人憂鬱症狀的流行病學及活動參與介入之成效。**實證護理**，1 (1)，29-34。
- 蕭秋月、尹祚芊、徐畢卿、葉淑惠、李怡娟 (2002)。回憶治療改善機構老人憂鬱狀態之成效探討。**護理雜誌**，49 (4)，43-53。
- 李麗花、賴惠玲、蕭正光、鍾信心 (2005)。音樂對社區老人憂鬱之成效探討。**慈濟護理雜誌**，4 (2)，27-36。

- 鄭蕙琴、林寬佳、黃俊仁、唐子俊、李伶伶、賴倩瑜 (2014)。生理回饋治療對憂鬱病人憂鬱及焦慮程度之改善成效。 **護理暨健康照護研究**，10 (4)，295-305。
- 張瓊珠、簡秀芬、林宜美 (2009)。情緒管理團體對護專學生之憂鬱與焦慮情緒之成效分析。 **崇仁學報**，3，35-53。
- 謝麗鳳、劉淑珍、林惠蘭、陳美碧 (2008)。探討音樂治療對首次化學治療病人焦慮及憂鬱之改善成效。 **榮總護理**，25 (2)，137-145。
- 陳頌琪、邱子瑄、黃詩儀、徐惠敏、蔣欣芷、陳姿吟、方俐潔、宋惠娟 (2008)。團體音樂治療對社區日托老人憂鬱情形及生活品質之成效。 **長期照護雜誌**，12 (4)，377-389。
- 許金霞、楊明磊 (2010)。以親密按摩改善照護機構老人憂鬱及焦慮情緒成效之研究—以單一受試者設計為例。 **護理暨健康照護研究**，6 (1)，54-64。

過去三年研究參考的中文文獻：

- 中華心理衛生協會 2006「揭開灰藍色的面紗：化悲憤為力量--透視女性憂鬱」座談會手冊。
- 王馨儀 *2008) 不願面對的非理性：台灣報紙憂鬱症論述之權力運作、主體建構與社會意涵 世新大學新聞研究所碩士在職專班碩士論文
- 朱明若 (2005) 中國婦女生育健康促進：從需求評估到政策發展。北京：中國社會出版社。
- 成令方、李佳燕等 2007 性別與健康教學指引。財團法人醫院評鑑暨療品質策進會。台北。
- 行政院衛生署、社團法人台灣自殺防治學會、全國自殺防治中心 2011 孕產期婦女之情緒管理。
- 行政院衛生署、社團法人台灣自殺防治學會、全國自殺防治中心 2007 女性心理衛生與自殺防治。
- 行政院婦女權益促進委員會(2007)。性別主流化。台北：行政院婦女權益促進委員會。
- 行政院研究發展考核委員會、財團法人婦女權益促進發展基金會(2009)。性別影響評估操作指南，台北：行政院研究發展考核委員會、財團法人婦女權益促進發展基金會。
- <http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=4151788&ctNode=12976&mp=100>。
- 吳孟津(2007)，《憂鬱症的美麗與哀愁：名人V.S.非名人的憂鬱症報導再現》。國立政治大學新聞研究所碩士論文。
- 財團法人婦女權益促進發展基金會(2008)。性別主流化系列叢書—性別分析。台北：財團法人婦女權益促進發展基金會。

- 財團法人婦女權益促進發展基金會(2009a)。性別主流化系列叢書—性別預算。台北：財團法人婦女權益促進發展基金會。
- 林淑玲、周雨樺、苗迺芳、徐育愷、楊承芳、謝佳容、蕭仔伶、蕭芳玉(2007)。婦女心理衛生與婦女健康(初版, 1207-1262 頁)。台北：五南。
- 張智嵐.(2008). 探討憂鬱症成因與症狀之性別差異. *輔導季刊*, 44(1), 33.
- 張珣、張菊惠(1998)婦女健康與醫療化：以更年期為例。婦女與兩性學刊 9。
- 張珣：(2000) 全球化趨勢與婦女健康。中華衛誌 19(1):5-9。
- 張珣、陳芬苓：(2000) 台灣婦女健康政策的性別分析，中華衛誌；19(5):366-380。
- 張珣 (2003a) 更年期婦女健康是公共衛生政策議題。臺灣衛誌， 22(4):245-250。
- 張珣：(2003b) 婦女經期健康政策。護理雜誌， 50(5):22-28。
- 張珣 (2012) 心理健康城市論壇序言。心理健康城市論壇暨宣言研討會，台大健管所主辦 2012/12/1-2。
- 張珣 (2013) 心理健康司獨立。投書蘋果日報（口腔關心理健康啥事？）、自由時報（我們不要疾病福利部）、中國時報（設心理健康司，應完整獨立）。
- 張珣、劉仲冬、張菊惠：(2004)。婦女與健康管理。台北：空大。
- 張如杏、林幸台(2009)。特教醫療化現象之探討。特殊教育與復健學報。21:1-17。
- 張菊惠、張珣，(2004)，性別主流化觀點之婦女健康指標研究。行政院衛生署國民健康局委託計劃。
- 陳秀鳳（2004）第二型糖尿病患者憂鬱狀態及生活品質之探討。美和技術學院健康照護研究所碩士論文。
- 許崇銘(2007)。混沌之後，開竅之前-台灣憂鬱症患者的疾病角色、疾病經驗與醫療化過程。臺灣大學人類學研究所。
- 湯華盛、李明濱、吳家璇(2006) 臺北市憂鬱症共同照護網教育課程滿意度調查
北市醫學雜誌 3(10):1017-1023
- 國健局：(2008) 婦女健康政策草案。台北：行政院衛生署。
- 鄧惠文（2004）。《憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析》，未出版論文。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 鄧惠文 (2007) 心理康的性別觀點—以憂鬱症為例。性別與健康教學指引。財團法人醫院評鑑記醫療品質策進會。台北。44-
- 黃淑英、劉仲冬（2005）規劃婦女健康政策—制訂婦女健康政策指標。成果報告。國健局計畫。

婦女權益促進基金會(2008) 性別影響評估指導手冊。行政院婦女權會。

勞安所 (2009) 職場憂鬱自我防治手冊 勞委會

廖庭瑋(2006),《醫師,你在開什麼藥?_抗憂鬱藥劑的知識生產與爭議》。國立台灣大學新聞研究所碩士深度報導論文。

蘇怡妃 (2011) 父母親因應兒童感染H1N1新型流感之照顧經驗。台大健康政策與管理研究所碩士論文。

孫郁婷 2006 非營利組織的策略聯盟方式探討—以忘憂草憂鬱防治協會為例
中山大學傳播管理研究所碩士論文

勞工安全衛生研究所 2009 職場憂鬱自我防治手冊。行政院勞委會勞工安全衛生研究所,台北。

揚延光、鄭淑惠 2006 全方為憂鬱症防治手冊。張老師出版社,台北。

謝佳容、張珏、劉引玉、巫秀鳳 2012 社區失智症病患的主要照顧者照顧困擾與憂鬱情緒之性別分析研究。發表於 2012 性別與健康研討會,國防醫學大學主辦,2012/6。

附錄一、以女性憂鬱為主題的臺灣博碩士論文

年代	作者	論文題目
1990	張璣如	中年憂鬱症婦女母親角色失落感之相官社會性素之研究
1994	吳紅鑾	性別特質與女性憂鬱之關係：路徑模式之應用
1999	謝玲玉	由兒童期與成人期依附關係探討婦女憂鬱與焦慮之共病
1999	胡嘉琪	女性大學生在成長過程中憂鬱經驗之研究
1999	顏宏旭	已婚婦女非理性信念與焦慮、憂鬱傾向之相關研究
1999	王艷萍	女性憂鬱症患者生病及復原歷程之研究
2000	王淑惠	由家庭功能與性格特質探討婦女憂鬱焦慮之共病現象
2001	張燕麗	母女在休閒態度、滿意度、憂鬱情緒之相關—以成人初期未婚女性為例
2001	許禎娟	憂鬱症婦女抉擇懷孕之經驗
2001	陳怡君	憂鬱症患者子女之自尊及其生活適應之分析研究
2002	徐禎美	第三孕期婦女的壓力、社會支持與憂鬱
2002	盧欣怡	更年期婦女的生活事件壓力、更年期態度、更年期症狀、自我概念與憂鬱之關係
2002	方曉喻	由性格因素探討婦女憂鬱焦慮之共病現象
2002	陳玉馨	比較單純憂鬱症、單純焦慮症及混合焦慮與憂鬱症之婦女在行為抑制系統與行為激發系統功能上之差異
2002	溫儒珞	臺灣地區大一女生經前憂鬱症候群亞型的五大性格向度
2002	董俊平	青少年控制信念習得的智謀對憂鬱認知情緒與行為適應的影響—以女青少為例
2003	楊銀庭	幽谷裡見曙光—兩個走過憂鬱症女子的生命故事敘說
2003	劉玲娟	試管嬰兒治療成功之婦女的產後憂鬱研究
2004	何祐寧	家庭系統與未婚女性罹患憂鬱症及復原歷程之探討
2004	林美芳	停經狀態、心血管舒縮症狀、神經質、外向性對婦女憂鬱症狀與生活品質之關聯性探討
2004	劉怡汝	停經階段、負向生活事件及社會支持對婦女憂鬱症狀之影響
2004	林欣欣	憂鬱症婦女骨密度及相關因素初探
2004	趙守箴	已婚婦女生活壓力、社會支持、婚姻滿意度與憂鬱傾向之相關研究-以台北市各大醫院精神科門診為例
2004	高立人	探討憂鬱青少年的社會支持系統：父親、母親、好朋友、男朋友以及師長的正向支持之保護效果
2004	胡至家	憂鬱傾性、親密關係與乳癌術後婦女身體意象關係之探討
2004	黃雅芬	穴位指壓對年輕女性頭痛病患之疼痛、失能、憂鬱和生活品質

		之成效探討
2004	方雅菁	台灣停經婦女憂鬱症與骨質疏鬆症相關之研究
2004	李小璐	婦女之睡眠品質、疲倦及憂鬱：產後二週及四週時間序列研究
2005	廖秀萍	台中縣兩所高中職女學生雙親教養態度、家庭功能與憂鬱症狀之相關研究
2005	黃碧華	台中縣兩所高中職女學生生活事件、人格特質與憂鬱症狀相關之研究
2005	楊國隆	台北市高中女校學生休閒參與與憂鬱程度相關之研究
2005	胡雅婷	高職女生自我分化、人際互動與憂鬱傾向之相關研究～以台北市某高職為例
2005	廖紀華	女性憂鬱症患者性生活滿意度相關性分析
2005	李佩珊	更年期婦女之內外控人格特質、更年期態度、更年期症狀與憂鬱之相關性研究
2005	莊淑屏	社會依賴性格與自主性格、人際事件與自主事件對更年期婦女的憂鬱及心理症狀的影響
2005	林麗華	高雄縣美濃鎮越南籍婦女在台灣生活適應、社會支持與憂鬱程度之探討
2005	蔡名秀	第三孕期婦女睡眠品質、憂鬱症狀與身體活動對懷孕結果之影響
2006	陳偉任	認知行為團體治療對女性門診憂鬱症患者治療效果之研究
2006	蔡享呈	男女國小教師工作壓力、因應策略與憂鬱傾向之差異研究
2006	洪瑩慧	鑲嵌憂鬱的身體敘說：一位中年喪偶女性與舞蹈治療的交會
2006	湯雅琳	乳癌婦女術後手臂淋巴水腫、憂鬱狀態及生活品質之探討
2006	詹之朮	護理女大學生運動階段、憂鬱症狀與生活品質之研究
2006	劉玉如	第二型糖尿病婦女更年期症狀、更年期態度和憂鬱之關係探討
2006	蘇明瓊	生活壓力、不良功能態度對青少年憂鬱情緒的影響：以台中縣某公立高職女生為例
2006	黃金昌	已婚婦女非理性信念與焦慮、憂鬱傾向關係之探討—以求助精神科門診個案為例
2006	林佳吟	愛情與親情的美麗與哀愁--憂鬱症父母家庭中成年女性親密關係之敘說研究
2007	鍾秀櫻	關係與憂鬱的共舞—兩位女性憂鬱症患者航向生命意義之旅
2007	蘇美心	外籍配偶子女之雙親教養態度、雙親教養差異、及照顧者憂鬱與子女情緒/行為問題之相關
2007	謝秀芬	受暴婦女憂鬱症狀相關因素之探討
2007	林琪鈺	女性外籍監護工的生理健康、憂鬱情形、生活品質及其每日時間分配探討

2007	李郁真	台北地區大陸與越南籍女性新移民產後文化照護與產後憂鬱之相關研究
2007	陳怡伶	已婚生育婦女人格特質、婚姻生活滿意度與產後憂鬱傾向之相關研究
2007	吳秀琴	自殺未遂之女性憂鬱症患者及其伴侶於自殺事件後的生活經驗剖析：修復生命烙印
2008	盧永欽	憂鬱程度與正向線上遊戲效果預期對臺灣男女大學生線上遊戲使用與網路成癮程度之預測
2008	沈桂芬	國小女教師憂鬱症生病經驗之研究
2008	劉秀林	Esteem for teens program 對不幸少女自尊與憂鬱效果之研究
2008	張淑玲	瑜珈運動對中年婦女焦慮憂鬱及生活品質的影響
2008	江鳳禎	國中女生憂鬱預防行為活化團體之成效探討
2008	洪偉倫	以模糊理論探討慢性骨盆腔疼痛婦女之憂鬱、日常活動功能及疼痛恐懼感情形
2008	張惠紘	東南亞跨國婚姻女性的生活事件壓力與憂鬱程度之探討—以台灣新竹地區為例
2008	洪巧臻	台灣男女老人社會網絡與自覺憂鬱之相關性研究
2008	林信成	應用全民健保資料庫研究懷孕期間婦女使用抗憂鬱藥對胎兒的影響
2008	張雅雯	女性憂鬱症患者在婚姻衝突中權力與情感之敘說分析—以家中主要賺食者為例
2009	施寶雯	乳癌婦女失志、憂鬱、無望感與生活品質之探討
2009	陳靜宜	老年喪偶女性的家族網絡類型變化與憂鬱傾向之研究
2009	陳竑卉	新移民婦女產後一個月及六個月的社會支持與憂鬱症狀之相關性探討
2009	林侑儒	大學女生憂鬱預防行為活化團體之成效探討
2010	徐振彥	失智症患者之女性家庭照顧者的社會支持、負面家庭互動及自我效能與其憂鬱情緒的關係
2010	古雪貞	婦癌婦女化學治療期間症狀困擾、疲憊、焦慮與憂鬱
2010	翁美雪	國中女性教師家庭型態與社會支持影響憂鬱傾向之研究
2010	程雪敏	早期乳癌婦女憂鬱程度與生活品質相關因素探討-以中部某區域醫院為例
2010	林怡伶	探討乳癌婦女接受乳房切除及乳房重建手術前後焦慮、憂鬱與身體心像
2010	方瓊慧	彰化地區新移民婦女和本地婦女文化適應壓力與憂鬱症狀之相關
2011	余靜雲	妊娠高血糖婦女周產期間社會支持、壓力與憂鬱之重複測量研究

2011	王筱君	女性國中教師工作壓力、家庭壓力與憂鬱傾向研究—以新北市板橋區、土城區為例
2011	曾淑君	應用 ICF 模式探討臺灣老年婦女憂鬱變化相關因素
2011	葉文青	瑜珈與健走對停經婦女功能性體適能與憂鬱傾向之比較研究
2011	曹國桃	台灣婦女停經症候群和憂鬱症的相關性研究
2011	洪辰諭	青少年身體活動、身體質量指數與憂鬱症狀之關係研究
2012	李妍荻	知覺自己過重的女性其完美主義、自我效能、憂鬱傾向以及心性暴食症傾向之相關研究
2012	李佩蓉	探討芳香按摩療法介入措施對於懷孕婦女孕期壓力、憂鬱、心跳及血壓之影響成效
2012	李念儒	影響南投縣不良生育結果婦女憂鬱程度及婚姻和諧度因素探討
2012	譚詠暄	以心理生理反應途徑探討憂鬱症婦女其憂鬱症狀與骨密度之關聯性
2012	黃雅羚	探討執行功能、身體意象及因應策略對憂鬱情緒之影響—以類風濕性關節炎婦女患者為例
2012	賴秋嬋	育兒壓力中介第二色胺酸氫氧化酶基因多型性對台灣婦女產後憂鬱症狀之影響
2012	吳俊毅	新移民婦女自覺歧視對憂鬱症狀之影響：家庭功能的修飾作用
2013	林國丞	家長憂鬱情形與兒童人際關係對子女心理健康之研究-以臺北市國小學童樣本為例
2013	侯玟里	希望支持團體對婚姻暴力倖存婦女希望、復原力及憂鬱之成效
2013	徐清樺	高齡婦女的衰弱、活動功能與憂鬱之相關性探討
2013	楊雅筑	訴說對媽媽的愛與礙—女兒面對母親罹患憂鬱症的心理調適經驗之敘事研究
2013	鐘珠華	乳癌婦女術後疲憊、類更年期症候群、焦慮與憂鬱之變化
2013	林秀貞	樂得兒產房陪產對產後婦女憂鬱症、乳腺炎與再住院之探討

附錄二、以男性憂鬱為主題的臺灣博碩士論文

年代	作者	論文題目
1984	李良哲	中年男人自我認同的生活目標、生活壓力、內外控與其憂鬱之關係研究
1993	陳筱萍	刺激尋求動機、焦慮和憂鬱情緒與男性藥物濫用關係之研究
2000	廖靜芳	台南縣市高職男生尼古丁依賴現況，及其與人格特質、憂鬱的相關
2003	賴姿如	新兵役男壓力與憂鬱症狀及其因應行為之探討
2003	徐佩蘭	影響都市原住民中年男子憂鬱傾向及酒精使用之因素探討
2004	張國榮	役男重度憂鬱症之研究
2005	黃國峰	心理衛教暨身心靈賦能團體治療對台灣男性憂鬱症患者成效之初探
2006	潘是仁	憂鬱症役男入院前後歷程研究
2008	劉宜娟	男性憂鬱症患者的男性氣概
2008	陳慧敏	男性性別角色特質與憂鬱傾向之相關研究—以台北市廣告業為例
2009	黃弘年	男性大學生性別角色衝突、憂鬱傾向與社會支持之相關研究
2009	鍾育紋	已婚男性憂鬱症患者的人我關係與自我調適
2010	勞雅禎	憂鬱症役男照護之探討
2011	黃啟偉	國中男生的行為活化與正/負向、憂鬱情緒間關係的探討
2013	黃俊程	單身男性的單身壓力、男性性別角色特質與憂鬱傾向之相關研究-以台南市國中教師為例
2013	林緯	藥物與心理社會介入對男性更年期勃起功能障礙與憂鬱情緒之成效：系統性回顧暨統合分析

附錄三、財團法人董氏基金會憂鬱相關

年度	研究主題
2012	全國大學生憂鬱情緒與運動習慣之相關性調查
2011	台灣五都國、高中職學生運動狀況、壓力源與憂鬱情緒之相關性調查(下)
2011	台灣五都國、高中職學生運動狀況、壓力源與憂鬱情緒之相關性調查(上)
2010	「憂鬱現況」&「運動紓壓」網路調查
2010	大台北地區國、高中學生運動習慣與憂鬱情緒之相關性調查
2009	台北市與高雄市民眾運動習慣與憂鬱情緒之相關性調查
2009	「憂鬱與運動」網路調查
2009	「最想對失業者說的一句話」網路調查
2009	「失業者最討厭聽到的一句話」網路調查
2008	大學生主觀壓力源與憂鬱情緒之相關性調查
2007	大學生憂鬱情緒與求助行為之相關性調查
2006	大學生日常生活、網路使用行為與憂鬱傾向之相關性調查
2005	大學生主觀生活壓力與憂鬱傾向之相關性調查
2004	青少年日常生活、網路使用與憂鬱傾向之相關性調查
2003	民眾憂鬱程度與就醫習慣之相關性調查
2002	大台北地區青少年主觀生活壓力與憂鬱傾向之相關性調查
2001	大台北地區民眾的憂鬱傾向與人際關係的相關性調查
2001	大台北地區不同職業者民眾的憂鬱傾向與人際關係的相關性調查
2000	憂鬱症患者及家屬朋友之相處現況
2000	台灣廣告人憂鬱指數與生活習慣現況調查
1999	大台北地區在學青少年對憂鬱與憂鬱症認知與現況調查
1999	大台北地區民眾對憂鬱與憂鬱症認知與現況調查
1998	怒氣與健康現況調查
1997	兒童、青少年日常生活及情緒現況調查

目錄

書序.....	03
基本定義.....	05
未來建議：文獻.....	06
壹、原因篇.....	12
憂鬱症原因的性別差異.....	13
貳、發生篇.....	26
憂鬱症症狀的性別差異.....	27
憂鬱症盛行率的性別差異.....	30
憂鬱症疾病歷程的性別差異.....	31
參、醫療篇.....	32
求醫過程的性別差異.....	33
憂鬱症藥物治療的性別差異.....	37
肆、特殊群體篇.....	39
產後憂鬱症.....	40
憂鬱症的共病.....	43
照顧者的憂鬱症.....	44
多元性傾向的憂鬱症.....	45
伍、因應篇.....	46
憂鬱症因應與復原的性別差異.....	47
憂鬱症教育的性別差異.....	48
參考文獻.....	49

附錄五、周產期憂鬱症與相關疾患的矩陣框架

理解/健康促進/預防	基本技能	附加基本技能	中階技能	進階評估與介入模組
針對誰(Who For)				
<ul style="list-style-type: none"> • 一般社區 • 父母 • 重要他人 • 健康專家 • 周產期健康專家 • 原住民健康專家 • 一般健康工作者 • 兒童照顧工作者 • 非政府組織 • 健康促進官員 • 衛生教育官員 	<ul style="list-style-type: none"> • 助產士 • 母嬰健康中心人員 • 家醫科醫師 • 健康相關學科人員 • 周產期健康專家 • 原住民健康專家 • 一般健康工作者 • 兒童照顧工作者 • 產科醫師 • 兒科醫師 	<ul style="list-style-type: none"> • 完成基本技能的(憂鬱/非憂鬱)健康專家，使其具備篩檢女性於周產期的憂鬱症或焦慮症的能力。 • 助產士 • 兒童與家庭/母嬰健康中心護士 • 社會工作者 • 家醫科醫師 • 產科醫師 	<ul style="list-style-type: none"> • 治療輕微/中度憂鬱/焦慮的健康專家。 • 方式：教導、工作坊(個案報告)、聯合監督指導實務。 • 家醫科醫師 • 兒童與家庭/母嬰健康中心護士 • 精神科醫師 • 心理健康護士 • 受過足夠專業訓練的助產士 • 社會工作者 • 職能治療師 • 心理健康事務的專家 • 心理健康臨床醫師 	<ul style="list-style-type: none"> • 治療重度/複雜憂鬱/焦慮的健康專家。 • 以治療周產期憂鬱/焦慮為主的醫師、處理共病問題及心理社會因素。 • 精神科醫師 • 心理師 • 家庭科醫師 • 心理健康護士 • 心理健康臨床醫師 • 進階心理健康工作者 • 撫養中心/精神病院的專業工作者 • 社會工作者 • 職能治療師 • 心理健康事務的專家
學習目的(Learning Objectives)				
<ul style="list-style-type: none"> • 促進與教育周產期女性與其家人、健康專家、社區居民關於周產期心理健康、正 	<ul style="list-style-type: none"> • 意識到大部分周產期心理疾患的特性與盛行率；知道區辨各種周產期心理疾患的方 	<ul style="list-style-type: none"> • 具備如何管理有輕微憂鬱與焦慮症狀的女性，在定期照護諮詢期間，無論 	<ul style="list-style-type: none"> • 具備如何指導周產期心理健康困難深度評估和發展詳細管理計畫的知識。 	<ul style="list-style-type: none"> • 訓練中度至嚴重周產期心理疾患的專業管理。 • 具備全面性的知

<p>面結果與負面結果的影響因素、如何支持周產期的女性及其家人、減少周產期憂鬱/焦慮相關的污名化。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 提升周產期(產前、產後)憂鬱症/焦慮症的盛行率與相關後果的社區意識。 • 瞭解何謂周產期心理健康，包含類型、盛行率、徵兆、症狀。 • 周產期心理疾患的危險因子。 • 未治療對於女性、嬰兒、伴侶與家人的影響。 • 男性周產期的心理健康 • 促進周產期健康或復原的保護因子。 • 早期尋求協助的重要性。 • 瞭解篩檢與評估周產期心理疾患的重要性。 • 運用持續性篩檢與 	<p>法；瞭解其對於嬰兒健康的衝擊。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 瞭解篩檢的背景、目的、重要性、運用及限制。 • 執行篩檢。 • 瞭解針對臨床個案執行廣泛心理評估與風險評估的重要性。 • 採用諮商技巧與以個案為中心的溝通向女性溝通評估結果。 • 意識到介入周產期焦慮、憂鬱、相關疾病需以實證為基礎。 • 瞭解知道何處與如何轉介、現有治療方式、介入與支持的重要性。 • 具備早期介入的意識及急性情況的管理策略。 • 具備相關法律的知識。 • 瞭解關於周產期痛苦與疾患的專業界線。 • 瞭解實務的操作。 • 具備周產期心理疾患臨床指導方針的知 	<p>是不需要轉介或正在等待治療的女性。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 透過諮商技巧的使用，促進與女性個案的關係與支持，包含主動傾聽、同理心、問題解決；同時，整合這些技巧運用至女性的整體健康。 • 具備周產期心理疾患的知識、有輕微憂鬱與焦慮症狀的女性的資訊，如顯示女性需要一些額外支持的指標、症狀惡化的徵兆。 • 鼓勵女性持續接受轉介專業的協助及參與其他服務。 • 當處理女性的心理健康議題與心理社會風險因子，管理自我情緒與反應的技巧。 	<ul style="list-style-type: none"> • 管理輕微至中度周產期心理疾患的技巧。 • 具備從計畫到照護全面性的知識。 • 具備針對母親、嬰兒與父親、重要他人的治療性介入基礎知識。 • 瞭解監測對於健康專家的重要性與角色。 	<p>識，包含針對中度至嚴重周產期心理疾患以實證為基礎的治療選擇；管理負責複雜個案，包含嬰兒與伴侶議題。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 進階評估與介入模組，來自各種專業背景的專家組合。
--	---	--	---	---

<p>評估實務。</p> <ul style="list-style-type: none"> 瞭解何處可以尋求支持與協助，包含資訊與支持專線、教育與支持教材、支持團體、治療選擇、提供者。 探尋與瞭解周產期心理健康研究的結果，使用這些資訊與知識創建社區意識倡議活動。 承認降低與心理疾患汙名化有關的重要性，並促使個人與社區認識到汙名化的負面影響。 	<p>識。</p>			
<p>內容(Content)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> 何謂周產期的心理健康? 周產期心理疾患的種類及盛行率 周產期心理疾患的徵兆與症狀 負面思考正常化 周產期心理疾患的危險因子 周產期心理疾患的篩檢與評估意識 	<ol style="list-style-type: none"> 周產期心理健康概觀 <ul style="list-style-type: none"> 嬰兒憂鬱 產前/產後憂鬱(焦慮、相關疾患)的症狀與盛行 瞭解憂鬱與焦慮的風險因子 周產期心理疾患對母親、父親與嬰兒的影響。 國家周產期憂鬱倡議行 	<ol style="list-style-type: none"> 基礎的管理技巧 <ul style="list-style-type: none"> 諮商技巧，包含主動傾聽、同理心、反思、問題解決。 共病與不同診斷 <ul style="list-style-type: none"> 其他心理疾患、物質濫用、人際與心理社會困難 激勵面談技巧，鼓勵不願意尋求協助之女性尋求女性。 	<ol style="list-style-type: none"> 教材內容 <ul style="list-style-type: none"> 包含篩檢、基礎心理社會評估、瞭解轉介與照護的途徑。 評估 <ul style="list-style-type: none"> 針對母親、父親、伴侶、嬰兒、家庭、重要他人的深度評估 診斷 <ul style="list-style-type: none"> 區辨不同心理問題 辨識病因 	<ol style="list-style-type: none"> 概觀 <ul style="list-style-type: none"> 基礎、基礎(+)、中等技巧模組的知識 評估與診斷 <ul style="list-style-type: none"> 父母與嬰兒的關係，評估父母與嬰兒的關係是否受到周產期憂鬱/焦慮的影響；瞭解是否有互動困難的情形；評估母親對於嬰兒線索的

<ul style="list-style-type: none"> • 未治療對於女性、嬰兒、伴侶、家庭的影響 • 如何支持與協助 • 轉介初級健康照護 • 使用研究結果創建社區意識活動 • 心理教育 	<p>動的脈絡與背景</p> <ul style="list-style-type: none"> • 周產期疾患的盛行及其衝擊 • 女性與其家人尋求協助信念與行為的困難。 • 為何要篩檢憂鬱，其目的。 • 全面性臨床照護的心理與社會評估，瞭解女性近期與過往的生活脈絡(包含危險因子)。 • 簡介既有計畫、方案、指導方針的歷史里程碑。 <p>3. 如何向女性談篩檢與未來評估</p> <ul style="list-style-type: none"> • 基礎以個案為中心的溝通技巧及激勵面談技巧 • 聚焦於女性的完整經驗與生活情況，廣泛的心理社會評估。 • 整合評估在日常諮商中 • 探討女性對篩檢的反應(消費者觀點)，篩檢對女性的意義。 	<p>4. 管理自我情緒的重要性。</p>	<p>4. 治療</p> <ul style="list-style-type: none"> • 激勵面談 • 聯合諮商技巧 • 心理介入 • 管理家庭暴力、物質濫用等心理社會困難 • 藥物治療 • 介紹不同的治療選擇 	<p>反應且給予臨床判斷如此是否恰當；評估是否有虐待/忽略的情況存在。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 瞭解各種共病的進階知識。 • 居住與經濟議題。 • 嬰兒的睡眠、飲食、的困難。 • 標準化準但程序，瞭解如何診斷不同程度的心理疾患。 <p>3. 治療/轉介/管理</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物治療：種類、劑量、副作用 • 專業的心理治療 • 父親：瞭解與辨識憂鬱的出現；周產期間適切的治療選擇。 • 伴侶： • 重要他人： • 嬰兒：瞭解父母嬰兒治療，何時應該、也可最適當且有效率地治療。 • 團體治療： • 激勵面談： • 共病：
--	--	-----------------------	--	---

	<p>4. 使用評估工具篩檢憂鬱</p> <ul style="list-style-type: none"> • 評估工具的簡介及如何測量 • 限制 • 接受性 <p>5. 如何管理評估工具及評定分數</p> <ul style="list-style-type: none"> • 完成的操作指南 • 何時進行評估，包含單次、重複測量。 • 分數的意義 • 決斷分數 • 與女性對談她們對於分數的反應 • 以個案為中心溝通/溝通對於女性回饋篩檢與評估的重要性。 <p>6. 未來評估</p> <ul style="list-style-type: none"> • 風險評估，包含安全計畫、風險管理的轉介知識 • 心理社會評估 • 整合各種評估工具及制定管理計畫 <p>7. 適切以實證為基礎治療選擇的意識</p> <ul style="list-style-type: none"> • 對女性、伴侶、父親、重要他人的治療選擇 • 以實證研究結果與理 			
--	--	--	--	--

	<p>論為基礎的父母嬰兒介入的意識</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物治療 • 個人與團體治療模式 • 自我照顧策略 <p>8. 聯合實務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 跨學科/服務提供者合作的重要性 • 轉介不同程度心理疾患的知識，包含心理健康照護計畫。 • 轉介在不同風險層級女性與家人的知識。 • 當地社區支持的意識，包含兒童照顧選擇。 <p>9. 文化與家庭多樣化：篩檢、評估、轉介</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特殊需求群體，如原住民社區。 • 翻譯 • 使用翻譯者 			
倫理、照護與監督實務的責任(Ethics, Duty of Care & Supervised Practice)				
<ul style="list-style-type: none"> • 不適用 	<ul style="list-style-type: none"> • 所有健康專家應遵循專業與倫理準則，並據此進行決策。 • 持續性支持與監督的可近性應成為每一個健康專家臨床實務的一部分。 			
	<ul style="list-style-type: none"> • 確保有足夠時間完成篩檢與過程。 • 承認擁有與建置機構內與社區相關技能、 	<ul style="list-style-type: none"> • 知道如何、何處、何時需要轉介。 • 知道如何、何處、何時可以尋求支 	<ul style="list-style-type: none"> • 當個案的問題已超出自我專業的處理範疇，知道如何與何處可以轉介。 	<ul style="list-style-type: none"> • 當個案的問題已超出自我專業的處理範疇，知道如何與何處可以轉介。

	<ul style="list-style-type: none"> 知識的重要性。 第一線健康專家需要有機會(安排時間)受到與篩檢過程相關議題的專業支持與訓練。 	<ul style="list-style-type: none"> 持。 認知管理自我情緒的重要性。 意識到專業判斷是否受到自身或求助者經驗的影響。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康專家應主動積極參與治療過程，並且接受同儕監督，充足與廣泛地討論治療與管理憂鬱症的有關議題。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康專家治療嚴重與複雜的心理問題時，需要接受常態、持續且專業的同儕監督。
如何傳遞(How to Deliver)				
<ul style="list-style-type: none"> 廣泛/特殊倡議，例如 <i>Beyond Blue</i> 宣導大使 建置網站 媒體宣傳 會議/研討會 發行教育光碟、手冊、單張 	<ul style="list-style-type: none"> 修習學校課程 系列專業訓練課程 線上諮詢 面談 核發能力合格證明 發行教育光碟 個案討論 跨機構傳遞/地區網絡工作坊 		<ul style="list-style-type: none"> 治療指南 線上治療 自學書籍 	<ul style="list-style-type: none"> 跨學科群體工作坊

行政院國家科學委員會補助國內專家學者出席國際學術會議報告

2014年10月8日

報告人姓名 謝佳容

服務機構及職稱 台北護理健康大學 副教授

會議時間 2014/9/22-30

地點 英國倫敦

會議名稱 中 第八屆促進心理健康與預防心理和行為異常世界大會

[心理健康融入各種政策中]

英 **The eight World Conference on the Promotion of Mental Health
and Prevention of Mental and Behavioural Disorders**

“Mental Wellbeing in All Policies.”

發表論文題目

1. Chang, C, **Hsieh, CJ** “Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community” Symposium 2014/09/26 10:30-12:00. conducted at the 8th World Congress on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders, London, UK.
 - (1) Chang, C, **Hsieh, CJ** & Lin, YH “How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda”
 - (2)**Hsieh CJ**, Chang, C, & Wu HF “Effects of Laughing Qigong on Depressive Mood Among Elderly People in Taiwan.”
 - (3) Chang, C, **Hsieh, CJ**, Lin, YH, Wen, KC “Laughing Qigong Demonstration and Practices”
2. Chang, C, Chang, CH, **Hsieh, CJ** & Wen, KC “Mainstreaming Public Mental Health: A Mental Health City advocacy can be a tool.” Paper present 2014/09/25 conducted at the 8th World Congress on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders, London, UK.

報告內容應包括下列各項：

一、參加會議經過

1. 參訪英國的心理健康促進之機構與組織衛生
9/22 參訪心臟病童聯盟

9/29 精障團體

9/24 專家 Henderson

9/27 心理健康基金會參訪與帶動笑笑功。

2. 會議時間 2014/9/24-26

3. 當地的機構或組織參訪

9/23 中午大使館安排大使夫人帶領的婦聯會成員以及大使館人員接受笑笑功抒壓方法

9/26 參觀皇家學院的科技博物館，該館查資料豐富，其中一個展間對英國醫學史(含精神醫療發展、婦女醫療發展)的展示，相當完整

9/27 前往劍橋大學，瞭解其發展。

9/28 大英博物館，有個特展主題為「出生到死亡」，和公共心理健康極有關連，展示藥物作用、面對死亡、哀傷輔導、死亡的宗教儀式與信念(亡者的庇護)等。

二、與會心得

P&P 國際學術會議的與會心得

- 這是趟學術行程充滿知性的學習與感性的歷程，因為在大會的主題下，看到英國境內的心理健康促進方案的計畫規劃與執行原則，並落實方案執行後的成效評估和追蹤，且不單是境內四區(英格蘭 (England)、蘇格蘭 (Scotland)、威爾斯 (Wales)、北愛爾蘭 (Northern Ireland))的合作協調，更看到他們與歐洲聯盟國家間的組織合作，這部分其實很值得我們加以學習。特別是居住在英國生活的民眾，是多元融合的社區形式，皆有不同心理健康需求，因而評估模式的內涵，就要因應不同族群或生命週期，提供合適的方案。而透過大會的報告主題，極為強調所有政策中要有心理健康的概念，且要融入其中加以評估、規劃、行動與實踐。

參訪機構的心得

- 參訪心臟關懷協會，發現他們對於病童個體與家庭服務的完整性，像是該協會工作人員用洋娃娃的角色扮演方式，對個案說明手術過程的方式，此部分對個案的壓力調適與心理的調適，其實是很重要的。這部分兒童心理健康的促進和其家庭的協助心理調適而言，具有相當的療癒作用。且中午一起用餐的交流對話，看是看到他們對每週所需完成的事項，皆會確時追蹤，定期作進度報告，並將相關訊息放在白板上，工作夥伴們彼此合作協調、分工盡責、還有了解夥伴目前的著手事項，我覺得這部分頗值得團隊型態的小組成員們觀摩參考之。
- Mosaic clubhouse 所見會所的學員們，各自有自己喜樂的團體，一切是學員們主導，她們負責櫃台的報到、參觀的帶領，且有會所內經營的飲食把，提供簡單輕食服務，專業的工作人員人數僅 1-2 名，且退居幕後的行政事物，這和我們目前的社區復健模式有很大的差異。國內目前有社區會所的精障單位位於北部僅有一家，且受限健保的給付制度影響，

據我所知，不太容易經營之！而在英國則為社區多元化的經營，類似的社區會所模式分散在各地，我再想或許也和英國公醫制度有關，據資料顯示其實在會所中的學員們，皆是自主藥物管理，他們自由選擇是否要服藥，急性期配合醫師的藥物處方，而回歸到社區後，則是全人角色的生活。並且在這我發現他們的國籍、族群的多元文化特性，似乎在彼此文化的尊重性也相對包容。

在

三、考察參觀活動(無是項活動者省略)

➤ Children's heart federation



➤ Mosaic clubhouse



➤ P&P 國際學術會議





四、建議

本次大會透過不同國家或地當組織的報告者，提出許多關於第一段心理健康促進的方案、計畫和政策落實的報告，特別是在以校園為基礎的心理健康促進計畫，呈現出他們對於校園中不同文化的種族、群體的心理健康之重視。我國的校園心理健康主題相較身體健康的議題較少被重視，甚至可以說會忽略，直至笑員發生霸凌、中輟生、藥物濫用等變調、傷害、危險的事件後，才會去重視該議題，進行師生輔導或是製訂政策或辦法、幾乎都是亡羊補牢的思維，對於此笑員促進心理健康方案與制度規劃的意識覺醒與實踐行為，我們政府組織(教育部和心理司)應該有更多的積極作為。

另我國組織再造後新成立的「心理及口腔健康司」，和歐洲國家對心理健康獨立運作的模式有很大的不同，英國新的體系發展，將心理健康優先融入各種健康政策中，且從事基層保健醫療工作者，都能參與與執行心理健康促進的相關措施，並發揮協調合作、整合的工作模式。這部分看到英國組織因為獨立的心理健康部分運作可以將心理健康促進與疾病預防的核心業務與事項完整執行，由於國內各種心理健康相關制度、政策、需要需求評估都需要更多的資金與資源挹助，著實應該支持單一組織的運作模式，而非目前的組織型態，這是我國還待改善與加強之處。

➤ 攜回資料名稱及內容

1. International Journal of Mental Health Promotion. 14(1), 2012.
2. Advances in School Mental Health Promotion. 7(4) 2014
3. How to Look after your mental health in later life (booklet). Mental Health Foundation.UK

4. (School Mental Health Program, Canada)

➤ 其他

附件一 倡議心理健康歷程:心理健康城市為國家治理的基本

附件二 介紹科技部研究計畫成果及笑笑功工作坊

4. Group therapy for family members of psychotic patients: offering a space to talk and obtain training
Thomas J. Wallenhorst

BREAKOUT SESSION 4C

1. Am I mad: have you asked the hatter?
Dr Maggi Toner-Edgar
2. Service users' experiences of enhancing their mental wellbeing through Community Mental Health Teams in Ireland
Agata Vitale
3. Children's mental health and wellbeing: exploring competencies for the early childhood education and care workforce
Gavin Hazel
4. Mainstreaming public mental health: a mental health city advocacy can be a tool
Chueh Chang, Chu Hui Chang and Kuei Chun Wen

BREAKOUT SESSION 4D

1. Is mental health a political issue in Croatia?
Miranda Novak

Mainstreaming public mental health: a mental health city advocacy can be a tool

Chueh Chang., Chu Hui Chang, Kuei Chun Wen,

Introduction

Although WHO initiated 'promoting mental health' and concept of 'mental health for all' since 2004, there are still obstacles to mental health promotion in Taiwan: Even the newly reformed Ministry of Health and Welfare has established Department of Mental and Oral Health on July 2013, which reflex the sever negligence of mental health even health field. Because oral health should not put into same department with mental health from public health administration level..

How to organize an effective workforce for promoting mental wellbeing, we will introduce a new pilot program entitled 'Building Mental Health Cities'. This program can also reflex the current initiative by WHO main agenda "Health in all Policies". Making mental wellbeing to everyone is not only the responsibility of Department of Health of the government but all Departments or Ministries in central or local governments should collaborate together. Therefore the NGO of Mental Health Association in Taiwan initiated a campaign from awareness mental health for everyone on individual level to advocacy for governance level as well as the campaign for [mental wellbeing in all Health Policies" will be introduced as follow.

Aim

The aim of this program was to “mainstream” public mental health by bringing academics, government, and NGOs (including mental health related groups and health city associations) together, as well as international experts.

Method

Campaign for “Building a Mental Health cities” through conference, survey, literature review, expert interview etc.

A mental health city forum had been proposed on Dec 1-2, 2012. Two months before this Forum, questionnaires about the city mayors’ visions and organizational structures (i.e. budget, personnel, etc.) about mental health have been collected. The framework of mental health indicators based on WHO 2004 framework.

Outcomes

Some indicators for a mental health city had been collected. The current situation of mental health in different city governments had been analyzed. Then we openly announced through holding a one day mental health city forum, as well as a mental health city declaration in the opening ceremony. The President of Taiwan had been invited as the witness of declaration. Additionally, some legislators and international mental health experts i.e. Helen Herman (WHO mental health promotion expert), Henry Minas (WHO global mental health expert), Deborah Wan (WFMH president), Alice P. Lin (Mental Health reform expert from USA), were also witnesses. All city governors were invited to sign for the declaration. They made an agreement that they will work for mental health promotion for all citizens. At the same time the local city of Taichung also held a local mental health city conference as their political will.

The follow up action are a second mental health city forum will be held on Oct 17, 2014. A project of “mental health in all health policies” as well as “mental health in all policies” has being on going for 2014-2015.

Suggestions:

The importance of mental health should follow the Ottawa Charter of Health Promotion by WHO since 1986. Building a mental health communities are more from local to central or bottom up program making. However, building a mental health city will be more from government actions, the top down structure. The political will be a key. From the other point of view, the awareness of mental health is human right for all people by all citizens again is the priority. The promotion of mental wellbeing is government and individual’s business.

Mental Wellbeing in All Policies, Imperial College London, 24th-26th September 2014

Workshop/Symposia Programme: Friday 26th September 2014

10.30 - 12.00 BREAKOUT SESSION 5

BREAKOUT SESSION 5A: WORKSHOP

1. Developing and sustaining mental health promotion for children and families within the public health care system: lessons learned from the Towards Flourishing Strategy in Manitoba, Canada
Mariette Chartier, Jennifer Volk and Marion Cooper

Breakout Session 5B: WORKSHOP

1. Screening for behavioral and emotional risk: guiding positive outcomes for children and youth
Katie Eklund, Stephen Kilgus and Seth Bernstein

Breakout Session 5C: INNOVATIVE PRESENTATION

1. 'Improving Public Mental Health and Wellbeing in the Real World' – moving from evidence to action
Mike McHugh, Jane Roberts and Mark Thomas

Breakout Session 5D: SYMPOSIUM

1. Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community
Chueh Chang and Chia Jung Hsieh

Mental Wellbeing in All Policies, Imperial College London, 24th-26th September 2014

Workshop/Symposia Programme: Friday 26th September 2014

10.30 - 12.00 BREAKOUT SESSION 5

BREAKOUT SESSION 5A: WORKSHOP

1. Developing and sustaining mental health promotion for children and families within the public health care system: lessons learned from the Towards Flourishing Strategy in Manitoba, Canada
Mariette Chartier, Jennifer Volk and Marion Cooper

Breakout Session 5B: WORKSHOP

1. Screening for behavioral and emotional risk: guiding positive outcomes for children and youth
Katie Eklund, Stephen Kilgus and Seth Bernstein

Breakout Session 5C: INNOVATIVE PRESENTATION

1. 'Improving Public Mental Health and Wellbeing in the Real World' – moving from evidence to action
Mike McHugh, Jane Roberts and Mark Thomas

Breakout Session 5D: SYMPOSIUM

1. Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community
Chueh Chang and Chia Jung Hsieh

Friday 26th September 2014 10.30 - 12.00

BREAKOUT SESSION 5D: SYMPOSIUM

Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community

*Chueh Chang and Chia Jung Hsieh
National Taiwan University,
National Taipei University of Nursing and Health Sciences
Mental Health Association in Taiwan
Taiwan Laughing Qigong Association
laugh.qigong@gmail.com*

I. Evidence based mental health promotion program (20min)

1. How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda

Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Yu Hwa Lin

2. Effects of Laughing Qigong on Depressive Mood Among Elderly People in Taiwan

Chia-Jung Hsieh Chueh Chang, Hsiu-Feng,Wu

II. Practice of Laughing Qigong (60min)

Yu Hwa Lin, Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Kuei Chun Wen



How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda

. Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Yu Hwa Lin

Laughing is good for health. Even the scientific society has started to build a new field of study, Geletology. Laughing Qigong Program (LQP) from Taiwan has developed by Jui Hsieh Kao since 1992. The effectiveness studies on LQP have initiated by Chueh Chang since 2006. Professor Chang also got research grants from National Science Council since 2009. The evidence based outcomes have been published in journal articles and some graduate thesis. Chang and Kao have promoted LQP to the international communities since 2005 in the biannual conference of WFMH and P & P.

In cooperate to the main theme of P & P, i.e. What knowledge and skills are required to successfully implement programmes? How do we effectively engage with marginalised groups? What are the advantages and disadvantages of exchanging and implementing effective programmes and policies across countries and cultures?

Our presentation will focus on how we introduce LQP to those marginal groups, and what strategies we applied to get the awareness and acceptance from government. Those marginal groups included women, elderly, cancer patients, mental illness consumers in communities; students in junior high, senior high and college; cancer patients, psychiatric patients in the hospital wards; prisoner in the Jail; people after flood disaster. The strategies we applied were integrated LQP to government's different programs, i.e. building an aging friendly city, debriefing program for those disaster rescuer, and different occasions i.e. mental health day opening ceremony. Furthermore, how we using laughing qigong as a tool for mental health promotion in the community, and link the government and non government organization work together, more strategies will be discussed in the workshop.

Chang, C., Tsai, G.*, Hsieh, C.J.(2013).Psychological, Immunological and Physiological Effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on Adolescents, *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 660–668.

Hsieh, C.J., Chang,C., Tsai, G., Wu, H.F.(2013). An empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program (LQP) on long-term care residents. *Geriatric and Gerontology International* (102/12/03 accepted)

行政院國家科學委員會補助國內專家學者出席國際學術會議報告

2014 年 10 月 10 日

報告人姓名 張珣

服務機構及職稱 台大健康政策與管理研究所 副教授

會議時間 2014/09/24-26

地點 英國倫敦

會議名稱

中文： 第八屆促進心理健康與預防心理和行為異常世界大會
[心理健康融入各種政策中]

英文： **The Eighth World Conference on the Promotion of Mental Health and
Prevention of Mental and Behavioural Disorders**
“Mental Wellbeing in All Policies.”

發表論文題目

1. Chang, C, Hsieh, CJ “Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community” Symposium 2014/09/26 10:30-12:00.
 - (1) Chang, C, Hsieh, CYJ & Lin, YH “How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda”
 - (2)Hsieh CJ, Chang, C, & Wu HF “Effects of Laughing Qigong on Depressive Mood Among Elderly People in Taiwan.”
 - (3) Chang, C, Hsieh, CYJ, Lin, YH, Wen, KC “Laughing Qigong Demonstration and Practices”
2. Chang, C, Chang, CH, Hsieh, CJ & Wen, KC “Mainstreaming Public Mental Health: A Mental Health City advocacy can be a tool.” Paper present 2014/09/25

報告內容應包括下列各項：

- 一、參加會議經過
- 二、與會心得
- 三、考察參觀活動(無是項活動者省略)
- 四、建議
- 五、攜回資料名稱及內容
- 六、其他

一、參加會議經過

這次是從 2000 年來「促進心理健康與預防心理和行為異常世界大會」的第八屆，今年主題是「將心理健康融入政策」，是很有意義的討論主題，因為是與世界衛生組織年度重點「將健康融入政策」相呼應。正符合報告人近年科技部研究重點。

工作坊打破以往或目前很多研討會的形式，都只有研究結果的口頭報告或海報展示，但是卻缺少實際工作方法介紹，因此報告人秉持進行科技部研究的精神，以實證研究為基礎，示範並帶領大家看到由台灣發展出好的方案(good practices)的行動方式，研究結果，並能作交流。

2014/9/25，本人先有一場口頭報告(附件一)，是從國家政策制訂，國家治理立場出發，報告重視個人心理健康行動，到公共治理的心理健康城市，以此建議本次大會，能將心理健康作城市治理，才能顯示「心理健康融入各政策中」的落實，政治意願(political will)是非常重要的，需要加強大家對「心理健康」定義的認知，看到其重要性，落實在其政治規劃中，可以有跨部會或局處的整合(intersectoral collaboration)，也就是說各局處能主動在其制訂政策或方案時注意到對民眾心理健康的影響，也能主動提出或規劃其業務上心理健康的方案，並能跨局處一起合作來提昇全民心理健康。

2014/9/26，則整整九十分鐘的工作坊，是由報告人規劃設計：先讓與會者有一些體驗五分鐘，「笑」對個人身心健康影響，再 10 分鐘簡介笑笑功從個人到社區的發展，並能融入國家推動地區心理健康促進的方案中，一些實證研究；接著 15 分鐘由謝佳容副教授提出對老人長照機構進行「笑笑功」介入的實證結果；最後有六十分鐘再次讓與會者學習台灣自行研發的心理健康促進方案「台灣笑笑功」，由林玉華老師帶領，我和謝佳容老師輔助說明，溫桂君協助資料發放等(附件二)。此工作坊相當成功，可以由參與者反應得知，例如在知悉我們會停留在倫敦到週一下午，立即有倫敦在地的「心理健康基金會」(Mental Health Foundation)提出邀請是否我們可以前往該基金會進行教學示範，而也有香港精神科醫師在詢問，何時可以去香港進行教學，並作研究交流，大家紛紛留下聯絡方式，希望我們能將過去在期刊上發表的笑笑功介入成效評估的論文寄給他們。這是非常成功的工作坊。

此次會議重點較多聚焦在英國衛生部最近依年多組織再造改組狀況，如何以經濟層面看到心理健康的重要性，此外也呈現如何讓政府各單位以及民間團體或第一線執行者瞭解心理健康促進一起合作，都是在積極發展努力的方向，另一主軸則是提出學校心理健康的重要與已有的行動，做為政策中要重視心理健康，生命週期的探討方法(life course approach)，從學校開始，是一範例，從 2000 年第一屆 P & P 大會是與會者開始連結，成立了學心理健康國際領導者交流的社群(School Mental health International Leadership Exchange, SMHILE)，本人與我們今年參加的團隊也分頭參加去瞭解，與國際人士連結，並蒐集更多相關

資料。

二、與會心得

本人從第一屆 P & P 大會在 2000 年於美國亞特蘭大城的卡特中心舉辦，就開始參與，我欣賞這主題，能明確將心理健康促進提出，當然也對偏差行為或心理疾病有所預防。爾後每兩年召開一次，報告人都持續參加，看到大會主題的演變，從邊緣到主流，但是也看到組織合作中的變化。合作與分離，仍有所感觸。

早期是由世界心理衛生聯盟(World Federation for Mental Health, WFMH)和卡特中心(美國總統卡特卸任後成立的中心，為致力心理健康而努力)，加上本次主辦單位比爾基金會(Clifford Beers Foundation)，一起合辦，世界衛生組織一開始只是被邀請作專題演講等，後來重視此議題也一起加入做為合辦單位。但是今年來此後才知悉，上一屆在澳洲柏斯主辦時，幾個合作單位在財物上或設計內容上有歧異，因此決定不再合作，導致今年的第八屆，只有比爾基金會單獨主辦，邀請世界精神醫學會協辦。所以參加人數只有 200 人，報告論文等只有一百多場，不像以往參加人數近千，報告篇數有數百。不過本次設計格式還是如同以往，上下午各有一場專家演講，再分組有口頭報告或工作坊或論壇等，這次專題演講有 15 場，內容較專注兩方面，一是英國政府組織再造的改變，政策如何看到心理安適，而另一主軸則是「學校心理健康菁英交流」(SMHILE)，雖然內容較侷限，但對報告人而言，卻相當符合參與會議的需求。本次主題正好與本人這幾年在心理健康的研究，包括制度檢視、心理健康促進落實有很大關係。

尤其報告人在過去為我國倡議「心理健康促進」不遺餘力，近年來為國家組織再造，以心理健康行動聯盟，要求政府成立「心理健康司或署」的一級單位，以團體見總統、行政院、當時的衛生署、後來為立法時的立法委員，進行遊說工作，更接受法務部「心理健康與人權」研究，和國發會(研考會)執行「心理和口腔職能評估」，更深切體會到政府組織再造的諄被工作和整合的功能，要非常有理念。在會前就聯繫英國政府新組合的公共衛生英國(Public Health England)其中的主管，Gregor Henderson，與他約能訪談他們組織與如何和其他健康部門合作等，他非常熱心與有活力，不只利用大會結束後有一小時討論，也介紹他的部屬，回答我們不少提問，甚至承諾我們若有其他問題想請教都可去信給他。英國的 PHE 有五千員工，其中三千是健康促進或保護，五百人是與心理健康有關，詳細分工組織變遷，都可供我們參考。

另外大會的另一主軸，學校心理健康菁英交流計畫(SMHILE)也很不錯，具參與第一場專題之一的美國南卡教授 Mark Weist 提出其實他從 2000 年參加 P & P，就開始與比爾基金會負責人，也是本次主辦單位的 Michael Murray 合作，慢慢累積學校心理健康方案，形成目前的學校心理健康菁英交流團體，他們談到跨大學與比爾基金會合作的構想，作國際連結，認為有很大優勢。對我而言構想雖好，是學界想跨出個人範圍建立群體，有國際企圖，但是這次卻看不到過去多屆幾位知名國際在心理健康促進的荷蘭和澳州的專家學者，Hoseman 和 Herrman，

顯示的確比爾基金會與其他單位有所切割，對此單位有有些遺憾。不過對比爾基金會而言，他也積極出版學物期刊，例如一本是 International Journal of Mental Health Promotion，一本是 Advances in School Mental Health Promotion，前者已發行 16 卷，後者較新則也有七卷，不過在內容議題上，新的兩本都放在學校心理健康方面，前者以專題出現對學校霸凌對心理健康影響的國際合作呈現幾個不同國家（希臘、賽普陸斯、德國等）的結果，後者則以學校為基礎，促進學校心理健康的方法訓練等，最新一期介紹動機訪談(motivational interview)的研究結果。不過整體內容看到還是在發展中，以及仍是以美國掛帥，且屬白人系統為主。

對個人而言，看到英國大量使用蒐集既有或自行進行的各種調查的資料庫，提出經濟與心理健康促進的關係，是重要的，台灣需要如此的研究機構，也需要有政策研發中心。對學校心理衛生當然孩童到青少年心理健康紮根非常重要，其實我國需要，國際各國也一樣是在努力，本人對「笑笑功」介入研究，國科會支持三年對國中生研究的結果，是可以推薦給 SMHILE，有行動方案，也可讓國際看到台灣努力，當然也可藉此引介給台灣的學校衛生學會、公共衛生學會或其他單位，一起為學校心理健康努力，碰到一位德國人，就提到教育部將在十一月邀請他來台灣介紹。

三、考察參觀活動

出發前透過網路，與大會手冊，和自己有興趣團體，直接寫信給英國單位，包括大會專題演講者 Gregor Henderson，英國心臟病童聯盟、精障會所單位、婦女團體、心理健康中心、華心會等，同時也寫信給僑委會，並透過本人長期為婦女和性別議題與外交部建立的關係，聯繫外館和大使。

英國單位回應歡迎參訪有三個，9/22 參訪心臟病童聯盟、9/29 精障團體，9/24 專家 Henderson。不過大會結束後又增加一場去心理健康基金會參訪與帶動笑笑功。

僑委會回信要我們直接找慈濟，因為時間緊迫而沒再聯繫，但是大使館則很積極處理，只是我們真只有最後三週才開始聯絡，也是我們研究團隊疏忽，不好意思。

9/23 中午大使館安排大使夫人帶領的婦聯會成員以及大使館人員接受我們提供笑笑功抒壓方法，他們體驗了後，就開始積極轉介給慈濟李師兄（李師兄是心臟科醫師，非常有興趣，想安排週六或週日義診時間），華心會志工也提出華心會只有週一有活動，只是因為我們時間緊湊，而沒有前往，不過都約定下一次再來倫敦時，一定早早聯絡。

9/26 大會結束後，前往參觀皇家學院的科技博物館，其中英國醫學史的展示，相當完整，也看到精神醫療發展、婦女醫療發展等。9/27 前往劍橋大學，瞭解其發展。9/28 大英博物館，更有一「出生到死亡」的特展，看到藥物影響、看到為死亡作準備、為亡者哀傷歷程、對死者的尊敬、亡者對後代的關係（庇蔭）

等等，對公共心理健康有相當關連。

訪問的心理健康基金會，在 1949 年就成立，屬英國慈善機構，完全是透過民間捐款來進行研究和倡議的機構，提供給各民間團體資訊、以研究結果、倡議對心理有需要者去改善服務品質，不分年齡、居住地，目標是幫助病人活存、復原、預防疾病，經由(1)學習致病或導致持續生病的原因，(2)溝通研究結果給大家，(3)將研究結果轉為實務服務。對英國能在六十五年前就開始有拓民間團體捐管或委託研究真是佩服。

訪問心臟病童聯盟(Children's Heart Federation)，成立於 1988 年，有專門辦公室與四位專責人員，負責業務開發、研究、行政等，頗具規模。尤其在募款和去烙印方面，採用不同族群的娃娃，在其身上圖畫出開刀的疤痕，都頗具創意。

精障會所則與台灣一樣有不少活動，只是經費來源很不同，台灣是健保給付病友，所以有追蹤與評估，只是是否有涵蓋更多人，想參與的不能參與？英國則為慈善機構捐款。

四、建議

我國目前正面對組織再造希望能有一級單位的心理健康相關組織的設置，雖然從 2010 年規劃，也的確在衛生福利部下設有「心理健康司」，但是在 2013 年卻因為口腔遊說，立院與衛生署並未真正瞭解心理健康與身體健康並列在行政組織的重要性，而出現組織中成立「心理及口腔健康司」，因此有極大業務與願景和各種研究與政策需要訂定，也要明確將心理和口腔分開，不致為國際笑話。持續參加與心理健康促進國際會議室重要的，如何與其他心理健康國際組織如本人長期也參與的世界心理健康聯盟等連結都是有其必要。本次大會多年累積有關學校心理健康促進的新社群 SMHILE，我國也應積極參與。

國內各種制度、政策、需要需求評估而務必要有的調查資料等分析與研究，都是回國仍要持續推動的方向，心理健康促進的教學，不是只在學校內，還應擴大到社區、到各不同對象等等，也是參與大會後對大會建議。

本次大會很高興目前心理及口腔健康司的陳司長，能前往參加，她告知本人著實打開他的視野，真正對心理健康促進未來發展有其使命，主動提出要成立「心理健康促進政策中心」的構想，希望我能在行政院下的心理健康促進與自殺防治會報中提出，本人也相當樂意未來能促成這行動。

心理健康需先融入各種健康政策中，從事保健醫療工作者要先有心理健康促進觀念，整合工作才能開展，英國體系新的組合可以參考。公共衛生在心理健康的發展，我國需要更積極。

我國在心理健康促進方面需要連結經濟發展，這方面人才加入也應加強。

有關參訪機構，則更看到心理健康促進要融入各種群體，我們也很高興能將台灣作法與英國交流，尤其在對心臟病童本身和家屬的心理健康促進、支持上的作法，我們看到他們能用娃娃，畫上開刀後的疤痕做為教育工具，也看到他們承

接與醫院合作的研究計畫，對心臟病童用藥劑量，使成為非常小粒的藥丸，依其人體質量需要。此外提供各地成立的團體，形成聯盟，提供他們開發出的方案和研究結果。台灣也可以有更多創意。

同樣是精障會所模式，其會所模式與台灣有所不同，與美國原始從紐約發展的較類似，精障病友在社區生活，以會所作聚會場所，學習各類活動，台灣也可以有些交流。

心理健康基金會，以提供資訊、進行研究、倡議去改善心理不健康的服務品質，我國目前民間慈善企業或慈善機構多半是直接服務，如提供急難救助或獎學金等，缺沒有支助研究做為推動基本參考的團體，實在也需要加強要有心理健康促進的政策與方案建立的民間團體。

今年會場相關資訊的攤位並不多，但是有一國際學刊攤位，我不只將其書目帶回，也索取幾本他們有重複的雜誌，因為書商也不願帶回去。另外青少年身心健康的網站等也可參考，對學校心理健康推動是有幫助的。

五、攜回資料名稱及內容

1. International Journal of Mental Health Promotion. 14(1), 2012.
2. Advances in School Mental Health Promotion. 7(4) 2014
3. Zippy's Friends around the world. Partnership for Children.
4. The Journal for Specialist in Group Work. 38(1), 2013
5. An International Journal Anxiety, Stress & Coping. 27(1), 2014.
6. Journal of Dual Diagnosis Research and Practice in Substance Abuse Comorbidity. 8(3), 2012
7. Transitions. Teen Mental Health. (iBook)

六、其他

附件一 倡議心理健康歷程：心理健康城市為國家治理的基本

附件二 介紹科技部研究計畫成果及笑笑功工作坊

附件三 照片

4. Group therapy for family members of psychotic patients: offering a space to talk and obtain training
Thomas J. Wallenhorst

BREAKOUT SESSION 4C

1. Am I mad: have you asked the hatter?
Dr Maggi Toner-Edgar
2. Service users' experiences of enhancing their mental wellbeing through Community Mental Health Teams in Ireland
Agata Vitale
3. Children's mental health and wellbeing: exploring competencies for the early childhood education and care workforce
Gavin Hazel
4. Mainstreaming public mental health: a mental health city advocacy can be a tool
Chueh Chang, Chu Hui Chang and Kuei Chun Wen

BREAKOUT SESSION 4D

1. Is mental health a political issue in Croatia?
Miranda Novak

Mainstreaming public mental health: a mental health city advocacy can be a tool

Chueh Chang,, Chu Hui Chang, Kuei Chun Wen,

Introduction

Although WHO initiated 'promoting mental health' and concept of 'mental health for all' since 2004, there are still obstacles to mental health promotion in Taiwan: Even the newly reformed Ministry of Health and Welfare has established Department of Mental and Oral Health on July 2013, which reflex the sever negligence of mental health even health field. Because oral health should not put into same department with mental health from public health administration level..

How to organize an effective workforce for promoting mental wellbeing, we will introduce a new pilot program entitled 'Building Mental Health Cities'. This program can also reflex the current initiative by WHO main agenda "Health in all Policies". Making mental wellbeing to everyone is not only the responsibility of Department of Health of the government but all Departments or Ministries in central or local governments should collaborate together. Therefore the NGO of Mental Health Association in Taiwan initiated a campaign from awareness mental health for everyone on individual level to advocacy for governance level as well as the campaign for [mental wellbeing in all Health Policies" will be introduced as follow.

Aim

The aim of this program was to “mainstream” public mental health by bringing academics, government, and NGOs (including mental health related groups and health city associations) together, as well as international experts.

Method

Campaign for “Building a Mental Health cities” through conference, survey, literature review, expert interview etc.

A mental health city forum had been proposed on Dec 1-2, 2012. Two months before this Forum, questionnaires about the city mayors’ visions and organizational structures (i.e. budget, personnel, etc.) about mental health have been collected. The framework of mental health indicators based on WHO 2004 framework.

Outcomes

Some indicators for a mental health city had been collected. The current situation of mental health in different city governments had been analyzed. Then we openly announced through holding a one day mental health city forum, as well as a mental health city declaration in the opening ceremony. The President of Taiwan had been invited as the witness of declaration. Additionally, some legislators and international mental health experts i.e. Helen Herman (WHO mental health promotion expert), Henry Minas (WHO global mental health expert), Deborah Wan (WFMH president), Alice P. Lin (Mental Health reform expert from USA), were also witnesses. All city governors were invited to sign for the declaration. They made an agreement that they will work for mental health promotion for all citizens. At the same time the local city of Taichung also held a local mental health city conference as their political will.

The follow up action are a second mental health city forum will be held on Oct 17, 2014. A project of “mental health in all health policies” as well as “mental health in all policies” has being on going for 2014-2015.

Suggestions:

The importance of mental health should follow the Ottawa Charter of Health Promotion by WHO since 1986. Building a mental health communities are more from local to central or bottom up program making. However, building a mental health city will be more from government actions, the top down structure. The political will be a key. From the other point of view, the awareness of mental health is human right for all people by all citizens again is the priority. The promotion of mental wellbeing is government and individual’s business.

Mental Wellbeing in All Policies, Imperial College London, 24th-26th September 2014

Workshop/Symposia Programme: Friday 26th September 2014

10.30 - 12.00 BREAKOUT SESSION 5

BREAKOUT SESSION 5A: WORKSHOP

1. Developing and sustaining mental health promotion for children and families within the public health care system: lessons learned from the Towards Flourishing Strategy in Manitoba, Canada
Mariette Chartier, Jennifer Volk and Marion Cooper

Breakout Session 5B: WORKSHOP

1. Screening for behavioral and emotional risk: guiding positive outcomes for children and youth
Katie Eklund, Stephen Kilgus and Seth Bernstein

Breakout Session 5C: INNOVATIVE PRESENTATION

1. 'Improving Public Mental Health and Wellbeing in the Real World' – moving from evidence to action
Mike McHugh, Jane Roberts and Mark Thomas

Breakout Session 5D: SYMPOSIUM

1. Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community
Chueh Chang and Chia Jung Hsieh

Mental Wellbeing in All Policies, Imperial College London, 24th-26th September 2014

Workshop/Symposia Programme: Friday 26th September 2014

10.30 - 12.00 BREAKOUT SESSION 5

BREAKOUT SESSION 5A: WORKSHOP

1. Developing and sustaining mental health promotion for children and families within the public health care system: lessons learned from the Towards Flourishing Strategy in Manitoba, Canada
Mariette Chartier, Jennifer Volk and Marion Cooper

Breakout Session 5B: WORKSHOP

1. Screening for behavioral and emotional risk: guiding positive outcomes for children and youth
Katie Eklund, Stephen Kilgus and Seth Bernstein

Breakout Session 5C: INNOVATIVE PRESENTATION

1. 'Improving Public Mental Health and Wellbeing in the Real World' – moving from evidence to action
Mike McHugh, Jane Roberts and Mark Thomas

Breakout Session 5D: SYMPOSIUM

1. Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community
Chueh Chang and Chia Jung Hsieh

Friday 26th September 2014 10.30 - 12.00

BREAKOUT SESSION 5D: SYMPOSIUM

Implementing Laughing qigong as a tool for mental health promotion in community

*Chueh Chang and Chia Jung Hsieh
National Taiwan University,
National Taipei University of Nursing and Health Sciences
Mental Health Association in Taiwan
Taiwan Laughing Qigong Association
laugh.qigong@gmail.com*

I. Evidence based mental health promotion program (20min)

1. How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda

Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Yu Hwa Lin

2. Effects of Laughing Qigong on Depressive Mood Among Elderly People in Taiwan

Chia-Jung Hsieh Chueh Chang, Hsiu-Feng, Wu

II. Practice of Laughing Qigong (60min)

Yu Hwa Lin, Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Kuei Chun Wen



How to implement Laughing Qigong Program to marginal people and integrate to government's mental health promotion agenda

. Chueh Chang , Chia Jung Hsieh, Yu Hwa Lin

Laughing is good for health. Even the scientific society has started to build a new field of study, Geletology. Laughing Qigong Program (LQP) from Taiwan has developed by Jui Hsieh Kao since 1992. The effectiveness studies on LQP have initiated by Chueh Chang since 2006. Professor Chang also got research grants from National Science Council since 2009. The evidence based outcomes have been published in journal articles and some graduate thesis. Chang and Kao have promoted LQP to the international communities since 2005 in the biannual conference of WFMH and P & P.

In cooperate to the main theme of P & P, i.e. What knowledge and skills are required to successfully implement programmes? How do we effectively engage with marginalised groups? What are the advantages and disadvantages of exchanging and implementing effective programmes and policies across countries and cultures?

Our presentation will focus on how we introduce LQP to those marginal groups, and what strategies we applied to get the awareness and acceptance from government. Those marginal groups included women, elderly, cancer patients, mental illness consumers in communities; students in junior high, senior high and college; cancer patients, psychiatric patients in the hospital wards; prisoner in the Jail; people after flood disaster. The strategies we applied were integrated LQP to government's different programs, i.e. building an aging friendly city, debriefing program for those disaster rescuer, and different occasions i.e. mental health day opening ceremony. Furthermore, how we using laughing qigong as a tool for mental health promotion in the community, and link the government and non government organization work together, more strategies will be discussed in the workshop.

Chang, C., Tsai, G.*, Hsieh, C.J.(2013).Psychological, Immunological and Physiological Effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on Adolescents, *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 660–668.

Hsieh, C.J., Chang,C., Tsai, G., Wu, H.F.(2013). An empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program (LQP) on long-term care residents. *Geriatric and Gerontology International* (102/12/03 accepted)

附件三；照片



去心臟病童聯盟參訪



去精障病友會館參訪



在大會主持並發表笑的介入方案





海德公園發言廣場



德國學校心理專家



英國公共衛生署專家 Dr. Henderson 和其工作人員



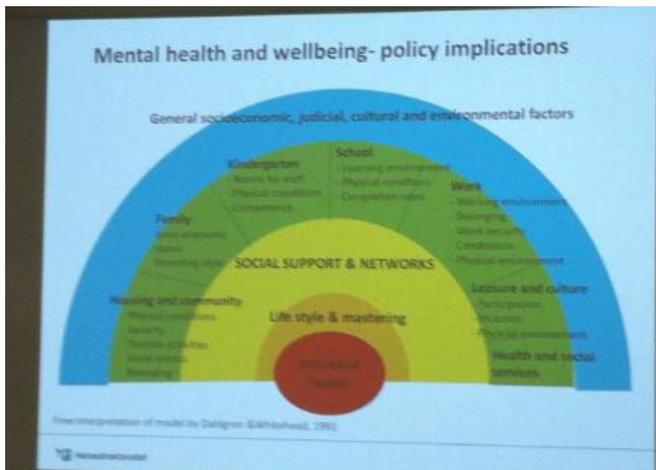
大會發表公共心理健康普及化以心理健康城市為管道



與精神醫學會主席合影



與泰國創始心理健康署的精神科醫師 和推動「快樂研究」專家



科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2015/01/21

科技部補助計畫	計畫名稱: 憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實 (II)		
	計畫主持人: 張珺		
	計畫編號: 101-2511-S-002-015-MY2		學門領域: 性別與科技研究
研發成果名稱	(中文) 性別視野的憂鬱防治培訓手冊 (專業人員版)		
	(英文) Handbook of Gender Perspect on Depression Prevention Training Program		
成果歸屬機構	國立臺灣大學	發明人 (創作人)	張珺, 張菊惠, 謝佳容, 陳俊元
	技術說明	<p>(中文) 我國從1997年行政院正式成立婦女權益促進委員會, 提供院長各種建言與行動, 1998年婦權基金會成立, 更結合各方民間團體如婦女新知、婦女團體全國聯合會、中華心理衛生協會、防暴聯盟、台灣女人連線等等持續在社區與地方紮根。2003年開始「性別主流化」概念推廣, 2009年政府各部會全面落實, 各部會都有性別窗口的性別聯絡人, 也比對中央成立性別平等小組, 中央更於2012年在行政院內正式成立有四十人編制的「性別平等處」, 代表我國有專責的國家機制, 此外也於2007年總通簽署同意落實中尺一切對婦女歧視公約 (CEDAW)。</p> <p>但是儘管「性別主流化」被逐步重視, 婦女的經濟地位提升和自我發展的機會也增加, 但是在女性健康方面的性別視野仍然不足, 面對各種政策需要有「性別影響評估」, 婦女健康是否真正採行? 能檢視後改善? 究竟性別敏感度的檢視涵蓋面多廣? 以代表心理健康的情緒面憂鬱而言, 是屬於情緒表達? 或是被診斷為疾病? 如何自處與處遇? 卻很少人著墨於社會建構性別的介入, 因此特別撰寫本專門手冊, 提供在心理不健康的防治上, 能多一份性別敏感的瞭解與增加多元介入方式, 充權婦女瞭解何謂性別不友善的環境, 以及導致生病的「性別」原因, 從而找尋適用自我的各種方式來適應與面對生活。</p> <p>據此, 為了提供憂鬱症相關專業人員能夠瞭解憂鬱症各面向的性別差異, 才能提供各種治療或處遇方法, 編撰憂鬱症培訓手冊, 內容包含「原因篇」、「發生篇」、「醫療篇」、「特殊群體篇」、「因應篇」、「檢視篇」。</p> <p>(英文) A handbbook with gender perspective for mental health especially using depression prevention as a core. This heandbbok cover six parts. These are causes, incidence, medical care, special target groups, coping, examination social construct.</p>	
產業別	訓練服務		
技術/產品應用範圍	心理健康與性別的教學教材		
技術移轉可行性及預期效益	普及到各專業學協會, 以及各大專院校		

註: 本項研發成果若尚未申請專利, 請勿揭露可申請專利之主要內容。

101 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：張訥		計畫編號：101-2511-S-002-015-MY2						
計畫名稱：健康政策的性別影響評估與落實--憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實 (II)								
成果項目		量化			單位	備註 (質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等)		
		實際已達成數 (被接受或已發表)	預期總達成數 (含實際已達成數)	本計畫實際貢獻百分比				
國內	論文著作	期刊論文	6	6	100%	篇	國內六篇	
		研究報告/技術報告	2	2	100%		成果報告兩篇	
		研討會論文	4	4	100%		研討會發表四篇	
		專書	0	1	100%		手冊將成為專書一本	
	專利	申請中件數	0	0	100%	件		
		已獲得件數	0	0	100%			
	技術移轉	件數	0	0	100%	件		
		權利金	0	0	100%	千元		
	參與計畫人力 (本國籍)	碩士生	2	2	100%	人次	研究論文兩篇 1.產後憂鬱政策性別分析 2.臺灣老年人憂鬱傾向之發展軌跡及影響因素:18年之長期追蹤研究	
		博士生	2	2	100%			
		博士後研究員	0	0	100%			
		專任助理	1	1	100%			
	國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
			研究報告/技術報告	0	0	100%		
研討會論文			10	10	100%			
專書			0	0	100%	章/本		
專利		申請中件數	0	0	100%	件		
		已獲得件數	0	0	100%			
技術移轉		件數	0	0	100%	件		
		權利金	0	0	100%	千元		
參與計畫人力 (外國籍)		碩士生	0	0	100%	人次		
		博士生	0	0	100%			
	博士後研究員	0	0	100%				
	專任助理	0	0	100%				

<p>其他成果</p> <p>(無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)</p>	<p>提供國內在性別影響評估中的迷失，不是 3-5 年中長程計畫才要執行，應檢視健康政策中是否有了解相關性別建構的影響因素，從而改善之。</p> <p>本計畫對憂鬱防治方案或政策，從解構、到建構，以致於擴散，有其成效。解構目前導致女性憂鬱之女性的身心需求，解構目前將話中缺少性別視野，也缺少不同族群需求介入的方案，從而以性別影響評估的四大需求檢視(呈現需求、比較需求、規範需求、感覺需求)，再設計相對應的介入方案，完成[性別視野的憂鬱症防治]的專業培訓手冊，將以擴散方式落實。</p> <p>國內尚無這類教材，也缺少真正在性別影響評估後的改善行動，本計畫成果極具價值。</p>
---	--

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	1	性別視野的憂鬱症防治 培訓手冊
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	1	性別視野的憂鬱症防治 培訓手冊
	舉辦之活動/競賽	0	協助衛福部評量心理健康網工作項目。
	研討會/工作坊	8	在國內外主動設計研討會或工作坊，用性別主流化帶出心理健康與憂鬱防治。
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	500	

科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

本研究在多個學術會議提出，並編撰憂鬱防治性別觀點的手冊，未來會技術轉移給心理衛生界，廣泛使用。

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）