

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

碩士論文－實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis — Practicum Report



臺灣高職學生精神疾病去汙名化之影片介入：

隨機對照試驗

Video-based Intervention to Reduce Stigma of Mental
Illness in Taiwanese Vocational High School Students:
a Randomized Controlled Trial

王又增

Yu-Tzeng Wang

校內單位指導教師：張書森 博士

實習單位指導教師：蕭明媛 主任

Advisor: Shu-Sen Chang, M.D., MSc., Ph.D.

Preceptor: Ming-Yuan Hsiao, MSc.

中華民國 107 年 7 月

July, 2018

論文口試委員審定書



國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

臺灣高職學生精神疾病去汙名化之影片介入：隨機對照試驗
Video-based Intervention to Reduce Stigma of Mental Illness
in Taiwanese Vocational High School Students:
a Randomized Controlled Trial

本論文係 王又增 君（學號 R02847026）在國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國 107 年 7 月 19 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

張書琦

（簽名）

（指導教授）

連盈如

林苑俞

謝辭



畢業了！終於把這個任務完成了！還記得論文口試當天看到屋後窗戶早晨天空，就在當下心中浮起“終於要結束了”的感覺，腦中閃過當初參加 MPH 入學考試當天早晨天空的雲彩，也是這樣看著屋後的天空，一種在心放很久的大石頭終於要卸下來的感覺，回首這段期間，第一年因工作因素直接先休學，接著邊工作邊念書，原本信誓旦旦地想在兩年內完成學業，還把修課規劃都如期完成，但隨著論文主題的擬定，換指導教授，新論文題目擬定、研究工具的準備、倫理審查、研究施作、追蹤，等到一切就緒收好資料時，不知不覺第三年就這樣結束了，要開始撰寫論文都第四年了，這段期間真的很感謝一開始張珽老師的成全，書森老師非常有耐心的指導，撰寫論文的這一年是截至目前人生中最忙碌的時期，同時歷經學校校務評鑑、108 課綱撰寫、新手導師第一年、工作學校日夜課務，最後在工作之餘，終於把這份論文給寫出來，很謝謝書森老師不斷地鼓勵，一次又一次不厭其煩地約 meeting，要不是書森老師在每次討論完接著說“那我們下一次約甚麼時候”，這樣推著我前進，我可能還在原地踏步，也從書森老師身上學到更多的耐心、包容與正面的思維，並從這段研究歷程及這幾年所遭遇到事情學到，許多未接觸以及還未發生的事情，其實不用先多去預設太多狀況，別人的經驗狀況不會是自己的經驗狀況，最後走完就會知道結果了。再想到口試前才把工作學校的期末事務處理完，招生工作暫告一段落後，要在初稿送給口試委員們的截止日前狂趕論文，連續坐在電腦前對抗著頸椎痠疾造成的肩痛與手麻，沒日沒夜地用著電腦，想到床上躺一下還必須告訴自己不能睡著的那種痛苦，到現在還心有餘悸。

謝謝盈如老師給我很多撰寫上的建議與提醒，謝謝苑俞老師在統計上的諮詢與指導，謝謝參與這研究填寫問卷的樹人家商學生，謝謝資一孝班都會聽話，沒惹出太多麻煩給我處理不完，再次謝謝書森老師每每不厭其煩的修改論文以及在口頭報告上的指導與建議，使我知道口試報告需調整用詞和教書講課時不同。

最後謝謝我的母親常給我的叮嚀，抱歉有時為了撰寫論文沒辦法按時陪您，雖然您也都會念我要多撥時間早早完成，但每每回到住所跟工作之後的疲勞對抗，我多半還是選擇了休息，在職念碩士原來還真是辛苦，不是靠想想就會完成，如今終於一步一腳印地完成了，真的感謝上述的每一位，謝謝有妳(你)們!!

又增 7/22 於招生中心值班 誌

摘要

背景與目的：社會大眾對於精神疾病的汙名、偏見以及差別待遇的行為常造成精神疾病患者的負面經驗與感受，往往導致精神疾病患者主動求助的阻礙。先進國家推行精神疾病去汙名化的介入方案、政策，以期能改善社會大眾對精神疾病的認知、態度與行為。青春期的精神疾病發展的關鍵時期，精神疾病的汙名化可能會阻礙求助與早期治療，同時青春時期所形塑的精神疾病負面刻板印象可能會延續到成年時期。近年研究採用影片介入的方式提供教育與接觸，初步顯示減少汙名的成效，然而尚未有針對青少年族群，比較教育與接觸影片之效果，以及對不同精神疾病的差異之研究。本研究旨在比較高職學生在觀看教育或接觸導向之影片後，對憂鬱症與思覺失調症汙名化認知、態度、與社會距離改變之成效。

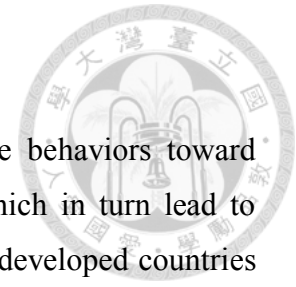
方法：本研究為隨機分派對照實驗，對象為臺灣某所高職之高一學生，將受試者隨機分派至三組：控制組，觀看與精神疾病無關之環保議題影片；知識教育影片組（教育導向），觀看憂鬱症與思覺失調症之知識影片；病患經驗影片組（接觸導向），觀看憂鬱症與思覺失調患者分享罹病與被歧視經驗之影片。所有參與者均以問卷測量精神疾病汙名化(認知、態度、社會社會距離)程度共三次（前測、立即後測、與兩個月後延宕後測），使用廣義估計方程式來檢驗各組汙名化程度變化之差異。

結果：本研究一共收錄 197 名參與者，包括控制組 64 人、知識教育影片組 68 人，與病患經驗影片組 65 人。知識教育影片僅對思覺失調症在立即後測的認知有改善；而病患經驗影片在憂鬱症和思覺失調症之立即後測的社會距離有改善，同時對憂鬱症的態度在立即後測或兩個月延宕後測皆有改善。

結論：基於影片之教育與接觸導向之介入，對於青少年的精神疾病汙名程度有立即與延宕之改善成效，但效果因介入導向、精神疾病、與汙名化面向而異。日後需要進一步研究影響成效差異之因素，以及增強與延續影片介入效果之方法，提供未來精神疾病去汙名化介入之指引。

關鍵字：高職學生、精神疾病、去汙名化、影片介入。

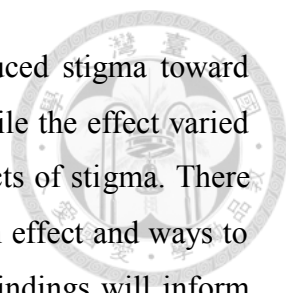
Abstracts



Background and Purpose: Stigma, prejudice, and discriminative behaviors toward mental illness often lead to negative experiences and feelings, which in turn lead to barriers of help seeking, among patients with mental illness. Many developed countries implemented policies to reduce mental illness stigma by improving the awareness, attitude and behavior toward mental illness in the public. Many mental illnesses start during adolescence, and mental illness stigma may prevent help-seeking and early detection. Negative stereotyped perceptions toward mental illness that are shaped during adolescence may also continue into adulthood. Recent studies using video-based interventions that provide education and contact experiences showed some promising effects in reducing mental illness stigma. However, there is no previous study of comparing the effects between video-based education and contact on stigma toward different mental illnesses in adolescents. The purpose of this study is to compare the effects on knowledge, attitude, and social distance toward depression and schizophrenia of video-based education and contact in vocational high school students.

Methods: We conducted a randomized controlled trial in first-year students in a vocational high school in Taiwan. Participants were randomly assigned to one of three groups. The control group watched a video of environmental issues not related to mental illness. The education group watched a video that provided information about depression and schizophrenia. The contact group watched a video of patients with depression or schizophrenia sharing their experiences of illness and discrimination. All participants completed a questionnaire that measured the level of mental illness stigma in three aspects (knowledge, attitude, and social distance) at three time points: pre-test, immediate post-test, and two-month follow-up. We examined group differences in changes of mental illness stigma using generalized estimation equation.

Results: One hundred and ninety-seven participants were enrolled, including 64, 68, and 65 in the control group, education group, and contact group respectively. Video-based education showed an effect of improving knowledge toward schizophrenia at immediate post-test. Video-based contact experiences showed an effect of improving social distance toward both depression and schizophrenia at immediate post-test as well as improving attitude toward depression at both immediate post-test and two-month follow-up.



Conclusion: Video-based education and contact interventions reduced stigma toward mental illness immediately and two months later in adolescents, while the effect varied by intervention (education versus contact), mental illness, and aspects of stigma. There is a need for future research into factors influencing the intervention effect and ways to enhance and prolong the effect of video-based interventions. The findings will inform future interventions aimed at reducing mental illness stigma.

Key words: vocational school students, mental illness, anti-stigma, video intervention.

目錄



論文口試委員審定書	I
謝辭	II
摘要	III
ABSTRACTS	IV
目錄	VI
表目錄	VIII
圖目錄	IX
第壹章、緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	2
第三節 研究重要性	3
第四節 實習單位簡介	3
第貳章、文獻回顧	5
第一節 精神疾病與汙名化	5
第二節 台灣精神疾病汙名化現況	6
第三節 不同精神疾病與汙名化的差異	8
第四節 汙名化對青少年心理健康的影響	10
第五節 去汙名化的理論與方法	12
第六節 過去精神疾病去汙名化方案	13
第七節 小結	17
第參章、研究假說	18
第肆章、研究方法	19
第一節 研究架構	19
第二節 研究對象	20
第三節 研究工具	21

第四節 研究程序.....	26
第五節 統計方法.....	27
第六節 研究倫理.....	27
第伍章、研究結果.....	28
第一節 人口學基本資料.....	29
第二節 身心狀況與接觸經驗分布.....	31
第三節 各組汙名化指標分數.....	32
第四節 介入對去汙名化之成效.....	37
第陸章、討論.....	41
第一節 主要研究結果.....	41
第二節 與過去研究比較.....	41
第三節 研究限制.....	42
第柒章、結論與建議.....	44
第一節 結論與貢獻.....	44
第二節 去汙名化教育建議.....	44
第三節 未來研究建議.....	44
參考文獻.....	46
附錄.....	59
附錄一 研究倫理審查許可證明.....	59
附錄二 憂鬱症知識影片介入教材文稿.....	60
附錄三 思覺失調症知識影片介入教材文稿.....	61
附錄四 研究問卷.....	62



表目錄



表格 1 民眾對憂鬱症與思覺失調症之感受差異.....	10
表格 2 各國青少年精神疾病污名化介入方案.....	14
表格 3 過去台灣學生族群之去汙名化介入研究.....	15
表格 4 過去去汙名化影片介入之隨機分派研究.....	16
表格 5 教育導向與接觸導向介入比較之 RCT 研究.....	17
表格 6 病患接觸程度題目權重.....	26
表格 7 受試者人口學特徵.....	30
表格 8 前測各組身心狀況、憂鬱症和思覺失調症患者接觸程度、汙名化分數...	32
表格 9 各組汙名化指標分數.....	33
表格 10 本研究廣義估計方程式係數關係圖.....	38
表格 11 以廣義估計方程式檢定憂鬱症去汙名介入結果.....	39
表格 12 以廣義估計方程式檢定思覺失調症去汙名介入結果.....	40
表格 13 去汙名化介入結果整理.....	40

圖目錄



圖 1 研究假說項目	18
圖 2 研究架構.....	19
圖 3 控制組環保影片截圖	21
圖 4 知識教育影片截圖	22
圖 5 病患經驗影片截圖	23
圖 6 研究實施步驟.....	27
圖 7 本研究受試者參與過程分布	28
圖 8 各組憂鬱症認知分數於不同測量時間之趨勢	34
圖 9 各組憂鬱症態度分數於不同測量時間之趨勢	34
圖 10 各組憂鬱症社會距離分數於不同測量時間之趨勢	35
圖 11 各組思覺失調症認知分數於不同測量時間之趨勢	35
圖 12 各組思覺失調態度分數於不同測量時間之趨勢	36
圖 13 各組思覺失調症社會距離分數於不同測量時間之趨勢	36

第壹章、緒論

第一節 研究背景與動機

世界衛生組織(WHO)指出「沒有精神健康就沒有健康可言(No health without mental health)」(World Health Organization, 2005)，代表心理健康是健康的重要一部分。台灣過去精神疾病的患病率從 1990 年的 11.5% 增加到 2010 年的 23.8% (時間趨勢 $p < 0.001$)，亦伴隨著全國失業率、離婚率和自殺率一致均呈現上升趨勢(Fu, Lee, Gunnell, Lee, & Cheng, 2013)，這二十年間，隨著醫療水準，伴隨著社會、經濟、文化皆不斷地進步，雖然過去傳染病的盛行率下降了，但精神疾病的盛行率卻不斷的攀升，由此可知心理健康與精神疾病是一個越來越值得重視的議題，心理或精神上的障礙會增加傳染病和非傳染性疾病的風險，並導致無意和有意的傷害如自殺，反之亦同(Prince et al., 2007)，所以可見身體健康跟心理健康是相互影響的。

世界衛生組織(WHO)也曾提出「心理健康：停止排斥，勇於照顧」的目標，指出需擬定適當的政策、立法與服務，以行動來處理精神疾病在社會上遭受的排斥、汙名化與歧視(World Health Organization, 2001)。聯合國也制定《精神障礙者權益宣言》(United Nations, 1971)、《保障精神疾病者及改進精神醫療準則》(United Nations, 1991)，表示國際間對於精神疾病患者的人權議題逐漸受到重視(Gostin & Gable, 2004)，聯合國也於 2006 年的第 61 屆會員大會中通過《身心障礙者權利公約》，於 2007 年開放各國連署，強調締約國應努力禁止所有身心障礙之歧視，保障身心障礙者獲得平等與有效之法律保護，使其不受基於任何情形使其不受任何原因之歧視。公約於 2008 年正式生效，成為二十一世紀第一個人權公約，是全球推動身心障礙政策一項重要的準則。

心理健康的問題通常在兒童期和青春期慢慢開始產生(Kessler et al., 2007; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007)，在早年發生的精神疾病對個體來說可能會產生長期的後果，像是造成工作、教育和社會互動上的限制(Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998)，大眾認為精神疾病患者會表現出混亂行為及胡言亂語等不可理喻的精神行為狀態，而當抱持著這個想法時，若本身遭遇精神疾病困擾時，自然擔心被貼上標籤而不願就醫，加上青少年傾向於歧視精神疾病患者(P. W. Corrigan

et al., 2005)，在出現精神疾病徵兆時，相較 25 歲以上其他各年齡層，也是最不主動尋求幫助的一群(Oliver, Pearson, Coe, & Gunnell, 2005)，感受到大眾對精神疾病的汙名化，會形成青少年求助的一項阻礙(Pedersen & Paves, 2014)，顯見汙名化影響到青少年精神疾病患者求助的意願，以及對精神病患者之觀感。

因此透過在青少年時期藉由學校舉行相關介入的措施減少學生對精神疾病的汙名化，並且也使正處於或未來成年後罹患精神疾病而飽受困擾時的學生，增加就醫求助的意願，減少其因為害怕被標記為精神病而延誤處理的時間，藉著消弭對精神疾病之汙名化，讓其在更多的支持與鼓勵下，積極接受治療，學習與疾病共處。

台灣中學階段學生屬於青少年時期，到中學後期以高中高職作分流，畢業後即進入成年，是在學校中施行精神疾病去汙名化教育之重要介入時間，學校正式課程中與精神疾病去汙名化之主題著墨不多，且僅以課堂講授為主，未有評估介入方式與成效差異之研究，過去台灣也僅有二篇針對學校學生族群所做的精神疾病去汙名化介入研究，一篇對象是對大學生採用閱讀書面教材，運用教育導向方式的介入(陳依煜 & 連盈如, 2015)，另一篇則是針對高中學生，採直接接觸精神疾病患者之接觸導向介入研究(李曉梅, 2008)，以上兩則研究皆顯見效果，但目前仍尚缺高職學生族群之研究，以補足於青少年在學學生族群之研究缺口，另外，後者研究介入需時較長(八週)且須至病患生活場域，易遭遇家長反彈，且精神疾病患者需要在介入的工作上訓練有素，否則很難廣泛實施(Stuart, 2006)，為此，找尋能在學校成為常規化、有效率兼具永續性的去汙名化介入方案，則是本研究之動機由來。

第二節 研究目的

比較並探討在不同介入導向之精神疾病去汙名化影片，高職學生對憂鬱症與思覺失調症兩種常見精神疾病去汙名化程度改善情形，並了解其立即效應與延宕效應。

第三節 研究重要性

本研究發展以觀看影片為基礎的精神疾病去汙名化方案，以期改善青少年對精神疾病的知識、態度，與行為。介入方式具有簡短、不受天候場地時間限制，以及能夠重複實施的優點。若效果可以得到證實，將有助於推廣到其它場域的精神疾病去汙名化教育，並改善精神疾病的早期求助、偵測，與治療。

第四節 實習單位簡介

(一) 實習場域簡介

樹人家事商業職業學校，簡稱為樹人家商，位在台灣新北市樹林火車站附近。學校地址為新北市樹林區大安路 216 號。前身為 1953 年於台北縣永和市創校的勵行中學，1970 年搬至樹林鎮後，於 1972 年 5 月改名為樹人高中，樹人高中於民國六十一年五月，配合政府實施九年國民義務教育，鼓勵青年學習技能促進社會經濟發展，本校兼設高補級職業類科及夜間進修校，並以「作育英才，百年樹人」之意，取「樹人」二字為校名。復於 1988 年奉教育廳 75-3-13 教二字第 92292 號函，核准在七十七學年度，改制為台北縣私立「樹人女子高級家事商業職業學校」，附設補校。目前已有 46 年歷史，校地面積為 1.3963 公頃。過去日間部只收女生，而夜間部男女生兼收。在 2011 年(100 學年度) 日間部商業經營科與資料處理科開始招收男學生，並更名為「樹人高級家事商業職業學校」，再於 2014 年(103 學年度)商經營業科、資料處理科和觀光事業科開始招收男學生，於 2017 年(106 學年度) 餐飲管理科開始招收男學生，2018 年(107 學年度)幼兒保育科、美容科開始招收男生，至此全校各科皆為男女兼收。

目前日間部全校學生 2438 人，共 57 班，每年級 19 班，日校設科如下：

家事類---幼兒保育科、美容科。

商業類---商業經營科、資料處理科、觀光事業科、餐飲管理科。

(二) 實習部門簡介

輔導室，編制主任一人，輔導組長一人，輔導教師三人，其中含教師兼行政兩人，提供學生服務與主要工作如下列：心理、情感問題諮商與輔導、生涯輔導與規劃、性別教育、心理測驗、愛與關懷刊物編輯與回饋、特教學生資源需求、

關懷輔導弱勢及高風險學生資料建立與回報、身心障礙學生 IEP 資料建置、校園危機輔導機制建構、學校與社區輔導網建置。



(三) 主題與實習單位之相關性

根據教育部三級預防輔導模式，初級發展性輔導工作的功能是為了提昇學生正向思考、情緒與壓力管理、行為調控、人際互動以及生涯發展知能，以促進全體學生心理健康與社會適應。故此學生心理健康相關工作規劃統籌為輔導室之工作職掌之一，並藉由輔導教師、導師、科任老師、校內教職員一起推動實行。

第貳章、文獻回顧

第一節 精神疾病與汙名化

根據 2014 年美國精神醫學會出版的《精神疾病診斷準則手冊第五版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)，精神疾病是「一種症候群，病患在認知、情緒調控或行為上有顯著的障礙，且這些障礙反應了精神現象內在本的心理、生物與發展過程的功能異常」(American Psychiatric Association, 2013)。社會大眾因對精神疾病患者的認知、情緒調控或行為上的異常行為模式與思維，存在著某些印象，因為人們為了有效率地思考理解外在事而產生的認知結構，即為「刻板印象」(P. W. Corrigan, 2000)，是我們用來學習外界事物的工具，而當認知、情感結合了負面的刻板印象產出的產物，即是所謂的「偏見」(P. W. Corrigan, 2000)。偏見是人們常會出現的態度，藉著觀察與學習，人們從兒童時期就開始懂得有效率地分辨外界個體的好壞，依據個人或他人的喜好進而產生的差別感受，形成偏見(Skinner, Meltzoff, & Olson, 2017)，因為有了偏見，所以人們常會不公平地對待所見的人事物，而這種將偏見轉化而成的行為反應，即稱之為「歧視」(Crocker, Major, & Steele, 1998)。

汙名化是對精神疾病患者的負面態度 (P. W. Corrigan & Kleinlein, 2005)，汙名化被分為兩種，其一是社會大眾針對精神疾病患者的「公眾汙名化」，公眾汙名化是指一般大眾對某群人有著偏見的態度、負面的情緒反應、歧視行為以及對某群人有偏見的社會結構，另一是精神疾病患者的「自我汙名化」，和自身自尊低落有關，患者將公眾汙名化內化成自己內在的刻板印象與偏見 (P. W. Corrigan & Shapiro, 2010; P. W. Corrigan & Watson, 2002a)。而公眾汙名化是普羅大眾對精神疾病患者的反應，有著前面敘述的三個元素：「刻板印象」、「偏見」和「歧視」，並可用社會認知模式來解析 (P. W. Corrigan, 2000; P. W. Corrigan & Penn, 1999; P. W. Corrigan & Watson, 2002b)。而研究發現，公眾汙名化的情形比精神病患對自我汙名化來得更多更嚴重(Pedersen & Paves, 2014)，並且隨著公眾汙名化的程度越多進而影響精神疾病患者對自我汙名化的程度更加重(Bradstreet, Dodd, & Jones, 2018)。

有公眾汙名化的人會給患有精神疾病的人貼上負面標籤，以表示“他們”那撮

人與伴隨不好的精神問題，與“我們”這群人是不同的(Bruce G Link & Phelan, 2001)。由於這種公眾汙名化所隱含劃分界線的心態與意念，使得歧視行為被合理化，因為“我們”彼此間存在著“他們”應該要得到社會不同或較差待遇的信念，有了這樣的貶抑態度和行為，往往會阻礙精神病患者回復到普通人一樣地生活(Cheung, 1988, 1990; Tsang, Tam, Chan, & Cheung, 2003)。

Corrigan(2002)認為汙名化包括社會和認知因素的組合：線索信號、刻板印象、偏見、歧視。「線索信號」包括個人外表、疾病症狀、缺乏社交技巧或標籤化，並可能導致對其他人的誤判。「刻板印象」被認為來自公眾對精神疾病形成的信息。「偏見」包括諸如對患有疾病的人的恐懼或不喜歡，例如對思覺失調症或憂鬱症之類的症狀表徵，在 Corrigan 的模型中，「歧視」是汙名累積的結果，人們會設法遠離那些患有精神疾病的人。(P. W. Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rusch, 2012)。

另外精神疾病相關汙名化的另一理論是 Thornicroft (2006) 的理論，他提出汙名是多方面的概念，由三方面組成：知識問題導致「無知」，態度問題導致「偏見」，行為導致「歧視」(Thornicroft, 2006)。

由上述內容，我們了解精神疾病汙名化與精神疾病認知的程度有關、刻板印象伴隨的態度與偏見、歧視所導致的排斥行為使得人們不願意接近精神疾病患者，以上皆有著環環相扣的關係，藉此可以用認知、態度、社會距離作為評估對精神疾病汙名化程度的三項指標。

第二節 台灣精神疾病汙名化現況

根據衛福部 2017 年公布 105 年醫療統計資料，精神疾患門診、住院人數，合計達 252 萬人(衛生福利部統計處, 2017)，即台灣每十人中就有一人有精神相關醫療資源的需求，領有身心障礙手冊的慢性精神病患者則有 20 萬 1767 人(衛生福利部統計處, 2017)，但社會對精神病患的負面觀感是長久以來一直存在的問題，新聞報導常強調具暴力行為的嫌犯為「疑似精神疾病」，這種未經確認即斷然將危險行為歸因於精神疾病的報導，只會不斷加深民眾對精神病患的誤解和恐慌，造成對精神疾病嚴重的汙名化。

在國內過去的研究也可發現，社會對精神病患仍多持負面觀感，而對精神病患的標籤化、汙名化及刻板印象是不易抹滅的(唐宜楨 & 吳慧菁, 2008)，且汙名化會對精神疾病患者造成相當程度的負面影響，包括貶低自我、低自尊、低自我效能、無望感等，形成自我汙名化及孤立等情形，使他們回歸社區更加困難(Livingston & Boyd, 2010)。在台灣的研究調查中，發現許多一般民眾對於精神疾病患者的誤解與汙名化，例如：認為生這種病的人會喪失理智、沒有任何法律能力、不受法律處罰而有法律的免死金牌、手腳健全但好吃懶做或不找工作、有特異功能可與神鬼溝通、怕被傳染得到精神病、認為得精神病是因為做壞事或父母管教失當、一旦就診吃藥就要永遠吃下去、精神病患都是暴力份子、自己一定不可能得精神疾病、不可能幫助精神疾病族群、以為是家中或祖上風水不佳、行為不端或者犯沖，家人才會得精神疾病(吳文正, 2012; 臺北市康復之友協會, 2002)，等等各種不同的錯誤看法。

台灣法律亦有為保護精神疾病患者而訂定之去汙名化相關規定，如精神衛生法第 22 條明定『病患之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視。對病情穩定者，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕就學、應考、僱用或予其他不公平之待遇。』違反者處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，與第 23 條明定『傳播媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽者對病患產生歧視之報導。除能證明其無勝任能力者外，精神障礙者之人格及合法權益，應受尊重與保障。』違反者處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰並限期更正；屆期未更正者，按次連續處罰("精神衛生法," 民國 96 年 7 月 4 日)。

國內學者也探討一般民眾或具醫療背景之專業人員面對精神病患之態度與影響因素，研究結果發現，一般民眾仍對精神疾病患者抱持害怕與恐懼的心理，導致精神疾病患者回歸社區發生阻礙，認為精神疾病會傳染而拒絕讓民間慈善團體在社區設立中途之家或工作復健場所，雇主得知是精神疾病患者則直接拒絕面試或開除，房東不願意將房子租給精神疾病患者，鄰居認為會影響居住安全等(賴美嬌, 李佩育, & 薛淑滿, 2006)。在醫療人員方面，因有接受精神疾病相關知識，對於精神疾病患者接受穩定治療回歸社區生活之看法較樂觀，且抱持正面的態度，此外，醫療人員在求學或工作過程中若曾與精神疾病患者接觸，能改變他們對患

者的負面態度，對於患者不會有非理性的想法，較願意幫助以及接納他們(Su, Li, & Tsai, 2013)，或是在接受衛教課程後對精神疾病態度有正向的改善(曾定強, 吳慧菁, 陳政智, & 楊志偉, 2008)，儘管如此，但社會各階層仍對精神疾病都有著未知的恐懼與固執負面想法，有待未來去汙名化的工作的推行，過去曾由媒體觀察基金會在內的數個民間團體，發起「不要叫我瘋子」的活動，說明精神疾病，如同高血壓慢性病一樣，不應被汙名化，亦強調精神疾病患者的暴力發生率與一般人無異，不應有事故發生，就被汙名化為「瘋子」，但相關汙名化報導與現象仍層出不窮，故再次凸顯持續不斷地進行去汙名化相關介入措施與計畫，以改善社會大眾對精神疾病的汙名化程度，是刻不容緩的。

台灣精神醫學會最新的調查發現，一般大眾對思覺失調症仍有錯誤迷思，發現民眾對思覺失調症仍存有無法見人、具有危險性、無法工作等三大迷思，更有近五成病友表示求職曾遭到拒絕或歧視，此外，有四成一思覺失調症病友不敢讓他人知道自己罹病、怕人無法接納自己在看精神科；四成五病友擔心告知外人精神問題會對自己不利(台灣精神醫學會 & 康復之友聯盟, 2017)。

董氏基金會心理衛生中心於 2017 年調查六都民眾之心理健康需求、認知及憂鬱情緒現況中，在對心理健康認知方面，認為在台灣心理或精神疾病有被汙名化比例高達 53.2%，贊成將心理或精神疾病去汙名化，比例高達 62%(董氏基金會心理衛生中心, 2017)，代表雖然汙名化的情形存在，但是其實民眾也期待能夠進行精神疾病去汙名化的相關工作。

第三節 不同精神疾病與汙名化的差異

世界衛生組織報導，全世界憂鬱症的盛行率為 3%，共有超過三億人罹患憂鬱症，從 2005 年至 2015 年增加了 18%以上，每年有近 80 萬人因自殺而死亡，是 15-29 歲人群的第二大死亡原因。但因為社會對精神疾患的歧視，影響了憂鬱症的有效治療(World Health Organization, 2017)。而思覺失調症是一種慢性且嚴重的精神疾患，在全世界影響超過 2300 萬人，患者早年死亡風險較普通人高出 2-3 倍，也是被汙名化最嚴重的精神疾病，(World Health Organization, 2016)。

憂鬱症是一種憂愁、悲傷、消沉等多種不愉快情緒綜合而成的心理狀態。它的起因包括生理、心理，與環境多重因素等，包括大腦中化學物質的不平衡。若

一個人呈現長期的憂鬱症狀，持續至少一段時間，則可能符合「重鬱症」診斷所具有的條件，同時並且排除是藥物或其他精神疾病所造成的憂鬱(臺大醫院精神醫學部, 2015b)。

思覺失調症是一種以認知混亂為特徵與社會行為異常為主要表現的精神疾病，其症狀包括妄想、思維障礙、幻覺、幻聽、社交功能障礙、混亂行為等，以及缺乏應有的積極性與主動性，並且排除是藥物或其他精神疾病之後，曾經醫師診斷為思覺失調症(臺大醫院精神醫學部, 2015a)。

在英國的兩次大規模全國調查中，研究者發現不同的精神疾病有著不同的標籤和不同的刻板印象，再進一步來說，思覺失調症患者被認為比大多數其他精神疾病患者(例如憂鬱症)，更加危險、更不可預測(A. Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005; A. H. Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000)，德國也有類似的結果(Angermeyer & Matschinger, 2003)。

兩疾病的共同之處在於它們被大多數人所熟悉其精神疾病的特徵，患有這兩種疾病的人最常引起憐憫並且希望被幫助，而這兩種疾病之間最顯著的差異之一是，提到思覺失調症，一般人對其有負面的情緒反應，但憂鬱症則有較正面的反應 (Angermeyer & Matschinger, 2003)。大眾對精神分裂症患者的刻板印象是暴力、無法預料、無法照顧自己，以及對憂鬱症患者的刻板印象是虛弱，懶惰和情緒低潮(Harré, 2001; Bruce G Link & Phelan, 2001; Penn & Corrigan, 2002)。

許多研究也發現參與者對思覺失調症患者的偏見比對其他精神障礙患者如憂鬱症患者的偏見還要多(Angermeyer & Matschinger, 1997; B. G. Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Norman et al., 2010; Sugiura, Sakamoto, Kijima, Kitamura, & Kitamura, 2000)。下頁表格 1 為人們對兩疾病感受差異之整理。



表格 1 民眾對憂鬱症與思覺失調症之感受差異

	相同處 (Angermeyer & Matschinger, 2003)	情緒反應 (Angermeyer & Matschinger, 2003)	民眾反應 (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005)	刻板印象 (Harré, 2001; Link & Phelan, 2001)	汙名化 (Norman et al., 2010)
憂鬱症	多數人熟悉 常引起憐憫 希望被幫助	較正面	較無危險 行為可預測	虛弱 懶惰 情緒低落	較少
思覺失調症		較負面	較危險 不可預測	暴力 無法預料 無法照顧自己	較多

第四節 汙名化對青少年心理健康的影響

各種研究顯示，兒童對精神疾病的認知還不清楚(P. W. Corrigan & Watson, 2007)，雖然兒童透過觀察大人們的行為舉止察覺差別待遇的情形，可能將歧視的種子，埋在孩子原本沒有偏見的腦中(Skinner et al., 2017) 導致人們對精神疾病的負面態度可以從兒童期開始慢慢被植入(O. E. Wahl, 2002)，但其所構成的刻板印象直到青春期都還不算根深蒂固(Flavell, Miller, & Miller, 2001)，此外，心理健康的問題通常在兒童期和青春期逐漸開始產生(Kessler et al., 2007; Patel et al., 2007)，使得青春期被認為是實施精神病去汙名介入的重要時間點。去汙名化可以促進青少年的求助行為(Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Esters, Cooker, & Ittenbach, 1998)，精神疾病對個體來說可能會產生長期的後果，像是可能會造成工作和教育上發展的限制，以及與個人與社會互動的中斷(Wittchen et al., 1998)，過去研究指出，心理健康素養水平低的年輕人，對精神疾病有著中等程度的汙名化(Chandra & Minkovitz, 2006; Melas, Tartani, Forsner, Edhborg, & Forsell, 2013)，這些對精神疾病患者的負面態度會從幼年期就開始形成(O. E. Wahl, 2002)，過去研究就曾探討過影響精神病患復原的因素包括：負面情緒、汙名感受、社會功能、就業能力及精神症狀等(Wood, Byrne, Burke, Enache, & Morrison, 2017; Young, Ng, & Pan, 2017)。總結上述，所以從兒童時期對精神疾病慢慢成形的汙名化若未去除，往往會造成個體未來就醫治療上的鴻溝，而去除的最佳時機點則是在青春期。

青春是精神疾病發展的關鍵時期(Burke, Burke, Regier, & Rae, 1990)，然而過去研究也指出，青少年傾向歧視精神疾病患者(P. W. Corrigan et al., 2005)，年輕人在出現精神疾病徵兆時，相較 25 歲以上其他各年齡層，也是最不會想尋求幫助的一群(Oliver et al., 2005)，感受到大眾對精神疾病的汙名會形成青少年求助的一項阻礙(Pedersen & Paves, 2014)，汙名化是應該解決的一個關鍵問題，以改善精神疾病患者的預後(P. W. Corrigan, 2000)。

汙名化會對求助以及心理健康醫療資源的使用產生負面的影響(Pedersen & Paves, 2014; Vanheusden et al., 2009; Watsford & Rickwood, 2014)。特別是在年輕人中，汙名化是最常見的求助障礙之一(Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010)。根據美國全國疾病調查，只有三分之一的精神障礙青少年有利用到精神保健的相關服務(Merikangas et al., 2011)。汙名化也可能導致其他問題，例如自尊下降，復原的希望減少(O. F. Wahl, 1999; Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008)，生活品質的降低(Switaj, Wciorka, Smolarska-Switaj, & Grygiel, 2009)，社會互動的困難(Ahmedani et al., 2013)甚至是之後再衍伸的自殺行為(Farrelly et al., 2015)，並且在精神衛生保健服務上產生阻礙也更影響自身的治療 (Sartorius, 2002)。隨著相關研究不斷增加，發現刻板印象和偏見的態度會讓精神疾病患者一致性地不願意尋求治療(Vogel, Wade, & Hackler, 2007)。

再者，高職學生依 Erikson 的心理社會發展理論(Erikson, 1993)，是處於自我認同與角色混淆的時期，學生在面對各時期人生逆境時，須學得能善用危機，以提升自我發展的能力，即是此時之發展任務。個人身份形成是青春期的中心任務，在青春期，個人經歷身份認同與身份傳播危機並嘗試將自己與父母分離(Crosnoe & McNeely, 2008)。因此，夥伴好友變得越來越重要，並且對同年齡同儕的意見會內化到青少年的自我概念中，對健康行為產生深遠的影響(Crosnoe & McNeely, 2008)。此時青少年也會參考同儕對精神疾病的態度，若得到是負面態度時這些負面態度影響青少年決定與對方討論自己心理健康相關的症狀並最終阻礙尋求相關的治療(Draucker, 2005; Hagan, Shaw, & Duncan, 2007; Marcell & Halpern-Felsher, 2007)。過去國內研究發現，高中職學生感到心情好的主要原因為人際關係，在心情好時通常傾向自己開心並與別人分享，在心情不好時通常選

擇獨自處理(王春展, 2006), 亦可見青少年心理健康與同儕息息相關, 故同儕間對精神疾病的看法亦對青少年有著舉足輕重的影響。

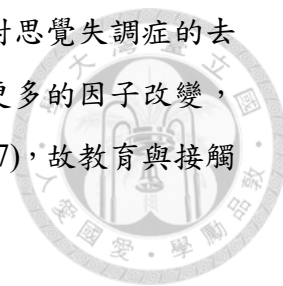
過去許多研究發現, 高職學生是自殺傾向較高的高危險群, (伊甸基金會, 2001), 就讀於高職學生在多數價值觀上認知之重要程度較低於高中學生(許哲男, 2007), 高中職生學生在使用非法藥物種類與盛行率, 皆明顯多於高中生(呂明峻, 2016), 顯見高職學生在價值觀、情緒管理與物質使用行為上與高中學生有著明顯不同, 是青少年中值得特別獨立研究探討的對象族群。

第五節 去汙名化的理論與方法

Corrigan 和 Penn(2001)認為三個最有效減少精神疾病的公眾汙名化的辦法是倡議(protest)、接觸(contact)和教育(education), 在這三種方法中, 教育是最常被使用的方法(P. W. Corrigan et al., 2001)。「倡議」是表達不可對精神疾病患者汙名化的呼籲, 常利用社會運動提出反對汙名化的論述, 但被指正的一方常會感到不舒服, 且往往只能減少負面態度, 無法增加對精神疾病正面的態度(P. W. Corrigan & Penn, 1999)。「教育」源自社會認知理論, 最早由 Bandura 於 1986 年提出, 是指透過廣告書籍衛教單張或其他工具形式來提供精神疾病的相關訊息(P. W. Corrigan & Penn, 1999)。「接觸」源自接觸理論, 最早由 Gordon Allport 於 1954 年提出, 指的是與精神疾病患者平等地互動、相處與合作(P. W. Corrigan & Penn, 1999)。另外, 接觸亦可再分為直接接觸與間接接觸。直接接觸指在同一時空內, 直接與精神疾病患者進行對談、互動, 例如過去於醫療環境中與精神疾病患者接觸的介入研究(Patten et al., 2012; Wang & Yen, 2017), 間接接觸則是透過傳播媒體例如影片、網際網路等, 間接觀看精神疾病患者講述自身經驗與行為, 例如過去採用觀看紀錄影片之介入方式(Anderson & Austin, 2012; Thonon, Pletinx, Grandjean, Billieux, & Laroi, 2016)。而過去也有研究將直接接觸與間接接觸兩種介入做比較, 結果發現對主要去汙名化影響程度是相同的(Clement et al., 2012; Nguyen, Chen, & O'Reilly, 2012; Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin, & Kubiak, 2004)。

另外, 對於成年人來說, 直接與精神疾病患者接觸的介入比教育介入更有效, 而年輕人則是相反(K. M. Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014), 而比較

間接與精神疾病患者接觸與教育介入之研究，過去僅有一篇針對思覺失調症的去汙名化介入，結果發現接觸導向的介入會比教育導向的介入有更多的因子改變，效果達一週(P. W. Corrigan, Larson, Sells, Niessen, & Watson, 2007)，故教育與接觸兩導向的介入比較研究，未來仍有著墨探討的空間。



第六節 過去精神疾病去汙名化方案

世界各地皆不遺餘力地施行去汙名化的方案，針對青少年在學校所做的介入措施一直是全球許多去汙名化運動的主要核心(Esters et al., 1998; Ng & Chan, 2002; Petchers, Biegel, & Drescher, 1988; Vanessa Pinfold, Stuart, Thornicroft, & Arboleda-Flórez, 2005; Schulze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003; Stuart, 2006; Watson et al., 2004)。

以實行對象來分，有針對醫學生(Bhugra, 2003; Fernandez, Tan, Knaak, Chew, & Ghazali, 2016)、護理人員(Sharif, 2015)、遺傳諮商師(Anderson & Austin, 2012)、青少年(Cangas et al., 2017; Economou et al., 2012)、大學生(Mellor, 2014; Spagnolo, Murphy, & Librera, 2008; Thonon et al., 2016; Yamaguchi et al., 2013; 陳依煜 & 連盈如, 2015)、高中生(李曉梅, 2008)等。

以介入方式來分則有課程講座(V. Pinfold et al., 2003; Rickwood, Cavanagh, Curtis, & Sakrouge, 2012; Spagnolo et al., 2008)、畫海報、繪畫比賽(Rahman, Mubbashar, Gater, & Goldberg, 1998)、辦藝術品展覽(Ng & Chan, 2002; Schulze et al., 2003)、欣賞戲劇角色(Essler, Arthur, & Stickley, 2009; Stuart, 2006)、電玩遊戲(Cangas et al., 2017; Watson et al., 2004)、網站探索(Finkelstein & Lapshin, 2007; Kathleen M. Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Groves, 2004)或是電腦教學程式(Finkelstein, Lapshin, & Wasserman, 2008)，可見介入方式種類繁多。

依本研究對象族群，綜觀過去國外針對青少年的精神疾病去汙名化介入，整理如下頁表格 2，其中的導向有包含教育跟接觸並重，有的僅只有教育，研究大部分來自於北美及歐洲國家，介入方式有心理健康教學的單元工作坊、教育計畫、會議、戲劇欣賞以及遊戲介入等等，使用的量表不盡相同，而大部分的結果都是有效的，研究設計都是屬於前後對照實驗(CBA)，只有少數如西班牙的研究是屬於隨機對照實驗(RCT)，另外，這些介入大部分與類似傳統學校課程之延伸，相

對增加時間與執行授課的成本甚至需場地配合，故需選用較簡易施行的介入方式並採 RCT 設計會更具研究效益。



表格 2 各國青少年精神疾病污名化介入方案

國家/ 實驗設計	介入	結果	導向	文獻
美國 CBA	心理健康 教學單元	消除污名化 增加求助態度 效果達 12 周	教育+接觸	(Esters et al., 1998)
英國 CBA	工作坊	知識與態度改善 效果達 1 星期與 6 個月	教育+接觸	(V. Pinfold et al., 2003)
澳洲 CBA	教育計畫	知識改善最多， 去污名化其次 求助意願改變最少	教育+接觸	(Rickwood et al., 2012)
美國 CBA	會議	態度改善	教育+接觸	(Spagnolo et al., 2008)
英國 CBA	戲劇和遊戲	認知與態度改善	教育	(Essler et al., 2009)
西班牙 RCT	電玩遊戲 控制組	危險性刻板印象下 降	教育	(Cangas et al., 2017)

而在台灣針對學校學生的去污名化介入研究僅有兩篇，如下頁表格 3，一篇對象是台灣高中學生，一篇是針對大學生，都是採前後測實驗設計，兩篇導向不同；前者採接觸導向介入，參與者到精神療養機構實際接觸精神病患，每週 2 小時，共八週，後者為教育導向介入，閱讀 10~15 分鐘的教育材料，兩篇使用的量表不一樣，結果表示都能有效達到去污名化的效果，另外在接觸導向的研究裡發現的延宕效果達到六個月之久。

表格 3 過去台灣學生族群之去汙名化介入研究

對象/ 實驗設計	自變項	依變項	結果	導向 文獻
台灣 高中學生 前後測實 驗設計 共 80 人	1. 實驗組 40 人每 週 2 小時，共八週 到精神療養機構 2. 控制組 40 人則 否 六個月追蹤	刻板印象 社會距離	有效達去汙名化效 果 六個月追蹤仍有效	接觸 (李曉 梅, 2008)
台灣 大學生 前後測實 驗設計 共 207 人	1. 實驗組 107 人 閱讀去汙名化教 育材料 2. 控制組 100 人則 否 一星期追蹤	認知 態度 社會距離 身心狀況 接觸經驗	對精神病認知、態度 社會距離皆有連動 式的改善。 一星期追蹤仍有效	教育 (陳依 煜 & 連盈 如, 2015)

從上述研究發現，除尚缺高職學生族群為對象外，實際直接接觸病患的體驗往往需要時間與空間上的配合，這在學校既有的作息與課程中不易規劃，可能壓縮正課學習時間，亦可能遭家長反彈或是需要訓練有素的精神疾病患者擔任介入工作的一員，故直接接觸導向的去汙名化介入常常很難廣泛實施(Stuart, 2006)。過去為避免時間與空間上的局限，常利用影片教學代替實際體驗，在醫學和精神病學教學上即常是如此，例如作為醫學生和精神病學受訓人員相關精神病學之學習、精神狀態檢查、診斷、醫病互動等等，證明觀看影片的教學方式是有用的(Bhugra, 2003; Gabbard & Gabbard, 1999; Jones, 2014)，特別是對醫科的學生(Fernandez et al., 2016; Midmer, 2004)和護士(McKenny, 2011)的教育方面。

針對影片傳達健康訊息，過去研究即發現媒體可以成為兒童和青少年的另外一位教師，並對他們的健康產生深遠的影響(Strasburger, Jordan, & Donnerstein, 2012)，影片介入也被發現可以改善汙名化態度而且比其他例如傳統面對面教育課程或情境模擬的介入更有效(Janouskova et al., 2017; Thonon et al., 2016)，所以影片對年輕人來說是一種很有發展前途的去汙名化工具，值得開發和評估其可用性、可行性和有效性，以替代一般的教育講座(Sharif, 2015)，而且可以和面對面效果一致(Fernandez et al., 2016)。在無法直接接觸精神疾病患者時，利用精神病

患者拍攝的親身說法影片做間接接觸的介入，其效果並不輸給直接面對面的效果，例如看紀錄片來預防以及改善精神病患的汙名化是有效的(Thonon et al., 2016)。此時利用影片介入即可免於以上之局限。

過去採用影片介入做隨機分派研究只有四篇，前三篇見下方表格 4，三篇研究皆對學生的族群，第一篇來自美國，是以接觸作為導向，最後顯示病人經驗是最有效果，而且可以維持一星期；第二篇是香港採教育與接觸兩種導向並用，研究孰先孰後作為介入的順序，結果發現，先教育後接觸的效果最好，效果可達維持一個月；第三篇英國研究則是比較接觸是採直接接觸還是間接接觸比較好，研究結果發現兩者同樣好，並且能維持四個月。

表格 4 過去去汙名化影片介入之隨機分派研究

國家/ 對象	自變項	依變項	結果	導向	文獻
美國 大學生 RCT	1.病人經驗影片 2.聽幻覺模擬 3.控制組	社會距離量表 Social Distance Scale 影響量表 Affect Scale 一週追蹤	病人經驗影片社會距離 與負面情緒有效，聽幻覺 模擬無，且增加負面 效果維持一星期	接觸	(Brown, Evans, Espensc hade, & O'Conn or, 2010)
香港 青少年 RCT	1.純教育講座 2.先影片接觸， 後教育講座 3.先教育講座， 後影片接觸	公眾汙名化量表 社會距離量表 知識測試 一個月追蹤	先教育後影片組態度與 社會距離(立即與追蹤)效 果皆改善，其餘則無差異 效果維持一個月	教育 + 接觸	(Chan, Mak, & Law, 2009)
英國 大學生 RCT	1.病人經驗 DVD 2.病人現場 講座	態度量表(MICA) 情緒反應精神疾病 量表(ERMIS) 預期行為量表 (RIBS) 預期學習成果 (SCILO) 四個月追蹤	病人經驗 DVD 和現身說 法在 MICA, ERMIS or RIBS 的分數無差異 病人經驗 DVD 在 SCILO 知識分數比較高 維持四個月	直接 接觸 VS 間接 接觸	(Cleme nt et al., 2012)

而第四篇，如下表格 5，研究族群為美國社區大學學員，此篇是將教育導向跟接觸導向的介入影片作比較的隨機對照實驗 RCT，依變項是用歸因問卷，結果是接觸比教育能獲得較多的改變，並維持一週。



表格 5 教育導向與接觸導向介入比較之 RCT 研究

國家/對象	自變項	依變項	結果	導向	文獻
美國 社區大學學員 RCT 70.1%女性 平均 23.9 歲	教育組影片 接觸組影片	歸因問卷 (AQ) 九個因子： 責任 Responsibility 憐憫 Pity 憤怒 Anger 幫助行為 Help 危險 Dangerousness 恐懼 Fear 迴避 Avoidance 強制 Coercion 區隔 Segregation	教育組影片 在責任 Responsibility 有改善 接觸組影片改善 憐憫 pity 增權 empowerment 強制 coercion 區隔 segregation 一週後仍有效	教育 VS. 接觸	(P. W. Corrigan et al., 2007)

就前面文獻整理可以得知過去在青少年精神疾病去汙名化之影片介入隨機對照實驗研究甚少，而也幾乎無教育與接觸導向之介入比較，唯一相似符合的僅一篇，但其研究對象非青少年高職學生族群，且依變項採用歸因理論探討相對因子，不利於簡潔表現去汙名化的程度。

第七節 小結

歸納前幾節之文獻，本研究將選擇青少年時期之高職學生，因不同精神疾病有著不同的汙名化程度(Angermeyer & Matschinger, 2003)，故挑選精神疾病中，盛行率最高的憂鬱症和程度最嚴重的思覺失調症(World Health Organization, 2016, 2017)做去汙名化介入，並利用影片媒介代替一般講座課程，採用教育和接觸兩種介入導向做比較，最後以認知、態度與社會社會距離分數，作為本研究去汙名化之指標，以補足過去研究之各缺口。

第參章、研究假說

本研究目前為針對在學青少年發展基於影片的教育介入，檢驗兩種介入內容（精神疾病知識教育，與精神疾患者親身經驗）對於減少精神疾病汙名化（認知、態度、社會社會距離）的效果。將分別針對憂鬱症、思覺失調症兩種精神疾病發展介入影片，並分析其個別對汙名化的立即效果（介入後）與延宕效果（介入兩個月後）。研究假說如下：

- (一)假說一：知識教育與病患經驗影片可以改善憂鬱症與思覺失調症之認知、態度、社會社會距離分數。
- (二)假說二：知識教育與病患經驗影片對憂鬱症與思覺失調症具有去汙名之立即效果與延宕效果。

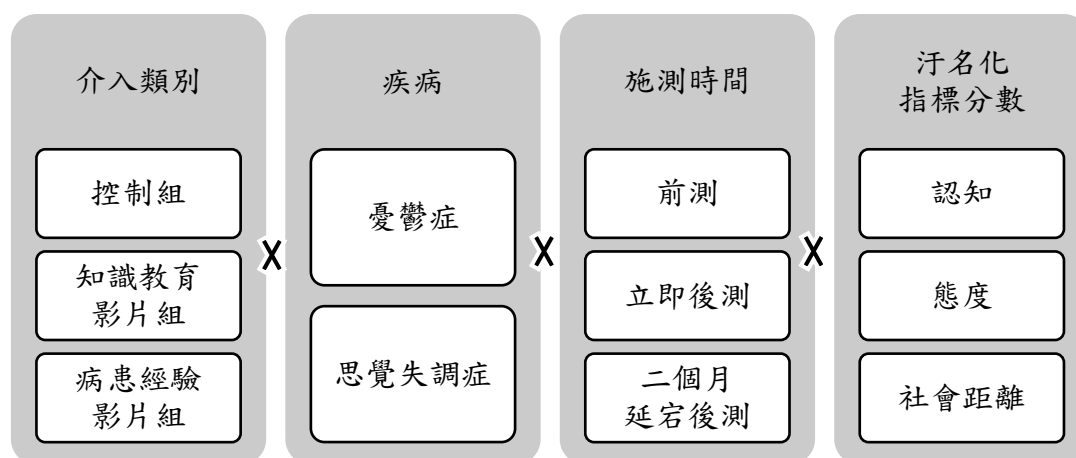


圖 1 研究假說項目

第肆章、研究方法

第一節 研究架構

本研究為隨機對照試驗，實驗組有兩組，分別以手機觀看 15 分鐘知識教育影片和 15 分鐘病患經驗影片，控制組則是觀看 15 分鐘環保影片，三組於介入後兩個月做追蹤後測。本研究收集人口學資料為：性別、年齡、科別、宗教信仰、父母親教育程度、有無精神疾病經驗，以及身心狀況與接觸病人程度。主要終點指標為：精神疾病認知量表分數 (Knowledge for Illness scale)、態度量表分數 (Attitude statement)、社會距離量表分數 (Bogardus Social Distance Scale)。研究架構如下圖 2。

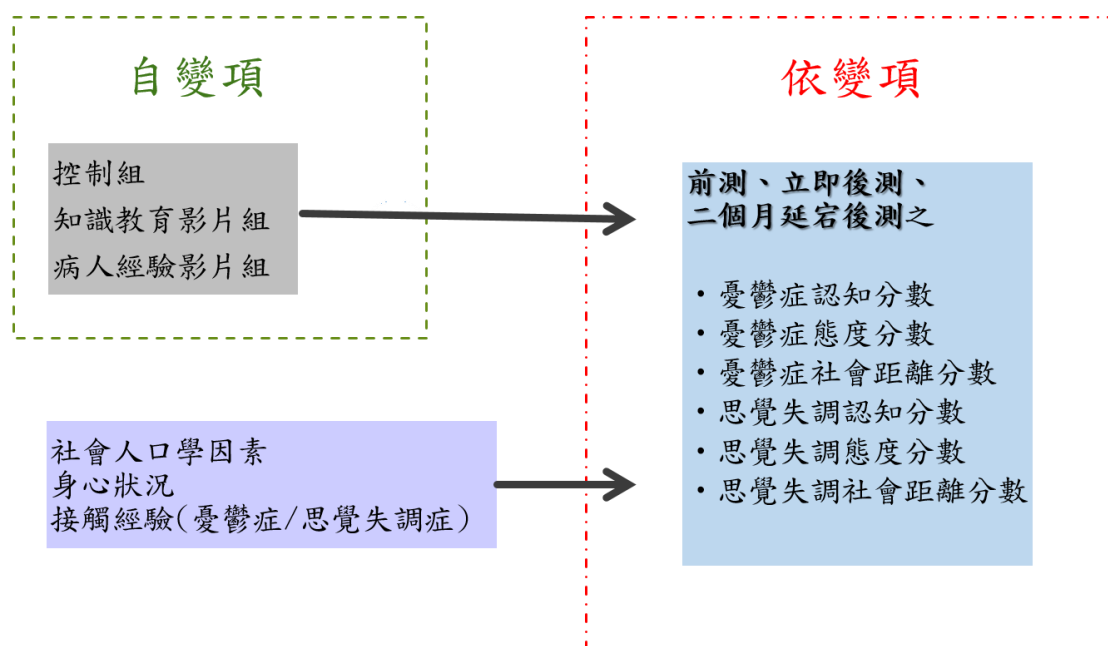


圖 2 研究架構

第二節 研究對象

研究者立意選定新北市『樹人高級家事商業職業學校』學生為取樣對象，因健康與護理課程為高一必修課程，選擇母群體特性為 105 學年度註冊在學之高一學生，包含男女、年齡約介於 15~18 歲，以班級為單位，預計共 240 人。使用 G-power 軟體計算樣本數(Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)，依過去文獻，其效應量訂為中低效果 ($d=0.15$) (陳依煜 & 連盈如, 2015)， α 為 0.05，檢定力 β 欲達到 0.95 時，所需樣本數為 196 人；另考量樣本流失與分組人數均等，最終決定取 240 人。則在此樣本數下統計檢定力 β 達到 0.96。

研究者於班級中公開發介紹研究人員身份，敘述計畫書之內容，詳細說明研究目的、研究過程、研究參與者的權利，先初步徵詢各班學生參與研究之意願，有意願參與本研究學生達半數以上之班級，在研究者排除具有排除條件之學生後，發放研究受訪者說明及同意書給該班學生帶回交予法定代理人知情同意後簽名，始得納入研究對象。

(一) 受訪者之納入條件：

必須符合以下所有條件方能參加本研究：

- (1) 法定代理人完成簽署受試者同意書。
- (2) 目前為在學高職學生。

(二) 受訪者排除條件：

若有下列任何情況者，不能參加本研究：

- (1) 具特殊教育法第三條所列智能障礙、視覺障礙、學習障礙、腦性麻痺之任一情形。
- (2) 嚴重精神疾病。
- (3) 無法使用紙筆書寫。

第三節 研究工具



(一) 影片介入教材

(1) 控制組：觀看環保相關議題，內容取材自行政院環保署於電視媒體公開撥放過之環保影片，使用威力導演 15 版剪輯而成，內容素材來源如下。

【資源回收宣傳影片】愛，就要再試一下——廢乾電池篇
(<https://youtu.be/ukftF1ai5oA>)

【資源回收宣傳影片】愛他，讓他好好走——廢電子電器篇
(https://youtu.be/4UmEVJvv_Z4)

【資源回收宣傳影片】捧在手心的愛——廢燈管燈泡篇
(<https://youtu.be/gl20os4aDGo>)

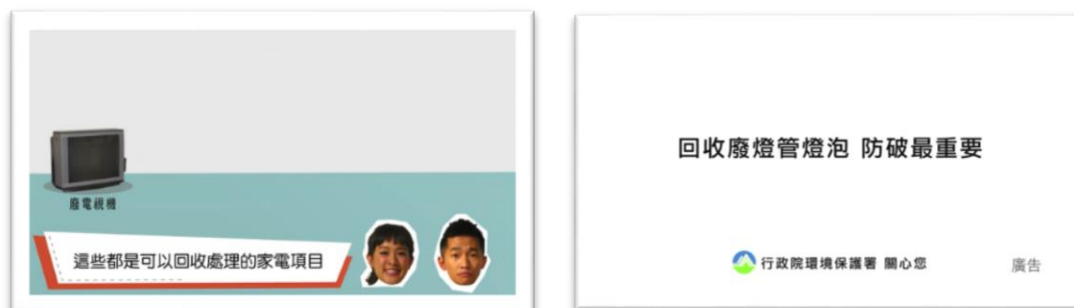


圖 3 控制組環保影片截圖

- (2) 知識教育影片組：觀看憂鬱症與思覺失調症之疾病知識影片，內容文稿摘錄自衛生福利部委託台大醫院精神醫學部編輯之心理衛生專輯，憂鬱情緒障礙自助手冊以及認識思覺失調症手冊(臺大醫院精神醫學部, 2015a, 2015b)，將文稿使用工研院文字轉語音 Web 服務網站轉成讀稿音訊，再使用 POWTOON 動畫影片製作程式網站，製作成動畫影片。(文稿詳見附錄一、附錄二)

【工研院文字轉語音 Web 服務】 <http://tts.itri.org.tw/>

【POWTOON 動畫影片製作程式網站】 <https://www.powtoon.com/index/>



圖 4 知識教育影片截圖

- (3) 病患經驗影片組---觀看精神疾病患者患病與受歧視經驗，內容取材自電視網路媒體公開撥放過之精神疾病患者訪談紀錄片，使用威力導演15版剪輯合併而成。

【民視異言堂】揮別鐵窗的日子 <https://youtu.be/9i4SbYaEQXI>

【JANET VLOG】Depression 憂鬱症，你並不孤單

https://youtu.be/Lsl8_q-wKDE

【TEDxPSU】I Am Not A Monster: Schizophrenia |Cecilia McGough|

<https://youtu.be/xbagFzcyNiM>

【OWN】How a Bout of Depression Led to Dwayne Johnson's Career-Defining Moment | Oprah's Master Class |

https://youtu.be/y_T9Jg0U2DA



圖 5 病患經驗影片截圖

以上媒體影片內容取材，符合著作權法第 46 條，為學校授課得重製他人著作之合理使用範疇，無作為商業上使用，故本研究無媒體影片使用上侵權之虞。

(二) 結構式問卷

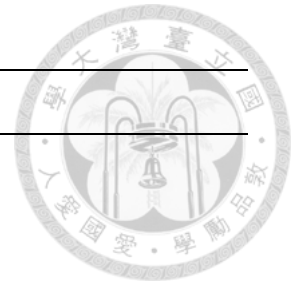
1. 人口學基本資料：包含性別、年級、年齡、科別、宗教信仰、父親教育程度、母親教育程度、罹病經驗。不同科別的學生，具有相當不同的社經背景、入學成績、學習動機與價值觀，例如資料處理科學生與幼兒保育科學生，對人的同理關懷程度即有不同，這些都可能影響到衛教介入成效，是潛在的重要干擾因素，因此需收集此變項之資料。根據過去研究，受試者的性別(Owen, 2007; 陳玉芳, 2005)宗教信仰是影響對精神疾病歧視的重要因素(官達人, 2003)，為重要的干擾因素。(詳見附錄四)
2. 流行病學中心短版憂鬱量表 (Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale)：採用 CES-D 量表來測量憂鬱症狀的嚴重程度，取自 Hao-Jan Yang 等人研究採用的中文 CES-D 量表(Yang, Soong, Kuo, Chang, & Chen, 2004)裡面 20 題中之 10 題。根據過去研究，受試者的身心與情緒狀況，包括憂鬱程度，是影響對精神疾病歧視的重要因素，為重要的干擾因素，另有研究結果顯示，憂鬱症狀越嚴重者，自我歧視的程度越高(Yen et al., 2005)，故對受試者施測其憂鬱情形做為身心狀況之依據。Likert 量表模式計分，分別為總是(5 分)、常常(4 分)、有時(3 分)、偶爾(2 分)以及從不(1 分)。得分越高表示身心狀況程度越差，其中第 5、8 題為反向計分。(詳見附錄四)
3. 精神疾病認知量表 (Knowledge for Illness scale)：取自陳依煜於大學生精神病去汙名化介入研究中之精神疾病認知量表，內部一致性為 0.77(陳依煜 & 連盈如, 2015)，源自鄰里關懷之鄰居經驗量表(賴貞君, 2006)認知向度及精神疾病認知量表的題目改編(林靜蘭, 2007)，量表的題目向度包括精神疾病的歸因、病程及醫療相關知識，共 17 題。再將題目中精神疾病分為憂鬱症、思覺失調症兩個向度。計分方式以 Likert 量表模式計分，分別為非常同意(5 分)、同意(4 分)、中立意見(3 分)、

不同意(2 分) 及非常不同意(1 分)。得分越高表示對該精神疾病認知程度越佳，其中第 3、4、8 題為反向計分。(詳見附錄四)

4. 態度量表 (Attitude statement) :本量表取自李曉梅於精神疾病去汙名方案設計與評估研究之量表(李曉梅, 2008)，源自加拿大去汙名化校園方案中使用(World Psychiatric Association, 2000)，共 5 題，再將題目中精神疾病擴分為憂鬱症、思覺失調症兩個向度。計分方式以 Likert 量表模式計分，分別為非常同意(1 分)、同意(2 分)、中立意見(3 分)、不同意(4 分) 及非常不同意(5 分)。得分越高表示對該精神疾病態度越佳，其中第 5 題為反向計分。(詳見附錄四)
5. 社會距離量表 (Bogardus Social Distance Scale) : 本量表取自李曉梅於精神疾病去汙名方案設計與評估研究之量表(李曉梅, 2008)，源自 Bogardus 用於測量社會距離(Bogardus, 1928)，共 7 題，再將精神疾病擴分為憂鬱症、思覺失調症兩個向度。計分方式以 Likert 量表模式計分，分別為非常同意(5 分)、同意(4 分)、中立意見(3 分)、不同意(2 分) 及非常不同意(1 分)。得分越高表示越願意親近該精神疾病患者。(詳見附錄四)
6. 接觸病患程度 (Level of Familiarity Questionnaire) : 本量表取自陳依煜於大學生精神病去汙名化介入研究接觸經驗量表(陳依煜 & 連盈如, 2015)，源自 Corrigan 用於青少年版本的去汙名化研究(Patrick W. Corrigan, 2005)，共 9 題，再將題目中精神疾病分為憂鬱症、思覺失調症兩個向度。計分方式以 Likert 量表模式，為非常同意(5 分)、同意(4 分)、中立意見(3 分)、不同意(2 分) 及非常不同意(1 分)，計分為各題與權重相乘後之總和，參考下頁表格 6。得分越高表示接觸精神疾病患者經驗越多。

表格 6 病患接觸程度題目權重

權重	題目
8	我本身患有『憂鬱症/思覺失調症』
7	有『憂鬱症/思覺失調症』患者與我同住
6	我經常接觸的親戚中有人患有『憂鬱症/思覺失調症』
5	我有家人工作是提供服務給『憂鬱症/思覺失調症』
4	認識的朋友中患有『憂鬱症/思覺失調症』
3	我讀過的班級中曾有同學患有『憂鬱症/思覺失調症』
2	我偶爾會遇見『憂鬱症/思覺失調症』患者
1	在報章雜誌或電影影片中看過真實『憂鬱症/思覺失調症』患者的描述
0	我從未見過『憂鬱症/思覺失調症』病患



第四節 研究程序

本研究於高職課程中「健康與護理」課堂上施行，研究人員先發放第一次問卷給符合納入條件且本人與家長皆簽署同意書，完全同意參與研究之受試者，問卷填寫約需 20 分鐘，完成前測問卷填寫的一星期後，研究人員準備好三組影片連結網址之 QR CODE 圖卡，利用亂數表將各班級受試者隨機分派至控制組、知識教育影片組與病患經驗影片組，受試者無法知道自身組別，研究者請受試者使用手機掃瞄問卷上 QR CODE 連結播放介入影片後，使用耳機聆聽影片聲音，手機螢幕觀看影片，待 15 分鐘介入影片播放完畢後立即填寫後測問卷，完成立即後測，於兩個月暑假之後，於下學期開學後完成延宕後測。如次頁圖 6。

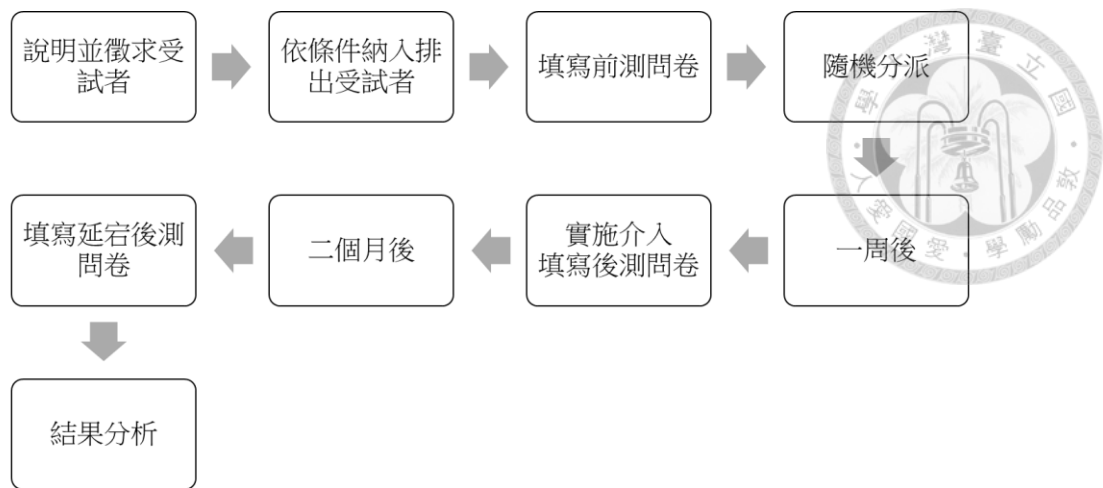


圖 6 研究實施步驟

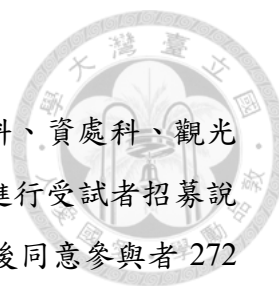
第五節 統計方法

以 SAS 9.4 統計軟體進行統計分析，採卡方檢定、獨立樣本 t 檢定、單因子單變量變異數分析、廣義估計方程式(Liang & Zeger, 1986)，各項統計考驗之顯著水準訂 α 為.05，並將結果以表格呈現，分析受試者人口學資料、汙名化程度、受試者接受介入之後在不同時間測量對憂鬱症、思覺失調症汙名化(認知、態度、社會距離)改變的程度。

第六節 研究倫理

本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查(核可案號：201703HS019)，審查內容包含招募參與者方式、參與者同意書、利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。

第五章、研究結果



研究者依照科別人數比例，向六個科系共 7 個班級(商經科、資處科、觀光科、幼保科、美容科各一班，餐飲科兩班)，合計 303 名學生進行受試者招募說明，其中不願意參加者為 24 人，不符合參與條件為 7 人，最後同意參與者 272 人，回應率為 89.8%。

經過隨機分派後，分為控制組 90 人、知識教育影片組 92 人、病患經驗影片組 90 人，先施與前測問卷；一週後，控制組退出實驗為 23 人，知識教育影片組退出實驗 21 人，病患經驗影片組退出實驗 24 人，所以實際完成介入影觀看之控制組為 67 人、知識教育影片組為 71 人、病患經驗影片組為 66 人，在觀看介入影片後實施立即後測問卷，在於兩個月後實施延宕後測；兩個月後，控制組休學 2 人，無意願而退出研究 1 人，知識教育影片組無意願而退出研究 3 人，病患經驗影片組無意願而退出研究 1 人，完成本研究三次(前測、立即後測、兩個月延宕後測)問卷測驗之受試者分別為控制組 64 人、知識教育影片組 68 人、病患經驗影片組 65 人，一共 197 人。全體樣本流失率為 27.6%，各組流失率分別為，控制組 28.9%、知識教育影片組 26.1%、病患經驗影片組 27.8%。詳見下圖 7。

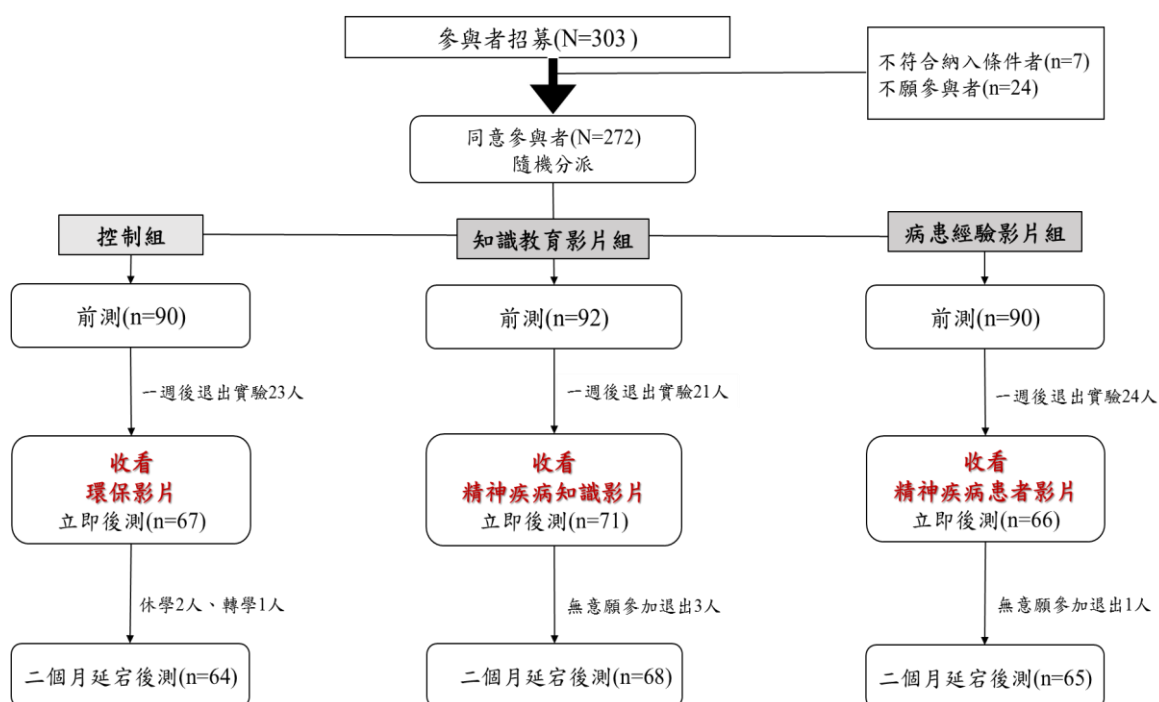


圖 7 本研究受試者參與過程分布

第一節 人口學基本資料

本研究一共 197 名參與者完整完成三次，前測、立即後測、兩個月延宕後測的問卷測驗，其中控制組 64 人、知識教育影片組 68 人、病患經驗影片組 65 人。在男女性比例方面，全體女性佔 86%，其餘為男性，三組男女比例無統計上顯著差異。

在年齡平均方面，全體年齡平均 16.16 歲（標準差 0.47 歲），三組年齡平均分布無存在統計上顯著差異。

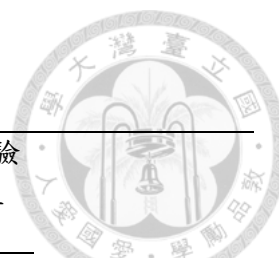
科別方面，受試者的職業類科為餐飲科人數最高，佔 27%、資處科人數最少，佔 6%，其餘人數依序為商經科第二、幼保科第三、美容科第四、觀光科第五，三組受試者之科別分佈均無達到統計上顯著差異。

在父母最高教育程度方面，是以父母親兩人擇最高教育程度為代表，經合併後分為「無或不清楚」、「小學國初中」、「高中職」、「大專以上」四種情形；以全體受試者來看，父母親教育水準以高中職最多，佔 61%，無或不清楚最少，佔 6%，三組父母最高教育程度無存在統計上顯著差異。

在宗教信仰方面，經合併為「無或其它」、「佛道教」、「基督天主教」三類，以全體而言，無或其他信仰者為 132 人佔 67%，佛道教其次，基督天主教比例最少佔 4%，三組在宗教信仰方面並無達到統計上顯著差異。

在是否罹患過精神疾病方面，全體而言，多數人未得過精神疾病，有得過精神疾病者僅 6 人，佔全體 3%，三組罹病經驗人數無達到統計差異。

由上述可得人口學各變項皆無達到統計上之顯著差異，可得知將受試者分派各組的結果符合隨機之原則，三組受試者之介入結果應可不受人口學變項之干擾。如次頁表格 7。



表格 7 受試者人口學特徵

變項	全體	控制組	知識教育 影片組	病患經驗 影片組	χ^2 / F	df	p
	(N=197)	(n=64)	(n=68)	(n=65)			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
性別					1.023	2	0.6
女性	170 (86%)	54 (84%)	61 (90%)	55 (85%)			
男性	27 (14%)	10 (16%)	7 (10%)	10 (15%)			
年齡平均(標準差)	16.1(0.47)	16.1 (0.48)	16.19(0.47)	16.12(0.48)	0.34	2	0.71
科別					2.299	10	0.99
商經科	45 (23%)	15 (23%)	14 (21%)	16 (25%)			
資處科	12 (6%)	4 (6%)	3 (4%)	5 (8%)			
觀光科	21 (11%)	8 (13%)	6 (9%)	7 (11%)			
餐飲科	53 (27%)	17 (27%)	20 (29%)	16 (25%)			
幼保科	40 (20%)	13 (20%)	14 (21%)	13 (20%)			
美容科	26 (13%)	7 (11%)	11 (16%)	8 (12%)			
父母最高教育程度					5.343	6	0.5
不清楚	11 (6%)	5 (8%)	3 (4%)	3 (5%)			
小學國初中	25 (13%)	5 (8%)	8 (12%)	12 (18%)			
高中職	121 (61%)	43 (67%)	43 (63%)	35 (54%)			
大專以上	40 (20%)	11 (17%)	14 (21%)	15 (23%)			
宗教信仰					2.93	4	0.57
無或其它	132 (67%)	40 (63%)	47 (69%)	45 (66%)			
佛道教	57 (29%)	21 (33%)	20 (29%)	16 (24%)			
基督天主教	8 (4%)	3 (5%)	1 (1%)	4 (6%)			
得過精神疾病					0.04	2	0.99
有	6 (3%)	2 (3%)	2 (3%)	2 (3%)			
無	191 (97%)	62 (97%)	66 (97%)	63 (97%)			

註：差異性檢定為卡方檢定/變異數檢定

第二節 身心狀況與接觸經驗分布

前測全體之身心狀況、憂鬱症和思覺失調症患者接觸經驗、憂鬱症與思覺失調症汙名化指標分數說明，如下頁表格 8：

身心狀況方面，全體平均數為 19.38 (標準差 5.7)，三組經 ANOVA 檢定並未達到顯統計上顯著。在憂鬱症患者接觸經驗方面，全體平均分數為 35.7 (標準差 26.9)，三組經 ANOVA 檢定在統計上未達顯著。在思覺失調症患者接觸經驗方面全體平均 28.5 (標準差 27.3)，三組由 ANOVA 檢定後，並無達到統計上之顯著。

在汙名化指標分數方面，憂鬱症認知分數全體平均 61.55 分(標準差 7.18)三組經由 ANOVA 檢定後，並無達到統計上顯著，在憂鬱症態度分數上全體平均為 18.16 分(標準差 2.79)，三組未達到統計上之顯著，憂鬱症社會距離方面全體平均 23.2 分(標準差 4.96)，三組分數無統計上之顯著；思覺失調症認知分數全體平均 59.61 分(標準差 7.28)三組經由 ANOVA 檢定後沒有達到統計上之顯著，思覺失調症態度分數全體平均 14.50 分(標準差 1.97)，三組沒有達到統計上之顯著，思覺失調症社會距離分數全體平均 20.05 分(標準差 5.16)三組亦無達到統計上之顯著。

本研究於前測之全體身心狀況、憂鬱症患者接觸經驗、思覺失調症患者接觸經驗、憂鬱症汙名化指標分數(認知、態度、社會距離)與思覺失調症汙名化指標分數(認知、態度、社會距離)，於未實施介入前，三組皆無統計上之顯著差異。

表格 8 前測各組身心狀況、憂鬱症和思覺失調症患者接觸程度、汙名化分數

變項	全體 (n=197)		控制組 (n=64)		知識教育 影片組 (n=68)		病人經驗 影片組 (n=65)		F	df	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
身心狀況	19.38	5.7	19.52	5.61	18.77	5.75	19.92	5.79	0.7	2	0.5
憂鬱症患者接觸經驗	35.66	26.87	37.52	29.39	34.52	26.96	35.02	24.39	0.2	2	0.8
思覺失調症患者接觸經驗	28.51	27.26	28.85	29.45	28.87	27.08	27.8	25.55	0	2	1
憂鬱症認知分數	61.55	7.18	61.50	8.50	62.52	6.43	60.55	6.50	1.3	2	0.29
憂鬱症態度分數	18.16	2.79	18.36	2.75	18.45	2.91	17.67	2.67	1.6	2	0.21
憂鬱症社會距離分數	23.20	4.96	22.94	5.99	24.13	4.59	22.48	4.07	2	2	0.14
思覺失調症認知分數	59.61	7.28	60.03	7.25	59.72	8.08	59.03	6.33	0.3	2	0.75
思覺失調症態度分數	14.50	1.97	14.41	1.82	14.54	2.43	14.54	1.53	0.1	2	0.92
思覺失調症社會距離分數	20.05	5.16	20.18	5.93	20.59	4.81	19.37	4.69	0.9	2	0.39

註:採用變異數檢定各組差異

第三節 各組汙名化指標分數

憂鬱症與思覺失調症之汙名化情形，分為認知、態度、社會距離三種指標分數，依介入內容分控制組、知識教育影片組、病患經驗影片組，又依施測時間分為前測、立即後測、二個月延宕後測 3 個時間點，故有 54 組平均數與標準差，如下頁表格 9。

表格 9 各組汙名化指標分數

		控制組			知識教育影片組			病患經驗影片組			
		前測	立即 後測	延宕 後測	前測	立即 後測	延宕 後測	前測	立即 後測	延宕 後測	
憂鬱症	認知	Mean	61.50	60.26	58.98	62.52	63.39	61.62	60.55	60.53	59.11
		SD	8.50	8.82	9.44	6.43	8.07	8.23	6.50	7.02	7.97
	態度	Mean	18.36	17.08	17.05	18.45	18.10	17.81	17.67	17.94	17.75
		SD	2.75	2.78	2.88	2.91	2.73	2.81	2.67	3.27	2.93
	社會	Mean	22.94	22.17	21.54	24.13	23.12	22.56	22.48	22.95	21.62
	距離	SD	5.99	5.56	5.11	4.59	3.93	4.55	4.07	5.27	5.52
思覺失調症	認知	Mean	60.03	58.82	58.27	59.72	62.45	60.80	59.03	59.42	57.65
		SD	7.25	8.36	7.22	8.08	9.92	8.24	6.33	8.54	8.34
	態度	Mean	14.41	14.67	14.61	14.54	14.79	14.64	14.54	15.12	15.09
		SD	1.82	1.87	1.87	2.43	2.06	1.84	1.53	1.90	2.13
	社會	Mean	20.18	20.89	20.54	20.59	21.39	20.55	19.37	21.50	20.27
	距離	SD	5.93	5.12	5.59	4.81	4.18	4.24	4.69	5.34	4.71

以下就憂鬱症與思覺失調症兩疾病之汙名化各指標分數分開比較，觀察各介入組在不同時間點之分數表現趨勢，以圖表呈現如下。

就憂鬱症認知分數在三個時間點測量之結果，僅知識教育影片組別在立即後測分數有出現上升的趨勢，控制組與病患經驗影片組則無此現象。如下圖 8。

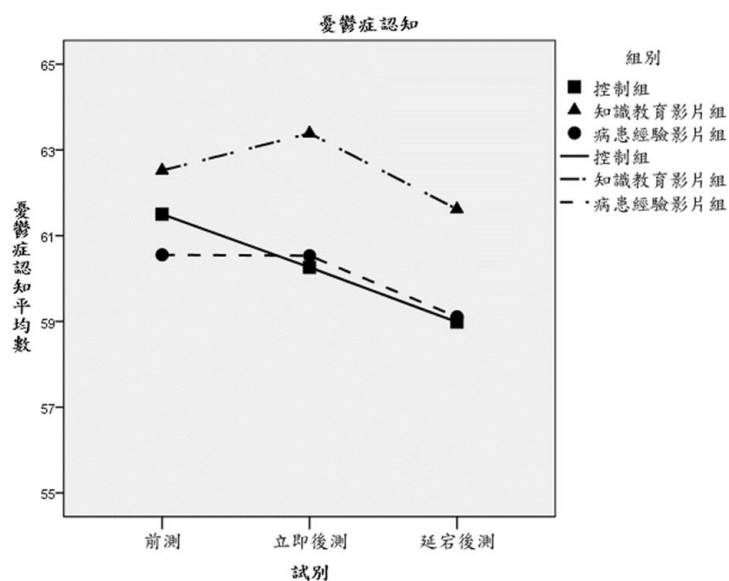


圖 8 各組憂鬱症認知分數於不同測量時間之趨勢

就憂鬱症態度分數在三個時間點測量之結果，病患經驗影片組出現些微上升趨勢其餘兩組則呈下降趨勢。如下圖 9。

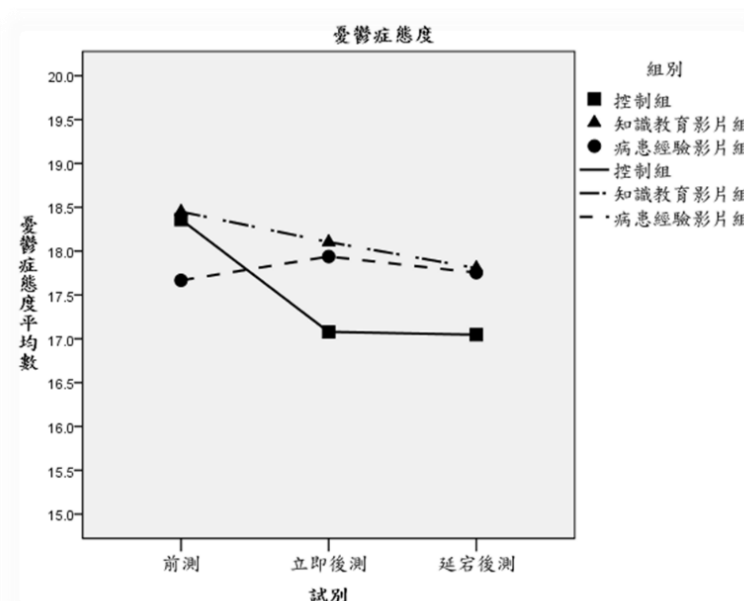


圖 9 各組憂鬱症態度分數於不同測量時間之趨勢

就憂鬱症社會距離分數在三個時間點測量之結果，三組介入組中只有病患經驗影片組於立即後測時出現上升，其餘兩組皆呈現下降。如下圖 10。

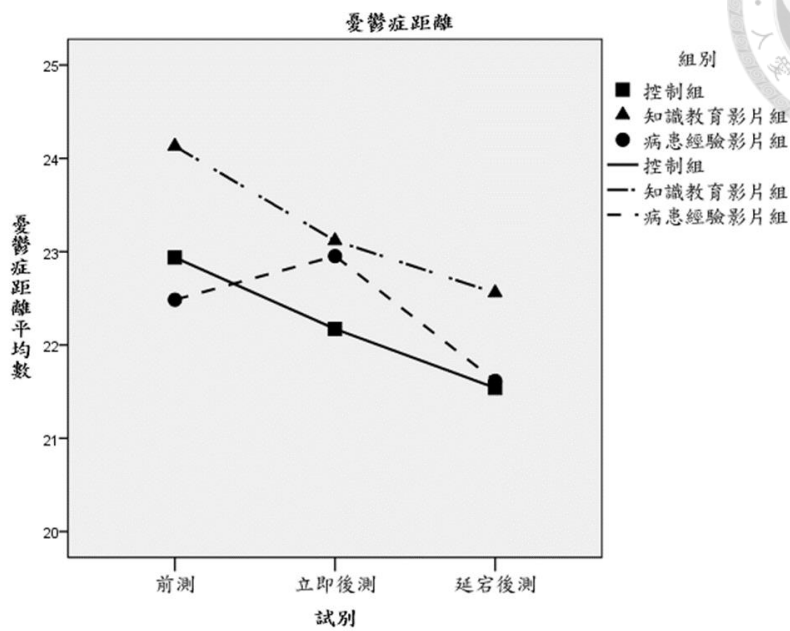


圖 10 各組憂鬱症社會距離分數於不同測量時間之趨勢

就思覺失調症認知分數在三個時間點測量之結果，知識教育影片與病患經驗影片皆對立即後測有上升的趨勢但知識教育影片明顯大於病患經驗。如下圖 11。

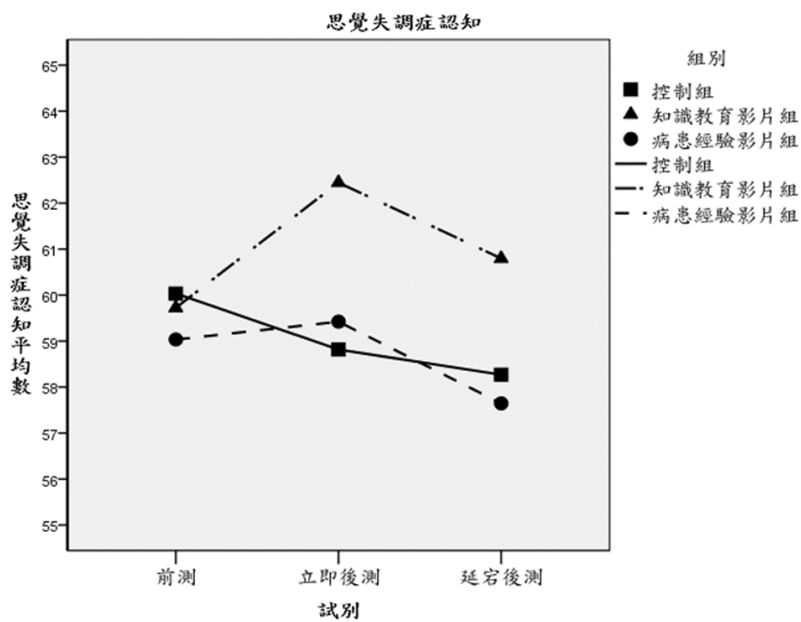


圖 11 各組思覺失調症認知分數於不同測量時間之趨勢

就思覺失調症態度分數影片在三個時間點測量之結果，三組皆於立即後測呈現向上趨勢並於延宕後測分數稍微有下降但仍均超過該組前測分數。如圖 12。

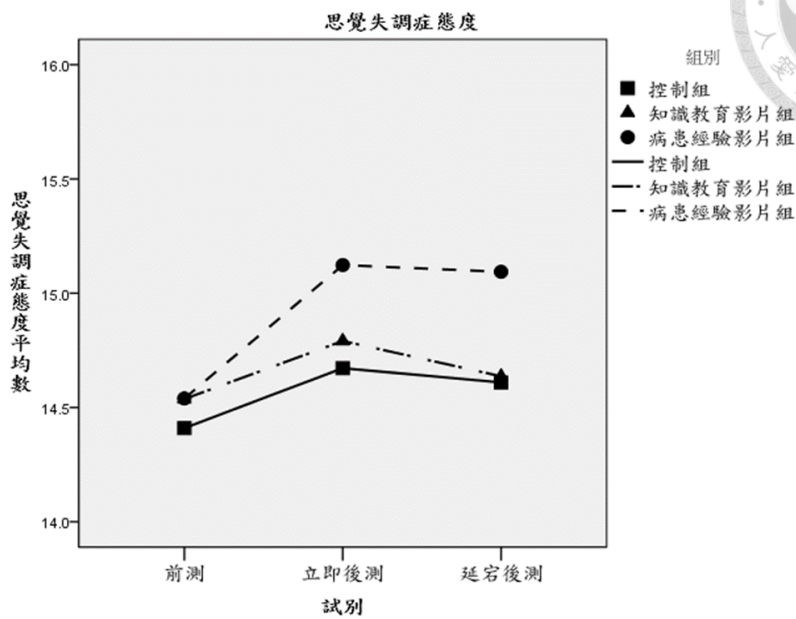


圖 12 各組思覺失調態度分數於不同測量時間之趨勢

思覺失調症社會距離分數在三時間點測量後，三組於立即後測呈向上趨勢並於延宕後測稍微有下降，但病患經驗影片組延宕仍超過前測分數。如下圖 13。

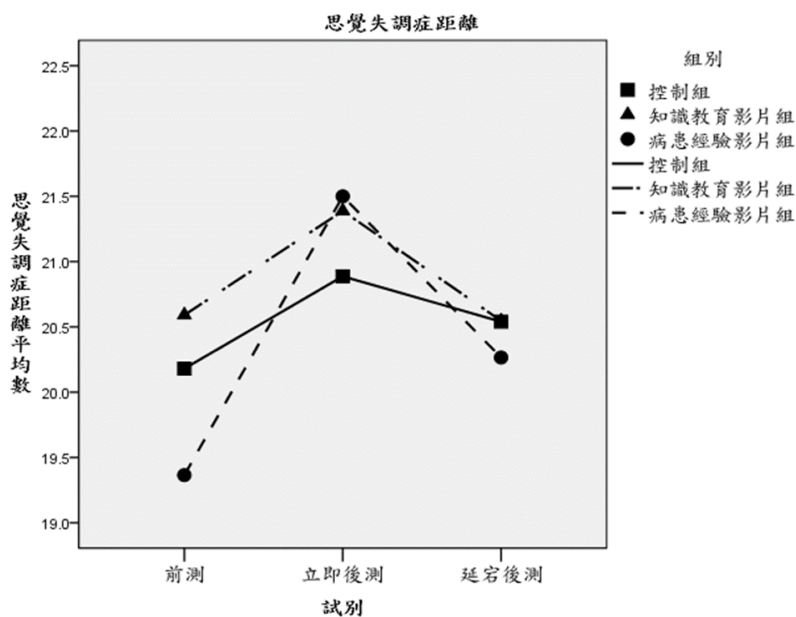


圖 13 各組思覺失調症社會距離分數於不同測量時間之趨勢

第四節 介入對去汙名化之成效

使用 Zeger & Liang(1986)提出的廣義估計方程式 (Generalized estimating equation, GEE) 作為重複測量的資料分析方法。藉廣義估計方程式控制人口學變項、身心狀況、接觸經驗，檢定不同介入導向對精神疾病去汙名化的指標分數在立即與延宕之效果。

本研究之 GEE 模式，如下所示：(以憂鬱症認知分數為例)

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_1 * X_3 + \beta_6 X_1 * X_4 + \beta_7 X_2 * X_3 + \beta_8 X_2 * X_4 + \sum \beta_i X_j + \varepsilon$$

Y：代表受試者的憂鬱症認知分數

X_1 、 X_2 ：代表組別 (控制組為 $X_1=0$ & $X_2=0$)，(知識影片組為 $X_1=1$ & $X_2=0$)，(病患經驗組為 $X_1=0$ & $X_2=1$)。

X_3 、 X_4 ：代表問卷施測時間點(前測時 $X_3=0$ & $X_4=0$)，(立即後測時 $X_3=1$ & $X_4=0$)，(延宕後測時 $X_3=0$ & $X_4=1$)。

$\beta_i X_j$ ：其他可能影響結果的變項，如性別、年齡、科別、宗教信仰、父母最高教育程度、身心狀況、接觸經驗，(i=9、...)，(j=5、...)。

ε ：誤差項，不受其他變項變化影響的隨機項。

在上列 GEE 模式中，重要係數有 β_1 、 β_2 、 β_3 、 β_4 、 β_5 、 β_6 、 β_7 、 β_8 ，

β_1 、 β_2 ：分別表現知識影片組和病患經驗影片組與控制組之間的基本差異，

β_3 、 β_4 ：分別表現立即後測與延宕後測相對前測時憂鬱症認知分數的改變程度，

β_5 ：知識教育影片在立即後測時相較控制組在前測時對憂鬱症認知分數的影響，

β_6 ：知識教育影片在延宕後測時相較控制組在前測時對憂鬱症認知分數的影響，

β_7 ：病患經驗影片在立即後測時相較控制組在前測時對憂鬱症認知分數的影響，

β_8 ：病患經驗影片在延宕後測時相較控制組在前測時對憂鬱症認知分數的影響。

係數 β_1 、 β_2 、 β_3 、 β_4 、 β_5 、 β_6 、 β_7 、 β_8 之關係如下頁表 10 所示：



表格 10 本研究廣義估計方程式係數關係圖

		Ⓓ	Ⓔ	Ⓕ	Ⓓ減去Ⓕ	Ⓔ減去Ⓕ
		知識教育影片組 (X ₁ =1&X ₂ =0)	病人經驗影片組 (X ₁ =0&X ₂ =1)	控制組 (X ₁ = 0&X ₂ =0)		
Ⓐ	立即後測 (X ₃ = 1&X ₄ =0)	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_3 + \beta_5$	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_3 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_3$	$\beta_1 + \beta_5$	$\beta_2 + \beta_7$
Ⓑ	延宕後測 (X ₃ = 0&X ₄ =1)	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_4 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_4 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_4$	$\beta_1 + \beta_6$	$\beta_2 + \beta_8$
Ⓒ	前測 (X ₃ = 0&X ₄ =0)	$\beta_0 + \beta_1$	$\beta_0 + \beta_2$	β_0	β_1	β_2
Ⓐ減去Ⓒ		$\beta_3 + \beta_5$	$\beta_3 + \beta_7$	β_3	β_5	β_7
Ⓑ減去Ⓒ		$\beta_4 + \beta_6$	$\beta_4 + \beta_8$	β_4	β_6	β_8

三次測量時間點間隔不同，工作相關矩陣係數(Working correlation matrix)以實際觀察資料作估計，採未結構化 (Unstructured) 之工作相關矩陣，分析結果如次頁：

在憂鬱症去汙名化的態度分數裡，病患經驗影片組在立即後測時相較於控制組在前測時增加了 1.691 分，且達到統計上顯著，而在病患經驗影片組於延宕後測時則是較控制組在前測時多了 1.464 分，且達到統計上顯著。憂鬱症社會距離分數裡，病患經驗影片組在立即後測時較控制組在前測時多了 2.089 分，且達到統計上顯著，其餘各組則無統計上顯著。如下表格 11。

表格 11 以廣義估計方程式檢定憂鬱症去汙名介入結果

憂鬱症 參數	認知			態度			社會距離		
	估計值	標準誤	Pr > Z	估計值	標準誤	Pr > Z	估計值	標準誤	Pr > Z
控制組 Reference									
知識教育影片組	1.329	1.309	0.310	-0.070	0.478	0.884	1.030	0.913	0.259
病患經驗影片組	-1.080	1.333	0.418	-1.061	0.465	0.022	-0.960	0.875	0.273
前測 Reference									
立即後測	-1.245	0.976	0.202	-1.024	0.293	0.001	-1.133	0.533	0.033
延宕後測	-2.214	0.970	0.023	-0.976	0.329	0.003	-1.702	0.576	0.003
控制組*前測 Reference									
知識教育影片組*立即後測	2.058	1.339	0.124	0.857	0.439	0.051	-0.070	0.733	0.924
知識教育影片組*延宕後測	1.321	1.262	0.295	0.745	0.510	0.144	0.137	0.789	0.862
病患經驗影片組*立即後測	1.933	1.300	0.137	1.691	0.461	*<0.001	2.089	0.798	*0.009
病患經驗影片組*延宕後測	1.557	1.269	0.220	1.464	0.432	*<0.001	1.398	0.775	0.071

註：本表為控制性別、年齡、科別、宗教信仰、父母親最高教育程度、罹病經驗、身心狀況與憂鬱症接觸經驗所得之檢定結果

在思覺失調症去汙名化的認知分數裡，知識教育影片組在立即後測時相較於控制組在前測時多了 3.393 分，且達到統計上顯著。思覺失調症社會距離分數裡，病患經驗影片組在立即後測時相較控制組在前測時增加了 2.033 分，且達到統計上顯著，其餘各組則無統計上顯著。如下表格 12。



表格 12 以廣義估計方程式檢定思覺失調症去汙名介入結果

思覺失調症 參數	認知			態度			社會距離		
	估計值	標準誤	Pr > Z	估計值	標準誤	Pr > Z	估計值	標準誤	Pr > Z
控制組	Reference								
知識教育影片組	0.196	1.216	0.872	0.033	0.369	0.928	0.139	0.898	0.877
病患經驗影片組	-0.940	1.154	0.416	0.018	0.307	0.954	-1.331	0.896	0.138
前測	Reference								
立即後測	-0.259	1.004	0.796	0.156	0.296	0.599	0.254	0.476	0.593
延宕後測	-1.201	0.870	0.167	0.173	0.291	0.554	0.381	0.510	0.455
控制組*前測	Reference								
知識教育影片組*立即後測	3.393	1.537	*0.027	0.139	0.456	0.761	0.446	0.736	0.544
知識教育影片組*延宕後測	1.591	1.405	0.258	0.138	0.425	0.746	-0.418	0.824	0.612
病患經驗影片組*立即後測	1.129	1.474	0.444	0.408	0.411	0.321	2.033	0.769	*0.008
病患經驗影片組*延宕後測	-0.026	1.406	0.985	0.466	0.416	0.263	0.759	0.771	0.325

註：本表為控制性別、年齡、科別、宗教信仰、父母親最高教育程度、罹病經驗、身心狀況與思覺失調症接觸經驗所得之檢定結果

將前述有達統計上顯著之結果整理如下表格 13：

表格 13 去汙名化介入結果整理

	知識教育影片					病患經驗影片						
	認知	態度	社會 距離	延宕 認知	延宕 態度	延宕 社會 距離	認知	態度	社會 距離	延宕 認知	延宕 態度	延宕 社會 距離
憂鬱症							***	**			***	
思覺失調症	*							**				

註：*指達統計上顯著，*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

第陸章、討論



第一節 主要研究結果

知識教育影片對思覺失調症在認知分數上有立即顯著的改善，但在兩個月延宕後測中呈現回復，而對憂鬱症則皆無明顯效果。

病患經驗影片對憂鬱症在態度分數上有立即顯著的改善並且在兩個月延宕後測中，效果仍被保持而未消失，病患經驗影片也對憂鬱症和思覺失調症在社會社會距離分數上有立即的顯著改善，但於兩個月延宕後測中效果皆呈現回復。

另外在知識教育影片組對憂鬱症在態度上立即後測的分數接近顯著差異 ($P=0.051$)，表示亦有相當大的可能性可以認為知識教育影片對憂鬱症在態度的立即改善上是有效果的。

在各組三次時間汙名化指標分數比較的折線圖中，有些出現前測、立即後測、延宕後測分數呈下降情形，但是否達到統計上顯著還有待統計驗證。

第二節 與過去研究比較

就族群而言，過去利用影片針對年齡在 15~18 歲中學生(Chan et al., 2009; Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011; Saporito, Ryan, & Teachman, 2011) 施行去汙名介入，與本研究族群年齡相符，雖就學制上為職業學校學生有些許差異，但研究結果仍有顯示改善情形。

就兩種導向影片對去汙名化效果而言，病患經驗影片較知識教育影片帶來較多的去汙名化改善，即使在不同的疾病上，皆可發現效果，此與過去研究，接觸會對去汙名化達到更多改善(P. W. Corrigan et al., 2007)結果相符。知識教育影片僅對思覺失調症僅在立即後測的認知分數有顯著改善，對態度、社會距離皆無效果，就過去研究可得知，教育導向的介入方式常會放入破除迷思的內容(Chan et al., 2009; P. W. Corrigan et al., 2002; V. Pinfold et al., 2003; Sakellari, Leino-Kilpi, & Kalokerinou-Anagnostopoulou, 2011)，而使得態度與社會距離雙雙得以改善，本研究知識教育影片僅就知識傳播並無破除迷思內容，可能導致結果上的差異，但國內也有僅以知識傳播並無破除迷思之內容，採衛教單張的去汙名化介入(陳依煜 & 連盈如, 2015)而達到成效，但該研究因採用之媒體與本研究不同，是否精

神疾病知識以紙本介入會比影片介入更具效果，可再做進一步研究探討。過去研究出現，越熟悉精神疾病的受試者，例如因家庭成員患有精神疾病，會在教育導向的介入有更好的效果，而接觸精神疾病經驗越多的受試者反而在態度、社會社會距離改善會較少，這種增強認知或類似天花板效應(Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999)在本研究以藉由隨機分派以及統計方法加以控制掉，並無法看到此情形。

Corrigan 所提的教育與接觸，皆為去汙名常用的介入方式，但將這兩種方式皆以影片作為介入媒介，並比較兩種不同導向影片其去汙名化的效果，過去僅止一篇，該研究亦顯示接觸效果比教育效果好 (P. W. Corrigan et al., 2007)，但該篇是以歸因理論探討汙名化的因子彼此之間的關係，依變項與本研究不同，以及追蹤時間僅一周，亦無取兩種精神疾病做探討，與本次研究為差異之處。

另外過去研究在與病患做接觸介入時，會有幾個共通點即是傳達患者症狀的是可以改善的而且回復原來正常的生活(Reinke et al., 2004; Woods, 2002)此與本研究病患所傳遞的經驗相符，如同在教育導向的介入上，破除迷思也是常出現的共同點，但本研究未使用，而在這部分本研究沒出現成效，兩內涵的有無即在成效上反應出來。

就延宕效果而言，病患經驗影片在態度改善上出現延宕的效果，與過去研究中長期延宕效果研究中，以社會接觸的介入方式在改善態度上的延宕效果是有效的(Mehta et al., 2015)，情形一致。即便觀看影片的成效常在一個月後回復(Anderson & Austin, 2012)，較可解釋本研究中於兩個月後的延宕後測沒達到顯著的情形，但過去仍有利用複習的方式將延宕後測延至兩個月，並且達到成效(Pinto-Foltz et al., 2011)，或是無複習也可達到三個月(Esters et al., 1998)或是四個月(Clement et al., 2012)的成效。

第三節 研究限制

本研究對象為高職學生，無法外推至其他族群，因高職一節課為 50 分鐘，無法同時完成前測後，即觀看介入影片再完成立即後測，故將前測提至一週前，但這段期間，若有受試者自行去找尋相關去汙名資料，也會造成干擾，而在研究設計方面，研究者以亂數表隨機分派受試者組別，而無法形成雙盲

(double-blinded)，另外控制組的受試者在觀看影片時，即可發現自身看的是與精神疾病不相干的影片，可能會產生強亨利效應(John Henry effect) 或怨恨性怠工(resentful demoralization)，造成實驗結果的不顯著或過顯著，如憂鬱症認知與態度分數上，在控制組於前測、立即後測、延宕後測分數趨勢呈現連續下降，推估跟此效應有關。因為同一組試題要測兩種疾病，所以問卷題目在同一次測驗中需要瀏覽兩次同樣的內容，可能會造成受試者填答上的不耐煩或草率，影響結果，受試者對病患經驗影片中的病患喜好度、口條語調、肢體語言等，對不同受試者而有差別，造成接受度不一，干擾結果，本次實驗延宕只到兩個月，無法外推再更長的延宕時間，尚未直接比較兩種介入導向效果的差異，待往後可以採取適當統計方法做驗證。

第七章、結論與建議

第一節 結論與貢獻

知識教育影片能立即改善高職學生對思覺失調症的認知，但效果會隨時間遞減在兩個月後消失。病患經驗影片能立即改善高職學生對憂鬱症的態度，且效果可以維持兩個月，還能立即同時改善高職學生對憂鬱症和思覺失調症的社會距離，但效果於兩個月後回復。

證明觀看手機影片即可達到精神疾病去汙名之效果，部分指標效果亦可達兩個月之久，此法可不受天候、時間與空間限制，介入方式簡潔能夠重複實施，有助推廣到其它場域的精神疾病去汙名化教育，為改善精神疾病的汙名化工作提供重要參考。

第二節 去汙名化教育建議

由本次研究了解，未來在設計精神疾病去汙名教育時，應以病患分享自身經驗為主軸，著重接觸導向可改善對精神疾病的態度與減少社會距離，著重知識導向則可增加對精神疾病的認知，採用影片觀賞即可獲得去汙名化效果，若需維持長時間的效果時，建議可以定時的複習(Kaplan, Vogel, Gentile, & Wade, 2012)方式，延長去汙名化之效益。

使用手機播放影片的間接接觸即可代替直接接觸精神病患，可減少人事時地的資源耗費，可省去視聽播放場地的使用與大型演講講座的舉辦，如此有利於增加多次去汙名的介入頻率，如此更能促進和維持對青少年心理健康和對疾病積極的態度(Schulze et al., 2003; Stuart, 2006)。

第三節 未來研究建議

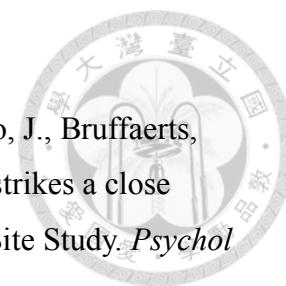
就研究對象而言，青少年時期的學生包含國中學生和高中職學生，本次研究僅對高職學生做探討，建議未來可以將研究對象擴大至國中學生和高中學生，並再加以比較。

就介入教材而言，控制組影片建議採用與身體健康有關之影片，以避免控制組受試者明顯感受其收看完全與人無關之無意義影片；病患經驗影片組的病患在

分享經驗時，是否受試者會受因對其病患喜好程度不同、語氣聲調差異或個人特質魅力等而影響成效，故可以探討此狀況是否會造成去汙名化效果上的差異或是在研究設計上需留意此現象，過去研究為避免此情形，在不同實驗組別採用同一人做說明，以減少對結果影響之現象(P. W. Corrigan et al., 2007)。

就延宕時間而言，雖然去汙名化的效果會受到潛在社會期望偏見的影響而削弱(Chan et al., 2009)，但可以利用接觸導向與複習的策略將延宕時間拉長，亦可探討不同策略下對中長期延宕時間之影響，未來研究可以探討延宕時間能否延長，例如一年 (P. W. Corrigan et al., 2007) ，或是不同策略與延宕時間的差異。另外可就增強認知或類似天花板效應(Holmes et al., 1999)現象作多次的可以增加樣本以確定知識教育影片是否可改善對憂鬱症態度。建議在前測測驗完成後立即做介入措施並完成立即後測可避免中間產生延宕時間，導致受試者自行去找尋相關去汙名資料而影響研究結果。

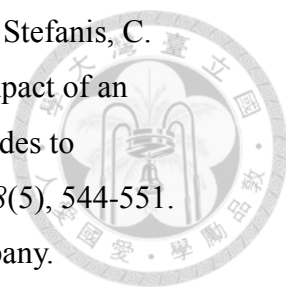
參考文獻

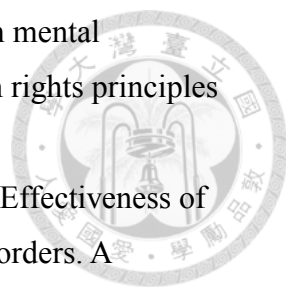


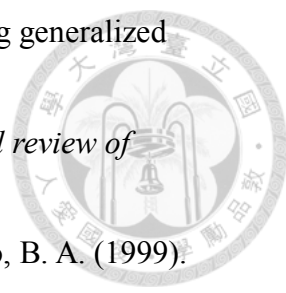
- Ahmedani, B. K., Kubiak, S. P., Kessler, R. C., de Graaf, R., Alonso, J., Bruffaerts, R., . . . Anthony, J. C. (2013). Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study. *Psychol Med*, 43(10), 2191-2202.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Anderson, K., & Austin, J. C. (2012). Effects of a documentary film on public stigma related to mental illness among genetic counselors. *Journal of genetic counseling*, 21(4), 573-581.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med*, 27(1), 131-141.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(9), 526-534.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Bhugra, D. (2003). Teaching psychiatry through cinema. *Psychiatric Bulletin*, 27(11), 429-430.
- Bogardus, E. S. (1928). *Immigration and race attitudes*. Oxford, England: Heath.
- Bradstreet, S., Dodd, A., & Jones, S. (2018). Internalised stigma in mental health: An investigation of the role of attachment style. *Psychiatry Res*, In Press.
- Brown, S. A., Evans, Y., Espenschade, K., & O'Connor, M. (2010). An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community Ment Health J*, 46(5), 494-499.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Jr., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47(6), 511-518.

- Cangas, A. J., Navarro, N., Parra, J. M. A., Ojeda, J. J., Cangas, D., Piedra, J. A., & Gallego, J. (2017). Stigma-Stop: A Serious Game against the Stigma toward Mental Health in Educational Settings. *Front Psychol*, 8, 1385.
- Chan, J. Y., Mak, W. W., & Law, L. S. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Soc Sci Med*, 68(8), 1521-1526.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *J Adolesc Health*, 38(6), 754 e751-758.
- Cheung, F. M. (1988). Surveys of community attitudes toward mental health facilities: reflections or provocations? *Am J Community Psychol*, 16(6), 877-882.
- Cheung, F. M. (1990). People against the mentally ill: community opposition to residential treatment facilities. *Community Ment Health J*, 26(2), 205-212.
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., de Castro, M., . . . Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 201(1), 57-64.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 11-44). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Ment Health J*, 43(2), 171-181.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*, 56(5), 544-550.

- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., . . . Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., . . . Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull*, 28(2), 293-309.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J*, 43(5), 439-458.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma *The handbook of social psychology*, Vols. 1-2, 4th ed. (pp. 504-553). New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Crosnoe, R., & McNeely, C. (2008). Peer relations, adolescent behavior, and public health research and practice. *Fam Community Health*, 31 Suppl 1, S71-80.
- Draucker, C. B. (2005). Processes of mental health service use by adolescents with depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 155-162.

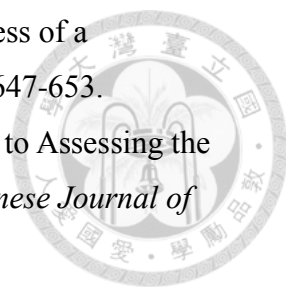
- 
- Economou, M., Louki, E., Peppou, L., Gramandani, C., Yotis, L., & Stefanis, C. (2012). Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 544-551.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*: WW Norton & Company.
- Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2009). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health*, 15(2), 243-250.
- Esters, I. G., Cooker, P. G., & Ittenbach, R. F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, 33(130), 469-476.
- Farrelly, S., Jeffery, D., Rusch, N., Williams, P., Thornicroft, G., & Clement, S. (2015). The link between mental health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychol Med*, 45(10), 2013-2022.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, 39(2), 175-191.
- Fernandez, A., Tan, K. A., Knaak, S., Chew, B. H., & Ghazali, S. S. (2016). Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial. *Acad Psychiatry*, 40(6), 905-911.
- Finkelstein, J., & Lapshin, O. (2007). Reducing depression stigma using a web-based program. *Int J Med Inform*, 76(10), 726-734.
- Finkelstein, J., Lapshin, O., & Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Couns*, 71(2), 204-214.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (2001). *Cognitive Development* (4th Edition).
- Fu, T. S., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C., & Cheng, A. T. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9862), 235-241.
- Gabbard, G. O., & Gabbard, K. (1999). *Psychiatry and the cinema*, 2nd ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.

- 
- Gostin, L. O., & Gable, L. (2004). The human rights of persons with mental disabilities: a global perspective on the application of human rights principles to mental health. *MD Law Rev*, 63(1), 20-121.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342-349.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2007). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*: Am Acad Pediatrics.
- Harré, J. R., Niki. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of mental patients'. *Journal of Mental Health*, 10(2), 223-235.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*, 25(3), 447-456.
- Janouskova, M., Tuskova, E., Weisssova, A., Trancik, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *Eur Psychiatry*, 41, 1-9.
- Jones, E. (2014). Neuro psychiatry 1943: the role of documentary film in the dissemination of medical knowledge and promotion of the U.K. psychiatric profession. *J Hist Med Allied Sci*, 69(2), 294-324.
- Kaplan, S. A., Vogel, D. L., Gentile, D. A., & Wade, N. G. (2012). Increasing positive perceptions of counseling: The importance of repeated exposures. *The Counseling Psychologist*, 40(3), 409-442.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 359-364.

- 
- Liang, K.-Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13-22.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 71(12), 2150-2161.
- Marcell, A. V., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 61-68.
- McKenny, K. (2011). Using an online video to teach nursing skills. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(4), 172-175.
- Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *Eur Psychiatry*, 28(7), 404-411.
- Mellor, C. (2014). School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *Psychiatr Bull* (2014), 38(4), 164-171.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., . . . Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(1), 32-45.
- Midmer, D. (2004). Cine-ed: using films to teach medical learners. *BMJ*, 329(7469), s140.
- Ng, P., & Chan, K. F. (2002). Attitudes towards people with mental illness. Effects of a training program for secondary school students. *Int J Adolesc Med Health*, 14(3), 215-224.
- Nguyen, E., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(7), 1087-1098.

- Norman, R. M., Sorrentino, R. M., Gawronski, B., Szeto, A. C., Ye, Y., & Windell, D. (2010). Attitudes and physical distance to an individual with schizophrenia: the moderating effect of self-transcendent values. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(7), 751-758.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*, 186(4), 297-301.
- Owen, P. (2007). Dispelling Myths About Schizophrenia Using Film. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 60-75.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A., & Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC Medical Education*, 12(1), 120.
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry Res*, 219(1), 143-150.
- Penn, D. L., & Corrigan, P. W. (2002). The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophr Res*, 55(3), 269-276.
- Petchers, M. K., Biegel, D. E., & Drescher, R. (1988). A Video-Based Program to Educate High-School Students About Serious Mental-Illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(10), 1102-1103.
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., & Arboleda-Flórez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*, 4(Suppl 1), 48-52.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*, 182, 342-346.
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med*, 72(12), 2011-2019.

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). Global mental health 1 - No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Rahman, A., Mubbashar, M. H., Gater, R., & Goldberg, D. (1998). Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*, 352(9133), 1022-1025.
- Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of social and clinical psychology*, 23(3), 377-389.
- Rickwood, D., Cavanagh, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2012). Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School - Based Programme. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4), 23-32.
- Sakellari, E., Leino-Kilpi, H., & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2011). Educational interventions in secondary education aiming to affect pupils' attitudes towards mental illness: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(2), 166-176.
- Saporito, J. M., Ryan, C., & Teachman, B. A. (2011). Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. *Stigma research and action*, 1(1), 9-21.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 107(2), 142-150.
- Sharif, L. S. (2015). *Development and preliminary evaluation of a media-based health education intervention to reduce mental disorder-related stigma among nursing students in Jeddah, Saudi Arabia*. King's College London.
- Skinner, A. L., Meltzoff, A. N., & Olson, K. R. (2017). "Catching" Social Bias. *Psychol Sci*, 28(2), 216-224.
- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 31(3), 186-193.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B., & Donnerstein, E. (2012). Children, adolescents, and the media: health effects. *Pediatr Clin North Am*, 59(3), 533-587, vii.

- 
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program. *Can J Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Su, Y.-H., Li, S.-M., & Tsai, Y.-A. (2013). Applying Rasch Analysis to Assessing the Social Distance Scale in Patients with Schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 27(4), 329-333+ 325.
- Sugiura, T., Sakamoto, S., Kijima, N., Kitamura, F., & Kitamura, T. (2000). Stigmatizing perception of mental illness by Japanese students: comparison of different psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(4), 239-242.
- Switaj, P., Wciorka, J., Smolarska-Switaj, J., & Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 24(8), 513-520.
- Thonon, B., Pletinx, A., Grandjean, A., Billieux, J., & Laroi, F. (2016). The effects of a documentary film about schizophrenia on cognitive, affective and behavioural aspects of stigmatisation. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 50, 196-200.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness* (Vol. 399): Oxford university press Oxford.
- Tsang, H. W., Tam, P. K., Chan, F., & Cheung, W. (2003). Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: Implications for their recovery. *Journal of Community Psychology*, 31(4), 383-396.
- United Nations. (1971). Declaration on the rights of mentally retarded persons. *General Assembly Resolution*, 2857.
- United Nations. (1991). The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. *General Assembly Resolution*, A/RES/46/119.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., van Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2009). Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(3), 239-246.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40.

- Wahl, O. E. (2002). Children's Views of Mental Illness: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 134-158.
- Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophr Bull*, 25(3), 467-478.
- Wang, C.-H., & Yen, M.-H. (2017). The Effect of Contact Theory for De-stigmatizing Psychiatric Patients. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 31(4), 346-354.
- Watsford, C., & Rickwood, D. (2014). Young people's expectations, preferences, and experiences of therapy: Effects on clinical outcome, service use, and help-seeking intentions. *Clinical Psychologist*, 18(1), 43-51.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull*, 30(3), 563-572.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126.
- Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G., & Morrison, A. P. (2017). The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Res*, 255, 94-100.
- Woods, D. W. (2002). The effect of video-based peer education on the social acceptability of adults with Tourette's syndrome. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14(1), 51-62.
- World Health Organization. (2001). Mental health around the world: stop exclusion, dare to care: World Health Day 2001. from <http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/en/>
- World Health Organization. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*: WHO Regional Office Europe.
- World Health Organization. (2016). Schizophrenia. from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization. (2017). Depression: let's talk. from http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- World Psychiatric Association. (2000). The WPA programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia. *Geneva, WPA*.

- Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment Dis*, 201(6), 490-503.
- Yang, H. J., Soong, W. T., Kuo, P. H., Chang, H. L., & Chen, W. J. (2004). Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei: a stratum-specific likelihood ratio analysis. *J Affect Disord*, 82(3), 419-430.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59(12), 1437-1442.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv*, 56(5), 599-601.
- Young, D. K. W., Ng, P. Y. N., & Pan, J. (2017). Predictors and Prevalence of Recovery and Remission for Consumers Discharged from Mental Hospitals in a Chinese Society. *Psychiatr Q*, 88(4), 839-851.
- 王春展. (2006). 高中職生情緒智慧、憂鬱傾向與情緒調整之研究. *嘉南學報 (人文類)* (32), 484-507.
- 台灣精神醫學會, & 康復之友聯盟 (2017)。思覺失調症認知與態度調查。取自 http://www.sop.org.tw/news/l_info.asp?/31.html
- 伊甸基金會 (2001)。自殺意念調查。取自 <http://www.epochtimes.com/b5/1/2/22/n50003.htm>
- 吳文正 (2012)。被誤解的疾病。取自 <http://mental.health.gov.tw/WebForm/External/CleanStigmaDetail.aspx?CleanStigmaID=24&Type=06>
- 呂明峻. (2016). 高中職學生成癮物質使用盛行率與認知之調查研究-以南投縣為例(未出版之碩士論文). 國立中正大學犯罪防治研究所, 嘉義縣.
- 李曉梅. (2008). 精神疾病去污名方案設計與評估--以某高中學生為對象之實驗性研究(未出版之碩士論文). 國立陽明大學衛生福利研究所, 臺北市.

- 官達人. (2003). 社區居民對精神病患的態度調查(未出版之碩士論文). 國立陽明大學醫務管理研究所, 臺北市.
- 林靜蘭. (2007). 疾病管理模式於重返社區之精神分裂症病患的成效性研究(未出版之博士論文). 國立臺灣大學護理學研究所, 臺北市.
- 唐宜楨, & 吳慧菁. (2008). 精神疾患污名化與去污名化之初探. *身心障礙研究季刊*, 6(3), 175-196.
- 許哲男. (2007). 我國高中職學生價值觀之研究(未出版之碩士論文). 國立臺北科技大學技術及職業教育研究所, 臺北市.
- 陳玉芳. (2005). 青少年憂鬱概念、憂鬱程度與求助態度之相關研究(未出版之碩士論文). 國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所, 臺北市.
- 陳依煜, & 連盈如. (2015). 大學生精神病去污名教育介入成效初探. *中華心理衛生學刊*, 28(3), 421-447.
- 曾定強, 吳慧菁, 陳政智, & 楊志偉. (2008). 團體衛教課程在改善綜合醫院志工對精神疾病態度的影響. *中華心理衛生學刊*, 21(2), 191-209.
- 董氏基金會心理衛生中心 (2017)。六都民眾之心理健康需求、認知及憂鬱情緒現況調查。取自
<http://www.etmh.org/CustomPage/HtmlEditorPage.aspx?Mid=1346&ML=3>
- 精神衛生法 (民國 96 年 7 月 4 日).
- 臺大醫院精神醫學部. (2015a). 認識思覺失調症: 衛生福利部.
- 臺大醫院精神醫學部. (2015b). 憂鬱情緒障礙自助手冊: 衛生福利部.
- 臺北市康復之友協會 (2002)。精神健康你我他實用手冊第一輯。取自
http://www.xn--15tt31ae7f.tw/TW/Down4/ugC_Down.asp
- 衛生福利部統計處. (2017). 105 年度全民健康保險醫療統計年報 ----門、住診合計 (包括急診) 就診統計. from
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-3735-39006-113.html>
- 賴美嬌, 李佩育, & 薛淑滿. (2006). 精神病患重返社會接受度之探討. *福爾摩莎醫務管理雜誌*, 2(1), 58-68.
- 賴貞君. (2006). 社區民眾的鄰里接觸經驗對精神疾病及患者態度之影響(未出版之碩士論文). 國立臺灣大學護理學研究所, 臺北市.



附錄

附錄一 研究倫理審查許可證明



國立臺灣大學 行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

核可日期：2017年6月8日

倫委會案號：201703HS019

計畫名稱：台灣高職學生精神疾病去汙名化教育介入先導研究

校/院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/公衛學院/健康行為與社區科學研究所與公共衛生學系/張書森 助理教授

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2017年5月29日】、【知情同意書，2017年5月29日】、【2017年5月29日】

上述計畫業經2017年6月8日國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

本審查核可證明之有效期限自2017年6月8日起至2018年4月30日止。若有需要，計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的6週，提出持續審查申請表，方可繼續執行。

在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Handwritten signature of Shih-chung Hsieh in black ink.

Ethical Review Approval National Taiwan University

Date of approval: June 08, 2017

NTU-REC No.: 201703HS019

Title of protocol : Educational Intervention to Reduce Stigma Associated with Mental Illness: a Pilot Study in Taiwanese Vocational High School Students.

University/ College/ Department/ Principal Investigator : Institute of Health Behaviors and Community Sciences and Department of Public Health, College of Public Health, National Taiwan University / Assistant Professor Shu-Sen Chang

Version date of documents : 【Research Protocol, May 29, 2017】，【Informed Consent Form, May 29, 2017】，【Questionnaires, May 29, 2017】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as full board review on June 08, 2017. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

The duration of this approval is from June 08, 2017 to April 30, 2018. Continuing Review Application should be submit to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired.

The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh
Research Ethics Committee

Handwritten signature of Shih-chung Hsieh in black ink.



憂鬱症

美國精神醫學會在2013年5月公佈最新版，也就是第五版精

神疾病診斷與統計手冊（DSM-5），當中與憂鬱情緒相關的精

神科診斷包括：重鬱症註、持續性憂鬱症註三（或稱輕鬱情感障礙

症）、適應障礙症，以及經前期情緒障礙症。基本上，精神科醫師就是根據這些準則來判斷個案是否符合

精神疾病診斷。也許有的人會說「情緒反應是人類應有的正常現象，難道情緒不好就要被視作病態嗎？」，從而質疑精神醫學是不是將人過度疾病化了；事實上，精神科診斷的確立必須同時具備三要素——足夠多的特徵性症狀、足夠長的持續時間以及足夠影響個案原本功能的嚴重程度，而這些都詳列在診斷準則裡。也就是說，當個案除了情緒抑鬱外，同時還有與憂鬱情緒相關的認知、生理症狀，而且這些症狀持續不僅只有短短幾天，必須超過一段時間，還因此造成個案生活上方方面面的困擾，這時醫師才會界定個案達到憂鬱症的嚴重程度，進一步思考應該進行何種治療。造成憂鬱症的原因

造成憂鬱症的原因
究竟是什麼原因造成憂鬱症？要回答這個問題，可從「生物—心理—社會」模式中的三個層面來切入。簡單地說，當面對壓力

時，生理和心理都會有一連串反應被激活，同時個案身邊的社會支持系統，能不能發揮支持保護的力量，平衡壓力帶來的衝擊；

這三個要素以及彼此間交互作用的結果，決定個案是否感到憂鬱，而憂鬱情緒又會不會進展成為憂鬱症。

由於腦科學尚處於方興未艾的階段，對於憂鬱症的詳細生理致病機轉，還有很多需要深入研究探討的課題。在許多不同的理

論中，「單胺假說」可算是被廣泛接受的理論模型，因為大量實證研究支持「單胺假說」和臨床症狀、精神藥理學間的關聯性。

「單胺假說」認為：當大腦內調控情緒的神經傳導物質功能不足時，就會導致憂鬱情緒；這些神經傳導物質包括血清素、正腎上

腺素以及多巴胺，因為這三種物質都屬於化學結構上的單胺，所以稱為「憂鬱症的單胺假說」。

至於心理層面，包括人格特質、成長經歷、慣性思維、面對壓力時的內在感知與防衛機轉等，都會影響一個人的情緒反應。社會層面則是指個案所處環境的支持系統——包括家族成員及內部的家族動力、職業功能、經濟因素，甚至是社會救濟系統等——提供的是正向的保護力量、還是負面的衝擊效應，這也扮演了一定的角色。足夠的社會支持可以幫助個案渡過壓力，避免嚴重憂鬱障礙症的產生或惡化；反過來說，如果個案可獲得的社會支持力量不足，甚至所在的社會環境是消極負向的，則很可能反而

成為誘發或持續憂鬱症狀的危險因子。簡單說，憂鬱症往往不是單一因素所造成的，所以在評估及治療時，臨床醫師必須仔細審視各個層面，用來決定個案後續治療的最佳方案。

憂鬱症對生活、工作及人際關係的影響

前面曾介紹要符合精神科診斷標準，要素有三：第一個是「足夠多的特徵性症狀」；第二個是「足夠長的持續時間」；還有第三個便是「足夠影響個案原本功能的嚴重程度」。其中第三點，就是憂鬱情緒障礙的相關診斷標準裡，都會提到的「個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降」。也就是說，一旦當憂鬱情緒引發的症狀嚴重度符合憂鬱症，個案在生活、工作以及人際關係等領域都難免受到衝擊。

憂鬱症不是只有情緒低落，還有伴隨憂鬱情緒的常見症狀，共可概括為包含情緒症狀在內的四個面向：

情緒症狀：情緒抑鬱低落、常感到難過而哭泣、高興不起來、提不起興趣。

行為症狀：容易疲倦、全身無力、說話或動作反應變得緩慢、自殺企圖。

認知症狀：無法專心或集中注意力、健忘、猶豫不決、罪惡感、自責、喪失自信、覺得自己沒用、無助無望、負面思考、輕生念頭。

驅力症狀：失眠或嗜眠、食慾減低或增加、體重減輕或增加、性欲減退。

臨床上，憂鬱症個案的生活，常因上述症狀而大受影響，像是：無法稱職扮演原本在家庭中的角色（如沒辦法以既有方式來照顧父母或小孩、沒辦法準備三餐或完成家事）、無法維持原有的社交或人際互動（如整天待在家裡提不起勁出門、變得不想跟人接觸或談話）、無法持續原來的工作表現（如因注意力不集中而常出錯、不想上班、原本得心應手的工作變得不知道該怎麼做才好）。正因為憂鬱症造成個案生活品質的下滑如此明顯，協助個案接受適時與適當的治療，更是至關重要。



思覺失調症

什麼是思覺失調症呢？根據國際廣泛使用的診斷準則，在 2013 年的最新診斷標準中，思覺失調症的診斷標準包含以下重要的幾個層面：在沒有接受治療的情況下，有一個月期間出現下列兩項以上的症狀：

(1) 妄想（指堅持與事實相悖的信念，且即使以與其信念相反的事實挑戰，當事人仍深信不疑；常見的有，被害妄想：堅信有人或集團要對其不利，儘管沒有任何事實根據支持這個可能性；關係妄想：對於本來與自己無關的事物或訊息，例如旁人的眼神、談話、動作、媒體上的文章等等，會覺得是針對自己、和自己有關、或因為自己才發生的）

(2) 幻覺（最常見的如幻聽，即是自己一個人的時候覺得聽到了某些人的聲音，但實際上外在並沒有聲音刺激；而視幻覺是覺得看到了某些影像，但實際上並沒有該物體的存在），有時會因經驗到幻覺，而產生奇怪的言行舉止或情緒反應。

(3) 混亂的言談（如思考的邏輯鬆散、言談經常離題、失序、前後不連貫、無法理解、很難切題的用言語溝通，或根本像是在胡言亂語）。

(4) 混亂行為或僵直狀態（行為混亂，缺乏條理，令人困擾或擔心其安危；僵直狀態為一種神經性的肢體不活動狀態，包含肢體僵硬、意識混亂、肢體呈蠟狀屈曲等現象）。

(5) 負性症狀（如包括面無表情、缺乏動機、缺乏專注力及持續力、少話、社交退縮、不喜與人互動等）。

(二) 此症狀在發病以來的大部分時間，造成病人在一項或多項領域功能——如工作、人際關係或自我照顧上，功能顯著比發病前降低。

(三) 此困擾不是起因於物質使用（例如安非他命成癮物質或某些藥物），或另一身體病況（例如腦瘤、腦中風等）的生理效應。也不是童年期即發生的認知發展障礙，例如自閉症類群障礙症等。

(四) 除了當中至少有一個月期間出現明顯的妄想、幻覺、混亂言談及行為等症狀，前驅或殘餘症狀的期間前後至少持續出現達 6 個月。

簡單來說，思覺失調現象便是「思考」以及「知覺」的失調；而每個人由於生活文化背景以及個性不同，表現出的現象也是千變萬化；但具體而言，常見的便是幻覺、各種妄想以及失序的言語和行為。

為什麼會有思覺失調現象呢？為什麼有些人會得思覺失調症呢？

多巴胺假說

即在思覺失調症病人身上，大腦中某些傳導路徑上的多巴胺功能是過多的，進而產生許多如幻覺、妄想等症狀。抗精神病藥物之所以有效，即因它們會阻斷多巴胺的作用而減輕症狀。不過多巴胺假說，也只能解釋部分的思覺失調現象，例如幻覺、妄想等所謂的正性症狀，目前研究看起來是與多巴胺有較高的相關性；然而，對於負性症狀及認知功能障礙等問題，還沒辦法單純以多巴胺的變化來解釋；有些更新的說法是，所謂多巴胺功能過度作用，

其實只是大腦功能調節異常的下游產物，更上游的問題可能和發炎反應，以及在大腦中更廣泛存在的麩胺酸功能失調有關。

而更進一步的問題則是，為何有些人大腦中某些部位的神經傳導會出現異常，有些人不會呢？目前有一個通用的理論模型「壓力-體質模型」，常被拿來解釋為何有些人在某些壓力下會發展出精神病，有些人則沒事一樣，甚至愈挫愈勇。體質是指任何遺傳、生理、或心理上的弱點，造成這個人對於某些壓力特別敏感、以致於比較容易發生某一種精神疾病。而壓力是指任何會影響到個人心理均衡狀態的事件，考驗潛在的弱點；一旦壓力超過體質可負荷的臨界線，就會容易產生精神疾病。

有些人會問到，思覺失調症和遺傳有沒有關係？會不會遺傳？的確在病人的近親當中，有較高的比例出現思覺失調症或其他精神疾病，但大部分思覺失調個案的父母都沒有生這個病。而思覺失調症病人的子女，的確有較高的機會（大約是一般人的 10 到 15 倍）得到這個病，聽起來似乎有點嚇人，不過一般人生這個病的機會其實不到百分之一，病人的子女同樣發生這個病的機會，大約就是百分之十上下。目前的研究有找到一些與思覺失調症「相關」的基因，也就是說這些基因在病人身上出現機率較一般人高，然而有些人具有這些基因並沒有生病，也有些人沒有這些基因依然生病，還有些人具這些基因，卻是發生其他的精神疾病，也就是說，生病與否，是基因和環境經過複雜的交互作用下的結果。

當自己或家人遇到思覺失調症時，難免會想找出一個「原因」來解釋，然而往往不是怪罪某人或歸咎於某個因素就能解決。目前的醫學研究，仍然欠缺更簡單明確的說法，來理解思覺失調症的病因。儘管目前對於這個疾病的致病機轉尚未完全明瞭，藉由了解思覺失調症對個人可能的影響，我們還是能更好的掌控自己的未來。

對生活、工作及人際關係的影響

簡單歸納前述的診斷標準，一般而言，思覺失調症常見的症狀包含：

(一) 正性症狀：幻覺（最常見的是聽幻覺）、各種妄想、思考結構鬆散、怪異的言語及行為等。

(二) 負性症狀：包括面無表情、缺乏動機、少話、缺乏精力、社交畏縮等。

(三) 認知症狀：如注意力不集中、執行能力下降、記憶力退步變差、推理與判斷的能力變差等。

(四) 情感症狀：情緒的穩定度不好，可能情緒起伏相當大，忽笑忽哭，會有不適當的情感表達，莫名的焦慮、緊張、恐懼等。大部分的思覺失調症病人，在規律治療下，可以恢復自己原先的生活與功能，可以上學、工作、甚至結婚生子，照顧家人。雖

說在

急性期的衝動、失控、或混亂行為，確實有造成自己或其他人傷害的風險，一定要謹慎以對，但也不需要反應過度。實際上，即使是處在急性期的病患，出現非常危險的暴力行為者仍屬少數，而且並不難治療這類急性症狀。倒是長久以來由於某些不配合治療或治療效果不佳之病友的行為被過度的放大檢視，讓病友們承受著汙名化的壓力。

附錄四 研究問卷

同學你好，感謝您參與這次的研究，此問卷是要瞭解您對精神疾病患者的印象與態度，研究結果將作為改善精神疾病去污名化教育之參考，您所填寫的答案沒有正確好壞之分，但都具有研究的價值，所以您只要直覺地回答下列的問題即可。

請您遵照施測人員的指示，依自己的感受選擇最切合的答案，如果您填答過程中有任何問題或狀況，可以立即詢問施測人員。問卷資料僅用於學術用途，不記名，不會有洩漏隱私之風險。

感謝您的填寫！

祝您 學業順利！

國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程

指導教授：張書森 博士

研究生：王又增

受試者代號：_____

一、基本資料

1. 性別： A 女性 B 男性
2. 年級： A 一年級 B 二年級 C 三年級
3. 年齡： A 14 歲 B 15 歲 C 16 歲 D 17 歲 E 18 歲 F 其他， ____ 歲
4. 科別： A 商經科 B 資處科 C 觀光科 D 餐飲科 E 幼保科 F 美容科
5. 宗教信仰： A 無 B 佛教 C 道教 D 基督教 E 天主教 F 其他
6. 您父親的教育程度是？ A 小學 B 國(初)中 C 高中職 D 專科
E 大學 F 研究所及以上 G 不清楚
7. 您母親的教育程度是？ A 小學 B 國(初)中 C 高中職 D 專科
E 大學 F 研究所及以上 G 不清楚
8. 您是否曾經被醫師診斷有精神疾病？ A 是 B 否

第一部分：身心適應狀況：

以下是情緒的描述，請依過去一星期的情形，
選擇最符合你的情形



總 常 有 偶 從
是 常 時 爾 不

- | | | | | | |
|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 9. 不太想吃東西，胃口很差 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. 覺得心情很不好 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. 覺得做每一件事都很吃力 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. 睡不好覺 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. 覺得很快樂 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. 覺得很寂寞(孤單沒伴) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. 覺得身邊的人不要和你好(不友善) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. 覺得日子(生活)過得不錯 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. 覺得傷心 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. 提不起勁來做事(沒精神做事) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

第二部分：對憂鬱症認知、態度、社會距離、接觸經驗

以下是有關『憂鬱症』相關的敘述，請您依照最直覺的判斷
作答即可，無對錯之分，也與您健護課的成績無關連

非 同 中 不 非
常 意 立 同 常
同 意 意 意 不
意 見 同 意 同
意 意 意 意 意

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 19. 『憂鬱症』可能是大腦內神經傳導物質的分泌出現異常所致 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. 『憂鬱症』發病的原因很複雜，外在因素不排除與生活壓力有關 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. 『憂鬱症』發生原因可能和個人的所作所為有關，例如做了虧心事、沒積陰德等。 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. 『憂鬱症』發生原因可能和文化風俗有關，例如：中國人講的風水不好、卡到陰、撞邪等。 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. 『憂鬱症』發生的原因可能與個人體質有關，例如基因遺傳。 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

非常
同意

同
意

中
立
意
見

不
同
意

非
常
不
同
意

24. 『憂鬱症』患者在疾病的急性期，他們忍受生活壓力的能力是下降的 (A) (B) (C) (D) (E)
25. 『憂鬱症』患者在疾病的急性期，他們處理複雜事物的能力是比較弱的。 (A) (B) (C) (D) (E)
26. 『憂鬱症』患者應該被長期隔離 (A) (B) (C) (D) (E)
27. 『憂鬱症』是一個需要接受長期治療的疾病（類似像糖尿病等慢性病一樣） (A) (B) (C) (D) (E)
28. 『憂鬱症』患者在病情穩定時，是具有照顧自己、減輕家人負擔的潛力的 (A) (B) (C) (D) (E)
29. 『憂鬱症』患者在病情緩和下來後，也是可以重新就學或操持家務，甚至是可獨立生活的 (A) (B) (C) (D) (E)
30. 『憂鬱症』發病的原因之一是與大腦的神經傳導失調有關，此生理因素可藉由抗『憂鬱症』藥物來治療 (A) (B) (C) (D) (E)
31. 『憂鬱症』患者在病情變得嚴重、症狀明顯時，通常需要住院觀察及治療一段時間。在病情緩解、穩定時，則定期到醫院門診就醫、取藥即可。 (A) (B) (C) (D) (E)
32. 『憂鬱症』患者在接受足夠治療後（藥物、心理、家族治療），隨著病情逐漸和緩，他們也漸漸回歸到正常的生活。 (A) (B) (C) (D) (E)
33. 庇護性工廠是一個協助『精神病』患者就業的復健機構。『憂鬱症』患者在病情穩定下來後，可先去這類機構接受復健，建立就業的相關技能 (A) (B) (C) (D) (E)
34. 『憂鬱症』發病初期的症狀通常較輕微，若能在早期即進行治療，一般來說，都能減緩病情發展，達到「預防惡化」的效果。 (A) (B) (C) (D) (E)
35. 不論任何疾病，都是越早治療效果越好，『憂鬱症』也不例外。 (A) (B) (C) (D) (E)
36. 我認為要與『憂鬱症』病患談話是件困難的事。 (A) (B) (C) (D) (E)
37. 我認為大部分的『憂鬱症』病患有暴力傾向。 (A) (B) (C) (D) (E)

非常同意 同意 中立意見 不同意 非常不同意

38. 我認為『憂鬱症』病患的智能較弱	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. 我認為『憂鬱症』病患的行為是不可預期的	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. 我認為『憂鬱症』是能康復的	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. 我願意和『憂鬱症』患者成為鄰居	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. 我願意和『憂鬱症』患者一起工作	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. 我願意和『憂鬱症』患者成為朋友	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. 我願意把房子租給『憂鬱症』患者住	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. 我願意介紹工作給『憂鬱症』患者	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. 我願意家人與『憂鬱症』患者結婚	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. 我願意讓『憂鬱症』患者幫我照顧小孩	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. 我本身患有『憂鬱症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49. 有『憂鬱症』患者與我同住	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
50. 我經常接觸的親戚中有人患有『憂鬱症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
51. 我有家人工作是提供服務給『憂鬱症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
52. 認識的朋友中患有『憂鬱症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
53. 我讀過的班級中曾有同學患有『憂鬱症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54. 我偶爾會遇見『憂鬱症』患者	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
55. 在報章雜誌或電影影片中看過真實『憂鬱症』患者的描述	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
56. 我從未見過『憂鬱症』病患	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

第三部分：對思覺失調症認知、態度、社會距離、接觸經驗

以下是有關『思覺失調症』相關的敘述，請您依照最直覺的判斷作答即可，無對錯之分，也與您健護課的成績無關連。

(思覺失調症，舊稱為精神分裂症)

非常同意 同意 中立意見 不同意 非常不同意

57. 『思覺失調症』可能是大腦內神經傳導物質的分泌出現異常所致。 (A) (B) (C) (D) (E)
58. 『思覺失調症』發病的原因很複雜，外在因素不排除與生活壓力有關。 (A) (B) (C) (D) (E)
59. 『思覺失調症』發生原因可能和個人的所作所為有關，例如做了虧心事、沒積陰德等。 (A) (B) (C) (D) (E)
60. 『思覺失調症』發生原因可能和文化風俗有關，例如：中國人講的風水不好、卡到陰、撞邪等。 (A) (B) (C) (D) (E)
61. 『思覺失調症』發生的原因可能與個人體質有關，例如基因遺傳。 (A) (B) (C) (D) (E)
62. 『思覺失調症』患者在疾病的急性期，他們忍受生活壓力的能力是下降的 (A) (B) (C) (D) (E)
63. 『思覺失調症』患者在疾病的急性期，他們處理複雜事物的能力是比較弱的。 (A) (B) (C) (D) (E)
64. 『思覺失調症』患者應該被長期隔離。 (A) (B) (C) (D) (E)
65. 『思覺失調症』是一個需要接受長期治療的疾病（類似像糖尿病等慢性病一樣）。 (A) (B) (C) (D) (E)
66. 『思覺失調症』患者在病情穩定時，是具有照顧自己、減輕家人負擔的潛力的。 (A) (B) (C) (D) (E)
67. 『思覺失調症』患者在病情緩和下來後，也是可以重新就學或操持家務，甚至是可獨立生活的。 (A) (B) (C) (D) (E)
68. 『思覺失調症』發病的原因之一是與大腦的神經傳導失調有關，此生理因素可藉由抗『精神病』藥物來治療。 (A) (B) (C) (D) (E)
69. 『思覺失調症』患者在病情變得嚴重、症狀明顯時，通常需要住院觀察及治療一段時間。在病情緩解、穩定時，則定期到醫院門診就醫、取藥即可。 (A) (B) (C) (D) (E)



70. 『思覺失調症』患者在接受足夠治療後（藥物、心理、家族治療），隨著病情逐漸和緩，他們也漸漸回歸到正常的生活。 (A) (B) (C) (D) (E)
71. 庇護性工廠是一個協助『精神病』患者就業的復健機構。『思覺失調症』患者在病情穩定下來後，可先去這類機構接受復健，建立就業的相關技能 (A) (B) (C) (D) (E)
72. 『思覺失調症』發病初期的症狀通常較輕微，若能在早期即進行治療，一般來說，都能減緩病情發展，達到「預防惡化」的效果。 (A) (B) (C) (D) (E)
73. 不論任何疾病，都是越早治療效果越好，『思覺失調症』也不例外。 (A) (B) (C) (D) (E)
74. 我認為大部分的『思覺失調症』病患有暴力傾向。 (A) (B) (C) (D) (E)
75. 我認為『思覺失調症』病患的智能較弱 (A) (B) (C) (D) (E)
76. 我認為『思覺失調症』病患的行為是不可預期的 (A) (B) (C) (D) (E)
77. 我認為『思覺失調症』是能康復的 (A) (B) (C) (D) (E)
78. 我認為要與『思覺失調症』病患談話是件困難的事。 (A) (B) (C) (D) (E)
79. 我願意和『思覺失調症』患者成為鄰居 (A) (B) (C) (D) (E)
80. 我願意和『思覺失調症』患者一起工作 (A) (B) (C) (D) (E)
81. 我願意和『思覺失調症』患者成為朋友 (A) (B) (C) (D) (E)
82. 我願意把房子租給『思覺失調症』患者住 (A) (B) (C) (D) (E)
83. 我願意介紹工作給『思覺失調症』患者 (A) (B) (C) (D) (E)
84. 我願意家人與『思覺失調症』患者結婚 (A) (B) (C) (D) (E)
85. 我願意讓『思覺失調症』患者幫我照顧小孩 (A) (B) (C) (D) (E)
86. 我本身患有『思覺失調症』 (A) (B) (C) (D) (E)
87. 有『思覺失調症』患者與我同住 (A) (B) (C) (D) (E)
88. 我經常接觸的親戚中有人患有『思覺失調症』 (A) (B) (C) (D) (E)
89. 我有家人工作是提供服務給『思覺失調症』 (A) (B) (C) (D) (E)
90. 認識的朋友中患有『思覺失調症』 (A) (B) (C) (D) (E)



	非常同意	同意	中立意見	不同意	非常不同意
91. 我讀過的班級中曾有同學患有『思覺失調症』	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
92. 我偶爾會遇見『思覺失調症』患者	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
93. 在報章雜誌或電影影片中看過真實『思覺失調症』患者的描述	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
94. 我從未見過『思覺失調症』病患	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

本問卷到此全部填答完畢，請您檢查是否有遺漏的部分。

再次感謝您的合作與配合!!