

第二章 文獻探討

本章旨在探討與本研究主題有關之理論基礎與相關研究。全章共分為三節：第一節為社區心理健康及需求的意義；第二節為台灣及美國心理健康工作的歷史與概況；第三節為社區心理健康服務需求相關研究。

第一節 社區心理健康及需求的意義

本節旨在探討與整理心理健康、社區、社區心理健康之定義與內涵，以及需求的意義與缺口分析模型，以下將綜合整理相關文獻，以作為進行本研究之參考。

壹、心理健康之定義與內涵

隨著社會現代化的推進，生活壓力和競爭力越來越大，社會大眾更需要心理健康的服務，重視心理健康問題，而報章雜誌常有報導如衛生保健、心理疾病、自殺意圖、…等與心理健康有關的議題，且截至 2003 年 6 月全國各縣市已成立之社區心理衛生中心共有 21 間（楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謨、吳文正，2005）。但「心理健康」究竟是什麼呢？這是個不容易回答的問題，世界衛生組織（WHO）指出「心理健康是指一個人的生理、心理及其社會關係等三方面維持健康的情況（國防部，1993）。」，而洪月嬌、胡正申（1999）認為藉由不同學科領域的研究，無論是生理、心理、社會等學術界對心理健康的詮釋觀點十分分歧。故研究者根據國內外百科全書、辭典和學者對心理健康的意涵做了歸納整理，彙整如表 2-1-1、表 2-1-2 和表 2-1-3。

表 2-1-1 百科全書與辭典對心理健康的定義

辭典	定義內容
大英百科全書 (Encyclopedia Britannica)	心理健康是指保持心理健康之事而言：常用以說明心理健康之實施原理和方法，嚴格來說是衛生領域之一部分，是研討人類適應生活之事實與理論者。
Cloumbia Viking Desk Encyclopedia (哥倫比亞北歐編輯百科大全)	心理健康是用精神治療及心理學去增進心理健康，並防止心理錯亂之科學。
Collier' s Encyclopedia (煤礦百科大全)	心理健康可以分為兩個範疇：其一為對抗精神疾病所引起的心能衰弱，其二為防止精神及疾病的發生。
張氏心理學辭典 (張春興，1989)	心理健康泛指運用心理學上的知識，經由教育性的措施，保持並增進個人心理健康的一切措施。心理健康的中心工作，一方面培養個人適應環境的能力，另一方面設法改善個人與社會環境間的關係，減少造成心理疾病的原因。
心理學名詞辭典 (袁之琦、游恒山，1990)	心理健康是保障心理健康正常狀態的措施，及各種活動均衡的總和。

表 2-1-2 國外專家學者對心理健康的定義

國外學者	定義內容
Jahoda (1958)	構成心理健康的健康指標，乃是對自我態度的接納、自我實現、統整性人格、自律性高、對外在知覺統整力強、支配與適應環境力佳。
Bennis (1966)	心理健康不僅指單獨的個體人格特質的健康，必須是個人與周遭環境相互支持關係的健康，如家庭、社區、職場等環境。
Schultz (1977)	心理健康的本質，應包括五項健康人格的指標：1. 能意圖控制自己的生活；2. 能認清自己是誰；3. 能與現實緊密結合；4. 能夠面對新目標或新經驗的挑戰；5. 象徵個人獨特的人格特質。
Peter (1988)	心理健康是強調民眾健康服務品質確保的過程。心理健康必須透過政府及民間服務組織，從事民眾心理健康的倡導，服務方案的提供，以及健全服務組織的整體品質確保的建立。

表 2-1-3 國內專家學者對心理健康的定義

國內學者	定義內容
韓靜遠 (1970)	心理健康在消極方面，防止及治療精神作用和心理機能之不正常的活動發展；在此正常的活動發展中，培養健全人格，發揮心理效能，增加生活的滿足與快樂，以促進社會福利，提高人性，並實現完美的人生理想。
尤信昌 (1985)	心理健康是藉由社會工作服務，達成個人或社會「處理-治療」、「重建-健康」的工作目標，促進社區居民的心理健康服務，預防心理健康的問題滋生。
廖榮利 (1988)	心理健康有三種意涵：1. 為一門學科或理論體系。2. 為一種專業服務體系。3. 為一向心理健康狀態。上述三項可以說是一體的三面：從精神醫學發展出來的心理健康學，對人類精神疾病的研究與防制上有齊備認定的理論，以及一具各種理論所提供的心理健康理論模式，並依此刻畫而成專業服務體系，而心理健康專業服務的宗旨乃在於實現公共衛生哲理中，對社會大眾心理健康的維護，預防精神病患的發生，以及對不幸罹患精神疾病的病患從事合乎心理保健原則的心理能力提昇與精神復健工作。
吳忠進 (1988)	心理健康常泛指三個不同方面之領域及意義，第一是指心理健康與否狀態，第二是指與心理健康有關學科及領域，第三是指有關心理健康之服務措施方案。當成一門學科研究則包含有四要題：(一) 精神疾病的預防、(二) 精神疾病有關問題的大眾化知識的選擇、(三) 對全體民眾的心理健康的推動工作、(四) 運用公共衛生哲理於精神醫學。
林憲、陳珠璋 (1989)	在醫學上，心理健康的意義和目的，是根據生理系統狀況的反應，有效預防精神疾病的發生，開啟個人的生命意義與建設性的人生態度；而不僅限於消極地，不罹患精神方面的疾病，就是心理健康。
陳英三 (1991)	心理健康即是心理健康，指各類心理疾患的研究，以及在個體身心正常的狀態下，如何預防心理疾患與啟迪心理健康等實際活動的過程，以促使個體能永久保持心理於最佳健康狀態；換言之，心理健康的終極目標，乃在尋求預防或是治療心理障礙，保持與增進個體的心理健康。
柯永河 (1992)	心理健康是一個人健康狀態的正負價值行為關係。指個人良好習慣多，不良習慣良少的心態就是心理健康；不良習慣多，良好習慣少的心態就是心理不健康。
吳武典、洪有義 (1996)	心理健康是研究心理健康的一門學問，也可以說是增進心理健康的一種服務。消極定義是指沒有心理疾病或變態，的積極定義是指在身體上、心理上均保持最高、最佳的狀態。
洪月嬌、胡正申 (1999)	心理健康是增進大眾對心理疾病的認識，也是一門以心理學、精神醫學及社會學理論為基礎的知識。

綜上所述，心理健康是指個人維持心理健康的活動過程與狀態。吳忠進（1988）認為一個人的心理健康狀態，狹義的指這個人沒有心理或精神疾病；廣義的則指這個人不但沒有心理或精神疾病，並且他的內心情緒生活平衡，內在慾望和外在環境的壓力能協調，與他人的關係和諧，社會生活功能表現良好，以及個人潛能充分發揮。故心理健康包含消極和積極兩個層面；消極面的觀點認為沒有心理疾病就是心理健康，沒有心理疾病指的是沒有強烈的不安（柯永河，1993）。亦指個體不會因心理方面的疾病而造成行為乖張或變態；積極面的觀點不僅沒有消極的心理症狀，還要更進一步呈現正向情緒經驗，並擁有積極心理經驗或特質（柯永河，1993）。亦指一個人面對個人或環境的變化能夠永久保持均衡健康之態度。

台北市社區心理衛生中心（2003）認為「心理健康」並非只著眼在社會中精神疾病患者的治療照護等議題上，雖然這些精神醫療工作很重要，但心理健康不止於此。心理健康是在追求一種高品質的精神生活，需要大家擁有心理健康的相關知識、對人際關係有和諧自處之道、對環境社會有適應及永續發展的能力、對於生活定位有一套安身立命的價值觀，這與所有的民眾有關，並不限定在心理困擾或行為偏差的範疇而已。

由此可知，「心理健康」這個名詞是每個人的權利，亦指一個人全面性、整體性的健康，且需要社會大眾瞭解和關切的議題，而非僅相對於有心理疾病或問題的人、身體（生理）健康的人。

貳、社區之定義與內涵

鄭夙芬（1997）表示社區成為精神疾病防治與心理健康促進的重要單元是近來一項重要趨勢，其意義不僅在於提供一個精神病患合適的復健環境，使居民能從瞭解精神疾病進而接受精神病患者，更重要的是藉由社區心理健康教育的促進，進而使社區民眾都能擁有健康的心理健康環境。然而，「社區」的定義為何呢？以下將就社區的意涵加以探討。

「社區」（community）指一群人因在某方面分擔努力而彼此聚集所形成或

因地理上的接近而形成 (Dalton et al., 2001), 從社區地理或結構的概念來看, 可以用來指一特定區域中的所有民眾 (可以指一村、一鎮、一市、或某一市的某一區域) (姚克明、王慧悌, 1984; 徐震, 1982)。Sarason (1974) 也以地域 (localities)、社區機構 (community institution) 或個體間小型網路 (smaller networks of individuals) 等三種方式來定義「社區」, 但一般人通常以地域, 另如街區、鄰里、小鎮、鄉鎮或城市等來界定「社區」(轉引自 Dalton et al., 2001; Duffy & Wong, 2003), 以上是由地理結構的概念來定義社區之意涵。

徐震 (1982) 認為從心理、互動的概念來看, 可以將社區視為居民生活中相互關連與相互依賴的網狀體。Keller (1989) 認為「社區」意謂一群人的互動關係與社會連結 (ties) (轉引自 Duffy & Wong, 2003), 因此「社區」強調因生活在同一地域所產生的社會向度 (dimension), 特別是一群人共有的價值、目標與行為 (Payne, 1999)。以上是由心理互動和連結的概念來定義社區之意涵。

Jerusalem 等 (1995) 更詳述「社區」的形成是基於血緣、個人結合、共同興趣、國家認同或經驗共同壓力源等特定之連結 (轉引自 Rudkin, 2003)。Warren (1972) 更指出「社區」是指那些由社會單位或系統所組成的區域, 並擁有一群對地域有社會功能的群體 (轉引自徐永德, 1989)。鄭夙芬 (1997) 認為社區具有動力的觀點, 藉由居民的集合, 自行發現其共同的利益、需要並自求解決之道。以上是從行動及功能的概念來定義社區之意涵。

以綜合、整體性的概念來看, 是將前三個概念整合來探討, 認為社區是指一群住在某一區域的人, 具有若干共同關係、社會互動及服務體系的屬性 (徐震, 1982)。Willian (1996) 認為「社區」的意義來到 1980 及 1990 年代, 已經轉變成「被提供服務的某些特定人口」, 強調社區的流行病學觀點, 以及提供服務的臨床及行政層面。介入和治療的對象雖然只是特定的人口, 卻能計畫及組織完整的服務體系, 以符合該特定人口的需求。正如 1978 年世界衛生組織 (WHO) 所強調的以「社區」為導向的基層照顧, 認為要推動「全民健康 (health for all)」, 除了支持適當使用醫療科技之外, 另外關鍵性的兩項條件是社區參與推動健康計畫的程度、基層醫療人員兼具團隊合作及以「社區」為服務對象的能力 (陳慶餘,

1991)，社區代表的是推動專業工作的核心及團隊表現的標的。

綜上所述，研究者認為社區心理健康中的「社區」是必須具有居住於一區域居民的參與與互動，藉由相關專業的協助，使健康與環境之間實現良好的整合。

參、社區心理健康之定義與內涵

世界衛生組織（WHO）從二十一世紀開始的 2001 年，就以「心理健康」為其四月世界健康日（World Health Day, WHD）和該年年度報告的主題，提出「勇於關懷、減少排斥（Stop Exclusion, Dare to Care）」，強調社區民眾對精神疾病的不瞭解導致資源或服務不足，對病人和家屬排斥、歧視，來呼籲世界各國重視精神疾病問題，提供良好的精神醫療照顧，及減少對精神疾病病患歧視和烙印（WHO, 2001）。張珏（2005）認為 2001 年 WHO 的呈現表示過去對心理健康的嚴重忽視，並代表目前 WHO 開始重視心理健康這個議題。

世界衛生組織（WHO）在 2004 年初特別提出「心理健康促進」的報告，強調促進心理健康的概念、整合證據、實務與行動。書中再三強調，沒有心理健康就是不叫做健康；而且促進心理健康是公共衛生整體的一部份，也是對健康促進不可忽視的；更強調心理健康絕對不僅止於沒有精神疾病，其實它是我們每個人都擁有的（WHO, 2004）。由此可見，社區心理健康的重要性，以下將就社區心理健康的內涵加以說明。

就社區心理健康的服務對象來探討，心理健康服務理念是引伸自公共衛生之三級預防原理來推動的，所以心理健康服務工作並不限於精神病症患者，應自每人日常生活之心理狀態、與人關係等之極普遍行動上開始（周才忠，2003）。而心理健康服務乃是應用有關心理健康的學理，服務社區民眾預防心理疾病、提倡健康觀念，以及提供治療復健的功用；所以心理健康服務適用的對象很廣，從心理正常及失常的兒童、青少年、成年到老人，皆包含於其中（Nixon & Northrup, 1997；Bickman, Guthrie, Foster, Lambert, Summerfelt, Breda & Heflinger, 1995），故鄭夙芬（1997）認為社區心理健康的對象應包括精神病患者、家屬與社區所有民眾。

就社區心理健康的專業人員來探討，Willian (1996) 強調社區心理健康除了醫師之外，許多的專家都能有重要的貢獻，而且著眼的重點是「健康」，而非「疾病」。研究者認為社區心理健康正如 Bennett (1991) 在其所著的社區精神醫學 (community psychiatry) 書中所說：「社區精神醫療並不能單由醫師來安排，它需要很多非醫師的專業人員來加入，由各科科學立場來探討，將會更勝於僅用一種理想化或理念化的觀點來探討 (Bennett, 1991)」。故鄭夙芬 (1997) 認為社區心理健康工作應該結合各領域的工作者，以團隊方式合作。

就社區心理健康服務的目標來探討，消極方面為處理民眾的心理問題、治療民眾的心理疾病，積極方面為預防心理疾病的發生和促進民眾的心理健康 (劉亮, 1991)。鄭夙芬 (1997) 認為社區心理健康的目的，除包括消極性的預防復發之外，更積極性的為促進社區民眾的心理健康。

就心理健康專業服務的方法來說，不外乎個案工作、團體工作、社區組織、行政管理、諮詢服務、督導訓練、教學與研究，其中前三種屬於直接性的服務，後五種則屬於間接性的服務 (劉亮, 1991)。

綜合來說，社區心理健康服務是透過專業服務體系，倡導與轉變案主 (服務對象) 的觀念及其環境適應的活動過程，使案主能夠汲取健康的生活態度，獲得心理重建之效果 (洪月嬌、胡正申, 1999)。ManDonal 等人 (1990) 認為社區心理健康服務應以使用者為觀點出發，它是一種：在病人所生活的社區環境中提供可接受性的服務，利用跨領域的團隊人員與社區各種機構合作 (包括與社區健康照顧有關及無關的) 去創造開放的溝通與交換訊息的氣氛。吳忠進 (1988) 則認為心理健康服務工作則指精神疾病防治暨心理健康促進之各種機構及其服務方案和活動。Shefler (1991) 則提出所謂的「社區心理衛生中心」主要是因應精神科病床數的減少，因此顯得日益重要，病人出院後主要的需要是醫療、復健、危機干預等等；而中心的專業者必須與其他的專業者互動與合作，包括：社區的家庭實務工作者，社會服務福利機構，保險機構與法庭等等；社區資源與心理健康的概念已儼然融合在一起。故鄭夙芬 (1997) 認為社區心理健康工作要注意社區的個別性與獨特性，並結合社區資源的運用。

由此觀之，社區心理健康工作者在心理健康服務的工作中，不但要對社區

中有關心理健康的問題從事診斷、治療和重建的工作，同時還積極地進行對社區環境的改善，加強社區人們的適應力，以預防心理健康問題的發生。

肆、需求的意義與缺口分析模型

本研究主要在探討民眾對心理健康服務的需求性，並且比較民眾與專家對心理健康服務需求看法之差異，故以下茲就需求的意義和缺口分析模型等資料，分別加以說明。

一、需求的意義

需求原是心理學上研究的領域，關於需求的概念在不同學門的解釋並不相同，目前尚未有一致的概念。Knox 將需求定義為：「現在或最開始時狀態和某些改變狀態之後的一種差距」（引自何青蓉，1995）。Webster大辭典對需求之定義為「缺乏一些有必要性的、想要的或有用的東西；是一種生物為了其安全而所要之生理上及心理上的要求；一種需要供應或救助的情況；一種迫切缺乏一些很重要東西之狀態」。而國內許多學者進行有關需求之探討時，多採取國際教育百科全書對需求概念的詮釋：（一）需求是指個體實際狀態與目標狀態之間的差異；（二）需求是指個體希望或比較喜歡的狀態；（三）需求是指個體感到「不足的狀態」（引自陳嬾靖，2000）。

需求（need）是在現存醫療照護，當個人有疾病或失能時，現存之醫療照護可提供有效的、可接受的服務或治療；在醫療服務中，其措施與治療處置的判斷需建構在專業人員的問題診斷上，並給予目標群體適當利益的措施、治療或步驟（陸瑞玲，1999）。在一些情況中，需求被較寬廣解釋為涵蓋一個社區所有民眾的欲想、喜好（tastes）、與其偏好（preferences）（Varenais, 1977）。罹患精神疾病的民眾在疾病緩解與復健的過程中，自然需要社區心理衛生中心的協助，更多沒有精神疾病的民眾，也可以因為各種心理問題和困擾，而求助於社區心理衛生中心。至於什麼是民眾最需要的心理健康服務，則需要進行科學的調查

研究。

需求的評估則是從事社區心理健康服務的首要工作，心理健康工作人員先要利用有效的方式辨識社區民眾的需要，接著再針對民眾的需要安排心理健康服務，包括提供壓力管理、健康提升、生活技能訓練以及學校本位心理健康方案等預防課程，幫助社區中的個人習得應對壓力生理反應的新方式，學習更健康的生活方式，改變解釋外在事件之心理歷程，發展改變環境之洞察與技術（簡文英，2001）。社區民眾有心理健康需求，並且當這些需求未被社區心理衛生中心所提供的服務滿足時，其需求程度更為彰顯（Zautra & Simons, 1976）。是故社區心理衛生中心不只透過預防觀點重視環境中所產生的壓力，更需尊重當地民眾的社區文化背景以及個別差異，來考量社區民眾的需求。衛生主管機關和民間相關單位若要推展符合社區民眾心理健康需求的服務，最重要的便是聽取民眾的意見，瞭解民眾有哪些心理健康服務的需求。

二、缺口分析模型

當前所有先進國家中，無論從產值或從雇用員工人數來看，服務業比製造業有著更舉足輕重的地位，而服務品質的研究也逐漸受到學術界與實務界的重視（李友錚、賀力行，2004）。缺口分析模型（Gap Analyses Model）是由英國劍橋大學 Parasuraman、Zeithaml 和 Berry 三位學者（簡稱 PZB）在 1985 年針對四個服務行業進行管理人員的深度訪談，同時對顧客實施訪問，而研究發現顧客認知的服務與期望之間常有落差，故提出此模型解釋服務品質產生缺口的地點與原因。

缺口分析模型認為顧客期望與實際認知之間存在著五種缺口（如圖 2-1-1），而所謂的缺口（Gap）是指認知和期望之間所產生的差距。茲將缺口分析模型之缺口說明如下：

缺口一：顧客對服務的期望與管理者對顧客期望的認知之間的差距。

缺口二：管理者對顧客期望的認知與認知轉變為服務品質規格之間的差距。

缺口三：將認知轉變成服務品質規格與服務的提供之間的差距。

缺口四：服務的提供與藉由通給予顧客的服務承諾之間的差距。

缺口五：顧客對服務的期望與顧客對服務的認知之間的差距。

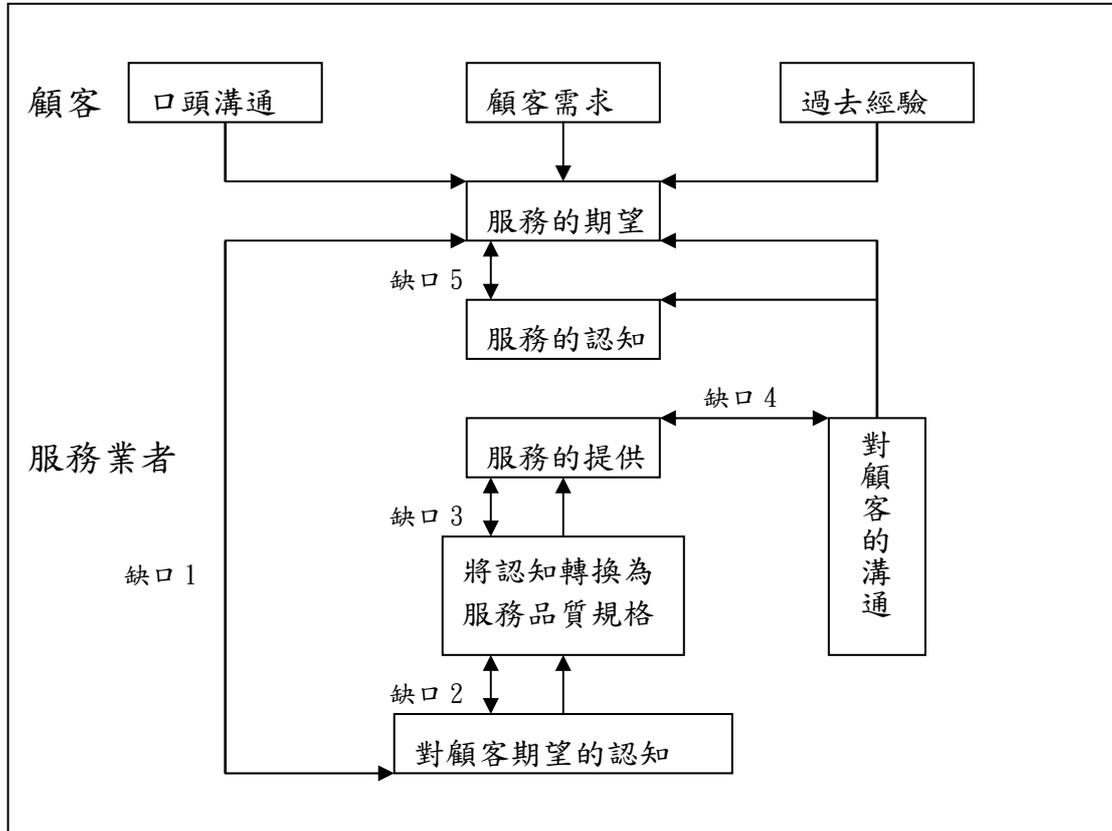


圖 2-1-1 缺口分析模型

資料來源：Parasuraman、Zeithaml & Berry (1985), p. 44.

吳葉沼 (2003) 曾以此缺口分析模型對於國軍心理健康工作服務品質做一探討，期望可以因此瞭解國軍心輔工作理想與實際的落差；蔡文正、龔佩珍、翁瑞宏、石賢彥 (2004) 以此缺口分析模型研究分析基層醫師與民眾之服務品質認知落差；陳正男、曾倫崇 (2002) 也以此缺口分析模式針對醫療服務品質和民眾滿意度做一探討，發現醫院與民眾對服務品質有負缺口存在；楊苑菁 (2003) 也以服務品質缺口模式探討高雄市市長信箱服務品質與民眾滿意度問題；林清煌 (2005) 亦針對民眾與員警對為民服務認知差異及警政滿意度，以缺口分析模型

來研究此議題。由上所述，可以顯見「缺口分析模型」被廣泛應用於專家與民眾之間對服務品質認知差異的研究上。由於，本研究主要欲瞭解民眾與專家對心理健康服務之看法，期望提供給衛生主管機關和民間相關單位推廣社區心理健康服務時，可以作為參考之依據，所以採取此分析模型的「缺口一」原理來進行研究。造成「缺口一」的原因，主要來自服務提供者「以企業內部程序的觀點」來看待顧客需求。因此改善組織架構、建立更多與顧客的溝通管道、簡化組織層級與加強市場研究等，都可減少組織與顧客間期望的缺口（Parasuraman、Zeithaml & Berry, 1985）。故透過瞭解民眾與專家對心理健康服務之看法，並比較其間之認知差異，從而瞭解民眾真正的需求為何，進而改善心理健康服務方式、溝通管道等，確實是值得關注的。

第二節 台灣及美國心理健康工作的歷史與概況

本節旨在探討與整理台灣心理健康工作的歷史、台灣心理健康工作的概況、美國心理健康工作的歷史，以及美國心理健康工作的概況。以下將綜合整理相關文獻，以作為進行本研究之參考。

壹、台灣心理健康工作的歷史

心理健康工作在過去五十幾年來，隨著台灣地區的經濟繁榮及社會急遽變遷，精神疾病的預防與醫療已被列為國家保健工作重點之一（楊惠卿、林家興，未出版）。而台灣心理健康工作的發展與政府的政策制訂和推廣有密切關係，故以下茲就台灣社區心理衛生中心的發展歷史做一概述。

台灣最早設立的社區心理衛生中心是民國 57 年 7 月台大醫院精神科在木柵衛生所設置的附設工作中心，其構想是密切地與該社區的精神病患接觸，減輕患者與其家屬之長期痛苦，進而做預防性的心理健康工作，始能融合於公共衛生整體設施中，以確保社區居民獲得健康的生活（廖榮利，1986）。在民國 63 年試辦北部心理健康中心與擬訂「台灣省政府衛生處社區心理衛生中心設置原則」（姚克明、林豐雄、吳聖良、洪百薰與陳茹娜，1992）；民國 64 年正式成立「台北社區心理衛生中心」和「高雄社區心理衛生中心」（陳永興、林秀華、錢靜怡、楊翰焜，2002）；民國 65 年成立「臺中社區心理衛生中心」；民國 68 年成立「臺南社區心理衛生中心」（楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謨、吳文正，2004a）。

民國 70 年，行政院衛生署委託中國心理健康協會（後改名為中華心理健康協會）草擬精神衛生法（楊漢淙，1993），並於民國 79 年重新釐定相關政策，積極制定精神衛生法，並推動精神疾病的防治工作，開啟我國心理健康工作的新紀元（楊惠卿、林家興，未出版）。民國 79 年 12 月「精神衛生法」正式出爐，其

中第十條明訂「直轄市及縣（市）政府衛生主管機關得設社區心理衛生中心，負責推展心理保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理健康教育及輔導。」為我國心理健康工作開啟新氣象；民國 80 年，衛生署依據法令提出三年試辦計畫，分別在台北縣三重和板橋實施，成為精神衛生法公布實施後第一個心理健康工作模式（周才忠，2003；台北市立療養院等，2002；陳永興等，2002）。

民國 84 年，嘉義縣社區心理衛生中心、台中縣社區心理衛生中心分別成立，同年高雄市政府依據「精神衛生法」及「高雄地區示範性社區心理衛生中心五年工作計畫」正式成立社區心理衛生中心（楊聰財等，2004a；周才忠，2001）；民國 86 年，板橋醫院心理健康中心成立，高雄縣亦設立社區心理衛生中心（楊聰財等，2004a；陳永興等，2002）。

直至民國 88 年發生 921 大地震，重創台灣中部各縣市，尤其臺中、南投地區受創嚴重。因此，民國 89 年 3 月依據行政院衛生署 921 震災心理重建計畫，分別成立臺中區與南投區「災難心理健康中心」及分站二處，以辦理心理諮詢、心理諮商、自殺防治、藥物濫用防治、心理健康教育宣導和創傷症候高危險群之追蹤輔導工作，來協助處理災後重建的民眾心理健康問題，當時編列大量預算，是我國有史以來規模最大的兩個社區心理衛生中心（楊聰財等，2004a；周才忠，2003；李明濱等，2002），也因此契機使政府開始正視心理健康工作的重要性。

民國 89 年，台北市政府委託台北市立療養院籌備辦理，並於 12 月 21 日正式成立台北市社區心理衛生中心；同年嘉義市亦在市長指示衛生局辦理下成立社區心理衛生中心（周才忠，2001）；民國 90 年金門縣、彰化縣相繼成立社區心理衛生中心；民國 91 年基隆市、宜蘭縣和花蓮縣相繼成立社區心理衛生中心（周才忠，2003）。

目前，台澎金馬地區已有 28 個社區心理衛生中心（周才忠，2003），若以主導單位來區分，我國社區心理衛生中心組織架構大致可分為兩種，一種是由醫療院所主導運作，如：南投區、北縣三重和板橋、高雄市；另一種是由衛生局主導運作，如：金門縣、基隆市、宜蘭縣、花蓮縣、台北市、新竹縣、臺中區、台南市、嘉義市、嘉義縣、高雄縣等（楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳韻、

吳文正，2004a)。

由於，兩家災難心理健康中心已分別更名為「臺中區心理健康服務中心」、「南投區心理健康服務中心」，期望成為常設性機構（楊聰財等，2004a）。加上近年來經歷 921 大地震、SARS 風暴，以及自殺率、犯罪率的增加，促使政府對於社區心理健康工作不敢輕忽。在民國 91 年成立專家委員會，針對臺中和南投區心理健康服務中心進行成效評估；民國 92 年則將專家委員會的研究擴及全國各縣市，參訪並評估各縣市已成立運行一年之社區心理衛生中心（楊聰財等，2004a），便漸漸型塑出我國社區心理健康工作特有的模式、目標和評鑑工作，使其朝向專業、高效率和高品質的方向邁進。

貳、台灣心理健康工作的概況

台灣心理健康工作發展至今已將近五十年，但大多數民眾卻還是對心理健康有污名化的觀念，大部分的社區心理衛生中心也呈現制度不全和專業、人力、經費等不足的狀況，是故與政府以往對心理健康政策的制訂或重視程度有關，而這之間究竟是受哪些政策和原因的影響呢？以下將針對台灣心理健康工作的現況作一整理說明。

一、台灣心理健康工作的現況

在學理上，心理健康預防工作分為三級：初級預防的心理健康服務是幫助沒有心理困擾與精神疾病的民眾，預防心理困擾與精神疾病的發生；次級預防的心理健康服務是幫助有心理困擾與精神疾病的民眾，預防心理困擾與精神疾病的惡化；三級預防的心理健康服務是幫助有精神疾病的民眾，預防精神疾病的慢性化或導致殘障（Duffy & Wong，2003；林家興，2003）。而目前台灣的心理健康工作之推廣主要由社區心理衛生中心和民間心理相關單位來執行，然而每個單位所著重的重點不盡相同，為瞭解各社區心理衛生中心的服務內容概況，研究者將

楊聰財等學者在 2003 年參訪的 15 家社區心理衛生中心之工作內容比較表列出，如表 2-2-1。

表 2-2-1 台灣地區 15 家社區心理衛生中心之工作內容比較表

	總計 (N=15)	金 門 縣	基 隆 市	台 北 市	北 縣 板 橋	北 縣 三 重	宜 蘭 縣	新 竹 縣	台 中 區	南 投 區	台 南 市	嘉 義 市	嘉 義 縣	花 蓮 縣	高 雄 市	高 雄 縣
初段預防	n=15	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1. 心理諮詢及諮商服務	15, 100%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 衛生教育宣導、社區講座	15, 100%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3. 轉介服務及資源連結	15, 100%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4. 憂鬱症防治	14, 93.3%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. 災害心理重建	12, 80%		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
6. 成長團體	5, 33.3%			○	○		○			○					○	○
7. 社區老人服務	4, 26.7%	○				○		○					○			
8. 研究調查工作	3, 20%							○	○							○
9. 心衡衡鑑	2, 13.3%				○	○										
次段預防	n=15	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1. 自殺防治及通報	13, 86.7%	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 家暴暨性侵害防治與諮商輔導	6, 40%	○		○	○	○	○									○
3. 治療(支持)團體	5, 33.3%			○		○	○		○							○
4. 心理健康、精神科門診	3, 20%			○	○	○										
5. 強制就醫或治療	3, 20%						○	○						○		
6. 發展遲緩兒處遇及早期療育	2, 13.3%	○														
三段預防	n=1															●
1. 精神衛生個案追蹤管理	1, 6.7%															○
其他	n=15	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1. 在職或專業人員訓練	14, 93.3%	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 志工招募及培訓	9, 60%	○				○	○	○	○	○	○	○				
3. 實習生招收訓練	5, 33.3%	○			○	○		○							○	
4. 網站架設	3, 20%			○					○						○	
工作項目總計		9	8	10	11	13	11	11	11	10	9	8	9	8	11	10

資料來源：楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳韻、吳文正（2005），頁 41。

心理健康之預防工作分為三級，但是一家社區心理衛生中心不可能包辦全區全部的心理健預防工作，故楊聰財等（2005）建議社區心理衛生中心的工作應以第一級、第二級預防為核心工作，將第三級之精神疾病復健回歸醫療體系與其他社區復健機構。由表 2-2-1 來看，目前各縣市的社區心理衛生中心的工作重心皆在第一級和第二級預防；然而，在第二級預防方面，可以顯見僅有「自殺防治與通報」是超過八成的社區心理衛生中心之工作重點，但其餘的二級預防工作皆不超過五成社區心理衛生中心工作。由此可見，大多數社區心理衛生中心的服務尚停留在第一級預防的層級，無法發揮直接協助民眾處理心理問題的功能（楊惠卿、林家興，未出版）。

台灣現階段心理健康工作的缺口在於第二級預防的工作，也就是針對有問題傾向的情緒或心理困擾民眾，進行危機介入以獲積極的控制解決。一般民眾在心理有困擾時，無法得到高品質的心理健康服務，因為缺乏提供直接服務之常設機構，除非有機會透過專業轉介，否則一般人很少能在社區中接觸到直接服務的專業諮商管道（楊惠卿、林家興，未出版）。近十年來，台灣社區心理衛生中心發展雖然表面上呈現一片繁榮與多元景象，但實際存有許多隱憂、茫然、無助與失據（周才忠，2003）。由以上資料看來，至今台灣各縣市已皆設有心理健康中心，然而多年來因政府衛生機關的政策影響，心理健康一直以臨床取向為主，一般民眾心理健康預防與直接服務的工作卻甚為缺乏。所以，如何由臨床取向而改變至契合民眾所需，並落實一般社會大眾心理健康預防與直接服務工作，即是目前台灣心理健康工作所必須重視的重點。

二、台灣心理健康政策的擬定與限制

「精神衛生法」是當年國家財政困難的時空背景下之產物，其宗旨與目標都侷限於加強對精神病患的醫療照護（行政院衛生署，2001），而不是著重在一般大眾的心理健康促進與教育。

在精神衛生法立法前後，有許多專家學者都曾對該法提出不同的看法與見解，對於精神衛生法內容的批評，主要看法是認為該法過於窄化(唐文慧，1997)。但「精神衛生法」已成為台灣精神醫療工作的法源，並主導了日後的精神醫療保健政策(戴傳文，1998；唐文慧，1997；宋維村，1987；陳珠璋，1987)。之後心理健康政策的制訂與推動，皆著眼點在於充實精神醫療院所的建立與精神科病床的擴充，精神科醫師專業人數與品質的提升，以醫院醫師為中心所建構的社區精神醫療網，以精神病人發病時的緊急就醫治療為主。精神醫療網的建立與規劃雖有社區概念，但是卻限於社區中的小型診所與醫院精神科門診的轉介工作，精神醫療網中皆以醫院臨床治療為中心(王國羽，1997)。以上皆凸顯了社區心理健康資源分配不均，萎縮了非醫院的心理健康工作者的專業舞台，同時相關的心理專業人力資源未能充分運用，這些現象如果持續沒有改善，對於同屬心理健康團隊的心理師與社工師，以及有需求的民眾都是極大的損失(楊惠卿、林家興，未出版)。

而學者分析其原因，主要來自於：台灣的心理健護行政單位層級過低、衛生福利官僚的政治性格不夠、社會福利體系相對弱勢、衛生與福利事權不明、國民衛生教育長期未受重視……等等(唐文慧，1997)。即使近年來攸關兒童青少年的多項法案陸續通過，如少年福利法、兒童福利法、少年事件處理法、家庭暴力防治法、性侵害防治法等，使服務項目擴大含括到親職教育輔導、心理諮商輔導、偏差行為矯治等。但是，這些法案並未明確設置相關的專業處遇人員與編制，例如諮商師或心理師，以致於難以提供兒童青少年與成人在心理健康保健方面的協助(林家興，2002)。從以上的分析看來，足以證明台灣仍有身體健康優於心理健康的偏差觀念，這也是為何心理健康工作一直不受重視的原因之一。

然而歷經十幾年，精神衛生法實有重新檢討的必要，如何訂定一個兼具醫療性格與社會性格的心理健護法，一個關照全民心理健康需求之所在，並與整體社會生活品質息息相關之更寬廣的心理健護架構，亦即當民眾感受到心理痛苦時能獲致解決協助的實質管道，推展積極性社區化的全民心理健康政策，才是當前政府應該努力的方向(楊惠卿、林家興，未出版)。由回顧台灣心理健康政策的擬定與限制看來，精神衛生法已不符合現今社會所需，除了重視精神醫療，我們

亦需要重視一般民眾之心理健康，故台灣心理健康政策有其重新檢討和修訂的必要性。所以，政府需要突破精神醫療本位的思維，重新建立新的心理健康服務制度和政策。

參、美國心理健康工作的歷史

由於，台灣心理健康工作之發展遠遠落後於歐美國家二十多年，故整理、瞭解外國的心理健康發展沿革，一方面可學習到先進國家社區心理健康演進的軌跡，另一方面可當作台灣在發展心理健康時的借鏡，以下將針對美國社區心理健康的發展沿革做一說明。

楊聰財等（2004a）指出美國在1944年二次世界大戰時，突顯了專業精神醫療人員的不足，也發現精神醫療的病因、預防和治療遠遠落後其他領域的公共衛生專業和醫學科學。軍隊中神經精神科學的主任，William Menninger 醫生，也是這個領域傑出的專家，呼籲聯邦政府應有所行動。於是公共衛生服務處的精神衛生保健部門首長，Robert H. Felix 醫生便向美國軍隊醫療單位提出一樣全國性精神衛生的計畫，此項計畫促成了1946年的全國精神衛生法案。第二次世界大戰以後，歐美國家對於精神疾病醫療的專業化工作相當迅速地發展開來，大家也逐漸地重視到心理健康之重要性。

到1960年代，精神醫學界將領域推向醫院外的治療，陸續推行社區心理健康運動，去機構化的觀念也正式開展（鄭夙芬等，1997），美國社區心理衛生中心運動於是興起「心理健康研究法案」（Mental Health Study Act）的施行（Snow & Newton, 1975），此運動一直表達對於心理疾病治療處遇的國家社會政策的看法（Goodstein & Sandler, 1978）。

1955年美國國會通過「精神衛生研究法案」，堪稱為一個「在社會與經濟上，針對精神衛生進行全面性、全國性的問題分析與再革新」。這項法案交由精神疾病與衛生聯合委員會（Joint Commission on Mental Illness and Health）執行研究。此委員會最後提出「精神衛生行動方案（Action for Mental Health）」，提供甘迺迪總統及國會許多關於精神衛生的意見。

美國在 1970 年代，在社區心理健康之計畫及心理健康中心之設立上有突飛猛進之發展（劉亮，1991）。1961 年精神疾病與衛生聯合委員會提出研究成果，也就是「精神衛生法草案」被送入國會。共有十大項對於全國的精神衛生概況與資源報告，希望可以成為「符合美國精神疾病人口需求的全國性方案」（楊聰財等，2004a）。

1963 年 2 月 5 日，甘迺迪總統與國會開始推動社區心理衛生中心發展，他提出所謂「創新的方案」來代替社區中的醫護機構，並發表有關心理疾病及智能不足宣言。同年，國會通過「心智遲緩設施與社區心理衛生中心建設法案（Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Center Construction，即所謂的社區心理衛生中心法案）」，並於 10 月 31 日正式立法。此法（Community Mental Health Centers Act）依據各州的人口百分比、地理範圍和財政需求，給予社區心理衛生中心設置的經費補助，並規劃社區心理衛生中心應有以下服務：住院照護、門診照護、部分住院、緊急照護、諮商和教育；這個法案的重要推動者，包括甘迺迪總統、心理疾病與健康聯合委員會，以及美國醫學會等（楊聰財等，2004a；周才忠，2003；鄭夙芬，1997；Weaver & Koenig，1994；中國輔導學會，1991；行政院研考會，1981）。

Willian（1996）表示在二十世紀後期，治療精神疾病的理念，傾向不再強調療養院式的照護體系，這種轉變被認為較為人性化，而且有著較高的成本效益。而社區心理健康的觀點認為社區是人們的生活和工作的地方，也是人們社會支持系統所在，因此也是行為、情緒及認知疾病源生和發作的地方。所以必須從社區找到解決辦法，而且也應該在社區執行治療。在靠近病患的家附近，設置一些合理的設施，給予較廣範圍的服務，希望服務是可立即提供、容易接受且有所持續，保障精神病患自由人權，給予最少約束的治療（treatment in the least restrictive setting），除非是危險性精神病患，否則不能強制其住院治療（謝佩卿，1987），至此，整個社區心理健康的觀念，已漸漸在社區中普遍展開。

但是，「社區心理衛生中心法案（Community Mental Health Centers Act）」通過後的內容與原先的理想架構相去甚遠，原因來自許多利益相關團體（例如美國醫師學會、醫院的勞工代表等）的杯葛，使得完成立法的內容強調在傳統的臨

床服務（住院照護、門診照護、日間照護、24 小時緊急照護），而預防方案只是一個註腳罷了，附屬在諮詢與教育服務當中的一部份（Heller et al., 2000）。而 1980 年美國聯邦政府亦因預算緊縮，使得大部分社區心理衛生中心將預防服務方案減少、取消，或是將資源移轉到臨床方案的服務上，忽略社區心理衛生中心預防性的角色（楊聰財等，2004a）。

在「社區心理衛生中心法案」經過三、四十年的過程中，美國公共政策的許多改變使得國家心理健康施政方向有所轉變（周才忠，2003）。當初美國心理健康改革運動重要發起人之一的 Gerald Caplan 在 1964 年「Principles of Preventive Psychiatry」、1970 年「The Theory and Practice of Mental Health Consultation」等相關論著，至今仍提供社區應該發展預防與諮詢之心理健康服務模式的有用參考（周才忠，2003）。而社區心理衛生中心才能夠開創出自己的服務方向，減少完全依賴在不完善的國家心理健康政策之上，並為社區民眾提供較契合所需的服務（Werner & Tyler, 1993）。由以上資料可見，美國心理健康政策也是由臨床取向而改變至契合民眾所需的服務，可作為我們台灣在推動符合民眾需求的心理健康政策之參考依據。

肆、美國心理健康工作的概況

美國社區心理健康發展已有五十多年歷史，經過國家政府的重視和政策的改變等因素，漸漸地心理健康的觀念已深植民心，現今的美國民眾並不忌諱前往精神科或心理健康中心求助，這已是普遍且正當的行為。然而，什麼樣的觀念和制度可以讓美國民眾如此放心地前往心理健康機構或精神科求助呢？這是台灣在推廣心理健康時所需要學習的，以下將就研究者所瞭解和文獻資料做一說明。

一、明確的法律體系

美國在心理健康方面的法規較為完備，以強制住院為例，加州心理健康法

第 5150 條款規定：警察及心理健康專業負責人發現民眾有危害公共秩序時，都可依職權範圍，留置需要的民眾在醫院中 48 小時。這些民眾需要符合自傷傷人，以及嚴重自我照顧能力缺損。故在美國的社區，若有一個人出現精神困擾症狀，需要尋求協助，其個案負責人（Care Manager）可能是任何一種有執照的心理專業人員，而不限定是精神科醫師（楊聰財等，2004a）。林家興表示美國的心理康工作人員必須能夠同時扮演幫助個案的治療者，以及代表政府或公眾的監督者（中國輔導學會主編，1991）。在法令規定下，奠定了消費者對心理健康服務的信賴，也促進心理健康專業人員的自我要求（楊聰財等，2004a）。

二、自律的專業倫理

專業倫理的自律即指心理專業人員對求助民眾隱私的保密，這使民眾有被保護的信心並願意相信使用心理健康服務體系。基本上，民眾至與州政府簽約加盟的心理健康體系求助，使用加州政府的醫療預算，就沒有所謂資料流通的問題。但是若民眾表示要自費，這時候資料在不同機構間流通就受到法律的限制，所以通常此時心理專業人員會請求助民眾簽署授權同意書，內容至少包含能與以前看過的醫生聯繫、交換資訊和同意緊急狀況時可聯絡家屬等（楊聰財等，2004a；牛格正，1991）。

三、多元價值的尊重

若心理健康工作出現瓶頸，舊金山政府認為「如何讓心理健康體系運作更有效率」是一種商業問題，所以會組成問題調查委員會，以消費者和沒有相關的社會人士為主，委員包含一位醫師、一位護士，其餘為至少近半數的病人家屬或前任病友。期望使政府更能提昇效能，心理健康專業需要尊重非心理健康之專業在經營管理上的能力，避免自己在其中立場的混淆。如此尊重消費者的態度，更讓心理健康專業服務到民眾的真正需求，也讓民眾更加信賴心理健康服務（楊聰財等，2004a）。

四、重視個案管理模式及機構之間的聯繫合作

美國心理健康中心的服務型態更以多元專業人力結構、預算導向的跨領域工作整合、有效就醫資訊管理，和完整的社區心理服務以減少住院醫療支出等為其特點（楊聰財等，2004a）。

美國舊金山心理健康體系是由多重心理健康專業共同運作，包括精神科醫師、臨床心理師、婚姻家庭諮商師和有執照的醫務社工，都可基於同等的專業地位，提供心理諮商服務和簽署相關文件，進行強制住院處置。林家興亦表示美國社區心理衛生中心通常採行團隊工作方式，包括不同專業訓練與臨床技能的專業與半專業人員，而心理治療師和個案管理員將花更多時間在治療計畫的協調與執行（中國輔導學會主編，1991）。

政府提供補助和與心理健康機構簽約加盟，也促使專業之間的合作動力，通常社區內有執照的個案負責人制度是相當重要的，這是個案進入心衛體系的入口，也是負責第一層檢傷分類及處置判斷的守門人，並由其管理社區個案的病例記錄累積和完全掌握社區個案的狀況。這樣的考量基於便利性（個案負責人就在個案自己的社區附近）和將社區裡的個案都留在社區中，非不得已才去住院（楊聰財等，2004a）。林家興亦表示美國社區心理衛生中心重視不同性質機構間的合作，使個案一出現行為或心理問題時，能夠從一個機構，追蹤輔導到另一個機構，對個案的輔導才有整體性與連續性可言（中國輔導學會主編，1991）。

依相關資料將台灣（台北）與美國（舊金山）心理健康體系的差異作一整理，如表 2-2-2 台灣（台北）與美國加州（舊金山）心理健康體系比較表，以作為本研究供參考之用。

表 2-2-2 台灣（台北）與美國加州（舊金山）心理健康體系比較表

	台灣	美國加州（舊金山）
轄區及人口	轄區幅員廣大 人口眾多且較稠密	轄區範圍適當 人口數約 7500 人至 20 萬人
社區資源運用	醫療院所 政府行政單位 民間機構團體	醫療院所 政府行政單位
分站設置	少數社區心衛中心有設置分站 （南投區 3 分站，台中區 4 分站）	多數社區心衛中心都有設置分站
諮詢委員 會的組成	90%以上相關領域之專家學者，再加上部分政府單位行政執行者。	
基本從業人員 權力結構	只有醫師有決定權	有執照心裡衛生專業者有權做診斷及強制就醫
從業人員人數	較少（也許極少）	較多
民眾對心衛體系的接納參與度、治療類型（醫療機構）	低 急診 住院治療（天數較長） 門診（多在醫院）	較高 急診 住院治療（天數較短） 門診（多在社區）
治療類型（社區）	居家治療 社工支持服務 日間醫院（許多在醫院） 醫療服務（許多要回醫院） 中途之家 個案管理（表面化） 就診資料分散，不易瞭解單一個案 在政府資源支出狀況	社區門診 居家治療 社工支持服務 日間醫院（在社區） 醫療服務（在社區） 安置服務（中途之家） 個案管理（整合深入服務） 就診資料電腦化共享，易於控制政府支出
理念	對隱私、人權、倫理的考慮較少由上而下，計畫執行 相關委員會絕大多數由專業人員組成	考慮多，有法律保護 強調商業關係、務實取向 相關委員會由專業人員、消費者及利益團體代表組成
機構單位間的互動關係	在長官命令下合作 各自規劃 各自提供不同服務 各自在乎自己的業績要從頭到尾一手包辦	長官以預算導向要求各單位合作 提供單一服務標準 不同部門整合，共用一筆預算
業務審核、品質管制	Auditing	Auditing Quality Assurance(Utility Review) 小組來審核再授權(reauthorization)程序

資料來源：楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謙、吳文正（2004a），頁 29。

第三節 社區心理健康服務需求相關研究

本節旨在探討與整理心理健康服務項目及主題相關研究、心理健康服務需求相關研究，以下將綜合整理相關文獻，以作為進行本研究之參考。

壹、心理健康服務項目及主題相關研究

一、心理健康服務項目及主題

「格瑞思心理工作室」於 1999 年成立，而 2004 年 9 月通過臺北市衛生局的認證，成為全台第一間「心理諮商所」，其主要服務內容有個別諮商、家族治療、工作坊、團體諮商、親職教育、康老師信箱等（徐佳玲，2005）；馬偕醫院協談中心的主要工作項目有個別心理諮商、心理衡鑑、心理健康推廣、團體輔導、電話協談等（徐瑋婷，2005）；「觀新心理成長諮商中心」於 1997 年成立，隨著心理師法的通過，於 2005 年 2 月 24 日申請核准成為合格的心理諮商所，目前提供專業輔導、義工訓練、團體輔導、個別諮商及演講等（孫正大，2006a；孫正大，2006b）；天力亞太心理諮商所的主要服務項目有個別諮商、電話協談、團體訓練課程等（曾淑玲，2006）；張老師基金會台北分事務所的主要服務項目有個別諮商、心理測驗、輔導知能研習與訓練（義工訓練）、心理健康推廣活動、專欄、廣播、企業代訓及公關聯繫等（臺北張老師，2006）；臺北市生命線協會的主要服務項目為電話協談、晤談輔導、網路輔導（Email 電子信件）、教育講座、成長團體、提供網路社會教育與社會資源，以及志工訓練等（臺北市生命線協會，2006a）。以上每個心理諮商所大致上包含個別諮商、團體輔導、心理測驗、電話協談、心理健康推廣和志工訓練等服務項目。

格瑞思心理工作室的主要個案有兒童、青少年、成人等，兒童多為情緒困擾、過動症和亞斯伯格症所併發的人際及學習問題，青少年則為社交恐懼症、情

緒問題和親子衝突，成人則為焦慮症和憂鬱症，團體主題則有情緒困擾、人際訓練、自我成長和親職教育等（徐佳玲，2005）；觀新心理成長諮商中心提供的團體主題包含人際溝通、自我成長、自我肯定訓練、…等（孫正大，2006a）；企業職場人士是天力亞太心理諮商所的主要服務族群，但也擴及至其家屬，其服務主題通常包含生涯發展、個人成長、人際關係、壓力管理、衝突處理、情緒表達及溝通、親子關係、婚姻家庭，以及心理創傷等（曾淑玲，2006）；仁康醫院心理諮商室主任張慈莉心理師表示主要個案為兒童、親職、婦女憂鬱等，男性較少，兒童個案比較多的是學習障礙、情緒障礙、人際溝通障礙、過動等，成人部分則以憂鬱、恐慌類型較多（徐瑋婷，2006）。

另外，臺北市政府衛生局於 2005 年 7 月在文山區、信義區開辦社區心理諮商門診，以其 7 月 51 份社區心理諮商服務滿意度問卷統計結果顯示：年齡以 31-40 歲（23.5%）居冠、11-20 歲和 41-50 歲（皆為 19.6%）為第二，討論議題依次為壓力調適、情緒管理、人際關係、親子教養、生涯規劃、職場工作、精神疾病、兩性關係、婚姻家庭、學業考試及法定通報問題等（孫正大，2005）；張德聰、黃正旭（2001）針對張老師中心的求助者特性作一分析，結果顯示：網路諮商的求助問題以兩性問題最多，再來為人際問題、家庭問題，網路函件輔導依序為兩性問題、人性觀、家庭問題等，一般諮商則依序為兩性問題、人際問題、家庭問題等；臺北市生命線協會於 2005 年度的網路信件個案統計分析中，顯示個案問題主要為情緒問題，依序為感情問題、家庭問題（臺北市生命線協會，2006b），而於 2006 年度的電話協談個案統計分析中，顯示個案問題以精神疾病為多，依序為情緒困擾、感情問題與家庭問題（臺北市生命線協會，2006c）。以上心理諮商所服務對象涵蓋小孩、青少年、成人，討論主題包含各階段和場合所會面臨的議題等。

二、心理健康服務項目及主題之相關研究

下列為心理健康服務項目及主題的相關研究之說明：

楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳猷、吳文正（2004b）針對臺中區、

南投區兩家心理健康中心五年來如何自災難心理健康中心轉型為社區性的心理健康中心進行研究，並比較分析其基本背景、業務內容、運作特色、成長與轉變，以提供政府規劃社區心理機構設置標準之參考。以專家焦點團體和 CIPP 評估模式為資料收集工具，最後進行實地訪察與紀錄。結果顯示兩中心皆以「個案服務」、「自殺防治」、「資源網絡連結服務」、「社區宣導方案」和「教育訓練」等方案作為工作主體架構。

陳永興、林秀華、錢靜怡和楊翰焜（2002）評估高雄市社區心理衛生中心試辦計畫，由工作成果評估的檔案分析；與來談者、專家和往來機構之意見；社區和社區民眾憂鬱狀態等調查方法，來考驗其社區心理衛生中心的服務效能及模式，並瞭解社區民眾的心理健康需求。如單從社區民眾心理健康需求調查結果來看，受訪民眾是從高雄市 11 個行政區中，各抽取出 60 人，總樣本數為 660 人。研究發現：「受訪民眾參與心理健康活動情形」為未曾聽過心理健康中心、未參加過社區心理衛生中心的活動、未參加過心理健康方面的演講工作坊或看影片，皆佔 53.4% 以上的比率；「社區民眾最想得到的心理健康資訊」之前五排名，依次為壓力調適、兒童青少年身心發展、家人溝通、情緒管理與生理健康。

周玉真（1998）以彰化師大社區心理諮商中心為例，研究社區諮商個案之人口特徵與問題，分析該中心 86 年度 158 位接受諮商的求助個案資料，以了解求助心理諮商服務之民眾特性。結果發現：約四分之一個案在諮商晤談後未再預約、約二分之一個案在 1~5 次諮商晤談後就結束諮商；成人個案主要探討「個人內在」、已婚者主要探討「家庭與婚姻議題」、兒童和青少年個案主要探討情緒困擾、行為問題、學校適應與學習障礙等。

鄭夙芬、文榮光與吳就君（1997）為建構以社區為基礎的心理健康教育內容，並探討不同型態社區所呈現的心理健康教育需求及其差異，以高雄市三民區與屏東縣琉球鄉為研究社區，一方面透過官方統計資料分析社區與人口特性，另一方面對社區之基層領導者共 298 位鄰長進行社區動力與心理健康教育需求之

問卷訪視。研究發現：「民眾最煩惱的事」兩區民眾皆以「子女問題」最多；「民眾參加心理健康活動的主要原因」兩區民眾以「對自己有幫助」選擇最多；「民眾希望醫護人員告知維護心理健康管道」兩區民眾皆以「面對面指導」選擇最多。

MacDevitt 與 MacDevitt (1987) 描述其在鄉村地區利用一種低成本的調查形式所做的需求評估，由電話簿隨機抽取密西根州 520 戶家庭為受訪戶，以開放式問題與複選題詢問有關社區心理健康的需求與服務、家庭心理健康需求、過去使用服務經驗與未來教育性外展方案的偏好等，實際有效受訪樣本為 324 通。研究結果顯示受訪者最需要的心理健康需求是如何因應情境的壓力源，並相信最適合處理其問題的方法是個別諮商與團體諮商；38% 的受訪者表示本人或家庭成員曾經尋求過專業協助；受訪者也一致建議社區心理衛生中心能提供一般心理健康的教育性資訊與特別服務；受訪者表示最想參加「憂鬱處理」、「挫折管理」和「減重」等主題之工作坊，而偏好參與的時間為冬天工作日的傍晚。

Hinkle 與 Ivey (1969) 為社區心理衛生中心調查鄉村居民對於心理健康的態度，採取隨機抽取到家訪談方式，瞭解受訪居民對於心理健康的態度，之後進行社區領袖會談，最後將資料整理歸納。結果顯示對於心理健康活動，受訪居民主要知道的是測驗、諮商與轉介等直接服務，而教育與諮詢服務僅偶而被提及；受訪社區領袖一般普遍認為心理健康中心是需要的，然而，其與受訪居民在心理健康的認知與態度上並沒有明顯的差異。

貳、心理健康服務需求相關研究

一、不同變項民眾心理健康服務需求之相關研究

臺北市政府衛生局於 2005 年 7 月在文山區、信義區開辦社區心理諮商門診，以其 7 月 51 份社區心理諮商服務滿意度問卷統計結果顯示：性別以女 (68.6%) 多於男 (31.4%)；教育程度則以大專 (49%) 居冠、高中職 (21.6%) 為

第二；資訊來源前三名依次為社區心衛中心(31.4%)、其他(27.5%)、媒體(21.6%)等(孫正大, 2005)。

張德聰、黃正旭(2001)針對張老師中心求助者特性作一統計分析, 結果顯示網路諮商中, 女性多於男性, 教育程度依序為專科、大學、高中; 網路函件輔導中, 女性多於男性, 教育程度依序為高中、專科、大學; 一般諮商中, 女性多於男性, 教育程度依序為高中、專科、大學。

臺北市生命線 2005 年的網路函件輔導個案統計報告指出使用者中, 男性占 24.3%, 女性占 75.3%, 歷年的統計資料顯示兩性在運用網路求助以女性較多, 人數高達男性的 2-3 倍; 教育程度以高中(33.2%)最高, 大學(33.0%)次之, 而專科占 16.9%; 函件輔導大多需與案主再多做澄清、核對及搜集相關明確的訊息, 所以再約談情形居首位(70.8%), 一次結案者(27.6%)次之(臺北市生命線協會, 2006b); 2006 年的電話協談個案統計分析中, 顯示女性多於男性, 教育程度以高中為最多, 依序為大學、專科(臺北市生命線協會, 2006c)。

陳永興、林秀華、錢靜怡和楊翰焜(2002)評估高雄市社區心理衛生中心試辦計畫, 研究發現:「受試基本資料」為女多於男、教育程度以高中職居多、宗教以佛教最多、平均年齡 45.7 歲、無業者最多;「民眾遇到心理問題時的因應方式」之前三排名, 依次為想開了就好、找朋友談與做休閒活動;「民眾接受專業人員輔導的意願」有 66.2%民眾願意, 且以社區心理諮商師居多;「民眾對知覺到不舒服時的解釋方式」是以認為心理身體都有病者最多;「適合心理健康活動舉辦的時間」為週六下午及晚上。

陸瑞玲(1999)探討鄉村型社區居家慢性精神病患心理健康需求, 以宜蘭縣鄉村型社區為例, 共收集了 100 份有效問卷。其研究採結構式問卷, 實際訪談個案及其主要照顧者, 瞭解其心理健康照顧需求, 並由研究者評估其心理健康需求之項目和滿足及未滿足之情形。研究結果顯示個案心理健康需求滿足與未滿足

之比例為 1：5。

周玉真（1998）以彰化師大社區心理諮商中心為例，研究社區諮商個案之人口特徵與問題，結果發現男女的比例約 2：3；教育程度以高中職成人個案最多；未成年個案約佔五分之二。

楊明仁（1998）試圖探討個人之社區生活經驗，包括社區社會結構、鄰里經驗與心理健康狀態之關係。以立意取樣的方式，選取高雄市三民區、高雄縣仁武鄉、阿蓮鄉、三民鄉等社區之居民，共 416 名作為研究對象，進行訪問調查研究。問卷內容包括：研究對象背景資料、社區之鄰里生活經驗及中國人健康量表等。社會結構變項之建構，則以官方資料集結建構而成，包括有社區人口密度、社區社會經濟狀況、社區穩定度等。研究結果顯示，影響心理健康狀況之因素有個人每個月家庭平均收入、居住社區低收入戶比率與感受社區社會支持程度等；收入越低，社區社會支持程度越差；居住社區低收入戶比率越高者，則心理健康狀態越不佳。

Hinkle 與 King（1978）選擇阿拉巴馬州 Auburn 一個 27000 人居住的社區小鎮為母群體，比較以面對面訪談、電話訪問和郵寄問卷等三種方法來評估心理健康需求，在抽樣、回收率和經濟成本等三方面的優缺點。研究結果顯示面對面訪談的回應率最高約 70%、成本居中；電話訪問的回應率居中約 57%、成本最低；郵寄問卷的回應率最低約 19%、最節省時間、每完成一份問卷的成本最高。另外，可看出三種調查方式在受訪者特徵變項上呈現差異，面對面訪談最能代表全部的社經階層，特別是最低社經地位階層的受訪居民；郵寄問卷對社經地位上層的受訪居民最有利，尤其是曾接受過心理健康服務的受訪者；電話訪問則偏向社經地位中間階層的居民，特別是已經面臨心理健康問題的受訪者。

Hinkle 與 Ivey（1969）為社區心理衛生中心調查鄉村居民對於心理健康的態度，結果顯示 79% 的受訪居民習慣依賴牧師、醫師和律師來解決問題，尤以牧師為居民心理健康問題的主要協助來源；受訪居民的心理健康概念普遍是有限

的，對如何因應生活壓力也缺乏關心。

以上相關研究可以發現下列幾點：

(一) 心理健康服務的使用率有經濟和教育程度上的差異

華人心理治療研究發展基金會執行長王浩威說，國內心理諮商發展有金字塔傾向，在頂端的醫師由於計費非常昂貴，前來心理諮商的族群幾乎都是菁英階層（韋麗文，2006）；國內周玉真（1998）針對彰化師大社區心理諮商中心進行社區諮商個案之人口特徵與問題分析，研究結果顯示：教育程度越高的成人，越能以心理諮商作為其問題解決的資源；從社會經濟的途徑的探討來看，根據曾焜煌的研究（引自余德慧，1986）指出，社經地位在上層者，對於各種精神疾病與適應問題，大多求助於現代西式的醫療與心理輔導，而社經地位中者，則中西並用，但心理適應的問題則求助於傳統民俗文化，至於社經地位下層者，幾乎都以民俗治療為主。亦即目前心理健康服務的使用以經濟能力越好者、教育程度越高者為多。

由於，現代社會工作壓力大，人際關係緊張，「心理治療」逐漸成為國內新興行業，雖然坊間成立的心理諮商所、診療所屈指可數，但是要價並不便宜，個人諮商一小時的行情價，從 1500 至 2500 元不等（張雅雯，2006）。所以，臺北市政府為能協助民眾維持良好的心理健康，目前北市衛生局以補助款辦理「社區心理健康諮商門診」，民眾只需要花掛號費 50 元，就可與心理師面對面諮商 30 分鐘，於 2006 年 1 月已在臺北市其中十個行政區全面推動這項服務，醫護管理處心理健康股長杜仲傑指出，這項服務提供的會談時間不長，就是希望普及給所有的民眾，都有抒發心情的管道（張雅雯，2006）。

(二) 民眾對心理健康服務和專業人員的認識有限

林家興提出美國社區心理衛生中心工作人員包括專業人員（精神科醫師、臨床心理師、臨床社會工作員、心理健康護士、職能治療師等）、半專業人員（社區工作員、青少年工作員、精神科助理、熱線輔導員等），以及義工等（中國輔導學會主編，1991）。

林麗純心理師表示「心理師證照制度的成立對心理師來說是多了一個專業的頭銜，但從民眾的角度來看，卻沒有差別。因為很多人並不瞭解這個專業可以提供的幫助是什麼？什麼情況下用得到這項服務？」(陳玉芳，2005)；林家興(2000)進行諮商與心理治療執業現況之調查研究，研究結果亦顯示 68.1%的受訪執業人員認為「民眾不瞭解我的專業是從事諮商與心理治療執業最大的外在障礙」，並於建議中表示「民眾是心理健康專業消費者，若民眾對心理健康專業不瞭解，自然不會去使用。」。

林家興表示向民眾教育與宣導有關心理疾病的正確資訊，不僅有助於幫助民眾，以更友善、更寬容的態度來對待這些生病的人，且可以吸引更多專業人員和義工走進這個向來受到忽視的領域(中國輔導學會主編，1991)。由此可知，心理健康服務需求的調查和心理健康教育的推廣是很重要的，唯有越貼近民眾的需求、讓民眾越能瞭解心理健康服務和去污名化，才能真正協助和促進民眾的心理健康。

(三) 求助者中女性多於男性

臺北市政府衛生局所辦之社區心理諮商門診，以其 7 月 51 份社區心理諮商服務滿意度問卷統計結果顯示女性多於男性(孫正大，2005)；張德聰、黃正旭(2001)針對張老師中心求助者特性作一統計分析，結果顯示網路諮商、網路函件輔導、一般諮商中，女性皆多於男性；臺北市生命線歷年的統計資料顯示兩性在運用網路求助以女性較多，人數高達男性的 2-3 倍(臺北市生命線協會，2006b)，而 2006 年的電話協談個案統計分析中亦顯示女性多於男性(臺北市生命線協會，2006c)；陳永興、林秀華、錢靜怡和楊翰焜(2002)評估高雄市社區心理衛生中心試辦計畫，研究發現：「受試基本資料」為女多於男；周玉真(1998)研究彰化師大社區心理諮商中心之社區諮商個案的人口特徵，結果發現男女的比例約 2：3。以上相關研究資料皆呈現求助者以女性居多，據此推論女性比男性較願意求助於助人機構、接受幫助。

二、其他相關研究

楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謨、吳文正（2005）為了研究、瞭解台灣地區社區心理衛生中心的基本背景、工作內容、特點、困境與展望等運作狀況，以專家焦點團體和 CIPP 評估模式為資料收集工具，最後進行實地訪察與紀錄。結果發現台灣地區心理健康中心之現況如下：一、普遍缺乏人力與經費；二、工作內容以第一、二級心理健康預防為主；三、半數以上由衛生局主導及執行中心業務，並以資源整合為工作型態。

吳葉沼、李友錚（2005）以企業的思維與技巧從「服務品質」的角度，探討國軍心理健康工作的執行，以陸軍某單位心理健康中心為例。透過問卷統計結果和深度訪談驗證，研究發現國軍心理健康工作的服務品質在「信賴性」、「專業性」和「回應性」產生的「缺口」分屬前三名，而這三個構面正是心理健康工作的核心功能所在，顯示現行國軍心理健康工作未來仍有很大進步空間。

許耕榮、陳嘉鳳、王榮春、韓明榮、林柏煌、周才忠、錢靜怡（2004）受行政院衛生署委託進行「台灣社區心理衛生中心績效評核模式之建立」的研究。研究結果顯示，在都市類的社區心理衛生中心方面，專家學者、中心人員與社區民眾對 12 項評核項目（個案輔導、團體輔導、社區群體預防宣導與教育、專業諮詢、社區危機處置、…等）的重要程度和相對重要性之評定結果，三者評定不具一致性，即表示三者對評核項目的重要程度與相對重要性有差異性。

楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謨、吳文正（2004b）針對臺中區、南投區兩家心理健康中心五年來如何自災難心理健康中心轉型為社區性的心理健康中心進行研究，結果顯示兩中心在組織運作方面，臺中區由縣衛生局長的主任秘書擔任主持人，統籌規劃中心之成立，並以衛生局名義對民間機構資源進行協調整合；南投區中心主持人出身醫院，思考與問題診斷傾向醫療模式，對醫療資源的掌握甚為周全，與政府單位呈現下對上的互動。

洪月嬌、胡正申（1999）透過訪談十五位任職二年以上「心理輔導官」，整理出國軍心理健康服務的主要內容，再應用德爾法技術（Delphi Technique）針對有實務經驗的心輔官實施兩次問卷調查，以評估國軍心理健康服務內容的重要程度。研究發現國軍心理健康服務內容最重要的服務項目為「針對特殊個案實施專案輔導，以協助案主克服困難。」，爭議最大的服務項目為「篩檢與轉介有精神疾病之官士兵，以協助辦理停（除）役服務。」。

陸瑞玲（1999）探討鄉村型社區居家慢性精神病患心理健康需求，以宜蘭縣鄉村型社區為例，共收集了 100 份有效問卷。其研究採結構式問卷，實際訪談個案及其主要照顧者，瞭解其心理健康照顧需求，並由研究者評估其心理健康需求之項目和滿足及未滿足之情形。研究結果顯示個案心理健康需求滿足與未滿足之比例為 1：5，而心理健康需求則以社會或醫療評估最多；在主要照顧者方面，平均年齡為 59.02 歲，其中 41% 為 65 歲以上之老人，而病患年齡平均為 39.1 歲，多屬青壯年，足以顯見許多年邁者仍須負擔照顧慢性精神疾病患者的沉重壓力。

張珪（1997）受衛生署委託評估台北縣試辦心理健康工作計畫，包括組織架構的適當性、社區資源整合及 80 年～85 年五年來的活動成效，以做為未來各縣市推動社區心理健康的參考。評估方法利用訪談法、調查法和檔案資料分析法等，來評估其心理健康工作計畫的成效，其中問卷調查是針對台北縣心理健康中心於 84 年至 85 年間曾去宣導過的學校中 149 為學生為樣本。單就問卷調查的結果顯示：100% 的受試學生沒有參加過心理健康服務中心所舉辦的活動；83.7% 的受試學生未聽過台北縣（或三重地區）心理健康服務中心；74.1% 的受試學生不記得看過到校表演的心理健康宣導舞台劇。

Flaskerud 與 Kviz(1984)以 IMU 社會指標測量方法與受助者（Consumer）調查方法，來決定隸屬 DHHS Region V 的伊利諾、印第安那、密西根、明尼蘇達、俄亥俄、威斯康辛等六州的鄉村地區之心理健康服務需求。研究整體結果顯示，心理健康服務的需求沒有多於其他地區；而社會指標與受助者調查方法之比較使用後，發現社會指標較難以預測需求。