

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

一、 研究動機：

近年來，台灣鄉村因全球市場開放趨勢、農業產銷失衡及價格下跌、高齡化、青壯人口外流、天然災害不斷、空氣或水污染、犯罪被害恐懼、失業、家庭經濟危機等衝擊(行政院農業委員會國際合作處，民 90；韓寶珠，民 91；李金龍，民 92a；李金龍，民 92b；范振宗，民 91；鄭健雄，民 83；曾譯令，民 84；蔡宏進，民 89；蔡宏進，民 90)，再加上當地又普遍缺乏健康與助人服務的相關資源，致使農村居民經驗到個人、家庭、學校、社區、社會等多重層次的壓力與困境(李佳珍與張銘煌，民 83；鄭健雄，民 83；吳德森，民 89；蔡宏進，民 89；陳介玄，民 90)，甚至造成人身安全威脅或貧窮的世代循環。以雲林與嘉義兩個縣份為例，將近有二分之一的人口生活在農業家庭之中，而且老年人口比例及年老化指數均名列全國前三位，扶養比亦在前五名。據衛生署統計資料，雲林縣自九十一年連續兩年自殺死亡率高居全國第三位。楊明仁、龍佛衛、顏永杰、文榮光與李昱(民 91)於八十九年至九十一年以嘉義縣為研究對象，發現其中約四分之一的農村老人出現憂鬱症狀。林富紳(民 92)以多元迴歸分析「台灣地區社會變遷基本調查」原始資料後顯示，台灣城鄉居民心理健康是有差異的。《天下雜誌》(民 93)對民眾進行的「二十五縣市人民幸福調查」結果亦顯示，雲林與嘉義兩縣給人民的整體幸福感最低。因此，『城鄉差異』所衍生之農業居民心理衛生問題等諸多警訊，頗值得國內學術界與各縣市單位/機構的關注及深入探討，並儘早研擬相關因應之政策措施與實務模式。

以國外鄉村居民的心理衛生問題來看，也有類似的狀況。美國約有四分之一的人口住在鄉村小鎮與農村，其亦面臨了貧窮、人口外流與老化等結構性問題。例如，許多鄉村地區老年人口已超過其社區人口的四分之一 (Hoyt, O'Donnell & Mack, 1995)，全國 800 個以上的鄉村有高貧窮比率(NIMH, 2000)，並有三分之一的窮人與 29% 老人住在鄉村；17 歲以下及 65 歲以上等依賴人口在鄉村中亦占有高比例

(Human & Wasem, 1991)，女性戶長占鄉村家戶數之 46%(NIMH, 2000)。另外，近六千萬的鄉村人口中粗估約有四分之一比例承受各項心理疾病與物質濫用(substance abuse)等問題(Roberts, Battaglia & Epstein, 1999；Thorngren, 2003)。二十幾年來，美國與澳洲鄉村自殺率皆明顯高於都市地區，特別是 15~19 歲之間的男性青少年。中國、日本、希臘、芬蘭與英國的鄉村男女性亦有較高的自殺比率，只有義大利鄉村的自殺率是較低於都市地區(APA, 2000 August；Taylor, Page, Morrell, Harrison & Carter, 2005)。在犯罪被害恐懼方面，雖然一般研究顯示在都會地區才有較高的犯罪率(Belyea & Zingraff, 1988)，但 Boggs 發現鄉村居民認為其鄰里會發生犯罪事件的可能性是高於都市的郊區地帶(轉引自 Bankston, Jenkins, Thayer-Doyle & Thompson, 1987)，Lee (1982)、Belyea & Zingraff (1988)、Saltiel, Gilchrist & Harvie(1992)等人而且指出老人、女性、窮人、農民等對犯罪恐懼有較高的敏感度。許多學者(Perlmutter, 1979；Flaskerud & Kviz, 1984；Wagenfeld, 1988)相繼指出美國鄉村地區普遍存在有貧窮、高失業率、孤獨、交通運輸困難、人口稀少與分散、抗拒革新等情況，因此一直被認為是心理衛生服務的高難度地區。

雖然，國內外鄉村地區居民皆面臨同樣嚴重的心理衛生問題，但政府的關注與資源投入程度卻大有不同。以美國為例，1960 年代開始，鄉村心理衛生服務即受到政府相當大的重視。1963 年國會通過「社區心理衛生中心法案」(P.L.88-164)之主要目的即在服務欠缺心理衛生資源的族群與地區。隨後，1965 年「社區心理衛生中心修正案」(P.L.91-211)，更進一步提供充裕經費來支持貧窮地區的心理衛生服務的設置與發展(轉引自許耕榮、陳嘉鳳、王榮春、韓明榮、林柏煌、周才忠與錢靜怡，民 93)。根據統計，1965~1973 年之間，美國 500 多個社區心理衛生中心中就有 40%位於鄉村(Human & Wasem, 1991)，這些中心並可分為「純粹鄉村」(rural)、「非純粹鄉村」(non-rural)與「部分鄉村」(part rural)三種類型(Bachrach, 1974)，其中亦有提供因應相關農業危機(farm crisis)之系列性處置服務(Mermelstein & Sundet, 1986)。同時，聯邦政府在各地鄉村成立有「社區健康中心」(CHCs)與「移動式健康中心」(MHCs)等相關服務，為該地區的心理衛生服務網絡建立起彼此良好的連結關係(Human & Wasem, 1991)。

另外在鄉村心理衛生之學術研究、預防教育及課程推廣方面，國外也居於前導地位。例如，美國「國家心理衛生研究院」(National Institute of Mental Health)設置有「鄉村心理衛生研究部門」(Office of Rural Mental Health Research)(Birk & Kim, 1995)，1967年起即開始有計畫蒐集鄉村地區人口數據與社會文化相關資料，以及獎勵進行各項相關小型研究 (Human & Wasem, 1991)。另外，「全國鄉村心理衛生學會」(National Association for Rural Mental Health) (Hargrove, 1991)於 1977 年成立，旨在提昇鄉村地區心理衛生及防止物質濫用等工作，並且協助當地相關服務機構或專業者。「美國心理學會」(American Psychological Association)亦於 1991 年起分別設立「鄉村健康倡導部門」(Rural Health Initiative) (Birk & Kim, 1995)、「鄉村衛生辦公室」(Office of Rural Health)及「鄉村健康委員會」(Committee on Rural Health)，1995 年該鄉村衛生辦公室首度出版一套「鄉村社區照護之科際整合課程教材」(Caring for the Rural Community: An Interdisciplinary Curriculum)，以供鄉村心理學家(The rural psychologist)學習如何與其他心理衛生相關跨領域專業者合作去加大心理衛生與物質濫用服務的可得性(availability)(APA Office of Rural Health, 1995；NRHA, 1999)。

相對於國外(如美國)鄉村心理衛生服務及學術研究的重視程度與蓬勃發展狀況，我們台灣在這方面的努力仍然是有待加強的。目前，雖然各縣市政府衛生局均成立有社區心理衛生中心，但在農業縣市地區並未看到有特別提供鄉村心理衛生服務或將相關防治工作列為重點方向。在學術方面，國內相關實務或政策的研究文獻更是付之闕如，僅能從一些鄉鎮地區或農民心理健康狀況之憂鬱症、精神病患、社會因素、心理衛生教育等調查研究(楊明仁等，民 91；楊明仁與鄭夙芬，民 87；楊明仁、李昱、文榮光與鄭夙芬，民 88；戴傳文與許文耀，民 80；陸瑞玲，民 88；鄭夙芬、文榮光與吳就君，民 86；林富紳，民 92)結果窺探出一二。雖然如此，至九十三年左右已有一些轉機出現，例如台中縣、高雄市與雲林縣衛生局在衛生署委託的「全國社區心理衛生中心績效評核模式研究計畫」成果報告中建議各中心可依其服務區域(catchment area)的「可得性」、「可接近性」與「可接受性」三方面的特殊情形，自行決定其是為「都市」、「非都市(鄉村)」

或「山地離島」型式之中心，以做為年度評核之依據(許耕榮等，民93)。如果未來各縣市社區心理衛生中心能夠逐漸朝向在地、多元的方向發展的話，相信我們鄉村地區居民的心理衛生問題與相關服務需求亦將日益受到應有的重視程度。

有關鄉村心理衛生服務之規劃與評估方面，從國外相關經驗來看，最前端的「需求評估」是非常重要的。Hinkle 與 Ivey(1969)就曾指出，鄉村型社區心理衛生中心如要有效擴展其服務，則有必要去理解社區居民對於心理衛生與疾病的態度，這些資訊將能提供中心專業者做為設計方案的有用參考。Zautra 與 Bachrach (1983)亦例舉「需求評估」有如社區的眼睛與耳朵，可以用來評估其提供的服務是否恰當及計畫未來的新方案。而「需求評估」要如何來進行呢？一般來說，評估需求最常使用的策略有社區討論會 (community forum)、機構服務個案比例 (rate-under-treatment)、關鍵訊息提供者 (key informants)、田野調查 (field survey) 和社會指標方法 (social indicators method) 等五種技術 (Warheit, Vega & Buhl-Auth, 1983; MacDevitt & MacDevitt, 1987)。其中，「社會指標方法」在美國 1970 年代即已被廣泛地使用於心理衛生計畫的評估策略之中 (Warheit, Holzer & Robbins, 1979)，最為人熟知的是「心理衛生人口特徵輪廓系統」(Mental Health Demographic Profile System, MHDPS)，透過此指標可以瞭解地區居民的社會階級 (social rank)、生命週期 (life cycle)、族群與其他的相關特徵概況，可提供做為不同人口群服務需求之評估參考 (Goldsmith, Rosen, Shambaugh, Stockwell & Windle, 1975)。以上所提之各種「需求評估」策略，對我們國內心理衛生相關服務(尤其是鄉村地區)之規劃工作，都是很值得借鏡的。

目前，各縣市社區心理衛生中心在需求評估策略的運用狀況與對象廣度，仍有很大努力的空間。根據周才忠(民90)調查 8 所縣市社區心理衛生中心及 4 個分站之結果發現，僅有三分之一比例在方案實施前曾進行社區需求評估分析，而且需求評估的對象只限於精神疾病患者與曾求助過的個案族群，而非一般的社區民眾。許耕榮等(民93)的研究亦顯示，全台將近有五分之一縣市的社區心理衛生中心不曾實施方案評估策略。

再者，國內心理衛生相關專業領域至今尚未具體發展出一套能客觀衡量民眾心理衛生服務需求的社會指標系統，但社會福利領域卻已擬訂「社會福利指標體系」(楊森，民 89)與相關研究成果(林宜靜，民 90；蔡琬瑛，民 93)，這是值得我們去深思與急起直追的。不過，台中區心理衛生服務中心進行相關社會指標的一些初探，例如利用該縣各項心理衛生有關的歷年社會指標，做為其中心需求調查或方案規劃的依據，許耕榮等(民 93)亦初步研擬出「社區心理衛生中心服務需求評估與方案規劃之綱要指引」。因此，未來如何儘速建立符合不同地區特性的全國「心理衛生指標系統」，以有效監測都市、鄉村、山地離島等社區心理衛生問題的發生率、盛行率、高危險群與其可能的發展歷程，長期追蹤民眾主觀感受的變化趨勢，並及時依此研擬立即處置或長期預防方案，值得心理衛生相關專業的有識之士繼續加以關心、重視與努力。

綜合以上所述，實凸顯了諸多鄉村型社區心理衛生中心服務需求之本土評估研究的迫切重要性。故研究者擬以「城鄉差異」的觀點，嘗試運用社區心理學(Community Psychology)領域所強調的社會指標分析、關鍵訊息提供者與社區居民的調查等多方法(O'Donnell, 1986；Huebner, Hull, & Small, 1978)、地理資訊系統(geographic information system, GIS)及集群分析(cluster analysis)(Luke, 2005)策略，除參酌台灣地區及雲林縣與心理衛生有關的各項官方社會指標之外，亦選擇雲林縣及其高農業人口地區為主要問卷調查對象，期以統計數據及視覺化(Stewart & Poaster, 1975)來完整呈現心理衛生需求的城鄉差異性、鄉村或農業居民之心理衛生需求現況(問題類型、嚴重程度、地理分佈、相關服務資源)、因應方式及求助情形等主觀及客觀性資料，得以初步建立鄉村心理衛生指標系統之目錄，最後則依此提出對鄉村型社區心理衛生中心方案規劃及政策方向之參考建議。冀望未來可因此初探性研究的施行與具體結果，能為雲林鄉親，甚至全國農民朋友之心理健康盡一份心力，及對促進永續在地服務資源分享做出實質的貢獻。

二、 研究目的：

基於上述研究動機，本研究的主要目的在以城鄉差異的觀點，運用社會指標分析、關鍵訊息提供者與社區居民的調查等方法，評估台灣鄉村型社區心理衛生中心之服務需求。因此，為考量研究之代表性，社會指標分析的兩個層面是台灣地區 23 個縣市與雲林縣 20 個鄉鎮市，關鍵訊息提供者與社區居民的問卷調查則是在雲林縣高農業人口地區進行之。

具體的目的則詳述如下：

- (一) 分析台灣地區不同農業人口縣市在心理衛生問題發生或盛行率之異同、相關程度及地理分佈概況，以驗證台灣地區心理衛生服務需求的城鄉差異性。
- (二) 分析雲林縣不同農業人口鄉鎮市在心理衛生問題發生或盛行率之異同、相關程度及地理分佈概況，以驗證雲林縣心理衛生服務需求的城鄉差異性。
- (三) 調查雲林縣及其鄉鎮層級之關鍵訊息提供者對高度農業人口鄉鎮的社區心理衛生問題嚴重程度、問題型式、地理分佈及在地服務資源等之主觀評定與特定問題看法。
- (四) 調查雲林縣高度農業人口鄉鎮的社區居民對其村落各項相關心理衛生問題嚴重程度之主觀評定，以及特定問題、壓力來源、因應方式、求助情形等看法。
- (五) 歸納以上分析及調查結果，抽取社區心理衛生相關問題之共同因素，並產生「台灣鄉村心理衛生指標系統目錄」。
- (六) 綜合整體研究結果，提出具體適切的建議，以做為鄉村型社區心理衛生中心方案規劃及政策方向之參考。

第二節 研究問題與名詞解釋

一、待答問題：

依據上述研究具體目的，本研究主要想探討之問題如下：

- (一) 台灣地區高、中、低度三群不同農業人口縣市在民國 87~92 年不等之各項心理衛生問題發生或盛行率概況與差異情形為何？
- (二) 台灣地區各縣市農業人口比率與各項心理衛生問題發生或盛行率之間的相關情形為何？
- (三) 台灣地區各縣市各項心理衛生問題發生或盛行率之集群分析與地理分佈概況為何？
- (四) 雲林縣高、低度兩群不同農業人口鄉鎮市在民國 90~93 年不等之各項心理衛生問題發生或盛行率概況與差異情形為何？
- (五) 雲林縣各鄉鎮市農業人口比率與各項心理衛生問題發生或盛行率之間的相關情形為何？
- (六) 雲林縣各鄉鎮市各項心理衛生問題發生或盛行率之集群分析與地理分佈概況為何？
- (七) 雲林縣的各政府或民間單位、機構與個人等關鍵訊息提供者對該縣農業鄉鎮各項社區心理衛生問題嚴重程度、問題型式、地理分佈及相關在地服務資源等之主觀評定看法為何？
- (八) 雲林縣二崙與水林兩鄉的各政府或民間單位、機構與個人等關鍵訊息提供者對該縣農業鄉鎮各項社區心理衛生問題嚴重程度、問題型式、地理分佈及相關在地服務資源等之主觀評定看法為何？
- (九) 雲林縣二崙與水林兩鄉社區居民對該居住村落各項社區心理衛生問題嚴重且亟需解決之重要程度之主觀評定與特定問題說明為何？
- (十) 雲林縣二崙與水林兩鄉社區居民指出社會、農業、社區、學校、家庭、個人等方面會讓自己或別人、子女等心理上覺得有壓力的事件與習慣(或主要)的抒解或因應方法、求助情形等為何？
- (十一) 雲林縣二崙與水林兩鄉社區居民調查結果因素分析情形為何？
- (十二) 「台灣鄉村心理衛生指標系統目錄」之初步建構內容為何？

二、名詞解釋：

本研究所探討的問題中，涉及下列三個名詞，其意義先予以說明。茲將操作性之界定分述如下：

(一) 社區心理衛生中心

1963年，美國國會通過「社區心理衛生中心法案」(PL 88-164, Title II)，制定社區心理衛生中心 (CMHCs) 的組織架構、方案類型與人員配置等，以聯邦政府經費成立各州之社區心理衛生中心 (Community Mental Health Center) (Human & Wasem, 1991; Dalton, Elias & Wandersman, 2001)，這是聯邦政府首度重視到心理衛生相關議題與政策 (Kiesler, 1993)。此法案為貧窮與受困擾的人們，開啟了有別於州立醫院與私人診所的另一道協助之門，因此有關社區心理衛生之中心或實務者便應運而生，形成一個新的助人取向 (Heller, Price, Reinharz, Riger & Wandersman, 1984)。社區心理衛生中心 (CMHCs) 不僅服務社區裡的心理疾病患者，而且提供危機處置、其他社區機構的諮詢、預防等工作項目 (Dalton et al., 2001)。根據「公共衛生服務」(Public Health Service) 之行政條例，CMHCs 必須提供五項必要的 (essential) 服務，包括住院照護 (密集、長期)、門診照護 (成人、兒童、家庭)、部份醫療化日間照護 (針對夜間與週末回家的患者)、24 小時緊急照護及社區機構與專業人員之諮詢與教育 (C & E) (Smith & Hobbs, 1970; Duffy & Wong, 2003)。

「社區」(community) 是由一群人因在某方面分擔努力而彼此聚集或因地理上的接近而形成的 (Dalton et al., 2001)。Sarason (1974) 也以地域 (localities)、社區機構 (community institution) 或個體間小型網絡 (smaller networks of individuals) 等三種方式來定義「社區」，但一般人通常以地域，例如街區、鄰里、小鎮、鄉郡或城市等來界定「社區」(轉引自 Dalton et al., 2001; Duffy & Wong, 2003)。Keller (1989) 認為「社區」意謂一群人的互動關係與社會聯結 (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)。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 (linkages)(轉引自 Rudkin, 2003)。

「鄉村社區」(rural communities)有著多重關係與相互依賴等特性，因此鄉村的居民較有可能一起去上學，參加相同的教堂與社區活動，並且看同一醫生或其他專業者。此特有現象，甚至延伸到家庭的連結與虛擬親人(fictive kin)的角色扮演，彼此提供情感上的支持與慰藉。在這小群體中，互動關係被強化，並且有較多的認同感與涉入。所以鄉村社區相對於都市，其居民有較多的相互支持性，並知悉鄰居生活上的細節或問題(轉引自 Watkins, 2004)。

「catchment area」(本研究統一中譯：服務區域)是美國「社區心理衛生運動」(Community Mental Health Movement)的主要工作目標場域 (Rudkin, 2003)，所以社區心理衛生中心的設立是被規劃服務一個可及的地域，其人口數在 75,000 至 200,000 人之間，其目的在於可管理及財務能支應。此區域內的每位民眾都被列為服務對象，該中心對任何族群的服務不能有差別待遇 (Heller et al.,1984)。但「服務區域」是一種都市的模式 (urban models)，雖然許多鄉村地區企圖借鏡引用，文獻卻一致顯示都市型的心理衛生服務輸送模式是不符合鄉村社區的需求，因為鄉村之地理情況特殊及限制，使得社區心理衛生中心很難確保提供的服務能完全深入到整個「服務區域」(Murray & Keller, 1991)。

本研究中所定義的社區心理衛生中心是以「精神衛生法」第十條規定所設立的各縣市衛生局社區心理衛生中心。目前台灣社區心理衛生中心並未有都市與鄉村之分，但如依據衛生署委託台中縣衛生局研究報告所提出的「台灣地區直轄市及各縣(市)衛生局社區心理衛生中心績效評核作業模式」之建議，未來各中心可考量其縣市在心理衛生服務之「可得性」、「可接近性」與「可接受性」三方面之特殊情形，自行決定是屬「都市」、「非都市」或「山地離島」型式之中心(許耕榮等，民 93)。

(二) 鄉村農業地區

美國國家人口普查局 (U.S. Bureau of the Census) 對鄉村與都市所下的定義是：鄉村居民為居住在人口少於 2500 人的地方 (places) 或小鎮，並位於都會市郊之外的開放性鄉間；而都市地區 (urbanized area, UA) 則由 50,000 或以上人口所組成，人口密度則為每平方英哩 1000 人或以上，而都市化地區的郊外社區的人口至少為 2500 人以上 (Murray et al., 1991; Stamm, Metrick, Kenkel, Davenport, Davenport III, Hudnall, Ruth, Higson-Smith & Markstrom, 2003; Olaveson, Conway & Shaver, 2004)。而有關鄉村的人口密度，一些學者較認可的標準是在每平方英哩 50 人或以以下 (Stamm et al., 2003)。

至於國內，依據「中華民國統計地區標準分類」的「聚居地」、「都會區」、「都市化地區」與「區域」等四項分類定義觀之，「鄉村」之分類定義並未列入 (行政院主計處，民 82)。但可從「台灣地區綜合開發計畫」看出端倪，其將台灣地區的都市劃分為五個等級，「農村集居」屬最低人口規模為 4,000 人，各聚落之間隔為 2 至 5 公里；「一般市鎮」為鄰近農村集居或散居農民之經濟、行政、社會和文化活動之中心，通常為鄉鎮公所集居地，集居人口約為 10,000 人至 15,000 人之間；「地方中心」為鄰近一般市鎮和其所屬農村集居地之經濟、行政、社會和文化活動之中心，一般為衛星市鎮，人口規模約為 100,000 人 (蔡美戀，民 91)。

另以雲林縣為例，「雲林縣綜合發展計畫第一次通盤檢討」報告中亦指出，我國區域計畫法只將區域土地分為都市土地與非都市土地，一般而言，擬定都市計畫地區的特徵是 3000~4000 人以上，從事工商業為主。而人口聚集達 200 人以上，但未擬定都市計畫者，則在區域計畫「非都市土地」使用中被劃定為「鄉村區」，此種農業聚落在雲林縣就共有 392 個 (內政部營建署，民 92)。

除了以人口密度與都市化程度之外，居民的主要經濟活動型式亦可做為呈現鄉村特徵的參考指標 (Thorngren, 2003)。故依照行政院農業委員會之農業統計年報「農家戶口統計」中標註「農家」指共同生活戶內，有一人以上從事農耕或飼養禽畜，而達下列標準之一者：(1)

經營之耕地面積達 0.05 公頃以上。(2)年底飼養豬、羊三頭以上。(3)年底飼養牛、鹿一頭以上。(4)年底飼養家禽 100 隻以上。(5)農畜產品當年產值達新台幣 20,000 元以上。而「農業戶口」則指各農家戶籍登記之全體家眷人數，一農家有任公職或其他行業者亦計入農家戶口內(行政院農業委員會，民 92)。行政院農業委員會公佈之 92 年農業統計年報「總戶口與農家戶口」資料，如以每十萬人口計算，台灣二十五縣市每十萬人口農家戶口人數最多為雲林縣達 47,034 人，嘉義縣居次為 43,920 人，再其次為南投縣 40,837 人，第四位苗栗縣為 40,202 人，第五位為彰化縣 39,128 人，基隆市 422 人為最少。

因此，從以上數據資料可看出，雲林縣為目前台灣農業人口最多地區，並且包含前述之「農村集居」、「一般市鎮」與「地方中心」三個層級，故本研究選擇其為探討的主要對象縣市，除分別比較台灣各縣市、雲林縣與心理衛生相關之社會指標概況及城鄉差異外，亦進行雲林縣及其高度農業人口鄉鎮關鍵訊息提供者與社區居民調查，以提供有效評估鄉村型社區心理衛生中心服務需求之樣本基礎。再者，依雲林縣政府(民 94)主計室之最新統計要覽顯示，90~92 年平均農業家戶人口比率以二崙鄉(74.0%)為首，水林鄉(73.4%)居次，再其次為東勢鄉(66.4%)，第四位為四湖鄉(65.0%)，第五位為崙背鄉(62.6%)。依據本研究目的與重點，調查樣本之代表性，以及研究時程的有限性，本研究之「高農業人口地區」一詞定義擬以該縣農業人口比率最高的前二位，也就是二崙與水林兩鄉，冀望從關鍵訊息提供者調查中瞭解該地社區心理衛生問題嚴重程度、型式與地理分佈，以及社區居民對其村落各項心理衛生相關問題嚴重程度之主觀評定及關於社區壓力源、因應方式、求助情形之概況。

(三) 需求評估

需求 (need) 是一個不容易定義的名詞，因為在人類服務的脈絡中，需求對於不同的人可能意謂不同的事物。目前需求評估 (Needs Assessment) 的文獻中通常也未明確定義需求為何 (Varenais, 1977)。Bradshaw (1972) 將「需求」區分為四種類型：「規範性」(normative) 需求，此由專業者與專家來定義；「感覺」(felt) 需求，指欲想 (want)、願望 (wish) 與 渴求 (desires)；「表達性」(expressed) 需求，此乃由感覺需求轉化成行動或表示；「比較性」(comparative) 需求，為不平等 (inequalities) 之意涵 (轉引自 Payne, 1999)。但在一些情況中，需求被較寬廣的解釋為含蓋一個社區所有民眾的欲想、喜好 (tastes) 與 偏好 (preferences) (Varenais, 1977)。

人們知覺健康需求 (感覺需求) 會受到專家的定義與經由和其他個人或團體的比較之影響 (Payne, 1999)。一般居民尋求協助的相關決定亦立基在許多不同的考量上，包括可用服務資源的熟悉性與對於自己遭遇生活問題的定義方式 (Eddy, Paap & Glad, 1970)。社區民眾有心理衛生需求，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)。臨床心理學從事正確診斷單一個人問題，而社區心理學則是努力正確辨識社區目前所呈現的問題、不足、供應與資源，因此社區心理學所強調的需求評估策略是立基於社區居民的需求，而不是服務提供者的需求 (O'Donnell, 1986)。

因此，本需求評估研究的目的是立基於社區心理學與預防模式，而且吳聰賢 (民 77) 認為感覺和表示的需求是農民認識需求時，表示已察覺到現況和理想間有差距，而有意願去收集需求資訊以減少此項差距 (轉引自黃晶瑩、邱建中，民 86)，故本研究採「感覺」、「表達性」、「比較性」三種需求定義。社區心理學領域與使用在較偏遠地區的基本評估需求策略是訪談關鍵訊息提供者 (專業人員與意見領袖)、社區討論會與社區居民調查 (O'Donnell, 1986)。社區討論會的方法是舉辦公開性的社區會議，邀請與會人員表達其對不同方案需求的看法 (Warheit et al., 1983)，因本研究所能運用的經費與資源有限，

故未採此法。另外，需求評估調查的資料蒐集方式可分為電話訪問 (telephone survey)、郵寄問卷 (mail-out questionnaire)、面對面訪談 (face-to-face) 等三種，然而每種方式在抽樣、回收率與經濟成本方面各有其優缺點 (Hinkle & King, 1978)，因考量研究對象之雲林縣二崙與水林兩鄉居民的電話持有率，以及近年來電話詐騙事件盛行之影響，故本研究採用一對一的社區居民調查方式。

一個有用與完整的需求評估研究是需要採用不同的資料蒐集方法的 (Kenkel, 1983)。考量本研究之動機、目的、問題，以及實際鄉村地區居民人口的概況，本研究擬採用多方法 (multi-method) 的需求評估策略 (Heubner et al., 1978)，包括社會指標分析、關鍵訊息提供者和社區居民調查，分三階段進行。第一階段是使用社會指標方法，各項心理衛生問題之每十萬人口發生與盛行比率越高，則表示該問題需要被迫切解決的重要程度愈高。第二階段是社區專業人員與意見領袖訪談，「台灣鄉村型社區心理衛生中心服務需求評估之關鍵訊息提供者調查問卷」中心理衛生需求項目的重要性評定分數愈高，則表示該心理衛生需求項目愈迫切。最後階段是社區居民的田野調查，受試者對「台灣鄉村型社區心理衛生中心服務需求評估之社區居民調查問卷」中心理衛生需求項目重要性評定的分數愈高，愈代表為其亟需之專業服務項目。如果三個研究階段對心理衛生需求項目的重要性評定結果具一致性，表示社區專業人員、意見領袖與鄉村居民對心理衛生服務需求的看法並無差異。