

行政院國家科學委員會專題研究計畫 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

計畫類別：整合型
計畫編號：NSC 100-2629-S-002-001-
執行期間：100年09月01日至101年10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：張訥
共同主持人：謝佳容
計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理人員：鐘佳芳
碩士班研究生-兼任助理人員：王長偉
其他-兼任助理人員：廖昀雅
其他-兼任助理人員：蔡政吟

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

中華民國 102年03月17日

中文摘要：我國雖然已於2008年公布新版的婦女健康政策，但這些政策或相關方案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，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」。

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、建構與散佈傳播理念進行。一方面驗證聯合國對性別主流化下婦女健康的要求，包括生理\社會性別觀念的厘清，健康服務中的性\別偏差，將性\別平等問題納入保健研究，將性\別分析與性\別平等議題納入提供健康服務與照護體系的主流，以及跨部門的性\別平等與健康。另一方面也以行政院婦權會修正出版的性別影響評估手冊，進行檢視，包括現況與困境，不同性別群體參與程度、方案或政策對性/別預期的影響等。也進行與澳洲等國際比較。

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，以感覺需求、呈現需求、比較需求、規範需求四方面進行文獻分析與當事人訪談、次級資料分析，統合性分析。

結果：

我國在心理健康政策與憂鬱症防治政策上對性別的忽視，本研究解構目前在憂鬱症防治上的「性別盲」，從四種需求評估方式明確看到在憂鬱症防治上缺乏性別區隔統計資料，也缺乏性別分析，並未深入去瞭解女性憂鬱的需求為何，瞭解是否有性別差異；在提供醫療服務上，尤其是社會心理介入上也缺乏性別差異的瞭解與探討，在規範需求以性別主流化理念來分析，也發現中央與地方政府即使成立憂鬱症防治網，但並未進行性別需求探討與評估。我國在性別建構導致女性憂鬱的成因上著墨很少，遑論能因此設計治療的方案，這是政府應加強的地方。參考澳洲的發展的性別影響評估，我國在性別影響評估上還有很多基本資料需要蒐集，也需進

行性別分析與檢視，制訂更多與導致介入或改善憂鬱有關的方案或政策。

建議：

我國需要全方位的婦女健康與憂鬱防治的策略與實質內容、我國需要長期追蹤的婦女健康研究、確立性別影響評估作為對健康政策成效的評估工具、建立專責單位的心理健康司。

中文關鍵詞： 性別影響評估、婦女健康政策、憂鬱防治政策

英文摘要： Although the government initiated the new edition of ' National Women Policy' in 2008, gender impact assessment were overlooked. Therefore, the effects or benefits based on the ideology of ' Gender Mainstreaming' were obscure. We need research to test the social construct gender theory and evaluate the appropriateness of Gender Impact Assessment. This is the core purpose of the three year group research proposal.

This is one of a sub- project of the group project. Using depression prevention program /policy as the study target which was a high prevalence rate of women in the society, both international and national in Taiwan.

Based on basic principles of ' gender mainstreaming' from UN and WHO, the study will focus on the concept of depression and management by clarification of sex and gender, gender differences in health service, gender equity in health-related research, gender analysis and equity issues in the mainstream health service.

Goal: by using gender impact assessment as a tool, reassess the existed depression prevention and protocol, deconstruct gender blindness on health-related issues, and how to construct a depression prevention policy and delivery system that has gender sensitivity. We will implement, diffuse and provocative the goal.

The is first year research outcome.

Research goal: Deconstruct the gender blindness on depression prevention issues.

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 government and NGOs) analysis, as well as Meta Analysis.

Results: .

There were rarely mentioned in gender difference among health services, causes of depression, treatment of depression, In addition, how social construct to make depression more prevalent in female and alcoholic or drug abuse among men also were rarely discussed gender issue.

Suggestions:

More gender impact assessment toward depression prevention program or physical and mental health policy as well as suicide prevention program are needed. Second year reconstruction of content with gender lens will be emphasized. More gender impact assessment toward government women health policies are suggested.

英文關鍵詞： gender impact assessment, women health policy, depression prevention program

國科會研究計畫成果報告

研究計畫名稱：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

Gender Impact Assessment and Implementation on Depression Prevention Policy

執行單位：台灣大學健康政策與管理研究所

計畫編號 100-2629-S-002-001

執行期限 2011/09/01- 2012/10/31

主持人 張珏 國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

共同主持人 謝佳容 國立台北護理健康大學

關鍵詞： 婦女健康、性別影響評估、憂鬱症防治

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

摘要

我國雖然已於2008年公布新版的婦女健康政策，但這些政策或相關方案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，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」。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、建構與散佈傳播理念進行。

一方面驗證聯合國對性別主流化下婦女健康的要求，包括生理\社會性別觀念的厘清，健康服務中的性\別偏差，將性\別平等問題納入保健研究，將性\別分析與性\別平等議題納入提供健康服務與照護體系的主流，以及跨部門的性\別平等與健康。另一方面也以行政院婦權會修正出版的性別影響評估手冊，進行檢視，包括現況與困境，不同性別群體參與程度、方案或政策對性/別預期的影響等。也進行與澳洲等國際比較。

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，以感覺需求、呈現需求、比較需求、規範需求四方面進行文獻分析與當事人訪談、次級資料分析，統合性分析。

結果：

我國在心理健康政策與憂鬱症防治政策上對性別的忽視，本研究解構目前在憂鬱症防治上的「性別盲」，從四種需求評估方式明確看到在憂鬱症防治上缺乏性別區隔統計資料，也缺乏性別分析，並未深入去瞭解女性憂鬱的需求為何，瞭解是否有性別差異；在提供醫療服務上，尤其是社會心理介入上也缺乏性別差異的瞭解與探討，在規範需求以性別主流化理念來分析，也發現中央與地方政府即使成立憂鬱症防治網，但並未進行性別需求探討與評估。我國在性別建構導致女性憂鬱的成因上著墨很少，遑論能因此設計治療的方案，這是政府應加強的地方。參考澳洲的發展的性別影響評估，我國在性別影響評估上還有很多基本資料需要蒐集，也需進行性別分析與檢視，制訂更多與導致介入或改善憂鬱有關的方案或政策。

建議：

我國需要全方位的婦女健康與憂鬱防治的策略與實質內容、我國需要長期追蹤的婦女健康研究、確立性別影響評估作為對健康政策成效的評估工具、建立專責單位的心理健康司。

Abstract

Although the government initiated the new edition of “National Women Policy” in 2008, gender impact assessment were overlooked. Therefore, the effects or benefits based on the ideology of “Gender Mainstreaming” were obscure. We need research to test the social construct gender theory and evaluate the appropriateness of Gender Impact Assessment. This is the core purpose of the three year group research proposal.

This is one of a sub- project of the group project. Using depression prevention program /policy as the study target which was a high prevalence rate of women in the society, both international and national in Taiwan.

Based on basic principles of “gender mainstreaming” from UN and WHO, the study will focus on the concept of depression and management by clarification of sex and gender, gender differences in health service, gender equity in health-related research, gender analysis and equity issues in the mainstream health service.

Goal: by using gender impact assessment as a tool, reassess the existed depression prevention and protocol, deconstruct gender blindness on health-related issues, and how to construct a depression prevention policy and delivery system that has gender sensitivity. We will implement, diffuse and provocative the goal.

The is first year research outcome.

Research goal: Deconstruct the gender blindness on depression prevention issues.

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 government and NGOs) analysis, as well as Meta Analysis.

Results: .

There were rarely mentioned in gender difference among health services, causes of depression, treatment of depression, In addition, how social construct to make depression more prevalent in female and alcoholic or drug abuse among men also were rarely discussed gender issue.

Suggestions:

More gender impact assessment toward depression prevention program or physical and mental health policy as well as suicide prevention program are needed. Second year reconstruction of content with gender lens will be emphasized. More gender impact assessment toward government women health policies are suggested.

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)。

因此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。本報告是第一年。

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，爲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）它爲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）。

研究目的：

以性別影響評估的理念與指標，重新檢視既有憂鬱防治政策與方案，能由性別的經驗出發，第一年在於**解構**健康議題中之性別盲；第二年目的在於探討如何**建構**具性別敏感度的憂鬱防治政策與服務輸送系統；第三年探討如何將此成果**擴散與倡議**。本年度計畫目的在於**解構憂鬱症防治中的性別盲**。

研究方法： 第一年

透過文獻探討與深度訪談，進行國內外政府單位、醫療單位與民間團體，在憂鬱的防治上，是否切實落實憂鬱女性改善憂鬱狀況的需求。採用統合分析(meta analysis)進行文獻分析至憂鬱病因探討。

1. 以性別影響評估的理念及指標，解構既有憂鬱防治政策及方案相關資料所具有的性別迷思。
2. 蒐集國內外憂鬱症實證研究結果，並蒐集國外以憂鬱和心理健康促進為主，所進行之性別影響評估的案例。
3. 依據聯合國「性別主流化的婦女健康」政策架構分析（UN, 1998；張珏，2000；Bureau of Health, 2003）。
4. 由次級資料探討影響不同性別憂鬱所發生的可能原因，其介入方案是否有性別視角。

性別影響評估方法：Crawley & O'Meara (2004) 指出性別影響評估過程，政策規劃與執行負責人要謹記下列兩個問題：(1) 這些政策是否潛藏著性別歧視與性別不平等？(2) 這些策政能否改變性別差異或性別不平等的現象？Crawley & O'Meara 認為性別影響評估實施之時，所有參與評估者除運用性別統計資料與性別分析之用，應徹底地了解下列性別影響評估的個人核心價值。

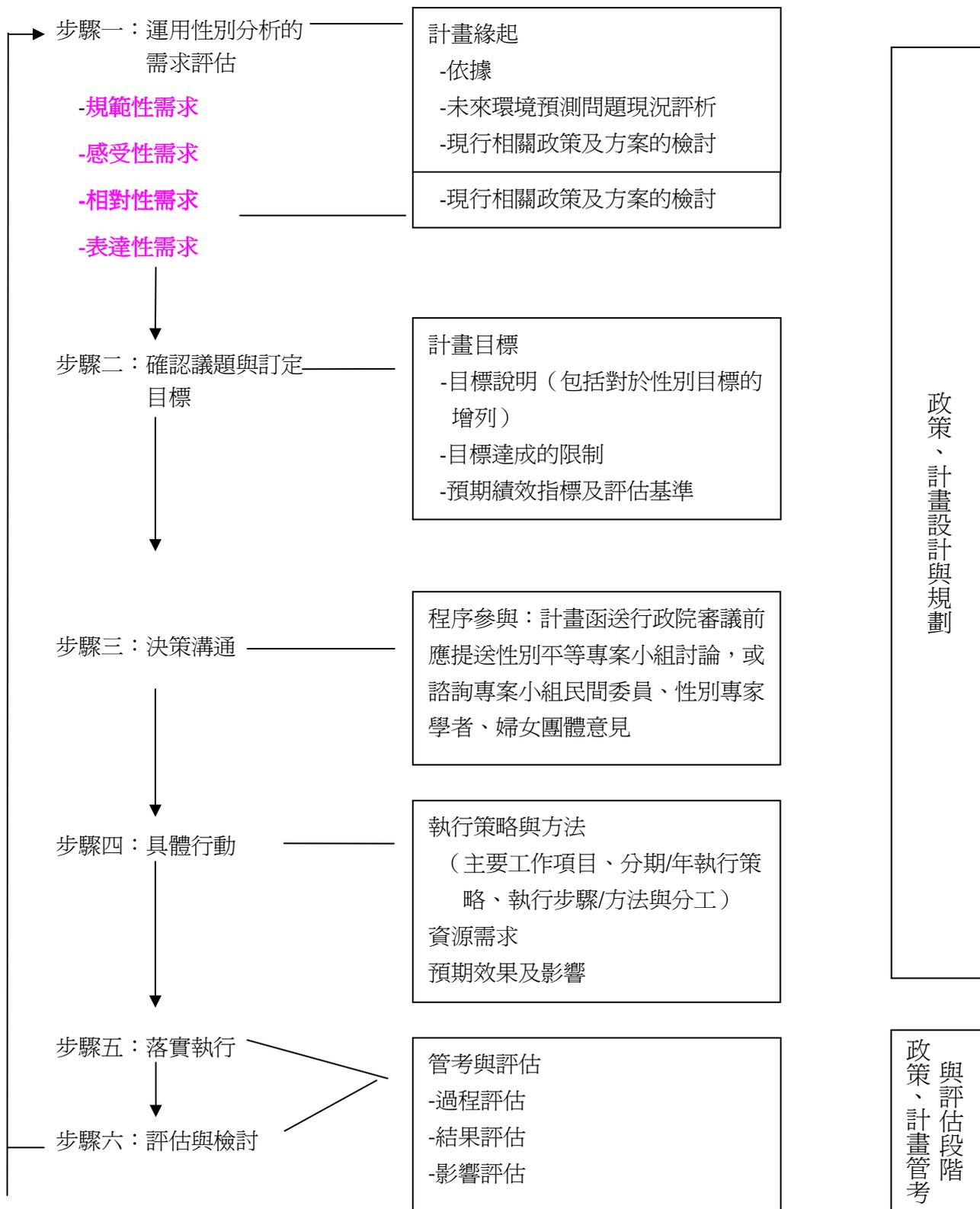
- ◆性別是社會上最原始的組成特徵之一，從我們出生的那一刻起就開始影響生活，性別影響評估過程則是以理解這個想法為基礎。
- ◆性別影響評估認同女性與男性的生活有差異性存在，因此我們的需求、經驗和對事務的優先順序都有所不同。性別影響評估過程會在政策發展規劃、執行與監督管考時，考量這些差異性。
- ◆性別影響評估過程奠基於對性別完全平等的承諾，前提在於瞭解這些不平等的存在可能會造成對任一性別的歧視與不平等的對待，而性別影響評估的實施則是主動處理這些不平等的過程。
- ◆實行性別影響評估不是為了譴責已存在的平等，或是過去發生的差別待

遇，而是為了瞭解造成不平等的原因，並採取行動以確保未來不會再發生。

- ◆性別影響評估過程其中一項優點是注重間接或非故意的差別待遇。間接差別待遇可能非常難以察覺，並且基於大部分未受質疑的既定信仰、假設和措施上，因此間接差別待遇會被視為「正常」。

圖一是行政院婦權基金會對性別影響評估出版手冊供政府單位進行中長程計畫的評估流程，作為參考，本計畫就是將政策視為已經在進行的方案，著重點先要從需求評估(needs assessment)開始(朱明若，2005)，明確知悉需求後，才能提出適切需求的方案，也才能夠提出事後對方案進行的評價與評量(project evaluation)。不過下表兩處都用評估易造成混淆。

圖 1：性別分析與影響評估操作架構（中長程個案計畫）



研究結果：

本計畫主要在於解構目前在憂鬱症防治上的「性別盲」，所以報告以需求評估為主，瞭解女性憂鬱的需求為何，透過對曾憂鬱過的當事人訪問或精神病患照顧者曾有憂鬱感覺，去瞭解其感覺需求，是否有性別差異；透過民間團體與政府單位網路上公佈的相關資訊進行是否有男女差異的提出之比較需求；呈現需求則用統合分析來找出有哪些社會心理介入方式與原因指出男女需求的差異；規範需求則以以聯合國性別主流化方式來檢視，衛生署對憂鬱男女病人是否有不同的治療規範。

一、深入訪談四位女性：感覺需求

一位是憂鬱病友，在醫療機構工作，瞭解藥理，經常要與醫師討論需要調藥，但是醫師並不太接納，讓他挫折。有自殺意念與行動，而住院多次。有病識感。但她受挫於就讀研究所資格考試，因為住院服藥的副作用，導致回答問題書寫跳躍等而被退學，她提出連教育機構的師長對憂鬱者都不瞭解，支持系統也不足；但是學校體制對身心障礙者有輔導老師的制度，宿舍教官會關切，則是很好的現象。

另一位是躁鬱病友，因為躁症而住院，其間服用鋰鹽，但出院後就不服藥，會一時退縮無法出門變成鬱症，反反覆覆。最主要來自家庭問題，與手足有強烈爭執，與配偶她關心他的發展，但先生不領情，反反覆覆，執著表現，但徒勞無功，很想被看到有價值，但是又強調是在幫助他人，卻不能與他人合作。其家人如兄弟姊妹，只將其當成麻煩人物，彼此對話就會吵架，要警察送去醫院強制住院，精神科醫師對家人彼此互動並未處理，只執著於她是否能定時服藥。

第三位是精障家屬，她提出家屬憂鬱狀況，也需要有給憂鬱傾向的患者家屬服務或協助，但是現況是沒有特殊家屬資源，多半是民間精神公益團體提供同儕的聚會支持，團體對憂鬱症的接受度很高。可是缺點是有情緒上的支持、社交活動上的夥伴、但是缺乏認識自我、深入了解疾病、培養自身與精障者的責任、尋求面對生活更好的成長機會。因此家屬團體可以是彼此吐苦水與抱怨和提出無助感的地方，也可以是彼此打氣，一起來經營康復之友的商店等，缺少社會資源與一些資深專家的協助。

第四位是乳癌病友，她提出病友團體可以相互幫忙支持鼓勵，讓罹癌者放鬆心情、減輕壓力、這種心理與行為調整，可使罹癌者能勇敢面對疾病，增加存活率。但是現實生活中性別角色衝突，其實是很少甚至根本沒有被提出過。癌友團體經常是請醫師來作各種病理演講，或是治療中的減緩疼痛，但是對憂鬱情緒的自我照顧，或與家人互動，比較缺乏，是病友自己在處理。

整體而言，憂鬱病人的需求，並未在醫師治療中提供她們的需要，性別角色的困境，醫師從未指出社會建構家人互動影響疾病發生與治療，並未提供病人需要的家族治療，改善其與家人互動的模式與找出癥結，而非一昧的只要求病人服藥，除服藥外其他不處理。

二、文獻探討：以「性別與憂鬱」作為檢核關鍵字，進行網路研究蒐集進行比較需求

有關憂鬱情緒與憂鬱症的辯證，是生物決定論與社會建構論間的探索，醫學界近來也提出生物-心理-社會模式，其實需要的是對權力結構、社會建構與醫療化的瞭解。

(一)國外文獻研究

1. 憂鬱情緒和憂鬱症並不相同

國外研究指出憂鬱是情緒反應？還是性格特質？還是疾病？因為在個人情緒表達方面，憂鬱也可以被認為是一種情緒反映，但是當憂鬱的情緒產生過多的嚴重症狀，就會是疾病的表徵，在精神疾患診斷和統計手冊第四修正版

(DSM-IV-TR) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2000) 對憂鬱症詳細分類說明，在臨床上憂鬱症候群的表現，憂鬱症被歸類為情緒障礙疾患，其包括重鬱症和低落性情感疾患。前者指的是一個單純的事件，或是因生活事件促使憂鬱情緒的發生。臨床上會呈現出憂鬱情緒，或對日常活動幾乎失去了興趣，且經驗到至少下列其中四種症狀，例如：明顯的體重下降或上升，食慾改變、睡眠障礙、精神動作激躁不安或遲緩、疲倦或失去精力、感覺自己沒價值、不適當的罪惡感、注意力降低、反覆有死亡意念。這些症狀持續二週內發生，且有功能上的改變 (APA, 2000)。倘若症狀未達四項以上，即為後者的疾患，屬於低落性情感疾患，它指的是慢性化過程，較少急性情緒障礙發作，個案通常憂鬱情緒的感受超過二年，且不曾症狀完全緩解超過兩個月，並具有下列二種症狀，例如：食慾不佳或過度進食、睡眠障礙、低自尊、疲倦、注意力降低，或作決定困難、無望感 (APA, 2000)。

每個人都可能經歷過創傷經驗，或是感到心情沮喪或挫折的生活事件，進而感到憂鬱的情緒。但是輕微的憂鬱情緒常和失落、伴隨生氣和罪惡感有關，這些憂鬱情緒狀態常是自我設限所導致的結果，是可以不需要治療的。但是一旦出現危險自我傷害行為或是影響自我功能與角色時，則需醫療團隊的協助。

2. 憂鬱症的盛行率與病因

儘管婦女的經濟地位提升和自我發展的機會增加，但女性與男性比起來仍有較高的憂鬱症比率 (Narrow, 1998)。一般調查數據皆顯示女性的憂鬱症罹病率是男性的兩倍(女性約為 20~26%，男性約為 8~12%)，而每年罹患重鬱症的性別比率上，女性 (佔 6.5%) 是男性 (佔 3.3%) 的二倍 (Narrow, 1998)。女性在憂鬱與焦慮疾患的盛行率較男性高，就生殖系統層次的探討，像是初經、停經、

生產、和養育兒女常常與婦女罹患憂鬱症是有關連的 (Freeman, 2002)，從這些資料告訴我們女性荷爾蒙在婦女憂鬱症上扮演著重要的角色。世界衛生組織 (WHO) 發展一套計算量表，稱為調整後疾病失能人年 (Disability Adjusted Life years, DALYs)，旨在罹患重大疾病後因為疾病所導致的失能狀況時，對個體所產生的經濟負擔上，重鬱症是僅次於缺血性心衰竭排序第二大的失能疾病 (Murray & Lopez, 1996)。WHO 2001 指出不論老中青，憂鬱方面都是女性高出男性很多 (WHO, 2004)

3. 憂鬱症的致病因

回顧文獻資料發現，可以從生物、社會和心理學的觀點，來加以解釋女性為什麼較容易發生憂鬱症 (Martin, 2000a)。心理學模式指出：心理社會壓力和人類發展過程的問題 (如：人格特質的缺陷、孩童時的事件)。失落感是指個體之理想我的失敗和無望、無助感受，在憂鬱症的病因是重要的部分。通常，個體的失落經驗和意識到失落是憂鬱症狀的開始。失落對象包括人，慾望或工作，個體通常理想的狀態是要被愛、是良好的、是和善仁慈的，可有系統地感到成就感，達成目標，當失望、和失敗時會使一個人的理想我感到無法實現，罪惡感是因為失敗後，導致憤怒和有自我憎恨的感覺，且伴隨著有無望、無助感。這些感覺導致一個人的負面自我概念，使得對於個體經驗的負向解釋，和面對未來產生負面的觀點。其他影響婦女憂鬱發生的因素中，環境因素和人際互動過程的因素 (Martin, 2000a)，例如性別歧視、暴力威脅、和性虐待所發生的頻率，與男性相較起來婦女通常是較常見的，其對憂鬱情緒的觸發影響甚鉅。且由於婦女仍是家庭的主要照顧者，且必需要應付家裡生活的各項需求，和工作上刺激變化。在人際關係相處的困難 (West、Rose、Spereng et al., 1999)，自尊心低落 (Beeber, 1999; Roberts & Kendler, 1999)，神經質人格傾向 (Roberts & Kendler, 1999)，有家族憂鬱症病史 (Bierut, Health, Bucholz, et al., 1999)，和生理健康方面的惡化 (Heidrich, 1998) 均使婦女罹患憂鬱症的危險性上升。且因種族上的不同，在婦女發生憂鬱症的比率上不同，在過去研究亦有詳細記載，非裔和西班牙裔婦女發生憂鬱症的機率高於白人婦女 (Martin, 2000a; Rickert, Wiemann & Berenson, 2000)。

此外學者指出部分憂鬱是因為婚姻關係中權利較弱的一方所發展出的疾病，想要翻轉婚姻中的位階，不快樂的且權利少的一方出現疾病 (Byrne & Carr, 2000; Bagarozzi, 1990)。從 1978 年 Brown & Harris 所作的社會因素在女人憂鬱症的角色是和過去的生物學因素大相逕庭。之後，有許多國家作這類研究。這些研究提出社會因素的重要性及嚴重壓力生活和長期生活困難促使女人憂鬱。然而有些證據指出，現今社會情況比孩提不幸對焦慮的發展是較不重要的。相反的，孩提不幸，現今明顯的人際困難，缺乏社會支持及嚴重事件皆與憂鬱相關。持續出現焦慮則增加憂鬱發作的危險性。社經狀況與焦慮的關聯是比憂鬱更大有且相信缺乏資源較易引起擔心和害怕而非悲傷。然而這些研究所用的不同方法和設計所導致的不同結果並未加以比較。憂鬱的社會模式是由三個互相關聯的

元素組成。這些是促發因子或嚴重生活事件如重要的損失或失望，或持續數年的重大困難，易感因子，症狀形成因子等 (Brown & Harris & Hepworth, 1995)。

當 Brown & Harris 和其同僚強調貧窮在增加憂鬱比率的重要性時，性別作為健康不良決定因子並未被研究。然而，新的和性別緊密連結的危險因子已浮現。特別的是，在過去十年，有系統性的調查來作關於孩童與成人時期虐待和暴力並比較與上述議題相關的不幸事件。舉例而言，成人終身不幸指數是以到第一次會談之前的不幸經驗為基礎。這樣的經驗如，小孩去世，伴侶或先生的去世，兩次或更多的墮胎，性虐待，關係或婚姻中的身體虐待。因此與性別有關的特殊經驗如墮胎或親密關係暴力也在此研究中被檢驗。失落和虐待不只影響支持系統且會增加自我評估的負面影響。

女人與丈夫及伴侶相處時傾向於避免衝突並壓抑憤怒來維持關係。而這是由於女人不平等地壓抑其直接的溝通。結果就是「自我沉默」，就是這為維持關係的沉默而引起憂鬱。所以從這個角度，最重要與憂鬱相關的是失去強健的和真正的自我感。壓抑憤怒即失去了相互的關係。Sperberg 和 Stabb(1998) 在一個從 18 歲到 45 歲超過 200 個受教育女人的研究中發現伴侶間低相互性和高度壓抑或不適切的表達憤怒是與憂鬱相關。在追蹤的過程中，憂鬱在女人經驗失落或在感到關係中的缺陷時會加成其份量。

Bowlby(1980) 在其嬰兒依附研究中主張憂鬱是對失去依附對象的尋常反應。憂鬱亦可在一小部份比例的出現重大生活困難的個案中看見，但這種情形只有少於 2% 在社區中及少於 10% 在病人中發現。

此外，在過去的研究(Brown, Andrews & Harris, 1986)中，發現伴侶支持的保護性角色，而支持的時機是更關鍵的。保護性的支持要在危機的時候即時出現。如果一個女人相信她可以從伴侶那邊得到支持，但卻發現在危機中她被拋棄，則憂鬱的可能性就增加。

女性相對於男性更有可能有非典型的憂鬱症狀(例嗜睡、攝食過度)，有焦慮疾患的合併症及嘗試自殺，女性同時更有可能有季節性情感性疾患(seasonal affective disorder)，情緒與焦慮症狀似乎與月經週期相關，但通常不代表經前憂鬱症，但當經前症候群發生時，會影響生活品質類似重鬱症，現在對於抗憂鬱藥物的反應是否相同尚有爭議，且先前的證據顯示 SSRI 藥物在雌激素的存在下會更有效果，憂鬱症影響約 10% 的孕婦，因此抗憂鬱藥物應該在懷孕期間就應考量藥物的效果是中等或嚴重，甚至如果持續給藥產生 withdraw 引起憂鬱反應，孕婦或哺餵母乳的母親再給予藥物時應考量對新生兒的風險，因為 neonatal withdrawal syndrome 的風險，再給予 SSRI 藥物時應在懷孕第一孕期使用最低的療效，並且在生產前逐漸減少。

雖然國外很早就提出社會建構的因素，但是近期才真正將「平等」(equality)，和「公正」(equity) 的理論提出，做為探究女性與憂鬱來自社會不平等，社會資本或心理資本缺乏的原因，最重要的是社會偏見與歧視，導致女性的壓抑自貶，成為憂鬱症的引發因素，據此從而提出預防、治療與改善方法。

更因為性別主流化的運作，性別分析與性別影響評估，可以看到對女性資源提供的充分性。(Moss, 2002; Canadian Women's Health Network, 2010)

(二) 國內研究比較

醫學方面，仍多為流行病學調查，或是藥物處理，但是社會心理學方面，雖然較多還是在一些量化資料上分析，只看到憂鬱傾向影響因子，卻無提出其中性別角色與權利關係，因此也無從改善之。近年則開始一些質性研究，探討自身罹患憂鬱的歷程。以下針對社會建構憂鬱的研究探討。

最早則從 1991 年胡幼慧開始提出從性別、社會角色與生命週期的角度探討憂鬱症狀的盛行與分佈。其結果顯示目前國人的憂鬱症狀，除女性高於男性外，年輕及年老人口亦高於中年人口。以社會角色而言，母親角色對女性憂鬱症狀有不利影響，父親角色卻有正向作用。多重角色對男性為正面影響，但是不論職業婦女或家庭主婦，其憂鬱症狀風險均高於男性，但婦女本身之間卻無顯着差異。對以上的發現，除了理論上的探討外，並針對「缺乏重要社會角色」及「角色負擔過高」的高危險人口群，建議心理衛生工作的方向。

目前與憂鬱相連多半提出經期不悅症、產後憂鬱症、更年期憂鬱症等，卻忽略生育與親職功能的社會期待如何影響女性的身心健康？兒童方面則遭受父母言語虐待的孩子日後易出現憂鬱。青少年的危險「性」行為與憂鬱程度高有關，兒虐事件對女孩傷害甚深，導致自我放棄，憂鬱傾向，而受虐男孩亦變成加害者。婚姻與家庭方面：和諧婚姻對男女都是免於各種身心疾病的保護因子，但是婚姻對男性健康有益，有較穩定的實證結果。對女性健康影響則研究結果不一。門診個案中常見女性婚姻不睦與焦慮、憂鬱狀況有關。女性在親密關係中對負面訊息較敏感，容易否定自己、壓抑憤怒(蕭美君 2007)。職場方面：工作負荷及輪值三班是護理人員主要壓力來源，且女性護理人員的壓力高於男性護理人員。其他職場如社工人員、服務產業，會面對被騷擾的恐慌，被訪視家庭暴力的害怕等(鄭雅文、葉婉榆，2009)。照顧家庭是女性的天職之迷失，導致女性在家庭照顧與職場角色的平衡與衝突，影響女性社會地位與身心健康。在罹病方面以婦癌為例，婦癌患者的心理調適：例如(1)怎麼會是我？出現震驚、恐懼、否認、不安、沮喪、麻木等等(2)不潔身自愛！感覺丟臉、孤單。(3)無法分擔家務！成為家人累贅！因此產生罪惡感、放棄治療等。(4)身體、外型改變，導致自我與家人甚至外人的異樣眼光而封閉自己等。這些心理壓力其實是被社會期待女角色或女性化身體等形成的不安。鄧惠文(2004, 2007)指出社會如何建構女性成為被醫療化下的憂鬱病人。

照顧者方面也逐漸被提出，社區失智症患者的主要照顧者的照顧困擾與憂鬱情緒的內涵具有多樣化差異，對於高齡社會的長期照顧政策、方案與計畫之制訂，謝佳容(2012)提出性別分析的思維，藉此性別區隔之統計資料，做為未來照顧政策制定時，落實「性別主流化」概念發展之參考依據。精障者的家屬憂鬱症比率高：沒有人選擇作為精障家屬、也沒有人選擇擔任病患家屬。家屬被法律

與社會與情感，賦予所有的照顧責任，卻又求救無門。終身無法卸除的責任與義務。尤其近似的生理基因、相同或近似的生長環境，家屬與病人的糾葛，是大困擾。有憂鬱傾向的家屬：男性是工作有尖峰期與離峰期，憤世嫉俗情緒較高，有時易燥怒。男性似乎較少憂鬱症，但是轉成酗酒、責備；暴力，女性是身體與經濟顯得「孱弱」，焦慮、嘮叨、情緒不穩、難以承擔責任。家屬自身狀況及治療經驗，幫助/干預患者的治療。多半家屬有就醫經驗，但多數並未持續穩定就醫，憂鬱體質的家屬就醫與否的掙扎，對正常的渴望。如同其他人一樣。對生理基因的嫌惡：對子女的歉疚、對父母的怨恨、對配偶的不諒解。另外是恐懼感，因為不只一人患病的殘酷事實，難以承受的重（金林，2006）。

關懷乳房健康，不是只侷限在不斷檢查，是需要加強乳癌形成原因，不少是因為鬱悶，與父母或夫妻衝突，而形成鬱悶導致疾病。在逆轉癌症這本書作者是一位臨床心理師，覺察到因為在女性角色的被壓抑，配偶只是自我中心要求，即使她罹患癌症，想外出休養，配偶還在問：「那我怎麼辦？誰照顧我？」而讓她覺醒，需要開始多愛自己一些（林威婕，2006）。

在改善憂鬱症方面，會提出婚姻與家庭治療，也發現其處理上會提醒治療時需持性別敏感及注意夫妻權利關係，但是真正如何進行，並未提出（丁思蕙、陳喬琪，2006；陳淑惠，1999；羅昭英等，2003），吳珍宜等（2005）提出婚姻與性別權力的探討對造成憂鬱情緒與演變成憂鬱症的關係，是由個人親身體驗，而啟發其開始作研究，透過女性主義的思維與驗證，能看到父權文化對女性的枷鎖，開始解構父權文化建構在女性身上的憂鬱恐懼症，停止歸咎自己，增加自主能力。不只夫妻關係，也開始探討憂鬱婦女的婆媳關係（黃玉賢，游淑華，林梅鳳，2009）。

王馨儀（2008）進行過去五十年的媒體呈現憂鬱症分析，過去五十年的轉變，從不認為憂鬱是疾病，到用醫學用語詮釋之，呼籲大家作自我覺察，但是最終診斷來自精神科醫師，呈現都是以女性為弱者易罹患憂鬱症，但是社會結構的分析卻很少被涉及，社會結構分析成因會導致治療的措施，則完全是以用藥為主。醫療化情況明顯存在。對女性的協助或治療除用藥外，還是缺少社會建構的討論。

三、對政府與民間團體，在網路上提供的憂鬱症防治資訊，比較政府出版手冊或民間團體提供的演講題目或內容。

（一）、國內現象

1. 對政府與民間團體，在網路上提供的憂鬱症防治資訊，初步分析見下表，只有向日葵協會提到家庭關係，性別關係，但是內容為何無法得知。

台灣憂鬱相關社團，由臺灣憂鬱症防治協會喜博樂推動小組、

<http://www.depression.org.tw/happy/index.asp>

台灣憂鬱防治聯盟專區

<http://www.depression.org.tw/association/index.asp>

	成立	
董氏基金會	1984	http://www.jtf.org.tw/psyche/about/intro.asp 1990 心理衛生組 兒童成長活動、心理健康促進 1996 以情緒紓解、壓力調適為主題 1999 憂鬱及憂鬱症為主題 2000 創立憂鬱症篩檢日，積極推動憂鬱症的預防宣導工作。 2009 推動運動紓壓
生活調適 愛心會	1993 1996 立案	http://www.ilife.org.tw/index.asp 源自北市市療 1993 「恐慌症之友會」 1996 愛心會立案：以協助精神官能症朋友為主要任務 台北、台中分會、高雄分會 (與醫院合作：市療、中山、凱旋)
肯愛社會 服務協會	2004	http://www.canlove.org.tw/ 國內第一個憂鬱症病友團體成立的民間非營利團體
高雄市忘 憂草憂鬱 防治協會	2004	凱旋醫院身心病房的憂鬱症病患及癒後病友共同發起，積極與醫療衛生單位配合，推動大小型社區心理健康宣導活動，並定期舉辦名人心靈講座，規劃各項壓力管理及紓壓相關課程，以協助民眾達到早期發現、及早治療的目的。平台、研究
台灣向日 葵全人關 懷協會	2006 立案	http://www.sunflowerwithme.org/custom_8737.html 2003 成立 台北市 新光醫院精神科協助 推展健康安全的兩性／性別關係。 倡導和諧美滿的家庭／人際關係。 推動社區之身心保健／諮詢工作。
台中市快 樂列車協 會 台灣快樂 列車協會	2003	http://www.thts.org.tw/ 醫師帶動 台糖生技 源起於 1999 阿銘哥主持中廣快樂列車節目 落實家庭教育、提昇心靈成長、共創快樂天地、推廣預防保健 http://ys.pclife.com.tw/happytran%20web/index.htm
高雄縣安 心會	1999	文榮光協助成立 http://www.easymind.wh.seed.net.tw/db/www/company.asp?tag=47 2012 因經費缺乏轉為高雄市三民區澄和社區發展協會 籌設【衛教、諮詢教室】為因應於精神官能症朋友及家屬需求，本會志工成員與社區協會結合
台南市憂 鬱症關懷 協會	2005	http://www.changerblue.url.tw/ 病友創會理事長、現任是唐心北精神科醫師 1. 由專業社工與志工及環境網絡之建立,協助憂鬱症者及其家屬獲得生命價值與信念以及相關的資訊 2. 提供憂鬱症者醫治過程之支持及經驗交流。 3. 促進政府相關單位重視憂鬱症之防治及醫療。
臺灣憂鬱	2002	http://www.depression.org.tw/association/association.

症防治協會 (前述團體為 <u>台灣憂鬱防治聯盟</u> 專區)		asp 服務內容 1. 推展憂症防治相關心理衛生工作及研究。 2. 舉辦憂症防治之學術性及教育性訓練。 3. 出版憂症防治雜誌及刊物。 4. 參加國際間憂症防治有關工作。 5. 接受有關機構之委託，辦理憂症防治相關事項。 6. 及其他與憂症相關之防治工作之指導、監督。
社團法人 高雄市小草關懷協會	2004	http://grasscare.org.tw/index.php? 病友創會 現又成為醫師 理事長 社會人士 服務領有精神障礙手冊的病友及家屬，或有精神障礙現象的朋友；協助其解脫心身症狀的束縛，推廣各種解壓的方法與知識，幫助患者學會自我調適，並增強抗壓的能力，以達到『安頓身心、自助助人』的目標。

2. 有關書籍方面：

勞安所在 2009 年出版「職場憂鬱自我防治手冊」(2009)，代表勞委會開始對職場衍生的憂鬱開始重視，是否過勞？但是就其內文的資源系統，只提醫院、社區心衛中心 張老師、董氏基金會、其他 NGO 都沒有。蒐集憂鬱相關的衛教單張或手冊，也不具性別敏感度。自殺防治中心出版一本女性與自殺防治(2007)，也在 2011 年出版一本[孕產期婦女之情緒管理]，提到情緒障礙、與調適照顧，但是會談到生理變化，不同孕期身心變化，不確定感等，或逐漸有焦慮、擔憂等，有提到會對母親角色的期待造成的影響，也提出準父親的反應，但是夫妻之間性別分工的衝突等卻未提到，只會提出罪惡感，卻不深究罪惡感的來源，可能是對母職或成長階段的性別認同等，只是提過去有憂鬱病史，幫助不大。仍然只將憂鬱做為一個導致自殺的原因，並未要去處理為何會憂鬱的原因，並未看到對女性特有的社會處境提出改善。

分析台北社區心衛中心網路上的憂鬱的書籍(見下表)，其中專門提出因為性別角色導致的困境，如何破繭而出，國外翻譯近年有提到一些，不過是在閱讀中可以感受到男女不平等導致的鬱悶，卻並未明白指出社會建構導致成因，台灣著作則還是幾乎沒有看到。

相關書籍
三種靈魂 我與躁鬱症共處的日子 / 莊桂香著/天下文化
神奇百憂 解改變性格的好幫手 彼得·克拉馬著 / 陳儀莊、李根芳譯---張老師文化
憂鬱病患的日記 時枝武著 / 戚一斐譯/小知堂
從憂鬱飛向陽光 何方著/天下文化
躁鬱之心 凱·傑米森 (Kay R. Jamison) 著 / 李欣容譯/天下文化

走出藍色幽谷 告別憂鬱症-美國醫療協會著 / 孫秀惠譯/天下生活
拋開憂鬱 吳潮聰編著/元氣齋
快樂是我的奢侈品 蔡香蘋、李文瑄著/心靈工坊
晚安，憂鬱 許佑生著/心靈工坊
瘋狂天才 凱·傑米森 (Kay R Jamison) 著 心靈工坊
看得見黑暗 走過憂鬱症的心路歷程--廉·史泰隆(William Styron)著 / 江正文譯-- 究竟
中西醫會診：憂鬱症 陳志根、江原麟、林文勝著---書泉
找到勇氣活下去 胡曉菁突破生命困境的故事---胡曉菁著---大田
憂鬱的理性翻身 Michael D. Yapko, Ph.D. 著/張嘉莉譯---高寶集團
向憂鬱說拜拜 董氏基金會心理健康促進諮詢委員著/董氏基金會
憂鬱心靈地圖 憂鬱心靈地圖
走出憂鬱，生命依然燦爛 走出憂鬱，生命依然燦爛
憂鬱症的告白 派翠西亞·歐文著 / 廣梅芳譯---張老師文化
暗潮下 崔佛·巴尼(Trevor Barnes)著 / 楊素珍譯---晨星
憂鬱症 我不說，你怎會明白？飄萍著---笛藤
暗潮下 當心理醫生得了憂鬱症-馬大曼寧著 / 吳傑民譯-智庫
憂鬱症 羅伯·巴克曼，安妮·契里希著 / 何修宜譯/智庫
另一種清醒 當心理醫生得了憂鬱症/馬大·曼寧著 / 吳傑民譯/智庫
遠離憂鬱 羅伯·巴克曼，安妮·契里希著 / 何修宜譯/智庫
憂鬱症一定會好 我與憂鬱症共舞的日子---黃子音著---圓神
憂鬱症百問 陳國華醫師的身心處方陳國華著/新自然主義
戰勝憂鬱症 稅所弘著 / 林顯宗譯/董氏基金會
向憂鬱 Say No ! / 風祭元著 / 楊鴻儒編譯/書泉

3. 民間團體會辦講座，宣導憂鬱症的防治，但是多半是症狀解說，治療放在藥物、運動等，演講中沒聽到性別權力的詮釋。

中華心理衛生協會在 2006 年舉辦過「揭開灰藍色的面紗：化悲憤為力量——透視女性憂鬱」。會中強調社會建構女性憂鬱，邀婦女團體一起討論，覺察與行動，這較具性別敏感度。

(二) 澳洲民間團體憂鬱防治措施的性別檢視

Beyondblue 是澳洲國家憂鬱民間協會，與相關者合作提供憂鬱與焦慮的瞭解，提供消費者資訊、發展預防措施並且執行訓練與研究，其網站對於大眾與相

關服務提供者是主要消息來源，然而除了產後憂鬱症，這個協會主要針對的憂鬱症以男性為主，甚至男性憂鬱週，即使承認女性經歷憂鬱症的可能性是男性的兩倍，但是網站上男女相片比例分配不均，包括那些其他憂鬱症的連結。同時協會也提供憂鬱症內容概要說明，但是其實還是針對男性，內容沒有提到關於女性(只有產後憂鬱症例外)，他們只承認女性經驗憂鬱症與男性的區別在於產後憂鬱症與經期。而協會內公布的資訊也提到女性是憂鬱症的危險因子之一，但是提到女性為危險因子是因為可能導致產後憂鬱症與經前不悅症(premenstrual dysphoric disorder, PMDD)，沒有任何的社會指標，包括社經地位、社會性別不平等、社經地位間的不平等、文化性別的謬誤(cultural gender biases)或是關於暴力與虐待的影響。

除了 *Beyondblue* 提供的資訊外，澳洲學者也檢視國內瀏覽率與連結率最高的憂鬱資訊網站，檢視網站上在資訊提供上的性別議題，主要有以下結果發現：(一)資訊網站上精神科與臨床心理學專業人員的發聲是享有特權(優先權)，因此這些發聲多半來自專業人士。(二)將憂鬱視為一種疾病，醫療化婦女的悲傷經驗。(三)儘管可以在網站專欄上敘說自身經驗形，然而這些經驗卻被歸為附屬或次要(secondary)的知識。(四)即使近來政策確認憂鬱的性別化差異，然而卻只有少數關於女性的經驗及女性對於憂鬱症的知識，同時也沒有任何的連結網站留意到這個問題 (Young, Gattuso, & Fullagar, 2004)。

四、由次級資料探討影響不同性別憂鬱所發生的可能原因：憂鬱症(狀)的心理社會介入統合分析之性別論述 (謝佳容、張珏，2012)

(一)憂鬱症的症狀、診斷

罹患憂鬱症時，在健康方面主要的影響，個體會失去快樂、一般的健康、睡眠、工作以及正常生活的能力，其中女性比男性覺得憂鬱影響她們的睡眠品質和健康，而男性認為是工作上的能力變差(Angst et al., 2002; 張智嵐, 2008)，女性相對於男性更有可能有非典型的憂鬱症狀(如嗜睡、攝食過度)，有焦慮疾患的合併症及嘗試自殺(Gorman, 2006)。

研究指出對憂鬱的診斷與治療上對性別差異是不同的，澳洲研究婦女被兩倍診斷長期憂鬱症，但是WHO卻提出在診斷憂鬱症上男女並無差別，其他研究顯示家人、醫師或親友不易覺察婦女得憂鬱，婦女本身也許也無法。另一方面，Crowe (2000) 曾批判DSM-IV的診斷方法，因為該方法是一個用醫學方法建立建構起的常態標準，卻不是描述個案心理失能的經驗，或者提出更具體照顧與關懷病人和家屬的措施。雖然DSM-IV診斷是運用在健康照護專業上的聖經，有助於澄清和定義病患的確實問題。但在診斷階段，醫療人員更需要了解個案的不同文化價值和省思自己的性別偏見 (Barnes, Pase, & VanLeeuwen, 1999; Kenney & Bhattacharjee, 2000; Thomas, 1997)。

治療上澳洲女性較男性多被開抗憂鬱症藥，與WHO一致，而由於憂鬱症而開立安眠藥與維他命上也是女性多於男性。女性病患相較於男性有顯著較小的比例接受過性功能及治療相關性副作用評估，女性比較少與精神科醫師談及他們治療的偏好(Olfson, Zarin, Mittman, & McIntyre, 2001)。

現在對於抗憂鬱藥物的反應是否相同尚有爭議，且先前的證據顯示SSRI藥物在雌激素的存在下會更有效果，憂鬱症影響約10%的孕婦，因此抗憂鬱藥物應該在懷孕期間就應考量藥物的效果是中等或嚴重，以及如果持續給藥產生戒斷引起的憂鬱反應，孕婦或哺餵母乳的母親再給予藥物時應考量對新生兒的風險，因為neonatal withdrawal syndrome的風險，再給予SSRI藥物時應在懷孕第一孕期使用最低的療效，並且在生產前逐漸減少(Gorman, 2006)。

在台灣對精神科的診斷守則中，有關“性別概念”是自DSM-3-R起，此議題更加慢慢被重視，並在精神科相關診斷中納入「gender identity disorder of childhood」、「psychosexual disorder」、「late luteal phase dysphoric disorder」等診斷，且在進展至DSM-IV時，針對性別認同「gender identity」提出「不同性別」的不同診斷標準；另在DSMIV-T-R中，再加入了性功能疾患，以及指出產後憂鬱症「post-partum onset of major depressive disorder」，故在第四版的診斷準則，可以說是加入更多有關性別的診斷與討論(歐陽文貞，2009)。但是從診斷標準的變更，更可見到人為的處理，過去對女性更年期重視，逐漸也出現男性也有更年期，但是更年期與青春期的歷程，卻被醫療界賦予疾病的概念，變成人人都成為病人，這定義轉變還是有醫療化的傾向(張珣、張菊惠，1998; 張珣、劉仲冬、張菊惠，2004)

從診斷而言，不同疾病的盛行率之性別差異，特別是憂鬱症而言，在過去資料多有指出「男女大不同」，女性盛行率較高，而其背後除了是在生物/生理因素上，男女荷爾蒙的不同，有著顯著的意義，另一方面在社會文化的建構過程中，是否可能也影響著原先在診斷準則的設定時，男女為不平等的診斷標準。特別是需考量的為診斷過程的“訊息誤差”(information bias)，此與男女在社會心理的反應即有相關，例如：回答社會比較可以接受的答案，通常男性相較於女性不容易以哭泣的方式表達情緒，而女性較少自承自己有使用菸、酒、藥物等習慣)。且在診斷過程對於疾病與否的閾值男女也可能不同？例如：女性在表達自己憂鬱的困擾比男性多、女性在憂鬱行為的表現也與男性不同(男性通常較少提到睡眠、食慾的問題)；或又如遭逢壓力後的反應(如hysteria、PTSD)，女性較容易流淚或哭泣，而男性較以沉默不語表現(歐陽文貞，2009)。另在探討青春期的憂鬱症的報告資料指出，女性自我陳述較多憂鬱症狀，而男性則覺得較多社交隔離的症狀。美國醫療補助計劃(Medicaid)的資料則呈現出男性在使用急診和心理健康服務多於女性(Hacker et al., 2001)。

(二)憂鬱症的治療

預防憂鬱症的措施通常可以分成三類，包括 indicated selective universal 介入措施，indicated 主要是針對將其憂鬱症狀整合在一起但其嚴重程度未達臨床憂鬱症之高危險族群，運用早期介入的觀念，介入措施如認知行為介入、藥物治療(但不太建議)；selective 針對由於生物 醫療或社會因素而增加其憂鬱風險的族群，包括憂鬱病人的小孩 暴露於負面生活事件的青少年罹患其他心理疾病(特別是焦慮疾患)的青少年；universal 則針對群體，不論其是否有憂鬱的風險 目的通常在於改進對於壓力的因應策略及增進復原力的治療涵蓋健康促進的概念，特別是針對改變行為。

在執行預防憂鬱措施前有些方面需要考量到：

1. 介入的有效性是否有證據?是防止或延遲憂鬱疾病的產生?
2. 這個措施是否有那些不想要的副作用?
3. 這個有效性是否可以預期是群體層次(population level)
4. 推行至全國的可行性?

性別方法應該考量女性如何建構憂鬱的意義，及來自朋友家人的言語、大眾媒體的情緒壓力 政策方針及專業人員 性別分析應該同時考量女性如何知覺求助行為選擇及在他們社區特定脈絡內女性認同與角色。應將上述問題加上性別差異，改成：

1. 介入的有效性是否有證據?是防止或延遲憂鬱疾病的產生?是否有性別差異?
2. 這個措施是否有那些不想要的副作用? 是否有性別差異?
3. 這個有效性是否可以預期是群體層次(population level)? 是否有性別差異?
4. 推行至全國的可行性?對男女成效有何影響?

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/憂鬱情緒之相關實證研究的處置方式與結果。發現在分析社會心理介入方案時，卻仍出現證據不足，反映出對社會建構性別的概念在治療只仍不夠深入瞭解。一般介入技巧力無放鬆訓練、認知治療、家族治療、婚姻治療、運動等都為特別對性別差異提出分析，只有在產後憂鬱提到心理社會介入短期是有效的，也指出男女憂鬱病人血清有其差異，但是並未提出男女病人用藥上是否醫師在開要時有所不同。說明如下：

1. 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；三個研究則放鬆技巧較有成效，但都沒對男女有特別提出差異，或方法執行時需注意地方。
2. 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。但仍然並無特別關注於介入方法之性別差異的說明。
3. 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。無特別關注於介入方法之性別差異的說明。

4. 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，也未對性別差異多所著墨。
5. 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。婚姻治療被建議用來治療具有憂鬱症狀的夫婦，且其憂鬱症狀與婚姻問題是具有相關的；婚姻的負向因素扮演了促發的因素，會讓憂鬱症狀持續發生；但人際支持具有緩衝的效果，並可提昇夫妻的親密度。
6. 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。無性別分析
7. 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。
8. 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。對性別差異並未討論。
9. 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。

五、澳洲與台灣的比較需求：

(一) 澳洲政府心理衛生服務中對性別的檢視與反思

在澳洲，憂鬱是自殺與自殺行為的最大危險因子，憂鬱導致的自殺也是十大死因，在女性一生中每四個就有一個會經驗到憂鬱症，男性則是每六個有一個，因此對於澳洲政府來說，憂鬱防治是個極需解決的問題，其中性別議題更亟需重視，以澳洲Victoria州婦女健康處，就積極在作性別影響評估的工作，從第一篇2007年開始到2011年，已經有十五篇性別影響評估報告，而第一篇載2007年，就是婦女與憂鬱的性別影響評估，同年第二篇是婦女與心理健康，表示這方面被忽視，而令人感動的是，從2008年開始，澳洲不少方案就是針對2007的發現而作改善（Women's Health Victoria, 2007ab）。

下面分別論述澳洲政府心理衛生服務中對憂鬱進行的性別影響評估，提出性別的檢視與反思，同時也包括檢視民間憂鬱防治協會在提供相關訊息與措施的性別議題。

1995年6月澳洲政府維州健康署下的心理健康司，成立婦女顧問委員會，提供方案與政策建議，該委員會找出婦女使用心理衛生服務優先次序與策略，以改進服務系統。並於1997年出版維州心理健康：提供婦女需要的健康服務。

2002年維州的心理健康司出版的接續的五年計畫，關於婦女健康的改善，這份報告也指出針對有心理疾患的婦女特別給予一些活動與服務。包括：(一)兩位特殊服務前導性計畫，提供心理疾患婦女實際的居家支持並將其兒童連結到社區的服務資源。(二)利用基層醫療服務來偵測產前與產後憂鬱症，包括孕期與兒童的健康服務及基層醫師。(三)在精神醫療（心理健康）、性騷擾及暴力等服務間，

因為都可能會有憂鬱的反應，需建立良好的夥伴合作關係。

維州公共心理衛生服務的安全與品質策略(2004-2008)提出服務應該能敏感的對個人需求(包括性別)做出回應，服務目的在於促進並保護消費者及照顧者的權益，但是這中間卻並未看到性別差異被論述，也沒有針對性別特定需求給予目標設定。

維州心理衛生服務的文化多元性計畫(2006-2010)於2005年發行，當中提到考量文化多元性時，性別是其中一個因素，否則就是性別盲，在"心理健康與種族"章節內列出難民及尋求避難者、非英語體系的澳洲老人、年輕人與兒童以及居住於偏遠地區者為風險族群，但是並未將婦女單獨列出。

女性與兒童在2005年發行的"家庭暴力的回應與辨認：維州心理衛生臨床服務指引"被明確的提出，視為家暴中最常見的受害者，同時也指出憂鬱症是許多家庭暴力的"症狀"之一。

2006維州對於健康不平等的立場一文的背景提到性別為影響健康的因素，但是關於為什麼以及如何影響之中的細節仍被忽視，在其他2006年出版的"維州公共臨床心理健康服務介紹"也提到要留意性別議題，並視性別為文化因素之一，性別對於心理疾病、治療與求醫時間選擇已知有重大影響，在治療原則章節也提到需要將性別納入考量，然而即使如此，仍沒有關於提供給這個特定族群需求的細節。

2007心理健康司在急性精神疾病住院病人單位執行一個計畫，考量性別敏感度及安全的照護。這個計畫的委員會完成了文獻回顧並且分配一筆環境改善金給位於維多利亞的心理健康服務提供者，由於文獻回顧中提及在心理健康服務中心的女性病人安全上的需要，因此這筆經費主要是用來改善心理健康服務中心女性消費者使用物理環境。2007年9月後，委員會研究在維多利亞急性住院單位來辨認性別敏感度與安全照護執行良好的是什麼及可能的障礙。

在國家的層級方面，國家心理健康 2003-2008 計畫主要有四個優先主題，包括促進心理健康及預防心理健康問題與疾病，增加服務感應度(responsiveness)，加強品質及促進研究，然而在心理健康診斷、疾病過程、經驗、治療影響及結果上並未考量任何特定性別差異，其中也包括憂鬱症沒被標明。

澳洲政府在心理健康的服務上，發現到性別的重要性，慢慢的也希望能考量上健康服務的提供上考量婦女的需求與影響，然而其實關於相關的細節與防治上仍有待未來研究加以衡量與評估。

(二) 台灣在憂鬱症防治上的性別檢視

2008年開始我國規定醫事人員每年在職訓練中需要加兩小時的性別教育甚至攸關醫事人力品質的醫策會特別出版訓練專書「性別與健康教學指引」(成令方、李佳彥等，2007)，這是少數幾位醫師願意明白提出社會建構性別以及醫療服務中的性別偏差。就醫策會出版的指引這本手冊，內文由不同專業執筆，其實都有提到憂鬱與其他疾病的關連，是難得應被推薦的書籍。尤其其中精神科醫師鄧惠文(2007)對憂鬱的解釋加上性別視野，提出「憂鬱與性別」的相關理論，

例如：1. 為什麼醫生可能在無意中成為「父權的協助維護者」？2. 診斷女性憂鬱症時客觀嗎？3. 女性憂鬱症的多重病因。4. 醫療化與性別規範。佐以台灣的案例，是最為明確的討論。但是在衛生署或推動憂鬱防治計畫的台北市衛生局，卻都沒有這部分的性別檢視。其他部分的檢視，已在前面各章節提出，例如媒體檢視等，但都屬學術論文，並非政府單位來委託進行的性別影響評估。

六、對應於UN性別主流化WHO的五項，則用憂鬱防治為分析

以規範需求出發，台灣憂鬱防治政策發展其實較自殺防治先被提出，臺北市衛生局鑑於憂鬱症防治的重要性，在2002年10月成立「臺北市衛生局憂鬱症防治委員會」致力於推動臺北市憂鬱症共同照護網。後來因為自殺防治的需要，先由憂鬱防治協會承辦「自殺防治中心」業務，直到2009年再成立一個「自殺防治協會」，開始有一些分流現象，後來多半是憂鬱與自殺防治一起提出，變成憂鬱只是自殺防治中的高風險因素而已，憂鬱有醫療化現象，都只提供醫院名單，看不到民間團體，但是民間團體有在接方案，是否經費不是從政府出，因此政府不提？也反應政府只重視醫療

「臺北市衛生局憂鬱症防治委員會」理念是以基層醫療為基礎，組織一個初級、次級與三級的跨層級醫療，包括精神科、家醫科、內科、神經科等，醫師、護理人員、臨床心理師與社工師等的醫療服務網路。期望每一位憂鬱症病人，皆可以被早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護(湯華盛、李明濱、吳家璇 2006)。但是以聯合國性別主流化在世界衛生組織所提出五項來檢視(張珏、陳芬苓 2000) 則可發現：

1. 在厘清觀念方面：因為「性別主流化」的推動，各部會需要辦理組織在職教育。醫療人員也被要求至少在職訓練有兩小時，學校也要求有性別平等教育，但是發現在對憂鬱的說明與處理上，多只限在對憂鬱症的認識，定義，在處遇或治療上，尤其要指出社會性別角色導致男女差異，甚至職場或社區中各種偏見、歧視等都是導致女性憂鬱情緒的發生，甚至嚴重到有症狀出現。這方面幾乎卻很少提及。

2. 在健康服務中的性別偏差方面，則研究並不多。健康服務包括醫院治療，多以藥物為主，即使採用團體治療等，討論家庭影響，卻都未提到家庭權力結構，傳統男尊女卑，才是女性長久被壓抑或自責，導致生病的原因，若未去分析，再如何用家庭體系解釋，女性還是需服從於既有的刻板印象框架下。

3. 將性別平等問題納入保健研究的主流。從表面看，似乎健保給付是人人都被涵蓋，但是只對藥物重視，對心理治療或團體家庭會談不重視，保健研究在憂鬱症防治上具性別敏感度的分析是非常不足的。甚至從心理健康促進出發，充權罹病婦女與其照顧者，將社會建構性別不當處平實呈現。

4. 將性別分析與性別平等議題納入提供健康服務與照護體系的主流。強調增加政府/政治的關切與意願。建構性別敏感的評量需求評估。健康計畫過程中加入性別議題，各地區/族群婦女參與。發展性別計畫的架構。增強性別敏感的服務能力。可靠性、監測與評估。究竟疾病的發生與治療是否切合婦女需求需要探討。才能進行性別影響評估，瞭解需求。
5. 跨部門的性別平等與健康。憂鬱防治絕不是單一部門如衛生署可以全然承擔，相關教育部門、勞政部門、內政部等，都需要重視，才能有全方位的服務提供，或透過教學瞭解自助助人以及支持系統的使用。目前我國在 2010 年行政院下成立「自殺防治與心理健康促進會報」，由政務委員主持，這是跨部會的會議，但是對憂鬱症防治網的理念也希望一級、次級、三級預防都能涵蓋。但是這部分還是只停留在醫事人員的在職訓練，一年至少需要兩小時的「性別教育」。

討論與結論

本計畫主要在於解構目前在憂鬱症防治上的「性別盲」，的確從四種需求評估方式明確看到在憂鬱症防治上缺乏性別區隔統計資料，也缺乏性別分析，並未深入去瞭解女性憂鬱的需求為何，瞭解是否有性別差異；在提供醫療服務上，尤其是社會心理介入上也缺乏性別差異的瞭解與探討，因此在規範需求以性別主流化理念來分析，也發現台北市曾成立憂鬱症防治網，但後來被自殺防治而取代，雖有提出女性與自殺防治，或情緒管理與自殺防治專門手冊，但與其他呈現需求上也發現一些研究論述或書籍發表，我國在性別建構導致女性憂鬱的成因上著墨很少，遑論能因此設計治療的方案，這是政府應加強的地方。參考澳洲的發展的性別影響評估，我國在性別影響評估上還有很多基本資料需要蒐集，也需進行性別分析與檢視，制訂更多與導致介入或改善憂鬱有關的方案或政策。

一、我國在心理健康政策與憂鬱症防治政策上對性別的忽視

由前述分析結果，感覺需求上憂鬱病人的需求，並未在醫師治療中提供她們的需要，性別角色的困境，醫師也並未指出。在民間團體或相關學協會的網路資訊也一樣是缺少性別視角的敏感度。這在澳洲對憂鬱的性別影響評估中也同樣指出是需要加強地方。

有關憂鬱情緒與憂鬱症的辯證，是生物決定論與社會建構論間的探索，醫學界近來也提出生物-心理-社會模式，其實需要的是對權力結構、社會建構與醫療化的瞭解。我國在社會建構憂鬱的論述上，從胡幼慧開始，鄧惠文的媒體分析憂鬱的性別政治也開啟另種思考，文獻的呈現需求，但在政府憂鬱症防治計畫或方案中並未出現。

規範需求方面，則對聯合國性別主流化的分析架構得知性別敏感是不足的，跨部會合作也並未形成。

比較需求則以與澳洲多項比較，我國在既有健康政策中的性別影響評估幾乎沒有，主要我國國家政策訂在是將要進行4-5年中程計畫才需進行性別影響評估，若沒有既有性別區隔的統計資料根本無從評估起。借鏡澳洲經驗，2007年進行性別影響評估，2008年就已經有一些對策方案出現，我國也需要如此。

更進一步對於不同族群也需有不同需求評估與不同設計的方案，而非都是一樣的，例如對新住民、新移民、兒童、老人、勞工、殘障，甚至性傾向如LGBTQ。等等

二、我國需要全方位的婦女健康與憂鬱防治的策略與實質內容。

若以WHO提出婦女健康涵蓋面，憂鬱屬心理健康，但相關慢性疾病、經期健康，甚至癌症、經歷家暴等，都會出現憂鬱反應或被診斷是憂鬱症，也需一併瞭解。此外不同群體的健康亦需關注：照顧者的健康、不同社經地位的婦女、城鄉地區、原住民婦女、身體殘障者、疾病患者等，甚至保險制度設計，醫療體系的建構等，都會與婦女憂鬱息息相關（WHO, 2000,2002,2005,2010）。

全方位婦女健康模式是疾病預防與健康促進的策略需以自我照顧活動（self-care）和自助團體（self-help group）為基礎，因其能讓女性對於自己的身心健康具有自我決控權，全方位模式對於婦女健康管理成效最佳，其特色是：(1)視各年齡的轉變如同個人成長的一個機會的正向願景，(2)以身心社會多元的視角看待各階段中不同面貌的女性健康和生活品質的現象，(3)健康政策的發展應該把重點放在健康促進，(4)自我照顧和自助團體為基礎的策略可直接地幫助女性，(5)藥物使用需重視個人化使用，(6)生態社會環境的影響，(7)健康照護系統以婦女需求為主。Olazabal等認為疾病的預防與健康促進的策略須以自我照顧活動和自助團體為基礎，才能讓女性對於自己的身心健康具有自我決控權(Olazabal et al, 1999；WHO, 2007)。

由本研究對憂鬱症防治的初步需求評估，可以瞭解我國在對憂鬱罹患女性上，並未具有性別敏感度，對男性罹患酗酒或暴力者也為注意這可能是性別框架下的反應，因此在第二年計畫中將針對第一年解構的成果，開始進行憂鬱症防治內涵的性別建構。

三、我國需要長期追蹤的婦女健康研究

澳洲政府在1994年即開始建立婦女健康政策的綠皮書，並開始展開一系列的長期追蹤婦女健康研究，分生命週期，青少女、中年婦女、老年婦女，甚至出版婦女對健康政策的理念看法，稱之為立場書（position paper）(AWHN, 2012 ab)。因為有長期追蹤研究，不少婦女心理健康與憂鬱研究介入方案與影響因素都陸續發表於學術期刊，也較能看到介入的成效。我國這方面是缺乏的，即使有如國健局、勞委會、教育部、中研院、國衛院等大型資料庫的建立，婦女健康

整體的是闕如。因為只有長期資料庫的追蹤，更能明確知悉因果關係，對婦女健康政策的落實或修正才有其意義。希望藉由此研究可以提供未來長期追蹤的依據。

必須達到以下目標：

- (1)協助婦女增加對其心理健康決定因子的控制力，尤其是消弭工作上任何會造成貶抑或歧視的情境。
- (2)藉由教育、改變政策及立法，來減低在會腐蝕或破壞健康的危險因子中的暴露率，同時有效的改善婦女實質的健康，所處境遇及對生活的選擇權。
- (3)讓婦女參與決定過程，不只是疾病的治療，同時也必須教導事件及決定會如何影響她們的生活及健康。
- (4)在做任何攸關婦女心理健康的治療時，必須建立在充分告知、尊重及信任的基礎上。
- (5)加強社會及社區網絡以能提供實際和情緒上之支援。
- (6)保留及加強社會預算來減少支薪不平等，促使資源重分配。
- (7)提昇心理健康促進的行動。

四、我國需要有專責單位的心理健康司

目前研究顯示，要有效促進婦女心理健康才是針對憂鬱情緒和憂鬱症的防治的根本，而我國正值行政院組織再造之際，將在 2013 年將衛生署與內政部社會司合併，成為「衛生福利部」，有鑑於心理健康是人權，是人人應擁有的（WHO，2004，2005），必得全面規劃從嬰幼兒就要開始到青少年、成年男女、以致老年男女的各生命週期的心理健康，促進心理健康是國家需要加強的一環，必須有專責機制來全面規劃協調。獨立的心理健康司是世界各國都在努力的方向，例如先進國家如美國，在不同州就會設立「心理健康廳」與「衛生廳」，甚至如鄰近的東南亞國家如泰國、印尼等，都有心理健康一級獨立單位，例如在公共衛生部下面，專設有「心理健康署」與「健康署」，才得以全面、整合並推動各項心理健康政策。此外為能處理台灣人民目前嚴重的心理問題，例如有四分之一機會終生會得精神疾病（憂鬱是之一）、自殺為我國十大死因（憂鬱也被提出是影響因素）、家暴事件逐年升高（家暴者憂鬱反應很嚴重），導致生病後的精障人口佔身心障礙近十分之一，病程很長，醫療與社會成本甚高，需要橫跨預防，治療，長期照顧、各式社會福利與輔助，複雜而多元；此外如精障疾病一樣，各種罕見疾病或特殊孩童如自閉症、好動兒，其照顧者尤其母親也容易在無支援下罹患憂鬱；一些特殊群體如雙胞胎母親，也會因不甚負荷照顧之累，又缺家人或國家社會支持，而產生憂鬱；以上都需要獨立司級單位才能有效整合與協調（張珏，2012, 2013）。

憂鬱症防治屬於心理健康業務的一環，不只是次級預防中的早期發現或自我

覺察，能夠早期就醫或尋找治療資源，也要關注三級預防，能回歸社區生活，持續治療等，但是目前 WHO 更強調促進心理健康，能從源頭一級預防中加強對自我認識，瞭解環境建構性別導致的傷害，加強因應社會惡質生態的能力，也同時在次級和三級預防中同樣要加入心理健康促進的元素 (Keys, 2000; Ardiles, & Griffith, 2010; 張珏, 2012)，以及考量心理健康政策中在憂鬱的各種社會建構風險 (Fullagar & Gattuso 2002)，也要學習澳洲或加拿大，都提出如何用健康政策來促進心理健康，甚至政府還主動對各個政策制訂者主辦訓練 (Using policy to promote mental health and wellbeing An introduction for policy makers) (Department of Health (VicHealth), 2010)。

參考文獻

- 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
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- 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.
- 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.
- 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**
- 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 Nations. *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 Analysis. 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
- 廖庭璋(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。

P & P 2012 Perth October 17-19 2012
“*The 21st Century Approach to Mental Health.*”
**Mental Health Mainstreaming:
NGO from advocacy to
implementation**

Chueh Chang

Board Member, World Federation for Mental Health 1997- 2003

Board Member, Committee of Women’s Right Promotion

Board Member, Mental Health Association in Taiwan

Associate Professor, Institute of Health Policy and Management, School of Public Health,
National Taiwan University (NTU)

Consultant: Committee of Suicide Prevention and Mental Health Promotion, Executive Yuan

Coordinator, Healthy Life Alliance

Coordinator, Mental Healthy Action Alliance

President, Taipei Twin Association



About DAW	Violence Against Women	CSW	FWCW and its Follow-up	General Assembly	ECOSOC	Expert Group Meetings	Publications	Technical Cooperation	Statements	NGO Participation	New Arch
---------------------------	--	---------------------	--	----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------



United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women

About us	Beijing and its Follow-up	CSW	ECOSOC	General Assembly	Expert Group Meetings	Violence against Women	Publications	NGO Participation	Technical Cooperation
--------------------------	---	---------------------	------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

[Commission on the Status of Women Fifty-sixth session \(27 February - 9 March 2012\)](#)



The NGO Committee on the Status of Women, NY

A Committee of the Conference of NGOs in Consultative Relationship with the United Nations

Lobby in the UN CSW & UN NGO CSW



WFMH UN Representatives: Nancy Wallace, Ricki Kanswitz, Chueh Chang



Lobby in the UN CSW

Resolution 43/3. Women and mental health, with emphasis on special groups

The Commission on the Status of Women,

Reaffirming the commitments made in the Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women²⁸ that women have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health,

Recalling that the Platform for Action, in the critical area on women and health,³⁰ included women's mental health on the agenda for women's empowerment, by asserting that health was a state of complete physical, mental and social well-being, women had the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, health and well-being eluded the majority of women, and one of the major barriers for women to the achievement of the highest attainable standard of health was gender-based inequality,

Upholding the importance of attaining full mental health for all people, as recognized in General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991, entitled "The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care",

Welcoming the strong commitments to women and mental health made by the Director General of the World Health Organization at the forty-third session of the Commission on the Status of Women,

Concerned that, in many parts of the world, depression affects more women than men, owing, among other factors, to the inferior social and economic status of women and girls,

Concerned also that women throughout their life cycle experience tremendous health burdens created by gender discrimination, all forms of violence, including domestic and sexual

Gender Mainstream

Mental Health Mainstream

- **Gender statistics**
- **Gender analysis**
- **Gender budget**
- **Gender Impact assessment**
- **Gender awareness training**
- **Gender national machinery**
- **Mental health statistics**
- **Mental health analysis**
- **Mental health budget**
- **Mental impact assessment**
- **Mental health awareness training**
- **Mental health national machinery**

The process of Mental Health Mainstream From individual to Nation

Consciousness Raising

Partnership

Empowerment

Participation

Decision Making

Alternative Choices

Policy Formation and Evaluation

**people
collaborate**

**People
center**

Support

conflict

**diversity 、
dialogue 、
challenge 、
creativity**

**Aware but
some bias**

**Mental health
study**

neglect

**innocent 、
awakening**

Protest 、

Discover problems

Decrease discrimination

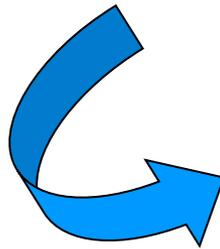
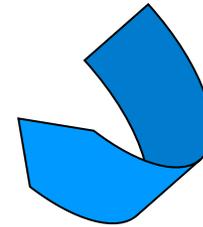
Origin from WHO in the 21 Century

2001 WHO Health Day
[Stop Exclusion,
Dare to Care]



2001 WHO Report
[Mental Health:
New Understanding, New Hope]

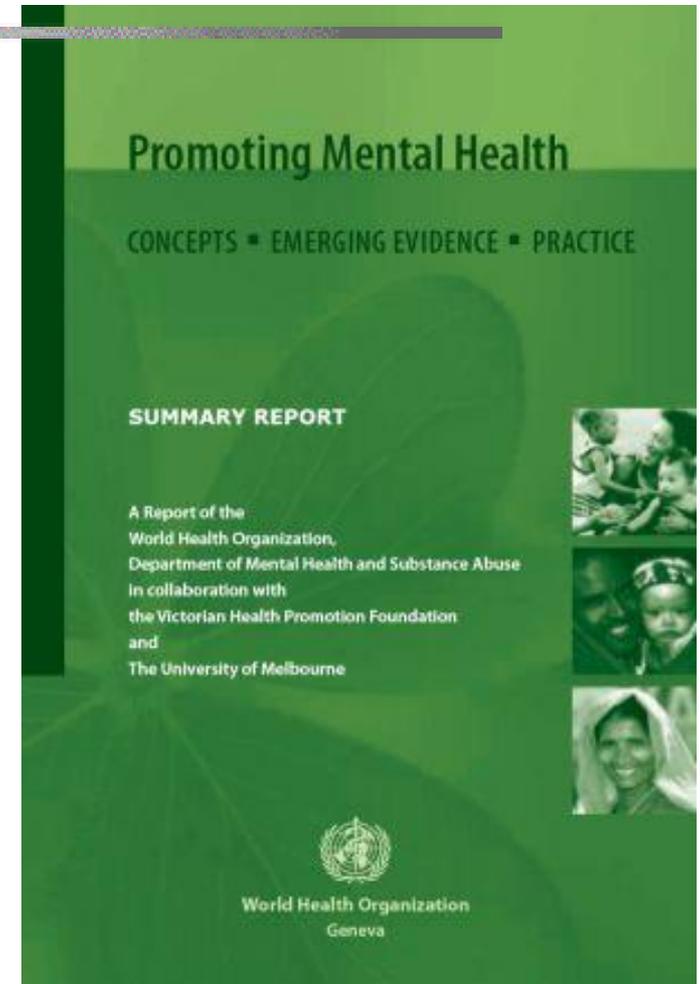
**2003 WHO
National Mental Health
Policies**



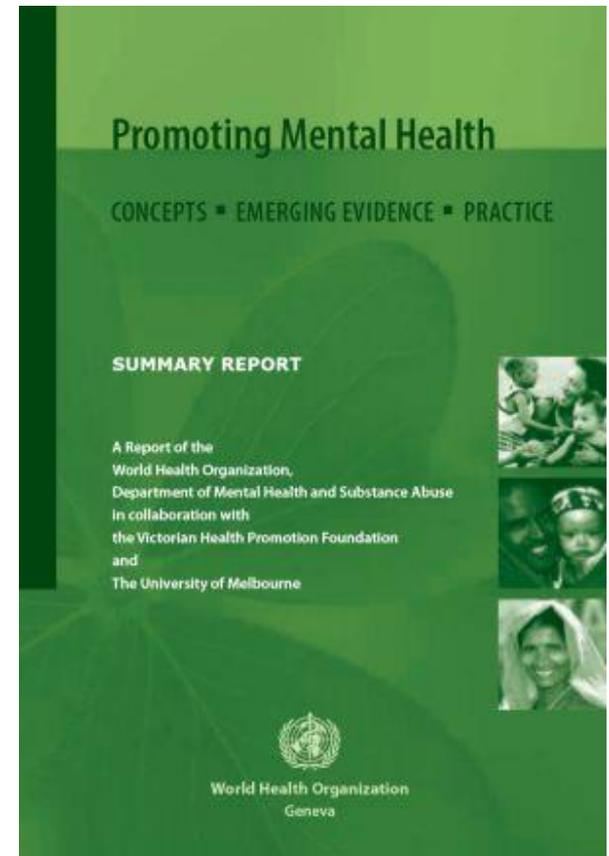
**2004, 2005 WHO
Promoting
Mental Health**

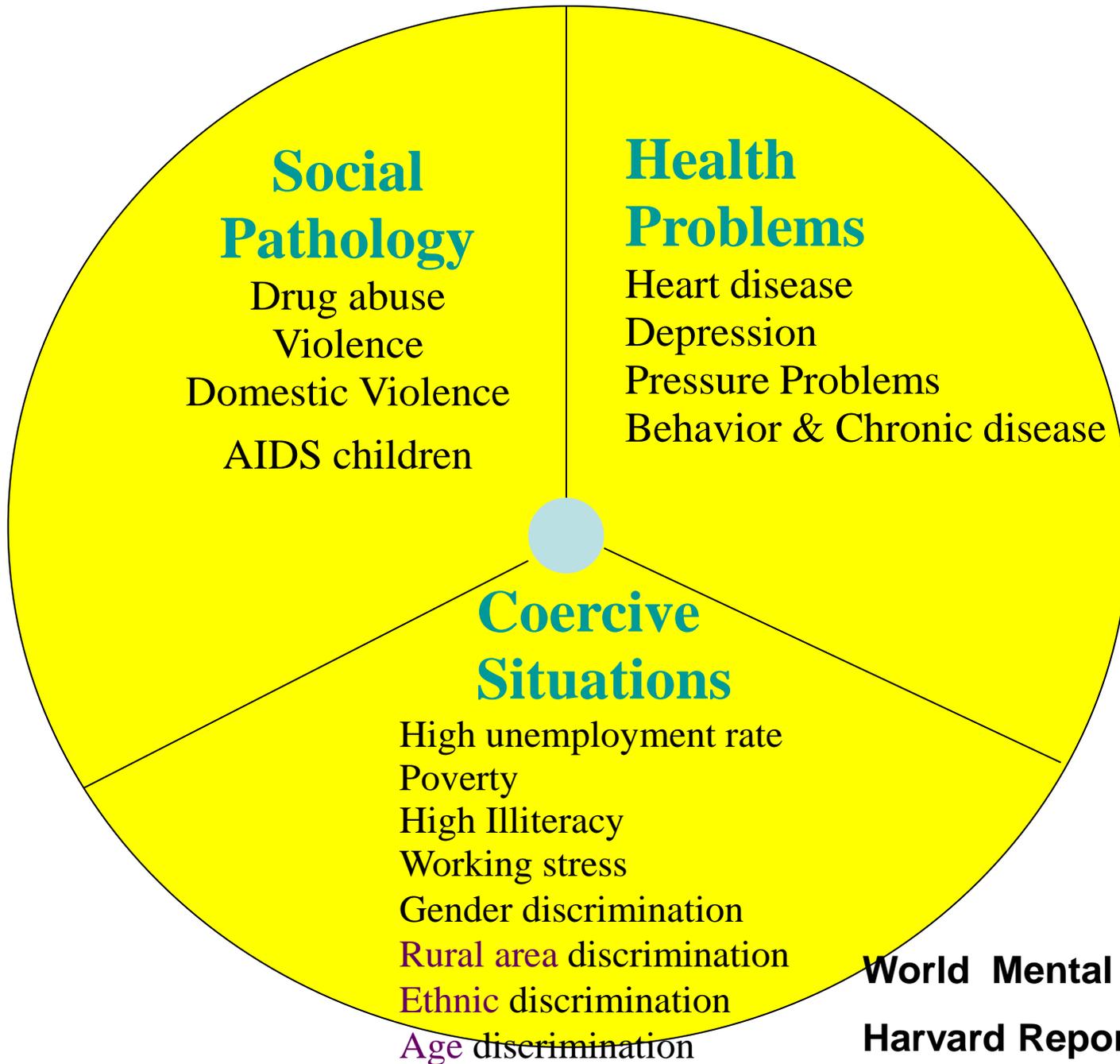
Mental Health is for People and Nations

- There is no health without mental health (psychological well-being)
- Mental health is more than the absence of mental/physical disease, It is vital to individual, families, and societies.
(WHO,2004)



- Mental health is determined by SES & Environment.
- Mental health can be enhanced by effective public health intervention
- Collective action depends on shared values as well as the quality of scientific evidence
- A climate that respects and protect basic human civil, political, economic, social and cultural rights is fundamental to the promotion of mental health
- Inter-sectoral linkage is the key for mental health promotion
- **Mental Health is everybody's business!**





**World Mental Health
Harvard Report, 1995**

WHO Mental Health Promoting

Goal 1 : Physical, Psychological, and Social Well Being

Key Determinants of Mental Health & Themes For Action

Social inclusion

- Supportive relationships
- Involvement in group activities
- Civic engagement

Freedom from discrimination & violence

- Valuing of diversity
- Physical security
- Self-determination and control of one's life

Economic participation

- Work
- Education
- Housing
- Money

心理健康連結圖 Family Tree of Mental Health

正向作用

Positive Functioning

心理幸福感

Psychological Well-Being

自我接納

Self-Acceptance

與他人的積極關係

Positive Relations with Others

個人成長

Personal Growth

生活目標

Purpose in Life

社會網絡

Environmental Mastery

自主

Autonomy

社會幸福感

Social Well-Being

社會接納

Social Acceptance

社會融合

Social Integration

社會成長

Social Growth

社會貢獻

Social Contribution

社會和諧

Social Coherence

正向感受

Positive Feeling

情感幸福感

Emotion Well-Being

快樂感

Happiness

滿意度

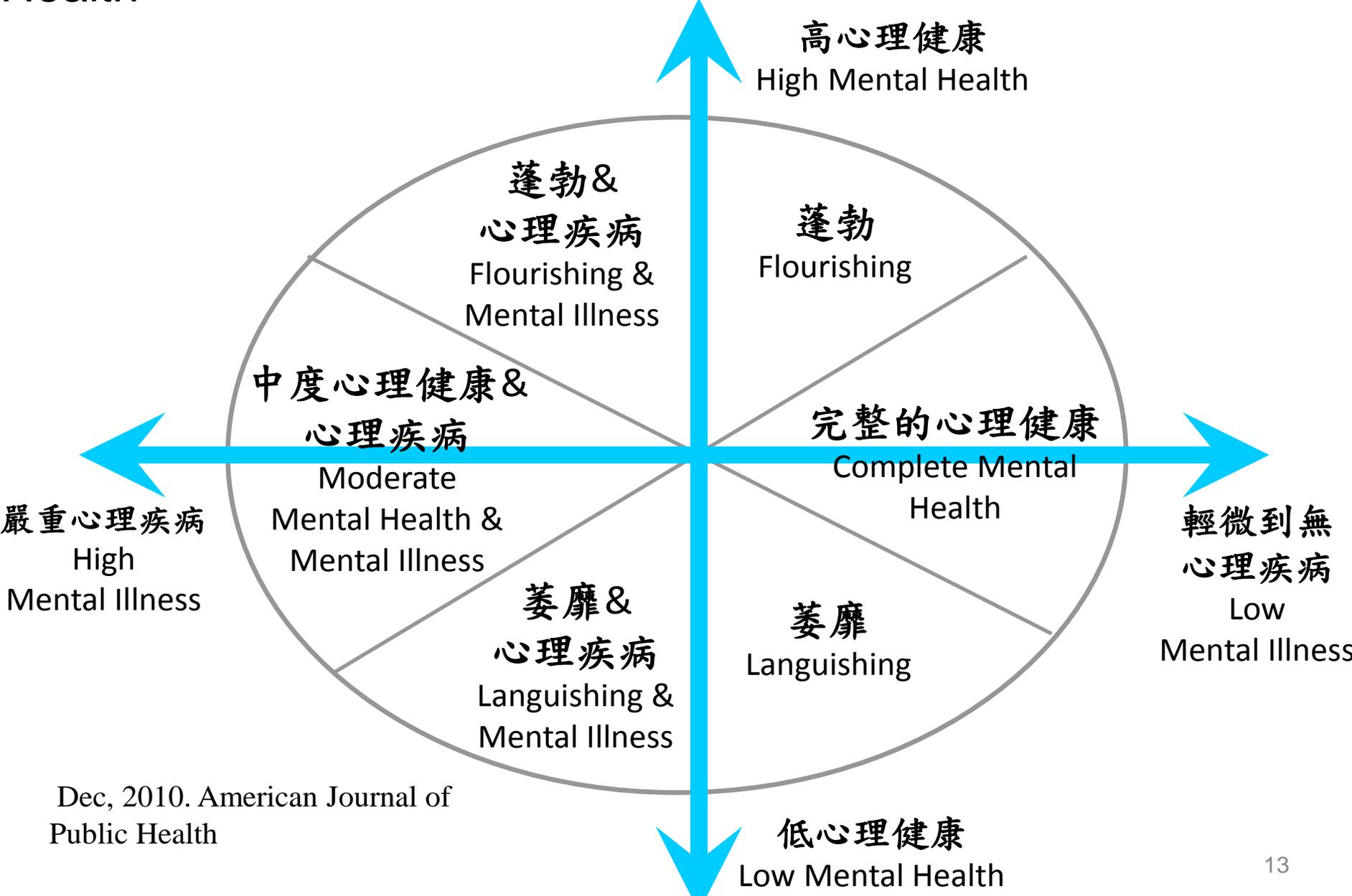
Satisfaction

生活樂趣

Interesting Life

AJPH 2010/12

心理健康兩種動態性模式 Two-Continuum Model of Mental Health



Dec, 2010. American Journal of Public Health

Population approach

- **Mental health promotion** – actions taken to maximise the mental health and wellbeing of populations by:
 - improving social, physical and economic environments
 - strengthening the understanding and skills of individuals in ways that support their efforts to achieve and maintain mental health.

Individual approach

- **Mental illness prevention** – actions taken to reduce the impact or prevent the initial onset of mental illness
- **Mental illness treatment** – actions taken to remedy a mental illness or to lessen its ill effects.

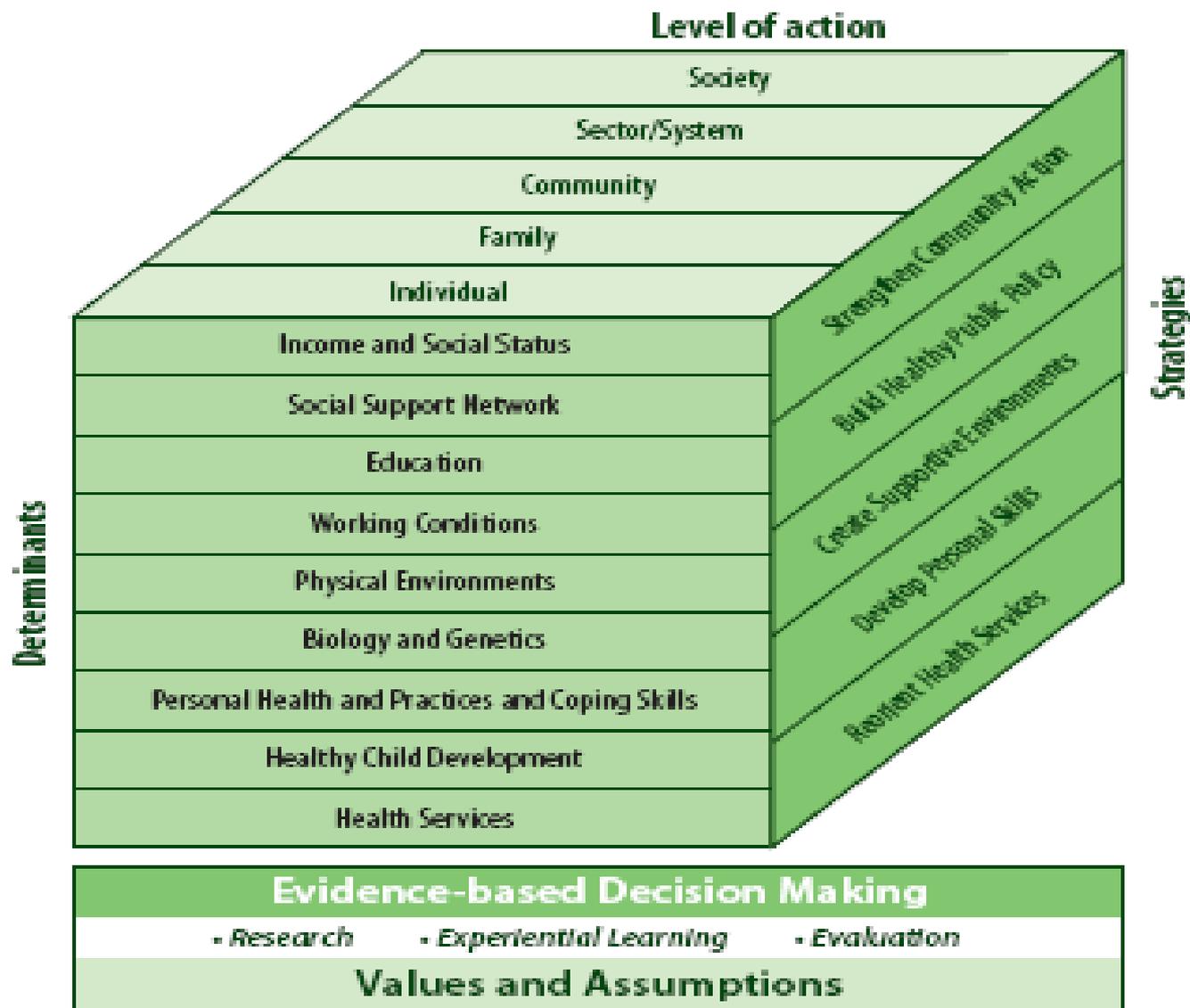
Definition of Advocacy (WHO,2001)

- Mental health advocacy is a broad concept describing a variety of different actions aimed at changing the major structural and attitudinal barriers to achieving positive mental health outcomes for the population.

Goals of Advocacy (WHO, 2001)

- Putting mental health on the agenda of governments;
- Improving policies practices of governments an institutions;
- Changing laws and government regulations;
- Improving promotion of mental health and preventing mental illnesses;
- Protecting and promoting the rights and interests of people with mental disorders;
- Improving mental health services, treatment and care.
- Advocacy activities include lobbying, awareness-raising, education and training.

Figure 12.1
The scope of health promotion



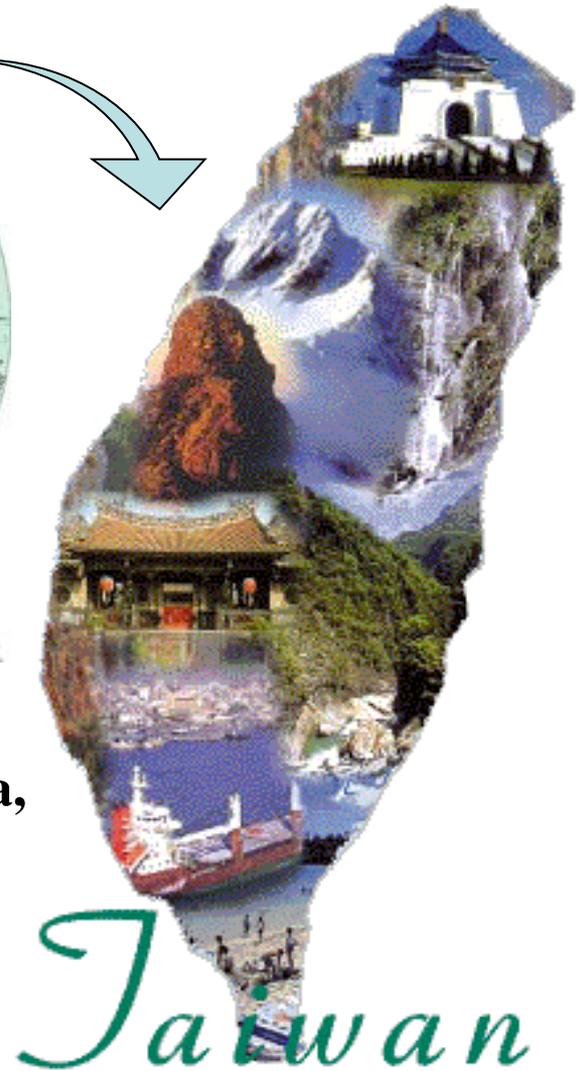
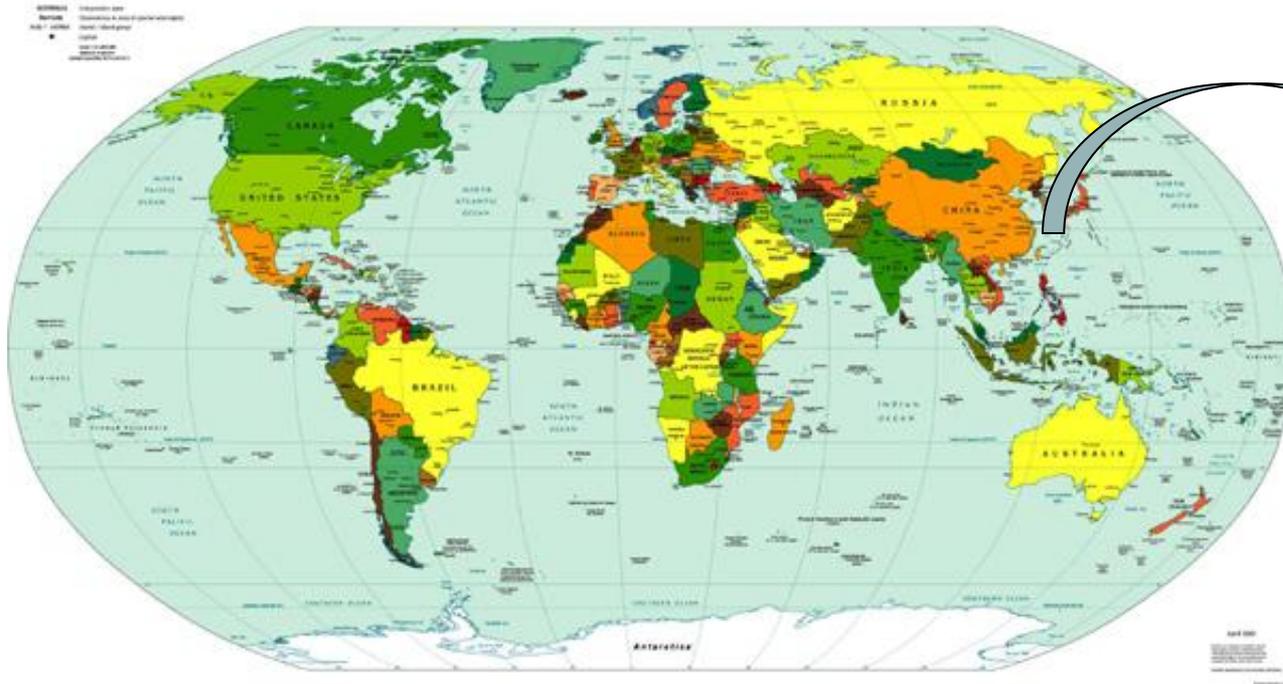
Adapted from: Evans & Stoddart, 2003.

(WHO, 2005)

EXAMPLES OF MENTAL HEALTH ADVOCACY FROM MOH*

TARGET POPULATIONS	ACTIONS	ISSUES
<p>1. General Population (including neighborhoods, schoolchildren & workers)</p> <p>Goals: awareness raising, increase knowledge & attitude change.</p>	<p>Educational material: brochure, pamphlet, poster. Video, slides, multimedia. Web site, electronic bulletin. Face to face: conference, workshop, group discussion. Public events: rally, art exhibition, party. Policies, plan, legislation. Media: news conference, TV & radio shows, newspapers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Stigma of mental illness · Information about mental illness and mental health services · Resources for mental health (e.g. parity with physical health) · Promotion and prevention in mental health
<p>2. Health & Mental Health Workers</p> <p>Goals: improve service quality & respect individual rights.</p>	<p>Participation of consumers in planning and assessment of services. Training in human rights issues. Defend the rights of the persons with mental illness. Support workers in better labor conditions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Access & quality assurance · Community care · Incentives for health & mental health workers · Resources for mental health services
<p>3. Decision & Policy Makers (Executive Branch of Government, Legislature & Political Parties)</p> <p>Goals: improve MH policy & legislation.</p>	<p>Dispelling myths. Interviews & meetings with key persons. Distributing printed & electronic documents. Visiting psychiatric facilities with them. Inviting them to MH Congresses/Seminars.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Mental health policy · Mental health legislation · Resources for mental health · Burden of mental diseases · Cost-effective interventions
<p>4. Consumers & Families Groups and NGOs</p> <p>Goals: empowerment.</p>	<p>Counseling about defense of their rights. Education about mental illness & treatment Hotline for crisis intervention. Support to improve their organization.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Informed consent. · Involuntary treatment and hospitalization · Confidentiality · Complaints and appeals · Mutual help groups · Civil rights · Housing · Education & employment

* The provided examples are NOT specific recommendations for action (WHO, 2006)



Location: Eastern Asia, islands bordering the East China Sea, Philippine Sea, South China Sea, and Taiwan Strait, north of the Philippines, off the southeastern coast of China.

Statistics of Population in Taiwan	Land area (km²)	Density (Persons/km²)
22,778,581	35,961	633.4

Source: Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, Taiwan. (Lyu,2006)

Healthy Taiwan

(Department of Health, 2010)

Vision

Promoting & Protecting the Public
a Healthy & **Happy** Lifestyle

Mission

serving as a catalyst in improving health of people, educating people into having a healthy lifestyle, and paving the road for health industry

Strategy

improving the
quality of
health care

making food
and drugs safe

making health
affairs an
international
issue

abiding by law &
pragmatism to
enrich lives of
people

integrating health
management into
our lifestyle

making disease
prevention a public
responsibility

industrializing
health
technology

participating in
international
health affairs

Yes! We Do Have

- Psychiatric services network plan since 1986
- Mental Health Act since 1990

Most related to psychiatric patients' involuntary treatment, community rehabilitation, etc.

- Suicide prevention center plan since 2005
- Physically and Mentally Disabled Citizens Protection Act 1980, 2007
- Sexual Assault Prevention Act, 1997
- Domestic Violence Prevention Act, 1998
- Gender Equality in Employment Act 2001
- Gender Equity Education Act, 2004
- Sexual Harassment Prevention Law, 2005

Obstacles of Mental Health Promotion in Taiwan

- Mental Health is not considered as a Human Right and a link to health
- Less Mental Health Sensitivity
- Few people participate
- Problem orientation by Government
- Lack of Mental Health Needs Assessment
- Few Empowerment Strategies
- Less Capacity Building
- Low Community Awareness
- **Less advocacy to decision makers**

Situation in Taiwan

From Earthquake, SARS to President Election, we found even the term of “Mental Health” has been *discriminated*.

However, the Need of Mental Health (or Psychological Well-being) has also been *awakened*.

Needs on Mental Health Promotion

Awakening

- Earthquake \neq PTSD? SARS =Phobic, Fear Reaction, Anger
- Presidential Election= Anger, Suppression

Discrimination

- Mental Health \neq Mental Illness ????

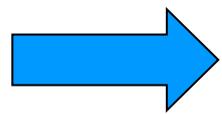
Resilience:

individual, family, school, community, nation

Importance of resource allocation, policies, equity, etc.

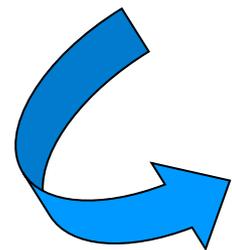
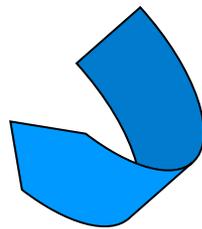
HOW WE START

Awareness
Awakening



Advocacy & Campaign
Mental Health Alliance

International Trend



Actions
Research & Policy

Public Awareness

Advocacy for World Mental Health Day



Center for Family & Consumer Advocacy and Support

WFMH Center on Transcultural Mental Health

Disaster Response Initiative

Great Push for Mental Health Initiative

WFMH Africa Initiative

Mental Health Policy & Human Rights Advocacy

International Initiatives

Promotion of Mental Health & Prevention of Mental Disorders

DEPRESSION: *A Global Crisis*

World Mental Health Day, October 10 2012

Current Initiatives & Programs

[7th P&P Conference](#)
October 17-19, 2012
Perth, Australia
Abstracts open NOW!

2013 World Congress Buenos Aires, Argentina 25-28 August
For more information [click here](#)

WFMH-Hellenic Psychiatric Association Congress
"Crises and Disasters: Psychosocial consequences"
Athens, March 6-9 2013
[ABSTRACTS OPEN NOW!](#)

2012 WMHDAY
Depression: A Global Crisis
[click here for more information](#)

The WFMH Great Push for Mental Health Campaign
Show your support, take our survey and contribute to positive changes in mental health!!
[Learn more here...](#)

WFMH [Feature Stories and Global Information](#)

View and download our recent material:

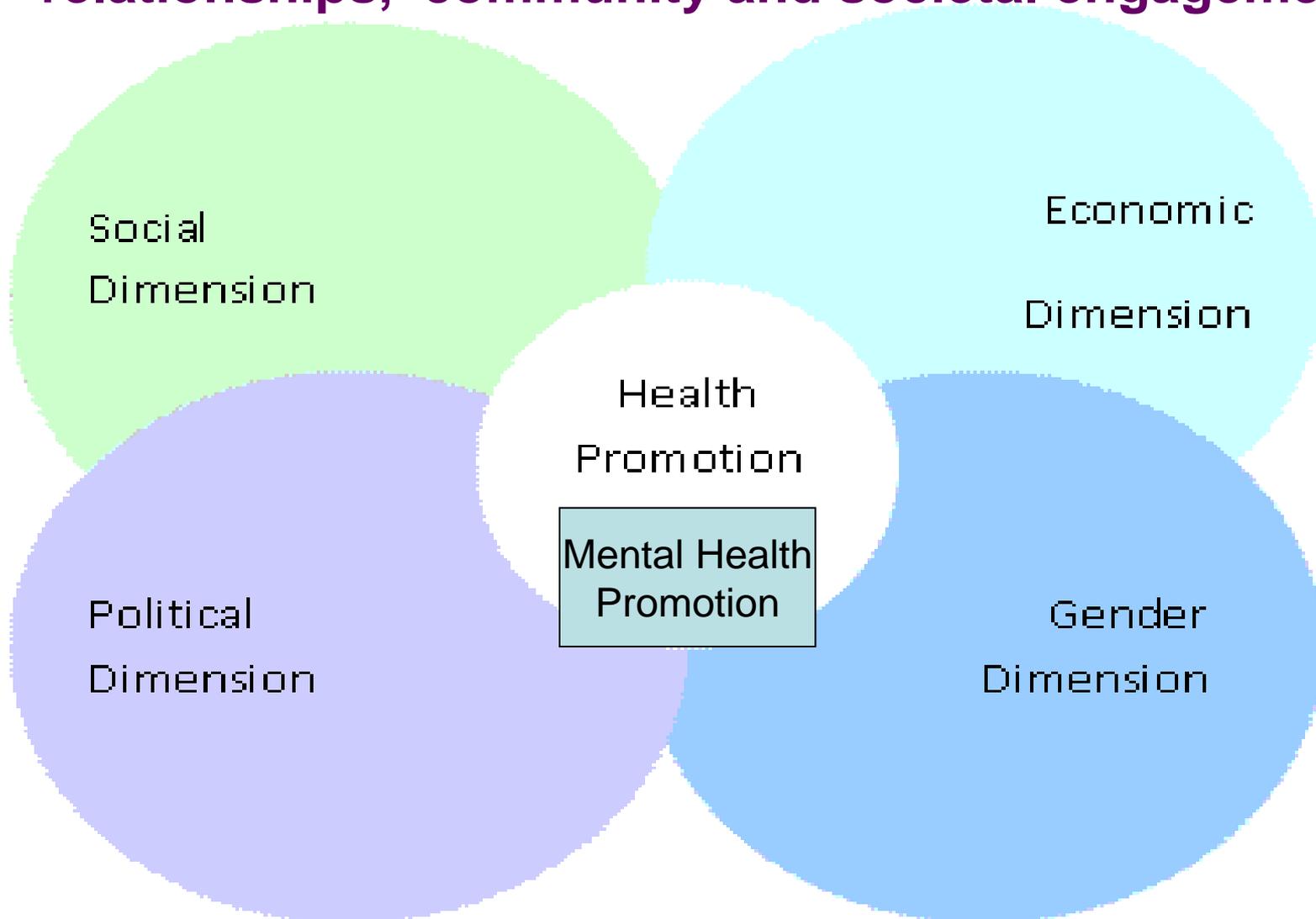
["Mental Illness and Suicide – A Family Guide to Facing & Reducing the Risks"](#)

["Depression: What You Know Can Help You"](#)

["Diabetes and Depression"](#)

["Caring for the Caregiver: Why your mental health matters when you care for others"](#)

Good mental health is critical to personal and physical well-being, family and interpersonal relationships, community and societal engagement



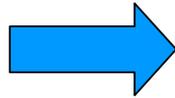
Some Models for Advocacy

- Citizen Advocacy Model: Give A Voice
- Judicial Intervention Model: Give Legal and Constitutional Support
- Legislative Reform Model: Give Structure and Framework
- Philanthropy Model: Give Money

Mental Health Promoting in Taiwan, led by Mental Health Association in Taiwan

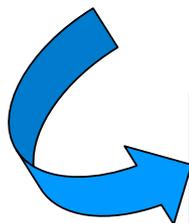
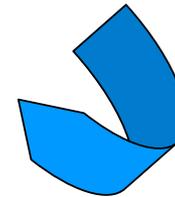


9/21 1999
earthquake
MH awake



2003 SARS phobia
Mental Health Action
Alliance

2004 Political election
opposition, anger
Lobby for National Machinery



2004
Mind/body
Healthy Life Alliance



2006 NGOs lobby for
Mental Health Promotion law
Bureau of Health promotion
Trial for community mental
health program



Oct 10 Happy day

MH Action Alliance for Flood disaster



少生氣更健康



Anger and health



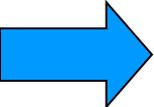
有量才有福

健康人生策略聯盟 <http://openmind.heart.net.tw/>



SARS and MH

Efforts of Mental Health Action Alliance

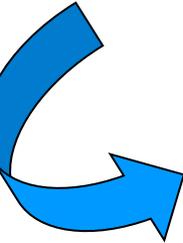


2006 white book: Psychiatric service & mental health policy

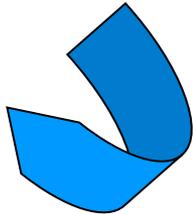
2010/3/30 Principle of **Psychiatric service & mental health policy**

2009

Mental Health Action Alliance
(Flood Disaster)



2010 mental health mainstream
Advocacy National Machinery
Visit President MA

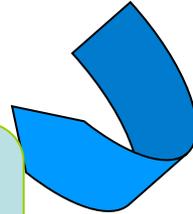


2011 NGO

Department of Mental Health
Plan

2012

Mental Health City



2012 Keep lobbying for
Legislation Delegates



- Workshop on “Organization Reform and Mental Health”
- Expect to Taiwan Government

第一次就做對！美國的教訓！！
 ~台灣心理健康司的期許~
Organizational Restructuring and Mental Health Policy
Lessons from the US

時間：99年10月14日(四) 12:10-15:30

地點：台灣大學公共衛生學院601室

主持人：江東亮院長

主講者：林蒲慕蓉教授

活動時間	活動(課程)內容
12:00-12:10	活動簽到 / 領取資料
12:10-12:20	來賓致詞 / 主持人引言 (主持人：江東亮院長)
12:20-13:30	講題：第一次就做對！！從美國教訓對台灣組織再造「衛生福利部」成立「心理健康司」之期許和展望 主講者：林蒲慕蓉教授
13:30-15:30	自由討論與 Q&A (主持人：張珺教授)

主辦單位：

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

國立台灣大學公共衛生學院國際衛生研究中心

中華心理衛生協會

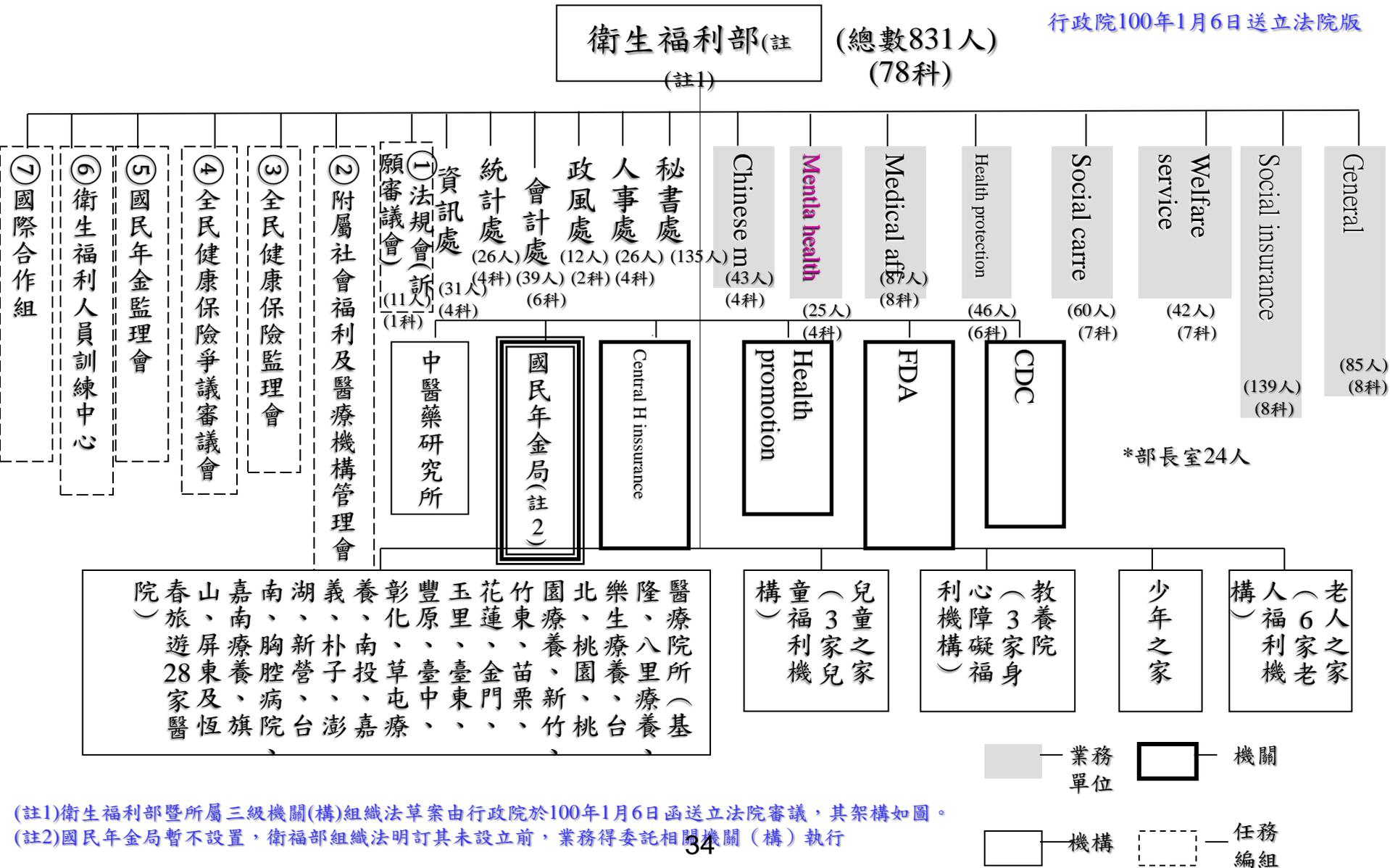


2010/3/31 visit
President MA for MH



New Reform on Ministry of Health and Welfare

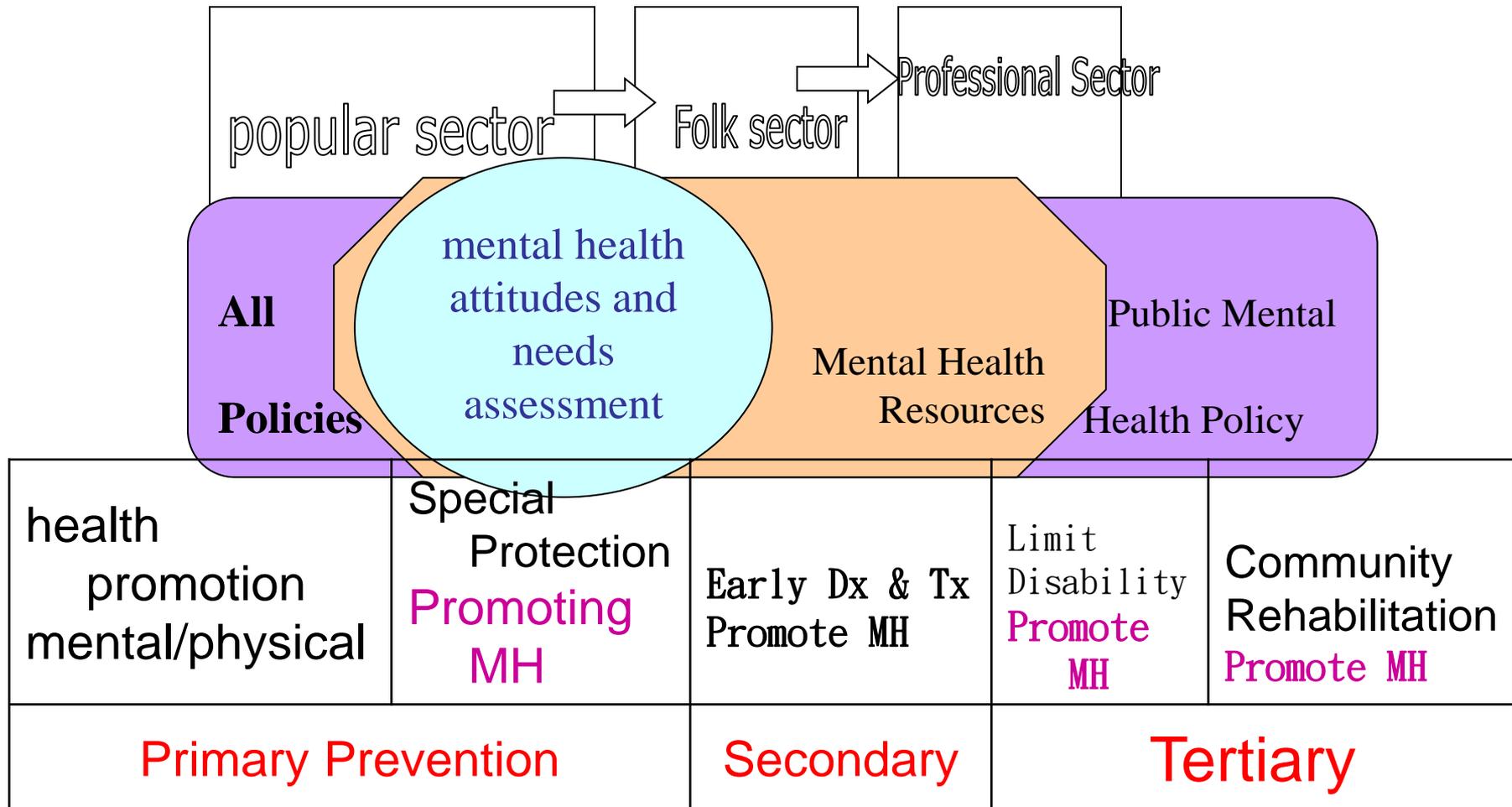
行政院100年1月6日送立法院版



(註1)衛生福利部暨所屬三級機關(構)組織法草案由行政院於100年1月6日函送立法院審議，其架構如圖。

(註2)國民年金局暫不設置，衛福部組織法明訂其未設立前，業務得委託相關機關(構)執行

Current Public Mental Health Needs in Taiwan



Next Steps...

- Continue to Lobby: President, congress men and women,
- Link to all NGOs
- Participate government committee to make suggestions and monitoring.

- Implement more mental health promotion programs

- Advocacy for Mental Health City
(based on WHO 2004-5, Murlbane Charter, OECD, healthy city, aged friendly city, save city etc.)
working on psychiatric consumer friendly city,
gender friendly city

- Awakening ‘mental health is right for everyone’
mental health promoting program, ex. Laughing program, etc.

- Inviting more organizations to join the advocate, not only mental health organization, public health organization, NGOs (women, children, patients, etc.), civil society, etc.

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

2012 年 12 月 30 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 2012/10/17-19

地點 澳洲伯斯

會議名稱 中 第七屆促進心理健康與預防心理和行為異常世界大會

[21 世紀的心理健康]

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

"The 21st Century Approach to Mental Health."

發表論文題目

- 1. Mental Health Mainstreaming: NGO from advocacy to implementation**
- 2. Laughing Qigong: Transform Negative to Positive**

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 年來的第七屆大會，內容仍是多元，包括八大主軸，五個策略，八大主軸為：全民基礎的介入、兒童的心理健康與安適、青少年心理健康與安適、成年與老人的心理健康、生命歷程預防焦慮與憂鬱、自殺防治、初級照顧中的心理健康與安適、慢性身體疾病的心理健康與安適。

五大策略是：策略一/研究與評價，策略二/倡議與政策制訂，策略三/方案落實與擴散，策略四/發展伙伴關係，策略五/能力建構。

大會分三天進行，舉行形式是先有主題演講，在分成小組發表或討論或工作坊研習等，同時都有 8-10 場，內容相當豐富，但是常會有遺珠之憾，無法取捨。

本人共參與兩個場次，發表兩篇報告並同時主持一場工作坊。一篇是提出在我國的倡議心理健康的情形，與目前正在執行的國科會計畫性別影響評估憂鬱防治政策相關；另一個工作坊則為介入方案，針對青少年國科會國中生笑的介入方案進形成果介紹，並以工作坊形式，讓參與者體驗，效果很不錯。

二、與會心得

由於經濟不景氣，加上柏斯地處澳洲偏遠，所以與會人士比起過去在 2008 於澳洲莫爾本舉行時的近八百人，這次相對是少了些，並不如期待的多，只有三百人不到，相當可惜。不過碰到泰國、新加坡、香港等來自亞洲的心理衛生工作者，甚至泰國是政府部門前來參與，而我國目前正要組織改造，衛生福利部下將設有獨立的心理健康司的規劃，泰國早在二十年前就已在政府組織中的公共衛生部下設有健康署和心理健康署，因此特地向他們請教，增加不少連結。明年八月泰國將主辦心理健康會議，也提出可邀請我前往，甚至九月有世界健康促進大會，值得參與，能將身心連結。

對於幾場工作坊與座談，參與也頗有心得，可以加以活用。例如自殺防治與媒體、心理健康評價指標建立、心理健康急救的成效等，2004 年亞洲國家如香港、新加坡、中國等都同時接受「心理健康及就」的訓練，香港也開發繁體字的教材，我們若能及時加入，教材也有現成只要略修正即可，也與新加坡討論是否可以自行開發適合國情的教材內容。在會場心理健康及就也有擺設攤位，我留下我的聯絡方式，也蒐集一些澳洲心理健康急救的資訊。

三、考察參觀活動

出發前透過因為今年年初曾在紐約帶動笑笑功工作坊，與紐約的慈濟功德會結緣，透過她們介紹認識，與柏斯當地的慈濟功德會聯絡上，也同時認識當地台胞的工商會會長副會長等，除特別為他們主辦笑笑功的工作坊外，也藉此瞭解在地台胞的生活狀況與需求，尤其是打工度假或遊學打工的年輕人處境，多虧有台商幾位領袖的熱心關注，形成支持網絡。

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，現在從2010年規劃，也的確在衛生福利部下設有「心理健康司」，但是其處務規章，內涵設計卻仍停留在只以目前醫事司下的精神衛生科業務的擴大，並非全面設計宏觀的組織章程，因此參與心理健康促進的這次研討會，尤其看到他們都特別有一主題在政策建構與倡議，心有戚戚焉。而各種主題涵蓋面也是多元，我國心理衛生工作不能只侷限在精神醫療的照顧，需要參考國際趨勢，甚至不少國家已經在執行的心理健康促進融入心理衛生或精神醫療工作中，此外政府單位如泰國、新加坡、澳洲不疼地區等，都有人來參與，相較之下我國政府官員參與性就太低了，除此之外，我國前來參加本次會議的人也缺少，對比之下我國在對心理健康促進與疾病預防上被關注或有資源提供來開會，是相當不足。

五、攜回資料名稱及內容

1. International Journal of Mental Health Promotion. 14(1), 2012.
2. Suicide and Mental Illness in the Media. Commonwealth of Australia 2011.
3. Family to Family: Promoting better mental health outcomes for Children of Parents with Mental Illness. www.copmi.net.au (five booklets)
4. Social and Emotional Wellbeing: a guild for Children's Services Educators.
5. Mental Health Week 7-14 October 2012. Gov of West Australia & Mental Health Commission.
6. Mental Health Commission. Mental Health 2020: Making it personal and everybody's business. Reforming Western Australia's mental health system.

六、其他

- 附件一 摘要一
- 附件二 摘要二
- 附件三 照片

附件一：摘要一

P & P 2012 Perth October 17-19 2012

“The 21st Century Approach to Mental Health.”

“Mental Health Mainstreaming: NGO Action from Advocacy to Implementation”

Chueh Chang, ScD, MPH

In 2004, The World Health Organization (WHO) emphasized in its summary report on *Promoting Mental Health*, there is “no health without mental health,” reaffirming that “mental health is more than the absence of mental illness but also the foundation for well-being and effective functioning; vital to individuals, families and societies.” Australia is one of the world’s pioneers focused on mainstreaming mental health promotion. This presentation will focus on specific experiences of mainstreaming prevention and promotion in other countries and the United Nations.

Utilizing Taiwan, the program will scrutinize how the mental health promotion movement has worked as a best practice example. The presentation will also look at the past 20 years of advocacy and education at the United Nations Commission on the Status of Women which has effectively raised awareness of the need to mainstream and promote mental health across a broad range of critical global concerns.

Using the model established by gender mainstreaming, we can utilize the strategies and experience to promote the need for improving mental health research and data collection, mental health analysis, mental health impact assessment, mental budgeting, mental health national machinery and promoting mental health as a human right.

附件二：摘要二

TITLE: Laughing Qigong: Transform Negative to Positive

Introduction

Though laughing is good for health, but we still need more research evidence as well as the “know how” . This workshop have been successfully demonstrated in Oslo of 2006, Washington DC of 2010 in the P & P conference, and in Cairo of 2005, Hong Kong of 2007, Athens of 2009 in the biannual conference of World Federation for Mental Health, as well as 2007 NAMI Convention in San Diego. Again, this time in the workshop, we will not only lead the participants practice step by step of the Laughing Qigong, we also will introduce the newly study evidence on Elderly both in community and nursing home. How can the community workers led those aged turn their depression and anxiety into positive mental health. Furthermore, the Chinese “Qi and Tai Chi” theory linked the effectiveness of stress reduction model will be discussed.

Laughing Qigong has been introduced to different groups of people i.e. 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 as well as business organizations.

LQ is a good practice in promoting positive mental health. It can be integrated into a mental health promoting program for other countries. Using this tool to bild community resilience.

附件三 活動照片



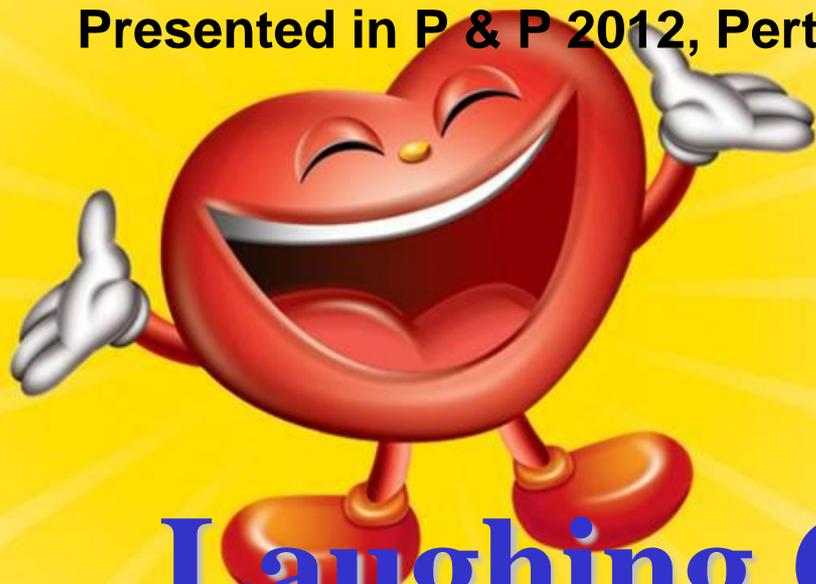
10/17-20 在 Perth 參與第七屆心理健康促進與異常行為預防世界大會

10/17 與泰國政府心理健康署官員合影

10/18 與笑笑功工作坊參與者合影

10/20 在地提供慈濟志工 笑笑紓壓工作坊

Presented in P & P 2012, Perth, Australia, 11/19



笑笑功

**Laughing Qigong from
Taiwan - Transform**

Negative to Positive

WORKSHOP

Jui-Hsieh KAO / Chueh CHANG

Challenges in the 21st Century

Diseases

- Cancer
- Depression
- HIV/AIDS

Self-Destructive Behaviors

- Drug Addiction
- Suicide

Natural Disasters

- Floods/Mudslides
- Tsunami
- Earthquakes
- Typhoon/Hurricanes
- Drought

Man-Made Disasters

- War
- Terrorism



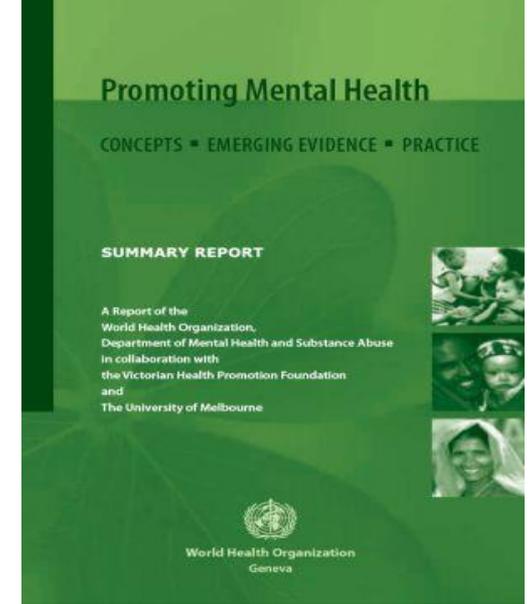
STRESS !!

Causes of All Diseases

Need to cope!

How can we relax?

Mental Health Promotion



Many ways, but not easy

Tiger as stress

disease

Cat shocked
Freezing



Stress!! Kill me!
Syndroms
Dx & Treatment



*Help me!! Dismiss
stress!! Communicate
to self*



Physiological effects of laughing

- Longevity
- Reduces pain and improves pain threshold by enhancing relaxation response *
- Improves immunity
- Reduces stress hormones, e.g., cortisol*, and buffers against the immunosuppressive effects of stress
- Stimulates IgA, increases blood leukocytes
- Improves blood and lymph flow, increases oxygenation, lowers blood pressure and exercises muscles

Laughing Qigong Basic Theory



笑笑功

融合了笑與氣功的功法
以歡笑的態度啟動新生命

Yin / Yang

Stress / No stress

Balance

Dismiss stress

Relieve tension

POSITIVE MENTAL HEALTH !!

Laughing Qigong Basic Principles

Peaceful mind, relaxed body,
Joy in the heart is good medicine

Kao's Joyful Start

- ◎ Stretch out
- ◎ Circulate
internal air
- ◎ Deep relaxation

Lymph
de-tox

Stretch out
Relax! Ya Ya



Circulate inside air

Yawning: Exhale Ha

- Dogs yawn before attacking
- Most vertebrates yawn, but only contagious among humans, apes, monkeys & chimpanzees
- Stigma—boredom, rudeness



Reasons to Yawn*

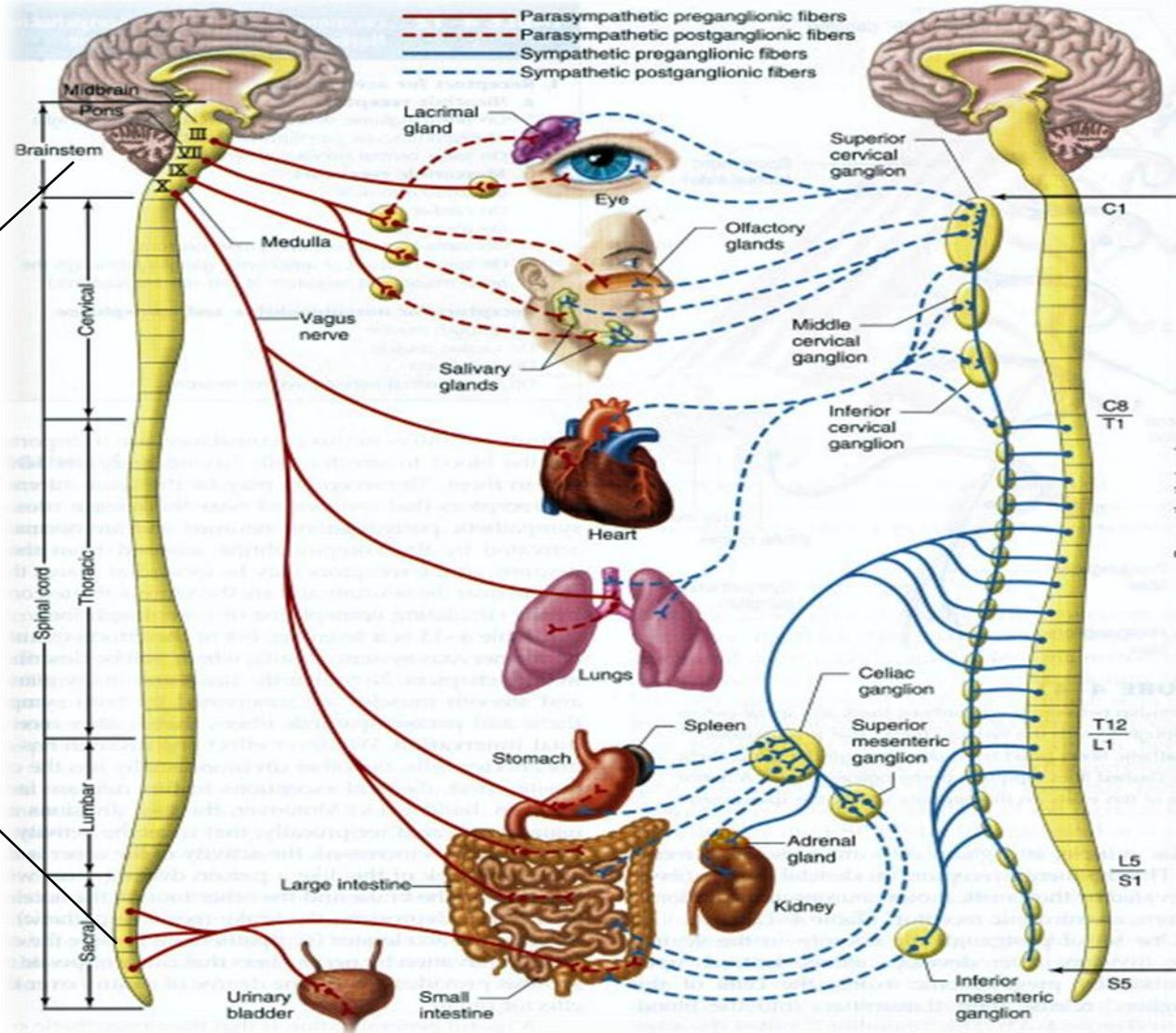
- Stimulates alertness and concentration
- Optimizes brain activity and metabolism
- Improves cognitive function
- Increases memory recall
- Lowers stress
- Relaxes every part of body
- Enhances athletic skills
- Increases empathy and social awareness
- Enhances pleasure and sensuality



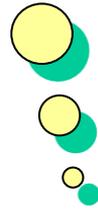
* Newberg and Waldman, *How God Changes Your Brain*, Ballantine Books, New York, 2010.

Deep relaxation promotes parasympathetic system

p
a
r
a
s
y
m
p
a
t
h
e
t
i
c



REST and EXHALE: Total relaxation in body & mind



Requirements of Laughing Qigong Program (LQP)

- Physical: Opening & Stretching –goal is to stretch and open tendons & ligaments to let chi flow
- Laughing & Yawning: goal is to get the toxic qi out of the body and clean the body and spirit
- Mentally: Deep Sighing & Letting Go-- goal is to let everything go and total relaxation
- “*Ha* Chi” vs. “*Tu* chi”—chi is coming out thru the “Ha” sound as opposed to tai-chi’s goal of regenerating chi in the body. Chin coming towards chest initiates parasympathetic system.

Protocol of LQP

- **Warm-up** (3-4 minutes) The goal of this stage is to warm-up the body and mentally prepare for the laughter exercises.
- ***Ren/Mai-Du-Mai* Stage** (10 minutes) The goal of this stage is to generate warmth in the body.
- **Transformation stage** (15 minutes) The goal of this stage is physical movement, and transformation of negative energy (“qi”) into positive energy.
- **Cool Down** (5 minutes) The goal of this stage is cooling down the body and mind and closing with tai-chi self-massage or meditation.

Open your mind

transforms negative emotions into
positive energy





**Let's introduce
Laughing Qigong**

<http://www.wretch.cc/blog/laughchi>

Research grant from Taiwan National Science Council

- Laughing qigong as an intervention tool for junior high students
- Results shown positive outcomes.



Start Laughing Qigong with Kao's Joy Start (KJS)

1. When seated, position both knees wider than shoulder width, when standing, both feet spread at shoulder width. When lying down, lie down in a natural position.
2. Eyes and mouth are half open, lean your head slightly forward, and let the Baihui acupressure point to pass Qi downwards. Place the chin close to the chest; loosen the vertebrae of the spine one by one as you bend forward. With each vertebra that is loosened, slightly exhale and make a "Ha" sound. Do a neck curl, a chest curl, then an abdomen curl, breathing as you go. When you almost reach the end of the curling movement, continue with a quiver-cough to let the rest of the Chi out from your feet.
3. Allow yourself to relax your whole body. Exhale all the Qi out, when you almost reach the end of the relaxation process, continue with a quiver-cough to let the rest of the Qi out from your feet.
4. Repeat the preceding steps several times until you are physically relaxed and mentally at ease.
5. Finally, stretch and yawn. Breathing is an effortless and relaxing process. Focus on extending the Qi; if at any time you start to feel hot, sweaty, teary-eyed or secrete more saliva and phlegm, do not panic or resist.

Advanced Steps of Laughing Qigong

- (a) Open your body. Stretch your body and exhale with the sound of “Ha” (Ho, He, Yi, Wu)**
- (b) Open your mind. Speak out and face your feelings by tightening your fists and converting negative feelings to positive energy with the sound of “Ha”; this brings more oxygen into your body.**
- (c) Open your spirit. By “Laughing Chi” and bending down your head, neck, shoulders. Relax the body totally and bring the mind to peace.**

Goals: Convert negative feelings into positive energy. Learn to “smile” and “laugh” while working, walking, facing conflicts, etc.



Ha Ha !
Enjoy everything
in your life



**Let's Start
Laughing Qigong**

<http://www.wretch.cc/blog/laughchi>

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2013/03/17

國科會補助計畫	計畫名稱: 憂鬱症防治政策的性別影響評估與落實
	計畫主持人: 張珏
	計畫編號: 100-2629-S-002-001- 學門領域: 性別與科技研究
無研發成果推廣資料	

100 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：張昉		計畫編號：100-2629-S-002-001-				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	
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	0	3	100%	篇	投稿三篇
		研究報告/技術報告	0	3	100%		碩士論文兩篇
		研討會論文	0	2	30%		研討會兩篇
		專書	0	1	20%	撰寫婦女健康促進專書中之一章	
	專利	申請中件數	0	0	0%	件	
		已獲得件數	0	0	0%		
	技術移轉	件數	0	0	0%	件	
		權利金	0	0	0%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	2	0	20%	人次	還有工讀生 兩位
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	1	1	50%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	2	0	50%		
		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 (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>主辦國內[心理健康城市聯盟芻議] 研討會&論壇，將憂鬱性別響評估 融入心理健康城市指標中。</p> <p>參與[心理健康促進與疾病預防國際大會] 發表心理健康倡議與憂鬱防治相關議題</p> <p>參與[健康城市亞太地區研討會] 發表建構性別友善與心理健康的健康城市</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	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	國內主辦[心理健康城市聯盟芻議] 研討會&論壇 12/1-2 此外也參與台中地區相關研討，並主辦工作坊六場。
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

國科會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）

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）

我國雖然已於 2008 年公布新版的婦女健康政策，但這些政策或相關方案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，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」。

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、建構與散佈傳播理念進行。

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，以感覺需求、呈現需求、比較需求、規範需求四方面進行文獻分析與當事人訪談、次級資料分析，統合性分析。

研究結果：

我國在心理健康政策與憂鬱症防治政策上對性別的忽視，本研究解構目前在憂鬱症防治上的「性別盲」，從四種需求評估方式明確看到在憂鬱症防治上缺乏性別區隔統計資料，也缺乏性別分析，並未深入去瞭解女性憂鬱的需求為何，瞭解是否有性別差異；在提供醫療服務上，尤其是社會心理介入上也缺乏性別差異的瞭解與探討，在規範需求以性別主流化

理念來分析，也發現中央與地方政府即使成立憂鬱症防治網，但並未進行性別需求探討與評估。我國在性別建構導致女性憂鬱的成因上著墨很少，遑論能因此設計治療的方案，這是政府應加強的地方。參考澳洲的發展的性別影響評估，我國在性別影響評估上還有很多基本資料需要蒐集，也需進行性別分析與檢視，制訂更多與導致介入或改善憂鬱有關的方案或政策。

為第二年建構做準備

建議：

我國需要全方位的婦女健康與憂鬱防治的策略與實質內容、我國需要長期追蹤的婦女健康研究、確立性別影響評估作為對健康政策成效的評估工具、建立專責單位的心理健康司。