

警消人員精神疾病識能與危機處理信心及相關因子初探

施志鴻¹ 謝丹雯² 雷文玫³ 陳娟瑜^{2,3,*}

目標：2024年11月施行「精神衛生法」，明定警消人員在執行勤務發現疑似精神病患通知與協助護送之義務等，警消人員在精神問題求助歷程及心衛照護服務的角色日趨受到重視。本研究旨在探討現階段我國警消人員精神疾病識能與危機處理信心及相關因素。**方法：**透過行政及警消社群媒體招募，針對現任警察及消防人員進行精神疾病識能及危機處理信心匿名網路問卷調查，共回收527名警察與338名消防員有效問卷。影響之相關因素以廣義線性模式進行分析評估。**結果：**警察受訪者修習精神疾患課程及接受危機處理訓練比例為41%與23%，顯著低於消防員中的57%與43%。47%警察曾因業務接觸心衛人員，低於消防員的55%。針對精神疾病識能，警消兩組的正相關因子包括未滿10年之工作年資 ($\beta_{\text{警}}=1.34, \beta_{\text{消}}=0.99; p<0.01$) 與親友罹患精神疾患 ($\beta_{\text{警}}=0.67, p<0.001; \beta_{\text{消}}=0.55, p<0.05$)。有關危機處理信心，因業務接觸心理衛生專業人員及接受危機處理訓練分別是影響警察 ($\beta_{\text{警}}=0.49$) 及消防人員 ($\beta_{\text{消}}=0.80$) 的重要因子。**結論：**在精神醫療去機構化的脈絡下，針對在校及在職警消人員提供精神疾患課程與危機處理訓練，是強化社區心理衛生服務品質刻不容緩的議題。(台灣衛誌 2024; 43(3): 267-279)

關鍵詞：精神疾病識能、精神危機處理、警察、消防員

前 言

近年來國際精神疾病處遇政策強調社區與社會支持，對於精神病患治療的重要性，精神醫療朝向「去機構化」模式，警察與消防人員等第一線處置人員（下列稱警消人員）與精神病患接觸機會增加[1-3]。警消與精神疾患接觸的起因，往往是涉及滋擾、微罪或自傷等輕微事件，但互動過程可能升級為不穩定或危險情狀，進而升高警察使用強制力、逮捕或導致傷亡的風險[3]。系統性回顧研究顯示，平均21%（11%~49%）的精神病患者曾遭到警察逮捕[4]。加拿大的社區調查指出，近1/3患者視與警察的互動為

負面生命經歷，並感受到歧視與偏見[4,5]；美國的統計顯示精神疾病患者遭到警察射殺風險是一般公民16倍[6]。警察常是第一個接觸精神危機個案或急性病患人員，扮演精神病患進入司法系統或醫療系統的守門員角色[3]，面對急性發病精神疾患患者，警察人員須能辨識並轉介至精神醫療資源，使其獲得後續醫療照顧[7,8]。研究指出警察對精神疾病的識能及危機處理，不但影響精神病患後續相關專業資源的取得，更在與執法人員重覆接觸、遭逮捕機會及警方武力使用扮演中重要角色[9,10]。

由於在精神疾患處置的角色愈趨重要，警察人員在美國等西方國家甚至被默認為「街頭精神醫生」（street-level psychiatrists）及「守護者」[9,11]角色，然此功能期待與傳統執法訓練及知能產生相當差異、甚至有所衝突。面對精神疾患相關緊急狀況，警察評估是否需要實施逮捕尺度建構在下列三個面項：第一、背景因素：社區特徵、社區偏差常模、工作負擔、相關服務的連結、組織政策等；第二、警察因素（如對精神疾病的知識、親友中的精神疾病比

¹ 中央警察大學刑事警察學系

² 國家衛生研究院神經與精神醫學研究中心

³ 國立陽明交通大學公共衛生研究所

* 通訊作者：陳娟瑜

地址：台北市北投區立農街二段155號

投稿日期：2024年1月11日

接受日期：2024年6月14日

E-mail: chuanychen@nycu.edu.tw

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43\(3\).113003](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113003)



例、對精神疾患的態度等)[12]、嫌犯因素(如性別、精神疾病類型等)[13]、及嫌案對治療的反應等；第三、時間與操作因素：警察就社區安全侵害與立即性的考量，如問題嚴重性、嫌犯的當場反應、時間及效率的考量、及其他的資源等[14]。倘若員警欠缺相關知能，無法適當辨識精神病症、症狀，並採取相對應處置或尋求其他服務網絡支持時，往往會增加現場處理員警的挫折、壓力及無力感，甚至可能影響其健康與安全，導致其對精神病患的排斥或歧視[15]。事實上，員警欠缺知能訓練，以致獲報前往處理時，無法預先準備適當應對方式，亦是導致風險的主要原因之一[6,16]。一項針對加拿大警察出動紀錄研究顯示，具精神疾患的嫌犯所涉及犯罪行為往往較非精神疾患嫌犯較輕微，然而其遭到逮捕機會卻較高，且警方也要投入較多資源(如處理時間增加87%)[17]。前述面向反映警察處理社區中精神疾患問題，是否具備足夠相關識能與處理信心是影響適當處置的關鍵因素。

根據世界衛生組織定義，健康識能(health literacy)係指「具備健康知識與取得資源的能力，並能依據所知決策個人的健康照護與疾病預防」[18,19]。Anthony Jorm等學者在1997年將此概念延伸至心理健康層面，將精神疾病/健康識能(mental health literacy)定義為「協助個人辨識、管理與預防精神疾患(mental disorder)的相關知識與信念」[20]，內容涵蓋：(1)辨認特定精神疾病及搜尋相關資訊的能力、(2)了解精神疾病風險與致病因子、(3)具備自我治療(self-treatment)與尋求專業協助管道的知識、及(4)對精神疾病(mental illness)認知(如汙名)與求助行為的態度[21]。初期Jorm等人經由精神疾病患者的情境短文(vignette)，評估受訪者面對不同精神疾患的認知與看法，然題目多著重於疾病的辨識[22,23]。爾後O'Connor和Casey依據精神健康識能定義，與臨床心理師等專業人員共同發展出精神健康識能量表(mental health literacy scale, MHLS)[22]，問卷題目包含精神健康識能及精神疾患辨識兩構面，問卷具高內部一致性(Cronbach's $\alpha=0.873$)及再測信度($r=0.797$)；在精神健康識能相關問卷中，呈現較佳的信效度[23]。目前

此份量表已陸續應用於學生及老年族群調查[24-26]，台灣則有以此問卷為基礎發展的大學精神健康識能問卷[27]；類似精神疾病認知構念的問卷亦見於非精神科護理人員調查[28]。針對執法者(如警察)族群的精神疾病/健康識能的調查及訓練研究，則是到近幾年才受到重視[29,30]。

另一方面，研究者亦透過警察接到通報或接觸疑似遭遇精神危機民眾的案件時，自陳適當和有效處理的信心(confidence in interaction)(下稱危機處理信心)，用來評估警察專業訓練成效，能否增進面對精神危機案件時的自我效能(self-efficacy)[31]。一篇針對美國馬里蘭州巴爾的摩精神危機小組(Crisis Intervention Team, CIT)前導訓練進行的研究[32]，以問卷評估員警訓練前後的心衛學科知識、精神危機案件處理信心、心衛議題的態度與信念等變化，以「我有信心自己能處理涉及精神危機民眾的情況」等題目檢視受訓警察面對案件時的自我效能，發現訓練有助於增強處理信心[32,33]。除此之外，對於精神疾病的基本知識(包括識別精神危機的症狀和可能成因)、與經歷心理或精神困擾者進行有效溝通、使用非暴力降壓(de-escalation)技巧緩和衝突、利用社區資源等均有顯著強化[32]。

台灣目前仍無常規系統性以心理衛生或精神疾患為主題的全國社區調查。若嘗試以華人健康量表為間接指標，一項分析1990到2010年社會變遷調查的趨勢研究指出常見精神疾患比率增加近一倍(11.5%至23.8%)[34]。2000至2014年的衛福部身心障礙統計資料則顯示，慢性精神障礙個案的增加在30-44歲(15.77/萬人)及45-59歲族群(2.578/萬人)尤為明顯[35]。2018至2022年間，台灣每年社區精神疾病個案收案量落在11至14萬人間，一級個案(近三個月新收案)比例逐漸上升，至2022年達19%[36]。同時期每年協助病人就醫次數近3,000至5,000次，處理民眾申訴近1,800至2,300次[36]，間接反映社區/群中精神疾病患者從急性發作、就醫到復元的服務需求，警察與消防人員接觸急性病患的機會逐漸增加；然有關第一線警消人員之精神疾患相關識能及危機處理實證數據，卻仍付之闕如。

在歷經數起精神病患嚴重暴力事件後，我國行政院於2017年核定社會安全網，並於2021年宣布補強社區精神衛生體系與社區支持服務，強化跨體系、跨專業與公私協力服務等。2022年12月14日修正通過精神衛生法（2024年11月施行），賦予警察及消防人員在執行勤務的過程中，發現疑似精神疾病之人的通報、參與24小時緊急精神醫療處置的責任。有鑑於警察及消防人員在社區精神照護的潛在重要角色[9]，本研究目的為初步瞭解台灣警消人員的精神疾病識能與危機處理信心，並進一步探討相關因素，期結果作為未來警消人員處理精神病患處置模式建置與相關訓練之參考。

材料與方法

本研究採橫斷式調查設計，目標族群為現任警消人員。研究對象經由下列兩管道進行招募：(一)行文至警察及消防單位，說明研究目的與參與研究細節並請其周知所屬人員；(二)經由警消網絡群組、論壇及相關平台張貼研究資訊。為避免研究對象顧慮而影響作答真實性，本研究採匿名線上問卷調查，連續性資料採範圍類別（如年齡、工作年資等），並使用付費線上調查平台Survey Monkey，確保問卷填答內容資料保護。問卷調查填寫前，敘明研究內容並經同意後始進行問卷填寫。編碼方式以研究參與者特性（如重要他人生日四碼與出生日兩碼）產生個案編號，以辨識及排除重複填答。本研究通過國立陽明交通大學人體研究審查委員會（IRB 編號：YM111120E），收案期間為2022年11月21日至2023年11月20日間，排除重複填答（ $n=35$ ）與退休（ $n=2$ ），有效分析樣本共865位，其中警察人員527人、消防人員338人。經任職單位公告管道招募佔分別佔警察35%及消防21%。

本研究問卷內容包含：(一)基本人口學：如年齡、性別、教育程度；(二)警消工作經歷：如工作地點、值勤單位層級、任職年數、值勤單位之服務人口數等；(三)精神疾患相關教育及訓練，如在學期間學習心理衛生課程、在職期間的訓練經驗等；(四)精神疾病識能與精神疾患危機處理信心等。

精神疾病識能與危機處理信心之評估題目，係節選自精神健康識能量表（MHLS）

[22]與美國精神危機小組訓練（CIT）問卷[32]。共計十項題目，包含精神疾病識能與危機處理信心概念兩題組，受訪者按各題項敘述的同意程度，採四分Likert量表回應（0-3計分）。問卷經由研究團隊翻譯後，為使題目選擇及敘述符合台灣情境經與警政領域專家研議後修正，並於國內警消人員進行前測。精神疾病識能題組共六題，依據題意與精神健康識能建構概念，分為精神疾病認知及求助態度兩向度。精神疾病認知向度取自MHLS兩題：「精神疾病不是一種真正的醫學疾病」與「患有精神疾病的人是很危險的」，以及美國精神危機小組（CIT）訓練評估問卷一題：「罹患精神疾病主要原因之一是缺乏自制力與意志力」；求助態度取自MHLS三題「如果我患有精神疾病，我不會告訴任何人」、「如果我患有精神疾病，我不會向精神衛生專業人員尋求幫助」與「我認為由精神衛生專業人員提供的治療並不有效」。危機處理信心題組包含四項來自CIT訓練評估問卷，分別為「警察職務包含民眾行為異常的危機處理」、「我受過充分訓練，能處理涉及精神危機的情況或電話」、「我受過充分訓練，能處理涉及精神危機的情況或電話」、「我有信心自己能處理涉及精神危機民眾的情況」及「我有信心心理衛生服務系統能妥善照護經歷精神危機的民眾」，並視為單一向度量測警消人員自覺處理信心的題組。

為評估問卷題組建構效度，本研究初步由驗證式因素分析（confirmatory factor analysis）分別檢視精神疾病識能及處理信心兩題組模型適合度。精神疾病識能題組部分，因「患有精神疾病的人是很危險的」於精神疾病認知向度的因素負荷量最低僅0.31，將其移除後五項題目於兩向度（即精神疾病認知及求助態度）的因素負荷量為0.49-0.56及0.55-0.81且達顯著，模型適配度指標屬可接受範圍（CFI=0.984, RMSEA=0.062, NFI=0.980, GFI=0.993, AGFI=0.96923）；項目總分相關係數（item-total correlation），顯示每一題目與所屬向度的相關性達0.74~0.84，與非所屬向度的相關性為0.21~0.35，內部一致性信度係數（Cronbach's α ）為0.679。危機處理信心題組由於考量「警察職務包含民眾行為異常的危機處理」因素負荷量僅0.19

移除後，因素負荷量為0.53-0.75且達顯著，項目總分相關係數為0.76~0.82。因三題觀察變數較少，屬適度辨識（just-identified）模型（df=0），無法產出傳統模型適配度指標，內部一致性信度係數為0.711。

由於警察及消防人員培訓過程與主要分屬職務的差異，問卷資料處理採警察及消防人員分層分析。描述性統計部分，首先以卡方檢定比較各類別變項於警察、消防人群的分布比例是否不同，並使用獨立樣本t檢定（Student's t test）分析警消人員的精神疾病識能與危機處理信心分數平均差異。為了解影響精神疾病識能與危機處理信心分數的相關因素，本研究採廣義線性模型（generalized linear model）分別檢視個人、工作經驗等變項與兩項分數的相關性，統計結果以迴歸係數及95%信賴區間（Confidence Intervals, CI）呈現。最後，為進一步瞭解精神疾病識能各項題目的同意程度與危機處理信心分數的關係，我們應用ANOVA變異數檢定與趨勢分析。本研究使用SAS 9.4版統計軟體進行。

結 果

表一為參與本研究受訪者之基本人口學、工作經歷、職務層級以及與精神疾患有關變項分布。有效問卷樣本以男性為多數（警察：80%、消防：91%），超過半數為基層員警或消防隊員（警察：56%、消防：64%），其中54%警察具大學（含）以上學歷，59%從警年資達10年以上，消防人員大學以上學歷或是工作年資10年以上者皆超過2/3。社會網絡與精神疾患或心理衛生相關接觸經驗上，警察有44%表示親友中（曾）罹患精神疾患，消防人員比例為47%；因業務接觸心理衛生專業人員的比例警察有47%，低於消防人員之55%（ $p=0.02$ ）。85%警察曾遇到/接觸精神疾患相關案件，低於消防人員94%（ $p<0.001$ ）。僅有41%警察與57%消防人員曾於學校或在職修習精神疾患課程，曾接受精神危機處理訓練比例更低至23%及43%；警察在兩者皆顯著低於消防人員（ $p<0.001$ ）。雖無統計顯著差異，警察的精神疾病識能（9.19）略低於消防人員（9.28），在危機處理信心上，警察（3.74）則略高於消防人員（3.50）。

將警察與消防人員分層進行分析，表二中顯示高教育程度、工作年資較短、基層工作、親友（曾）有罹患精神疾患、及曾於學校或在職期間修習精神疾患或心理衛生有關課程者，是影響警察精神疾病識能的正向因素（ $\beta=0.47\sim1.45$ ）；在調整性別、學歷與工作年資與職位類型後，親友（曾）有罹患精神疾患（ $\beta=0.67$, 95% Confidence Interval (CI) = [0.24, 1.09]）及學校或在職期間曾修習過相關課程（ $\beta=0.51$, 95% CI = [0.09, 0.94]）有顯著較高的精神疾病識能。消防人員中，疾病識能則與工作年資較短、基層工作、親友（曾）有罹患精神疾患，以及有10次以上處理精神疾病有關案件有正相關。在調整性別、學歷與工作年資與職位類型後，親友精神疾患經驗仍與高精神疾病識能有關（ $\beta=0.55$, 95% CI = [0.01, 1.10]）。

表三呈現影響警消人員處理信心的因素，曾因業務接觸心理衛生專業人員、參與精神疾患危機處理訓練的警察有較高的危機處理信心；在調整性別、學歷與工作年資等後（模型一），仍維持顯著正相關（ $\beta=0.43$, 95% CI = [0.13, 0.73]與 $\beta=0.45$, 95% CI = [0.10, 0.80]）。消防人員中，危機處理信心與女性隊員、基層隊員、精神疾病識能分數呈負相關，修習過危機處理訓練者，則有較高的危機處理信心。在調整基本人口學等變項後（模型一），修習過危機處理訓練課程仍呈現正相關（ $\beta=0.74$, 95% CI = [0.35, 1.14]）。另精神疾病識能分數與危機處理信心分數（模型二）在警消兩組皆呈負相關，且達統計顯著（警： $\beta=-0.06$, 95% CI = [-0.12, -0.004]；消： $\beta=-0.12$, 95% CI = [-0.19, -0.05]）。

進一步探討警消人員精神疾病識能精神疾病識能各子題項同意程度與危機處理信心分數關係顯示（參見圖一），愈同意「精神疾病不是一種真正的醫學疾病」的警消人員有較高的危機處理信心分數（警察： $p=0.0027$, $p\text{-trend}=0.0196$ ；消防： $p=0.0006$, $p\text{-trend}=0.0045$ ）。類似精神疾病識能與危機處理信心負相關的現象，亦反映在消防人員「罹患精神疾病主要原因之一是缺乏自制力與意志力」中，愈不同意者呈現較低的危機處理信心（ $p<0.0001$, $p\text{-trend}<0.0001$ ）。

表一 警消人員的人口學背景及精神疾病識能 (N= 865)

| 變項 | 警察 | | 消防 | | p-value |
|----------------------|--------|------|--------|------|--------------------|
| | n= 527 | | n= 338 | | |
| | n | % | n | % | |
| 性別 ^a | | | | | |
| 男性 | 420 | 79.7 | 308 | 91.1 | <0.0001 |
| 女性 | 106 | 20.1 | 29 | 8.6 | |
| 學歷 | | | | | |
| 高中/大專 | 240 | 45.5 | 106 | 31.4 | <0.0001 |
| 大學/碩士/博士 | 287 | 54.5 | 232 | 68.6 | |
| 考取警察/消防管道 | | | | | |
| 內軌 | 382 | 72.5 | 232 | 68.6 | 0.223 |
| 外軌 | 145 | 27.5 | 106 | 31.4 | |
| 年齡 | | | | | |
| 45歲（含）以上 | 167 | 31.7 | 86 | 25.4 | 0.049 |
| <30-44歲 | 360 | 68.3 | 252 | 74.6 | |
| 工作年資 | | | | | |
| 10年以上 | 310 | 58.8 | 229 | 67.8 | 0.008 |
| 0-9年 | 217 | 41.2 | 109 | 32.3 | |
| 工作地點 | | | | | |
| 五都 | 440 | 83.5 | 242 | 71.6 | <0.0001 |
| 非五都 | 87 | 16.5 | 96 | 28.4 | |
| 職務位階 | | | | | |
| 非基層 | 233 | 44.2 | 122 | 36.1 | 0.018 |
| 基層（警員/消防隊員） | 294 | 55.8 | 216 | 63.9 | |
| 親友（曾）有罹患經醫生診斷的精神疾病 | | | | | |
| 無 | 298 | 56.6 | 179 | 53.0 | 0.301 |
| 有 | 229 | 43.5 | 159 | 47.0 | |
| 曾因業務接觸心理衛生專業人員 | | | | | |
| 無 | 281 | 53.3 | 153 | 45.3 | 0.021 |
| 有 | 246 | 46.7 | 185 | 54.7 | |
| 曾遇到/處理精神疾病相關案件 | | | | | |
| 無 | 80 | 15.2 | 20 | 5.9 | <0.0001 |
| 有 | 447 | 84.8 | 318 | 94.1 | |
| 曾遇到/處理精神疾病相關案件次數 | | | | | |
| 0-9次 | 279 | 52.9 | 82 | 24.3 | <0.0001 |
| 10次以上 | 248 | 47.1 | 256 | 75.7 | |
| 學校修習有關精神疾病或心理衛生課程 | | | | | |
| 無 | 379 | 71.9 | 255 | 75.4 | 0.253 |
| 有 | 148 | 28.1 | 83 | 24.6 | |
| 在職訓練有關精神疾病或心理衛生課程 | | | | | |
| 無 | 399 | 75.7 | 173 | 51.2 | <0.0001 |
| 有 | 128 | 24.3 | 165 | 48.8 | |
| 學校或在職修習有關精神疾病或心理衛生課程 | | | | | |
| 無 | 312 | 59.2 | 146 | 43.2 | <0.0001 |
| 有 | 215 | 40.8 | 192 | 56.8 | |
| 曾修習精神疾病者危機處理課程訓練 | | | | | |
| 無 | 408 | 77.4 | 193 | 57.1 | <0.0001 |
| 有 | 119 | 22.6 | 145 | 42.9 | |
| 精神疾病識能（五題） | | | | | $\alpha^a = 0.679$ |
| 最小值，最大值 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0.5852 |
| 平均（標準誤） | 9.19 | 0.11 | 9.28 | 0.14 | |
| 危機處理信心（三題） | | | | | $\alpha^a = 0.711$ |
| 最小值，最大值 | 0 | 9 | 0 | 9 | 0.0552 |
| 平均（標準誤） | 3.74 | 0.07 | 3.50 | 0.10 | |

^aCronbach's α value

表二 精神疾病識能相關因素 (N= 865)

| 變項 | 警察人員 (n= 527) | | | | 消防人員 (N= 338) | | | |
|---------------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | 單變項分析 | | 調整模型 | | 單變項分析 | | 調整模型 | |
| | $\beta_{\text{警}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{警}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{消}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{消}}$ | 95% CI |
| 性別 (對照：男性) | | | | | | | | |
| 女性 | 0.46 | (-0.09, 1.01) | -0.21 | (-0.74, 0.33) | 0.48 | (-0.50, 1.46) | 0.34 | (-0.64, 1.32) |
| 學歷 (對照：高中/大專) | | | | | | | | |
| 大學/碩士/博士 | 0.55* | (0.11, 0.99) | 0.63** | (0.19, 1.07) | -0.15 | (-0.74, 0.44) | -0.03 | (-0.62, 0.56) |
| 工作年資 (對照：10年以上) | | | | | | | | |
| 0-9年 | 1.45*** | (1.03, 1.88) | 1.34*** | (0.86, 1.82) | 1.07*** | (0.49, 1.65) | 0.99** | (0.37, 1.62) |
| 基層工作職位 (對照：否) | | | | | | | | |
| 是 | 0.62** | (0.18, 1.06) | 0.42 | (-0.09, 0.93) | 0.65* | (0.08, 1.22) | 0.16 | (-0.47, 0.79) |
| 親友 (曾) 罹患精神疾病 (對照：無) | | | | | | | | |
| 有 | 0.84*** | (0.40, 1.27) | 0.67** | (0.24, 1.09) | 0.66* | (0.12, 1.21) | 0.55* | (0.01, 1.10) |
| 學校或在職修習有關精神疾患課程 (對照：無) | | | | | | | | |
| 有 | 0.47* | (0.03, 0.92) | 0.51* | (0.09, 0.94) | 0.31 | (-0.25, 0.86) | 0.37 | (-0.18, 0.91) |
| 曾遇到/處理精神疾病相關案件 (對照：小於10次) | | | | | | | | |
| 10次以上 | -0.32 | (-0.80, 0.16) | -0.17 | (-0.61, 0.27) | 0.62# | (-0.02, 1.25) | 0.59# | (-0.06, 1.25) |

*廣義線性模型迴歸分析 (generalized linear regression) , β : 迴歸係數 (beta coefficient) , CI : 信賴區間 (confidence interval) 。

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表三 危機處理信心相關因素 (N= 865)

| 變項 | 警察人員 (n= 527) | | | | | | 消防人員 (n= 338) | | | | | |
|---------------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|-----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | 單變項分析 | | 模型一 | | 模型二 | | 單變項分析 | | 模型一 | | 模型二 | |
| | $\beta_{\text{警}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{警}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{警}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{消}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{消}}$ | 95% CI | $\beta_{\text{消}}$ | 95% CI |
| 性別 (對照：男性) | | | | | | | | | | | | |
| 女性 | -0.23 | (-0.59, 0.13) | -0.28 | (-0.65, 0.09) | -0.29 | (-0.67, 0.08) | -0.97** | (-1.67, -0.28) | -0.84* | (-1.54, -0.15) | -0.81* | (-1.49, -0.13) |
| 學歷 (對照：高中/大專) | | | | | | | | | | | | |
| 大學/碩士/博士 | -0.21 | (-0.50, 0.08) | -0.20 | (-0.50, 0.11) | -0.15 | (-0.46, 0.15) | 0.15 | (-0.28, 0.58) | 0.14 | (-0.27, 0.56) | 0.15 | (-0.26, 0.56) |
| 工作年資 (對照：10年以上) | | | | | | | | | | | | |
| 0-9年 | -0.09 | (-0.39, 0.20) | -0.06 | (-0.39, 0.27) | 0.03 | (-0.31, 0.37) | 0.16 | (-0.27, 0.58) | 0.53* | (0.10, 0.97) | 0.66** | (0.23, 1.10) |
| 基層工作職位 (對照：否) | | | | | | | | | | | | |
| 是 | 0.13 | (-0.17, 0.42) | 0.13 | (-0.22, 0.48) | 0.15 | (-0.20, 0.49) | -0.63** | (-1.04, -0.22) | -0.63** | (-1.07, -0.18) | -0.62** | (-1.06, -0.18) |
| 曾因業務接觸心理衛生專業人員 (對照：無) | | | | | | | | | | | | |
| 有 | 0.48** | (0.19, 0.77) | 0.43** | (0.13, 0.73) | 0.49** | (0.18, 0.79) | -0.09 | (-0.49, 0.31) | -0.16 | (-0.55, 0.23) | -0.11 | (-0.49, 0.28) |
| 接受精神疾病危機處理訓練 (對照：無) | | | | | | | | | | | | |
| 有 | 0.55** | (0.20, 0.89) | 0.45* | (0.10, 0.80) | 0.46* | (0.11, 0.81) | 0.69*** | (0.30, 1.09) | 0.74*** | (0.35, 1.14) | 0.80*** | (0.41, 1.19) |
| 曾遇到/處理精神疾病相關案件 (對照：小於10次) | | | | | | | | | | | | |
| 10次以上 | 0.08 | (-0.21, 0.37) | -0.11 | (-0.42, 0.20) | -0.13 | (-0.43, 0.18) | -0.26 | (-0.72, 0.20) | -0.12 | (-0.59, 0.35) | -0.06 | (-0.52, 0.41) |
| 精神疾病識能分數 | -0.04 | (-0.10, 0.01) | | | -0.06* | (-0.12, -0.004) | -0.10** | (-0.18, -0.03) | | | -0.12** | (-0.19, -0.05) |

*廣義線性模型迴歸分析 (generalized linear regression) , β : 迴歸係數 (beta coefficient) , CI : 信賴區間 (confidence interval) 。

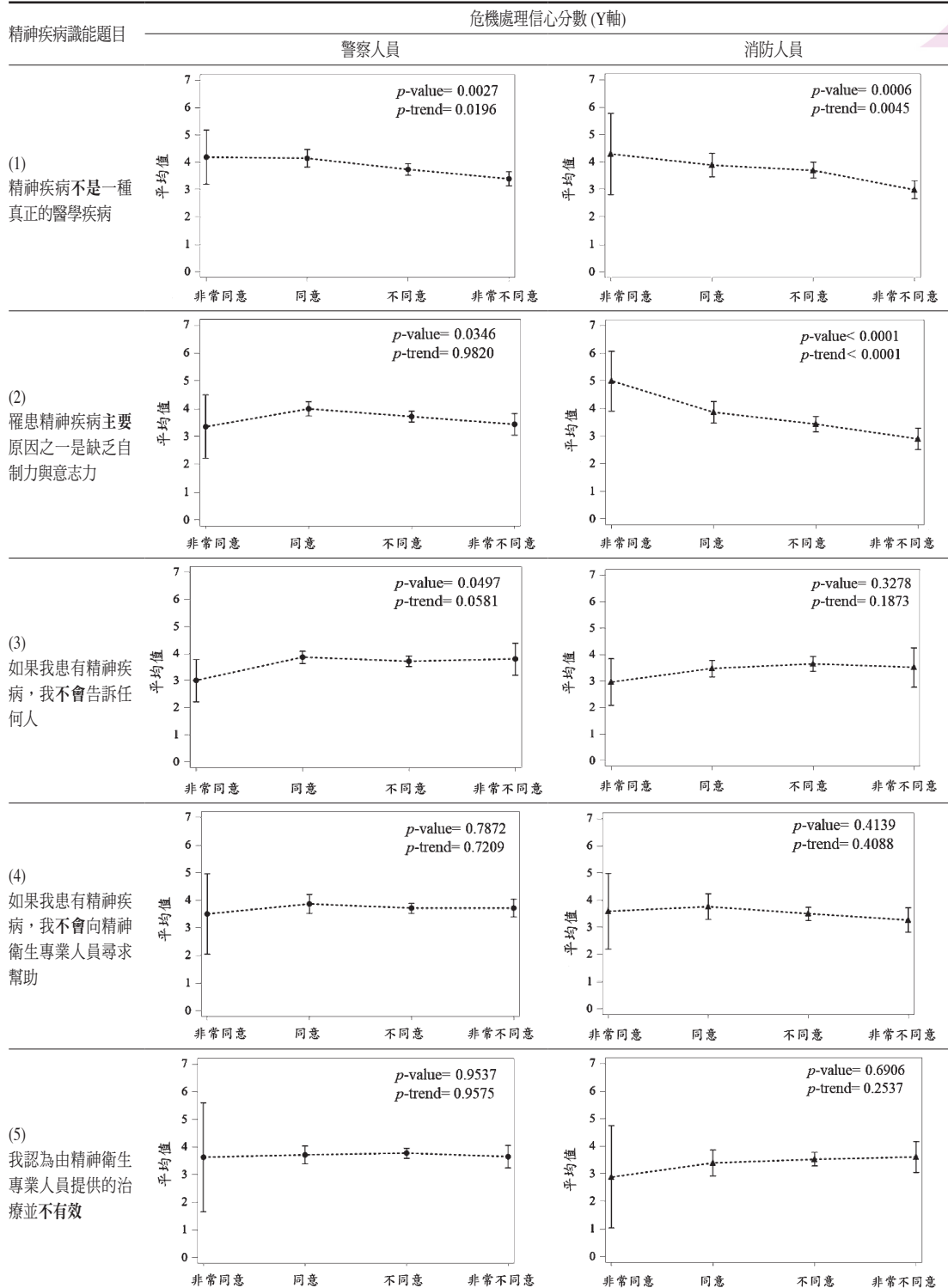
#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

討 論

本研究為我國少數針對警消人員兩個群組之精神疾病識能 (下稱疾病識能) 與危機處理信心 (下稱處理信心) 及相關因子的研究, 線上問卷調查分析結果討論如下:

一、警消人員執勤過程遭遇精神病患經驗分析

84.8%警察受訪者 (下稱警察) 與94.1%消防受訪者 (下稱消防) 自陳在值勤經驗中曾遇過/處理精神病患, 其中47.1%警察與75.7%消防接觸經驗高於10次, 顯示大



^aANOVA與趨勢分析檢定答題之同意程度與危機處理信心分數平均數差異。

圖一 精神疾病識能分項題目同意程度與危機處理信心平均分數^a

多數警消人員執勤過程有很高機會遭遇精神病患相關事件，其中消防受訪者又明顯高於警察。原因或與我國目前尚未發展一套社區精神疾患處置模式，警消人員多以常態勤務運作處理精神病患相關事件有關。根據警察法第1條規定：「警察任務為依法維持公共秩序，保護社會安全，防止一切危害，促進人民福利。」；而消防法第1條明定消防三大任務為預防火災、搶救災害及緊急救護，兩者職務性質有相當差異。當社區精神病患遇有滋擾、犯罪或因急性症狀，而有自、他傷行為，需進行偵查、危險排除以及強制就醫等情況下，民眾通常會通報警察與消防人員同時處理；若為無攻擊或傷害傾向，往往由消防人員協助送醫，故消防人員接觸精神病患的範圍較警察廣泛。

目前各國發展因應社區精神病患主要有以下幾種模式[37-40]：第一、訓練部分警察人員成立「危機處理小組」（Crisis Intervention Teams, CIT）等，第一線處理涉及精神疾患事件作為其部分執勤任務；第二、在警察機關成立「專責處理小組」（Comprehensive Advanced Response Teams），其任務為專責處理精神病患等特殊對象；第三、「聯合編組模式」（Joint Teams），由精神衛生人員進駐警察機關，共同處理精神疾患事件；第四、「線上應變模式」（Mobile Crisis Teams），由現場警察人員通報精神衛生人員前往處理精神疾患案件。無論何種模式，皆由警察擔任精神病患社區處置主要單位；未來我國精神衛生法修法後，將會發展何種專業處置模式，使得警察機關不同單位及分工接觸精神病患的變化，皆是應觀察的議題。

二、警消人員修習心理衛生課程及接受精神危機處理訓練的現況

本研究發現即使執勤過程有相當比例遭遇及處理精神病患，但警消人員在學校修習精神疾病或心理衛生課程的比例皆未達三成，顯示目前警校養成教育相關課程相當欠缺。而在職訓練不論是有關精神疾病或心理衛生課程比例亦或精神疾病危機處理訓練，消防比例均遠高於警察。原因與前述消防人員任務為緊急救護角色，處理精神病患相關送醫事件為其本來勤務內容，故採取較為積

極主動態度；此可由在精神衛生法修訂通過後，各地目前CIT訓練多是消防機關啟動主辦，邀請警察人員參與可得佐證。然而整體而言，警消人員精神疾病或心理衛生課程與危機處理訓練不足，以致目前部分警消人員是在欠缺相關識能與知識情況下，處理精神病患相關案件情形。

值得注意的是，警消人員在未受充分訓練下，將易導致無助感等心理、對精神病患的排斥或歧視等負面結果[15]；顯示未來在警察養成及在職訓練上，精神疾患及危機處理的識能有待系統性的強化及賦能。根據Coleman和Cotton分析國際相關文獻發現，警察人員針對精神疾病處置應包含下列訓練課程：重大精神疾病以及其他影響認知或情緒疾病的徵兆與症狀、藥物濫用之跡象、自殺意圖的評估、降壓技巧等行為管理策略、精神衛生法令運用以及依照精神病患狀況尋求適切精神醫療協助等[41]。研究指出前述訓練將可提高對精神疾病的認識和危機因應技巧、減低污名化、促使警察與精神病患的互動有良性改變，提昇患者自願治療的意願等效果[42-44]。

三、影響警消人員精神疾病識能之因素

本研究分析顯示年資與精神疾病識能呈現負相關，此現象反映的可能為世代差異；因為網路與媒體逐漸重視精神疾患議題，年輕世代（年資較少）對心理健康與精神疾患資訊有較多暴露有關[45]。除了修習相關課程或訓練是影響其疾病識能的重要因子之一，對警察而言，親屬（曾）罹患精神疾病經驗是其疾病識能的重要因子，但接觸相關案件經驗未對增進其識能產生明顯效果；消防人員中除了親友病史，曾接觸相關案件亦會影響其疾病識能。究其原因與警察接觸案件涉及暴力比例偏高，其將任務定位在犯罪預防或危害排除，處理過程較未深入與後續精神醫療議題連結，例如一項加拿大研究指出警察與精神病患者遭遇基於諸多理由，其中60%是精神病患涉及某些犯罪行為（其中20%為暴力犯罪、40%為非暴力犯罪），其他40%原因則是涉及精神危機、怪異行為或者犯罪受害者，大多與違法、違序行為相關[46]，因此若僅將精神病患視作犯罪或違序者處置，將無助於其相關識能提昇。

四、影響警消人員危機處理信心因素

對於警消人員，曾接受精神疾病危機處理訓練是影響其處理信心的重要因子，呼應前述國外相關研究結果[42-44]。此外，心理衛生專業接觸經驗亦與警察的處理信心具有正相關，但消防則未見此關係，原因與消防接受危機處理訓練的比例較高，為其處理信心主要來源之一，但警察人員相關課程接受偏低，故處置案件過程若能與心理衛生專業人員有互動，將對強化精神危險處理信心有助益。檢視疾病識能與危機處理信心關聯性，呈現負向關係。由於警察人員的職責為維護社會秩序與打擊犯罪，面對暴力等危險事件，可使用訴諸權威及運用強制力等作為，因此當面對精神危機案件時，若以違序或暴力事件加以詮釋時，則可用訴諸權威及運用法定強制力加以處理，故在處理信心分數高於消防人員。但從另一個角度觀察，當了解精神疾患屬於醫學疾病時，警消人員可能意識到不適合前述僅用強制力壓制的處理模式，更需要醫療等其他資源介入或其他應變技巧，在訓練不足的情形下，除了降低面對精神危機事件處理的識能與信心，甚或增加角色衝突或跟社區的緊張關係[47,48]。

研究指出警消人員往往是精神病患自傷或他傷情況的第一線處置人員。由於此種過度接觸具威脅性情境，導致他們較一般民眾容易認為精神病患具暴力性，並進而導致對該族群產生負面態度[3]。而研究者也指出警察相較其他第一線處置人員配備更多安全裝備，當對於精神病患愈缺乏瞭解，則愈傾向於運用傳統犯罪處置手段，而非醫療思維[49]，故警察人員危機處理信心高於消防人員。該推論另一佐證為在非屬心理衛生資源或課程等因子，僅消防幹部較基層人員具顯著較佳精神疾病識能，不同於警察小隊長或所長等幹部帶隊處理街頭事件，消防緊急救護參與者絕大多數由基層人員執行，消防幹部很少參與接觸精神病患，其精神疾病識能亦顯著低於基層人員，但其危機處理信心反而顯著較高。

研究限制與優勢

本初探研究主要有以下三點研究限制：
(一)本分析資料主要來自一橫斷性問卷調查，研究中尤以在職期間變項（例如：在職

心理衛生課程、危機處理訓練、精神疾病案件次數及接觸心理衛生專業人員經驗）無法釐清與當下精神疾病識能、危機處理信心之時序性，故僅能代表兩兩相關性；因果推論尚須透過長期追蹤研究方能驗證或檢視相關訓練方案對識能影響，並檢視在職過程因素的影響效果。(二)因本研究透過行政公文與網路邀請受訪者並自填問卷，受制於觸及的管道與社群有限，收案樣本主要集中於五個直轄市（不包含桃園）、以雙北與高雄市為大宗而較缺乏全台警消人員之代表性，且各縣市與城鄉之間可能存在資源與人力差異，在職相關訓練與接觸經驗並未能反應各縣市平均狀況。(三)本研究問卷以「精神疾病」概括方式詢問受訪者之經驗與看法，然而醫學模式下之精神疾患類型多樣（如思覺失調、躁鬱症、憂鬱、物質使用疾患等），無法檢視警消人員面對不同精神疾患的認知與觀感是否可能存在區別[29]。此外，本問卷兩指標量表題目雖已廣泛應用於國外警察族群研究，初探研究將其應用於台灣族群時顯示相關題組的信效度仍有待調整與改進。未來若需針對本土警察、消防兩族群進行系統性的比較或做介入評估，精神疾病識能問卷題目之涵蓋內容，仍有需要將此族群之心衛教育/訓練及實務情境因素納入背景考量（如對精神疾病範圍的認定）。

然而本研究仍具有下列優勢：(一)為台灣少數初步探討警察與消防人員精神疾病識能與危機處理信心的調查研究，且調查時機點為2022年精神衛生法修法生效之前（新增第八條明訂內政機關須規劃與輔導警察與消防之心理衛生與危機處理能力，並且修正第五十條警察與消防須參與轄區內建置24小時緊急精神醫療處置），有助呈現台灣現行警消人員於面對精神疾病案件之現狀與困境。(二)本研究同時針對警察與消防人員精神疾病識能與危機處理信心進行調查，能更加深刻反應知識認知面與執行處置面的落差，且受警察與消防因職業訓練與執勤內容不同影響，此落差亦反應警察與消防人員面對精神疾病案件時潛在訓練與課程需求差異，期能提供修法生效後政策規劃初步建議。

結論與建議

隨著精神醫療模式朝向「去機構化」的

趨勢，第一線警消人員在社區面對與處置精神病患的角色愈加重要。本研究透過針對警消人員問卷調查，初探性揭露我國警消人員精神疾患與處理精神危機事件識能現狀；本文提出下列建議，俾供未來實務與研究之參考：

一、具體界定我國警察應對精神病患專業處置模式

我國精神衛生法雖賦予警消防人員在執行勤務過程通報等義務，然截至目前為止，警察機關應採取何種專業處置模式尚未具體界定。長遠而言，本文建議應參酌目前各國已發展「危機處理小組」、「專責處理小組」、「聯合編組模式」、「線上應變模式」等，具體界定警察應對精神病患專業處置模式，俾利各機關明確角色定位與任務分工，在有限資源下，擬訂不同機關訓練與演練課程，並發展跨機關分工、聯繫與合作的架構，發揮最佳精神病患社區照護之效能[47]。

二、強化警消精神疾病或心理衛生課程教育與在職訓練

警消相關系所在校課綱中精神疾病或心理衛生課程相當缺乏，在職訓練亦尚未普遍。本研究建議應經由系統課程規畫，提升警消在學學員對精神疾病或心理衛生的基礎識能，在職訓練則可進一步強化重大精神疾病（如影響認知或情緒疾病的徵兆與症狀等）、降壓技巧等行為管理策略、精神衛生法律等課程。同時透過移地實習、案例分享、情境演練等危機處置訓練，深化其現場處置以及與心理衛生機關聯繫等危機處理識能等[8,9]。

致 謝

本研究受國立陽明交通大學高教深耕永續發展計畫經費補助（計畫編號：W20297-D）。本研究感謝公告並宣傳研究招募之機關單位、學校機構、網路平台及參與研究之警察消防人員的協助。

參考文獻

1. Belczak K. Firefighters' attitudes toward, and their training needs about, the mentally ill [Dissertation]. Long Beach, California: California State University, 2004.
2. Davis L, Fulginiti A, Krieger L, Brekke JS. Deinstitutionalization? Where have all the people

- gone? *Curr Psychiatry Rep* 2012;**14**:259-69. doi:10.1007/s11920-012-0271-1.
3. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ Jr. The police and mental health. *Psychiatr Serv* 2002;**53**:1266-71. doi:10.1176/appi.ps.53.10.1266.
4. Livingston JD. Contact between police and people with mental disorders: a review of rates. *Psychiatr Serv* 2016;**67**:850-7. doi:10.1176/appi.ps.201500312.
5. Livingston JD, Desmarais SL, Verdun-Jones S, Parent R, Michalak E, Brink J. Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. *Int J Law Psychiatry* 2014;**37**:334-40. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.003.
6. Fuller DA, Lamb HR, Biasotti M, Snook J. Overlooked in the undercounted: the role of mental illness in fatal law enforcement encounters. Available at: https://www.treatmentadvocacycenter.org/reports_publications/overlooked-in-the-undercounted-the-role-of-mental-illness-in-fatal-law-enforcement-encounters/. Accessed January 11, 2024.
7. Vermette HS, Pinals DA, Appelbaum PS. Mental health training for law enforcement professionals. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;**33**:42-6. doi:10.1108/JMHTEP-11-2019-0062.
8. van den Brink RH, Broer J, Tholen AJ, Winthorst WH, Visser E, Wiersma D. Role of the police in linking individuals experiencing mental health crises with mental health services. *BMC Psychiatry* 2012;**12**:171. doi:10.1186/1471-244X-12-171.
9. Wood JD, Watson AC. Improving police interventions during mental health-related encounters: past, present and future. *Policing Soc* 2017;**27**:289-99. doi:10.1080/10439463.2016.1219734.
10. The Council of State Governments Justice Center. Police-mental health collaborations a framework for implementing effective law enforcement responses for people who have mental health needs. Available at: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/police-mental-health-collaborations-framework-implementing>. Accessed October 13, 2023.
11. Husted JR, Charter RA, Perrou B. California law enforcement agencies and the mentally ill offender. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995;**23**:315-29.
12. Watson AC, Corrigan PW, Ottati V. Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;**55**:49-53. doi:10.1176/appi.ps.55.1.49.
13. Crocker AG, Hartford K, Heslop L. Gender differences in police encounters among persons with and without serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2009;**60**:86-93. doi:10.1176/ps.2009.60.1.86.
14. Morabito MS. Horizons of context: understanding the police decision to arrest people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;**58**:1582-7. doi:10.1176/appi.ps.58.12.1582.

15. Mclean N, Marshall LA. A front line police perspective of mental health issues and services. *Crim Behav Ment Health* 2010;**20**:62-71. doi:10.1002/cbm.756.
16. Soares R, Pinto da Costa M. Experiences and perceptions of police officers concerning their interactions with people with serious mental disorders for compulsory treatment. *Front Psychiatry* 2019;**10**:187. doi:10.3389/fpsy.2019.00187.
17. Charette Y, Crocker AG, Billette I. Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. *Psychiatr Serv* 2014;**65**:511-6. doi:10.1176/appi.ps.201300053.
18. Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary 2021. *Health Promot Int* 2021;**36**:1578-98. doi:10.1093/heapro/daaa157.
19. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;**12**:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
20. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;**166**:182-6. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
21. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol* 2012;**67**:231-43. doi:10.1037/a0025957.
22. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res* 2015;**229**:511-6. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064.
23. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2016;**16**:297. doi:10.1186/s12888-016-1012-5.
24. Gorczynski P, Sims-schouten W, Hill D, Wilson JC. Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *J Ment Health Train Educ Pract* 2017;**12**:111-20. doi:10.1108/JMHT-05-2016-0027.
25. O'Dea B, Subotic-Kerry M, King C, et al. A cluster randomised controlled trial of a web-based youth mental health service in Australian schools. *Lancet RegHealth West Pac* 2021;**12**:100178. doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100178.
26. White M, Casey L. Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging Mental Health* 2017;**21**:1129-37. doi:10.1080/13607863.2016.1206513.
27. Chao HJ, Lien YJ, Kao YC, Tasi IC, Lin HS, Lien YY. Mental health literacy in healthcare students: an expansion of the Mental Health Literacy Scale. *Int J Environ Res Public Health* 2020;**17**:948. doi:10.3390/ijerph17030948.
28. 林子祺、高瑞勇、王盈婷、林靜蘭：非精神科護理人員之精神健康識能及精神病患照護態度之相關性研究。精神衛生護理雜誌 2021；**16**：15-24。doi:10.6847/tjpmhn.202112_16(3).03。
Lin TC, Gao RY, Wang YT, Lin ECL. Mental health literacy and attitudes toward mental illness among nonpsychiatric nurses: a correlational study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;**16**:15-24. doi:10.6847/tjpmhn.202112_16(3).03. [In Chinese: English abstract]
29. Reavley NJ, Milner AJ, Martin A, et al. Depression literacy and help-seeking in Australian police. *Aust N Z J Psychiatry* 2018;**52**:1063-74. doi:10.1177/0004867417753550.
30. LaMontagne AD, Martin AJ, Page KM, et al. A cluster RCT to improve workplace mental health in a policing context: findings of a mixed-methods implementation evaluation. *Am J Ind Med* 2021;**64**:283-95. doi:10.1002/ajim.23217.
31. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Crisis Intervention Team (CIT): Methods for Using Data to Inform Practice: A Step-By-Step Guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018.
32. Booty MD, Williams RG, Crifasi CK. Evaluation of a crisis intervention team pilot program: results from Baltimore, MD. *Community Ment Health J* 2020;**56**:251-7. doi:10.1007/s10597-019-00474-w.
33. Compton MT, Bahora M, Watson AC, Oliva JR. A comprehensive review of extant research on crisis intervention team (CIT) programs. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008;**36**:47-55.
34. Fu TS, Lee CS, Gunnell D, Lee WC, Cheng AT. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2013;**381**:235-41. doi:10.1016/S0140-6736(12)61264-1.
35. 鄒秉諺、林藍萍、徐尚為、林金定：台灣慢性精神障礙盛行率長期變化趨勢分析：2000-2014年。身心障礙研究季刊 2016；**14**：75-85。
Tsou PY, Lin LP, Hsu SW, Lin JD. Long-term prevalence trend analysis of taiwanese chronic mental disability based on governmental disability register. *J Disabil Res* 2016;**14**:75-85. [In Chinese: English abstract]
36. 衛生福利部統計處：精神衛生行政工作執行成果表。https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5301-62356-113.html。引用2023/10/13。
Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Mental health

- administration work achievement report. Available at: <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5301-62356-113.html>. Accessed October 13, 2023. [In Chinese]
37. Reuland M, Margolis GJ. Police approaches that improve the response to people with mental illnesses: a focus on victims. *Police Chief* 2003;**70**:35-9.
38. Balfour ME, Hahn Stephenson A, Delany-Brumsey A, Winsky J, Goldman ML. Cops, clinicians, or both? Collaborative approaches to responding to behavioral health emergencies. *Psychiatr Serv* 2022;**73**:658-69. doi:10.1176/appi.ps.202000721.
39. Herrington V, Pope R. The impact of police training in mental health: an example from Australia. *Policing Soc* 2014;**24**:501-22. doi:10.1080/10439463.2013.784287.
40. 楊曙銘、呂宜芳、任怡靜、陳錦明：美國警政人員與精神醫療專業人員合作模式之淺析。刑事政策與犯罪防治研究專刊 2021；(29)：233-79。doi:10.6460/CPCP.202108_(29).06。
Yang SM, Lu YF, Jen IC, Chen CM. Introducing different types of crisis response partnership between the police and mental health professionals in the United States. *Crim Policies Crime Prev* 2021;(29):233-79. doi:10.6460/CPCP.202108_(29).06. [In Chinese: English abstract]
41. Coleman T, Cotton D. TEMPO: a contemporary model for police education and training about mental illness. *Int J Law Psychiatry* 2014;**37**:325-33. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.002.
42. Hassell KD. The impact of Crisis Intervention Team Training for police. *Int J Police Sci Manag* 2020;**22**:159-70. doi:10.1177/1461355720909404.
43. Rogers MS, McNiel DE, Binder RL. Effectiveness of police crisis intervention training programs. *J Am Acad Psychiatry Law* 2019;**47**:414-21. doi:10.29158/JAAPL.003863-19.
44. Nick GA, Williams S, Lekas HM, et al. Crisis Intervention Team (CIT) training and impact on mental illness and substance use-related stigma among law enforcement. *Drug Alcohol Depend Rep* 2022;**5**:100099. doi:10.1016/j.dadr.2022.100099.
45. Devendorf A, Bender A, Rottenberg J. Depression presentations, stigma, and mental health literacy: a critical review and YouTube content analysis. *Clin Psychol Rev* 2020;**78**:101843. doi:10.1016/j.cpr.2020.101843.
46. Brink J, Livingston J, Desmarais S, et al. A Study of How People with Mental Illness Perceive and Interact with the Police. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada, 2011.
47. Watson AC, Pope LG, Compton MT. Police reform from the perspective of mental health services and professionals: our role in social change. *Psychiatr Serv* 2021;**72**:1085-7. doi:10.1176/appi.ps.202000572.
48. Zakimi N, Greer A, Butler A. Too many hats? The role of police officers in drug enforcement and the community. *Policing* 2022;**16**:615-29. doi:10.1093/police/paab082.
49. Redondo RM, Currier GW. Emergency psychiatry: characteristics of patients referred by police to a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2003;**54**:804-6. doi:10.1176/appi.ps.54.6.804.

Mental illness literacy, crisis intervention confidence, and correlates among police officers and firefighters in Taiwan: a preliminary study

CHIH-HUNG SHIH¹, TAN-WEN HSIEH², WENMAY REI³, CHUAN-YU CHEN^{2,3,*}

Objectives: With the impending implementation of Taiwan's Mental Health Act in November 2024, the role of police officers and firefighters in assisting individuals with mental health issues in the community is more important than ever. This study aims to assess levels of mental illness literacy and crisis intervention confidence among police and firefighting personnel in Taiwan and explore potential correlates. **Methods:** A total of 527 police officers and 338 firefighters completed the anonymous online questionnaire survey. **Results:** Fewer police officers (41%) had taken courses on mental disorders than firefighters (57%), and only 23% of police officers had received training in mental crisis intervention, compared to 43% of firefighters. About half of police officers and firefighters (47% and 55%, respectively) had ever contacted mental health professionals during duty. For mental illness literacy, work experience under 10 years and having a family or friend affected by a mental disorder were positive correlates for both police officers ($\beta=1.34$ and 0.67) and firefighters ($\beta=0.99$ and 0.55). Receiving training was a prominent correlate for crisis intervention confidence in firefighters ($\beta=0.80$), while work experience with mental health professionals was more salient for police officers ($\beta=0.49$). **Conclusions:** To enhance community-based mental health care quality, integration of mental health into police academy curricula and provision of crisis intervention and team-based service delivery training are urgently recommended. (*Taiwan J Public Health*. 2024;**43**(3):267-279)

Key Words: *mental illness literacy, mental crisis intervention, police officers, firefighters*

¹ Department of Criminal Investigation, Central Police University, Taoyuan, Taiwan, R.O.C.

² Center for Neuropsychiatric Research, National Health Research Institutes, Miaoli, Taiwan, R.O.C.

³ Institute of Public Health, National Yang Ming Chiao Tung University, No. 155, Sec. 2, Linong St. Beitou Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author E-mail: chuanychen@nycu.edu.tw

Received: Jan 11, 2024 Accepted: Jun 14, 2024

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43\(3\).113003](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113003)