



專題演講 1

絕地逢生 - 掙脫心靈之繭

吳武典

台灣師範大學特殊教育系教授

吳武典教授簡歷

學歷

台灣師範大學教育學士、碩士

美國肯塔基大學哲學博士（學校心理學）

曾任

中、小學教師

台灣師範大學教育心理系助教、講師、副教授、教授（1979-）

台灣師範大學特殊教育中心主任、特殊教育研究所（系）所長（系主任）、
心理與教育研究發展中心主任、教育政策與行政研究所所長、教育學院院長
美國密西根大學訪問學者、香港大學馬登客座講席

中華民國特殊教育學會理事長、中國測驗學會理事長、中國輔導學會理事長、
中華資優教育學會理事長、中華民國師範教育學會理事長、世界資優教育協會
(WCGTC)主席

教育部六年輔導工作計畫諮詢委員會召集人、行政院國科會教育學門召集人

現任

台灣師範大學特殊教育系教授

Gifted and Talented International 等六種國際學術期刊編輯顧問及
Emotional and Behavioral Difficulties 期刊的副主編

救國團「張老師」指導委員會主任委員、行政院身心障礙權益促進委員會
委員、教育部師資培育審議委員會委員



榮譽/資格

中華民國全國教育行政高考及格 (1964)

花蓮師範學院第一屆傑出校友、中華民國教育學術團體聯合會木鐸獎

國際行為醫學、諮商與心理治療協會(IABCP)專業諮商執照(Dpc)、國際跨文化研究學會(IAIR)會士(Fellow)

國科會傑出研究獎

世界資優教育協會(WCGTC)卓越領導及服務獎、美國肯塔基州及馬利蘭州榮譽公民

中國科學院心理研究所客座研究員、華東師範大學顧問教授

香港中文大學、香港教育學院學位外審委員、香港中文大學資優教育方案榮譽顧問

新加坡政府教育部資優教育計畫國際顧問

專長領域：資優教育、特教政策、心理輔導、測驗評量

著作

專書：二十餘種，包括：青少年問題與對策、美化你自己—獻給少年朋友(合著)、心理衛生(合著)、國小怎樣實施輔導工作、特殊教育的理念與做法、散播愛的種子—輔導的理念與方法、愛心之外—現代父母經、團體輔導(合著)、社會變遷與輔導、特殊教育綜論(即將出版)、資優教育綜論(即將出版)等。

學術論文：二百餘篇(發表在國內外刊物上)

測驗工具：編製(修訂)二十餘種，包括教師領導行為問卷(合編)、家庭氣氛問卷(合編)、學習方式問卷(合編)、教學方式問卷(合編)、學習方式問卷(合編)、學業成就歸因問卷(合編)、國語文能力測驗(合編)、學生在校行為問卷(合編)、托尼非文字智力測驗(共同修訂)、基本人格量表(修訂)、綜合心理能力測驗(合編)、人事智能量表(合編)、國中學業性向測驗(合編)、文蘭適應行為量表(共同修訂)、工作價值觀量表(合編)、我的人生量表(合編)等。

一、人生困境

身體病痛

四、人我境界

冷漠(apathy)

七、快樂人生

半的哲學：知足常樂



環境變遷	同情(sympathy)	寧為湖海：包容之樂
生活變故	同理(empathy)	日行一善：助人為樂
遭遇挫折		心存感激：有恨無樂
作繭自縛		照顧身體：健康之樂
二、心靈之繭	五、發展同理	以理率氣：主控苦樂
看不透	感同身受	逆向思考：有權不樂
想不開	保持客觀	轉向操作：苦中作樂
放不下	傳達感受	自我調侃：瀟灑之樂
三、人我之間		童言童語：天真最樂
有我無他		讓心歸零：去窒得樂
I am ok, you are not ok.	六、建設自我	
有他無我	開放自我 - 自我表露	八、四句佳言
I am not ok, you are ok.	檢驗自我 - 勇於嘗試	天天微笑容顏俏
無我無他	反省自我 - 自我矯正	七八分飽人不老
I am not ok, you re not ok.	肯定自我 - 發掘優點	相逢莫問留春術
有我有他	統整自我 - 表裡如一	淡泊寧靜比藥好
I am ok, you are ok.	盡其在我 -	

附文：回歸自我，提昇自我

天生萬物，各有所長，各有所短，而人的價值，在於回歸自我，把自己的優點充分發揮出來。

生涯發展必須從回歸自己做起，從自己出發，認識自己，珍惜所長。千萬不要放棄自己原有的實在，好高騖遠地去追尋遙不可及的目標；否則，生活就會充滿痛苦與無奈。

在自我追尋的路上，有人很幸運的找到自己，肯定自己，知道自己努力的方向，這是屬於成熟的人。但是很少有人能達到這地步，人們通常是尋尋覓覓，不知自己是誰？擁有什麼優點？缺少什麼內涵？他們需要在師長、家人或朋友的協助下，發覺自己、磨鍊自己，尋求不斷的自我提昇。

有些人似乎用不著自我追尋，因為一切都由長輩替他們安排好了，他只要「茶來伸手，



飯來張口」就可以了。這樣的人，表面幸福，其實很不幸，因為他失去了很多學習的機會，變成一個成長停滯的人。

更糟的是，有一種人總是找不到自己，或覺得自己一無是處，於是每天醉生夢死，一點活力也沒有，變成一個退化的人或「活死人」。

到底我們要往上提昇或向下沈淪，端看我們對人生作怎麼樣的承諾。成功的生涯，貴在學習。有四件事是我們需要終身學習的：

一、學習如何生活 (learning to live)：

即學習如何成為一個社會人，能夠照顧自己的生活，不依賴別人，進而能夠參與社會的活動，成為一個有效率的社會成員。以法律的名詞來說，學做一個有效的公民。

二、學習如何學習 (learning to learn)：

包括藉著各種正式或非正式的教育來增進知識，加強解決問題、創造與批判思考的能力；不但獲得知識，而且獲得開啟知識寶庫的鑰匙，學到自我控制、自我教育的方法，並能學以致用。

三、學習如何謀生 (learning to make a living)：

即習得一技之長以謀生。這是傳統職業發展最重要的課題，它也包括在現代生涯發展的課題中。但，生涯發展絕不只是謀生技能的獲得而已，還要培養良好的習慣，懂得做人的道理。

四、學習如何愛 (learning to love)：

包括如何愛人與被愛。從自知與知人開始，進而愛己、愛人、助己、助人；一方面在大我中完成小我，一方面也完成小我，以促成大我；不但自我實現，也促進社會的和諧與發展，從而締造一個有意義的人生，並成為一個有「大愛」的人。



專題演講 2

生命教育：快樂新論

吳庶深、王佳玲

國立台北護理學院生死教育與輔導研究所

吳庶深簡歷

現任職於國立台北護理學院生死教育與輔導研究所助理教授。

英國伯明罕大學哲學博士(教育)。

2003 年取得「美國死亡教育與輔導協會」所頒發的「死亡學專業證照」
(Certified in Thanatology)。

曾任國立台灣師範大學衛生教育學系助理教授、教育部生命教育工作小組委員、中華民國安寧照顧基金會學術委員、得榮社會福利基金會生命教育專案諮詢委員、香港宗教教育中心初中生命教育課程顧問。

現任高中健康與護理科課程大綱制定委員、高中生命教育選修類課程大綱制定委員、台北市政府教育局生命教育推動委員會委員、台北市社會局殯葬業諮詢委員、台灣安寧照顧協會常務理事、台灣生命教育學會理事、世界宗教博物館生命領航員聯誼會委員...等。

王佳玲簡歷

台北縣立福營國民中學輔導教師

國立台北護理學院生死教育與輔導研究所研究生

台灣師範大學教育心理與輔導學系畢業 衛生教育輔系



資訊爆炸的今日，社會倫理觀念趨於模糊，學生價值混淆，自殺率節節上升，各種吸毒、傷人的事件不斷浮現在每天的報紙上，青少年的健康發展及對生命價值的體認受到嚴重的威脅與挑戰。此一現象，不僅發生於台灣社會，香港、大陸地區的青少年問題及身心健康也有日亦惡化之趨勢（中國教育報，2002a,b, 2003），為協助青少年尊重進而珍惜自己的生命，兩岸三地於近幾年皆開始生命教育之推動工作。

『生命教育』，不僅為全人教育的理念，亦為具體的教育方案或課程，目的為促進個人生理、心理、社會、道德及靈性各方面的均衡發展，以建立自己與他人、環境以及宇宙之相互尊重與和諧共處的關係，協助其追求生命的意義和價值，以期達到健康和正面的人生（吳庶深，胥嘉芳，2003）。

近年來，青少年憂鬱與自殺問題是社會大眾高度關懷之議題，本研究採用正向心理學（Positive Psychology）的理論及策略，設計以生命教育取向的憂鬱與自我傷害防治課程，培養學生正向思考、發展正向情緒、增進解決問題的能力，並能進一步在生涯中運用個人的長處及美德，了解生命的意義與價值，更珍惜自己的生命及尊重別人的生命，以防治憂鬱與自我傷害問題的產生。

過去心理學非常注重病態心理或行為，而把正常視為理所當然，把社會資源和注意力放在變態病態上。馬汀·塞利格曼（Martin E.P. Seligman）博士在1998年擔任美國心理學協會主席時，第一個打破傳統，站出來大聲疾呼心理學應該重視快樂、健康的情緒。畢竟預防勝於治療，假如我們能使人過得很快樂，心理很健康，就不必去治療憂鬱症或其他心理疾病了，也不會做出自我傷害的行為，所以正向心理學致力於發掘什麼是「真實的快樂」，以及如何能夠尋求「真實快樂」。正向心理學乃是一門關心正向的主觀經驗，正向的個人特質及正向組織的科學，其目標在於增進生活品質以及預防病態的發生（Seligman, 2002）。

近年來，心理學家開始注重『預防』的課題，心理學家如何預防青少年使其免於憂鬱症、藥物濫用及精神分裂等等疾病呢？過去五十年來心理學家所學習的疾病模式似乎無法有效解決這個問題，事實上，在預防層面上，比較大的進展是，建立勝任能力而非矯正虛弱的觀點。預防研究者發現，人類的長處（Strength）例如勇氣、樂、希望、誠實等等，具有面對心理疾病衝擊的緩衝及保護功能，Seligman（2002）認為要能預防精神疾病，必須來



自認識並培養一套年輕人的長處能力和美德，這樣才能保護孩子在遭受苦難時不會變成精神病，他的長處將會變成抵擋諸多人生挫折與不幸的緩衝器，並能幫助他在社會上找到一個可以安身立命處。

Barbara Fredrickson (1998,2001,2002) 提出「正向情緒的拓廣-建構模式」(The "Broaden-and-Build" Model of Positive Emotions)，此理論說明歡愉、興趣、滿足、自信及愛等正向情緒，能夠促進行為的方式及持續的行動力，並有助於建立長期的資源，從生理資源到心智資源，從社會資源到心理資源。

有關青少年憂鬱與自我傷害防治推動的未來策略，從系統整理正向心理學的理論與研究，幫助青少年建立正向的情緒，培養正向的品格與特質 (包括智慧與知識、勇氣、人道與愛、正義、修養、心靈的超越等類別的美好特質)，建立正向的組織 (包括溫馨的校園、充滿愛的家庭、尊重與包容的社會環境等)，尋求生命的意義價值。研究者目前根據高中健康與護理課程新綱要的內容及核心能力，參考正向心理學相關期刊、論文，初步完成設計「讓內心充滿喜悅—談憂鬱與自我傷害的覺察與防治」課程，以協助學生減少憂鬱及自我傷害的意圖，經歷真實滿足的快樂情緒。



專題座談 1-

台北市生命線協會介紹

生命線總會的宗旨

本會基於博愛精神，以服務社會、造福人群、輔導及協助區域性生命線協會成立及發展，促進國際生命線組織之聯繫與合作為宗旨。

國際生命線

『生命線』是一個國際性的電話諮商 (Telephone Counselling) 機構，藉著全日 24 小時的電話守候，致力於自殺防治。

1963 年，距撒瑪利亞電話開線十年後，澳洲雪梨一位傳教士 (Rev.Alan Walker) 創設了世界第一個生命線服務中心，其計劃籌設電話服務的工作，對孤單、失望、煩惱和痛苦的人，提供最有效的服務，經過兩年多的籌備與訓練，『雪梨生命線』正式誕生。後來澳洲各地及美國等國家紛紛設立生命線中心，目前全世界已有二百多個生命線中心，數十年來幫助過數百萬求助者。

生命線在台灣

起源與發展

台灣生命線的服務始於民國 58 年馬偕醫院的引進。馬偕醫院於民國 58 年春設立『自殺防治中心』，以諮商自殺急診之病患，於同年 7 月 1 日擴充為『生命線』，正式對外開線諮商協談，肇始我國電話諮商及自殺防治的服務工作。與世界其他生命線中心不同的是：台灣的生命線並非全由基督教會來支持，相反的，在台灣各個宗教信仰和各個慈善團體，只要認同生命線的服務宗旨，均可支持我們，顯出台灣生命線的包容性。而生命線協會目前有台北市、台北縣、桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣、台中市、台中縣、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市、台南縣、高雄市、高雄縣、屏東縣、台東縣、花蓮縣、宜蘭縣、基隆市及澎湖縣計 23 個協會；全國生命線會員約 6,000 名，志工約 4,000 名，組織相當龐大，每年的服務數更多達 100,000 人次之多，宣導推廣人數達百萬人次，足見生命線在一般民眾心中，已是心理諮商的代名詞，並深受信賴。

服務項目

生命線服務的內容包括下列：

- 一、自殺防治
- 二、生活危機調適
- 三、婚姻家庭協談



- 四、人生信仰協談
- 五、精神心理協談
- 六、法律諮詢協談
- 七、青少年輔導
- 八、社會推廣教育
- 九、輔導訓練
- 十、社會資源轉介
- 十一、研究報告

服務方式

在交通部核配及中華電信的積極配合下，將全國二十三個縣市的生命線電話號碼統一為『1995 (要救救我)』，只要撥四個號碼即可與當地生命線服務專線聯繫，使生命線更接近群眾、深入社會，與全民生活緊密結合在一起。

生命線的服務方式：

一、電話諮商

提供全日二十四小時電話諮商，對於各種心理困擾的問題，均提供服務：包括自殺防治、危機處理、婚姻家庭諮商、男女感情諮商、法律或健康諮詢、人際關係諮商及精神心理諮商等。

二、晤談服務

事先電話預約後，便有專業人員為您提供諮商的服務。

三、信件諮商

因不便使用電話而以信函投訴之個案，本會均有專業人員處理答覆。

四、社會資源轉介

經初步評估瞭解後，超出本會服務範圍者，即安排轉介到其他較適當之機構。

五、舉辦社會教育活動

以座談、演講及團體輔導等方式教育大眾，以期增長現代生活的能力；並且與社區結合，舉辦社區心理衛生教育講座，提昇社區重視心理衛生。

六、推動志願服務工作

全國各縣市生命線協會每年均對外招收願意接受完整心理輔導、社會工作等相關教育訓練的有心人士，除培養半專業之輔導人員外，亦期開發志願服務之風氣，嘉惠社會大眾。

七、專業教育及學術研究

包括專業工作人員的專業訓練，相關科系學生的實習（實務專業能力）。另外更透過個案統計分析來瞭解現今社會問題的傾向，為社會現象提供實務應對方向，以供各界參考諮詢。



建立以「社區」為基礎的自殺、憂鬱症防治體系

姚卿騰¹

國際生命線台灣總會理事、嘉義市生命線主任

健康促進一詞早在 20 年代已見於公共衛生文獻，心理衛生工作是公共衛生重要範疇之一，而自殺、憂鬱症防治更是心理衛生工作中重要工作，社會學家 Jensen 在 1953 年即指出：「離開心理衛生，即非公共衛生」。而社區心理學關切的焦點在於各種會影響到個人、團體的社會議題、制度和環境，其目標是協助有困擾的民眾結合精神醫療、心理學、社會工作相關領域的專業人員設計出創新而有別於傳統的介入策略，以促進社區和個人最大的福祉與利益。

去年台灣超過 3400 人自殺，平均每天就有 10 人親手結束自己的生命，數字背後是許多家庭無法想像的痛苦，2005 年衛生署公佈主要死因統計，大多縣市都是自殺率攀升，只有幾個縣市是例外，自 1997 年開始，自殺便成為十大死因之一，去年全國自殺死亡率為 15.3 人(每 10 萬人)，是 10 年前的 2.5 倍。這樣的數字令人感到害怕，最近，欣聞全國自殺防治中心成立，這對於自殺、憂鬱症防治來說，確實是件好事，但是，這只是開端，背後要去思考如何能有效防治自殺的問題。

民國七十九年我國制定精神衛生法，立法之目的在於：「預防及治療精神疾病，保障病人權益，促進病人福利，以增進國民心理健康，維護社會和諧安寧」，該法第十條中明訂直轄市及縣(市)衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導，而在第五期精神醫療網中也強調整體精神心理健康體系中應扮演第一、二級預防的重要角色，此外，在行政院九十三年二月公布的社會福利政策綱領中也明確指出政府應建構以「社區」為基礎的心理衛生服務系統，推動分級預防工作。

以嘉義市生命線來說，自九十二年開始，除傳統 24 小時電話諮商服務外，以民間團體的力量首先結合醫政、學術、醫療團體推動嘉義市自殺與憂鬱症防治工作，並以社區心理衛生為基礎進行遊說，讓衛政單位了解推動之重要性。在推動初期即面臨經費和人力之問題，因此，透過民間的經費力量來克服經費拮据、無專任人力辦理社區心理衛生業務之窘境，堅定地開辦了社區心理衛生服務，並結合生命線、心理師公會、社政部門、醫院精神科等系統進行合作，以落實嘉義市自殺、憂鬱症服務開展。嘉義市生命線在自殺、憂鬱症防治上最初定位在大眾心理衛教宣導推廣及專業人員教育訓練等初級預防為主要業務，



包括社區需求質性與量化調查、民眾心理衛生教育宣導講座及電影團體、社區心理健康促進活動及記者會、校園親師對話座談、教師專業培訓及自我壓力調適團體、個案研討會、社區專業人員訓練課程、志工招募訓練、社區資源調查分析、災難心理衛生學程、服務專案及研討會、心理衛生網站及各類文宣品、影音光碟印製、平面及電子媒體宣傳。中心的宣導活動在具體落實社區心理衛生政策後，參與民眾達到 30055 人次，而專業教育訓練及座談研討活動達到 5073 人次。

自 94 年起，歷經社區推廣宣導及一般教育訓練工作後，注意到民眾逐漸接受心理衛生知識及重視自身心理健康，隨之而來的是期待針對一些切身相關的心理問題（例如：失眠、焦慮、恐懼、憂鬱），能得到更實質的諮商服務及心理處置。但礙於對精神醫療的誤解或擔心被標籤化，民眾往往不願直接到精神醫療院所求助，積極朝向二級預防目標規劃，期能提供居民社區心理諮商、精神醫療門診的服務。目前服務項目包括開辦社區心理諮商，團體心理治療，心理疾病協助就醫服務，自殺未遂個案家庭訪視、電話關懷服務、憂鬱症社區預防篩檢、社區心理衛生預防宣導活動等。但是，本欲開辦之社區心理衛生門診服務，希望在醫院及社區之間創造一個民眾更易接受、更願使用的心理服務新場所，期待長遠能夠藉由社區內的專業駐診改變大家對精神醫療院所的誤解印象，能適當有效使用心理衛生資源。

對於執政者來說，政策的執行與經費的投入往往是想看到實質的需要和成效。社區心理學向來重視預防的努力，因此，證明初級預防是有效果的，及預防後的數字展現就成為注目的焦點，社區心理學在初級預防上是否有成效，於 1990 年代初期美國藥品管理局(the Institute of Medicine, 1994)即針對心理衛生文獻進行統計回顧評論，以「減少精神異常新案例」作為初級預防的定義，藥品管理局從期刊中蒐集了一千九百條有關心理衛生初級預防的引述。其結果顯示預防性的介入處遇是有其效果的，而 Durlak 與 Wells(1997)也完成一份精神異常之初級預防文獻統計分析，此研究再次證明初級預防是有其功效的。此些研究報告，用在嘉義市自殺、憂鬱症防治的成效評估上也得到初步的證明，在自殺防治成效上，嘉義市自殺死亡率從 92 年的 16.00%（每十萬人口）下降至 93 年的 15.00%，女性自殺死亡率更從 12.67% 下降到 11.11%，足足超過 1 個百分點，達 1.5%（2005 衛生署死因統計），與鄰近縣市台南市相比，自殺比率與自殺數量開始呈現下滑的情況，而在林梅鳳(民 94)之省轄市自殺死亡率比較研究中也獲得研究證實，此份報告中肯定嘉義市社區心理衛生中心開辦社區自殺、憂鬱症服務與個案追縱等有關，並與嘉義市自殺死亡率減緩有因果之關係。此外，兩年共有 20 個社區參與社區心理衛生預防宣導活動與，並共同開辦社區居民心理疾病協助就醫與社區心理諮商面談與諮詢服務，而於私人公司、政府部門上也有展獲，目前共有 7 家公司與 3 個政府單位開始提供定期個案諮商服務與心理健康服務之宣導教育，同時與書店、百貨公司結合舉辦社區心理衛生之大型推廣活動，獲得廣大回響，也把社區



精神醫療與諮商等服務推展出去。

在全國自殺防治中心成立暨台灣憂鬱症防治協會年會及學術研討會舉辦之際，對於自殺、憂鬱症防治工作有幾點呼籲：自殺原因繁多，除生活的重要失落事件外，憂鬱症、酒癮、家暴、受虐、經濟、失業等都是自殺累積的原因，因此自殺防治工作應考慮到衛生、福利、勞工、教育、警政共同的部門，如就業輔導、失業津貼發放，以及社會局的相關急難救助等，都變成環環相扣的配套措施，否則就將成為末端的處理者，很難談到前端自殺的防治與預防的處理。自殺、憂鬱症防治工作與人員應該落實到「社區」之中，而非只是在全國性的代表中心，如何落實到各縣市的社區之中，也是自殺防治工作重要的關鍵。

防治工作除研究之外，開發良好、有效能的預防、危機處理、社區精神醫療等專業技術也是重要工作。政府部門應重視自殺、憂鬱症防治工作，自殺防治預算應該穩定與足夠編列。自殺、憂鬱症防治工作都為人力密集的工作，應該配置足夠的專業人力，尤其是在地方實際操作的防治人員。

精神醫療、心理學百年發展以來，不斷擴展其發展空間，從醫院、臨床，到學校等領域，但是，也漸漸發現應走入社會，進行社區改變與社會行動，而自殺防治正符應此觀點，從精神醫療、心理學專業出發、結合預防理論、公共衛生、社會福利等概念，來推動社區民眾心理健康照護與服務之提供。在台灣，自殺與憂鬱症防治在學術與實務上，還需繼續努力，希冀在更多專業人士投入下，能逐漸開花結果，並真正走入社區民眾的生活之中。

關鍵字：自殺防治、憂鬱症防治、社區心理衛生、健康促進



專題座談 1-

中華民國生活調適愛心會介紹

一、緣起：

民國八十二年六月在台北市立療養院，一群由恐慌症團體心理治療班畢業、康復後的朋友，共同組成了一個以病友互助、聯誼為主的「恐慌症知友會」，經過多次修正、轉型後，於民國八十五年三月正式在內政部立案，成為一個全國性的社會服務團體，以協助精神官能症朋友為主要任務。

八十九年六月會員大會上，因感於人人生活在壓力充斥的現今環境中，精神官能症普遍存在於社會各階層、社區各角落。已不再是藏身在小眾中的疾病，故通過本會由病友自助團體，轉型為支持性的關懷團體，以期引進更多社會資源為精神官能症朋友做更深入的協助。

二、本會服務對象：

焦慮症、恐慌症、憂鬱症、強迫症、身心症、重大創傷後症候群…等精神官能症朋友，以及勇於面對自己情緒和壓力問題，願意改變和成長的朋友。

三、本會宗旨：

本會結合各界志願從事社會服務之人士，向大眾推廣身心健康教育，關懷精神官能症朋友，協助其建立「治療與預防」並重之觀念，並以「生活調適」和「生命成長」為終生之學習。

四、本會業務：

設立電話熱線：由服務志工輪值，供病友諮詢及傾訴，並主動追蹤關懷、鼓勵病友就醫。

出版會刊會訊：提供各項醫療資訊和病友心聲之文章，採免費贈閱。

舉辦專題講座：邀請專家演講，推廣身心健康之理念，生活適應之技巧。

推廣團體治療：支持、推廣各醫院團體心理治療，並派駐志工提供自身經驗服務團體病友。

行為治療旅遊：聘請醫護人員隨行，舉辦海內外旅遊，以幫助病友克服心理障礙。

舉辦聯誼大會：使會友定期聚會、聯誼，彼此關懷、打氣，分享治病及生活調適之成功經驗。

志工培訓講習：聘請專家講授專業知識及各項研習課程，幫助志工自我成長及增進助人技巧。

設立專屬網站：提供精神官能症相關醫藥資訊、本會活動訊息、醫療信箱及網友交流園地。



設心靈加油站：聘請專家開辦自我成長小團體、讀書會...等以協助會友自我重建及再學習。

促進社團交流：與本會宗旨、任務具有相關性的機構和社團交流，尋求有利病友之合作關係。

辦理憂鬱症病患及家屬團體：由專業人員帶領，藉團體互動過程，協助患者在身心靈的重建，同時也幫助病患家屬對自我生活安排、情緒狀態做出調適。

愛心會這幾年的努力，在以下幾個方面，有很傑出的成績

1. 協助病患和家屬認識恐慌、焦慮症、憂鬱症、強迫症...等心身症，並引導患者儘快能夠找到求醫管道。愛心會這些年持續運用媒體(報章雜誌、電視、廣播等)加上愛心會會訊，大力宣導精神官能症的防治，引發了大眾對精神官能症的關注，打破了看精神科的禁忌，其功不可沒。
2. 對節省醫療資源的幫助。愛心會提供正確的資訊，轉介患者得到團療的幫助，並中止做檢查、逛醫師的醫療浪費，使患者健保使用次數大大的降低。
3. 推展認知行為團體心理治療，提升台灣精神科醫療品質，改變了傳統藥物治療的單一方式。
4. 愛心會的互助系統，在改善患者家庭生活品質方面，有十分顯著而成功的貢獻。除了舉辦演講、座談之外，愛心會的志工、會員們，透過和彼此的家屬互動聯誼，相互借鏡溝通技巧。
5. 協助患者康復後的生活調適，以改善其個人生活態度和人生價值觀。愛心會舉辦各類活動，如：登山、旅遊、讀書班、卡拉 OK 等等，創造一種身心健康的生活方式，減少患者病症復發的機率。
6. 提供病患工作復健的機會，協助患者康復後的工作適應，以做為回歸社會的暖身操，並定期關心其工作狀況、心情分享等。

對預防自殺的宣導，愛心會能夠對國人和社會產生影響力

對會名「生活調適愛心會」的最佳詮釋，即是超越疾病的治療，而能夠帶領社會風潮，推動新世紀的「生活觀」，擺脫當前物質、權位掛帥的社會價值，而朝向親近大自然、提升精神層次、規律生活作息、良好的人際溝通之最高生活境界去努力。這對預防憂鬱症必有積極的正面效益。

前陣子公眾人物的自殺消息傳開，媒體先是以聳動的社會新聞來處理，但經過幾個星期的連續報導，媒體開始驚恐，顯得不知如何回應。在這個問題上，愛心會可以發揮很大的功能，因為會員們有很多都是走過自殺陰影、戰勝自殺念頭的勇者。面對同樣心靈生病的朋友，我們更有著一份同理心、與最終的盼望：活下來，就有希望。



專題座談 1-

董氏基金會介紹

董氏基金會心理衛生組從 1999 年起，正視以憂鬱症防治教育為主軸，提醒民眾正視「憂鬱症」這個與癌症、愛滋並列廿一世紀的三大疾病之一，從預防教育的角度切入，教育民眾認識憂鬱症，尋求專業協助，減低因憂鬱症所帶來的社會資源損失或浪費。提醒民眾要隨時檢視自己的情緒，適時求助，並結合政府、輔導、醫療衛生單位，建立從教育宣導、輔導到治療的憂鬱症防護網。

董氏基金會心理衛生組非治療機構，主要的工作目標包括(1)釐清民眾對憂鬱症的疑慮，去除民眾對心理疾病的不安及負面標籤(2)讓民眾了解憂鬱症可以治療與控制，要尋求專業的協助(3)讓民眾重視心理疾病的預防。

主要工作重點如下：

讓憂鬱症去汙名化：一直站在教育宣導的角度，應用有限的資源，結合大眾傳媒的力量，轉化民眾的觀念，去除對心理疾病的不安，使憂鬱症「去汙名化」，讓民眾瞭解憂鬱症可以尋求專業協助、可以治療。

持續推動憂鬱症篩檢日及心理健康促進：未來將持續整合及提供民眾憂鬱症相關資料、持續接受民眾諮詢：包括澄清病症、介紹可使用的資源、給予支持與同理、及持續推動憂鬱症篩檢日、舉辦相關訓練課程、情緒紓解活動等。

與學校及相關單位更密切合作，成為憂鬱症共同照護及自殺防治網絡：除原有的社會宣導層面，也會積極拓展與各個團體(校園)的聯繫合作，讓所有民眾正視「憂鬱症」，這個與癌症、愛滋並列廿一世紀的三大疾病之一，接受心理疾病預防的觀念。

促請政府從政策面著手，除對高危險群的追蹤治療、輔導體系的建立，並加強社會上的預防教育宣導。



財團法人董氏基金會心理衛生工作現況

一、心理衛生組憂鬱症預防宣導工作源起

董氏基金會心理衛生組一直進行初級預防的推動工作。自 1990 年起，分別進行(1)兒童成長活動及(2)心理健康促進活動。

在兒童成長活動方面，進行往下扎根的教育工作，提醒小朋友重視公益及維護心理健康。

在心理健康促進方面，則以情緒紓解、壓力調適為主題，分別針對「喜」、「怒」、「哀」等情緒做各式預防推廣活動。1999 年起，正視以憂鬱症預防宣導工作為主軸，提醒民眾正視「憂鬱症」這個與癌症、愛滋並列廿一世紀的三大疾病之一，減低其對生活的影響，達到預防重於治療的成效。

二、憂鬱症預防宣導工作主題

- 1.1999 年：憂鬱症及憂鬱情緒
- 2.2000 年：憂鬱症家屬的情緒及陪伴憂鬱症病患的觀念
- 3.2001 年：憂鬱症及心理健康 DIY
- 4.2002 年-2005 年：青少年憂鬱症預防
- 5.2005 年：大學生憂鬱症預防

三、歷年憂鬱症預防宣導工作內容

董氏基金會進行憂鬱症預防宣導工作以來，曾經進行的工作內容類型包括：

1. 社會宣導

- (1)調查研究：每年進行調查研究，了解台灣民眾憂鬱現況及引發憂鬱之相關因果關係，針對調查結果舉辦不同主題座談記者會，提醒社會大眾正視憂鬱症。
- (2)全省性的巡迴講座：透過巡迴講座，深入各地接近民眾，提供更完整的資訊及了解民眾的需求。
- (3)製作影音宣導品，如廣告片、短片、廣播帶，透過活潑的影音宣導品，加強民眾對這個議題的印象，並且提供給相關單位做為心衛教材。
- (4)出版系列書籍及系列憂鬱症宣導手冊、單張及海報。配合推廣議題，製作相關宣導品，透過各種管道傳播，讓民眾從生活中很容易索取或聯想，引起民眾的重視。
- (5)創立憂鬱症篩檢日：從 1999 年起，訂定每年十月的第二個星期六為憂鬱症篩檢日，提供民眾篩檢量表，提醒其要自我檢測，進一步尋求協助或幫助周圍有罹患憂鬱症的親友。



(6)多次舉辦各項比賽，包括攝影、海報、徵文、漫畫、LOGO、ㄈㄨㄣˇ心情繪畫比賽、憂鬱情緒紓解教案設計比賽等徵選活動，引起參賽者及社會大眾思考及關心憂鬱症議題，傳遞相關資訊。

(7)系列紓解情緒推廣社會活動：如怒氣追緝、大聲嘶吼、踢館...等

(8)E 化網路宣導：成立網路專區，提供網友認識憂鬱症及憂鬱情緒相關主題之管道。

2. 推廣教育

分別以一般民眾、教師與學生為對象，開設系列課程，除教導放鬆方法外、也安排憂鬱症知能相關培訓課程及成長課程，讓老師及學生更瞭解憂鬱症，並能在校園中傳遞正確的心理衛生及情緒教育。

四、工作目標：

1. 教育民眾認識及正視憂鬱症，尋求專業協助，減低因憂鬱症所帶來的社會資源損失或浪費。
2. 對憂鬱症患者及家屬給予支持與協助。
3. 提醒民眾重視情緒紓解及自我情緒覺察，以達預防重於治療的成效。

五、心理衛生組提供的服務

1. 憂鬱症相關資料整合及提供資訊，包括出版相關書籍、手冊、單張、海報宣導短片及CF等。
2. 接受民眾電話諮詢，包括澄清病症、介紹可使用的資源、給予支持與同理。
3. 舉辦相關的講座、課程及各式社會宣導工作。



專題座談 2-

台北市憂鬱症共同照護網報告

湯華盛

台北市立聯合醫院松德院區心身醫學科主治醫師

李明濱

台大醫學院社會醫學科、精神科教授

臺灣憂鬱症防治協會理事長

湯華盛簡歷

現任職務：台北市立聯合醫院松德院區心身醫學科主治醫師

主要學歷：陽明大學公衛學院碩士

私立中國醫藥學院醫學系畢業

主要經歷：精神官能症病房督導醫師

社區精神科主任

成人精神科副主任

專長主治：一般精神科、焦慮症、恐慌症、強迫症、畏懼症、失眠症等

研究領域：疾病之流行學、輕型精神疾病之診治與預防、團體治療等



憂鬱症是一種普遍、全球性的精神疾病。並且世界衛生組織(WHO)預測在二十一世紀憂鬱症將與癌症、愛滋病並列嚴重威脅人類健康與生活功能的三大疾病。它可以讓人們失能，且影響全球一億兩千萬人口的生活品質，儘管憂鬱症是一種可以預防與治療的疾病，但是至今它仍被多數人忽略，並且治療的比率還不到總數的四分之一。同時世界衛生組織在 2000 年疾病全球負擔 (Global Burden of Disease) 的研究中，也顯示憂鬱症佔所有疾病負擔的第四位，並且是居所有非致死性疾病負擔的第一位，甚至預測在 2020 年憂鬱症將躍居疾病負擔的第二位。憂鬱症會慢性化而妨礙生活與職業功能，嚴重時會導致自殺，若不及時治療將將會是家庭社會沈重的負擔。

重度憂鬱症的終生盛行率男性約 5-12%，女性約 10-25%，而重鬱症有 25-30% 左右同時具有輕鬱症。根據國民健康局 2002 年的社區調查結果顯示台灣憂鬱症的盛行率女性 10.9%，男性 6.9%，但是憂鬱症就診率偏低，只有 2.3%。其實憂鬱症若不治療常常會惡化失能甚至釀成自殺，2003 年全球有將近一百萬人死於自殺，約每 40 秒就有一個人自殺身亡。根據行政院衛生署統計，歷年來的自殺死亡的比率一直在攀升，自民國 88 年的每十萬人 10.36 至民國 93 年的 15.31，佔十大死因之第九位。民國 93 年共有 3468 人自殺死亡，大約一天有 9.5 人自殺。

資料顯示不管中外多數民眾在自殺前接觸基層非精神科醫師多過精神科醫師。依據鄭泰安教授東臺灣的研究結果指出自殺身亡的個案有精神科診斷者佔 97%，憂鬱症包括重鬱症、輕鬱症佔 90% 左右，並且憂鬱症的自殺率是非憂鬱症的 4.2-6.8 倍。自殺三個月以前有接觸非精神科醫師者佔 45%，而看過精神科醫師門診者只佔 13%。英國 Barraclough 的研究有類似的結果，顯示自殺個案有精神科診斷者佔 90%，在三個月以前接觸非精神科醫師者佔 62%，看精神科門診者佔 21%。

不過憂鬱症這個疾病在社區基層醫療中還是被低估的。以台灣目前的醫療型態推測，七成憂鬱症的病人會在一般診所出現，能被基層醫師診斷則不到二成，而被診斷出來的病人能夠接受完治療的個案僅佔十分之一。若推展對基層非精神科醫師憂鬱症的教育訓練，讓他們懂得診斷與治療憂鬱症，是否對憂鬱症個案的早期發現與治療有幫助？根據 2000 年美國的一項社區自殺防治的基層訓練 STORM(Skill Training on Risk Management)，結果顯示經由由此訓練的基層醫師、消防隊員與社區心理衛生人員可以增強評估處理自殺問題的能力，並且預期減少自殺率 2.5% 以上，因而減少生命與經濟的損失。可見對社區基層醫療推行憂鬱症的相關教育課程，對於憂鬱症與自殺的防治的確有其功效。

基於憂鬱症與自殺的密切關係，基層醫療與心理衛生人員對於憂鬱症防治角色的重要性，台北市在前衛生局邱局長的熱心催生下，於是在民國九十一年四月首先開辦市醫憂鬱症特別門診，接著在當年的十月成立台北市政府衛生局憂鬱症防治委員會，積極推動台北市憂鬱症共同照護網。其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，與跨專業包括精神科、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。讓每一位憂鬱症病人，皆可以被早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護的理想醫療系統。動員與協調整合區域內相關的醫療保健資源，建立完整轉介網路在共同認可的基準與規範上，透過有效的病歷資料傳遞機制，加強團隊成員的溝通共同以「病患」為中心，兼顧「醫療」、「保健」與「生活品質」的服務，讓區域內的憂鬱症患者在自家隔壁就能得到優質、便利、有充足支援系統、持續性的全方位照顧。

憂鬱症防治委員會中共分臨床促進組、量表研究組、社區宣導組。量表研究組由陸汝彬教授領導策劃，社區宣導組由台北市立療養院胡維恆前院長帶領，當時臨床促進組的成員包括：台灣憂鬱症防治協會理事長李明濱教授也是現任台北市立聯合醫院松德院區副院長、前秘書長吳家璇醫師、詹佳真醫師等，定期開會積極研擬憂鬱症共同照護網的核心課程。並且針對健保給付邀請健保局北區工作人員開會，這一部分原本已經獲得共識，但是後來健保局給付標準改變，以致基層醫師憂鬱症看診給付準則一直未獲結論實在可惜。但是在台北市憂鬱症共同照護網核心教育課程方面，則有具體的成果：包括行政管理課程 3 小時，專業課程 15 小時，共計 18 小時。凡具精神科專科醫師資格者，視同已修畢 10 小時專業課程，只需接受必修 8 小時課程。

經過民國九十二年與九十四年共舉行十次憂鬱症核心課程，總共有 964 位基層醫療人員參與。經認證之診所共 177 家。並且已經在台北市立療養院舉行每個月的繼續教育，題目包括憂鬱症、焦慮症、失眠症、壓力調適、精神科藥物的使用、憂鬱症治療指引、憂鬱症個案討論等。每次約有 30-50 位基層醫師參加，引起熱烈討論。



專題座談 2-

台灣基層醫療人員參與『認識憂鬱症』課程的實施現況與成效探討

劉珣瑛¹、陸汝斌²、周元華³

馬偕紀念醫院精神科¹、成大醫學院附設醫院精神科²、台北榮民總醫院精神科³

劉珣瑛簡歷

學歷：

倫敦大學精神醫學研究所博士
中國醫藥學院學士

現任：

馬偕紀念醫院精神科主任
馬偕紀念醫院自殺防治中心主任
馬偕醫護管理專科學校兼任助理教授
國立台北護理學院兼任助理教授

曾任：

英國 King's Hospital 臨床觀察員
英國 Maudsley Hospital 臨床觀察員
英國 Bethlam Royal Hospital 臨床觀察員

(A) 期刊論文

1. **Liu SI**; Cheng TA (1998) : Alcohol use disorders among the Yami aborigines in Taiwan: An inter-ethnic comparison. ***British Journal of Psychiatry***, 172: 168-174. **(SCI)**
2. Sun YW; **Liu SI**; Yang YC (2001) : Preoperative common mental disorder of women with cervical carcinoma in situ. ***Taiwanese J Psychiat***, 15(4):320-326.



3. Liu SI; Prince M; Blizard B; Mann A (2002) : Psychiatric morbidity in general medical care in Taiwan: a study of prevalence and associated factors. Psych Med, 32, 629-637. (SCI) (國科會補助之研究計畫: NSC-88-2314-B-195-007)
4. 張景瑞; 李朝雄; 劉嘉逸; 余伍洋; 魯思翁; 李昱; 鄭泰安; 台灣 SCAN 工作小組. (2002) : 台灣中文版神經精神醫學臨床評估表 (SCAN) 之發展. 台灣精神醫學會, 16, 25-34.
5. 李朝雄; 劉嘉逸; 張景瑞; 張榮珍; 余伍洋; 賴德仁; 歐陽文貞; 劉清輝; 蕭美君; 邱偉哲; 蔡宏明; 廖文貴; 陳杏玫; 鄭泰安; 台灣 SCAN 工作小組. (2002) : 台灣中文版神經精神醫學臨床評估表 (SCAN) 之評估者間信度研究. 台灣精神醫學會, 16, 35-46.
6. 葉在庭; 劉珣瑛 (2002) : 生活事件、婚姻滿意度與產後憂鬱症的相關探討. 臺灣醫界, 45, 33-36.
7. Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M; **10/66 Dementia Research Group** (2003) : Dementia Diagnosis in developing countries. Lancet, 361, 909-917. (SCI) (國科會補助之研究計畫: NSC-89-2314-B-195-029)
8. **10/66 Dementia Research Group*** (2004) : Care arrangements for people with dementia in developing countries. Int. J. Geriatr Psychiatry, 19: 170-177. (SCI) (國科會補助計畫: NSC-89-2314-B-195-029)
9. Ho CJ, Sun IW, Liu SI*, Ou LC, Lee YF (2004) : One-year follow-up study of common mental disorders in non-psychiatric clinics. 台灣精神醫學會, 18, 51-61. (*correspondence)
10. LIU SI, MANN AH, CHENG ATA, TJUNG JJ AND HWANG LC (2004) : Identification of common mental disorders by general medical doctors in Taiwan. General Hospital Psychiatry, 26/4, 282-288 (SCI)
11. Shu-I Wu, Chun-Kai Fang, Kuang-Hsien Wu, Shen-Ing Liu (2004) : Monotherapy or add-on of Lamotrigine for bipolar disorder. Taiwanese J Psychiatry, 18, 142-147.
12. Liu SI, Yip PK, Prince M, Chiu MJ, Chen TF (2005) : Validity and reliability of Taiwan Chinese version of Community Screening Instrument for Dementia. Am J Geriatr Psychiatry, 13(7), 581-588 (SCI)
13. Prince M, Acosta D, Chiu H, Copeland J, Dewey M, Scazufca M, Varghese M, for the **10/66 Dementia Research Group*** (2004) : Effects



- of education and culture on the validity of the Geriatric Mental State and its AGE-CAT algorithm. *British Journal of Psychiatry*, 185:429-36 (SCI)
14. Ferri CP, Ames D, Prince M; **10/66 Dementia Research Group** (2005) : Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr*. 16(4):441-59.
15. **The 10/66 Dementia Research Group** (2004) : The cross-cultural cognitive assessment I – the Community Screening Instrument for Dementia (submitted)
16. **The 10/66 Dementia Research Group** (2004) : The cross-cultural cognitive assessment II – the CERAD word list and verbal fluency tests (submitted)

(B) 專書及專書論文

1. YIP PK; SHYI YI; **LIU SI**: The Diagnosis and Care for Dementia
2. **LIU SI** (2000) Common mental disorders among primary care patients in Taiwan – a study of prevalence, characteristics, and detection. Unpublished PhD thesis, University of London, London.

研究背景與目的

1. 精神醫學會於 2004 年 10-12 月期間，在全省中、南、東部各區，針對基層醫療人員提供在職教育『認識憂鬱症』課程，目的在增加基層醫療人員對憂鬱症診斷與治療的知識、能力與信心。
2. 藉由探討基層醫療人員參加『認識憂鬱症』課程前後，對憂鬱症的知識、態度、與診治信心上的成效，及課程滿意度調查，以做為未來推動基層醫療人員繼續教育的課程設計依據。

研究方法

針對參加『認識憂鬱症』課程的所有學員，於課程前、後進行評估。評估工具包括基本資料、憂鬱症診治現況、影響/限制醫師診治憂鬱症的因素、醫師診治憂鬱症的信心程度、憂鬱症知識量表、憂鬱症態度量表、過去接受憂鬱症相關教育訓練的情況、未來參與憂鬱症診治的意願等。



結 果

報名參加全省各區所舉辦『認識憂鬱症』訓練課程者共有 1,003 位，實際參加的學員共 889 位(醫師 573、非醫師 316)。各地區課程參加的人數分別為：高雄 316 人、台南 163 人、台中 162 位、南投 112 位、花東地區 136 位。完成課程前、後評估分別為 612 及 574 位。完成課前、後評估完成率為 84.6%及 77.7%。

共有 511 位醫師完成課程前評估，家醫科醫師 180 位 (35.2%)，其他科醫師 272 (53.2%)，精神科醫師 59 位(11.5%)。男性占 92.4%，平均年齡為 49.5(SD=11.6)歲。在非精神科醫師的執業場所方面，五分之四以上來自基層醫療(診所 77.1%，衛生所 4.3%)、15.5%來自區域或地區醫院、2.1%來自醫學中心。

非精神科醫師的臨床工作中，每次門診人次平均在 20 人以下者占 27.8%，20-30 人 30% 占，30-40 人占 20%，40 人以上占 22.2%。家醫科與非家醫科醫師平日診療的憂鬱症病人比例沒有差異。然，家醫科醫師較有信心診治憂鬱症。約有 1/2 的非精神科醫師的執業場所有一種或以上的抗憂鬱藥物(家醫科醫師 54.7%、非家醫科醫師 44.3%；診所或衛生所佔 46.2%，醫院占 65.0%)。執業場所中最常進的抗憂鬱劑依次為 fluoxetine (n=158), trazodone (n=47), imipramine (n=45), sertraline (n=45), paroxetine (n=21)。

80%以上的醫師自述接受憂鬱症繼續教育比其他疾病少；66%自評接受的憂鬱症教育課程不足。

在課程後的評估中，參加學員 90%以上同意課程有助於對憂鬱症的認識、治療與處理；95%以上都願意成為憂鬱症共同照顧網的一員。在課程後，對憂鬱症診斷、治療、轉診精神科等的信心皆大幅提升；對憂鬱症的態度(在病因、治療、或願意承擔診治憂鬱症等面向)，都有改善；憂鬱症的知識也顯著提升。課程前憂鬱症知識越不足、診治憂鬱症信心越低者，課程後的進步程度最為顯著。

結 論

研究結果顯示基層醫療的憂鬱症防治應加強推廣，且對象應擴大至基層醫療中不同專科背景的醫師與醫療人員。由於參與課程的學員，不論家醫科或非家醫科醫師，都一樣地有意願在未來參與憂鬱症防治，因此，未來需要提供有意願成為憂鬱症防治的基層醫療醫師，持續更進階的憂鬱症訓練課程，不只是講授學理知識，也包括臨床個案討論與實務應用技巧的督導。至於舉辦『認識憂鬱症』課程，能否反映在臨床醫療實踐上，尚需進一步品質監測評估。



專題座談 2-

憂鬱症共同照護網之現況與前瞻--基層醫師的觀點

呂碧鴻

台大醫學院家醫科副教授

呂碧鴻簡歷

學歷：

國立台灣大學醫學院	醫學系	學士	1969/9 ~ 1976/6
日本東邦醫大	心療內科	研究員	1988/7 ~ 1988/9
美國羅徹斯特大學	家庭醫學科 / 精神科	研究員	1992/8 ~ 1993/7

經歷：

台大醫學院	社會醫學科	主任	1997/8 ~ 2004/7
台大醫學院	家庭醫學科	講師	1987/8 ~ 1996/8
台大醫院	內科	住院醫師	1976/8 ~ 1979/7

現職：

台大醫學院	家庭醫學科	副教授	1996/8 ~ 迄今
	社會醫學科	合聘副教授	1996/8 ~ 迄今
台大醫院	家庭醫學部行為醫學科	主任	1995/8 ~ 迄今
	家庭醫學部	主治醫師	1980/8 ~ 迄今
台灣家庭醫學醫學會		理事	1998/7 ~ 迄今
台灣家庭醫學教育研究學會		理事	2001/7 ~ 迄今
台灣憂鬱症防治協會		常務監事	2001/12 ~ 迄今
世界家庭醫師組織 亞太區域家庭醫學雜誌		編輯委員	2002 ~ 迄今



世界衛生組織(WHO)2005 年 10 月全球疾病負擔(Global Burden of Disease)指出，在 2002 年憂鬱症是引起人類失能及早逝之第四位疾病，到 2030 年將晉升為第二位，低於愛滋病，但高於缺血性心臟病。可見憂鬱症對人類健康及醫療支出之重大影響。憂鬱症之防治因而成為全世界重視及努力的工作。

憂鬱症盛行率高，又因污名化、共病性的問題、身體化症狀的呈現方式，及病患對藥物治療之抗拒態度，且醫療資源可近性不佳與醫療人員精神醫學相關教育訓練不足，造成憂鬱症無法早期診斷及完整治療之困境。因此台灣於 2001 年成立了憂鬱症防治協會，其中主要的任務即建置憂鬱症共同照護網，希望藉由跨層級、跨領域、跨專業的優質醫療團隊來達到防治憂鬱症的目的。由於基層醫師是照顧病患的第一線尖兵，因而被視為在共同照護網內居最重要的地位。

憂鬱症防治協會擬訂教育訓練課程來增進及更新憂鬱症照護網之知識與技能，並藉此改善病患的疾病認知與治療順從度。另外建構良好之基層醫師與精神醫療專業人員合作網絡，以暢通諮詢與轉介管道。健保局亦同意基層醫師開立 SSRI 抗鬱劑之處方。期使基層醫師對憂鬱症病患之照護能勝任愉快。兩年來，台北市衛生局舉辦憂鬱症共同照護網之認證作業，其他地區則有憂鬱症相關之教育課程。熱心參與之基層醫師為數不少。憂鬱症病患照護之質與量之提升應該指日可待。

但諮詢轉介資源、SSRI 的使用受到限制或被核減及健保給付的問題卻是基層醫師所回應與關注所在。為了達到憂鬱症防治之目標，協會極需鼓勵與策動更多的基層醫師加入共同照護網，可行的策略包括：

- 1.積極邀約台灣 268 個社區醫療群之成員加入。先行藉由主動贈與台灣憂鬱症防治協會通訊刊物，推廣基層醫療在憂鬱症防治之重要性，提供憂鬱症照護知能相關資訊，誘發基層醫師之參與意願與投入。
- 2.支持性環境之建構，促進基層醫師與精神醫療相關人員有效之互動。
- 3.憂鬱症照護知能的增進，除講授課程、教育刊物之外，定期舉行病案討論會是更務實的教育與支持的方法。
- 4.爭取健保合理給付。
- 5.建立抗鬱劑使用之合理規範與審查機制。