

國立台灣大學衛生政策與管理研究所

碩士論文

指導教授：張 珣 博士

某精神醫療機構員工對精神病患態度初探



Attitudes toward mental illness

in one psychiatric hospital personnel

研究生：張雁晴 撰

中華民國九十四年六月

誌 謝

本論文完成之際，首先要感謝指導教授張珏老師，在學生遇到研究瓶頸時，皆能耐心的予以指導並提供建議，更由於老師對於在職生的包容與體諒，才能使研究順利完成，也讓學生在就讀碩士的兩年期間收穫良多。此外，要感謝邱獻章院長對於學生在職進修的支持並對本論文提供許多實務的建議，亦要感謝余漢儀老師的協助與指教。

在此同時，誠摯的謝謝芝殷學姐在被我不斷叨擾的情形下，還能有耐心的幫助我釐清概念，並提供文獻、統計方法等許多寶貴的意見；淑貞、楷皓、心潔、詩雯、雅苓、庶鑫、思儀、映竹、宜娟、乃綺、晏蓉，謝謝你們這兩年來的相伴及對於論文的建議與協助，真的很高興能認識你們這一群可愛的朋友，讓我的碩士生涯增添了許多色彩。

本研究資料能順利收集，要感謝花蓮縣玉里醫院同仁們的大力協助及幫助我收集預試資料的朋友們；並要謝謝邱鴻森主任對於員工在職進修的支持與包容，希文、玉芬、淑婷、盈潔、玉霖、郭姐、昆哥、傅姐、美惠、梅琪、嘉倩，謝謝你們這群體貼的同事們，在我就讀研究所期間所提供的協助與關懷，讓我可以順利完成學業。

還要感謝爸爸、媽媽、哥哥、姊姊對我的支持與關心，使我可以更堅強的面對困難而勇往直前；最後，更要謝謝明德一直以來的鼓勵與陪伴，在就學的這段期間共同分享學習上的收穫與艱辛。

衷心感謝所有關心、協助我的朋友們，有你們的支持，才能讓我有所成就。

中文摘要

本研究目的在於瞭解精神醫療機構員工對精神病患之態度及相關影響因子。受限於時間、人力及經費之因素，採立意取樣，以某精神醫療機構全體員工做為研究對象，使用自填問卷的方式收集資料。問卷內容包含「社會距離」、「接受度」、「復健及預後」、「介入方式」等四個面向，採五分制，1 分為非常不同意，5 分為非常同意。

研究結果發現：一、精神醫療機構員工對精神病患態度在四個面向中之平均分數皆高於 3 分，顯示其態度趨於正向，分數由低至高依次為「社會距離」、「接受度」、「介入方式」、「復健及預後」。二、教育程度為大學以上者，對於「接受度」、「復健及預後」之態度較高中以下者正向。三、精神科專業人員在「社會距離」、「接受度」兩面向之態度較其他工作人員正向。四、曾接觸病患類型愈多者，在「社會距離」、「接受度」、「復健及預後」之態度愈正向。五、曾修習相關課程或訓練者，其在「社會距離」、「接受度」態度較正向。六、自覺烙印程度和對精神病患態度呈現負相關，自覺烙印程度愈大，對精神病患態度愈負向。七、自覺烙印程度及曾接觸之精神病患類型兩變項為預測對精神病患態度之顯著因子。

本研究之結果可供相關單位參考，藉以研擬適合精神醫療機構員工之教育內容，並提供相互討論與諮詢的管道；此外，應適時提供員工調動至各單位的機會，增加所接觸精神病患之類型，以改善員工對精神病患之態度。

關鍵字：態度、精神病患、醫院員工

Abstract

The purpose of this study was to explore the attitudes toward people with mental illness in the psychiatric hospital personnel and the factors influencing their attitudes. Limited to time, manpower and fund, the subjects only came from total personnel of one psychiatric hospital in East Taiwan (Hualien). We used a self-report questionnaire to collect information. The content of the questionnaire included social distance, acceptance, rehabilitation & prognosis, and intervention. All items were rated as likert type on a five-point scale ranging from 1 (definite disagreeable) to 5 (definite agreeable).

The major findings were: (1) The mean scores of the four dimensions were higher than 3. It meant the attitudes toward people with mental illness in the psychiatric hospital personnel tended to be positive. The scores from low to high of the four dimensions were social distance, acceptance, intervention, and rehabilitation & prognosis. (2) The education level of the personnel could influence their attitudes about people with mental illness. (3) The attitudes of psychiatric professionals were more positive than others. (4) The more people with different types of mental illness the personnel had contacted, the more positive attitudes they had. (5) The attitudes of the personnel who had attended related courses were more positive. (6) The more self-stigmatized they were, the more negative attitudes toward people with mental illness they had. (7) Self-stigmatized and the people with different types of mental illness the personnel had contacted were two important predictive variables for the attitudes toward people with mental illness.

The results of the study could be provided for the government to plan appropriate trainings for the psychiatric hospital personnel. In addition, the hospital should give opportunities of job rotations as well as consultation regarding to mental illness. In these ways, the attitudes of the personnel toward people with mental illness could be improved.

Keyword : attitude, mental illness, psychiatric hospital personnel

目錄

| | |
|---------------------------|-----------|
| 第一章 緒論 | 1 |
| 第一節 研究緣起..... | 1 |
| 第二節 研究目的..... | 3 |
| 第二章 文獻探討 | 4 |
| 第一節 精神病患態度之相關研究..... | 4 |
| 一、大眾..... | 5 |
| 二、精神病患..... | 6 |
| 三、家屬..... | 7 |
| 第二節 醫療機構員工對精神病患態度之研究..... | 8 |
| 一、單一專業人員之態度..... | 8 |
| 二、專業團隊成員之態度..... | 10 |
| 三、全體員工之態度..... | 11 |
| 第三節 影響對精神病患態度之相關因素..... | 13 |
| 一、人口學變項..... | 13 |
| 二、與患者接觸的經驗..... | 14 |
| 三、相關訓練和教育課程..... | 15 |
| 四、病情表現..... | 16 |
| 第四節 精神病患態度之研究工具..... | 17 |
| 第三章 研究方法 | 19 |
| 第一節 研究架構..... | 19 |
| 第二節 研究假設..... | 20 |
| 第三節 研究變項與操作型定義..... | 21 |
| 一、自變項..... | 21 |
| 二、依變項..... | 23 |
| 第四節 研究樣本..... | 24 |
| 第五節 研究工具..... | 26 |
| 一、對精神病患態度問卷..... | 26 |
| 二、基本資料..... | 27 |
| 第六節 資料收集方式..... | 27 |
| 第七節 資料分析方法..... | 28 |
| 一、描述性統計分析..... | 28 |
| 二、推論性統計分析..... | 28 |
| 第八節 研究工具信、效度..... | 29 |
| 一、信度..... | 29 |
| 二、效度..... | 29 |

| | |
|-------------------------------|------------|
| 第四章 研究結果 | 35 |
| 第一節 描述性分析 | 35 |
| 一、 研究樣本特性分析..... | 35 |
| 二、 依變項描述性分析..... | 41 |
| 第二節 研究對象基本資料與對精神病患態度之關係 | 46 |
| 一、 研究對象個人基本資料變項間之關係..... | 46 |
| 二、 對精神病患態度各量表之相關情形..... | 55 |
| 三、 檢定研究樣本基本資料與對精神病患態度之關係..... | 57 |
| 第三節 對精神病患態度之迴歸分析 | 68 |
| 一、 社會距離量表..... | 68 |
| 二、 接受度量表..... | 68 |
| 三、 復健及預後量表..... | 69 |
| 四、 介入方式量表..... | 69 |
| 第五章 討論 | 74 |
| 第一節 精神醫療機構員工對精神病患之態度 | 74 |
| 一、 社會距離..... | 74 |
| 二、 接受度..... | 75 |
| 三、 復健及預後..... | 76 |
| 四、 介入方式..... | 77 |
| 第二節 影響對精神病患態度之因素 | 83 |
| 一、 人口學特質..... | 83 |
| 二、 工作特質..... | 84 |
| 三、 個人經驗及特質..... | 86 |
| 第三節 對精神病患態度之預測因子 | 88 |
| 第六章 結論與建議 | 92 |
| 第一節 研究結論 | 92 |
| 第二節 研究限制 | 93 |
| 第三節 研究貢獻 | 94 |
| 第四節 建議 | 94 |
| 一、 未來研究之建議..... | 94 |
| 二、 實務之建議..... | 95 |
| 參考文獻 | 97 |
| 附錄一 | 104 |

圖表目錄

| | | |
|----------|------------------------|----|
| 圖 3-1 | 研究架構 | 19 |
| 表 3.4-1 | 研究樣本與母群體之適合度檢定 | 25 |
| 表 3.4-2 | 研究樣本與母群體工作類別變項之分佈 | 25 |
| 表 3-8.1 | 社會距離量表因素分析結果 | 30 |
| 表 3-8.2 | 接受度量表因素分析結果 | 32 |
| 表 3-8.3 | 復健及預後量表因素分析結果 | 33 |
| 表 3-8.4 | 介入方式量表因素分析結果 | 34 |
| 表 4-1.1 | 人口學特質描述性分析 | 36 |
| 表 4-1.2 | 工作特質描述性分析 | 38 |
| 表 4-1.3 | 個人經驗及特質描述性分析 | 40 |
| 表 4-1.4 | 社會距離量表轉換後得分之平均值與標準差 | 41 |
| 表 4-1.5 | 接受度量表轉換後得分之平均值與標準差 | 42 |
| 表 4-1.6 | 復健及預後量表轉換後得分之平均值與標準差 | 44 |
| 表 4-1.7 | 介入方式量表之平均值與標準差 | 45 |
| 表 4-1.8 | 對精神病患態度之平均值與標準差 | 45 |
| 表 4-2.1 | 性別變項與其他基本資料之關係 | 48 |
| 表 4-2.2 | 年齡變項與其他基本資料之關係 | 50 |
| 表 4-2.3 | 教育程度變項與其他基本資料之關係 | 52 |
| 表 4-2.4 | 宗教信仰變項與其他基本資料之關係 | 54 |
| 表 4-2.5 | 各量表間相關性分析 | 55 |
| 表 4-2.6 | 社會距離量表內相關性分析 | 56 |
| 表 4-2.7 | 接受度量表內相關性分析 | 56 |
| 表 4-2.8 | 復健及預後量表內相關性分析 | 56 |
| 表 4-2.9 | 介入方式量表內相關性分析 | 56 |
| 表 4-2.10 | 個人基本資料與社會距離量表得分之變異性分析 | 60 |
| 表 4-2.11 | 個人基本資料與接受度量表得分之變異性分析 | 62 |
| 表 4-2.12 | 個人基本資料與復健及預後量表得分之變異性分析 | 64 |
| 表 4-2.13 | 個人基本資料與介入方式量表得分之變異性分析 | 66 |
| 表 4-3.1 | 社會距離量表得分之複迴歸分析 | 70 |
| 表 4-3.2 | 接受度量表得分之複迴歸分析 | 71 |
| 表 4-3.3 | 復健及預後量表得分之複迴歸分析 | 72 |
| 表 4-3.4 | 介入方式量表得分之複迴歸分析 | 73 |
| 表 5-2.1 | 社會距離結果（平均值）比較 | 79 |
| 表 5-2.2 | 接受度結果（平均值）比較一 | 80 |
| 表 5-2.3 | 接受度結果（平均值）比較二 | 80 |
| 表 5-2.4 | 復健及預後結果（平均值）比較 | 81 |

| | | |
|---------|----------------------|----|
| 表 5-2.5 | 介入方式結果比較..... | 82 |
| 表 5-3.1 | 對精神病患態度各面向之預測因子..... | 88 |
| 表 5-3.2 | 對精神病患態度之迴歸分析之比較..... | 89 |



第一章 緒論

第一節 研究緣起

21 世紀的一開始，世界衛生組織便明訂 2001 年的世界健康日主題為『心理健康』，要求大家勇於關愛並停止排斥精神病患(Stop Exclusion, Dare to Care)(WHO, 2001a)；此外，並在 2001 年十月對全球公告其年度健康報告的主題為『心理健康：新的了解、新的希望』(WHO, 2001b)。這是世界衛生組織第一次出現年度健康日與年度報告主題相同的情形，由此可知其對此議題之看重，而透過這樣的聲明也藉以提醒世界各國，對於大眾心理健康、精神醫療服務品質等改善計畫的進行已是刻不容緩。

台灣精神醫療於六十年代以前大多是以收容為主的模式，服務的對象長期住院且多為孤苦無依、貧困、路倒的慢性精神病患，自六十年代以後綜合醫院及省市立醫院籌設精神科，開始增設精神科門診、日間留院及急性住院服務等，才逐漸使精神科的服務普遍化，並於七十五年由行政院衛生署規劃全國精神醫療網迄今(官達人，2003)，歷經數十年的發展，我國精神醫療機構所提供的服務及照護品質已有很大的進步，不再是以收容為主，而是注重於全面增進精神病患之福利服務，鼓勵精神病患回歸社會與家庭（行政院衛生署，2000）。

長久以來，精神病患一直屬於弱勢的一群，雖然我國精神衛生法（行政院衛生署，2002）中強調對於精神病患人權之保障及良好醫療照護之提供，台灣精神醫療網近年來也皆朝向推動精神病患的社區化，加強民眾對精神疾病的認知與瞭解，及提升對精神病患接受程度的目標邁進（行政院衛生署，2000），然而，由國外經驗以及目前國內現況可知，一般民眾對精神病患仍有著歧視、誤解的態度

(官達人, 2003; 張珏, 1998; Gaebel, Baumann, Witte, & Zaeske, 2002)。而社會大眾的排斥更進一步造成社區復健設施增設緩慢, 病患的就業管道與機會也難以拓展(宋麗玉, 2000), 因此, 精神病患之困境實在需要更多人的關心及幫忙, 而精神病患除了親友之外, 常與其接觸及提供協助的便是精神醫院的員工, 故瞭解員工對精神病患的態度並加以教育、改善, 應是可先努力的方向。

早期 Cohen 與 Struening (1964)的研究就指出醫院工作人員態度和精神病患之出院率有相關, 住在威權限制氣氛醫院的病患提早出院的比率較低, 並且花較少的時間在社區。亦有研究發現專業人員的態度對於治療病患、訓練照護者及提供社區教育皆有直接的影響(Eker, 1985a; Roskin, Carsen, Rabiner, & Marell, 1988)。此外, Aydin, Yigit, Inandi & Kirpinar (2003)則提到醫療專業人員對精神病患的負面態度會造成病患們在尋找協助、住院上發生困難, 甚至導致延誤診斷。而國內研究亦認為專業人員提供的正向支持及正確的衛教, 對於精神病患有正向的影響力(林美伶、熊秉荃、胡海國、林淑蓉, 2003)。

由此可知, 醫院員工對於精神病患態度之重要性實在不可輕忽, 而研究者本身於精神醫療機構工作三年多, 亦觀察到精神病患是會受到機構員工態度之影響, 加上國內少見相關之文獻及研究, 遂興起進行本研究之動機, 期待藉由精神醫療機構員工對精神病患態度之調查, 提供未來改善對精神病患態度之參考並藉以提昇照護品質。

第二節 研究目的

本研究之目的包括：

1. 瞭解精神醫療機構員工對精神病患之態度。
2. 分析精神醫療機構員工人口學特質對精神病患態度之影響。
3. 探討精神醫療機構員工工作特質對精神病患態度之影響。
4. 瞭解精神醫療機構員工個人經驗及特質對精神病患態度之影響。
5. 探討精神醫療機構員工對精神病患態度之預測因子。



第二章 文獻探討

本章包含四部份的文獻探討內容：一、精神病患態度之相關研究；二、醫療機構員工對精神病患態度之研究；三、影響對精神病患態度之相關因素；四、精神病患態度之研究工具。

第一節 精神病患態度之相關研究

1950 年代，許多理論和治療的改革皆著重在精神科的住院治療及醫院的環境，到了 1960 年代，則將注意力放在社區中的機構。為了因應社區精神醫學 (community psychiatry) 成為一個被廣為接受的概念及策略基礎，許多有關精神病患的態度及意見之研究便開始蓬勃的發展，而在 1950 年代末期，問卷被設計出來研究這樣的態度，更讓大量的研究在此領域產生 (Rabkin, 1972)。

態度的形成受到許多因素的影響，包括社會學習、社會比較、基因等 (曾華源、劉曉春，2000；趙居蓮，1995)。我們最常透過社會學習的過程，由他人那裡學習態度；也就是說，我們的許多觀點是由與他人互動過程中取得，或藉由觀察他人的行為而獲得。而對於精神病患所出現的偏差態度，常會引起一般大眾對當事人的誤解或敵意，以致形成烙印問題，發生不提供資源、排斥等現象，及被歧視者出現被烙印感，而有自我放棄，或自我貶抑等行為。

烙印的定義每個學者所涵蓋範圍不同，Goffman (1963) 認為烙印傾向於指身體外表、行為及種族的劣勢，而精神疾病則屬於人格及行為缺陷的烙印型態，Page (1984) 則提到一般人對於此種烙印型態較難接受且有較多的責難。而依據

Goffman 的觀點，烙印的形成是從社會互動的過程所產生，因對方身體或行為上的缺點而覺得對方難以相處或具威脅性，而加以排斥或歧視的態度便稱為「烙印化」；此外，個人和他人互動過程中，透過自覺與他人的反應而覺知到受烙印，這個過程為「烙印的覺知」（引自邱祐鈴，1999）。

目前有關對精神病患或精神疾病態度之國內外研究相當多，除了下一節將會提及之醫療機構員工之外，以下將介紹大眾、精神病患、及家屬的態度。

一、 大眾

國內學者葉英堃、吳英璋、陳朝炆、林幸魄（1981）發現一般人對精神病人的態度傾向於負向、拒絕，認知中雖會出現正向的看法，但極可能只是社會欲求的表現，而非真實態度的一部份。戴傳文與許文耀（1991）則將其結果與過去的研究作比較，發現不論過去到現在、都市或鄉鎮，國內的民眾將精神疾病歸因於玄虛因素者仍約有 15%，而肯定民俗、中醫與一般療法的功效或否定精神治療的價值仍約佔二到三成。然而，官達人（2003）調查台南永康市民眾之態度便出現不同的結果，此研究發現現今的民眾對於精神疾病歸因於玄虛因素(如風水、鬼附身、祖上無德等)的比例已有顯著降低，有關精神疾病治療的處理方式則傾向於尋求精神科醫師診斷治療。

此外，唐子俊（1995）的研究中提到社會及媒體之不利報導應為民眾對精神病患烙印的主要來源，雖然未必所有的民眾都有時間可以看報紙或雜誌（尤其是鄉下及教育程度低者），但都可以經由鄰里互相傳送的方式，建立對精神病患的表淺印象，尤其是沒有實際接觸經驗者，極易受社會及媒體報導的影響。一般大眾對精神病患的烙印態度，在情感的表現上諸如：「精神病患是危險的，我會感到害怕」；亦會有一些行為的表現：「因為害怕，所以我避免接觸精神病患」（Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001），正因如此，出現一些歧視病患的

行為：例如雇主不願雇用精神病患，房東不願租屋給精神病患等情形才會不斷出現。因此有實務人員感嘆病友就業困難之情形，問題不在於其能力，而出在社會的接納度（余漢儀，2002）。

整體而言，現代社區民眾對精神病患的瞭解程度、知識已較過去提升，然而，許多研究也發現隨著時代的改變，人們對精神病患之態度雖已有改善，但仍趨於負向、歧視且存有刻板印象，認為他們有潛在的危險，且不願與其親近（官達人，2003；Gaebel et al., 2002; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999），這樣的現象極需相關單位注意，並應積極提出策略來加以改善。

二、 精神病患

呂春英（1998）以中部地區十家精神醫療院所和復健機構中穩定的精神分裂病患者為研究對象，研究發現：(1)就各類型的壓力而言，精神分裂病患者的壓力以心理壓力的程度最高，其次是生理壓力，再其次是社會壓力；(2)就各單項的壓力而言，精神分裂病患者的壓力程度以「精神疾病影響家庭名譽」最高。由此可以看出精神病患能感受到外界對其負向的觀感，並造成他們主要的壓力源。

精神病患知覺到被烙印，會影響他們的社會支持、工作及居住機會及生活滿意度。烙印不但傷害了許多精神病患的自尊，讓他們覺得自己是失敗的，沒有什麼可自豪的，甚至在研究及治療資源的分配上都有所影響，也因為接受到社會大眾的負面態度，而降低了精神病患之求醫動機，並造成他們不願外出參與社區活動，這樣的情形存在已久，對於精神病患重返社區生活可說是一大阻礙，也影響其病情的改善(Gaebel et al., 2002; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Prince, & Prince, 2002)。

國內學者林美伶、熊秉荃、林淑蓉、胡海國（2002）的研究對九位精神分裂症病患進行深度訪談，結果也發現和國外有類似的情形，由於社會大眾採防衛態

度，並且以訛傳訛的傳達不正確之精神疾病相關知識，造成當被診斷為精神疾病或外顯精神症狀時，患者會承受來自他人的負向看法及態度，諸如疾病的不被接受、他人對能力的質疑等；病患長期以來內化社會對他們的負面評價，以及他人對待自己的方式，並比較患病之後生活的情勢及過去印象中精神病患的形象，因而會面對許多可能發生的狀況，諸如本身無法接受疾病、多重失落及預期生活困境等。

故精神病患即便已經在社區生存且獲得良好的支持，他們仍認為社區民眾會拒絕他們，對社區的歸屬感亦受到污名化知覺的影響(Prince & Prince, 2002)。其實，精神病患並無較一般人瞭解心理健康和疾病，且對精神疾病的態度和一般人一樣負向，加上精神科住院病患的社經地位大多較專業人員低，所以他們的態度會較為傳統、受限，對精神疾病本質及處理方式的瞭解也和類似背景及教育程度的民眾相近(Rabkin, 1972)。因此，提升精神病患對疾病之認識與接受度亦是未來應努力之方向。



三、 家屬

Hollingshead與Redlich (1958)提到家屬對精神病患的態度將顯著影響病患的預後，病患會逐漸改善亦或是會退化而終老於慢性病房，家屬的態度佔很大的影響因素；Freeman (1961)則發現除了病患的復原程度，家屬態度並不受住院長度、次數及診斷等其他因素的影響，病患出院後的行為才是真正影響家屬態度的因子，諸如有關其是否可完全復原、對自己行為負責的程度等表現(引自 Rabkin, 1972)。而國內研究亦有類似的結果，從張惠華 (1995) 的研究得知重要他人對精神病人的態度愈正向時，精神分裂病人的自我標籤就愈正向；謝馨儀 (1995) 則發現照顧者態度的重要預測變項為知識總分、恢復程度、活性症狀等，照顧者的態度和知識之間有強的正相關，而病患恢復的程度愈好，活性症狀趨向穩定，

則照顧者的態度愈正向。

精神病患家屬對精神病患/精神疾病的態度較趨於正向為我國多數研究的結果（唐子俊，1995；許文耀、戴傳文，1991；謝馨儀，1995），可能是由於家屬與病患間情感之連結，及長期接觸所造成的結果。然而，社會大眾對精神病患的污名化，卻常連帶的使其家人也遭受到相似的對待，許文耀與戴傳文（1991）提到烙印會帶來病患家屬的負擔及傷害；而胡海國（1996）的研究中則發現有 64.4% 的家屬覺得怕被人知道家裡有親人患有精神分裂症，並有 45.6% 的家屬因此而羞與他人來往，因此家屬的心理建設與調適也是心理衛生需重視且不可忽略的一環。



第二節 醫療機構員工對精神病患態度之研究

以下為醫療機構員工對精神病患態度的研究，依研究對象大致將其分為三類：單一專業人員之態度、專業團隊成員之態度、全體員工之態度。

一、 單一專業人員之態度

單一專業人員的態度主要是以護理研究為主，護理人員、助理是與病患接觸最頻繁的族群，Hem & Heggen (2004)提到若護士濫用權力、約束或缺乏支持，常會讓精神病患感到不舒服，故其態度對病患的影響是不可忽視的。Walt & Gillis (1979)調查 58 位護士及 104 位護理助理對精神病患之態度，結果發現在較低階層及較年輕的工作人員有較保守及悲觀的態度，資深人員則顯示出較開明、非傳統的態度，這樣的情形可能是因為前者的工作內容大多著重於病患之安全、清潔，而缺少提供治療的機會及責任而造成。

Jones & Galliard (1983) 的研究將樣本分為護士、助理、實習護士三個組別共 232 位，調查對老人精神科的態度，因為老人精神科非熱門的護理領域，且有研究顯示其此領域的實習生焦慮程度很高，故原本研究假設將出現負向態度，然而，此研究的最後結果為護理人員對年老的精神病人有正向態度，推論可能因為此醫院提供持續照顧的機會，其老人精神單位和社區護理服務有做連結，且病人居住的物理環境佳，而影響護理人員的態度。Eker 與 Arkar (1991) 收集兩間一般醫院之 91 位女護士之資料，包括與精神病患接觸之經驗、對精神疾病之態度（成因、治療、預後）及對於兩篇短文之態度（社會距離、情緒及生理負擔、對個人心理健康的影響）。結果發現護理人員對於精神疾病有十分正向的態度，並傾向接受心理治療及心理成因；由於在此研究中的樣本絕大多數為非精神科護士，且工作年資非為態度之預測因子，故認為可能是因為選擇此健康專業者已有理想的態度，而不會有太大的改變空間。

然而，另有研究指出某一般醫院之護士有 90% 對精神病患的態度是傾向於負向，只有少數是正向(Mavundla & Uys, 1997)，在一般醫院的護士對精神病患仍是有較害怕的心理，只有在初期訓練曾經接觸過精神病患的護士覺得可以較適切的處理有精神疾病的病患，目前在一般的醫院遇到伴隨有精神疾病的病患是十分常見的情形，若存有害怕的心理，便易與病患產生隔閡(Brinn, 2000)。

此外，Lawrie et al. (1998)則收集到 166 位基層醫師對精神病患的態度，比較他們對四類病患（包括精神分裂症、憂鬱症、糖尿病、無疾病者）之看法，結果發現他們較不希望求診名單中有精神分裂症病患，且在意精神分裂症病患具有暴力的危險性，研究者認為這樣的結果可能會造成精神分裂症病患在尋求社區健康照護服務的過程中會遇到困難；而 Chen Parker, Kua, Jorm, & Loh (2000)亦發現新加坡的基層醫師對於精神疾病的診斷及治療之認識較不足。故建議精神科醫師應確實與基層醫師聯繫，提供相關之教育訓練及支持，增加基層醫師對治療精神病患的信心，並藉以建立適切的態度。

在國內，醫療機構工作人員態度的文獻多為護理研究。闕清模（1985）調查參與燒傷病人之護理研討會的 113 位成員，發現護理人員的態度較正向且富同情心，幾乎無一般人的偏差看法，認為政府應加強對精神病患之照顧，但當問及和曾有精神病的人之間的婚姻關係及由曾患精神病婦女來照顧小孩等較為貼近生活的題目時，則呈現較為負向的態度。陳杏佳（1989）的研究則發現護理人員對精神病患者有中等的處理自信及傾向接納的態度，具有精神科臨床工作經驗、精神科臨床工作時間愈長者，其態度愈正向，而對此工作的興趣亦為影響態度的重要因素。此外，另有研究發現精神科護理人員對精神病患比對藥、酒癮病患的態度正向，認為精神病患需治療，願與之共處，且認為較有能力照顧（余伍洋、陳明招、林清華、朱清月、楊寬弘，1994）。

二、專業團隊成員之態度

專業團隊為包含醫師、護士及相關的醫事技術人員等成員之組合。Eker (1985a)比較土耳其及美國的臨床工作人員（包含精神科醫師、心理師和社工）及土耳其的大一和大四心理系學生，研究結果發現此四個族群的態度是相似的，可能是因為土耳其所接受的精神醫學及心理學深受西方影響，而且選擇精神醫學或心理學領域者可能在背景或人格特質上已是屬於類似的族群，不過，仍需要更進一步的研究來深入探討此現象。

亦有研究發現精神醫療專業人員諸如：精神科醫師、心理師、精神科社工及護士，因接受之訓練、背景不同，對病患之態度及對疾病的歸因與處理態度也有所差異。以精神科醫師為例，其在威權控制量表得分最高，這和精神科醫師為團隊領導者及所接受的醫療訓練過程中多是以權威式領導有關；此外，在這個領域中有多種處理、照護的模式，其中有一些可能彼此之間有互相衝突之處，雖然現在尚無法斷定誰是誰非，但正因這些多樣化與衝突的存在，才能改善對病患的照

願並讓我們能獲得更進一步的知識(Roskin et al., 1988)。

此外，Filipic et al. (2003)的研究則是調查一般科醫生、護士及技術人員、醫學生三個族群對精神分裂症病患的態度，結果發現三個族群都存有歧視的態度，醫學生主要是因為害怕且對精神病患和精神分裂症沒有充分的認識所造成，此外，從醫生的答案也確認他們對精神分裂症患者亦有害怕、不信任及歧視的態度，而這樣負向的態度則會造成精神分裂症病患的低生活品質及無法被社會所完全接受的結果。

三、 全體員工之態度

在醫院員工對精神病患態度的領域，Cohen 與 Struening 做了一系列相關的研究，他們於 1962 年採用兩家精神科醫院員工共 1194 位作為樣本，分為十個每天都有接觸病患的工作族群，以職業、教育程度、年紀、性別來做比較，結果發現職業及教育程度的不同在態度上有差異，大致而言，心理衛生專業人員和助理的態度相對，助理對精神病患較威權及限制的態度，而護理人員介於中間，此研究中年紀及性別因素則較無影響(Cohen & Struening, 1962)。

1963 年，Cohen 與 Struening 收集 8248 個樣本，其中有 547 位機會樣本（在研討會或市集中所收集），其餘為 12 家精神科醫院之員工，共有 19 個職業類別分組，最後分為態度類似的四組，以五個面向的平均分數來進行討論。第一組（白領階級）威權分數較低；第二組（藍領階級）有最高威權及社會限制、最低慈善的分數，顯示出一個不友善的威權、高壓的社會氣氛；第三組（非醫療之精神專業人員）：社工及心理師屬於最低威權及社會限制，最高心理衛生概念及人際病因，顯示出極正向的態度；第四組（牧師）：低威權、最高慈善，為正向態度；其他還有民眾分數接近第一組，但在心理衛生概念及威權較高，精神科醫師則屬於低威權、低社會限制、高心理衛生概念。作者認為態度分數的不同可能是因為

所承擔的責任及職位的不同所造成，以助理為例，他們對病房的秩序與安全有直接的責任，所以有較高壓的態度，此外，也可能是因年紀不同，所接受的教育方式也不同而造成的影響(Cohen & Struening, 1963)。

Cohen 與 Struening 另一個相關的研究則是將醫院工作分為八類，比較 12 家醫院的相同職業群在 OMI 量表 (Opinions about Mental Illness scales) 之分數，其中威權及慈善面向在心理師、社工、精神科醫師等精神專業人員間並無不同，在其他職業則有差異，這可能受到醫院周遭社區的次文化不同之影響；而社會限制面向的得分幾乎每一個職業團體間皆不相同，尤其精神科醫師變化最大(Cohen & Struening, 1965)。

在 Cohen 與 Struening 於 1960 年代的研究之後，近幾年來對於專業與非專業員工態度的文獻較為少見。Abiodun (1991)調查基層健康照護(primary health care)人員對於心理健康之知識與態度，結果發現之前未曾接受過心理衛生訓練的工作人員，對精神疾病仍保有傳統的觀念，且許多人不知道官能症(neurotic illness)亦是精神疾病，72%表達對精神病患的負向態度；而 Aydin et al. (2003)則比較教學醫院內非精神科之教師、住院醫師、護士及工作人員對精神病患之態度，研究樣本被分為兩組，分別閱讀有關「妄想型精神分裂症」或「焦慮/憂鬱」之短文，之後的題目因考量樣本之社經、教育程度不同而採用 25 題是非題之形式，結果發現前三類人員知識佳，但態度卻比教育程度較低且無醫學訓練的工作人員負向。

由以上的文獻回顧可以得知，專業人員其實不見得能免除對精神病患之污名化，其態度也可能與大眾相似，然而，我國的情形如何呢？國內雖已做過多次社區民眾、家屬對精神病患態度之調查(官達人, 2003; 葉英堃等, 1981; 戴傳文、許文耀, 1991; 謝馨儀, 1995)，也有數篇護理人員態度之研究(王瑋, 1987; 成和玲、余伍洋, 1997; 余伍洋等, 1994; 陳杏佳, 1989; 闕清模, 1985)，但針對醫療院所全體員工所做之態度調查卻付之闕如。故本研究希望能從員工態度

之調查中瞭解相關的影響因子，期待可藉以提升精神醫療機構之照護品質，提供精神病患更良好之服務。

第三節 影響對精神病患態度之相關因素

瞭解對精神病患態度的影響因子，在嘗試改善精神病患態度的策略上，是極為重要的參考，以下將影響對精神病患態度的因素大致分為人口學變項、與患者接觸的經驗、相關訓練和教育課程及病情表現等。

一、 人口學變項

對精神病患態度的影響因子常被提及的為教育程度及年齡，此兩項已是較穩定的影響因子，多數研究指出年紀大和教育程度低者對精神病患態度較為負向(官達人，2003；林憲等，1977； Gaebel et al., 2002; Stuart & Arboleda-Florez, 2001)。但另一方面，Ojaen (1992)在其研究中提到年紀輕的族群，其教育程度並無影響對精神病患的態度，但年紀大的族群，其教育程度會影響態度；故 Ojaen 將年紀大及教育程度較低者有較負向態度的現象，解釋為世代效應，認為若大眾的教育程度提升則此現象會消失。然而，Segal, Baumohl, & Moyles (1980)的研究卻發現接受良好教育的中產階級人士卻是最強烈反對讓病患住進社區的族群，這樣弔詭的情形至少表現出態度和行為不顯然相關。

此外，一些研究中發現對精神病患的態度和社經地位有關，高社經地位者較正向(Rabkin, 1972)。社經地位高，較易認為某種行為是心理上的毛病，且在心理行為問題越偏向選擇精神科醫師、心理專家來處理；而社經地位低者，面對心理問題時，常覺得無助(吳英璋、葉英堃、林幸魄、陳朝灶，1981)。至於性別，

Gaebel et al. (2002) 的研究中女性對精神病患的態度，接受度較低且歧視度較高，而 Mann & Himelein (2004) 則是發現女性相較於男性對於精神疾病有較少的烙印；但在多數研究中顯示性別並無影響(Cohen & Struening, 1962; Eker, 1985b; Fryer & Cohen, 1988; Ojaen, 1992; Roskin et al., 1988; Vezzoli et al., 2001; Walt & Gillis, 1979)。謝馨儀 (1995) 則提到有固定宗教信仰的病患照顧者，其知識較正確，態度也較為正向，會以較樂觀的態度來照顧病患，並給予較多的關懷和協助。

二、 與患者接觸的經驗

從許多研究結果中得知，與精神病患接觸頻率愈高，其態度愈正向(邱祐鈴，1999; Corrigan et al., 2001)，而提供接觸病患的機會也是改變大眾對精神病患態度的有效方法(張葦，2003; Vezzoli et al., 2001)。早期葉英莖、吳英璋、陳朝灶、林幸魄在 1981 年所做的「北市居民對精神病的態度」研究中，有接觸經驗者不認為精神病人會威脅別人的安全，且較願意在碰到精神病人時給予協助，然而，其對於精神病預後的看法卻較悲觀，認為精神病比癌症或心臟病更難治(葉英莖等，1981)。而官達人(2003)於台南永康市所做的社區性調查結果亦發現無照顧經驗的社區民眾對精神病患的態度較負向，有經驗者較重視精神科醫師與心理專家的介入，並多將精神病歸因為環境心理因素。

至於在醫護人員的相關文獻中，顏正芳、張明永(1998)的研究發現以實際照顧病患為主的精神科實習的確會改善實習醫師對精神疾病部份的態度。而依據陳杏佳(1994)文獻整理的結果，認為和精神病患直接接觸的經驗，甚至同時合併有相關精神科專業的訓練，會影響個人對精神病患的態度在不同層面的正向改變，但在探討此一變項時，可能也要同時考慮其接觸時間長短及實質互動內涵。然而，亦有研究有不同的結果，王瑋(1987)發現有一年以上精神科臨床經

驗的護理人員可能因為曾目睹精神病患發病之痛苦、病患家庭面臨之壓力等情形，而造成對精神病患在社會限制面向反而有較負向的態度。

三、 相關訓練和教育課程

許多研究認為對於精神病患的負向態度，是因為缺乏知識所造成(Vezzoli et al., 2001; Wolff, Pathare, Craig, & Leff, 1996)。接受相關訓練和獲得接觸經驗同為去烙印活動的有效策略，修習過相關課程及對精神疾病的認識愈多，對精神病患的態度將會愈正向（邱祐鈴，1999；張葦，2003；Ojaen, 1992）。

Ignacio et al. (1989)的研究發現經過教育訓練後十八個月，在基層健康照護（PHC）的工作人員對心理健康問題的態度及處理上都有所進步，顯示工作人員的改變確實需要頻繁的訓練課程。國內研究也是有類似的結果，成和玲與余伍洋（1997）以五專護理科學生三百名為研究對象，結果顯示：授課後護生普遍認為精神病患是不具「個性偏差與危險性」；對精神病患的態度在授課後比較「慈悲」與偏向「社區心理衛生意識」，而不採「權威取向與社會限制」態度，由此驗證精神科護理課程及實習對精神疾患的態度有正向之影響。這樣的課程對於醫療人員尤其重要，因為許多病患沒有被即早診斷而延誤就醫，所以非精神科的專科醫師亦需學習相關的知識增加對精神疾病的敏感度，以免錯過治療的良機。然而，Aydin et al. (2003)研究發現目前住院醫師在評估憂鬱症症狀上有良好的表現，顯示出近年來重視憂鬱症的教育結果，但對於其他精神疾病之判斷則有待繼續努力。

另一方面，王瑋（1987）的研究卻發現不管精神科護士有無接受在職教育，在態度上並無顯著差異，研究者認為中國護士重視傳統及社會習俗並尊重權威，這樣的特質已產生深切的影響，而不是教育介入所能遽見功效的；Malla & Shaw (1987)亦有類似的結果，不管有無接受訓練的護生其態度並無不同，且對

精神病患的預後都十分樂觀，唯有在察覺精神疾病和其嚴重性的能力上有差異，研究者則是將其歸因為選擇健康專業為職業者，本身就已經有較正向的態度。

此外，Cohen 與 Struening (1963)對於教育訓練改變醫院內低階層工作人員的高威權及高社會限制態度之成效表示悲觀。Aydin et al. (2003)亦和其他研究持不同的看法，此研究認為健康專業人員的負向態度可能為醫學教育之結果，由於傳統的醫學教導方式著重在知識和技巧，而較忽略倫理、社會價值及態度，故研究者建議健康專業必須去修訂精神及醫學教育的系統，才能藉以改善態度。從上述的文獻中得知，相關課程或訓練對於精神病患態度的影響到底為何似乎仍莫衷一是，還有待進一步之探討。

四、 病情表現

Segal (1978)發現大眾是依據危險性和不可預測性來判斷一個人是否有精神疾病，也因此導致他們對精神病患的排斥；而精神病患病情的嚴重程度及怪異行為亦會影響其與人互動的情形(Ojaen, 1992)。在台灣，謝馨儀（1995）的研究則發現對於有工作、有病識感、活性症狀及負性症狀不明顯、恢復程度好的精神病患，其照顧者的態度較正向。

對於一般人而言，相較於退縮、憂鬱的表現，他們對於異常、擾亂的行為較不能接受，這也是為什麼妄想型精神分裂症較單純的精神分裂症易被認定為精神疾病的原因(Rabkin, 1972)。所以一些研究會發現相較於妄想型精神分裂症，人們對於憂鬱症、躁鬱症會有較佳的態度 (Aydin et al., 2003; Eker & Arkar, 1991)；而 Bhugra (1989)亦認為一般大眾對於精神病(psychotics)比對精神官能症(neurotics)更負向。因而，陳杏佳（1994）便建議在測量個人對精神病患的態度時，宜考慮個人覺得患者是在病情發作或是穩定的狀況，而不純粹是以患者的疾病診斷差異來決定。

歸結上述，行為本身或行為模式為主要影響大眾對精神病患態度為正向或負向的因子(Segal, 1978)，人們感受到病患的外在表現行為，是影響其態度的關鍵因素，其行為愈異常、混亂、愈無法預測，一般人便愈不能接受，但若病患可接受治療、按時服藥，保持病情穩定並能維持基本生活，則接受程度會愈高。

第四節 精神病患態度之研究工具

Rabkin (1972)整理過去十多年間對精神病患看法之文獻，指出數個常用的測量工具：Nunnally's 問卷、the Star 短文、CMI (Custodial Mental Illness Ideology Scale) 及 OMI。其中以 Cohen 與 Struening (1962)所發展的 Opinion about Mental Illness Scale (簡稱 OMI 量表) 最常被使用，其內容參考 Nunnally's 問卷、the California F Scale 及 CMI，包括精神疾病的歸因、治療、預後及敘述等，分為威權、慈悲、心理衛生概念、社會限制、人際病因五個面向，為總題數 51 題之六點量表，雖然 OMI 曾被批評為太過複雜或不夠完整，但此量表仍是當時包含最廣泛、有效且可信的測量精神病患態度的工具。

目前，對精神病患態度之測量最常採用方式為閱讀一至數篇不同疾病之短文後，再回答歸因、社會距離、預後、治療方式等相關問題(Abiiodun, 1991; Aydin et al., 2003; Chen et al., 2000; Eker & Arkar, 1991; Malla & Shaw, 1987; Mann & Himelein, 2004)；題目大部分為研究者自訂，但短文則仍多參考 Star 於 1955 年所設計之精神疾病的標準個案敘述；此外，Link 在 1980 年代發展之 Discrimination-Devaluation Scale，在最近這幾年也成為廣被使用之研究工具 (Gaebel et al., 2002; Link et al., 2001; Prince, & Prince, 2002)，題目共 12 題，內容大致分為兩部份，一部份為對精神病患接受度之敘述，另一部份則為歧視精神病患之敘述(Link, 1987)。

國內研究所使用的量表不一，早期大致參考以下兩種測量工具再加以修正，一是林憲等(1977)發表的「精神疾病態度問卷」，共計 66 條是非題，包含傳統、畏懼、羞辱、同情、接受、拒絕、給烙印、認識、批判九大項目；另一量表則為吳英璋(1988)修訂 OMI 為中文版的「心理疾病與精神病患態度量表」，分為社會限制與權威取向、心理衛生意識與慈善、自我克制與社會限制三因素。

然而，戴傳文與許文耀(1991)參考國內外相關的文獻、量表，諸如 Community Attitudes Toward Mentally Ill(CAMI) (Taylor & Dear, 1981)、OMI、吳英璋(1988)之「心理疾病與精神病患態度量表」及相關研究中有關社會距離的題目等，加以綜合整理後設計了一系列的量表，包括精神病患態度量表(ATD)、精神疾病歸因量表(ATR)、精神疾病處理方式量表(SK)、精神病患概念量表(CON)以及語義分析量表(SEM)，涵蓋範圍廣泛且完整，而被之後許多國內研究者所引用或參考(成和玲、余伍洋，1997；官達人，2003；謝馨儀，1995)。



第三章 研究方法

本研究採取問卷調查的方式，收集某精神醫療機構員工對精神病患的態度並瞭解相關影響因子。在本章中將本研究之研究架構、研究假設、研究變項與操作型定義、研究樣本、研究工具、資料收集方式、資料分析方法及研究工具信、效度敘述如下：

第一節 研究架構

依據研究目的及個人興趣，並參考相關文獻後，研訂出本研究之研究架構：

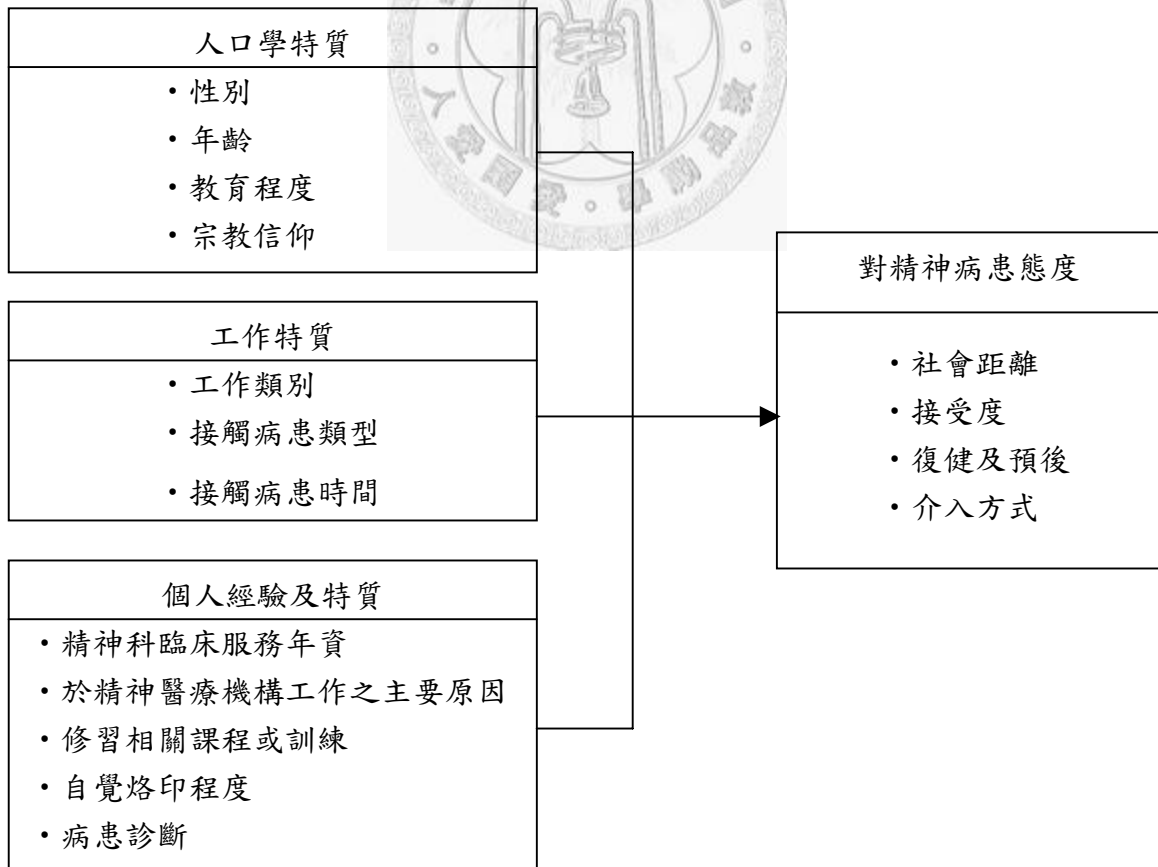


圖 3-1 研究架構

第二節 研究假設

依據本研究之目的、研究架構及相關文獻之探討，擬定出研究假設如下：

1. 性別不同，對精神病患態度有顯著差異。
2. 年齡不同，對精神病患態度有顯著差異。
3. 教育程度不同，對精神病患態度有顯著差異。
4. 有無宗教信仰，對精神病患態度有顯著差異。
5. 工作類別不同，對精神病患態度有顯著差異。
6. 接觸的病患類型不同，對精神病患態度有顯著差異。
7. 接觸的病患類型數量不同，對精神病患態度有顯著差異。
8. 接觸病患時間不同，對精神病患態度有顯著差異。
9. 精神科臨床服務年資不同，對精神病患態度有顯著差異。
10. 在精神醫療機構工作原因不同，對精神病患態度有顯著差異。
11. 有無修習相關課程或訓練，對精神病患態度有顯著差異。
12. 自覺烙印程度不同，對精神病患態度有顯著差異。
13. 針對病患診斷之不同，對精神病患態度有顯著差異。

第三節 研究變項與操作型定義

本研究之自變項為「人口學特質」、「工作特質」、「個人經驗及特質」，依變項為「對精神病患態度」，以下為各變項之操作型定義。

一、 自變項

(一) 人口學特質

1. 性別：分為「男」、「女」兩類。
2. 年齡：由調查當時年度(94)減其出生年度為其年齡。
3. 教育程度：以畢業最高學歷為基準，分為不識字、國小、國中、高中/職、大學/專、研究所以以上。分析時分為兩類，將不識字、國小、國中、高中/職歸為「高中以下」，大學/專、研究所以以上歸為「大學以上」。
4. 宗教信仰：依調查當時分為無、佛教、基督教、天主教、道教、回教及其他等。分析時將分為「無信仰」、「有信仰」兩類。

(二) 工作特質

1. 工作類別：依其工作性質區分為精神科醫師、精神科護士、職能治療師/員、社工心理師、一般科醫生/牙醫、一般科護士、病房工作人員、行政人員（亦含病歷室、福利社人員、書記等）、其他醫事技術人員(醫檢師、藥師、營養師、物理治療師等)、勞務人員（含司機、技工、洗衣房、小休、職能治療科助理等）及其他等十二類。之後的分析將此變項分為四類：(1)將醫師、護士、職能治療師/員、社工、心理師歸為「精神科專業人員」；(2)將一般科醫

師、護士、其他醫事技術人員歸為「非精神科之專業人員」(3)「病房工作人員」；(4)其他人員則歸為「其他」。

2. 接觸病患類型：

(1) 最近半年內主要接觸的病患類型：區分為「嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者」、「精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者」、「精神疾病症狀穩定，可參與工作訓練者」、「門診病患」、「接觸兩種以上之上述病患」、「無接觸」及「其他」等七類。

(2) 曾接觸過之病患類型：區分為「嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者」、「精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者」、「精神疾病症狀穩定，可參與工作訓練者」、「門診病患」、「無接觸」及「其他」等六類，採複選之方式。之後分析將總計研究樣本曾接觸過之病患類型數量。

3. 接觸病患時間：最近半年內平均每天上班時間接觸病患之時間，將之區分為無、2小時以下、2-5小時以下、5-8小時等四類。

(三) 個人經驗及特質

1. 精神科臨床服務年資：即研究對象填答之年資。
2. 於精神醫療機構工作之主要原因：將原因分為有興趣、有親友為精神疾病患者、親友介紹、考試分發、有職缺、離家近及其他等七類。之後分析則將之分為「有興趣」及「非有興趣」兩類。
3. 修習相關課程或訓練：此變項包含兩題，詢問至精神醫療機構工作前、後兩階段修習精神醫療、心理衛生相關訓練課程之情形，分為「是」、「否」。

4. 自覺烙印程度：在精神醫療機構上班會遭受他人的質疑或負面看法，採 1-5 分，1 分為非常不同意，2 分為不同意，3 分為無意見，4 分為同意，5 分為非常同意，分數愈高表示自覺烙印程度愈大。視為連續變項，但分析時亦將非常不同意及不同意合併，非常同意及同意合併，而分為「不同意」、「無意見」、「同意」三類。
5. 病患診斷：研究對象填答之態度主要之針對病患，分為精神分裂症、憂鬱症、躁鬱症、妄想症、無針對特定病患及其他六類。

二、 依變項

依變項即對精神病患態度，本研究使用「社會距離」量表、「接受度」量表、「復健及預後」量表、「介入方式」量表四種量表來測量。採 1-5 分，1 分為非常不同意，2 分為不同意，3 分為無意見，4 分為同意，5 分為非常同意，若為反向題則反向計分。

1. 「社會距離」量表：包含人們可忍受與曾得精神疾病者親近程度之敘述，將取加總分數進行分析，所測得的分數愈高表示愈可以與曾得精神疾病者親近。
2. 「接受度」量表：對於精神病患接納度、信任度之敘述，將取加總分數進行分析，所測得的分數愈高表示對精神病患的接受度愈高。
3. 「復健及預後」量表：有關精神病患之就學、就業等方面的復健內容及疾病預後之看法，將取加總分數進行分析，所測得的分數愈高表示對於精神病患之復健及預後愈有正向的態度。
4. 「介入方式」量表：認為可促進精神病患接受度的方式，諸如接觸、教育等，將取加總分數進行分析，所測得的分數愈高表示愈同意所提供之介入可促進精神病患之接受度。

第四節 研究樣本

本研究受限於時間、人力及經費之因素，採立意取樣，以設置在台灣東部花蓮的某署立醫院全體員工為對象。該院於民國五十五年九月成立，當時為養護所，於民國八十八年一月改制為台灣省立醫院，為配合精省政策，自民國八十八年七月改隸屬為行政院衛生署立醫院，並自民國九十年通過精神科專科教學醫院評鑑。自民國五十六年元月，該院便開始提供慢性精神病患收容作業，截至目前為止，精神科長期收容照護之慢性精神病患約有兩千多人。經過近四十年的發展，從早年的養護所時期，機構化、缺乏醫療專業介入的管理模式，到現在為具有完整精神醫療專業團隊之精神科專科教學醫院，其所提供的服務及照護品質已是不可同日而語，此外，院內設有五大園區，依居住病患病情、功能之不同而各有不同之服務目標。相較於其他醫院，研究醫院之精神病患不僅人數眾多，且多數於院內長期居住、照護，此外，員工人數與類別也多並具有隨醫院長期變化的特性，故其員工對精神病患之態度值得深入去瞭解。

本研究於九十四年二月二十二日於研究醫院院內發放問卷，共計發出 419 份，截至三月四日共回收 311 份，回收率達 74%。扣除草率填答或漏填一頁以上之 21 份問卷，得到有效問卷共 290 份。

研究樣本與該院全體員工進行適合度檢定，結果發現研究樣本在性別、年齡、教育程度及工作類別之分布皆與母群體達顯著差異，本研究樣本女性比例較高，年齡較為年輕，教育程度較總樣本高，且專業人員之填答率較高（詳見表 3-4.1 及表 3-4. 2）。比較兩表可知，本研究對象較缺少勞務人員（也解釋了教育程度較低、男性、年齡較高的族群）。

表 3.4-1 研究樣本與母群體之適合度檢定

| 變項 | 研究樣本 | 母群體 | 卡方值 |
|--------------|------------|------------|--------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 125(43.6%) | 210(50.2%) | 44.58* |
| 2) 女性 | 162(56.4%) | 208(49.8%) | |
| 年齡 | | | |
| 1) ≤25 歲 | 34(12.6%) | 39(9.4%) | 61.15* |
| 2) 26-35 歲 | 105(39.0%) | 138(33.2%) | |
| 3) 36-45 歲 | 79(29.4%) | 121(29.1%) | |
| 4) ≥46 歲 | 51(19.0%) | 118(28.4%) | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 109(37.8%) | 171(42.0%) | 36.25* |
| 2) 大學以上 | 179(62.2%) | 236(58.0%) | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 106(37.1%) | 120(28.7%) | 49.1* |
| 2) 非精神科之專業人員 | 21(7.3%) | 34(8.1%) | |
| 3) 病房工作人員 | 95(33.2%) | 141(33.7%) | |
| 4) 其他 | 64(22.4%) | 123(29.4%) | |

*P<0.05

表 3.4-2 研究樣本與母群體工作類別變項之分佈

| 工作類別 | 研究樣本 | 母群體 | 填答率 |
|----------|------|-----|------|
| 精神科醫師 | 12 | 16 | 75% |
| 精神科護士 | 70 | 77 | 91% |
| 職能治療師/員 | 12 | 14 | 86% |
| 社工 | 7 | 7 | 100% |
| 心理師 | 5 | 7 | 71% |
| 一般科醫師 | 1 | 4 | 25% |
| 一般科護士 | 5 | 12 | 42% |
| 病房工作人員 | 95 | 140 | 68% |
| 行政人員 | 40 | 74 | 54% |
| 其他醫事技術人員 | 15 | 18 | 83% |
| 勞務人員 | 22 | 49 | 45% |

第五節 研究工具

本研究之研究工具為結構式問卷，問卷包含兩部份，第一部份為對精神病患態度問卷，第二部份為基本資料。

一、 對精神病患態度問卷

本問卷為參考林憲等（1977）之「精神疾病態度問卷」、陳杏佳（1989）設計之「對精神病患者內在心理評估與態度量表」、戴傳文與許文耀（1991）之「精神病患態度量表」、謝馨儀（1995）的研究中知識量表內的復健面向、楊延光（1999）書中之精神分裂症知識量表及 Gaebel et al. (2002)之相關問卷等，並輔以訪談資料及專家建議來加以設計；此外，考量研究對象中包含教育程度為國中以下之工作人員及提升研究對象填答之意願，而控制問卷總題數，最後之正式問卷共計 57 題，內容包含四個量表：社會距離、接受度、復健及預後、介入方式。

1. 社會距離量表：包括第 5-19 題，共 15 題，其中第 7、8、9、10、15、17、18、19 等八題為反向題。
2. 接受度量表：包括第 20-39 題，共 20 題，其中第 21、23、25、26、27、28、30、33、37 等九題為反向題。
3. 復健及預後量表：包括第 40-53 題，共 14 題，其中第 42、44、45、49、53 等五題為反向題。
4. 介入方式量表：包括第 1-4 及 54-57 題，共 8 題。

二、 基本資料

此部份之內容為依據相關文獻及研究者個人興趣所擬定之變項，其內容包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、工作類別、接觸病患類型、接觸病患時間、精神科臨床服務年資、於精神醫療機構工作之主要原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度、病患診斷等。

第六節 資料收集方式

本研究之資料收集共分為三階段。第一階段進行問卷設計，於九十三年八月份起訪談七位其他精神醫療機構之員工，收集相關之意見與資訊，且參考國內外文獻之量表，在研究所同學協助修飾文詞後擬定初稿，並請七位相關領域之專家進行內容效度之檢視，修訂出本研究之初步問卷。第二階段為預試，於九十四年一月中商請非研究樣本的三間設有精神科之綜合或專科醫院工作人員協助，試測三十位不同族群之醫院員工，並進而徵詢其填答意見，進行量表適合性分析，將問卷做最後的修訂。

第三階段則於九十四年二月商請某署立醫院內各科室主管或同仁協助發放問卷，請員工自填結構式問卷來收集資料，並加以分析。為顧及研究樣本之隱私，除了在問卷前先以文字說明徵得研究對象之同意外，發放問卷的同時亦附加空白的匿名信封，使研究對象可將填答好的問卷彌封於內後交與負責人或擲入放置於院內掌紋機旁之問卷回收箱。

第七節 資料分析方法

本研究使用統計軟體 SPSS for Windows 10.0 進行資料處理及統計分析：

一、 描述性統計分析

本研究對於總樣本之人口學特質、工作特質、個人經驗及特質及對精神病患態度等變項進行描述性分析，比較其分布情形，藉以瞭解研究樣本之特性，所使用的統計方式包括次數分配、百分比統計、平均值及標準差等。

二、 推論性統計分析

(一) 雙變項分析

瞭解研究對象個人特質之間的關係，四個量表之間的相關情形，個人特質的差異是否影響對精神病患態度的表現，使用 T 檢定、皮爾森相關、單因子變異數分析及 Scheffe's 事後比較來進行統計分析。

(二) 多變項分析

運用迴歸分析，依變項分別為社會距離、接受度、復健及預後、介入方式四個量表之總分，自變項為人口學特質、工作特質、個人經驗及特質，由迴歸方程式用以解釋、預測自變項對依變項之影響力為何。

第八節 研究工具信、效度

一、 信度

本問卷由 290 位研究樣本所填寫，將所得之資料使用 SPSS for Windows 10.0 求此問卷之內在一致性，結果如下：「社會距離」量表之 α 值為 0.8628；「接受度」量表之 α 值為 0.8530；「復健及預後」量表之 α 值為 0.8421；「介入方式」量表之 α 值為 0.7575，顯示此四個量表內在一致性佳。

二、 效度

本問卷於設計的階段即請七位精神醫療及心理衛生相關領域之專家，針對初步問卷內容作審核，並參考其意見將問卷加以修改，使此問卷具有內容效度。

此外，由於本問卷內各量表之因素個數、性質及結構尚不清楚，故進行探索性因素分析以評估本問卷之建構效度。在進行因素分析之前先藉由 KMO 值 (The Kaiser-Meyer-Olkin) 及 Bartlett 球形檢定 (Bartlett's test of sphericity) 來評估是否適用於因素分析之模式，KMO 值大於 0.8 為佳，而球形檢定達顯著則表示適用於因素分析 (陳景堂, 2004)。本問卷將使用主軸因子法 (Principal-axis factoring) 及斜交轉軸法 (Oblique rotation) 來進行因素分析 (傅粹馨, 2002)，根據陡坡圖 (Screen plot) 及特徵值 (Eigen value) 大於 1 者作為選取因素之參考，並以因素負荷量大於 0.3 者之題目作為納入因素之標準，其結果說明如下：

(一) 「社會距離」量表：

本量表使用主軸因子法 (Principal-axis factoring) 及斜交轉軸法 (Oblique

rotation)，依據上述之條件，刪除第 15 題後（因素負荷量小於 0.3），得到四個因素，結果如表 3-8.1（KMO 值為 0.838，球形檢定達顯著）。

所抽取之四個因素分別命名如下：

- (1)一般關係：包含第 7,8,9,14,16,19，共六題。
- (2)婚姻關係：包括第 6,10，共兩題。
- (3)既有關係：包括第 17,18，共兩題。
- (4)朋友與工作關係：包括第 5,11,12,13，共四題。

表 3-8.1 社會距離量表因素分析結果

| 題號 | 題目 | 因素負荷量 |
|-------------|--|-------|
| 因素一 一般關係 | | |
| 7* | 我不願意讓曾得過精神疾病的人當我的鄰居。 | 0.74 |
| 8* | 和曾得過精神疾病的人共處一室我會感到不安。 | 0.53 |
| 16 | 如果我有房子要出租，我願意租給曾得過精神疾病的人。 | 0.51 |
| 14 | 我可以接受已康復且具有工作能力的精神病患，擔任我的小孩的老師。 | 0.46 |
| 19* | 我不會雇用曾得過精神疾病的人來照顧我的小孩。 | 0.46 |
| 9* | 如果發現我的室友曾得過精神疾病，我會更換住處。 | 0.38 |
| 因素二 婚姻關係 | | |
| 6 | 如果我知道將要結婚的對象曾得過精神疾病，我仍願意和他結婚。 | 0.70 |
| 10* | 如果家人要和曾得過精神疾病的人結婚，我會反對。 | 0.64 |
| 因素三 既有關係 | | |
| 18* | 如果我發現配偶曾得過精神疾病，我會跟他離婚。 | 0.76 |
| 17* | 如果我發現直屬上司曾得過精神疾病，我會另謀他職。 | 0.60 |
| 因素四 朋友與工作關係 | | |
| 5 | 我可以和曾得過精神疾病的人做普通朋友。 | 0.73 |
| 11 | 我可以和曾得過精神疾病的人成為知心好友。 | 0.62 |
| 12 | 我可以和曾得過精神疾病的人共事。 | 0.47 |
| 13 | 如果我是公司老闆，我會願意試用曾得過精神疾病的人，且以工作表現來決定最後的錄用。 | 0.44 |

*反向題

(二) 「接受度」量表：

本量表使用主軸因子法 (Principal-axis factoring) 及斜交轉軸法 (Oblique rotation)，依據上述之條件，刪除第 34 題後 (因素負荷量小於 0.3)，得到六個因素，結果如表 3-8.2 (KMO 值為 0.865，球形檢定達顯著)。

所抽取之六個因素分別命名如下：

- (1)限制取向：包括第 21,22,25,28,30,32,33,37，共八題。
- (2)拒絕取向：包括第 23,26,27，共三題。
- (3)慈悲取向：包括第 35,36，共二題。
- (4)病患權利：包括第 24,29，共二題。
- (5)社會認同：包括第 38,39，共二題。
- (6)危險取向：包括第 20,31，共二題。



表 3-8.2 接受度量表因素分析結果

| 題號 | 題目 | 因素負荷量 |
|----------|------------------------------------|-------|
| 因素一 限制取向 | | |
| 33* | 一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患。 | 0.50 |
| 30* | 最好少與精神病患接觸，以免他找麻煩。 | 0.49 |
| 28* | 精神病患是可怕的人，最好離他遠一點。 | 0.49 |
| 22 | 我們有時應該認真考慮精神病患的意見。 | 0.48 |
| 21* | 若家中有精神病患，對家屬而言將是件不可告人的家醜。 | 0.44 |
| 32 | 我可以對待精神病患就像對待其他人一樣。 | 0.33 |
| 37* | 我們最好把精神病患隔離。 | 0.32 |
| 25* | 在路上看到有異常行為的精神病患，我會覺得很討厭。 | 0.32 |
| 因素二 拒絕取向 | | |
| 27* | 我不會相信精神病患所說的任何話。 | 0.73 |
| 26* | 有精神病患住在社區裡，是件令人害怕的事情。 | 0.54 |
| 23* | 精神醫療機構應該和社區遠遠地分開。 | 0.40 |
| 因素三 慈悲取向 | | |
| 36 | 精神病患很可憐，他們沒有選擇不生病的機會。 | 0.76 |
| 35 | 精神疾病是腦部的疾病，不是道德上的缺失。 | 0.40 |
| 因素四 病患權利 | | |
| 24 | 精神病患應有和一般人相同的公民權。 | -0.65 |
| 29 | 精神病患應該有個人的隱私權。 | -0.61 |
| 因素五 社會認同 | | |
| 38 | 精神病患和其他民眾是平等的。 | -0.59 |
| 39 | 精神病患和一般人一樣可信任。 | -0.56 |
| 因素六 危險取向 | | |
| 20 | 在社區內精神醫療機構住院的精神病患不會危及社區居民的安寧。 | 0.60 |
| 31 | 有按時服藥的精神病患大多都不具危險性。 | 0.48 |

*反向題

(三) 「復健及預後」量表：

本量表使用主軸因子法 (Principal-axis factoring) 及斜交轉軸法 (Oblique rotation)，依據上述之條件，刪除第 44,52 題後 (因素負荷量小於 0.3)，得到二個因素，結果如表 3-8.3 (KMO 值為 0.870，球形檢定達顯著)。

所抽取之二個因素分別命名如下：

(1)正向觀：包括第 40,41,43,45,46,47,48,51，共八題。

(2)負向觀：包括第 42,49,50,53，共四題。

表 3-8.3 復健及預後量表因素分析結果

| 題號 | 題目 | 因素負荷量 |
|---------|--|-------|
| 因素一 正向觀 | | |
| 41 | 精神病患如果沒有做適當的復健，其退化的情形將會愈來愈快。 | 0.73 |
| 43 | 精神病患可藉外出購物或與他人談話，來增加其人際互動的機會。 | 0.67 |
| 47 | 精神病患若有適當的工作 (或上學)，則可以避免其與社會脫節。 | 0.65 |
| 40 | 許多精神病患雖然有心理上的問題，但也都具有工作的能力。 | 0.59 |
| 45* | 只要精神病患症狀穩定，不繼續做復健治療沒有關係。 | 0.51 |
| 48 | 精神病患經過醫療、復健，還是可以恢復到相當好的社會功能。 | 0.47 |
| 51 | 輔導精神病患去適應社會會有成效。 | 0.45 |
| 46 | 參與工作訓練的病患，工作能力都會改善。 | 0.37 |
| 因素二 負向觀 | | |
| 49* | 我們投入再多的心力去協助精神病患也沒用。 | 0.71 |
| 42* | 精神病患的疾病是無法根治的，只能聽天由命了。 | 0.59 |
| 50 | 在社區中應成立日間留院、中途之家、庇護性工作坊等復健場所，來幫助訓練症狀穩定的精神病患回歸社區。 | 0.42 |
| 53* | 即使有持續的服藥及進行復健，精神病患還是無法回歸到社區。 | 0.37 |

*反向題

(四) 「介入方式」量表：

本量表使用主軸因子法 (Principal-axis factoring) 及斜交轉軸法 (Oblique rotation)，依據上述之條件，得到二個因素，結果如表 3-8.4 (KMO 值為 0.810，球形檢定達顯著)。

所抽取之二個因素分別命名如下：

(1)接觸方式：包括第 54,55,56,57，共四題。

(2)政策制度：包括第 1,2,3,4，共四題。

表 3-8.4 介入方式量表因素分析結果

| 題號 | 題目 | 因素負荷量 |
|----------|-----------------------------------|-------|
| 因素一 接觸方式 | | |
| 55 | 提供接觸精神病患的機會可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.82 |
| 54 | 藉由精神病患的藝術展示及戲劇演出可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.70 |
| 56 | 若醫院改善管理精神病患的方式，也會因此改善大眾對精神病患的態度。 | 0.70 |
| 57 | 媒體之正向描述與報導可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.49 |
| 因素二 政策制度 | | |
| 3 | 藉由精神病患的現身說法可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.82 |
| 4 | 藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.57 |
| 1 | 提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 0.39 |
| 2 | 政府、醫院的政策會影響醫院員工對精神病患的態度。 | 0.35 |

第四章 研究結果

本章將研究結果分三節來說明，第一節以描述性統計分析各變項之特性；第二節檢視研究對象基本資料與對精神病患態度之關係；第三節則以迴歸方式作預測分析。

第一節 描述性分析

本節將分兩部份來描述：第一部份為研究樣本基本資料（包含人口學特質、工作特質和個人經驗及特質）之分布情形，第二部份則對精神病患態度中四個量表得分情形作描述性分析。

一、 研究樣本特性分析

本研究有效樣本 290 份，樣本基本資料之分布情形如下：

（一） 人口學特質（詳見表 4-1.1）

1.性別：研究樣本以女性居多，女性為 162 人（佔 56.4%），男性為 125 人（佔 43.6%）。

2.年齡：本研究樣本 25 歲以下為 34 人（佔 12.6%），46 歲以上為 51 人（佔 18.9%），多數樣本為 26-45 歲之間的年齡層共計 184 人（佔 68.4%），平均年齡為 36.24 歲（標準差= 9.35）。

3.教育程度：本研究樣本在教育程度之分布以大學/專居多，大學/專人數為 168 人（佔 58.3%），高中/職人數次之有 97 人（佔 33.7%），研究所以上亦有 11 人（佔 3.8%）。

4.宗教信仰：本研究樣本之信仰以佛教為主，信仰佛教有 124 人（佔 43.4%），道教有 46 人（佔 16.1%），基督教及天主教有 33 人（佔 11.5%）。之後分析分為無信仰（78 人，佔 27.3%）及有信仰（208 人，佔 72.7%）兩類。

整體而言，本研究樣本多為女性且屬青壯年，學歷多為大學/專以上，並以佛教信仰為主。

表 4-1.1 人口學特質描述性分析

| 變 項 | 人數 | 百分比 (%) |
|----------|-----|---------|
| 性別 | | |
| 男性 | 125 | 43.6 |
| 女性 | 162 | 56.4 |
| 年齡 | | |
| ≤25 歲 | 34 | 12.6 |
| 26-35 歲 | 105 | 39.0 |
| 36-45 歲 | 79 | 29.4 |
| ≥46 歲 | 51 | 18.9 |
| 教育程度 | | |
| 國小 | 5 | 1.7 |
| 國中 | 7 | 2.4 |
| 高中/職 | 97 | 33.7 |
| 大學/專 | 168 | 58.3 |
| 研究所以上 | 11 | 3.8 |
| 宗教信仰 | | |
| 無 | 78 | 27.3 |
| 佛教 | 124 | 43.4 |
| 基督教 | 27 | 9.4 |
| 天主教 | 6 | 2.1 |
| 道教 | 46 | 16.1 |
| 其他（民間信仰） | 5 | 1.7 |

(二) 工作特質 (詳見表 4-1.2)

- 1.工作類別：此變項之選項共計有十三類，病房工作人員佔最多(95人,33.2%)，精神科護士次多(70人,24.5%)，行政人員則佔第三多(40人,14%)。之後的分析將此變項分為四類：(1)精神科專業人員(含醫師、護士、職能治療師/員、社工、心理師，共計106人,佔37.1%)；(2)非精神科之專業人員(含一般科醫師、護士、其他醫事技術人員，共計21人,佔7.3%)；(3)病房工作人員(95人,佔33.2%)；(4)其他(64人,佔22.4%)。
- 2.接觸精神病患類型：此變項分為兩題，在最近半年內主要接觸的精神病患類型中，研究對象以接觸兩種以上病患者居多(117人,佔40.8%)，接觸參與工作訓練病患者次之(100人,佔34.8%)；此外，在曾接觸之精神病患類型中，少數人接觸一種以下之病患，共計35人(佔12.5%)，多數人接觸過三種類型，共計108人(38.3%)，而其中以曾接觸參與工作訓練病患為最多(258人,佔91.5%)，第二多為症狀穩定且呈現慢性退化之病患(227人,佔80.5%)。
- 3.接觸精神病患時間：多數人最近半年內每天接觸病患5-8小時(222人,佔76.8%)，只有27人接觸病患時間在2小時以下(佔9.4%)。

從「接觸精神病患類型」及「接觸精神病患時間」兩變項之結果，則可瞭解多數樣本與精神病患的接觸頻繁，尤其是參與工作訓練之病患，由於其工作地點眾多，甚至達九成之樣本皆曾接觸過，顯示在精神醫療機構中，員工的確十分容易接觸到精神病患。

表 4-1.2 工作特質描述性分析

| 變 項 | 人數 | 百分比 (%) |
|-------------------------|-----|---------|
| 工作類別 | | |
| 精神科醫師 | 12 | 4.2 |
| 精神科護士 | 70 | 24.5 |
| 職能治療師/員 | 12 | 4.2 |
| 社工 | 7 | 2.4 |
| 心理師 | 5 | 1.7 |
| 一般科醫師 | 1 | 0.3 |
| 一般科護士 | 5 | 1.7 |
| 病房工作人員 | 95 | 33.2 |
| 行政人員 | 40 | 14.0 |
| 其他醫事技術人員 | 15 | 5.2 |
| 勞務人員 | 22 | 7.7 |
| 其他 | 2 | 0.7 |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | |
| 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 20 | 7.0 |
| 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 40 | 13.9 |
| 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 100 | 34.8 |
| 門診病患 | 5 | 1.7 |
| 接觸兩種以上之上述病患 | 117 | 40.8 |
| 無接觸 | 5 | 1.7 |
| 曾接觸過之精神病患類型（複選） | | |
| 0 種 | 1 | 0.4 |
| 1 種 | 34 | 12.1 |
| 2 種 | 80 | 28.4 |
| 3 種 | 108 | 38.3 |
| 4 種 | 59 | 20.9 |
| 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 186 | 66.0 |
| 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 227 | 80.5 |
| 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 258 | 91.5 |
| 門診病患 | 81 | 28.7 |
| 無接觸 | 1 | 0.4 |
| 其他 | 2 | 0.7 |
| 接觸精神病患時間 | | |
| 無 | 4 | 1.4 |

| | | |
|----------|-----|------|
| 2 小時以下 | 23 | 8.0 |
| 2-5 小時以下 | 41 | 13.8 |
| 5-8 小時 | 222 | 76.8 |

(三) 個人經驗及特質 (詳見表 4-1.3)

- 1.精神科臨床服務年資：本研究樣本無臨床經驗者（即年資為 0）有 59 位（佔 23.4%），而於精神科之臨床年資 5 年以下為多數（102 人，佔 40.5%），20 年以上者為 9 人，僅佔 3.6%，顯示其多數為資淺之臨床工作人員；扣除無臨床經驗者，本研究樣本之平均臨床年資為 7.849 年（標準差= 6.774）。
- 2.於精神醫療機構工作之主要原因：此變項中選擇有職缺為多數（77 人，27.8%），其次為有興趣（66 人，23.8%）及離家近（57 人，20.6%）；在之後的分析中會將此變項分為有興趣（66 人，23.8%）及非有興趣（211 人，76.2%）兩類。
- 3.是否修習相關課程或訓練：本研究之樣本在精神醫療機構工作前多數無修習過精神醫療、心理衛生相關訓練（193 人，68.2%），但工作後則多數有修習過相關訓練（192 人，68.1%）。原本在工作前曾修習者為少數，但在工作後曾修習者已成為多數，顯示許多員工在工作後可得到相關課程、訓練之機會。
- 4.自覺烙印程度：在此變項中，多數人不同意在精神醫療機構上班會遭受質疑或負面看法（115 人，40.2%），只有 49 人（17.1%）同意或非常同意此論點。可知本研究樣本大多不認為在精神醫療機構上班會遭受負面看法，對精神醫療機構較無污名化之觀感。
- 5.病患診斷：填寫本問卷以無針對特定病患居多（136 人，49.3%），針對精神分裂症患者為其次（131 人，47.5%），「精神分裂症」成為次於「無針對特定病患」之第二多數，可能與居住於該醫院之精神病患多數為精神分裂症之情形有關，故之後分析將主要以此兩族群為主。

表 4-1.3 個人經驗及特質描述性分析

| 變 項 | 人數 | 百分比 (%) |
|----------------|-----|---------|
| 精神科臨床服務年資 | | |
| 0 年 | 59 | 23.4 |
| ≤5 年 (不含 0) | 102 | 40.5 |
| 6-10 年 | 33 | 13.1 |
| 11-15 年 | 27 | 10.7 |
| 16-20 年 | 22 | 8.7 |
| ≥21 年 | 9 | 3.6 |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | |
| 有興趣 | 66 | 23.8 |
| 有親友為精神疾病患者 | 3 | 1.1 |
| 親友介紹 | 46 | 16.6 |
| 考試分發 | 16 | 5.8 |
| 有職缺 | 77 | 27.8 |
| 離家近 | 57 | 20.6 |
| 其他 | 12 | 4.3 |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | |
| 有 | 90 | 31.8 |
| 無 | 193 | 68.2 |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | |
| 有 | 192 | 68.1 |
| 無 | 90 | 31.9 |
| 自覺烙印程度 | | |
| 非常不同意 | 65 | 22.7 |
| 不同意 | 115 | 40.2 |
| 無意見 | 57 | 19.9 |
| 同意 | 45 | 15.7 |
| 非常同意 | 4 | 1.4 |
| 病患診斷 | | |
| 精神分裂症 | 131 | 47.5 |
| 憂鬱症 | 7 | 2.5 |
| 躁鬱症 | 0 | 0 |
| 妄想症 | 1 | 0.4 |
| 無針對特定病患 | 136 | 49.3 |
| 其他 | 1 | 0.4 |

二、 依變項描述性分析

本研究之依變項分為四個量表，採 1-5 分，1 分為非常不同意，5 分為非常同意，將反向題分數轉換後，呈現的得分代表正向的程度，其描述性分析之說明如下：

(一) 社會距離量表

在此部份得分低於 3 分的變項有：如果我知道將要結婚的對象曾得過精神疾病，我仍願意和他結婚 (2.27)、如果家人要和曾得過精神疾病的人結婚，我會反對 (持不贊成的態度 2.46)、我不會雇用曾得過精神疾病的人來照顧我的小孩 (持不贊成的態度 2.62)、如果我有房子要出租，我願意租給曾得過精神疾病的人 (2.97)。全體分數介於 3.84-2.27 範圍，並無得分 4 分以上之題目，顯示本研究樣本在此部份有較負向的表現 (詳見表 4-1.4)。

表 4-1.4 社會距離量表轉換後得分之平均值與標準差

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|-----|--|------|------|------|
| 5 | 我可以和曾得過精神疾病的人做普通朋友。 | 288 | 3.84 | 0.72 |
| 6 | 如果我知道將要結婚的對象曾得過精神疾病，我仍願意和他結婚。 | 290 | 2.27 | 0.82 |
| 7* | 我不願意讓曾得過精神疾病的人當我的鄰居。 | 289 | 3.44 | 0.81 |
| 8* | 和曾得過精神疾病的人共處一室我會感到不安。 | 287 | 3.29 | 0.87 |
| 9* | 如果發現我的室友曾得過精神疾病，我會更換住處。 | 289 | 3.19 | 0.83 |
| 10* | 如果家人要和曾得過精神疾病的人結婚，我會反對。 | 288 | 2.46 | 0.78 |
| 11 | 我可以和曾得過精神疾病的人成為知心好友。 | 284 | 3.27 | 0.81 |
| 12 | 我可以和曾得過精神疾病的人共事。 | 282 | 3.75 | 0.63 |
| 13 | 如果我是公司老闆，我會願意試用曾得過精神疾病的人，且以工作表現來決定最後的錄用。 | 290 | 3.82 | 0.67 |
| 14 | 我可以接受已康復且具有工作能力的精神病患，擔任我的 | 288 | 3.11 | 0.94 |

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|-----|---------------------------|------|------|------|
| | 小孩的老師。 | | | |
| 16 | 如果我有房子要出租，我願意租給曾得過精神疾病的人。 | 285 | 2.97 | 0.87 |
| 17* | 如果我發現直屬上司曾得過精神疾病，我會另謀他職。 | 287 | 3.45 | 0.79 |
| 18* | 如果我發現配偶曾得過精神疾病，我會跟他離婚。 | 290 | 3.50 | 0.80 |
| 19* | 我不會雇用曾得過精神疾病的人來照顧我的小孩。 | 289 | 2.62 | 0.94 |

*反向題

(二) 接受度量表

此部份平均值高於 4 分的題目有：我們有時應該認真考慮精神病患的意見 (4.00)、精神疾病是腦部的疾病，不是道德上的缺失 (4.03)、一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患 (持不贊成的態度 4.06)；並無得分在 3 分以下之題目，顯示在本量表中，研究樣本之表現趨於正向 (詳見表 4-1.5)。

表 4-1.5 接受度量表轉換後得分之平均值與標準差

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|-----|-------------------------------|------|------|------|
| 20 | 在社區內精神醫療機構住院的精神病患不會危及社區居民的安寧。 | 288 | 3.55 | 0.89 |
| 21* | 若家中有精神病患，對家屬而言將是件不可告人的家醜。 | 290 | 3.70 | 0.84 |
| 22 | 我們有時應該認真考慮精神病患的意見。 | 289 | 4.00 | 0.65 |
| 23* | 精神醫療機構應該和社區遠遠地分開。 | 287 | 3.83 | 0.78 |
| 24 | 精神病患應有和一般人相同的公民權。 | 287 | 3.69 | 0.81 |
| 25* | 在路上看到有異常行為的精神病患，我會覺得很討厭。 | 286 | 3.59 | 0.74 |
| 26* | 有精神病患住在社區裡，是件令人害怕的事情。 | 288 | 3.47 | 0.86 |

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|-----|------------------------------------|------|------|------|
| 27* | 我不會相信精神病患所說的任何話。 | 287 | 3.73 | 0.77 |
| 28* | 精神病患是可怕的人，最好離他遠一點。 | 289 | 3.92 | 0.67 |
| 29 | 精神病患應該有個人的隱私權。 | 288 | 3.84 | 0.79 |
| 30* | 最好少與精神病患接觸，以免他找麻煩。 | 288 | 3.69 | 0.73 |
| 31 | 有按時服藥的精神病患大多都不具危險性。 | 285 | 3.92 | 0.71 |
| 32 | 我可以對待精神病患就像對待其他人一樣。 | 289 | 3.80 | 0.63 |
| 33* | 一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患。 | 289 | 4.06 | 0.67 |
| 35 | 精神疾病是腦部的疾病，不是道德上的缺失。 | 290 | 4.03 | 0.81 |
| 36 | 精神病患很可憐，他們沒有選擇不生病的機會。 | 288 | 3.85 | 0.95 |
| 37* | 我們最好把精神病患隔離。 | 287 | 3.72 | 0.80 |
| 38 | 精神病患和其他民眾是平等的。 | 288 | 3.90 | 0.67 |
| 39 | 精神病患和一般人一樣可信任。 | 287 | 3.43 | 0.84 |

*反向題

(三) 復健及預後量表

在本量表中所有題目平均得分皆在 3.5 分以上，且有九題之得分超過 4 分，最高分之題目為：在社區中應成立日間留院、中途之家、庇護性工作坊等復健場所，來幫助訓練症狀穩定的精神病患回歸社區 (4.17)，最低分為即使有持續的服藥及進行復健，精神病患還是無法回歸到社區 (持不贊成的態度 3.61)，顯示研究樣本在復健及預後的概念上是較正向的 (詳見表 4-1.6)。

表 4-1.6 復健及預後量表轉換後得分之平均值與標準差

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|-----|--|------|------|------|
| 40 | 許多精神病患雖然有心理上的問題，但也都具有工作的能力。 | 288 | 4.01 | 0.61 |
| 41 | 精神病患如果沒有做適當的復健，其退化的情形將會愈來愈快。 | 290 | 4.20 | 0.67 |
| 42* | 精神病患的疾病是無法根治的，只能聽天由命了。 | 288 | 3.74 | 0.81 |
| 43 | 精神病患可藉外出購物或與他人談話，來增加其人際互動的機會。 | 288 | 4.12 | 0.55 |
| 45* | 只要精神病患症狀穩定，不繼續做復健治療沒有關係。 | 287 | 4.11 | 0.58 |
| 46 | 參與工作訓練的病患，工作能力都會改善。 | 289 | 3.89 | 0.68 |
| 47 | 精神病患若有適當的工作（或上學），則可以避免其與社會脫節。 | 289 | 4.08 | 0.55 |
| 48 | 精神病患經過醫療、復健，還是可以恢復到相當好的社會功能。 | 289 | 4.07 | 0.55 |
| 49* | 我們投入再多的心力去協助精神病患也沒用。 | 290 | 4.09 | 0.72 |
| 50 | 在社區中應成立日間留院、中途之家、庇護性工作坊等復健場所，來幫助訓練症狀穩定的精神病患回歸社區。 | 288 | 4.17 | 0.60 |
| 51 | 輔導精神病患去適應社會會有成效。 | 288 | 4.05 | 0.54 |
| 53* | 即使有持續的服藥及進行復健，精神病患還是無法回歸到社區。 | 290 | 3.61 | 0.86 |

*反向題

(四) 介入方式量表

研究樣本在介入方式的表現亦十分正向，平均分數介於 3.84-4.19 之間，最高分之題目是：提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度，而藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度則是得分最低(3.48)之題目（詳見表 4-1.7）。

表 4-1.7 介入方式量表之平均值與標準差

| 題號 | 題目 | 答題人數 | 平均值 | 標準差 |
|----|-----------------------------------|------|------|------|
| 1 | 提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 287 | 4.19 | 0.64 |
| 2 | 政府、醫院的政策會影響醫院員工對精神病患的態度。 | 288 | 3.84 | 0.87 |
| 3 | 藉由精神病患的現身說法可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 289 | 3.83 | 0.78 |
| 4 | 藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 287 | 3.48 | 0.86 |
| 54 | 藉由精神病患的藝術展示及戲劇演出可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 288 | 3.95 | 0.61 |
| 55 | 提供接觸精神病患的機會可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 290 | 4.02 | 0.48 |
| 56 | 若醫院改善管理精神病患的方式，也會因此改善大眾對精神病患的態度。 | 290 | 3.96 | 0.67 |
| 57 | 媒體之正向描述與報導可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 289 | 4.06 | 0.67 |

(五) 對精神病患態度

本研究中對精神病患態度分四個面向加以測量，從表 4-1.8 之結果可得知本研究樣本對精神病患態度偏於正向，每個量表之單題平均值均高於 3 分，其中「復健及預後」平均得分最高，「社會距離」為最低；而從標準差之結果則顯示「復健及預後」、「介入方式」兩量表之得分變化較另兩個量表小（詳見表 4-1.8）。

表 4-1.8 對精神病患態度之平均值與標準差

| 量表 | 題數 | 總分平均值 (標準差) | 單題平均值 |
|-------|----|-------------|-------|
| 社會距離 | 14 | 45.08(6.54) | 3.22 |
| 接受度 | 19 | 71.79(7.53) | 3.78 |
| 復健及預後 | 12 | 48.31(4.50) | 4.03 |
| 介入方式 | 8 | 31.37(3.45) | 3.92 |

第二節 研究對象基本資料與對精神病患態度之關係

本節將分三部份來探討研究對象基本資料與對精神病患態度之關係。一、研究對象個人基本資料變項間之關係；二、對精神病患態度各量表之相關情形；三、檢定研究樣本基本資料與對精神病患態度之關係。

一、 研究對象個人基本資料變項間之關係

此部份比較人口學特質與自變項之間的關係，其結果說明如下：

1. 性別：

本研究樣本之女性其教育程度在大學以上之比率較高；男女在工作類別的分佈上也不盡相同，女性多為精神科專業人員，男性則多為病房工作人員；除此之外，男女在工作前曾修習相關課程或訓練變項之分佈也是具有顯著性差異（詳見表 4-2.1）。

女性在教育程度、工作類別及工作前曾修習相關課程或訓練三變項與男性有所差異，可能是因為護理人員多為女性且為樣本中第二大族群所造成的影響。

2. 年齡：

從結果得知本研究樣本之女性年齡（平均值 33.97）較男性年齡（平均值 39.35）輕；教育程度大學以上者其年齡低於高中以下者；工作類別屬精神科專業人員者之年齡最輕，而病房工作人員則為最年長之族群；而宗教信仰、主要接觸病患類型等變項之年齡分佈亦有顯著差異，此外，年齡與精神科臨床年資有正相關，而工作前曾修習訓練者之年齡較輕（詳見表 4-2.2）。

年齡在性別、教育程度、宗教信仰、工作類別、主要接觸病患類型、精神科臨床服務年資及工作前曾修習相關課程或訓練等變項中有顯著差異。其中，精神科專業人員、大學以上及工作前曾修習相關課程或訓練者之年齡較輕，顯示年輕一輩的教育程度已提升，而且接受到較多精神醫療、心理衛生相關之訓練課程。

3. 教育程度：

教育程度除了曾接觸過之精神病患類型、精神科臨床年資、工作後曾修習訓練及病患診斷四變項外，在多數變項中皆達統計之顯著意義（詳見表 4-2.3）。

從此變項中可以看到，教育程度因工作類別之不同而有顯著之差異，精神科、非精神科專業人員多為大學以上之學歷，而病房工作人員多為高中以下之學歷，此外，對於在精神醫療機構工作之主要原因，大學以上者考量為「有興趣」之比率高於高中以下者，顯示學歷較高者在選擇工作時，較學歷低者更重視對於工作內容是否有興趣。

4. 宗教信仰：

有無宗教信仰在工作類別、精神科臨床服務年資及工作前曾修習訓練等三變項中之分佈有顯著差異（詳見表 4-2.4）。

可發現有信仰者多為病房工作人員，無信仰者則以精神科專業人員為多數；在無信仰者之中，臨床服務年資多數少於五年，為較資淺之人員。

表 4-2.1 性別變項與其他基本資料之關係

| 變 項 | 性別 | | 卡方值 |
|---------------------------|------------|------------|-----------|
| | 男 | 女 | |
| 教育程度 | | | |
| 1)高中以下 | 69(55.6%) | 37(23.0%) | 31.994*** |
| 2)大學以上 | 55(44.4%) | 124(77.0%) | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1)無信仰 | 32(26.2%) | 46(28.4%) | 0.164 |
| 2)有信仰 | 90(73.8%) | 116(71.6%) | |
| 工作類別 | | | |
| 1)精神科專業人員 | 21(17.2%) | 85(52.5%) | 44.911*** |
| 2)非精神科之專業人員 | 9(7.4%) | 12(7.4%) | |
| 3)病房工作人員 | 62(50.8%) | 31(19.1%) | |
| 4)其他 | 30(24.6%) | 34(21.0%) | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1)嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 6(4.8%) | 14(8.7%) | 7.652 |
| 2)精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 13(10.5%) | 26(16.1%) | |
| 3)精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 50(40.3%) | 50(31.1%) | |
| 4)門診病患 | 2(1.6%) | 3(1.9%) | |
| 5)接觸兩種以上之上述病患 | 49(39.5%) | 67(41.6%) | |
| 6)無接觸 | 4(3.2%) | 1(0.6%) | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| 1)≤1 種 | 15(12.4%) | 19(11.9%) | 0.013 |
| 2)≥2 種 | 106(87.6%) | 140(88.1%) | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 14(11.2%) | 13(8.0%) | 0.937 |
| 2) 2-5 小時以下 | 18(14.4%) | 22(13.6%) | |
| 3) 5-8 小時 | 93(74.4%) | 127(78.4%) | |
| 精神科臨床服務年資 | | | |
| 1) 0 年 | 24(22.4%) | 34(23.8%) | 3.728 |
| 2)≤5 年 (不含 0) | 39(36.4%) | 62(43.4%) | |
| 3) 6-15 年 | 26(24.3%) | 34(23.8%) | |
| 4)≥16 年 | 18(16.8%) | 13(9.1%) | |
| 精神醫療機構工作之主因 | | | |
| 1)有興趣 | 22(18.3%) | 44(28.4%) | 3.748 |
| 2)非有興趣 | 98(81.7%) | 111(71.6%) | |

| 變 項 | 性別 | | 卡方值 |
|---------------|-----------|------------|--------|
| | 男 | 女 | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 30(24.6%) | 60(38.0%) | 5.654* |
| 2)無 | 92(75.4%) | 98(62.0%) | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 81(66.4%) | 109(69.4%) | 0.291 |
| 2)無 | 41(33.6%) | 48(30.6%) | |
| 自覺烙印程度 | | | |
| 1)不同意 | 76(61.8%) | 103(64.4%) | 2.897 |
| 2)無意見 | 29(23.6%) | 26(16.3%) | |
| 3)同意 | 18(14.6%) | 31(19.4%) | |
| 病患診斷 | | | |
| 1)精神分裂症 | 62(54.4%) | 69(45.7%) | 1.963 |
| 2)無針對特定病患 | 52(45.6%) | 82(54.3%) | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001



表 4-2.2 年齡變項與其他基本資料之關係

| 變 項 | 人 數 | 年 齡 平均數(標準差) | T 值/F 值 |
|----------------------------|-----|-----------------|--------------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 110 | 39.35(9.18) | 4.804*** |
| 2) 女性 | 156 | 33.97(8.87) | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 97 | 40.01(8.78) | 5.206*** |
| 2) 大學以上 | 172 | 34.11(9.01) | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1) 無信仰 | 72 | 31.58(7.75) | -5.603*** |
| 2) 有信仰 | 196 | 37.92(9.34) | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 103 | 33.00(8.53) | 7.434*** |
| 2) 非精神科之專業人員 | 19 | 36.42(10.28) | |
| 3) 病房工作人員 | 84 | 39.07(8.71) | |
| 4) 其他 | 59 | 36.11(9.32) | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1) 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 19 | 32.00(9.37) | 3.229** |
| 2) 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 39 | 39.95(9.24) | |
| 3) 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 92 | 36.36(8.65) | |
| 4) 門診病患 | 5 | 39.80(10.71) | |
| 5) 接觸兩種以上之上述病患 | 107 | 35.71(9.65) | |
| 6) 無接觸 | 5 | 27.40(4.67) | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| 1) ≤ 1 種 | 32 | 35.94(9.81) | -0.112 |
| 2) ≥ 2 種 | 230 | 36.13(9.28) | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| | | | 相關係數=-0.050 |
| 1) 2 小時以下 | 27 | 34.15(8.77) | 1.008 |
| 2) 2-5 小時以下 | 36 | 37.50(10.81) | |
| 3) 5-8 小時 | 205 | 36.32(9.16) | |
| 精神科臨床服務年資 | | | |
| | | | 相關係數=0.513** |
| 1) 0 年 | 59 | 35.59(10.04) | 36.791*** |
| 2) ≤ 5 年 (不含 0) | 99 | 31.03(6.86) | |
| 3) 6-15 年 | 57 | 41.07(7.51) | |
| 4) ≥ 16 年 | 27 | 46.22(5.89) | |

| 變 項 | 人數 | 年齡 平均數(標準差) | T 值/F 值 |
|----------------|-----|----------------|----------|
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1)有興趣 | 65 | 34.82(8.69) | -1.339 |
| 2)非有興趣 | 192 | 36.63(9.65) | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 80 | 33.39(8.91) | -3.114** |
| 2)無 | 184 | 37.21(9.27) | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 177 | 36.46(9.28) | 0.845 |
| 2)無 | 86 | 35.42(9.49) | |
| 自覺烙印程度 | | | |
| 1)不同意 | 169 | 37.10(9.19) | 2.828 |
| 2)無意見 | 52 | 33.67(8.77) | |
| 3)同意 | 46 | 35.57(10.16) | |
| 病患診斷 | | | |
| 1)精神分裂症 | 120 | 35.55(9.60) | -0.216 |
| 2)無針對特定病患 | 128 | 35.80(8.94) | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

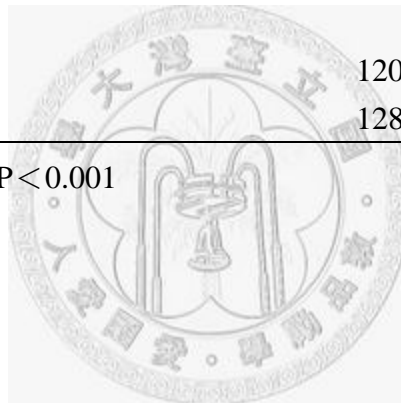


表 4-2.3 教育程度變項與其他基本資料之關係

| 變 項 | 教育程度 | | 卡方值 |
|---------------------------|------------|------------|-----------|
| | 高中以下 | 大學以上 | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1)無信仰 | 15(14.3%) | 63(35.2%) | 14.524*** |
| 2)有信仰 | 90(85.7%) | 116(64.8%) | |
| 工作類別 | | | |
| 1)精神科專業人員 | 2(1.9%) | 103(57.5%) | 153.23*** |
| 2)非精神科之專業人員 | 0 | 21(11.7%) | |
| 3)病房工作人員 | 78(74.3%) | 16(8.9%) | |
| 4)其他 | 25(23.8%) | 39(21.8%) | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1)嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 2(1.9%) | 18(10.1%) | 12.969* |
| 2)精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 22(20.6%) | 18(10.1%) | |
| 3)精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 40(37.4%) | 60(33.7%) | |
| 4)門診病患 | 1(0.9%) | 4(2.2%) | |
| 5)接觸兩種以上之上述病患 | 40(37.4%) | 75(42.1%) | |
| 6)無接觸 | 2(1.9%) | 3(1.7%) | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| 1)≤1 種 | 15(14.6%) | 20(11.2%) | 0.662 |
| 2)≥2 種 | 88(85.4%) | 158(88.8%) | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 4(3.7%) | 23(12.8%) | 30.383*** |
| 2) 2-5 小時以下 | 2(1.9%) | 37(20.7%) | |
| 3) 5-8 小時 | 102(94.4%) | 119(66.5%) | |
| 精神科臨床服務年資 | | | |
| 1) 0 年 | 17(18.5%) | 42(26.6%) | 6.097 |
| 2) ≤5 年 (不含 0) | 37(40.2%) | 65(41.1%) | |
| 3) 6-15 年 | 29(31.5%) | 30(19.0%) | |
| 4) ≥16 年 | 9(9.8%) | 21(13.3%) | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1)有興趣 | 13(12.6%) | 53(30.8%) | 11.69*** |
| 2)非有興趣 | 90(87.4%) | 119(69.2%) | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 13(12.7%) | 75(41.9%) | 25.676*** |
| 2)無 | 89(87.3%) | 104(58.1%) | |

| 變 項 | 教育程度 | | 卡方值 |
|---------------|-----------|------------|---------|
| | 高中以下 | 大學以上 | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 70(68.6%) | 120(67.4%) | 0.044 |
| 2)無 | 32(31.4%) | 58(32.6%) | |
| 自覺烙印程度 | | | |
| 1)不同意 | 59(56.2%) | 120(67.0%) | 9.328** |
| 2)無意見 | 31(29.5%) | 26(14.5%) | |
| 3)同意 | 15(14.3%) | 33(18.4%) | |
| 病患診斷 | | | |
| 1)精神分裂症 | 48(50.5%) | 83(48.5%) | 0.097 |
| 2)無針對特定病患 | 47(49.5%) | 88(51.5%) | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001



表 4-2.4 宗教信仰變項與其他基本資料之關係

| 變 項 | 宗教信仰 | | 卡方值 |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|
| | 有信仰 | 無信仰 | |
| 工作類別 | | | |
| 1)精神科專業人員 | 61(29.8%) | 45(57.7%) | 20.585*** |
| 2)非精神科之專業人員 | 15(7.3%) | 6(7.7%) | |
| 3)病房工作人員 | 79(38.5%) | 14(17.9%) | |
| 4)其他 | 50(24.4%) | 13(16.7%) | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1)嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 13(6.5%) | 7(9.1%) | 7.838 |
| 2)精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 35(16.9%) | 4(5.2%) | |
| 3)精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 72(34.8%) | 27(35.1%) | |
| 4)門診病患 | 4(1.9%) | 1(1.3%) | |
| 5)接觸兩種以上之上述病患 | 79(38.2%) | 37(48.1%) | |
| 6)無接觸 | 4(1.9%) | 1(1.3%) | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| 1)≤1 種 | 28(13.9%) | 7(9.1%) | 1.156 |
| 2)≥2 種 | 174(86.1%) | 70(90.9%) | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 22(10.6%) | 5(6.4%) | 3.193 |
| 2) 2-5 小時以下 | 25(12.1%) | 15(19.2%) | |
| 3) 5-8 小時 | 160(77.3%) | 58(74.4%) | |
| 精神科臨床服務年資 | | | |
| 1) 0 年 | 44(24.0%) | 15(22.1%) | 12.728** |
| 2)≤5 年 (不含 0) | 63(34.4%) | 39(57.4%) | |
| 3) 6-15 年 | 49(26.8%) | 10(14.7%) | |
| 4)≥16 年 | 27(14.8%) | 4(5.9%) | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1)有興趣 | 43(21.8%) | 23(29.9%) | 1.958 |
| 2)非有興趣 | 154(78.2%) | 54(70.1%) | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 56(27.6%) | 34(44.2%) | 7.027** |
| 2)無 | 147(72.4%) | 43(55.8%) | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1)有 | 134(66.0%) | 55(72.4%) | 1.023 |
| 2)無 | 69(34.0%) | 21(27.6%) | |

| 變 項 | 宗教信仰 | | 卡方值 |
|-----------|------------|-----------|-------|
| | 有信仰 | 無信仰 | |
| 自覺烙印程度 | | | |
| 1)不同意 | 124(60.2%) | 54(70.1%) | 2.815 |
| 2)無意見 | 43(20.9%) | 14(18.2%) | |
| 3)同意 | 39(18.9%) | 9(11.7%) | |
| 病患診斷 | | | |
| 1)精神分裂症 | 99(52.7%) | 30(39.5%) | 3.766 |
| 2)無針對特定病患 | 89(47.3%) | 46(60.5%) | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

二、 對精神病患態度各量表之相關情形

此部份主要是以皮爾森相關分析來檢驗各量表內及各量表間之相關情形。

(一) 各量表間之相關

本問卷共包含四量表測量對精神病患之態度，由皮爾森相關之結果可得知四量表間皆達顯著正相關（詳見表 4-2.5）。

(二) 各量表內之相關

本問卷中各量表內各因素間皆達顯著相關，顯示量表內容一致，故之後皆採各量表之加總分數進行分析（詳見表 4-2.6、表 4-2.7、表 4-2.8、表 4-2.9）。

表 4-2.5 各量表間相關性分析

| | 社會距離量表 | 接受度量表 | 復健及預後量表 |
|---------|--------|--------|---------|
| 接受度量表 | .573** | | |
| 復健及預後量表 | .367** | .651** | |
| 介入方式量表 | .377** | .472** | .439** |

**P<0.01

表 4-2.6 社會距離量表內相關性分析

| | 一般關係 | 婚姻關係 | 既有關係 |
|---------|--------|--------|--------|
| 一般關係 | | | |
| 婚姻關係 | .334** | | |
| 既有關係 | .489** | .189** | |
| 朋友與工作關係 | .576** | .213** | .380** |

*P<0.05; **P<0.01

表 4-2.7 接受度量表內相關性分析

| | 限制取向 | 拒絕取向 | 慈悲取向 | 病患權利 | 社會認同 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 限制取向 | | | | | |
| 拒絕取向 | .586** | | | | |
| 慈悲取向 | .290** | .244** | | | |
| 病患權利 | .417** | .324** | .151* | | |
| 社會認同 | .462** | .352** | .259** | .342** | |
| 危險取向 | .352** | .253** | .256** | .176** | .261** |

*P<0.05; **P<0.01

表 4-2.8 復健及預後量表內相關性分析

| | 正向觀 |
|-----|--------|
| 正向觀 | |
| 負向觀 | .520** |

*P<0.05; **P<0.01

表 4-2.9 介入方式量表內相關性分析

| | 接觸方式 |
|------|--------|
| 接觸方式 | |
| 政策制度 | .440** |

*P<0.05; **P<0.01

三、 檢定研究樣本基本資料與對精神病患態度之關係

此部份將採用單因子變異數分析 (ANOVA) 及 Scheffe's 事後多重比較來分析各變項在不同量表中所呈現之差異，在兩組的差異性則採用 t-test 做平均數差異之分析。

(一) 個人基本資料與社會距離量表得分之變異性分析

在社會距離量表得分有顯著差異的變項為：性別、工作類別、主要接觸的精神病患類型、曾接觸之精神病患類型、工作原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度等。

男性在社會距離量表的得分 (46.48) 較女性 (43.99) 高，且具統計顯著差異；工作類別之不同，在此量表得分具有顯著性差異；主要接觸病患類型中，接觸急性病患 (48.00) 和接觸兩種以上病患者 (46.21) 兩類，與無接觸病患這一類 (35.60) 之得分有顯著差異；曾接觸過之病患類型為兩種以上者 (45.79)，其得分顯著高於僅接觸一種以下者 (40.88)；於精神醫療機構工作原因為有興趣者 (48.27) 得分高於非有興趣者 (44.02)；工作前後曾修習相關課程或訓練者之得分皆較未修習者高，且具統計顯著差異；最後，在自覺烙印變項中，回答屬不同意者之得分最高 (45.95)，經 Scheffe's 事後多重比較發現，其得分與無意見者 (42.53) 有顯著差異 (詳見表 4-2.7)。

(二) 個人基本資料與接受度量表得分之變異性分析

在接受度量表得分有顯著差異的變項為：教育程度、宗教信仰、工作類別、主要接觸的精神病患類型、曾接觸之精神病患類型、工作原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度等。

教育程度變項在接受度量表得分有顯著差異，學歷為大學以上者之得分（72.89）高於高中以下者（69.94）；宗教信仰變項中無信仰者（73.74）與有信仰者之得分（71.09）有顯著差異；在工作類別變項中，精神科專業人員得分最高（74.35），且與病房工作人員（70.24）及其他（69.75）兩組有顯著差異；主要接觸病患類型之不同，在此量表得分亦有顯著差異；曾接觸過之病患類型為兩種以上者（72.61），其得分顯著高於僅接觸一種以下者（67.23）；於精神醫療機構工作原因為有興趣者（73.98）得分高於非有興趣者（71.03）；工作前後曾修習相關課程或訓練者之得分皆較未修習者高，且具統計顯著差異；自覺烙印程度變項中，不同意者之得分最高（73.60），且與另兩組之得分皆具有顯著差異（詳見表 4-2.8）。

（三） 個人基本資料與復健及預後量表得分之變異性分析

在復健及預後量表得分有顯著差異的變項為：年齡、教育程度、主要接觸的精神病患類型、曾接觸之精神病患類型、自覺烙印程度等。

年齡變項在復健及預後量表得分有顯著差異，26-35 歲者之得分最高（49.23）；教育程度仍是大學以上得分最高（48.83），與高中以下者（47.49）之得分具顯著差異；主要接觸病患類型中，最高分為接觸急性病患者（49.26），接觸兩種以上病患之得分（49.09）與接觸慢性病患者（46.11）具顯著差異；曾接觸過之病患類型為兩種以上者（48.66），其得分顯著高於僅接觸一種以下者（45.97）；自覺烙印程度中，不同意者仍為最高分（49.09），其與另兩組皆有顯著差異（詳見表 4-2.9）。

（四） 個人基本資料與介入方式量表得分之變異性分析

在介入方式量表得分有顯著差異的變項為：主要接觸的精神病患類型、自覺烙印程度等。

主要接觸病患類型不同，在此量表得分具顯著性差異；自覺烙印程度在介入方式量表得分有顯著差異，不同意為最高分 (31.77)；此量表得分具有顯著差異之變項較其他量表少 (詳見表 4-2.10)。

從此結果可以得知，接觸病患類型及自覺烙印程度為主要影響精神病患態度之因素，在每一個量表中均達顯著差異。



表 4-2.10 個人基本資料與社會距離量表得分之變異性分析

| 變 項 | 社會距離量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 46.48(6.94) | 3.038** | |
| 2) 女性 | 43.99(6.07) | | |
| 年齡 | | | |
| | 相關係數=0.056 | | |
| 1) ≤25 歲 | 44.44(7.50) | 0.286 | |
| 2) 26-35 歲 | 45.23(6.15) | | |
| 3) 36-45 歲 | 45.63(6.75) | | |
| 4) ≥46 歲 | 44.83(6.50) | | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 44.33(6.73) | -1.406 | |
| 2) 大學以上 | 45.52(6.44) | | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1) 無信仰 | 46.00(6.11) | 1.524 | |
| 2) 有信仰 | 44.63(6.66) | | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 46.43(6.47) | 2.682* | |
| 2) 非精神科之專業人員 | 44.05(7.98) | | |
| 3) 病房工作人員 | 44.59(6.65) | | |
| 4) 其他 | 43.71(5.70) | | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1) 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 48.00(7.56) | 4.422*** | 1>6* |
| 2) 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 43.49(6.38) | | 5>6* |
| 3) 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 44.45(6.14) | | |
| 4) 門診病患 | 42.75(5.85) | | |
| 5) 接觸兩種以上之上述病患 | 46.21(6.42) | | |
| 6) 無接觸 | 35.60(4.16) | | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| | 相關係數=0.236** | | |
| 1) ≤1 種 | 40.88(6.25) | -4.124*** | |
| 2) ≥2 種 | 45.79(6.32) | | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 44.67(7.63) | 0.360 | |
| 2) 2-5 小時以下 | 45.87(7.02) | | |
| 3) 5-8 小時 | 44.98(6.33) | | |

| 變 項 | 社會距離量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| 精神科臨床服務年資 | 相關係數=0.036 | | |
| 1) 0 年 | 43.72(6.49) | 1.281 | |
| 2) ≤5 年 (不含 0) | 45.45(6.77) | | |
| 3) 6-15 年 | 45.98(6.79) | | |
| 4) ≥16 年 | 44.64(5.66) | | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1) 有興趣 | 48.27(6.45) | 4.515*** | |
| 2) 非有興趣 | 44.02(6.34) | | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 46.75(6.80) | 2.953** | |
| 2) 無 | 44.19(6.24) | | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 45.80(6.34) | 2.979** | |
| 2) 無 | 43.27(6.55) | | |
| 自覺烙印程度 | 相關係數=-0.212** | | |
| 1) 不同意 | 45.95(6.43) | 6.205** | 1>2** |
| 2) 無意見 | 42.53(6.17) | | |
| 3) 同意 | 44.05(6.32) | | |
| 病患診斷 | | | |
| 1) 精神分裂症 | 45.14(6.57) | -0.126 | |
| 2) 無針對特定病患 | 45.25(6.60) | | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

表 4-2.11 個人基本資料與接受度量表得分之變異性分析

| 變 項 | 接受度量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 71.6(7.08) | -0.372 | |
| 2) 女性 | 71.95(7.91) | | |
| 年齡 | 相關係數=-0.036 | | |
| 1) ≤25 歲 | 70.82(8.70) | 1.326 | |
| 2) 26-35 歲 | 72.75(7.97) | | |
| 3) 36-45 歲 | 72.04(7.36) | | |
| 4) ≥46 歲 | 70.28(6.23) | | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 69.94(6.67) | -3.117** | |
| 2) 大學以上 | 72.89(7.80) | | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1) 無信仰 | 73.74(7.81) | 2.557* | |
| 2) 有信仰 | 71.09(7.35) | | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 74.35(7.88) | 6.764*** | 1>3** |
| 2) 非精神科之專業人員 | 72.20(9.04) | | 1>4** |
| 3) 病房工作人員 | 70.24(6.73) | | |
| 4) 其他 | 69.75(6.51) | | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1) 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 71.95(7.80) | 3.346** | |
| 2) 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 69.78(6.64) | | |
| 3) 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 71.35(6.49) | | |
| 4) 門診病患 | 71.20(11.52) | | |
| 5) 接觸兩種以上之上述病患 | 73.42(8.06) | | |
| 6) 無接觸 | 62.20(5.22) | | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | 相關係數=0.360** | | |
| 1) ≤1 種 | 67.23(6.00) | -3.893*** | |
| 2) ≥2 種 | 72.61(7.36) | | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 71.88(8.79) | 1.343 | |
| 2) 2-5 小時以下 | 73.55(6.56) | | |
| 3) 5-8 小時 | 71.41(7.54) | | |

| 變 項 | 接受度量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 精神科臨床服務年資 | 相關係數=-0.013 | | |
| 1) 0 年 | 70.75(6.93) | 1.190 | |
| 2) ≤5 年 (不含 0) | 73.09(7.94) | | |
| 3) 6-15 年 | 71.58(8.76) | | |
| 4) ≥16 年 | 72.25(5.49) | | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1) 有興趣 | 73.98(8.51) | 2.667** | |
| 2) 非有興趣 | 71.03(7.22) | | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 73.84(8.16) | 3.016** | |
| 2) 無 | 70.83(7.12) | | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 73.13(7.43) | 4.485*** | |
| 2) 無 | 68.71(7.05) | | |
| 自覺烙印程度 | 相關係數=-0.291** | | |
| 1) 不同意 | 73.60(7.20) | 16.107*** | 1>2*** |
| 2) 無意見 | 67.35(7.27) | | 1>3* |
| 3) 同意 | 70.43(6.75) | | |
| 病患診斷 | | | |
| 1) 精神分裂症 | 71.97(7.35) | -0.116 | |
| 2) 無針對特定病患 | 72.08(7.74) | | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

表 4-2.12 個人基本資料與復健及預後量表得分之變異性分析

| 變 項 | 復健及預後量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------------------|------------------------|--------------|-------------------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 48.28(4.89) | -0.197 | |
| 2) 女性 | 48.38(4.21) | | |
| 年齡 | 相關係數=-0.035 | | |
| 1) ≤25 歲 | 46.82(4.94) | 2.970* | |
| 2) 26-35 歲 | 49.23(4.58) | | |
| 3) 36-45 歲 | 48.55(4.54) | | |
| 4) ≥46 歲 | 47.70(3.52) | | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 47.49(4.48) | -2.401* | |
| 2) 大學以上 | 48.83(4.45) | | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1) 無信仰 | 49.04(4.30) | 1.568 | |
| 2) 有信仰 | 48.09(4.57) | | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 49.15(4.78) | 2.296 | |
| 2) 非精神科之專業人員 | 48.10(4.62) | | |
| 3) 病房工作人員 | 48.06(4.61) | | |
| 4) 其他 | 47.32(3.57) | | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1) 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 49.26(4.64) | 4.075*** | 5>2* |
| 2) 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 46.11(3.78) | | |
| 3) 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 48.52(4.2) | | |
| 4) 門診病患 | 46.00(9.76) | | |
| 5) 接觸兩種以上之上述病患 | 49.09(4.36) | | |
| 6) 無接觸 | 43.50(5.45) | | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | 相關係數=0.256** | | |
| 1) ≤1 種 | 45.97(4.81) | -3.135** | |
| 2) ≥2 種 | 48.66(4.39) | | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 48.00(4.55) | 0.424 | |
| 2) 2-5 小時以下 | 48.90(3.43) | | |
| 3) 5-8 小時 | 48.24(4.69) | | |

| 變 項 | 復健及預後量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------|------------------------|--------------|-------------------|
| 精神科臨床服務年資 | 相關係數=-0.038 | | |
| 1) 0 年 | 48.23(3.92) | 0.371 | |
| 2) ≤5 年 (不含 0) | 48.90(4.71) | | |
| 3) 6-15 年 | 48.50(4.97) | | |
| 4) ≥16 年 | 48.13(3.97) | | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1) 有興趣 | 49.29(5.31) | 1.604 | |
| 2) 非有興趣 | 48.11(4.20) | | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 48.67(5.20) | 0.858 | |
| 2) 無 | 48.12(4.19) | | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 48.52(4.86) | 1.289 | |
| 2) 無 | 47.82(3.71) | | |
| 自覺烙印程度 | 相關係數=-0.277** | | |
| 1) 不同意 | 49.09(4.25) | 7.938*** | 1>2** |
| 2) 無意見 | 46.68(4.26) | | 1>3* |
| 3) 同意 | 47.15(5.13) | | |
| 病患診斷 | | | |
| 1) 精神分裂症 | 48.19(4.37) | -1.183 | |
| 2) 無針對特定病患 | 48.84(4.44) | | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

表 4-2.13 個人基本資料與介入方式量表得分之變異性分析

| 變 項 | 介入方式量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| 性別 | | | |
| 1) 男性 | 31.69(3.53) | 1.255 | |
| 2) 女性 | 31.16(3.38) | | |
| 年齡 | | | |
| | 相關係數=0.044 | | |
| 1) ≤25 歲 | 30.56(3.71) | 1.022 | |
| 2) 26-35 歲 | 31.50(3.68) | | |
| 3) 36-45 歲 | 31.76(3.35) | | |
| 4) ≥46 歲 | 31.10(3.50) | | |
| 教育程度 | | | |
| 1) 高中以下 | 30.91(3.15) | -1.639 | |
| 2) 大學以上 | 31.61(3.60) | | |
| 宗教信仰 | | | |
| 1) 無信仰 | 31.89(3.96) | 1.512 | |
| 2) 有信仰 | 31.19(3.25) | | |
| 工作類別 | | | |
| 1) 精神科專業人員 | 31.59(3.92) | 0.442 | |
| 2) 非精神科之專業人員 | 30.95(3.76) | | |
| 3) 病房工作人員 | 31.53(3.19) | | |
| 4) 其他 | 31.08(2.71) | | |
| 最近半年內主要接觸的精神病患類型 | | | |
| 1) 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者 | 31.00(4.50) | 3.986** | |
| 2) 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者 | 30.70(3.47) | | |
| 3) 精神症狀穩定，可參與工作訓練者 | 31.96(2.92) | | |
| 4) 門診病患 | 27.60(4.28) | | |
| 5) 接觸兩種以上之上述病患 | 31.56(3.34) | | |
| 6) 無接觸 | 26.50(4.43) | | |
| 曾接觸過之精神病患類型 | | | |
| | 相關係數=0.107 | | |
| 1) ≤1 種 | 30.55(3.50) | -1.545 | |
| 2) ≥2 種 | 31.56(3.43) | | |
| 接觸精神病患時間 | | | |
| 1) 2 小時以下 | 30.96(4.16) | 0.836 | |
| 2) 2-5 小時以下 | 32.00(3.56) | | |
| 3) 5-8 小時 | 31.31(3.35) | | |

| 變 項 | 介入方式量表總分 平均值 (標準差) | T 值 或 F 值 | Scheffe's 事後比較 |
|----------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| 精神科臨床服務年資 | 相關係數=0.038 | | |
| 1) 0 年 | 31.18(3.25) | 0.183 | |
| 2) ≤5 年 (不含 0) | 31.48(3.59) | | |
| 3) 6-15 年 | 31.54(3.53) | | |
| 4) ≥16 年 | 31.71(3.75) | | |
| 於精神醫療機構工作之主要原因 | | | |
| 1) 有興趣 | 31.87(3.39) | 1.292 | |
| 2) 非有興趣 | 31.22(3.53) | | |
| 工作前曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 31.74(3.88) | 1.184 | |
| 2) 無 | 31.20(3.28) | | |
| 工作後曾修習相關課程或訓練 | | | |
| 1) 有 | 31.46(3.51) | 0.621 | |
| 2) 無 | 31.18(3.44) | | |
| 自覺烙印程度 | 相關係數=-0.212** | | |
| 1) 不同意 | 31.77(3.32) | 3.455* | |
| 2) 無意見 | 30.56(3.28) | | |
| 3) 同意 | 30.70(4.01) | | |
| 病患診斷 | | | |
| 1) 精神分裂症 | 31.73(3.27) | 1.091 | |
| 2) 無針對特定病患 | 31.26(3.63) | | |

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

第三節 對精神病患態度之迴歸分析

為了探討影響對精神病患態度之因子，本節將採用複迴歸分析中之強迫進入法來進行預測，依據研究架構，分別以四個量表得分作為依變項，「人口學特質」、「工作特質」、「個人經驗及特質」為自變項。由於本研究中「工作類別」、「年齡」及「教育程度」三者間互相影響，為避免造成干擾，故在迴歸模式中未放入「年齡」及「教育程度」兩變項；此外，在接觸病患類型變項中，由於「主要接觸的精神病患類型」與「曾接觸之精神病患類型」之測量同質性高，故只選取後者進入迴歸模式。而自變項為名義或次序變項者（包含性別、宗教信仰、工作類別、接觸時間、工作原因、修習課程及病患診斷等）先轉為虛擬變項（dummy variable），茲將結果說明如下：

一、 社會距離量表

由複迴歸分析的結果可知，「性別」、「曾接觸之精神病患類型」、「工作原因」、「自覺烙印程度」等變項為影響社會距離量表得分之因素，其適切性檢定結果顯示本迴歸模式之迴歸係數非全為零（ $F \text{ value}=5.138, P\text{-value}=0.000$ ），且可解釋社會距離 20.8% 的變異量（詳見表 4-3.1）。

由此可知，男性對此面向之看法較為正向；曾接觸之精神病患類型愈多者對於社會距離之表現愈正向；於精神醫療機構工作之原因為有興趣者較非有興趣者對此面向看法正向；自覺烙印程度愈大者對此面向看法愈負向。

二、 接受度量表

由複迴歸分析的結果可知，「曾接觸之精神病患類型」、「工作後修習課程」、

「自覺烙印程度」等三變項為影響接受度量表得分之因素，其適切性檢定結果顯示本迴歸模式之迴歸係數非全為零(F value=6.408, P-value=0.000) ，且可解釋接受度 25.8%的變異量 (詳見表 4-3.2)。

由此得知，曾接觸之精神病患類型愈多者對接受度面向之態度愈正向；工作後曾修習課程者較無修習者對此面向態度正向；自覺烙印程度愈大者愈負向。

三、 復健及預後量表

由複迴歸分析的結果可知，「曾接觸之精神病患類型」、「自覺烙印程度」兩變項為影響復健及預後量表得分之因素，其適切性檢定結果顯示本迴歸模式之迴歸係數非全為零(F value=2.600, P-value=0.002) ，且可解釋復健及預後 9.1%的變異量 (詳見表 4-3.3)。

由此結果得知，曾接觸之精神病患類型愈多者對復健及預後面向之態度愈正向；自覺烙印程度愈大者對此面向看法愈負向。

四、 介入方式量表

由複迴歸分析的結果可知，「自覺烙印程度」變項為影響介入方式量表得分之因素，其適切性檢定結果顯示本迴歸模式之迴歸係數非全為零(F value=2.472, P-value=0.004) ，且可解釋介入方式 8.3%的變異量 (詳見表 4-3.4)。

由此結果得知，自覺烙印程度愈大者對此面向看法愈負向。

表 4-3.1 社會距離量表得分之複迴歸分析

| 自變項 | 迴歸係數 | 標準誤 | t value | 顯著性 |
|------------------|--------|-------|---------|--------|
| 截距項 | 40.905 | 1.838 | 22.258 | 0.000* |
| 性別 (女=0) | | | | |
| 男 | 3.129 | 0.961 | 3.257 | 0.001* |
| 宗教信仰 (有信仰=0) | | | | |
| 無信仰 | -0.287 | 0.978 | -0.294 | 0.769 |
| 工作類別 (其他=0) | | | | |
| 精神科專業人員 | 1.247 | 1.583 | 0.788 | 0.432 |
| 非精神科之專業人員 | -2.275 | 1.795 | -1.268 | 0.206 |
| 病房工作人員 | 0.762 | 1.463 | 0.521 | 0.603 |
| 曾接觸之精神病患類型 | 1.522 | 0.479 | 3.175 | 0.002* |
| 接觸時間 (5-8 小時=0) | | | | |
| 5 小時以下 | 1.199 | 1.075 | 1.116 | 0.266 |
| 精神科臨床服務年資 | -0.103 | 0.071 | -1.458 | 0.147 |
| 工作原因 (非有興趣=0) | | | | |
| 有興趣 | 3.270 | 1.119 | 2.921 | 0.004* |
| 工作前修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 0.638 | 1.144 | 0.557 | 0.578 |
| 工作後修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 0.855 | 1.113 | 0.768 | 0.444 |
| 自覺烙印程度 | -1.176 | 0.410 | -2.868 | 0.005* |
| 病患診斷 (無針對特定病患=0) | | | | |
| 精神分裂症 | -0.297 | 0.851 | -0.349 | 0.728 |

$R_a^2 = 0.208$

* $P < 0.05$

表 4-3.2 接受度量表得分之複迴歸分析

| 自變項 | 迴歸係數 | 標準誤 | t value | 顯著性 |
|------------------|-----------|-------|---------|--------|
| 截距項 | 67.889 | 2.083 | 32.594 | 0.000* |
| 性別 (女=0) | | | | |
| 男 | 0.272 | 1.106 | 0.246 | 0.806 |
| 宗教信仰 (有信仰=0) | | | | |
| 無信仰 | 0.266 | 1.115 | 0.239 | 0.811 |
| 工作類別 (其他=0) | | | | |
| 精神科專業人員 | 2.139 | 1.804 | 1.186 | 0.237 |
| 非精神科之專業人員 | -1.245 | 2.037 | -0.611 | 0.542 |
| 病房工作人員 | -0.256 | 1.690 | -0.152 | 0.880 |
| 曾接觸之精神病患類型 | 2.204 | 0.557 | 3.959 | 0.000* |
| 接觸時間 (5-8 小時=0) | | | | |
| 5 小時以下 | 2.166 | 1.211 | 1.789 | 0.075 |
| 精神科臨床服務年資 | -0.149 | 0.080 | -1.857 | 0.065 |
| 工作原因 (非有興趣=0) | | | | |
| 有興趣 | 1.261E-02 | 1.290 | 0.010 | 0.992 |
| 工作前修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 0.500 | 1.290 | 0.387 | 0.699 |
| 工作後修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 3.393 | 1.271 | 2.670 | 0.008* |
| 自覺烙印程度 | -2.139 | 0.451 | -4.748 | 0.000* |
| 病患診斷 (無針對特定病患=0) | | | | |
| 精神分裂症 | 0.724 | 0.962 | 0.752 | 0.453 |

$R_a^2 = 0.258$

* $P < 0.05$

表 4-3.3 復健及預後量表得分之複迴歸分析

| 自變項 | 迴歸係數 | 標準誤 | t value | 顯著性 |
|------------------|------------|-------|---------|--------|
| 截距項 | 48.171 | 1.330 | 36.225 | 0.000* |
| 性別 (女=0) | | | | |
| 男 | 0.412 | 0.689 | 0.598 | 0.550 |
| 宗教信仰 (有信仰=0) | | | | |
| 無信仰 | -0.463 | 0.699 | -0.663 | 0.508 |
| 工作類別 (其他=0) | | | | |
| 精神科專業人員 | 1.478 | 1.149 | 1.287 | 0.200 |
| 非精神科之專業人員 | -4.551E-02 | 1.332 | -0.034 | 0.973 |
| 病房工作人員 | 0.713 | 1.051 | 0.678 | 0.499 |
| 曾接觸之精神病患類型 | 0.866 | 0.351 | 2.469 | 0.014* |
| 接觸時間 (5-8 小時=0) | | | | |
| 5 小時以下 | 0.334 | 0.769 | 0.435 | 0.664 |
| 精神科臨床服務年資 | -7.678E-02 | 0.050 | -1.539 | 0.126 |
| 工作原因 (非有興趣=0) | | | | |
| 有興趣 | 0.491 | 0.806 | 0.609 | 0.543 |
| 工作前修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | -0.214 | 0.797 | -0.268 | 0.789 |
| 工作後修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 0.488 | 0.809 | 0.604 | 0.547 |
| 自覺烙印程度 | -1.078 | 0.288 | -3.745 | 0.000* |
| 病患診斷 (無針對特定病患=0) | | | | |
| 精神分裂症 | -0.215 | 0.609 | -0.353 | 0.725 |

$R_a^2 = 0.091$

* $P < 0.05$

表 4-3.4 介入方式量表得分之複迴歸分析

| 自變項 | 迴歸係數 | 標準誤 | t value | 顯著性 |
|------------------|------------|-------|---------|--------|
| 截距項 | 31.366 | 1.054 | 29.762 | 0.000* |
| 性別 (女=0) | | | | |
| 男 | 0.841 | 0.559 | 1.507 | 0.134 |
| 宗教信仰 (有信仰=0) | | | | |
| 無信仰 | 0.523 | 0.562 | 0.931 | 0.353 |
| 工作類別 (其他=0) | | | | |
| 精神科專業人員 | 0.298 | 0.900 | 0.331 | 0.741 |
| 非精神科之專業人員 | -0.722 | 1.042 | -0.693 | 0.489 |
| 病房工作人員 | 0.845 | 0.847 | 0.998 | 0.320 |
| 曾接觸之精神病患類型 | 0.344 | 0.278 | 1.240 | 0.216 |
| 接觸時間 (5-8 小時=0) | | | | |
| 5 小時以下 | 0.302 | 0.626 | 0.481 | 0.631 |
| 精神科臨床服務年資 | -8.143E-02 | 0.040 | 0.000 | 1.000 |
| 工作原因 (非有興趣=0) | | | | |
| 有興趣 | 0.498 | 0.641 | 0.777 | 0.438 |
| 工作前修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | 0.688 | 0.645 | 1.068 | 0.287 |
| 工作後修習課程 (無=0) | | | | |
| 有修習 | -0.369 | 0.645 | -0.571 | 0.568 |
| 自覺烙印程度 | -0.874 | 0.230 | -3.792 | 0.000* |
| 病患診斷 (無針對特定病患=0) | | | | |
| 精神分裂症 | 0.668 | 0.489 | 1.366 | 0.173 |

$R_a^2 = 0.083$

* $P < 0.05$

第五章 討論

本章將分為三部份來進行討論，內容包括：精神醫療機構員工對精神病患之態度、影響對精神病患態度之因素及對精神病患態度之預測因子。

第一節 精神醫療機構員工對精神病患之態度

此節將對精神病患態度在四個面向中所呈現之描述性資料分別進行討論，反向題皆已轉向，呈現之得分皆為正向之程度，詳細內容如下：

一、 社會距離

社會距離面向所呈現之內容為可接受與精神病患親近之程度，本研究發現還是有親疏遠進的關係存在。其中，分數最低之兩題為：「如果我知道將要結婚的對象曾得過精神疾病，我仍願意和他結婚」、「如果家人要和曾得過精神疾病的人結婚，我會反對」，題目內容皆與結婚議題有關，顯示當面臨婚姻此人生重大議題時，由於要考慮之因素眾多，人們還是會採較保留之態度，國內其他研究亦有類似之結果（陳杏佳，1989；闕清模，1985），婚姻議題可能較無法由簡單之敘述內容便加以決定。

而在本面向中得分最高之前三題依次為：「我可以和曾得過精神疾病的人做普通朋友」、「如果我是公司老闆，我會願意試用曾得過精神疾病的人，且以工作表現來決定最後的錄用」、「我可以和曾得過精神疾病的人共事」，從這樣的結果

可以瞭解本研究樣本對於與曾得過精神疾病的人做朋友或工作是較不排斥的，可能與多數工作人員在原本的工作職場已有接觸參與工作訓練之病友有關，但另一方面，若問及「我可以和曾得過精神疾病的人成為知心好友」，同意之程度又降低，顯示研究樣本對於愈親近之關係與前述婚姻關係雷同，仍是較無法接受。

Stuart & Arboleda-Florez (2001)的研究發現一般民眾對精神分裂症的社會距離依所需的親密程度增加而社會距離增大，五分之一的受試者不能和精神分裂症患者維持朋友關係，約一半的受試者不能接受共處一室，且有四分之三的受試者不能接受與其結婚，Gaebel et al. (2002)之大眾研究也有相似之結果，反觀本研究可發現亦有同樣的趨勢。此外，將本研究結果與陳杏佳(1989)之護理研究比較，因其問卷計分方式為六分制，故將其分數轉換為五分制後再與本研究中精神科護士得分進行比較。陳杏佳之研究包括精神科及非精神科護士共 401 位，結果發現在納入比較之七題中，其研究便有五題較本研究 70 位精神科護士之得分為低，亦低於總樣本之得分，是否顯示本研究樣本對於精神病患在社會距離面向之看法較過去改善，需要更進一步研究（詳見表 5-2.1）。

二、 接受度

在此面向中得分較高之前兩題依次為：「一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患」、「精神疾病是腦部的疾病，不是道德上的缺失」，從中可知在精神醫療機構的工作環境下，大多的工作人員可以瞭解接近精神病患並不會影響自身的心理狀態，且可以接受精神疾病是一種病；但從本量表得分最低的三題（「精神病患和一般人一樣可信任」、「有精神病患住在社區裡，是件令人害怕的事情」、「在社區內精神醫療機構住院的精神病患不會危及社區居民的安寧」）卻也讓我們看到一個事實，即使是精神醫療機構之員工，對於精神病患住在社區內，還是無法全然的放心，在這樣的情形下，也反應在精神

病患的社區化推動上總是困難重重，究竟大家擔心的是什麼，需要再深入瞭解。

與陳杏佳（1989）之研究比較發現，在此面向中陳杏佳之研究得分較本研究高，本研究中精神科護士之得分亦較總樣本高，（詳見表 5-2.2）；此外，並與官達人（2003）研究比較，因其問卷計分方式亦為六分制，故仍將其分數轉換為五分制後再與本研究進行比較，官達人之研究對象為 218 位社區民眾，結果發現其研究在多數題目之得分較低，（詳見表 5-2.3）。這樣的結果是否代表在接受度面向中，護士族群的態度較為正向，而社區民眾較為負向，還有待進一步瞭解。

三、 復健及預後

若單從得分來看，員工對於精神病患復健及預後之看法是十分正向的，但其中仍有一些可供探討之處。在本面向中最高分之題目為：「在社區中應成立日間留院、中途之家、庇護性工作坊等復健場所，來幫助訓練症狀穩定的精神病患回歸社區」，最低分為：「即使有持續的服藥及進行復健，精神病患還是無法回歸到社區」，研究樣本贊同於社區設立復健場所，而對於精神病患回歸社區雖然分數已達 3.61，但相較於本面向其他題目仍較為負向，精神醫療機構員工呈現出這樣的態度，顯示除了硬體設施的設立外，或許應有其他更多的配套措施才能讓大家對於精神病患回歸社區更有信心，參考國外經驗，建立個案管理系統及良好的社區—醫療聯絡體系等，都是政府在精神病患社區化上應努力的方向。

Eker & Arkar(1991)的研究中一般科護士對於精神病患的預後有十分正向的看法；Malla & Shaw (1987)亦有類似的結果，不管有無接受訓練的護生其態度並無不同，且對精神病患的預後都十分樂觀；然而，謝馨儀（1995）的研究卻發現精神分裂病患照顧者在復健知識上之表現不佳，是需要加強教育的部份。而本面向續與陳杏佳（1989）研究作比較後，結果發現陳杏佳研究之得分仍較高，本研究精神科護士之得分亦較總樣本高，顯示在復健及預後面向中，護士族群的態度會呈現較正向的態度（詳見表 5-2.4）。

四、 介入方式

在介入方式面向中，「提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度」為最高分之題目，「媒體之正向描述與報導可以改善大眾對精神病患的接受程度」次之，可知相關教育及資訊是員工最認同之介入方式，而媒體的報導則是另一個需要加強把關的影響源；此外，研究樣本對於醫院政策及管理層面（第 2, 56 題）之平均得分也皆接近於四分，顯示他們亦十分認同醫院管理方式所造成之影響，可能是由於本研究樣本為精神醫療機構員工，皆直接受到醫院政策之規範所導致。

此外，亦與 Gaebel et al. (2002) 之社區研究比較，其提供五項改善大眾對精神病患接受度之介入方式，詢問社區民眾此方式之重要程度，結果發現社區民眾同意此介入方式為「重要」或「非常重要」的百分比統計中，對於「提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度」最為認同，而「藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度」則同意度最低，將本研究同意及非常同意者所佔百分比整理如表 5-2.5，可以發現中外之看法近似，皆認為應多提供相關的教育及資訊以提升大眾對精神病患的接受度，而對於法令制度改變的影響不看好，是因為政策制訂並未邀請病人或家屬參與而導致相關政策落實之成效不彰顯？都需要再深入研究。

整體而言，本研究樣本對精神病患態度趨於正向。精神醫療機構員工因工作之便，比一般人有更多接觸精神病患及接受教育之機會，可能是造成正向態度之原因，然而，亦可能正因為是精神醫療機構員工之身分，反而更易受到社會期待的影響，而表現出過於正向之態度；其中，「復健及預後」為平均分數最高之面向，顯示員工對於病患之復健是十分認同的，員工有這樣的共識，對於病患復健工作之推動的確有極大的助益。

此外，從結果中發現「復健及預後」、「介入方式」兩面向之得分變化較另兩

個面向小且較正向，可見在此兩面向中員工的態度是較為一致的，對於病患之復健及改善大眾接受度之介入皆有較正向且樂觀之態度。而在接受度面向中可能由於所包含之議題較為廣泛，故其得分之變化較大，也顯示出其效度上之表現較不佳。

而平均值最低之「社會距離」面向，因所詢問之題目較貼近生活，可發現員工回答之態度顯的較為保守。Eker (1985b)的研究也同樣提到即使我們知道一個受訪者對精神疾病的接受程度或預期的預後，並不能因此預測其在不同情境下所可接受的社會距離程度。而這便突顯出當前精神病患之困境，即便是態度已較為正向之精神醫療機構員工，對於病患仍無法全然的信任，而在某些關係的建立時仍會有所疑慮，或許這便是此種疾病所帶來的限制，我們可以改善對精神病患之態度但卻不能期待會出現完全正向之態度，因為精神疾病的確有其危險性存在，因而到底達到怎樣的程度才叫做「改善」，則是我們應深入去思考的問題。



表 5-2.1 社會距離結果（平均值）比較

| 題號 | 本研究（2005）題目 | 總樣本 | 精神科 護士 | 陳杏佳 | 陳杏佳（1989）題目 |
|----|--|-------|-----------|-------|----------------------------------|
| 5 | 我可以和曾得過精神疾病的人做普通朋友。 | 3.84 | 3.81 | 3.58* | 我可以和 <u>患者</u> 做普通朋友。 |
| 9 | 如果發現我的室友曾得過精神疾病，我會更換住處。 | 3.19 | 3.11* | 4.46 | 如果發現我的室友曾得 <u>精神病</u> ，我會更換住處。 |
| 12 | 我可以和曾得過精神疾病的人共事。 | 3.75 | 3.63 | 3.53* | 我可以和 <u>患者</u> 共事。 |
| 13 | 如果我是公司老闆，我會願意試用曾得過精神疾病的人，且以工作表現來決定最後的錄用。 | 3.82 | 3.80 | 3.54* | 如果我是公司的老闆，我會 <u>雇用曾得精神病的人</u> 。 |
| 16 | 如果我有房子要出租，我願意租給曾得過精神疾病的人。 | 2.97 | 3.01 | 2.74* | 如果我有房子要出租，我會租給曾得 <u>精神病</u> 的人。 |
| 17 | 如果我發現直屬上司曾得過精神疾病，我會另謀他職。 | 3.45* | 3.48 | 3.54 | 如果我的直屬上司曾得 <u>精神病</u> ，我會另謀他職。 |
| 19 | 我不會雇用曾得過精神疾病的人來照顧我的小孩。 | 2.62 | 2.54 | 1.54* | <u>如果我急需保姆，我可以託小孩給曾得精神病的人照顧。</u> |

*分數最低；劃底線為與本研究題目相異處

表 5-2.2 接受度結果（平均值）比較一

| 題號 | 本研究（2005）題目 | 總樣本 | 精神科 護士 | 陳杏佳 | 陳杏佳（1989）題目 |
|----|------------------------------------|-------|-----------|------|---|
| 21 | 若家中有精神病患，對家屬而言將是件不可告人的家醜。 | 3.70 | 3.51* | 4.17 | <u>患者</u> 的存在是不可告人的家醜。 |
| 22 | 我們有時應該認真考慮精神病患的意見。 | 4.00* | 4.01 | 4.09 | 我們有時應該認真考慮 <u>患者</u> 的意見。 |
| 28 | 精神病患是可怕的人，最好離他遠一點。 | 3.92* | 3.93 | 4.13 | <u>患者</u> 是可怕的人，最好離他遠一點。 |
| 29 | 精神病患應該有個人的隱私權。 | 3.84* | 3.88 | 4.53 | <u>患者</u> 應該有個人的隱私權。 |
| 30 | 最好少與精神病患接觸，以免他找麻煩。 | 3.69* | 3.70 | 4.14 | 最好少與 <u>患者</u> 接觸，以免他找麻煩。 |
| 33 | 一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患。 | 4.06 | 4.04* | 4.46 | <u>正常人</u> 長久與 <u>患者</u> 相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近 <u>他</u> 。 |
| 37 | 我們最好把精神病患隔離。 | 3.72* | 3.87 | 4.34 | 我們最好把 <u>患者</u> 隔離。 |

*分數最低；劃底線為與本研究題目相異處

表 5-2.3 接受度結果（平均值）比較二

| 題號 | 本研究（2005）題目 | 總樣本 | 病房工作 人員 | 其他 | 官達人 | 官達人（2003）題目 |
|----|----------------------|------|------------|------|-------|-----------------------------|
| 21 | 若家中有精神病患，對家屬而言將是件不可告 | 3.70 | 3.82 | 3.70 | 2.91* | <u>家裡有精神疾病患者</u> 的話，最好不要張揚出 |

| 題號 | 本研究 (2005) 題目 | 總樣本 | 病房工作人員 | 其他 | 官達人 | 官達人 (2003) 題目 |
|----|-----------------------|------|--------|-------|-------|----------------------|
| | 人的家醜。 | | | | | 去。 |
| 23 | 精神醫療機構應該和社區遠遠地分開。 | 3.83 | 3.82 | 3.63 | 2.52* | 精神醫療機構應該和社區遠遠地分開。 |
| 24 | 精神病患應有和一般人相同的公民權。 | 3.69 | 3.60 | 3.49* | 4.03 | 精神患者的基本人權，絕不可任意加以剝奪。 |
| 26 | 有精神病患住在社區裡，是件令人害怕的事情。 | 3.47 | 3.44 | 3.30 | 2.02* | 社區裡住有精神患者，是件令人害怕的事情。 |
| 27 | 我不會相信精神病患所說的任何話。 | 3.73 | 3.50 | 3.52 | 2.20* | 我不會相信精神疾病患者所說的任何話。 |

*分數最低；劃底線為與本研究題目相異處

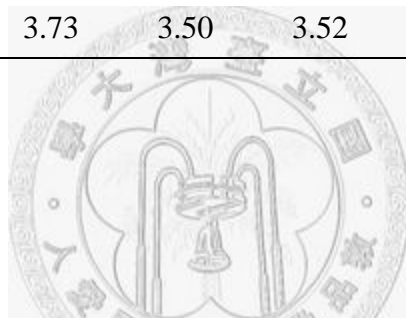


表 5-2.4 復健及預後結果 (平均值) 比較

| 題號 | 本研究 (2005) 題目 | 總樣本 | 精神科 護士 | 陳杏佳 | 陳杏佳 (1989) 題目 |
|----|------------------------------|-------|-----------|------|-------------------------|
| 42 | 精神病患的疾病是無法根治的，只能聽天由命了。 | 3.74* | 3.77 | 4.34 | 患者的疾病是無法根治的，只能聽天由命了。 |
| 48 | 精神病患經過醫療、復健，還是可以恢復到相當好的社會功能。 | 4.07* | 4.09 | 4.18 | 患者經過醫療，還是可以恢復到相當好的社會功能。 |
| 49 | 我們投入再多的心力去協助精神病患也沒用。 | 4.09 | 3.96* | 4.47 | 我們投入再多的心力去協助患者也沒用。 |
| 51 | 輔導精神病患去適應社會會有成效。 | 4.05* | 4.06 | 4.24 | 輔導患者去適應社會還是會有成效。 |

*分數最低；劃底線為與本研究題目相異處

表 5-2.5 介入方式結果比較

| 題號 | 本研究 (2005) 題目 | 本研究 同意 (%) | Gaebel 同意 (%) | Gaebel et al. (2002) 題目 |
|----|-----------------------------------|---------------|------------------|--|
| 1 | 提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 91.7 | 95.5 | More education and information on mental illness |
| 4 | 藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 58.9 | 56.6 | Changes in legislation |
| 54 | 藉由精神病患的藝術展示及戲劇演出可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 85.8 | 87.0 | More art exhibitions or theatrical events involving mentally ill |
| 55 | 提供接觸精神病患的機會可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 91.7 | 80.3 | More opportunities for contact with the mentally ill |
| 57 | 媒體之正向描述與報導可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 89.0 | 88.6 | More positive portrayals and reports in the media |

第二節 影響對精神病患態度之因素

此節將對於影響精神病患態度之因素進行討論，詳細內容如下：

一、 人口學特質

人口學特質包含性別、年齡、教育程度及宗教信仰四變項。

(一) 性別

性別變項僅在「社會距離」面向中得分呈現顯著差異，男性得分較女性高，顯示醫院之男性員工較能接受與精神病患者有某程度的社會關係，Gaebel et al. (2002)的大眾態度研究中同樣發現女性在某些社會距離題目較男性負向，尤其是結婚之議題，女性似乎較男性採取更保守的態度。然而，在其餘面向，本研究男性與女性之表現則並無顯著差異。

(二) 年齡

年齡變項除了「復健及預後」面向之外，其餘面向得分皆無顯著差異，此外，精神醫療機構員工之態度並無呈現年齡愈大態度便愈負向之趨勢，顯示其與之前相關研究(官達人，2003；林憲等，1977；Eker & Arkar, 1991; Gaebel et al., 2002)呈現之態度表現不盡相同。

(三) 教育程度

將教育程度分為高中以下及大學以上兩組後，在「接受度」、「復健及預後」兩面向得分有顯著差異，研究結果亦呈現出教育程度愈高對精神病患態度愈正向

之表現，和過去之研究結果類似（林憲等，1977；Cohen & Struening, 1962; Gaebel et al., 2002），顯示出教育程度在精神醫療機構員工的態度研究中仍是一個顯著的影響因子。

（四） 宗教信仰

有無宗教信仰在「接受度」面向得分中呈現顯著差異，但與其他研究（官達人，2003；謝馨儀，1995）不同之處在於本研究無信仰者之態度較有信仰者正向，此結果可能與本研究樣本中無信仰者之族群內，教育程度多為大學以上學歷且年齡較輕有關。

從上述變項之表現可以得知，人口學特質中除了教育程度外，其餘之變項影響態度之程度較少。



二、 工作特質

工作特質包含工作類別、接觸病患類型及接觸病患時間三變項。

（一） 工作類別

此變項分為四類：精神科專業人員、非精神科之專業人員、病房工作人員及其他，在「社會距離」、「接受度」兩面向中得分有顯著差異，精神科專業人員之得分為最高，顯示出有接受過精神科專業訓練的工作人員，其呈現之態度的確是較為正向，和過去的研究有類似的結果(Cohen & Struening, 1962; Cohen & Struening, 1963)。

然而，在「復健及預後」及「介入方式」面向中，則發現四類人員之得分均相當接近，可知工作類別不同對於此兩面向之影響不大，但也同時顯示在精神醫

療機構上班，不論是否從事臨床工作，在病患之復健及改善接受度之介入方式的看法上皆呈現較為一致之情形。

(二) 接觸病患類型

本研究嘗試設計「接觸病患類型」選項，將研究樣本平日接觸的病患以病情的穩定程度、功能好壞來加以分類，藉以探討此變項對態度的影響程度。此變項分為兩題，「最近半年內主要接觸的病患類型」在所有面向中皆呈現顯著差異，其中，無接觸病者在每個面向中得分皆是最底的，而接觸急性病患及接觸兩種以上之病患者則是得分較高的兩族群，尤其在「社會距離」面向中此兩族群得分皆顯著高於無接觸病者，而無接觸經驗者態度最負向，此發現與過去研究的結果相同（邱祐鈴，1999; Corrigan et al., 2001）。

過去的文獻發現對於病情較嚴重者會有較負面之看法（謝馨儀，1995; Ojaen, 1992），然而，本研究中接觸急性病患者之態度卻顯的較為正向，可能是因為這些工作人員從平日累積的接觸經驗中，已瞭解精神病患最嚴重時之表現，而可以接受且知道如何與精神病患建立某種程度的社會關係，所以呈現正向之態度，但此種結果亦可能是社會期待所造成，其確切之原因還有待深入探討；而接觸兩種以上之病患者，由於在接觸不同狀況病患的經驗中，可能讓其對精神病患有更深入的認識，而在「接受度」面向中表現最為正向。

另一題為「曾接觸過之精神病患類型」，分析時將其分為兩組：接觸一種以下及兩種以上，結果發現在「社會距離」、「接受度」、「復健及預後」面向中皆有顯著差異，符合研究假設：接觸之病患類型愈多，對精神病患態度愈正向。

(三) 接觸病患時間

此變項在所有的面向中皆未呈現有顯著差異，故接觸病患時間在精神醫療機

構員工態度之影響上是較不明顯的。由於此變項所詢問為每天上班時接觸精神病患之時間，但因多數員工在上班時間皆會接觸到精神病患，已屬於長期接觸之族群，故「每天」接觸時間多寡的影響效果可能因而被減弱。

在工作特質中包括三個針對精神醫療機構員工設計之變項，除了接觸病患時間外，其餘兩項皆為態度之顯著影響因子，顯示工作類別及接觸病患類型之不同確實會對於態度之表現有所影響。

三、 個人經驗及特質

個人經驗及特質包含精神科臨床服務年資、於精神醫療機構工作之主要原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度、病患診斷等五變項。

(一) 精神科臨床服務年資

精神科臨床服務年資在本研究之各面向中皆無顯著差異及相關，與國內陳杏佳（1989）護理研究之結果不同，可能因研究樣本不單純為精神科專業人員，而減弱此變項之影響力。

(二) 於精神醫療機構工作之主要原因

將工作原因分為有興趣及非有興趣兩類，結果發現在「社會距離」、「接受度」面向呈現顯著差異，工作原因為有興趣者其態度較為正向，與陳杏佳（1989）之研究結果相同，顯示此變項亦為影響對精神病患態度之因子。

(三) 修習相關課程或訓練

此變項中有兩個子題，分為工作前或工作後曾修習相關課程或訓練，結果發

現此兩題在「社會距離」、「接受度」面向皆呈現顯著差異，有接受相關課程或訓練者其態度較為正向，和過去的研究結果相似（邱祐鈴，1999；張葦，2003；Ojaen, 1992），顯示在本研究中此變項仍為影響對精神病患態度顯著因素，即便工作前未曾接觸相關課程，工作後適切的在職訓練仍有其必要性。

（四） 自覺烙印程度

自覺烙印程度在各面向中皆具顯著差異及負相關，顯示自覺烙印程度愈大，對精神病患態度愈負向，此變項為對精神病患態度之顯著影響因子。

目前在精神科領域的烙印研究，多著重於對精神病患或精神疾病之烙印，研究中或許會提及對於社區中設置精神科醫院之看法，但卻少見探討精神醫療機構員工本身是否亦背負有他人負面態度之文獻。Buchanan & Bhugra (1992)提到醫生對於選擇精神科為職業之態度可能會影響到徵才的情形，然而，本研究則進一步發現員工的自覺烙印程度與對精神病患態度有極大之關係，顯示此變項之重要性，亦可作為未來研究、教育訓練可多加著墨之方向。

（五） 病患診斷

在病患診斷變項中，分析時分為精神分裂症及無針對特定病患兩類，結果發現在各面向皆無顯著差異，可能因為本研究樣本工作之環境接觸到的多為精神分裂症病患，故在思考有關精神病患的形象或表現時，多以平常接觸之精神分裂症病患為依據，而造成在病患診斷變項中並無影響態度的表現。

從上述五個變項之結果發現，除了精神科臨床年資及病患診斷外，其餘變項對於精神病患態度皆有顯著影響。

第三節 對精神病患態度之預測因子

從結果發現「自覺烙印程度」及「曾接觸之精神病患類型」為本研究中對精神病患態度之主要預測因子（詳見表 5-3.1）。「自覺烙印程度」在四面向中皆為顯著之預測因子，故若遭致他人負面看法的感受愈嚴重，對精神病患態度也愈趨於負向，顯示此變項在預測對精神病患態度之重要性；而「曾接觸精神病患類型」為「社會距離」及「接受度」之預測因子，則意指接觸精神病患之種類愈多，可以了解精神病患之完整形象，而有助於對精神病患態度之改善。此外，「工作後修習相關課程或訓練」亦為「接受度」之預測因子，可得知在職訓練之介入確實有其成效。

由於影響對精神病患態度之因素十分複雜，無法在研究中完全納入相關影響之因素，故可發現其他相關之精神病患態度研究中，迴歸模式之解釋變異量大致介於 3-59%，詳見表 5-3.2（王子芳、盧純華，1998；邱祐鈴，1999；官達人，2003；謝馨儀，1995；Eker & Arkar, 1991）。其中，官達人及謝馨儀之研究皆在迴歸式之自變項中放入非依變項之態度或知識分數，而提升解釋變異量，但由於態度或知識彼此間原本即有高度之相關性，故此兩研究結果之效度還有待進一步之探究；而本研究在各面向之解釋變異量介於 8-26%之間。

表 5-3.1 對精神病患態度各面向之預測因子

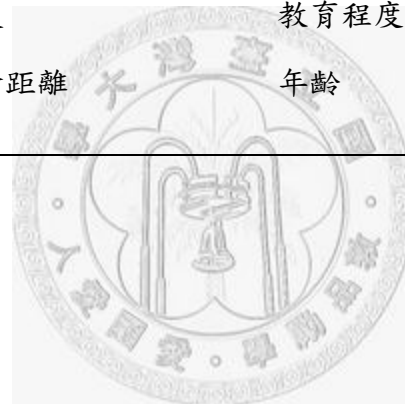
| 面 向 | 預測因子 | R ² |
|-------|---------------------------|----------------|
| 社會距離 | 自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型、性別、工作原因 | 0.208 |
| 接受度 | 自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型、工作後修習課程 | 0.258 |
| 復健及預後 | 自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型 | 0.091 |
| 介入方式 | 自覺烙印程度 | 0.083 |

表 5-3.2 對精神病患態度之迴歸分析之比較

| 文獻 | 自變項 | 依變項 | 預測因子 | R ² |
|-----------------------------|--|-----------|------------------------|----------------|
| 王子芳、盧純華 (1998) (逐步迴歸) | 包括基本資料(日/夜間部、 年齡、護理工作年資、宗教、父 /母教育程度、經濟、家庭型態、 教育程度、親人是否患有精神疾 病、是否接觸過精神病人及是否 在精神病患工作)及 是否修習相關之七種課程 | 對精神疾患之態度： | | |
| | | 1.仁慈性 | 年齡、是否上過精神科護理課程 | 0.12 |
| | | 2.社會限制 | 是否有接觸經驗、是否上過諮商學課程 | 0.11 |
| | | 3.心理衛生概念 | 無 | |
| | | 4.人際病因論 | 是否上過精神科護理實習 | 0.40 |
| | | 5.壓抑逃避性 | 無 | |
| 邱祐鈴(1999) (強制進入法) | 學院別、年齡、是否修習 相關課程、是否認識精神 疾病患者 | 對精神病人態度 | 年齡、是否修習相關課程 | 0.032 |
| 謝馨儀(1995) (逐步迴歸) | 態度總分、有提供訊息 者、知道日間留院 知識總分、照顧者教育程 度、恢復程度、活性症狀、 使用過日間留院 | 1.照顧者知識 | 態度總分、有提供訊息者、知道日間留院 | 0.50 |
| | | 2.照顧者態度 | 知識總分、恢復程度、活性症狀、使用過日間留院 | 0.59 |

| 文獻 | 自變項 | 依變項 | 預測因子 | R ² |
|----------------------|---|----------------------|--------------------------------|----------------|
| 官達人 (2003) (逐步迴歸) | 包括個人特質 (性別、年齡、 教育程度、婚姻、工作、宗教信 仰、是否照顧過精神病患) 及 概念二構面、語意五構面 | 1.精神疾病歸因 | | |
| | | (1)民俗取向 | 教育程度、個性偏差與危險性、行為與精神偏差、 形象效能 | 0.296 |
| | | (2)權威取向 | 個性偏差與危險性 | 0.202 |
| | | (3)社會限制 | 個性偏差與危險性、照顧經驗、形象效能、教育程 度、性別 | 0.426 |
| | 包括個人特質及歸因四構 面、語意五構面 | (4)慈悲取向 | 行為與精神偏差、形象效能、照顧經驗、生理 | 0.186 |
| | | 2.精神疾病概念 | | |
| | | (1)個性偏差與危險性 | 社會限制、外表、權威取向、教育程度、慈悲取向、 工作 | 0.499 |
| | 包括個人特質及歸因四構 面、概念二構面 | (2)行為與精神偏差 | 社會限制、慈悲取向、外表、權威取向 | 0.309 |
| | | 3.精神疾病語意 | | |
| | | (1)情緒效能語意 | 工作、照顧經驗 | 0.051 |
| (2)形象效能語意 | | 社會限制、民俗取向、慈悲取向 | 0.202 | |
| (3)活動效能語意 | | 慈悲取向、年齡、工作、社會限制、民俗取向 | 0.129 | |

| 文獻 | 自變項 | 依變項 | 預測因子 | R ² |
|------------------------|---|-------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| | | (4)外表語意 | 個性偏差與危險性、慈悲取向、宗教信仰 | 0.215 |
| | | (5)生理語意 | 工作 | 0.017 |
| Eker & Arkar (1991) | 年齡、曾從事之科別數、 與精神病患接觸之經驗、 居住地、婚姻、教育程度 | 精神疾病態度： 1.心理治療 2.預後 3.社會距離 | 教育程度 教育程度 年齡 | 0.048 0.088 0.046 |



第六章 結論與建議

本章將提出本研究之結論，並對於研究限制、建議及貢獻提出說明。

第一節 研究結論

本研究採立意取樣，使用結構式問卷調查某署立醫院員工對精神病患之態度，共收集到 290 份有效問卷，依據研究目的，做出以下之結論：

精神醫療機構員工對精神病患態度在四個面向中之平均分數皆高於 3 分，顯示其態度趨於正向，分數由低至高依次為「社會距離」、「接受度」、「介入方式」、「復健及預後」。

在人口學特質中，影響「社會距離」面向為性別，影響「接受度」面向為教育程度、宗教信仰，影響「復健及預後」面向為年齡、教育程度。沒有變項在「介入方式」面向出現顯著差異之結果。其中，教育程度為精神醫療機構員工人口學特質中影響精神病患態度較為顯著之變項，教育程度高者，其態度較正向。

在工作特質中，影響「社會距離」面向為工作類別、最近半年內主要接觸的病患類型、曾接觸過之精神病患類型，影響「接受度」面向為工作類別、最近半年內主要接觸的病患類型、曾接觸過之精神病患類型，影響「復健及預後」面向為最近半年內主要接觸的病患類型、曾接觸過之精神病患類型，影響「介入方式」面向為最近半年內主要接觸的病患類型。接觸病患時間在所有面向中皆未有顯著差異。從此結果可以得知，工作類別與接觸病患類型皆是影響精神醫療機構員工對精神病患態度之重要變項，工作類別與主要接觸病患類型不同對精神病患之態

度會有顯著差異，且曾接觸病患類型愈多者，其態度愈正向。

在個人經驗及特質中，影響「社會距離」面向為工作原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度，影響「接受度」面向為工作原因、修習相關課程或訓練、自覺烙印程度，影響「復健及預後」面向為自覺烙印程度，影響「介入方式」面向為自覺烙印程度。精神科臨床服務年資及病患診斷在所有面向中皆未有顯著差異。由此結果可得知工作原因、修習相關課程或訓練及自覺烙印程度皆是影響精神醫療機構員工對精神病患態度之重要變項。工作原因為有興趣者及曾修習相關課程或訓練者對精神病患態度較為正向，而自覺烙印程度和對精神病患態度呈現負相關，自覺烙印程度愈大，對精神病患態度愈負向。

此外，「社會距離」面向之預測因子為：自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型、性別、工作原因；「接受度」面向之預測因子為：自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型、工作後修習課程；「復健及預後」面向之預測因子為：自覺烙印程度、曾接觸之精神病患類型；「介入方式」面向之預測因子為：自覺烙印程度。可發現，自覺烙印程度及曾接觸之精神病患類型為本研究對精神病患態度之重要預測因子。

第二節 研究限制

- 一、外在效度：由於受限於時效、人力、經費等因素，本研究只選取某署立醫院員工作為研究對象，且研究樣本與母群體之分布達顯著差異，研究結果之外推性受到限制。
- 二、研究工具：本研究所使用問卷為研究者參考文獻及專家意見後所設計，考量答題者教育程度及填答動機，故將問卷題目縮減至 57 題，但在因素分析後

發現部份面向呈現多因素之情形，呈現較不佳之建構效度。

三、態度與行為：由於行為的表現相當複雜，且受文化、情境、個人及互動等因素的影響，而無法完全的以態度來預測 (Ajzen, 1989；Ojaen, 1992)，故本研究之結果可能不能完全代表研究對象之實際行為表現。

四、社會期待：態度問題常被質疑會出現具社會期待之回答 (呂以榮, 2002)，而無法確實測量出研究樣本實際之想法，尤其本研究所詢問對精神病患態度之內容又貼近研究樣本之工作環境，而可能出現社會期待之偏差。故本研究在問卷指導語中強調問卷為不記名方式並絕不對外公開，亦提供信封及問卷回收箱供研究對象使用，此外，於預試時便詢問預試對象在填答時是否有敏感問題並加以修改，希望可藉以提升研究樣本據實回答之意願而減少社會期待之偏差。



第三節 建議

一、 未來研究之建議

由於本研究只選取一家精神科專科醫院作為研究樣本，故在研究之推論、比較上有所受限，未來可擴大抽樣樣本，調查全國設有精神科之醫療機構員工對於精神病患之態度，以比較國內各精神科醫院或各精神科專業、各科室之狀況；研究設計亦可嘗試使用同一份問卷但針對不同精神疾病作態度之調查，可比較對不同診斷之態度間是否有所差異。

未來進行相關之精神病患/疾病態度之研究時，可輔以質性訪談，選取數位不同工作類別之員工分別進行訪談及紀錄，以提升態度研究之效度；亦可將態度

與行為測量作連結，諸如病患預後、對工作人員的感受、出院率等，瞭解兩者間之關係，可有助於態度研究之臨床實用性。

目前之研究多沿用或修改數十年前之精神病患態度問卷，為了提升相關研究之價值，設計一個具有良好信效度、符合本土文化且題數適宜之精神病患態度研究工具，可說是未來應要努力的方向，故可嘗試將本研究工具作進一步之修訂，刪除接受度面向中部份不適宜之題目，以建立一個可廣泛應用之對精神病患態度問卷。

此外，本研究在「自覺烙印程度」中只設計一個題目加以測量，但由於從研究結果中發現此變項為一顯著之影響與預測因子，故未來研究應可針對此概念加以延伸測量，作更深入之探討。

二、實務之建議

研究中發現病房工作人員及其他勞務、行政人員對於精神病患之態度較為負向，由於病房工作人員為接觸病患最頻繁之族群，而其他勞務、行政人員雖沒有常直接接觸，但在工作環境中仍是有很多的機會遇到參與工作訓練之病友，所以精神醫療機構可針對此兩族群提供在職教育，提升其對精神病患之認識。

此外，從研究結果得知即便是態度已較為正向之精神醫療機構員工，與病患在某些關係的建立時仍持較保留之態度，故在教育課程中亦可以針對部份關係之改善來加以設計，諸如同事關係、朋友關係等，讓員工可更具體的瞭解精神病患可能的表現及適宜的處理方式，以提升對精神病患之接受度並提供精神病患更實質的幫助；而課程內容亦可廣徵員工之意見來加以設計，以確實切合其需求。

除了教育課程外，讓員工在一定的時間內調動至不同單位，增進其對各類病患的認識，對其態度之改善也將有所助益。

而本研究工具經過修訂後，亦可做為醫院徵選員工之評估工具之一，從其問卷之表現可瞭解應徵人員對精神病患之態度，而作為挑選適任員工之依據。

第四節 研究貢獻

- 一、本文為國內首篇探討精神醫療機構全體員工對精神病患態度之研究，從研究結果可以得知整體精神醫療機構員工之態度趨於正向，且對於影響此特殊族群態度之因素作了更深入的探討，可供未來相關研究及政策制訂之參考。
- 二、研究者參考相關文獻後放入針對精神醫療機構員工設計之自變項，從研究結果中得知「自覺烙印程度」、「接觸病患類型」為顯著之影響及預測因子，由於過去較少研究探討此兩變項，故此發現可供未來研究作更進一步之瞭解。
- 三、本研究將對精神病患態度分為四面向：社會距離、接受度、復健及預後、介入方式，可看到員工對每一面向之態度不盡相同，雖然對於復健及預後最為認同，但在社會距離之看法仍採較保守之態度，這樣的結果可供心理衛生相關單位做為參考。
- 四、從研究結果中發現，研究對象參與相關課程或訓練者態度較為正向，且在介入方式面向中，提供相關教育亦為研究對象最認同之改善大眾接受度之方法，進一步驗證相關教育確實可改善對精神病患態度，故提供適切內容之教育課程是可採用的有效介入方式。

參考文獻

中文部份

- 王子芳、盧純華 (1998)。大學護理系學生對精神疾患態度之調查。**榮總護理**，**15**(2)，183-193。
- 王瑋 (1987)。護士對精神疾患之態度與精神科護理在職教育效果之研究。**榮總護理**，**4**(1)，45-55。
- 成和玲、余伍洋 (1997)。五專護生對精神病患概念及態度之改變--精神科護理教學之評值。**公共衛生**，**24**(3)，193-202。
- 行政院衛生署 (2000)。醫療網第四期計畫(核定本)—新世紀健康照護計畫。台北。
- 行政院衛生署 (2002)。精神衛生法。華總一義字第 09100119170 號。
- 余伍洋、陳明招、林清華、朱清月、楊寬弘 (1994)。精神科護理人員對酒藥癮、精神病患者認知。**公共衛生**，**21**(1)，23-29。
- 余漢儀 (2002)。精障者社區復健模式探討--以臺灣地區的四個康復之友為例。**中華心理衛生學刊**，**15**(2)，1-24。
- 吳英璋 (1988)。概念模式社會態度測量之研究。**中華心理衛生學刊**，**4**(1)，25-42。
- 吳英璋、葉英堃、林幸魄、陳朝炆 (1981)。北市居民對偏差行為及其治療的態度。**心理衛生**，**24**，49-55。
- 呂春英 (1998)。精神分裂病患者的壓力與需求之研究。東海大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 宋麗玉 (2000)。建構臺灣慢性精神病患之社區支持體系--醫療模式與社會心理模式之整合。**社區發展季刊**，**92**，126-140。
- 官達人 (2003)。社區居民對精神病患的態度調查。陽明大學醫務管理研究所論文。

- 林美伶、熊秉荃、林淑蓉、胡海國 (2002)。精神分裂症患者之烙印處境。 **慈濟醫學**，14(6)，381-388。
- 林美伶、熊秉荃、胡海國、林淑蓉 (2003)。精神分裂症患者烙印之因應策略。 **中華心理衛生學刊**，15(4)，49-69。
- 林憲、陳珠璋、林信男、吳就君、黃梅羹、陳端、葉英堃 (1977)。貧民家屬對精神疾病的看法。 **中華民國神經精神醫學會會刊**，3 (2)，31-41。
- 邱祐鈴 (1999)。比較訊息內容對精神病人烙印程度的影響—以某大學學生為例。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 胡海國 (1996)。精神分裂症患者家屬對精神分裂症之態度。 **當代醫學**，23(6)，90-94。
- 唐子俊 (1995)。精神分裂病「恥辱感」—問卷的發展及相關變項之前趨研究。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 張珏 (1998)。公共心理衛生，摘自陳拱北預防醫學基金會主編，**公共衛生學 (修訂二版)** (頁 1021-1075)。台北：巨流。
- 張惠華 (1995)。精神分裂病人對疾病的自我標籤以及社會適應之研究。東華大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 許文耀、戴傳文 (1991)。社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討。 **中華心理衛生學刊**，5(1)，35-48。
- 陳杏佳 (1989)。護理人員內在心理評估歷程對精神病患者態度之影響。台灣大學護理研究所碩士論文。
- 陳杏佳 (1994)。影響個人對精神疾病患者的態度之因素探討。 **護理雜誌**，41(1)，88-92。
- 陳景堂 (2004)。統計分析 **SPSS for Windows 入門與應用 (五版)**。台北：儒林圖書有限公司。
- 傅粹馨 (2002)。主成份分析和共同因素分析相關議題之探究。 **教育與社會研究**，3，107-132。

- 楊延光 (1999)。杜鵑窩的春天—精神疾病照顧手冊。台北：張老師文化。
- 葉英堃、吳英璋、陳朝灶、林幸魄 (1981)。北市居民對精神病的態度。心理衛生，24，56-63。
- 戴傳文、許文耀 (1991)。社區居民對精神病患的概念與態度。中華心理衛生學刊，5(2)，71-87。
- 謝馨儀 (1995)。探討精神分裂病患照顧者之知識和態度。台灣大學護理研究所碩士論文。
- 闕清模 (1985)。護理人員對精神疾病的看法和態度初步調查。榮總護理，2(1)，85-95。
- 顏正芳、張明永 (1998)。實習醫師在精神科臨床實習前後對於精神疾病態度之變化。臺灣精神醫學，12(1)，64-72。
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2000). 社會心理學。(曾華源、劉曉春譯)。台北：洪葉文化。
- Corrigan, P., & Lundin, R. (2003). 不要叫我瘋子。(張葦譯)。台北：心靈工坊。
- Oppenheim, A. N. (2002). 問卷設計、訪談及態度測量。(呂以榮譯)。台北：六合出版社。
- Weber, A. L. (1995). 社會心理學。(趙居蓮譯)。台北：桂冠。

西文部份

- Abiodun, O. A. (1991). Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 37(2), 113-120.
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, & A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp.241-274). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Aydin, N., Yigit, A., Inandi, T., & Kirpinar, I. (2003). Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 17-26.
- Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1-12.
- Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*, 14(27), 32-36.
- Buchanan, A., & Bhugra, D. (1992). Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 1-5.
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 29(4), 467-473.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinion about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349-360.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1963). Opinions about mental illness: mental hospital occupational profiles and profile clusters. *Psychological Reports*, 12, 111-124.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1964). Opinions about mental illness: hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 291-298.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1965). Opinions about mental illness: hospital differences in attitudes for eight occupational groups. *Psychological Reports*, 17, 25-26.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Eker, D., & Arkar, H. (1991). Experienced Turkish nurses attitudes towards mental

- illness and predictor variables of their attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*, 37(3), 214-222.
- Eker, D. (1985a). Attitudes of Turkish and American clinicians and Turkish psychology students toward mental patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 31(3), 223-229.
- Eker, D. (1985b). Effect of type of cause on attitudes toward mental illness and relationships between the attitudes. *The International Journal of Social Psychiatry*, 31(4), 243-251.
- Filipic, I., Pavicic, D., Filipic, A., Hotujac, L., Begic, D., Grubisin, J., & Dordevic, V. (2003). Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Collegium Antropologicum*, 27(1), 301-307.
- Fryer, J. H., & Cohen, L. (1988). Effects of labeling patients "psychiatric" or "medical": favorability of traits ascribed by hospital staff. *Psychological Reports*, 62, 779-793.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M., & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
- Goffman E. (1963). *Stigma: note on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hem, M. H., & Heggen, K. (2004). Rejection--a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 55-63.
- Ignacio, L. L., De Arango, M. V., Baltazar, J., D'Arrigo Busnello, E., Climent, C. E., Elhakim, A., Giel, R., Harding, T. W., Ten Horn, G. H., Ibrahim, H. H., et al. (1989). Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: a follow-up study.

International Journal of Epidemiology, 18(3), 669-673.

Jones, R. G., & Galliard, P. G. (1983). Exploratory study to evaluate staff attitudes towards geriatric psychiatry. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 47-57.

Lawrie, S. M., Martin, K., McNeill, G., Drife, J., Chrystie, P., Reid, A., Wu, P., Nammary, S., & Ball, J. (1998). General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*, 28(6), 1463-1467.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.

Malla, A., & Shaw, T. (1987). Attitudes towards mental illness: the influence of education and experience. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33, 33-41.

Mann, C. E. & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55(2), 185-187.

Mavundla, T. R., & Uys, L. R. (1997). The attitudes of nurses towards mentally ill people in a general hospital setting in Durban. *Curationis*, 20(2), 3-7.

Ojaen, M. (1992). Attitudes towards mental patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38, 120-130.

Prince, P. N., & Prince, C. R. (2002). Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation*

- Journal*, 25(4), 323-331.
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 77(3), 153-171.
- Roskin, G., Carsen, M. L., Rabiner, C. J., & Marell, S. K. (1988). Attitudes toward patients among different mental health professional groups. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 188-194.
- Segal, S. P. (1978). Attitudes toward the mentally ill: a review. *Social Work*, 23(3), 211-217.
- Segal, S. P., Baumohl, J., & Moyles, E. W. (1980). Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity. *Journal of Health and Social behavior*, 21, 345-359.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(3), 245-252.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., & Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16(8), 451-458.
- Walt, A. P., & Gillis, L. S. (1979). Factors that influence nurses' attitudes toward psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 410-414.
- WHO (2001a). *World health day*. Geneva: WHO.
- WHO (2001b). *The world health report: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.

附錄一

醫院別： 編號：

各位同仁：

您好，本問卷目的在於調查精神醫療機構員工對精神病患之瞭解與看法，填答時間約需花費 15-20 分鐘，想麻煩您填寫。答案沒有所謂的對、錯、好、壞，請您作答時不要與人討論，而依據您個人的想法及感受來作答。**此份問卷採不記名方式，調查結果僅作學術分析之用，絕不對外公開，敬請您放心回答。**您的寶貴意見將使本研究更具有意義及價值，在此誠摯期盼您的幫忙，亦謝謝您的熱心支持。

請在接到問卷後的一個星期內，將填答好的問卷放入附上之匿名信封彌封後交與負責人或擲入各園區掌紋機附近之問卷回收箱。

最後敬祝

身體健康 事事順心

國立台灣大學衛生政策與管理研究所

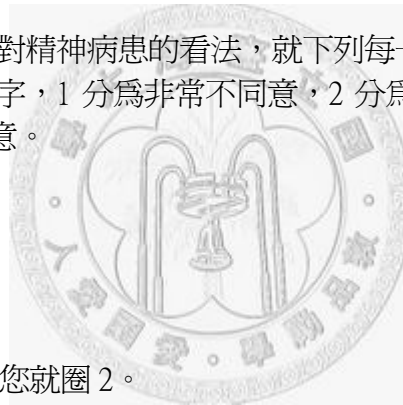
指導教授 張珣博士

研究生 張雁晴 敬上

第一部份：請您依據自己對精神病患的看法，就下列每一敘述句，主觀覺得同意與否的程度去圈選適合的數字，1 分爲非常不同意，2 分爲不同意，3 分爲無意見，4 分爲同意，5 分爲非常同意。

例如：我喜歡打桌球。

如果您「不同意」這句話，您就圈 2。



| | | | | |
|---------------|-------------|-------------|--------|------------------|
| 非常 不同 意 | 不 同 意 | 無 意 見 | 同 意 | 非 常 同 意 |
| 1 | ② | 3 | 4 | 5 |

對精神病患態度問卷

| | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|--------|------------------|
| 非 常 不 同 意 | 不 同 意 | 無 意 見 | 同 意 | 非 常 同 意 |
|-----------------------|-------------|-------------|--------|------------------|

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 提供有關精神病患的教育及資訊可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 政府、醫院的政策會影響醫院員工對精神病患的態度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 藉由精神病患的現身說法可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 藉由改變法令制度可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 我可以和曾得過精神疾病的人做普通朋友。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 如果我知道將要結婚的對象曾得過精神疾病，我仍願意和他結婚。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 我不願意讓曾得過精神疾病的人當我的鄰居。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 和曾得過精神疾病的人共處一室我會感到不安。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 非常不同意 | 不同意 | 無意見 | 同意 | 非常同意 |
|---|-------|-----|-----|----|------|
| 9 如果發現我的室友曾得過精神疾病，我會更換住處。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 如果家人要和曾得過精神疾病的人結婚，我會反對。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 我可以和曾得過精神疾病的人成為知心好友。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 我可以和曾得過精神疾病的人共事。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 如果我是公司老闆，我會願意試用曾得過精神疾病的人，且以工作表現來決定最後的錄用。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 我可以接受已康復且具有工作能力的精神病患，擔任我的小孩的老師。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 如果我知道交往對象曾得過精神疾病，我不會跟他繼續來往。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 如果我有房子要出租，我願意租給曾得過精神疾病的人。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 如果我發現直屬上司曾得過精神疾病，我會另謀他職。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 如果我發現配偶曾得過精神疾病，我會跟他離婚。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 我不會雇用曾得過精神疾病的人來照顧我的小孩。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 在社區內精神醫療機構住院的精神病患不會危及社區居民的安寧。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 若家中有精神病患，對家屬而言將是件不可告人的家醜。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 我們有時應該認真考慮精神病患的意見。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 精神醫療機構應該和社區遠遠地分開。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 精神病患應有和一般人相同的公民權。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 在路上看到有異常行為的精神病患，我會覺得很討厭。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 有精神病患住在社區裡，是件令人害怕的事情。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 我不會相信精神病患所說的任何話。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 精神病患是可怕的人，最好離他遠一點。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 精神病患應該有個人的隱私權。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 最好少與精神病患接觸，以免他找麻煩。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 有按時服藥的精神病患大多都不具危險性。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 我可以對待精神病患就像對待其他人一樣。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 一般人長久與精神病患相處後也會變的怪怪的，因此我們最好不要接近病患。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 改善對精神病患的歧視情形，是整個社會應共同承擔的責任。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 非常不同意 | 不同意 | 無意見 | 同意 | 非常同意 |
|---|-------|-----|-----|----|------|
| 35 精神疾病是腦部的疾病，不是道德上的缺失。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 精神病患很可憐，他們沒有選擇不生病的機會。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 我們最好把精神病患隔離。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 精神病患和其他民眾是平等的。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 精神病患和一般人一樣可信任。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 許多精神病患雖然有心理上的問題，但也都具有工作的能力。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 精神病患如果沒有做適當的復健，其退化的情形將會愈來愈快。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 精神病患的疾病是無法根治的，只能聽天由命了。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 精神病患可藉外出購物或與他人談話，來增加其人際互動的機會。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 讓精神病患做家事（例如掃地、洗碗盤或倒垃圾等）會造成他們的壓力。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 只要精神病患症狀穩定，不繼續做復健治療沒有關係。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 參與工作訓練的病患，工作能力都會改善。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 精神病患若有適當的工作（或上學），則可以避免其與社會脫節。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 精神病患經過醫療、復健，還是可以恢復到相當好的社會功能。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 我們投入再多的心力去協助精神病患也沒用。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 在社區中應成立日間留院、中途之家、庇護性工作坊等復健場所，來幫助訓練症狀穩定的精神病患回歸社區。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 輔導精神病患去適應社會會有成效。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 有意願參與工作訓練的病患都很認真。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 即使有持續的服藥及進行復健，精神病患還是無法回歸到社區。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 藉由精神病患的藝術展示及戲劇演出可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 提供接觸精神病患的機會可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 若醫院改善管理精神病患的方式，也會因此改善大眾對精神病患的態度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 媒體之正向描述與報導可以改善大眾對精神病患的接受程度。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

以上您所回答的「對精神病患態度」主要是針對下列哪一類病患，請您勾選（單選）：

1. 精神分裂症 2. 憂鬱症 3. 躁鬱症 4. 妄想症 5. 無針對特定病患
 6. 其他（請註明）_____

第二部份：以下為您的個人資料，請依題目所需逐題勾選作答，如果選填其他則請註明清楚。

- (1)性別：1. 男 0. 女
- (2)出生年代：民國_____年
- (3)教育程度：1. 不識字 2. 國小 3. 國中 4. 高中/職
5. 大學/專 6. 研究所以上 7. 其他（請註明）_____
- (4)宗教信仰：1. 無 2. 佛教 3. 基督教 4. 天主教
5. 道教 6. 回教 7. 其他（請註明）_____
- (5)工作類別：1. 精神科醫師 2. 精神科護士 3. 職能治療師/員 4. 社工
5. 心理師 6. 一般科醫師/牙醫 7. 一般科護士
8. 病房工作人員 9. 行政人員（亦含病歷室、福利社人員、書記等）
10. 其他醫事技術人員（醫檢師、藥師、營養師、物理治療師等）
11. 勞務人員（含司機、技工、洗衣房、小伙、職能治療科助理等）
12. 就業服務員
13. 其他（請註明）_____
- (6)最近半年內主要接觸的精神病患類型（單選）：
1. 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者。
2. 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者。
3. 精神疾病症狀穩定，可參與工作訓練者。
4. 門診病患
5. 接觸兩種以上之上述病患。
6. 無接觸 7. 其他（請註明）_____
- (7)曾接觸過之精神病患類型（可複選）：
1. 嚴重精神疾病症狀干擾，需急性治療者。
2. 精神疾病症狀穩定且呈現慢性退化，無法參與工作者。
3. 精神疾病症狀穩定，可參與工作訓練者。
4. 門診病患
5. 無接觸 6. 其他（請註明）_____
- (8)最近半年內平均每天上班時間接觸精神病患之時間：
1. 無 2. 2小時以下 3. 2-5小時以下 4. 5-8小時
- (9)精神科臨床服務年資（可累積所有臨床服務年資）：_____年（若無則填0）
- (10)於精神醫療機構工作之主要原因（單選）：
1. 有興趣 2. 有親友為精神病患 3. 親友介紹 4. 考試分發
5. 有職缺 6. 離家近 7. 其他（請註明）_____
- (11)至精神醫療機構工作前曾修習精神醫療、心理衛生相關訓練課程？1. 是 0. 否
- (12)至精神醫療機構工作後曾修習精神醫療、心理衛生相關訓練課程？1. 是 0. 否
- (13)在精神醫療機構上班會遭受他人的質疑或負面看法：
1. 非常不同意 2. 不同意 3. 無意見 4. 同意 5. 非常同意