

## 第二章 文獻探討

### 第一節 兒童時期所產生的身心症狀

#### 壹、 從發展脈絡看兒童身心症狀

在心理學上，兒童係指介於嬰兒期（出生至二歲）之後一直到青春期這一段期間的個體而言，而兒童期又分為兒童早期（2-6歲）和兒童晚期（6-12、13歲）兩階段。兒童時期的發展是個體一生發展的基礎，而兒童期也是可塑性最高的時期，當個體在成長適應歷程中發生困難，可能產生行為困擾與身心症狀。

綜觀兒童期的心理發展狀況，不僅對青少年時期，乃至成年、將來一生都有關鍵性的影響。精神分析派學者 Freud（1926）特別強調，一個人的人格是由幼年的經驗所決定的。而發展心理學理論也認為，每一個人的人格都是自幼逐漸發展而成，至青少年期即大致定型，Erikson（1963）認為兒童在此時期若朝向負向發展，如所選擇的方案或職務超乎自己的能力而導致失敗的經驗層層相疊；或者是父母的期望與兒童的準備度不相吻合，兒童未能達到父母的期望而備受壓力；亦或是學齡兒童的成就與他人做過度的比較時，讓兒童信心大失等，因此造成社會發展能力不足而產生身心上的障礙或問題。就 Erikson 的發展危機論與 Havighurst（1972）的發展任務論而言，國小學生倘若未能安渡發展危機與達成發展任務，將產生行為困擾或身心方面的障礙。

針對發展的危機調適，Chandler等人（1999）提出他的看法，認為個體在適應歷程中，適應良否僅是程度上的差異，換句話說，每個人在成長過程中都會經歷許多困難，均需要調適，只是有的人調適不當因而產生行為違常或情緒反應。故可界定行為違常或情緒不適應反應為：個體因應壓力時，採取不當的調適行為，引發身心適應的不佳狀態。綜合上述，在孩童成長過程中，個體內在和外在環境不斷互動，當無法採取有效的因應行為以滿足內在

需求和克服外在壓力，個體將處於不和諧的狀態，即可能形成行為困擾和身心反應。

## 貳、 學齡期兒童和青少年的身心困擾與行為問題

世界衛生組織（WHO）指出西元 2020 年以前，憂鬱症將是心血管疾病之外造成人類失能的第二大原因，因而被稱為「二十一世紀的癌症」（Holden, 2000）。年輕世代罹患憂鬱疾病的頻率逐漸增加（Leon, Kleman, & Wirkramaratne, 1993; Prosser, & McArdle, 1996），且疾病的初發年齡亦有下降的趨勢（Fombonne, 1998; Kessler, & Walters, 1998），可見兒童與青少年的心理衛生問題已成為全球關注的議題。再從自殺率來看，由於社會競爭越來越激烈，現代人的生存壓力比過去的社會大得多。自殺率在台灣十年成長一倍，目前已經攀升到十大死因的第九名，以民國九十二年自殺人數來說，台灣每天約有 8.75 人自殺死亡，也就是平均約每三小時有一人自殺死亡。而青少年的自殺率更是年年攀升，從民國九十年開始，增加的比例達到 40.2%，這是一個非常嚴重的問題。Meyer 和 Salmon（1988）亦指出，除了老年人之外，和其他年齡層相較之下，年輕的孩童是最容易自殺的高危險群，由此可見，對於現代的孩童心理健康的照護是需要投注更多的心力。綜合以上論述，不可諱言精神方面的疾患已是全球普遍盛行的疾病，沒有一個國家或個人對精神疾病是免疫的。心理健康是身心健康的基礎，若能促進心理健康並預防憂鬱疾患的發生，將對未來生活適應以及生命健康、安全的維護，有正向的影響與幫助。

在中國大陸方面，統計資料顯示 2004 年精神疾病患者大約有 1,600 萬人，在 17 歲以下的兒童與青少年，至少有 3,000 萬人受到各種情緒障礙和行為問題的困擾。世界衛生組織並推估，中國大陸精神疾病負擔到 2020 年時將會上升到疾病總負擔的四分之一（中國網綜合，2004）。根據大陸「大專與中學學生心理衛生問題和對策研究」調查 2961 名大專與中學學生的心理健康狀況，結果顯示：16.79% 的青少年學生存在較嚴重的心理衛生問題，其比

例分別為初中學生 13.76%，高中學生為 18.79%，大專學生為 25.39%，隨年齡增長，心理衛生問題呈現上升趨勢（馬建青，1999）。馬建青、王東莉、王曉剛（1998）從全國各地區的高校中抽取了 528 名大學生作心理健康測驗，發現有 22.35% 的大學生存在中等嚴重程度的心理障礙。綜合以上資料可知，在大陸地區青少年精神心理衛生狀態亦呈現相當嚴重的情形，然而兒童的狀態並不清楚，亟待做此年齡層的評估研究。

近幾年在日本有許多以學童為對象的研究發現，孩童身心抱怨症狀的情形有逐年增加的趨勢。在兒科門診中，有 5-10% 的就診兒童患有身心症的困擾。Tanaka, Tamai, Terashima, Takenaka, & Tanaka（2000）在以大阪地區的學童為研究對象，調查促使身心症狀增加的相關心理社會因素。在 1,619 位受訪學童中，依年齡層分為 7-9 歲組，10-12 歲組，比較兩組學童的身心症狀主訴與社會心理學因素間的差異情形。結果顯示：10-12 歲組學童明顯較 7-9 歲組有較多的身心症狀主訴。分別分析兩組學童身心症主訴與社會心理因素的關係，發現 10-12 歲組學童身心症主訴與社會心理因素呈現高度相關，而 7-9 歲組僅有中度正相關。而主要影響 10-12 歲組身心症狀的因素是人際關係、課業表現、心理衝突；而不成熟的社會技巧則是造成 7-9 歲組有身心抱怨的主要問題。該研究強調，不論哪一組，普遍均有與父母互動差及沈溺於玩電動遊戲的情形，此為現代兒童的通病，亦是身心症狀困擾增加的主要因素之一。由於日本孩童罹患身心症的情形愈來愈嚴重，Takahashi, Watanabe, & Matsuo（2002）認為日本小兒科醫師的訓練應當加強此部分，且為目前亟需努力的方向。

再述及我國心理疾病及偏差行為的相關調查研究，從國內的相關文獻發現我國青少年罹患生活困擾或行為障礙的比例相當高。例如，行政院主計處（1995）統計我國 48.37% 的青少年有生活困擾，包括學業、工作、健康及心理問題。彭駕駢（1995）估計國中階段青少年偏差行為的盛行率至少 7%。司法院（2000）統計在民國八十四至八十八年之間，每年少年法庭審理一萬八千至三萬一千個少年保護事件。在藥物濫用方面，傅瓊瑤、周碧瑟（1996）研究發現十五至十九歲之青少年，有 10.56% 抽煙，7.27% 喝酒，3.50% 嚼檳榔，1.1~1.4% 濫用藥物。在睡眠方面，宋維村、

高淑芬（1996）研究發現國中學生有 27.2%晚上難以入眠，31.9%半夜容易醒來，22.3%早上太早醒來。慈濟醫院家庭醫學科李燕鳴醫師（1999）針對花蓮地區青少年研究問卷調查分析結果發現：有 50%家庭功能是嚴重障礙，6 成是中度障礙，對家庭功能中之安慰和協助最多不滿意，一般青少年面對壓力較多有身心症狀，其中以憂慮症狀最為顯著，日常生活壓力是重要影響因素，亦有不少不利健康之行為出現，如吸菸、嚼檳榔和飲酒等。由上列陳述可知，台灣地區青少年的心理健康確實有許多問題存在，雖然國內青少年心理疾病流行率調查數據並不完整，但是從上述文獻資料中可以窺知我國青少年是有不等程度的心理疾病與行為障礙，並需要心理衛生服務。然而對於學齡兒童的狀態，目前少有資料提及，究竟學齡期兒童心理疾病的情形如何？相關的偏差行為有哪些？均有待進一步研究釐清與探究。

兒童與青少年的心理衛生狀態已是世界所關注的焦點，國外資料均顯示兒童發生身心症狀的比率日漸升高，其身心健康與生活品質均受到影響。世界衛生組織（WHO）2005 年在芬蘭赫爾辛基舉行四天的精神健康問題歐洲部長會議，在會議期間，亦嚴正申明心理衛生問題帶給個人、社會以及國家經濟的損失是巨大的，呼籲世界各國應加以重視心理衛生工作，尤其應該重視兒童與青少年的問題。根據我國兒童青少年精神醫學專家宋維村（1996）的推估，公元 2000 年後，台灣地區兒童虐待、兒童青少年暴力與犯罪、兒童青少年自殺、青少年厭食障礙，以及青少年藥物濫用會持續增加，由此說明我國兒童與青少年所承受的心理疾病、情緒困擾與行為障礙，已經到了一個不容忽視的程度，政府機關與民間團體都應多加關注。

彙整國內近幾年來研究青少年行為困擾或身心健康之研究，有以國中學生為調查對象（王蓁蓁，2001；李欣瑩，2001；陳淑娟，2000；劉上民，2001），或以國小學生者為研究對象（溫雅茜，2001；歐慧敏，2002），但多數未進行大規模調查，僅歐慧敏（2002）以台灣地區 1,087 位國小學生為對象，研究兒童行為困擾的內在歷程。如上所述，以學齡兒童為對象的相關身心健康困擾的研究相當有限，更加顯現兒童心理衛生問題的重要性，唯有進行大規模的研究調查，才能真正瞭解造成身心困擾的因素，藉以擬定有效的防治策略。

## 第二節 身心抱怨模式的建構暨實證研究

### 壹、身心抱怨模式的建構

孩童有身心抱怨的現象相當普遍，在醫療院所門診中約佔有10-15%是因為此類症狀而前來求診（Blum, 1986）。隨著對於身心症狀的瞭解，得知此類症狀並非單獨由一種原因所促使，其原因相當複雜，必須從生理、心理社會各層面來探討。儘管在此領域的研究愈來愈多，但對於孩童身心抱怨的決定因素仍未有全然的瞭解。許多理論提出各種對於身心症狀的解釋，如：家庭理論（Wood, 1993）、社會心理與壓力（Greene & Walker, 1997）、模仿學習（Osborne, Hatcher & Richtsmeier, 1989）等，並未有一個簡單的模式可供依循。

由於心理健康是一個複雜的現象，受到多重的價值、文化、社會、環境和生物與心理等因素的影響。在討論孩童身心抱怨的相關因素，亦需從不同的角度切入。從心理學模式來看，主要重視與其心理相關因素，諸如：生活事件的歸因、人際關係、因應策略、人格特質等方面來探討（Leadbeater, Blatt, & Quinlan, 1995; 楊浩然、何紀瑩、陳為堅, 2000）。當以社會學模式來分析影響心理健康的因素時，則著重社會因素的層面，如：社會支持、家庭結構、社經地位等因素（Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel, & Nelson, 1996; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1994）。不論是心理學模式或社會學模式均無法完整呈現出個體影響健康行為的決定因子，其觀點均有所限制。

多數文獻僅探討其中的一、二個相關因素，很少有研究融合較多因素一起探討，故對於這些因素彼此間的交互影響與關係所知有限。有鑑於此，Engel（1977）提出生物心理社會學模式取向（biopsychosocial approach），融合生物、心理與社會因素以探討對心理健康的影響。Engel認為我們生存在一個生態系統中，以往這些理論模式均認同各種疾病的生物與基因基礎，也相信造成所有不適感的心理因素會為健康帶來強大的衝擊，這些因素包括

有：信念、認知以及社會、經濟與文化等因素，然而並非所有因子均具有可驗證的標準，仍有待健康心理學方面的專家更進一步探究。Engle (1977,1978, 1980) 認為健康問題必定涵蓋自然系統的每一層面，需要提供以人為中心的整合照顧。該模式的內容：任一個健康問題需從四個方面來評估，即構造功能上的變化、致病因素、可用以對抗疾病因素的資源、病人所運用的調適策略，最後產生結果。

## 貳、 與身心抱怨症狀相關之模式

### 一、 生物心理社會學模式

係Engel (1977) 所提出，綜合生物觀點、心理學特徵以及社會因素，探討對心理健康的影響，係從壓力理論的論點出發，常被應用在醫學教育中，且推廣於各種科別使用，藉以提高照顧病人的品質。由於任何一項健康問題的發生，都必須以個體的立場去考量，才能充分瞭解人體本身與外界環境的相互影響與意義，進而採取周全的解決方法。因此Engle (1977, 1980) 的論點係以自然系統的每一層面作為探討的架構，認為個體若發生健康問題，需從四個方面來評估，即身體構造功能上的變化，是否存在致病因素、有哪些可供應用來對抗病毒，以及個人所運用的調適策略，最後產生結果。

在一個生態系統中，會對健康帶來影響的因素有許多，除致病原與身體先天的構造功能（生物與基因的基礎）外，社會心理方面的因素諸如：信念、認知以及社會、經濟與文化等因素，均可能造成身體的不適症狀，因此病因不僅只是有形的致病原，其無形的生活壓力也包括在內。對於健康或疾病的表現另一項重要的社會因素的影響即是資源的有無。資源可分為家庭、個人及社會的資源，可包括經濟、教育、支持等各項資源。當有充足的資源，面對生活上的壓力，如何因應與調適會讓個體產生不同的結果。因此調適的策略是掌握個人尋求解除健康問題的過程與反應的關鍵。綜合以上所述，生物心理社會學模式（參見圖2-1）即是

考慮個體和環境資源和調適策略的應用，面對生活壓力事件的考驗，採取何種應對方式。當有足夠的資源與正向的調適策略時，則會傾向於健康的方向，反之，若壓力太大、負向的調適或資源不足時，則個體就傾向表現出負向的反應，導致症狀出現甚至疾病產生。

有身心症狀主訴的個體，其心理狀況趨向出現憂鬱反應、慮病傾向、焦慮反應，甚至有潛在精神病傾向（Anstett, 1982）。而這些反應即為生活壓力與負向調適策略的負向反應，在探討身心症狀的產生，以生物心理社會模式做全盤的考慮將有助於瞭解身心抱怨症狀的機轉，進而發展其因應對策。

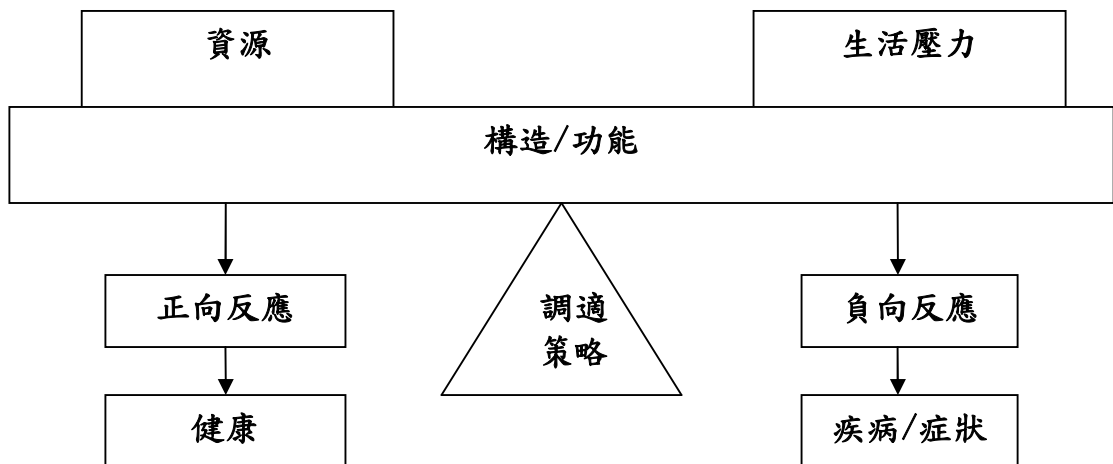


圖 2-1 生物心理社會壓力模式

## 二、北歐兒童身心抱怨決定因素模式之發展

Berntsson & Gustaffon (2000) 以瑞典1,163位7-12歲國小學童及其父母為研究對象，建構學童身心抱怨的決定因素歷程模式。該模式係參考壓力理論以及Millard (1994) 所建構的兒童致死因素模式，融合兒科醫學、流行病學、精神醫學、心理學與社會學的觀點發展而成。其模式假設變項有三個層面的因素，亦即近端因素、中介因素以及遠端因素。該模式假設學童的身心抱怨的產



生主要是受到三層面因素的影響，其模式見圖2-2所示。

以下分別針對各層面變項說明之：

#### (一) 近端層面因素

指學童個人的因素，包括：活動狀況（身體活動、靜態音樂活動）、學校滿意度（學業成就與學校滿意程度）、同儕接觸關係（親密朋友、與朋友交往情形、是否被欺負）、心理健康穩定程度（冷靜、穩定、憂鬱/快樂、焦慮/自信）、社會能力（被動/主動、寂寞/不寂寞）、長期疾病/殘障情形，模式中假設這些因素會直接影響學童身心抱怨的表現。

#### (二) 中介層面因素

係指家庭因素，可直接或間接影響學童身心抱怨的情形，包括有家庭活動、父母的一致感（sense of coherence，係指是指一個人能否從生命中體會到一整體性的定位和方向，繼而對世事的發生都感覺到是有條理和可理解。以三個向度：理解能力（comprehensibility）、處理能力（manageability）和意義感（meaningfulness）表示）、社會支持（指社會關係與親友的支持）、父母自身的健康狀態（共八題包括：頭痛、胃痛、失眠、頭昏、背痛、無胃口、神經症狀、慢性疾病）。

#### (三) 遠端層面因素

主要為家庭經濟組成，包括：影響經濟的政治系統、文化系統，家庭社經地位以及家庭經濟來源，可視為影響中介層面的變項，亦有可能直接影響學童身心抱怨的表現。

#### (四) 最終依變項：

學童身心抱怨情形，以學童身心抱怨的六項症狀，包括有：胃痛、頭痛、失眠、暈眩、背痛與沒有胃口。其計分方式為：身心抱怨情形是否發生（是或否）、自覺身心抱怨嚴重程度（輕度、中度或嚴重）以及發生頻率計分。

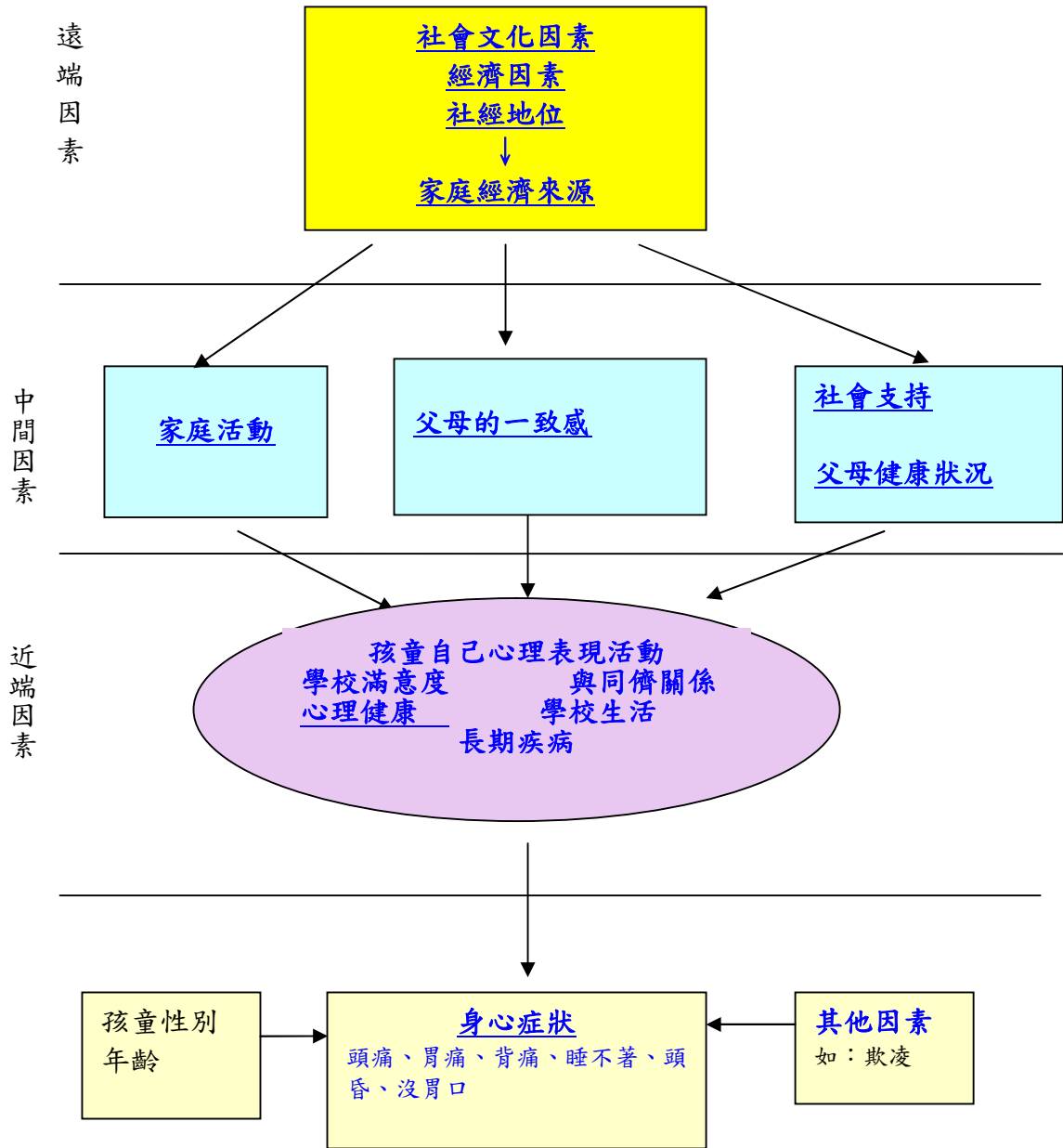


圖 2-2 北歐學童身心抱怨決定因素模式  
(Berntsson & Gustaffon, 2000 發展)

## 參、身心抱怨實證研究

國內學者陳慶餘、吳英璋（1987）最早應用Engle（1977）所主張的生物心理社會模式探討大學新生的身心症狀。將生活壓力放入致病因素，而家庭資源、師友資源以及自我肯定部分則是對抗疾病的資源，主要健康問題是心因性症狀，並假設共同壓力源為大專聯考。結果發現身心症狀的發生與壓力的感受、資源的有無以及調適策略的適當與否均有關係。其後亦有多篇研究（陳慶餘、李立維、吳英璋，1991；陳慶餘、鄭逸如、吳英璋，1991；劉若蘭、吳英璋、邱文科，1994；廖張京隸、劉若蘭、盧惠文，1996）應用生物心理社會模式作為研究架構，探討對研究對象身心症狀影響因素。從這些研究結果可驗證身心症狀的影響因素需要以生物心理社會模式做全盤考量，並收集個人與社會、家庭的資源、個人調適策略的資料以及正負向反應，才能制訂出合適的治療處理。茲將有關身心抱怨的實證研究，依其研究對象、研究目的、研究結果歸納整理如下表2-1。

在影響身心症狀的相關研究中，不論國內外文獻均證實家庭因素的重要。李燕鳴、張慈桂（1999）以花蓮九所高中職學生為母群體，探討原住民與漢族青少年身心症狀與其生活形態的關係，結果發現家庭是青少年身心症狀和有害健康行為的重要預測因子。在另篇研究中（李燕鳴，1999）探討家庭功能與青少年自述身心症狀間的關係，結果發現家庭功能有障礙的學生，其各項身心症狀指數均顯著高於家庭功能良好的學生。Tanaka, Tamai, Terashima, Takenaka, & Tanaka（2000）的研究亦呈現與父母互動差及沈溺於玩電動遊戲的兒童，其身心症狀困擾較多。由此可知，家庭對於青少年的身心健康的重大影響力量不容忽視，要提升青少年的身心健康，必須從家庭因素著手。

Berntsson & Gustaffon（2000）參考Millard（1994）孩童致病因素的模式，依據遠端、中介與近端因素發展出身心抱怨決定因素模式，以北歐地區學童為研究對象建構其預測模式，發現有不錯的結果。前述研究發現預測孩童身心抱怨的最佳預測因子有：

母親的健康狀況、孩子心理穩定程度、與同儕的接觸及是否患有長期疾病。許多其他因素，諸如：學校滿意度、社交狀態、學童的活動情形與父母的一致感均是重要影響孩童身心抱怨的中介變項，而從這三個向度（學童個人、家庭因素及社會背景）所建構的預測模式來探討孩童身心健康可獲致良好的驗證效果。

Berntsson, Kohler & Gustafsson (2001) 再以先前研究所建構模式比較北歐國家學童的身心抱怨情形，發現在3,760位學童北歐地區國家的學童中，其頭痛以及胃痛的主訴是北歐五國（丹麥、芬蘭、冰島、挪威以及瑞典）的學童普遍有的身心症狀，大部分國家重要預測身心抱怨的因素均為：母親的健康狀況、孩童的心理穩定程度以及社交狀態情形，還有家庭社經地位。倘若家庭的經濟狀況不佳或低收入戶、父親失業者，其孩童有身心症狀的情形較為嚴重。綜合以上發現，Berntsson等人認為北歐五國學童的身心抱怨分佈型態類似，也再次證實影響身心症狀的因素的多層面性，需要長期追蹤研究再加以澄清其複雜性。雖然Berntsson等人所發展的兒童身心抱怨決定因素模式在北歐地區已有不錯的效果呈現，可惜並未在其他國家廣泛施測，加上每個國家文化的差異，影響孩童身心抱怨的因素亦可能有所不同。綜合上述，融合多項相關因素，奠基於理論模式對於兒童身心抱怨的影響因素進行探討實有必要，提出模式驗證，不僅有助於兒童身心抱怨因素相互關係的瞭解，亦可作為兒童心理健康的促進與心理疾病的預防的參考。

表2-1 身心抱怨影響因素之相關研究及發現

作者與年代	研究對象	研究目的	主要發現
陳慶餘、吳英璋 (1987)	73學年度新生2,965人與74學年度新生3,089人	以生物心理社會模式探討大學新生的身心症狀	身心症狀的發生與壓力的感受、資源的有無以及調適策略的適當與否均有關係。
陳慶餘、李立維、吳英璋 (1991)	台大家醫科病患65位	探討台大家醫科病患的身心症狀與家庭功能的關係	65位病人中，在半年內有身心症狀的類數是7.05類（全部共有46類），最頻繁出現的是：「失眠」、「頭暈」、「腰酸背痛」以及「四肢無力」。其相關分析中得知健康自評與身心症狀數、心理困擾、生活事件煩惱程度三項呈現正相關。而迴歸分析中可知身心症狀總強度、自我支持以及沮喪憂鬱反應是健康自評的主要預測變項。
陳慶餘、鄭逸如、吳英璋 (1991)	72位具有身心健康問題的患者	以生物心理社會模式探討病患臨床心理社會問題之機轉與處理	導因於生活壓力事件者最多，佔86.1%，症狀因應不當次之（50.0%），健康資源匱乏者最少，佔36.1%。20歲以下的患者，普遍出現的問題是缺乏資源，可見在探討身心症狀產生時，不能忽略其外在環境所造成的影響。

表2-1 身心抱怨影響因素之相關研究及發現（續）

作者與年代	研究對象	研究目的	主要發現
劉若蘭、吳英璋、邱文科 (1994)	二專289位入學新生	旨在探討學生身心健康以及身心症狀數改變的相關心理社會因素	在兩年的時間轉變中，學生的身心症狀總數增加、所感受的親友的資源減少。 身心症狀數的增減分為兩組，發現相較於身心症狀數增加組，身心症狀數減少者其自我肯定部分增加，情緒化與焦慮反應、無助感等均較少。
廖張京隸、劉若蘭、盧惠文 (1996)	兩所護理專科學校護理科學生共1,142人	探討研究對象所擁有的社會、心理資源如：自我肯定、社會支持與身心症狀間的關係	與身心症狀數有顯著正相關的變項有：焦慮反應、憂鬱反應；與身心症狀呈現負相關則有健康自評、自我肯定、家庭支持、師友資源。焦慮反應與憂鬱反應可顯著預測身心症狀，當學生若有壓力或其他因素造成焦慮、憂鬱時，其身心症狀表現亦較為明顯。
李燕鳴、張慈桂 (1999)	花蓮九所高中職學生為母群體，隨機抽取各校每年級一班學生為樣本，共抽出 27班 980位學生 15-17歲為研究對象。	原住民與漢族青少年身心症狀與其生活形態的關係	漢族的青少年有較多的身心症狀，其中以憂鬱症最為明顯，日常生活壓力是重要影響因素。 原住民組青少年則有較多有害健康行為，如吸菸、飲酒與嚼檳榔。 家庭是青少年身心症狀和有害健康行為的重要預測因子，

表2-1 身心抱怨影響因素之相關研究及發現（續）

作者與年代	研究對象	研究目的	主要發現
李燕鳴 (1999)	以82學年度 花蓮市9所公 私立高中、職 249班學生為 母群，在每個 學校至三年 級中，隨機抽 出27班，共 1,195名學生 為對象	家庭功能與青少 年自述身心症狀 間的關係	家庭功能有障礙的學生， 其各項身心症狀指數均顯 著高於家庭功能良好的學 生。顯示家庭對於青少年的 身心健康的重大影響是 不容忽視的。
Tanaka, Tamai, Terashima, Takenaka, & Tanaka (2000)	大阪地區的 1,619位受訪 學童為研究 對象	調查促使身心症 狀增加的相關心 理社會因素	10-12歲組學童明顯較7-9 歲組有較多的身心症狀主 訴。分析兩組學童身心症 主訴與社會心理因素的關 係，10-12歲組學童身心症 主訴與社會心理因素呈現 高度相關，而7-9歲組僅有 中度正相關。  10-12歲組主要影響身心 症狀的因素是人際關係、 課業表現、心理衝突；而 不成熟的社會技巧則是造 成7-9歲組有身心抱怨的 主要問題。

表2-1 身心抱怨影響因素之相關研究及發現（續）

作者與年代	研究對象	研究目的	主要發現
Berntsson & Gustaffon (2000)	以瑞典7-12歲1,163位國小學童及其父母為研究對象	調查學童身心抱怨的影響因素，並利用LISREL建構身心抱怨預測模式	<p>預測孩童身心抱怨的最佳影響因子有：母親的健康狀況、孩子心理穩定程度、與同儕的接觸及是否患有長期疾病。</p> <p>許多其他因素，諸如：學校滿意度、社交狀態、學童的活動情形與父母的一致感均是重要影響孩童身心抱怨的中介變項。</p> <p>從三個向度（學童個人、家庭因素及社會背景）所建構的預測模式來探討孩童身心健康可獲致良好的驗證效果。</p>
Berntsson, Kohler & Gustafsson (2001)	3,760位學童北歐地區國家的學童	以先前研究所建構模式比較北歐國家學童的身心抱怨情形	<p>頭痛以及胃痛的主訴是北歐五國（丹麥、芬蘭、冰島、挪威以及瑞典）的學童普遍有的身心症狀，大部分國家重要預測身心抱怨的因素均為：母親的健康狀況、孩童的心理穩定程度以及社交狀態情形，還有家庭社經地位。倘若家庭的經濟狀況不佳或低收入戶、父親失業者，其孩童有身心症狀的情形較為嚴重。</p>



綜合以上所述，孩童身心症狀日漸增多，文獻也指出在近40%的求診病人中均有一項以上的身心症狀，但其中僅有16%的病人真正是因為器質性的原因所引發的，如：腸胃發炎引起腹痛等。簡言之，有身心抱怨主訴的病人絕大部分的症狀主訴是無法以醫學來解釋的，極可能是心理因素所造成 (Tylee & Gandhi, 2004)。然而過往的研究也發現，憂鬱症的病人普遍有身心症狀，如：疲累、睡眠混亂以及超過69%的憂鬱病人有疼痛主訴 (Bair, Robinson, Eckert, et al., 2004)。因此，在學童日常生活中所產生的身心抱怨的問題，有相當高比率的情形是因為其心理健康出現問題。換句話說，身心症狀主訴可說是憂鬱症及其他精神疾病的潛在指標，亦為學童心理衛生防治策擬定的重要參考。

諸多研究從不同的觀點、模式去歸納與身心抱怨相關的因素與模式理論，不論是Berntsson & Gustaffon (2000) 從致死因素所發展的預測模式，或是由Engle所提出生物心理社會因素的壓力模式，基本上均應用壓力理論 (壓力因應)、生態學模式、社會心理發展、社會學習等概念發展而來，亦即在探討兒童身心抱怨的相關因素時，以社會生態學的角度作為理論基礎，結合壓力理論去檢視身心抱怨產生的機轉或源由。從多篇研究中證實，學童身心抱怨問題不僅僅是個人生物因素使然，其所生長的环境：家庭，以及學習的場所--學校，甚至是社區或整體社會生態都對學童的發展有影響。身心症狀的產生與生活壓力的關係密切，檢視此項問題時，壓力產生的根源、因應策略等均為研究架構相當重要的一環。因此，在探討影響學童身心抱怨主訴的因素時，需從學童個人狀態、家庭因素、學校、社會背景等層面來探究。

本研究係參考Berntsson & Gustaffon (2000) 的預測模式與生物心理社會壓力模式，融入社會學習理論 (父母行為的示範作用)、壓力源 (社經地位、課業表現、父母管教)、因應壓力正負向反應 (學校滿意、社交狀態、心理健康表現) 與父母教養 (父母行為與態度)、社會支持 (父母支持、同儕支持以及教師支持) 等相關理論概念為研究的變項。在身心抱怨變項中，除身心症狀外，尚將心理的表徵如：緊張、心情不好與容易發怒與身心症狀一起作為身心抱怨指標，藉以探討影響學童身心抱怨的影響因素。經文獻查證，家庭因素是造成學童心理健康行為良好與否的

重要來源，而學童在學校生活的適應情形、人際關係也受到原生家庭的影響，在精神科學、社會心理學等將家庭因素當作調節因素或中介變項。由於個體的認知、社會化等發展，基本上是一個學習的過程，可將之歸納為兩種階段：第一種是「遠因論」，即主張基本的與持久的態度、價值與行為，在兒童早期就已形成；第二種是「近因論」，即主張學習的經驗愈接近成年期，其影響力以及對建構個體行為的關係愈大（Weissberg, 1974）。

綜合各家理論與研究的論述，整理出各變項間的關係，將背景因素視為遠因，父母層面因素為中介因素，學童的社會心理因素與學校生活、社會支持均是影響身心抱怨的近因，建構出學童身心抱怨影響因素模式。由於本研究採次級資料作為資料來源，所包含的變項有所限制，無法廣泛地將文獻中所有的相關影響因素列入，僅能就現有資料庫所含的變項與文獻做對應。茲將各變項與所對應的模式或理論概念列出，整理成下表2-2，藉以清楚呈現出本研究的概念架構與所應用理論間的關係。

- (一) 背景因素：即融合北歐模式的遠端因素（社經地位）與生物心理社會壓力模式中的致病因素，包含學童性別、年齡、父母居住情形。
- (二) 父母層面因素：包含北歐模式的中間因素（家庭因素）、生物心理社會壓力模式的致病因（父母心理健康行為與自覺健康狀態）以及對抗資源（父母管教態度、自覺健康狀態）與社會學習理論中的仿效示範（父母心理健康行為）。
- (三) 學校因素：課業表現與學校滿意度乃擷取於北歐模式中的近端因素，且課業表現可視為生物社會心理壓力模式中的致病因素，而學校滿意度則為因應反應。
- (四) 社會支持：係融合北歐模式中的中間因素（父母支持）、近端因素（同儕支持與教師支持），以及生物心理社會壓力模式的對抗資源。
- (五) 社會心理因素：自尊、壓力調適行為與社交狀態對應北歐模式中的近端因素，在生物心理社會壓力模式中，自尊是對抗資源的一種，社交狀態與壓力調適則屬於因應壓力反應。依照上述五項因素建構本研究的研究模式。

表2-2 研究變項與理論模式對應表

研究變項	北歐兒童身心 抱怨模式			生物心理社會 壓力模式				社會 學習 理論
	遠 端 因 素	中 間 因 素	近 端 因 素	致 病 因	對 抗 資 源	因 應 反 應	結 果	仿 效 示 範
<b>背景因素</b>								
（學童性別、年籍、 社經地位、與父母居 住情形）	*			*				
<b>父母層面因素</b>								
父母管教態度		*			*			
父母心理健康行為		*		*				*
父母自覺健康狀態		*		*	*			
<b>學校因素</b>								
課業表現			*	*				
學校滿意度			*			*		
<b>社會支持</b>								
父母支持		*			*			
同儕支持			*		*			
教師支持			*		*			
<b>社會心理因素</b>								
自尊			*		*			
社交狀態			*			*		
壓力調適行為			*			*		
<b>身心抱怨</b>							*	

### 第三節 影響學童身心抱怨之相關因素探討

#### 壹、家庭因素的相關探討

根據近代發展心理學家的研究顯示，父母教養孩子的方式，往往會影響孩子內在態度的發展。大部分的兒童行為問題，均導因被大人忽略的生理因素或情緒困擾，若在問題發生初期，父母能及時察覺、及早處理，孩子們的成長過程會更加健康順利。在心理學的性格心理學與社會心理學中，Freud (1924) 相當重視家庭中的親子關係對子女心理發展的影響，而 Adler (1931) 也提出親子關係對於其子女性格發展的重要性，其後的心理學者如 Sullivan (1953) 與 Erikson (1963) 均強調家庭因素如：家庭氣氛、重要成人（如母親）以及教養方式對於子女發展所扮演的關鍵角色。總體而言，家庭是影響兒童行為的重要因素，以下分別探討影響學童身心抱怨狀態的影響因素。

##### 一、父母管教態度

父母對子女的管教方式（尤其是母親）對於兒童的發展具有潛在性的影響，研究顯示孩童經常性腹痛的原因與家庭因素關係密切，孩童會經由模仿習得父母的行為，增強其身心症狀的表現（Osborne, Hatcher, & Richtsmeier, 1989；Wood, 1993）。現今家庭生育的子女數普遍變少，對父母、家人而言，子女個個都是寶。父母常會將孩子的生活、活動做過度地安排，使其沒有自由時間休閒或放鬆，甚或過度地保護、限制，不敢讓孩子去冒險、嘗試，這些都是現代父母常見的管教方式。因此，許多孩子常容易被不切實際的要求所淹沒，對於即將面對的基本責任與環境壓力卻少有準備、嘗試錯誤、從失敗中學習的機會，面對挫折的容忍力明顯降低。此外，兒童也錯過了許多童年時期的簡單樂趣與基本發展需要。研究證實父母教養會影響學童的身心發展，Coopersmith (1967) 探討小學五、六年級的男學童自尊與父母親行為特徵的關係，發現父母管教孩童的方式與孩子自尊有關。當父母親較能

接受子女，對子女態度較具情感性，他們對子女的活動和朋友均保持高度的興趣，兒童的自尊表現會較好。因此當父母為子女設立行為界限，亦能接受子女的觀點，允許兒童有表達意見的權利時，孩童能感受到父母對自己的期待，也能評價自己的行為，對於兒童行為的養成、自我的尊重均有幫助，可見父母自身行為、規範與孩童的互動對於孩童行為的影響是相當重要的。

Mead (1976) 曾整理出六種心理學的理论以檢視並比較有關管教方式或親子關係的概念，藉由不同的理論觀點解說子女在社會歷程中，父母的教養方式會經由何種途徑影響其子女。其理論包括：心理分析取向、發展成熟取向、社會目的取向、認知發展取向、存在現象取向以及行為取向。

- (一) 在心理分析取向 (the Psychoanalytic Approach) 中：Freud (1946) 認為孩子的本我包括性和攻擊的傾向，是遺傳而來的，而孩子的好壞皆由此開始。當本我形成強而有力的趨力且不能改變時，父母或他人所給予的外在限制是唯一的控制力量，因此父母能做的就是瞭解孩子的內在動力及其如何運作。
- (二) 發展成熟 (the Development-Maturation Approach)：係由Gesell (1954) 提出此理論，主要觀點是成長和發展的概念。他認為孩童的發展是循序漸進的，父母必須給予尊重生長過程而不催促孩子急速成長，所以父母必須給予孩子足夠準備度與時間去發展，並尊重其個別差異。對於孩子規律的遵守，文化的要求等，需與孩子的發展配合，父母尊重孩子行為的改變，瞭解孩子成長需要，並給予必要的協助與指導。
- (三) 社會目的 (the Social-Teleological Approach)：對父母教養方式採社會目的取向的是Alder (1931)，他認為個人若有自卑情形產生，個體會去補償此種缺陷，克服自己的缺點。故Alder對於父母教養方式主要觀點為：父母應學習應用一些方法，如：傾聽、協商、鼓勵等技術，藉以幫助孩子成長；當孩童有天生的興趣或潛能時，父母應鼓勵其發展。Alder強調孩童生活方式形成於四、五歲，且會影響其一

生，所以父母應提供良好的教養氣氛，並注意孩童的犯錯行為，適時給予糾正。

- (四) 認知發展 (the Cognitive Development Approach)：主要的代表人物為Piaget (1970)，應用在父母教養方式上為關心孩子的智慧如何發展，父母教養的作法包括：協助孩子發問「好問題」，瞭解其內心的思考，接受孩子在解決問題時所犯的錯誤，並協助孩子對自己的觀念有信心。
- (五) 存在現象 (the Existential-Phenomenological Approach)：Rogers在1974年將此理論應用在孩童身上，主張自我概念為中心，強調個人對現實的主觀感受。從父母的教養行為來看，他認為好父母的條件是接受自己和他人，要控制自己的情緒，適度處罰孩子。另外對孩子的行為應有所選擇，使其發展自我與他人行為反映的評價能力。父母不僅可改變自我的情感，藉由提供情感交流，改變親子間的互動，使之相互接納，營造良好的親子關係。
- (六) 行為取向 (the Behavioral Approach)：主要由實驗室的研究結果歸納出人類行為的原則，對父母教養的觀點是：父母是孩童世界中最重要的一部份，因此父母如何適時、適地使用增強原理與處罰原理，藉以建立孩子的行為規範相當重要。

許多研究發現父母的一致感（父母對抗生活壓力的能力）與家庭的常規、父母的管教方式以及孩童的心理健康具有相當緊密的關係（Margalit, Leyeser, Avrahm & Lewy-Osin, 1988）。因此，家庭中若沒有家庭常規（Keltner, 1992），家庭關係互動不佳（Garralda, 1996）或是缺乏家庭社會支持網絡（Helmen, 1994；Samuelsson, 1995）均會導致孩童容易產生身心抱怨。承上，家庭中的諸多互動或組成元素，包括調適能力、父母與孩童間的互動關係以及來自親友的社會支持都是已知對於身心抱怨相當重要的影響因素（Garralda, 1996；Wallander, Varni, Babani, Banis & Wilcox, 1989）。

## 二、父母健康狀態與父母的心理健康行為

父母的身心健康狀況對孩子的行為也有很大的影響。Friedman 等人指出父母有慢性疾病（至少 24 週）會影響孩子的憂鬱及自殺意念（引自許文耀,1999）。Tishler 與 Mckenry（1982）調查有關孩子其父母的心理病理，發現有自殺企圖的孩子，其父親較憂鬱、自尊低、飲酒量多；其母親較為焦慮，有較多的自殺意念，飲酒量也多。在 Bandura（1975）所提出社會學習理論中，兒童會藉由觀察他人行為與仿效該模範而達成學習，此歷程稱為仿效，為一種社會化的歷程。許多研究均將父母列為重要的仿效對象，故父母的健康行為，孩童在每天的耳濡目染下，自然在其生活中烙印，成為孩童最主要的仿效對象。Fremouw 等人（1990）就曾針對父母自殺行為與孩子的自殺危險的相關性作分析，發現兩者兼有高度相關性存在，也就是說經由模仿，使孩子學習到一種不當的應對壓力之方式--「自殺」。國內學者許文耀（1999）亦指出父母本身為藥物及酒精濫用者，家庭功能失調，家庭有自殺歷史，均會增加孩子發生心理性障礙甚至自殺的危險。綜合上述，父母自身的健康狀態與行為均對孩童身心健康有潛在性的影響，由此也提醒我們，在探討孩童行為與健康問題時，必須考慮父母的健康行為表現。

在北歐學者Berntsson & Gustaffon（2000）所提出的兒童身心抱怨決定因素模式中，直接能預測學童身心抱怨症狀的因子有：母親的健康狀態、孩童的心理穩定性、與同儕的關係以及長期疾病的影響。其中母親的健康狀態能直接影響孩童的身心抱怨情形，且為家庭因素中有效的預測因子。許多研究均證實孩童倘若有較多身心抱怨症狀主訴者，該家庭常有較多身體健康問題、精神困擾的情況（Garralda, 1996; Helmen, 1994; Wood, 1993; Greene & Walker, 1997）以及因應壓力的資源欠缺或因應的技巧不足的情形（Wallander, Varni, Babani, Banis, & Wilcox, 1989; Garralda, 1996; Greene & Walker, 1997）。因此父母健康狀態可說是孩童身心健康的重要指標，且主要與環境的壓力結構因素有密切關聯。換言之，當父母健康狀態有問題或自覺不健康時，尤其是母親的健康狀態，往往代表其家庭的因應資源與所面臨的身心壓力問題，故可直接影響孩童的身心抱怨表現。

### 三、背景因素

社經地位是另一項重要的家庭因素，可視為社會水準、社經背景、社會地位或社會階層的表徵。許多學者均以實徵方法探討家庭社經地位與子女行為的關係，家庭社會經濟狀態對於孩童身心症狀的影響研究常有不同的結果。有研究指出較低社經地位者（Schwab & Traven, 1979）、母親的教育程度較低時（Helmen, 1994），身心症狀的較高好發率。瑞典研究學童自覺健康狀態結果顯示：經常擔憂其家庭經濟的孩童，則較容易有身心症狀（Hagquist, 1997）。Schwab 與 Traven（1979）則比較黑人青少年與白人青少年的身心症狀情形，結果發現黑人青少年普遍較白人青少年有較多的身心抱怨，其原因與黑人家庭的經濟狀況有關。因此，家庭經濟因素以及父母的教育程度都可能是照護子女的重要參考因素，尤其是在較為貧困的家庭中，孩童出現身心症狀的比率相對較家境優渥者為高。可見家庭背景因素對於兒童的身心健康可能有間接的影響，值得進一步研究。

兒童生長在家庭、社會與學校共同組成的生活空間中，對於孩子而言，父母的影響非常重大（Marotta, 2002）。與父母親的關係，會影響到個人的各項生活準則、道德規範及行為。孩童會經由模仿習得父母的行為，增強其身心症狀的表現（Osborne, Hatcher & Richtsmeier, 1989; Wood, 1993）。當父母的身心健康狀況發生問題時，孩子的行為也會受到的影響。研究指出父母有慢性疾病（至少 24 週）會影響孩子的憂鬱及自殺意念。家庭社會經濟狀態亦對孩童身心症狀有不等程度的影響。低社經地位者（Schwab & Traven, 1979）、父母親教育程度較低時（Helmen, 1994），有較高的身心症狀的好發率。因此，家庭中潛藏著許多重要的因子與機轉，透過彼此間的互動直接或間接的影響孩童的身心健康與行為表現。



## 貳、 學校生活對學童身心健康的影響

Bronfenbrenner (1986) 發展出生態學模式，亦即社會的影響可以被群聚，並以自我為中心的序列系統，在探討兒童與青少年的相關研究中常被應用。在此模式中，對學齡期兒童最具立即影響就是微系統 (microsystem) 可觸及的對象，最直接接觸的系統是家人，其次是朋友和學校。Bronfenbrenner (1986) 強調健康的微系統會供應正面的學習與發展，進而促成兒童邁向成功的成人生活 (Muuss, 1988)。有鑑於此，以下就學校生活對於學童身心健康的影響陳述之。

### 一、學校課業表現

在大量研究中證實，持續高度的壓力會削弱心理健康、生理健康以及其成就表現 (Ainslie, Shafer, & Reynolds, 1996)。而學校是學生的壓力主要壓力來源，包括有：在班上被同學或朋友作弄、被老師高聲斥責、無法完成課堂上的作業、考試失常、課業成績不如人等等。由於我國文化與對於學歷的重視，學業表現不佳諸如：成績低劣或不及格、閱讀能力不佳、留級等等，更是我國學生普遍所感受到的壓力來源。因為課業壓力所產生的各種疏離、無力感，使青少年產生許多問題行為，如：逃學、逃家、叛逆性格或濫用酒精、藥物等，甚至出現犯罪行為；在心理層面上可能造成其憂鬱、焦慮等等身心症狀，甚或自殺。

學校課業成績與人際交往的問題是最常令青少年感受到壓力的事件 (江承曉, 1991)，學校課業表現不斷地失敗會使孩子自尊受損、感到無望以及覺得自己無價值 (Fremouw et al., 1990)，而對於學校課業成就的不滿足也可能成為青少年企圖自殺的原因 (Husain & Vandiver, 1984)。在學校表現良好的學生，相對地對於學校的滿意程度亦較高，學校功課良好的學生，相信他們可以在學業上獲得成功，相較於無力感的學生，對於自己的學業能力有信心的學生，即使在學習上遭遇困難也能堅持不懈，能從挫敗中恢復，並得到更好的成績 (Patrick, Hicks, & Ryan, 1997)。而這些勝任的感覺源自於多方面，得自父母的回饋 (Bornholt, Goodnow &

Cooney, 1994)、老師的鼓勵、適應感以及先前學業成功的經驗。反觀成績不良的學生則容易有消極的人生觀，產生自卑心理，對於現況覺得無聊、焦慮，並有過度受到保護的情形(Stevens & Pihl, 1987)。因此在遭遇障礙時，他們比較不會去尋求適當的協助，比較容易表現出無助感，並專注於自己的能力不足，故以無效的策略去因應問題(Nelson-LeGall, 1990)。承上述，從文獻中可知學校的課業是學童外在的表現，是學童所重視也是獲得自我肯定的一項指標，更為學童壓力的重要來源之一，在考量影響學童身心發展時，不可忽略學校課業對於學童的影響。

## 二、學校生活滿意度

在日益競爭的社會中，個人可能在身心發展、家庭生活、學校課業與人際交往無法獲得滿足，而面臨危機，以致社會問題層出不窮。以往可能是青少年才有的問題行為，現在卻在國小學生身上出現，如學生的社交技巧、社交狀態愈來愈困難，課業與遊戲的調適能力不足，生活目標模糊，行為成熟度降低，情緒不穩定，挫折容忍度低落，這些行為往往顯示學生生活適應問題日益嚴重。在國小階段若不加以重視，待其進入國中或成年後，適應問題必定更加嚴重，因此，國小學童的生活適應問題相當值得注意。由於兒童在學校學習的時間不少於在家中的時間，所以在學校生活的適應與對學校的滿意程度，與學童身心健康有很大的關係。

心理健康是一種較穩定的人格特質，不受環境和時間限制，所以一個心理健康的人不會因為換了環境或在不同的時間裡心理就不健康。而良好的適應通常會受到環境與時間的限制，當一個人學校生活適應良好且擁有較高的學校滿意度時，其家庭適應未必良好；國小時期適應良好的人，其國中時期未必就好。

在相關的學校生活中，林靜芬(1995)、黃月美(1995)、黃玉臻(1997)、賴靜瑩(1999)、羅婉麗(2001)等人以個人適應、家庭適應、學校生活、人際適應四方面來代表國小學童的生活適應與滿意程度，其內涵包括：一、個人適應：包括對自我的接受與情緒的感受、表達。二、家庭適應：包括對家庭的歸屬

感、家庭成員的接受及家中的生活情形。三、學校生活：以學校裡的生活為主，包括對教師、教室常規及學習的適應。四、人際適應：以同儕、師生間的人際關係為主，包括和同學、朋友和老師的相處情形。

在學校生活因素中，除學業成績表現是影響兒童身心健康的重要因素外，教師對兒童的影響亦不可忽視。教師在教學過程中，經由和學生的互動，不僅將知識傳遞給兒童，也將教師期望與言行傳遞給學生，間接影響學生的態度與行為表現。國內其他研究國小學童學校整體生活適應發現其一般生活適應尚屬良好（黃玉臻，1997；高明珠，1999）。黃奕碩（1999）發現國小五年級的學生常規適應表現最佳，學習適應表現最差。羅婉麗（2001）在國中小學生生活適應情形之研究中顯示，國中、小學學生之家庭適應情形較好者，反而在個人適應的表現較差。由於學校是兒童發展過程中所接觸的第二個重要的環境，因此對學校環境的滿意程度、課業學習，以及與教師的互動等等，都會影響其學校生活適應狀況。

綜合以上文獻，對學校的滿意程度、學校課業成績表現與學校生活適應情形，均可能對於孩童情緒與身心健康造成影響。諸如：學校課業表現不斷地失敗會使孩子自尊受損、感到無望以及覺得自己無價值（Fremouw et al., 1990），而融入學校生活的學童，其眾多表現也會較偏向正向。誠如上述，學校給予孩童的感受，孩童自覺的人際關係以及課業表現是決定孩童身心健康的重要因素，要培育一個健康身心的孩童，學校的影響自當不可忽略，更需要多加重視並予以改善的。

## 參、社會支持與身心抱怨間的關係

### 一、社會支持的概念

近年來，有關社會支持的研究相當多。社會支持在我們日常生活中扮演著十分重要的角色，其對個人的影響力十分受到肯定與重視。關於社會支持的定義、向度及來源，茲說明如下：

#### (一) 社會支持的定義

「社會支持」這一概念最早源自於70年代社區心理學的研究，Cassel 和Cobb 等人研究生活壓力對生理及心理健康的影響時，發現社會支持可以減緩生活壓力對健康所造成的負面影響 (Gottlieb, 1983)。此後，社會支持引起了國內外學者廣泛的研究與探討。關於社會支持的定義，學者提出不同的看法，茲簡介如下：

從社會支持的功能性意義來看，社會支持是由他人提供個體所需的資源。社會支持被定義為他人提供個體所需資源，如資料、物質、金錢、情感及友誼等 (Cohen and Wills, 1985)。Shumaker 及 Brownell (1984) 認為社會支持是指至少兩個以上的個體間資源互換歷程，此一歷程的目的是為了增進接受者的心理幸福感。Thoits (1986) 將社會支持視為是由重要他人(包括：家人、鄰居、同事、親朋好友等) 提供給受困者面對壓力的因應協助 (coping assistance)，如情緒性及工具性協助，藉以協助其壓力的管理。Caplan (1974) 則將社會支持定義為：(1)可幫助人們運用資源以處理情緒問題；(2)分擔人們的工作；(3)提供金錢、物質、工具、技巧、資源及建議等幫助他人處理特定的壓力事件。

再者，從社會支持的互動性意義來看，社會支持是人際互動過程。此一過程對個體的身心發展與完整性扮演著極重要的角色。而House與Kahn (1985) 對社會支持的定義是人際之間相互的交流活動，彼此從過程中得到情感的關懷、物質資源的協助、知識訊息的交換，以及提高自我的評價。Kessler, Price 及 Wortman (1985) 也認為社會支持是保護個體使其免受壓力衝擊的人際關係。張笠雲 (1986) 則認為社會支持是個人與他人互動而獲得情

感、自尊、讚賞、歸屬、認同及安全的基本需求，這些需求的滿足，包含被認可、忠告、訊息及財務上實際獲得援助等。綜合上述，可將社會支持界定為功能性與互動性兩方面的意義，個體透過人際互動的過程，藉由周圍的重要他人提供各種形式的協助，以滿足個體需求，而維護其身心健康。

## (二) 社會支持的來源

Heller與Swindle (1983) 提出三種社會支持來源：(1) 社會資源：如學校、社團或教堂；(2) 個別的社會網路：如同學、朋友或同事；(3) 重要關係人：如父母、手足或重要他人。Felner (1984) 將社會支持分為：(1) 正式的支持來源：學校的校長、老師、諮商人員等；(2) 非正式的支持來源：同學、同儕、朋友及其他成人；(3) 家庭支持：家庭成員。Thoits (1983)、邱瓊慧 (1988) 認為提供個體社會支持的主要來源是初級團體的成員，如家人、親戚、朋友等。吳宜寧 (1996) 將社會支持的來源分為父母、兄弟姐妹、朋友、師長、輔導人員和其他。鄭照順 (1997) 提出社會支持系統包括有家庭、學校、同儕及社會機構等。李娟慧 (2000)、李欣瑩 (2001) 則將社會支持的來源分為父母、師長和同儕三種。從上述文獻可以發現，青少年所獲得的社會支持來源多為周圍的重要他人，除了家人對他們有影響之外，學校的同學、師長，對青少年而言，也是重要的支持來源。因此，本研究以父母、師長及同學為社會支持的來源，藉以瞭解青少年在知覺社會支持上的差異情形。

### 1. 父母支持

父母在兒童的發展中係扮演著重要他人的角色，親子間若能建立安全的依附關係，則有助於兒童對環境的探索與社會、情緒的發展。父母能夠多參與、關心他們的子女，則孩子們將能做得更好，對於其身心發展也會更加健全。畢竟對於孩子而言，父母的影響才是最重大的 (Marotta, 2002)。Kessler, Price 與 Wortman (1985) 認為社會支持是保護個人免於壓力負面效果的人際關係。這些人際關係成為幫助個人面對及處理生活壓力的主要資

源，若有足夠的支持資源，即使面對的壓力很強，其精神症狀出現的可能性亦不見得會提高，因此社會支持具有緩衝壓力的功效。

社會支持的力量對於個人身心適應的正向效果，在許多領域如：精神疾病、慢性疾病及壓力因應等方面皆有許多研究證實(Aro, Hanninen, & Paronen, 1989; Dubois, Felner, Brand, Adan, & Evans, 1992)。Cobb (1975) 即認為社會支持是個人處在互盡義務、相互信賴的人際關係網絡，所得到的訊息，促使自己相信被愛、被關心、被看中且被認為是有價值的人。家人與學童之間有足夠的社會支持，對彼此間的健康行為有正向的助益 (Aro, Hanninen, & Paronen, 1989; Dubois, Felner, Brand, Adan, & Evans, 1992)。另外，Natvig, Albrektsen, Anderssen & Qvarnström (1999) 應用世界衛生組織所提出的國際行調查計畫 (HBSC) 測量學齡期兒童健康行為，結果發現自我效能不高，並缺少社會支持的學童，其中輟程度較高。不論兒童或青少年均需要來自家人、重要他人的支持力量，對於其健康與行為有正向的幫助。

## 2. 教師支持

家庭、社會與學校共同組成人類生活的空間，其中家庭成員間有血緣的不可分割性，會影響到個人的各項生活準則、道德規範及行為。然而在學校就學時期，則是個體在有系統地學習知識及培養人際關係的重要過程。由於許多知識、行為的學習均在學校中進行，因此學校也是人生學習的重要階段，學校中教師的影響對於學生的影響亦不容忽視 (陳正宗、吳榮鎮，2000)。Natvig, Albrektsen, Anderssen & Qvarnström (1999) 針對學齡兒童的身心症狀與壓力做探討，結果發現校園中老師的社會支持對於女生的身心症狀有顯著意義。一般而言，若來自老師的社會支持較多時，學童的身心症狀數可降低，但神經質的情形卻增高。國內的研究亦有相同的發現，劉若蘭、吳英璋、邱文科 (1994) 探討二專學生身心健康狀況以及身心症狀數改變之相關心理社會因素。對289位新生調查身心生活適應調查，並於兩年後再次施測。結果發現在兩年學校生活中，所感受到的身心症狀數增加，老師的支持與同儕的支持顯著減少。再以身心症狀數減少6個以及增加6個分為兩組，分別探討人際關係、無助、憂鬱反應等前後比較，結果發

現症狀數增加組其主觀覺知教師與朋友的資源顯著減少，而其情緒化、無助及憂鬱反應明顯增加。相對於症狀數減少組，其所表現的自我肯定能力較少，加上教師與同儕的支持變少，以致有較多的身心症狀出現，可見在學校環境中，教師對於學生的關心與支持，是學生面對問題或困擾的主要資源之一。

### 3. 同儕支持

與同儕間的互動以及社會關係(Werner, 1989; Kristjansdo'ttir, 1996)、體育活動與學童的身心症狀有高度相關性。換言之，當學童與同儕的互動不佳，社交狀態的情況不好，且其參與體育活動的機會較少時，所表現出來的身心症狀相對較多。在學校常發生衝突以及感受到教育的約束時，研究證實學童也較常反映出頭痛、胃痛以及背痛等症狀，顯示學校的活動或人際關係與其本身身心健康行為有所關聯(Greene & Walker, 1997; Kristjansdo'ttir, 1996)。學齡期兒童在情緒調節上具有一項特質即是對於同儕信賴度增加(Thompson, 1991)，故同儕可謂是他們在處理負向情緒的一項資源，他們不但可以傳達適當的情感表達期望，同時當這些期望被違背時會給予一定的處罰(Kopp, 1989)。舉例來說，小學年紀的小孩會將一些表現出過度憂傷或憤怒的小孩，排除在他們的遊戲的同儕之外，也就是說，當孩童不受到同儕團體歡迎，可能是因為這些兒童本身有不同於團體的負向情緒，也因為被團體排除在外，這些孩童可能因此有較多身心症狀或身心抱怨的情況。由於學齡期兒童逐漸發展其同儕關係，將焦點從家庭轉移至同儕身上，並在學校的團體生活中學習社交狀態的技巧，故探討學童的同儕關係對於其身心健康發展的影響，是相當重要且必須的。

### (三) 社會支持的向度

有關社會支持的類型或方式，許多學者持有不同的看法，以下為各學者對社會支持的分類形式：Cohen 與 Will (1985) 依據社會支持的功能性，將它分為四類：(1) 尊重的支持：個體在人際互動中，能感受到被尊重和接納；(2) 訊息的支持：個體處理問題時，能獲得他人的意見、忠告及解決問題的方法；(3) 陪伴的支持：與他人共同參與休閒活動，滿足個體的親密需求，而產生歸屬感；(4) 工具的支持：個體獲得實質上的金錢及物質支援。另Cutrona and Russell (1990)則將社會支持歸納為五種方式：(1)情緒性支持：個體從他人身上獲得關愛、同情、瞭解等，感受到安慰與鼓勵；(2) 社會網路支持：使個體對團體感覺有隸屬感，能和團體成員共同參與活動；(3) 尊重支持：個體藉由他人的協助中，感覺到自己是有能力而能自我尊重的；(4) 實質的協助：個體獲得直接的幫助，包括金錢、物質、時間等；(5) 訊息的支持：個體能得到他人所提供的意見、建議與直接訊息。其他學者如Gottlieb (1983) 認為社會支持應包含四種方式：實質支持、服務、情緒性支持，以及認知指導和陪伴。Thoits (1983)則將社會支持分為情緒性支持和工具性支持兩類。綜合以上可知，社會支持可分為不同的向度，但大體區分為情感性支持、訊息性支持、工具性支持以及尊重性支持四大類。

## 二、社會支持的功能

社會支持的功用為何？學者各有不同論點，至今仍無一致的定論。Cohen and Will (1985) 認為社會支持除了可減輕壓力事件對生活的負面影響之外，還包括另外三項功能：(1)當社會支持介入了壓力和情境之間時，可以降低且預防危機的發生；(2)適度的社會支持可以提供解決問題的方法，增加處理壓力的經驗；(3)社會支持的增強會提高個體的生理與心理健康。目前在探討社會支持與壓力、身心健康關係的研究中，有關社會支持的效果模式有主要效果和緩衝效果二種模式的說法(House, 1981; Cohen & Will, 1985)，以下針對社會支持在壓力、身心健康中的兩種效果分別加



以說明：

### 1. 直接效果模式 ( direct effect model )

指的是社會支持能滿足個人的需求，促進個體的身心健康，不論個體是否生活在壓力狀態下，社會支持都能提供穩定的正向經驗，直接提昇個體的幸福感，並能減輕壓力對個體所產生的負面影響。國內學者鍾秀華（1997）的研究顯示出父母支持的強弱是影響心理健康的重要因素。而李素菁（2000）的研究則發現，感受較多實質性、訊息性和情感性支持的少年，其幸福感程度較高。

### 2. 緩衝效果模式 ( buffering effect model )

指的是社會支持扮演著中介緩衝的角色，個體處在壓力的狀態下，藉由社會支持的協助，以緩衝壓力對個體所造成的衝擊和影響，而間接增進身心健康。學者如Cassel（1976）就認為社會支持能提供個體保護的功能，在壓力歷程中具有緩衝的作用。Swindle（1983）指出，透過社會支持可減緩壓力的影響，被稱為是「壓力緩衝假設」( stress buffering hypothesis )。Shumaker與Brownell（1984）則認為社會支持之於壓力的作用，就如同疫苗之於傳染疾病，可以減少壓力對個體身心健康的威脅與傷害。戴嘉南、鄭照順（1996）的研究也有類似的發現，透過家庭與社會支持可減緩少年的生活壓力與身心行為症狀的發生。

Shumarker與Brownell（1984）主張社會支持同時具有直接效果和緩衝效果。另外，Cohen及Will（1985）整理相關文獻後，發現社會支持的直接效果和間接效果均有文獻支持。因此，社會支持的功能除能滿足個體需求外，尚有幫助個體減輕壓力負面影響的效用，並增進身心健康和生活適應的能力。

### 三、兒童與青少年社會支持之相關研究

歸納國內外針對兒童與青少年社會支持所做的相關研究，發現研究除了探討社會支持內容、方式、來源上的差異情形，更有社會支持在生活壓力、生活適應、憂鬱、偏差行為，以及自殺等方面的相關實徵研究。茲將結果整理分述如下：

以支持的內容、方式及來源來看，邱瓊慧（1988）發現青少年學生最重要的社會支持來源為父母、師長，而支持方式是以情緒支持為最重要。蔡嘉慧（1998）的研究顯示：青少年最常獲得的社會支持方式是「訊息性支持」，其次為「情緒性支持」，最少獲得「工具性支持」。李欣瑩（2001）研究結果則發現國中生最重要的支持來源為家人及同學，獲得社會支持的方式以訊息性支持最多，其次為情緒性支持，最後為工具性支持。而在李素菁（2002）的研究中，發現青少年感受家庭支持的程度屬於中度支持，感受強度最大的是「實質性支持」，其次為「訊息性支持」，最少獲得「情感性支持」。綜合上述文獻資料，青少年所獲得的社會支持，仍以家人及同儕為主要支持來源，訊息性的支持與情緒性支持在不同的來源上獲得，諸如家人方面主要實質性的支持，而同儕支持則以情緒性支持為主。

從社會支持與生活壓力間的關係來看，Patterson與McCubbin（1987）認為要幫助青少年有效面對生活壓力、學業壓力，以及採取較好的因應方式，是需要整合家庭、同儕及社會支持網絡，給予其適時且足夠的支援，而整合社會資源，目的就是要幫助青少年有足夠能力去處理生活中的壓力事件。王者欣（1995）研究也發現家庭對兒童與青少年所提供的支持愈多、愈廣，則孩童及青少年在生活事件中的個人壓力、家庭壓力、同儕壓力、學校壓力、社會壓力與整體壓力，都有相對減少的趨勢。

就社會支持與生活適應的關係而言，Cohen與Will（1985）認為社會支持與個人的心理健康與生活適應有密切關係。朱士炘（1988）探討青少年生活壓力與適應的關係時，發現到提供社會支持的人數愈多且滿意度愈高者，其生活適應愈好。另在蔡姿娟（1999）的研究發現國中生的社會支持、生活適應與寂寞感間有典型相關存在，社會支持愈低的國中生，其寂寞感愈高，而國中生

的寂寞感與其生活適應的良窳有關。

社會支持與憂鬱的關係，研究結果顯示社會支持具有降低憂鬱症狀的功能。而葉美玲(1993)的憂鬱情緒成因研究中，發現社會支持與憂鬱程度兩者是顯著負相關。而蔡嘉慧(1998)研究發現獲得愈多社會支持的國中學生，其憂鬱傾向的情形愈不嚴重。

再論及社會支持與偏差、自殺行為的關係，戴嘉南、鄭照順(1996)研究發現，感受較多家庭與社會支持的兒童，表現出較少的沮喪情緒與越軌行為；反之，高壓力兒童知覺受到較少的家庭與社會支持，也呈現較多的情緒症狀及較多的越軌行為。相同地，蔡素玲(1997)的研究亦指出，青少年在良好的依附關係及獲得社會支持之下，能有效的減少自傷或降低自殺傾向發生。青少年與同儕關係越好，較不容易產生憂鬱無助及自殺傾向，並且顯示出青少年與權威他人(父母、老師)的關係良否，會影響其個人的身心健康。

綜上所述，整體來說兒童與青少年所獲得的社會支持來源主要是家人、朋友和師長；支持方式以訊息性支持最多，而情緒性支持最少。而在生活壓力、生活適應、憂鬱、偏差行為，以及自殺等方面，社會支持皆發揮正向的影響力，社會支持愈多，生活壓力、憂鬱傾向、偏差行為、自殺行為愈少，因而生活適應得愈好。社會支持是保護個人免於壓力負面效果的人際關係，代表面對及處理生活壓力的主要資源，若有足夠的支持系統，其精神症狀出現的可能性相對減少，因此社會支持可視為壓力的緩衝劑。

## 肆、學童社會心理因素與身心抱怨間的關係

以下分別就自尊、壓力調適及社交狀態與身心抱怨間的關係作探討。

### 一、自尊的影響

根據Damon (1983) 針對自尊 (self esteem) 的看法，自尊乃是一個人自我的情感性評價，通常是以正向或負向的特質來做評估。自我概念是自我認知的層面，自尊不像自我概念能隨著兒童瞭解事物更迭能力的改變而有所變動，在整個學齡兒童期，兒童對於自我的評價是相當穩定的，在相關研究中亦得到證實。

自尊 (self-esteem) 在個體發展適應上一直是個重要的議題，早期的心理學家及社會學家都曾強調自尊的重要性 (James, 1890; Cooley, 1909; Mead, 1934)。James (1890) 指出人們天生有一種想引起別人注意的傾向，也就是當自己不受注意時，個體會質疑自己的自我價值感。符號互動論者 (Cooley, 1902; Mead, 1934) 也主張在所有發展階段中，個體會以自己在社會情境中的經驗來看待自己，從與他人的社會互動中得到關於自己的訊息。Rosenberg (1965) 把自尊描述為個體對特定自我評價的線性組合 (linear combination)，即個體對自己各方面的特質進行評價，並整合起來形成個人對自我的積極或消極的態度。Coopersmith (1967) 認為自尊是個體對自身價值的主觀性評價，並以個體認可或反對的態度表現出來。Pope, McHale與Craighead (1988) 則以知覺我 (perceived self) 與理想我 (ideal self) 符合的程度來看自尊的形成；知覺我是個體對自己客觀事實的瞭解，理想我則是個體所渴望成為的意象，自尊則是來自兩者的比較，若兩者相符將形成正向的自尊，若兩者無法相符就會產生自尊上的問題。因此，在眾說紛云中要為「自尊」下一個一致的定義恐不容易。Wells & Marwell (1976) 便指出自尊的概念因不同理論的學者而有不同的說法，如：自重 (self-respect)、自我評價 (self-evaluation)、自信 (self-confidence)、能力感 (sense of competence) 和自我價值

(self-worth)等，其實指的是相同的現象。

因此自尊的構念通常包含兩部分，一是個體會依個人或重要他人及社會所提供的標準對自己的特質或外在表現予以評價，而伴隨自我評價而來的感覺或情緒則是自我感受的部分。Symonds (1951) 也指出自我評價和自愛(self-affection)是構成自尊兩大不同的經驗。自我評價帶有認知的成分，強調對個人能力、特質或行為方式好壞與否的判斷；而自愛是伴隨自我評價的情感和行為反應，如：自我接納(self-acceptance)、自我滿意 (self-satisfaction) 和自我喜愛(self-liking)等( Wells & Marwell, 1976)。

Harter (1982)認為個體在學齡階段除了對自我價值有一整體性的概念外，亦會發展出對自己各方面表現評價的能力，如：孩子能對自己作出整體性評價，也能評估自己在學業、運動、社會接納、外表及行為上的表現，這便構成孩童的自尊的五大向度：1.身體外貌(physical appearance)，2.同儕喜愛度(peer likability)，3.運動能力(athletic competence)，4.學業能力(scholastic competence)，5.行為表現(behavior conduct)。Pope, McHale及 Craighead (1988) 也主張個體對自己的評價與感受和生活中所經驗到的各種不同事件息息相關，他們所面對的發展性任務有學習與人相處之道、探索自己的能力和身體的外觀等，因而自尊包含了五個向度，他們認為兒童受這五種領域的影響最大：

- 1.社交自尊：指個體對自己和同儕間的互動關係感到滿意的程度，包括其他兒童是否喜歡自己。即當兒童的社交需求得到滿足時，便對此方面感到滿意。
- 2.學業自尊：指個體知覺到自己對生活中重要事件的操控和支配力，就學生而言，指個體對於自己身為學生的評價。如果他能達到自己所設立的標準，且這些標準也被家人、朋友或老師所接納的話，則他在這方面的自尊將會是正向的。
- 3.家庭自尊：個體知覺自己是否是家中一個有價值或重要的成員。個體若覺得自己是家中一個有價值的成員，並感受到父母和手足對他的愛、尊重和接納，則他在這方面的自尊將會是正向的。
- 4.身體自尊：包括身體外表及身體能力兩項。典型上，女生較關心外表，而男生則較注重身體能力，但並非絕對如此，且傳統的角

色對今日的兒童而言，已逐漸改變中。

5. 整體自尊：自己對自我整體上的評價，在這方面有正向自尊的個體，會傾向認為自己是一個不錯的人，對自己大部分表現都感到滿意。

Coopersmith (1967) 即以85位小學五、六年級的男學童及其母親，測定其自尊層次，發現在其三年研究中發現男學童的自尊並未有很大的改變，十歲時對於自己有正向觀點者，在十三歲時亦然。於同研究中，Coopersmith同時也發現高自尊的兒童若與低自尊兒童相比較，前者較獨立與具創造性，且在課業上的表現較佳，做事較為肯定、樂觀、合群並受到朋友歡迎。而相對於高自尊的學童，低自尊的男孩似乎較為缺乏自我意識，故對於表現自我則沒有信心，所以高自尊男孩的典型特徵即是具有十足的自信。

自尊與孩童情緒或行為的關係為何？研究顯示：低自尊 (Kronenberger, Laite, Laclave, 1995) 與情緒焦慮 (Garralda, 1996) 已被認定是身心抱怨的危險因素。研究證實低自尊的青少年其身心症狀普遍會增高 (Engstrom, 1992; Walker, McLaughlin, & Greene, 1988)，且其情緒困擾增加。而這些負向的情緒反應，如：不快樂、恐懼、擔憂等均是引起胃痛的主要原因 (Garralda, 1996; Helmen, 1994)，另外研究亦發現學童有行為問題者，其發生胃痛的比率亦較高 (Helmen, 1994)。在罹患憂鬱症的孩童中，King, Wold, Tudor-Smith & Harel (1996) 發現其頭痛、背痛、胃痛、暈眩及倦怠也較未罹患憂鬱症狀的孩童常發生，由上述可知，自尊對於孩童情緒困擾、身心抱怨具有相當的影響，當孩童自尊程度低時，其身心健康會較差，表現出身新抱怨的情形亦較為明顯。

## 二、壓力調適

過多的壓力源 (Greene & Walker, 1997) 以及壓力生活事件 (Aro, 1987) 均可能促使孩童產生身心症狀，尤其若是父母或家庭處於身心受創的壓力或處境之下，孩童更容易有嚴重身心症狀之主訴 (Werner, 1989; Helmen, 1994; Garralda, 1996; Wallander, Varni, Babani, Banis & Wilcox, 1989)。此時期的孩童在其發展的過程中，逐漸增強自我對於壓力及情緒調節的能力，藉以調適壓力及生活事件對於自我的影響。然而，父母親對這個年齡層的孩童仍具有相當大的影響力 (Kliwer, Fearnow, & Miller, 1996)。Kliwer (1991) 研究指出幼小的孩子會將大多數的壓力視為一種無法控制的情況，因此會出現許多行為分心的現象，當年紀漸漸長大後，會利用思考等認知上的能力去改變注意力的方向。

由於許多疾病均來自壓力太大，或是負向的調適和資源不足。良好的健康狀況需要有正向調適能力和足夠的資源，藉以對抗任何壓力。一個人對於環境的要求、挫折、失敗等困難，倘若常以退縮逃避或不合理的評斷自己，則問題非但無法解決，反而更增添困擾 (陳慶餘、吳英璋, 1987)。過去研究指出，不當的調適策略與身心症狀間有顯著相關 (駱重鳴, 1983)。王秀枝、吳英璋 (1987) 研究生活事件、生活壓力與身心健康間的關係，發現主觀認為自我資源較少，其壓力調適能力較為不足，可能會有較多的身心症狀出現。因此，個人面臨壓力的因應方式以及身心症狀間的關係是可以確立的，當個體面對壓力無法調適合宜時，其身心健康就可能發生問題。

多篇研究證實壓力源與重大生活事件與兒童的身心症狀呈現正向關係 (Brown, 1998; Brown, Harris, & Eales, 1996)，是故壓力的因應方式便成為研究身心症狀的重要變項。兒童在面臨壓力時，會出現行為及生理上的因應方式，如：計畫性地解決問題、尋求他人協助、逃避、怪罪他人或出現身體化的現象如：哭泣、做惡夢等等 (胡悅倫, 1997)。在行為上的因應方面，可區分為：針對問題去解決以及處理問題所引發的情緒兩類 (Lazarus, & Folkman, 1984)。Roth 與 Cohen (1986) 認為兒童面對壓力情境時，會選擇面對或逃避問題的方式，含括下列五種因應策略：第

一類是計畫性的解決問題，包括直接採取行動、自我依賴、認知作決定以及合乎邏輯分析問題等；第二類方式則是尋求他人的協助與聯繫，如：尋求問題的支持與指導，以及藉由社會支持或情緒上支援藉以恢復信心；第三類是逃避與壓力的情境接觸，逃避的方法可能有轉移注意或逃開、避免直接面對，如認知上的否認、遠離、逃走、社會性退縮、幻想等；第四類包括沒有控制的情緒發洩，例如報復、生理上的情緒發洩、攻擊、外向行為以及怪罪別人；最後一類則是不做任何行動或回應，也就是放棄、自覺無助或接受失敗。

吳英璋、金樹人、許文耀（1991）指出生活裡的各種活動與變化是個人生活壓力的主要來源，生活變動是每個人生活中固定要進行的例行工作或計畫好要進行的工作，以及未曾計畫即發生的偶發事件或意外。研究發現心理上的壓力和身心健康的關係相當密切，且普遍存在於一般成人及青少年族群之間（Piccinelli & Simon, 1997; Aro, Hanninen, & Paronen, 1989）。因為壓力等於身心力量花費的程度，在個人所能接受的範圍內使用的身心力量可以累積更多的能量，也使個人生活滿意度提高，但如超過限度，則有可能損害身體，個人的情緒也變得不好，甚至壓力、身體以及心情三者形成惡性循環，而令個人的健康狀況急遽變壞。因此，適度的壓力可提升個人的表現，但過度的壓力卻反而容易個體身心失調，承受過度壓力時身體就會發出警訊即為「身心症狀」。

現代孩子的挫折容忍力不足，缺乏自我支持的能力，往往在遇到挫折時，容易以情緒來回應壓力，卻不知以積極的行為扭轉乾坤，使危機化為成長的轉機。王鍾和（2001）認為青少年在學業、家庭及人際關係中受到不少的挫折與壓力，因為無法承受這些接踵而來的困境情況下，很多青少年會產生沮喪憂鬱、情緒失控、或攻擊等偏差行為，甚至喪失自信及自我價值感，長期下來，還可能產生習得無助的情形。換句話說，身心症狀產生與壓力有相當大的關係。

兒童在其日常生活中不免會面對一些壓力，其來源不外乎課業、疾病、災難事件、人際關係的改變或環境變遷等，雖然壓力來源各不相同，但卻有一些共同的症狀或反應，這些症狀或反應往往就是與壓力源本身或與壓力源相關的行為（林鳳貞，2004）。



當學童被問到什麼是他們在生活中感到最不愉快事時，兒童普遍會指出學校中所發生的事情最讓他們感到煩惱(Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988)。學童們常會提及的壓力事件包括有：考試或作業的成績不好，害怕以後的學業成績不佳、不瞭解學習的內容、被老師問到的時候不知道答案、因為違反規定被處罰，以及擔心老師不喜歡自己等。可見在學校當中，學童可能會感受到許多壓力，若無法面對，將產生身心方面的障礙。再者，當兒童自己受傷住院或生病、家中有人死亡或受傷、曾經處於危險環境之中或目睹可怕事件後，因為經歷或高度暴露在災害之中，容易使其籠罩在極大的壓力之中而產生了一些身心方面的症狀（許文耀、陳燕錚，2000）。兒童經歷人際關係的改變，特別是家中成員之間的關係改變或自我角色、日常生活的巨大變遷，都可能使兒童心理及行為產生長期的變化或緊張狀態。

綜合上述，身心抱怨的產生可視為個體承受過度壓力時，身體所發出的警訊，故在探討兒童身心症狀時，必需對兒童的壓力源及其因應方式有相當瞭解。Skinner 及 Wellborn (1997) 曾提出以動機論的觀點來詮釋兒童壓力的產生，該理論認為兒童的壓力可歸結於三種基本需求的不被滿足，亦即歸屬感、勝任的需求以及自主性。當孩童懷疑自己的價值或不信任同伴，就會感到焦慮或產生人際關係上的困擾，此為孩童無法滿足歸屬感的需求所致。而當兒童經驗到自己與其社會及物理環境互動是有效的，則孩童會相信自己具備有行動的能力，並認為環境會對自己的努力有所回應。換言之，兒童無法肯定自己的能力時，其勝任感需求受到威脅，對於自己的挫敗，正是反應其能力不佳與長久失敗的證據。至於自主的需求，也就是兒童覺得被各種規定或獎懲所約束，必須依照某種方式行動，表現某種感覺，故覺得無法自己做決定。越是感到自主性低落的孩子，越容易增大自己所感受到的壓力，於是容易採用自我貶損來評估具有挑戰性的情境，會有許多退縮性的反應來因應其壓力。日常生活中充滿壓力的來源，對兒童而言，其來源包括課業、疾病、災難事件、人際關係的改變或環境變遷等，而兒童在面臨壓力時會出現行為及生理上的因應方式，身心症狀的產生即是對於壓力因應不良所產生的訊號。因

此，身心症狀與壓力的關係密切，在探討孩童身心抱怨主訴時，需瞭解其間的作用機轉，藉以提出有效的防治策略，達到增進孩童的身心健康的目的。

### 三、自覺社交心理狀態

愈來愈多證據顯示，不受歡迎或遭到排擠的兒童缺乏社交技巧（Coie, & Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983）。Asher（1983）認為社交能力可以分為三個層面。第一個層面是關連性—兒童能進入持續不斷的互動中，他們能察覺社會情境，並調整自己的行為以順應互動的潮流。第二層面是反應性，對於其他兒童主動接觸，能以正向、熱烈的回應。也就是說受歡迎的兒童較常成為其他兒童主動親近的對象。社交能力的第三個層面是對於關係建立過程的瞭解程度，亦即同儕地位較高的兒童，能辨認其關係的建立是需要時間長期累積，故他們會選擇並應用一些方式慢慢形成友誼關係。

與他人建立關係，分享共同興趣是青少年與兒童的首要需求，在兒童時期維繫同儕關係將有助於社交、心理調適。要能擁有成功的人際關係，就需要朋友間相互提供情感支持、資訊與建議，才能促使兒童學習如何在團體中生活，以及適應社會的方式。研究發現同儕涉入與許多心理及社交調適指標有正面的關聯（Bishop & Inderbitzen, 1995）。因此若在此時期遭受同儕的冷落或拒絕，與某些心理、情緒的障礙等嚴重問題的發生有顯著關聯，例如少年犯罪、藥物濫用、憂鬱症。

與同儕關係有關的個人因素，除了個人所表現出的社會行為之外，尚有多項個人特質也直接或間接的與兒童受歡迎程度有關，如Papalia 與 Old（1990）在說明影響兒童受歡迎因素中指出，除平時表現出較合作、有自信行為、以及具有幽默感、樂於助人的兒童，較受到同儕喜愛外，身體方面較有吸引力、身體健康、精力充沛、均衡、主動、適應、可依賴與體貼的兒童，也會較受同儕歡迎；王柏壽（1989）研究影響同儕關係因素時發現，社交能力、自我態度與國小學童的同儕接納有正相關，社交能力好與

自我態度佳的兒童，在班級中會較受同儕接納；黃德祥（1989）對 601 位國中、小學生調查影響社會行為與社會關係之相關因素時也發現，具有自愛、自我接納與能力感等多項特質的高自尊國中、小學生，因其較能接納自己與他人，所以會有較高度的社會能力感，因而在人際關係中也會表現出較多自制、合群與尊重他人的行為，因此其班級社會行為較佳，也較受同儕歡迎。

外表的長相常被認為與兒童人際關係及社交狀態有關，然而其重要性尚不及社交技巧（Coie, Dodge & Kupersmidt, 1990）。事實上，學生在班級中的行為表現，是決定其社會計量地位的主要因素。Coie 等人（1990）綜合許多有關兒童同儕關係與社會行為的相關研究後發現：和兒童社會計量地位有關的主要行為因素是合群、分享與合作等的正向行為，以及打架、破壞、發脾氣和罵人等攻擊性等的負向行為。前者可幫助兒童受人歡迎，獲得良好的同儕關係，而後者通常是被拒絕的主要原因。Newcomb 等人（1993）的研究分析也指出，受歡迎組的兒童除較普通組兒童有較高的社交技巧與認知能力，以及較少攻擊和退縮行為外，其在問題解決、正向社會行為、正向社會特質、友誼關係與混合的社交能力的表現上也比普通組兒童、被忽視組兒童和被拒絕組兒童高。

Newcomb 等人（1993）探討受歡迎、受忽視、受爭議、平均組與被拒絕兒童之同儕關係，受歡迎兒童有較多的社交能力和認知能力，少有攻擊行為、社會問題，較多問題解決技巧、正向社會行為、正向社會特質及良好的友誼關係；被拒絕兒童有較多的攻擊行為及退縮行為，較缺乏社交能力及認知能力，較多破壞、身體攻擊、拒絕、沮喪、焦慮，較缺乏社會互動，正向的社會行為、正向的社會特質、良好的友誼關係及成人的互動。

Wentzel & Erdley（1993）研究六、七年級學生的同儕關係，發現兒童和同儕互動時，表現適當的因應策略及正向的社會行為與同儕的接納程度有關。Coie 等人（1983）、顏秀真（2000）都曾對國小兒童進行社交狀態與計量地位的研究，其結果皆發現男生比女生容易被選到被拒絕團體，而女生比較容易被選到受歡迎團體。

Hubbard（2001）探討國小二年級兒童同儕互動過程中有關情

感表達方面的研究，發現被拒絕型學生比一般型學生較常在言語和表情中表現出憤怒的情緒，除非受人稱讚，否則較少把快樂表達出來。而男生比女生更常把憤怒的情緒表現出來。被拒絕兒童比受歡迎兒童更好動、容易分心、缺乏恆心；被拒絕兒童與被忽視兒童比受歡迎兒童表現出較低的適應能力，較多的負面情緒；男生比女生更好動、容易分心、缺乏恆心。

洪儷瑜（1994）以不同評量來源的社會特質與學生的社交適應與地位之相關研究，發現社交地位不因年級及性別而有差異，女生對自己的人际技巧評價高於男生，男生對於自己的人际關係評價高於女生；六年級自評的人际技巧最低，五年級自評的人际技巧最高；不同評量來源的特質間相關低，相同評量來源的特質相關高；同儕評量特質與社會喜愛及社會影響有相關。劉奕樺（1996）則探討父母管教、社會行為、同儕喜愛與被拒絕男生之關係，男生整體的正向行為、合作、正向肯定、同理心、負向肯定、自我控制等行為與其受同儕喜愛之程度有正相關，而退縮行為及攻擊行為與其受同儕喜愛的程度有負相關。

蘇秋碧（2000）則以國小六年級被同儕拒絕兒童其被同儕拒絕之因素為研究主題，發現兒童不適當的行為表現是導致其被同儕拒絕的普遍性行為表徵；被拒絕兒童本身對自己行為的認知及同儕對其行為認知間的差異，是影響其是否能正確解決人际問題與同儕和諧相處的真正因素；被拒兒童因對其行為表現缺乏社會認知能力，在面對同儕拒絕行為時有不適當的歸因，導致不適當的因應方式，而影響其社會計量地位的穩定性。

由上述關於學童社交狀態與計量地位方面之相關研究可知，大部分的研究都依兒童之社會喜愛與社會影響分數將其社會計量地位分成受歡迎、被忽視、受爭議、被拒絕、平均組五組，並探討影響其受歡迎程度之相關因素。諸多研究指出，較年幼的青少年偏好將自己的情感向父母披露，然而當年紀漸增長，青少年對朋友的自我披露程度就會逐漸增多。相較於男性，各年齡層女性對父母及同儕顯露出更多的情感表白，此現象符合男性不輕易表達關心與感覺的傳統概念（Papini, Farmer, Clark, Micka, & Barnett, 1990）。從諸多兒童的人际關係研究中，可歸納出寂寞、不受欢迎

感到孤單是兒童與青少年所面臨的重大問題之一 (Roscoe, & Skomski, 1989)。當兒童感覺到被拒絕、疏離、孤立時，可能因此表現出憤世嫉俗的態度，因而選擇避免社交接觸或與他人建立親密關係，因此也可能造成其憂鬱、情感失調等病兆出現。故在探討學齡兒童身心健康問題時，其人際關係與社交狀態情形均是不可缺漏的重要影響因素。

綜合上述文獻資料可知，低自尊與情緒焦慮等因素，已被證實是影響身心抱怨的危險因素。研究顯示低自尊的孩童其身心症狀普遍會增高。許多研究均提出過多的壓力源以及壓力生活事件，是促使孩童產生身心症狀的主要原因。又由於許多疾病均來自壓力太大，或是負向的調適和資源不足。故維持個體良好的健康，就必須具備正向調適能力和足夠的資源，倘若調適策略的使用不當，個體就容易產生身心症狀 (駱重鳴，1983)，因此壓力調適與身心抱怨兩者呈現顯著的正向關係。

人類是群體社會，在兒童時期學習如何與人相處，並建立彼此間的關係。具有良好的社交能力，比較受到群體的歡迎，諸多不適應的現象如：寂寞、逃避等也較少發生。是故在探討兒童身心抱怨的相關因素時，必須從其社會心理學的因素如：自尊表現、壓力調適以及社交狀態能力加以探究，藉以深入瞭解孩童發生身心抱怨的原因。