

社區心理衛生教育內容建構之初探

鄭鳳芬 文榮光 吳就君

社區心理衛生工作已逐漸在國內獲得重視，但是有關對社區心理衛生教育層面的探討卻缺乏本土性的考慮，而且也容易忽略各社區之間的差異性；因此，本研究目的將探討以當地社區為基礎的心理衛生教育內容之建構並分析不同社區型態對社區心理衛生教育需求的差異，藉此以累積我國在社區心理衛生教育實施時的參考資料。

本研究屬初探性，以高雄市三民區與屏東縣琉球鄉為研究社區，一方面透過官方統計資料分析社區與人口特性，另一方面對社區之基層領導者鄰長共 298 位進行社區動力與心理衛生教育需求之問卷訪視。

研究結果顯示：1. 不同社區受訪者對心理衛生教育的需求有顯著差異；2. 不同社區在環境、人口、疾病與社區問題等分析均有所差異；3. 不同社區受訪者在社區動力分析方面，呈現顯著的差異。

本研究結果將形成建構社區心理衛生教育內容上的建議，並提供日後有興趣之研究者探討相關主題時之參考。

關鍵字：社區分析，心理衛生，衛生教育

壹、緒論

一、問題背景與現況

第二次世界大戰以後，歐美國家對於精神疾病醫療的專業化工作相當迅速地發展開來，大家也逐漸地重視到心理衛生之重要性；到 1960 年代，精神醫學界又將領域推向醫院外的治療，陸續推行社區心理衛生運動，去機構化的觀念也正式開展；我國在民國七十八年開始了「精神病患社區復健試辦計劃」，將對精神病患的處遇工作結合上社區資源與社區人力，期望使精神病患能在去機構化的環境中得到適當的復建。

同時，在民國七十九年所公布實施的「精神衛生法」中，亦明文將「社區復健」列為精神醫療方式，以此法為基礎，在六年國建計劃；建立全國醫療網計劃的精神疾病防治工作計劃書的內容中，亦強調「充實精神復健設備及推廣居家治療計劃」，不論在法令、政策及行政上，都可以說為我國精神疾病防治工作與社區模式的結合推向一大步。

社區成為精神疾病防治與心理衛生促進的重要單元，是近年來的一項重要趨勢，其意義不僅在於提供一個精神病患合適的復健環境，使居民能從了解精神疾病進而接受精神病患者，更重要的是藉由社區心理衛生教育的促進進而使社區居民都能擁有健康的心理衛生環境。

然而，目前在社區心理衛生教育的實施過程中，我們可以發現下列問題：

1. 如何初步建構一個以社區為基礎的心理衛生教育內容。
2. 社區居住者對心理衛生教育的需求是什麼。
3. 不同型態的社區是否意涵著其心理衛生教育的特色會有所差異。

透過以上的質疑，筆者擬以此方向的探討，作為本研究的主題。

二、研究目的

基於以上的問題背景及筆者的興趣，本研究擬有下列幾項研究目的：

1. 探討以社區為基礎的心理衛生教育內容之建構。
2. 探討不同型態之社區所呈現的心理衛生教育需求及其差異。
3. 藉此累積不同社區型態的社區心理衛生教育資料，以作為日後再次探入研究的資料基礎。

貳、文獻探討

一、社區的意義

「社區」(community)一詞，是一個含意較複雜的名詞，各種專業對此一名詞的用法未盡一致(徐震，民71)，其相關定義包括：(1)從社區地理或結構的概念來看，可以用來指一特定區域中的所有民衆(可以指一村、一鎮、一市、或某一市的某一區域)(徐震，民71；姚克明，民73)；(2)從心理、互動的概念來看，可以將社區視為受訪者生活中相互關聯與相互依賴的網狀體；(3)從行動及功能的概念來看，則社區更具有了動力的觀點，希望藉由受訪者的集合，自行發現其共同的利益、需要，並自求解決之道；Warren(1972)更指出「社區」是指那些由社會單位或系統所組成的區域，並擁有一群對地域有社會功能的群體(徐永德，民78)；(4)從綜合、整體性的概念來看，是將前三個概念整合來探討，認為社區是指一群住在某一區域的人，具有若干共同關係，社會互動及服務體系的屬性(徐震，民71)。以上四項定義說明乃是偏向社會工作者專業立場的看法；(5)基於以上基本條件，社區的第五項定義，傾向以跨領域專業服務特性為主，正如1978年世界衛生組織(W.H.O.)所強調的，以「社區」為導向的基層照顧(COPC, Community-oriented Primary Care)，認為要推要「全民健康」(health for all)，除了支持適當使用醫療科技之外，另外關鍵性的二項條件是社區參與推動計劃的程度、基層醫療人員兼具團隊合作及以「社區」為服務對象的能力(陳慶餘，民80)，社區代表的是推動專業工作的核心及團隊表現的標的；(6)而從健康照護的制度來看，社區則是一個用來與醫院、精神病院、療養院等機構相對應的概念，藉由「機構」與「社區」二者形式的醫療服務網絡，依專業者評估及民衆需求，而選擇醫療養護機構或停留、回歸到社區之中(蕭蔚，民81；陳武宗，民81)。

綜合來看，社區心理衛生工作的專業亦應與第五、六項定義較為接近。但，從廣義

來看，欲順利且落實社區心理衛生工作，則前四項定義的融合，仍是必要且合宜引用的觀點。也就是說，理想上，社區心理衛生中所謂的「社區」，乃是一個相當於醫療、養護機構的照護制度，它更是一種專業性的服務工作，同時，它必需具有居住於一區域受訪者的參與及互動，藉由相關專業的協助，而使「健康」與「環境」之間實現良好的整合。

目前台灣所謂的社區，較傾向以社政單位所管轄且經人民團體法立案的社區發展協會為主，另外，民政單位所引用的鄰里亦被視為社區的範圍，而由於社區含意的複雜，社區可大可小，因此，本研究所指的社區，乃以直轄市的行政區及縣轄市的鄉鎮為社區範圍，一來受限於研究人力的不足，無法擴大社區區域，二來因屬初探性，所以選擇中等的社區範圍，藉以探討以其為範圍之優缺及可行性。

二、社區心理衛生的意義

1963年美國總統甘迺迪發表有關心理疾病及智能不足的宣言，同年提出社區心理衛生中心(Kennedy's Community Mental Health Centers)，提供社區服務，在靠近病患的家附近，設置一些合理的設施，給予較廣範圍的服務，希望服務是可立即提供、容易接受且有所持續(Bennett, 1983)，保障精神病患自由人權，給予最少約束的治療(treatment in the least restrictive setting)，除非是危險性的精神病患，否則不能強制其住院治療，(謝佩卿，民76)，至此，整個社區心理衛生的觀念，已普遍在精神醫學界中展開。

ManDonald等人(1990)認為以使用者為觀點出發的社區心理衛生服務應是：在病人所生活的社區環境中提供可接受性的服務，利用跨領域的團隊人員與社區各種機構合作(包括與社區健康照顧有關及無關的)，去創造開放的溝通與交換訊息的氣氛。

Shefler(1991)則提出所謂的“社區心理衛生中心”因應近年來精神科病床數的減少，因此顯得日益重要，病人出院後主要的需要是醫療，復健，危機干預等等；而中心的專業者必須與其他專業者互動與合作，包括：家庭實務工作者，社會服務，保險等機構與法庭等等；社區資源與心理衛生的概念已儼然融合在一起。

筆者認為，社區心理衛生正如Bennett(1991)在其所著的社區精神醫學(Community Psychiatry)一書中所說：「社區精神醫學並不能單由醫師來安排，它需要很多非醫師的專業人員來加入，由各科科學立場來探討，將會更勝於僅用一種理想化或理念化的觀點來探討」(Bennett, 1991)。因此，綜合來說，筆者認為社區心理衛生工作的意義可含下列四點：

1. 社區心理衛生工作結合各領域的工作者，以團隊方式合作。
2. 社區心理衛生的對象包括精神病患者、家屬與社區民衆。
3. 社區心理衛生的目的除包括消極性的預防復發之外，更積極性的為了促進社民衆的心理健康。
4. 社區心理衛生工作注重社區的個別性與特色，結合社區資源。

三、社區心理衛生教育的意義

(1)內涵

從以上的探討中，說明了社區心理的內涵，而社區心理衛生教育即是根據上述的工作意義與原則，有更進一步的發展。

1957年 Cumming and Cumming 在加拿大的一個小社區中，進行並評估一個六個月的密集心理衛生教育計畫，他們以社區為心理衛生教育工作的焦點，成為社區心理衛生教育的濫觴（引自 Bloom, 1984）；雖然後來由於某些因素致此方案失敗，但其精神依然值得肯定。事實上，早期的社區心理衛生教育所具有正式訓練計畫頗為缺乏，結果也導至相關教育工作顯得微不足道，許多相關書籍對此部份的描述上不是未有所提及便是比重不足。

1960年代，社區心理衛生工作的被重視，連帶也使得心理教育有了更進一步的發展，1967年所成立的 National Committee for Mental Health，將「心理衛生教育」定義為一種：支持人們心理健康的知識、技巧與態度的介入，其效果並可影響其它人，適用於很多標的團體，透過這樣的介入，人們可以適應環境，尋找更支持性的生活，減少情緒障礙，促進個人與社區團體的成長 (Bloom, 1984)。

1979年，密西根心理衛生協會 (Michigan Mental Health Association) 在其所出版的文章中，由 Williams 提出三個對社區心理衛生教育的澄清：

1. 教育比傳統的服務輸送體系能夠影響更多的團體與受訪者。
2. 教育並不是所謂的要求民衆去站在案主或患者的位置而已。
3. 教育並不是將焦點放在疾病或病理方面，而是被放在民衆的力量與能力方面；也就是說所謂的「治療」，往往只是為了降低個人在生活上所感受到的痛苦，而「教育」則是為了學習與成長，或許會感受到痛苦，但，透過教育經驗更能得到成長與發展。

Ketterer(1981)則認為社區心理衛生教育主要在於使正常或危機團體增加應對的技巧與能力，也就是說經由增加主要照顧者與社區民衆有關的訊息，可以促進更正向的心理衛生、個人成長與豐富生活，增加社區接受回歸社區的精神病患者，並影響與社區心理衛生及個人安適狀態有關的公共政策。

National Committee for Mental Health(1976)提出六項社區心理衛生教育特性：

1. 它是一種或一些經由學習可以增進心理衛生的方法。
2. 這些方法來自心理衛生、心理學、社會學、教育學與大眾傳播等領域。
3. 雖有時與臨床服務一起使用，但它與臨床介入是不相同的。
4. 它適用的對象相當廣泛，並不限於案主或臨床的求助者。
5. 其目的包括創造一個有足夠訊息與照顧性質的社區，使人們更快樂，過著心理更健康的生活。
6. 含括預防與促進正向心理健康的層面，使不需或不想臨床服務者有能力創造一支持性環境。

另外，社區心理衛生教育的五大對象是：

1. 對一般大眾的教育，特別是心理衛生問題與資源，以促進正向心理健康。
2. 對處於危機的非案主系統之教育，支持民衆面對可預測的生活階段上的轉變，使生活壓力之下能更有效獲得技巧處理壓力症狀。
3. 對案主與其重要他人的教育，支持案主爲一個更有技巧與知識的心理衛生服務消費者，加強案主或患者的治療方案，協助案主面對回到社區之後所的轉變。
4. 對社區影響者的教育，包括一些服務組織、學校系統、司法機構、醫師、公衛護士等，使其能成爲心理衛生的資源，增加對心理衛生工作所負的責任，認識情緒問題，並協助社區其它機構做合適的轉介。
5. 教育影響公共政策者，包括民意代表、顧問、政府官員，使其瞭解公共政策對心理衛生的影響，同時對促進心理衛生的公共政策更多支持（引自 Bloom, 1984）。

(2) 社區分析與社區心理衛生教育

對於任何一項以社區爲導向實務工作而言，其實應以社區的分析爲主要的依據，將社區的優缺條件給一客觀的評估；此活動目的，不僅發現有待解決的社區問題，更可藉此發現社區資源，結合社區力量，使整個社區得到發展（季瑋珠，民 82）。

Bloom(1984)曾提出四個分析社區的概念：

1. 是一個居住的地方。
2. 是屬於人口生態學。
3. 以人類學的角度：生活方式。
4. 以社會關係的角度：每日的活動。

季瑋珠（民 82）提出若欲診斷一個社區應包括下列三部份：

1. 社區健康狀態：人口特徵及動態、罹病與死亡、高危險群、自然與社會環境等因素。
2. 社區健康資源：整體社經狀態、機構資源、人力資源。
3. 社區行動潛力：社區信念與行爲特質、社區政治體系、社區行動習慣。

蔡勇美（民 73）則認爲若對一個社區從事社區分析，其所相關的影響社區健康因素應包括：物理環境、社會隔離、社會心理壓力、社會互動、社會解組、犯罪與失序等等社區因素；Leightons 等人 (Schwab & Schwab, 1978) 認爲社區環境及資源不足，將給予受訪者社會壓力，而至影響心理疾病，而其從研究中發覺經濟狀況的改善將是促進健康的因素之一，因此社區資源與環境等因素值得加以分析。

Grusky(1987)則更進一步提出任何一個合適的社區方案內容應包括：

1. 界定有需求之人口
2. 對提供的協助允以命名
3. 提供穩定危機的服務
4. 提供支持性的服務
5. 提供醫療及心理衛生照顧
6. 提供補充性的支持
7. 社區成員的介入

8.保護案主的權益

9.提供個案管理的服務

因此本研究將就社區特性、人口特性與社區動力等因素進行社區分析。而更進一步為落實社區心理衛生教育，筆者認為應注意下列五項：

- 1.主動了解、發掘、分析與社區心理衛生教育相關之社區次領域之分析，包括：人口特質（年齡、性別、婚姻狀態、子女數、居家型態等）、勞動特質（就業狀態、職業別、工作類型等）、收入特質（平均家庭收入、來源等）、居住特質（每房間的居住人數、居家環境、設備、居住型態等）、疾病特質（精神科住院率、輟學人數、復健人數、醫療專業與非專業人數等）、社會特質（資源的豐富性、社會階級、人際網路、居民衝突來源及合作的可能性等）。
- 2.運用可以協助各種不同群體溝通及協調的技巧，逐層擬清受訪者對教育需求與問題，借重當地具有聲望人物、機構的影響力，提高溝通的質與量，增加社區主動參與教育學習的動機與能力；並建立良好的資訊管道，將使資料不僅便於蒐集分析，同時，可形成社區的資料庫。
- 3.每個地方的社區，均有其獨特性(Grusky, 1987)，應接納當地社區原有的發展步調與歷史傳統，而不是以上對下的權威專家姿態介入社區，或一味批判或糾正民衆的行為。
- 4.求社區的聯盟者(Allies)（廖榮利，1991），包括社區中可提供教育者、行政機關人員、相關的專業服務機構，以及社區的病患、家屬與民衆亦應加入團隊中，建立合作及服務轉介網路；在此特別值得一提的是，若有聲譽良好的當地專業機構及人員參與教育計畫，則會減少社區受訪者的懷疑，使之更易發揮對社區之影響力（廖榮利，1991）。
- 5.計畫欲持久，需有接受社區受訪者及學習者修正計畫的意見管道，同時，能階段性完成、檢討及延續教育計畫，以受訪者自助為終極目標。

綜合以上所述，本文以社區分析作為探討社區心理衛生教育內容的初步建構，包括：

- (1)在研究態度上，盡量排除以外來者的專家身分介入，接納當地社區的歷史與價值觀。
- (2)在研究項目上，蒐集社區次領域，包括：人口、勞動生產、居住、疾病等一般性資料以及社區互動、環境、關係等問卷訪視部份，希望藉此形成以社區為基礎的心理衛生教育概念。雖然有關社區心理衛生教育，仍存有不少制度體系及人力、價值觀等主客觀等主客觀的限制與障礙，但，在整體衛生教育的發展，社會變遷的趨勢或健康照護的原則之下，基於「社區」將是未來政策與實務上重要考量點，仍值得大家來深思及提出更多樣性，更深入的決策及選擇。

四.名詞定義

- 1.社區分析：包括社區特性、人口特性、社區動力等三部份，前二項來自文獻整理，

後一項來自受訪者之訪視資料。

(1)社區特性包括社區地理範圍、社區發展史、住宅型態、生產方式、主要運輸工具、宗教信仰、環境衛生、醫療資源等。

(2)人口特性則包括人口密度、人口數、鄰數、戶數、人口組成、職位種類、行業種類、生命統計資料、五大主要死因等。

(3)社區動力包括居住環境、鄰里關係、社區認同與參與。

2.社區心理衛生教育：屬巨視觀，包括衛教需求、求醫經驗與滿意度。

參、研究方法

一、研究對象

本研究基於凸顯社區分析因子之區別對照以及社區配合協助研究意願之故，因此立意以高雄市三民區及屏東縣琉球鄉為研究社區，以社區的鄰長為研究對象，取其為具社區特色的社區基層領導者之意，希望藉由研究對象與社區淵源的深入，能獲得較本地性的社區觀。

本研究之取樣乃是先利用行政區隔（里或村）作為分層依據，在琉球鄉方面，由於村數太少，所以全額採取所有鄰長，而三民區則由於里數較多，所以隨機抽取若干里，再依所抽取出的人口數比隨機抽取出鄰長作為研究對象。

三民區及琉球鄉各取樣 150 名鄰長，整個樣本數共有 300 名。若取樣的鄰長拒訪或其它無法進行訪視之因，則以下一鄰鄰長取代；若鄰長樣本用完，則以鄰長的左鄰右舍為樣本。

二、實施步驟

本研究之進行，自民國八十二年七月開始，到民國八十三年六月截止，其進行步驟如下：

- 1.於八十二年七月初開始，一方面收集相關研究以及文獻，另一方面則至區（鄉）公所搜集社區資料及確定樣本。
- 2.九月初，討論及編修問卷內容，並在九月底針對高醫醫社系十名學生實施試測，以修正問卷中不適宜之題目及字句，再與專家幾度討論後將問卷定稿。十月中，自高醫醫社系三年級學生中招募十六位有豐富經驗的訪員，進行訓練與訪視編組，每組男女訪員各一名，共分為八組，每組各負責三民區及小琉球一個里（村）。
- 3.十月底至十一月中實施三次訪員訓練，在訪訓過程中，除了清楚的解說問卷內容及會談方式之外，並讓訪員逐題的演練，熟悉題目，以期達到最大的一致性。而在正式施測後，仍定期的舉行督導會議，以解決訪員在訪問過程中所遭遇的問題，並慰勞同學的辛苦，維持問卷的品質。
- 4.八十二年十一月下旬至八十三年一月下旬進行訪視工作。

- 5.在八十三年二月初開始整理問卷，同時也開始著手編寫(coding)，使用電腦進行統計分析並撰寫研究報告。

三、研究工具

本研究所使用的工具，主要為官方統計資料與結構型問卷。包括：

1. 背景資料表：

本資料為受訪者基本資料，包括受訪者的性別、年齡、籍貫、教育程度、職業、婚姻、宗教信仰、宗教活動、住家型態、家庭型態等。

2. 社區分析表：

在社區動力的部份，因目前仍缺乏以標準化的評估工具，故研究者依照前述文獻查證及社政單位的社區需求評估問卷等內容製訂問卷，其項目包括居住環境、鄰里關係、社區認同、社區參與等方面。

在社區與人口特性的部份，根據官方統計資料，乃透過社區領導者及相關學者之協助加以取得，包括：

- (1)高雄市發展史（市政府印，民八十二年）。
- (2)屏東縣琉球鄉現況（鄉公所印，民八十年）。
- (3)海上明珠小琉球（琉球鄉白沙國小印，民八十年）。
- (4)衛生統計（衛生署印，民七七至八一）。
- (5)高市三民區衛生所統計（該所印，民七七至八一）。
- (6)屏縣琉球鄉衛生所統計（該所印，民七七至八一）。
- (7)高市三民區區公所統計（該所印，民七七至八一）。
- (8)屏縣琉球鄉鄉公所統計（該所印，民七七至八一）。

四、資料處理

本研究採用 SAS/PC 作為統計的軟體，而運用的統計方法則如下：

1. 次數分配 (frequency)：分析樣本的基本資料、居住環境、鄰里關係、社區認同、心理衛生教育需求等變項。
2. 卡方檢定 (chi—square)：探討三民區與小琉球兩社區在居住環境鄰里關係、社區認同及心理衛生教育需求等變項上是否有顯著的差異。

肆、研究結果與討論

一、三民區及琉球鄉之社區分析

為了對研究的社區進一步的了解，因此研究者根據其所收集的資料，加以分析三民區及琉球鄉這兩個社區之社區特性與人口特性，同時也配合台灣地區、高雄市及屏東縣三地之相關人口資料，協助參考分析，並摘取結果中較重要的部份直接列於表一的内容

中，以便與二社區之文獻資料進行對照比較（詳見表）。

1. 社區特性包括社區地理範圍、社區發展史、住宅型態、生產方式、主要運輸工具、宗教信仰、環境衛生、醫療資源等。
2. 人口特性則包括人口密度、人口數、鄰數、戶數、人口組成、職位種類、行業種類、生命統計資料、五大主要死因等。

由表一得知，三民區位於高雄都會區的中央，移入人口流動持續增加，人口密度高，工商事業為主，醫療資源發達，教育水準較高，且具各項都市化後的社會問題；而琉球鄉屬於一小型離島，人口老化與移出嚴重，人口密度分佈呈現二極現象，醫療資源缺乏，教育程度低落，生活型態封閉，經濟生產力低。二社區在各項資料的呈現上，明顯有許多典型城鄉特色上的差異。

二、訪視基本資料分析

本研究的樣本共 298 人，其中三民區佔 148 人，琉球鄉佔 150 人。其基本資料分析如下（詳見表二）：

(1) 三民區部份：

男性佔 104 名 (70.3%)，女性佔 44 名 (29.7%)；其健康情形大多為健康 (90.5%)；以 40 歲至 50 歲佔多數 (50.7%)；宗教信仰以民間信仰 (39.5%) 及佛教 (34.7%) 為多；其教育年數以 6 年以下 (56.1%) 佔多數；籍貫大多為閩南人 (89.8%)；在婚姻狀況方面已婚同住 (91.1%) 佔多數；家庭型態則以小家庭 (56.8%) 及三代同堂 (39.2%) 佔大多數；在醫療付費方面則以勞保 (53.4%)，其中行業則以商業 (46.5%) 為多，職位則以買賣工作 (46.0%) 為主；在住家方面則以透天厝 (79.9%) 為主；社區型態傾向一般住宅 (87.2%)。

(2) 琉球鄉部份：

男性佔 59 名 (39.3%)，女性佔 91 名 (60.7%)；其健康情形大多為健康 (86.0%)；以 50 歲以上佔多數 (54.8%)；宗教信仰以民間信仰 (44.2%) 及佛教 (32.7%) 為多；其教育年數以 6 年以下 (84.0%) 佔多數；籍貫大多為閩南人 (96.0%)；在婚姻狀況方面以已婚同住 (76.9%) 佔多數；家庭型態則以三代同堂 (56.7%) 及小家庭 (28.0%) 佔大多數；在醫療付費方面則以農漁保 (35.3%) 為多數；在職業狀況方面已家管 (35.3%) 佔大多數，其中行業則以農林漁牧 (52.3%) 為多，職位則以農林漁牧 (52.3%) 為主；在住家方面則以透天厝 (56.0%) 及平房 (36.0%) 為主；社區型態傾向一般住宅 (72.5%)。

三、居住環境

在居住此地的時間上，三民區以遷居於此 (88.5%) 為多，而琉球鄉則以祖居於此 (77.3%) 為多。對住在此地的好處及不滿意方面，三民區受訪者認為住此地最大的好處是方便 (49.3%)，沒有 (39.9%) 什麼不滿意的地方；但琉球受訪者確認為住在此地最不滿意的是不方便 (44.0%)，甚至認為沒有 (26.7%) 什麼好處。對於不滿意的地方，三民區 (42.6%) 及琉球鄉 (53.0%) 受訪者都以忍耐為應付方式。

四.鄰里關係

在附近鄰居相處的情形，三民區受訪者(97.7%)及琉球鄉受訪者(100%)大多認為彼此間的感情融洽。在住家附近平日交往的人數上，大多數的三民區(84.0%)及琉球鄉(84.7%)受訪者都認為其交往的人數多以上。在日常生活有困難會找誰幫忙的項目上，三民區受訪者首先會找家人(43.2%)，其次為鄰居(26.4%)；而琉球鄉受訪者首先也會找家人(40.0%)，其次也是鄰居(33.3%)。在鄰居間應維持何種關係的項目上，三民區受訪者大部份認為應維持互幫小忙(39.2%)及見面可以聊聊天(33.1%)的關係；琉球鄉受訪者大部份認為應維持互幫小忙(35.3%)及像一家人(32.7%)的關係。在鄰居的定義上，三民區受訪者大部份認為附近幾條巷子(33.8%)都算是鄰居，琉球鄉受訪者大多數也認為附近幾條巷子(57.3%)都算是鄰居。(見表三)

五.社區認同

在有人問您在那裡，您第一個反應通常會如何說的項目上，多數的三民區受訪者會回答街道名稱(35.8%)，而多數的琉球鄉受訪者則會回答大地區(90.7%)。另在當有人提起此地的感覺項目上，多數的三民區受訪者感覺有一點親切感(53.4%)，多數的琉球鄉受訪者也感覺會有一點親切感(36.7%)。三民區受訪者的就學(業)地點大多在家裡(30.4%)，而休閒活動的地點大多在家裡附近(53.7%)；琉球鄉受訪者的就學(業)地點大多在家裡(81.8%)，而休閒活動的地點大多在家裡附近(81.8%)。在社區有無引以為傲的地方項目上，三民區受訪者多數認為沒有(73.1%)，琉球鄉受訪者多數也認為沒有(59.3%)。在附近鄰居的生活觀念上，多數的三民區受訪者認為彼此相同(51.4%)，多數的琉球鄉受訪者也認為彼此相同(67.3%)。(見表四)

六.社區參與

在願意擔任社區的何種工作項目上，三民區受訪者多數願意擔任鄰長(44.2%)，其次為都不要(26.5%)；而琉球鄉的受訪者多數認為都不願意(40.7%)，其次為願意擔任鄰長(33.3%)。在社區受訪者的公共事務參與程度方面，三民區受訪者多數認為低(51.7%)，琉球鄉受訪者多數認為高(69.4%)。在社區最需要的活動方面，多數三民區受訪者認為不需要(43.2%)，其次為老人活動(33.8%)；多數琉球鄉受訪者認為其最需要老人活動(42.7%)，其次認為不需要(35.3%)。(見表五)

七.社區心理衛生教育需求

在社區的醫療資源方面，三民區最感滿意的地方是就醫距離近(48.6%)，琉球鄉則是認為沒有什麼滿意的地方(58.7%)，三民區對醫療資源方面沒有最不滿意處(65.3%)，琉球鄉則以醫院太少為最不滿意之處(36.7%)。有58%的琉球鄉受訪者曾利用過衛生所，而三民區則只有14.2%的受訪者使用過衛生所。衛教影片的接觸以三民區的66.2%居多，高於

琉球鄉 44.7%。受訪者有興趣想知道的衛教內容，三民區以慢性病為主(45.6%)，琉球鄉受訪者則多數不感興趣(38.3%)，而對於精神疾病的衛教資料，三民區僅有 2%，琉球鄉則僅有 1.3%的居民表示有興趣想知道。二社區受訪者仍都較傾向醫療專業者以面對面的個別方式來提供指導。對於自己的失眠、煩躁、憂鬱二社區受訪者多數選擇看西醫，但選擇非精神科的比率仍分別高達 88.4%及 95.4%。對於社區舉辦心理健康促進活動，三民區受訪者有 45.3%認為若對自己有益，則會參加；琉球鄉則有 28%受訪者會因對自己有益去參加。(見表六)

伍、結論與建議

一、研究結論

本研究共分為兩大部分，其一是針對二社區做其基本資料之分析(表一)，在本節中的第一、二、三點列出，其二是針對社區受訪者(表二至六)進行探討，在本節中第四至十點中列出。所得結論如下：

- (1)三民區位於高雄市，商業區與住宅區混合，屬工商業型機能，交通發達，空氣及飲水品質差，醫療資源豐富，人口密度逐年增加，人口數也逐年增加，其中男生多於女，以 25 到 39 歲年齡層居多，受訪者以從事生產、運輸設備操作及體力工居第一位，在行業區分上以商、公共及金融業居多，高中及以上學歷者佔 45.13%，惡性腫瘤為五大死因之第一位(25.07%)，遠高於臺灣地區的 18.43%。
- (2)琉球鄉位於屏東縣，屬離島地區，以平房為主，為臺灣一著名的漁場，它與臺灣本島的交通往來主要依靠小型客船，島內以機車為主，空氣品質良好，水資源卻較匱乏，最大的醫療體系為鄉衛生所，醫療資源相當缺乏，人口密度逐年下逐，總人口數亦逐年下降，性別比率高於臺灣省，以 14 至 24 歲年齡層的人口居多，受訪者以從事農林漁牧人員居多，行業別亦是以農林漁牧業最多，高中及以上學歷者僅佔 15.98%，老衰為琉球鄉五大死因之一。
- (3)三民區的粗死亡率低於琉球鄉，粗出生率則在這二年，二社區漸於趨近，琉球鄉依賴指數高於三民區，且琉球鄉的遷移率呈現負值，顯示出琉球鄉有人口流失及老化的現象。
- (4)三民區受訪者以男性，40-49 歲，有職業，從商最多；琉球鄉的受訪者以女性 60-69 歲，家管居多。
- (5)三民區受訪者多為自外地遷來，居住地點的選擇取因於方便生活上的需求，琉球鄉則多屬世居於此，但對居住地點卻相當不滿意其對生活需求所形成的不便；對於社區的問題，二社區受訪者一致仍認為以忍耐為應對之道。
- (6)在對鄰里關係的認知上，三民區傾向鄰居互幫小忙，見面聊天即可，而琉球鄉則認為鄰居可以就像一家人，有較強的社區情感。
- (7)三民區受訪者對小範圍的街道認同較高，琉球鄉則對大範圍的地區區域認同較高；琉

琉球鄉的受訪者傾向以家鄉為傲，且認為價值觀念與自己雷同者高。

(8)琉球鄉在受訪者的社區參與度上較三民區為高，但參予動機較為被動，型態則較為保守。

(9)三民區的受訪者在婚姻、財物狀況及工作的滿意度上均較琉球鄉的受訪者為高，只有在環境滿意度上，琉球鄉的受訪者較三民區為高。

(10)在醫療資源方面上，琉球鄉受訪者對醫療院所太少感到最不滿意，三民區則以就醫距離近為最滿意之處，二社區對於醫療專業者的衛教方式，傾向以面對面的方式來了解，且對慢性病的知識需求遠大於心理衛生。

綜合以上的研究結果，可以發現：二社區的分析呈現出不同的特色與差異，包括其歷史、居住、人口流動、環境、生產、疾病及社區問題等等結構方面，有其本地的獨特性，並且各元素之間是相互影響與關連的，正如 Grusky(1987)所提出的在以社區為基礎的計畫設計中，需充分了解各社區元素的關連性與地方性，才能建構真正屬於當地社區的計畫，減少由外來專家貿然進入主導所可能形成的錯誤。而在社區動力的分析方面，三民區正代表著新興的社區潮流，人際疏離，認同薄弱，較易形成蔡勇美等學者(民73)所認為的社區解組與心理疾病，另一方面，二社區在中國文化所形成的性格中，仍具有共通的忍耐、中庸、被動、血親取向的特色，因此，影響其在心理衛生促進與教育的需求上，多傾向重視疾病忽略預防、被動參予教育活動、以親友為主要心理衛生資源、缺乏行動力等等結果。

二、研究建議

- (1)三民區的社區意識較為薄弱，因此，在教育的设计上應縮小社區範圍，且富彈性，例如以大廈、地區性社團組織、就業場所等等為社區的單元，較易形成社區共識。
- (2)三民區社區約束力小，社區問題複雜，較不易以個人單獨的力量來進行社區為主的教育，另一方面，社區生產事業發達，各種資源豐富，可近性高，因此，適合以專家作為倡導者，協助居民整合資源，訂定教育計畫。
- (3)三民區的教育內容設計取向可著重於休閒、壓力管理、人際支持關懷等議題，以彌補社區疏離與工商業繁忙生活型態所形成的心理衛生問題。
- (4)琉球鄉社區的受訪者本身彼此相互支持較高，感情融洽，對當地的認同度高，因此可採取較大範圍的社區教育設計，也可節省人力與時間。
- (5)琉球鄉因生產及醫療等資源均缺乏，人才不易羅致，且人口外流與老化，社區趨於保守，因此，應透過草根領袖的管道，取得其參予教育的動機意願與協助，以減少外來教育者與當地社區的磨擦，並可發展具地方性色彩的教育計畫。
- (6)琉球鄉的教育內容設計應以社區實際問題之解決為取向，增加其對社區生活品質的滿意，並提供社區體會具體成功的學習經驗，以增加其持續性接受教育的動機。另一方面，其教育內容取向可著重心理衛生資源尋找與建立，透過以家庭或鄰里為資源的教育系統，以增加支持與督促社區主動參予。

三 研究限制

- (1)本研究屬初探性，且相關的文獻實屬有限，因此對於社區心理衛生教育內容的建構設計上，由於所牽涉的社區元素層面過廣，包括縱貫性的社區與人口特性資料及橫斷性的社區動力分析資料，因此，實證資料之整理與解釋不易，本文先就描述性統計進行分析，在推論性統計方面則須待下一部分的分析整理。
- (2)本研究以社區的基層領導者為樣本，而有關社區居民的部份尚未能加以求證，待日後進一步探討，以求建構社區心理衛生教育內容的完整。

致謝

本研究承衛生署給予經費上的補助；三民區區公所與衛生所、琉球鄉鄉公所與衛生所相關資料的提供；高醫醫社系同學的問卷訪視；以及施清發、盧俊源、唐子俊、陳宇平等同學在研究設計、執行、報告整理、打字上的熱心幫忙，使本研究得以順利完成，特此致謝。

參考文獻

- 行政院衛生署（民 79 年）。八十年度精神醫療院所（科）評鑑標準。
- 行政院衛生署（民 80 年）。精神衛生法及其施行細則。
- 行政院衛生署醫政處（民 82 年）。精神病患社區復健計畫訪查報告。
- 行政院衛生署（民 80 年）。精神病患社區復健工作研討會彙編。
- 季瑋珠（民 82）。社區診斷。台北：巨流圖書公司。
- 姚克明、王慧梯（民 73 年）。社區組織的理論與實際。台中：台灣省公共衛生研究所。
- 徐永德（民 78 年）。社區的界定。香港：香港社會工作人員協會。
- 徐震（民 71 年）。社區與社區發展。台北：正中書局。
- 陳武宗（民 81 年）。社區工作與基層健康照護。社區發展，60, 21-9。
- 廖榮利（民 80）。醫療社會工作。台北：巨流圖書公司。
- 謝佩卿（民 76 年）。從國小趨勢探討我國慢性精神病患治療方針。台灣地區慢性精神病患復健研討會，103-115。
- Bachrach, L. L.(1991). Community Psychiatry's Changing Role. Hospital and Community Psychiatry, 42(6), 573-574
- Bennett, D. H. & Freeman, H. L.(1991). Community Psychiatry. U.K., Churchill Livingstone.
- Bloom, B. L.(1984). Community Mental Health. California, Brooks/Cole Publishing Company.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, Jenny. & Murphy, C. (1993). The Community's Tolerance

- of the Mentally Ill. British Journal of Psychiatry, 162, 92-99.
- Grusky, O., Tierney, K., Anspach, R., Davis, D., Holstein, J., Unruh, D., & Vandewater, S.(1987). Descriptive Evaluations of Community Support Programs. Int. J. ment. health, 15(4), 26-43.
- Grusky, O., Tierney, K. & Spanish, M. T.(1989). Which Community Mental Health Services Are Most Important? Administration and Policy in Mental Health, 17(1), 3-16.
- Jimanez, M. A. (1988). Community Mental Health: A View from American History. Journal of Sociology and Social Welfare, 15(4), 121-137.
- Ketterer, M. A. (1981). Consultation and Education in Mental Health: Problems and Prospects. CA: Sage Publications.
- Leighton, A. H.(1990). Community Mental Health and Information Underload. Community Mental Health Journal, 26(1), 49-67.
- MacDonald, L. D., Ochera, J., Leibowitz, J. A. & McLean, E. K.(1990). Community Mental Health Services From the User's perspective: an evaluation of the Dodington Edward Wilson (DEW) Mental Health Service. The International journal of Social Psychiatry, 36(3), 183-193.
- Mechanic, D.(1990). Deinstitutionalization: an Appraisal of Reform. Annual Review of Sociology, 16, 301-347.
- Seqal, S. P. & Choi, N. G. (1991). Factors Affecting SSI Support for Sheltered Care Residents with Serious Mental Illness. Hospital Community Psychiatry, 42(11), 1132-7.
- Shefler, G. & Greenberg, D.(1991). Improving Case Assignments and Caseload Management at a Community Mental Health Health Center. Hospital and Community Psychiatry, 42(7), 748-750.

表一 三民區與琉球鄉之社區分析比較表

評估項目		收集資料的方法與來源	資料分析
社區	社區的地理範圍	一、高雄市發展史 二、屏東縣琉球鄉現況 三、海上明珠小琉球 四、訪問社區民衆所得	三民區： 三民區位於本市之中央地帶；東接高雄縣鳳山市、鳥松鄉、仁武鄉，西至鼓山、鹽埕兩區，南界前金、新興、苓雅三區，北鄰鼓山、左營兩區。全區地勢平坦，形如臥虎，乃本市最具發展潛力的區域。 琉球鄉： 小琉球位於台灣西南的海上，即高屏溪口以南，行政區屬於屏東縣琉球鄉，距屏東縣東港鎮大約十四公里，離高雄港約三十五公里，是台灣西南沿岸航運必經之地，也是由台灣通往巴士海峽的航程指標。
	住宅型態	一、高雄市發展史 二、屏東縣琉球鄉現況 三、海上明珠小琉球 四、訪問社區民衆所得	三民區： 三民區以大廈及大樓為主，尤其是台灣最高的大廈50層樓也位於這裡。整個地區以商業大樓及住宅混合在一起，並沒有經過規劃，所以顯得相當的凌亂。 琉球鄉： 整個地區以平房及水泥樓房為主，沒有所謂的大廈，房前大都有一片空地，用以曬雜糧或其他用途。越靠近白沙尾港口越繁榮，樓房也越多，由於小琉球為公告之風景特定區，其房屋之興蓋需經觀光管理單位同意。

評估項目	收集資料的方法與來源	資料分析
社 區 特 性	環境 一、高雄市發展史 二、屏東縣琉球鄉現況 三、海上明珠小琉球 四、訪問社區民衆所得 五、實地勘察	三民區 * 空氣：由於高雄市有相當多的工廠，常常排放出濃濃的黑煙，居民常常也會聞到一些臭味，讓人無法忍受，所以三民區的空氣品質可說相當的差。 * 水：由於自來水在煮沸之後會產生一層白色的污垢，因此只能作為清洗之用。其飲用水大都是由居民至商家買山泉水來飲用。 * 交通：三民區可說是高雄市最繁華的一個區域，因此整個運輸系統相當的發達，所以一般居民大都以汽車或機車代步，常常可感受到其所造成的噪音。同時駕駛人也常常將其汽車或機車亂停放在路旁，造成交通不便及環境混亂。 * 垃圾：市府規定居民在晚間六點之後才可將垃圾拿至定點丟棄，但大部份的居民常常在六點之前就開始丟棄垃圾，因此常常可見垃圾堆成一堆，造成環境的污染。垃圾車大都在每天晚間九點開始收集垃圾。 * 建築：因為三民區為高雄市相當發達的區域，因此其建築物大都是大樓或大廈，甚少有三合院，且未經規畫，所以建築物的排列顯得相當的凌亂。 琉球鄉 * 空氣：琉球鄉幾乎是沒有工廠，且又遠離台灣本島，所以甚少受到環境污染，其空氣品質可說是相當的好。 * 水：琉球鄉是孤立於台灣的一個小島，再加上其本身沒有河川，因此其水的來源只有靠抽取地下水，其水資源可說是相當的缺乏。 * 交通：琉球鄉對外的交通工具為船，而對內的交通工具主要是腳踏車及機車，所以並不會造成噪音，更不會有所謂塞車的現象。 * 垃圾：琉球鄉每天的垃圾量約為十公噸，採用壓縮式垃圾車於每天早上十點清運一次。所有垃圾均集中在同一地點，採用露天焚燒的方式處理。 * 建築：由於琉球鄉位於颱風最多的路徑上，所以其建築物並不能築得太高，因此島上的建築仍以三合院及平房為主。

評 估 項 目		收 集 資 料 的 方 法 與 來 源	資 料 分 析							
社 區 特 性	醫 療 資 源	一、高雄市發展史 二、屏東縣琉球鄉現況 三、海上明珠小琉球 四、訪問社區民衆所得 五、實地勘察	三民區： 三民區，由於其為位於高雄市内，不僅擁有高雄醫學院附設醫院的教學醫院，且擁有相當多的小醫院及診所，可以說擁有相當多的醫療資源及相當的醫療品質。 琉球鄉： 琉球鄉所擁有的最大醫療體系是鄉衛生所，並沒有大型醫院或診所，導致此地的密醫相當的多，如遇重大疾病便需利用醫療船或雇用漁船送往台灣本島急救，這期間往往延誤就醫時間，同時也浪費相當多的財力，可見其醫療資源相當缺乏，而醫療品質則相當的低。							
		教 育	教育地區	不識字	自修	小學	初中 (職)	高中 (職)	大專	
人 口 特 性	育 程 度	一、衛生統計 二、三民區公所 三、琉球鄉公所	高雄共 雄市%	56462 4.39	13805 1.07	394369 30.69	251561 19.58	370951 28.87	197802 15.39	
			三民共 民區%	10636 3.56	1637 0.55	93412 31.31	58052 19.46	86410 28.96	48237 16.17	
			台灣共 灣區%	1152856 3.13	202678 1.08	6087650 32.36	3899271 20.73	5028105 26.73	2440276 12.97	
			屏東共 東縣%	67583 8.22	11023 1.34	286513 34.86	171672 20.89	213748 26.01	71249 8.67	
			琉球共 球鄉%	1678 13.50	17 0.14	5547 44.64	3199 25.74	1576 12.68	410 3.30	
			由以上資料可得知，琉球鄉在小學及小學以下的百分比為58.28%，為三民區的1.5倍之多，顯示琉球鄉的教育程度普遍偏低。							

評 估 項 目		收 集 資 料 的 方 法 與 來 源	資 料 分 析					
人 口 密 度	人	一三民區公所	年度 地區	81	80	79	78	77
	口	二琉球鄉鄉公所	高 雄 市	9153	909	9028	8947	8804
密 度	口	三衛生統計	三 民 區	16568	16568	16568	16568	16568
			琉 球 鄉	1979	2043	2083	2146	2157
特 性	大 主 要 死 因	一衛生統計	屏 東 縣	325	323	322	320	321
			臺灣地區	576	571	566	559	549
性 要 因	五	二三民區公所	由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
			由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
性 要 因	五	三琉球鄉鄉公所	由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
			由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
性 要 因	五	四三民區衛生所	由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
			由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
性 要 因	五	五琉球鄉衛生所	由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					
			由資料顯示得知，台灣地區、高雄市、屏東縣、三民區的人口密度逐年增加，而琉球鄉卻逐年下降。同時也發現三民區的人口密度高於高雄市及台灣地區，且琉球鄉的人口密度也較高於屏東縣及台灣地區，三民區人口密度約為琉球鄉的33倍多。					

表二 基本資料

項目	三 民 區 人 數	區 % %	琉 球 鄉 人 數	鄉 % %	項目	三 民 區 人 數	區 % %	琉 球 鄉 人 數	鄉 % %
性別					健康情形				
男	104	70.3	59	39.3	健康	134	90.5	129	86.0
女	44	29.7	91	60.7	不健康	14	9.5	21	14.0
年齡					宗教信仰				
<30	10	6.8	17	11.5	佛教	51	34.7	48	32.7
30-39	26	17.6	26	17.6	道教	27	18.4	26	17.7
40-49	41	27.7	24	16.2	民間信仰	58	39.5	65	44.2
50-59	34	23.0	26	17.6	一貫道	1	0.7	0	0.0
60-69	27	18.2	31	20.9	基督教	1	0.7	6	4.1
70-79	8	5.4	22	14.9	無	4	2.7	2	1.4
>79	2	1.4	2	1.4	其它	5	3.4	0	0.0
教育年數					籍貫				
0	12	8.1	58	38.7	閩南	132	89.8	144	96.0
1-6	71	48.0	68	45.3	客家	9	6.1	1	0.7
7-9	25	16.9	14	9.3	外省	5	3.4	1	0.7
10-12	31	20.9	9	6.0	山地	0	0.0	0	0.0
>13	9	6.1	1	0.7	其它	1	0.7	4	2.7
行業					職位				
農林漁牧	6	5.3	34	52.3	專門技術	5	4.4	2	3.1
製造業	13	11.4	5	7.7	行政主管	1	0.9	3	4.6
水電燃氣	1	0.9	0	0.0	監督佐理	9	8.0	6	9.2
營造業	13	11.4	2	3.1	買賣工作	52	46.0	13	20.0
商業	53	46.5	12	18.5	服務工作	6	5.3	3	4.6
運輸通訊	12	10.5	1	1.5	農林漁牧	5	4.4	34	52.3
金融保險	2	1.8	0	0.0	體力工	34	30.1	4	6.2
行政業務	14	12.3	11	16.9	軍警	1	0.9		
住家型態					社區型態				
平房	14	9.5	54	36.0	平價住宅	14	9.5	40	26.8
透天厝	105	70.9	84	56.0	眷村宿舍	4	2.7	0	0.0
公寓	28	18.9	4	2.7	一般住宅	129	87.2	108	72.5
四合院	0	0.0	8	5.3	其它	1	0.7	1	0.7
其它	1	0.7	0	0.0					

表三 鄰里關係

	三 民 區		琉 球 鄉		卡方檢定
	人數	%	人數	%	
附近鄰居相處的情形					46.121
情感很好	58	39.2	104	69.3	DF=5
算是融洽	87	58.5	46	30.7	P=0.000**
偶有糾紛	1	0.7	0	0.0	
互不往來	2	1.4	0	0.0	
鄰居間應維持何種關係					33.994
互不干涉	1	0.7	1	0.7	DF=5
見面點頭	16	10.8	6	4.0	P=0.000**
見面聊天	49	33.1	29	19.3	
互幫小忙	58	8.8	53	35.3	
幫重大事	13	7.4	12	8.0	
像一家人	11		49	32.7	
鄰居的定義					46.121
近幾條街	32	21.6	47	31.3	DF=5
同一條街	38	25.7	13	8.7	P=0.000**
近幾條巷	50	33.8	86	57.3	
同一條巷	20	13.5	0	0.0	
同一棟樓	3	2.0	1	0.7	
隔壁	5	3.4	3	2.0	

P<0.05*;P<0.01**

表四 社區認同

	三 民 區		琉 球 鄉		卡方檢定
	人數	%	人數	%	
當有人提到這地方，您有何感覺？					26.616
像自己家	28	18.9	66	44.0	DF=5
一點親切	79	53.4	67	44.7	P=0.000**
沒感覺	40	27.0	17	11.3	
跟我無關	1	0.7	0	0.0	

社區心理衛生教育內容建構之初探

您就學（就業）地點					23.841
家裏	45	30.4	55	36.7	DF=5
家裏附近	23	15.5	25	16.7	P=0.000**
本市它區	32	21.6	5	3.3	
不固定	8	5.4	8	5.3	
其它	5	3.4	6	4.0	
沒有就業	35	23.6	51	34.0	
附近的人，生活態度和觀念不相同					27.615
大部份相同	33	22.6	33	22.0	DF=4
相同多一點	42	28.8	68	45.3	P=0.000**
不同多一點	15	10.3	29	19.3	
大部份不同	16	11.0	6	4.0	
不知道	40	27.4	14	9.3	

P<0.05*;P<0.01**

表五 社區參與

	三 民 區		琉 球 鄉		卡方檢定
	人數	%	人數	%	
願意擔任社區的何種工作					15.450
社區理事	3	2.0	8	5.3	DF=7
里長	3	2.0	1	0.7	P=0.000**
鄰長	65	44.2	50	33.3	
義警	5	3.4	3	2.0	
機構義工	15	10.2	8	5.3	
寺廟工作	8	5.4	14	9.3	
其它	9	6.1	5	3.3	
都不要	39	26.5	61	40.7	
社區居民的參與程度					19.123
很高	12	8.2	34	23.1	DF=3
高	59	40.1	68	46.3	P=0.000**
低	60	40.8	35	23.8	
很低	16	10.9	10	6.8	

P<0.05*;P<0.01**

表六 社區心理衛生

	三 民 區		琉 球 鄉		卡方檢定
	人數	%	人數	%	
對本地醫療方面感到最滿意的地方					61.653
足夠醫院	26	17.6	6	4.0	DF=5
足夠醫師	6	4.1	3	2.0	P=0.000**
醫術很好	7	4.7	11	7.3	
距離近	72	48.6	30	20.0	
付費少	2	1.4	12	8.0	
其它	35	23.6	88	58.7	
對本地醫療方面感到最不滿意的地方					80.688
醫院太少	16	10.9	55	36.7	DF=5
醫師不足	5	3.4	30	20.0	P=0.000**
醫術不好	9	6.1	21	14.0	
距離遠	3	2.0	4	2.7	
自費高	18	12.2	9	6.0	
其它	96	65.3	31	20.7	
過去一個禮拜是否曾去過衛生所					77.691
沒有	127	85.8	63	42.0	DF=4
看病	9	6.1	75	50.0	P=0.000**
預防注射	3	2.0	4	2.7	
產前產後檢查	0	0.0	3	2.0	
其它	9	6.1	5	3.3	
是否看過電視放映的衛教宣傳片					13.999
是	98	66.2	67	44.7	DF=1
否	50	33.8	83	55.3	P=0.000**
下列幾種衛教資料，您想知道哪一種衛教資料					14.546
家庭計劃	8	5.4	7	4.7	DF=5
精神疾病	3	2.0	2	1.3	P=0.012**
防癌	30	20.4	16	10.7	
慢性病	67	46.6	60	10.7	
流行病	10	6.8	7	4.7	
其它	29	19.7	57	38.3	
最在最煩腦的事					12.232
能力與修養	3	2.0	2	1.3	DF=10
配偶	1	0.7	4	2.7	P=0.270
子女	42	28.4	43	28.7	
父母	1	0.7	1	0.7	

社區心理衛生教育內容建構之初探

其它親人	4	2.7	0	0.0	
人際關係	1	0.7	0	0.0	
事業前途	7	4.7	8	5.3	
金錢	21	14.2	26	17.3	
公務或工作	7	4.7	1	0.7	
健康	23	15.5	25	16.7	
無	38	25.7	40	26.7	

生活中常有壓力或不如意的事，您希望醫護人員如何告訴您如何維護心理健康

影片	16	10.8	18	12.0	12.571
小冊	21	14.2	7	4.7	DF=5
海報	5	3.4	2	1.3	P=0.028*
面對面指導	98	66.2	105	70.0	
社區廣播	3	2.0	8	5.3	
其它	5	3.4	10	6.7	

若社區舉辦促進心理健康的活動，決定參加的主要原因

絕對不會去	2	14.9	21	14.0	11.616
都參加	4	16.2	33	22.0	DF=4
對自己有幫助	7	45.3	42	28.0	P=0.020*
鄰居朋友會去	7	4.7	14	9.3	
其它	8	18.9	40	26.7	

當您並到嚴重的失眠、頭痛、煩躁或憂鬱時，您最先會去那裡？

看西醫	94	63.5	113	75.8	13.332
看中醫	16	10.8	6	4.0	DF=6
找民俗醫療	2	1.3	2	1.3	P=0.039*
西藥房求診	5	3.4	6	4.0	
自己買成藥	16	10.8	7	4.7	
找朋友	1	0.7	5	3.4	
其它	14	9.5	10	6.7	

西醫何科

精神科	13	11.6	6	4.6	4.065
非精神科	99	88.4	124	95.4	DF=1
					P=0.044*

P<0.05*;P<0.01**

An Exploration on the Curriculum of Community Mental Health Education

Su-Fan Jeng; Rong-Kuang Wen; Chew-Chyuan Wu

Abstract

Community mental health education and its application as a psychosocial modus in the community base mental health program has received more and more attentions for the past decades. However, considering the uniqueness of each community, the pertinence of its curriculum is subject to be varied by the need and expectation of local people. Thus, it is necessary to be assessed for its feasibility and applicability with this concern. The purpose of this study is to explore the curriculum of community health education program in terms of their needs and expectation among the residents between two communities in Southern Taiwan, and to analyze the attributions of a community which affected the differences between them.

Ultimately, based on the results, the present investigators intended to formulate a framework for the reference of future study.

A sampling of 298 local leaders (linzhang) from SanMin District, Kaohsiung City and XialiuQiu, PingDong County were recruited for this interview study. In addition to a self-constructed questionnaire, governmental statistics were applied for community analysis.

Findings from this analysis demonstrated: 1. Needs of mental health education were varied by the patterns of a community, 2. Community environment, demography, disease distribution, and etc. were unique to each community, 3. Community dynamics including community identification, participation, and neighborhood relationship were also different among the residents between this two communities.

From this results, we would like provide an insight into the construct of community mental health education and also a basis for further investigation.

Key word: community analysis, mental health, health education