

精神疾病污名感受量表及其短版之 心理計量特性

韓德彥 陳淑惠

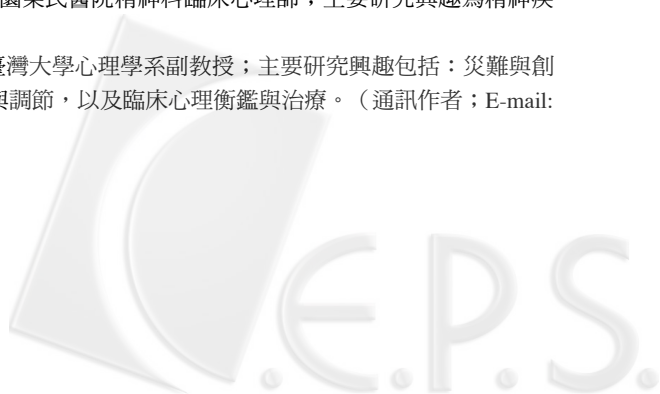
研究目的：精神疾病污名影響華人患者的症狀表現與疾病行為甚鉅，但目前仍缺乏本土社會下所發展的精神疾病污名自填量表。**研究方法：**本研究透過文獻查證及訪談，針對華人社會特性，編製「精神疾病污名感受量表」共25題，並以精神科門診255名患者與住院患者34名為樣本，建立量表信、效度。**研究結果：**量表內部一致性為.94，隔週再測信度為.90；量表因素分為「他人排斥貶抑」、「婚配阻礙」及「自設負面標籤」三項，嚴重型精神病患的得分顯著高於輕型患者，且病患污名感受較強者，其隔週後的自尊得分較低。以項目因素負荷量之考量所擬定的短版量表共有12題，信、效度同樣表現良好。**研究結論：**整體而言，本量表適合用來評估華人社會中，個體所感受到的精神疾病污名，臨床服務與病理研究皆可適用。

關鍵詞：精神疾病污名感受量表、精神疾病、污名、生病行為

韓德彥：國立臺灣大學心理學研究所博士候選人；桃園榮民醫院精神科臨床心理師；主要研究興趣為精神疾病污名與華人心理疾病特性探討。

陳淑惠：美國Emory大學臨床心理學哲學博士；國立臺灣大學心理學系副教授；主要研究興趣包括：災難與創傷心理、憂鬱、網路成癮、非語言情緒辨識與調節，以及臨床心理衡鑑與治療。（通訊作者；E-mail: shchen@ntu.edu.tw）

收稿：2006年12月25日；接受：2007年3月21日



一、前言

長久以來，華人社會對於精神疾病的接納度低，存有明顯排斥態度，且精神病患對自身的污名感受也非常強烈(Chung & Wong, 2004; Fabrega, 1991; Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2006)，而這些負面態度可對患者的生病行為(illness behavior)造成深遠影響。

例如：台灣地區曾有研究報告顯示，精神病患由於對疾病缺乏認識，或由於對疾病存有排斥與羞惡心態，往往拖延疾病至嚴重時才就醫，造成延誤(文榮光，1985；黃文翔、吳婉莉、文榮光，1983)。國外跨文化研究則發現，亞裔延遲就醫平均天數為1078日，而白人僅約324日，此延遲特性可能與華人家庭對家人罹患精神疾病的羞恥感與挫敗感有關(Lin, Inui, Kleinman, & Womack, 1982)。另外，Tsai、Teng與Sue(1981)調查在美華人使用精神醫療機構的情形後發現，華人求助於精神醫療機構的比例不高。他們認為，低使用率反映出華人對不名譽事情的恐懼，不懂得求醫的門徑，以及傳統上對精神病的怪異看法。

不僅一般華人民眾有延遲就醫的特性，就連在美國就讀的亞裔大學生，運用精神醫療資源的比例也較低，且症狀呈現上有較強的身體化特性。Sue與Sue(1974)以MMPI為比較工具時發現，亞裔學生在症狀呈現上，較其他學生有更多的身體不適。曾文星(1996)在探討華人社會中的身體化現象時主張：「病人一直盤旋在軀體的不適，不敢正視自己的心理困難，最常見的理由就是病人對於談論自己的心理問題感到羞恥、尷尬，……有時仍會存有家醜不可外揚的舊觀念，不敢也不習於向生疏的治療者談論家裡的醜事。」因此，污名對華人患者症狀呈現的方式，甚至治療時是否願意坦然說出內心困擾等行為，也可能有深遠影響。

許多精神疾病社區流行病學調查發現，華人民眾精神疾病罹患率特別低(Murray & Lopez, 1996; Takeuchi et al., 1998)。例如，一項以標準化工具進行的跨國調查發現，台灣地區雙極症(bipolar disorder)的終身罹患率僅0.3%，而其他十個國家罹患率卻在0.4%到1.5%之間；同樣的，台灣重度憂鬱症的終生盛行率為1.5%，而其他地區卻高達2.9%到19.0%之譜(Weissman et al., 1996)。作者們認為台灣為一工業化國家，

精神疾病盛行率卻極低，實在不合理，他們認為：「社會污名及不願承認精神症狀的文化特性，是可以解釋的一個理由。」

由以上文獻推知，精神疾病污名恐怕不只影響患者的就醫行為，甚至讓標準化調查工具難以在華人社會中準確估算精神疾患盛行率。不過，這些假設與推論唯有透過實徵研究，方能得到驗證；而驗證的基礎，乃在正確測量精神疾病污名。

事實上，精神疾病的「污名」現象並非華人社會所獨有，污名範疇也不只對精神疾病。社會學家Goffman(1963)是最早對污名提出探討的學者，他將污名界定為：對個體或群體之明顯身體或行為特性，產生的一種錯誤且負向之社會態度。後續又有研究進一步指出，當精神疾病患者將外在環境中的負面態度「內化」後，他們對自身疾病標籤產生污名感受，會導致憂鬱或低自尊的問題(Ritsher & Phelan, 2004)。

國內研究者曾對精神疾病污名態度做過調查，如戴傳文、許文耀(1991)測量社區居民對精神病患的態度，簡錦標、廖倩誼與陳正誠(1994)測量精神病人家屬對精神疾病的態度。然而，這些研究的受試者不是精神病患本身，並未測得病患主觀所感受到的污名強度。測量某時期某地區民眾對精神病患的態度，有助於我們了解病患在社區中可能遭受到的歧視或排斥；但若企圖了解這些社會態度在經過患者內化後，是否對他們病理呈現方式有所影響，我們必須直接測量個體主觀感受到的污名強度。

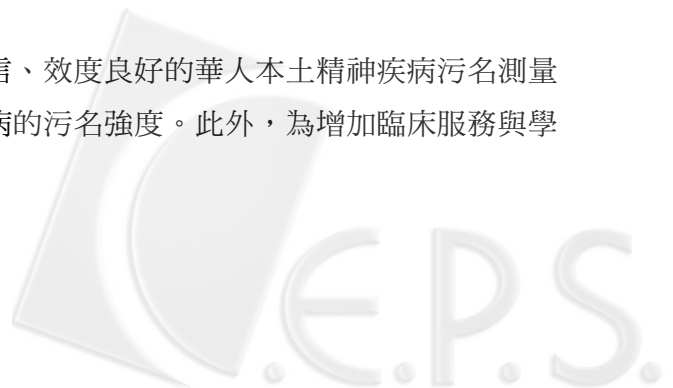
為加強精神疾病的預防與治療，瞭解華人患者的就醫特性，實有必要發展一信、效度良好的工具，來測量這項影響力甚大，卻難以言說的精神疾病污名。然而，目前污名測量工具大多來自西方社會，可能無法充分掌握華人精神疾病污名特性。經查證文獻本研究發現，西方社會所發展出的幾個重要污名相關量表，測量重點常放在個體工作權利、是否受到平等對待之上，甚少提出「婚配阻礙」的問題，不考慮精神疾病對整體家族的影響，華人患者經常會說到的「丟臉、沒面子」等感受更是從未提及(Corrigan & Lundin, 2001; Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989; Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003)。從中西文化差異的整體架構來看，西方社會是「個我取向」的，而華人社會是「社會取向」的；社會取向中的「家族取向」、「關係取向」、「權威取向」、「他人取向」等次分類是華人社會

的主要特性(楊國樞, 2002), 而西方精神疾病污名量表並沒有涵蓋家族、關係、面子等華人患者的核心價值觀。因此, 發展具有本土特色的精神疾病污名量表, 確實有其必要性。

Kleinman等人(1995)曾以人類學方法, 在中國大陸從事癲癇患者受苦經驗研究, 他們藉由半結構訪談方式, 收集80位癲癇患者的罹病感受文本, 發現主要的污名內涵包括:(1)他人歧視與排斥;(2)自尊與權力降低;(3)婚姻阻力。由於該研究的對象為華人, 且癲癇與精神疾病頗有類似之處, 對發展本土精神疾病污名量表而言, 深具參考價值。Kleinman等人的污名觀點也曾被Raguram、Weiss、Channabasavanna與Devins(1996)等人, 用來發展一個適用於印度的精神病患半結構式污名訪談表, 但目前仍缺少一個較能反映華人本土特性的污名自填量表。

Link、Cullen、Struening、Shrout與Dohrenwend(1989)在標籤理論修訂版(Modified Labeling Theory)中提出, 當精神病患感受到污名時, 傾向於採取各種策略避免污名; 而且, 當精神病患感受到的污名愈強時, 愈容易採取避免污名的作為, 而結果他們的自尊卻反而愈降低。Link等人的後續縱貫式研究中, 在控制了先前自尊得分、憂鬱症狀、診斷類別、與人口學變項之後, 精神疾病污名仍能預測6個月與2年後的自尊得分(Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001)。近幾年裡, 亦有不少研究檢驗精神疾病污名與自尊的關連, 例如, 在Ritsher等人(2003)的研究裡, 發現污名與自尊之間達中度負相關, 其他幾個研究也都同樣發現精神疾病污名傾向可有效預測低自尊(例, Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Ritsher & Phelan, 2004; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007)。此外, 這些研究也多以Rosenberg Self-Esteem Scale(Rosenberg, 1979)之得分作為自尊的指標。由於目前華文社會中, 未見已受檢驗並公開發表的污名測量工具, 因此在量表的效標選用上, 本研究參考過去研究者Link等人(1989; 2001)、Ritsher等人(2003)、以及Watson等人(2007)的作法, 以「自尊」作為初步研究精神疾病污名測量的一個效標, 並以Rosenberg Self-Esteem Scale測量之。

綜上所述, 本研究目的在建立一個信、效度良好的華人本土精神疾病污名測量工具, 以瞭解華人患者對於自身精神疾病的污名強度。此外, 為增加臨床服務與學



術研究的實用價值，本研究也嘗試將原量表再縮減成更簡便的短版量表。期望這兩種版本的測量工具，能對華人精神疾病污名之探究有所貢獻。

二、研究方法

(一) 受試者

本研究以255位精神科門診患者為研究對象，患者所患疾病包括：憂鬱症、焦慮症、恐慌症、精神分裂症、躁鬱症等精神科門診常見診斷。所有個案皆納入資料分析之中，但在不同疾病族群的效度檢測上，僅粗分為輕型精神疾病(以精神官能症等疾病為主)與嚴重型精神疾病(以精神分裂症及躁鬱症等精神疾病為主)，無法分類到這兩種類別的其他情況(包括物質濫用、人格疾患等問題)則未納入此項分析。研究對象排除不識字或症狀過於嚴重而無法填寫量表者，人口變項分布情形見表一。本研究另以34名精神科住院患者，做為隔週再測信度與Rosenberg Self-Esteem Scale自尊效標驗證的樣本，其中女性10名，男性24名，平均年齡為 38.0 ± 10.2 歲。

(二) 研究工具

本研究參考Kleinman等人(1995)收集患者主觀罹病經驗的研究取向，採用深度訪談及焦點詢問法，詢問精神科門診患者及一般健康者有關「看精神科會帶來什麼樣的不方便?」、「什麼原因讓你不願意去看精神科?」、「若別人知道你有精神疾病那會怎樣?」等問題。深度訪談的目的，是要讓受訪者在安全、接納、合作的氣氛下，主動說明對於精神醫療或精神疾病的態度與看法；焦點詢問法的目的，則是嘗試了解受訪者對於到精神科就診，可能產生的深層排斥因素。

量表發展之初，題項內容的生成乃是藉臨床會談之機，向病患詢問以上三個問題，並記錄下他們的回覆與看法。這項工作進行約兩個月之久，訪談過的個案超過二十人，大多是憂鬱症、泛慮症、失眠症、精神分裂症、躁鬱症的患者。訪談資料在經過整理、列表、並去除重複概念後，編成「精神疾病污名感受量表」(以下簡稱「精神污名量表」)共25題。

表一 臨床樣本人口學變項分佈情形

		人數	%
性別	女	160	62.7
	男	91	35.7
	未填寫	4	1.6
年齡	~20歲	21	8.2
	21~30歲	70	27.5
	31~40歲	79	31.0
	41~50歲	38	14.9
	51~60歲	24	9.4
	61~70歲	6	2.4
	71~ 歲	5	2.0
	未填寫	18	7.1
教育程度	大專以上(13年以上)	90	35.3
	高中(10到12年)	85	33.3
	國中(7到9年)	5	13.2
	國小以下(6年以下)	24	9.4
	未填寫	17	6.7
婚姻狀態	單身	119	46.7
	已婚	102	40.0
	分居或離婚	20	7.8
	其他(矜寡、再婚等)	7	2.3
	未填寫	7	2.3
宗教信仰	佛教	91	35.7
	無	55	21.6
	道教	44	17.3
	基督教	19	7.5
	一貫道	6	2.4
	天主教	5	2.0
	其他宗教	11	4.3
	未填寫	24	9.4
診斷	輕型精神疾病	150	58.8
	嚴重型精神疾病	79	31.0
	其他	26	10.2



「精神污名量表」可用於精神疾病患者及一般健康者，在題目呈現上採第一人稱方式敘述，並且透過一些假設性語句，期望未來能驗證受試者主觀感受到的精神疾病污名，是否影響相關生病行為。作答方式採四點李克氏量尺(Likert's scale)，由1到4，分別表示「完全不同意」、「不同意」、「同意」、「完全同意」，且所有題目皆為正向題，得分愈高表示受測者感受到的精神疾病污名愈強。此外，本研究也收集年齡、性別、教育程度等人口變項，並請精神科主治醫師以代號將診斷名稱附註在問卷末端，以了解樣本組成特性。

在效標選用上，本研究仿照過去研究者的作法，以「自尊」作為精神疾病污名測量的效標，並以Rosenberg Self-Esteem Scale測量之。Rosenberg自尊量表共有十題，例題如「我認為自己是個有價值的人，至少與別人不相上下」。該量表採4點李克氏量尺評量，其中五個反向題需經重新入碼，以加總之總分作為自尊傾向的指標，得分愈高表示自我評價愈高。這個量表的中文版在過去的研究中受到廣泛使用(例如：翁淑緣，1985；樊景立、鄭伯壘，1997)，具有良好的信效度。在本研究中，該量表呈現出適當之內部一致性(Cronbach's $\alpha = .83$)。

(三) 資料分析

本研究以SPSS for Windows(10.01)統計軟體進行統計分析，計算精神污名量表的內部一致性(Chronbach's alpha)與再測信度(皮爾森相關法與intra-class correlation)，並以最大概似法(maximum likelihood)檢驗因素結構(翁儷禎，1995)。由於在概念上，精神污名量表的內部因素結構間，缺乏相互獨立之證據，故以斜交轉軸法進行轉軸(翁儷禎，1995)。另外，本研究再以t檢定法分析輕、重型精神病患在本量表的得分差異，並以皮爾森相關法探索污名感受與自尊強弱的關係。

三、研究結果

精神污名量表各題與量表總分之間的相關在.43到.77之間，未見相關係數特別低的項目(見表二)。此外，刪除任何一題，並不會使量表整體內部一致性獲得大幅提高，故25題在此階段全數保留。

表二 精神污名量表項目平均值、標準差及項目—總分相關

	平均值	標準差	項目—總分 相關
1. 若我得了精神疾病，別人會認為我的道德修養不夠好。	1.93	.78	.43
2. 我認為沒人願意跟精神有問題的人結婚。	2.54	.87	.49
3. 看精神科會讓我覺得丟臉。	1.92	.77	.52
4. 有精神疾病的人是弱者。	2.11	.87	.53
5. 別人若知道我在看精神科，那將會破壞我的人際關係。	2.22	.84	.69
6. 若我得了精神疾病，我會覺得我比別人差勁。	2.40	.88	.69
7. 去看精神科表示自己心理不健康。	2.34	.87	.56
8. 把自己的精神問題告訴外人，會對自己不利。	2.29	.85	.55
9. 若我得了精神疾病，別人會認為我的祖先有問題。	1.93	.77	.49
10. 精神病患會受到結婚對象父母的排斥。	2.73	.88	.57
11. 若我有精神疾病，我的家人會感到沒面子。	2.25	.84	.75
12. 若我有精神疾病表示我不是個「正常人」。	2.36	.88	.69
13. 如果我告訴別人我在看精神科，別人會無法接納。	2.11	.77	.74
14. 看精神科會讓我的生命留下不好的紀錄。	2.07	.81	.72
15. 若我有精神疾病且被人知道，那我的名譽將會受損。	2.19	.87	.75
16. 去看精神科意味我是個心理不夠堅強的人。	2.45	.81	.48
17. 曾患過精神疾病的人，跟一般人比起來，較難找到合適的結婚對象。	2.68	.81	.60
18. 自己的行為、思想若不能自己掌握，我擔心會被人恥笑。	2.67	.80	.60
19. 如果我的家人有精神疾病，這會讓我無法找到合適的結婚對象。	2.28	.83	.51
20. 去看精神科，會被人視為「心理變態」。	1.74	.69	.50
21. 如果別人知道我有精神問題，那將會降低他對我的評價。	2.55	.79	.68
22. 如果我有精神疾病，沒有人會願意跟我結婚。	2.41	.82	.56
23. 若我得了精神疾病而且被人知道，我會被人瞧不起。	2.28	.77	.75
24. 有精神問題會讓我感到羞恥	2.13	.77	.77
25. 看精神科有損我的尊嚴。	1.92	.70	.64
全量表	2.27	.53	

整體量表的Cronbach's α 為.94，顯示本量表具高度內部一致性。另外，以34名住院精神病人為樣本測量隔週再測信度，得到皮爾森相關為.90，各題前後相關值則是在.30到.82之間，intra-class correlation所得結果經四捨五入後，與皮爾森相關係數相同。由此可知，本量表在不同時間施測，依舊保有不錯的穩定性。

本研究採用最大概似法抽取因素，取固有值(eigenvalue)大於1.0以上的因素，再以可容許資料自由呈現其結構之最優(promax)斜交法進行轉軸，共得到四個因素，可解釋50.7%的變異量。但考量到量表概念結構及項目語意關聯，取四軸時在因素命名上會出現困難，且同一因素下的各個題目並不具有臨床上或理論上的相關性。研究者發現，抽取三個因素的結果，較具心理建構意義，且仍可解釋48.4%的變異量，故決定抽取三個因素。因素分析結果顯示，量表中的所有題目，都至少在一個因素上負荷量超過.28，故所有題目在此階段檢驗上仍適合全部保留。各題在三軸的因素負荷量如表三所示。

抽取出的第一個因素包含11題，題目內容多與擔心他人排拒、被人貶抑等種種外在不利有關，故命名為「他人排斥貶抑」；第二個因素包含8題，題目內容多與必須承受更多婚姻阻力或障礙有關，故命名為「婚配阻礙」；第三個因素包含6題，題目內容多與自身感受到的負面標籤，如不夠堅強、弱者、差勁等內在低劣感受有關，故命名為「自設負面標籤」。因素結構大致與Kleinman等人(1995)在中國大陸癲癇研究中主張的三項污名內涵相似。此三因素的Cronbach's α 分別為.90、.87、.84；隔週再測信度分別為.88、.81、.89。各因素之得分以項目平均表之，得分越高表示該向度的污名傾向越高，此三因素的得分平均數與標準差分別為 $2.07 \pm .58$ 、 $2.50 \pm .61$ 、 $2.30 \pm .65$ 。他人排斥貶抑因素與婚配阻礙因素間相關為.62，他人排斥貶抑因素與自設負面標籤因素間相關為.71，婚配阻礙與自設負面標籤因素間相關為.65。

在不同診斷病患所得分數部分，發現嚴重型精神病患的量表得分平均數為 $2.42 \pm .55$ ，輕型精神病患則為 $2.19 \pm .51$ ，二者間達顯著差異($t=3.12, p<.01$)。進一步分析差異的主要來源，則發現達顯著差異的因素是他人排斥貶抑($t=3.99, p<.001$)與自設負面標籤($t=2.26, p<.05$)，在婚配阻礙的因素上則未達顯著差異。本研究再以

表三 精神污名量表之因素結構及因素負荷量

量表項目	量表因素	因素一 他人排 斥貶抑	因素二 婚配 阻礙	因素三 自設負 面標籤
5. 別人若知道我在看精神科，那將會破壞我的人際關係。	.85		-.08	-.01
15. 若我有精神疾病且被人知道，那我的名譽將會受損。	.79		.10	-.05
13. 如果我告訴別人我在看精神科，別人會無法接納。	.78		.12	-.08
8. 把自己的精神問題告訴外人，會對自己不利。	.75		.00	-.15
14. 看精神科會讓我的生命留下不好的紀錄。	.69		.01	.12
20. 去看精神科，會被人視為「心理變態」。	.67		.07	-.19
3. 看精神科會讓我覺得丟臉。	.55		-.27	.29
25. 看精神科有損我的尊嚴。	.54		-.12	.29
1. 若我得了精神疾病，別人會認為我的道德修養不夠好。	.50		-.10	.05
11. 若我有精神疾病，我的家人會感到沒面子。	.49		.22	.14
9. 若我得了精神疾病，別人會認為我的祖先有問題。	.28		.08	.18
22. 如果我有精神疾病，沒有人會願意跟我結婚。	-.15		.92	-.07
17. 曾患過精神疾病的人，跟一般人比起來，較難找到合適的結婚對象。	-.11		.81	.03
2. 我認為沒人願意跟精神有問題的人結婚。	.02		.63	-.08
19. 如果我的家人有精神疾病，這會讓我無法找到合適的結婚對象。	.04		.56	.01
10. 精神病患會受到結婚對象父母的排斥。	.02		.50	.14
23. 若我得了精神疾病而且被人知道，我會被人瞧不起。	.20		.46	.23
21. 如果別人知道我有精神問題，那將會降低他對我的評價。	.38		.42	-.02
18. 自己的行為、思想若不能自己掌握，我擔心會被人恥笑。	.08		.36	.25
6. 若我得了精神疾病，我會覺得我比別人差勁。	.01		-.04	.82
4. 有精神疾病的人是弱者。	-.07		-.06	.76
7. 去看精神科表示自己心理不健康。	-.03		.09	.58
16. 去看精神科意味我是個心理不夠堅強的人。	-.11		.14	.53
12. 若我有精神疾病表示我不是個「正常人」。	.21		.16	.42
24. 有精神問題會讓我感到羞恥。	.36		.14	.39



Rosenberg Self-Esteem Scale作為另一效標(樣本為34位精神科住院病患)，得到其與精神污名量表之皮爾森相關係數為 $-.44(p < .01)$ ，與三因素間的相關係數分別為 $-.49(p < .01)$ 、 $-.31(p = .06)$ 、 $-.43(p < .05)$ ，同樣顯示污名感受與一週後所測自尊有關，唯婚配阻礙與自尊之間未達顯著相關。

精神污名量表短版是由原三大分量表中，各抽取因素負荷量最大的前四題所構成，共包含12題。短版因素分析結果與原版類似，三軸可解釋51.3%的變異量。短版的量表得分平均數與標準差為 $2.35 \pm .56$ ，Cronbach's α 為.88，隔週再測信度為.92，與原版的相關係數為.97。短版中的他人排斥貶抑、婚配阻礙、與自設負面標籤等三因素的Cronbach's α 分別為.85、.79、.86，隔週再測信度分別為.85、.72、.75；得分平均數與標準差分別為 $2.23 \pm .70$ 、 $2.49 \pm .65$ 、 $2.32 \pm .67$ 。在不同診斷病患所得分數部分，發現嚴重型精神病患的量表得分平均數為 $2.48 \pm .58$ ，輕型精神病患則為 $2.28 \pm .54$ ，二者間達顯著差異($t = 2.61, p < .01$)。進一步分析差異的主要來源，則發現達顯著差異的因素是他人排斥貶抑($t = 3.84, p < .001$)，自設負面標籤與婚配阻礙的因素上則未達顯著差異。Rosenberg Self-Esteem Scale與短版精神污名量表間的皮爾森相關係數為 $-.38(p < .05)$ ，與三因素間的相關係數分別為 $-.43(p < .05)$ 、 $-.31(p = .07)$ 、 $-.43(p < .05)$ ，同樣顯示污名感受與一週後的自尊有關，唯婚配阻礙與自尊之間未達顯著相關。

四、討 論

本研究初步結果發現，精神污名量表是一個穩定可靠、結構良好的精神污名測量工具，題數適當，且充分反映華人社會中的精神污名特性；當施測時間受限時，其短版約在五分鐘內即可施測完成，且信、效度上的表現也同樣良好。因此，若欲評估華人個體所感受到的精神疾病污名強度，本量表及其短版可說是可用的選擇。

本量表經因素分析後所得到三項污名因素分別為：他人排斥貶抑、婚配阻礙、及自設負面標籤。這與Kleinman等人(1995)在中國大陸從事癲癇研究所得的三項主要污名內涵(他人歧視與排斥、婚姻阻力、自尊與權力降低)有頗高的一致性；然而，

Kleinman等人的研究是用質化方式探究華人癲癇患者的污名內涵，並未發展出可供計分的量表。本研究參考其方法，探究華人精神疾病污名內涵，並嘗試發展出適合實徵研究使用的自填量表。

從本量表因素三中的題目判斷，精神病患所呈現出的污名內涵，同樣也有Kleinman等人(1995)所述自尊與權力降低等層面，然而本研究進一步發現，精神病患較癲癇患者有更為明顯的「自設負面標籤」，也就是說精神病患會直接認定「若我有精神疾病表示我不是個『正常人』」，或自覺「去看精神科意味我是個心理不夠堅強的人」。這些自動化的內在負面標籤，很可能是精神疾病三級預防工作上的重大不利因素，不僅讓患者害怕看精神科，不願遵從醫囑按時就診，甚至無法回歸社區。臨床工作者若能去除患者在這方面的自動化負面思考，或許更能有效防治精神疾病。

從精神污名量表的三個分量尺項目平均數來看，「婚配阻礙」似乎在華人精神疾病污名量表中分數偏高，華人社會中精神污名的「婚配阻礙」是否穩定較高，此現象有待後續研究進一步驗證。在其他西方社會所發展出的幾個重要污名相關量表，甚少提出或強調婚配阻礙的問題(Corrigan & Lundin, 2001; Link et al., 1989; Ritsher et al., 2003)。顯然，婚配阻礙是華人精神污名內涵中不可忽視的一個特性，有必要在臨床服務時提供適當諮詢以減輕患者的煩惱與痛苦。

Goffman(1963)在探討污名型態時，將污名分為三大類，分別是身體的(physical)、品行的(conduct)、與種族的(tribal)；同時，在另一向度上又將污名分為顯而易見的(creditable)與可隱藏的(discreditable)兩種。Page(1984)認為不同種類的污名，會遭到不同程度的責難。一般而言，身體污名與種族污名得到的社會接納稍高，因為大部分人不認為這些人需要對他們的「失敗」負責，當人們與這些人互動的時候，比較會被引發出接納而非排斥的反應；此外，又加上倫理、人權教育及媒體的影響，這些人所承受的污名比較輕微。相反地，品行污名的承受者，通常被認為必須為自己的「失敗」負責。一般社會大眾相信，這些人刻意去做社會所不容的行為，因此在對待他們的時候，容易出現鄙夷、輕視或敵對的態度。

依據上述污名分類方式推論，嚴重型精神病患由於容易出現怪異行為，症狀

較難隱藏，且過去常被人認為是「品行」的問題，所承受的污名感受應較強；事實上，已有實徵研究發現精神疾病污名確實高過身體疾病污名(Saetermoe, Scattone, & Kim, 2001)。相對而言，輕型精神病患的情緒困擾與症狀容易隱藏，且又可僅以身體不適的方式呈現症狀，故與嚴重型患者相較下，其所承受的污名感受應較弱。本研究所得結果與此推論相符，可做為「精神污名量表」的另一效度佐證。然而，更進一步分析差異來源時，本研究發現「婚配阻礙」因素未達顯著差異，這很可能表示華人輕型精神病患即便在可以用身體不適方式隱藏情緒症狀的條件下，仍主觀地覺察(perceive)到華人社會在婚配上對他們的排斥程度竟與嚴重型精神病患相當。「婚配阻礙」對於輕型與嚴重型的華人精神病患而言，造成同樣嚴重的負面影響，值得後續研究詳加探討。另外，本研究發現婚配阻礙與自尊量表未達顯著相關，也顯示華人「社會取向」污名內涵中的婚配阻礙，很可能不同於西方「個我取向」以測量個體自尊為主的污名內涵(楊國樞，2002)；換言之，西方學者將精神疾病污名的測量核心偏重在自我價值的貶低(Link et al., 1989)，而華人的精神疾病污名測量則除了包含自我貶抑的傾向外，也涵蓋了家庭、人際、婚配等「家族取向」層面的議題。華人受社會文化之影響後，精神疾病污名經驗延伸到家族中的其他成員，並呈顯在「婚配阻礙」之上，更彰顯出此向度很可能具有特殊的文化意涵。此點，也值得後續研究詳加探討。

本研究未採取較細緻的質化訪談法收集污名相關文本，同時沒有從現象中建構精神疾病污名理論，因此本量表可能會有缺乏理論建構的缺憾。其次，由於國內並沒有已接受過信、效度檢驗的污名量表，可作為檢驗同時效度的工具，因此本研究只能以較間接的自尊量表當作效標。本量表可在未來，協助建立其他污名量表的同時效度之用。

本量表大部分題目採用第一人稱、假設語氣的方式編製而成，無論是輕、重型精神疾病患者，或是一般健康者皆可適用。因此，本量表不僅可在各種樣本間(如憂鬱症患者、精神分裂症患者、精神醫療工作者)做橫向比較，對於同一個體在疾病演進過程中(包括未發、已發，到後續復健)也可做縱向的比較，可說是本量表的一大特色。先前我們已使用此量表從事身體化的病理探討(陳淑惠、韓德彥、劉嘉逸、陳景

彥、楊庸一，2004)；未來我們還計畫探究精神分裂患者發病歷程中的污名感受變化情形。臨床工作者也可自行參照本文所提供的平均數與標準差，用以評估個案的污名強弱，進一步瞭解其主觀污名感受。

精神疾病污名問題在西方社會愈來愈受到重視，相關研究、研討會主題或人民團體活動如火如荼進行。已有研究證實污名阻礙精神病患的社會適應，降低醫療配合度，並且可預測日後的憂鬱與低自尊感(Perlick et al., 2001; Ritsher & Phelan, 2004; Sirey et al., 2001)。一個信、效度已受完整檢驗的精神污名測量工具，不僅對心理病理及生病行為的相關研究有所助益，更可協助臨床工作者，將降低污名感受當作減緩症狀之外的一項重要服務目標。

誌 謝

本研究在教育部卓越計畫[89-H-FA01-2-4-1(89-5-2)]補助下完成，研究過程中承蒙所有的研究參與者以及研究助理李雅萍小姐協助資料之收集，投稿期間匿名審查委員與主編們的細心指正與寶貴建議，在此一併致謝。

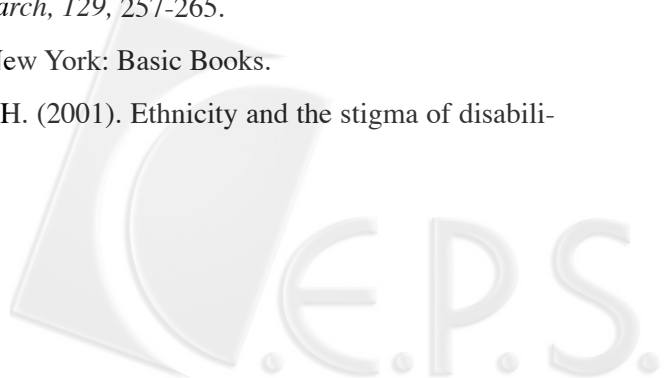
參考文獻

- 文榮光(1985)：〈精神疾病與求助行為：問題與對策〉。《中華心理衛生學刊》，2卷，頁37-46。
- 翁淑緣(1985)：〈青少年的自尊以及相關變項的研究〉。《政大教育與心理研究》，8卷，頁79-114。
- 翁儷禎(1995)：〈因素分析應用之一覽〉，見於章英華、傅仰止、瞿海源編：《社會調查與分析：社會科學研究方法檢討與前瞻之一》。台北：中央研究院民族學研究所。
- 曾文星(1996)：〈從文化角度談中國人的心理治療〉，見於曾文星編：《華人的心理與治療》。台北：桂冠圖書公司。



- 陳淑惠、韓德彥、劉嘉逸、陳景彥、楊庸一(2004)：〈身體化與精神疾病污名之關聯性〉。《台灣精神醫學》，18卷，頁42-50。
- 楊國樞(2002)：〈中國人的社會取向：社會互動的觀點〉。《華人心理的本土化研究》。台北：桂冠圖書公司。
- 黃文翔、吳婉莉、文榮光(1983)：〈精神疾病患者求助行為的研究〉。《心理衛生》，26卷，頁25-31。
- 樊景立、鄭伯璦(1997)：〈華人自評式績效考核中的自謙偏差：題意、謙虛價值及自尊的影響〉。《中華心理學刊》，39卷，頁103-118。
- 簡錦標、廖倩誼、陳正誠(1994)：〈台北市某精神科醫院病人家屬求醫行為與精神疾病有關態度之研究〉。《健康教育》，73期，頁44-54。
- 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卷，頁71-87。
- Corrigan, P. W., & Lundin, R. K. (2001). *Don't call me nuts: Coping with the stigma of mental illness*. Tinley Park, IL: Recovery Press.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology, 25*, 875-884.
- Chung, K. F., & Wong, M. C. (2004). Experience of stigma among Chinese mental health patients in Hong Kong. *Psychiatric Bulletin, 28*, 451-454.
- Fabrega, H. (1991). Psychiatric Stigma in Non-Western Societies. *Comprehensive Psychiatry, 32*, 534-551.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kleinman, A., Wang, W. Z., Li, S. C., Cheng, X. M., Dai, X. Y., Li, K. T., & Kleinman, J. (1995). The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in interior China. *Social Science and Medicine, 40*, 1319-1330.
- Lee, S., Chiu, M. Y. L., Tsang, A., Chui, H., & Kleinman, A. (2006). Stigmatizing experi-

- ence and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 62, 1685-1696.
- Lin, K. M., Inui, T. S., Kleinman A. M., & Womack, W. M. (1982). Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 78-85.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociology Review*, 54, 400-423.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatry Services*, 52, 1621-1626.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Page, R. (1984). *Stigma*. London: Routledge & Kegan Paul plc.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- Raguram, R., Weiss, M. G., Channabasavanna, S. M., & Devins, G. M. (1996). Stigma, depression, and somatization in South India. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1043-1049.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Saetermoe, C. L., Scattone, D. S., & Kim K. H. (2001). Ethnicity and the stigma of disabili-



- ties. *Psychology and Health*, 16, 699-713.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Sue, S., & Sue, D. W. (1974). MMPI comparisons between Asian-American and non-Asian students utilizing a student health psychiatric clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 423-427.
- Takeuchi, D T., Chung, R. C-Y., Lin, K-M., Shen, H., Kurasaki, K., Chun, C-A., & Sue, S. (1998). Lifetime and twelve-month prevalence rates of major depressive episodes and dysthymia among Chinese Americans in Los Angeles. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1407-1414.
- Tsai, M., Teng, L. N., & Sue, S. (1981). The mental health of the Chinese-Americans. In A. Kleinman & T. Y. Lin (Eds.), *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture* (pp. 211-232). London: D. Reidel.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, Jan 25, Epub ahead of print.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C-K., Lellouch, J., Lepine, J-P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H-U., & Yeh, E-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of American Medical Association*, 276, 293-299.

Psychometric Properties of the Perceived Psychiatric Stigma Scale and Its Short Version

DER-YAN HAN, SUE-HUEI CHEN

Purpose: The psychiatric stigma greatly affects symptom manifestation and illness behaviors of Chinese patients. However, there is still lacking a self-report scale that may be helpful for empirical research. **Methods:** Through literature review and case interviews, the present study aimed to embrace the Chinese characteristics into assessment tool and developed a 25-item Perceived Psychiatric Stigma Scale. Data of 255 psychiatric outpatients and 34 inpatients were used to establish reliability and validity of the scale. **Results:** The Cronbach's α was .94 and test-retest reliability with 1-week interval was .90. Moreover, factor analysis yielded three factors, i.e., fear of social ostracism, concerns over marital preclusion, and self-deprecation. The averaged scale score was higher in the outpatients with severe psychiatric illnesses than those with mild psychiatric illnesses, and the perceived stigma of inpatients could predict low self-esteem assessed 1 week later. The 12-item short version of the scale formed based on factor loadings was also noted to have satisfactory reliability and validity. **Conclusions:** To sum up, this scale and its short version are applicable to assess the perceived psychiatric stigma in Chinese societies for both clinical service and psychopathological research.

Key words: perceived psychiatric stigma scale, mental disease, illness behavior, stigma

Der-Yan Han: Ph.D. Candidate, Department of Psychology, National Taiwan University.

Clinical Psychologist, Department of Psychiatry, Taoyuan Veterans Hospital.

Sue-Huei Chen: Associate Professor, Department of Psychology, National Taiwan University. (Corresponding Author;

E-mail: shchen@ntu.edu.tw)

