

中國醫藥大學護理學系碩士班

碩士論文

氣功療法應用在憂鬱症患者之成效研究

The outcome study of Qi-gong therapy for  
patients with Depressive disorder.

研究生： 林明煌

指導教授： 施欣欣 副教授

中華民國 九十七年 七月

## 誌 謝

終於畢業了，在碩士班六個年頭的日子裡，經歷了人生中的低潮，也體會到個人的侷限，曾經數度的休學想放棄，但是，我知道這是我個人必須面對的困境，也唯有突破逆境才能浴火重生。所幸這些日子以來有許多人一直不斷的給我支持及鼓勵，才能完成這一階段的任務。

在學習的過程中，首先要感謝的是指導教授施欣欣博士，由於老師對學生無私的耐心和包容，悉心的指導與諄諄教誨，讓我必須不斷的鞭策自己，激發深藏的潛力，不僅讓我在護理專業上有所成長，更從中獲得自我肯定。在論文指導期間，感謝吳宏達老師的細心指導及鼓勵，提供統計分析之建議與協助，使本論文得以順利完成。感謝許昇峰老師對論文的寶貴意見及提綱挈領的指正，使本論文能更臻完美。

再者，感謝李耀暄院長，在氣功療法上的付出，以及個案收集的鼎力協助。感謝黃介良主任在個案篩選、評量的鼎力協助，與精神專業知識的指導。感謝學校生統中心林保萱老師及其他成員，提供統計程式上的指導，解決在分析資料上所面臨的問題。更感謝參與本研究的研究對象，提供個人的經驗與在研究過程中的全力配合，使論文的進行能夠順利完成。

最後，感謝工作單位護理長及同仁的體諒與支持，讓我無後顧之憂，使論文的進行更加順利。感謝我最摯愛的家人，在我求學期間默默的付出，並給予最大的寬容與關懷，讓我心無旁騖，可以專心於求學與論文寫作，順利完成學業。

學問是永無止盡的，論文的完成只不過是另一階段的開始，期望自己能繼續前進，迎接新的挑戰。

## 中文摘要

國內外的研究顯示氣功療法逐漸的被應用在精神醫學、神經學、心肺醫學、免疫學與慢性疾病，透過靜坐、導引、行氣、吐納、瑜珈、鍛鍊氣功及氣功師發放外氣等方式的運用，結果顯示可以改善慢性疼痛、高血壓、失眠、焦慮及憂鬱情緒，是一種相當有效的輔助療法。因此，本研究主要目的在瞭解研究對象經過十二週的氣功治療後，在憂鬱症狀上的變化。

本研究為單組前後測設計（One group pretest-posttest design），以立意取樣方式從中部某醫學中心中醫門診選取符合 DSM-IV 診斷為憂鬱症患者為研究對象，共 16 位；以接受十二週的氣功治療為介入措施，分別在接受氣功治療前、第四週、第八週及第十二週治療後分別給予填寫結構式問卷。因本研究採重複測量方式，故採取廣義估計方程式（Generalized Estimating Equation, GEE）進行統計分析。研究結果發現：經過氣功治療處置後，研究對象的憂鬱症狀均有顯著改善。進一步以 GEE 進行多變項分析，探討在調整年齡、西藥治療、團體心理治療、針灸治療及曾接受過氣功治療等自變項效應後，本研究的氣功治療處置仍能顯著地改善研究對象的憂鬱症狀。

整體而言，氣功治療可以改善研究對象的憂鬱症狀。本研究結果的貢獻可以針對護理教育、臨床實務、以及未來研究提供相關之建議。

關鍵字：精神病患、憂鬱症、氣功療法

## Abstract

Many studies indicated that qigong therapy is an effective treatment. The purpose of the research was to investigate the influences of qigong therapy on subjects' depressive symptoms. This study was an one-group with pretest-posttest design. Participants (N=16) were recruited from China Medication outpatients at the medical center hospital in the middle Taiwan. Participants were then given a 12-weeks 20-40 mins external qi therapy. The data was analyzed by using the Generalized Estimating Equations (GEE) method. After 4-week, 8-week and 12-week qigong therapy, participants showed significantly decrease in depressive scores. The results of this study could provide a substantial standard for nursing practice, education, research and administration to improve the quality of life in the target population.

Keyword: Psychiatric patient, Depressive disorder,  
Qigong therapy,

# 目錄

章節	頁碼
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 名詞解釋.....	5
第二章 文獻查證.....	6
第一節 憂鬱症之診斷標準及病因.....	6
第二節 憂鬱症的治療模式.....	12
第三節 氣功療法介紹.....	20
第四節 氣功療法應用在精神醫學的相關研究.....	27
第三章 研究方法.....	30
第一節 研究設計.....	30
第二節 研究對象.....	30
第三節 氣功治療實施過程.....	31
第四節 研究變項與工具.....	31
第五節 資料收集過程.....	35
第六節 資料分析方法.....	36
第七節 倫理考量.....	37
第四章 研究結果.....	38
第一節 研究對象之人口統計學資料.....	38
第二節 研究量表之信度檢測.....	43
第三節 氣功治療成效分析.....	44
第四節 各種研究變項與氣功療法成效之單變項分析.....	47
第五節 氣功療法成效之多變項分析.....	51
第五章 結論與討論.....	53
第一節 結論.....	53
第二節 討論.....	54

章節	頁碼
第六章 研究限制與建議.....	57
第一節 研究限制.....	57
第二節 建議.....	58
參考文獻.....	60
附錄一 個人基本資料表.....	74
附錄二 參與「氣功療法」研究同意書.....	76



# 表次

表次	頁碼
表 3-1 氣功治療研究量表資料收集時間一覽表.....	36
表 4-1 研究對象人口統計學變項分佈情形.....	39
表 4-2 持續接受氣功治療者與未持續接受氣功治療者人口統計 學變項之比較.....	41
表 4-3 持續接受氣功治療者與未持續接受氣功治療者治療前各 量表得分之比較.....	42
表 4-4 各量表之內在一致性信度.....	43
表 4-5 各量表進行 GEE 模式分析結果.....	45
表 4-6 漢氏憂鬱量表與各種研究變項之單變項分析.....	49
表 4-7 貝氏憂鬱量表與各種研究變項之單變項分析.....	50
表 4-8 漢氏憂鬱量表與各種研究變項之多變項分析.....	52
表 4-9 貝氏憂鬱量表與各種研究變項之多變項分析.....	52

# 圖次

圖次	頁碼
圖 4-1 不同組別在漢氏憂鬱量表治療前得分之盒狀圖 .....	42
圖 4-2 不同組別在貝氏憂鬱量表治療前得分之盒狀圖 .....	42
圖 4-3 漢氏憂鬱量表前後測量分數之盒狀圖 .....	46
圖 4-4 貝氏憂鬱量表四次測量分數之盒狀圖 .....	46



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與研究動機

在台灣，隨著社會經濟的發展，家庭功能與支持系統的變化、社區環境和生活方式的改變等因素，不僅對身體健康造成影響，也與心理健康有著密切的關係（楊，2002）。近幾年，台灣更處在不安定的政治及經濟氣氛下，失業率與自殺率有逐年增加的趨勢（忘憂草憂鬱防治協會，2006年10月16日），再加上物價持續上漲，民眾的痛苦指數更不斷的攀升（台視新聞電子報，2008年5月22日），現代人所面對的心理社會壓力也較過去繁多。國人罹患憂鬱症的比例也有逐年增加的趨勢，約有13-20%的人會出現和憂鬱有關的症狀，其中女性和男性比例約為2:1（陳、丘、林，2004）。在二十一世紀的今日，憂鬱症已成為全球性的健康問題，與癌症及愛滋病並列為危害人類健康的三大疾病（廖、吳，2003），但經常被忽視而未及時診斷出來。世界衛生組織預估憂鬱症盛行率占總人口數的3%（簡、林、龍、曾，2006），而在台灣約在5-20%之間（廖、吳，2003）。憂鬱症是具有慢性化且容易復發的疾患，在嚴重型憂鬱發作後的二年內，有25-30%會復發（Keller, 1995; Melfi et al, 1998），十年內有75%患者會復發，有兩次嚴重憂鬱發作的患者，第三次發病的比例更高達80-90%（Keller, 1995）。

憂鬱患者常因症狀的出現，而造成日常生活上的許多困擾，會有維持親密關係困難、對社交互動不滿意、性功能障礙、失學或失業等現象，進而造成家庭、婚姻、職業、學業等方面發生問題（沈，2005，9月27日）；再者，患者常因覺身體不適四處求醫，接受過多非必要的檢查，造成醫療資源

的浪費，更嚴重者，將導致自殺身亡的後遺症(李，2005年9月27日；胡，1989)。商、廖、李(2003)的研究發現，在精神科門診中，憂鬱症患者門診的比率從1994年的14.5%增加到2000年的27.3%，成長比率將近兩倍。儘管如此，也有31-50%的憂鬱症患者只接受少數或完全沒有治療(陳，2003)，在社區調查顯示，大多數具有心理困擾的民眾其就診率均偏低，其中憂鬱症患者會尋求協助的比率也僅有13%(Roness, Mykletum & Dahl, 2005)。WHO預測，在西元2020年，憂鬱症將是心血管疾病以外造成人類失能的第二大原因(Holden, 2000)。可見，憂鬱症對人類健康所造成的威脅不容忽視。

隨著各種慢性病的增加，消費者對健康養生與求醫行為的改變，以及西醫無法滿足所有疾病病人的需求，使得輔助與另類醫學(complementary and alternative medicine, CAM)的興起及使用，日趨普及(許，2005)。CAM可分成五大範疇：

- (1)另類醫療系統(Alternative medical systems)：是根基於一套完整的理論與實務的醫療系統，包括自然醫學、傳統中醫、印度醫學、同類醫學等。
- (2)精神-身體介入療法(Mind-body interventions)：使用各種可以提升心靈能力的技巧，來影響身體的功能及症狀，包括靜坐、冥想、催眠、音樂與藝術療法。
- (3)生物學基礎療法(Biological-based therapies)：使用自然界發現的物質來作治療，包括草藥、高劑量維他命、特殊飲食療法。
- (4)按摩治療方式(Manual healing methods)：運用手部操作及身體部分的運動來作治療，包括整脊療法、整骨療法、按摩等。
- (5)能量療法(Energy therapies)：運用能量場或生物電磁場的治療方式，包括氣功、治療性接觸等(王、林，2002；許煌汶，2005)。在美國1990年及1997年所作的調查報告結果顯示，一般民眾使用16種另類療法其中一種以上的比率，由33.8%增加到42.1%，其中增加最多的項目包括：中藥

(herbal medicine)、按摩 (massage)、大量維他命 (megavitamins)、能量療法 (energy healing)、同類療法 (homeopathy)；最常被使用另類療法的是慢性疾病，包括：背部問題、焦慮、憂鬱、及頭痛 (Eisenberg et al.,1998)。根據統計，目前世界各國的 CAM 使用率約 8-83% 不等，WHO 2002 年報告，在法國及非洲就有超過三分之二的人口使用過 CAM 療法，在過去一年使用過 CAM 的人美國有 62.1%，而台灣約有 75.5%(許，2005)，可知，一般民眾使用輔助與另類醫學的情形相當普遍。

氣功在輔助與另類醫學屬於能量療法中的一種，根據國內外的研究顯示氣功療法逐漸的被應用在精神醫學、免疫學、神經學、心肺醫學以及慢性疾病，這些研究結果顯示可以改善慢性疼痛、高血壓、失眠、焦慮及憂鬱情緒，是一種相當有效的輔助療法(蔡，2006；Chen et al., 2005；Gaik, 2003；Lee et al., 2001；Lee, Jang, Jang & Moon, 2003；Lee & Jang, 2005)。因此本研究有興趣於運用氣功療法於憂鬱症患者，透過氣功醫師外氣的運用，探討氣功療法對患者憂鬱症狀的改善效果。研究結果可提供護理人員熟悉這些具互補性、整合性的傳統療法，並將之應用於護理實務中，成為護理處置的一部份，以改善憂鬱患者生理、心理、情緒反應，進而促進其生活品質與整體健康。

## 第二節 研究目的

本研究主要在應用氣功療法於憂鬱症患者，研究目的包括下列幾點：

- 一、探討研究對象的憂鬱症狀在接受氣功療法前、中、後的變化。
- 二、探討研究對象之個人背景特性對氣功療效的影響。



### 第三節 名詞解釋

本研究相關名詞定義如下：

- 一、憂鬱症：係指符合DSM-IV診斷為重鬱症(Major Depressive Disorder)之患者。
- 二、氣功治療：由氣功醫師應用無相氣學，根據患者的病情需要，以氣感做定位導引，準確的診察氣滯或氣阻之處，再透過氣功醫師外發氣於患者身上，以疏達氣機，排除病邪，達到治療疾病的作用。
- 三、治療成效：是指憂鬱症患者其憂鬱症狀的改善，收集的資料包括治療前、第四週、第八週及第十二週治療後皆接受貝氏憂鬱量表(Beck depression inventory-Second Edition; BDI-II)之測試；治療前及第十二週治療後接受精神專科醫師的漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD)評估。漢氏憂鬱量表和貝氏憂鬱量表的變化即為治療成效。

## 第二章 文獻查證

本章文獻查證範圍包括以西醫觀點探討憂鬱症之診斷標準、病因和治療方式，並探討氣功療法及其相關研究。

### 第一節 憂鬱症之診斷標準及病因

壹、憂鬱症的診斷標準：

憂鬱症（depression）屬於情感性疾患（mood disorders）中的一種，患者會表現出一連串的徵兆和症狀，持續一段很長的時間，並且明顯地影響到個人的日常生活作息，其主要症候包括四個層面：1.情緒方面會表現出憂鬱、煩躁不安、易怒等；2.認知及思想方面會出現注意力不集中、負面扭曲的思考、悲觀、無助與無望感等；3.生理方面出現睡眠障礙、體重降低或增加、性慾減退等現象；4.行為方面出現動機和興趣降低、動作少或衝動控制差、高自殺傾向等（柯、陸，2002；范，1997；楊、陸，1996）。

依據美國精神疾病診斷與統計手冊第四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup>, DSM-IV）的診斷標準，將憂鬱性疾患主要區分為重鬱症與低落性情感疾患，其中針對重鬱症（Major Depressive Disorder）的診斷標準為（孔、孔，1999）：

一、至少兩週期間內，同時出現下列症狀五項（或五項以上），且呈現由原先功能的改變；憂鬱心情、失去興趣或喜樂，此兩項症狀至少應有其中一項。

1.憂鬱心情，幾乎整天都有，且幾乎每天都有，可由主觀報告（感覺到悲傷或空虛）或由他人觀察（哭泣現象）。

2. 在所有或幾乎所有的活動，興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都會，幾乎每日都有。
  3. 非處於節食而明顯體重下降，或體重增加；或幾乎每天都食慾減少或增加。
  4. 幾乎每日失眠或嗜睡。
  5. 幾乎每日精神運動性激動或遲滯。
  6. 幾乎每日疲累或失去活力。
  7. 幾乎每日有無價值感，過份或不合宜的罪惡感（可達妄想程度）。
  8. 幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無判斷力。
  9. 反覆想到死亡（不只是害怕自己即將死去）、重覆出現無特別計劃的自殺意念、有過自殺嘗試或已有實行自殺的特別計劃。
- 二、此症狀不符合混合發作的準則。
- 三、此症狀造成臨床上重大痛苦，或損害社會、職業或其他重要領域的功能。
- 四、此障礙並非由於某種物質使用（如：藥物濫用、臨床用藥）或一般性醫學狀況（如甲狀腺功能低下）的直接生理效應所造成。
- 五、此症狀無法以傷慟反應做更佳解釋，也就是在所愛的人死亡後，症狀持續超過兩個月以上，或症狀特徵為：顯著的功能損害、病態地專注於無價值感、自殺意念、精神病性症狀、或精神運動性遲滯。

## 貳、憂鬱症的病因

憂鬱症的病因可以說是相當的複雜，在分類上大多採內因性及外因性。內因性憂鬱症與生物、遺傳因子有關，治療上較偏向於藥物治療及電痙攣治療；外因性憂鬱症主要與外界的環境壓力、基本性格有較密切的關係，而治療則以心理、

行為、認知等治療模式（陸，2002）。因此，在探討發生憂鬱症的病因時，必須從很多層面來做探討。

一、生物學因素：包括神經傳導物質、基因遺傳、及腦實質變化等。

（一）神經傳導物質：

內因性憂鬱症與神經傳導物質及其代謝產物之間的關係，隨著精神藥物學的發展，而出現不同的假說，而最常被討論的是與生物胺--血清素（serotonin, 5-HT）、正腎上腺素（norepinephrine）、多巴胺（dopamine）等神經傳導物質分泌失調有關（陸，2002）。當血清素不足時，會導致情緒及行為上的偏差，引起衝動、易怒、暴躁和攻擊行為、暴飲暴食、血糖過低、失眠、生理節奏失調、自責、人生乏味、孤單感等憂鬱症狀（簡等人，2006；Praag, Plutchik & Conte, 1986）。正腎上腺素的缺乏，會讓人的意識警覺狀態降低，以致無法快速地應付外界環境的改變，人會變得反應遲鈍、猶豫不決、不想出門、懶得動、心有餘而力不足、胃口差、全身乏力、灰心等憂鬱的症狀（簡等人，2006；Robertson & Monte, 1997）。多巴胺的缺乏會引起個體行動緩慢、神經協調能力退化、個性固執而刻板、以及心情低落等憂鬱現象，這可能與分解多巴胺成正腎上腺素的酶—多巴胺乙型去氫酶之功能障礙有關（陸，2002）。其他神經化學物質GABA（Amino acid 氨基酸類）、Neuroptides（如 Vasopression及鴉片胺）、以及第二信息（如 adenylate cyclase, phosphatidylinositol 及鈣）等，也會影響到人的情緒（卓，2008；簡等人，2006）。

（二）遺傳基因方面：

憂鬱症患者的遺傳學研究指出，兄弟姊妹中有一人

罹患憂鬱症，則其他人的發病率約為25%，如果連同父母其中一人也得病，則發病率會增加到40%；雙胞胎的研究顯示異卵雙胞胎罹患憂鬱症的機率有5-25%，而同卵雙胞胎同樣罹患憂鬱症的機率有33-50%（卓，2008；陸，2002）。在男女性別研究上，不論國內或是國外的研究均顯示女性罹患憂鬱症的比例高於男性約2-4倍（商等人，2003；張、袁、黃，2008；Sprock & Yoder, 1997），主要原因可能與X染色體的突變問題有關（陸，2002）。

### （三）腦實質變化

憂鬱症患者可能在下視丘—邊緣腦系統（hypothalamic-limbic system）功能上有障礙，造成腦下垂體前葉功能異常，尤其是下視丘—腦垂體—腎上腺軸（hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA axis）最具臨床研究價值。憂鬱症患者之下視丘中正腎上腺素功能降低，以致次發性地引起下視丘—腦垂體—腎上腺軸功能之增加，進而造成皮質醇分泌增加，血中可體松濃度也比一般人來的高，在臨床上，常使用迪皮質醇抑制試驗（DST）加以檢驗（陸，2002；Watson & Mackin, 2006）。

## 二、心理因素：

Freud認為憂鬱症產生的原因是因為失去所愛的人、事、物，無法滿足依賴的需求，而將情感壓抑至潛意識的一種防衛機轉，最後產生病態的反應，表現出憂鬱的行為（Beckham, 2000）。Beck認為憂鬱症是一種思考障礙的疾病，主要是因這類患者對自己及其生活與未來存在著不合現實的負向期待，當遭遇到外在的生活壓力時，常常會產生負向的思考，在認知上會認為一切都是因為自己的能力不足，也因此常常貶低自己，認為自己是沒有價值的、是有缺陷，最終對這世界充滿無助感，對未來不抱任何希

望等，當認知偏差越大則憂鬱症狀亦越嚴重（林，2001；柯，2002；Beck, 1976）。

### 三、社會（環境）因素：

人生活在環境之中，無不受到周遭人、事、物以及環境等因素的影響，尤其是當處在社會變遷急遽，多元的價值觀，複雜的人際關係，以及經濟的蕭條，傳統產業沒落等等現實的環境時，容易產生角色衝突及過渡的負荷（王、吳，2003）。長期的壓力容易導致神經傳導物質的變異，改變各種的腦神經傳導物質及神經傳導之間訊息傳遞系統原有之功能，而引起情緒、思考及情感之表達障礙（施、李、李、郭，2004），尤其是突發的負向事件如失去配偶、親人或朋友、中年失業或喪失社會地位等，常會造成情緒的低落，容易導致憂鬱（王，2000；王、吳，2003）。研究發現憂鬱症患者在發病前半年所遭遇的生活事件是一般人的三倍（謝，2005；Ricardo, 2000），可見，生活壓力愈大，所遭遇的事件愈痛苦，引發憂鬱症的機會就愈大。

### 四、營養因素

醣類、蛋白質與胺基酸、脂肪類、維生素與礦物質是維持個體生命活動所必須的基本營養物質，許多研究發現，營養不均衡是造成憂鬱的原因之一。如飲食中缺乏蛋白質，會導致製造血清促進素的原料--色胺酸的攝取量不足，進而造成憂鬱的情緒（Ravindran, Griffiths, Merali, Knott & Anisman, 1999）；過低的膽固醇會引起慢性疲勞症候群及憂鬱症（陳國華，2000）；缺乏維生素B1、B12、C、葉酸缺乏會導致情緒低落、食慾減退等症狀（陳等人，2004）；相對的，多攝取含有 $\omega$ 3脂肪酸的深海魚類（Bourre, 2005; Buydens-Branchey & Branchey, 2008; Silvers & Scott, 2002）、富含維生素C、E、綠色蔬菜等食物，可以有效的

改善情緒（劉，2005）。其他還包括血中鈉離子（Ramsey, Frazer & Mendels, 1979）及鋅離子（Maes et al., 1994）等電解質的濃度過低，都會產生食慾減少及情緒不安的反應。

## 五、其他相關因素

引起憂鬱症的因素還包括有：1.疾病：長期罹患慢性疾病如巴金森氏症、癲癇、心血管疾病、糖尿病、癌症與阿茲海默症的病人，可能因長期遭受疾病帶來的失能與痛苦，容易引發憂鬱症狀（陳、丘、林，2004）。2.藥物：有些藥物（如鎮定劑、抗巴金森症、抗發炎、降高血壓藥等），因長期服用容易產生憂鬱症狀（陳、丘、林，2004）。3.人格特質：性格是積極、認真、負責任、求完美、守正不阿、患得患失、小心謹慎、要求自己高、A型性格的人，在體質上容易罹患憂鬱症、妄想症及心身症等（卓，2008）。4.季節：憂鬱情緒容易受到季節天候的影響，特別是在冬天的季節，或是陰雨綿綿的地區，此稱為季節性憂鬱症（張等人，2008；Rosen & Amador, 2003）。

綜合以上所述，憂鬱症並非單一因素所造成的，它的病因十分複雜，除了生理、心理、環境及社會等因素外，還與營養的攝取有關。因此，越瞭解造成憂鬱症的可能原因，越可以幫助患者面對憂鬱症，接受適當的治療，以恢復正常生活。

## 第二節 憂鬱症的治療模式

目前對於憂鬱症治療方式大致可分為身體療法，包括藥物療法、電療法、照光療法、運動和中醫療法等，以及心理療法，指對患者的心理、思考所採取的治療方法，包括認知行為心理治療、人際關係治療等方法。

### 壹、藥物治療

抗憂鬱劑的發展可以回溯至 1950 年代，由於治療肺結核的藥物 irproniazid 被意外的發現它可以有效的改善情緒，因此將其當成抗憂鬱劑使用（林，2000；黃、蔡，2002）。隨著憂鬱症的理論及神經科學的發達，已陸續的研發出不同機轉的抗憂鬱劑。在臨床上目前常使用的抗憂鬱劑分述如下：1.三環抗憂鬱劑（Tricyclic Antidepressants, TCAs）：是最早被用於治療憂鬱症的藥物，如 amitriptyline、clomipramine、doxepine、imipramine，但有很明顯的抗副交感神經作用（口乾、視力模糊、尿滯留、便秘）及中樞神經的抑制作用（倦怠、燥動、譫妄）等；2.異環類抗憂鬱劑（Heterocyclic Antidepressants, HCAs）：這類藥物是為改善 TCAs 先前的藥物不良反應所發展出來的，有較低的毒性、較少的鎮靜與自主神經作用，如 maprotiline、amoxapine、mianserin、trazodone；3.單氨氧化酶抑制劑（monoamine oxidase inhibitor, MAOI）：傳統的 MAOI 因與藥物及食物的交互作用多，上且有姿勢性低血壓的副作用，目前在臨床已較少被使用，而新一代的 MAOI 具 MAO-A 選擇性與可逆性，不需飲食控制與擔心高血壓危象，如 moclobemide、brofaromine、toloxatone；4.選擇性血清素回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI）：為目前藥物治療的主流，常出現焦慮、頭痛、噁心、胃腸不適、及性功能障礙等副作用，但不會有成

癮問題，如 fluoxetine、sertraline、fluvoxamine、citalopram；  
5.其他還包括選擇性血清素-正腎上腺素再回收抑制劑  
（selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors,  
SNRI）、正腎上腺素激性及血清素接受器拮抗劑  
（noradrenergic and specific serotonergic antidepressant,  
NaSSA）、血清素接受器及再回收抑制劑（serotonin  
antagonist/reuptake inhibitor, SARI）等（方、陳、陳，1998；  
林，2000；陳、丘、林，2004；張、周、林，2002）。

不論是何種機轉的抗鬱劑，其主要原理是藉由長期給予  
抗憂鬱劑，來改變特定的神經傳導物質接受器的敏感度，以  
影響神經傳導物質所產生的反應（方等人，1998）。而這些藥  
物治療可以分為短期與長期兩個階段，短期治療又分成急性  
期與連續期，急性期的治療在於穩定急性症狀，時間約需 6-12  
週，而連續期的治療則在病情緩解後，以保持緩解狀態，預  
防復發為主，時間約需 6-12 個月；長期治療主要是在患者症  
狀穩定之後，目的在於防止再發（林，2003）。有關抗鬱劑治  
療憂鬱症的療效研究指出，藥物治療組與控制組（安慰劑）  
比較，藥物治療可明顯地降低疾病的復發率，有效地減輕憂  
鬱症狀以及改善病患社會功能（Feiger et al., 1999; Schramm et  
al., 2007; Thase, 1999; Wolkowitz et al., 1999）。然而，25%的  
患者中斷服藥的關鍵期是在開始接受治療的第一個月，最主  
要的原因是對藥物的認知不足或不正確，並擔心藥物會引起  
反應遲鈍的症狀，因此排斥藥物治療（Priest et al., 1996）。

## 貳、電氣痙攣治療

電氣痙攣治療（electroconvulsive therapy, ECT）是目前  
治療嚴重憂鬱症有效且快速的方法，其原理主要是透過微量

電流通過大腦後，誘發大腦放電產生痙攣，痙攣時間大約維持 20~30 秒鐘，藉此達到腦中傳導物質的平衡（胡，2000）。當憂鬱症患者呈現出木僵狀態（不動、不語、不食），身體肌肉僵直，或有高度自殺的危險性時，選擇使用電氣痙攣治療可爭取時效，降低自殺的危險性，例行性療程可每週執行 2 至 3 次，患者通常在接受 6-10 次的治療後，憂鬱症狀就可以獲得良好的改善，但短暫記憶力障礙、頭痛、噁心、嘔吐是治療過程最常見的副作用，其中以記憶力障礙最讓患者感到困擾（林，2002；胡，2000；Scott, 2006）。

#### 參、照光治療

照光治療常被運用在治療光照不足的季节性憂鬱症患者，其原理是光線由眼睛進入後，對視覺細胞產生刺激，進而影響腦神經功能，對於改善過低的血清素有所幫助，較常用的方法是於天亮前 1 至 2 小時，以光度 1,500 至 10,000 lux(勒克斯)的亮度照射（林，2002；陳、江、林，2000），研究顯示對接受抗憂鬱劑藥物治療之非季节性憂鬱症患者，若再輔以光照療法，同樣也具有相當顯著的療效(Even, Schröder, Friedman & Rouillon, 2008)。

#### 肆、運動療法

「運動」可以分為二種形式，一種是有氧（aerobic）運動，包括：走路（walking）、慢跑（jogging）、踩腳踏車（cycling）、太極拳、較輕的循環訓練（light circuit training）與重量訓練（weight training）等有氧及耐力訓練；另一種是非有氧（nonaerobic）運動，也就是肌力、肌耐力、柔軟度、協調性及放鬆訓練。有關有氧或無氧運動的研究結果顯示，

運動可以改善生理與心理健康，而不同形式的運動對焦慮、憂鬱、抗壓性均具有良好的效果（王，2005；賴，1998；Dunn, Trivedi & O'Neal, 2001；Penninx et al., 2002；Salmon, 2001）。但實際實施在憂鬱症患者身上時，常因為疾病症狀使患者出現疲勞感、沒有精神、低自尊與及心理動作障礙的現象（張，1993），再加上服用抗憂鬱劑後所出現的口乾舌燥、嗜睡、心跳加快等副作用，而讓患者無法規律的持續運動，以致影響運動療法的效果（李，2000；張，1993）。

## 伍、中醫藥治療

中醫認為，憂鬱症的病因，可能來自外在的六淫邪氣（風、寒、暑、濕、燥、火）或壓力，也可能來自內在的情緒（喜、怒、憂、思、悲、恐、驚等七情）（江，2006），其病理過程是以氣滯、痰結、火鬱、血瘀等改變為主（周、胡，1998）。在診斷和治療疾病的主要方法是辨證，再根據證論治。因此，依鬱症臨床表現及治療方式可分為八類：

一、肝氣鬱結型：臨床上常表現出：情緒低落，意志消沈，精神抑鬱，沈默寡言，心煩易怒，胸部脹滿，脅肋及少腹脹痛，食少納呆，大便失調，舌苔薄白或薄膩，脈弦等症狀（朱，1994；周、胡，1998；陳、張、Werner、Soltanzade，2003；許，2006）。治法宜採疏肝解鬱、理氣暢中，方藥可選用由四逆散加川芎、香附、陳皮而成的胡疏肝湯（許，2006）。

二、氣鬱化火型：在臨床上會表現出：面色微紅，性情急躁、易怒，心情煩悶，失眠，胸脅脹滿疼痛，同時會有口苦咽乾，頭痛眩暈，耳鳴耳聾，大便秘結，小便赤黃，舌紅苔黃，脈弦數等症狀（朱，1994；周、胡，1998；陳等人，2003；許，2006）。治法宜採理氣解鬱、

清肝瀉火，方藥可選用以逍遙散加入丹皮、梔子而成的丹梔逍遙散（許，2006）。

三、血行鬱滯型：臨床上會表現出：面色晦暗沒有光澤，精神緊張、抑鬱，性情急躁易怒，同時會有頭痛，失眠，胸脅疼痛，舌質紫暗或有瘀點、瘀斑、脈多弦細而澀（朱，1994；周、胡，1998；許，2006）。治法宜採活血化瘀，理氣解鬱，方藥可選用以四逆散合桃紅四物湯而成的血府逐瘀湯（許，2006）。

四、痰氣鬱結型：在臨床上常表現出：面色晦暗，精神抑鬱，喜怒無常，多疑猜忌，胸部悶塞，肋協脹痛，咽中如有異物作梗、吐不出也吞不下，舌淡苔膩，脈弦滑（朱，1994；周、胡，1998；許，2006）。治法宜採行氣開鬱，化痰散結，方藥可選用以厚朴、用蘇、半夏、茯苓及生薑而成的半夏厚朴湯（許，2006）。

五、心陰虧虛型：常見臨床表現為情緒低落，反應遲鈍，孤僻離群，面色潮紅，頭昏目眩，心悸，健忘，失眠，多夢，心煩意亂，五心煩熱，口燥咽乾，舌紅少苔，脈細數（周、胡，1998；許，2006）。治法宜採滋陰養血，補心安神，方藥可選用以地黃、天冬、麥冬、玄參滋補心陰，以人參、茯苓、五味子及當歸益氣養血，以柏子仁、酸棗仁、丹參養心安神，而成的天王補心丹（許，2006）。

六、心脾兩虛型：常見臨床表現為精神抑鬱，沈默寡言，疲倦無力，心悸，健忘，失眠，記憶力減退，注意力不集中，食慾減少，頭暈，舌淡，苔薄白，脈細（朱，1994；陳等人，2003；許，2006）。治法宜採心脾兩調，

常用歸脾湯為主方，用或八珍湯、人參養榮湯（許，2006）。

七、肝陰虧虛型：常見臨床表現為面紅目赤，性情急躁、易怒，肢體麻木，頭昏眩暈，耳鳴，目乾畏光，視物昏花，同時會有舌乾紅，脈弦細或數（許，2006）。治法宜採滋養陰精，補益肝腎，可用六味地黃丸合丹梔逍遙散去白朮出入，而成的杞菊地黃丸來治療（許，2006）。

八、臟躁證型：臨床表現為精神恍惚，心神不寧，多疑，喜怒無常，舌質淡，脈弦等症狀（朱，1994；許，2006）。治法宜採甘緩潤燥，可用甘麥大棗湯加味為治（許，2006）。

#### 陸、針刺療法

針刺療法是以中醫經絡學說、衛氣營血等原理為基礎，它是在人體一定的穴位上給予針刺或電針的刺激，並運用補瀉手法，藉以調節神經、體液系統，達到抗憂鬱的目的（孟、周，1999；陳、宋、陳，2007）。針刺療法被廣泛的應用在不同領域，經臨床的試驗證明有效的疾病包括：疼痛、神經系統疾病、呼吸與消化道疾病、心血管疾病、精神疾病與心理異常等等有共 15 類，其中精神疾病與心理異常方面的疾病有憂鬱症、壓力症候群、焦慮、睡眠障礙、酒藥癮及戒煙等（李，2007）。Blitzer, Atchison-Nevel & Kenny（2004）針對 10 位患有憂鬱症之患者進行 8 週共 12 次的針刺治療，研究結果顯示研究對象在前後測的 Beck 及 Reynolds 兩種憂鬱量表的得分有顯著差異，研究對象在接受完整的針刺治療後可以有有效的改善其憂鬱症狀。Whiting, Leavey, Scammell, Au &

King (2008) 的研究也顯示，針刺療法可以減輕憂鬱症狀，同時，在生活品質方面也獲得改善。Röschke 等人 (2000) 的研究結果顯示，在改善憂鬱症狀上，合併使用針刺療法與藥物治療者比單獨接受藥物治療者有較好的療效。

### 柒、認知行為治療

認知治療是源自精神分析與行為學派，Beck 認為憂鬱症患者具有錯誤的認知、負面的自我架構和對事情有不當的假設，在訊息處理的過程有障礙，而導致憂鬱情緒與行為的形成 (林，2001)。因此，認知治療師必須採取主動的、直接的、及結構化的治療方式，用來找出患者經常使用的負面思考、推論及認知架構，透過會談來改正患者不平衡的狀態。協助患者瞭解這些不正確的信念與對話才是造成憂鬱的主要原因，並加以改變，找到更多正面的想法以減輕病人的憂鬱情緒及症狀 (柯，2002)。近年來國內外學者以認知行為團體的方式治療憂鬱症病患之研究顯示，認知行為團體治療能夠有效的降低憂鬱程度、改善憂鬱情緒，同時能夠改變患者認知上的錯誤與降低無望感，而團體治療的效果相等於使用抗憂鬱藥物的效果 (陳、夏、周，2004)。將心理治療應用在憂鬱症病患的研究發現，有接受認知-行為治療者，在改善憂鬱症狀上比未接受任何心理治療者有較好的療效 (劉、何，1996；Tsao, Lewin & Craske, 1998)，與藥物治療相比較，雖然有明顯的成效，但兩者並未達到顯著的差異 (Carney, Segal, Edinger & Krystal, 2007；Pinquart, Duberstein & Lyness, 2006；Watkins et al., 2007)。

### 捌、人際關係心理治療

人際關係治療是由 Klerman 所發展出來的一種短期治療

方式，以處理現在會影響個案日常生活的人際問題為主；Klerman 認為哀傷反應、角色轉換、人際衝突及人際缺陷是可能產生憂鬱的四個人際問題，並且相信如果能夠有效的處理個案現在所面臨的這四個問題，就能夠幫助個案減輕憂鬱症狀。人際關係治療通常會進行 12-16 次的晤談，分成三個階段來處理個案的人際問題，其共同技巧包括：「開啟晤談」、「鼓勵情緒表達」、「澄清」、「溝通分析」、「問題解決」與「行為改變技巧」，以幫助改善個案的人際關係(謝，2002)。



### 第三節 氣功療法介紹

本節論述有關氣功的相關概念、治病原理與方法以及氣功療法的相關研究。

#### 壹、氣功的相關概念

氣功在我國傳統醫學中為用以養生、健身與治療疾病的一種特殊方法，至今已有數千年的歷史（李、葉，2005）。在古代氣功並沒有一個統一的稱呼，深受醫、武、道、佛、儒、巫等各家門派的影響，其名稱包括導引、吐納、行氣、服氣、食氣、坐忘、靜坐、坐禪、入定、守神、煉丹、布氣法、練氣法、性功、命功、養生功、胎息、修道等等，在1955年由劉貴珍將養生鍛鍊方法稱作氣功，1979年的「中國氣功匯報會」，才正式將各門派所修練的功種與名稱，統一定名為「氣功」（李、葉，2005；張，2003；謝、張、翟，1999）。

氣功，從字面上來解釋「氣」代表呼吸時的氣息，而「功」指的就是透過鍛鍊所獲得功夫、功力或能力，同時也包含了通過練功所增強的臟腑功能（李、葉，2005；豐、洪、黃，2004）。簡單的說，氣功就是透過對氣的鍛鍊來發揮自身所具有的內在潛能，進而增強體質，達到預防疾病、保健強身的一種養生方法（焦，1994）。氣功的功法有很多種，其鍛鍊不外乎強調「三調」：

一、調息：息就是呼吸，調息就是調整呼與吸之間的連貫與配合（任、楊，2006）。理想狀態是要達到氣息細、勻、深、長的自然呼吸狀態，無論呼吸的頻率、深淺、粗細、順逆等，都要順其自然（呂，2002）。透過呼吸的調整可以按摩內臟，促進血液循環，增進器官功能，同時，可以興

奮呼吸中樞，進一步影響和調節神經系統（楊，2004）。

二、調身：調身是指身體姿勢或動作的調整，無論動功、靜功、行、坐、立、臥，整體的放鬆是基本的要求，不僅要做到形體上放鬆，精神心理更要能夠放鬆，如此才能達到身心整體的全面放鬆（呂，2002）。藉由氣功調身可以使全身的肌肉骨骼放鬆，有助於中樞神經系統，特別是交感神經系統緊張性下降，因而使情緒獲得改善（楊，2004）。

三、調心：又稱調神。心或神是指思維意識及生命活動的整體表現，只有在身心都健康的情況下，才能算是真正的健康，所以調心，是對人的精神的一種調整（任、楊，2006），是藉由意守入靜時對大腦皮質產生調節的作用，使大腦皮質細胞可以獲得充分的休息，也能對外在有害刺激產生保護作用（楊，2004）；同時，透過控制自己的意志，消除影響人體的負面心理與情緒，保持身心健康（周，1998）。

## 貳、氣功治療的原理

氣功是以中醫陰陽五行、八卦、臟腑、經絡、性命等學說為理論基礎，透過「調息」、「調身」與「調心」來安定心神、增加體內正氣、疏通經絡、強健筋骨、活化氣血、調節臟腑功能，進而達到陰陽平衡狀態（李、葉，2005）。在修練氣功的「調心入靜」與「調心守意」，也就是將意志集中在身體某一部位、器官或系統上，使大腦皮質與該器官之間產生暫時性的神經連結，透過意識對生理功能產生影響（劉，1996）。

氣功療法不僅可以從傳統的中醫理論中獲得依據，也可以用現代心理學的理論來解釋：1.氣功療法與放鬆治療的作用

機轉是相同的：氣功講求排除雜念、精神內守的入靜狀態，在此狀態下的肌肉和大腦能夠充分獲得休息與修復，使患者原有的恐懼、焦慮、煩躁與緊張的情緒獲得緩解與平靜；2. 氣功的本質是一種自我條件反射：氣功鍛鍊強調「調心入靜」，將意念集中在自身的某一部位或某一系統，當意守某一器官在大腦皮層產生的刺激，與引起該器官正常的生理反射刺激在時間上相結合，經過多次的強化，就能建立自我條件反射；3. 氣功治療也存在著許多的暗示療法：氣功師在施行氣功治療與鍛鍊的過程中常會運用口語、肢體語言、場景、行為等方式，而對練功者或尋求治療者進行自我暗示作用，使求助者有「得氣」或「得到功效」的暗示，進而對氣功療法產生信心；4. 氣功具有支持作用：許多尋求氣功療法的人，大多患有慢性疾病，因長期的病痛折磨、而導致情緒悲觀、意志消沈，因此，氣功師必須給予鼓勵、關心，使其建立信心，配合治療（陳、雒，2004）。

### 參、氣功治病的方法

氣功治療疾病的方法大致上可區分為氣功鍛鍊及外氣治療兩種。

#### 一、氣功鍛鍊

氣功的鍛鍊又可區分動功、靜功兩大類。動功指的是在練功時肢體進行運動的練功方法，如太極拳、八段錦、易筋經與導引法等；而靜功指的是在練功時肢體需保持穩定的姿勢，沒有明顯肢體運動的練功方法，如吐納功、站樁功、鬆靜功等（焦，1994）。不論是動功或靜功，兩者都是透過對「氣」的實踐來改善身心健康的一種治療方式，均強調患者主動性的自我調整，以調動內在潛力進行自我修復、自我建設（李、李，1999）。

## 二、外氣治療

又稱為布氣療法，是由氣功醫師根據患者的病情需要，採取自身外氣發放，將自身體內的能量發放給病人，補益真氣，或疏達氣機，排除病邪，進而激活病體衰敗的臟腑功能，以達到治療和預防疾病的作用（李、李，1999）。氣可以說是一種能量、信息、物質，具有電磁波、光波、紅外線、靜電、帶電特性的微粒流等特性，不需要經過消化吸收的過程，就可以直接參與人體的生命運動，透過氣功師適當的發放作用在病人身上，使病人在呼吸、循環、神經、消化、泌尿等系統得到調整，以補充元氣、調整氣機、疏通經絡、消除病灶等作用（金、王、吳、冀，1995；李、李，1999）。依患者所呈現的病證，在治療的手法上又可分成兩大類：一是補氣法，就是氣功師通過穴位把丹田之氣輸注到患者身上，用以補充真氣。依距離的遠近又有接觸補氣法、離體補氣法及遙治法。另一種是泄氣法，就是把人體的病氣、濁氣，透過經絡從穴位及皮膚毛孔排出體外，依手法又可區分為抓氣法、導引法、擴散法（文，1998）。

## 肆、無相氣學簡介

本研究採用無相氣學學派的氣功於治療憂鬱患者，現簡述無相氣學的原理與應用。

### 一、氣學的概念

中醫學說認為「氣」，是構成和維持人體生命活動的基本物質與功能表現，也是一種能量的表現。以現代醫學的角度來看，就像是神經傳導中的電生理變化一樣。人對氣的感知能力（氣感）是與生俱來的，憑氣感可體會臟腑五行（木火土金水）陰陽相生的能量變化。『無相氣學』是由台中大里陳銘堂老師所創，祂結合了中醫五行、穴道、氣

功推拿、與病理學、解剖學等醫學理論的一門氣功；透過有計劃地由表而內、逐步排除人體神經傳導上的障礙，使神經中傳導的氣更順暢，進而回復氣感的本能。氣功醫師可憑此氣感做工具，穿越患者身體，進入神經網絡，檢視神經傳導的狀況，再根據氣感結果診斷病源，進而治病。因此，透過學習無相氣學可排除醫者本身神經網絡的障礙，增加氣感，強化散發出去的氣的強度及穿透力（李，2000年，3月）。

## 二、功法原理

藉由修煉無相氣學可以激發人的潛能，回復及強化氣感，其練氣過程主要可分為養氣、疏通經脈與強化裏氣三個階段。而在練氣的過程中，最好要能「去我執」，也就是要保持心無雜念，其練氣功法原理簡述如下（李，2002）：

### （一）養氣：

隨著年紀的增加、飲食與生活作息不定，環境及外在的傷害，均會造成元氣的耗損，降低對氣感的本能。因此，必須借用膀胱經的氣來引發氣原，以氣原來培養元氣，使氣充盈。

### （二）疏通經脈：

主要是透過疏氣、導氣以及十二經絡拳、三合拳等基本術科來排除經絡中的障礙，使氣在經絡中的運行能夠順暢。首先，疏氣是以指尖的氣來排除督脈中的障礙；接著導氣是引導督脈中的氣來排除任脈中的障礙，使督任二脈相互交通，使精氣在督任二脈中得以循環運行，就像是轉動河車一樣；再加強精氣在督任二脈中運行的力道，沖開任督砥石，使二脈運轉沒有阻礙；接著打十二經絡拳，以協助掃除體外縱向氣行的滯礙；再打三合拳，使氣可以環穿在體外橫行的經絡之中，使地支三合

之氣外放而繞行於表，如此表陽之氣便能縱橫交互運行，藉以外抗異氣，內護體元。

### （三）強化裏氣：

主要是在強化丹田之氣、臟腑之氣與筋骨之氣。首先是強化上、中、下三丹田之氣，三丹田分別存在人體的下腹腔、胸腔、頭部當中心，氣的流動採 8 字型方式交互輸迴，以手掌與手指之氣依照丹田之氣流動的路徑，將丹田氣引發出來，使其能輻射於外；再做三丹田障礙排除，用氣將腹膜、肋膜、腦膜三體腔之膜層的障礙排除，讓三個丹田的氣流輸迴發放沒有阻礙，如此便能使裏氣充沛。接著進行絡臟暢腑，而各臟腑之氣是依照天干五行異性相生的原理來運行，為了活絡臟腑之氣，使其能息息推轉，相生相成，因此，絡臟暢腑是用指尖之氣捏按臟腑，使各臟腑之氣恢復原來的活性，穩健的交互推移。接著是進行雙河車，河車乃是表氣之首，河車一動表氣才能跟隨運轉；雙河車就是以雙道的氣行於任督二脈，對人體氣的起動產生更大的作用。再來是進行丹田共振，以撐手上下交會，使三個丹田氣能出於元神，而回於元神，讓氣達到共振，使氣自然純柔，藉以進行疏筋揉骨。而疏筋揉骨，是用純柔之氣將韌帶、神經、骨骼等在交互牽動的路徑上的障礙疏開，並在骨頭的內外加以推揉，讓筋骨能更堅韌而有彈性。

### 三、無相氣學的應用

運用無相氣學中對氣的感知能力與針灸、推拿動作相結合，藉由氣感來定位，並配合一系列順氣、理筋、調整骨架的手法，應用在疼痛病人可達到立即消失或緩解的效果（李，2000 年 3 月；李、陳，2001）。Chen 等人(2005)運用無相門氣功於疼痛門診，針對 32 位病人共進行 42 次

外氣治療，以 Visual Analogue Scale (VAS) 評估治療效果，結果顯示：(1) VAS 得分平均減少 3.5 分；(2) 有氣感者為 24 人次，無氣感者為 18 人次；(3) 完全無效者二人次；一人次治療後更痛，副作用包括頭暈（一人次）、痛得更厲害（一人次）；結果顯示 92.9% 病人可達到立即的療效。可知，在氣感的指引下，能夠幫助醫者從患者身上獲得有用的訊息，瞭解病因病機，加以疏泄、導正，改善患者症狀。



## 第四節 氣功療法應用在精神醫學的相關研究

氣功於精神醫學上的應用，主要是藉由在鍛鍊氣功的過程，對中樞神經與交感神經系統發揮調節作用，同時調整心理狀態，使個體能夠處在動態的平衡，使氣血通暢，機體的功能有序化，進而改善情緒（李、葉，2005；周，1998）。

### 壹、在憂鬱指標方面

蔡（2006）將18位憂鬱症患者分成氣功運動組及控制組，氣功運動組接受12週共36節，每節60分鐘的氣功訓練，而控制組不作任何運動，研究結果：1.前測運動組和控制組之間在心理指標（憂鬱、焦慮及睡眠品質）皆未達統計上顯著之差異，顯示二組前測心理指標同質性高。2.在憂鬱指標方面：運動組與控制組的後測憂鬱情緒皆顯著低於前測，而後測時運動組憂鬱情緒（ $7.67 \pm 4.42$ 分）顯著低於控制組（ $19.44 \pm 5.88$ ），達統計上之顯著差異（ $F=23.107$ ， $p<.05$ ），顯示氣功訓練對於憂鬱症患者的憂鬱情緒有改善的效果。Gaik（2003）針對39位診斷為重鬱症、輕鬱症及雙極性情感性精神病患者進行二個月的氣功運動，以Beck's Depression Index-Revised (BDI-R)與Symptom Checklist-90 R (SCL-90-R)量表評估憂鬱症患者之憂鬱嚴重程度及症狀，顯示憂鬱症患者在接受氣功運動後，在BDI-R與SCL-90-R的憂鬱指標都有顯著的進步。因此，藉由氣功運動可以有效的改善憂鬱症患者的憂鬱情緒。

### 貳、在焦慮指標方面

張（2001）針對20位男性籃球隊員，進行練習氣功自發動功之研究，用以評估是否能夠降低選手賽前狀態性焦

慮，結果顯示，以自發動功替代一般暖身活動確實能降低籃球選手在賽前的認知焦慮與身體焦慮情況。蔡（2006）針對憂鬱症患者之研究結果，運動組的後測焦慮程度顯著低於前測，運動組（ $5.00 \pm 2.74$ 分）在後測時的焦慮程度顯著低於控制組（ $14.11 \pm 4.65$ 分），達統計上之顯著差異（ $F=25.664$ ， $p < .05$ ），顯示氣功訓練對於憂鬱症患者的焦慮程度有改善的效果。因此，透過氣功的練習可以減輕焦慮。

#### 參、在睡眠品質指標方面

張（2006）以104位六十五歲以上社區老人為研究對象，分為實驗組（ $n=52$ ）及控制組（ $n=52$ ），實驗組提供氣功--站樁功療法之自我照護手冊及教導站樁功，經為期四週的站樁功教學後，比較兩組對改善老人睡眠品質與自覺健康之成效以及個案12經絡機能之變化。研究結果顯示，兩組的睡眠得分有差異，實驗組優於控制組；兩組的自覺健康狀況得分未達統計上顯著差異；測量十二經絡變化，實驗組顯著優於控制組，顯示短期站樁功的練習可以改善老人的睡眠品質。蔡（2006）針對憂鬱症患者之研究結果，氣功運動組接受12週的氣功訓練後，運動組的後測睡眠品質顯著低於前測，後測時運動組（ $4.67 \pm 3.67$ 分）睡眠品質顯著低於控制組（ $10.44 \pm 3.75$ 分），達統計上之顯著差異（ $F=10.914$ ， $p < .05$ ），顯示氣功訓練對於憂鬱症患者的睡眠品質有改善的效果。因此，氣功訓練可以促進老人與憂鬱症患者的睡眠品質。

#### 肆、在心理健康指標方面

Berman & Singh(1997)研究52位慢性下背痛之患者，進

行氣功運動與放鬆訓練的成效研究，以貝克憂鬱量表及 Visual Analogue Scale (VAS) 作為評估工具，結果顯示氣功運動與放鬆訓練可以有效的改善病人對疼痛的感覺與情緒，其中在哭泣、感覺生氣、疲倦、能夠做決定、工作等方面的改善較為顯著。章、瞿、沈與余 (2000) 的研究發現練習氣功者在明尼蘇達多項人格量表 (MMPI) 中懷疑、憂鬱、癮病、病態人格、精神衰弱、精神分裂症、輕躁狂、內向等項目的分數顯著的比對照組低，顯示氣功訓練可以對個性心理產生積極影響，表現出正向。Chen, Hassett, Hou, Staller & Lichtbroun (2006) 針對10位患有Fibromyalgia的女性病人進行三週5-7次的外氣治療，研究結果顯示除 Fibromyalgia syndromes(FMS)症狀評估及疼痛有明顯改善外，以Beck Depression Inventory- II (BDI)評估其憂鬱情緒也有顯著的改善，由前測 $24.3 \pm 11.7$ 分，下降到 $8.3 \pm 8.1$ 分。Lee & Jang (2005)針對兩位癌症個案進行外氣治療顯示，個案接受外氣治療後經驗到情緒及緊張程度獲得改善，心情變好，Visual Analogue Scale (VAS) 量表在疼痛、焦慮、憂鬱、不適及疲憊的評估也有減輕。Lee & Jang等人 (2003) 的研究也顯示，針對有慢性疼痛的老年人進行氣療，也可以減輕疼痛，降低焦慮及憂鬱的情緒。因此，不論是氣功訓練或是外氣發放，不僅可以有效的改善疼痛，同時也可以改善憂鬱及焦慮情緒。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究設計

本研究採單組前後測設計（One group pretest-posttest design），治療處置期為12週。研究目的旨在探討門診病患接受氣功治療後的成效，以及了解影響氣功療效的相關因素。本研究以憂鬱症狀為指標，評估研究對象在氣功治療前以及第四、八和十二週治療後的狀況，以瞭解研究對象經歷氣功治療後症狀改善的程度。

### 第二節 研究對象

本研究以中部某醫學中心中醫門診病患為研究對象，以氣功治療為介入措施，主要治療目標為減輕患者憂鬱症狀，故採立意取樣。研究對象須合乎下列條件：1.以DSM-IV診斷為重鬱症（Major Depressive Disorder）之患者；2.無合併威脅生命或其它重大生理疾患；3.年齡在15歲以上；4.能清楚以國語或台語表達，並能讀得懂問卷者；5.沒有懷孕者；6.自願接受氣功治療者。研究對象如有下列情形則予以排除：1.嚴重生理殘障無法進行氣功治療者；2.排除憂鬱症疾患急性發作、高自殺危險性、可能有立即危險之個案；3.無法以國台語溝通或中文書寫者。

本研究於收案其間符合收案條件者有32位，但可持續接受氣功治療者僅16人。因此，本研究針對能夠持續接受氣功治療的16位研究對象進行統計分析。

### 第三節 氣功治療實施過程

#### 壹、氣功治療實施過程：

由一位經過氣功治療訓練之醫師，採個別治療方式，為研究對象進行每週一次的氣功治療，每次持續約20-40分鐘，連續十二週，並於每週回診追蹤其氣功治療之成效，每四週評估研究對象憂鬱症狀之變化。

#### 貳、氣功治療醫師的角色與背景：

本研究之氣功治療師為中醫專科醫師，1995年開始學習無相氣學，1996年開始將無相氣學中所習的氣感與中醫相結合，首先運用在治療一般疼痛的病人，2001年逐漸運用在治療憂鬱症患者，到目前為止已具備12年以上之中醫氣功治療實務經驗。

### 第四節 研究變項與工具

#### 壹、本研究之變項包括：

##### 一、自變項：

主要自變項為人口統計學資料：包括性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、自覺健康狀況以及接受過的治療方式，包括個別心理治療、團體心理治療、中西藥治療、針灸治療、民俗療法或氣功治療方式。

##### 二、依變項

依變項為研究對象的憂鬱症狀：以貝氏憂鬱量表、漢氏憂鬱量表來評量研究對象在接受氣功治療第四、八、十

二週後，其狀況之改變情形。

### 三、控制變項

為求研究結果之可信程度，本研究對下列干擾變項進行控制：

(一) 門診病患用藥狀況：研究對象於參與氣功治療前已有服藥者，需經氣功治療醫師評估病情穩定後方能進入研究。而氣功治療進行過程中，研究對象的用藥狀況若有增加的情形，則在進行資料分析過程中予以排除。

(二) 評量者的一致性與客觀性：漢氏憂鬱量表由一位精神科專科醫師進行評量。

## 貳、研究工具

### 一、基本資料表：

基本資料表收集研究對象個人特質的資料，包括診斷名稱、年齡、性別、教育程度、職業、宗教信仰、婚姻狀況、疾病年齡、睡眠型態及飲食習慣（見附錄一）。

### 二、漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD)

漢氏憂鬱量表是由英國 M. Hamilton 於 1960 年發展出來的憂鬱症評量表，是憂鬱症研究中最早，也是使用最廣泛的評量工具，主要是在評量憂鬱症患者病情的嚴重程度以及治療後的症狀變化(Williams, 1988)。原始版本為 21 題，但第 18-21 題一般認為在憂鬱症患者出現的頻率不高，較難產生區分性，故最常被採用的版本為 17 題，有些評量者會再加上 22-24 題成為 24 題（胡，1991；劉，2006 年

11月)。本研究採用24題版本。24題量表內容包括：憂鬱情緒、愧疚感（罪惡感）、自殺、失眠-早期型、失眠-中期型、失眠-晚期型、工作及活動狀況、遲滯現象、焦躁、焦慮-精神層面、身體症狀-胃腸系統、身體症狀-全身性、生殖系統症狀、慮病現象、體重減輕、病識感、一日的情緒變化、自我感消失和現實感消失、妄想症狀、強迫意念和強迫行為、無助感、無望感、無用感。

問卷計分方式：HRSD是由評量者依據個案最近一個禮拜以及會談所觀察到的情緒及身心狀態來評分。量表計分方式，有11題計分為0-2分（第4-6、9、12-14、16-18及21題），有13題計分為0-4分（第1-3、7-8、10-11、15、19-20及22-24題），總分最低為0分，最高為76分，所得分數總和愈高，表示憂鬱程度越嚴重；嚴重度區分一般認為總分 $\geq 18$ 分屬「嚴重憂鬱」，14-17分為「中度憂鬱」，11-13分是「輕度憂鬱」，8-10分則屬於「borderline」，7分以下為正常（劉，2006年11月）。

問卷信度部份：HRSD的內部一致性是採用Cronbach's  $\alpha$ ，問卷的內部一致性介於0.46-0.97之間(Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004)。

### 三、貝克憂鬱量表第二版中文版(Beck depression inventory-Second Edition; BDI-II)：

貝克憂鬱量表原始版本是Beck等人於1961年編制而成的，主要是在評估病人的憂鬱程度，以及檢測一般人可能患有的憂鬱症狀(Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Yonkers & Samson, 2000)。1979年，Beck等人將BDI原始版本加以修訂成為修訂版(The Amended Beck Depression Inventory; BDI-IA)，在原量表21題中有15題經

過少量修飾，1987年發行修訂版之技術手冊（陳心怡，2000）。由於憂鬱症的定義也有所修正，再加上美國精神醫學會精神疾病診斷與統計手冊第三版修訂版

（DSM-III-R）及第四版（DSM-IV）的發行，BDI-IA的內容與憂鬱症的診斷準則存在著明顯的差異，因此，進一步的發展出貝克憂鬱量表第二版(The Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II)，以符合DSM-III-R及DSM-IV憂鬱症的診斷準則（盧、車、張、沈，2002），是目前使用最廣泛的自填式憂鬱量表，2000年由陳心怡博士翻譯而成（陳心怡，2000）。

問卷施測與計分：BDI-II是用來測量13歲以上青少年及成人憂鬱嚴重程度的工具，並非診斷工具，中文版共有21題，分別測量憂鬱症的21個指標，包括：悲傷、悲觀、失敗經驗、失去樂趣、罪惡感/內疚、受懲罰感、討厭自己、自我批評/自責、自殺念頭、哭泣、心煩意亂、失去興趣、優柔寡斷/猶豫不決、無價值感、失去精力、睡眠習慣的改變、煩躁易怒、食慾改變、難以專注、疲倦或疲累及失去對性方面的興趣。問卷採受測者自行填答方式，由受測者在每一組題目中，選出一個最能夠代表他最近兩個星期以來的感受的選項；每一題計分均採四分計量，分數為0-3分，分數越高表示憂鬱程度越嚴重，最低分是0分，最高分是63分，正常範圍為0~13分，輕度憂鬱症為14~19分，中度憂鬱症為20~28分，重度憂鬱症為29~63分（陳心怡，2000）。

問卷信效度部份：問卷的內部一致性是採用Cronbach's  $\alpha$ 。在門診病人（N=500）及大學生（N=120）樣本，其整體問卷的內部一致性 $\alpha$ 係數分別為0.92及0.93；再測信度為0.93（陳心怡，2000）。盧等人（2002）針對180位精神科門診病患進行中文版貝克憂鬱量表第二版信度與效度之

探討，研究顯示：整體量表Cronbach's  $\alpha$ 值為0.94，折半信度為0.91。由於BDI-II英文版與中文版同樣具有良好的信度與效度，且已被廣泛的運用在不同領域（Doering, Cross, Vredevoe, Martinez-Maza & Cowan, 2007; Korkeila et al., 2005; Grote, Bledsoe, Larkin, Lemay & Brown, 2007），因此，本研究以貝克憂鬱量表第二版中文版作為研究工具。

## 第五節 資料收集過程

本研究資料收集過程可分為徵求研究對象以及氣功治療兩個階段。

### 壹、徵求研究對象階段

研究對象取自於中部某醫學中心中醫門診病患，其篩選過程如下：

- 一、由精神科專科醫師評估研究對象之精神狀況，符合選樣條件，診斷為重鬱症（Major Depressive Disorder）者，即轉由研究助理，為其說明研究目的及過程。
- 二、有興趣參與本研究的研究對象，再由氣功治療醫師依選樣條件評估其生理狀況，篩選適合參加氣功治療的研究對象。
- 三、由研究者向符合選樣條件的研究對象說明研究目的、氣功治療的原理與方法、治療過程中的權利與義務等。同時對研究對象的問題與擔心，作適當的澄清。
- 四、研究對象在自由意志下同意參加本研究後，給予填研究同意書。

### 貳、氣功治療進行階段

此階段的資料收集分為氣功治療進行前、中、後四個時間點收集資料，其中貝氏憂鬱量表分別在氣功治療前以及第四、八、十二週治療後評量，問卷由研究對象自填。漢氏憂鬱量表分別在氣功治療前及第十二週治療後，由一位精神科專科醫師為研究對象進行評量。表3-1為本研究各量表資料收集時間一覽表。

表3-1 氣功治療研究量表資料收集時間一覽表

	第一次治療前	第二次治療後	第三次治療後	第四次治療後	第五次治療後	第六次治療後	第七次治療後	第八次治療後	第九次治療後	第十次治療後	第十一次治療後	第十二次治療後
精神科醫師診斷評估	V											V
氣功醫師診斷評估	V											
漢氏憂鬱量表	V											V
基本資料	V											
貝氏憂鬱量表	V			V				V				V

## 第六節 資料分析方法

本研究使用SAS (for windows V.9.1版) 進行資料建檔統計分析，資料分析主要採次數分佈、百分比、平均值、標準差、t檢定、 $\chi^2$ 檢定及廣義估計方程式的方法 (Generalized Estimating Equation, GEE) (Liang & Zeger, 1986)進行統計分析：

- 一、研究對象之基本屬性資料採描述性統計分析，以次數分佈、百分比方式呈現。
- 二、研究對象各量表所得分數採描述性統計分析，以平均值、標準差方式呈現。
- 三、持續接受氣功治療與未持續接受氣功治療兩組個案各量

表之得分以t檢定進行比較分析。

- 四、持續接受氣功治療與未持續接受氣功治療兩組個案基本資料以 $\chi^2$ 檢定進行比較分析
- 五、探討氣功治療成效方面，採用GEE模式比較研究對象在氣功治療前、中、後（即第一次氣功治療前、第四、八、十二次氣功治療後）的憂鬱狀況，以瞭解研究對象在經歷過氣功治療後的改善狀況。
- 六、多變項分析考慮調整自變項的效應，保留在單變項分析中比較顯著者，採用GEE模式以進行多變項分析。

## 第七節 倫理考量

本研究對於維護研究對象的權益採取下列措施：

- 一、本研究之執行乃經過人體試驗委員會審核通過。
- 二、本研究在進行前，先向研究對象說明研究目的、研究過程及方法，使研究對象充分瞭解並取得參與意願後，給予填寫研究同意書。
- 三、研究進行過程中，如研究對象有任何的疑問，研究者隨時解答，使研究對象充分瞭解。研究對象對於所提供之資料有自由意願，若有不願意說明之處，有權利拒絕或保留。倘若研究對象要求退出研究，則尊重其決定可隨時退出。
- 四、研究對象所提供的資料與記錄絕對保密，僅供學術研究參考，也只提供給研究者與指導教授研究之用，且在研究結束後全部銷毀。
- 五、研究資料成果將會發表於學術性論文中，對於研究結果之撰寫，研究對象之基本資料採集體及匿名方式呈現，以維護研究對象之隱私權。

## 第四章 研究結果

### 第一節 研究對象之人口統計學資料

針對持續完成氣功治療之16位研究對象進行統計分析：在疾病診斷方面：16人均符合DSM-IV Major Depressive Disorder (MDD)之診斷，其中合併有Anorexia Nervosa或Panic Disorder之診斷各有1人。性別方面，女性（9人，佔56.25%）多於男性（7人，佔43.75%）。年齡方面，最大48歲，最小16歲，平均年齡為33.44歲；29歲以下有7人（佔43.75%）較多，40歲以上有5人（佔31.25%）次之，30歲至40歲有4人（佔25%）。教育程度部分，大專（含）以上人數為9人（佔56.25%），高中職（含）以下者7人（43.25%）。職業方面，有工作（含學生）及無工作者均有8人（各佔50%）。婚姻狀況，已婚（含分居者）有9人（56.25%），其餘者（未婚、離婚）有7人（43.75%）。患有重大疾病者有5人（31.25%），所患疾病為：陣發性心室上心搏過速（PSVT）（1人）、糖尿病及高血壓（1人）、氣喘（1人）、甲狀腺機能亢進及痙攣（1人）、胃潰瘍（1人）。自覺身體健康差者佔多數（9人，56.25%）。在中西藥治療方面：僅接受西藥治療者有4人，僅接受中藥治療者有3人，同時接受中西藥治療者有9人。研究個案在參與氣功治療前曾接受過其他治療方式有：個別心理治療（3人）、團體心理治療（1人）、針灸治療（2人）、民俗療法（3人）、氣功治療（2人）；居住在台中市者有10人（66.67%）佔多數（見表4-1）。

表 4-1 研究對象人口統計學變項分佈情形

N=16

變項	分類	個案數	百分比%	累計個案	累計百分比%
性別	男	7	43.75	7	43.75
	女	9	56.25	16	100.00
年齡	29 歲以下	7	43.75	7	43.75
	30-39 歲	4	25.00	11	68.75
	40 歲以上	5	31.25	16	100.00
教育程度	高中職（含）以下	7	43.75	7	43.75
	大專（含）以上	9	56.25	16	100.00
職業	有工作（含學生）	8	50.00	8	50.00
	無工作	8	50.00	16	100.00
婚姻	未婚、離婚	7	43.75	7	43.75
	已婚、分居	9	56.25	16	100.00
患有重大疾病	無	11	68.75	11	68.75
	有	5	31.25	16	100.00
自覺健康狀況	很差+差	9	56.25	9	56.25
	不好不壞+好	7	43.75	16	100.00
西藥治療	無	3	18.75	3	18.75
	有	13	81.25	16	100.00
中藥治療	無	4	25.00	4	25.00
	有	12	75.00	16	100.00
藥物治療	無	0	0	0	0
	只有接受西藥治療	4	25.00	4	25.00
	只有接受中藥治療	3	18.75	7	43.75
	同時接受中西藥治療	9	56.25	16	100.00
個別心理治療	無	13	81.25	13	81.25
	有	3	18.75	16	100.00
團體心理治療	無	15	93.75	15	93.75
	有	1	6.25	16	100.00
針灸治療	無	14	87.50	14	87.50
	有	2	12.50	16	100.00
民俗療法	無	13	81.25	13	81.25
	有	3	18.75	16	100.00
曾接受過氣功治療	無	14	87.50	14	87.50
	有	2	12.50	16	100.00
居住地	台中市	10	66.67	10	66.67
	台中市以外	5	33.33	15	100.00

比較16位持續接受氣功治療者與16位未持續治療者之人口統計學變項的差異性發現，兩組經卡方檢定結果在「自覺健康狀況」及「居住地」達顯著差異，其餘人口統計學變項均未達統計差異（表4-2）。「自覺健康狀況」方面，顯示持續接受氣功治療者自覺健康狀況較差者之比例顯著低於未持續接受氣功治療者（56.25% vs. 87.5%， $P<.05$ ）；「居住地」方面，顯示持續接受氣功治療者居住在台中市之比例顯著高於未持續接受氣功治療者（66.67% vs. 21.43%， $P<.05$ ）。

比較持續接受氣功治療者與未持續治療者之治療前漢氏憂鬱量表和貝氏憂鬱量表之差異性發現，兩組之平均得分均無顯著差異（表4-3及圖4-1、4-2），表示持續接受氣功治療者與未持續治療者在治療前的憂鬱程度沒有顯著差異。為了進一步瞭解研究對象未能持續接受氣功治療的原因，整理追蹤記錄發現，其中失聯者有12位（80%），其餘未持續回診的原因有：工作因素1位（7%）、問卷太多拒絕填寫1位（7%）、覺得沒有效1位（7%）。

表 4-2 持續接受氣功治療者與未持續接受氣功治療者人口統計學變項之比較

N=32

變	項	未持續接受氣功	持續接受氣功治	$\chi^2$	P
		治療者	療者		
		n (%)	n (%)		
性別	男	7 (43.75)	7 (43.75)	0	1.0
	女	9 (56.25)	9 (56.25)		
年齡	29 歲以下	4 (25.00)	7 (43.75)	1.309	0.520
	30-39 歲	6 (37.50)	4 (25.00)		
	40 歲以上	6 (37.50)	5 (31.25)		
教育程度	高中職(含)以下	5 (33.33)	7 (43.75)	0.354	0.552
	大專(含)以上	10 (66.67)	9 (56.25)		
職業	有工作(含學生)	9 (56.25)	8 (50.00)	0.126	0.723
	無工作	7 (43.75)	8 (50.00)		
婚姻	未婚、離婚	8 (50.00)	7 (43.75)	0.126	0.723
	已婚、分居	8 (50.00)	9 (56.25)		
患有重大疾病	無	9 (56.25)	11 (68.75)	0.533	0.465
	有	7 (43.75)	5 (31.25)		
自覺健康狀況	很差+差	14 (87.50)	9 (56.25)	<b>3.865</b>	<b>0.049*</b>
	不好不壞+好	2 (12.50)	7 (43.75)		
西藥治療	無	2 (12.50)	3 (18.75)	0.237	0.626
	有	14 (87.50)	13 (81.25)		
中藥治療	無	8 (50.00)	4 (25.00)	2.133	0.144
	有	8 (50.00)	12 (75.00)		
藥物治療	只有接受西藥治療	8 (50.00)	4 (25.00)	2.133	0.344
	只有接受中藥治療	2 (12.50)	3 (18.75)		
	同時接受中西藥治療	6 (37.50)	9 (56.25)		
個別心理治療	無	13 (81.25)	13 (81.25)	0	1.0
	有	3 (18.75)	3 (18.75)		
團體心理治療	無	15 (93.75)	15 (93.75)	0	1.0
	有	1 (6.25)	1 (6.25)		
針灸治療	無	13 (81.25)	14 (87.50)	0.237	0.626
	有	3 (18.75)	2 (12.50)		
民俗療法	無	11 (68.75)	13 (81.25)	0.667	0.414
	有	5 (31.25)	3 (18.75)		
氣功治療	無	16 (100.00)	14 (87.50)	2.133	0.144
	有	0 (0.00)	2 (12.50)		
居住地	台中市	3 (21.43)	10 (66.67)	<b>5.992</b>	<b>0.014**</b>
	台中市以外	11 (78.57)	5 (33.33)		

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001

表 4-3 持續接受氣功治療者與未持續接受氣功治療者治療前各量表得分之比較

N=32

變 項	未持續接受氣功治療者	持續接受氣功治療者	t-test	P
	Mean ± SD (n)	Mean ± SD (n)		
漢氏憂鬱量表 (治療前)	21.25 ± 11.73 (12)	22.81 ± 8.92 (16)	-0.40	0.692
貝氏憂鬱量表 (治療前)	24.88 ± 15.91 (16)	29.57 ± 12.90 (14)	-0.88	0.387

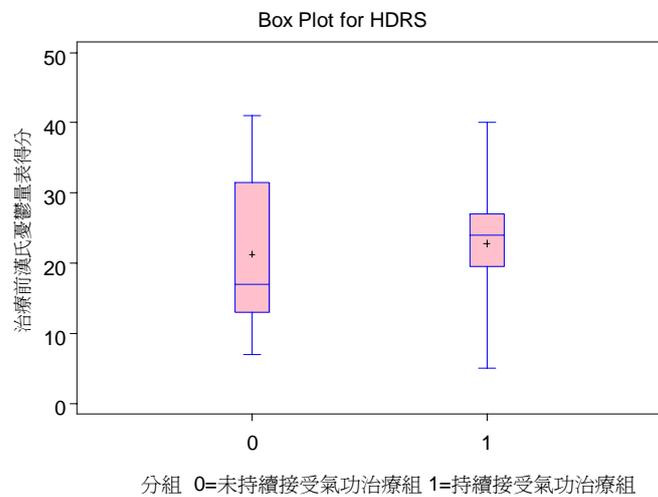


圖 4-1 不同組別在漢氏憂鬱量表治療前得分之盒狀圖

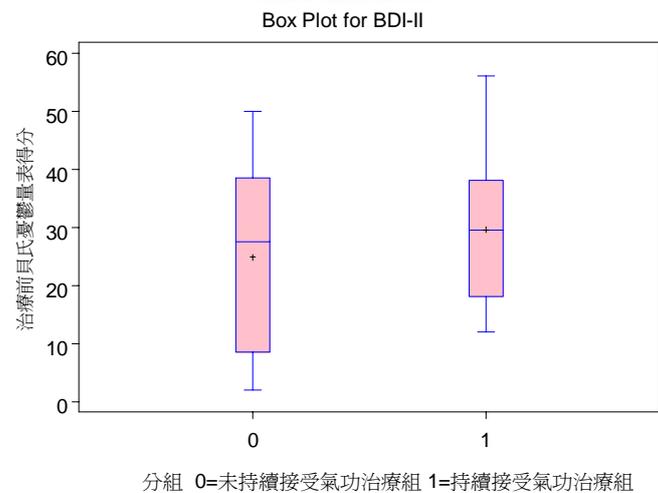


圖 4-2 不同組別在貝氏憂鬱量表治療前得分之盒狀圖

## 第二節 研究量表之信度檢測

本研究所採用各量表之信度，以Cronbach's  $\alpha$ 係數來評量，結果呈現於表4-4。在漢氏憂鬱量表方面，Cronbach's  $\alpha$ 測量值為0.82。貝氏憂鬱量表Cronbach's  $\alpha$ 值為0.93。由上述結果可知，本研究所採用之量表皆具有不錯的信度。

表 4-4 各量表之內在一致性信度

N=16

漢氏憂鬱量表 貝氏憂鬱量表

Cronbach's $\alpha$	漢氏憂鬱量表	貝氏憂鬱量表
	0.82	0.93



### 第三節 氣功治療成效分析

本研究之目的在於瞭解研究對象參與十二週的氣功療法之後，其憂鬱狀態有無明顯之改善。將研究對象於治療前以及第四週、第八週、第十二週治療後所接受的漢氏憂鬱量表和貝氏憂鬱量表測量所得結果進行GEE(Liang & Zeger, 1986)模式分析，分析結果呈現於表4-5。圖4-3與4-4則呈現研究對象在治療前後各量表測量所得分數之盒狀圖 (Box plot)。

#### 一、漢氏憂鬱量表

在漢氏憂鬱量表方面，由精神科醫師於治療前及治療後第十二週評量。結果顯示，第十二週治療後之漢氏憂鬱量表平均得分比治療前低15.81分，達統計上顯著差異，顯示氣功治療可改善研究對象的憂鬱症狀。

#### 二、貝氏憂鬱量表

在貝氏憂鬱量表方面，氣功治療第四週、第八週及第十二週後之平均分數比治療前的平均分數分別減少9.31、12.16和22.47分，均達顯著差異；第十二週治療後之平均分數比第四週、第八週的分數分別減少13.16、10.31分，亦達顯著差異；第八週治療後平均分數比第四週治療後減少2.85分，但未達統計上顯著差異。研究結果顯示，從氣功治療第四週以後，研究對象的憂鬱症狀即有顯著改善，且隨治療時間增加，其憂鬱症狀改善程度亦增加。

由上述GEE模式結果顯示，研究對象在經過十二週的氣功治療後，在漢氏憂鬱量表和貝氏憂鬱量表各治療階段的平均得分皆呈現出顯著降低，顯示研究對象的憂鬱程度獲得顯著的改善。

表 4-5 各量表進行 GEE 模式分析結果

N=16

變項	Parameter	Estimate	SE	95% Confidence Limits		Z	組 間 差 異
漢氏憂鬱量表	Intercept	22.81	2.16	18.58	27.04	10.57***	
	治療前/第十二週	-15.81	2.19	-20.10	-11.53	-7.23***	
貝氏憂鬱量表	Intercept	28.90	3.31	22.42	35.39	8.73***	
	治療前/第四週	-9.31	1.59	-12.42	-6.20	-5.87***	第四週 > 第八週
	治療前/第八週	-12.16	3.49	-19.00	-5.32	-3.48***	第四週 > 第十二週***
	治療前/第十二週	-22.47	3.97	-30.26	-14.69	-5.66***	第八週 > 第十二週**
	治療前/第四週	0.79	0.43	-0.05	1.63	1.84	第四週 > 第八週**
	治療前/第八週	-0.21	0.53	-1.25	0.84	-0.39	第四週 < 第十二週
	治療前/第十二週	1.04	0.54	-0.02	2.09	1.93	第八週 < 第十二週**

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001



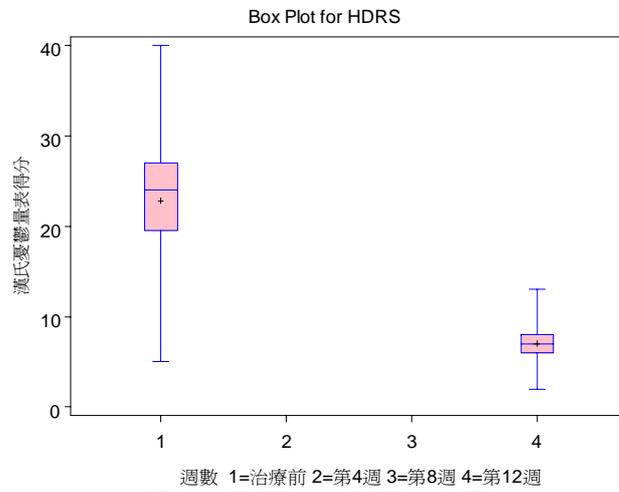


圖 4-3 漢氏憂鬱量表前後測量分數之盒狀圖

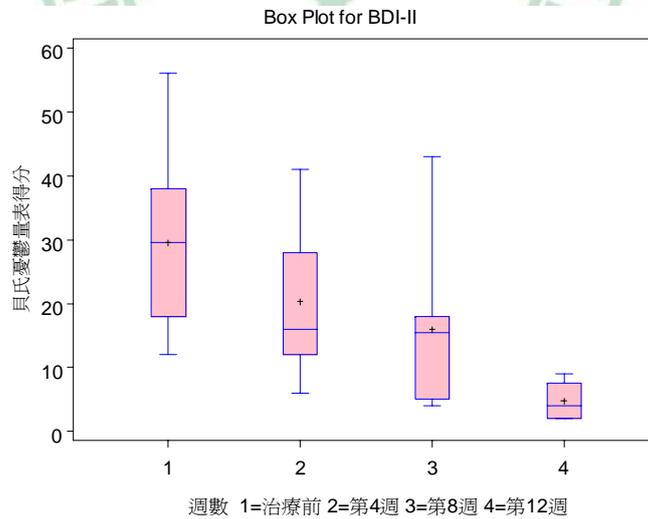


圖 4-4 貝氏憂鬱量表四次測量分數之盒狀圖

#### 第四節 各種研究變項與氣功療法成效之單變項分析

在探討各種研究自變項對氣功療法成效的影響時，本章節首先針對單一自變項對各種量表的影響作探討，研究自變項包括：性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、重大疾病、自覺健康狀況、接受西藥治療、接受中藥治療、同時服用中西藥、個別心理治療、團體心理治療、針灸治療、民俗療法與接受過氣功治療等 15 個自變項。本研究以 SAS (for windows V.9.1 版) 進行 GEE 統計檢定，分析各單一自變項之效應。

##### 一、漢氏憂鬱量表與各種研究自變項之單變項分析

漢氏憂鬱量表與各種研究自變項之單變項分析結果呈現於表 4-6。結果顯示，男性的平均得分比女性少 5.84 分；與 29 歲(含)以下者相較，30 至 40 歲者之平均得分減少 6.34 分，40 歲以上者則增加 2.18 分；大專以上教育程度者比高中(職)之平均得分少 0.92 分；有工作者之平均得分比沒有工作者少 4.49 分；已婚者(含分居)之平均得分比未婚者(含離婚)增加 3.95 分；有重大疾病者所得之平均分數比無重大疾病者高 2.58 分；自覺健康狀況好者比自覺健康狀況差者之平均得分減少 3.79 分。以上變項間之差異均未達統計上之顯著差異。

在藥物治療方面，有服用西藥者的平均得分比沒有服用西藥者高 8.05 分 ( $z=2.41, P<.05$ )，達統計上顯著差異；有服用中藥者之平均得分比沒有服用中藥者少 4.10 分，同時服用中西藥者之平均得分比沒有同時服用中西藥者高 3.3 分，以上均未達統計上顯著差異。在其他治療方面，有接受過個別心理治療者之平均得分比沒有接受過者少 1.33 分，有接受過團體心理治療者之平均得分比沒有接受過者少 3.39 分，有接受過針

灸治療者之平均得分比沒有接受過者高0.62分，有接受過民俗療法者之平均得分比沒有接受過者高6.4分，以上皆未達統計上顯著差異。但接受過氣功治療者之平均得分比未接受過者少9.37分 ( $z=-2.44$ ;  $P<.05$ )，達統計上顯著差異。

## 二、貝氏憂鬱量表與各種研究自變項之單變項分析

貝氏憂鬱量表與各研究自變項之單變項分析結果呈現於表4-7。與29歲(含)以下者相較，30至40歲者之平均得分減少12.28分 ( $z=-2.81$ ;  $P<.01$ )，達統計上顯著差異，40歲以上者則減少0.22分，未達統計上顯著差異。服用西藥者之平均得分比沒有服用西藥者多9.62分 ( $z=3.05$ ,  $P<.01$ )，接受過團體心理治療者之平均得分比沒有接受過者少9.3分 ( $z=-3.37$ ;  $P<.001$ )，接受過針灸治療者之平均得分比沒有接受過者高16.69分 ( $z=6.39$ ,  $P<.001$ )，接受過氣功治療者之平均得分比沒有接受過者少9.8分 ( $z=-3.37$ ,  $P<.001$ )，以上均達統計上顯著差異。其餘自變項：性別、教育程度、職業、婚姻狀況、重大疾病、自覺健康狀況、中藥治療、同時服用中西藥、個別心理治療與民俗療法等未達統計上顯著差異。

表 4-6 漢氏憂鬱量表與各種研究變項之單變項分析

N=16

變項	Parameter	Estimate	SE	95% Confidence Limits		Z	Pr >  Z
	Intercept	22.81	2.16	18.58	27.04	10.57	<.001
<b>氣功治療處置</b>	<b>治療前/第十二週</b>	<b>-15.81</b>	<b>2.19</b>	<b>-20.10</b>	<b>-11.53</b>	<b>-7.23</b>	<b>&lt;.001***</b>
	Intercept	19.92	2.06	15.88	23.96	9.66	<.001
性別	女/男	-5.84	3.45	-12.61	0.93	-1.69	0.091
	Intercept	18.20	2.98	12.35	24.05	6.10	<.001
年齡	年齡 1/年齡 2	-6.34	3.93	-14.05	1.37	-1.61	0.107
	年齡 1/年齡 3	2.18	4.22	-6.10	10.45	0.52	0.606
	Intercept	17.64	1.45	14.79	20.48	12.15	<.001
教育程度	高中職以下/大專以上	-0.92	3.39	-7.57	5.72	-0.27	0.786
	Intercept	19.64	3.36	13.05	26.22	5.85	<.001
職業	無/有	-4.49	3.84	-12.02	3.03	-1.17	0.242
	Intercept	14.91	3.07	8.90	20.92	4.86	<.001
婚姻狀況	未婚/已婚	3.95	3.65	-3.20	11.10	1.08	0.279
	Intercept	16.29	1.63	13.11	19.48	10.03	<.001
重大疾病	無/有	2.58	4.89	-7.01	12.17	0.53	0.598
	Intercept	18.79	3.02	12.87	24.70	6.23	<.001
自覺健康狀況	差/好	-3.79	3.43	-10.50	2.93	-1.10	0.270
	Intercept	11.00	2.66	5.79	16.21	4.14	<.001
<b>西藥治療</b>	<b>無/有</b>	<b>8.05</b>	<b>3.34</b>	<b>1.50</b>	<b>14.60</b>	<b>2.41</b>	<b>0.016*</b>
	Intercept	20.40	1.94	16.59	24.21	10.50	<.001
中藥治療	無/有	-4.10	2.93	-9.83	1.63	-1.40	0.161
	Intercept	15.27	2.37	10.62	19.92	6.43	<.001
同時服用中西藥	無/有	3.30	3.54	-3.65	10.24	0.93	0.352
	Intercept	17.33	1.94	13.53	21.13	8.94	<.001
個別心理治療	無/有	-1.33	5.62	-12.36	9.69	-0.24	0.813
	Intercept	17.39	2.00	13.47	21.32	8.68	<.001
團體心理治療	無/有	-3.39	2.00	-7.32	0.53	-1.69	0.090
	Intercept	17.05	2.09	12.94	21.15	8.14	<.001
針灸治療	無/有	0.62	2.19	-3.66	4.91	0.28	0.776
	Intercept	16.10	1.81	12.56	19.63	8.91	<.001
民俗療法	無/有	6.40	6.36	-6.07	18.87	1.01	0.314
	Intercept	18.62	1.86	14.98	22.26	10.03	<.001
<b>接受過氣功治療</b>	<b>無/有</b>	<b>-9.37</b>	<b>3.84</b>	<b>-16.89</b>	<b>-1.85</b>	<b>-2.44</b>	<b>0.015*</b>

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001

表 4-7 貝氏憂鬱量表與各種研究變項之單變項分析

N=16

變項	Parameter	Estimate	SE	95% Confidence Limits		Z	Pr >  Z
	Intercept	28.90	3.31	22.42	35.39	8.73	<.001
氣功治療處置	治療前/第四週	<b>-9.31</b>	<b>1.59</b>	<b>-12.42</b>	<b>-6.20</b>	<b>-5.87</b>	<b>&lt;.001***</b>
	治療前/第八週	<b>-12.16</b>	<b>3.49</b>	<b>-19.00</b>	<b>-5.32</b>	<b>-3.48</b>	<b>&lt;.001***</b>
	治療前/第十二週	<b>-22.47</b>	<b>3.97</b>	<b>-30.26</b>	<b>-14.69</b>	<b>-5.66</b>	<b>&lt;.001***</b>
性別	Intercept	20.26	3.53	13.33	27.18	5.73	<.001
	女/男	-1.05	5.26	-11.35	9.26	-0.20	0.842
年齡	Intercept	23.10	3.91	15.43	30.77	5.90	<.001
	年齡 1/年齡 2	<b>-12.28</b>	<b>4.37</b>	<b>-20.84</b>	<b>-3.7</b>	<b>-2.81</b>	<b>0.005**</b>
	年齡 1/年齡 3	-0.22	6.26	-12.50	12.06	-0.03	0.972
教育程度	Intercept	21.42	3.49	14.59	28.25	6.14	<.001
	高中職以下/大專以上	-2.89	5.08	-12.84	7.06	-0.57	0.569
職業	Intercept	22.81	4.13	14.72	30.91	5.52	<.001
	無/有	-5.44	5.27	-15.76	4.88	-1.03	0.302
婚姻狀況	Intercept	21.10	4.00	13.27	28.93	5.28	<.001
	未婚/已婚	-2.65	5.28	-13.00	7.71	-0.50	0.616
重大疾病	Intercept	19.53	3.21	13.23	25.82	6.08	<.001
	無/有	0.78	5.40	-9.81	11.36	0.14	0.886
自覺健康狀況	Intercept	20.42	3.33	13.89	26.96	6.12	<.001
	差/好	-1.76	5.42	-12.39	8.87	-0.32	0.745
西藥治療	Intercept	12.30	0.51	11.30	13.30	24.20	<.001
	無/有	<b>9.62</b>	<b>3.16</b>	<b>3.43</b>	<b>15.81</b>	<b>3.05</b>	<b>0.002**</b>
中藥治療	Intercept	25.26	3.17	19.05	31.47	7.97	<.001
	無/有	-7.37	4.50	-16.18	1.44	-1.64	0.101
同時服用中西藥	Intercept	19.09	2.86	13.48	24.70	6.67	<.001
	無/有	1.21	5.15	-8.89	11.31	0.24	0.814
個別心理治療	Intercept	18.84	2.97	13.02	24.65	6.35	<.001
	無/有	4.51	5.99	-7.22	16.24	0.75	0.451
團體心理治療	Intercept	20.44	2.76	15.02	25.85	7.39	<.001
	無/有	<b>-9.30</b>	<b>2.76</b>	<b>-14.72</b>	<b>-3.89</b>	<b>-3.37</b>	<b>&lt;.001***</b>
針灸治療	Intercept	18.81	2.61	13.70	23.93	7.21	<.001
	無/有	<b>16.69</b>	<b>2.61</b>	<b>11.57</b>	<b>21.80</b>	<b>6.39</b>	<b>&lt;.001***</b>
民俗療法	Intercept	20.92	2.97	14.09	25.75	6.70	<.001
	無/有	-0.94	6.39	-13.47	11.59	-0.15	0.883
接受過氣功治療	Intercept	21.21	2.91	15.52	26.91	7.30	<.001
	無/有	<b>-9.80</b>	<b>2.91</b>	<b>-15.50</b>	<b>-4.09</b>	<b>-3.37</b>	<b>&lt;.001***</b>

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001

## 第五節 氣功療法成效之多變項分析

本節針對第四節單變項分析中具有顯著影響的自變項，進行多變項分析，以進一步探討氣功療法的成效。

### 一、漢氏憂鬱量表

經多變項分析後，接受西藥治療及接受過氣功治療者對漢氏憂鬱量表之平均得分仍具有顯著的影響。在同時調整接受西藥物治療與接受過氣功治療二個自變項的效應後，研究對象經十二週的氣功治療處置後漢氏憂鬱量表之平均分數仍比治療前減少14.67分（ $z=-6.4$ ， $P<.001$ ），達統計上之顯著差異，見表4-8。

### 二、貝氏憂鬱量表

經多變項分析後，年齡、接受西藥治療、團體心理治療及接受過氣功治療者對貝氏憂鬱量表之平均得分仍具有顯著的影響。在同時調整年齡、西藥治療、團體心理治療、針灸治療及接受過氣功治療等五個自變項的效應後，研究對象在第四週、第八週及第十二週氣功治療處置後之平均得分比治療前分別減少9.27分、11.66分、21.65分（ $z=-5.87$ ， $P<.001$ ； $z=-3.35$ ， $P<.001$ ； $z=-5.57$ ， $P<.001$ ），均達統計上之顯著差異，見表4-9。

表 4-8 漢氏憂鬱量表與各種研究變項之多變項分析

N=16

變項	Parameter	Estimate	SE	95% Confidence Limits		Z	Pr >  Z
	Intercept	22.22	2.00	16.31	24.14	10.12	<.001
氣功治療處置	治療前/第十二週	-14.67	2.29	-19.17	-10.17	-6.40	<.001***
西藥治療	無/有	4.06	1.82	0.48	7.63	2.22	0.026*
接受過氣功治療	無/有	-5.67	2.23	-10.04	-1.30	-2.54	0.011*

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001

表 4-9 貝氏憂鬱量表與各種研究變項之多變項分析

N=16

變項	Parameter	Estimate	SE	95% Confidence Limits		Z	Pr >  Z
	Intercept	25.17	3.85	17.62	32.72	6.54	<.001
氣功治療處置	治療前/第四週	-9.27	1.58	-12.36	-6.17	-5.87	<.001***
	治療前/第八週	-11.66	3.48	-18.48	-4.85	-3.35	<.001***
	治療前/第十二週	-21.65	3.89	-29.27	-14.02	-5.57	<.001***
年齡	年齡 1/年齡 2	-11.67	3.22	-17.99	-5.35	-3.62	<.001***
	年齡 1/年齡 3	-2.48	6.26	-14.75	9.79	-0.40	0.692
西藥治療	無/有	7.65	3.86	0.07	15.22	1.98	0.048*
團體心理治療	無/有	-8.56	3.86	-16.14	-0.99	-2.22	0.027*
針灸治療	無/有	9.80	6.60	-3.13	22.72	1.49	0.137
接受過氣功治療	無/有	8.84	4.34	0.33	17.35	2.04	0.042*

\*P &lt; 0.05    \*\*P &lt; 0.01    \*\*\*P &lt; 0.001

## 第五章 結論與討論

本研究採單組前後測設計（one group pretest-posttest design），採立意取樣，選取符合以 DSM-IV 診斷為重鬱症（Major Depressive Disorder）之憂鬱症患者。研究對象接受每週一次的氣功治療，每次持續約 20-40 分鐘的治療處置，連續十二週，並於每週回診追蹤其氣功治療之成效，每四週評估研究對象症狀變化。本研究以憂鬱症狀為指標，評估研究對象在氣功治療前以及第四、八和十二週治療後的狀況，以瞭解研究對象經歷氣功治療後症狀改善的程度。

### 第一節 結論

研究對象於治療前以及第四週、第八週、第十二週氣功治療後接受漢氏憂鬱量表和貝氏憂鬱量表評量，所得結果進行 GEE 分析，結果發現經過氣功治療處置後，研究對象的憂鬱症狀均有顯著改善。進一步以 GEE 進行多變項分析，探討在調整年齡、西藥治療、接受過團體心理治療、針灸治療與氣功治療等自變項效應後，本研究的氣功治療處置仍能顯著地改善研究對象的憂鬱症狀。

## 第二節 討論

比較持續接受氣功治療者與未持續治療者之人口統計學變項的差異性發現，僅「自覺健康狀況」及「居住地」達顯著差異，顯示未持續接受氣功治療者自覺健康狀況較差且多居住在台中市以外的地區。其餘人口統計學變項均未達統計上差異。可知，自覺健康狀況（丁，2003；曾、林、洪，2005）、醫療院所之可近性與交通的便利性（蔡、龔、楊、李、林，2006）等因素，會影響患者持續接受氣功治療的遵從性。

在憂鬱程度方面，持續接受氣功治療者與未持續治療者在治療前兩個量表的平均得分均沒有顯著差異，表示研究對象的憂鬱程度不是影響他們是否持續參與本研究的因素。而追蹤未持續治療的記錄發現，多數研究對象失聯（佔 80%），其餘未持續回診的原因有：工作因素（7%）、問卷太多拒絕填寫（7%）、覺得沒有效（7%）。本研究結果與周和鄭（2007）的研究相似，該研究也以門診憂鬱症病患為研究對象，在研究追蹤期間，個案流失率為 60%，流失的原因包括：未回診、不想填寫問卷、症狀不穩定無法填寫問卷、轉至別處就診等。可知，除交通因素外、工作因素、過多的問卷及覺得治療是否有效均會影響研究對象持續接受治療的意願。

根據調查研究顯示，台灣民眾多採用多元複向求診方式（許，1998），在中醫門診醫療者約有 15%-60% 存在複向就醫行為，也就是同時使用中西醫療（李、周、陳、張，2004；李、紀、賴，1995）。本研究對象中有較高比例同時接受中西藥物治療（56.25%），只接受西藥治療（25%）居次，只接受中藥治療者佔 18.75%，與朱氏（2003）針對中部某醫學中心門診病患進行中西藥物服用行為之調查分析相似，該研究結果顯示門診病患的服藥習慣以同時服用中西藥者為最多（佔

72.7%)，其次是只服用西藥者(佔 21.2%)，而只服用中藥者僅佔 6.1%。顯示複向求醫行為是民眾的健康需求，身為健康照護專業人員，應瞭解民眾的需求，才能提供適合他們的健康照護措施。

在持續接受十二週的氣功治療後，不論是漢氏或是貝氏憂鬱量表的評估，本研究對象的憂鬱程度均有顯著的改善。氣功治療的作用在疏通氣滯、氣阻之處，調暢氣機有助於改善憂鬱的情緒(李、霍、李，2003)；同時，氣功也具有心理調節的作用，藉由降低大腦下視丘對內、外壓力的反應，使中樞神經獲得休息，提高興奮與抑制的協調能力，進而降低憂鬱情緒(蔡，2006；Berman & Singh, 1997；Gaik, 2003)。其他研究亦顯示，氣功訓練可以使研究對象個性表現出正向(章等人，2000)，改善日常生活功能，改善生理健康、心理健康、社會關係和一般健康狀況(Tsang, Mok, Yeung & Chan, 2003)；接受外氣治療後，可以減輕疼痛，降低焦慮及憂鬱的情緒(Chen et al., 2006；Lee & Jang et al., 2003；Lee & Jang, 2005)。可知，不論是透過氣功訓練或是外氣治療，均能有效改善憂鬱情緒，與本研究結果相似。

本研究對象在接受氣功治療的同時，也服用西藥或中藥。從有關憂鬱症藥物治療效果的相關研究指出，在藥物治療 3-6 個月後，與治療前比較，研究對象在漢氏憂鬱量表(HDRS)的平均分數約減少 6.76-14.05 分，均達統計上之顯著差異(Bellino, Zizza, Rinaldi & Bogetto, 2006；Hoehn-Saric et al., 2000；Faramarzi, Alipor, Esmaelzadeh, Kheirkhah, Poladi, & Pash, 2008)。有些研究比較抗憂鬱劑合併人際關係團體治療組與單獨抗憂鬱藥物治療組的治療成效，經過 5-24 週的治療後，合併治療組的效果顯著優於單獨藥物治療組，在漢氏憂鬱量表方面平均減少 3.1-20 分(Bellino et al., 2006；

Levkovitz et al., 2000；Schramm et al., 2008），在貝氏憂鬱量表方面平均減少 0.6 分（Schramm et al., 2008）。綜合上述結果顯示，藥物治療合併其他治療法的效果優於單獨的藥物治療，此結果與本研究類似。由於本研究沒有對照組，無法比較氣功治療與藥物治療效果的差異，但以統計方式調整藥物治療的影響後，漢氏憂鬱量表（HDRS）在十二週氣功治療後之平均得分顯著低於治療前 14.67 分，貝氏憂鬱量表（BDI-II）之平均得分也顯著低於治療前 21.65 分。所以顯示本研究的氣功治療處置對改善研究對象的憂鬱症狀有顯著的效果，因此氣功療法可應用於治療憂鬱症患者，是一種相當有效的輔助及另類療法。



## 第六章 研究限制與建議

### 第一節 研究限制

- 一、由於研究對象的回診時間變動性高，以致填寫問卷的時間無法固定，也因此增加未完成追蹤的人數，造成樣本數的流失，影響本研究結果的推論性。
- 二、本研究採用立意取樣且研究對象同時接受中、西藥物的治療，因此在缺乏控制組的比較下，造成本研究的氣功療效較缺乏說服力，只能以統計的方式作變項影響的控制。



## 第二節 建議

### 一、對護理教育與臨床實務者的建議：

- 1.本研究運用氣功療法改善憂鬱症患者憂鬱程度所得的知識，可提供健康照護專業人員、病患及其家屬應用於改善病患的狀況。
- 2.中醫療法及其他另類療法有被民眾廣泛使用的趨勢，健康照護專業人員應以文化本位立場，瞭解民眾的就醫行為與使用這些療法的動機，加強溝通的管道，正向的引導病患及其家屬接受適當的醫療；護理人員也應熟悉這些具互補性、整合性的傳統療法，以協助個案評估其效用並將之應用於護理實務中，成為護理處置的一部份。

### 二、對研究方面的建議：

- 1.為減少因研究對象個人特質與疾病的嚴重度而影響研究結果，因此在取樣方法建議使用隨機取樣，並增加對照組，可以減少樣本特質的誤差，以及增加研究結果的推論性。
- 2.由於研究對象的回診時間變動性高，為了避免個案的流失，建議要更積極地用電話的方式進行追蹤，真正瞭解個案沒有接受後續治療的原因，同時可以針對個案可能面臨的困難予以協助，以減少研究對象的流失率。
- 3.本研究結果僅以問卷量化結果作為推論依據，實有不足之處，未來之研究應增加研究對象的生理訊號諸如：皮膚溫度、肌肉緊張度、血壓、心跳、腦波等，並且與質性研究資料相結合，以澄清研究治療處置以外的影響因素，使研究之推論性更具說服力。

4.就憂鬱症的病程而言，憂鬱症狀要經過六個月以上的持續治療症狀才能完全消失。因此建議，研究對象於接受十二週的氣功治療結束後，可再增加治療後一至三個月的追蹤測驗，評估氣功治療的持續效果，以利建構適合憂鬱症患者之氣功治療計畫。



## 參考文獻

### 壹、中文部分

- 丁志音 (2003) · 誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用 · *台灣衛誌*，22 (3)，155-166。
- 王怡儀 (2000) · 老年人自殺與憂鬱症 · *基層醫學*，15 (3)，59-63。
- 王建楠、吳重達 (2003) · 兒童及青少年憂鬱症 · *基層醫學*，18 (7)，154-165。
- 王梅香 (2005) · 我運動，所以我不憂鬱 · *國民體育季刊*，34 (1)，71-75+107。
- 王榮德、林淑文 (2002) · 華人傳統醫療作效果評估之可能困難及解決之道 · *台灣農業化學與食品科學*，40 (1)，36-44。
- 方麗華、陳昭姿、陳純誠 (1998) · 憂鬱症的治療 · *台灣醫學*，2 (4)，456-463。
- 文廣珣 (1998) · 氣功治病的原理與方法 · *中國氣功科學*，11，33。
- 孔繁鐘、孔繁錦 (1999) · *DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊* · 台北：合記。
- 台視新聞電子報 (2008，5月22日) · 物價漲失業率降 痛苦指數仍高 · 2008年7月4日，取自 <http://www.ttv.com.tw/097/05/0970522/09705229522829L.htm>
- 江裕陽 (2006) · 憂鬱症的中醫觀 · *北市中醫會刊*，44，34-40。
- 朱步先 (1994) · 鬱證 · 於中國大百科全書總編輯委員會著，*中國大百科全書：中國傳統醫學* (585-586) · 台北：中國大百科全書。
- 朱和翔 (2003) · 中西藥物服用行為之分析－以中部某醫學

- 中心門診病患為例·未發表的博士論文，台中：中國醫藥大學醫務管理學院研究所。
- 任穎慧、楊潤琴（2006）·健身氣功與現代人的心理健康·*搏擊武術科學*，3（10），71-72。
- 李立祥、李自然（1999）·醫學氣功的臨床控制模式淺探·*中國氣功*，2，21-22。
- 李作英、葉美玲（2005）·氣功療法在健康照護上之應用·*護理雜誌*，52（3），65-70。
- 李丞華、周穎政、陳龍生、張鴻仁（2004）·全民健保中醫門診利用率及其影響因素·*中華衛誌*，23（2），100-107。
- 李明濱（2005，9月27日）·自殺與憂鬱·2008年7月9日  
取自  
[http://www.depression.org.tw/knowledge/know\\_info\\_part.asp?paper\\_id=34](http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=34)
- 李育臣（2007）·臨床試驗報告中針灸治療有效的疾病·*中國醫訊*，51，43-44。
- 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄（1995）·時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響·*中華衛誌*，14（6），470-476。
- 李昭慶（2000）·憂鬱症與運動·*大專體育*，50，82-88。
- 李峰、霍小寧、李萍（2003）·淺談中醫學對抑鬱症病位的認識·*甘肅中醫學院學報*，20（1），9-10。
- 李曜暄（2000，3月）·從無相氣學談痛症治療的新領域·論文發表於「慶祝第七十屆國醫節中醫學術研討會」，21-22。
- 李曜暄（2002）·談無相氣學乃探索中醫之重要工具·*氣能通匯季刊*，5，18-24。
- 李曜暄、陳坤堡（2001）·頭痛之無相氣功療法—驗案報告·*The Chinese Journal of Pain*，11（2），82-85。
- 沈楚文（2005，9月27日）·推展職場精神健康·2008年6

月 18 日取自

[http://www.depression.org.tw/knowledge/know\\_info\\_part.asp?paper\\_id=44](http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=44)

呂直 (2002) · 論氣功養生與心理衛生 (一) · 現代養生, 3, 41-42。

忘憂草憂鬱防治協會 (2006, 10 月 16 日) · 彰化縣大推憂鬱篩檢搶救痛苦民眾走出來 · 2008 年 7 月 29 日取自

[http://www.ddpa.org.tw/news/news\\_qrydet.php?num=500](http://www.ddpa.org.tw/news/news_qrydet.php?num=500)。

林信男 (2000) · 第二章精神藥物治療 · 於林憲、林信男、胡海國合著, 精神科治療學 (13-79) · 台北: 永大。

林信男 (2002) · 憂鬱症的生物性治療 · 學生輔導, 80, 60-67。

林清華 (2003) · 憂鬱症的藥物治療 · 臨床醫學, 51 (3), 168-179。

林梅鳳 (2001) · 認知行為治療團體對憂鬱症患者的衝擊與治療效果之研究 · 未發表的博士論文, 彰化: 國立彰化師範大學輔導與諮商系。

周本楚 (1998) · 淺談氣功的心理保健 · 時珍國藥研究, 9 (1), 83。

周庚生、胡紀明 (1998) · 中西醫臨床精神病學 · 北京: 中國中醫藥出版社。

周勵志、鄭舒方 (2007) · 精神科門診憂鬱症病人之處遇模式與治療配合度 · 臺灣精神醫學, 21 (2), 107-116。

金宏柱、王維祥、吳雲川、冀斌 (1995) · 氣功療法模式探討 · 南京中醫藥大學學報, 11 (2), 59-60。

孟景春、周仲瑛 (1999) · 中醫學概論 · 台北: 知音出版社。

卓良珍 (無日期) · 憂鬱症的診斷與治療 · 2008 年 1 月 21 日取自 <http://www.ohayoo.com.tw/chang15.htm>。

胡海國 (1991) · 精神醫學診斷手冊 (第二版) · 台北: 台大醫學院出版委員會。

- 胡海國 (2000) · 第三章電痙攣治療 · 於林憲、林信男、胡海國合著，*精神科治療學* (80-89) · 台北：永大。
- 胡維恆 (1989) · 綜說憂鬱症、精神分裂症與自殺 · *中華精神醫學*，3 (4)，197-204。
- 施嫻瑜、李明濱、李世代、郭聖達 (2004) · 壓力與健康：生理病理反應 · *北市醫學雜誌*，1 (1)，17-24。
- 柯慧貞 (2002) · 憂鬱症的認知心理治療 · *學生輔導*，80，68-75。
- 柯慧貞、陸汝斌 (2002) · 認識憂鬱症 · *學生輔導*，80，16-27。
- 范世華 (1997) · 第十三章情感性精神病 · 於沈楚文等著，*新編精神醫學* (125-137) · 台北：永大。
- 章琪虎、瞿敏紅、沈仲元、余平 (2000) · 氣功練功者的明尼蘇達多項個性測試 (MMPI) 的結果分析 · *上海中醫藥雜誌*，1，44-45。
- 陳心怡 (2000) · *貝克憂鬱量表第二版指導手冊* · 台北：中國行為科學社。
- 陳志根、江原麟、林文勝 (2000) · *中西醫會診－憂鬱症* · 台北：書泉出版社。
- 陳利平、張雷、Werner, H.、Soltanzade, A. (2003) · 抑鬱症的中醫治療 · *軍醫進修學院學報*，24 (2)，135-137。
- 陳利民、雒成林 (2004) · 氣功治療的心理機制研究 · *甘肅中醫學院學報*，21 (4)，10-11。
- 陳采蕙、夏一心、周桂如 (2004) · 認知行為團體治療於憂鬱症病患之臨床分析 · *慈濟護理雜誌*，3 (1)，19-27。
- 陳美芳 (2003) · 運動戰勝憂鬱 · *雲科大體育*，6，51-58。
- 陳國華 (2000) · *遠離憂鬱：陳國華醫師的身心處方* · 台北：新自然主義股份有限公司。
- 陳朝宗、宋雲宸、陳允宜 (2007) · 中風後失語與憂鬱症之中西醫合併治療 · *北市醫學雜誌*，4 (8) 附冊，772-778。
- 陳蕙雅、丘亮、林忠順 (2004) · 憂鬱症 · *基層醫學*，19 (1)，

264-269。

- 許木柱 (1998) · 民俗醫療與醫護因應 · 榮總護理, 9 (2), 117-119。
- 許昇峰 (2006) · 憂鬱症中醫典籍彙編 · 台北: 行政院衛生署中醫藥會。
- 許煌汶 (2005) · 醫療人員對輔助與另類醫學之認知態度 · 基層醫學, 20 (1), 20-24。
- 陸汝斌 (2002) · 憂鬱症的生物病因 · 學生輔導, 80, 28-37。
- 商志雍、廖士程、李明濱 (2003) · 精神科門診憂鬱症患者就診率之變遷 · 台灣醫學, 7 (4), 502-509。
- 黃凱琳、蔡世仁 (2002) · 新型抗憂鬱劑 · 臨床醫學, 50 (5), 331-338。
- 張光達 (2001) · 氣功自發動功對於籃球選手賽前狀態性焦慮之研究 · 大專體育, 52, 9-17。
- 張宏亮 (1993) · 運動與憂鬱症 · 國民體育季刊, 22 (3), 86-94。
- 張育琪 (2006) · 站樁功對老人睡眠品質之成效 · 未發表之碩士論文, 台北: 國立台北護理學院中西醫結合護理研究所。
- 張洪林 (2003) · 氣功的起源、發展及其在中醫學的地位 · 家庭中醫藥, 31 (1), 40-41。
- 張智嵐、袁盛琇、黃美芳 (2008) · 探討憂鬱症成因與症狀之性別差異 · 輔導季刊, 44 (1), 33-42。
- 張豫立、周美惠、林明芳 (2002) · 憂鬱症之藥物發展新趨勢 · 臨床醫學, 49 (3), 169-176。
- 曾月霞、林岱樺、洪昭安 (2005) · 台中地區社區成人輔助療法使用現況 · 中山醫學雜誌, 16 (1), 59-68。
- 焦國瑞 (1994) · 氣功 · 於中國大百科全書總編輯委員會著, 中國大百科全書: 中國傳統醫學 (314-319) · 台北: 中國大百科全書。

- 楊明仁 (2002) · 臺灣的社會與憂鬱 · 學生輔導, 80, 52-59。
- 楊斯年、陸汝斌 (1996) · 憂鬱症 · 醫學繼續教育, 6 (5), 433-440。
- 楊智敏 (2004) · 氣功在中醫傳統養生學中的作用與地位 · 現代醫藥雜誌, 20 (14), 1398-1399。
- 廖士程、吳佳璇 (2003) · 憂鬱症之診斷與治療 · 台大醫網, 14, 16-18。
- 劉玉來 (2005) · 憂鬱症與飲食 · 國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院院訊, 5, 6-7。
- 劉秋平、何志仁 (1996) · 住院憂鬱症病患心理治療之效應 · 中華醫誌, 58, 163-170。
- 劉傳 (1996) · 氣功本質的理論探討 · 徐州醫學院學報, 16 (4), 437-440。
- 劉嘉逸 (2006, 11月9日) · 漢氏憂鬱量表出處 · 2007年11月6日取自  
[http://www.depression.org.tw/knowledge/know\\_info\\_part.asp?paper\\_id=48](http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=48)
- 賴炫政 (1998) · 運動對憂鬱症的影響 · 未發表之碩士論文, 台北: 國立臺灣師範大學體育研究所。
- 蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄 (2006) · 偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查 · 台灣衛誌, 25 (5), 394-404。
- 蔡裕豪 (2006) · 氣功運動介入對憂鬱症患者生理心理健康相關因素之研究 · 未發表之碩士論文, 屏東: 國立屏東教育大學體育學系碩士班。
- 盧孟良、車先蕙、張尚文、沈武典 (2002) · 中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度 · 台灣精神醫學, 16 (4), 301-309。
- 謝世平、張心保、翟書濤 (1999) · 氣功態的心理調查 · 中

國臨床心理學雜誌，7（4），244-245。

謝佳容（2005）·情感性精神疾病的護理·於蕭淑貞總校閱，  
精神科護理學（二版，315-362頁）·台北，新文京。

謝碧玲（2002）·憂鬱症的人際關係心理治療·學生輔導，  
80，76-83。

簡佳璋、林季宏、龍佛衛、曾冬勝（2006）·憂鬱症生物成  
因與藥物基因學之探討·當代醫學，33（10），59-65。

豐東洋、洪聰敏、黃英哲（2004）·氣功對放鬆及情緒影響  
之腦波研究·臺灣運動心理學報，5，19-42。

## 貳、西文部分

Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B.  
(2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the  
gold standard become a lead weight? *American Journal of  
Psychiatry*, 161(12), 2163-2177.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional  
disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh,  
J. (1961). An inventory for measuring depression.  
*Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beckham, E. E. (2000). Depression. In Kazdin, A. E. (ED.),  
*Encyclopedia of psychology*(2<sup>nd</sup> ed., pp. 471-475).  
American Medical Association and Oxford University  
Press.

Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., & Bogetto, F. (2006).  
Combined treatment of major depression in patients with  
borderline personality disorder: A Comparison with  
Pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7),  
453-460.

Berman, B. M., & Singh, B. B. (1997). Chronic low back pain:

- An outcome analysis of a mind-body intervention.  
*Complementary Therapies in Medicine*, 5(1), 29-35.
- Blitzer, L. E., Atchison-Nevel, D. J., & Kenny, M. C. (2004).  
Using Acupuncture to treat major depressive disorder: a  
pilot investigation. *Clinical Acupuncture and Oriental  
Medicine*, 4(4), 144-147.
- Bourre, J. (2005). Acides gras at troubles psychiatriques.  
*Medecine sciences*, 12, 216-221.
- Buydens-Branchey, L., & Branchey, M. (2008). Long-chain n-3  
polyunsaturated fatty acids decrease feelings of anger in  
substance abusers. *Psychiatry Research*, 157(1-3),  
95-104.
- Carney, C. E., Segal, Z. V., Edinger, J. D., & Krystal, A. D.  
(2007). A comparison of rates of residual insomnia  
symptoms following pharmacotherapy or  
cognitive-behavioral therapy for major depressive  
disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 68(2), 254-60.
- Chen, K., Chuang, S., Chen, G., Chang, C., Lin, B., Hung, C., &  
Wu, R. S. (2005). Can Qi Gong Produce Immediate  
Pain-Relieving Effect in Pain Treatment? *Chinese Journal  
Pain*, 15(2), 72-76.
- Chen, K. W., Hassett, A. L., Hou, F., Staller, J., & Lichtbroun,  
A. S. (2006). A Pilot Study of External Qigong Therapy  
for Patients with Fibromyalgia. *The Journal of  
Alternative and Complementary Medicine*, 12(9),  
851-856.
- Doering, L. V., Cross, R., Vredevoe, D., Martinez-Maza, O., &  
Cowan, M. J. (2007). Infection, depression, and Immunity  
in women after coronary artery bypass: a pilot study of  
cognitive behavioral therapy. *Alternative Therapies in*

*Health and Medicine, 13(3), 18-21.*

- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O' Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33(6), 587-597.*
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Rompay, M. V., & Kessler, R. C. (1998). Trend in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *The Journal of the American Medical Association, 11(18), 1569-1575.*
- Even, C., Schröder, C. M., Friedman, S., & Rouillon, F. (2008). Efficacy of light therapy in nonseasonal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 108(1-2), 11-23.*
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders, 108(1-2), 159-164.*
- Feiger, A. D., Bielski, R. J., Bremner, J., Heiser, J. F., Trivedi, M., Wilcox, C. S., Roberts, D. L., Kensler, T. T., McQuade, R. D., Kaplita, S. B., & Archibald, D. G. (1999). Double-blind, placebo-substitution study of nefazodone in the prevention of relapse during continuation treatment of outpatients with major depression. *International Clinical Psychopharmacology, 14(1), 19-28.*
- Gaik, F. V. (2003). Merging east and west: A preliminary study applying spring forest qigong to depression as an

- alternative and complementary treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 63(12-B), 6093.
- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Larkin, J., Lemay Jr, E. P., Brown, C. (2007). Stress Exposure and Depression in Disadvantaged Women: The Protective Effects of Optimism and Perceived Control. *Social Work Research*, 31(1), 19-33
- Hoehn-Saric R., Ninan, P., Black, D. W., Stahl, S., Greist, J. H., Lydiard, B., et al. (2000). Multicenter Double-blind Comparison of Sertraline and Desipramine for Concurrent Obsessive-Compulsive and Major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57, 76-82.
- Holden, C. (2000). Global survey examines impact of depression. A new WHO study seeks to verify recent findings on the social and economic burden of depression worldwide using standardized instruments. *Science*, 288, 39-40.
- Keller, M. B. (1995). Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *American Journal of Psychiatry*, 152, 843-849.
- Korkeila, K., Korkeila, J., Vahtera, J., Kivimäki, M., Kivelä, S., Sillanmäki, L., & Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: A population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 700-706.
- Lee, M. S., & Jang, H. (2005). Two case reports of the acute effects of qi therapy (external qigong) on symptoms of cancer: Short report. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(3), 211-213.
- Lee, M. S., Jang, J. W., Jang, H. S., & Moon, S. R. (2003).

- Effects of Qi-therapy on blood pressure, Pain and Psychological Symptoms in the elderly: a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 11, 159-164.
- Lee, M. S., Yang, K., Huh, H. J., Kim, H. W., Ryu, H., Lee, H., & Chung, H. (2001). Qi Therapy as an Intervention to Reduce Chronic Pain and to Enhance Mood in Elderly Subjects: A Pilot Study. *American Journal of Chinese Medicine*, 29(2), 237-245.
- Levkovitz, Y., Shahar, G., Nativ, G., Hirschfeld, E., Treves, I., Krieger, I., et al. (2000). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder – pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 60(3), 191-195.
- Liang, K. Y. & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73, 13-22.
- Maes, M., D'Haese, P. C., Scharpe, S., D'Hondt, P., Cosyns, P., & De Broe, M. E. (1994). Hypozincemia in depression. *Journal of Affective Disorders*, 31(2), 135-140.
- Melfi, C. A., Chawla, A. J., Croghan, T. W., Hanna, M. P., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1128-1132.
- Penninx, B. W., Rejeski, W. J., Pandya, J., Miller, M. E., Bari, D. M., & Applegate, W. B. et al. (2002). Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive

- symptomatology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 124-132.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
- Praag, H. M., Plutchik, R., & Conte, H. (1986). The serotonin hypothesis of (auto)aggression. Critical appraisal of the evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 150-167.
- Ramsey, T. A., Frazer, A. & Mendels, J. (1979). Plasma and erythrocyte cations in affective illness. *Neuropsychobiology*, 5(1), 1-10.
- Ravindran, A.V., Griffiths, J., Merali, Z., Knott, V. J., & Anisman, H. (1999). Influence of acute tryptophan depletion on mood and immune measures in healthy males. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 99-113.
- Ricardo, F. M. (2000). Prevention of Depression. In Kazdin, A. E. (ED.), *Encyclopedia of psychology*(2<sup>nd</sup> ed., pp. 202-207). American Medical Association and Oxford University Press.
- Roness, A., Mykletum, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behavior in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58.
- Röschke, J., Wolf, C., Müller, M. J., Wagner, P., Mann, K., Grözinger, M., & Bech, S. (2000). The benefit from whole body acupuncture in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 57, 73-81.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety,

- depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Schramm, E., Schneider, D., Zobel, I., van Calker, D., Dykieriek, P., Kech, S., et al. (2008). Efficacy of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 65-73.
- Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R., & Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768-777.
- Scott, A. I. F. (2006). Electroconvulsive therapy. *Psychiatry*, 5(6), 208-211.
- Silvers, K. M., & Scott, K. M. (2002). Fish consumption and self-reported physical and mental health status. *Public Health Nutrition*, 5(3), 427-431.
- Sprock, J., & Yoder, C. Y. (1997). Women and Depression: An Update of The APA Task Force. *Sex Role*, 36, 269-303.
- Thase, M. E. (1999). Redefining antidepressant efficacy toward long-term recovery. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(6), 15-19.
- Tsang, H. W., Mok, C. K., Yeung Y. T., & Chan, S. Y. (2003). The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(5), 441-449.
- Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The

- effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 357-371.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., et al. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2144-2154.
- Watson, S., & Mackin, P. (2006). HPA axis function in mood disorders. *Psychiatry*, 5(5), 166-170.
- Whiting, M., Leavey, G., Scammell, A., Au, S., & King, M. (2008). Using acupuncture to treat depression: A feasibility study. *Complementary Therapies in Medicine*, 16(2), 87-91.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45(8), 742-747.
- Wolkowitz, O. M., Reus, V. I., Keebler, A., Nelson, N., Friedland, M., Brizendine, L., & Roberts, E. (1999). Double-blind treatment of major depression with dehydroepiandrosterone. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 646-649.
- Yonkers, K. A., & Samson, J. (2000). Mood Disorders Measures. In A. J. Rush Jr(ED). *Handbook of Psychiatric Measures* (1st ed., pp. 515-548). Washington, DC: American Psychiatric Association.

附錄一

個人基本資料表 (2-1)

- (1) 姓名：\_\_\_\_\_，編號：\_\_\_\_\_
- (2) 性別：1. 男 2. 女
- (3) 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- (4) 教育程度：1. 不識字 2. 國小/小學 3. 國中/初中  
4. 高中/高職 5. 大專/大學 6. 研究所及以上  
7. 其他 (請註明) \_\_\_\_\_
- (5) 職業：1. 學生 2. 軍 3. 公 4. 教 5. 農 6. 林 7. 牧  
8. 漁 9. 工 10. 商 11. 自由業 12. 服務業  
13. 家管 14. 退休 15. 無  
16. 其他 (請註明) \_\_\_\_\_
- (6) 宗教信仰：1. 無 2. 佛教 3. 道教 4. 基督教 5. 天主教  
6. 無神論 7. 回教 8. 信有神但沒有特定宗教  
9. 一貫道 10. 其他 (請註明) \_\_\_\_\_
- (7) 婚姻狀況：1. 未婚/單身 2. 同居 3. 已婚 4. 分居  
5. 離婚 6. 喪偶 7. 其他(請註明) \_\_\_\_\_
- (8) 請問您是否患過重大疾病 (經醫師診斷及治療之疾病) ?  
1. 無  
2. 若有，請列出
- (9) 自覺個人健康狀況：  
1. 很差 2. 差 3. 不好不壞 4. 好 5. 很好
- (10) 針對與此次有關的問題，你曾接受過下列哪些治療？  
1. 藥物治療  
    <1> 西藥，治療效果：  
    <2> 中藥，治療效果：

個人基本資料表 (2-2)

2.  心理治療

<1>  個別心理治療，治療效果：

<2>  團體心理治療，治療效果：

<3>  家族治療，治療效果：

<4>  其他（請註明治療名稱）：\_\_\_\_\_

治療效果：

3.  針灸治療，治療效果：

4.  民俗療法

治療名稱	治療效果

5.  其他治療方式

治療名稱	治療效果

(11) 您的通訊：電話：(日) \_\_\_\_\_，(夜) \_\_\_\_\_

行動電話： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

## 附錄二

### 參與「氣功療法」研究同意書

您好：

我是中國醫藥大學護理學系碩士班精神衛生組研究生林明煌。

本研究目的主要是想了解在參與十二週氣功治療期間的憂鬱症狀、整體健康狀況及生活品質，以使治療效果能夠作為其他憂鬱症朋友的參考。我將與氣功醫師共同陪伴您十二週的氣功治療療程，在氣功治療開始前我會先與您會談，討論有關您的基本資料與目前生活狀況，同時您將接受一位精神科醫師憂鬱症狀的評估，並填寫有關憂鬱症狀、整體健康狀況及生活品質的問卷。每次氣功治療後，我將會與您進行會談，以瞭解您在氣功治療過程與治療後的感受與困擾。在治療期間的第四週、第八週與第十二週治療後，您必須再度填寫有關憂鬱症狀、整體健康狀況及生活品質的問卷；十二週的氣功治療後您將接受同一位精神專醫師憂鬱症狀的評估。您在接受研究期間所填寫的問卷僅供資料整理之用，為了保密你的隱私與權利，絕對不會對外公開，亦不會在資料之中提及您的名字。

誠懇的邀請您分享您寶貴的經歷與體驗，若您因故不想參加或中途想退出，我將會了解您的原因，並尊重您的決定，當您看完這份同意書，有任何問題我將很樂意為您作詳細的解說，如果您已了解整個內容並願意參與本研究，請您於下方簽名，非常感謝您的參與。

立同意書人：\_\_\_\_\_

研究員：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_