

第三章

健心館： 針對女性需要的 心理治療設施

麥慧明博士¹、何敏賢教授²、鄺穎然女士³、李穎玲女士³

- ¹ 懲教署高級臨床心理學家
- ² 香港城市大學心理學教授
- ³ 懲教署臨床心理學家

備注：本文在2018年於International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 刊登。是次重印已獲批准。

摘要

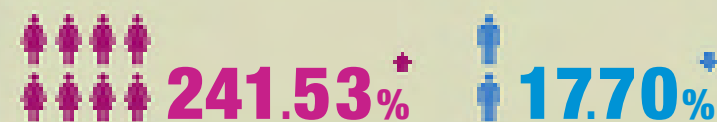
越來越多證據顯示男性及女性在囚人士的更生需要別，為此針對女性在囚人士需要而設的更生服務亦更受重視。懲教署於2011年成立了一間位於羅湖懲教所內的心理治療中心——健心館。它結合認知行為和正向心理學概念，以回應女性在囚人士的更生需要。本研究旨在介紹健心館的概念及其相關研究結果，藉以評估項目成效。19名中國籍女性在囚人士參與是次為期六至八個月密集式的培訓計劃。臨床心理學家用心理評估工具評估參加者在完成計劃後的心理困擾和正向成長狀況，發現她們在抑鬱、焦慮、壓力症狀，以及對負面訊息的關注度均明顯減少。此外，她們的希望感、感恩和對正向訊息的關注則明顯增加。這顯示健心館有效幫助女性在囚人士更生。



前言

世界女性監禁名錄顯示，在2015年全球各地的女性在囚人士一般佔當地監禁人口2%至9%不等(Walmsley, 2015)，全球只有18處懲教機構的女性在囚人士比例高於此數，而香港名列全球第二(19.4%)。香港女性監禁率在過去數十年持續上升；在1986年至2014年間，女性在囚人士數目增加了241.53%，同期的男性在囚人士數目卻下跌了17.70% (Hong Kong Special Administrative Region, 2015)。

1986年至2014年間男女在囚人士數目



雖然女性在囚人士數目急增，但專為她們而設的心理治療卻不多。大部份在懲教院所內進行的治療，都是根據男性在囚人士的研究而設計 (Kurten-Vartio, 2007; Lewis, 2006)。然而，不少關於女性在囚人士的研究指，她們的心理需要與男性在囚人士並不一樣 (如Loper, Carlson, Levitt, & Scheffel, 2009; Salisbury & Van Voorhis, 2009; Sherman, 2001)，例如Salisbury及 Van Voorhis (2009)就曾歸納了一些女性在囚人士獨有的風險因素：

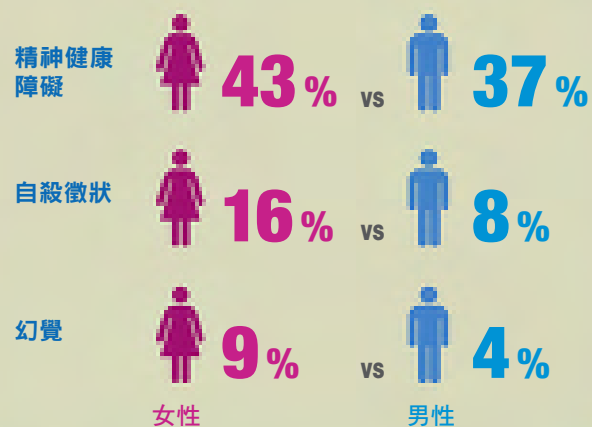
- (a) 被虐及受創經歷；
- (b) 嚴重精神問題；
- (c) 濫用藥物的自制能力問題；
- (d) 不良及虐待性的親密關係；
- (e) 親職壓力等。

Loper et al. (2009)指出，女性在囚人士在監禁前，通常較伴侶承擔更重的育兒責任。研究還揭示女性在囚人士的親職壓力與抑鬱徵狀有顯著關聯，這在男性在囚人士身上並不明顯。



另一個女性在囚人士獨有的需要是精神健康問題(James & Glaze, 2006)。澳洲健康與福利研究院的一項研究(2013)顯示，有相當比率的女性在囚人士表明曾患有精神健康障礙(43%)，這包括抑鬱、焦慮、藥物使用障礙、人格障礙、思覺失調，數字較男性在囚人士的為高(37%)。英國的在囚人士健康研究網絡(2010)也有類似的研究發現，當中的女性在囚人士比對男性在囚人士，有顯著臨床自殺徵狀(16%比8%)或幻覺(9%比4%)，比率高出一倍。此外，女性在囚人士的合併確診率，例如同時患有抑鬱及濫用藥物，幾乎是男性在囚人士的四倍(Blume, 1997)。與男性在囚人士相比，女性在囚人士患精神疾病的比率高，導致她們更難適應於懲教院所內的生活。

受精神健康問題困擾的男女在囚人士比例



上述的文獻回顧顯示，男女均有些非性別特定的需要，而針對這些需要的服務，例如濫用藥物、親職需要、心理健康需要、創傷及不良關係等，服務不只為了鼓勵他們於懲教院所內有更好的行為，也為了防止他們將來重犯 (Van Voorhis, Wright, Salisbury & Bauman, 2010)。然而，亦有研究認為，與男性在囚人士相比，由於女性在囚人士有獨特的需要，故有必要針對這些需要而制定計劃，例如為女性而設的家庭關係計劃，可以幫助她們避免／終止與施虐男性伴侶的關係；但對男性來說，計劃的重點卻可能在幫助他們成為負責任的伴侶和父親 (Holtfreter & Morash, 2003)。因此，有必要制訂一套能顧及性別差異的計劃內容，藉以處理女性在囚人士的獨特需要。此外，因應男女性在囚人士的更生需要，制訂針對性別的更生服務，能回應聯合國所倡導的性別主流化這項全球策略 (Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 2013)，旨在促進性別平等和促進婦女權益。

懲教院所內的心理治療

認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy)在懲教院所中已廣泛用於協助在囚人士開展守法的生活 (Milkman & Wanberg, 2007)，也有應用到各種懲教服務。其效用已在青少年和成年在囚人士的臨床治療中得到反覆證明 (Wilson, Bouffard & Mackenzie, 2005)。認知行為治療已被證實有助在囚人士更生 (Bonta, 1997; Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007; Lösl, 1995)，減少重犯，並且改變他們的犯罪行為 (Landenberger & Lipsey, 2005; Pearson, Lipton, Cleland & Yee, 2002; Wilson et al., 2005)。最近，有研究從神經心理學角度出發，了解認知行為治療應用於更生服務的效用；當中的神經機制展示，認知行為治療(例如處理反社會態度)如何減少重犯罪。(Vaske, Galyean & Cullen, 2011)。有研究認為，認知行為治療有效增加幾個大腦區域的活動，而這些區域均與社交、應對和解難能力有關(Vaske et al., 2011)。此外，從經驗實證可見，認知行為治療能有效治療精神病 (Butler, Chapman,

Forman, & Beck, 2006)。一項整合分析研究顯示，在治療抑鬱症方面，認知行為治療較其他常用療法優勝 (Watts, Turnell, Kladnitski, Newby & Andrews, 2015)。

儘管認知行為治療有其公認的成效，但一些正向心理學文獻 (例如Karwoski, Garratt & Haldi, 2006) 建議透過結合正向心理學來鞏固認知行為治療。認知行為治療主要用於處理即時症狀和認知功能失調，但越來越多證據指出，即使沒有負面特質，並不等如強項、希望感、樂觀和感恩等正向特質會必然存在 (Duckworth, Steen & Seligman, 2005)。此外，已有研究發現，缺乏正向特質是構成精神困擾的獨立風險因素 (Joseph & Wood, 2010)。在一個監閉的環境中，人有時會排除正面思想，滋長負面想法。例如，在相對單一的環境內，在囚人士可能對於正面刺激的敏感度慢慢減低，導致正面認知 (例如希望感、樂觀) 下降。





如果只著眼消滅在囚人士的負面認知，卻沒有同步建立正面認知，這樣的治療並不能處理在囚人士全面的需要。事實上，認知行為治療向來較側重消滅負面認知，對於它是否能適度處理心理健康上的正向特質，特別在懲教院所內，這方面並不清楚。根據Johnsen and Friberg (2015)一項最新整合分析顯示，認知行為治療的效用正在減弱。他們審視了1977年至2014年間70個符合條件的研究，根據患者的自行報告、臨床治療人員的評分及緩解率(患者康復比率)來計算，結果顯示認知行為治療的成效平均地隨時間直線下降。緩解率由最低的14%到100%不等，數字隨年而下。認知行為治療的效用下降，可歸根於幾個原因，包括治療的精準度、安慰劑效應減退及技術因素。正如 Johnsen 和 Friberg所指，這表明了治療服務尚有很多改進空間，包括可在原有模式上加以變化及擴展，並且整合治療師和患者常見的相關因素。

隨著正向心理學運動自2000年初開始(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)，不少人去探討如何在傳統減少徵狀的治療上，加入正向心理治療，強化療效(Cheavens, Feldman, Woodward, & Snyder, 2006; Karwoski et al., 2006)。Sin及 Lyubomirsky (2009)整合分析了51份在1977年至2008年間進行的正向心理治療研究，當中涉及4,266參加者。分析發現正向心理治療明顯有助減少治療對象的精神困擾，同時促進精神健康，其中希望感、強項及感恩被認為是最有效的治療元素。研究同時發現，正向心理治療不能取代傳統心理治療，但可以互補不足(Sin & Lyubomirsky, 2009)。有別於傳統心理治療以「糾正錯誤」為主

的模式，正向心理治療以強調「建立專長」，這有助減少負面情緒及困擾，同時促進正向心理健康。若懲教院所內的治療是以推動在囚人士改變為目標，並且讓他們對未來抱有希望，這樣治療的成功機會也較高，兩者都有助降低他們重犯的機會(e.g., Caverley & Farrall, 2011)。把焦點放於在囚人士的個人長處，較過份強調風險，會更有效增加他們的改變動機(Maruna, 2010)。因此，正向心理治療對在囚人士更生尤為重要。

全球有關在懲教院所中臨床應用正向心理治療的研究並不算多，它大多應用於社區治療中的臨床抑鬱患者(Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang, & Doraiswamy, 2011; Proctor et al., 2011; Proyer, Ruch, & Buschor, 2013; Seligman, Rashid, & Parks, 2006)。據筆者所知，到目前為止並沒有專門為女性在囚人士而設的正向心理治療。本文藉懲教署近年成立的健心館，闡釋如何填補這方面的空白。健心館是一個為女性在囚人士而設，針對女性獨有需要的治療設施，這裡採用了嶄新的模式，即同時採用認知行為治療與正向心理治療，在處理女性在囚人士更生需要之餘，促進她們的心理健康，這均有助她們將來重投社會。本文下半部則介紹健心館及相關先導研究結果，以檢視其成效。

健心館提供的計劃有三大特色：

01 顧及性別差異的治療設施

02 提供的活動在治療環境中進行，參加者可以互相幫助

03 健心館的活動採用日常生活的角度學了相關技能，可自行練習，使之變成一種習慣

方法 為女性在囚人士而設的健心館

鑒於女性在囚人士有獨特的更生需要，香港懲教署於2011年在羅湖懲教所設立健心館。羅湖懲教所是全港最大的成年女性懲教院所，最多可容納1400名在囚人士。健心館是一所個人成長及情緒治療中心，它提供的計劃有三大特色。其一，健心館是顧及性別差異的治療設施，其計劃是建基於對女性現實生活的理解，並回應她們所面對多方面而又複雜的問題。計劃內容的設計基於女性在囚人士的獨特需要，包括情緒問題、自我控制能力、自殘問題、創傷、受虐經歷及不良關係等(Young, Waters, Falconer, & O'Rourke, 2005)。其二，健心館提供的活動在治療環境中進行，參加者入住指定的地方，裡面採用治療社群的元素，讓參加者可以互相幫助。有證據顯示，治療社群有助增加心理治療的成效(Cullen, 1997)。這治療環境有助促進參加者之間的相互關心與支援，鼓勵她們在群體中實踐所學到的心理技巧，藉此建立良好行為。此外，環境心理學的文獻指出，環境刺激會影響情緒和行為(例如，Knez, 2001; Leather, Beale, Santos, Watts, & Lee, 2003)，故此健心館利用不同顏色，營造一個舒適、愉快、個人化及較少院所環境的氛圍。最後，健心館的活動採用日常生活的角度。於健身室內，健身人士利用特定技巧來強健身體不同部位，一旦他們學會了相關技能，就可以自行練習，並使之變成一種習慣。本着相同理念，健心館旨在指導參加者如何促進心理健康，使她們可以繼續培養情緒管理和積極生活技能的習慣。例如，健心館參加者學習從歌曲、電影和報紙文章中尋找正向訊息。她們也被訓練去關注日常生活中的正向感覺、想法和感受。在辨識到正向經驗後，她們會將這些經歷記錄在日記中，供檢閱和日後自我提醒。臨床心理學家每周會在日記中給予評語，以反映她們的進度，加以鼓勵，和肯定她們的努力。這些活動的目標是將注意力和行為技能融入日常生活。通過持續練習，參加者保持正向的心態便會成為習慣，這均有助培養有利心理健康的認知、情緒和行為。

健心館為中至高度更生需要的女性在囚人士提供一系列活動。這些活動由熟悉認知行為治療及正向心理學治療的臨床心理學家團隊設計及帶領。臨床心理學家透過性別特定風險及需要的評估結果來甄選參加者。健心館的參加者首先會被安排參加啟導課程，然後參與密集治療計劃，她們不會在此期間接受其他心理治療。

啟導課程具有以下兩個目標：(a) 幫助參加者適應健心館的新環境 (b) 協助參加者建立和諧關係，加強凝聚力，為之後的密集治療計劃奠下基礎。啟導課程通常為期兩至四個星期，之後參加者便會參與密集式治療計劃，其目標是透過認知行為治療與正向心理學治療來達到兩個目的：(a) 透過減少參加者的心理困擾與犯罪行為來加速康復，及(b) 協助參加者培養及充分運用其強項、希望感及感恩，促進個人成長，有助長遠心理健康。

密集治療課程一般為期六至八個月，參加者會被安排每星期上一至兩節課程，每節2.5小時。整個課程共有37節課，由臨床心理學家進行。完成密集治療課程後，臨床心理學家亦會為有需要的參加者提供加強課程及個別指導。

參加者

羅湖懲教所的19名香港女性在囚人士分別在兩段時間參與是次研究：第一組(人數=10)於2011年3月至11月期間參與；第二組(人數=9)於2012年3月至11月參與。根據懲教署資料，有關參加者的人口特徵資料詳見表1。兩組參加者的基本人口特徵資料及治療前的評分並沒有顯著分別。

透過面談，那些被評為較有動力改變及較願意接受小組治療的人士會獲優先考慮。根據署方的一般風險及需要評估，在個人或情緒上有中至高度需要的參加者會被邀請參加晤談，由臨床心理學家進行更深入的性別特定評估。

所有參加者均達到以下要求：(a) 經一般風險及需要評估，被評為有中至高度個人及情緒需要 (b) 被評為有中至高度性別特定需要 (c) 精神狀況穩定 (d) 能夠理解中文書面語及廣東話，以確保參加者可以充分理解評估問卷和治療內容 (e) 其餘下刑期足夠完成治療計劃 (f) 沒有嚴重破壞性、顛覆性傾向或其他有機會影響計劃進行的特殊問題。治療計劃開始前，會先取得參加者的同意。



表1

研究對象的人口特徵 (人數 = 19)

人口特徵	平均數 (標準值)
年齡(以年計)	38.05 (9.77)
刑期(以年計)	5.10 (2.45)
	人數 (%)
受教育年期	
6 年	1 (5.26)
7- 10 年	6 (31.58)
11-12 年	12 (63.16)
定罪情況	
首次定罪	18 (94.74)
第二次定罪	1 (5.26)
入獄前就業情況	
受僱	14 (73.68)
非受僱	5 (26.32)
所犯罪行類別	
毒品有關	6 (31.58)
與財產有關	7 (36.84)
不完整罪行	4 (21.05)
與暴力有關	1 (5.26)
有組織罪行	1 (5.26)

工具

所有參加者均會完成以下自我評核：

**情緒自評量表
Depression
Anxiety Stress
Scales (DASS)**

此量表共有 21 條問題 (Lovibond & Lovibond, 1995)，其下分為三個次量表，各有 7 條問題，以評估參加者的心理困擾情況：

- (a) 抑鬱方面，問題如「我覺得很難讓自己安靜下來」；
- (b) 焦慮方面，問題如「我感到很難放鬆自己」；
- (c) 壓力方面，問題如「我對任何事也不能熱衷」。

所有問題可根據李克特四級量表來評分(由 0=完全不適用, 至 4=完全/大部份時間適用)。所得的分數越高，該評估範疇的困擾程度就越高。是次研究樣本所使用的是中文版情緒自評量表 (Taouk, Lovibond, & Laube, 2001)，其內部一致性信度達到良好至優異級別，其內部一致系數分別為 .91、.84 及 .91。

**正負性訊息注意偏向量表
Attention to Positive and
Negative Information Scale
(APNIS)**

此量表共有 40 條題目 (Noguchi, Gohm, & Dalsky, 2006)，藉以評估一個人對於情感訊息(即注意力偏誤)的關注傾向，該量表下設有兩個次量表：正性注意偏向次量表(API)，及負性注意偏向次量表(ANI)。前者包含 22 條問題，例如「我覺察到及留意事事順意的時刻。」；後者則同樣包含 18 條問題，例如「我慣常地注意過去令我感到不開心的情境。」。這兩個量表反映出參加者的正負向注意力偏誤。

所有問題都根據李克特五級量表來評分(由 1=十分不適用於我，至 5=十分適用於我)。分數越高，表示參加者對於相應類別的訊息有更高的關注傾向。是次研究樣本所使用的是中文版正負向認知偏向量表(Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011)，兩個次量表的內部一致性信度達到良好級別，內部一致系數分別為 .87 及 .86。

**生活滿意度量表
Satisfaction With Life Scale
(SWLS)**

這個量表共有 5 條題目 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993)，以普及角度評估生活滿意度(例如：我的生活很多方面都接近我的理想)。所有題目會根據李克特七級量表來評分(由 1=十分不適用於我，至 7=十分適用於我)。分數越高，代表參加者對於生活滿意度越高。生活滿意度量表在此研究樣本有很高的內部一致性信度，內部一致系數達到 .91。

**感恩量表
Gratitude Scale
(GS)**

這個量表共有 6 條題目 (McCullough, Emmons, & Tsang, 2002)，用以測量參加者的感恩傾向(例如，「我的生命裏，有很多值得感恩的事。」)。所有題目會根據李克特六級量表來評分(由 1=十分不適用於我，至 6=十分適用於我)。分數越高，代表參加者有更高的感恩意識。感恩量表在此研究樣本的內部一致性信度為可接受，內部一致系數達 .75。

**希望感量表
Hope Scale (HS)**

希望感量表共有 12 條題目，本研究使用了中文版本(C-HS; Snyder et al., 1991)來評估參加者的希望特質，它包含 4 條量度達至目標的意志力問題(例如，「我熱切追求自己的目標」)，4 條關於達至目標的策略路線問題(例如，「我能想到很多方法去獲得生命中對我重要的東西」)，另外也有 4 條干擾問題。所有題目會根據李克特八級量表來評分(由 1=十分不適用於我，至 8=十分適用於我，分數越高，代表參加者在相應部份較強。兩個次量表在此研究樣本的內部一致性信度為可接受至良好，內部一致系數分別為 .84 及 .79。

程序及統計分析

在參與健心館的密集治療計劃前後，所有參加者均會在臨床心理學家助理的監督下完成自我評核。有關資料會利用 SPSS Version 21 軟件作數據輸入及分析。在健心館進行治療期間，參加者不會接受其他心理治療。他們在治療前後都會進行配對樣本測試，以評估各項指標的變化。治療效應量是透過科恩 d 值統計來計算 (Cohen, 1988; Pallant, 2007)。

基於本研究的樣本量少，且屬於初步性質，研究人員在抑鬱、焦慮和壓力量表的次量表中，作了適當的調整及臨床意義的計算 (Jacobson & Truax, 1991)。雖然情緒自評量表不同臨床診斷的分類計算，但 Lovibond 及 Lovibond (1995) 所提出的臨界分數通常會用來界定傳統意義上的嚴重程度(即正常、輕微、中度、嚴重、極度嚴重)。假如變化分數超過標準誤差的差異 1.96 倍，轉變便可視為具統計學意義。當治療後分數低於治療前分數，代表相關的徵狀減少，亦即參加者正朝好的方向改變。Bowen (2012) 提出了六類變化，對於理解治療效果可能有用：

- (a) 正常(該人士能維持各樣功能正常)，
- (b) 康復(有正面的改變、具統計意義、從某一個臨界分數以上變成以下)，
- (c) 有改善(有正面的改變、具統計意義)，
- (d) 惡化(有負面的改變、具統計意義)
- (e) 退步(在有情緒困擾的群體中，往負面方向改變、具統計意義)，及
- (f) 沒有變化(轉變沒有統計意義)。

參加者根據情況，被歸類為上述六個類別，跨類別參加者的比率，會用以檢視臨床變化。皮爾森相關性分析會用以檢視測量工具之間的關係。由於樣本數目少，治療前後的比較遂採納機率為 0.01 較保守的第一型誤差。

研究結果

治療前後比較

進行治療前後的配對樣本測試，以比較參加者在治療前後，在各心理指標的分數，從而評估治療在減低病理徵狀及提升正向幸福感的有效性。結果顯示，大部份治療後的分數都與治療前的分數有顯著不同。治療效應量為中等至大(詳見表2)。

情緒自評量表的21條問題

參加者的情緒自評量表總分在治療前後有顯著分別，效應值為中等， $t(18) = 5.99, p < .001, 95\%$ 置信區間[CI] = [17.84, 37.11], $d = .67$ 。

抑鬱次量表的分數在治療後明顯較治療前為低， $t(18) = 4.63, p < .001, 95\%$ 置信區間[CI] = [5.00, 13.31], $d = .54$ 。

同樣地，焦慮及壓力次量表的分數在治療後明顯較治療前為低，分別為 $t(18) = 5.71, p < .001, 95\%$ CI = [5.72, 12.38], $d = .64$ 及 $t(18) = 5.12, p < .001, 95\%$ CI = [5.46, 13.07], $d = .59$ 。總括來說，參加者的抑鬱、焦慮及壓力徵狀在參與計劃後得到明顯改善。(詳見表2)

所有治療後分數均顯示，參加者在希望感、感恩、對正面訊息的關注度及對負面訊息的關注度均有顯著改善。有關改變將詳細描述如下。

注意力偏誤

參加者在接受治療後，對正面訊息的關注度明顯提升， $t(18) = -4.62, p < .001, 95\%$ CI = [-0.51, -0.19], $d = .54$ 。雖然效應量少，參加者對負面訊息的關注度在治療後則明顯下降， $t(18) = 3.14, p = .006, 95\%$ CI = [0.14, 0.73], $d = .35$ 。這些結果顯示，參加者在完成密集治療計劃後，對正面訊息的關注度有所提升，負面訊息的關注度則下降。

表2

治療前後及治療效困的臨床描述數據，平均數差比較

量度方法	平均數 (標準值)			t 值	效應值	檢定力
	治療前	治療後	前後差異			
DASS						
DASS-D	13.37(11.00)	4.21 (6.73)	9.16 (8.62)	4.63***	.54	.54
DASS-A	15.05(8.28)	6.00 (6.33)	9.05 (6.91)	5.71***	.64	.64
DASS-S	18.74(10.05)	9.47 (10.26)	9.26 (7.89)	5.12***	.59	.59
總分	47.16(26.72)	19.68(21.02)	27.47(20.00)	5.99***	.67	.67
APNIS						
API	3.78(0.39)	4.14 (0.41)	-0.35(0.33)	-4.62***	.54	.54
ANI	3.86(0.47)	3.42 (0.54)	.44 (0.60)	3.14**	.35	.35
GS	28.05(5.96)	32.21 (3.39)	-4.16(6.09)	-2.98**	.33	.33
CLSS	16.32(7.93)	21.58 (7.03)	-5.26(8.08)	-2.84*	.31	.31
HS						
Agency	20(5.74)	24.26 (4.84)	-4.26(4.57)	-4.07**	.48	.48
Pathway	21.16(5.89)	24.42 (4.59)	-3.26(5.39)	-2.64*	.28	.28
總分	41.16(10.82)	48.68 (9.03)	-7.53(8.87)	-3.70**	.43	.43

註：

DASS = 情緒自評量表 (21題)；DASS-D = 情緒自評量表-抑鬱次量表；DASS-A = 情緒自評量表-焦慮次量表；DASS-S = 情緒自評量表-壓力次量表；APNIS = 正負性訊息注意偏向量表(40題)；API = 正性注意偏向次量表 (22題)；ANI = 負性注意偏向次量表 (18題)；GS = 感恩量表 (6題)；CLSS = 華人生活滿意量表 (5題)；HS = 希望次量表 (12題)；Agency = 意志力次量表 (4題)；Pathway = 達至目標的策略路線次量表 (4題)。

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$ (雙尾)。

生活滿意度

參加者在治療後的生活滿意度同樣有所提升，但效應量小，其差別並不明顯， α 水平為.01, $t(18) = -2.84$, $p < .05$, 95% CI = [-9.16, -1.37], $d = .31$ 。這顯示參加者在參與健心館的治療後，他們對自己生活滿意度的整體判斷有所提升。

感恩

結果顯示，參加者的相關分數在治療後有顯著提升，儘管與治療前的分數相比，效應量小， $t(18) = -2.98$, $p < .01$, 95% CI = [-7.09, -1.23], $d = .33$ 。這顯示健心館的治療計劃有助提升參加者的感恩感。

希望感

參加者在接受治療後，在希望感方面的總分數有顯著提升， $t(18) = -3.70$, $p < .01$, 95% CI = [-11.80, -3.25], $d = .43$ 。在達至目標的意志力方面，參加者在治療後的總分數較之前明顯增加， $t(18) = -4.07$, $p < .01$, 95% CI = [-6.47, -2.06], $d = .48$ 。在達至目標的策略路線方面，雖然參加者在接受治療後的分數有所提升，然而根據研究所採用、機率為0.01的第一型誤差，前後的差別並不明顯， $t(18) = -2.64$, $p < .05$, 95% CI = [-5.86, -0.66], $d = .28$ 。這顯示參加者的希望感在完成計劃後仍有提升，當中包括他們找到實現目標方法的察覺能力及目標導向的意志力。



表3

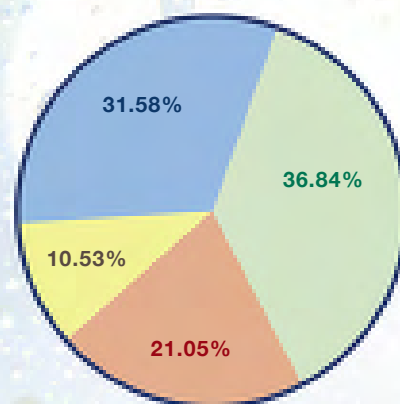
治療前後三組情緒次量表所示的臨床改進比率 (人數 = 19)

量度方法 ^a	N	正常	康復	改善	惡化	退步	不變
DASS Depression	19	6 (31.58%)	7 (36.84%)	4 (21.05%)	0	0	2 (10.53%)
DASS Anxiety	19	2 (10.53%)	10 (52.63%)	5 (26.32%)	0	0	2 (10.53%)
DASS Stress	19	2 (10.53%)	7 (36.84%)	6 (31.58%)	0	0	4 (21.05%)

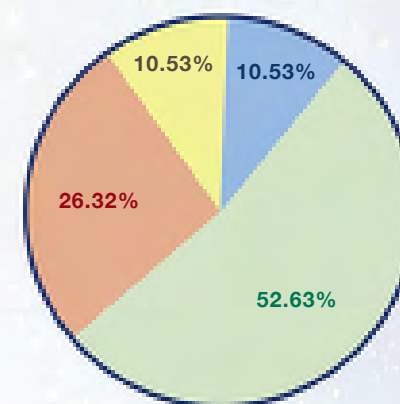
註：DASS = 情緒自評量表

^a DASS Depression cutoff (情緒自評量表-抑鬱隔斷) = 9, 可信變化 = 3.88 量表點；
DASS Anxiety cutoff (情緒自評量表-焦慮隔斷) = 7, 可信變化 = 3.11 量表點；
DASS Stress cutoff (情緒自評量表-壓力隔斷) = 14, 可信變化 = 3.55 量表點。

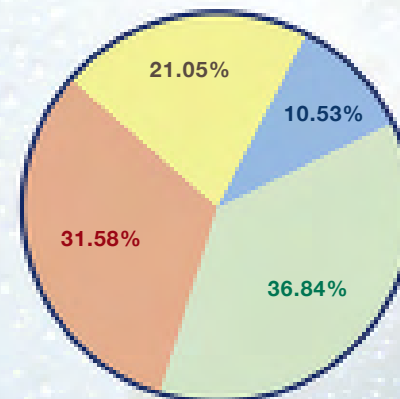
情緒自評量表 - 抑鬱



情緒自評量表 - 焦慮



情緒自評量表 - 壓力





討論

本研究旨在介紹及評估懲教署一項為顧及性別差異而成立的新治療設施—健心館，而當中的治療計劃是以正向心理學及認知行為治療作為基礎。心理困擾與正向成長之間呈明顯關聯，顯示減低心理困擾有助增加正向成長，而促進心理成長則有助減輕困擾。因此，緩減徵狀(抑鬱、焦慮及壓力)及培養心理成長(希望感、感恩及正向注意力偏誤)，便成為健心館的重要治療元素。根據治療前後心理測量清單分析，顯示健心館達到兩個目標：(a)減少徵狀，如減少抑鬱、焦慮、壓力徵狀及負面注意力偏誤 (b) 增強正向成長，這都表現在希望感、感恩及正向關注偏誤的提升。

臨床意義上的顯著改善

結果顯示，經過治療後，沒有參加者在情緒自評量表的三個範疇上有惡化或退步。逾半參加者(52.63%)經治療後的焦慮程度由需要接受治療，好轉至正常程度。另一方面，少於一半參加者(36.84%)在治療後，其抑鬱和壓力方面表現出臨床上的康復轉變，即由需要接受治療轉變至正常程度(詳見表3)。

相關性

表 4 顯示了治療後，各項臨床指標之間的雙變量相關性。結果顯示，除了焦慮次量表和感恩量表之間的關係外，所有心理困擾指標都與正面成長的指標呈相反關係。

表4

零階相關係數的下三角相關矩陣(人數 = 19)

量度方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. DASS-D											
2. DASS-A	.65**										
3. DASS-S	.74**	.72**									
4. 總分	.88**	.086**	.94**								
5. APNIS-API	.61**	.48**	.69**	.68**							
6. APNIS-ANI	.46**	.71**	.62**	.66**	-.36						
7. GS	.65**	.54**	.63**	.68**	.81**	-.44					
8. CLSS	.65**	-.41	.46**	.56**	.60**	-.37	.62**				
9. HS-Agency	.78**	.62**	.70**	.78**	.73***	.53**	.80**	.75**			
10. HS-Pathway	.69**	.50**	.68**	.70**	.77**	.47**	.68**	.66**	.83**		
11. HS-總分	.77**	.59**	.72**	.77**	.78**	.52**	.77**	.74**	.96**	.96**	

註：

DASS-D =情緒自評量表-抑鬱次量表；DASS-A =情緒自評量表-焦慮次量表；DASS- S =情緒自評量表-壓力次量表；APNIS-API =正性注意偏向次量表(22題)；APNIS-ANI =負性注意偏向次量表 (18題)；GS =感恩量表 (6題)；CLSS = 華人生活滿意量表 (5題)；HS =希望次量表 (12題)；Agency =意志力次量表 (4題)；Pathway = 達至目標的策略路線次量表 (4題)
* p < .05. **p < .01. ***p < .001 (雙尾).

這些成果可以歸功於健心館結合了認知行為治療及正向心理學治療的方法，以及其標誌性的特色。綜合結果表明，認知行為治療可以改變參加者情緒相關的認知扭曲，例如在臨床晤談及小組討論，她們因着自己成為在囚人士而出現抑鬱情緒，也有人因為自己作為母親的身份而感到愧疚及焦慮。相反，正向心理治療可以讓參加者提升正面情緒、認知及行為，例如參加者學會了關注在她們身邊出現的正面訊息，並在生活中「數算她們的祝福」。她們能夠在完成健心館計劃後，訂立實際的目標，並找到實現這些目標的方法。參加者還找到自己的強項，並學會在日常生活中適當地利用。這樣看來，健心館透過幫助參加者逐步從康復到成長，讓他們成功更生。除了使用綜合治療方法外，健心館特別的設計也有多方面的價值。首先，從女性角度來看，那些性別特定的內容回應了她們的需要，舉例說，健心館善用參加者自己所面對的真實生活問題，如與伴侶及子女分開，從而讓她們更了解自己的情緒；又如參加者可以應用新學習的技能去處理在日記中記下的生活難題。其次，隨著治療環境的建立，參加者之間建立了彼此信任的關係，這都有利他們在小組中的學習。此外，在治療社群內的人際關係問題會成為技能實踐的學習要點。參加者之間若有衝突，會提出來並公開討論，期間導師會作指導，利用衝突解決技巧來處理問題。最後但同樣重要的是，參加者學會透過撰寫日記，從中觀察、紀錄和細味一些正面的經歷。她們的日記內容展示她們在日常生活中的技能應用，這與密集治療所設計的活動很類似，例如他們從媒體和與他人的互動中尋找正面的訊息。她們同時學會珍惜並感恩所得到的支持。總括來說，健心館的獨特治療方法及標誌性特色，對促進女性在囚人士成功更生，有整體的效用。

這些令人鼓舞的結果，對女性在囚人士的更生服務有一定啟示。首先，是健心館的有效性。它作為一項顧及性別差異的治療設施，顯示了提供針對性別的治療可能會對女性在囚人士的更生產生更好效果。男女性在囚人士的犯罪行為背景成因並不一樣。研究顯示，女性在囚人士的情緒問題、創傷、受虐及不良的關係與她們適應監禁及將來重犯風險有顯著關係(van der Knaap, Alberda, Oosterveld, & Born, 2012; Van Voorhis et al., 2010)。對於女性在囚人士來說，關注她們的創傷經驗，並解決她們的情緒問題，有助她們在社會自立，減低她們的犯罪行為(Green, Miranda, Daroowalla, & Siddique, 2005)。本研究透過審視參加者的情緒問題、創傷後經歷及關係上的問題，可見健心館能有效改善參加者的情緒狀態。我們因此相信健心館有助女性在囚人士更生及減低其重犯風險。再進一步的研究，有助支持這個假定。

其次，本研究的正面結果顯示，結合補救式(認知行為治療)及個人成長(正向心理治療)兩種實證為本的治療方法是可行的，並且有助增加治療功效(Cheavens et al., 2006; Karwoski et al., 2006)。健心館的計劃可以提供一套準則，供將來參考並進一步發展。

由於治療計劃需時較長，而且有語言上的阻礙，是次研究並沒有招募那些刑期較短，及非以廣東話為母語的女性在囚人士。為此，健心館最新進行一些試驗計劃，包括一個需時較短的計劃、一個英語版計劃，以及發展一個心理教育大型計劃，以擴大服務範圍。此外，亦正籌備出版一本有教育性的刊物，可在將來舉行的國會議議上發表。此外，我們亦進行持續的研究，例如測試本治療計劃的較短版的有效性，以及比較計劃中認知行為治療和正向心理治療的有效性，希望在當前的研究結果基礎上，為法證心理學作出貢獻。

是次研究有其限制，日後進一步了解健心館計劃的成效，及未來採用相關療法時，需多加考慮。理由如下：首先，在沒有對照組的情況下，不清楚正面效果有多大程度來自有關治療，因果關係未能完全確認。其次，樣本數量少。根據羅湖懲教所的一般風險及需要評估的數據顯示，院舍內任何時間，均約有70名女性在囚人士需要密集式心理服務，但只有19位參與是項計劃。此外，積極的參加者會被優先考慮轉介參與健心館計劃，這可能有助於取得正面的結果。不過，針對樣本數量較少的情況，我們亦審查了對所得數據的臨床意義，結果顯示，與統計學分析的結果基本吻合。第三，健心館將認知行為治療和各種正向心理治療，包括希望感、感恩和強項練習納入密集治療計劃，是故治療效果可歸因於健心館的整體設定、治療內容及活動。因此，現階段無法確定密集治療計劃中的有效治療核心元素。

為了解決這些限制，未來的研究可以增大樣本數量，並以候補名單作為對照組，以確認健心館治療的有效性。未來的研究方向可以是比較兩種治療模式(認知行為治療及正向心理治療)在女性在囚人士更生過程中所擔任的角色；亦可以對認知行為治療及正向心理治療的各個組成部份進行研究，從而找出減低心理困擾程度及提升心理成長預測因素，以制定更具成本效益的治療計劃。

直至2018年，參與研究的所有參加者均已離開院所，重犯率為零。然而，參與計劃與重犯率之間的關係尚未清楚，尚待進一步研究。

結論

健心館是亞洲首個為女性在囚人士開創、顧及性別差異的設施。它針對女性在囚人士的獨特需要，度身訂造治療內容，促進參加者之間建立治療社群，並在治療教材和活動中採用日常生活的視角。它整合了心理治療中兩種發展成熟的方法，即認知行為方法和正向心理治療。先導研究的數據顯示，各項關鍵成果指標都反映效果正面，可見它在減少臨床徵狀和促進正向心理健康方面均有效。未來更深入的研究，將有助進一步發展針對女性在囚人士性別特有的需要的治療模式。

參考資料

- Australian Institute of Health and Welfare. (2013). The health of Australia's prisoners 2012. Canberra: Author. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129543945>
- Blume, S. (1997). Women: Clinical aspects. In J. Lowinson, P. Ruiz, A. Milkman, & J. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 645-654). Baltimore, MD: Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1001/jama.307.17.1868>
- Bonta, J. (1997). *Offender rehabilitation: From research to practice* (User Report No. 1997-01). Ottawa, Ontario, Canada: Department of the Solicitor General of Canada. <https://doi.org/10.4135/9781446216460.n1>
- Bowen, E. (2012). Within-treatment change: Finding the individual in group outcomes. In E. Bowen & S. Brown (Eds.), *Perspectives on evaluating criminal justice and corrections* (pp. 145-171). Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-7863\(2012\)0000013011](https://doi.org/10.1108/S1474-7863(2012)0000013011)
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Caverley, A., & Farrall, S. (2011). The sensual dynamics of processes of personal reform: Desistance from crime and the role of emotions. In S. Karstedt, I. Loader, & H. Strang (Eds.), *Emotions, crime and justice* (pp. 81-99). Oxford, UK: Hart. <https://doi.org/10.5040/9781472565471.ch-004>
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*, 544-552. <https://doi.org/10.1002/pon.1761>
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 135-145. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.135>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cullen, E. (1997). Can a prison be a therapeutic community? The Grendon Template. In E. Cullen, L. Jones, & R. Woodward (Eds.), *Therapeutic communities for offenders* (pp. 75-99). Chichester, UK: Wiley.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2013). *Gender mainstreaming*. Retrieved from http://www.lwb.gov.hk/Gender_Mainstreaming/eng/introduction.html
- Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime & Delinquency, 51*, 133-151. <https://doi.org/10.1177/0011128704267477>
- Haney, C. (2003). Psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. In J. Travis & M. Waul (Eds.), *Prisoners once removed: The impact of incarceration and reentry on children, families, and communities* (pp. 33-65). Washington, DC: Urban Institute Press. <https://doi.org/10.5860/CHOICE.42-1257>
- Holtfreter, K., & Morash, M. (2003). The needs of women offenders. *Women & Criminal Justice, 14*, 137-160. https://doi.org/10.1300/J012v14n02_07
- Hong Kong Special Administrative Region. (2015). *Women and men in Hong Kong key statistics*. Retrieved from <http://www.statistics.gov.hk/pub/B11303032015AN15B0100.pdf>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12>
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates (Bureau of Justice Statistics: Special Report). Washington, DC: U.S. Department of Justice. <https://doi.org/10.1037/e557002006-001>
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*, 747-768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review, 30*, 830-838. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.002>
- Karwoski, L., Garratt, G. M., & Ilardi, S. S. (2006). On the integration of cognitive-behavioral therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 159-170. <https://doi.org/10.1891/088983906780639763>
- Knez, I. (2001). Effects of colour of light on nonvisual psychological processes. *Journal of Environmental Psychology, 21*, 201-208. <https://doi.org/10.1006/jev.2000.0198>
- Kurten-Vartio, S. (2007). *Women in prison: Social, economic and cultural rights of female prisoners*. Brussels, Belgium: European Parliament. Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/hearings/20070626/femm/kurten_vartio_en.pdf
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 451-476. <https://doi.org/10.1007/s11292-005-3541-7>
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 17*, 675-683. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0139>
- Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L. (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment & Behavior, 35*, 842-869. <https://doi.org/10.1177/0013916503254777>
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 773-789. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.04.013>
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews, 3*, 6. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.6>

Loper, A. B., Carlson, W., Levitt, L., & Scheffel, K. (2009). Parenting stress, alliance, child contact and adjustment of imprisoned mothers and fathers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48, 483-503. <https://doi.org/10.1080/10509670903081300>

Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of metaevaluations. In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending guidelines from research and practice* (pp. 79-111). Oxford, UK: John Wiley.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Maruna, S. (2010). *Understanding desistance from crime*. London, England: Ministry of Justice.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>

Milkman, H. B., & Wanberg, K. W. (2007). Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals. Washington, DC: National Institute of Corrections. <https://doi.org/10.1037/e681162012-001>

Noguchi, K., Gohm, C. L., & Dalsky, D. J. (2006). Cognitive tendencies of focusing on positive and negative information. *Journal of Research in Personality*, 40, 891-910. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.008>

The Offender Health Research Network. (2010). *The pathway of prisoners with mental health problems through prison health services and the effect of the prison environment on the mental health of prisoners*. Manchester, UK: Author.

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (3rd ed.). New York, NY: Open University Press.

Pavot, W. G., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>

Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M., & Yee, D. S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48, 476-496. <https://doi.org/10.1177/0011128702048003006>

Proctor, C., Tsukayama, E., Wood, A. M., Maltby, J., Eades, J. F., & Linley, P. A. (2011). Strengths gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology*, 6, 377-388. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.594079>

Proyer, R. T., Ruch, W., & Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 14, 275-292. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9331-9>

Salisbury, E. J., & Van Voorhis, P. (2009). Gendered pathways: A quantitative investigation of women probationers' paths to incarceration. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 541-566. <https://doi.org/10.1177/0093854809334076>

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.5>

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.8.774>

Sherman, M. (2001). *Special Needs Offenders Bulletin. Women offenders and their children*. Washington, DC: Federal Judicial Centre.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., . . . Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>

Taouk, M., Lovibond, P., & Laube, R. (2001). *Psychometric properties of a Chinese version of the 21-item Depression Anxiety Stress Scales (DASS21)*. Sydney, Australia: New South Wales Transcultural Mental Health Centre, Cumberland Hospital.

van der Knaap, L. M., Alberda, D. L., Oosterveld, P., & Born, M. P. (2012). The predictive validity of criminogenic needs for male and female offenders: Comparing the relative impact of needs in predicting recidivism. *Law and Human Behavior*, 36, 413-422. <https://doi.org/10.1037/h0093932>

Van Voorhis, P., Wright, E. M., Salisbury, M., & Bauman, A. (2010). Women's risk factors and their contributions to existing risk/needs assessment: The current status of a gender-responsive supplement. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 261-288. <https://doi.org/10.1177/0093854809357442>

Vaske, J., Galyean, K., & Cullen, F. T. (2011). Toward a biosocial theory of offender rehabilitation: Why does cognitive-behavioral therapy work? *Journal of Criminal Justice*, 39, 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.12.006>

Walmsley, R. (2015). *World female imprisonment list*. Retrieved from http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>

Wilson, D. B., Bouffard, L. A., & Mackenzie, D. L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 172-204. <https://doi.org/10.1177/0093854804272889>

Young, M., Waters, B., Falconer, T., & O'Rourke, P. (2005). Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29, 324-327. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2005.tb00201.x>