

## 第二章 文獻探討

### 第一節 休閒無聊感之相關理論探討

#### 壹、休閒無聊感釋義

研究者認為，在討論休閒無聊感之前，應該先將「無聊感」與「休閒無聊感」這兩個概念做一個釐清。

#### 一、無聊感釋義

最早對無聊感下定義的學者乃是 Geiwitz。Geiwitz(1966)對於無聊感的定義單就種種個人主觀的心理感受作列舉，他認為無聊感乃是知覺到有關不快樂（unpleasantness）、阻礙（constraint）、重複（repetitiveness）、低社交刺激（low societal arousal）等感受。

之後，學者進一步點出產生無聊感的情境或原因：Zuckerman（1979）認為無聊感乃是不斷去面對重複之例行公事或同樣的人、事、物，而無法脫離的一種經驗；Larson 和 Richards（1991）認為無聊感是指個體缺乏刺激，覺醒度及動力不足或是對工作情境感到不滿以致心理上涉入程度低的一種狀態；Farmer 和 Sundberg（1986）指出具有無聊感傾向的個體，經常體驗憂鬱、無助、寂寞與精神混亂的情況，並且對其工作表現及心理健康情形經常感到不滿意。因此「無聊感」，所包含的範圍較廣，指包括在剩餘時間、從事休閒活動時間、甚至是工作時間中，心理上所產生的負面感覺與情緒。

## 二、休閒無聊感釋義

Iso-Ahola 與 Weissinger (1987) 是最早提出「休閒無聊感」的學者，兩人對休閒無聊感的定義為：「休閒無聊感是一種個體主觀的知覺感受，係個體在休閒活動中無法經驗到充分的需求滿足，無法獲得適當覺醒的主觀感受。當個體感受到休閒無聊時，將伴隨著負面的情感與認知，知覺休閒參與不足、涉入程度不夠，以及沒有興奮、變化與新奇的感受」；Iso-Ahola 與 Weissinger (1990) 進一步指出，當個體知覺自己處於休閒之中但卻未獲得回饋，則將產生休閒無聊感，且休閒無聊感將導致個體在休閒活動的參與中，感到沒有意義、無望與沮喪。

Vodanovich、Verner 和 Gilbride (1991) 認為，休閒無聊感是個體在休閒時間中，經驗到較低的刺激感受與專注感，並產生受到阻礙與無法保持愉悅感受的狀態。他們看法大致上與 Iso-Ahola 與 Weissinger 一致，值得一提的是在他們的定義中提到了「刺激感」，「刺激感」一詞在往後有關休閒無聊感與偏差行為的研究中經常被使用，其需求與覺察程度也常是此類研究所關注的焦點。

Shaw, Caldwell 和 Kleiber (1996) 則指出休閒無聊感通常被認為是緊張時間的相反，也就是象徵著有太多空閒的時間，及並未利用這些空閒時間去安排活動。這三位學者的定義，重點在於「過多的空閒時間」及「未安排活動」，與以上幾位學者所定義「已從事休閒活動」的無聊感，在層次上有所不同。

國內學者對於休閒無聊感的定義比較沒有太大的差異，較有不同的是對於心理感受細節的描述：楊敏玲 (1996) 認為，所謂休閒無聊感指的是在休閒情境中所感受的無聊、倦怠及煩躁的程度；張玉玲則 (1998) 指出，休閒無聊感為個體在休閒活動中無法經驗到充分的需求滿足，無法獲得適當激發感的主觀感受；施清發與陳淑湘在休閒無聊感的定義上對於心理機

轉的描述較為詳細，其重點在於無聊感乃是一種失衡狀態所引發的感受：施清發（1999）認為，休閒無聊感是一種負面的情緒或心理狀態，反應期待之最佳經驗與個體實際體驗的經驗間有配合不當的情形，陳淑湘（1999）亦認為，休閒無聊感是指個人對於經驗的需求與休閒行為中的實際體驗間，處於失衡，而這種無法獲得滿足的狀況，即促使人產生無聊的感受。

綜合以上國內外學者的看法，研究者認為，休閒無聊感包含「未從事休閒活動的無聊」與「從事休閒活動依然覺無聊」等兩個層次，所以在定義上應兼採 Iso-Ahola 與 Weissinger 及 Shaw、Caldwell 和 Kleibe 的看法。另一方面國內兩位學者所強調的「失衡狀態」也有納入的價值，在心理感受的描述上則取各家說法之所長。依此看法，研究者認為所謂「休閒無聊感」指的是：「在可自由支配之剩餘時間中，知覺到無事可做、阻礙、低社交刺激、涉入程度不足、重複厭倦、無成就感、期待與實際經驗失衡之心理狀態。」

## 貳、休閒無聊感之相關理論

### (一) flow 理論

flow 的概念最初源自 Csikszentmihalyi (1975) 的研究，其認為流暢體驗是一種最佳的體驗，是人們自覺完全投入行動時的整體感覺，最佳的體驗主要在於它本身就是目標，活動本身就已構成足夠的報酬（引自張孝銘，2000）。

Flow 理論應用在休閒的情境中，可能會有兩種情形產生：一為能力大於挑戰，如參與比自己能力低的活動，缺乏競爭性，因而產生無聊的感受，二為能力小於挑戰，從中無法獲得回饋或成就感因而產生焦慮的感受（Mannell & Kleiber, 1997）。只有在挑戰與能力達到平衡的狀態下，個體才會有最好的休閒感受，反之，不論是能力高於挑戰難度或是挑戰難度高於能力，都會產生無聊或是焦慮的狀況。

### (二) 社會比較理論

社會比較理論應用於休閒情境中，則有兩個層面：一為個人的能力；二為社交的能力（Mannell & Kleiber, 1997）。此兩種能力若無法支援休閒情境，亦會產生無聊的感受。例如 Hamilton (1981) 認為：常獨處的人較容易產生無聊感，便是由於缺乏社交能力及人際關係不良所引起。

### (三) 個人特質

Weissinger (1992) 等人的研究指出，缺乏內在動機以及自我抉擇能力較低，和低休閒技能的個體容易在休閒中感到無聊。無聊感高的人其自尊、自信、能力普遍較低；對休閒較少正面評價；自我娛樂的能力較低；較難參與多變的休閒活動（Mannell & Kleiber, 1997）。另一方面，楊敏玲 (1996) 亦指出無聊傾向較強的個體其休閒型態也傾向於選擇較劇烈的體能活動，如高空彈跳、攀岩等，其他如夜間遊蕩及飆車的休閒行為也與無聊感的傾向有關。

個體在休閒情境中所感受到的無聊可以概化為個人的特質，其特徵為個人主觀的休閒體驗感受與休閒行為實際的體驗感受楚於失衡的狀態，這種不能滿足的感覺使得個人產生了無聊感的感受。這種特質越強烈的個人，就越容易在休閒的情境中感受到無聊。

#### （四）抗拒模式

近年來，青少年在休閒情境中所感受到的「無聊」現象已經逐漸被休閒心理學界所重視，青少年生活中所產生的無聊感和認知學習、心理情境及社會情境有密切關係。楊敏玲（1996）指出，青少年「無聊」的心理狀態是一種對權威和控制的反制，亦即青少年以「無聊」、「無趣」、「不起勁」的心理感受反抗成人世界的約束、社會權威、社會控制，表現出來的行為包括情緒上的反應，如挫折和憤怒，及偏差和暴力行為；此種「抗拒模式」的解釋方式，也為休閒心理學者廣泛運用，認為青少年在休閒情境中，選擇偏差或極端的休閒行為，如吸毒、抽煙、酗酒、飆車等活動（沒有規則、非高度結構、高度刺激）來宣洩他們強烈的無聊感，然而這種感受和宣洩行為事實上是針對成人世界表達另一種形式的抗議。

## 第二節 休閒無聊感之相關研究

國外自 70 年代便有與休閒無聊感有關的研究(Iso-Ahola, 1971)。1987 年 Iso-Ahola 和 Weissinger 對於「休閒無聊感」的概念加以定義以及發展出測量休閒無聊感的量表之後，針對「休閒無聊感」所做的研究便越來越多。初期的研究傾向於探討影響休閒無聊感的相關因素：取樣 134 位社區居民研究影響休閒無聊感的六項情境因素 (Iso-Ahola, & Weissinger, 1987)；個人人格特質及社會情境對休閒無聊感影響的研究 (Crowley, 1991；Ellis & Yessick, 1989；Iso-Ahola, 1976；Perkins & Hill, 1985；Weissinger & Iso-Ahola, 1984)。

Iso-Ahola (1971；引自張玉玲，1998) 認為「個人歸因型態」會影響休閒無聊感的程度；Iso-Ahola (1976) 認為知覺休閒無聊感是受到個人人格特質與社會情境因素兩方面的影響；Zuckerman (1979) 認為刺激尋求感為影響知覺休閒無聊感的重要個人特質因素，日後許多研究休閒無聊感與偏差行為關係的學者，如：Gabriel (1988)、Weissinger 和 Iso-Ahola (1990)、Vodanovich、Verner 和 Gilbride (1991) 等，都曾經引用此篇文章，並參考此一觀點進行偏差行為與休閒無聊感的解釋與研究。

後來研究者也開始把休閒無聊感運用在某些特定族群特別是偏差行為者的研究之上：藥物濫用者其休閒無聊感的相關研究 (Crowley, & Iso-Ahola, 1991)、針對飆車及夜間遊蕩行為與休閒無聊感的相關研究 (Caldwell, & Smith, 1995)等。

70 年代，學者依據心理學理論對休閒無聊感提出了看法，最主要的觀點為個人人格特質與社會情境兩個因素都會對休閒無聊感產生影響；80 年代以後，各種實證研究紛紛進行，研究不但對之前的觀點提供了支持，學者也開始針對各種不同的個人背景變項對休閒無聊感進行相關研究；90 年

代之後，由於青少年問題的被重視，有許多以青少年為研究對象的研究，各種偏差行為與青少年問題和休閒無聊感之間的關聯也成為學者關懷的重點。

### 一、休閒無聊感與其相關變項

Iso-Ahola 與 Weissinger (1987)，針對 134 位社區居民實施休閒無聊感的研究，提出六個影響休閒無聊感的情境因素：性別、年齡、種族、收入、受雇階層、教育程度，在其研究中，發現性別能有效預測休閒無聊感。然而，張秀慧 (2000) 研究國中生之休閒無聊感結果發現不同性別、年齡與年級對於休閒無聊感均無顯著差異存在；許建民 (2001) 以國小 326 名學童為研究對象，發現整體國小學童知覺休閒無聊感程度並不高，(M=32.57, SD=8.39)，男女並無顯著差異。依此，研究者認為性別對於休閒無聊感是否相關，還需考慮研究對象的其他背景條件，例如年齡。

Weissinger 和 Iso-Ahola (1984) 提出，個人人格特質與社會情境皆是影響休閒無聊感的重要因素，之後 Perkins 和 Hill (1985)、Ellis 和 Yessick (1989) 也支持此一看法，Weissinger 和 Iso-Ahola (1990) 並於六年後針對休閒無聊感量表信、效度進行檢驗與項目分析，再次確定影響休閒無聊感的因素可分為社會因素與心理因素兩方面。

在個人特質方面，Weissinger (1985) 發現「內在休閒動機」與個人特質中的「自尊」是影響休閒無聊感的重要因素；Ellis 和 Witt (1986) 的研究發現，自我控制力、休閒技能、休閒需求知覺、休閒涉入程度、嬉戲性、等休閒覺之自由與個人之歸因型態與休閒無聊感有顯著相關。Weissinger 和 Bandalos (1995) 指出，一個人如果沒有足夠的休閒參與覺察與休閒技能，或常常感覺到休閒參與的約束性，則會比較缺乏參與休閒的動機，而容易產生無聊的感覺。許建民 (2001) 以國小 326 名學童為研究對象，發現休閒內在動機、休閒覺知自由與休閒無聊感有顯著相關存

在；而 Mannell 與 Kleiber (1997) 發現無聊感高的人其自尊、自信及能力普遍較低；對休閒較少正面評價，自我娛樂能力較低，也較難參與多變的休閒活動。陳南琦 (2000) 研究青少年休閒無聊感，發現性別、個人內在阻礙、休閒滿意度與休閒無聊感均有顯著相關。施清發 (2000) 針對高雄市 300 位 55 歲以上老人，進行休閒體驗中，自由感無聊感與休閒需求的研究，結果發現，老人的教育程度、自評狀況及經濟狀況，均與休閒無聊感有顯著差異，並發現休閒參與程度與無聊感有顯著相關存在 ( $r=-0.06\sim-0.78, p<.01$ )。

## 二、休閒無聊感的影響

由於青少年問題日益嚴重，犯罪年齡層下降，犯罪率上升，基於這樣的社會背景，國內外學者，對於休閒無聊感所產生的負面效應及休閒無聊感與偏差行為的關係上著墨許多。

Gabrieal (1988) 的研究焦點集中在無聊感對於青少年身心的影響，他認為，休閒無聊感對於青少年心理與生理的發展有很大的影響，青春期的無聊感受將會影響到自我統合的結果，高休閒無聊感的個體習慣以不良的生活型態，如暴飲暴食、酗酒、藥物濫用、性活動以發洩無聊感所帶來的不愉快經驗；其研究也指出，許多的心理疾病、社會適應不良，如憂鬱情緒、人際疏離、寂寞、害羞、負向情感等皆與休閒無聊感有密切的相關。Weissinger 和 Iso-Ahola (1990) 的研究發現：具有高刺激尋求需求的人，喜歡參與複雜多變的休閒活動，一但高刺激需求未獲滿足，就會產生休閒無聊感，稍後 Vodanovich、Verner 和 Gilbride (1991) 的研究也支持此一看法；同年，Iso-Ahola 與 Crowley (1991) 進一步研究藥物濫用與無聊感的關係，針對 39 位藥物濫用與 81 位非藥物濫用青少年進行休閒無聊感的研究，研究指出：藥物濫用青少年 ( $M=2.7$ ) 比非藥物濫用青



少年 ( $M=2.1$ )，有較高的休閒無聊感，無聊感傾向較強的少年，其休閒參與型態亦傾向較激烈的體能活動。Caldwell 和 Smith (1995) 的研究發現：夜間遊蕩和飆車行為等休閒活動與休閒無聊感傾向有密切相關。在國內，也有這方面的相關研究：陳淑湘 (1999) 研究青少年的休閒生活與偏差行為，針對 12-18 歲青少年，抽取 226 名一般少年與 168 名非行少年為受試對象，結果發現，一般少年與非行少年在休閒無聊感上有顯著差異，( $t=-3.80, p<.001$ )。

以上的研究結果皆顯示，休閒無聊感較高的個體，比較容易產生偏差行為，長期的無聊對青少年也有不良的影響，研究者同意 Gabriele 的看法，這種無聊的感受對人的身心而言是種負面的狀態。

### 三、休閒無聊感與大學生

Weissinger (1992) 針對 474 位大學生進行休閒內在動機與休閒無聊感的研究，研究指出：大學生休閒無聊感屬於中等偏高，而缺乏內在動機是產生無聊感受的重要指標；缺乏休閒技能與自我抉擇能力較低者也較容易在休閒中感到無聊。張玉玲 (1998) 針對全省 19 所大學，1182 名大學生，研究其休閒內在動機、休閒阻礙與休閒無聊感，結果發現大學生在休閒無聊感的分數分布在 17-84，其整體休閒無聊感在中等程度 ( $M=47.62, SD=11.60$ )，整體來說休閒無聊感不算高。

## 第三節 憂鬱傾向之理論探討

### 壹、「憂鬱」之釋義

「憂鬱」一辭雖然常普遍在日常生活被中使用，不過關於其意義，專

家學者有較明確的界定：

Lazarus (1976, 轉引自蔡嘉慧, 1998) 指出, 憂鬱是一個人感到所屬的情境是無助的, 或是認為自己沒有價值且必須為事情負責的一種情形。Meyer 與 Hokanson (1985, 轉引自魏麗敏, 1994) 則認為, 憂鬱是一種退縮與社會性低度反應的現象, 並且容易表達負面的情緒和語言, 缺乏自我肯定, 影響正常功能的發揮。以上屬於較狹義的解釋, 而下面幾位學者所定義的「憂鬱」範圍較廣, Peterson (1992, 轉引自陳柏齡, 2000) 認為, 「憂鬱心情」是一種複雜的感覺, 可以是一種情緒狀態、情感異常 (廣泛的不快樂感), 或是焦慮等特質、現象。高桂足等編 (1974) 釋義憂鬱是一種處於低潮、悶悶不樂的心理狀態, 正常者與病態者都可能有一現象, 只是程度上的差別而已。張春興 (1989) 界定憂鬱為屬於憂愁、悲傷、頹廢、消沈等多種不愉快情緒所綜合而成的心理狀態。胡嘉琪 (2000) 認為憂鬱一辭包含憂鬱心情以及認知、心理、人際、生理等各個層面, 有其相關的特定症狀。

綜合上述學者之意見, 研究者認為, 本研究之「憂鬱傾向」應該採較為廣義的定義: 是一種「在任何時間地點、從事任何活動都可能發生的複雜負面心理狀態, 包含了廣泛的不快樂感, 受到心理、生理、認知、人際等因素之影響, 而憂鬱感同時也影響它們」。

另外, 在憂鬱傾向的症狀與表現方面憂鬱的狀態如果無法獲得適當的抒解與處理, 則有可能進一步引發憂鬱症的產生。憂鬱症曾被形容為「心理疾病上的流行性感冒」, 一是因為憂鬱症的發生頻率很高, 一是因為每個人其實都曾身陷在憂鬱症的某種成分之中 (游恆山編譯, 1997)。張春興 (1991) 指出, 當個人情緒狀態長期處於低落之極端者, 則被認為是憂鬱症或抑鬱症。朱雀 (n.d) 在「認識憂鬱症」一文中形容憂鬱症為「一種陰霾般的低潮情緒籠罩的心理疾病, 宛如織網般的難以揮去, 而不是一種短暫可以消失的情緒低沉」。

陳俊欽（2002）認為，憂鬱症的判斷必須兼顧「情緒」、「動機」、「認知」、「身體狀況」四個面向。張春興（1991）指出，憂鬱症的症狀有許多的變化，且因不同人的感受及個人差異性，所描述的症狀也不同，也會跟個人所罹患的憂鬱類型與病程長短有所關係，而在精神醫學的診斷上主要以下列四點來作為認定是否罹患憂鬱症的依據：

- 1、「**情緒**」：情緒轉變是最明顯的特徵，可能長期處於低落、悲傷的情緒或感到煩躁愁苦，易流淚、害怕與恐懼，坐立不安，有些人會出現易怒甚至有敵意的現象，在痛苦絕望中時常出現有藉自殺以解脫精神痛苦的念頭（張春興，1991）。
- 2、「**認知**」：無法集中思考，對人事物，甚至對自己的想法或看法都變得消極負面，懷疑自身的價值、有自我打擊的想法，強迫回想舊事，自責悲觀，罪惡感浮現、決斷力減退，甚至有自殺的念頭產生（張春興，1991）。重鬱發作的患者在認知上，常會有所扭曲，只看到事情的負面，過度擔憂，自覺無助無望，態度消極思考速度減慢，記憶力與注意力也有減退的情形（陳俊欽，2002）。
- 3、「**動機**」：對於任何事情都失去主動的興趣與意願，患者往往提不起勁做事，導致事情越積越多，甚至連自己平時喜愛的消遣也沒心情從事（陳俊欽，2002）。內在動機往往連帶影響呈現於外的行為，朱雀（n.d.）在「認識憂鬱症」一文中指出，在行為上，患者說話慢、少，且音調低，動作變慢且變少，嚴重時僵呆，但也會出現激躁行為，甚至自殺的行為。
- 4、「**生理**」：朱雀（n.d.）在「認識憂鬱症」一文中指出，雖然憂鬱症最主要的症狀是憂鬱情緒，但憂傷情緒的表達可能不被容許或被自身壓抑及遭到否認，因此憂鬱患者反而不提及憂傷的感受，而是反映在生理上，抱怨身體的毛病，例如體重減輕或增加，失眠或嗜睡，胸悶或心悸，便秘或拉肚子，四肢無力、易感疲勞，煩躁、性慾下降、頭痛背

痛，手腳冰冷麻木，精神或動作反應遲鈍或激動，呼吸不順、頻尿及盜汗…等等有害身體健康的症狀。患者覺知到這些症狀，會進而加重憂鬱的程度，產生惡性循環。

研究者認為，憂鬱症是每個人都有可能罹患的心理疾病，其程度可大可小，如果放任憂鬱情緒持續擴張，將會對個人的生理、人際及其他方面造成更多負面的影響，影響正常生活的運作。上述對憂鬱的症狀表現，主要是以臨床的患者為對象加以診斷及分類，然而本研究對向並非一般憂鬱症患者，而是一般大學生，為了有別於臨床上的憂鬱症患者，並考慮一般人或多或少都有過憂鬱的經驗，因此本研究以「憂鬱傾向」作為研究變項的名稱，以利研究工作的進行。

## 貳、憂鬱傾向之相關理論

### 一、心理學

對於憂鬱的解釋，許多學者從心理學的觀點來做探討，這類學者大多同意：個人以偏差的認知來解釋自我和環境，是導致個人產生憂鬱傾向的主要成因，不過各自有不同的解釋與說明：

#### （一）Nezu 的憂鬱問題解決模式

Nezu (1989) 根據問題解決的模式和 Bandura 的交互決定觀點，建構出 Nezu 的憂鬱問題解決模式，強調個體與情境與時間是一種互動的過程，

亦是一種社會認知的過程（引自陳錫銘，1992）。

憂鬱的問題解決模式主要包含四個互動的變項：

1. 主要的負向生活事件
2. 目前面臨的問題
3. 問題的解決因應
4. 憂鬱症狀

根據憂鬱的問題解決模式，主要的負向生活事件會導致問題的發生，同樣的問題也會導致生活改變，此兩者皆為壓力之來源，因此必須加以因應以解除壓力。否則會產生負向的結果，導致憂鬱之症狀。此種長期下來的負向情感狀態，乃導因於環境的壓力、立即的情緒反應和問題解決因應歷程間的交互作用，若缺乏有效的問題解決因應，則易產生憂鬱（引自陳錫銘，1992）。

#### （二）Rehm 的憂鬱自我控制模式

Rehm（1977）認為憂鬱是缺乏自我控制的結果，他認為個體達成目標之能力，是透過自我監控、自我評價、自我增強等三個順序而完成，而憂鬱即是缺乏此三種控制能力而產生的症狀。根據 Rehm 的自我控制模式，導致憂鬱症狀的自我控制模式有下列六種（引自陳柏齡，2000）：

1. 只自我監控負向事件，而將正向事件排除。
2. 只自我監控行為的短期後果，而忽略長期後果
3. 對行為表現設定了過嚴的標準
4. 有不適應之歸因型態
5. 缺乏自我增強
6. 過度地自我懲罰

#### （三）Seligman 的憂鬱習得無助模式

Seligman、Abramson、Teasdale（1978）提出習得無助感的修正模式，此模式有三個向度：

1. 穩定性 (stability): 若將負向事件歸因為穩定之因素，則亦導致慢性憂鬱，且會預期此負向事件再次發生。
2. 廣泛性 (globality): 將負向事件歸因為穩定因素，則會預期此負向事件會發生在其他情境之中，憂鬱情形也會較為廣泛。
3. 內控性 (internality): 若將負向事件歸因於內控的因素則亦產生低自尊。

根據習得無助理論，憂鬱導因於動機、認知、情感—身體、自尊四方面的缺陷，而憂鬱則在下列三個前提之下產生：

1. 預期有嫌惡事件：個體認為很有可能會發生嫌惡的事件或後果，而認為一些可欲的結果是不可能的。
2. 預期到無法控制感：個體若經歷到自己不可能控制的事件，將導致日後對該事件的無助感和無反應，也會導致日後動機、情緒和認知上的缺陷，憂鬱的發生有部分是個人預期自己的無控制感所致。
3. 不適應的歸因型態：個體若將負向事件歸因為穩定的，亦導致慢性憂鬱，且會預期此負向事件日後會再發生，若將負向事件視為廣泛的，則會預期此負向事件會發生在別的情境或事件之上，且憂鬱情形也會較廣泛；若將此負向事件歸因為內控的，則易產生低自尊。憂鬱的產生乃是因為個體習慣性地將負向事件歸因為內控、不穩定和特定之因素，因此使個體經驗到一般性和持續性的無助感，這種負向和不適應的歸因型態，乃是憂鬱與無助之重要指標。

#### (四) Bandura 的憂鬱自我效能模式

Bandura (1977) 認為自我效能是指個人對自己能力及行為表現的知覺和自信，加強個人自我知覺的效能，將可促進個人心理運作能力之增加。一個人的自我效能判斷與預期反應行為和情感反應之間有密切的關係，高的自我效能知覺會產生自我肯定與適當之行為，低的自我效能知覺則將產生逃避、防衛、焦慮和憂鬱等情緒。因此，憂鬱者乃因過低的自我

效能預期所致。Bandura 認為憂鬱主要受認知歷程的影響，如不良功能之預期、不良功能之自我評價、不良功能之自我概念、負向的自我參照、過高的標準設定極過嚴的自我評價等（引自陳柏齡，2000）。

#### （五）Becker 的自我貶低說

Becker 認為自我評價貶低是導致憂鬱之主因，而影響自我評價低，除了遭受重大打擊外，與個體的下列三種特徵有關（引自黃子恩，1992）：

1. 侷限的行動選擇：指個體可選擇的行動項目受到外界的限制。
2. 僵化的行為模式：指個體所擁有的思考及行為習慣欠缺彈性。
3. 偏低的自我評價：由上述兩種特徵導致的低自我概念。

#### （六）Ingram 的憂鬱情緒節點說

Ingram (1984) 引申聯想性網路理論之觀點，認為人的情緒在記憶系統中有一個節點存在，與憂鬱症有關的稱為憂鬱情緒節點，此節點可經由相關事件、語文描述及認知評估等所激發，而產生憂鬱症狀（引自黃子恩，1992）。

#### （七）Lewinsohn 的憂鬱行為模式

Lewinsohn (1974) 根據行為學派之觀點，提出了憂鬱行為模式，他認為個體之所以產生憂鬱，乃是由於反應—隨機正增強的比例減少所引起，而個體所能受到的正增強受到下列三個變項之影響：

1. 個體所能得到增強事件之數目
2. 個體生活的環境中所能得到增強的可能性
3. 個體所具備與環境有效互動能力之多寡

當個體表現良好行為時，若沒有給予適當的正增強，則該行為將會被消弱，而產生憂鬱之症狀（引自陳柏齡，2000）。

#### （八）Beck 的憂鬱認知模式

Beck 研究憂鬱症患者時指出：個體如何認知環境、自我和未來，會影響到個體情緒的變化與困擾之產生。Beck 發現憂鬱患者較正常人容易在認

知環境與自我時，產生認知上的扭曲。他根據其臨床上的觀察，提出了憂鬱認知模式，此模式包括以下三個重點：

### 1. 憂鬱認知三元素：

指對自己、對世界、對未來均持負向之看法。

#### (1) 元素一：

憂鬱患者對自己之看法、想法或思考習慣傾向均持消極或負向之觀點，他們習慣於自評為無能、不適當、有病或沒人愛，相信自己的欠缺享受幸福的基本條件。

#### (2) 元素二：

憂鬱患者習慣性地把目前的經驗往消極的方向解釋，認為命運對其過分要求，對其追求希望之努力做太多干涉，他們總是把自己和週遭環境的互動視為是失敗的，自己是失敗者，認為許多事情是遙不可及的。

#### (3) 元素三：

憂鬱患者對事件之後果或未來，習慣性的持負向悲觀之看法，預期未來是悲觀、絕望的。他們傾向於經常沉緬於過去失敗之經驗，而不去正視未來成功的可能性。

### 2. 負向的認知基模

基模乃是個體對過去經驗所做的推論，而形成一種穩定而持久的思考型態或認知結構，憂鬱者的認知基模或認知結構往往是負向的，再其輸送與處理個人的訊息時，容易選擇性地只吸收負面的不好的與不利己的訊息，亦即憂鬱者在處理認知訊息時，常有負向或錯誤的訊息處理歷程。

### 3. 憂鬱認知錯誤：

憂鬱者憂鬱基模的維持乃是錯誤的訊息所造成及他們有錯誤的邏輯推理，其中包括下列六項基本認知錯誤：

(1) 任意推論：常在缺乏證據或證據不符的情況之下，任意下特定之結論。



- (2) 斷章取義：根據片段的一小部份資料對整個事件下結論。
- (3) 過度概化：常根據一小部分的特定訊息，就下全面性、廣泛性之結論。
- (4) 誇大和貶低：常把一件不重要的事解釋為非常重要，而相反的將一件重要的事看成毫不重要。
- (5) 個人化：常以為所有的事都與自己有關，所以自己對於所有的事情都應負責。
- (6) 兩極化思考：對於事物之看法或想法是極端的二分法或絕對主義，不是好的就是壞的。

由於憂鬱者具有上述之憂鬱認知模式，因此他們習慣性地以不合現實的負向觀點來評估自己、環境、未來而產生了悲傷的心情、討厭自己、哭泣、失落、無助絕望等情緒反應（轉引自張燕麗，2002）。

## 二、腦神經醫學

近年來醫學科技突飛猛進，透過現代科學的精密儀器，腦神經醫學，傾向採取與心理學不同的方法來研究憂鬱情緒，對於「憂鬱」，以生理學的角度提出其看法：

日本腦科學綜合研究中心的伊藤正男、加騰忠史博士（2003）指出：通常我們處於壓力狀態下，即使體內的恆定性被打亂，自然而然就會恢復。但有些人體內被打亂的恆定性跳過這種自然治癒力而惡化，無法靠腦中自身的力量治癒。最近的研究發現，此乃「五脛色胺」、「多巴胺」、「正腎上腺素」等屬於兒茶酚胺等腦中神經遞質失去平衡所引起。

飲食中若缺乏維生素 B6 可能會導致憂鬱症，因為身體需要這些營養素來製造腦內血清素。壓力、缺乏色氨酸也會造成憂鬱症。衛生署嘉南療養院營養師莊宜蓁表示，如色氨酸缺乏可作為預測罹患憂鬱症的危險因子，而 $\omega$ -3 脂肪酸可作為治療輕、中度憂鬱症的自然療法；另外，香蕉屬

多醣類食物，能使腦部產生安定作用。研究發現，當人體缺乏某些營養素時，罹患憂鬱症的比率可能會偏高，適當補充維生素C、E、B群、 $\omega$ -3 脂肪酸等，有助改善憂鬱症狀。衛生署嘉南療養院營養師莊宜蓁指出，腦細胞間傳遞物質多為氨基酸組成，如果長期缺乏蛋白質，可能造成嗜睡、冷漠、失眠、憂鬱等症狀。而憂鬱症患者血液中的血清素濃度低時，便有增加自殺的危險。因此要攝取足夠的蛋白質，牛奶、蛋、肉類、魚類、黃豆及豆製品，都是良好的蛋白質來源。但要避免含氮量高的食物，如香腸、火腿、臘肉、乳酪、花生醬、筋皮類食物。還有更多因素比飲食更會造成情緒問題，比方說，雌激素或生理週期會造成女性情緒問題，感染、慢性疼痛或疲勞會引發憂鬱情緒。營養的需求因人而異，並非每個人補充的營養都相同，有些食物的確可以改善情緒，如飲食中含有高碳水化合物可以助眠、含有高蛋白可以使人保持清醒，這些飲食形式會直接作用在腦內神經傳導物質，並且影響個人情緒，然而這些作用仍因人而異。很多消費者對於廣告中號稱對情緒有幫助或可以治療憂鬱症的飲料或食品深信不疑；然而身受嚴重情緒困擾或罹患憂鬱症的人，應該尋求專業協助，而不是使用食物療法或服用營養劑來自我治療。根據針對社區老年婦女的研究發現，如果血中濃度低時，罹患重度憂鬱症是正常濃度者的2倍；重度憂鬱患者血中葉酸濃度偏低，如果濃度能保持在正常範圍內，病情便可獲得改善，此時可多攝取富含維生素B群的牛奶、糙米、蛋類、酵母、肝臟、小麥胚芽、綠色蔬菜等。抗氧化劑對憂鬱症也很重要。莊宜蓁指出，研究發現，憂鬱患者血中維生素E的濃度較低，體內的抗氧化防衛能力下降，除了補充維生素E及C外， $\omega$ -3 脂肪酸可作為輕、中度憂鬱症的自然輔助療法。

在睡眠方面，普遍來說，人們會在入睡 90 分鐘後開始作夢，但如果入睡時間不到 60 分鐘就開始作夢，而且在你的家族中有人是憂鬱症患者，那麼你得到憂鬱症的機會可能比你家族中睡眠正常的人高出兩倍；但

如果你的家族中並沒有憂鬱症病史，就不適用這個「作夢-憂鬱症」的連結關係。

根據美國健康偵察報 (Health Scout Reporter) 報導的一項最新研究顯示，家族中有憂鬱症病史的人，如果在睡覺的時候很快就開始作夢，那麼他得到憂鬱症的機會可能比有憂鬱症家族史但睡眠正常的人高兩倍，而這項研究很可能是第一個可以預測憂鬱症發病的生理指標。所謂的作夢期，就是眼球快速轉動期 (REM)，是每晚人們睡覺時腦部循環性作用的五個時期中的最後一個時期，當在前面四個睡眠期時，腦部的作用會減緩，此時是腦部的休息時刻，但在 REM 睡眠期，腦部活動狀態會與我們清醒的時候相同，因此，如果一入睡就很快地進入作夢期，頭腦將無法獲得充分地休息。在此研究中，研究者對來自 70 個家庭 352 人進行調查，發現腦內的化學物質乙酰膽鹼 (acetylcholine) 可能是造成異常睡眠型態及憂鬱症的根源，因此，研究人員懷疑這些化學物質的作用會增加 REM 睡眠及膽鹼作用的敏感性，而這些都跟憂鬱情緒有關。

另外，嬰兒出生時的體重，也與其日後是否會罹患憂鬱症有所關聯，一則刊載於英國精神醫学期刊 (Smith, 2001) 的研究指出，男寶寶出生時體重若少於 6.5 磅 (約 2950 克，1 磅=0.454 克)，將來老年時會比其他出生體重較重的男寶寶罹患憂鬱症的機率高 4 倍。這個研究是以 882 名在 1920 年代足月出生，並保留 1 歲體重紀錄的人為研究對象，這些志願參與研究的老人，在年齡達到 68 歲時，被邀請填寫一份憂鬱症問卷，並接受一名護士的訪談。由於出生體重通常也是嬰兒營養狀態的指標，研究者表示，出生體重過輕，可能表示寶寶在母體子宮時沒有獲得足夠的養分，而營養不足可能提高晚年罹患心臟疾病、糖尿病、中風及高血壓的危險性。

根據研究的結論，這群參與研究的 68 歲男性，罹患憂鬱症的機率與其出生體重相關，例如出生體重 6.5 磅 (約 2950 克) 以下的人，其罹患憂鬱症的可能性為出生體重 8.5 磅 (約 3850 克) 以上的人的 3~4 倍；而

出生體重介於 6.5 磅～7.5 磅（約 3400 克）的人，其罹患憂鬱症的可能性為出生體重 8.5 磅以上的人的 3 倍左右，至於出生體重在 7.5 磅～8.5 磅之間的人，則為出生體重 8.5 磅以上的人的 2.8 倍。這份研究顯示，在子宮內如果沒有獲得足夠的營養，可能會增加男性未來罹患憂鬱症的危險性，同時也可以說明為什麼有心臟疾病及第二型糖尿病的人容易憂鬱。

憂鬱的情緒雖然會受到生活環境、壓力、人際及其他各種心理因素所影響，但是我們亦不可忽視生理機制對人類情緒所產生的影響。心理諮商、精神分析學派與腦神經醫學不應該有門戶之見，兩者應該並重並且進行合作，取雙方之長，提供全方位完善的治療，共同幫助為憂鬱所苦的民眾。

## 第四節 憂鬱傾向的相關研究

世界衛生組織（WHO）已經將憂鬱症、癌症、及愛滋病並列為 21 世紀三大疾病及衛教預防重點（王艷萍，1999）。現代人由於工作、家庭、人際及來自社會角色、日常生活、物質慾望的各種影響，越來愈無法放鬆，越來越難被滿足，心理方面承受的壓力也越來越大，很容易出現憂鬱的傾向，假使處理不當，就很有可能罹患上憂鬱症。事實上，在台灣地區，張黎文（1999 年 8 月 14 日）在中國時報「憂鬱症患者日多」一文中指出，國泰醫院陳國華醫師表示：健保實施以來，精神科申報最多的病例為憂鬱、焦慮、失眠等精神官能症，在國泰醫院憂鬱症患者幾乎占了門診的一半之多，可見台灣地區也和其他先進國家一樣，有越來越多的人有憂鬱的傾向。

## 一、憂鬱情緒與其相關變項

性別差異是憂鬱議題中的一個重要現象，許多研究顯示，兩性憂鬱傾向的程度與出現頻率有顯著差異：Rutter（1986，轉引自陳柏齡，2000）研究顯示，憂鬱現象在不同年齡層有所差異。陳杏容（2001）以國三學生為研究對象，發現在性別因素中，女生憂鬱情緒的程度普遍高於男生，進一步的分析，發現不論哪一類型的憂鬱情緒，女生的嚴重程度都高於男生。鄭惠文（2000）在探討失業青年的研究中發現男女受試者在生活壓力與身心健康上有顯著差異。蔡嘉慧（1998）探討國中生的研究中，發現不同性別的受試者在憂鬱傾向上有顯著差異。陳柏齡（2000）以國中生為研究對象，探討其生活壓力、失敗容忍力及憂鬱傾向的關係，結果發現，不同性別的受試者在憂鬱傾向上有顯著差異。絕大多數研究，女性的憂鬱傾向都高於男性，張春興（1991）便指出，根據心理學家的研究發現，女性罹患憂鬱症的人數超出男性兩倍之多。鄭慧文（1999）指出，根據「普通心理學檔案」的最新研究報告，以 2662 對包括相同性別與不同性別的雙胞胎組合為研究對象，發現遺傳基因真的會讓女性較容易產生憂鬱的症狀，且不論病情輕重，基因的影響都是女多於男，單純以遺傳的觀點來看，女性遺傳憂鬱症的比例在 36-44%，男性為 1-24%，過去的想法是女兒會因媽媽憂鬱的關係，跟著有樣學樣，變得自哀自憐，但此次研究結果卻可以確認，憂鬱症的發生是由於基因遺傳的緣故，才使的女性較男性容易產生憂鬱的症狀（轉引自 Truse Med 健康醫網）。

年齡與憂鬱的關係隨著探討對象的不同而呈現不一致的結果：陳凱倫（1990）針對製造業女性作業員心理健康的研究發現，不同年齡層之受試者心理健康與憂鬱指數有所差異，年齡層較輕的面臨的心理問題較多。游淑芬（1993）之研究亦指出，三十歲以下之母親比三十歲以上之母親，在扮演母親角色時，較容易感到憂鬱、抑鬱。Ross 與 Bird（1994）之研究

亦顯示，年紀越大者，自評健康狀況有越差的趨勢。Landrine 和 Klonoff (1997, 轉引自曾巧芬, 2000) 之研究結果顯示，美國婦女年紀越高者，身體及心理疾病越多。陳婷婷 (1995) 針對醫學院的學生研究發現，年級越高者其憂鬱傾向越明顯。陳柏齡 (2000) 以國中生為研究對象，探討其生活壓力、失敗容忍力及憂鬱傾向的關係，結果發現，在整體憂鬱傾向與「無活力」兩個層面上，國三生高於國一生；在憂鬱層面則國三、國二生均高於國一生；「不滿意」與「無助」層面則是國三高於國一及國二。大致而言，年齡與憂鬱存在著某種程度的關聯，但此關聯會隨著研究樣本的特性與年齡分布的範圍而有所差異。

工作的性質、教育的程度以及個人的經濟狀況，也都與憂鬱傾向有顯著相關：陳凱倫 (1990) 針對製造業女性作業員心理健康的研究發現，工作具有自主性與技術性，且工作競爭性低、工作壓力小之受試者，輕型精神症狀盛行率較低。根據董氏基金會心理衛生組調查顯示，工作性質較不穩定的「無業者」及「攤販」的受訪者，憂鬱情緒嚴重、須專業人士協助者，分別高達 44.7% 及 42.9%，而職業為「軍公教」受訪者，憂鬱情緒嚴重、須專業人士協助者則較低，僅有 6.9%，所佔比例最低。Lennon (1994) 研究結果顯示，職業婦女與全職家庭主婦有經驗相似的憂鬱症狀及程度，雖然兩者所從事的工作型態與性質有所差異，但是都有屬於他們份內必須承擔的責任與壓力，也同樣會為他們帶來情緒上的影響。游淑芬 (1993) 之研究指出，三十歲以下之母親比三十歲以上之母親，在扮演母親角色時，較容易感到憂鬱、抑鬱。Landrine 和 Klonoff (1997, 轉引自曾巧芬, 2000) 之研究結果也顯示，美國婦女教育程度越低、社經地位越低者，身體及心理疾病越多。顏宏旭 (2000) 針對已婚婦女的研究結果顯示，不同教育程度之已婚婦女，其焦慮、憂鬱的程度達到顯著差異，教育程度越低的受試者，其焦慮、憂鬱程度有越高的傾向。Ross 與 Bird (1994) 之研究顯示，高教育程度及高家庭收入者，自評身心健康狀況都較佳，董氏

基金會心理衛生組之調查亦顯示在教育程度與憂鬱情緒的關連性分析中，教育程度與憂鬱程度呈現「負相關」，也就是教育程度越低者，憂鬱程度越高，其中不識字的受訪者有 36.6% 的人憂鬱程度嚴重，需要專人協助，而 9.9% 的不識字受訪者壓力到達臨界點；另外學歷在國小以下或僅識字者，有 21.4% 的人憂鬱程度嚴重、需要專人協助，9.8% 的人壓力已達到臨界點。House (1994) 等人亦曾指出社會階層與健康之間存有關聯性，在成年早期社會階層對於健康的影響並不顯著，但在中年期，甚至是老年的早期，他的影響性將隨著年齡的增長而遞增，一般而言，社會階層較低的人所面臨健康方面的心理社會風險因素較高社會階層高的人來的多，然而，Turner 和 Marino (1994) 以 1394 位 15~55 歲成人為研究對象發現，雖然職業聲望越高者，憂鬱症狀越少，但重鬱症的罹患率越高。Pearson (1998) 探討工作滿意、休閒滿意與心理健康的研究中發現，工作滿意或是休閒滿意都與心理健康達到顯著相關。值得注意的是，Turner 和 Marino (1994) 的研究雖指出職業聲望越高者，憂鬱症狀越少，但研究結果也發現職業聲望越高者，重鬱症的罹患率也越高，顯示職業聲望對於憂鬱傾向的預測性有限，研究者認為，不同工作背後的性質與壓力大小才是憂鬱傾向程度的關鍵。

在休閒生活與憂鬱傾向的相關研究方面：Coleman (1993) 探討休閒對生活壓力及健康的調節效果，以 51 女性及 53 位男性 (20-81 歲) 為受試者，結果發現休閒傾向中的休閒覺知自由度越高，越能夠減少高生活壓力所帶來的衝擊，高俊雄 (1996) 亦指出，有明顯積極持續參與休閒的人，其適應生活內外壓力的能力，明顯較高。鄭惠文 (2000) 在探討失業青年的研究中發現休閒決心、休閒支持皆與身心健康困擾呈現顯著負相關。陳凱倫 (1990) 針對製造業女性作業員心理健康的研究發現，休閒活動參與的時間與距離以及整體的評價都對心理健康有正面且顯著的影響。蘇廣華 (2001) 針對護專學生所做的研究中，發現不同憂鬱傾向的學生，在休閒



參與之時數，達到顯著水準，而且受試者之憂鬱傾向與休閒阻礙中之個人壓力因素、態度因素及人際阻礙因素具有顯著相關。曾巧芬（2001）研究結果顯示，休閒內在動機、休閒覺之自由、休閒家人支持、休閒友誼關係越佳者，身心健康越好，且不論壓力是否存在，休閒內在動機與休閒覺知自由越高者，對健康之促進皆有幫助。張燕麗（2002）指出，美國北卡州杜克大學，曾對 156 位 50 歲以上的憂鬱症患者進行診療研究，以診療方法將研究者分為用藥與運動兩組，四個月後發現兩組皆有改善，六個月後發現運動組有更好的改善情況，Ossip-Klein（1989，轉引自郭國良，1996）也曾針對 40 位 18-35 歲的憂鬱症婦女，進行跑步與重量訓練練習，發現沮喪婦女的自我概念獲得改善，可見運動真的有助於憂鬱情緒的舒緩與改善。O' Connor 與 Mattoon（1993，轉引自游正芬，1999）在其研究中指出，休閒的參與對心理、生理、社會文化、發展、精神層面的健康皆有所助益，從以上研究，我們發現不管是休閒覺知自由、休閒參與程度、休閒內在動機、休閒態度、休閒阻礙、休閒滿意度、休閒決定能力…等都與憂鬱情緒有著顯著相關。研究者認為，良好的休閒對於情緒有所幫助，而休閒的各個面向的確與憂鬱情緒有所關聯，也應該能有效預測憂鬱情緒的高低。

## 二、憂鬱情緒之影響

Sliverberg 與 Marczak（1996）以 44 對母親與青少年女兒，作為研究對象，發現母親的憂鬱情緒會影響女兒的心理健康。事實上，父母的情緒狀態，攸關子女問題行為與心理健康。美國研究顯示，媽媽在懷孕期間罹患憂鬱症，會造成嬰兒睡眠品質不良與反應遲緩。現在又有新的研究指出，媽媽懷孕期若有憂鬱症，也會造成孩子在學齡初期發生問題行為，不管是出生前或童年，媽媽的心理健康對於孩子的影響都很重要，媽媽在懷孕期的憂鬱症狀甚至會影響孩子的行為直到 8、9 歲。研究者對 147 個首

度懷孕的媽媽及她們的孩子做長期追蹤測試，並請媽媽們於懷孕時、生產後，以及孩子 8、9 歲時接受憂鬱症篩檢。研究發現，媽媽在懷孕期有憂鬱傾向者，孩子的犯罪或攻擊傾向比平常人多 3 倍，而憂鬱媽媽生下有攻擊性、犯罪、焦慮、憂鬱等問題行為孩子的可能性，也比一般不憂鬱的媽媽高出 8.5 倍。持續被憂鬱症困擾的媽媽，孩子較易出現問題行為，因素可能包括懷孕期間的憂鬱傾向、單親家庭、35 歲以上才生第一胎，以及孩子是男孩。這些因素與媽媽對兒子下列的低評價有關，例如活動的參與度、朋友與家人間的互動及學校的功課表現，甚至學校老師對於這些孩子的行為表現、功課表現、學習態度，以及快樂程度評價也不高。因此，媽媽的憂鬱感覺對孩子的影響深遠，除了懷孕期間會影響胎兒，甚至會影響孩子往後的學習及行為能力。

另一個與憂鬱相關的嚴重問題，便是自殺。美國國家心理衛生研究院的調查發現，將近有 1900 萬的美國人遭受重度憂鬱症、躁鬱症及輕鬱症等困擾，而焦慮症及藥物成癮問題通常會伴隨這些情緒障礙產生。根據美國國家衛生研究院的相關研究指出，這些跟憂鬱情緒相關疾病的發生跟遺傳及環境都有關係，然而，在 1000 萬個 18 歲以上因情緒障礙喪失工作能力的人中，只有 10% 的人接受妥善治療，其餘大多數的人視罹患心理疾病為莫大的羞恥而不願接受治療，有些人則擔心被上司得知自己罹患這類病症而不願就醫。通常憂鬱症患者中，約有 1/3 的人有自殺意念，有 10% 的人企圖自殺。根據美國疾病管制局在 1999 年所發布的年度死亡資料顯示，一年約有 3 萬個美國人自殺死亡，比兇殺案中被殺害的人數還多；通常男性自殺成功的人數為女性的 4 倍，但女性企圖自殺的人數為男性的 2~3 倍，另外需要被重視的是，15~24 歲年齡層的自殺率有愈來愈高的趨勢。

台北地區最近相繼發生自殺死亡的事件，實在令人感到惋惜。若與各已開發國家比較，我國的一般人口自殺死亡率屬於中等。以 2002 年為例，每年十萬人口小於 10 人自殺死亡的國家包括義大利(5.0)、英國(6.3)、

新加坡(8.2)、美國(9.1)及德國(9.8)等；大於10者包括台灣(11.4)、澳洲(11.5)、南韓(12.0)及日本(17.7)等。然而，自殺對社會衝擊相當大。以社會成本分析，因自殺死亡一生所損失的天數，男性為39.9天，女性為28.7天。但若以社會氣氛而言，則難以估算。自殺事件的突然和令人意外，易使家人及親友感到錯愕、難過、惋惜、不解、難以接受，甚至自責等；因此，自殺死亡者的家人及親友很可能罹患精神疾病。而自殺事件很容易造成社會氣氛十分低迷。在臺灣，自殺已連續六年列入十大死因之列。在2002年，台灣地區共有3,053位因自殺死亡，其中台北市有325位；換算成率，臺北市每年十萬人口中有12.32人自殺死亡，名列十大死因的第八位，且在18-24歲年齡層族群為第三位的死亡原因。以市民健康的角度而言，亟需積極防治。

### 三、憂鬱傾向與大學生

教育部委託成大醫學院行為醫學研究所，針對南區大學生身心健康所做問卷調查顯示，南區大學生有憂鬱傾向者達百分之五十三點三，其中百分之十三為中重度憂鬱傾向有自殺意念的達百分之二十四點五，不過僅百分之零點九曾有自殺舉動。主持問卷調查的行為醫學研究所所長柯慧貞說，問卷中的憂鬱傾向包括可能有憂鬱症狀或暫時性壓力下的情緒反應，與罹患憂鬱症之間不能劃上等號，但儘管如此她對這一結果也相當訝異。她在去年十二月接受委託，針對嘉義以南到屏東及台東、澎湖地區大學生進行問卷調查。問卷抽樣與施測五千一百四十三人，回收有效問卷四千一百六十三份，回收率為百分之八十點九四，柯慧貞分析，以憂鬱自填量表篩選結果，南區大學生輕度到中度憂鬱傾向者為百分之四十點一、中重度憂鬱傾向為百分之十三點二；自殺意念調查中，「不斷想到死的念頭，但不會真的自殺」為百分之十八點一、「想自殺或希望自己死了算了，或不斷出現自己可能會死的念頭」有百分之四點四、「如果有機會會自殺，或

告訴別人要自殺」有百分之一點一、「真的有自殺的舉動（曾經自殺過）」則有百分之零點九（〈抗壓力差，南區大學生的憂鬱〉，2003）。此研究顯示，大學生的憂鬱問題，不容小覷，需要我們密切注意和關心。