

第二章 文獻探討

第一節 鄉村心理衛生相關問題之探討分析

一、 全球化與社會經濟環境方面：

Hinkle 等 (1969) 認為鄉村居民的生活問題中，環境壓力扮演一個重要的影響角色。在其社區心理衛生中心的「鄉村居民對心理衛生態度」研究中顯示，受試者最常提及的心理困擾因素是其處在不穩定且變動世界中的生活壓力。另外受訪居民談到環境壓力的項目包括有目前不穩定的生活環境、經濟壓力、郡縣內的生活壓力、對教會傳統協助方式的不滿意等問題。Schulman 與 Armstrong (1989) 綜合其他學者的相關論述，解釋農民的壓力源是來自於季節變項與其財務投資風險，而且農民的農業收入還受到天氣、動植物病害、政府政策、國際市場趨勢所左右。以 1980 年代爆發的農業經濟危機為例，使得鄉村居民面臨了一段艱困時刻 (Bergland, 1988)，許多農民因此發生財務上的問題與困難，進而影響到整個農業社區的生活與其經濟基礎 (Schulman et al., 1989; Hughes, 2000)。Ortega、Johnson、Beeson 與 Craft (1994) 的縱貫研究中，證實美國 1980 年代農業危機所導致的經濟改變與鄉村心理症狀盛行率之間有特定關聯，並認為社會因素與生活事件是農民心理疾病之部份病因，而經濟壓力可能是心理障礙的導因。

二、 農業危機對個人與家庭影響方面：

「農業工作」一般被歸列為需承受不可控制與無法預測的壓力的職業類別 (Walker & Walker, 1988; Schulman et al., 1989)，尤其當農民面臨個人經營失敗與農業局勢轉變時的影響更大 (Heffernan & Heffernan, 1988)。許多研究均顯示，農業危機 (farm crisis) 是引發鄉村經濟困境的最直接成因，農業收入短缺使得個人心理、家庭與社會均受到不良的影響與結果 (Bergland, 1988; Heffernan et al., 1988; Murray et al., 1991; Hoyt et al., 1995; Hughes, 2000)。

農業危機對鄉村居民個人與其家庭影響的相關研究文獻，主題大部分都集中在壓力模式或過程的研究，也就是在探討經濟壓力與心理衛生之間的關係 (Ortega et al., 1994)。例如，Weigel 於 1981 年研究愛阿華州農業居民對於壓力反應的自我報告，結果顯示大多數人指出有身體不舒服、情緒爆發 (emotional outbursts)、無法放鬆、心理混亂 (mental confusion)、憂鬱與焦慮、極度疲倦和冷漠 (apathy) (轉引自 Walker et al., 1988)。Walker 等 (1988) 綜合其他相關研究指出，大部份結果亦顯示農業居民的問題症狀有頭痛、疲倦與睡眠困難等。另外，Heffernan 等 (1988) 在 1985 年其農業危機對鄉村家庭與社區的影響研究中，分析密蘇里州 46 個農村家庭遭遇的社會情況，發現 97% 男性與 100% 女性因農業危機而產生憂鬱的情緒症狀，約二分之一男性與三分之一女性增加對家人的肢體暴力 (physically aggression)，大部份人有睡眠困擾、退縮行為、精神無法集中、無休止忙碌等困擾症狀，及產生無價值感與增加酒類的濫用。Graham (1986) 在紐約州複製 Heffernan 等學者的研究模式，調查 28 個農村家庭後，其結果也有類似的發現 (轉引自 Ortega et al., 1994)。Mermelstein 等 (1986) 在美國中西部 12 州的鄉村社區心理衛生中心對農業危機的服務調查結果中顯示，其服務個案的主要問題為憂鬱，其他依序為退縮與否認、危機行為、物質濫用、婚姻暴力、身心症狀反應 (psychosomatic responses) 等。Ortega 等 (1994) 綜合愛阿華、內布拉斯加、北達科他、北卡羅來納、賓夕凡尼亞等州之相關鄉村居民研究結果，指出其經濟困難與心理問題之間有顯著關連性。

Rosenblatt 與 Keller (1983) 述及大部份的農民較少有參與其他職業的經驗，萬一有農業的經濟困境，則對其所造成的壓力會更加嚴重 (轉引自 Schulman et al., 1989)。Hoyt 等 (1995) 綜合多項研究結果後指出，壓力、特定經濟困境與心理疾病之間非常具有相關性。經濟困境會伴隨負向生活事件的增加，進而引起壓力狀況及需要進一步的調適，以及產生心理與生理的問題。但 Human 等 (1991) 指出，據統計，美國有 15% 鄉村居民沒有健康保險，許多人會因經濟困難與失業而中斷其健康保險。另外 Joslin 與 Rosmann (1986) 亦認為超過 40 歲的農民投資較多的情感 (emotional investment) 在農田的工作上，如果一旦發生農業經營的失敗，其較少有可支持其渡過危機的資源選擇

(options)，而且農業家庭中的女性較有可能成為壓力症狀的承受者 (bearers)，她們常在農業家庭功能中扮演情緒引導者 (emotional leaders) 與尋找其他工作，分攤經濟壓力的責任角色 (轉引自 Murray et al., 1991)。

Schulman 等 (1989)、Hughes (2000) 等亦談到，許多農民發生財務問題與困難，而影響到整個農業社區的生活與其經濟基礎。許多研究均顯示，農業收入短缺使得個人心理、家庭與社會均受到不良的影響與結果 (Bergland, 1988; Heffernan et al., 1988; Murray et al., 1991; Hoyt et al., 1995; Hughes, 2000)。例如，深受各種農業危機 (farm crisis) 壓力與憂鬱的居民，不僅可能會引起夫妻間關係的困境，產生不佳(衝突、不一致)的親子關係，進而使其孩子增加心理障礙(如憂鬱)的風險與其他的物質濫用、反社會行為等 (Conger, Lorenz, Elder, Melby, Simons & Conger, 1991; Ge, Conger, Lorenz, Elder, Montague & Simons, 1992; Ge, Conger, Lorenz & Simons, 1994)。

在農業危機之下，鄉村家庭需經歷的五個調適階段：(I) 前期 (anticipatory) 階段：通常呈現一些否認形式；(II) 拒斥 (foreclosure) 階段：產生絕望 (desperation) 感；(III) 實際拒斥 (actual foreclosure) 階段：產生極端的症狀，包括有自殺與其他強迫行為；(IV) 重整 (realignment) 與接納階段；(V) 終期階段：接納並產生新的意義。這些學者指出鄉村家庭走過此五個階段，可能要花上 8 至 10 年之久，鄉村居民因而需要承受長期的負面影響 (轉引自 Murray et al., 1991)。

三、 鄉村青壯年外移與人口老化問題方面：

經濟變動與人口老化現象亦造成傳統農業社區的緩衝 (buffers) 功能降低與個人防護機制 (defense mechanisms) 損害，因為這些鄉民較容易增加其社區衰退、生活不滿意、凝聚力減低等知覺，進而引起社會孤立與無望感 (hopelessness)，最後造成降低其個人控制感的不利影響 (Hoyt et al., 1995)。Guralnick、Kemele、Stamm 與 Greiving (2003) 也指出社區老化 (being elderly) 現象，將增加社會孤立或無望感，這樣「極度孤獨」(extreme loneliness) 的情境對鄉村老人的健康是不好的，

Russell、Cutrona、de la Mora 與 Wallace (1997)就曾研究指出，鄉村老人如果處在「極度孤獨」的狀態是能夠顯著預測未來進入護理之家的可能性。另外，Cerhan 與 Wallace (1997)亦研究發現，假使鄉村老人連續超過三年以上都是在社會孤立與較少社會連結的情況之下，其結果將導致較高的致死率。

四、 鄉村家庭貧窮與循環方面：

Campbell、Richie 與 Hagrove (2003)指出，在鄉村地區貧窮環境下的女性、兒童與少數群體等較容易導致心理衛生問題的風險，父母與子女之間的依附關係品質也會受到影響。Campbell 等也認為「教育」是鄉村脫離貧窮的關鍵，但如果沒有較高學歷(低教育程度)，也很難脫離貧窮循環。

五、 犯罪被害擔憂與恐懼問題方面：

Hinkle 等(1969)之社區心理衛生中心對鄉村居民心理衛生態度調查結果顯示，「犯罪」(30%)是受訪居民提及最多的心理衛生相關問題。Levine 與 Perkins (1997)指出犯罪被害恐懼之感覺經驗可能會造成短期內的心理不舒服，或是長期更嚴重的創傷後壓力疾患(PTSD)。Bankston 等(1987)也指出，儘管與都市相較，鄉村民眾實際有犯罪被害的經驗較少，但其較有可能敏感知覺到犯罪被害的風險，尤其處在孤立無援的農村地區，此感受會特別強烈。

六、 環境污染問題方面：

有時候環境現象是令人困擾或是需要去調適的，例如噪音、污染與其他環境壓力源。以空氣污染影響來說，Evans 與 Jacobs(1981)就曾指出，空氣污染將會減少居民待在戶外的時間或次數，活動範圍也受到侷限，另外也會影響民眾對居住地點的選擇與遷移決策，甚至是休閒方式、工作表現與人際關係等。

七、 鄉村教育系統問題方面：

Birney(1981)曾指出鄉村學校有五項不利於心理衛生服務的因素：(1)嚴重缺乏經費來源與支持，學區可能位於貧窮或政府財政困難區域，因此在規劃服務方案時，必須以最小成本發揮最大之影響。(2)學區大部份居民可能散佈在遼闊的地理區，沒有公共與私營的交通運輸系統，必須仰賴汽車，但耗油成本昂貴。(3)缺乏其他社區資源，如非常少有學童情緒或行為問題方面的專業協助，而現有相關的服務方案又長期存在人力不足的現象。(4)在地居民對於心理衛生的態度並不全然是正面的，雖然有些學校關鍵人士(key school officials)堅信可以做些什麼，但一般皆對心理衛生服務能促進健康效果抱持存疑的態度。專業人員通常被認為是沒有什麼幫助的。(5)學校輔導人員的心理衛生相關知能不足，普遍想用簡單的策略去解決複雜的問題，一些潛在的有效解決方法，全然不被採納，因為他(她)們可能與其他學校成員的價值系統不一致。

八、 鄉村男性特質與影響方面：

長久以來，男性(male)由於受到傳統常模框架的影響，始終被認為是競爭、地位、堅韌與情緒壓抑的角色扮演者，甚至常被歸類為物質濫用、遊民、家庭與人際暴力加害者、較與孩子疏遠、性成癮、性侵害加害人、殺人事件受害者、自殺、交通意外死亡、生活型態與壓力相關的致命疾病的高危險群。因為這些負面觀點未能真正深入瞭解與立即有效解決，以致造成目前男女性別間的「關係危機」(crisis of connection)，此可能也逼使男性在傳統的「男子氣概意識」(masculinity ideology)的影響下，表現出不同層面的衝突行為，而鄉村男性更深受男子氣概之禮教習俗所規範 (Levant & Habben, 2003)。然而，這些鄉村男性特質可能會影響到向外求助的意願，或是選擇較不健康的壓力抒解或因應方式。

九、 鄉村女性角色與影響方面：

農業家庭中的女性較有可能成為壓力症狀的承受者 (bearers)，她們常在農業家庭功能中扮演情緒引導者 (emotional leaders) 與尋找其他工作，分攤經濟壓力的責任角色 (轉引自 Murray et al., 1991)。

據 Kenkel(2003)對美國鄉村婦女之真實圖像描述，這些年來生活在鄉村及偏遠地區的婦女因長期居於邊緣與微小、受壓制、不平等之地位，而被當成「看不見的人」(invisible)或是少數族群，很少重視其需求、問題、長處、資源等，甚至禁慾、可靠、堅忍的女性被認為是依賴的、丈夫的協助者(helpmate)與家庭的照顧者，而扭曲及忽略了鄉村婦女們在家庭與鄉村經濟的重要影響角色。Kenkel 另指出鄉村婦女的多重壓力源，包含有貧窮、擔負子女教養之責、孤立隔絕、不可預料的、不穩定的農作收入，以及缺乏心理衛生、社會、教育與幼兒照顧等相關資源。另外，由於農家經濟普遍困窘，不少婦女在農忙之後又外出兼職工作，以貼補家用，但如此並沒有減少農村婦女的家庭責任，只有些微減輕其負擔的農田工作，故農村婦女常須過著外出兼職、照顧家庭責任、農務工作等「三班輪值」(three shifts)之忙碌且沉重的生活循環。

鄉村婦女相對於男性而言，是比較願意去尋求心理衛生服務的。並且，生活在農村的婦女非常清楚其與家庭、朋友之間關係的價值，雖然常會壓抑自己所看重的獨立、私密、空間與自由的個人內在需求，來符合或留心其他所有人的需求，使能涉入社區的非正式支持與交換網絡，以獲得來自家庭、朋友、社區的認同與滿意，但職業道德、宗教與靈性、樂觀等卻是引導著農村婦女平日生活的關鍵價值 (Kenkel, 2003)。

第二節 美國鄉村心理衛生服務的發展演進與相關經驗

一、 鄉村心理衛生服務系統的相關阻礙因素

「鄉村」一直被認為是心理衛生服務的高難度地區，因為鄉村推展心理衛生服務常遭遇到諸多挑戰或阻礙，Findlay 與 Sheehan (2004)就舉出缺乏資源及距離遙遠兩個主要阻礙問題。Thorngren (2003)更行詳細列出七項阻礙因素：(1)缺乏具資格的專業者或服務方案。(2)服務提供者承受沉重壓力。(3)物質濫用者常同時患有其他心理疾病。(4)地理環境上的孤立。(5)照護提供者、患者與家庭之間的雙重關係及角色混淆。(6)個案隱私的保護。(7)心理衛生服務在文化上的意涵。

Human 等 (1991)具體將鄉村心理衛生服務系統的架構 具體區分為可得性 (availability)、可接近性 (accessibility) 與可接受性 (acceptability)等三個層面的概念，以便更加釐清鄉村心理衛生服務的各项受阻問題：

1. 可得性

「可得性」係指目前已有的心理衛生服務資源 (Human et al., 1991)。Murray 等 (1991) 認為大多數心理衛生專業者都集中在都市地區服務。以心理學專業者來說，Richards 與 Gottfredson 於 1978 年研究美國心理學專業者分佈的地理區域，發現人口多寡 (population size) 與心理學專業者數目之間有高度相關，並進一步加以探討得知，心理學專業者大都集中在都市、富裕的州郡與大學城地區，此結果與 Keller 等學者在 1980 年的研究具一致性 (轉引自 Keller, Murray, Hargrove & Dengerink, 1983; Murray et al., 1991)。「可得性」也與專業者所接受的訓練有關，因為此類的訓練大部份都在都市地區，課程內容往往有都市觀點的偏向，很少訓練開設鄉村心理衛生的專業課程，以便能有效在鄉村地區發揮其心理衛生的專業功能 (Human et al., 1991)。鄉村的心理衛生專業者常要面對生活品質、專業同儕隔離、特定壓力等問題，因此需要有特別的鄉村社區性的專業訓練 (Murray et al., 1991)。

2. 可接近性

「可接近性」是指個案是否能接觸到此服務資源 (Human et al., 1991)。以美國為例，鄉村社區心理衛生中心所服務的地理區域範圍是非常遼闊的，大部份超過 5,000 平方英哩，平均約 17,000 平方英哩，最大的區域則有 61,000 平方英哩，而且各個社區散佈在這空曠的區域內 (Clayton, 1977; Murray et al., 1991)。因此，鄉村地區所有提供社會服務的最大共同阻礙就是地理上的限制 (Dengerink, Marks, Hammarlund & Hammond, 1981; Murray et al., 1991)，這個情況特別會影響到對鄉村貧窮人口的服務之上 (Lee, Gianturco & Eisdorfer, 1974)。Human 等 (1991) 亦提到鄉村地區服務的「可接近性」受限於偏遠居民與服務資源間有長遠距離、大多數鄉村地區缺乏公共運輸系統、偏遠地區交通中斷與阻隔、缺乏心理衛生的外展服務等因素 (Berry & Davis, 1978; Solomon, 1980; Human et al., 1991)，而形成受助者與服務提供者之間的困難與阻礙。

3. 可接受性

「可接受性」在此定義為提供服務的方式是否符合當地的價值，及服務模式能否適合其鄉村的環境。所以，只處理個人問題的傳統方式、深信問題是由單一個人或團體所造成的、缺乏有關情緒困擾與心理衛生服務的專業知能等因素，都可能會影響鄉村心理衛生服務的「可接受性」(Human et al., 1991)。Wagenfeld 與 Wagenfeld (1981)、Wagenfeld 與 Buffum (1983) 及 Adams 與 Benjamin (1988) 等則強調社會文化因素對心理衛生服務所造成的阻礙是瞭解美國鄉村與心理衛生服務之間關聯的最直接方法，例如宿命論 (fatalism)、依靠自己 (self-reliance)、男性特質、私密 (privacy)、不信任專業者與外來人 (outsiders) 等特殊的價值信念，都會讓鄉村居民排拒心理衛生相關的服務資源。Mermelstein 等 (1986) 亦綜合多位學者的相關論述，指出鄉村的價值觀、社區的協助模式 (helping patterns)、社區對外來者的態度、都市觀點的專業人員等因素都將造成提供鄉村心理衛生服務方面的困難。

另外，Jeffrey 與 Reeve (1978) 及 Solomon (1980) 從心理社會的觀點切入，指出鄉村社區保守的特性，接受心理衛生服務的速度緩慢。許多鄉村居民將社區心理衛生中心視為是發瘋 (crazy) 或者太軟弱 (weak) 時才會前去求助之處。因此鄉村居民有其個人承擔責任與自給自足等自尊性的價值信念，並且害怕被診斷或標籤有心理疾病。心理疾病標籤所引起烙印 (stigma) 的問題，一直是心理衛生專業者與鄉村受助個案之間的阻礙難題 (Solomon, 1980; Flaskerud et al., 1983; Adams et al., 1988; Thorngren, 2003)。心理衛生專業人員在介入鄉村工作時，難免會面臨居民的擔憂、不信任、敵意與冷漠等情況 (Berry et al., 1978)。

二、美國鄉村心理衛生服務的發展概況

鄉村社區有其獨特的社經特徵、流行病學、生態環境、問題類型與政治氣氛，所以應採取「革新的作法」(bold new direction) 來處理被忽略的鄉村居民之服務輸送系統 (Bailey, Elliott & Schmidt, 1985)。美國 1960 年代開始興起社區心理衛生運動之主要目的即在導正鄉村地區失衡的心理衛生輸送系統 (Jones et al., 1974)，進而透過社區介入來解決居民因環境與社會情況造成的心理困擾問題之需求 (Mermelstein et al., 1986)。社區心理衛生中心方案呈現出新概念、新目標、新架構，被稱為是「第三次心理衛生革命」(the third revolution in mental health)，此方案模式特別適合運用在鄉村地區缺乏心理衛生資源與較傳統個人醫療取向的現況 (Perlmutter, 1979)。

1963 年國會通過「社區心理衛生中心法案」與其隨後所建構的全國社區心理衛生中心網絡，其主要用意在於服務欠缺心理衛生資源的族群與地區。1965 年至 1973 年間，全國超過 500 個社區心理衛生中心之中有 40% 位於鄉村，同時聯邦政府也在各地成立「社區健康中心」(CHCs) 與「移動式健康中心」(MHCs)，並且建立起良好的鄉村地區心理衛生服務網絡 (Human & Wasem, 1991)。另外，在鄉村心理衛生專業與學術發展方面，「全國鄉村心理衛生學會」(NARMH) 於 1977 年成立，提供物質濫用及其他專業諮詢服務 (Hargrove, 1991)；

NARMH, 2003)。「美國心理學會」(APA)更於 1991 年起設立鄉村衛生專責部門與資源中心，「國家心理衛生研究院」(NIMH) 亦成立鄉村心理衛生研究部門(Birk et al., 1995)，在 1967 年開始有計畫地蒐集鄉村資料，及獎勵各項研究進行 (Human et al., 1991)。1976 年，威斯康辛大學發行「鄉村心理衛生簡訊」，內容有公共政策、專業實務與相關新聞訊息等，也有以鄉村心理衛生中心為焦點的相關訊息，此乃一更有利社區民眾獲得訊息交流的管道(Perlmutter, 1979)。

三、美國鄉村型社區心理衛生中心的經費、組織與服務概況

Bachrach(1974)曾以 1971 年聯邦政府提供經費設立的 295 家鄉村社區心理衛生中心檔案資料為基礎，分析其所使用的各項指標、經費來源與支出、人員配置等特性之差異。Bachrach 更將中心類型細分為所有中心、非鄉村、部分鄉村與鄉村四種數據或比例。

從表 2-1 結果，如果與「非鄉村型」相較，我們可以看出美國「鄉村型」社區心理衛生中心的經費、組織與服務等特性。例如平均服務人口較少(近 11 萬人)，依賴政府經費支持較多(占 83%)，其中五成來自於聯邦政府經費，服務收費比例不高，但聯邦醫療援助(Medicaid)的部份較高，對外募款情形較少。經費支出方面，雖然六成花費在人員薪資，但資本門的費用比例較「非鄉村型」為高。在人員編制方面，兼職人員占最多(54%)，全職人員僅占四成，此與「非鄉村型」相反。另外，受訓或實習生與志工比例皆相對較少。中心人員專業背景方面，扣除「其他」比例，其中「心理衛生工作者」最多，「註冊及執業護理人員」次之，「其他衛生及心理衛生專業」再次之。人員工作時間配置方面，以直接服務各項工作比例占最多，但一般行政所耗費工時比例較高，反而「在職訓練」及「研究與評估」所占工時較少。教育與諮詢方式以個案與方案取向較多，「訓練與繼續教育」及「社區計畫與發展」方式較少。教育與諮詢之對象，以「學校人員(含學生與職員)」最多，「社會與社區機構人員」次之，「一般公眾」的比例相對較少。

表 2-1 1971 年美國聯邦政府社區心理衛生中心之組織與服務概況

單位：百分比(%)

項目		所有中心 (N=295)	非鄉村 (n=175)	部分鄉村 (n=87)	鄉村 (n=33)					
服務區域平均人口數		148,214 人	166,890 人	131,682 人	108,015 人					
經費來源	政府單位	聯邦政府	47.3	72.1	46.5	71.0	49.7	72.2	50.2	83.2
		各州政府	39.5		40.0		40.1		34.5	
		地方(local)政府	11.8		12.1		9.0		13.3	
		其他政府	1.4		1.4		0.7		2.0	
	服務收費	個人付費	26.1	24.1	24.5	25.7	33.6	22.0	29.6	13.5
		保險(含私人與自願性)	38.2		40.9		27.7		23.0	
		聯邦醫療保險(Medicare)	8.3		8.6		6.8		8.1	
		聯邦醫療援助(Medicaid)	21.2		21.8		18.6		23.0	
		其他	6.2		4.3		13.2		16.3	
	對外募款		2.4	2.2	3.8	1.0				
	其他收入		1.4	1.1	2.0	2.3				
	經費支出	人員薪資	66.6	67.6	65.6	60.3				
		業務費用	28.0	28.1	27.8	27.9				
資本費用		4.6	3.4	6.3	11.8					
其他		0.8	0.9	0.3	0.0					
人員編制	全職人員(每週 35 小時及以上)	61.7	63.9	64.4	41.1					
	兼職人員(每週少於 35 小時)	21.8	17.7	19.8	54.1					
	受訓或實習生	6.0	7.1	4.2	1.6					
	志工(有固定時間者)	10.5	11.3	11.6	3.2					
人員專業背景	精神醫療	6.4	7.4	4.1	3.0					
	其他醫學	1.0	1.0	1.0	0.7					
	心理學	7.3	7.1	8.1	6.7					
	社工	12.3	12.8	10.8	11.8					
	註冊護士	11.0	10.9	12.0	9.7					
	其他衛生及心理衛生專業	10.6	10.4	10.6	12.5					
	執業護士	5.0	4.7	5.6	6.9					
	心理衛生工作者(AA 級及以下)	22.7	22.0	24.2	26.7					

	行政人員	3.4	3.3	3.5	2.9	
	其他	20.3	20.4	20.1	19.1	
人員工時配置	直接服務	住院照護	52.2	49.5	60.5	58.2
		門診照護	27.6	29.5	21.3	25.6
		日間照護	12.2	12.0	13.9	11.0
		其他部份醫療照護	2.8	3.2	1.0	2.0
		緊急照護	5.1	5.7	3.2	3.2
	其他服務或活動	諮詢	16.7	15.5	22.1	19.5
		公共資訊與教育	5.8	6.0	6.0	5.6
		在職訓練	17.1	17.9	16.6	2.5
		其他訓練與教育	8.8	8.4	8.0	11.6
		社區規畫與發展	7.9	8.0	8.0	6.0
		研究與評估	10.8	12.4	5.0	6.0
		一般行政	32.9	31.9	34.2	43.3
	教育與諮詢方式	個案取向的諮詢	33.4	31.4	38.4	37.9
方案取向的諮詢		22.5	19.9	28.6	28.6	
公共資訊與教育		17.9	19.2	13.9	17.4	
訓練與繼續教育		13.6	15.4	10.0	7.8	
社區計畫與發展		12.6	14.1	9.1	8.3	
教育與諮詢對象	學校人員(含學生與職員)	33.4	30.7	38.6	42.6	
	神職人員	4.3	4.4	3.5	4.4	
	警察、法院與其他執法機構	6.9	6.9	7.2	6.4	
	獨立心理衛生機構人員	7.3	8.0	5.6	5.9	
	醫療院所人員	8.0	8.1	7.8	7.8	
	社會與社區機構	22.4	23.9	18.7	19.3	
	自行開業的專業者	3.0	3.0	2.5	4.3	
	一般公眾	8.5	9.3	6.6	6.8	
其他	6.2	5.7	9.5	2.5		

四、鄉村型社區心理衛生中心因應農業危機之處置模式

Mermelstein 等 (1986)在問卷調查美國中西部 12 個農業州 34 個社區心理衛生中心對農業危機相關因應措施之後，提出一個連續向度 (continuum) 的處置模式之建議，其中包含問題類型與其嚴重程度的關聯性、必需提供的處置策略或方式、鄉村型社區心理衛生專業者的適當角色等，如表 2-2。Mermelstein 等認為這些表列的問題所提供的系列性處置策略或方式，必須符合社區心理衛生專業哲學與目標，例如諮詢(consultation)、教育、早期介入與將處置焦點放在社區整體。

表 2-2 鄉村型社區心理衛生中心因應農業危機之處置模式

問題類型	壓力		危機	憂鬱	解構行為
	不固定性	長期固定			
必需提供的處置策略或方式	自助技巧	互助團體	由曾受危機工作訓練的人員來介入	治療	專業性治療
社區心理衛生專業者的角色	教育者	促進者 或 規劃者	諮詢者 與 教育者	治療者	治療者 與 合作者
危險程度	低-----高				

依表 2-2 所示，第一個「壓力」問題被假設有兩種，可依其規則性及易變性的程度來判斷。第一種是「不固定性壓力」(mutable stress)，有不固定、間歇或週期性(intermittent)等相關壓力的症狀特徵，此壓力問題可透過採取正向態度、時間管理、優先次序設定、放鬆等方法來減緩。這些因應壓力的策略或方式是屬於基本自助技巧，在此類問題的相關處置作為上，社區心理衛生專業者所扮演的是教育者角色。

接連著第二種為固定與恆常不變的「長期固定性壓力」(immutable stress)，許多長年缺乏穩定經濟來源的家庭皆經驗此種壓力症狀。針對此類長期壓力問題的適當協助方式，可透過經驗分享與相互支持方案來進行，例如農民支持團體。此類互助團體活動或方案並不需要皆由專業者來主導，也許能促使社區曾受基本團體技巧訓練的社區自然協助系統人員(natural providers)來帶領。社區心理衛生專業者所扮演的角色應是促進者(facilitator)與規劃者(broker)，以確保此類方案獲得相關資源與發展。

位於表 2-2 所示的中間點為「危機」(crisis)問題，此仍屬在正常行為的範圍之內。曾受危機工作訓練的人員應該有能力來協助這些無法轉介到當地心理衛生相關專業單位或機構(因為專業人員不足或收費過於昂貴)的危機當事人。「危機」在表中被列在「壓力」問題之後，Mermelstein 等認為其主因在於鄉村地區具備危機處置訓練的心理衛生相關專業人力資源明顯不足，或是未能運用有效策略去接觸到這些危機當事人。在社區心理衛生領域中的諮詢與教育功能，就是設計來協助此危機處置服務資源的發展，並且提供相關的支援。

在危機之後的問題類型，則是進展到病態症狀的向度，這些都屬於專業醫療的領域。針對「憂鬱」問題的處置，較合適的策略或方式是治療，並且社區心理衛生專業者所扮演的角色應是諮商者。對於具有自殺行為或家庭暴力者，相關專業性治療處遇是必要性的措施，另外精神疾病患者之住院照護或短期安置可能也是亟需的。社區心理衛生專業者所扮演的是治療者，或是結合其他正式服務系統的一個合作者的角色。

三、鄉村心理衛生相關專業者之特質與挑戰

鄉村心理衛生服務的困難與阻礙因素是來自多方面的，例如有鄉村人口與態度特徵、系統的特性與專業服務提供者的特徵 (Dengerink et al., 1981)。鄉村社區心理衛生中心在方案發展與方案實施方面有其冒險性、獨特性及審慎性 (Perlmutter, 1979)。從 1960 年代開始，美國學者就談到鄉村社區心理衛生實務工作者所面臨的特殊困難。鄉村機構除了面對與都市同樣困難的工作情況外，也要再處理鄉村特有的問題與相關專業倫理考量 (Reed, 1992; Smith, 2004)。因此，一個成功且能夠發揮專業功效的鄉村心理衛生實務工作者必須是個「通才」 (generalists) 而不是「專才」 (specialists) (Beeson, 1991; Human et al., 1991)。

針對鄉村心理衛生服務的種種困難因素，Murray 等(1991)認為心理學專業者可以透過壓力、心理病理與社區安適 (well-being) 等主題研究來回應鄉村特殊心理衛生需求的挑戰。所以，心理學領域未來將在鄉村心理衛生服務的各層面中扮演日益重要的角色，透過許多鄉村居民心理衛生需求之評估研究，心理學方法能夠提供一個正確瞭解鄉村經驗的必要途徑。但是傳統上，心理學被定義為一種主要為都市地區服務的專業領域(Keller et al., 1983; Murray et al., 1991)。與都市情形相較 (Dengerink et al., 1981)，鄉村一直是缺乏心理衛生服務與合格專業者(Perlmutter, 1979; Bailey et al., 1985; Human et al., 1991)，及其他專業資源 (Perlmutter, 1979) 的地區，因為心理衛生專業者集中分布於都市地區 (Murray et al., 1991)。這種心理衛生資源失衡的情形 (Bachrach, 1974)也被認為與心理疾病的高比例有關 (Flaskerud et al., 1984)。據多項研究結果指出，在六千二百萬美國鄉村居民中就大約有一千五百萬人受困於心理疾病與物質濫用，而且這些人有明顯的健康照護需求，但普遍未得到適當的精神醫療服務 (Roberts et al., 1999)。因此，心理學相關的專業者需要特殊或是不同的技巧去提供鄉村地區的服務，而不是只服務都市地區的民眾 (Dengerink et al., 1981)。

一般來說，從事社區心理衛生工作的社區心理學家對於都市的健康議題熟悉程度常較鄉村地區為高 (Duffy et al., 2003)，大部份的心理衛生專業訓練課程與方案皆設於都市地區，並有其特定的偏誤 (Human et al., 1991)。而且目前社區心理學的相關文獻很少述及鄉村與都市區域之間的區別，以及過度忽略特殊鄉村需求的議題 (Perlmutter, 1979; Murray et al., 1991)。因此，社區心理學如欲滿足鄉村群眾的需求，必須要發展新的預防與處置之專業訓練 (Bailey et al., 1985)。Hinkle 等 (1969) 也談到鄉村地區的社區心理衛生中心或專業工作者如果要使其服務更能有效地傳達，來提昇當地居民的心理衛生，就必須嘗試一些不同於以往的做法，例如 Eddy 等 (1970) 所指出的許多非心理衛生專業者可以扮演的重要角色去提供協助解決一般民眾面臨生活的困難問題。Werner 與 Tyler (1993)認為「諮詢」在社區心理衛生中心推展的功用，就是促使社區現有的相關機構能增加知能，去提供心理衛生照護。Hinkle 等 (1969) 亦提到鄉村社區心理衛生中心或專業者如果要使其服務更有效傳達，以提昇當地居民的心理衛生，就必須透過初級預防介入與主動地成為牧師、醫生、律師、老師等居民習慣求助對象的專業諮詢與教育者，來活化這些社區資源，增進社區合作力量。

第三節 台灣鄉村心理衛生服務的問題狀況與發展需求

從民國 63 年開始，國內在一些都會地區(台北、高雄、台中與台南)陸續設置了社區心理衛生中心(轉引自許耕榮等，民 93)。目前，絕大多數縣市皆已成立社區心理衛生中心，其中也包含農業縣市，此是否能代表台灣鄉村心理衛生服務之開展？以下是相關問題狀況與發展需求之探討：

一、 台灣社區心理衛生中心是精神醫療架構下的產物，而非以全民心理健康為出發點

國內社區心理衛生中心的法源基礎始於民國 79 年底立法院通過「精神衛生法」(行政院衛生署，民 91)。然而，此法的最早版本是民國 72 年中華心理衛生協會(委託單位)送交衛生署的「心理衛生法(草案)」，此草案精神是心理衛生保健與精神醫療體制建立並重，有特別針對心理衛生教育及保健另立一章(楊漢淙，民 82)。但當時各級專家學者與有關單位對此草案名稱及內容範圍爭議頗多，故衛生署暫時予以緩議(呂淑好，民 80)。最後，衛生署有感心理衛生範圍過於廣泛，乃考慮從較具體之精神醫療工作優先加強，遂將該草案更名為「精神衛生法(草案)」，經過多次會議研商，民國 77 年該草案定案時，並將心理衛生保健工作納入精神衛生行政體系執行(楊漢淙，民 82)。由以上立法過程看來，可明顯看出一般民眾的心理衛生預防與教育並未受到重視與相關權利保障。

二、 台灣社區心理衛生中心是立基在「都市」觀點，而未考量「鄉村」的需求

民國 80 年，衛生署委託中華心理衛生協會成立規劃小組，進行社區心理衛生中心的規劃並召集社會工作、公共衛生、臨床心理、護理、基層醫療等專業進行討論及整合意見。81 年度起，衛生署為協助地方衛生主管機關有效設立社區性心理衛生中心，開始補助台北縣政府於三重地區籌劃試辦，並將評估方案執行成效，檢討改進有關缺失，俾憑全面推廣(張珏，民 86)。可見早期社區心理衛生中心的試辦與推廣模式是在大都會地區進行，而非高度農業人口的鄉村地區。

三、各縣市心理衛生相關服務尚未針對其城鄉型態而發展出不同的服務模式

根據國內諸多相關文獻(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；吳德森，民 89；蔡宏進，民 89；蔡宏進，民 90；李佳珍與張銘煌，民 83)指出，目前台灣鄉村地區有人口外流與老化、農業危機(開放農產進口、產銷失衡、價格下跌或低迷)、老年獨居、缺乏就業機會、家庭貧窮、外籍配偶、教育與文化資源闕如、村庄缺乏活力、建設緩慢、社區生活枯燥、社區衰敗、治安惡化(傷害案件)、犯罪被害恐懼(苦惱、失眠、難以飲食)、村民失和(黨派分化、凝聚力減低)、環境污染(空氣、水質或畜牧)、自然環境惡劣(地層下陷)、天然災害不斷(如地震、土石流、海水倒灌)、意外事故等問題。另外，實徵研究(楊明仁等，民 91)也發現，鄉村老人的心理健康狀況是值得關注的。《天下雜誌》(民 93)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。

雖然，台灣高農業或鄉村地區正面臨以上各種嚴重且亟需解決的心理衛生相關問題，然而又普遍缺乏健康與助人服務的相關資源(例如雲林及嘉義兩縣的醫師人口數最少，護理師及護士人力也以嘉義、新竹雲林三縣為最少)，以及較少有品質良好的醫療設施(醫療院所數以嘉義、澎湖與雲林三縣為少)或相關醫護人員，常造成農民就診上諸多的不便及不信賴感(李佳珍與張銘煌，民 83；鄭健雄，民 83；吳德森，民 89；蔡宏進，民 89；鄭惠美，民 89；陳介玄，民 90)。

因此，位於農業縣市衛生局之社區心理衛生中心實頗值得將鄉村心理衛生服務列為重點工作，並投入相關服務所需的人力與經費等資源。或者，可研擬出更多適合鄉村地理或人文特性的外展或可近性之服務，因為許多農業或偏遠鄉鎮的居民如有求助的迫切需求，往往耗費在交通運輸與時間等方面甚多，相對減低其求助的意願。

第四節 社會指標在心理衛生領域之運用經驗

雖然國內心理衛生領域並無相關社會指標運用之經驗，但其他領域或綜合性的社會指標體系卻早已建立深厚基礎。例如「社會福利指標」於民國 64 年即由行政院經濟建設委員會擬定完成(葉維銓，民 89)。目前，「社會福利指標」已做為有關社會福利施政成果之測度標準(楊森，民 89)，並時有社會、公共衛生、犯罪防治、環境工程、地政等領域的學者專家於學術期刊上發表解讀社會指標最新統計結果的看法(如林萬億、陳小紅、蕭新煌、黃富源、徐世榮、傅立葉、陳建仁、蔡德輝、蔣本基等)。由此可見，國內心理衛生相關社會指標也應該急起直追。

就心理衛生領域而言，社會指標方法是推測或呈現次級資料(secondary data)項目與心理衛生問題之間的連結(Warheit et al., 1979)，其最早是源自於流行病學研究發現疾病的方式，其強調地區有較高的需求項目，例如，貧窮、失業、單親家戶、酒醉駕車率與其他相關人類服務需求的環境因素(Scileppi, Teed & Torres, 2000)。

社會指標統計分析被廣泛使用在各領域，美國心理衛生專業領域也已將社會指標做為需求評估與方案計畫之工具(Warheit, Buhl & Bell, 1978; Warheit et al., 1979)。例如，國家心理衛生研究院(National Institute of Mental Health)的研究人員在 1970 年代發展出一套「心理衛生人口特徵輪廓系統」(MHDPS)(Rosen, Goldsmith & Redick, 1979)，其項目資料是來自全國性大樣本的普查(轉引自 Warheit et al., 1983)，重要指標內容包含有「社會位階」向度的經濟狀況(economic status)、社會狀況(職業)、知識狀況(information status)(教育)；「生活型態」向度的家庭狀況、家庭生命週期階段、居住生活型態與相關家庭方面(familism)；「族群」向度的社區穩定性(community stability)、地區同質性(area homogeneity)與社會問題的高危險人口群(Goldsmith et al., 1975; Warheit, et al., 1983)。

研究者在回顧國外多位學者(Mustian & See, 1973; Stewart et al., 1975; Goldsmith et al., 1975; Markham & Scudery, 1976; Zautra et al., 1976; Warheit et al., 1978; Flaskerud et al., 1984)的研究文獻之後，歸納出其所引用的社區心理衛生相關的社會指標，總計有「家庭生活型

態」、「族群」、「居住生活型態」、「社會階級」、「經濟」、「教育」、「犯罪」、「污染」、「健康」、「特殊需求」等十項(附錄一)。其中,「家庭生活型態」變項概含家戶人數、戶長年齡、扶養比、女性戶長家庭、育有幼兒家庭、無子女戶長、合住家戶、獨居、性別、生育率等數值或比率;「族群」變項概含各族裔家戶之比率;「居住生活型態」變項概含有獨棟住宅、多層公寓、大型公寓、擁擠屋舍、家戶人數、人口密度、新移入人口、移動人口、遷移人口、鄉村人口、自有住宅、租賃住宅、車屋與移動屋舍、空屋、老舊住宅、標準設備住宅、房屋價格、房屋租金等數值或比率;「社會階級」變項概含各族裔低階層職業之比率;「經濟」變項概含家庭收入、個人收入、高收入家戶、低收入家戶、低收入人口、社會福利受助家戶、失業、部份就業、女性勞動力、藍領工作者、男女低階層職業(從事操作、服務、農作)等數值或比率;「教育」變項概含持有高中文憑、完成教育年數、低教育程度、中輟且未就業等數值或比率;「犯罪」變項概含重大犯罪、殺人、強盜、強暴、傷害、損毀與侵犯、竊盜、少年犯罪、緩刑、觀護等案件或處置之比率;「污染」變項概含空氣、水、噪音等污染區域之比率;「健康」變項概含死亡率、嬰兒死亡率、胎兒死亡率、自殺率、肝硬化(酗酒)病例數、身心障礙人口數等。最後在「特殊需求」變項上,概含有未就學青少年人口、獨居老年人口、低收入老年人口、低收入女性戶長、育有幼兒之職業婦女人口、未收容及未就學之殘障人口、無工作能力之殘障人口、低收入家戶兒童人數、非婚生子、單身未婚男性、單身未婚女性、離婚或分居男性、離婚或分居女性、失去配偶女性、低收入大家庭、團體之家人口、機構收容人數、精神病院收容人數等比率。

第五節 國內外鄉村心理衛生相關研究文獻

有關國內鄉村心理衛生相關研究重點多在社區調查或次級資料分析來瞭解一般鄉鎮居民的心理健康概況、對服務需求或求助對象的看法，或是探討哪些變項可以預測民眾的心理健康程度等。比較可惜的是並沒有專門針對農業居民來進行調查。另外，較少(只有1篇)納入關鍵訊息提供者的看法，可能無法獲得比較完整的問題概況與服務需求。再者，國內尚無研究進行鄉村心理衛生相關社會指標分析與探討。以上欠缺的部份，也是本研究此次目的欲加以補足或建立的。

在國外研究文獻中，有兩篇研究是探討鄉村心理衛生相關社會指標，其進行方式、過程與結果等皆可提供未來國內相關研究之參考。

一、國內研究文獻

鄭夙芬、文榮光與吳就君(民86)為建構以社區為基礎的心理衛生教育內容，並探討不同型態社區所呈現的心理衛生教育需求及其差異，而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，另一方面對社區基層領導者共298位鄰長進行社區動力與心理衛生教育需求之問卷訪視。如以社區心理衛生教育需求有關的部份，其三民區與琉球鄉的研究結果各為：「民眾最想知道的衛教資料」—三民區2%民眾選擇「精神疾病」，而琉球鄉僅1.3%民眾有興趣想知道；「民眾最煩惱的事」—三民區28.4%與琉球鄉28.7%民眾選擇「子女問題」的最多，但選擇「無」的比例也次高(三民區25.7%與琉球鄉26.7%)；「民眾希望醫護人員告知維護心理健康的管道」—兩地民眾以「面對面指導」選擇最多(三民區66.2%、琉球鄉70%)，三民區民眾選「小冊」居次(14.2%)，但琉球鄉選擇「小冊」的民眾只有4.7%；「民眾參加社區心理衛生活動的主要原因」—兩地民眾以「對自己有幫助」的選擇最多(三民區45.3%、琉球鄉28%)，但也有約14%的兩地民眾選擇「絕對不會去」；「民眾遇到嚴重的失眠、頭痛、煩躁或憂鬱時，最先會去哪裡？」—兩地民眾選擇「看西醫」最多(三民區63.5%、琉球鄉75.8%)，但兩地民眾所指的「西醫」最多為「非精神科」(三民區88.4%、琉球鄉95.4%)。

楊明仁與鄭夙芬(民 87)於八十七年選取高雄市三民區、高雄縣仁武鄉、阿蓮鄉、三民鄉等社區共 416 位居民為研究對象，進行訪問調查研究。訪談內容包括：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，影響心理健康狀況最重要之因素有，個人每月家庭平均收入、居住社區低收入戶比率與感受社區社會支持程度，也就是收入越低、社區社會支持程度愈差，居住社區低收入戶比率越高者，則心理健康狀態愈不佳。

楊明仁、李昱、文榮光與鄭夙芬(民 88)於八十八年選取高雄縣仁武鄉七個村之居民為研究對象，以叢集分析的方法，依照低收入戶數，將社區分為高低社經社區，做為分層取樣的依據，進行訪問調查研究，有效問卷共 404 份。訪談問卷內容包括：研究對象背景資料、台灣人憂鬱篩選。研究結果顯示，受訪者過去一個星期之憂鬱盛行率為 26.5%，而且收入愈低愈容易發生憂鬱現象。交叉分析亦顯示，個人收入與社區之經濟狀況之交互作用，將對個人憂鬱狀態的發生，有明顯的影響。

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針對嘉義縣六腳鄉、竹崎鄉、布袋鎮與民雄鄉之 1000 位 65~74 歲老人，由經過訓練之社工人員進行「台灣人憂鬱篩選問卷(TDQ)」之調查，結果發現其過去一週有憂鬱症狀者達 24.2%，而且憂鬱症狀之發生與性別、教育程度、家庭平均收入、身體疾病、社區活動參與者等有顯著相關，也就是女性、不識字或未就學、低家庭收入、有身體疾病、及缺少社區活動參與者，會有較高的憂鬱症盛行率。

林富紳(民 92)利用「台灣地區社會變遷基本調查」第四期第一次調查原始資料之 1870 名樣本為對象進行多元迴歸分析，以探討台灣城市與鄉村地區居民其心理健康的差異與中間影響機制。結果顯示，台灣城鄉居民的心理健康有差異、社會支持對個人的心理健康有正面的影響、活動參與對城鄉居民的心理健康也有影響、鄉村居民在心理健康上會比城市居民需要朋友網絡或是擁有完整的支持網絡、鄉村居民若是多參與節慶活動，會比同樣參與節慶活動的都市居民在心理健康上要來得好等。

許耕榮、陳嘉鳳、王榮春、韓明榮、林柏煌、周才忠與錢靜怡(民 93)於九十三年曾以自編之「社區心理衛生服務需求問卷」調查三義、後龍、西湖、卓蘭、銅鑼、頭屋、苑裡、三灣、下湖、公館、潭子、外埔、霧峰、神岡、大甲、大雅、大安、名間、和美、鹿港、烏松、梓官、大樹、潮州等 24 個鄉鎮之 201 位居民，詢問其對該居住社區目前存在會引起心理壓力來源之看法。研究結果顯示，「鄉鎮民眾」列出之社區心理壓力來源事件有 13 項，前三項主要為「農村經濟壓力」(33 人)，其次為「治安不好—詐騙、飆車、住家安全、偷竊」(12 人)，再其次為「颱風淹水、堤防潰堤、天然災害事件」(9 人)。

陸瑞玲 (民 88) 以宜蘭縣鄉村型社區為例，探討鄉村型社區居家慢性精神病患心理衛生需求。其研究採結構式的問卷，實際家庭訪視並訪談個案及其主要照顧者，問卷內容主要為評估個案之精神症狀、社會功能、整體精神狀態及社區心理衛生照顧需求，並由研究者判斷其心理衛生需求之項目及心理衛生需求滿足及未滿足之情形。共收集了 100 份有效問卷。結果顯示：個案平均每人有 6.7 項心理衛生需求，而每位個案平均有 5.5 項心理衛生需求未滿足，心理衛生需求滿足與未滿足之比例為 1:5；心理衛生需求以社會或醫療評估最多，其次為家庭訪視、社交(休閒)技巧訓練、精神藥物監督、個案諮商、家屬諮商、自我照顧訓練、職能訓練、行為修正、家事技巧訓練、安全防護、居家服務、產業訓練及心理治療等；在現有服務中，研究個案以接受門診醫療者 88 位為最多，其次家庭訪視 69 位，僅 1 位個案接受職能訓練，顯見宜蘭縣境內鄉村型社區精神復健醫療服務之不足；造成研究個案心理衛生需求未滿足之相關統計結果顯示，個案之整體精神狀態、年齡、未定時定量服藥及無工作等變項與心理衛生需求未滿足相關；在社會功能方面，有 69 位個案既無工作、就學或家庭管理，整日賦閒在家，有 24 位個案與家人有明顯之相處問題；而主要照顧者之平均年齡為 59.02 歲，41% 為 65 歲以上之老年人，相對於病患年齡多為青壯年期(平均 39.1 歲)，可見許多年邁者仍擔負照顧慢性精神病患的沉重壓力。

二、國外研究文獻

詹歷堅 (民 72) 以美國喬治亞州 16 個農業的鄉村縣份內之三家社區心理衛生中心為對象，以機率法抽樣分析其中接受服務的 298 位個案。自變項為性別、教育程度、每月家庭收入與職業。依變項為申請心理衛生中心服務的自願程度。研究結果顯示，對鄉村地區而言，經濟收入與教育程度只對男性選擇是否去心理衛生中心尋求服務有影響。男性收入和程度愈高者，愈傾向自動。理由可能是高收入高教育程度的男性，自信心比較強，去接受心理衛生服務對他們自信自立的信心打擊比低收入低教育程度者為小。女性則僅在低收入群中顯得比男性自動，在其他群中與男性沒有什麼分別。這也可能是因為低收入男性特別不願自動去心理衛生中心接受服務之故。

Hinkle 與 Ivey (1969) 為社區心理衛生中心調查鄉村居民對於心理衛生的態度，研究方法是首先隨機抽取居民，挨家挨戶探訪，調查者以開放式問卷，瞭解受訪居民對於心理衛生的知識與態度，然後再進行社區領袖的會談，為期一年，最後將資料歸類與摘要整理。結果發現，79%受訪鄉村居民習慣依賴牧師、醫生、律師等人來解決問題，尤其牧師是居民心理衛生問題的主要協助來源；只有 32%受訪居民知悉此心理衛生中心；受訪居民提及最多的心理衛生問題是犯罪 (delinquency) (30%)、休閒設施 (recreational facilities) 的需求 (23%)；受訪鄉村居民的心理衛生概念普遍是有限的，對如何因應現代生活壓力也缺乏關心。另外結果顯示，鄉村社區心理衛生問題的主因是社會性 (societal) 的，受訪居民談到的項目包括有目前不穩定的生活環境、經濟壓力、郡縣內的生活壓力、對教會傳統協助方式的不滿意等；對於心理衛生的活動，受訪居民主要知道的是測驗、諮商與轉介等直接服務，而教育與諮詢服務只是偶而被提到。受訪社區領袖一般普遍認為心理衛生中心是需要的，但也提出中心經費的相關建議。社區領袖與居民在心理衛生的態度及認知上並沒有明顯的差異。

Markham 與 Scudieri (1976) 在其評估研究中，利用 1970 年國家心理衛生研究院 (NIMH) 普查的「心理衛生人口特徵輪廓」(Mental Health Demographic Profile) 去評估 Rutgers 社區心理衛生中心的服務需求。「心理衛生人口特徵輪廓」資料系統的運用是立論於貧窮、過

度擁擠、低收入等被視為是高危險 (high risk) 族群，需要提供心理衛生相關服務。如單從社會指標的選擇方法來看，其是由「心理衛生人口特徵輪廓」資料中選出 25 個變項 (例如老年人口比例、非裔家戶比例、貧窮家庭比例、青少年中輟比例、貧窮老人獨居比例等)，並分類到社會地位、族群、家庭生活型態、居住生活型態、經濟、教育與特殊需求等七個社會指標之中。其選擇變項資料的原則有三：(1) 社區心理衛生中心容易去取得的資料，或是透過大規模的社區調查來蒐集；(2) 此資料型式必需利於人工計算分析；(3) 這些人口特徵資料必須是國家心理衛生研究院已經廣泛使用在心理衛生需求評估中。

Hinkle 與 King (1978) 利用阿拉巴馬州 Auburn 小鎮一個 27000 人的社區去比較電話訪問、郵寄問卷、面對面訪談等三種社區心理衛生服務需求評估方法，在抽樣、回收率與經濟成本等三方面的優缺點。研究問卷的 21 個題項是根據社區人口變項與其流行病學資料所編成。隨機取樣之電話訪問共完成 224 人次、郵寄問卷共 1000 份與面對面訪談共 449 人次。結果顯示，回應率依次為面對面訪談 (70%)、電話訪問 (57%)、郵寄問卷 (19%)；郵寄問卷最節省時間但每完成一份問卷的成本也最高 (USD1.82 元)、電話訪問的成本最經濟 (USD0.92 元) 但未接通與拒答者高達 43%、面對面訪談之成本則居中 (USD1.34 元) 且拒訪率最低 (8%)。此研究的三種調查方式在受訪者特徵變項上呈現差異，郵寄問卷對社經地位 (SES) 上層 (I&II) 的受訪居民最有利，特別是接受過此類心理衛生服務經驗的受訪者；電話訪問方式則偏向於社經地位第三層 (III) 的受訪居民，特別是已面臨個人心理衛生問題的受訪者；面對面的受訪群體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。雖然此研究的調查地區已超過 90% 的居民擁有電話，但有些社經地位上層居民的電話未列出，無法讓研究者獲知使用，另外很多低社經地位居民可能沒有電話。

Huebner, Hull 與 Small (1978) 在服務區域內的一個小型社區心理衛生中心研究與發展一個評估心理衛生需求的多方法 (multi-method) 策略。其初步階段是使用社會指標來評估廣泛性的社區心理衛生需求，組成來源有「心理衛生人口特徵輪廓系統」(Mental Health Demographic Profile System)、「公共衛生部」、「公共社會服務

部」等 35 筆資料。「心理衛生需求」的效標變項，由服務區域內各類診斷病症的發生率、州立醫院病患人數與心理衛生相關機構的服務統計所構成。首先整合 250 筆變項成為可管理的資料，群集至相關心理衛生需求的向度(例如貧窮層級、家庭特徵、教育等)，然後在每個向度中選出具代表性的變項。每個向度的心理衛生需求之最佳預測者(predictor) 由多元迴歸分析統計方法決定。整體迴歸方程式為，心理衛生需求 = 失業 (.70) + 食物券領用者 (.22) + 非裔人口 (.15) + 貧窮且有子女之女性戶長家庭 (.30) + 低職業地位之男性 (.09) + 過度擁擠 (.20)。然後，將每個普查路徑 (census tract) 資料進入此線性方程式，產生一個「心理衛生需求分數」(mental health need score)，最後再依此排列出心理衛生需求的順序。此研究的第二階段是調查服務區域內的 13 個社區機構的專業人員，以及學區、警局、公共社會服務機構、觀護人及一些處理特殊族群問題的機構。調查過程中，利用滾雪球的抽樣技術，以瞭解其他哪些機構應接受調查或哪些是其接觸最多的機構。受訪者被詢問到依據其個人專業服務經驗，在服務區域地圖中的哪些特別地區位置發生最嚴重的社區問題，再將社區嚴重問題的類型 (心理/情緒、酗酒/藥物、兒童虐待/忽略、犯罪/偏差行為) 做排序，然後再請受訪者指出是否有其他任何地區有任何的社區問題存在。需求評估的最後階段是研究心理衛生中心的個案與方案資料，有三種資料被分析：第一種是以「服務評估摘要」(Service Assessment Summary) 表格蒐集 2150 個中心求助者的人口特徵、診斷與前後檢測等資料，另外二種被蒐集的輔助服務使用資料是心理衛生中心 323 通求助電話與 241 個透過中心轉介住院病人的分析，最後和「地理編碼」(Geo-coding) 一起與先前研究階段的社會指標、社區調查等做直接的比較。研究結果顯示，五種心理衛生需求排序的「肯德爾和諧係數」 $W(34) = .76, P < .001$ 達顯著水準，亦即五種評定之間頗有相關與一致性。

Flaskerud 與 Kviz (1984) 以社會指標與受助者 (Consumer) 調查方法，來決定隸屬 DHHS Region V 的伊利諾、印地安納、密西根、明尼蘇達、俄亥俄、威斯康辛等六州的鄉村地區的心理衛生服務需求，這些州至少有 50% 的人口居住在鄉村地區 (此鄉村的定義：超過一半以上人口居住在 2500 人以下社區)。以「低醫療服務指數」(index

of medical underservice, IMU)做為郡縣抽樣的依據。IMU 是一種社會指標測量方法，常被聯邦機構使用來預測或決定鄉村地區的衛生服務需求。IMU 有四項指標，一為低收入戶的人口比例，二為初級照護醫療專業人員的比例，三為 65 歲 (含) 以上人口比例，四為嬰幼兒死亡率。據美國所有州郡的調查，IMU 的中位數值是 62。此研究的 IMU 數值被分為五個層級，層級 1 與 2 是最欠缺醫療服務的地區。受助者調查研究的受試者為 30 個郡縣 3057 位鄉村居民，由標準化郵寄問卷與個別晤談方式進行，問卷回收率為 64.5%。受試者須以「不需要」、「不太需要」、「有些需要」、「很需要」來評定其家人對於精神科醫生、藥物濫用處置中心、酒癮戒斷中心、心理衛生中心等四項服務的需求，另外問卷也詢問受試者對於尋求協助的動機、心理疾病的態度與心理衛生服務的看法。研究整體結果顯示，心理衛生服務的需求沒有多於其他地區；社會指標與受助者調查方法之比較使用後，發現社會指標較難預測需求。如就受助者調查的心理衛生服務需求評估結果來看，10%左右的受試居民「很需要」精神科醫生、藥物濫用處置中心、酒癮戒斷中心、心理衛生中心等四項服務，「不需要」藥物濫用處置中心服務的比例佔最高 (75.1%)，受試者的人口特徵 (居住此郡的時間長短、教育程度、經濟收入與主觀健康狀態等)，與對四種服務的需求之間有一致性的關聯。

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，包含專家與牧師等支出只花費了 52600 美元。Alger-Marquette 社區心理衛生中心位於密西根州，100 位專業人員為其服務區域內的 83000 人提供綜合性心理衛生服務。由電話簿隨機抽取 520 戶家庭為受訪戶，該地區未裝電話戶數低於 5%。在當地報紙、電台、電視台預告將進行此研究，30 位大學生擔任電訪員，接受 6~8 小時的電訪訓練，每位電訪員負責 15~30 通電話，每通平均 10 分鐘。電訪員詢問家庭成員最清楚的家庭方面的心理衛生需求，並以開放式問題與複選題項詢問有關社區心理衛生的需求與服務、家庭心理衛生需求、過去使用服務的經驗與未來教育性外展方案的偏好。實際有效受訪電話數為 324 通，研究結果顯示受訪者最強調的社區心理衛生需求是如何因應情境的壓力源 (situational stressors)，例如失業與經濟窘困、酗酒與藥物濫用，並且相信個人與

團體諮商是最適合處理他（她）們的問題的方法。在慢性心理疾病方面，「轉送照顧服務」(transitional care service)是最被建議的項目。受訪者也一致建議社區心理衛生中心能提供一般心理衛生的教育性資訊與特別的服務。另外，38%受訪者表示本人或其家庭成員曾經尋求過專業協助。三分之二的受訪者說曾經接受中心以外的心理師、精神醫療人員或社工的協助，但此中心所提供的心理方面的處遇是超過其他社區資源的。從受訪者的回答中，所蒐集到最想參加的教育外展方案的主題與最方便的時間是：「憂鬱處理」、「挫折管理」、「減重」是受訪者最有興趣的工作坊主題，偏好的參與時間為冬天工作日的傍晚。