



國立臺灣大學社會科學院社會工作學系

碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master's Thesis

臺灣同儕支持與精神障礙去汙名化之探討

An exploratory study of destigmatization of individuals
with mental illness by peer support in Taiwan

李嘉榮

KA-WENG LEI

指導教授：吳慧菁 博士

Advisor: Hui-Ching Wu, Ph.D.

中華民國 113 年 7 月

July 2024



誌謝

時光匆匆，我在此非常感激我的四位人生導師：澳門理工大學李煒倫教授、馮淑貞教授，以及澳門城市大學鄭俊華教授、香港中文大學彭蓓欣教授。非常感謝各位恩師在我社工路上一直的培育及肯定，甚至讓我能夠無懼疫情，前往臺灣大學深造，並能成功取得個人生涯的碩士畢業。感恩！

儘管在臺灣的生活並不如預期般夢幻，然而在幻想破滅後能讓我堅持的，除了恩師們，小的非常感恩澳門的各位摯友，特別是 Rana、Summer、Helen、Winki、Yolanda、Koley、敏芝師姐，thank you all! 真心感謝! 多謝你地係我灰暗的生活中給予光明，讓我能夠堅定追求自己的理想。

在臺灣學習期間，最令我感到佩服並且想要感謝的就是我的三位指導老師，感謝吳慧菁老師您讓我在生活中見證到超人般的全能，無論大小事務都能盡善盡美，並且有著有教無類的精神，願意為能力欠佳的我提供論文指導，當我在論文陷入困難時，您亦會提供鼓勵及認真的建議，最終在您的指導下，讓我有幸能邀請兩位同樣在學術界知名的教授，陳芳珮老師以及陳怡青老師作為我論文的校外指導老師。感謝三位老師對我碩士生涯的指導，讓我在學術上獲益良多以及在未來社會工作專業發展上得到豐碩的啟示。

「同儕」是我在本次研究中最深刻的感悟，同儕支持的力量遠超我原先僅以為的口語支持，同儕的力量能夠克服生活上的挑戰使人成長。也讓我反思到過去單打獨鬥的生活模式其實是需要他人的參與，而當我有此想法時，感恩得到愛神的恩典，能夠結識到遠在香港的妳，感謝妳的出現讓我能重新感受生活的意義! 最後由衷感謝母親對我的信任及支持，在原不富裕的家庭，仍然讓我有追求理想的機會，期望在天上的父親也能感到欣慰。



中文摘要

隨著社會及醫療技術的進步，許多的疾病都能通過藥物得到治療，然而精神疾病不同於一般的生理疾病，成因涉及社會文化、心理及環境等因素。因此，若專業人士在提供復康服務時僅將焦點放在「疾病治療」上，容易忽視精神障礙者背後的需求，導致他們在社會上的權利被忽略。同儕支持模式運用同儕互助的概念，通過生活經驗的分享、情緒支持和互助，能夠協助精神障礙者去除汙名化，達到精神復元的目標。然而，傳統華人文化往往將精神障礙者視為危險人物，媒體亦常以「精神疾病」為新聞標題，使精神障礙者在承受疾病困擾的同時，還要面對社會的標籤，復元之路因此充滿挑戰。同儕支持服務與傳統康復服務不同，它不僅運用復元概念，還通過系統化、理論化及結構化的同儕支持者培訓課程，讓精神障礙者成為「同儕支持者」，通過自身的生活經驗和知識，鼓勵和支持其他精神障礙者，助其邁向復元目標。

本研究以提供同儕支持服務的臺灣機構為研究場域，採用質性研究方法，通過深度訪談一線工作者及通過同儕支持訓練的精神障礙者，探討同儕支持服務在臺灣的發展現況，繼而深入瞭解同儕支持服務對精神疾病去汙名化及精神障礙者復元的影響。

關鍵字：同儕支持、同儕支持者、汙名化、去汙名化、復元

英文摘要



With societal progress and advancements in medical technology, many diseases can be treated with medication. However, mental illnesses differ from physical illnesses. When professionals focus solely on "disease treatment" in rehabilitation, they may overlook the underlying needs of individuals with mental disorders, neglecting their societal rights. The peer support model promotes mutual assistance through shared life experiences, emotional support, and mutual help, aiding individuals with mental disorders in reducing stigma and achieving mental recovery. Traditional culture often views individuals with mental disorders as dangerous, and media frequently use "mental illness" as a headline, exacerbating societal labeling and making recovery challenging. Peer support services differ from traditional rehabilitation by utilizing recovery concepts and providing systematic, theoretical, and structured training for peer supporters. These courses enable individuals with mental disorders to become "peer supporters," using their experiences to encourage and support others, aiding their recovery goals. This study uses organizations in Taiwan providing peer support services as research sites. It adopts qualitative research methods, conducting in-depth interviews with frontline workers and individuals who have completed peer support training, to explore the current development of peer support services in Taiwan and understand their impact on the de-stigmatization and recovery of individuals with mental disorders.

Keywords : Peer support, peer supporters, stigma, de-stigmatization, recovery



目次

誌謝.....	i
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	iii
圖次.....	vi
表次.....	vii
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究背景.....	3
第三節 研究目的.....	6
第四節 研究問題.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 同儕支持的發展與內涵.....	7
第二節 同儕支持與精神疾病去汙名化.....	12
第三節 同儕支持與復元關係.....	16
第四節 同儕支持對精神障礙者的影響.....	22
第三章 研究方法與設計.....	30
第一節 研究方法、研究架構與研究場域.....	30
第二節 研究設計及資料蒐集過程.....	33
第三節 資料分析與研究品質.....	42
第四節 研究倫理.....	45
第四章 研究發現.....	47
第一節 同儕支持在臺灣的概況.....	47



第二節	精神障礙者參與同儕支持之經驗.....	63
第三節	精神障礙者成為同儕支持者的復元經驗.....	68
第四節	臺灣推動同儕支持所面臨的挑戰.....	81
第五章	研究討論與建議.....	87
第一節	研究結果與討論.....	87
第二節	研究建議與限制.....	101
參考文獻.....		104
中文文獻		104
英文文獻		108
附錄.....		120
附錄一 訪談大綱.....		120
附錄二 訪談同意書.....		122

圖次

圖 1 同儕支持與精神障礙去汙名化之關係.....	29
---------------------------	----





表次

表 1：西方國家同儕支持者培訓內容之異同.....	26
表 2： 研究對象一線工作人員基本資料（N：2）	35
表 3：研究對象精神障礙者的基本資料及疾病相關資料（N：6）	36
表 4：臺灣同儕支持模式	91
表 5：臺灣與美國、加拿大、英國同儕支持者培訓課程之比較	93
表 6：臺灣與美國、加拿大、英國同儕支持者實踐狀況之比較	95

第一章 緒論

第一節 研究動機



研究者對社會工作充滿使命感，自 2016 年大學畢業後便投入社會工作專業領域，在實習及工作期間研究者積極接觸各種類型的個案，其後發現到被貼上「麻煩」標籤的個案大多伴隨著精神障礙，例如過動症的兒童、情緒躁動的青少年及思覺失調的成人等。傳統醫療模式（medical model）認為障礙（disability）是個人生理或心理的功能受到限制，因此需要為障礙者提供醫療服務。而社會模式（social model）則認為障礙源自個人與社會環境之間的互動出現的，例如新聞媒體將嚴重的社會事件與精神疾病相提並論，甚至加上誇張的形容詞如：「未爆彈」、「瘋子」等，社會大眾便容易對精神障礙者感到恐懼和敵意，產生偏見（prejudice）或歧視（discrimination）行為，令精神障礙者受到精神障礙汙名化的影響（Kim & Jun, 2019；李金燕等，2018；唐宜楨、吳慧菁，2008；宋麗玉，2005）。

此外，在充滿汙名化的社會中，精神障礙者也會把大眾的汙名視為個人的汙點，認為患上精神疾病就是個人的錯誤，繼而感到自責（blame）、羞愧（shame），為了避免受到大眾的指責，甚至出現孤立（isolation）、退縮等行為（陳依煜、連盈如，2015；Ociskova et al., 2015；Byrne, 2018；唐宜楨等，2009）。精神疾病汙名化除了不利精神障礙者的醫療治療，同時也導致侵害了個人的權益，而通過對精神疾病汙名化的文獻發現，汙名化在傳統華人文化中仍存在，導致精神障礙者無法享有一般人的同等權益（林沅萱，2015；韓德彥、陳淑惠，2008）。

因此，研究者認為要讓精神障礙者享有基本權益的關鍵之一，就是去除他們所受到的汙名化，從而能夠讓他們重獲與一般人一樣的權利，能夠在社會上發展個人潛能。世界人權宣言中列明了一般人應享有的基本權利及自由，例如



第一條便規定：「人人生而自由、在尊嚴和權利上一律平等。」因此，當一般人患上精神疾病時，國家或市民大眾都不應對精神障礙者與一般人不平等的對待，例如歧視或限制精神障礙者在社會上的權利，例如工作權。另外，根據人權宣言第二十三條：「人人有權工作、自由選擇職業、享受公正和合適的工作條件並享受免於失業的保障。」，在西方國家精神障礙者在職場工作已較為普遍，然而在文獻探討的過程中，卻發現到傳統華人文化將精神障礙者視為「病人」或「無能者」的狀況仍然普遍存在，致使精神障礙者的醫療以外的權利，例如工作權亦未被重視。此外，人權宣言第二十五條列出：「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。」臺灣為了保障精神障礙者的健康及基本生活權利，例如：尊嚴、生活權及工作權等，特別制訂了《身心障礙者權利公約施行法》。

綜上所述，研究者感謝在臺大的學習過程，讓我瞭解到同儕支持與精神疾病去汙名化的相關知識，突破了我對精神疾病僅能依靠藥物治療的傳統觀點，通過閱讀相關的文獻，讓我瞭解到精神障礙者是能夠通過同儕支持服務的幫助下去汙名化。另外，在臺大的學習過程中，讓我有機會以外國正推行多年的同儕支持服務應用在臺灣的狀況作研究，例如：同儕支持的服務內容、同儕支持者的功能以及同儕支持服務對精神障礙者的效果等。期望研究結果能為臺灣精神醫療作出貢獻，讓「同儕支持者」在未來可以被納入到正式的醫療系統中，提升臺灣精神障礙者的生活素質，更好地在社會生活。相較於澳門，臺灣在精神康復服務的發展更為領先，「同儕支持」的研究資源更要豐富。因此，研究者期望以臺灣精障服務為藍圖進行研究，以瞭解同儕支持服務與精神障礙去汙名化之關係，期望藉研究結果能為臺灣精神復康作出貢獻，即便在日後回澳，研究者也可以藉本次研究經驗再作相關研究延伸，讓同儕支持研究能跨越地域，使更多的精神障礙者得到同儕支持服務的效益。

第二節 研究背景

根據臺灣立法院法律系統，《身心障礙者權利公約施行法》於 2014 年公佈，目的是實施聯合國的身心障礙者權利公約（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities）。施行法的第一條指出，該法的目的是維護身心障礙者權益，保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等活動的機會。而上文提到，在 CRPD 公約的第 19 條及第 26 條已列出締約國對障礙者所執行之應有義務，包括同儕支持、復健方案等，來讓身心障礙者在生活上能夠得到充分之參與。過往臺灣主要以社區復健為精神障礙者提供服務，在 1985 年推行精神障礙者的社區復健計劃，計劃名稱為「醫療保健計畫籌建醫療網計畫」（行政院研考會，1995），其後於 1989 年再推動「精神病患社區復健試辦計畫」（葉英堃，1996）。而根據立法院法律系統顯示，《精神衛生法》在經過 2007 年及 2022 年的修改後，最新版本的修改重點內容為：「積極布建社區心理衛生中心、精進病人協助及前端預防及建立危機處理機制」等，目的之一是為了強化精神障礙者的社區支持，修法後再次肯定了對精神障礙者重返社區之需求。

而根據澳門社會工作局統計資料，2022 年領有精神殘疾評估登記證的人數為 3047 位，占澳門殘疾人口 18.97%，精神殘疾（精神障礙）是澳門前三位的殘疾類型之一，其餘兩種類型是肢體殘疾（身體障礙）及聽力殘疾（聽力障礙）。為了幫助澳門障礙者獲得更好的康復，澳門社工局於 2016 年制訂《澳門特別行政區 2016 至 2025 年康復服務十年規劃》，該規劃分為短期、中期和長期三個階段，其中中期階段為 2018 年至 2020 年，此階段的計劃內容包括「探討於日間精神康復機構試行同儕支持服務模式的可行性」為目標之一（澳門特別行政區，2016）。因而在 2021 年澳門浸信會澳門愛羣社會服務處、澳門利民會及澳門扶康會與澳門社工局聯合規劃國外的「同儕支持」試驗性計劃，而我也有幸參與及協助同儕支持服務，因此更深刻感受到精神障礙者的生活不僅要面對精神症狀（symptom）的影響，還需面對在傳統華人文化下的各種負面標籤，導致精神

障礙者接受復康服務的動機被降低（黃智玉、曾明月，2018）。

此外，目前在臺灣為精神障礙者提供的處遇服務仍以藥物治療為主，其中一個原因是自 1995 年臺灣實施全民健康保險以後，精神疾病也被納入保險系統，而在健保系統的支持下，精神藥物治療的方式變得更加直觀，且健保系統也降低了精神障礙者的藥物治療負擔。然而，藥物僅限於精神障礙者的症狀，這也讓他們的病人自主權更多地交由醫生決定，進一步鞏固了藥物治療精神障礙者的醫療模式。當藥物難以控制病情時，精神障礙者更可能被轉介至精神院舍，進一步與精神障礙者社區復元的理念分隔。同時，開處藥物便利化及住院率上升也對臺灣整體的醫療系統造成沉重負擔（張國榮等，2004）。另外，對於精神障礙者而言，藥物的副作用可能會影響到他們的生活及工作，而大眾的汙名化也可能逼使他們選擇自我孤立或到院舍生活。而隨著精神疾病治療技術的進步及精神醫療診斷的準確性提高，醫療主導的社會將繼續以藥物作為主要的治療方法，容易忽略了精神障礙者的全人需要。另外，許多研究指出，除了一般市民大眾，即使是精神衛生專業人士，他們也有可能因為了解更多的專業知識或臨床經驗，而將精神障礙者視為「不正常」，而忽略了精神障礙者疾病以外的需要，難以讓精神障礙者達到精神復元的目標的行為，因此，整體而言，當社會文化對精神疾病存有偏見或歧視時，精神障礙者的生活品質及社會參與等人權保障仍是不足夠的（王盈婷、徐畢卿、陳志軒，2017；吳建昌等，2018）。

根據 2022 年的英國醫學權威雜誌研究顯示，汙名化帶來的羞恥感對精神障礙者造成的羞恥感比精神疾病本身的損害性更大，汙名化會對精神障礙者造成的影響包括：社會、自我孤立、對未來失去信心及希望、生活質量下降及減少使用康復服務的行為等，例如汙名化會降低精神障礙者前往醫院接受藥物治療的意願，以及降低他們接受其他復康服務的動機（LANCET, 2022）。臺灣也有研究關於汙名化對精神障礙者的影響，而根據研究顯示，汙名化會降低精神障礙者接受復康服務的動機，汙名化甚至會導致精神障礙者自我孤立及出現社會脫節的狀況（唐宜楨、吳慧菁，2008；林芸萱，2015）。因此，儘管藥物治療是有

成效的，但當汙名化出現時，會降低精神障礙者前往醫院接受治療的動機。

根據 2022 年 8 月臺灣衛生福利部資料顯示，臺灣的精神障礙者人數逐年上升，領有身心障礙證明人數約為 120 萬人，當中慢性精神病患者人數約有 13 萬人，佔身心障礙人口約 11%（衛生福利部統計處，2022）。研究者對統計資料進行回溯檢視，發現在 2012 年至 2022 年期間，臺灣慢性精神病患者每年大約增加 10%，即每年約增加一萬二千位精神障礙者。因此，當臺灣對於精神障礙者的處遇仍是以藥物治療為主時，隨著精神障礙者人數不斷增加，將對臺灣的醫療及健保系統造成沉重的醫藥負擔。另外，過去的傳統醫療觀點主要著重於控制及預防精神疾病復發，因此治療方向集中在治療及消除精神症狀。然而，近年來越來越多的研究結果顯示，精神障礙者具有「復元」的能力。復元的目標在於協助精神障礙者打破被疾病所帶來的障礙，幫助他們恢復獨立自主的能力，實現個人追尋自我目標的願望，而不僅僅以消除病症或預防復發為唯一目標（Mackay et al., 2022; Lim, Remington & Lee, 2017）。

因此，本研究期望為臺灣的精神障礙者提供一種有別於傳統醫藥治療的方向，以此來降低醫病角色中可能出現的自我汙名化，亦可降低臺灣健保資源的負擔，期望能建構有別於傳統醫療權威的關係角色「同儕支持者」，以同儕身份促進精神障礙者更多的基本權利，以及協助他們能夠更多地參與社會、社區復元，而非因精神疾病被社會標籤而自我孤立，事實上近年臺灣部份地區亦有發展同儕支持的相關服務「自立生活支持服務」（台北市新活力自立生活協會，2018）；此服務以《身心障礙者權益保障法》及《身心障礙者個人照顧服務辦法》來推動，然而臺灣學者周月清指出「自立生活支持服務」與外國的「同儕支持」是不同的，在服務成效上，自立生活服務並不能達到讓服務使用者自主、及有「選擇」的結果，並解釋到原因之一是臺灣部份地區交通並不發達，因此物理環境因素讓建立及維持同儕支持團體充滿困難，另外則是活動經費不足及服務內容不一致，因臺灣的精神障礙同儕支持服務仍未有一致之定義，故服務內容會因各地方而有所差別，故難以一致地讓精神障礙者可以達到社區復元的目的，

故未能達到身心障礙者權利公約的目標（周月清，2018）。

研究者通過「自立生活支持服務」及學者周月清對自立生活支持的研究，發現臺灣的自立生活支持服務對象主要是肢體及智能障礙，而非精神障礙者，此外，對於同儕支持者的培訓方式、同儕服務應用在精神障礙者相關的實證研究，例如社會復元、去汙名化之部份同樣是較為欠缺的（周月清，2018；黃伶蕙等，2018；王育瑜，2018）；因此本研究期望綜合國外的研究，以瞭解臺灣精神障礙同儕支持與精神障礙去汙名化之狀況。

第三節 研究目的

- 一、深度訪談臺灣同儕支持方案的一線工作人員，以探究精神障礙同儕支持方案的理念與工作方法
- 二、對精神障礙者進行深度訪談以瞭解他們參與同儕支持者培訓的經驗
- 三、通過與精神障礙者及一線工作人員的訪談，探討同儕支持方案對個人去汙名化的影響

第四節 研究問題

- 一、臺灣同儕支持方案的工作人員是如何理解及詮釋同儕支持的概念？
- 二、臺灣同儕支持的工作人員是如何具體執行同儕支持方案？
- 三、精神障礙者參與同儕支持者培訓的動機及原因？
- 四、精神障礙者如何理解及詮釋同儕支持方案對其個人的影響？
- 五、精神障礙者參與同儕支持者培訓及去汙名化歷程為何？

第二章 文獻探討



本章節以同儕支持相關之文獻進行探討，並分為四個部分。第一節介紹「同儕支持的發展與內涵」，首先探討同儕支持的歷史發展以及國外狀況；第二節則探討「同儕支持與精神疾病去汙名化」之關聯；第三節聚焦於「同儕支持與復元的關係」，探究同儕支持在精神障礙者復元過程中的影響；最後一節則是「同儕支持對精神障礙者的影響」，探究同儕支持對精神障礙者的價值意義。

第一節 同儕支持的發展與內涵

一、 同儕支持 (Peer support) 的定義

同儕支持源自歐美國家，包括：英國、美國、加拿大等，同儕支持有別於傳統藥物的治療模式，是一種將個人敘述和經驗提升為具有集體性和政治力量的精神衛生服務 (Kan, 1996; Faulkner & Kalathil, 2012; Dillon & Hornstein, 2013; Noorani, 2013)。另外，因各國對同儕支持的定義略有不同，研究者發現同儕支持 (Peer support) 由 Mead 和 MacNeil (2006) 的定義較多被引用，指兩個或以上的人互相提供支持和幫助的一種互動形式，參與者在此種形式下能夠通過知識、生活經驗分享及情感支持來互相幫助，或協助他人解決困難或面對生活挑戰。而同儕支持在精神健康領域的解釋，狹義上指有精神健康問題的人之間的互惠方式，而在廣義上則指生活經驗、興趣、成長經歷等基於生活經驗及知識分享的互助方式，包括生活經驗、興趣、成長歷程等，同儕支持服務可以通過虛擬網絡、個別或團體的方式提供服務，綜合文獻指出，同儕支持可以通過情感支持、經驗分享和生活指導來改善精神障礙者的生活品質。(Silver & Nemec, 2016; Watson & Meddings, 2019; Basset et al., 2010)。

同儕支持暫未有一致的定義，以美國為例，美國聯邦物質濫用暨精神衛生防治局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) 對「同儕支持」定義為「一種非臨床的處遇服務，目標是讓障礙者達到復元的目

標」，美國心理衛生協會（Mental Health America）則是將同儕支持定義為「以實證為本的一種針對有精神健康問題及挑戰的策略，同儕支持在定量及定性的研究均證明，能促進精神障礙者的復元、提高生活品質及增加社會參與，促進精神障礙者的整體健康」（Mental Health America, 2019）。另外，也有已長期推行同儕支持的團體將「同儕支持」定義為「有相似障礙程度的人，運用及分享他們對障礙處理、知識或經驗的方法」（Sisco, 1992）；加拿大對於「同儕支持」的定義：「一種促進復元的策略，目的是讓被服務者能夠自立生活」；而英國對「同儕支持」的定義：「一種促使精神障礙者復元為目的，提供輔助性的社會心理干預措施，以一對一經驗分享或互助交流團體來提供服務」。

綜上所述，雖然同儕支持在各國的定義仍有所差異，但研究者發現到同儕支持仍有其核心共同要素，包括：情感互助、促進復元、非傳統醫療模式、知識經驗共享，以及通過線上、一對一或團體形式來提供同儕支持服務，同儕支持服務目標是為了改善精神障礙者生活品質，減低他們受到精神疾病污名化的困擾，促進復元的過程。因此，本研究對同儕支持的定義為「通過同儕間的經驗分享及互助，協助精神障礙者在社會上能夠自主生活的一種社會心理健康服務」。

二、 同儕支持者（Peer supporter）的定義

Solomon (2004) 指出，同儕支持者是接受專業培訓的精神健康復元者，他們利用自身的生活經驗和情感支持來協助其他精神障礙者，提升他們的自尊和自信心，促進他們實現復元的目標。精神障的同儕支持者的定義包括了曾接受精神健康服務或心理輔導經驗的人，以及精神復元者。當他們經過專業訓練後，能夠與其他有精神健康需求的人建立互助關係，分享復元經歷，以及提供情緒支持、建議或實際幫助（Mead et al., 2001; Davidson et al., 2006）。在不同國家，對同儕支持者的定義略有不同。例如，美國將同儕支持者定義為「運用個人經驗回饋，促使其他障礙者受益的角色」（Sisco, 1992）。加拿大

則將其定義為「任何對有精神健康問題者提供服務的個人或機構」(Sarah & Samia, 2016)。英國則認為同儕支持者是「具有使用精神健康服務或有精神健康障礙經驗的人，運用他們的經驗為其他精神障礙者提供支持」(White et al., 2020)。

綜上所述，本研究將採用 Solomon 所提出的定義作為同儕支持者的定義，即「具有精神障礙相關經驗的個人，包括患有精神疾病或使用精神健康服務的個人。他們能夠以平等互惠的同儕關係，而非醫病專業關係，分享如何面對精神疾病的經驗，並運用這些經驗來促進其他精神障礙者的復元。

三、 同儕支持之緣起

精神障礙同儕支持 (Peer support) 源於 1972 年的消費者運動 (Consumer Movement)，該運動由精神病患者及精神康復者主導，目的是為了爭取精神健康權益，改善精神健康服務的質量，並提倡消除汙名和歧視，促進社會的包容和理解 (Curtis, 2000)。其後在 1987 年，學者 Zinman 及 Harp (1987) 指出，傳統醫療模式將精神障礙者定義為永久性的精神病人 (Mental Patients)，忽略了精神障礙者患上精神疾病的社會及環境因素，同時也否定了精神障礙者的復元能力。最後在 1990 年，學者 Podvoll (1990) 在當時指出，儘管精神障礙者會有病發時期，但他們也會有清醒的時候，然而主流文化卻因傳統醫療模式而將精神障礙者區隔，對他們貼上「不正常」的標籤，使他們難以融入主流文化 (Mead et al., 2001)。

因此，同儕支持模式基於消費者運動，以擺脫傳統醫療的「病人」角色的旨示，來建立一個以「互助」、「康復」為基礎的新概念模式，倡導讓有類似經驗的人互相支持及幫助，以復元、賦權及精神障礙者生活經驗為服務核心，讓他們通過共同的經歷、以感同身受的方式理解他人的處境，同時倡導精神障礙者的社會權利。精神障礙同儕支持服務在此理念下形成，協助精神障礙者的復元，幫助他們去除傳統病人角色或社會大眾對精神障礙者造成的汙名與歧視

(Zola, 1972; Charmaz, 1987; 廖福源, 2022)。

四、 國外同儕支持的發展歷程

近年來，精神障礙的同儕支持服務在歐美地區迅速擴展，以美國為例，美國已聘請超過一萬名同儕支持員，美國的醫療保健系統更是把同儕支持計劃納入了保障範疇，目的是為了讓精神障礙者不會因精神疾病而被歧視或被污名化，促進他們的復元，突顯了同儕支持在精神健康領域的重要性 (Brown, 1992; Davidson et al., 2012; 葉錦成, 2011)。同儕支持方案在國外推行多年，例如美國在 2012 年至 2018 年期間，美國紐約市公共衛生基金會 (Fund for Public Health in New York) 與紐約健康與心理衛生部 (New York City Department of Health and Mental Hygiene) 合作推出「紐約降落傘」(Parachute NYC) 的精神障礙復元模式，此模式擺脫傳統醫療模式對精神障礙者的病人角色，運用開放式對話 (Open Dialogue) 及同儕支持 (Peer support) 來促進精神障礙者之復元。開放式對話 (Open Dialogue) 在 80 年代由芬蘭的 Need Adapted Treatment Model (NATM) 發展而來，強調人際溝通、家庭與社區關係的重要性。由治療師、精神障礙者及其家庭成員組成治療團隊，以團隊模式為精神障礙者者提供多方面的支持，包括：心理治療、藥物治療、社交支持等 (Alanen et al., 1991; Aaltonen et al., 2011; Anderson, 2002; Seikkula & Arnkil, 2006)。而紐約降落傘計劃的另一個特點就是運用了同儕支持處遇模式 (Peer support)，該模式強調同儕支持者不是專家，而是同儕 (Peer) 的角色，通過分享生活經驗及情緒支持，協助精神障礙者得到藥物以外的支持，包括：促進社交網絡建立、提升自我效能感等，讓他們達到復元的目標 (Mead et al., 2013; Mead & MacNeil, 2005)。「紐約降落傘計畫」以開放式對話 (Open Dialogue) 及同儕支持 (Peer support) 為理論核心，計劃的主要內容包括：二十四小時的同儕支持熱線電話、個案輔導、家訪及短期住宿服務等。精神障礙者對降落傘計劃的成效回饋，有 80% 的精神障礙者表示能

改善他們的精神症狀及改善生活品質，而相比傳統醫療方案，降落傘計畫能夠大幅降低美國精神醫療費用支出（Intentional Peer Support, 2019；Wusinich et al., 2020）。總結，美國紐約降落傘計畫是一種整合同儕支持服務，促進精神障礙者復元的模式，對精神障礙者個人及社區復元都具有影響性。而在澳洲也有協助精神障礙者復元的組織，歷史較為悠久的就是於1957年成立的成長協會（GROW GROUP），此組織是一個以社區為基礎的非牟利組織，服務對象就是精神障礙者，組織的核心服務就是同儕支持（Peer support），讓精神障礙者以小團體的形式，接受每週一節共十二節的同輩支持課程，精神障礙者可以通過課程學習到各種技能知識，例如：情緒管理、人際溝通、自我覺察等，在十二節的課程中促進精神障礙者相互分享生活上遇到的挑戰和困難，借由同儕支持者的經驗分享，精神障礙者可以得到情緒支持及建議，邁向復元狀態（Grow Australia, 2020；GROW, 2020）。

五、同儕支持在臺灣發展概況

目前，台灣的精神障礙同儕支持服務暫未像國外一樣普遍及被政府所重視而納入醫療保健系統。而根據文獻探究，臺灣的同儕支持服務目前納入《身心障礙者權益保障法》所設立的自立生活方案內，該方案源自於2007年臺灣以加強精神障礙者的權益為目標，於是對精神衛生法的修訂，以及2008年臺灣推行的《身心障礙者權益保障法》所啟動的自立生活方案而出現。然而，早期的自立生活方案多著重於肢體障礙類別，即第七類障礙，精神障礙者在自立生活方案中未得到完善的服務（中華心理衛生協會，2022）。例如，精神障礙者在藥物治療下症狀變得穩定，然而仍難以社會參與的挑戰。主要原因源自傳統媒體及社會對精神障礙者的污名化，造成他們擔心被貼上負面標籤而遭到社會排斥，因此很多精神障礙者仍處於失望無助的境地，難以獨立自主地生活（謝詩華，2018）。此外，研究者在文獻查找過程中，發現臺灣以精神障礙者為主題的同儕支持研究相對匱乏，僅能找到由中華心理衛生協會在2015年、2017年及2019

年提供的三次同儕支持服務的紀錄。儘管 2021 年花蓮榮民醫院精神科進行了一項針對思覺失調患者的同儕支持服務量化研究，結果顯示同儕支持服務有助於提升患者的社會支持、改善社會功能及生活質量（Cheng & Yen, 2021），但這類量化研究在台灣依然較為罕見，且缺乏深入相關性研究。一些學者更指出臺灣目前並未真正建立起完善的同儕支持方案，主要原因是政府將同儕支持視為服務提供者的輔助，使得同儕支持服務相對缺乏多元性，同儕支持者更像是機構服務的輔助性人員（廖福源，2022）。總括而言，臺灣在同儕支持的發展上仍與國外有一定的落差，同時也是一個讓本研究在臺灣同儕支持發揮作用的機會。

第二節 同儕支持與精神疾病去汙名化

精神疾病的汙名化問題在至今仍然存在，Corrigan 等（2010）的研究指出，社會汙名化和自我汙名化是精神障礙者主要面臨的挑戰。而同儕支持可以減少精神疾病的汙名化。

一、精神疾病汙名化的定義

精神疾病汙名化是由社會汙名（public stigma）及自我汙名（self-stigma）形成。社會汙名化是指社會大眾對精神障礙者的負面偏見及歧視，而這些偏見（prejudice）可能源於某人或某團體所持有的預設觀點，且該觀點是缺乏證明亦難以改變，例如認為所有精神障礙者都是有害的、危險的或是無能力等，這種社會汙名會導致歧視（discrimination）行為的出現，例如把精神障礙者與一般人作區分（social distance），對精神障礙者抱持不恰當的行為。而自我汙名是指精神障礙者內化了社會大眾對他們的偏見及歧視而形成的，自我汙名化導致精神障礙者對自我產生負面的觀感，例如恥辱感（shame）、孤立（isolation）及社會排除（social exclusion）（Johnstone, 2001；Corrigan & Watson, 2002；Corrigan & Shapiro, 2010）。

二、同儕支持之理論依據

汙名化常見於精神障礙群體，影響著精神障礙者在社會上的適應力，而學

者 Solomon 提出同儕支持的理論依據包括：社會學習理論、體驗式學習理論以及社會支持理論。這些理論讓相似經歷的同儕支持者能夠為精神障礙者提供服務，給予他們更大的動力、希望和支持，並促進改變，從而增加他們的社會適應力。理論之詳細解釋如下：

(一)社會學習理論 (Social Learning Theory)：

學者 Bandura 提出的社會學習理論指出，通過觀察和模仿他人的過程來獲得知識和技能 (Bandura, 1977)。

在同儕支持服務中，精神障礙者可以通過觀察和模仿同儕或其他成功案例來學習如何應對自身的情緒和行為，從而改善生活質量。例如，他們可以透過與同儕交流和分享經驗來了解他人如何處理相似的問題，進而學習和借鑒他人的經驗和方法。社會學習理論透過觀察、模仿和獎勵等方式幫助他們學習新的知識和技能，促進精神復元 (Davidson et al., 2012)。

(二)體驗式學習理論 (Experiential Learning)：

理論認為學習是通過轉化經驗而獲取知識的過程，通過個人實際參與體驗和反思來獲得知識和技能 (Kolb, 1984; Webb, 1989)。

而經驗分享乃同儕支持核心概念之一，在同儕支持服務中，精神障礙者可以進行各種形式的體驗、學習和自我反思，通過同儕支持者的經驗分享及生活知識，建立相互支持的團體、互相學習和鼓勵，建立人際社交關係，提升自我效能感 (Langer & Moldoveanu, 2000)。

(三)社會支持理論 (Social Support)：

社會支持理論包括情感支持、資訊支持、工具支持等，是指人在社會上可以得到的各種幫助和支持，提供支持的對象有家人、朋友、同事、社區等多種。綜合文獻指出社會支持對於個人的生活適應和精神健康有著積極的影響。理論指出當人持續處於正向支持的環境時，會得到正向情感和自我價值感，從而促進個人的心理健康和生活適應，

另外，理論指出社會支持還可以在壓力情境中幫助緩解心理壓力，進而改善精神健康和生活適應能力（Barrera, 1986；Cohen & Wills, 1985；Wills & Filer, 2001；Uchino, 2009）。

Solomon 提出同儕支持是一種非專業主導的模式，以自助支持的方法，能夠讓精神障礙者從醫療模式轉移到社區復元的模式。學者強調同儕支持者具有正向榜樣和生活經驗分享的重要性，同儕支持能夠協助精神障礙者重新融入社區，並作為一種有效的康復支持策略得到了推廣和應用。（Solomon, 2004）。

綜上所述，同儕支持理論由社會學習理論、體驗式學習理論以及社會支持理論發展而成，為精神障礙者提供心理支持以及生活適應的技巧，通過同儕支持者的經驗分享及支持，有助於精神障礙者恢復自信心、提高自我效能感，達到精神疾病去汙名化的效果。

三、 同儕支持與精神疾病汙名化的關係

傳統的藥物治療模式將精神障礙者視為「疾病」而不是「人」，這種視角並不利於精神障礙者的復元。其中一個原因是，精神障礙者常常受到社會大眾的排斥（Davidson et al., 2016；趙美盈, 2013）。根據英國《經濟學人智庫》於 2016 年的研究，大多數國家或地區都支持精神障礙者回歸社會的目標，即在醫療機構以外提供治療和支援，讓他們回歸社會並享有與一般人相同的機會和資源。然而，現實情況卻是大多數國家仍採取隔離的方式，將精神病患者集中在偏遠地區接受住院性照護，導致他們被社會隔離（Unit, 2016）。學者 Walker (1997)指出社會排除是個人或群體因各種因素而被社會排斥出現有社會系統，這些因素包括政治、經濟、法律、文化等方面，而精神疾病對精神障礙者的負面標籤，便會導致精神障礙者無法參與或得到社會資源，而被社會排除的原因之一。而為了讓精神障礙者能夠重新參與社會，英國成立了專門的 Social Exclusion Unit，並於 2004 年發表了一本有關精神衛生和社會排斥的書籍。該

書籍指出，社會排斥與社會大眾對精神障礙者的污名化有很大的關聯，包括社會大眾對精神障礙者的負面標籤，以及精神障礙者個人因此而產生的自我污名化 (Social Exclusion Unit, 2004)。此外，根據 Pescosolido 等人在 2018 年的研究指出，污名化是一個動態的過程，由標籤化、刻板印象、社會歧視及個人負面影響共同形成。而污名化主要由社會文化因素以及個人成長環境、價值觀及成長背景所造成，因此，該研究建議在協助精神障礙者消除污名化時，除了關注精神障礙者個人因素外，也需要重視社會文化對精神障礙者的影響 (Pescosolido et al., 2018)。為了填補藥物治療未能達到的去污名化效果，美國成立了全國精神疾病聯盟 (National Alliance on Mental Illness, 簡稱 NAMI)，NAMI 是由精神障礙者及其家庭成員組成的互助團體，積極推動精神障礙同儕支持服務，並為精神障礙者提供同儕支持者培訓，讓精神障礙者能夠成為同儕支持者，以讓同儕支持服務能夠鼓勵及支持更多的精神障礙者。另外，NAMI 也會舉辦跨專業的精神障礙去污名化小組，在社區定期舉辦精神衛生健康教育活動，以減少大眾對精神障礙者的標籤，積極協助精神障礙者去污名化 (NAMI, 2023)。總括而言，以上的措施都是為了解決精神疾病污名化對精神障礙者的影響。

四、 標籤效應與同儕支持去污名化

精神障礙者常因社會上的精神疾病污名化而遭受歧視，這種現象與社會對他們的負面評價有關。社會大眾貼上的標籤 (Label)，常常與危險、暴力等負面資訊聯繫在一起，這些標籤不但影響了大眾對精神障礙者的印象，也導致社會對他們的疏離 (Social distance)。這種負面標籤不僅影響了精神障礙者的自我認同，也可能讓他們不自覺地符合這些標籤所定義的行為模式 (Edwin, 1951; Link & Phelan, 2001)。當社會媒體將精神障礙者與「暴力行為者」聯想時，雖然暴力行為並非僅限於精神障礙者，但這些負面標籤卻使他們被視為「暴力行為的精神病人」。此外，精神疾病污名化不僅影響了精神障礙者的情



緒、認知、自我價值和生活意義，也造成了自我汙名化。精神障礙者可能因患病而感到愧疚和自責，進而放棄社會參與，造成自我孤立。自我汙名化也可能讓他們對自己感到厭惡，影響到自尊心、自我照顧和生活適應能力等方面（Wood et al., 2017；尚和華, 2016）。這種負面標籤和自我汙名化損害了精神障礙者獲得社會資源和權利的能力，例如人際交往、就業和住居需求等，因此，為了讓精神障礙者更好地參與社會，達到復元的狀況，首先是讓他們意識到汙名化的影響，同時協助他們去除負面的標籤，提升讓精神障礙者的認知和態度，以促進他們的社會參與和健康復元。然而，在傳統文化下，患有精神疾病的人容易受到大眾及社會媒體的歧視，被貼上各種的負面標籤而導致汙名化的問題，此狀況明顯違反了精神障礙者的基本人權，例如：平等權、自主權、自由權和工作權。故為了促進精神障礙者的健康復元，需要減低精神障礙者因疾病而被汙名化的問題。綜合文獻（Burke et al., 2018；Boothroyd & Fisher., 2010；Fan et al., 2019）指出，同儕支持能夠為精神障礙者去汙名化，通過具有相似經驗及接受專業同儕培訓的同儕支持者，由他們向精神障礙者提供同儕支持服務，協助他們建立新的支持網絡，達到去汙名化目標。另外，同儕支持者比傳統醫療角色更能為精神障礙者提供情感支持、增強自尊和希望感，讓精神障礙者更有希望和動力重新參與社會，建立新的身份角色，使精神障礙者達到復元狀態。

因此，精神疾病汙名化就是由社會大眾對精神障礙者的偏見與歧視，以及精神障礙者對自身的負面評價而出現的一種傷害，這種傷害並不利於精神障礙者的復元。

第三節 同儕支持與復元關係

精神障礙者的復元過程需要多方面的支持，包括情感、社交和經濟支持。Davidson 等（2012）指出，同儕支持在復元過程中扮演了重要角色，有助於提高精神障礙者的自尊和自信心。

一、復元的定義

1980 年代一些美國的精神障礙者在康復後向大眾陳述他們與症狀共處，以及康復後在社會上重新擁有身份的方法，並鼓勵社會大眾應重視及肯定精神障礙者的「復元」需求，這些觀點後來得到美國的健康與人類服務部（Department of Health and Human Services）重視，該部門是負責美國的公共衛生、社會服務以及醫療保健的重要部門，該部門轄下的美國精神衛生部（Substance Abuse and Mental Health Services Administration）認為復元（Recovery）是一個讓人發揮潛力，改善生活的一個過程，復元並非一個單一目標，包括了人的心理、生理及社會等各方面，SAMHSA 認為復元的要素有：多元化（Many Pathways）即每個人都可根據不同的需要而尋找到不同方法達到復元、整全性（Holistic）即復元過程不僅是生理層面，還包括心理甚以是靈性層面、人際支持（Peer Support）即每個人都可以通過互相支持及經驗分享，突破疾病的限制而達到復元、文化關係（Relational Culture）指社會文化以及人際互動對於個人的復元都是相關且重要的、處理創傷（Addresses Trauma）指出在復元過程亦可能需要協助當事人處理創傷經驗、優勢（Strengths）強調每個人都有其優點、能力及資源來達到復元、尊重（Respect）需要尊重當事人的選擇及意願、希望（Hope）給予當事人信任，相信他們能夠復元的，以人為本（Person-Driven）就是強調需要重視當事人的需求，以及尊重他們的主導權。以上七點就是美國 SAMHSA 對於復元的定義。（Deegan, 1988；U. S. Department of Health and Human Services, 1999；SAMHSA, 2012）。此外，學者 Spaniol、Wewiorski、Gagne 及 Anthony（2002）也主張復元是一個過程，藉此讓障礙者能夠將個人與疾病的關係作區分及重新定義，復元能夠促使障礙者自我探索，復元過程更有助於突破疾病對精神障礙者的限制，而復元的重點在於改善精神障礙者的態度、價值觀、感受、目標、技巧及角色認同，提升精神障礙者的自我責任感，使他們能夠自主應對生活困難，重新建立個人身份，在生活上實現

個人目標。後來，臺灣學者宋麗玉與施教裕（2009）根據美國 SAMHSA 對復元觀點，作進一步演繹，認為「復元」可理解為「恢復元氣，從頭開始」的意思，並且強調精神障礙者的自主性，以及精神障礙者可以重新建立個人價值及擁具有品質的生活，宋麗玉（2013）則認為復元應是讓人重新獲得生命力，找回希望感，並推動個人潛能持續發展，達到正向結果的過程。

二、精神障礙者的復元要素

世界衛生組織（World Health Organization）對復元的定義與歐美國家的學者相似，認為復元不僅是消除精神障礙者原來之精神症狀，更應該是一個全面、綜合性的過程，協助精神障礙者恢復人際社交、在社會上建立個人身份角色，協助他們實現個人的目標。而根據一份進行了 30 年的追蹤研究，發現復元對於精神障礙者具有重要意義及有效，文獻將有效定義為沒有異常行為、能夠參與社會、建立人際關係及在社區中生活（Desisto et al., 1999）。能讓精神障礙者達到復元的基本元素包括，尊重、責任、希望、個別化、以人為中心、賦權及同儕支持，而臺灣學者宋麗玉指出還需要是以精神障礙者為核心，協助他們接受精神疾病的事實，覺察精神疾病對他們的影響，復元的狀態是讓精神障礙者不因疾病而感到障礙，使他們能夠回歸社會繼續生活（宋麗玉，2013；宋麗玉等，2015）。另外，復元也強調精神障礙者的社會參與，重視精神障礙者的自主性以及權利，這與臺灣的身心障礙權利公約的精神相似，兩者都以維護精神障礙者能夠在社區中有尊嚴地生活，推動精障者能夠回歸社會繼續發展個人生活。另外，同儕支持者不僅能夠提供情感上的支持，還會與精神障礙者分享個人的復元經驗，使他們得到更為實際的應對策略以及生活技巧，讓精障者達到復元的目標，而美國精神健康運動倡導者 Mary Ellen Copeland 發展的身心健康行動計劃（Wellness Recovery Action Plan）就是其中能協助精神障礙復元的一個重要工具。計劃會通過「同儕支持」，鼓勵及協助有類似精神障礙的人士建立團隊，在制定及執行身心健康行動計劃時提供支持以及幫助，並

通過與有類似經歷的人士互動、經驗分享，過程中得到希望及賦權，達到復元的目的。此計劃讓精神障礙者可以探索和發展個人內在資源，提升個人情緒和壓力認識，強化對突發事件的處理能力。同時，計劃此獲得了美國物質成癮及精神衛生部（SAMHSA）的認可，因此亦具有一定之專業支持（謝詩華等，2018）。

綜上所述，同儕支持在西方國家發展悠久，同儕支持方案是一種有別於傳統藥物治療的服務。而同儕支持對精神障礙者的成效亦已得到西方國家實助益，包括協助他們建立自尊、自信、提升自我效能感與社交能力等，因此，同儕支持服務的推行是發展為了讓精神障礙者能達到復元狀態重新回歸社會生活。

三、 同儕支持、同儕支持者與復元關係

精神障礙同儕支持方案是一種與傳統權威專家指導方式有所不同的服務，通過同儕支持者與精神障礙者之間的經驗分享和情感支持來建立互助的模式，使精神障礙者能夠重新找回自己在社會中的角色，發展個人潛能，實現復元的目標（Faulkner & Basset, 2012; Mead & MacNeil, 2006）。在文獻探討過程中，研究者使用了中文資料庫：華藝線上圖書館（Airiti Library）、國立臺灣大學圖書館和中國知識資源總庫（CNKI），以及外文資料庫如 Sage Journals、ScienceDirect、Scopus 和 EBSCO Host 來收集有關精神障礙者同儕支持的文獻。研究者發現，就文獻數量和研究地區而言，精神障礙者同儕支持在歐美地區的應用及相關研究比東方地區更為普遍。特別是在美國、加拿大和英國。研究者在文獻探究過程發現同儕支持源自歐美地區，原因是精神醫療服務在歐美地區已發展多年，並且逐漸以精神復元為服務方向，同儕支持已被國外研究證實是一種有效的精神復元方法，根據 Repper 和 Carter（2011）的研究顯示，同儕支持服務能夠降低精神障礙者的住院率，並有助於為他們賦權、提高他們的自尊、建立社會支持網絡、促進個人復元及減少自我汙名化。同儕支持主要由同儕支持者負責提供服務，他們通過分享個人復元經驗，有助於與精神障礙者建立互助及互信的關係角色。同儕支持者的功能還包括給予精神障

礙者鼓勵、希望感、提升健康管理責任、協助個案與醫療人員進行溝通、精神疾病衛教，以及在社區推行去汙名化活動等（Smit et al., 2022；Matthew et al., 2014；葉錦成，2011）。因此，在歐美地區，同儕支持已成為精神健康服務系統中不可或缺的一部分。

在傳統文化和醫療模式下，精神障礙者往往承受醫護人員和社會大眾的負面態度和歧視，這導致他們對自己形成自我汙名化，進而影響到他們的自我價值和自尊。而精神障礙者的自我汙名化對他們的復元不利（Knaak, Mantler & Szeto, 2017；Perry et al., 2022）。學者 Barton 在 1999 年提出精神復健的三個要素為賦權（Empowerment）、能力（Competency）和復元（Recovery），而同儕支持服務將這三個概念應用在促進精神障礙者的復元上。首先，同儕支持者通常具有與精神疾病共處或康復的經驗，通過這種經驗，他們能夠與精神障礙者建立更加互信和正向支持的關係。同儕支持者通過自我揭露、同理和經驗分享等方式，能夠賦予精神障礙者希望感、改善生活質量並提升自信心，讓他們學習自我決定的能力，進而提高他們的責任感。此外，同儕支持者還能夠幫助精神障礙者提升個人能力和生活技能，讓他們更積極地參與社會，建立社交關係。當精神障礙者具備獨立生活的能力時，他們便能夠重新融入社會生活，達到復元的目標（William, 2001；Lloyd et al., 2014；林子堯等，2014）。

此外，雖然同儕支持的研究主要集中在西方國家，對非西方國家的同儕支持服務及研究相對較少。然而為了填補這一研究的空缺，學者 Samson 等人（2017）嘗試在非西方國家進行了同儕支持研究，而研究結果包括：（1）文化和傳統價值觀會影響同儕支持的推行和被接受程度，例如，非西方國家對精神疾病的認知、態度和價值觀與西方國家存在差異。（2）在社會支持方面，非西方國家的家庭、親屬、社區和宗教團體在精神復元方面扮演著重要角色。（3）非西方國家推行同儕支持時，相較於西方國家，缺乏資源，這不利於同儕支持的發展。（4）在非西方國家推行同儕支持時需要考慮文化敏感度，構思出符合當地文化需求和適應性的同儕支持計劃內容。雖然有文化的差異，但在僅有的

研究資料中，同儕支持在非西方國家也達到了相似的成效。

綜上所述，精神疾病汙名化對精神障礙者的復元不利，而同儕支持服務能有效去汙名化，並有助於培訓精神障礙者成為同儕支持者，通過同儕支持者以自身「過來人」的經驗，向其他精神障礙者提供經驗分享、情感支持、賦權及提升他們的自我效能感，以達到促進精神障礙者的復元過程。

四、 同儕支持與精神障礙者的復元

通過同儕支持服務能協助精神障礙者避免被汙名化，促進他們的復元過程，重新建立新生活。因此，同儕支持服務對精神障礙者的復元十分重要。然而，綜合文獻（Wunderink et al., 2009; Young, Ng & Pan, 2017; Wood et al., 2017; 黃耀輝等, 2018）發現影響精神障礙者復元的主要因素包括：汙名化、負面情緒及社會功能。例如傳統的華人文化及大眾媒體對精神障礙者的歧視，可能會讓精神障礙者產生負面情緒，影響他們的社會功能，從而降低復元的機會。同儕支持的重要性在於能夠促進精神障礙者的復元。通過同儕支持者的經驗分享，為其他精神障礙者提供情感支持及提升社會適應力，使他們達到復元。復元的成效在各國已得到實證支持，包括 Burke 等（2018）在英國的研究、Boothroyd & Fisher（2010）在美國的研究，以及 Fan 等（2019）在中國的研究。上述各國的研究均認為同儕支持能夠提升精神障礙者的自我效能感、去除汙名化及改善他們的社交技巧等，使精神障礙者能夠達到復元的狀態。雖然臺灣未有同儕支持的研究，但在精神障礙復元的研究上，發現社會支持同樣是協助精神障礙者復元的重要因素，例如：家人、朋友及醫護人員等，這些資源充當著同儕支持者的角色，促進精神障礙者的恢復與復元（黃智玉, 2017）。綜上所述，同儕支持在歐美國家已得到實證支持，精神障礙者服務通過同儕支持者的經驗分享、賦權及重建社會支持網絡，能夠減低精神障礙者的汙名化，讓他們達到復元。

第四節 同儕支持對精神障礙者的影響

本章節將分為三個部份，首先探討「同儕支持服務對同儕支持者的影響」，以瞭解同儕支持對於參與同儕支持培訓的精神障礙者，他們的效果為何。第二部份則是探討「同儕支持者的培訓指標」，深入瞭解同儕支持者的培訓內容。最後就是探討「同儕支持與精神障礙者的復元和去汙名化之間的關聯性」，探究同儕支持在促進精神障礙者復元過程中的作用，以及如何減少精神障礙者所面臨的汙名化問題。

一、 同儕支持服務對同儕支持者的影響

同儕支持服務對精神障礙者的主要效果有四個方面：（一）改善精神障礙者的精神健康狀況。（二）為精神障礙者賦權並提升其能力。（三）減少精神障礙者遭受到的汙名化影響。（四）促進精神障礙的復元。

（一） 改善精神健康狀況

隨著醫療技術的進步，精神障礙者受到的藥物副作用困擾而被減低。然而通過文獻探討，發現到精神障礙者所面對的困擾不僅是精神症狀及藥物副作用的困擾，更多的是因為精神疾病汙名化所造成的精神及情緒困擾，並且汙名化對精神障礙者造成的恥辱感比精神疾病本來的損害性更大（唐宜楨、吳慧菁，2008；唐宜楨等，2009；LANCET, 2022）。因此，精神障礙者的精神健康應得到更多的重視。

根據學者 Davidson 等人（2012）、Van Eck 和 Roesch（2019）、Felton、Revell 和 Balderas（2020）以及 Silverstein 等人（2021）對同儕支持的研究發現，同儕支持能夠降低精神障礙者的回診次數以及住院率，減少嚴重的精神症狀復發，另外，同儕支持還能夠讓精神障礙者保持穩定的精神狀態，提升他們接受精神健康服務的動機，從而讓精神障礙者的精神健康得到改善及提升。

（二） 賦權

根據文獻探討，精神障礙者可能因擔心被汙名化而減少與社會接觸，導致社交孤立和負面的自我形象。學者 Sarah 和 Samia (2016)、Nelson 和 Ochocka (2018) 以及 Schuler, Gabriel 和 Zisman-Ilani (2019) 的研究指出，同儕支持能夠賦權精神障礙者，通過個人或團體形式，協助他們重新建立人際互動，恢復自信心，進而解決因精神疾病而受汙名化的問題。

(三) 去汙名化

在日常生活中，精神障礙者較常受到精神疾病困擾及大眾汙名化的雙重壓力，僅依靠藥物往往難以讓精神障礙者回復一般人的生活狀態，甚至實現個人目標，通過同儕支持服務卻能夠協助精神障礙者去除汙名化，因為同儕支持服務能夠為精神障礙者提供一個更安全及友善的環境，讓有類似經歷的人可以互相分享經驗及知識，而同儕支持者在提供同儕支持服務過程時，會為精神障礙者帶來希望感 (hope)，協助他們在社會上重新建立積極自信的角色，學習解難技巧及應對策略，這有助於讓精神障礙者建立穩定的人際支持網絡，提升精神障礙者的自我效能感及社會連結。

(四) 復元

同儕支持有助精神障礙者跳脫傳統藥物治療「病人」的角色，實現復元目標 (Solomon, 2004; Davidson et al., 2006)。同時，根據研究顯示，相較於未接受同儕支持服務的精神障礙者，接受同儕支持服務的人自我汙名化程度更低 (Gillard, Edwards & Gibson, 2018; Eilish et al., 2018; Keown et al., 2020; Gessler & Wong, 2020)。

綜合上述，同儕支持服務的成效在於能協助精神障礙者的症狀穩定、提升健康狀態，並為他們賦權。通過同儕支持服務，同儕支持者能夠減低精神障礙者的自我孤立，並增加希望感及提升自我效能感，最終能讓他們精神障礙者在社會上獲得更好的生活品質。

二、 同儕支持者的培訓指標

同儕支持服務中同儕支持者是關鍵的角色，而同儕支持者在歐美地區發展較成熟，因此本研究將參考美國、加拿大及英國同儕支持者培訓計劃作為參考。

根據美國物質成癮及精神衛生部（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015）及相關文獻資料，美國同儕支持者的培訓要求為：需接受所屬州政府認證的訓練機構提供的訓練、且培訓時數不少於 40 小時才能成為同儕支持者（Peer Support Specialist），主要培訓內容如下點：

- (1)理論健康知識：學習精神健康
- (2)及成癮問題的相關基礎知識：例如精神疾病症狀、精神藥物等。
- (3)同儕面談技巧：例如復元概念、自我管理、支持鼓勵等，才能為其他精神障礙者提供鼓勵、復元及情緒支持。
- (4)設立目標及計劃：同儕支持者需要與其他精神障礙者訂立計劃，才能共同實現復元的目標。
- (5)自我管理及復元策略：例如壓力調適、飲食習慣等，同儕支持者在學習後才能讓其他精神障礙者學習自我管理及復元。
- (6)社區資源：同儕支持者需要瞭解社區的相關資源配套，以協助其他精神障礙者尋求相應之資源，例如：復康機構、支持小組等。
- (7)專業倫理：同儕支持者亦有其相關之專業倫理操守，例如保密、案主自決等，以保障及尊重其他精神障礙者的權利及意見。

美國的同儕支持計劃會根據不同的地區略有不同，但共同的內容大都以上述七點為方向，以精神復元為目標，而通過計劃的同儕支持者將在不同的地點提供同儕支持服務例如：醫院、社區等，美國的同儕支持者亦不限於個人服務，亦會與醫師、治療師等共同在醫院及社區提供同儕支持服務。（Mead &

MacNeil, 2006 ; Davidson et al., 2012 ; Chinman et al., 2014)

根據加拿大精神衛生委員會 (Mental Health Commission of Canada, 2016) 及相關文獻顯示，加拿大的同儕支持者同樣需要接受相關同儕支持訓練及通過考核，而訓練標準是由加拿大精神衛生委員會來制定，培訓時數包括 60 小時課堂培訓及 20 小時的實習培訓，主要培訓內容有：

- (1) 同儕面談技巧：訓練同儕支持者能夠聆聽及理解其他精神障礙者的需要，並在過程中分享自身的經歷來鼓勵及提供情感支持。
- (2) 訂立目標及計劃：加拿大的同儕支持者亦需要學習如何與其他精神障礙者訂立復元計劃，協助他們將目標達成。
- (3) 社交技巧及情緒管理：例如溝通技巧、壓力管理、情緒調節等。
- (4) 提供資訊：同儕支持者需要認識精神復康的相關社區資源，例如：社區機構、康復小組等，為其他精神障礙者提供更多的資源。

加拿大的同儕支持者在通過政府或認證的機構單位培訓後，能夠在不同的地點提供服務，例如：醫院、學校及社區等。(Farkas & Gagne, 2012 ; Mental Health Commission of Canada, 2011 ; Mental Health Commission of Canada, 2016 ; Knaak et al., 2017 ; Hickey & Chambers, 2018)

最後就是英國同儕支持者的培訓指標，根據英國精神衛生基金會 (Mental Health Foundation, 2020) 及相關文獻資源，英國的同儕支持者訓練內容是由英國精神衛生基金會負責，基金會亦是由同儕支持者所組成，訂立了名叫同儕支持網絡 (Peer Support Network) 的同儕支持計劃，而英國的同儕支持者與美國及加拿大的同儕支持者一樣需要接受並通過相關認證機構的培訓，且培訓時數為不少於 70 小時的課堂及實習培訓，才可以得到資格認證。

培訓內容如下：

- (1) 理論基礎：學習精神及精神衛生相關的知識，例如：精神疾病症狀、藥物使用及社會心理因素導致的問題。
- (2) 同儕面談技巧：包括學習如果分享個人經驗來幫助其他精神障礙者，給

予鼓勵及支持、讓他們亦能夠表達想法及感受，以及如何處理其他精神障礙者的情緒反應。

(3)溝通技巧及預防二次傷害：學習如何與其他精神障礙者建立信任關係、聆聽及理解他們的想法，以及學習處理個人或其他精神障礙者在分享經歷時，可能導致的二次傷害。

(4)專業倫理守則：例如機構對同儕支持者指引、保密原則等，以保障同儕支持者及精神障礙者在使用同儕支持服務時的互助關係等。

英國的同儕支持者培訓計劃會因地區政府或機構單位而有所不同，但主要內容仍是以上四點為主，並且英國的同儕支持的培訓計劃內容中，訓練時數的部份相比美國及加拿大需要更多的時間要求，而通過培訓後，同儕支持者同樣能夠在醫院、社區機構等單位為其他精神障礙者提供同儕支持服務（Basset et al., 2010；Gillard et al., 2015；Mental Health Foundation, 2017）。

為了能更直觀地瞭解三個國家之同儕支持者培訓內容，研究者將上述內容以表格形式整理，資料如下：

表 1：西方國家同儕支持者培訓內容之異同

國家	主要認證機構	參與資格	課程內容	訓練準則	通常獲得待遇
美國	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	年齡要求 18 歲以上，高中畢業或同等學歷，過去一年無濫用藥物或酒精	理論健康知識、同儕面談技巧、設立目標及計劃、自我管理及復元策略、認識社區資源、專業倫理	課堂及實習培訓，合計不少於 40 小時	依據其工作性質及地區而提供薪資、醫療保障、督導培訓

加拿大	Mental Health Commission of Canada	年齡要求 18 歲以上，有使用精神健康服務且精神症狀已穩定，一般審查	同儕面談技巧、訂立目標及計劃、社交技巧及情緒管理、提供資訊	課堂培訓 60 小時，實習培訓 20 小時，合計 80 小時	依據工作內容及時間提供薪資、醫療保障、督導培訓
英國	Mental Health Foundation	年齡要求 18 歲以上，曾接受及有參與提供精神健康服務的經驗，精神狀態穩定，一般審查	理論基礎、同儕面談技巧、溝通技巧及預防二次傷害、專業倫理守則	課堂及實習培訓，合計 70 小時	依據工作內容及時間提供薪資、醫療保障、督導培訓

資料來源：研究者自行整理

三、 同儕支持與精神障礙者的復元、去汙名化之關聯性

同儕支持服務由接受同儕支持培訓並且具有精神復康經驗的個人提供，即同儕支持者，而同儕支持者以類似「朋友」般的平等角色來為其他精神障礙者提供支持及協助，這與傳統的「醫病」權力模式有明顯不同，有助於避免精神障礙者被貼上精神病等負面標籤，從而減少精神疾病的汙名化。同時，同儕支持服務能夠為精神障礙者得到藥物以外的支持，改善精神障礙者被汙名化帶來的負面影響實現復元。另外，精神障礙者在復元過程中的重要因素包括社會支持、希望感、賦權、生活適應技巧及社區參與，而同儕支持已獲得歐美國家的實證研究支持 (Davidson et al., 2012; 宋麗玉, 2013)。因此，同儕支持與精神障礙者復元以及去汙名化的關聯性在於，同儕支持方案培訓同儕支持者，同儕支持者分享他們的經驗讓其他精神障礙者學習復元概念，並進一步協助精神障礙者去汙名化，減輕精神疾病汙名化帶來的影響，重新適應社會。

綜上所述，通過借鑒國外同儕支持服務發展的經驗，研究者發現同儕支持的目標是協助同儕支持者者達到復元，賦予他們新的身份，讓精神障礙者不再被定義為「病人」或「被照顧者」等被動角色，通過同儕支持服務幫助精神障

礙者重拾自主角色，重新擁有對未來的自主性。



下圖是研究者對同儕支持、同儕支持者、汙名化與復元之關係作圖表整理：

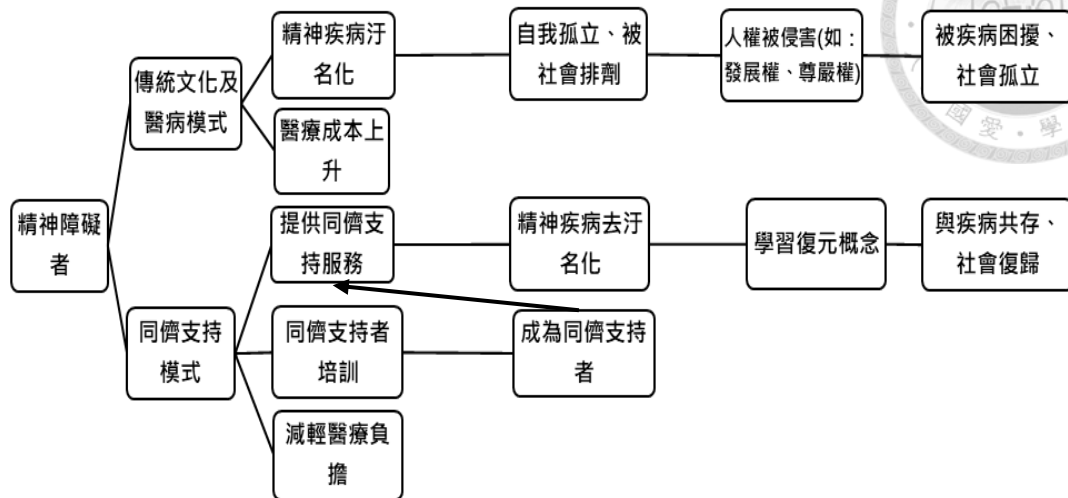


圖 1 同儕支持與精神障礙去汙名化之關係

資料來源：研究者自行整理

小結

本研究發現，目前精神疾病仍是以傳統醫藥模式來提供服務，導致精神疾病汙名化問題未被解決。精神障礙者因害怕被汙名而選擇遠離社會或被社會排擠，從而失去了應有的基本權利，如參與社會活動或工作就業的權利。在傳統醫病模式下，這種困擾會持續存在。同儕支持服務的出現，為精神障礙者提供了重要的情感支持和鼓勵，並建立了支持性的群體，幫助他們克服精神疾病的汙名化問題。通過同儕支持，精神障礙者可以學習如何復元，並重新投入社會生活。同儕支持者的培訓，使過去接受照顧的精神障礙者能夠成為“過來人”，以同儕支持者的身份協助其他精神障礙者，形成正向的循環。這一模式有助於為更多的精神障礙者去除汙名，使他們能夠重新適應社會。

第三章 研究方法與設計



本研究源於研究者在擔任社會工作者期間的觀察，發現精神障礙者在華人社會中仍然遭受大眾污名和傳統醫療模式的影響，因此常常只能依賴藥物來控制疾病。當藥物治療無效時，他們只能接受強制住院，這使得精神障礙者的人權更難得到保障，他們的未來似乎也只能被疾病困擾終生。幸而，研究者在通過修讀碩士課程和文獻探究，研究者發現同儕支持能夠幫助精神障礙者去污名化，提升他們的自我效能感，使他們能夠重新融入社會，繼續發展個人潛能。因此，研究者選擇在臺灣進行同儕支持研究，基於臺灣在精神衛生政策、社會工作服務，特別是康復服務和社區精神衛教方面的相對成熟發展。臺灣擁有一定數量通過同儕支持培訓的同儕支持者，研究者深信這些同儕支持者能為本研究提供極為重要的資訊。

綜上所述，本研究選擇質性研究方法來瞭解臺灣同儕支持的發展脈絡及精神障礙者接受同儕支持服務的經驗。本章節分為四個部分：第一部分為研究方法，詳述研究方式、研究架構及研究場域；第二部分為研究設計及資料蒐集過程，包含研究對象的選取標準、研究工具設計及資料來源；第三部分為資料分析與研究品質，闡述資料分析方法以及本研究遵循的研究品質標準；第四部分則為研究倫理，表述本研究之倫理考量以及對研究參與者的保護措施。

第一節 研究方法、研究架構與研究場域

本研究旨在通過同儕支持的精神衛生專業人員。例如：社工、心理輔導員、護理師等來瞭解同儕支持方案的理念及工作方法，同時探究精神障礙者接受同儕支持者培訓的歷程及去污名化經驗。研究者通過文獻發現質性研究的工作就如探險家，對特定的現象及情境脈絡進行探索，藉此來發現新觀點（Stainback & Stainback, 1984；Mariampolski, 2001；Lindlof & Taylor, 2019；鈕文英，2021）。本研究亦非常重視研究參與者的經驗，故選擇以深度訪談（in-depth interview）讓研究參與者描述同儕支持相關的內容及感受，並進一步以主題分

析法 (thematic analysis)，以瞭解研究參與者對同儕支持者培訓的經歷及去汙名化的過程。另外，研究者在進行同儕支持的文獻探索時，發現同儕支持在臺灣的研究短缺，精神障礙同儕支持的研究似乎仍在探索階段，因此，也期待本研究能發掘到臺灣同儕支持的發展模式與精神障礙去汙名化的相關脈絡後，日後能為臺灣的精神健康服務提供改善建議。

一、 研究方法：質性研究取向

質性研究是一種以描述性及探索性的研究方法，更注重現象的發生及發展過程 (Yin, 2017；鈕文英，2020)。本研究的主要研究對象是在臺灣成為同儕支持者的精神障礙者，然而，同儕支持的起源是西方文化，因此研究者期望能深入瞭解東方文化下同儕支持的情境脈絡，正如前文所述，在傳統華人文化下，精神障礙者回歸社會過程可能會遭遇更多困難與挑戰，例如：大眾歧視、自我汙名化等，故為了更深入地瞭解臺灣同儕支持者的經歷，研究者選擇質性研究取向，藉此深入瞭解同儕支持在臺灣獨有之情境脈絡，以及同儕支持服務如何協助他們去汙名化，提升他們的自我效能感等，並在過程中瞭解精神障礙者對同儕支持的想法、感受以及對他們的意義。以下將進一步說明本研究選擇質性取向的原因：

(一)研究之多元性

建構主義是質性研究的派典之一，其觀點認為真實是多元且不斷變化的，真實並不像實證主義強調的知識客觀與事實的是單一性，真實是由多重主體經驗共同建構而成的結果 (鈕文英，2021)。故本研究避免將西方同儕支持知識僵化地應用到臺灣，以避免忽略了臺灣的獨特及多元的真實性，故研究者選擇以建構主義的觀點，而探索屬於臺灣同儕支持者獨有之真實經驗，並發現及探索臺灣多元的精神健康服務。

因此，研究者選擇以質性取向的研究方法，藉此重新探索臺灣同

同儕支持者的真實經歷及特有之情境脈絡，通過深入瞭解同儕支持的全貌，期望能探索出符合臺灣文化特色的同儕支持服務模式及方法。

(二)研究之複雜性

研究對象之複雜性：根據研究者之工作經驗，當精神障礙者在復元並回歸社區，特別是找到新工作時，他們可能會選擇中斷與機構接觸或搬家，因而增加了研究對象的不確定性，使得真實情況更難以單一量化。而質性研究的建構主義，提議研究者可以通過持續辯證研究過程，以及研究者與研究參與者的互動影響，能夠探索出多元之真實（歐宗明，2015）。故為了能深入瞭解研究對象之真實經驗，探索精神障礙者在接受同儕支持服務及復元的情境脈絡。本研究以質性研究作為研究取向，藉以瞭解精神障礙者成為同儕支持者的經歷，深入瞭解同儕支持的全貌，以此來發掘及探索出多元的同儕支持。

二、 研究架構：

根據學者 Lincoln 與 Guba（1985）的研究表示，質性研究中的建構主義方法論重視「詮釋」，而詮釋可以通過非標準化方法來進行，並通過反覆分析及辯證來發現真實意義。因此，研究者為了能夠深入瞭解同儕支持的一線工作人員及通過培訓成為同儕支持者的精神障礙者的經歷及感受。本研究決定以「深度訪談法」進行資料蒐集，使用非標準化的研究工具，包括研究者自身、半結構式訪談大綱和紀錄工具等，以探索同儕支持的整體發展脈絡。

三、 研究場域：

在經過文獻探究、資料蒐集以及與指導老師的深入討論後，研究者得知臺灣南部存在一個以同儕支持服務為主要目標的機構：高雄心理復健協會。研究者為了更好地了解研究場域，研究者在進行本研究前，與該協會的負責人及一線工作人員進行了兩次研究事前會議，以介紹和解釋本研究的目標，確保所選場域的獨特性。而本研究之場域高雄復健協會，成立於 1994 年由精神障礙者家

屬組織而成，是一個非營利機構。該機構致力於精神復康服務，包括精神復康就業服務、社區精神復健中心及各類型的工作坊。2018 年，該機構開展了精神障礙同儕支持服務。其獨特性在於同儕支持方案並非依賴政府的自立生活方案作為主要經費來源，這減低了同儕支持方案受到自立生活方案影響的可能性。綜上所述，研究者決定以高雄復健協會作為研究場域。在研究資源有限的狀況下，這一選擇有助於最大程度地發揮有限的研究資源，使研究結果更深入地理解同儕支持方案，並為未來的研究提供更多價值。

第二節 研究設計及資料蒐集過程

一、 研究對象的選取及來源：立意選樣

質性研究在選樣原則上會根據研究需要，針對相關的人物、時間、地點、事件、活動及行為等進行對象的選樣（Lincoln & Guba, 1985；Patton, 2015；Lindlof & Taylor, 2019；鈕文英，2020）。故質性研究通常以非概率選樣（nonprobability sampling）的方式進行，立意選樣（Purposeful Sampling）便是其中一種方法。

本研究依據立意選樣的規則，考量研究對象能否提供豐富資訊、時間和其他因素，選擇了兩類研究對象，即通過同儕支持者培訓的精神障礙者以及具有精神衛生專業資格的一線工作者。

（一）參與同儕支持的一線工作者選樣標準如下：

1. 參與同儕支持工作超過 1 年；
2. 具有同儕支持者培訓的經驗；
3. 具有精神衛生專業人員資格（護理師、職能治療師、社工、心理輔導員等。）

（二）通過同儕支持者培訓的精神障礙者的選樣標準：

1. 曾以同儕支持者的身份提供同儕支持服務；
2. 診斷為精神障礙者或是本研究場域的會所會員；

3. 曾有精神科治療或住院經驗；
4. 精神症狀穩定，能進行面對面的個別訪談；
5. 能以中文溝通，有適當的口語表達能力及能夠分享個人感受及經驗。



研究者在進行資料收集前，與研究場域的負責人及其同事進行了兩次線上會議，以確保研究資料具有深度，同時顧及研究參與者的特殊性（如精神障礙者的生活作息及不定期的機構出席時間）。最後，本研究綜合文獻及與研究場域的討論建議，決定採用立意選樣作為本研究的選樣方法，於臺灣某精神復健協會進行研究選樣，在確保研究對象的知情同意後，約定訪談時間及地點。研究以半結構訪談形式進行面對面的深度訪談，研究參與者分別為同儕支持的一線工作人員以及通過同儕支持培訓的精神障礙者。一線工作人員的訪談方向以參與同儕工作的經驗、同儕支持方案的理念架構以及同儕支持與精神障礙去汙名化的觀點；而同儕支持者的訪談方向包括日常生活中因疾病而被汙名化的經驗、參與同儕支持者培訓的經驗以及作為同儕支持者提供同儕服務及去汙名化的經驗。訪談時間約為 60 分鐘，訪談過程同步進行錄音，並以逐字稿來進行後續的研究分析。

本研究最終蒐集了八位研究參與者，包括六位同儕支持者及兩位從事同儕支持工作的社工。由於本研究場域內負責同儕支持工作的都是社工，因此選擇了這兩位社工作為研究對象。另外，為保障參與者的隱私，本研究在進行資料編碼時，將不使用研究參與者的真實姓名，而是以代號進行研究編碼。

（三）負責同儕支持工作的一線工作者：社工（兩位）

同儕支持方案在與傳統醫療模式相比，對待精神障礙者的方式上有顯著不同，同儕支持工作人員更注重瞭解精神障礙者的生活經驗及復元歷程，並與他們建立平等而非權威型的互動關係。因此，本研究最終選取了兩位社工作為研究對象，以下為兩位社工的基本資料表。

表 2： 研究對象一線工作人員基本資料（N：2）



編碼	性別	職稱	同儕支持 年資	年齡	專業背景	同儕支持 者培訓 經驗	曾訓練 的同儕 支持者 人數
小庭	女	外展社工	一年半	45	護理、 社會工作	是	九位
阿慈	女	方案社工	兩年	24	社會工作	是	六位

資料來源：研究者自行整理

（四）通過同儕支持者培訓的精神障礙者：（六位）

本研究目的在於深入了解精神障礙者參與同儕支持計劃的歷程。為實現此目的，研究採用個別訪談的形式進行。選樣條件包括：受訪者需具備良好的中文理解及表達能力；有三年以上的精神康復治療經驗；已通過機構提供的同儕支持培訓；並以同儕支持者角色提供服務三個月以上。因同儕支持方案不同於傳統醫療模式，本研究通過深入探討研究參與者對同儕支持方案的詮釋，來了解該方案對他們生活經驗的影響。這些同儕支持者的詮釋將有助於豐富本研究的結果。其中一位研究參與者（化名水公司）較不善於接受個別訪談，故需要工作人員從旁協助。為了徹底了解水公司的真實想法，研究者在訪談結束後會與工作人員核對訪談內容，並向機構了解水公司的相關資訊。

表 3：研究對象精神障礙者的基本資料及疾病相關資料（N：

6）

編碼	性別	精神健康狀況	接受治療時間	年齡	通過同儕支持培訓	同儕支持者時間	提供的同儕支持服務
智	男	躁鬱症	9 年	30 歲	是	半年	電話訪談
水	男	憂鬱症	24 年	36 歲	是	一年	家訪、網路廣播
嫻	女	躁鬱症	6 年	41 歲	是	一年	家訪、網路廣播、校園分享、陪同就醫
麥	女	思覺失調	27 年	51 歲	是	一年半	電話訪談、網路廣播、校園分享、陪同就醫
陳	女	思覺失調	37 年	55 歲	是	三年	家訪、網路廣播、代工
朱	男	思覺失調	36 年	57 歲	是	三年	校園分享、代工

資料來源：研究者自行整理

二、 研究工具

（一） 研究者的反思

Lincoln 與 Guba（1985）及鈕文英（2021）表示，質性研究中研究者以自身作為研究工具的優點包括：能夠更敏銳地感受到研究對象與研究場域的線索、研究者不用受到事先設定的資料限制，可以同時蒐集多種層次之資料、在蒐集資料過程中能即時及全面地探究研究之情境脈絡，以及覺察到研究對象言語表達外之默會知識（Tacit knowledge），最後研究者能夠在蒐集資料過程中與研究對象進行資料澄清或擴充資料。誠如本研究之開端，研究者自 2016 年大學畢業後便投身社會工作助人專業，在大學時期已在不同的社服單位接受超過一千小時的社會工作實習，因此已累積與不

同服務對象接觸及建立專業關係的經驗，同時在工作期間亦不斷修讀與精神健康相關之培訓以及接受督導教導，在進入研究所後，研究者不單繼續學習精神健康與復元相關之課程，另外亦修讀了倫理學及人權公約之課程，以建立及培養對社會現象的敏感度及批判性，並且能夠通過不斷的學習及自我省思，研究者更感受到去汙名化與精神復元對精神障礙者的重要性，傳統藥物治療精神疾病的單一處遇方式需要被改善，加入更多的角色以提升精神健康服務的多元性，以此才能真正滿足到服務使用者的需要，讓他們能夠突破疾病的障礙，踏上復元之路。

另外，本研究之研究主要對象是精神障礙者，在澳門工作期間已累積精神復康接近三年的工作經驗，因此有信心能夠跨越地域的不同，繼續與臺灣的精神障礙者建立專業關係，同時本研究並非研究者一己之力可以完成，過程中亦會不斷與指導老師進行請教及討論，時刻對研究內容進行省思與辯證，讓研究者與研究參與者達到共享建構，使知識得以有意義的延伸，達到建構主義詮釋之觀點（鈕文英，2021）。

最後，研究者認為是次研究，可以讓研究者學習到更懂得以謙卑的角色提供社會專業服務，而不再單一是服務提供者與服務接受者的階級角色，同時運用積極聆聽、尊重等社會工作技巧，並藉由持續的反思與辯論，相信研究能有助於瞭解精神障礙者對同儕支持的詮釋。

（二） 半結構式訪談大綱

根據文獻（Bernard, 2018；潘淑滿，2018；鈕文英，2020），質性研究較常使用半結構式訪談來蒐集研究資料，原因是半結構式訪談具有對訪談內容的彈性調整能力，使研究者可依據研究目的預先規劃訪談方向。而本研究之相關研究資料具有一定的稀缺性，因此較適合以半結構訪談來聚焦僅有的研究參與者上，另外臺灣的精神障礙同儕支持的研究相對匱乏，又因精神障礙者去汙名化的過程多元而獨特。因此，研究者選擇以半結構訪談，使訪談過程具有足夠空間彈性來獲取豐富及深入的研究資料。本研究



目的及研究參與者的獨特性適合使用半結構訪談，訪談大綱將區分同儕支持工作人員及同儕支持者兩部份。第一部份：同儕支持工作人員的訪談大綱內容：個人基本資料、選擇參與精神康復範疇的原因、助人工作經驗、對同儕支持方案的看法與感受、同儕支持方案協助精障礙去汙名化的觀點、以及同儕支持發展過程中所遇到的挑戰及建議。第二部份：同儕支持者的訪談大綱內容：個人基本資料、精神健康狀況及治療經驗、參與高雄心理復健協會同儕支持培訓的動機及期望、成為同儕支持者的原因及目標、提供同儕支持服務的過程及經驗心得、對同儕支持方案的建議與回饋，以及同儕支持對去汙名化的作用與影響。

綜上所得，本研究將以半結構式訪談進行，以因應研究參與者的獨特經驗。在進行訪談前，研究者會提早將訪談大綱以書面或電子郵件形式提供給研究參與者，並根據訪談當日的狀況及研究參與者回應作延伸訪談。半結構訪談的時間約 60 至 90 分鐘，訪談地點以研究參與者方便為主，並在取得知情同意後才使用錄音工具紀錄訪談內容，讓訪談過程能聚焦研究目標也能保障研究對象的知情同意權，以及確保研究資料的完整性。

訪談大綱（工作人員版本）



1. 基本資料：

- 1.1 請問您在現在的協會工作了多長時間？
- 1.2 請問是那些原因讓您選擇接觸精神障礙者，以及選擇現在的地方工作？
- 1.3 您在精神康復領域的工作經驗有多長的時間以及您現在的年齡？

2. 對於同儕支持方案的觀點

- 2.1 請問您過去有接觸同儕支持方案嗎？可以分享您在推動同儕支持的一些想法或感受？
- 2.2 請問您覺得同儕支持方案與您過去接觸的精神復健方案有甚麼不同？
- 2.3 請問您日常是如何執行同儕支持方案，您認為協會需要繼續推動同儕支持發展嗎？
- 2.4 請問您如何評估那些類型的精神障礙者適合成為同儕支持者？
- 2.5 請問您覺得同儕支持方案對於精神障礙者有那些改變？對精神障礙者的意義或價值為何？
- 2.6 請問您目前在同儕支持方案中負責的部份有那些？協會現在有雇用同儕支持者嗎？

3. 對於同儕支持與精神障礙去汙名化的觀點

- 3.1 請問您如何理解精神障礙去汙名化？
- 3.2 請問您認為同儕支持方案與精神障礙者的去汙名化的意義與價值為何？
- 3.3 請問您如何理解同儕支持方案對同儕支持者去汙名化的幫助？
- 3.4 請問您如何培訓同儕支持者？例如主要的培訓內容有那些？

4 對同儕支持方案的建議

- 4.1 在推動同儕支持方案時曾遇過那些挑戰？
- 4.2 您認為有甚麼方法能夠改善同儕支持方法遇到的困難？
- 4.3 您對於同儕支持的發展有那些想法或建議呢？

訪談大綱（同儕支持者版本）



1. **基本資料：年齡、過往患病經驗、接受傳統藥物治療經驗**
2. **參與同儕支持計劃的角色、經驗**
 - 4.1 您在成為同儕支持員之前，有參加其他精神復元的培訓嗎？是甚麼呢？
 - 4.2 請問您選擇成為同儕支持員的因素有那些？
 - 4.3 請問您認為同儕支持員需要具備那些要素？
 - 4.4 請問您成為同儕支持員多長時間了，有那些原因讓您繼續擔任同儕支持員呢？
3. **對同儕支持計劃的建議**
 - 3.1 請問您認為需要接受那些訓練才能成為同儕支持員？
 - 3.2 在成為同儕支持後，機構提供那些資源來讓您發揮同儕支持員角色功能呢？
 - 3.3 請問您成為同儕支持員後，有符合您原來的期望嗎？
 - 3.4 請問您認為同儕支持對您有那些改變？
4. **同儕支持與去汙名化之關係**
 - 4.1 請問您對於精神疾病汙名化的理解是怎樣？
 - 4.2 請問您有因精神疾病而被汙名化的經驗嗎？
 - 4.3 請問成為同儕支持員後，對於去汙名化有何幫助？能舉例說明？

(五)訪談過程與紀錄方式

研究者在進行研究訪談前，分別與高雄心理復健協會（雄棧中心）的主管及相關工作人員進行了討論，並解釋說明本研究之背景、動機及研究目的，同時提供半結構訪談大綱以供參考。並在討論後，研究者請求協會工作人員推薦符合研究對象的同儕支持者以及安排訪談時間。在正式訪談當天，研究者會再次解釋說明研究之主題及目的，並讓每位研究參與者簽署「訪談同意書」，同意書內容包括訪談將用到錄音工具。原則上訪談時間約一小時，但根據研究參與者之意願、個人表達能力及分享深度作彈性調整。另外，研究者會在訪談過程中進行筆記，以保障訪談資料之完整性，同時亦會與研究參與者對內容進行核對，以確保研究資料之真實性。

質性訪談時可使用的紀錄方式包括：錄音、錄影、拍照及實地筆記，然而錄影及拍照對研究對象的干擾性較大（Lincoln & Guba, 1985；Marshall & Rossman, 2016；鈕文英，2021），所以研究者選擇使用以下的紀錄工具：

工具一：錄音，以增加訪談過程內容的清晰及完整性，同時錄音工具相較錄影工具，對研究對象的干擾性較低。

工具二：訪談筆記，研究者在訪談中會使用訪談筆記作為補充，彌補錄音無法蒐集到的簡易觀察資料，例如訪談過程的情境脈絡或印象深刻的資料，同時實地筆記可以避免錄音器材突然故障或電量不足的問題。

工具三：謄寫逐字稿，研究者將錄音檔案謄寫成文字，謄打過程會結合實地筆記的紀錄內容，以確保研究資料的完整性。

總結而言，研究者會使用錄音工具、實地筆記及謄寫逐字稿作為紀錄工具，以增加研究資料的豐富性及可靠度，這些方法能讓研究者深入瞭解研究參與者的經歷及情境脈絡，同時在資料分析階段提供更多的提示和思考。

第三節 資料分析與研究品質



一、 資料分析方法

質性研究的分析方式可依據複雜性分為描述性、解釋性及理論發展三個方法，描述性的資料分析方法顧名思義僅進行描述而較少進行分析，而理論發展一般會以紮根理論作為代表，通過描述及解釋後，將資料轉化成一種新理論，然而當研究場域在偏遠地區時，例如本研究場域在臺灣南部，研究者卻身處臺灣北部，便需要龐大的時間及經費來進行資料收集及分析（Maykut & Morehouse, 1994；鈕文英，2021）。故研究者在不放棄研究分析，同時考量研究資源的合理分配下，決定以解釋性的資料分析方法來進行研究分析。

解釋性分析方向在於研究者對資料進行描述的同時，也會對資料作進一步之分析，同時解釋性分析取向也是較為多質性研究者所使用，當中又以主題分析法（Thematic Analysis）作為代表。故本研究將以主題分析法作為本研究資料分析方法。詳細原因有二：研究將通過訪談臺灣提供同儕支持之機構及工作人員，在瞭解他們的想法、感受及真實的內在經驗後，研究者必須對資料進行分析而不僅僅是描述，才能瞭解同儕支持方案在臺灣的獨特面貌。另外則是，本研究另一個目的是瞭解精神障礙者參與同儕支持者培訓的經歷，故研究者需要對蒐集資料進行歸納及整理，才能達到深入瞭解之程度。故本研究運用主題分析法，將蒐集資料進行整理、分析及歸納，讓研究者能夠深入瞭解特定研究主題之情境脈絡及真實意涵。

主題分析法的步驟包括：謄打逐字稿、開放式編碼（Coding）、建立主題以及撰寫報告（高淑清，2008；鈕文英，2021）。詳細執行步驟如下：

（1）謄打逐字稿

將訪談錄音資料謄打成逐字稿，並將同儕支持相關的內容作標記，例如：訪談過程的氛圍、研究參與者的語氣、態度、身體語言等，輔

以訪談筆記以及反覆閱讀，來確保資料的完整性及發現研究主題。另外，研究者也會把資料進行匿名處理，以保障被訪者的隱私。

(2) 開放式編碼

研究者將通過反覆閱讀及聆聽訪談資料，梳理訪談資料中的重要訊息並加以標記，建立初步編碼。

(3) 建立主題架構

研究者將各種開放式的編碼進一步進行整理及分類，以發掘其中的意義，並建構能夠回應研究目的及研究問題的核心主題，研究者將資料進行分類、分段及歸納後，以建立更具意義的研究資料。

綜上所述，本研究選擇主題分析作為本研究之資料分析方法，通過資料編號、謄寫逐字稿、開放式編碼及建立主題架構，並結合研究者自省以及與指導老師進行討論，以發掘精神障礙同儕支持在臺灣發展的真實面貌。

二、 研究品質

根據學者 Lincoln 與 Guba (1985) 與鈕文英 (2021) 指出，質性研究的品質不應以量化研究的信度及效度來評價，質性研究的品質應依據其派典，例如：建構主義、批判主義、後現代主義等理論派典進行評價，而本研究將以建構主義作為研究品質標準，包括：可信性 (credibility)、可遷移性 (transferability)、可靠性 (dependability) 及可確定性 (confirmability)。

(1)可信性 (credibility)：研究者需要讓研究資料具多元觀點，因此，研究者首先以半結構訪談問卷確保研究具有一定的架構及豐富度，同時通過反覆提問與研究主題相關的內容對研究資料進行交叉比對，增加研究真實性。另外，在訪談過程研究者會使用訪談筆記來記錄研究參與者的非口語內容、語氣態度及訪談氛圍等，確保研究資料的完整性。最後，

研究者在訪談結束後也會記錄訪談中較為深刻的片段。

- 
- (2)可遷移性 (transferability)：研究者需要提供足夠多的資料，來讓其他研究者決定研究結果能否適用於其他情境或群體，因此，在進行研究分析時，研究者會通過反覆閱讀以及聆聽訪談錄音，輔以訪談筆記，盡可能多地發掘與本研究目的及問題之關聯性資料，讓本研究符合可遷移性的標準。
- (3)可靠性 (dependability)：在質性研究中是指研究設計及研究發現是否能讓其他研究者作後續參考，研究資料與研究結果是否一致。因此，研究者藉由親自訪談、半結構訪談大綱、錄音工具、謄寫逐字稿及訪談筆記，來確保研究所蒐集到的資訊及研究結果具一致性。
- (4)可確定性 (confirmability)：在質性研究中是指研究結果是否有充足的資料作支持，而不是研究者的主觀想法。因此，研究者會撰寫研究分析備忘錄，並結合訪談筆記進行交叉比對，除了有助研究者回憶訪談真實情景，也能確保研究資料的完整及真實客觀。研究者通過反覆閱讀研究資料輔以訪談筆記，並將研究資料呈交指導老師進行督導，通過指導老師的回饋，來啟發及釐清研究者的盲點。

第四節 研究倫理

本研究將嚴格遵守以下研究倫理規範（潘淑滿，2018；鈕文英，2020）：

一、 知情同意原則

研究者會以誠實、不隱瞞的方式對研究對象進行研究，並在在研究開始前會自動告知個人身份及本研究目的，同時亦會說明研究的效益與可能出現的風險，當研究者確認研究對象對本研究知悉，包括：研究會使用錄音及實地筆記的工具後，研究者會提供訪談同意書讓研究對象再作確認及簽署，而在研究過程中，研究對象亦有權力在任何時候提出中止研究，通過以上方法來保障研究參與者的權益。

二、 匿名與保密原則

研究者會將研究對象資料給予代號或假名，避免被他人辨識，保障研究對象之隱私，同時，匿名方式亦會徵求研究對象的意見，讓他們檢視是否還會有被識別身份的風險。而在研究開始前，亦會主動告知研究對象提供的資料僅供學術參考，並不會被其他人隨意使用。

三、 避免研究參與者受傷害及補償原則

在進行研究前，研究者會與指導老師進行討論，以及認真考量研究是否會造成研究對象受傷，以及研究是否合乎道德。另外，研究者會尊重研究對象的權利，包括研究對象有權提出中止或暫停研究，即使研究對象簽署了知情同意，若在研究過程發生重大改變，或造成非預期傷害時，研究者會立刻暫停研究行為，以及發覺和移除造成的傷害，並採取補救措施。而為了回饋研究對象的付出與貢獻，研究者將在合理範圍內提供物質回饋，讓研究對象直接受惠。同時，在進行研究前，亦會告知研究參與者本研究的預期成果及實用價值，達到間接受惠的公益目的。

四、 確保研究參與者擁有資訊及獲知結果原則

在訪談開始前，研究者會確保研究參與者瞭解本研究之主題、目的、研究可能出現之風險以及他們自身的權益，以確保研究參與者擁有足夠的資訊。另外，研究者會主動提供本研究之最終結果，以確保研究具透明度。



第四章 研究發現



本研究發現，精神障礙者在接受同儕支持方案後，不僅提升了病識感，還在過程中恢復了自信心、提升了工作能力、重建了社交網絡，同時也增加了社會參與，從而減少精神疾病的汙名化。本章節將分為五節進行討論：首先，介紹同儕支持方案在臺灣的概況，深入探討其實踐及最新發展情況；其次，探討精神障礙者在臺灣的去汙名化歷程，瞭解其汙名化經歷及同儕支持對去汙名化的影響；第三，探討精神障礙者參與同儕支持的經驗，研究其參與動機及對同儕支持的意義；第四，深入瞭解精神障礙者成為同儕支持者的復元經驗，探討其對同儕支持者培訓的目標、期望及個人感受，以及同儕支持對其復元的影響；最後，通過一線工作人員的回饋，探討在臺灣推動同儕支持所面臨的挑戰及發展限制。

第一節 同儕支持在臺灣的概況

本研究選定高雄心理復健協會作為研究場域，該協會自 2020 年開始推行同儕支持方案，協會理念是推動精神障礙者的精神復元。研究者採用質性研究方法，通過對同儕支持方案的一線工作人員（社工）及精神障礙者進行半結構式深度訪談，研究發現台灣的同儕支持模式以精神復元為理念目標，通過完成同儕培訓的精神障礙者來提供同儕服務，其工作模式與傳統社會工作模式有相似之處，包括需要進行招募、評估以及提供訓練。本章節共分為三個段落，以「同儕支持者招募」、「同儕支持者培訓及支持」以及「同儕支持的工作內容」作討論，最後研究者也將對本章節內容進行小結。

一、 接案與評估：同儕支持者招募

（一）社工在同儕支持方案的工作程序：接案

在推行同儕支持方案前需要招募精神障礙者作為參與者，而社工便需要進行接案，並且在接案後再對個案進行評估，以篩選出適合成為同儕支持者的精神障礙者，因此，如何招募同儕支持者成為了同儕支持方案的核

心內容之一。同儕支持者首先需要通過社工的接案程序，而高雄心理協會的個案來源主要由政府單位轉介，以及社工所屬的協會對其內部會員進行初步篩選而得。

「就是我會經過評估，然後比如說，就是高雄市政府有給予我們雄棧一些個案，然後我會經過初步篩選，然後再會去選擇，再進去案家，那在進去案家的時候我也會再看，那這幾個案家，我會看我們裡面未來可以有成為同儕支持員的人，我希望他們可以藉由自己的故事去感動人家，我是這樣子做的。」（小婷）

「基本上，我們工作人員會有一個心目中某些我們覺得潛在可能有潛力的個案，我們會盡可能去邀請希望他們上一些復元課程，這種這樣可能會比較適合。我們目前挑選的同儕是這邊的個案。」（阿慈）

「在會所我還是會一樣依他們的特性，如果他們對話很可以我就會先讓他們去做電訪，先從雄棧的會員，就是先從熟悉的人下去做電訪。會給一些 paper、然後一些流程、然後怎麼去說，但是如果是非會員，一樣也是會有非會員的一些對話的流程。」（小婷）

（二）社工在同儕支持方案的工作程序：評估

當精神障礙者通過初步篩選後，社會將依據精神障礙者個人的復元歷程以及對於復元認識的程度來對精神障礙者進行進一步之篩選，例如：復元經驗、是否曾接觸同儕支持服務、是否參加過疾病管理與康復（Illness Management and Recovery Course）IMR 課程或相關的精神健康復元課程。

「如果他沒有上到 IMR 也是可以，但是至少你要知道什麼叫做復元。那我們的操作，就是他們有經過這些復元課程的訓練，比如說 IMR 或

者是復元課程，之後我們會再做評估，然後再根據他們的經歷選擇適合的人去做同儕支持員。」(小庭)



「我們這邊初步是一定會先從他的背景，就是比如說他之前曾經有過同儕、曾經自己執行過同儕服務，然後或者是有上過 IMR 課程或復元課程，就是他可能曾經上過什麼課程，然後去做一些初步的一個分類這樣子，那實際執行的話，就會先從背景出發之後。」(阿慈)

二、 社工在同儕支持的角色功能：同儕支持者培訓及支持

在同儕支持方案中，社工的角色不僅限於提供諮詢服務。社工在同儕方案中扮演著兩個重要的角色：培訓者和支持者。社工作為培訓者，為精神障礙者提供培訓，使其能夠成為同儕支持者。當精神障礙者通過培訓後，社工則以支持者的身份，給予精神障礙者希望和鼓勵，促使他們繼續在同儕支持的角色中發揮作用，並幫助其他精神障礙者。

(一)同儕支持方案中的社工角色：培訓者

在高雄心理復健協會中，同儕支持方案的培訓工作由社工負責。社工在接案並對個案進行評估後，會為通過評估的精神障礙者提供同儕支持培訓，使他們具備提供同儕支持所需的知識和能力。培訓的主要內容包括：電話訪問訓練、溝通面談技巧訓練、復元知識、IMR 康復知識、家訪訓練、心理衛教及職能復健知識。由於高雄心理復健協會的大多數精神障礙者在加入協會前，已參加並完成相關復元知識的培訓，再加上人力資源的限制，同儕支持者的培訓通常以一對一的形式進行。因此，社工在培訓工作上主要針對精神障礙者在同儕支持實務方面的技能，包括電話訪問、家訪及復元宣導。每位同儕支持者的培訓計劃都是根據個別需求量身訂做的。此外，當精神障礙者以同儕支持者的身份提供服務時，社工會根據服務內容提供相應的工具和輔助。例如，在電話訪問時，會提供記錄表格，在家訪服務

時，社工會親自帶領同儕支持者前往受訪者家中。經過一段時間的經驗積累後，同儕支持者將能夠獨立進行家訪並匯報工作成果。這樣的培訓和支持機制，確保了同儕支持者在提供服務時的專業性和有效性，並促進了精神障礙者的復元和社會適應能力。

「我還是會一樣依他們的特性，如果他們對話很可以我就會先讓他們去做電訪，先從雄棧的會員，就是先從熟悉的人下去做電訪。電話訪談前會給一些 paper、然後一些流程、然後怎麼去說的流程。家訪一開始就是你跟我去。一定都是你跟我去，最後會演變成你跟我去我先講，再來就是你跟我去你來講，最後就變成你自己去。」（小庭）

「基本上復元培訓課程的話就是由我們剛剛那個督導，督導他自己因為有這樣的背景所以他自己就來上這樣，基本上需要提供復元的課程以及 IMR 的課程，因為你必須先對自己的疾病有所了解嘛，然後一些基礎的知識架構啦，然後會再讓他們在電訪之前，跟他們練習這件事。在培訓的層面上的話，我就是按照、就是我自己培訓的流程 SOP 可能需要一些課程的架構或者是什麼的、或者是在他們實際的電訪當中給予一些技巧上的指導這樣子。」（阿慈）

「吳主任會出一個題目或出兩個題目叫我們自己回家寫，寫好以後給吳主任認看，比如說生命的歷程啊，未來的規劃。叫我們寫文章，訓練口才。」（朱）

「就是在電訪之前我們有情境演練，比如說就是請兩三個人，比如說我是訪談者，然後他是被訪談者，然後他就開始回答他的內容，我們可以做一個情境演練，不要先打電話，這樣有點操之過急。就是情境

演練。所以我覺得這個情境演練很重要。」(智)

「吳主任會出一個題目或出兩個題目叫我們自己回家寫，寫好以後給吳主任看，比如說生命的歷程啊，未來的規劃。叫我們寫文章，訓練口才。」(朱)

「他們會外聘請高醫的小老師、職能復健師、還有社工來做這邊的老師，還有老師的復健團體、衛教課程、護理指導。」(麥)

「復元課程就是最基本的，一定要上到復元課程，復元課程上完之後，你必須要再經過練習，就是電話訪談，然後再來就是跟我去做家訪，然後也是從你聽我說，然後最後再來就是變成我聽你說，最後就是你自己去做，就不會是在有社工在身邊陪伴在做。」(小庭)

「我覺得社工角色是作為培訓者，我在培訓的層面上的話，我就是按照、就是我自己培訓的流程 SOP，基本需要復元的課程以及 IMR 的課程因為你必須先對自己的疾病有所了解嘛，然後一些基礎的知識架構啦，然後會再讓他們在電訪之前，跟他們練習這件事，在他們實際的電訪當中給予一些技巧上的指導這樣子。」(阿慈)

(二)同儕支持方案中的社工角色：支持者

社工在不同的工作場域中都有其特定的角色功能，研究者發現社工在同儕支持方案中的主要角色分別是：培訓者與支持者，培訓者為精神障礙者提供同儕支持的培訓，支持者的功能則是社工在提供指導及培訓的同時，也會與精神障礙者建立穩定的專業關係，成為他們的支持者，通過支持、鼓勵讓他們能夠感受同儕支持的過程，包括當中的挑戰與錯誤，從而促進

他們的復元。



「我覺得我是他們的一個支持者，我不會去否定叫他們不做或做下去，我希望就是他們可以感受到這個復元歷程，復元的歷程沒有對與錯，當中帶給他們什麼樣的感動與回饋才是重要的，我覺得我應該是他們的支持者。」(小庭)

「再讓他們在電訪之前，稍微讓跟他們練習這件事情，因為他們也會跟我們說他們的困擾，那我們可能就是針對他的困擾去跟他說那、你可能怎麼樣解決，例如以一個比較自然的方式去跟對方對話會比較好，給一些鼓勵這樣。」(阿慈)

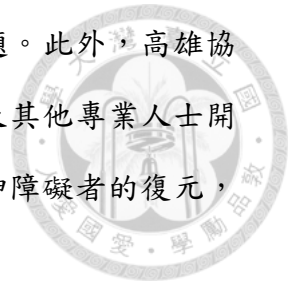
「最後便是當個案通過同儕支持的評估、培訓以及實習後，協會是會聘請個案繼續以同儕支持者身份提供同儕支持服務。而高雄協會的同儕支持發展至今，目前雇用了十九位的精神障礙者來提供同儕支持服務。目前，目前我手上的同儕支持者，我手上的大概有四位。」(小庭)

「目前是十五位。但是十五位是因為、有些人是做電訪、有些人做同儕服務是家訪、有些人做的是陪同就醫。」(阿慈)

三、 精神障礙者在同儕支持的工作內容

同儕支持者工作的主要內容包括家訪、電話訪問、以及復元宣導的三個部份，而復元宣導包括通過網絡上的電台廣播及實際到訪校園進行復元經歷分享，高雄協會根據工作內容給予支薪。同儕支持者通過家訪和電話訪問，為其他精神障礙者提供情感支持及實際幫助。而通過電台廣播和校園分享，同儕支持者敘述自己的精神復元歷程，提供正確的精神健康觀念，

能夠提升社會對精神健康的認知，減少大眾污名化的問題。此外，高雄協會邀請同儕支持者擔任同儕培訓的帶領者，每週與社工及其他專業人士開展以復元為主題的團體活動。這些活動目的在於促進精神障礙者的復元，並減少精神疾病污名化的影響。



「就是家訪，社工一開始問我要不要去家訪看看其他的病人，然後帶我去家庭拜訪那些病人，才開始做同儕支持的。」(水)

「兩個人一起去家訪，然後去到別人家裡要注意，都不能說是我要吃什麼，要吃甚麼，連他們請我喝水不行，有一次家訪發現那個人需要電鍋、草席、電風扇，就機構剛好有，社工就開車載去他家給他。然後我們還有 podcast，podcast 也是在這裏做。」(陳)

「我目前參加的同儕支持有給薪的就是電訪。我就問說啊那如果這樣打電話很好賺，是不是打五通電話就有 176 元，他說是。打給每個精神康復者都有。」(智)

「那個時候是叫做電話關懷志工，我也參與電話關懷志工，電話關懷是有經費給我，但是就算沒有經費，其實我也是會去做。我也有去參加過校園分享。然後我還有當那個 podcast 的主持人呢，益龍老師推薦我當主持人，而且因為我選擇自己一個人講，我一集可以賺兩千九呢，很好賺。」(麥)

「我一進來我就有跟他們說我想錄 podcast，但當他們幫我錄 podcast 的時候我會害怕。但現在我已經錄了第二張的 podcast，而且已經上

架到雄棧的那個網頁嘛。所以我就真的很開心可以跟別人分享關於我在這邊的努力。」(嫻)



「我在這邊的時候家芬主任不斷叫我參加校園分享，就是分享我的生命故事，就是到校園分享。」(朱)

「我會說你是用同儕支持者身份去家訪，然後你去看工作的環境，啊你幫我拍照。還有就是我會問他去家訪時應該怎麼做，他會說問他的現況，他就會開始案家最近過得怎麼樣、在做什麼。最後，我會跟他講說，那之後你就是用這個方式進行家訪，每次去你就每次拍照回來寫紀錄。」(小庭)

「有些人做同儕服務是做電訪、有些人做同儕服務是家訪，所以為什麼會有這麼多位同儕支持者是因為不是都在做電訪這件事情，目前只有大概五到六位是做電訪。」(阿慈)

「上課培訓哦、老師負責上課也有，然後那個社工來安排的上課也有，我們也會負責上這裡的課程，雄棧的課程是一個禮拜安排一次。」(嫻)

「家訪一開始一定都是你跟我，最後就變成你自己去，那之後你就是用這個方式，每次去都需要拍照回來寫紀錄，問問他的現況，然後他在做什麼。」(小庭)

精神障礙者在臺灣的去汙名化歷程

本段落將深入探討精神障礙者在臺灣被汙名化的經歷及其去汙名化的歷程，進一步了解精神障礙者對於汙名化及同儕支持去汙名化的觀點。此外，本段還將探究精神障礙者在面臨汙名化時的經歷，以及通過同儕支持進行去汙名化的過程。根據文獻傳統文化背景下的精神障礙者容易受到精神疾病的汙名化（周月清，2018；黃伶蕙等，2018；王育瑜，2018）。研究者通過研究參與者的敘述，本研究發現，臺灣的精神障礙者同樣面對精神疾病汙名化的困擾。然而，研究同時發現，同儕支持方案能夠有效減少精神障礙者的汙名化問題。具體而言，通過同儕支持者的支持、經驗分享和情感支持，精神障礙者在參與同儕支持服務後，其汙名化經歷的負面影響有所減輕。

一、 精神障礙者對汙名化的觀點

研究發現，精神障礙者對精神疾病汙名化的理解包括外在汙名化和自我汙名化。外在汙名化主要是負面標籤、刻板印象以及他人的指責，而內汙名化則體現於自我責備及精神狀態的影響。通過研究參與者的描述，本研究能更深入瞭解精神障礙者的感受及處境，以及他們對汙名化的看法。

「就讓大眾就是讓大家、讓人們對精神疾病有一個恐懼感，簡單說就貼標籤，就覺得說他是隨機殺人犯，隨機殺人魔。」（智）

「所謂的汙名化就是就像我說的，那些新聞報導，報導那些會殺人、會害人、然後會自殺的那些、那些那些那個叫汙名化。他們淨都去報導那一些負面，啊就等於把我們這些有來參加這個精神社區復健中心的學員，把我們汙名化了。」（麥）

「汙名化就是精神病這一塊，就是會覺得我們會攻擊人，只要一聽到是精神病就是攻擊人。」(嫵)



「外在汙名是別人給我們的話，外在就是外面的人。內在汙名是我們自己，自己內心罵自己的。內在的很多，大部分都是內在汙名比較多，因為疾病令他們連話都不講。」(陳)

「明明是假的也講得跟真的一樣，那人家就以訛傳訛便以為是真的，其實都是都是假的。」(朱)

「家訪時希望他們能走出來啊，不必再、再躲在家裡或是幹嘛，但有些人回我還是待在家裡就好。」(水)

二、 精神障礙者汙名化的經歷

根據研究參與者的敘述，精神疾病汙名化對他們的生活造成了深遠的影響。他們經常被貼上負面標籤，因病情而遭到他人指責和排斥，失去工作機會，甚至導致婚姻破裂和自我責備。這些負面經驗不僅影響了他們的心理健康，還損害了他們的情感關係。研究者對這些訪談資料進行歸納和分析，揭示了汙名化對精神障礙者實際生活的影響。具體來說，汙名化對他們的個人心理、情感關係以及社會適應能力造成了顯著的負面影響，而對他們造成汙名化的人物則有家人、同學、鄰居、教會、同事以至社會媒體。

「因為我是基督徒，我去教會他就叫我不要再來了，他都叫你不要再來，然後他還把我把那個大門鎖起來，我去那邊的時候他們在聚會，

他們在裡面做那個聚會敬拜上帝，然後我去那邊他們把門鎖起來不讓我進去。這邊也有個會員他是天主教徒，他說他去那個去那個教會，然後就被被罵，然後類似被趕出來，不是完全被趕出來，但是教會一直就是要趕他走，所以他們也是有受到一些歧視」(智)

「那些新聞報導，報導那些會殺人、會害人、然後會自殺的那些。他們正都去報導那一些負面，流傳到最後，哎唷我爸爸也知道，我爸爸那全大廈都知道，我爸爸有我這個精神疾病的女兒，可是我是幫助別人啊，我幫助別人，我很多態度都是幫助別人啊。」(麥)

「是連我妹妹家，她們一開始，他們也是、也是會覺得我就是會攻擊人就對了，就是會打人會殺人，你這個一定要判什麼刑，你只要是精神病你就不簡單啊。」(嫵)

「會排斥知道有這個病，十八歲那時候有精神分裂症就到學校辦休學，結果我同學就罵我，他就罵我說有病，說那個什麼髒東西，都沒有甚麼佛心，我實在很痛苦，我心裡想說，你會鼓勵我，就叫我好好吃藥治療，但結果他不是，他是用這種方法對我回應，然後他再跟我見面，他都從來不在跟我講話。後來我去上班，有這個病我都休息時候趕快跑去吃藥，同事就會說欸你吃什麼啊，我也不知道要講什麼，就要偷偷摸摸的吃，怕別人知道說我有精神分裂症。後來我跟我丈夫結婚一年就離婚了，他在娶我之前，我公公說我這個病啊沒關係啦，有病有藥可以醫就好了，結果拖到一年都不好，他就說離婚。」(陳)

「我一直都有病識感，這就是很簡單的病識感，但人家知道你生病了，你怎麼跟人家解釋都沒有用啊，他把你當那個病人看待啊，即使我工

作上跟人家差不多嘛，可是人家會把你當病人一樣的看待。就是說，你有沒有去門診啊，你有沒有吃藥啊，我聽到這些我就不喜歡聽，因為我以前也是正常人，但老闆對你就是不信任啊，或是老闆對你，對你會有意見啊，那樣比較不好。」(朱)

「有些網友、臉書他們覺得說，應該要把精神病患永久性的隔絕，何為永久性的隔絕就是永遠的關在精神病院裡，或者永遠的關在精神復健機構裡，就是不管是關在機構也好還是關在醫院也好，不要讓他們出來，他們出來就會作亂，就會危害這個社會、危害這個國家，所以有些人這個是比較偏激的想法，所以我有看到。」(智)

「家訪有聽過有一些人因為精神疾病就是被人排擠，被人說了一些不好聽的話。」(水)

三、 精神障礙者對精神障礙去汙名化的觀點

故本段落將探究同儕支持方案對精神障礙者去汙名化的影響。首先，探究研究參與者對精神疾病去汙名化之觀點，本研究發現到儘管不是每一位研究參與者都確切瞭解精神障礙去汙名化的完整意涵，然而，根據研究參與者的回饋，他們對於同儕支持去汙名化的觀點都是正面的。

「比如說我們講一句溫暖的話、比如說你還好嗎、你今天過得還好嗎、對另外一個精神康者講你還好嗎，你這樣就是關懷他、就是這個也算同儕支持啦、同儕支持比如說你跟她聊天、你看他一個人很孤單然後你跑去跟他說嗨你好、你最近過得好嗎、妳的工作怎麼樣、啊還是你最近生活過得怎麼樣、這也是同儕支持啊，我覺得當你去跟他講話聊天關心他，這樣就是同儕支持了。」(智)

「精神分裂症污名化很難聽，就是很難聽啊！我們精神那會分裂啊，那裏在分裂啊？就是改成思覺失調症把名稱改變，很恐怖的名稱把名稱改變。我們要把難聽的除掉，去污名化把它除掉，還有什麼那個，什麼殘障身心是什麼，一些不好的把它去取掉，那不就很好聽嘛。我們是思覺失調症，只是我們的觀念的感覺，有比較異樣而已，我們吃了藥還是一樣正常嘛。」（陳）

「去污名化那就是說，就是說希望大家能夠，因為希望，就是說希望一方面也就希望他們對精神科有關係的一些工作人員或學者他們就是說會朝這方面，朝去污名化啊或者是症狀的理解啊，都會照著一定的程序去，就是說讓我們思想能夠更充實，然後更了解自己。」（朱）

「去污名就是讓人家知道我們很善良，不要讓外界的人認為說，我們這些輕微的那個精神康復者，好像外面的邊緣人，什麼隨機殺人，什麼精神、什麼聽幻聽說，要跳下去要殺人，我們並不是那邊想的那麼壞。必須要對我們去污名化，因為我們根本就沒有傷害過任何人過。」（麥）

「都是自己去想的，我覺得啊人，人不可能是十全十美的，都有時候自己去想，去想要變變真的，明明是假的也講得跟真的一樣，那人家就以訛傳訛便以為是真的，其實都是假的。」（朱）

「去污名化就是當他們在、面對某一些污名的時候，他能夠察覺、察覺出這不是他自己的問題，或者是這個是整個社會上、就是社會發生的事情，怎麼在這個過程當中提升他們、在這個社會上的復元力這件事情。」（阿慈）



「去汙名就是他們很多的能力跟權力因為疾病的關係都被收起來了，那在這裡我們學習著怎麼樣恢復的如何去做一個人，對啊就是這樣。」

(小庭)

四、精神障礙者對同儕支持去汙名化的經驗

研究發現同儕支持對精神障礙去汙名化是有幫助的，包括提供情感上支持與鼓勵，讓研究參與者能夠向社會大眾解釋精神障礙者的狀況。另外，同儕支持也能夠增加研究參與者的病識感以及藥物遵循性，減低因害怕被汙名化而放棄治療的狀況。因此，研究顯示同儕支持除了提供實際幫助外，也幫助精神障礙者重新建立了勇於面對汙名化的自信，提升自我效能感及實現去汙名化的行動目標。

「同儕支持很有幫助，而且我還可以勇於跟其他人去慢慢的解釋，去跟不了解的人去溝通。」(嫻)

「我們去做同儕支持，最重要的還是要告訴對方，你要出來，我們就是同儕支持給你看了最好的例子，我曾經有很差勁的，很差勁的一些發作的經驗，這些經驗我都講出來給大家聽，你們再怎麼壞，不要放棄自己。」(陳)

「比如說我之前有參加他們的復元共識營，他們是想鼓勵我們，就是凝聚我們的那個，對我們精神康復者的那個關懷的向心力、關懷，他們是希望說我們提供一些意見，我們要為懂得為我們康復者自己發聲，

提供我們希望，我們並不是那邊想的那麼壞，生病也不是我們願意。」
(麥)

「去汙名化就是症狀的理解啊，吃藥啊、回診啊，工作也好，都會照著一定的程序去，去學習，去進步。多少有點幫助啦，對我們精神康復者有幫助。」(朱)

「幫助我覺得是有降低啦，就是他們對於自己的污名化，就是提升了他們的自己自我效能感，他們也在這個過程當中，也有去降低他們自己對於自己的內在的汙名化，我覺得對他們、對自己的幫助是最大的啦，因為他們自己會覺得總算幫助了別人，會覺得自己原來也有貢獻這件事情。」(阿慈)

「去汙名就是他們很多的能力跟權力因為疾病的關係都被收起來了，那在這裡我們學習著怎麼樣恢復的如何去做一個人，對啊就是這樣。」
(小庭)

小結

綜上所述，本研究發現臺灣的精神障礙者仍然受到社會大眾和自我汙名化的影響。精神障礙者對於汙名化的概念有一定的了解，並能夠清楚地表達他們因精神疾病而遭遇的汙名化經歷，這些經歷包括社會排斥、責備和自我孤立，對他們的心理健康和社會適應能力造成顯著影響。例如，有參與者描述了被教會拒絕進入、被家人誤解和被同事疏遠的情況，而媒體對精神疾病的負面報導也強化了社會大眾對精神疾病的汙名化。另外，本研究發現同儕支持在去汙名化過程中具有重要角色，根據研究參與者的回饋，通過同儕支持服務以及同儕支持者培訓交流，他們的自我認效能感得到提升，減低自我汙名化的影響，同儕支持也讓精神障礙者恢復了自信，使他們能夠重新參與社會。因此，同儕支持不僅能提供實際的幫助和情感支持，還能促進精神障礙者的自尊和社會參與感，減低汙名化影響。

第二節 精神障礙者參與同儕支持之經驗

本研究一共六位同儕支持者，年齡在 30 至 60 歲間，參與同儕支持時間半年至四年，以下將分享他們在同儕支持方案中的角色及在精神疾病去汙名化方面的經歷，深入探究同儕支持對精神障礙者的影響。

一、 智

智的年齡為 30 歲，已有 9 年的精神疾病史，由於智能不足的原因，他一直接受特殊教育直至完成國中畢業。畢業後，智在二哥推薦下到加油站上班，因為加油站需要長時間的夜班工作（晚上十時至凌晨六時），智的生活作息受到了嚴重的影響，智在工作一年後開始出現幻覺，第一次發病時，他僅在油站附近來回踱步，後來智在當時還有另一習慣是在白天參加教會的活動，然而卻在一次精神症狀發作時，他對參加教會的會員出現騷擾行為，最後被強制送到精神病院，智在初期被診斷為思覺失調症，四年後則被診斷為躁鬱症。

智在過去認識精神健康知識的主要來源是網絡媒體，智的精神科醫生曾建議他參加日間醫院的活動，但因日間醫院時間固定且需要長時間參與，智最終並沒有答應。因此，智在過去沒有正式地學習同儕支持或去汙名化的知識，在七年後，智在衛生所關懷員推薦下來到雄棧中心，智答應到雄棧的原因，是因為雄棧能供的活動時間更具彈性，並且他後來在雄棧中心社工的推薦下，參加了有關精神健康以及同儕支持的相關知識，最終通過評估成為同儕支持者。

智成為同儕支持者已經有半年的時間，他在受訪中說到願意成為同儕支持者的原因有兩個，一是因為能賺取金錢。另一原因是在同儕支持的服務過程中能獲得成就感，智的同儕支持主要服務內容為電話訪談，智認為通過電話訪談能關心到同樣患有精神疾病的人，是他願意繼續做同儕支持者的原因。

對於同儕支持去汙名化的影響，智認為效果是有限的，據他所說是因為社會文化對精神疾病的刻板印象難以完全改變，其次是他認為單靠同儕支持者個人所產生的改變有限，而在疾病影響下，也難以凝聚或組織其他精神障礙者一

起為去汙名化作貢獻。

二、 水

水公司的年齡為 36 歲，已有 24 年的精神疾病史，在國中期間曾因遭受同學霸凌而有過自殺念頭，在老師關懷下最終沒有發生，水公司在畢業後需要服兵役，但因被長官誤解，水公司便到軍營高處跳下，而最終水公司被同袍發現並制止，水公司也因為此事件而被強制送院直至兵役時間結束，水公司被精神科醫生診斷為憂鬱症，他後來在護理師的推薦下來到雄棧中心。

水公司在來到雄棧前，他並沒有接受過精神健康或同儕支持的知識，然而，水公司在來到雄棧後，會願意參與雄棧提供的復元及同儕培訓，後來在社工推動下，水公司願意與社工一起到其他精神障礙者的家中探訪，逐漸地水公司能夠獨自完成家訪的工作，更是雄棧當中少數能獨自進行家訪以及匯報工作的同儕支持者。

水公司成為雄棧的同儕支持者已經超過一年，他在同儕支持服務過程中發現到自己的經歷能夠幫助別人，所以除了家訪工作，水公司在社工的協助下也會把自己的復元經歷通過網路廣播（podcast）進行分享。而水公司在訪談中表示自己願意繼續擔任同儕支持者，一是因為雄棧社工不斷的鼓勵，另外就是希望自己的經歷可以繼續幫助別人。

水公司認為同儕支持對去汙名化的影響是有效的，因為精神障礙者可能因精神症狀而受到排擠，而同儕支持服務能夠讓精神障礙者變得更好、重新走出來，不再躲在家中。

三、 嫻

嫻的年齡為 41 歲，已有 6 年的精神疾病史，嫻原本是在做工程繪圖的工作，但後來因為在兼顧工作與照顧家庭的雙重壓力下，她主動尋找心理諮商，其後被診斷為躁鬱症。然後，嫻在衛福部社工的介紹下來到雄棧中心，嫻剛到雄棧

時是比較排斥的，後來在雄棧社工的陪伴下，嫻開始參加雄棧的精神復元及同儕支持課程。

嫻在過去沒有並不知道精神障礙去汙名化或同儕支持的知識，嫻是來到雄棧中心才接觸到同儕支持服務，並在通過培訓後成為同儕支持員，嫻在成為同儕支持者後的主要工作包括為家訪，而在社工協助下嫻也會通過網路廣播（podcast）分享自己的復元經歷，另外，嫻也會負責復元宣導的工作，以同儕支持者的身份到校園分享自己的復元經歷。

嫻成為雄棧的同儕支持者的時間已持續超過半年，在訪談中嫻表示願意持續做同儕支持者的原因，是因為在同儕支持工作的過程能讓她獲得成就感，同時雄棧中心能為她提供一個舒適自在的空間。

嫻認為同儕支持對去汙名化很有幫助，通過同儕支持的培訓讓她更懂得與其他人溝通以及解釋自己的精神狀態，例如：懂得把精神疾病比作糖尿病、心臟病等使更多人明白精神障礙者並不一定會有攻擊行為。

四、 麥

麥的年齡為 51 歲，已有 27 年的精神疾病病史，在大學期間被診斷患有思覺失調症，麥在接受傳統藥物治療期時，麥的親戚以及朋友都反對她服用精神科藥物，導致麥因沒有規律服藥而出現嚴重的精神症狀，最後只能被送院治療，而麥也曾因為自行停藥或要求醫生減藥而導致精神症狀再次發作，被醫務社工強制送院。

麥在過去因不規律用藥而被送到不同的醫院及精神復健中心接受治療，在住院期間讓麥認識到精神障礙去汙名化的知識，以及明白到按時用藥的重要性。後來麥在醫師及醫務社工的轉介下來到高雄雄棧中心接觸到同儕支持的知識，她在通過同儕支持的培訓後成為同儕支持者，而麥成為同儕支持者後，主要的服務內容包括：電話訪談、網路廣播、校園分享以及陪同其他會員就醫。

麥成為同儕支持者的時間已經一年半了，她認為能持續參與的原因有很多，

包括：同儕支持者的角色非常符合她的性格特質、家人支持、同儕工作能夠提供金錢、同儕工作也使她獲得成就感、雄棧的職員對她的肯定以及讚賞，以上的因素都是麥願意繼續以同儕支持者的身份繼續提供服務。

麥認為同儕支持是對於去汙名化是有幫助的，因為同儕支持可以增加她的自信、讓她在過程中發現到個人優點、增加自身的現實感，以及使她可以獨立生活而不再擔心別人目光。

五、 陳

陳的年齡為 55 歲，已有 37 年的精神疾病史，在 18 歲時開始出現幻覺、幻聽的精神疾病症狀，在接受藥物治療前，陳的家人曾向學校申請休學，並帶陳到廟宇尋求方法，而陳在嘗試了多次廟宇的方法，例如喝符水，但陳自感認為沒有效用，所以主動向其父親提出到醫院就醫，最終被精神科醫生診斷為思覺失調症，陳亦因此選擇停學。陳在患了思覺失調症後曾嘗試工作，但因被同事發現患有精神疾病而受到排擠，最後也只能放棄工作。另外，陳按時家人的安排結婚並育有一女兒，但最後因伴侶無法接受陳的精神疾病而提出離婚，女兒也只能交由對方照顧。

陳在過去並不瞭解精神障礙去汙名化或同儕支持服務，直到經由醫師及醫務社工的轉介來到雄棧，才開始認識到相關的知識。後來，陳再經由社工的推薦，參加及通過同儕支持培訓成為了一位同儕支持者。

陳已經擔任了三年的同儕支持者，陳願意持續做同儕支持者的原因包括：機構曾對她的幫助，例如：提供物資、租屋補貼等，其次是通過同儕支持者的身份能夠幫助別人，最後則是同儕工作能讓陳賺取金錢。而陳同儕支持的主要工作是家訪為主，空閒時間也會參與代工工作。

陳認為同儕支持是有助於去汙名化的，通過自身的經驗分享，能讓其他的精神障礙者學習，從而鼓勵他們走出困境，而社會大眾也能直接看到接受同儕支持服務後精神障礙者的改善，從而改變社會大眾的目光。

六、 朱

朱的年齡為 57 歲，已有 36 年的精神疾病史，在患有精神疾病前的工作是船運，但後來朱因為工作壓力而出現妄想及頭痛等症狀，朱因此自行到一般醫院求醫，後來被醫生轉介到精神科並被診斷為思覺失調症，此亦導致朱無法繼續他的航運工作。隨後，朱接受了日間醫院的康復訓練，後來在轉到不同的精神復健協會繼續接受復健，當時主要的工作內容為洗車以及代工，其餘的空閒時間，朱會參加各種精神健康課程。

朱在來到雄棧中心之前曾參加過其他精神復健機構的訓練，朱在那裏瞭解了一些精神復康的知識，而當他來到雄棧，機構主任建議他參加同儕支持訓練，朱答應參加並且通過評估成為了同儕支持者。

朱已經成為同儕支持者三年，根據他的表述主要因為患有精神疾病後無法工作，所以想充實生活。而朱的主要同儕工作為校園分享，其他的時間則仍然負責代工工作。

對於同儕支持與汙名化的影響，朱認為汙名化與去汙名化只是虛構的詞語，去汙名化的目的僅是為了讓精神醫護人員更好地處理病人，他認為只要需要服用精神藥物的人，就不會是正常人，所以同儕支持對於去汙名化的影響有限。然而，他認為同儕支持對精神障礙者復元是有效的，例如可以提高病識感、重建人際網絡、建立固定日間秩序，使生活變得充實。

第三節 精神障礙者成為同儕支持者的復元經驗

精神障礙者接受同儕支持培訓後便能夠以同儕支持者的角色提供服務，在成為同儕支持者前，精神障礙者參與同儕支持的經歷同樣是本研究的關注重點，本章節將聚焦精神障礙者參與同儕支持方案的完整歷程，分別以「精神障礙者對復元的理解」、「精神障礙者的復元經驗」、「精神障礙者的參與機制」及「精神障礙者對同儕支持的經驗回饋」，以呈現精神障礙者參與同儕支持的全貌。

一、 精神障礙者參與同儕支持後對復元的理解

學者 Spaniol、Wewiorski、Gagne 及 Anthony（2002）認為，復元是一個促進障礙者突破疾病限制、重新定義個人和疾病關係的過程。在本研究中，精神障礙者對於復元的理解包括避免身心功能退化、重拾自信、重新工作、按時用藥、自我覺察以及與疾病共存，這反映了復元對於他們的重要性。研究發現，精神障礙者的復元觀點涵蓋三個方面：身體機能的維持、藥物治療的遵循性以及工作能力的恢復。精神障礙者認為藥物治療對復元十分重要，因為藥物能減輕精神疾病對生活的不便。本研究也有發生精神障礙者因自行停藥而被迫強制送送的經驗，因此也進一步強化了他們對遵循藥物治療是穩定病情並避免復發的信念。另外，本研究之精神障礙者期望復元後能找到工作或恢復過去的工作能力，而同儕支持能夠符合他們的需求，恢復工作能力，提升自我價值感及社會參與。

「關於精神障礙的復元的資料我是有去搜尋的，主要就是要按時服藥，就是網路上的資料的文件，醫院的文獻都說我們要按時服藥，然後按時就醫，然後要大概就，然後不要亂講，然後要做事分分散注意力，啊主要最重要的事，就是按時就醫跟按時服藥。」

（智）

「就我的理解啊，就是能慢慢的回到以前我能的、好好的控管的情緒吧，復元到以前一樣正常的工作，而不是由疾病來控管我，這樣子來去工作。」(嫻)



「我們的身體不要退化嘛，身體要健康、要運動就要來啊，心裡也不要退化，我們要多多，我們以後以前，還有法律課、心理課上一些知識、常識，心裡面啊，你精神上都不要退化。」(麥)

「你要好好的吃藥第一個，你要復元，一定要先吃藥。就是身體也要好，也是精神復元的一部分，你在運動的時候，你也會思維啊也會很舒服，增加你的腦力啊的復元。」(陳)

「就是說，要我們多運動，多上課，讓自己的腦袋，自己的思考不至於退化得太快這樣子。」(朱)

小結

研究發現同儕支持在促進精神障礙者復元過程中的關鍵作用，根據國外研究顯示，同儕支持不僅能增加精神障礙者的病識感、賦權感，提高其社會參與度，同時也有助於減輕自我汙名化，促進精神疾病的復元(Faulkner & Basset, 2012; Mead & MacNeil, 2006)。本研究對於精神復元的理解是讓精神障礙者學習與疾病共存的能力，從而使其能夠重新適應社會環境。而本研究發現精神障礙者在成為同儕支持者後，他們對復元的理解與國外文獻相關，同時也增加對藥物治療的重視，以及通過參與同儕支持方案來恢復和滿足其對工作的期望，研究發現通過同儕支持有助於改善精神障礙者生活品質、社會參與度，還能提升精神障礙者的自我效能感，

幫助他們重新融入社會、學習與疾病共存、建立人際關係，達到復元的效果。



二、 精神障礙者的參與同儕支持的機制：

本章節將根據精神障礙者的參與機制分為三個段落進行探討。首先是精神障礙者參與同儕支持方案的目標及期望，藉此來讓未來的同儕支持方案能更貼近精神障礙者的需求。其次是探討精神障礙者成為同儕支持者的動機，以此來探討維繫同儕支持者的策略，最後則是精神障礙者認為成為同儕支持者所需具備的重要條件，以提升同儕支持者的服務品質。

(一)精神障礙者對同儕支持方案的目標及期望

精神障礙者選擇參與同儕支持方案的原因不盡相同，而本研究發現精神障礙者的原因與個人性格有關，研究參與者表示他們希望能夠幫助別人，其次是期望能回饋機構，部份的研究參與者受惠於機構提供的補貼或福利，所以想通過參加同儕支持來回饋機構，第三則是與機構社工有關，精神障礙者在機構社工的推薦下選擇參與，另外也有部份研究參與者期望通過同儕支持方案來增加個人的知識，改善生理機能，最後則是期望能夠結交新的朋友或建立親密關係而選擇參與同儕支持方案。綜上所述，參與同儕支持方案的期望是滿足個人性格、社工的推薦、回饋機構、增加知識、改善生理健康及建立社交關係。

「第一個部分是因為我覺得說，他們告訴我說通過同儕支持培訓可以打電話電訪，然後去去關心一樣是精神康復者的人，就是我覺得可以幫助到別人。啊就 Mandy 姐，她就問我要不要，她主動出擊，她自己講什麼問我要不要做同儕支持者，我說好啊。」(智)

「就看到孤單的老人沒有人照顧啊，想幫助人家吧。社工會帶我去家庭拜訪那些病人，才開始做同儕支持的。」(水)



「那時候鈺婷社工就跟我解釋說因為我表現最好了，我就問她什麼叫我表現最好，她說你每次都有來啊都有上課，我再問然後呢？她就說就把你的事，你覺得在這裡舒服的感覺的跟其他人講這樣就好了。就這樣、就這樣、你沒騙我、好。然後就真的也帶了一兩次，慢慢的、慢慢的去持續上課。」(嫻)

「反正任何人，只要我幫得上忙的，我能幫得上忙的，不要說一定要是誰，一定要錢給我，我就還是會去幫忙。對，我的成就感，因為我的個性本來就喜歡幫助別人。因為當初那個時候，我在凱旋醫院住院的時候，那個時候我曾經跟裡面的一位謝詠基醫師會談，然後，很好的是聯絡到凱旋的社工，他就聯絡到了。我爸爸還有跟凱旋社工，然後我們四個就在那邊會談，幫我介紹。」(麥)

第一，因為我住在家園嘛，我要服務、我要做事情，我應該往那裏做，我想住在這裡，用在這裡，社會局的給我們用。是王社工，他在那個，他在就是在處理的人員啦。同儕支持是在圓夢時候，那個王社工，就叫我們有幾個可以去參加。(陳)

「就是上課而已，然後充實自己的知識。就是說，要我們多運動，多上課。也是跟精神復元有關係的一些上課的題目這樣子。就是說會上一些課程，讓我比較能夠頭腦能夠頓開，知道說原來思覺失調症也是要有病識感，以前不知道什麼叫病識感，現在就是知道自己要有自己的病識感。就是說上一些課程然後讓我們了解精神分裂症

的疾病，要能夠按時回診按時服藥這樣就好了，然後加上吳主任給我們的引導，這樣子就比較容易，容易做同儕支持者。」(朱)



(二)精神障礙者願意成為同儕支持者的動機

本研究發現精神障礙者成為同儕支持者的動機可以分為物質上的支持及非物質上的支持。物質上的支持主要體現為同儕支持者的工作能夠為精神障礙者提供金錢，同時機構也會協助他們向政府申請其他的社會援助，如住屋補貼，這些實際的資源在很大程度上減輕了精神障礙者的經濟壓力，使他們更願意成為同儕支持者。另外，非物質上的支持則包括獲得成就感、助人性格、友善的工作環境以及來自專業人員和家人的支持，非物質的支持提升了精神障礙者對同儕支持的滿意程度，還促進了他們的個人成長和心理健康，進一步增強了他們的自信心及工作使命感。

「啊就 Mandy 姐，她就問我要不要，她主動出擊，她自己講什麼問我要不要做同儕支持，我說好啊。還有原因就是錢拉，啊雖然說我不缺錢，不是不缺錢，是沒有很缺錢，但是前年是很大的誘因啦，因為我只要打五通電話，我就可以得到 176 啊。」(智)

「社工就問我要不要去家訪看看其他的病人，後來就帶我去家庭拜訪那些病人，才開始做同儕支持的。想幫助人家所以才加入吧。」
(水)

「那時候鈺婷社工就跟我解釋說因為我表現最好想我當同儕支持者。哇超有成就感，只要看到他們來有沒有，我就好有成就感，只要他

肯來我就有成就感了，我看得到他們能跟我一樣走出來越來越好，越來越多個我會覺得蠻有成就感的，而且不像是跟我以前一樣窩在家裡面，因為以前我也曾經窩在、租的套房裡面，整整窩了五年，來這裡之前三年多對啊，窩了三年，我不希望他們也跟我一樣，所以就是看著他們這樣走出來，而且我覺得走出來也真的慢慢的人越來越好，恢復到以前一樣，我也是希望他們能更好。」(嫻)

「反正任何人，只要我幫得上忙的，我能幫得上忙的，不要說一定要是誰，一定要錢給我，我就還是會去幫忙，因為我的個性本來就喜歡幫助別人。而且這個同儕支持者，並不是說都是我一直在付出，因為我們協會很好，因為他們也有給我經費。」(麥)

「是王社工，他就是在處理的人員啦，同儕支持那個王社工，就叫我們有幾個可以出去外面的，表示老師認同可以才能去當同儕支持的服務員。」(陳)

「因為工作人員會評估我們適不適應，結果工作人員覺得我適合，我就來了，加上這邊的吳主任，就是之前圓夢的社工，吳嘉芬他現在變吳主任了，他也是對我的幫助也是很大，對我也是蠻了解的，另外是這邊離我家又近，坐公車又不用錢，就是可以容易往返家裡。」(朱)

(三)精神障礙者認為成為同儕支持者需具有的條件

研究發現精神障礙者認同了同儕支持培訓課程及藥物治療的重要性外他們認為成為同儕支持者需要具備以下條件：病識感、穩定的情緒狀態、良好的語言表達能力及書寫能力。這些條件被他們認為是有

效實踐同儕支持者的關鍵。具備病識感能夠幫助他們更好地理解精神障礙者的需求和困境，穩定的情緒狀態有助於建立穩固的支持關係，而良好的語言表達能力和書寫能力則是有效溝通的基礎，使他們能夠更好地支持其他精神障礙者。

「會上一些課程，平常都在上課。講話是不是一些該講不該講，還是什麼都亂七八糟一大堆的講，就是要具備說話的能力。」(智)

「就想看別人的家庭是怎樣的，有沒有跟我相同。滿意成為同儕支持。」(水)

「這裡的課程你基本上你最好都是、我們這裡有安排一些老師課程的時候最好都來上，你都來上，因為我們不會去說話，因為我們受損以後，我們說話能力、表達能力真的受損非常非常的大。在你在上完課的後，大家在共同作業或討論，這樣子你在聊天上你也比較能說話，也不再像以前一樣搞自閉了，你這些都會有一些基本功在你在出去外訪的話，跟其他人分享你的過程，我覺得你就會一些基本盤在。另外你的情緒控制要好，外訪才比較 ok。」(嫵)

「應該來多多參與那個協會舉辦的一些，比如說像我昨天，像我星期六有一個團體叫做照顧者培力團體。應該多多來參加那個協會舉辦的一些，那個同儕支持者的，那個課程活動，要多多來參加，多多來接收資訊，要怎麼去幫助，要怎麼去做。」(麥)

「同儕支持者我們藥一定要吃不用講嘛，之後就是你的理解力也要有，有適當的程度，不能說理解力沒有，那這樣很危險，同儕支持

的課，互相幫助的課，互助就復元嘛，第三我覺得是應該工作上的態度。」(陳)

「就是說能夠跟老師和學員配合，要會寫文章，寫字的能力，加上要會講，說話表達，而且不要緊張，不要有壓力，自然發揮就好這樣，這樣對，對一個同儕支持者，比較比較容易得心應手，比較能夠快得心應手這樣子。」(朱)

三、 精神障礙者在同儕支持中的復元經歷

(一)過去的復元經驗：治療的持續性

精神疾病治療方式包括藥物治療、心理治療、職業復健等多種形式。本節將通過精神障礙者曾接受的治療經驗，以探究這些經驗如何影響他們對復元的理解和期待。研究發現藥物治療仍然是臺灣精神障礙者最主要的精神障礙治療方式，藥物治療包括口服藥物及長效針劑注射兩種方式。另外，本研究發現精神障礙者對藥物治療的經驗持有較高的信任感，願意遵循醫囑，故反映了藥物治療在精神障礙者日常中的重要性及持續性，而持續接受藥物治療的經驗，一定程度上也塑造了精神障礙者對精神復元的理解及期後，故此，在為精神障礙者提供同儕支持服務時，首要考慮的是尊重他們對治療方式的選擇，尊重的態度有助與他們建立信任和合作的關係，也有助於同儕支持者更好地理解其他精神障礙者的處境，進而推動更多精神障礙者接受同儕支持方案，促進他們的復元。

「我以前我沒有去日間病房，我只有去精神科就診，然後去找精神科醫師拿來、拿來藥然後打長效針，我現在打的長效針安立復，抗精神

病長效針劑二十八天打一次，我都乖乖的準時去打，我都叫他乖乖針啦，也不是真的乖乖針怪怪他，就是抗精神病的長效針。」(智)

「藥物 OK，在長庚日間病房使用他們的服務，會去那邊調整作息，用藥。」(水)

「一定要乖乖吃藥，你不管是你覺得看起來好像多正常多正常的，我們還是要吃，這是很重要的，一定要照醫生的醫囑用藥，這是很重要的的一件事情。」(嫻)

「我以前並不知道說，原來吃藥都一定要很規律的吃，因為以前可能住的地方環境的影響啊。我的親戚他們從來不會訂定我一定要規則服藥，變成說欸我發病了，又要我把我送進醫院，發病了又送到醫院。然後因為我那時候並不知道說原來我會患病的原因，就是我沒有規則服藥，然後後來在最後這一次，出院前我才知道，原來規則服藥是非常重要的。」(麥)

哦關於精神藥物，我調了好多年，你看我尋找了好多年，五十、五十五年在尋找這一顆穩定下來的情感思覺失調症的藥，追尋了好多年，這就五十五歲、五十六歲那時候才找到。調到了五十歲的時候。慈惠醫院的醫師就給我開了一個情感思覺失調症，打這個針長效針有效，我就穩定下來。(陳)

「經過精神科醫師的藥物治療，我現在，我已經好久以前就已經頭都不會痛了，經過醫師的評估和吃藥，按時門診，就可以解決了，就是聽醫生的指示，按時服藥就好了，就只是這樣子，已經十幾年二十年

都是這個樣子，都聽醫生的指示，按時回診，按時吃藥、按時服藥，按時回診就是這樣子，這樣子過了十幾年。不好的經驗是沒有啦。」

(朱)

(二)精神障礙者參與同儕支持的復元歷程

根據外國文獻顯示，精神障礙者具有復元的潛力，而復元過程能夠為精神障礙者重新建立對自己以及社會大眾的信心，提升社交和工作能力，使他們能夠克服疾病的影響，實現自我價值 (Mackay et al., 2022; Lim, Remington & Lee, 2017)。而本研究發現，同儕支持對研究參與者的復元符合文獻內容，對精神障礙者具有正面影響，例如滿足社交需求、減輕精神症狀、恢復工作能力、避免認知和生理功能退化，以及增加知識，反映了當精神障礙者在接受同儕支持服務後精神健康狀態具有復元的指標，亦即同儕支持服務在臺灣同樣具有復元的效果。

「社工人都很好，然後會友、就是病友也都很好相處，然後我覺得這邊是第二個家的概念。」(智)

「我本來是沒有自信的，我本來就，我也不知道說，在這裏能有這個機會表現出來，例如我本來的工作能力就很好，只是沒有機會表現出來，然後老師看到我發現原來我的工作能力是很好的，啊只是沒有機會表現，所以來這邊也恢復了我的自信心，恢復了自信心喔。」(麥)

「運動很重要，醫生說做運動比吃藥要快的還好，所以啊你在運動的時候，你也會思維啊也會很舒服，增加你的腦力啊的復元，妄想會減低，這樣子跟大家一起，就是身體也要好，也是精神復元的一部分。」

(陳)

「復元就是上課而已，然後充實自己的知識，讓自己的腦袋，自己的思考不至於退化得太快這樣子。」(朱)



「因為最近我開始復元，復元比較能出去工作，有控管情緒來復元到以前一樣正常的工作。」(嫻)

「來這裡學習到拒絕、怎麼樣去表達我的想法，也比較能開口跟人家講話。」(水)

四、 精神障礙者對同儕支持的經驗回饋

Mead 和 MacNeil (2006) 指出同儕支持 (Peer support) 是一種非藥物治療的方式，通過同儕支持者 (Peer supporter) 的經驗分享、生活技能以及情感支持來促進精神障礙者的復元。研究發現精神障礙者成為同儕支持者後，他們的溝通能力得到了改善，能夠更有效地用言語和文字表達個人想法，並展現對他人的關心，另外同儕支持也有助精神障礙者建立了更穩定的日常生活習慣，增加他們的生活現實感、個人自信心及對疾病的病識感。因此，精神障礙者對同儕支持的感想是，在精神障礙者成為同儕支持者後，同儕支持能讓他們更好地適應生活、恢復自信心、獲得個人滿足感、提升自我效能感以及增加病識感。

「有，我有得到成就感。另外，我溝通技巧有加強，然後我知道怎麼去跟別人做電話訪問，所以讓我學習到一些事情。」(智)

「在上完課後，你也比較能說話，也不再像以前一樣搞自閉了對，你這些都會有一些基本功在你在出去外訪的話，跟其他分享你的過程，我覺得你就會一些基本盤在。」(嫻)



「就是達到我人生的目標，就是助人為快樂之本。來這邊也恢復了我的自信心，恢復了自信心喔。我最自豪的沒有其他，就是全勤，對我來講全勤很重要，最近我才剛養成早起的習慣，因為我將來要工作，必須要早起，所以我一定要早起，為了工作我一定要早起，對就這樣子。」(麥)

「就是說讓我們的生活更穩定，幫助就是讓我們生活更穩定，體力的訓練，思想正常化，還有自己的思想邏輯，自己要安排自己每天的生活，然後該工作就工作，該休息就休息，該睡覺就睡覺這樣子。」(朱)

「很有幫助，而且我還可以勇於跟他們去慢慢的溝通，去跟不了解的人去溝通。同儕支持者讓我拿回屬於自己人生的那種感覺，而不是再被控制的感覺，不是再被我的病情控制的感覺，不是在有那種沒架子、好像沒用的人，而是現在我會覺得我還是有用的人，我是有能力的人，可以去幫助更多的人，雖然花比較多時間站起來，但是還是可以站起來了，站起來而且站得更好了。」(嫻)

「我覺得我後來就回顧了一下他們給我分享的經驗、以及我自己觀察到的，就是他們除了提升他們自己自我效能感，也有去降低他們自己對於自己的內在的汙名化。」(阿慈)

「就我們沒有不一樣，這是我跟他們講的、永遠的一句話，我們沒有不一樣。剛才那個弟弟他也是對他自己的疾病沒有病識感，可是到最後我們會慢慢跟他講說我們沒有不一樣，學會復元的觀念，找

尋一個自己最舒適的方式，去跟我們的疾病共存，找到自己一個復元的方法，因為其實我們今天不但是要去協助別人，同時也要面對自己，就是也是在幫助自己啦。我覺得這是一個互利共生的一個生態對就這樣子而已。」（小庭）



小結

研究發現同儕支持在精神障礙者去汙名化的過程中扮演著重要角色，同儕支持有助於精神障礙者減輕精神疾病汙名、恢復自信心以及提升社會參與。另外，傳統藥物治療在解決精神疾病汙名化方面存在不足，而同儕支持方案能夠填補這一缺失，通過情感支持和經驗分享等方式，賦予精神障礙者希望感，提升其自信心及社會參與，讓精神障礙者能夠克服汙名化的影響，重新融入社會生活，達到復元的狀態。另外，研究者通過研究參與者的回饋，發現到同儕支持能夠滿足他們的社交需求、減輕精神症狀、恢復工作能力、避免認知、生理功能退化及增進知識，進而促進其精神健康狀態的改善。

綜上所述，本研究強調同儕支持在精神障礙者復元過程中有著去汙名化的關鍵作用，讓精神障礙者在成為同儕支持者的過程中，不僅增強了對復元的理解，還提升了生活品質及社會參與度，使他們更好地應對汙名化的挑戰。

第四節 臺灣推動同儕支持所面臨的挑戰

根據文獻資料，同儕支持在歐美國家已推行多年，並被納入美國的醫療保健系統，目前已聘用超過一萬名同儕支持者。然而，臺灣的同儕支持尚未普及。研究者通過整理資料，將臺灣推行同儕支持所面臨的挑戰分為三個部分：研究參與者的觀點（精神障礙者及社工的觀點），以及汙名化對推動同儕支持的影響。

一、 精神障礙者的觀點：

精神障礙者通過同儕支持培訓成為同儕支持者後，通過同儕支持者提供服務時仍存在一定的挑戰，包括工作壓力、個人精神症狀影響、能力有限、動機不足、不願失去政府補助以及同儕支持方案負責人員的離職。

（一）推行服務時遇到的困難

精神障礙者在提供同儕支持服務時，常面臨工作壓力和精神疾病症狀的影響。例如，有些精神障礙者在提供服務時，因對方態度不佳或有妄想、幻覺等症狀，導致服務效果不佳，甚至感到挫折。此外，部分精神障礙者的溝通能力和表達能力有限，影響了同儕支持服務的質量。

「嘖，有時候我的好意啊，就他感受不到我的好意，那我是覺得很難過，我也要有地方有管道可以抱怨，然後分享一下，我心裡面那一種對人家的好意，結果被人被人家不接受，我也覺得很難過。」（麥）

「有的時候要講很久，可能那些人他態度不佳，或者是他有妄想有幻覺幻聽，像我剛剛講的他有罵王八蛋，這個是比較嚴重一點的，通常有的是說他沒空，或者是說他不需要，那我也會有點失落，這負面的影響。」（智）



「因為他們的溝通、回答沒有那麼快速、可以清楚，所以希望同儕支持可以讓他們多接觸人群。我希望他們能出來走走看看，看外面的世界，不要一直待在家裡就可以，希望他們能走出來不必再躲在家裡或是幹嘛，但有些會回我還是待在家裡就好。」(水)

「因為有些他們只是窩在那裡可能都不動，或者是看電視，因為我們受損以後，我們說話能力、表達能力真的受損非常非常的大。」(嫻)

「因為過去那個同儕專門的是王社工，他現在是在另一間處理的人員啦。」(陳)

(二)精神障礙者的主觀挑戰與期望

精神障礙者在成為同儕支持者後，仍面臨經濟狀況以及期望落差的挑戰。部份精神障礙者動機不足，或是因為不想失去政府補助而不願意參與同儕支持工作，而還有一部份的精神障礙者內心仍然期望能回到過去的工作環境，然而在現實中，精神障礙者仍然要面對精神疾病的及社會汙名化的影響。最後就是精神障礙者自身對精神疾病的負面看法和自我汙名化，可能導致他們對同儕支持服務的抵觸和排斥，影響服務的效果和持續性。

「因為有些人他連話要講都不講，他們需要鼓勵，不然你不鼓勵他，說他是不是頭腦壞掉拉，這個人沒用了，就說那些壞話啊，那他就不出來了啊。」(陳)

「其實是很困難的，同儕支持就是去關心一樣是精神康復者，所以當

我們去關心精神康復者的時候，我們就只是內部，就是一對一，就是精神康復者對精神康復者兩個人去做溝通，所以說我們沒有辦法、我們是沒有辦法，我們頂多只能夠關心他，讓他的狀況可能會改改善，可是機率有點低啊。」(智)

「這不是，不能講說要他們成為同儕者，是他們本身願不願意而已，然後是有一些，有一些精神康復者他們也是會，欸老師叫他們去幫忙，其他剛進來的學員啊他們不是沒有工作能力，他們是應該說，有些也不喜歡來機構，啊有些就寧願不願意走出來，那個旅行、踏青，那些活動你都可以去參加，為什麼連你，讓你有放鬆的機會你都不願意去參加。」(麥)

「就我的理解啊，就是能慢慢的回到以前，復元到以前一樣正常的工作，因為最近我復元、復元比較能出去，能出去工作，基本上我到外面是比較保護的，我沒有讓其他人知道，因為我在外面，其實基本上當人群太多我自己還是會怕，我還是會怕，外面的人只要一聽到是精神病就是攻擊人，然後是連我自己的妹妹，我妹妹家是一開始他們也是、也是會覺得就是會攻擊人就對了，就是會打人會殺人，你這個一定要判什麼刑，你只要是精神病你就不簡單啊。」(嫻)

「上次是有一次社工問我，我的家人對精神疾病的看法是什麼，我上面就寫說隨機殺人、隨機傷人，然後是不定時炸彈，大概就是這樣，我家人的想法是這樣，他們也是也是這樣子想的，雖然說我是他們的家人是精神疾病就是精神病患，他們可以包容接納我，但是他們還是老實講如果是其他的精神病患他們會害怕。」(智)

「那些新聞報導，報導那些會殺人、會害人、然後會自殺的那些，他們淨都去報導那一些負面，啊就等於把我們汙名化。然後社會大眾因為他們都只是看到新聞報導，負面的啊、殺人的、跳樓的啊、聽到幻聽的啊、自殺的，都把我們這些同儕支持者汙名化了。」(麥)

「不可能因為我們有在吃藥，就不會是正常人，我也不是正常人，我可能就一輩子吃藥，我自己也知道。」(朱)

「我只是把我的感覺說出來，基本上我就是從這裡進來然後這裡出去，然後找到穩定工作，實際上就是找到了穩定工作。」(嫻)

「沒有沒有，我現在是領政府的補助，所以我生活還過得去，辦這個不容易耶。辦這個這個低收入戶補助不容易耶，必須要沒有財產才能夠辦得過，還要經過社會局的審核才能夠辦得過，很不容易耶。啊我現在就是因為有了這些補助所以我生活上都比較沒有問題。因為我已經領了低收入戶補助，我生活過得去，我就不指望這些了。工作就沒有低收補助了。」(朱)

二、 社工觀點：

社工在同儕支持方案中擔任支持者和培訓者的角色，研究者通過他們的敘述瞭解到社工在推動同儕支持方案時，較常面臨的挑戰包括：精神障礙者精神症狀影響、同儕支持課程規劃以及服務品質等挑戰。

(一)精神症狀影響

精神障礙者的精神症狀較常影響同儕支持服務的穩定性及持續性。

社工表示精神障礙者的症狀甚至可能會突然出現退出同儕支持服務的

狀況，因此精神健康症狀的確仍是對同儕服務的一個挑戰。



「我覺得是他們症狀，症狀來臨的時候，疾病會造成同儕者他們的退縮，或者是不確定性，這是我的困難點，是因為他可能經驗很好哦，明天就跟我講說我不要了。」（小庭）

「如何真誠的面對自己的疾病，然後面對自己的疾病跟認同自己。因為疾病的關係他們很多的能力跟權力都被收起來了，但是我覺得現階段需要提升他們的自我效能，我們就一直倡導賦權、賦能他們能夠認同自己，我們才有辦法去延伸後面的那一段比較完整的培訓，那如果你連前面的自我效能跟自我認同這一塊都沒有的話，那即便我把你推，你自己還是不會認同上面教的。」（小庭）

（二）同儕支持課程的設置

同儕支持課程的設計和規劃需要投入大量時間和精力，社工需要根據精神障礙者的特點和需求，例如：部份精神障礙者可能不善於使用電腦來處理文書檔案等，設計適合的培訓內容和實踐活動，而根據研究者的實地觀察，當同儕支持者有狀況發生時，大多數的狀況都是由社工一對一地為同儕支持者提供支援，暫未能讓同儕之間互相處理，這對於資源有限的機構來說也是一個挑戰，另外，部分精神障礙者參與同儕支持服務的動機僅僅是為了獲得薪酬，這可能影響服務的質量和效果，社工只能不斷激勵和支持精神障礙者，來維繫他們對於同儕支持者的服務意願。

「就是在前期要怎麼設立那些、規劃那些內容，我覺得是前期要花很多時間去討論的啦，因為在執行前的一些準備、我覺得會比較困難，

然後以及、同儕讓他們合適去詢問哪些內容，或者是執行到什麼程度、程度方面要怎麼規劃，那時候就是會需要想一下這樣子，然後以及他們在執行的過程當中，要訓練他們完成書面的資料這件事情。」(阿慈)

「我還是會依他們的特性，如果他們對話很可以我就會先讓他們去做電訪，先從會員就是先從熟悉的人下去做對談，下去做電訪。」(小庭)

「基本上是我個人覺得不好的，就是他們會覺得這個只是一份有支薪的、為了拿那份薪水。」(阿慈)

「都是個別提供協助的，一般就是各個主責的社工會去處理需要協助的同儕支持者，除非出現重大問題我們就會跟督導內部討論這樣子。」(小庭)

「因為比如說像是電訪，我們一般工作人員不是都要撰寫一些紀錄嘛，那要怎麼去銜接後續的東西、就是就是書面資料的東西，然後因為其實我們在執行過程、會有發現一個困難，就是他們比較沒有這些文書的能力，對，啊重整可能也是一個、對他們來說也是困難，他們有時候就是流水帳、把對方說的就是會寫的一大堆嘛，對，那要怎麼去篩選出來，那些是重要的，那些把他重整、整理這件事情，對他們來說，我覺得是困難的。」(阿慈)

第五章 研究討論與建議

第一節 研究結果與討論



臺灣對於精神障礙者的醫療保障已經相當完善，法律上也列明了多項對他們權益的保障措施。然而，醫療模式 (medical model)、傳統文化和大眾媒體仍持續對精神障礙者加上「暴力」或「危險」等負面標籤，這些標籤讓精神障礙者感到恥辱、孤立，甚至遭受社會排除。本研究發現精神障礙者在接受同儕支持方案以及通過同儕支持者培訓後，精神障礙者不再單一是受助角色，同儕支持方案有助於他們擺脫醫療模式的病人身份，精神障礙者能夠在同儕方案的推動下互相分享經驗，成為彼此的同儕互助者，學習與疾病共存的新方式。在整個過程中，還有其他專業角色的共同參與，例如社工提供情緒支持、心理衛教及培訓等。另外，精神障礙者通過培訓還可以成為同儕支持者，為其他精神障礙者提供同儕支持服務，進而形成一個正向的循環關係，協助精神障礙者的去汙名化，使他們能夠重新適應社會。

本研究以參與高雄心理復健協會同儕支持方案的精神障礙者及一線工作人員為研究對象，將分為四個部份，第一部份「同儕支持的臺灣發展脈絡」探討同儕支持方案的理念及工作模式；第二部份是「同儕支持者的育成之路」深入瞭解同儕支持者如何被培訓及服務內容，並與歐美國家進行異同比較；第三部份則是「精神障礙者的去汙名歷程」通過精神障礙者參與同儕的經驗回饋，以瞭解同儕支持方案在去汙名化的歷程探究；最後則是「同儕支持發展的挑戰」，通過一線工作人員及同儕支持者的經驗回饋，以討論同儕支持發展過程中的挑戰及困難。

一、 同儕支持的臺灣發展脈絡

同儕支持方案在國外發展已久，在臺灣則仍在發展階段，本段落根據本研究發現及國外文獻作探討，深入瞭解臺灣同儕支持的理念及工作模式。

(一)同儕支持的理念目標

研究者通過對高雄協會的實地觀察以及與研究對象的深入訪談，瞭解到該協會的同儕支持理念是以精神復元為目標。具體而言，高雄協會通過培訓精神障礙者成為同儕支持者，讓他們能夠利用自身經驗來協助其他精神障礙者復元。這一理念與 Mead 和 MacNeil (2006) 對同儕支持的定義一致，即通過精神障礙者的自身經驗、知識和情感支持來促進互助，使他們更好地應對生活挑戰。另外，高雄協會的同儕支持理念不僅在服務對象層面推動精神障礙者的復元，還在社會層面積極倡導精神復元的觀念，同儕支持者會定期向社會大眾宣傳正確的精神疾病資訊，以減少社會對精神障礙者的歧視和汙名。這與 Zola (1972) 和 Charmaz (1987) 的研究相呼應，綜合文獻指出同儕支持是一種精神衛生服務，旨在通過倡導精神障礙者的社會權利，減少因精神疾病導致的汙名和歧視，保護精神障礙者在社會上的權利。

另外，同儕支持的理念目標包括精神障礙者能夠通過經驗分享、情感支援成為彼此的支持者，這不僅有助於提供情感上的支持，還能促進精神障礙者的復元，因此高雄協會也有重視精神障礙者他們的復元經歷，通過他們的經歷能夠鼓勵其他精神障礙者對未來抱有希望。此研究發現也與 Goffman (1963) 的理論符合，Goffman 認為公開分享個人經驗有助於去汙名化，能讓社會大眾更加理解並同理精神障礙者的處境，打破社會大眾對精神障礙者的偏見及汙名。

(二)同儕支持的核心要素與工作方法

本研究發現同儕支持的核心要素包括：情感支援、復元理念以及生活經驗分享。同儕支持方案與傳統精神疾病的藥物醫療模式不同，同儕支持的目標在於改善精神障礙者的生活品質，減少他們受到精神疾病汙名化的困擾。而高雄協會通過培訓精神障礙者，讓他們能夠以個別或團體的形式提供同儕支持服務，而為了達到精神障礙者的個人復元及社會大眾的去汙

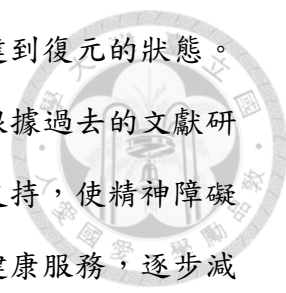
名化的目標，高雄協會首先招募具有精神復元或相關知識的精神障礙者成為同儕支持者，並提供個別或團體形式的培訓，培訓內容包括電話和家訪的溝通技巧、復元及 IMR 康復知識、心理衛教知識，以及復元故事的製作，這些培訓使同儕支持者能夠更好地運用自身復元經驗，啟發及給予其他精神障礙者希望及實際的應對策略，以上研究發現也與文獻（Solomon, 2004）對同儕支持服務的重要性相呼應。

另外，在實際工作中同儕支持者主要通過電話訪談和家訪來推行服務。這些方法不僅提供生活應對策略和解難技巧，還加強了同儕支持者與受助者之間的聯繫和信任，給予希望感及恢復自信，減低精神障礙者因畏懼污名而阻礙復元的情況。這種方法與傳統藥物醫療模式不同，此研究發現也與 Solomon (2004) 和 Davidson et al. (2006) 對同儕支持服務重要性的論述相呼應。此外，高雄協會還會在網絡以及社區校園進行精神復元經驗的分享，推動社會層面的復元宣導，目標在於提高社會大眾對精神健康的認識，減少對精神障礙者的偏見和歧視。此方法與 Corrigan (2004) 的文獻一致，文獻強調社會教育和接觸是減少污名的有效策略。

最後，根據本研究對同儕支持的核心及實踐方法的研究發現，與綜合文獻（White et al., 2020；Faulkner & Kalathil, 2012；Dillon & Hornstein, 2013；Noorani, 2013）也是相呼應的，文獻指出同儕支持是一種將個人經驗凝聚成集體力量的精神衛生服務，通過情感互助，推動更多精神障礙者成為同儕支持者，形成互助團體，從而改善他們的生活品質，減少精神疾病污名化的影響，也再次證實了同儕支持的重要性。

（三）同儕支持者的角色功能

研究者通過研究參與者的回饋，發現同儕支持方案並不是一種單方向或單次的輔導服務，而是一個動態和持續的過程。通過同儕支持服務和培訓，精神障礙者可以從被照顧者轉變為助人者，這種身份轉換帶來的效益遠超過單向或單次性的幫助。同儕支持者與其他精神障礙者建立了近乎朋



友的同儕關係，能夠持續地協助精神障礙者去汙名化，達到復元的狀態。同儕支持者的情感支持對精神障礙者的影響至關重要。根據過去的文獻研究以及本研究所蒐集的資料，同儕支持者能夠提供情感支持，使精神障礙者感到被理解和接納，這讓他們更願意參與社區和心理健康服務，逐步減少自我汙名化所導致的自我孤立。其次，同儕支持者能夠為其他精神障礙者樹立榜樣，不僅增強了同儕支持者自身的自信心，還能鼓勵和肯定其他精神障礙者，讓他們了解到與疾病共存的復元概念。這種榜樣作用使精神障礙者感受到改變生活的希望，逐步讓他們也能夠從「病人」身份轉換為「支持者」。在台灣，同儕支持者的服務內容還包括社區復元。他們通過電話訪問和家訪等形式了解其他精神障礙者的需求，提供實際的協助，幫助他們解決生活中的實際問題，如就業和日常生活技能。同時，他們在社會互動中提供指導和支持，幫助精神障礙者適應社會環境，建立良好的人際關係，增強他們的社會參與感。這些支持者還會通過網絡媒體以及在社區開展復元宣導工作，以減少社會大眾對精神疾病的汙名。同儕支持者提供的情感支持和提高精神障礙者社會參與感之間有加乘效果。通過推動精神障礙者參與社會，社會大眾能更明白和理解他們的處境，從而形成一個良性循環。

綜上所述，本研究發現同儕支持者的角色功能是多元化且全面的。他們不僅是精神障礙者的支持者，更是他們的同行者和鼓勵者，提供持續性的支持，重視精神疾病的汙名化問題和復元的重要性。研究者通過本研究更加認識到同儕支持的價值和重要性，未來將在精神衛生服務中積極推動和支持同儕支持的發展和應用。

了為了更直觀地瞭解臺灣同儕支持模式的關鍵內容，研究者根據研究發現內容，將資料重新整理成表格如下：



表 4：臺灣同儕支持模式

	人員招募	篩選與評估	培訓課程	工作服務內容	通常獲得待遇
高雄 心理 復健 協會	政府轉介、 工作人員推 薦、會員自 薦	18 歲以上，曾接 受或參與精神健康 服務，認識精神復 元或 IMR 課程，及 通過工作人員的篩 選。	電訪及家訪溝通技 巧訓練、復元及 IMR 康復知識、心 理衛教的知識培 訓、復元故事製 作。	(1) 電話訪問 (2) 家訪 (3) 復元宣導 (網絡、校園分 享) (4) 團體活動 帶領	依據工作內 容及時間提 供薪資、醫 療保障、督 導培訓

資料來源：研究者自行整理

小結：

通過精神障礙者參與同儕支持方案的歷程探討，本研究發現臺灣同儕支持的發展過程主要分為三個步驟：「接案與篩選」、「評估與培訓」以及「提供服務」。在此過程中，精神障礙者需要經過社工的初步篩選及後續再評估，同時參加相應的培訓項目，例如復元課程、電話訪談及家訪技巧等。最後，當精神障礙者通過同儕支持實習後，本研究場域協也會將雇用通過培訓的精神障礙者成為同儕支持者，另外在同儕支持方案中，社工的角色主要為培訓者和支持者，與同儕支持者共同推動著同儕支持方案的發展。

二、 同儕支持者的養成之路

同儕支持者作為同儕支持服務的重要角色，本段落將描述同儕支持方案是如何通過同儕支持者來發揮作用，以及將會通過對比國外的同儕支持者培訓方案，來更具體地展示同儕支持者的培訓歷程以及其服務內容之差異。

(一)同儕支持者的培訓內容

研究者通過研究資料的歸納及整合，並根據美國（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015）、加拿大（Mental Health Commission of Canada, 2011）以及英國（Mental Health Foundation, 2020）的同儕支持者培訓資料，整理出表格六，研究發現臺灣的同儕支持者培訓計劃與這些國家是有多項內容相互呼應的。例如：各國的同儕支持培訓計劃都強調需要在成為同儕支持者前，具有精神復元或同儕支持的相關經驗，另外，同儕支持服務的主要提供者都是由精神障者負責。臺灣的同儕支持者在培訓計劃上能夠貼近歐美國家的，同時臺灣的同儕支持培訓內容更強調復元宣傳，加強社區去汙名化的培訓，這將有助於精神障礙者重返社區生活。

表 5：臺灣與美國、加拿大、英國同儕支持者培訓課程之比較

	臺灣	美國	加拿大	英國	異同點
服務對象	精神障礙者	精神障礙者	精神障礙者	精神障礙者	服務對象都是精神障礙者
經驗要求	具有復元或同儕服務經驗	具有復元或同儕服務經驗	具有復元或同儕服務經驗	具有復元或同儕服務經驗	都需要有復元相關經驗
入門資格	需要通過同儕支持培訓	需要通過同儕支持培訓	需要通過同儕支持培訓	需要通過同儕支持培訓	都需要通過培訓
課程內容	復元、IMR 課程、同儕支持課程、電訪、家訪技巧、復元故事編寫以及社區講座技巧	理論健康知識、同儕面談技巧、設立目標及計劃、自我管理及復元策略、認識社區資源、專業倫理	同儕面談技巧、訂立目標及計劃、社交技巧及情緒管理、提供資訊	理論基礎、同儕面談技巧、溝通技巧及預防二次傷害、專業倫理守則	相同：都有復元及同儕支持的相關內容 異同：臺灣特別加強社區去汙名化知識。

資料來源：研究者自行整理

(二)同儕支持者的實踐狀況比較

研究者繼續引用美國 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015)、加拿大 (Mental Health Commission of Canada, 2011) 以及英國 (Mental Health Foundation, 2020) 的同儕支持者培訓資料並結合研究發現，整理出表 7 臺灣與美國、加拿大、英國同儕支持者實踐狀況之比較，研究發現臺灣與美國、加拿大、英國在同儕支持者的實踐狀況上有三個類別有所區別，在相同點上，四個地方的同儕支持者同樣都有薪金補貼，顯示出各國都對同儕支持者身份給予重視，然而重視的程



度卻有明顯不同，首先是臺灣在同儕支持者認證制度上，仍未有正式的認證機構來規範和認證同儕支持者的資格和專業水平，而美國、加拿大和英國都有專門的認證機構，這些機構為同儕支持者提供系統的培訓和專業認證，確保服務質量和倫理標準。其次，在工作環境方面，臺灣的同儕支持者主要在社區服務中心工作，而歐美的同儕支持者已經在更廣泛的環境中提供服務，例如政府單位、醫療機構和心理衛生中心，也間接反映了臺灣的同儕支持者在社會大眾的專業認可上較遜色的，目前仍僅能依賴社區服務中心提供服務，而其他國家的同儕支持者則有更多元的工作環境。最後則是在社會政策上，臺灣與歐美各國仍是有落差的。美國、加拿大和英國都有相關的立法來獨立支持同儕支持服務，這些法律和政策提供了穩定的資金和資源支持，保障了同儕支持者計劃的可持續性和有效性。相比之下，臺灣的同儕支持服務主要被歸納在自立生活方案中，缺乏專門的政策和資金支持，這也使得臺灣的同儕支持者在資源獲取和服務推廣方面面臨更多挑戰。

表 6：臺灣與美國、加拿大、英國同儕支持者實踐狀況之比較

	臺灣	美國	加拿大	英國	異同點
認證機構	未有正式的認證機構	有正式的認證機構	有正式的認證機構	有正式的認證機構	臺灣目前尚未有正式的認證機構
工作環境	社區服務中心	政府單位、醫療機構、社區服務中心	政府單位、醫療機構、社區服務中心	政府單位、心理衛生中心、社區服務中心	臺灣目前大多在社區服務中心
社會政策	被歸納在自立生活方案。	有相關立法獨立支持同儕支持服務	有相關立法獨立支持同儕支持服務	有相關立法獨立支持同儕支持服務	臺灣相較其他國家，政府政策支持較弱

資料來源：研究者自行整理

綜上所述，研究發現臺灣的同儕支持者育成過程，在課程培訓上是與歐美國家相呼應的，然而在對於同儕支持者的專業認可、服務環境以及政策支持上仍有待加強的，畢竟美國、加拿大和英國在同儕方面已發展多年，已建立具較成熟和完善的制度，能夠為同儕支持者提供更加全面的支持和保障，故研究者認為臺灣的同儕支持者可以通過這些國家的經驗為臺灣提供借鑒，以進一步完善其同儕支持者制度，以提升臺灣未來的精神衛生健康服務水平。

三、 精神障礙者的去汙名化歷程

研究者通過精神障礙者參與同儕支持方案的經驗回饋，探討他們在去汙名化過程中的經歷，故本段落將根據研究參與者的資料與相關文獻深入探討精神疾病去汙名化的歷程。

(一)精神障礙者被汙名化的因素

研究發現精神疾病的汙名化問題在臺灣仍然存在，精神障礙者容易遭受社會大眾的排斥和歧視，甚至出現自我汙名化的情況，這與 Davidson 等（2016）的研究結果相符，指出精神障礙者容易因疾病被社會排斥，導致社交退縮。研究資料分析顯示，精神障礙者遭受汙名化的來源包括家人、同事和朋友等。部分精神障礙者因疾病失去工作或難以找到工作，這強化了他們「病人」的刻板印象。這與 Pescosolido 等（2018）的研究相符，指出汙名化由標籤化、刻板印象、社會歧視及個人負面影響共同形成，並受到社會文化因素的影響。總的來說，精神疾病汙名化現象在臺灣仍然普遍存在，對精神障礙者的生活造成了嚴重影響。

(二)同儕支持方案對精神疾病去汙名化的影響

同儕支持者在精神疾病去汙名化過程中扮演了重要角色。研究發現，同儕支持方案不僅能為精神障礙者提供情感支持，還能恢復其自尊與自信，精神障礙的汙名化。根據研究參與者的回饋，高雄協會通過同儕支持方案為精神障礙者提供了一個包容、安全的環境，使他們能建立互信關係，另外也會為合資格的精神障礙者提供復元及同儕支持知識的培訓，通過培訓後精神障礙者便能夠成為同儕支持者，從而為他們建立新身份即同儕支持者，讓他們能夠成為其他精神障礙者的榜樣，從而提升他們的自我效能感，以及減少內在的汙名化，這與 Byrne（2018）的研究相呼應，該研究指出同儕支持可以幫助精神障礙者重新建立社會連結，減少孤立感和自我孤立行為，這些積極互動和支持系統能夠改變精神障礙者的自我認知，使其不

再將精神疾病視為個人缺陷，從而有助於去汙名化。另外，高雄協會的同儕培訓包括復元訓練，參與者學習製作自己的復元故事，這有助於他們擺脫「病人」角色，重新建立「同儕」的助人角色，達到去汙名化的效果，這與陳依煜、連盈如（2015）的研究相呼應，該研究指出當精神障礙者與其他有相似經歷的人交流時，更容易感受到被理解和接納，有助於減少自我汙名化。

（三）精神障礙去汙名化的要素

同儕支持者在精神障礙者的復元及去汙名化上發揮著重要作用，包括為精神障礙者提供情感支持與互助，協助精神障礙者重新建立人際網絡等。本研究發現同儕支持在精神疾病去汙名化中有四個重要元素：

1. 情感支持：同儕支持者通過自身經驗，給予精神障礙者情感上的理解與支持，減少因自我汙名化而出現的自我孤立。就如本研究參與者水先生曾因抑鬱而自殺，但在接受同儕支持服務後，他通過自己的復元經歷，鼓勵更多精神障礙者走出來，重新面對生活，不再自我孤立。這與 Ociskova 等人（2015）及韓德彥、陳淑惠（2008）的研究一致，當精神障礙者感受到來自同儕的支持和理解時，他們對自己的負面看法會逐漸減少。
2. 資訊提供：同儕支持者通過分享自身的經驗和知識，協助精神障礙者更好地理解和管理個人健康，讓他們更懂得與疾病共存，發展個人興趣。研究參與者麥小姐曾因想擺脫精神病人的身份而自行停藥，最終住院，而當她在接觸同儕支持服務後，明白了即使在服用精神科藥物也能是正常人，並學習到與疾病共存的方式，成為同儕支持者，鼓勵更多精神障礙者就醫，減少其他精神障礙者因害怕汙名而拒絕覆診的情況。這與 Kim 和 Jun（2019）的研究相呼應，當精神障礙者了解到其他人如何成功應對病情時，他們對自己的康復也會更有信心。

3. 角色模範：同儕支持者通過自身經歷，為其他精神障礙者展示如何面對精神疾病的挑戰及重建生活，這種角色模範能夠改變其他精神障礙者對精神疾病的負面觀點，例如本研究參與者陳小姐過去因精神疾病被同事、朋友及家人責備，甚至因病離婚，但在接受同儕支持服務後，她克服了過去的陰影，通過分享復元經歷來鼓勵其他精神障礙者接受精神衛生服務。這與林沄萱（2015）及唐宜楨、吳慧菁（2008）的研究相呼應，文獻指出通過同儕支持服務，精神障礙者能夠提升自我效能感，而自我效能感的提升能夠有助於更好地管理疾病，還可以增強他們在社會中的參與和貢獻能力。
4. 社區去汙名化宣導：高雄復健協會組織同儕支持者在學校、社區及互聯網上進行精神衛教及復元故事分享，藉此來促進社會大眾對精神障礙的理解和接受，減少大眾因不理解精神障礙而產生的汙名化現象，並鼓勵更多精神障礙者通過聆聽及分享復元故事，減少自我汙名化。這與宋麗玉（2005）的研究相呼應，文獻指出社會支持網絡的建立有助於精神障礙者在面對挑戰時獲得更多幫助和支持，從而提升社會適應能力，促進復元。故此，同儕支持在精神疾病去汙名化過程中扮演著重要角色，不僅能為精神障礙者提供實際幫助，還能改變精神障礙者及社會大眾對精神疾病的認知，增強精神障礙者的自信心及自我效能感，擺脫精神疾病汙名化的影響，重新參與社會。

四、 同儕支持發展的挑戰

研究者通過整理及歸納研究參與者對同儕支持的回饋，發現臺灣若想廣泛推行同儕支持服務，在發展過程可能會遇到挑戰。這些挑戰如下：

(一) 社工層面的觀點：

1. 精神健康狀況的不穩定性：同儕支持者的精神健康狀況不穩定，可能會突然退出或無法持續參與，這種不確定性增加了服務的難度。
2. 課程設計和規劃的挑戰：設計適合精神障礙者的培訓內容和實踐活動需要投入大量時間和精力，對於資源有限的機構是一大挑戰。
3. 薪酬動機的影響：部分同儕支持者可能僅僅是為了獲得薪酬而參與，這可能影響服務的質量和效果。
4. 汙名化的影響：來自社會和家庭的汙名化影響，包括大眾媒體對精神疾病的負面報導和家庭成員的誤解和偏見，可能加劇精神障礙者的自我汙名化，影響他們參與同儕支持服務的意願和效果。
5. 社會政策的支持不足：臺灣的同儕支持目前仍未有一致的培訓以及專業認證機構，同儕支持主要經費來源仍於自立生活方案中的資源，相比之下，歐美各國有相關立法支持，為同儕支持服務的發展以及同儕支持者的專業度都提供了足夠的資金及資源。

(二) 同儕支持者的層面：

1. 工作壓力和精神疾病症狀的影響：精神障礙者在提供同儕支持服務時，可能會因對方態度不佳或有妄想、幻覺等症狀，導致服務效果不佳，甚至感到挫折。
2. 個人能力的限制：精神障礙者的個人能力有限，這使得他們在提供服務時可能會感到力不從心，部分精神障礙者也會因擔心失去政府補助而不願意參與工作。

3. 同儕支持方案負責人員的離職：負責人員的離職對服務的穩定性和持續性造成影響，影響他們參與同儕支持服務的動機和效果。



小結

研究者通過社工及精神障礙者的同儕支持參與經驗，發現到同儕支持方案中，社工除了擔當著培訓以及支持的角色，同時也是在與同儕支持者建立一新的合作關係模式「同儕」。根據社工的敘述，同儕支持者能夠與精神障礙者建立更深入的理解，達到感同身受的程度，推動著精神障礙者更願意參與精神健康服務，包括同儕支持服務。另外，研究者發現到同儕支持者在為其他精神障礙者提供同儕支持服務時，同儕支持者其實也能夠在過程中得到成長，達到一種「互利共生」的關係，可以更有效地推動同儕支持服務，讓精神障礙者找到復元的方法。同時，同儕支持服務也能夠促進同儕支持者的自我療癒，在服務過程中得到更多的成長和改善可能因疾病而被汙名化的遭遇。

綜上所述，同儕支持者與精神障礙者之間的關係不僅限於提供和接受服務，而是形成了一種深層次的互利共生模式，這對於推動精神障礙者的復元和去汙名化有著顯著的作用。這種模式促進了雙方的理解和成長，有助於建立更強大、更有韌性的社會支持系統。

第二節 研究建議與限制



一、 研究建議

(一)對政府機構之建議

1. 建立獨立的同儕支持專案

政府應該推動政策改革，以提升同儕支持的專業認可。目前，台灣在同儕支持者的專業認可、服務環境及政策支持方面仍有待提升。可嘗試借鑒美國、加拿大或英國等國家的同儕支持發展經驗，推動政策改革，為同儕支持者提供更加全面的支持和保障，提升其專業地位和服務質量。

2. 開設同儕支持者崗位，增加培訓

政府應嘗試在公部門聘請同儕支持者或提供同儕支持者的培訓，可嘗試由大學等專業機構提供同儕支持者的培訓，以提高同儕支持者的專業性及服務能力，減低單一機構的培訓負荷，同時也能進一步提升同儕支持的專業知識。另外，在政府的帶領作用下，同儕支持者有更多的服務機會讓大眾所認識，也有助於社會大眾重新認識精神障礙者，減低社會大眾的汙名化。

(二)實務工作者之建議

1. 改變社會對精神障礙者的刻板印象

傳統文化中對精神障礙者的負面刻板印象深根蒂固。需要通過持續的社會宣傳和教育，改變公眾對精神障礙者的認知，減少偏見和歧視。這可以通過媒體報導、學校教育以及社區活動來實現。

2. 促進公共認知和接受

與社會各界合作，推動公眾對精神障礙和同儕支持的理解和接受。舉辦公共講座、宣傳活動以及社區工作坊，讓更多人了解精神障礙者的真實情況以及同儕支持對其復元的重要性。

(三)相關研究者之建議

1. 強化研究者的跨領域合作

精神復元和去污名化是一個跨學科的研究領域，需要心理學、社會工作、公共衛生等多方面的專業知識。研究者應加強跨領域合作，組建多學科研究團隊，從多角度深入探討同儕支持的各個層面

2. 建立同儕支持討論空間

為對精神復康有興趣的研究者和實務工作者提供更多的討論和交流空間。可以通過學術研討會、工作坊以及在線論壇等方式，促進同行間的經驗交流和知識分享

3. 推動實證研究

強調實證研究在同儕支持和精神復元中的重要性，通過系統性研究來檢驗和評估不同支持方案的有效性。實證研究的結果將為政策制定者提供有力的數據支持，從而促進更有效的政策和實踐

二、 研究限制及改善策略

(一)研究參與者特質：

本研究以立意選樣的方式進行選樣，研究場域聚焦於高雄心理復健協會，並邀請該協會來推薦合適之對象，但因研究參與者的特殊性及不確定性，致使本研究在收案標準上僅能收取六位會員作為本研究之研究參與者，因此，在研究參與者數量以此研究場合上的限制，讓本研究結果未能代表臺灣同儕支持的發展狀況，僅能作為後續相關研究之參考文獻。因此，研究者認為未來在進行相關之研究主題時，可考慮擴大選樣範圍，例如嘗試隨機抽樣，讓研究結果能具代表性及效度。

(二)研究資料的稀缺性：

本研究以參與臺灣同儕支持方案及通過同儕支持者培訓的精神障礙者為主要研究對象，然而精神復元及去污名化皆是一個複雜的歷程，需要持

續的關注和研究，因此本研究嘗試質性研究的方法來瞭解研究參與者對於同儕支持以及精神疾病去汙名化之歷程，然而精神障礙的同儕支持在臺灣之研究相對較少，致使較難找到臺灣本土之文獻作對比，因此研究者認為未來研究或可嘗試進行長期追蹤，從而獲得更加全面和深入的研究資料。

參考文獻



中文文獻

中華心理衛生協會 (2022)。臺灣精神康復者同儕工作之處境議題手冊。臺灣：中華心理衛生協會。

王育瑜 (2018)。身權公約關於身心障礙者 「自立生活融入社區」的意涵。社區發展季刊，162，148-160

王盈婷、徐畢卿、陳志軒 (2017)。思覺失調症患者接受精神衛生專業服務之烙印經驗。台灣醫學，21 (2)，143-154。

台北市新活力自立生活協會 (2018)。台灣自立生活服務 (運動) 推展。擷取自 http://www.ciltp.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?BID=35

行政院研考會 (1995)。精神病患醫療服務體系之檢討。行政院研究發展考核委員會編印。

吳建昌、李舒中、林桂卉、林淑蓉、洪晨碩、陳嘉新、曾凡慈、湯家碩、黃媛齡、楊添圍、蔡友月 (2018)。不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理。台灣：聯經出版事業股份有限公司。

宋麗玉 (2005)。精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點。中華心理衛生學刊，18 (4)，1-29。

宋麗玉 (2013)。精神障礙者復元統合模式之驗證：復元階段量表發展與優勢觀點。取自中央研究院人文社會科學研究中心調查研究專題中心學術調查研究資料庫：<https://doi.org/10.6141/TW-SRDA-E98010-1>

宋麗玉、施教裕 (2009)。優勢觀點——社會工作理論與實務。臺北：洪葉文化。

宋麗玉、施教裕、徐淑婷 (2015)。優勢觀點與精神障礙者之復元：駱駝進帳與螺旋上升。台北市：洪葉文化。

李金燕、陳怡廷、黃靖雯、陳哩湘 (2018)。精神疾病患者其汙名化感受、復

元力及社會功能之關聯性。臺灣職能治療研究與實務雜誌，14 (2)，89-100。

周月清 (2018)。個人助理服務：障礙者自立生活與身權公約實踐。社區發展季刊 (164)，50-66。

尚和華 (2016)。協助精神障礙者社區融合：康復之家推展精神障礙者社區融合經驗初探。台灣社區工作與社區研究學刊，139-174。

林子堯、詹宏裕、田禮瑋 (2014)。精神病人復健之路—溫馨陪伴篇。臺灣：衛生福利部。

林沄萱 (2015)。由華人的面子問題探討精神病患的污名。耕莘學報，13，5-12。

社工局 (2022)。殘疾評估登記證統計數據。澳門：社工局，取自：
https://www.ias.gov.mo/wp-content/uploads/file/CAGR2022_09_30.pdf

唐宜楨、吳慧菁 (2008)。精神疾患污名化及去污名化之初探。身心障礙研究季刊，6 (3)，175-196。

唐宜楨、陳心怡、吳慧菁、鄭詩蓉、高藝洳 (2009)。身心障礙污名認知與污名主觀經驗—以精神疾病患者及脊髓損傷者為例。身心障礙研究季刊，7 (4)，230-244。

張國榮、蔡孟岳、李文貴 (2004)。影響精神分裂症急性住院患者藥費之因素。臺灣精神醫學，18 (3)，216 - 222。

郭峰志譯 (2001)。現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系。臺灣：心理出版社。

陳志軒、徐畢卿、李靜姝、黃建豪 (2012)。健康研究中的烙印議題。台灣醫學，84-92。

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，28，421-447。

陳菽芬、林麗瑞、李易駿 (2013)。精神障礙者社區就業歷程之個案研究。台灣

社區工作與社區研究期刊，3（1），23-60。

鈕文英（2020）。質性研究方法與論文寫作（三版）。台北市：雙葉書廊。

鈕文英（2021）。研究方法與設計量化. 質性與混合方法取向（三版）。台北市：雙葉書廊。

黃伶蕙、吳建昇、李育穎、羅子婷、劉雅文、謝若涵、徐蕙菁、古登儒（2018）。自立生活之執行現況與發展。社區發展季刊，6-21。

黃智玉（2017）。康復之家慢性精神病患的社會支持與復元力之相關性探討。美和科技大學護理系健康照護碩士論文。

黃智玉、曾明月（2018）。康復之家慢性精神病患社會支持與復元力探究。精神衛生護理雜誌，13（1），14-25。

黃耀輝、林幼喻、李世凱、李明峰、林靜蘭（2018）。精神病患復元歷程之相關性研究。護理雜誌，65（2），64-74。

葉英堃（1996）。承先啟後—對革新臺北市精神醫療保健的私見。臺北市立療養院民國 85 年年報，139-142。

葉錦成（2011）。精神醫療社會工作：信念、理論和實踐。臺北市：心理出版社。

廖福源（2022）。論心理社會障礙者同儕支持之困境：以自立生活同儕支持方案為例。社區發展季刊，178，29-41。

管中祥（2015）。多元價值的缺席：傳播科系實習教育的再思考，傳播研究與實踐，5（2），193-213。

趙美盈（2013）。歐盟治理下社會歐洲的建設與實踐。歐債陰影下歐洲聯盟新財經政策。台北：國立臺灣大學出版中心。

劉瓊英譯（2021）。醫療家族治療。台灣：洪葉文化事業有限公司。

潘淑滿（2018）。質性研究：理論與應用（第四版）。臺北市：心理。

衛生福利部統計處。（2022年8月31日）。身心障礙統計專區。擷取自 衛生福利部統計處：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5224-62359-113.html>

澳門特別行政區 (2016)。澳門特別行政區 2016 至 2025 年康復服務十年規劃
締造一個以平等權利、共融為本的社會。澳門：澳門特別行政區政府社會
工作局。

賴品好、尤素芬、潘佩君 (2019)。臺灣身心障礙者自立生活同儕支持服務發
展之回顧與現況。社區發展季刊，230-242。

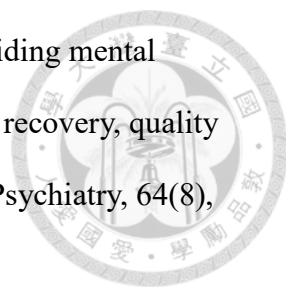
謝詩華 (2018)。精神障礙者自立支持在臺灣的實踐經驗。社區發展季刊，164，
67-77。

韓德彥、陳淑惠 (2008)。精神疾病污名感受量表及其短版之心理計量特性。
中華心理衛生學刊，273-290。

英文文獻



- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rakkolainen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.
- Anderson, H. (2002). In the space between people: Seikkula's Open Dialogue approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 279-281.
- Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 767-774.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Barton, R. (1999). Empowerment, competence and recovery: towards a holistic model of psychiatric rehabilitation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 849-856.
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). Lived experience leading the way: Peer support in mental health. London: Together for Mental Wellbeing.
- Bernard, H. R. (2017). Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches. Rowman & Littlefield Publishers.
- Boothroyd, R. I., & Fisher, E. B. (2010). Peers for progress: Promoting peer support for health around the world. *Family Practice*, 27 Suppl 1, i62-68.
- Brown, P. (1992). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(3), 34-52.

- 
- Burke, E. M., Pyle, M., Machin, K., & Morrison, A. P. (2018). Providing mental health peer support 2: Relationships with empowerment, hope, recovery, quality of life and internalised stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(8), 745-755.
- Byrne, P. (2018). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*. Cambridge University Press, 6, 65-72.
- Charmaz, K. (1987). Struggling for a self: Identity levels of the chronically ill. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 335-342.
- Cheng, K. Y., & Yen, C. F. (2021). The social support, mental health, psychiatric symptoms, and functioning of persons with schizophrenia participating in peer co-delivered vocational rehabilitation: a pilot study in Taiwan. *BMC psychiatry*, 21(1), 268.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Curtis, L. C. (2000). Practice Guidance for Recovery-Oriented Behavioral Healthcare for Adults with Serious Mental Illnesses. Personal Outcome Measures in Consumer-Directed Behavioral Health. Towson, MD: The Council on Quality

and Leadership for Persons with Disabilities, 25–42.

Davidson, L., Bellamy, C. D., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2016). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 99-107.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.

Desisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1999). The Maine and Vermont Three-Decade Studies of Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 50(7) , 954-963.

Dillon, J., & Hornstein, G. (2013). Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, 5(3), 286-295.

Edwin M. Lemert. (1951). *Social pathology : a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. New York: McGraw-Hill.

Fan, Y., Ma, N., Ma, L., Zhang, W., Xu, W., Shi, R., Chen, H., Lamberti, J. S., & Caine, E. D. (2019). Feasibility of peer support services among people with severe mental illness in China. *BMC Psychiatry*, 19(1), 360.

Farkas, M., & Gagne, C. (2012). Anthony's exploration of peer support: A Canadian perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 219-221.

Faulkner, A., & Kalathil, J. (2012). *The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health*. City, University of London;



King's College London. Retrieved from <https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2012/10/The-Freedom-to-be-The-Chance-to-dream-Executive-Summary1.pdf>



Faulkner, A., & Kalathil, J. (2012). The freedom to be, the chance to dream:

Preserving user-led peer support in mental health. London: Together for Mental Wellbeing. Retrieved from : https://www.peerzone.org/wp-content/uploads/2021/12/Peer_Support_Faulkner_0.pdf

Faulkner, A., & RE, T. (2012). A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41–47.

Felton, B. J., Revell, G., & Balderas, J. (2020). Impact of peer-delivered wellness recovery action plan education on the quality of life of persons with mental health challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(3), 201-209.

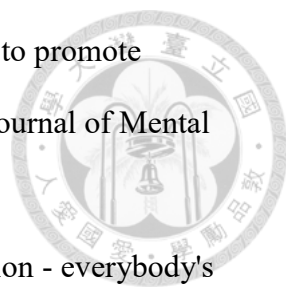
Gessler, S., & Wong, W. (2020). Peer support for people with mental health problems: A systematic review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 26(2), 92-100.

Gillard, S., Edwards, C., & Gibson, S. L. (2018). Peer support in community mental health services: A review of qualitative evidence. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(4), 379-385.

Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J., & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: A qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge University Press, 24(5), 435-445.

Grow Australia. (2020). Mutual support in mental health recovery. Retrieved from : https://grow.org.au/wp-content/uploads/2020/08/Mutual-support-in-mental-health-recovery_v1.pdf

GROW. (2020). GROW mental wellbeing programs . Retrieved from : <https://grow.org.au/our-values/>

- 
- Hickey, J., & Chambers, C. (2018). Training peer support providers to promote recovery in the mental health system: A Canadian case study. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(2), 71-82.
- Hocking B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *The Medical journal of Australia*, 178(S9), S47–S48.
- Intentional Peer Support. (2019). Intentional Peer Support. Retrieved from : <https://www.intentionalpeer support.org/>
- Johnstone, M.J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200-209.
- Kan, P. V. (1996). Peer counseling tool and trade a workdocument. *Peer Counseling*. Retrieved from : <https://www.peer-counseling.org/index.php/peer-counseling-tool-and-trade-a-workdocument-peter-van-kan>
- Keown, P., Weich, S., Bhui, K. S., & Scott, J. (2020). Association between provision of mental illness peer support services and change in contact with mental health services over time. *Journal of Mental Health*, 29(6), 638-645.
- Kim, J. Y., & Jun, W. H. (2019). Association of Mental Health Recovery to Internalized Stigma and Meaning in Life of Community-Dwelling People with Mental Disorder. *Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*, 26(2), 189-198.
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- LANCET, T. (2022, October 22). The Lancet Commission on ending stigma and

- discrimination in mental health. *THE LANCET*, 1438-1479.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of social issues*, 56(1), 1-9.
- Lim, M. W., Remington, G., & Lee, J. (2017). Personal Recovery in Serious Mental Illness: Making Sense of the Concept. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 46(1), 29–31.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage publications
- Lindlof, T. R., & Taylor, B. C. (2019). *Qualitative communication research methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367, 528-529.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(39), 14-39.
- Mariampolski, H. (2001). *Qualitative market research: A comprehensive guide*. Sage Publications.
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. Routledgefalmer.
- Mead, S & MacNeil, C. (2005). Peer support: A systemic approach. *Family Therapy Magazine*, 4(5), 28-31.
- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Mead, S., Kuno, E., & Knutson, S. (2013). Intentional peer support. *Vertex*, 24(112),



426-433.

Mental Health America. (2019). Evidence for Peer Support. Retrieved from :

<https://www.mhanational.org/sites/default/files/Evidence%20for%20Peer%20Support%20May%202019.pdf>

Mental Health Commission of Canada. (2011). Guidelines for the practice and training of peer support. Retrieved from :

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/Guidelines_Practice_Training_Peer_Support_2011_ENG.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the case for peer support*.

PeerWorks. Retrieved from :

https://www.peerworks.ca/de/cache/modules_listing/257/rs_MHCC-Making-the-Case-for-Peer-Support-2016-Eng.pdf

Mental Health Foundation. (2017). Peer support in mental health: Is it good for you?.

London, UK: Mental Health Foundation.

Mental Health Foundation. (2020). Peer support in mental health: What it is and how it works. London, UK: Mental Health Foundation.

Lim, M. W., Remington, G., & Lee, J. (2017). Personal Recovery in Serious Mental Illness: Making Sense of the Concept. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 46(1), 29–31.

NAMI. (2023). About Mental Illness . Retrieved from : <https://www.nami.org/About-Mental-Illness>

Noorani, T. (2013). Service user involvement, authority and the ‘expert-by-experience’ in mental health. *Journal of Political Power*, 6(1), 49-68.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods*. Sage Publications

Perry, B. L., Felix, E., Bolton, M., Pullen, E. L., & Pescosolido, B. A. (2022). Public Stigma and Personal Networks: Confronting the Limitations of Unidimensional



- Measures of Social Contact. *Journal of Health and Social Behavior*, 63(3), 428-445.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2018). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 202, 36-48.
- Podvoll, E. (1990). *The Seduction of Madness: Revolutionary Insights into the World of Psychosis and a Compassionate Approach to Recovery at Home*. NY: Harper Collins
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411
- SAMHSA. (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. Retrieved from : <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>
- Samson, J., Wong, K., & Cwinn, M. (2017). Peer support in non-Western countries: a literature review. *Journal of Mental Health*, 26(4), 335-343.
- Sarah White; Rhiannon Foster; Jacqueline Marks; Rosaleen Morshead; Lucy Goldsmith; Sally Barlow; Jacqueline Sin; Steve Gillard;. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 534.
- Schuler, A., Gabriel, P., & Zisman-Ilani, Y. (2019). Empowerment through peer support: A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(3-4), 99-115.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London, England: Karnac Books.
- Silver, J., & Nemec, P. B. (2016). The role of the peer specialists: Unanswered questions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 289-291.
- Silverstein, S. M., Bao, Y., Zagorski, N., & Hiatt, E. L. (2021). Peer-led cognitive

training for individuals with serious mental illness: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 228, 411-417.

Sisco, P. (1992). Peer counseling: an overview.

doi:<https://www.independentliving.org/library.html?f%5Bauthor%5D=552>

Smit, D., Miguel, C., Vrijzen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2022).

The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 1-10.

Social Exclusion Unit. (2004). Office of the Deputy Prime Minister. London: Office of the Deputy Prime Minister.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.

Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327–336.

Stainback, S., & Stainback, W. (1984). Integration of students with severe disabilities into regular classrooms. *Exceptional Children*, 51(5), 447-456.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). National guidelines for behavioral health crisis care: Best practice toolkit. Retrieved from : <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4848.pdf>

TalcottParsons. (1968). The structure of social action a study in social theory and special reference to a group of recent European writers. New York: Free Press.

Tanya Mackay, Nisba Ahmed, Humma Andleeb, Julie Billsborough, Richard Currie, Raj Hazzard, Fozia Haider, Naima Iqbal, Ffion Matthews, Andreja Mesarič, Jennie Parker, Vanessa Pinfold, Laura Richmond, Dan Robotham & Rose Thompson (2022). The evolution of community peer support values: reflections

- from three UK mental health project teams, *Advances in Mental Health*, 20(2), 157-169.
- Tse, S., Mak, W. W. S., Lo, I. W. K., Liu, L. L., Yuen, W. W. Y., Yau, S., Ho, K., Chan, S. K., & Wong, S. (2017). A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry research*, 255, 27–35
- Tse, S., Tsoi, E. W., Wong, S., Kan, A., & Kwok, C. F. (2014). Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: preliminary evaluation and experience. *The International journal of social psychiatry*, 60(3), 211–218.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255.
- UnitEconomist IntelligenceThe. (2016). *Mental health and integration Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. London: The Economist Intelligence Unit Limited.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- US Department of Health and Human Services. (2018). *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Retrieved from :
<https://www.samhsa.gov/about-us>
- Van Eck, K., & Roesch, S. C. (2019). The effectiveness of peer support interventions for individuals with severe mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services*, 70(7), 567-581.
- Walker, A. (1997). *Britain divided : the growth of social exclusion in the 1980s and 1990s*. (Alan Walker, & Carol Walker, Eds.) London: Child Poverty Action

Group.

Watson, E., & Meddings, S. (2019). Peer support in mental health. Bloomsbury: Red Globe Press.

Webb, N. M. (1989). Peer interaction and learning in small groups. *International Journal of Educational Research*, 13(1), 21-39.

Wills, T. A., & Filer, M. (2001). Social networks and social support. *Handbook of health psychology*, 3, 209-234.

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 Research*, 255, 94–100.

World Health Organization. (1948). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from:
<https://www.who.int/zh/about/governance/constitution>

World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Retrieved from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J., & Wiersma, D. (2009). Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 362–369.

Wusinich, C., Lindy, D. C., Russell, D., Pessin, N., & Friesen, P. (2020). Experiences of Parachute NYC: An Integration of Open Dialogue and Intentional Peer Support. *Community mental health journal*, 56(6), 1033–1043.

Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.

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. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 839–851.

Zinman, S., & Harp, H. T. (1987). *Reaching across: Mental health clients helping each other*. Sacramento, CA: California Network of Mental Health Clients

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.



附錄



附錄一 訪談大綱

訪談大綱(工作人員版本)

1. 基本資料：

- 1.1 請問您在現在的協會工作了多長時間？
- 1.2 請問是那些原因讓您選擇接觸精神障礙者，以及選擇現在的地方工作？
- 1.3 您在精神康復領域的工作經驗有多長的時間以及您現在的年齡？

2. 對於同儕支持方案的觀點

- 2.1 請問您過去有接觸同儕支持方案嗎？可以分享您在推動同儕支持的一些想法或感受？
- 2.2 請問您覺得同儕支持方案與您過去接觸的精神復健方案有甚麼不同？
- 2.3 請問您日常是如何執行同儕支持方案，您認為協會需要繼續推動同儕支持發展嗎？
- 2.4 請問您如何評估那些類型的精神障礙者適合成為同儕支持者？
- 2.5 請問您覺得同儕支持方案對於精神障礙者有那些改變？對精神障礙者的意義或價值為何？
- 2.6 請問您目前在同儕支持方案中負責的部份有那些？協會現在有雇用同儕支持者嗎？

3. 對於同儕支持與精神障礙去汙名化的觀點

- 3.1 請問您如何理解精神障礙去汙名化？
- 3.2 請問您認為同儕支持方案與精神障礙者的去汙名化的意義與價值為何？
- 3.3 請問您如何理解同儕支持方案對同儕支持者去汙名化的幫助？
- 3.4 請問您如何培訓同儕支持者？例如主要的培訓內容有那些？

4 對同儕支持方案的建議

- 4.1 在推動同儕支持方案時曾遇過那些挑戰？

4.2 您認為有甚麼方法能夠改善同儕支持方法遇到的困難？

4.3 您對於同儕支持的發展有那些想法或建議呢？



訪談大綱（同儕支持者）

1. **基本資料：年齡、過往患病經驗、接受傳統藥物治療經驗**
2. **參與同儕支持計劃的角色、經驗**
 - 2.1 您在成為同儕支持員之前，有參加其他精神復元的培訓嗎？是甚麼呢？
 - 2.2 請問您選擇成為同儕支持員的因素有那些？
 - 2.3 請問您認為同儕支持員需要具備那些要素？
 - 2.4 請問您成為同儕支持員多長時間了，有那些原因讓您繼續擔任同儕支持員呢？
3. **對同儕支持計劃的建議**
 - 3.1 請問您認為需要接受那些訓練才能成為同儕支持員？
 - 3.2 在成為同儕支持後，機構提供那些資源來讓您發揮同儕支持員角色功能呢？
 - 3.3 請問您成為同儕支持員後，有符合您原來的期望嗎？
 - 3.4 請問您認為同儕支持對您有那些改變？
4. **同儕支持與去汙名化之關係**
 - 4.1 請問您對於精神疾病汙名化的理解是怎樣？
 - 4.2 請問您有因精神疾病而被汙名化的經驗嗎？
 - 4.3 請問成為同儕支持員後，對於去汙名化有何幫助？能舉例說明？

附錄二 訪談同意書



訪談同意書

計畫名稱：臺灣同儕支持與精神障礙去汙名化之探討

指導老師：國立臺灣大學社會工作學系 吳慧菁 博士

研究生：國立臺灣大學社會工作學系 李嘉榮

您好，我是臺灣大學社工系學生李嘉榮，目前正在進行「臺灣同儕支持與精神障礙去汙名化之探討」的研究計畫，我真摯邀請您同意參與本次研究。

本研究以曾接受同儕支持服務並已成為同儕支持者為研究對象，探討精神障礙者在參與同儕支持至成為同儕支持員的經驗與詮釋，深入瞭解參加者參與同儕支持方案的歷程，以瞭解同儕支持與去汙名化之脈絡。本次訪談預計時間約為一小時，同時為確保訪談資料完整與真確性，訪談過程會使用錄音工具，若訪談過程有令您感到不適的狀況，請您隨時告知，您也可以選擇不回答或退出本研究之權利。本研究結果將以匿名方式呈現，在訪談過程中之相關資訊及個人隱私均受到保護，本研究結果僅供學術研究，錄音內容亦會在謄寫成文字作資料分析後刪除，因此可以放心回答。

若您在瞭解本研究之研究目的、研究方式以及瞭解相關權益保障後願意參與本次訪談，請您在此同意書上簽名，再次感謝您願意參與本研究，以豐富本研究之資料。

國立臺灣大學社會工作學系研究生 李嘉榮 敬上

參加者簽名：_____日期：_____

研究者簽名：_____日期：_____