

國立政治大學傳播學院 傳播碩士學位學程

碩士學位論文

媒體素養、科學認知、刻板印象對與憂鬱症患者互動意向
的影響：以中國大陸青年為例

Effects of Chinese Young People's Media Literacy, Scientific
Knowledge, and Stereotypes on Behavioral Intentions to Interact
with Depression Patients

指導教授：徐美苓 特聘教授

研究生：吳馨竹 撰

2022 年 6 月

謝 辭

六年一夢，流光一瞬。

假如時光可以倒退回十七歲的雨季，我想那個獨自南下，第一次踏上陌生島嶼的小姑娘，一定不敢相信時間會賜給自己這樣的厚禮。

感謝我的指導教授美苓老師，不僅在學術之路上帶領我少走許多彎路，更教給我許多知識外的態度與品格。每次拿到老師以十二分仔細修改批注、悉心雕琢的論文都深覺慚愧又感動，也深深記得每次鑽入牛角尖時，與老師討論、請教後茅塞頓開的驚喜與欣喜。在無邊未知中探索是孤獨的旅程，真的非常感激有一位支持鼓勵我，愛護我小小宇宙的恩師，在許多次的迷茫與掙扎裡，始終站在我的身後。美苓老師在我心中是學術的詩人，嚴謹卻不失浪漫，心中有浩瀚星河，下筆有萬鈞之力。感謝老師，讓我有底氣與勇氣前進，也看見自己想成為怎樣的人。

從木柵路一段到木柵路三段，感謝所有為我點亮了炬火的前輩，記得王健壯老師「是其是，非其非，筆則筆，削則削」，記得李金銓老師「舊學商量加邃密，新知培養轉深沉」，為我奠定了研究新聞與學術的志趣與態度。感謝余陽洲老師、羅曉南老師、彭懷恩老師為我打開傳播理論的大門，感謝陳秀鳳老師、董素蘭老師、林思平老師、林紫玉老師給我許多研究或傳播實務上的知識與經驗，更給予我許多生活上的關懷。感謝世新新聞，這裡是我永遠的家。感謝馮建三老師、鄭宇君老師讓我堅定了對政治經濟學與健康傳播的旨趣，感謝林翠絹老師、陳憶寧老師在學術、生活上給我許多鼓勵。感謝政大傳院，這裡是我夢想的搖籃。感謝韓義興老師帶領我克服對量化方法的恐懼與忐忑，朝著標竿直跑。感謝韓老師與邱玉蟬老師在疫情下仍願兩次擔任我的口試委員，在論文的修改過程中給我詳細、寶貴的建議。感謝靜媚助教學姐在論文的最後階段協助我完成許多行政流程。

感謝領路人，也感謝身邊人。謝謝一路以來許多並肩同行，或為我加油、代禱的夥伴。感謝曉烜，陪我經歷高山低谷。感謝楚雯，一直站在我身後。感謝昕好、穎波、朋鵬，政大的時光是我們永難忘懷的詩篇。感謝琪寬，在迷霧中陪伴，幫我釐清方向。感謝亞妮，你是我生命裡的小天使。感謝小珊、文璐、方琦，給我許多生活或學術上的幫助。感謝小偉老師，我永遠的恩師、家人與夥伴。感謝端恩，Joy，感謝板新、以諾、大專生團契的天使們，成為我隨時的懷抱和港灣。

感謝父母，在生活上、情感上、精神上賜給我不可或缺的愛與支持。有永遠幫助我、從不埋怨我、始終鼓勵我的家人，是我生命中最大的財富與恩典。

感謝上帝，我的生命與我所寫下的每個字都是祂恩典的痕跡。

感謝自己，在播種和收穫的時候，都未曾失去盼望。

感謝每位願意無償參加調查的受訪者。這本論文獻給每位與憂鬱症戰鬥的醫療工作者，和每一位勇敢與精神疾病搏鬥的患者，你們都是特別可愛也值得被愛的人。願有朝一日，所有的憂鬱症患者都能走出陰霾，與自己和解。也願每個人的尊嚴和自由都被小心愛護，願我們都愛人如己，在溫柔的光中擁抱彼此。

感謝每位抗擊 COVID-19 疫情的醫療工作者，和每一個在不確定的日子裡勇敢且堅強的普通人。我的碩士生涯始於大疫之年，因疫情緣故，我有近二年未返鄉，最後的告別也稍顯匆忙。至此時，疫情尚未止息，不少夥伴仍在異鄉旅居求學。盼望凜冬散盡後的春天，我能有機會再踏上這座我深愛的島嶼，摘下口罩好好地擁抱每一個讓我念念不忘的人。我想，台灣，是我青春裡過目不忘的詩。

乘風破浪的路上，感謝腳前有燈，路上有光，身畔有人。

點墨於此，下一站，我要去奔赴新的山海。

繼續探索未知，擁抱沒有窮盡的真理，愛具體的人。

願我心中永存謙卑的敬畏，笨拙的莽撞與清澈的勇敢。

長路漫漫，和光同塵。

馨竹

2022年7月

於盛京

摘要

近年來，憂鬱症罹患人口劇增成為全球性的問題。在中國大陸，青年學生群體罹患憂鬱症的比例已達到 23.8%，遠超世界平均水平，但患者診療率卻十分低。先前研究指出，此情形可能與常民對憂鬱症認知不足及對精神疾病固有的刻板印象有關。故本研究欲探討，中國大陸青年群體對憂鬱症的了解程度如何？憂鬱症在青年學生心目中是何種形象？此種認知或刻板印象又是受到哪些因素影響？本研究從疾病的社會建構理論出發，將疾病在常民心中的形象視為媒介文本與大眾獨立批判意識的博弈，試探究「媒體素養」是否成為影響閱聽眾對疾病認知的因素，嘗試建構一個「知識-態度-行為」模型，進一步描述各種刻板印象如何轉化為人們對憂鬱症患者的行為意向，並結合「利他行為」之定義，探討個人價值觀念是否會影響人們與患者互動之行為。

本研究採用網路問卷調查法，於 2022 年 4 月間共收集 820 份來自中國大陸各大專院校之學生樣本。調查結果顯示，總體上，中國大陸青年學生群體對憂鬱症知識的了解程度與去負面刻板印象化程度相較十年前已有了明顯提升，但疾病治療知識有待普及，也仍存在某種程度之負面刻板印象及正面化或浪漫化的刻板印象。

再者，媒體素養較高之大學生具有較強的主動檢索與捕獲資訊的能力，因此對於憂鬱症科學知識的了解會較之媒體素養較低者更加豐富全面與準確，越符合憂鬱症的生物醫學真實。也因為媒體素養較高之大學生有較高的資訊鑑別能力，故可透過資訊檢索、瀏覽及反思，進一步地辨別疾病生物醫學知識與非科學知識的疾病刻板印象之間的區別，因而對憂鬱症的負面刻板印象較低。

除此，有親友患憂鬱症的大學生，出於人際因素，更能同理、關懷憂鬱症患者，不容易認同或被憂鬱症之負面刻板印象所誤導，故對憂鬱症的負面刻板印象較無患者親友者較低。

然而，大學生對憂鬱症的科學認知越高，對憂鬱症的負面刻板印象反而越高。此結果可能是因為當大學生受訪者將精神疾病歸因於生物、遺傳學因素時，會更容易認為患者可能產生不可控制的負面行為，因而傾向於認同憂鬱症患者具有不可控之暴力或依賴他人等行為，加深對憂鬱症患者的負面刻板印象。最後，利他價值觀念越強的大學生，會更願意實踐與憂鬱症患者正向互動之行為。對憂鬱症負面刻板印象較高的人，確實比較不容易實踐陪伴、幫助或者推動憂鬱症去刻板印象化的行為。

依據分析結果，本研究提出研究限制，並為未來疾病刻板印象之相關研究及精神疾病的媒體再現、心理衛生教育等實務工作提供了可行性建議。

關鍵詞：行為意向、刻板印象、媒體素養、網路問卷調查、憂鬱症

Abstract

In recent years, the drastic increase in the number of people suffering from depression has become a global problem. In mainland China, the proportion of young students suffering from depression has reached 23.8%, far exceeding the world average, but the patients' diagnosis and treatment rates are still very low. Previous studies have pointed out that this situation may be related to the lack of awareness of depression among ordinary people and the inherent stereotype of mental illness. Therefore, this study aimed to explore how well the young people in mainland China understand depression? What is the image of depression in the minds of young students? And what factors influence the perceptions or stereotypes?

Starting from the social construction theory of disease, this research regarded the image of disease in the minds of ordinary people as a game between media texts and the public's independent critical consciousness, and tried to explore whether media literacy becomes a factor affecting readers' cognition of disease. The research attempted to construct a knowledge-attitude-behavior model to further describe how various stereotypes are transformed into people's behavioral intentions toward depression patients and explored whether personal altruistic values affect behavioral intentions in interacting positively with patients.

The study recruited 820 students from colleges and universities in mainland China to participate in the online questionnaire survey in April 2022. Overall, the results show that compared to ten years ago, the understanding of depression knowledge and the degree of de-negative stereotypes among young students in mainland China have significantly improved. Nevertheless, there still existed some extent of lacking in treatment knowledge, both negative and romanticized stereotypes of depression.

Moreover, media literacy enabled Chinese college students to have a stronger ability to actively search and acquire information, thus having more comprehensive and accurate scientific knowledge of depression. Those with higher media literacy also had lower negative stereotypes of depression patients.

In addition, Chinese college students with friends or relatives who are depression patients had lower negative stereotypes of the patients than those who do not have any depressed friends or relatives. It could be the fact that more interpersonal contact could induce more empathy towards the patients, thus reducing the negative stereotypes.

Contrary to the prediction, Chinese college students with better scientific knowledge of depression turned out to have stronger negative stereotypes, which would further affect students' intention to interact positively with depression patients. It might result from the fact that items of scientific knowledge in the survey also include those entailing biological and genetic attributions of depression. Those students who were aware of those factors might perceive the patients to exert uncontrollable negative behaviors, which increased students' negative stereotypes of the patients. Last but not the least, college students with higher altruistic values showed stronger behavioral intentions to interact positively with depression patients. Those with stronger negative stereotypes of depression patients were also less likely to interact positively with them.

This study concludes with research limitations and feasible suggestions for future research and practice.

Keywords: behavioral intention, stereotype, media literacy, web survey, depression

目 錄

謝辭.....	ii
中文摘要.....	iv
英文摘要.....	vi
目錄.....	viii
表目錄.....	x
圖目錄.....	xi
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究問題與目的.....	4
第二章 文獻探討.....	6
第一節 憂鬱症之醫學真實.....	6
第二節 憂鬱症之常民科學認知.....	9
第三節 憂鬱症之社會建構.....	11
第四節 影響憂鬱症刻板印象形成的因素.....	16
第五節 常民與憂鬱症患者正面互動的行為意向.....	21
第三章 研究方法.....	24
第一節 研究對象.....	24

第二節 抽樣.....	25
第三節 變項的測量.....	26
第四節 研究步驟與研究倫理.....	34
第五節 資料分析方式.....	35
第四章 資料分析結果.....	44
第一節 基本資料描述.....	44
第二節 差異性分析.....	50
第三節 結構方程模型分析.....	53
第五章 討論、結論與建議.....	62
第一節 研究主要發現.....	62
第二節 研究限制與建議.....	71
參考文獻	75
附錄 網路調查問卷.....	100

表 目 錄

表 3-1 本研究進行信、效度分析之變項.....	36
表 3-2 驗證性因素分析 各潛在變數對應觀察變數的 λ 參數.....	38-39
表 3-3 刪題後各潛在變數對應觀察變數的 λ 參數及殘差.....	40
表 3-4 測量模型之適配度考驗.....	41
表 4-1 受訪者憂鬱症資訊之媒體接收管道頻率分布.....	45
表 4-2 本研究各分析變項描述分布.....	46
表 4-3 受訪者憂鬱症科學認知各題項回答的描述性統計分布.....	47
表 4-4 受訪者憂鬱症負面刻板印象各題項回答的描述性統計分布..	48
表 4-5 受訪者憂鬱症正面刻板印象各題項回答的描述性統計分布..	49
表 4-6 對憂鬱症科學認知的性別差異分析.....	50
表 4-7 有無憂鬱症罹患經驗在其科學認知與負面刻板印象的差異..	51
表 4-8 有無親友罹患憂鬱症在其科學認知與負面刻板印象的差異..	51
表 4-9 結構模型之適配度考驗.....	54
表 4-10 本研究 γ/β 值觀察表與假設成立情況.....	56

圖 目 錄

圖 3-1 各潛在變數對應觀察變數及解釋情形.....	40
圖 3-2 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型.....	43
圖 4-1 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型（修改前）..	53
圖 4-2 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型（修改後）..	53
圖 4-3 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型.....	55



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

壹、憂鬱症及其刻板印象

隨著現代社會迅速發展，社會競爭日益激烈，現代人的壓力與日俱增，越來越多人受到精神疾病的威脅。憂鬱症 (Depression) 被世界衛生組織 (World Health Organization, [WHO]) 稱為「二十一世紀的癌症」。WHO 最新調查結果顯示，造成人類失能 (disability) 前十名的疾病中，憂鬱症高居第一名。迄今全球至少有 3.5 億人罹患憂鬱症，且這一數字仍在急速上升 (WHO, 2020)。在 COVID-19 疫情期間，全球憂鬱症罹患概率更是翻倍增加 (Cooke, Eirich, Racine, & Madigan, 2020)。

儘管憂鬱症患者數量的增加不容小覷，患者求醫就診的情形卻不是這麼樂觀。相關數據顯示，全球僅有不到一半的憂鬱症患者接受有效治療，許多地區求醫比例甚至不到百分之十 (WHO, 2020)。認識與正視疾病，是預防和治療疾病的第一步。許多研究均證實，憂鬱症患者的低就醫率低可能與常民對精神疾病科學認知的缺乏以及與社會對於精神疾患的刻板印象有關 (王芳、鄭瑞強，2013；王美珍，2004；高曉翠，2003；Khandelwal, 2001；Mak & Cheung, 2008；WHO, 2020)。

刻板印象 (Stereotype) 泛指人們對某一事物共同、約略、概化或扭曲的觀念與認知 (Lippmann, 1922)。當人們為精神疾病患者貼上特定標籤，並與一些特質諸如「失能」、「軟弱」、「不名譽」等連結時，就可算是一種刻板印象 (周志玉，2006)。過去二十年間世界的多項研究顯示，常民對於憂鬱症等精神疾病存在著不同程度的刻板印象，包括對疾病本身的負面認知、對患者的負面評

價、污名與歧視等（高士元，2005；韓德彥、陳淑惠，2008；Chung & Wong, 2004；Coppens et al., 2013；Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2006；Perlick et al, 2007；Tsang, 2008；Wahl, 1999）。就憂鬱症言，其負面刻板印象影響甚鉅，除了如前述會降低患者就醫意願，還可能影響患者的藥物遵從度（Sirey, 2001）及癒後生活（Kirk, 2000），甚至導致標準化的調查工具無法正確推估出憂鬱症患者規模與社會現狀（韓德彥，2008；Chung & Wong, 2004）。

人類與憂鬱症抗爭的漫長歷史中，刻板印象從未缺席。中世紀人們將無法喜樂的憂鬱症患者視為「有缺陷的異教徒」；文藝復興時代人本主義盛行，憂鬱症成為浪漫、藝術眼光的代名詞；十七世紀，科學理性成為社會主流價值，被視為失序、不理智的憂鬱症患者被強行安置在瘋人院內；十八世紀末，純粹理性的幻滅，憂鬱又重新成為「華麗的感傷」（Solomon, 2014/齊若蘭譯，2020）。在歷史長河中，對憂鬱症的論述時而交替，時而交會，都與當時的主流社會文化觀念相呼應。那麼，當今世代人們對憂鬱症與憂鬱症患者抱持著怎樣的認知？是否也帶著某些正面或負面的刻板印象？

如果認為大眾對憂鬱症的刻板印象與社會文化建構有關，那麼在同樣的時代與文化背景下，造成人們對憂鬱症的認知參差之因素為何？在同質之媒介資訊、文化觀念薰染下的不同閱聽眾，為何會對憂鬱症抱持不同觀念？憂鬱症的刻板印象在一般大眾腦海中形成的模式為何？這是本研究欲探討之主題。

貳、憂鬱症在中國大陸

WHO 於 2019 公佈的統計數據顯示，全球憂鬱症患者中有近一半生活在東南亞及西太平洋地區。同年，由北京大學第六醫院 Huang 等人（2019）報告的中國精神衛生調查（China Mental Health Survey, [CMHS]）結果顯示，中國憂鬱症的

終身患病率為 6.9%，明顯高於世界平均水平。根據這一數據估算，中國有至少 9,500 萬名憂鬱症患者，約 15 人中就有一人罹患憂鬱症。

根據 CMHS 報告，中國憂鬱症患者有低齡化的趨勢，即三成以上患者年齡低於 35 歲，這些低齡患者透過搜尋引擎搜索憂鬱症的意願也正急速增加。Lei 等人 (2016) 耙梳彙整 18 年間 39 項以中國大學生為主的青年族群憂鬱症研究，指出中國大學生的憂鬱症發病率約為 23.8%，遠高於世界平均水平。晚近研究如廖琳 (2021) 的調查顯示，約 23.7% 的大學生有明顯的憂鬱症狀，並指出大學生面臨學業與社會競爭壓力繁重，個體的人格和心理結構尚不穩定，可能是導致其心理健康狀況不容樂觀的原因。Wu 等人 (2021) 的研究則指出，COVID-19 疫情期間，中國 16 個省市一萬餘名大學生罹患憂鬱概率已經達到 25.9%。由上可見，中國大陸青年族群如大學生的憂鬱症問題著實不容小覷。

梅舒婕等人 (2019) 的研究顯示，中國大陸憂鬱症患者的診療率僅有十分之一。高曉翠 (2003) 與鄭瑞強 (2013) 先後均指出，這一現象可能與中國大陸一般民眾對憂鬱症的認知缺乏及刻板印象有關。中國大陸心理健康教育起步較晚，人才相對不足，心理健康知識體系尚不健全 (石國興、張冬梅，2008；俞國良、謝天，2019)，常民對憂鬱症存在著明顯的知識缺乏 (張宏偉，2011；劉建鵬，2017；陳宏美，2012；羅亞雄、劉冰花、張秀蘭、周正容，2020) 或心理上的刻板印象 (李強、高文珺、許丹，2008；歐燁，2018；韓德彥、陳淑惠，2008；Ritsher & Phelan, 2004)。此外，華人社會對精神疾病的接納程度較低，精神病患的自我污名情況嚴重，導致患者病恥感強烈，自我揭露及尋醫的意願都較為低落 (韓德彥、陳淑惠，2008；Chung & Wong, 2004；Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2006；Vogel, Wade, & Hackler, 2007；WHO, 2001)。

在對憂鬱症的科學認知方面，張宏偉（2011）、陳宏美（2012）等人分別在延安市及秦皇島市進行隨機問卷調查，結果發現受訪者對精神疾病基本知識的回答正確率僅有 50% 左右。晚近研究如陳均恆（2021）的調查則指出，高校青年學生群體基本上對精神疾病的總體知曉率達到了 79.98%，但尚對部分精神衛生知識了解不足。

簡言之，中國大陸一般民眾，特別是青年學生的憂鬱症情形十分嚴峻，然而大眾對憂鬱症的認知尚存在不足與偏差。中國大陸正處於轉型階段，現代人的心理與精神健康不容忽視。中國大陸近年也陸續頒布相關政策與條例，重點關注國人精神與心理健康問題，完善青少年心理健康教育體系（《2019 中國抑鬱症領域白皮書》，2019）。然而，憂鬱症健康資訊的普及除了需要政策面的引導，更需要合宜的溝通策略。因此，了解青年族群對於憂鬱症之議題感知及其影響因素為何，發展憂鬱症刻板印象形成的一般模式，有其重要之實務意涵。

第二節 研究問題與目的

本研究旨在調查中國大陸青年族群對憂鬱症的科學認知、刻板印象及其與患者互動的行為意向，並試圖建構完整的理論模型，描述憂鬱症在其心中的科學認知疾病形象的形成歷程，以及此二者對其後續行為之影響模式。

Sontag（1978）指出，疾病概念的建構可能受到社會歷史文化與主流健康觀念之影響，並不能完全反映醫學真實。Conrad（1997）進一步強調，新聞媒體是社會文化構建疾病概念之重要場域，媒介文本會影響大眾對疾病的感知，特別是媒體「將複雜問題簡單化」的報導可能是造成疾病刻板印象的重要因素。基於此，一系列實證研究從媒體端入手，以內容分析法考察媒介文本對憂鬱症之形塑（王

翠，2010；李翔，2017；吳孟津、徐美苓，2011；任金州、康云凱，2015；姜陽，2018；董偉，2010；劉敏，2018；龐旭，2016），均指出媒體對於憂鬱症議題存在一系列報導失當、偏頗等問題。沿此脈絡，本研究欲進一步討論在相似的社會文化氛圍及媒體環境下，閱聽眾對憂鬱症的議題感知受到何種因素影響？媒體素養是否成為此過程之調節變項？亦即媒體識讀能力與批判能力較高之閱聽眾，是否對憂鬱症的認知可更為正確及全面？

再者，Corrigan 等人（2001c, 2002, 2003, 2005）的研究提出了精神與心理疾病污名及刻板印象一系列的模型，並指出個人對疾病的科學認知、罹患經驗等可能影響其對疾病刻板印象。隨著精神疾病逐漸細分為「憂鬱症」、「躁鬱症」、「思覺失調」等具體疾病，籠統的「心理疾病」（mental illness）污名模型恐無法解釋全部疾病刻板印象形成原因（周志玉，2006；Pescosolido, 1999）。因此，本研究亦欲檢測與驗證 Corrigan 等人（2005）之模型在憂鬱症這一特定疾病範圍內的解釋力。

此外，常民對憂鬱症的刻板印象，很有可能左右其對憂鬱症患者的接納程度、陪伴、幫助等正向互動的意願（陳依煜，2014；Corrigan & Watson, 2002）。本研究除了探索閱聽眾對憂鬱症的刻板印象如何，亦欲探索此諸刻板印象如何內化為人們對憂鬱症患者的態度，轉化為與患者互動的行為意向與實踐。並基於「利他行為」的定義與特徵，探討此過程中，個人值觀念取向是否具有調節作用。

第二章 文獻探討

本章文獻探討首先梳理憂鬱症概念及病理學常識，以期對憂鬱症的醫學真實有較精準的掌握，並藉以梳理常民對憂鬱症科學認知概況及影響因素。其次，本研究將沿著疾病的社會建構脈絡以概念化憂鬱症刻板印象，並就此概念的形成歷程耙梳相關文獻，以理解包括疾病科學認知媒體素養、患病經驗等變項間的關係及其如何影響對憂鬱症刻板印象的形成。最後，本研究將探討刻板印象與行為意向之間的關係，試圖建構一認知-行為模型以利後續分析。

第一節 憂鬱症之醫學真實

壹、憂鬱症之概念界定

憂鬱 (Melancholy) 在牛津詞典中的定義是：持續很長時間的，沒有任何明顯原因的悲傷 (Oxford English Dictionary, 1989)。從字面義看，「憂」指愁苦悲傷，「鬱」指積聚不散。顧名思義，憂鬱就是愁悶不暢，心裡極不快樂的情緒狀態 (《張氏心理學字典》，2006)。正常的憂鬱情緒往往會隨時間流逝，但若憂鬱情緒持續頗長時間，嚴重干擾人們正常的思考、生活行動，便可認為是「憂鬱症」 (楊延光、鄭淑惠，2006)。

臨床醫學上對憂鬱症的定義更側重診斷症狀 (陳潮宗，2004)，目前精神醫學界最廣泛引用的臨床憂鬱症確診指標，是依據 WHO 編撰的第十一版國際疾病分類標準 (The International Classification and Diagnostic Criteria of Disease, [ICD-11]) 以及由美國精神醫學會 (The American Psychiatric Association) 出版的第五版心理疾病診斷及統計手冊 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, [DSM-V]) (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019) 。ICD 與 DSM-V 俱將憂鬱症劃歸為精神疾病範疇內的「情緒性疾患」(mood disorders)，以強調此類疾病是由情緒異常導致。根據 ICD，憂鬱症的主要臨床特徵是難以排解的悲傷以及對原本熱衷的活動失去興趣、難以從事日常活動，且持續兩周或更長時間。DSM-V 更細緻地將憂鬱症劃分為輕度、中度、重度憂鬱症以及低落性情感疾患(American Psychiatric Association, 2013)，並在臨床上依以下症狀定義憂鬱：

以下症狀中有五項在兩週中同時出現，造成先前功能改變，且必須包含症狀(一)或(二)：(一) 憂鬱情緒；(二) 失去興趣或愉悅感；(三) 幾乎整天且每天心情憂鬱，可由主觀報告或由他人觀察得知；(四) 幾乎整天且每天明顯對所有活動降低興趣或愉悅感；(五) 體重明顯減輕或增加，或幾乎每天食慾降低或增加；(六) 幾乎每天都失眠或嗜眠；(七) 幾乎每天精神動作激動或遲緩；(八) 幾乎每天疲倦或無精打采；(九) 幾乎每天自我感到無價值感，或者有過度或不恰當的罪惡感；(十) 幾乎每天思考能力和專注力降低，或是猶豫不決；(十一) 反覆想到死亡，反覆有自殺意念而無具體計畫，或有自殺舉動，或是有具體的自殺計畫 (American Psychiatric Association, 2013) 。

華人資料中，陳俊欽(2004)提出當以下四種情形出現時，即可判定憂鬱情緒已達到「病態」：憂鬱情緒造成他人的危險、造成自己的危險、造成自身困擾和痛苦以及嚴重影響日常生活。蘇東平(2004)則指出，憂鬱的定義可以從三個層面來理解，分別是：情緒低落，興趣索然，甚至想到自殺與他傷之行為；認知障礙，自責感強，覺得人生無意義，遇事難以做出決定；身體出現症狀，諸如嚴重失眠、疲憊、體力差、胃口下降、體重減輕等。

憂鬱症的臨床診斷普遍採取醫師問診形式，並大多遵循 ICD 以及 DSM-IV 的指標型定義（楊延光、鄭淑惠，2006）。精神科醫師一般會遵循 A、B、C、D 四原則，即透過觀察就醫者的情感（affect）是否有變化、行為是否有異常、認知功能是否有減退、活動力等趨力（drive）是否降低，判斷其是否具有憂鬱症的傾向（楊延光、鄭淑惠，2006）。憂鬱的測量量表種類繁多，臨床上常用的有漢氏憂鬱量表（Hamilton Rating Scale for Depression）和蒙哥馬利亞斯伯格憂鬱量表（Montgomery-Asberg Depression Rating Scale），二者分別常用於量測憂鬱症的嚴重度以及憂鬱嚴重度之變化（Gao, Xie, Jia, & Wang, 2020）。

貳、憂鬱症的成因與治療

憂鬱症在病理學上被廣泛認為是生物、情緒與社會環境等因素的交互作用產生的結果（WHO, 2020）。生物因素包含腦部的化學物質改變、單胺類神經傳導物質（monoamine）的匱乏、體內的荷爾蒙分泌波動等等。基因遺傳也被視為憂鬱症的可能誘發因素，重憂症的一等、二等親屬發病率可達一般人的三倍（陳志根、江原麟、林文勝，2008）。情緒與社會因子則包括心理壓力、創傷障礙、童年與家庭環境因素、社會支持不足等。人是社會性的動物，因此許多情緒問題通常與患者的人際關係與其所處的自然、社會環境有關。除了與人的連結外，氣候、噪音、建築等硬體環境也可能成為患者憂鬱情緒的導火索（楊延光、鄭淑惠，2006）。

基於憂鬱症成因的生理因素與社會心理因素，其治療方式亦分為生理（藥物及電擊）治療、心理治療以及其他治療。憂鬱症的藥物治療起源於上世紀中期，醫學研究發現抗結核藥物結構可以有效抑制單胺氧化酶活性，由於單胺學說（monoamine theory）認為憂鬱症與單胺類神經傳道物質有關，因此此類抑製劑

最投入臨床用於治療憂鬱症。上世紀 70 年代抗憂藥物不斷推陳出新，80 年代氟西汀(Fluoxetine)在美國上市，藥效更加明顯，副作用也較先前的藥物更為輕微，時至今日仍是目前市面現存常見的治療憂鬱的一線藥物（張潔霞，2010）。

憂鬱症的心理治療包括認知行為治療，人際心理治療，也包括運動、閱讀、藝術治療等。最廣泛的治療形式為個別心理治療，即醫師基於一般醫學常識及人性化的溝通，建立良好的醫患關係，對患者進行有效的心理疏導（舒忙巧、徐渭龍、安邦、趙芳俠、張娟，2014）。憂鬱症的心理治療可以單獨進行，也可以配合藥物治療，一般認為，心理治療可以協助藥物治療以達到更好的效果（莊凱迪、蔡佳芬，2008）。

除了藥物治療與心理治療外，憂鬱症的常見療法還有電氣痙攣療法（electroconvulsive therapy, [ECT]）（陳俊欽，2004）。到目前為止，ECT 是治療憂鬱症最快速且有效的辦法，比抗憂鬱劑更為有效。但 ECT 也是頗具爭議的治療方法，雖然 ECT 的安全性很高，但仍有不少患者對其誤解頗深，抗拒接受（楊延光、鄭淑惠，2006）。除上述療法外，睡眠剝奪、光照治療等也是臨床上可以使用的憂鬱症治療方式（鍾明惠，2010）。

綜上所述，本研究欲探索中國大陸青年群體對於憂鬱症的科學認知情形，與上述諸憂鬱症的生物醫學真實之間有何落差。接下來將就常民對憂鬱症的科學認知進行文獻回顧與耙梳。

第二節 憂鬱症之常民科學認知

依據 Irwin 與 Wynne(1996)的「資訊匱乏模型」(information deficit model)，常民對於科學技術的不信任，可能來源於資訊的缺乏及對科學議題的認知低落。

Khandelwal (2001) 進一步指出，精神疾病患者對精神疾病相關知識的缺乏，可能是導致其病識感不足，求醫意願低落的重要原因。

本文所述「憂鬱症之常民科學認知」，根據 Corrigan (2001a) 等人對精神疾病生物醫學知識了解程度的定義，指常民對憂鬱症之定義、致病原因、臨床症狀、治療方法等知識之了解情形。近 20 年間，不少國外研究指出一般社會大眾對憂鬱症的科學認知十分有限，主要表現為對疾病本身以及疾病成因、治療方式的認知缺乏。意大利一項針對憂鬱症常民認知的調查結果顯示，五成以上的受訪者將憂鬱症視為一種「個人弱點」而非生理性疾病，半數以上的人認為維生素和滋補品對憂鬱症治療可以發揮有效作用 (Munizza et al., 2013)。Michaels 等人 (2014) 在愛爾蘭實施的全國性調查研究指出，三分之二的受訪者並不將憂鬱症視為精神類疾病，且僅有不到兩成的受測者提到會就憂鬱症狀尋求專業醫師。Jorm (2001) 在澳洲的研究發現，只有不到四成的人可以正確辨識出憂鬱症。亞洲國家研究也得出相似結論，新近的日本實證調查研究顯示，許多民眾對憂鬱症及憂鬱症患者具有相當程度的誤解，對於憂鬱症的病因了解不足，只有一半左右的人信賴藥物治療對憂鬱症的有效性 (Yokoya, Maeno, Sakamoto, Goto, & Maeno, 2018)。印度的調查研究則顯示，六成以上受訪者認為憂鬱症是個性軟弱的表現，絕大多數人從未聽說過憂鬱症的準確定義 (Almanzar, Shah, Vithalani, Shah, Squires, Appasani, & Katz, 2014)。

華人地區一般民眾對於憂鬱症的科學認知情形亦不甚樂觀 (無名氏, 2014; Tsang et al., 2003)。2013 年，由騰訊公司發起的一項中國大陸共 8.3 萬人參加的線上調查結果顯示，有 75% 的受訪者對憂鬱症並不了解；在情緒低落時，願意求助專業機構者僅佔 7.5%；有六成以上的受訪者認為，憂鬱症並不是一種生理上

的疾病。地方的調查研究也曾得到相似結論，張宏偉（2011）在陝西省延安市對一千餘名行人進行街頭問卷調查，結果顯示受訪者對精神疾病基本知識的回答正確率僅有 53.82%。秦皇島市的調查亦顯示，受訪者精神衛生基本知識的回答正確率在 50%左右，大眾對精神疾病及其危害性的知曉情況並不樂觀（陳宏美，2012）。

從前人研究來看，常民對於憂鬱症科學認知的缺乏，主要表現為對疾病定義、歸因與治療方式認知有限或有偏差。研究者發現，中國大陸相關研究較多在特定城市進行抽樣（如：張宏偉，2011；陳宏美，2012），聚焦特定年齡群體者較少。且近十年（2012-2022 年）間，中國大陸針對常民，特別是青年族群憂鬱症科學知識了解程度之量化研究較鮮見，故本研究擬予以進行資料蒐集與分析。

除此，常民對精神疾病了解程度的性別差異也為本研究探究的標的。依據一項澳大利亞研究結果，女性對憂鬱症及其治療的醫學常識了解更為詳盡（Hight, Hickie, & Davenport, 2002）；Kleber（2006）則指出，男性非專業人士需要更多憂鬱症相關知識的科普與教育。綜合以上，本研究欲探究：

研究問題 1：中國大陸青年族群對憂鬱症的科學認知情形為何？是否存在性別差異？

第三節 憂鬱症之社會建構

壹、疾病的社會建構

對於疾病的概念，大多數人會接受既有的醫學分類、術語，默認醫學表述是客觀、中立和科學的。然而社會學家曾多次質疑這些醫學概念，認為這些概念是

誕生在社會文化環境的脈絡之中(Barry, 2009/郭寶蓮譯, 2011)。Walter Lippman (1922) 早在 20 世紀初就提出了「偽環境」(pseudo-environment) 的概念, 指出人們無法直接認識真實的社會環境, 只能透過偽環境來認識周遭, 以「建構的真實」取代「現實」。二十世紀中期, Berger 和 Luckmann (1966) 率先提出系統的「社會建構論」(social constructionism), 衝擊和挑戰了人類社會與社會科學中諸多「理所當然的事實」(taken-for-granted realities)。社會建構論學者認為, 一切事物的意義都來自眾人的詮釋, 社會科學知識皆是被建構而非既存, 會隨著社會文化環境、歷史時期的不同而改變。

在社會建構論的觀點下, 疾病與患者概念的識別並非客觀中立, 而是被特定價值觀念、意識形態判定為缺陷的過程。以憂鬱症的臨床診斷為例, 由於憂鬱症的確診並沒有生理性的指標(如血壓異常、細胞變異等), 確診與用藥大多遵照醫囑。雖有諸如 DSM 手冊等診斷準則, 但準則中「憂鬱情緒」、「悲觀沮喪」等形容, 依然要靠臨床醫生定斷(楊延光、鄭淑惠, 2006)。Foster (2001) 指出, 精神科醫生在判斷就診者的行為舉止是否「異常」、「有問題」的過程, 本身就意涵了社會價值與文化規範的標準, 而非純粹的科學與中立。再如, 上世紀中期, 同性戀被精神醫學認為是一種生理上的疾病。二十一世紀初至今, 隨著相關社會團體的辯論與抗爭, 社會對同性戀的看法逐漸改變, 「同性戀是一種疾病」的聲音也逐漸式微(Barry & Yuill, 2009/郭寶蓮譯, 2011)。由此可見, 疾病的識別與建構, 特別是心理與精神疾病, 離不開社會主流價值觀念、健康觀念、文化環境的影響, 是一種「表徵的政治學」(Hall, 1977)。

貳、憂鬱症的刻板印象

刻板印象 (Stereotype)，原意指同一個模板印刻出的內容千篇一律，由 Lippmann (1922) 延伸至社會學中，指一個社會團體共有的認知架構。Lippmann 認為，現代社會大眾通常透過媒體的形容和描述來認識世界，這種認知不一定符合客觀真實，可能是經過簡化、概化或扭曲之後的觀念。精神疾病的刻板印象指患者被貼上疾病標籤，並與一些特定的特質相連結 (李強、高文珺、許丹，2008；Link, 2001)。例如人們將精神病患者視為一類自成一體的族群，稱其為「精神病人」(psychotic patients) 而非「患有精神病的人」(a person has mental illness) (周志玉，2006)。而憂鬱症的刻板印象不只有負面、污名化的，也有正面、浪漫化的。以下將分別就其概念、現狀界定與描述之：

一、憂鬱症的污名 (負面刻板印象)

污名 (Stigma) 一字源於希臘詞語 stizo，意指藉由特殊標誌來標記罪犯、奴隸等公共場合中有道德瑕疵的人，後衍伸為在社會中不名譽 (infamy)、缺失 (blemish) 或有污點的人 (Neufeldt & Sparks, 2002)。社會學家 Erving Goffman (1963) 曾延伸污名化的概念，指出當個體的特質不同於他人，而被歸為壞的、被玷污的、被貶損的類屬時，則可以稱作是一種污名。

精神疾病的污名承襲 Goffman 的定義，指由疾病的負面刻板印象所引發的對疾病和病患的歧視與排斥 (李強、高文珺、許丹，2008；Ritsher & Phelan, 2004)。精神疾病污名化最重要的因素是「標籤化」，即「約略而概化的刻板印象」(Link, 1987; Scheff, 1966, 1974)。後人研究進一步將精神疾病的污名化界定為兩個維度，分別是公眾污名 (public stigma)，即社會大眾對精神疾病的歧視，以及自我

污名 (self stigma)，即精神疾病患者將公眾污名內化而產生的病恥感 (shame) (Chung & Wong, 2004; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003)。

近 30 年間，美國、德國、匈牙利、愛爾蘭等歐美國家針對憂鬱症公眾認知與態度的實證研究均顯示，一般民眾對憂鬱症及其患者存在著不同程度的污名，包括對疾病本身的認知偏差及對患者的排斥、歧視、攻擊性言語等 (Coppens et al., 2013; Gonzalez, 2007; Wahl, 1999)。華人研究亦顯示，華人文化下社會大眾對精神疾病污名狀況亦較為嚴重，主要表現為對患者的歧視，認為精神疾病患者失能、具有傷人風險、需要強制治療等 (高士元, 2005; 韓德彥, 陳淑惠, 2008; Chung & Wong, 2004; Lee, 2006; Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2006; Tsang, 2008)。較晚近的相關調查是北京大學心理諮詢中心 2016 年發佈的《心理健康認知度與心理諮詢行業調查報告》，此報告顯示有 46.2% 的受訪者認為心理脆弱的人才會有心理問題，19.8% 的受訪者認為使用心理諮詢是內心軟弱的表現。台灣相關研究則發現，一般民眾傾向於給精神疾病患者貼上負面標籤，精神病患通常被視為地位低落、需要接受強制治療的群體 (台灣精神醫學會, 2020; Song, Chang, & Shih, 2005)。

由此可見，精神疾病在常民心目中可能存在著種種負面刻板印象，去刻板印象化的行動具有其迫切性。然而，研究者耙梳文獻發現，華人研究中針對精神疾病污名與刻板印象之調查較多，但針對憂鬱症刻板印象進行調查或論述者較少，且近十年間的研究者 (如：張宏偉, 2011; 陳宏美, 2012; Tsang et al., 2012) 多在特定地區採隨機抽樣調查，鮮有研究特別考察特定年齡段族群對精神疾病或憂鬱症之科學與非科學認知。考慮到憂鬱症在中國大陸青年群體，特別是大學生群

體之盛行率居高不下（廖琳，2021；Lei，2016；Zheng，2021），故本研究提出：

研究問題 2：中國大陸青年族群對憂鬱症的何種負面刻板印象較為普遍？

二、憂鬱症的浪漫化（正面刻板印象）

心理疾病的刻板印象不只有污名與負面標籤，還有浪漫化（romanticism）的正面標籤。歷史上，憂鬱症曾經幾度被奉為「華麗的感傷」，如少年維特、哈姆雷特般具有憂鬱氣質的人，被大眾認為具有更豐富的感情與洞悉世事的深度（Solomon, 2014/齊若蘭譯，2020）。Kramer（2006/張美惠譯，2006）指出，並非人人都能將「憂鬱症」與「憂鬱氣質」劃分開來，人們可能自然地將憂鬱聯結到人類命運的悲劇本質、哲學意義上的理性與自省、具有高雅氣質的藝術與浪漫等。Sontag（1978）則發現，歷史上人們也曾一度將肺結核與寧靜、敏感、魅力等關鍵字聯結在一起。縱使科學已釐清病因，找到肺結核的治療方式，這種神秘的浪漫的象徵也並未立刻完全消弭。可見人們對疾病可能保持著各種浪漫的想像。

Dunn（2017）與 Jadayel 等人（2017）的研究均指出，電影和社群媒體對精神疾病的再現中有將其浪漫化的跡象與趨勢。Zuhair（2019）則發現，在諸多詩歌等文學作品中，憂鬱乃至自殺常與某種「神秘的浪漫」相聯結。Shaffer 等人（1991）較早的研究結果顯示，這種浪漫化的描述可能會導致青少年將自殺行為正常化，產生負面影響。

研究者以「憂鬱」、「浪漫化」等關鍵字檢索相關中、外文獻，發現在前人關於憂鬱症刻板印象的論述中，對負面刻板印象提及較多，鮮少論及憂鬱症的浪漫化跡象，特別是透過量化的調查，此引發研究者欲一探常民心中對憂鬱症的正面刻板印象樣貌，故：

研究問題 3：中國大陸青年族群對憂鬱症是否存在正面刻板印象？何種正面刻板印象較為普遍？

第四節 影響憂鬱症刻板印象形成的因素

壹、媒體素養

一、憂鬱症的媒介建構

從社會建構論的觀點來看，疾病的定義、辨識，都受到社會脈絡與主流文化價值觀的影響，疾病的標籤與刻板印象也是經由社會建構而成。在這一建構的過程中，媒體扮演著不可或缺的角色。在當代社會，大眾媒介無疑是常民獲取健康資訊的重要管道（張迪、古俊生、邵若斯，2015；蔡忠元，2013）。媒體不僅是醫療資訊的流通者，同時也是知識的生產者，媒體報導本身就是建構疾病形象與意義的實踐（曾凡慈，2017）。

Bauer（1998，轉引自曾凡慈，2017）指出，媒介並非醫療機構的傳聲筒，不一定客觀中立地陳述專家意見，因其與專業機構具有不同的組織文化，主要以吸引閱聽人關注、喚起情緒反應等為目的。研究者耙梳國內外憂鬱症媒介再現研究，發現憂鬱症的媒介真實確與生物醫學真實不同。不少國家均有研究顯示，媒體對精神疾病議題大多以負面形式呈現，憂鬱症在媒介上的污名現象明顯，具體表現為負面報導憂鬱症患者的偏差行為、傷人風險、不顧病患隱私、報導語彙有失精準等（Klin & Lemish, 2008; Morris, 2006; Nairn, 2007; Philo, 1996; Wolf et al., 2006）。

兩岸三地針對傳統媒體、網路媒體、社群媒體的研究也得到相似結論（任金州，康云凱，2015；吳孟津，徐美苓，2011；姜陽，2018；董偉，2010；劉敏，2018；龐旭，2016）。在傳統媒體方面，董偉（2010）觀察健康衛生報、大眾報

紙及黨報上的憂鬱症再現，發現主流媒體對憂鬱症重視程度缺乏，對患者形象的形塑較為暴力、負面；龐旭(2016)觀察五年內四家不同性質報紙的憂鬱症報導，發現媒體並未強調憂鬱症專業治療的必要性與重要性，甚至在問題的界定上仍帶有偏見、輕視態度。針對電視媒體媒體的再現分析亦得出相似結論(任金州，康云凱，2015)。在網路媒體方面，姜陽(2018)分析微博平台上具有代表性的媒體官方微博對憂鬱症的內容報導，指出微博上黨媒、都市報類媒體公眾號對於憂鬱症的議題再現亦存在以事件性為導向、評價消極負面、防治資訊不足的問題。

Brown 等人(2001)則指出，在醫療傳播系統中，媒體扮演著「過濾器」(filter)的角色。媒體透過修辭的配置、話語的包裝實現對議題的重構，強調與弱化風險議題的某些方面(如疾病風險、文化爭議、衝突性事件等)，形塑大眾腦海中對疾病和患者的認知。媒體對議題的篩選和報導，左右著閱聽人對於疾病的想像(郭中實，2006)；媒體對醫療問題的負面、失準報導更可能會造成社會大眾對醫學或醫方之不信任(王瑜，2014)；除了左右人們的風險感知，媒體提供的資訊還會導引大眾的健康決策(俞蘋，2019；殷莉，2009)，形塑大眾對疾病的認識(Smith, 2013)，並賦予疾病特定的符號意義(彭理雲，2013)。

二、媒體素養的可能調節作用

Hall(2002)指出，閱聽眾對資訊的解讀有三種形態：優勢(dominant)解讀、協商(negotiated)解讀與對立(oppositional)解讀，亦即閱聽人有可能依附和強化大眾媒體對爭議性議題的形塑，有可能提出質疑並於主流建構協商辯論，也有可能與文本反抗、接否定主流敘事。Tulloch 與 Zinn(2011)進一步指出，大眾對媒體所傳遞、形塑的疾病的符號象徵與患者形象可能順而從之，也可能採取批判甚至拒絕的態度。由此可以推測，閱聽眾不一定共享媒體所塑造的憂鬱症

的刻板印象，同樣的媒介文本對不同閱聽眾可能產生完全不同的效果和影響。

那麼，影響這種效果差異的因素為何？Potter (2004) 總結前人的研究，有系統地梳理了「媒體素養」的概念，指出媒體素養是一種定向批判的能力，是由閱聽眾自身的獨立思考習慣衍生的批判意識，以及通過後天的教育啟蒙塑造出的質疑、抗辯的思維方式。媒體素養即閱聽眾在多大程度上了解媒介所反映的是「建構的真實」，以及社會脈絡、文化環境如何影響這種建構。Potter 進一步強調，媒介製造了一個人們「對現實產生錯誤信念的可能性最大化的條件」，也就是「偽環境」和「建構真實」，而媒體素養正是抵抗這種條件的能力。

因此，憂鬱症在大眾腦海中的形象，可以想像為一場「不完美的資訊流通者」與「批判的資訊接收者」的博弈。媒體素養較高者，具有更為敏銳的從被建構的媒介文本中進行解讀、篩選、再建構的技能，能夠識破媒體與文本的假象，穿透修辭框架，不容易被偏頗的、概化的刻板印象左右。而較不具有批判特質的閱聽眾，可能容易受到媒介建構的影響，更容易順從或認同社會對憂鬱症及病患的刻板印象。

過往已有實證研究證實，公眾之媒體素養會顯著影響其對特定國族（吳佳，2010；Scharrer & Ramasubramanian, 2015）與特定性別者（Berman & White, 2013）之刻板印象。國內也有研究指出，媒體素養是影響社會大眾對特定地區、職業者刻板印象的重要因素（陳孟達，2017；董傘，2010）。然而過往研究中尚未發現將媒體素養與疾病刻板印象相聯結之實證量化研究。

除此，Shim (2006) 指出，主動的資訊獲取和被動的資訊暴露對於個體對疾病的知識增加都有較強的影響。有關愛滋病、乳癌的相關實證研究指出，媒體暴露的程度越高，對媒介上的疾病資訊記憶程度越高者，對於相關疾病的認知也會

顯著增加 (Agha, 2003; Haas et al., 2005; Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue, & Kim, 1990)。然而，媒體所傳遞的醫學與健康資訊未必符合事實，主流媒體與社群媒體中有關憂鬱症的謠言、負面資訊、不實資訊，也可能會導致閱聽眾對憂鬱症認知失當 (Kroll, 2003)。因此，若閱聽眾媒體素養較高，可以主動、敏銳地鑑別虛假不實信息，則較不容易被大眾媒介或網路社群中的謠言所左右，對憂鬱症的科學真實認知也會較為全面準確。媒體素養較低，易輕信網路謠言，不易分辨虛假信息者，則可能受到不實資訊的影響，從而對憂鬱症產生失準認知。故：

研究假設 1：個人的媒體素養越高，對憂鬱症的科學認知程度越高。

研究假設 2：個人的媒體素養越高，對憂鬱症的負面刻板印象越低。

貳、患病經驗

一般來說，憂鬱症患者的親友、與精神病患者接觸較多者，對精神疾病的科學認知會更為全面，同時刻板印象較低 (Corrigan & Watson, 2002)。Nuzzarello 與 Goldberg (2004) 的研究證實，受測者朋友、家人或自己三者中罹患憂鬱症的比例越高，其自身對憂鬱症的認知程度也越高。此外，諸多醫學研究證實，憂鬱症可能與家族因素有關，重鬱症的一等、二等親屬發病率可達一般人的三倍，醫學界一般咸信憂鬱症具有部分的遺傳性 (楊延光，鄭淑惠，2006；Chen, Jiang, & Lin, 2000)。因此，憂鬱症患者身邊的親屬可能會出於心理擔憂而對憂鬱症有更多主觀的資訊尋求行動 (韋苡爭，2011)。

在刻板印象與態度方面，Corrigan、Kerr 與 Knudsen (2005) 指出，曾接觸精神疾病患者的人，對精神疾病患者的包容度較高。愛爾蘭調查研究結果證實，憂鬱症患者、憂鬱症的親友及曾在精神科就診者對憂鬱症表現出更為積極的態度

(Michaels et al., 2014)。顏銘漢 (2016) 針對精神疾病去污名的研究亦指出，接觸精神疾病患者較多之受測者對精神疾病的負面態度及刻板印象有顯著減輕。故：

研究假設 3：自己或親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的科學認知程度較高。

研究假設 4：自己或親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象較低。

叁、憂鬱症科學認知

Kelly 的社會心理學三維歸因模式 (attribution model) 顯示，人們過去的知識以及由經驗形成的因果信念、了解到的資訊、動機會影響人們對事件的解釋以及後續的情緒與行為 (Kelly et al, 1973, 1980)。Corrigan 等人 (2012) 針對精神疾病去污名化的研究指出，精神疾病知識的增加能夠有效改善個體對精神疾病的態度。董肇 (2010) 的研究指出，對特定群體的了解程度越高，對其負面刻板印象會越減低。同時，Heider (2013) 指出，對事件的因果歸因，會影響人們的情緒、態度與行為。諸多實證研究 (如：韓德彥, 2009；Goldstein & Rosselli, 2003) 顯示，人們對憂鬱症的生理或心理歸因傾向，會顯著影響其對患者的污名或保持社會距離的傾向。當人們越傾向於認為患者之憂鬱症是由不可控之生理因素造成，則越傾向於同情、同理憂鬱症患者，以致不容易對其抱持負面態度 (韓德彥, 2009)。但 Lam 與 Salkovskis (2007) 的研究則指出，生理歸因也可能加重人們對憂鬱的污名，迄今為止，研究者尚未發現對於此命題有一致性的一般結論，故：

研究假設 5：對憂鬱症的科學認知越高，對憂鬱症的負面刻板印象則越低。

第五節 常民與憂鬱症患者正面互動的行為意向

壹、認知行為模型下疾病的刻板印象與行為

美國心理學家 Ellis (1991) 最早提出信念-情緒行為理論 (ABC Theory of Emotion)，這一理論顯示在認知、情緒與行為三者間，認知發揮著仲介調節的作用，即人們對事件的認知會影響其情緒和行為，此過程可能是習焉不察，出於不假思索的「自動化的思考」(auto-thinking)。基於此，Corrigan 等人 (2005) 提出了精神疾病污名化的社會認知模型 (social-cognitive model) 與認知行為模型 (cognitive-behavioral model)，指出精神疾病公眾污名的形成過程可能是由「刻板印象-偏見態度-歧視行為」連貫而成的過程。因此，對精神疾病的刻板印象可能會演化為對精神疾病患者的偏見與負面態度，進而表現為歧視、拒斥的具體行為。陳依煜與連盈如 (2014) 的研究也證實，個人對精神疾病的刻板印象，會顯著影響其對精神病患者的態度，以及憂鬱症患者的社會距離。

過往健康風險研究中，認知行為模型曾應用於愛滋病去污名化、乳癌患者、老年族群減重等議題，研究結果顯示對疾病的主觀認知，可能影響個體對患者或特定群體的行為，透過教育介入可以改善個體對疾病的認知，促進其與患者互動的正面行為意向 (陳依煜，2014; Brawley et al, 2012; Hatchett, 2013)。

二十世紀 70 年代中期，Fishbein 和 Ajzen 提出理性行為理論 (theory of reasoned action, [TRA])，並廣泛用以預測和分析人類行為。依據 TRA 理論，個人行為可由行為意向進行推斷，行為意向主要取決於人們對行為的態度和主觀準則。態度即人們對某一目標行為的正面或負面情感，主觀準則指人們對於他人意見保持一致的動機水平 (Ajzen, 1985, 1991; Ajzen & Fishbein, 1975)。依據 TRA

理論，個人對事物（或行動）的態度越積極，實踐正面行為的行為意向就越大，反之亦然。Semungus 等人（2016）亦證實，人們對愛滋病的認知與態度，會顯著影響其與愛滋病患者互動的行為意向。唐宇歌（2016）針對憂鬱症污名與去污名化的實證研究指出，個體對憂鬱症的認知扭轉，會顯著影響其對憂鬱症的態度以及對憂鬱症病患群體的社會支持。

由上述認知行為模型與理性行為理論可知，人們對憂鬱症的刻板印象與負面認知，可能導致個體對憂鬱症患者行為上的負面表現，例如刻意遠離憂鬱症患者、陪伴患者的意願較低、參與推動去刻板印象化實踐的意願較低。對憂鬱症的正面認知或正面刻板印象可能導致個體對憂鬱症患者行為上的正面表現，例如不排斥接近憂鬱症患者，願意鼓勵和陪伴憂鬱症患者，主動在個人生活或社會活動中推動憂鬱症去刻板印象化的實踐。故：

研究假設 6：對憂鬱症的負面刻板印象程度愈高，與憂鬱症患者正面互動的行為意向則愈低。

貳、價值取向的調節作用

二十世紀末，社會學家孔德（A. Comte）率先提出「利他行為」（altruistic behavior）概念，用以形容個人的無私行為。後世學者對利他行為的定義分為兩派，一種強調利他行為的「不利己性」，即對自身不利甚至自損的助人行為（Trivers, 1971; Wilson, 2000）；一種強調利他行為「不求回報」的特徵，即出於自願而不期望報答的助人行為（Batson, 1983）。無論從哪種觀點看，對憂鬱症患者的主動幫助、關懷及積極推動憂鬱症去刻板印象化的行為，都具有「利他行為」特徵。

價值取向（Value orientation）是起源於 20 世紀 70 年代的心理學概念（朱寶

榮，2009），指人們日常行動的準則及目標，指個人活動或意識中滲透的價值取向。心理學家 Allport (1960)、Kluckhohn 與 Strodtbeck (1961)、Rokeach (1973) 等人都對個人價值取向進行過簡明的分類。本研究參考最有影響力的 Rokeach (1973) 之分類 (Hills, 2002)，側重關注其工具價值類目下的「助人取向」，也可稱為「利他傾向」。

鄭顯亮 (2010) 總結前人研究指出，利他行為的主要影響因素主要可以歸結為三個層面，分別是利他者受助者因素、情境因素、個人因素。受助者因素一般指被幫助者的個人吸引力，情境因素包括助人行為的時間壓力、旁觀者因素等，個人因素則指助人者自身的價值觀念與人格特徵。Eisenberg (2001) 發現，在客觀的人格特徵中，有一種利他人格者特別傾向於給予逆境中的他人主動幫助，即展現出更多的利他行為。鍾華與郭永玉 (2008) 的研究進一步評述利他人格的特徵傾向，指出利他人格者會實踐更多的助人行為，對他人給予更多關切。唐宇歌 (2016) 的實證研究就曾指出，人們對某種疾病患者的行為意向可能並不完全取決於其對疾病的態度，也受制於其自身的行為規範與習慣及行為信念。

因此，若把常民與憂鬱症患者正向互動的實踐理解為一種「利他行為」，那麼影響此行為之變項，除了情境因素，還有人格因素 (鍾華、郭永玉，2008)。個人的利他傾向可能影響其與患者正向互動的行動實踐。較具有利他傾向者，可能會更願意向憂鬱症患者提供幫助與服務，諸如：主動陪伴、鼓勵、參加個人或公益性的憂鬱症去刻板印象化的行動，故：

研究假設 7: 利他價值觀愈強者，與憂鬱症患者正面互動的行為意向也愈高。

第三章 研究方法

本研究採用調查法(survey research)檢驗研究問題與假設。調查法的優勢為：可以短時間內搜集大量樣本、可藉助標準化問卷有系統地搜集客觀資料、可以將問卷填答結果轉換為數字編碼，便於彙整分析(蘇蘅，1997)，因此適合用於描述資料總體情形及分析解釋變項間的關係，能夠充分滿足本研究調查青年群體對憂鬱症的認知情形，以及探索對憂鬱症的認知、刻板印象與行為意向交互關係的需求。本研究採用問卷調查法，除方便研究者蒐集大量大學生對於憂鬱症之認知與行為意向的資料，更有利於進一步探索其認知與行為意向之影響因素。

本章以下將分成五小節，分別針對本研究調查的研究對象、抽樣方式、研究變項的測量、研究步驟、以及資料分析方式予以描述說明。

第一節 研究對象

鑑於 Lei (2016)、廖琳 (2021) 及 Wu 等人 (2021) 的研究均指出中國大學生的憂鬱症罹患率較高，故本研究即以中國大陸各省市大學生做為青年群體的研究對象，以探究其憂鬱症的科學知識及刻板印象、行為意向。具體言之，這裡所指的「大學生」係指中國大陸普通高校的全部專科生及本科(大學)生。

除此，媒體素養對閱聽眾之憂鬱症議題認知的影響系本研究之重要關注，本研究在抽樣時期待受訪者的傳播訊息接收環境能具有同質性，以下諸研究文獻亦證實以大學生為研究對象符合此要求。首先，依據中國傳媒大學 2021 年針對中國大陸 29 個省市 2,240 所普通高校的專科生、本科生及研究生所進行的《2020 年中國大學生媒體使用習慣調查報告》，互聯網是當代中國大學生使用最頻繁的媒介，超過九成日平均使用時長超兩小時，僅有 1% 左右從不接觸互聯網，此比

例遠超過其他傳統媒體（楊瑞州、郭亞寧，2022）；何炎芬（2016）也發現，自媒體是目前高校學生交流與獲取健康資訊的主要平台；朱岩等人（2018）的研究則進一步發現，大學生使用電腦、手機等移動設備獲取健康資訊的比例分別達到八成與九成以上。由此推測，大學生日常使用及獲取健康資訊之管道較集中在網路及社群媒體之中。綜上，本研究選擇具有網路及社群媒體使用同質性的中國大陸大學生作為調查研究對象。

第二節 抽樣

如前文所述，中國大陸大學生的媒介使用以網路、社群媒體為主，因此本研究採用網路問卷調查法進行數據搜集。此外，考慮到本研究問卷題項較多，調查內容包含刻板印象、態度、行為等內容，研究者希望受訪者可以在相對自由狀態下填答。因網路問卷調查較不受時空之限，能夠給予受訪者更大的作答彈性（李政忠，2004；蘇蘅、吳淑俊，1997），且能夠相對規避親身訪問造成的威脅感與心理壓力（Davis, 1997）。

本研究選擇透過網路作為抽樣調查的平台，採自願樣本形式，選用封閉式問卷，測試題目皆為結構性問題（structured questions），以利受訪者更迅速理解問卷題目及填答，提高研究完成率。本研究選用的網路調查平台為中國大陸問卷搜集網站「問卷星」（<https://www.wjx.cn>），此問卷平台可自動發放問卷並篩選符合本研究施測之大學生受訪對象。為保證樣本數量，研究者亦將問卷透過網路大學生社群、校園內部網路論壇進行發放。同時為確保研究問卷信效度良好，文字內容通順，研究者於2022年3月初發放預試問卷，以方便抽樣取中國大陸瀋陽某高校50名大學生作為網路問卷預試對象，對問卷的全部題項進行前測。

第三節 變項的測量

本研究網路問卷內容由國內外經多次檢定後具有高信效度之量表加以編修而成，包含受訪者基本資料、媒體使用與媒體素養量表、患病經驗量表、憂鬱症科學認知量表、憂鬱症刻板印象量表、利他傾向量表、及正面互動行為意向量表。

壹、基本資料

一、人口學變項

本研究依據前人研究指出的可能影響個體對憂鬱症認知與態度的人口學變項（陳宏美，2012；Highet, 2002; Song, Chang, Shih, Lin, & Yang, 2005; Yoshioka, Reavley, MacKinnon, & Jorm, 2014），調查受訪者的性別，並統計其是否為大學或大專院校學生，已確認其符合研究對象的基本條件。

二、議題資訊獲得管道

鑑於前文提到，中國大陸大學生了解健康資訊的主要管道為網路與社群媒體，故本研究調查受訪者獲得憂鬱症相關資訊之傳播管道，並予以確認調查管道使用之合理性。此部分參考台灣傳播調查資料庫第一期第二次之「網路使用行為」問卷，及徐美苓和楊意菁（2011）的調查統計問卷，以一大題測量大學生受訪者憂鬱症資訊的媒體接觸情形：「過去三個月內，您是否曾經從下列傳播管道中看到或聽到有關憂鬱症的議題或討論？」，獲得憂鬱症資訊之傳播管道採複選題，選項包括以下 12 種管道：（一）電視（包括廣告、節目、新聞）；（二）報紙（包括廣告、新聞）；（三）廣播（包括廣告、節目、新聞）；（四）電影；（五）雜誌（包括廣告、專文、報導）；（六）網路或社群媒體（包括微博、微信、貼吧等）；（七）書籍、專業期刊；（八）傳單、單張、宣傳手冊、產品包裝等；

(九) 大眾運輸工具 (車體、海報、跑馬燈等) ; (十) 戶外媒體 (例如戶外海報、看板、旗幟) ; (十一) 透過上課, 演講, 座談會等; 及 (十二) 親朋好友等人際網絡。

貳、媒體素養

媒體素養的測量採用中國大陸學者李金城(2017)設計的媒體素養測量量表, 該量表基於聯合國教科文組織 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) 提出的媒體與資訊素養 (media and information literacy) 評估框架, 綜合國內外諸多媒體素養量表改編而成。此量表從「獲取」、「評估」、「參與」、「交流」、「合成」五個維度分別考察受訪者獲取媒體資訊的意識、對媒體資訊可信度的評估能力、參與網路互動與公共事件討論等之頻率、互動交流與表達個人觀點的意向以及對多媒體資訊轉換與加工之能力。李金城的研究顯示, 量表上述部分之 Cronbach 係數分別為.795、.815、.832 和.803。¹ 本研究選取以下 6 題:

- (一) 我能夠熟練地使用軟件工具進行信息檢索。
- (二) 我能夠通過標題、內容等判斷信息的可信度。
- (三) 我能夠判斷當前信息是在陳述事實還是表達觀點。
- (四) 我能夠通過信息發布機構的權威性判斷信息的可信度。

¹ 本研究信度分析採用克隆巴赫係數 (Cronbach's alpha), 檢驗問卷各變項题目的內部一致性。克隆巴赫係數為目前社會科學研究中最常使用之信度檢驗方法 (Darren, 2019), 係數越高, 代表組成同一變項之各題項相關性越強, 可信度也越高。一般而言, 社科研究中的 Cronbach's alpha 值高於 0.7 代表信度較高, 介於 0.35 到 0.7 之前屬於中等信度; 小於 0.35 則為低信度。

(五) 我經常通過網路分享社會時事新聞。

(六) 我經常通過網絡表達個人觀點。

本變項各題項使用李克特五點量表，從 1 = 非常不同意，2 = 不同意，3 = 不確定，4 = 同意，到 5 = 非常同意。本研究先針對這 6 題進行驗證性因素分析，皆通過標準。此 6 個題項於研究前測中的 Cronbach's alpha 為.802，顯示構成媒體素養變項之各題項有較高信度，故正式問卷中對其餘題目不予刪除。²受訪者的媒體素養則由各題得分相加，取平均數而來，分數越高代表媒體素養程度越高。

參、患病經驗

患病經驗之測量採自編量表及參考 Corrigan 等人 (2005) 經修訂後的個體接觸病人程度量表 (Level of Familiarity Questionnaire)，共包括以下 2 題：

(一) 我身邊的親友中，有憂鬱症患者。

(二) 我本人是憂鬱症患者。

本變項選項計分為：1 = 是的；0 = 不是，或不確定 / 不知道。

肆、對憂鬱症的科學認知

在疾病的科學認知方面，Corrigan 等人 (2001a) 曾指出，對精神類疾病的熟悉程度應包括其對疾病醫學知識的了解程度，及其與該疾病病患接觸的程度。周志玉 (2006) 指出，鑑於對疾病知識的測量與界定較為困難，前人研究在探索個

² 本研究正式調查組成各變項題項的信效度分析，請參見本章第五節資料分析方式之「信效度分析」一小節 (頁 36)。

體對疾病的了解情況時，大多著重調查受測者與疾病患者的接觸經驗，僅有少數研究調查其對疾病生物醫學知識的瞭解程度（如：Gureje et al., 2005; Song et al., 2005; Tsang, 2003）。然而，精神疾病患者之親友對於疾病的了解未必詳實（高雪屏、李凌江、陳晉東，2004；陳曉燕、劉小聰，2006；Zeeman et al, 2002），故本研究在測量常民對憂鬱症的科學認知程度時，選擇直接從受訪者對憂鬱症的致病原因、臨床症狀及治療知識三個層面評估之。

本研究對憂鬱症的科學認知的測量是結合韓德彥（2009）設計的憂鬱症歸因量表與陳依煜及連盈如（2015）設計的常民對憂鬱症的了解程度問卷以及作者自編量表。韓德彥（2009）耙梳心理與精神醫學研究中已被證實的研究結果，並歸納一般人對憂鬱症病因的常見的歸咎情形，編寫了憂鬱症的生理與心理歸因量表。此問卷 Cronbach 係數達到.72。陳依煜與連盈如（2015）的問卷根據 DSM-IV 對憂鬱症的病因與治療方式之界定編製而成，問卷亦列入部分大眾對憂鬱症知識可能保持的錯誤認知與常見謠言。先前研究中，本量表的再測信度為.89，通過專家效度檢驗，內在一致性良好。作者自編量表部分，是根據前文最新 DSM-V 以及陳俊欽（2004）、鍾明惠（2010）等人之醫學實證研究或著作中對憂鬱症的闡述改編而成，目的是了解一般人對憂鬱症治療方法之瞭解情形。

此部分的問卷題目共由以下 8 題所組成，其中有 2 題為反向題：

- （一）憂鬱症是一種生理性的疾病。
- （二）憂鬱症是大腦內神經傳導物質分泌出現異常導致。
- （三）憂鬱症發生的原因與個人體質有關，如：基因遺傳。
- （四）造成憂鬱症的原因是患者內心不夠堅強。（反向計分）
- （五）憂鬱症患者的內分泌與常人不同。

(六) 憂鬱症患者的腦部活動狀態與常人不同。

(七) 電擊治療、光照治療也是憂鬱症治療的選項。

(八) 憂鬱症不應依賴藥物治療，心病還需心藥醫。(反向計分)

本變項各題項使用李克特五點量表，從 1 = 非常不同意，2 = 不同意，3 = 不確定，4 = 同意，到 5 = 非常同意。本研究先針對這八題進行驗證性因素分析，發現第四題(憂鬱症成因的心理因素，S4)、第八題(憂鬱症藥物治療方式之必要性，S8)兩個反向題對科學認知這一潛在因子的解釋未達顯著，因此此二題目刪除。對憂鬱症的科學認知的 8 個題項之 Cronbach's alpha 為.700，經刪除反向題 4、8 題後，整體 Cronbach's alpha 提高為.723。受訪者對憂鬱症的科學認知程度則由其餘六題得分相加取平均數而來，分數越高代表對憂鬱症的科學認知程度越高。

伍、對憂鬱症的刻板印象

基於前人對刻板印象的定義及探討 (Goffman, 2009; Penn et al, 1999) 以及前文所述憂鬱症刻板印象的常見分類，憂鬱症的刻板印象量表分為憂鬱症的負面刻板印象量表以及正面化刻板印象量表。

一、負面刻板印象

負面刻板印象部分題項結合去污名化先導國家加拿大校園方案 (Partnership Programme) 中的精神疾病污名化測驗 (World Psychiatric Association, 2005)，以及周志玉 (2006) 設計的憂鬱症刻板印象量表進行改編。加拿大校園方案量表各部分題項描述了一般民眾對精神疾病患者可能的負面刻板印象，請受測者填寫認同程度 (World Psychiatric Association, 2000)，其中文版於先前臺灣研究中內在

一致性為 .682(李曉梅,2008),在陳依煜與連盈如(2015)的研究中,Cronbach's alpha 達到.75。周志玉(2006)從危險覺知、依賴覺知兩個層面檢視個體對精神疾病患者造成他人危險與依賴他人之可能性的看法,彌補了加拿大校園方案量表中對「依賴性」標籤的調查不足之缺陷。量表之 Cronbach's alpha 為.84,並通過專家效度檢驗。此部分題項共包括以下 5 題:

- (一) 多數憂鬱症患者有暴力傾向。
- (二) 憂鬱症患者的智能較弱。
- (三) 憂鬱症患者的行為是難以預測的。
- (四) 我認為和憂鬱症患者交流談話是困難的。
- (五) 憂鬱症患者是依賴他人的。

本變項各題項同樣使用李克特五點量表,從 1= 非常不同意,2= 不同意,3= 不確定,4= 同意,到 5= 非常同意。本研究先針對這 5 題進行驗證性因素分析,皆通過標準。在本研究前測中,此 5 個題項的 Cronbach's alpha 為.818,故在正式調查時均予以保留各題項。受訪者對憂鬱症的負面刻板印象程度即由各題得分相加取平均數而得,受訪者得分越高,代表其對憂鬱症的負面刻板印象程度也越高。

二、正面刻板印象

鑑於過去相關文獻中並未有發展成熟的憂鬱症正面刻板印象量表可供參考,此部分採自編量表,結合 Dunn (2017) 與 Jadayel 等人 (2017) 研究中對精神疾病浪漫化與正面化現象的考察,列舉一般民眾對憂鬱症可能的正面刻板印象,請受訪者填寫認同程度。此部分共包括以下 4 個題項:

- (一) 我認為憂鬱症具有某種程度的浪漫色彩。
- (二) 憂鬱症患者的觀察能力較強。
- (三) 憂鬱症患者的敏銳程度更高。
- (四) 憂鬱症患者思考問題更加深刻。

本變項各題項使用李克特五點量表，從 1 = 非常不同意，2 = 不同意，3 = 不確定，4 = 同意，到 5 = 非常同意。本研究前測中，此 4 個題項的 Cronbach's alpha 為 .769，故在正式調查時均予以保留各題項。受訪者對憂鬱症的正面刻板印象程度即由各題得分相加取平均數而得，受訪者得分越高，代表其對憂鬱症的正面刻板印象程度也越高。

陸、利他傾向

利他傾向量表改編自 Rushton 等人 (1981) 發展的利他行為自我陳述量表 (Self-Report Altruism Scale, [SRA])，主要考察受訪者的利他人格傾向、日常生活中進行利他行為之情形。此量表在先前張利中等人 (2007) 的中文研究中，Cronbach's alpha 為 .70，共有以下 5 題：

- (一) 我曾經為陌生人指路。
- (二) 我曾經奉獻金錢或物品給有需要的陌生人。
- (三) 我曾經向慈善機構捐贈過金錢或物品。
- (四) 我會主動在公共交通工具上讓座給陌生人。
- (五) 我曾經在慈善 / 非營利團體當過義工。

本變項各題項同樣使用李克特五點量表，選項從 1 = 從未做過，2 = 僅做過

一次，3 = 做過幾次，4 = 經常做，到 5 = 非常頻繁做。本研究首先針對這 5 題進行驗證性因素分析，發現 5 題中，第 1 題的解釋變異量 ($\lambda=0.435$) 低於 .50，因此將題目 1 刪除。其餘題項於前測中的 Cronbach's alpha 為 .809，故在正式調查時均予以保留。受訪者的利他傾向程度則由其餘四題得分相加取平均數而來，得分越高代表其利他傾向也越高。

柒、與患者正面互動的行為意向

基於 Corrigan 等人 (2005) 對精神疾病的歧視性行為的界定，本研究對與患者正面互動的行為意向之測量，從人際距離、陪伴意願以及去污名化行為三個層次進行設計。人際距離部分採用 Bogardus (1928) 的社會距離量表，此量表被廣泛引用於測量個體對精神疾病患者之態度 (如：周志玉，2006；洪嘉雯，2005；連盈如，2015)，其中文版於先前臺灣研究中內在一致性為 .857 (李曉梅，2008)。陪伴意願及推動去污名化行動部分均採自編量表，後者則改編自 Corrigan & Watson (2002) 提出的去污名化策略，請受訪者填答會主動實踐此類行為之意願。整體言，這部分量表共有以下 8 題：

- (一) 您是否願意與憂鬱症患者成為朋友？
- (二) 您是否願意與憂鬱症患者成為室友？
- (三) 您是否願意讓憂鬱症患者照顧您的家人？
- (四) 當憂鬱症患者提出需要時，您是否願意陪伴他/她？
- (五) 您是否願意主動關心憂鬱症患者？
- (六) 您是否願意在生活中主動向親友分享憂鬱症相關資訊？
- (七) 您是否願意在社交媒體上分享憂鬱症相關知識？

(八) 您是否願意參加憂鬱症去污名化的宣導活動？

本變項各題項使用李克特五點量表，選項從 1=非常不願意，2= 不太願意，3= 不一定，4= 願意，到 5= 非常願意。本研究先針對這 8 題進行驗證性因素分析，皆通過標準。此 8 題於研究前測中的 Cronbach's alpha 為 .842，故在正式調查時均予以保留各題項。受訪者對與患者正面互動的行為意向程度即由各題得分相加取平均數而得，受訪者得分越高代表其與患者正面互動的行為意向越積極。

第四節 研究步驟與研究倫理

本研究於 2022 年 3 月初前測完畢並通過問卷內部一致性檢驗後，於 2022 年 3 月底，在中國大陸問卷調查平台「問卷星」發佈網路研究問卷。研究者以社群網路（微信、QQ 等）、校園內部網路通路（如沈陽藥科大學、廈門華廈學院等校園內部社團）等分享研究問卷。截至 2022 年 4 月 5 日，研究者共回收 820 份問卷，扣除 5 份無效問卷，有效問卷共計 815 份。

在研究倫理方面，本研究謹守知情同意原則與隱私保護原則，在網路問卷首頁與題幹中，研究者均已標註告知受試者本研究之具體內容、研究問題與目的，並清楚標明研究者所屬機構、聯絡資訊、參與調查所花時間。本研究採取自願樣本，所有受試者均在知情同意情形下自願參與研究。本研究遵循匿名、保密之原則，對於研究者之性別、教育程度、個人 IP 地址，均完全保密，僅做學術研究之用。研究末尾之開放式填充題中，各受試者之回應將在研究結果中以代號或假名代替。本研究之匿名、保密原則，亦在問卷首頁告知所有參與研究之受試者。

第五節 資料分析方式

本節將就研究之資料分析方式進行詳述，包括正式施測時的信效度分析、研究結果的描述性統計分析、推論行統計分析使用的統計方法等。本研究所採用之問卷搜集軟體「問卷星」具有自動勘誤功能，除此以外，研究者將採 SPSS 26.0 對資料進行雙重檢誤，以確保不合理填答、缺漏填答、重複填答之樣本被排除在外，並整理開放性自填簡答題之記錄。

壹、描述性統計分析方式

本研究對於受測者之性別、在憂鬱症資訊上的媒體接觸、自身罹患憂鬱症經驗、親友罹患憂鬱症經驗、對憂鬱症的科學認知、正負面刻板印象、利他傾向、及與患者正面互動的行為意向等變項，首先均呈現組成各題項的次數分配及百分比。除此，對於具構念性質的變項諸如受訪者對憂鬱症的科學認知、對憂鬱症的刻板印象、利他傾向及與患者互動之行為意向等，本研究亦將呈現組成其構念的平均數、標準差、次數與頻率等呈現。描述性統計分析除將回應研究問題 1 至 3，也將針對進行假設驗證之各相關變項進行分布描述。

貳、信效度分析

本研究採用統計軟體 JASP14.0 中的驗證性因素分析（Confirmatory Factor Analysis, CFA）檢驗各題項之效度，並針對效度檢驗後之變數組成題項重新進行信度檢驗，進行信、效度分析之題項如表 3-1 所示。

表 3-1 本研究進行信、效度分析之變項

問卷構面	題項數目	是否進行信度分析	是否進行效度分析
基本人口學變項	2	否	否
議題資訊接收管道	12	否	否
患病經驗	2	否	否
媒體素養	6	是	是
對憂鬱症的科學認知	8	是	是
對憂鬱症的負面刻板印象	5	是	是
對憂鬱症的正面刻板印象	4	是	是
利他傾向	5	是	是
與患者正面互動之行為意向	8	是	是

為探索本研究之結構方程模型(structural equation modeling, 以下簡稱 SEM) 各觀察變數是否能夠準確描述其所對應之潛在變數, 本研究對 815 份有效樣本進行驗證性因素分析。

一、各構念模型分析

表 3-2 為驗證性因素分析各潛在變異數與對應之觀察變數的 λ 參數表。經 JASP16.0 統計分析, 如表 3-2 最上列所示, 問卷中媒體素養 (Me) 構面的第一題 (熟練運用工具檢索, Me1)、第五題 (分享社會新聞的頻率, Me5) 及第六題 (表達觀點的頻率, Me6) 三個題項對媒體素養的解釋力較低, 因此將題目剔除, 剔除後剩餘各題項的 Cronbach's alpha 為.774。

在對憂鬱症的科學認知 (S) 構面, 如表 3-2 第二列所示, 除第四題 (憂鬱症

成因的心理因素，S4）、第八題（憂鬱症藥物治療方式之必要性，S8）兩個反向題於前測中刪除外，第七題（電擊與光照治療，S7）解釋力較低，研究者將其剔除。另外，第一題（生理疾病定義，S1）、第二題（憂鬱症歸因的生理性，S2）、第三題（憂鬱症的基因遺傳性，S3）考察之受試者對憂鬱症之生理歸因有重複，因此剔除解釋力較低的第一題、第二題，剔除後剩餘各題項的 Cronbach's alpha 為.690。

在對憂鬱症的負面刻板印象（Ns）構面（見表 3-2 中間），第五題（憂鬱症患者依賴他人，Ns5）一題是結合憂鬱症狀與刻板印象之題項，此題對憂鬱症刻板印象的解釋力較低。研究者經考慮後決定將其剔除，剔除後剩餘各題項的 Cronbach's alpha 為.716。

在利他傾向（Va）構面（見表 3-2 倒數第二列），除第一題（我曾為陌生人指路，Va1）在前測中刪除外，剩餘各題項之信效度解答標準，因此對其餘題項不予剔除。其餘題項的 Cronbach's alpha 為.657。

在對憂鬱症及與憂鬱症患者正面互動之行為意向（Ac）構面（見表 3-2 最下列），第二、第三、第六、第八四題解釋力較低。考慮到第一題（與憂鬱症患者成為朋友，Ac1）與第二題（與憂鬱症患者成為室友，Ac2）表意相近，第二題為解釋力較低者。第三題（是否願意讓憂鬱症患者照顧家人，Ac3）解釋力較低。第六題（向親友分享憂鬱症相關資訊，Ac6）與第七題（在社群媒體分享憂鬱症相關資訊，Ac7）表意相近，第六題為解釋力較低者。研究者經考慮，決定將第二題、第三題、第四題、第六題四個題項剔除，剔除後剩餘各題項的 Cronbach's alpha 為.776。

表 3-2 驗證性因素分析 各潛在變數對應觀察變數的 λ 參數

潛在變數	觀察變數	解釋變異量	p 值	是否保留	修正後的變數信度 (Cronbach's alpha 值)
Factor 1 媒體素養	Me1	0.448	< .001	否	0.774
	Me2	0.558	< .001	是	
	Me3	0.501	< .001	是	
	Me4	0.493	< .001	是	
	Me5	0.386	< .001	否	
	Me6	0.330	< .001	否	
Factor 2 科學認知	S1	0.517	< .001	否	0.690
	S2	0.485	< .001	否	
	S3	0.494	< .001	是	
	S4	-0.016	0.7	否	
	S5	0.726	< .001	是	
	S6	0.611	< .001	是	
	S7	0.285	< .001	否	
	S8	0.105	0.024	否	
Factor 3 負面刻板 印象	Ns1	0.566	< .001	是	0.716
	Ns2	0.512	< .001	是	
	Ns3	0.546	< .001	是	
	Ns4	0.613	< .001	是	
	Ns5	0.320	< .001	否	

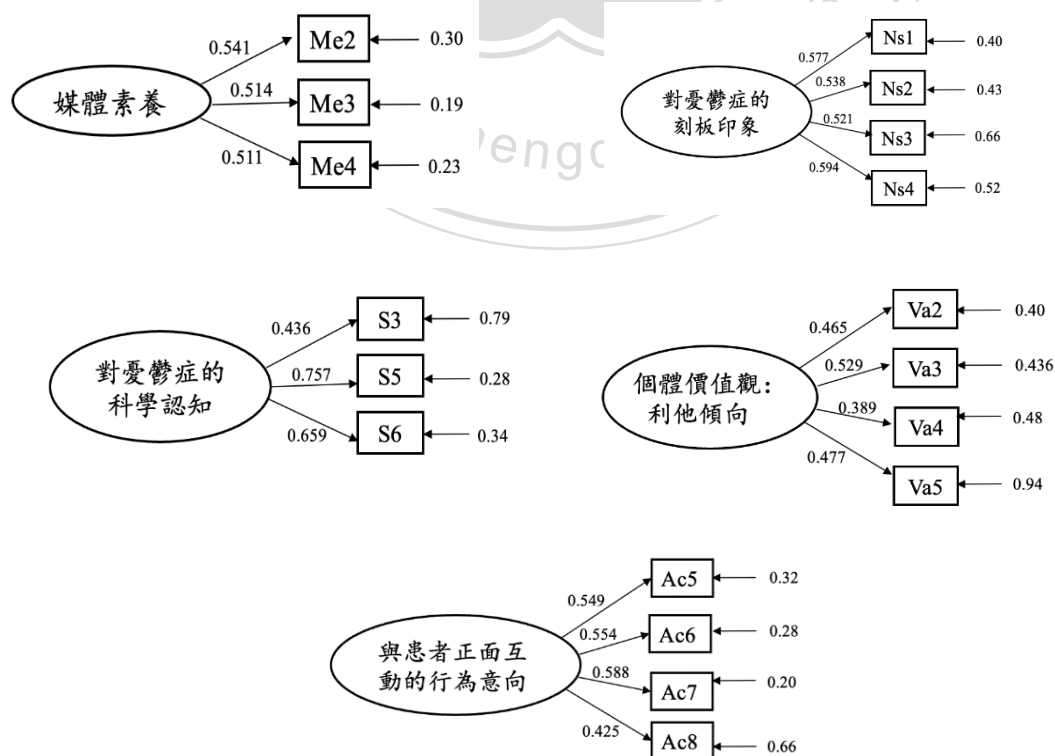
	Va1	0.364	< .001	否	
	Va2	0.456	< .001	是	
Factor 4 利他傾向	Va3	0.481	< .001	是	0.657
	Va4	0.434	< .001	是	
	Va5	0.476	< .001	是	
	Ac1	0.581	< .001	是	
	Ac2	0.564	< .001	否	
	Ac3	0.376	< .001	否	
Factor 5 行為意向	Ac4	0.523	< .001	是	0.776
	Ac5	0.548	< .001	是	
	Ac6	0.472	< .001	否	
	Ac7	0.505	< .001	是	
	Ac8	0.467	< .001	否	

本研究將上述提及之解釋力較低題目剔除後，各觀測變數對潛在變數之解釋變異量均過 0.4 以上之標準。各構面之情形如表 3-3 所示，各潛在變數對應觀察變數及解釋情形則如圖 3-1 所呈現。

表 3-3 刪題後各潛在變數對應觀察變數的 λ 參數及殘差

潛在變數	觀察變數	解釋變異量	p 值	殘差
Factor 1 媒體素養	M2	0.541	< .001	0.302
	M3	0.514	< .001	0.193
	M4	0.511	< .001	0.230
Factor 2 科學認知	S3	0.436	< .001	0.788
	S5	0.757	< .001	0.280
	S6	0.659	< .001	0.340
Factor 3 負面刻板印象	NS1	0.577	< .001	0.396
	NS2	0.538	< .001	0.428
	NS3	0.521	< .001	0.656
	NS4	0.594	< .001	0.520
Factor 4 個人價值取向	V2	0.465	< .001	0.398
	V3	0.529	< .001	0.457
	V4	0.389	< .001	0.479
	V5	0.477	< .001	0.940
Factor 5 行為意向	A1	0.549	< .001	0.318
	A4	0.554	< .001	0.195
	A5	0.588	< .001	0.177
	A7	0.425	< .001	0.657

圖 3-1 各潛在變數對應觀察變數及解釋情形



二、測量模型整體適配度分析

各部分問卷題項經調整後，該測量模型之卡方值未達顯著 ($p < .05$)，CFI = 0.934 > 0.9，TLI = 0.920 > 0.9，GFI = 0.996 > 0.9，RMSEA = 0.047 < 0.05，SRMR = 0.040 < 0.08，皆通過 SEM 模型適配度標準（黃芳銘，2007；Bentler & Bonett, 1980; Browne & Arminger, 1995; Fan, Thompson, & Wang, 1999; Hu & Bentler, 1999; Jöreskog & Sörbom, 1989; Marsh & Hocevar, 1985; Marsh, Balla, & McDonald., 1988），表示此測量模型適配程度非常好，各題項（測量變項）能夠準確反映與解釋研究者欲探索之潛在變項。測量模型之適配指標如表 3-4 所示。

表 3-4 測量模型之適配度考驗

適配指標	數值範圍	理想數值	模型數值
Chi-Square	0 以上	不顯著	353.043 $p < .05$
Chi-Square/df	0 以上	小於 3 或 2	2.820
Comparative Fit Index (CFI)	0-1 之間	0.9 以上， 0.95 以上為非常適配	0.934
Tucker-Lewis Index (TLI)	0-1 之間	0.9 以上， 0.95 以上為非常適配	0.920
Goodness of fit index(GFI)	0-1 之間	0.9 以上	0.996
Root mean square error of approximation (RMSEA)		0.05、0.06 或 0.08 以下	0.047
RMSEA 90% CI lower bound			0.042
RMSEA 90% CI upper bound			0.053
Standardized root mean square residual (SRMR)	0-1 之間	低於 0.10，最好低於 0.08	0.040

參、推論性統計分析方式

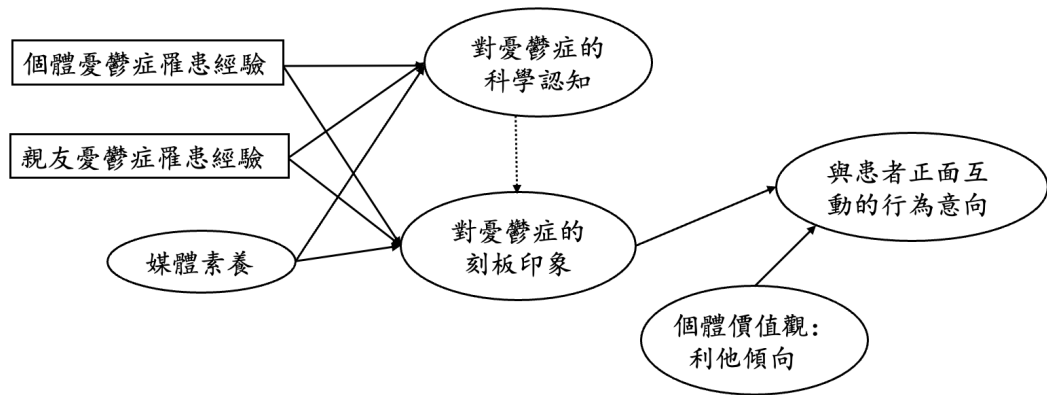
一、獨立樣本 T 檢定

本研究使用統計學工具 SPSS 26.0 進行分析。以獨立樣本 T 檢定檢驗樣本的性別、憂鬱症罹患經驗對其憂鬱症的科學認知、態度之影響。獨立樣本 T 檢定之推論性統計分析將針對本研究之研究問題 1、研究假設 3、研究假設 4 進行回應。

二、結構方程模式

本研究採用 SEM 模型分析變項間的關係。SEM 模型又稱共變異數結構分析 (covariance structural analysis) 或潛在變數分析 (latent variance analysis)，是融合了因素分析 (factor analysis) 與路徑分析 (pathway analysis) 的多元統計模型。此模型可以利用線性方程來表示潛在變量與可觀測變量，並量測多變數之間的交互關係 (Karl, 1973)。結構方程模型的優勢在於，其一，可以展現立體、多層次、多變量之間交互關係的分析，更符合人類真實思維模式；其二，SEM 可以納入潛在的、抽象的、較具歸納性的變項，諸如本研究所關注的常民對憂鬱症的刻板印象等；其三，SEM 可以將因果關係量化，將各變項殘差納入模式評鑑，兼顧測量模型的準確性與結構模型因果關係的適切性，故十分適合本研究之主題與目的。本研究使用 JASP 14.0 進行模型的適配度分析，本研究之 SEM 模型如圖 3-2 所示：

圖 3-2 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型



本研究 SEM 模型整體適配度以及各測量模型適配度，將透過模型卡方值(χ^2)、概似均方根誤差係數 (root mean square error of approximation, [RMSEA])、標準化均方根殘差值 (standardized root mean square residual, [SRMR])、比較適配指標 (Comparative fit index, [CFI]) 以及非規範適配指標 (Tucker-Lewis Index, [TLI]，或稱 non-normed fit index, [NNFI]) 檢視之。本研究各變項間影響效果，採用 JASP 14.0 模型適配結果中的因子載荷量檢視之。

SEM 之推論性統計分析將針對本研究之研究假設 1、研究假設 2、研究假設 5、研究假設 6、研究假設 7 進行回應，並將檢測大學生對憂鬱症的「媒體素養-認知-行為」整體模型的適切性。

第四章 資料分析結果

本章分成六部分：第一節為基本資料描述；第二節為差異性分析；第三節為相關分析；第四節為驗證性因素分析；第五節為結構方程模型擬合度檢定；第六節為本章之小結。

第一節 基本資料描述

這部分包括人口學變項、議題資訊獲得管道及各分析變項基本分布。以受訪者填答網路問卷之 IP 統計，本研究網路調查的 815 份中國大陸大學生有效受訪者中，地區分佈於中國大陸東北、華北、西北內陸、東南沿海以及長江三角地區，並遍及遼寧、北京、內蒙古、山東、上海、四川、江西、海南、廣東等 20 個省份及直轄市。性別分布部分，男性共 227 人，佔比 27.9%；女性比例較高，共 588 人，佔比 72.1%。

大學生憂鬱症資訊之媒體接收管道情形則如如表4-1所示，815名受訪者中，在網路或社交媒體（包括微博、微信等）中看到或聽到憂鬱症資訊者最多，佔近七成（69.4%， $n=566$ ）；電視次之，佔四成多（42.1%， $n=343$ ）；電影為第三高，佔三分之一左右（33.7%， $n=275$ ）；屬親朋好友等人際管道則佔三成左右（31.9%， $n=260$ ）；透過上課、演講、座談會等則略超過二成（22.7%， $n=185$ ）；除此，受訪大學生有關憂鬱症資訊的其他接收管道均不及兩成。此結果同時印證本研究資料蒐集的主要調查方式適切性，亦即網路是當代大學生使用最頻繁的媒介，也是交流與獲取健康資訊的最主要管道。因此，本研究選擇中國大陸大學生作為研究對象，以觀察其媒體素養對個人憂鬱症科學認知與刻板印象的影響，具有一定的說服力。

表 4-1 受訪者憂鬱症資訊之媒體接收管道頻率分布 (N=815)

接觸管道	人數	百分比
網路或社交媒體 (包括微博、微信、貼吧等)	566	69.4
電視 (包括廣告、節目、新聞)	343	42.1
電影	275	33.7
親朋好友等人際管道	260	31.9
透過上課, 演講, 座談會等	185	22.7
書籍、專業期刊	153	18.8
報紙 (包括廣告、新聞)	103	12.6
廣播 (包括廣告、節目、新聞)	103	12.6
雜誌 (包括廣告、專文、報導)	102	12.5
以上皆無	79	9.7
傳單、單張、宣傳手冊、產品包裝等	58	7.1
戶外媒體 (例如戶外海報、看板、旗幟)	51	6.3
大眾運輸工具 (車體、海報、跑馬燈等)	35	4.3

至於本研究主要分析變項的基本分布情形，815份有效樣本中，明確表示曾自身罹患憂鬱症之大學生有30位，佔比3.7%；非憂鬱症患者之大學生有652位，佔比83.7%；選擇「不確定／不知道」之受試者有133位，佔比16.3%。此外，明確表示身邊親友曾罹患憂鬱症之大學生有264位，佔比32.4%；身邊無憂鬱症罹患者親友之大學生有344位，佔比42.2%；選擇「不確定／不知道」之受試者有207位，佔比25.4%。

以構念方式所組成變項的基本分布則列於表4-2。由各變項的平均數可知，受訪者的媒體素養、憂鬱症的科學認知程度、對憂鬱症的正面刻板印象、及與憂鬱症正面互動的行為傾向均略高於平均數；對憂鬱症的負面刻板印象及利他傾向程度則略低於平均數。

表 4-2 本研究各分析變項描述分布 (N=815)

變項名稱	平均數	標準差	變異數	偏態		峰度	
				偏態	標準誤	峰度	標準誤
媒體素養	3.57	.57	.32	.09	.09	.52	.17
科學認知	3.36	.52	.27	.03	.09	.77	.17
負面刻板印象	2.68	.61	.37	-.19	.09	.92	.17
正面刻板印象	3.28	.65	.42	-.33	.09	1.24	.17
利他價值取向	2.87	.55	.30	.39	.09	1.38	.17
行為意向	3.33	.56	.31	-.30	.09	1.82	.17

以下則進一步就組成上述構念變項的題項基本資料分佈及其對應的研究問題與假設予以分析之。

壹、對憂鬱症的科學認知

研究問題 1 欲瞭解中國大陸青年族群對憂鬱症的科學認知情形。就「憂鬱症科學認知」的填答結果觀之，受訪大學生對於憂鬱症定義、病因、臨床症狀、治療方法了解程度得分情形如表 4-3。由表中數據可知，大學生對於憂鬱症科學知識的了解程度整體較佳，平均為 3.36 分（滿分 5 分，標準差 = 1.148）。其中，得分較高的為 13（憂鬱症的疾病歸因）、15（憂鬱症的基因遺傳性）、17 題（憂鬱症臨床表現），三題得分均超過 3.5，即大多數大學生對憂鬱症之生理歸因及生理性臨床症狀了解程度較佳，對憂鬱症生物醫學知識的正面陳述表示「認同」。得分最低的是 18 題（憂鬱症電擊治療方式），得分為 2.84（標準差 = 1.088），

以及 19 題（憂鬱症的生理與心理治療方式）得分為 3.13（標準差 = 1.406），18 題為憂鬱症較小眾之治療方式，19 題為憂鬱症藥物治療之必要性。

表 4-3 受訪者憂鬱症科學認知各題項回答的描述性統計分布（N = 815）

題號與題項	平均值	標準差	選項 (%)					總計
			非常不同意	不同意	不確定	同意	非常同意	
12. 抑鬱症是一種生理性的疾病。	3.36	1.15	4.2	20.1	23.9	38.7	13.1	100.0
13. 抑鬱症是大腦內神經傳導物質分泌出現異常導致。	3.71	0.66	0.9	6.9	26.0	52.9	13.4	100.0
14. 抑鬱症發生的原因與個人體質有關，如：基因遺傳。	3.25	0.98	4.5	18.7	31.3	38.3	7.2	100.0
15. 造成抑鬱症的原因是患者內心不夠堅強。	3.64	1.10	2.2	14.8	21.8	39.0	22.1	100.0
16. 抑鬱症患者的內分泌與常人不同。	3.39	0.86	3.2	12.5	35.2	40.4	8.7	100.0
17. 抑鬱症患者的腦部活動狀態與常人不同。	3.56	0.78	2.1	10.1	27.5	50.3	10.1	100.0
18. 電擊治療、光照治療也是抑鬱症治療的選項。	2.84	1.09	13.6	19.0	41.0	22.6	3.8	100.0
19. 抑鬱症不應依賴藥物治療，心病還需心藥醫。	3.13	1.41	8.7	26.5	19.8	33.1	11.9	100.0
對憂鬱症的科學認知題項平均值	3.36	0.27	/	/	/	/	/	/

由此觀之，大學生對憂鬱症之定義、病因、臨床症狀之了解程度相對較佳，亦即多數大學生都同意憂鬱症是生理性的疾病，由生理因素導致，且患者表現出與常人不同的生理狀態。然而，大學生對憂鬱症的治療方式了解相對不足，較多數大學生對於電擊治療、光照治療憂鬱症的可行性持不確定或懷疑意見，對於憂鬱症是否必須進行藥物治療抱持不確定態度。可見，憂鬱症須盡早及時用藥的觀念，以及諸如電擊、光照這樣的憂鬱症小眾治療方式的知識，在大學生群體中有待普及。

貳、對憂鬱症的負面刻板印象

研究問題 2 關切的是中國大陸青年族群對憂鬱症的何種負面刻板印象較為普遍？一如表 4-4 受訪者對各題項填答情形所示，受訪大學生對憂鬱症之負面刻板印象略低，平均值為 2.68（滿分 5 分，標準差 = 0.374），說明大學生對憂鬱

症負面刻板印象的陳述較不認同。其中，「憂鬱症患者行為難以預測」以及「憂鬱症患者依賴他人」之負面刻板印象受認同度較高，得分分別為 3.21（標準差 = 0.928）和 3.03（標準差 = 0.885），「憂鬱症患者智能較弱」則認同度最低，得分為 2.01（標準差 = 0.719）。具體言之，絕大多數大學生不會認為憂鬱症患者智能較低、暴力或與其難以正常交流，但有相對較多的大學生認為，憂鬱症患者的行為捉摸不定、難以預測，或是憂鬱症患者會依賴他人。整體來看，本研究受訪大學生對憂鬱症及憂鬱症患者仍存在某種程度的刻板印象，但結合前人之常民研究結果與結論（高士元，2005；韓德彥，陳淑惠，2008；Chung & Wong, 2004；Lee, 2006；Lee, Chiu, Tsang, Chui, & Kleinman, 2006；Tsang, 2008），大學生對憂鬱症及憂鬱症患者之負面刻板印象較之全體常民而言仍相對較低，從各題項平均值及標準差看，對憂鬱症患者負面刻板印象較低者佔多數。

表 4-4 受訪者憂鬱症負面刻板印象各題項描述性統計分布（ $N = 815$ ）

題號與題項	平均值	標準差	選項 (%)					總計
			非常不同意	不同意	不確定	同意	非常同意	
20. 多數抑鬱症患者有暴力傾向。	2.49	0.73	12.3	36.9	41.1	8.7	1.0	100.0
21. 抑鬱症患者的智能較弱。	2.01	0.72	29.6	45.4	20.7	3.4	0.9	100.0
22. 抑鬱症患者的行為是難以預測的。	3.21	0.93	6.3	15.1	34.1	40.4	4.2	100.0
23. 我認為和抑鬱症患者交流談話是困難的。	2.64	0.87	10.7	34.1	36.9	16.7	1.6	100.0
24. 抑鬱症患者是依賴他人的。	3.03	0.89	4.7	23.7	40.2	26.5	4.9	100.0
對憂鬱症的負面刻板印象題項平均值	2.68	0.37						

參、對憂鬱症的正面刻板印象

研究問題 3 欲瞭解中國大陸青年族群對憂鬱症是否存在正面刻板印象以及何種正面刻板印象較為普遍。從表 4-5 可看出，大學生受訪者普遍對憂鬱症持正面刻板印象，幾個題項的平均值為 3.28（滿分 5 分，標準差 = 0.424）。分開各題

項觀之，除了「憂鬱症具有某種程度的浪漫色彩」認同度最低（2.59，標準差 = 1.169），其餘各題項得分均在中間值 3 以上，正面刻板印象受認同度最高者為「憂鬱症患者敏銳程度更高」（3.94，標準差 = 0.586）。除此，亦有多數的大學生認同憂鬱症患者有較高的觀察能力與更深刻的思考問題能力。

乍看之下，對憂鬱症患者有正面印象似乎是正向的發展，但也可能因為過度高估憂鬱患者的人格特質而忽略關照其病情，故正面刻板印象的情形不容小覷，近年，Dunn（2017）與 Jadayel 等人（2017）的研究指出憂鬱症在電影與社群媒體中有浪漫化的跡象，Shaffer（1991）等人則指出憂鬱症浪漫化描述與自殺行為的聯結。雖然「憂鬱症具有某種程度的浪漫色彩」認同度在本調查中為最低，如何避免強化大學生群體對於憂鬱症的正面刻板印象，包括浪漫化傾向，乃實務中重要課題。

表 4-5 受訪者憂鬱症正面刻板印象各題項回答的描述性統計分布（ $N = 815$ ）

題號與題項	平均值	標準差	選項 (%)					總計
			非常不同意	不同意	不確定	同意	非常同意	
25、我認為抑鬱症具有某種程度的浪漫色彩。	2.59	1.17	12.3	36.9	41.1	8.7	1.0	100.0
26、抑鬱症患者的觀察能力較強。	3.37	0.69	29.6	45.4	20.7	3.4	0.9	100.0
27、抑鬱症患者的敏銳程度更高。	3.94	0.59	6.3	15.1	34.1	40.4	4.2	100.0
28、抑鬱症患者思考問題更加深刻。	3.21	0.74	10.7	34.1	36.9	16.7	1.6	100.0
對憂鬱症的正面刻板印象題項平均值	3.28	0.42						

第二節 差異性分析

此小節將以獨立樣本 t 檢定回應研究問題 1 的第二部份、研究假設 3、及研究假設 4。研究問題 1 的第二部份乃欲探究中國大陸青年對憂鬱症的科學認知是否有性別差異。如表 4-6 的 t 檢定結果所示，此性別差異並未達到統計顯著水準。

表 4-6 對憂鬱症科學認知的性別差異分析 ($N=815$)

	性別	平均值	標準差	t	自由度	顯著性	平均值差異	標準誤差異	差異 95% 置信區間	
									下限	上限
科學 認知	男	3.29	0.55	-2.25	38	.18	-.10	.04	-.18	-.01
	女	3.39	0.51							

研究假設 3 及假設 4 分別欲驗證作為模型自變項之個人憂鬱症罹患經驗與親友憂鬱症罹患經驗是否對科學認知、負面刻板印象所產生的影響。首先，在個人有無罹患經驗上，如前所述，本研究明確表示自身曾罹患憂鬱症之大學生受訪者有 30 位，佔比 3.7%；非憂鬱症患者之大學生有 652 位，佔比 83.7%；選擇「不確定 / 不知道」之受試者有 133 位，佔比 16.3%。本研究排除選擇「不確定 / 不知道」之受訪者，僅就回答「是」與「非」之受訪者進行 t 檢定。

根據表 4-7 所示，無憂鬱症罹患者親友之大學生有 344 位，佔比 42.2%；選擇「不確定 / 不知道」之受訪者有 207 位，佔比 25.4%。本研究在 t 檢定中，排除選擇「不確定 / 不知道」檢定的結果可以看出，個人對憂鬱症的科學認知程度與負面刻板印象在受試者個體罹患經驗上的差異顯著性檢驗均未達顯著。

表 4-7 有無憂鬱症罹患經驗在其科學認知與負面刻板印象的差異 (N = 802)

	個人 罹患	平均值	標準差	t	自由度	顯著性	平均值 差異	標準誤 差異	差異 95% 置信區間	
									下限	上限
科學 認知	有	3.65	0.60	2.84	31	.19	.32	.11	.09	.54
	無	3.34	0.52							
負面 刻板印象	有	2.48	0.79	-1.44	30	.09	-.21	.15	-.51	.09
	無	2.69	0.60							

此外，明確表示身邊親友曾罹患憂鬱症之大學生有 264 位，佔比 32.4%；身邊無憂鬱症罹患者親友之大學生有 344 位，佔比 42.2%；選擇「不確定/不知道」之受訪者有 207 位，佔比 25.4%。從表 4-8 的 *t*-檢定結果可看出，個人對憂鬱症的科學認知在受試者親友罹患經驗上【 $t(606) = 5.344, p = .734$ 】的差異未達統計顯著水準；然個人對憂鬱症的負面刻板印象在受試者親友罹患經驗上則有統計顯著的差異【 $t(606) = -4.732, p < .05$ 】，其中有罹患憂鬱症親友者對憂鬱症的負面刻板印象（平均數 = 2.54，標準差 = 0.64）明顯低於無患者親友之受訪者（平均數 = 2.77，標準差 = 0.57）。

表 4-8 有無親友罹患憂鬱症在其科學認知與負面刻板印象的差異 (N = 608)

	親友 罹患	平均值	標準差	t	自由度	p 值	平均值 差異	標準誤 差異	差異 95% 置信區間	
									下限	上限
科學 認知	有	3.49	0.53	5.34	606	.73	.23	.04	.15	.31
	無	3.26	0.51							
負面刻 板印象	有	2.53	0.64	-4.73	606	*	-.23	.05	-.33	-.14
	無	2.77	0.57							

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

韋苡爭 (2011) 指出，憂鬱症患者自身或親友可能出於心理擔憂，而對憂鬱症有更多的主觀資訊尋求行動。本研究結果則顯示，無論憂鬱症患者本身或親友，

在對憂鬱症科學認知上均與其他受試者無顯著差異。雖然憂鬱症患者直系親屬因基因遺傳而罹患憂鬱症的概率較高，但其是否會出於心理擔憂而增加資訊尋求行動，尚有待考證。也就是說，憂鬱症患者及其親友未見得對憂鬱症更加了解，或了解得更加準確、全面。

Michaels (2014) 等人則指出，精神疾病之患者與病患對精神疾病患者的包容度較高，負面刻板印象較低。本研究結果顯示，憂鬱症患者本身對於憂鬱症之負面刻板印象均與非憂鬱症患者無顯著差異。這也呼應了 Corrigan (2003, 2005) 等人之研究結果，精神疾病的污名除了有社會大眾對精神疾病的污名 (public stigma)，亦有精神疾病患者將公眾污名內化而產生的病恥感 (self stigma)，即對自身疾病的負面刻板印象。因此憂鬱症患者對憂鬱症的負面刻板印象，未見得比常人更低。

有憂鬱症患者親友的受訪者，其對憂鬱症的負面刻板印象顯著較無憂鬱症親友的結果，與 Michaels (2014) 的研究結果相呼應，即有憂鬱症親友的个人會出於人際因素，更能同理、關懷憂鬱症患者，不容易認同或被憂鬱症之負面刻板印象所誤導。

為了進行後續分析所需，本研究修正原研究假設 4：「自己或親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象較低」為研究假設 4'：「親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象較低」，而此修正過後的研究假設獲得統計驗證支持。

綜上所述，依據獨立樣本 t 檢定，研究假設 3 未獲支持；經修改後的研究假設 4 則獲得支持。本研究因此在 SEM 結構方程模型中，將自變項「患病經驗」中的「個人患病經驗」刪除，僅保留「親友患病經驗」。並將假設 3「親友患病經驗影響對憂鬱症的科學認知」這一直接影響予以刪除。

第三節 結構方程模型分析

本節將針對本研究之整體結構模型進行檢驗，以回應本研究之研究假設 1、研究假設 2、研究假設 4（修正後）、研究假設 5 至 7。

根據上節之獨立樣本 t 檢定結果，大學生對憂鬱症之科學認知與刻板印象與其個人罹患經驗無顯著相關，另，科學認知與其親友罹患經驗無顯著關連。因此本節將「患病經驗」更換為「親友患病經驗」，並刪除「患病經驗」對「憂鬱症的科學認知」之直接影響。修改前後之結構方程模型如圖 4-1、圖 4-2。

圖 4-1 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型（修改前）

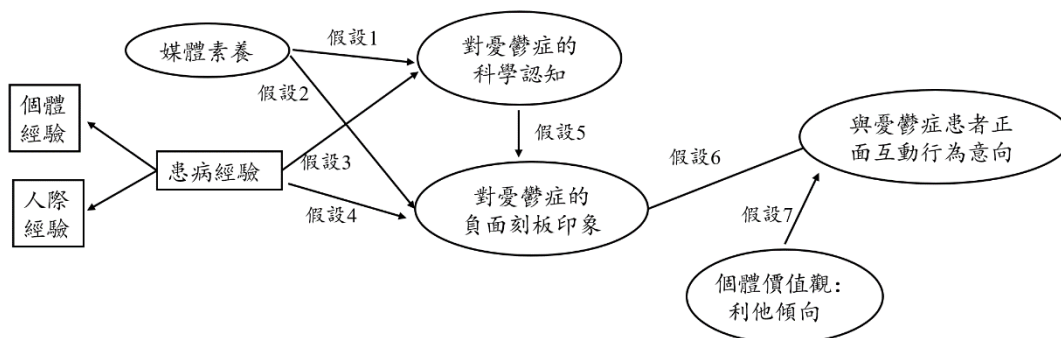
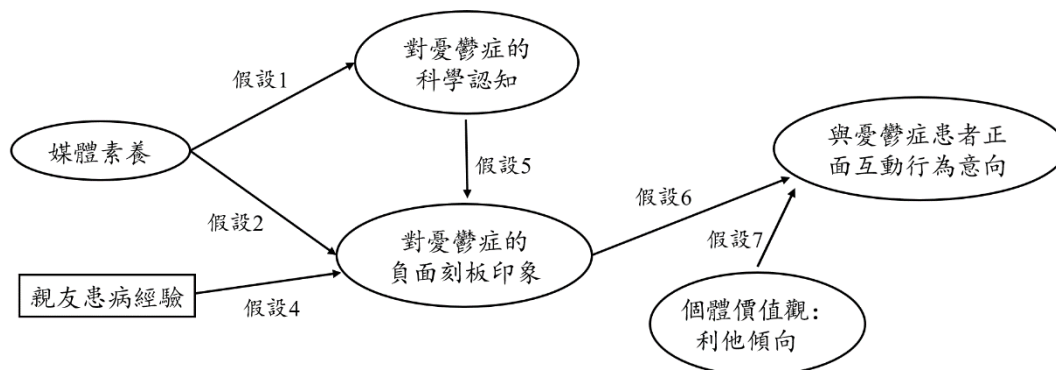


圖 4-2 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型（修改後）



首先，研究者對整體模型之適配度進行審視，以探索本研究提出之「認知-態度-行為」模式是否具有一定程度的解釋力及各研究假設是否成立。如表 4-9 所示之 JASP16.0 檢定結構模型適配指標情形，該測量模型之卡方值達顯著($p < .05$)， $CFI=0.922 > 0.9$ ， $TLI=0.908 > 0.9$ ， $GFI=0.995 > 0.9$ ， $RMSEA=0.048 < 0.05$ ， $SRMR=0.052 < 0.08$ 。根據 SEM 各項指標的適配標準（黃芳銘，2007；Bentler & Bonett, 1980; Browne & Arminger, 1995; Fan, Thompson, & Wang, 1999; Hu & Bentler, 1999; Jöreskog & Sörbom, 1989; Marsh & Hocevar, 1985; Marsh, Balla, & McDonald., 1988），此結構方程模型適配程度非常好。

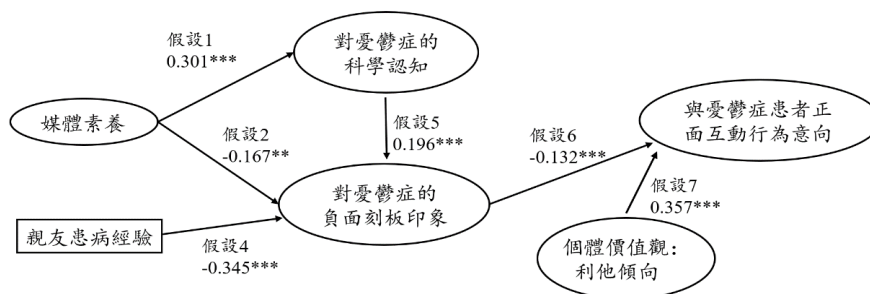
表 4-9 結構模型之適配度考驗

適配指標	數值範圍	理想數值	模型數值
Chi-Square	0 以上	不顯著	350.953 $p < .05$
Chi-Square/df	0 以上	小於 3 或 2	2.400
Comparative Fit Index (CFI)	0-1 之間	0.9 以上， 0.95 以上為非常適配	0.922
Tucker-Lewis Index (TLI)	0-1 之間	0.9 以上， 0.95 以上為非常適配	0.908
Goodness of fit index(GFI)	0-1 之間	0.9 以上	0.995
Root mean square error of approximation (RMSEA)		0.05、0.06 或 0.08 以下	0.048
RMSEA 90% CI lower bound			0.042
RMSEA 90% CI upper bound			0.054
Standardized root mean square residual (SRMR)	0-1 之間	低於 0.10，最好低於 0.08	0.052

由上，透過與理想數值的比對，可知本研究所提出之結構方程模型用以描述常民對憂鬱症的認知與行為時，具有一定的解釋力。其中，受訪者是否有親友罹患憂鬱症的經驗，可直接對其憂鬱症的負面刻板印象有統計顯著的負向影響 ($\gamma = -0.345, p < .001$)，意即有此親友患病經驗親友程度越高的受訪者，其對憂鬱症的負面刻板印象也越低。而受訪者的媒體素養，可直接對其憂鬱症的科學認知有統計顯著的正向影響 ($\gamma = 0.301, p < .001$)，對其憂鬱症的負面刻板印象有統計顯著的負向影響 ($\gamma = -0.167, p < .01$)，意即媒體素養越高的受訪者，其對憂鬱症的科學認知越全面、準確，負面刻板印象越低。而受訪者對憂鬱症的科學認知則會對其負面刻板印象有統計顯著的正向影響 ($\beta = 0.196, p < .001$)，意即對憂鬱症的科學認知越全面、準確者，對憂鬱症的負面刻板印象反而越高。

在行為方面，受訪者對憂鬱症的負面刻板印象對其與憂鬱症患者正向互動的行為意向有統計顯著的負向影響 ($\beta = -0.132, p < .001$)，即對負面刻板印象越高者，越不願意實踐與憂鬱症患者正向互動的種種行為。同時，受訪者的個人價值取向對其與憂鬱症患者正向互動的行為意向有統計顯著的正向影響 ($\gamma = 0.357, p < .001$)，即越傾向於利他人格者，越願意實踐與憂鬱症患者正向互動的種種行為。

圖 4-3 對憂鬱症認知及行為影響因素之結構方程模型



* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

經過 SEM 模型檢驗，本研究之研究假設 1、研究假設 2、研究假設 4、研究假設 5、研究假設 6、研究假設 7 均獲得驗證。成立情況如表 4-10 所示，以下將分別就各研究假設詳細分析與解釋之。

表 4-10 本研究 γ/β 值觀察表與假設支持情形

研究假設	γ/β 值	支持與否
研究假設 1：個人的媒體素養越高，對憂鬱症的科學認知程度越高。	0.301	支持
研究假設 2：個人的媒體素養越高，對憂鬱症的負面刻板印象程度越低。	-0.167	支持
研究假設 4：親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象程度較低。	-0.345	支持
研究假設 5：對憂鬱症科學認知越高，對憂鬱症負面刻板印象程度越低。	0.196	未獲支持
研究假設 6：對憂鬱症的負面刻板印象程度愈高，與憂鬱症患者正向互動的行為意向則愈低。	-0.132	支持
研究假設 7：利他價值觀愈強者，與憂鬱症患者正向互動的行為意向也愈高。	0.357	支持

壹、常民媒體素養對提高疾病科學認知的推動作用

研究假設 1 為「個人的媒體素養越高，對憂鬱症的科學認知程度越高」，經 SEM 驗證，媒體素養較高者，對憂鬱症的科學認知程度確實更高。這呼應了 Shim (2006) 指出的，主動的資訊獲取與被動的資訊暴露都有助於常民對疾病的知識增加。如先前研究（任金州、康雲凱，2015；姜陽，2018；劉敏，2018）所示，華人主流媒體對於憂鬱症的重視程度相對缺乏，而媒體素養較高之大學生具有更強的運用軟件工具檢索與捕獲資訊的能力，因此對於憂鬱症科學知識的了解會較之媒體素養較低者更加豐富全面。再來，媒體所傳遞的醫學資訊未必真實準確，媒體素養較高的大學生具有更強的通過標題、內容、資訊來源等判斷信息可信度的能力，能更有效率地區分陳述事實與表述觀點的資訊，更敏銳、主動地辨別假資訊，對憂鬱症的科學認知更準確。因此，本研究假設 1 獲得支持，媒體素養越高之大學生，對於憂鬱症科學知識的了解越準確，越符合憂鬱症的生物醫學真實。

貳、媒體素養與疾病刻板印象之抗衡

研究假設 2 為「個人的媒體素養越高，對憂鬱症的負面刻板印象越低」，於本研究分析中獲得支持。前人研究結果（如：任金州，康云凱，2015；吳孟津，徐美苓，2011；姜陽，2018；董偉，2010；劉敏，2018；龐旭，2016）顯示，現今華人大眾媒體對於憂鬱症及憂鬱症患者之再現有失偏頗，常以負面形式呈現。在微博及微信公眾號等網路媒體中，憂鬱症報導常伴隨許多負面刻板印象及污名現象，左右閱聽人對憂鬱症的想像。本研究也發現，大學生在「媒體素養」部分的調查中表現出更高的資訊鑑別能力者，其對憂鬱症的負面刻板印象明顯較低。深究其因，可能媒體素養較高的大學生具有揚棄修辭框架，識破建構真實之能力，

較不容易順從、認同憂鬱症之負面刻板印象，可以透過資訊檢索、瀏覽、反思，進一步地辨別疾病生物醫學知識與非科學知識的疾病刻板印象之間的區別，因而對憂鬱症的負面刻板印象較低。

參、憂鬱症患者親友對憂鬱症之負面刻板印象

研究假設 4 為「自己或親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象較低」，修改後研究假設 4 為「親友中有患憂鬱症者，對憂鬱症的負面刻板印象較低」，於本研究分析結果中獲得支持，說明有親友患憂鬱症的大學生對憂鬱症的負面刻板印象較無患者親友者更低。這與 Michaels (2014) 的論述相呼應，即憂鬱症患者親友會出於人際因素，更能同理、關懷憂鬱症患者，不容易認同或被憂鬱症之負面刻板印象所誤導。本研究獨立樣本 *t* 檢定分析也發現，憂鬱症患者親友對憂鬱症的正面刻板印象較高的結果，可以得出結論：憂鬱症患者親屬對於憂鬱症的整體認知比較正向化，憂鬱症患者親友因出於對憂鬱症患者的同理、照顧，以及親情、友情因素，對於扭曲、妖魔化、污名化、暴力化憂鬱症患者的論述，比較不容易認同。

肆、憂鬱症科學認知與對憂鬱症負面刻板印象

研究假設 5 為「對憂鬱症的科學認知越高，對憂鬱症的負面刻板印象則越低」，同樣在本研究中獲得支持，該路徑 β 值為正，說明科學認知越高的受測者，在憂鬱症的負面刻板印象部分得分反越高，即刻板印象更深，與本研究假設方向相反，故研究假設 5 未獲得支持。

董竿 (2010) 的研究指出，對特定群體之了解程度越高，對其負面刻板印象

會越減低。然而本研究結果顯示，大學生對於憂鬱症之科學面向了解程度越高，對憂鬱症之負面刻板印象反而越高，即對憂鬱症生物醫學知識了解更全面、準確者，對憂鬱症患者的負面刻板印象更深。研究者結合 Lam 與 Salkovskis (2007) 的研究試解釋此情形，或可略窺端倪，對憂鬱症的生理歸因可能加重對憂鬱症的污名。即當一般人更清楚地認識到憂鬱症是由不可控之生理因素導致時，可能會更傾向於認同憂鬱症患者具有不可控之暴力或依賴他人等行為，加深對憂鬱症患者的負面刻板印象。同時，也曾有針對精神疾病的實驗和研究 (Green, McCormick, Walkey, & Taylor, 1987 ; Riskind & Wahl, 1992) 指出，對於基因遺傳的疾病歸因與人們對疾病的消極態度有顯著相關，尤其人們會更加認同精神疾病患者「危險」、「反社會」、「較不可控」的刻板印象。意即當人們傾向將精神疾病歸因於生物、遺傳學因素時，會更容易認為患者可能產生不可控制的負面行為。在本研究中，對「常民對憂鬱症的科學認知」一潛在變項最具解釋力之第三題（疾病基因遺傳性）、第五題（患者內分泌狀態）、第六題（患者腦部活動狀態）三題，較多考察常民對憂鬱症的生理歸因及遺傳學歸因情形，因此研究者推測，中國大陸大學生對憂鬱症的科學認知越高，其負面刻板印象反而越深之原因可能如上所述。

伍、對憂鬱症的負面刻板印象及與憂鬱症患者正向互動的行為意向

研究假設 6 為「對憂鬱症的負面刻板印象程度愈高，與憂鬱症患者正向互動的行為意向則愈低」，本研究分析也證實刻板印象較高的受訪者，在實踐與患者互動的正面行為部分得分更低，即對憂鬱症負面刻板印象較高的人，確實比較不容易實踐陪伴、幫助或者推動憂鬱症去刻板印象化的行為，此假設獲得支持。基於認知行為模型與信念-情緒行為理論，對疾病的刻板印象可能會演化為對疾病

患者之負面態度與拒斥行為。當人們對憂鬱症患者的負面刻板印象較高時，人們傾向於認同憂鬱症患者難以相處、有暴力或傷人傾向、依賴他人，故對憂鬱症患者可能刻意遠離，或對患者的陪伴意願較低，與患者主動接觸（成為朋友、室友或同事）的意願較低，以避免對自身生活可能造成的負面影響。同時，負面刻板印象較高的大學生本身對憂鬱症的態度就較為消極，因此即使使用網路媒體或分享個人觀點的頻率較高，也未見得願意轉傳或分享憂鬱症相關資訊，或不願意主動在個人生活與社會活動的實踐中推動憂鬱症去刻板印象化的進程。而對憂鬱症負面刻板印象較低者，會更願意為憂鬱症病患群體提供個人的幫助或社會性的支持，願意積極、主動推動去刻板印象化的實踐。這一結果呼應了 Corrigan 等人（2005）提出的精神疾病污名化的認知行為模型（cognitive-behavioral model），證實了在憂鬱症這一疾病的範疇內，大學生對疾病的負面刻板印象確實會演變成對憂鬱症患者的歧視、拒斥等具體行為。

陸、利他價值及與憂鬱症患者正向互動的行為意向

本研究之研究假設 7 為「利他價值觀愈強者，與憂鬱症患者正向互動的行為意向也愈高」，分析結果也證實，利他價值觀念較強的大學生，會更願意主動實踐陪伴、幫助憂鬱症患者或推動去刻板印象化進程的行為，假設 7 獲得支持。基於利他行為與利他價值取向之定義，個人價值取向中利他傾向越高者，或稱客觀人格特徵中的「利他人格」者，會更願意幫助他人，給予他人更多關切。大學生對生活中的憂鬱症患者親友或宏觀的憂鬱症群體的關心、幫助與聲援之行為，都屬於一種不利己且不求回報的利他行為。而利他人格特徵比較強的大學生，更願意對現實生活中的憂鬱症患者伸出援手，給予幫助或陪伴，也更傾向於利用各種

渠道推動整個憂鬱症患者群體在社會上的去污名化、去刻板印象化。同理，利他傾向較低的大學生，在現實生活中與網路上照顧陪伴或分享聲援的主動性都會較利他傾向較強者低。此一結論符合鍾華與郭永玉（2008）、鄭顯亮（2010）等研究歸結的觀點：利他行為受到利他者個人人格特徵的影響，亦可與唐宇歌（2016）針對精神疾病的實證研究呼應，證實了大學生對憂鬱症患者的行為意向，確實與自身利他傾向有關。



第五章 討論、結論與建議

本章主要是依據本研究分析結果進行主要發現的摘述與解釋，以回應第二章中之研究問題與假設，並為實務應用可能之改進取徑提出建議。最後，本章將就研究限制及未來可能延伸的研究方向進行說明，以供後續相關研究參照。

第一節 研究主要發現

當今社會罹患憂鬱症的人數持續增加，使得此病症已成為亟待關注之精神疾病。認識與正視疾病，無疑是預防與治療疾病的基礎。近年來，中外皆有社會科學學者聚焦憂鬱症、躁鬱症等精神疾病之社會建構，傳播學者多從媒體端入手，審視憂鬱症新聞再現中偏頗、失當之情形。然而，鮮少研究聚焦常民，即一般閱聽眾對憂鬱症的認知情形及對憂鬱症患者的態度與行為意象。結合中國大陸憂鬱症罹患人口逐漸低齡化、學齡化之情形，本研究選擇以中國大陸大學生為樣本，探索青年群體對憂鬱症之認知、刻板印象及行為意向。建立在前人研究基礎上，本研究亦關注閱聽眾識讀與批判媒體文本之能力，欲探索在相似的媒體環境薰染下，媒體素養是否成為造成大學生對憂鬱症認知與態度參差之影響因素。此外，個人價值觀念中的利他取向是否成為大學生與憂鬱症患者正面互動行為意向的影響因素。本研究回顧疾病的社會建構相關理論，提出研究假設與問題，透過網路問卷調查法收集大學生樣本，對各變項進行描述統計與差異性分析，並以結構方程模型驗證大學生對憂鬱症之「認知-態度-行為」路徑。

壹、大學生對憂鬱症的科學知識了解程度

經過本研究第四章之資料分析及討論，可以發現大學生對於憂鬱症科學知識

的了解程度整體較佳，對憂鬱症的疾病定義、致病原因、臨床症狀皆有一定程度的了解，唯有對治療方式，特別是憂鬱症藥物治療的必要性，以及憂鬱症的小眾治療方式了解相對不足。

就此情況，研究者試結合中國大陸心理健康教育之歷史沿革與發展脈絡審視之。中國大陸心理健康基礎教育始於上世紀 80 年代，以 80 年代中後期、90 年代初期為分界，在心理健康教育起步至今的三個階段，分別著重調查呼籲、小規模示範與起步、大範圍發展與推進。本研究聚焦之大學生群體，基本出生於 2000 至 2004 年，正值中國國家教育部開展素質教育，重點關注青少年兒童德育發展之時期，從義務教育至高等教育各個階段，各院校皆開設必修或選修之心理健康教育課程，傳授系統的心理學知識（《2019 中國抑鬱症領域白皮書》，2019；鄭莉君，2000）。因此，本研究中大學生對憂鬱症科學認知整體較佳的情形可以被解釋。

此外，與約 10 年前一系列針對常民憂鬱症認知的調查研究（陳宏美，2012；張宏偉，2011；騰訊公司，2013）分析結果相比，本研究中大學生對於憂鬱症科學知識的了解程度已有非常明顯的改善。此原因可能有二：第一，隨著近年來心理健康課程在義務教育至高等教育階段的普及，大學生對於憂鬱症的科學知識水平明顯高於常民；第二，隨著全社會對於心理衛生日益重視，在傳統媒體與社群媒體中對心理疾病與精神疾病的報導與討論顯著增加（姜陽，2018；龐旭，2016），故常民對憂鬱症的了解已較 10 年前有明顯的進步。

雖然大學生對憂鬱症的整體了解程度較高，仍有部分題項的作答情況較不容樂觀，如大學生對於憂鬱症是否有必要進行藥物治療，以及憂鬱症治療方式的了解不甚全面和準確。對疾病的認知不止侷限於知曉疾病「是什麼」以及「為什麼

產生」，也包含了解患者應該「如何因應」。此前，無名氏（2014）提供的調查數據就顯示，雖然中國憂鬱症發病率非常高，但僅有 6.9%的憂鬱症患者主動求助專業醫療機構；而相對於城市，農村地區人口對憂鬱症的認知情形更為不足。騰訊公司（2013）的網路調查也顯示，只有 7.5%的受訪者在情緒低落時願意求助專業機構。由上，不難想像何以不少大學生或常民，在出現憂鬱症的跡象乃至確知患有憂鬱症後，不見得知道該如何就醫，或是否有必要進行藥物治療。

總而言之，雖然大學生對於憂鬱症的了解水平有顯著提高，但普及憂鬱症相關知識，特別是疾病治療知識仍有相當的必要與緊迫性。在基礎教育幾高等教育階段的心理健康課程中，若能更多講授憂鬱症就醫、治療的相關知識，將有助於大學生在認識憂鬱症疾病本身同時，也更清晰知曉憂鬱症盡早就醫的必要性與就醫渠道。

貳、大學生對憂鬱症的刻板印象

首先，從負面刻板印象來看，雖然大學生對憂鬱症仍存在某種程度之負面刻板印象，但總體上刻板印象較低，相對過往研究已有明顯的進步。例如與張宏偉（2011）、高士元（2005）等在 10 年或更早前針對常民對憂鬱症的態度與污名化情形的調查結果相對比，本研究中大學生的負面刻板印象情形已有顯著改善。

結合 21 世紀以來中國大陸對心理健康教育的重視、心理衛生知識的普及活動來看，此情形可以得到解釋。中國近現代以來，憂鬱症曾在相當長一段時間內未得到明確界定。中國第一所國立神經精神病醫院——衛生部南京精神病防治院曾由於人們對「精神病」稱謂的忌諱，更名為腦科醫院，憂鬱症也一度被診斷為「神經衰弱症」、「神經官能症」等（劉國香，2009）。及至 1996 年，生產百

憂解 (Prozac) 的公司與 WHO 聯合發起「旭日工程」項目，大量對醫藥機構、醫生的培訓，讓憂鬱症這一概念在中國始得傳播，進入大眾話語系統，使人們對憂鬱症不再諱莫如深 (劉國香，2009)。如今「憂鬱症」逐漸作為一種生理性的疾病被常民提及，近年亦有許多公眾人物公開「憂鬱症患者」之身份，鼓勵更多患者擺脫自我污名，可以視作憂鬱症去刻板印象化進程的進步。

從本研究的調查結果來看，值得肯定的是，隨著一系列的心理健康教育普及以及憂鬱症去污名化的行動，大學生對憂鬱症的負面刻板印象總體上已相對較低。很少有大學生認同憂鬱症患者智能較弱，或溝通困難。但具體觀之，負面刻板印象並未完全消弭，有部分大學生仍然認同憂鬱症患者行為捉摸不定、難以預測及依賴他人的刻板印象。此類負面刻板印象可能成為大學生主動接觸、陪伴及關心憂鬱症患者的阻礙。憂鬱症的負面刻板印象對憂鬱症患者本身也可能產生明顯負面影響，此類社會污名可能會內化為患者的自我污名，導致患者擔心被歧視而不尋求專業治療 (Vogel, Wade, & Hackler, 2007; WHO, 2001)。Kirk 等人 (2000) 也發現，許多曾罹患憂鬱症而康復者在康復後仍認為需要隱藏自己的症狀，擔心造成他人的負擔。因此，憂鬱症的去負面刻板印象化教育不僅應宣導憂鬱症患者不具有暴力傾向、傷人性，亦應關注憂鬱症患者在行動、社交層次上的污名化現象，強調並非所有憂鬱症患者都「行動難以預測」或「依賴他人」。讓常民對憂鬱症和憂鬱症患者建立正確的社會認知，從而對憂鬱症患者給予更多的關注和陪伴。

再來，對憂鬱症的正面刻板印象，即浪漫化的趨向也值得重視。過去針對憂鬱症乃至各精神疾病刻板印象的實證研究中，尚未見聚焦憂鬱症正面化、浪漫化情形之先例。本研究結果則顯示，大學生對憂鬱症的正面刻板印象略高。

近年來，已有研究（Dunn & Jadayel, 2017；Zuhair, 2019）指出，在影視文學作品以及社群媒體中，出現將憂鬱症乃至自殺行為與浪漫色彩相聯結的趨勢。且先前調查與本研究結果均顯示，網路媒體以及電影、電視是中國大陸大學生獲取健康資訊的重要管道，因此不難解釋何以大學生會對憂鬱症有浪漫化、正面化的想像。對疾病的浪漫化想像可能造成非常嚴重的後果，從上個世紀中期開始，一系列研究（如：彭文蕊，2011；Bollen & Phillips, 1982; Niederkrotenthaler, 2010; Phillips, 1947;）就曾關注自殺事件報導帶來的維特效應（指負面自殺報導帶來的模仿效應）與帕帕基諾效應（指以規範的自殺報導最大程度規避自殺模仿行為），即媒體對於自殺行為的模仿效應，杜娟娟（2008）等人則發現媒體對此行為有正面化、美化報導的現象。近年間，在中國大陸社群軟體如微博、微信等熱搜詞條中，都曾出現名人或一般民眾因憂鬱症自殺的報導或討論。而對憂鬱情緒或自殺行為失當的、浪漫化的描述與討論，可能對頻繁使用網路媒體的青少年產生負面影響。因此，傳統媒體在處理憂鬱症相關資訊及自殺事件之再現時，應當更為審慎，避免美化自殺者，或將憂鬱情緒乃至自殺行為「詩化」。在社群媒體、網路媒體中，平台方應加大力度普及事實查核功能，避免謠言傳散，更應著重監管或設立保護機制，對有具有強烈暗示性、過度渲染，描述失當等自殺事件再現之圖文，予以註記或提示（如知乎、百度搜索引擎等 App 之防自殺彈窗提醒功能）。此外，在義務教育與高等教育階段，應著重引導青年學生樹立對疾病的正確認知，避免大學生或患者學生耽溺於憂鬱症的「浪漫色彩」，耽誤治療時機，甚至產生模仿行為，釀成悲劇。

參、大學生對憂鬱症之「認知-態度-行為」模式

由本研究分析結果可知，七項研究假設中除兩項未獲支持，有四項獲得支持，一項經修訂後獲得支持。由此得知媒體素養會顯著正向影響大學生對憂鬱症的科學認知，負向影響其負面刻板印象。即媒體素養越高，對憂鬱症的科學認知也越高，負面刻板印象則越低。再者，大學生對憂鬱症的負面刻板印象會顯著負向影響其與患者正向互動的行為意向。同時，個人價值觀念中的利他傾向會顯著正向影響其與患者正向互動的行為意向。由上，大學生中媒體識讀與批判能力較強者，對媒體中疾病的科學知識比較能夠辨識吸收，對媒介建構的刻板印象比較能夠批判甄別，而大學生腦海中對憂鬱症的認知與刻板印象，亦會內化為其對憂鬱症患者的態度，轉化為與患者互動的行為意向。同時，利他觀念較強的大學生，實踐幫助憂鬱症患者與推動憂鬱症去污名化行動的行為意向也越高。以下將分別論述、解釋之，並提出可能的實務建議。

一、憂鬱症的科學認知對其刻板印象的影響

首先，本研究驗證了大學生對憂鬱症的認知-態度模型，符合 Corrigan 等人 (2005) 提出的一般精神疾病污名化的社會認知理論，即大學生對憂鬱症的認知，確實會影響其對憂鬱症的負面刻板印象。

根據本研究分析結果，大學生對憂鬱症的科學知識水平越高，對憂鬱症患者的負面刻板印象反而越強烈，此與原先假設方向不同，然此可從前人的論述中得到解釋，即生理歸因會加重常民對憂鬱症的污名 (Lam & Salkovskis, 2007)。由上，推動憂鬱症的健康知識普及，與推動其去負面刻板印象化，應當相輔相成。無論是基礎教育、高等教育，還是社會面的宣導政策、媒體報導，都應在普及憂鬱症知識、呼籲患者群體積極就醫的同時，也著重關注憂鬱症在學生群體或常民

心目中的社會形象，避免妖魔化、污名化憂鬱症與憂鬱症患者，使得常民雖知曉憂鬱症的科學知識，卻對憂鬱症患者產生誤解，對憂鬱症抱持負面的刻板印象。

二、媒體素養對憂鬱症科學認知及刻板印象的影響

本研究驗證了大學生的媒體素養能正向影響其對憂鬱症的科學知識了解程度以及降低負面刻板印象。從社會建構理論的觀點出發，疾病的定義、辨識與患者形象，都深深受到社會建構的影響。媒體的報導本身就是為疾病貼上標籤，賦予和建構形象的過程。而媒體素養較高的大學生，在如今日益錯雜的媒體環境中，不僅具有較高的主動檢索、瀏覽健康資訊的能力，也能夠更加敏銳地辨識在媒體報導當中，何為「假新聞」、「偽科學」，以及區分「陳述知識」與「表達觀點」的論述，對於媒體中呈現的憂鬱症的假訊息或負面刻板印象，較不容易認同，或傾向於謹慎求證，從而對憂鬱症的科學認知更為準確、全面，對憂鬱症的負面刻板印象也更低。

憂鬱症是精神疾病的縮影，也可能是一般疾病的縮影。研究者由此推測，是否大學生乃至一般常民對一般疾病的科學知識了解程度以及刻板印象，也某種程度受到其媒體素養之影響？

近年來越來越多的調查研究結果顯示，互聯網已經成為大學生獲取健康資訊的主要方式（朱岩，2018；何炎芬，2019；楊瑞州、郭亞寧，2022），本研究結果亦顯示，大學生接觸憂鬱症資訊最多的媒體管道為網路與社群媒體。現今，隨著新媒體的普及，醫療科普類應用程式、貼吧、微博話題等醫療話題論壇、健康科普類網路公眾號也逐漸進入公眾視野，閱聽眾不再是只能被動地閱覽報章雜誌上的健康新聞，而是可以主動走進網路與社群，搜尋和獲取醫療健康取健康資訊。張迪、古俊生與邵若斯（2015）的研究顯示，在經常使用手機與平板電腦等移動

設備的受測者中，有 68.8%的人曾有主動獲取健康資訊的經驗。蔡忠元（2013）的研究發現，網路已與電視、宣傳欄並列成為常民最經常採用的資訊獲取方式。

「皮尤互聯網和美國人生活專案」調查顯示，六成受訪者在網路上獲取的健康資訊會影響自己的健康管理決策（Shim, Kelly, & Hornik, 2006）。然而如今網路媒體上對各種疾病的「科普貼文」層出不窮，其中也夾雜著許多不實信息，或呈現有失偏頗，暗含著疾病刻板印象的資訊（姜陽，2018）。鑑於網路平台中健康謠言蔓延迅速，事實查核較困難，常民是否能夠警醒辨別，主動查證，積極轉傳澄清，因而顯得尤為重要。

由此，研究者建議推動青年學生群體心理與精神疾病去污名化，乃至推動任何疾病的全民科普教育與去污名化進程，不僅應從基礎健康衛生教育、傳統的疾病知識科普入手，亦應關注網路、社群媒體、文學影視作品中的精神疾病或疾病再現，以及閱聽眾群體的健康資訊識讀能力。在校園中，應當積極培養大學生在資訊錯雜交織的時代獨立甄別、思考和理性批判的意識，在主動獲取媒體與社群中健康資訊的同時，對不實資訊與偏頗的疾病建構保持警醒。從社會全體的視角觀之，應兼顧疾病在自媒體、社群媒體中的疾病與患者形象再現，以及提高全體民眾的健康素養、媒體素養。特別是在「偽科學重災區」的自媒體社群、社交媒體中，普及事實查核功能（如：騰訊事實查核助手、「美玉姨」等），同時讓更多常民知曉、理解、主動使用這些功能，讓健康資訊的流動形成「理性辨別-主動查核-正確分享」的良性循環。

易言之，相對於線性的知識科普、上傳下達的衛生知識教育而言，培養青年學生群體乃至全社會公民的媒體識讀與批判能力，提高閱聽眾的媒體素養，更顯得刻不容緩。

三、憂鬱症的刻板印象對行為的影響

本研究提出並驗證了大學生對憂鬱症的認知-態度-行為模型，符合 Corrigan 等人 (2005) 提出的一般精神疾病污名化的社會認知與認知行為理論。大學生對憂鬱症的負面刻板印象，會進一步影響其與憂鬱症患者互動的行為。當大學生對憂鬱症患者群體的負面刻板印象較低時，會更願意主動向憂鬱症患者給予幫助、關心和陪伴，也更願意與憂鬱症患者建立社交關係，並推動憂鬱症去刻板印象化的行為實踐。

人是社會性的動物，許多情緒問題或精神疾病通常與患者所處的社會環境與人際關係有關，憂鬱症的成因中，就有明顯的「情緒-社會因子」，包括童年與家庭環境因素、社會支持不足等 (楊延光、鄭淑惠，2006)。Weissman 和 Klerman (1994) 的研究發現，許多憂鬱症患者都有人際問題，透過改善人際問題，憂鬱症狀也會隨之減輕，由此提出了憂鬱症的人際心理治療方式。由此可見，憂鬱症患者能否得到親友的人際支持或社會支持相當重要，不僅會影響患者自身的求醫醫院與疾病恢復，也會影響患者愈後的生活 (Kirk, 2000)。

因此，研究者認為，建立健全心理健康教育機制，關注精神疾病知識在高校的普及，培養大學生樹立對精神疾病的正確認知，並積極推廣並鼓勵大學生參與精神疾病的去污名化活動，應相輔相成，長期且穩定形成體系。如此去刻板印象化的行為實踐，或許可以鼓勵更多大學生或常民，主動關注、關心和陪伴憂鬱症患者群體，讓憂鬱症患者不再感到被孤立或歧視，而是享有與一般人同等的獲得社會資源、建立人際關係的權利，由此使全社會不再談「憂」色變，諱疾忌醫。

四、個人價值取向對與憂鬱症患者互動行為的影響

最後，本研究提出並驗證了個人價值取向對大學生與憂鬱症患者互動的行為

之影響。研究結果顯示，利他價值觀念比較強的大學生，與憂鬱症患者正面互動的行為意向也較高。由此，研究者認為，雖個人價值觀念作為客觀的人格特徵必定因人而異，但在義務教育及高等教育階段，若能組織更多憂鬱症等精神疾病去污名化、去刻板印象化的志願與公益活動，為青年乃至基礎教育階段的學生群體樹立、培養積極助人的價值觀念，將更有助於促進青年學生群體認識精神疾病，培養對弱勢群體或患者群體的同理心，在豐富自身健康知識的同時，讓知識與觀念化為助人的行動，形成良性循環。

第二節 研究限制與建議

依據針對中國大陸大學生的網路調查分析結果與討論，本研究發現有以下研究上之限制，未來可透過研究不同面向的修改或延伸，予以提出後續相關研究可發展之方向。

壹、調查樣本與量表的局限與延伸

本研究調查對象為中國大陸在校大學生，雖採網路調查法可涵蓋不同地區之樣本，但由於是自願樣本，對於不同地區的受訪樣本數無法予以配額控制。中國大陸城鄉差異較大，心理健康教育資源可能存在落差。相較於城市，鄉村的健康資訊獲取管道可能較為有限，居民的媒體素養及健康素養也可能相對較低。未來若能更有系統性地找到各地大學生受訪者，或者抽樣來自不同地區、城市或鄉村的一般民眾進行研究，將能夠看出常民對憂鬱症的認知情形呈現何種分佈，以及受到哪些因素的影響，媒體素養又是如何影響不同人口學背景之閱聽眾對憂鬱症的想像，從而能更全面地分析調查結果，並予以更貼近真實面的實務建議。

此外，本研究在效度檢定中，刪去媒體素養部分解釋力較低之第一、五、六題三個題項。此三題項分別是描述受試者資訊檢索、資訊分享等能力。因此本研究中媒體素養這一潛在變項主要由描述「資訊鑑別能力」之題項進行解釋。未來若能將「資訊檢索能力」及「資訊分享能力」單獨列為潛在變項予以分析並進行比較，將能更具體地呈現常民媒體素養中的何種能力對疾病認知具有關鍵性作用。

貳、深化對憂鬱症的正面刻板印象的操作化量表

本研究結果顯示大學生對於憂鬱症的正面刻板印象確實存在，然而過往研究對於憂鬱症正面刻板印象的操作性定義較為罕見，亦未有相關量表。本研究自編量表中認同度最高之「憂鬱症患者敏銳程度更高」敘述，不僅涉及憂鬱症正面刻板印象，也涉及憂鬱症患者之臨床症狀，因此此題項是否真具有測量正面刻板印象的效度尚待商榷。由此，未來若能更有系統地耙梳憂鬱症正面化、浪漫化之文本，進一步提煉或細分為量表，透過不同前測與測試，將更有助於準確、全面地探索憂鬱症正面刻板印象的情形。

參、影響對憂鬱症科學認知、相關態度及與病患互動意向的其他因素

雖然本研究大部分所驗證的假設獲得支持，研究結果達到統計上之顯著，但部分潛在變項可被解釋的比例不高，諸如大學生對憂鬱症的科學認知，仍有其他影響因素未被本研究所探討。因此，未來研究可進一步針對影響大學生對疾病科學認知程度、態度與行為之其他影響因素再次驗證，使預測模式更加完整。

肆、憂鬱症刻板印象的形成歷程與其內在邏輯

本研究假設 5 預測「對憂鬱症科學認知越高，對憂鬱症負面刻板印象越低」，此假設並未獲統計數據支持。研究者以前人對憂鬱症生理歸因之影響實證研究結果予以解釋，然憂鬱症科學認知對負面刻板印象之負向影響可能另有其他中介因素。未來研究可梳理相關文獻以彙整影響兩者關連可能內在邏輯，更細緻地剖析何種常民對憂鬱症的科學想像或具體認知（如對憂鬱症定義、致病因素、臨床症狀的理解），會特別影響其對憂鬱症的負面刻板印象。諸如是否將憂鬱症歸因與生理因素或遺傳因素者，對憂鬱症患者暴力、依賴他人、不可控的負面刻板印象更強？後續研究也可透過質化的深度訪談、民族誌方式進行更深入的探索，諸如可以訪問對憂鬱症負面刻板印象較強烈者，結合其社會人口學背景、與患者接觸經驗、對憂鬱症的認知等，梳理剖析憂鬱症刻板印象的形成歷程與其內在邏輯。

伍、擴增憂鬱病患者作為研究對象

本研究受訪樣本中，憂鬱症患者有 30 位，僅佔樣本總數的 3.6%。前人研究（如：Chung & Wong, 2004；Corrigan et al., 2003；Corrigan & Watson, 2002）指出，精神疾病的社會污名化可能會內化為精神疾病患者的自我污名與病恥感，此部分本研究由於樣本數過少，未能予以測試。未來研究可擴增憂鬱症患者之受訪樣本，或將研究對象鎖定在憂鬱症患者群體，或抽樣較具憂鬱傾向之受訪者，在關照研究倫理的前提下，探究如 Corrigan & Watson（2002）所提及的公眾污名範疇以外的憂鬱症患者的自我污名，是否受到媒體素養或個人對憂鬱症科學認知之影響。

陸、對媒體從業者之實務建議

本研究發現，一般閱聽眾的媒體素養會直接影響其對疾病的科學於非科學認知，倘若民眾對資訊鑑別與批判能力較低，則極有可能受到媒體中關於疾病的謠言、暗含刻板印象的描述之影響，對疾病產生偏差的認知。因此，研究者建議，在處理憂鬱症等心理疾病相關議題時，媒體業者應更審慎小心，避免妖魔化、污名化精神疾病，或過度渲染、「詩化」精神疾病。在傳遞科學、準確的疾病生物醫學知識的同時，亦可儘量普及疾病的就醫渠道、就醫方式。在社群媒體和網路自媒體平台中，應大力推動事實查核機制的建立，避免謠言在封閉的社群中傳散。若技術可行，可對較具有渲染性、引導性、暗示性之暴力事件、自殺事件等新聞、貼文予以監測及註記，設立未成年人保護機制。

柒、對青少年心理衛生、精神健康教育之實務建議

本研究發現，現階段中國大陸大學生群體對憂鬱症的定義與原因認知較好，對就醫方式了解不足。因此在實務課程中，應推動普及憂鬱症的治療方式、就醫渠道及就醫之必要性。同時，針對大學生對憂鬱症尚存的正、負面刻板印象，研究者建議，實務教育中應著重關注學生群體對精神疾病的態度與行為，而非僅停留在知識普及層面。鑑於中國大陸學生群體憂鬱症罹患率頗高，治療率卻相當低。研究者建議，應在基礎教育至高等教育之各校院設立專門的心理衛生輔導機構，並推動普及定期、匿名的心理衛生調查或篩檢，避免大學生群體出於心理或人際顧慮，貽誤治療時機。

參考文獻

一、中文部分

- 中國新聞周刊（2007年04月16日）。〈抑鬱自殺率 農村高于城市〉，《中國新聞周刊》。取自 <https://health.sohu.com/20070416/n249462349.html>
- 方麗華、陳昭姿、陳純誠（1998）。〈憂鬱症的治療〉，《臺灣醫學》，2(4): 456-463。
- 王芳、鄭瑞強（2013）。〈精神病患者污名現象解析與去污名化策略探討〉，《社會福利（理論版）》，1: 7-10。
- 王美珍（2004年6月）。〈臺灣報紙對精神病患烙印化之初探〉，「2004年中華傳播學會年會研討會」，台北市文山區。
- 王瑜（2014）。〈警惕「刻板印象」背後媒介素養缺失——淺析媒體醫患關係報道的負面影響〉，《中國報業》，10: 43-44。
- 王翠（2010）。〈國內報紙對抑鬱症患者的形象呈現研究——以《人民日報》、《新京報》、《健康報》的報道為樣本〉，《新聞世界》，6: 88-89。
- 石國興、張冬梅（2004）。〈論我國心理健康教育的缺失和應對〉，《教育研究與實驗》，5: 48-52。
- 任金州、康雲凱（2015）。〈我國電視媒體健康傳播視角下的抑鬱症〉，《今傳媒》，3: 4-6。
- 朱岩、鍾凱婷、彭文潔、劉婷婕（2018）。〈大學生新媒體健康資訊使用方式調查分析〉，《中國衛生統計》，35(6): 4。
- 朱寶榮（2004）。《應用心理學教程》。北京：清華大學出版社。
- 何炎芬（2016）。〈自媒體背景下大學生網路心理健康教育宣傳陣地的建設〉，

- 《當代教育實踐與教學研究（電子版）》，2016(9): 270-271。
- 吳佳（2010）。《上海大學生對法國的刻板印象研究》。上海交通大學碩士學位論文。
- 吳孟津、徐美苓（2011）。〈憂鬱症的生物醫學真實、社會文化真實與新聞再現：以台灣的中國時報與蘋果日報為例〉，《傳播與社會學刊》，17: 87-121。
- 李金城（2017）。〈媒介素養測量量表的編制與科學檢驗〉，《電化教育研究》，38(5): 20-27。
- 李政忠（2004）。〈網路調查所面臨的問題與解決建議〉。《資訊社會研究》，6: 1-24。
- 李茂能（2006）。《結構方程模式軟件 Amos 之簡介及其在測驗編制上之應用》。台北：心理。
- 李強、高文瑛、許丹（2008）。〈心理疾病污名形成理論述評〉。《心理科學進展》，16(4): 582-589。
- 李翔（2017）。《都市類報紙抑鬱症議題報導研究》。武漢大學碩士學位論文。
- 李曉梅（2008）。《精神疾病去污名方案設計與評估——以某高中學生為對象之實驗性研究》。陽明大學衛生福利研究所碩士學位論文。
- 杜娟娟、張佳樺、張宛諭、黃姝娟、游佳蓉、吳明智、劉奕欣（2008）。〈電子新聞報導一位名人自殺事件之內容分析〉，《人文社會科學研究》，2(1): 66-90。
- 周志玉（2007）。《憂鬱症污名研究：可控制性歸因，危險與依賴刻板印象對歧視行為的影響》。中原大學心理學研究所碩士學位論文。
- 邱皓政（2011）。《結構方程模式：LISREL 的理論、技術與應用》（二版）。

台北市：雙葉書廊。

俞國良，謝天（2019）。〈大心理健康教育觀：背景、內涵和路徑〉，《教育科學研究》，1: 38-42。

俞蘋（2019）。〈健康與傳播理論觀點：食品安全資訊接收管道、風險認知與感知、資訊分享管道與預防措施間的模型建構〉，《新聞學研究》，138: 75-130。

姜陽（2018）。《健康傳播視角下抑鬱症議題傳播研究》。重慶大學新聞與傳播學碩士學位論文。

洪嘉雯（2005）。《社區民眾對不同精神病症狀的歸因、危險覺知及社會距離研究》。中原大學心理學研究所碩士學位論文。

胡凱揚、莊睿宸（2011）。〈運動與憂鬱症〉，《大專體育》，112: 40-46。

韋苡爭（2011）。〈憂鬱症風險感知影響因素之探討〉，《危機管理學刊》，8(2): 43-54。

唐宇歌（2019）。《抑鬱症污名現象與新媒體去污名化傳播策略研究》。西南交通大學研究所學位論文。

徐美苓、楊意菁（2011）。〈台灣全球暖化風險溝通的常民認知〉，《傳播與社會學刊》，15: 71-104。

殷莉（2009）。〈新聞傳媒在風險傳播中的功能〉，《聲屏世界》，1(4): 15-16。

翁素月、陸汝斌、陳碧霞、吳孜勛、賴姿如、周桂如（2005）。〈憂鬱症患者非理性信念，生活壓力及其憂鬱程度之關係探討〉，《新台北護理期刊》，7(2): 13-22。

高士元、費立鵬、王向群、徐東、賈志民、高維成、胥德廣（2005）。〈精神分

- 裂症病人及家屬受歧視狀況》，《中國心理衛生雜誌》，2: 82-85。
- 高雪屏、李凌江、陳晉東（2004）。〈精神病患者家屬的精神衛生知識需求和態度調查〉，《中國行為醫學科學》，13(5): 550-551。
- 高曉翠（2003）。〈98 例抑鬱症患者健康教育需求調查〉，《中國行為醫學科學》，12(4): 462-462。
- 張利中、胡宜芳、張淑美（2009）。〈大學生 [覺察他人受苦] 之生命教育課程與教學成效研究〉，《課程與教學季刊》，12: 57-78。
- 張宏偉（2011）。〈精神衛生知識知曉情況及對待精神病人態度、方式調查〉，《中國健康心理學雜誌》，19(11): 1307-1309。
- 張春興編（2006）。《張氏心理學辭典（重訂版）》。台北市：臺灣東華。
- 張美惠譯（2006）。《如果梵谷不憂鬱》。台北市：張老師文化。（原書 Kramer, P. D. [2006]. *Against depression*. New York, NY: Penguin.）
- 張迪、古俊生、邵若斯（2015）。〈健康信息獲取管道的聚類分析：主動獲取與被動接觸〉，《國際新聞界》，37(5): 81-93。
- 張偉豪（2011）。《論文寫作-SEM 不求人》。台北市：鼎茂。
- 張潔霞（2010）。〈抗抑鬱藥的歷史與藥物治療〉，「2010 年廣東省藥師周大會」，廣東省。
- 梅舒婕、戴萬旻、包愛民（2019）。〈抑鬱症：恐懼止于理解〉，《浙江大學學報（人文社會科學版）》，2: 128-129。
- 莊凱迪、蔡佳芬（2008）。〈老年人的憂鬱症〉，《臺灣老年醫學暨老年學雜誌》，3(4): 239-247。
- 郭中實、周葆華、陸擘（2006）。〈媒介素養，政治認知，媒介功能與媒介使用：

- 理論關係初探》，《傳播與社會學刊》，1: 121-145。
- 郭寶蓮譯（2011）。《健康社會學導讀》。台北市：韋伯。（原書 Barry, A. M., & Yuill, C. [2011]. *Understanding the sociology of health: An introduction*. New York, NY: SAGE.）
- 陳正昌、程炳林、陳新豐、劉子鍵（2003）。《多變量分析方法：統計軟件應用（三版）》。台北：五南。
- 陳均恆（2021）。《吉林省高校學生精神衛生知識知曉現狀及影響因素探析》，長春中醫藥大學碩士學位論文。
- 陳宏美，郭紅，潘惠君，鄒永江，羅愛軍，朱慧穎，孫秀麗（2012）。〈河北省秦皇島市 18 歲及以上人群精神疾病流行病學調查〉，《山西醫藥雜誌：上半月》，41(12): 1191-1194。
- 陳志根、江原麟、林文勝（2008）。《憂鬱症》。台北市：書泉。
- 陳依煜、連盈如（2015）。〈大學生精神病去污名教育介入成效初探〉，《中華心理衛生學刊》，28(3): 421-447。
- 陳孟達(2017)。《「後真相」時代大學生對臺灣人的刻板印象研究》。瀋陽師範大學碩士學位論文。
- 陳芸芸譯（2003）。《特新大眾傳播理論》。台北市：韋伯。（原書 McQuail, D. [1984]著. *Mass communication Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.）
- 陳俊欽（2004）。《憂鬱與憂鬱症：我憂鬱，但是我沒病（一版）》。台北市：健康文化。
- 陳喬琪、郭千哲、李明濱（2004）。〈嚴重急性呼吸道症候群對醫療人員心理健康之影響〉，《北市醫學雜誌》，1(1): 75-80。

- 陳潮宗 (2004)。〈中醫治療憂鬱症〉，《中國中醫臨床醫學雜誌》，10(2): 111-114。
- 陳曉燕、劉小聰 (2006)。〈精神病患者家屬對精神疾病相關知識瞭解程度的調查分析〉，《華夏醫學》，19(3): 568-569。
- 彭文蕊 (2011)。《媒體自殺事件報導中的客觀原則與責任理念》。暨南大學碩士學位論文。
- 彭理雲 (2013)。《疾病報導的隱喻分析》。華中科技大學碩士學位論文。
- 曾凡慈、劉毓翔 (2017)。〈建構童年異常：新聞媒體中的兒童過動症及其轉變〉，《社會分析》，14: 75-115。
- 曾定強、楊志偉 (2008)。〈綜合醫院志工對精神疾病之污名化態度及相關因素〉，《中台醫學雜誌》，13(2): 107-111。
- 無名氏 (2014)。〈有關抑鬱症的五大迷思〉，《貴陽文史》，2014: 05。
- 舒忙巧、徐渭龍、安邦、趙芳俠、張娟 (2014)。〈心理治療對憂鬱症患者康復的影響〉，《職業衛生與病傷》，29(2): 162-163。
- 費立鵬 (2004)。〈中國的自殺現狀及未來的工作方向〉，《中國流行病學雜誌》，25(4): 277-279。
- 黃芳銘 (2007)。《結構方程模式理論與應用 (五版)》。台北市：五南。
- 黃淑儀、宋惠娟 (2016)。〈憂鬱之概念分析〉，《榮總護理》，33(2): 204-211。
- 楊延光、鄭淑惠 (2006)。《全方位憂鬱症防治手冊》。台北市：張老師文化。
- 楊瑞州、郭亞寧 (2022)。〈大學生網絡社交行為的特點、問題及心理分析〉。《心理學進展》，12(3): 777-783。
- 董萃 (2010)。《大學生對農民工的刻板印象研究》。中南大學博士學位論文。

- 董偉 (2010)。〈健康傳播視角下抑鬱症報導研究〉，《新聞世界》，5: 91-93。
- 廖以誠、葉宗烈、楊延光、盧豐華、張智仁、柯慧貞、駱重鳴 (2004)。〈臺灣老年憂鬱量表之編制與信，效度研究〉，《臺灣精神醫學》，18: 30-41。
- 廖琳 (2013)。〈大學生抑鬱症調查及相關因素研究〉，《遵義師範學院學報》，1: 97-99。
- 齊若蘭譯 (2020)。《正午惡魔：憂鬱症的全面圖像》。台北市：大家出版。(原書 Solomon, A. [2014]. *The noonday demon: An atlas of depression*. New York, NY: Touchstone.)
- 劉建鵬、張宇翔、羊晨、黃康妹、張雪琴 (2017)。〈城鎮精神衛生知識普及情況及推進建議——2005-2015 年我國城鎮居民精神衛生知識知曉率的 Meta 分析〉。《中國健康心理學雜誌》，25(5): 666-670。
- 劉國香 (2009)。〈抑鬱症在中國〉，《二十一世紀》，114: 85-92。
- 劉敏 (2018)。《抑鬱症議題的網絡報導內容研究》。大連理工大學新聞學系碩士學位論文。
- 歐燁 (2018)。〈知乎社區「抑鬱症」話題下相關問答的污名研究〉。《傳播力研究》，1(36): 209-209。
- 蔡忠元、王路、陳婷、陳文曦、靳滄生 (2013)。〈小區居民健康傳播管道接觸缺失原因分析〉，《中國初級衛生保健》，27(11): 4-56。
- 鄭莉君 (2000)。〈中國心理健康教育的回顧與展望〉，《內蒙古師大學報(哲學社會科學版)》，29(004): 64-69。
- 鄭顯亮、顧海根 (2010)。〈國外利他行為影響因素的研究綜述〉，《外國中小學教育》，9: 51-55。

- 盧鴻毅 (2015)。〈媒體報導的健康信息重要性及可信度感知對健康信息尋求行為的影響〉，《傳播與社會學刊》，34: 89-115。
- 鍾明惠 (2010)。〈生物時鐘療法應用於精神科病患之成效〉。《新台北護理期刊》，12(2): 1-6。
- 鍾華、郭永玉 (2008)。〈利他人格研究述評〉。《華東師範大學學報 (教育科學版)》，26(1): 68-73。
- 韓德彥 (2009)。《憂鬱污名探究: 病因歸因與面子顧慮之影響》。臺灣大學心理學研究所博士學位論文。
- 韓德彥、陳淑惠 (2008)。〈精神疾病污名感受量表及其短版之心理計量特性〉。《中華心理衛生學刊》，21(3): 273-290。
- 顏銘漢 (2016)。《對精神疾病患者去污名化之先驅研究——運用接觸假說》。慈濟大學人類發展學系碩士學位論文。
- 顏如佑、柯志鴻、楊明仁、施春華、黃維仲、廖瑛鈿、李明濱 (2005)。〈臺灣人憂鬱量表與簡式症狀量表使用於大規模小區憂鬱症個案篩選之比較〉，《北市醫學雜誌》，2(8): 737-744。
- 羅亞雄、劉冰花、張秀蘭、周正容 (2020)。〈成都市城市居民對抑鬱症認知度的調查研究〉。《中國醫藥科學》，10: 38-45。
- 龐旭 (2016)。《健康傳播視域下的抑鬱症報導研究 (2011-2015)》。華東師範大學傳播學院新聞學碩士學位論文。
- 蘇東平 (2004)。〈憂鬱症發展新趨勢〉。《聲洋防癌之聲》，106: 7-10。
- 蘇蘅、吳淑俊 (1997)。〈電腦網路問卷調查可行性及回覆者特質的研究〉。《新聞學研究》，54: 75-100。

二、英文部分

- Agha, S. (2003). The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *AIDS Care, 15*(6), 749-762.
- Ailinger, R. L., Lasus, H., & Dear, M. (2003). Americans' knowledge and perceived risk of tuberculosis. *Public Health Nursing, 20*(3), 211-215.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. *Action Control* (pp. 11-39). Berlin, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin, 82*(2), 261-277.
- Allen, N. J., & Rushton, J. P. (1983). Personality characteristics of community mental health volunteers: A review. *Journal of Voluntary Action Research, 12*(1), 36-49.
- Allport, G. W., Vernon, P. E., & Lindzey, G. (1960). *A study of values*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Almanzar, S., Shah, N., Vithalani, S., Shah, S., Squires, J., Appasani, R., & Katz, C. L. (2014). Knowledge of and attitudes toward clinical depression among health providers in Gujarat, India. *Annals of Global Health, 80*(2), 89-95.
- Al-Wattar, S. Zuhair. (2019, February). *Romanticizing death and suicide in Sara Teasdale's poetry*. Paper presented at the annual meeting of the Conferences of Arts, Humanities and Natural Sciences, Mosul, IQ.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 706-718.
- Bauer, R. A. (1960, June). *Consumer behavior as risk taking*. Paper presented at the Proceedings of the 43rd National Conference of the American Marketing Association, Chicago, Illinois.
- Bentler, P. M. & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). Aspects sociologiques du pluralisme. *Archives de Sociologie des Religions*, 23, 117-127.
- Berman, N., & White, A. (2013). Refusing the stereotype: Decoding negative gender imagery through a school-based digital media literacy program. *Youth Studies Australia [online]*, 32(4), 38-47.
- Bogardus, E. S. (1928). Teaching and social distance. *The Journal of Educational Sociology*, 1(10), 595-598.
- Bollen, K. A., & Phillips, D. P. (1982). Imitative suicides: A national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review*, 47(6), 802-809.
- Brawley, L., Rejeski, W. J., Gaukster, J. E., & Ambrosius, W. T. (2012). Social cognitive changes following weight loss and physical activity interventions in obese, older adults in poor cardiovascular health. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(3), 353-364.
- Brown, P., Zavestoski, S. M., McCormick, S., Mandelbaum, J., & Luebke, T. (2001). Print media coverage of environmental causation of breast cancer. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 747-775.
- Browne, M. W., & Arminger, G. (1995). Specification and estimation of mean- and

- covariance-structure models. In G. Arminger, C. C. Clogg, & M. E. Sobel (Eds.), *Handbook of statistical modeling for the social and behavioral sciences* (pp.185-249). New York, NY: Plenum Press.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Chen, J., Jiang, Y., & Lin, W. (2000). *Chinese and western medicine consultation on depression [Co-diagnose depression from Western and Chinese medicine]*. Taipei: Shu-Chuan Publisher.
- Chung, K., & Wong, M. (2004). Experience of stigma among Chinese mental health patients in Hong Kong. *Psychiatric Bulletin*, 28(12), 451-454.
- Clark, A., & Binks, N. M. (1966). Relation of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychological Reports*, 19(2), 649-650.
- Conrad, P. (1997). Public Eyes and Private Genes: Historical Frames, News Constructions, and Social Problems. *Social Problems*, 44(2), 139-154.
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 292, 113-347.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ... & Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 320-329.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001a).

- Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001b). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., ... & Kubiak, M. A. (2001c). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
- Cunningham, M. S. (1967). The major dimensions of perceived risk. In D. Cox (Ed.), *Risk taking and information handling in consumer behavior*. Cambridge, MA: Harvard University Press,.
- Davis, G. (1997). Are Internet surveys ready for prime time. *Marketing News*, 31(8), 31-32.
- Drislane, L. E., Sellbom, M., Brislin, S. J., Strickland, C. M., Christian, E., Wygant, D. B., ... & Patrick, C. J. (2019). Improving characterization of psychopathy within

- the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM–5), alternative model for personality disorders: Creation and validation of Personality Inventory for DSM–5 Triarchic scales. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(6), 511.
- Dunn, E. R. (2017). *Blue is the new black: How popular culture is romanticizing mental illness* (Unpublished thesis). Texas State University, San Marcos, Texas.
- Eibner, F., Barth, J., & Bengel, J. (2006). Predicting perceived vulnerability for breast cancer among women with an average breast cancer risk. *British Journal of Health Psychology*, 11(4), 607-621.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Fabrega Jr, H. (1991). Psychiatric stigma in non-Western societies. *Comprehensive Psychiatry*, 32(6), 534-551.
- Fan, X., Thompson, B., & Wang, L. (1999). Effects of sample size, estimation method, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling*, 6, 56-83.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18.
- Gao, L., Xie, Y., Jia, C., & Wang, W. (2020). Prevalence of depression among Chinese university students: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 10(1), 1-11.

- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1986). Living with television: The dynamics of the cultivation process. *Perspectives on Media Effects*, 1, 17-40.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goldstein, B., & Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health*, 12(6), 551-563.
- Green, D. E., McCormick, I. A., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. (1987). Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Social Science & Medicine*, 24(5), 417-422.
- Green, D. E., McCormick, I. A., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. (1987). Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Social Science & Medicine*, 24(5), 417-422.
- Gureje, O. Y. E., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 436-441.
- Haas, J. S., Kaplan, C. P., Des Jarlais, G., Gildengoin, V., Pérez-Stable, E. J., & Kerlikowske, K. (2005). Perceived risk of breast cancer among women at average and increased risk. *Journal of Women's Health*, 14(9), 845-851.
- Hall, S. (1977). The Hinterland of science: Ideology and the sociology of knowledge. In Centre for Contemporary Cultural Studies, *On Ideology*, 1977, 9-32.
- Hall, S. (2002). The television discourse: encoding and decoding. *McQuail's Reader in Mass Communication Theory*, 2002, 2-20.
- Hansson, S. O. (2002). Uncertainties in the knowledge society. *International Social*

- Science Journal*, 54(1), 39-46.
- Hatchett, A., Hallam, J. S., & Ford, M. A. (2013). Evaluation of a social cognitive theory-based email intervention designed to influence the physical activity of survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 829-836.
- Heider, F. (2013). *The psychology of interpersonal relations*. Hove, UK: Psychology Press.
- Hight, N. J., Hickie, I. B., & Davenport, T. A. (2002). Monitoring awareness of and attitudes to depression in Australia. *Medical Journal of Australia*, 176(10), S63-S63.
- Hills, M. D. (2002). Kluckhohn and Strodtbeck's values orientation theory. *Online Readings in Psychology and Culture*, 4(4), 2307-0919.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Huang, Y., Wang, Y. U., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., ... & Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224.
- Irwin, A., & Wynne, B. (1996). *Misunderstanding science? The public reconstruction of science and technology*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Jadayel, R., Medlej, K., & Jadayel, J. J. (2017). Mental disorders: a glamorous attraction on social media. *Journal of Teaching and Education*, 7(1), 465-476.
- Johnson, J. D. (2003). On contexts of information seeking. *Information Processing & Management*, 39(5), 735-760.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1989). *LISREL 7: A guide to the program and applications*. Chicago, IL: SPSS Inc.

- Jorm, A. F. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 776-781.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- Khandelwal, S., Chowdhury, A. K. M., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). Conquering depression: you can get out of the blues. In *Conquering depression: You can get out of the blues* (pp. 46-46). New Delhi, India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- Kirk, L., Haaga, D. A., Solomon, A., & Brody, C. (2000). Perceptions of depression among never-depressed and recovered-depressed people. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 585-594.
- Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Kegeles, S. S., & Rosenstock, I. M. (1966). A national study of health beliefs. *Journal of Health and Human Behavior*, 7(4), 248-254.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Rounsaville, B. J., George, T. P., Strain, E. C., ... & Regier, D. (2006). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8 Suppl), 5-82.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Lanham, MD: Jason Aronson, Incorporated.

- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication, 13*(5), 434-449.
- Kluckhohn, F. R., & Strodtbeck, F. L. (1961). *Variations in value orientations*. New York, NY: HarperCollins.
- Kroll, M., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2003). The presentation of depression in German daily newspapers. *Psychiatrische Praxis, 30*(7), 367-371.
- Lam, D. C., & Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients' perception of a person with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*(2), 405-411.
- Lee, S., Chiu, M. Y., Tsang, A., Chui, H., & Kleinman, A. (2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine, 62*(7), 1685-1696.
- Lei, X.-Y., Xiao, L.-M., Liu, Y.-N., & Li, Y.-M. (2016). Prevalence of depression among Chinese University students: a meta-analysis. *Public Library of Science one, 11*(4), e0153454.
- Levinson, R. M., & York, M. Z. (1974). The attribution of "dangerousness" in mental health evaluations. *Journal of Health and Social Behavior, 15*(4), 328-335.
- 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*, 96-112.
- Lippman, Walter. (1922). *Public opinion*. New York, NY: Free Press.

- Losoya, S. H., & Eisenberg, N. (2001). Affective empathy. *Interpersonal Sensitivity* (pp. 35-58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*(5), 469-479.
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(6), 532-545.
- Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin, 97*(1), 562-582.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., & Hau, K. T. (1996). An evaluation of incremental fit indexes: A clarification of mathematical and empirical properties. In G.A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp. 315-353). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin, 103*(3), 391-410.
- Mayer, M. A., Leis, A., Mayer, A., & Rodriguez-Gonzalez, A. (2012). How medical doctors and students should use social media: a review of the main guidelines for proposing practical recommendations. *Quality of Life through Quality of Information, 180*, 853-857.
- McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1993). The evolution of agenda-setting research: Twenty-five years in the marketplace of ideas. *Journal of Communication, 43*(2), 58-67.

- McDonald, R. P., & Ho, M. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analysis. *Psychological Methods*, 7, 64-82.
- Michaels, P. J., Corrigan, P. W., Buchholz, B., Brown, J., Arthur, T., Netter, C., & MacDonald-Wilson, K. L. (2014). Changing stigma through a consumer-based stigma reduction program. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 395-401.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.
- Morris, G. (2006). *Mental health issues and the media: An introduction for health professionals*. New York, NY: Routledge.
- Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Di Giannantonio, M., Picci, R. L., & Rucci, P. (2013). Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *Public Library of Science One*, 8(5), e63806-e63806.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global burden of disease study. *Science*, 274(5288), 740-743.
- Nairn, R. G. (2007). Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review. *Australian Psychologist*, 42(2), 138-146.
- Neufeldt, V., & Sparks, A. N. (2002). *Webster's new world dictionary*. New York, NY: Webster's New World.
- Niederdeppe, J., Hornik, R. C., Kelly, B. J., Frosch, D. L., Romantan, A., Stevens, R. S., ...Schwartz, J. S. (2007). Examining the dimensions of cancer-related information seeking and scanning behavior. *Health Communication*, 22(2), 153-167.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented

- suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Nuzzarello, A., & Goldberg, J. H. (2004). How perceived risk and personal and clinical experience affect medical students' decisions to seek treatment for major depression. *Academic Medicine*, 79(9), 876-881.
- Oxford English Dictionary (1971) . *Oxford English Dictionary*. Oxford: Clarendon.
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Martin, J., Ihnen, G., Racenstein, J. M., Nelson, D., ...Hope, D. A. (1999). Social cognition and social skills in schizophrenia: the role of self-monitoring. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 188-190.
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., ...Rosenheck, R. A. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 535-536.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theroretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354.
- Philo, G. (1996). *Media and mental distress*. New York, NY: Addison Wesley Longman.
- Potter, W. J. (2004). *Theory of media literacy: A cognitive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Prohaska, T. R., Albrecht, G., Levy, J. A., Sugrue, N., & Kim, J.-H. (1990). Determinants of self-perceived risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 384-394.
- Prohaska, T. R., Albrecht, G., Levy, J. A., Sugrue, N., & Kim, J. H. (1990). Determinants of self-perceived risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behavior, 31*(4), 384-394.
- Riseley, R. (2005). *Perception of risk of depression: The influence of optimistic bias in a non-clinical population of women*. Doctoral dissertation, Victoria University.
- Riskind, J. H., & Wahl, O. (1992). Moving makes it worse: The role of rapid movement in fear of psychiatric patients. *Journal of Social and Clinical Psychology, 11*(4), 349.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*(3), 257-265.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free press.
- Rushton, J. P., Chrisjohn, R. D., & Fekken, G. C. (1981). The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Personality and Individual Differences, 2*(4), 293-302.
- Scharrer, E., & Ramasubramanian, S. (2015). Intervening in the media's influence on stereotypes of race and ethnicity: The role of media literacy education. *Journal of Social Issues, 71*(1), 171-185.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review, 39*(3), 444-452.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of

- the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Semungus, A., Tafese, Z., & Semella, T. (2017). Application of the theory of planned behavior to assess the determinants of HIV/AIDS risk among high school students in Hawassa City, Ethiopia. *Journal of Community Public Health Nurs*, 3(1), 1-9.
- Shaffer, D., Garland, A. N. N., Vieland, V., Underwood, M., & Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 588-596.
- Shah, D. V., Faber, R. J., & Youn, S. (1999). Susceptibility and severity: Perceptual dimensions underlying the third-person effect. *Communication Research*, 26(2), 240-267.
- Sherazi, R., McKeon, P., McDonough, M., Daly, I., & Kennedy, N. (2006). What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(6), 273-284.
- Shim, M., Kelly, B., & Hornik, R. (2006). Cancer information scanning and seeking behavior is associated with knowledge, lifestyle choices, and screening. *Journal of Health Communication*, 11(S1), 157-172.
- Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., ... & Yager, J. (2015). The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 798-802.
- 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(3), 479-481.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285.
- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk perception and affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322-325.
- Song, L. Y., Chang, L. Y., Shih, C. Y., Lin, C. Y., & Yang, M. J. (2005). Community attitudes towards the mentally ill: The results of a national survey of the Taiwanese population. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 162-176.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Stansbury, K., & Gunnar, M. R. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 108-134.
- Stevenson, A. (2010). *Oxford dictionary of English*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., . . . Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009-1015.
- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *The Quarterly Review of Biology*, 46(1), 35-57.
- Tsang, H. W., Tam, P. K., Chan, F., & Cheung, W. M. (2003). Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: Implications for their recovery. *Journal of Community Psychology*, 31(4), 383-396.
- Tulloch, J. C., & Zinn, J. O. (2011). Risk & media-perspectives from risk sociology and media studies. *Health, Risk & Society (Print)*, 13(1), 102-107.

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40-50.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467-478.
- Wahl, O. F., & Roth, R. (1982). Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 26*(2), 599-605.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*(4), 324-333.
- Williams, R. (1980). Literature and Sociology: in memory of Lucien Goldmann. *New Left Review, 67*, 3.
- Wilson E.O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wolf, S. L., Winstein, C. J., Miller, J. P., Taub, E., Uswatte, G., Morris, D., . . . EXCITE Investigators, f. t. (2006). Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association, 296*(17), 2095-2104.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1065/25461/WHOMSD?sequence=1>.
- World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Retrieved from <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (2020). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Psychiatric Association (2005). *The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia*. Paper presented at the annual meeting of the Schizophrenia Open the Doors Training Manual, Geneva, Switzerland.

Wu, X., Tao, S., Zhang, Y., Li, S., Ma, L., Yu, Y., ... & Tao, F. (2021). Geographic distribution of mental health problems among Chinese college students during the COVID-19 pandemic: nationwide, web-based survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e23126.

Yoshioka, K., Reavley, N. J., MacKinnon, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Research*, 215(1), 229-236.

Zeeman, Z., Lecturer, R. C., Wynaden, D., McGowan, S., Lewis, M., Austin, J., & Finn, M. (2002). Community mental health care: Documenting the role of the nurse. *Contemporary Nurse*, 12(2), 112-123.

Zheng, R., Zhou, Y., Fu, Y., Xiang, Q., Cheng, F., Chen, H., ... & Li, J. (2021). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 114(1), 103-111.

附錄 網路調查問卷

親愛的問卷填答者，您好！

我是政治大學傳播研究所的學生吳馨竹，目前在進行一項有關中國大陸青年對憂鬱症認知與態度情形的研究。本項問卷旨在調查大學生（包含本科生及大專院校學生）對憂鬱症的認知。想邀請符合研究範圍的學生朋友填答。

本問卷共 42 題，填寫大約會佔用您 7 分鐘左右的時間，感謝您願意撥冗作答。本問卷採匿名作答，作答內容將完全保密且僅用於學術研究，研究者不會公開或洩露您的隱私。您的每一個回答，對於本項研究都非常重要，再次非常感謝您的配合！

祝您平安喜樂，生活愉快！

政治大學 傳播學院

指導教授：徐美苓 特聘教授

碩士研究生：吳馨竹 敬上

[P1]第 1 題 請問您的受教育情形為： [單選題]

- A. 大學或大專院校一年級在讀
- B. 非大學或大專院校在讀（再次非常感謝您的參與！）

[P2]第 2 題 請問您的性別是： [單選題]

- A. 男
- B. 女

下面二題列舉的是一般人的媒體使用管道，請您根據實際情況勾選與自己最貼近的選項。

[Dm]第 3 題 過去三個月內，您是否曾經從下列傳播管道中看到或聽到有關憂鬱症的議題或討論？若有，請在選項前的核選方塊中打勾。[多選題]

- A. 電視（包括廣告、節目、新聞）；
- B. 報紙（包括廣告、新聞）；
- C. 廣播（包括廣告、節目、新聞）；
- D. 電影；
- E. 雜誌（包括廣告、專文、報導）；
- F. 網路或社群媒體（包括微博、微信、貼吧等）；
- G. 書籍、專業期刊；
- H. 傳單、單張、宣傳手冊、產品包裝等；
- I. 大眾運輸工具（車體、海報、跑馬燈等）；
- J. 戶外媒體（例如戶外海報、看板、旗幟）；
- K. 透過上課，演講，座談會等；
- L. 親朋好友等人際網絡。

下面十題列舉的是一般人的媒體使用習慣，請您根據實際情況勾選與自己最貼近的選項。

[Me1]第 4 題 我能夠熟練地使用軟件工具進行信息檢索。[單選題]

- A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E. 非常同意

[Me2]第 5 題 我能夠通過標題、內容等判斷信息的可信度。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Me3]第 6 題 我能夠判斷當前信息是在陳述事實還是表達觀點。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Me4]第 7 題 我能夠通過信息發布機構的權威性判斷信息的可信度。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Me5]第 8 題 我經常通過網路分享社會時事新聞[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Me6]第 9 題 我經常通過網絡表達個人觀點。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

以下兩題請您根據實際情況作答。

[D1]第 10 題 我身邊的親友中，有憂鬱症患者：[單選題]

A. 有 B. 沒有 C. 不確定 / 不知道

[D2]第 11 題 我本人是憂鬱症患者：[單選題]

A. 是的 B. 不是 C. 不確定 / 不知道

以下八題所列舉的是一些有關憂鬱症疾病歸因、臨床症狀、治療方式的陳述，請

您根據直觀的想法來選擇答案，答案沒有好與壞之分。

[S1]第 12 題 憂鬱症是一種生理性的疾病。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S2]第 13 題 憂鬱症是大腦內神經傳導物質分泌出現異常導致。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S3]第 14 題 憂鬱症發生的原因與個人體質有關，如：基因遺傳。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S4]第 15 題 造成憂鬱症的原因是患者內心不夠堅強。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S5]第 16 題 憂鬱症患者的內分泌與常人不同。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S6]第 17 題 憂鬱症患者的腦部活動狀態與常人不同。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S7]第 18 題 電擊治療、光照治療也是憂鬱症治療的選項。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[S8]第 19 題 憂鬱症不應依賴藥物治療，心病還需心藥醫。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

以下十二題所列舉的是一些有關憂鬱症的形容，請您根據直觀的想法來選擇答案，

答案沒有好與壞之分。

[Ns1]第 20 題 多數憂鬱症患者有暴力傾向。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Ns2]第 21 題 憂鬱症患者的智能較弱。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Ns3]第 22 題 憂鬱症患者的行為是難以預測的。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Ns4]第 23 題 我認為和憂鬱症患者交流談話是困難的。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[Ns5]第 24 題 憂鬱症患者是依賴他人的。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[R1]第 25 題 我認為憂鬱症具有某種程度的浪漫色彩。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[R2]第 26 題 憂鬱症患者的觀察能力較強。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[R3]第 27 題 憂鬱症患者的敏銳程度更高。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

[R4]第 28 題 憂鬱症患者思考問題更加深刻。[單選題]

A. 非常不同意 B. 不同意 C. 不確定 D. 同意 E.非常同意

以下五題所列舉的行為，請您根據過往情況勾選最貼近您實際情況的選項。

[Va1]第 29 題 我曾經為陌生人指路。[單選題]

A. 從未做過 B. 僅做過一次 C. 做過幾次 D. 經常做 E.非常頻繁做

[Va2]第 30 題 我曾經奉獻金錢或物品給有需要的陌生人。[單選題]

A. 從未做過 B. 僅做過一次 C. 做過幾次 D. 經常做 E.非常頻繁做

[Va3]第 31 題 我曾經向慈善機構捐贈過金錢或物品。[單選題]

A. 從未做過 B. 僅做過一次 C. 做過幾次 D. 經常做 E.非常頻繁做

[Va4]第 32 題 我會主動在公共交通工具上讓座給陌生人[單選題]

A. 從未做過 B. 僅做過一次 C. 做過幾次 D. 經常做 E.非常頻繁做

[Va5]第 33 題 我曾經在慈善 / 非營利團體當過義工[單選題]

A. 從未做過 B. 僅做過一次 C. 做過幾次 D. 經常做 E.非常頻繁做

以下九題請您根據自己的直觀想法勾選答案，答案無好壞之分。

[Ac1]第 34 題 您是否願意與憂鬱症患者成為朋友？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac2]第 35 題 您是否願意與憂鬱症患者成為室友？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac3]第 36 題 您是否願意讓憂鬱症患者照顧您的家人？ [單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac4]第 37 題 當憂鬱症患者提出需要時，您是否願意陪伴他/她？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac5]第 38 題 您是否願意主動關心憂鬱症患者？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac6]第 39 題 您是否願意在生活中主動向親友分享憂鬱症相關資訊？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac7]第 40 題 您是否願意在社交媒體上分享憂鬱症相關知識？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

[Ac8]第 41 題 您是否願意參加憂鬱症去污名化的宣導活動？[單選題]

A. 非常不願意 B. 不太願意 C. 不一定 D. 願意 E.非常願意

第 42 題 如果您有任何其他問題、想表達的內容，或希望知曉本研究的目的及結果，可以在此說明，並留下聯絡方式，再次非常感謝您的填答！[填空題]（非必答）

本問卷到此結束，再次十分感謝您願意撥冗填答，感謝您對本研究的支持！

若您有任何問題，或希望知曉本研究的目的及結果，

煩請在問卷末尾的選填題中留言並留下您的聯絡方式，我將主動與您聯絡。

敬祝您 平安喜樂 心情舒暢

研究者聯絡資訊：吳馨竹 E-mail：hsinzhu***@gmail.com

