

國立政治大學心理學研究所碩士論文

指導教授：修慧蘭 博士

大學一年級學生危機程度、歸因與求助態度之研究



研究生：吳東勝

中華民國九十九年六月

致謝辭

回首在政大八年的日子，真是太漫長了！！！這一段求學的路途中，與很多人有了交集，也因為有你們，才讓我有許多體驗與發現。

鍾思嘉老師、陳嘉鳳老師及修慧蘭老師您們對我而言，完全是人生的轉捩點，除了在諮商課程上的教導讓我對諮商產生興趣外，也教會我許多待人接物的道理。嘉鳳老師您嚴謹、認真的態度，是我一直很想要學習的特質，另外老師您也讓我思考，自己可以做些甚麼讓社會更好，不能只是被動地接受一切。在大學擔任班代的時候，雖然常常被鍾老師您罵，但要不是您的教誨，我想我可能到現在仍是個不注重禮貌的毛頭小子吧。最後但也是最重要的修老師，總是接納、包容我的任性及脾氣，不管在論文、課業、工作方面給我許多建議，讓我跳脫自己的框框，而且當老師您聽到我未來的規畫，沒有質疑只有滿滿的祝福及鼓勵，真的讓我感謝萬分！另外頌賢學長你在大學時對我的鼓勵及林家興老師您在論文上的指導與建議，都是促使我前進、完成碩士的動力。

在諮商這條路上，與我一起努力、一起度過的夥伴們，家維、茲穎、俐瑩、雨潔，當時初談的青澀，到現在都已經經過近兩年，我想應該都已經熟透了吧，哈哈。而花草七人幫的詩婷、正綺、怡穆、守倉、玲君、筱慧，我從來沒有想過全職實習會如此的開心、難忘，就算已經過了一年，但只要一想到當時的時光，嘴角都會不由自主地上揚。

政大心理諮商中心是開創我諮商路途的第一站，從初談到全職實習，甚至寫論文的最後一年依舊三不五時出現。心蕾姐、筱婷姐、麗雯姐、敏慧姐、素菡姐、麗霞姐、琬芯老師、嘉文老師、昱純老師、清茵老師、育萱、佳芳、玉珊、昱帆，大家對我而言都是亦師亦友的角色，有時不吝給予我許多的幫助，有時又毫不留情的吐槽，可說是讓我又愛又恨阿~政大心諮中心是我諮商的起點，雖未來不見得會從事諮商工作，但我相信這個地方我永遠不會忘記。

許多人都說研究所生活是苦悶、孤單的，但在這裡我從未這樣覺得，研究室

裡總有滿滿的食物及歡笑，人儀、華妮、瓊文、家雯、瓊如、彥霖、令恬、乃文的關心；人禾、昶名、若湄、敏怡、洵銓、孟儒，練球時帶給我的歡樂時光；家揚、睿杰、仲軒、弘達在那八天發展的革命情感；志豪、建男、威撰、國偉、家賓、宇恆的支持，感謝你們每個人。

最後感謝我的家人，無怨言地支持我念完研究所，也感謝在天上的父親，保佑我所有的一切，謝謝。



摘要

本研究旨在了解大學生的危機程度、歸因及求助態度之現況及變項間的關係，並探討在性別及危機程度之下，歸因與求助態度之關係。本研究以問卷調查法蒐集國立政治大學一年級學生，共 2066 位學生之資料。使用工具為「政大學生生活適應與健康量表」、「求助態度量表」及自編之「大學生歸因型態量表」。分別以描述性統計、卡方、變異數分析及多元逐步迴歸進行統計分析，研究結果如下：

- 一、大學生在面對負向事件之歸因傾向作內在、穩定及可控制的歸因。
- 二、依性別分組，顯示男女性別在穩定歸因及求助態度有達顯著差異；在危機程度、內在及控制歸因則無顯著差異。
- 三、依危機程度分組，顯示高低危機程度組在穩定、控制歸因及求助態度有達顯著差異；在內在歸因則無顯著差異。
- 四、同時考慮不同性別及危機程度，性別的主要效果被削弱，僅危機程度之主要效果達顯著差異，而高低危機程度組在穩定、控制歸因及求助態度達顯著差異；內在歸因則無顯著差異。
- 五、性別、歸因及危機程度均能顯著預測求助態度，其中在全體學生組，危機程度中的精神疾病最能預測求助態度；在男生組，危機程度中的精神疾病最能預測求助態度；在女生組，危機程度中的憂鬱最能預測求助態度。

關鍵詞：大學生、危機程度、歸因、求助態度

Abstract

The purpose of this study was to explore the relationship of the level of crisis , attribution and help-seeking attitude in college students , as well as , the interaction effect of variables. Two thousand and sixty-six college freshman in National ChengChi University participated in this study and responded to the following questionnaires : National ChengChi University Students' Adaption and Health Questionnaire , Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services , College Students' Attributional Style Questionnaire. Discriptive statistics , chi-square , Multivariate Analysis of Variance , stepwise regression analysis were conducted to analyze the data. Major findings of this study were as followings :

- I. In negative events , college students had internal , stable and control attribution.
- II. Grouped by gender , male and female were significant different in stable attribution and help-seeking attitude.
- III. Grouped by the level of crisis , low and high level crisis were significant different in stable , control attribution and help-seeking attitude.
- IV. Consider gender and the level of crisis , only the level of crisis main effect was significant.
- V. Gender , attribution and the level of crisis could significantly predict help-seeking attitude.

Key word : College student , the level of crisis , attribution , help-seeking attitude

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究問題與假設.....	5
第三節 名詞解釋.....	5
第二章 文獻探討.....	7
第一節 求助態度.....	7
第二節 危機.....	15
第三節 歸因.....	30
第三章 研究方法.....	41
第一節 研究架構.....	41
第二節 研究對象.....	42
第三節 研究工具.....	43
第四節 資料處理與統計分析.....	49
第四章 研究結果.....	50
第一節 危機程度、歸因及求助態度之現況.....	50
第二節 不同性別在危機程度、歸因及求助態度上的差異分析.....	52
第三節 危機程度高低在歸因及求助態度上的差異分析.....	55
第四節 不同性別及危機程度在歸因及求助態度之差異分析.....	59
第五節 迴歸分析.....	68
第五章 討論與建議.....	71
參考文獻.....	78
附錄一 IASMHS 量表作者授權翻譯、使用量表函.....	92
附錄二 政大學生生活適應與健康量表.....	93
附錄三 預試問卷.....	97
附錄四 正式問卷.....	103

表目錄

表 1 Erikson 發展年齡、階段及任務表	18
表 2 台北市政府衛生局社區心理衛生中心高危機分類表	20
表 3 Kelley 之歸因類型表	32
表 4 以學業表現為例，使用三向度的歸因內涵表	33
表 5 分量表題目表	44
表 6 正式量表身心健康指標各因素之內部一致性信度表	44
表 7 全體、男生及女生學生在歸因變項上的題平均數及標準差表	50
表 8 全體、男生及女生學生在求助及身心指標變項上的題平均數、總分及標準 差表	51
表 9 大一學生男女生人數分配表	52
表 10 各危機指標前 5% 高分者其切截分數與人數表	53
表 11 不同性別在各種危機程度下各細格人數百分比及卡方檢定表	53
表 12 性別在依變項之變異數分析表	54
表 13 性別在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	54
表 14 高低憂鬱危機程度在依變項之變異數分析表	55
表 15 高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	55
表 16 高低精神疾病危機程度在依變項之變異數分析表	56
表 17 高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	56
表 18 高低自我傷害危機程度在依變項之變異數分析表	57
表 19 高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	57
表 20 高低身心健康危機程度在依變項之變異數分析表	58
表 21 高低身心健康危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	58
表 22 性別與高低憂鬱危機程度在依變項之多變量變異數分析表	59
表 23 性別與高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	60
表 24 性別與高低精神疾病危機程度在依變項之多變量變異數分析表	61
表 25 性別與高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	62
表 26 性別與高低自我傷害危機程度在依變項之多變量變異數分析表	63
表 27 性別與高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	64
表 28 性別與高低身心健康危機程度在依變項之多變量變異數分析表	65
表 29 性別與高低身心健康危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表	66
表 30 全校學生之性別、危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表	68
表 31 男性之危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表	69
表 32 女性之危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表	70

圖目錄

圖 1 研究架構圖.....41



第一章 緒論

第一節 研究動機

打開報紙或電視，除了政治、經濟等頭條新聞外，憂鬱、自殺或其他危機新聞也層出不窮。除了個人自殺事件外，也越來越多的攜子自殺或校園自殺事件。自殺不只是結束一個人的生命，其影響範圍小至個人、家庭，大至校園，社會。近幾年國人的自殺死亡率逐漸攀升，目前自殺已列入國人十大死因之一，衛生署台中區心理衛生服務中心也於民國 93 年首度設置社區危機處置服務，負責該區之社區、企業及學校機構內個人及團體危機事件的立即辨識、評估、管理、輔導與轉介工作。民國 94 年，全國二十五個縣市均設有社區心理衛生中心。除了地方縣市的社區心理衛生中心外，行政院衛生署也於民國 94 年 12 月 9 日成立「全國性」的自殺防治中心，協助各縣市推動自殺防治網絡，促進標準化自殺通報程序及介入流程。之後陸續有自殺防治守門人計畫、台灣自殺防治教育暨研究學會成立、及 98 年 4 月「台北市」成立自殺防治中心，這些都顯示現今社會對危機或自殺的人充滿高度的重視。在行政院衛生署公布的 97 年度死因統計數據中，15-24 歲的青年組死亡人數為 2300 人，雖不是所有群組中最多人，但值得注意的是此年齡層的第二死亡主因為自殺。葉雅馨與林家興（2006）也對於憂鬱程度做調查，發現 18-24 歲年齡層的憂鬱程度及比例均較其他年齡層要高。

從上述的年齡層 18-24 歲相對為大學階段來看，過去大學是一道只有少數人可以進入就讀的窄門，但以現在的環境來看，97 學年度的大學錄取率已達 97.10%，錄取分數也創新低，總分 7.69 分就可進入大學就讀，這樣的情況變成大學是多數人進入到職場之前的必經道路，但大學時期對大多數的學生而言是個全新的經驗，不同於以往的學習及生活環境，大學相較於國、高中是較為自由的環境，但大學必須開始學習在各方面作調整與安排，才能充分發揮自我。從理論層面來看，大學時期正是青少年後期到成年初期的過渡時期，如 Erickson 所言：「此時期是要建立真正自己本體的重要關鍵期，也是最容易產生危機或摩擦的時期」，

大學階段除了要面對自己的改變外，也必須開始面對社會、生活、家庭、學業等方面的壓力及挫折，有人在這樣的情況下適應地很好，但也有人不能度過此時期，產生焦慮、緊張、憂鬱等心理困擾，甚至進而出現自殺或傷害自己等行為，身為心理專業助人者對此部分是不能不多加注意的。但從另外一種方向來看，這過渡時期可當作是社會化的過程，是每個人都會經過的歷程，若是過程因挫敗、憂鬱而導致適應不良或嚴重的心理疾患，那很有可能會影響此人後續的生活，因此心理專業人員要如何提早發現、介入，協助大學生解決困擾度過此時期，是值得我們去思考的。

唐子俊（2007）認為「學校」是自殺防治的一道重要關卡，主要原因為：（1）青少年在學校的時間相當長；（2）能夠觀察到青少年的資訊較多（包括老師、同學）；（3）青少年通常不會讓父母知道自己有想傷害自己的想法；（4）自殺的原因，除了精神疾病之外，學校的人際及課業是最常見的壓力來源；（5）即使青少年因自殺而住院，之後最常見的安置仍是回到學校。許文耀（1998）則認為校園自殺防治的工作應著重於預防，其中高危險群的篩選即為預防工作中重要的一環。美國有鑑於自殺問題日趨嚴重，針對學校有若干的預防方案，期望可以有效地降低校園自殺率，Eckert、Miller、Riley-Tillman 與 DuPaul（2006）整理並比較以下三種預防方案，Curriculum programs、Staff in-service training 及 School-wide screening，其中 School-wide screening 是由 Reynolds（1991）提出，透過兩階段的檢視及評估來辨識出具有潛在自殺危機的學生。透過班級的全校性施測，藉由學生自陳測驗來檢視，目的在於找出潛在自殺危機的學生，再由學校的專業人員進一步衡鑑評估學生的危機性，此方案也類似目前許多國內大專院校的篩選，藉由全校性施測來篩選出具自殺或危機的學生後，再由校內專業人員主動進行關切。而研究者身份為心理所諮商與臨床組學生，在碩三全職實習時，選擇至大專院校實習，在實習過程中，有機會接觸到自殺及危機的學生，依據個人實務經驗發現，這些學生常是外在的壓力過大，超過自己可容許範圍，且目前無法找到有效的方法或人來解決這樣的情況，在此種無適當的支持系統或管道抒發

情緒之下，很容易讓他們採取較為不利的方法來面對這些壓力。因此若專業助人者可以提早接觸到這些危機學生，採取介入、關心他們的狀況，應可降低他們日後有更嚴重的危機之發生可能性。所以不論是從研究來看或是研究者個人經驗而言，針對適應不良或危機者的早期篩選與後續的追蹤都是重要。除了專業人員的主動介入外，當然也希望這群需要幫忙的人可以主動尋求協助，而非等到情況無可挽回的地步再來處理。

針對求助的研究，Narikiyo 與 Kameoka (1992) 比較東西方求助於專業人員的比例，發現亞裔美國人過去求助心理專業經驗的比例 (5.6%) 遠低於美國人 (25%)，其中值得注意的是，造成該主要原因除了在歸因上的不同外，華人的求助可能會先從自己、家人、朋友開始，倘若之後問題更加嚴重或親近的人無法解決時，才會考慮尋求專業人員的協助。而葉雅馨與林家興 (2006) 的研究結果也與上述的研究結果相似，指出國人不論憂鬱嚴重程度，其求助順序第一仍為自己，其次為朋友，而尋求心理專業人員則排序在最後。另外 Roness、Mykletun 與 Dahl (2005) 則發現，大部分的心理疾患 (Mental Disorder) 患者並未尋求專業的協助，這些協助不只是住院治療，也包括其他方面的協助，由此可看出需求與使用之間的差距。Nock 等人 (2009) 分析世界衛生組織 (WHO) 的資料，指出心理疾患對於自殺的高預測性。Mishara、Houle 與 Lavoie (2005) 也指出罹患憂鬱症或其他心理健康問題的男性其自殺比例也遠比沒有心理健康問題者要高，但即使個人知道自已的心理健康狀態，大部分具有自殺危機的男性仍傾向不求助於他人。李明濱、廖士程與吳佳璇 (2003) 指出易造成自殺的危險因素，其中包括：不願意接受協助者、男性及精神疾病患者等因素。在上述各種不同狀態與求助的研究中發現，即使類型不同，但似乎是有一些共同要素，如不同的危機類型 (如憂鬱、自殺、精神疾病患者等) 求助專業人員的比例皆偏低、易受污名化或他人的影響、年齡與性別對求助的影響、對疾病的承認或辨識影響求助等。因此本研究認為除了早期篩選外，探討篩選出的危機者之求助態度及影響求助相關因素也是值得關切，若具有危機性的人未能及時尋求適當專業的協助，很有可

能造成之後更嚴重的結果，而這樣的結果也非專業人員所樂見的。

從文獻中得知影響求助行為的原因非常多，如：性別、文化及污名化等。研究者在閱讀上述有關危機與求助的研究結果時，認為這些影響因素都牽涉到個人對事情的判斷，例如對疾病的污名化即是對疾病的看法與判斷、對疾病的辨識也牽涉到對疾病的認識與判斷、而男性的求助比例低，更是一種對男性應有角色的認知與判斷，而這些判斷、認識、看法或認知即是對事件的歸因，因此本研究中欲著重於歸因此一變項，探討和求助之關聯。歸因理論最早是由 Heider 所提出的，而後則陸續有其他學者，如 Jones 與 Davis 的對應推論理論、Kelley 的共變原則、Weiner 的歸因理論及 Abramson 等人的憂鬱性歸因類型等，提出不同理論來解釋歸因，其中憂鬱性歸因類型理論認為，若個人將負面事件歸因為內在、穩定及全面性時，易產生無助感，進而造成憂鬱症狀的產生，且該理論主要針對憂鬱正的歸因測量。本研究的研究對象為剛入學之大學一年級學生，不只是探討憂鬱症，因此若只用 Abramson 等人的理論來解釋所有學生會顯得不足，故本研究採用 Weiner 的歸因理論，以更廣泛的面向來探討全體大一學生對問題的歸因。除了探討對問題的歸因外，也會進一步依據結果將學生分成不同的危機程度。而在國內外相關研究中，雖有文獻分別研究危機、求助、歸因或兩兩的關係，如危機類型之求助態度、危機類型的歸因或不同的歸因對求助的影響等研究，可看出變項間的關係，但鮮少整合三項，探討危機、歸因與求助三者之關係。本研究欲以探索性方式，探討歸因、危機狀態與求助的關係為何。研究者假設歸因、求助及危機程度三變項彼此是有所關係，除了此研究假設外，也期從研究中獲得更多有關三者間的訊息，倘若能確定變項間的關係，將可提供未來在實務上的運用及提醒，以增加日後可及早介入危機狀態下的個人，並提供適時的幫助。

基於上述的研究動機，本研究目的在探討不同危機程度的大學生，其對困擾問題的歸因與求助於專業人員間的關係，具體目的如下：

- 一、瞭解大學一年級學生的危機程度、對負向事件的歸因、及求助態度的情況；
- 二、探討不同性別大一學生對負向事件之歸因、及其求助態度之差異；

- 三、探討不同危機程度大一學生對負向事件之歸因、及其求助態度之差異；
- 四、探討不同性別、及不同危機程度的大一學生，其歸因及求助態度之差異。
- 五、探討性別、危機程度及歸因對求助態度的預測力。

第二節 研究問題與假設

根據上述的本研究動機與目的，提出研究問題與假設如下說明：

一、研究問題

- (一) 大學一年級學生的危機程度、對負向事件的歸因與求助態度的現況為何？
- (二) 不同性別大一學生在危機程度、歸因及求助態度上是否不同？
- (三) 不同危機程度的大一學生在歸因及求助態度上是否不同？
- (四) 在不同性別及不同危機程度的交互作用之下，大一學生在歸因及求助態度上是否不同？
- (五) 性別、危機程度及歸因是否能預測求助態度？

二、研究假設

- (一) 不同性別大一學生在危機程度、歸因及求助態度上有所差異。
- (二) 不同危機程度大一學生在歸因及求助態度上有所差異。
- (三) 性別、危機程度及歸因對求助態度具有預測力。

第三節 名詞解釋

將本研究涉及的重要名詞，分別予以界定如下：

一、危機程度

危機是指個人對於事件或情境的知覺，其困難超過個人的容忍度或現有的資源與因應機制。除非獲得抒解，否則此情況有可能造成在情感、行為與認知上的嚴重失功能。本研究對危機的定義是以國立政治大學心理諮商中心的政大學生生活適應與健康量表為依據，以身心健康，如自我傷害、憂鬱症及精神疾病症狀(包

括精神分裂症、強迫症、焦慮症等多種類別)等指標作為本研究篩選危機程度的標準，選取全體大學一年級學生在各身心健康指標總分前 5%的人為高危機程度組，其餘 95%則為低危機程度組。

二、 歸因

歸因是指個人藉由資訊來推論自己或他人行為或事件的成因，其歷程會影響個人的行為表現，是事件與行為間的中介歷程，且歸因會影響個人未來對事件或行為的判斷。本研究的歸因是指個人在研究者自編的歸因量表中，對負向事件的歸因，包括內外、穩定及控制性，分數越高分別代表對負向事件越傾向作內在、穩定及可控制的歸因。

三、 求助態度

求助是指個人遭遇到特定困難或情緒困擾而承受壓力時，向他人尋求協助的過程，故可視為個人在面對壓力或困擾時的一種因應機制。本研究的求助態度是指個人求助心理專業人員的態度，受試者在研究者修訂的求助態度測驗上，得分越高代表對求助於心理專業人員有越正向之態度。

第二章 文獻探討

第一節 求助態度

一、求助態度之定義、相關研究及理論

求助是指個人遭遇特定困難或情緒困擾而承受壓力時，從自我或向他人尋求協助的過程（引自陳玉芳，2005），可視為個人在面對壓力或困擾時的一種因應機制。求助則泛指所有能減緩個人在面臨問題或困擾事件時的緊張狀態、解決個人的困擾問題之因應方式，眾多因應方式包括：非正式（向家人或朋友尋求協助）及正式（向心理專業機構尋求協助）管道來處理問題（陳仙子，1999；夏敏，2000；張虹雯與陳金燕，2004）。每個人在日常生活中都有可能遭遇到一些自身能力不足以應付的事件，面對這樣的情境，個人可能採取的因應行為有：（1）向他人求助；（2）拖延，不採取行動；（3）經由觀察或利用書籍等非「人」資源來幫助自己；（4）認知上的扭曲，如將本身的資源不足或將困難歸因於外在因素；（5）依靠宗教信仰。從上述的定義來看，求助的前提是個人必須面臨到會造成自身壓力或緊張的事件。而求助即透過外在資源來幫助自己度過該事件。

從現有的研究來看，國內在求助的主題，內容多針對各種族群的求助態度之相關影響變項：學生（李柏英，1985；朱娟瑩；1986；吳意玲；1993、黃盛蘭；1999、趙柏原，1999；程小蘋與陳珍德，2001）、特定族群（如精神疾患者與家屬、受虐婦女、老人等）及社區民眾；國外之相關研究對象多為：大學生（Halgin, Weaver, Edell, & Spencer, 1987；Komiya, Good, & Sherrod, 2000；Furr, Westefeld, McConnell, Jenkins, 2001；Yen, 2002；Kim, 2007）、不同種族（Lawrence 等人，2006；Ting, & Hwang, 2009），而研究內容多為污名化（Stigma）及不同文化對求助的影響。由上述的整理可看出國內外對於求助態度所聚焦的觀點是不太一樣，故本研究將針對這些研究整理出影響求助態度的理論及相關因素。

求助是一個連續的過程，不是一個單純的過程（陳淑娟，2000），也並非一遇到問題就立刻尋求協助，當事人會先針對問題進行評估，衡量現有的資源、自

身條件及其他因素以決定是否尋求協助。以下即為影響求助的相關理論（Fisher, Nadler, & Whitcher-Alagna, 1982）：

1. 公平理論：根據社會交易理論中的公平法則來探討求助。在求助過程中，求助者若是得到求助對象的協助，但未能回饋相當的報酬，心理上會產生不公平的狀況，而這種狀態會使求助者產生虧欠對方，不舒服的感受、情緒，進而想消除這樣不公平的狀態，若不公平的程度越高，求助者的感受或情緒會越嚴重（Greenberg, 1980；E. Walster, G. W. Walster, & Berscheid, 1973, 1978）。因此，當個人無法消除這樣的不公平時，便會採取避免或延宕求助的行為以避免負向情緒（李柏英，1985）。
2. 威脅自尊心模式：Fisher等人（1982）認為，對接受幫助的人而言，他人的幫助混合了兩種作用，其一為正向資源的支持，其二為接受者的自尊受到威脅。向他人求助同時意味著自己的失敗、能力不足或不如人，故個人的求助行為決定於可獲得的支持與自尊受到威脅之兩種作用相互抵銷的結果，當個人感覺求助可能獲得的支持大於威脅的自尊時便會求助，反之則不會（李柏英，1985）。Tessler與Schwartz（1972）的研究結果同樣也指出，對失敗的歸因若威脅到個人自尊則傾向不求助。
3. 歸因理論：個人在自我能力不足以應付問題時，所作的歸因會影響其求助。若個人將問題歸因於外在的資源不足，則較容易求助於他人；但若個人將問題歸因於個人的性格或能力等內在因素時，則傾向不向他人求助，以免暴露自己的弱點或不足。Snyder與Ingram（1983）則認為，情緒穩定的受試者若將自己遭遇的事件解釋為一般人都有可能遭遇到的事件時，則傾向不求助他人。而情緒不穩定的受試者只有在認為自己遭遇到的事件是一般人也會遇到，不是自己才有的問題時，才較願意求助。另外，若受試者抱持著大多數人必須在此事件上尋求協助才有可能成功的信念，則在面臨問題時其求助行為也會提高（Tessler, & Schwartz, 1972；李柏英，1985）。
4. 理性行動理論（Theory of reasoned action，簡稱 TRA）：由 Fishbein 和 Ajzen

所提出，探討態度、意向 (Intention)、行為及主觀性規範 (Subjective norm) 四者之間的關係。此理論認為影響個人行為的最直接因素就是行為意向，其它可能影響行為的因素，皆是透過行為意向間接影響行為。而行為意向常受到「態度」及「主觀性規範」所影響。態度即個人評估行為的好壞，因此，當個人對行為的態度愈正向，則行為意向就會愈高；反之，當個人對行為的態度愈負向，則行為意向就會愈低。主觀性規範則是包括個人基準信念 (Normative beliefs) 及社會對於該行為的觀感兩部分，涉及個人對他人或團體的信念、社會風俗、他人 (尤其是與自己親密的人) 意見或壓力等相關因素 (Ajzen, & Fishbein, 1980; Kim, & Park, 2009)。Halgin 等人 (1987) 根據此理論，測量憂鬱症學生的求助態度、信念對求助意向的影響，更進一步探討求助意向與實際求助行為之間的關連，發現態度及信念確實會影響意向，而意向也會影響實際的求助。

根據上述理論，國內外研究多從影響個人不求助的因素著手，本研究整理出影響求助的因素包括：

1. 認識程度：影響求助的第一個因素為認識程度，其中包括對心理困擾、疾病的認識與對專業人員的認識兩部分。Lo'pez、Ma. del Carmen Lara、Kopelowicz、Solano與Foncerrada (2009) 指出有關對心理健康的知識與求助之間的關連性，若個人或旁人沒有正確的相關知識，則無法對於症狀做有效地行動且容易傾向將心理疾病歸因為外在環境的轉變或憂鬱情緒，以致於求助於心理專業人員的比例偏低，但經過研究的操弄，給予心理健康、疾患相關的知識後，受試者將心理問題歸因於心理疾病的比例提高，也更願意向心理專業人員求助與轉介。Jorm等人 (1997) 也認為對心理疾病的知識及信念除了提高個人對疾病的辨識、控制及預防外，也可提高尋求適當的協助比例。Bhugra與Hicks (2004) 針對高憂鬱族群，研究提供關於憂鬱及自殺等危機情況內容之冊子，內容包括認識憂鬱及自殺、如何面對及預防等，在閱讀後，受試者對於憂鬱或自殺等危機情況有較正向的看法，認為治療可能是

有其成效的，且會較願意與朋友及家人分享討論有關危機的情況。Corrigan (1978) 則比較大學生求助於朋友與心理專業人員時的考量依據，結果顯示求助於朋友的考量依據為信任感 (trustworthiness) 與吸引力 (attractiveness)；求助於心理專業人員的依據則為信任感與專業度 (expertness)，顯示個人若越相信專業人員的專業則越有可能會求助於專業人員。此研究結果顯示大學生尋求專業人員的考量因素，值得更進一步思考的是，大學生必須要先對於專業人員有足夠的認識或接觸，才有可能了解其專業度，故對於專業人員的了解、認識仍為影響求助的重要因素之一。

2. 文化因素：Abe-Kim 等人 (2007)、Kim 與 Park (2009) 皆指出，華裔亞洲人使用心理機構的比例遠低於美國人，而因文化因素下，影響使用心理機構之意願，如害怕丟臉、沒面子 (Zane, & Mak, 2003)、污名化影響自己及家庭其他人 (Chen, & Mak, 2008)、否認自己需要尋求別人的協助 (True, & Guillermo, 1996)、求助過程中的自我揭露是軟弱的象徵 (Lindsey 等人, 2006)。更有許多研究指出亞洲價值觀會影響個人尋求心理專業人員的態度及主觀性規範，進一步再去影響個人尋求專業人員的意願 (Kim, & Omizo, 2003; Liao, Rounds, & Klein, 2005; Kim, & Park, 2009)。Parker、Chan 與 Tully (2006) 則指出深受美國文化影響的中國人，將憂鬱症身體化 (Somatizing) 程度與對心理問題的求助模式與西方非中國人的控制組無顯著差異，即受美國文化影響越深者，將心理問題身體化的程度就越低，也越願意尋求協助。Chen 與 Mak (2008) 更針對四種不同的文化族群 (華裔美國人、歐裔美國人、香港人、大陸人) 進行求助的研究，該研究的受試者，不論是華裔或歐裔美國人皆是第二代之後或在美國生活平均超過 10 年以上，故可將此兩族群視為深受美國西方文化影響。結果顯示，華裔及歐裔美國人對求助的意願顯著地高於香港及大陸人，代表文化因素確實在求助上有所影響。
3. 污名化 (Stigma)：Ben-Porath (2002) 操弄「有」及「沒有」求助與「心理困擾」及「生理問題」的問題類型，要求受試者評估上述四組狀態下的人

之情緒穩定度、能力、自信心及人際興趣，結果顯示：(1) 在情緒穩定度上，有主要及交互作用效果，心理困擾者易被認為情緒不穩定，而有心理困擾且求助者會更被視為情緒不穩定；(2) 在能力方面，問題類型達顯著差異，即有心理困擾者較有生理問題者易被視為無能力；(3) 在自信心方面，有主要及交互作用效果，即有心理困擾者會被認為較無自信心，而有心理困擾且求助者會被視為更無自信；(4) 在人際興趣上，問題類型達顯著差異，即受試者對於有心理困擾者較無興趣。統整來看，受試者認為有心理困擾者較生理問題者是無能力、自信心低且對其人際興趣低；有尋求協助者則會被認為情緒較不穩定及無自信。Barney、Griffiths、Christensen與Jorm (2009) 研究發現，大眾認為憂鬱症患者是難以溝通、即使用藥物治療，其成效仍是有限的，而尋求心理協助的人被認為是防衛、笨拙、不穩定、難過、冷漠及不擅社交。上述研究雖都是從他人來推論、評估求助者的狀態，但從結果可以看出，他人傾向以負向的態度來看待求助者。相對來說，若今天自己為求助者，或許也會因為擔心他人對自己的看法、態度而影響求助。

Barney、Griffiths、Jorm與Christensen (2006) 則研究對憂鬱症的污名化對尋求特定專業人員（醫生、諮商師、心理學家、精神科醫生、補充性醫療人員）協助之影響，研究將污名化分成兩類：自我污名化（Self stigma）及接收到的污名化（Perceived stigma），自我污名化是指個人將他人或社會所抱持的污名化內化到自我，所以對憂鬱症可能會認為是自我控制不足因而不尋求協助；接收到的污名化則是指認為他人對某些事情或行為抱持著污名化的想法，故若尋求協助則可能被污名化看待。該研究結果顯示兩種的污名化皆會降低個人尋求專業人員協助之比例，除了污名化外，該研究也指出「年齡」是影響求助的因素之一，越年輕者越傾向不求助於專業人員，這一點也是值得注意的。Han、Chen、Hwang與Wei (2006) 則指出對亞洲人而言，對心理疾患的污名化是直接影響求助心理機構的原因，而台灣大學生對疾病越以污名化看待，則尋求諮商的意願就越低。

4. 性別：Burns與Rapee（2006）指出女性除了在辨識心理疾病及相關知識判斷較男性準確外，也會傾向推薦他人去諮商以尋求協助。Mansfield與Addis（2005）整理過去研究發現男性在生理或心理疾病上的求助比例皆較女性低，且對於求助有較負向的態度。Good與Wood（1995）探討男性的性別角色衝突對憂鬱症及求助的影響，該研究整理過去許多研究皆顯示男性求助比例較女性低，影響因素包括男性特質（如自我揭露程度、情感察覺與表達都與女性不同等）及男性角色衝突（male gender role conflict，簡稱MGRC）等因素，結果顯示MGRC確實會對憂鬱症及求助皆有影響；且MGRC又可分為兩部分，分別對憂鬱症及求助影響，第一部分為限制相關（Restriction-related），是針對情感表達與人際關係，如男性「不應該」有太多的情感表露，此部分與求助有關連性；第二部分為成就相關（Achievement-related），是針對成就，如男性「應該」要有所成就，此部份則與憂鬱症有所關聯。若兩者皆高者，則容易有憂鬱症且對求助有負面的態度，若成就相關高，限制相關低者則雖有憂鬱症但傾向求助。國內的研究也指出性別在求助上的差異，陳淑娟（2000）研究針對國中生之求助態度，結果顯示男生困擾程度較女生嚴重，但其求助態度卻更消極負面。張虹雯與陳金燕（2004）研究也同樣指出成年男性在求助行為歷程中所耗費的時間與困難度皆較成年女性要來得長與困難。

從上述影響因素及理論來看，可發現影響求助的要素非常多，而上述的因素也很少只用單一理論就可以完全解釋，如污名化，同時可能牽涉到文化及性別等因素影響。研究者認為性別及歸因都是其中相當重要的要素之一，因研究普遍指出性別在求助態度上的差異外，性別在許多事件的判斷及看法也具有差異性，故本研究將把性別納入考量，探討性別在其他變項上的影響。而歸因是對事件的判斷及看法，這些判斷及看法又會影響求助，但歸因是如何影響求助？與其他影響求助因素的關係為何？不同類型的問題其影響是否一致？似乎尚無明確的定論，故值得深入探討歸因與求助之關係。

二、求助態度的測量工具

過去除了探討影響求助的因素外，也積極地想藉由量表測量出個人的求助態度。Mackenzie、Knox、Gekoski 與 Macaulay (2004) 整理過去測量求助心理專業人員的求助態度量表發現，有許多量表的編製是沒有依據理論基礎，且量表的測量向度也不一致，如 Stefl 與 Prosperi (1985) 測量對心理健康機構的可利用、可接近、接受及可負擔之知覺程度來檢視求助態度；Currin、Schneider、Hayslip 與 Kooken (1998) 要求受試者判斷在 24 個情境問題中，是否會尋求心理協助，依據結果來檢視求助態度。而過去最具代表性測量求助的量表為 Fischer 與 Turner (1970) 所編製的 Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (簡稱 ATSPPHS)，該量表遵循心理計量、使用符合實驗設計之工具所編製完成，且具有良好的信效度。ATSPPHS 量表包含四個因素，分別為：(1) 承認心理輔導必要的程度；(2) 容忍污名化的程度；(3) 人際間開放的程度；(4) 信任心理專業人員的程度。國內學者林幸台 (1979) 也在原作者同意之下將該量表翻譯成中文版，同樣具有良好的信效度。雖 ATSPPHS 及其中文版被廣泛地用來測量求助態度，但兩量表距離現今都已至少 30 年，是否仍能夠符合現況，此點是需要考慮的。Mackenzie 等人 (2004) 就指出 ATSPPHS 在概念及方法上需要修正的地方，如用詞的過時、理論依據不足、受試者的代表性、統計方法的使用及量尺的選擇。Fischer 也意識到修訂 ATSPPHS 的重要性，故在 1995 年與 Farina 編制只有 10 題，單一向度的量表。

但從求助的研究及理論來看，影響求助的因素非常多，若只用單一向度似乎無法有效地測量到求助態度。Mackenzie 等人 (2004) 也指出求助量表多向度的重要性，故以 ATSPPHS 為依據，並考量須修正的地方，編制新的求助態度量表 Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (簡稱 IASMHS)，該量表共 24 題，包含三個因素，分別為：(1) 心理開放度 (Psychological openness)：意指個人承認是否有心理問題及尋求專業人員幫助的可能性；(2) 求助傾向 (Help-seeking propensity)：意指個人相信自己是有意願且能夠尋求專業心理人

員的幫助；(3) 對污名化的忽視 (Indifference to stigma)：意指個人看待當他人知道自己因心理問題求助於專業人員時的重視程度。該測驗具有良好的信效度，能有效地區別個人過去是否有使用心理健康機構的經驗、未來使用機構的可能性及尋求專業與非專業的意圖。

本研究者從上述相關研究、理論及量表向度得知，求助是屬於多向度，若只從單一向度來測量是略顯不足，必須從整體來探討，而 IASMHS 不只從多向度來測量求助態度，各分量表也可總加成為一整體的求助專業人員的態度。

IASMHS 各分量表所著重的範圍也較為廣泛，如心理開放度與前述的文化、不夠認識等因素有所關聯、污名化向度則可用來解釋性別、文化、污名化等因素，故所能解釋的範圍更大，另外該量表除了根據 ATSPPHS 外，還依據理性行動理論 (TRA) 讓量表更具推論性。Atkinson (2007) 使用 IASMHS 測量中國與美國大學生對心理專業人員的求助態度，為符合語言及文化性，該作者已將 IASMHS 翻譯成中文，因此本研究將以 IASMHS 英文版本為主，Atkinson 所翻譯的中文版為輔，且考量台灣的文化及用詞，對量表進行翻譯修正。

三、小結

本研究鑒於現代青少年族群的危機性不斷提高，故將研究對象鎖定為大學生，除了探討其求助於心理專業人員的態度現況之外，也期從中瞭解不同危機程度之學生的求助態度是否不同。從上述文獻中可理解，影響求助的因素有很多，因此除了瞭解不同適應或危機狀態的受試者的求助態度是否不同外，更進一步欲探討個人對問題的歸因及性別是否也會影響求助，下一節即先針對個人危機狀態進行討論。

第二節 危機

一、危機的定義

「危機 (Crisis)」，這個名詞常在生活中聽到，社會層面有「經濟危機」、夫妻之間有「婚姻危機」、成年人有「中年危機」、大學生課業方面有「二一危機」，究竟危機是什麼意思呢？危機對我們只有不好的意義嗎？以下即針對危機作定義及說明。

從教育部重編國語辭典修訂本的定義，危機是指潛藏的危險、禍害或是生死成敗的緊要關頭；從英文的定義則可知，危機是「個人在面對一個既無法逃脫，且利用現有的資源是無法解決危急事件時所經驗的一段短暫心理不平衡時期」（引自陳嘉鳳、周才忠、賴念華、錢靜怡與利美萱，2005）。從上述的定義來看，危機可以指事件，但也可指稱面臨這些事件的人之心理狀態。而過去，「危機」常被運用在教育、心理、醫學、社工和經濟等文獻上，但從這些文獻中可知，目前學界對於危機並無共識，心理和社工領域常用之以說明情緒困擾和適應不良者；教育領域用來表示中輟的學生或指目前的學習狀況可能造成日後學習障礙之學生；醫療上用之表示健康有問題的人；經濟和商界則用以表示找不到工作或缺乏工作技能的人（麥霍特等人，1998/1998；楊瑞珠、連廷嘉，2004）。

在心理領域中，Erikson、Lindemann 及 Caplan 三人對於早期的危機理論發展有極大的貢獻，他們各自從不同的觀點來定義、探討危機。Erikson（藍采風，1978）以「個人發展」面向來討論危機。人的一生可以劃分為八個發展階段，而每一階段中都有不一樣，必須去面對及完成的認同危機，如第五階段剛好是本研究所關切的青少年之年齡層。本階段主要的危機為個人面臨角色的認同，由於此階段將面臨與過去不同的新角色與社會規範，會讓個人不知所措而造成角色的混淆。Erikson 認為在此階段，青少年會將各種的「我」之概念，逐漸塑造出一個自我的認同，即個人將過去、現在與未來融會貫通成為一連續性的自我概念，因此此階段對於個人人格的發展與形成是最重要的。其中 Erikson 強調的危機是個人一生中將面臨的各種發展過程中的正常危機，而 Lindemann（藍采風，1978）

對危機的定義則是生活中發生的事件有可能造成危機情境，每個人在生活中常會面對一些不可避免或意外事件，如親人過世、結婚、天災、疾病等，這些事件對某些人而言，有可能造成情緒上的困擾，即一種危機的處境。在這樣的情況下，會經歷以下階段：情緒緊張度升高、受壓迫的感覺及對危機或困境產生應變能力或無法對危機產生應變之功能而造成永久性的創傷。個人對危機的經歷決定於：人格特質、過去經驗、對目前情境受創傷的程度及個人因應危機的有效資源（如他人的支持、情緒容忍度高等），若能將壓力源去除，則可改善或去除個人行為上不正常的表現。Caplan（1964）將危機定義為一種暫時性或生命中的轉捩點，危機的發生可能使個人在人格發展上更健全、成熟，但也可能阻止或影響個人的人格成長。Caplan也強調預防工作的重要性，若一級或二級預防能有效地實行，則造成危機的可能性會降低許多。藍采風（1978）統整上述等人對危機的看法而將危機定義為：「當一個人在面臨達成人生目標過程的阻礙時，運用從前習慣的解決問題方法卻不能奏效，接著相繼有茫然不知所措、崩潰、沮喪等情緒困擾的產生」。

布拉梅爾（1982/1987）從助人關係中定義危機是一種混亂和分裂的情境，此情況中，當事人生活中重要的目標受挫折，應付壓力的生活規律體系受到嚴重的破壞。Poland（1990）認為，危機概念是連續的，正常發展轉換、未預期事件都有可能造成危機。路易斯等人（2003/2007）在社區諮商一書中對於危機的定義為個人處理世界的正常方法突然消失，危機可能來自於生活突然的改變或來自於不同問題的組合。吳芝儀（2000）則認為處於危機狀態的學生則是指個人因身心狀況、家庭、學校、社會及文化等不利因素，在傳統教育體系中難以獲得成功經驗的青少年，易造成教育、學業失敗的危機，而危機學生易於發生偏差或違規犯錯的行為問題，如中輟、藥物濫用、攻擊、危險性行為或自我傷害等。從上述文獻來看，危機的發生，是在令個人難以承受或超過個人能力的情境或環境下產生，而個人在這樣的情境，若未能即時的處理，則可能造成許多的不良後果。

James與Gilliland（2005）回顧過去相關文獻，對危機有以下六個定義：

1. 危機狀態是指個人面臨重要生活目標受到阻礙，且無法使用慣用的方法來解決問題，失敗後產生混亂、沮喪的時期。
2. 危機是來自於個人相信妨礙生活目標的狀況是無法用過去習慣的選擇或行為來解決。
3. 危機之所以是危機，是因為個人知道沒有辦法去處理這樣的情況。
4. 危機是個人遭遇到困難或讓個人停滯不前的情境而無法知覺到對生活中的控制感。
5. 危機是當個人面臨到重要生活目標受挫或生活階段與因應壓力的嚴重崩潰，一種處於解構的狀態。危機通常是用來形容對於崩解的感覺，如恐懼、驚嚇與挫折，而非崩解本身。
6. 除了上述的定義外，他們也認為危機發展會經歷四個階段：
 - 緊急情況的發生與否取決於個人一般因應能力是否足夠。
 - 事件的緊張與解構程度逐漸提升並超過個人因應能力。
 - 需要有額外資源（如諮商）來解決問題。
 - 為解決人格上的解構，轉介或許是必須的。

總結以上文獻對於危機的定義，研究者認為在心理領域方面的危機，或可稱為心理危機，此種危機是一種對於事件或情境的知覺，其困難超過個人的容忍度或現有的資源與因應機制，除非獲得抒解，否則此危機有可能在情感、行為與認知上造成嚴重的失功能。因此研究者認為若個人知覺其在某方面，如人際、家庭、學業等面臨困擾，或在情感、行為與認知上有較高失功能狀態，都可視為其危機狀態較高。

二、危機的類型

許多事件都有可能造成影響而構成危機，一般對危機事件的分類可分為下列四大類：

1. 發展性危機（Developmental crisis）：人類成長的自然發展，為漸進式的，包括出生、入學、青春期、畢業、結婚、為人父母及退休等時期，雖發展危機

被視為每個人都會經歷的，但每個人的危機情況卻是獨特，且個人會使用自己的方式來面對，故面對這些內在的自然改變，有人會產生內在的不平衡、衝突、挑戰及矛盾等情緒困擾；而有人則可以順利度過（賴倩瑜、陳瑞蘭、吳佳珍、林惠綺、沈麗惠，2000；James & Gilliland, 2005）。如更年期的婦女會面臨荷爾蒙的改變，而這樣的生理改變可能也會造成心理上的改變；除了自身生理的改變外，家中也可能正面臨兒女離家、丈夫忙於事業的情況，更年期的婦女無法得到適當地關切及幫助，其心理危機就有可能出現。Erikson 認為個人一生中會經歷八個發展階段，每一階段都有應發展的任務，若個體無法順利完成其任務，則會產生發展上的危機，如表 1 所示。

表 1 Erikson 發展年齡、階段及任務表

發展年齡	發展階段	發展任務
0~1	嬰兒期	基本的信賴 vs 不信賴
1~3	兒童期	自主 vs 羞愧懷疑
3~6	學齡前期	主動進取 vs 退縮罪惡
6~12	學齡期	勤奮 vs 自卑
12~20	青少年期	自我認同 vs 角色混淆
20~40	青年期	友愛親密 vs 孤獨疏離
40~65	中年期	精力充沛 vs 頹廢不前
65 以上	老年期	自我整合 vs 悲觀絕望

資料來源：Developmental Psychology(6th ed.) (p.43) , Shaffer, 2002 , Wadsworth/Thomson Learning, Inc.

2. 情境性危機 (Situational crisis)：個人的基本需求受影響、面臨許多刺激及選擇或無法預期的意外事件，威脅到個人的身、心與社會的完整性，且過去慣用的因應方式無法有效地解決，導致出現情緒障礙、人際關係障礙、或思考、

組織力減退等狀況。此類的危機如車禍、失業、未婚懷孕、或突然地罹患疾病、過世等。情境性危機與其他類型危機最大的不同是在於此類危機事件都是隨機、突發性，所造成的影響皆具高度的緊張、焦慮及驚嚇（賴倩瑜等人，2000；James & Gilliland, 2005）。

3. 存在性危機（Existential crisis）：對是否有完成重要的人生意義而產生的內在衝突及焦慮，如負責任、獨立、自由及承諾等。存在性危機的情境：如在 40 歲時發現自己未在專業或組織內有任何的顯著影響；在 50 歲時，後悔過去沒有好好經營婚姻或離開父母自組家庭等，而現在則已經不太可能再有機會去體會了；在 60 歲時，回顧自己的一生卻是沒有任何意義，沒有完成甚麼特別的事情或議題（James & Gilliland, 2005）。
4. 環境性危機（Environmental crisis）：最後一種危機的類型則參考生態系統理論（Ecosystem theory）觀點，此類危機為自然或人為所造成的災難，災難的侵襲使個人或群體日後的生活、環境會有偌大的影響。自然現象所引起的危機災難如水災、地震、颱風、火山爆發等，人為的災難包括生物所引起的，如流行性疾病、裝滿石油的船在海上擱淺；政治因素所引起的，如戰爭、種族屠殺；嚴重的經濟因素，如經濟大蕭條等（賴倩瑜等人，2000；James & Gilliland, 2005）。

上述是從理論來對於危機做分類，而這些危機狀況、事件都是我們有可能會遇到的，每一種危機皆有不同的影響、嚴重程度，因此在有限的人力與時間下，專業人員會先針對嚴重程度較高、影響範圍較廣的事件做緊急處理，但不代表專業人員會忽略那些嚴重程度較低、影響範圍較小的事件。另外也有許多的問題因應方式來面對這些不同的危機事件，如衛生教育推廣、課程訓練等可針對普遍大家都會遇到的危機做預防，針對嚴重程度較高的危機事件則有可能成立團隊進行協助、介入。因此不只是從理論上來分類，也必須從現實狀況來探討危機的類型，現實中我們如何將危機做分類？何種危機會造成嚴重的影響？何種危機必須是被優先處理？目前台北市政府衛生局社區心理衛生中心將高危機類型分為：緊急

災難心理衛生、自殺防治及其遺族、憂鬱症防治及失業危機等四大類，其標準如表 2 所示：

表 2 台北市政府衛生局社區心理衛生中心高危機分類表

	緊急災難心理衛生	自殺防治及其遺族	憂鬱症防治	失業危機
各類高危險群個別標準	個案需符合災難高危險群之標準（至少符合下列任一項）	個案需符合自殺高危險群之標準（至少符合下列任一項）	個案需符合憂鬱高危險群之標準（至少符合下列任一項）	個案需符合失業高危險群之標準（至少符合下列任一項）
	1. 受災難事件（如震災、疫情、風災、水災等）影響者，且經評估收案者。	1. 過去 6 個月內曾有自殺意念甚至有自殺企圖（行動構思）。	1. 持續兩週有憂鬱症相關症狀者。	1. 因裁員、離職或休無薪假造成憂鬱情緒持續 2 週以上者。
	2. 受意外事故（如火災、車禍等）或受社區重大危機事件（如性騷擾、暴力傷害事件等）影響者，且經評估收案者。	2. 為自殺行為者（含自殺成功或自殺未遂）之家屬、周遭親戚、朋友、同事或直接接受到該自殺事件衝擊影響者。	2. 過去 6 個月內曾被診斷過有憂鬱症，經精神科治療進入持續治療期或維持期，醫師評估病人適合並希望接受心理治療者。	2. 因裁員、離職或休無薪假產生自殺意念或企圖者。
	3. 受個人生活變故（如親屬離異、喪親、受暴等）影響，且社會支持網絡薄弱（如單親、獨居等），且經評估收案者。		3. 最近 6 個月內個人面臨危機事件（如喪親、離異、人際困難、工作壓力、學習適應等）或處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心症狀，且已對個人功能（如生活作息、能力表現與關係維持）產生負面影響者。	3. 因裁員、離職或休無薪假致使身心狀態呈現功能困擾、並影響到日常生活作息、能力表現與關係維持達 3 個月以上者。
4. 身心狀態呈現功能困擾，並影響到日常生活作息、能力表現與關係維持者，達一定期間（如 3 個月以上）。			4. 因受親屬遭裁員、離職或休無薪假影響，而有上述情形之一者。	

資料來源：台北市政府衛生局社區心理衛生中心

政府目前將高危機分為四大項，第一項緊急災難所包含的範圍相當廣泛，如

天災、意外事件、個人變故等皆包括在其中。第二、三項的自殺與憂鬱症，過去原本也屬於緊急災難的一部分，但後來因順應社會環境及自殺、憂鬱人數的逐漸攀高，故特別把自殺及憂鬱症兩部分獨立出來，這也顯示現今社會對於自殺及憂鬱症的重視及需要性。值得一提的是過去分類原本只有緊急災難、自殺及憂鬱症三項，失業危機則是近幾年才納入，為因應因金融風暴所造成的失業、經濟等影響，以降低失業後續危機的嚴重程度。

三、危機的測量與篩檢

為及早發現有危機狀態的學生給予協助，目前各大專院校皆藉由不同的測驗以篩選出有心理危機或需關懷的對象，其中《大學生身心適應調查表》(朱錦鳳，2002)主要目的在協助教師與輔導人員發現困擾學生的問題，進而幫助學生成長與適應，該量表包括十個分量表：生活困擾、時間管理困擾、生涯困擾、學習困擾、家庭困擾、人際困擾、感情困擾、情緒困擾、精神困擾及生理困擾，可從精神困擾分量表篩選出具自殺念頭或精神疾病傾向的學生。《大學生心理健康量表》(黃政昌、王蔚竣，2008)目的在檢測大學生的潛在困擾特質，藉此篩選需關懷對象，該量表包括五個向度：憂鬱傾向、焦慮傾向、自傷傾向、衝動行為及精神困擾。《大學生心理適應量表》(陳李綢，2000)旨在了解大學生的適應問題與困難、評估與診斷其心理適應問題，該量表有六項適應力指標：問題解決與決策力、家庭及人際關係、個人自信及勝任力、學習適應力、情緒適應力及價值判斷力。而國立政治大學心理諮商中心每年皆會在大一新生入學一個月後進行身心生活適應量表的普測，該量表已施測多年，但每年仍會依據其結果及其它因素進行修訂，以期更有效地篩選出具危機性的學生。在97學年度，該中心所使用的量表為身心生活適應量表，包含三部分，第一部分是吳英璋、許文耀所編製的身心生活適應量表、第二部分是該中心自編的心理健康史調查、第三部分則是引用李昱的台灣人憂鬱症量表。該量表對危機的定義主要有三項，第一項為第一部分中的負向情緒因應中之第25題「經常或總是嚴重憂鬱」、第二項同樣為第一部分中的負向情緒因應，其中的第26題「經常或總是有自殺念頭」、第三項則為第三部分的

台灣人憂鬱症量表，其總分高於28分者，以上三種指標，只要符合其中一項，即篩選為具有危機的學生。該中心針對高危險群的篩檢已行多年，每年都會根據結果作調整、修訂，除了從憂鬱、自殺等常見的指標來篩選外，也認為若從不同的面向來探討高危險群，可增進危機的篩選及認識，故該中心也於98學年度將量表重新編製，改名為政大學生生活適應與健康量表，主要是透過訪談結果，編入不同的指標，將身心適應指標分為兩類，第一類指標包括：自我傷害、精神疾病（包括強迫症、焦慮症等多種類別）及憂鬱症三部分；第二類指標包括：時間管理、生涯規劃、學習、家庭、人際關係、感情、情緒及自我價值等8項生活適應指標。而研究者嘗試從歸因及求助態度切入，結合該中心原有的量表，探討危機程度、歸因與求助態度的關係，並以國立政治大學大學一年級學生為對象。

四、危機的介入與處置

危機事件通常是短暫的，但對於個體的影響卻可能是長遠、顯著，若能在危機發生時，適時介入處理，對於個體則可能會有正面的影響。1944年，Lindemann針對大火倖存者及受難者家屬作追蹤研究，發現事件發生後，有些人因該事件產生憂鬱、精神疾患或人格型態改變等情況，此時期的悲痛是否能順利解決，將會影響日後的適應狀況。Caplan（1964）認為個體的成長過程是藉由不斷地失衡或危機狀態而往前邁進，因此個體會在危機中努力去獲得穩定，在此因應過程中就有機會讓個體去達到比危機發生前更好、更穩定的狀態（引自陳嘉鳳等人，2005）。危機產生後，即使外部沒有做任何的介入或協助，通常也會在4~6週內結束其危機狀況，藍采風（1978）也指出時間的長短受到幾個因素影響，如個體的相對角色、個人對環境的適應能力、能夠用來解決問題的資源與策略之應用、當事者對危機所下的定義、及危機對個體目前生活所干擾的程度。上述的因素也會影響危機狀態結束後對於個體所造成的結果，而結果有以下三種可能性：回復原狀，恢復到危機前的情況（沒有進步也無退步）；有所成長，可能是發現新的資源、學會新的因應技巧等而有較佳的生活適應；更加退步，比危機前之情況更為更糟，可能表現出退縮、不再嘗試問題解決、甚至有可能產生人格解組或自殺

等不良適應行為（李宗派，2000；陳嘉鳳，2004；Kanel, 2003）。除了瞭解危機介入的結果外，何時介入也是值得探討的，Parad（1965）就指出越早提供幫助並能夠被接受，將在危機調適中得到極大的效果。

Caplan（1964）所提出三級預防的概念即是強調早期預防工作的重要性，若能趁早介入，其成效將會是最大。他將預防工作分為三個階段：

1. 初級預防（Primary Prevention）：初級預防是社區的概念，目的在於降低有害環境所造成的心理疾患之比例。非針對特定可能發病的人，而是針對整體，與個人-病人取向（Individual-patient oriented）不同。聚焦於社區並非忽略個人，而是從較廣的層次來看，Caplan 也從中發現，同樣面對有傷害性的刺激，有人會深受影響，甚至生病，但也有人能維持健康的狀態，此結果的差異也反映到初級預防概念中。Cowen 則進一步區分兩種形式的初級預防，第一種類型為降低會造成個人失功能的可能性，如危險因子；第二種類型為尋求提高心理健康的方法，如保護因子。除了區分初級預防的形式外，Cowen 也更清楚地界定初級預防方案必須符合下列幾項條件：針對團體而非個人、在症狀或不良適應出現之前、企圖增強個體的心理調適、可驗證性。而從 1980 年起，若干初級預防方案皆套用此標準（引自 Scileppi, Teed, & Torres, 2000）。
2. 次級預防（Secondary Prevention）：次級預防聚焦於有風險發展成危機的個人，理論上這些人面對壓力、刺激已出現症狀，因此採取適當的治療方法來防止疾病或問題的蔓延，希望降低其嚴重度及延續性。初級預防是在降低未來發生的可能性，而次級預防則是透過早期介入嘗試減少流行率。次級預防包括診斷與治療兩部分，其中診斷有可能出現假警報的現象，即個人被錯誤辨識為危機對象，故要如何有效準確地診斷在次級預防中相當重要的（Scileppi 等人, 2000）。
3. 三級預防（Tertiary Prevention）：三級預防目的在減輕傷害與問題影響程度，並防止未來再發生的可能性。雖三級預防與臨床治療很相似，但預防著重於幫助個人回到正常的生活型態，而非治療疾病。故三級預防的目標包括將個

人安置於社區機構、教導個人如何與疾病共處、如何提高生活品質而不受疾病影響等。三級預防對個人與社會的價值在於：安置於社區機構讓個人花費較少之外，社會成本也會降低、原本無生產力的個人也因三級預防方案的協助可再度回到社會提供產能。

目前在社會或學校裡，都希望能落實預防的概念，從積極的宣導，到舉辦許多心理衛生活動，如講座、電影等，期望減少日後危機發生的可能性。但即使積極地從預防的概念著手，現實中仍有許多人是需要幫助的，而這些需要被幫助的人當中又以危機個案最為急迫，理想上這些人應該都會主動尋求方法解決問題，倘若問題無法解決則會求助於外在資源或其他人，但事實上卻非如此簡單，求助涉及心理及外在的因素，這些因素總結下來個人最後是有可能選擇放棄嘗試，不求助。故研究者希望進一步探討求助與危機之關聯，從中了解如何協助處於危機狀態下的人，讓他們可及早尋求協助，而非不求助。

五、危機與求助相關研究

在上一節中有提及影響求助的因素，其中又有許多研究是針對危機與求助之間的關係。Lindsey 等人（2006）探討個人有心理困擾仍不求助於心理專業人員之影響因素，該研究對象為達憂鬱症診斷標準的非裔美國人，依是否有求助於心理健康機構分為兩組，結果顯示有求助的組別皆表示身旁親近的人對於自己的求助是抱持著支持態度（10名受試者中，有5位是經由學校老師轉介，有4位是經由父母轉介），而未求助的組別結果則不一致，有一半的人其身旁親近的人是給予支持，而另一半則是不支持，顯示家庭或友人的支持對憂鬱患者是否去求助佔有很大的影響。另外值得注意的是「污名化」此因素，兩組人皆認為污名化會影響求助行為，因此在遇到問題時，傾向先靠自己解決。Barney 等人（2009）探討污名化信念對憂鬱症患者的求助影響，結果發現求助對象為非專業人員時（如同事、朋友、家人等），因預期對方可能對憂鬱症存有負向的想法，而傾向不告知或求助於他們；求助對象為心理專業人員時，仍存在預期的污名化信念，認為專業人員仍可能對憂鬱症有負向想法，其中污名化信念對男性的求助影響更

是明顯。Halgin 等人 (1987) 根據 TRA 理論測量患有憂鬱症的大學生求助態度、信念對意向的影響，更進一步探討意向對求助行為影響，結果顯示過去有求助經驗的憂鬱症組比過去沒有求助經驗的憂鬱症組及無憂鬱症組的求助意向要高，而過去沒有求助經驗的憂鬱症組與無憂鬱症組在求助信念上並無顯著的差異。顯示過去的求助經驗會影響現在，甚至未來的求助行為，因此個人若對求助是抱持著正面態度，則會提高日後求助的機率。該研究也比較其他研究結果，發現未求助的學生在解決問題上，其意向傾向靠自己，且對心理專業人員是否可解決問題抱持著懷疑的態度。從上述研究可知，過去的經驗會影響求助信念、態度，其信念、態度也會影響未來是否會求助的因素之一。

Sherwood 與 Salkovskis (2007) 整理過去研究指出，影響憂鬱症患者的求助因素包括：在疾病初期，未能正確辨識出其症狀、污名化、個人及社會對憂鬱症的態度及信念、過去的治疗經驗、治療的方式等因素都會影響求助。而該研究針對憂鬱症患者的過去治療經驗、治療的形式及目前憂鬱症狀況作探討。結果顯示：(1) 過去有接受過心理方面治療的患者其求助門檻 (thresholds) 比沒有的患者要低；(2) 正處於憂鬱症 (Currently depressed) 的患者比非正處於憂鬱症的患者，對憂鬱有更負面的信念及態度，此負面的信念與態度也會提高求助的門檻；(3) 對憂鬱症的污名化信念越深，其求助門檻也會越高。上述結果代表過去沒有求助心理相關經驗、正處於憂鬱症及受污名化影響越大的患者，日後越不會尋求心理專業的協助。葉雅馨與林家興 (2006) 則探討國內民眾的憂鬱程度與求助行為的關聯性，研究將憂鬱分為起伏不定、達臨界值及嚴重三種程度。結果顯示，在求助方式，三種不同程度的人最常使用的求助方式皆為自助處理為主，如不管問題，多休息及運動、使用放鬆方法、自己研究資料上的建議。其次的方式則為就醫於中西醫或一般科別，求助於心理專業人員、精神科或心理輔導志工則排在上述的求助方式之後。另外該研究也發現憂鬱程度嚴重者，相較於其他兩組有較高的比例傾向不求助也不覺得自身的情況嚴重。在求助對象上，三組人皆以自己為優先 (休息睡覺)，其次才會向外尋求協助。而對外求助的對象順序以

「朋友」為主，其次為宗教人士，最後才是專業心理諮商人員。該研究認為其不尋求心理專業人員協助之結果或許與民眾傾向將憂鬱症狀歸類為生理因素有關。

國內外許多研究皆顯示自殺與憂鬱之間有關係(王如, 1997; 王彩鳳, 1999; Furr 等人, 2001; Leo, Cerin, Spathonis, & Burgis, 2005; Cheung, Dewa, Cairney, Veldhuizen, & Schaffer, 2009), Cheung 等人(2009)整理過去研究發現年輕憂鬱或自殺者尋求心理健康機構的比例偏低, 故該研究特別針對 15-18 及 19-24 歲的兩青少年族群, 結果顯示在 19-24 歲組中, 性別及文化均會影響求助行為: 女性的求助比例為男性的兩倍, 外來移民較傾向不求助。Barnes、Ikeda 與 Kresnow (2001) 則主要針對有自殺想法、意圖及行為者之求助, 其中指出約有 24~69% 的自殺者在自殺前的一個月有尋求精神科或開業醫生的協助, 且有自殺企圖者也有較高尋求心理治療的意願。該研究比較因自殺企圖而接受醫院治療者的個案組(case group) 及一般民眾的控制組(control group) 兩組, 結果顯示個案組在憂鬱程度、無希望感皆高於控制組, 但兩組在求助比例上則無顯著差異, 在求助對象上, 兩組皆有近一半的人傾向尋求家人、朋友的協助。另外在個案組中, 也顯示出年齡的差異, 越年輕者越不會尋求協助, 且遇到問題也傾向不求助於臨床或其他專業者。Pagura、Fotti、Katz 與 Sareen (2009) 將受試者分為有心理疾患但無自殺行為者、有自殺想法者及有自殺企圖者三組, 測量求助、需求的知覺、對專業者的滿意度及阻礙求助的原因。結果顯示:(1) 在求助比例及需求的知覺上, 有自殺想法及企圖者在求助比例及需求的知覺上顯著高於有心理疾患但無自殺行為者;(2) 在求助對象上, 有自殺想法及企圖者比有心理疾患無自殺行為者更願意接受各式的協助, 且有自殺企圖者比有自殺想法者更傾向尋求精神科醫生、心理學家及護士的協助;(3) 雖有自殺想法及企圖者有較高的求助比例, 但其中 48% 有自殺想法及 24% 有自殺企圖的人是未尋求協助且無需求的知覺;(4) 24% 有自殺想法者知覺到其接受諮商或治療的需求, 但並未實際尋求協助, 而 41% 有自殺企圖者則有相同的情況;(5) 對專業的滿意度上, 三組之間有達顯著差異: 有自殺想法者對精神科醫生及社工的滿意度高於有心理疾患但無自殺行為者、有

自殺企圖者對精神科醫生及心理學家的滿意度則低於其他兩組；(6) 在阻礙求助的原因上，有自殺企圖者較有心理疾患但無自殺行為者易受到時間無法配合的因素影響，而有自殺企圖者較有自殺想法者易受到不知如何或哪裡可以找到資源及受交通、孩子、行程表等問題的影響。統整該研究，雖有自殺想法及企圖者的求助比例較心理患者高，但其中仍有部分的人即使知覺到自己的需求，依舊未尋求協助；有自殺意圖者對專業的滿意度最低、易受到不知求助管道而阻礙求助，此現象是值得專業人員多加注意。

除憂鬱及自殺之間的關係外，有許多研究探討不同的心理疾患與求助之間的關係。Roness 等人 (2005) 就指出心理疾患患者的求助受到許多因素影響，如疾病的嚴重程度、持續長度、污名化等，且沒有求助可能是因為患者缺乏病識感或尋求非正式的管道 (如家人、朋友) 來解決問題，而患有焦慮或憂鬱症者鮮少求助，可能的影響因素為不夠信任機構、認為疾病無法有所進展及污名化。

Thompson、Issakidis 與 Hunt (2008) 研究針對焦慮症及情感疾患患者的求助延遲，發現整體求助平均延遲 8.2 年，扣除在發病的第一年就求助的 28% 受試者，其餘的求助平均則延遲至 11.55 年，另外該研究也發現，第一次發病時越年輕及越晚辨識病情者其求助更是延遲。Mojtabai、Olfson 與 Mechanic (2002) 認為有心理問題未求助者，可能是當事人認為此症狀只是暫時、輕度、未辨識出該問題是與心理層面有關、認為治療無效、對求助感到尷尬、害怕污名化等。Vanheusden 等人 (2008) 探討求助的狀況外，該研究也將心理健康機構分為兩類，一為初級的心理健康服務 (Primary mental health services)，包括一般開業醫生、社工，另一類則為專業心理健康服務 (Specialty mental health services)，主要以心理專業人員為主。研究結果顯示有心理問題者，只有 34.6% 會尋求心理健康機構，其中 16.2% 以初級機構為主，18.4% 則以專業機構為主，在背景資料中，年輕男性在求助於專業服務的比例顯著低於其他族群。Ng 等人 (2008) 研究針對憂鬱及焦慮患者，發現影響求助之主要因素並非機構系統 (如可得性)，而是個人及社會因素，另外自我評估心理健康程度越低者，也越有得到心理疾患的可能性。Tang、

Sevigny、Mao、Jiang 與 Cai (2007) 則針對中國的精神分裂症者做分析，研究將求助機構分為兩種，一為非精神科醫院之機構 (Non-psychiatric facility，簡稱 NPF)，另一則為精神科醫院 (Psychiatric hospital)，結果顯示，有 59.4% 的患者在看精神科醫生之前，會嘗試一種以上的 NPF，包括中醫、氣功、一般醫院、宗教等，而患者求助於 NPF 而非精神科專業的原因為：不相信醫院的治療或擔心接受不當的治療方式、認為症狀尚未嚴重、靠 NPF 可治得好、認為是生理而非心理問題、醫院的不可得性、擔心負擔不起治療的費用、害怕丟臉及去醫院感覺羞恥或受污名化。

六、危機與性別

性別在許多危機或疾病的研究中，皆是重要的影響因素。Mo'ller-Leimku'hler (2002) 的研究數據顯示女性罹患憂鬱症的比例為男性的兩倍，但男性的自殺成功率高於女性。該研究也指出性別與求助之間的關係，男性除了求助行為低於女性外，若牽涉到情緒困擾或憂鬱症狀時，男性更不會尋求協助。Hausner、Hajak 與 Spiegl (2008) 則認為男性在憂鬱症的診斷上，易受到性別因素而被誤判，但在求助方面，該研究則與其他研究相同，男性的求助行為低於女性。另外唐子俊 (2005)；Mishara 等人 (2005) 及 Taliaferro、Rienzo、Miller、Pigg 與 Dodd (2008) 研究皆指出女性嘗試自殺的人數多於男性，而男性自殺死亡成功率是女性的三到四倍。唐子俊 (2005) 在研究中也指出自殺青少年約有一半或三分之二有情緒困擾，其中女性大部分為嚴重憂鬱症，而男性則常與行為問題或藥物濫用有關。

除了憂鬱症之外，Wahl 和 Hunter (1992) 整理若干有關精神分裂症的研究，發現性別在疾病上的差異：罹患疾病人數比例 (男性高於女性)、發病年齡、正負向症狀 (女性多表現出正向症狀；男性多表現出負向症狀)、住院治療時間長短等，另外該研究也特別指出在探討精神分裂症時，應更加注意性別因素的影響。Olf、Langeland、Draijer 與 Gersons (2007) 則指出女性在創傷後壓力症候群 (PTSD) 方面的易損性：女性受到的創傷經驗較男性多、知覺到強烈的威脅與失去控制感、社會心理對女性的影響、缺乏社會支持及生理等因素皆會增加女

性罹患 PTSD 的機率。Martin、Chung、Kirisci 與 Langenbacher(2006)和 Gil-Rivas、Prause 與 Grella (2009) 研究針對藥物及酒精的濫用，同樣發現男女性在藥物及酒精的使用頻率及程度上之差異，女性有較高的使用頻率，而男性則有較嚴重的濫用。

七、小結

統整上述發現，即使是不同的危機類型，但之中是有一些共同要素，如求助專業人員的比例偏低、受他人或污名化的影響、年輕男性的求助比例低、男女性在不同的危機類型比例不同、對疾病的承認或辨識影響求助等。對於心理專業人員而言，這些是相當重要的訊息，除了瞭解哪些要素會影響求助外，也給予未來在實務工作上的方向。另外研究者在閱讀這些結果時，認為這些影響因素都牽涉到個人對事情的看法及判斷，例如對疾病的辨識及污名化即是對疾病的看法與判斷、女性知覺威脅或失去控制感，也是對事件的看法與判斷，而這些判斷與看法都與對事件的歸因有關，因此本研究除了關心目前這些要素外，也嘗試從「歸因」的角度切入，探討歸因是否影響這些因素。

第三節 歸因

一、歸因的定義及理論

歸因 (Attribution) 是指個人藉由資訊來推論自己或他人行為或事件的成因 (Franzoi, 2003), 歸因的歷程會影響個人的行為表現, 是事件與行為間的中介歷程 (陳浩銘, 2006)。歸因的理論包括,

1. 素樸心理學 (Naïve psychology):

在歸因理論中, Heider (1958) 所提出的素樸心理學算是最早的理論, 他認為一般人都相信個人的所作所為都有其背後的原因, 因此當行為出現時, 都會嘗試去解釋、瞭解。另外他也認為一般人都希望世界有一致性及對環境有所控制之內在需求, 藉由歸因則可以有效地預測人類行為。該理論將歸因分為內在 (Internal attribution) 及外在 (External attribution) 兩部分。內在歸因又稱個人歸因 (Personal attribution), 意指將原因歸於個人本身的內在特質, 如能力、努力、態度或情緒等。外在歸因又稱情境歸因 (Situation attribution), 意指將原因歸於事件的外在因素, 如工作難度、運氣或他人的影響等 (Franzoi, 2003)。個體在解釋自身行為時, 傾向使用外在歸因, 在解釋他人的行為時, 則傾向使用內在歸因, 後續有許多學者研究此現象, 發現這樣的歸因傾向會形成行為者-觀察者效應 (Actor-Observer effect) 及基本歸因謬誤 (Fundamental attribution error) 等歸因上的偏誤。

2. 對應推論理論 (Correspondent inference theory)

Jones 與 Davis 在 1965 年提出對應推論理論, 該理論旨在尋求推論個人意圖及其行為傾向的方法。換言之, 知覺者要判斷被觀察的行為是否為行為者的意圖所影響, 所依據的標準為行為者的知識和能力。故此理論核心概念是我們會根據個人的行為或行動來推論相對應的內在特質, 而這些行為都是源自於個體特殊的性格特質。一般而言, 在下列幾種情況中, 我們會較有做內在歸因的信心 (劉焜輝, 1992; Franzoi, 2003):

- (1) 不符合角色預期的行為：若個人行為是符合角色的期待，則我們對於該行為的發生較不會歸因於個人特質；反之，則容易歸因於個人特質。
- (2) 選擇能力：若個人的行為是在毫無選擇的情況之下發生的，則較無法推論行為者的個人特質或態度；反之，若是在可選擇的情況底下發生，則較能從他的行為來推論個人特質。
- (3) 出自於自由意志：若個人的行為是出自於個人的自由意志，並非由他人所掌控，則較能從該行為來推論個人特質；反之，若該行為是遵循他人，則較不會歸因於個人特質。
- (4) 低社會讚許：若行為是不為社會所讚許，但個人仍表現出該行為，我們則較能從該行為來推論個人特質；反之，若行為是受到社會所讚許、接受的，我們較不將此行為歸因於個人特質。
- (5) 非共同效應 (Non-common effect)：若個人的行為較為特殊，與其他人不一樣，則較可推論該行為為個人特質所影響；反之，若行為與他人一致，則較難將其行為歸因於個人特質。

3. 共變原則 (Covariation principle)

Kelley 認為人們在對他人行為做歸因時，會有兩種情況：一是僅憑一次的觀察機會去推論行為的原因；另一種則是根據多次的觀察結果而推論的行為原因。在僅一次的觀察機會中，容易受折扣原則影響，即在推論行為原因時，容易受到其他原因的存在而影響，若同時有兩個可能的原因存在，則任何一個真正導致行為的原因皆有可能被打折扣。而有多次的觀察機會，對其行為原因的推論，通常都依據三類訊息來判斷 (劉焜輝，1992；Franzoi, 2003)：

- (1) 同意度 (Consensus)：其他人對同樣的刺激是否也做出與個體一樣的反應，若一樣則同意度高；反之，則同意度低。此部分考慮到周圍環境的人之反應。
- (2) 一致性 (Consistency)：個體在不同時間點、情境是否都對同樣的刺激做出一致的行為反應，若有，則一致性高；反之，則一致性低。

(3) 區辨性 (Distinctiveness)：個體只對特定刺激做反應，還是對所有的刺激皆作一樣的反应，若個體的行為只針對特定的刺激，則區辨性高；反之，若對許多刺激皆做出同樣的反应，則行為的區辨性低。

根據此三類訊息，可將 Kelley 對行為的歸因分成下列類型，如表 3 所示：

表 3 Kelley 之歸因類型表

狀況	同意度	一致性	區辨性	通常的歸因類型
1	低	高	低	內在歸因
2	高	高	高	事件因素
3	低	低	高	環境因素

資料來源：Social Psychology(3rd ed.) (p.107) , Franzoi, 2003, New York : McGraw-Hill Companies, Inc.

4. Weiner 的歸因理論

Heider 針對歸因做內在及外在的分類，Weiner 則更進一步延伸其概念，將歸因分為三向度：內外、穩定性及控制。穩定代表的是固定很難變化的原因（如能力），而不穩定則代表容易變化的原因（如情緒）；控制包括可以控制的原因（如努力）與無法控制的原因（如天氣）。此三向度可用來解釋行為的歸因，也可預測歸因對未來行為的影響（劉焜輝，1992；Franzoi, 2003）。表 4 則以學業表現為例，看三向度歸因的結果：

表 4 以學業表現為例，使用三向度的歸因內涵表

	內在		外在	
	穩定	不穩定	穩定	不穩定
控制	努力	臨時抱佛腳	老師對答案的喜好	從別人那得到協助
不可控制	智力	情緒	考試難度	運氣

資料來源：Social Psychology(3rd ed.) (p.104) , Franzoi, 2003, New York : McGraw-Hill Companies, Inc.

Weiner 認為歸因的穩定性會決定對將來成就的期待，即個人若將成功歸因於穩定的因素時，對於下次結果成功的期待也會較高，反之若將成功歸因於不穩定的因素，則對下次結果成功的期待會較低。內外歸因則與情緒或自尊有所關聯。而控制與否則決定行為者與之互動的他人如何互動（劉焜輝，1992；陳浩銘，2005；Franzoi, 2003）。

5. 憂鬱性歸因類型 (Depressive attribution style)

Abramson 等人根據 Seligman 的習得無助理論提出修正，認為在原本的理論中，無法控制的情況及個體主觀上預期自己的反應與結果無關聯，並非發生無力感或憂鬱的必然條件。他們認為經驗到無法控制的情況之後所發生的問題，乃是由歸因所左右的（陳浩銘，2006），他們將歸因分為下列三部分：

- (1) 內在-外在 (Internal-External)：指個體將事件歸因於內在或外在因素，兩者都會造成憂鬱，但若個人越把不能控制的原因歸因於內在時，則越有可能產生低自尊及憂鬱的情緒。
- (2) 穩定-不穩定 (Stable-Unstable)：指個體認為事件的原因是長期、重複出現還是短期、暫時的。若個體越將不能控制的結果做越穩定的歸因，其憂鬱症狀的持續時間就會越長。
- (3) 全面-特殊性 (Global-Specific)：指個體認為某事件的原因會影響其他生活事件，還是只影響該事件本身。若個體把負面事件類推為全面的解釋時，

則習得無助的類化範圍越廣，反之若只將該事件做特定的歸因時，無助感則較不會在不同的情況中出現。

綜合上述，若將負向事件歸因於內在因素會導致自尊下降及憂鬱情緒，歸因於穩定因素會使個體憂鬱狀態持續較久，歸因於全面性因素則會使無力感擴散到不同的情境中（陳浩銘，2006）。Abramson 等人認為若個體將負面事件歸因於內在、穩定及全面性時，會產生無助感，造成憂鬱症狀的產生，此種歸因類型即為憂鬱性歸因類型（Depressive attribution style）。

二、歸因與危機

從歸因的定義與理論中，可看出憂鬱性歸因類型與憂鬱之間的關聯性，當個體的歸因為憂鬱性歸因類型時，在面對壓力或負向事件時更容易產生憂鬱情緒，也無法有效地解決問題，進而產生無望感。此種低落絕望的狀態將有可能促使個體產生自殺意念、行為及死亡（王彩鳳，1999）。曾光佩（1993）也指出過去的研究大多支持憂鬱程度高者傾向對負向事件作更內在、穩定及整體性的歸因。而Curry（1990）的研究則指出憂鬱歸因型態與正向事件的負相關性，即憂鬱程度越嚴重，對正向事件的內在、穩定、整體的歸因分數越低。柯慧貞（1982）針對國內大學生，探討歸因與憂鬱症之關聯，結果顯示憂鬱程度越高者，在負向事件上越會做內在、穩定、整體的歸因，此結果也支持憂鬱性歸因類型的假設。另外該研究中也參考其他學者及研究，認為「控制性」也是重要的要素之一，故特別納入歸因之中，結果顯示不論是正負向事件，憂鬱程度越高者，都越傾向做不可控制性的歸因。Harvey（1981）除了探討憂鬱性歸因類型外，也指出「控制性」的重要性，研究結果，憂鬱與非憂鬱組在正向事件中，只有內在歸因達顯著差異（非憂鬱組高於憂鬱組）；在負向事件中，則有內在（憂鬱組高於非憂鬱組）、控制性（憂鬱組高於非憂鬱組）歸因達顯著。另外該研究也從六個面向（情境、努力、運氣、能力、控制及責任）來比較兩組人的差異性，結果顯示，在正向事件中，只有能力達顯著差異（非憂鬱組高於憂鬱組）；在負向事件中，對能力、控制及責任的歸因皆是憂鬱組顯著高於非憂鬱組。

除了針對憂鬱症的歸因研究外，也有針對其他疾病的研究。Nathan、Wylie 與 Marsella (2001) 同時針對心理疾患患者及其家屬，測量對疾病的歸因及生活品質，結果發現。若將疾病的原因歸因於外在（非個人或家庭引起），兩組皆顯示出較好的生活品質及家庭關係；反之，若將疾病歸因於個人或家庭所引起的，則顯示出較差的關係。Weisman、Nuechterlein 與 Goldstein (1998) 也從精神分裂症患者的家屬對病人行為的歸因著手，結果顯示與病人關係越親近的家屬越會認為病人對於他們的病情及症狀是越可控制的，另外對於精神分裂症的正向症狀（如幻聽、妄想等），因容易被辨識為受疾病影響，故會被視為不可控制，而負向症狀（如無表情、生活退縮）因不易被辨識受疾病影響，故常被歸因於是個人特質影響（個人可控制），因此容易引起較多的憤怒。Zimmerman、Coryell、Corenthal 與 Wilson (1986) 則同時比較健康、精神分裂症組、精神性憂鬱症及一般憂鬱症四組的歸因，結果顯示精神分裂症組與健康組只有在整體性歸因上有達顯著差異（精神分裂症組高於健康組），即精神分裂症組會對負向事件做較整體性的歸因；但精神分裂症組與其他兩組憂鬱症組則無顯著差異。

整理上述研究可發現，研究大多支持憂鬱症的歸因類型（內在、穩定、整體），而對於「控制」的結果則不一，此點是值得深入了解。另外，對於危機與歸因的研究大多著重於憂鬱症，有關其他心理疾患或危機狀況的研究則明顯少了許多，但其他疾患或危機狀況是否也有類似的歸因方式，亦或是不同的，這些都是有待進一步釐清。

三、歸因與求助

用來解釋求助的歸因理論大多是 Weiner 及 Abramson，但研究結果並不一致，且在這些研究中，測量歸因的指標有非常多種，故本研究先針對這些研究作整理，並從中挑選與本研究主題相符合的歸因指標。

歸因是對他人及自己的行為做原因之推論，除了對問題原因作推論外，對他人的歸因也會影響自己是否願意去幫助對方，而對自己的歸因則會影響自己是否會求助於他人。Weiner、Perry 與 Magnusson (1988) 針對 10 種被污名化的情況

(AIDS、阿茲海默症、兒童虐待、心臟病、過胖、視障、藥物成癮、癌症、半身不遂及越戰症候群)，要求受試者評估在對這 10 種情況中，當事人是否該負責任（自我可以控制）、及此情況是否會持續或改變（穩定程度），另外測量受試者對此情況的情緒反應與幫助此該當事人的意願。結果顯示心理-行為污名化（如 AIDS、兒童虐待等）的情況常被歸因為高控制、低穩定；而生理或先天上限制（如身體殘障、視障等）的情況，則常被歸因為低控制、高穩定。另外若是心理-行為的污名化，則會引起個人較多的憤怒、厭惡、較少的同情及幫助意願；但若是生理上或其他先天上的限制，則會引起較少的憤怒及厭惡，較高的同情及幫助意願。該研究是針對對他人的歸因及協助，本研究欲探討的則是以自我狀態的歸因為主，雖主體不一樣，但從此研究中也得到一些啟發，如歸因與行為結果的類型對於協助與否有很大的影響性，對他人及對自我是否也有相似之處，皆是值得研究。而接下來則整理個人對於自我的歸因與求助的關聯。

Karabenick 與 Knapp (1988) 針對學業表現的歸因來預測求助的需求，研究指出學業表現差的學生若將表現不良歸因為自己的能力不足，且認為此情況是穩定（穩定性），未來也不太可能改善，則容易引起個人的負向情緒，如罪惡感、沮喪及無望等感覺 (Weiner, Russell, & Lerman, 1979)，且較傾向不尋求外界的協助。Ames 與 Lau (1982) 同樣探討對學業表現的歸因與求助之間的關聯，結果顯示若學生將其學業表現歸因於努力不足（可控制性）及認為自己只有在學業上表現不佳，其他方面仍表現良好（全面性）則求助的可能性較大；反之，若將學業表現歸因於能力不足且是整體性的，則易使個人自尊受損，產生負面情緒，傾向不尋求協助。Blanchard-Fields 與 Irion (1988) 則是把年齡當作調節變項來看歸因與情境之間的關係，研究結果發現年齡及對環境的知覺會影響個人的求助與歸因方式，14-25 歲的青少年易受到外在環境影響，對問題感到較無法控制；而 35 歲以上的中老年人對外在的控制感較強，較會使用策略（如尋求他人協助等）來解決問題。另外青少年比中老年人對問題有較高的比例採取內在、整體、非控制性的歸因，在青少年身上，這樣的歸因方式與負向問題因應策略（如逃避、敵

意反應、自責等)有正相關,但有如此歸因的中老年人則與負向的問題因應策略有負相關。從該研究中可見,年齡對於歸因及採取的策略皆有很大的影響。

程玲玲(1989)探討大學生的困擾問題與歸因、求助、主觀知覺等之間的關係,研究發現:(1)若個人將問題困擾歸因為內在(如能力、個性、努力等)因素,且認為該問題對自己而言是非常嚴重,持續影響生活,比較會使用各項的心理衛生資源;(2)個體所知覺到問題可處理程度,與自己處理或找人幫忙變項呈現正相關,與外在歸因、問題嚴重程度呈現負相關,顯示對問題的控制度也是影響歸因及求助的重要因素之一。其中值得注意的一點是,雖上述歸因方式及知覺會促使個體使用資源、尋求協助,但通常都是等到問題非常嚴重或多到無法處理才會接受心理協助,而此結果與Lin與Lin(1978);Kleinman(1980);Lin、Inui、Kleinman與Womack(1982)的研究結果一致,認為華人只有在問題拖了許久且非常嚴重,自己或周遭的人無法處理時,才會求助於專業人員。Narikiyo與Kameoka(1992)則比較亞洲人與美國人對疾病的歸因及其求助行為,發現亞洲國家的心理治療低使用率主要受到文化價值觀、家庭連結、避免心理治療的羞愧等因素影響,另外亞洲人過去求助心理專業經驗的比例(5.6%)遠低於美國人(25%),且傾向將心理疾病歸因於內在能力不足。在這樣的情況下,通常是自己先嘗試解決問題,若不行才會向他人(以家人、朋友為優先)尋求協助。夏勉與江光榮(2007)比較主動求助與未求助的兩大学生族群在歸因與求助上的關聯性,發現對問題的可控制程度與求助行為有負相關,代表大学生認為問題越是可控制的,則越不會尋求協助。從上述的研究中可看出,華人與西方人在求助上的行為不同,但由於取樣及研究年代的不同,台灣大学生是愈歸因於內在或外在?愈歸因於可控制或不可控制因素,其求助行為會較高仍是未知數。但從中發現華人都是等到問題非常嚴重或多到無法處理才會去接受心理協助的現象,這是身為心理專業人員應多加注意的。

統整上述研究,研究者發現對問題的控制度是影響個人是否求助之重要因素之一,在程玲玲(1989)研究中雖未特別對控制度下定義,但其中個人知覺問題

的可處理程度與 Weiner 理論中的控制歸因概念相似。另外許多針對華人的研究也指出，求助於心理專業人員似乎是在個人或親近自己的人已經無法解決時才會考慮的，此概念所代表的也是唯有當問題是自己或他人無法控制時，才會尋求專業協助。過去針對憂鬱症的研究，多採用 Abramson 等人的歸因概念，但本研究關注的為高、低危機族群（包括憂鬱、自殺、精神疾病症狀等不同程度的危機類型），定義的族群範圍更廣，更多元，若只從針對憂鬱症的歸因概念出發略顯不足，故本研究主要依據 Weiner 的歸因理論，探討對整體的問題之內外在、控制度及穩定度與求助之間的關聯性。

四、歸因與性別

本研究除了探討歸因與危機、求助之關係外，另一重點則在於男女性在歸因上是否不同。吳聰秀（2006）指出男女生在正向歸因分量表上無顯著差異，但在負向歸因分量表上達顯著差異，女生的負向歸因型態平均數較男生高，即女生在面對負向事件時，更傾向將事件歸因於內在、穩定及廣泛的形式。在學業成就方面，涂淑娟（2003）指出女生較男生容易將學業成功歸因於個人的努力，而將失敗歸因於個人能力差、學習內容太過困難及其他因素。Nicholls（1975）及陳秋利（2007）也指出男生在面對失敗的結果時，傾向歸因為運氣不佳；女生則將成功歸因於努力而非能力因素，另外女生會有自貶性之歸因傾向，而男生有自衛性之歸因傾向。Greenlees 等人（2007）研究則針對運動表現，結果也發現性別在歸因上的偏誤及差異，男性較女性容易作自利歸因偏誤，傾向將成功歸因為內在、穩定。但洪菁穗（1998）的研究發現，性別在成功表現歸因上並無差異，在失敗表現的歸因上，女生則較男生傾向作外在的歸因。在洪碧霞（1981）的研究中也發現，國中生不論成功或失敗多傾向作內在歸因，在成功時，女性的努力歸因傾向大於男生；失敗時，男女的努力歸因傾向則無差異。洪碧霞認為成功時的內在歸因，不管是能力或努力歸因都能維持個體的自信與自尊，但失敗時的內在歸因，若作努力歸因則自尊、自信不會受到傷害，仍有再接再厲的未來性；倘若作能力歸因，則個體的信心會受到影響並產生無助感（引自陳秋利，2007）。從

上述的研究可發現，男女性在歸因上似乎有些許的不同，尤其在負向或失敗事件上，性別的差異更是明顯，故本研究將背景變項「性別」納入考量，檢視性別與其他變項間之關係與差異。

五、歸因的測量

針對危機族群的歸因測量，一部分的焦點在他人對於精神疾患的歸因（洪嘉雯，2004；周志玉，2006）、另一部分則在於精神疾患患者自我的歸因型態（柯慧貞，1982；黃裕達，1991；王彩鳳，1999；陳浩銘，2006）。在精神疾患患者自我歸因的研究中，又以憂鬱症為最常被探討，探討憂鬱症常從 Abramson 等人的憂鬱性歸因類型來檢視其歸因型態，而 Seligman、Abramson、Simmel 與 Baeyer（1979）設計的歸因型態量表即為測量憂鬱症的歸因型態，量表中包含 12 種假設情境，題目的內容分為兩種類型，一為成就取向（Achievement orientation），另一為人際親和取向（Affiliation orientation）。每一類別中皆包含正、負向事件，在每一事件中，受試者必須寫下影響該事件發生的最主要原因，根據此原因，受試者要對該原因作歸因（內外、穩定性、整體性）及重要性的判斷。研究發現，高憂鬱者較低憂鬱者在負向事件傾向作內在、穩定及整體性的歸因型態，而在正向事件兩組則無顯著的差異。柯慧貞（1982）研究大學生的生活壓力、歸因組型、社會支援與憂鬱症的關係，即沿用該量表形式來測量歸因型態，也得到相似的結果：憂鬱程度越高者越傾向將負面的事件歸因於內在、穩定及整體性，在正向事件上，則並無全部顯著地相關。

六、小結

根據上述研究可發現，在負向事件中，高憂鬱者似乎有特定的歸因型態，但在正向事件中，則無一致性的結果，而男女性在對失敗、負向情境中，似乎也有不同的歸因方式。本研究參考結果並以對負向事件的歸因為主要研究內容，另外因本研究所關注的對象為不同性別、危機類型及危機程度，相較於與上述研究專門針對憂鬱症，本研究的對象更廣、更多元，且也有許多研究指出「控制」歸因的重要性，故本研究依據 Weiner 之歸因理論，以內外、穩定及控制度為主，

來探討與性別、危機及求助之間的關係。



第三章 研究方法

根據前述的研究目的及相關文獻的回顧，本研究以問卷調查法進行測量，探討大學一年級學生的危機程度、歸因與求助態度之關係。

第一節 研究架構

本研究除了危機程度、歸因及求助態度三變項外，也將背景變項性別列入考慮，一併進行統計分析考驗。危機程度變項依四項指標區分為高低危機程度組，指標分別為憂鬱、精神疾病、自我傷害及身心健康總分。歸因變項則分為內外、穩定及控制三部分。

本研究先探討不同性別在危機程度、歸因及求助態度上是否有差異，再了解不同的危機程度在歸因及求助態度上是否有差異、更進一步瞭解在同時考量性別及危機程度兩變項，在歸因及求助態度上是否有差異。最後再以求助態度為校標變項，危機程度、歸因、性別為預測變項進行迴歸分析，以瞭解預測變項對於求助態度的影響力高低，研究架構如圖 1 所示：

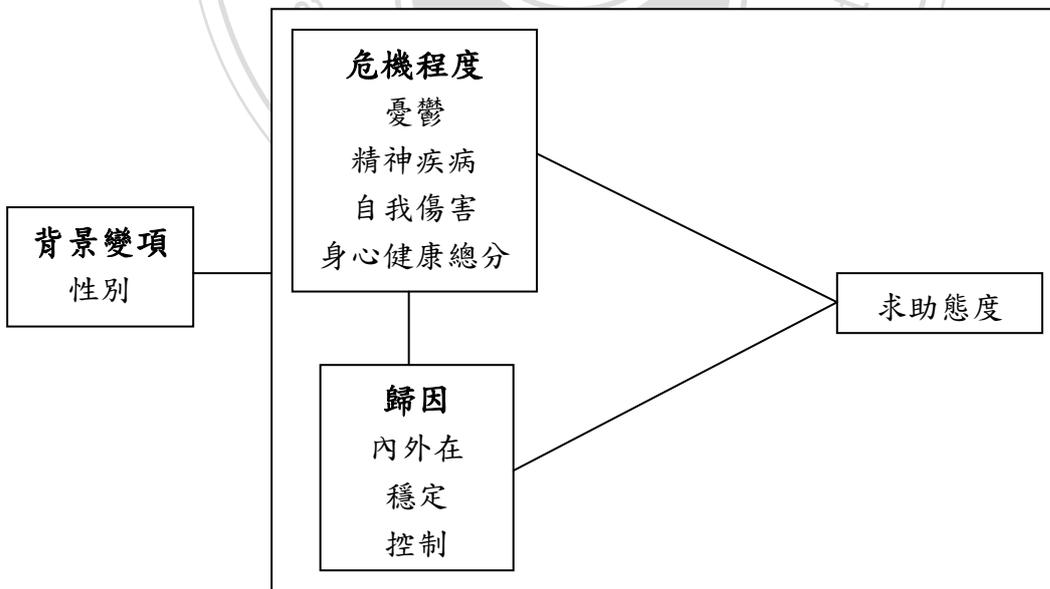


圖 1 研究架構圖

第二節 研究對象

一、預試研究對象

為瞭解研究者所修訂的「歸因型態量表」及「IASMHS」中文版於本研究中的適切性及量表的信效度，選取國立政治大學修習心理系心理實驗法課程之 83 位學生作為預試研究對象。在歸因型態量表的編製，研究者是參考 Seligman 等人 (1979) 及柯慧貞 (1982) 的歸因組型量表之形式，重新編制符合本研究的研究目的之量表，並檢驗量表的信效度；在 IASMHS 量表，雖同時參考英文及中文版，但考量台灣的文化及用詞，故研究者重新翻譯該量表，並檢驗量表的信效度。

二、正式研究對象

本研究選取對象為國立政治大學一年級學生，因本研究與該校的心理諮商中心一併施測，故施測單位以班級為單位，共計 47 班，總人數為 2137 人。經扣除非大一新生後，大一新生填寫政大學生生活適應與健康量表總人數為 2066 人，另外因本研究施測程序需配合該中心，故求助態度量表及歸因型態量表並未施測於全校大一班級，且部分班級因時間不足，無法填寫完兩量表，最後本研究完成兩量表總人數分別為 1919、1699 人。

第三節 研究工具

本研究之研究工具包括政大學生生活適應與健康量表、歸因型態量表、求助態度量表等三部分，基本資料如受試者之性別、年級、年齡、科系等資料則包括在政大學生生活適應與健康量表及求助態度量表之中。以下將針對本研究之主要工具分別說明：

一、政大學生生活適應與健康量表

(一) 量表內容

本研究採用國立政治大學心理諮商中心所編製的政大學生生活適應與健康量表（修慧蘭、林筱婷，2010）作為測量大一新生危機程度之工具。該量表的編製是參考國內外文獻及相關量表，如大學生心理健康量表、大學生身心適應調查表、健康、性格、習慣量表等量表，除了資料文獻外，中心也針對校內人士（如系主任、導師、助教）及具有相關實務經驗的心理專業人員作質性訪談，篩選出校園內重要的指標，並邀請心理專業人員勾選各項指標的重要性。根據上述資料統整出兩類指標，第一類指標包括：自我傷害、精神疾病症狀及其他（包括強迫症、焦慮症等多種類別）兩部分；第二類指標包括：時間管理、生涯規劃、學習、家庭、人際關係、感情、情緒及自我價值等 8 項指標，最後依據指標及其他量表，設計問卷題目。該量表以大一學生為樣本，抽取本校大一學生 172 人進行預試，並檢驗其信度。

(二) 信度分析

該中心經預試的修訂及刪題，正式進行施測為 2066 人，該量表透過 Rasch Model 分析，以 INFIT 及 OUTFIT 指標的 MNSQ 及 ZSTD 作為選題的參考標準，且透過專家及相關人員的討論與判定，經刪減後，最後修訂完成正式量表內的第一類指標包含「自我傷害」、「憂鬱」及「精神疾病症狀」三部分，題目共有 32 題（修慧蘭、林筱婷，2010），各分量表題目如表 5，即為本量表之正式版本（詳見附錄二）。而本研究將第一類指標當作身心健康指標，其身心健康指標量表之

內部一致性信度如表 6 所示：

表 5 分量表題目表

分量表	題目
憂鬱	第 5、11、22、26、27、29 題，共 6 題。
精神疾病	第 1、3、4、7、8、9、10、12、13、14、15、16、17、18、19、20、23、24、25、28、30、32 題，共 22 題。
自我傷害	第 2、6、21、31 題，共 4 題。

資料來源：國立政治大學學生心理健康篩檢量表之編制，修慧蘭、林筱婷，2010，國立政治大學校務發展研究計畫，台北市。

表 6 正式量表身心健康指標各因素之內部一致性信度表

量表	因素	內部一致性
身心健康指標	身心健康總分	.915
	自我傷害	.793
	精神疾病症狀	.873
	憂鬱	.874

資料來源：國立政治大學學生心理健康篩檢量表之編制(43 頁)，修慧蘭、林筱婷，2010，國立政治大學校務發展研究計畫，台北市。

(四) 效度考驗

該中心在量表效度考驗從下列三個面向探討 (修慧蘭、林筱婷，2010)：

1. 簡式健康量表

簡式健康量表是目前被廣為使用初步篩選高危機個案的量表，政大學生生活適應與健康量表將簡式健康量表作為效標指標，探討兩量表之相關分析。在生活適應與健康量表中的各分量表：憂鬱、精神疾病症狀及自我傷害與簡式之間的相關分別為.644、.616 及.425，皆達.01 的顯著水準。結果顯示，兩量表有顯著的相

關性，代表生活適應與健康量表確實可篩選出具有危機狀況的學生。

2. 本量表模式之 LISERL 的適配性考驗

除了效標關聯效度，也以驗證性因素分析方式探討架構的整體適配度。在適配度考驗三類指標中，絕對適配度指標中只有 RMSEA 指標達成，其餘指標皆未達成，代表該架構模式不適合，需考量其他適配指標；另外兩指標（相對適配度指標及簡效適配度指標）結果則顯示，各指標皆達成，代表該架構模式達到良好標準。由上述結果可瞭解該量表架構模式尚未獲得完全的支持，適配度仍需改善，因此根據 LISERL 提供的修正指標進行修正。

3. 共變後 LISERL 的適配性考驗

經修正共變後的適配性考驗，絕對適配度指標部分標準未達成（卡方及 RMSEA），其餘標準則皆達成，顯示該模式仍有部分需要修正；另外兩指標結果中，各標準皆達成，顯示該量表的各向度與理論架構是適配的，部分因素具有共變關係在理論上亦是符合，且此關係並不影響該量表之架構。

二、歸因型態量表

（一）量表內容

本研究所使用的歸因型態量表是參考 Seligman 等人(1979)及柯慧貞(1982)的歸因組型量表，該量表主要測量受試者對於正負向事件的歸因，而本研究依據其結果，並考量本研究之研究目的，僅以測量對負向事件的歸因，並以 Weiner 的歸因理論為依據。本研究的歸因型態量表包含下列三部分：

1. 負向事件

本研究參考朱錦鳳、段亞新(2002)對大學生的身心適應及困擾分析研究與國立政治大學 97 學年度諮商類別兩結果，找出大學生常見的困擾類型，包括：感情、人際、課業、家庭、情緒、精神（心理疾患）、自殺等七種類型。受試者針對每一困擾類型，依據個人經驗（若沒有相關經驗則可跳過不作答）在這些類型中，分別寫出自己認為最重要且影響最大的一件負向事件。

2. 事件原因

受試者根據該負向事件，寫下他認為使此事件發生的最主要原因，並依據此原因，繼續回答下一部分歸因的評量。

3. 歸因評量

根據上述的事件原因，要求受試者就此原因作歸因程度評估，分數越高則代表個人對事件原因越歸因於內在（原因是因自己而造成）、穩定（原因以後仍會穩定影響）及可控制的（自己可以控制該主要原因）。例題如下：

若我在生涯方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

找不到工作。

其主要原因：自己能力不好，沒人要用。

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程度的判斷	0 %	2 %	4 %	6 %	8 %	10 %
此主要原因是因我而造成的程度（例題中圈選3，即認為該原因有60%是因為自己因素所造成的）	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度（例題中圈選4，即認為該原因以後仍有80%的機率會持續穩定影響）	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度（例題中圈選5，即認為自己可100%控制該主要原因）	0	1	2	3	4	5

預試進行信度分析，根據內部一致性結果，刪除題目，另外也針對負向事件進行分類，探討受試是否在各類別中的負向事件上具有收斂性，若具有收斂性則考慮將該事件直接設為量表的預設事件，不再讓受試者自己設想負向事件，若無收斂性，則維持預試量表形式，讓受試者自己設想負向事件。

（二）信度分析

以83位修習心理系心理實驗法課程之學生為施測對象，扣除無效問卷，共計70份有效問卷，分別求得內在、穩定及控制歸因的內部一致性信度為.705、.738及.712，無不適合之題目。

(三) 事件分類

研究者在整理預試中的負向事件發現，各類別的收斂效果不一，為考量題目間的一致性，故決定維持原量表形式，讓受試者自行填寫負向事件。為了提高受試者的填寫意願及縮短填寫時間，未來在施測時，會告知受試者，負向事件及原因不需寫得太詳細，以幾個字簡單描述即可（見附錄三）。

三、 求助態度量表

(一) 量表內容

本研究採 Mackenzie 等人(2004)所編製的求助態度量表 Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services（簡稱 IASMHS）作為測量受試者的求助心理專業人員態度之工具。本研究以 IASMHS 英文版本為主，Atkinson（2007）所翻譯的中文版為輔，並取得原作者的同意之下（見附錄一），考量台灣的文化與用詞以進行量表的翻譯與修訂。

原量表共有24題（見附錄三），包含三個向度：(1)心理開放度（Psychological openness）：第1、4、7、9、12、14、18、21題，共八題；(2)求助傾向（Help-seeking propensity）：第2、5、8、10、13、15、19、22題，共八題；(3)對污名化的忽視（Indifference to stigma）：第3、6、11、16、17、20、23、24題，共八題。心理開放度及對污名化的忽視兩分量表採反向計分，三量表可加總成為一整體求助心理專業人員之態度。原量表信度方面，總量表、心理開放度、求助傾向及污名化的不重要性其內部一致性Cronbach's alpha為.87、.82、.76及.79，再測信度則為.85、.86、.64及.91。

研究者在修訂 IASMHS 時，因考量台灣的文化及用詞，將中文版中的「心理問題」改為「心理困擾」，期降低受試者填答時的不舒服感。且原量表中第七題（最好不要了解自己所有的事情），研究者認為題意不清，故在心理開放度向度中增加一題（即使自己知道可能有問題或困擾，但也不要去想這麼多）。預試量表共 25 題，進行施測並做信度分析。

(二) 信度分析

以 83 位修習心理系心理實驗法課程之學生為施測對象，扣除無效問卷，共計 70 份有效問卷，在總量表、心理開放度、求助傾向及對污名化的忽視其內部一致性信度分別為 .707、.707、.729 及 .712，根據結果建議刪除第 1、22 及 23 題，其刪除後的內部一致性信度則分別提高為 .723、.719、.744 及 .750，故正式求助量表共計 22 題（見附錄四）。

（三）效度分析

效度方面，IASMHS 原量表以探索性因素分析進行檢驗，結果顯示區分出三個因素，總解釋變異量為 42%。在適配性方面，IASMHS 的適配性指標 RMSEA 分數為 .039、ECVI 分數為 2.25，代表區分三因子的量表具有良好的適配性。此外，該量表也可有效地區分出過去是否有使用心理健康機構的經驗、未來使用機構的可能性及尋求專業與非專業的意圖。

除信、效度外，Mackenzie 等人（2004）也指出 IASMHS 可從各分量表或加總各分量表之總分概念來探討求助態度。在求助態度量表中的各分量表代表求助態度不同的面向，如求助傾向分量表與過去是否使用心理機構、使用意圖有較高的相關、對污名化的忽視分量表則與願意與親近的人討論自己的心理困擾有較高的關係。本研究認為以目前現有的研究尚未能明確指出三變項之間的關係，此外，雖三分量表也可各別用來測量求助態度，但研究者認為求助態度是一個廣泛、整體的概念，故在本研究嘗試以探索性方式來釐清、探討危機程度、歸因與求助態度間的關係下，求助態度量表採總分概念更能貼切、符合本研究之目的。

第四節 資料處理與統計分析

茲將問卷資料回收後，去除無效問卷，將有效問卷加以編碼及登錄，利用 SPSS 17.0版進行資料分析，本研究所採用的統計方法如下：

一、描述性統計

以平均數、總分及標準差描述受試者在身心適應情況、歸因及求助態度之分數，以了解大學生在危機程度、歸因及求助態度之現況（研究問題一）。

二、卡方及變異數分析

利用卡方及變異數分析分別探討性別在危機程度、歸因及求助態度上之差異（研究問題二）。危機程度高低在歸因及求助態度上的差異（研究問題三）。性別及危機程度的交互作用下在歸因及求助態度上的差異（研究問題四）。

三、多元迴歸分析

利用多元逐步回歸分析性別、危機程度、歸因對求助態度的預測性（研究問題五）。

第四章 研究結果

第一節 危機程度、歸因及求助態度之現況

本節以描述性統計呈現大一學生的身心健康狀況、歸因及求助態度之平均數、總分及標準差，以瞭解各變項之現況，結果如表 7、8 所示。在歸因中，平均數越高代表學生越將負向事件的主要原因作內在（事件主要原因是因自己所造成）、穩定（事件主要原因會持續穩定影響）且控制（自己可以控制此事件主要原因）的歸因。在求助態度中，總分越高代表求助態度越高，即個人在遇到心理困擾時，越有可能求助於心理專業人員。在身心健康狀況中，各分量表總分越高則代表學生越有憂鬱、精神疾病及自我傷害的傾向，即身心健康可能有較高的危機程度。

歸因量表的各題分數介於 0 至 5 分之間，0 分代表個人百分之百將事件原因歸因為非內在、不穩定及無法控制，5 分代表百分之百將事件原因歸因為內在、穩定及可控制；求助態度量表的各題分數介於 0 至 4 分之間，0 分代表完全不同意，4 分代表完全同意；大學生生活適應與健康量表的各題分數介於 1 至 5 分之間，1 分代表從未如此，5 分代表總是如此，1-2 分則代表從未如此～很少如此。由表 7、8 得知，全體學生或依性別區分，在歸因方面，個人歸因事件原因百分之六十為內在、穩定及可控制；在求助態度方面，三組皆顯示對有心理困擾時，求助於心理專業人員的態度是介於沒有意見至有點同意；而身心健康狀況，平均數顯示各指標的頻率均介於從未如此到很少如此。

表 7 全體、男生及女生學生在歸因變項上的題平均數及標準差表

量表 名稱	全體		男生		女生	
	題平均數	標準差	題平均數	標準差	題平均數	標準差
歸 內在	3.15	.92	3.21	1.02	3.12	.87
穩定	3.06	.99	3.14	1.06	3.03	.95
因 控制	2.84	1.02	2.87	1.10	2.83	.98

表 8 全體、男生及女生學生在求助及身心指標變項上的題平均數、總分及標準差表

量表 名稱	向度	全體			男生			女生		
		總 分	題平 均數	標準 差	總 分	題平 均數	標準 差	總 分	題平 均數	標準 差
求助	求助	52.52	2.38	10.66	51.38	2.32	11.08	53.11	2.41	10.40
身	憂鬱	9.49	1.58	3.29	9.20	1.54	3.20	9.70	1.62	3.36
心	精神疾病	33.15	1.56	8.41	33.23	1.56	8.73	33.20	1.56	8.26
指	自我傷害	4.89	1.22	1.62	4.92	1.23	1.68	4.84	1.21	1.51
標	總分	47.48	1.45	12.03	47.29	1.44	12.31	47.70	1.46	11.90



第二節 不同性別在危機程度、歸因及求助態度上的差異分析

因本次研究與政大心理諮商中心一起施測，需考量該中心施測情況，本研究普測於全校大學一年級班級，所收集到大一學生男女生人數及比例如表 9 所示，男生人數為 670 人，佔總人數的 34.9%；女生人數為 1250 人，佔總人數的 65.1%。此比率與本校大一學生男女生比率相似。

表 9 大一學生男女生人數分配表

性別	人數（名）	佔總人數比例（%）
男生	670	34.9
女生	1250	65.1

一、不同性別在高低危機程度組上之差異分析

政大心理諮商中心以預防的概念及可負荷的危機人數之考量下，將政大學生生活適應與健康量表身心健康總分前 5% 的人設為高危機學生。而本研究採用該量表之標準外，也考慮若只使用總分來篩選，會把部分在單一分量表得高分的人給剔除，且在實務上，憂鬱、精神疾病及自我傷害各指標也常被用以當作篩選危機的標準，故本研究將各身心健康分量表及身心健康總分前 5% 的人皆視為高危機程度組，其切截分數與人數如表 10 所示，在憂鬱分量表之切截分數為總分 16 分，共篩選出 115 人；在精神疾病分量表之切截分數為總分 49 分，共篩選出 106 人；在自我傷害分量表之切截分數為總分 8 分，共篩選出 154 人；在身心健康之切截分數為總分 70 分，共篩選出 104 人。各分量表所篩選出的人數不同是因各組皆以總分為切截分數，軟體選取切截點時會依最接近 95% 的分數為切截分數，故各組在人數上會有些許的差異。

本研究以不同指標篩選出高危機程度組，期減少若只用身心健康總分篩選而忽略只在其他各指標中高分者，但依據此原則所區分的四組高危機程度組中，彼

此之間會有部分的學生重疊，如憂鬱與身心健康總分兩組共有 66 人重複、精神疾病與身心健康總分兩組重複的有 86 人、自我傷害與身心健康總分兩組重複的則有 57 人。但本研究屬探索性研究，旨在瞭解危機程度與其他變項之間的關係，故不深入探討其中是否有共病的獨特現象，另外在統計分析部分，因是依據各危機指標分別分析，上述人員重複的現象並不會影響其結果。

表 10 各危機指標前 5% 高分者其切截分數與人數表

	憂鬱總分	精神疾病總分	自我傷害總分	身心健康總分
百分位數 95	16 分	49 分	8 分	70 分
篩選出人數	115 人	106 人	154 人	104 人

因性別與危機程度兩變項皆為名義變項，故以卡方檢定來探討男女在高低危機組人數分配上之差異是否不同。結果如表 11 所示，男女性在各種危機程度之情況下，其人數分配並無顯著差異，即不同性別在危機程度分配上並無不同，此研究結果不支持本研究問題 2。

表 11 不同性別在各種危機程度下各細格人數百分比及卡方檢定表

危機分類指標	性別		卡方值	顯著性
	男	女		
憂鬱	低	33.0%	.560	.454
	高	1.8%		
精神疾病	低	32.7%	.509	.476
	高	2.0%		
自我傷害	低	32.0%	1.220	.269
	高	2.8%		
身心健康總分	低	32.9%	.118	.731
	高	1.7%		

二、不同性別在歸因及求助態度上之差異分析

在進行傳統二因子及多變量變異數分析時，若各組之間人數差異太大，是不

宜使用傳統變異數分析（林清山，2006）。從本研究數據可看出，男女生比例差距近兩倍，故本研究依男生人數為基準，隨機從女生受試者中抽取 670 人進行變異數分析。本研究為探討不同性別在歸因及求助態度上之差異，以變異數分析求得性別對依變項及對歸因、求助態度之差異分析，結果如表 12 所示，不同性別對依變項達顯著差異，此結果支持本研究問題 2，即不同性別在依變項上是有所不同的。更進一步說明不同性別在歸因及求助態度上的差異，結果如表 13 所示，不同性別在穩定歸因及求助態度上有顯著差異，此研究結果部分支持本研究問題 2。即男生傾向將負向事件的原因，歸因為會穩定持續影響；在求助態度上，男生在遇到心理困擾時，則傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 12 性別在依變項之變異數分析表

	效果	F	顯著性
性別	Pillai's Trace	2.403*	.048
	Wilks' Lambda 變數選擇法	2.403*	.048

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 13 性別在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	平均數	標準差	F 值	顯著性
內在歸因	男生	3.21	1.02	2.203	.138
	女生	3.12	.87		
穩定歸因	男生	3.15	1.06	5.258*	.022
	女生	3.01	.97		
控制歸因	男生	2.87	1.09	.101	.750
	女生	2.84	1.01		
求助態度	男生	51.56	11.17	4.705*	.030
	女生	52.94	10.18		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

第三節 危機程度高低在歸因及求助態度上的差異分析

為考慮前述變異數分析的假定，本研究從低危機程度組中隨機抽取與高危機程度組相同的人數進行以下統計分析。

一、依憂鬱總分分組

依憂鬱總分 16 分以上分組共篩選出 115 人為高危機程度組，隨機從低危機程度組中抽取 115 人進行變異數分析，結果如表 14 所示，高低憂鬱危機程度在依變項是達顯著差異。更進一步探討高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 15 所示，高憂鬱與低憂鬱危機程度組在穩定、控制歸因及求助態度上皆有顯著差異。即高憂鬱危機程度組在負向事件原因的歸因上，傾向作較穩定、較無法控制的歸因；在求助態度上，傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 14 高低憂鬱危機程度在依變項之變異數分析表

效果		F	顯著性
危機	Pillai's Trace	12.477***	.000
程度	Wilks' Lambda 變數選擇法	12.477***	.000

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 15 高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	平均數	標準差	F 值	顯著性
內在歸因	低危機程度	3.03	.89	2.161	.143
	高危機程度	3.22	.90		
穩定歸因	低危機程度	2.94	.94	15.553***	.000
	高危機程度	3.45	.83		
控制歸因	低危機程度	3.00	1.00	17.135***	.000
	高危機程度	2.39	.99		
求助態度	低危機程度	53.71	10.12	19.731***	.000
	高危機程度	46.81	11.00		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

二、依精神疾病總分分組

依精神疾病總分 49 分以上分組共篩選出 106 人為高危機程度組，隨機從低

危機程度組中抽取 106 人進行變異數分析，結果如表 16 所示。高低精神疾病危機程度在依變項是達顯著差異。更進一步探討高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 17 所示，高精神疾病症狀與低精神疾病症狀危機程度組在穩定、控制歸因及求助態度上皆有顯著差異。即高精神疾病症狀危機程度組在負向事件原因的歸因上，傾向作較穩定、較無法控制的歸因；在求助態度上，傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 16 高低精神疾病危機程度在依變項之變異數分析表

效果	F	顯著性
危機程度 Pillai's Trace	13.436***	.000
Wilks' Lambda 變數選擇法	13.436***	.000

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 17 高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	平均數	標準差	F 值	顯著性
內在歸因	低危機程度	3.09	1.12	3.170	.077
	高危機程度	3.36	.93		
穩定歸因	低危機程度	2.97	.99	9.541**	.002
	高危機程度	3.41	.87		
控制歸因	低危機程度	2.84	1.08	12.789***	.000
	高危機程度	2.26	1.04		
求助態度	低危機程度	53.53	11.21	26.276***	.000
	高危機程度	45.17	10.15		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

三、依自我傷害總分分組

依自我傷害總分 8 分以上分組共篩選出 154 人為高危機程度組，隨機從低危機程度組中抽取 154 人進行變異數分析，結果如表 18 所示。高低自我傷害危機程度在依變項是達顯著差異。更進一步探討高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 19 所示，高自我傷害及低自我傷害危機程度組在內在、穩定、控制歸因及求助態度上皆有顯著差異。即高自我傷害危機程度組在負向事

件原因的歸因上，傾向作較內在、較穩定、較無法控制的歸因；在求助態度上，傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 18 高低自我傷害危機程度在依變項之變異數分析表

效果	F	顯著性
危機 程度 Pillai's Trace	15.104***	.000
Wilks' Lambda 變數選擇法	15.104***	.000

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 19 高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	平均數	標準差	F 值	顯著性
內在歸因	低危機程度	3.02	.87	8.369**	.004
	高危機程度	3.34	.79		
穩定歸因	低危機程度	3.05	.91	16.642**	.002
	高危機程度	3.52	.86		
控制歸因	低危機程度	2.88	.92	18.343***	.000
	高危機程度	2.33	1.01		
求助態度	低危機程度	53.31	11.07	27.689***	.000
	高危機程度	45.41	11.58		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

四、依身心健康總分分組

依身心健康總分 70 分以上分組共篩選出 104 人為高危機程度組，隨機從低危機程度組中抽取 104 人進行變異數分析，結果如表 20 所示。高低身心健康危機程度在依變項是達顯著差異。更進一步探討高低身心健康危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 21 所示，高身心健康與低身心健康危機程度組在穩定、控制歸因及求助態度上皆有顯著差異。即高身心健康危機程度組在負向事件原因的歸因上，傾向作較穩定、較無法控制的歸因；在求助態度上，傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 20 高低身心健康危機程度在依變項之變異數分析表

效果	F	顯著性
危機 程度 Pillai's Trace	10.334***	.000
Wilks' Lambda 變數選擇法	10.334***	.000

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 21 高低身心健康危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	平均數	標準差	F 值	顯著性
內在歸因	低危機程度	3.18	.89	1.007	.317
	高危機程度	3.31	.87		
穩定歸因	低危機程度	3.00	1.03	7.699**	.006
	高危機程度	3.40	.81		
控制歸因	低危機程度	2.85	1.05	9.388**	.003
	高危機程度	2.36	1.07		
求助態度	低危機程度	53.02	10.64	26.992***	.000
	高危機程度	44.85	10.04		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

從上述的結果發現，依據不同身心指標區分之危機程度大多都顯示一致的結果：求助態度方面，低危機程度者的求助態度平均均高於高危機程度者，代表低危機程度者對於求助有較高的意願；歸因方面，低危機程度者對負向事件原因的歸因傾向作不穩定、高控制性，而高危機程度者則傾向作穩定、低控制性的歸因。

第四節 不同性別及危機程度在歸因及求助態度之差異分析

上述兩節分別針對性別及危機程度在歸因及求助態度上的差異分析，本節則同時考慮性別與危機程度兩變項在歸因及求助態度的差異分析。

一、依性別與高低憂鬱危機程度

同時考量不同性別與高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度的差異，結果如表 22 所示，在對依變項的多變量變異數分析結果中，唯高低憂鬱危機程度達顯著差異，而性別及性別與高低憂鬱危機程度交互作用則未達顯著，代表主要影響歸因及求助態度的變項為高低憂鬱危機程度，性別的效果則因憂鬱總分分組而被削弱。更進一步探討性別及高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 23 所示，唯高低憂鬱危機程度主要效果達顯著差異，即高憂鬱危機程度組在負向事件原因的歸因上傾向作穩定及控制的歸因；在求助態度方面，高憂鬱危機程度組則傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 22 性別與高低憂鬱危機程度在依變項之多變量變異數分析表

	效果	F值	顯著性
性別	Pillai's Trace	.766	.548
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.766	.548
憂鬱危機程度	Pillai's Trace	11.529***	.000
	Wilks' Lambda 變數選擇法	11.529***	.000
性別與憂鬱危機程度	Pillai's Trace	.440	.780
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.440	.780

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 23 性別與高低憂鬱危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	分組	平均數	F 值	顯著性
內在歸因	性別	男	3.15	.110	.740
		女	3.11		
	危機程度	低危機程度	3.02	1.511	.221
		高危機程度	3.22		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.10	.198	.657
		男性高危機程度	3.21		
		女性低危機程度	2.99		
		女性高危機程度	3.23		
穩定歸因	性別	男	3.26	.580	.447
		女	3.18		
	危機程度	低危機程度	2.94	13.255***	.000
		高危機程度	3.45		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.01	.004	.952
		男性高危機程度	3.53		
		女性低危機程度	2.91		
		女性高危機程度	3.42		
控制歸因	性別	男	2.82	1.039	.309
		女	2.62		
	危機程度	低危機程度	3.00	18.114***	.000
		高危機程度	2.39		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.24	1.746	.188
		男性高危機程度	2.36		
		女性低危機程度	2.87		
		女性高危機程度	2.41		
求助態度	性別	男	49.03	1.247	.266
		女	50.55		
	危機程度	低危機程度	53.60	17.342***	.000
		高危機程度	46.81		
	性別與危機程度	男性低危機程度	52.60	.050	.823
		男性高危機程度	45.21		
		女性低危機程度	54.10		
		女性高危機程度	47.47		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

二、依性別與高低精神疾病危機程度

同時考量不同性別與高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度的差異，結果如表 24 所示，在對依變項的多變量變異數分析結果中，唯高低精神疾病危機程度達顯著差異，而性別及性別與高低精神疾病危機程度交互作用則未達顯著，代表主要影響歸因及求助態度的變項為高低精神疾病危機程度，性別的效果則因高低精神疾病危機程度而被削弱。更進一步探討性別及高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 25 所示，唯高低精神疾病危機程度主要效果達顯著差異，即高精神疾病危機程度組在負向事件原因的歸因上傾向作穩定及控制的歸因；在求助態度方面，則傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 24 性別與高低精神疾病危機程度在依變項之多變量變異數分析表

	效果	F值	顯著性
性別	Pillai's Trace	.455	.769
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.455	.769
精神疾病危機程度	Pillai's Trace	11.428***	.000
	Wilks' Lambda 變數選擇法	11.428***	.000
性別與精神疾病危機程度	Pillai's Trace	.159	.959
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.159	.959

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 25 性別與高低精神疾病危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	分組	平均數	F 值	顯著性
內在歸因	性別	男	3.15	.541	.462
		女	3.26		
	危機程度	低危機程度	3.09	3.267	.072
		高危機程度	3.36		
	性別與危機程度	男性低危機程度	2.97	.101	.751
		男性高危機程度	3.32		
		女性低危機程度	3.14		
		女性高危機程度	3.39		
穩定歸因	性別	男	3.27	.469	.494
		女	3.15		
	危機程度	低危機程度	2.97	8.303**	.004
		高危機程度	3.41		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.04	.001	.972
		男性高危機程度	3.47		
		女性低危機程度	2.94		
		女性高危機程度	3.37		
控制歸因	性別	男	2.56	.038	.846
		女	2.55		
	危機程度	低危機程度	2.84	10.833**	.001
		高危機程度	2.26		
	性別與危機程度	男性低危機程度	2.83	.080	.778
		男性高危機程度	2.32		
		女性低危機程度	2.85		
		女性高危機程度	2.23		
求助態度	性別	男	48.85	0.77	.781
		女	49.62		
	危機程度	低危機程度	53.53	21.180***	.000
		高危機程度	45.17		
	性別與危機程度	男性低危機程度	52.36	.538	.464
		男性高危機程度	45.68		
女性低危機程度		54.10			
女性高危機程度		44.89			

***p<.001 **p<.01 *p<.05

三、依性別與高低自我傷害危機程度

同時考量不同性別與高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度的差異，結果如表 26 所示，在對依變項的多變量變異數分析結果中，唯高低自我傷害危機程度達顯著差異，而性別及性別與高低自我傷害危機程度交互作用則未達顯著，代表主要影響歸因及求助態度的變項為高低自我傷害危機程度，性別的效果則因高低自我傷害危機程度而被削弱。更進一步探討性別及高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 27 所示，唯高低自我傷害危機程度主要效果達顯著差異，即高自我傷害危機程度組在負向事件原因的歸因上傾向作內在、穩定及控制的歸因；在求助態度方面，則傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 26 性別與高低自我傷害危機程度在依變項之多變量變異數分析表

	效果	F值	顯著性
性別	Pillai's Trace	.453	.770
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.453	.770
自我傷害危機程度	Pillai's Trace	10.644***	.000
	Wilks' Lambda 變數選擇法	10.644***	.000
性別與自我傷害危機程度	Pillai's Trace	.474	.755
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.474	.755

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 27 性別與高低自我傷害危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	分組	平均數	F 值	顯著性
內在歸因	性別	男	3.15	1.616	.205
		女	3.11		
	危機程度	低危機程度	3.02	5.830*	.017
		高危機程度	3.22		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.10	.185	.668
		男性高危機程度	3.21		
		女性低危機程度	2.99		
		女性高危機程度	3.23		
穩定歸因	性別	男	3.26	.152	.697
		女	3.18		
	危機程度	低危機程度	2.94	12.397**	.001
		高危機程度	3.45		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.01	.169	.681
		男性高危機程度	3.53		
		女性低危機程度	2.91		
		女性高危機程度	3.42		
控制歸因	性別	男	2.82	.470	.494
		女	2.62		
	危機程度	低危機程度	3.00	12.519***	.000
		高危機程度	2.39		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.24	.866	.353
		男性高危機程度	2.36		
		女性低危機程度	2.87		
		女性高危機程度	2.41		
求助態度	性別	男	49.03	.100	.752
		女	50.55		
	危機程度	低危機程度	53.60	19.439***	.000
		高危機程度	46.81		
	性別與危機程度	男性低危機程度	52.60	.782	.377
		男性高危機程度	45.21		
		女性低危機程度	54.10		
		女性高危機程度	47.47		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

四、依性別與高低身心健康危機程度

同時考量不同性別與高低身心健康危機程度在歸因及求助態度的差異，結果如表 28 所示，在對依變項的多變量變異數分析結果中，唯高低身心健康危機程度達顯著差異，而性別及性別與高低身心健康危機程度交互作用則未達顯著，代表主要影響歸因及求助態度的變項為高低身心健康危機程度，性別的效果則因高低身心健康危機程度而被削弱。更進一步探討性別及高低身心健康危機程度在歸因及求助態度上的差異，結果如表 29 所示，唯高低身心健康危機程度主要效果達顯著差異，即高身心健康危機程度組在負向事件原因的歸因上傾向作穩定及控制的歸因；在求助態度方面，則傾向不尋求心理專業人員的協助。

表 28 性別與高低身心健康危機程度在依變項之多變量變異數分析表

	效果	F值	顯著性
性別	Pillai's Trace	1.100	.358
	Wilks' Lambda 變數選擇法	1.100	.358
身心健康危機程度	Pillai's Trace	8.125***	.000
	Wilks' Lambda 變數選擇法	8.125***	.000
性別與身心健康危機程度	Pillai's Trace	.342	.849
	Wilks' Lambda 變數選擇法	.342	.849

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 29 性別與高低身心健康危機程度在歸因及求助態度之多變量變異數分析表

分量表	組別	分組	平均數	F 值	顯著性
內在歸因	性別	男	3.24	.000	.998
		女	3.25		
	危機程度	低危機程度	3.18	.957	.329
		高危機程度	3.31		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.16	.018	.894
		男性高危機程度	3.32		
		女性低危機程度	3.18		
		女性高危機程度	3.31		
穩定歸因	性別	男	3.30	1.185	.278
		女	3.15		
	危機程度	低危機程度	3.00	6.484*	.012
		高危機程度	3.40		
	性別與危機程度	男性低危機程度	3.14	.060	.807
		男性高危機程度	3.48		
		女性低危機程度	2.93		
		女性高危機程度	3.36		
控制歸因	性別	男	2.68	.242	.624
		女	2.57		
	危機程度	低危機程度	2.85	6.562*	.011
		高危機程度	2.36		
	性別與危機程度	男性低危機程度	2.82	.583	.446
		男性高危機程度	2.51		
		女性低危機程度	2.87		
		女性高危機程度	2.29		
求助態度	性別	男	47.20	3.103	.080
		女	49.80		
	危機程度	低危機程度	53.02	21.512***	.000
		高危機程度	44.85		
	性別與危機程度	男性低危機程度	50.10	.816	.368
		男性高危機程度	43.85		
		女性低危機程度	54.56		
		女性高危機程度	45.28		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

從上述的結果發現，性別與不同身心指標區分之危機程度都顯示一致的結果：危機程度的主要效果達顯著，即低危機程度者的求助態度平均均高於高危機程度者，代表低危機程度者對於求助有較高的意願；低危機程度者對負向事件原因的歸因傾向作不穩定、高控制性，而高危機程度者則傾向作穩定、低控制性的歸因。另外性別的主要效果及性別與危機程度的交互作用效果則皆不達顯著，即代表在控制危機程度的因素下，性別及性別與危機程度的影響均會被削弱。



第五節 迴歸分析

前三節探討性別及危機程度在歸因與求助態度的差異分析，本節以性別、危機程度及歸因等變項為預測變項，將求助態度作為效標變項，進行逐步迴歸分析，以瞭解對預測變項對求助態度之預測力。

一、全體學生

此部分探討在全體學生之下，性別、危機程度及歸因等變項對求助態度之預測力，結果如表 30 所示，以求助態度為效標變項時，共有六個預測變項具顯著預測力，順序分別為「精神疾病」、「憂鬱」、「性別」、「控制歸因」、「穩定歸因」及「自我傷害」，六者所累積的總解釋變異量為 14.4%。從迴歸係數來看，「精神疾病」、「憂鬱」、「自我傷害」及「穩定歸因」的 β 係數皆為負數，代表不同危機指標及穩定歸因對求助態度有負向的預測力；「控制歸因」的 β 係數則為正數，代表控制歸因對求助態度有正向的預測力，綜合上述結果，即大學一年級學生遭遇心理困擾時，其危機程度越高，對負向事件越作穩定且不可控制的歸因，男性，越不會尋求心理專業人員的協助。

表 30 全校學生之性別、危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表

預測變項 進入順序	R	R 平方	R 平方改 變量	F 值改變量	標準化迴歸 係數(β)
精神疾病	.323	.105	.105	240.362***	-.148
憂鬱	.346	.120	.015	36.107***	-.154
性別	.357	.128	.008	17.927***	.081
控制歸因	.367	.135	.007	17.016***	.087
穩定歸因	.376	.141	.007	15.804***	-.082
自我傷害	.379	.144	.003	6.187*	-.063

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

二、性別

從上述的迴歸分析結果可看出除危機指標及穩定、控制歸因外，性別也能有

效地預測求助態度，故此部分則進一步將性別分為男女性，分別探討以男、女生為樣本群，其危機程度與歸因對求助態度之預測力，結果分別如表 31、32 所示：男性樣本之中，以求助態度為效標變項時，共有三個預測變項具顯著預測力，順序分別為「精神疾病」、「控制歸因」、「憂鬱」，三者所累積的總解釋變異量為 15.8%。從迴歸係數來看，「精神疾病」及「憂鬱」的 β 係數皆為負數，代表危機指標-精神疾病及憂鬱對求助態度有負向的預測力，另外「控制歸因」的 β 係數則為正數，代表控制歸因對求助態度有正向的預測力，綜合上述結果，即大學一年級男性學生遭遇心理困擾時，其危機程度越高（精神疾病及憂鬱），對負向事件越作不可控制的歸因，越不會尋求心理專業人員的協助。女性樣本之中，以求助態度為效標變項時，則有五個預測變項具顯著預測力，順序分別為「憂鬱」、「自我傷害」、「穩定歸因」、「精神疾病」及「控制歸因」，五者所累積的總解釋變異量為 14.9%。從迴歸係數來看，「憂鬱」、「精神疾病」、「自我傷害」及「穩定歸因」的 β 係數皆為負數，代表危機指標及穩定歸因對求助態度有負向的預測力，另外「控制歸因」的 β 係數則為正數，代表控制歸因對求助態度有正向的預測力，綜合上述結果，即大學一年級女性學生遭遇心理困擾時，其危機程度越高（憂鬱、精神疾病及自我傷害），對負向事件越作穩定且不可控制的歸因，越不會尋求心理專業人員的協助。

表 31 男性之危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表

預測變項 進入順序	R	R 平方	R 平方改 變量	F 值改變量	標準化迴歸 係數(β)
精神疾病	.368	.135	.135	79.701***	-.235
控制歸因	.387	.150	.014	8.453**	.105
憂鬱	.398	.158	.009	5.285*	-.137

***p<.001 **p<.01 *p<.05

表 32 女性之危機程度及歸因預測求助態度之迴歸分析摘要表

預測變項 進入順序	R	R 平方	R 平方改 變量	F 值改變量	標準化迴歸 係數(β)
憂鬱	.340	.116	.116	163.529***	-.167
自我傷害	.360	.130	.014	19.871***	-.113
穩定歸因	.372	.139	.009	12.874***	-.092
精神疾病	.381	.145	.007	9.638**	-.111
控制歸因	.386	.149	.004	5.381*	.063

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

從上述的結果可知以全體學生或區分男女性組，精神疾病、憂鬱及控制歸因皆能顯著預測求助態度，另外在全體學生及女性組中，則也顯示自我傷害及穩定歸因亦能預測求助態度，故綜合結果並考量預測變項進入的順序，可發現在本研究中危機程度對於求助態度是最具預測力。在歸因方面，以穩定及控制歸因較能預測求助態度，內在歸因則無法有效地預測其求助態度。

第五章 討論與建議

第一節 研究發現與討論

一、大一學生在各變項上之現況

本研究發現目前大一學生在對負向事件原因作歸因時，傾向作較內在、穩定之歸因（題平均數為 3.15、3.06），而在控制歸因上，雖題平均數超過 2.5（題平均數為 2.84），但仍介於量表 2-3 分之間，代表大一學生在對負向事件原因作控制歸因時，並無明顯的趨勢。在求助態度方面，題平均數介於量表 2-3 分之間（題平均數為 2.38），顯示大一學生對有心理困擾時，求助於心理專業人員的態度是介於沒有意見至有點同意。在危機程度方面，分為各指標或以身心總分來看，題平均數皆低於 2 分，代表各指標的頻率均介於從未如此到很少如此。

二、不同性別、危機程度在歸因變項上之差異

本研究除了了解大一學生在各變項上之現況外，另一重點在考量不同性別及危機程度在本研究各變項上的差異。從結果中可知，個別探討不同性別在歸因上有達顯著差異，即男性較女性在負向事件上，傾向作穩定之歸因，但同時考量危機程度因素後，性別的效果被大大削弱，代表在本研究中，影響歸因最主要因素為危機程度。本研究依據四項指標區分高低危機程度組（憂鬱、精神疾病、自我傷害及身心總分），四組在穩定、控制歸因及求助態度上皆達顯著，代表高危機程度組較低危機程度組在對負向事件上，傾向作穩定、不可控制之歸因，而此研究結果與大部分的研究結果相似（柯慧貞，1982；黃政達，1991；曾光佩，1993；Harvey, 1981）。另外值得注意的是在本研究中，不論危機程度類型，均顯示相同的模式：各種高危機程度組對負向事件傾向作穩定、不可控制的歸因。

過去研究通常都使用憂鬱症歸因類型探討憂鬱症患者的歸因，而本研究嘗試從 Weiner 的歸因理論切入（內外在、穩定及控制），也同樣得到相似的結果，即高憂鬱組與低憂鬱組確實有不同的歸因。另外依據憂鬱分組外，本研究也從其他篩選危機的指標切入（精神疾病、自我傷害及身心健康總分），探討高低危機程

度組的歸因，結果也大抵與憂鬱組別相同，即用不同的危機指標仍可發現高危機程度組都有相似的歸因。上述結果呈現出高危機程度者的歸因之關係，一方面從 Weiner 理論作解釋，Weiner 認為內在歸因會影響個人自尊或自信、穩定歸因會影響對未來的期待、控制歸因則會影響對事件的掌控能力，故若個人將負向事件作內在、穩定及不可控制之歸因時，則可能會導致個人的自信、自尊下降，產生憂鬱情緒，對未來無期待，甚至出現無力感。另一方面，本研究認為也可能是高危機程度組在過去所經驗到負向結果較多，因此形成對事情是不可能成功、也不是自己可以控制的想法、態度，進而發展為對負向事件傾向作內在、穩定及不可控制的歸因，不斷地重複循環驗證而形成身心不適應之現況。但由於本研究為相關因素分析，無法明確回答目前危機狀態與歸因、求助之因果關係，究竟是特殊的歸因造成危機狀態？亦或具危機狀態的人皆有某種型態的歸因？在未來的研究中還有待釐清，但本研究認為，歸因與身心不健康變項彼此間可能是一循環、不斷互相影響之關係。

三、不同性別、危機程度在求助態度變項上之差異

在求助態度方面，從結果中可知，探討性別在求助態度上有達顯著差異，即女性較男性在遭遇心理困擾時，求助於心理專業人員有較高之意願，但同時考量危機程度因素後，性別的效果被大大削弱，代表在本研究中，影響求助態度最主要因素為危機程度。本研究依據四項指標區分高低危機程度組（憂鬱、精神疾病、自我傷害及身心健康總分），四組在求助態度上皆達顯著，代表高危機程度組較低危機程度組對於有心理困擾時，求助於心理專業人員有較低的正向態度，即若個人遭遇到心理困擾，越不會尋求心理專業人員的協助。此結果與葉雅馨、林家興（2006）、Sherwood 及 Salkovskis（2007）的結果相同，正處於憂鬱症的人會比一般人或非處於憂鬱症的人有更負向的求助態度。另外，雖然性別在多變量變異數分析中未達顯著效果，但從中仍可發現不論是單純區分性別，亦或同時考量性別及危機程度，女性均較男性有正向的求助態度，此結果與陳淑娟（2000）；Good 與 Wood（1995）；Mansfield 與 Addis（2005）；Burns 與 Rapee（2006）；Cheung

等人 (2009) 之研究有相同結果。

「文化」常被認為是影響求助的重要因素之一，Zane 和 Mak (2003)、Lindsey 等人 (2006)、Abe-Kim 等人 (2007)、Chen 和 Mak (2008)、Kim 和 Park (2009) 等均指出東方文化如何影響求助，另外 Han 等人 (2006) 也指出對亞洲人而言，對心理疾病越是以污名化方式看待，其尋求心理專業的協助意願就越低。在本研究結果中，可明顯看到高危機程度組的求助態度顯著低於低危機程度組、男性求助態度低於女性之態度，本研究認為現今社會對於心理疾病仍存有許多的不了解及刻板印象，而這些的不了解與刻板印象皆容易造成對疾病的誤解及污名化，且心理疾病在東方社會中，也常被認為是種不可告人之「秘密」，傳統觀念的「家醜不外揚」反而阻擋了具有高度危機程度者的求助途徑。而性別也同樣受到文化及污名化的影響，女性在成長過程中，是被允許情感表達及自我揭露，男性則不被鼓勵。另外研究者亦認為求助者常被社會認為是無能力、軟弱的表現，男性為避免自尊、自信受影響而較女性更傾向不尋求協助，以上因素皆會影響男女性在遭遇心理困擾尋求心理專業人員的意願及動機。

四、迴歸分析

除了探討上述差異分析外，研究者也好奇性別、危機程度及歸因對求助態度之預測力，故考量在全體受試者、男女性等不同情況下，其預測變項對效標變項的預測力。以全體受試者來看，顯示不同危機程度、穩定及控制歸因皆可顯著預測求助態度，在危機程度方面，研究結果和葉雅馨與林家興 (2006)；Sherwood 與 Salkovskis (2007) 的結果相似，正處於高危機程度組之求助態度會比非處於危機程度組要低及負向。在歸因方面，則與程玲玲 (1989)；陳昌蘭 (2001)；Karabenick 與 Knapp (1988) 的結果相似，對負向事件越作穩定、不可控制之歸因其求助態度就越低。在性別方面，則與 Cheung 等人 (2009) 結果一致，男性的求助態度低於女性。進一步從性別角度來探討，可發現預測變項對於求助態度的預測順序並不一致，男性組以精神疾病為第一順位，之後為控制歸因及憂鬱；女性組則以憂鬱為第一順位，其後為自我傷害、穩定歸因、精神疾病及控制歸因。

在男性的求助態度方面，社會大眾對於精神疾病仍抱持許多的不瞭解及刻板印象，而這些不瞭解及刻板印象都會加深對該疾病的污名化，Han 等人（2006）就特別指出若對疾病越以污名化方式看待，其尋求諮商的意願就越低，而 Barney 等人（2009）更進一步認為，污名化信念對男性的求助影響更是明顯。另外社會也對男女性存有某些期待，如男性應該有所成就、不應該太多的情感表露等，尋求心理專業人員的協助即有可能讓男性產生自己是無能力解決問題，故綜合上述，男性為迴避污名化、維持自信而傾向不尋求心理專業人員的協助。在女性的求助態度方面，則主要受到憂鬱及自我傷害因素影響，而憂鬱與自我傷害在許多研究中皆說明彼此的關聯性，另外在葉雅馨與林家興（2006）；Sherwood 與 Salkovskis（2007）；Cheung 等人（2009）的研究中，進一步探討憂鬱、自我傷害與求助態度之關係，指出高憂鬱、正處於憂鬱或自殺者尋求心理健康機構的比例皆偏低。

在歸因方面，研究結果顯示，對負向事件越作穩定、不可控制的歸因，其求助態度會越低。綜合陳昌蘭（2001）；陳浩銘（2006）；余民寧、劉育如、李仁豪（2008）；Blanchard-Fields 與 Irion（1988）；Karabenick 與 Knapp（1988）等研究，發現憂鬱、自殺等高危機程度者較易對負向事件作負向型態的歸因，而此負向型態歸因則容易引起個人負向情緒，如無望、罪惡、悲觀等，此情緒會進一步影響個人對問題採取情緒化因應策略，如逃避、自我批判、被動解決等；而控制歸因方面，若問題越可控制，則個人會越願意面對問題、尋求協助以解決問題，反之，若問題越不可控制，則求助意願會越低。

上述研究指出憂鬱、自殺的歸因與求助態度之歷程，而本研究中，不同危機指標的高危機程度組在歸因上皆呈現相似的狀況，若綜合兩者研究，可推論危機指標與歸因對求助態度的預測力。另外研究結果也顯示，男女性的歸因及危機程度對求助態度具有不同的預測力，但為何男女性是藉由不同因素來影響求助態度，本研究尚無法解釋，未來的研究建議可繼續深入探討性別與其他變項之間的關係。

第二節 研究限制與建議

一、限制

1. 本研究對象為國立政治大學全體大學一年級學生，因此本研究結果只能推論與樣本特質相近之群體，無法類推至不同年級、或其他學校或其他國家文化之對象。
2. 本研究之重點在探討高危機程度學生之歸因及求助態度之關係，但高危機程度學生人數本就屬於少數，故在進行統計分析時，易受樣本數較小因素影響。
3. 參與本研究之受測者皆須填寫三份量表，其中政大學生生活適應與健康量表及求助態度量表均為李克特式量表，歸因型態量表則是採開放式問題加上李克特式量表。在歸因型態量表中，要求受測者寫下影響個人最大之負向事件及原因，但有受測者反應填答問卷的時間不足外，也有受測者填寫完前兩份量表後，看到最後需要手寫的部份就未繼續填寫，導致填寫三份量表之人數均不同。
4. 本研究依危機指標所區分之組別當中，有部份的學生重複被區分至不同危機指標，但本研究屬探索性研究，故未深入探討共病是否具有獨特的歸因或求助態度。
5. 本研究依三類危機指標所區分之高危機組，是指在此向度中高於所有受測者之前 5% 之學生，是一相對高分組，並無法完全表示此高分組學生即為「可診斷」為各類別之學生，如憂鬱症、精神疾病學生。

二、研究建議

1. 過去常用憂鬱歸因類型來探討高憂鬱族群的歸因，但本研究改採 Weiner 之歸因理論來探討高、低危機程度組之歸因，結果發現依不同危機指標區分出的高危機程度組皆仍呈現相似的形式，且高、低危機程度組則呈現不同之歸因形式，故未來在探討不同危機指標或程度之歸因時，可改採 Weiner 之歸因理論，其適用的範圍更廣、更多元。

2. 在本研究中，性別之主要效果雖未達顯著，但仍可看出男女在求助態度上的趨勢：男性的求助態度低於女性。且不同危機指標對於男女的求助態度預測力也不同，此點是值得注意的。但為何不同性別者對求助態度及歸因有此差異？或此差異顯現出哪些的現象或影響，亦或性別是透過其他變項來間接影響求助態度，這些都還有待釐清，建議未來的研究可再深入探討。
3. 本研究結果已顯示高低危機程度組在歸因與求助態度上的差異，但本研究屬探索性研究，並未探討不同危機指標之間的共病現象，故建議未來研究可進一步深入探討，共病是否具有不同於單一指標之獨特現象。
4. 未來研究可增加高危機程度樣本數，減少因樣本數過少的影響，以釐清高危機程度組的歸因及求助態度之關係，或是直接以已發生危機的實際個案為對象。另外可進一步比較跨年級、跨校及跨文化，探討不同年級、地區及國家文化是否有相似之結果。
5. 未來研究可縮減量表總題數，在本研究受測者均需填寫三份量表，填寫完畢所需時間從數十分鐘到半小時不等，但各班級給予的時間不一，導致部分的受測者無法填寫完。另外測量歸因的量表也可採選項勾選的形式，以減少、解決受測者手寫的麻煩及時間不足之問題。

三、實務建議

1. 本研究旨在探討目前大學一年級學生在危機程度、歸因及求助態度現況及變項間的關係。結果發現危機程度是最主要影響求助態度的因素，高危機程度組之求助態度顯著低於低危機程度組，即高危機程度組在遭遇心理困擾時，反而不會尋求心理專業人員的協助，進而可能造成日後的危機事件的發生，此點是值得心理專業人員所深思，未來心理衛生活動的目標可在協助學生建立對求助的正向態度，減少對疾病及求助的污名化，以增進學生在遭遇問題或困擾時能及早求助於心理專業人員的動機。
2. 本研究除了發現危機程度與歸因、求助之關連外，在不同性別中，危機程度與歸因對於求助態度的預測力也不同。未來的心理衛生活動可針對男女性設

計不同的主題，以切合不同性別的需求及限制。另外進行個人諮商時，也可將此研究結果納入考量，考量影響男女性求助態度的主要因素，從不同的角度切入，以符合男女性的獨特性。



參考文獻

- 王如 (1997)。大學生自殺意念相關因素之研究-自殺意念預測模式初探。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 王彩鳳 (1999)。大學生自殺意念的多層面預測模式。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 布拉梅爾 (1982)。助人關係：助人過程與技術。(陳龍安譯，1987)。台北市：天馬文化。
- 朱娟瑩 (1986)。我國大學生求助態度與求助行為之研究。國立政治大學教育研究所碩士論文。
- 朱錦鳳 (2002)。大學生身心適應調查表-指導手冊。台北心理出版社。
- 朱錦鳳、段亞新 (2002)。大學生身心適應調查表之編製及學生困擾分析。測驗統計年刊，10 輯，1-38 頁。
- 吳芝儀 (2000)。中輟學生的危機與轉機。濤石文化。
- 吳意玲 (1993)。國中學生的困擾問題、因應策略與求助行為之研究。私立東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 吳聰秀 (2006)。國小高年級學生自我歸因型態與憂鬱傾向之相關研究。國立台灣大學教育研究所學校行政碩士論文。
- 余民寧、劉育如、李仁豪 (2008)。台灣憂鬱症量表的實用決斷分數編製報告。教育研究與發展期刊，4 卷，4 期，231-257 頁。
- 李宗派 (2000)。現在社會工作：一門助人之專業。合記圖書。
- 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>
- 李柏英 (1985)。大學生之求助態度與求助行為及其相關變項。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。

- 周志玉 (2006)。憂鬱症污名研究：可控制性歸因、危險與依賴刻板印象對歧視行為的影響。中原大學心理學研究所碩士論文。
- 邱秀霞 (2003)。運動員性別類型及成就目標取向對其成敗歸因與情緒影響之研究。國立體育學院體育研究所碩士論文。
- 林幸台 (1979)。大學生求助態度之研究。輔導學報，2 期，155-171 頁。
- 林清山 (2006)。心理與教育統計學 (18 版)。東華書局。
- 洪菁穗 (1998)。探討國中生在理化科的學術地位、自我效能與學業成敗歸因之關係。國立台灣大學物理學研究碩士論文。
- 洪嘉雯 (2004)。社區民眾對不同精神病症的歸因、危險覺知及社會距離研究。中原大學心理學研究所碩士論文。
- 洪碧霞 (1981)。國中生歸因方式及其相關因素之探討。高雄師範學院碩士論文。
- 柯慧貞 (1982)。生活壓力，歸因組型及社會支援與大學生的憂鬱症。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 唐子俊 (2005)。校園青少年自殺防治模式比較研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 唐子俊 (2007)。青少年自殺防治的策略。學生輔導季刊，104 期，82-87 頁。
- 夏勉、江光榮 (2009)。歸因、自我效能和社會容忍度對心理求助行為的影響。心理學報，39 卷，5 期，892-900 頁。
- 夏敏 (2000)。大學生對諮商服務的知覺暨影響求助意願因素之探討。國立彰化師範大學輔導所碩士論文。
- 涂淑娟 (2003)。國小高年級不同性別、科學成就學生與科學態度、科學歸因關係之研究。國立嘉義大學國民教育研究所碩士論文。
- 張虹雯、陳金燕 (2004)。諮商當事人求助行為之分析研究—以彰師社諮中心為例。彰化師大輔導學報，26 卷，2 期，57-86 頁。
- 修慧蘭、林筱婷 (2010)。國立政治大學學生心理健康篩檢量表之編制。國立政治大學校務發展研究計畫。台北市：國立政治大學。

- 許文耀(1998)。自殺行為徵兆評估量表的編制。《學生輔導雙月刊》，56期，124-141頁。
- 陳玉芳(2005)。青少年憂鬱概念、憂鬱程度與求助態度之相關研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文。
- 陳仙子(1999)。社區成人健康教育需求與求助行為之相關研究。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。
- 陳李綢(2000)。大學生心理適應量表指導手冊。台北心理出版社。
- 陳昌蘭(2001)。陽光照不到的青春-憂鬱傾向青少年人際問題的歸因與因應之探究。國立台東師範大學國民教育研究所碩士論文。
- 陳秋利(2007)。國小高年級學童性別、學業成就、學業成敗歸因與A型行為之關係研究。國立新竹教育大學教育心理與諮商學系輔導教學研究所碩士論文。
- 陳浩銘(2006)。大學生自殺意念之探討-絕望自殺理論相關變項的檢視與延伸。中原大學心理學碩士論文。
- 陳淑娟(2000)。國中學生行為困擾、求助態度與求助偏好之研究。國立高雄師範大學教育研究所碩士論文。
- 陳嘉鳳(2004)。危機理論與處置。台中區心理衛生服務中心之「社區與校園危機處置個案研討會」會議手冊。
- 陳嘉鳳、周才忠、賴念華、錢靜怡、利美萱(2005)。危機處置之理論與實務：以第一現場相關處置為例。第一屆社區實務工作研討會，國立高雄師範大學。
- 麥霍特等人(1998)。新新人類五大危機：綜合輔導策略。(王寶墉譯，1998)。台北：心理出版社。
- 曾光佩(1993)。大學生的憂鬱情緒與歸因-憂鬱性歸因理論的驗證。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 程小蘋、陳珍德(2001)。大學生求助心態之分析研究。《彰化師大輔導學報》，22期，49-88頁。

程玲玲 (1989)。大學生的困擾及主觀之覺、歸因方式、因應策略與心理求助。
中興大學法商學報，23，275-321 頁。

黃政昌、王蔚竣 (2008)。大學生心理健康篩選量表-篩選性評估。台北心理出版社。

黃盛蘭 (1999)。高中學生行為困擾問題與求助態度之研究。國立台灣師範大學教育研究所碩士論文。

黃裕達 (1981)。憂鬱症的歸因向度與歸因複雜度探討。中原大學心理學研究所碩士論文。

路易斯等人 (2003)。社區諮商-多元社會的賦能策略。何金針譯 (2007) 台北，心理出版社。

葉雅馨、林家興 (2006)。台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究。中華心理衛生學刊，19 卷，2 期，125-148 頁。

楊瑞珠、連廷嘉 (2004)。台灣都會區高危險群青少年流行率之調查研究。屏東師院學報，20 期，105-140 頁。

趙柏原 (1999)。國中學生自我效能、求助態度與課業求助行為之相關研究。國立彰化師範大學教育研究所碩士論文。

賴倩瑜、陳瑞蘭、吳佳珍、林惠綺、沈麗惠 (2000)。心理衛生。揚智文化。

劉焜輝 (1992)。歸因治療理論與實施。天馬文化。

藍采風 (1978)。危機調適的理論與應用 (上)。幼獅文化。

Abe-Kim, J., Takeuchi, D. T., Hong, S., Zane, N., Sue, S. & Spencer, M. S.(2007).

Use of mental health-related services among immigrant and US-born Asian

Americans : Results from the national Latino and Asian American study.

American Journal of Public Health, 97, 91-98.

Ajzen, I. & Fishbein, M.(1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Ames, R. & Lau, S.(1982). An attributional analysis of student help-seeking in

- academic settings. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3, 414-423.
- Atkinson, N. W.(2007). *Chinese and north American college students' attitudes toward seeking professional psychological help : Gender and ethnic comparisons*. The Faculty of Humboldt State University. Master of arts in psychology.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Jorm, A. F.(2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking : Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9 : 61.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/61>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. & Christensen, H.(2006). Stigma about depression and its impact on help seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.
- Barnes, L. S., Ikeda, R. M. & Kresnow, M.(2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43, 68-75.
- Ben-Porath, D. D.(2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy : An interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 4, 400-413.
- Bhugra, D. & Hicks, M. H. R.(2004). Effect of an educational pamphlet on help-seeking attitudes for depression among British south Asian women. *Psychiatric Services*, 55, 7, 827-829.
- Blanchard-Fields, F.& Irion, J. C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts : age as a moderate variable. *Psychology and Aging*, 3, 2, 197-203.
- Burns, J. R. & Rapee R. M.(2006). Adolescent mental health literacy : Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239.
- Caplan, G.(1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York : Boni Books, Inc.

- Chen, S. X. & Mak, W. S.(2008). Seeking professional help : Etiology belief about mental illness across culture. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 4, 442-450.
- Cheung, A., Dewa, C., Cairney, J., Veldhuizen, S. & Schaffer, A.(2009). Factors associated with use of mental health services for depressed and/or suicidal youth aged 15-24. *Community Ment Health J*, 45, 300-306.
- Corrigan, J. D.(1978). Salient attributions of two types of helpers : Friends and mental health professionals. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 6, 588-590.
- Currin, J. B., Schneider, L. J., Hayslip Jr B. & Kooken, R. A.(1998). Cohort differences in attitudes toward mental health services among older persons. *Psychotherapy*, 35, 506-518.
- Curry, J. F. & Craighead W. E.(1990). Attributional style in clinically depressed and conduct disorder adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 1, 109-115.
- Eckert, T. L., Miller, D. N., Riley-Tillman, T. C. & DuPaul, G. J.(2006). Adolescent suicide prevention : Gender differences in students' perceptions of the acceptability and intrusiveness of school-based screening programs. *Journal of School Psychology*, 44, 271-285.
- Fisher, J. D., Nadler, A. & Witcher-Algagna, S.(1982). Recipient reaction to aid. *Psychological Bulletin*, 91, 1, 27-54.
- Fischer, E. H. & Turner, J. L.(1970). Orientations to seeking professional help : Development and research utility of an attitudes scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Franzoi, S. L. (2003). *Social Psychology*(3rd ed.). New York : McGraw-Hill Companies, Inc.
- Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., Jenkins, M. J.(2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology* :

Research and Practice, 32, 1, 97-100.

- Gil-Rivas, V., Prause, J. & Grella, C. E.(2009). Substance use after residential treatment among individuals with co-occurring disorders : The role of anxiety/depressive symptoms and trauma exposure. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 2, 303-314.
- Good, G. E. & Wood, P. K.(1995). Male gender role conflict, depression, and help seeking : Do college men face double jeopardy. *Journal of Counseling & Development*, September/October, 74.
- Greenberg, M.S.(1980). *Social exchange : Advance in theory and research*. New York : Plenum Press.
- Greenlees, I., Stopforth, M., Graydon, J., Thelwell, R., Filby, W. & El-Hakim, Y. (2007). The impact of match importance and gender on the team-serving attributional bias among interdependent sports team players. *Group Dynamics : Theory, Research, and Practice*, 11, 1, 54-65.
- Halgin, R. P., Weaver, D. D., Edell, W. S. & Spencer, P. G.(1987). Relation of depression and help-seeking history to attitude toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 2, 177-185.
- Han, D. Y., Chen, S. H., Hwang, K. K. & Wei, H. L.(2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness : Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 662-668.
- Harvey, D. M.(1981). Depression and attributional style : Interpretations of important personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 2, 134-142.
- Hausner, H., Hajak, G. & Spiegl, H.(2008). Gender differences in help seeking behavior on two internet forums for individuals with self reported depression. *Gender Medicine*, 5, 2.

- James, R. K. & Gilliland, B. E. (2005). *Crisis Intervention Strategies*(5th ed.). Belmont, CA : Thomson Brooks/Cole .
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rogers, B. & Pollitt, P.(1997) . Mental health literacy : A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kanel, K.(2003). *A Guide to Crisis Intervention* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks / Cole.
- Karabenick, S.A.& Knapp, J. R. (1988). Help seeking and the need for academic assistance. *Journal of Educational Psychology*, 80, 3, 406-408.
- Kim, B. S. K. (2007). Adherence to Asian and European American cultural values and attitudes toward seeking professional psychological help among Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 4, 474-480.
- Kim, B. S. K., & Omizo, M. M.(2003). Asian cultural values, attitudes toward seeking professional psychological help, and willingness to see a counselor. *Counseling Psychologist*, 31, 343–361.
- Kim, P. Y. & Park, J. K. I.(2009). Testing a multiple mediation model of Asian American college students' willingness to see a counselor. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 15, 3, 295–302.
- Kleinman, A.(1980). *Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California.
- Komiya, N., Good, G. E. & Sherrod, N. B.(2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 1, 138-143.
- Kulik, J. A. & Taylor, S. E.(1980). Premature consensus on consensus ? Effects of

- sample-based versus self-based consensus information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 871-878.
- Lawrence, V., Banerjee, S., Bhugra, D., Sangha, K., Turner, S. & Murray, J. (2006). Coping with depression in later life : a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine*, 36, 1375-1383.
- Leo, D. D., Cerin, E., Spathonis, K. & Burgis, S.(2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community : Prevalence, suicidal process, and help-seeking behavior. *Journal of Affective Disorder*, 86, 215-224.
- Liao, H. Y., Rounds, J. & Klein, A. G.(2005). A test of Cramer's (1999) help-seeking model and acculturation effects with Asian and Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 400-411.
- Lin, T-Y., Inui, T. S., Kleinman, A. & Womack, W. M.(1982). Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of the patients with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 2, 78-85.
- Lin, T-Y. & Lin, M-C.(1978). Service delivery issues in Asian-North American communities. *American Journal of Psychiatry*, 135, 4, 454-456.
- Lindsey, M. A., Korr, W. S., Broitman, M., Bone, L., Green, A. & Leaf, P. J.(2006). Help- seeking behaviors and depression among African American adolescent boys. *Social Work*, January, 51, 1.
- Lo'pez, S. R., Ma. del Carmen Lara, Kopelowicz, A., Solano, S. & Foncerrada, H. (2009). La CLAVE to increase psychosis literacy of Spanish-speaking community residents and family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 4, 763-774.
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L. & Macaulay, H. L.(2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 11,

2410-2435.

- Mansfield, A. K. & Addis, M. E.(2005). Measurement of men's help seeking : development and evaluation of the barriers to help seeking scale. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 2, 95-108.
- Martin, C. S., Chung, T., Kirisci, L. & Langenbucher, J. W.(2006). Item response theory analysis of diagnostic criteria for alcohol and cannabis use disorders in adolescents : Implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 4, 807-814.
- Mishara, B. L., Houle, J. & Lavoie, B.(2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life –Threatening Behavior*, June, 35, 3, 329-342.
- Mojtabai, R., Olfson, M. & Mechanic, D.(2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood , anxiety , or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 59, Jan.
- Möller-Leimkuhler, A. M.(2002). Barriers to help seeking by men : a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorder*, 71, 1-9.
- Narikiyo, T. A. & Kameoka, V. A. (1992). Attributions of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and white American students. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 3, 363-369.
- Nathan, J. H., Wylie, A. M. & Marsella, A. J.(2001). Attribution and serious mental illness : Understanding multiple perspectives and ethnocultural factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 3, 350-357.
- Ng, T. P., Jin, A. Z., Ho, R., Chua, H. C., Fones, C. S. L. & Lim, L.(2008). Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban

- Singaporean adults. *Psychiatric Services*, January, 59, 1.
- Nicholls, J. G.(1975). Causal attributions and other achievement-related cognitions : Effects of task outcome, attainment value and sex. *Journal of Social Psychology*, 3, 379-389.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A. et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior : Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Medicine*, 6, 8.
- <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000123>
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. & Gersons, B. P. R.(2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 2, 183-204.
- Pagura, J., Fotti, S., Katz, L. Y. & Sareen, J.(2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, July, 60, 7.
- Parad, H.(1965). *Crisis Intervention:Selected readings*. New York : Family Service Association of America.
- Parker, G., Chan, B. & Tully, L.(2006). Depression and help-seeking in a western sample of 'highly acculturated' Chinese and controls. *Journal of Affective Disorders*, 94, 239-242.
- Poland, S.(1990). *Suicide intervention in the schools*. New York : Guilford Press.
- Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. *Family Community Health*, 14, 64-75.
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A.(2005). Help-seeking behavior in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 51-58.
- Scileppi, J. A., Teed, E. L. & Torres, R.D.(2000). *Community Psychology : A common*

- sense approach to mental health*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A. & Baeyer. C.(1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 3, 242-247.
- Senior, V., Weinman, J. & Marteau, T. M.(2003). The influence of perceived control over causes and responses to health threats : A vignette study. *British Journal of Health Psychology*, 7, 203-211.
- Shaffer, D. R.(2002). *Developmental Psychology*(6th ed.). Wadsworth/Thomson Learning, Inc.
- Sherwood, C. & Salkovskis, P. M.(2007). Help-seeking for depression : The role of beliefs, attitudes and mood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 541-554.
- Snyder, C. R. & Ingram, R.E.(1983). Company motivates the miserable : The impact of consensus information on help seeking for psychological problems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1118-1126.
- Stefl, M. E. & Prosperi, D. C.(1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, 21, 3, 166-177.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Miller, M .D., Pigg, R. M. & Dodd, V. J.(2008). High School Youth and Suicide Risk : Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *Journal of School Health*, Oct, 78, 10, 545-554.
- Tang, Y. L., Sevigny, R., Mao P. X., Jiang, F. & Cai Z.(2007). Help-seeking behaviors of Chinese patients with schizophrenia admitted to a psychiatric hospital. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 34, 101-107.
- Tessler, R. C. & Schwartz, S. H.(1972). Help seeking, self-esteem, and achievement motivation : An attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 318-326.

- Ting, J. Y. & Hwang, W. C.(2009). Cultural influences on help-seeking attitudes in Asian American students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 1, 125-132.
- Thompson, A., Issakidis, C. & Hunt, C.(2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorder in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25, 2, 71-84.
- True, R. H., & Guillermo, T.(1996). *Asian/Pacific Islander American women*. In M. Bayne-Smith (Ed.) Thousand Oaks, CA : Sage.
- Vanheusden, K., Ende, J. V. D., Mulder, C. L., Lenthe, F. J., Verhulst, F. C. & Mackenbach, J. P.(2008). The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems : equal use for equal needs? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 808-815.
- Wahl, O. F. & Hunter, J.(1992). Are gender effects being neglected in schizophrenia research ? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 2, 313-318.
- Walster, E., Walster, G. W. & Berscheid, E. (1973). New directions in equity theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 151-196.
- Walster, E., Walster, G. W. & Berscheid, E.(1978). *Equity : theory and research*. Boston : Allyn & Bacon.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J.(1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 5, 738-748.
- Weiner, B., Russell, D. & Lerman, D.(1979). The cognition-emotion process in achievement-related contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1211-1220.
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H. & Goldstein, M. J.(1998). Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 2, 355-359.
- Wells, G. L. & Harvey, J. H.(1977). Do people use consensus information in making

- causal attributions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 279-293.
- Yen, C. J.(2002). Taiwanese Students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 1, 19-29.
- Zane, N., & Mak, W.(2003). Major approaches to the measurement of acculturation among ethnic minority populations : A content analysis and an alternative empirical strategy. In Chun, K. M., Organista, P. B. & Marin , G.(Eds.). *Acculturation : Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 39–60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. & Wilson, S.(1986). Dysfunctional attitudes and attribution style in healthy controls and patients with schizophrenia, psychotic depression, and nonpsychotic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 4, 403-405.

附錄一 IASMHS 量表作者授權翻譯、使用量表函

來源：Corey Mackenzie <Corey_Mackenzie@umanitoba.ca>

收信：95752017@nccu.edu.tw

標題：Re: Dear Dr. Mackenzie

日期：Mon, 09 Nov 2009 10:51:56 -0600

Hello Wu,

Thanks for your email and for your interest in the IASMHS. You don't need my permission to translate the inventory into Chinese, but you certainly have it. I wish you all the best in your research. If you end up publishing your results please send me a copy.

Kind regards,

Corey

吳東勝 wrote:

Dear Dr. Mackenzie

I am a graduate student in Dept. of Psychology of National Chengchi University in Taiwan and sorry to bother you.

My research is about high-risk students' attribution and help-seeking. And I think the Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS) would be very helpful for my research.

I'm wondering if I could get your permission to translate the inventory into Chinese version and alter it.

Thank you for your kindness and help.

Sincerely yours,
Tong-Sung, Wu

Tong-Sung, Wu

Dept. of Psychology of National Chenchi University

Counseling and Clinical Psychology

NO.64,Sec.2,ZhiNan Rd.,Wenshan District,

Taipei City 11605,Taiwan (R.O.C)

E-mail:95752017@nccu.edu.tw

附錄二 政大學生生活適應與健康量表

政大學生生活適應與健康量表

此份量表的目的是為了解大學生的身心適應狀況，以提供更適切的健康服務。以下敘述是一般人可能會有的現象，請依照您的實際狀況回答，勿漏答任何一項。

本中心負有資料保密的責任，若未經您的同意，不會洩漏個人資料與填答結果，請放心作答。填寫完畢後，我們會回收此問卷，待計分完成後，以 E-MAIL 的方式，告訴您的測驗結果與解釋。

1. 若此量表顯示出您處於“自我傷害或傷害他人”、“身心狀況不佳或憂鬱”情形時，我們會試圖以電話和您聯繫，以關心您的狀況。

2. 若是發生上述情形，請問您希望我們可以聯繫哪些人以更幫助您（可複選）：

- 班導師 家長 教官 系主任 宿舍導師
 其他(請註明姓名：_____ 電話：_____)

我們期待得到您的合作與同意，但也會尊重您的權利。若您不願意填寫此問卷，也不會影響您的就學權利及任何成績，您可以不需填寫此問卷，請放心做決定，謝謝您的合作！

政治大學學務處 心理諮商中心 關心您

基本資料

姓名： _____ 系所/組別： _____ 年級： _____ 學號： _____

E-mail： _____ 聯絡電話/手機： _____

第一部份

請詳讀下列每項敘述，由 1-5 選擇最符合您 <u>這一個月內狀況</u> 的選項，直接勾選或打勾。 <u>1</u> 代表 <u>從未如此</u> ； <u>2</u> 代表 <u>很少如此</u> ； <u>3</u> 代表 <u>有時如此</u> ； <u>4</u> 代表 <u>經常如此</u> ； <u>5</u> 代表 <u>總是如此</u>	從未如此	很少如此	有時如此	經常如此	總是如此
01. 我的生活作息不正常。	1	2	3	4	5
02. 我不知道自己的生涯性向與興趣。	1	2	3	4	5
03. 我不知道如何達到作業、報告的要求。	1	2	3	4	5
04. 我不知道如何交到朋友。	1	2	3	4	5
05. 我覺得自己比不上別人。	1	2	3	4	5
06. 我沒辦法善用時間。	1	2	3	4	5
07. 我對目前所就讀的科系沒有興趣。	1	2	3	4	5
08. 我不想到學校上課。	1	2	3	4	5
09. 家人給我很大的壓力。	1	2	3	4	5
10. 我沒有辦法與他人建立深入的友誼。	1	2	3	4	5
11. 我不知道如何拒絕他人的追求。	1	2	3	4	5
12. 我會有一段時間心情不好，容易生氣、緊張。	1	2	3	4	5
13. 我沒有規劃自己的生活。	1	2	3	4	5
14. 我不知道如何規劃大學生涯。	1	2	3	4	5
15. 我沒有辦法有效率地唸書。	1	2	3	4	5
16. 家人沒辦法給我情感上的支持。	1	2	3	4	5
17. 與他人相處時，我感覺不自在。	1	2	3	4	5
18. 我因為感情的問題耽誤了工作、學業。	1	2	3	4	5
19. 我的情緒容易受到外界的影響。	1	2	3	4	5
20. 我缺乏對自己的信心。	1	2	3	4	5
21. 我花很多時間在電腦網路上。	1	2	3	4	5
22. 我設定了目標卻沒辦法達成。	1	2	3	4	5
23. 家人無法協助我解決困難。	1	2	3	4	5
24. 我很在意、擔心別人對我的看法。	1	2	3	4	5
25. 我的情緒起伏很大，喜怒無常。	1	2	3	4	5
26. 我不知道準備考試的方法。	1	2	3	4	5
27. 我感覺到自己是孤單的、寂寞的。	1	2	3	4	5
28. 我選擇的交往對象令我感到困擾。	1	2	3	4	5
29. 我壓抑自己真正的情緒與感受。	1	2	3	4	5
30. 我覺得自己什麼事情都做不好。	1	2	3	4	5

第二部份

請詳讀下列每項敘述，並選擇一個最能代表您 <u>這一個月內狀況</u> 的選項直接勾選或打勾。 <u>1</u> 代表 <u>從未如此</u> ； <u>2</u> 代表 <u>很少如此</u> ； <u>3</u> 代表 <u>有時如此</u> ； <u>4</u> 代表 <u>經常如此</u> ； <u>5</u> 代表 <u>總是如此</u>	從未如此	很少如此	有時如此	經常如此	總是如此
01. 我覺得這世界上的人，大多數不可信任。	1	2	3	4	5
02. 我想離開這個世界。	1	2	3	4	5
03. 我在事情開始前就不停擔心事情能否順利進行，而且無法控制自己不擔心。	1	2	3	4	5
04. 我控制不住自己的行為，而傷害到別人。	1	2	3	4	5
05. 我感到自己的精力下降、活動減慢。	1	2	3	4	5
06. 我覺得自殺可以解決一切問題。	1	2	3	4	5
07. 我會為小事而覺得生氣。	1	2	3	4	5
08. 我已經有一段期間每天只需要睡3小時（甚至更少）就足夠，而且每天都神采奕奕。	1	2	3	4	5
09. 我會因焦慮或緊張而發抖、暈眩、心悸、呼吸困難、有窒息感或胃痛。	1	2	3	4	5
10. 我週遭的人覺得我行為怪異。	1	2	3	4	5
11. 我覺得對什麼事都失去興趣。	1	2	3	4	5
12. 我莫名的心情緊張，一直冒汗。	1	2	3	4	5
13. 我從小就對特定情境感到極度害怕，如：高處、人群、封閉的地方、打針、看見血等，以致身處其中時，總有忍不住逃離的感覺或想法。	1	2	3	4	5
14. 我不喜歡和別人生活在一起，對交友沒有興趣。	1	2	3	4	5
15. 我習慣在作某件事情時，會無法控制的想到另一些使我非常焦慮不安的事情。	1	2	3	4	5
16. 我很容易與人吵架或打架。	1	2	3	4	5
17. 我不時會有一些揮不去的思想或影像佔據腦海中（如：一直以為手是髒的、一直以為可能會傷害他人等），讓我感到不安與痛苦。	1	2	3	4	5
18. 有好幾次，我的身體某些部分變得麻木，沒有感覺。	1	2	3	4	5
19. 我覺得壓力很大。	1	2	3	4	5
20. 我的身體不舒服，去看醫生，卻檢查不出特別的毛病。	1	2	3	4	5
21. 我已經選定自殺的方法，也找好地點。	1	2	3	4	5
22. 我變得不太愛和別人互動或說話。	1	2	3	4	5
23. 我遭受重大的挫敗經驗（例如參加重要考試失利、比賽失敗或親密關係分手等）。	1	2	3	4	5
24. 我會一直重複不必要的動作（例如洗手、關門或祈禱等），而感到不安與痛苦。	1	2	3	4	5
25. 我一直看到有人如影隨形跟著我，伺機害我。	1	2	3	4	5
26. 我會莫名地哭泣。	1	2	3	4	5
27. 我的情緒已經持續兩週以上處在憂鬱的情形下。	1	2	3	4	5

	從未 如此	很少 如此	有時 如此	經常 如此	總是 如此
28. 我有服用管制性藥品（如：安非他命、搖頭丸）的習慣。	1	2	3	4	5
29. 沒有人可以幫助我，我覺得未來沒有希望。	1	2	3	4	5
30. 我會因喝酒而產生困擾（如：人際、生活等）。	1	2	3	4	5
31. 我覺得活在世界上沒有意義。	1	2	3	4	5
32. 我覺得有人一直在和我說話，想要影響我的人生、控制我的意志。	1	2	3	4	5
33. 我的父母已經離婚或分居。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，事件發生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今					
34. 我遭受家人或他人的暴力。 (1) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，事件發生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今 (2) 施暴者是： <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友（伴侶）					
35. 我必須打工，負責自己所有或大部分的開銷（生活費、房租…等）。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
36. 我曾經歷天災人禍，導致家人有重大傷亡或分離。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，事件發生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今					
37. 我曾經遭受性侵害。 (1) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，事件發生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今 (2) 施暴者是： <input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> 熟人					
38. 我曾經看過精神科醫生 (1) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，上次看精神科醫生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今 (2) 診斷名稱或原因是_____					
39. 我曾有過自我傷害或自殺的經驗 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，事件發生的時間是： <input type="checkbox"/> 小學及之前 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高中畢業至今					

作答結束，請檢查前面題目是否有漏答，謝謝!!

附錄三 預試問卷

大學生歸因型態與求助態度問卷

親愛的同學：

您好，我是國立政治大學心理所諮商臨床組的研究生吳東勝，目前正在進行有關大學生的歸因型態與求助態度的碩士論文研究。研究目的在於進一步了解大學生對負向事件的歸因及求助於心理專業人員的態度。

這份問卷沒有所謂的對錯，請您依照自己的情況作答，您所填寫的資料僅供學術研究之用，不會對外公開或作其他用途，您可安心填寫。

下列問卷分為三部分，請您仔細閱讀每一部份前的指導語，然後依自己真實的情況與想法作答，有關各部分的填答方式，請您詳細閱讀各部份的說明，感謝您的協助！

國立政治大學心理所
指導教授：修慧蘭教授
研究生：吳東勝 謹上

第一部分：歸因型態

以下有七種不同的問題，請您依照自己的經驗(若無則想像)在這些問題中，分別寫出自己認為最重要且影響最大的一件負向事件，並設想一個最有可能影響該事件的主要原因，且就該主要原因回答下列三題，請您先仔細閱讀例題：

例題

若我在生涯方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

找不到工作。

其主要原因：自己能力不好，沒人要用。

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程度的判斷	0%	20%	40%	60%	80%	100%
此主要原因是因我而造成的程度(例題中圈選3，即認為該原因有60%是因為自己因素所造成的)	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度(例題中圈選4，即認為該原因以後仍有80%的機率會持續穩定影響)	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度(例題中圈選5，即認為自己可100%控制該主要原因)	0	1	2	3	4	5

-----以下為正式題目-----

-----以下為正式題目-----

1.若我在人際方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

2.若我在愛情方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

3. 若我在學業方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

4. 若我在**家庭方面**有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

5. 若我在**情緒方面**有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

6. 假設我被診斷出有精神疾病，如憂鬱症、焦慮症、精神分裂症等，造成其疾病的**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5

7. 假設我有自殺的企圖或行為時，造成該企圖或行為的主要原因為：

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成的程度	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響的程度	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因的程度	0	1	2	3	4	5



第二部分：求助態度

本部分欲測量當個人有心理困擾時，求助於心理專業人員的態度。而心理專業人員一詞是指受過心理相關專業訓練的人（如臨床心理師、諮商心理師、精神科醫生、社會工作者和學校輔導老師等）。

下列題目請就您自己的狀況來填答，在每個項目中，(0) 代表完全不同意、(1) 代表有點不同意、(2) 代表沒有意見、(3) 代表有點同意、(4) 代表完全同意：

	完全不同意	有點不同意	沒有意見	有點同意	完全同意
1. 某些特定問題不應該在家庭以外的地方討論。	0	1	2	3	4
2. 當我需要尋求專業人員來處理心理困擾時，我知道從哪邊可以獲得協助。	0	1	2	3	4
3. 我不希望我的親人（父母、兄弟姐妹等人）知道我有心理困擾。	0	1	2	3	4
4. 專心工作是避免個人煩惱和困擾的好方法。	0	1	2	3	4
5. 如果我的好朋友有心理困擾而向我徵詢意見時，我會建議他去找心理專業人員。	0	1	2	3	4
6. 有心理困擾會令人感到羞恥。	0	1	2	3	4
7. 最好不要了解自己所有的事情。	0	1	2	3	4
8. 如果我正面臨人生中最嚴重的心理困擾，我認為心理諮商可幫我減輕困擾。	0	1	2	3	4
9. 人們應該自行處理自己個人的問題，尋求心理專業人員的協助應該是最後的選擇。	0	1	2	3	4
10. 如果我遇到心理困擾時，只要我願意便可得到心理專業人員的幫助。	0	1	2	3	4
11. 當我生命中最重要的人發現我有心理困擾時，他們可能無法像以前那樣看重我。	0	1	2	3	4
12. 心理困擾就像許多事情一樣，不理會它也能解決。	0	1	2	3	4
13. 對我而言，花時間去找心理專業人員處理心理困擾是相當自然的。	0	1	2	3	4
14. 我不會跟任何人討論我生命中的某些特定事情。	0	1	2	3	4

15.	若我長期處於煩惱或情緒低落時，我會希望尋求心理專業人員的協助。	0	1	2	3	4
16.	如果我的生活圈中有人發現我去尋找心理專業人員的協助，我會感到不安。	0	1	2	3	4
17.	被診斷出有精神疾病是人生中的一個污點。	0	1	2	3	4
18.	不願意接受心理專業人員的協助，而自己解決其衝突與恐懼是值得被肯定的。	0	1	2	3	4
19.	當我發現自己有心理困擾時，我第一時間會尋求專業的心理輔導。	0	1	2	3	4
20.	因為一些人的想法，會讓我尋求心理專業人員時感到不安。	0	1	2	3	4
21.	能克服自我的心理困擾，並且很少需要心理專業人員的幫助，才是一個堅強的人	0	1	2	3	4
22.	誰能幫助我或家人解決問題，我便會向他透露我自己的事。	0	1	2	3	4
23.	如果我要接受心理輔導，我不覺得有需要隱瞞這件事。	0	1	2	3	4
24.	如果同學看見我去接受心理輔導，會使我感到尷尬。	0	1	2	3	4
25.	即使自己知道可能有問題或困擾，但也不要去想這麼多。	0	1	2	3	4

第三部份：基本資料

1.性別：男性 女性

2.年級：大一 大二 大三 大四及以上

3.年齡：_____

4.科系：_____

5.您過去是否曾有接受過心理專業人員的協助：是 否

您已作答完畢，請再檢查是否每一題均已作答

感謝您的合作！

附錄四 正式問卷

大學生歸因型態與求助態度問卷

親愛的同學：

您好，本研究目的想了解大學生對負向事件的歸因及求助於心理專業人員的態度。答案沒有所謂的對錯，請您依照自己的情況作答，您所填寫的資料僅供學術研究之用，不會對外公開或作其他用途，您可安心填寫。

下列問卷分為三部分，請您仔細閱讀每一部份前的指導語，並依自己真實的情況與想法作答，有關各部分的填答方式，請您詳細閱讀各部份的說明，感謝您的協助！

國立政治大學心理所

指導教授：修慧蘭教授

研究生：吳東勝

謹上

第一部分：基本資料

1. 科系：_____

2. 性別： 男性 女性

第二部分：求助態度

本部分欲測量當個人有心理困擾時，求助於心理專業人員的態度。而心理專業人員一詞是指受過心理相關專業訓練的人（如臨床心理師、諮商心理師、精神科醫生、社會工作者和學校輔導老師等）。

下列題目請就您自己的狀況來填答，在每個項目中，(0) 代表完全不同意、(1) 代表有點不同意、(2) 代表沒有意見、(3) 代表有點同意、(4) 代表完全同意：

	完 全 不 同 意	有 點 不 同 意	沒 有 意 見	有 點 同 意	完 全 同 意
1. 當我需要尋求專業人員來處理心理困擾時，我知道從哪邊可以獲得協助。	0	1	2	3	4

		完 全 不 同 意	有 點 不 同 意	沒 有 意 見	有 點 同 意	完 全 同 意
2.	我不希望我的親人（父母、兄弟姐妹等人）知道我有心理困擾。	0	1	2	3	4
3.	專心工作是避免個人煩惱和困擾的好方法。	0	1	2	3	4
4.	如果我的好朋友有心理困擾而向我徵詢意見時，我會建議他去找心理專業人員。	0	1	2	3	4
5.	有心理困擾會令人感到羞恥。	0	1	2	3	4
6.	最好不要了解自己所有的事情。	0	1	2	3	4
7.	如果我正面臨人生中最嚴重的心理困擾，我認為心理諮商可幫我減輕困擾。	0	1	2	3	4
8.	人們應該自行處理自己個人的問題，尋求心理專業人員的協助應該是最後的選擇。	0	1	2	3	4
9.	如果我遇到心理困擾時，只要我願意便可得到心理專業人員的幫助。	0	1	2	3	4
10.	當我生命中最重要的人發現我有心理困擾時，他們可能無法像以前那樣看重我。	0	1	2	3	4
11.	心理困擾就像許多事情一樣，不理會它也能解決。	0	1	2	3	4
12.	對我而言，花時間去找心理專業人員處理心理困擾是相當自然的。	0	1	2	3	4
13.	我不會跟任何人討論我生命中的某些特定事情。	0	1	2	3	4
14.	若我長期處於煩惱或情緒低落時，我會希望尋求心理專業人員的協助。	0	1	2	3	4
15.	如果我的生活圈中有人發現我去尋找心理專業人員的協助，我會感到不安。	0	1	2	3	4
16.	被診斷出有精神疾病是人生中的一個污點。	0	1	2	3	4
17.	不願意接受心理專業人員的協助，而自己解決其衝突與恐懼是值得被肯定的。	0	1	2	3	4
18.	當我發現自己有心理困擾時，我第一時間會尋求專業的心理輔導。	0	1	2	3	4
19.	因為一些人的想法，會讓我尋求心理專業人員時感到不安。	0	1	2	3	4
20.	能克服自我的心理困擾，並且很少需要心理專業人員的幫助，才是一個堅強的人	0	1	2	3	4
21.	如果同學看見我去接受心理輔導，會使我感到尷尬	0	1	2	3	4

尬。

22. 即使自己知道可能有問題或困擾，但也不要去想這
麼多。 0 1 2 3 4

第三部分：歸因型態

以下的問題，請您依照自己的經驗（第六、七題若無經驗則可跳過不作答）
作答，分別寫出對自己最重要且影響最大的一件負向事件，並寫出最有可能影響
該事件的主要原因，且就該主要原因回答下列三題，請您先仔細閱讀例題：

例題

若我在生涯方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

找不到工作。

其主要原因：自己能力不好，沒人要用。

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作 程度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因為我而造成（例題中圈選3，即認為該原因有60%是因為自己因素所造成的）	0	1	2	③	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件（例題中圈選4，即認為該原因以後仍有80%的機率會持續穩定影響）	0	1	2	3	④	5
我可以自己控制此主要原因（例題中圈選5，即認為自己可100%控制該主要原因）	0	1	2	3	4	⑤

-----以下為正式題目-----

1. 若我在人際方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

2. 若我在**愛情方面**有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

3. 若我在**學業方面**有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

4. 若我在**家庭方面**有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其**主要原因**為：_____

請就上述造成該事件的 主要原因 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 0 %	4 0 %	6 0 %	8 0 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

5. 若我在情緒方面有困擾，對我而言最重要且影響最大的負向事件為：

其主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 %	4 %	6 %	8 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

6. 若我被診斷出有精神疾病，如憂鬱症、焦慮症、精神分裂症等，造成其疾病的主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 %	4 %	6 %	8 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

7. 若我有自殺的企圖或行為，造成該企圖或行為的主要原因為：_____

請就上述造成該事件的 <u>主要原因</u> 對下列問題作程 度的判斷	0 %	2 %	4 %	6 %	8 %	1 0 0 %
此主要原因是因我而造成	0	1	2	3	4	5
此主要原因以後仍會持續穩定影響該事件	0	1	2	3	4	5
我可以自己控制此主要原因	0	1	2	3	4	5

您已作答完畢，請再檢查是否每一題均已作答
感謝您的合作！