

心理師、輔導教師 與同儕領導介入在女高中生飲食 異常預防方案之應用*

陳宇平

國立台南大學
諮商與輔導學系

探究心理師、輔導教師及同儕三種不同介入者，對女高中生進行飲食異常預防方案之成效及差異情形。本研究採準實驗設計並分兩階段進行，首先邀請三所高中參與本研究，以「飲食態度量表-26 題版」（Eating Attitude Test-26, EAT-26）21 分為切點，從三校兩學年度共 1886 位高一女生中，篩選出高危險群 160 位（8.5%），由其中招募到 66 人參與內含四單元、每單元 1.5 小時的「飲食異常介入方案」。研究者將此 66 位有意願參與方案者，分派入「心理師介入組」、「輔導教師介入組」與「同儕介入組」，總計 11 組實驗小團體，並招募對應控制組共 78 人，比較實驗組與控制組在 EAT-26 及身體意象量表之立即與三個月延續成效，與三組成效差異。相較於控制組，不論在立即與延續效果，「心理師介入組」在 EAT-26 及身體意象量表得分均達顯著差異；「輔導教師介入組」在身體意象量表分數達顯著差異，而「同儕介入組」則未呈現顯著差異；比較三組在身體意象量表之改變成效，「心理師介入組」顯著高於另外兩組，而在 EAT-26 之輔導成效三組無顯著差異。心理師介入在降低飲食異常危險因子及身體意象均具顯著成效；輔導教師介入可顯著改善青少年對纖體文化之執著；同儕介入則未呈現顯著成效，文末提出本研究之建議與限制。

關鍵詞：女高中生、飲食異常、預防介入、同儕領導

* 1. 本論文通訊作者：陳宇平，通訊方式：ypchen@mail.nutn.edu.tw。

2. 本研究能完成感謝科技部專題研究計畫（NSC 99-2410-H-024-034-MY2）支持，以及南臺灣三所高中鼎力協助。

飲食異常 (eating disorders) 是好發在年輕女性的身心健康議題 (Allen et al., 2013)。研究發現，大約 13% 的女性在 20 歲時患有 DSM-5 所列之飲食異常，厭食症 (anorexia nervosa) 的發病高峰在 19-20 歲，暴食症 (bulimia nervosa) 的發病高峰則降低為 16-20 歲 (Stice et al., 2013)，而即便未達厭食症與暴食症之嚴重程度，其於個體功能之損害、心理疾病的共病性，以及未來對身心健康的危害皆十分類似 (Eddy et al., 2008; Keel et al., 2011)。雖然過去認為飲食異常似乎是西方國家特有的問題，但許多非西方國家如日本等亞洲國家，也發現飲食異常盛行率顯著地增高，成為全世界共同議題 (Chisuwa & O'Dea, 2010)。

飲食異常的高盛行率與慢性化，除會導致生理的併發症與機能缺損，亦會增加肥胖、憂鬱、物質濫用與健康問題的危險性 (Johnson et al., 2002)，但就如研究發現，願意到醫療單位尋求協助的人相當少，僅占 3-20% (Swanson et al., 2011)，而若能尋求協助，症狀常能得到相當的緩解 (Stoving et al., 2011)。Ali 等人對過去研究進行的後設分析發現，飲食異常患者不願尋求治療的主因有：對此疾病的羞恥感與汙名、否認此疾病的嚴重性，以及缺乏求助的途徑與管道 (Ali et al., 2017)。因此，很早就有學者提醒，此問題不能只是被動地等待個案前來求助，更需主動在社區或校園中進行高危險群的篩選並及早介入 (Sullivan, 1998)。國外此領域已朝向如何發展有效之預防方案，並試圖整合更多之資源，以符合公共衛生政策之走向，減緩此身心議題的發展與嚴重性 (Jones et al., 2014; O'Brien & LeBow, 2007; Wang et al., 2011)。本土較缺乏對此議題的關注，宜思考發展。

(一) 校園預防介入的重要性與有效方案

然欲進行有效之早期預防，需要有效的介入方案。國外此領域的研究因人數招募與介入等之可行性考量，皆由學校開始進行預防方案的發展與測試，後期才逐漸拓展至其他特殊族群，及學校外的社區場域進行應用，如針對女童軍進行之方案或與「多芬」(Dove) 等企業結合之應用 (Shaw & Stice, 2016)，然此非本研究之探討重點，以下聚焦校園場域之方案研究進行整理。

學者會建議以學校為基礎 (school-based) 實施教育介入方案，乃因個案之主動求助意願低落且問題日益嚴重 (Neumark-Sztainer et al., 1995)，亦認為因著飲食異常早期發展的特色，不僅由校園進行介入最適合，且在中學校園進行較佳 (Canetti et al., 2009; Raich et al., 2010)。Keca 等人提到，雖然學校人員並不一定有能力去處理已罹患飲食異常的學生，但絕對可在預防上扮演重要的角色，因學校環境與學生之社交人際關係，易成為潛在發展飲食異常問題之重要衝擊點 (Keca & Cook-Cottone, 2005)。

綜觀國外此領域之介入研究，以實驗設計測試方案效果者居多，通常分為實驗組與控制組、以班級或小團體為分組單位、比較方案實施前、後與長期追蹤效果為主。在研究日多後，學者以後設分析進行探究，發現超過一半以上的預防方案，能降低近三分之一參與者未來發展出飲食異常的風險 (Stice et al., 2007)。如 Stewart 等人 (2001) 設計之五小時預防方案，結果發現，相較於控制組，實驗組在方案結束與六個月後的追蹤，皆呈現節制飲食與飲食異常相關症狀的明顯改善。Becker 等人設計之四小時預防介入方案，實驗組亦在方案結束與一個月後的追蹤，皆明顯降低對身體不滿、節制飲食與暴食症狀 (Becker et al., 2005)。

Stice 等人發現許多預防介入方案，不是缺乏理論基礎就是缺乏嚴謹之實驗設計，因此發展出以認知失調理論為基礎 (Dissonance-Based Interventions, DBIs) 的預防方案，且以實驗法進行測試 (Stice et al., 2000)。此方案後續亦經過許多研究進行測試，皆呈現不錯之效果 (Becker et al., 2005; Matussek et al., 2004; Mitchell et al., 2007; Stice et al., 2006)。而為比較 DBIs 方案與其他類型方案之療效，學者針對 62 個飲食異常介入方案進行後設分析，發現，DBIs 方案比起非 DBIs 方案有更顯著之改變效果 (Stice et al., 2008a)。

至於 DBIs 方案對參與者的助益為何，研究顯示 DBIs 方案與體重管理方案相較，更能有效持續降低參與者在卡路里的攝取、提升健康運動行為，並增加身體滿意度 (Stice et al., 2001)。另兩研究也發現，與心理教育介入組相較，DBIs 方案可更有效降低飲食異常危險因子、發展為肥胖的危險性及心理衛生服務的使用率 (Shaw et al., 2009; Stice et al., 2007)。而在不同國家之校園應用經驗發現，DBIs 方案相較於控制組及其他三種類型方案，更顯著降低青少年之飲食異常危險因素、症狀、功能損害，與心理健康服務利用率，且在三年追蹤下，能最有效降低飲食異常之發生 (Halliwell

& Diedrichs, 2014; Stice et al., 2008b)。Stice 等人 (2019) 近年進一步針對內含 7808 位參與者之 68 個 DBIs 介入方案，進行後設分析，結果顯示此類方案在降低瘦身內化、對身體不滿與飲食異常相關症狀部分，呈現顯著改變效果。

在方案內容與運用部分，Stice 與其團隊為能將在高中與大學場域，皆測試有效之 DBIs 方案廣為應用，取名為「身體計畫」(Body Project) (Stice et al., 2000; Stice et al., 2001)。學者提到此方案所需配合文化、場域進行調整，以增加應用性，但不宜更動方案中可促發認知失調的主要活動或練習，例如，研究者開發了 2 個 2 小時、4 個 1 小時和 6 個 45 分鐘版本的方案，並經實驗測試發現，即便執行次數不同、時數也略有差異，只要確保其中所有關鍵要素不變，同樣能呈現療效，此種調整增加了方案在各場域執行的可能性，以及情境類化的成功率 (Shaw & Stice, 2016)，本研究之介入方案即採此方案設計。

然值得注意的是，雖如 Stice 等人進行之後設分析發現，51% 的預防介入方案可減少與飲食異常的相關的危險因子，29% 能降低現存或未來飲食異常疾病之發展，但在應用方式與設計組成上，效果顯著的方案特性為：包含愈多認知批判活動、愈多單元設計、樣本人數愈多、與真人互動而非單一網路線上的互動課程、參與者是自願且為成人及青少年中期 (約 15-17 歲) 女性、含括愈多種族與少數族群成員，並由心理師領導與接受更多訓練與督導者的介入，效果會更好 (Stice et al., 2007; Stice et al., 2019)。

(二) 推展校園飲食異常預防介入：心理師、輔導教師與同儕領導模式

至於有效之介入方案要能展現早期預防效果，介入者十分重要。心理師因著訓練之專業性，被認為有效之介入者，「身體計畫」方案發展早期之實施介入者即是領有執照之心理師 (Becker et al., 2005; Stice et al., 2000)。大規模之後設分析亦發現，由臨床心理專家帶領之飲食異常介入方案，相較於其他介入者，成效更為顯著 (Stice et al., 2007; Stice et al., 2019)。

然要能長期推展並落實以校園為基礎之早期預防，將熟悉學校之心理衛生相關人員，納入預防介入的生態體系亦為重點。關注到此點，學者為將經過測試有效之方案廣為推展至校園，招募並訓練高中及大學校園的心理輔導員與校護，在受訓後擔任「身體計畫」之方案介入者，並要求每個介入團體需有兩位領導者一起帶領，團體成員為 6-10 位，結果發現，與控制組相較，即便在一年或三年後的追蹤，介入對降低年輕女性飲食異常發生的危險因子，仍有顯著效果 (Stice et al., 2009; Stice et al., 2011)。但研究也提到，與過去以心理師介入的研究相較，由校內心理相關人員進行帶領的方案，改變效果較小 (Stice et al., 2009)。

此外，研究也發現，即便招募與訓練校內輔導員等專業實務工作者，但其或因工作忙碌、或因流動率，不一定有足夠的時間和精力，能持續實施方案，因此，開始思考同儕領導介入方案的可能性，並進行測試 (Stice et al., 2012)。同儕領導指的是由年輕孩子教育年輕孩子的學習模式，研究顯示使用同儕領導模式的健康促進方案，對領導者與參與者雙方都顯現正向的效果及高度的價值 (Harden et al., 2001)。Ciao 等人針對 50 位參與同儕領導飲食預防方案的中學女生，進行效果評估與經驗探究發現，這些經過訓練的同儕領導者，能以貼近中學女生的經驗方式來應用方案手冊，參與者對此模式的接受度亦高，高比例的參與者表示很喜歡此方案，並能將所學應用在生活中，且相較於控制組，實驗組不論在立即或延續性效果，皆可顯著降低飲食異常的危險因子 (Ciao et al., 2015)。

其他如大學校園的嘗試，Stice 等人招募了 171 位女大學生，隨機分派到心理師領導、大學層級的同儕領導與心理教育控制組，結果顯示，心理師與同儕領導的介入團體，在立即與一年後的延續效果，皆顯著地高於控制組；但心理師帶領的團體比起同儕領導團體，在立即與追蹤成效上，都呈現更高的效果值 (Stice et al., 2013)。另一研究則在比較由心理師領導、同儕領導與網路方案的參與者經驗後，發現在心理師與同儕領導的方案成員，皆能感受到自己並不孤單、方案之信件等練習活動幫助很大 (Shaw et al., 2016)，也因此國外學者普遍認為飲食預防方案之同儕領導模式，在校園場域十分可行、有效且值得推廣。

此外，同儕領導模式不僅對成員有幫助，對帶領者亦有更大的幫助。Becker 等人招募年齡 18-21 歲的年輕女性，隨機分派至「認知失調」與「媒體批判」兩項飲食異常預防方案，並讓受過

九小時訓練的 83 位大學層級的同儕領導者，帶領共兩次、每次兩小時的方案介入；結果顯示：在七週後的追蹤，兩個方案都能降低「纖體內化」(thin-ideal internalization)、「對身體不滿意」、「節食」及「暴食症狀」，尤其對高危險群更有效果，研究並進一步提到，方案的參與者若隨後能帶領同儕團體，比起僅單獨參與團體，更增添額外預防效果 (Becker et al., 2008)。

然亦有針對校園運動員的介入研究發現，同儕領導者特別會遇到被成員強烈攻擊的狀況，而讓這些同儕領導者在過程中，尋求更高頻率的督導協助，雖然不清楚原因，但作者提到或許是在特殊族群中，同儕領導較缺乏引導認知失調程序的臨床技能有關，此仍需進一步探究 (Becker et al., 2012)。

在訓練時數部分，因學校輔導員、護理師與同儕領導者，皆非具有帶領飲食異常方案經驗之人員，過去研究在培訓時，是以領有執照的心理師進行訓練與督導，訓練時數從 4 小時 (Stice et al., 2009)、6 小時 (Becker et al., 2012)、8 小時 (Shaw et al., 2016) 不等。在訓練工具部分，常採用標準化的手冊，內容包括：閱讀手冊以熟悉介入方案內容、瞭解介入的理論概念與實證支持、討論方案中角色扮演的關鍵要素，以及討論與團體過程有關的議題，如保密、轉介，以及提高家庭作業的遵從性與團體參與度 (Stice et al., 2009)。

以臺灣而言，飲食異常問題之早期預防仍處於萌芽階段，為數不多之研究仍集中在盛行率調查、危險因子、相關影響因素的探究與零星的病例報告等，對象較集中針對體重過重者、女性運動員、舞蹈班學生等高危險患病族群進行理解 (王潔玲等人, 2016; 李妍荻、王鵬智, 2013; 吳筱瑩等人, 2014, 陳惠欣、林薇, 2013; 黃珮嘉等人, 2013)。不同年齡層之盛行率調查發現，大學生飲食異常高危險群的比例如 Tseng 等人對台灣 5015 位大學新生的調查，發現呈現飲食異常症狀者佔 10.8% (Tseng et al., 2014)、高中生為 8.6% (官怡勤, 2013)、國中生為 13.4% (李雅惠, 2010)，甚至針對國小高年級學生進行的研究亦呈現 17.5% 之高比例 (莊千鳳, 2010)。前述結果顯示本土高危險群的盛行率約介於 8.6-17.5%，且年齡層愈低、比例愈高，雖有抽樣、場域等等的不同，但仍可看到研究者努力在累積本土飲食異常相關之學術知識，而面對國內飲食異常日益嚴重的危機，也宜思考可如何有更積極之作法。

臺灣之預防飲食異常介入研究極少，少數研究發現若以課程形式或一般族群進行介入難見效果，而針對高危險族群、批判式方案設計介入，則易顯成效，如林薇 (2006) 曾為預防飲食異常問題之發展，針對國二之青少年，設計一體型意識及節食行為教育介入課程，然未能顯著提昇青少年的體型意識與降低節制飲食行為，推測非以高危險群為介入對象有關。而陳惠欣 (2010) 則以國二舞蹈班女生為研究對象，舞蹈班學生因著體重控制的專業需要性，一向是飲食異常的高危險群之一，其採取批判教育之教學策略，設計出八單元方案，結果發現此介入具有降低暴食及食物關注行為，與提昇因追求纖瘦對健康導致不良影響之正向態度。近年一研究招募女大學生，以舞蹈治療動勢取向介入方案期改變身體意象態度，結果發現方案能提升身體覺察與減少外貌比較行為，但無法改善對身體欣賞及外觀之社會文化態度，如纖體內化及家庭、同儕媒體壓力等，研究者在限制處提到，或許樣本特性影響了介入效果 (馬心怡等人, 2019)。上述研究顯示青少年確能由校園提供之諮商輔導中獲益 (王櫻芬等人, 2019)。而於此過程能尋到調整自我的目標，亦可提升青少年之生活滿意度和憂鬱症狀之減輕 (Chen & Cheng, 2020)。

上述本土研究在預防介入對象之發現，宜以高危險群介入之觀點，與國外類似，如 Stice 等人 (2007) 針對飲食異常預防方案進行後設分析發現，若針對特定之高危險群進行介入，將更有成效。因此，研究者在規劃以校園為基礎之預防介入時，在研究對象乃招募具有共同困擾之高危險群成立純女性團體。而要能有效地篩選出高危險群，一份具有信、效度且適用本土的工具十分重要。過去國內外調查青少年飲食異常高危險群盛行率時，最常使用的量表為「飲食異常態度量表 26 題版」(Eating Attitude Test-26, EAT-26)，此量表很早即在國外建立了良好的信效度，並發現 20 分為最具區辨力之切點分數 (Maloney et al., 1988)。國內研究常使用此工具與切點分數進行調查 (王潔玲等人, 2016; 吳筱瑩等人, 2014)，但未在本地進行嚴謹之效度考驗，故研究者曾針對台灣高中生進行 EAT-26 切點研究，發現切點提高到 21 分時最具有鑑別力 (陳宇平等人, 2008)。後續也有研究採用此切點分數進行本土調查 (詹益欣, 2014)，本研究即以較嚴謹之 21 分，作為第一階段篩選高危險群之切點。

在執行面上，如同國外學者之經驗，研究者認為在臺灣推展以校園為基礎之早期預防，有效方

案若僅仰賴校外心理專家進行介入，以經濟效益而言，難以持續推展，因此，欲使校園對此議題保持長期關注，由外而內逐步賦權校方接手較佳，故需借重校園內輔導人員共同進行，再逐步推展至同儕領導。目前臺灣高中校園具輔導專長人員，一般稱為輔導教師，通常為大學輔導、諮商、心理相關系所畢業，或其他專長再加註輔導專長之教師，雖多未具心理師執照，但因長期接觸學生累積實務經驗與專業進修，且深諳校內文化，有獨特位置可瞭解學生在飲食、體重等生活中的變化，為校園內能及早辨識學生身心議題、進行早期預防的重要資源與推手；且對於本土傾向以學業為導向的校園環境而言，同儕領導模式要能順利推行，借重校內輔導專業人員進行系統協調，及提供後續同儕領導介入模式之支持協助，乃十分重要。

然考量考慮飲食異常為較為特殊之身心議題，校內輔導教師在專業養成階段接觸不多，本研究在設計之考量上，先成立心理師介入組並進行準實驗研究，優勢有二：1. 驗證本研究之實驗方案可有效在本地高中校園應用；2. 由接受過完整訓練具執照之校外心理師進行介入，提供校內輔導教師進行團體觀察、接受方案訓練，再接續成立輔導教師組並探討介入成效，最後則藉由已有經驗之輔導教師協助下，推展與支持同儕領導團體之進行並測試成效。以過去國外經驗觀之，相對於控制組，心理師介入模式可有效降低飲食異常危險因子，而校內輔導人員與同儕領導介入在訓練及督導下，亦可呈現顯著之預防成效；至於三介入組之改變效益，若以心理諮商訓練之完整性與專業性而言，預期仍以心理師介入組的改變效益最佳，然此將在本研究進行探究。

綜上所言，本研究為臺灣極為少數針對飲食異常身心議題，進行之預防介入研究，重要部分有三：1. 此研究為臺灣首次測試不同介入者，在飲食異常預防方案執行之效果並探討差異；2. 相對於國外研究，本研究招募之對象為已出現飲食異常症狀之高危險群女性，而非國外研究僅以對身體不滿意之女性為研究族群，雖如此會因比例懸殊而更難招募，增添本研究之難度，但將更有助於理解介入方案之預防效果；3. 藉此過程與校園內輔導教師合作、推動同儕領導模式的進行，發展適用於本土校園確實可行之飲食異常預防模式，亦可作為其他青少年身心健康在校園推行早期預防之參考經驗。本研究目的如下：

1. 探究心理師、輔導教師及同儕三種不同介入者，對女高中生進行飲食異常預防方案之成效。
2. 比較三種不同之介入模式之效果差異。

根據以上研究目的，研究假設分述如下：

1. 校外心理師帶領之「飲食異常預防方案」，對於提升參與者身體滿意度與減少異常飲食行為，具立即性與三個月持續性輔導效果。
2. 校內輔導教師帶領之「飲食異常預防方案」，對於提升參與者身體滿意度與減少異常飲食行為，具立即性與三個月持續性輔導效果。
3. 同儕領導帶領之「飲食異常預防方案」，對於提升參與者身體滿意度與減少異常飲食行為，具立即性與三個月持續性輔導效果。
4. 三介入組在提升參與者身體滿意度與減少異常飲食行為之立即與三個月持續性效果，心理師介入效果顯著高於輔導教師與同儕領導介入組，輔導教師組與同儕介入組之介入效果則無顯著差異。

方法

本部分將描述研究設計、流程、研究對象、研究工具與統計方式等。

(一) 研究設計

本研究採準實驗設計，主要目的是藉由受過完整訓練且領有執照之心理師，首先在校園進行預防介入，除可確立方案之有效性，並具接下來輔佐校園循序漸進、推動輔導教師及同儕介入團體的角色。故本研究先建立心理師介入組，在過程中讓輔導教師參與觀察，使其能熟悉團體方案與進行方式，未來亦能輔導同儕團體之執行，而因研究對象之盛行率相對不高，需達一定招募人數之考量，故規劃長期進行，而為控制時間拉長造成之影響，各實驗組在介入當時亦招募對應之控制組，以探究各組之輔導成效。

本研究之實驗組 (E) 包含三組，分別為：1. 心理師介入組 (E₁)、2. 輔導教師介入組 (E₂)、3. 同儕領導介入組 (E₃)，以及與各實驗組相對應之控制組 (C₁-C₃)，比較三實驗組介入後之立即效果，與三個月後的延續效果，研究設計見表 1。

表 1
研究設計

	前測	實驗處理	後測 1 (立即)	後測 2 (三個月後)
實驗組 (E)				
1. 心理師介入組 (E ₁) NR	O ₁	X	O ₂	O ₃
2. 輔導教師介入組 (E ₂) NR	O ₄	X	O ₅	O ₆
3. 同儕領導介入組 (E ₃) NR	O ₇	X	O ₈	O ₉
控制組 (C)				
1. 心理師控制組 (C ₁)	O ₁₀		O ₁₁	O ₁₂
2. 輔導教師控制組 (C ₂) NR	O ₁₃		O ₁₄	O ₁₅
3. 同儕領導控制組 (C ₃) NR	O ₁₆		O ₁₇	O ₁₈

註：「NR」為非隨機分派；「O」為觀察、測量變項；「X」為實驗介入。

(二) 研究流程

研究執行期間為 2011 至 2014 年間，首先招募到南台灣三所願意長期協助研究執行之女子高中，採準實驗設計並分兩階段進行，在與校方討論執行細節與相關倫理議題後，主要流程如下，詳見圖 1：

1. 實驗方案確立

本研究將實驗方案稱為 PPED (prevention program for eating disorders)，此方案已經國內外研究測試，且為推展及訓練應用，具備簡明訓練手冊與結構式方案手冊，以使不同之應用者能確實學習，並達成使用之一致性。相關研究與方案內容請見「研究工具」之說明。

2. 成立心理師介入組 (E₁)

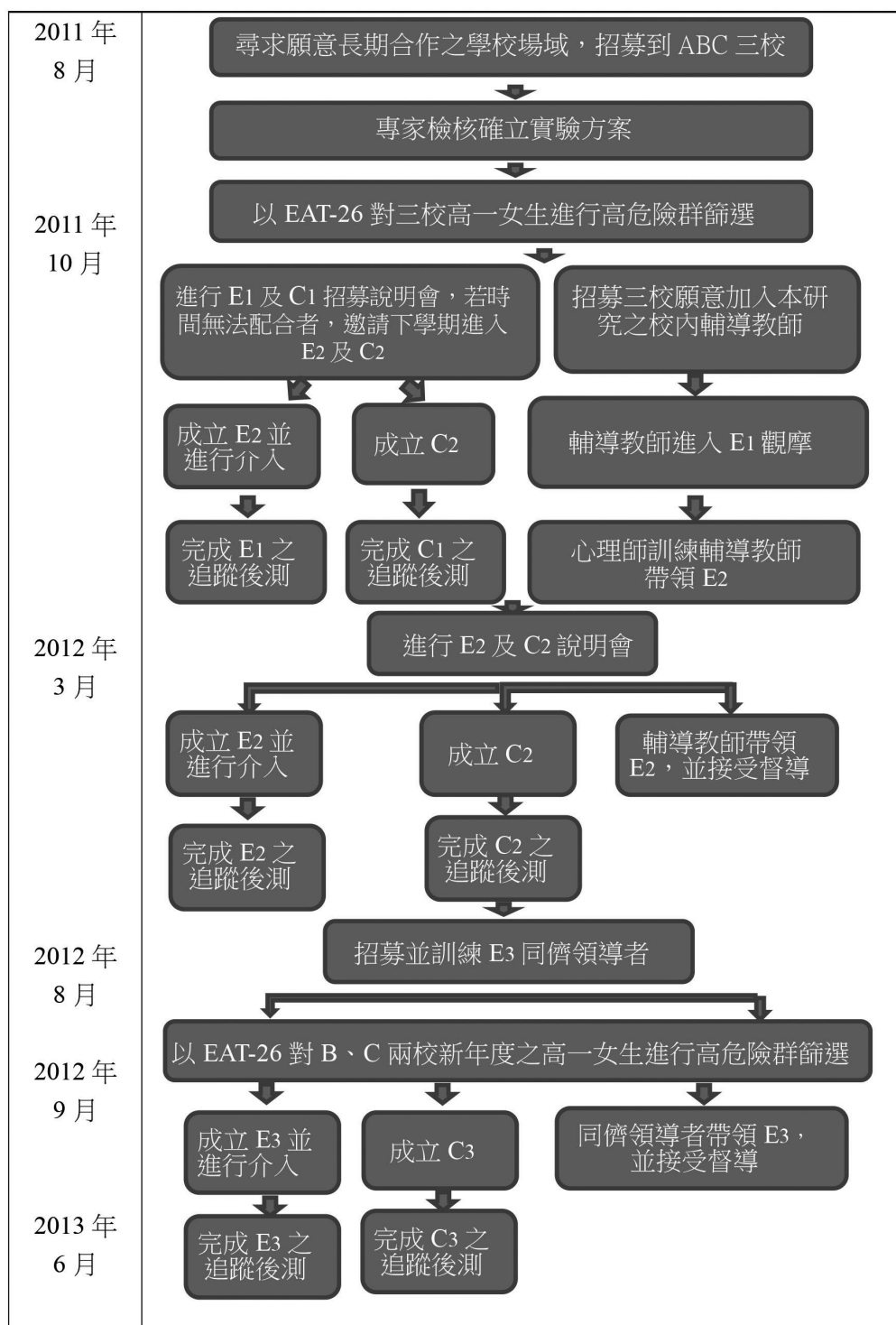
延請諮商心理師進行實驗組方案的介入，過程分兩階段進行，第一階段以「EAT-26」對高一女生進行篩選，第二階段再將「EAT-26」≥ 21 分且有意願參與方案者，配合學生可參與之時間分派到 E₁ 與對應控制組 C₁，E₁ 進行 6 小時之實驗方案，C₁ 則不接受任何處理。實驗處理前一週，兩組都接受前測，實驗處理後當時與三個月，兩組都接受後測，以瞭解方案介入成效。

3. 成立輔導教師介入組 (E₂)

在校外心理師團體 E₁ 進行期間，同時招募並邀請校內輔導教師擔任團體觀察員，進行初次之觀摩學習，E₁ 結束後再以結構化之領導者訓練手冊，針對有意願帶領 E₂ 之輔導教師，進行 6 小時之團體領導訓練，訓練目標有三：(1) 說明飲食異常方案理論概念及方案手冊的使用；(2) 了解團體歷程與領導者有效之角色功能；(3) 進行帶領方案之角色扮演。訓練過程包括示範各種團體領導技巧演練，如促發成員深入討論身體、飲食等議題的方式，並進行情境演練等，最後則以領導模擬團體進行學習成效檢核。由於輔導教師專業即具備團體領導能力，又實際觀察過 E₁ 方案進行，並經過培訓，在心理師評估已具備領導 PPED 之能力後進行 E₂ 之介入。E₂ 進行過程中，每週皆安排一小時讓輔導教師與領導 E₁ 心理師進行督導討論，也進一步檢核輔導教師皆能正確執行 PPED。

E₂ 團體成員乃邀請第一階段已篩選出但未被分派至 E₁ 之學生，另同時成立相對應之控制組 (C₂)，進行前、後與追蹤測。

圖 1
研究設計



4. 成立同儕領導介入組 (E₃)

在 E₁ 與 E₂ 進行期間，觀察在各團體中具有領導潛力之成員，在追蹤結束後邀請成為同儕領導者，並以前述之結構化領導者訓練手冊，針對有意願領導 E₃ 之同儕領導者，由 E₁ 之心理師進行 6 小時之團體領導訓練，訓練目標與輔導教師領導者相同。由於同儕領導者皆已實際參與過 E₂ 方案進行，且方案每單元皆為結構化之活動與討論題項，亦具備清楚之方案手冊，經過 6 小時培訓後以帶領模擬團體進行學習成效檢核，經訓練心理師評估學員皆已具備帶領 PPED 之能力。E₃ 進行過程中，每團體皆安排同儕領導與協同同儕領導者各一位，並有團體觀察員，每週亦安排一小時讓 E₂ 之輔導教師進行督導，確保同儕領導者已正確執行 PPED 內容，並能掌握團體狀況。

E₃ 團體成員的招募乃針對新學年入學的高一新生進行篩選，邀請有意願者進入 E₃，同時成立相對應之控制組 C₃，並進行前、後與追蹤測。正式執行時，每團體安排一位同儕領導者、一位協同同儕領導者，並在每次團體結束後三天，安排校內輔導老師進行督導討論。

(三) 研究對象

本研究為長期複雜度高之研究，在積極邀請十幾所高中參與後，僅三所學校有意願配合。首先在各校以「EAT-26」之 21 分為切點，於 100 學年度對三校、101 學年度對兩校高一新生共 1886 位中篩選出飲食異常高危險群 160 位 (8.5%)，第二階段由其中招募到 66 人願意參與實驗組方案，考量參與者可配合之時間，分派入「心理師介入組」6 團、「輔導教師介入」2 團與「同儕介入組」3 團，總計 11 團，另招募到對應之控制組共 78 人。在成員出席部分，因本研究之執行與校園聯繫密切，校內輔導教師與學生關係良好且熟稔學生狀況，學生參與時間為週間課程時段，各團體成員出席狀況佳。各校參與人數請見研究結果部分。

(四) 研究工具

1. 「飲食異常態度量表 -26 題版」 (EAT-26)

「EAT-26」為自填問卷，為 Garner 與 Garfinkel (1979) 所發展，最初主要用以評估厭食症狀，其後發現此問卷可有效區辨飲食正常與異常者，題項以 Likert 六點方式計分，分數愈高表示異常飲食行為的可能性愈大。國外對「EAT-26」之信、效度，已有相當完整的研究，亦曾進行不同語文版本的測試，結果均佳 (Garner et al., 1982; Prouty et al., 2002)。

因本研究場域在高中校園，回顧臺灣過去以「EAT-26」在高中所進行之研究顯示，信度皆落在 0.8 左右 (官怡勤, 2013; 詹益欣, 2014)；效度部分則有研究以 ROC 曲線下面積來評估「EAT-26」的效度，顯示 AUC (area under curve, AUC) 值達 0.81，鑑別效度在中高以上，在切點部分，過去國外在使用「EAT-26」時皆以 20 分為切點，以高中校園為場域的本土研究則發現，當切點提高為 21 分具有最佳鑑別力 (陳宇平等人, 2008)，故本研究以 21 分作為第一階段篩選之切點分數。

2. 「身體意象量表」

本量表主要參考尤媽媽 (2002) 翻譯自 Cash 在 1990 年所編製之「多向度身體和自我關係量表」 (Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire, MBSRQ)，考量本研究目的與關注焦點，採用其中與外表最直接關聯之「外表評價」與「外表取向」兩分量表，國內已有研究使用 MBSRQ 作為身體意象的測量工具 (黃琇瑩等人, 2014)，並進行過中文版各分量表信、效度之檢測，顯示有合宜之建構效度與可靠之內部一致性信度 (王正松、王建興, 2004)。本研究以 88 位高一女生進行預試，並採 Cronbach's α 係數進行信度分析，結果顯示整體量表之 Cronbach's α 為 .845，其中「外表評價」為 .812、「外表取向」.914，顯示內部一致性相當好。總量表共計 19 題，包含：「外表評價」7 題與「外表取向」12 題，總分愈高，表示愈不滿意自己的外表、體型，且過度關注。

3. 飲食異常介入方案 (PPED)

本研究之介入方案源自 Stice 等人所發展，以認知失調原理、並基於飲食病理之雙向交流模型，所設計出之簡短具架構的「身體計畫」方案 (Stice et al., 2001)，此方案經學者長期在不同場域測試應用，顯示相較於控制組及其他介入方案，更可顯著且大幅減少飲食異常之危險因素、飲食異常症狀、功能損害與心理健康服務的利用率 (Stice et al., 2006)。此方案含四單元，內容主要以批判社會對瘦即是美之社會框架為主，研究者以上述方案在本地校園進行研究的經驗發現，學生除了批判能力的培養外，亦需要健康知識的補足，故將此方案進行微幅編修，將原單元二持續強化體型批判單元，添修為營養知識的重新建構，其中仍含批判之概念。此編修過之方案，曾應用於本土 16-20 歲大專女生之飲食異常預防團體，發現可有效降低外表不滿與飲食異常相關症狀 (陳宇平, 2009)，本研究即採用此已測試過之 PPED 為實驗介入方案，並延請三位熟悉高中校園文化之專家，包含：高中輔導主任、高中資深教師與校護各一位，共同進行審議後定案。

PPED 共分四單元、每單元 1.5 小時，四項主軸聚焦在學習批判「瘦即是美」的單一價值觀、建立正確之飲食運動概念、具備應對外界瘦身壓力之技巧，以及提升身體自信等。PPED 為結構性方案手冊，包括學習單與回家作業，每單元皆含兩主題，內容如下：「單元一」批判瘦即是美的內化思考，再接續讓成員討論此標準的合理性，並思考所付出之身心代價作為回家作業；「單元二」重新建構營養知識與主體經驗，再接續以“我是 CEO”情境，促使成員思考以身心健康為前提之體型悅納與飲食運動型態，回家作業則是重擬自己健康的飲食運動生活方式；「單元三」為壓力管理技巧與自信訓練，先以角色扮演練習生活中應付造成壓力的肥瘦對話，再寫一封給自己身體的感謝信以悅納自我體型，作業是完成自我肯定練習表；「單元四」為典範學習與統整回顧，讓成員分享可成功拒絕瘦身主義的女性，應用其中可用來對抗瘦身主義的語言與行為，最後統整所學應用在生活中。前三單元均有回家作業以延續團體之省思與行動，各單元詳細方案內容參見表 2。團體進行過程中，每位成員均有屬於自己之 PPED 手冊可書寫運用。

表 2
飲食異常預防方案內容

單元一：理解並批判「瘦即是美」的內化思考

主題一：由學習單討論生活中不斷出現的「肥／瘦談話」如何促使瘦身主義持續下去，並分享家庭、同儕、男女友對自己身體意象的影響。

主題二：討論何謂“完美之瘦體型”？討論美體標準制定的合理性？思考何人或何群體將從此想法中受益？

回家作業：寫信給一位每天與胖瘦奮戰的青少年，跟她談談追求瘦身所付出的代價。

單元二：重新建構營養健康知識與主體經驗

主題一：健康體重管理知識：先讓成員分享過去節食減重等方法，以衛教單介紹正確飲食營養概念與健康運動知識後，再分享自己用過的方式哪些健康或不健康，當時使用原因並進一步思考讓自己健康的方式。

主題二：如果我是 CEO：想像未來自己因成長過程對外表過度在意的體悟，成為健康促進之跨國 CEO，要開一間「生活、健康與飲食中心」，你將如何規劃此中心，以真正促進人的身心健康？

回家作業：擬出讓自己身心真正健康的每週飲食運動生活方式。

單元三：壓力管理技巧與自信訓練

主題一：以學習單分享生活中與瘦身壓力有關的例子（聚焦在如何應付外界對外表的過度關注與評價），用角色扮演回應這些壓力。

主題二：寫封給自己身體的感謝信，包括身體、情感、頭腦及社會性格，如你可能喜歡手臂線條、你腿部的力量、你笑起來的聲音，或你在別人心中是一個很好的朋友等，寫完後彼此分享。

回家作業：實踐並紀錄自我肯定練習表。

單元四：典範學習與統整回顧

主題一：「Top-10 排行榜」- 以學習單討論能拒絕瘦身主義的女性，如明星偶像或友人，其中哪些是你可學習用來對抗瘦身主義的，像是可去說、去行動的？

主題二：回顧四次團體內容並分享參與後對自己外表、體型以及飲食的新想法與行為，且如何持續應用於生活中

(五) 資料處理

本研究以 SPSS 21.0 版進行資料分析，採獨立樣本單因子共變數分析，分析前先進行迴歸係數同質性考驗，檢核是否符合組內同質性假定後再進行分析。

結果

本研究經與高中端積極協商，使各團體可順利執行，以下分述研究結果。

(一) 各校團體與成員人數

本研究於 A、B、C 三校共組成 11 個實驗組、66 人次，其中 E₁ 在三校各成立 2 團、共 6 團，合計 30 人；E₂ 在 B 與 C 校各成立 1 團、共 2 團，合計 16 人，A 校無法成團之因素為一積極參與訓練的輔導教師，本擬接續帶領 E₂，但因家庭因素突然離職；至於 E₃ 在 B 校成立 1 團、C 校成立 2 團、共 3 團，A 校因缺乏校內輔導教師督導故不招募，總計 20 人。控制組部份，三校合計招募到 C₁ 為 39 位、C₂ 為 19 位，以及 C₃ 為 20 位，共 78 人次。各校參與人數請見表 3。

表 3
各校實驗組、控制組數與參與成員人數

組別/校別	E ₁		E ₂		E ₃		總計		
	組數	人數	組數	人數	組數	人數	組數	人數	
實驗組	A	2	13	0	0	0	0	2	13
	B	2	9	1	8	1	8	4	25
	C	2	8	1	8	2	12	5	28
	合計	6	30	2	16	3	20	11	66
控制組	組別	C ₁		C ₂		C ₃		總計	
	合計	39		19		20		78	

(二) 各實驗組與對應控制組之諮商成效

1. 心理師介入組

三校參與 E₁ 之成員共 30 人、C₁ 為 39 人，收集團體前、結束當時及三個月後之資料，比較兩組在「身體意象量表」與「EAT-26」之立即與延續性效果。統計方式採獨立樣本單因子共變數分析，分析前先進行組內迴歸係數同質性檢定，分析結果詳見表 4。

表 4
心理師介入組與控制組之平均值 (M)、標準誤 (SE) 及成效比較

組別	原始	調整後	調整後	前測、後測得分		前測、追蹤測得分		
	前測	後測	追蹤測	F 檢定	顯著性	F 檢定	顯著性	
	M (SE)	M (SE)	M (SE)					
身體意象量表	E ₁	84.43 (12.29)	76.50 (2.40)	68.70 (2.40)	10.145**	.002	13.403**	.001
	C ₁	87.82 (11.40)	86.73 (2.10)	86.56 (3.19)				

(續下頁)

表 4
心理師介入組與控制組之平均值 (M)、標準誤 (SE) 及成效比較 (續)

組別	原始	調整後	調整後	前測、後測得分		前測、追蹤測得分		
	前測 M (SE)	後測 M (SE)	追蹤測 M (SE)	F 檢定	顯著性	F 檢定	顯著性	
EAT-26	E_1	28.00 (4.92)	17.64 (1.27)	15.28 (1.21)	14.854**	.000	15.402**	.000
	C_1	24.31 (3.63)	24.40 (1.10)	21.83 (1.05)				

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

(1) 「身體意象量表」之立即輔導效果。 E_1 與 C_1 在「身體意象量表」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 3.435 ($p = .068$) 未達顯著水準，符合同質假定故進行共變數分析。後續結果分析發現，在控制前測的條件下， E_1 調整後平均數為 76.50、 C_1 為 86.73， F 檢定值為 10.145 ($p = .002$) 達 $< .01$ 顯著水準，顯示心理師介入對提升青少年身體滿意度具立即輔導效果。

(2) 「身體意象量表」之追蹤輔導效果。 E_1 與 C_1 在「身體意象量表」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 1.526 ($p = .221$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續結果分析發現在控制前測的條件下， E_1 調整後平均數為 68.70、 C_1 則為 86.56， F 值 13.403 ($p = .001$) 達 $< .01$ 顯著水準，顯示心理師介入對提升青少年身體意象滿意度具延續性輔導效果。

(3) 「EAT-26」之立即輔導效果。 E_1 與 C_1 在「EAT-26」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.211 ($p = .648$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析發現在控制前測的條件下， E_1 調整後平均數為 17.64、 C_1 為 24.40， F 值 14.85 ($p = .000$)，達 $< .01$ 顯著水準，顯示心理師介入對降低青少年異常飲食態度行為具立即輔導效果。

(4) 「EAT-26」之追蹤輔導效果。 E_1 與 C_1 在「EAT-26」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 1.081 ($p = .302$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果發現在控制前測的條件下， E_1 調整後平均數為 15.28、 C_1 為 21.83， F 值 15.402 ($p = .000$)，達 $< .01$ 顯著水準，顯示心理師介入對降低青少年異常飲食態度行為具延續輔導效果。

綜合上述，心理師介入組相較於控制組，不論在介入後當時或三個月後，皆可顯著降低青少年對身體意象的關注與不滿意，以及異常飲食的態度與行為，研究假設一得到支持。

2. 輔導教師介入組

三校參與 E_2 之成員共 16 人、 C_2 有 19 人，收集團體前、結束當時及三個月後之資料，以獨立樣本單因子共變數分析，比較兩組在「身體意象量表」與「EAT-26」之立即與延續性效果，詳見表 5。

表 5
輔導教師介入組與控制組之平均值 (M)、標準誤 (SE) 及成效比較

組別	原始	調整後	調整後	前測、後測得分		前測、追蹤測		
	前測 M (SE)	後測 M (SE)	追蹤測 M (SE)	F 檢定	顯著性	F 檢定	顯著性	
身體意象 量表	E_2	83.87 (6.15)	80.87 (2.80)	80.5 (2.57)	9.722**	.004	11.113**	.002
	C_2	81.53 (19.23)	92.74 (2.56)	92.18 (2.36)				

(續下頁)

表 5
輔導教師介入組與控制組之平均值 (M)、標準誤 (SE) 及成效比較 (續)

組別	原始 前測	調整後 後測	調整後 追蹤測	前測、後測得分		前測、追蹤測 得分		
	M (SE)	M (SE)	M (SE)	F 檢定	顯著性	F 檢定	顯著性	
EAT-26	E_2	27.31 (3.61)	15.55 (2.62)	15.20 (3.11)	3.152	.085	3.325	.078
	C_2	29.68 (13.09)	21.90 (2.40)	22.93 (2.85)				

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

(1) 「身體意象量表」之立即輔導效果。 E_2 與 C_2 在「身體意象量表」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.261 ($p = .613$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析顯示在控制前測的條件下， E_2 調整後平均數為 65.87、 C_2 為 77.74， F 值 9.722 ($p = .004$)，達 $< .01$ 顯著水準，顯示輔導教師介入對提昇青少年身體滿意度具立即輔導效果。

(2) 「身體意象量表」之追蹤輔導效果。 E_2 與 C_2 在「身體意象量表」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 0.069 ($p = .794$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析顯示在控制前測的條件下， E_2 調整後平均數為 65.53、 C_2 為 77.18， F 值 11.113 ($p = .002$)，達 $< .01$ 顯著水準，顯示輔導教師介入對提昇青少年身體滿意度具延續性輔導效果。

(3) 「EAT-26」之立即輔導效果。 E_2 與 C_2 在「EAT-26」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.321 ($p = .575$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 3.152 ($p = .085$) 未達顯著水準，顯示輔導教師介入對降低青少年異常飲食態度行為不具立即輔導效果。

(4) 「EAT-26」之追蹤輔導效果。 E_2 與 C_2 在「EAT-26」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 0.001 ($p = .970$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 3.325 ($p = .078$) 未達顯著水準，顯示輔導教師介入對降低青少年異常飲食態度行為不具延續輔導效果。

綜合上述，輔導教師介入組相較於控制組，在介入後當時或三個月後，皆可顯著降低青少年對身體意象的關注與不滿，但對異常飲食態度行為無顯著影響，部分支持研究假設二。

3. 同儕領導介入組

三校參與 E_3 之成員共 20 人、 C_3 成員 20 人，收集團體前、結束當時及三個月後資料，以獨立樣本單因子共變數分析，比較兩組在「身體意象量表」與「EAT-26」之立即與延續性效果，詳見表 6。

表 6
同儕介入組與控制組之平均值 (M)、標準誤 (SE) 及成效比較

組別	原始 前測	調整後 後測	調整後 追蹤測	前測、後測得分		前測、追蹤測得分		
	M (SE)	M (SE)	M (SE)	F 檢定	顯著性	F 檢定	顯著性	
身體意象 量表	E_3	90.10 (9.95)	84.36 (2.81)	87.94 (2.35)	0.185	.669	1.697	.201
	C_3	85.90 (11.13)	86.08 (2.80)	83.55 (2.36)				
EAT-26	E_3	27.45 (5.28)	20.35 (2.55)	21.64 (3.09)	0.091	.765	2.304	.138
	C_3	26.25 (6.15)	21.44 (2.54)	28.30 (3.08)				

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

(1) 「身體意象量表」之立即輔導效果。E₃ 與 C₃ 在「身體意象量表」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.138 ($p = .712$) 未達顯著水準，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 0.185 ($p = .669$) 未達顯著水準，顯示同儕介入不具提升身體滿意度之立即輔導效果。

(2) 「身體意象量表」之追蹤輔導效果。E₃ 與 C₃ 在「身體意象量表」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 0.000 ($p = .985$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 1.697 ($p = .201$) 未達顯著水準，顯示同儕介入不具提升身體滿意度之延續輔導效果。

(3) 「EAT-26」之立即輔導效果。E₃ 與 C₃ 在「EAT-26」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.574 ($p = .454$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 0.091 ($p = .765$) 未達顯著水準，顯示同儕介入對降低異常飲食態度行為不具立即輔導效果。

(4) 「EAT-26」之追蹤輔導效果。E₃ 與 C₃ 在「EAT-26」前測與追蹤測之同質性檢定 F 值為 2.304 ($p = .138$) 未達顯著，故進行共變數分析。後續分析結果 F 值為 2.304 ($p = .138$) 未達顯著水準，顯示同儕介入對降低異常飲食態度行為不具延續輔導效果。

綜上，同儕介入組相較於控制組，在介入當時或三個月後，皆不具顯著降低青少年異常飲食態度行為與身體意象不滿之統計效力，不支持研究假設三。

(三) 不同介入組之效果比較

為進一步比較心理師、輔導教師與同儕領導三組之介入成效，本研究以單因子共變數針對三實驗組之前、後測（立即與追蹤）進行分析。且因 A 校輔導教師在訓練後退出研究，無法成立輔導教師與同儕領導組，故考量場域之同質性及三實驗組人數之平衡，此部分僅比較 B、C 兩校之介入改變效果。在各組人數部分，校外心理師組為 17 人、輔導教師組為 16 人、同儕領導組為 20 人，詳見表 3。分析前先進行變異數同質性檢定再進行後續分析，結果詳見表 7。

表 7
三組介入效果比較之單因子共變數分析摘要表

		介入組別	人數	調整後平均值	調整後標準誤	F 檢定	顯著性	事後比較
身體意象量表	立即效果	心理師	17	70.89	2.99	5.135**	.009	心理師 > 輔導教師、同儕領導
		輔導教師	16	81.79	3.06			
		同儕領導	20	83.25	2.81			
	追蹤效果	心理師	17	56.05	4.57	13.064***	.000	心理師 > 輔導教師、同儕領導
		輔導教師	16	80.73	4.68			
		同儕領導	20	87.22	4.29			
EAT-26	立即效果	心理師	17	20.34	2.19	1.382	.261	--
		輔導教師	16	15.78	2.25			
		同儕領導	20	20.22	2.01			
	追蹤效果	心理師	17	17.82	6.21	2.142	.128	--
		輔導教師	16	15.38	7.70			
		同儕領導	20	21.70	12.05			

** $p < .01$. *** $p < .001$.

1. 「身體意象量表」之立即輔導效果

三組在「身體意象量表」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 0.540 ($p = .586$) 未達顯著水準，故進行共變數分析。在控制前測的條件下，不同介入組的差異達到顯著水準 ($F = 5.135, p < .01$)，經事後比較發現，心理師介入之效果顯著高於輔導教師組及同儕介入組，輔導教師及同儕介入組間則未達顯著。

2. 「身體意象量表」之延續輔導效果

三組在「身體意象量表」前測與追蹤後測之同質性檢定 F 值為 0.351 ($p = .706$) 未達顯著水準，故進行共變數分析。在控制前測的條件下，不同介入組的差異達到顯著水準 ($F = 13.064, p < .001$)，事後比較發現，心理師介入之效果顯著高於輔導教師組及同儕介入組，輔導教師及同儕介入組間則未達顯著。

3. 「EAT-26」之立即輔導效果

三組在「EAT-26」前測與立即後測之同質性檢定 F 值為 2.659 ($p = .081$) 未達顯著水準，故進行共變數分析。在控制前測的條件下，不同介入組之差異未達顯著水準，故不進行事後比較。

4. 「EAT-26」之延續輔導效果

三組在「EAT-26」前測與追蹤後測之同質性檢定 F 值為 .822 ($p = .446$) 未達顯著水準，故進行共變數分析。在控制前測的條件下，不同介入組之差異未達顯著水準，故不進行事後比較。

綜合上述，心理師介入組在身體意象量表之立即與延續性改變效果，皆顯著高於輔導教師組及同儕領導組，但輔導教師與同儕領導組間則無顯著差異；而在「EAT-26」之介入效果，三組間並無呈現顯著差異，此結果部分支持研究假設四。

討論

本部分將從青少年飲食異常高危險群盛行率、方案適用性，與不同介入者之效益等三部分進行討論與建議。

(一) 青少年飲食異常高危險群盛行率

過去研究發現，飲食異常患者傾向於否認或隱瞞疾病，避免專業幫助，這使得社區研究成本高昂、且效率低下，因此，許多流行病學研究使用精神病例或來自醫院的醫療記錄進行分析，但此類研究低估一般人群中飲食異常的發生 (Smink et al., 2012)。本研究第一階段即是台灣少數對一般女高中生進行的大規模篩檢，且依據本土研究結果 (陳宇平等人, 2008)，更嚴謹地將篩選工具 EAT-26 之切點由 20 分提高至 21 分，仍呈現 8.5% 的盛行率。此結果對應國內近年之研究，若與 EAT-26 切點 20 分之研究相較，由不同年齡層觀之，調查對象為大學生者，有 Tseng 等人 (2014) 對 5015 位大學新生的調查，呈現飲食異常症狀者佔 10.8% 為高危險群；而以高中生為調查對象者，如官怡勤 (2013) 調查台中高一、高二女生中有 10.7% 為高危險群。另與本研究一樣以 21 分為切點之研究相較，則有詹益欣 (2014) 對高中職學生之調查，發現 9.1% 女生為高危險群。

由上本土研究可知，不論切點為何，女高中生與女大學新生之高危險群盛行率，約落在 8.5%-10.8% 之間；即便將切點分數提高為 21 分，本土高中女生仍有 9% 左右的比例為飲食異常高危險群，比例並不低。根據國內外研究，青少年晚期至成年初期，飲食異常的發生會進入最高峰 (Stice et al., 2013)，以臺灣而言，大學生活常是離家獨立、可自由掌握吃食的開始，飲食紊亂更難發現，此亦提醒政府與相關單位需提早研擬預防之道。

（二）飲食異常預防方案的適用性

本研究之介入方案在國外已有實證基礎，且為廣泛推展、配合實施場域，而有各種運用形式，Stice 等人（2019）大規模地以後設分析方式，比較內含 7808 位參與者的 56 個以認知失調為基礎的研究，發現參與者為自願、青少年中期女生，方案以愈多單元設計、含多項思考與批判活動，並在心理師的帶領下會有最佳之介入效果。本研究即招募自願之青少年中期女生，使用多單元、多批判活動之方案，且心理師介入相較於其他兩介入者，某部分呈現更佳之介入效果，與 Stice 等人（2019）之分析相似。

在研究介入之過程觀察與結果評量，可發現此方案對本土 16-17 歲的青少年相當適用，參與者可在介入者帶領下，對「瘦即是美」的價值觀提出反思批判，並呈現應對外界瘦身壓力之技巧，量化結果則顯示心理師介入，可顯著改變青少年之身體不滿與飲食異常相關症狀，此與國外研究結果相同（Stice et al., 2007; Stice et al., 2013），輔導教師介入對身體意象之改變亦有顯著成效，支持本方案適用於本土高中女生，未來運用可參考本研究之設計。

（三）不同介入者之預防介入效益

本研究發現，輔導教師介入雖在降低飲食異常態度行為未呈現顯著成效，但能有效改善青少年之負面身體意象，且具延續性效果。此如同 Stice 等人（2019）研究發現，相較於飲食異常的症狀和節食行為，此方案對於纖體內化和身體不滿意的改善效果更大，或因此更易展現成效。輔導教師在訓練後以四次介入，已能有效讓青少年對內化甚深「瘦即是美」價值進行批判，而鬆動對纖體文化的執著，實為不易。尤其青少年正值身體發育階段，每天身處校園之人際比較環境、媒體偶像競逐之氛圍，若能開啟學習思考並抵擋外界無所不在的瘦身壓力，對於身心健康之助益極大。

至於輔導教師介入在本研究中，未呈現顯著降低飲食異常危險因子之成效，或如某位輔導教師領導者之分享，此主題雖有團體手冊可依循帶領，但在自己專業養成教育中，缺乏對飲食異常領域的深入理解及批判教育，故仍需多一些實際帶領經驗來熟練。此與 Stice 等人提到的觀點相似，其研究發現，與心理師介入之效果相較，校內輔導員帶領之改變效果較低，故認為要改善輔導員的訓練與督導，且建議與其額外增加研究經費來延長原 4 小時之培訓時間，不如改變訓練內容，像是增加實際帶領的角色扮演時間，而減少其他部分（Stice et al., 2009）。

然雖學者如此建議，研究者在本研究由實際與輔導教師接觸經驗發現，輔導教師認為因過去專業養成階段對此議題相當陌生，方案概念說明等各項內容都很重要，不宜減少時數。因此，研究者認為，若能及早在諮商輔導人員的養成甚至繼續教育中，積極關注飲食異常此青少年身心健康議題，並增加批判教育於諮商輔導助人者之職前訓練，乃為重點。亦即輔導教師若能在專業學習階段，已能具備對飲食異常議題之理解，未來在各校園推動早期預防時，即可降低訓練時數為 4 小時，且聚焦在帶領方案的角色扮演，此對於現職已相當忙碌的輔導教師來說，亦可提升參與意願；但現階段不宜減少訓練時數，以確保此方案能被正確運用。

至於本研究之同儕團體介入無法如 Stice 等人（2013）與 Becker 等人（2008）之發現具有顯著實驗成效之原因，可能與 Stice 等人招募訓練的同儕領導者是年齡較長之大學女性，Becker 等人亦招募的是 18-21 歲之成年女性，且有比本研究更多時數之 9 小時訓練，以及每個介入團體皆有 3-4 位同儕領導者有關；Ciao 等人（2015）的同儕領導研究雖然訓練的也是高中女生，但其招募的是高三女生，且訓練時間長達 12 小時。

在年齡層部分，本研究之同儕領導者皆為高二學生，原研究設計即考量此點欲招募高三生，但在與各校接觸過程中，各校皆表示高三學生需以課業優先，僅允許對高一、二年級學生進行研究。故考量可行性與協商後，本研究對同儕領導進行培訓的時間為學生高一升高二之暑假，然為確保同儕領導者能有效學習並應用之，不僅以結構手冊提高學習性，並在培訓過程中，藉由回試教評估並檢核學習成效，研究進行中亦藉由密集的督導與團體觀察中，確認同儕領導者已能正確掌握團體方案並實施。

本研究之同儕領導者之訓練時間較上述國外研究短，乃因接觸學校系統之過程發現，在本土以升學為導向的高中校園，學生在校不僅課程緊湊、亦需參加許多社團等共同活動，課餘也常安排補

習、才藝課程或志工活動，要能集中學生進行訓練難度極高，若參與時間較長，則家長、學生意願會降低，可行性不高。故與各方積極協調下，將訓練時間設計為 6 小時，國外亦有研究因實際考量，採用 6 小時之訓練時間 (Becker et al., 2012)，且在協商下，校方與學生表示於高一升高二之暑假未段、暑期輔導結束的時間才可安排。受限於學生時間被壓縮等因素，同儕領導者之招募人數不足以安排每個介入團體多於兩位領導者，如同國外研究有三至四位之安排 (Becker et al., 2008)，此亦可能是無法彰顯效果的原因之一。

另一可能原因為，同儕領導介入之實驗組與控制組成員，在身體意象量表之初始分數，與其他兩組相較高出許多，表示參與者之身體意象困擾比起其他兩組成員顯得嚴重。究其原因可能為同儕介入團體在第二年度招募時，因前兩學期校內舉辦過 E_1 及 E_2 成效不錯，校內導師、各科教師及學生皆十分肯定，故在第二年度 E_3 進行招募時，老師會特別鼓勵有身體意象問題的學生來參與，且因同時舉辦說明會進行實驗組與控制組之招募，故當年度之控制組亦有此情形。因之，同儕領導組之成效較難以彰顯，或也是當年度所招募到之同儕領導團體參與者身體意象問題困擾度較高，較難處理之原因，然此仍待探究。

承上所言，本研究之同儕領導團體未能呈現出統計顯著成效，可能與介入者年齡層較低、培訓時間與領導人數較少，以及參與成員狀況較難處理有關。若未來能訓練年齡較成熟之同儕領導者，並將訓練時間增加，訓練內容如學者所言，將更多重心放在帶領團體的角色扮演 (Stice et al., 2009)，應可更具成效。然而，本研究之同儕介入模式，在統計上雖並未達顯著成效，但在推動與實施得到許多豐厚經驗，為本土此研究領域提供了重要參考經驗，未來若能藉此經驗繼續努力推展，如藉由國家教育政策之協助，將青少年身心健康預防介入納入學校教育目標之一，而非僅是順應文化需求之升學考量，如此在同儕領導者之受訓年齡與訓練時間安排將更有彈性，相信效益會更明顯，此模式值得進一步推展。

至於在三介入組成效之比較結果發現，心理師介入組在身體意象量表之改變效果，顯著高於另兩組；但「EAT-26」之介入效果，三組間並無呈現顯著差異。在本研究中，因研究規劃考量，三組之介入與資料收集時間橫跨多校、多個學期，且在校方與學生家長要求等限制下，各介入組成團之人數少、受測環境之變化性亦高，或讓受試者填答分數變異較大，部分混淆變項難以控制。然上述結果仍可略窺心理師相較於其他兩組，在挑戰身體意象之效果較佳，此與國外研究結果相似 (Stice et al., 2019)；至於在飲食異常態度改變部分，三組間並無差異，此於國外發現不同，或因本研究之三組比較分析時，考量場域之同質性，剔除 A 校之心理師組，而讓結果有所不同，然此仍待未來進一步探究。

此外，本研究另一特別之處為所招募之參與者，國外飲食異常介入研究幾乎皆以不滿意自己身體或是一般女學生為招募對象 (Becker et al., 2008; Stice et al., 2015)，因此類樣本群在比例上相對大宗，招募容易，能進入實證考驗之人數亦充足。本研究在有限資源考量下，期望能協助最需要幫助的對象，故不只是招募對身體不滿意之女性，而是聚焦在已經呈現飲食態度行為困擾者，故直接以飲食異常高危險群為研究邀請對象，此樣本群比例偏低且招募困難，執行面更不易，但因招募到之參與者為已呈現某些異常飲食態度行為者，預防介入效益大，亦更能了解介入方案之適用性。

作為此領域開展性之研究，從與校方積極協商、研究對象招募與執行等皆有相當難度，整體參與人數偏少，或也因此使得評量成效不易彰顯。然以輔導教師介入組而言，其在「EAT-26」雖未達到顯著之統計效力，但相較於控制組之平均數，仍呈現從 68.87 至 65.53 之下降趨勢 (見表 5)；同儕領導介入組亦是如此，在某些平均數上呈現大幅降低狀況，如 EAT-26 由前測 27.45 下降到 20.35 (立即後測) 與 21.64 (三個月追蹤後測) (見表 6)。

綜合上述，因三介入組在因橫跨三校、介入之時間點、團體人數、成員之初始分數等皆有差異，故本研究之結論仍須謹慎使用。然整體而言，此研究成果可提供學術界、教育界與臨床實務工作者，對飲食異常早期預防推展工作能有更具體之規劃考慮，對於防治飲食異常問題之低齡與嚴重化，提供重要參考資訊。

研究者依據此次長期執行經驗提供以下具體建議，其中最重要的關鍵為將飲食異常預防介入方案，納入學校身心健康之常規工作，不僅可易於安排介入時程與督導訓練時數，亦不需額外增加輔導教師負擔，相信會有更多輔導教師願意投入。初始可由具帶領經驗之校外心理師，對校內輔導教師進行 4-6 小時之訓練與督導，校內輔導教師先帶領一次介入團體，接續即可成立同儕介入團體，

並協助後續每一屆同儕領導者，持續進行此方案的介入。若能運作順利，長期而言，輔導教師將不需投注太多精力，即能以此模式長期在校園有效預防年輕女學生之飲食異常發展。在具體之應用模式上，可針對「EAT-26」21分為切點篩選出之高危險群為介入對象，雖研究認為團體成員為6-10位較佳（Stice et al., 2009），但考量同儕領導較無經驗，建議成員人數以6人較為合適，且需要較多時數之訓練與督導，如8-12小時較佳，介入團體之帶領人數可提升至3人。

由本研究結果亦可發現，未來各級學校在推動各項身心健康預防方案，即便如飲食異常等特殊議題，若能有適切方案與適度的訓練或督導，校內輔導教師即可進行有效之預防介入，且後續能以同儕介入方式持續推動。此種以校園優勢為基礎的預防模式，將會對校內輔導能量之集結與促進學生身心健康十分有助益。

（四）研究限制

1. 本研究受限高中校方、家長及學生對課業之重視，因此在團體招募、成立、訓練等，安排較不易，可能影響學生參與研究意願，且A校有輔導教師受訓完退出，使得後續無法成立輔導教師介入組與同儕領導介入組等，使得參與各介入組之研究人數較少，可能影響統計之效果量。

2. 各團體成員人數由4至8人不等，乃因輔導教師與同儕領導可提供開團之時間十分有限，故該兩介入組之成員較多、組數較心理師介入組少，或許因此增加帶領之難度，而使得成效難以彰顯，然此仍需進一步探究。

參考文獻

- 王正松、王建興（2004）：〈中文版的多向度自我身體關係問卷修訂研究〉。《臺灣運動心理學報》，5，101-126。[Wang, C.-S., & Wang, C.-H. (2004). The revision of the translated multidimensional body-self relations questionnaire. *Bulletin of Sport and Exercise Psychology of Taiwan*, 5, 101-126.]
- 王潔玲、陳淑枝、王嘉吉、張家榮、詹貴惠（2016）：〈不同運動類型大專甲組女性運動員飲食態度、月經週期狀況與骨質密度之差異〉。《運動教練科學》，41，81-92。[Wang, C.-L., Chen, S.-C., Wang, C.-C., Chang, C.-J., & Chan, K.-H. (2016). Differences of eating attitude, menstrual status, and bone mass density among division i collegiate female athletes. *Sports Coaching Science*, 41, 81-92.] <https://doi.org/10.6194/SCS.2016.41.08>
- 王櫻芬、黃瑛琪、陳宛宜（2019）：〈青少年案主觀點的諮商關係體驗～初探性研究〉。《教育心理學報》，50（4），659-683。[Wang, Y.-F., Huang, Y.-C., & Chen, W.-Y. (2019). Adolescent clients' perception of the counseling relationship: An initial qualitative analysis from the client perspective. *Bulletin of Educational Psychology*, 50(4), 659-683.] [https://doi.org/10.6251/BEP.201906_50\(4\).0005](https://doi.org/10.6251/BEP.201906_50(4).0005)
- 尤媽媽（2002）：《大學生體型及其身體意象相關因素之研究－以中原大學新生為例》（未出版博士論文）。國立臺灣師範大學。[Yu, Y.-Y. (2002). *The study of somatotype and body image related factors among the students in chung yuan christian university* (Unpublished doctoral dissertation). National Taiwan Normal University.]
- 李妍荻、王鵬智（2013）：〈知覺自己過重的女性其完美主義、自我效能憂鬱傾向以及心因性暴食症傾向之相關研究〉。《輔仁醫學期刊》，11（2），113-122。[Lee, Y.-T., & Wang, P.-C. (2013). The relationships among perfectionism, self-efficacy, depression tendency and bulimic tendency in

- women who perceived themselves as overweight. *Fu-Jen Journal of Medicine*, 11(2), 113–122.]
- 李雅惠 (2010) : 《臺中市某國中學生身體意象與飲食異常傾向之相關研究》(未出版在職碩士論文)。國立臺灣師範大學。[Li, Y.-H. (2010). *Correlation between body image and abnormal eating tendency of middle school students in Taichung city* (Unpublished master's thesis). National Taiwan Normal University.]
- 吳筱瑩、黃珮嘉、郭柏秀、張秦松、李國鼎、陳秋盈、郭素娥、曾美智、游一龍、吳至行 (2014) : 〈某醫學中心體重管理門診肥胖患者之飲食異常行為及相關影響因子〉。《台灣家庭醫學雜誌》, 24 (1) , 21–34。[Wu, H.-Y., Huang, P.-C., Kuo, P.-H., Chang, C.-S., Lee, K.-T., Chen, C.-Y., Kuo, S.-E., Tseng, M.-C., Yu, -L., & Wu, C.-H. (2014). Disordered eating behavior and associated risk factors amongst obese outpatients at a weight management clinic in a medical center. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 24(1), 21–34.] <https://doi.org/10.3966/168232812014032401003>.
- 官怡勤 (2013) : 《台中市高中生內外控信念及其病態飲食行為傾向之相關研究》(未出版碩士論文)。中山醫學大學。[Kuan, Y.-C.(2013). *The relationship between locus of control and eating disorders tendency of senior high school students in Taichung* (Unpublished master's thesis). Chung Shan Medical University.] <https://doi.org/10.6834/CSMU.2013.00175>
- 林薇 (計畫主持人) (2006) : 《青少女體型意識、節食行為影響因子及教育介入研究》(計畫編號: NSC 94-2413-H-003-037)。科技部補助專題研究計畫成果報告, 科技部。 <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1101208> [Lin, W. (Principal Investigator). (2006). *The study of negative body image and unhealthy dieting behavior of Taiwanese female adolescents and the development of a prevention program* (Report No. NSC 94-2413-H-003-037). (Grant). Ministry of Science and Technology. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1101208>]
- 馬心怡、姜忠信、李宗芹 (2019) : 〈動勢取向舞蹈治療團體對女大學生身體意象之效果研究〉。《教育心理學報》, 50 (3) , 455–471。[Ma, H.-Y., Chiang, C.-H., & Lee, T.-C. (2019). Effect of dongshi based dance therapy group on body image in female college students. *Bulletin of Educational Psychology*, 50(3), 455–471.] [https://doi.org/10.6251/BEP.201903_50\(3\).0004](https://doi.org/10.6251/BEP.201903_50(3).0004)
- 莊千鳳 (2010) : 《臺南縣不同都市化程度之國小學童體型意識與飲食異常行為研究》(未出版碩士論文)。長榮大學。[Chang, C.-F. (2010). *A research on elementary school students' body image and disordered eating behavior of different urbanization in Tainan County* (Unpublished master's thesis). Chang Jung Christian University.] <https://doi.org/10.6833/CJCU.2010.00053>
- 陳宇平 (計畫主持人) (2009) : 《大專校園飲食異常預防方案之發展與追蹤研究》(計畫編號: NSC 97-2410-H-273-004)。科技部補助專題研究計畫成果報告, 科技部。 <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1678389> [Chen, Y.-P. (Principal Investigator). (2009). *The development and follow-up of a campus-based prevention programs for eating disorders*. (Report No. NSC 97-2410-H-273-004). (Grant). Ministry of Science and Technology. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1678389>]
- 陳宇平、陳信昭、蔡政潔 (2008) : 〈「飲食態度量表-26 題版」(EAT-26) 本土最佳切點之探討—以台南市兩所高中為例〉。《中華心理衛生學刊》, 21 (4) , 379–405。[Chen, Y.-P.,

- Chen, S.-J., & Tsai, C.-C. (2008). Exploration of the optimal cut-off point of the eat-26 for taiwanese adolescence population-an example of two senior high schools. *Formosa Journal of Mental Health, 21*(4), 379–405.] [https://doi.org/10.30074/FJMH.200812_21\(4\).0003](https://doi.org/10.30074/FJMH.200812_21(4).0003)
- 陳惠欣（2010）：《國中舞蹈班女生飲食障礙初級預防教育課程成效評估》（未出版博士論文）。國立臺灣師範大學。[Chen, H.-H. (2010). *The effects of an eating disorders primary prevention program for dance students in Taiwan* (Unpublished doctoral dissertation). National Taiwan Normal University.]
- 陳惠欣、林薇（2013）：〈舞蹈班女生異常飲食行為之影響因素與途徑：結構方程模式之應用〉。《健康管理學刊》，*11*（1），15–27。[Chen, H.-H. & Lin, W.(2013). Predictors of disordered eating behaviors in a sample of taiwanese female dance students: an application of structural equation modeling. *Journal of Health Management, 11*(1), 15–27.]
- 黃珮嘉、吳筱瑩、張秦松、李國鼎、曾美智、陳秋盈、郭素娥、陳薇曾、石祐禎、黃詩芸、游一龍、吳至行（2013）：〈體重管理門診初診患者的飲食異常行為之盛行率及相關危險因子〉。《台灣家庭醫學雜誌》，*23*（4），189–202。[Huang, P.-C., Wu, H.-Y., Chang, C.-S., Lee, K.-T., Tseng, M.-C., Chen, C.-Y., Kuo, S.-E., Chen, W.-T., Shih, Y.-C., Huang, S.-Y., Yu, L., & Wu, C.-H. (2013). Prevalence and associated risk factors for eating behavior disorders in first visits of outpatients to a weight management clinic. *Taiwan Journal of Family Medicine, 23*(4), 189–202.] <https://doi.org/10.3966/168232812013122304004>
- 黃琇瑩、葉素汝、楊文慧（2014）：〈大學生的身體質量指數、身體形象、減重意圖與運動行為之研究〉。《嘉大體育健康休閒期刊》，*13*（1），1–12。[Huang, S.-Y., Wu, H.-Y., & Ye, S.-R. (2014). Research on college students' body mass index, body image, weight loss intention and sports behavior. *NCYU Physical Education, Health & Recreation Journal, 13*(1), 1–12.] <https://doi.org/10.6169/NCYUJPEHR.13.1.01>
- 詹益欣（2014）：《高中職學生的飲食異常傾向、羞恥感與自我揭露之相關研究》（未出版碩士論文）。國立臺灣師範大學。[Chan, I.-H. (2014). *Relationships among disordered eating, shame, and self-disclosure in senior high school students* (Unpublished master's thesis). National Taiwan Normal University.]
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Allen, K., Byrne, S., Oddy, H., & Crosby, R. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720–732. <https://doi.org/10.1037/a0034004>
- Becker, C. B., Bull, S., Smith, L. M., & Ciao, A. C. (2008). Effects of being a peer-leader in an eating disorder prevention program: Can we further reduce eating disorder risk factors? *Eating disorders, 16*(5), 444–459. <https://doi.org/10.1080/10640260802371596>

- Becker, C. B., McDaniel, L., Bull, S., Powell, M., & McIntyre, K. (2012). Can we reduce eating disorder risk factors in female college athletes? A randomized exploratory investigation of two peer-led interventions. *Body Image, 9*, 31–42. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.005>
- Becker, C. B., Smith, L. M., & Ciao, A. C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy, 36*, 245–253. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80073-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80073-5)
- Canetti, L., Bachar, E., Gur, E., & Stein, D. (2009). The influence of a primary prevention program on eating-related attitudes of Israeli female middle-school students. *Journal of adolescence, 32*(2), 275–291. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.03.007>
- Chen, H.-Y., & Cheng, C.-L. (2020). Developmental trajectory of purpose identification during adolescence: Links to life satisfaction and depressive symptoms. *Journal of Adolescence, 80*, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.013>
- Chisuwa, N., & O’Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite, 54*(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.11.008>
- Ciao, A. C., Latner, J. D., Brown, K. E., Ebner, D. S., & Becker, C. (2015). Effectiveness of a peer-delivered dissonance-based program in reducing eating disorder risk factors in high school girls. *International Journal of Eating Disorders, 48*(6), 779–784. <https://doi.org/10.1002/eat.22418>
- Eddy, K. T., Doyle, A. C., Hoste, R. R., Herzog, D. B., & Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(2), 156–164. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815cd9cf>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Halliwel, E., & Diedrichs, P. (2014). Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Healthy Psychology, 33*, 201–204. <https://doi.org/10.1037/a0032585>
- Harden, A., Oakley, A., & Oliver, S. (2001). Peer-delivered health promotion for young people: A systematic review of different study designs. *Health Education Journal, 60*(4), 339–353. <https://doi.org/10.1177/001789690106000406>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 59*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.545>
- Jones, M., Kass, A. E., Trockel, M., Glass, A. I., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2014). A population-wide screening and tailored intervention platform for eating disorders on college campuses: The healthy body image program. *Journal of American College Health, 62*(5), 351–356. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.901330>

- Keca, J., & Cook-Cottone, C. P. (2005). Eating disorders: Prevention is worth every ounce. *National Association of School Psychologists: Counseling, 101*, 11–15.
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders, 44*(6), 553–560. <https://doi.org/10.1002/eat.20892>
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 27*(5), 541–543. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00004>
- Matusek, J. A., Wendt, S. J., & Wiseman, C. V. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 376–388. <https://doi.org/10.1002/eat.20059>
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M., & Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 120–128. <https://doi.org/10.1002/eat.20282>
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education, 27*(1), 24–31. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(12\)80262-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80262-7)
- O'Brien, K. M., & LeBow, M. D. (2007). Reducing maladaptive weight management practices: Developing a psychoeducational intervention program. *Eating Behaviors, 8*(2), 195–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.001>
- Prouty, A. M., Protinsky, H. O., & Canady, D. (2002). College women: Eating behaviors and help-seeking preferences. *Adolescence, 37*(146), 353–363. <https://doi.org/10.1002/erv.968>
- Raich, R. M., Portell, M., & Pelaez-Fernandez, M. A. (2010). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: Is it more effective in girls at risk? *European Eating Disorders Review, 18*(1), 49–57. <https://doi.org/10.1002/erv.968>
- Shaw, H., Stice, E., & Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(1), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.012>
- Shaw, H., Rohde, P., & Stice, E. (2016). Participant feedback from peer-led, clinician-led, and internet-delivered eating disorder prevention interventions. *International Journal of Eating Disorders, 49*(12), 1087–1092. <https://doi.org/10.1002/eat.22605>
- Shaw, H., & Stice, E. (2016). The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. *Eating Disorders, 24*(1), 71–78. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113832>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*, 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., & Fairburn, C. G. (2001). Modification of

- eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107–118. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2<107::AID-EAT1000>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<107::AID-EAT1000>3.0.CO;2-1)
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S., & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 247–262. <https://doi.org/10.1002/eat.1016>
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008b). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 329–340. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329>
- Stice, E., Marti, C.N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review*, 70, 91–107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206–217. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200003\)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D)
- Stice, E., Rohde, P., Butryn, M. L., Shaw, H., & Marti, C. N. (2015). Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2- and 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.012>
- Stice, E., Rohde, P., Durant, S., & Shaw, H. (2012). A preliminary trial of a prototype internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 907–916. <https://doi.org/10.1037/a0028016>.
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 825–834. <https://doi.org/10.1037/a0016132>
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. (2011). An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 500–508. <https://doi.org/10.1037/a0024351>
- Stice, E., Shaw, H., Becker, C. B., & Rohde, P. (2008a). Dissonance-based Interventions for the prevention of eating disorders: Using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9, 114–128. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0093-x>
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- 74(2), 263–275. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.263>
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
- Støving, R. K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Hørder, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Research, 186*(2–3), 362–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.005>
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *American Journal of Psychiatry, 155*(7), 939–946. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.939>
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Tseng, M.-C., Gau, S.-F., Hwu, H.-G., & Lee, M.-B. (2014). Co-occurring eating and psychiatric symptoms in taiwanese college students: Effects of gender and parental factors. *Journal of Clinical Psychology, 70*(3), 224–237. <https://doi.org/10.1002/jclp.22014>
- Wang, L. Y., Nichols, P. N., & Austin, S. B. (2011). The economic effect of planet health on preventing bulimia nervosa. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(8), 756–762. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.105>

收稿日期：2019年10月11日
一稿修訂日期：2019年10月15日
二稿修訂日期：2019年12月15日
三稿修訂日期：2020年03月09日
四稿修訂日期：2020年03月10日
五稿修訂日期：2020年04月14日
六稿修訂日期：2020年05月09日
七稿修訂日期：2020年05月26日
接受刊登日期：2020年05月27日

Bulletin of Educational Psychology, 2021, 52(3), 519–544
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R. O. C.

Application of Psychologist-led, School Counselor-led, and Peer-led Eating Disorder Prevention Interventions in High School Girls

Yu-Ping Chen

Department of Counseling and Guidance

National University of Tainan

Most eating disorder intervention programs outside Taiwan are based on quasiexperimental designs. They use school classes or small groups as intervention units and compare short- and long-term effects. Intervention outcomes revealed that, compared with other groups, participants with cognitive dissonance exhibited significantly greater reductions in risk factors for eating disorders and bulimic symptoms (Stice et al., 2006). Although many intervention programs have claimed to be effective, those yielding more significant outcomes have had certain research design features, such as being specially designed for eating disorders, being interactive rather than directive, being multiunit rather than single unit, recruiting mainly female participants older than 15 years, and using interventions conducted by professional counselors (Stice et al., 2007). In Taiwan, the early prevention of eating disorders remains in its infancy, and few studies have focused on prevalence surveys, risk factors, related influencing factors, or sporadic case reports. Current survey results in Taiwan indicate that the prevalence of individuals at a high risk of eating disorders is between 8.6% and 17.5%, and the younger the individual, the higher the prevalence is, highlighting the importance of early prevention. Remarkably few studies have been conducted on interventions to prevent eating disorders in Taiwan; therefore, based on past research findings, the present study explored the effects of on-campus prevention programs for eating disorders. The aim of this study was twofold: (1) to test the effects of three different interveners (i.e., psychologists, school counselors, and peers) using the same intervention program to reduce the risk factors for eating disorders in high-school girls and (2) to compare the effectiveness of the three interventions. Three high schools were recruited to participate in the first stage. We selected groups at high risk of eating disorders among ninth-grade students by using the Eating Attitudes Test 26 (EAT-26). A total of 1886 high-school girls from the three schools were divided into 21 scores using the EAT-26, and 160 high-risk girls (8.5%) were selected. During the second stage, 66 at-risk female students agreed to participate in the experimental group and were assigned to either the psychologist-led group (PCG), school counselor-led group (SCG), or peer-led group (PEG); furthermore, 78 students were recruited for the control group. The experimental group participated in the Prevention Program for Eating Disorders (PPED), a well-tested eating disorder prevention program that involves four 90-minute group sessions. The program mainly allowed participants to criticize the value of “skinny is beautiful,” establish concepts of correct nutrition and health, acquire skills to respond to pressure related to body image, and enhance their self-confidence. School counselors and peer leaders were required to attend a 6-hour training session to learn how to implement the program. To enable peer leaders to administer the program effectively, a systemic peer-led training program was conducted; thus, with the help of school counselors, experienced group members were able to lead a new group. The effectiveness of the program was evaluated using the EAT-26 and the Body-Image Ideas Questionnaire (BIQ). All participants were asked to complete the EAT-26 and BIQ at the end of the intervention and again at the 3-month follow-up. Compared with the controls, the PCG achieved significantly greater improvement in EAT-26 and BIQ scores for short- and long-term effects; the SCG

achieved significantly greater improvement in only BIQ scores for immediate and continuous effects; and the PEG did not exhibit any significant differences in scores. Regarding the effects of the three groups on changes in BIQ scores, the PCG had a significantly greater effect than the other groups did, but no significant difference existed in the effects on changes in EAT-26 scores. Overall, the intervention of the psychologist can significantly reduce the risk factors of eating disorders and improve the positive body image, while the intervention of the school counselor is only effective in promoting a positive body image. The intervention effect of school counselors was not as beneficial as that of psychologists, and a possible reason for this was shared by one school counselor: "...there are manuals to follow during the intervention process, but in education and training for professional development, there is not much knowledge about eating disorders and a lack of training on how to lead critical thinking, so more practical leadership experience is required to become proficient." For the PEG intervention, the preventive effect could not be determined. The reason may be related to the younger peer leaders, less training time, fewer leaders in the group, and the special status of participants. Future implementations of the PPED should train older peer leaders, increase their training time, and enhance the training content, as previous research has suggested, by placing greater emphasis on role-playing leadership skills (Stice et al., 2009). This study proposes the following suggestions: initially, off-campus psychologists can provide 4–6 hours of training and supervision to school counselors. After training, school counselors must lead an intervention group to familiarize themselves with the PPED and recruit future PEG leaders. Then, the school can establish and continue to promote the PEG intervention to prevent eating disorders early on campus. Because peer leaders have no experience, this study suggests that groups not exceed six members and receive more than 8 hours of training and supervision. The number of leaders can be increased to three. If this works smoothly, school counselors will not need to invest excessive energy in the long term, and this model will effectively prevent eating disorders in young female students in the long term. In addition, this study differs from past intervention studies on the prevention of eating disorders. The participants not only comprised those who were dissatisfied with their body image but also those at high risk of eating disorders. Although this made the research difficult, it increased the ability to intervene for those in need and made exploring the effect of the program content on preventing eating disorders in young girls possible. This study had the following limitation: the three intervention groups spanned three schools and multiple semesters, and thus, the time of intervention, number of group members, and initial scores of group members may be different due to the above reasons; therefore, the conclusions of this study must be viewed with caution. In summary, the results indicated that with proper planning, schools at all levels can promote various prevention programs for physical and mental health, even on sensitive topics such as eating disorders. Such programs will be highly beneficial for students in terms of facilitating early prevention. Moreover, with appropriate prevention programs and training, school counselors will not only be a critical resource for preventive on-campus interventions but also key promoters of establishing peer-led groups; thus, early preventive interventions can be made sustainable. Such a prevention model based on the advantages of campuses is extremely helpful for harnessing the energy of the school system to promote student health. However, because schools in Taiwan place excessive emphasis on academic performance, the arrangement of long-term activities that fit in with schools' routine work is difficult. Therefore, to continually promote early interventions for young people in schools, a national education policy must be fully planned and implemented.

Keywords: high-school girls, eating disorders, preventive intervention, peer-led

