

污名、文化與復元： 台灣精神健康之相關與介入

蔡孟芝^{1,†} 鄭翔予^{2,†} 李瀚恩³ 韓德彥^{4,*}

摘 要

背景：精神健康已成為全球公共衛生核心議題，台灣在法制與資源佈建上雖已逐步制度化，但精神疾病患者仍面臨嚴重的社會污名與歧視，影響其求醫意願與復元歷程。**目的：**本研究旨在透過敘述性回顧，整理台灣關於精神疾病污名化的研究近況，歸納污名的相關影響因子以及去污名化方式的研究趨勢。**方法：**採文獻回顧法，檢索PubMed、Embase及華藝線上圖書館中2000至2025年之學術論文，並輔以滾雪球法與人工智慧搜尋，最終納入12篇核心文獻(6篇英文、6篇中文)進行分析。**結果：**研究發現台灣社會對精神疾病的污名具有疾病特異性，對思覺失調症的恐懼與社會距離顯著高於憂鬱症。污名感受與患者的復元指標、社區生活技能及生活品質呈顯著負相關。研究趨勢顯示，理情行為治療(Rational Emotive Behavior Therapy, REBT)、園藝活動能短期有效降低自我污名並提升自尊。**結論：**污名是限制台灣精神疾病患者復元的主要障礙。未來的去污名化策略應融入華人文化特性如面子文化、家庭導向，並結合長期、跨部門的政策支持，方能促進患者的長期社會參與。
(精神健康與社區精神醫學期刊 2026;2(1):15-32)

關鍵詞：精神健康、污名化、去污名化、自我污名、台灣

前 言

近年來，精神健康被視為全球公共衛生與社會政策的核心議題之一。根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)資料，全球每八人即有一人罹患精神疾病，對個人、家庭與經濟產生長期影響，造成社會與經濟發展之結構性衝擊。^[1]在此

同時，台灣對精神健康的重視已在法制、治理與資源佈建多層面制度化。例如：1995年上路的全民健康保險提供近乎普及的醫療可近性，精神醫療納入給付體系，降低求助與治療的經濟門檻；^[2]在法制層面，2022年修訂的《精神衛生法》強化患者權利、推動社區為本照護，回應人權與復元導向之國際趨勢。此外，中華民國行政院於2024年核定2025至

¹衛生福利部雙和醫院 ²臺北市立萬芳醫院 ³臺北醫學大學醫學科學研究所 ⁴臺北醫學大學通識教育中心

*通訊作者：韓德彥 †相同貢獻作者：蔡孟芝、鄭翔予

接受日期：2026年5月7日

E-mail：handeyan@tmu.edu.tw

編碼：JMHP-2026R-002

2030年「全社會心理健康韌性計畫」，以強化社區支持、整合跨部門資源並落實「心理健康人人有責、處處可近」之目標，體現國家層級對精神疾病患者的中長期承諾。^[3]

精神疾病(mental disorders)是認知、情緒調節或行為上出現臨床顯著的失調，造成個人痛苦或功能受損。世界衛生組織在2022年的報告則強調，心理健康並非單純「沒有疾病」，而是能夠應對生活壓力、實現能力並為社群做出貢獻的整體狀態。^[4]我國精神疾病的分析亦觀察到2007至2016年間，「已治療憂鬱症」盛行率逐年上升，這可能反映出就醫可近性與求助行為的變化。^[5]在治療方面，近年來政府擴充心理諮商資源，如2024至2025年推動的「15至45歲心理健康支持方案」，每人可獲最多三次免費諮商，提高了的醫療可近性與早期介入，減少精神健康相關污名對求助造成的阻礙。^[6]

然而，精神疾病患者在社會中面臨的挑戰並不僅止於症狀治療本身，還包括求學與就業歧視、住房與保險障礙、污名化所導致的延遲求醫與治療中斷等問題。

「污名」(stigma)一詞，原本被視為一種社會身分受損的歷程，如個體因某種特殊性而被貼上「負面」的標記，並在日常互動中不斷承受貶抑與排斥。^[7]後續的理論把污名定義為多個因素的共現(co-occurrence)，包括標籤化、刻板印象與歧視。^[8]在精神健康領域中，污名通常分作數個層次，如公眾污名(public stigma)，即社會大眾對精神疾病者的刻板印象與社會距離；自我污名(self-stigma)，患者把負面想法或信念刻在心中，損傷自尊與自我效能；實際污名(enacted stigma)，即實際的偏見事件，例如失業、社會排斥等行為，造成嚴重後果包括藥物濫用甚至自殺意念增加。^[9]研究指出，精神疾病污名化的反應並不單一，可能在喪失自尊、憤怒反抗之

間擺盪，甚至與藥物順從性之間存在密切關聯。^[10]自我污名會導致患者對自身疾病產生負面看法，進而降低服藥意願與治療順從性，且自我污名化程度越高者，對藥物態度越負面，順從性越差；^[11]而藥物副作用、疾病認知不足及社會支持缺乏，皆會放大自我污名並削弱治療動機。^[12]因此，透過去污名化(anti-stigma)運動與介入，將能有效降低精神疾病患者的自我污名，讓他們更早的回到正常的生活。

各國在精神疾病去污名化倡議和推動中已發展出各種模式，例如：英國自2007年推動「Time to Change」與澳洲自2000年起的「Beyond Blue」屬於較早期、具規模化的全國精神疾病去污名化運動。^[13,14]相關研究評估指出，透過社會行銷與擴大社會接觸，可以在不同族群層面帶來小幅而具統計意義的精神疾病認知、態度與行為意向改善，但需要長期、分階段的推動與監測。^[15]然而，污名的形成與改變深受文化脈絡影響。例如在華人社會中，面子、社會層面與家庭倫理等價值，會將精神疾病的失序與道德評價相連結，進而加深自責、隱匿與社會距離。^[16]台灣亦在精神疾病去污名化上有相關的倡議與政策，如在2014年把「精神分裂症」更名為「思覺失調症」，並伴隨教育推廣，發現更名與去污名的倡議課程接觸可降低公眾污名、自我污名與社會距離，但其效果仍需要持續的教育方能延續。^[17]

台灣目前已有一些精神疾病之污名化相關性及去污名化介入方法的研究，但欠缺回顧與分析。因此，本研究嘗試以敘述性回顧(narrative review)方式，探討台灣精神疾病污名化的前因後果，並分析去污名化之介入方式及成效，以兩種互補的證據，呈現台灣精神疾病去污名化的累積成果與缺口。與精神疾病污名有關的因子，包括大眾與專業人員態度、家庭與社會文化脈絡、病人復元(recovery)

導向照護與社會參與等；而精神疾病去污名化之介入研究，如隨機對照與準實驗設計，比較介入後的效果與可行性，通常以自我污名、社會距離、知識與態度為主，進行詳細的比較與分析。

方 法

一、文獻搜尋策略與篩選過程

本研究採取文獻回顧方式整理並呈現近二十五年來台灣心理健康領域中有關「去污名化」之研究現況。研究屬於敘述性文獻回顧(narrative review)，其目的在於整理既有研究之主題範疇、研究取向與發展趨勢。由於相關研究分布廣泛且概念尚未完全一致，檢索過程採取探索性策略，透過多組關鍵字逐步收斂，最終聚焦於「精神健康與去污名化」之議題。文獻檢索涵蓋國際與本地主要資料庫，包括PubMed、Embase與華藝線上圖書館。檢索範圍限制於2000至2025之學術文章，並以期刊論文為主。英文檢索詞以主題概念進行組合，涵蓋精神健康相關詞彙(如“mental health”, “mental illness”, “psychiatric disorder”)、污名相關詞彙(如“stigma”, “stigmatization”, “self-stigma”, “public stigma”, “discrimination”, “labeling”)，以及地區限制(“Taiwan”)，並依資料庫特性以布林邏輯(AND/OR)進行組合檢索；中文則使用「心理」、「心理健康」、「精神疾病」、「污名」、「污名化」、「自我污名」、「歧視」、「烙印」等關鍵詞搭配「台灣」進行檢索。透過此策略，於PubMed、Embase與華藝分別檢索得54、35與123篇文獻。

因本研究聚焦於大眾與社區之心理健康，因此將學齡前與學生族群之研究予以排除。此外，為避免僅依賴資料庫檢索而可能遺漏重要研究，亦採用滾雪球法(snowballing)，包括向前追溯核心文獻的參考文獻，以及向後搜尋引用核心文獻的後續研究。

另輔以人工智慧搜尋工具(如Copilot、Perplexity與Gemini)進行關鍵字搜尋，作為輔助方式以辨識可能遺漏之相關文獻，使用關鍵字包含「精神疾病污名」、「心理健康污名」、「心理健康認知」、「自我污名」等，並針對AI工具所回傳之文獻進行人工審閱，並依納入與排除標準進行篩選，同時進行重複文獻排除；AI搜尋僅作為輔助辨識工具，而非主要文獻來源。

資料整合過程如下：首先合併三個資料庫之檢索結果，排除重複文獻5篇。其次排除無法取得全文或僅有會議摘要者2篇。其後進行標題與摘要篩選，再進行全文審查；若研究主題與心理健康污名無直接關聯、僅聚焦於臨床治療成效，或研究場域非台灣，則予以排除，共排除202篇。另由滾雪球法與人工智慧輔助搜尋分別補充納入6篇與3篇文獻，最終納入6篇英文文獻與6篇中文文獻，共12篇研究，詳細流程如圖1所示。

二、文獻評讀與一致性檢視

納入文獻後，本研究進行描述性與主題性分析，整理各研究之研究目的、研究設計、研究對象與主要發現，以歸納台灣心理健康去污名化研究之主要議題與發展方向。為提升文獻整理之可信度，本研究依據下列原則進行文獻評讀：(1)研究主題與心理健康污名或去污名化之相關性；(2)研究設計之合理性(如量化、質性或論述性研究之適用性)；(3)研究對象與樣本之適切性與代表性；(4)研究結果對理解台灣情境之貢獻程度。上述評讀過程由研究團隊進行整體判讀，以確保納入文獻在主題上的一致性，並避免納入與研究目的關聯性過低之文獻。

三、研究定位與價值

本研究屬於敘述性文獻回顧，非採用系統性回顧或統合分析之設計。納入之文獻包括量化研究、質性研究與概念性論述。研究結果旨在提供現有文獻之整體概觀。

結 果

一、回顧污名相關論文與研究趨勢

本研究首先彙整過去以相關性研究、質性研究與回顧性論文，探討台灣心理疾病與污名化之研究，內容涵蓋一般民眾態度、醫療場域互動以及患者自我污名等面向。透過對各篇文獻的研究對象、方法與主要發現進行整理，得以呈現污名在不同族群與脈絡中的表現方式與結構特徵(表1)。

1. 一般大眾對精神疾病之認知與態度

Lien與Kao的研究透過全國性電話調查，訪問20至64歲台灣成年人共1,600名一般民眾對思覺失調症(schizophrenia)與憂鬱症(depression)之信念與態度。研究結果顯示受訪者傾向以生物遺傳因素解釋思覺失調症之成因，而以心理社會因素解釋憂鬱症的發生機制。在社會印象上，思覺失調症患者被視為較不可預測且潛在具攻擊性，受訪者的社會距離顯著高於憂鬱症患者。雖然多數受訪者對精神疾病患者表達同情的比例高於憤怒或恐懼反應，但若得知個案曾接受精神醫療治療，受訪者傾向保持距離。此結果顯示台灣民眾對精神疾病之態度具有疾病特異性(disorder-specific)，思覺失調症相關的負向刻板印象仍然明顯。^[18]

Xu等人進一步以比較研究設計，探討台灣一般民眾在精神健康識能(mental health literacy)方面的現況，並與澳洲及日本之研究資料進行比對。結果顯示，台灣對憂鬱症與思覺失調症的正確辨識率顯著低於澳洲，對藥物治療效用的信任度亦較低。受訪者普遍認為精神科醫師與臨床心理師較具幫助，而對一般科醫師或社工之信賴度相對較低。研究指出，台灣民眾對思覺失調症的污名程度與日本相當，對憂鬱症的負向印象則略低於日本。值得注意的是，對思覺失調症知識理解較深者反而呈現更高的社會

距離，顯示知識提升未必能立即轉化為態度改善。綜合上述兩項研究，台灣社會對精神疾病之認知結構呈現出疾病特異性，即對思覺失調症抱持較高程度的恐懼與排斥，對憂鬱症則相對寬容。^[19]

2. 精神疾病患者之自我污名化經驗

Yen等人以現象學方法，探討具自我污名傾向之思覺失調症患者的內在經驗。研究採Colaizzi七步驟分析法進行資料詮釋，樣本包含15位診斷超過兩年的思覺失調症患者。結果指出，自我污名的來源可區分為外在與內在兩個層面。外在來源包括社會大眾的歧視與排斥、家庭疏離、媒體報導失真以及醫療人員的不友善態度；內在來源則主要源自疾病本身對自我概念的侵蝕，如幻覺、妄想或認知退化導致患者產生與「正常人」不同的自我感受。此等經驗進一步導致人際退縮、孤立與情感困頓，患者普遍報告出孤獨、無助、自卑與羞愧等情緒反應。整體而言，該研究揭示思覺失調症患者之自我污名化是一種多重來源交織的心理歷程，兼具社會結構與疾病內在因素。^[20]

韓德彥與陳淑惠進一步針對華人社會的精神疾病患者，發展出「精神疾病污名感受量表」，以評估個體對社會排斥與自我負面標籤的主觀感受。研究結果顯示，該量表包含「他人排斥貶抑」、「婚配阻礙」與「自設負面標籤」三個層面，而嚴重型精神疾病患者在量表得分上顯著高於輕型患者，顯示疾病嚴重程度與自我污名感受之間存在顯著關聯。此外，污名感受較高的患者在後續測量中的自尊得分亦顯著較低，反映自我污名可能透過降低自尊影響患者的心理復原歷程，進一步支持思覺失調症患者在面對社會與自我雙重標籤時的心理脆弱性。^[21]

Hsiao與Lu探討社區居住的思覺失調症患者之「內化污名(internalized stigma)」程度，並分析其與社會人口學特徵、臨床狀況、人格特質及健康相

關生活品質之間的關聯。結果顯示，患者整體內化污名程度偏高，且與憂鬱症狀、較差的生活品質及某些人格特質(如較高的神經質、較低的外向性)呈顯著相關；相對地，社會支持與較佳的功能狀態則可能具有保護作用。此研究將污名從單純的「外在社會標籤」延伸至「個體內在心理歷程」，凸顯內化污名對患者自我概念與生活品質的深遠影響。^[22]

3. 污名與復元、社會功能及制度性因素之關聯

多項量化研究顯示，精神疾病污名與復元歷程、社會功能及生活品質之間存在顯著負相關。黃耀輝等人以橫斷面相關設計探討精神疾病患者復元歷程、污名感受與社會功能之關係，研究對象包括居住於社區或接受復健服務之思覺失調症及情感性精神疾病患者。結果顯示，復元歷程總分及其子構面(自我賦能、有效人際互動與重建新生活)均與污名感受呈顯著低度負相關($r=-0.20$ 至 -0.29 , $p<0.01$)，顯示污名感受愈高，患者之復元指標愈低。^[23]

曾秋蓉等人於社區復健中心進行之研究亦指出，污名感受與工作滿意度、收入滿意度及整體生活品質呈顯著負相關。不同工作時數及薪資組別間在污名感受與因應策略上均有顯著差異，顯示社會參與與經濟角色對患者的污名經驗具有重要調節作用。^[24]此外黃佑詢等人針對功能穩定之思覺失調症患者，探討疾病烙印對社區生活技能與生活品質的影響，發現疾病烙印與社區生活技能呈顯著負相關($r=-0.45$, $p<0.001$)，而社區生活技能與生活品質呈正相關($r=0.58$, $p<0.001$)，同時疾病烙印亦與生活品質呈顯著負相關($r=-0.39$, $p<0.001$)。^[25]換言之，患者若內化較高程度之污名，不僅其社區功能受損，其主觀生活品質亦隨之下降。

Lin等人以質性研究探討台灣精神疾病患者在社區生活中面臨的困境，並納入患者、家屬及專業

人員三方觀點。研究歸納出兩大範疇與六項主題，其中「社會不利」包括羞恥與污名，以及社區照護資源不足；「疾病適應」則涵蓋被症狀壓倒、否認疾病、與病共處及接受功能改變等面向。該研究指出，台灣社會文化中「家醜不外揚」與宗教性因果觀念加劇了污名化現象，亦導致家屬延遲就醫及社區居民抗拒設立復健機構。雖《精神衛生法》在制度層面賦予政府推動社區照護之責任，但實際服務量能仍顯不足，造成患者返社區後面臨結構性支持缺口。^[26]

李錦彪與蔡欣玲從護理實務觀點檢視精神衛生護理的復元導向發展，指出社會污名化不僅影響患者的治療動機與藥物依從性，也可能因醫療體系內部的標籤化分類(如以高、中、低功能區分)而強化結構性歧視。研究指出，約有43%至76%的精神疾病患者存在藥物不依從的情形，而其中部分原因可歸因於內化污名與對醫療體系的不信任。他認為去污名化與患者賦權應成為護理介入的核心策略，藉由強調患者主體性與參與感，方能促進長期復元。^[27]

綜合以上結果可見，污名對精神疾病患者的復元歷程與日常功能均具有負面影響。高污名感受不僅削弱患者的自我效能與社會互動能力，亦間接降低其生活滿意度與復元動力。而社會整體制度及文化脈絡均可能直接或間接地促成污名困境，顯現污名議題的多層次性與複雜性。

二、實驗性研究

以實驗法或量化操弄為主的相關文獻，聚焦於污名形成機制、態度變化與患者心理感受的相關因素。此類研究多透過量表、情境操弄或實驗設計，檢視疾病嚴重度、認知框架與社會資訊對污名態度的影響，作為後續討論污名成因與介入方向的依據(表2)。

表 1. 相關性研究的主要發現

作者(年份)	研究對象	研究設計與方法	研究焦點	主要發現
Lien 與 Kao (2019) ^[18]	台灣一般成年人(20-64 歲)	全國電話問卷調查，使用情境故事呈現個案狀況，並以二元邏輯迴歸進行比較	公眾對精神疾病之因果歸因、刻板印象、社會距離與情緒反應	民眾傾向以生物遺傳解釋思覺失調、以心理因素解釋憂鬱；對思覺失調者之不可預測性與暴力傾向印象較強，對思覺失調者要求社會距離較高；若知道個案曾接受精神醫療，保持距離的態度更強
Xu 等人 (2017) ^[19]	台灣一般民眾樣本(與日本、澳洲等資料比較)	比較性問卷研究；使用標準化問卷衡量疾病認知、求助意向、社會距離、病因信念等	心理健康識能與文化差異對污名的影響	台灣民眾對憂鬱與早期思覺失調的辨識率較低；對精神科專科人員認為較有幫助；對藥物效用態度有不確定性；思覺失調污名高，對憂鬱污名相對較低；對思覺失調認知越高者，互動意願反而較低
Yen 等人 (2020) ^[20]	具自我污名傾向之思覺失調症患者，診斷 ≥2 年且具語言表達能力	質性研究，採目的性抽樣的非結構式一對一深度訪談，資料以 Colaizzi 七步驟分析	自我污名之來源、內在化歷程與主觀痛苦經驗	自我污名來源分為外在(社會、家庭、媒體、醫療人員之歧視)與內在(症狀導致自我認同受損)；自我污名導致人際疏離、悲傷、無助、自卑與等情緒與行為
韓德彥與陳淑惠 (2008) ^[21]	以精神科門診患者 255 名與住院患者 34 名為樣本	依據文獻回顧與訪談結果發展 25 題「精神疾病污名感受量表」，並進行信效度分析	建立一份具文化適切性的精神疾病污名感受評估工具，探討污名感受的結構與與自尊之關聯	嚴重型精神病患得分顯著高於輕型患者，且污名感受較高者自尊顯著較低
Hsiao 與 Lu (2019) ^[22]	社區居住之思覺失調症患者	橫斷式研究，採問卷評估，包括內化污名量表、臨床症狀評估、人格特質量表及健康相關生活品質量表	探討內化污名(internalized stigma)之程度，及其與社會人口學特徵、臨床狀況、人格特質與健康相關生活品質之關聯	內化污名程度整體偏高；較高的內化污名與憂鬱症狀、較差的生活品質及特定人格特質(如高神經質、低外向性)顯著相關；顯示內化污名對患者心理狀態與功能具有負面影響

表 1. 相關性研究的主要發現(續)

作者(年份)	研究對象	研究設計與方法	研究焦點	主要發現
黃耀輝等人 (2018) ^[23]	台灣中部某精神專科醫院出院後之復健或社區居住患者 (思覺失調症或情感性精神疾病)	橫斷面相關性研究，使用中文版復元歷程量表、污名感受量表短版與個人社會功能量表	復元歷程 (recovery) 與個人感受之關聯	復元歷程與污名感受呈顯著低度負相關(子量表如自我賦能、有效人際互動、重建新生活均類似)
曾秋蓉等人 (2012) ^[24]	中部五所社區復健中心之精神分裂症患者 (18-65 歲)	橫斷性相關性研究，結構式問卷 (含污名感受、污名因應取向)	污名感受、因應與社會經濟角色對生活品質之影響	不同工作時數與薪資組別在污名感受與因應策略上有差異；污名感受與工作滿意度相關，並與整體生活品質呈負相關
黃佑詢等人 (2015) ^[25]	北部某精神專科教學醫院門診、日間治療、職能工作坊之穩定患者	橫斷性量化研究，自填結構式問卷	疾病烙印 (內化污名)、社區生活技能與生活品質關係	疾病烙印與社區生活技能顯著負相關；社區生活技能與生活品質顯著正相關；疾病烙印與生活品質顯著負相關。顯示內化污名影響社區功能與生活品質
Lin 等人 (2008) ^[26]	病人、家屬與專業人員三方 (共 3 組、25 人) 於中部醫學中心	質性研究(焦點團體/半結構訪談)，質性內容分析	社區生活困境、文化脈絡與制度性支持缺口	歸納出兩大範疇(社會不利、疾病適應)與六主題(羞恥/污名、社區照護未被滿足、受症狀壓倒、否認疾病、與病共處、接受功能改變)；文化脈絡(宗教因果觀、家醜不外揚) 加劇污名並延遲就醫，社區服務量能不足
李錦彪與蔡欣玲 (2017) ^[27]	精神衛生護理相關文獻與實務觀察	文獻回顧與概念分析	護理觀點下的去污名與賦權策略建議	污名化為精神健康促進之主要障礙，造成藥物依從性下降(文獻中提及 43 至 76% 不依從情形)；醫護以功能分類，可能又貼標籤；倡議去污名與賦權為護理核心策略

表 2. 實驗性研究的主要發現

作者(年份)	研究對象	研究設計與方法	研究焦點	主要發現
Shih 等人 (2022) ^[28]	台灣精神復健機構內之思覺失調症患者，共70人分為實驗組與對照組	準實驗設計，理性情緒行為療法為基礎之「反污名方案」，共6次，每次60分鐘	內化污名量表、羅森伯格自尊量表	實驗組自我污名顯著下降，自尊顯著提升，且在介入後一個月仍優於對照組；但研究提及短期效應可能受霍桑效應影響
楊欣茹等人 (2017) ^[29]	中部精神專科醫院105位住院之慢性思覺失調症患者，實驗組56人，對照組49人	準實驗設計，介入組接受每週一次、為期八週之園藝活動，對照組為常規照護	精神疾病污名感受量表、情境特質焦慮量表、自我效能量表、柯式憂鬱量表	園藝介入可顯著減少自我污名感受、提升生活事件之自我效能並降低憂鬱情緒，組別與時間交互效應顯著

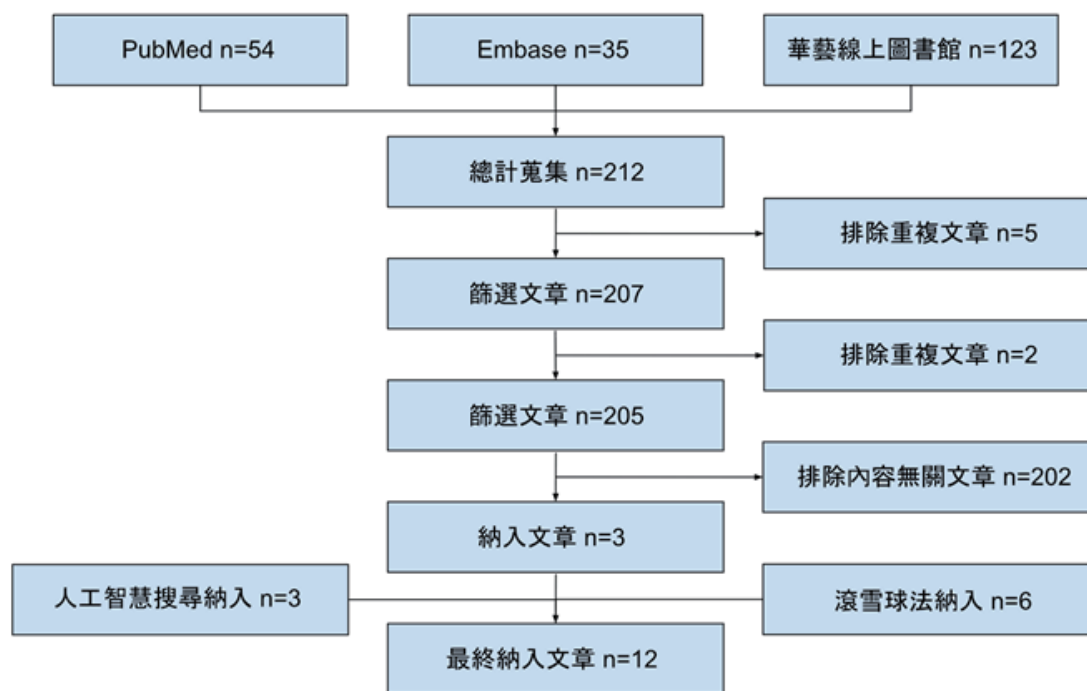


圖 1. 研究檢索策略

Shih等人採用準實驗設計，招募70名台灣思覺失調症患者。實驗組接受為期6週、每週1次的理情行為治療(Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) ABC模型基礎的「反污名方案」介入，對照組則接受常規治療。研究結果顯示，參與「反污名方案」的患者在自我污名方面顯著下降，而自尊顯著上升。基於廣義估計方程(Generalized Estimating Equation, GEE)分析，實驗組在介入後自我污名得分較對照組明顯降低，而自尊得分在介入後以及一個月追蹤時均顯著高於對照組。這些結果表明，REBT為基礎的反污名方案有助於減輕思覺失調症患者的自我污名並提升其自尊。^[28]

楊欣茹等人研究慢性思覺失調症住院患者的污名感受改善。研究採用兩組前後測實驗設計，於台灣中部某精神專科醫院招募105名慢性思覺失調症住院個案。實驗組56名接受每週一次、持續八週的園藝種植綠化活動；對照組49名則接受常規照護。兩組患者均在介入前後填寫精神疾病污名感受量表、焦慮量表、自我效能量表與憂鬱量表。結果顯示，實驗組在介入後的精神疾病污名感受顯著改善($t=-3.288, p<0.001$)。考慮時間與組別의 交互作用後發現，園藝介入對負面自我標籤、處理生活事件的自我效能以及憂鬱狀態均產生顯著改善。研究結論指出，園藝種植綠化方案能有效減緩慢性思覺失調症患者的自我污名感受，建議精神照護專家將多感官園藝活動納入臨床實務。^[29]

討 論

本研究整合台灣過去有關精神疾病污名與去污名化的實證與理論研究，旨在探討污名的形成機制、文化脈絡與其對復元與生活品質之影響。為了釐清不同研究結果間的脈絡與脈動，依照以下

五個面向進行討論：一、污名的現象；二、污名的形成、原因與影響因子；三、污名導致的結果；四、介入策略與實驗性研究的證據；五、未來展望。

一、污名的現象

1. 一般大眾對精神疾病的社會污名與標籤化

台灣社會對於不同的精神疾病存在顯著的疾病特異性態度。根據Lien與Kao (2019)的研究，^[18] 思覺失調症患者所承受的社會污名與排斥顯著高於憂鬱症患者，其深層機制可從歸因模型、情緒反應與文化觀點深入剖析：首先，在歸因傾向上，民眾傾向將思覺失調症連結至不可控的生物遺傳或腦部化學物質失調，其認同比例顯著高於憂鬱症。Kvaale等人指出，生物學解釋雖能減輕個人責任的歸咎，但常強化大眾對疾病的預後悲觀(prognostic pessimism)，間接阻礙復元。^[30] 此觀點在台灣脈絡下得到證實：大眾雖認可生物成因，卻也傾向認為思覺失調症具有「永久損害」的特性，高達77.1%的受訪者認為患者未來的機會將永久受限。^[18] 這導致患者即便接受專業治療，仍被視為社群中的局外人。其次，疾病特徵引發的情緒反應是污名差異的核心。思覺失調症呈現出的行為(如妄想、自言自語)常被大眾解讀為具有高度的不可預測性，進而引發大眾強烈的恐懼與不安全感，這類負面情緒的強度顯著高於面對憂鬱症時產生的同情心。這種「因恐懼而疏離」的心理，具體反映在對社會距離的渴望上；特別是在涉及聘僱員工、鄰里相處或托育等需要高度互信的場合，大眾對於與思覺失調症患者接觸的意願遠低於憂鬱症。最後，身體化傾向與文化認可度的差異進一步拉開了兩者的距離。憂鬱症患者在台灣常以失眠、疲倦等身體化訴求呈現，這類描述在文化脈絡中較具「正當性」且標籤化較輕微。相較之下，思覺失調症在台灣更常與「報應、附身或天意」等傳統信仰掛鉤，將醫療問題提升為命運或道德問題，使患者面臨更深層的社會排除。綜上所述，台灣社會

的疾病特異性污名是由「歸因方式」引發「負面情緒」，最終具體化為「社會參與的剝奪」。因此，精神健康衛教若過度聚焦於生物病因，雖能減輕責備，卻可能陷入預後悲觀的陷阱。未來介入策略應納入更多復元導向與文化敏感的觀點，方能消解不同疾病間的結構性污名。

2. 精神疾病患者自我污名之文化與心理機制詮釋

精神疾病患者的自我污名並非單純的個體心理反應，而是台灣社會結構與文化價值深層內化的結果。針對此現象之成因，可由以下文化脈絡進行理論詮釋。

首先，在社會取向(Social Orientation)的文化下，台灣社會對精神疾病的污名常轉化為「家醜不可外揚」的隱匿行為。這種現象背後的深層因素在於，精神疾病被視為家族整體「面子」的流失與名譽損害，反映出家族取向中對於不名譽事件的集體恐懼。^[21]當患者感知到談論心理困難會帶來羞恥與尷尬時，往往會產生強烈的自設負面標籤，導致其不敢正視心理困擾，並因避諱心理而產生顯著的延遲就醫特性。^[21]這種文化壓力詮釋了為何台灣患者的自我污名常帶有濃厚的家族責任感與道德虧欠色彩。

其次，從自我污名的生成歷程來看，患者的受苦經驗源於內外壓力的交互循環。Yen等人的現象學研究發現，自我污名的起點包含外界歧視(如媒體誇大症狀)以及對疾病標籤的內化。^[20]在台灣，這種壓力常轉化為深層的疏離感(Alienation)，使患者在人際互動中感到孤立，並產生自我貶抑等負面感受。^[20]這說明了台灣患者的自我污名不只是偏見的產物，更是一種對自身社會主體性的否定。

最後，身體化(Somatization)現象剖析了文化合法性對自我污名的影響。由於台灣大眾對心理困難仍存有羞恥感，患者傾向將心理痛苦轉化為身體不適來呈現，以尋求較具正當性的求助管道。

這種文化特性反映出患者透過強調軀體症狀，來逃避帶有強烈標籤色彩的精神疾病身分，本質上是為了在污名環境中維持自尊的一種補償機制。^[20,21]

綜上所述，台灣患者的自我污名是家族取向文化、面子價值與個人心理內化共同運作的結果。因此，去污名策略不應僅止於個人心理復健，更需解構社會對家族恥辱的連結。研究顯示，透過接納與轉念(Change of mind)的心理歷程，能有效協助患者應對自我污名的挑戰並重建自我價值。^[20]

二、影響污名的因子

精神疾病污名作為依變項(Y變項)時，其影響因素涉及社會文化、心理、疾病特質與制度環境等多重層面，其中影響因子可分為加劇污名的「負面因素」與具有保護作用的「正面因素」。

負面因素主要包括：(1)大眾刻板印象與恐懼，提高偏見與社會距離；^[18,19](2)家醜不外揚文化，削弱家庭支持並增加隱藏傾向；^[20,25](3)醫療人員態度不佳與標籤化互動；^[20,21,26](4)社區資源不足；^[23,25](5)症狀可見度與疾病嚴重度，增加被標籤風險；^[20,21](6)低自尊與自我污名，削弱復元動力。^[20,21]

相對來說，正面因素包括：(1)支持性的家庭與醫療人員態度，可降低羞恥與自我貶抑；^[20,21,25,26](2)去標籤化、賦權式的醫療互動，有助減少內化污名；^[26](3)完整的社區支持與復元導向服務，促進社會參與與生活品質；^[22-25](4)正確的公共衛教與資訊傳遞，改善大眾理解並降低社會距離。^[18,19]若依「可改變性」加以區分，可分為三個層面：

1. 可改變的因素

包括外部社會環境如社會大眾的態度、媒體報導取向、醫療人員與家庭的支持、工作與社區環境、自尊與希望感，以及污名因應方式等。這些因素能透過心理教育、社區倡議與臨床介入有效改善，是去污名化最具實際影響力的層面。

2. 部分可改變的因素

如教育程度、經濟狀況與社會文化價值(例如面子文化、家族恥感)。^[21] 此類因素難以在短期內改變，但可藉由長期政策、教育與世代觀念轉變逐步改善。

3. 不易改變的因素

如年齡、性別、疾病嚴重度、病程與住院次數等，屬個人或疾病本身的特質，雖無法改變，但可藉由早期介入與穩定治療減少其負面影響。

台灣精神疾病污名的形成深受文化、家庭期待與個人心理歷程交互影響，僅依賴單向衛教難以達成長期改變。因此，去污名化策略需從教育、政策與臨床三面向同步推進。在教育層面，反污名與復元導向觀念應系統性融入醫學、護理與心理等專業養成，^[37] 並結合接觸式教學與情境模擬，以預防標籤化態度在訓練早期固著。同時，將心理健康素養納入國民教育可強化社區的支持性環境。在政策方面，國際經驗顯示長期、跨部門的社會運動最具成效，如英國「Time to Change」與澳洲「Beyond Blue」皆成功降低社會距離。^[13,14] 台灣2014年推動將「精神分裂症」更名為「思覺失調症」亦證實制度介入可短期改善污名，^[17] 但效果需倚賴後續資源以維持。在臨床端，照護仍以症狀與風險管理為主，復元理念與同儕支持尚未制度化，標籤化語言亦在日常紀錄與溝通中持續再製污名

(如不合作、行為怪異)，加上家屬教育不足與醫護倦怠，使結構性污名更形固著。綜合而言，唯有跨層面且持續性的介入，方能有效鬆動文化中的負面標籤，促進精神疾病患者的長期復元與社會參與。

三、污名造成的影響

污名不僅是一種社會態度，更會透過內化歷程影響疾病進程與復元軌跡，是精神疾病的重要預後因子，可視為一項具有長期效應的獨變項(X變項)。污名的影響機制可大致分為「對預後的連續性影響」與「對生活品質與社會功能的負面作用」兩大面向。

1. 污名對預後的影響

污名對精神疾病的影響具有累積性，其作用並非單一事件，而是持續影響疾病歷程的預後因子。根據污名內化模型(stigma internalization model)，外部的歧視與標籤會逐步轉化為自我污名，使個體自我價值感與能力認知受到侵蝕。^[31] 此歷程通常伴隨羞愧、自我否定與負向情緒，並進一步造成社交退縮、自尊下降與求助意願減弱。^[32,33]

在臨床上，內化污名會影響治療參與，使患者更容易出現隱藏病情、藥物不依從及治療中斷的情形。這些行為不僅阻礙支持系統的取得，也使病程更不穩定並增加復元阻力。^[23,34] 結合前面有關疾病歸因的討論，我們將污名的影響歷程繪製如圖2。整體而言，文化因素經由內化歷程影響自我污名，而自我污名又導致預後惡化等的多項負面結果。

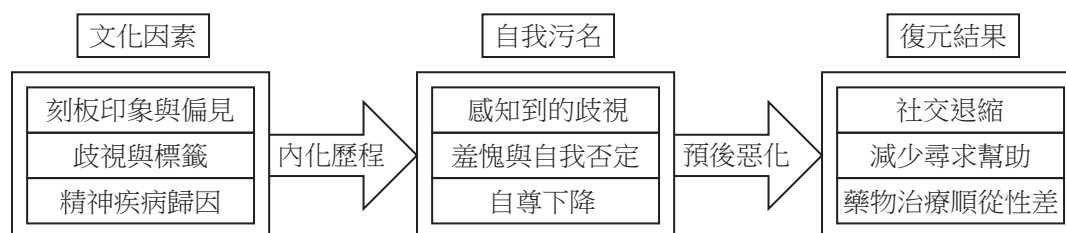


圖 2. 文化因素-自我污名-復元結果之因果路徑假設

2. 污名對生活品質與社會功能之影響

本研究亦發現，污名程度與患者的生活品質、社區生活能力及社會經濟功能呈持續負相關。較高的污名感受會削弱自我效能與日常生活技能，使患者在角色維持、社區參與與人際互動上面臨更多限制。^[22-24]這些影響並非僅來自個人心理反應，而是與家庭期待、社會態度與制度性支持不足共同作用。^[25,26]

在華人社會中，婚配阻礙、自我標籤與傾向隱藏病情的文化因素，使患者在重建社會角色與回歸社區的過程中承受額外阻力。^[23,35]儘管隱藏策略能短期減少衝突，卻可能延遲求助與降低社會支持，進一步造成孤立與社會功能下降。綜合上述，污名對生活品質與社會功能的影響，具有廣泛而多面向的特徵。

四、介入策略與實驗性研究證據

根據表2的兩項台灣研究，本研究發現REBT反污名方案^[28]與園藝介入^[29]均能在介入期間有效改善自我污名、自尊或自我效能。然而，介入成效多集中於短期，反映個別或團體層面的方法，難以抵銷家庭名譽與面子文化等因素。國際文獻亦指出反污名介入常呈現短期顯著、長期效果未知的趨勢。^[36]以下從四個層面說明介入策略的可能方向。

1. 心理層面

情緒因應不良會加劇自我污名並造成社交退縮。^[34]心理治療如認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)與REBT可透過認知重構，協助患者挑戰負面自我標籤並重建自我敘事。台灣研究與國外證據均指出心理治療在短期內能改善自尊與污名感受，^[28,36]但需搭配維持策略以延長療效。Shih等(2022)證實70位台灣思覺失調症患者進行為期6週的介入後，在降低自我污名的效果量(Effect Size, ES=0.760)與提升自尊(ES=1.079)上均屬大效果(large

effect)；在實驗結束一個月後，自我污名之降低效果未達顯著，但自尊提升效果ES仍達0.712。^[28]Thornicroft等(2016)的系統性綜述中也證實，該研究強調社交接觸雖能產生即時性的態度轉變，但現有證據顯示其獲益會隨時間減弱，且在6個月後的長期證據依然薄弱。^[36]綜合文獻可知，去污名化效益通常能維持1至3個月，但若無後續強化措施，難以跨越6個月的瓶頸。

2. 社會層面

社區復健中心提供同儕支持與團體討論，有助於患者表達情緒與分享經驗。「隱藏保密取向」雖能短期維持社會關係並帶來較佳生活品質，^[23]但若能整合社會教育與復元導向活動，如真人圖書館「以復元病友為師」的教育模式，可提升公眾理解並促進患者社會參與。^[37]

3. 職業層面

職能支持與就業穩定與生活品質關係最為密切。研究顯示工作與收入滿意度為生活品質最重要的預測因子之一，^[23]因此協助患者在職能活動中累積成功經驗、提升自我效能，是降低污名壓力的核心策略。

4. 文化層面

在台灣華人社會，「婚配阻礙」與「面子文化」使污名加劇，患者常因此出現自我責難或避免求助的行為。^[21]因此，去污名策略必須融入文化敏感性設計，例如以家庭為單位進行教育、結合宗教團體與社區推廣包容觀念，才能真正促進社會態度改變。

綜觀現有研究，心理治療、同儕與社區支持、職能介入、以及公共教育皆能改善污名相關困境。西方研究亦指出戲劇呈現(影集、電影、紀錄片)與名人倡議較單純知識衛教更能提升社會覺察。^[38,39]因此，未來介入須著重文化背景，以提升去污名工作的長期成效。

五、未來建議

雖然台灣有關精神疾病污名的研究逐漸增加，但針對其社會文化背景與跨文化差異的分析仍相對有限。中國與北美華人社群的研究指出，精神疾病污名常與家族名譽、面子、人際和諧與移民適應等文化因素相關，並透過日常互動及制度規範具體展現。這些觀察提醒我們，污名並非僅源自大眾的負面態度，而是由文化價值與社會結構共同塑造的結果。^[16,40] 未來研究可借鏡上述跨文化視角，以更全面理解台灣社會精神疾病污名形成的脈絡與機制。

另一方面，現有文獻多著重於症狀、文化與制度層面對污名的影響，較少探討教育程度、性別、經濟條件與生命歷程等族群差異。未來研究宜擴展至不同社會階層，以了解不同處境下的污名經驗。方法上，除了單次問卷調查之外，也可追蹤同一群患者在不同時間點的變化，或同時結合問卷數據(量性研究)與訪談內容(質性研究)，更完整地掌握污名如何影響復元歷程，未來所提出的去污名策略也能更符合台灣社會的文化特性與臨床實務需求。

研究限制與建議

1. 方法學限制

本研究採敘述性文獻回顧設計，雖整合了近二十五年間台灣精神健康與去污名化相關之研究，然仍存在若干限制。首先，敘述性回顧本身的非系統性特質可能導致選擇性偏差(selection bias)。儘管本研究透過多重資料庫檢索與滾雪球法補足缺漏，但未依循系統性回顧(systematic review)之嚴格流程(如PRISMA準則)，因此所得結果主要呈現研究趨勢與脈絡，而非建立可量化的實證結論。此外，本研究之檢索策略雖廣泛涵蓋國內外資料庫，但仍可能受關鍵字設定與可取得全文限制，而影響文獻回顧的完整性。

2. 文獻異質性

本研究納入的文獻之間，存在高度異質性(heterogeneity)。各研究之設計、樣本特性、測量

工具與分析方法差異顯著，難以進行直接比較或統合分析。例如，有些研究以思覺失調症患者為焦點，有些則探討一般大眾的污名態度；亦有研究將「污名感受」視為自變項，另有研究將其視為依變項。此異質性限制了歸納性結論的強度，也使研究結果更偏向呈現趨勢概況，而非一致性的理論模型。此外，不同研究的文化與制度背景(如精神衛生法修訂或社區復健政策變遷)，亦可能影響比較性與詮釋一致性。

3. 證據層級與外推性

本研究未進行實證醫學證據層級(level of evidence)評估，且所納入研究包含質性訪談、橫斷式調查與準實驗研究等多元設計，其結果多為相關性而非因果推論。再者，部分文獻樣本集中於特定地區(如北部或中部社區復健機構)，或為特定群體(如思覺失調症患者)，可能限制外推至其他精神疾病族群或一般社會人口的適用性。儘管本研究同時納入中文與英文文獻，仍可能存在語言與出版偏差(language and publication bias)，使得部分灰色文獻或非正式出版成果被忽略。

結 論

本研究整合台灣精神健康與去污名化研究，指出污名具有多方面影響，是限制復元與生活品質的主要障礙。現有心理治療、社區支持與教育介入雖具短期成效，但多屬零散且欠缺制度化。本研究亦發現，過度強調遺傳與生物醫學病因，可能強化「不可逆」的社會刻板印象，反而阻礙接納與求助。未來精神健康促進應更加貼合台灣文化，並透過家庭、社區與政策層面的介入，使去污名成為促進長期復元與社會接納的重要基礎。

利益衝突聲明 (Conflicts of Interest Statement)

作者群聲明無任何利益衝突。

參考文獻

1. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions-services require urgent scale-up. 2025 September 2. <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>.
2. 衛生福利部中央健康保險署：精神疾病。2023年12月11日。 <https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5554-3a845-2964-1.html>。
3. 中華民國行政院：全民心理健康韌性計畫。2023年9月6日。 <https://www.cy.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/8e8835ef-5b07-4e02-8b19-906b6964a10c>。
4. Freeman M. The world mental health report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*. 2022;21(3):391-2. doi: 10.1002/wps.21018.
5. Wang HH, Chang CM, Chang SS, et al. Ten-year trends in depression care in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2022; 121(10):2001-11. doi: 10.1016/j.jfma.2022.02.011.
6. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129.
7. Gyamfi S. Conceptualizing and developing a dynamic stigma theory. *Issues Ment Health Nurs*. 2024;45(9):895-905. doi: 10.1080/01612840.2024.2367147.
8. Pescosolido BA, Martin JK. The Stigma complex. *Annu Rev Sociol*. 2015;41:87-116. doi: 10.1146/annurev-soc-071312-145702.
9. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464-9. doi: 10.1177/070674371205700804.
10. Hatzenbuehler ML. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol*. 2016;71(8):742-51. doi: 10.1037/amp0000068.
11. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10:1289-98. doi: 10.2147/PPA.S99136.
12. Surmann M, Gruchalla LV, Falke S, et al. The importance of strengthening competence and control beliefs in patients with psychosis to reduce treatment hindering self-stigmatization. *Psychiatry Res*. 2017;255:314-20. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.053.
13. Evans-Lacko S, Corker E, Williams P, Henderson C, Thornicroft G. Effect of the time to change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003-13: an analysis of survey data. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):121-8. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70243-3.
14. Evans-Lacko S, Malcolm E, West K, et al. Influence of time to change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;55: s77-88. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126672.
15. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(4):248-54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01561.x.

16. Yang LH. Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: synthesis and new directions. *Singapore Med J.* 2007;48(11):977-85.
17. Chiu YH, Kao MY, Goh KK, Lu CY, Lu ML. Effects of renaming schizophrenia on destigmatization among medical students in one Taiwan university. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9347. doi: 10.3390/ijerph18179347.
18. Lien YJ, Kao YC. Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey. *Psychiatry Res.* 2019;273:435-42. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.062.
19. Xu Z, Rüsçh N, Huang F, Kösters M. Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. *Psychiatry Res.* 2017;255:449-56. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.008.
20. Yen SY, Huang XY, Chien CH. The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020 Apr;34(2):29-35. doi: 10.1016/j.apnu.2020.02.010.
21. 韓德彥、陳淑惠：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 2008；21(3)：273-90。doi:10.30074/FJMH.200809_21(3).0003。
Han DY, Chen SH. Psychometric properties of the perceived psychiatric stigma scale and its short version. *Formosa Journal of Mental Health.* 2008;21(3):273-90. doi:10.30074/FJMH.200809_21(3).0003.
22. Hsiao CY, Lu HL. High internalized stigma among community-dwelling patients with schizophrenia: Associations with sociodemographic and clinical characteristics, personality traits and health-related quality of life. *Int J Ment Health Nurs.* 2022 Dec;31(6):1503-1512. doi: 10.1111/inm.13056. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36029474.
23. 黃耀輝、林幼喻、李世凱、李明峰、林靜蘭：精神病患復元歷程之相關性研究。護理雜誌 2018；65(2)：64-74。doi:10.6224/JN.201804_65(2).09。
Huang YH, Lin YY, Lee SK, Lee MF, Lin ECL. A correlational study of the recovery process in patients with mental illness. *The Journal of Nursing.* 2018;65(2):64-74. doi:10.6224/JN.201804_65(2).09.
24. 曾秋蓉、邱政元、顏文娟、蘇惠珍、蕭秋月：社區復健中心之精神分裂症患者其污名感受、污名因應與生活品質相關因素之探討。護理雜誌 2012；59(4)：62-70。doi:10.6224/JN.59.4.62。
Tseng CJ, Chiou JY, Yen WJ, Su HC, Hsiao CY. Associations between stigma perception and stigma coping behavior and quality of life in schizophrenic patients treated at a community rehabilitation center. *The Journal of Nursing.* 2012;59(4):62-70. doi:10.6224/JN.59.4.62.
25. 黃佑詢、戒瑾如、林式毅、劉玟宜、劉介宇：探討思覺失調症病人社區生活技能中介疾病烙印對生活品質之影響。精神衛生護理雜誌 2015；10(1)：1-8。doi:10.6847/TJPMHN.201511_10(1).0001。
Hang YH, Rong JR, Lin SK, Liu WI, Liu CY. The mediating effect of community living skills on stigma perception and quality of life for the patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing.* 2015;10(1):1-8. doi:10.6847/TJPMHN.201511_10(1).0001.
26. Lin CL, Kopelowicz A, Chan CH, Hsiung PC. A qualitative inquiry into the Taiwanese mentally ill persons' difficulties living in the community. *Arch Psychiatr Nurs.* 2008;22(5):266-76. doi: 10.1016/j.apnu.2007.07.002.
27. 李錦彪、蔡欣玲：台灣精神衛生護理的展望-復元觀點之再思。護理雜誌 2017；64(3)：5-11。doi:10.6224/JN.000034。
Li JB, Tsai SL. The development of psychiatric and mental health nursing in Taiwan: Reflection from the perspective

- of recovery. *The Journal of Nursing*. 2017;64(3):5-11. doi: 10.6224/JN.000034
28. Shih CA, Huang JH, Yang MH. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian J Psychiatr*. 2022;73:103171. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103171.
29. 楊欣茹、馬維芬、林靜蘭、李采娟、黃耀輝、李世凱：園藝種植綠化方案對改善慢性思覺失調症患者自我污名感受之成效。精神衛生護理雜誌 2017；12(2)：13-23。doi:10.6847/TJPMHN.201712_12(2).0002。
- Yang HJ, Ma WF, Lin ECL, Li TC, Huang YH, Lee SK. The effect of a horticultural planting program on self-stigma for patients suffering from chronic schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2017;12(2): 13-23. doi:10.6847/TJPMHN.201712_12(2).0002.
30. Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6): 782-94. doi: 10.1016/j.cpr.2013.06.002.
31. Yu BCL, Chio FHN, Mak WWS, Corrigan PW, Chan KKY. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clin Psychol Rev*. 2021;87:102029. doi:10.1016/j.cpr.2021.102029.
32. Yu M, Cheng S, Fung KP, Wong JP, Jia C. More than mental illness: Experiences of associating with stigma of mental illness for Chinese college students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):864. doi: 10.3390/ijerph19020864.
33. Tse JSY, Haslam N. Inclusiveness of the concept of mental disorder and differences in help-seeking between Asian and white Americans. *Front Psychol*. 2021 Jul 30;12:699750. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699750.
34. Rüsçh N, Corrigan PW, Powell K, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*. 2009; 110(1-3):65-71. doi: 10.1016/j.schres.2009.01.005.
35. Huang WY, Chen SP, Pakpour AH, Lin CY. The mediation role of self-esteem for self-stigma on quality of life for people with schizophrenia: A retrospectively longitudinal study. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2017;12. doi:10.1017/prp.2017.18.
36. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023): 1123-32. doi:10.1016/S0140-6736(15)00298-6.
37. 譚凱蓉、高瑞勇、鄭佳琪等人。發展融入「以復元病友為師」之反烙印精神衛生護理教育模式。護理雜誌 2025；72(2)：45-56。doi:10.6224/JN.202504_72(2).07。
- Tam KJ, Gao RY, Cheng CC, et al. The integration of recovery educators into psychiatric mental health nursing education. *Hu Li Za Zhi*. 2025;72:45-56. doi: 10.6224/JN.202504_72(2).07.
38. Ritterfeld U, Jin SA. Addressing media stigma for people experiencing mental illness using an entertainment-education strategy. *J Health Psychol*. 2006;11(2):247-67. doi:10.1177/1359105306061185.
39. Gronholm PC, Thornicroft G. Impact of celebrity disclosure on mental health-related stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Aug 30;31:e62. doi: 10.1017/S2045796022000488.
40. Yang LH, Purdie-Vaughns V, Kotabe H, et al. Culture, threat, and mental illness stigma: identifying culture-specific threat among Chinese-American groups. *Soc Sci Med*. 2013 Jul;88:56-67. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.03.036

Stigma, Culture, and Recovery: Correlational and Interventional Studies for Mental Health in Taiwan

Meng-Chih Tsai^{1,†} Hsiang-Yu Cheng^{2,†} Hon-Ian Lei³ Der-Yan Han^{4,*}

ABSTRACT

Background. Mental health has become a central issue in global public health. Although Taiwan has gradually institutionalized its mental health system through legal frameworks and resource allocation, individuals with mental illness continue to face substantial social stigma and discrimination, which may negatively affect their willingness to seek care and their recovery process.

Objectives. This study aimed to provide a narrative review of recent research on mental illness stigma in Taiwan, with the goal of summarizing stigma-related influencing factors and identifying research trends in destigmatization strategies.

Methods. A literature review was conducted using PubMed, Embase, and the Airiti Library to identify academic publications from 2000 to 2025. Snowball sampling and artificial intelligence-assisted searching were also employed. A total of 12 core studies, including 6 English-language articles and 6 Chinese-language articles, were ultimately included in the analysis.

Results. The findings suggest that stigma toward mental illness in Taiwan demonstrates disorder-specific characteristics, with schizophrenia associated with significantly greater fear and social distance than depression. Perceived stigma was significantly negatively correlated with recovery indicators, community living skills, and quality of life among patients. Research trends further indicate that rational emotive behavior therapy (REBT) and horticultural activities may be effective in the short term in reducing self-stigma and improving self-esteem.

¹Shuang Ho Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (R.O.C.)

²Taipei Municipal Wanfang Hospital, Taiwan (R.O.C.)

³Graduate Institute of Medical Sciences, Taipei Medical University, Taiwan (R.O.C.)

⁴Center for General Education, Taipei Medical University, Taiwan (R.O.C.)

*Corresponding author: Der-Yan Han, E-mail: handeyan@tmu.edu.tw, Accepted: May. 7, 2026. Code: JMHCP-2026R-002

[†]Equal contribution authors: Meng-Chih Tsai, Hsiang-Yu Cheng

Conclusion. Stigma remains a major barrier to recovery for people with mental illness in Taiwan. Future destigmatization strategies should incorporate culturally relevant features of Chinese society, such as the concept of face and family orientation, while also integrating long-term, cross-sector policy support to promote sustained social participation among affected individuals.

(J Ment Health Community Psychiatry 2026;2(1):15-32)

Key words: Mental Health, Stigmatization, Anti-stigmatization, Self-stigma, Taiwan