

第二章 文獻探討

第一節 大學生健康行為及心理狀態現況

「促進健康的生活型態」是「Healthy People 2010」眾多目標的主軸(Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services, 2001)。而生活型態在衛生教育的領域被廣泛的定義為：對一個人的健康會造成明顯影響的任何活動(Wiley & Camacho, 1980)，包含對健康會造成正負面影響的行為。在探討大學生的健康行為現況之前，首先，我們必須先澄清「大學生」的意義。大學生是不是青少年呢？依據世界衛生組織(WHO)將「Adolescence」的年齡界定為10到19歲，「Youth」是介於15到24歲；美國疾病防治中心(CDC)則視13至21歲為青少年。我國兒童及少年福利法規定12歲以上未滿18歲者稱為少年(引自張富琴, 2000)；若依張春興(1992)的看法，青少年乃指，由青春期開始到身心臻於成熟的發展階段，女性約自十二歲到二十一歲之間，男性約自十三歲到二十二歲之間。因此，兒童期之後到成年期之間的一段大約十年的期間，稱為青少年期。

根據Dusek(1987)的說法，青少年期是兒童期過渡到成人期的一個橋樑階段；而我國學制，大學生約在十八歲到二十二歲之間，綜合上述學者的看法，一般大學生年齡剛好介於青少年晚期到成年初期。這時候的行為及養成的生活習慣都對日後成年期的生活影響甚鉅，且大學生多離家獨立生活，脫離了父母的保護傘，三餐要自理，生活也都要自己打點，作息也受到同儕間互相影響。根據許多研究發現，大學生有許多不良之健康行為因子(黃雅文、張彩秀, 1996；高毓秀、黃奕清, 1997；陳政友, 1999、2001；王金蓮, 2001)，諸如：吸菸、飲酒、沒有規律運動習慣、飲食不均衡、沒吃早餐、有壓力卻無紓發管道、感到憂鬱、睡眠不足或品質不佳...，對其目前及長遠的健康都會有不良影響，實在值得我們加以關心，並尋求改善之道。

以下就幾項與大學生較相關之健康行為與心理感受對健康的影響及現況做一探討：

一、 吸菸

(一) 對健康的影響

吸菸是人類社會普遍存在的現象，而「吸菸有害健康」也經過醫學、流行病學及公共衛生等領域一再研究證實。以西方成年男性的肺部、氣管和支氣管的惡性腫瘤為例，死亡個案中有90%起因於吸菸；唇部、口腔和咽部惡性腫瘤的死亡個案，有92%是因為使用菸品（Chyou et al., 1992）；美國在1985年有390,000人因為使用菸品而死亡，其中死亡人數由多到少分別為吸菸引起的惡性腫瘤、冠狀動脈心臟疾病、腦血管疾病及肺癌以外的其他肺部疾病（Rakle, 1990）。而在台灣，民國91年全國十大死因前三名為惡性腫瘤、腦血管疾病和心臟疾病（行政院衛生署，2004），由上述文獻可以證實此三種疾病的發生都和吸菸行為有密不可分的關係。雖然吸菸對身體的危害眾所皆知，但在台灣不論年齡、性別的吸菸率卻節節上升中（周碧瑟，1997），每年因吸菸致死的人數也不減反增。

(二) 現況

吸菸是每個地方都會面臨的棘手問題。在美國，大學生的吸菸率逐年攀升。依據CDC (2004) 的調查資料，18-24歲的族群吸菸盛行率從1995年的24.4%上升到2002年的31.2%。1989年一項國家調查結果發現，大學生吸菸率為14% (Johnston, 1989)。1995年針對4838名大學生所做的國家調查 (the 1995 National College Health Risk Behavior Survey, NCHRBS) 則發現，吸菸率為31% (Douglas, 1995)。另外在Rigotti, Lee & Wechsler (2000) 針對14138名哈佛大學生所做的長期縱貫性調查發現，過去一年曾經吸菸的人數高達45.7%，而仍為吸菸者則有32.9%。

在國內，針對大學生吸菸所做的調查，黃蔚綱等 (1988) 於1987年以台灣地區大專院校學生為母群體，抽出1996份有效樣本調查發現，有吸菸習慣者佔18.1%，過去有吸菸習慣，現在已戒菸者佔3.2%，男生吸菸之盛行率為29.9%，女生之吸菸盛行率為2.9%。鄭雪霏 (1989) 調查就讀於省立台北師範學院及市立台北師範學院學生814人，發現師院生現在經常及偶爾吸菸的比率各為4.2% 及4.3%。黃淑貞 (1997) 於1994年調查某師範大學一到四年級學生505人發現，現在有吸菸者僅2.8%，且全為男生。黃雅文、張彩秀 (1996) 針對台北某師範學院學生所做調查，有吸菸習慣者佔11.3%。高毓秀、黃奕清 (1997) 調查長榮管理學院八十四學年度第二學期日夜間部學生發現，「經常吸菸者」和「有時吸菸者」各佔6.1%和3.7%，約佔一成。在陳政友 (1999) 所做的台灣地區高中 (職) 與大專學生健康生活型態研究發現，大學生「經常吸菸者」和「有時吸菸者」各佔5.5%和3.1%，總計8.6%。王金蓮 (2001) 調查輔仁大學日間部學生發現，每天抽半包至兩包菸的人佔20.7%。以下是統整有關大學生吸菸行為現況研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-1 大學生吸菸行為現況

| 研究者 | 年代 | 對象 | 吸菸者定義 | 吸菸行為現況 |
|-------------------------|------|-------------------------|---|--|
| 黃蔚綱等 | 1988 | 1987年台灣地區大專院校學生1996人 | 吸菸者定義為每天吸一支香菸以上者。戒菸者指過去曾有吸菸習慣，調查進行時已不吸菸者。 | 有吸菸習慣者18.1%，過去有吸菸習慣，現在已戒菸者3.2%，男生之吸菸盛行率為29.9%，女生之吸菸盛行率為2.9%。 |
| 鄭雪霏 | 1989 | 省立台北師範學院及市立台北師範學院學生814人 | 包括現在經常吸菸及偶爾吸菸者。 | 現在經常及偶爾吸菸的比率各為4.2%及4.3% |
| Johnston | 1989 | 超過1000名的大學生 | 目前有吸菸者 | 吸菸率為14% |
| 黃淑貞 | 1994 | 某師範大學一到四年級學生505人 | 包括幾乎每天吸菸或是現在經常或偶爾吸菸。 | 現在有吸菸者2.8%，全為男性。 |
| Douglas | 1995 | 全美148所大學及學院的4838名大學生 | 最近三十天內，每天至少抽一根菸以上者。 | 吸菸率為31% |
| 黃雅文、張彩秀 | 1996 | 台北某師範學院學生1399人 | 定義為有抽菸習慣者。 | 有抽菸習慣者佔11.3% |
| 高毓秀、黃奕清 | 1997 | 長榮管理學院八十四學年度第二學期日夜間部學生 | 包括經常吸菸及有時吸菸者。 | 「經常吸菸者」和「有時吸菸者」各佔6.1%和3.7% |
| Rigotti, Lee & Wechsler | 2000 | 14138名哈佛大學學生所做的長期縱貫性調查 | 過去一年曾吸菸者及目前仍吸菸者 | 過去一年曾經吸菸45.7%，仍為吸菸者32.9% |
| 陳政友 | 2001 | 台灣地區大專二年級學生1086人 | 包括「總是或經常如此」及「有時如此」 | 「總是或經常吸菸者」和「有時吸菸者」各佔5.5%和3.1%，總計8.6% |
| 王金蓮 | 2001 | 民國八十九年輔仁大學日間部學生782人 | 以「每天的抽菸量」來定義。 | 每天抽半包至兩包菸的人佔20.7% |

由上述吸菸現況可知，國內大學生吸菸盛行率雖不像國外那麼高，但幾乎也都佔學生人數的一成以上，甚至更高，除鄭雪霏(1989)、黃淑貞(1994)研究結果數據偏低外。再者，吸菸在社會人口學變項中，以性別最有顯著差異。

二、 喝酒

(一) 對健康的影響

飲酒會引起許多身體疾病、精神疾病及事故傷害，為公共衛生的重大課題之一。根據一項對酒精所引起之罹病與死亡研究，至少有 38 項疾病與飲酒有關，包括酒精性肝硬化、酒精依賴、口腔癌、食道癌、肝癌及許多的事故傷害及自殺等 (English, 1995)。在全球疾病負擔研究中，全世界因疾病造成失能的危險因子中，酒精排名第三，在已開發國家中更是高居第二位 (Murray, 1997)。台灣地區目前為止並沒有飲酒對整體健康影響全國性的量化資料，但是根據衛生署 (2004) 統計的民國九十一年國人十大死因中有幾項與飲酒相關，例如惡性腫瘤、事故傷害及自殺等。惡性腫瘤中的肝癌、口腔癌、食道癌都與飲酒有關，其中肝癌更高居主要癌症死亡原因的第一位 (行政院衛生署國民健康局, 2004)。雖然少量飲酒對冠狀動脈疾病有好的影響，但是過度飲酒卻會導致酒精性心臟肌肉疾病 (Preedy & Richardson, 1994; Beilin, 1994)。事故傷害雖然在十大死因中排名第五，潛在生命年數損失卻僅次於癌症，平均生命年損失則是高居第一；在 34 歲以下族群，事故傷害更是十大死因之首。從警政署 (2003) 的資料顯示，事故傷害中約一半的死亡為交通事故。交通事故死亡原因中酒後駕車排名第三，僅次於超速與擅闖平交道，且近幾年酒後駕駛造成死亡車禍逐年上升，由民國八十七年的 265 件，上升至九十一年年的 443 件。

(二) 現況

雖然飲酒會帶來那麼多危險，國內外飲酒比率依然持續上升。在 1989 年一項對象超過 1000 名大學生的調查發現，有飲酒習慣者高達 91% (Johnston, 1989)。Wechsler 等人 (1994) 調查美國 140 所大學學生共 17592 人發現，有 44% 的大學生有狂歡飲酒的習慣，其中有 19% 是經常性的狂歡飲酒者。1995 年

針對4838名大學生所做的國家調查（NCHRBS）則發現，經常性的飲酒者有4.2%（30天內至少有20天飲酒），間歇性的飲酒過量者有34.5%，且男性比女性嚴重（Douglas & Collins，1997）。哈佛大學學生長期縱貫性調查研究從1993年至2001年的四波資料中發現，在2001年，狂歡飲酒（binge drinking）的比率是44.4%，跟前三次調查時並無很大的改變（Wechsler等，2002）。另一項對非裔美籍大學生所進行的健康行為調查發現，飲酒的比率高達63%（Ford & Goode，2003）。

在國內，大學生飲酒的情形不像國外那麼嚴重。高毓秀、黃奕清（1997）調查長榮管理學院八十四學年度第二學期日夜間部學生發現，有時及經常飲酒者佔21.7%。黃慧娜、魏美珠（1999）調查嘉南藥理學院學生，偶而飲酒者有15%。而陳政友（1999）所做的台灣地區高中（職）與大專學生健康生活型態研究發現，有時及經常飲酒者佔10.5%。此飲酒比率雖低於國外調查，但與研究對象自身菸、酒、檳榔行為相比，飲酒比率最高，值得特別留意。王金蓮（2001）調查輔仁大學日間部學生發現，每週喝酒1~6次者佔15.7%。劉美媛、周碧瑟（2001）對台灣地區青少年所做的飲酒盛行率調查發現，由12歲以下（含）之11.3%到18歲以上（含）高達31.4%。以下是統整有關大學生飲酒行為現況研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-2 大學生飲酒行為現況

| 研究者 | 年代 | 研究對象 | 飲酒者定義 | 飲酒行為現況 |
|-------------------|------|------------------------|--|--|
| Johnston | 1989 | 超過1000名的大學生 | 有飲酒習慣 | 有飲酒習慣者：91% |
| Wechsler等 | 1994 | 美國140所大學學生17592人 | 過去兩週內，男生曾有五次或以上、女生曾有四次或以上喝酒超過一打者。 | 44%有狂歡飲酒的習慣，其中有19%是經常性的狂歡飲酒者 |
| Douglas & Collins | 1995 | 全美148所大學及學院的4838名大學生 | <u>經常性飲酒</u> ：30天內至少有20天飲酒。 <u>間歇性飲酒過量</u> ：過去30天內，在某一個場合喝超過五杯或以上者。 | 經常性的飲酒者有4.2%（30天內至少有20天飲酒），間歇性飲酒過量者有34.5%，且男性比女性嚴重 |
| 高毓秀、黃奕清 | 1997 | 長榮管理學院八十四學年度第二學期日夜間部學生 | 選項分為從不、很少、有時、經常飲酒 | 有時及經常飲酒者佔21.7% |
| 蘇俊賢 | 1997 | 2182名大學生 | 飲酒頻繁度（沒有/很少、1或2天/週、3或4天/週、5或6天/週、每天） | 每週有飲酒習慣者佔4.5%，其中以1或2天最多，有3.65% |
| 黃慧娜、魏美珠 | 1999 | 嘉南藥理學院學生 | 每天喝1-10杯。 | 偶而飲酒者有15%，其中以每天1杯最多，佔總喝酒人數的45% |
| 陳政友 | 2001 | 台灣地區大專二年級學生1086人 | 喝酒的頻率：總是或經常如此、有時如此 | 有時如此及總是或經常飲酒者佔10.5% |
| 王金蓮 | 2001 | 民國八十九年輔仁大學日間部學生782人 | 每週飲酒的次數 | 每週喝酒1~6次者佔15.7% |
| Wechsler等 | 2002 | 14138名哈佛大學生所做的長期縱貫性調查 | 過去兩週內，男生曾有五次或以上、女生曾有四次或以上喝酒超過一打者。 | 狂歡飲酒（binge drinking）的比率是44.4% |
| Ford & Goode | 2003 | 224名非裔美籍大學生 | 定義為有飲酒習慣及過量飲酒者 | 63%有飲酒習慣，47.8%自陳達到過量 |

由上述國內外飲酒現況可以發現，有飲酒習慣的大學生比率不低，多在15%以上，蘇俊賢（1997）的研究除外。大學生離開校園，將步入更可能需要飲酒應酬的職場，究竟影響他們飲酒的因素為何？值得我們進一步探討，以作為教育之依據。

三、 運動

（一）對健康的影響

近年來，隨著經濟的成長，國民生活水準大幅提高，工業化的結果，人們的工作與許多活動早已被機械化產物所取代，「坐式生活方式」已成為現代人生活的最佳寫照。根據CDC（1999）所界定的日前年輕學子六大危險行為，「身體活動不足（坐式生活型態）」即是導致慢性病的主因之一。

許多文獻指出，運動的好處不勝枚舉。運動可以促進身心健康，在生理上，運動可以預防心臟病、高血壓、中風、高血脂症、骨質疏鬆症、非胰島素依賴型糖尿病，促進體重控制，提高體適能...等；在心理方面，運動可以有效減緩壓力、憂鬱，提升個人自我形象，增進社會關係（黃永任，民87；謝錦城，民87；王淑芳，民89）。

根據美國運動醫學會（American College of Sports Medicine, ACSM，1990）的建議，健康的成年人應執行每週三到五次，每次持續20至60分鐘，強度需達最大心跳之60%～90%或最大攝氧量之50%～85%的有氧運動，如此可以改善或維持心肺適能。而根據行政院衛生署在「台灣地區公共衛生概況」（民85）的定義，規律運動習慣是指每週至少三次，每次至少20分鐘以上的運動。另外，美國疾病管制及預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）及美國運動醫學會（1995）也提出的新運動建議為成人於每週中應有大部分的天數，最好是每日，從事中度（moderate-intensity）體

能活動的時間至少需累積三十分鐘以上。與原運動處方比較，此新的運動處方有兩個特點：(1) 在運動強度上，以中度體能活動為主。(2) 允許以間斷或較短時間的運動，只要使整日的總運動時間累積至少三十分鐘以上即可 (Pate 等, 1995)。

(二) 現況

綜合上述討論結果，規律運動對於生理、心理的健康均有實質益處，然不論國內、外，各年齡層的人規律運動情形卻普遍偏低。有關大學生規律運動行為的現況調查，高毓秀、黃奕清 (1996) 調查長榮管理學院八十四學年第一學期大一日間部新生，有規律運動者佔29.4%，而他們在八十四學年度第二學期調查同校日夜間部學生發現，運動次數在3或3次以上者僅佔19.4% (1997)。蘇俊賢 (1997) 調查文化大學及東海大學學生發現，每週有做適量運動三天以上者，僅有14.8%。黃雅文、張彩秀 (1996) 調查台北某師範學院學生，有規律性運動的有28.9%。黃毓華、邱啟潤 (1997) 調查發現，有規律運動的大學生中，男性有18.5%、女性有4.6%。陳政友 (1999) 調查國立台灣師範大學四年級學生健康生活型態發現，每星期至少有三次規律運動的人數也只有35.9%。黃慧娜、魏美珠 (1999) 調查嘉南藥理學院學生，有適量運動者佔31.9%。黃永賢 (2001) 發現有16%左右的成大學生，課餘時間完全沒有運動的習慣。王金蓮 (2001) 調查輔仁大學日間部學生發現，每週有規律運動超過三天者佔31.6%。陳美莉 (2001) 調查八十八學年度台大學生規律運動情形，有規律運動的受試者佔28.8%，其中男生佔35.1%，女生佔22.5%。黃淑貞、洪文綺 (2003) 於民國八十二年至八十五年間針對大學生所做的長期追蹤研究發現，兩年間僅有1/4的人有規律運動的習慣，雖然男生做運動的情形比女生為佳，但仍有七成的學生平時並無做運動的習慣。蕭世平 (2003) 調查輔仁大學3754位大一新生發現，有33%的人每週做三次或三次以上的運動。美國公共衛生署公佈的身體活動與健康報告指出，

大約60%的美國人運動量不足(U.S Department of Health and Human Services, 1996)。而1995年的美國大學學生健康危險因子調查發現，57.1%的人有規律運動的習慣(Douglas & Collins, 1997)。另一項對非裔美國籍大學生所做的健康行為調查發現，有44.6%的學生有每日運動的習慣(Ford & Goode, 2003)。

以下是統整有關大學生規律運動行為研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-3 大學生運動行為現況

| 研究者 | 年代 | 對象 | 規律運動行為 |
|-------------|------|-----------------------|----------------------------------|
| 黃雅文、 張彩秀 | 1996 | 台北某師範學院男女生 1399 人 | 28.9% |
| 黃奕清、 高毓秀 | 1997 | 長榮管理學院大一日間部男女生共 204 人 | 29.4% |
| 蘇俊賢 | 1997 | 文化大學及東海大學學生 2182 名 | 每週運動三天以上者佔 14.8% |
| 高毓秀、 黃奕清 | 1997 | 長榮管理學院日夜間部學生 324 人 | 19.4% |
| 黃毓華、 邱啟潤 | 1997 | 高雄市三所大學學生 562 人 | 男性 18.5% 女性 4.6% |
| 陳政友 | 1999 | 國立台灣師範大學 1322 名四年級學生 | 35.9% |
| 黃慧娜、 魏美珠 | 1999 | 嘉南藥理學院學生 6491 人 | 31.9%有適量運動 |
| 鍾志強 | 2000 | 國內九所大學 1027 名學生 | 12.9% |
| 王金蓮 | 2001 | 民國八十九年輔仁大學日間部學生 782 人 | 31.6% |
| 黃永賢 | 2001 | 成大學生 | 16%完全不運動 |
| 陳美莉 | 2001 | 國立台灣大學學生 639 人 | 28.8% 男性 35.1% 女性 22.5% |
| 黃淑貞、 洪文綺 | 2002 | 長期追蹤研究大學一年級到四年級 505 人 | 民國八十二年 25.4% 民國八十五年 29.8% |
| 蕭世平 | 2003 | 私立輔仁大學新生 3754 人 | 33% 有規律運動 |

由上述國內外文獻的比較可以發現，國內大學生的規律運動行為普遍偏低，且較國外更差。

四、 飲食

(一) 與健康的關係

良好的飲食習慣與疾病預防和健康促進有密不可分的關係。不良的飲食習慣會導致數種重大疾病，如冠狀動脈硬化性心臟病、癌症、中風、糖尿病、以及粥狀動脈硬化症等。根據行政院衛生署（1995）提供的每日飲食指南，一個健康的成人每天應該攝取足量的五穀根莖類、蔬菜類、水果類、奶類、蛋豆魚肉類，攝取的量又因個人體型與活動量而有不同。而 Belloc 與 Breslow（1972）所提出與健康有密切關係的七項健康生活習慣中，「吃早餐」及「不在三餐間吃東西」也都與飲食相關。美國一項營養與健康的報告中也提出，許多既不吸菸也不喝酒的人，他們的飲食型態對於其長期健康的影響超過任何個人其他的選擇。而現今這個物產富足的社會，過量與不均衡的飲食已經取代營養素缺乏症，變成主要的健康問題（U.S Department of Health & Human Services, Public Health Service, 1990）。

青少年時期的飲食習慣對其日後成人時期的飲食情形具有關鍵性的影響力，而大學時期很多學生獨自在外生活，其飲食的習慣更可能成為日後生活的模式，故大學生的飲食行為現況及相關影響因素，是值得探討的一環。

(二) 現況

目前國內有關大學生的飲食行為現況，張淑珍（1987）以國立台灣師範大學一至四年級女生 259 名為樣本，調查結果發現，絕大多數學生有均衡攝取五大類食物，且幾乎不吃宵夜，但吃早餐的情形不佳。李蘭、曾倩玲（1990）以國立台灣大學公共衛生學系一至四年級學生為樣本調查發現，僅有 48.3% 的受試者天天吃早餐，8.8% 每天吃宵夜。一項調查某國立大學日間部八十二學年度註冊學生飲食行為研究發現，大學生飲食型態未臻理

想：回答「常常」或「總是」的選項者，吃宵夜佔 33.4%，吃零食佔 25.4%，偏食佔 14.7%，吃過量佔 11.5%，不吃正餐佔 7.4%（黃淑貞、姚元青，1999）。另外由黃雅文、張彩秀（1996）針對台北某師範學院學生所做調查，有每天吃早餐者佔 49.1%，「有吃零食習慣」者佔 46%，有一半的人在晚餐會選擇魚肉蛋豆奶、蔬菜及五穀根莖類。而高毓秀、黃奕清（1997）調查發現，「每天吃三份以上蔬菜」經常者有 34.7%，有時佔 44.9%；「每天吃兩個以上水果」經常者有 10.2%，有時佔 43.5%；四項「吃零食習慣」平均，經常者有 15.3%；「每週吃早餐」平均七次者有 20.7%，五-六次者有 33.0%，少於三次者有 20.1%。另外，一項以國立台灣師範大學四年級學生為對象之研究發現，研究對象表現較好（即經常或絕大多數都做到的）的飲食行為有：「吃瘦肉、家禽、魚類以攝取動物性蛋白質」（62.6%）、「依自己體型和身高保持適當體重」（57.2%）、「每天吃蔬菜和水果」（57.1%）；而研究對象表現較差（即很少或偶而才做到的）的飲食行為有：「有計畫攝取適量維生素及礦物質」（34.7%）、「盡量少攝取甜食」（34.4%）、「每天飲食能注意均衡膳食」（25.3%）、「每天吃早餐」（21.3%）（陳政友，1999）。在陳政友（2001）的另一項以台灣地區高中職與大專學生為對象的研究發現，大專學生表現較好（即總是或經常如此）的飲食行為有：「吃瘦肉、家禽、魚類和蛋以攝取動物性蛋白質」（75.6%）、「吃蔬菜和水果」（73.6%）、「吃早餐」（67.9%）、「喝牛奶或食用乳酪、優酪乳等奶類製品」（61.0%）和「會依自己的體型和身高，保持適當體重」（52%）；而研究對象表現較差（即很少或從不如此）的飲食行為有：「少吃零食」（41.0%）、「有計畫攝取適量維生素及礦物質」（36.6%）、「少吃宵夜」（36.0%）。以下是統整有關大學生飲食行為研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-4 大學生飲食行為現況

| 研究者 | 年代 | 對象 | 問題飲食行為現況 |
|---------|------|----------------------------|--|
| 張淑珍 | 1987 | 國立台灣師範大學一至四年級女生259人 | 吃早餐情形不佳 |
| 李蘭、曾倩玲 | 1990 | 國立台灣大學一至四年級學生 | 48.3%吃早餐、8.8%吃宵夜 |
| 黃淑貞、姚元青 | 1999 | 某國立大學日間部八十二學年度註冊學生505人 | 「常常」或「總是」，吃宵夜佔33.4%，吃零食佔25.4%，偏食佔14.7%，吃過量佔11.5%，不吃正餐佔7.4% |
| 黃雅文、張彩秀 | 1996 | 台北某師範學院學生1399人 | 每天吃早餐者佔49.1%，「有吃零食習慣」者佔46% |
| 高毓秀、黃奕清 | 1997 | 長榮管理學院八十四學年度第二學期日夜間部學生294人 | 將近一半的人很少或沒有每天吃水果、將近八成的人沒有每天吃早餐 |
| 陳政友 | 1999 | 國立台灣師範大學1322名四年級學生 | 有計畫攝取適量礦物質及維生素、少吃甜食、飲食均衡、每天吃早餐情形不佳 |
| 陳政友 | 2001 | 台灣地區大專二年級學生1086人 | 吃零食、吃宵夜、有計畫攝取適量礦物質及維生素 |

綜合以上研究可以發現，大學生的飲食習慣從 1987 年至今，有許多變化。早年的大學生飲食均衡，還沒有吃宵夜的習慣，而目前的飲食習慣較有問題的如：吃零食、吃宵夜的情形普遍升高，維生素及礦物質的攝取不足，還有均衡膳食的觀念，至於每天吃早餐的情況因研究而異，大多也都不良。

五、 睡眠

(一) 對健康的影響

人的一生中睡眠佔有相當重要的角色，人們入睡前的期待無非是希望能有良好的睡眠品質，及足夠的睡眠時間，醒來後能精神飽滿。睡眠有調節情緒平衡與獲得情感記憶的功能（Cai，1995），也可使人暫停接觸外界的刺激，以達成放鬆、休息、調整的目的和恢復身心均衡的狀態（李玉如，2001）。睡眠不足會干擾到諸如記憶、學習、推理、運算等認知能力；對於較複雜的語言表達和研判與決斷能力也有所影響，有時還會進一步引起情緒障礙和行為等學校適應的問題（李宇宙，2000）。不良的睡眠品質是許多生理及心理疾病的重要徵兆（Buysse et al.，1989），例如沮喪不安、焦慮及過大壓力與精神分裂等。

Buysse 等人（1989）認為睡眠品質是指個人評量其睡眠相關特性是否能滿足個人需求。有關睡眠品質的好壞可透過主客觀兩方面的標準來判斷，客觀的評量方法包括了以多重型式睡眠紀錄器（polysomnography）、睡眠觀察法、覺醒閾值試驗法、身體動作紀錄法、警覺和睡眠試驗、肌皮電氣活動記錄等藉由儀器或他人來傳達個案睡眠情形的方式；而主觀評量方法則意指由個案自行判斷入睡的時間長短、睡眠的品質好壞及是否足夠等情況，可透過視覺類比量表、主觀評分量表、問卷、訪談及睡眠日記等方式，讓個案表達其睡眠的主觀感受（林嘉玲，2000）。Bootrin & Perlis（1992）的研究指出，美國在1989年有超過17億的處方籤為了治療與解決睡眠困擾與失眠的問題。失眠在台灣地區的發生比率也很高，一般15歲以上的人口中，女性有14.4%、男性有28.1%在最近兩個禮拜有失眠的問題（鄭泰安，1992）

(二) 現況

在大學生的睡眠行為相關研究部份，黃雅文、張彩秀（1996）調查某師

範學院學生發現，每天睡滿七小時以上的人僅有 27.6%。高毓秀、黃奕清（1997）於八十四學年度第二學期調查長榮管理學院日夜間部學生發現，有 21.8% 的學生沒有正常睡眠的習慣（少於六小時或多於九小時）。蘇俊賢（1997）調查文化大學及東海大學學生發現，每天睡眠量達七到八小時者，僅有 5.9%，每週 1~4 天睡眠量達七到八小時者約佔 30%，有 16.3% 的人睡眠量完全沒有達七到八小時。黃慧娜、魏美珠（1999）調查嘉南藥理學院學生發現，睡眠不足 7-8 小時者佔 64%，有 2.3% 的人時常失眠。陳政友（1999）調查國立台灣師範大學四年級學生，每天都有足夠睡眠者僅佔 24.2%。蕭世平（2003）調查輔仁大學 3754 名學生發現，65.7% 的人每天睡眠少於七個小時。以下是統整有關大學生睡眠品質現況研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-5 大學生睡眠品質現況

| 研究者 | 年代 | 對象 | 睡眠品質現況 |
|-------------|------|------------------------------------|------------------------------------|
| 黃雅文、張彩秀 | 1996 | 台北某師範學院學生 1399人 | 每天睡滿七小時以上的人僅有 27.6% |
| 高毓秀、 黃奕清 | 1997 | 長榮管理學院八十四學 年度第二學期日夜間部 學生294人 | 21.8%的學生沒有正常睡眠的習 慣（少於六小時或多於九小時） |
| 蘇俊賢 | 1997 | 2182位大學生 | 每天睡眠達七到八小時者，僅有 5.9% |
| 黃慧娜、魏美珠 | 1999 | 嘉南藥理學院學生 6491 人 | 睡眠不足7-8小時者佔64%，有2.3 %的人時常失眠 |
| 陳政友 | 1999 | 國立台灣師範大學1322 名四年級學生 | 每天都有足夠睡眠者佔24.2% |
| 蕭世平 | 2003 | 輔仁大學3754名學生 | 65.7% 每天睡眠少於七個小時 |

綜合上述情形及對大學生的了解，大學生的生活作息有時不太正常，經常性的熬夜，導致白天時精神不佳，影響學習與其他活動，更會影響健康。

六、 自覺壓力

(一) 與健康的關係

壓力是生活的一部份，是我們所有活動的自然副產品。壓力對健康並不一定是負面的影響，適度的壓力可以促進工作的有效性，並誘發一個人的潛能；但過度的壓力會讓人產生不愉快的情緒反應，壓力越大、情緒越惡劣，而且情緒會持續相當長時間。和壓力有關的心理問題有：憂鬱、自殺、藥物濫用、精神分裂（Bieliauskas，1982）。壓力不僅會造成許多的心理問題，近年來許多學者也提出壓力會對生理健康造成損害，例如：高血壓

（Fredrikson & Matthews，1990、Manuck，1994）、偏頭痛（Gannon et al，1987）、一般感冒（Cohen et al，1998）、呼吸系統感染、支氣管炎、氣喘、胃潰瘍、糖尿病、癌症等（Bieliauskas，1982）。對大學生的學習而言，壓力也會造成認知方面的負面反應如：學習效率低、精神無法集中、學習反應遲緩、認知條理混亂、考試情緒低落、記憶力減弱、認知易遺忘、訊息編譯錯誤（鄭照順，1999）。

(二) 現況

每個人面對壓力都有不同的處理方式，也有不同的承受能力。在大學生的壓力研究部份，駱重鳴（1983）發現大一、大二學生面對壓力事件為：考試、繁重的課業、人際關係、休閒活動量增加、課業上的挫折、生活起居、參加社團活動、家庭內的變動與困擾、與異性朋友交往問題。且 80% 的人傾向自己處理。一份針對高雄地區大學生生活壓力的研究發現，不同性別、校別及年級別的大學生在生活壓力上有顯著差異（謝琇玲等，1995）。黃雅文、張彩秀（1996）針對台北某師範學院學生所做調查，有 57.5% 的人覺得壓力適中，有 31.0% 的人認為自己壓力雖大但仍能處理，僅有 3.7% 認為壓力太

大，不知如何處理。蘇俊賢（1997）調查文化大學及東海大學學生發現，約有一半的人具心理壓力反應。陳政友（1999）調查國立台灣師範大學四年級學生，發現多數學生在做決定時會有太多壓力和煩惱（75.7%）。江承曉、沈珊珊、林香寶、林為森（2000）對 1217 位大專生的研究顯示，壓力調適行為與身心健康狀況呈正相關。陳政友（2001）調查台灣地區高中（職）與大專學生健康生活型態時也有相類似發現。王金蓮（2001）調查輔仁大學日間部學生發現，覺得完全沒有心理、精神壓力者僅佔 4.5%，覺得有一點壓力者佔 36.2%，覺得時常有壓力者佔 29.2%，覺得有很多壓力者佔 19.3%。蕭世平（2003）調查輔仁大學 3754 名學生發現，有超過五成的人（52.3%）常常或有時候感覺到緊張、焦慮及沮喪，並且將近七成的人常常以及有時認為壓力會影響到健康。李金治（2003）調查師大四年級學生發現，身心健康狀況佳者，以前途壓力最大，其次為教學實習壓力和學校壓力。值得關心的是，其中有 8.2% 的研究對象會藉抽菸、喝酒來逃避問題，有 27.1% 的研究對象會藉嗜睡、大吃大喝來逃避問題。以下是統整有關大學生自覺壓力現況研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-6 大學生自覺壓力現況

| 研究者 | 年代 | 對象/工具 | 自覺壓力現況 |
|---------|------|----------------------------|--|
| 駱重鳴 | 1983 | 大一大二學生/大學生生活事件調查表 | 面對壓力事件為：考試、繁重的課業、人際關係、休閒活動量增加、課業上的挫折、生活起居、參加社團活動、家庭內的變動與困擾、與異性朋友交往問題。且80%的人傾向自己處理。 |
| 謝琇玲等 | 1995 | 高雄地區大學生1184人/大學生生活經驗量表 | 不同性別、校別、年級別的學生在生活壓力上有顯著差異。 |
| 黃雅文、張彩秀 | 1996 | 台北某師範學院學生1399人/自編 | 壓力適中有57.5%，壓力雖大但仍能處理有31.0%，壓力太大，不知如何處理有3.7% |
| 蘇俊賢 | 1997 | 2182位大學生/自編詢問生理壓力反應及心理壓力反應 | 大約50%以上的學生具心理壓力反應。 |
| 江承曉等 | 2000 | 1217位大學生/生活經驗量表 | 壓力調適行為與身心健康狀況呈正相關 |
| 王金蓮 | 2001 | 民國八十九年輔仁大學日間部學生782人/自編 | 覺得時常有壓力者佔29.2%，覺得有很多壓力者佔19.3% |
| 蕭世平 | 2003 | 輔仁大學3754名學生/自編 | 52.3%常常或有時候感覺到緊張、焦慮及沮喪，將近70%的人常常以及有時認為壓力會影響到健康 |
| 李金治 | 2003 | 師大四年級學生1849名/自編壓力量表 | 1. 身心健康狀況佳者，以前途壓力最大，其次為教學實習壓力和學校壓力。 2. 有8.2%的研究對象會藉抽菸、喝酒來逃避問題，有27.1%的研究對象會藉著嗜睡、大吃大喝來逃避問題。 |

歸納上述研究結果，約半數的大學生還是覺得有生活壓力，壓力的來源可能是需要獨立做決定，或是在課業、社團、感情上...的問題，且壓力與身心健康狀況有關。大學生獨立自主性增高，但要獨自面對成長帶來的改變與衝擊，能否以適當的管道紓發壓力，是一件很重要的事。自覺壓力的狀況對大學生身心健康的影響為何，值得再做進一步深入的探討。

七、 自覺憂鬱

(一) 與健康的關係

憂鬱是屬於憂愁、悲傷、頹廢、消沈等多種不愉快情緒綜合而成的心理狀態。憂鬱幾乎是所有精神病的共同特徵，而依徵狀之差異，憂鬱有輕重不同之分。多數人都擁有輕度憂鬱的經驗，諸如：悲觀、沈悶、生活缺乏情趣、做事無精打采等情緒低潮，正常人也有此種情形發生。短暫的憂鬱並非病態，一旦憂鬱情形嚴重時，不僅在心理上會陷入悲傷、絕望、自責的狀態中，在生理上，也會出現食慾不振、頭痛、心悸、兩眼無神、嘴角下陷等徵狀(張春興，1992)。憂鬱就像其他情緒反應一樣，人人都曾經歷。但大多數人的憂鬱只是短暫出現，不會長時間持續。但也有少數人長期處於憂鬱的狀態，導致憂鬱症。

一般而言，憂鬱症在臨床上常出現症狀有：

1.生理：

經常抱怨身體不舒服或頭痛，但在生理上卻檢查不出原因；胃口顯著改變(或體重顯著的增加或減少)；睡眠型態改變(失眠、很早就醒過來或睡覺時間比往常多)；疲倦、缺乏精力、做事顯得慢慢吞吞(無精打采)；早期的憂鬱現象，常可能出現一大堆眼花、頭痛、頭昏、心跳、胃脹、頻尿等身體不舒服的症狀等。

2.情緒：

普遍感到空虛、悲傷、易怒、不安和焦慮；臉上缺乏表情；莫名的哭泣；對其他人漠不關心；明顯的愁眉苦臉等情形。

3.認知上的轉變：

有無望、無助、感到沒有價值、自責和悲觀的想法；不適當或過度的罪惡感；注意力無法集中或思考缺乏組織；容易遺忘；無法做決定或採取行動；反覆出現死亡或自殺的念頭。

4.行為上的改變：

對先前的活動(包括性)失去興趣或樂趣；性慾降低；失去活力；對個人的外表、衛生、家庭和應盡的責任漠不關心或予以忽視；對平時可以完成的工作感到困難，不再能夠勝任；從平日的活動或人群中退縮下來；飲酒和用藥的次數增加；與人爭辯、敵視的次數增加；手指不斷的攪動；有自殺的企圖或不斷的談論著自殺；動作變得比平常多、話也變多，或者動作或話變少、變慢了 (陸汝斌、柯慧貞，2002)。

憂鬱盛行率近年來呈現著逐漸上升之趨勢。世界衛生組織已將憂鬱症、癌症、愛滋病視為新世紀三大疾病。這三種疾病不但會危害個人身心健康，甚至也可能對個體生命造成威脅。憂鬱不僅是種負向情緒狀態、精神疾病，若自我的調適能力或系統資源不足以因應這樣的情緒變化，則很有可能落入憂鬱情緒狀態當中(徐世杰，2003)。長期的憂鬱會讓人身心受到嚴重損害，使大學生無法有效地學習和生活。

(二) 現況

俞筱鈞、黃志成 (1977) 曾測量文化大學大一學生心理健康情形，發現患有憂鬱症狀者佔 25.99%；又民國七十一年調查全國十一所大學及獨立學院學生，也發現有憂鬱症狀者佔 30.69% (俞筱鈞、黃志成，1987)。黃慧貞 (1987) 以自填量表調查 660 名大學生，發現自我評量的憂鬱程度達 DSM-III 診斷標準者約有 9.1%，而達輕度憂鬱症者亦有 11.4%。關薦、石林 (2003) 以量性及質性方式調查 358 名中國大學生，發現大學生總體的憂鬱情況嚴重，完全沒憂鬱的大學生只占 16%，其中有輕度憂鬱表現的人數最多，有 46%，中度憂鬱表現的有 22%，重度憂鬱的大學生則有 16%。黃慧娜、魏美珠 (1999) 調查嘉南藥理學院學生，有 52.2% 的人偶而會覺得憂鬱，時常會感到憂鬱的佔 6.0%。陳政友 (1999) 調查國立台灣師範大學四年級學生，發現多數學生會壓抑自己的情緒 (75.8%)，陳政友 (2001) 所做的台灣地區高中 (職) 與大專學生健康生活型態研究也有相類似發現。鍾文慎等人 (2003) 於 2001 年調查 20 歲以上國人心理健康狀態發現，有時會覺得悶悶不樂和憂鬱者男性有 21.9%，女性有 27.4%；大部份時間都覺得憂鬱者，男性有 7.0%，女性有 9.2%。柯慧貞 (2005) 以柯氏憂鬱量表 (零至九分為正常，十至二十分為中度，二十一分以上為重度) 進行的篩選研究中，全國大學生調查結果為：正常的比例約 41.8%、中度約 42.5%、重度約 15.7%，平均憂鬱分數為 12.46 分 (北：13.69、中：12.74、南：10.79)，以下是統整有關大學生自覺憂鬱現況研究，並依年代作成表格方式呈現：

表 2-1-7 大學生憂鬱現況調查

| 研究者 | 年代 | 對象/工具 | 憂鬱情形現況 |
|-------------|------|--|--|
| 俞筱鈞、 黃志成 | 1977 | 文化大學大一學生/曾氏心理 健康量表之憂鬱量表 (S.D.S) | 有憂鬱症狀者佔 25.99% |
| 俞筱鈞、 黃志成 | 1987 | 全國十一所大學及獨立學 院學生/曾氏心理健康量表 之憂鬱量表 (S.D.S) | 有憂鬱症狀者佔 30.69% |
| 黃慧貞 | 1987 | 660 名大學生/自編憂鬱量 表 | 自我評量的憂鬱程度達 DSM-III 診斷標 準者約有 9.1%，達輕度憂鬱症者有 11.4% |
| 黃慧娜、 魏美珠 | 1999 | 嘉南藥理學院學生 6491 人/ 自編 | 偶而憂鬱：52.2% 時常感到憂鬱：6.0% |
| 陳政友 | 1999 | 國立台灣師範大學 1322 名 四年級學生/自編 | 會壓抑自己的情緒有 75.8% |
| 陳政友 | 2001 | 台灣地區大專二年級學生 1086 人/自編 | 會壓抑自己的情緒有 74.6% |
| 鍾文慎等 | 2003 | 2001 年調查 20 歲以上國人 心理健康狀態/自覺健康量 表 (SF-36) 之心理健康構 面 | 有時會覺得悶悶不樂和憂鬱，男性有 21.9%，女性有 27.4%；大部份時間都 覺得憂鬱，男性有 7.0%，女性有 9.2 % |
| 關薦、石林 | 2003 | 358 名中國大學生/貝克憂 鬱量表 (Beck Depression Inventory, BDI) | 完全沒憂鬱：16%，輕度憂鬱表現：46 %，中度憂鬱表現：22%，重度憂鬱表 現：16% |
| 柯慧貞 | 2005 | 全台灣大學生/柯氏憂鬱量 表 | 正常的比例約 41.8%、中度憂鬱約 42.5 %、重度憂鬱約 15.7%， |

第二節 全人健康狀態探討

「健康」指的是一種狀態，給人的感覺較抽象，這種狀態可以用客觀的或是主觀的方式來做測量。傳統上，死亡率及罹病率被認為是兩個測量健康結果的重要指標，而客觀的測量方法又可分為「臨床的診斷」如：血壓、心跳率等，「生理的變項」如：最大耗氧量、肌肉力量等等，還有「行為的變項」如：吸菸、飲食習慣...等。雖然這些變項都有一定的指標作用，但都只能提供偏向生理健康的資訊，關於心理健康狀態，則不得而知。近年來，研究者開始重視個人主觀的自覺安適狀態，「全人健康」的觀念取代了傳統侷限於醫學診斷的定義。主觀的測量方式較傳統以身體中心的客觀方法更為完全，也更適合測量表現出來的健康狀況。現今人們所追求的健康也不再只是避免疾病的發生，全人健康不只重視身體的健康，更注重的是良好的生命品質，多面向的健康生活。

Antonovsky (1984,1988) 提出「有益健康」(salutogenic) 這個名詞，意指「與健康相關的因素」。這個字延伸到世界衛生組織 (WHO) 對健康所做的定義中：「生理的、心理的、社會的完全安適狀態，並非只是單純的避免死亡或疾病」(WHO, 1964)，代表了「與健康相關的因素」並不只侷限於生理方面。若將安適狀態 (wellness) 視為一連續的狀態 (圖 2-2-1)，有益健康的行為 (salutogenic) 就是指向 wellness 端，而對健康有害 (pathogenic) 就是指向 non-wellness 端 (Antonovsky, 1988; Seeman, 1989)。Non-wellness 就是表示負向的 wellness。

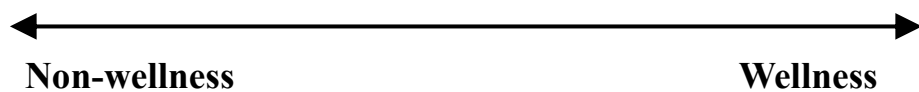


圖 2-2-1：連續的安適狀態 (Wellness Continuum)

(Antonovsky, 1988; Seeman, 1989)

與安適狀態 (wellness) 相關的概念包括：生理的安適狀態、心理的安適狀態、主觀的安適狀態、幸福感 (happiness)、生活滿意度 (life satisfaction)、一般的安適狀態 (general well-being) ... 等等。安適狀態並非固定不變的狀態，而是一個人不停的作決定、採取行動、成長的過程，回到健康領域做定義，它是由個人掌握的完全健康狀態，而非經由醫療照護系統來控制。一個人每天做許多決定，取得的平衡，就是決定健康與否的必要因子。它包含了與疾病相關的狀態和行為，也包括了健康停滯不前的狀況 (圖 2-2-2)。

**追求高層次的全人健康
(Pursuit of
High-Level Wellness)**

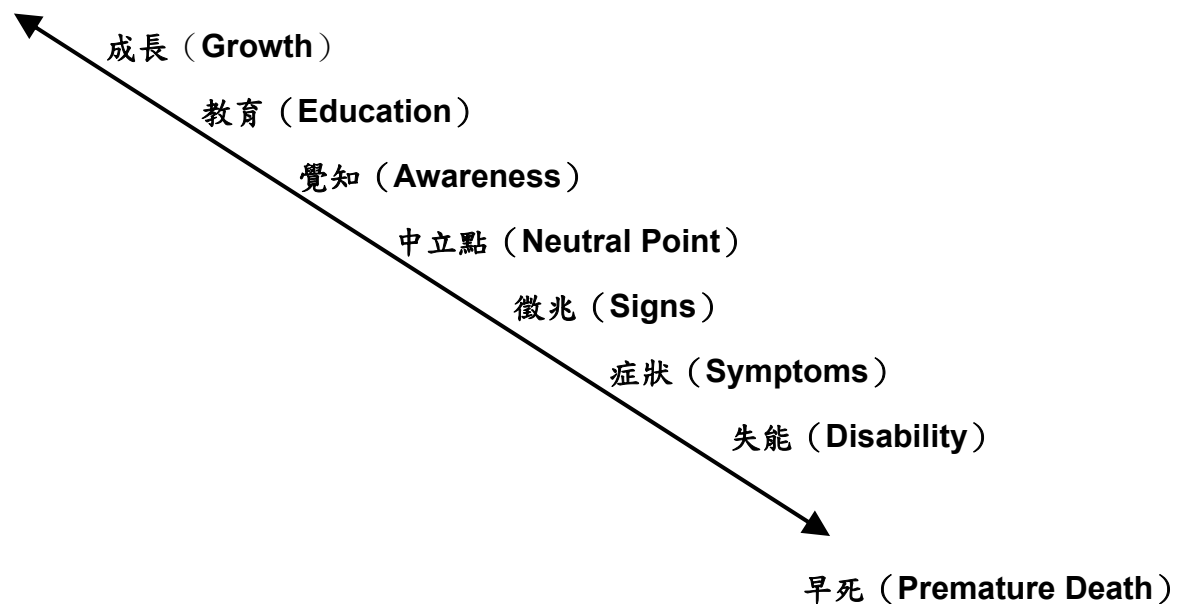


圖 2-2-2：全人健康的連續狀態 (THE WELLNESS CONTINUUM)

(Hurley & Schlaadt,1992)

Dunn (1961) 首先提出「安適狀態」指的是「個人在所處的環境中，多面向功能的結合，是將個人潛能發揮到極致」，這個概念是日後其他概念發展的標準。繼 Dunn 之後，許多學者都提出有關組成安適狀態多面向的架構，包括有：生理的、心靈的、智能的、心理的、社會的、情緒的、職業的、社區或環境的健康等等（引自 Adams，1995）。這些測量的指標可以補傳統生理診斷之不足，使研究者對一個人的健康狀態有更全面的了解。依此多面向的概念，Adams 等學者（1997）將上述的連續狀態擴展為另一個多面向的圓形圖，稱為安適狀態模式圖（The Wellness Model），包括：生理、心靈、情緒、智能、心理、社會六個面向。在模式的最上方，表示達到的是完全、良好的全人健康狀態，而最下方則表示不健康。在圓的裡面，代表數個不同面向組成的健康狀態，且每個面向之間會取得不同狀態的平衡。每個面向由內向外的線條代表著不同動向的連續狀態，且每個面向間的連續狀態也會相互影響。舉例來說：在最佳的全人健康狀態下，可能會有一個或數個面向往外擴張，對其他幾個面向產生一股「往外的力量」，提升整體的健康狀態。相反的，若在最差的健康狀態下，一個或數個面向的健康狀態可能會往內縮小，而且會影響到其他面向的狀況，造成整體健康的衰退（圖 2-2-3）。本研究即依此模式，選擇六個安適狀態的面向來代表全人健康的概念。至於這個安適狀態模式圖（The Wellness Model）的每個面向詳細內容，會在第三節做一探討。

全人健康 (Wellness)

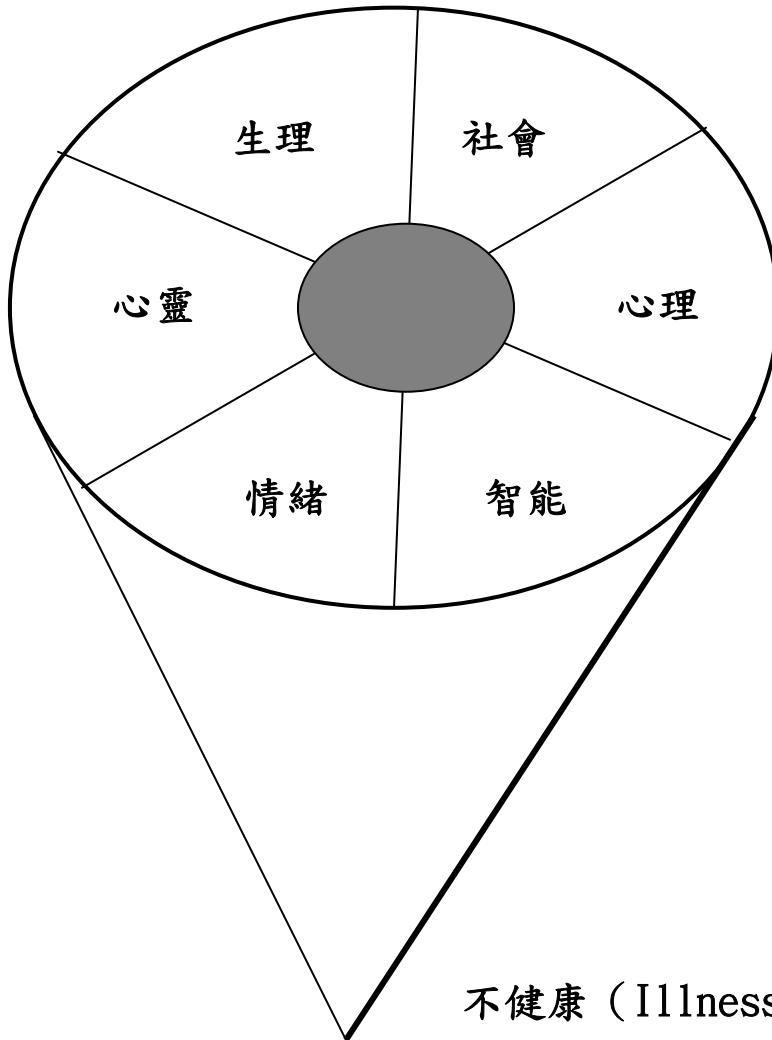


圖 2-2-3：安適狀態模式圖 (The Wellness Model) (Adams et al.,1995)

第三節 自覺安適狀態量表

Adams (1995) 依據文獻的支持，選擇上述眾多面向中的六個向度，發展了一個自覺安適狀態量表，這六個向度分別為生理的、心靈的、情緒的、智能的、心理的、社會的健康狀態。以下就此六個向度的健康做一定義與探討：

一、生理的安適狀態

生理的安適狀態被定義為「對生理健康有正向或負向的感受」(Adams, 1995)。測量生理健康的知覺相當重要，因為它整合了所有可的的資訊包括：「每個人對健康不同的偏好、價值觀、需求、態度」(Stewart, et al., 1992)。更有學者進一步指出，有關生理健康的測量應該包括主觀的健康狀態，再配合罹病率或死亡率的客觀數據。Mossey & Shapiro (1982) 就認為自覺健康的測量應輔以客觀的評估，例如：提供一些患病情形的說明或是客觀的數據。此兩位學者初步的研究結果發現，自覺健康差的人，死亡的危險性比自覺健康好的人高三倍；而再更進一步研究發現，自覺健康差但客觀健康狀況好的人，比客觀健康差，但自覺健康好的人有較高的死亡危險性。根據研究的結果，他們做了以下結論：

1. 自覺健康對死亡危險性有這麼大的影響，是因為它是生理的安適狀態一項重要的指標。
2. 正向的健康習慣比自覺健康狀態對死亡率的影響更大。
3. 較好的自覺健康狀態對身體健康而言是一道免疫的防線。

二、心靈的安適狀態

傳統上，心靈這個概念通常是指某特定的宗教信仰，然而在安適狀態中的定義則有所不同。Ellison (1983) 認為心靈的安適狀態是「一種整合身心的力量」，而在許多研究中則將之定義為：「對生命的目的和意義的一種正向或負向的感受」(Chapman, 1986; Crose, et al., 1992; Zika & Chamberlain, 1992)。Paloutzian & Ellison (1982) 發展了一套「心靈安適狀態量表」(Spiritual Well-Being Scale, SWB)，其中一個分量表「生存的安適狀態量表」(Existential Well-Being Scale, EWB) 就是要測量生活的目的。根據此量表的研究發現，生活的目的和「孤獨」、「憂鬱」無關，但和「自尊」、「家庭健全」、「社交技巧」、「與人接觸」等有關 (引自 Adams, 1995)。

三、 心理的安適狀態

心理的安適狀態就好比精神領域中所謂的「樂觀傾向」(Scheier & Carver, 1985)。所以它可以定義為：「個體對生活中的事件和情況會表現出正向態度的自覺」(Adams, 1995)。樂觀的人相信，任何情況最後都會有好的結果。

根據 Scheier & Carver(1985) 以「生活適應量表」(Life Orientation Test, LOT) 測量的結果，較樂觀的人，較不容易生病。而其他像勇氣、整體的安適狀態 (Sweetman, et al., 1993)、幸福感 (Broad, 1993)、急診手術後的復原速度 (Scheier, et al., 1989) 也都與樂觀的態度有正相關。至於焦慮 (Lee, Ashford, & Jamieson, 1993)、逃避傾向、各種憂鬱與煩惱 (Broad, 1993) 則和樂觀的態度呈現負相關。

四、 社會的安適狀態

關於社會的安適狀態定義是：「在有需要時，能從家人、朋友得到多少支持的自覺。以及在他們有需要的時候，能提供他們多少支持的自覺」

(Adams, 1995)。良好的社會支持與生理、心理的安適狀態 (Manning & Fullerton, 1988)、生活滿意度 (Klein, Tatone, & Lindsay, 1989) 都有正相關，但與憂鬱症及精神疾病無關 (Procidano, 1992)。

在過去有關社會的安適狀態研究中，社會支持是最主要的項目。研究者歸納出四個社會支持與健康的主要關係 (Cohen & Wills, 1985)：

1. 自覺可獲得的支持是健康最重要的保護因子。
2. 可獲得的支持在於質精，不在量多。
3. 支持的來源 (例如：朋友或是家庭) 會依不同情況及需求，有不同的重要性。
4. 最健康的支持關係是有互惠性的。(Blumenthal, et al., 1987)。

五、情緒的安適狀態

情緒的安適狀態定義為：「擁有自我認同與自重自愛的特性」(Adams, 1995)。這兩種特性正是情緒的安適狀態最重要的因子——「自尊」的組成要素 (Diener, 1984)，也是整體的安適狀態最重要的指標之一 (Dirksen, 1989)。自我認同是一個人內心對自我的看法，而自重則是一個人自我認同的程度，也就是對自我的重視、評價、讚賞及喜歡自己的程度。自我認同與自重這兩者間的關係是互惠的。有較高自我認同感的人，也會比較自重 (Taylor & Brown, 1988)，也比較有能力解釋互相矛盾的資訊 (Antonovsky, 1988)。同樣的，比較自重的人也比較能將事件以自我認同的方式來解釋。研究者發現自尊與內心的安適狀態、自我的原則、生理的自尊、身體活動都有正相關

(Adams et al. , 1997) ◦

六、 智能的安適狀態

智能的安適狀態被定義為：「一個人自覺可以運用智慧，發揮潛能，達到的最理想狀態」(Adams, 1995)。研究指出，智力的過度負荷或是被閒置，都可能變成一種反而會影響健康的壓力源，適度(中度)的刺激，誘發智能，是最理想的情況(Suedfeld, 1979)。還有，智能的安適狀態也很強調在需要智力的活動中，參與者能獲得充實與鼓舞(Lawton, 1990)。大學生就學期間，需要在學業上有良好的表現，又有社團、打工、交友各方面多采多姿的活動，都需要智能的參與。所以智能的安適狀態對他們來說是相當重要的一環。

綜合上述六個面向的安適狀態的探討，我們可以了解，一個人健康與否，絕非只侷限於有沒有生病。要達到全人健康的狀態，就需要在此六大層面取得平衡，甚至達到高峰。究竟大學生目前的安適狀態如何？他們的安適狀態與健康行為間又有何關係？什麼是影響大學生安適狀態的主要因素？都值得我們再做進一步探討。