

# 從WHO心理衛生報告—— 探討台灣社區老人的心理衛生問題和政策

謝佳容 劉淑娟\* 張 珏\*\*

**摘要：**人口老化已成為世界性現象，台灣面臨高齡化社會老年人的心理健康問題需在未來政策性議題更加以重視。本文以WHO 2001年提出的心理健康報告為導引，指出政府需在醫療照顧體系和財務管理下，制訂心理衛生政策來保障和改善民眾的心理健康。政策制訂的順序是評估心理健康的需求、服務提供、治療、預防和促進策略，並透過和其他服務系統合作，對於心理健康結果亦需要被監測和分析以持續改善及面對未來的挑戰。讓我們以世界衛生組織提出的國家心理衛生政策為參考藍圖，營造我們社區老人心理健康的家園。

**關鍵詞：**心理衛生、心理衛生政策、性別主流化。

## 前 言

人口老化已成為世界性現象，我國亦不例外。行政院經建會人力規劃處（2002）指出民國91年台灣地區總人口為2,249萬人，男性平均餘命為73.1歲，女性為79.0歲，推估至140年時將會延長至79歲和86歲。此外，老年人口比例將由民國91年之9.0%增至140年之29.8%；其中75歲以上老老人口占65以上人口比例亦將由民國91年之37.8%增至140年之52.7%，百歲人瑞到民國140年時預計將超過2萬3千人，足見台灣高齡化的嚴重情況。至於未來人口年齡結構亦將由青壯之燈籠型態，逐漸進入高齡之倒金鐘型態，再進而轉變成穩定之長柱型態。

台灣老人不僅是人數持續增加，另由於大環境的衝擊影響，社會快速轉型過程，加上適逢世界性經濟不景氣，傳統倫理道德規範及社會價值觀念遭受前所未有的改變，傳統家庭養兒防老之功能逐漸減弱，敬老崇孝之固有價值日漸式微，老人難免出現調適困難，形成社會脫序現象。照顧老人責任亦由家庭全部承擔，進而轉成要求政府扮演更積極的角色，如行政

院核定「新世紀健康照護計畫」的執行，以「在地老化」為目標，期望建立社區老人長期照護的整合性服務網絡（行政院社會福利推動委員會，2000），在實驗社區中我們看到針對老人心理衛生服務，雖提供失智老人日間照顧中心，但有關老人心理衛生的政策和健康促進活動仍未受到考量。

老人在晚年生活常有憂鬱的情形，但卻常被忽視與誤診；此外，阿滋海默及其它疾病所造成的失智症老年人亦在增加；未來，心理衛生絕對是不可避免的問題。從國際政策來看此問題，聯合國2002年老化行動國際策略（the International Strategy for Action on Ageing）提出面對21世紀的人口老化現象，各國應強調三大方向：「老化世界的發展、增進老年人的健康與幸福安寧，確保使能與支持的環境」；而此三方向即是做為達到成功適應老年世界政策的指引。其中在增進老年人的健康與幸福安寧的策略之一則特別強調「重視老年人的心理衛生需求」（United Nations, 2001）。反觀我國在面對未來老化社會發展過程中，究竟做了什麼；至目前為止，仍看不到整體與長期的規劃；其中關於老年人的心理衛生需求與心理健康更是看不到具體的政策與方向。因此，本文期先由介紹聯合國（United Nations, UN）之老化宣言和WHO心理衛生報告內涵來檢視我國社區老人相關之心理衛生問題，並再談未來我國社區老人心理衛生政策的對應。

## UN老化宣言和WHO心理衛生報告

我國在西元2002年1月1日順利進入世貿組織，目前亦積極的要求加入聯合國與世界衛生組織，在追

---

臺北醫學大學護理學系講師，台灣大學公衛學院衛生政策與管理學研究所博士班研究生 臺北醫學大學護研所系教授\* 台灣大學公衛學院衛生政策與管理學研究所副教授，世界心理衛生聯盟理事\*\*  
通訊作者地址：張 珏 100台北市仁愛路一段1號  
電 話：(02) 23123456 - 8348

求國際舞台的地位平等時，我們需要正視世界的趨勢。對於全球高齡化的發展，聯合國大會根據“老化宣言”指定1999年為國際老人年，10月1日是國際老人日。此宣言特別針對老人提出，目的在敦促國際社會要加速透過各界與國家的合作，擴及於發展社區、媒體，民營企業部門與年輕世代，大家共同努力創造一個不分年齡、人人共享的社會。過去世界各國對人口老化的政策，多侷限於提供老人照顧和保障其所得安全，而近來已相繼採取促進積極、健康老化（promoting active ageing）的策略，提出揚棄老人是依賴人口的傳統看法，認為政府應開發老人人力資本、調整家庭、社區和社會，從微觀、中觀到鉅觀（micro, meso and macro）的環境、降低老人勞動參與的障礙、積極提供老人彈性和部分工時的工作機會，以因應人口變遷趨勢。人口老化和經濟發展程度高的國家，面對老老人數的增加和工作年齡人口的減少，均致力於強化家庭和社區的功能，提昇社會資本，以開發年輕老人人力資本（UN, 1999）。由是可知：全球化老年人口政策與發展，強調以老人之人權為基礎的方法，可促使老人完全參與，根除年齡的歧視，應將老人視為有成就與尊嚴的個體，不應將老年人視為與其他年齡層不相容的，代間之相互關係應自然且鼓勵發展。

世界衛生組織在二十一世紀的開始即提出2001年心理衛生報告，明訂主題為「心理衛生：新的了解、新的希望」（2001 Mental Health Report: New Understand, New Hope）。該報告指出心理衛生議題是身心健康的基礎，心理衛生問題之原因包含國家政策的制定不全，失業、貧窮、高壓力工作環境、性別歧視、暴力、藥物濫用等因素。2001年亦是歷年來世界健康日主題與WHO發布的報告相同，並訂定主題為「停止排斥、勇於關懷」（Stop Exclusion-Dare to Care），呼籲世界各國重視精神疾病問題，提供良好的精神醫療照顧及減少對精神疾病病患歧視和烙印（WHO, 2001）。該報告指出心理問題及行為障礙疾患估計大約佔了全球百分之十二的疾病負擔，然而幾個主要國家的心理健康預算卻佔不到全部健康經費的百分之一，這種在疾病負擔及疾病花費的關係比例是相當的不平均的。全球有超過百分之四十的國家沒有心理衛生政策；超過百分之三十的國家連心理健康計畫也沒有。WHO 2001年之心理衛生報告強調現今除應對心理衛生問題有效治療方式外，尚需透過政策及社

會福利服務制度發展來加強心理健康的資訊。政府對維護國人的心理健康的責任與生理健康一樣重要。心理健康政策的功能在於減少心理問題的發生、協助生病者及時就醫及改善生活品質、消除因心理與情緒問題所引起的烙印、提供需要者有效的介入方案、並可促進各種探討治病原因與治療的相關研究。心理健康政策的制訂可減少因缺乏政策，導致無願景、無宗旨的問題，並改善間斷無效果的工作，和避免精神疾病治療的浪費。

## 台灣社區老人 心理衛生問題的影響因素

社區老人心理衛生問題會受複雜的生理和社會因素相互影響，在其他年齡層雖亦可能發生，但老人由於易脆弱性、適應資源少和對心理衛生服務的使用率低，故所造成問題的衝擊就更為壓力。以下就生理和社會的影響加以探討之：

### 一、生理方面的影響

依據行政院內政部統計處（2000）對臺閩地區老人狀況調查摘要分析指出，我國社區老人的自覺健康狀況以好與非常好者占最多（41%），但不好與非常不好者亦占22%，且和其他年齡相比則發現自覺狀況較差。我國老人罹患疾病的前五項依序為心血管疾病、骨骼肌肉疾病、眼耳疾病、內分泌及代謝疾病與肝胃腸等消化系統疾病；而老年人主要死因前五位為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、肺炎（行政院衛生署，2001），由此知老年人口疾病有慢性化和長期化的傾向。由於生理疾病可能會逐漸導致失能，需要投入相當的人力、時間和金錢；對於疾病的失能，意謂著老人可能因此失去獨立生活的能力，並發生憂鬱、低自尊，並尚可能影響老人之生活滿意度（Blalock, 1992）。關於性別議題，老化對女性的影響其實很獨特且更應重視，因為大部分的老人是女性；然而女性壽命雖比男性長，卻傾向於更多的疾病和功能失調。此外，老年女性更較男性擔任著照顧者的角色（因為無論在正式或非正式的照顧體系中，功能依賴老人之照顧者以女性為主），其間則是牽涉到體力不支與不堪負荷的問題。由於性別角色社會化的差異，女性的傳統角色是低價值的，並可能導致低自尊及不敢有慾求；加之，老年女性在面對晚年衝擊的準

備度較老年男性少，因此，作者實認為有必要，並建議應以“性別檢視”觀點探討老化相關的議題。

## 二、社會方面的影響

社會的經濟狀況是整體心理健康評估中很重要的一環。由於老人貧窮 (poverty) 的比例很高，此因素更不容忽視。在國內約有四十五萬老人生活無任何保障，需是靠老人福利生活津貼渡日 (行政院經建會, 2002a)。我國老人主要經濟來源以子女奉養者最多，其次為退休金撫卹金或保險給付者，經濟狀況有困難者占 19%，且生活費平均每月約 9414 元 (行政院內政部統計處, 2000)。造成老人經濟困窘問題的成因有很多，包括退休後的收入不足、病情加重和愈來愈重的醫療負擔、有性別歧視的退休金給付 (多數的老年婦女是依賴社會安全救助或其他的家人奉養為生，而非以工作資歷獲得的退休俸為收入；而退休金發放則存在有性別不平等的現象)、以及經濟剝削和欺騙。生活窮困的人比高社經地位的人有較高的死亡率，健康情形較差，與健康相關的生活品質亦較差 (Najman, 1993; Thorslund and Lundberg, 1994)。在制訂老人照顧策略時，若缺乏考慮貧窮這項資料時即有可能會造成對病患可利用的資源做了不正確的假設；進而可能使得病患被誤認為是不合作、不遵從醫囑。因此，政策制訂需要覺知老年貧窮問題，以及此問題對健康資源的可用性，預後和維持健康等方面的影響。

### 台灣社區老人常見的心理衛生問題

與老年有關的精神疾病最常見是憂鬱症 (depressive disorder) 和失智症 (dementia)。國內憂鬱症總盛行率均高於早期流行病學報告，老人憂鬱症盛行率亦有增加的趨勢 (李, 2000)。老年人口男性有 0.4%，女性有 1.4% 左右罹患重鬱症，而約有 2% 罹患輕鬱症，4% 為帶有憂鬱症狀之適應障礙患者 (張、黃、廖, 2001)。自殺 (suicide) 是老人憂鬱最不幸的後果，老人因自殺致死的比率比其他年齡層的自殺死亡率都還來得高，位居國內老年人口的第十四位 (行政院衛生署, 2001b；陳、黃, 2001)，有時自殺行為亦會被非直接的自傷行為所掩飾 (因有些老人並非採取主動自殺行為，而採被動保守的方式來慢性自殺)，包括退縮、忽視健康或虐待自己、拒絕接受醫療、意外傷害等。老人患有失智症比率為 2—4%，推

估台灣有 5—8 萬失智老人 (Liu, Lin, & Chen, 1996)，且此比率會隨著年齡的增加而相對的增加。另老年人尚可能是藥物誤用和濫用的高危險群；原因可能出於刻意或非刻意的使用。老年人藥物濫用或誤用的情況包括過量或不規則的使用藥物，自行添補藥物 (其中大多數是使用成藥)、和其他人交換藥物服用、不適當的處方或以電話開立處方。另外老人可能出現的心理衛生問題尚有酒精濫用，有此問題之老人功能狀態常會受到嚴重的影響，導致跌倒和意外傷害的危險性增高；此外，酒精濫用老人尚可能出現營養不良、衛生變差、無法獨自生活、記憶喪失與震顫等問題；尤其由於很多年紀大的酒癮者常是獨自喝酒，問題常會被掩藏。老人酒癮獨居者社交隔離的結果，則可能造成感官刺激減少，而增加心智紊亂、產生幻覺的機會，同時也大大提高住進醫療機構的危險 (Atkinson, Ganzini, & Bernstein, 1992)。

在老年期易形成畏懼症 (Molly, 2000)，特別是女性。老年人常害怕及擔憂的問題有生理疾病、治安、經濟、機構化、依賴、衰老和寂寞；這些都和年紀大、感情脆弱且活動受限有關。社區老人經常因為某些原因與社會及人際疏離，健康相關人員要仔細評估，是否是某類型的畏懼症。另外，老年慮病症 (Busse, 1989)，可能老人會藉由身體不適當成是個人逃避擔心的事件或作為失敗的藉口，或經驗到愈來愈多的人際隔離，所採取對周圍他人的回應，藉由將關注的焦點放在自己的身上，尤其身體和功能不適的表達，可能產生附帶收穫，亦可顯出病人的角色而逃避社會和其他的義務 (Busse, 1989)。關於老年慮病症，國內目前仍缺乏相關研究，但不可否認對社區老人而言已是重要的心理衛生問題故不可忽視。

現今精神醫學雖已有大幅進展，但身受精神疾患之苦的老人，常因對疾病的不了解及忌諱到精神科求診，未能獲得診斷與適當的治療，對照顧他們的家庭及機構而言，也造成相當大的負擔。為更多了解老人心理衛生現象與本質，應呈現更多心理衛生服務需求，並提供可近性及可及性服務資源。

### 從 WHO 心理衛生報告—— 談台灣社區老人的心理衛生政策

將老年化問題推向全球議題是重要的，其中必須促成政策的整合，即需連結老化與社會經濟發展、人

權等架構。儘管不同國家及地區之老化政策不同，但面對群體老化之共同壓力，仍應將力量朝向全球化的形態發展，對於形成心理健康政策有些關鍵性的問題可供檢視，藉以使國家心理衛生政策更為完整，故關鍵性問題如下所列，可供參考之（WHO, 2001）：

- 政策是促進以社區基礎為照護的發展嗎？
- 政策是否對預防和促進策略有適當的關注？
- 政策是鼓勵個人、家庭和健康專業之間夥伴關係的發展嗎？
- 政策是促進個人、家庭和社區間的充權嗎？
- 政策創造一個對心理疾病尊重、保護和擁有人權的系統嗎？
- 政策所提供的服務是整體且整合於基層健康照顧中？
- 政策所執行的工作是以實證為基礎的發展？
- 對服務提供者能有適當的訓練，以便政策能執行？
- 政策能確認弱勢族群的心理需求？
- 政策是否創造出一個能反映弱勢群體需求的系統？
- 政策是否被持續的監測和評價服務？
- 心理健康服務和其他健康服務是否有重複相同？
- 政策是否能連接心理健康和其他部門的合作？

2002年世界各國專家學者與實務工作者彙整一份「國家心理健康政策與計畫」（Mental Health Policies and Plans），內容為心理衛生政策的發展、計畫與實行方法，我國亦於2002年召開規劃國家心理健康政策研討會（張，2002，4月），對於國內社區老人的心理衛生政策制訂，下述方向值得我們未來訂定政策時參考之。

### 一、需求評估

目前我國缺乏特定的老人心理衛生政策，精神衛生法和精神醫療網只是其中的一部份而已，且偏重診斷、治療、復健的層面，忽略心理健康促進和預防層面之政策。其他老人福利發展，如老人福利法、社會救助法、全民健康保險法及相關之退休及保險法案（例如：公務人員退休法、勞工保險條例…）等，對老年人提出了不少福利政策，但具體方案仍有待加強落實，且目前所發放敬老福利生活津貼並非真能改善老人貧窮，應整體考量之。即使福利政策完備，僅是心理衛生政策的基礎，我國心理健康政策需要更多觀

念的釐清，才有具願景、價值、準則與目標的政策，且將「性別主流化」（gender mainstreaming）的觀點納入政策形成與分析的主流（張、陳，2000），集結老人的心理衛生需求，訂定目標，才是真正落實的策略。在制訂政策時，應將“需求評估”做為健康計畫及管理的重要的基礎（Chu & Simpson, 1994）。所謂需求可分為四種，(一)專家需求：指經由專家學者直接訂定的政策；(二)感覺需求：指經由實際訪談得知當事者意見後所制訂的政策；(三)呈現需求：經由調查的數據資料所呈現狀態的需求，而後制訂的政策；以及(四)比較需求：經由文獻參考，和他人比較探討所得知的需求（Bradshaw, 1972）。以往我國心理衛生政策制訂多以菁英類型決策為主（王，1997），重視專家需求和呈現需求，而忽略感覺需求及比較需求的評估。未來我們應該讓老人們參與自己的政策規劃，認同老年人對社會貢獻之能力，並接受與開發老年人在未來發展基礎的潛能；簡言之，未來在探討老人心理衛生相關政策時，政策的形成過程是要加強老人（服務使用者）的參與；政策的制訂是由草根出發，達到大眾參與。

### 二、行動策略

老人心理衛生政策應以積極、健康老化的策略為發展目標。策略上應尊重老人的主權、智慧與尊嚴；並透過教育和大眾媒體提升老人的形象，改善社會既存對老人之刻板印象；並重視及反映老人的長處和貢獻，致力於老人人力資本的開發，加強老人志工的社會活動參與等行動。此外，發展全面性的心理健康照顧服務，範圍應自健康促進、早期預防和治療到社區復健；並需重視和其他服務系統合作，有效結合公私部門，包括國家、地方政府、國際組織、老人本身與各類組織聯盟共同合作；此類聯盟包括資金支助者、專業團體、企業組織、學術單位、研究單位、教育機構、宗教組織與媒體等機構。發展整合型跨部會合作方案，避免老人服務體系分散，造成資源重複投資、浪費與分配不均，有效結合衛生、醫護及社福之資源，共建整合性的單一服務網絡，使老人易於從單一系統中得到所需的服務，是建立有效連續性老人服務體系之重要關鍵。另在行動策略上宜採用“社區營造”的方法，結合民間組織與力量，從社區老人的需求面出發，以社區老人之共識“由下而上”整合資源，使兩大體系的專業服務提供者及產官學三方面攜手合作，以達資源有效整合之理想目標。另在行政院經建

會所發表之「挑戰2008：國家發展重點計畫—新故鄉社區營造計畫」中，提及未來我國應深耕醫療照顧服務社區化的長期照護網路，並配合「消費者導向」及「在地老化」(aging in place)的理念規劃，使失能國人得以獲得連續性的服務(行政院經建會，2002b)。至於心理健康服務亦應結合於此計畫中，發展社區或居家式的醫療照護服務體系，使社區成為老人照護服務的核心。再者心理健康結果需要被監測和分析，以持續改善及面對未來的挑戰。

### 三、發展研究

針對老年疾病之研究及防治，特別是心理健康與疾病預防，如老年憂鬱症、焦慮症和失智症等，應建立大規模的前瞻性追蹤研究，進一步瞭解社區老人的復原因子(resilience)和心理問題演進，以探討危險因子的作用機制。此外，Robert(2002)提出老化相關的研究尚應增加對社區脈絡(community context)的瞭解，因為社區脈絡是生命現象和老化研究的重要基礎。至於研究方法則可採用質性和量性的研究設計，以更充分掌握老人之心理健康需求與狀態，有助於人口老化的政策制訂。

## 結 論

未來我國心理健康政策應有階段性目標；其中近程目標應即時回應或釐清發生相關心理衛生的社會事件或議題，評估已經進行的各項心理衛生方案。中程目標(一年內)應完成制定國家心理衛生政策，落實各部會協調分工，提出心理健康白皮書。至於遠程目標則是期望建立行動策略與評估指標，以及進行心理健康白皮書落實的評鑑。整體而言，台灣地區的老人心理健康工作不只為個人責任，亦為社會責任；不應只是「亡羊補牢」，而是應「未雨綢繆」。此外，在方向上應將目前偏向精神醫療之第二段與第三段預防工作轉而重視社區心理衛生之第一段預防工作和心理健康促進。讓我們以世界衛生組織提出的國家心理衛生政策為參考藍圖，營造我們社區老人心理健康的家園。

## 參考文獻

王國羽(1997)·我國心理衛生政策的回顧與檢討：決策菁英類型之分析·中華心理衛生學刊，10(1)，29—47。

行政院內政部統計處(2000)·臺閩地區老人狀況調查·台北：作者。

行政院經建會(2002a)·國民年金制度規劃·台北：作者。

行政院經建會(2002b)·挑戰2008：國家發展重點計畫·台北：作者。

行政院經建會人力規劃處(2002)·中華民國台灣地區民國91年至140年人口推計·台北：作者。

行政院社會福利推動委員會(2000)·建構長期照護體系先導計畫·台北：作者。

行政院衛生署(2001)·台灣地區老年人口主要死亡原因：民國九十年·台北：作者。

李 昱(2000)·高雄地區憂鬱症流行病學調查：II“憂鬱症盛行率與危險因子之評估”·行政院國家科學委員會報告。

張書森、黃宗正、廖士程(2001)·老年憂鬱症的流行病學和診斷·台灣老年醫學會會訊，44，1—7。

張 珏、陳芬苓(2000)·台灣婦女健康政策的性別分析·中華公共衛生雜誌，19(5)，366—380。

張 珏(2002，4月)·心理健康權／心理衛生政策：世界趨勢·於中華心理衛生協會主辦，為健康而行動：規劃國家心理健康政策研討會講義·台北：台北市立療養院。

陳冠宇、黃宗正(2001)·老年憂鬱症與自殺·台灣老年醫學會會訊，44，14—16。

Atkinson, R. M., Ganzini, L., & Bernstein, M. J. (1992). Alcohol and substance-use disorders in the elderly. In J. E., Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen (Eds.), Handbook of mental health and aging (2nd; p. 520.). San Diego: Academic Press.

Blalock, S. J. (1992). psychological well-being among people with recently diagnosis rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism, 35, 1267—1272.

Bradshaw, J. (1972). The concept of social needs. New Society, 3, 640—643.

Busse, E. W. (1989). Somatoform and psychosocial disorders. In E. W. Busse & D. G. Blazer (Eds.), Geriatric psychiatry (pp. 429—458.) Washington, DC: American Psychiatric Press.

Chu, C., & Simpson, R. (1994). Ecological public health: From vision to practice. Australia: Watson Ferguson & Company.

Liu, C. K., Lin, R. T., & Chen, Y. F. (1996). Prevalence of dementia in an urban area in Taiwan. Journal of Formosa Medicine Association, 95, 762—768.

- Molly, M. (2000). Anxiety and related disorders. In K. M. Fortinash & P. A. Holoday-Worret (Eds.), Psychiatric mental health nursing (pp. 232–257.) St. Louis: Mosby.
- Najman, J. M. (1993). Health and poverty: Past, present and prospects for the future. Social science & medicine, 36(2), 157–166.
- Robert, S. A. (2002). Community context and aging: Future research issues. Research on Aging, 24(6), 579–599.
- Thorslund, M. and Lundberg, O. (1994). Health and inequalities among the oldest old. Journal of Aging and Health, 6(1), 51–69.
- United Nations. (1999). Highlights of an expert consultation on developing a policy framework for a society for all ages. Online UN Ageing Site. Available <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agepfram.htm>
- United Nations. (2001). the UN Principle for Older Persons. Online UN Programme on Ageing. Available <http://www.un.org/esa/socdev/ageing>
- WHO (2001). The World Mental Health Report: New Understand, New Hope. Geneva: WHO.

## Discussing Mental Health Problems of and Policy Toward Community Elderly in Taiwan: From the Vision of WHO Mental Health Report

Chia-Jung Hsieh • Shwu-Jiuan Liu\* • Chueh Chang\*\*

**ABSTRACT:** The ageing of populations is a world wide phenomenon. It is very important that the policy issues of mental health problems among community elderly in Taiwan be addressed. The paper is based on the WHO 2001 Mental Health Report, which shows that governments need to set policies within the context of general health systems and financing arrangements that will protect and improve the mental health of the population. It requires priorities to be set among mental health needs, services, treatments, and prevention and promotion strategies, and choices to be made about their funding. Mental health services and strategies must be well coordinated among themselves and with other services. Mental health outcomes must be monitored and analyzed so that decisions can be continually adjusted to meet existing challenges. The WHO Mental Health Report is a blueprinted plan that will provides references for our country's mental health policies for the community elderly.

**Key words:** mental health, mental health policy, gender mainstreaming.

---

RN, MSN, Instructor, College of Nursing, Taipei Medical University, Doctoral student, Institute of Health Policy and Management of Public Health, National Taiwan University; \*RN, PhD, Professor, College of Nursing, Taipei Medical University; \*\*PhD, Associate Professor, Institute of Health Policy and Management of Public Health, National Taiwan University, World Federation for Mental Health board member at large.

Address correspondence to: Chueh Chang, No. 1, Jen-Ai Rd., Section 1, Taipei 100, Taiwan, ROC.  
Tel: 886(2)2312-3456 ext. 8348; E-mail: Chueh@ha.mc.edu.tw