



---

# 醫病間的認知差異

---

## 以憂鬱症為例



社會實踐第三組  
41084B012蔡東霖  
41084B040陳冠中  
41074B023尹筑繫  
41084B023李育錚

# 摘要

經過上學期的文獻爬梳，本組決議將欲解決的問題定調於處理新自由主義下的臺灣公衛與醫療體系的變革，以及研究在這樣的時代背景下，玉里治療性社區的歷史脈絡和其特殊性，但礙於場域距離我們過於偏遠，對組員有過大負擔、問題核心還是很模糊，且玉里模式問題偏向政府預算編列，以學生之力很難進行改變及倡議，加上老師的建議，最後我們將欲解決的問題拉回自身，並以我們自身角度去做改變。

隨著不斷的進行討論與在實作中修改，我們從起初的預設：自認為憂鬱症真的有憂鬱症嗎？被認為憂鬱症的人是否有過度醫療化的問題？一直到了後來將醫病間的落差，奠基為最終的核心問題。而為何選定這個問題，是因我們希望在醫療體系的治療與諮詢中，治療者與被治療者能有一個共同的共識並互將對方視為主體，才能呈現出理想中治療該有的樣子。

本組使用質性研究為主要工具，主要訪談東華校園學生來討論對於憂鬱傾向的看法，並以DSM-5來測驗有無憂鬱症，最後反問這樣非專業測驗和醫療體系的治療是否過重。後續發現受訪者對於就醫的標準與專業機構間有落差，因而陸續訪談了專業人士們建議就醫的標準，並將受訪者與專業人士進行比較，發現到了憂鬱症醫病間存在著許多的落差和兩極的看法，我們希望結果可以得到一個核心問題的概念或是看出汙名化的過程，並將這樣的觀念透過社群媒體散發出去以達到解決問題的功效，實踐讓醫療體系可以不被台灣民眾視為不正常。

# 目錄

1. 摘要	P. 1
2. 目錄	P. 2
3. 研究動機與欲解決的問題	P. 3
4. 從玉里治療性社區到醫病間的認知差異	P. 4
5. 訪談對象對其憂鬱傾向是否需就醫之看法	P. 6
6. 專業人士對是否就醫之觀點	P. 11
7. 專業人士與憂鬱傾向者及家屬對於憂鬱症的認知差別	P. 13
8. 結語：反思與心得	P. 14
9. 小組分工	P. 15
10. 附錄一	P. 15
11. 附錄二	P. 25

## 研究動機與欲解決的問題

如上所述，本研究旨在透過訪談自認為有和被診斷有憂鬱問題的大學生，以從中找出有心理問題的受訪者，對憂鬱症與求助醫療體系的看法，及其求醫時的各種經驗，例如：醫生看診時的專業程度、是否覺得藥物有效緩減自己的問題等。而不採取求助醫生的受訪者，我們也同樣想了解他是出於什麼樣的因素才做出如此選擇。

此外，我們也與數位心理學領域的相關專業人士進行訪談，藉此將民眾與專業人士對於需要就醫與否的標準做出比較，以了解兩方觀點的落差及其緣由。

憂鬱症被世界衛生組織列為二十一世紀重要失能的疾病，超越了與愛滋、癌症等其他疾病，其所導致的經濟、家庭、自殺等負擔也都是不容忽視的社會問題。根據衛福部109年抗憂鬱藥物使用人數統計，臺灣有逾150萬人正在服用抗憂鬱藥物，推測台灣每15個人就會有1人罹患憂鬱症，然而作為現代社會中一大嚴重公共衛生議題，社會大眾對於這個疾病的認識，顯然並未達到相當程度的認識。

面對憂鬱症患者，人們仍舊時常帶著漠不關心或偏見等汙名化視角看待他們，甚至將疾病的發生歸因到生病的個體的能動性之上，認定這是個別患者自身抗壓性不足的緣故，或施加各種倫理不足的標籤等，在這種沒有社會網絡支持的情況下，也致使許多無病識感的民眾，即使長期受輕微或嚴重的心理疾病所苦，卻不敢求助專業的協助。

但大多數都將研究多著重於已投入勞動市場上的患病成人，因此本組將所欲解決的對象訪在大學生身上，並透過訪談的方式，了解學生族群的憂鬱情緒之成因，與其就醫的經驗與不就醫的因素。

為了在一定程度確認受訪者的心理狀況是否符合所需的訪談對象，我們使用了精神疾病診斷與統計手冊第五版（英語：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition以下簡稱DSM-5）作為標準，但本研究的操作者並非相關領域的專業人員，因此並未對自行操作出DSM-5的結果採取全盤接受的立場，或認定操作過程足夠合理等判斷，僅僅作為一個簡易的參照。

在利用DSM-5的標準篩選出幾個符合憂鬱症的受訪者並訪談後，我們對於選擇自行面對疾病，而不是求助醫療體系的受訪者，我們同樣透過訪問，了解這些人抗拒接受專業協助的背後，是否有某些並未被大眾所重視的社會因素。最後我們有在IG與方格子兩個社群平台成立帳號，透過其作為媒介，將原本作為醫療領域的議題，以社會學的角度從新詮釋，以達到分享本組成果的目的。

# 從玉里治療性社區到醫病間的認知差異

一開始目標在於探討治療性社區——以玉里為例，其中不免俗的發生了許多事情，且到了最後，我們的主題竟更換成了：醫病間的認知差異，如此巨大的落差。我們想在探討本主題的發現之前，先回溯為何我們會選擇更換成這個題目。

學期初，本組因為課程安排與私下的討論，決議與他組出走的人員進行併組。在新組別的討論（開會時間：2022/02/21），還有教授的建議下，我們遇到了諸多不同面向問題與可能可以調整的實踐方向，並開始思考是否要依照原定計畫去玉里，特別是若目標放在解決政府政策上，會有範圍過大及難以以學生的能力做出改變的問題，其次，由於玉里的地理問題，會造成每次前往當地都面臨成本過大的負擔。最後，我們綜合了自身的能力、以及其他相似於原先主題的提案，例如去汙名化、沿用原計畫等之中，決議去壽豐精神護理之家（開會時間：2022/02/23），除此之外，未避免守門人的斷然拒絕，我們也有做出精神疾病的去汙名化並以焦慮症作為主題的選項（開會時間：2022/03/02）。

在確定前去壽豐精神護理之家與試圖延續原先主題的基礎下，我們也逐步開展出諸多可行的提案，像是以行動研究的方法進行田野調查，並以志工與學生的身分與地方的工作人員和病患們進行整個學期的接觸與對話，從中觀察並導引出我們的問題意識，最後再將整個過程的照片和資料做出系統性的整理，以網頁或活動的形式呈現出來。然而，諸多未預料到的問題也隨之出現。

我們在初步的時候便開始致電門諾醫院的精神護理之家，表明我們的來意和建立關係，也盡可能溝通雙方的條件、時間安排、行前準備等。因為機構的負責人——張督導似乎繁忙於自身工作，以及也需要事先考量諸多面向的事項，比如說確認病患的意願與跑繁瑣的行政程序等因素，如此一來一回的討論下，整個計畫已經有無數個禮拜飛逝而去，導致了非常嚴重的延宕。

於此同時，疫情在這個迫在眉睫的時間點上驟然升溫，組內其實早有人提出了更換題目或放棄進田野的打算，只是在大多數人的不同意下，全體終究只能繼續豪賭。時間不知不覺來到三級警戒時刻，張督導仍然不回覆我們的詢問，但也可以判斷得出來，這幾乎已經是回絕的意思，而我們所有計畫與準備在此盡淪為一場無意義的空談。組內也開始出現了焦躁與怪罪他人的聲音，但事實上直到目前為止的決策都是共識下的結果，不論事先做多做少，只要機構不同意我們的要求，什麼理想都無從實踐，或許唯有及早果斷放下這條線才是唯一解方，當然這些事後分析也改變不了任何事實了。

緊接著，有較為強烈的意見指出了不該繼續沿用醫療相關的題目，認為當前的延宕的原因就是大家對醫療的題目壓根毫無興趣，因此必須盡快做出一點新成果給教授看，才可能更換題目，於是我們又把重新進行到一半的焦慮症題目給直接拋棄了，轉而開啟了有關空間和族群的討論（開會時間：2022/04/27），然而，過了沒多久，在

與教授進行討論後，教授直接認定我們不該做出這麼大的異動，並給出了合適的建議，也就是透過DSM-5的量表與找人訪談的方式，以分析出是否有過度醫療化的現象。

經過多次討論之後組內共識還是無法達成，幾位組員因此而離開，剩餘組員討論過後決定開始著手教授給的方向，規劃訪綱及呈現。（開會時間2022/05/04）。

## 訪談對象對其憂鬱傾向是否需就醫之看法

本組訪問了13位訪談對象，其壓力來源大致上可分為家庭、課業、人際關係，而多數來源為課業或人際關係的訪談對象表示，在改善或遠離其壓力源後，憂鬱情緒就會有顯著的下降或消失。

在這些訪談對象中有七位沒有選擇接受醫療體系的治療，另有一位雖有接受，但遭到家人極大的反對，而大多數訪談對象選擇不去就醫的原因有：1.認為自己的狀況還沒有到需要就醫的地步，2.對醫療體系的不信任，3.家人的反對或至少就潛移默化了的理念，4.經濟因素。因此，許多受訪者多少也有意識到自己或大或小的問題，然而仍舊不願意踏出求助專業人士的方向，而是選擇自行面對。

「我自己會預設那個對我沒有幫助。」

「我會覺得...我覺得都一樣，都很沒有幫助，而且自己的事就不會想別人知道這樣子。」

「……對但是我也沒有去找什麼，所以我只能像這樣很主觀的判斷這樣子。」

(中)

問：「……所以你過去是不是沒有去接受醫生的診斷或者是去找醫生？」

答：「沒有。」

「……一方面是覺得自己還沒那麼嚴重，然後二方面是就是，家裡對心理醫生這方面有點排斥，那三方面就是，就是我媽也就是她是一個很省的人，所以可能會覺得很貴。」

(豆腐)

「因為我覺得我沒有嚴重到需要去看醫生，我還活得下去，應該還不需要去拿藥，而且藥吃久了也只會越來越依賴而已，但是有想過要去諮商，只是學校的諮商中心要排很久，想說留給其他有需要的人，在外面諮商又很貴，所以一直都沒有去。」

(咖哩)

問：「剛剛提到你沒有去接收過醫療的幫助對不對包括諮商等？」

答：「對。」

問：「那為甚麼你沒有去接受醫療體系的幫助呢？」

答：「因為我自己覺得這個東西他不是靠醫生可以幫助的感覺，他已經變成我的一部分了，我覺得用醫生的方式去介入也不是說介入，我覺得去尋求醫生的幫助會是一種有點是像要把他從身上拔掉一樣，會失去一部分的自己，這樣講好像有點抖M就是有時候會習慣去一定的要有那些情緒。」

問：「沉靜在這樣的感受？」

答：「偶爾，就會覺得說你不會去很積極去尋求醫生的介入，我自己也覺得醫生幫不上忙，要靠自己就是跟他慢慢的相處共存這樣疫情共存那種。」

(捲捲)

問：「你會想要去接受醫生的治療嗎？」

答：「就是有想過去找可是，第一個就是我自己也覺得我沒有憂鬱症，以我認知的憂鬱症來講我是沒有憂鬱症的。」

問：「那你主觀覺得甚麼是有憂鬱症的，以你主觀來講.....」

答：「好難講，該怎麼解釋，因為我覺得我現在就是只有憂鬱情緒而已，我覺得還稱不上是一個症狀，就是會需要接受治療的感覺。..... 諮商我還沒有想過耶，因為身邊的人的經驗告訴我，比如說國高中的輔導老師好了，感覺就是沒甚麼用，聽說沒甚麼用，但我與沒有實際去諮商只是聽說沒有什麼用，所以就沒有想過去這樣。」

(小霖)

「可能是不敢去找醫生吧，因為、因為有一種、就感覺很像，找醫生就會證明自己好像沒辦法處理好這件事情但雖然事實呈現出就是，對我已經很久一段時間，然後自己也沒有處理好，但是還是會不想要去找醫生。」

「對因為我有心理上面的問題，其實我比較傾向，自己自己消化，以前是這樣子但是我不知道為什麼，這麼這麼一長段時間我竟然沒有辦法好好消化我反而，又更陷入那個循環當中，越想要突破它但是反而越、越讓自己、沒辦法去找、找其他外力的協助.....」

「嗯.....因為我蠻不敢跟，就是我認識以外的人講我自己最內心的話，對，而且加上說可能小時候的習慣就是你有什麼心理上問題你的、你的爸爸，就是我爸爸就會就是跟我們說是就是男生就是不要哭嘛，然後你這些東西時間過了就自然就會解決了，對然後感覺好像我要找一些情緒上的出口都，很難得到解決。加上我們也沒有太多親子的時間互動是花在聊天或溝通上。」

(梓苾)

「.....我會週期性.....我自己是很清楚自己會每一段週期就進入到憂鬱的這個狀態，但我並不認...就是這個狀態並沒有叨擾到我的日常生活或是人際網絡所以我並不認為他應該要被視作一種病症，他就是一種狀態。」

問：「你是不是沒有去.....主動去找尋醫生接受診斷？」

答：「我是沒有特別去做過這件事情。」

「.....某種程度上就是.....我自己的立場是.....那就是一個很自然發生的狀態，然後時間過了就沒事，他並沒有影響到我的日常生活或是人際網絡情況下，那我不會把他當作是一個他需要被解決問題，他就是一個狀態而已.....他沒有被我認定需要被解決。」

「就有點像是可能被蚊蟲咬到這不是我能控制的，可是他其實並沒有帶給我太多的困擾就是抓一抓就沒事了，他沒有讓我全身過敏或是...之類的，所以我還不認為他是一個需要我尋求醫療體系協助的狀態.....」



「……如果是那時候的我，我沒有治療，我有接受類似輔導師之類的，就是我有接受幫助，然後是有意識的去做這件事情，只是我不知道那樣算不算你們講的治療和是任何醫療行為。」

「……當下有幫助，就是諮商的那幾個小時是有幫助，一踏出門就沒有了。」

(Jack)

「……我從國中那個時候剛...家裡剛發生一些事情，就覺得自己好像有憂鬱症狀況，是在去網路上查資料評估自己應該是有，有跟家裡人提過，可不可以去看相關門診，但家裡的人一開始的狀況是反對的……」

「……因為那時候家裡的狀況不太好，家長可能自己的心理狀況在當初壓力下，我忽然爆出這樣的事情，他情緒會比較排斥，為了安撫他，所以也覺得好吧那就先放著好了，就沒有去就醫。」

「……在大學我剛開始去看(醫生)，家人知道的時候聽我爸講，我媽時不時想到就哭，反而這樣的狀況讓我覺得壓力更大，然後我媽哭他一直叫我不吃藥，他不希望我吃藥他怕吃藥養成依賴性，還有覺得我的藥會越吃越重，越來越嚴重，對就是這樣子。」

(甘蔗青)

有選擇接受醫療體系幫助的6位訪談對象中，有3位受訪者不同意醫生的診斷，並且也沒有再回診過，此外，他們也認為醫生開的藥不僅無法解決自身的問題，還伴隨藥物不符合自身需求的看法。

「……當然是不同意啊。」

「……也不是說太重，是，我沒有辦法判斷這個診斷是否為真。」

「……我根本沒吃那個藥。」

「……我不信任他的診斷，我不一定不同意，但我一定不信任。」

(咆哮獸)

「……但他診斷我說可能是焦慮症，但他是說可能，沒有到很詳細的問診。」

「……有時候又覺得那個藥效會沒辦法讓自己好好睡上一覺，就是不足，那時候就開始懷疑就是不是沒效還是怎樣，也沒有再去回診了。」

「……一來是覺得藥效可能真的不夠，如果是這樣子的話我可能會吃更多其他東西說不定。」

「……想說好像沒這麼嚴重，好像到一定的時間點也可以睡著，就不會想太多，可能也是因為怕麻煩就放著讓他爛。」

「基本上我蠻不同意的，因為我就只跟他說我睡不著有一些煩惱而已。」

(浩浩)

「……他沒有說我有，但他給我開了藥，就是抗憂鬱的藥。」

「我不太清楚他給的劑量什麼東西的但是我覺得吃起來……我覺得太重了。」

問：「你會認為治標不治本嗎？」

答：「類似吧，差不多。」

(桃桃)

有兩位同意(或相信)醫生的診斷結果，另外有一位在換過醫生後才同意其診斷結果，可以看出為數不多有就醫者的受訪者之中也只有極少數認同醫生的看法，甚或因為效果不佳而選擇更換醫生。

問：「你會覺得說因為他們你不認識才可以更放心的講這些東西嗎？」

答：「對，我覺得除了我去看診，我跟他們不會有其他接觸，所以我覺得講這些事情是沒有問題的，而且因為醫生跟護士他們本來就有保護病人的那個合約等等的，所以他沒辦法告訴其他人，不然就算違法醫療道德嘛。」

問：「所以你會覺得更有安全感？」

答：「對。」

「……可是持續地吃藥我覺得的確是有在穩定……不會比較快樂，就是可能比較能控制情緒。」

(甘蔗青)

「……然後不同醫生有不同的診斷，像我那時候生病的時候……醫生跟我說，我只是自律神經失調，那我回來花蓮，我又再去看醫生，他跟我說是憂鬱症，所以不同醫生有不同的診斷，那其實我說的東西都差不多。對，而且我一開始去看心理醫生，不是因為心情不好，而是因為長期失眠。」

「我算接受，但是同意嗎？我覺得其實有點混亂。因為每個人對我諮詢的都不一樣。」

「我接受，兩個都接受……就是不會太高也不會太低。」

(波波)

「... 呃... 我之前有去過兩家不一樣的身心科，第一家他會跟我說是因為... 爛醫生... 說我不夠正向，然後說我可以試圖去做一些改變。然後我現在去的這家他會跟我說我的壓力源一直很難過甚至無法被消除，導致我會一直處在這個情況裡面這樣。」

「……嗯對，目前是可以接受的。」

問：「好，醫生認為你不夠正向這件事，你是可以接受他的嗎？」

答：「完全不行，這是我為什麼換醫生的原因(笑)。」

(小臻)

我們也發現訪談者對施測的DSM量表的看法，與其是否接受過醫師診察有關。在沒有就醫的訪談對象中，多數反對或不信任DSM量表之效力與結果，反應了很多人非常初步的階段就已經開始質疑了其效果，當然我們不應當據此認定民眾的看法合理。

問：……你覺得這樣的結果跟這樣的的評斷過程你覺得是合理的嗎？對你有沒有用？

答：我覺得是不合理的，我自己覺得自己沒有憂鬱症。

問：你說醫生對你沒有幫助還是診斷結果對你沒有幫助？

答：我會覺得...我覺得都一樣，都很沒有幫助，而且自己的事就不會想別人知道這樣子

(中)

「我覺得他太死板了就是因為畢竟你處在這個環境當中你有太多事情可以導致你憂鬱了，你每個人的憂鬱原因都不一樣的話你很難去單用一個量表去規範這樣到底是有沒有反映出來，但某種程度上還是可以去幫助大家稍微理解一下自己到底憂鬱的程度嚴不嚴重。」

(捲捲)

「……我以為我是，頂多只認為自己好像只有微微那個傾向」

「……就算有，我、我雖然有一方面想承認自己是，但是又一方面很想承認自己不是」

「……我有這麼一點點部分是不想相信這個結果」

(梓芯)

「我覺得還是要由專業人員操作，否則我皆不會採信……不會只因為這幾題就判定是否為憂鬱症吧，這些只是一個大方向的標準。」

(咖哩)

「我覺得合理，只是有沒有用……我現在基本上不在那個狀態內……那maybe我那段時間有憂鬱症，至少知道現在沒有」

(Jack)

## 專業人士對是否就醫之看法

相對於訪談對象大多認為還不需要到就醫的地步或不信任醫療體系的態度，專業人士大多認為只要有少許的憂鬱傾向或負面情緒，就可以去就醫看看。

諮商與臨床學系學生：

「專業人士遇到有憂鬱傾向的大多都會建議就醫，憂鬱症如果只諮商的話效果不一定會很好，沒有憂鬱症也會有憂鬱傾向的基本上有去就醫，醫生都會安排治療開藥給你，臺灣現況好像是你有去看醫生，醫生都會開給你的。」

護理師：

「(陷入憂鬱情緒對象)主要是看對你的信任度及依賴程度，若你們之間屬於關係緊張或較為疏遠的建議不要，但如果對方對你是極有信任感的還有一點點專業度的，其實可以建議她就醫治療。」

身心科櫃台：

「如果有失眠啦、影響社交、或食慾等，就可以看醫生了喔，所以不要拖到狀況變的更嚴重或想說要自己處理好，但診斷結果確實可能須要幾次的確定才知道。」

身心科醫生：

「作為醫生我會建議有需求的民眾都可以盡快去門診尋求協助，醫師會在與您討論後會根據你在生活上的感受及困擾，找到合理的處理方式，並不是要拖到嚴重影響生活了或真的成為一個疾病才尋求藥物的處置。……至於憂鬱症的標準，當然網路上確實還是有一些簡易的憂鬱量表提供參考，只是同樣只是一個參考的東西而已，這些東西參考完，覺得確實符合就可以前來看診。」

諮商師：

「通常有一些量表可以評估自己的憂鬱狀況是不是很嚴重，像是PHQ-9 貝克憂鬱量表等，其實如果覺得自己情緒不好隨時也都可以自己去看醫生，交由醫師評估比較準確……如果有憂鬱傾向不過醫師覺得嚴重性還沒到確診，也會建議透過一些行為改變或是心理會談等方式協助。」

但因為某些專業人士所服務的範圍並非以心理相關為主，在對於憂鬱傾向的建議是以有無危害自身或他人生命作為判斷的分界。

護理師：「……準備要傷害別人跟自己的時候會勸對方去就醫，但是去不去又是另外一回事了，因為他會覺得自己沒有病，大部分不願意去看病，拐騙什麼的方法都會去使用，以善意的謊言去使有憂鬱傾向的人去看病。身心科都是以聊天為主。」

護理師：「長期情緒低落哭泣、有自殘或自殺意念的人我會建議他去看精神科。」

老師：「其實就算是班導也很難處理到學生的深層內心問題，大概只能做最必要的處理

跟防範，所以就是如果學生有自殺意圖，例如：割腕，經過學校輔導室輔導卻沒有什麼更好，為了防止他有其他危害自身生命的想法或行為，就會建議去請醫生的幫忙。」

有些專業人士則是以是否因為憂鬱傾向而無法正常生活，經過一些較為客觀的觀察或者是危及到自身健康為判斷基準。

社工師：「其實這是很主觀的東西很難有準確的拿來衡量，如果真的要講應該是從頻率下去看，例如：在沒有刻意減肥的情況下連續三天不吃飯、心情低落，連續三天不吃飯已經會影響到身體健康跟攝取營養不足，這種狀況會建議就醫請醫生幫忙，或是可能連續兩個禮拜因為同一件事而陷在憂鬱情緒出不來，導致很多事情都沒有辦法做，影響生活作息，也會建議請醫生幫忙。」

藥師：「對事物不感興趣，太常提出活著沒意義之類的话题，當事情發生時都歸咎自己的錯，及自殘行為、不自主流淚、情緒變化過大等等。病人家裡有突發性狀況發生（如親人死亡）引起的情緒低落，加上感情上的問題，外加課業壓力太大。  
外觀表現：臉色蒼白（睡眠不佳、常熬夜），看得出沒精神、渾渾噩噩，日常活動沒出現（如平常正常上課之類的、變自閉等等。」

# 專業人士與憂鬱傾向者及家屬 對於憂鬱症的認知差別

本組藉由訪談找出現代社會中壓力源（stress）的變化，從對話中分析並探討不同脈絡下的個體自認為與被認為有無憂鬱症與醫療體系的診斷是否有認知上的差異。

由以上資料可以明顯的看出，對於有憂鬱傾向的人是否需就醫這個問題，在訪談對象與專業人士之間存在著顯著不同的看法。訪談對象多會認為如果不到非常嚴重的地步就不必去看醫生，反之專業人士則認為只要稍有些憂鬱情緒，便可以去找醫生看看。檢視雙方間的自述，我們發現這兩者在對醫療體系與憂鬱症的認知上有很大的落差，專業人士認為有需求或有些許反常症狀就會建議該民眾去就醫，但大多數人覺得這是一種不必要去解決的問題，且也有個普遍觀點認為不該去求助醫療體系，因為只要接受身心科醫生的協助就會被社會標籤上一種汗名的概念，並且這樣的認知很大的程度源自於家庭和親人。在訪談的13個對象之中，我們首先觀察到的是每個人都有憂鬱傾向，但受訪者普遍認為這為一種基本情緒，僅有其中3位認為自身有憂鬱症（都是女性），且得到醫生的認證。第二個現象是，所有就醫受訪者都沒有因為醫療體系的協助而改善自身的問題，少數改善的訪談者們也都不是因為醫療體系，更多的是自身努力和時間的推移從而得到緩解，在這些人當中都存在著「壓力源無法根除」的家庭問題，可以說家庭因素對一個人的身心狀況有很深的影響。

此外，接受治療的人，如果有被醫生診斷為任何疾病，女性對於醫生的診斷會比較能夠接受，但男性則有更多不同的想法，如：不同意、質疑藥物的有效性、或是覺得醫生診斷太過片面或是隨意等。

最後，我們也必須指出，不同版本的DSM中，有不同的診斷緩衝期（DSM認定遭遇重大變故所產生的負面情緒時可接受的時間範圍）。DSM-3為一年、DSM-4為兩個月，DSM-5則是直接取消，亦即精神疾病的認定越來越寬鬆，表示人們甚至可在喪親後立即接受精神科治療。但根據我們的訪談對象，許多人表示診斷當下自身的情緒與感受會影響他們在回答問題時的情況，因此也會帶來不同的結果。

這其中牽涉到了一個有趣的現象——究竟是不到最後關頭不去就醫的人存在著低度醫療化的問題，還是只要有一點狀況就建議就醫的專業人士中有著過度醫療化的情形，又或者是醫院存在著防禦性醫療的現象呢？

本組發現醫療化不足與過度醫療化是一體兩面的，兩者現象都很明顯的存在於我們的受訪者之中，故此次本組會以消除兩者間的認知差異為目標，具體方式本組打算以社群帳號為媒介，普及醫療社會學相關概念與一般民眾的想法，試圖消除兩者間的隔閡。

## 結語：反思與心得

隨著時間的流逝，社會實踐的報告也逐漸步入尾聲，回首這學期經歷的許多點滴與風雨，才發現不知不覺中，我們已然走過了如此多的挑戰，那可以是意見不合的摩擦與衝突、找尋受訪者遇到的困難、與沉重課業重疊時的龐大壓力等等數不勝數，但我們也在這堂課中收穫了許多寶貴的經驗。

學期初的時候，大家可能或多或少都有點抱持著一勞永逸地心態，認為只要靜候機構同意我們，這學期便能安然度過，但疫情卻出乎意料的爆發，那陣子大家都非常焦慮與徬徨，奢望疫情會就此反轉，甚或是出現自暴自棄的念頭。更不用提之後接踵而來的是，當我們重新擬定好題目後卻被打回原形，組員更因共識不合又在此刻斷然出走時的絕境，對這份報告來說都是雪上加霜的災禍，而此時約落在期中後，更使我們倍感無助與失落。

在這個一切都尚未開始甚至說倒退的階段中，我們卻憑藉著意志力耐住急躁的性子，開了一次又一次的會議，這之中幾乎沒時間檢視計畫是否周詳，或準備是否足夠充分，我們都只能立刻去執行，再從失誤中修正。大家立刻就以高效的速度擬訂好訪綱或找尋合適的訪談對象，且每個人都願意在此刻主動承擔許多沉重的工作，皆是非常不容易的，問題意識更是在最後才顯露出來。

在中間變換最多次的就屬問題意識，上學期探討的治療性社區因規模之大地區偏遠而放棄，改去壽豐護理之家進行田野調查，也是受上學期的意識所影響讓我們想在機構裡面體驗真實的機構化，因為疫情改變成了焦慮症的去汙名化，當中最大的影響就是焦慮症中的焦慮情緒是人類基本情感，當我們探討其汙名化的時候是不是也可以對應在其他精神疾患？當我們做到一半時又因組內共識相搭不上而重新分組，指導教授也在此刻點出我們不要再改了且可以直接做憂鬱症的訪談，並有了被認為和認為自身有無憂鬱症的認知差異，從中探討出更深的問題，當然在整理訪談稿時發現許多問題和現象迎面而來：雙方在憂鬱症治療過程中的認知差異，便是我們的核心，我們更看到了社會的壓力家庭的因素等都是扮演最大的壓力源角色。

在這堂課之中，我們或許不是表現最好的，也不是全程都最認真的一組，但在最危急的時刻，大家都紛紛拋下了自己每天最重要行程，不論是感情生活、社團事務、他課報告等，除此之外，我們還歷經了無數令人難受的爭執，抑或做了無數白工卻無法在最後展現等等。然而，於此時此刻來看，他們都變成一項美好的回憶，因為這種危機處理可能是未來都必須去面對的，而且也了解到田野研究的高門檻，與團隊中合作完成報告的技巧等，哪怕最後的成品尚不算良好，但在我們彼此心中，每位組員都是最優秀的了。

## 小組分工（平均分配）

簡報製作、書面報告、訪談、美術設計、IG、方格子、統計、資料分析、內容宣傳

### (附錄一)小組日誌

#### 110-2第三組實踐日誌

李育錚、蔡東霖、陳冠中、尹筑繁

時間 & 地點	描述	心得
<p>2022/02/21 (一)</p> <p>18:00~19:00</p> <p>多容</p> <p>小組討論</p>	<p>整理出三個方案，2/23 (三) 問子新意見</p> <p>(A) 去玉里吸收優點，到其他機構試用。</p> <p>(B) 去壽豐精神護理之家，從旁觀察人員工作日常，整理、思考其工作內容、遇到的狀況等細節，用網頁等形式呈現給大眾。</p> <p>(C) 精神疾患的去汙名化。</p>	
<p>2022/02/23 (三)</p> <p>18:00~19:00</p> <p>人二D105</p> <p>小組→子新</p>	<p>[子新回饋]</p> <p>(A) 分享會</p> <p>預設當地優點不太了解，假設問題不太確定，運作過程才會慢慢更清楚。</p> <p>(B) 護理之家</p> <p>著眼是比較的話怕後面還會去玉里，可以接受距離近但會變成行動研究（志工）並帶問題意識出來。要思考玉里壽豐有什麼不一樣。</p> <p>(C) 污名化</p> <p>問題不足夠清楚，針對的疾病？媒體造成的污名？</p> <p>[田野筆記]</p> <p>(1) 時間&amp;地點</p> <p>(2) 中性描述：感官上的、事情敘述上的</p> <p>(3) 心得感想：心理上的，想到什麼就寫什麼</p> <p>★ 在現場頂多只能速記，通常是回家才寫，會很花心力，但是是很重要的材料。</p>	



<p>2022/02/24 (四)</p> <p>11:17~11:20</p> <p>電話</p> <p>星慧→門諾醫院志工課</p>	<p>致電門諾醫院志工課詢問精神護理中心志工機會，對方了解我們的狀況後，說他們需向精神護理中心了解是否有相關需求，之後會再回電給我們。</p>	
<p>2022/03/01 (二)</p> <p>11:02~11:29</p> <p>LINE群組通話</p> <p>小組討論</p>	<p>[備案討論]</p> <p>方案C：精神疾病去汙名化 &gt; 方案A：玉里優點分享會</p> <p>聚焦一種精神疾病→焦慮症</p> <p>[備案：方案C：精神疾病去汙名化]</p> <p>近幾年越來越多人精神疾病的去汙名工作上努力，思覺失調症、憂鬱症、自閉症等症狀較強烈、明顯的疾病在媒體上的能見度也越來越高，討論過後，我們選擇以焦慮症 (<b>anxiety disorder</b>) 作為主題。</p> <p>焦慮症的主要症狀為過度擔憂與不安、緊張、恐懼、頭痛、發抖、出汗、呼吸困難、胃痛、肌肉緊繃、失眠等，憂鬱症為其常見合併症。</p> <p>患者的焦慮對象可以很不同，常見的有社交焦慮症 (<b>social anxiety disorder, SAD</b>)、廣場焦慮症 (<b>agoraphobia</b>)、其他對特定事物的焦慮症 (如鳥禽類、鬼、牙齒等)，以及廣泛性焦慮症 (<b>generalized anxiety disorder, GAD</b>) 等。焦慮對象的多元性也使許多人可能因此被投以異樣眼光，除了承受他人的話語之外，患者也可能對自己的怪異感到負擔。</p> <p>在現代社會中，我們面對多樣且多量的壓力，廣泛性焦慮症的症狀其實早已在許多人身上出現，其特徵為慢性且持續的、多方面的焦慮 (<b>worry</b>)，在日常生活中是極為常見的疾病，美國、歐洲國家與香港的盛行率皆超越<b>3%</b>，終身盛行率皆超越<b>5%</b> (蘇慶豐、林健良, 2017)，許多人因生理症狀就醫，沒有意識到這些是由自己的焦慮症狀引起的，在資訊時代中，甚至國際政治、選舉、社會新聞等媒體內容都可能成為焦慮症的來源之一，但它卻很少被關注，因此我們想以焦慮症為主題，讓這個疾病被了解，並讓大眾認知到其普遍性 (普通性)，希望藉此達到去汙名化的目標。</p> <p>引用文獻</p> <p>蘇慶豐、林健良 (2017)。廣泛性焦慮症。《家庭醫學與基層醫療》，32(4)，96-101。</p>	

<p>2022/03/02 (三) 22:32~23:02 LINE群組通話 小組討論</p>	<p>[備案：方案C實踐內容]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 實體 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 焦慮的對象 + 大張海報紙 (可寫字、畫畫等) + 固定點設置</li> <li>○ 焦慮的模樣 (想法、合併情緒等) + 大張海報紙 (可寫字、畫畫等) + 固定點設置</li> <li>○ 焦慮症資訊 (介紹、自我檢視表、求助資源等) + 小型文宣 + 廣而散地張貼</li> </ul> </li> <li>● 線上 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 焦慮的對象 + Google Jamboard等平台</li> <li>○ 焦慮的模樣 (想法、合併情緒等) + Google Jamboard等平台</li> <li>○ 焦慮症資訊 (介紹、自我檢視表、求助資源等) + 有趣圖文</li> <li>○ 焦慮故事集 (蒐集各種現代焦慮故事) + Google表單 / tlk.io等方式</li> </ul> </li> </ul>	
<p>2022/03/03 (四) 10:08~10:10 電話 星慧→門諾醫院志工 課</p>	<p>再次致電門諾醫院志工課，對方尚未詢問，今天詢問完確定會回電給我們。</p>	
<p>2022/03/03 (四) 11:59~12:04 電話 門諾醫院志工課→星 慧</p>	<p>志工課向我們提供壽豐精神護理之家張督導的聯絡方式，希望我們直接和張督導聯繫 (因志工課位於總院，壽豐精神護理之家屬於分院)，討論服務相關事宜，等一切都確定之後，我們再回電給志工課，請他們協助處理志工報名的行政程序。</p>	
<p>2022/03/07 (一) 14:12~14:14 電話 星慧→壽豐精神護理 之家</p>	<p>致電壽豐精神護理之家，但張督導今日休假，詢問後確認張督導明天會上班後，預計明天再打電話。</p>	
<p>2022/03/08 (二)</p>		

<p>15:12~15:20 電話 &amp; LINE 訊息 星慧→張督導</p>	<p>致電壽豐精神之家張督導，對方表示很歡迎我們過去，我們確認了雙方需求（慢性精神疾病長者VS.了解機構與住戶）和意願，張督導說陪伴長者、帶課程或帶活動都可以，我們預計以三月至六月、每次二至三人、每次二至三小時的模式進行。我們和張督導交換了LINE聯絡資訊（窗口為星慧），張督導會再詢問詳細的管感規定再通知我們，同時我們也要確認輪班時間和服務內容的規劃，再回報給他。</p>	
<p>2022/03/09 (三) 18:00~18:17 LINE 群組通話 小組討論</p>	<p>✦ 疫苗施打狀況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 尚詮 (3)、育錚 (3)、星慧 (3)、東霖 (3)</li> <li>● 筑繫 (2)、芝綾 (2)、冠中 (1)</li> </ul> <p>✦ 活動內容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 前期：以陪伴為主，先讓彼此熟悉，同時詢問長輩意見（有沒有想要的活動）</li> <li>● 中期：手工藝活動（摺紙、搓湯圓、繪畫等）</li> <li>● 後期：全員出動大活動（視情況）→ 呈現生命故事等</li> </ul> <p>✦ 預計會問督導的事情（窗口星慧）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 詳細感官規定詢問的結果</li> <li>● 我們的時間和暫定的活動安排可不可行</li> <li>● 手工藝活動的成本院方是否會支援</li> <li>● 住民特性（年齡、族裔、語言）</li> <li>● 是否有特別注意事項</li> </ul> <p>✦ 調查成員可以的服務時間</p> <p>週二早上：星慧 (3)、尚詮 (3)、東霖 (3)、芝綾 (2)、筑繫 (2)、冠中 (1)、育錚 (3)</p> <p>週二下午：尚詮 (3)、東霖 (3)</p> <p>週三下午：星慧 (3)、育錚 (3)</p> <p>週五上午：星慧 (3)、尚詮 (3)</p> <p>週六上午：星慧 (3)、尚詮 (3)、東霖 (3)、芝綾 (2)、筑繫 (2)</p> <p>週六下午：星慧 (3)、尚詮 (3)、東霖 (3)、芝綾 (2)、筑繫 (2)</p> <p>週日上午：星慧 (3)、育錚 (3)</p> <p>週日下午：星慧 (3)、育錚 (3)、芝綾 (2)</p> <p>★ 調整為一個時段三至四位同學，一週兩個時段</p>	

<p>2022/03/14 (一)</p> <p>16:41</p> <p>LINE 訊息</p> <p>星慧→張督導</p>	<p>將討論結果整理為文字後傳給張督導，等待回覆中。</p> <p><a href="https://docs.google.com/document/d/1KaUSAuMmDJOKdyReu945f3luYUmYcIxy/edit">https://docs.google.com/document/d/1KaUSAuMmDJOKdyReu945f3luYUmYcIxy/edit</a></p>	
<p>2022/03/20 (日)</p> <p>10:00~10:45</p> <p>LINE 群組通話</p> <p>小組討論</p>	<p>壽豐護理之家：看今日下午通電話內容決定。(他再推拖的話直接拒絕，地點太多時間人沒辦法配合的話也拒絕。)</p> <p>備案期末成果發表</p> <p>時間：5/23-5/27</p> <p>地點：人二演藝廳前面(1)、人三往人一出口(1)、人一往人二出口(1)、湖畔門口(2)、集賢(2)。(每天看個一兩次確保東西無損毀)</p> <p>找文本：3/21-4/1(有輔諮臨系的會去詢問諮臨系老師)</p> <p>讀文本：4/2-4/30(早讀完早做)</p> <p>下午結果：還是沒聯絡到督導。(直接做備案)</p>	
<p>2022/03/22 (二)</p> <p>LINE 群組訊息</p>	<p>督導回傳訊息告知收到，且下一步是要跟志工課走正式流程，預計最快這周六可以開始執行第一次志工，趕不上的話就下禮拜二開始。(大家決定繼續做壽豐志工捨棄備案)</p>	
<p>2022/03/23 (三)</p> <p>LINE</p> <p>督導→星慧</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 疫苗第三劑須滿14天，若未滿或位接種第三劑需每週快篩檢查。每次進入機構前須進行 TOCC 調查，因住民免疫力較弱，若我們有呼吸道症狀，建議暫停進入機構。</li> <li>2. 住民平均年齡約 79 歲，大多為閩南人，國台語皆可。與住民建立關係沒什麼需要特別注意的，但有些長輩可能有起床氣，就暫時不要接觸。</li> <li>3. 機構每個月提供 3000 元的活動費用，我們如果需要什麼可以先和督導討論，協調後確認當月額度即可購買，避免讓我們有額外支出。督導也會向志工課討</li> </ol>	

	論志工時數的證明。	
<p>2022/03/23 (三) 12:00 人二 D105 小組 &amp; 子新</p>	<p>子新：開始進入機構的前兩週希望大家可以盡量把自己泡在裡面，有時間就去，甚至最好是除了上課時間住在那裡的這種程度，當然如果機構沒辦法想去就去那也沒辦法，我的意思是，希望你們可以把自己真的泡在田野裡面去感受一下。然後，你們也要想清楚，你們進去該機構到底是為了什麼、想要做什麼，回去再討論一下。不是只有像服務學習一樣，每個禮拜去就在裡面陪伴住民而已，是要有東西的，。</p>	
<p>2022/03/25 (五) LINE 群組通話</p>	<p>1. 大家想進入機構的目的</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>育錚</b>：想看到機構內的病患是否有旋轉門效應，並透過訪談實際了解他們的狀況，分享他們的故事。</li> <li>● <b>東霖</b>：想知道慢性精神疾病對患者生活上的改變、住民對於疾病的認知，以及家人對此的想法。</li> <li>● <b>冠中</b>：想透過日常生活的紀錄，破除外界對於患者的刻板印象及汙名。</li> <li>● <b>筑藝</b>：想藉由蒐集生命故事的活動，了解對於這些病患來說醫院對他們的幫助有多少，還有旋轉門效應，想知道什麼樣的環境、家庭背景而有的生命經驗(環境因素)。</li> <li>● <b>星慧</b>：想對壽豐精神護理之家對住民的照護上有更深的認識，藉由住民與護理人員的互動觀察和我們與住民的互動了解他們的個人故事（原生活背景、症狀演變與影響、何時診斷出疾病、入住機構後的生活轉變，以及家庭照顧者、移工和機構人員的視角與想法等），整理之後將其與彼此、與媒體傳遞的形象比對，把我們能看到的真實的部分呈現給機構外的大眾。另外也希望可以在互動、觀察的過程中尋找我們沒有想到的問題或現象。</li> <li>● <b>尚詮</b>：不單只是想了解壽豐精神護理之家內的實際照護工作，也想認識病患是如何發現自身的疾病（可能自己沒有發現）、發現後生活上的改變（自身的看法、與他人的互動等等）。</li> <li>● <b>芝綾</b>：想了解精神疾病對患者、家人的影響，以及為何會選擇入住機構，也能有機會從專業護理、治療的角度去認識精神疾病和照護。</li> </ul> <p>2. 冠中目前只打了第一劑，近期會施打第二劑，但如果要進入機構必須每週提出快篩報告，金錢成本稍高，目前安排是減少去機構的頻率，透過組員的第一手資料整理出統一的一般性原則來提出問題和假設，另外若有資料蒐集或文獻統</p>	

	<p>整等非進入機構才能做到的工作也暫由冠中負責。</p> <p>3. 確定第一次進機構的時間之前，大家可以先透過紀錄片或其他文獻了解類似的機構、疾病和病患。（例如：之前志學廟埕影展放映的<a href="#">《被遺忘的時光》</a>，拍攝對象是失智長照機構的住民，<a href="#">YouTube</a>上有官方免費全片）</p> <p>4. 屆時星慧會建立 <b>Excel</b> 檔來確認每次大家的排班和出席狀況。</p>	
<p>2022/03/28 (一)</p> <p>LINE</p> <p>星慧→督導</p>	<p>收齊報名表後，將資料回傳給督導確認有無疏漏。</p>	
<p>2022/04/07( 四 )</p> <p>LINE 群組通話</p>	<p>1. 關於實踐方案：原預計進入壽豐護理之家並記錄田野筆記與觀察，但因為疫情又開始變得嚴峻，加上志工申請及許多的行政程序還需一點時間，考慮到實踐的執行時間跟課程進度，本組討論後的結果是「<b>原計畫與替代方案同時並行</b>」。也就是持續與護理之家接洽但也同時實施方案C。</p> <p>2. 第一次實踐進度報告組內分工：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 方案C讀書會文本蒐集：全組組員</li> <li>● PPT製作：筑馨、育錚</li> <li>● 上台報告：東霖、育錚</li> <li>● 持續與護理之家聯繫：星慧</li> </ul>	
<p>2022/04/27( 三 )</p> <p>LINE 群組通話</p>	<p>1. 因關於之前焦慮主題進度有稍許的落後，加上組員對於執行方向迷惘，於是在組員間的討論之下，預改做關於「<b>空間-權力</b>」之主題。</p> <p>2. <b>方案-提案一</b>：「<b>空間-焦慮-解謎</b>」，關於焦慮之空間解謎方案。</p> <p><b>方案-提案二</b>：「<b>空間-族群</b>」，在關於原民族的主要場域內，例如東華的原民院，漢人會感受到相當的格格不入。而其中也許包含了因族群不同之社會空間概念。也許包含兩種原因<b>(1)</b>以往都是以漢人為主體，而若漢人進入以原住民為主體之空間，將會有主體角色調換的混亂。<b>(2)</b>漢人與原住民的生活空間是分開的，就像在學校上課時，也是漢人坐一邊，原住民坐另一邊，呈現空間分化的現象。</p> <p>3. 最後小組決議以<b>提案二</b>為主題。</p> <p>4. 關於更改主題還需與老師討論，目前正在聯絡老師討論中。</p>	

<p>2022/04/29 (五) 18:00 Google meet 小組 &amp; 子新 (星慧、育錚、筑 藝、芝綾、東霖)</p>	<p>1. 小組和子新說明更換<b>提案二</b>為主題。</p> <p>2. 子新回饋：關於空間與權力的主題並沒有這麼好做，重頭來會太雜亂與繁瑣，建議聚焦於<b>憂鬱症過度醫療化</b>為主題。</p> <p>內容：身邊有憂鬱症的人<b>(1)</b>自稱有憂鬱症的人<b>(2)</b>被認為有憂鬱症的人</p> <p><b>(1)</b>自稱憂鬱症的人真的有憂鬱症嗎？</p> <p><b>(2)</b>被診斷為憂鬱症的人是否存在過度醫療化的問題？</p> <p>行動：擬定一個固定的範圍<b>(ex:東華大學學生)</b>進行調查<b>(ex:訪談...)</b></p> <p>3. 小組決議於 <b>05/04 12:00</b> 進行實體會議</p> <p>內容:<b>(1)</b>決定調查範圍<b>(2)</b>決定如何進行調查<b>(3)</b>決定以何種方法呈現</p>	
<p>2022/05/04 (三) 12:00 志學7-11 (筑藝、育錚、東 霖)</p>	<p>(人事異動:星慧、芝綾、尚銓退出組別)</p> <p>1. 討論內容：</p> <p><b>(1)</b>尋找合適的參考量表或素材。(以<b>DSM-5</b>為主要參考標準)</p> <p><b>(2)</b>暫時排除外校學生，並且限縮對象於東華各院所學生。</p> <p><b>(3)</b>討論並修訂訪綱內容，即擬定好正式稿。</p> <p><b>(4)</b>各自開始接觸周遭的朋友，預定<b>5/5</b>便會開始初步訪問。</p> <p><b>(5)</b>網路問卷製作</p> <p>2.呈現：</p> <p><b>(1)</b>暫定以海報、網頁、<b>PPT</b>來呈現最終的成果（未定論）。</p> <p><b>(2)</b>張貼成果於東華的人群較多的角落，或者分享電子檔到網路，使周遭的學生意識到自己的個人煩惱，其實可以連結到外在於個體的更大的社會。</p>	

<p>2022/05/05 (四)</p> <p>17:30-19:30</p> <p>志學7-11</p> <p>(筑藝、育錚、東霖、冠中)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.討論後續計畫、創建計畫表</li> <li>2.訪談組內人員(初步訪談找出訪綱問題)</li> </ol>	
<p>2022/05/07(六)</p> <p>13:00~17:50</p> <p>多容</p> <p>(筑藝、冠中、東霖)</p>	<p>一、訪談：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本次訪談6個對象，目前共累積9位。</li> <li>2. 發現訪綱問題與修正。</li> <li>3. 增加女性受訪者。</li> </ol> <p>二、開會：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 討論每周所有人可以固定開會的時間(周三晚上)</li> <li>2. 預定與教授開會(5/11週三-17:10)，詢問如何找出並處理當前問題，與未來可能的執行方式。</li> <li>3. 討論成果可以呈現的形式及其分工： <ol style="list-style-type: none"> <li>A.逐字稿工作分配</li> <li>B.印製出幾篇訪談對象之小故事並做成小冊子。</li> <li>C.透過可互動式海報張貼於東華各處，分享本組內容與激起公眾的討論。</li> <li>D.辦有趣活動以吸引學生遊玩，並使之了解醫學上對於憂鬱症可能會出現過度診斷的現象及其為何重要（未定案，尚可能會用別的方式執行）。</li> <li>E.建立網路社群帳號(方格子、IG帳號)，分享關於本組所產出的各種內容。</li> <li>F.將總成果寫成一篇完整的文章，刊載至網路平台:巷仔口社會學。</li> </ol> </li> <li>4. 決定出上述所有事情的截止期限，並放於雲端共用以避免拖延。</li> <li>5. 周三晚上將與浩浩、小銓等人訪談。</li> </ol>	



<p>5/11(三) 17:00 圖書館</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IG帳號初步創建，以及討論後續的操作方式。</li> <li>2. 電子問卷暫時擱置。</li> <li>3. 方格子文章預定為3篇。</li> <li>4. 訪談樣本數是否足夠(目前12位)?</li> <li>5. 關於小組成員是否已經確定。</li> <li>6. 問子新如何爬梳。</li> </ol>	
<p>5/25(三) 12:00 子新線上meeting</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.討論我們觀察及發現的<b>問題</b></li> <li>2.整理<b>13</b>個對象如何判斷自己需不需要就醫(可以補訪談)</li> <li>3.詢問專業者面對憂鬱傾向判斷就醫的標準(精神科醫師、家醫科醫師、護理師、社工)</li> </ol>	
<p>6/3(四) 臨時線上討論</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.整合及討論專業人士建議就醫的標準</li> <li>2.問題意識：專業人士與憂鬱傾向者及家屬對於憂鬱症的認知差別</li> <li>3.討論總結大概方向：</li> </ol> <p>緒論</p> <p>觀察到的訪談對象內容統整 (訪談稿)</p> <p>專業人士內容統整 (訪談稿)</p> <p>訪談對象與專業人士差別</p> <p>結論</p>	

(附件二)小組開會照片

