

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究

A Questionnaire Study of Depression Related Help-Seeking Behavior
among the General Public in Taiwan

doi:10.30074/FJMH.200606_19(2).0002

中華心理衛生學刊, 19(2), 2006

Formosa Journal of Mental Health, 19(2), 2006

作者/Author：葉雅馨(Ya-Hsing Yeh);林家興(Josh Chia Hsin Lin)

頁數/Page：125-148

出版日期/Publication Date：2006/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200606_19\(2\).0002](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200606_19(2).0002)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，
是這篇文章在網路上的唯一識別碼，
用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究

葉雅馨* 林家興

台灣對憂鬱的研究多從醫療的角度進行，較少探討社會民眾面臨憂鬱情緒困擾時的求助行為。本研究之對象為大台北地區、大台中地區、大高雄地區及花東地區18歲以上的成年人，以立意抽樣方式進行問卷調查，發出問卷10,882份，回收有效問卷7,888份(72.48%)。研究發現：(1)有效問卷中11.74%已達嚴重憂鬱程度；(2)民眾面對憂鬱症狀時，以採用「不管它、多休息、多運動」的比例最高，在對外求助管道上，以求助於西醫內科一般科別及中醫為主，然後是心理衛生專業人員，最後是民俗療法；(3)民眾情緒低落時，其求助對象以朋友及宗教機構人士等非專業心理衛生人員為多，甚至嚴重憂鬱程度的人也以此為主要求助對象；(4)憂鬱程度嚴重者比不嚴重者有更高比例會尋求專業醫師治療，但也會求助於民俗療法。

關鍵詞：求助行為、民俗療法、憂鬱情緒、憂鬱症

葉雅馨：財團法人董氏基金會心理衛生組主任暨大家健康雜誌總編輯，主持董氏基金會憂鬱症預防宣導計畫；文化大學青少年兒童福利所畢業；研究興趣為青少年憂鬱情緒紓解與憂鬱症教育宣導相關議題。（通訊作者；E-mail: mhya@jft.org.tw）

林家興：國立台灣師範大學教育心理輔導學系教授、董氏基金會心理健康促進諮詢委員、台北市諮商心理師公會理事長；美國肯塔基大學諮商心理學哲學博士；研究專長學科為諮商心理學、社區心理衛生、變態心理學、心理分析治療。

收稿：2005年04月18日；接受：2005年07月19日



一、緒 論

憂鬱症已被世界衛生組織列為二十一世紀三大疾病之一，也是唯一一項精神疾病，世界衛生組織的研究(WHO, 2001)估計，到了2020年，憂鬱症將成為造成人類失能疾病的第二位，目前全球約有一億兩千一百萬人罹患憂鬱症，其中僅少於25%的患者能夠接受有效的治療。美國心理衛生研究院(NIMH, 2003)的研究報告指出約4%-18%的西方人在一生中至少曾出現一次憂鬱症狀，當中的50%-85%會再發生至少一次。台灣地區憂鬱症盛行率有逐年升高的趨勢，每年因憂鬱症就醫的人口約五十萬人(陳豐偉、施紅圭、李昱、楊明仁，2001)。此外，在台灣自殺死亡案例中約有九成曾罹患憂鬱症，其中一半以上在自殺死亡前一個月內曾求助於一般科診所(李明濱、廖士程、吳佳璇，2000)。楊明仁(2002)以精神科門診資料進行統計，發現就社會經濟與憂鬱症的分析而言，「精神科求診患者會隨著社會經濟狀況的變化而有變化，經濟狀況不佳、痛苦指數升高時，求診憂鬱焦慮患者也將隨著增加，保守推估每增加一單位時，台灣地區將有5,000人會因此而罹患憂鬱焦慮症，可能會造成30人左右的自殺潮，社會經濟損失超過二億以上」。因而，憂鬱症的預防工作已逐漸獲得重視，而如何提早注意到憂鬱症狀並尋求協助就成為憂鬱症能否被早期發現早期治療的關鍵。

由於憂鬱症本身的疾病特徵，有些人即使已經罹病卻仍未有病識感，或者將之視為一般的身體疾病來尋求治療以致延誤了憂鬱症的治療時機。許多慢性內科疾病中憂鬱症之盛行率亦相當高，約20%至60% (李明濱等人，2000)。這當中的原因很多，可能是民眾對憂鬱症的認知不足，也可能是憂鬱症患者在社會上已被污名化，以致於許多人即使出現相關症狀亦不願意向心理衛生專業人員求助，也有將之視為風水不佳或懦弱性格所致，以致在求助行為表現上，傾向於向傳統民俗醫療體系求助。因此，就憂鬱症預防宣導工作的推動而言，充分了解民眾出現憂鬱症狀時的求助行為，就顯得相當重要，然而，國內目前尚缺乏針對民眾出現憂鬱情緒或症狀時的求助行為調查研究。

本研究係於2003年針對大台北地區、大高雄地區、大台中地區，以及東部地區

民眾進行的調查研究，除了瞭解民眾的憂鬱程度以外，亦希望藉此探討民眾憂鬱程度與求助行為的相關性，以作為推動心理衛生工作的參考。

(一) 台灣民眾的求助行為

症狀的出現與認知造成求醫行為，也造成各種求助行為，兩者都是病患企圖解決問題的行動過程，其中尋求專業醫療照顧者為求醫行為，求助行為包括求醫行為在內，同時也包括不同於專業醫療的模式(張笠雲，2002)。

社會學研究求助行為主要探討的因素有三種，分別是社會心理因素、社會經濟因素及社會人口因素。從社會心理學的觀點來探討求助行為，多強調「自我認知的重要性」，亦即個人對於某個特殊症狀的瞭解，將決定其求助行為的不同，症狀越被認知為嚴重，越有可能尋求專業服務的協助；從社會經濟因素而言，低收入者的求醫行為決定於其是否有能力負擔醫療費用；從社會人口因素而言，老年人、女性要比年輕人、男性有較多的求助與求醫行為(張笠雲，2002；張珣，2000)。張珣(2000)認為就影響就醫選擇的社會人口因素方面來看，婦女均比男性更喜歡求助於醫療，男子病痛多自行處理，嚴重才找醫生，而中年婦女較年輕婦女更會去找民俗療法及民間偏方，經濟收入高的家庭較經濟收入低的家庭就醫率高，中下階級對於疾病的嚴重性較不敏感，要等到威脅工作能力或生命時才會就醫，能運用的資源也都透過親朋好友的介紹，利用民俗療法的機會也較大。另外，病人在家中的角色地位，也具有很大的決定性，通常小孩以及老人較受注意，戶長及主婦因年紀及體質抵抗力強，多採自助處理方式，較少找醫生。

在求助管道的探索上，吳就君(1982)的研究指出，台灣地區的民眾有60%以上是兼採西醫、中醫和民俗療法。醫療人類學者張珣(1996)歸納中外學者對台灣醫療體系的研究指出，三套醫療體系各有其不同的診斷、治療、病因與預防方法，然而大體上仍然是以西醫為主流。進而言之，就病程來說，多數病人在症狀初期多置之不理、自己處理或購買成藥；症狀較嚴重時找西醫診所、小型綜合醫院或中醫診所，慢性病通常找中藥房、偏方和秘方或民俗療法，症狀明顯嚴重時則以西醫為優先，西醫無效時，才改試中醫或民俗療法(張笠雲，2002)。吳就君(1982)的研究則進一步

指出，在民俗療法中以卜卦抽籤拜廟採用過者最多，而在中醫療法中以中式補藥補品採用過者最多。

此外，Freidson(1961)提出非專業轉介系統(lay-referral system)在病患求助行為中扮演重要的角色。所謂非專業轉介系統是指求助醫療的過程涉及一群潛在的諮詢者，從核心家庭的成員開始逐漸向外伸展至被挑選出來、較有權威的非專業人員，一直到及於專業從業者為止，而當疾病的文化定義不同於專業定義時，這個系統通常不會導向專業執業者(引自張笠雲，2002)。張珣(2000)的研究中則發現台灣社會中家庭對於求醫行為的選擇較諸西方而言參與更多，也更具有決定性。

歸結而言，台灣民眾在生病時的求助行為特徵主要有複向求助行為，亦即同時求助於中西醫及民俗療法的現象，其中又以西醫為主流；其次為非專業轉介系統的影響力，最後為認知到症狀越嚴重，則越有可能尋求專業服務的協助等特徵。

(二) 精神疾病與求助行為的關係

余德慧(1986)從社會心理途徑的研究發現，由於文化認知的差異，中國人對於精神官能症及身心症大都以為是身體出了毛病、風水不好、受人詛咒、犯忌等來解釋，對於同樣的精神疾病，有著完全不同的認知。就民間社會對精神疾病的認知而言，心理問題被認為是患者自身之過錯而引起，因為文化要求個人自制，如果一個人無法做到以致有心理問題，則除了患者自救之外，別人無法代勞，或者家人可能遭受外人指責，認為疾病起因於家人對病人太苛刻，或者是神明在懲罰病人的行為過失，在這樣的影響下，家庭中若有精神病人，家人大都加以否認，要不然就去找內科醫師(張珣，2000)。

可是若就民俗療法對精神疾患的認知而言，大部份的病因被歸因於非人為因素，例如祖先發怒、沖煞、惡運等，可是卻同時也包括建議患者如何採取行動及改變自己的性格等(張珣，2000)。傳統民俗醫療不只將心理問題的責任轉移到一個可接受的來源，而且主動告訴病人如何對付自己的困擾，從占星學、堪輿學、面相學、風水等至今仍深深影響華人社會，也解釋了為什麼至今民俗醫療體系仍盛行於民間的原因。

就中醫的觀點而言，雖然不少研究指出華人極易把心理問題身體化(曾炆煌，1975；Kleinman,1979)，其實這與不同的文化認知有關，傳統中國醫學認為心理因素是引起心理不平衡和疾病的重要因素，七情的過盛或不協調都被認為是致病因素，內臟器官通常也被認為與人類的情感相對應，例如肺被認為會受憂慮和悲傷的影響，胃和脾臟則會想得太多而受到傷害，肝臟和膽囊則會受到憤怒所影響，這也使得中醫對於心理疾病與生理疾病往往同等看待，使用同樣的治療方法(林克明，1996)。

從社會經濟的途徑的探討來看，根據曾炆煌的研究(引自余德慧，1986)指出，社經地位在上層者，對於各種精神疾病與適應問題，大多求助於現代西式的醫療與心理輔導，而社經地位中者，則中西並用，但心理適應的問題則求助於傳統民俗文化，至於社經地位下層者，幾乎都以民俗治療為主。

從社會人口因素的探討來看，根據余德慧(1986)於台北某靈堂的田野研究，發現求助於該靈堂者在年齡上，以30-59歲者居多佔82%，30歲以下者佔10%，60歲以上的老者佔14%，性別上以女性為多數，佔81%，職業上，以工、農、商、家管為主，商以攤販及小商店業者為主，求助問題的類別上，以家裡不平安、身心症、與他人發生糾紛及請求神明指示等四者為主。此外，就西醫體系而言，商至雍、廖士程與李明濱(2003)等人追蹤某醫學中心的憂鬱症就診資料發現憂鬱症門診的就診個案數目逐年增加，其中女性大約為男性的1.5-2.2倍；陳豐偉、施紅圭、李昱與楊明仁等人(2002)研究憂鬱症病人重複住院的影響因素，則發現已婚、中年、婦女為憂鬱症住院患者人口統計學三大特點。

綜上所述，台灣民眾對於心理疾病的認知與求助行為似乎不同於西方，對於心理問題的認知上，傾向於以身體症狀作為主訴。那麼，是否會出現複向求助行為呢？依據文榮光(Wen, 1998)在台灣南部某醫學中心精神科所做的調查發現，第一次發病的精神分裂症病人中，超過75%曾到廟裡求助於道士或乩童。葉英堃與吳中立(1987)的研究指出，七成以上的精神病患者曾接受過其他非精神科的診療方式，包括親友、同事和朋友、中醫、中藥房、成藥、求神問卜等，因此，台灣民眾在面對心理疾患時，似乎也會出現前述「複向求助」的特徵。

另外，非專業轉介系統仍然有其甚高的影響力，家庭仍然扮演相當重要的角色。文榮光(Wen, 1998)的研究顯示，台灣家庭仍然被預期對於罹患心理疾病的成員承擔起求助及照顧的責任。楊明仁(2002)在〈台灣民眾對憂鬱症的態度調查〉研究中也發現，在檢測出有憂鬱症傾向的受訪者中，僅有不到7.0%的憂鬱症患者曾尋求精神科治療，多數人卻寧可求助於親友，亦可見非專業轉介系統的影響力。

歸結來說，我們認為可以從民眾面對憂鬱症狀時是否會出現心理問題身體化的求助方式、複向求助行為以及非專業轉介系統的影響等角度切入，就不同憂鬱程度下其求助行為的差異進行探討，故本文所要探討的研究問題如下：

1. 民眾憂鬱程度是否因人口背景不同而有差異？
2. 民眾憂鬱程度與其求助行為方式相關性如何？
3. 當情緒低落時，民眾常見的求助對象是誰？又其與憂鬱程度之間是否有關？
4. 當民眾罹患身心疾病時，除了求助專業醫師之外，同時還會尋求哪些協助？

二、研究方法

(一) 研究樣本

本次調查施測樣本以成年人為主要對象，按照刑法之規定年滿十八歲具有完全行為能力，故本次調查以十八歲以上之成年人為調查對象。抽樣方法上，採立意抽樣法，先選定大台北地區(台北縣、市)、台中地區(台中縣、市)、高雄地區(高雄縣、市)、花東地區(花蓮縣市、台東縣市)等四個區域，而在抽樣樣本選擇上，則以各區域內國小、國中及高中職學校的學生家中18歲以上成年人為施測對象，平均抽取各區域內的各級學校總計130所，請各校選取每年級各一個班級，將問卷發給同學請其帶回，由家中十八歲以上成年人填寫，共發出10,882份問卷，扣除無效問卷之後，獲得有效問卷共計7,888份，有效問卷佔發出總問卷數的72.48%。需要注意的是，由於採取立意抽樣的方式，故而本研究結果要適用至全體國民時，推論上有其限制，必須謹慎為之。

本研究對象的人口資料中，有67.04%是女性；50.45%的年齡介於35-44歲之間，

27.17%介於18-34歲之間，20.18%介於45-54歲之間；72.77%已婚，21.24%未婚；45.61%的學歷是高中職，33.54%的學歷是大專，15.55%是國中；38.80%的宗教信仰是佛教，20.97%是道教，7.59%是基督教，24.72%沒有任何宗教信仰；研究對象的職業主要是：軍公教與公家雇員(20.52%)、家庭主婦(20.25%)、公司職員與店員(13.11%)、服務業(11.78%)、學生(11.80%)，以及其他等，研究樣本的基本資料詳如表一。

(二) 研究工具

在憂鬱程度的測量上，首先要先對憂鬱的界定作一釐清。美國精神醫學會出版之第四版心理疾病診斷與統計手冊(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, 簡稱DSM-IV) (孔繁鍾、孔繁錦，1998)是憂鬱症臨床診斷的依據，根據DSM-IV，典型憂鬱症症狀包括情緒低落、明顯對事情失去興趣、缺乏食慾、失眠、動作遲緩、疲累失去活力、無價值感或過強的罪惡感、注意力無法集中、出現自殺的念頭等，其中第一、二項至少必須出現其中一項症狀，第三到第九項至少有其中四項症狀，而這些症狀已經持續兩週以上，且症狀的出現不是因為藥物、其他身體疾病而引起，對個人生活、社會、求學或其他重要功能產生干擾或傷害，DSM-IV的診斷標準有助於區辨心理疾病與否，但是用在大規模篩檢上卻有其困難。

Cantwell與Barker(1991)，則將憂鬱按照其嚴重程度分為四個層次(引自陳杏容，2001：8)：第一層次的症狀(symptom)泛指負向情緒，如傷心、煩悶等；第二層次的憂鬱則指以下多面向的症狀(various symptom)，如食慾不振、失去精力，心理動作激進或遲緩、體重減輕、失眠等，一般人也可能短暫出現這些症狀，尚不足以構成憂鬱症，第三層次的憂鬱被視為症候群(syndrome)，由一些具有經常發生的症狀組成，包括情緒、認知與性功能方面的異常，已具有初期精神異常(psychiatric disorder)的意涵；第四層次的憂鬱則已具有精神異常(psychiatric disorder)的特性，並造成當事人某種功能的喪失。

本文所指稱的憂鬱情緒與DSM-IV臨床診斷上的憂鬱症不同，而比較接近

Cantwell與Barker所謂第二及第三層次的憂鬱而言，採用此一定義，也有助於釐清憂鬱情緒與憂鬱症的不同，同時也較符合大規模樣本篩檢的需求。按此，本研究採用由文榮光、楊明仁、李昱、邱念睦、賴德仁、周騰達等人所發展出來的台灣人憂鬱篩選問卷作為測量民眾憂鬱情緒程度的工具(董氏基金會，2004)。由於台灣人憂鬱篩選問卷ROC曲線分析結果，曲線下面積(AUC)為0.92，表示是一有效的篩檢工具，而其Cronbach α 值為0.90，故具有良好的內部一致性信度(董氏基金會，2004)。董氏基金會根據台灣人憂鬱篩選問卷以台北地區1228位有效樣本為對象進行施測後發展成台灣人憂鬱症量表，該量表將高於平均數($M=10.44$)一個標準差(一個標準差為8.92)的分數視為憂鬱情緒程度嚴重者，恰與台灣人憂鬱篩選問卷ROC曲線分析結果最大轉折處切換點為18/19分相同，而介於75%的樣本數到84%(一個標準差)之間的分數(15-18分)視為憂鬱情緒程度在臨界點，介於50%-74%樣本數之間的分數(9-14分)為憂鬱情緒起伏不定，低於50%樣本數的分數(8分以下)為情緒穩定(董氏基金會，2004)。因此，本研究在計分解釋上採用董氏基金會發展之量表將高於19分者即視為憂鬱情緒嚴重者，15-18分為憂鬱情緒程度達臨界點，9-14分為情緒起伏不定，8分以下為情緒穩定，必須留意的是該量表施測結果所謂之憂鬱情緒程度嚴重並不代表就是憂鬱症。

在研究樣本基本資料的收集上，本研究收集的人口背景資料包括：性別、年齡、職業、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰等，在本研究中將作為類別變項使用，並以此比較不同人口背景變項下與憂鬱程度的相關性。

在調查民眾求助方式方面，則分別從前述文獻探討中歸納出以下的問題：「不管它、多休息、多運動」、「多看相關健康的書或雜誌」、「使用放鬆方法」、「自己研究資料上的建議」、「念經祈禱」、「看西醫的內科及一般科別」、「改變飲食習慣」、「找中醫治療」、「求助於專業心理師」、「求助心理輔導志工」、「看西醫的精神科」、「自己買成藥吃」、「去收驚求平安符」、「試試別人介紹的偏方」及「算命、卜卦、看風水」等，由受試者在「沒有或極少」、「有時候」、「時常」、「常常或總是」等量尺上選答，在分析上，每一種求助方式區分為「偶而採用」及「時常採用」兩類，將回答「很少」或「有時候」採用者合併為「偶而採用」，而回答「時常」或「總是」採用者合併為「時常採用」。

在調查民眾求助對象方面，則有以下求助對象選項：「休息或睡覺」、「找朋友聊聊」、「做運動或休閒活動」、「找家人聊聊」、「找社福團體輔導志工」、「找同事聊聊」、「找親戚聊聊」、「找信仰的宗教機構人士」、「找專業心理諮商單位」、「找鄰居聊聊」、「找老闆聊聊」等。由受試者在「沒有或極少」、「有時候」、「時常」、「常常或總是」等對不同對象的不同求助頻率選答，在分析上，每一種求助對象區分為「偶而求助」及「時常求助」兩類，將回答「很少」或「有時候」求助者合併為「偶而求助」，而回答「時常」或「總是」求助者合併為「時常求助」，並藉此比較不同憂鬱程度下其求助對象的差異。

在複向求助行為的測量上，以假設性問題詢問民眾當出現一些身心症狀或生病時，除了請求專業醫師的協助外，會同時考慮的求助對象為何，在複向求助選項的設計上則主要有以下選項：「去算命卜卦改運氣」、「收驚求平安符喝符水」、「尋求民間信仰協助,如找道士、法師、收驚仙／婆、尪姨、童乩、先生媽、命卜師等」、「尋求宗教信仰上的庇護，例如到廟裡拜拜、上教堂」、「試試旁人介紹的偏方：如吃草藥、補品等」、「接受氣功、拍打治療、推拿、針灸等治療」等，以瞭解民眾在尋求專業醫療的同時，採取其他求助行為的比例為何，由受試者分別在「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」等量尺上選答，在分析上則將「非常同意」及「同意」合併為「同意」，而「不同意」及「非常不同意」合併為「不同意」，並比較不同憂鬱程度下，「同意」同時採取各項求助方式與「不同意」者之間的差異。

(三) 資料分析

本研究主要採用SPSS10.0作為統計分析的工具。主要分析架構如下：

1. 以單因子變異數分析及卡方檢定法，探討主要人口背景變項與憂鬱程度的關聯。
2. 以卡方檢定進行不同憂鬱程度與各種求助方式的相關性檢定，以探討憂鬱程

度與各項求助方式採用頻率的相關性，並分析不同憂鬱程度下，其採取之求助方式的差異。

3. 以卡方檢定進行憂鬱程度與求助對象的相關性檢定，以探討憂鬱程度與各項求助對象求助頻率的相關性，並分析不同憂鬱程度下，其求助對象的差異。
4. 以卡方檢定進行憂鬱程度與複向求助方式的相關性檢定，並分析不同憂鬱程度下其複向求助行為的差異。

三、研究結果

(一) 人口變項與憂鬱程度

整體而言，本研究發現有11.74%的研究對象自己認為憂鬱狀況已達到需要專業協助的程度。根據表一，不同性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰，以及職業類別的研究對象，其憂鬱程度也呈現顯著的差異。就性別而言，女性的平均憂鬱程度($M=9.06$)高於男性($M=8.04$)，而從表二可知，在「嚴重需專業協助」的百分比項下，女性有12.74%的憂鬱情緒已經達到嚴重需要專業協助的等級，相對的男性當中則有9.66%，顯示女性達到嚴重憂鬱程度的比例比男性為高。

就年齡而言，年齡在18歲至34歲之間的研究對象其憂鬱程度明顯的高於35歲至54歲之間的研究對象，這個現象似乎反應年輕人比中年人要憂鬱。

就婚姻狀況而言，未婚者與離婚喪偶分居者的平均憂鬱程度高於已婚者，此一結果說明良好的婚姻似乎具有保護心理健康的作用。

此外，就宗教信仰而言，沒有宗教信仰的人或者是信仰天主教或一貫道者，其平均憂鬱程度要比信仰佛教及道教的人為高。就教育程度而言，高中職學歷的受試者的平均憂鬱程度要比國中及專科畢業者為高。

表一、研究樣本人口背景與憂鬱程度摘要表

人口變項	次數分配		憂鬱程度		F值	Scheffe
	次數	百分比	平均數	標準差		
性別	6533	100.00	9.09	8.07	54.74***	
男(B)	2153	32.96	8.04	7.72		G>B
女(G)	4380	67.04	9.06	8.18		
年齡	4862	100.00	8.97	8.08	46.62***	
18~24(A1)	709	14.58	12.34	8.99		A1>A2>
25~34(A2)	612	12.59	10.13	8.47		A3,A4,A5
35~44(A3)	2453	50.45	8.22	7.56		
45~54(A4)	981	20.18	7.85	7.73		
>54(A5)	107	2.20	7.43	7.32		
婚姻狀況	6507	100.00	9.09	8.08	105.87***	
未婚(M1)	1382	21.24	11.74	8.79		M1>M3>
已婚(M2)	4735	72.77	8.24	7.59		M2
離婚喪偶分居(M3)	382	5.87	9.85	9.02		
教育程度	6508	100.00	9.11	8.09	5.83***	
國小或不識字(E1)	345	5.30	8.74	8.60		E3>E2,E4
國中(E2)	1012	15.55	8.67	8.18		
高中職(E3)	2968	45.61	9.63	8.37		
專科(E4)	885	13.60	8.47	7.52		
大學以上(E5)	1298	19.94	8.81	7.53		
宗教信仰	6261	100.00	9.09	8.07	8.24***	
佛教(R1)	2429	38.80	8.74	7.90		R5,R4>R1
基督教(R2)	475	7.59	9.11	8.23		R5,R4>R3
道教(R3)	1313	20.97	8.58	7.68		
其它 ^a (R4)	496	7.92	10.60	9.54		
無(R5)	1548	24.72	9.57	8.03		
職業	6390	100.00	9.05	8.03	28.93***	
專業與技術人員(O1)	431	6.74	7.70	7.22		O8>O9,O7,
學生(O2)	754	11.80	12.56	9.23		O6,O3,O1,O4
軍公教與公家雇員(O3)	1311	20.52	8.58	7.33		O2>O9,O7,O6,
公司老闆(O4)	353	5.52	7.52	7.11		O3,O1,O4
公司職員與店員(O5)	838	13.11	8.31	7.45		
服務業(O6)	753	11.78	8.67	7.37		
家庭主婦(O7)	1294	20.25	8.69	8.01		
無業與待業中(O8)	155	2.42	12.99	10.90		
其它 ^b (O9)	501	7.84	8.94	9.21		

^a其他宗教含天主教及一貫道。^b其他職業包括攤販、職業司機、農林畜牧、社福機構等。*** $p<.001$

表二、研究樣本人口變項與憂鬱程度卡方檢定摘要表

憂鬱程度 ^a	穩定		起伏		臨界		嚴重		卡方值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
性別	3672	56.21	1528	23.39	567	8.68	766	11.73	39.94***
男	1317	61.17	481	22.34	147	6.83	208	9.67	
女	2355	53.77	1047	23.90	420	9.59	558	12.74	
年齡	2759	56.75	1127	23.18	421	8.66	555	11.42	158.44***
18~24	276	38.93	194	27.36	91	12.83	148	20.87	
25~34	324	52.94	148	24.18	50	8.17	90	14.71	
35~44	1485	60.54	549	22.38	193	7.87	226	9.21	
45~54	610	62.18	209	21.30	80	8.15	82	8.36	
>54	64	59.81	27	25.23	7	6.54	9	8.41	
婚姻狀況	3653	56.20	1525	23.47	562	8.65	759	11.68	174.50***
未婚	602	43.56	351	25.40	163	11.80	266	19.25	
已婚	2841	60.00	1097	23.17	362	7.65	435	9.19	
離婚喪偶分居	210	54.97	77	20.16	37	9.69	58	15.18	
教育程度	3649	56.07	1526	23.45	566	8.70	767	11.79	24.29*
國小或不識字	202	58.55	85	24.64	26	7.54	32	9.28	
國中	595	58.80	223	22.04	87	8.60	107	10.58	
高中職	1584	53.37	717	24.16	271	9.13	396	13.34	
專科	518	58.53	201	22.71	80	9.04	86	9.72	
大學以上	750	57.78	300	23.11	102	7.86	146	11.25	
宗教信仰	3514	56.13	1467	23.43	546	8.72	734	11.72	36.58***
佛教	1405	57.84	558	22.97	206	8.48	260	10.70	
基督教	273	57.47	108	22.74	42	8.84	52	10.95	
道教	765	58.26	307	23.38	110	8.38	131	9.98	
其它 ^b	249	50.20	121	24.40	37	7.46	89	17.94	
無信仰	822	53.10	373	24.10	151	9.75	202	13.05	
職業	3595	56.26	1506	23.57	552	8.64	737	11.53	194.69***
專業與技術人員	268	62.18	96	22.27	32	7.42	35	8.12	
學生	299	39.66	194	25.73	97	12.86	164	21.75	
軍公教與公家雇員	751	57.28	317	24.18	107	8.16	136	10.37	
公司老闆	229	64.87	77	21.81	21	5.95	26	7.37	
公司職員與店員	503	60.02	187	22.32	70	8.35	78	9.30	

服務業	428	56.84	188	24.97	58	7.70	79	10.50
家庭主婦	755	58.35	298	23.03	113	8.73	128	9.90
無業與待業中	66	42.58	30	19.35	23	14.84	36	23.23
其它 ^c	296	59.08	119	23.75	31	6.19	55	10.98

^a 研究樣本的憂鬱程度根據台灣人憂鬱症量表分數為四個等級：8分以下為情緒穩定，簡稱穩定，9-14分為情緒起伏不定，簡稱起伏，15-18分為憂鬱程度到達臨界點，簡稱臨界，19分以上為已達到嚴重憂鬱程度需尋求協助，簡稱嚴重。

^b 其他宗教含天主教及一貫道。

^c 其他職業包括攤販、職業司機、農林魚牧、社福機構等。* $p<.05$, *** $p<.001$

就職業而言，無業與待業者($M=10.89$)及學生($M=9.22$)的平均憂鬱程度較其他職業類別要高，因此值得心理衛生人員的重視。

(二) 求助方式與憂鬱程度

表三為受試者面對憂鬱症狀時的求助方式與憂鬱程度的卡方檢定結果，分析上將憂鬱程度穩定的這一組排除，僅就憂鬱程度「起伏不定」、「達臨界點」及「嚴重」等三組進行比較以探討民眾在面對憂鬱情緒困擾時，不同憂鬱程度所採取的求助行為之差異。這一分析策略同時也運用於憂鬱程度與求助對象及複向求助行為相關性的分析上，如表四及表五所示。

從表三的結果顯示，除「多看相關健康的書或雜誌」與憂鬱程度的關係並不顯著以外，其他各項求助方式的採用頻率與憂鬱程度呈現顯著相關性，憂鬱程度嚴重者，其時常採用各項求助方式的比例均顯著較憂鬱程度「起伏不定」及「達臨界點」者為高。

嚴重憂鬱者時常採用的求助方式按比例高低依序為「不管它、多休息、多運動」的比例最高(37.96%)，其次為「使用放鬆方法」(21.67%)、「自己研究資料上的建議」(19.90%)，接著是「看西醫的內科及一般科別」(15.58%)、「改變飲食習慣」(15.47%)等，然後是「念經祈禱」(14.53%)、「找中醫治療」(11.24%)、「求助於專業心理師」(7.84%)、「看西醫的精神科」(7.31%)、「求助心理輔導志工」(6.82%)、「自己買成藥吃」(6.54%)、「去收驚求平安符」(5.92%)、「試試別人介

紹的偏方」(5.77%)、「算命、卜卦、看風水」(4.98%)，而有22.5%的嚴重憂鬱者時常「不求助也不覺得嚴重」，僅次於「不管它、多休息、多運動」的比例。

憂鬱程度達臨界點者其時常採用的求助方式前三項次序與嚴重憂鬱者相同，依序為「不管它、多休息、多運動」(32.38%)、「使用放鬆方法」(15.28%)、「自己研究資料上的建議」(14.70%)等，接著依序是「念經祈禱」(10.50%)、「改變飲食習慣」(9.09%)、「找中醫治療」(8.88%)、「看西醫的內科及一般科別」(8.36%)、「去收驚求平安符」(4.87%)、「求助於專業心理師」(4.44%)、「自己買成藥吃」(4.28%)、「求助心理輔導志工」(3.76%)、「看西醫的精神科」(3.74%)、「試試別人介紹的偏方」(2.51%)、「算命、卜卦、看風水」(2.33%)等，時常「不求助也不覺得嚴重」者佔13.36%，次於前三項求助方式。

憂鬱程度起伏不定者其時常採用的求助方式前三項依序也是「不管它、多休息、多運動」(32.57%)、「使用放鬆方法」(15.37%)、「自己研究資料上的建議」(13.58%)等，然後依序是「念經祈禱」(9.06%)、「看西醫的內科及一般科別」(8.37%)、「找中醫治療」(6.37%)、「改變飲食習慣」(6.27%)、「求助於專業心理師」(4.65%)、「看西醫的精神科」(3.80%)、「求助心理輔導志工」(3.23%)、「自己買成藥吃」(3.08%)、「去收驚求平安符」(2.38%)、「算命、卜卦、看風水」(2.33%)、「試試別人介紹的偏方」(2.10%)，而時常「不求助也不覺得嚴重」者佔12.49%，與憂鬱程度達臨界點者一樣，次於前三項求助方式。

歸納而言，無論憂鬱程度如何，都以自助處理方式為主，如「不管它、多休息、多運動」、「使用放鬆方法」、「自己研究資料上的建議」等；在向外求助的管道上，則多以「看西醫的內科及一般科別」及「找中醫治療」等為主、接著才是「求助於專業心理師」、「看西醫的精神科」及「求助心理輔導志工」等心理衛生專業人員的協助，最後是「試試別人介紹的偏方」、「算命、卜卦、看風水」等民俗療法。

此外，憂鬱程度嚴重者比憂鬱程度起伏不定及達臨界點者有較高比例的人時常「不求助也不覺得嚴重」，甚至高於時常「使用放鬆方法」及「自己研究資料上的

表三、研究樣本不同憂鬱程度與求助方式相關性卡方檢定摘要表

求助方式	憂鬱程度						卡方值
	起伏		臨界		嚴重		
	N	%	N	%	N	%	
念經、祈禱等							15.89***
偶而採用	1386	90.94	503	89.50	653	85.47	
時常採用	138	9.06	59	10.50	111	14.53	
算命、卜卦、看風水等							28.20***
偶而採用	1504	97.67	546	97.67	725	95.02	
時常採用	20	2.33	13	2.33	38	4.98	
去收驚、求平安符							19.35***
偶而採用	1477	97.62	527	95.13	715	94.08	
時常採用	36	2.38	27	4.87	45	5.92	
改變飲食習慣							50.83***
偶而採用	1419	93.73	510	90.91	645	84.53	
時常採用	95	6.27	51	9.09	118	15.47	
使用放鬆方法							15.88***
偶而採用	1294	84.63	477	84.72	600	78.33	
時常採用	235	15.37	86	15.28	166	21.67	
找中醫治療							16.58***
偶而採用	1426	93.63	513	91.12	679	88.76	
時常採用	97	6.37	50	8.88	86	11.24	
自己買成藥吃							14.96**
偶而採用	1478	96.92	537	95.72	715	93.46	
時常採用	47	3.08	24	4.28	50	6.54	
看西醫的內科、一般科別							31.46***
偶而採用	1401	91.63	515	91.64	645	84.42	
時常採用	128	8.37	47	8.36	119	15.58	
試試旁人介紹的偏方							23.26***
偶而採用	149	197.90	544	97.49	719	94.23	
時常採用	32	2.10	14	2.51	44	5.77	
多看相關健康的書或雜誌							4.72
偶而採用	1141	74.62	429	76.33	545	71.34	
時常採用	388	25.38	133	23.67	219	28.66	
不管它，多休息、多運動							7.38*
偶而採用	1027	67.43	380	67.61	474	62.04	
時常採用	496	32.57	182	32.38	290	37.96	

自己研究試資料上的建議						15.83***
偶而採用	1317	86.42	476	85.30	612	80.10
時常採用	207	13.58	82	14.70	152	19.90
看西醫的精神科						15.45***
偶而採用	1467	96.20	541	96.26	710	92.69
時常採用	58	3.80	21	3.74	56	7.31
求助於專業心理師						11.47**
偶而採用	1455	95.35	538	95.56	705	92.16
時常採用	71	4.65	25	4.44	60	7.84
求助於心理輔導機構志工						16.41***
偶而採用	1470	96.77	538	96.24	711	93.18
時常採用	49	3.23	21	3.76	52	6.82
不求助也不覺得嚴重						41.05***
偶而採用	1303	87.51	480	86.64	584	77.45
時常採用	186	12.49	74	13.36	170	22.55

註：研究樣本的憂鬱程度根據台灣人憂鬱症量表分數，排除8分以下的穩定組後分為三個等級：9-14分為情緒起伏不定，簡稱起伏，15-18分為憂鬱程度到達臨界點，簡稱臨界，19分以上為已達到嚴重憂鬱程度需尋求協助，簡稱嚴重。

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

建議」等自助方式的比例。

(三) 求助對象與憂鬱程度

表四為受試民眾情緒低落時的求助對象與憂鬱程度的卡方檢定摘要表，結果顯示找同事、找老闆、找家人、找社會福利輔導志工、找鄰居及找親戚等對象聊聊的頻率與憂鬱程度的相關性未達顯著水準，亦即無論憂鬱程度如何，均不影響受試樣本情緒低落時找這些對象聊聊的頻率。

就與憂鬱程度相關性達顯著水準的求助對象而言，表四結果顯示，無論憂鬱程度如何，其求助對象的次序均相同，依序是「休息或睡覺」、「找朋友聊聊」、「做運動或休閒活動」、「找信仰的宗教機構人士」，最後是「找專業的心理諮商

表四、研究樣本情緒低落時的求助對象與憂鬱程度卡方檢定摘要表

求助對象	憂鬱程度						卡方值
	起伏		臨界		嚴重		
	N	%	N	%	N	%	
找同事聊聊							5.478
偶而求助	1107	74.20	398	71.45	526	69.67	
時常求助	385	25.80	159	28.55	229	30.33	
找老闆聊聊							2.143
偶而求助	1403	94.29	516	94.16	691	92.75	
時常求助	85	5.71	32	5.84	54	7.25	
找朋友聊聊							10.82**
偶而求助	913	61.44	306	55.94	411	54.87	
時常求助	573	38.56	241	44.06	338	45.13	
找家人聊聊							2.19
偶而求助	1017	68.48	360	65.45	490	66.22	
時常求助	468	31.52	190	34.55	250	33.78	
找專業的心理諮商單位							8.87*
偶而求助	1381	92.81	511	93.08	668	89.42	
時常求助	107	7.19	38	6.92	79	10.58	
找社會福利輔導志工							1.26
偶而求助	1415	94.97	523	94.58	699	93.83	
時常求助	75	5.03	30	5.42	46	6.17	
做運動或休閒活動							9.84**
偶而求助	930	62.75	334	60.95	414	55.87	
時常求助	552	37.25	214	39.05	327	44.13	
休息或睡覺							40.19***
偶而求助	801	53.98	256	46.89	297	39.92	
時常求助	683	46.02	290	53.11	447	60.08	
找信仰的宗教機構人士							11.88**
偶而求助	1327	89.72	497	90.53	633	85.31	
時常求助	152	10.28	52	9.47	109	14.69	
找鄰居聊聊							3.249
偶而求助	1372	92.45	509	92.38	672	90.32	
時常求助	112	7.55	42	7.62	72	9.68	
找親戚聊聊							2.50
偶而求助	1292	87.18	476	86.86	630	84.79	

時常求助	190	12.82	72	13.14	113	15.21
------	-----	-------	----	-------	-----	-------

註：研究樣本的憂鬱程度根據台灣人憂鬱症量表分數，排除8分以下的穩定組後分為三個等級：9-14分為情緒起伏不定，簡稱起伏，15-18分為憂鬱程度到達臨界點，簡稱臨界，19分以上為已達到嚴重憂鬱程度需尋求協助，簡稱嚴重。
 $*p<.05$ $**p<.01$ $***p<.001$

表五、研究樣本憂鬱程度與複向求助行為與卡方檢定摘要表

複向求助對象	憂鬱程度						卡方值
	起伏		臨界		嚴重		
	N	%	N	%	N	%	
去算命或卜卦改運氣							15.418***
同意	462	30.64	203	36.38	290	38.36	
不同意	1046	69.36	355	63.62	466	61.64	
尋求宗教信仰庇護如拜拜上教堂							.289
同意	973	4.57	368	65.83	490	64.99	
不同意	534	35.43	191	34.17	264	35.01	
收驚、求平安符、喝符							5.267
同意	396	26.38	163	29.16	233	30.82	
不同意	1105	73.62	396	70.84	523	69.18	
試試偏方如吃草藥、補品							.495
同意	542	36.11	196	35.06	261	34.71	
不同意	959	63.89	363	64.94	491	65.29	
接受氣功、拍打、推拿、針灸等治療							1.102
同意	788	52.39	288	51.89	377	50.07	
不同意	716	47.61	267	48.11	376	49.93	
尋求民間信仰協助如找道士、法師、 乩姨、童乩、先生媽、命卜師等							8.10*
同意	339	22.71	131	23.56	211	28.10	
不同意	1154	77.29	425	76.44	540	71.90	

註：同意包括非常同意，不同意包括非常不同意。研究樣本的憂鬱程度根據台灣人憂鬱症量表分數，排除8分以下的穩定組後分為三個等級：9-14分為情緒起伏不定，簡稱起伏，15-18分為憂鬱程度到達臨界點，簡稱臨界，19分以上為已達到嚴重憂鬱程度需尋求協助，簡稱嚴重。 $***p<.001$



單位」，故無論憂鬱程度如何，當情緒低落時，均以休息睡覺為主要考量，在對外求助對象上，則以「找朋友聊聊」為主，其次為「找信仰的宗教機構人士」最後是「找專業心理諮商單位」的人求助。

(四) 複向求助行為與憂鬱程度

表五為探討民眾在出現身心症狀時，除尋求專業醫師的協助外，尚有哪些複向求助行為。由表五可知，除了尋求專業醫師協助外，複向求助對象中其「尋求宗教信仰庇護」、「收驚求平安符喝符水」、「試偏方」、及「接受氣功拍打推拿針灸」等求助行為與憂鬱程度的相關性並不顯著，亦即當受試者出現身心症狀時，無論其憂鬱程度如何與其是否同時複向求助於此四種方式無顯著關聯，但是卻與「去算命卜卦改運氣」及「尋求民間信仰協助」顯著相關。憂鬱程度嚴重者比憂鬱程度起伏不定及達臨界點者有更高比例會在出現身心症狀時，除求助於專業醫師以外，同時求助於「去算命卜卦改運氣」及「尋求民間信仰協助」，至於複向求助對象的比例均以「去算命卜卦改運氣」為最高，然後是「尋求民間信仰協助」。

四、討論與建議

整體而言，調查結果顯示有11.74%的受訪民眾已到達憂鬱情緒嚴重，其中男性有9.66%憂鬱情緒已經達到憂鬱程度嚴重的等級，女性當中則有12.74%，女性比例仍較男性為高。值得注意的是18-24歲這個年齡層的憂鬱程度及比例均較其他年齡層為高，而就職業而言，學生的憂鬱程度僅次於無業及待業中的人，而18-24歲大約是就讀於大專院校的學生及剛進入社會工作的職場新鮮人，故18-24歲年齡層及學生應是未來推動憂鬱症預防宣導工作的重點族群。

從求助方式與憂鬱程度的相關性分析結果來看，憂鬱程度嚴重者，在面對憂鬱症狀時，其時常採用各項求助方式的比例均較憂鬱程度起伏不定及達臨界點者為高，同時在情緒低落時其向各求助對象求助的比例也比較高，就此結果而言，憂鬱程度嚴重者比憂鬱程度起伏不定及達臨界點者表現出更高比例的各種求助行為，以

及更高比例的自助處理及不求助的行為。因此即使已經達到嚴重憂鬱程度，卻未必就一定尋求專業醫療服務的協助，也有可能是採取自助處理或甚至不求助的態度，此與一般身體疾病，會在症狀嚴重時尋求專業協助而症狀初期則傾向自助處理的求助行為(張笠雲，2002)不盡相同。

另外台灣民眾在面對憂鬱情緒困擾時是否也會出現如：心理問題身體化、以西醫為主流但兼採傳統中醫及民俗醫療的複向求助行為以及非專業轉介系統等三項特徵，按本次調查結果討論如下：

首先，本研究結果顯示民眾在面對憂鬱症狀時，無論本身憂鬱程度如何，均以時常採用自助處理的比例最高，在對外求助管道上，以求助於西醫內科及一般科別及中醫為主，然後才是心理衛生專業人員，最後是民俗療法。這項結果顯示民眾在面對憂鬱症狀困擾時，仍有將心理問題身體化的傾向，這反映在求助於以治療身體症狀的西醫內科及一般科別及尋求中醫治療的比例，均要比心理衛生專業人員高，這種傾向與前述對華人社會求助行為的研究結果大致相符(曾炆煌，1975；Kleinman,1979)。

其次，就非專業轉介系統的影響力來說，本研究發現無論憂鬱程度如何，受試者的求助對象均以朋友及宗教機構人士等非專業心理衛生人員為多，而這些人不但在憂鬱情緒初期的支持上，扮演相當重要的角色，甚至即使已經達到嚴重憂鬱程度的人，也以此非心理專業系統人員為主要求助對象，這個結果與前述Freidson(1961)提出非專業轉介系統(lay-referral system)的說法符合，故而本文推論，非心理專業系統人員，不僅在對民眾憂鬱情緒紓解的社會支持上具有影響力，甚至在民眾求助行為的表現上也具有不可忽視的影響力。這一結果與宋維村(Soong,1998)分析第二波台灣社會變遷調查中四個有關心理疾患變項的結果類似，其研究指出當焦慮或憂鬱時，五成以上民眾會採用參加休閒活動等自助方式為主，其次四成三左右的民眾會找朋友談一談，二成八左右的民眾會找家人談，但會找精神醫生的比例只佔4.0%，找心理諮商員的比例則只有1.8% (Soong,1998)。此結果意謂著民眾在面對憂鬱情緒困擾時，傾向於自助處理、找朋友或家人，卻較少尋求心理專業人員的協助，這一方面是受非專業轉介系統的影響，另一方面也可能與台灣心理專業人員的可及性較差有關(Soong,1998)。

就複向求助行為而言，本研究發現，當出現身心症狀時，民眾除了尋求專業醫

師的治療以外，憂鬱程度嚴重者有更高比例會在出現身心症狀時，同時求助於「去算命卜卦改運氣」及「尋求民間信仰協助」，亦即憂鬱程度嚴重者更會同時尋求民俗療法的治療。此外，無論憂鬱程度如何，其複向求助對象的比例均以「去算命卜卦改運氣」為最高，然後是「尋求民間信仰協助」，這一結果驗證了台灣民眾複向求助行為的說法。必須注意的是，受試民眾複向尋求宗教信仰庇護、試偏方、及接受氣功拍打推拿針灸等四項求助行為與憂鬱程度相關性並不顯著，亦即無論憂鬱程度如何並不顯著影響民眾在出現身心症狀時，同時求助於宗教信仰庇護、收驚求平安符喝符水、試偏方及接受氣功拍打推拿針灸的行為。

就本次調查研究結果而言，民眾在面對憂鬱症狀困擾時，仍然出現心理問題身體化的求助方式，除採取自助方式外，傾向尋求西醫內科或一般科別及中醫的治療，此項結果與商至雍、廖士程及李明濱(2003)等人以某醫學中心精神科門診十三年間的資料作回溯性分析，發現「在非精神科之醫療部門接受協助的憂鬱症個案也是不容忽視的族群」的結果相符，而蔡述信(2002)發現從1996至2000年憂鬱症疾病的就醫層級在各年都以基層診所的比率最高，這個結果顯示出基層醫療醫師是憂鬱症病患求助最重要的資源(李明濱等，2000)，所以對於憂鬱症之跨科別及跨層級醫療整合是刻不容緩的工作。

本研究結果也顯示非心理專業系統人員，如朋友及宗教機構人士等不僅是民眾情緒低落時的主要社會支持管道，更是嚴重憂鬱程度者的主要求助對象，特別是「朋友」的影響力，無論憂鬱程度如何都有將近四成左右的人會求助於朋友，卻只有一成左右的人求助於心理衛生專業人員，而且民眾無論憂鬱程度如何，都有三成左右的人會同時求助於算命卜卦改風水，而有兩成左右的人會同時求助於民間信仰，因此就憂鬱症的預防工作而言，一方面需強化這些社會支持網絡的心理專業能力，建立一套連結教育宣導、輔導諮商與醫療的轉介與通報系統，另一方面也要配合前述結合基層醫療部門為主要目標的防護網絡，才能形成完整的憂鬱症共同防護網，而這是一項有賴於公部門、私部門及非營利部門等通力合作才能達成的目標，特別是各縣市社區心理衛生體系功能的發揮。

目前我國各縣市社區心理衛生中心的運作尚未完全上軌道，其中半數以上縣市的心理衛生中心在最近這一、兩年才成立，功能尚未完全發揮，雖然如此，如能

在未來發展上發揮聯結心理衛生三級防護體系的樞紐功能，將民間相關教育宣導機構、心理諮商專業團體，以及各級醫療體系三者整合在心理衛生中心的執行架構或計畫當中，相信如此才能因應我國民眾所展現的求助行為，讓非專業轉介系統的成員在醫院以外也能輕易獲得專業的諮詢服務、相關知識與照顧技巧，而在親友罹患憂鬱症時除獲得充分的醫療照顧以外，也可以獲得社區防護網絡的社會支持及陪伴，共同面對此一疾病的威脅。

五、謝 詞

研究者感謝兩位匿名審查人提供寶貴的意見，使本文論述更為嚴謹，同時感謝董氏基金會提供調查研究原始資料，以及協助問卷調查的學校。此外，董氏基金會心理健康促進諮詢委員黃國彥教授、黃正鵠教授、林顯宗教授、陳明招院長、胡維恆醫師、柯慧貞教授、楊明仁醫師、董旭英教授等人協助本問卷信效度之評估並提供寶貴的修正意見，心理衛生組同仁戴怡君小姐、黃連盛先生等人協助問卷收集與統計資料處理，在此亦一併致謝。

六、參考文獻

- 孔繁鍾、孔繁錦主編(1998)：《DSM-IV精神疾病診斷準則手冊》。台北：合記圖書出版社。
- 余德慧(1986)：《台灣民俗心理輔導》。台北：張老師文化事業股份有限公司。
- 李明濱、廖士程、吳佳璇(2000)：〈台灣憂鬱症防治運動〉。《台大醫學院社區醫療通訊》，13期，取自：<http://www.mc.ntu.edu.tw/department/cmrg/921paper/13-05paper.htm>
- 林克明(1996)：〈中國傳統醫學與精神疾病及精神醫學的關係〉。收錄於林宗義編《文化與行為》，頁77-89，台北：曉園出版社。
- 吳就君(1982)：〈台灣地區居民社會醫療行為研究〉。《公共衛生》，8卷1期，頁25-49。



- 商至雍、廖士程、李明濱(2003)：〈精神科門診憂鬱症患者就診率之變遷〉。《台灣醫學》，7卷4期，頁507-509。
- 陳杏容(2001)：《國中生因應壓力行為之探討-憂鬱情緒與偏差行為》，東吳大學社會工作學研究所碩士論文。
- 陳豐偉、施紅圭、李昱、楊明仁(2001)：〈憂鬱症病人重複住院之影響因素〉。《台灣精神醫學》，16卷2期，頁43-49。
- 曾炆煜(1971)：〈社會文化與精神醫學〉。《中央研究院民族學研究所集刊》，32期，頁279-286。
- 董氏基金會(2004)：《台灣人憂鬱症量表使用手冊》。台北：董氏基金會。
- 楊明仁(2002)：〈台灣的社會與憂鬱〉。《學生輔導》，80期，頁52-59。
- 張珣(1996)：〈民俗醫療與文化症候群〉。《歷史月刊》，96期，頁50-54。
- 張珣(2000)：《疾病與文化》。台北：稻鄉出版社。
- 張笠雲(2002)：《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流圖書公司。
- 葉英堃、吳中立(1987)：《台灣地區精神醫療網主要核心醫院門診治療的成本效益分析》。台北：行政院研考會。
- 羅正心(1993)：〈算命與心理輔導〉。《本土心理學研究》，2期，頁316-337。
- 蔡述信(2002)：《以台灣全民健保承保抽樣歸人檔案分析憂鬱症病患的醫療利用》，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- Freidson, E. (1961). *Patients' view of medical practice*. New York: Russel Sage.
- Hall, C. E. (1992). *Head and Heart: The story of the clinical pastoral education movement*. Atlanta: J Pastoral Care Publication.
- Kleinman, A. (1979). *Patients and healers in the content of culture*. Berkeley: University of California Press.
- National Institute of Mental Health (2003). Depression research at the National Institute of Mental Health. [On-Line] Available: <http://www.nimh.nih.gov/pu-blicat/depresfact.cfm>
- Soong, W.-T.(1998). The needs and popularization of psychotherapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 229-232.
- Tseng, W.-S. (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: The Chinese case. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 237-245.

A Questionnaire Study of Depression Related Help-Seeking Behavior among the General Public in Taiwan

YA-HSING YEH*, JOSH CHIA HSIN LIN

In Taiwan, depression research focuses more on the medical treatment, and less on help-seeking behavior among general public. Ten thousand eight hundred and eighty two adults were purposively sampled from four geographic regions: Taipei area, Taichung area, Kaohsiung area and eastern area of Taiwan. The final valid sample included 7888 subjects with a response rate of 72.48%. The results of the study are the followings: (1) Among the valid samples, 11.74% of them were assessed to reach the degree of clinical depression; (2) At the time of depressed, the highest percentage of the valid samples choose to ignore it, take more time to rest, do more physical exercises. In the order of preference among the outside helpers, they would seek help from the internists and general practitioners of the Western medicine, the Chinese medicine practitioners, the mental health professionals, and the folk treatment providers; (3) When feeling depressed, most of valid samples would seek the help of friends and religious organizations, even the severe depressed subjects also regard the non-mental health providers as their preferred helpers. 4. In comparison to less severe ones, the more severe depressed subjects tend to seek help from Western medical treatment and also from folk treatment.

Key words: help-seeking behavior, folk therapy, depressive mood, depression

Ya-Hsing Yeh: Chief, Mental Health Division & Editor in Chief, "Health For All" Magazine, John Tung Foundation.
(Corresponding Author)

Josh Chia Hsin Lin: Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University.

