

家庭醫學科門診青少年憂鬱症狀 危險因子分析

陳志道¹ 蕭芝殷¹ 許秀卿¹ 蔡美華¹ 王俊毅²

憂鬱症是21世紀最重要的公共衛生議題之一。青少年憂鬱症因為高盛行率、高共病率及高發生率且預後差，若能提早發現，加入適當介入，對於青少年及成人階段的生活狀態與健康安全皆有正面的效應。本研究擬探討台北縣某區域教學醫院青少年預防保健門診之青少年憂鬱症狀與身體狀態及健康行為之間的關係。

本研究採用自行設計之青少年身心健康諮詢問卷，內容主要包括憂鬱篩檢（流行病學研究中心憂鬱量表，CES-D）、健康與行為問題以及家庭功能（Family APGAR）。研究對象共得到145位。其中女性77人（53%），男性68人（47%）；CES-D的平均得分女性為18.3，男性為18.9。以男生超過23分、女生超過26分，將個案分為高低憂鬱風險組進行卡方檢定，並以多元迴歸模型尋找影響青少年憂鬱症狀的危險因子。結果發現青少年門診個案的憂鬱症狀與家庭功能、身體健康狀況、生活適應、性取向等方面具有相關性。臨床工作者在門診時應特別注意當個案並非以憂鬱或其相關診斷的症狀為主訴時，求診青少年之身體症狀或生活相關事件，以減低憂鬱相關症狀之診斷偏低，並能更全面評估青少年身心健康。

(台灣家醫誌 2007; 17: 158-67)

關鍵詞：adolescent, depressive symptoms, primary care

前 言

憂鬱症是21世紀最重要的公共衛生議題之一。依據Murray與Lopez的推估，2020年時憂鬱症將高居全球疾病負荷排名的第二位，僅次於癌症^[1]。因此如何促進憂鬱症的預防、診斷與治療，近年來一直是WHO關心的重點^[2,3]。憂鬱症可能

發生在任何年齡族群，其中青少年憂鬱症因為高盛行率、高共病率及高發生率且預後差^[4]，又與成人期憂鬱、未來生活適應、意外事故等高相關^[5]，因此若能提早發現青少年憂鬱，加入適當介入，對於青少年及成人階段的生活狀態與健康安全皆有正面的效應。

青少年憂鬱的危險因子研究多半

亞東紀念醫院家庭醫學科¹、亞洲大學醫務管理系²

受理日期：95年12月19日 同意刊登：96年7月7日

通訊作者：陳志道

通訊地址：台北縣板橋市南雅南路二段21號 亞東紀念醫院家庭醫學科

著重在社會心理因素，例如性格、生活事件、社會支持、以及因應策略等。事實上憂鬱的危險因子多且複雜，包括遺傳、生物性因素（如神經傳導物質）、心理因素（如自我概念、因應模式等）、社會因素（如社會支持、家庭功能等）^[6]，在探討青少年階段憂鬱時，青春期的影響是因生物性因素或社會因素，亦或兩者交互作用，迄今未明。在DSM診斷標準中，青少年憂鬱與成人期採行相同的標準。青少年期的憂鬱可能以暴怒或是情緒不穩定呈現，同時也可能伴隨學業表現、物質使用^[7]、不安全的性行為^[8]等行為表現問題。然而因為家長與老師容易接受青少年期原本就充滿情緒不穩定的狀態，所以容易被忽略。國內過去的研究多半探討青少年憂鬱的發生率與社會心理因素，極少探討與憂鬱同時出現的其他健康與行為問題，特別是針對青少年門診族群。本研究擬以台北縣某區域教學醫院青少年預防保健門診所收集的資料，分析青少年憂鬱症狀與身體狀態及健康行為之間的關係。

材料與方法

本研究採用自行設計之青少年身心健康諮詢問卷，內容主要包括憂鬱篩檢（流行病學研究中心憂鬱量表，CES-D）、健康與行為問題以及家庭功能（Family APGAR）。CES-D最初為設計用於社區樣本測量成人憂鬱症狀的自填式問卷，信效度穩定^[9]，近年亦廣為被應用在青少年樣本^[10,11]。CESD包含20題，每題有4個不同頻率程度的選項（從「沒有或極少」0分，到「經常」3分），計分範圍由0分至60分不等，分數愈高代表症狀頻率愈高，其中第4、8、

12、16題採反向計分。中文版由鄭泰安翻譯，已完成信效度檢驗^[12]。過去研究中，成人CES-D多半以16分為切點，超過被視為憂鬱症的可能個案^[9]。至於青少年部分，國內研究以男生23分、女生26分作為篩選重鬱症的最適切點^[4]。Family APGAR為Smilkstein所創之家庭功能評估工具，臨床上常用，且信效度已經驗證^[13-15]，本研究採用Family APGAR問卷的第一部分，包含適應度、夥伴度、成長度、情感度與親密度等五個問題，答案選項分別包括「總是如此」（2分）、「有時如此」（1分）、「很少如此」（0分）。總分介於7至10分間為家庭功能無障礙，4至6分間為中度家庭功能障礙，小於3分為重度障礙^[4,15]。至於健康與行為問題部分則涵蓋健康促進及危險行為、性取向與性行為、學校適應、身體健康以及青春期成長健康等。上述健康促進及危險行為為部分之問卷設計係參考美國疾病管制局青少年危險行為監測系統長期進行追蹤調查的青少年危險行為問卷（Youth Risk Behavior Survey）。問卷項目包括抽菸行為、飲食習慣、喝酒吃檳榔毒品等物質使用經驗、安全性行為、運動行為等，選項以在過去一週或是一個月是否從事此行為為主。青春期成長健康部分則以臨床常見青春期成長常見的身體症狀為主，包括個人對身高體重的滿意、青春痘的困擾、生長痛等，答案選項為是否有上述行為或困擾。本研究為立意取樣，自2003年1月至2003年12月，在台北縣某區域教學醫院家醫科青少年預防保健門診，針對願意參加問卷調查者，進行資料收集。

統計分析

連續變項以皮爾森相關係數描述

其與憂鬱程度之相關強度。類別變項依憂鬱程度分為高憂鬱風險組與一般風險組，切點沿用過去國內研究所得之男生23分與女生26分的標準^[4,16]，進行卡方獨立性檢定（若列聯表內期望個數過少，則採Fisher精確檢定）。最後以多元迴歸模型分性別尋找影響青少年憂鬱症狀的危險因子。由於因內在憂鬱而外顯的行為表現，在男女間傾向不同，故區分男女呈現各主要因子的分布^[17]。

結 果

收案期間共得到145位介於11至24歲之青少年問卷資料。其中女性77人（53%），男性68人（47%）；男性平均為17.1歲，女性17.9歲，女性年齡略高於男性；BMI平均則分別為22.2以及20.6。家庭功能以及CES-D的平均得分男性得分均略高於女性。各主要變項的得分詳見表1。至於上述變項間的相關程度，男性年齡愈大憂鬱程度傾向愈高（ $r=0.35$, $p=0.004$ ），女性則無此現象。不分性別，家庭功能較差者其憂鬱程度傾向較高（男性 $r=0.25$, $p=0.041$ ；女性 $r=0.37$, $p=0.001$ ）。

在健康及危險行為方面，門診的青少年個案中最多人曾有過經驗的危險行為是喝酒（59.7%）；而高達五分之一在過去一年曾經自殺，規則性抽菸以及發生過肢體衝突的比例均超過10%；在運動習慣方面，完全沒有運動的個案僅佔五分之一，近半數個案每週只運動一至兩次，規律運動三次以上僅佔三成。

至於性取向與性行為方面，近半數擔心自己或對方懷孕，超過20%曾發生性行為，且約20%的個案不確定自己是不是異性戀。而學校與適應方面，超

過70%的個案擔心未來生涯規劃，是門診青少年個案最常見的問題，而近三分之一的個案不想上學，也有接近四分之一的個案在學校遇到不能解決的問題。而在青春期的身體健康方面，超過半數的個案擔心自己太胖，接近一半的個案有頭暈的症狀、擔心自己太矮，青春痘（38.6%）以及睡眠障礙（37.3%）是另外兩個常見的青少年健康議題。而另外還有超過10%的個案因問卷上沒有的問題想跟醫師討論。各項健康與行為問題的詳細比例亦請見表1。

至於上述行為在性別方面的差異，男性比女性有較高比例的抽菸以及肢體衝突，但男性在規律運動習慣方面也高於女性。而曾經發生過性行為的比例，則是女性遠高於男性。在學校與適應方面，擔心未來生涯規劃和不想上學的女性都比男性高。也有較多女性擔心太胖以及有頭暈與青春痘等症狀。

以卡方檢定檢驗與高憂鬱風險相關的變項，結果在運動、睡眠障礙、有頭暈、在學校有困難無法解決等項目中，男性高憂鬱風險組與一般風險組達到統計上顯著差異。其中一般風險組的運動程度較高，其餘都是高憂鬱風險組高於一般風險組；而女性則以發生肢體衝突、睡眠障礙、非異性戀取向以及有困擾想找醫師討論等幾項有統計上的顯著差異，詳細的檢定數字請參見表2。

以CES-D的得分為依變項，家庭功能與健康行為問題等變項為獨變項進行多元迴歸分析，結果能夠預測憂鬱分數的危險因子，在男性青少年資料的迴歸模型中呈現顯著的危險因子為：失眠、頭暈、在學校有不能解決的困難、運動、非異性戀取向以及年齡，模型解釋力 R^2 達0.72。而女性憂鬱的危險因子

表1 各主要變項的分布狀態

基本資料	男性	女性	全體	t
年齡	17.1 (2.8)	17.9 (2.6)	17.5 (2.8)	1.68
BMI	22.2 (4.8)	20.6 (3.7)	21.4 (4.3)	-2.06*
家庭功能	8.5 (2.8)	7.7 (3.2)	8.2 (3.1)	1.72
憂鬱分數	19.0 (11.5)	18.3 (9.6)	18.8 (10.7)	-0.36
健康與行為問題	男性	女性	全體	χ^2
健康／危險行為				
喝酒經驗	37 (57.8%)	43 (61.4%)	80 (59.7%)	.062
曾經自殺	13 (20.3%)	14 (20.6%)	27 (20.5%)	.000
規則性抽菸	11 (16.4%)	8 (11.0%)	19 (13.6%)	.803
肢體衝突	12 (17.6%)	5 (6.9%)	17 (12.1%)	3.603
運動習慣				18.310***
每週1~2次	22 (34.4%)	42 (54.5%)	64 (47.8%)	
每週3次以上	31 (48.4%)	11 (20.9%)	42 (31.3%)	
無運動	11 (17.2%)	17 (24.3%)	28 (20.9%)	
性取向以及性經驗				
擔心自己或對方懷孕	33 (50.0%)	39 (51.3%)	72 (49.7%)	.000
曾發生性行為	11 (16.7%)	22 (28.6%)	33 (23.1%)	1.705
非異性戀取向	15 (22.7%)	14 (18.9%)	29 (20.7%)	.090
學校與適應				
擔心未來生涯規劃#	40 (67.8%)	55 (78.6%)	95 (73.6%)	2.577
不想上學#	16 (28.6%)	25 (36.2%)	41 (32.8%)	1.349
學校裡有困難無法解決#	13 (23.2%)	17 (24.3%)	30 (23.8%)	0.127
身體健康				
擔心太胖	33 (48.5%)	5 (66.2%)	84 (57.9%)	5.797*
頭暈	27(39.7%)	45(58.4%)	72(49.7%)	6.349*
擔心太矮	34 (50.0%)	35 (45.5%)	69 (47.6%)	0.008
青春痘	24(35.3%)	32(41.6%)	56(38.6%)	0.869
睡眠障礙#	26 (43.3%)	29 (43.3%)	55 (37.3%)	0.000
其他				
有困擾想與醫師討論#	5 (9.6%)	9 (15.8%)	14 (12.8%)	0.537
樣本數	68	77	145	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

#未答或答[不知道]者不列入計算。

表2 不同憂鬱風險組之健康與行為因卡方獨立性檢定

	男性			女性		
	高風險	一般風險	χ^2	高風險	一般風險	χ^2
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
樣本數	18	50		18	59	
健康／危險行為						
喝酒經驗	11(64.7)	26(55.3)	.148	12(87.5)	31(55.4)	3.169
曾經自殺	5(27.8)	8(16.0)	.306 ^f	6(33.3)	8(13.6)	2.418
規則性抽菸	3(16.7)	9(18.0)	1.000 ^f	4(23.5)	4(7.1)	.079 ^f
肢體衝突	3(16.7)	10(20.0)	1.000 ^f	2(12.5)	3(5.4)	.307 ^f
運動習慣			-.337 ^{***K}			-.126 ^K
每週1~2次	7(41.2)	14(29.8)		11(64.7)	31(58.5)	
每週3次以上	4(23.5)	28(59.6)		1(5.9)	10(18.9)	
無運動	6(35.3)	5(10.6)		5(29.4)	12(22.6)	
性取向以及性經驗						
擔心自己或對方懷孕	8(44.4)	26(53.1)	.122	13(72.2)	26(44.8)	3.103
曾發生性行為	5(27.8)	7(14.3)	.281 ^f	7(38.9)	15(25.4)	.654
非異性戀取向	5(27.8)	10(20.4)	.524 ^f	9(52.9)	5(8.8)	.000 ^{****f}
學校與適應						
擔心未來生涯規劃	13(72.2)	28(56.0)	.856	15(83.3)	40(71.4)	.372 ^f
不想上學	4(22.2)	12(24.0)	1.000 ^f	11(61.1)	14(25.0)	6.408 [*]
學校裡有困難無法解決	7(38.9)	6(12.0)	.031 ^{*f}	9(50.0)	8(14.3)	.004 ^{***f}
身體健康						
擔心太胖	7(38.9)	26(52.0)	.462	12(70.6)	39(69.6)	.000
擔心太矮	8(47.1)	26(53.1)	.021	11(64.7)	24(44.4)	1.390
頭暈	12(66.7)	14(28.0)	6.822 ^{**}	13(76.5)	32(56.1)	1.498 ^f
青春痘	8(44.4)	16(32.0)	.435	9(52.9)	23(41.8)	.278 ^f
睡眠障礙	13(72.2)	13(26.0)	10.096 ^{**}	9(52.9)	20(35.1)	1.082
其他						
有困擾想與醫師討論	3(16.7)	2(4.0)	.111 ^f	4(23.5)	5(9.1)	.201 ^f

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ ^f列聯表內個數過少，以Fisher's精確檢定求得 p 值。^K運動程度分三等級，此處計算Kendall's tau-b相關係數。

包括家庭功能、睡眠障礙、不想上學、和非異性戀傾向，模型解釋力R²達0.50（表3）。二模型之殘差分析皆無發現特異點，各變項VIF值約介於1.08至1.44。

討 論

與國內近期在國高中校園進行的研究相較，以男生大於23分以及女生大於26分為重鬱症切點，在校園研究中，國中生達到重鬱症得分為14.8%，17.0%，高中生則為24.1%以及18.4%^[16]；而本研究中則分別為26.5%以及23.4%，顯示醫院門診個案的憂鬱症狀得分顯然高於一般校園青少年，為一憂鬱症狀之高危險群，門診青少年個案的憂鬱傾向值得注意。

本研究發現青少年憂鬱症狀與家庭功能、身體健康狀況、生活適應、性取向等方面具有相關性。高憂鬱風險組不分性別，皆具睡眠障礙；而男性另外有頭暈、在學校有困難無法解決以及不運動等特徵；而女性其他顯著的項目則是

非異性戀取向以及有肢體衝突。至於以憂鬱症狀分數為依變項的回歸模型中，男性青少年憂鬱症狀的危險因子包括睡眠障礙、頭暈、在學校有不能解決的困難、運動、非異性戀取向；而女性青少年憂鬱症狀的危險因包括家庭功能、睡眠障礙、不想上學、和非異性戀傾向。研究結果顯示不同性別青少年確實有不同的憂鬱症狀危險因子，以下針對這些變項進行討論。

與過去研究一致，家庭功能不佳在本研究中僅為青少年憂鬱的危險因子，可能是因為青少年經驗到較多的家庭負向事件，因此受到影響^[17]。而不分性別，非異性戀取向者有較高的憂鬱症狀得分，文獻中曾提到非異性戀的青少年，因為需要處理性取向所必須面臨的自我調適與社會烙印帶來的焦慮與情緒困擾，所以會是物質使用、憂鬱、自殺以及危險性行為的高風險群，也因此相對於異性戀青少年，比較希望能夠有人可以討論物質使用、健康、他們的生活與朋友^[18]。

表3 青少年憂鬱得分之多元迴歸模型

自變項	男	女
	係數估計（標準誤）	係數估計（標準誤）
（常數）	2.921(9.429)	5.165(2.559)
睡眠障礙	6.1(2.655)*	4.443(1.758)*
頭暈	7.511(2.56)**	
學校裡有困難無法解決	10.262(2.884)**	
運動	-3.497(1.652)*	
非異性戀取向	6.427(2.772)*	6.943(2.359)**
不想上學		6.194(1.846)**
家庭—總合		0.868(0.337)*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

至於性行為方面：過去研究顯示，高憂鬱風險的青少年發生性行為，以及危險性行為的比例都高於一般青少年，甚至還可以預測之後一年的危險性行為^[7]。在本研究中性行為並非區辨高低憂鬱風險的顯著因子。擔心懷孕的青少年近半數，但曾經發生性行為的個案比例卻遠少於此。此項結果乍看不合邏輯，可能是因為青少年缺乏性知識，對於什麼樣的性行為會導致懷孕並不清楚，以致於有非常高比例的擔心。而相較於國健局2000年調查中，青少年性行為的發生比例男女分別為14.0%以及10.4%，本研究性行為比例分別為16.7%以及28.6%遠高於國健局調查，有可能是因為門診樣本人口特質所致。

以青少年運動與憂鬱症狀為主題的實證研究相當少，國內以大學生為對象的研究發現，有運動習慣的大學生較不易有憂鬱症狀，且男大學生有運動習慣的比例多過於女生^[19]。運動可以改善憂鬱症狀，過去已有不少文獻證實，不過主要焦點放在臨床治療憂鬱症或慢性病人^[20]。在臨床上鼓勵門診青少年個案多運動，應該有助於減低個案之憂鬱症狀。至於在學校遇到困難無法解決，除了有可能因為沉重的課業壓力所致外，因為學校是青少年的主要生活場域，與同儕的關係是青少年生活重心，如何幫助青少年維繫良好的人際關係，除了可以提供基本社交技巧訓練外，提供青少年使用校園內外可用資源，如輔導室或是免費諮詢電話，應有相當助益。

總之，本研究發現青少年保健門診個案的憂鬱症狀與家庭功能、身體健康狀況、生活適應、性取向等方面具有相關性。雖然門診個案研究結果不見得適於推論，但主要研究目的是希望能提

供臨床工作者參考，特別是家庭醫學科醫師或是從事青少年健康照護工作者在作為醫療體系的第一線，在心理衛生工作上對於與青少年憂鬱伴隨出現的其他行為與健康因素如果有進一步的認識，對於發現青少年憂鬱症保持一定的警覺性，讓青少年憂鬱的防治能夠更早開始。本研究發現當可提醒第一線醫師特別在門診時，個案並非以憂鬱或其相關診斷的症狀為主訴時，應多加注意求診青少年之身體症狀或生活相關事件及健康行為，以減低憂鬱相關症狀之診斷偏低，並能更全面評估青少年身心健康。

研究限制：由於本研究對象為青少年預防保健門診求診個案，青少年有問題想要與醫師討論有可能是求診原因，並不一定是特定的身心困擾。而因樣本特殊性，研究結果並不適合推論至一般青少年族群。

誌 謝

感謝衛生署國民健康局92年度青少年預防保健門診計畫經費補助。

參考文獻

- 1.Murray C, Lopez AD: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
- 2.WHO: The World Health Report: Mental Health, New Understand, New Hope. Geneva: WHO, 2001.
- 3.WHO: Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice Mental health. Geneva: WHO, 2005.

4. Yang HJ, Soong WT, Kuo PH, Chang HL, Chen WJ: Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei: a stratum-specific likelihood ratio analysis. *J Affect Disord* 2004; 82: 419-30.
5. Kessler RC, Walters EE: Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998; 7: 3-14.
6. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B: Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-39.
7. Waller MW, Hallfors DD, Halpern CT, Iritani BJ, Ford CA, Guo G: Gender differences in associations between depressive symptoms and patterns of substance use and risky sexual behavior among a nationally representative sample of U.S. adolescents. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 139-50.
8. Lehrer JA, Shrier LA, Gortmaker S, Buka S: Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics* 2006; 118: 189-200.
9. Rodloff LS: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in general population. *Appl Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.
10. Olsson GI, von Knorring AL: Adolescent depression: prevalence in Swedish high- school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99: 324-31.
11. Prescott CA, McArdle JJ, Hishinuma ES, et al: Prediction of major depression and dysthymia from CES-D scores among ethnic minority adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 495-503.
12. Chien CP, Cheng TA: Depression in Taiwan: epidemiological survey utilizing CES-D. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 1985; 87: 335-8.
13. Smilkstein G, Ashworth C: Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
14. 陳永成、徐澄清、徐世鴻、林家青：家庭關懷度指數之初步研究。中華民國小兒科醫學會雜誌1980; 7: 210-7。
15. 賴和鴻、黃麗卿：台灣某高中與專科學校青少年自評家庭功能狀況：十年變化的比較。台灣家醫誌2003; 13: 130-7。
16. 陳怡樺、劉玉華、游淑瑜、商志雍、陳品玲、蕭雁文：青少年憂鬱症相關因素與其介入防治模式之監測。國民健康局93年度科技研究發展計畫報告。
17. Hankin BL, Abramson LY: Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Ann Med* 1999; 31: 372-9.
18. Ciro D, Surko M, Bhandarkar K, Helfgott N, Peake K, Epstein I: Lesbian, gay, bisexual, sexual-orientation questioning adolescents seeking mental health services: risk factors, worries,

- and desire to talk about them. *Soc Work Mental Health* 2005; 3: 213-34.
- 19.張淑紅、蕭芝殷、吳思儀、張嫚純、林婉如：運動與憂鬱症狀相關之研究－以台大學生為例。醫護科技學刊 2005; 7: 258-66。
- 20.Rybarczyk B, DeMarco G, DeLaCruz M, Lapidos S, Fortner B: A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: comparing immediate and 1-year benefits. *Behav Med* 2001; 27: 15-27.

The Risk Factor of Adolescent Depressive Symptoms in a Family Medicine Clinic

Chih-Dao Chen¹, Chih-Yin Hsiao¹, Hsiu-chin Hsu¹, Mei-Hua Tsai¹ and Jiun-Yi Wang²

Depression is a major public health issue in the 21st century. Adolescent depression has a high prevalence, high co-morbidity, and poor prognosis without treatment. Early detection and intervention of adolescent depression has a positive effect in adolescents and adulthood. This research investigated the relationship among symptoms of depression in adolescents, physical condition, and health behavior in a adolescent preventive health care clinic in a district hospital in Taipei county.

A cross-sectional survey was conducted, which included a depression screening questionnaire (CES-D), health and behavior problems, and assessment of family function (i.e., the family APGAR). There were 145 participants; the mean CES-D for females and males was 18.3 and 18.9, respectively. Multiple regression was conducted to examine the risk factors for depression symptoms. It has been found that family function, physical condition, life adjustment, and sexual orientation are related to depression symptoms. The clinical workers need to pay attention to adolescent client's physical and life events when their main problems are not a depressed mood. A more complete evaluation for an adolescent's health would include the detection of depression.

(Taiwan J Fam Med 2007; 17: 158-67)

¹Department of Family Medicine, Far Eastern Memorial Hospital; ²Department of Health Care Administration, Asia University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Received: December 19, 2006; Accepted: July 7, 2007.