

## 第二章 文獻探討

本章旨在探討與本研究主題有關之理論基礎與相關研究。全章共分為四節：第一節為青少年憂鬱概念及其相關研究；第二節為青少年憂鬱程度及其相關研究；第三節為青少年求助態度及其相關研究；第四節為憂鬱概念、憂鬱程度與求助態度的關係。

### 第一節 青少年憂鬱概念及其相關研究

本節旨在探討憂鬱概念之定義與內涵、青少年憂鬱概念之現況，並將有關憂鬱概念之測量工具及相關研究作一整理與探討。

#### 壹、憂鬱概念之定義與內涵

「概念」係指對同類事物獲得的概括性認知經驗，是我們認識事物及分類事物的心理基礎，其形成是經由學習的過程；此一對問題有所知的部分亦將形成個人態度的認知成份（張春興，1995）。而「憂鬱」（depression）為一涵蓋諸多面向的名詞，從發展性的觀點來看，它是一種情感現象，稱為「憂鬱感」（depressive feelings），是憂愁、悲傷、頹喪、消沈等多種負向情緒綜合而成的心理狀態（張春興，1995）；若從臨床性的觀點來看，它是一種心理疾病，稱之為「憂鬱症」（depressive disorders）（陳錫銘，1991）。而在本研究中所謂「憂鬱概念」，係指個人對憂鬱症所具備之知識、信念與態度，包括有關憂鬱症之症狀描述、致病原因、以及治療等之想法與態度，其內涵以下分述說明之。

##### 一、憂鬱症的知識

精神疾病診斷準則手冊第四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, DSM-IV）中對憂鬱症的描述，係為當代最廣為認同的

憂鬱定義 (Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004)，其內容包含疾病之診斷準則、盛行率、病程、鑑別診斷，以及特殊文化、年齡及性別特質等。目前有關憂鬱症知識的相關研究，多聚焦於研究對象對疾病之症狀、病因與治療的了解情形，亦皆以 DSM-IV 為主要依據 (Bagby et al., 2004)。茲將憂鬱症之臨床診斷標準、憂鬱症之分類、青少年憂鬱症之特性、憂鬱症成因與相關危險因素，以及憂鬱症之治療，分述如下：

### (一) 憂鬱症之臨床診斷標準

依據 DSM-IV 的定義，憂鬱症主要包括重鬱症 (major depressive disorder, MDD) 及輕鬱症 (dysthymic disorder, DD) 兩大類，其詳細診斷準則如下 (孔繁鐘、孔繁錦，1998)：

1. 至少兩週的期間內，同時出現下列症狀至少五項，且必須包含「憂鬱心情」或「失去興趣或樂趣」兩項症狀當中至少一項。
  - (1) 憂鬱心情：幾乎整天都有，幾乎每日都可由當事人主觀報告中陳述出來，例如：感覺悲傷或空虛；或由他人觀察所見，例如：看起來含淚欲哭。此症狀於兒童及青少年時，可以是易發怒之情緒。
  - (2) 幾乎所有的活動、興趣或樂趣都有顯著性的減少，此情況幾乎整天都會發生，其情況可由當事人主觀陳述出來或經由他人觀察而顯示。
  - (3) 在非節食期間體重明顯下降或增加 (如在一個月內體重變化量超過 5%)；或幾乎每天都食慾減少或增加。
  - (4) 幾乎每天都失眠或嗜睡。
  - (5) 幾乎每天都會出現心理激動不安或遲滯現象，這些現象可由他人觀察得到。
  - (6) 幾乎每天都感到疲憊不堪或失去活力。
  - (7) 幾乎每天都感到自己無價值或過分或不合宜的罪惡感 (可達妄想程度，並非只是對生病的自責或罪惡感)。
  - (8) 幾乎每天都感到思考能力或專注力減退或無決斷力 (這些現象可由當事人主觀陳述出來或由他人觀察而顯示)。
  - (9) 反覆有死亡的念頭 (不只是害怕自己即將死去)、重複出現無特別計劃的自

殺意念、有過自殺嘗試或已有過自殺的特別計劃。

- 2.此症狀不符合混合發作的準則。
- 3.此症狀造成臨床上重大痛苦，或是損害社會、職業或其他重要領域之功能。
- 4.此障礙並非由某種物質使用或一種一般性醫學狀況的直接生理效應所造成。
- 5.此症狀無法以傷慟反應做更佳之解釋。

上述內容為憂鬱症之診斷準則，然而進行診斷時，須注意憂鬱症一般被視為連續性的分佈，有憂鬱症狀，不一定會發展至憂鬱症（陳怡樺等，2004），即使症狀被確定為憂鬱症，其嚴重度與持續期間也有著多樣的變化，因此進行診斷的初期宜先有完整的評估。

## （二）憂鬱症之分類

關於憂鬱症之診斷，由於其病因學研究結果相當分歧，目前學者咸認為憂鬱症多只在描述一群症狀，對憂鬱症之分類主要立基於：1.病因；2.症狀表現；3.臨床病程等層面（廖士程、吳佳璇，2003）。張春興（1995）依憂鬱成因，將其分為反應性憂鬱（reactive depression）與內因性憂鬱（endogenous depression）兩類；柯慧貞與陸汝斌（2002）在其研究中則以內因性憂鬱（endogenous depression）與非內因性憂鬱（nonendogenous depression）來區分，廣受應用與討論；吳佳璇與李明濱（2002）認為可將憂鬱的核心症狀分為「憂鬱情緒」、「負面思考」、「缺乏快樂感受」、「精力下降」以及「精神運動遲滯」等五項；Powell（1983）與沈楚文（1987）亦從憂鬱症狀表現將之區分為情緒、認知、生理、及行為等四個向度。其定義如表 2-1-1 所示：

表 2-1-1 憂鬱症狀分類彙整表

學者	分類依據	憂鬱症狀分類
Powell (1983)	症狀表現	將憂鬱症狀分為情緒、認知、生理、行為等四個向度： 1.情緒方面：明顯的沮喪、悲傷、憂鬱、情緒低落等。 2.認知方面：明顯的無望、悲觀、出現死亡意念、自殺念頭等。 3.生理方面：食慾明顯減低或喪失、失眠、體重減輕、體力減退等。 4.行為方面：話少、音調低、速度慢、動作少且緩慢、有時出現急躁行為，自殺行為亦為症狀之一。
沈楚文 (1987)	症狀表現	將憂鬱症狀分為情緒、認知、生理、行為等四個向度： 1.情緒方面：愁眉苦臉、明顯的沮喪、悲傷、憂鬱、消沈、情緒低落等。 2.認知方面：明顯的無助、無望、無能、無價值感、悲觀、自責、罪惡感、出現死亡意念、自殺念頭以及思想緩慢等。 3.生理方面：對於性的興趣減退、食慾減低或喪失、失眠或過度睡眠、體重增加或減輕、體力減退、常感覺疲勞等。 4.行為方面：話少、音調低、速度慢、動作少且緩慢、有時出現急躁行為，自殺行為亦為症狀之一。
張春興 (1995)	病因	1.反應性憂鬱：係指由於外在環境的遽變（如家庭發生變故、親人死亡等）所引發的憂鬱。 2.內因性憂鬱：此種憂鬱的發生，起因於個體對於痛苦經驗的壓抑。
陸汝斌 柯慧貞 (2002)	病因	1.內因性憂鬱症（endogenous depression）：患者有正常的病前性格，本身可能有病因、病理尚不明之生理異常，家中多有憂鬱症病史。 2.非內因性憂鬱症（nonendogenous depression）：患者可能有偏差之病前性格，家庭狀況多有心理病態因素，故致病因素中通常有明顯的環境誘因。
吳佳璇 李明濱 (2002)	症狀表現	1.憂鬱情緒 2.負面思考 3.缺乏快樂感受 4.精力下降 5.精神運動遲滯

### (三) 青少年憂鬱症之特性

目前在 DSM-IV 的診斷標準中，並未區分成人、青少年或兒童的憂鬱症。然而，憂鬱症的表現會因年齡或發展階段而有所差異 (Lefkowitz & Burton, 1978; Helsel & Matson, 1984)。故進行青少年憂鬱之診斷時，須兼顧其發展階段的身心特質，避免在診斷過程中忽略可能的「非典型」症狀，為此有許多研究特別針對青少年族群，深入探討其憂鬱症之症狀。根據 Kolin, Barrett, Bhate, Berney 與 Tyrer (1991) 的研究，自 9 至 16 歲青少年中，萃取出來的憂鬱反應有內因性憂鬱 (包括不快樂、退縮、憂鬱情緒、失去食慾、失去精力、易怒、抱怨身體不舒服等)、負向認知、焦慮及生氣躁動 (anger-agitation) 等；另有學者提出「假性憂鬱症」 (masked depression, Toolan, 1962; Malmquist, 1971) 的概念，認為青少年的憂鬱症不見得會有顯著的憂鬱情緒，而可能以行為問題、學業表現不佳、及身體症狀等呈現。Beckham 與 Leber (1995) 亦表示青少年的憂鬱所呈現的症狀十分分歧，包括學業成就、逃學或退學、好爭論及攻擊、抽象思考發育遲緩、較慢進入青春期的、情緒不穩定、以及危險與反社會等行為。美國心理健康研究院 (National Institute of Mental Health [NIMH], 2000) 更進一步將成人與青少年憂鬱症臨床表現加以整理，如表 2-1-2 所示。

表 2-1-2 成人與青少年憂鬱症臨床表現之異同

共同點	青少年較常見之特點
1.持續性憂傷或煩躁的情緒	1.突發性的叫喊、抱怨；莫名的煩躁、哭泣
2.曾經喜歡過的活動不再感興趣	2.對結交朋友不感興趣
3.食慾或體重有重大改變	3.頭痛、肌肉疼痛、胃痛或疲累等不明確的、非典型的生理不適
4.失眠或睡眠過多	4.學校表現不佳、缺課或逃學
5.精神運動性遲滯	5.不顧後果的行為 (reckless behavior)
6.失去活力	6.常感無聊煩悶
7.自覺無用或不適當之罪惡感	7.酒精或物質濫用
8.注意力無法集中	8.煩躁、憤怒和敵意的頻度增加
9.反覆出現死亡思維或自殺意圖	9.害怕死亡
	10.對於失敗或拒絕特別敏感
	11.社會孤立、溝通不良
	12.人際關係差
	13.常談論如何逃離家

註：引自 National Institute of Mental Health (2000). *Depression in children and adolescents: a fact sheet for physicians*. Retrieved December 26, 2005 from the World Wide Web: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm>.

綜上所述，青少年憂鬱症狀的表現至今尚未獲得一致的看法 (Nurcombe, 1994)，換言之，青少年憂鬱症應包括那些症狀以及如何與其它疾病或其它類型憂鬱症區分開來，至今尚無定論。然而臨床研究發現，欲早期診斷未成年憂鬱症患者並不容易，因其通常不具備典型成年憂鬱病患的症狀，如憂傷、失去活力、失眠或睡眠過多等，反而較常以暴躁不安、易怒、對外源刺激敏感等來呈現 (王建楠、吳重達，2003)，因此進行診斷初期先有完整的評估，並考量青少年之身心特質，是十分重要的。

#### (四) 憂鬱症成因與相關危險因素

青少年憂鬱症並非單一因子造成，其發生可能來自許多方面的失調，不但生理方面有其生物醫學基礎，心理方面也經常與個體之認知特色及發展階段特質有關；社會環境方面則多由家庭、學校、季節、生活事件等因素所使然（徐世杰，2002）。其中，生物醫學的因素可說是決定性因子，因我們無法改變一個人的遺傳因子或性別，而心理、社會環境因素則為誘發因子（劉淑言、蔡欣玲、陳映雪、吳聖良、陳美碧，2005）。以下就從生理、心理、及社會環境等面向加以說明：

##### 1. 在生理方面

憂鬱症患者常有家族憂鬱病史，目前認為憂鬱症具有相當之遺傳因素，如同卵雙胞胎的共同罹患率高於 50% 以上（李培聞，1996），針對領養家庭所作的研究中，亦發現遺傳比環境因素對憂鬱症的發生更為重要（Rosen & Amador, 1996）；此外，研究發現腦中化學物質，如神經傳導物質（血清素與正腎上腺素）、生長激素、賀爾蒙等皆可能影響憂鬱症狀的表現（夏一新、陸汝斌，2000）；體質以及某些生理疾病如中風、巴金森氏症也都屬於憂鬱症的高危險因子（洪莉竹，1996）。

##### 2. 在心理方面

- (1) 心理社會危機：青少年正值生理成長、身心變化最急遽的時期，Erikson (1968) 認為青少年正處於自我認同或自我混淆的發展關鍵，是人生全程發展的重要階段。個體在尋求自我定位的同時，會伴隨許多焦慮、壓力以及不確定感，而這些感受容易引發青少年產生憂鬱情緒（張高賓，2001）。
- (2) 認知發展與實際經驗之落差：青少年的認知發展已進入 Piaget 所謂的「形式運思期」，有足夠的能力產生假設性、邏輯性以及系統性的思考（徐世杰，2002）。Son 與 Kirchner (2000) 認為高中生認知發展已臻成熟，對事件的知覺加深，但處事的經驗及能力仍不充分，這樣的認知特色與現實環境其實存在不小的落差，遇到負向事件時便易產生憂鬱情緒。
- (3) 習得無助之歸因模式：「歸因」泛指對事物或現象（包括人、己、事、物等）

變化原因的推論，以及解釋其構成原因的歷程（張春興，1995）。Needles 與 Abramson (1990) 發現生活事件與歸因方式兩者對憂鬱的影響是相互結合的。有些青少年傾向將失敗朝「內在、穩定、一致」之習得無助模式進行歸因，而此歸因型態容易加重青少年的自責感和挫敗感，對憂鬱情緒的消除並無助益（陳錫銘，1992）。國內研究亦顯示，將負向事件歸因於內在因素的青少年其憂鬱程度較高（黃慧真、黃光國、柯永河，1993）。

(4)Beck 之憂鬱認知模式：Beck 認為一個人的情感和行為，大部分是由他如何架構這個世界的方式所決定，基於此，其發現憂鬱的核心乃是個人的思考內容與形式均具有負向的認知偏誤（negative cognitive bias）（姜忠信、洪福建譯，2000），亦即個體對自己、世界、未來抱持負向的看法，視生活情境為一種挫折和得不到酬賞的覺知，且習慣採取負向或錯誤的訊息處理過程，以及錯誤的邏輯推理所使然（陳錫銘，1992）。

除了上述原因之外，導致憂鬱症產生的心理因素尚有壓力因應方式、失落、自尊心受損、怨恨或攻擊衝動內射、負向的認知以及完美主義、依賴性人格、完美主義人格等諸多的可能原因（郭志通，2001），但就青少年憂鬱之成因而言，則以上述四點內容較為實務工作者所常見。

### 3.在社會環境方面

家庭功能不良與壓力生活事件是青少年情感性疾病的重要因素（Mino et al., 2001）。國內外學者均指出家庭壓力事件與憂鬱症狀的發生有關，突發的家庭事故（例如親人死亡、父母婚姻失調、家庭破碎等）造成生活變化，將引發憂鬱反應（洪美蓮，1999；Takakura & Sakihara, 2001）。邱鈺茹（2000）以台北市 4 所國中及台南市 1 所國中之 2982 位學生為研究對象，探討生活事件與憂鬱症狀的關係，結果發現遭受負向生活事件、衍生性生活事件（事件的產生有部分是因當事人所引起的）時，容易產生憂鬱症狀。此外，社經地位、社會支持、家庭結構、童年經驗、受過身體或性虐待、失去所愛、體會到無助等，都可能導致憂鬱症的發生（Birmaher et al., 1996）。



## (五) 憂鬱症的治療

有些人在青少年時期便經歷生平第一次的憂鬱症發作，甚至復發，即使有相同的復發率，這些青少年比成年人提早約 20 年的發病時間，病情若缺乏適時的介入措施，通常會延續到成人期（陳怡樺等人，2004），因此，青少年憂鬱症若未能及時發現與治療，不但在家庭、學業與人際關係上飽受煎熬，甚者可能危及生命，走向自殺的不歸路。目前治療憂鬱症的方式以藥物治療與心理治療為主，至於環境治療、電痙攣治療、光照治療、運動治療與飲食治療等偶爾也被使用（白秀玲，2000）。茲將青少年憂鬱之主要治療方式說明如下：

### 1. 藥物治療

在生理學上的研究結果，顯示各式各樣的憂鬱症都可以追溯至不同的生理因素，並對不同的生物治療產生反應（Costello & Costello, 1995）。由於憂鬱症具有生理之因素，因此接受藥物治療成為不可或缺的一環（蘇素美，2004）。從其生物學假說來看，憂鬱症主要是腦細胞突觸間隙單胺(serotonin、norepinephrine、dopamine)不足所致，而抗憂鬱劑主要作用就是增加單胺的活性（林清華，2003）。目前常用之抗憂鬱劑包含：血清素及去甲基腎上腺素回收抑制劑（SNRI）、選擇性血清素回收抑制劑（SSRIs）、單胺氧化酶抑制劑（MAOIs）、血清素接受器拮抗劑，以及單胺受體調節劑等藥物。藥物治療隨著治療對象所處之發展階段的不同而有不同的效果，大體而言，抗憂鬱劑對成年人的效果較之於兒童或青少年為佳，其可能原因之一，主要為青少年之神經路徑發展尚未成熟；另一方面則為青少年期化學平衡差異所使然（徐世杰，2002）。

一般來說，服用抗憂鬱劑藥物約須三到四週才會逐漸出現療效，（林信男，2002），然而實際治療現場卻發現病人在開始治療階段常發生不當藥品轉換的情形。美國精神病協會指出 10%-15%的憂鬱症病人在藥物治療期間，前三週服藥的順從性不高（引自蘇素美，2004）；過去對憂鬱症的研究文獻亦指出，過早停藥的病人最容易復發，會增加 77%的再發危險性；另一篇研究亦顯示，在 46 名病人中，52%在 12 週內即停止治療，63%的病人在停藥前並未通知醫生，且有

相當高的比例是因為服藥之不良反應而停止治療（引自周勵志，2003）。由於目前所有的抗憂鬱劑的療效都要幾個禮拜以後才出現，有些憂鬱症患者或家屬對藥物的療效不清楚，無法耐心等待而放棄治療，或者在症狀消失後馬上停藥，因而使治療功虧一簣，所以如何讓憂鬱症病人及其家屬了解藥物的作用及可能產生之副作用，是心理衛生教育中很重要的一環。

## 2.心理治療

承上所述，目前臨床上對於憂鬱症常使用抗憂鬱劑加以治療，且約有 60%~65%的病人，其症狀可以獲得顯著的改善，然而仍有 35%~40%的憂鬱症病人使用藥物治療效果不彰（柯慧貞，2002）；加以有些學者指出，若病人長期依賴藥物治療，則症狀可能減輕了，卻不容易學習或發展出面對及克服沮喪憂鬱的方法。所以，除了藥物治療之外，臨床上也使用心理治療來幫助病人。

Karasu (1990) 指出，當今常用來有效治療憂鬱症的心理治療是認知心理治療與人際關係心理治療。所謂認知心理治療，其重點在於採用主動、直接、結構化的方式，針對當事人認知層面不合理之處進行修正，且協助其發展出問題解決的方法以及適切的社交技巧，以減緩當事人的憂鬱症狀，在實務上具有不錯的療效（葉翠羽、柯慧貞，1988）。而人際關係心理治療的處理重點放在當事人之哀傷反應、人際衝突、角色轉換，以及人際缺陷，認為如果能夠處理當事人所面臨的四種問題中的一項，就能夠幫助其減輕憂鬱的情形（謝碧玲，2002）。除此之外，英國學者曾以音樂治療的方式對 14 至 15 歲之青少年進行為期 10 週的團體治療，結果發現團體音樂治療亦能夠明顯消除青少年的憂鬱症狀（Hendricks, Robinson, Bradley, & Davis, 1999）；另有研究亦指出，短期動力心理治療和認知行為治療亦具有不錯的療效（柯慧貞，2002）。

根據臨床研究的結果顯示，對單極性輕、中度憂鬱症患者而言，心理治療的療效和藥物治療的療效一樣好，且可使病人免受藥物副作用之苦，並可預防病人憂鬱症的復發（柯慧貞，2002），然而在大部分情形下，同時使用藥物治療與心理治療，將達到最佳的抗鬱效果（Hendricks, Robinson, Bradley, & Davis, 1999）。

## 二、憂鬱症的信念與態度

近十年來陸續有學者針對個人在心理疾病之信念與態度進行科學性的調查研究，其對象含蓋不同年齡層之民眾，結果發現大部分的人對心理疾病與其治療抱持負向的態度、信念及觀點，當中憂鬱症雖不若精神分裂症般如此遭受污名化，但仍深受污名之影響 (Ozmen et al., 2005)，而此情形亦對個人的求助行為產生極大的衝擊 (Angermeyer, Matschinger, Riedel-Heleer, 1999)。有學者更以青少年為對象，進一步指出青少年對憂鬱症的負向信念與態度，會阻礙其接受憂鬱症之診斷與治療 (Voorbees et al., 2005)。由此可知，深入了解青少年對憂鬱症所抱持的信念、態度及其影響，將是憂鬱症預防與治療工作上極重要的一環。

Voorbees 等人 (2005) 表示，民眾何以拒絕接受憂鬱症之診斷與治療，過去的研究所知甚少，而理性行動理論 (Theory of Reasoned Action, TRA) 的架構幫助我們對其背後的行為與意圖進行剖析。以下先從理性行動理論的觀點來了解個人之憂鬱信念、態度，和治療行動之間的關係；再進一步探討影響憂鬱信念與態度之因素及其相關研究。

### (一) 從理性行動理論的觀點來了解

理性行動理論是由 Fishbein 與 Ajzen 於 1967 年所提出，係用以預測個人行為、態度、意向 (intention) 等之理論，近年來常用來預測個人多變的健康行為 (Voorbees et al., 2005)。其理論基礎乃源自社會心理學，綜觀行為、態度及意向三者間的依存關係。其間經由不斷發展、驗證後，1980 年再提出主觀性規範 (subjective norms)，建構出四者間完整的架構 (Ajzen, 1980)。此理論認為行為的前置因素為行為意向，而行為意向又受到「態度」或「主觀規範」，二者或其中之一的影響；至於其它可能造成行為影響的因素，皆是透過意向間接影響行為 (Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002)。因此，當個人對行為的態度愈正向，則行為的意向愈高；反之，當個人對行為的態度愈負向，則行為的意向愈低。

所謂主觀規範是個人於執行某一行為時，他認為其他重要關係人 (例如：家人) 是否同意他的行為，亦即個人從事某一行為所預期的壓力 (Fishbein & Ajzen,

1975)；而 Ajzen 與 Fishbein (1980) 認為行為有時受社會環境壓力的影響，大過個人態度的影響。某些時候，態度即可決定行為意向，有些時候，主觀規範會主導行為意向。此外，直接經驗與態度同時存在時，也會直接影響態度與行為之間的張力。所以，個人的態度透過對事物或狀況所反應的行為，將會形成個人經驗。

Howland (1997) 與 Hagger (2002) 將理性行動理論加以修訂，用以解釋個人的健康行為，有助於我們理解個人接受憂鬱症診斷及治療與否的行為意向 (Voorbees et al, 2005)，其架構如圖 2-1-1 所示。

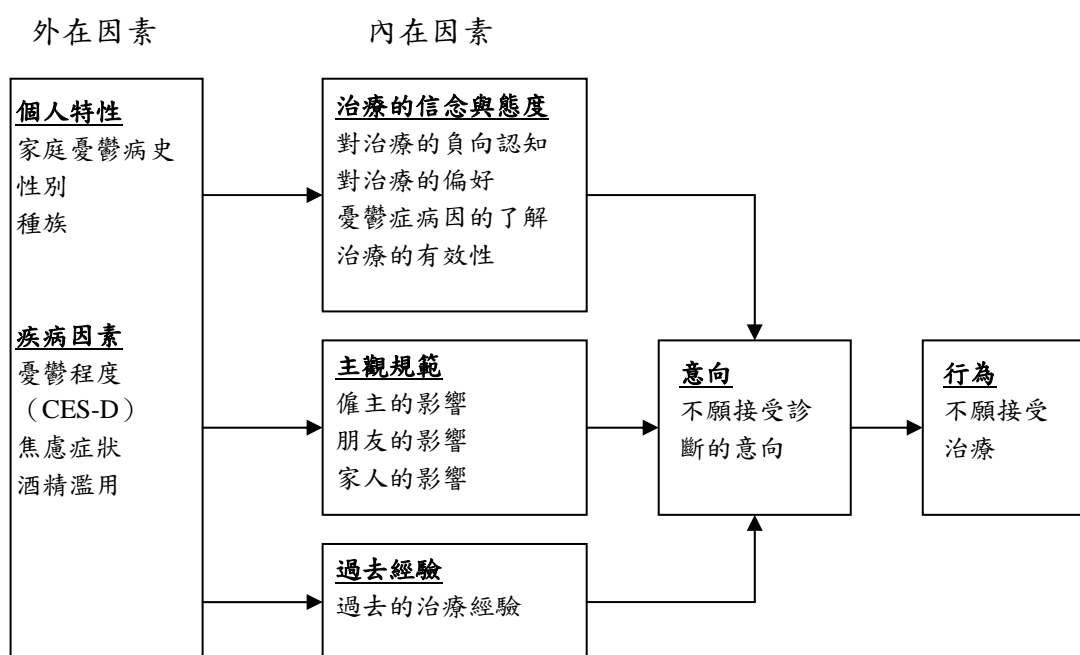


圖 2-1-1 理性行動理論於憂鬱症求助意向之應用

註：引自 Voorbees et al. (2005). Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *Annals of Family Medicine*, 3(1), p.39.

在此架構圖中，個人不願接受治療的行為，來自不願接受診斷的意向；而此意向受到個人內在因素（信念與態度、主觀規範及過去經驗）與外在因素（個人特性、疾病因素）之影響。

## (二) 憂鬱信念與態度之因素及其相關研究

目前關於憂鬱症之信念與態度的研究皆來自國外，學者們以小短文、問卷、調查表等多元的方式，自不同的角度深入探究 (Davidson & Connery, 2003; Goldstein & Rosselli, 2003; Patel, Branch, Motutur-Pilson, & Pinard, 2004; Voorbees et al., 2005; Ozmen et al., 2005)，本研究即從相關文獻的回顧與整理中，建構量表之因素架構。以下從憂鬱症病因、憂鬱症治療之接受度、及憂鬱症之污名化等層面加以探討：

### 1. 憂鬱症病因

儘管憂鬱症的致病原因至今尚無定論，然而視憂鬱症為生物因素而非心理社會因素所導致，已漸成趨勢 (Goldstein & Rosselli, 2003)。尤其是人類基因圖組的建構、遺傳工程學的發展，以及更深入認識大腦功能之後，生物學對於了解人類行為，扮演了更重要的角色；然而據此視憂鬱症單純為生物性疾病，忽略以社會性觀點來理解時，其爭議仍是存在的。Angermeyer 與 Matschinger (1999) 表示，憂鬱症病因包含生物、心理，以及社會環境的因素，一般民眾傳統上傾向從心理社會的架構來理解憂鬱症，而較忽視生物性的觀點，此亦關係到其治療的選擇。

Goldstein 與 Rosselli (2003) 認為，個人對憂鬱症病因所抱持的想法，將直接影響其心理賦能的程度 (degree of empowerment)、治療的偏好，以及對疾病的污名化程度。對此，心理疾病國際聯盟 (National Alliance for the Mentally Ill, [NAMI], 2002) 表示，接受心理疾病為生物因素所導致，將有助於減少個人患病的恥辱感。Gammel 與 Stoppard (1999) 的研究也發現，憂鬱症的生物性病因會使受試者感到自己看起來是正常的，但此觀點亦使受試者傾向認為自己無法從中掌握自己，進而對求助行為產生負向的影響；Farina, Fisher, Getter 與 Fisher (1978) 的研究亦得到相同的結論，且進一步指出，接受心理社會病因的人反而會更主動尋求治療。然而亦有學者表示接受憂鬱症的生物病因未必能降低污名程度 (Read & Harre, 2001)。視憂鬱症為生物因素所導致，意味著憂鬱症不是個人意志所能控制，這可能使一般人對憂鬱症患者感到害怕，並產生負向的信念。

綜上所述，個人對憂鬱症病因所抱持的想法（生物、心理、社會環境）確實會影響其對治療的選擇，以及對疾病與個人患病的感受，因此這是了解憂鬱症信念與態度時極重要的因素，值得研究者進一步探究。

## 2. 憂鬱症治療之接受度

關於憂鬱症治療的接受度，研究指出一般人有抗拒使用藥物，且傾向選擇心理社會的介入方式（Angermeyer & Matschinger, 1999; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen & Henderson, 1999），究其原因發現，大部分人認為藥物治療是無法根治憂鬱症的，此亦道出憂鬱症病因與治療偏好之間的關聯性（Angermeyer & Matschinger, 1999）。許多學者對此進一步研究，Furnham 與 Malik (1994) 指出，文化因素會影響一個人如何看待憂鬱症，同時也影響其治療的偏好；Mulatu (1999) 也發現一個人對生理、心理疾病（包含憂鬱症）賦予不同的解釋時，將與某些特定的治療方式產生顯著的關聯性。例如：認為憂鬱症是生物性因素造成者，會傾向相信藥物治療的效果。而目前民眾傾向從心理社會架構來理解憂鬱症者佔多數，傾向選擇藥物治療的人便相對的減少。Angermeyer 與 Matschinger (2005) 比較德國民眾對於憂鬱症治療偏好的選擇有何變化，結果發現，自 1999 至 2001 年之間，選擇心理治療者仍多於藥物治療。

此外，對於憂鬱症整體治療之效果所抱持的態度，亦是學者關注的重點之一。Ozmen 等人 (2005) 的研究發現，不同文化背景的民眾之中，對憂鬱症之治療效果抱持樂觀者仍佔大多數；在英國僅 16.0% 的人認為憂鬱症無法藉由治療獲得改善，23.2% 的人認為憂鬱症無法痊癒；在澳洲則有多達 80% 的民眾相信適當的治療可使憂鬱症患者完全康復。

而在國內，有關一般民眾乃至於青少年對憂鬱症治療之偏好與接受度，目前尚無相關文獻資料，故本研究擬就此針對青少年族群作進一步的了解與分析。

## 3. 憂鬱症之污名化

關於疾病污名的論述其來已久，社會學家 Goffman 是最早對污名提出探討的學者（Saylor, 1995）。他指出希臘人用污名（stigma）一詞指稱標記在道德敗壞及特殊怪異者身體上的記號，而這些人通常是奴隸、罪犯或叛徒，應受到排斥與

隔離(引自韓德彥, 2000);其亦表示污名為「一種惹人生厭的特質」(an attribute that is deeply discrediting),而社會認同是導致污名產生的主要動力,當一個人具備了某些不被社會完全接納的特徵時,污名便會產生,於是疾病與污名連結在一起,個人的「疾病角色」使其變得和一般人不一樣,甚至被認為有違常理(Goffman, 1963)。在此情形下,污名承受者會試著用盡一切方法去除自己受人排斥的印記與污名,當污名無法去除時,通常以矇混過去或掩飾問題等方式,減少污名帶來的不利(Page, 1984)。

長久以來,人們對於精神疾病一直存有污名,習於將「心理疾病」、「瘋狂」劃上等號,而憂鬱症則常被等同於軟弱、無能(蘇真以, 2005)。Ozmen 等人(2005)的研究發現,心理疾病的污名程度對憂鬱症治療的接受度扮演重要的角色;患者一方面希望藉由治療協助去除其情緒、思考及行為異常所遭受的污名,另一方面又想要隱藏並掩飾這些問題,以致延宕治療(韓德彥, 2000)。因此致力於降低污名的程度,對於憂鬱症之診斷與治療是十分重要的,Mayville 與 Penn (1998)認為提供適時的教育是減輕污名最關鍵的策略;亦即對憂鬱症具備正確的知識、適切的信念與態度時,污名程度也將相對降低。

污名會以許多形式呈現,包含社會疏遠(social distance) (Arkar & Eker, 1994)、與憂鬱症患者關係持有負向信念(Coyne, 1987),以及對憂鬱症患者持有刻板印象(Esses & Beaufoy, 1994; Jorm et al., 1999)等,這些都會對憂鬱症或其它心理疾病患者帶來傷害(Goldstein & Rosselli, 2003),例如使其對自我概念產生負面影響(Coyne, Gallo, Klinkman, & Calarco, 1998),或導致治療中止(Sirey et al., 2001)等。因此,進行憂鬱信念與態度之瞭解時,污名程度為不可忽視之因素。

綜上所述,憂鬱症病因(包含:生理、心理、社會環境)、憂鬱症治療之接受度(心理治療、精神醫療)、以及憂鬱症之污名化(對憂鬱症患者持疏遠的態度、與憂鬱症患者關係的負向信念、對憂鬱症疾病本身及對患者的刻板印象)等,為影響個人對憂鬱症之信念與態度的重要因素,本研究進行量表編製時即以此架構為依據。

### 三、憂鬱概念之測量

目前有關憂鬱概念之文獻皆以國外研究為主，相關之測量工具亦多為國外學者所編製。以下分別就憂鬱症知識、憂鬱信念與態度之研究工具加以整理並說明：

#### (一) 有關憂鬱症知識之研究工具

Zylstra 與 Steitz (1999) 為了解醫師對老年憂鬱症所具備的知識與其對待年老病人的態度之間的關聯性，編製一份老年憂鬱症常識測驗 (The Late Life Depression Quiz)，藉此評估一般醫師對老年憂鬱症之了解程度。

Hess et al. (2004) 於學校中針對青少年進行憂鬱症預防課程，為了解學生對憂鬱症之先備知識及學習成效，自編憂鬱常識測驗，並實施前後測，以作為課程設計之參考。

Burns 與 Rapee (2006) 為了解青少年認知憂鬱症之症狀的知識與能力為何，設計五則小短文，內容分別描述五位青少年遇到不同程度之生活困難及其反應；然後以開放式問答方式，了解受試者的想法，從中評估受試者對憂鬱症的了解是否正確。

有關上述研究工具之內容與型式，整理如表 2-1-3。

表 2-1-3 憂鬱症知識之相關測量工具

編製者	目的	編製情形與量表內容	量表型式	研究對象
Zylstra & Steitz (1999)	了解醫師對老年憂鬱症所具備的知識	自編老年憂鬱症常識測驗： The Late Life Depression Quiz	是非題，選項包含：「是」、「非」、「不知道」，共 13 題	家庭醫學科住院醫師，共 52 人
Hess et al. (2004)	了解青少年對憂鬱症之先備知識，以作為預防課程設計之參考	自編憂鬱常識問卷： The ADAP Depression Knowledge Questionnaire	第 1-13 題為是非題，第 14、15 題為問答題，共 15 題。	於中學就讀之青少年，共計 5645 人

(續下表)



表 2-1-3 (續)

Burns & Rapee(2006)	了解青少年 認知憂鬱症 之症狀的能 力	1.自編調查表： The Friend in Questionnaire 2.量表內容： (1)對該青少年的憂慮 (2)對該青少年的「診斷」 (3)認為那一青少年正面臨情緒 困擾 (4)認為他們分別做什麼對困境 有幫助	包含五則小短 文，內容分別 描述五位青少 年遇到不同程 度之生活困難 及其反應，為 開放式問答。	15-17 歲之青 少年
---------------------	------------------------------	---	--	-----------------

## (二) 有關憂鬱信念與態度之研究工具

Davidson 與 Connery (2003) 比較老年人與年輕人對憂鬱症之態度有何差異，其問卷包含一則關於憂鬱症的小短文及 11 個題目，從「對憂鬱的接受度」(acceptability of depression)、「藥物治療的益處」(benefit of medical intervention for depression)、「對憂鬱問題的知曉」(familiarity of problems associated with depression) 等來了解受試者對憂鬱症所抱持的態度。

Goldstein 與 Rosselli (2003) 試圖了解大學生對憂鬱症病因所抱持想法，與其治療偏好、心理賦能、污名化之關聯，其以自編量表進行研究，量表因素包含：「可接受的憂鬱症病因」(生理、心理、社會環境)、「憂鬱症的治療偏好」(精神醫療、心理治療)、「心理賦能的程度」(自助行為、求助行為)、以及「憂鬱症的污名化」(社會疏遠、與憂鬱症患者之關係的負向信念、對憂鬱症患者之刻板印象) 等。

Voorbees 等人 (2005) 從憂鬱症的生理病因、治療 (藥物治療、心理治療、信仰禱告)、治療對象偏好 (相同性別、相同種族)、重要關係人的看法 (僱主、朋友、家人) 等，來了解民眾對憂鬱症的信念與態度，並從人口變項 (性別、種族)、憂鬱程度、及求助經驗等進一步探究民眾傾向不接受診斷或治療的關聯性。

而 Ozmen 等人 (2005) 在土耳其進行的研究是以 32 個題目來測量民眾對憂鬱症之態度，其內容聚焦於受試者對憂鬱症的理解 (perception)、致病原因 (causal attributions)、治療 (treatment) 及社會疏遠 (social distance) 等所抱持的觀點、信念與態度。

有關上述研究工具之內容與型式，整理如表 2-1-4 所示。

表 2-1-4 憂鬱信念與態度之相關測量工具

編製者	研究目的	編製情形與量表內容	量表型式	研究對象
Davidson & Connery (2003)	比較年輕人與老年人對憂鬱症之態度的差異情形	1.自編調查表 2.調查表內容包含： (1)對憂鬱的接受度 (2)藥物治療的益處 (3)對憂鬱問題的知曉	包含一則小短文及相關的 11 個題目	30 歲左右成人與 70 歲左右老年人
Goldstein & Rosselli (2003)	了解民眾對憂鬱症病因所抱持想法，與其治療偏好、心理賦能、污名化之關聯	1.自編量表 2.量表因素： (1)可接受的憂鬱症病因（生理、心理、社會環境） (2)憂鬱症的治療偏好（精神醫療、心理治療） (3)心理賦能的程度（自助行為、求助行為） (4)憂鬱症的污名化（社會疏遠、與憂鬱症患者之關係的負向信念、對憂鬱症患者之刻板印象）	六點量表，共 21 題	18-22 歲大學生
Voorbees et al. (2005)	了解青年對憂鬱症之負向態度與信念，是否影響其對疾病診斷與治療之接受度	1.自編調查表 2.調查表內容包含： (1)憂鬱症的生理病因 (2)憂鬱症的治療（藥物、心理、禱告） (3)治療對象的偏好（性別、種族） (4)重要關係人的看法（僱主、朋友、家人） 3.其他： (1)人口變項（性別、種族） (2)憂鬱程度（CES-D） (3)過去治療經驗	五點量表，共 17 題	16-29 歲之青少年與成人
Ozmen et al. (2005)	了解民眾對憂鬱症之信念與態度	1.自編調查表 2.調查表內容包含： (1)對憂鬱症的理解（perception） (2)憂鬱症的致病原因(causal contribution) (3)憂鬱症的治療 (4)社會疏遠(social distance)	三點量表，共 32 題	民眾

## 貳、青少年憂鬱概念之現況

憂鬱症的發生頻率在年輕世代中有逐漸增加的趨勢。根據研究發現，美國約有 5% 的青少年深受憂鬱症之苦 (Shaffer et al., 1996)，患病者中將近 7% 的青少年可能衍生自殺的行動 (Weissman et al., 1999)，憂鬱症已然成為個人和社會極大的負擔。國外學者認為，強調憂鬱症與自殺的高關聯性，並於校園中實施相關教育課程將可有效預防自殺的行為；而了解青少年對憂鬱症的先備知識為何，則是發展憂鬱症教育課程十分重要的一環 (Sally et al., 2004)。Sally 等人於 1999 至 2003 年期間，一共對 5645 位中學生實施「青少年憂鬱覺察方案」(The adolescent depression awareness program, 簡稱 ADAP)，並使用「ADAP 憂鬱常識問卷」(The ADAP Depression Knowledge Questionnaire) 了解學生對憂鬱症的先備知識。結果發現，將近 80% 的學生無法正確回答所有問題，多數學生對憂鬱症之症狀、治療等之認識是有偏誤的。

Fornos 等人 (2005) 以半結構式焦點團體的方式訪談美籍墨裔青少年，了解其對憂鬱症所具備的知識與態度，研究發現：這些青少年能說出憂鬱的症狀，但對憂鬱症病因的認識普遍缺乏；對於罹患憂鬱症此一假設性問題，多表示感到羞愧、想躲起來、想與他人隔離；對接受專業治療的態度是衝突的 (覺得應該去，但不想去)，且多抱持負向的觀感；在求助意願上傾向找同儕幫忙，但缺乏具體求助的方式與資源運用的方法。

從上述國外文獻看來，青少年在憂鬱症的知識上多是較粗略且不適切的，在態度上則多呈現出負向、退縮的現象，此更突顯憂鬱症相關教育課程之重要性。國內在青少年憂鬱症預防推廣方面，亦有學者強調心理健康促進和預防憂鬱對青少年是極重要的議題，值得我們加以關注 (謝佳容、張珩，2003)，然而在預防性介入方案的發展上仍在起步階段，目前為止，對於青少年的憂鬱概念亦缺少系統性的了解，尚缺乏這方面的實證性研究，因此本研究擬針對青少年憂鬱概念之現況進行分析與探討。

## 參、影響青少年憂鬱概念之相關因素

目前國內尚缺乏青少年憂鬱概念之相關研究，國外以此為主題者多以調查研究為主（Davidson & Connery ,2003; Voorbees et al. ,2005; Ozmen at al.,2005），且多未進一步針對不同的人口變項加以探討，在有限的文獻資料中，僅少數從性別、憂鬱程度此二變項進行分析。

Burns 與 Rapee (2005) 以 15-17 歲之中學生為研究對象，試圖了解青少年認知憂鬱症之症狀的知識與能力為何，結果發現女生的憂鬱症知識明顯優於男生。究其原因，其認為這可能是女生對情緒的覺察力比男生更敏銳，從其本身或與同儕的接觸中對憂鬱情緒有較多經驗所致；Lewinsohn 等人 (1998)亦曾持相同的看法，指出青少年中女生得憂鬱症的比例高於男生，此經驗極有可能使女生的心理健康知識優於男生。

Voorbees 等人 (2005) 在其研究中，試圖探討青少年之外在因素（包含：性別、種族、家族憂鬱症病史、憂鬱程度等）與其對憂鬱症診斷的接受度之間的關聯性。結果發現僅「男性且憂鬱程度偏低者」可用以預測，即男性且憂鬱程度愈低者，其不願意接受憂鬱症診斷之意向愈明顯。由此看來，目前的研究認為女性的憂鬱症知識有優於男性的傾向，且這可能與其具有較多之憂鬱情緒經驗有關。

而本研究亦將以國內青少年為研究對象，除了性別與憂鬱程度的變項之外，另從地區、年級、參加憂鬱症課程與否、家人有無憂鬱症等變項進一步探討其在憂鬱概念之表現上是否有差異存在。

## 第二節 青少年憂鬱程度及其相關研究

本節旨在分析青少年憂鬱程度之現況，並將有關憂鬱程度之測量工具及相關研究作一整理與探討。

### 壹、青少年憂鬱程度之現況

#### 一、青少年的特性

青少年正值生理成長、身心變化最急遽的時期(謝佳容、張珏, 2003)。Erikson的心理社會發展理論強調青少年處於自我認同或自我混淆的發展關鍵，倘若在此階段面臨升學、交友等問題而遭受挫折與衝突，將會影響其身心適應，此時個體須發展出新的技能來面對新的挑戰與威脅，這不僅是成長的機會，同時也可能對健康和幸福感造成風險，需多加關注(Gallo, Schultz, & Breitmayer, 1992)。在認知能力上，Piaget認為青少年已發展至形式運思期，其特色是個體能運用抽象的、合於形式邏輯的推理方法去思考及解決問題，代表著個體的思維能力已臻於成熟；然而青少年階段的認知發展亦常伴隨著強烈的自我中心現象，容易武斷推論，當實際的情況不若預期時，內在易產生衝突而引發情緒。此外，青少年階段是群性發展的重要時期，青少年與朋友的關係常比父母更為密切，在同儕團體中較易感受到被瞭解與被接納，遇有困難時亦傾向尋求同學、朋友的協助(陳淑娟, 1999)，較少直接求助於父母或專業資源。

青少年在人生全程發展的關鍵階段若為憂鬱所侵擾，不但會對學業、日常生活功能或是後續的發展造成損害，嚴重者還可能導致自殺行為的發生(徐世杰, 2002)。依據行政院衛生署 2004 年的統計報告，14 至 25 歲青年死亡人數共有 2110 人，死亡率為每十萬人口有 59.07 人，主要死因分別為：1. 事故傷害，佔 52.94%；2. 自殺，佔 10.52%；3. 惡性腫瘤，佔 10.00% (行政院衛生署, 2004)；其中，自殺死因已從 2001 年的 7.18%，增加至 10.52%，排行亦自第三躍升至第二。陳為

堅（2000）曾對全台灣 2164 名在學青少年的自傷與自殺意念進行調查，結果發現研究對象中 47.3% 曾有過自殺意念，26.2% 曾有自傷經驗（包括自殺或自殘），而憂鬱症狀是自殺的高風險因素（引自沈武典、謝佳容，2004）。此外，許多研究皆指出青少年憂鬱程度可以強力預測成人憂鬱的發生，青少年憂鬱若缺乏及時的發現與治療，將有非常高的機率會持續存在、惡化，從而演變為成人憂鬱的產生（徐世杰，2002）。有鑑於此，對於青少年憂鬱程度進行主動的篩檢，並對其相關內涵進行更具體、廣泛的探討，實有其必要性與迫切性。

## 二、青少年憂鬱症之盛行率及其與自殺的相關

憂鬱症已被世界衛生組織名稱為新世紀公共衛生醫療界三大疾病之一，與癌症、愛滋病齊名，並被稱為「新世紀的黑死病」(World Health Organization [WHO], 2002)。Holden (2000) 更指出憂鬱症是影響人類生產力的重大疾病之一，在西元 2020 年以前，它將僅次於心血管疾病，成為人類失能 (disability) 的第二大原因。而正當全球對憂鬱症重視之際，學者也發現，憂鬱症的頻率似乎正在年輕世代中增加 (Prosser & McArdle, 1996)，且疾病的初次發病年齡亦逐漸下降中 (Fombonne, 1998; Kessler & Walter, 1998)，此現象受到極大的關注。根據估計，單單在女孩中，美國每年就有將近一百萬位 15 至 19 歲的青少年深受重鬱症之苦（引自楊浩然，2001）；而在台灣，青少年憂鬱症人數亦有不斷攀高的趨勢。

儘管跨國際的研究報告指出，台灣的重鬱症之終生盛行率約為 2% 至 3%，遠低於界在 5% 至 18% 之間的許多西方國家，但全球性逐年上升的罹患率，以及好發年齡的年輕化，在在提醒我們不可輕忽這個可能致命的心理疾病（陳淑惠，2004）。內政部統計處（1999）針對臺閩地區少年身心狀況進行調查，發現國內 12 至 17 歲的青少年中，有 40% 以上經常覺得壓力很大，而他們最常出現的情緒反應即為憂鬱，佔 30.48%；其中，12 至 14 歲青少年出現憂鬱反應的比例為 28.14%，而 15 至 17 歲更高，佔了 31.29%。董氏基金會（2002）於網路上提供青少年憂鬱情緒自我檢視表，以線上自填方式調查憂鬱症的現況，在 4 個月內的資料結果顯示，上網填答人數達 13 萬人，填答者中憂鬱情緒嚴重，已需專業協助的竟佔四分之一（25.6%）。此外，陳為堅（2000）曾以台北縣市及台南市共六

所國中 5968 位學生為對象，針對其憂鬱症狀、人格、飲食習慣、以及青春期狀態加以測量，結果顯示青少年罹患重鬱症的盛行率為 7.1%~25.8%，輕鬱症為 1.2%~8.6%。由此可見，憂鬱是青少年十分常見的現象，且許多人在青少年時期便經歷生平第一次的憂鬱症發作，甚至復發（Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994），這些青少年比成年人提早約 20 年的發病時間，在家庭、學業與人際關係上飽受煎熬，甚而有 15% 可能走向自殺的不歸路（陳怡樺等人，2004）。

自殺是一種精神疾病的表徵，在台灣地區自殺約佔死亡人數的 2%，青少年企圖自殺的比率約為 2%~10% 之間，青少年的主要死亡原因排名中，自殺則已名列第二（行政院衛生署，2004）。根據美國健康與人民服務部門（U.S. Department of Health and Human Services）推估，西元 2020 年自殺將從全世界青少年的第三大死因變為第二大死因（Puskar, Tusaie-Mumford, Sereika, & Lamb, 1999）。而憂鬱已被發現與自殺有高相關（Robert & Chen, 1995），研究顯示約有 90% 自殺死亡個案有憂鬱症診斷，21% 的憂鬱症患者有自殺過去史，15% 終將走上自殺死亡之途（Lewinsohn et al., 1994; Rao, Ryan, & Birmaher, 1995）。再者，由於憂鬱症高盛行率、高復發及慢性化的疾病特徵，早期憂鬱症的發病對往後成年憂鬱症可謂為高危險因子（沈武典、謝佳容，2004）。由此可知，心理健康促進和預防憂鬱對青少年是個重要的議題，值得我們加以關注（謝佳容、張珏，2003）。

## 貳、青少年憂鬱程度之測量

有關憂鬱程度之測量工具多為國外學者所編製，其中一部分由國內學者加以翻譯與修訂後於國內實施，目前僅有「青少年憂鬱量表」（黃君瑜、許文耀，2003）及「青少年憂鬱情緒自我檢視表」（黃國彥、張本聖、吳佑佑、葉雅馨、詹佳真，2004），是完全以國內青少年為樣本編製而成。這些測量工具依其性質之不同，分別用於社區民眾以及醫療院所之病人。以下就國內外主要之測量工具加以說明。

## 一、國外方面

目前國外對青少年憂鬱程度之研究相當多，亦發展出相應之憂鬱量表，其研究對象包含 7-19 歲之兒童與青少年，量表之內容亦分別針對臨床與非臨床之憂鬱症狀進行測量。相關之評量工具，歸納整理如表 2-2-1。

表 2-2-1 國外之青少年憂鬱量表

編製者	量表名稱	量表內容	量表型式與題數	適用對象	近五年之相關研究
Radloff (1977)	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	測量非臨床的 抑鬱感	4 點量表，20 題	適於一般 社會大眾 (包含青 少年)	Allison, Roeger, Martin, & Keeves (2001)
Kovacs & Beck (1977)	Children's Depression Inventory (CDI)	五個分量表： 1. 負向情感 2. 人際問題 3. 無效用 4. 失去快樂 5. 負向自尊	每題有三項代表 不同程度的症狀 描述，由受試者選 出符合個人情形 的一項，27 題	7-17 歲的 學齡兒童 與青少年	Kovacs & Beck (1977)
Birleson, (1981)	Depression Self-Rating Scale (DSRS)	測量過去一週 的憂鬱症狀	3 點量表，18 題	7-13 歲之 兒童與青 少年	Birleson, (1981)
Sokoloff & Lubin (1983)	Children's Depression Adjective Checklist (C-DACL)	測量短暫的憂 鬱心情、感覺 或情緒	鉤選適合描述個 人情形的項目，34 題	13-19 歲， 須具有八 年級以上 的閱讀能 力	Sokoloff & Lubin (1983)
Reynolds (1987)	Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	DSM-III 所列 出的重鬱與輕 鬱之症狀	4 點量表，30 題	12-18 歲臨 床診斷之 青少年	Reynolds (1987)

由表 2-2-1 可知，這些憂鬱量表測量的內容不盡相同，在適用年齡及反應型式上也各有差異，其中以 Radloff (1977) 所編製之 CES-D 量表最廣為使用。



## 二、國內方面

目前國內有關評量青少年憂鬱程度之量表，多依據國外相關研究工具進行翻譯與修訂而成，歸納整理如表 2-2-2。

表 2-2-2 國內之青少年憂鬱量表

編製者	量表名稱	量表內容	量表型式與題數	適用對象	近五年之相關研究
鄭泰安 (1985)	流行病學研究中心憂鬱量表 (CES-D) 中文版	1.憂鬱情感 2.身體活動 3.正向情感 4.人際困難	四點量表，共 20 題	一般社會大眾，包含青少年	劉淑言等人 (2005) 楊浩然 (2001) 邱鈺茹 (2000)
魏麗敏 (1994)	兒童憂鬱量表 (以 CDI 為藍本編製而成)	憂鬱情感 負向行為 個人適應	38 題	國中以下之兒童、青少年	陳柏齡 (1999)
陳心怡 (2000)	貝克憂鬱量表 (BDI-II) 中文版	用來評估個案的憂鬱程度，作為診斷及安置的參考。量表內容的症狀評估與 DSM-IV 中的憂症診斷判準一致。	包含 21 組題目，每組題目均有 4 個句子，依憂鬱的特定症狀之嚴重程度排列。	13 至 80 歲	胡雅婷 (2005) 李伊淑 (2004) 王黛玉 (2004)
黃君瑜 許文耀 (2003)	青少年憂鬱量表	憂鬱情緒 憂鬱生理 憂鬱認知 憂鬱行為	以「是」、「否」進行二分式填答，共 31 題	18 歲以下之青少年	黃君瑜、許文耀 (2003)
黃國彥 張本聖 吳佑佑 葉雅馨 詹佳真 (2004)	青少年憂鬱情緒自我檢視表	憂鬱情緒 憂鬱生理 憂鬱認知 憂鬱行為	以「是」、「否」進行二分式填答，共 20 題	18 歲以下之青少年	葉真秀 (2003) 楊朝旭 (2004)

目前國內用以測量憂鬱程度之工具，在臨床病人的部分以貝克憂鬱量表居多，在一般民眾的部分以流行病學研究中心憂鬱量表較普遍，此量表乃鄭泰安 (1985) 修訂，量表之原版本為 Radloff (1977) 所編製，研究對象遍及所有年齡層，其中於青少年之研究亦愈來愈多。綜合國內外相關研究工具之使用情形，本研究於憂鬱程度此一變項之探究，採用鄭泰安修訂之中文版本。

## 參、影響憂鬱程度之相關因素

近幾年來，青少年憂鬱症問題日益受到重視，且以科學實證之量化統計分析為主。研究者除了瞭解青少年憂鬱症之現況外，並探討影響其憂鬱程度的因素為何？其中以相關人口變項最多，包含：性別、年級、學業成就等，茲分別說明如下：

### 一、青少年憂鬱程度在性別上的差異

西方大規模的精神流行病學研究中，幾乎一致地指出女性憂鬱症患者的盛行率高於男性，約為男性的兩倍（Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994）；一項大規模的跨國性研究也指出，不同文化之間亦存在類似的性別差異（引自楊浩然，2001）。然而，值得注意的是，這個男女比例的差異是在進入青春期之後才逐漸確立（Allison, Roeger, Martin, & Keeves, 2001）。其實，在青春期之前，憂鬱症之男女比例並沒有顯著差異（沈詠萱、詹其峰、呂碧鴻，2003）。是什麼因素使得成熟之後的女性較男性容易變成「憂鬱一族」呢？目前的研究發現，女性在一些與焦慮、憂鬱有關的常見心理疾病上多於男性，而這些疾病通常與先天因素或家族性因素的關聯較弱，而與後天的心理、社會、文化因素較有關係，特別是女孩在前青少年期經驗較多挑戰所致（Petersen et al., 1993；沈詠萱等人，2003）。此外，亦有學者指出，女性的生理週期與賀爾蒙系統是造成憂鬱症的元兇，生理機制與環境互動結果在性別上確實是有差異的（Cohen et al., 1993）；另有學者認為，由於女性覺察內在感受的能力與求助的需求均較男性高，因此，求診的可能性較高，也遂而造成被診斷為憂鬱症的人數遠高於男性的現象（陳淑惠，1999）。然而，關於自青少年開始女性患憂鬱症之比例高於男性的現象，原因究竟為何，目前尚缺乏科學性研究的證實（Angold & Worthman, 1993; Allison et al., 2001），直覺認為與青春期有關顯然失之過於簡化了。楊浩然（2001）指出欲探究其可能因素，尚須從診斷標準的一致性、青春期定義之指標、共病性影響、以及復發率等層面來了解。

由上述國外研究可發現女性患憂鬱症的機率是高於男性的，然而在國內方面則未獲得一致的結果。2002年於台灣地區進行的調查顯示，約有15~20%的「草莓族」出現憂鬱症狀，其中青少年出現憂鬱症狀，甚或罹患輕鬱症、重鬱症的比例皆高於青少年，且近三成國中少女曾罹患重鬱症（陳怡樺等人，2004）。楊浩然（2001）以台北市國中生為對象，進行青少年憂鬱疾患與憂鬱症狀之追蹤研究，結果發現青少年在第一、二年的輕鬱症或重鬱症盛行率上，皆高於青少年，且在重鬱症之初發生率上，女生明顯高於男生；邱鈺茹（2000）研究青少年生活事件與憂鬱症狀，結果指出國中女生在CES-D的得分上顯著大於男生，即國中女生的憂鬱程度較男生為高。陳柏齡（1999）針對國中生生活壓力、失敗容忍力與憂鬱傾向之關係進行探討，結果發現性別對於國中生的憂鬱傾向有顯著差異，女生高於男生。此外，趙芳玫（2002）、郭靜靜（2003）以台北縣市高職生進行的研究亦獲得相同的結論。然而葉真秀（2003）、楊朝旭（2004）皆以中區地區高中生為對象，採用「青少年憂鬱情緒自我檢視表」為測量工具進行研究，結果發現高中生憂鬱程度在性別上並無顯著差異。此不一致的結果是否導因於研究樣本及測量工具之不同，尚待進一步的探究。

## 二、青少年憂鬱程度在年級（年齡）上的差異

青少年之憂鬱程度是否會因年級之不同而有所差異？其研究結果頗不一致。有的顯示青少年高年級者憂鬱程度明顯高於低年級者（Kashani, Rosenberg, & Reid, 1989；蔣桂嫻，1993；陳柏齡，1999；郭靜靜，2003），有的則指出年級對憂鬱程度並無顯著影響（邱一峰，1996；蔡嘉慧，1998；葉真秀，2003）。茲整理如下：

### （一）不同年級（年齡）在憂鬱程度上有顯著差異

國外學者Kashani等人（1989）的研究結果發現，年齡與青少年的憂鬱是成正相關的，亦即隨年齡的增長，青少年的憂鬱程度亦隨之增加。國內方面，蔣桂嫻（1993）的研究指出，高三學生在嚴重憂鬱症發生率上，顯著高於高一、高二學生，即高三身心健康狀況較差；郭靜靜（2003）以高職生為研究對象，結果發現

高職三年級學生之憂鬱傾向較高職一年級學生來得多；而陳柏齡（1999）針對國中生進行的研究亦發現年級對於國中生的憂鬱傾向有顯著差異，九年級生整體憂鬱傾向高於七年級生，在「憂慮」此一層面上，八年級生亦顯著高於七年級生。

### （二）不同年級（年齡）在憂鬱程度上無顯著差異

邱一峰（1996）針對國中生之憂鬱傾向及其相關因素進行研究，結果發現不同年級國中生之憂鬱傾向並無顯著差異存在；蔡嘉慧（1998）以國中生為研究對象，結果顯示國中學生之年級與其憂鬱傾向無關；而葉真秀（2003）針對高中生進行之調查，亦得到相同的結論。

## 三、青少年憂鬱程度與學業成就的關係

近幾年來，探討青少年憂鬱症致病因素的相關研究證實，生活壓力事件確實是導致憂鬱症產生的重要原因，其中課業成就期望（expectation of academic achievement）一直較少被提及，但後來的研究卻發現其對憂鬱症狀具有直接的影響，學業表現低落易產生較多的挫折感而導致低自尊，進而增加憂鬱的危險性（Maag, Rutherford, & Parks, 1988; 邱一峰, 1996）。以國外研究而言，Cheung (1995)曾以 3582 位中學生為對象，探究課業成就期望與憂鬱之間的關聯，結果發現課業成就符合期望的青少年產生憂鬱症狀的比例，明顯少於課業成就不符期望者；Sigel 與 Griffin (1984) 的研究亦指出，14~15 歲之青少年較其他年齡之青少年有較多之憂鬱症狀，課業即是原因之一；Dukes 與 Lorch (1989) 研究發現，青少年對目前學業成就不滿意，而感到無望、空虛、缺乏生命意義及自我價值低，與青少年的憂鬱傾向有關；Greening 與 Dollinger (1993) 也指出青少年成績低落以及逐漸增加的學業壓力，與青少年產生憂鬱的傾向有極大的相關。至於國內研究方面，根據內政部統計處（1999）台閩地區青少年身心狀況調查分析，結果顯示青少年所面臨的壓力中，比例最高的是學校課業，佔 82.8%；董氏基金會（2002）針對青少年進行的大規模調查，結果亦發現時常或總是讓青少年產生負面情緒及壓力的生活事件首推「考試」佔 44.4%，其次為「課業表現」佔 37.9%，且愈不滿意自己的課業表現及自認為成績退步愈多者，其有憂鬱情緒傾向的比例也愈

高。此外，邱一峰（1996）以台北縣三所國中 742 位學生為對象，探討青少年之憂鬱傾向及相關因素，結果指出造成憂鬱的因素中，「課業表現不符期望」高居第三位。徐世杰（2002）以台灣地區各公私立高中職學生為對象，結果亦顯示學業表現差之青少年，其憂鬱程度明顯高於學業表現佳者。由此看來，青少年之憂鬱程度與學業成就之間確有其關聯性。

綜上所述，不同背景因素與青少年憂鬱程度之關係，可歸納出以下幾個要點：

- 1.性別與憂鬱程度具有差異存在，且多數研究指出，青少年期之後，女性之憂鬱程度明顯高於男性。
- 2.青少年之憂鬱程度與年級之關係，國內外獲致之研究結果頗不一致，然而較多研究傾向認為年齡與青少年的憂鬱是成正相關的。
- 3.學業成就滿意度低者，憂鬱程度明顯高於學業成就滿意度高者。

在本研究中，分別自台北市、高雄市及台灣省北、中、南、東四區取樣，並以國內外最廣為使用的 CES-D 為研究工具，針對上述三個背景變項進行探討。

### 第三節 青少年求助態度及其相關研究

本節旨在說明求助態度之意義，並將有關求助態度之測量工具、求助態度現況及相關研究作一整理與探討。

#### 壹、求助態度之意義

「求助」是指個人遭遇特定困難或情緒困擾而承受壓力時，向他人（包含正式與非正式資源）尋求協助的溝通過程（Gourash, 1978; Offer, Howard, Schonert, & Ostrov, 1991），藉此使個人在危機之際，獲得支持、忠告或協助（Gourash, 1978）。所謂正式資源意指求助於專家，例如社工師、心理師、家庭醫師、學校諮商師等；非正式資源則是求助於家庭為本位的資源（例如父母、手足、親戚等），或同儕為本位的資源（例如知己、成年朋友、同儕輔導員等）（Offer et al., 1991; Schonert-Reichl & Muller, 1996; Menna & Ruck, 2004）。所以，求助包括討論與直接請求幫忙（李柏英，1983），同時也是個人以正式、非正式網絡處理危機事件的過程（陳茱麗，1988）。

「態度」是指個人對人、事、物以及周圍世界，憑其認知及好惡所表現的一種相當持久一致的行為傾向（張春興，1995），包含：以對問題有所知為基礎的認知成分、以對事物的愛惡來作決定的情感成分，以及對事件是否付諸行動的行為成分。依此架構來看，「求助態度」可能包括：認知層面，如對自己問題的了解、對尋求諮商專業協助的想法等；情感層面，如過去求助經驗的感受、個人求助偏好等；以及行為層面，如自我開放的程度、選擇求助的方式等。可見，求助態度是個人尋求於專業心理輔導的整體性態度傾向（董華欣，民 1992），深究求助歷程中所涉及到認知、情感與行為等因素，才能瞭解求助態度的意義（陳淑娟，1999）。Nelson (1980) 談及個案之求助歷程時，認為求助是一個連續的反應，不是一個單純的過程；在求助歷程中，個人會進行價值判斷，這些價值判斷來自於文化或過往的求助經驗，而價值判斷後形成的行為反應就是求助態度。

綜上所述，求助態度是一個複雜的心理運作過程，是個人對求助過程所作的價值判斷，進而形成一種愛惡持久的行為傾向（陳淑娟，1999），此傾向潛在影響個人的求助行為。影響求助態度的因素相當多，而這些因素往往決定一個人是否願意主動尋求專業人員的協助（蔡永新，1998）。許多學者研究發現求助態度可以有效推估一個人是否求助（Fischer & Turner, 1970; 郭國禎，1986；賀孝銘，1989），因此對求助態度之瞭解是相當重要的。

## 貳、求助態度相關研究使用之工具

有關求助態度之測量工具國內外皆有研究者編製，這些測量工具依其性質、目的之不同，分別用於國中、高中及大學生。以下就國內外主要之測量工具加以說明。

### 一、國外方面

目前國外對求助態度之研究相當多，其研究對象包含中學以上之學生，含蓋青少年及成人的範疇，相關之評量工具，茲整理歸納如表 2-3-1 所示。

表 2-3-1 國外有關求助態度之研究工具

編製者	編製情形與量表因素	題數與反應型式	研究對象	相關研究
Fischer & Turner (1970)	1.自編量表：Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale，簡稱 ATSPHS 2.量表因素： (1)承認心理輔導的必要性 (2)容忍污名（stigma）的程度 (3)人際間開放的程度 (4)信任心理輔導人員的程度	1. 29 題 2. 4-point Likert-type scale	中學以上之學生	Fischer & Turner (1970) Atkinson, Dadfar, & Friedlander (1982) Gim (1989) Leong 與 Zachar (1999) Yoo & Skovholt (2001) Yoo (2001)

（續下表）

表 2-3-1 (續)

Snyder, Hill, & Derksen (1972)	1. 編製情形：自編 2. 量表因素： (1)心理諮商的有效性 (2)對諮商歷程的了解 (3)輔導中心的可靠度及效能 (4)心理諮商的污名化 (5)心理諮商準備度	1. 29 題 2. 3-point Likert-type scale	大學生	Snyder et al.(1972)
Dadfar & Friedlander (1982)	1. 編製情形：以 Fischer & Turner (1970)編製之 ATSPHS 進行施測後，重新因素分析，得三個因素 2. 量表因素： (1)對心理專業人員的信任 (2)社會污名及心理治療私密性 (3)強調靠自己解決問題	1. 29 題 2. 4-point Likert-type scale	大學的國際學生	Dadfar & Friedlander (1982)
Kuhl, Jarkon-Horlick, & Morrissey (1997)	1. 編製情形：自編 Barriers to Adolescent Help Seeking, 簡稱 BASH 2. 量表因素： (1)家庭提供足夠協助 (2)同儕提供足夠協助 (3)自給自足 (4)時間的方便性 (5)對資源的認識 (6)疏遠 (7)治療的有效性 (8)自我覺察／自我覺知 (9)對治療師的覺知 (10)控制焦點 (11)污名化 (12)保密性 (13)可負擔性	1. 37 題 2. 6-point Likert-type scale	9-12 年級之青少年	Kuhl, Jarkon-Horlick, & Morrissey (1997)

由表 2-3-1 可知，這些量表測量的內容不盡相同，在適用年齡及反應型式上也各有差異，其中以 Fischer 與 Turner(1970) 所編製之 ATSPHS 量表最廣為使用。



## 二、國內方面

目前國內亦有不少有關求助態度之研究，其研究對象多以大學生為主，量表多為參考外國相關量表後自編而成，茲整理歸納如表 2-3-2 所示。

表 2-3-2 國內有關求助態度之研究工具

編製者	量表因素與編製情形	題數與反應型式	研究對象	相關研究
林幸台 (1979)	1.編製情形：修訂 Fisher & Turner (1972)的 Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale 2.量表因素： (1)承認心理輔導的必要性 (2)容忍污名的程度 (3)人際間開放的程度 (4)信任心理輔導人員的程度	1. 24 題 2.李克特式四點 量表	大學生	賀孝銘 (1986) 郭國禎 (1986) 張學善 (1989) 簡茂發 (1993) 蔡永新 (1998) 黃盛蘭 (1999) 陳淑娟 (1999)
紀文祥 (1979)	1.編製情形：參考 Goldstein (1971) 所編之 Attitudes toward Psychotherapy and Psychotherapists Scale 2.得分區分成積極與消極兩因素	略	國中以上 之學生	紀文祥 (1979)
李柏英 (1985)	1.編製情形：採用 Gorsuch (1974)建議的方法，及過去求助之文獻進行編製 2.量表因素： (1)面子顧慮；(2)求助需要；(3)不求助行為的合理化；(4)自我承擔	1. 42 題 2.李克特式六點 量表	大學生	李柏英 (1985)
朱娟瑩 (1986)	1.編製情形：以 Fischer & Turner(1970)所編量表為基本架構，並參考 Form (1953) 的量表進行編製。 2.量表因素： (1)人際開放 (2)烙印容忍度 (3)輔導肯定 (4)中心認識	1. 56 題 2.李克特式五點 量表	大學生	朱娟瑩 (1986)

(續下表)

表 2-3-2 (續)

程玲玲 (1987)	1.編製情形：自編 2.量表因素 (1)人際開放程度 (2)恥感 (3)否認有心理因素 (4)對心理協助的負面評價 (5)個人現代化量表 (6)接受協助前的心理準備 (7)強調靠自己解決問題 (8)對問題的判斷 (9)靠意志力解決問題 (10)家人的支持 (11)朋友的支持	略	大學生	程玲玲 (1987)
程小蘋 賀孝銘 李華璋 (1996)	1.編製情形：自編「輔導印象問卷」 2.量表因素： (1)對輔導功能的認識 (2)受輔恥感 (3)對輔導人員的認知	1. 39 題 2.李克特氏五點 量表	大學生	程小蘋、賀孝銘 李華璋 (1996)
吳志祥 (1997)	1.編製情形：「輔導預期量表」，以 Tinsley (1980) 編製、王怡人 (1987) 中譯之諮商預期量表為依據進行編製 2.量表因素： (1)輔導老師的角色 (2)輔導效果 (3)負向感受 (4)輔導非專業 (5)對輔導老師的喜歡	1.69 題 2.李克特氏七點 量表	高中生	吳志祥 (1997)

由表 2-3-2 得知，國內在研究求助態度的工具中，林幸台 (1979) 所修訂之求助態度量表是最常被使用的測量工具，其量表之原版本為 Fischer 與 Turner (1970) 所編製，研究對象包含中學以上之學生。綜合國內外相關研究工具之使用情形，本研究於求助態度此一變項之探究，採用林幸台修訂之原版本進行預試，並決定正式量表。

## 參、青少年求助態度之現況及相關研究

「求助」被認為是青少年能否成功因應發展問題的必備要素 (Schonert-Reichl & Muller, 1996)，然而國外研究發現，有將近 20% 的青少年處於明顯持續的壓力下，或長期面臨情緒、行為的問題，但大多數未能接受到協助 (Offer et al., 1991)。Garland 與 Zigler (1994) 更指出，這些有情緒及行為困擾的青少年中，約 33% 至 50% 的人沒有被發現且未能尋求適當的協助。此外，也有學者表示多數青少年求助時是尋求非正式資源，以至於多未能獲得真正需要的幫助，而此現象已被視為專業服務上的缺口 (service gap) (引自 Grinstein-Weiss, Fishman, & Eisikovits, 2005)。

青少年求助態度不甚積極的情形，其背後可能潛藏許多原因，例如：高心理專業價格、對尋求正式資源的負向態度、對面臨的狀況缺乏正確知識等 (Nadler, 1987; Dubow, Lovko, & Kausch, 1990; Rickwood & Braithwaite, 1994)。近二十年來，國內外許多學者為了進一步了解此現象，嘗試從不同的角度進行分析，茲分述整理如下：

### 一、求助態度與性別之相關研究

許多研究均指出，性別在求助態度上存有顯著差異，一般多認為女性求助態度較男性積極正向 (Cook et al., 1984; Johnson, 1988; Seiffge-Krenke, 1993; Tishby et al., 2001; 朱娟瑩, 1986; 郭國禎, 1986; 梁淑娟, 1997; 陳淑娟, 1999; 賀孝銘, 1989; 黃盛蘭, 1999)，然而並非所有的研究結果皆顯示女性的求助態度優於男性 (林幸台, 1979) 或認為性別在求助態度上有明顯不同 (Snyder et al., 1972; Halgin, Weaver, Edell, & Spencer, 1987; 李柏英, 1985; 張學善, 1988)，茲將各學者所持看法分述如下：

#### (一) 性別與求助態度有關

國外研究方面，Cook 等人 (1984) 的研究發現女性比男性更願意使用心理諮

商的資源；Johnson (1988) 亦指出女性較不避諱專業人員的協助，較相信專業人員能解決個人困擾的問題，包含較女性化的男學生亦然。Seiffge-Krenke (1993) 的研究發現青少年中女生遇到困難時較能立即提出，且比男生更願意向重要他人傾訴，並採納重要他人的建議來解決問題。Tishby 等人 (2001) 以 1415 位 7 至 12 歲的以色列兒童、青少年為對象進行研究，其結果亦指出女生的求助意願明顯高於比男生，特別是面臨情緒及健康問題，如：家庭關係、憂鬱情緒、感情及社交問題等。而這些情形學者多以社會化理論 (socialization theory) 加以解釋，認為男性的社會化過程是立基於成就、獨立及壓抑等價值觀，女性則是強調合作、依賴及情感表達，結果使得男性較女性更視自己為獨立的問題解決者 (Corney, 1990; Garland & Zgler, 1994)。

在國內研究方面，黃盛蘭 (1999) 以 677 位高中生進行調查，結果發現高中女生的求助態度比男生傾向積極；陳淑娟 (1999) 以國中生為研究對象，其結果指出男生的行為困擾較女生嚴重，求助態度卻較女生消極負向。郭國禎 (1986) 的研究亦有相同看法，認為男生、女生都有相同的求助需欲，然而實際情形卻是女生求助人數多於男生；此外，朱娟瑩 (1986) 的研究也獲致相同的看法。

然而也有研究持相反的看法，認為男生求助態度較積極正向。Fisher 與 Turner (1970) 的研究發現，文理學院的男生較護理學院的女生求助態度積極正向；林幸台 (1979) 的研究指出，理工科男生的求助態度較女生積極正向，他認為這可能是理工科學生多為男生，且其學習環境較偏向自由、獨立的思考使然。

## (二) 性別與求助態度無關

國外學者 Dafar 與 Friedlander (1982) 進行國際性求助態度比較研究，發現性別與求助態度無關；Snyder (1972)、Halgin 等人 (1987) 的研究結果也顯示出男女兩性在求助態度上並無顯著差異；Boldero 與 Fallon (1995) 對 1013 位在學青少年所做的研究亦得到相同的結論。

在國內研究方面，紀文祥 (1979) 以國中以上學生為研究對象，對其求助態度進行了解，結果發現性別與求助態度無顯著差異；林幸台 (1979) 的研究中，人文社會科的學生於求助態度的表現上無性別的差異；李柏英 (1985)、張學善

(1988) 分別針對大學生及專科生所作的研究亦得到相同結論。

儘管多數研究認為女生求助態度較積極正向，但性別與求助態度的關係仍未有定論，尤其是在青少年階段的看法多有爭議存在 (Boldero & Fallon, 1995)，其原因除了樣本及研究工具的差異外，是否有其他因素的影響仍是值得探討的議題。此外，國內以青少年為主，探討不同性別之求助態度的研究實在少見，故本研究擬針對此一變項加以探討。

## 二、求助態度與年級之相關研究

青少年求助態度是否會因年級之不同而有所差異？研究結果頗不一致，有的顯示年級愈低者其求助態度愈積極正向 (朱娟瑩, 1986; 郭國禎, 1986; 林惠雅, 1987; Tishby et al., 2001)，有的則剛好有相反的看法 (Fischer & Cohen, 1972; Hashemi, 1985; 陳茱麗, 1989)；然而亦有研究指出年級對求助態度並無顯著影響 (吳珍, 1994; Boldero & Fallon, 1995)。茲整理如下：

### (一) 年級與求助態度有關

#### 1. 低年級求助態度較積極之相關研究

國外學者 Tishby 等人 (2001) 的研究指出年齡較小或年級較低的青少年，其求助意願較高；國內方面，朱娟瑩 (1986) 的研究結果亦發現年紀愈小或年級愈低的學生，其求助態度愈積極，愈可能採取求助行動；林惠雅 (1987) 研究輔仁大學學生求助行為，結果發現大一、大二學生求助態度較高年級學生更積極正向。此外，尚有學者獲得相同的看法 (郭國禎, 1986)。

#### 2. 高年級求助態度較積極之相關研究

國外學者 Hashemi (1985) 認為學生年級愈低求助態度愈趨保守，年級愈高求助態度愈積極正向。Fisher 與 Turner (1970)、Fisher 與 Cohen (1972) 的研究也有相同的結果。國內研究方面，陳茱麗 (1989) 亦認為年級愈大，因生命週期所遭遇的困擾較多，因此向專業機構求助的可能性就愈大。

### 3.年級與求助態度有關，但無特定方向性

張學善（1989）針對五專生的研究發現，一年級與五年級的求助態度較積極正向，二至四年級求助態度較不積極正向，他認為這可能是一年級新生面臨新環境的適應，以及五年級學生面臨即將畢業的調適所致。而陳淑娟（1999）研究則指出不同年級國中生的整體求助態度確有顯著差異，但在分層面的向度上，「承認輔導的必要」此一層面，二年級顯著高於一年級，在「信任輔導員的程度」的層面，二年級亦顯著高於三年級。

#### （二）年級與求助態度無關

Boldero 與 Fallon（1995）的研究指出年級對求助態度無顯著影響；吳珍（1994）的研究亦發現，不同年級大學生接受專業心理輔導的意願並無差異。

根據上述文獻整理可知，多數研究支持年級與求助態度之間具有顯著差異，然高、低年級之間的方向性尚無定論，本研究擬針對此一變項加以探討。

### 三、求助經驗與求助態度之相關研究

所謂經驗係指個體在生活中一切習慣、知識、技能、思想、觀念的累積，是過去到現在為止所累積下來的一切（張春興，1995）；Locke 認為經驗是人的心理和一切知識的來源（引自車文博，1996），因此經驗會影響人的認知，與態度的形成有密切關係。可以說，態度的習得是不同經驗的結果。

而有關求助態度之研究，求助經驗自是不可忽略的重要因素。Fischer 與 Turner（1970）的研究發現，有求助經驗者的態度較無求助經驗者積極。Tinsely 與 Benton（1978）也證實未曾尋求專業諮商協助的潛在求助者，其對諮商效果之期望比有過諮商經驗者為低。在國內研究方面，郭國禎（1986）、李咏吟等人（1987）以及王怡人（1988）均指出，個人的求助經驗會增加其對專業心理諮商的瞭解，並因而增進求助的意願；程小蘋等人（1996）的研究發現曾使用輔導中心資源的學生，在「對輔導功能的認識」、「受輔恥感」及「對輔導人員的認知」等三方面均有較正向的看法與態度。

然而，林幸台（1979）之研究結果並未支持上述論點，其探討國立臺灣教育

學院學生的求助行為，發現求助經驗之有無，對學生的求助態度並無顯著影響。King 與 Matteson (1959) 則認為學生對諮商結果的感受會影響其求助態度，且可能導向正面或負面的結果；其研究報告指出，學生求助之後可能會因過程或結果而改變其求助態度，當中，接受心理諮商的次數在 5 次以內者，其求助於心理諮商中心的態度，較從未去過者更為積極，但若求助 5 次以上而問題未解決者，可能會令其感到困窘而產生消極、排斥的心理。由此可進一步推論，求助經驗正向與否，對求助態度似乎是有影響的，然而尚待研究證實。

## 第四節 憂鬱概念、憂鬱程度與求助態度的關係

目前國內外有關憂鬱症對青少年身心健康之影響，或青少年求助態度的研究頗多。然而，似乎較缺乏直接探討青少年憂鬱概念、憂鬱程度與求助態度之關係的研究。本節擬就現有文獻中所述及之相關內容，加以整理如下：

### 壹、憂鬱概念與求助態度之相關文獻與研究

在文獻中特別針對憂鬱概念（包含憂鬱症的知識、信念與態度）與求助態度進行探討的研究並不多，多數會從廣泛的心理健康知識、心理疾病概念、對心理治療的接受度等來了解受試者的求助行為（張學善，1988；Leong & Zachar, 1999；Tishby et al., 2001），僅少數特別針對憂鬱症知識的了解程度進一步作分析（Burns & Rapee, 2005）。茲分述如下：

#### 一、心理疾病概念與求助態度之關係

Hall (1984) 主張在求助態度上表現愈積極者，其對心理疾病的概念將愈少傳統刻板印象，代之以較多的專業導向。此結果在張學善（1988）的研究中獲得驗證。張學善以專科生為研究對象，探討心理疾病概念與求助態度的相關情形。結果發現，對心理疾病之概念與求助態度成正相關；當個人對心理疾病愈採仁慈的觀點、對心理衛生具備正確的概念，不將心理疾病視為是一種恥辱或是個人弱點時，將有助於其尋求諮商輔導的協助。此外，於心理疾病的歸因過程中，若將心理疾病歸因為生理因素所造成，忽略社會文化因素時，亦將影響其對問題的處理。

Leong 與 Zachar (1999) 以大學生之性別與心理疾病概念來預測其求助態度，結果發現受試者於心理疾病概念的分數上，「社會性限制」(socially restrictive) 與求助態度呈現負相關。所謂「社會性限制」係指認為心理疾病患者將對他人，特別是家庭造成危險或妨礙，而此與污化名 (stigmatization) 有關，即對於心理



疾病污名程度高者，求助態度愈負向。

Tishby 等人 (2001) 調查以色列青少年在情緒與健康方面之求助情形與相關影響因子，結果發現當青少年對心理治療接受度高，且相信治療過程之保密性時，其求助態度較正向。

然而 Sheffield、Fiorenza 與 Sofronoff (2004) 的研究將心理疾病概念中，關於知識與態度的層面加以區分，進一步表示目前仍無法直接證實心理疾病知識會影響個人求助於專業的意願；個人對心理疾病所抱持之態度，才是心理疾病知識與求助意願之間的調節因子；換言之，好的心理疾病知識與積極的心理疾病態度有關，而此態度會影響求助於專業的意願。

## 二、憂鬱概念與求助態度之關係

上述研究乃針對心理疾病概念與求助態度之關係進行探討，其結果皆顯示心理疾病概念愈佳，求助態度愈正向。而憂鬱症為心理疾病之一，個人的憂鬱概念與求助態度之間是否有關聯性存在，近幾年學者有進一步的分析與研究。

Burns 與 Rapee (2005) 認為心理健康知識未能確實普及於青少年，可能是目前青少年遇到心理困擾卻沒有適切求助的原因。他們以澳洲 15 至 17 歲之中學生為對象，試圖了解青少年的憂鬱症知識與能力，並以假設情境了解其尋求專業協助的想法。結果發現，青少年認為朋友若得憂鬱症時，其首要求助對象為學校諮商心理師，其次為朋友，再次為家人或親戚，僅極少數人 (2%) 認為醫師是適合的求助對象，此與其在成人的研究結果相反。Burns 與 Rapee 認為儘管青少年會選擇求助於諮商心理師，然而心理健康知識仍尚未真正落實，這使得青少年可能認為憂鬱症不需就醫，或認為看醫生只能解決生理健康問題而非心理健康問題。

Patel 等人 (2004) 提供民眾「憂鬱症教育指引」，並從中了解其對憂鬱症及相關治療的認識程度，結果顯示許多民眾認為憂鬱症是自己造成的，即使視憂鬱症為嚴重問題，也僅有 21% 的人會選擇尋求專業協助；由此可知，憂鬱症的知識是必要的，但卻未必能帶動具體的求助行為。Patel 等人認為民眾僅認識憂鬱症狀是不夠的，須增進民眾對憂鬱症之症狀與其相關治療等訊息之間的連結，方能

對於尋求專業協助產生正面之引導。因此欲探究憂鬱症概念與求助態度之關係時，有關憂鬱概念之測量，有必要同時對於症狀、治療等面向進行了解。

## 貳、憂鬱程度與求助態度之相關文獻與研究

憂鬱程度與求助態度之關聯性如何？其研究結果頗不一致。有的顯示兩者沒有直接的相關(Erlich, 1992)，有的則指出兩者有負相關存在(Saunders、Resnick、Hoberman, & Blum, 1994)，有的則發現憂鬱程度高者求助態度較正向(Halgin, Weaver, Edell, & Spencer, 1987)。此不一致情形，與研究對象及憂鬱嚴重程度界定上的差異有關。茲分述整理如下：

### 一、憂鬱程度與求助態度無關

Erlich (1992) 主張，青少年精神狀態的嚴重程度或內在的痛苦程度，與其求助意願之間沒有直接的相關，青少年的發展階段與自我強度(ego strength)才是決定其求助與否的關鍵。而 O'Neil、Lancee 與 Freeman (1984) 亦認為憂鬱的嚴重程度確實為影響憂鬱症學生是否求助的因素之一

Yoo (2001) 以美國與南韓的大學生為研究對象，採用 CES-D 及 ATSPHS 為研究工具，從文化差異來了解憂鬱程度對求助態度的影響，結果發現憂鬱程度與求助態度之間並無顯著相關存在；然而憂鬱程度中，身體症狀得分愈高者其求助態度傾向愈負面，且此一情形於南韓大學生尤為明顯。

Tishby 等人 (2001) 以 7 至 12 歲的兒童、青少年為研究對象，以貝克憂鬱量表的測量結果將受試者區分為憂鬱組與非憂鬱組，結果發現憂鬱組青少年遇到困難時反而不會主動尋求協助。其表示這可能是有憂鬱症或自殺意念的兒童、青少年有困難跳脫個人困境看到其他可能性，且無法相信求助是有幫助的。換言之，當青少年憂鬱程度高，以致於影響其人際互動與生活功能時，反而是有困難主動求助的。

## 二、憂鬱程度與求助態度有負相關存在

Voorbees 等人 (2005) 曾以 16 至 29 歲之青少年及成人共 10962 位為研究對象，進行跨地區、大規模的分析，試圖從憂鬱症的病因與治療、重要關係人的看法等，來了解受試者對憂鬱症的信念與態度，並從人口變項、憂鬱程度 (CES-D 分數)、及求助經驗等進一步探究此與個人是否接受診斷或治療的關聯性。研究結果發現，憂鬱程度愈低者，其不願意接受憂鬱症診斷之意向愈明顯。

Saunders 等人 (1994) 研究求助需要與實際求助與否之間的差異，結果發現有憂鬱症或自殺青少年傾向認為自己的確是有問題的，但行動上並不願意尋求任何協助，究其原因，Saunders 等人認為這些憂鬱程度高的青少年可能患有某種精神疾病，這使得他們有困難與助人者展開聯盟的關係，大體而言有憂鬱症或自殺意念的青少年，其求助的可能性是最低的。此外，Offer 與 Schonert-Reichl (1992) 的研究亦發現，青少年的壓力程度與求助之間呈現負相關。

## 三、憂鬱程度與求助態度有正相關存在

Halgin、Weaver、Edell 與 Spencer (1987) 以大學生為對象，採用貝克憂鬱量表 (BDI-I) 進行測量，依憂鬱程度與求助經驗將受試者分成三組，分別是「非憂鬱未求助組」(BDI-I 分數：3 分以下，未曾求助專業)、「憂鬱未求助組」(BDI-I 分數：12 分以上，未曾求助專業)、及「憂鬱求助組」(BDI-I 分數：12 分以上，曾經求助專業)，然後探討三組在求助於專業的態度上是否有差異。結果發現「憂鬱未求助組」與「憂鬱求助組」的求助意向均明顯高於「非憂鬱未求助組」，而憂鬱分數同樣在 12 分以上者，曾有求助專業之經驗比未曾有求助專業之經驗者，求助意願更高，求助態度更正向。

從以上文獻看來，多數研究對於憂鬱程度高低並無清楚之劃分，加以研究對象所包含之年齡有所差異，故所獲致之研究結果不同。以貝克憂鬱量表 (BDI-I) 為例，12 分以上包含輕度、中度及重度憂鬱，不同的憂鬱程度對個體身心形成之影響是有差異的。例如：BDI-I 得分在 12 分以上者，皆比 BDI-I 得分在 3 分以下者更有求助的需要，如 Halgin 等人 (1987) 的研究所顯示，憂鬱程度高

者（12 分以上），其求助態度較憂鬱程度低者（3 分以下）正向。然而同樣有憂鬱情形，重度憂鬱者可能比輕度憂鬱者，更困難展開實際的求助行動，如 Erlich (1992)與 Tishby et al. (2001) 的研究發現，憂鬱青少年因內在經驗到嚴重憂鬱與痛苦，致使身心狀況皆受到侵擾，而無法與助人者順利建立治療關係，故從其觀點來理解，關鍵就不在憂鬱程度高低與否，而是自我強度的功能了。此可從 O'Neil、Lancee 與 Freeman (1984) 的研究獲得進一步了解。O'Neil 等人以 BDI-I 為測量工具，分析憂鬱症大學生的求助行為，研究發現憂鬱的嚴重程度確實為影響憂鬱症學生是否求助的因素之一，在非臨床樣本中測得的結果顯示，輕度憂鬱者求助意願最高，佔 80%；其次為中度憂鬱者，佔 19%；重度憂鬱者最少，僅佔 1%。由此可知，憂鬱症對身心造成傷害之嚴重程度是預測個人是否求助的關鍵。

在本研究中，乃以青少年為對象，採用 CES-D 進行憂鬱程度之測量，並區分「無憂鬱」（15 分以下）、「有憂鬱徵兆」（16~23 分）、及「達臨床憂鬱症標準」（24 分以上），試圖更清楚了解不同憂鬱程度與求助態度之間的關聯性。