

	有患者者？ 有否接觸過精神	極同意	同意	一半半	不同意	極不同意	沒意見
		百分比 (標準誤差)					
2. 你覺得自己的精神健康沒有問題	有	29.1 (2.6)	60.4 (2.8)	5.4 (1.2)	4.7 (1.2)	0.0 (0.0)	0.3 (0.2)
	從未	28.3 (2.1)	61.2 (2.2)	5.0 (0.9)	4.2 (0.9)	0.4 (0.2)	1.0 (0.5)
3. 精神科疾病是永遠不能夠醫治好	有	3.6 (1.1)	14.6 (1.9)	8.4 (1.5)	60.6 (2.7)	7.8 (1.6)	5.0 (1.1)
	從未	3.9 (0.9)	18.3 (1.8)	5.1 (1.0)	53.5 (2.3)	6.5 (1.2)	12.6 (1.3)
4. 只有小部份的精神病患者有暴力傾向和危險	有	10.7 (1.8)	69.5 (2.6)	3.8 (1.0)	8.4 (1.5)	1.0 (0.6)	6.7 (1.4)
	從未	10.1 (1.4)	66.2 (2.1)	6.0 (1.0)	7.5 (1.2)	1.7 (0.6)	8.5 (1.2)
5. 大部份人也有機會患上精神科疾病	有	11.4 (1.8)	61.9 (2.7)	5.2 (1.2)	17.2 (2.1)	1.6 (0.7)	2.7 (0.9)
	從未	9.4 (1.4)	50.2 (2.3)	8.2 (1.2)	21.7 (1.9)	2.5 (0.7)	7.9 (1.1)
6. 你不想住在精神病患者附近	有	10.5 (1.7)	33.8 (2.7)	11.2 (1.7)	39.1 (2.8)	1.6 (0.7)	3.8 (1.0)
	從未	12.0 (1.5)	41.6 (2.3)	7.6 (1.3)	28.4 (2.1)	2.3 (0.7)	8.0 (1.1)
7. 你不想住在精神復康機構附近	有	9.2 (1.6)	31.5 (2.6)	8.3 (1.5)	43.6 (2.8)	2.9 (0.9)	4.6 (1.2)
	從未	11.0 (1.4)	36.7 (2.2)	7.8 (1.2)	33.7 (2.2)	1.9 (0.5)	9.0 (1.2)

	有否接觸過精神病患者？	極同意	同意	一半半	不同意	極不同意	沒意見
		百分比 (標準誤差)					
8. 如果你有家人有精神科疾病， 你不會給親友知道	有	3.2 (1.0)	19.3 (2.1)	9.1 (1.6)	58.2 (2.8)	6.7 (1.4)	3.5 (1.0)
	從未	3.3 (0.9)	26.9 (2.1)	3.4 (0.8)	51.9 (2.3)	5.9 (1.0)	8.6 (1.1)
9. 我們應該將精神病患者安置在 醫院，直到他們完全康復為止	有	16.8 (2.1)	36.7 (2.6)	10.7 (1.8)	29.9 (2.6)	2.8 (1.0)	3.0 (1.0)
	從未	17.4 (1.7)	51.8 (2.3)	5.8 (1.1)	18.5 (1.9)	0.6 (0.4)	5.9 (1.0)
10. 我們不應該將精神病患者安置 在醫院以外的其他復康機構	有	5.0 (1.1)	31.7 (2.6)	8.6 (1.6)	45.9 (2.8)	3.7 (1.1)	5.2 (1.2)
	從未	5.8 (1.1)	36.9 (2.2)	7.6 (1.2)	36.3 (2.2)	1.6 (0.6)	11.8 (1.3)
11. 精神病復康機構應該設在遠離 公眾的地方	有	8.2 (1.5)	25.7 (2.4)	11.9 (1.8)	48.3 (2.8)	1.5 (0.7)	4.4 (1.1)
	從未	12.3 (1.5)	38.2 (2.2)	8.8 (1.4)	33.4 (2.2)	1.6 (0.6)	5.9 (1.0)
12. 社會人士的接納和體諒對精神病 患者的康復是重要的	有	38.0 (2.7)	59.1 (2.7)	1.1 (0.6)	0.2 (0.2)	0.2 (0.2)	1.4 (0.5)
	從未	27.0 (2.1)	64.4 (2.2)	2.9 (0.8)	0.5 (0.3)	0.0 (0.0)	5.2 (0.8)

概括而言，從未接觸過精神病患者的受訪者的回應較曾接觸過精神病患者的受訪者的回應負面。而兩個組別中回答一半半 / 沒意見的人數比例普遍都不超過兩成。以下列舉兩個接觸程度組別一些有較明顯的分別項目：

有關對精神科疾病的認識方面，雖然兩個接觸程度組別中大部份受訪者都極不同意 / 不同意「精神科疾病是永遠不能夠醫好」，但從未接觸過精神病患者的受訪者的60.0%較有接觸精神病患者的受訪者的68.4%少8.4個百分點。

另外，兩個接觸程度組別中大部份受訪者都極同意 / 同意「大部份人都有機會患上精神科疾病」，但從未接觸過精神病患者的受訪者的59.6%較有接觸精神病患者的受訪者的73.3%少13.7個百分點。

有關與精神病患者相處的態度方面，從未接觸過精神病患者的受訪者與有接觸精神病患者的受訪者同樣以表示極同意 / 同意「你不想住在精神病患者附近」的人佔多數。從未接觸過的受訪者中，表示極同意 / 同意的佔53.7%，較極不同意 / 不同意的30.7%多23.0個百分點，亦較有接觸的受訪者中表示極同意 / 同意的44.4%多9.3個百分點。相反，有接觸的受訪者中表示極不同意 / 不同意的40.7%，與極同意 / 同意的差不多，只少3.7個百分點，但較從未接觸過的受訪者中表示極不同意 / 不同意的多10.0個百分點。

至於對「你不想住在精神復康機構附近」的回應，從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的較極不同意 / 不同意的多，而有接觸精神病患者的受訪者中，表示極不同意 / 不同意的則較極同意 / 同意的多。從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的比例為47.6%，較極不同意 / 不同意的35.6%多12.0個百分點。而有接觸的受訪者中，有46.5%表示極不同意 / 不同意，較極同意 / 同意的40.7%略多5.8個百分點，但較從未接觸的受訪者中表示極不同意 / 不同意的多10.9百分點。

另外，「精神病復康機構應設在遠離公眾的地方」的回應亦是從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的較極不同意 / 不同意的多，而有接觸精神病患者的受訪者中，表示極不同意 / 不同意的則較極同意 / 同意的多。從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的佔50.4%，較極不同意 / 不同意的35.0%多15.4個百分點，亦較有接觸的受訪者中表示極同意 / 同意的33.8%多16.6個百分點。相反，49.9%有接觸精神病患者的受訪者表示極不同意 / 不同意，較極同意 / 同意的多16.1個百分點，較從未接觸過的受訪者中表示極不同意 / 不同意的多14.9個百分點。

至於「如果你有家人有精神科疾病，你不會讓親友知道」的陳述，兩個接觸程度組別中大部份受訪者都表示極不同意 / 不同意。從未接觸過的受訪者中表示極不同意 / 不同意的與有接觸的受訪者的比例相若，前者有57.9%，而後者則有64.9%。但在表示極同意 / 同意的比例上，未接觸過的受訪者的30.2%較有接觸的受訪者的22.4%多7.8%。

有關對精神病治療過程的認識方面，兩個接觸程度組別中大部份受訪者都極同意 / 同意「我們應該將精神病患者安置在醫院，直至他們完全康復為止」。從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的佔69.2%，較有接觸的受訪者的53.6%多15.6個百分點。而表示極不同意 / 同意的比例，前者為19.1%，較後者的32.7%少13.6個百分點。

而在回應「我們不應該將精神病患者安置在醫院以外的其他復康機構」時，從未接觸過精神病患者的受訪者中表示極同意 / 同意的較極不同意 / 不同意的多，而有接觸精神病患者的受訪者中，表示極不同意 / 不同意的則較極同意 / 同意的多。從未接觸過的受訪者中，表示極同意 / 同意的有42.7%，較極不同意 / 不同意的37.9%略多4.8個百分點，亦較有接觸的受訪者中表示極同意 / 同意的36.7%多6.0個百分點。在有接觸的受訪者中，49.5%表示極不同意 / 不同意，較極同意 / 同意的多12.8個百分點，亦較從未接觸過的受訪者中表示極不同意 / 不同意的多11.6個百分點。

而對「社會人士的接納和體諒對精神病患者的康復是重要」的陳述，兩個教育程度組別中絕大部份受訪者都表示極同意 / 同意，但從未接觸過精神病患者的受訪者的91.3%，仍較有接觸的受訪者的97.1%少5.8個百分點。

採用Ordered Probit模型的關聯性分析

前兩節的表二至表五各以一項社會經濟特性或與精神病患者接觸程度為準則將受訪者分組，並比較樣本中不同組別受訪者在調查結果上的分別。所用的四項分組準則為性別(男與女)、年齡(18-39歲與40歲或以上)、教育程度(小學或以下與中學或以上)及與精神病患者接觸經驗(有接觸與從未接觸)。結果顯示40歲或以上的受訪者、小學程度或以下的受訪者或從未接觸過精神病患者的受訪者在很多方面的回應都較其他受訪者負面或不肯定。但是由於性別、年齡、教育程度及接觸程度之間可能存在混雜偏倚(Confounding)，掩蓋或誇大了各項因素與同意程度的關聯，因此有需要以多元迴歸分析方法，在控制各項社會經濟特性及與精神病患者接觸經驗因素的情況下，更有效了解每項因素與受訪者對精神健康的關注、精神科疾病的認識、與精神病患者相處的態度及對精神病治療模式的認識的關聯。

因為所收集得來有關受訪者對每項意見陳述的同意程度屬於等級序次(Ordinal)數據⁵，因此本節以Ordered Probit迴歸分析為方法⁶，給十二項意見陳述各建立一個模型。主要以同意程度(極不同意/不同意=0、一半半/沒意見=1及極同意/同意=2)為依變數，性別(女=0及男=1)、年齡(18-39歲=0及40歲或以上=1)、教育程度(小學或以下=0及中學或以上=1)及接觸經驗(從未接觸=0及有接觸=1)為自變數，在控制其他自變數的情況下，推定依變數與各自變數的關聯⁷。詳細結果見於表六。

5 一半半與沒意見的性質類近，可視作介乎不同意與同意之間，因此我們將此兩類回應合併，並給予一個介乎不同意與同意之間的值。

6 有關Ordered Probit模型的應用可參考W. H. Greene, *Econometric Analysis*. (5th ed.; Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 2003)。

7 我們的Ordered Probit模型將受訪者實際的「同意程度*」假設為一潛在隨機變數(latent random variable)，其定義為：

「同意程度*」 $= \beta_1$ 性別 + β_2 年齡 + β_3 教育程度 + β_4 接觸程度 + $\epsilon = X\beta + \epsilon$ ， ϵ 為平均值=0及標準差= σ 的常態分佈隨機變數。

「同意程度*」數值越大代表受訪者越同意有關的意見陳述，如果「同意程度*」 ≤ 0 ，則可觀察到的受訪者回應為極不同意/不同意，即「同意程度」= 0；如果 $0 < \text{「同意程度*」} \leq \mu$ ，則可觀察到的受訪者回應為一半半/沒意見，即「同意程度」= 1；如果 $\mu < \text{「同意程度*」}$ ，則可觀察到的受訪者回應為極同意/同意，即「同意程度」= 2。由此，我們得出以下概然率：

$$\text{prob}(\text{「同意程度」}= 0) = \text{prob}(\epsilon \leq -X\beta) = \Phi(-X\beta),$$

$$\text{prob}(\text{「同意程度」}= 1) = \Phi(\mu - X\beta) - \Phi(-X\beta),$$

$$\text{prob}(\text{「同意程度」}= 2) = 1 - \Phi(\mu - X\beta),$$

$\Phi(\cdot)$ 為標準常態分佈函數。Greene(2003)指出在Ordered Probit模型中，如果自變數的 $\beta > 0$ ，則自變數數值越大，選擇最小依變數數值的概然率越小，選擇最大依變數數值的概然率越大；但對之間其他選擇的概然率的影響則是不明確的。因此之故，為方便理解我們所建立的模型，我們將極不同意及不同意合併為一組和將極同意及同意合併為一組。

表六：Ordered Probit模型的分析結果

極不同意 / 不同意 =0 一半半 / 沒意見 =1 極同意 / 同意 =2		(男) 性別	(18至39) 年齡組別	(中學或以上) 教育程度	(是) 精神病患者 是否接觸過
1. 你非常關心自己和家人的精神健康 模型F (4,927)=1.33 模型p-值=0.2560	系數估值	-0.296*	-0.064	0.146	-0.005
	標準誤差	0.136	0.151	0.141	0.145
	t-統計	-2.170	-0.430	1.040	-0.030
	p-值	0.030	0.671	0.301	0.975
2. 你覺得自己的精神健康沒有問題 模型F (4,928)=3.24 模型p-值=0.0118*	系數估值	-0.028	0.309*	0.221	-0.023
	標準誤差	0.118	0.148	0.132	0.120
	t-統計	-0.240	2.080	1.680	-0.190
	p-值	0.809	0.037	0.094	0.846
3. 精神科疾病是永遠不能夠醫治好 模型F (4,924)=9.39 模型p-值=0.0000**	系數估值	0.109	-0.392**	-0.226*	-0.167
	標準誤差	0.090	0.106	0.093	0.093
	t-統計	1.210	-3.710	-2.430	-1.800
	p-值	0.225	0.000	0.015	0.072
4. 只有小部份的精神病患者有暴力傾向和危險 模型F (4,924)=11.09 模型p-值=0.0000**	系數估值	-0.137	0.198	0.524**	0.086
	標準誤差	0.098	0.117	0.105	0.103
	t-統計	-1.390	1.690	4.980	0.830
	p-值	0.165	0.092	0.000	0.406
5. 大部份人也有機會患上精神科疾病 模型F (4,925)=6.78 模型p-值=0.0000**	系數估值	0.014	0.337**	0.098	0.304**
	標準誤差	0.092	0.106	0.099	0.096
	t-統計	0.160	3.200	0.990	3.160
	p-值	0.875	0.001	0.323	0.002

* 代表達到統計學上的顯著水平 (p<0.05) ** 代表達到統計學上的高度顯著水平 (p<0.01)

極不同意 / 不同意 =0 一半半 / 沒意見 =1 極同意 / 同意 =2		(男) 性別	(18-39) 年齡組別	(中學或以上) 教育程度	(是) 精神病患者 是否接觸過
6. 你不想住在精神病患者附近 模型F (4,924)=2.82 模型p-值=0.0241*	系數估值	-0.059	-0.178	0.077	-0.249**
	標準誤差	0.088	0.098	0.096	0.088
	t-統計	-0.680	-1.830	0.810	-2.830
	p-值	0.499	0.068	0.420	0.005
7. 你不想住在精神復康機構附近 模型F (4,923)=5.25 模型p-值=0.0004**	系數估值	-0.009	-0.282**	-0.116	-0.195*
	標準誤差	0.087	0.095	0.092	0.089
	t-統計	-0.110	-2.960	-1.260	-2.190
	p-值	0.915	0.003	0.207	0.028
8. 如果你有家人有精神科疾病， 你不會給親友知道 模型F (4,923)=1.97 模型p-值=0.0973	系數估值	0.054	-0.074	-0.057	-0.210*
	標準誤差	0.090	0.100	0.096	0.091
	t-統計	0.600	-0.740	-0.590	-2.320
	p-值	0.551	0.462	0.552	0.020
9. 我們應該將精神病患者安置在 醫院，直到他們完全康復為止 模型F (4,922)=15.06 模型p-值=0.0000**	系數估值	-0.013	-0.332**	-0.398**	-0.364**
	標準誤差	0.092	0.098	0.101	0.093
	t-統計	-0.140	-3.390	-3.930	-3.900
	p-值	0.889	0.001	0.000	0.000
10. 我們不應該將精神病患者安置 在醫院以外的其他復康機構 模型F (4,920)=8.00 模型p-值=0.0000**	系數估值	-0.112	-0.197*	-0.324**	-0.190*
	標準誤差	0.087	0.096	0.095	0.089
	t-統計	1.290	-2.060	-3.430	-2.140
	p-值	0.197	0.040	0.001	0.033

* 代表達到統計學上的顯著水平 ($p < 0.05$) ** 代表達到統計學上的高度顯著水平 ($p < 0.01$)

極不同意 / 不同意 =0 一半半 / 沒意見 =1 極同意 / 同意 =2		(男) 性別	(18至39) 年齡組別	(中學或以上) 教育程度	(是) 精神病患者 是否接觸過
11. 精神病復康機構應該設在遠離公眾的地方 模型F(4,920)=17.51 模型p-值=0.0000**	系數估值	-0.273**	-0.370**	-0.255*	-0.366**
	標準誤差	0.087	0.097	0.101	0.878
	t-統計	-3.140	-3.810	-2.520	-4.170
	p-值	0.002	0.000	0.012	0.000
12. 社會人士的接納和體諒對精神病人的康復是重要的 模型F(4,921)=11.37 模型p-值=0.0000**	系數估值	-0.132	0.327	0.713**	0.464**
	標準誤差	0.144	0.188	0.135	0.163
	t-統計	-0.920	1.740	5.300	2.850
	p-值	0.360	0.081	0.000	0.004

* 代表達到統計學上的顯著水平 ($p < 0.05$) ** 代表達到統計學上的高度顯著水平 ($p < 0.01$)

為各項意見陳述所建構的模型中，自變數的系數估值反映其相關的社會經濟特性或與精神病患者接觸經驗與受訪者對該意見陳述的同意程度的關聯。正數顯示自變數數值越大，受訪者回應極不同意或不同意的機會越小，回應極同意或同意的機會越大。

因此，有關對精神健康的關注方面，結果顯示「你非常關心自己和家人的精神健康」的同意程度與性別有統計學上顯著的關聯。女性受訪者較男性受訪者有更大機會選擇極同意 / 同意。

而「你覺得自己的精神健康沒有問題」的同意程度則與年齡組別有統計學上顯著的關連。18至39歲的受訪者則較40歲或以上的受訪者有更大機會選擇極同意 / 同意，更小機會選擇極不同意 / 不同意。

有關對精神科疾病的認識方面，「精神科疾病是永遠不能夠醫治好」的同意程度與年齡組別及教育程度有統計學上顯著關聯，前者的關聯更是高度顯著的。18至39歲的受訪者或是中學或以上程度的受訪者都有更大的機會選擇極不同意 / 不同意，更小機會選擇極同意 / 同意。

而「只有小部份的精神病患者有暴力傾向和危險」的同意程度則與教育程度有統計學上高度顯著的關聯。中學或以上程度的受訪者較小學程度或以下的受訪者有更大的機會選擇極同意 / 同意，更小機會選擇極不同意 / 不同意。

至於「大部份人也有機會患上精神科疾病」的同意程度與年齡組別及與精神病患者接觸經驗亦有統計學上高度顯著的關聯。18至39歲的受訪者，或是有接觸精神病患者的受訪者都有更大的機會選擇極同意 / 同意，更小機會選擇極不同意 / 不同意。

有關對精神病患者的態度方面，「精神病復康機構應設在遠離公眾的地方」的同意程度與性別、年齡組別、與精神病患者接觸經驗及教育程度都有統計學上顯著的關聯。與前三項的關聯更是高度顯著。男性受訪者、18至39歲受訪者、有接觸精神病患者的受訪者或是中學或以上程度的受訪者都會有更大機會選擇極不同意 / 不同意，更小機會選擇極同意 / 同意。

「你不想住在精神復康機構附近」的同意程度則與年齡組別有統計學上高度顯著關聯，與與精神病患者接觸經驗有顯著關聯。18至39歲受訪者或是有接觸精神病患者的受訪者都會有更大機會選擇極不同意 / 不同意，更小機會選擇極同意 / 同意。

而「你不想住在精神病患者附近」及「如果你有家人有精神科疾病，你不會給親友知道」的同意程度則只與與精神病患者接觸經驗有統計學上顯著的關聯，前者是高度顯著的。有接觸精神病患者的受訪者都較從未接觸過的受訪者更大機會選擇極不同意 / 不同意，更小機會選擇極同意 / 同意。

有關對精神病治療過程的認識方面，「我們應該將精神病患者安置在醫院，直到他們完全康復為止」與年齡組別、教育程度及與精神病患者接觸經驗都有統計學上高度顯著的關聯，而「我們不應該將精神病患者安置在醫院以外的其他復康機構」的同意程度除與與精神病患者接觸經驗有高度顯著的關聯之外，與年齡組別及教育程度也有顯著的關聯。18至39歲受訪者、中學或以上程度的受訪者或是有接觸精神病患者的受訪者都會有更大機會選擇極不同意 / 不同意，更小機會選擇極同意 / 同意。

而「社會人士的接納和體諒對精神病患者的康復是重要的」的同意程度則與教育程度及與精神病患者接觸經驗有統計學上高度顯著的關聯。中學或以上程度的受訪者或是有接觸精神病患者的受訪者都會有更大機會選擇極同意 / 同意，更小機會選擇極不同意 / 不同意。

討論

公眾對精神健康的關注

調查結果顯示，受訪者非常關心自己和家人的精神健康，而與1995年的調查比較，表示「極同意」的百分比亦明顯上升，此反映絕大部份的受訪者對於自己及家人的精神健康較以往更為關注。近數年來香港經濟下滑，失業率高企，市民面對的生活壓力越來越大，令社會人士更關注自己和家人的精神健康。而且，公眾教育活動經常邀請曾患精神病的藝人及知名人士現身說法，此舉亦有助促進市民對精神健康的關注。

公眾對精神科疾病的認識

雖然絕大部份受訪者表示自己的精神健康沒有問題，但對精神病的認識仍不足。受訪者對於「精神科疾病是永遠不能夠完全醫治好」的看法與1995年的結果相若，而不同意「大部份人有機會患上精神科疾病」更有上升趨勢。此結果可能是由於有很多人將精神病如精神分裂症或思覺失調等同於重性精神病，並認為焦慮症、抑鬱症是情緒病，不屬於精神病，將情緒病與重性精神病二分化。公眾教育成功地令市民更關注自己和家人的精神健康，但可能使重性精神病患者更易被邊緣化和為人所抗拒。因此有關精神病的公眾教育工作，在內容設計上應更全面幫助市民認識精神病。

公眾與精神病患者相處的態度

至於與精神病患者相處的態度，是次調查發現有超過九成的受訪者表示社會人士的接納與體諒對精神病患者的康復十分重要，然而有接近五成的受訪者卻表示「自己不想住在精神病患者及精神康復機構附近」。此結果反映受訪者縱然明白公眾人士對精神病患者抱正面的態度對病患者的康復非常重要，但當要身體力行去接納精神病患者時，受訪者卻有所保留。

雖然有近五成受訪者抗拒接近精神病患者，但表示不同意「自己不想住在精神病患者附近」及「自己不想住在精神復康機構附近」的受訪者較1995年的調查分別上升近七個百分點及九個百分點。受訪者的表態亦較明確，較少人選擇「一半一半」或「沒有意見」。現時不少精神復康機構及中途宿舍設於社區內，有助增加社區人士接觸精神病患者的機會，從而減低公眾對精神病患者的誤解。

是次調查發現公眾人士對精神復康機構設於社區的服務，接受程度較1995年的調查為高，表示復康機構致力破除社會人士對精神病患者的歧視，努力推行各項社區共融及推廣社區照顧概念的活動，均有著正面和積極的影響。

公眾對精神病治療過程的認識

是次調查發現公眾人士對精神病患者治療及復康過程並不了解，約六成的受訪者認為病患者應該安置於醫院內，直至他們完全康復為止，亦有近四成的受訪者不認同精神復康機構的復康模式，認為不應將精神病患者安置於醫院以外的其他復康機構。此反映市民對精神科疾病的治療欠缺整全的認識，未能充份了解社區治療的重要性。現時精神健康教育內容欠缺對精神病治療過程的解說，特別是欠缺對社區康復及社區照顧概念的推廣。

受訪者的社會經濟特性及與精神病患者接觸程度

調查發現曾與精神病患者接觸的受訪者，普遍比沒有接觸過的受訪者對精神病患者的抗拒較少，而且亦會對社區為本的療法較為接受。但他們對精神病的關注及對精神病的認識，則與沒有接觸過的市民沒有明顯的差別。

較年輕、較高教育程度或有接觸精神病患者的市民，普遍會對社區為本的療法較為接受，他們與精神病患者相處的態度亦較正面。此可能是由於這些市民都會有較多機會接觸有關精神科疾病及精神病患者的一些正面資訊。但當面對切身的處境時，如是否願意住在精神復康機構附近，不同教育程度的市民在回應上則沒有明顯差別。普遍而言，男性市民與女性市民在各方面的取態均頗相似。

本次調查的局限

電話訪問雖然快捷及較便宜，但只能應用於簡短的訪問，而且問題不能太過複雜及深入，所以本調查的結果亦會較為籠統，而且對於不同範疇的態度量度的相互關係亦未能深入研究。

另外，對精神病患者的態度是一項較敏感的題目，部份受訪者可能會傾向於選擇一個較符合社會期許的答案。相對於面對面訪問，此情況在電話訪問調查中亦較為嚴重⁸，令致本次調查結果可能會高估了公眾人士對精神病患者的正面態度。

但以現有樣本大小，利用不同年份、不同年齡、性別及教育程度組別的結果作比較，本調查仍能較準確地量度公眾態度的趨勢及不同組別的差異。未來有關的研究可以此作基礎，發展一套較複雜及深入的問題，更有效地量度不同方面的公眾態度。

⁸ 有關面對面訪問及電話訪問這兩種數據收集模式在社會期許回應方面的比較，可參考M. Green, J. A. Krosnick, and A. L. Holbrook 'The Survey Response Process in Telephone and Face-to-Face Surveys: Differences in Respondent Satisficing and Social Desirability Response Bias' (Universities of Pennsylvania and Ohio, 2001)

建議

是次調查發現過去十年的公眾教育進度並不十分理想，這對於政府及非政府機構往後推行有關精神健康的公眾教育有著重要的啟示，以下是我們的建議：

全面的精神健康公眾教育內容

由於社會人士對精神科疾病、病患者的治療過程及他們在社區中康復的需要認識不足，因此公眾教育的內容在設計上不應只偏重於精神病的一般知識，更要包括精神病的治療、康復過程及不同的康復服務，並特別強調社區照顧為本和社區共融的概念，使市民能對精神科疾病和精神康復服務有更全面的認知，從而懂得如何正確地支持和接納精神病患者。

將精神健康公眾教育納入中小學課程之內

調查所得，教育程度較低及年齡較高的市民對精神病患者抱較負面的態度，因此，政府一方面應探究有關現象的成因和改變此情況的方法，從而能更有效地為相關的對象設計針對性和重點式的公眾教育活動；另一方面政府應及早將公眾教育納入小學及中學的通識教育課程之內，讓新的一代能及早了解和關注精神健康的課題，並願意為建立共融社會作出貢獻。

由政府擔當領導的角色

要做到深入民間和達到長期的果效，公眾教育的努力必須是持久和全面、跨界別、系統化，並且應以社會不同的階層為對象，建議由政府擔當領導和協調角色，負起帶頭作用，推動十八區區議會，與及聯同社會福利團體定期籌辦更具成效的精神健康教育和推廣活動。

推行反歧視及支持家屬和自助組織

調查發現精神病患者的家屬特別認同病患者需要社會的接納和支持，這顯示他們在照顧病患者時並沒有得到足夠的社會支援，而且在協助病患者康復的過程中感受到一定的歧視和壓力。政府實應大力推行反歧視和倡導的工作，同時需調撥更多資源，提高家屬對照顧病患者的知識和技巧，並支持家屬組織及康復者自助組織的運作，推廣自助互助的精神，使家屬及康復者的壓力和困難能得到紓緩。

推動傳媒的參與和配合

市民對精神科疾病的知識和對精神病患者的印象大多來自傳媒的報導，因此，傳媒的參與和配合對精神健康公眾教育有著重大的影響。政府應鼓勵新聞從業員加強對精神科疾病的認識，在報導有關精神病的新聞時，多參考康復者、自助組織及專業人士的觀點，以公正和平衡的角度作出報導，並避免渲染和使用負面標籤的描述。

鼓勵市民與康復者透過接觸達至了解

調查發現與精神病患者有接觸經驗的市民對精神病患者持有較正面的態度，反映行為上的接觸較理性上的認知更能改變個人對精神病患者的取態。因此，我們建議在推行公眾教育的手法上應多鼓勵康復者及家屬作現身說法的經驗分享，而政府及非政府機構在設計公眾教育活動時亦應著重推動市民的參與，並多引入市民與康復者接觸和交流的互動元素。

在城市規劃前考慮康復服務的需要

雖然市民仍然抗拒住在精神復康機構或精神病患者附近，但調查發現表示不同意的受訪者在比例上卻有明顯的增加，反映政府近年來在設立康復設施前先作出廣泛的諮詢是較可行的做法，政府應在城市規劃的過程中，更主動及積極地回應精神康復者融入社區的需要。

深化社區精神健康的教育工作

精神健康的公眾教育是一項長期而持續的工作，當中涉及整體的策劃與協調，並須投放穩定的資源方能達致最具效益的成果。為深化社區精神健康的教育工作，政府可於地區層面，加強復康界別、醫療界別及地區團體就有關社區精神健康教育工作的連繫及協作。此外，政府亦可考慮於全港五大區，即港島區、九龍東、九龍西、新界東及新界西設立精神健康教育中心，以有效運用地區資源，並因應社會需要及地區特色，統籌及推展社區精神健康教育工作，同時亦可提高精神康復者的家人對有關病情的認識，提供照顧康復者所需的支援服務。



香港復康聯會



香港社會服務聯會

地址：香港灣仔軒尼詩道15號
溫莎公爵社會服務大廈12樓
電話：(852) 2864 2935
傳真：(852) 2864 2962
網址：<http://www.hkcss.org.hk/rh>

國際書號 (ISBN)：962-8777-72-6

定價港幣30元正

版權屬香港社會服務聯會所有，凡轉載必須註明出處。