CEDAW 影子/替代報告:

婦女的心理健康權益之檢視

執筆單位： 心理健康行動聯盟 & 社團法人中華心理衛生協會
聯絡地址： 台北市民權西路 136 號 16-1 樓
聯絡電話： 886-2-2557-6980;
執筆人: 中華心理衛生協會常務理事 : 張菊惠、張玨
changer3055@gmail.com chueh@ntu.edu.tw
聯絡電話： 0911784818、 0939213720

違反 CEDAW 條文: 第 12 條，與第 24 號一般性建議：婦女與保健 。
第 24 號內文 12a 女性特殊生理因素、12c 產後憂鬱、17 確保立法、預算、適當措施。

優先急迫議題:
產後憂鬱已是 CEDAW 非常重視的區塊，但是台灣政府並沒有具體政策，也沒有統計數字，更沒有性別分析影像的社會建構因素，提供性別視野的憂鬱相關心理健康素養、或治療時需注意地方。

建議政府:
一、婦女健康政策要有正式長期計畫、督考、統計、性別分析、憂鬱心理健康素養。
二、婦女健康需重視，跨部會工作。產後憂鬱防治應該國健署要負全責，心理健康司也要規劃，但不是只在自殺防治中。
三、性別工作平等法中，配偶陪產假的天數，由三天增加為自然產五天，剖腹產七天，流產兩天。
四、心理健康統計要有性別統計並進行分析。
既有的衛生統計無法得知產後憂鬱的發生情形為何，應將其列為年度必須公告的性別統計指標，並分析生產結果（順產、死產、流產）、胎兒性別（男女）、生產方式（自然產、剖腹產）、胎次（第一胎、第二胎、第三胎以上）、單多胞胎（雙多胞胎）、產婦年齡（高齡、適齡、未成年）、族群（新移民、原住民）、婚姻關係。
五、產前、產中與產後照顧納入產後憂鬱健康素養，憂鬱評估，對象除孕婦外，亦必須包括配偶。
六、醫療院所產科人員與臨床心理師，必須定期接受產後憂鬱症在職教育，訓練內容除生理實證醫學的了解外，必須融入社會性別因素促發憂鬱，防治策略須具性別敏感度。並有能力於產中產檢、產後住院、產後一個月回診時主動提供服務。

七、產後憂鬱的衛教與心理健康資訊必須是有可近性的。新移民的多語言版、網頁關鍵字即可查詢到的產後憂鬱，內容不應該一昧只是建議就醫，缺乏同理與性別敏感度。

壹、CEDAW 公約與相關條文及一般性建議

CEDAW 第 12 條，與第 24 號一般性建議：婦女與保健 。

第 24 號內文包括 12a 女性特殊生理因素、12c 產後憂鬱、17 確保立法、預算、適當措施。

貳、現況與問題說明：

台灣 CEDAW 第二次國家報告在第 12 條提出：透過定期檢討，希望能消除傳統社會對婦女之健康歧視，全面維護及促進婦女健康權益。並以三方面：「消除健康歧視，確保婦女實現健康權益」、「維護生育健康與性健康權益」及「高齡婦女健康照顧服務」呈現我國推動之情形。我們發現涵蓋面是不足也不充分。

一、在「消除健康歧視，確保婦女實現健康權益」方面:

1. 對罹患憂鬱女性、對身心障礙等無具體措施。
2. 未做性別統計與分析與評估，只提出數據和活動
3. 心理健康只以自殺防治做代表是非常不充分，國家報告 12.14~ 12.18 仍不見性別分析與實質行動。只提出守門人訓練參加人數，但不知其成效；即使知道女性使用專線，但是後來如何？
4. 國家報告 12.17 促進不同週期與族群的心理健康，要製作心理健康單張文宣及編印「女性心理衛生與自殺防治」、「孕產期婦女之情緒管理」手冊並廣為發送宣傳。

但是檢視官方自殺防治文宣內容，雖有提及憂鬱，但未提及產後憂鬱，孕產婦情緒管理手冊中也只提出症狀，和可能導致的原因，並未從社會性別建構檢視產後憂鬱症的,但是如何提供社會支持,消除社會中對母親角色的過渡期待等等。

女性心理衛生與自殺防治內容僅只於症狀介紹、建議就醫，或提出壓力事件等，但是就是沒有具體提出大多數女性的憂鬱原因，性別角色建構是主要原因，也是造成壓力的原因，或導致女性自責。

。

二、在「維護生育健康與性健康權益」的問題。

看不到任何對產後憂鬱的協助或方案,已經是 CEDAW 第 24 號一般建議書 12 C 與 17 專門指出要瞭解男女之間存在差別的社會心理因素，尤其是產後憂鬱。

但是國家報告書只看到孕產婦死亡率與自殺率,並未說明國家是否有所積極作為，以減少婦女因妊娠分娩，導致生理荷爾蒙變化、育兒工作母職化情形未改

善，產後母嬰同房政策在缺乏配套支持系統與方案的情況下，性別工作平等法男性配偶陪產假只有三天、，醫院護理人力長久不足的情況下，不但讓產後婦女無法得到足夠休息，更得獨自面對哺餵母乳的挑戰。六個月純母乳哺餵的國家政策目標，又惡化育兒母職化的不平等處境，也造成泌乳不足婦女自我譴責不是好母親。

生育健康中 CEDAW 要求國家有具體措施，但是我國措施不明確，例如：國健署孕產婦關懷網站上，網站提供產前、產後親子健康；母乳哺育指導、孕前、孕期、產後營養與體重控制、產後體態的復原，身心調適；產後憂鬱之預防與照護、壓力調適…等議題之保健諮詢、傾聽、關懷及支持與必要的資源轉介等（由婦幼健康組負責，委外承辦），也有「認識產後憂鬱症」專題（孕婦健康手冊）和免付費諮詢專線 0800-870-870 ，但專線說明內容，只看到若有哺餵母乳困擾者可以諮詢，並未凸顯產後憂鬱的資訊，會導致產後憂鬱想要諮詢的孕產婦無法得知可以打國健署的諮詢電話。

這業務是由國健署婦幼健康組負責，也看到這個網站和諮詢專線都不是持續性的政策，只是委託辦理，每年招標可能不同單位承辦，會否事過境遷就不再存在？真正政策需要有方案、服務提供、統計、督考，提供政策回饋。目前看不到負責婦女健康的國健署，對產後憂鬱有任何明確持續性的介入政策或方案，嚴重違反 CEDAW 對婦女心理健康的要求。國健署也不能只要與心理健康有關，就全部推給心理健康司。

叁、具體建議

一、婦女健康政策要有正式長期計畫、督考、統計、性別分析、憂鬱心理健康素養。

二、婦女健康需重視，跨部會工作。產後憂鬱防治應該國健署要負全責，心理健康司也要規劃，但不是與自殺防治並列。

三、性別工作平等法中，配偶陪產假的天數，由三天增加為自然產五天，剖腹產七天，流產兩天。

四、心理健康統計要有性別統計並進行分析。

既有的衛生統計無法得知產後憂鬱的發生情形為何，應將其列為年度必須公告的性別統計指標，並分析生產結果（順產、死產、流產）、胎兒性別（男女）、生產方式（自然產、剖腹產）、胎次（第一胎、第二胎、第三胎以上）、單多胞胎（雙多胞胎）、產婦年齡（高齡、適齡、未成年）、族群（新移民、原住民）、婚姻關係。

五、產前、產中與產後照顧納入產後憂鬱健康素養，憂鬱評估，對象除孕婦外，亦必須包括配偶。

六、醫療院所產科人員與臨床心理師，必須定期接受產後憂鬱症在職教育，訓練內容除生理實證醫學的了解外，必須融入社會性別因素促發憂鬱，防治策略須具性別敏感度。並有能力於產中產檢、產後住院、產後一個月回診時主動

提供服務。

七、產後憂鬱的衛教與心理健康資訊必須是有可近性的。新移民的多語言版、網頁關鍵字即可查詢到的產後憂鬱，內容不應該一昧只是建議就醫，缺乏同理與性別敏感度。