

Development of the Mental Illness Attitude and Stereotype Questionnaire

—Preliminary Study

Rachel Yen-Ting Lo¹, Mein-Woei Suen^{1,2,3*}, Chih-Mei Kao⁴

¹School of Psychology, Institute of Clinical Psychology, Chung Shan Medical University, Taichung Taiwan

²Chung Shan Medical University Hospital, Taichung Taiwan

³Social and Gender Issue Research Center, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung Taiwan

⁴Department of Counseling, National Chiayi University, Chiayi Taiwan

Email: *blake5477@yahoo.com.tw

Received: Mar. 15th, 2016; accepted: Mar. 26th, 2016; published: Mar. 31st, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

The current research is a self-developed questionnaire, which investigates the notion of “attitudes and stereotypes toward mental illness”. Due to lack of similar questionnaire in Asia area, and the cultural differences which may not be analogical from western research, this questionnaire is developed based on questionnaire from western studies, yet, more cultural adaptable questions are added to make the questionnaire more accommodated to Chinese community. As mentioned, this questionnaire aims to measure attitudes and stereotypes that individuals may obtain toward people who suffer from mental illness, by such it also employs a variety of settings to see how one would react when they encounter the mentally ill in different situations. SPSS software is applied on descriptive analysis, reliability analysis, and exploration factor analysis, as to explore factors that prompt to negative reactions; factors are categorized and named after analysis according to their meaning. As a result, the current questionnaire including all the variety of settings that one may approach persons who are mentally ill in daily life, is highly adaptable be an useful instrument to measure attitudes and stereotypes toward mental illnesses especially in Chinese community in the future. In addition, suggestions and advices are made for further research, in particular to be the references for application for clinical practices.

Keywords

Attitude Scales, Factor Analysis, Mental Illness, Stereotypes, Survey

*通讯作者。

精神疾病态度与刻板印象量表的编制

—前导型研究

罗彦婷¹, 孙旻暉^{1,2,3*}, 高之梅⁴

¹中山医学大学心理系暨临床心理所, 台湾 台中

²中山医学大学附设医院, 台湾 台中

³中山医学大学社会与性别研究中心, 台湾 台中

⁴国立嘉义大学辅导与咨商学系, 台湾 嘉义

Email: blake5477@yahoo.com.tw

收稿日期: 2016年3月15日; 录用日期: 2016年3月26日; 发布日期: 2016年3月31日

摘要

本研究旨在以自编式量表“精神疾病态度与刻板印象”为主轴, 针对国外学者所编制量表重新翻译、整理。就研究者所知, 因亚洲地区咸有编制精神疾病刻板印象量表, 虽国外研究较为多元, 但因文化差异而缺少量表使用的適切性。为解决此研究限制, 本研究加入更适合亚洲族群的题项, 并以情境(setting)划分方式, 做为此领域研究前所未有的亮点。运用SPSS统计软件进行描述统计、信度分析、以及探索性因素分析.....等方式, 以便取得量表适用性之结果, 更将各情境中所得出的因素加以命名、归类。整体而言, 本量表在精神疾病态度和刻板印象的测量具有相当高的适配性, 最后亦对未来研究提出讨论及建议, 希望能做为往后临床实务应用之参考, 其他详细内容与结果请参见本文。

关键词

态度量表, 探索性因素分析, 精神疾病, 刻板印象, 问卷调查

1. 引言

目前较少有编制精神疾病刻板印象量表的研究, 现有的研究多数仅为针精神疾病患者态度的探讨。然而, 刻板印象(stereotype)主要是强调认知 - 信念(belief)的层面, 则有别于态度(attitude)是强调对于特定对象的评价, 故若能编制以精神疾病态度为主, 而以刻板印象为辅的量表, 将可对一般民众针对精神病患的观感进行了解。过去林信佑与孙旻暉(2008)参考并翻译 Singh、Baxter、Standen 及 Duggan (1998)所使用的 Attitude to Mental Illness Questionnaire (AMI), 进而尝试编制成中文版的“大学生精神疾病态度量表” [1] [2]。故本研究更进一步邀集临床相关专业人员, 采用更专业的方式翻译相关国外量表, 并设定精神疾病刻板印象与态度面向, 亦加入符合国内的题项, 以提高区分刻板印象与态度间的适配性。此外, 亦采用专家效度与增加样本来进行内部一致性考验。此标准化编制的量表将更有助于未来后续研究与临床实务方面的应用。

刻板印象是社会心理学(social psychology)重要的研究主题之一, 指人们对某特定团体成员典型特性所持有的信念(陈皎眉、王丛桂及孙蓓如, 2014) [3]。McGarty、Yzerbyt 和 Spears (2002)亦提出三项指导性原则: 1) 刻板印象是人们对外界进行解释的助力; 2) 刻板印象的使用可节省人们处理事务时的精力; 以及 3) 刻板印象是团体间共有的信念(belief)。对特定精神疾病患者所抱持负向的看法即“精神疾病刻板

印象”(mental illness stereotypes) [4]。事实上,虽然刻板印象并非完全正确,但它仍根深蒂固地存在生活中,在各种团体间具有相当的一致性和普遍性。承如上段所提的精神疾病,人们可能对于精神疾病症状、疾病特性或疾病疗程之不了解,或是错误的认识,而造成负向的精神疾病刻板印象。

然而,何谓精神疾病刻板印象?由于多数民众并没有接触精神疾病患者的经验,所以媒体就成为精神病理学的语言、概念和影像的主要来源(Byrne, 1997) [5]。长期以来,人们对精神疾病的误解和偏见即反映在媒体之中。Schneider (1987)指出,在电影中精神病患被分为四种形象:1) 病患被形容成疯狂的傻瓜,是社会中的边缘人;2) 极力想治好这疾病但又塑造本身为孤立地,以获得大众的同情;3) 病患被认为是反复无常、具破坏性及随时准备攻击的;此外,4) 病患是怠惰的,没有动力想治好这疾病的[6]。由于生活中处处充斥着负向的不正确看法,故在此无形地潜移默化下,民众便对精神疾病患者产生负向的刻板印象。然而,国内是否有适当的精神疾病刻板印象量表可供使用呢?

就本研究所知,国内外咸少有编制精神疾病刻板印象量表的研究,多数仅为针精神疾病患者态度的探讨,例如在 Singh 等人(1998)则是以医科学生为样本,针对精神疾病之态度进行了解。此外,国外研究显示,即使是专业医疗人员,亦会对精神病患呈现出不同行为对待方法及态度(Singh *et al.*),故若国内能有套以精神疾病刻板印象及态度为辅的量表,将更可对一般民众针对精神病患的观感进行负向程度了解;更进一步,也可在进行减除刻板印象操弄后,以此量表进行客观的测量与评做指标。过去林信佑与孙旻暉(2008)参考与翻译 Singh 等人(1998)的 AMI,并尝试编制成中文版的“大学生精神疾病态度量表”,原量表(20 个题项)包含“精神疾病的成因”、“治疗与结果”及“对于个体与社会所造成之影响”三个因素,例如如:“应该劝阻精神疾病患者结婚、导致暴力行为之原因大部分来自精神疾病、精神疾病的诊断将会产生污名化作用、精神疾病常被错误地诊断、精神药物大部分被用来控制分裂型行为、电击疗法应该被禁止、服药过量的人需要富有同理心的治疗……等”。该研究在 59 位有效样本的内部一致性考验发现,Cronbach's α 值仅为 0.59;即使删除去除掉 10 题低相关的题项后,Cronbach's α 值也只提升至 0.70。故本研究认为应邀集临床专业人员先设定欲包括精神疾病刻板印象的面向,除采用更专业地翻译 Swaran 等人的量表外,亦加入较符合国内现况的题项,尤其在区分刻板印象与态度间时减少文化上的差异;此外,亦可以采用专家效度及使用更多样本数来进行内部一致性效度的考验。这样采用更为标准化所编制出的量表,将更有助于本计划未来后续研究之使用。本研究具有以下之重要性:1) 精神疾病患者友善程度的调查;2) 精神疾病患者污名化现象与程度的检视;3) 创新以临床心理系与社会心理学的跨领域合作之结合;以及 4) 建立具有创新性的系列相关研究。

2. 量表编制

2.1. 各分量表简介

本量表要分为九大部分,第一部分“对象 A 的角色说明”是提供研究参与者关于对象 A 的描述与重要讯息,如:家庭背景、在学校和职场与人互动的状况、医疗记录……等。主要是营造对精神疾病患者的印象,并在往后的问卷题目进行评估。在描述文章下方有四道关于人物描述的选择題,目的为加深研究参与者其精神疾病患者印象的操弄,并提供操弄检测(manipulation check),若任一选择題答错,就可藉此证明研究参与者可能没有仔细阅读人物描述或题目,即为无效问卷。

而第二到第七部分,则是让研究参与者试着将对象 A (为指称之特定对象)带入不同情境(setting)中,想象他(她)在特定情境中,将会用何种态度对待 A? 会如何与 A 相处? 此称做“情境式问卷”,关于情境式问卷。此量表共提供六个情境,分别为:1) 工作情境里的人际互动,此情境希望研究参与者把自己当作为职场主管,而对象 A 是他的员工;2) 同样也是工作情境里的人际互动,但设定研究参与者能把对象 A 当作自己的同事;3) 学校里的人际互动,此情境设定研究参与者要把对象 A 当作自己的同学,并

评估在学校与他(她)相处的状况; 4) 小区里的人际互动, 研究参与者必须将自己当作是对象 A 的邻居, 或是任何在居住小区中会遇到的人, 并评估自己会如何与对方相处。在这个情境中, 研究参与者与对象 A 的相处意愿是十分值得关注的一个重点。5) 家庭里的人际互动, 对象 A 被设定为研究参与者的家人; 最后, 6) 医院里的人际互动, 此情境中假设研究参与者为对象 A 的医疗人员。

第八部分则是研究参与者对精神疾病患者的看法, 题项包含普罗大众对精神疾病患者持抱持的刻板印象, 同样的, 研究参与者必须依据各题项的描述, 以 1 到 7 程度勾选出最符合自己的看法。

本问卷采李克特七点量表(likert-typed scale), 每个情境都包含 20 至 29 个题项, 研究参与者需针对每个情境中的题项作答, 其依变项为自己与对象 A 的互动意愿与程度勾选: 1 为“一点也不同意”, 7 为“非常同意”。最后, 则是填写个人基本数据。除此之外, 更有 5 个题项是针对研究参与者自己本身对精神疾病的认识和熟识度所做的调查, 就如同众多文献所支持的说法, 亲身接触的经验 and 认识程度(熟识度)都是影响精神病患者态度的重要决定因子(Veer, Kraan, Drosseart, & Modde, 2006) [7]。

本问卷亦设计“反向题”, 例如: A 听得懂我的指令、A 能够完成他的工作...等。由于本问卷是测量大学生对精神疾病患者的污名态度(即负向态度), 若在题目中参杂加入几道反向题, 既可以使问卷内容较趋于中性、较无偏颇的投射, 更可以藉此查证研究参与者是否随意、不经思考的勾选答案。

2.2. 情境式反应行为量表之特点

为取得研究参与者的“情境式行为反应”, 本量表依邱亮儒、陈语箴和孙旻暉(2012)的“情境式行为反应量表”为基础架构[8], 且先前研究所使用的量表并不完善, 因为情境(settings)可能成为会影响人类行为反应的重要指标, 而目前量表正缺乏情境对行为反应的影响进行深入的探讨。因此“情境式行为反应”量表提供假想情境的目的, 是最能够将研究参与者带到欲观察的特定情境变项。假想情境会帮助研究参与者在营造出来的情境中更容易、更适切的作答, 而且这些情境都是日常生活中很容易遇到的情况, 并不会让研究参与者难以想象。

3. 研究方法

3.1. 研究参与者

本研究研究参与者均为年龄 18 岁以上大专院校学生, 所有的样本(N = 215)都在中山医学大学通识课取得。

3.2. 施测过程

取得同意后, 研究人员在通识班级中进行团体施测。所有参与者都必须签署“研究参与同意书”, 完成签署后方可开始填写问卷。当每位参与者完成问卷作答以及个人资料的填写后, 研究人员取回同意书和问卷, 并给予研究释疑, 向参与者说明此研究目的。

3.3. 资料分析

本研究参考邱亮儒等人(2012)研究定下问卷筛选原则: 即题目有任何一题漏答与一页中有 10 题以上勾选一样答案。当达任一项筛选原则该份问卷则不采用。问卷筛选后, 以 SPSS 20 软件分析进行描述统计、信度分析及因素分析。

4. 结果分析

4.1. 样本背景次数分配

本研究共发放 300 份问卷, 有效样本为 215 份、无效 85 份(有效率 71.67%)。其中男女各 64 与 150

位、另有一位勾选第三性别，平均年龄 19.3 岁。大一学生占多数(60.9%)，其次依序为大二(25.1%)、大三(7.9%)、和 大四(6%)。以系所来看，营养系学生占最大宗(11.2%)，其次护理系和职治系各占 7.9%。

4.2. 情境式反应行为量表信度结果

如表 1 所示，此量表具有相当高的信度，全量表的 Cronbach's Alpha 值高达 0.99，且其他各情境之信度也都在 0.93 以上。

4.3. 各情境因素分析结果

4.3.1. 情境 A——工作(职场主管)

第一次探索性因素分析(Exploratory Factor Analysis, EFA)结果获得三个特征值大于 1 的因素，共解释 58.46% 的总变异。其中两个因素之题目不足三题符合第 1 项删题标准。因此，将第 14、1、2、9、8、5、4、7、16、12、3、6、13 共 13 题予以删除。在删除以上 13 题后，总变异量为 55.25%，并将其因素命名为“雇主忧虑”。此因素包含 22、18、23、10、20、25、15、21、24、11、19、17 题，内部一致性信度 Cronbach's α 系数为 0.93。

4.3.2. 情境 B——工作(职场同事)

第一次 EFA 获得五个因素，共解释 67.21% 的总变异。其中一个因素题目都不足三题，符合第 1 项删题标准，因此将第 20 和 11 题删除。删除后总变异量为 66.50%。由于第 12 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25 符合第 3 项删题标准，因此删除。在第二次 EFA 获得四个因素，共解释 66.56% 的总变异量。其中一个因素题目不足三题，故将第 6 和 7 题删除。最后，在第三次 EFA 获得三个因素，共解释 63.42% 总变异量。并将因素命名为“心理负担”，即第 19、8、9、13、10、18 题，Cronbach's α 为 0.90；因素二命名为“服从度低”，包含第 23、22、21、15 题，Cronbach's α 为 0.79；因素三命名为“拖累产能/形象”，包含第 1、2、3、16、4、5、17、14 题 Cronbach's α 为 0.93。

4.3.3. 情境 C——学校

第一次 EFA 获得五个因素，解释 61.89% 的总变异。其中一个题数不足三题故将因素与第 1、3 题予以删除。但第 2、28、4 题与相邻因素负荷量差异小于 0.25，所以也将之删除。经第二次 EFA 获得四个因素与 61.40% 的总变异量，但因第 18、14、15 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25，故将之删除。最后，进行第三次 EFA 获得四个因素与 63.34% 的总变异量。最后，因素一命名“心理负担”含第 13、12、

Table 1. Reliability in all settings and stereotype measure
表 1. 各情境与刻板印象之信度

情境名称	Cronbach's Alpha
全量表	0.99
工作(职场主管)	0.93
工作(同事)	0.95
学校	0.96
小区	0.96
家庭	0.95
医疗场所	0.93
刻板印象	0.93

16、23、9 题, Cronbach's α 为 0.86; 因素二命名“权益受损”含第 17、21、22、6、19、5、24、20、10 题, Cronbach's α 为 0.90; 因素三命名“服从度低”含第 27、26、25 题 Cronbach's α 为 0.90; 最后, 因素四命名“情绪控制”含第 7、8、11 题, Cronbach's α 为 0.85。

4.3.4. 情境 D——小区

第一次 EFA 获得三个因素, 共解释 63.02% 总变异。其中一个因素题数不足三题, 故将第 4、5 题删除。第二次 EFA 获得两个因素, 共解释 59.74% 总变异量, 但因第 8、13、12、16、9 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25 故删除。最后, 在第三次 EFA 获得二个因素, 共解释 60.17% 总变异量。最后, 将因素一命名“社交限制”含第 20、21、19、15、10、3、11、14、2、1 题, Cronbach's α 为 0.92; 因素二命名“心理负担”, 含第 6、17、7、18 题, Cronbach's α 为 0.91。

4.3.5. 情境 E——家庭

第一次 EFA 获得四个因素, 共解释 60.74% 总变异。其中一个因素不足三题, 因此将第 7、8 题删除。但第 29、4、6、5、23 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25, 也将之删除。进行第二次 EFA 获得四个因素与 58.49 的总变异量。但因为第 17 题的因素负荷量正负符号异常, 符合第二项删题标准, 故删除该题。而且第 28、19、11 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25 也删除。将剩余的题目进行第三次 EFA, 结果获得三个因素 57.01% 总变异量。第 22 和 27 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25, 所以也删除。第四次 EFA 获得三个因素与 57.20% 总变异量。最后, 将因素一命名“身心压力”, 含第 24、21、20、26、10、18 题, Cronbach's α 为 0.84; 因素二命名为“体能负担”, 包含第 2、3、1 题, Cronbach's α 为 0.88; 因素三命名为“亲密度低”, 包含第 13、14、12、25、15、16、9 题 Cronbach's α 为 0.89。

4.3.6. 情境 F——医疗场所

第一次 EFA 获得三个因素, 共解释 60.06% 总变异。其中有一个因素题数不足三题, 故将第 1 题删除。第二次 EFA 获得 60.56% 的总变异, 而第 6 题题意与同因素的其他题目不相符, 符合第 2 项删题标准。另外, 其中 1 个因素只有两题, 故将第 5、6 题删除。第三次 EFA 获得两个因素, 其中一个因素只有一题, 故将第 10 题删除; 此外, 第 18 是与相邻因素的负荷量差异小于 0.25 也删除。第四次 EFA 获得一个因素与 57.96% 的总变异量, 最后命名为“照护压力”, 含第 9、8、4、12、19、3、21、13、17、22、11、16、15、14、7、23、20 题, Cronbach's α 为 0.96。

4.4. 刻板印象量表因素分析结果

第一次 EFA 获得四个的因素, 共解释 59.13% 总变异。其中三个因素题数不足三题, 将第 4、1、21 删除。而第 5、15 题与相邻因素负荷量差异小于 0.25 也删除。第二次 EFA 获得三个因素, 总变异量为 59.36%。其中两个因素只有一题, 故将第 3、2 题删除。另外, 第 7、6 题与相邻因素负荷量差异小于 0.25, 也将此二题删除。第三次 EFA 获得三个因素, 总变异量 59.75%。第 8、12、10 题与相邻因素的负荷量差异小于 0.25, 因此删除。最后, 第四次 EFA 获得两个素, 总变异量 62.66%。最后将因素一命名“缺乏控制力”, 含第 17、9、20、19、18、14、11 题, Cronbach's α 为 0.90; 因素二命名“危险威胁”, 包含第 23、24、13、22 题, Cronbach's α 系数为 0.90。

5. 研究讨论与建议

为确保量表的可靠性(reliability)与有效性(validity), 本研究除透过上述统计考验进行信效度分析。在编制量表时, 透通过专家审核提高专家效度, 实际做法为, 请两位曾于国外取得学位之专家学者, 利用在临床心理学与社会学领域多年来的学经历, 以及专业英语能力, 将先前相关研究所编制的量表重新翻

译、整理外，并依照国内社会脉络另添加更符合亚洲(尤其是台湾地区)之相关题目，让题目更能融入在日常生活中。此外，研究者更透过因素分析结果，归纳出大学生在各情境中和精神疾病患者接触时最常面临的问题，并把这些为题依题意命名。而所归纳出的因素，也和先前众研究相似。

经后续的结果的分析，本研究在工作情境中发现，在职场上若是以雇主或是同事的角度，研究参与者对精神病患的担忧，多半是来自对他的能力、表现和与人之间的相处。结果正如同 Russinova、Griffin、Bloch、Wewiorski 及 Rosoklija (2011)所下的结论，当得知员工或是同事现在(或曾经)被诊断为精神病患，所谓的偏见(prejudice)、歧视(discrimination)也会自然而然产生，这亦是精神病患者求职不易的原因[9]。

而在小区情境分析上，本研究的因素分析结果着重于“社会限制”上，顾名思义就是大学生认为患有精神疾病的邻居，容易因自己的控制力不佳、道德感低或情绪爆发.....等问题，而被其他邻居限制于某情况中，并且难以得到被信任感。此结果与 Taylor 与 Dear (1981)的论点相似，在他们发展精神疾病小区态度量表(CAMI)时，学者认为小区民众较容易将精神病患视为低自主性的，且多数民众赞成必要时将精神病患强制送医疗照护机构医治[10]。另外，本研究的家庭情境结果也如同 Lefley (1989)所提到，当家庭里有精神疾病患者的时候，家人(尤其是主要照顾者)所承受的是长期性的心理压力，而这些压力多来这照护患病家人的身心负担(例如：无法实现自己的人生规划.....等)，以及庞大的医疗费用，若家人间无法分担，或是无法让自己和患病家人之中取得平衡，主要照顾者往往是最先病倒的那一个[11]。

至于对未来研究之建议，此研究研究参与者仅限于中部一家医学大学，若欲拓展量表信效度及通用性，应将研究参与者族群扩大至全台各大专院校学生。最后，若能将此量表与内隐测验(IAT)，或质性研究做结合，不但能降低问卷研究之限制，更能大大提升对研究参与者内在态度的了解，得到最高价值的研究贡献。

6. 结论

事实上，刻板印象并非完全正确，但它仍根深蒂固地存在人们生活中，且在各种团体间具有相当的一致性和普遍性。当人们对于精神疾病症状、疾病特性或疾病疗程特有的行为表征之不了解，或是错误的认识时，极有可能造成负向的精神疾病刻板印象，进而负向地影响其对待精神疾病患者之态度。此精神疾病刻板印象及态度量表发展目的在于测量人们如何在不同情境下，改变与其精神病患接触意愿及接纳态度。虽国外已发展出众多精神疾病刻板印象量表，但其中却少有纳入生活情境的测量。此外，本量表为提升测量之适配性，特别更改较与本土文化相符的题目，最后也已经透过因素分析与信效度验证，发展出针对国内测量精神疾病刻板印象及态度适配性相当高的量表，往后盼能在临床实务领域提供相关之贡献。

致 谢

感谢中山医学大学 102 学年度校内专题研究计划，支助本案“精神疾病刻板印象与态度量表的编制(The Development of Mental Illness Stereotype and Attitude Scale)”之研究经费，该计划编号：CSMU-INT-102-23。此外，亦感谢中国医药大学中区域区域性审查委员会之研究伦理审查通过(审查编号：cRREC-102-018)。

参考文献 (References)

- [1] 林信佑, 孙旻暉. 污名化的精神疾病刻板印象对医护相关科系学生预期病患行为的影响[J]. 97 年度“大专学生参与专题研究计划”人文处计划编号: NSC97-2815-C-040-036-H. 中山医学大学心理学系. 心理学期刊, 2008, 54(3): 331-348.
- [2] Singh, S., Baxter, H., Standen, P. and Duggan, C. (1998) Changing the Attitudes of “Tomorrow Doctors” toward Men-

- tal Illness and Psychiatry: A Comparison of Two Teaching Methods. *Medical Education*, **32**, 115-120. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.1998.00162.x>
- [3] 陈皎眉, 王丛桂, 孙蒨如. 社会心理学[M]. 第三版, 台北: 双叶书局, 2014.
- [4] Mc Garty, C., Yzerbyt, V. and Spears, R. (2002). Stereotypes as Explanations—The Formation of Meaningful Beliefs about Social Group. Cambridge University Press, Cambridge. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511489877>
- [5] Byrne, P. (1997) Psychiatric Stigma: Past, Passing and to Come. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **90**, 618-621.
- [6] Schneider, I. (1987) The Theory and Practice of Movie Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, **144**, 996-1002. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.8.996>
- [7] Veer, V., Job, T., Kraan, H., Drosseart, S. and Modde, J. (2006) Determinants That Shape Public Attitudes towards the Mentally Ill: A Dutch Public Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **41**, 310-317. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0015-1>
- [8] 邱亮儒, 陈语箴, 孙旻暉. 初探式研究——性别与不同年龄阶段在情境式关系攻击量表中的差异[C]//亚洲大学心理学系. 第51届台湾心理学会年会. 台中: 亚洲大学心理学系, 2012: 编号: MS0265.
- [9] Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. and Rosoklija, I. (2011) Workplace Prejudice and Discrimination toward Individuals with Mental Illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, **35**, 227-241.
- [10] Taylor, S. and Dear, M.J. (1981) Scaling Community Attitudes toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, **7**, 225-240. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- [11] Lefley, H.P. (1989) Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. *American Psychologist*, **44**, 556-560. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.556>