

探討不同風險程度的國中生之憂鬱情緒的保護與資源因子*

陳杏容**

國立臺灣師範大學社會工作學研究所

嚴重的憂鬱會提高少年的自殺率，而主要照顧者有酒癮或酒癮與精神疾病共病之少年有更高的風險罹患憂鬱情緒，故本研究探索在不同風險程度下，哪些正向因素可預測國中生之憂鬱情緒，以作為處遇規劃之參考。立基於復原力的觀點，可同時預測高低風險少年之憂鬱者稱之資源因子，只能預測高風險少年之憂鬱者稱之保護因子。透過多元迴歸分析台灣教育長期追蹤之國一與國二資料(15999人)，本研究發現多數的變項僅能預測低風險少年的憂鬱情緒。正向個人特質、家庭溝通支持、獎勵式教養、學校依附、參與運動社團皆能預測低風險少年的憂鬱情緒，其中以家庭溝通與支持、學校依附的預測力最高。而家庭溝通與支持、正向個人特質分別能預測酒癮家庭少年與共病家庭少年之憂鬱情緒。根據研究結果，建議以校園作為第一級憂鬱預防的場域，創造一個吸引少年的校園氛圍、提供壓力因應訓練、並鼓勵規律運動。此外，提升家庭溝通與支持或個人壓力因應能力對身處在高風險或一般家庭的少年都有幫助。

關鍵字：家庭溝通與支持、酒癮與精神疾病共病、運動、學校依附、藝術。

緒論

世界衛生組織預估，在 2020 年憂鬱症將是全球十大疾病與傷害的第二名；全美流行病學研究則指出，約有 10.7 % 的 12 ~ 17 歲少年在過去一年曾有一次重鬱發作；美國國家心理衛生研究院 (National Institute of Mental Health, NIMH) 前主席 Lewis Judd 也曾說過「憂鬱症是現代的黑死病」(周桂如, 2002; NIMH, 2015)。嚴重憂鬱症不僅損傷個體的社會功能，也提高自殺率 (Kelley et al., 2010)。臺灣年輕人的憂鬱尤其值得關注，衛福部指出自殺是青年人死亡原因第二名；董氏基金會也指出，每五位少年就有一位飽受憂鬱情緒

* 本文感謝匿名審查者提供寶貴建議、助理協助書目整理與科技部補助研究經費 (MOST 103-2410-H-003-154)

** 通訊作者：陳杏容，email: chenhjntnu@gmail.com

airiti

困擾，需要專業協助（董氏基金會，2013；衛福部，2013）。

生長在家中有酒癮困擾或酒癮合併精神疾病者，比一般家庭更易產生情緒或是其他適應上的問題（陳圭如，2006；Chen & Kovacs, 2013）。在酒癮家庭長大的子女，憂鬱之終生盛行率高達 37%，超過一般人的兩倍（Kelley et al., 2010）。除了遺傳之外，這些家庭的穩定度較低，父母在子女成長過程中可能無法及時地提供情緒支持或相關協助，且酒精會降低父母的自我控制力，也增加其子女有暴力目睹或是受暴的經驗。一項針對臺灣一般家庭的調查研究指出（991 份樣本），大約 25% 的受訪者陳述父母親當中至少有一人喝酒的情形，且 10% 左右具有嚴重的酗酒行為；8% 受訪者表示父母曾因喝醉而毆打他們，19% 左右的人曾目睹父母的婚姻暴力（陳圭如，2006）。在酒癮家庭長大的子女有退縮傾向，低自我價值感，有些人也較缺乏彈性，在環境適應上易遭遇困難（陳佑昇、蔡麗芳，2012）。而嚴重的酒後暴力行為有時甚至會導致兒虐致死的結果（兒童福利聯盟，2016）。

酒精濫用者比一般人易罹患精神疾病，此共病（comorbidity）現象更惡化家庭生活品質，繼而提高子女產生憂鬱或其他適應問題（周桂如，2002；Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2001）。由於跟酒癮行為相關的危險因素不容易改變，例如：生理遺傳與長期的酒癮或精神疾病問題，在預防處遇的架構下，光瞭解危險因子無法有效指引服務方案的設計或政策規劃，故需要瞭解有那些正向影響力，可透過培養或扶助產生。這實證知識將能為介入處遇方案、政策規劃投注一股新的力量（Chen & Kovacs, 2013; Fraser & Galinsky, 2010）。

目前文獻較少有系統性地探究，看似有正向影響力的保護因子，對不同風險程度家庭的影響。在現有文獻上，不論個體面臨之風險高低，能降低其負面發展或提升正面結果之因素，被籠統稱之為保護因子（protective factors）（陳毓文，2004；Fraser & Galinsky, 2010）。以三級預防的觀點來發想，令人好奇的是，所謂保護因子的正向影響力是否在不同程度的風險下都一樣能發揮功效？在應用層面上對應思索，針對一般家庭提供的預防處遇，能否一樣適用在高風險家庭中（例如：主要照顧者有酒癮或酒癮與精神疾病共病）？

復原力（resilience）研究主要探討在逆境或嚴重的風險下，哪些保護因子有助個體成長，部分的研究者（例如 Conrad & Hammen, 1993; Tiet et al., 2001）建議以較嚴謹的標準來定義「保護因子」，即那些只對高風險族群帶來顯著較高的正向影響力者，才稱之為保護因子（protective factors）；那些對高低風險族群都有相似的正向影響力者，稱之為資源因子（resource factors）。目前少有實證區辨保護與資源因子，並系統性地探究保護與資源因子對不同風險程度家庭的影響。仔細瞭解保護 / 資源因子，除了在理論概念上可以釐清過去文獻上籠統指稱的保護因子。此實證資料可供臺灣少年心理衛生三級預防網絡建立之

參考，繼而針對身處不同風險之青少年，提供全面性的憂鬱預防與處遇服務。

儘管針對酒癮家庭少年的保護 / 資源因子研究極為少數，過去 20 年來蓬勃發展的復原力研究仍提供不少寶貴的資料。這些文獻指出，並非特殊的智能、奇幻經歷或高人指點迷津才使逆境中的兒少成長為適應良好的人，反之，存在一般人、家庭或是社區的正向特質、能力與社會支持都可能促進少年身心健康發展 (Chen, & Kovacs, 2013; Masten, 2001)。由文獻來看，家庭與個人層面的正向因素似乎都能預測高低風險族群的憂鬱情緒，而作用在高風險的保護因子，似乎跟個人層面的能力或特質有關，然而目前並無定見哪些特定的因素是憂鬱情緒的保護因子，尤其是身處在酒癮或酒癮與精神疾病共病家庭中之少年 (Pargas, Brennan, Hammen, & Brocque, 2010; Tiet et al., 2001)。

再者，校園相關影響力之研究，多著重在學生的課業成就或是問題行為上，僅有少數注意到校園因素與學生情緒的關聯。例外的有李思賢、張弘潔、李蘭與吳文琪 (2006) 探討家庭與學校資本對國小學童的憂鬱、社交焦慮和孤寂之影響。此研究顯示家庭互動與衝突，學生對於學校的認同都會影響受訪者的內化問題，並且鼓勵透過提升學生在家庭與學校的社會資本來預防內化問題。儘管該研究對此領域的研究發展有重要貢獻，然，受限於樣本來源只有台北市與新竹縣，加上分析時只涵蓋雙親家庭學童的資料，因此推論上較受限。再者，此研究主要針對國小學童，與進入青春期有更高機會產生憂鬱情緒的國中生相比，兩者所經歷的校園生活以及影響其情緒發展之機制或許有所不同。

在臺灣的國中生，清醒時絕大多數的時間是待在學校。也因此對校園的正負向感受，從踏進校園那刻就開始影響他們一天的心情，長期下來也會影響他們的情緒狀態。除了對校園整體喜歡的感受之外，對老師教學處事態度的欣賞程度、社團活動參與的經驗都是形塑國中生校園生活的重要的經驗，自然影響他們的心理健康福祉，只是少有文獻探討校園的影響力是否會因家長風險程度高低而有差異，若有，校園內的正向經驗是否能有效保護家中父母有酒癮問題或甚至酒癮與精神疾病共病的少年？如果可以的話，這種跨場域的保護力或許可整合在處遇機制中以提升少年的心理健康。據筆者所知目前尚無研究系統檢視哪些校園內的影響力對國中生的憂鬱情緒有顯著的影響，以及此影響力是否因學生父母有酒癮問題 (包括酒癮跟精神疾病共生者) 有所不同，故本研究一併釐清這些議題。簡言之，本研究探索在不同風險程度下，少年憂鬱情緒的保護 / 資源因子，研究目的有三：

目的 1：瞭解哪些因子作為保護因子。亦即，能夠對高風險家庭少年 (即家中主要照顧者有酒癮者，合併有酒癮以及精神疾病者) 之憂鬱情緒發揮正向影響力，而對於低風險少年 (即家中主要照顧者無上述疾病者) 之憂鬱情緒則無或是少許作用力。

目的 2：瞭解哪些因子為資源因子。亦即，不論少年家庭所具有的風險高低，都能夠

提供相似影響力。

目的 3：探討那些校園相關的保護或資源因子對少年的憂鬱預防成效最佳。

一、酒癮對兒少發展的負面影響

酒癮問題不只威脅個人的健康且會嚴重傷害家庭幸福及增加社會成本。以美國為例，大約有 8.3 百萬的未成年人子女與有酒癮或是其他物質濫用問題的父母住在一起，每年因為酒精濫用問題就要損失大約 1.85 億的美金（Cohen, Feinn, Arias, & Kranzler, 2007; Kelley et al., 2010）。酒癮的症狀與干擾行為容易損傷當事人之社會功能，長期下來亦損傷家庭的經濟與照顧功能（湯夢彬、溫增光、孫曉光、劉明倫，2009；Petrakis et al., 2001）。加上疾病症狀的影響，患者的現實感較差，容易曲解外在資訊，一旦延遲治療，更容易因為情緒或行為失控，繼而與他人有紛爭甚至有暴力衝突。酒癮問題也大幅度增加兒虐、疏忽或家庭暴力機會，嚴重者甚至導致死亡。根據台灣兒童福利聯盟（2016）統計，2005 年至 2011 年，有 94 個兒虐死亡的案例，其中施虐者有藥酒癮問題超過 50%（50 件），而直接因為施虐者藥酒癮問題導致死亡者也高達 45%（22 位）。

再者，流行病學的調查報告指出，過去一年有酒精濫用者，比一般人多 1.1 倍的機會罹患情緒障礙，1.7 倍機率患有焦慮型疾病，並且有 1.9 倍的可能性罹患精神分裂症（Petrakis et al., 2001）。雖然精神疾病與酒癮的共病（comorbidity）現象受到支持，但是兩者之間的因果關係尚未有定論。過度飲酒引發精神疾病症狀，或是因為透過喝酒來因應精神疾病的壓力皆有實證研究支持（湯夢彬、溫增光、孫曉光、劉明倫，2009；Fergusson, Boden, & Horwood, 2009; Kelley et al., 2010）。在這些家庭成長的子女，較難從家庭中培養自我掌握感、環境的歸屬感，且容易有內化情緒問題（陳圭如，2006；Kelley et al., 2010）。考量個別酒癮或是有合併精神疾病者會對個體本身與家庭功能帶來嚴重威脅且危害子女身心發展，尤其容易引發憂鬱情緒，因此找出相關的保護因子，並引入在預防處遇方案的設計內，將有助其子女的心理健康提升（楊美賞、張峰紫、鍾信心、陳順勝、葛應欽，2005；湯夢彬等人，2009；Chen, 2013; Cohen et al., 2007）。

二、復原力觀點

早期危險取向的研究，主要瞭解哪些風險會導致個體不良的發展。大約從 1970 年代，針對精神疾病或是貧窮等高風險家庭的長期追蹤研究發現，並非每一個處在高壓環境的兒少，都會比一般人發展來得差（Luthar, Lyman, & Crossman, 2014）。在劣境中，有些人下磨練出更堅定的意志與獨特才能。此開啟更多研究探討哪些因素造成這些不同的發展結

果。復原力 (resilience) 研究企圖解釋在劣勢下個體如何才能達到正向發展結果。Rutter (2012, p.336) 定義復原力為「降低風險危害個體發展的影響力，使個體可克服逆境或是壓力，並在逆境中達到相對較好的發展結果」。復原力研究特別關注哪些因素可以降低或減緩風險影響，這些因素通常被稱為保護因子 (protective factors)。保護因子是「任何能減低危險影響並引發個體往正向發展的方向」(Luthar et al., 2014)。早期，復原力研究只專注在個人的特質與能力的影響，經過實證資料累積，目前復原力取向的研究，認為在劣勢的處境下，個體能達到正向發展結果，需考量多元因素，包括來自個體內在或是外在環境 (Fraser & Galinsky, 2010)。

復原力研究大致可以分成兩類：(1) 以變項為基礎的分析方式 (variable-based analyses)；(2) 以人為基礎的分析方式 (person-based analysis) (Luthar et al., 2014, p.128)。前者常透過多元迴歸分析瞭解危險因子、保護因子跟發展結果的關聯，並檢視保護因子如何直接影響結果 (main effect)，或是保護因子與危險因子的互動關係 (interactive effect)。以人為基礎的分析方式，先將研究對象分成發展良好與發展較差兩群，然後進行比較，以瞭解這兩群人在哪些關鍵變項上有差異。針對研究目的，本文採用變項為基礎的分析方式，且主要是探討保護因子的主要效力 (main effect)。

三、保護／資源因子在高低風險族群上的區辨

保護因子的概念除了用在高風險的研究之外，也常見於一般低風險族群中 (例如：一般在學的少年) (陳毓文, 2004)。然，有益一般低風險家庭子女的正向影響，是否對高風險家庭子女能產生類似效力，則少有實證研究，反之亦然。既有的研究已經證實生長在有酒癮問題家庭之少年比一般家庭少年有更高的機會產生憂鬱，且不少文獻也指出保護因子會因風險脈絡而有不同 (陳圭如, 2006; Kelley et al., 2010; Rutter, 2012; Walsh, 2003)。那麼一來，能減緩一般少年憂鬱的正向因子，能否同等發揮效力在酒癮等高風險家庭上則令人懷疑。儘管保護因子在一些極端高風險的家庭並不容易發現，或從臨床的經驗來看，難以培養，但是實證研究指出，一些保護因子確實存在高風險家庭當中，且有助其子女的正向發展 (Chen, 2013)。部分復原力取向的學者繼而呼籲進一步區辨哪些因子作用在高危險人口群，哪些因子則對高低危險人口群都有影響力 (Conrad & Hammen, 1993; Pargas et al., 2010)。只對高風險族群發揮正向作用力，但是對於低風險族群沒有或只有少許影響力者方可稱之為保護因子 (protective factors)；對於高低風險族群影響力相似者，則稱之為資源因子 (resource factors)。

Conrad 與 Hammen (1993) 針對母親有或無精神疾病家庭的子女進行研究，結果顯示

對有精神疾病的家庭來說，子女本身的能力是保護因子。資源因子則包含自我概念、學業表現、母親的正向親職行為、母親的社交能力、父親沒有生病、孩子有跟其他成人接觸。晚近 Tiet 等學者（2001）運用社區樣本，檢視哪些因素影響精神疾病和無精神疾病家庭之少年的發展結果。他們發現能同時預測高與低風險青少年的正向發展結果（即資源因子），主要集中在家庭面向的影響力，包括較高的家庭功能與監督教養；保護因子則有兩個，一個是高智商另一個是身為女性。另一個長期追蹤懷孕婦女的研究，Pargas 等人（2010）比較哪些因素有助精神疾病的家庭與一般家庭青少年成功轉換到成年階段。該研究指出不論個體的母親是否有精神疾病，資源因子包括個體的高度自尊、母親的溫暖、正向同儕。然而，對母親有精神疾病的少年來說，高智商以及感受母親比較少使用心理操控的方式，是最重要的保護因子。

從上述研究可知，在不同風險脈絡下，保護 / 資源因子可能會有不同效果。家庭功能與個體所獲得的支持似乎都能對個體發揮正向影響，不論其風險高或低；而作用在高風險的保護因子，似乎跟個人層面的能力或特質有關，如：智商。儘管如此，目前文獻對於個人特質與能力能否提供高風險兒少充足的保護效力，尚未有一致的發現（Garber & Little, 1999）。加上，上述保護與資源因子研究大多只探討個人或家庭層面的因素，並無涵蓋跟青少年發展息息相關的學校因素，故無法得知，若同時考量學校特質或資源之後，主要的保護或資源因子為何。

有鑑於偵察保護與資源因子的研究極少，且少有研究涵蓋酒癮問題或與精神疾病共病之家庭，故本文之文獻回顧拓及對高或低風險家庭之實證發現。Masten（2001）回顧兒少相關的保護 / 資源因子後，整合出來自個人、家庭與家庭外在環境的正向影響力。後繼研究的發現也常不離這三個層面（例如：Chen, 2013; Fraser & Galinsky, 2010）。在臺灣的國中生，學校是家庭以外少年花最多時間的地方，故該環境對他們的影響不可輕忽。國內學者針對少年的復原力之保護因子研究，也多不離個人、家庭層面，只有零星研究拓及學校面向（王淑棻、盧台華，2014），以下探討這些面向對個體心理健康之可能影響。

（一）個人特質與能力

個體的特質、面臨壓力的情緒與行為反應、壓力認知與問題解決的能力都與憂鬱情緒有關（Pargas et al., 2010; Simantov, Schoen, & Klein, 2000; Tiet et al., 2001）。常欣怡、宋麗玉（2007）針對台灣少年復原力相關研究進行文獻分析後指出，除了家庭內外的社會支持，重要的關鍵因素來自個體本身的自我價值感、情緒與社交能力、對生活的計畫與未來導向等特質。個性樂觀，遇到挫折可以冷靜調整自己情緒與控制行為之少年，比較不會

因為父母的疾病、經濟壓力或是其他壓力產生嚴重的情緒或其他適應問題（林杏足、陳佩鈺、陳美儒，2006；Chen, 2013）。心浮氣躁者，遇到事情易受到情緒干擾，影響其正確判斷力，或者意氣用事，反而易引發更多的人際衝突或是其他壓力事件；反之，頭腦冷靜與自我掌握感較佳者，遇到壓力不易慌亂，尤其是面對成長中無法控制的家居事件時，冷靜與樂觀特質皆有助個體沈著處理壓力（Chen & Kovacs, 2013）。冷靜者，高情緒與行為調節能力，一方面能降低外在負向刺激對自己的影響，故減少負向情緒產生。此保護機制有助降低累積風險因子對個體進一步帶來連環的負面影響，如面對壓力，心情煩躁或鬱卒，繼而將憤怒出在同儕或是破壞物品與環境上（Rutter, 2012）。另外，個體對生活的計畫與未來導向，壓力的認知與問題解決的能力，都影響其壓力因應的結果（常欣怡、宋麗玉，2007；Pargas et al., 2010）。問題解決或計畫導向者通常比逃避問題者有較好的適應結果（Garber & Little, 1999）。此保護機制可能透過減少風險因子累積，引發個體更大的壓力感受（Rutter, 2012）。另外，壓力因應能力與認知、想法的調整，對生長在精神疾病家庭中的子女也是重要的保護機制（Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland, 2002）。對自我的正向信念，相信自己可以解決問題，透過問題分析與有計畫的處理，而不是過度沈浸在負向的思考（rumination）都可避免憂鬱情緒加深，或有過度悲觀脫離現實的想法（Langrock et al., 2002）。除了上述文獻已經證實個人特質與能力對高風險家庭中的青少年發展有正向影響力，以低風險家庭少年為主的研究也發現自尊等個人特質對少年的正向發展皆有助益，不論其身處在高風險或低風險（Pargas et al., 2010）。

（二）家庭特質

正向的家庭過程，有助降低個體憂鬱情緒（Pettit, Roberts, Lewinsohn, Seeley, & Yaroslavsky, 2011）。儘管父母疾病、或酗酒可能危害其子女的健全發展，家人之間的相互關懷、適當的分工合作、父母教養功能維持這些都有助兒少健全成長，亦可能降低危險因子對少年的負面影響（林杏足等人，2006；常欣怡、宋麗玉，2007；Walsh, 2003）。在酒癮與其他高風險家庭的研究發現，家庭支持與和諧可以降低酗酒帶來的負面影響且保護子女免於產生適應上的問題（El-Sheikh & Buckhalt, 2003; Kelley et al., 2010; Simantov et al., 2000）。感受到家庭的支持以及和諧氣氛，也有助降低精神疾患子女發展偏差行為或是產生情緒困擾（Chen & Kovacs, 2013; Garber & Little, 1999）。支持的家庭關係，可透過愛與歸屬感帶動少年正向自尊的發展，即使父母生病或是喝酒問題引發家庭內部的動盪與不安，兒少本身健康穩定的心理狀態，使他們比較能面對這些疾病與問題行為的威脅（Rutter, 2012; Walsh, 2003）。

支持的關係建立在開放地溝通與接納過程。Walsh (2003) 認為開放的溝通之所以能促進高風險家庭的復原，跟溝過程的機制有關，包含情感表達、針對面臨的問題進行討論找出解決方法，以及患難與共、相互接納的感受等。為了減少酒癮以及精神疾病對家庭帶來嚴重傷害，助人工作者常協助家庭進行溝通，尤其是鼓勵父母表達正向感情，讓孩子們表達出自己的擔憂和恐懼，而不是一直壓抑情緒 (Chen & Kovacs, 2013; Walsh, 2003)。溝通也有助成員瞭解疾病或是酒癮帶來的問題，這可避免年幼子女誤以為是自己的問題而造成父母不適切的行為或疾病症狀，繼而有罪惡感與情緒負擔。問題解決取向的溝通，使成員可了解家庭的處境，並透過腦力激盪找出解決方法，包括調整成員的角色與功能與尋求外在資源協助等 (Walsh, 2003)。

父母管教方式不僅影響家庭的氣氛，也影響其子女行為、態度與表現是否符合社會規範 (林杏足等人, 2006; Chen, 2013; Kelley et al., 2010)。儘管不少研究發現父母教養對子女發展具有關鍵性影響，但是哪類型的教養對子女的正向發展最有效，目前仍未有定論，這跟研究對象的文化以及著重之發展結果不同或許有關 (Chen & Kovacs, 2013)。當父母瞭解孩子在家庭內外的表現，並適當地獎勵與懲罰孩子的行為，可以協助子女明辨是非善惡，並有助於子女感知父母對其行為表現的關心。亦有不少文獻討論監督管教或甚至嚴格教養可能降低兒少的行為問題，Garber (2005) 進行系統性的文獻回顧後指出，監督管教不見得對兒少內化情緒有助益。陳婉琪、徐崇倫 (2011) 探究教養行為對子女心理健康的影響，該研究也發現唯有孩子感受到父母的關愛與接納時，才有益其心理健康的發展，而行為管教對子女的心理健康影響不大。

整體來說，國內外研究一致指出父母表達關懷接納，家人之間能相互溝通與支持有助子女的心理康，而此正向過程對於一般家庭或高風險家庭子女似乎都有影響力。另一方面，適度獎勵與監督子女的行為對子女的發展雖無害處，甚至可以預防或是降低問題行為，但是此機制能否促進高風險家庭子女的心理康，尤其父母有酒癮問題時，則缺乏相關研究。

(三) 學校依附

Bowlby 的依附理論主要指個體對其他人，尤其是對母親的緊密情感連結。隨著個體成長拓展與外界環境的接觸，重要他人的影響就不限於家庭，故其依附或連結 (bonding) 對象除了家庭之外，會拓及其他成人或甚至個體常接觸之組織 (譚子文、張楓明, 2013)。學校是塑造少年言行態度的重要社會化機制，一旦少年對學校有認同感或情感上的連結，就比較不會有嚴重違反社會規範的行為，而不少的實證研究也支持這樣的論述 (Chen,

Balan, & Price, 2012; Steele & Steele, 2014)。例如：譚子文、張楓明（2013）探討國中生對父母親依附、學校依附、自我控制與偏差行為的關聯，該研究發現依附學校或母親對偏差行為有直接的影響力，且依附學校的影響力較大；少年對於父母或學校依附越高，越有利其自我控制發展，也因此有助偏差行為的控制。學校對少年心理健康亦可能帶來的正向影響力，例如 Catalano、Haggerty、Oesterle、Fleming 與 Hawkins（2016）指出兒少與學校的連結，對其發展適應與健康行為有關鍵性的影響。國內相對較少人注意到學校依附與學生憂鬱情緒的關聯。少數探究此關聯的研究首推李思賢等人（2006）發現學童對學校整體認同感越高，則內化問題越低。但由於這個對學校的測量是組合學童對學校整體、老師以及同學的感受，這些作者也提醒，這三個面向對學童的情緒影響機制與強弱可能不同，後續研究需進一步探究。

先從學校整體來說，在臺灣的國中生，每天有一大半的時間都在學校度過，從常理推斷，如果他們喜歡學校，知覺學校是個可以學習新東西，交到朋友的好地方，則不論晴雨都會期待去學校；每天都能去自己想去的地方，情緒自然會好，反之，若不認同學校，自然會鬱卒。再者，在酒癮問題的家庭，子女較容易處在高壓力的家庭氛圍中，容易經驗關係衝突，也可能缺乏規律的作息（陳圭如，2006；Kelley et al., 2010）。若學生對學校產生認同或情感依附，學校或許能成為學生在混亂成長環境下的避風港。復原力文獻指出，降低長期暴露在有壓力的環境下是保護因子的機制之一（Luthar et al., 2014; Rutter, 2012）。對身處在經常爭吵或是家庭關係冷漠如冰的少年來說，每天能有幾個小時離開高壓的家庭，減少持續暴露在壓力下，或許能降低家庭帶來的負面影響，繼而有助穩定其情緒（李思賢等人，2006）。除了學校整體氛圍之外，對處在逆境的兒少來說，家庭以外的成人支持有助減緩生活逆境對情緒與行為的負面影響（Werner, 2005）。以臺灣文化來看，教師是除了父母之外，肩負孩子社會化的關鍵人物，當父母無法有效發揮教養功能，師長的影響或許可部分彌補父母功能的缺乏（Undheim & Sund, 2005）。以下就教師的影響力進行探討。

（四）教師支持與教學行為

中學的學習環境比小學要求與限制多，加上青春期轉換，少年跟父母容易有衝突，而華人社會有所謂「一日為師，終生為父」的概念，這些都彰顯教師對少年發展影響的重要性。現有實證在探討教師對學生的影響層面上，包括學業、內化與外化問題行為（Chen, 2013; Wentzel, 2002）。針對憂鬱症家庭子女的保護因子研究發現，教師支持只提高少年的學業期待，但對於內外化行為並沒有顯著預測力（Chen, 2013）。另有研究指出教師對於學生的心理健康具有影響力，當學生感覺教師支持下降，其憂鬱情緒有上升的傾向，反之憂

鬱情緒有降低的趨勢 (Reddy, Rhodes, & Mulhall, 2003)。而 Minkkinen (2014) 同時比較芬蘭與挪威 9-13 年級生的憂鬱情緒 (265 與 237 人, 各自有 47% 和 48% 女生)。他發現不論是芬蘭或是挪威, 家庭相關的保護因子以及同儕支持對憂鬱情緒都沒有預測力; 老師支持則有助憂鬱情緒減緩。

另一方面, 李思賢等人 (2006) 的研究指出, 當家庭衝突少且有高度正向互動關係下, 學童喜歡學校有助降低其內化問題, 然而不論男女, 師生互動無助降低內化問題行為。可惜的是該研究只用一年橫斷資料進行分析方法, 故無法掌握變項之間的因果關係。相對地, 黃鈺婷 (2011) 透過分析長期資料庫得以掌握憂鬱變化與家庭、同儕以及師生關係之關聯。其研究發現師生和好朋友關係影響少年長期憂鬱情緒的發展, 而親子關係僅影響少年的初期憂鬱症狀。

根據上述, 學校相關的變項對這些學生的憂鬱情緒確實有幫助, 但教師支持與憂鬱情緒的關聯在不同研究中並無一致的發現。由於過去研究在對象 (文化、年齡與不同教育體制), 研究設計 (橫斷或縱貫資料) 以及社會支持測量的極大差異, 也增加研究結果比較的困難。目前尤其缺乏有力文獻瞭解教師對於家中父母有精神疾病或酒癮之少年的心理健康影響。除了教師支持之外, 筆者認為, 老師對學生的部分, 或許跟其扮演教師角色的過程有關。

儘管時代變遷, 「師者, 所以傳道、授業、解惑也」老師在校的基本角色功能仍圍繞在這幾個主題上。優良的教師透過適度的課程設計與教學技巧, 提高學生之學習動機, 以達到教育的目標。Undheim 與 Sund (2005) 指出, 教師的言行對學生的影響, 若有包含類似家長親職功能中的要求與關愛, 可讓學生感受到教師對他們的高度期望, 這會比負向對學生的責罰與回應來得更有效達到教育的目標, 包括提高學習動機與學習表現, 且達到社會化的成效。提升學習表現的關鍵之一是教師對學生學習成效有高度期待, 適度訂立規範且執行之, 透過練習與回饋等教學機制提高學生對該知識領域的熟悉度。此外, 教師對個別學生的瞭解 (例如: 記住他們的名字與學習狀況) 並能針對學生的學習表現給予正向獎勵與鼓勵, 這除了能讓學生不害怕犯錯, 勇於嘗試之外, 師生互動過程中也傳遞出關懷與尊重, 此示範 (modeling) 與潛移默化的影響過程, 有助於學生對自我的正向看法, 這可能有利其心理福祉的提升 (Undheim & Sund, 2005; Wentzel, 2002)。從實務上或由教學評鑑來看, 有教學熱誠與優良的老師會善用多種教材與方法, 創造一個活潑愉快的學習環境, 這提高學習者的興趣與動機, 也讓不同學習方式的學生都能瞭解知識。學生對於老師教學感到興趣, 則會帶著期待的心情走進課堂, 並且能帶著笑容與滿足的心情步出教室, 或許這樣的正向經歷也能進一步帶動學生的心理健康。

(五) 社團活動參與

儘管國中學生的社團活動時間有限，早期也多被挪用來上課或是考試，隨著五育並重觀點以及升學制度的調整，此現象有減緩的趨勢。各類型的社團活動，除了吸引不同類型的學生之外，在促進學生的身心健康效果上也不同。周玉慧（2012）研究青年的休閒活動後發現，外顯表現型的少年參加外出遊樂活動頻率較高；同儕關係較好者，比較多參與外出遊樂或者網路電動活動。但，不是每一類型的休閒活動都有助情緒的提升，從事靜態視聽活動，如看電視、電影、雜誌與聽音樂，隨時間會使少年有較低的自我評價。目前實證一致支持適度的運動有助調整焦慮與促進正向情緒。儘管有氧或是無氧運動在培養心肺耐力、肌耐力、柔軟度、協調性與放鬆層面上有所不同，這些運動在降低憂鬱情緒上的功能都逐漸受到肯定（余文章、洪偉欽，2009；McPhie & Rawana, 2015）。王鈞逸、楊聯琦、黃僅喻、張合富（2015）透過文獻回顧運動對憂鬱症影響並總結，每週 2-3 次的有氧運動，持續八週以上，能顯著降低憂鬱症患者的症狀；儘管非有氧的運動在抗憂鬱的成效上較不一致，但大致上來說，對個體壓力舒緩仍有助益。McPhie 與 Rawana（2015）長期追蹤研究也發現，青春期投入較多體能活動者，後續有較低的機會產生憂鬱情緒。

除了運動之外，藝術性的活動也廣泛運用在心靈的療遇上，包括繪畫、音樂、工藝與陶藝等，有助參與者表達情感、抒發情緒，檢視與體會個人內在經驗與感受，對不易表達情感或是情緒抒解困難者，透過藝術活動創作，能達到撫慰心靈與淨化情緒的功能（黃傳永、賴美言、陸雅青，2011）。透過實驗與對照組的研究設計，Matto 等人（2015）指出以音樂為基礎結合想像與身體韻律的團體處遇，有助降低在長期照顧機構之年長者的憂鬱情緒，並認為這個治療機制或許跟此活動引發自然的人際互動參與有關。

在臺灣的研究也發現，針對憂鬱症患者提供音樂治療，隨著治療工作的進展，有助改善患者的緊張與憂鬱生理反應。另一方面，研究指出表達性藝術治療能改善兒童的憂鬱情緒，但改善的程度未達統計上的顯著性（黃傳永等人，2011）。總結來看，藝術性的活動常用在提升參與者的情緒，且在協助個體自我探索和舒緩壓力感受上備受肯定，然而藝術性活動能否有效降低憂鬱情緒仍缺乏有力一致的實證支持，樣本特性以及藝術媒介不同的特性都可能影響研究結果。

(六) 其他因素

不少文獻提到性別在憂鬱情緒上有所差異，且家庭經濟狀況與少年的心理健康有關聯，因此本研究將性別與家庭經濟壓力列為控制變項（陳毓文，2004；陳婉琪、徐崇倫，2011；Chen, 2013）。不論是精神疾病或是酒癮問題，可能或多或少會損害父母的親職與

職業功能，而家庭經濟能力影響疾病治療與照顧服務的選擇。在經濟匱乏的壓力下，未成年子女分擔家務照顧甚至兼職賺錢的角色並不少見，此繼而影響他們從事跟自己年齡相符的活動與生涯發展，部分人可能會因壓力過大，產生憂鬱與焦慮等內化情緒或其他適應問題（吳書昀，2011；Roy, Messina, Smith, & Waters, 2014）。另一方面，長期追蹤研究發現，保護因子會因人生階段不同而有差異，性別因素也會影響保護因子的作用（Werner, 2005）。男生比女生更容易出現偏差行為，但青春期的女生比男生更易產生嚴重的內化情緒問題（王齡竟、陳毓文，2010）。有鑑於性別與家庭經濟狀況的影響，並非本研究探索的焦點，故將控制之。

壹、研究方法

一、研究對象與使用資料庫簡介

考量主要照顧者的飲酒或精神疾病問題對剛進入青春期，身心面臨重大轉變的國中生來說，可能會加劇其憂鬱情緒的發展，故本研究對象主要鎖定在國中生（Chen & Kovacs, 2013; Rutter, 2012）。由於本研究同時需要高低風險樣本，而有精神疾病或酒癮問題的家庭未必會去尋求醫療服務，且希望研究結果可以反應台灣少年的狀況，本研究使用台灣教育長期追蹤資料（Taiwan Education Panel Survey, TEPS）。此資料著重學校與家庭對學生的影響故適合本主題。TEPS 是由中央研究院、教育部、國立教育研究院籌備處和國科會共同規劃的計畫。從 2001 年起七年內，每隔兩年收集資料，建立起臺灣教育研究領域具全國代表性的長期資料庫。TEPS 的調查母體是 90 學年度國一學生，且有收集家長與教師的資料（詳細有關 TEPS 介紹請參考網頁 <https://srda.sinica.edu.tw/group/sciitem/2/122>）。第一與第二波是同一追蹤樣本，第三波與第四波時受訪者已經上高中，雖有追蹤部分第一波的樣本，但是只剩下不到 4000 位學生。第三波開始的新樣本並無詢問學生父母的酒癮或是精神疾病的問題，故無法以此判斷為高或低風險家庭，為了要保有大量樣本數的高低風險家庭，以及瞭解危險與保護因子對少年的影響，本研究只用第一與二波資料。

二、測量

依變項選用第二波資料，資源／保護因子選用第一波資料，以釐清各因子發生時間先後與影響方向。以下分別介紹各因素：

(一) 精神疾病與酒癮問題

在第一波的資料中，每一位學生回答國中階段到國小以前家庭重大生活事件，有兩題分別測量父母的酒癮、精神疾病史。問句為「父或母有精神疾病」、「父或母有酗酒習慣」，選項分別是 1 代表「沒有」、2 - 4 分別代表不同時期的父或母有酗酒習慣或是精神疾病，本研究重新編碼以 0 分代表「沒有」、1 分代表「有」。

(二) 憂鬱情緒

TEPS 憂鬱測量是 Symptom Checklist -90-Revised 的簡要版本。兩波資料都涵蓋 6 題憂鬱情緒問題。每一位學生回答這學期以來是否曾有這些情況、程度如何，題目包含瞭解學生的鬱卒、大叫、緊張、孤單、睡不好、頭緊的症狀。採取四點量表，以 4 分代表「經常有」、3 分代表「有時有」、2 分代表「偶爾有」、1 分代表「從來沒有」。將此 6 題相加，越高分代表學生的憂鬱度越強。此測量除了被用來瞭解憂鬱情緒之外，也有學者以心理健康 (psychological well-being) 命名且報告這些題目具有良好的信效度檢定 (魏琦芳、黃毅志, 2011)。在本樣本當中，第一波與第二波的 Cronbach's alpha 係數都是 .81，驗證型因素分析顯示為單因子。

(三) 資源或保護因子

1. 個人特質與能力

TEP 有一組 3 題的題目，測量受訪者的特質與問題解決能力。每一位學生受訪者回答下列描述符合自己的程度，包括「我一向冷靜穩重，很少心浮氣躁」、「生活中沒有多少問題難得倒我，我總有辦法解決」、「不論大小事，我能有條不紊的規畫清楚」。每一題有 4 個選項，1 代表「非常符合」、2 代表「符合」、3 代表「不符合」、4 代表「非常不符合」。重新編碼並將 3 題加總，分數越高代表面對壓力時越能冷靜且規畫與解決問題。Cronbach's alpha 係數 .7，且驗證型因素分析顯示為單因子。

2. 家庭溝通與支持

TEPS 有一組 4 題的題目，測量每一位學生的家庭關係與支持的程度，題目分別是「家是支持我的重要力量」、「重大事情都會全家一起討論決定」、以及有兩題分別問「你和爸爸/媽媽相處時爸爸/媽媽很能接納」。每一題有 4 個選項，1 代表「非常符合」、2 代表「符合」、3 代表「不符合」、4 代表「非常不符合」，重新編碼與累加 4 題題目後，分數越高代表受訪者的家庭支持度高且溝通良好。驗證型因素分析顯示為單因子且 Cronbach's alpha 係數為 .7。

3. 獎勵式教養

文獻指出關懷與溝通面向的家庭過程促進子女心理健康；監督管教以及適度的獎懲會影響孩子的行為，然此對心理健康的影響則尚未有定論。TEPS 第一波資料中少有測量父母教養的題目。陳婉琪與徐崇倫（2011）曾用第二波測量中的三個題目，組成教養概念中的關懷支持，問卷題目詢問受訪者之父母親的教養行為，包括「認真聽你的想法，和你溝通」、「撥出時間幫助你，在你碰到挫折時」以及有兩題分別問「很能接納你」。考量教養測量跟依變項的憂鬱情緒測量若同為第二波資料，在結果解釋會於受限制於橫斷資料無法區辨發生時間先後的問題，因此仍採用第一波資料。在第一波資料中，有一題則反映出獎勵式教養行為。每一位國一生回答他們父母對他們行為表現的反應，「當你表現很好時，爸媽通常」，1分代表「很高興，並且給我獎勵」、2分代表「很高興，但不會有什麼獎勵」、3分代表「沒什麼反應」、4分代表「他們不知道我表現好不好」。由此題目可得知父母是否瞭解孩子的行為表現，以及有無給予即時的獎勵肯定。本研究用此測量瞭解獎勵式教養型態，保留選項1，其他2-4選項轉編為0。這一題中的受訪者，將近50%的人勾選父母很高興並且予之獎勵。

4. 學校依附

少年對於校內整體的正向感受，有學者以學校依附稱之，例如：譚子文與范書菁（2010）整合六個題目，包含少年認為學校是一個快樂、可交朋友、學習東西、公平以及關心學生的地方，以作為對學校依附程度的測量。本研究採類似概念，從受訪者對學校整體正向評價代表學生對學校的依附。

在 TEPS 第一波的題目當中有一組 9 題題目，瞭解受訪者對現在就讀學校的評價，表面效度可以明顯看出題目有正向（3 題）與負向評價（6 題），由於本研究著重受訪者的正向評價以代表學生對學校的喜歡與依附，因此選用三個正向題目，分別是「快樂的地方」、「交朋友的地方」、「可以學到東西的地方」。每一題有四個選項，1 代表非常同意、2 代表同意、3 代表不同意、4 代表非常不同意，重新編碼為 4、3、2、1 並且累加 3 題題目後，分數越高代表受訪者的學校依附關係佳。此題組透過驗證型因素分析後顯示為單因子，Cronbach's alpha 係數則是 .7。

5. 正向師生互動

TEPS 第一波的題目有一組 9 題測量跟教學相關的師生互動行為，表面效度可明顯看出題目測量老師的正向努力以及負向的行為（例如：對學生不聞不問，講課外話，少上課

等)，基於保護與資源因子是本研究重點，本研究選擇正面的教師行為，包括有「老師叫得出每一位同學的名字」、「當同學認真學習時，老師會加以鼓勵」、「老師會用各種教法或教材，使我們瞭解課程內容」、「老師常出作業，增加我們學習機會」、「如果作業沒交或沒做好，師必定會追究」、「考完試後，老師必定會檢討說明」。每一題有四個選項，1 代表「大部分老師如此」，2 代表「至少一半如此」，3 代表「少部分如此」，4 代表「沒有老師如此」，重新編碼為 4、3、2、1 並且累加這 6 題題目後，分數越高代表受訪者的師生互動越正向。此題組透過驗證型因素分析後顯示為單因子，Cronbach's alpha = .7。

6. 社團活動參與

由於文獻顯示運動參與有助正向情緒，而藝術性活動參與對情緒的影響則相對缺乏一致的發現，因此分開瞭解各自的影響力。每一位受訪者回答「你現在有沒有參加運動性社團（如籃球社、排球社）」以及「你現在有沒有參加藝術性社團（如音樂、書法、動畫、布袋戲、相聲）」。每一題有 2 個選項，1 代表「沒有」、2「代表有」，重新編碼為 0 代表沒有，1 代表有。

（四）控制變項：性別、經濟壓力與第一波的憂鬱情緒

每一位國一生填答自己的性別。重新編碼後，0 代表「男生」，1 代表「女生」。經濟壓力部分，每一位家長受訪者回答自己家裡最近十年的經濟狀況。1 代表「生活困難」、2 代表「有時欠缺」、3 代表「小康」、4 代表「富裕」、5 代表「很富裕」，分數越高代表家庭狀況越佳。另外，由於第二波的憂鬱情緒會受到第一波憂鬱情緒程度的影響，依據統計分析的特定性原則（specification）即當所有重要的相關因子都被納入考量後，我們才能更精確的評估變項之間的相關性。故為了釐清主要預測變項與第二波憂鬱情緒的關連，本研究將第一年的憂鬱情緒納入為控制變項，其測量方式如同前面所描述（魏琦芳、黃毅志，2011）。

三、資料分析方法

本研究使用 Stata 13 版統計套裝軟體進行資料處理與分析。所有資料先進行檢誤，依照本研究的需求對變項重新編碼。先瞭解有多少國中生之父或母有酒癮問題、酒癮與精神疾病共病，以及其他變項的描述統計特性。對變項進行驗證型因素分析與信度 Cronbach's alpha 分析，隨後先瞭解變項間的關聯，包括使用簡單迴歸分析瞭解每一個風險因子、資源與保護因子能否顯著預測憂鬱情緒。將重要變項納入之後，針對遺漏值採整列剔除法，分析的樣本數有 15999 人。表一是樣本的描述統計資訊。父或母有酗酒習慣者有 1589 人，

airiti

父或母有精神疾病的有 187 人，父或母兼有精神疾病與酒癮問題則有 83 人。考量父或母兼有精神疾病與酒癮問題的少年只有 83 位，若人數不足會影響統計力 (statistical power) 繼而提高第二型的誤差 (type II error)，故進行統計力分析 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)。針對 10 個預測變項的複迴歸模型，設定犯第 1 型錯誤機率為 5%，第 2 型錯誤機率是 20% (即 $\alpha = .05$ 和 $\beta = .20$)，並能偵測到 .15 的效力 (effect size) 的條件下，需要至少 55 樣本數。由此分析來看，本研究模型中有 83 位少年，應有足夠的統計力。

由於 TEPS 的抽樣策略是平均每一個學校會抽出四班，而每一班會有 15 名學生，因此探討學生個人憂鬱情緒與上述各自變項的關聯時，可能會受到班級因素的影響，即巢套效應 (nested effect)，故執行多元迴歸分析前，先依據 Heck (2001) 建議，初步檢視個體之間的相關 (intra-class correlation, ICC) 是否大到需要使用階層線性模型 (Hierarchical Linear Modeling, HLM)。當 ICC 為 0 的時候，代表這些個人之間的數據都是獨立的；當數據不為零，數據越大則代表參數估計越多是來自於班級的效果。當個體間的相關小於 .05 時，代表班級間的影響效力極小，可以忽略。本研究先採用 Stata 混合模型 (mixed model) 瞭解班級在憂鬱情緒上的變異，並計算 ICC 值。結果顯示，ICC 值只有 .02 (信賴區間 .02 - .03)。若將自變項與控制變項加入混合模型當中，進一步看分析結果，則不論有酒癮問題或酒癮與精神疾病共病的模型，個體間的相關係數值一樣未達到 .05，故無使用 HLM，僅使用複迴歸分析。

確認迴歸模型之統計假說診斷結果 (例如：多元共線性的問題與變異量均值假設) 符合要求之後進行複迴歸分析。由於早期的憂鬱情緒會影響後期憂鬱情緒，為了更釐清主要變項與憂鬱情緒的關聯，因此控制第一波的憂鬱情緒 (魏琦芳、黃毅志, 2011; Chen, 2013)。

考量有酒癮或是精神疾病家庭的樣本數與其他沒有面臨這些挑戰的家庭樣本數差異大，為了清楚瞭解哪些保護／資源因子對高或是低風險家庭有影響，故將高低風險家庭獨立出來，分別進行迴歸分析。步驟一先從全樣本中，將父或母有酒癮的家庭獨立出來，跟剩下來沒有酒癮的家庭樣本，分別進行迴歸分析，產生模型 1 與 2 (表二)。以相同的方式處理酒癮與精神疾病共病的模型，分別進行迴歸分析，產生模型 3 與 4 (表三)。每一個多元迴歸模型都放入控制變項，並且含有 7 個資源／保護因子。將模型 1 與 2，以及模型 3 和 4 對照比較得知，哪些變項有達顯著。以酒癮模型 1 和 2 為例 (表二)，若預測變項在兩模型都達顯著，迴歸係數為負值且 β 值相似時，此因子是資源因子，若只有在模型 1 當中達顯著且迴歸係數是負值則為保護因子。

貳、研究結果

表一呈現本研究變項之描述統計資料，可見男女比例相差不多（49.93% vs. 50.07%）且大多數受訪者認為家境小康（72.89%）。有酒癮問題者 1589 人，父或母有精神疾病者有 187 人，父母同時有酒癮與精神疾病問題則有 83 人。先以簡單迴歸模型確認單一危險因子都能顯著預測憂鬱情緒；同樣地，簡單迴歸模型顯示，每一個保護／資源因子可以顯著預測憂鬱情緒。此外，平均數 t 檢定顯示，少年來自自有飲酒問題家庭之平均憂鬱分數高於沒有飲酒家庭（12.14 vs. 11.86, $p < .01$ ）。有共病問題家庭之平均憂鬱分數高於無共病家庭（12.74 vs. 11.88, $p < .001$ ）。有精神疾病家庭之平均憂鬱分數高於無精神疾病家庭（12.04 vs. 11.82, $p < .01$ ）。

表一 主要變項描述統計（N = 15999）

變項	次數 (%)	平均數	標準差	評分型態與間距
性別				(0 = 男, 1 = 女)
女生	8010 (50.07)			
男生	7989 (49.93)			
經濟狀況				
生活困難	648 (4.05)			
有時欠缺	3445 (21.53)			
小康	11661 (72.89)			
富裕	229 (1.43)			
很富裕	16 (0.10)			
有精神疾病	187 (1.18)			(0 = 無, 1 = 有)
有酗酒習慣	1589 (10.01)			(0 = 無, 1 = 有)
兼有精神疾病與酒癮	83 (0.51)			(0 = 無, 1 = 有)
第一年憂鬱情緒		8.94	3.29	6-24
第二年憂鬱情緒		11.89	3.81	6-24
正向特質與能力		8.17	1.87	3-12
家庭溝通與支持度		12.36	2.49	2-16
獎勵式教養	9736 (48.99)			(0 = 無, 1 = 有)
學校依附	9.98 (1.56)			3-12
師生關係	20.56 (2.79)			6-24
參與運動社團	3154 (15.99)			(0 = 無, 1 = 有)
參與藝術性社團	3583 (18.21)			(0 = 無, 1 = 有)

表二與表三呈現多元迴歸模型結果，預測值為標準化迴歸係數，即 β 。整體看來，本研究並無發現專屬於高風險少年的保護因子，多數的預測因子只在低風險組達到統計上顯著性。表二對父或母有喝酒問題的學生來說，正向家庭溝通與支持有助減緩憂鬱情緒 ($\beta = -.05, p < .05$)。表三對父或母兼有酒癮與精神疾病的學生來說，個人的正向特質是唯一可降低憂鬱情緒的資源因子 ($\beta = -.23, p < .05$)。對父或母無酒癮、無酒癮與精神疾病共病的家庭來說，達統計顯著性的預測因子一樣，其標準化迴歸係數也極相近。個人特質與家庭的正向影響力都有助減緩國中生的憂鬱情緒，校園部分的影響力主要來自學校依附和運動性社團的參與。所有達顯著水準的影響力當中，又以正向家庭溝通與支持、學校依附具有較高的預測力。以表二父母無酒癮問題的家庭為例，家庭溝通與支持以及學校依附（皆為 $\beta = -.04, p < .001$ ）有較高預測力，再來是正向的個人特質 ($\beta = -.02, p < .01$)、獎勵式教養 ($\beta = -.02, p < .05$)、運動型社團參與 ($\beta = -.02, p < .05$)。另，出乎意外的是，參加藝術型社團可能是憂鬱情緒的危險因子 ($\beta = .02, p < .05$)，在無酒癮與精神疾病的家庭中也有類似的發現 ($\beta = .01, p < .05$)。而師生互動不論在風險高或低的家庭中都不具有顯著預測力。

表二 預測少年憂鬱情緒之多元迴歸模型（父母之酗酒習慣）

	父或母有酗酒	父母無酗酒
控制變項		
第一年憂鬱	.34***	.32***
女生	.14***	.09***
家庭經濟	.03	-.01
保護/資源因子		
正向個人特質	-.01	-.02**
家庭溝通與支持	-.05*	-.04***
獎勵式教養	-.04	-.02*
學校依附	.04	-.04***
師生互動	.00	.00
運動型社團	-.02	-.02*
藝術型社團	-.00	.02*
<i>F</i>	$F(10, 1578) = 30.27***$	$F(10, 14268) = 237.46***$
校正後 R^2	.16	.14

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表三 預測少年憂鬱情緒之多元迴歸模型（父母之酗酒與精神疾病）

	父或母兼有酗酒與精神疾病	父母無酗酒與精神疾病
控制變項		
第一年憂鬱	.28**	.32***
女生	.10	.09***
家庭經濟	.07	-.01
保護/資源因子		
正向個人特質	-.23*	-.03**
家庭溝通與支持	-.03	-.04***
獎勵式教養	-.16	-.02*
學校依附	.18	-.04***
師生互動	-.10	.01
運動型社團	-.06	-.02*
藝術型社團	.10	.01*
<i>F</i>	$F(10, 72) = 3.54^{***}$	$F(10, 14123) = 235.22^{***}$
校正後 R^2	0.24	0.14

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

肆、討論與建議

一、討論

（一）正向個人特質、家庭溝通與支持能預測一般家庭少年之憂鬱情緒

針對一般低風險家庭的國中生來說，不論是個人特質能力，家庭功能或是來自學校的正向影響力都和憂鬱情緒有關聯。本研究結果支持過去文獻指出，個體問題解決能力、對生活計畫以及面對壓力的情緒調節力越佳者，其心理健康福祉較好；這些特質使少年能有條不紊面對發展階段的任務與日常生活的壓力，面對困難時有效的尋求解決方法，調節負向壓力而降低憂鬱情緒的產生（王淑棻、盧台華，2014；林杏足等人，2006；Chen & Kovacs, 2013; Tiet et al., 2001）。家庭溝通與支持，是滋養兒少健康成長的重要關鍵因素，透過家人之間的情感表達，可促進家人信賴關係，無須擔心自己說的話會被批判，可及早發現問題癥結，並針對可能的問題解決方法進行討論，以降低壓力事件對身心健康的影響力

(Walsh, 2003)。本研究也顯示，獎勵式教養能有效預測一般家庭孩子的憂鬱情緒，或許是因為父母的舉動，能讓孩子具體感受到父母對他們言行表現的在意與關心，而獎勵的方式能強化少年的自我概念，故提高個體對憂鬱情緒的免疫性（Chen, 2013; Chen & Kovacs, 2013）。

（二）正向個人特質、家庭溝通與支持能預測高風險家庭少年之憂鬱情緒

本研究並無發現保護因子，僅發現資源因子，且集中在家庭與個人面向，這跟過去幾個探討保護與資源因子的實證研究有相似發現，儘管這些研究的變項不盡相同（Conrad & Hammen, 1993; Pargas et al., 2010; Tiet et al., 2001）。家庭的正向溝通與支持能有效預測少年的憂鬱情緒。這或許是因為國中生處於兒童晚期與青春前期，故對家庭的依賴仍重。儘管父或母有酒癮問題，但家庭保有的溝通與支持功能，使少年無需單獨面對問題，這機制或許能減少個體的孤寂與無助感，因此成為憂鬱的保護屏障（El-Sheikh & Buckhalt, 2003）。再者，少年的大腦認知功能尚未發展成熟，開放溝通與問題討論，能減少其對父母酒癮或精神疾病症狀行為的誤解，甚至錯誤歸因於自己，故有助舒緩情緒負擔與降低罪惡感（Chen & Kovacs, 2013; Walsh, 2003）。

令人玩味的發現是，當家中父或母兼有酒癮與精神疾病時，只有少年本身的正向特質能預測憂鬱情緒，家庭或學校層面的因素都不具有預測力。在極小的樣本數之下，個人正向特質仍達統計顯著性且標準化迴歸係數達到 .23，此更彰顯該因素對於身在共病家庭之國中生的重要性。由於跟此機制直接相關的研究極為缺乏，本文從危險脈絡與保護 / 資源因子可能發揮的機制探究可能性。文獻與臨床觀察可知，酒癮與精神疾病共病不利治療，共病患者的社會功能通常較差，且這樣的家庭多有衝突關係（Petrakis et al., 2001）。從這樣風險的脈絡來看，酒癮與精神疾病共病家庭能提供給成員的正向支持與協助極少，故少年除了要獨自面臨發展階段的考驗之外（例如：國小換到國中面臨新環境與同儕，第二性徵發展的尷尬），可能經歷許多家庭衝突。在此狀況下，少年的問題解決效能，冷靜面對壓力的特質與能力都影響其心理福祉（Garber & Little, 1999; Tiet et al., 2001）。規劃與安排自己生活，可避免因為拖延角色相關的責任與任務（如做功課），變成累積之壓力而不利少年心理健康之外；透過有意識地安排自己的生活，也能讓身處在混亂家庭環境中的自己，相對獲得身心之安定感（林杏足等人，2006；常欣怡、宋麗玉，2007）。由於國內並無相關研究，上述的解釋只能從既有的文獻獲得啟發，這樣解釋能否被支持，仍有待後續研究進一步檢視。

(三) 學校因素與一般家庭少年的憂鬱問題

1. 學校依附

學校相關因素對高風險少年皆無顯著預測力，但能預測低風險少年的憂鬱；對有飲酒或有精神疾病共病家庭少年的正向影響因子也不同，這些結果回應文獻所提，保護 / 資源因子隨危險脈絡有所不同，沒有任何一個特質、能力或資源必然可發揮正向作用 (Luthar, Lyman, & Crossman, 2014; Rutter, 2012)。學校相關的因素在雙變項與簡單迴歸分析時與憂鬱情緒有顯著關聯，但是最後的多元迴歸分析中，師生互動並沒有達到統計上的顯著水準。跟李思賢等人 (2006) 針對一般學童的研究發現一致，師生互動對學生的憂鬱情緒並沒有顯著預測力，然而對學校依附越強的學生，其憂鬱程度越低。對一般國中生來說，學校依附帶來的正向影響力跟家內的正向溝通與支持不分上下，也因此努力創造一個讓學生喜歡的校園環境，尤其是增進校園中快樂學習與交朋友的氛圍，有助打造一個憂鬱防禦網。常理推想，一般性的家庭壓力 (例如：親子或是夫妻吵架) 無人可完全避免。若學校依附感較高，每天去上學對少年來說猶如充電一般，可避免情緒持續受到家庭壓力的影響。

2. 社團活動參與

本結果支持過去研究發現，運動有助降低憂鬱情緒 (周桂如, 2002; 余文章、洪偉欽, 2009; Simantov et al., 2000)。從生理調節來看，規律的運動有助腦內血清素濃度與功能的正常發揮，而血清素是影響憂鬱情緒的關鍵物質之一 (王鈞逸等人, 2015)。再者，運動能轉移壓力的感受使人感到放鬆；甚者可以從中學習技能，透過不斷超越自己的體能進而有成就感。運動參與亦有助擴展少年的支持網絡，這些透過運動帶來的身心與社會影響力可能都是改善少年憂鬱情緒的重要機制 (林晉榮、黃珍鈺, 2005; Chen & Kovacs, 2013)。

本結果也支持過去部分實證的發現，並非所有的活動參與都對少年發展有正向影響 (周玉慧, 2012; Chen, Balan, & Price, 2012)。參加藝術性社團活動不具有保護或資源因子的影響力，反之，可能提高憂鬱情緒。雖然本研究無其他資訊可供探究這個機制，但這種現象或許跟藝術創作過程、學生本身的特質或本研究使用的憂鬱測量工具有關。部分藝術創作過程為追求獨特性的表達與成品，傾向與他人隔絕，這可能不利正向情緒的發展。再者，參加藝術社團的學生，本身情感可能比較豐富與敏感，也因此情緒測量面向上比較容易得高分，加上本研究的憂鬱測量不具有診斷性，因此分數高低不具有疾病診斷的意

涵。除了上述這些可能性的解釋之外，低風險家庭的樣本數較大，因此在預測變項的標準化迴歸係數並不高的情形下，仍有機會達到統計顯著性。故，本研究的結果，需要後續研究運用不同樣本進一步驗證。

（四）其他可能預測國中生憂鬱情緒的因素

儘管本研究結果有助瞭解保護／資源因子和國中生憂鬱情緒的關聯，從多元迴歸解釋力來看，校正後的 R^2 介於0.14 - 0.24之間，這說明一些重要的因素未能含蓋在本研究中。基因因素、智商、認知與問題歸因模式都可能與憂鬱情緒相關（Langrock et al., 2002；Tiet et al., 2001；Pargas et al., 2010）。再者，青少年渴望與友伴連結，正向同儕有利心理福祉；相對地，負面的友伴關係，不利青少年情緒的發展（陳毓文，2004）。成人支持，如師長、（外）祖父母等親友，或甚至是與孩子常接觸的社福人員都可能有助減緩青少年面臨的家庭壓力，繼而促進其較好的發展（Chen, 2013; Werner, 2005）。

二、建議

少年時期的憂鬱起因多元，嚴重的憂鬱會衍生自殺或其他健康與社會議題。透過提升少年個人與環境層面的正向能力與資源，可預防與降低憂鬱帶給個人、家庭與社會的損傷。本研究探討那些因子有助降低少年的憂鬱情緒，且試圖釐清那些因子只作用在高風險家庭少年，哪些可同時作用在高低風險家庭的少年。根據本研究結果，有以下的建議，作為促進國中少年心理健康的參考。

（一）提升學校的憂鬱預防與服務提供之功能

國中階段本是個體脫離兒童身份且經歷身心轉換的挑戰時期，例如：和兒時熟習同伴分開的焦慮、第二性徵發展過渡期的尷尬、與同儕比較產生的壓力，甚至因為青春期轉換易與家人產生衝突。除了家庭，校園是少年花最多時間待的社會場域，故教師、輔導或社工人員是最有可能瞭解其家庭狀況者，若能及早發現高風險家庭與需要協助的少年，積極提供所需的服務，有助降低風險因子對少年心理健康的危害。

有鑑上述，將學校定位成第一級憂鬱預防的重點場域是適合的。對一般少年而言，促使其對學校的依附感，可緩衝在此發展階段不可避免的挫折與壓力感受。營造校園成為一個提供多元參與和發揮潛能的環境，透過多元學習內容與評量方式，讓不同興趣與才智的孩子在學習過程都有機會獲得成就感，並與他人產生正向互動與聯結的經驗（李思賢等人，2006; Saleebey, 1996）。藉由課程與活動設計，強化不同家庭背景者互動學習，除了可擴展少年認識與包容不同背景者的能力之外，亦能提高少年間支持網絡的建立。

個人的認知與壓力處理能力常與情緒與適應結果有關聯 (Chen & Kovacs, 2013; Rutter, 2012)。由本研究結果可知，當父母有酒癮與精神疾病之共病問題時，少年本身跟壓力因應有關的特質與能力是預測其心理健康的重要因素。雖然特質與能力，一部分反應其天生的素質，但是後天與他人的互動經驗，學習與訓練的機會也都會形塑該特質與能力的展現 (Chen, 2013)。考量並非每一個家庭都有足夠的心力與資源協助其子女學習壓力因應的方法，尤其是處在高風險家庭中的青少年，透過中學階段的義務教育，提供少年普及式的學習機會就更為重要 (Saleebey, 1996)。可運用教育部課綱規劃中屬於各校自行決定的彈性學習課程，或善加利用健康教育與輔導課，在教學內容中設計有關壓力的知識與處理方式，如情緒調節、行為控制能力、正向的思考等。將這些訓練列入課程規劃，才能規律提供給少年，至於成效評估方式則應審慎規劃，否則學生還未學習壓力管理，此課程就淪為分數競賽的其中一個項目，反帶給學生新的壓力源。

立基於運動有益正向情緒發展，建議增加多元的運動性社團以供學生選擇。體育課設計應朝向多元化發展，讓學生有機會從各類嘗試過程找到自己最感興趣的運動項目，以降低學生對於上體育課的擔心。同時也要致力改善師生認為體育課是不重要的觀念，多宣導適度運動有助預防憂鬱情緒，以增強少年規律運動的動機，持續下來能有助國人的健康發展。

(二) 促進家庭溝通與支持

青春期子女跟父母溝通相處不時會有小衝突，適度地再學習溝通相處方法，能避免多次親子衝突破壞了家庭支持性關係。故目前由各縣市家庭教育中心致力推動的預防性家庭教育，期待提高親職功能、家庭溝通的服務使家庭具有滋養與支持兒少發展的能力，是個值得肯定的方向。家庭教育中心的定位主要以第一級預防為主，兼服務一些高風險家庭。由於標的人口與涵蓋範疇廣泛，部分中心更因為居民居住地分散且地方政府資源匱乏，難以提供質量兼具的專業服務，這些議題都需進一步正視與處理，才能發揮其設定之功效。

酒癮與精神疾病對子女與家庭的衝擊程度，部分跟家庭如何去回應與處理壓力有關 (Chen & Kovacs, 2013; Walsh, 2003)。專業人員，如社會工作者，面對高風險家庭，明知疾病問題難在短時間改善的情況之下，可著眼於提升家庭相互支持與問題討論溝通能力。即使在逆境中，家庭仍有潛力成長與滋養其子女，社會工作者與其他助人專業人員，若只看到當事人的飲酒或精神疾病，很難找到家內的保護與資源因子，繼而易與案家一樣陷入無助的泥沼，或指責有疾病的當事人，忽略提供必要的協助 (El-Sheikh & Buckhalt, 2003; Saleebey, 1996)。一些簡易的優點評量工具，如希望花田，可用來找出家內現在或過去

存在的能力與資源（曾仁杰、王鈺菱，2010）。與家庭建立伙伴關係，納入家庭獨特脈絡才能發掘與提升其正向家庭過程，並使少年感受到被接納，並非孤獨一人面對困境。再者，考量高風險家庭可能面對多項風險因子，故在協助提升家庭功能時，社會工作者需要適度聯繫外界資源，降低疾病與其他壓力耗竭家庭的能量（Chen & Kovacs, 2013）。當主要照顧者獲得必要的資源與協助，他們才有能力關心與鼓勵子女，這些正向親子互動將有助培力家庭，以及預防憂鬱情緒的產生。

（三）研究限制與未來研究建議

TEPS 詢問國中生有關父母的酒癮、精神疾病史，此答案會受到子女對該問題理解的影響，故本結果在推論到有疾病診斷之家庭上有其限制。再者，本研究的藝術與運動性社團，涵蓋範圍廣泛，不像過去研究聚焦在特定類型，加上一般家庭樣本大，可能提高變項達到統計顯著性，故在研究結果的解釋上，需透過後續研究進一步澄清。

選用預測變項上，受限於次級資料，一些文獻提到的因素並未能包括在內，例如：個人的智商與社會支持面向，儘管這些變項在少年相關的研究已經累積不少實證，但少有針對酒癮或酒癮與精神疾病共病家庭進行探究，建議未來研究以長期追蹤研究設計，廣泛收集上述跟個體發展有關的資料，進一步檢測在不同風險下，關鍵因素與青少年憂鬱情緒的關聯。再者，進階釐清關鍵的中介與調節變項將有助此領域更進階的發展。

最後，本研究之分析樣本僅涵蓋受試當下有在學者，且 TEPS 抽樣架構原先就排除特殊學校與班級，無法接受問卷調查的身心障礙生以及金門、馬祖區域的學生，故結果可能不適合推論到這些群體與區域外的國中生。未來研究可針對外島地區以及身心障礙學生的狀況進一步探究。

參考文獻

- 王鈞逸、楊聯琦、黃僅喻、張合富（2015）：運動對憂鬱症影響之探討。台中科大體育學刊，11，132-137。[Wang, C. Y., Yang, L. Q., Huang, C. Y., & Chang, H. F. (2015). The effects of exercise on depression. *Journal of Physical Education of National Taichung University of Science and Technology*, 11, 132-137.]
- 王琬棻、盧台華（2014）：國小資優生與一般生復原力保護因子之比較研究。中華輔導與諮商學報，40，1-26。[Wang, S. F., & Lu, T. H. (2014). A comparative study of gifted elementary school students' and non-gifted students' resilience protective factors. *Chinese Journal of Guidance and*

Counseling, 40, 1-26.]

王齡竟、陳毓文 (2010)：家庭衝突、社會支持與青少年憂鬱情緒：檢視同儕、專業與家外成人支持的緩衝作用。中華心理衛生學刊，23 (1)，65-97。[Wang, L. C., & Chen, Y. W. (2010). Family conflict, social support, and adolescent depressive mood: examining the moderating effects of support from peers, professionals, and other adults. *Formosa Journal of Mental Health*, 23(1), 65-97.]

余文章、洪偉欽 (2009)：運動與憂鬱症之探討。嘉大體育健康休閒期刊，8 (1)，228-234。DOI: 10.6169/NCYUJPEHR.8.1.24[Yu, W. C., & Hong, W. C. (2009). The effects of exercise and depression. *Journal of Physical Education of National Chiayi University*, 8(1), 228-234. doi: 10.6169/NCYUJPEHR.]

吳書昀 (2011)：兒童青少年家庭照顧者之照顧經驗初探。社會政策與社會工作學刊，15 (2)，79-140。[Wu, S. Y. (2011). A preliminary study of the caring experience of young caregivers. *Social Policy & Social Work*, 15(2), 79-140.]

李思賢、張弘潔、李蘭、吳文琪 (2006)：家庭及學校的社會資本與國小學童內化行為問題之關係。中華心理衛生學刊，19 (3)，231-253。[Lee, S. H., Chang, H. C., Lee, L., & Wu, W. C. (2006). Social capital of family and school-its relationship with elementary school children's internalizing behavioral problems. *Formosa Journal of Mental Health*, 19 (3), 231-253.]

兒童福利聯盟 (2016)：時事回應—擴大兒虐防護網，「守護孩子，我願意」記者會。取自 http://www.children.org.tw/news/advocacy_detail/337[Child Welfare League Foundation (2016). Response to current affairs - expanding child abuse network, "Protecting children, I willing" press conference. Retrieved from http://www.children.org.tw/news/advocacy_detail/337]

周玉慧 (2012)：「小人」「閑居」為「不善」？生活經驗、社會資本與青年休閒活動參與。社會分析，5，1-37。[Chou, Y. H. (2012). Is Idleness Bad? Early Life Experiences, Social Capital and the Leisure Activities of Taiwanese Youths. *Social Analysis*, 5, 1-37.]

周桂如 (2002)：兒童與青少年憂鬱症。護理雜誌，49 (3)，16-23。[Chou, K. R. (2002). Childhood and adolescent depression. *The Journal of Nursing*, 49(3), 16-23.]

林晉榮、黃珍鈺 (2005)：青少年憂鬱情緒與休閒運動效益之探討。中華體育季刊，19 (4)，26-31。DOI: 10.6223/qcpe.1904.200512.1304[Lin, J. R., & Huang, J. Y. (2005). Exploring the effect of depression and exercise of adolescent. *Formosa Journal of Physical Education*, 19(4), 26-31. doi: 10.6223/qcpe.1904.200512.1304]

林杏足、陳佩鈺、陳美儒 (2006)：國中高危險群學生對其危險因子與保護因子的知覺之分析研

- 究。教育心理學報，38（2），151-176。DOI: 10.6251/BEP.20060815 [Lin, S. D., Chen, P. Y., & Chen, M. J. (2006). Perceptions of risk and protective factors among high risk students in junior high schools. *Bulletin of Educational Psychology*, 38 (2), 151-176. doi: 10.6251/BEP.20060815]
- 常欣怡、宋麗玉（2007）：青少年復原力概念與相關研究之探究。東吳社會工作學報，17，171-192。[Chang, H. Y., & Song, L. Y. (2007). Adolescent resilience: The concept and related research analysis. *Soochow Journal of Social Work*, 17, 171-192.]
- 陳圭如（2006）：大學生成長於酗酒家庭經驗之初探：數量、個人特質及世代傳遞。東吳社會工作學報，15，37-76。[Chen, K. R. (2006). College Students growing up in alcoholic families: incidence, personal characteristics, and intergenerational transmission. *Soochow Journal of Social Work*, 15, 37-76.]
- 陳毓文（2004）：少年憂鬱情緒的風險與保護因子之相關性研究。中華心理衛生學刊，17（4），67-95。[Chen, Y. W. (2004). A study on risk and protective factors of adolescent depressive mood. *Formosa Journal of Mental Health*, 17(4), 67-95.]
- 陳婉琪、徐崇倫（2011）：愛的教育，鐵的紀律？父母教養方式與青少年心理健康之相關。教育研究集刊，57（2），121-154。[Chen, W. C., & Hsu, C. L. (2007). Warm support vs. iron discipline? The relation between parenting and adolescent mental health. *Bulletin of Educational Research*, 57(2), 121-154.]
- 陳佑昇、蔡麗芳（2012）：我有一個酒鬼父親：酗酒者子女之原生家庭經驗分析。家庭教育與諮商學刊，12，1-27。[Chen, Y. S., & Tsai, L. F. (2012). I have an alcoholic father: A study on the adult-child's experiences in family of origin. *Journal of Family and Counse Ling*, 12, 1-27.]
- 曾仁杰、王鈺菱（2010）：優勢助人觀點水平思考的實務運用——以高風險家庭酒癮父親的處遇？例。嘉南學報，36，422-434。[Tseng, J. C., & Wang, Y. L. (2010). The use lateral thinking in the strengths-based approach: The treatment of an alcoholic father in a high-risk family. *Chia Nan Annual Bulletin : Humanity*, 36, 422-434.]
- 湯夢彬、溫增光、孫曉光、劉明倫（2009）：酒癮問題與治療。家庭醫學與基層醫療，24（10），346-350。[Tang, M. B., Wen, T. G., Sun, H. G., & Liu, M. L. (2009). Alcohol abuse and therapies. *Family Medicine & Primary Medical Care*, 24(10), 346-350.]
- 黃傳永、賴美言、陸雅青（2011）：表達性藝術治療對憂鬱情緒兒童之團體輔導效果研究。臺北市立教育大學學報，42（1），21-52。DOI: 10.6336/JUTe/2011.42(1)2[Huang, C. Y., Lai, M. Y., & Lu, Y. C. (2011). The effect of expressive art group therapy on the children of depression. *Journal of University of Taipei (Education)*, 42(1), 21-52. doi: 10.6336/JUTe/2011.42(1)2]

- 黃鈺婷 (2011): 個人、家庭與學校脈絡中的影響變因與青少年身心健康發展軌跡之討論。中華輔導與諮商學報, 29, 161-181。[Huang, Y. T. (2011). The impact of self-esteem, factors in family and school contexts on trajectories of adolescent depressive symptom. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 29, 161-181.]
- 楊美賞、張峰紫、鍾信心、陳順勝、葛應欽 (2005): 父親為酒癮之青少年飲酒行為之危險因素之探討。高雄醫學科學雜誌, 11 (12), 686-696。[Yang, M. S., Chang, F. T., Chong, H. H., Chen, S. Y., & Ko, Y. C. (2005). Risk Factors related to alcohol use among adolescents of fathers with alcoholism. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 11(12), 346-350.]
- 董氏基金會 (2013): 校園心理健康促進宣導「陽光校園不憂鬱」教育講座。取自 <http://www.jtf.org.tw/PSyche/qa/index.htm> [John Tung foundation (2013). Mental health promotion advocacy in campus: Sunny campus without blue. Retrieved from <http://www.jtf.org.tw/PSyche/qa/index.htm>]
- 譚子文、范書菁 (2010): 依附關係、參與傳統活動、社會緊張因素與台灣地區青少 外向性偏差行為及內向性偏差行為關性之研究。輔導與諮商學報, 32 (1), 17-42。[Tang, T. W., & Fan, S. C. (2010). The Relationship among Attachment, Involvement, Social Strain and Taiwanese High School Students' Delinquency. *The Journal of Guidance & Counseling*, 32(1), 17-42.]
- 譚子文、張楓明 (2013): 依附關係、低自我控制與青少年偏差行為關聯性之研究。中華輔導與諮商, 36, 67-90。DOI: 10.6151/CERQ.2013.2104.03 [Tang, T. W., & Chang, F. M. (2013). The study of relationships among attachment, low self-control, and juvenile delinquency. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 36, 67-90. doi: 10.6151/CERQ.2013.2104.03]
- 衛福部統計處 (2013): 101 年主要死因分析【原始數據】。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747 [Ministry of Health and Welfare (2013). The main reason of death in 2012. Retrieved from http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747.]
- 魏琦芳、黃毅志 (2011): 學業成就與心理健康因果順序的貫時性分析：以 TEPS 資料做分析。中華心理衛生學刊, 24 (1), 97-130。[Wei, Q. F., & Huang, Y. J. (2013). A longitudinal study on the sequence of cause and effect between academic achievement and mental health using data from the TEPS. *Formosa Journal of Mental Health*, 24(1), 97-130.]
- Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Oesterle, S., Fleming, C. B. & Hawkins, J. D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the social development research group. *Journal of School Health*, 74(7), 252-261. doi: 10.1111/j.1746-1561.2004.tb08281.x
- Chen, H. J. (2013). Robust protective factors for Africa American youths who have a parent with

- depression. *Social Work Research*, 37(2), 121-134. doi:10.1093/swr/svs026
- Chen, H. J., Balan, S., & Price, R. K. (2012). Association of contextual factors for drug use and binge drinking among Caucasian, native American, and mixed race adolescents in the general population. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(11), 1426-1441.
- Chen, H. J., & Kovacs, P. (2013). Working with families in which a parent has depression: A resilience perspective. *Families in Society*, 94(2), 29-35. doi: 10.1606/1044-3894.4290
- Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2), 214-221. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008
- Conrad, M., & Hammen, C. (1993). Protective and resilience factors in high and low risk children: A comparison of children of unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers. *Development and Psychopathology*, 5, 593-607. doi: 10.1017/S0954579400006180
- El-Sheikh, M., & Buckhalt, J. A. (2003). Parental problem drinking and children's adjustment: Attachment and family functioning as moderators and mediators of risk. *Journal of Family Psychology*, 17, 510-520. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.510
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146
- Fraser, M.W., & Galinsky, M. J. (2010). Steps in intervention research: Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice*, 20(5), 459-466. doi: 10.1177/1049731509358424
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives Gen Psychiatry*, 66(3), 260-266. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.543
- Garber, J. (2005). Depression and the family. In J. L. Hudson & R. M. Rapee (Eds.), *Psychopathology and family* (pp.225-280). New York, NY: Elsevier.
- Garber, J., & Little, S. A. (1999). Predictors of competence in offspring of depressed mothers. *Journal of Adolescent Research*, 14, 44-71. doi: 10.1177/0743558499141004
- Heck, R. H. (2001). Multilevel modeling with SEM. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.). *New developments and techniques in structural equation modeling* (pp. 89-127). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kelley, M. L., Braitman, A., Henson, J. M., Schroeder, V., Ladage, J., & Gumienny, L. (2010). Parent

- and peer relations in collegiate children of alcoholics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 204-212. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01024.x
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping and emotional/behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103_03
- Luthar, S. S., Lyman, E. L. & Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive psychology. In M. Lewis and K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp.125-140). Springer US. doi: 10.1007/978-1-4614-9608-3_7
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Matto, H. C., Tompkins, C. J., Ihara, E. S, Inoue, M. & Byrd A. (2015). Results from a music, imagery, and movement treatment intervention in a long-term care facility. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 96(4), 277-283. doi: 10.1606/1044-3894.2015.96.32
- McPhie, M. L., & Rawana, J. S. (2015). The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis. *Journal of Adolescence*, 40, 83-92. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.01.008
- Minkkinen, J. (2014). Associations between school-related factors and depressive symptoms among children: A comparative study, Finland and Norway. *School Psychology International*, 35(5), 463-474. doi: 10.1177/0143034313511008
- National Institute of Mental Health (2015). *Major depression among adolescents*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adolescents.shtml>
- Pargas, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C., & Brocque, R. L. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology*, 46(4), 805-814. doi: 10.1037/a0019817
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., & Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2001). *Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: An overview*. Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/81-89.pdf>
- Pettit, J. W., Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Yaroslavsky, I. (2011). Developmental relations between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: Blood is thicker than water. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 127-136. doi: 10.1037/a0022320
- Reddy, R., Rhodes, J. E. & Mulhall, P. (2003). The influence of teacher support on student adjustment in

- the middle school years: A latent growth curve study. *Development and Psychopathology*, 15 (1), 119-138. doi: 10.1017/S0954579403000075
- Roy, K., Messina, L., Smith, J., & Waters, D. (2014). Growing up as “man of the house” : Adulthood and transition into adulthood for young men in economically disadvantaged families. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 143, 55-72. doi: 10.1002/cad.20054
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305. doi: 10.1093/sw/41.3.296
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1025-1033. doi:10.1001/archpedi.154.10.1025
- Steele, H. & Steele, M. (2014). Attachment disorders: theory, research, and treatment. In M. Lewis and K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*, 357-370. Springer US. doi:10.1007/978-1-4614-9608-3_18.
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., & Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 153-164. doi: 10.1023/A:1005288130494
- Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(8), 446-453. doi: 10.1007/s00787-005-0496-1
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x
- Wentzel, K. R. (2002). Are effective teachers like good parents? Teaching styles and student adjustment in early adolescence. *Child Development*, 73(1), 287-301.
- Werner, E. E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Focal Point*, 19(1), 11-14.

收件日期：105年05月31日

複審一日期：105年06月21日

複審二日期：105年07月21日

複審三日期：105年09月20日

通過日期：105年12月16日

Examining protective and resources factors for depression among junior high school students experiencing different levels of family risk

Hsing-Jung Chen *

National Taiwan Normal University

Severe depression will decrease young people's social functioning and increase their suicidal behaviors. This is especially true for those who have a parent with an alcohol problem or comorbidity of alcohol and psychiatric problems. Interventions incorporating a risk-reducing approach may not effectively help children of a parent with an alcohol problem or comorbidity of alcohol and psychiatric problems because risks related to alcohol problems such as genetics, mental illness, and chronic life stress are not easy to manage, minimize, or eliminate. Therefore, the knowledge of positive factors of influence is crucial for the advanced development of intervention programs. Unfortunately, although a great number of studies have identified risks related to alcohol problems, only a few studies have focused on positive factors. Few studies clarify which factors have a positive influence across different family risk levels. It is unclear whether the positive factors derived from the research on youths in low-risk families can be effective on youths who have a parent with an alcohol problem or comorbidity of alcohol and psychiatric problems. Based on the resilience perspective, the aim of this research is to investigate what kinds of positive factors can predict depression among junior high school students who come from families with different risk levels. The resource factors are defined as factors that can predict depression for youths experiencing high- and low-risk levels, whereas protective factors are defined as factors that can predict depression for youths experiencing high-risk levels (i.e. having a parent with an alcohol problem or comorbidity of alcohol and psychiatric problems). The junior high school students' data derived from the Taiwan Education Panel Survey (n=15,999) and the Stata 13.0 statistical software were used for this study. Descriptive statistics for sample characteristics, correlations for variable relationships, cronbach's alpha for internal reliability, power analysis for detecting effect sizes as well as intra-class correlation analysis for examining the issues of the nested effect were performed before multiple regression analy-

* Corresponding author: Chen Hsing-Jung, email: chenhjntnu@gmail.com

ses. Seven main predictors, along with three control variables (i.e. the first wave of depression, gender, and family financial status), were included in regression models that presented the low-risk family, the family of a parent with an alcohol problem, and the family with comorbidity of alcohol and psychiatric problems. The research has four major findings. (1) Most predictors predict the depression for youths from low-risk families only. (2) Positive individual characteristics, family communication with support, positive reinforcement parenting, school attachment, and sports engagement were negatively associated with depression among low-risk youths. Among those factors, school attachment ($B = -.04, p < .001$) and family communication with support ($B = -.04, p < .001$) have the strongest influence on depression. (3) Family supportive communication ($B = -.05, p < .05$) is the only predictor that significantly predicts depression among youths from families with an alcohol problem. (4) The positive individual characteristic ($B = -.23, p < .05$) is the only one that significantly predicts depression among youths from families with comorbid alcohol and psychiatric problems. According to the research findings, the implications emphasize the primary prevention of depression through school where Taiwanese youths spend most of their time besides family time. It is important to create a welcoming school environment for every adolescent regardless of their grades and family backgrounds, to provide students with stress-coping training courses, and to encourage students to exercise regularly. Moreover, enhancing services, such as parent-child counseling in Family Education Centers, can help improve family communication with support that further benefits the emotional development of youths regardless of their being in high- or low-risk families.

Keywords: Art, communication with support, comorbidity of alcohol and psychiatric problems, school attachment, sport.