

MIND HK



香港大眾對精神健康的
認知、態度及行為

In collaboration with:



KING'S
College
LONDON

time to change
let's end mental health discrimination

Funded by:




2018

目錄

摘要	3
背景	4
方法	4
統計分析	6
結果	7
結論、不足之處及下一步工作	22
鳴謝	26
附件	26
參考資料	37

For all enquiries regarding this research,
please email hello@mind.org.hk

TABLE OF CONTENTS



是次研究希望了解香港成年人對精神健康的認知、態度及行為。研究主要有兩個目的：

1. 對香港的環境及前設作進一步了解。
2. 了解將來關注精神健康及去污名化行動如何更成功地進行。

調查通過受認可的問卷及主要人口統計數據，於去年秋季以電話訪問形式訪問了1,210位人士。

調查發現，某些受訪者對精神健康持正面的理論態度：包括認為有需要提高社會容忍度的必要性。受訪者一般認為精神健康與身體健康有相類似的特徵。然而，受訪者稱可能會對精神病患者的預想行為卻與受訪者報告的正向態度不相符。同樣，對精神病的污名與標籤源自對精神健康缺乏了解亦有跡可循。此外，受訪者對如何尋求幫助／尋求幫助的意願均相對較低。

較年輕、教育程度較高及本身認識精神病患者的受訪者普遍對精神健康問題的認知、態度及行為給予較高的分數。受訪者對過往就關注精神健康所舉辦的推廣活動意識也十分低。

是次調查讓大眾了解哪種精神健康資訊最能影響污名化態度。調查亦協助分辨出未來推廣活動的方向及受眾（年輕、教育程度較高的人）。過去調查發現活動企劃可以先針對相對寬容的群體。未來分析導向可以在著重了解受眾與精神健康知識、意識及行為的關係，以及與其他地方進行對比。

背景

對精神健康的污名與標籤造成了人們為精神健康問題尋求協助的障礙，亦同時影響了人們對精神健康的認識 (Corrigan, 2014)。普羅大眾對香港精神健康及污名的態度亦未曾被詳細研究。

2007年，「Time to Change」計劃在英國啟動，計劃旨在終結對精神健康的歧視。2007至2016年間，該計劃改善了英國人對精神健康的態度——達到9.6%積極變化 (Henderson et al., 2016)。作為「Global Anti-Stigma Alliance」的成員，Mind HK 與 Time to Change Global 亦有密切聯繫。

研究目的在於了解香港市民目前對精神健康的態度，及為香港未來去污名化計劃提供基準評估。是次研究由 Mind Hong Kong (Mind HK)、香港大學、Time to Change Global 及 Kings College London (KCL) 合作進行。Time to Change UK 及 KCL 亦從 1993年開始於英國開展了相類似的態度追蹤調查 (Henderson & Thornicroft, 2009)。



9.6%

Positive change in attitudes toward mental health between 2007 and 2016 in the UK

方法

調查概要及方法

為保持國際標準，本研究特意與英國 Time to Change 使用相同的調查方法。《面對精神疾病的態度》調查是英國 Time to Change 去污名化社會計劃與 KCL 合作的一項大型計劃。《面對精神疾病的態度》一向是由 TNS 市場研究公司負責調查，所得數據則由 KCL 精神病學、心理學與神經科學學院進行分析。

結果測量

研究由三個心理量表組成：分別為精神健康知識表（MAKS）、社會對精神病患的態度（CAMI），以及現實與預期行為量表（RIBS）。三個量表經由 Mind HK 及香港大學修訂、翻譯和回譯，以切合香港環境的需要，所有英文版本亦經評估正式其可靠性及有效性 (Evans-Lacko et al, 2010; Link et al, 2004; Evans-Lacko et al, 2011)。方法將於下文概述，詳情及評分方法列載於附件1。

調查問卷

MAKS:

量表設有 12 條評估對精神健康的認知的簡要問題。問卷分為兩部分，12 條問題涵蓋了有關精神健康污名和標籤認知的主要範疇：包括求助、認可、支援、就業、治療及復原；以及由受訪者分辨各種情況是否代表精神疾病。MAKS 的評分範圍為 12 至 60 分。

CAMI:

調查設有 12 項問題的，評估對精神健康及疾病的態度，包括對社區精神健康照顧的社會排斥、善意、容忍程度及社區精神健康的支援。量表最高分數為 60 分。另外，CAMI 亦可分別根據兩個層面進行評分，包括：「偏見與排斥」及「共融與支援」。這兩個量表用以測量社會對精神健康問題的共融及包容程度。

RIBS:

這項調查量度社會現時對精神健康問題人士的態度，以及他們的預期行為。調查分為四大範疇：與有精神健康問題的人同住、工作、鄰舍生活及維持關係。RIBS 的最高分數為 20。

另一方面，調查設有關於個人對精神健康服務、宣傳活動的意識，以及職場支援等問題。人口數據則包括性別、年齡、婚姻狀況、種族、教育程度、職業、職位、住區及在港時間。調查亦收集了受訪者與精神健康問題人士的親密／親近程度。

數據收集方式

調查團隊在香港大學以電話訪問形式收集數據。訪問員曾接受提供訪問的培訓，並能以廣東話、英語及國語與受訪者溝通。訪問時間約為 15 至 35 分鐘。詳細資料搜集方法載於附件2。

樣本

本調查的受訪者以隨機抽樣方式選出。如一個家庭內超過一個符合參與資格的成年人，則以「最近生日日期」的方法決定。18 歲以下人士及外傭不包括在本調查研究內。樣本主要包括 909 個固網電話數據。為確保研究涵蓋較年輕、或因工作而無法接聽家居電話的上班人士，樣本亦包括 301 個手提電話數據，總受訪人數合共1210 名。

調查方法

我們進行了一次先導調查，測試其長度、問卷的邏輯、用字及格式，其中包括 19 個完整的電話訪問。進行先導調查後亦對內容進行了一些必要的修改，包括刪減兩條較長的問題，以及有關家庭主要收入提供者的職業等額外資訊，並修訂某些答案選項，令電話訪問更為順暢。主要調查工作於2018年8月27日至9月27日期間（公眾假期除外）進行。完整的調查問卷載於附件3。完成電話訪問後，訪問員將向受訪者提供 Mind HK 的網站及聯絡電郵，以便他們尋求有關精神健康方面的意見，或與 Mind HK 團隊查詢有關本研究的內容。

統計分析

比重

為調整潛在篩選偏差，調查數據已根據政府統計處 2017 年末的性別及年齡人口數據作出調整。

分析

所有數據均以 SPSS Version 25 進行分析。

MAKS、RIBS 及 CAMI 量表的項目已經被分被分析，每個量表將被各自量度項目數目及平均分數。內部一致性信度則以克隆巴赫系數計算，每個量表各自計算其正態或非正態分佈。

首兩個類別的「非常同意／略微同意」答案被合併為一個選項，並以百分比評分，以更容易為數據詮釋及符合英國研究中的數據分析方法。每個量表均有其總分，而每個細項可亦作個別分析。

子群組則按照樣本主要樣本特徵進行分析，以了解不同特定子群組在 MAKS、RIBS 及 CAMI 量表指定項目分數的顯著差別。

子群組分析所採用之量表：

為符合英國的研究方法，MAKS 將根據兩項因素進行分析（甲部：有關精神健康認知／看法；及乙部：對精神疾病分類的認知）。

根據英國的研究方法，CAMI 被分為兩個因素，「偏見及排斥」和「容忍及支援」兩個因素則個別進行分析。最後，RIBS 的預期行為量表則另行分析。

進一步子群組分析主要包括性別、年齡組別及教育程度等人口特徵進行分析。樣本中的非華裔人士因數量不足而無法按種族分類進行研究。調查中亦有統計地區及職業的數據，但未有作進一步分析。除了人口數據，與經歷精神健康問題的人的親密程度亦會以子群組進行分析。此子群組將從問卷調查中被簡化為三個選項：「自己」（受訪者個人的精神健康問題經驗）、「他人」（知道其他人正經歷精神健康問題），及「無」（不認識任何經歷精神健康問題的人）。

本調查亦包括如何求助、對精神健康意識／去污名和標籤宣傳活動的熟悉程度等問題，並在此報告中作進一步分析。

分析將根據子群組特徵，包括其數據峰度，採用適當的統計測試以探討其差異。研究亦採用母數統計及無母數統計，包括變異數分析、曼-惠特尼U檢驗、克-瓦二氏檢定及各種卡方檢驗，以探討子群組分數的差異。事後比較檢定（多重卡方檢驗或杜凱式檢定）用於決定子群組之間的顯著差異。所有統計所得均以加權數據計算。

我們在本報告中列出全部量表及子量表的整體及子群組分析。我們會繼續使用迴歸模型等其他統計學分析方法將數據加以檢視及分析，以對趨勢及特徵作進一步探討。

統計學顯著水平：

為調整已完成的統計測試數目，我們引用嚴格的顯著水平 $p < 0.01$ 。不過為求完整，我們亦有考慮 $P < 0.05$ 的統計學顯著結果。



結果

樣本特徵

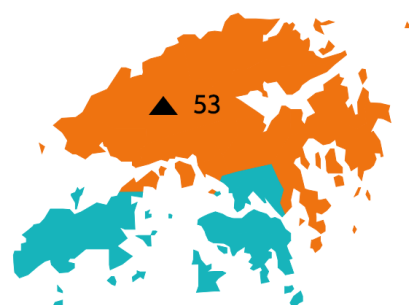
總樣本包括1210名諳廣東話、英語或普通話的18歲或以上成年人（根據標準慣例，外籍家庭傭工不包括在樣本之內）。

樣本為香港人口的代表。大多數受訪者為中國人（n = 1193,98.6%），其中28%為60歲以上。女性受訪者（n = 698,55.2%）略高於男性（n = 512,44.8%）。大部分樣本已達中學或以上程度（n = 1030,88.3%），約一半在新界居住（n = 620,52.9%）。樣本中大部分為工作受訪者（n = 648,59.6%）。大約三分之一的樣本表示熟悉精神疾病，無論是來自他們自己或所認識的人（35.5%），其餘部分則不熟悉。

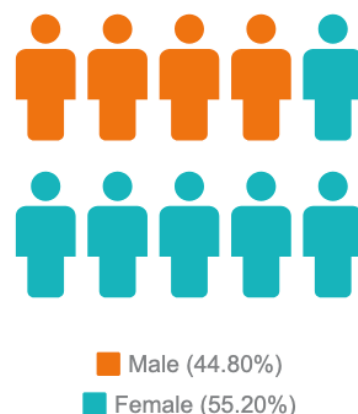
附錄4中的表格提供了調查受訪者的人口統計數據詳細分類，顯示在對人口統計特徵進行加權後的未加權數字和加權百分比。

研究中的每個量表都測量了不同的結構。因此，我們根據總體人口以及性別、年齡、教育程度和對精神疾病的熟悉程度，為每個量表/子量表提供了以下數據。

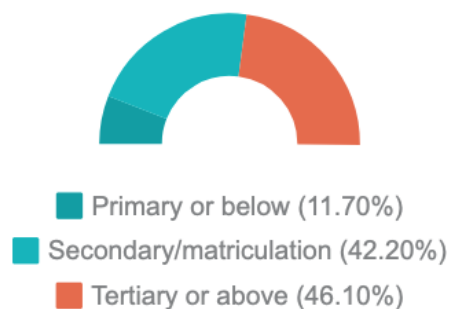
地區：



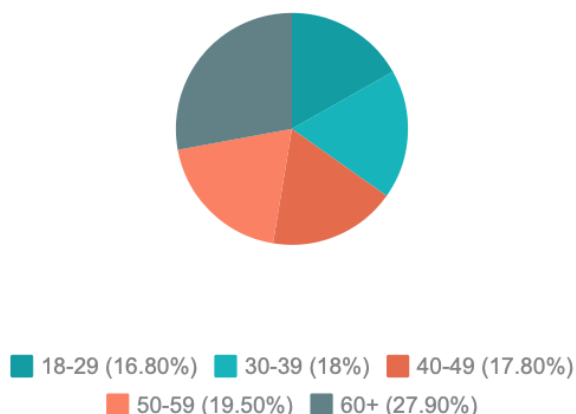
性別：



教育：



年齡：



資訊圖1：數據的關鍵特徵

心理健康認知：香港人對心理健康有何了解？

心理健康的認知以MAKS進行測量。第一個分量表涵蓋有關精神疾病的陳述，平均總分為23.0（標準偏差 = 2.82）。超過90%的人強烈同意/同意心理治療可以成為心理健康問題人士的有效治療（90.6%），而只有30.5%的人認為大多數精神健康問題的人士須向專業人士尋求幫助。

MAKS - A 部分（關於精神疾病的認知）	%非常同意/略微同意
1. 大多數有精神健康問題的人都希望有一份有收入的工作。	74.7
2. 如果我朋友有精神健康問題，我應該知道如何建議他們獲得專業幫助。	73.6
3 藥物可有效治療精神健康問題。	72.9
4. 心理治療或輔導都可以有效地治療精神健康的問題。	90.6
5. 即使患有嚴重精神健康問題，都可以完全康復。	46.7
6. 大多數有精神健康問題的人都會去尋求專業人士的幫助。	30.5

圖1: MAKS A部分

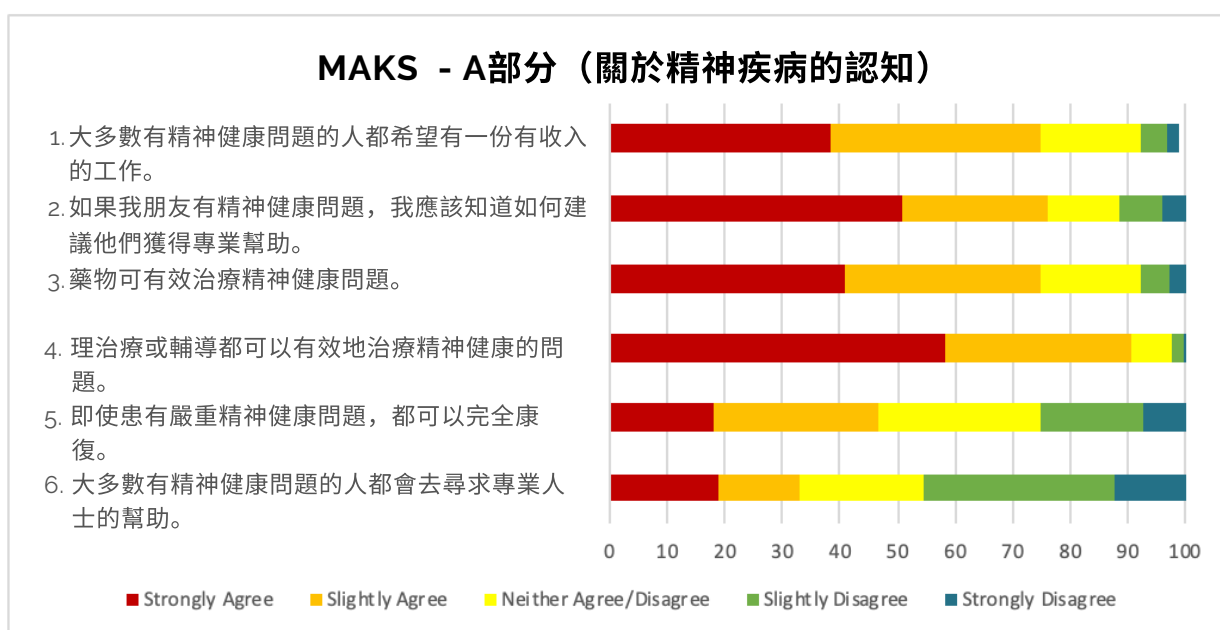


圖1: MAKS A部分

調查常見精神疾病認知的第二分量表平均總分為22.0（標準偏差= 2.73）。調查樣本中對抑鬱症、精神分裂症和躁狂抑鬱症的正確分類分別有83%、93 %和90%，顯示對這三種精神疾病的狀況有相當了解。但很明顯，許多人認為壓力是一種精神疾病（50%），許多人將吸毒也錯誤地分類，反映出對精神疾病定義的意識和理解不足。

MAKS - B 部分（您認為以下狀況是精神疾病，而您有多大程度同意？）	%非常同意/略微同意
7. 抑鬱症（是）	83.1
8. 壓力（不是）	50.1
9. 精神分裂症（是）	92.6
10. 躁狂抑鬱症（是）	89.7
11. 吸毒（是）	23.6
12. 哀傷（不是）	26.6

從 MAKS 量表結果（Q1-12）可見基於觀察所得的 Q-Q 圖表顯示正常性並且顯示低內部一致性（標準化項目上的克隆巴赫 α 係數 = 0.317， <0.70 ）。

表2：MAKS B部分

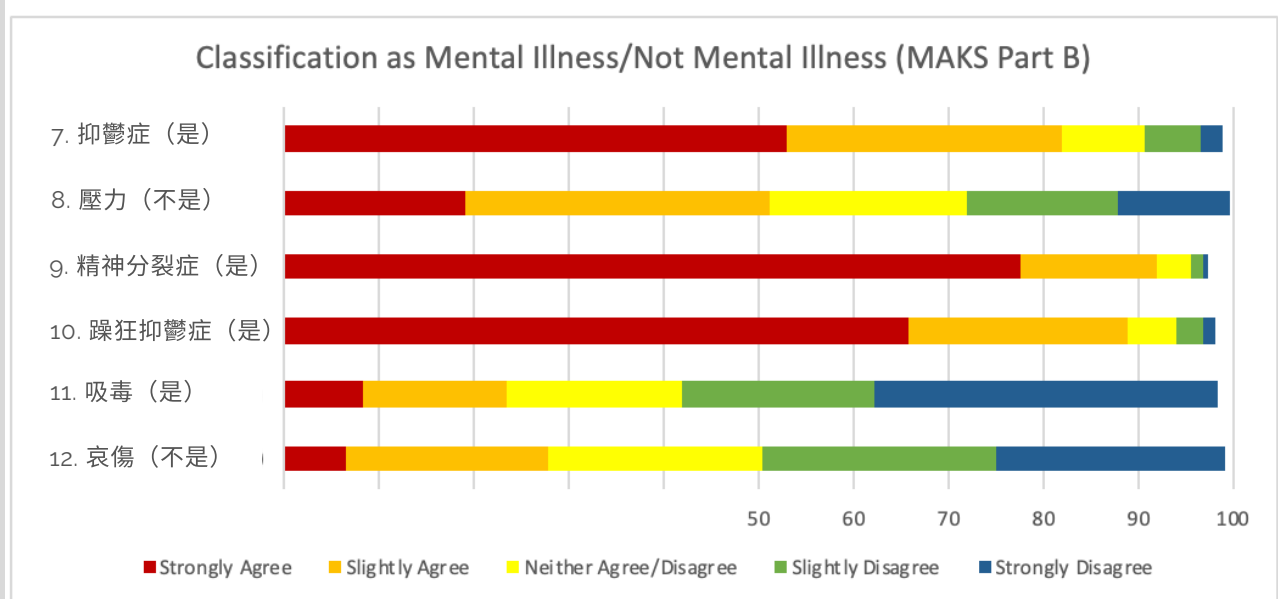


表2：MAKS B部分

心理健康認知：子群組間的認知水平有何差異？

對MAKS兩個部分的總分進行統計分析，以評估子群組在心理健康認知水平上是否有顯示任何差異。就性別、年齡、教育程度和對精神疾病的熟悉程度等方面都有進行比較¹。

1

對於我們樣本所顯示關於精神疾病陳述（MAKS A部分）的一致程度，我們發現各子群組之間沒有顯著差異：

年齡： $F(4,1200) = 1.775, p = .131$

性別： $t(1208) = - 548, p = .583$

教育程度： $F(2,1196) = .377, p = .686$

精神疾病熟悉程度： $F(2,1204) = 2.144, p = .118$

但是，當受訪者被要求界定某些疾病分類是否為精神疾病時，受訪者的一致程度存在顯著差異。年長受訪者傾向於認為心理健康狀況構成精神疾病的可能性低於年輕受訪者，年輕受訪者的年齡組別（由18-49歲）之間的一致程度相若，但年輕和年長受訪者之間則存在顯著差異（18-49歲與超過50歲²）。

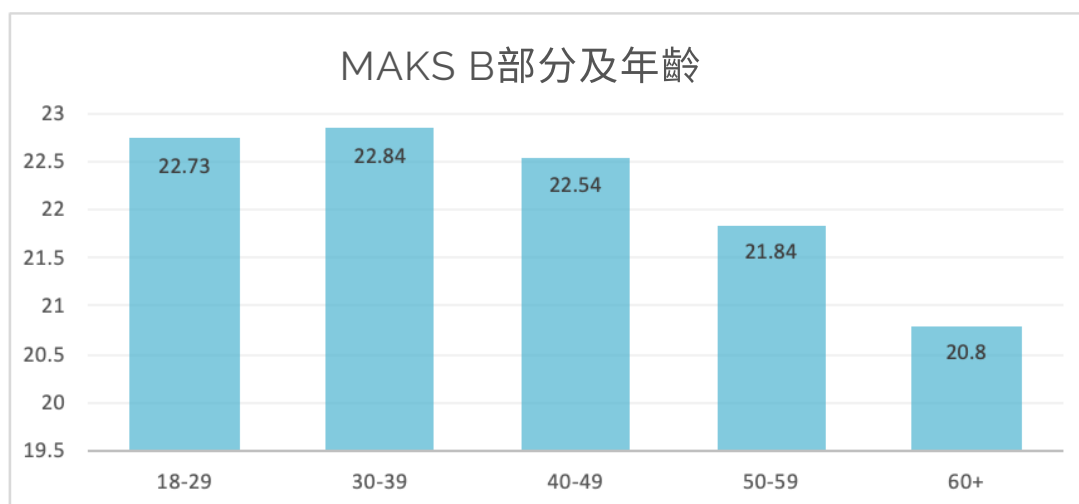


圖3：MAKS B部分及年齡

女性將病情分類為精神疾病（「是」和「不是」）的傾向性略高於男性（得分22.18對21.82）。隨著教育水平的提高，受訪者反映出明顯更高的心理疾病評估傾向（從初等教育的19.89分到中學的21.75分，高等教育階段的22.8分及以上），這對提高心理健康意識有重要意義。

值得注意的是，認識患有精神疾病的人傾向更能將病情分類為精神疾病，而不是那些對精神疾病不熟悉的人，以及那些對自己的心理健康問題有個人經驗的人

（對於那些不認識任何患有精神疾病的人而言，22.45對21.80，對於有個人經歷的人則為20.8）。這其中一種可能的解釋是，個人有心理健康問題的人士可能對心理健康問題有較低的認知指標，因為他們缺乏獲得支援和資訊的渠道，或學習的技能和資源。這個群組中也可能存在自我污名。這發現值得進一步調查。

測試統計如下：

年齡：H (4) = 115.9, p < 0.01

性別：t (1208) = -2.308, p = .021

教育程度：H (2) = 142.9, p < 0.01

精神疾病熟悉程度：H (2) = 22.2, p < 0.01

1如果數據是正態分佈的，則使用配對t-檢驗或方差分析進行子群組分析，如果數據不是正態分佈，則使用克-瓦二氏檢定分析。在發現顯著差異的情況下，如果正態分佈，則使用土耳其檢定（Tukey's test）進行事後測試，如果非正態分佈，則進行多次卡方檢驗測試。

2在50-59歲和60歲以上的受訪者之間也發現顯著差異，超過60歲的人表現出較低的一致性

對精神健康的態度: 香港人對精神健康問題的寬容程度為何?

對精神病人的態度是透過《社會對精神病患的態度》（CAMI）量表來測量的。在CAMI中的平均總分為43.2（標準偏差= 5.40）。

結果顯示，在香港，大多數人表示需要增加寬容和支持，89%的人認同「我們需要對精神病患者採取更寬容的態度」。同樣數量的人稱「同其他病一樣，精神病都係一種疾病」。人們很大程度上還認同「實質上任何人都可能患上精神病」（87%）。寬容/支持因素的平均總分為23.0（標準偏差= 3.09）。

關於偏見和排斥因素的問題，結果非常有趣。這個因素的平均總分是20.13（標準偏差= 3.75）。一方面，60%的人認同「某些特徵令我地容易從普通人中分辨精神病患者」，而30%的人「不想住在精神病患者的隔鄰」。27%的人認為「想到有精神問題的人住在住宅區當中會令我感到好害怕」。人們對於精神病患者有一定程度的指責，40%的人認同「缺乏自律和意志力是精神病的一個主要成因」。相反，74%的人認同治療精神病的最佳方法是成為正常社群的一份子，只有14%的人認為受精神健康問題困擾的人不應該被賦予任何責任同職責，而只有3.5%的人認為精神病患者不值得同情。這對關於精神健康的認知和意識均有影響，但鑑於問題的複雜性，這些結果的詮釋應予以進一步深究。

CAMI 問卷題目	偏見/C/支持因素	%非常同意/稍微同意
1. 缺乏自律同意志力是精神病的一個主要成因。	偏見/排斥	40.1
2. 某啲特徵令我地容易從普通人中分辨精神病患者。	偏見/排斥	60.5
3. 我地需要對精神病患者採取更寬容嘅態度。	T/S 寬容/支持	88.7
4. 精神病患者唔值得我地嘅同情。	P/E 偏見/排斥	3.5
5. 我唔想住喺精神病患者嘅隔離。	P/E 偏見/排斥	30.1
6. 一想到有受精神問題困擾嘅人住喺住宅區當中會令我感到好害怕。	P/E 偏見/排斥	26.6
7. 同其他病一樣，精神病都係一種疾病。	T/S 寬容/支持	89.1
8. 實質上任何人都可能患上精神病。	T/S 寬容/支持	86.8
9. 治療精神病嘅最佳方法係成為正常社群嘅一份子。	T/S 寬容/支持	74.4
10. 受精神問題困擾嘅人比大部份人想像中構成更少威脅。	T/S 寬容/支持	41.5
11. 受精神問題困擾嘅人唔應該被賦予任何責任同職責。	P/E 偏見/排斥	14.1
12. 大多數曾經喺精神病院就診嘅婦女可以信任為保姆。	T/S 寬容/支持	16.3

表 3: CAMI

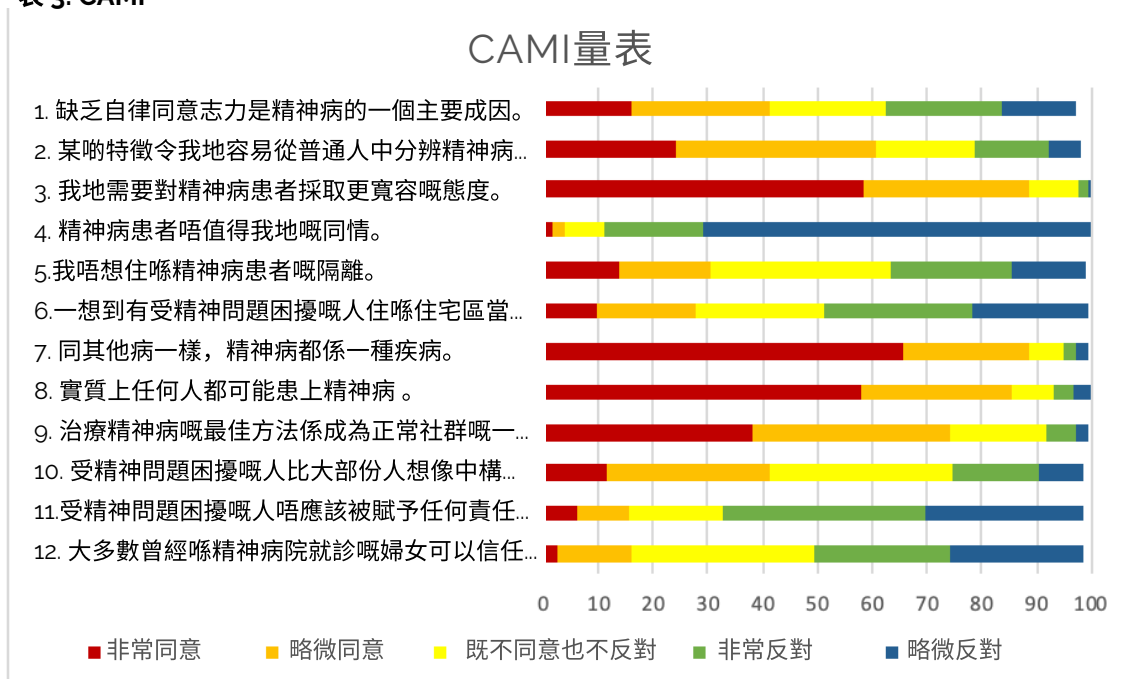


圖 4: CAMI量表

精神健康態度：子群組對香港精神健康問題的寬容和支持程度以及偏見和排斥程度有何不同？

CAMI問卷的項目加入兩個不同因素：寬容和支持（寬容/支持）以及偏見和排斥（偏見/排斥）。請注意，由於CAMI的計分方式，在偏見/排斥因素分數較高表示對精神健康態度較好。性別、年齡、教育水平和對精神病患的熟悉度均在這兩個因素中進行了比較³。

3

香港存在的偏見和排斥：

與偏見和排斥相關的態度在程度上存在顯著差異，年齡較大的受訪者傾向於顯示出比年輕受訪者較為偏見的態度。

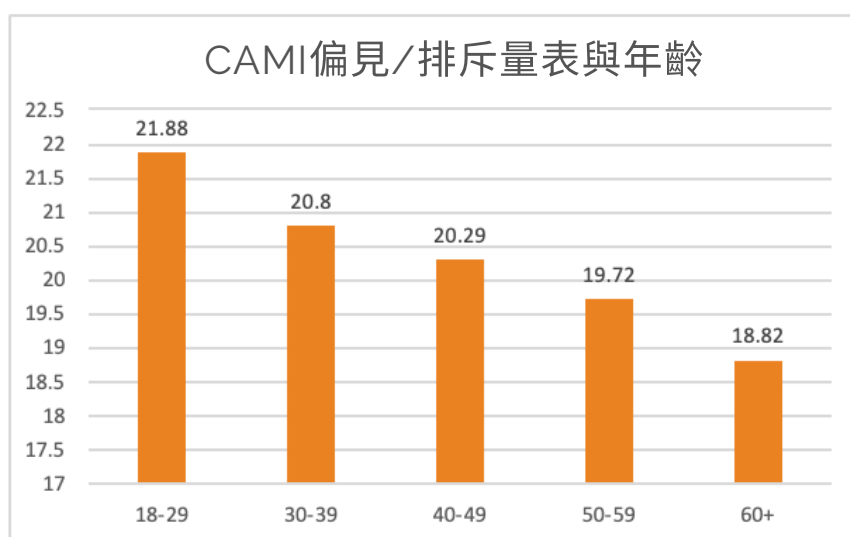


圖 5: CAMI偏見/排斥量表與年齡。註：分數越高表示態度越好

男性和女性彼此表現出的態度程度相似。受過較多教育的人的偏見程度較低，受過高等教育或以上的人（總分數為21.3）得分顯著高於受過中學教育的人（19.5）。這兩個群組的得分又顯著高於受過小學教育或以下的人（18.0）。

一個人對精神病患的熟悉度亦顯著影響其偏見態度的程度。認識精神病患者的人的偏見程度，低於那些不認識任何精神病患者的人（平均總分為20.6對19.9）。然而，這些群組與本身曾經歷精神病患的群組之間沒有顯著差異（平均總分20.7）。

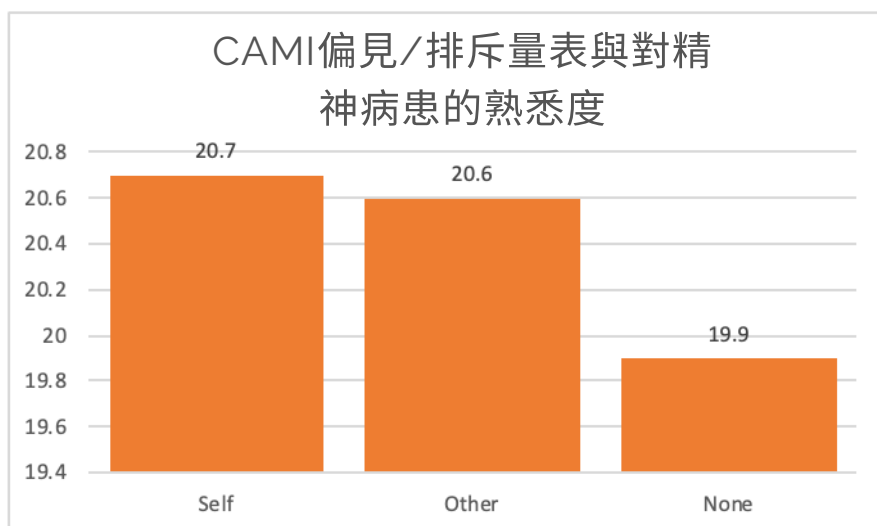


圖 6: CAMI偏見/排斥量表與對精神病患的熟悉度。註：分數越高表示態度越好

子群組分析統計：

年齡: $H(4) = 97.7, p < 0.01$

性別: $t(1208) = -.303, p = 0.762$

教育水平: $H(2) = 120.5, p < 0.01$

精神病患的熟悉程度: $H(2) = 15.9, p < 0.01$

香港的寬容和支持程度：

對這個因素的分析顯示出與偏見/排斥因素相似的趨勢。年輕受訪者表現出較年長受訪者為好的態度，最年輕的受訪者（年齡18-29平均總分= 23.77）與最年長的受訪者（年齡60+平均總分= 22.23）之間的分數差異最大。

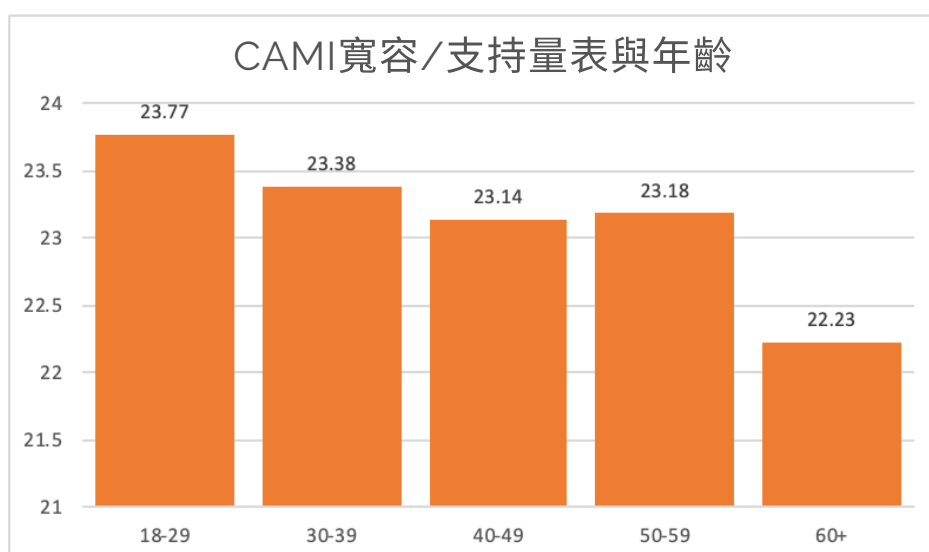


圖 7: CAMI寬容/支持量表與年齡

性別並不是影響個人態度的因素。教育水平則有影響，受過大學或以上教育的受訪者（23.38）顯示出比受過中學教育的受訪者（22.96）和小學或以下教育受訪者（22.02）有顯著較高的寬容程度。

根據受訪者對精神健康的熟悉度，寬容程度差異很小。本身曾經歷過精神健康問題的人（23.59），以及認識精神病患者的人（23.37），比完全不熟悉精神健康的人顯示出較寬容的態度。這些子群組分析的測試統計數據如下：

年齡: $H(4) = 34.4, p < 0.01$

性別: $t(1208) = .110, p = .912$

教育水平: $H(2) = 20.7, p < 0.01$

精神病患的熟悉程度: $H(2) = 6.9, p = 0.032$

3如果數據是正態分佈，子群組分析使用配對t測試或變異數分析進行；如果數據是非正態分佈，則使用克-瓦二氏單因子等級變異數分析。在發現顯著差異的情況下，如果正態分佈，則使用土耳其檢定測試進行事後測試；如果非正態分佈，則進行多次卡方測試。

心理健康行為：香港人如何對待患有精神健康問題的人？

心理健康相關的行為是透過《現實與預期行為量表》(RIBS)來衡量的。

香港在這個量表中的分數相對較高，例如大約一半的樣本（53%）表示他們有或者曾經有一個患有精神健康問題的朋友。這與我們用來識別對精神病患熟悉度的問題回應率不同，後者要求受訪者界定「他們認識患有某種精神病的最親近人士」，只有35.5%受訪者表示他們認識患有精神病的人士/本人曾經歷過精神病患。

這表示受訪者對「精神病患」與「精神健康問題」之間如何分類的理解，以及在中文問卷中對心理健康的提及方式的重要性可能存在差異。

現實行為（是）	%
1. 你而家或者冇曾經同有精神健康問題嘅人同住？	15.1
2. 你而家或者冇曾經同有精神健康問題嘅人工作？	27.1
3. 你而家或者冇曾經有鄰居係有精神健康問題嘅呢？	25.1
4. 你而家或者冇曾經有朋友係有精神健康問題嘅呢？	52.6

表4：RIBS現實行為

受訪者在其將來的行為上多方面顯示一致意見。這個指數的平均分數為 13.04（標準偏差= 3.86）。不到三分之一的受訪者（29%）表示他們將來會與有精神健康問題的人住在一起，但差不多三分之二的受訪者（65%）認為如果他們有精神健康問題，他們將來會繼續與朋友保持關係。

預期行為（非常或略微願意）	%
5. 我願意將來同有精神健康問題嘅人同住。	28.9
6. 我願意將來同有精神健康問題嘅人一同工作。	54.8
7. 我願意將來同有精神健康問題嘅人做鄰居。	40.5
8. 我願意將來同有精神健康問題嘅人做朋友。	64.7

根據觀察分位數-分位數圖未發現 **RIBS** 量表結果具有強烈的非常態指示，並顯示具有高度的內部一致性（標準化項目的克隆巴赫 α 係數= **0.854**，**<0.70**）。

表5：RIBS預期行為

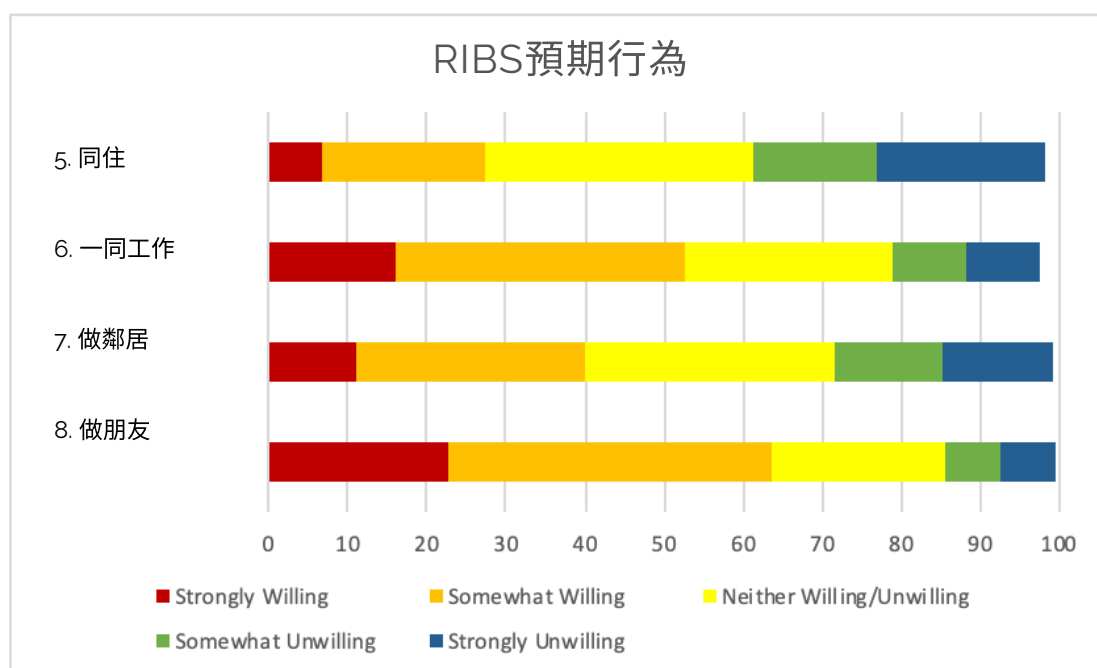


圖8：RIBS預期行為

精神健康行為：各個子群組之間對有精神健康問題人士的行徑有何差別？

我們沿用英國研究方法，這個子群組分析只集中在RIBS預期行為部分。性別、年齡、教育程度及與精神病患者親近程度，均用於比較受訪者未來與有精神健康問題人士接觸的預期行為⁴。

受訪者年齡顯著影響他們未來會與有精神健康問題人士同住、工作或交友的可能性。年紀最輕的受訪者分數較其他年齡組別高，比起其他年紀較大受訪者更願意與有精神健康問題的人接觸。

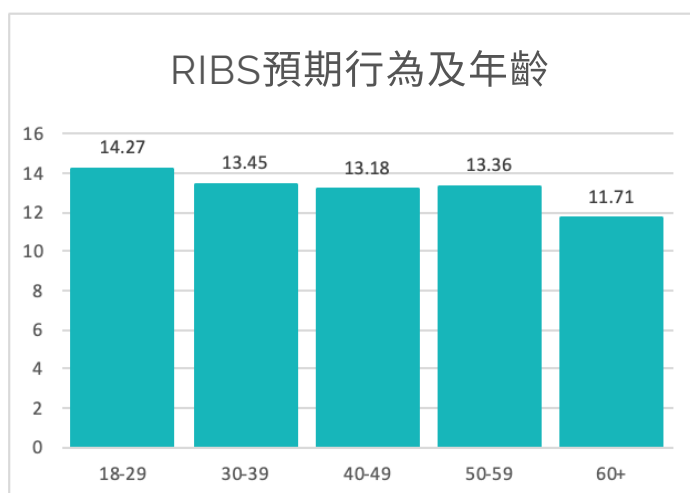


圖9：RIBS預期行為及年齡

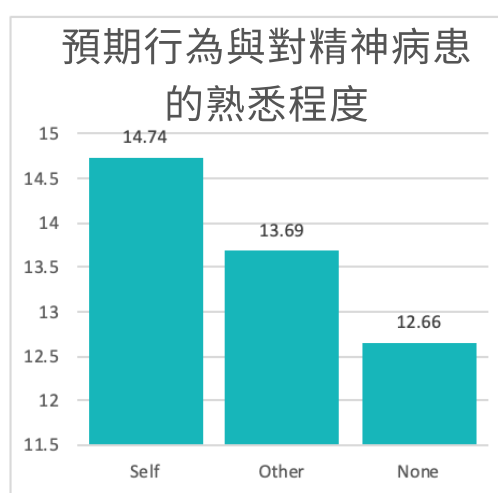


圖10：RIBS預期行為與對精神病患者的熟悉程度

男女分數差異不大（男性總平均分為13.1，女性總分為13.0），與其他量表分析得出的模式一致。

高等教育程度人士亦較願意之後與有精神健康問題的人接觸（總平均分為13.67），而中學程度人士的總平均分為12.81。兩者分數均較小學程度或以下為高（11.59）。

最後，認識精神病患者的人士比較身邊沒有精神病患者的人士，更有可能與其他有精神健康問題的人士接觸。統計學測試結果如下。

年齡： $H(4) = 61.7, p < 0.01$

性別： $t(1079.6) = .608, p = .544$

教育程度： $H(2) = 36.4, p < 0.01$

對精神病患者的熟悉程度： $H(2) = 23.7, p < 0.01$

⁴如數據屬常態分布，子群組分析將以配對t檢定或方差分析進行。如數據非常態分布，子群組分析將以克-瓦二氏檢定進行。如發展顯著差異而常態分布，將採用土耳其事後比較檢定。如非常態分布，則採用多重卡方檢定。

對精神健康的認知、態度及行為之間有何關係？

對精神健康更有認識的人士態度較好，亦較願意將來接觸有精神健康問題的人士。下表可見全部子量表之間有相互的緊密關聯。一個量表分數愈高，另一個量表亦會隨之上升，這對未來的精神健康推廣運動有重大影響。

子量表分析	MAKS B	CAMI P/E	CAMI T/S	RIBS Intended
MAKS A	R = 0.079** p = 0.006	R = 0.074** p = 0.01	R = 0.290**	R = 0.187**
MAKS B		R = 0.187** p <0.01	p <0.01	p <0.01
CAMI 偏見/排斥			R = 0.178**	R = 0.113**
偏見/排斥				p <0.01

表 6：子量表的相關矩陣

** 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著

對精神健康活動及求助方式的認識跟子群組之間有何關係？

為了解可能影響受訪者精神健康認知水平、態度及行徑的因素，我們檢視量表分數與對精神健康活動及求助方式的認識是否有關。

	是	否/不知道/不肯定
「精神健康運動認識」	38.8%	61.2%

表 7：受訪者對精神健康運動的認識

	有回答	未能回答	提供特定的精神健康意識/去污名和標籤運動
Of those who stated 'Yes'	28.2%	71.8%	2.2%
Of whole sample	11.6%	29.5%	0.9%

表 8：正確提供精神健康活動例子

「精神健康運動認識」答案	數量	未加權百分比
不知道	358	72.0%
媒體	42	8.5%
非政府組織	32	6.4%
醫院、醫院管理局及社區服務	21	4.2%
活動	10	2.0%
特定活動	11	2.2%
學校／大學	9	1.8%
政府	7	1.4%
教會	3	0.4%
賽馬會	2	0.4%
其他	2	0.4%
合共	497	100%

表9：「精神健康運動認識」答案分類

我們於調查問卷中包括以下問題「你有冇聽過香港有任何由政府或者非政府團體舉辦有關提升市民對精神健康嘅認知或者嘗試去減低對精神健康所帶來嘅污名同標籤嘅活動？」，以評估受訪者對相關運動的認識。這個問題結果一般，有39%的人表示曾聽說有關運動。

不過當問及運動名稱時，僅28%答「有」的受訪者能回答運動名稱，其餘72%未能提供進一步資訊。465個受訪者提出497個答案，大部分均與媒體報導（佔8.57%）或非政府組織（佔6.4%）有關。只有110個受訪者（佔2.2%）能回答一個特定的精神健康意識／去污名和標籤運動。對這問題的質性回應載於附件5，從回應可見香港的有關運動普及和認受程度非常低。

我們於問卷調查中包括以下問題「除了醫院，你知不知道任何有精神健康問題的人可以求助的香港機構、慈善團體、網站或設施？」，以評估對求助方式的認知。39.6%受訪者表示如有相關知識，會去求助，反映大部分人不知道有關服務。

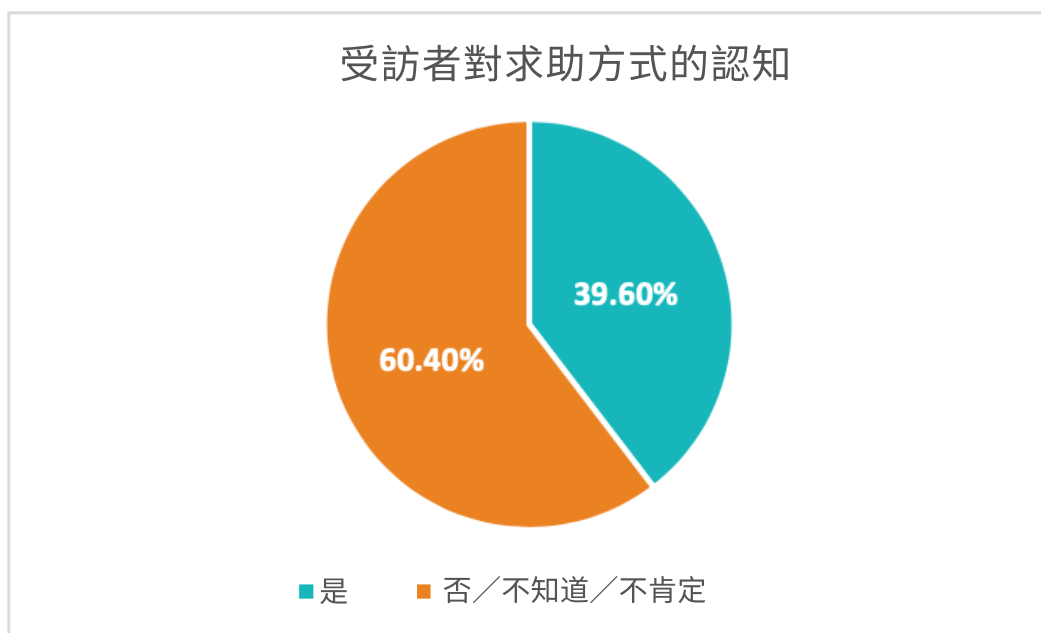


圖11: 受訪者對求助方式的認知

為找出是否有特定組別對求助及運動有更多認識，我們根據年齡、性別、教育程度及與精神病患者親近程度進行子群組分析。

子群組和對運動的認識沒有顯著關係，顯著水平為0.01。不過有兩個子群組顯著閾值達0.05%。女性比男性更大機會聽過這些運動（男女比率分別為41.8和40.5%）。教育程度較高的人士更大機會聽過這些運動（高等教育程度人士比率為41.5%），小學程度或以下人士比率為28.8%。下列資訊圖表重點顯示主要趨勢。

對相關運動認識的統計：

性別：X² (1, N = 1209) = 5.561, p = 0.018

年齡：X² (4, N = 1206) = 8.407, p = 0.078

教育程度：X² (2, N = 1199) = 7.596, p = 0.022

與有精神健康問題的人的親近程度：X² (2, N = 1207) = 5.625, p = 0.06

相反，不同子群組對求助方式的認識卻有顯著差異。

女性比男性更大機會知道如何求助（男女比率分別為43.3%及35.1%），年紀較大的人士較不清楚對精神健康的支援服務（29.2%超過60歲的人士表示知道如何尋求醫院以外的支援服務，而其他年齡組別比率為41.3%至46.5%）。

教育程度較高的人士更大機會知道如何求助（大學/高等教育程度 = 45.8；中學程度 = 37.4%；小學程度或以下 = 24.3%）。最後，認識有精神健康問題的人士更清楚求助渠道（46.9%），不認識有精神健康問題的人士則較不清楚（35.8%）。而出乎意料地本身曾是精神病患者也相對不清楚求助渠道（35.7%）。

求助統計：

性別：X² (1, N = 1210) = 8.429, p = 0.004

年齡：(4, N = 1206) = 22.67, p < 0.01

教育程度：X² (2, N = 1199) = 23.52, p < 0.01

與有精神健康問題的人的親近程度：X² (2, N = 1209) = 13.96, p = 0.001

結論、不足之處 及下一步工作

調查結果摘要

這項研究顯示，在香港，一個人對精神健康的認知、態度和將來的預期行為有顯著關聯。

在量表中所使用的一些陳述接近上限效應，即受訪者一般在某些項目得分非常高，並且令到項目之間的差異難以檢測。這通常是認為精神健康和身體健康等同的人，以及認為精神健康問題有潛在可能影響任何人的受訪者（例如：CAMI第7項「同其他病一樣，精神病都係一種疾病」（89.1%同意）和第8項「實質上，任何人都可能患上精神病」（86.8%同意）。許多受訪者將「壓力」錯誤歸類為精神病患（50.1% - MAKS B第8項），可能會進一步增加個人對本身容易患上精神疾病的擔憂。

然而，其他項目得分相對較低。只有41.5%的受訪者認同「受精神問題困擾的人比大部份人想像中構成更少威脅」（CAMI第10項）。不到一半的受訪者（46.7%）認為「即使患有嚴重精神健康問題，都可以完全康復」（MAKS第5項）。

雖然大多數受訪者認為有精神健康問題的人應該更好地被融入社會（74.4%同意，「治療精神病的最佳方法是成為正常社群的一份子」- CAMI第9項），他們相對上不願意將來與有精神健康問題的人密切接觸，包括同住（28.9%同意 - RIBS第5項），或甚至同有精神健康問題的人做鄰居（40.5%同意 - RIBS第7項）。

因此，這些數據顯示一個看法，就是一旦一個人確實有精神健康問題，他們便會有所不同，並且很難康復，因此難以被融入社會。雖然意識可能相對正面，但預期行為便不是那麼積極。這也可能顯示另一個看法，就是雖然一般人認為社會應該對有精神健康問題的人更加寬容，但卻不太願意將此視為自己的個人責任。

年齡較小、受教育程度較高並且認識有精神健康問題人士的受訪者，傾向於在所有範疇中給予較多正面的分數。社交接觸（對精神病患的熟悉度）的分數似乎有所提升，這與英國《面對精神病的態度》（Time to Change）運動的結果是一致的，即與有精神健康問題的人進行社交接觸是消除污名和標籤的最大途徑（Evans-Lacko等，2012; Henderson等，2016）。這些子群組亦與較高的認知度有關，以為精神健康問題提供幫助。

相對較少的受訪者認為「大多數有精神健康問題的人都會去尋求專業人士的幫助」（MAKS B，第12項，30.5%同意），這突顯出需要更好地指導尋求服務的方向，和可能暗示存在相當大的污名和標籤成份。但是，我們沒有發現性別之間存在任何差異。對心理健康運動的記憶非常低，只有0.98%的總樣本肯定地確定一個運動或類似的事情，並且沒有子群組或多或少地表示他們記起任何心理健康相關的運動（無論是正確還是錯誤的）。這表示需要提高公眾對心理健康運動的認知和理解。

Limitations

儘管這項研究是與英國的合作夥伴磋商後使用適合的方法進行，而英國的合作夥伴之前已曾進行類似研究，但這項研究仍有不足之處。由於需求上的關係，受訪者試圖向訪問員作出較正面的態度（Bowling, 2005），數據收集的方法可能導致一些偏差。這是受到數據收集方法的限制，因為電話訪問已確認比其他方法產生較少偏見。向受訪者提供匿名保證和介紹亦旨在盡量減輕這個影響，並且調查問卷經已證明是可靠和有效的。調查問卷雖然曾進行翻譯和回譯，但是以普通話和廣東話提問的方式可能存在質量差異，例如「病患/問題」這個詞。這將在未來的研究中再作澄清。

抽樣方法（隨機抽樣）沒有分層，因此必須加權以確保樣本符合人口特性。大樣本量（ $n = 1210$ ）減低了所需的加權值。

雖然我們可以從分析看到變量之間的關係，但是尚未確定方向性。為了更全面理解這個情況，有必須作進一步分析（如下所述）。此外，亦未能對非華裔人口及根據社會人口狀況進行子群組分析。未來的研究應對這些領域加以探討。

下一步工作

這些子群組與其知識、態度和行為水平之間的顯著差異可能是相互關聯的。我們將使用年齡、性別、教育水平和對精神病患的熟悉度進行迴歸分析，以審視這些變量對每個量表的分數有多大程度的詮釋和預測。進一步研究提及精神健康問題的方式也至關重要；特別是當提到「精神健康問題」與「精神病患」的問題時，回應模式的差異需要進一步研究。

與英國和其他國家的國家級研究作比較，可以讓我們了解香港與其他社會相比的位置。這將使香港能夠學習在其他情況下有良好操作的方法，並推行全球最佳實踐和以本地情況為基礎的最有效心理健康認知/反標籤運動。未來將進行在這方面的研究。

對精神病患熟悉度的回應率方面，本身曾經歷精神健康問題的人得分低於認識有精神健康問題的人，其中所反映的差異非常有趣。這可能是知識和社會資本水平較低（De Silva等人，2005）使其被診斷為精神健康問題的人，較難獲得有關精神健康的幫助和資源，而這些幫助和資源可提高他們的知識。自我標籤很可能對此也有關。

其他全球研究已經考慮了精神健康態度、污名和標籤，特別是對曾經有精神健康問題和接受服務人士的影響。這可能是了解這些人的經驗以及跟進污名和標籤隨時間變化的下一步工作。

許多受訪者（60.4%）並不知悉醫院以外可以幫助精神健康問題的機構，這表示社會缺乏對其他幫助和支援來源的認知。

設計一個以實證為本的運動

對心理健康運動的記憶率偏低，表示需要提供更具有針對性的資訊，以為社會滲透個人的認知和回憶。根據英國《面對精神病的態度》（Time to Change）運動的經驗，這可以透過兩種方式進行。

首先是關於公眾的認知水平。本報告反映出利用社交接觸可能會對態度和行為產生積極影響（Corrigan, 2001; Evans-Lacko等人, 2012）。我們的研究結果顯示，認識有精神健康問題人士的受訪者對研究有較正面的回應。涉及日常、相關人士以及輿論影響者談論其本身精神健康問題的廣告、報刊文章和媒體報導，將是促成這種效果的有效方式。

本研究發現，對於精神健康問題人士行事和行為認識相對有限，和較有偏見態度的受訪者，其對於構成精神病患的知識亦有限。任何利用社交接觸效應發布的原材料，都應該消除對精神健康症狀和行為的誤解。關於精神健康問題的簡單統計數據也可能吸引這個市場的關注。

本研究中將精神健康與身體健康等同的陳述具有相對較高的一致意見，這可用於將精神和身體健康聯繫起來的認知運動。Mind HK最近成功舉辦了「Move it for Mental Health」運動（Mind HK, 2019），這個運動應用這一原則並得到很好的效果。然而，鑑於國際證據顯示將精神健康與身體病患進行比較可能會增加污名和標籤態度，因此必須仔細考慮傳達的信息。

其次，任何運動均須為特定群組推出針對性的運動。除了試圖改變整體社會對心理健康的態度之外，本報告還指出，我們有需要在某些子群組的內部推出更大的轉變。在英國的運動中，針對有意識污名和標籤偏低並因而有更快改變的子群組取得了成功。針對這一個稱為「潛意識污名和標籤者」的群組以推向其他社群的壓力，從而改變社會上對心理健康的態度（Baker和Loughran, 2017）。

本研究顯示，在香港，年輕人和教育程度較高的人可能會符合這個「潛意識的污名和標籤者」類別。任何整體運動策略可專門針對這些群組和個人。令人鼓舞的是，89%的人認為「在我們的社會中，我們需要對精神病患者採取更寬容的態度」（CAMI第3項），凸顯出對改變的期望，而一個周詳的運動應該會受到支持的。鑑於對運動的認知度偏低以及對運動的內容感到混淆，因此，推出強而有力、清晰的信息至關重要。不一致的信息可能會導致對精神健康和精神健康問題的概念產生進一步的模糊不定，從而加深污名和標籤。

致謝

「Mind Hong Kong」感謝「Time to Change UK」在本研究中的指導,以及倫敦國王學院精神病學、心理學及神經科學研究所的Graham Thornicroft教授和 Claire Henderson博士的幫助。此外,我們要感謝香港大學副教授Paul Wong和 Amna Akhtar Malik 女士對調查和數據分析,以及社會科學系工作人員的支持。進行實地調查的人口研究。也特別感謝「City Mental Health Alliance Hong Kong」的Zoe Fortune博士,感謝她對本報告的幫助。最後,我們要感謝安泰國際為這項研究提供的資金。



In collaboration with:



KING'S
College
LONDON

Funded by:



APPENDICES

附件 1：測量方法詳情

調查由三個心理測量量表組成：《精神健康知識表》（「MAKS」）、《社會對精神病患的態度》（「CAMI」），以及《現實與預期行為量表》（「RIBS」）。這三個量表經由Mind HK 及香港大學修訂、翻譯和回譯，以切合香港環境的需要。

《精神健康知識表》

MAKS用於計量精神健康相關知識。MAKS問卷調查設有12項問題 (Evans-Lacko et al, 2010)。第1至6題涵蓋有關精神健康污名和標籤認知的主要範疇，包括求助、認可、支援、就業、治療及康復。第7至12題要求受訪者判斷各種狀況是否精神病。MAKS分數範圍為12至60分。分數分為1（非常反對）到5（非常支持）。「不知道」歸類為中立，分數為3。

《社會對精神病患的態度》

調查問卷第21至32題屬於CAMI的12項問題。問題有關對社區精神健康照顧的社會排斥、善意及支援，分數由1（非常反對）到5（非常支持）。「不知道」歸類為中立，分數為3。CAMI總分愈高，污名和標籤的態度愈少。根據英國Time to Change研究，整個量表分為兩個因素：社區精神病人士體會到的「偏見及排斥」及「包容及支援」（Link et al, 2004）。這兩個主題有助找出現今社會是否傾向社交上排斥精神病患者、對其有偏見，抑或是社區對其更包容及支持。兩個因素分數較高的話，代表態度更為正面、較少偏見／排斥。CAMI分數範圍為12至60。



《現實與預期行為量表》

調查問卷的第13至20題屬於RIBS，量度社區對有精神健康問題人士的現時及其預計行為。統計分為4大領域：與精神健康有問題的人同住、工作、當鄰居及建立關係 (Evans-Lacko et al, 2011)。「現實行為」部分讓受訪者回答四條有關其現時行為的是非問題，答案「有」得1分，「沒有」為0分。第二部分有關預期行為，是本報告分析的一部分。RIBS「預期行為」部分分數為4至20分。分數範圍由1（非常不願意）至5（非常願意）。根據本報告採用的英國分析，「不知道」歸類為中立，分數為3。

對精神健康服務的認知、與有精神健康問題人士的親近程度、在工作場所的支援及人口數據

調查設有關於個人對精神健康服務、宣傳活動等認知的問題（詢問知否任何醫院以外的精神健康問題支援，以及有否聽說過任何在香港提高精神健康意識或去污名、標籤化的政府／非政府運動）。調查收集了受訪者在工作間感覺到的支援。調查亦有收集受訪者的人口數據，包括性別、年齡、婚姻狀況、種族、教育程度、職業、職位、區域和香港時間。與有精神健康問題人士的親密／親近程度亦有記錄。我們亦根據英國《面對精神病的態度》（Time to Change）調查研究，將回應分為三類作分析（自己、他人、沒有）。

附件2：資料搜集方法

所有電話訪問在香港大學社會科學研究中心於平日下午四時至十時半進行。訪員曾接受培訓，能操廣東話、英語及國語與受訪者溝通，受訪者可任意選擇其中一種語言。所有電話訪問以電腦電話訪問輔助系統（「CATI」）技術進行。一個家庭內如有超過一個合資格完成研究的成年人，則以「即將出生日期」的方法決定。18歲以下人士及外傭不包括在本調查研究內。



Appendix 3: 精神健康知識表

精神健康知識表 Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

MAKS PART 1

Q1. 大多數有精神健康問題嘅人都希望有一份有收入的工作。

Q1. Most people with mental health problems want to have paid employment.

Q2. 如果我朋友有精神健康問題，我應該知道俾咩建議去搵專業幫助。

Q2. If a friend had a mental health problem, I know how to advise them to get professional help.

Q3. 藥物可有效治療精神健康問題。

Q3. Medication can be an effective treatment for people with mental health problems.

Q4. 心理治療或輔導都可以有效地治療精神健康嘅問題

Q4. Psychotherapy (e.g. counselling or talking therapy) can be an effective treatment for people with mental health problems

Q5. 即使患有嚴重精神健康問題，都可以完全康復

Q5. People with severe mental health problems can fully recover.

Q6. 大多數有精神健康問題嘅人都會去尋求專業人士嘅幫助

Q6. Most people with mental health problems go to a healthcare professional to get help.

MAKS PART 2

Q7. 抑鬱症

Q7. Depression

Q8. 壓力

Q8. Stress

Q9. 精神分裂症

Q9. Schizophrenia

Q10. 躁狂抑鬱症

Q10. Bipolar disorder (manic depression)

Q11. 吸毒

Q11. Drug addiction

Q12. 哀傷

Q12. Grief

CAMI 12 item社會對精神病患者的態度 (Community Attitudes towards the Mentally Ill)

CAMI - Prejudice/Exclusion Factor

Q21. 缺乏自律同意志力係精神病嘅一個主要成因

Q21. One of the main causes of mental illness is a lack of self-discipline and will-power

Q22. 某啲特徵令我地容易從普通人中分辨精神病患者

Q22. There is something about people with mental illness that makes it easy to tell them apart from people without mental illness

Q24. 精神病患者唔值得我地嘅同情

Q24. People with mental illness don't deserve our sympathy

Q25. 我唔想住喺精神病患者嘅隔離

Q25. I would not want to live next door to someone who has been mentally ill

Q26. 一諗到有受精神問題困擾嘅人住喺住宅區當中會令我感到好害怕

Q26. It is frightening to think of people with mental problems living in residential neighbourhoods

Q31. 受精神問題困擾嘅人唔應該被賦予任何責任同職責

Q31. People with mental health problems should not be given any responsibility

CAMI - Tolerance/Support for Community Care Factor

Q23. 我地需要對精神病患者採取更寬容嘅態度

Q23. We need to adopt a far more tolerant attitude toward people with mental illness in our society

Q27. 同其他病一樣，精神病都係一種疾病

Q27. Mental illness is an illness like any other

Q28. 實質上任何人都可能患上精神病

Q28. Virtually anyone can become mentally ill

Q29. 治療精神病嘅最佳方法係成為正常社群嘅一份子

Q29. The best therapy for many people with mental illness is to be part of a normal community

Q30. 受精神問題困擾嘅人比大部份人想像中構成更少威脅

Q30. People with mental health problems are far less of a danger than most people assume

Q32. 大多數曾經喺精神病院就診嘅婦女可以信任為保姆

Q32. Most women who were once patients in a mental hospital can be trusted as babysitters

RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale)

RIBS – Reported Behaviour items

Q13. 你而家或者有冇曾經同有精神健康問題嘅人同住?

Q13. Are you currently living with, or have you ever lived with, someone with a mental health problem?

Q14. 你而家或者有冇曾經同有精神健康問題嘅人工作?

Q14. Are you currently working with, or have you ever worked with, someone with a mental health problem?

Q15. 你而家或者有冇曾經有鄰居係有精神健康問題嘅呢?

Q15. Do you currently have, or have you ever had, a neighbour with a mental health problem?

Q16. 你而家或者有冇曾經有朋友係有精神健康問題嘅呢?

Q16. Do you currently have, or have you ever had, a close friend with a mental health problem?

RIBS – Intended Behaviour items

Q17. 我願意將來同有精神健康問題嘅人同住。

Q17. In the future, I would be willing to live with someone with a mental health problem.

Q18. 我願意將來同有精神健康問題嘅人一同工作。

Q18. In the future, I would be willing to work with someone with a mental health problem.

Q19. 我願意將來同有精神健康問題嘅人做鄰居。

Q19. In the future, I would be willing to live nearby someone with a mental health problem.

Q20. 我願意將來同有精神健康問題嘅人做朋友。

Q20. In the future, I would be willing to continue a relationship with a friend who developed a mental health problem.

Additional Questions

- Q33. 除左醫院之外，你知唔知道香港有冇邊啲組織，慈善機構，網站或者設施可以提供俾人獲得精神健康方面嘅幫助俾人？
Q33. Apart from hospitals, do you know about any organisations, charities, websites, or facilities in Hong Kong where people can get help with mental health?
- Q34. 你有冇聽過香港有任何由政府或者非政府團體舉辦有關提升市民對精神健康嘅認知或者嘗試去減低對精神健康所帶來嘅污名同標籤嘅活動？
Q34. Have you heard of any government/non-government campaigns in Hong Kong that raise awareness or try to reduce the stigma around mental health?
- Q35. 你有冇現時或者曾經被診斷過有精神健康嘅問題？
Q35. Do you currently have, or have you ever had, a diagnosed mental health problem?
- Q35a. 如果你唔介意，可唔可以同我分享你嘅診斷結果
Q35a. If you are comfortable, please share the diagnosis
- Q36. 請問同你最親近嘅人當中，有冇邊位曾經或現時患有某種精神疾病？
Q36. Who is the person closest to you who has or has had some kind of mental illness?
- Q37. 你工作嘅場所有冇提供任何機制支援有精神健康需要嘅人？
Q37. Does your workplace offer any programs of support for people with mental health needs?
- Q38. 訪問員記錄被訪者嘅性別
Q38. Record the respondent's gender
- Q39. 請問你幾多歲呢？
Q39. What is your age?
- Q40. 請問你嘅婚姻狀況係？
Q40. What is your marital status?
- Q41. 請問你係邊個種族嘅人士？
Q41. What is your ethnic background?
- Q42. 請問你最高嘅教育程度係？
Q42. What is your highest educational attainment?
- Q43. 請問你嘅職業係？
Q43. What is your occupation?
- Q44. 請問你嘅工作職位係
Q44. What is your job position?
- Q45. 請問你依家住喺邊區？
Q45. Which district do you live in?
- Q46. 請問你喺香港居住左幾耐時間
Q46. How long have you lived in Hong Kong?

Appendix 4: Detailed Demographics

Demographic	n (%)
Gender	
Male	512 (44.8%)
Female	698 (55.2%)
Age (years)	
18-29	188 (16.8%)
30-39	137 (18.0%)
40-49	201 (17.8%)
50-59	274 (19.5%)
60+	406 (27.9%)
Ethnic Background	
Chinese	1193 (98.6%)
Other Asian	10 (0.8%)
Caucasian	6 (0.4%)
Other	1 (0.1%)
Educational Attainment	
Primary or below	169 (11.7%)
Secondary/matriculation	527 (42.2%)
Tertiary/degree or above	503 (46.1%)
Occupation	
Managers and administrators	52 (4.6%)
Professionals	95 (8.8%)
Associate Professionals	99 (9.1%)
Clerks	164 (15.8%)
Service workers and shop sale workers	153 (13.9%)
Craft and related workers	18 (1.6%)
Plant and Machine Operators and Assemblers	32 (2.9%)
Elementary Occupations	30 (2.4%)
Skilled Agricultural and fishery workers and Occupations not classifiable	5 (0.5%)
Students	71 (5.8%)
Homemakers	131 (9.8%)
Unemployed Persons	33 (2.8%)
Retired Persons	296 (20.8%)

Others	13 (1.1%)
Region	
Hong Kong Island	242 (19.9%)
Kowloon West	149 (12.6%)
Kowloon East	174 (14.6%)
New Territories West	299 (25.7%)
New Territories East	321 (27.2%)
Familiarity with Mental Illness	
Self	15 (1.1%)
Others	412 (34.4%)
Don't Know Anyone	780 (64.4%)
Seeking Help Awareness	
Yes	468 (39.6%)
No	742 (60.4%)

Demographic characteristics of the Participants in the Study, (Unweighted frequencies, Weighted percentages)

Appendix 5: Campaign Awareness and Responses

NB: Responses are from those who initially said 'yes' to campaign awareness (n=465 of the total sample, who mentioned 497 different mental health related answers).

Campaign Awareness Response	Freq.	%
Don't know	358	72.0%
Media		
TV	14	2.8%
TV Advert	7	1.4%
Radio	5	1.0%
TV Program	4	0.8%
Newspaper	4	0.8%
Online News	4	0.8%
Advert	3	0.6%
Movie (Mad World)	1	0.2%
Total Media	42	8.5%
NGOs		
Caritas	7	1.4%
New Life	4	0.8%
Samaritan Befrienders	2	0.4%
Salvation Army	2	0.4%
42/The Mental Health Association	2	0.4%
St. James' Settlement	2	0.4%
Charity	1	0.2%
Red Cross	1	0.2%
Mental Health First Aid	1	0.2%
Alliance of Ex-Mentally Ill	1	0.2%
Psychosis Centre	1	0.2%
Hong Kong Early Psychosis Foundation	1	0.2%
Baptist Oi Kwan	1	0.2%
The Boys' and Girls' Clubs Association of Hong Kong	1	0.2%
Hong Kong Federation of Women's Centres	1	0.2%
MindSet	1	0.2%
Helping Hand	1	0.2%
Po Leung Kuk	1	0.2%
Breakthrough Limited	1	0.2%
Total NGOs	32	6.4%

Hospital/HA/Community Services		
Hospital	8	1.6%
Castle Peak Hospital	4	0.8%
Hospital Authority	2	0.4%
Community Centre	2	0.4%
Recovery Centre	1	0.2%
Integrated Community Centre for Mental Wellness	1	0.2%
Tuen Mun Prisoners Post-release Centre	1	0.2%
The Neighbourhood Advice-Action Council	1	0.2%
Wellness Centre	1	0.2%
Total Hospital	21	4.2%
Events		
Talk	3	0.6%
Central Rat Race	2	0.4%
Exhibition	1	0.2%
Carnival	1	0.2%
Community Talks	1	0.2%
Activity	1	0.2%
Rehabilitation Talk	1	0.2%
Total Events	10	2.0%
Named Campaigns		
Joyful Mental Health Foundation	7	1.4%
The Storyteller	3	0.6%
Mental Health Month	1	0.2%
Total Named Campaigns	11	2.2%
Schools and Universities		
School	4	0.8%
The University of Hong Kong	2	0.4%
University	2	0.4%
Haven of Hope Sunnyside School	1	0.2%
Total Schools/Universities	9	1.8%
Government Services		
Department of Health	3	0.6%
Regional Government Office	1	0.2%
Government	1	0.2%
Social Welfare	1	0.2%
Legco Members	1	0.2%

Total Government	7	1.4%
Churches		
Church	2	0.4%
Chinese Renish Church	1	0.2%
Total Churches	3	0.6%
Jockey Club		
Jockey Club	1	0.2%
Jockey Club Clinic	1	0.2%
Total Jockey Club	2	0.4%
Other		
Housing Estate	1	0.2%
Prison	1	0.2%
Total Other	2	0.4%
Total Mentions	497	100.00%

REFERENCES

Baker, S. OBE, & Loughan, J. (2017). Time to Change. Website URL: http://www.againststigma2017.com/images/Presentations/SY-3_Research-and-planning-for-the-Next-Stage-of-Social-Change-in-England.pdf

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services*, 52(7), 953-958.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.

De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(8), 619-627.

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.

Evans-Lacko S; Rose D; Little K, Flach C, Rhydderch D; Henderson C; Thornicroft G. Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): A Stigma Related Behaviour Measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011; 20: 263-271.

Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rüsçh, N., Flach, C., Corker, E., ... & Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC public health*, 12(1), 489.

Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The Lancet*, 373(9679), 1928-1930.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.

Mind Hong Kong, (2019). Move it for Mental Health. Website URL: www.moveithk.com





mind hk



www.mind.org.hk

hello@mind.org.hk

© 2019 Mind Hong Kong. All rights reserved.

Published February 2019