

國立政治大學 心理學系 碩士論文

指導教授：許文耀 博士



「健康、性格、習慣量表 (HPH)」
A、B、D 類量尺的臨床效度探討

研究生：張至恒 撰

中華民國 一〇一 年 一 月

致謝辭

有人說，寫論文的過程會培養出第二專長，那麼我想我的第二專長大概就是慢跑。最後這半年裡，感謝慢跑陪我度過這段刻骨銘心的日子，更重要的是讓我學習到面對論文與人生的哲學觀：

「若說慢跑、寫論文與人生有許多相似處，真的是一點也不為過。一篇論文的完成需要持續而踏實的努力，並突破自己的限制以達成目標，過程中也需要不斷地與自我對話，澄清自己的思考、找出盲點進而提昇見地。慢跑與人生，又何嘗不是！

路途從起點到終點，需要穩健而不間斷地踏出每一步，讓自己朝目標越靠越近。

身體也從氣喘如牛般地抗拒到適應後的健步如飛，靠得也是一點一低的努力，以及突破自我身體與心理的限制。

路途中，會疲累也會有惰性，但也只能砥礪自己繼續向前跑，真的累了就慢下來休息。

也會看到許多人從身邊跑過(當然也有人在後面)，但是不能因此而氣餒或意滿。因為跑步/論文/人生是一段自我實現、提昇的歷程，能控制的只有自己。只有從前人成功經驗中學習、失敗教訓中記取、找到自己可改進之處，把每一步穩健而持續的踏穩，終點—總有達到的一天。」

當然，過程中要感謝許多人，沒有你們這篇論文的完成更遙遙無期。首先，最要感謝的是指導教授許文耀老師。對您，有太多要感謝的地方。回首過去，不論酸甜苦辣，學生都很感激您細心、耐心且不放棄的教導。感謝您總像嚮導一般站在前方，用您更高的見地，指出學生不足之處，讓學生得已有機會提昇。也感謝您不只以慈悲相的方式教化，在學生沮喪困惑時，給我信心力量並指引我；更以金剛相的方式鞭策，讓學生得以兢兢業業的完成這篇論文，並學習此精神。您所帶給我的，絕不是此處微薄的三言兩語能夠表達。

再來，要感謝口試委員柯永河老師與楊建銘老師，感謝柯老師您細心又耐心地一字一句批閱學生未成熟的論文，並提出疑問與見解，看到您修改的文本後，學生著實感動又敬佩；也感謝您沉穩的談吐與對學生的鼓勵，總能化解學生口試時心中的焦慮，讓學生得以將平日的努力盡趨完整的表達出來，並持續努力下去。也因為這篇論文的研究，讓學生得以窺見柯老師您豐富的學識涵養與追求學問的

熱情，很值得學生學習；更令學生感佩的是您提出的習慣理論，以簡馭繁，將繁複的心理學與治療理論一以貫之。楊建銘老師的身上也有很多值得學生學習的地方。從碩一時的睡眠專題，就可以感受到楊老師在學問上的堅持與思考上的嚴謹，而後的課堂期末報告，楊老師都會詳細寫下提問與可供學生改進的方向；也感謝在這兩次口試時楊老師給的建議非常的具體而明確，且切中重點，對學生在論文的架構與開展上幫助許多。另外，也感謝蔣志邦老師與楊立行老師，能在百忙之中空出時間解答學生統計上的疑惑。每次跟老師們詢問完，總能將自己百思不得其解的統計困惑一一破解。若是沒有兩位老師的解惑，學生得絞盡腦汁、花上更多時日才有辦法完成。也要特別謝謝王保進老師，能有向您求教的機會已非常難得，更感謝的是您願意在忙碌疲累之後，仍耐心的瞭解學生的研究，並提出適合的統計方法。感激盡在不言中。

資料蒐集過程中，要非常感謝馬偕醫院精神科鍾昭瑛督導與詹美玉督導的幫忙，學生才能順利在醫院收案，以及感謝林誼杰心理師、張輕竑心理師、幼涵、乃文、亭君、小酷、瓊文、麗芬、冠宇、靖淳(老辜)的熱心協助。因為有你們一起幫忙，我才能順利收集足夠的受試，點點滴滴感激在心。

在摘要翻譯上，要特別感謝玟秀、亭希、維綱、子聖、一哲的校稿，讓我學習到更簡潔與專業的表達方式。希望在異地求學的你們能順利完成學業，有朝一日能貢獻所長，而已經畢業的也祝你們在工作上能大展鴻圖。

還要感謝，這段過程中幫助我許多的同窗、好友。珮瓊學姐，對於妳的幫忙我有說不盡的感激，在我初初對統計軟體還不甚熟悉卻要整理與分析龐大的數據資料時，感謝有妳的協助，妳敏捷的思考、熟練而又準確的動作，一直是我想學習的對象。也很感謝當我遇到挫折與困難時，妳總是不吝惜的分享妳的成功經驗。因此，對妳除了感激、感激、還是只有感激。記雯學姐，真的很謝謝妳，在妳同樣也忙著進行畢業論文收案的同時，仍願意抽出少許的空檔時間，解答我在研究上的疑惑，以及在我挫折失意時，仍給予我不少支持。乃誌學長，雖然我們後來才在同一個研究室，但在這相聚的時光中，謝謝你分享你的個人經驗，給我打氣與支持。林克學長，雖然剛進辦公室就聽過你的名字，但跟你越來越熟是從亞洲健康心理學會議、自殺防治工作坊、與後來你如願考進政大心理博士班，感謝這段一起工作、讀書、奮鬥、與歡樂的時光，這份同袍同澤的友誼我會記得的。一哲跟麗芬，碩士生涯中謝謝你們平時的幫忙，你們瞭解的，有幫得上忙得地方就儘管說，我會盡力幫忙的。另外，還要感謝 3C 的涂琦、錦淑、安志、政達、小田、靜怡、美玉、淳濤、怡懋、守怡等每一位夥伴，在思緒全被論文佔據的日子

裡，即使再忙我仍然期待著每一次星期三晚上的值班。要特別感謝你們像家人般彼此關心、分享，以及感謝你們讓我有機會在這裡嘗試各種 idea、與突破自我。

當然，更要感謝我的家人，感謝你們每日每夜對我的包容、關心，在最後這段過程中，家裡的事情都會先幫我處理。也感謝你們平時生活的照料，例如在我累到倒頭就睡後，常常還不忘幫我關燈、摘眼鏡、蓋棉被，怕我著涼，爸爸每天一大早就起來就幫家人準備早餐，媽媽常常工作得很辛苦等。感謝你們總是給予我很大的自由與自主空間，讓我學習自我決定、承擔與負責。現在，我終於完成了，期許自己能儘快把生存能力備齊，為這個家貢獻一部分心力。

最後，我最最要感謝的是我的師父，您的教導，我銘記在心。坐而言不如起而行，我想最能表達感謝的方式，就是把您所教的，如實的學起來，用在自己與他人身上。

現在論文雖然「跑」完了，但人生還沒。感謝過去相聚的每一位，你們所帶給我的學習，我會銘記在心，繼續往人生的下一站跑去。也期許自己在人生的馬拉松中，我能看清楚自己的目標，持續的跑下去，有朝一日也能把自己的力量貢獻於十方。

張至恒
於政大果夫樓

摘要

本研究旨在探討「健康、性格、習慣量表(HPH)」的臨床效度。HPH 最初是由柯永河教授(民 84)編製，後來廣泛使用在國內臨床場域中。發展至今已有中上程度的信效度支持，但過去較缺乏臨床上區辨與構念效度的研究，因此本研究旨在探討 HPH 區辨不同疾患的能力，以及以臨床疾患為受試時量尺之構念效度。

本研究回顧國內外類似測驗—MMPI、KMHQ、MCMI—的發展軌跡，並參照前人作法來進行 HPH 的臨床區辨效度研究。初步以臨床場域中常見的精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患、焦慮疾患，共 257 名患者為受試。先以共變數分析(ANCOVA)探討控制人口與臨床變項後，不同疾患組別在 HPH 的 A、B、D 類量尺的影響。再進一步使用羅吉斯迴歸(logistic regression)探討哪些量尺及其組合可以區辨兩兩疾患間的差異。最後，本研究也進行 HPH 的探索性因素分析(exploratory factor analysis)，以檢驗其臨床上的因素結構。

本研究發現，精神分裂症(A1)、躁症傾向(A2)、憂鬱自殺類(A3、B4、A4)、心理功能與健康(D1、D3、D4、D5、D6)量尺在共變數分析上的差異情形與假設大致相符，後續討論分析也支持強迫症(B5)量尺效度。羅吉斯迴歸中，A1、A3、B4、B5 能在兩兩疾患間區辨有顯著預測力。其中 A1 能在精神分裂症與其他三組疾患的兩兩區辨中預測，A3 能在重鬱症與另外兩組(精神分裂症、焦慮症)的兩兩區辨中預測，B4 能在低落型情感與精神分裂症的兩兩區辨中預測，B5 能在強迫症與其他疾患間的兩兩區辨中預測。但是在重鬱症與低落型情感疾患間，以及低落型情感與焦慮疾患間，沒有量尺能在兩者的區辨中有顯著預測力。而各兩兩疾患間整體區辨效果有中至高度的關聯性，分類正確率也多有七成以上，顯示 HPH 量表在臨床上的區辨效度獲得支持。

構念效度部分，A、D 類量尺因素結構與當初編製的每個量尺構念相近，B 類量尺構念雖與原量尺略有不同，但仍不違背原量尺編製架構，因此構念效度亦獲得支持。不過各量尺仍有值得編修之處，討論一節中針對結果提出 HPH 後續編修之建議。

最後，本研究也將此結果之臨床實務應用於討論一節中詳述，以供後續研究與實務者參考。

關鍵字：健康、性格、習慣量表(HPH)、測驗效度、精神分裂症、重鬱症、低落型情感、焦慮疾患、強迫症



Abstract

The purpose of this study is to examine the clinical validity of the Health, Personality, and Habit Test (HPH). The HPH was developed by Dr. Yung-Ho Ko in 1995, and has been widely used in clinical settings. The HPH has demonstrated appropriate reliability and validity, but little research has been done on its differential and construct validity in the clinical settings. Therefore, the aim of this study is to explore the HPH's ability to differentiate between disorders and its construct validity in clinical context.

This research reviewed the developments of similar tests, such as MMPI, KMHQ, and MCMI, and examined validity of the HPH with the same methods. Subjects were 257 patients who suffered from common disorders in clinical settings, including schizophrenia, major depression, dysthymia, and anxiety disorders. ANCOVA was first used to explore whether different disorders have an effect on category A, B, and D scales after controlling demographic and clinical variables. Next, logistic regression was used to clarify which scales and combinations can differentiate between two of four disorders. Finally, exploratory factor analysis was conducted to examine the structure of HPH in clinical setting.

The results of ANCOVA showed that the differences of schizophrenia scale (A1), manic scale (A2), depression/suicide scales (A3, B4, & A4), obsessive-compulsive disorder (OCD) scale (B5), and psychological function and health scales (D1, D3, D4, D5, D6) were partly consistent with assumptions, supporting the differential validity of HPH. The results of logistic regression analysis also supported the validity of A1, A3, B4, and B5 scales. More specifically, A1 was able to differentiate schizophrenia from any other three disorders, A3 was able to differentiate MDD from schizophrenia and anxiety disorders, B4 was able to differentiate dysthymia from schizophrenia, and B5 was able to differentiate OCD from other disorders. However, none of the scales was able to differentiate MDD from dysthymia, nor were they able to differentiate dysthymia from anxiety disorders. Moreover, each of the logistic regression functions showed moderate to high correlations, and most of them achieved high overall hit rates (above 70%), providing support for the clinical differential validity of the HPH.

As for construct validity, these factors in category A and D scales were essentially similar to original scales. Similarly, factors in category B scales were compatible to original scales though difference was found. In sum, these results lent support to the construct validity of the HPH in the clinical settings. However, refining of the scales is needed and suggestions are discussed.

Finally, the practical uses of the findings were also discussed.

Keywords: Health, Personality, and Habit Test (HPH), test validity, schizophrenia, major depressive disorder (MDD), dysthymia, anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD)



目錄

第一章 研究動機.....	1
第二章 文獻探討.....	3
第一節 「健康、性格、習慣量表」之發展回顧.....	3
第二節 他山之石，可以攻錯與借鏡 —MMPI、KMHQ、MCMII 量表的發展	30
第三節 研究目的、問題與假設.....	37
第三章 研究方法.....	45
第一節 研究程序.....	45
第二節 研究對象與工具.....	47
第三節 資料分析與處理.....	53
第四章 研究結果.....	55
第一節 背景變項與 A、B、D 類量尺得分之關係.....	55
第二節 控制背景變項後，四種疾患在 A、B、D 類量尺得分差異.....	61
第三節 A、B、D 類量尺在兩兩疾患間的預測情形.....	69
第四節 A、B、D 類量尺之構念效度.....	90
第五章 綜合討論.....	103
第一節 單一量尺對四種疾患的區辨效度 —得分差異探討.....	103
第二節 量尺及其組合在兩兩疾患間的區辨效度 —預測力及分類結果....	111
第三節 構念效度探討.....	118
第四節 臨床實務應用.....	122
第五節 研究限制與未來研究方向建議.....	126
參考文獻.....	129
附錄一 人體試驗委員會同意書.....	137
附錄二 精神分裂症、重鬱症、低落型情感、強迫症、焦慮狀態之結果分析	138

表目錄

表二-1	HPH(修訂版)各量尺代碼與名稱對照表.....	4
表二-2	HPH(修訂版)量尺名稱與內容意涵對照表.....	5
表二-3	HPH(初版)各組各量尺內部一致性.....	12
表二-4	HPH(初版)男女生在各量尺得分均值、標準差、與統計顯著性結果.....	14
表二-5	HPH(初版)A類與B類量尺因素分析結果.....	15
表二-6	HPH(初版)A、B類全部量尺與C類部分量尺因素分析結果.....	16
表二-7	A、B類全部量尺與C類部分(未於表二-6出現)量尺因素分析結果.....	17
表二-8	HPH 修訂版所用受測者、校級、性別、人數分佈.....	18
表二-9	國中、高中職、大學男女生 HPH 各量尺均差 T 值.....	20
表二-10	個案組與大學組在各量尺得分差異之 T 考驗.....	23
表二-11	個案組間各量尺得分差異之 T 考驗.....	24
表二-12	HPH(修訂版)26 個量尺總分因素分析(N=340).....	26
表二-13	HPH(修訂版)各量尺各種效度支持程度一覽表.....	28
表三-1	各診斷人數與百分比.....	48
表三-2	各組在不同背景變項之人數、百分比與卡方同質性考驗.....	50
表三-3	各組在不同背景變項之平均數、標準差.....	50
表三-4	HPH 各量尺內部一致性.....	52
表四-1	不同性別在 A、B、D 類量尺之差異情形.....	55
表四-2	不同教育程度在 A、B、D 類量尺之得分差異情形.....	56
表四-3	不同婚姻狀態在 A、B、D 類量尺之得分差異情形.....	57
表四-4	背景變項與 A、B、D 類量尺之相關.....	59
表四-5	控制性別後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析.....	62
表四-6	控制教育程度後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析.....	64
表四-7	控制罹病月數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析.....	65

表四-8	控制住院次數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析	67
表四-9	各量尺之預測與共變數分析結果對照一覽表	68
表四-10	精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	70
表四-11	精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(含背景變項).....	70
表四-12	精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項).....	71
表四-13	精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(不含背景變項).....	72
表四-14	精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	73
表四-15	精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項).....	74
表四-16	精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項).....	75
表四-17	精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(不含背景變項).....	76
表四-18	精神分裂症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	77
表四-19	精神分裂症與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項).....	78
表四-20	精神分裂症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項).....	79
表四-21	精神分裂症與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項).....	79
表四-22	重鬱症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	80
表四-23	重鬱症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項).....	81
表四-24	重鬱症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	82
表四-25	重鬱症與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項).....	83
表四-26	重鬱症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項).....	84
表四-27	重鬱症與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項).....	85
表四-28	低落型情感與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項).....	86
表四-29	低落型情感與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項).....	86
表四-30	低落型情感與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項).....	87
表四-31	低落型情感與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項).....	88
表四-32	A 類量尺的因素結構.....	90

表四-33 B類量尺的因素結構.....	93
表四-34 D類量尺的因素結構.....	98
表五-1 兩兩疾患間能顯著區辨預測的量尺一覽表.....	115
表五-2 兩兩疾患間正確率與預測力一覽表.....	116
表五-3 兩兩疾患間能顯著區辨預測的量尺一覽表(含強迫症、焦慮狀態).....	124
表五-4 兩兩疾患間區辨之羅吉斯迴歸模式一覽表(含強迫症、焦慮狀態).....	125
表五-5 兩兩疾患間正確率與預測力一覽表(含強迫症、焦慮狀態).....	125



圖目錄

圖三-1 研究程序圖	46
圖四-1 A類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖	92
圖四-2 B類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖	97
圖四-3 D類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖	101



第一章 研究動機

依據 DSM-IV-TR，目前精神醫學將精神疾病分成 16 大類，常見的就包括情感型疾患、焦慮型疾患、精神分裂症等精神病性疾患、睡眠疾患、人格疾患與發展疾患、適應性疾患、飲食疾患等，其他還有譫妄/痴呆/失憶等認知疾患、一般醫學狀況造成的疾患、物質關連/濫用疾患、衝動控制疾患、解離性疾患、性疾患及性別認同疾患等。而每一大類下都還可以細分成數個不同疾患，由此可知心理疾患種類非常繁雜。

國內臨床心理師在實務工作中，常需要對這些個案進行認知、情緒、人格等心理評估，或是鑑別診斷，因此，有一套良好的心理衡鑑工具且具有本土化特性，則可幫助臨床心理實務工作者瞭解患者的主要問題；再者，此衡鑑工具如能與現行的診斷系統相適配，對於臨床心理實務工作者而言，可帶來許多便利性。在國外，已有許多類似的衡鑑工具，例如明尼蘇達多相人格測驗(MMPI/MMPI-II)、米蘭臨床多軸量表(MCMI-III)、米蘭青少年人格量表(Millon Adolescent Personality Inventory)、症狀檢核表 90 修訂版(Symptom Checklist 90-Revised)等。但在國內，此類的自陳式心理衡鑑量表則是由柯永河教授發展出柯氏性格量表(KMHQ)及健康、性格、習慣量表(HPH)，過去 KMHQ 累積不少實徵研究資料，但由於在臨床效度的支持性資料較不充實，且柯永河教授認為應加入習慣理論於臨床症狀的探討，且依 DSM 的系統架構來撰寫題目，因此目前國內較常使用的自陳式心理衡鑑量表已為 HPH。

HPH 是由柯永河教授於民國 84 年編製而成，而後經過幾次的修訂，目前研究結果指出此量表具有中上程度的信效度（柯永河、張小鳳，民 88）。但是過去研究並未對此量表進行較多的臨床區辨效度研究，因此對於不同精神疾患在

HPH 的表現差異，仍待台灣臨床工作者來進行。實際臨床實務上，臨床心理師有反應 HPH 有敏感度高、區辨性低的情形，亦即 HPH 能有效區分心理健康/不健康的狀況，但對於患者的整體狀況，究竟較符合 DSM-IV-TR 診斷系統中的何種診斷，則不易提供清楚的判讀。因此，本研究擬以臨床上常見的精神疾患，例如精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患、焦慮症，探討此四組疾患在 HPH 的反應差異，考驗 HPH 的哪些分量尺能有效地區辨這些不同精神疾患的組別差異；希望本研究可提供 HPH 臨床效度考驗的實徵資料，也期能對 HPH 內容的修正與發展及將來的實務運用有所貢獻。



第二章 文獻探討

第一節 「健康、性格、習慣量表」之發展回顧

「健康、性格、習慣量表(HPH)」是國內最常使用的自陳式心理衡鑑量表之一。柯氏最初是想增進對國中以上年齡者之心理健康與適應狀況的評估，而發展此量表。HPH 融合了 DSM-IV 的架構與習慣概念，參考 DSM 的診斷系統，分別評估受測者在精神病性(psychotic)、神經質(neurotic)與人格疾患三大類的傾向程度，同時評估受測者的整體心理健康程度。以下將從 HPH 的架構、題項編製、與信效度來回顧 HPH 的發展。

一、架構：以 DSM-IV 為主

「健康、性格、習慣量表」編製時，參照 DSM-IV 架構，將量表分成四大量尺，下分 27 個分量尺，共有 256 個題項，每一題採六點計分，由受測者評估該題項符合的程度，“1”表示 0%符合、“2”表示 20%符合、“3”表示 40%符合、“4”表示 60%符合、“5”表示 80%符合、“6”表示 100%符合。A 類量尺代表 DSM 架構中的精神病性傾向，包括精神分裂症傾向、躁型情感性精神病傾向、鬱型情感性精神病傾向，再加上自殺意念傾向，共四個分量尺。B 類量尺為焦慮障礙傾向(或精神官能症)，包括恐慌型焦慮、恐懼型焦慮、泛焦慮型焦慮、憂鬱型焦慮與強迫型焦慮等五種傾向分量尺。C 類量尺具有九個分量尺，代表人格疾患傾向，包括分裂型、疑心型、消極抵抗型、依賴型、強迫型、邊緣型、歇斯底里型、自戀型、反社會型傾向等分量尺。D 類量尺用來測量受測者整體心理功能、自評心理健康程度、與作答可靠程度，共有九個分量尺(柯永河、張小鳳，民 88)(詳如下表)。

表二-1 HPH(修訂版)各量尺代碼與名稱對照表

A 類量尺 (精神病與自殺意念傾向)	B 類量尺 (焦慮障礙或精神官能症傾向)	C 類量尺 (性格違常傾向)	D 類量尺 (心理健康和作答可靠度)
A1 精神分裂症	B1 恐慌型焦慮	C1 分裂型	D1 心理功能全無受損
A2 躁型情感性	B2 恐懼型焦慮	C2 疑心型	D2 心理功能輕微受損
A3 鬱型情感性	B3 泛焦慮型焦慮	C3 消極抵抗型	D3 心理功能中度受損
A4 自殺意念	B4 憂鬱型焦慮	C4 依賴型	D4 心理功能嚴重受損
	B5 強迫型焦慮	C5 強迫型	D5 自評心理健康
		C6 邊緣型	D6 自評心理不健康
		C7 歇斯底里型	D7 自評作答可靠
		C8 自戀型	D8 自評作答不可靠
		C9 反社會型	D9 罕見反應

由上可知，HPH 由於以 DSM 的診斷系統為架構，因此對心理衡鑑與治療可帶來許多的運用價值。例如，實務者可直接透過患者在 HPH 的表現，判斷患者可能具有哪些精神疾病的可能性，而有助於診斷。在治療上，可透過 HPH 的表現，來彰顯患者的進步狀況，亦即其症狀是否相對地減少。

使用者可以根據衡鑑目的、時間、與受測者心理狀況等因素，選擇使用 HPH 的綜合版或是組合版。綜合版是將所有題項施測，可以得到所有的分數與解釋，而組合版將題項依照四類量尺分印成 A 類、B 類、C 類、D 類。因此，使用者可以自行搭配，不過組合版均需要加上 D 類一起施測，且 D 類必須最後施測。使用組合版的優點在於，可以節省施測時間，降低受測者的心理疲累。

將各量尺的內容與意涵整理如下表二-2 所示(引用自柯永河、張小鳳，民 88)：

表二-2 HPH(修訂版)量尺名稱與內容意涵對照表

量尺	名稱	內容與意涵
A1	精神分裂症傾向量尺	代表個人罹患精神分裂症傾向的強弱。包括：思考散漫、不合邏輯、前後不連貫；內容怪異、脫離現實、富於妄想；情緒表達過份平淡、與所思內容不一致或缺乏關連；知覺內容扭曲，甚至有視、聽、嗅、味幻覺等非現實的經驗。
A2	躁型情感傾向量尺	代表個人罹患躁型情感精神病傾向的強弱。包括：無由的愉悅；無緣無故增加信心、精力過人、自我重要感倍增；對性的興趣及慾望突增；言行過份慷慨，用錢無度；睡眠需求減少等。
A3	鬱型情感傾向量尺	代表個人罹患鬱型情感性精神病傾向的強弱。包括：兩星期以上無緣無故嚴重情緒低落，自信心、自我價值感喪失；人生意義感迷失、無望、空虛、死亡念頭、自殺意念頻繁出現、甚至自殺企圖產生；食慾、性慾減弱等。
A4	自殺意念傾向量尺	得分高低代表個人自殺意念的強弱。若未使用綜合版、或僅採用 A、B、C 類時，沒有此分數（組合版 ABCD 則可獲此分數）
B1	恐慌型焦慮傾向量尺	代表個人罹患恐慌型焦慮障礙傾向的強弱。包括：不明理由的焦慮性身心症發作，每次長約數分鐘的心悸、呼吸困難、脈搏加速、汗流如雨、頭暈、胸悶、全身無力、將死亡或發瘋等恐懼感等。
B2	恐懼型焦慮傾向量尺	代表個人罹患恐懼型焦慮障礙傾向的強弱。包括：對某特殊情境、物體、動物、人物或想像產生不恰當、過份強烈的恐懼性身心反應，對象是常人不懼怕的人、事、物、情境或身心歷程等，例如：有毛的小動物，一般家庭用菜刀，水果刀等。
B3	泛焦慮型焦慮傾向量尺	代表個人罹患漂浮不定的強烈焦慮經驗傾向的強弱。包括：坐立難安、心情極度緊張，長期疲倦、很難專心做事、注意力不集中、動輒發怒、全身肌肉緊繃無法放鬆、嚴重失眠；感到焦慮，但無法確定什麼對象使他焦慮。
B4	憂鬱型焦慮傾向量尺	表達個人罹患憂鬱型焦慮障礙傾向的強弱。與鬱型情感性精神病症狀類似，唯強度比後者輕微，症狀持續時間

		也比後者長（兩年左右）。包括：思考、情緒、動作的消極、緩慢等；偶爾有自殺意念、生命無意義感、生活黯淡等；睡意、食慾不正常（可能過多或過少）；全身無力、不適任感、注意力不佳、難於做選擇等。
B5	強迫型焦慮傾向量尺	代表個人罹患強迫型意念和行為焦慮障礙傾向的強弱。包括：無法控制或被迫反覆地想到某些念頭、不斷懷疑自己所擬計畫的正確與完善性；懷疑不小心碰觸了髒物，或與死亡、幽靈、鬼魂有關的不祥物品；擔心不小心遺漏或疏忽了事情的重要細節，因而可能引發危險。對此種自我無法控制的強迫性行為雖感沒有意義，但不能不做，否則會遭來難忍的焦慮煎熬。
C1	分裂型性格違常傾向量尺	代表個人分裂型性格違常傾向的強弱。包括：疏遠、退縮、孤獨的人際關係，對他人興趣缺缺，甚至冷漠，極少主動地經驗或表達正向情感。
C2	疑心型性格違常傾向量尺	代表個人疑人傾向的強弱。包括：經常相信他人會刻意輕視或威脅自己；不與他人分享自己內心的感受，唯恐造成敵暗我明；擔心被人利用或所害；一旦感受到輕蔑，則立刻加以反擊。
C3	消極抵抗型性格違常傾向量尺	代表個人對人與事的消極處理傾向的強弱。包括：故意拖延事情導致無法如期完成；若被要求則變得易怒好辯；責備他人對自己要求過份；常以「把它忘了」為藉口，逃避應盡的責任。
C4	依賴型性格違常傾向量尺	代表個人多年的依賴型待人處事傾向的強弱。包括：事事仰賴他人建議與重複保證；常要求別人替他作主；過度害怕他人不支持，不敢表示相反意見；對於單獨計畫或執行事情缺乏信心；為了取得他人歡欣與支助，甘願做令自己不愉快的事；擔心無法自我照顧；孤獨則深感不安與無助。
C5	強迫型性格違常傾向量尺	代表個人多年的強迫型傾向的強弱。包括：凡事過份關心細節、規定、秩序、時間分配，以致忽略重點；過份要求完美，常無法及時完成事情；過份重視工作，忽視娛樂與需求；道德觀念強烈，言行欠缺彈性。
C6	邊緣型性格違常傾向量尺	代表個人邊緣型傾向的強弱。包括：不穩定的人際關

		係，不明確的性別角色認同及職業志向；情緒易變，憤怒、憤恨、焦慮、憂鬱、焦躁感常大起大落；易與人鬥，浪費財物、藥物濫用、順手牽羊、不守交通規則，常逞一時之快，導致觸犯法律。
C7	歇斯底里型性格違常傾向量尺	代表個人過度情緒化歇斯底里型傾向的強弱。包括：人際關係中不斷追求他人的關心與注意；帶有性色彩的誘惑舉動；過份關心外表對異性的誘惑力；情緒易變，感情膚淺；挫折忍受力弱；說詞空洞、誇張不實。
C8	自戀型性格違常傾向量尺	代表個人多年自戀型傾向的強弱。包括：對自我價值的高估，堅信自己有無限機會可獲得成功、權力、愛情；堅信有異於常人之處；渴望受人崇拜；自認有特權，應受尊敬；視利用他人為常事；欠缺同理心；驕傲又易嫉妒他人，自信很特殊，必成為眾人羨慕的對象。
C9	反社會型性格違常傾向量尺	代表個人多年違反社會習俗傾向的強弱。包括：不遵循社會規範（常犯規、犯法被捕、被罰）；欺騙他人，害人利己；舉止衝動，無法獨自訂定、執行、完成計畫；易怒、富攻擊性；不重視自己與他人安全；不負責任，犯法後仍不知悔改等。
D1	心理功能全無受損量尺	代表個人各項心理功能運作良好，生活各方面之適應佳；得分高表示受測個人心理功能正面積極。
D2	心理功能輕微受損量尺	代表個人在社交、工作（學習），及個人心理功能運作方面有局部、短暫、輕微的下降；心理功能下降乃因過重的生活壓力所致。
D3	心理功能中度受損量尺	代表個人在社交、工作（學習），及個人心理功能運作方面有一段時間的中度受損，目前也尚未恢復。
D4	心理功能嚴重受損量尺	代表個人在社交、工作（學習），及個人心理功能運作方面有一段較長時間的嚴重受損，目前也尚未恢復。
D5	自評心理健康量尺	代表個人對自己心理健康有積極正向的評估。
D6	自評心理不健康量尺	代表個人對自己心理健康有消極負向的評估。
D7	自評作答可靠量尺	代表個人自評測驗題項上的填答可靠。
D8	自評作答不可靠量尺	代表個人自評測驗題項上的填答不可靠。
D9	罕見反應量尺	代表個人在一般人極少做反應的題項上做正負向反應；得分高表示受測者思考內容、方法易於平常人，或

資料來源：引用自 HPH 指導手冊(1999)

在分數的解釋上，衡鑑者先計算受測者在每一量尺填答的總分，並根據常模換算成 Z 分數，或是直接透過電腦版計分程式獲得結果。分量尺 Z 值的大小表示該疾患傾向的嚴重程度，在 1.64 以上~未滿 1.98 間，屬於輕微偏差，1.98 以上~未滿 2.50 屬中度偏差、2.50 以上屬嚴重偏差。故綜合所有量尺，衡鑑者可以瞭解受測者：(1)自評結果可靠度；(2)主觀概括性的心理健康程度；(3)與客觀標準相比的心理健康程度；(4)對自己的評估是否符合實情（如無病識感、或過度慮病的情形）；(5)有哪些精神疾病症狀，以及嚴重程度；(6)自殺意念的有無。

二、題項編製：以「習慣」概念撰寫

由於 HPH 融合了柯永河的教授發展的「習慣」理論(柯永河, 民 83)，亦即各分量尺的內容是以習慣的概念編寫而成。因此，本段將先介紹習慣概念與特色，並說明 HPH 以習慣概念整合 DSM 之優點。

習慣概念源自於柯永河教授的習慣心理學(柯永河, 民 83)，最初是因為柯氏想建立一系統，以統整各家治療學派。在廣泛的探索後，柯氏認為習慣的概念具有很高的包容性，在臨床實務中幾乎所有個案所欲改變的問題行為/症狀，都與習慣概念相近，且以此概念與個案溝通時，個案也很容易理解。因此，柯氏最後建立了習慣心理學。依據柯氏的理論，習慣是指「刺激、反應、與兩者間穩定的連結」，柯氏認為凡是具有此三元素的現象，都可以稱之為習慣。比方說，先天的反射動作、生理反射作用、外在環境刺激/內在生心理刺激所引發的反應...等。可知，習慣概念包容性非常廣泛，幾乎所有穩定存在的現象，都可用此概念來解釋與應用。

事實上，DSM-IV 中許多疾患的診斷準則也同樣具有習慣三元素(柯永河, 民 93b)，例如強迫症患者「每一次(S-R 穩定關係)，看到門、窗(S)等會有重複檢查(R)的傾向」、憂鬱患者「對發生的事物(S)，常常(S-R 穩定關係)會有負向歸因(R)的傾向」等。但習慣概念比 DSM 診斷系統更為宏觀，因為它不但包含了症狀，還包含了正常或健康的習慣在內，因此，若以習慣概念來作評估，除了可以整合目前 DSM-IV 中各疾患的診斷準則，還可以多增加健康層面的評估。

「健康、性格、習慣量表(HPH)」就是柯氏以習慣概念整合 DSM 診斷準則編製而成的測驗，裡面的題項多依照編製習慣測驗時所需注意的原則(柯永河, 民 93b)，包括：

(1)每一題項必須具備「刺激」、「反應」、及「兩者間的關係」。

(2)代表「刺激」的字眼必須具體、不含糊，以避免作答者作不同聯想。因為當一個題目清楚的表示出具體刺激時，受試者作答內容的變化自由度就受限於該範圍，會以接近施測者所想的相同刺激來作反應。而刺激要具體到何種程度，則可以視測驗的目的而定。

(3)每一題項代表「反應」的字眼必須清楚的標示出一個，只有一個反應層面，例如動作反應或情緒反應。測驗題項的反應應該要和刺激一樣具體清楚，以避免測驗結果受到各層面反應混淆在一起，無法直接指出該分數僅代表某一層面的反應。

(4)代表「穩定度」的副詞必須清楚地出現在每一題項中，如「常常」、「經常」、「總是」、「習慣性」等。

例如，「長久以來，我有個習慣，看到神像就無法控制地說出侮辱神像的話」、「近半年來，我經常為不只一件事情焦慮不安到肌肉會緊張酸痛」、「這兩年來，我對於周遭的人、事、物都不再有濃厚的興趣」、「很久以來，別人對我的關懷

都不曾使我快樂」、「我從小學或國中開始，做事情就守規矩，絕不標新立異，隨心所欲」、「從小學或國中開始，在心情不好時，我習慣虐待動物來消氣」等。

但是也可以發現 HPH 的部份題項僅有反應與頻率的元素，缺乏刺激元素，且這種情形容易出現在特定幾種量尺上(A1、B1、A3、B4)。研究者認為原因有下列：一種情形是該疾患沒有實際發生的刺激，但是因為患者扭曲、缺乏現實感的認知而引起反應，如精神分裂症傾向；另一種情形是該疾患本身就較缺乏具體明顯的引發刺激，或患者對該刺激難以覺察到(柯永河, 民 93a)，如恐慌性焦慮(患者通常感到莫名的出現數種恐慌症狀)；第三種情形是該疾患的反應有具體的刺激引發，但刺激的範圍較廣泛而難以逐一列出，因為患者的負向認知基模會過度解釋模糊或中性的刺激，如鬱型情感、憂鬱型焦慮。除了上述提到的情形之外，檢視 HPH 題項的編製，大體上都符合習慣概念的原則，所以「健康、性格、習慣量表」也可算是習慣測驗。

傳統測驗的題項多著重在「反應」層面，但習慣測驗所突破的是，同時著重刺激、反應與兩者間穩定連結。以此型式編製題項內容，比過去測驗更具有下列優點：減少混淆因素的干擾、與增加測驗本身的預測功能。由於測驗中每一題項都有清楚表示出具體的刺激時，受試者作答的情形就容易受限在施測者所欲瞭解的範圍內，因此會以接近施測者所想的相同刺激來作反應。同理，有具體清楚的反應描述時，可以讓施測者明確知道結果確實符合欲測量的構念，因此減少混淆因素的干擾。另外，由於習慣測驗每一題項都具備了「刺激-反應間的穩定關係」，因此，以此概念編寫出來的每一測驗題項本身就具有預測功能，甚至可以瞭解受測者在變項間的因果關係(謝明君, 民 92)。過去也有研究結果，支持習慣測驗編製的重要性(柯永河, 民 83)。

綜合上述，健康、性格、習慣量表(HPH)以習慣概念來編製，除可整合 DSM 診斷系統之外，以習慣概念編製的測驗更具有減少混淆因素干擾、增加測驗本身

預測功能、未來更可整合健康層面的評估等優點。另外，題目中的每一題項都代表著一具體而清楚的「習慣」，讓衡鑑者可以對個案問題的瞭解有更詳盡的呈現與幫助。

三、HPH 的實徵研究

(一) 初版 (1995)

架構

「健康、性格、習慣量表」從發展至今主要歷經二次版本修訂。初版(柯永河, 民 84)一開始先將原有 300 個題項縮減與修改，目的在避免題數過多引起受試者厭煩，且不認真作答，同時仍可客觀地測量受測者各類心理症狀、健康層次、自評心理健康程度與自評作答可靠度。因此，最後擬編了 259 個題項，將其分成 26 個分量尺。柯氏又依照過去研究與測驗編製經驗，認為自陳量表的理想題目總數約為 200 題上下，於是考慮將這 259 題項以最佳搭配方式分成前述之 A、B、C、D 的組合版方式發行(同表二-2)。

常模

在題本編列完成之後，進行正式題本標準化過程。當時為了取得代表性樣本，柯氏先從所有台北市高中學校抽選 14 所，之後從各校中隨機抽取二至三班學生為施測對象。實際參與之受測人數共 2496 名，含男生 1406 名，女生 1090 名，約佔當時全台北市高中職生總人數 2%。

內部一致性

在量尺內部一致性方面(詳見下表，摘錄自指導手冊, 1995)，除了 D 版的部分，其他量尺都具有可接受的內部一致性，其 α 值在.59(高職男生組，抵抗型性格違常量尺)~.90(高中男生組，精神分裂症量尺)之間。

表二-3 HPH(初版)各組各量尺內部一致性

量尺名稱	全體	男生	女生	高中 男生	高中 女生	高職 男生	高職 女生
精神分裂症量尺	.87	.89	.82	.90	.83	.88	.82
躁型情性精神病量尺	.71	.74	.64	.73	.63	.74	.65
鬱型情感性精神病量尺	.85	.85	.85	.86	.86	.84	.84
恐慌型障礙量尺	.88	.88	.87	.90	.86	.86	.88
恐懼型障礙量尺	.68	.71	.65	.70	.66	.71	.63
強迫型障礙量尺	.83	.84	.82	.85	.82	.83	.80
泛焦慮型障礙量尺	.87	.87	.87	.89	.86	.86	.88
憂鬱型障礙量尺	.85	.85	.84	.87	.84	.84	.84
分裂型性格違常量尺	.77	.78	.76	.79	.75	.77	.77
邊緣型性格違常量尺	.68	.66	.70	.67	.68	.65	.71
歇斯底里型性格違常量尺	.74	.77	.72	.77	.71	.77	.72
自戀型性格違常量尺	.73	.73	.74	.70	.76	.75	.73
抵抗型性格違常量尺	.61	.61	.61	.64	.60	.59	.60
疑心型性格違常量尺	.82	.82	.81	.82	.81	.83	.82
強迫型性格違常量尺	.71	.71	.71	.73	.71	.70	.72
依賴型性格違常量尺	.73	.71	.74	.71	.76	.71	.74
反社會型性格違常量尺	.81	.80	.81	.82	.79	.79	.80
心理功能全無受損量尺	.81	.82	.81	.83	.85	.81	.77
心理功能輕度受損量尺	.71	.70	.71	.71	.71	.69	.71
心理功能中度受損量尺	.71	.73	.69	.75	.66	.72	.71
心理功能嚴重受損量尺	.75	.78	.71	.83	.75	.73	.61
自評心理健康量尺	-	-	-	-	-	-	.19
自評心理不健康量尺	-	-	-	-	-	-	.68
自評作答可靠量尺	-	-	-	-	-	-	-.46
自評作答不可靠量尺	-	-	-	-	-	-	.46
罕見反應量尺	-	-	-	-	-	-	.61

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

效度

性別於各分量尺上的得分差異

柯氏(民 88)認為一個量尺能否忠實反映所要測量的心理特徵，可從男女兩組在該量尺的得分均差顯著性加以驗證。故柯氏先探討性別差異於哪些量尺得分具有顯著差異，而後再根據美國精神醫學會診斷手冊第四版 (DSM-IV) 記載的罹患率與結果做比較，以檢驗量尺的效度。

結果顯示 (見表二-4)，在 26 個量尺當中，共有 18 個量尺的男女平均數差異檢定具有顯著性 (其中 16 個顯著差異是屬於 A、B、C 類量尺)。男生組顯著比女生組高分的有：精神分裂症、躁型情感性精神病、強迫型障礙、分裂型性格違常、自戀型性格違常、歇斯底里型性格違常、抵抗型性格違常、強迫型性格違常、反社會型性格違常，共九個量尺。柯氏將結果與 DSM-IV 中的男女盛行率做比較以檢驗量尺效度。例如：男性在分裂型性格得分顯著高於女性，此差異符合 DSM-IV 記載，故效度獲得支持。精神分裂症方面，醫院統計男性罹患率高於女性，但一般人口調查男女差異不顯著，所以結果符合前者不符後者，故效度獲得部分支持。歇斯底里型人格違常傾向量尺，男性得分顯著高於女性，但臨床上女性較易被診斷為歇斯底里型人格，故尚須進一步驗證。最後效度獲得支持的量尺有：分裂型性格、強迫型性格違常、反社會型性格違常、鬱型情感性精神病、恐慌型障礙、泛焦慮型障礙、恐懼型障礙、憂型障礙、依賴型性格違常、邊緣型性格違常，共九個量尺；部分支持的有：精神分裂症量尺、躁型情感，共兩個量尺；未獲支持 (缺乏有關資料、不支持、待驗證) 的有：強迫型障礙、歇斯底里型性格違常、抵抗型性格違常、自戀型性格違常、疑心型性格違常，共五個量尺。

表二-4 HPH(初版)男女生在各量尺得分均值、標準差、與統計顯著性結果

量尺名稱	全部男生		全部女生		均差 P 值	效度
	平均	標準差	平均	標準差		
精神分裂症量尺	40.79	12.72	38.17	9.31	.000	△
躁型情感性精神病量尺	17.82	6.42	15.43	4.87	.000	△
鬱型情感性精神病量尺	16.18	7.15	17.26	8.29	.018	✓
恐慌型障礙量尺	26.69	10.71	28.94	11.55	.000	✓
恐懼型障礙量尺	17.32	6.18	17.82	6.11	.015	✓
強迫型障礙量尺	30.42	10.61	28.16	9.18	.000	?
泛焦慮型障礙量尺	29.92	11.47	32.96	12.42	.000	✓
憂型障礙量尺	30.60	11.67	34.17	13.07	.000	✓
分裂型性格違常量尺	18.09	6.82	16.93	6.16	.002	✓
邊緣型性格違常量尺	19.91	6.21	20.76	6.77	.022	✓
歇斯底里型性格違常量尺	21.14	6.78	20.01	6.32	.002	?
自戀型性格違常量尺	23.71	7.51	21.69	6.94	.000	?
抵抗型性格違常量尺	16.33	5.09	15.18	4.84	.000	?
疑心型性格違常量尺	16.70	7.25	16.62	7.02	.828	?
強迫型性格違常量尺	42.10	9.11	40.34	8.76	.001	✓
依賴型性格違常量尺	22.68	6.98	25.53	7.27	.000	✓
反社會型性格違常量尺	24.72	8.87	21.68	7.28	.000	✓
心理功能全無受損量尺	47.99	9.77	47.53	9.17	.391	—
心理功能輕度受損量尺	23.20	6.25	24.42	6.37	.001	—
心理功能中度受損量尺	13.09	5.20	13.35	5.02	.365	—
心理功能嚴重受損量尺	15.88	5.72	15.15	4.66	.013	—
自評心理健康量尺	13.13	3.00	13.13	2.78	.991	—
自評心理不健康量尺	5.76	3.05	5.80	2.93	.832	—
自評作答可靠量尺	15.32	3.21	15.43	2.80	.549	—
自評作答不可靠量尺	7.93	3.00	7.79	2.96	.388	—
罕見反應量尺	15.15	2.82	13.74	1.97	.002	—

註：✓表示獲得支持；△表示部分支持；？表示未獲支持（缺乏有關資料、不支持、或待驗證）。

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

HPH 因素結構

有關 HPH 的因素結構，柯氏進行了三次因素分析：第一次以 2496 名高中男女生的 A、B 類量尺（憂鬱型障礙量尺除外）來進行，結果跑出兩項因素，其解釋變異量分別為 65.8% 與 11.8%，共 77.6% (如表二-5)。由於第一個因素以焦慮、欠缺信心、壓抑有關等量尺具有較高的負荷量，因此命名為「焦慮、壓抑」因素。在因素二量尺，最高負荷量的是躁型情感性精神病量尺，第二高為精神分裂症量尺，故可命名為「信心、自誇、衝動」因素。

表二-5 HPH(初版) A 類與 B 類量尺因素分析結果

版本	量尺名稱	焦慮 欠缺信心 壓抑	信心 自誇 衝動
A 版	精神分裂型量尺	.62	.41
	躁型情感性精神病量尺	-.00	.98
	鬱型情感性精神病量尺	.93	-.13
B 版	恐慌型障礙量尺	.90	.00
	恐懼型障礙量尺	.74	.00
	強迫型障礙量尺	.79	.16
	泛焦慮型障礙量尺	.92	-.06

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

第二次以 1263 名高中男女生的 A、B 版及 C 版中的分裂型、邊緣型、歇斯底里型、抵抗型、疑心型性格違常五個量尺來進行，結果也取出兩個因素，其解釋變異量分別為 60% 與 7.8%，共 67.8% (如表二-6)。因素一命名為「焦慮、欠缺信心及壓抑」，而因素二命名為「信心、自誇、衝動」。

表二-6 HPH(初版)A、B 類全部量尺與 C 類部分量尺因素分析結果

版本	量尺名稱	焦慮	信心
		欠缺信心	自誇
		壓抑	衝動
A 版	精神分裂型量尺	.60	.36
	躁型情感性精神病量尺	-.06	.94
	鬱型情感性精神病量尺	.94	-.14
B 版	恐慌型障礙量尺	.86	-.01
	恐懼型障礙量尺	.64	-.13
	強迫型障礙量尺	.75	.21
	泛焦慮型障礙量尺	.84	.01
C 版	分裂型性格違常量尺	.84	-.12
	邊緣型性格違常量尺	.84	-.05
	歇斯底里型性格違常量尺	.29	.61
	抵抗型性格違常量尺	.53	.32
	疑心型性格違常量尺	.79	.03

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

第三次以 1233 名高中男女生的 A、B 類各量尺及 C 類中的強迫型、依賴型、反社會型、自戀型四個量尺來進行(如表二-7)，亦取出兩項因素，其解釋變異量分別為 53.1% 與 11.2%，共 64.2%。A、B 版量尺中結果與前兩次相似，因素一負荷量最高的還是鬱型情感性精神病、恐慌型、泛焦慮型量尺，因素二負荷量最高的還是躁型情感性精神病量尺。而 C 版量尺中依賴型性格違常量尺在因素一具有高的負荷量，反社會、自戀型性格違常量尺於因素二具有高的負荷量。因此，因素一命名為「焦慮、欠缺信心、壓抑」，因素二命名為「信心、自誇、衝動、壓抑不足」。

表二-7 A、B 類全部量尺與 C 類部分（未於表二-6 出現）量尺因素分析結果

版本	量尺名稱	焦慮 欠缺信心 壓抑	信心 自誇 衝動 壓抑不足
A 版	精神分裂型量尺	.50	.49
	躁型情感性精神病量尺	-.12	.93
	鬱型情感性精神病量尺	.86	.01
B 版	恐慌型障礙量尺	.81	.13
	恐懼型障礙量尺	.76	.01
	強迫型障礙量尺	.67	.31
	泛焦慮型障礙量尺	.87	.04
C 版	強迫型性格違常量尺	.26	.31
	依賴型性格違常量尺	.81	-.17
	反社會型性格違常量尺	.01	.66
	自戀型性格違常量尺	.11	.76

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

整體來說，這三次因素分析跑出的結果非常相似，因素一表示焦慮、欠缺信心、壓抑，而因素二表示信心、自誇、衝動，而各量尺在各因素的負荷情形，也都符合各量尺各自的構念，因此柯氏推論 A、B、C 版各量尺在因素效度上獲得了初步的支持。

(二) 修訂版 I (1999)

在修訂版 I (柯永河、張小鳳，民 88)，做了下列修訂：增加常模適用範圍、增加自殺意念傾向量尺(使用原量表的 11 題項編製成自殺意念量尺)、信效度研究、因素分析。

增加常模適用範圍

初版 HPH 的常模，是以 2496 名高中生為代表性樣本所建立。而 HPH(1999) 中，柯永河與張小鳳將常模從原有的高中組擴大至各年齡層，增加常模的適用範圍。國中組常模資料來自於台北市五區各選一所代表性國中，請該校輔導主管在一、三年級各選一班，二年級選兩班，前往施測蒐集資料，而高中職組則沿用初版所用的常模。大學組常模主要蒐集自大台北區公私立大學，但也有部分大學資料是某兩所大學輔導中心或生涯發展中心因為某種特殊篩選目的而實施 HPH 時所得。專科部分的常模則來自另三所位於台灣北部與東部的學校。社會組常模的資料，此版蒐集了不同身分背景的被測者，包含教師、公益團體的助人工作者、政府機構的工作人員。修訂版常模所用之受測者組別、性別與人數分佈如下表：

表二-8 HPH 修訂版所用受測者、校級、性別、人數分佈

	國中	高中職	專科	大學	社會組	總和
男	277	1406	416	263	254	2616
女	268	1090	314	536	164	2372
合計	545	2496	730	799	418	4988

資料來源：HPH 指導手冊(1995)

內部一致性

內部一致性方面，最低的.28（國中女生 D5）、最高的.91（國中生 A4）。整體來說，A、B 類量尺大多在 0.8 以上（除 A2、B2 量尺外，分別為 0.53~0.77 與 0.63~0.74）；C 類量尺中，得分略低，但仍落在 0.6~0.8 之間，其中 C2 量尺最高(在 0.8 以上)；D 類效度量尺的 D5、D7、D8、D9 中的 α 值略低，且不同受測組間差異變化大。與前版相同的是，A2、B2 量尺的內部一致性分別是 A、B 量尺中最低，研究者認為可能的原因為，恐懼型焦慮(B2)內部題項較具異質性，有的懼高、懼血等，因此內部一致性偏低。

再測信度

以十四名慢性精神分裂症住院病人為受測者，前後間隔一個月填寫 HPH 量表，並探討各量尺得分前後是否有顯著差異。結果顯示，各量尺得分在相隔一個月內沒有顯著差異，再測信度獲得支持。但柯氏也提到，仍需要較多的正常受測者來加以驗證，且此次分析沒有相關係數顯示實際相關有多高。

效度研究

柯氏用了內容效度、構念效度、同時效度、區別效度、因素分析五種方式，來探討 HPH 各量尺的效度，分別說明如下：

內容效度

由於 HPH 每一量尺的題目是根據 DSM-IV 中各心理疾病的 B 準則，改以容易理解的用語寫成，因此量尺本身就具有內容向度；此次再加以分析各量尺的 α 值與各項目的因素負荷情況，最後剔除掉題意不清兩個題項（分屬 D7 與 D8 量尺），以驗證內容效度。

男女得分差異探討

柯氏如同初版以不同性別在各量尺上得分的差異情形，來檢驗量尺的效度，而此次把比較的對象擴及至國中與大學族群，並與過去高中職族群一同比較，以瞭解各量尺在國中、高中職、大學年齡層性別差異的情形。結果顯示(如下表)：
(1) C1、C4、C9 量尺的男女組均差方向與顯著性在不同年齡層(國中、高中職、大學)皆一致，故三量尺的效度獲得高度肯定；(2) A2、B3、B4、B5、C3、C8 量尺的均差方向與顯著性在國中、高中職有一致的結果，B2 量尺的男女均差與方向在高中職、大學有一致的結果，故此七量尺效度受到部分程度的肯定；(3)其他

量尺在不同年齡層的男女均差顯著性未有一致的結果，故效度仍須待其他方式驗證。

表二-9 國中、高中職、大學男女生 HPH 各量尺均差 t 值

量尺	國中組	高中職組	大學組
A1	1.64	5.72*	0.71
A2	2.04*	10.22*	1.63
A3	-0.65	-3.49*	-0.13
B1	-1.06	-5.03*	-0.99
B2	-1.96	-2.01*	-2.43*
B3	-1.60	-6.33*	-1.62
B4	-1.98*	-7.19*	1.37
B5	2.15*	5.59*	0.36
C1	2.00*	4.40*	2.14*
C2	-0.17	0.28	-0.40
C3	3.52*	5.72*	1.25
C4	-4.77*	-9.94*	-4.09*
C5	-1.75	4.87*	-0.37
C6	-1.79	-3.26*	-1.29
C7	-0.68	4.25*	0.61
C8	2.89*	6.89*	0.78
C9	5.68*	9.17*	3.01*
D1	-0.75	1.20	-0.53
D2	-1.25	-4.80*	-4.77*
D3	-0.23	-1.26	-0.38
D4	-2.39*	3.42*	1.80
D5	-3.87*	0.00	0.89
D6	2.18*	-0.33	-1.33
D7	-0.58	-0.90	0
D8	-2.43*	1.16	0
D9	-0.29	14.06*	1.40

註：* $p < .05$ 。正 t 值代表男生組高於女生組。

資料來源：修改自 HPH 指導手冊(1995,1999)

同時效度：與 KMHQ、EPPS、IBS 的相關

柯氏分別探討健康、性格、習慣量表(HPH)，與柯氏性格量表(KMHQ)、愛德華個人偏好測驗(EPPS)、人際行為量表(IBS)各量尺間的相關，以檢驗 HPH 的同時效度。例如：HPH 的 A2(躁症傾向)量尺與 KMHQ 的 D23(自信自誇)量尺相關達.65($p < .001$)，因兩者所要測量的概念相同，所以可以作為同時效度的驗證。而 A2 也與 KMHQ 的 D34(歇斯底里型)、D17(男性傾向)、D19(正常量尺)三個量尺有顯著相關，其相關係數分別為.65、.57、.48，KMHQ 中的這三個量尺代表歇斯底里性格的外向、情緒豐富、敢於表達，正常人的喜於與人結交、思考正向，以及男性傾向的陽剛進取的特質，因此可作為同時效度的支持。根據表二-13，可以發現 HPH 大部分量尺與 KMHQ、EPPS、IBS 相關量尺的同時性效度良好。

區別效度

柯氏最初編製健康、性格、習慣量表之目的，就是希望能篩檢出心理不健康的個案，因此柯氏收集三組個案組，並以之前所收集的大學男生樣本資料作為正常組，探討不同組別在各個量尺上的得分是否有顯著差異。

於三個不同個案組別中，個案組一是住院的慢性精神分裂症病人，施測時由於測驗需求與個案狀況的不同而採行不同組合版的方式施測，故每量尺的受測人數不一定相等。個案組二是某大學醫學院精神部門診病人，經由一位臨床經驗豐富的精神科主治醫師診治後，發現該個案為疑似精神分裂症可能時，利用轉介來接受神經心理功能評估測驗時，進行 HPH 的施測；此組全為男性病人，教育程度大部分為大專，各有五分之一為研究所與高中。個案組三是憂鬱型、強迫型或多種混合焦慮疾患，性別有男有女，年齡在 20 至 45 歲間，教育程度在高中以上，多為大專程度。

柯氏預期在 A、B、C 量尺上，個案組分數應顯著高於大學生組，亦假設個案組在負向心理傾向的 D2、D3、D4、D6、D8、D9 會顯著高於大學生組，而在正向心理傾向的 D1、D5、D7 等量尺上，則是大學生組顯著地高於個案組。結果顯示(表二-10)，A1、A3、C1、D3、D4、D9 量尺上，三組個案組均顯著地高於正常組，屬於正向心理傾向的 D1 與 D5 量尺上，大學生組得分也顯著高於三組個案組，上述量尺皆獲得預期的結果。B1、B3、B4、B5、C6、D6 則在個案組二、三與正常組的比較上，獲得預期的結果；C4、C5 則僅在個案組二與正常組的比較上，獲得預期的結果；A2、B2、C2、C3、C7、C8、C9、D2、D7、D8 量尺上，任一個案組與正常組的比較無顯著差異，未獲得預期的結果。

不同個案組間的比較上，柯氏認為個案組二的嚴重程度應大於個案組三，而個案組一(慢性精神分裂症)理論上應較其他兩組嚴重，但實際上可能因為住院治療後症狀減輕、或病識感低所致，故自評嚴重程度最低。結果顯示(表二-11)，在不同個案組間的比較上，僅有少數量尺分數有顯著差異。

在 A1 量尺上，個案組一分數顯著高於個案組三，與量尺精神分裂症傾向構念相符，但個案組一與個案組二之間差異未達顯著，可能是因為個案組二是疑似精神分裂症患者，故與個案組一之間的差異未達顯著，因此 A1 量尺區別效度受到支持。在 B5、D6 量尺上，則出現個案組二顯著高於個案組一，其原因可能為上述所提個案組一因接受治療、病識感低之因素，另外個案組三也顯著高於個案組一的情形，因此兩量尺的區辨效度受到支持。

在 B3、B4 量尺上，個案組二分數顯著高於個案組一，但個案組二與個案組三之間的分數未達顯著差異，個案組三與個案組一之間的分數也未達顯著差異；在 D4 量尺上，個案組二分數顯著高於個案組一與個案組三，與預期相符合，但與預期不同的是個案組一與個案組三的分數未達顯著差異，因此 B3、B4、D4 三

量尺結果不支持也不反對。其他量尺間的差異情形則未達顯著，但大多情形仍符合預期的方向。

表二-10 個案組與大學組在各量尺得分差異之 t 考驗

	個案組一與大學男	個案組二與大學男	個案組三與大學男
A1	4.13*	3.49*	3.10*
A2	.50	1.05	.70
A3	3.15*	2.78*	3.92*
B1	1.38	3.51*	4.50*
B2	.86	2.14	1.53
B3	1.45	4.40*	4.38*
B4	1.44	3.66*	4.06*
B5	.49	3.68*	5.51*
C1	2.52*	3.66*	2.69*
C2	1.42	1.89	1.27
C3	-.68	1.23	.77
C4	1.14	2.97*	1.99
C5	.67	2.31*	1.27
C6	.67	2.33*	2.10*
C7	-.82	1.96	1.40
C8	-.58	.64	-.25
C9	1.58	1.34	-.19
D1	-2.47*	-4.91*	-3.53*
D2	1.64	1.52	1.59
D3	4.42*	6.05*	4.26*
D4	5.53*	6.59*	6.25*
D5	-2.59*	-2.73*	-4.75*
D6	-.91	3.52*	4.09*
D7	-.62	.22	-1.14
D8	.50	.29	-.15
D9	2.65*	4.99*	6.11*

註：* $p < .05$ 。正 t 值代表大學組的得分較低。

資料來源：引用自 HPH 指導手冊(1999)

表二-11 個案組間各量尺得分差異之 t 考驗

	個案組一與個案組二	個案組一與個案組三	個案組二與個案組三
A1	.98	2.21*	1.27
A2	-.24	1.02	1.35
A3	-.21	.44	.17
B1	-1.32	-.97	.65
B2	-.75	.21	1.35
B3	-2.48*	-.26	1.42
B4	-2.09*	-1.89	.50
B5	-2.74*	-2.41*	1.29
C1	-1.89	-.01	1.85
C2	-1.09	.17	1.21
C3	-1.44	-1.10	.82
C4	-1.48	-.28	1.60
C5	-1.30	-.36	1.14
C6	-1.38	-.86	.82
C7	-2.30	-1.12	1.16
C8	-.91	-.30	.70
C9	.28	1.48	1.33
D1	1.85	.54	-1.43
D2	0	.31	.29
D3	2.06*	-.35	1.71
D4	-2.71*	.07	2.78*
D5	.42	.63	.09
D6	-2.75*	-2.90*	.41
D7	-.64	.18	.92
D8	.20	.54	.31
D9	-.83	-1.40	.60

註：* $p < .05$ 。正 t 值代表前一組得分高於後一組。

資料來源：引用自 HPH 指導手冊(1999)

綜合上述，大部分量尺在正常組與個案組間的區辨獲得支持，但三組個案組間的差異僅在 A1、B5、D6 三個量尺上獲得支持，因此 HPH 的臨床區辨效度尚待後續研究檢驗。

因素分析

柯氏採兩種方式進行斜交轉軸因素分析，一種是以 26 個量尺進行分析。另一種是將 ABC 三類量尺的題項分開進行因素分析，並依照各類原有的量尺數來決定抽取的因素數目，以檢驗各類量尺的構念。例如，A 類有三個量尺，因此在 A 類題項進行因素分析時，抽取三個因素，以此類推，B、C 類分別有 5、9 個量尺，因此在進行因素分析時，分別抽取 5、9 個因素，並將所得因素結果與題項分配情形，與原量尺比較。

第一部份的結果，柯氏以固有值 1.25 為取捨標準，跑出 3 個主要因素：陰性神經質、陽性信心、反抗，可以解釋的共同變異量為 53.5%。此次結果與初版結果相較(HPH 指導手冊 1995)，兩者結果相同的是，都出現以焦慮、憂鬱為主的「陰性神經質」因素，以及躁型情感、自戀型人格為主的「陽性信心」；不同的是，此次多了以反社會人格為主的「反抗」因素。但整體來說，所有量尺歸屬之因素也都符合原先編製量尺時所欲測量的心理構念。

第二部份結果顯示，A 類量尺有憂鬱-精神分裂、躁型情感型精神病、精神分裂，共三個因素。其中憂鬱-精神分裂可再分為鬱型情感型精神病、鬱型情感型精神分裂。B 類量尺有強迫念型、憂鬱型焦慮、恐慌-泛焦慮型(生理型焦慮)、焦慮-恐慌(認知型焦慮)、恐懼症型，共五個因素。C 類量尺有依賴型人格違常、強迫型人格違常、分裂型寡情、反社會型人格違常、分裂型怪異、歇斯底里型、自戀型、傷害個體生命的反社會、疑心敵對型，共九個因素。

表二-12 HPH(修訂版) 26 個量尺總分因素分析(N=340)

量尺	陰性神經質	陽性信心	反抗
B4	.92		
D3	.91		
A3	.85		
B3	.84		
B1	.80		
B5	.79		
C6	.78		
C1	.76		
C4	.76		
D1	-.75	.50	
D4	.69		
C2	.62	.30	
A1	.58	.36	
D6	.58		
B2	.55	.31	
C8		.79	
A2		.70	
C7		.58	
C3		.43	
D2		.37	
D5		.34	
C9			.64
C5		.41	-.50
D8			.48
D9			.46
D7			-.36

註：摘錄自 HPH 指導手冊(1999)

整體來說，A 量尺中，A2、A3 量尺因素效度獲得支持，但 A1 量尺大部分題項分散至其他因素中，構念效度未如 A2、A3 般受到支持。B 量尺中，B5、B4、B2 量尺因素效度獲得支持，但 B1 與 B3 題項分散在兩因素中，故兩量尺構念效度未獲支持。C 量尺中，C4、C5、C7、C8、C9 量尺因素效度獲得支持，但 C1、C2、C3、C6 量尺構念較不清楚，題項分散至其他因素中，故因素效度未獲得支持。

最後將上述同時、構念、臨床效度、因素分析結果摘要如表二-13。

四、結論

綜合上述，「健康、性格、習慣量表」參照 DSM-IV 各疾病的診斷準則，並以習慣概念來撰寫題項內容。在信效度上，內部一致性整體落在 0.28~0.91 之間，其中除了 D 類量尺外，A、B 類量尺多在 0.8 以上，C 類量尺也在 0.6~0.8 之間。於再測信度、男女差異得分探討、同時效度(KMHQ、EPPS、IBS)、因素分析的研究結果，大部分量尺都有可接受的信效度支持。

然而過去 HPH 的研究中，關於臨床區辨效度方面的研究較為缺乏。過去的研究較明顯的結果是，HPH 大部分量尺對於正常組與疾患組間的區辨具顯著性，但在不同疾患組間的區辨上，柯氏的研究指出僅有 A1、B5、D6 受到支持。檢視其原因，研究者認為柯永河與張小鳳(民 88)的研究中，三組個案組性質是依據精神分裂症向度的高低來分組，而 A1 量尺構念為精神分裂症患者的症狀，因此 A1 量尺可以區分出精神分裂症與憂鬱焦慮患者之間的差異，區別效度獲得支持，但其他多數量尺區分不同疾患的效度則是該研究未能回答的，如臨床上常見的憂鬱症與焦慮症。因此，若要探討其他量尺的區辨效度，有必要進一步納入不同疾患，探討其在 HPH 各量尺的差異。

表二-13 HPH(修訂版)各量尺各種效度支持程度一覽表

效度量尺	男女平均差			同時效度			臨床效度		因素分析	
	國中	高中	大學	與 KMHQ 相關		與 EPPS 相關	與 IBS 相關	病人與學生		病人組差異
A1		✓		✓	?	✓	✓	✓	✓	
A2	✓	✓		✓	x	✓	✓			✓
A3		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
B1		✓		✓	✓	?	?	✓		
B2		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
B3		✓		✓	✓	✓	✓	✓	?	
B4	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	?	✓
B5	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
C2				✓		?	✓			
C3	✓	✓		✓		✓	✓			
C4	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
C5		✓		?		✓	x	✓		✓
C6		✓		✓		✓	✓	✓		
C7		✓		✓		✓	✓			✓
C8	✓	✓		✓		✓	✓	✓		✓
C9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
D1				✓	✓	✓	✓	✓		_(a)
D2		✓	?	✓		✓	✓			_(a)
D3				✓	✓	✓	✓	✓		_(a)
D4		✓		✓		✓	?	✓	?	_(a)
D5				?		✓	✓	✓		_(a)
D6				✓		✓	✓	✓	✓	_(a)
D7				x		x	x			_(a)
D8				?		✓	?			_(a)
D9		✓		x		x	x	✓		_(a)

註：^(a) HPH(1999)未進行 D 量尺的因素分析。資料來源：修改自 HPH 指導手冊(1999)。

本研究認為臨床區辨效度的探究對於 HPH 目前的現況來說顯得更為重要。

原因有三：依據每一量尺的構念編製來看，可以看出 HPH 想要區辨不同臨床症

狀或疾患。因此從其「量尺編製架構與目的」來看，探討 HPH 能否區辨不同疾患，或是不同疾患能否在 HPH 上顯現差異就顯得非常重要；再者，從「臨床使用」來看，HPH 一直廣泛使用在臨床場域中，區辨不同疾患的效果由於缺乏實徵資料，因此有必要多進行此類的研究，以供實務之所需。三者，從「過去信效度結果」來看，也僅支持正常組與臨床組間區辨，對於疾患間區辨卻未獲得支持。

另外，過去的因素分析結果是以一般人為受試進行分析，既然 HPH 廣泛使用在臨床場域中，那麼也應進行 HPH 在臨床族群中的因素結構探討，以瞭解使用在臨床族群中的因素結構是否如同原先編製的構念。綜合上述，本研究欲探討 HPH 在臨床上的區辨效度與初步的構念效度。



第二節 他山之石，可以攻錯與借鏡

—MMPI、KMHQ、MCMII 量表的發展

一、明尼蘇達多相人格測驗(MMPI)

明尼蘇達多相人格測驗(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)，是目前人格量表中使用最為廣泛，且最受研究者重視的一個測驗。最初於 1934 年由 Hathaway & Mckinley 編製的，正式版的推出是在 1939 年，當時目的是為了對變態行為的評鑑提供一適當的工具，以作為精神病患診斷的輔助(張本聖, 洪志美, 民 92)。

回顧 MMPI 的發展過程，可以發現 MMPI 有多種量尺。最初的「臨床量尺」，是依據「實徵效標法」來編製量尺。題項的選擇主要依據能否區分目標組與參照組的原則來選入，即使該題項內容與目標組沒有多大的關聯，但只要它能區分目標組與參照組，就會被選入該量尺。而後再找另一批受試進行交叉驗證以確認差異性，仍然有差異的就會確認編入該量尺中。因此可以瞭解臨床量尺的內容異質性很高，常常分數達標準時，其可能的原因很多，不一定代表受試具有該量尺的特質，因此在解釋上有許多的不便。

後來 MMPI 發展了其他類型的量尺，如內容量尺、Harris-Lingoes 分量尺、關鍵題目、輔助量尺等，以彌補上述臨床量尺使用上的缺點。這幾種量尺與臨床量尺不同的是，選題的方式都增加了內容的意義性。例如：內容量尺最早是由 Wiggins(1966, 1971)先依照 MMPI/MMPI-2 題目內容選出題目，再經過因素分析、內部一致性修訂與精緻化的過程。而後 Butcher et al.(1990)重新修正 Wiggins 的研究結果，建立了 15 個內容量尺(整理自張本聖、洪志美，民 92)。因此，內容量

尺的特性就是每個量尺評估單一構念，每一題項的內容也都符合此構念，故在測驗的解釋上比原臨床量尺方便，也可幫助進一步澄清臨床量尺的意義。

關鍵性題目，又稱為「某種疾病特有的題目」。其選題是 Gryson(1951)、Caldwell(1969)結合病理並以主觀方式選題，將某種疾病有關的題目選取出來，後來 Koss et al.(1976)、Lacher & Wrobel(1979)結合主觀方式與實證方式來選題，將題目選出後再進行實證上的驗證(摘要整理自張本聖、洪志美，民 92)。

Harris-Lingoes 和 Si 分量尺也是如此，他們將原臨床量尺以主觀的方式，將同一特質或態度的題目組合在一起，形成更具同質性的組別。以此法將 MMPI 的 2、3、4、6、8、9 量尺，都再進一步建立分量尺，如量尺 2 (憂鬱) 中，又細分成主觀憂鬱、精神動作遲滯、生理功能障礙、心智遲緩、憂愁的沉思分量尺；量尺 0 (社交內向性) 中，又細分成害羞、社交逃避、與自我或他人疏離分量尺。所帶來的優點是，原臨床量尺高分時，可以進一步知道是分量尺中的那一主因。

綜合上述，可以發現最初 MMPI 在編製「臨床量尺」時，可能因為理論的缺乏，故題項編製是採取實徵效標法，題目有統計上的意義，但不一定有內容上的意義。但也因為此項缺點，後續有關 MMPI 的修訂，都增加了「內容層面」的補強，並發展出一系列量尺，以增加其臨床效度。

二、柯氏性格量表 (KMHQ)

柯氏性格量表(KMHQ)是柯氏於民國 53 年，根據其多年心理衛生及臨床經驗，並參照 MMPI 而編製成最初版的柯氏性格量表。中間再經過 30 多年資料的累積與修訂，最後修訂成柯氏性格量表 (KMHQ 1996) (柯永河，民 86)。KMHQ 1996 共有 300 個題項，38 個量尺，採六選一方式作答，適合國中以上學生及成人填

寫。量尺可分為四大類：效度量尺 6 個，用來判斷每份測驗的可靠度、受測者有否因當時心態影響而有否認、扭曲、不瞭解、膨脹、縮減、胡亂作答等情形；心理健康量尺 10 個，可反映出人際關係、獨立傾向、性別反應傾向、自我強度、與一般心理健康程度；心理不健康量尺 17 個，測量精神病狀態、精神官能症、性格違常等傾向；其餘還包括自評心理健康量尺(測量病識感)、不正常男性/女性量尺各一、厭性因素量尺、整潔守規量尺(柯永河, 民 86)。根據測驗結果，可瞭解受試者的心理健康與不健康狀態、性格傾向，並作為診斷、輔導、諮商及心理治療的參考。

由於 KMHQ 最初編製的目的是希望能瞭解受測者心理健康與不健康的情形，如果有心理不健康的情形，能進一步得知是那種心理不健康。因此，發展過程中的確看到許多研究在探討 KMHQ 對不同對象的區辨力，包括正常組、精神病組、神經質(精神官能症)組、情緒困擾組(柯永河, 民 62, 民 64, 民 67, 民 79, 民 80; 柯永河等, 民 69; 柯永河, 曾雅玲, 柯慧貞, 民 77; 柯永河, 楊思根, 蔡玉玲, 民 53; 莊明鴻, 民 85; 許文耀, 柯永河, 民 80)。另外，KMHQ 原先僅以表面效度、專家效度編製量尺，後來因為發現量尺不純的情形，會影響到量表的內部一致性、效度等，故許多研究漸漸透過項目分析、內部一致性分析、因素分析等，建立內容更精粹的量尺，試圖增進量尺的區辨力(柯永河, 民 66, 民 67, 民 79; 柯永河, 王若蘭, 吳瑞屯, 張素鳳, 民 76; 柯永河等, 民 77; 許文耀, 柯永河, 民 80)。因此，可以發現 KMHQ 的發展也同樣重視區辨效度與構念/內容效度的探討。

研究者認為，從上述的編製目的、量尺架構、與後續研究的發展，可以發現 KMHQ 相當重視量尺的區辨力。然而過去研究僅分成健康、精神病性、神經質、人格疾患大類來探討區辨力，並沒有做進一步的探討，如精神分裂症與重鬱症等，因此難以確認 KMHQ 是否能進一步判斷個案疾患傾向，例如能否區辨是精神病類中的哪一種疾患。加上隨著診斷系統的演進，目前對於各種精神疾患都有更細部的分類與瞭解，故過去此種探討方式似乎與現今診斷系統有所落差。因此，未

來進行臨床區辨效度的研究，若能進一步整合疾患診斷探討，在實務上將會具有更大的便利性。

三、米蘭臨床多軸量表

米蘭臨床多軸量表(Millon Clinical Multiaxial Inventory)是 Millon 依據其人格理論與 DSM 架構編製而成，至今已發展出第三版，目前也是國外常用的自陳式衡鑑量表之一。MCMI-III 總共有 175 題、14 個人格量尺、10 個臨床量尺、與 4 個效度量尺，各量尺的名稱即依據 DSM 系統中各疾患類型的名稱來命名，例如低落型情感、重鬱、焦慮、逃避型人格、自戀型人格等。只要受試年滿 18 歲以上，且有八年級以上的閱讀能力，都可以用來評估其症狀、人格、與受測時的態度。由於 MCMI-III 只有 175 題，因此完成整份量表僅需要 20-30 分鐘，又可以得到廣泛的人格與臨床症狀資料。最初的版本由 Millon 在 1977 年發展出來(Millon, 1977)，之後歷經兩次的版本修訂(Millon, 1987, 1994; Millon, Davis, & Millon, 1997)，發展至今已使用 30 年以上，有 600 篇以上的文獻(Camara, Nathan, & Puente, 2000; Piotrowski & Zalewski, 1993; Watkins, Campbell, Nieberding, & Hallmark, 1995)，也翻譯成不同語言使用。

回顧其發展過程，可以發現 MCMI 的編製兼顧了理論與實證層面。MCMI 最初整合 DSM-IV 與 Millon 自己的人格理論建立題庫，建立題庫後，編製者依據內容刪減或修訂不好的題項，再給受試評估以刪除意義不清楚的題目，並再找另一批受試進行交互驗證。之後施測 200 個臨床病人，保留量尺內部相關高的題項，並刪除掉鑑別度不佳的題項。最後再給臨床工作者用在病人評估上，並依照建議增刪題項，修訂為 175 題，並建立標準化常模、切截點。隨著 DSM 與 Millon 人

格理論的更新，後續版本也持續以理論與實證並進的方式進行編修(Groth-Marnat, 2003)。

綜合上述，若將 MCMII 與 MMPI、KMHQ 的發展相較，MCMII 不同於另兩者的部份為發展之初就有理論依據，且經過鑑別度、量尺內部相關等檢驗，因此後續發展較沒有出現缺乏構念或量尺內部不純的問題，解釋上也可直接依據量尺構念做解釋。發展至今，也有許多研究在探討 MCMII 的區辨效度，探討量尺在外部效度上是否真能區辨目標族群。

另外，由於 MCMII 整合 DSM-IV 診斷準則，使用在臨床上對實務者來說增加許多便利性。例如，(Beutler & Groth-Marnat, 2003)認為當測驗結合診斷系統時，其一，讓臨床工作者容易將測驗結果與診斷比對；再者，過去已有許多各種精神疾患的治療方法，因此臨床使用者也可很快的瞭解可以採取哪些治療方式。其三，MCMII-III 也以 Millon 的人格理論為基礎，解決過去學者批評 DSM 沒有理論基礎的問題。

因此，研究者認為 MCMII 的發展過程有許多優點之處可供本研究與後續研究的參考。

四、綜合討論

回顧完 MMPI、KMHQ、MCMII 的發展過程後，研究者整理出以下幾點討論：

1. 區辨效度與構念/內容的實證：從上述測驗的發展，可以發現區辨效度與構念/內容效度在各測驗的發展過程中就不斷地被重視，因為每個測驗都重視量尺能否如同構念/內容的預測，可以區辨出目標族群。反觀 HPH 的發展，題項是以 DSM-IV 各疾患診斷準則為依據編製內容，

並融入習慣概念於其中，在過去效標關聯、構念效度上，也都支持了其量尺的內容層面。但是，HPH 較缺乏的是臨床區辨效度的部份，也就是在臨床上實際區辨的「效用」如何；以及，過去也未曾以臨床樣本來探討 HPH 的構念效度，因此難以確認其在臨床上的量尺構念是否如同原先編製一般。故回顧其他測驗發展後，更確認 HPH 區辨效度探討的必要。

2. 區辨效度驗證方式：大抵可以分成兩階段。首先，在最初發展時都先進行組別差異的變異數分析、t 考驗等探討，以確認不同組別在量尺上的分數是否具有差異。其目的在於先考驗各量尺的編製是否如同原先工具構念的預測，可以區別出不同組別的差異。再者，當量尺分數達到區別性時，可進一步以 ROC 曲線分析，來探討單一量尺區辨不同組別的效果，並進一步決定最適切截分數(如利用 SEN、SPE、PPP、NPP 等指標來說明)；也可透過羅吉斯迴歸、區辨分析探討多個量尺的組合能否有效區辨不同組別、或探討增益效度、或比較量尺間的相對重要性、或從多個量尺中找到最適組合(Bagby, Gillis, & Rogers, 1991; Bagby, Gillis, Toner, & Goldberg, 1991; Ben-Porath, Butcher, & Graham, 1991; Daubert & Metzler, 2000; Davis Jr, Offord, Colligan, & Morse, 1991; Egger, De Mey, Derksen, & van der Staak, 2003; Greenblatt & Davis, 1999; Kamphuis, Arbisi, Ben-Porath, & McNulty, 2008)。
3. 背景變項的影響：研究者在回顧其他測驗發展同時，也發現背景變項在其他測驗上的影響。例如，MMPI 測驗結果的解釋通常需要考慮許多人口變項，如性別、年齡、教育程度、種族、社經地位、居住地、智力等(張本聖、洪志美, 民 92)，相同高峰的得分剖面圖經過個人背景因素的校正後，會呈現相當不同的意義。過去 HPH 的研究則較少這方面的研究，因此難以得知背景變項對分數結果與解釋上的影響，但

已知的是不同性別在量尺上得分確實有所差異（柯永河與張小鳳，民 88）。因此，HPH 仍有待後續研究探討背景變項對量尺區辨的影響性。

4. 整合診斷系統來進行區辨效度探討：從 MCMII 的量尺結構與發展過程，可以發現整合診斷系統的好處，能更直接的瞭解個案的問題是否符合某種疾患的傾向，也可以讓測驗的結果與治療方式結合，對實務上帶來許多便利性。在這樣的量尺結構上，探討量尺對不同疾患的區辨效度就顯得更為重要。而 HPH 的量尺名稱與題項同樣參照 DSM 診斷準則編製，故後續效度研究可以多重視對不同疾患的區辨力。

綜合上述，本研究依循上述的做法，來進行 HPH 的臨床區辨效度研究，亦即先進行不同疾患組別在 HPH 各量尺的差異考驗。如果具有顯著差異，且此差異的方向如同量尺內涵的預測性，則進一步地使用羅吉斯迴歸分析探討哪些量尺及其組合可以區辨兩兩疾患間的差異，以建立初步的區辨不同疾患的得分組型。其中，為考量背景變項對量尺分數的影響，本研究先進行背景變項在量尺得分之差異探討，並以共變數分析探討控制背景變項後，不同疾患組別在量尺上得分是否有差異。另外，本研究將以此臨床樣本進行 HPH 的因素分析，以瞭解其因素結構與過去的研究結果有無差異，來說明 HPH 的構念是否受到支持。

第三節 研究目的、問題與假設

回顧柯永河與張小鳳(民 88)中有關區辨效度的研究結果，僅支持 HPH 對正常組與疾患組的得分差異性，但是對於不同疾患組之間在 HPH 各量尺的差異性，並未有足夠的支持。之所以如此，本研究認為柯永河與張小鳳(民 88)的研究中，三組個案組性質是依據精神分裂症向度的高低進行分組，因此精神分裂症傾向量尺(A1)能區分出精神分裂症與憂鬱及焦慮患者的差異，但是其他患者在 HPH 其他量尺的差異性，則是該研究未能回答，如臨床上常見的憂鬱與焦慮患者。因此，本研究多納入重鬱症、低落型情感症、與焦慮症三類疾患，並試圖檢驗精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患、焦慮疾患四組患者在 HPH 的 A、B、D 類量尺的得分差異，以探討量尺對不同疾患的區辨效度。

之所以進行如此的探討，乃基於 HPH 的精神分裂症(A1)量尺內容主要為精神分裂症的正性症狀(positive symptoms)，例如：常覺得有人要傷害我、常在收音機聽到別人惡意批評、聽到別人聽不到的聲音等妄想、幻覺，本研究認為雖然臨床上重鬱症患者也可能會有正性症狀，但這些症狀並不為其主要症狀；再者，低落型情感、焦慮疾患不易出現正性症狀，所以本研究預測精神分裂症在 A1 量尺的得分應顯著高於其他三類患者的得分。

躁型情感(A2)量尺內容包含無來由的愉悅、無緣無故增加信心、精力過人、自我重要感倍增、易怒的躁症症狀。過去胡海國(民 88)曾以專書研究精神分裂症者的特性，其中，以精神症狀檢查表詢問精神分裂症患者的結果，顯示精神分裂症患者也常出現更自信、誇大妄想的思考症狀(分別有 22.0%、21.4%之比例)；以填寫躁症量表的自陳方式，也顯示各項得分雖低於躁症患者，但最高的項目仍有話量過多/快、無病識感、容易生氣、與誇大妄想的情形；而以急/慢性精神分裂

症住院病人的報告也指出，急性患者也會出現睡眠需求減少、情緒高亢、話量過多、過份活動與易怒症狀，各項比例在 9.5%~47.1%範圍間，即使是慢性患者也有在 6.8~24.2%。綜合上述，顯示不論急、慢性精神分裂症患者都有出現躁症症狀的可能性。而雖然本研究未納入躁症患者，但因為精神分裂症患者也可能出現類似上述的誇大妄想等躁症症狀，而重鬱症、低落型情感與焦慮症較不易出現上述症狀。因此，預測精神分裂症患者在 A2 量尺得分應顯著高於其他三組的得分。

鬱型情感(A3)量尺內容主要為重鬱症的悲傷心情、無價值感、自殺意念/嘗試，並持續數個星期以上。本研究認為雖然精神分裂症患者也可能會有憂鬱症狀，但憂鬱非其主要症狀；再者，雖然焦慮患者常共病憂鬱，但在嚴重程度上應低於重鬱患者，低落型情感的憂鬱程度也會低於重鬱症患者。因此，本研究預測重鬱症患者在 A3 量尺的得分應顯著地高於其他三組患者的得分。

自殺傾向(A4)量尺是從 A3、B4 量尺中，挑選出與自殺內容相關之題項。由於精神分裂症患者中也常有自殺意圖，且約有 10%患者因為自殺而身亡(Miles, 1977)。重鬱患者的 DSM-IV 主要診斷準則之一就是自殺意念與嘗試(孔繁鐘, 民 92)。低落型情感疾患雖然沒將自殺列為診斷準則之一，但是卻包括無望感，而無望感也已被證實對於自殺有很高的預測性(Beck, 1986; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Goldston, Reboussin, & Daniel, 2006)。焦慮症患者則較不易有自殺意念。因此，本研究預測精神分裂症、重鬱症、低落型情感患者在 A4 量尺上得分應顯著高於焦慮症的得分。

恐慌型焦慮(B1)量尺內容代表恐慌型焦慮障礙傾向的強弱，包括：不明理由的焦慮性身心症發作、每次長約數分鐘的心悸、呼吸困難、盜汗、頭暈、胸悶、全身無力、害怕將死亡或發瘋等。雖然 B1 內容是恐慌疾患的症狀，但其實恐慌發作的情況在所有焦慮疾患中都可能發生(李立維等人(譯), 民 98)，且上述症狀

又非精神分裂症患者、重鬱症、低落型情感疾患的主要症狀，因此預測焦慮疾患在 B1 量尺上得分顯著高於其他三組患者的得分。

恐懼型焦慮(B2)量尺內容主要為恐懼症患者對某些特殊情境、物體、動物、人物等產生過度的恐懼性身心反應，如懼怕坐火車或公共汽車、懼怕坐電梯、懼怕別人認為一點也不可怕的動物、懼高等。由於上述症狀並非精神分裂、重鬱症、低落型情感的主要症狀，而焦慮組內的其他非特定恐懼症患者也有可能符合此量尺內描述的症狀，如恐慌症懼怕坐火車、電梯等。因此預測焦慮症患者在此量尺上得分平均應顯著高於其他三組患者。

泛焦慮型焦慮(B3)量尺內容主要為泛焦慮患者對於廣泛事物經驗到強烈且持續焦慮的傾向，包括：坐立難安、心情極度緊張、長期疲倦、難以專心做事、注意力不集中、易怒、肌肉緊繃難以放鬆、睡眠困擾等。由於廣泛型焦慮疾患的核心特質—焦慮性不安(anxious apprehension)是所有焦慮疾患的共同特性(李立維等人(譯), 民 98)，因此預測焦慮組在 B3 得分也會有較高的傾向。而雖然精神分裂、重鬱症、低落型情感疾患也可能有上述部份症狀，但並非出現所有症狀，且上述也非其主要症狀，因此預測此三疾患在 B3 會有較低的得分。另外，過去研究指出廣泛型焦慮常共病憂鬱，因此共病 GAD 的憂鬱患者也可能在 B3 量尺有較高得分，且甚至大於焦慮組(因共病而更嚴重)。但因本研究目的與研究設計，較難控制共病的因素，因此不清楚有多少憂鬱受試共病 GAD，也難以確定憂鬱組是否在 B3 分數高於焦慮組，故初步仍預測焦慮疾患在 B3 量尺得分應顯著高於其他三組患者。

憂鬱型焦慮(B4)量尺內容主要為低落型情感的悲傷心情、無望感、自殺意念/嘗試、胃口不好或吃得過多、疲勞、低自尊、專注能力減退等，並持續兩年以上。與 A3 相較，兩量尺症狀類似，但 B4 強度較輕微，且持續時間較長。在時間上，雖然 B4 的症狀時間需長達 2 年才符合低落型情感的情況，但本研究 MDD

受試平均罹病時間在 4 年以上，故也符合 B4 之描述；再者，在症狀與程度上，B4 與 A3 相近，故上述症狀也同樣會發生在重鬱症患者身上，且重鬱症患者的程度可能比低落型情感疾患嚴重。而精神分裂、焦慮疾患的得分也如同在 A3 量尺的預測。因此，本研究預測重鬱症患者在 B4 量尺得分應顯著高於低落型情感疾患，且低落型情感疾患得分應顯著高於精神分裂症與焦慮症患者。

強迫型焦慮(B5)量尺內容主要為強迫患者的強迫意念與強迫行為，包括無法控制地反覆想到某些念頭/畫面而感到焦慮，例如懷疑自己碰觸了髒東西、擔心自己不小心遺漏了某事項等強迫意念；以及為了要降低焦慮而無法控制的重複進行某些強迫行為，例如無法控制地洗好幾次手、開/關好幾次門等。由於上述症狀並非精神分裂症、重鬱症與低落型情感疾患的主要症狀，故此三組應有較低的得分。而焦慮組內的其他焦慮疾患雖然較不會有類似強迫症狀，但整個焦慮組平均得分應該仍高於其他三組。因此，預期焦慮組在 B5 量尺得分應顯著高於其他三組的得分。

D 類量尺中，D1 至 D4 量尺分別代表低至高的心理功能受損程度。D1 量尺表示心理功能全無受損，生活各方面適應良好，而 D4 量尺代表心理功能嚴重受損，生活各方面適應嚴重不良。D5 量尺為個案自評心理健康程度，D6 量尺為自評心理不健康程度。由於過去沒有這類量尺的臨床區辨效度資料，因此不清楚此類量尺對各疾患的區辨力，故本研究目的也在初探此類量尺的區辨效度。而四組疾患中，以焦慮症組的心理功能受損程度最輕微，生活適應能力最良好。因焦慮症對生活影響層面較屬特定於與焦慮主題有關的層面，如恐慌症患者在人多、狹小密閉空間較容易發作，但在一般家中較不容易；恐懼症患者僅對特定對象(如蛇)產生反應，生活上的其他層面的功能較容易維持。而精神分裂症、重鬱症、低落型情感的功能受損程度對生活影響層面則較為廣泛與嚴重，如：精神分裂症的認知功能受損與妄想症狀等；重鬱症患者沒有興趣動力進行日常活動(如學業、工作、人際)；低落型情感的憂鬱程度雖低於重鬱症，但功能受損程度並不低於

重鬱症(Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995; Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992; Furukawa et al., 2000)。因此預期焦慮症組在正向心理傾向的 D1(心理功能全無受損)、D5(自評心理健康)量尺得分應顯著高於其他三組疾患，在負向心理傾向的 D2、D3、D4、D6 量尺得分應顯著低於其他三組疾患。

D7 與 D8 量尺內容為自評測驗題項的可靠、不可靠程度。由於過去沒有研究顯示哪類疾患自評作答可靠與否的相關資料，且柯永河與張小鳳(民 88)的研究也未得到三組個案組在兩量尺上得分有顯著差異的結果。因此本研究對此兩量尺做一探索性研究，探討不同疾患在此兩量尺上的得分是否沒有顯著差異情形。

D9 量尺為罕見量尺，內容主要是一般人極少可能做正向(或負向)反應的題項，例如，「我是在土星出生的」、「我是一個火星人」、「我是一個嬰兒」等。因此若在此量尺得分高者，表示受測者思考內容或方法不同於常人，或者表示受測者有胡亂作答的傾向。由於精神分裂症患者的思考內容或方法不同於常人，因此預期精神分裂症組在 D9 量尺得分應顯著高於其他三組疾患。

由於過去 MMPI 的研究發現結果的解釋常需要考慮人口變項的資料，如性別、年齡、教育程度、智力等(張本聖、洪志美, 民 92)，可見背景變項對測驗的分數與解釋有所影響。但 HPH 過去並未有相關研究探討背景變項對區辨的影響性，因此並不確定哪些背景變項有影響，以及影響為何。而本研究目的在初探 A、B、D 類量尺的臨床區辨效度，即量尺是否真能區辨不同臨床疾患。因此，為避免背景變項的混淆干擾，研究者參考 MMPI 研究結果，納入性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、發病年齡、住院次數等背景變項進行探討—先探討本研究中哪些背景變項可能混淆量尺對不同疾患的區辨效果，再進而控制該背景變項的影響，以確認量尺對不同疾患的區辨力。

由於精神疾患間常有高共病的現象。例如：超過 75% 主要診斷為廣泛性焦慮症的患者同時有其他焦慮或情感疾患(Brawman-Mintzer et al., 1993; Brown & Barlow, 1992; Massion, Warshaw, & Keller, 1993)；33-65% 的精神分裂症患者中也具有憂鬱症狀(Hirsch, Jolley, & Barnes, 1989; Johnson, 1981; Martin, Cloninger, Guze, & Clayton, 1985; Mulholland & Cooper, 2000; Plasky, 1991)；躁鬱症患者可能具有精神症狀(American Psychiatric Association, 1994)。果真如此，那 HPH 不見得可以有效地在某「單一量尺」上區辨各疾患間的差異，而可能需透過「量尺組合」來區辨。因此，本研究除了進行四組疾患在 A、B、D 類各量尺間的差異檢定外，欲利用羅吉斯迴歸分析方式來解決上述問題，探討同樣納入背景變項的影響下，哪些量尺與背景變項間組合能顯著預測不同疾患間的兩兩差異，以及量尺與背景在兩疾患間區辨的整體解釋量(R^2)與分類情形(classification)，且是否如本研究所預期 A1 量尺最能區辨精神分裂與其他疾患間的兩兩差異、A3 量尺最能區辨重鬱症與其他疾患間的兩兩差異，以此類推。之所以採用兩兩比較方式，其原因在於臨床實務上常需進行鑑別診斷，以判斷個案的情形較偏向哪一類疾患，而兩兩比較最能廣泛應用在各種鑑別情形上。此外，也欲比較若不納入背景變項，僅以 HPH 量尺在兩兩疾患間之預測情形。

最後，在回顧 MMPI、KMHQ、MCMII 測驗的發展過程，可以發現區辨效度與構念/內容效度在各測驗的發展過程中就不斷地被重視，因為每個測驗都重視「量尺能否如同構念/內容的預測，可以區辨出目標族群」，因此也凸顯出構念/內容效度探討的重要性。本研究也同樣關心 HPH 應用在臨床族群中，量尺構念是否能如當初設計區辨出不同臨床疾患，故本研究將對 A、B、D 類量尺分別進行探索性因素分析，以初步瞭解 A、B、D 類量尺在臨床族群上的構念是否如同當初設計，並將結果與柯永河、張小鳳（民 88）的結果比較。

綜合上述，本研究的研究問題及假設如下：

1. 在控制背景變項的影響後，探討精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患、焦慮疾患在 HPH 的 A、B、D 三類量尺上的得分差異，以檢驗單一量尺對上述疾患的區辨力。對上述疾患在各量尺的差異情形假設如下：
 - (1) 精神分裂症傾向(A1)：精神分裂症在 A1 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (2) 躁型情感傾向(A2)：精神分裂症在 A2 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (3) 鬱型情感傾向(A3)：重鬱症者在 A3 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (4) 自殺傾向(A4)：精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患在 A4 量尺上得分顯著高於焦慮疾患
 - (5) 恐慌型焦慮(B1)：焦慮疾患在 B1 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (6) 恐懼型焦慮(B2)：焦慮疾患在 B2 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (7) 泛焦慮型焦慮(B3)：焦慮疾患在 B3 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。
 - (8) 憂鬱型焦慮(B4)：重鬱症在 B4 量尺上得分顯著高於低落型情感疾患，且低落型情感疾患得分顯著高於精神分裂症與焦慮疾患。
 - (9) 強迫型焦慮(B5)：焦慮疾患在 B5 量尺得分顯著高於其他三組疾患

(10) 心理功能與健康(D1 至 D6)：焦慮疾患在正向心理傾向的 D1、D5 量尺上得分顯著高於其他三組疾患，在負向心理傾向的 D2、D3、D4、D6 量尺上得分顯著低於其他三組疾患。

(11) 自評作答可靠(D7、D8)：四組疾患在量尺上得分沒有顯著差異。

(12) 罕見(D9)：精神分裂症在 D9 量尺上得分顯著高於其他三組疾患。

2. 探討量尺及其組合對兩兩疾患間區辨的預測力：由於精神疾患間的高共病性，單一量尺可能無法有效區辨不同疾患間的差異，因此欲探討哪些量尺及其組合能區辨兩兩疾患間的差異。主要分有無納入背景變項兩部份進行：在考量背景變項影響下，探討哪些量尺及背景變項間組合能區辨兩兩疾患間的差異，是否如同量尺的構念/內容預測，以及整體解釋力及分類結果；同時，也比較若不納入背景變項時，量尺及其組合在兩兩疾患間的區辨力。
3. 探討 HPH 的 A、B、D 類量尺在臨床上的構念效度：由於每個測驗發展都重視「量尺能否如同構念/內容的預測，可以區辨出目標族群」，因此除對量尺的區辨效度重視外，構念/內容效度也同樣被重視。而 HPH 當初是以一般常模建立，但後來應用在臨床上許久，卻未曾探討過此測驗在臨床上的構念是否如同當初設計。因此，本研究將進行探索性因素分析，探討 HPH 在臨床上的因素結構。

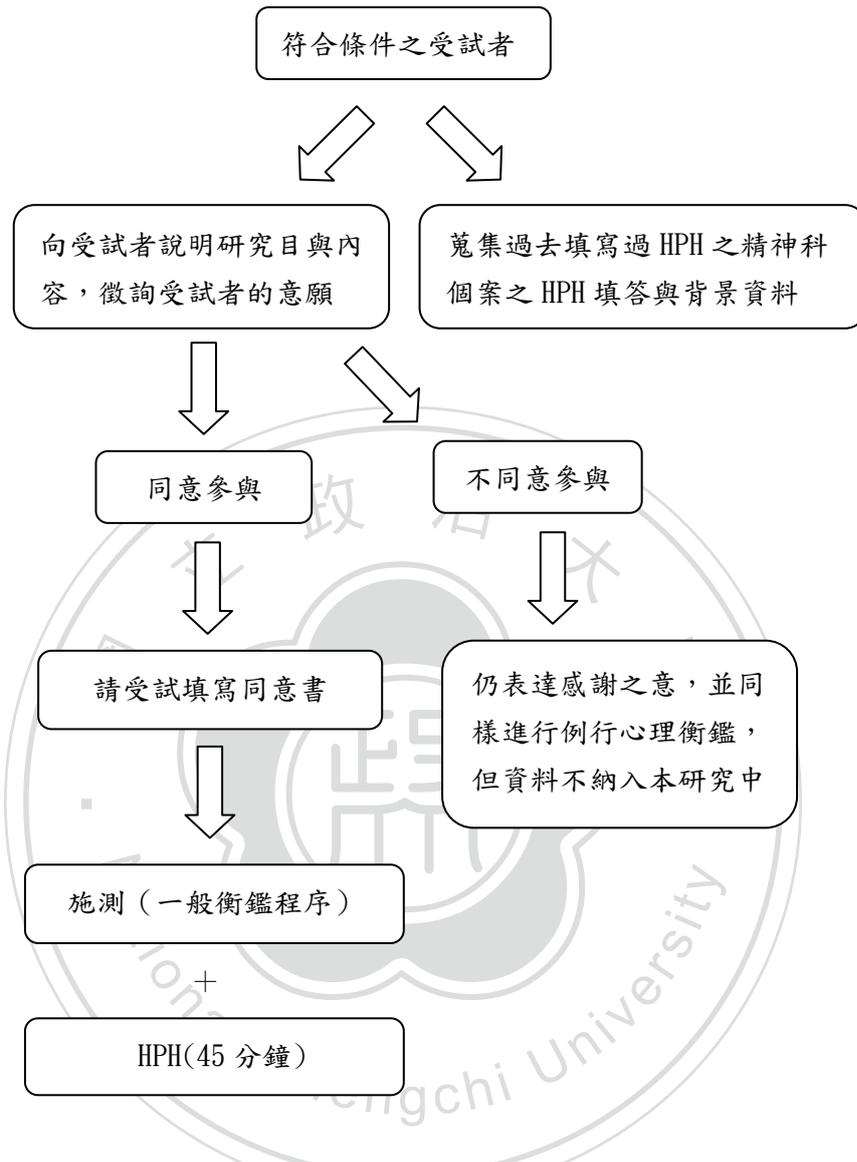
第三章 研究方法

第一節 研究程序

本研究是在台北市一家醫學中心精神科進行，在通過該醫學中心之人體試驗委員會同意(審核同意書請見附錄一)，且符合研究倫理規範的前提下，分為兩部分進行：第一部分為蒐集舊病歷中之個案，研究者蒐集舊病歷中曾填寫 HPH 量表的個案基本資料與填答資料。

第二部份為蒐集本研究期間由精神科醫師轉介門診、住院、日間照護病房之病人，並由臨床心理師或受過訓練的研究生進行衡鑑。一開始，先向個案說明本研究目的與內容，以徵詢受試者的意願，倘若受試者同意參與本研究，會請受試填寫研究同意書，並告知其相關的權利，與本研究的保密性。之後，將進行一般心理衡鑑程序，並於衡鑑過後施測 HPH 量表。倘若受試在一開始或過程中不願意參與本研究，則仍進行例行心理衡鑑，並於衡鑑結束後，不納入受試的資料於本研究中。

有關研究程序，可如下圖三-1 所示：



圖三-1 研究程序圖

第二節 研究對象與工具

一、研究對象

本研究在該醫學中心透過精神科門診、急性病房、及日間照護病房，收集由精神科醫生診斷為精神分裂症、重鬱症、低落型情感及焦慮疾患之患者。受試年齡界在 16-65 歲之間，並排除不識字、失聰、失明、失聽，具重大生理疾病或物質濫用診斷之病人。背景變項部份，本研究蒐集性別、年齡、婚姻狀態、教育程度之人口變項，診斷、第一次發病年齡、罹病月數及住院次數之臨床變項。

在診斷方面，本研究個案的診斷皆由主治層級以上的精神科醫生負責診斷，其臨床經驗皆達五年以上。而臨床上常見之共病，即當受試有兩個以上的精神科診斷(如精神分裂症與憂鬱、憂鬱與焦慮)，本研究會以第一診斷(主要診斷)為分組的依據，因主要診斷表示患者目前的主要問題。

另外，由於本研究除了蒐集研究期間的個案，亦收錄過去曾做過 HPH 測驗，並符合收案條件的病人，因此為了更確認患者的診斷，本研究根據下列標準來進行評估：(1)診斷確認性：研究者檢視病歷中，個案填寫 HPH 時最近一次診斷是否有「疑似某診斷」之指標，如果診斷中有疑似指標，表示醫生對個案的診斷仍有不確定性。結果顯示在此次收取的 547 名受試中(除本研究中的精神分裂、重鬱症、低落型情感、焦慮疾患之外，還包括其他精神科診斷)，研究者以方便取樣隨機抽取 437 名。其中，所有診斷都無疑似診斷者有 328 人(75.1%)，第一診斷(主要診斷)沒有疑似診斷者也高達 389 人(89.0%)。(2)診斷穩定度：即診斷是否有修正，研究者根據受試者填寫 HPH 前(後)共兩個月的時間，檢視過去病歷以確認醫生有無進行診斷的修正。由於查詢病歷權限的限制，研究者以方便

取樣抽取 181 名患者，其中診斷穩定度達八個星期以上者有 144 人(79.68%)。綜合上述，在立意取樣的方式下，本研究患者的診斷確認性都有 7、8 成。

經由上述標準，最初收集到 568 名臨床患者（含新、舊個案），先排除掉診斷遺漏的 21 名患者，並確認剩下 547 名患者中無 HPH 填答遺漏過多的情形。最後，將診斷為精神分裂症、重鬱症、低落型情感、焦慮疾患之 257 名患者，納入本研究分析中，其中男性有 98 人(38.1%)、平均年齡為 30.26 歲(標準差 11.06)，女性 159 人(61.9%)、平均年齡為 30.07 歲(標準差 9.88)。

下表三-1 顯示各診斷人數與百分比，精神分裂症組 66 人(25.7%)、重鬱症組 61 人(23.7%)、低落型情感組 45 人(17.5%)、焦慮疾患組 85 人(33.1%)。

表三-1 各診斷人數與百分比

診斷	人數	百分比
精神分裂症	66	25.7%
重鬱症	61	23.7%
低落型情感疾患	45	17.5%
焦慮疾患	85	33.1%
Anxiety state	44	
OCD	23	
Phobia ¹	9	
Panic disorder	7	
GAD	2	

註：1.含 simple phobia (2 人)、phobic state (3 人)、social phobia (2 人)、agoraphobia (1 人)、unspecified (1 人)。

表三-2、表三-3 為各組在不同背景變項之分佈狀況、卡方同質性考驗與變異數分析。性別方面，精神分裂症組有男性 37 人(56.1%)、女性 29 人(43.9%)，重鬱症組有男性 19 人(31.1%)、女性 42 人(68.9%)，低落型情感組有男性 12 人(26.7%)、

女性 33 人(73.3%)，焦慮症組有男性 30 人(35.3%)、女性 55 人(64.7%)，四組在男女比例上有顯著差異($\chi^2=13.50, P<.01$)，事後比較顯示精神分裂症組男性比例顯著高於重鬱症組與低落型情感組。

教育程度方面，精神分裂症組以高中程度者為最多(32 人，49.2%)，專科、大學者次之(皆為 13 人，20.0%)；重鬱症組以高中教育程度者最多(24 人，39.3%)，大學程度者次之(21 人，34.3%)；低落型情感組以大學程度者最多(20 人，45.5%)、高中程度者次之(14 人，31.8%)；焦慮症組以大學程度者最多(39 人，46.4%)、高中程度者次之(25 人，29.8%)。四組在教育程度上有顯著差異($\chi^2=23.02, P<.05$)，事後比較顯示精神分裂症組國中程度者顯著多於焦慮症組，低落型情感組與焦慮症組大學程度者顯著多於精神分裂症組。

婚姻狀態方面，四組皆以未婚者為最多，精神分裂症組有 51 人(78.5%)、重鬱症組有 40 人(65.6%)、低落型情感組有 32 人(72.7%)、焦慮症組有 62 人(74.7%)；其次為已婚者，精神分裂症組有 11 人(16.9%)、重鬱症組有 14 人(23.0%)、低落型情感組有 8 人(18.2%)、焦慮症組有 16 人(19.3%)。卡方考驗顯示，四組在婚姻狀態上沒有顯著差異。

在年齡方面，精神分裂症組平均年齡為 32.48 歲、標準差 11.70，重鬱症組平均年齡 30.93 歲、標準差 10.64，低落型情感組平均年齡 28.60 歲、標準差 9.74，焦慮症組平均年齡 28.56 歲、標準差 8.93。四組在年齡上沒有顯著差異($F=2.14, p>.05$)。

初次發病年齡方面，精神分裂症組平均首發年齡為 24.76 歲、標準差 8.42，重鬱症組平均首發年齡 27.53 歲、標準差 10.50，低落型情感組平均首發年齡 26.36 歲、標準差 8.31，焦慮症組平均年齡 25.93 歲、標準差 9.07。四組在首次發病年齡上沒有顯著差異($F=.41, p>.05$)。

表三-2 各組在不同背景變項之人數、百分比與卡方同質性考驗

		精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		χ^2	事後比較
		N	%	N	%	N	%	N	%		
性別	男	37	56.1	19	31.1	12	26.7	30	35.3	13.05**	1>23
	女	29	43.9	42	68.9	33	73.3	55	64.7		23>1
教育程度	國中	5	7.7	6	9.8	0	0	1	1.2	23.02*	2>4
	高中	32	49.2	24	39.3	14	31.8	25	29.8		n.s
	專科	13	20.0	8	13.1	8	18.2	14	16.7		n.s
	大學	13	20.0	21	34.4	20	45.5	39	46.4		34>1
	研究所	2	3.1	2	3.3	2	4.5	5	6.0		n.s
婚姻狀態	未婚	51	78.5	40	65.6	32	72.7	62	74.7	6.13	—
	已婚	11	16.9	14	23.0	8	18.2	16	19.3		—
	離婚	3	4.6	6	9.8	4	9.1	5	6.0		—
	其他	0	0	1	1.6	9	0	0	0		—

註:1 精神分裂、2 重鬱症、3 低落型情感、4 焦慮症

* $p < .05$, ** $p < .01$

表三-3 各組在不同背景變項之平均數、標準差

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
年齡	32.48	11.70	30.93	10.64	28.60	9.74	28.56	8.93	2.14	—
首次發病年齡	24.76	8.42	27.53	10.50	26.36	8.31	25.93	9.07	.41	—
罹病月數	97.92	91.26	46.62	48.64	23.41	44.32	29.51	48.87	11.98***	1>234
住院次數	2.47	3.18	1.22	2.12	.24	.53	.12	.36	16.59***	12>34

註:1 精神分裂、2 重鬱症、3 低落型情感、4 焦慮症

*** $p < .001$

罹病月數方面，精神分裂症組平均罹病月數為 97.92 個月、標準差 91.26，重鬱症組平均罹病月數 46.62 個月、標準差 48.64，低落型情感組平均罹病月數 23.41 個月、標準差 44.32，焦慮症組平均罹病月數 29.51 個月、標準差 48.87。四組在罹病月數有顯著差異($F=11.98$, $p<.001$)，事後比較顯示精神分裂症組罹病月數顯著高於重鬱症組、低落型情感組、焦慮症組。

住院次數方面，精神分裂症組平均住院次數為 2.47 次、標準差 3.18，重鬱症組平均住院次數 1.22 次、標準差 2.12，低落型情感組平均住院次數.24 次、標準差.53，焦慮症組平均住院次數.12 次、標準差.36。四組在住院次數有顯著差異 ($F=11.98, p<.001$)，事後比較顯示精神分裂症組、重鬱症組住院次數顯著高於低落型情感組、焦慮症組。

二、研究工具

(一) 健康、性格、習慣量表 (HPH)

「健康、性格、習慣量表 (修訂版)」(HPH, 柯永河、張小鳳, 民 88) 共有 27 個量尺、256 個題項，乃由三種精神病傾向，一種自殺意念傾向量尺、五種焦慮障礙傾向量尺、九種性格違常傾向量尺、九種自評心理健康和作答誠實或可靠度量尺混合而成，全部施測約需 40 分鐘。由測驗所得之結果可以瞭解受測者自認心理健康與否、目前的整體心理功能運作好壞程度、對自己的評估是否符合實情 (有無病識感、或過度慮病)、有哪些精神疾病傾向與嚴重程度，以及自殺意念的有無 (柯永河、張小鳳, 民 88)。由於本研究主要以第一軸臨床疾患為受試來探討 HPH 的臨床區辨效度，因此在量尺分析上，主要以 A、B、D 類量尺的填答資料作分析。

內部一致性方面，過去研究顯示 A、B 版量尺多在 0.80 以上 (除 A2、B2 量尺外，分別為 0.53~0.77 與 0.63~0.74)，C 版量尺也落在 0.60~0.80 之間。再測信度也顯示 HPH 各量尺得分在間隔一個月內無顯著改變。效度方面，HPH 也經過內容效度、同時效度、因素分析等檢驗，大部分量尺效度都獲得中上程度支持。

本研究利用收取的個案來進行內部一致性考驗，整體來說各量尺的 α 值多在.70 以上，除了 C3、D7 及 D9 之外 (表三-4)。A、B 版量尺多在 0.90 以上 (除

A2、B2、B5 量尺外，分別為.74、.72、.88)；C 版量尺的內部一致性係數 α 值大多落在 0.70~0.90 之間 (C3 除外)，D 版量尺亦在 0.70 以上。此結果顯示本研究在 HPH 各量尺的內部一致性，比柯永河與張小鳳(民 88)的結果要來得高一些。

表三-4 HPH 各量尺內部一致性

代號	量尺名稱	內部一致性 α 值
A1	精神分裂症傾向	.90
A2	躁型情感傾向	.74
A3	鬱型情感傾向	.91
A4	自殺意念	.95
B1	恐慌型焦慮	.94
B2	恐懼型焦慮	.72
B3	泛焦慮型焦慮	.92
B4	憂鬱型焦慮	.91
B5	強迫型焦慮	.88
C1	分裂型人格傾向	.81
C2	疑心型人格傾向	.86
C3	消極抵抗型人格傾向	.67
C4	依賴型人格傾向	.80
C5	強迫型人格傾向	.76
C6	邊緣型人格傾向	.79
C7	歇斯底里型人格傾向	.76
C8	自戀型人格傾向	.74
C9	反社會型人格傾向	.88
D1	心理功能全無受損	.86
D2	心理功能輕度受損	.71
D3	心理功能中度受損	.82
D4	心理功能嚴重受損	.78
D5	自評心理健康	.84
D6	自評心理不健康	.91
D7	自評作答可靠	.50
D8	自評作答不可靠	.72
D9	罕見反應	.05

第三節 資料分析與處理

一、 受試者基本資料的描述統計

先描述本研究所有受試的男女人數比例與平均年齡、標準差。再以各疾患組為單位，說明不同組別在性別、年齡等背景變項上的分佈情形。

二、 探討四組疾患在背景變項分佈上有否差異

本研究將以卡方同質性考驗，探討四組疾患在性別、教育程度、婚姻狀態上的分佈有否顯著差異；以變異數分析，探討四組疾患在年齡、首次發病年齡、罹病月數、住院次數上有否顯著差異。

三、 探討不同背景變項與 A、B、D 類分量尺有無關連性

本研究將以變異數分析探討不同性別、教育程度、婚姻狀態在 A、B、D 類各分量尺上得分有無顯著差異；也以皮爾森相關探討年齡、發病年齡、罹病月數、住院次數與 A、B、D 類各分量尺的相關情形。

四、 探討控制有關的背景變項後，四種診斷組在 A、B、D 類各分量尺上得分差異情形

由於文獻回顧中發現背景變項有可能影響量尺對不同疾患的區辨效度，本研究中為控制背景變項的混淆，探討量尺能否實際區辨不同臨床疾患，因此在前述第二、三項分析中，若發現背景變項在本研究的四個診斷組中分佈有所差異，且也與 HPH 量尺分數有關連，將進行該背景變項控制後的共變數分析(ANCOVA)，探討四種診斷組在 A、B、D 類各分量尺上得分差異情形，以確認量尺實際的區辨效度。

五、 探討四組在控制背景變項影響後，哪些 A、B、D 量尺的組合對兩兩疾患間的區辨有顯著預測力，以及整體預測情形：

為瞭解組合量尺在兩兩疾患間區辨的實際預測力，本研究以羅吉斯迴歸分析（logistic regression analysis）探討哪些量尺能在兩兩疾患間區辨，統計分析方法參考吳明隆(民 97)。由於 A、B、D 類量尺數眾多，研究者先根據 ANCOVA 結果挑出兩兩疾患間得分有顯著差異的量尺。之後，依背景變項考量與否，分兩部份進行：在考量背景變項影響下，投入量尺與背景變項，探討在控制背景影響下，哪些量尺及組合能區辨兩兩疾患間的差異，是否如同構念/內容預測，以及整體解釋力(R^2)與分類結果(SEN、PPP)；另外，也探討若不納入背景變項時，量尺及其組合在兩兩疾患間的區辨力。

六、 探討 HPH 在臨床樣本的構念效度

本研究欲瞭解 HPH 的 A、B、D 類量尺在臨床上的因素結構為何，是否與常模中的因素結構相同。同時也欲瞭解，各量尺的構念是否純粹，因此將分別對 A、B、D 類量尺進行探索性因素分析，並以主軸法(Principal-axis factoring)抽取因素、直接斜交轉軸法(Direct Oblimin)進行轉軸。

第四章 研究結果

第一節 背景變項與 A、B、D 類量尺得分之關係

為檢驗背景變項在 A、B、D 類量尺上的影響性，本節以變異數分析探討不同性別、教育程度、婚姻狀態在 A、B、D 類量尺上的得分差異，並以皮爾森相關探討年齡、發病年齡、罹病月數、住院次數與 A、B、D 類量尺分數間的相關。

一、不同性別在各量尺間得分差異探討

表四-1 不同性別在 A、B、D 類量尺之差異情形

	男性		女性		F
	M	SD	M	SD	
A1	53.09	24.08	51.14	18.74	.97
A2	16.10	7.81	15.19	6.30	2.00
A3	22.14	12.06	26.55	13.23	15.66***
A4	25.59	15.85	31.78	17.69	16.60***
B1	38.73	20.64	44.77	20.65	10.57**
B2	18.44	8.02	19.61	8.02	2.62
B3	40.84	18.68	47.53	18.71	15.67***
B4	39.50	18.35	47.26	18.55	21.70***
B5	34.71	15.57	36.40	14.17	1.60
D1	34.38	13.57	33.60	12.29	.48
D2	19.28	7.26	20.08	6.95	1.69
D3	18.17	9.05	19.65	8.47	3.80
D4	28.56	11.50	29.91	10.63	1.96
D5	10.18	4.89	9.20	4.66	5.55*
D6	8.67	5.06	10.35	5.20	14.10***
D7	13.99	3.19	14.01	3.35	<.01
D8	4.50	2.56	4.57	2.89	.06
D9	13.53	4.38	13.66	4.07	.12

註：A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。*p < .05, **p < .01, ***p < .001。

結果顯示(表四-1)，女性在鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌型焦慮(B1)、泛焦慮型焦慮(B3)、憂鬱型焦慮(B4)量尺上得分顯著高於男性；女性也顯著比男性在評估自己心理健康狀況上，認為自己心理健康程度(D5)較低、心理不健康程度(D6)較高。其餘量尺則無顯著性別差異。

二、不同教育程度在各量尺間得分差異探討

表四-2 不同教育程度在 A、B、D 類量尺之得分差異情形

	國中		高中		專科		大學		研究所		F	事後比較
	M	SD										
A1	65.11	28.84	54.18	22.70	50.14	18.13	48.36	16.65	41.90	16.48	3.91**	1>345;2>45
A2	19.20	9.93	15.87	6.69	14.03	5.27	15.52	7.01	12.86	4.39	4.99**	1>35
A3	30.48	13.34	25.64	13.60	22.69	12.25	24.10	12.06	20.23	12.53	3.73**	1>3
A4	39.37	18.65	30.62	18.12	25.94	15.43	28.20	16.20	21.91	13.10	5.71***	1>345
B1	51.76	23.52	44.37	22.74	38.78	18.34	40.99	18.52	34.39	19.71	3.86**	1>35
B2	21.98	10.34	19.47	7.95	17.64	7.27	19.48	7.91	14.96	5.90	4.53**	124>5
B3	52.78	22.63	46.30	19.82	41.69	16.16	43.95	17.36	38.87	22.58	2.76*	1>3
B4	53.24	18.16	45.42	20.22	40.67	16.76	43.47	17.81	36.57	18.18	4.67**	1>345
B5	41.15	16.98	36.13	15.06	31.89	11.27	36.91	14.83	29.17	15.81	4.67**	14>3
D1	34.33	14.41	34.19	13.01	35.10	12.70	32.39	12.22	37.46	13.01	1.32	—
D2	22.19	8.89	19.85	7.49	19.35	6.22	19.46	6.46	17.79	6.95	1.51	—
D3	21.77	10.19	19.75	8.92	17.82	7.91	18.73	8.36	16.00	8.73	2.76*	n.s.
D4	33.56	11.80	30.16	11.04	28.30	10.83	28.82	10.70	23.79	9.61	3.94**	1>5
D5	10.52	4.84	9.88	5.05	9.80	4.35	8.75	4.55	10.42	5.00	2.27	—
D6	9.48	5.58	9.56	5.35	9.77	4.95	10.05	5.14	8.75	4.98	.46	—
D7	14.58	3.14	14.21	3.31	13.99	3.47	13.57	3.23	14.58	2.90	1.54	—
D8	6.81	4.81	4.55	2.61	4.26	2.27	4.25	2.27	3.50	1.22	6.22***	1>2345;2>5
D9	15.67	6.96	13.50	4.08	13.37	2.99	13.45	3.96	12.79	2.75	1.56	—

註：A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 國中組、2 高中組、3 專科組、4 大學組、5 研究所組。* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

結果顯示（表四-2），不同教育程度在 A、B 量尺、D3、D4、D8 量尺上有顯著差異，且整體結果顯示國中教育程度者在大部分量尺上的傾向程度高於其他。

三、不同婚姻狀態在各量尺間得分差異探討

表四-3 不同婚姻狀態在 A、B、D 類量尺之得分差異情形

	未婚		已婚		離婚		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
A1	51.92	21.31	49.78	20.99	59.74	19.32	2.86	—
A2	15.63	7.10	15.35	6.37	16.43	7.41	.32	—
A3	24.50	12.53	23.29	12.87	32.00	15.38	4.57*	3>12
A4	28.56	16.70	27.27	16.82	39.71	20.47	5.36**	3>12
B1	41.32	20.17	42.82	22.46	51.77	22.60	4.07*	3>1
B2	19.41	7.98	18.04	8.37	19.43	7.84	1.12	—
B3	43.34	17.90	46.15	21.31	56.00	20.36	6.44**	3>1
B4	43.67	18.21	41.34	19.63	55.03	20.92	7.13**	3>12
B5	36.18	14.87	33.38	15.08	36.48	12.89	1.43	—
D1	32.93	12.52	38.57	13.60	31.22	10.84	9.30**	2>13
D2	19.66	7.16	20.05	7.02	20.14	7.06	.18	—
D3	18.81	8.66	18.50	8.65	22.65	8.99	3.54*	3>12
D4	29.35	10.82	27.63	10.94	34.71	12.69	5.48**	3>12
D5	9.13	4.66	11.31	4.83	9.63	4.54	9.09***	2>1
D6	9.93	5.17	8.73	5.11	9.73	5.56	2.25	—
D7	13.73	3.36	14.62	2.95	15.08	3.03	5.22**	2>1
D8	4.47	2.67	4.82	3.09	4.76	3.01	.67	—
D9	13.83	4.32	12.97	4.02	13.14	3.34	1.99	—

註：A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 未婚、2 已婚、3 離婚。* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

結果顯示（表四-3），離婚者在鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌(B1)、泛焦慮(B3)、憂鬱型焦慮(B4)、心理功能中度受損(D3)、心理功能嚴重受損(D4)量尺

上得分顯著高於未婚或已婚者。另外，已婚者在心理功能沒有受損(D1)、自評心理健康程度(D5)、自評作答可靠程度(D7)上得分顯著高於未婚或離婚者。

綜合上述，在婚姻狀態上，離婚者的焦慮憂鬱程度顯著高於已婚與未婚，且心理功能相較於未婚、已婚，也有偏低的情形。另外，已婚者在心理疾病(AB 量尺)得分顯著比離婚者低，且整體心理功能與自評心理健康程度又顯著高於未婚或離婚者。

四、 年齡、發病年齡、罹病月數、住院次數與 A、B、D 類 分量尺間的相關

表四-4 是背景變項與 A、B、D 量尺間的相關，整體結果顯示年齡、初發年齡、罹病月數、住院次數，各自與部份 A、B、D 分量尺有顯著相關，但相關值偏低，在-.20 至.25 之間。

年齡部份，與 A3、B2、B5、D6、D9 量尺有顯著負相關，與 D1、D5、D7 量尺有顯著正相關。顯示年齡越高，在鬱型情感(A3)、恐懼型焦慮(B2)、強迫型焦慮(B5)程度有越低的傾向，且整體心理功能無損程度(D1)、自評心理健康(D5、D6)、作答可靠(D7)也有越高的情形。

初次發病年齡也與部份 A、B 分量尺(A1、A3、A4、B2、B4、B5)有顯著負相關，與健康程度(D5、D6)、功能受損程度低(D1、D3、D4)有顯著正相關，顯示發病年齡早，疾病嚴重程度、功能受損、不健康程度也有較高的傾向。

罹病月數與住院次數的量尺相關情形大致相同，兩者皆與精神分裂症(A1)、躁型情感(A2)、自殺意念(A4)、心理功能輕度受損(D2)、心理功能重度受損(D4)

有顯著正相關，顯示在上述量尺傾向程度越嚴重時，罹病月數也會越長、住院次數也會越多。

表四-4 背景變項與 A、B、D 類量尺之相關

	年齡	初次 發病年齡	罹病月數	住院次數
A1 精神分裂症	-.01	-.12**	.20**	.19**
A2 躁型情感	-.02	-.08	.16**	.15**
A3 鬱型情感	-.10*	-.13**	.06	.08
A4 自殺意念	-.07	-.10*	.09*	.16**
B1 恐慌型焦慮	-.05	-.08	.06	.04
B2 恐懼型焦慮	-.14**	-.14**	-.02	-.04
B3 泛焦慮型	-.01	-.03	.08	.03
B4 憂鬱型焦慮	-.09	-.12*	.08	.07
B5 強迫型焦慮	-.18**	-.20**	.01	-.06
D1 心理功能全無受損	.22**	.17**	.12**	.12**
D2 心理功能輕微受損	-.02	-.04	.10*	.09*
D3 心理功能中度受損	-.08	-.10*	.06	.04
D4 心理功能嚴重受損	-.05	-.12**	.14**	.18**
D5 自評心理健康	.25**	.21**	.11*	.13**
D6 自評心理不健康	-.16**	-.14**	-.04	-.09*
D7 自評作答可靠	.13**	.11*	.06	.09*
D8 自評作答不可靠	.04	-.02	.10*	.02
D9 罕見反應	-.10*	-.14**	.02	.01

* $p < .05$, ** $p < .01$

小結

綜合上述，整體來說上述七個背景變項都與 HPH 某些量尺的得分情形有顯著關係。若再加上前一節結果之發現，不同疾患在 A、B、D 分量尺得分也有顯著差異情形，讓研究者思考的是，由於本研究在蒐集臨床受試過程中，難以對背景變項進行控制，故無法排除量尺的區辨結果是否受到背景變項的影響。因此，下一節將採取控制各個背景變項的影響，探討不同疾患在 A、B、D 類量尺的得分情形是否符合預期。



第二節 控制背景變項後， 四種疾患在 A、B、D 類量尺得分差異

本節目的在探討排除背景變項影響後，不同診斷組在 A、B、D 類量尺得分差異是否符合預期。根據表格三-2、三-3，疾患組在性別、教育程度、罹病月數、住院次數上有顯著差異，前一節的分析也發現此四個背景變項對 A、B、D 類份量尺有影響，因此將以共變數分析，探討控制上述四個背景變項後，不同疾患在各分量尺上的差異情形。

控制性別

控制性別變項的影響後，結果顯示（表四-5），除恐懼型焦慮(B2)、心理功能輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)等量尺未達顯著外，其餘量尺皆達顯著差異。若將結果整理，可以發現：

在精神分裂症(A1)量尺，精神分裂症組得分顯著高於重鬱症組、低落型情感組，且重鬱症組、低落型情感組得分又顯著高於焦慮症組。在躁型情感(A2)量尺上，精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組。

在焦慮、憂鬱類量尺上，出現重鬱症組、低落型情感組在鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌型(B1)、泛焦慮型(B3)、憂鬱型焦慮(B4)的得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組的情形；在強迫型焦慮(B5)量尺，重鬱症組、低落型情感組焦慮組得分顯著高於精神分裂症組；恐懼型焦慮(B2)量尺上沒有顯著差異。

表四-5 控制性別後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
A1	61.31	2.44	54.34	2.52	53.28	3.04	42.77	2.11	11.56***	1>23>4
A2	17.53	.85	15.56	.88	15.54	1.06	14.03	.74	3.20*	1>4
A3	20.40	1.36	33.21	1.41	30.23	1.69	19.50	1.18	25.36***	23>14
A4	21.24	1.97	40.85	1.89	36.73	2.24	21.50	1.54	29.87***	23>14
B1	36.56	2.58	50.31	2.53	50.90	2.87	36.99	2.05	10.10***	23>14
B2	18.82	1.07	19.10	1.03	20.31	1.17	20.04	.84	.47	—
B3	39.17	2.42	50.98	2.35	51.64	2.66	42.99	1.92	6.34***	23>14
B4	35.29	2.16	55.03	2.11	54.03	2.39	38.06	1.72	23.99***	23>14
B5	31.28	1.95	40.39	1.91	39.95	1.27	36.31	1.56	4.46**	234>1
D1	40.09	1.48	28.99	1.52	27.35	1.77	34.85	1.29	13.59***	1>4>23
D2	20.74	.89	19.76	.92	19.24	1.07	19.44	.77	.52	—
D3	17.78	1.02	23.16	1.03	22.92	1.21	16.36	.87	12.04***	23>14
D4	28.43	1.25	34.62	1.28	33.16	1.49	25.00	1.09	13.22***	23>1>4
D5	11.13	.55	7.75	.57	7.91	.66	9.60	.48	7.55***	1>4>23
D6	7.36	.60	11.77	.61	11.08	.71	9.47	.52	10.01***	2>4>1;3>1
D7	13.55	.42	13.70	.43	13.95	.51	13.63	.37	.13	—
D8	5.08	.32	4.34	.33	4.84	.38	3.86	.28	3.19*	13>4
D9	13.46	.49	13.46	.50	13.84	.59	13.04	.43	.44	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 焦慮症組。* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

在心理功能全無受損(D1)量尺，精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組，且焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在心理功能中度受損(D3)量尺，重鬱症組、低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組、焦慮症組；在心理功能嚴重受損(D4)量尺，重鬱症組、低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組，且精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組；在自評心理健康(D5)量尺上，精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組，且焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在自評心理不健康(D6)量尺上，重鬱症組得分顯著高於焦慮症組，且低落型情感、焦

慮症組得分顯著高於精神分裂症組；在自評作答不可靠(D8)量尺上，精神分裂症組、低落型情感組得分顯著高於焦慮症組。在輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)量尺上則沒有顯著差異。

控制教育程度

控制教育程度變項的影響後，結果顯示（表四-6），除恐懼型焦慮(B2)、心理功能輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)等量尺未達顯著外，其餘量尺皆達顯著差異。若將結果整理，可以發現：

在精神分裂症(A1)量尺，精神分裂症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組，且重鬱症組與低落型情感組得分又顯著高於焦慮症組。在躁型情感(A2)量尺上，精神分裂症組得分顯著高於重鬱症組與焦慮症組。

在焦慮、憂鬱類量尺上，普遍出現重鬱症組、低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組的情形，如鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌型(B1)、泛焦慮型(B3)、憂鬱型焦慮(B4)；在強迫型焦慮(B5)量尺，重鬱症組、低落型情感組焦慮組得分顯著高於精神分裂症組；恐懼型焦慮(B2)量尺上沒有顯著差異。

在心理功能全無受損(D1)量尺，精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組，且焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在心理功能中度受損(D3)量尺，重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組；在心理功能嚴重受損(D4)量尺，重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組，且精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組；在自評心理健康(D5)量尺上，精神分裂症組與焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在自評心理不健康(D6)量尺上，重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於焦慮症組，且焦慮症組顯著高於精神分裂症組；在自評作答不可靠(D8)量尺上，精神分裂症組、低落型情感組得分顯著高

於焦慮症組。在輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)量尺上則沒有顯著差異。

表四-6 控制教育程度後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
A1	62.62	2.46	54.11	2.52	52.53	3.04	42.78	2.14	12.27***	1>23>4
A2	18.01	.85	15.59	.87	15.38	1.06	13.91	.74	4.30**	1>24
A3	20.47	1.37	33.02	1.41	30.75	1.71	19.68	1.20	25.09***	23>14
A4	20.86	1.95	40.65	1.92	37.65	2.27	21.87	1.56	29.95***	23>14
B1	36.31	2.56	50.28	2.55	51.60	2.89	37.31	2.08	10.58***	23>14
B2	18.93	1.05	19.15	1.03	20.33	1.17	20.07	.84	.41	—
B3	38.52	2.40	50.86	2.37	52.46	2.69	43.52	1.94	7.17***	23>14
B4	34.80	2.15	55.06	2.14	54.71	2.43	38.44	1.75	25.11***	23>14
B5	32.41	1.91	40.38	1.90	39.70	2.16	35.93	1.56	3.69*	23>1
D1	39.09	1.49	29.29	1.53	27.80	1.79	35.08	1.31	11.18***	1>4>23
D2	20.61	.91	19.94	.93	19.22	1.10	19.41	.80	.42	—
D3	17.87	1.03	22.98	1.04	22.99	1.22	16.56	.89	11.09***	23>14
D4	28.75	1.26	34.53	1.29	33.17	1.51	25.02	1.11	12.69***	23>1>4
D5	10.77	.55	7.68	.56	7.96	.66	9.72	.48	6.78***	14>23
D6	7.55	.60	11.93	.61	11.11	.72	9.35	.52	10.26***	23>4>1
D7	13.40	.43	13.65	.44	14.03	.51	13.72	.37	.30	—
D8	5.11	.32	4.27	.33	4.91	.39	3.92	.28	3.08*	13>4
D9	13.51	.50	13.49	.51	13.81	.60	13.04	.44	.41	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 焦慮症組。* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

控制罹病月數

控制罹病月數的影響後，結果顯示（表四-7），除恐懼型焦慮(B2)、心理功能輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)等量尺未達顯著外，其餘量尺皆達顯著差異。若將結果整理，可以發現：

表四-7 控制罹病月數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
A1	60.02	2.61	54.11	2.51	52.79	3.07	43.03	2.12	8.88***	123>4
A2	17.26	.93	15.65	.89	15.57	1.09	14.22	.76	2.04*	1>4
A3	20.16	1.47	33.06	1.42	30.00	1.73	19.43	1.20	24.69***	23>14
A4	19.71	2.09	40.66	1.90	37.41	2.29	21.80	1.56	31.22***	23>14
B1	35.55	2.73	49.84	2.51	50.71	2.90	36.95	2.06	10.21***	23>14
B2	18.85	1.14	18.92	1.03	19.86	1.19	19.81	.84	.26	—
B3	36.92	2.58	50.81	2.36	52.28	2.72	43.43	1.95	7.69***	23>14
B4	33.04	2.29	54.77	2.11	55.11	2.43	38.50	1.74	26.64***	23>14
B5	31.18	2.07	40.18	1.91	38.59	2.20	36.16	1.57	4.02**	23>1
D1	39.05	1.60	29.50	1.53	28.44	1.81	35.50	1.32	9.52***	14>23
D2	19.70	.97	19.93	.93	19.85	1.10	19.78	.80	.01	—
D3	17.31	1.10	22.99	1.04	22.92	1.23	16.43	.89	11.86***	23>14
D4	27.05	1.34	34.56	1.28	33.46	1.51	25.37	1.10	13.66***	23>14
D5	11.00	.58	7.86	.56	8.26	.66	9.87	.48	6.29***	14>23
D6	7.08	.64	11.70	.61	10.97	.72	9.42	.52	10.11***	2>4>1;3>1
D7	13.36	.46	13.72	.44	14.04	.52	13.77	.38	.29	—
D8	5.16	.35	4.34	.33	4.81	.39	3.83	.29	3.24*	13>4
D9	13.53	.54	13.41	.51	13.63	.61	13.02	.44	.31	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 焦慮症組。* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

在精神分裂症(A1)量尺，精神分裂症組、重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於焦慮症組；在躁型情感(A2)量尺上，精神分裂症組得分顯著高於焦慮症組。

在焦慮、憂鬱類量尺上，也出現重鬱症組、低落型情感組在鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌型(B1)、泛焦慮型(B3)、憂鬱型焦慮(B4)的得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組的情形；在強迫型焦慮(B5)量尺，重鬱症組、低落型情感組焦慮組得分顯著高於精神分裂症組；恐懼型焦慮(B2)量尺上沒有顯著差異。

在心理功能全無受損(D1)、在自評心理健康(D5)量尺，精神分裂症組與焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在心理功能中度受損(D3)、在心理功能嚴重受損(D4)量尺，重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組；在自評心理不健康(D6)量尺上，重鬱症組得分顯著高於焦慮症組，且焦慮症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組；在自評作答不可靠(D8)量尺上，精神分裂症組、低落型情感組得分顯著高於焦慮症組。在輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)量尺上則沒有顯著差異。

控制住院次數

控制住院次數的影響後，結果顯示（表四-8），除躁型情感(A2)、恐懼型焦慮(B2)、心理功能輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)等量尺未達顯著外，其餘量尺皆達顯著差異。若將結果整理，可以發現：

在精神分裂症(A1)量尺，精神分裂症組、重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於焦慮症組；在躁型情感(A2)量尺上，四組得分無顯著差異。

在焦慮、憂鬱類量尺上，也普遍出現重鬱症組、低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組的情形，如鬱型情感(A3)、自殺意念(A4)、恐慌型(B1)、泛焦慮型(B3)、憂鬱型焦慮(B4)；在強迫型焦慮(B5)量尺，重鬱症組、低落型情感組焦慮組得分顯著高於精神分裂症組，且重鬱症組得分顯著高於焦慮症組；恐懼型焦慮(B2)量尺上沒有顯著差異。

在心理功能全無受損(D1)、在自評心理健康(D5)量尺，精神分裂症組與焦慮症組得分顯著高於重鬱症組與低落型情感組；在心理功能中度受損(D3)、在心理功能嚴重受損(D4)量尺，重鬱症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組與焦慮症組；在自評心理不健康(D6)量尺上，重鬱症組得分顯著高於焦慮症組，且

焦慮症組與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症組；在自評作答不可靠(D8)量尺上，精神分裂症組、低落型情感組得分顯著高於焦慮症組。在輕度受損(D2)、自評作答可靠(D7)、罕見(D9)量尺上則沒有顯著差異。

表四-8 控制住院次數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		焦慮症		F	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
A1	59.27	2.59	54.49	2.52	53.42	3.02	43.38	2.14	7.82***	123>4
A2	16.97	.93	15.54	.90	15.78	1.07	14.36	.77	1.49	—
A3	20.26	1.47	33.81	1.44	30.16	1.70	19.40	1.21	27.30***	23>14
A4	19.60	2.07	41.37	1.90	37.20	2.21	21.91	1.56	33.68***	23>14
B1	34.69	2.71	52.01	2.52	51.08	2.80	31.17	2.05	13.31***	23>14
B2	19.09	1.14	19.65	1.05	20.06	1.16	19.73	.85	.12	—
B3	37.57	2.58	52.51	2.38	51.96	2.64	43.18	1.94	8.64***	23>14
B4	33.42	2.29	55.84	2.14	54.55	2.37	38.46	1.75	27.96***	23>14
B5	31.21	2.05	41.46	1.91	39.44	2.12	35.90	1.56	5.14**	23>1;2>4
D1	38.66	1.57	28.27	1.54	28.31	1.77	35.68	1.32	11.50***	14>23
D2	19.85	.96	19.41	.94	19.66	1.08	19.80	.80	.05	—
D3	17.27	1.07	23.73	1.04	22.98	1.20	16.50	.89	14.15***	23>14
D4	27.06	1.32	34.74	1.29	33.52	1.48	25.57	1.11	13.85***	23>14
D5	10.83	.58	7.47	.57	8.19	.65	9.92	.48	7.62***	14>23
D6	7.37	.63	12.02	.62	10.95	.71	9.29	.53	10.72***	2>4>1;3>1
D7	13.36	.45	13.65	.44	14.06	.51	13.77	.38	.35	—
D8	5.20	.34	4.39	.34	4.74	.39	3.76	.29	3.54*	13>4
D9	13.40	.53	13.57	.51	13.85	.60	13.09	.44	.41	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 焦慮症組。* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

小結

研究者將上述控制各背景變項後之差異結果與原預測情形整理如下表四-9。

結果顯示精神分裂症傾向量尺(A1)、躁症傾向量尺(A2)、憂鬱類量尺(A3,B4)、自

殺傾向量尺(A4)、心理功能與健康(D1,D3~D6)，在上述疾患間的區辨情形都大致符合原預測，區辨效度獲得支持。

但也有量尺在本次研究中無法獲得證實，仍須後研究進一步檢驗，如焦慮量尺(B1,B2,B3,B5)的區辨、憂鬱類量尺(A3,B4)對於重鬱與低落型情感間的區辨、功能輕損量尺(D2)、以及自評作答可靠(D7,D8)與罕見(D9)量尺。

表四-9 各量尺之預測與共變數分析結果對照一覽表

	預測情形	控制性別	控制教育程度	控制罹病月數	控制住院次數
A1	1>234	1>23>4	1>23>4	123>4	123>4
A2	1>234	1>4	1>24	1>4	N.S.
A3	2>134	23>14	23>14	23>14	23>14
A4	123>4	23>14	23>14	23>14	23>14
B1	4>123	23>14	23>14	23>14	23>14
B2	4>123	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
B3	4>123	23>14	23>14	23>14	23>14
B4	2>3>14	23>14	23>14	23>14	23>14
B5	4>123	234>1	23>1	23>1	23>1; 2>4
D1	4>123	1>4>23	1>4>23	14>23	14>23
D2	123>4	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
D3	123>4	23>14	23>14	23>14	23>14
D4	123>4	23>1>4	23>1>4	23>14	23>14
D5	4>123	1>4>23	14>23	14>23	14>23
D6	123>4	2>4>1; 3>1	23>4>1	2>4>1; 3>1	2>4>1; 3>1
D7	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
D8	N.S.	13>4	13>4	13>4	13>4
D9	1>234	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 焦慮症組。

第三節 A、B、D 類量尺在兩兩疾患間的預測情形

此節進一步以羅吉斯迴歸分析，探討哪些量尺及組合能在兩兩疾患間預測，以及整體解釋量及分類結果。研究者先根據 ANCOVA 結果挑出兩兩疾患間得分有顯著差異的量尺，之後投入背景變項與上述量尺，以瞭解控制背景變項影響下，哪些量尺及組合能區辨兩兩疾患間的差異，以及整體解釋力與分類結果；另外，再單獨以量尺進行上述分析，以瞭解投入背景變項與否之間的差異。

一、精神分裂症與重鬱症

根據表四-9，精神分裂症與重鬱症在 A1、A2、A3、B1、B3、B4、B5、D1、D3、D4、D5、D6 量尺上有顯著差異，故將上述量尺與背景變項進行分析，結果如下表四-10 至表四-13。

整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 81.287***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，有影響性的背景變項為性別（Wald 值為 6.353*），Exp(B) 值為 9.202，顯示在重鬱症相對於精神分裂症的區辨中，女性為重鬱症的勝算多 820.2%。能顯著區辨兩者的量尺為精神分裂症(A1)量尺(Wald 值為 7.977**)，Exp(B) 值為 .900，顯示重鬱症相對於精神分裂症的區辨中，A1 分數每增加一分，重鬱症的勝算就減少 10%，即 A1 分數越高，重鬱症的可能性越低，精神分裂症的可能性越高。

在背景變項與量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS} = .549$ 、 $R^2_N = .732$ ，顯示背景與量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中至高度關聯性。分類正確率如下表四-11，可以發現在兩兩疾患間區辨時，精神分裂症與重鬱症的正確率分別為 86.0%、88.5%，整體正確率 87.3%，兩疾患的預測力也分別為 84.9%與 85.5%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率為 86.0%，以及當

表四-10 精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別	2.219	.880	6.353*	9.202			
教育程度			1.175				
教育程度(1)	1.199	1.426	.707	3.317			
教育程度(2)	.460	1.809	.065	1.583			
教育程度(3)	1.226	1.564	.614	3.408			
教育程度(4)	.301	6.237	.002	1.351			
罹病時間	-.012	.009	1.884	.988			
住院次數	.045	.190	.055	1.046			
A1	-.106	.037	7.977**	.900			
A2	.015	.063	.059	1.015			
A3	.120	.080	2.257	1.128			
B1	.018	.051	.127	1.018			
B3	-.046	.056	.666	.955			
B4	.115	.069	2.804	1.122			
B5	.006	.054	.013	1.006			
D1	-.031	.046	.437	.970			
D3	.079	.096	.677	1.083			
D4	-.006	.061	.009	.994			
D5	.179	.126	2.021	1.196			
D6	-.010	.128	.006	.990			
常數	-7.143	2.816	6.436*	.001	81.287***	.549	.732

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

表四-11 精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	重鬱症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	43	7	86.0	87.8
重鬱症	6	46	88.5	86.8
整體正確率			87.3	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為重鬱症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為重鬱症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 49.0%、重鬱症 51.0%。

測驗預測受測者為精神分裂症時，實際上也正確的比率為 84.9%，重鬱症亦以此類推。因此，可以發現上述量尺與背景變項在精神分裂症與重鬱症間的區辨效度有不錯的結果。

本研究也欲瞭解若不納入背景變項，量尺區辨兩組疾患的區辨效果如何。結果如表四-12 所顯示，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 72.592***，指出模式適配度良好，不納入背景變項，而僅靠相關量尺原始分數仍具有預測性。其中，能顯著區辨兩者的量尺為精神分裂症(A1)與鬱型情感(A3)量尺(Wald 值分別為 15.253*** 與 7.177**)，Exp(B)值分別為.877 與 1.209，顯示重鬱症相對於精神分裂症的區辨中，A1 分數每增加一分，重鬱症的勝算就減少 12.3%，A3 分數每增加一分，重鬱症的勝算就增加 20.9%，即 A1 分數越高，精神分裂症的可能性越高，重鬱症的可能性越低，而 A3 分數越高，重鬱症的可能性越高、精神分裂症的可能性越低，反之亦然。

表四-12 精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	-.131	.034	15.253***	.877			
A2	.062	.053	1.377	1.064			
A3	.190	.071	7.177**	1.209			
B1	.011	.041	.066	1.011			
B3	-.022	.042	.275	.978			
B4	.038	.048	.622	1.039			
B5	.015	.038	.160	1.015			
D1	-.007	.035	.036	.993			
D3	.082	.083	.979	1.086			
D4	-.028	.051	.310	.972			
D5	.108	.105	1.050	1.114			
D6	.055	.111	.246	1.057			
常數	-2.152	1.734	1.540	.116	72.592***	.489	.653

註：**p < .01，***p < .001

在量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS}=.489$ 、 $R^2_N=.653$ ，顯示量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中度關聯性。分類正確率如下表四-13，可以發現在兩兩疾患間區辨時，精神分裂症與重鬱症的正確率分別為 84.9%、85.5%，整體正確率 85.2%，兩疾患的預測力也分別為 84.9%與 85.5%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率為 84.9%，以及當測驗預測受測者為精神分裂症時，實際上也正確的比率亦為 84.9%，重鬱症亦以此類推。因此，可以發現僅以量尺在精神分裂症與重鬱症間的區辨效度仍有不錯的結果。

表四-13 精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際 \ 預測	精神分裂症	重鬱症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	45	8	84.9	84.9
重鬱症	8	47	85.5	85.5
整體正確率			85.2	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為重鬱症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為重鬱症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 49.1%、重鬱症 50.9%。

比較背景變項的有無，可以發現不含背景變項的整體區辨效果僅些微降低，並未有太大的差異。兩者的預測力也都高於疾患的基準率(Base rate)，顯示以上述量尺(或加入背景變項)的方程式皆具有增益效度(incremental validity)。而不考量背景變項時，多增加 A3 量尺可以區辨兩者之間的差異。

二、精神分裂症與低落型情感疾患

根據表四-9，精神分裂症與低落型情感疾患在 A1、A3、B1、B3、B4、B5、D1、D3、D4、D5、D6、D8 量尺上有顯著差異，故將上述量尺投入第二階層中分析，結果如下表四-14 至四-17。

如表四-14，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 91.895***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，量尺與背景變項皆未達顯著水準，但性別、精神分裂症(A1)、強迫型焦慮(B5)仍在接近顯著水準的程度($p < .10$)。性別的 Exp(B)值為 13.169，

表四-14 精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R ² _{CS}	R ² _N
性別	2.578	1.557	2.740	13.169			
教育程度			1.303				
教育程度(1)	22.787	17713.953	.000	7.872E9			
教育程度(2)	23.904	17713.953	.000	2.407E10			
教育程度(3)	24.529	17713.953	.000	4.498E10			
教育程度(4)	25.202	17713.953	.000	8.812E10			
罹病時間	-.022	.020	1.230	.978			
住院次數	-2.268	1.531	2.194	.103			
A1	-.142	.080	3.197	.867			
A3	.186	.166	1.260	1.205			
B1	.119	.097	1.509	1.126			
B3	-.021	.088	.058	.979			
B4	.105	.119	.774	1.110			
B5	-.188	.099	3.585	.829			
D1	-.034	.080	.180	.967			
D3	-.172	.183	.879	.842			
D4	.121	.127	.900	1.128			
D5	.168	.216	.602	1.183			
D6	.054	.198	.076	1.056			
D8	-.037	.204	.032	.964			
常數	-25.732	17713.953	.000	.000	91.895***	.648	.870

註：1. A1 量尺的 p 值為.074、B5 量尺的 p 值為.058、性別的 p 值為.098。*** $p < .001$

顯示在低落型情感相對於精神分裂症的區辨中，女性為低落型情感的勝算多 1216.9% (表中 $13.169-1=12.169$)。A1 與 B5 量尺的 $\text{Exp}(B)$ 值分別為 .867 與 .829，顯示低落型情感相對於精神分裂症的區辨中，A1 分數每增加一分，低落型情感的勝算就減少 13.3% (表中 $1-.867=.133$)，B5 分數每增加一分，低落型情感的勝算就減少 17.1% (表中 $1-.829=.171$)，即 A1 與 B5 分數越高，低落型情感的可能性越低，精神分裂症的可能性越高。在背景變項與量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS}=.648$ 、 $R^2_N=.870$ ，顯示背景與量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中至高度關聯性。

分類正確率如下表四-15，可以發現在兩兩疾患間區辨時，精神分裂症與低落型情感的正確率分別為 94.0%、92.1%，整體正確率 93.2%，兩疾患的預測力也分別為 94.0%與 92.1%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率為 94.0%，以及當測驗預測受測者為精神分裂症時，實際上也正確的比率為 94.0%，低落型情感亦以此類推。因此，可以發現上述量尺與背景變項在精神分裂症與低落型情感間的區辨效度有不錯的結果。

表四-15 精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	精神分裂症	低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症		47	3	94.0	94.0
低落型情感		3	35	92.1	92.1
整體正確率				93.2	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 56.8%、低落型情感 43.2%。

本研究也欲瞭解若不納入背景變項，量尺區辨兩組疾患的區辨效果如何。結果如表-16 顯示，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 69.742***，顯示模式適配度良好，

具有預測性。其中，能顯著區辨兩者的量尺為精神分裂症(A1)與低落型情感(B4)量尺 (Wald 值分別為 13.832***與 3.927*)，Exp(B)值分別為.859 與 1.117，顯示低落型情感相對於精神分裂症的區辨中，A1 分數每增加一分，低落型情感的勝算就減少 14.1% (即 1-.859=.141)，B4 分數每增加一分，低落型情感的勝算就增加 11.7% (即 1.117-1=.117)，即 A1 分數越高，精神分裂症的可能性越高，低落型情感的可能性越低，而 B4 分數越高，低落型情感的可能性越高、精神分裂症的可能性越低，反之亦然。

表四-16 精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	-.152	.041	13.832***	.859			
A3	.100	.073	1.881	1.105			
B1	.077	.049	2.444	1.080			
B3	-.043	.046	.892	.958			
B4	.111	.056	3.927*	1.117			
B5	-.056	.052	1.162	.945			
D1	-.032	.041	.585	.969			
D3	-.045	.097	.216	.956			
D4	.068	.061	1.243	1.070			
D5	.191	.148	1.668	1.210			
D6	.191	.121	2.481	1.210			
D8	-.183	.130	1.971	.833			
常數	-1.542	2.245	.472	.214	69.742***	.531	.714

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

在量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS} = .531$ 、 $R^2_N = .714$ ，顯示量尺的組合與兩疾患間區辨的關聯程亦達中至高度關聯性。分類正確率如表四-17，可以發現在以量尺的整體模式進行上述兩組疾患間區辨分析時，精神分裂症與低落型情感的正确率分別為 88.7%、87.2%，整體正確率 88.0%，兩疾患的預測力也分別為 90.4%與 85.0%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率

為 88.7%，以及當測驗預測受測者為精神分裂症時，實際上也正確的比率為 90.4%，低落型情感亦以此類推。因此，可以發現僅以量尺上的得分進行精神分裂症與低落型情感間的區辨效度仍有不錯的結果。

比較背景變項的有無，可以發現不含背景變項的整體區辨效果僅些微降低，並未有太大的差異。兩者的預測力也都高於疾患的基準率(Base rate)，顯示以上述量尺(或加入背景變項)的方程式皆具有增益效度(incremental validity)。而考量背景變項時，可能因投入較多變項，或是性別與量尺已有重疊的解釋量，因此僅 A1 與 B5 達接近顯著的水準；但若僅以量尺預測，可以發現 A1 與 B4 量尺能顯著區辨兩者之間的差異。

表四-17 精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	精神分裂症	低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症		47	6	88.7	90.4
低落型情感		5	34	87.2	85.0
整體正確率				88.0	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 57.6%、低落型情感 42.4%。

三、精神分裂症與焦慮症

根據表四-9，精神分裂症與焦慮症在 A1、A2、B5、D1、D4、D5、D6、D8 量尺上有顯著差異，故將上述量尺投入第二階層中分析，結果如下表四-18 至表四-21。

含背景變項的整體模型顯著性考驗 χ^2 值如表四-18 所示為 107.257***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，有影響性的背景變項為住院次數 (Wald

值為 9.618**), Exp(B) 值為 .090, 顯示在焦慮症組相對於精神分裂症組的區辨中, 住院次數每增加一次, 焦慮症的勝算就減少 91%。能顯著區辨兩組的量尺為精神分裂症量尺(A1)、強迫型焦慮(B5)、自評作答不可靠(D8)量尺(Wald 值分別為 9.107、4.358、5.116), Exp(B) 值分別為 .900、1.111、.720, 顯示在焦慮症組相對於精神分裂症組的區辨中, A1 與 D8 分數每增加一分, 焦慮症的勝算就分別減少 10% (即 $1-.900=.10$)、28% (即 $1-.720=.280$), B5 分數每增加一分, 焦慮症的勝算就增加 11.1% (即 $1.111-1=.111$)。即 A1、D8 分數越高, 精神分裂症的可能性越高, 焦慮症的可能性越低, B5 分數越高, 焦慮症的可能性越高, 精神分裂症的可能性越低。

表四-18 精神分裂症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別	.942	.754	1.561	2.564			
教育程度			3.851				
教育程度(1)	1.862	1.697	1.204	6.439			
教育程度(2)	3.074	1.999	2.365	21.620			
教育程度(3)	2.538	1.732	2.147	12.652			
教育程度(4)	4.208	2.418	3.028	67.244			
罹病時間	-.008	.007	1.498	.992			
住院次數	-2.409	.777	9.618**	.090			
A1	-.105	.035	9.107**	.900			
A2	.018	.067	.073	1.018			
B5	.105	.050	4.358*	1.111			
D1	-.020	.044	.198	.981			
D4	.022	.062	.128	1.022			
D5	.191	.132	2.084	1.210			
D6	.047	.119	.153	1.048			
D8	-.328	.145	5.116*	.720			
常數	-1.108	2.656	.174	.330	107.257***	.556	.753

註: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

在背景變項與量尺的整體模式分析中，效果值係數 $R^2_{CS}=.556$ 、 $R^2_N=.753$ ，顯示背景與量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中至高度關聯性。分類正確率如表四-19，可以發現在兩兩疾患間區辨時，精神分裂症與焦慮症的正確率分別為 80.8%、92.5%，整體正確率 87.9%，兩疾患的預測力也分別為 87.5%與 88.1%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率為 80.8%，以及當測驗預測受測者為精神分裂症時，實際上也正確的比率為 87.5%，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現上述量尺與背景變項在精神分裂症與焦慮症間的區辨效度有不錯的結果。

表四-19 精神分裂症與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項)

預測	精神分裂症	焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
實際				
精神分裂症	42	10	80.8	87.5
焦慮症	6	74	92.5	88.1
整體正確率			87.9	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 39.4%、焦慮症 61.6%。

本研究也欲瞭解若不納入背景變項，而僅以量尺得分來區辨精神分裂症組與焦慮組間的區辨效果如何。結果如表四-20 所示，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 107.257***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，能顯著區辨兩者的量尺為精神分裂症(A1)、強迫型焦慮(B5)與自評作答不可靠(D8)量尺 (Wald 值分別為 21.670***、14.837***與 5.437*)，Exp(B)值分別為.861、1.196 與.743，顯示在焦慮症組相對於精神分裂症組的區辨中，A1 與 D8 分數每增加一分，焦慮症的勝算就分別減少 13.9% (即 $1-.861=.139$) 與 25.7% (即 $1-.743=.257$)，而 B5 分數每增加一分，焦慮症的勝算就增加 19.6% ($1.196-1=.196$)。即 A1 與 D8 分數越

高，精神分裂症的可能性就越高，相反地焦慮症的可能性就越低，而 B5 分數越高，焦慮症的可能性就越高、精神分裂症的可能性就越低。

表四-20 精神分裂症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	-.150	.032	21.670***	.861			
A2	.039	.054	.500	1.039			
B5	.179	.046	14.837***	1.196			
D1	-.032	.031	1.038	.968			
D4	-.048	.050	.945	.953			
D5	.064	.090	.512	1.066			
D6	.069	.094	.552	1.072			
D8	-.297	.128	5.437*	.743			
常數	3.917	1.736	5.091*	50.263	107.257***	.556	.753

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

在量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS} = .556$ 、 $R^2_N = .753$ ，顯示量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中至高度關聯性。分類正確率如表四-21，可以發現在兩疾患組間區辨時，精神分裂症與焦慮症的正確率分別為 74.5%、92.7%，整體正確率 85.4%，兩疾患的預測力也分別為 87.2%與 84.4%，顯示當受測者為精神分裂症時，此方程式能正確區辨出的比率為 74.5%，以及當測驗預測受測者

表四-21 精神分裂症與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	41	14	74.5	87.2
焦慮症	6	76	92.7	84.4
整體正確率			85.4	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 40.1%、焦慮症 59.9%。

為精神分裂症時，實際上也正確的比率為 87.2%，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現僅以量尺在精神分裂症與焦慮症間的區辨效度仍有不錯的結果。

比較背景變項的有無，可以發現不含背景變項的整體區辨效果僅些微降低，並未有太大的差異。兩者的預測力也都高於疾患的基準率(Base rate)，顯示以上述量尺(或加入背景變項)的方程式皆具有增益效度(incremental validity)。

四、重鬱症與低落型情感

根據表四-9，重鬱症與低落型情感疾患在 A、B、D 類量尺上都沒有顯著差異，故此分析中沒有投入任何量尺，僅投入背景變項以瞭解哪些背景變項能區辨兩者之間的差異，結果如下表四-22 至表四-23。

整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 21.964**，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，有影響性的背景變項為住院次數 (Wald 值為 5.319**)，Exp(B) 值為 .453，顯示在低落型情感相對於重鬱症的區辨中，住院次數每增加一次，低落型情感的勝算就減少 54.7%。

表四-22 重鬱症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R ² _{CS}	R ² _N
性別	.523	.516	1.025	1.687			
教育程度			1.525				
教育程度(1)	20.047	17168.811	<.001	5.008E8			
教育程度(2)	20.597	17168.811	<.001	8.810E8			
教育程度(3)	20.591	17168.811	<.001	8.757E8			
教育程度(4)	20.993	17168.811	<.001	1.310E9			
罹病時間	-.006	.006	.985	.994			
住院次數	-.972	.343	5.319*	.453			
常數	-20.868	17168.811	<.001	8.650E10	21.964**	.197	.265

註：*p < .05，**p < .01

在背景變項的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS}=.197$ 、 $R^2_N=.265$ ，顯示上述背景與兩疾患間區辨的關聯程度僅達低度關聯性。分類正確率如下表，可以發現在兩兩疾患間區辨時，重鬱症與低落型情感的正确率分別為 70.2%、74.4%，整體正確率 72.0%，兩疾患的預測力也分別為 78.4%與 65.3%，顯示當受測者為重鬱症時，此方程式能正確區辨出的比率為 70.2%，以及當測驗預測受測者為重鬱症時，實際上也正確的比例為 78.4%，低落型情感亦以此類推。

因此，由於重鬱症與低落型情感間未在量尺上得分有顯著差異，而單以背景變項投入預測，僅住院次數可以區辨兩者之間的差異，整體分類正確性也低於其他兩兩疾患。

表四-23 重鬱症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	重鬱症	低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		40	17	70.2	78.4
低落型情感		11	32	74.4	65.3
整體正確率				72.0	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate:重鬱症 57.0%、低落型情感 43.0%。

五、重鬱症與焦慮症

根據表四-9，重鬱症與焦慮症在 A1、A3、B1、B3、B4、B5、D1、D3、D4、D5、D6 量尺上有顯著差異，故將上述量尺投入第二階層中分析，結果如下表四-24 表四-27。

含背景變項的整體模型顯著性考驗 χ^2 值如表四-24 所示為 71.719***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，有影響性的背景變項為住院次數（Wald 值為 6.321*），Exp(B)值為.272，顯示在焦慮症組相對於重鬱症組的區辨中，住院次數每增加一個月，焦慮症的勝算就減少 72.8%（即 $1-.272=.728$ ）。能顯著區辨兩者的量尺為鬱型情感(A3)量尺（Wald 值為 6.160*），Exp(B)值為.876，顯示焦慮症相對於重鬱症的區辨中，A3 分數每增加一分，焦慮症的勝算就減少 12.4%（即 $1-.876=.124$ ），即 A3 分數越高，焦慮症的可能性越低，重鬱症的可能性越高。

表四-24 重鬱症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R ² _{CS}	R ² _N
性別	.212	.583	.133	1.236			
教育程度			2.154				
教育程度(1)	-.389	1.687	.053	.678			
教育程度(2)	.553	1.811	.093	1.739			
教育程度(3)	.141	1.691	.007	1.152			
教育程度(4)	.995	2.023	.242	2.705			
罹病時間	-.002	.006	.082	.998			
住院次數	-1.302	.518	6.321*	.272			
A1	.025	.027	.877	1.026			
A3	-.132	.053	6.160*	.876			
B1	.000	.030	.000	1.000			
B3	.024	.033	.557	1.025			
B4	-.012	.039	.088	.988			
B5	.027	.032	.686	1.027			
D1	-.031	.033	.865	.970			
D3	-.093	.065	2.035	.911			
D4	-.023	.046	.262	.977			
D5	.117	.096	1.494	1.124			
D6	.150	.093	2.581	1.162			
常數	2.068	2.371	.761	7.912	71.719***	.424	.573

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

在背景變項與量尺的整體模式分析中，效果值係數 $R^2_{CS}=.424$ 、 $R^2_N=.573$ ，顯示背景與量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中度關聯性。分類正確率如表四-25，可以發現在兩兩疾患間區辨時，重鬱症組與焦慮症組的正確率分別為 73.1%、88.5%，整體正確率 82.3%，兩疾患的預測力也分別為 80.9%與 83.1%，顯示當受測者為重鬱症時，此方程式能正確區辨出的比率為 73.1%，以及當測驗預測受測者為重鬱症時，實際上也正確的比率為 80.9%，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現上述量尺與背景變項在重鬱症與焦慮症間的區辨效度有不錯的結果。

表四-25 重鬱症與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項)

預測	重鬱症	焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
實際				
重鬱症	38	14	73.1	80.9
焦慮症	9	69	88.5	83.1
整體正確率			82.3	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 40.0%、焦慮症 60.0%。

本研究也欲瞭解若不納入背景變項，而僅以量尺得分來區辨重鬱症與焦慮症組間的區辨效果如何。結果如表四-26 所示，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 59.218***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，能顯著區辨兩者的量尺為鬱型情感(A3)量尺 (Wald 值為 6.851**)，Exp(B)值為.886，顯示焦慮症組相對於重鬱症組的區辨中，A3 分數每增加一分，焦慮症組的勝算就減少 11.4% (即 $1-.886=.114$)，即 A3 分數越高，重鬱症組的可能性越高、焦慮症組的可能性越低。

表四-26 重鬱症與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	.000	.023	.000	1.000			
A3	-.121	.046	6.851**	.886			
B1	-.002	.027	.007	.998			
B3	.028	.029	.959	1.029			
B4	-.020	.034	.343	.980			
B5	.058	.030	3.641	1.060			
D1	-.023	.030	.602	.977			
D3	-.072	.060	1.448	.930			
D4	-.050	.041	1.490	.952			
D5	.051	.084	.377	1.053			
D6	.126	.081	2.402	1.134			
常數	2.912	1.617	3.244	18.389	59.218***	.355	.479

註：** $p < .01$ ，*** $p < .001$

在量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS} = .355$ 、 $R^2_N = .479$ ，顯示量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達中度關聯性。分類正確率如表四-27 所示，由此可以發現在兩疾患組間區辨時，重鬱症與焦慮症的正確率分別為 65.5%、87.5%，整體正確率 78.5%，兩疾患的預測力也分別為 78.3%與 78.7%，顯示當受測者為重鬱症時，此方程式能正確區辨出的比率為 65.5%，以及當測驗預測受測者為重鬱症時，實際上也正確的比率為 78.3%，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現僅以量尺在重鬱症與焦慮症間的區辨時，除重鬱症的正確率稍低，其他指標仍顯示有不錯的區辨效度。

比較背景變項的有無，可以發現不含背景變項的整體區辨效果僅些微降低，並未有太大的差異。兩者的預測力也都高於疾患的基準率(Base rate)，顯示以上述量尺(或加入背景變項)的方程式皆具有增益效度(incremental validity)。

表四-27 重鬱症與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	重鬱症	焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		36	19	65.5	78.3
焦慮症		10	70	87.5	78.7
整體正確率				78.5	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 40.7%、焦慮症 59.3%。

六、低落型情感與焦慮症

根據表四-9，低落型情感與焦慮症在 A1、A3、B1、B3、B4、D1、D3、D4、D5、D6、D8 量尺上有顯著差異，故將上述量尺投入第二階層中分析，結果如下表四-28 至表-31。

含背景變項的整體模型顯著性考驗 χ^2 值如表四-28 所示為 40.540**，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，量尺或背景變項皆未達顯著水準，顯示低落型情感組與焦慮疾患組間，沒有量尺或背景變項最能顯著區辨兩組之間的差異，可能原因於討論一節中詳述。

在背景變項與量尺的整體模式分析中，效果值係數 $R^2_{CS} = .295$ 、 $R^2_N = .411$ ，顯示背景與量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達低至中度關聯性。分類正確率如表四-29，由此可以發現在兩疾患組間區辨時，低落型情感組與焦慮症組的正確率分別為 52.6%、87.2%，整體正確率 75.9%，兩疾患的預測力也分別為 66.7% 與 79.1%，顯示當受測者為低落型情感時，此方程式能正確區辨出的比率為 52.6%，以及當測驗預測受測者為低落型情感時，實際上也正確的比率為 66.7%

表四-28 低落型情感與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別	-.298	.659	.204	.742			
教育程度			1.503				
教育程度(1)	-20.251	40192.912	.000	.000			
教育程度(2)	-21.027	40192.912	.000	.000			
教育程度(3)	-20.300	40192.912	.000	.000			
教育程度(4)	-21.176	40192.912	.000	.000			
罹病時間	.010	.007	2.078	1.010			
住院次數	.018	.578	.001	1.018			
A1	.035	.026	1.806	1.036			
A3	-.070	.047	2.198	.932			
B1	-.002	.028	.003	.998			
B3	.011	.028	.145	1.011			
B4	-.047	.036	1.674	.954			
D1	.062	.036	2.997	1.064			
D3	.040	.063	.403	1.041			
D4	-.067	.044	2.354	.935			
D5	.016	.095	.030	1.017			
D6	.168	.087	3.723	1.183			
D8	-.208	.145	2.066	.812			
常數	21.465	40192.912	.000	2.099E9	40.540**	.295	.411

註：**p < .01

表四-29 低落型情感與焦慮症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 低落型情感	預測 焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感	20	18	52.6	66.7
焦慮症	10	68	87.2	79.1
整體正確率			75.9	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:低落型情感 32.8%、焦慮症 67.2%。

，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現上述量尺與背景變項在低落型情感與焦慮症間的區辨時，低落型情感的正確率與預測力稍低，其他指標仍顯示有不錯的區辨效度。

本研究也欲瞭解若不納入背景變項，而僅以量尺得分來區辨低落型情感組與焦慮組間的區辨效果如何。結果如表四-30 所示，整體模型顯著性考驗 χ^2 值為 37.405***，顯示模式適配度良好，具有預測性。其中，量尺變項皆未達顯著水準，顯示低落型情感疾患組與焦慮疾患組間，沒有量尺能區辨兩者之間的差異，可能原因於討論一節中詳述。

表四-30 低落型情感與焦慮症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	.031	.025	1.609	1.032			
A3	-.072	.044	2.741	.930			
B1	-.011	.027	.178	.989			
B3	.014	.028	.248	1.014			
B4	-.035	.030	1.299	.966			
D1	.051	.032	2.557	1.053			
D3	.032	.061	.274	1.033			
D4	-.059	.041	2.014	.943			
D5	.028	.091	.094	1.028			
D6	.142	.081	3.091	1.152			
D8	-.155	.136	1.303	.856			
常數	.922	1.739	.281	2.513	37.405***	.270	.376

註：*** $p < .001$

在量尺的整體模式，效果值係數 $R^2_{CS} = .270$ 、 $R^2_N = .376$ ，顯示量尺的組合，與兩疾患間區辨的關聯程度達低至中度關聯性。分類正確率如表四-31，由此可以發現在兩疾患組間區辨時，低落型情感與焦慮症的正確率分別為 51.3%、90.0%，整體正確率 77.3%，兩疾患的預測力也分別為 71.4%與 79.1%，顯示當受測者為低落型情感時，此方程式能正確區辨出的比率為 51.3%，以及當測驗預測受測者

為低落型情感時，實際上也正確的比率為 71.4%，焦慮症亦以此類推。因此，可以發現僅以量尺在低落型情感與焦慮症間的區辨時，低落型情感的正确率較低，其他指標仍顯示有不錯的區辨效果。

表四-31 低落型情感與焦慮症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	低落型情感	焦慮症	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感		20	19	51.3	71.4
焦慮症		8	72	90.0	79.1
整體正確率				77.3	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為焦慮症的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為焦慮症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 低落型情感 32.8%、焦慮症 67.2%。

比較背景變項的有無，可以發現不含背景變項的整體區辨效果僅些微降低，並未有太大的差異。兩者的預測力也都高於疾患的基準率(Base rate)，顯示以上述量尺(或加入背景變項)的方程式皆具有增益效度(Incremental validity)。

七、小結

在本節第一個研究問題中，哪些量尺及組合在兩兩疾患間具有區辨力。結果顯示，在納入背景變項影響下，精神分裂症(A1)、鬱型情感(A3)、與其他量尺(B5、D8)仍然能在精神分裂症、重鬱症、低落型情感、焦慮症的兩兩疾患間有顯著區辨力；不納入背景變項影響，則多了憂鬱型焦慮(B4)量尺。整體來看，A1 能在精神分裂症與其他三組疾患的兩兩區辨中預測，A3 能在重鬱症與另外兩組(精神分裂症、焦慮症)的兩兩區辨中預測，B4 能在低落型情感與精神分裂症的兩兩區辨中預測，上述三量尺的區辨結果與預測相符；另外，B5 與 D8 也能在精神分裂症

與焦慮症的兩兩區辨中預測。但是在重鬱症與低落型情感疾患間，以及低落型情感間與焦慮疾患間，沒有量尺能在兩者的區辨中有顯著預測力。

第二個研究問題中，探討量尺或加入背景變項的整體區辨效果(R^2)與分類結果。結果顯示，精神分裂症與其他三組疾患間不論加入背景變項的影響與否，量尺組合在兩兩疾患間區辨都有中度至高度的關聯性，分類正確率與預測力也都幾乎有八成以上。

在憂鬱疾患(重鬱症、低落型情感)與焦慮症的區辨上，量尺(不論是否納入背景變項)在兩兩疾患間區辨的效果量有低至中度關聯性。整體分類正確率與預測力大多仍有七、八成以上，但其中低落型情感的正確率有偏低的情形(未納入背景 51.3%、納入背景 52.6%)。

憂鬱疾患間(重鬱症與低落型情感)的區辨上，沒有量尺能顯著區辨兩者，單以背景變項區辨時，住院次數能顯著預測兩者之間的差異。整體效果量為低度關聯性，分類的正確率與預測力大部分在七成以上。

另外，雖然上述量尺的分類結果有高有低，但分類正確率都高於基準率，顯示以量尺組合(或加入背景變項)在兩兩疾患間區辨預測時，具有增益效度(incremental validity)。而在進行兩兩疾患間區辨時，加入背景變項與否在分類結果上的差異不大。

第四節 A、B、D 類量尺之構念效度

為了減少遺漏值影響，本研究以填答綜合版(E 版)的 470 名受試來進行，並參考指導手冊中因素分析進行方式，將各版(A,B,D)量尺分開進行分析，以瞭解各版量尺具有的因素構念。

在因素抽取方面，本研究採主軸因素法 (PAC) 抽取因素，且由於心理疾患間共病性高，各量尺也應具有高相關，故以 Oblimin 斜交轉軸法來進行。在因素數目的決定上，本研究參照 Gorsuch (1997) 的建議，綜合多種方式來決定因素個數。先以陡坡圖(scree test)及平行分析(parallel analysis)決定因素數目的範圍，再選取最具有意義的因素數目(王嘉寧、翁儷禎, 民 91)。

一、A 類量尺的因素結構

本研究以 45 題 A 類量尺的題項進行因素分析。根據 KMO 值為 .913 及 Bartlett 的球形檢定達 .001 顯著水準，顯示資料適合進行因素分析。平行分析結果顯示，最多可抽取五個因素；而陡坡檢定顯示適合抽取 3 至 5 個因素。由於三因素的因素構念與原量尺相同，本身就具有解釋的意義，而四因素僅比三因素多了兩題(精神科就診/住院)的因素，五因素又僅從精神分裂症因素中獨立出被害妄想的因素。因此，最後決定抽取三因素，因素的樣式矩陣如表四-32 所示。

表四-32 A 類量尺的因素結構

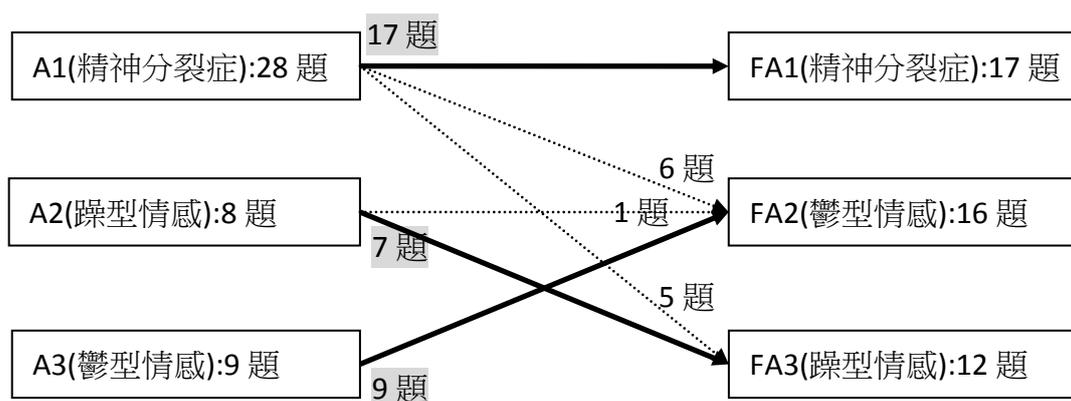
題項	FA1	FA3	FA2
精 147[A1] 最近我常覺得有人要毒死我	.752	.023	-.105
神 191[A1] 很久以來，我一直認為有人正在利用一些科學方法要傷害我	.727	.105	-.007
分 169[A1] 最近一個月來，我相信有人計畫要傷害我	.720	-.020	-.061
裂 176[A1] 最近在報紙上我常看到有人惡易地攻擊、批評我	.624	.018	-.021

症	140[A1]	最近幾個月來常有人把毒藥放在我的三餐裡	.618	.070	-.044
傾	204[A1]	最近我常看到有人故意做一些動作，如吐痰、咳嗽...，對我表示敵意	.611	-.101	-.147
向	89[A1]	最近我常發現有人在跟蹤我	.583	-.144	.044
	207[A1]	最近幾個月來，我常覺得自己身體的某部分已經被人惡意地用電傷害了	.571	.009	.008
	56[A1]	我一直相信有人想謀害我，我也知道那個人是誰	.537	-.117	.127
	214[A1]	最近我常覺得死人的靈魂附在我身上	.524	-.046	.149
	83[A1]	最近在收音機裡，我常聽到有人惡意地攻擊我、批評我	.502	-.036	.103
	224[A1]	很久以來，我一直相信假如不是遭人陷害，現在我一定會有更高的成就	.424	-.140	.194
	128[A1]	我的手因為碰過鬼魂一類的東西，老是洗不乾淨	.412	-.067	.078
	47[A1]	我常看到一些人、動物或鬼魂，但和我同時在場的人都說他們看不到	.411	-.151	.145
	98[A1]	最近常有人把我的想法在電視、收音機裡播放出來	.374	-.096	.282
	166[A1]	我已經二個禮拜以上沒有洗頭、洗澡	.334	.083	.129
	142[A1]	雖然我沒有告訴別人，但我相信別人一定知道我在想什麼	.230	-.048	.157
	173[A3]	最近幾個星期來，我一直覺得自己真該死，也一直想怎樣使自己死掉	-.072	-.822	.000
	182[A3]	過去有好幾次，我感到很悲傷，不想活下去，每次都持續好幾天	-.065	-.819	-.009
	4[A3]	最近我常覺得自己一點價值都沒有，不應該繼續活下去	-.062	-.816	-.098
	160[A3]	最近幾個星期來，我一直很忿恨自己	-.007	-.796	-.060
	216[A3]	最近幾個星期來，我常會覺得自己是個徹底的失敗者	.033	-.761	-.138
鬱	105[A3]	最近幾個星期以來，我一直非常悲傷，悲傷得幾乎無法忍受	.040	-.759	-.086
型	164[A3]	最近幾個星期來，我對每件事情都感到強烈厭煩	.043	-.746	-.088
情	159[A3]	最近幾個星期來，我經常很有罪惡感，覺得自己應該受到重罰	.061	-.602	.057
感	171[A1]	曾有幾次，我情緒非常激動，經過藥物治療後才安定下來	.023	-.572	.077
傾	148[A3]	我過去自殺過不止一次	-.012	-.552	.045
向	26[A1]	最近我常覺得有人在批評我	.242	-.469	-.087
	11[A1]	我一直相信我的身體已經染上了很嚴重難治的病	.068	-.446	.135
	129[A1]	過去我得了精神病，曾看過好幾次精神科醫師	-.091	-.435	.109
	133[A2]	最近我常會因小挫折就變得很憤怒，甚至會罵起人來	.132	-.389	.020
	43[A1]	最近我常覺得自己的前途被某些人惡意擺佈而變得很糟	.325	-.362	.093
	157[A1]	很久以來，常有人說我有精神病	.212	-.288	.223
	212[A2]	我一直相信自己和歷代偉人、封面人物一樣地偉大又重要	-.043	.063	.793
躁	64[A2]	我一直相信我有過去聖賢那種了不起的能力	-.003	-.045	.771
型	200[A2]	很久以來，我一直相信自己的能力無窮，將來一定會對人類做出偉大貢獻	-.123	.048	.694
情	62[A2]	很久以來，我一直相信我是神	-.020	-.030	.654
感	152[A2]	我有偉大的能力能和神明（或上帝）溝通來往	.163	.132	.510
傾	122[A1]	我是個了不起的人，常和魔鬼打交道	.172	-.079	.459
向	63[A2]	最近幾個星期以來，我一直精力充沛，每天可以二十四小時不停地工作	.053	-.081	.415
	111[A1]	很久以來，我相信自己有能力以「心電感應」與人溝通	.252	-.009	.407

196[A1] 我相信經常有人或一種力量在我身邊，雖然我看不到他或它	.104	-.110	.361
167[A2] 曾有幾次，我覺得自己是世界上最快樂幸福的人，每次都持續好幾天	.032	.039	.314
222[A1] 最近半年來，我常覺得自己臉上帶著和性衝動有關的淫亂表情	.220	-.094	.267
23[A1] 過去有一段時間，我因病住進了精神醫院	-.045	-.202	.223
特徵值	8.33	8.30	6.16
累積解釋變異量=41.28%			

因素一有 17 題，內容與題項皆為原來的精神分裂症傾向量尺(A1)，因此此因素可同樣命名為「精神分裂症傾向」。因素二有 16 題，題項多為原來的鬱型情感傾向量尺(A3)，以及 6 題 A1 與 1 題 A2，但從內容看此處的 A1、A2 題項，似乎也會出現在鬱型情感疾患中，因此因素二仍命名為「鬱型情感傾向」。因素三有 12 題，包括 7 題 A2 與 5 題 A1，內容整體為躁型情感，而部分 A1 內容也同樣會出現在躁型情感疾患中，故此因素仍命名為「躁型情感傾向」。此三因素各題項的因素負荷量在.22 至.82 之間，整體累積解釋變異量為 41.28%。三因素也有不錯的內部一致性，分別為.89、.91、.81。

整體來說，A 類量尺的因素結構與當初所編製每個量尺的構念相近(如圖四-1)，量尺構念效度獲得支持。但可以注意到 A1 量尺中有部分題項，在因素分析後歸屬至躁型與鬱型情感因素，因此 A1 量尺可能有構念不純的問題，同時也可能影響 A1 量尺的區辨效度，將於後續討論中詳述。



圖四-1 A 類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖

二、B 類量尺的因素結構

本研究以 69 題 B 類量尺的題項進行因素分析。從 KMO 值為.961，Bartlett 的球形檢定達.001 顯著水準，顯示資料適合進行因素分析。平行分析結果顯示，最多可抽取五個因素；而陡坡檢定顯示適合抽取 3 至 5 個因素。由於五因素結構最接近原量尺，而四因素將最後兩個分別以強迫型焦慮(B5)、恐懼型焦慮(B2)為主的因素合併在一起，三因素則再混合第三個因素(認知型焦慮)。綜合上述情形，因為三因素與四因素僅將最後的因素合併，並未產生新的特別意涵，反而喪失了原先各量尺編製的意涵與區辨各疾患的目的。因此，本研究最後決定抽取五因素，因素的樣式矩陣如表四-33 所示。

表四-33 B 類量尺的因素結構

題項	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
59[B1] 最近好幾次，我莫名地心情緊張，快要不能呼吸	.794	-.045	.000	.011	-.007
231[B1] 最近好幾次，我呼吸急促，好像快要窒息	.788	-.065	-.130	.069	.021
210[B3] 半年來，我常因為很緊張，而感到頭暈，因此覺得頭重腳輕	.773	.055	.034	-.137	.125
92[B1] 最近好幾次，我莫名地心情緊張，一直冒汗	.749	.017	.068	.058	-.079
93[B3] 近半年來，我經常為不只一件事感到焦慮不安，甚至發抖、肌肉抽搐	.740	-.011	.109	.017	.008
113[B1] 最近好幾次，我的胸部會莫名地疼痛不舒服起來	.734	-.049	-.035	.074	-.100
生 86[B1] 最近有好幾次，我全身發冷，甚至發抖	.725	.011	-.117	.230	-.039
理 37[B3] 近半年來，我經常為不只一件事情焦慮不安到肌肉會緊張酸痛	.652	-.061	.142	-.178	.033
焦 134[B1] 最近好幾次，我心跳得非常厲害	.640	-.004	.017	.131	.014
慮 189[B3] 很久以來，我常很容易緊張，覺得喉嚨好像有東西堵住，吞嚥困難	.628	-.021	-.036	-.040	.119
74[B3] 半年來，我常因很緊張而容易感到疲倦	.617	.050	.316	-.175	-.004
40[B3] 很久以來，我經常會緊張得想要嘔吐、瀉肚，或感到腹部不舒服	.610	.039	.074	.016	.070
241[B3] 半年來，我常會因為緊張，而覺得口乾想要喝水	.581	-.061	.031	-.085	.091
73[B1] 最近好幾次，我頭暈，腳步不穩，幾乎要昏倒	.575	-.184	-.017	.147	-.016
88[B1] 最近有好幾次，我會緊張到自己的身體好像不屬於自己一樣	.568	-.200	.021	.090	.079

	175[B1] 最近好幾次，我身體的某部份常會感到刺痛	.560	-.092	-.065	.147	.031
	211[B3] 很久以來，我經常緊張得像一部上了發條的機器，一受到刺激就會驚跳起來	.538	-.066	.079	-.065	.206
	27[B1] 最近好幾次，我的腹部不舒服，很想嘔吐	.521	-.010	.122	.154	-.007
	13[B3] 半年來，我經常會緊張得坐也不是站也不是	.485	-.131	.206	-.016	.001
	100[B1] 最近好幾次，我的臉部會莫名地發紅或冰冷	.455	-.054	.024	.299	-.111
	177[B3] 很久以來，我常很容易緊張，一緊張起來就要跑廁所小便	.434	.065	.009	.023	.263
	31[B3] 我經常因為緊張而不易入睡，即使入眠也很容易被吵醒	.425	-.182	.080	-.176	.142
	218[B4] 這兩年來，我的胃口很不好，但身體檢查的結果是胃腸和消化系統都很正常	.384	-.060	-.112	-.016	.205
	194[B4] 這兩年來我經常容易疲勞，感到沒有力氣	.377	-.233	.260	-.274	.136
	35[B1] 最近好幾次，我身體的某些部份變得麻木，沒有感覺	.344	-.267	.047	.254	-.068
	5[B1] 最近好幾次，我莫名地害怕自己會失去控制，而做出很不好的事	.341	-.314	.203	.088	-.034
	10[B1] 最近好幾次，我莫名地害怕自己將要死去	.271	-.072	.035	.193	.214
	8[B3] 近半年來，我常莫名地感覺到很不幸的事情將發生在自己親人身上	.239	-.090	.153	.189	.109
	71[B3] 近半年來，我常會莫名地擔心親人的生命將受到威脅	.221	-.129	.183	.183	.096
	172[B4] 這兩年來，我經常想到自己能早一天死掉就好	-.091	-.932	.040	-.021	-.003
	25[B4] 這兩年來，我常想怎樣趕快結束自己的生命	.010	-.875	-.058	.043	-.065
	58[B4] 兩年來，我一直想早日結束自己生命，對生活上的點點滴滴早已沒有留戀	.042	-.815	-.030	.047	-.056
	145[B4] 這兩年來，我經常很想去死；若不是對親人還有未盡的責任，我早已自殺身亡	-.009	-.788	.001	.002	.088
憂鬱型焦慮	183[B4] 這兩年來，我已自殺過一次以上；現在和以後我還是很想趕快結束痛苦的生命	.061	-.677	-.121	.079	.018
	67[B4] 兩年來，我一直害怕有一天會不顧一切地結束自己的生命	.081	-.663	.002	.100	.072
	226[B4] 這兩年來，我對於將來的事感到悲觀、無助	.061	-.502	.404	-.130	.044
	82[B4] 這兩年來，我常覺得很無助，容易悲傷流淚	.203	-.471	.326	-.152	.006
	155[B4] 這兩年來，我對於周遭的人、事、物都不再擁有濃厚的興趣	.009	-.468	.280	-.076	.094
	101[B4] 這兩年來我經常感到自己很差勁，樣樣表現都不如人	.031	-.434	.433	-.078	.001
	143[B1] 最近好幾次，我感到周圍一切事物都離我很遠，好像我不存在於這世界	.169	-.403	.243	.122	-.040
	213[B1] 最近好幾次，我常害怕自己將要發瘋	.326	-.338	.174	.161	.008
	206[B5] 很久以來，如果聽到不常聽的話，我習慣一定要問清楚為什麼說話的人要講那些話，不然我會痛苦不堪	.154	-.201	.169	.061	.172
	認知	136[B5] 很久以來，在讀書時，我習慣會無法控制地想到一些不相干的字或話，使我無法集中注意力，令我很懊惱	.061	-.016	.590	.223

型	94[B5] 幾年來，常會有一些莫名的想法浮現在腦海裡，我的讀書或	.171	-.068	.557	.075	.045
焦	工作效率因此降低很多					
慮	137[B5] 很久以來，我一直為了某些自己無法控制的觀念而覺得很痛苦	.153	-.224	.491	-.020	.110
	50[B5] 很久以來，我習慣在做某件事情時，就無法控制地會想到另一些使我非常焦慮不安的事情	.248	-.104	.490	-.020	.040
	112[B3] 很久以來，我經常很容易緊張，注意力不集中，無法思考	.376	-.071	.473	-.006	-.018
	107[B4] 這兩年來，我注意力不集中，連讀書或想事情都感到很困難	.177	-.180	.464	.065	.024
	29[B5] 好久以來，我一直為了某些自己無法控制的行為而覺得很痛苦	.211	-.244	.401	.062	.019
	87[B2] 好久以來，我很懼怕正眼看別人	.085	-.065	.401	.189	.099
	38[B5] 很久以來，當看到某些東西時，我習慣會無法控制地聯想到和性有關的事	-.141	.000	.377	.313	.202
	184[B5] 很久以來，某些可怕或無意識的觀念常會浮現到我腦海裡，嚴重擾亂我的心情	.307	-.151	.351	.122	.067
	46[B3] 很久以來，我經常容易急躁發怒	.168	-.247	.346	-.081	.104
	119[B4] 這兩年來，我常吃過飽，雖知不該如此，但如果不吃很飽，我會感到心裡空虛	.011	-.058	.292	.146	.180
	201[B2] 好久以來，我很懼怕到人很多的地方	.182	-.184	.211	-.023	.164
	249[B5] 很久以來，我習慣會無法控制地想要殺死某一個人，雖然我並不恨對方	.116	-.150	-.040	.486	.051
	33[B5] 很久以來，我有衝動很想去強暴或騷擾某一位異性，雖然我對那位異性並沒有性慾	.048	.026	.033	.454	.039
強	118[B5] 很久以來，我常無法控制地想去虐待、傷害某位異性，雖然我對對方沒有恨意	.034	-.034	.057	.453	.118
迫	9[B5] 長久以來，我有個習慣，看到神像就無法控制地想說出侮辱神像的話	.023	-.047	.145	.438	.032
型	80[B5] 很久以來，我一直為自己無法控制地必須洗好幾次手、或開好幾次門、或關好幾次瓦斯的行為感到非常痛苦	.045	.007	.171	.278	.207
焦	230[B5] 我常不自主地想到一些令人害怕不安的觀念，為了減輕不安，我必須重覆做某一個行為，如：洗手或搖頭…等	.075	-.073	.241	.274	.221
慮	225[B4] 這兩年來，我自殺過不只一次，但以後不會再做這種傻事了；現在我覺得生命很寶貴，活著是很有意思的事	.039	-.131	-.110	.137	.070
恐	158[B2] 好久以來，我一直懼怕坐汽車或火車通過隧道	.028	-.001	-.153	.003	.730
懼	127[B2] 很久以來，我一直懼怕坐電梯	-.019	.011	-.055	.019	.569
型	45[B2] 很久以來，我很懼怕坐火車或公共汽車	-.027	-.073	.021	-.017	.532
焦	149[B2] 我一直很懼怕到七樓以上的高處	.016	-.043	.032	.017	.423

慮	220[B2] 好久以來，我一直很懼怕刀或會傷人的尖銳東西	.122	.093	.092	.061	.324
	77[B2] 好久以來，我一直很懼怕和死亡有關的東西或地方	.044	.141	.218	.110	.323
	135[B2] 很久以來，我一直懼怕別人認為一點也不可怕的動物	.115	-.086	.075	.124	.187
特徵值		20.79	15.71	12.19	6.05	8.93
累積解釋變異量=49.55%						

因素一有 29 題，由 14 題恐慌型焦慮(B1)、13 題泛焦慮型(B3)、2 題憂鬱型焦慮(B4)組成，檢視其內容，大部分與呼吸急促、發抖、冒汗、心悸、疼痛、頭暈、瀉肚等生理型焦慮有關（除 10、8、71 題），因此命名為「生理型焦慮」。

因素二有 13 題，由 10 題憂鬱型焦慮(B4)、2 題恐慌型焦慮(B1)與 1 題強迫型焦慮(B5)組成，檢視題項內容，大多與自殺意念、悲觀無助、悲傷、缺興趣、憂鬱有關（除 143、213、206 題），因此仍命名為「憂鬱型焦慮(或低落型情感)」。

但此因素相較於原來 B4 量尺，少了食慾降低/增加、疲勞、注意力難集中的 5 個題項。

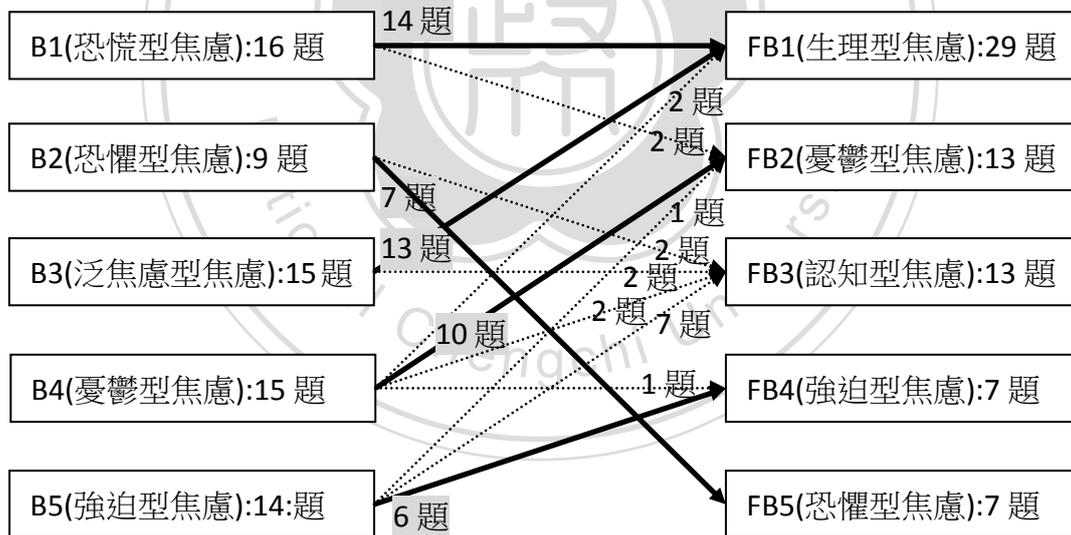
因素三有 13 題，組成較為分散，有 7 題來自強迫型焦慮(B5)、2 題泛焦慮型焦慮(B3)、2 題憂鬱型焦慮(B4)、2 題恐懼型焦慮(B2)，但從其內容來看，因素三非專屬於某一類焦慮疾患，多與注意力不集中、意念干擾有關（除 46、119、201 題），因此命名為「認知型焦慮」。

因素四有 7 題，有 6 題強迫型焦慮(B5)與 1 題憂鬱型焦慮(B4)，這些內容大多涉及強迫意念與行為，只有一題憂鬱型焦慮的自殺題項(因素負荷量僅.137)，因此仍命名為「強迫型焦慮」。但是進一步檢視，14 題 B5 中僅有 6 題歸屬於此，且僅有 4 題的因素負荷量在.3 以上，內容與傷害/攻擊他人的衝動有關，另外兩題內容與重複洗手、檢查等強迫行為有關，但因素負荷量小於.3，顯示因素四雖為強迫型焦慮，但其內容較偏向傷害攻擊他人的衝動，而缺乏清潔(clean)、檢查(check)、計數(count)等其他層面的強迫型焦慮。

因素五有 7 題，全部皆屬恐懼型焦慮(B2)的題項(佔 B2 的 7/9 題)，內容主要以各種恐懼症內容有關，如坐電梯、怕高、怕刀子、坐火車過隧道，因此命名為「恐懼型焦慮」。

此五因素各題項的因素負荷量在.14 至.93 之間，整體累積解釋變異量為 49.55%。此五因素量尺的內部一致性先分別為.96、.93、.91、.69、.66，除最後兩個因素還在可接受的範圍，其餘都有.90 以上的內部一致性。

綜合上述，若將所得因素與原量尺編製比較(如圖四-2)，B 類量尺所得部份因素結構與原量尺編製略有不同(B1 與 B3 量尺)，其餘因素則與原量尺編製相近。另外，部份量尺題項分佈歸屬至其他因素中(如 B5 量尺)，顯示該量尺可能有構念不純的情形。詳細構念情形將於後續討論中進一步詳述。



圖四-2 B 類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖

三、D 類量尺的因素結構

本研究以 56 題 D 版量尺的題項進行因素分析。從 KMO 值為.888，Bartlett 的球形檢定達.001 顯著水準，顯示資料適合進行因素分析。平行分析結果顯示，最多可抽取八個因素；而陡坡檢定顯示適合抽取 5 至 8 個因素。最後以七個因素最具有解釋意義，因素的樣式矩陣如表四-34 所示。

表四-34 D 類量尺的因素結構

題項	FD1	FD2	FD3	FD4	FD5	FD6	FD7
121[D4] 一年來，我的身體差得沒有力氣上學或上班，所以常請假	.583	.049	-.080	-.057	-.020	-.122	.007
219[D4] 一年來，我的心情很壞，注意力不集中，無法唸書或專心工作，所以常請假	.573	.082	-.086	-.017	.040	-.289	-.065
117[D3] 一年來，我的學業（或工作表現）退步很多，而且一直沒有好起來	.514	.134	.014	.022	.135	-.369	-.066
55[D3] 一年來，我的身體變得經常有毛病，又很不容易好起來	.512	.012	-.065	-.037	-.229	.091	-.057
49[D4] 一年來，我的人際關係壞到很少和別人往來，所以常不去上學（或不去工作）	.500	.039	.119	-.010	-.069	-.139	-.045
65[D3] 一年來，我的身體病的很嚴重，好像得了絕症無藥可救	.486	-.095	-.061	-.035	-.250	.099	-.182
中重 106[D4] 一年來，我的學業（或工作表現）壞到快要被退學（或被開除）	.475	.123	.101	-.056	.075	-.181	-.074
度受 75[D3] 一年來，我沒有朋友，覺得別人都討厭我	.472	-.019	.193	-.036	-.293	.027	-.054
125[D3] 一年來，我和別人關係一直都很差，總是覺得別人看不起我、批評我，甚至想害我	.471	.075	.146	-.016	-.256	-.021	-.072
3[D4] 一年來，我的學業成績（或工作表現）一直在退步，而且退步很多	.470	.131	-.015	.020	.097	-.381	-.064
104[D4] 一年來，我的言行使人覺得我是個危險人物，會被我所傷害	.455	.049	.127	-.048	-.146	.060	-.070
247[D3] 一年來，我的心情很惡劣，並覺得自己病的很嚴重，無藥可救了	.430	-.068	-.103	.112	-.397	-.100	-.248
151[D3] 一年來，我的心情變得非常不穩，經常焦慮不安，很不容易好轉過來	.330	.161	-.151	.045	-.286	-.229	-.078
95[D4] 這一年來，有人常勸我去看心理醫師和	.299	.082	-.090	.023	-.124	-.132	-.072

精神科醫師接受治療

	2[D4] 一年來，我常有意無意地傷害自己的身體	.265	.142	-.152	-.036	-.137	-.062	-.232
	205[D4] 一年來，有一段時間我住在精神醫院接受治療	.244	.080	-.098	-.096	-.003	.119	-.016
	254[D7] 以上我所做的回答沒有不可靠的	.182	-.057	-.084	.144	.140	.074	.085
	124[D2] 一年來，我的心情有段時間變得很差；但過半個月或一個月之後又好起來	-.050	.650	-.068	.081	-.076	-.107	-.011
	116[D2] 一年來，我和同學、朋友的關係常因故變得不好，但一段時間之後，又恢復跟從前一樣	.118	.593	.088	-.068	.029	-.030	-.005
	97[D2] 一年來，我的學業（或工作表現）有一段時間變得很差，但過半個月至一個月之後，又好起來	.066	.564	-.038	-.010	-.068	.072	-.021
	234[D2] 一年來，我的心情偶爾會變得差一些，但一段時間後還是會恢復過來	-.122	.544	-.112	.168	.048	.121	.038
輕度受損	91[D1] 今年以前，我和同學（或朋友）的關係不太好；但這一年來，比以前改善了一些	-.032	.523	.057	-.058	.025	-.012	-.033
	34[D2] 一年來，我和他人的關係有時變得很不好，但過半個月或一個月之後又好起來	.173	.403	.066	-.095	-.062	-.109	-.028
	16[D2] 一年來，我的學業（或工作表現）有時因生活壓力而退步了一點，但一段時間之後，又恢復到以前的水準	-.024	.334	.012	.017	.091	.149	-.091
	70[D2] 一年來，我有時因生活壓力而身體變差，但最後還是會恢復得和正常人一樣	.104	.308	-.125	.001	-.048	.235	.065
罕見：	44[D9] 我是一個女生	-.062	-.023	-.854	-.025	-.101	-.048	-.039
男女	161[D9] 我是一個男生	.090	.010	.852	.116	.018	.102	-.055
	255[D8] 以上我所做的回答全部都非常不可靠	.106	-.049	-.072	-.650	.125	.054	-.007
自評	253[D8] 以上我所做的回答大部分是不可靠的	.088	.038	-.074	-.623	.091	-.023	-.057
作答	251[D7] 以上我所做的回答全部都是可靠的	.155	-.059	.007	.562	.087	.117	-.065
可靠	256[D8] 以上我所做的回答沒有可靠的	.097	-.026	-.113	-.492	.033	.083	-.121
	252[D7] 以上我所做的回答大部分是可靠的	.058	.028	-.091	.411	.035	-.056	-.009
	248[D6] 我是一個心理不健康的人	.115	-.001	-.066	.002	-.775	-.007	-.119
	68[D6] 我是一個心理不健康的人	.106	.068	-.078	.003	-.768	-.006	-.127
自評	179[D5] 我是一個心理非常健康的人	.065	-.019	.007	.091	.703	.234	-.129
心理	110[D5] 我是一個心理健康的人	.080	.020	.014	-.003	.681	.223	-.061
健康	14[D6] 我是一個心理非常不健康的人	.123	.101	-.030	.021	-.642	-.038	-.148
	52[D5] 我是一個心理相當健康的人	-.024	.175	-.006	.005	.541	.219	-.038
	53[D1] 一年來，我的身體健康和以前一樣良好	-.168	.045	-.028	.062	.333	.230	-.045

	39[D4] 一年來，我去看過一次（或以上）的精神科醫師或心理醫師	.132	.165	-.100	.133	-.299	-.011	.069
	141[D1] 這一年來，我的學業（或工作表現）仍保持以前的良好狀況	-.120	.003	-.059	.023	-.004	.635	.005
	17[D1] 一年來，我對生活大體上還算滿意	-.097	.087	.076	-.037	.093	.626	.136
	244[D1] 這一年來我生活得很滿意	-.075	-.013	.056	-.044	.157	.618	.019
	154[D1] 一年來，我雖然有生活上的種種壓力，但每天過得還算充實有意義	.000	.125	-.045	-.008	.107	.608	.061
心理	76[D1] 一年來，我的心情和以前一樣好	.015	-.061	.046	.005	.186	.564	-.074
功能	181[D1] 一年來，我的想法和態度仍然和以前一樣積極	.021	-.031	.050	.109	.194	.525	-.126
無損	1[D1] 一年來，我一直覺得自己很幸福	-.101	.073	.002	-.034	.194	.489	.085
	232[D1] 一年來，我的身體健康比以前改善	-.022	.198	.027	.052	.078	.390	-.049
	131[D1] 一年來，雖然我經常有生活壓力，但還是和別人一樣身心健康	.038	.062	-.061	.022	.336	.389	-.011
	199[D1] 一年來，我和同學或朋友的關係和以前一樣好	-.183	.063	-.217	.242	.079	.261	-.120
	229[D9] 我是一個嬰兒	.047	-.064	-.041	.008	.042	-.035	-.646
	32[D9] 我是在土星出生的	-.094	.076	-.081	-.091	.025	-.122	-.619
	187[D9] 我是一個火星人	-.155	.129	.073	-.008	-.024	-.046	-.616
罕見	85[D9] 我是一個美國人	.028	-.021	.080	.053	.027	.053	-.447
	19[D9] 我是一個七十歲的老人	.068	-.046	-.049	-.043	-.013	.046	-.437
	20[D4] 一年來，我常不洗澡，不換洗衣服，所以同學或朋友都不喜歡接近我	.118	.024	.020	-.100	-.095	.095	-.217
特徵值		6.66	3.16	1.96	2.31	7.83	6.76	3.45
累積解釋變異量		=47.37%						

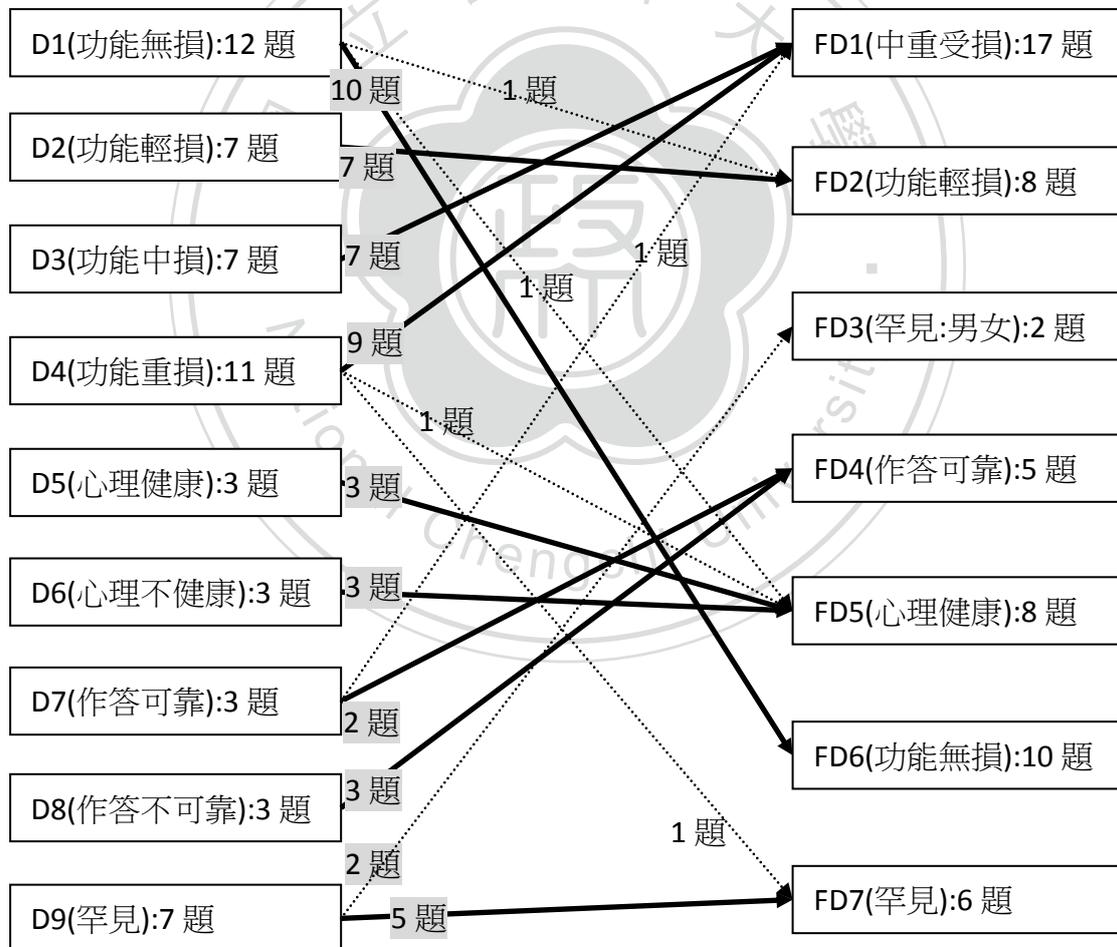
結果顯示，因素一有 17 題，主要由 7 題心理功能中損(D3)與 9 題心理功能重損(D4)組成，因此命名為「中重度受損」。因素二有 8 題，由 7 題心理功能輕損(D2)與 1 題心理功能無損(D1)組成，因此命名為「輕度受損」。

因素三與因素七都屬於罕見量尺(D9)，但前者有兩題，是由罕見量尺(D9)中的我是一個男/女生組成，後者則有 6 題，由 5 題罕見量尺(D9)與 1 題心理功能

重損(D4)組成。由於兩因素都以罕見量尺之題項為主，但因素三以詢問性別為內容，因此暫時命名為「罕見量尺：男女」，因素七則命名為「罕見量尺」。

因素四有 5 題，由自評作答可靠(D7)、自評作答不可靠(D8)量尺組成，命名為「自評作答可靠」。因素五有 8 題，主要由 D5、D6 組成，命名為「自評心理健康」。因素六有 10 題，全由 D1 量尺組成，命名為「心理功能無損」。

整體來說，D 類量尺因素結構非常清楚(如圖四-3)，大部分題項都歸屬自本身的因素當中。除 D3 因項目共變數矩陣為負而無法計算，各量尺的內部一致性依序為：.87、.74、.67、.80、.87、.70。



圖四-3 D類原量尺與因素分析結果的題項分佈比較圖

四、小結

綜合上述，從量尺因素結構來看，A、D 類量尺所得因素與原量尺因素結構相符，大部分題項也歸屬至所屬量尺中；B 類量尺所得部份因素雖與原量尺略有不同—原恐慌型焦慮(B1)與泛焦慮型焦慮(B3)量尺大部分題項歸屬至生理型焦慮因素中，而 B 類量尺中內容不特定發生於某一類疾患之題項歸屬至認知型焦慮因素中—但整體來說仍不違背原量尺編製之構念，其餘量尺也維持原量尺編製架構。故 A、B、D 類量尺在臨床上的因素結構獲得初步支持。

然而，若更進一步檢視量尺題項內容，部份量尺的構念可能有些許不足之處，可能影響量尺的區辨效度，將於後續討論中進一步詳述。



第五章 綜合討論

第一節 單一量尺對四種疾患的區辨效度

一 得分差異探討

回顧過去文獻可以發現 HPH 有良好的發展基礎：與目前診斷系統相融合，每一量尺代表不同的心理疾患傾向；其內容參照各疾患診斷準則，並加入了習慣的概念來編製題項，以控制其他因素的混淆並提昇題目的預測力；而後在信效度檢驗上，也透過內部一致性、再測信度、效標關聯效度、構念效度等方式來檢驗，結果也支持 HPH 有中上程度的信效度。也因此，目前 HPH 被廣泛使用在臨床、教育情境中，幫助實務工作者評估個案在多種心理疾患的傾向程度。

然而，過去研究中較缺少 HPH 在臨床上的區辨與構念效度。因此，這篇研究主要目的在探討 HPH 的臨床效度，提供 HPH 在臨床效度上的實證基礎，並將此研究結果提供後續研究與測驗編修參考，以及提供臨床工作者在實務應用上的建議。

在回顧其他類似測驗的發展過程與方法之後，研究者認為每個測驗都同樣重視「測驗是否能如同其構念區辨出目標對象」，因此採行區辨與構念效度並重的方式，主要先探討測驗在臨床上是否真能區辨不同疾患，再探討臨床上的構念是否如同原先編製。而考量背景變項對結果混淆的可能，本研究先以共變數分析控制背景變項的混淆，檢驗每個量尺實際的區辨力。接著為了降低臨床上高共病對單一量尺區辨的影響，再採用羅吉斯迴歸探討量尺組合整體區辨預測的結果，以及哪些量尺最能區辨預測兩兩疾患間的差異。同時，也比較有無納入背景變項在結果上的差異。

在共變數分析結果方面，本研究結果顯示精神分裂症傾向(A1)、躁症傾向(A2)、憂鬱類量尺(A3,B4)、自殺傾向(A4)、與心理功能與健康(D1,D3~D6)量尺，在四組疾患間的區辨情形都大致符合原預測，區辨效度獲得支持。但在焦慮量尺(B1,B2,B3,B5)、憂鬱類量尺(A3,B4)對重鬱症與低落型情感間的區辨、功能輕損量尺(D2)、以及作答可靠(D7,D8)與罕見(D9)量尺則未獲證實。茲討論如下：

1.精神分裂症量尺：

在控制性別或教育程度後，精神分裂症組在 A1 量尺的分數顯著高於重鬱症與低落型情感，而重鬱症與低落型情感分數顯著高於焦慮患者。此結果顯示精神分裂症患者在妄想、幻覺等正性症狀的程度高於其他三組疾患，而嚴重重鬱症患者也可能出現妄想幻覺等症狀，因此得分也顯著高於焦慮患者。而低落型情感疾患得分顯著高於焦慮疾患的情形，雖不是本研究主要探討的問題，但此結果或許一部份是因為低落型情感疾患共病重鬱症的可能所致。整體來說，研究結果顯示 A1 量尺可以區辨精神分裂症者與其他三組疾患間的差異。

2.躁型情感量尺：

原預測精神分裂症患者也可能出現類似 A2 量尺中的誇大妄想症狀，因此得分顯著高於其他三者。研究結果顯示精神分裂症患者在 A2 量尺上得分顯著高於焦慮患者；其中在控制教育程度後，更顯示精神分裂症患者顯著高於重鬱症與焦慮症患者。但為何精神分裂與低落型情感患者間沒有顯現差異，研究者檢視四組在 A2 量尺之分數，可以看到精神分裂症組與低落型情感組之平均數差異比重鬱症組多，但可能因為標準差較大的原因導致事後比較不顯著。因此，研究者認為此結果有可能受到樣本取樣的影響，還需後續研究檢驗。但整體來說本研究結果

可以支持的是，(控制教育程度影響後的)A2 量尺可以區辨精神分裂症與重鬱症、焦慮組間的差異。

3.憂鬱類量尺：

結果顯示重鬱症組與低落型情感組在鬱型情感(A3)、憂鬱型焦慮(B4)量尺上得分均顯著高於精神分裂症與焦慮症，與預測不完全相同。此結果一部份支持兩量尺能區分憂鬱疾患與另外兩類疾患間的差異，但另一部份反映兩量尺皆無法區分重鬱症與低落型情感間的差異。

研究者認為此結果有下列一種或幾種可能：(1)雙重憂鬱(double depression)的影響：由於本研究是依照第一診斷(主要診斷)進行分組，而過去研究曾指出大部分低落型情感疾患病人會發展出重鬱症(Schmaling & Hernandez, 2006)，故兩憂鬱疾患組有可能因雙重憂鬱而造成難以區辨的情形。基於此原因，研究者進一步檢視兩憂鬱組的其他診斷，卻發現兩組中僅有四位患者有雙重憂鬱的診斷。但由於臨床實務中，醫生可能不會特別診斷兩者共病的情形，故仍無法排除本研究受試同時共病重鬱症與低落型情感的可能性。因此，此結果一方面或許反映的是本研究受試的特性，而不一定表示量尺不具有區辨性。(2)根據 DSM-IV 診斷準則，兩疾患相似的部分就有憂鬱心情、食慾、睡眠習慣改變、疲累或失去活力、專注能力減退或做決定有困難、無價值感 vs 低自尊等六項，故也可能因兩種疾患症狀/本質上就很相近而難以區辨；(3)由於A3量尺內容主要為重鬱症的悲傷心情、無價值感、自殺意念/嘗試，並持續數個星期以上，B4量尺內容主要為低落型情感的悲傷心情、無望感、自殺意念/嘗試、胃口不好或吃得過多、疲勞、低自尊、專注能力減退等，並持續兩年以上，相互比較可以發現兩疾患都同樣可能出現兩量尺之症狀，故此結果也可能反映兩量尺缺乏能區辨兩者的內容。加上本研究重鬱症組平均罹病時間約四年，在時間向度上更無法顯現兩組差異。

總的來說，本研究結果可以支持的是，A3 與 B4 量尺可以區辨憂鬱類疾患與精神分裂症、焦慮疾患間的差異。

4. 自殺量尺：

原預測精神分裂症、重鬱症、低落型情感疾患在 A4 量尺得分顯著高於焦慮症組，但結果顯示重鬱症與低落型情感組得分顯著高於精神分裂症與焦慮症組。此結果支持原預測重鬱症與低落型情感在 A4 量尺得分顯著高於焦慮症組，顯示兩類憂鬱疾患在自殺傾向上顯著高於焦慮症。

但與預測不同的是，精神分裂症者得分顯著低於兩類憂鬱疾患，且與焦慮疾患沒有顯著差異。對於此結果研究者認為可從兩方面解釋：由於本研究的精神分裂症組平均罹病時間長達 8 年(平均月數=97.92)，在長期接受治療後病情已慢性化且較為穩定，其自殺及其他焦慮憂鬱症狀傾向也隨之降低，因此在 A4 量尺上得分較低，與焦慮疾患沒有顯著差異。而精神分裂症組在其他焦慮憂鬱量尺上的得分偏低似乎也支持上述說法，且此種情形也與柯永河與張小鳳(民 88)的結果類似。

至於重鬱症與低落型情感的 A4 量尺得分顯著高於精神分裂症者，顯示憂鬱患者的自殺傾向顯著高於精神分裂症者。雖不是本研究原先預測，但也可理解。因為過去研究顯示，對於企圖自殺或完成自殺者，約有 90%當時正罹患一些精神疾患(Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005; R. A. Stolberg, D. C. Clark, & B. Bongar, 2002)，最有關係的精神疾患為情感、物質濫用與衝動控制疾患(Barlow & Durand, 2009)；又有研究顯示 40~60%的自殺行為是發生在憂鬱發作期間或復原階段(Rich & Isacson, 1997; R. Stolberg, D. C. Clark, & B. Bongar, 2002)。因此可知憂

鬱與自殺之間常有很密切的關係，也就不難理解憂鬱患者的自殺傾向通常高於精神分裂症患者。

5. 焦慮類量尺：

原先預測焦慮組得分顯著高於其他三組，結果顯示四組在恐懼型(B2)量尺上得分沒有顯著差異，重鬱症組、低落型情感組在恐慌型焦慮(B1)、泛焦慮型(B3)量尺上得分顯著高於精神分裂症組或焦慮組，以及在強迫型焦慮(B5)量尺上顯著高於精神分裂症組。對於上述結果與原預測不一致的情形，研究者認為可能受到下列一種或以上的原因影響：焦慮組受試診斷不特定、共病影響、或量尺題項內容描述不清(不特定於該疾患)。

因為 B1、B2、B3、B5 分別是測量恐慌、特定恐懼、泛焦慮、強迫症狀，但此次因臨床收案限制，焦慮組內特定診斷的患者人數都過少，如 Panic disorder(7 人)、specific phobia(9 人)、GAD(2 人)、OCD(23 人)，反而是非特定的 Anxiety State 診斷佔了焦慮組的一半以上(44 人)，使得焦慮組無法在這些量尺上明顯呈現出特定於(specific to)恐慌、特定恐懼、泛焦慮、強迫疾患的症狀，故可能是造成焦慮組在上述量尺的分數沒有高於精神分裂症、重鬱症、低落型情感的原因之一。而研究者為確認此因素影響的可能性，將焦慮疾患組區分出強迫症組與焦慮狀態組，進行共變數分析，結果顯示強迫症組在 B5 量尺上得分顯著高於焦慮狀態組（詳見附錄二），故 B5 量尺區辨效度獲得支持，也支持上述原因的可能性，故其他量尺也可能因此次收取特定診斷患者的人數過少或未進一步將焦慮組分組而無法顯現區辨效度。

再者，憂鬱疾患共病焦慮的可能性高(Maser, Weise, & Gwirtsman, 1995)，美國國家精神衛生研究中，發現 32%憂鬱患者有恐慌症，31%曾有恐慌發作，11%

有強迫意念或行為(Class et al., 1989)；許多 MDD 病人雖然沒有達到焦慮疾患的診斷，但其實也有明顯的焦慮困擾(Fava et al., 2004)，而共病又常使得患者的症狀更為嚴重，因此可能造成重鬱症與低落型情感在上述量尺分數高於焦慮症組。

而某些量尺內題項描述不清(不特定於該疾患)，也可為精神分裂、重鬱或低落型情感疾患的症狀之一，也可能是造成其他疾患得分偏高的情形。像是強迫型焦慮量尺(B5)中 14 題有 6 題(第 29、50、94、136、137、184 題)，如「(#29)好久以來，我一直為了某些自己無法控制的行為而覺得很痛苦」、「(#50)很久以來，我習慣在做某件事情時，就無法控制地會想到另一些使我非常焦慮不安的事情」、「(#94)幾年來，常會有一些莫名的想法浮現在腦海裡，我的讀書或工作效率因此降低很多」；恐慌型焦慮量尺(B1)中的第 5、10、143、213 題，如「(#5)最近好幾次，我莫名地害怕自己會失去控制，而做出很不好的事」、「(#10)最近好幾次，我莫名地害怕自己將要死去」；泛焦慮型量尺(B3)的第 8 題「(#8)近半年來，我常莫名地感覺到很不幸的事情將發生在自己親人身上」。

至於恐懼型量尺(B2)在此次研究中無法區辨四組疾患，也可能因恐懼症的子類型(subtype)之間異質性高，B2 量尺每一題項也僅代表某一子類型，因此每一恐懼子類型患者在 B2 量尺中可能僅有少數題項符合，再加上本研究中恐懼症人數過少，因此四組在 B2 量尺上沒有顯著差異。

6.D 類量尺

在自評心理功能與健康方面(D1, D3~D6 量尺)，重鬱症、低落型情感、焦慮疾患三組的結果符合原預測，即焦慮疾患的心理功能與健康程度比兩組憂鬱疾患來得好，故上述量尺在這三組疾患間的區辨效度獲得支持。

但是精神分裂症組與這三組間的分數差異則與原本預測有所差異，精神分裂症組在正向心理傾向上得分顯著高於兩組憂鬱疾患，且甚至高於焦慮組；在負向心理傾向量尺上得分也顯著低於兩組憂鬱疾患，且甚至出現低於焦慮組的情形。此結果顯示精神分裂症組自評心理功能與健康程度有偏高的情形(高於焦慮或憂鬱疾患)，雖與原預測不一致，但過去柯永河與張小鳳(民 88)研究中也有出現此情形，也已說明此現象。由於前述提到本研究精神分裂症組病人平均罹病時間長達八年，而可能因為精神分裂症病人在長期接受治療後病情慢性化，一方面已習慣於帶病生活，每天生活完全受到照顧，且不必面對生活壓力，另一方面原有的理性思考能力退化，因此病識感也降低，誤以為現在的生活就是正常的生活。因此，精神分裂症患者容易高估自己心理功能與健康程度。

另外，心理功能輕損(D2)量尺在四組疾患間沒有顯著差異，而柯永河與張小鳳(民 88)的研究中，也顯示不論是在疾患組與正常組間，亦或是疾患組間，都沒有顯著差異，顯示心理功能輕損量尺無法區辨疾患組間或與個案組間的差異。這可能表示不管是一般人或是病人，在生活中都會面臨壓力，因此都會覺得自己某段時間的學業(工作)、人際關係、心情、身體狀況有輕微受影響的情形，造成此量尺難以在疾患間或與正常人間區辨。因此，D2 量尺的區辨效度仍有待後續研究檢驗。

在自評作答可靠(D7)與不可靠(D8)量尺，過去柯永河與張小鳳(民 88)的研究曾顯示 D7、D8 量尺無法區辨臨床疾患(住院精神分裂、門診疑似精神分裂、焦慮憂鬱混合組)與正常人，在臨床疾患間也難以區辨。此次結果顯示四組在 D7 量尺上沒有顯著差異，但在 D8 量尺則顯示精神分裂症與低落型情感分數顯著高於焦慮疾患。因此作答可靠與否可能在臨床疾患與正常人間沒有顯著差異，然而為何精神分裂症與低落型情感自評不可靠程度較焦慮患者高，可能仍須後續研究探討。

在罕見量尺(D9)上，原預測精神分裂症者得分顯著高於其他三組疾患，但結果顯示，四組疾患在此量尺上得分沒有顯著差異。雖與預測不合，但若綜合柯永河與張小鳳(民 88)之研究，此結果也顯得有意義。因為柯永河與張小鳳的結果也顯示，三組個案組間沒有顯著差異，但三組個案組皆與大學男生組有顯著差異。由於 D9 量尺內容主要是一般人不會得分之題項，如我是一個火星人、我是一個嬰兒等，故高分代表受試思考不同與常人，或有胡亂作答的可能。但因此量尺之內容/構念，並非屬於某一特定疾患思考或作答態度，故無法區辨疾患間的差異，只能顯示一般人與疾患間的思考或作答態度有顯著差異。



第二節 量尺及其組合在兩兩疾患間的區辨效度

一 預測力及分類結果

由前一節 ANCOVA 結果，我們可以瞭解四組疾患在各單一量尺上得分差異。而羅吉斯迴歸則是同時探討多個量尺在兩兩疾患間的預測情形，因此除了多說明量尺及其組合整體在兩兩疾患間的預測區辨情形，還可以多瞭解在眾多量尺中，那些量尺在兩兩疾患間是最具有區辨預測力。茲將研究結果討論如下：

一、哪些量尺在兩兩疾患間最具有區辨預測力

精神分裂症與其他疾患

在精神分裂症與其他三組疾患間(見表五-1)，本研究發現精神分裂症量尺(A1)一致地能夠區辨精神分裂症與其他三組間的差異，再綜合過去柯永河與張小鳳(民 84)的結果，顯示 A1 量尺不僅可以區辨精神分裂症患者與正常組(男大生)，亦可以區辨精神分裂症與其他疾患間的差異，因此未來可以考慮 A1 作為精神分裂症傾向的參考指標。另外，多增加鬱型情感(A3)量尺，則更可以區分精神分裂症與重鬱症間的差異，即 A1 分數越高與 A3 分數越低，精神分裂症相對於重鬱症的可能性就越大，反之亦然；同理，多加入憂鬱型焦慮(B4)量尺也更可以區辨精神分裂症與低落型情感疾患間的差異，即 A1 分數越高與 B4 分數越低，精神分裂症相對於低落型情感疾患的可能性越高。

在精神分裂症與焦慮症方面，多加入強迫型焦慮(B5)與自評作答不可靠(D8)量尺，更可以區辨兩者間的差異，即 A1 分數越高、B5 分數越低、D8 分數越高，精神分裂症相對於焦慮症的可能性也越高。對 B5 來說，這是否表示強迫症狀越多的時候，越能區辨精神分裂與焦慮患者間的差異，研究者認為尚無法下此結論。

因為 B5 量尺的分數高低可以區辨兩組，背後可能意涵需思考：(1)由於本研究焦慮疾患組中，有一半是非特定的焦慮狀態(Anxiety state)診斷(44 人)，另一半特定焦慮疾患中 OCD 又佔了一半(23 人)，其他特定焦慮診斷的患者人數都過少。因此究竟此結果是反映 B5 能區辨精神分裂症與焦慮疾患間的差異(SCH vs. ANX)，抑或是精神分裂症與強迫症的差異(SCH vs. OCD)。(2)也因為焦慮疾患組中除強迫症外，還包括其他焦慮疾患，故此結果也需思考是反映強迫症構念能區辨兩組，還是其他構念能區辨兩者。

為回答上述問題，研究者將焦慮疾患組區分出強迫症組與焦慮狀態組，並加上原來三組疾患再進行一次兩兩比較的羅吉斯迴歸分析(詳見附錄二)，結果發現強迫症傾向量尺(B5)一致地能夠區辨預測強迫症與其他四組間的差異，但卻無法一致地區辨預測非特定的焦慮狀態組與其他組別。因此，此結果說明 B5 量尺是區辨了 SCH vs. OCD 之間的差異，也確認了是強迫構念能區辨之；而 B5 量尺區辨預測強迫症的效度也獲得支持，未來亦可考慮視 B5 作為強迫症傾向的參考指標。

而自評作答不可靠(D8)量尺反映，精神分裂症患者自評作答不可靠程度高於焦慮患者，可能表示精神分裂症患者因為對於自己能力的不確定(如低現實感、病識感、判斷能力等)，而對於自己填答的不可靠程度也高於焦慮患者。

憂鬱疾患與其他疾患

根據表五-1，不論背景變項納入與否，鬱型情感(A3)量尺一直能顯著區辨預測重鬱症與焦慮症間的差異，加上前述 A3 量尺又可以區辨重鬱症與精神分裂症間的差異，因此未來可考慮 A3 作為重鬱症的參考指標。

但在低落型情感與其他疾患間的區辨上，憂鬱型焦慮(B4)量尺卻沒有獲得一致性的結果。即使在不納入背景變項的影響，結果僅顯示 B4 量尺能區辨低落型情感與精神分裂症之間的差異，而在低落型情感與焦慮疾患間 B4 量尺不具顯著區辨預測力，但 A3 量尺在接近顯著的程度($p=.05\sim.10$)。對於此結果，研究者認為在憂鬱疾患與其他疾患(精神分裂症、焦慮症)間，A3 與 B4 量尺應該都有顯著區辨力，因兩者有顯著的高度正相關($r=.904^{***}$)。但可能因為迴歸分析中，預測變項的係數代表淨相關，而 A3 與 B4 的高度正相關，使得兩量尺都投入時解釋量重疊，便不具有顯著預測力。為驗證是否受此因素影響，研究者以 B4 量尺分別進行 DYS vs. SCH、DYS vs. ANX 的羅吉斯迴歸，結果支持上述說法(Wald 值分別為 22.546^{***}、21.064^{***})，因此 B4 量尺也可考慮做為低落型情感的參考指標。綜合上述，在憂鬱疾患(重鬱症與低落型情感)與其他兩疾患間 A3 與 B4 量尺能顯著區辨兩兩間差異。

重鬱症與低落型情感

在重鬱症與低落型情感疾患間，不論是羅吉斯迴歸或是共變數分析結果，都一致顯示沒有量尺能顯著區辨兩者之間的差異。其原因除了前一節中提到，兩者在症狀/本質上相近、量尺缺乏能區辨兩者的內容、共病(雙重憂鬱)的影響外；另外也需思考的是，或許兩者在發展過程上是否不容易明顯區分開來，以及也許以自陳式量表的方式是有所限制的，必須要透過晤談或行為觀察的方式較能夠區分兩者。

焦慮疾患與其他疾患

焦慮疾患與其他疾患間，並不像精神分裂症、重鬱症、低落型情感組有某個量尺能一致地區辨該疾患與其他疾患的差異，尤其是焦慮類量尺(B1,B2,B3,B5)也無法在焦慮疾患與其他疾患間能有所區辨。研究者認為一部分可能受到本次研究焦慮疾患組特性的影響，因為 B 類各量尺代表特定的焦慮疾患傾向，然而焦慮組中非特定的焦慮狀態(Anxiety state)就佔了一半，而除 OCD 外的其他診斷人數也都非常稀少，OCD 也僅占該組 1/4 的比例，因此可能無法使得特定焦慮障礙傾向的量尺能顯著區辨。而前述當將焦慮疾患組分成強迫症組與焦慮狀態組再進行一次羅吉斯迴歸時，B5 量尺一致地能顯著區辨預測強迫症組與其他組間，似乎也支持上述說法，因此其他量尺在焦慮疾患與其他疾患間的區辨，仍待後續研究證實。

進一步來看，焦慮組與精神分裂症、重鬱症間的區辨，已在前面討論過，此處不多贅述。但在焦慮症組與低落型情感組間的區辨，不論背景變項控制與否，都沒有量尺能顯著預測兩疾患間的差異，此結果與共變數分析結果有所差異。在共變數分析結果中，兩疾患在焦慮、憂鬱量尺(A3、B1、B3、B4)上得分有顯著差異，但為何在羅吉斯迴歸中沒有此區分性。研究者認為可能原因有下列一種或多種原因影響：(1)量尺投入較多：羅吉斯迴歸方程式中，預測變項係數代表該變項與校標變項間的「淨相關」，因此變項投入越多或預測變項間相關較高時，有可能因扣除重疊的解釋量過多，使得該變項單獨的預測力不具顯著性。倘若以較少預測變項，或是將相關高的量尺以其中之一代表，即可降低此情形。(2)低落型情感疾患人數不足：由於不論在背景變項控制有無中，都有量尺在接近顯著的水準($p=.05\sim.10$)，而低落型人數在本研究中最少，或許多增加該組人數可改善此情形。(3)焦慮組受試特性：如同前段所提由於本研究焦慮組中有一半是非特定的焦慮狀態(Anxiety state)，可能因此無法以代表特定疾患傾向的量尺，預測焦慮組與低落型情感間的差異。(4)B類量尺構念問題：也可能B類量尺有著構念

混淆不清、構念不足、題項描述不清楚的問題，造成量尺在焦慮疾患與低落型情感疾患間(甚至是與其他疾患間)的區辨效度不足，詳細情形於構念一節中討論。綜合上述，針對低落型情感疾患與焦慮疾患間沒有量尺能顯著區辨的因素為何，很值得未來研究進行考量。

表五-1 兩兩疾患間能顯著區辨預測的量尺一覽表

	無背景			含背景		
	MDD	DYS	ANX	MDD	DYS	ANX
SCH	A1,A3	A1,B4	A1,B5,D8	A1 性別	N.S.	A1,B5,D8, 住院
MDD		N.S.	A3		住院	A3 住院
DYS			N.S. (A3)			N.S.

註: (A3)表示 A3 量尺在接近顯著的水準($p=.05\sim.10$)
(摘自羅吉斯迴歸分析)

另外，綜合羅吉斯迴歸結果(表五-1)，D 類量尺在兩兩疾患間較沒有顯著獨特的區辨力，可能的原因為 D 類量尺的影響不及於症狀上的表現。但從共變數分析結果中已可以看到初步情況是，憂鬱疾患覺得自己的功能是受損的、自己是不健康的，而精神分裂症的病識感相對較低，較不覺得自己功能或健康情形有受損。至於要如何組合這些因素更能夠達到區辨效果，是未來研究可以去考量的。

再者，若比較有無控制背景變項的結果，可以發現兩者在哪些量尺能顯著區辨之間的差異，並沒有太大的差異。唯精神分裂與低落型情感疾患間，沒有控制背景變項時 A1 與 B4 量尺有顯著區辨力，但在控制背景變項時，量尺與背景變項皆不具預測性。但此結果較可能是因為背景變項與量尺間的解釋量重疊，使得個別變項與背景的迴歸係數不具顯著性，因此也具合理性。而在整體區辨效果上，

單以量尺的解釋量與分類結果也都僅些微低於量尺與背景變項的效果。因此，倘若單以量尺的區辨效果就在可接受的程度，或許單以量尺進行區辨即可。

二、整體預測力與分類結果

本研究以兩兩疾患間比較所得的整體區辨方程式，在臨床工作上實具有意義與功能。因為臨床上常必須考量的就是鑑別診斷(differential diagnoses)，而本研究中兩兩疾患間區辨方程式的正確率與預測力多在七、八成以上(表五-2)。同時預測力也都大於基準率(base rate)，顯示以此方程式做鑑別具有增益效度(incremental validity)。因此，本研究結果在實務上提供臨床工作者另一個經實證的鑑別方式以做參考。

表五-2 兩兩疾患間正確率與預測力一覽表

		無背景		含背景	
		正確率	預測力	正確率	預測力
SCH VS.MDD	SCH	84.9	84.9	86.0	87.8
	MDD	85.5	85.5	88.5	86.8
	TOTAL	85.2		87.3	
SCH VS. DYS	SCH	88.7	90.4	94.0	94.0
	DYS	87.2	85.0	92.1	92.1
	TOTAL	88.0		93.2	
SCH VS. ANX	SCH	74.5	87.2	80.8	87.5
	ANX	92.7	84.4	92.5	88.1
	TOTAL	85.4		87.9	
MDD VS. ANX	MDD	65.5	78.3	73.1	80.9
	ANX	87.5	78.7	88.5	83.1
	TOTAL	78.5		82.3	
DYS VS. ANX	DYS	51.3	71.4	52.6	66.7
	ANX	90.0	79.1	87.2	79.1
	TOTAL	77.3		75.9	

(摘自羅吉斯迴歸分析)

由於本研究的四組疾患是以首要診斷(primary diagnose)來進行分組，並未排除共病的情形，只是代表該組患者中以該診斷為主要問題。因此與臨床中高共病的情形相同。而以此法分析所得之結果，較不會有過去研究中以單純無共病的疾患進行分析，結果類推至實際臨床情境有高估的可能。



第三節 構念效度探討

由於 HPH 已廣泛使用在臨床場域中，但是過去研究僅檢驗過在一般族群上的構念效度，並未探討在臨床族群上量尺構念是否仍如同原先設計。再者，區辨效度的好壞，也會受到測驗本身構念效度的影響，因此本研究基於上述兩原因，欲探討 HPH 量尺在臨床上的構念效度，包括：

(1)結構上，各類量尺有哪些因素？是否與原量尺編製的架構一致？

(2)內容/構念上，根據題項歸屬情形與 DSM 診斷準則，探討量尺內容/構念有否待改善之處，以期後續研究能進而提升量尺的構念與區辨效度。

(3)並與過去結果相較，探討在臨床與一般族群上量尺構念的異同。

一、A 類量尺

整體來說，因素分析以精神分裂症、躁型情感、與鬱型情感之三因素結果最具意義性，此結果與原量尺因素結構相符，大部分題項也都歸屬至所屬量尺中，也跟柯永河與張小鳳(民 88)結果一致，故 A 類三量尺的構念效度獲得支持。

但根據題項歸屬情形，A 類量尺仍有少許待修改之處。精神分裂症(A1)量尺中分別有 5 題與 6 題歸屬至鬱型情感與躁型情感量尺中，進一步檢視內容則可以發現這些題項也同樣可為重鬱症、躁症之症狀，如「(#171)曾有幾次，我情緒非常激動，經過藥物治療才安定下來」、「(#129)過去我得了精神病，曾看過好幾次精神科醫生」、「(#11)我一直相信我的身體已經染上得很嚴重難治的病」等題歸屬至鬱型情感，以及「(#122)我是個了不起的人，常和魔鬼打交道」、「(#196)

我相信經常有人或一種力量在我身邊，雖然我看不到他或它」等題歸屬至躁型情感。因此，A1 量尺有著構念不純的情形，也可能影響 A1 在精神分裂症與重鬱症、低落型情感疾患間的區辨。

躁型情感(A2)與鬱型情感(A3)量尺，則沒有上述構念不純的問題，大部分題項也都歸屬至所屬因素中。但若與 DSM 診斷準則相較，卻可發現兩量尺內容/構念不完整。A2 量尺的內容以心情高昂(#167)、易怒(#133)、膨脹的自尊心/自大狂(#62、#64、#152、#200、#212)、睡眠需求減少(#63)為主，但缺少話多、意念飛躍、注意力分散、目的取向活動增加、過度參與可能帶來痛苦後果活動之題項。A3 量尺的內容也以憂鬱心情(#105、#182)、興趣/活動減少(#164)、無價值/罪惡感(#4、#159、#160、#216)、自殺意念/嘗試(#148、#173)之內容為主，同樣缺少體重/食慾明顯改變、失眠/嗜睡、精神運動性遲滯或激動、疲勞/失去活力、思考/專注/決斷力減退之題項。綜合上述，A2、A3 量尺構念/內容不完整的情形，也可能影響量尺的區辨效度。

若與過去研究相較(柯永河與張小鳳，民 88)，A 類量尺獲得的三個因素與過去結果一致。其中，A1 量尺仍有少部分題項歸屬至其他因素，同樣有構念不純的問題。但有更多因素負荷量大於.3 的 A1 題項歸屬於精神分裂症因素中，顯示在臨床族群中，A1 量尺的構念更為明確。若能將少部分題項予以改善，相信 A1 量尺效度能有所提升。而 A 類量尺的題項分佈情形也與過去相近，顯示在一般族群或臨床病人，A 類量尺的因素結構具有穩定性。

二、B 類量尺

整體來說，B 類量尺因素分析結果以生理型焦慮、憂鬱型焦慮、認知型焦慮、強迫型焦慮、恐懼型焦慮之五因素最具意義性。此結構雖與原量尺編製略有不同，但仍不違背原量尺編製架構：因為憂鬱型焦慮、強迫型焦慮、恐懼型焦慮因素仍

與原量尺結構一致，量尺構念效度獲得支持；而生理型焦慮因素主要也來自恐慌型、泛焦慮型量尺的生理層面題項；認知型焦慮因素則來自各焦慮疾患中的認知層面。因此，B 類量尺的構念效度仍獲得支持。

但根據題項歸屬情形，B 類量尺仍有待修改之處。首先，恐慌型焦慮(B1)與泛焦慮型焦慮(B3)兩量尺中幾乎所有題項都歸屬至生理型焦慮因素中，顯示兩量尺內容以生理型焦慮為主，且有量尺構念混淆不清的問題。因為兩量尺缺乏兩疾患特有的部分，而主要都是兩疾患或焦慮疾患共同有的生理型焦慮部分。如果能多增加兩疾患所特有的層面，如納入認知層面的考量，應能改善其量尺構念混淆不清的問題。例如恐慌症患者除了一再發生未預期性的恐慌發作之外，還要有持續擔憂再度發作、傷害或後遺症的認知層面(孔繁鐘，民 92)；以及，恐慌症的認知理論也認為，恐慌症者對它們的身體感覺過度敏感，並會賦予災難化(catastrophize)的解釋(Beck & Emery, 1985; Clark, 1986, 1997)。同樣的，在廣泛性焦慮疾患方面，過度且無法控制的擔憂(worry)目前被認為是廣泛型焦慮疾患的核心特徵(孔繁鐘，民 92)，由於 GAD 患者會過度認為世界/生活環境是危險的(Beck, Emery, & Greenberg, 1985)；而生活中並沒有真的存在實際威脅，患者無法採取實際行動來解決，因此只能以持續性地擔憂生活瑣事作為因應策略(Borkovec & Newman, 1998; Borkovec & Roemer, 1995)，以降低世界/生活環境的無法預測性與無法控制性(Craske, 1999)。綜合上述，研究者認為兩量尺歸至同一因素，反映兩者構念混淆的問題，如果能多增加其他如認知層面的題項，應能改善構念與區辨效度。

B4 量尺有 5 題(佔 1/3 題項)分散至生理型與認知型焦慮因素中，其內容與胃口、睡眠、易疲勞、難專注有關，雖然不歸於同一因素，但由於低落型情感/憂鬱型焦慮本身就包含生理與認知層面，因此歸至這兩因素中也算合理。不過研究者認為，焦慮因素也會造成胃口不好、失眠、易疲累、難專注等症狀，且低落型情感診斷準則中也提及，上述症狀是要出現在「心情憂鬱時」，因此若能在這些

題項描述上，多表述清楚上述症狀與憂鬱的關聯性，或許能與因焦慮而產生的症狀加以區分，在焦慮與憂鬱的區辨上也不容易混淆。

另外，單一量尺區辨效度討論一節中，也提到 B5 量尺的某些題項描述不清、非特定於該疾患，導致非強迫症個案也有可能在此量尺上得分。而因素分析也發現一致性的結果：B5 量尺中有七題(第 29、38、50、94、136、137、184 題)歸屬至認知型焦慮因素中，而非強迫型焦慮因素，佔了 B5 量尺的 1/2 題項。因此若能將上述題項更具體的描述出強迫症特有的症狀，如檢查、計數、清潔等，或許更能提升量 B5 量尺的構念與區辨效度。

若與過去研究相較(柯永河與張小鳳, 民 88), B 類量尺獲得同樣的五個因素，但題項分佈情形稍有不同。B1 與 B3 量尺的題項分佈相同，顯示兩量尺的結構穩定，在一般族群或臨床組群都沒有太大的改變，但過去研究中，兩量尺同樣有構念混淆的情形。而認知型因素的題項組成與過去研究稍有不同，內容更偏向焦慮的認知層面，且大半來自於 B5 的題項，可是內容不特定於任一疾患，故仍命名為認知型焦慮。強迫型量尺題項較過去少了許多，因大部分題項歸屬至認知型焦慮因素中，顯示 B5 量尺的上述題項在臨床疾患間較不具特定性。而恐懼型因素的題項也皆為 B2 量尺組成，量尺內涵較過去研究清楚。

三、D 類量尺

過去研究沒有呈現 D 類量尺的因素構念。整體來說，此次因素分析結果以中重度受損、輕度受損、罕見:男女、自評作答可靠、自評心理健康、心理功能無損、罕見量尺的七因素結果最具意義性。此結果也與原量尺結構相一致，大部分題項也都歸屬至所屬量尺中，故 D 類量尺的構念效度獲得支持。

第四節 臨床實務應用

實務上，臨床工作者常需判斷個案的問題為何。但此問題背後通常可以細分成兩階段：首先，要先判斷個案有哪些問題情形，例如焦慮、憂鬱、妄想、幻覺、自殺傾向、對生活功能的影響程度...等等；接著，因為臨床上高共病的情形，每一個案可能在多個症狀面向上都有顯著的情形。因此，常需要進一步判斷在這些問題背後，個案的主要問題為何。

本研究之結果即可供臨床實務上此兩層面之應用參考：疾患傾向評估、與鑑別主要問題。

一、疾患傾向評估

過去無法確認該量尺在臨床上是否能如同其構念區分出不同臨床疾患間的差異，而根據本研究 ANCOVA 之結果討論，精神分裂症、重鬱症、低落型情感、焦慮疾患(或強迫症)在精神分裂症傾向(A1)、躁症傾向(A2)、憂鬱類量尺(A3、B4)、自殺傾向(A4)、強迫症傾向(B5)、自評心理功能與健康(D1、D3、D4、D5、D6)的得分差異情形與其構念相符，故上述量尺在臨床之區辨效度獲得支持。因此，在臨床實務上使用，當上述量尺得分越高，無法排除該疾患傾向(或量尺構念)程度越高。例如：A1 得分越高，無法排除個案的精神分裂症(正性症狀)傾向越高；自評心理功能與健康量尺(D1、D3、D4、D5、D6)越差(D1 與 D5 越低、D3、D4、D6 越高)，無法排除症狀對個案的日常生活功能越有顯著影響。而因為 HPH 以習慣概念編製測驗，每一題項都清楚描寫症狀涵蓋的範圍，因此臨床工作者更可再檢視該量尺題項內容，詳細瞭解問題層面。因此，此實証結果可用以回答第一階段問題，即個案有哪些問題情形。

再加上羅吉斯迴歸的結果，精神分裂症傾向(A1)、憂鬱類(A3、B4)、強迫症傾向(B5)量尺能一致地在該疾患與其他疾患間顯著區辨預測兩兩間的差異，更支持上述量尺可當作該疾患傾向的主要參考量尺。即當上述量尺得分很高時，無法排除個案有上述疾患的可能性。

不過仍需注意以本研究之結果，躁症量尺仍需以躁症患者做更進一步的區辨效度評估，以確認是否躁症患者得分顯著高於其他患者；而兩憂鬱類量尺受限於本研究方法與受試特性，僅能確認兩量尺可以區辨出憂鬱患者與其他，但重鬱與低落型情感疾患間的差異，仍待後續研究探討。

二、鑑別主要問題

倘若只有少許量尺有較高傾向，或是某一量尺得分與其它量尺差異甚大時，臨床工作者較容易判斷患者問題。但臨床上常容易看到個案在多個量尺上都有得分偏高的情形，因此實務工作者若要在疾患間判斷個案主要問題時就有所不易。而本研究羅吉斯迴歸分析結果，可以幫助臨床實務工作者在多個量尺分數偏高的情形中，鑑別個案的主要問題為何。

首先，實務工作者可參考表五-3 之結果(整理自羅吉斯迴歸與附錄二)，先依據主要參考量尺進行判斷(即 A1、A3、B4、B5)，例如，當個案的 A1 量尺分數偏高時，可優先考慮精神分裂症的可能性，但仍需排除其他疾患為主要問題的可能性(例如重度憂鬱患者也可能出現妄想幻聽的正性症狀，故 A1 分數也可能偏高)，因此接著可檢視 A3、B4、B5 三個量尺(見 SCH 橫列)分數，倘若 A3、B4、B5 皆低分，則可以依序排除重鬱症、低落型情感、強迫症、焦慮狀態之可能性，而推測精神分裂症(正性症狀)傾向可能為患者的主要問題。

表五-3 兩兩疾患間能顯著區辨預測的量尺一覽表(含強迫症、焦慮狀態)

參照組 比較組	無背景			
	MDD	DYS	OCD	ANXS ¹
SCH	A1, <u>A3</u>	A1, <u>B4</u>	A1, <u>B5</u>	A1, <u>B4</u>
MDD		N.S.	A3, <u>B5</u>	A3
DYS			B1,B4, <u>B5</u>	<u>B5</u>
OCD				B5

註: 1. ANXS = Anxiety State。2. 量尺加註底線(如 B5)，表示量尺分數越高，參照組的可能性越高；未加底線則表示量尺分數越高，比較組的可能性越高。

另外，也可能有的個案在 A1、A3、B4、B5 二個以上量尺有高分的情形，使得上述方式也難以進行判斷，此時臨床工作可進一步以羅吉斯迴歸模型，納入個案在 A、B、D 類量尺的“整體得分情形”進行區辨。

羅吉斯迴歸模式：

$$\log \frac{p}{(1-p)} = f(A_i, B_i, D_i) \quad p = \frac{e^{f(A_i, B_i, D_i)}}{1 + e^{f(A_i, B_i, D_i)}}$$

首先，先根據臨床工作者欲區辨哪兩個疾患，將原始分數代入對應的迴歸方程式(參照表五-4)中計算出 $f(A_i, B_i, D_i)$ 值，再以第二個公式計算出 p 值，此 p 值即代表參照組相對於比較組的機率，倘若 p 值大於 .5，就會被歸入參照組中，小於 .5 則被歸入比較組中。因此，臨床工作者可參照此法依序排除其他疾患的可能性。然而，任何判斷方式都有正確與錯誤的可能性，表五-5 列出依照此法在兩兩疾患間區辨的正確率(即 sensitivity)與預測力(即 positive predictive power)，臨床工作者可檢視依照此法正確預測的機率有多少。

綜合上述，本研究結果提供臨床實務工作者利用 HPH 的 A、B、D 類量尺來判斷個案的問題有哪些，以及主要問題為何。若有其他疑問，歡迎 mail 至 heng0316@gmail.com 一起討論。

表五-4 兩兩疾患間區辨之羅吉斯迴歸模式一覽表(含強迫症、焦慮狀態)

比較組	參照組	f(Ai,Bi,Di)=
SCH	MDD	-.131A ₁ +0.062A ₂ +0.190A ₃ +0.011B ₁ -.022B ₃ +0.038B ₄ -.015B ₅ -.007D ₁ +0.082D ₃ -.028D ₄ +0.108D ₅ +0.055D ₆ -2.152
	DYS	-.152A ₁ +0.100A ₃ +0.077B ₁ -.043B ₃ +0.111B ₄ -.056B ₅ -.032D ₁ -.045D ₃ +0.068D ₄ +.191D ₅ +0.191D ₆ -.183D ₈ -1.542
	OCD	-.132A ₁ +0.141B ₅ +0.060D ₆ +0.395
	ANXS	-.136A ₁ +0.108B ₄ -.011D ₁ +2.926
MDD	DYS	N/A
	OCD	.002A ₁ -.221A ₃ -.052B ₁ +0.064B ₃ -.078B ₄ +0.152B ₅ -.058D ₁ -.082D ₃ +0.086D ₄ +.050D ₆ +1.438
	ANXS	+0.000A ₁ -.119A ₃ -.012B ₁ +0.034B ₃ -.008B ₄ +0.045B ₅ -.055D ₁ -.099D ₃ -.051D ₄ +.082D ₅ +0.097D ₆ +3.948
DYS	OCD	-.030A ₃ -.139B ₁ +0.080B ₃ -.139B ₄ +0.197B ₅ +0.027D ₁ +0.034D ₃ +0.015D ₄ -1.499
	ANX	+0.008A ₁ -.065A ₃ -.030B ₁ +0.003B ₃ -.037B ₄ +0.081B ₅ +0.018D ₁ +0.024D ₃ -.088D ₄ +.021D ₅ +0.052D ₆ +2.102
OCD	ANX	-.049B ₅ +2.537

羅吉斯迴歸模式： $\log \frac{p}{(1-p)} = f(Ai, Bi, Di)$ ， $p = \frac{e^{f(Ai, Bi, Di)}}{1+e^{f(Ai, Bi, Di)}}$

表五-5 兩兩疾患間區正確率與預測力一覽表(含強迫症、焦慮狀態)

	正確率	預測力		正確率	預測力		正確率	預測力
SCH	83.0	84.6	SCH	85.5	83.9	DYS	90.0	90.0
MDD	85.5	83.9	ANX	78.6	80.5	OCD	82.6	82.6
TOTAL	84.3		TOTAL	82.5		TOTAL	87.3	
SCH	90.6	88.9	MDD	92.7	91.1	DYS	71.8	73.7
DYS	84.6	86.8	OCD	78.3	81.8	ANX	76.2	74.4
TOTAL	88.0		TOTAL	88.5		TOTAL	74.1	
SCH	90.9	84.7	MDD	72.7	78.4	OCD	26.1	50.0
OCD	60.9	73.7	ANX	73.8	67.4	ANX	86.4	69.1
TOTAL	82.1		TOTAL	73.2		TOTAL	65.7	

第五節 研究限制與未來研究方向建議

一、研究限制與建議

在共病方面，由於本研究的目的是在進行初探，需透過蒐集大量臨床樣本以初步瞭解 A、B、D 量尺的臨床區辨效度，故一部分也蒐集了過去舊個案的填答資料。因此，在研究設計上，本研究在將受試分組時，僅依照患者的主要診斷進行分類，未考慮第二診斷的影響（共病）。這種情形，可能造成在此次研究的某些結果上難有顯著差異，例如：B1&B3 量尺可能因焦慮與憂鬱的高共病情形，而難以在焦慮與憂鬱疾患間顯現差異；以及 A3&B4 量尺可能因雙重憂鬱(double depression)的影響，而難以在重鬱症、低落型情感疾患間有顯著差異。因此，如果後續研究進行時，可以考慮只以無共病的受試為對象，亦或是控制共病的情形。

診斷一致性確認方面，本研究也並沒有針對診斷進一步做評分者一致性的檢驗，雖然有以診斷穩定度（前後兩個月時間診斷有無修改）、診斷是否確認（是否有疑似診斷）兩項指標檢驗診斷確認性，但對於正確性仍不及診斷性晤談、或不同診斷者的一致性確認。因此，建議後續研究可以考慮以 MINI 等診斷性晤談的方式，來確認受試的診斷，同時也可用作排除共病的工具。

焦慮組受試方面，焦慮疾患種類繁多，本研究因初探並未進一步對焦慮疾患分組，因此可能造成 B 類量尺(B1,B2,B3)的區辨效度無法獲得證實，然而焦慮在心理疾患間的盛行率高，且其他心理疾患也很可能有共病焦慮的問題，因此檢驗

B 類量尺區辨效度的重要性不言而喻。故建議未來研究，可以進一步針對焦慮疾患細分出恐慌症、恐懼症、廣泛型焦慮疾患、強迫症疾患來進行區辨效度的探討。

本研究中，因大量臨床受試獲得不易，難以在研究前進行受試者背景變項的配對控制，因此改採行 ANCOVA、迴歸的統計控制方式。但以統計控制的方式在面對許多背景變項有影響的情形下，控制過多會有扭曲統計的意義，增加解釋困難的問題。因此，建議未來進行更進一步研究時，可先將背景變項進行配對控制。

二、未來研究方向建議

建議後續研究可以參照本研究之結果，進行 HPH 各量尺構念效度與區辨效度的探討。構念效度部分，可針對部分題項描述不清、不特定於該疾患的情形編修題項；也可針對某些量尺有著構念不足或不純的情形進行編修；或加入心理病理層面，而不僅以症狀內容區辨，以提升量尺對該疾患的區辨力。

區辨效度部分，本研究結果中，沒有任何一個 A、B、D 類量尺能在重鬱症與低落型情感疾患間有顯著區辨力，但因為本研究無法排除重鬱症與低落型情感疾患共病，而造成兩疾患難以區辨的可能，因此建議後續研究可以控制兩類疾患的共病，探討 HPH 對兩疾患的區辨效度。各焦慮疾患的區辨效度，也很需要後續研究探討。甚至，也可針對量尺進行 ROC 分析，探討能區辨疾患的最適切截分數。或者可依據本研究結果，針對有區辨力的量尺，找到最少又最能區辨的量尺組合。也可評估治療前後，量尺得分的差異情形，以瞭解 HPH 對症狀改善的敏感度。

另外，本研究主要探討以症狀、效度為主 A、B、D 類量尺效度，以人格傾向為主的 C 類量尺效度則不在本研究的探討內。但綜觀 MCMI、MMPI 量尺的發

展都廣泛建立人格量尺效度的證據，人格層面探討的重要性不言而喻。若能檢驗HPH人格量尺的效度並獲得證實，將對臨床實務工作有許多幫助。



參考文獻

- 孔繁鐘(民 92)。DSM-IV 精神疾病的診斷與統計。台北市：合記書局。
- 王嘉寧、翁儷禎(民 91)。探索性因素分析國內應用之評估：1993 至 1999。中華心理學刊，44(2)，239-251。
- 吳明隆(民 97)。SPSS 操作與應用多變量分析實務。台北市：五南。
- 李立維等人(譯)(民 98)。心理疾患衡鑑與治療計畫手冊。台北市：心理出版社。
- 柯永河(民 62)。大專學生的柯氏性格量表(KMHQ)常模及該量表各量尺的效度研究。心理衛生通訊，20，1-6。
- 柯永河(民 64)。柯氏性格量表的信度及精神分裂症與精神神經症患者反應的差異。中國測驗學會測驗年刊，22，42-46。
- 柯永河(民 66)。柯氏性格量表的內外向、神經質、精神病及精神官能症量尺之建立經過報告。測驗年刊，24，74-81。
- 柯永河(民 67)。柯氏性格量表的內外向、神經質、精神官能症、男性傾向，及女性傾向量尺的效度研究。測驗年刊，25，29-37。
- 柯永河(民 79)。心理健康組與心理不健康組在柯氏性格量表因素量尺上反應之差異。測驗年刊，37，131-141。
- 柯永河(民 80)。柯氏性格量表需要脫胎換骨嗎？。測驗年刊，38，17-30。
- 柯永河(民 83)。習慣心理學：寫在晤談椅上四十年之後（理論篇）。台北市：張老師文化。
- 柯永河(民 84)。健康性格習慣量表指導手冊 (HPH)。台北：測驗出版社。
- 柯永河(民 86)。修訂後之柯氏性格量表(KMHQ 1996)內容，信效度常模及其使用說明。測驗年刊，44(1)，3-27。
- 柯永河(民 93a)。我與習慣心理學-回首獨行路，瞻望滿星天。臨床心理學刊，1(1)，1-12。

柯永河(民 93b)。習慣心理學(應用篇)—習慣改變。新的心理治療理論與方法。
台北市：張老師文化。

柯永河、王若蘭、吳瑞屯、張素鳳(民 76)。柯氏性格量表之項目因素分析研究。
測驗年刊，34，89-99。

柯永河、張小鳳(民 88)。健康性格習慣量表指導手冊(修訂版 HPH 1999)。台
北：測驗出版社。

柯永河、陳家聲、陳嘉鳳、歐英彥、朱志明、鄧嘉陵(民 69)。新式柯氏性格量
表(1974)之信度效度研究報告。測驗年刊，27，89-102。

柯永河、曾雅玲、柯慧貞(民 77)。柯氏性格量表(1985)的信度與效度研究。測
驗年刊，35，35-47。

柯永河、楊思根、蔡玉玲(民 53)。柯氏心理健康質問表效度之分析。測驗年刊，
11，34-38。

胡海國(民 88)。精神分裂症：描述性精神病理。台北市：橘井文化。

張本聖、洪志美(民 92)。心理衡鑑大全。台北市：雙葉書廊。

莊明鴻(民 85)。簡短式柯氏性格量表診斷效度之探討。中原大學。

許文耀、柯永河(民 80)。柯氏性格量表之精神病質因素量尺及正常因素量尺的
同時性效度研究。中華心理衛生學刊，5(2)，33-43。

謝明君(民 92)。以習慣的觀點探討因應、情緒與拖延行為的關係。國立臺灣大
學，台北市。

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: Author.

Bagby, R. M., Gillis, J. R., & Rogers, R. (1991). Effectiveness of the
Millon Clinical Multiaxial Inventory Validity Index in the
detection of random responding. *Psychological Assessment: A
Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 285-287.

- Bagby, R. M., Gillis, J. R., Toner, B. B., & Goldberg, J. (1991). Detecting fake-good and fake-bad responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(3), 496-498.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2009). Mood disorders and suicide. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. (pp. 253). Belmont, Calif.: Cengage Learning.
- Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Science, 487*, 90-96.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*(559-563).
- Ben-Porath, Y. S., Butcher, J. N., & Graham, J. R. (1991). Contribution of the MMPI-2 content scales to the differential diagnosis of schizophrenia and major depression. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(4), 634-640.
- Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (2003). *Integrative Assessment of Adult Personality*: Guilford Publications.
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen (Series Eds.), & P. Salkovskis (Vol. Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 6*.

- Adults: Clinical formulation and treatment* (pp. 439-459). Oxford, England: Pergamon Press.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., et al. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with general anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1216-1218.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and Use of the MMPI-2 Content Scale*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological Approaches to Theory and Treatment*. Boulder, CO: Westview.
- Daubert, S. D., & Metzler, A. E. (2000). The detection of fake-bad and fake-good responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory III. *Psychological Assessment*, 12(4), 418-424.

- Davis Jr, L. J., Offord, K. P., Colligan, R. C., & Morse, R. M. (1991). THE CAL: AN MMPI ALCOHOLISM SCALE FOR GENERAL MEDICAL PATIENTS. [Article]. *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 632-646.
- Egger, J. I. M., De Mey, H. R. A., Derksen, J. J. L., & van der Staak, C. P. F. (2003). Cross-cultural replication of the five-factor model and comparison of the NEO-PI-R and MMPI-2 PSY-5 scales in a Dutch psychiatric sample. *Psychological Assessment*, 15(1), 81-88.
- Fava, M., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., et al. (2004). Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D. *Psychological Medicine*, 34(7), 1299-1308.
- Furukawa, T. A., Konno, W., Morinobu, S., Harai, H., Kitamura, T., & Takahasji, K. (2000). Course and outcome of depressive episodes: Comparison between bipolar, unipolar, and subthreshold depression. *Psychiatry Research*, 96, 211-220.
- Goldston, D., Reboussin, B., & Daniel, S. (2006). Predictors of suicide attempts: State and trait components. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(842-849).
- Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68, 532-560.
- Greenblatt, R. L., & Davis, W. E. (1999). Differential diagnosis of PTSD, schizophrenia, and depression with the MMPI-2. [Article]. *Journal of Clinical Psychology*, 55(2), 217-223.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment (4th ed., rev.)*. New York: Wiley.

- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 11-19.
- Hirsch, S. R., Jolley, A. G., & Barnes, T. R. E. (1989). Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *2*, 259-264.
- Johnson, D. (1981). Studies of depressive symptoms in schizophrenia: The prevalence of depression and its possible causes. *British Journal of Psychiatry*, *139*, 89-101.
- Kamphuis, J. H., Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2008). Detecting Comorbid Axis-II Status Among Inpatients Using the MMPI-2 Restructured Clinical Scales. *European Journal of Psychological Assessment*, *24*(3), 157-164.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of American Medical Association*, *293*, 2487-2495.
- Martin, R. L., Cloninger, R. C., Guze, S. B., & Clayton, P. J. (1985). Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *46*(11), 9-13.
- Maser, J. D., Weise, R., & Gwirtsman, H. (1995). Depression and its boundaries with selected Axis I disorders. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 86-106). New York: Guilford Press.

- Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 600-607.
- Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 164*, 231-246.
- Millon, T. (1977). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II (2nd ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *MCMI-III Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (1997). *MCMI-III Manual (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Mulholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*, 169-177.
- Piotrowski, C., & Zalewski, C. (1993). Training in Psychodiagnostic testing in APA-approved PsyD and PhD clinical training programs. *Journal of Personality Assessment, 61*, 394-405.
- Plasky, P. (1991). Antidepressant usage in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 17*, 649-657.
- Rich, C. L., & Isacson, G. (1997). Suicide and antidepressants in South Alabama: Evidence for improved treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 45*(3), 135-142.

- Schmaling, K. B., & Hernandez, D. V. (2006). Dysthymia and Minor Depression. In F. Andrasik, M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology* (Vol. 2, pp. 232). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Stolberg, R., Clark, D. C., & Bongar, B. (2002). Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression and its Treatment*. (pp. 581-601). New York: Guilford.
- Stolberg, R. A., Clark, D. C., & Bongar, B. (2002). Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 54-60.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, H., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outcomes: Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794.

附錄一 人體試驗委員會同意書

馬偕紀念醫院

人體試驗委員會同意研究計畫證明書

92, Sec.2, Chungshan N. Rd., Taipei 10449, Taiwan
TEL:+886-2-2543-3535
FAX:+886-2-2543-3642

台北市中山北路二段 92 號
TEL:+886-2-2543-3535
FAX:+886-2-2543-3642

查以「健康、性格、習慣量表」之臨床區辨效度研究」計畫案(本會編號：MMH-I-S-620)，已經本院人體試驗委員會通過，同意鍾昭瑛醫師依所提計劃之內容進行臨床研究，本會組織與執行皆遵 ICH-GCP 規範，特此證明，有效期限至 2009 年 08 月 31 日。(依照 ICH-GCP 規定，研究每屆滿一年，人體試驗委員會必須重新審查是否繼續進行。請於有效期限到期一個月前繳交期中報告以利本會進行審查)。

財團法人台灣基督長老教會
馬偕紀念社會事業基金會

馬偕紀念醫院人體試驗委員會

主任委員 呂衍達
2008 年 09 月



附錄二 精神分裂症、重鬱症、低落型情感、強迫症、焦

慮狀態之結果分析

一、不同組別與背景變項之關係

各組人數與百分比

	SCH	MDD	DYS	OCD	ANX state
人數	66	61	45	23	44
百分比	27.6	25.5	18.8	9.6	18.4

各組在不同背景變項之人數、百分比與卡方同質性考驗

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		強迫症		焦慮狀態		X ²	事後比較
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
性別												
男	37	56.1	19	31.1	12	26.7	11	47.8	15	34.1	13.68**	1>23
女	29	43.9	42	68.9	33	73.3	12	52.2	29	65.9		23>1
教育程度												
國中	5	7.7	6	9.8	0	0	0	0	1	2.3	22.49	—
高中	32	49.2	24	39.3	14	31.8	6	26.1	16	37.2		—
專科	13	20.0	8	13.1	8	18.2	5	21.7	5	11.6		—
大學	13	20.0	21	34.4	20	45.5	11	47.8	17	39.5		—
研究所	2	3.1	2	3.3	2	4.5	1	4.3	4	9.3		—
婚姻狀態												
未婚	51	78.5	40	65.6	32	72.7	18	81.8	31	72.1	7.63	—
已婚	11	16.9	14	23.0	8	18.2	4	18.2	9	20.9		—
離婚	3	4.6	6	9.8	4	9.1	0	0	3	7.0		—
其他	0	0	1	1.6	0	0	0	0	0	0		—

註:1 精神分裂、2 重鬱症、3 低落型情感、4 強迫症、5 焦慮狀態(Anxiety state)。**p < .01

各組在不同背景變項之平均數、標準差

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		強迫症		焦慮狀態		F	事後比較
	M	SD										
年齡	32.48	11.70	30.93	10.64	28.60	9.74	26.91	7.34	28.86	9.67	2.15	—
首發年齡	24.76	8.42	27.53	10.50	26.36	8.31	22.27	7.41	26.95	9.78	1.75	—
罹病月數	97.92	91.26	46.62	48.65	23.41	44.32	50.95	68.55	20.98	38.69	10.52***	1>235;2>5
住院次數	2.47	3.18	1.22	2.12	.24	.53	.17	.39	.11	.39	11.93***	12>345

註:1 精神分裂、2 重鬱症、3 低落型情感、4 強迫症、5 焦慮狀態(Anxiety state)。***p < .001

二、控制背景變項後，四種疾患在 A、B、D 類量尺得分差異

控制性別後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		強迫症		焦慮狀態		F	事後比較
	M	SD										
A1	61.28	2.47	54.47	2.56	53.44	3.09	43.55	4.05	42.65	2.96	7.32***	12>45;3>5
A2	17.50	.87	15.58	.91	15.58	1.09	14.08	1.45	13.92	1.06	2.08(*)	(1>45)
A3	20.28	1.36	33.26	1.41	30.32	1.70	18.00	2.25	20.26	1.65	18.14***	23>145
A4	21.08	1.95	40.88	1.88	36.81	2.24	20.87	2.93	21.93	2.15	21.34***	23>145
B1	36.34	2.56	50.38	2.51	51.04	2.85	32.42	3.91	36.21	2.83	8.89***	23>145
B2	18.74	1.05	19.13	1.01	20.36	1.15	19.76	1.5	19.31	1.14	.30	—
B3	38.92	2.41	51.02	2.34	51.76	2.66	40.41	3.65	42.04	2.64	5.42***	23>145
B4	35.09	2.14	55.07	2.10	54.13	2.38	36.86	3.27	39.07	2.39	17.47***	23>145
B5	31.23	1.94	40.43	1.91	40.02	2.16	42.46	2.97	34.08	2.15	4.78**	234>1;24>5
D1	40.05	1.47	28.96	1.51	27.32	1.76	36.02	2.45	33.43	1.77	10.20***	1>235;4>23;5>3
D2	20.74	.88	19.74	.91	19.22	1.06	20.02	1.47	18.12	1.06	.94	—
D3	17.73	1.02	23.20	1.04	22.97	1.21	14.95	1.69	16.62	1.22	9.01***	23>145
D4	28.39	1.26	34.66	1.30	33.21	1.51	25.29	2.11	25.31	1.52	8.30***	23>145
D5	11.15	.56	7.74	.57	7.89	.67	9.19	.93	9.74	.67	5.65***	1>23;5>2
D6	7.29	.59	11.79	.61	11.12	.71	9.78	.99	9.07	.71	8.15***	234>1;23>5
D7	13.54	.42	13.71	.44	13.96	.51	13.72	.71	12.97	.51	.54	—
D8	5.08	.33	4.34	.34	4.84	.39	3.73	.55	3.99	.40	1.96	—
D9	13.45	.47	13.47	.48	13.86	.557	13.43	.78	12.87	.56	.40	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 強迫症組、5 焦慮狀態組。(*) $p = .05 \sim .10$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

控制罹病月數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		強迫症		焦慮狀態		F	事後比較
	M	SD										
A1	60.17	2.64	54.13	2.55	52.77	3.12	44.11	4.09	42.92	2.99	5.56***	12>45;3>5
A2	17.31	.95	15.66	.92	15.57	1.12	14.28	1.49	14.13	1.09	1.39	—
A3	20.09	1.47	33.08	1.42	30.04	1.74	17.59	2.30	20.33	1.68	17.55***	23>145
A4	19.62	2.07	40.70	1.88	37.53	2.28	20.53	2.97	22.53	2.17	22.65***	23>145
B1	35.51	2.70	49.84	2.49	50.72	2.88	32.38	3.94	36.05	2.84	8.84***	23>145
B2	18.95	1.11	18.91	1.00	19.78	1.16	19.42	1.59	19.00	1.14	.11	—
B3	37.03	2.57	50.85	2.35	52.27	2.72	40.16	3.72	42.63	2.68	6.22***	23>145
B4	32.98	2.26	54.83	2.09	55.24	2.41	36.21	3.30	40.00	2.41	19.73***	23>145;5>1
B5	31.53	2.05	40.16	1.89	39.32	2.18	43.32	2.99	33.44	2.15	4.69**	234>1;24>5
D1	39.32	1.59	29.52	1.52	28.35	1.81	36.33	2.51	34.09	1.81	7.13***	1>235;4>23;5>3
D2	19.71	.95	19.96	.91	19.89	1.09	20.06	1.51	18.63	1.09	.28	—
D3	17.29	1.10	23.00	1.04	22.96	1.24	14.82	1.72	16.79	1.25	8.86***	23>145
D4	27.14	1.35	34.60	1.29	33.48	1.54	25.33	2.13	25.85	1.54	8.71***	23>145
D5	11.02	.59	7.88	.56	8.27	.67	9.46	.93	10.04	.67	4.57***	1>23;5>2
D6	7.12	.63	11.69	.60	10.94	.72	9.59	1.00	9.03	.72	7.75***	234>1;23>5
D7	13.38	.46	13.73	.44	14.02	.52	13.87	.72	13.12	.52	.50	—
D8	5.16	.36	4.34	.34	4.81	.41	3.77	.56	3.91	.41	1.96	—
D9	13.54	.51	13.41	.49	13.62	.58	13.55	.80	12.80	.58	.33	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 強迫症組、5 焦慮狀態組。**p<.01，***p<.001。

控制住院次數後，不同疾患組在 A、B、D 類量尺的共變數分析

	精神分裂症		重鬱症		低落型情感		強迫症		焦慮狀態		F	事後比較
	M	SD										
A1	59.37	2.61	54.56	2.55	53.47	3.06	44.70	4.02	43.19	2.98	4.88**	12>45;3>5
A2	17.00	.95	15.57	.93	15.81	1.10	14.48	1.47	14.26	1.08	1.00	—
A3	20.28	1.46	33.81	1.44	30.14	1.71	17.92	2.27	20.11	1.68	19.31***	23>145
A4	19.66	2.04	41.41	1.89	37.21	2.20	21.16	2.89	22.34	2.13	24.37***	23>145
B1	34.72	2.66	52.03	2.49	51.09	2.78	32.65	3.82	36.34	2.79	11.36***	23>145
B2	19.08	1.11	19.63	1.02	20.02	1.14	19.46	1.56	18.94	1.14	.15	—
B3	37.61	2.55	52.52	2.36	51.95	2.63	40.44	3.61	42.20	2.64	7.12***	23>145
B4	33.51	2.26	55.87	2.11	54.55	2.35	37.08	3.24	39.47	2.39	20.43***	23>145
B5	31.23	2.03	41.44	1.90	39.39	2.11	42.25	2.91	33.54	2.13	5.21**	234>15
D1	38.72	1.55	28.33	1.53	28.38	1.76	36.56	2.44	34.40	1.79	8.28***	145>23
D2	19.87	.94	19.44	.92	19.69	1.06	20.26	1.48	18.55	1.08	.31	—
D3	17.29	1.07	23.75	1.05	22.99	1.21	15.20	1.68	16.74	1.23	10.47***	23>145
D4	27.13	1.33	34.79	1.31	33.55	1.51	26.04	2.09	25.87	1.53	8.94***	23>145
D5	10.85	.58	7.49	.57	8.22	.66	9.50	.92	10.10	.67	5.45***	15>23
D6	7.37	.62	12.00	.61	10.92	.70	9.58	.98	8.85	.71	8.39***	2>145;3>15
D7	13.36	.45	13.66	.45	14.08	.51	13.90	.71	13.12	.52	.56	—
D8	5.20	.35	4.38	.35	4.73	.40	3.64	.55	3.87	.41	2.19	—
D9	13.41	.50	13.58	.49	13.85	.57	13.54	.79	12.90	.58	.38	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 強迫症組、5 焦慮狀態組。**p < .01, ***p < .001。

各量尺之共變數分析結果摘要表

	控制性別	控制罹病月數	控制住院次數
A1	12>45;3>5	12>45;3>5	12>45;3>5
A2	(1>45)	—	—
A3	23>145	23>145	23>145
A4	23>145	23>145	23>145
B1	23>145	23>145	23>145
B2	—	—	—
B3	23>145	23>145	23>145
B4	23>145	23>145;5>1	23>145
B5	234>1;24>5	234>1;24>5	234>15
D1	1>235;4>23;5>3	1>235;4>23;5>3	145>23
D2	—	—	—
D3	23>145	23>145	23>145
D4	23>145	23>145	23>145
D5	1>23;5>2	1>23;5>2	15>23
D6	234>1;23>5	234>1;23>5	2>145;3>15
D7	—	—	—
D8	—	—	—
D9	—	—	—

註:A1 精神分裂症、A2 躁型情感、A3 鬱型情感、A4 自殺意念、B1 恐慌型焦慮、B2 恐懼型焦慮、B3 泛焦慮型、B4 憂鬱型焦慮、B5 強迫型焦慮、D1 心理功能全無受損、D2 心理功能輕度受損、D3 心理功能中度受損、D4 心理功能嚴重受損、D5 自評心理健康、D6 自評心理不健康、D7 自評作答可靠、D8 自評作答不可靠、D9 罕見。1 精神分裂症組、2 重鬱症組、3 低落型情感組、4 強迫症組、5 焦慮狀態組。

三、A、B、D類量尺在兩兩疾患間的預測情形

(一) 總覽

1. 兩兩比較間能顯著區辨的量尺

含背景變項

	MDD	DYS	OCD	ANX
SCH	A1 性別	A1	A1,B5	A1,B4 住院
MDD		住院	B4,B5	A3 住院
DYS			B4,B5 罹病	B5
OCD				B5

不含背景變項

	MDD	DYS	OCD	ANX
SCH	A1,A3	A1,B4	A1,B5	A1,B4
MDD		—	A3,B5	A3
DYS			B1,B4,B5	B5
OCD				B5

2. 整體區辨效果

	無背景		含背景	
	正確率	預測力	正確率	預測力
SCH	83.0	84.6	84.0	91.3
MDD	85.5	83.9	92.3	85.7
TOTAL	84.3		88.2	
SCH	90.6	88.9	92.0	93.9
DYS	84.6	86.8	92.1	89.7
TOTAL	88.0		92.0	
SCH	90.9	84.7	86.5	88.2
OCD	60.9	73.7	72.7	69.6
TOTAL	82.1		82.4	
SCH	85.5	83.9	84.6	91.7
ANX	78.6	80.5	90.5	82.6
TOTAL	82.5		87.2	
MDD	—	—	61.4	74.5
DYS	—	—	72.7	59.3
TOTAL	—	—	66.3	
MDD	92.7	91.1	88.5	92.0
OCD	78.3	81.8	81.8	75.0
TOTAL	88.5		86.5	
MDD	72.7	78.4	82.7	86.0
ANX	73.8	67.4	83.3	79.5
TOTAL	73.2		83.0	
DYS	90.0	90.0	94.9	94.9
OCD	82.6	82.6	90.9	90.9
TOTAL	87.3		93.4	
DYS	71.8	73.7	71.1	73.0
ANX	76.2	74.4	76.2	74.4
TOTAL	74.1		73.8	
OCD	26.1	50.0	45.5	71.4
ANX	86.4	69.1	90.9	76.9
TOTAL	65.7		75.8	

(二) 精神分裂症與重鬱症

投入量尺：A13、B1345、D13456

含背景

精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	2.216	.836	7.029**	9.172			
罹病時間	-.011	.008	1.878	.989			
住院次數	.010	.183	.003	1.010			
A1	-.105	.035	8.893**	.900			
A3	.112	.070	2.576	1.118			
B1	.030	.046	.405	1.030			
B3	-.054	.053	1.025	.947			
B4	.111	.060	3.448	1.117			
B5	.023	.049	.210	1.023			
D1	-.024	.043	.313	.976			
D3	.080	.093	.745	1.083			
D4	-.008	.059	.016	.993			
D5	.202	.123	2.704	1.223			
D6	.005	.118	.002	1.005			
常數	-4.509	2.234	4.072	.011	79.921***	.543	.724

註：**p < .01, ***p < .001

精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	重鬱症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	42	8	84.0	91.3
重鬱症	4	48	92.3	85.7
整體正確率			88.2	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為重鬱症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為重鬱症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 49.0%、重鬱症 51.0%。

不含背景

精神分裂症與重鬱症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R ² _{CS}	R ² _N
A1	-.119	.031	14.932***	.888			
A3	.161	.063	6.426*	1.174			
B1	.023	.039	.350	1.023			
B3	-.032	.040	.631	.969			
B4	.053	.047	1.245	1.054			
B5	.025	.037	.459	1.025			
D1	-.002	.034	.004	.998			
D3	.071	.081	.760	1.073			
D4	-.027	.050	.297	.973			
D5	.113	.105	1.154	1.119			
D6	.027	.107	.065	1.028			
常數	-1.932	1.702	1.289	.145	71.191***	.483	.644

註：**p < .01, ***p < .001

精神分裂症與重鬱症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	重鬱症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	44	9	83.0	84.6
重鬱症	8	47	85.5	71.4
整體正確率			84.3	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為重鬱症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為重鬱症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 49.1%、重鬱症 50.9%。

(三) 精神分裂症與低落型情感

投入量尺：A13、B1345、D13456

含背景

精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	1.997	1.086	3.381	7.366			
罹病時間	-.029	.017	2.864	.972			
住院次數	-1.764	.961	3.373	.171			
A1	-.144	.066	4.813*	.866			
A3	.074	.106	.492	1.077			
B1	.143	.088	2.644	1.154			
B3	-.054	.074	.526	.948			
B4	.136	.098	1.914	1.146			
B5	-.135	.077	3.049	.874			
D1	-.018	.063	.082	.982			
D3	-.224	.146	2.345	.799			
D4	.162	.099	2.678	1.176			
D5	.178	.174	1.043	1.194			
D6	.222	.167	1.774	1.248			
常數	-2.044	3.107	.433	.130	85.828***	.623	.836

註：*p < .05, ***p < .001

精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	預測 低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	46	4	92.0	93.9
低落型情感	3	35	92.1	89.7
整體正確率			92.0	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 56.8%、低落型情感 43.2%。

不含背景

精神分裂症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R ² _{CS}	R ² _N
A1	-.147	.039	14.508***	.863			
A3	.061	.063	.922	1.063			
B1	.074	.047	2.458	1.077			
B3	-.056	.043	1.677	.945			
B4	.121	.054	4.962*	1.129			
B5	-.042	.047	.779	.959			
D1	-.041	.039	1.091	.960			
D3	-.032	.092	.118	.969			
D4	.059	.059	.998	1.060			
D5	.206	.152	1.832	1.228			
D6	.219	.132	2.767	1.245			
常數	-2.055	2.246	.837	.128	67.516***	.520	.699

註：*p < .05，***p < .001

精神分裂症與低落型情感之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測 精神分裂症	預測 低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症	48	5	90.6	88.9
低落型情感	6	33	84.6	86.8
整體正確率			88.0	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 57.6%、低落型情感 42.4%。

(四) 精神分裂症與強迫症

投入量尺：A1、B5、D6

含背景

精神分裂症與強迫症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	-.380	.876	.188	.684			
罹病時間	.006	.007	.833	1.006			
住院次數	-1.432	.852	2.827	.239			
A1	-.110	.039	7.883**	.896			
B5	.123	.048	6.650*	1.131			
D6	-.010	.119	.008	.990			
常數	.933	1.325	.496	2.543	46.589***	.467	.664

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

精神分裂症與強迫症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	精神分裂症	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症		45	7	86.5	88.2
強迫症		6	16	72.7	69.6
整體正確率				82.4	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 70.3%、強迫症 29.7%。

不含背景

精神分裂症與強迫症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	-.132	.036	13.434***	.876			
B5	.141	.044	10.163**	1.151			
D6	.060	.101	.354	1.062			
常數	.395	1.129	.122	1.484	42.745 ***	.422	.600

註：**p < .01，***p < .001

精神分裂症與強迫症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

	預測	精神分裂症	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
實際					
精神分裂症		50	5	90.9	84.7
強迫症		9	14	60.9	73.7
整體正確率				82.1	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:精神分裂症 70.5%、強迫症 29.5%。

(五) 精神分裂症與焦慮狀態

投入量尺：A1、B4、D1

含背景

精神分裂症與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	.990	.671	2.175	2.691			
罹病時間	-.018	.010	3.657	.982			
住院次數	-1.779	.734	5.878*	.169			
A1	-.095	.032	9.137**	.909			
B4	.094	.038	6.046*	1.098			
D1	.041	.037	1.186	1.042			
常數	.581	1.957	.088	1.788	70.553***	.528	.707

註：*p < .05, **p < .01, ***p < .001

精神分裂症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	精神分裂症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症		44	8	84.6	91.7
焦慮狀態		4	38	90.5	82.6
整體正確率				87.2	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 55.3%、焦慮狀態 44.7%。

不含背景

精神分裂症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	-.136	.032	18.627***	.872			
B4	.108	.031	12.036**	1.114			
D1	-.011	.024	.194	.989			
常數	2.926	1.530	3.660	18.658	47.110***	.385	.516

註：**p < .01，***p < .001

精神分裂症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	精神分裂症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
精神分裂症		47	8	85.5	83.9
焦慮狀態		9	33	78.6	80.5
整體正確率				82.5	

註：1. 正確百分比的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故精神分裂症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而精神分裂症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 精神分裂症 56.7%、焦慮狀態 43.3%。

(六) 重鬱症與低落型情感

投入量尺：無

含背景

重鬱症與低落型情感之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	.426	.490	.758	1.532			
罹病時間	-.006	.005	1.303	.994			
住院次數	-.910	.342	7.065**	.403			
常數	.129	.415	.097	1.138	17.682**	.161	.215

註：**p < .01

重鬱症與低落型情感之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	重鬱症	低落型情感	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		35	22	61.4	74.4
低落型情感		12	32	72.7	59.3
整體正確率				66.3	

註：1. 正確率的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為低落型情感的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為低落型情感的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 56.4%、低落型情感 43.6%。

(七) 重鬱症與強迫症

投入量尺：A13、B1345、D1346

含背景

重鬱症與強迫症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	-1.580	1.455	1.180	.206			
罹病時間	.037	.023	2.562	1.038			
住院次數	-3.307	2.164	2.335	.037			
A1	-.095	.069	1.922	.909			
A3	-.283	.161	3.077	.754			
B1	-.050	.099	.259	.951			
B3	.062	.085	.532	1.064			
B4	-.316	.159	3.952*	.729			
B5	.421	.195	4.659*	1.524			
D1	-.028	.071	.159	.972			
D3	-.079	.153	.265	.924			
D4	.336	.188	3.182	1.399			
D6	.076	.194	.154	1.079			
常數	-1.508	5.022	.090	.221	61.160***	.562	.799

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

重鬱症與強迫症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	重鬱症	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		46	6	88.5	92.0
強迫症		4	18	81.8	75.0
整體正確率				86.5	

註：1. 正確率的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 70.3%、強迫症 29.7%。

不含背景**重鬱症與強迫症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)**

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	.002	.041	.004	1.002			
A3	-.221	.103	4.588*	.802			
B1	-.052	.057	.834	.949			
B3	.064	.062	1.043	1.066			
B4	-.078	.063	1.531	.925			
B5	.152	.064	5.541*	1.164			
D1	-.058	.053	1.208	.943			
D3	-.082	.120	.471	.921			
D4	.086	.076	1.286	1.089			
D6	.050	.126	.156	1.051			
常數	1.438	3.177	.205	4.213	47.936***	.459	.653

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

重鬱症與強迫症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	重鬱症	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症	51	4	92.7	91.1	
強迫症	5	18	78.3	81.8	
整體正確率			88.5		

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 70.5%、強迫症 29.5%。

(八) 重鬱症與焦慮狀態

投入量尺：A13、B1345、D13456

含背景

重鬱症與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	-.320	.660	.235	.726			
罹病時間	-.009	.008	1.348	.991			
住院次數	-1.453	.623	5.438*	.234			
A1	.026	.029	.817	1.026			
A3	-.132	.058	5.155*	.877			
B1	-.025	.033	.574	.975			
B3	.060	.041	2.159	1.062			
B4	.015	.047	.099	1.015			
B5	-.025	.042	.343	.976			
D1	-.057	.039	2.143	.944			
D3	-.163	.085	3.681	.850			
D4	-.010	.054	.032	.990			
D5	.154	.105	2.148	1.166			
D6	.176	.104	2.838	1.192			
常數	3.644	2.341	2.422	38.229	52.495***	.428	.573

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

重鬱症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	重鬱症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		43	9	82.7	86.0
焦慮狀態		7	35	83.3	79.5
整體正確率				83.0	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 55.3%、焦慮狀態 44.7%。

不含背景

重鬱症與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	.000	.026	.000	1.000			
A3	-.119	.051	5.499*	.887			
B1	-.012	.029	.171	.988			
B3	.034	.034	.998	1.035			
B4	-.008	.039	.037	.992			
B5	.045	.038	1.380	1.046			
D1	-.055	.037	2.217	.946			
D3	-.099	.072	1.877	.906			
D4	-.051	.048	1.115	.950			
D5	.082	.092	.806	1.086			
D6	.097	.090	1.151	1.102			
常數	3.948	1.979	3.981	51.853	39.863***	.337	.452

註：* $p < .05$ ，*** $p < .001$

重鬱症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	重鬱症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
重鬱症		40	15	72.7	78.4
焦慮狀態		11	31	73.8	67.4
整體正確率				73.2	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故重鬱症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而重鬱症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 重鬱症 56.7%、焦慮狀態 43.3%。

(九) 低落型情感與強迫症

投入量尺：A3、B1345、D134

含背景

低落型情感與強迫症之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	.748	1.163	.414	2.113			
罹病時間	.031	.014	5.189*	1.032			
住院次數	.836	1.668	.251	2.307			
A3	.011	.091	.014	1.011			
B1	-.154	.081	3.671	.857			
B3	.097	.066	2.177	1.102			
B4	-.253	.105	5.782*	.776			
B5	.255	.093	7.456**	1.290			
D1	.029	.048	.363	1.029			
D3	.106	.151	.492	1.112			
D4	-.005	.094	.003	.995			
常數	-2.111	2.510	.707	.121	58.502***	.617	.845

註：*p < .05, **p < .01, ***p < .001

低落型情感與強迫症之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 低落型情感	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感	37	2	94.9	94.9
強迫症	2	20	90.9	90.9
整體正確率			93.4	

註：1. 正確率的意義即為 sensitivity (SEN) 或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP) 或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 低落型情感 63.9%、強迫症 36.1%。

不含背景

低落型情感與強迫症之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A3	-.030	.073	.165	.971			
B1	-.139	.064	4.737*	.870			
B3	.080	.056	2.039	1.084			
B4	-.139	.069	4.060*	.870			
B5	.197	.067	8.586**	1.218			
D1	.027	.041	.441	1.027			
D3	.034	.111	.093	1.034			
D4	.015	.075	.041	1.015			
常數	-1.499	2.280	.432	.223	42.113***	.488	.667

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

低落型情感與強迫症之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測	低落型情感	強迫症	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感	36	4	90.0	90.0	
強迫症	4	19	82.6	82.6	
整體正確率			87.3		

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為強迫症的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為強迫症的 NPP。反之亦然。2. Base rate:低落型情感 63.5%、強迫症 36.5%。

(十) 低落型情感與焦慮狀態

投入量尺：A13、B1345、D13456

含背景

低落型情感與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	-.260	.696	.139	.771			
罹病時間	.007	.009	.676	1.007			
住院次數	.330	.730	.204	1.390			
A1	.007	.029	.057	1.007			
A3	-.068	.054	1.574	.934			
B1	-.025	.029	.731	.975			
B3	-.006	.034	.028	.994			
B4	-.047	.048	.950	.954			
B5	.095	.047	4.032*	1.099			
D1	.016	.038	.185	1.017			
D3	.033	.077	.187	1.034			
D4	-.098	.054	3.290	.907			
D5	.005	.104	.003	1.005			
D6	.056	.089	.390	1.057			
常數	2.548	2.218	1.319	12.777	28.307*	.298	.398

註：*p < .05

低落型情感與焦慮狀態之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測 低落型情感	預測 焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感	27	11	71.1	73.0
焦慮狀態	10	32	76.2	74.4
整體正確率			73.8	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。

2. Base rate:低落型情感 47.5%、焦慮狀態 52.5%。

不含背景

低落型情感與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
A1	.008	.028	.077	1.008			
A3	-.065	.050	1.695	.937			
B1	-.030	.029	1.103	.970			
B3	.003	.033	.006	1.003			
B4	-.037	.039	.943	.963			
B5	.081	.040	3.958*	1.084			
D1	.018	.037	.247	1.018			
D3	.024	.074	.107	1.025			
D4	-.088	.052	2.886	.916			
D5	.021	.103	.042	1.021			
D6	.052	.088	.344	1.053			
常數	2.102	2.115	.988	8.186	28.481**	.296	.395

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$

低落型情感與焦慮狀態之分類正確率與預測力(不含背景變項)

實際	預測 低落型情感	預測 焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
低落型情感	28	11	71.8	73.7
焦慮狀態	10	32	76.2	74.4
整體正確率			74.1	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故低落型情感的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而低落型情感的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。

2. Base rate:低落型情感 48.1%、焦慮狀態 51.9%。

(十一) 強迫症與焦慮狀態

投入量尺：B5

含背景

強迫症與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
性別(1)	1.020	.620	2.709	2.774			
罹病時間	-.011	.006	2.742	.989			
住院次數	-.232	.796	.085	.793			
B5	-.059	.023	6.671*	.943			
常數	2.740	.951	8.290	15.481	13.725**	.188	.261

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$

強迫症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(含背景變項)

實際	預測	強迫症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
強迫症		10	12	45.5	71.4
焦慮狀態		4	40	90.9	76.9
整體正確率				75.8	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故強迫症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而強迫症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 強迫症 33.3%、焦慮狀態 66.7%。

不含背景

強迫症與焦慮狀態之羅吉斯迴歸分析(不含背景變項)

變項	B	S.E.	Wald	Exp(B)	χ^2	R^2_{CS}	R^2_N
B5	-.049	.021	5.749*	.952			
常數	2.537	.855	8.801	12.643	6.297*	.090	.124

註：* $p < .05$

強迫症與焦慮狀態之分類正確率與預測力(不含背景變項)

	預測	強迫症	焦慮狀態	正確率 ¹	預測力 ¹
實際					
強迫症		6	17	26.1	50.0
焦慮狀態		6	38	86.4	69.1
整體正確率				65.7	

註：1.正確率的意義即為 sensitivity (SEN)或 specificity (SPE)，預測力即為 positive predictive power (PPP)或 negative predictive power (NPP)。由於是在兩兩疾患間區辨，故強迫症的 SEN，同時也為焦慮狀態的 SPE，而強迫症的 PPP 同時也為焦慮狀態的 NPP。反之亦然。2. Base rate: 強迫症 34.3%、焦慮狀態 65.7%。