

因應多樣性與效用性：

慢性病門診病人的疾病因應方式

林耀盛*

摘要

目的：本研究以糖尿病與高血壓為案例，一方面探究慢性病因應的因素結構，以瞭解因應的多樣性。另一方面探索因應方式與生活適應的關係，以探討因應的效用性。

方法：研究者修訂「因應方式量表」與「生活適應量表」，搭配疾病預測度、控制度及其他心理變項，對門診病人施測。

結果與討論：共有119位樣本參與，男性64人，女性55人。平均年齡53.96歲（標準差10.35）。持續門診時間約為43.59個月。研究發現(1)經因素分析法，因應方式量表，共抽取十五個因素，因應結構呈現多樣性。其中有七個因素與高生活適應有關聯，愈是傾向採取「積極性」因應，愈少採取「消極性」因應，對生活適應愈有正面效果。因此，因應「多樣性」與「效用性」呈現互補功能。(2)患者對治療的「期待」是「完全戒藥」與「徹底根治」，並能因疾病經驗納入運動與飲食控制。但仍有患者產生悲觀消極的人生態度，或轉移疾病焦點於後代子孫的關懷。

結論：本研究顯示慢性病患者的疾病因應，未來需(1)擴大積極性因應，削弱消極性因應，以提升「因應效率」。(2)因應多

* 國立政治大學心理學系教授。E-mail: yawsheng@nccu.edu.tw.



樣性與效用性的互補作用，促進生活適應，以避免「二度宿命」。本文最後提出理論層次與臨床貢獻的建議。

關鍵字：慢性病、因應、多樣性、有效性、適應



Coping Diversity and Effectiveness:

Coping with the Chronic Illness of the Outpatients

Yaw-Sheng Lin*

Abstract

Purpose: This paper with diabetes and hypertension patients as the participants, on the one hand is to explore the structure of coping, and understand the coping diversity. On the other hand, it is to link the relationship between the coping effectiveness and life adaptation of the outpatients.

Method: Two scales are developed, included ‘coping method scale’ and ‘illness adjustment scale’. The constructs of predictability and controllability of the chronic illness course combined with other psychological variables are also measured.

Results and discussion: There are 119 outpatients to participate totally, men are 64 and women are 55. The average age is 53.96 ± 10.35 years. Duration of the illness is last for 43.59 months in average. Two main findings are shown. The first is the patients who less adopted ‘the passive coping method’, and got the more ‘positive coping way’ about the illness are adapted better in the daily life. The functions of diversity and effectiveness of coping are complementary. The second is there is gap between the

* National Chengchi University, Department of Psychology, Professor.



remedy expectation and behavior execution of the patients, sometimes, they know more, but do less. They also felt pessimistic about the future, and may shift the attention from the illness to give caring about the next generations.

Conclusion: The result is implied that the chronic illness patients should transform their 'passive' coping ways into the more active coping strategies to improve the coping utility. Otherwise, they will face the second destiny of fatal life impacts. Finally, the suggestions are proposed from two perspectives of the conceptual level and clinical practice.

Keywords : *Chronic illness, Coping, Diversity, Effectiveness, Adaptation*



壹、前言

慢性病考掘，是一項心理社會的歷史議題。Armstrong（1990）以傅柯式（Foucauldian）系譜學研究方法，說明慢性病的發現與社會文明的變遷，有相當關係。關於慢性病發現的首先提問是，歷史上可能從何時開始提及（speak of）慢性病？Armstrong索引了醫學部門出版的資料庫，發現直到1927年才有“Diseases, chronic”一詞，至1945年出現“Diseases, degenerative”的辭彙，到了1947年則出現新指標“Chronic illness，見 Diseases, chronic”。然後，1957年醫學辭典才編入了今日常使用的慢性病詞彙“chronic disease”。而後幾年內，在該詞彙下又陸續蒐集了一些次標題，如併發症、經濟的、復發的、心理學、治療、復健等。由此可標示出慢性病在歷史上現身的時空座標，是一段從單純疾病意義的描述，到慢性病復健、治療所涉及的複雜社會、經濟、心理糾結因素的過程。

而從其他歷史素材來看，《慢性病期刊》（*Journal of chronic disease*）的首度發行是1955年。該期刊的發刊詞宣告，指出慢性病「不再是無望感的事件，也不是老人病」，這意味著慢性病在任何地方都可能發生，但只要進入醫療體系，這是可以進一步治療的疾病。於是，慢性病與醫療體系的關係，從此清楚地勾勒出來。透過歷史分析，可以說明慢性病一詞在醫療界的正式通用，是一九五〇年代中葉以後的事。

但接下來的問題是，什麼樣的可能狀態，會建構慢性病概念？我們又如何發現（看見）慢性病？這就涉及知識／權力的共構關係（Foucault, 1980）。事實上，慢性病是透過醫學權力的凝視，才形成一種病名種類。凝視（gaze）是一種權力技藝學，藉由這個技藝，被凝視的客體就被觀察者所洞悉。這種符碼化與組織化的知識，形成一種資源，透過知識資源，觀察者



發展成為一個專家，同時控制他／她所觀察的對象。這樣受過專業訓練之眼的凝視過程，並非來自偉人、醫療專業權威人士或國家體制的凝視而發現慢性病自身，它是來自一位佚名醫生，以不受阻擾的方式凝視病人所發現。在凝視病體過程中，權力開展了立即的效應，權力無所不在，穿透人體，於是在長期的監督治療凝視中，產生了所謂的「慢性病」。

Foucault(1973)就指出，十八世紀對身體的深度醫學凝視，造就臨床醫學的誕生，同時以身體位置的病理傷害，作為症狀的控制所在，身體位置與疾病區域的對應，逐漸形成一種症狀導向的解剖身體觀點，而真正的病因學在當時並非關心焦點。他認為床醫學，以其中立的目視指向各種外顯表現、頻度與時間序列。側重在於諸症狀間建立起關聯，捕捉其語言。這樣的目視在結構上，是完全外在於對那沉默、無歷史之屍體所進行的檢查的，疾病的病因與棲身場所從來不是其關心之所在。綜言之，疾病經理過三次元的空間化（分類症狀、指認疾病與分派治療）。進言之，首先，疾病是一種概念本身，這是訴諸於症狀語意學和分類學。其次，解剖技術的問世，身體進入一種地理誌的階段，解剖病理學的身體意義和疾病產生關聯。最後，是社會建制化的結果，機制體系所布署的身體／權力／知識／疾病彼此纏繞，病情認識開始與醫學建制形成共構關係。

因此，Armstrong(1990)認為，慢性病可以視為經由人口調查居民的健康狀況，所產造的一種新興的社會範疇。人們被篩檢出健康問題，然後進入醫療企業尋求治療，反映了醫療權力從臨床機構擴張到大眾社區的趨勢。慢性病不只是生理疾病的單一意義認定，慢性病的涵義和社會脈絡及個人心理歷程亦有密切糾結。所以，慢性病不只是個人的生病狀態，也是一種社會事件。以下，本文進一步探討慢性病的心理社會議題。



貳、文獻探討

一、慢性病與因應

隨著國人生活型態改變，慢性疾病成為國內十大死因已是穩定態勢（衛生署，2010）。其中糖尿病自1983年以來已是台灣前五大死因之一，其2007年之死亡率為每10萬人有44.6人。以世界衛生組織（WHO）2000年人口資料校正後為35.5人。2007年的糖尿病男性死亡率為每10萬人有43.1人，女性為每10萬人有46.2人；男、女性近五年的死亡率，分別增加了18%與15%（國家衛生院，2011）。據Engel（1977）所提出的「生物—心理—社會模式」（bio-psycho-social model），健康問題同時涵蓋自然系統的每一個層面，醫療單位需提供以人為中心的整合性照顧。本文是以慢性病共同的發生歷程為慢性病之範圍，接受Reid（1984）對慢性病的看法：(1)慢性病是不可治癒的；(2)疾病會影響個人生活；(3)需要他人的協助與治療；(4)病程發生的時間，至少持續六個月。所以，慢性病歷程係指稱疾病的發生，是當患者面對危機狀況時，如何進行身心狀態的重塑過程。

Folkman（1984）認為因應是指處在壓力情境的互動關係中，對該情境導致的內在或外在的需求及衝突，個人會透過認知或行為的努力掌握、減輕或忍受這些需求、衝突及其衍生的挫折情緒。至於因應的方式，大體可分為情緒調整（emotion-regulation）與問題解決（problem-solving）兩大類（Lazarus,1966; Folkman & Lazarus, 1988）。由此因應是個人和環境互動觀點下的過程，而因應結果的有效性，涉及個人以什麼向度進行評估，有時紓解情緒即可，有時則需思考對策。Folkman和Lazrus（1985）研究大學生面對考試壓力會進行初級評估（primary appraisals），認定事件屬於威脅或挑戰；而後經過次級評估（secondary appraisals），找出適當因應策略；最



後再評估 (reappraisals) 因應是否有效。所以因應是學習過程，個人會依執行的有效性，決定類似處境的因應策略。

慢性病患者遭遇多層面問題，患者不僅要處理疾病壓力，也需長期面對病程的不確定性 (uncertainty)，以及疾病對生活福祉與自我功能的威脅 (林秋菊與張素凰，1985；李立維，1987)。本研究的因應方式測量，將患者面對的威脅限在疾病的特殊情境，亦即將焦點放在針對疾病情境下，患者實際採取的行為 (actually doing)，而非探討一般多重壓力患者通常會做的行為 (usually doing) (參考Auerbach, 1989; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)。

過去研究指出，社會支持與慢性病處理有關係 (如 Bloom, 1982; Peters-Golden, 1982; Sarafino, 2008)。Hwang (1976) 發現「無為」哲學 (philosophy of doing-nothing) 是國人面臨壓力會採取的因應方式。另外，追求宗教意義與疾病適應、健康狀態亦有相關 (Oman & Thoresen, 2005; Williams, 2010)。研究者整理Lazarus (1966, 1974)、Pearlin與Schooler (1978)、Folkman與Lazarus (1980, 1985, 1988) 及Carver等人 (1989) 等人的研究，也一致指出因應策略的多向度，呈現因應的多樣性。林耀盛與吳英璋 (1999) 則指出，慢性病的論述，隨著不同時代而有不同的側重面向。例如，從權威醫療導向到注重自我責任，從身體功能變化到心理疾病受苦經驗，從單向度定義到整體人文環境的考量。我們可以看出這些定義，大體指向所謂慢性病並不單指生理病理的狀態，它同時涉及患者的複雜社會心理變化，以及在長時期的不確定性病程中，患者所遭逢的是維持自己是一個「有用的人」的認同狀態。

一般來說，慢性病的治療時程較長，門診有時不只具備醫療需求，更兼具滿足病患心理需求之功能 (Foster & Anderson, 1978)。為呼應慢性病的複雜心理社會過程，近年來的研究策略，試圖捕捉患者的內在心理歷程，期待開創以患者立場經驗



為主的「局內人」(insider)觀點研究。事實上，一九九〇年代以前，慢性病意象較側重失落與負擔的向度(例如研究主題多環繞在受苦狀態、失落、生平的崩解及生病角色等)，一九九〇年代後，則逐漸轉向疾病狀態中的健康面向，研究主題以意義建構與正常性為主軸(例如希望感、認知結構重新裱框、尋求新意義及培能轉化等議題)。這般研究概念轉變的平行發展思考是，醫療單位對慢性病患者的認知圖式，也逐漸從「個案作為病人」(client-as-patient)的方向往「個案作為伙伴」(client-as-partner)的一端移動(林耀盛、吳英璋，2000)。

至於二十世紀之後，則從多元取徑(正向和負面)重新思索所謂的「慢性病作為一種創傷體驗」，關注患者在罹病受創後的心理成長。這樣的觀點指出心理成長是生活智慧與生命敘事發展交互作用，這是不斷發展的過程，而非靜態的結果(Calhoun & Tedeschi, 2004)。而其心理成長的轉化機制探討，需留意「描述認知歷程的細節和敘事的發展是困難的，而且需要回顧更多層次關於創傷後成長的文獻，並且適當採用質性和量化的方法論，深度分析微觀與宏觀的心理層次在長期歷程上的轉化經驗」(Calhoun & Tedeschi, 2004)。本研究將以量化測量為主，開放問題訪談為輔，從因應方式與生活適應層面，嘗試探討慢性病患者心理轉化的核心因素。

二、因應的效率

從因應方式的再評估歷程來看，所謂因應結果的有效與否，端賴患者的評估而定。慢性病患者的因應效果，是一個動力變化的過程。以「因應效率」(coping utility)考量，患者通常會採取的因應策略，主要是該因應方式可以解決生病經驗中面臨的難題，而且不會衍生其他壓力源或更大困擾。Taylor (1983)提出威脅性生活事件的認知適應歷程為(1)尋求事件的意義；(2)產生自我掌握感；(3)自我價值、自我尊嚴的提升與肯



定。再從Miller (1983) 的研究，慢性病患者普遍有「無力—無助」的感覺、情緒變化大及自尊的低落。處在慢性病長期循環過程，患者會產生不同層次的希望感(1)寄託於宗教，超自然的祈望；(2)期待自我照顧，獲得個人成就感及與他人建立關係；(3)希望能夠完全解除病痛。由此，適應本身一方面是初級調適 (primary adaption)，透過自我價值的肯定而降低威脅；另一方面是次級調適 (secondary adaption)，藉由宗教信仰等超自然力量，希望、祈求改善自身困境。因之，適應本身有時是結果 (ends)，有時是方法 (means)，適應是瞭解患者面對階段危機處置結果的「後設概念」，預設每個人有一個心理實體性的機制或構念，能與處遇環境有「最佳適合度」(goodness-of-fit)。

林耀盛 (2009a) 提到，「轉化」(transformation) 這幾個英文字母也可拆解為不同意義，即trans-form-ation，說明如下。首先，TRANS代表一種跨越，是超出日常範圍的穿透，如突發的事故。T是指「創傷性」(Traumatic)，意味著「非比尋常的」、「無法預測的」、「突發的」和「強力衝擊的」。因此，面對如此溢出日常生活得以理解的事故，初期會造成個體「反覆經驗」(Re-experiencing) 現象，因而情緒激發 (Arousal)。有時，反而是「情感麻木」(Numb)。在如此多重衝突下，造成生活沉重壓力 (Stress)。其次，FORM代表一種形式，是規範溢出常軌的力量構成，四個字母也反映保護性資源。就突發事件的保護因子而言，心理病理徵候外，「朋友」(Friend) 等網絡社會支持系統的接應和我人關係的和諧化，更是破繭而出的信任資產。同時，樂觀 (Optimism) 的態度、復原力 (Resilience) 的堅韌和生命意義 (Meaning) 的打造，亦是面對受創變動處境下的「不變」效能和自我保全機制。第三，ATION代表一種「過程」或「結果」，顯示事故後的失能復健的歸返狀態，五個字母也指向轉化後的狀態。就回到日常生活而言，價值排序的重新整頓 (Arrangement)，包括時間性 (Temporality) 的覺察與自



我認同 (Identity) 的建構，可以盡快建立秩序 (Order)，進而回歸常態性 (Normality)。在過去的研究中，發現個體面臨受苦處境和遭受到重大創傷事件，具有轉化的可能，林耀盛(2001)指出，面對受苦處境的糖尿病患者及災難受創者，並非停留在過去、看著時間消逝，而是經由時間的轉化產生意義建構的轉化歷程，賦予後創傷狀態的經驗成長與生命新意。Janoff-Bulman (1998) 亦提到倖存者報告其遭遇諸如慢性病或創傷事件後，生活更具有意義與價值。

因此，Skinner、Edge、Altman和Sherwood (2003) 從目前的系統中蒐集四百多種因應方式，指出其中核心的因應類別包含：問題解決、社會支持、逃離、分散注意力、正向認知重構、反芻、無助、社會退縮、情緒調解、資訊蒐集、協商與反抗。過去也有研究探究身體失能者與慢性病患者之因應狀況，例如Livneh及Antonak (2005) 探討慢性疾病和失能者的因應機制時，列出因應包含投入因應策略 (engagement coping strategies) 與不投入因應策略 (disengagement coping strategies) 兩種類型，其中投入的因應策略為：個體能接受自己的狀況，且主動、直接、具有目標導向之面對，如資訊蒐集、問題解決、計畫、尋求社會支持；不投入因應策略則是：個體以被動的方式面對，無法接受自己的狀況並做出逃避導向之活動，如：否認、對他人及自我的苛責，此與心理疾病的產生有關。由此，顯示多樣性的因應方式，但Riulli和Savicki (2010) 的研究，提出一個概念：不管是功能性和非功能性的因應策略，每一個因應策略皆具有其效用，這些策略構成我們每個人專屬的多元策略。

Riulli及Savicki (2010) 指出因應的特性，包括「效用性」(effectiveness) 與「多樣性」(diversity)。就「因應效用性」而言，每一位個體使用特定的因應策略傾向不同，且其面對不同壓力情境時，所使用的因應策略也不同。有些個體可能傾向運用廣泛的策略；有些則是運用策略較為狹隘。因此，比較之



下，心理調適與個體如何運用其能力，使用不同的因應策略並彈性地有效應用，與使用特定的因應策略相較，相關性較高（Rioli & Savicki, 2010）。因應效用性是一種彈性化的適應過程。就「因應多樣性」而言，有些個體對於不同的壓力情境，傾向使用主要的一或兩種因應策略；然而有些個體對於不同壓力情境，會多樣地使用廣泛的因應策略。由此，要能夠彈性運用因應方式，使其發揮效用，需先建構多種因應資源庫。但多類型不一定有效，個體會依其學習經驗與情境需要，妥善有效使用因應資源，故因應效用與因應多樣的互補功能，構成因應效率。由此，因應多樣性能促使個體，具有較好的身體與心理調適。廣泛地使用因應策略，是根據不同的壓力情境而選擇適用的因應策略（非隨機使用），其比起僵化選擇，有較好的效用。因此，有效的因應需要個體具有多樣性的因應策略，同時可以在各種情境下運用策略。因應多樣性與有效性，兩者相輔相成。

同時，Folkman及Moskowitz（2004）指出幾項未來研究「因應」方法的新方向，包括：(1)正向情緒的角色（role of positive emotions），(2)正向的再評估（positive reappraisal），(3)投入情緒取向探索（engaging in emotional approach）。重視正面、積極因應的功能，成為新趨勢。Skinner、Edge、Altman及Sherwood（2003）則建議，三種最常見的區別方式不應該再被使用，即「聚焦於問題vs.聚焦於情緒」、「趨近vs.逃避」與「認知vs.行為」。他們建議以行動類型（action type）的階層系統（例如，尋求接近、調適）來取而代。所以，聚焦於行動導向與著重調適功能，是當代因應結構的重視議題。

三、本研究議題

《說文解字》解釋：「命，使也。從口，從令。」天命的本意是天對人的命令，這就意味天是具有自己的意志的人格天，人們似乎只能認命（何輝彬，2007）。但華人社會傳統，又顯示



人定勝天的意志，故「命」，從口從令，又意味著即使有天令的命運命定說，人們也可以透過敘說的認同（narrative identity），產生新的生活慣性可能性（林耀盛，2003）。「認命」與「聽命」的態度中，又保有一種超越命運可能性，顯示樂天知命的人生觀，是一種疾病因應方式。回顧中國傳統文化中，儒、道、釋各家都追求「天人合一」的最高境界，以至於這樣的世界觀已成為華人文化的主流。華人相信天命，追求達觀超脫，體察天人感應，能夠樂天知命（童輝傑，2002）。不過，Sunday與Eyles（2001）指出，糖尿病患者的情緒抒發，無非是為了可以回歸生活常態的組型。否認、羞恥心感、責難、認命或悲傷等多樣化的情緒，究竟是意味著一種「宿命的」（fatalistic）態度，抑或映射著一種「哀傷的」（grieving）歷程，是值得進一步反思的課題。

Peck（2008）則認為「存活體態」（survivorship）是一種「成為倖存者的狀態」（the state of being a survivor），經常和癌症、心臟病、震災、意外和其他重大事故的遭遇者有所關聯，這也是一種寓居於「免除的社會」（remission society）的存在經驗，即使個體感覺到康復效能不錯，但從來不被考慮為痊癒（people who were effectively well but could never be considered cured），故經常需要身心上的監控。Peck（2008）整理出「存活體態」的經驗，至少包括六項：(1)一種致命性（mortality）的威脅，(2)疏離和孤立，(3)需要被支持，(4)在生活經驗中追尋意義，(5)需要重新安排生活順位，(6)經常面臨脆弱度（vulnerability）的提醒。因此，存活體態是一種生死拉扯的動態，置身於一種「臨界閾限」（liminality）處境。Peck（2008）指出，Liminal是從拉丁字根limen limina而來，意味著一種閾限值（threshold），即病患處於生死交關的界域，也是一種生死最小差異的身心狀態。因此，慢性病過程是一種不斷存活又面臨併發症威脅的調適過程，患者處於一種既「認命」又「聽命」的狀態，又期待能夠



對病情有所控制的複雜身心狀態。

綜合上述，本研究對於慢性病的名義上的界定是：

疾病是指稱生理意義上的疾病，且疾病本身無法根治，但會涉及「變」與「不變」的社會心理歷程；當症狀呈現或病情不穩定時會影響個人生活（包括生理上、心理上、社會上）；疾病本身不致造成個人行動力的失能狀態；同時疾病的病程至少持續六個月；慢性病是患者經由長期罹病經驗進而重構生活意義的過程。

因此，本文將以慢性病患者對於疾病的實際因應行動為基礎，一方面探究慢性病因應的因素結構，以瞭解因應的多樣性與效用性；另一方面，則探索因應行為與生活適應的關係，進而思考慢性心理學的未來議程。

參、研究方法

一、量表修訂

（一）因應方式量表

研究者參考Carver等人（1989）的「因應策略量表」與研究者臨床門診的觀察、預試訪談所蒐集的資料，編製該量表。共五十二道題目，採用五點量表，「1」表示「從不如此」；「2」表示「很少如此」；「3」表示「有時如此」；「4」表示「經常如此」；「5」表示「總是如此」。依此，測量患者採取該因應方式的頻率分數，得分高表示傾向採用此方法。為避免反應心向的偏誤，有些題目以反向問句呈現（我放棄生活目標了；我不再努力追求生活樂趣）。但在計分時，將分數反轉，故此類反向因應方式是得分愈高，表示愈不傾向採用此方法。

（二）生活適應量表

參考陳慶餘、吳英璋（1987）的「身心適應量表」與研究



者臨床門診的觀察、預試訪談所蒐集的資料，修訂該量表。共十二道題目，採用五點量表，1至5的代表意義同「因應方式量表」。其中，第1、2、4、7、8、10、12為反向題。以此測量患者對題目句子表示有「這些想法或行為」的頻率，反向題經過分數反轉後，得分高表示適應度較佳。

（三）其他測量變項

由研究者設計題目，詢問「患者自覺能夠預測病情發展程度」、「患者自覺對於目前疾病可以控制程度」及「當得知罹患慢性病後，自覺該事件對自身的影響程度」等，以瞭解患者對疾病知覺的預測度、控制度及影響度。同時，設計開放式問題，詢問患者「當初知道得慢性病後，實際上曾採用過什麼方法？」、「目前除了看西醫固定門診外，對於疾病還採取什麼方法？」及「自己期待的治療方法與效果是什麼？」等問題，以獲取不同層面的資料。

二、施測過程與方法

研究共分兩階段進行，第一階段是預試研究，於北部某大學附設醫院家庭醫學部門蒐集資料。研究者訪談施測由醫師轉介的慢性病患者。訪談的地方在候診室角落處，較少外界干擾。該階段共訪談患者33位。

第一階段完成後，研究者隨即進行量表項目分析，刪除題意不清、區辨度不佳及內部一致性係數偏低之題目，「因應方式量表」共刪除兩題平均值分別小於2、大於4，且標準差為.70以下者，故最後保留「因應方式量表」五十道題目。「生活適應量表」之得分平均值與標準差，具區辨度（平均值介於 2.2-3.36；標準差介於 .87-1.08），故全部保留至第二階段研究。

第二階段為正式研究，資料蒐集地點與方式同第一階段。該階段共訪談86位患者。連同第一階段研究之樣本，本研究共蒐集119位慢性病患者資料。



三、樣本特性

本研究抽樣共男性64人，女性55人，其教育程度與職業分布，如表一所示。由表一可知，教育程度是小學（含）以下占51.2%；國中程度占15.1%；高中（職）程度占21.8%；大學（含）以上占11.8%。整體而言，研究樣本的教育程度有兩個高峰，小學程度占31.9%，高中（職）占21.8%。

職業分布以退休者居多（26.9%），公務人員及農業較少（不到7%），家庭主婦、工、商、自由業則介於14.3%～16.8%之間。

本研究樣本之平均年齡53.96歲（標準差10.35）。平均門診持續時間為43.59個月。

表一 研究樣本教育程度與職業分布

教育程度	人數（百分比）	職業分布	人數（百分比）
不識字	8（6.7%）	退休	32（26.9%）
小學肄業	15（12.6%）	家庭主婦	20（16.8%）
小學畢業	38（31.9%）	工	20（16.8%）
國中畢業	16（13.4%）	自由業	20（16.8%）
國中肄業	2（1.7%）	商	17（14.3%）
高中（職）畢業	26（21.8%）	公務人員	5（4.2%）
大學（專）畢業	12（10.1%）	農	3（2.5%）
大學（專）以上	2（1.7%）	尚就學中	2（1.7%）
總計	119（100%）	總計	119（100%）

肆、結果與討論

為了瞭解研究樣本的代表性，研究者根據醫生的診斷，顯示患者主要疾病是高血壓及其併發症（占59.6%）。若考慮高血壓、糖尿病及其併發症，則占80.56%。由此可知，本研究樣本的主要問題是高血壓與糖尿病。



一、疾病的影響程度、預測度與控制度層面

就患者自評慢性病對個人生活的影響程度、預測度與控制度，結果如表二所示。由表二可知，就「影響程度」而言，結果是傾向「影響有點深遠」（平均值3.87，標準差1.17。六點量表，1分表示影響十分不深遠，6分表示影響十分深遠）。至於患者對病情發展的「預測程度」，則傾向「有點不同意自己能預測病情發展」（平均值3.22，標準差介於.96。六點量表，1分表示完全不同意，6分表示完全同意）。而患者整體評估自己目前對疾病的「控制程度」，發現傾向「有點可以控制自己的疾病」（平均值4.26，標準差.97。六點量表，1分表示完全不可以控制，6分表示完全可以控制）。

表二 疾病知覺影響、預測與控制程度結果

題目內容	平均值	標準差
1. 當初得知慢性病的影響程度	3.87	1.17
2. 通常能夠預測自己病情發展	3.22	.96
3. 整體而言，自己對於疾病的控制程度	4.26	.97

綜合表二結果，得知慢性病患者知覺生病事件對於生活，基本上「產生影響」。生病事件使患者身體上呈現顯著症狀或壓力，對於個人的空間行動或角色調整等面向產生影響。然而，本研究患者普遍認為自己可以控制疾病，卻又處在一種相對無法預測病情的狀態。由資料分析來看，患者知覺疾病的「預測度」與「控制度」兩者之相關係數為 $r=.09$ （ $n=117$ ， $N.S$ ），反映兩者並非屬於同一向度的構念。有時患者在對病情知識沒有充分瞭解或無法預測時，患者可能採取虛幻式控制（*illusory control*）的防衛機制。雖然虛幻式控制對疾病本身的療效無太大效應，但對於自我調適，有時反而是有效的因應策略（Zimmerman, 2004）。面對慢性病產生可控制感，比起可預測病情變化，在生活上對慢性病患者，有時更具意義。



二、因應行為的因素結構與生活適應關係

研究者對「因應方式量表」進行因素分析，以主成分方法抽取因素，再以極變法（Varimax）進行正交轉軸（因研究者的量表修訂理念是多向度因應策略，所得資料也顯示各因素間相關偏低，故採取正交轉軸）。最後抽取固有值大於1的15個因素，共可解釋的變異量達75%。

各因素的命名，對照該量表題項後，分別為「疏離行為」（題項包含第43、44、45、46、36、4）、「訂定計畫」（題項包含第5、6、7、8、9、3）、「尋求宗教」（題項包含第32、33、34、35）、「情緒支持」（題項包含第21、22、23、24）、「訊息支持」（題項包含第17、18、19、20）、「順其自然」（題項包含第14、15、16）、「正向解釋」（題項包含第25、26、27）、「否認機制」（題項包含第39、40、41、42）、「專注治病」（題項包含第10、11、12）、「接受疾病」（題項包含第29、30、31、49）、「主動處理」（題項包含第1、2、38）、「門診就醫」（題項包含第37題）、「重構生活」（題項包含第28、48）、「被動期待」（題項包含第47、50）與「無為而為」（題項包含第13題）十五個因素，呈現多樣性結構。

在內部一致性係數方面，除了「疏離行為」為.44略微偏低，「主動處理」與「接受疾病」在.60左右，其餘各因素的內部一致性係數均在.70~.90之間，顯示基本信度尚佳。各因素包含題項與因素負荷量，如表三所示。至於患者在各類因應方式因素的得分情形，參見表四。其中「疏離行為」的得分是經過分數反轉，因此得分愈高，表示愈少使用此類因應方式。

由表三可知，本研究結果支持因應方式的多樣性。其中「門診就醫」與「無為而為」因素僅包含一個題項，但因素負荷量頗高（分別為.83與.70），且「門診就醫」主要是詢問患者「不喜歡定期門診就醫」的頻率，考慮研究樣本是慢性病門診病人，該題目具意義度，故予以保留。至於「無為而為」是老子思想



核心，契入一般民間生活信念，故同樣予以保留。

患者的因應方式雖具多樣性，但在採取各類型方式的頻率上，仍具差異性。由表四可知，患者較常採用的因應行為有「正向解釋」、「專注治病」、「接受疾病」、「主動處理」及「重構生活」；較不常採用「疏離行為」，避免「消極因應」。由此，正向行動、認知調適、主動接受與重構生活，是較為採用的因應行為。但主觀覺察的因應行為，是否實際在日常生活實踐，屬於有效的「正面積極」因應方式，是否如實反映出患者目前的生活適應狀態，需進一步探索。因此，這些多樣性因應行為與患者的生活適應狀態關係為何，以下進一步分析。

表三 因應方式因素分析結果

因素命名與題項內容	因素負荷量
因素一：疏離行為	
43.放棄生活目標追求	.88
44.不再努力追求生活樂趣	.75
45.放棄過去試圖要得到的東西	.74
46.不願走入人群	.62
36.承認無法處理生活其他問題	.55
4.仍主動參與意見不願別人作主	-.50
因素二：訂定計畫	
5.如何因應，會先做計畫	.90
6.下一步怎麼做，會找應付策略	.98
7.怎麼做才好，會深思熟慮	.63
8.自己訂計畫，做好生活上的安排	.55
9.按部就班，完成目標	.51
3.全心全力度難關，放棄其他活動	.45
因素三：尋求宗教	
32.上帝或神明保佑，使心情好過些	.91
33.相信神明力量（上帝力量）	.86
34.更多拜佛或上教堂	.85



35.念經、禱告，祈求早日恢復	.85
因素四：情緒支持	
21.有人能夠同理、瞭解我	.74
22.與人討論自己的感覺或情緒	.72
23.從親人或朋友，獲得情緒上的支持	.72
24.會告訴別人自己的感覺或情緒	.65
因素五：訊息支持	
17.多問一些人，以對狀況多一些瞭解	.78
18.接受別人告訴我怎樣才好	.71
19.去問與我有相同遭遇的人	.69
20.請教專業人員的幫忙	.53
因素六：順其自然	
14.人生不如意事十之八九，不要太計較	.85
15.船到橋頭自然直	.82
16.只能聽天由命了	.72
因素七：正向解釋	
25.以不同角度解釋事件，使其有更多正向意義	.84
26.站在好的一面，來看這件事情	.73
17.從事件中成長、學習	.72
因素八：否認機制	
39.告訴自己，一切（生病）不是真的	.82
40.拒絕相信自己生病	.79
41.假裝什麼事也沒發生過	.74
42.如往常般生活，好像沒病（好像沒發生什麼事）	.40
因素九：專注治病	
10.為了早日康復，不做對於身體有害活動	.75
11.不被其他事物影響、轉移治病的注意力	.74
12.盡量避免影響身體狀況的活動	.58
因素十：接受疾病	
29.習慣這樣的生活就好了	.79
30.做白日夢或幻想	-.66
31.看開一點就好了	.54
49.接受事實，不能改變什麼	.37
因素十一：主動處理	
1.四處打聽如何處理疾病	.58



2.不願參加任何的(社交)活動	-0.56
38.採取直接行動(改變生活型態)解決問題	.55
因素十二：門診就醫	
37.不喜歡門診就醫	.83
因素十三：重構生活	
28.轉移注意力，不老是想自己生病	.84
48.若病情穩定，試著讓自己過新的生活	.50
因素十四：被動期待	
47.只希望有奇蹟出現，使病情好轉	.73
50.生病後，睡眠習慣改變了	.65
因素十五：無為而為	
13.只要時間或環境改變，一切就會沒事了	.70

表四 因應方式因素名稱及得分情形

因應行為因素名稱	平均值	標準差
疏離行為	2.18	.55
訂定計畫	3.02	.70
尋求宗教	2.41	.94
情緒支持	2.79	.72
訊息支持	2.99	.81
順其自然	3.06	1.02
正向解釋	3.21	.84
否認機制	2.26	.65
專注治病	3.41	.67
接受疾病	3.57	.58
主動處理	3.24	.69
門診就醫	1.60	.66
重構生活	3.26	.79
被動期待	2.51	.84
無為而為	2.83	1.04

「生活適應量表」與「因應方式量表」採用相同之方法進行因素分析，結果抽得兩個因素，解釋變異量為 59.3%，分別



命名為「無力感」與「自尊」。因素分析結果與題項，如表五所示。但由於因素一即占解釋變異量 50%，因此該量表基本上是一個因素。研究者將量表的反向題目經分數轉錄後，計算總分，稱為「一般生活適應狀態」，最高為 60 分。分數愈高，表示患者目前的生活適應狀況愈好。

本研究樣本的生活適應狀態平均分數為 43.24（標準差為 7.26），傾向正面適應狀態。本研究將患者的生活適應得分與醫師評估患者在門診過程的醫囑行為及其療效，進行比較。本研究發現患者的自陳「適應狀態」與醫師評估患者「治療效果」，呈現正相關（ $r=.38$ ， $n=107$ ， $p<.001$ ）。由此，生活適應量表具備基本效度。

表五 生活適應因素分析結果

因素命名與題項內容	因素負荷量
因素一：無力感	
8.無論再怎麼努力，也無法改變什麼	.81
1.人生無望，對事物都失去興趣	.81
7.無法照顧自己，也無法改變什麼	.74
12.生活沒太多的益處	.70
2.覺得自己是一文不值的人	.67
10.覺得自己無法應付周圍發生的事情	.50
9.對自己感到滿意	-.45
因素二：自尊	
5.與人接觸或在團體中，仍維持相當自信	.81
6.覺得自己有價值	.76
3.對未來充滿希望	.72
11.能從生活或工作中，獲得成就感	.72
4.無法自己做決定	-.56

為探討患者因應方式與生活適應的關係，進而瞭解因應方式的效用性，故將患者的生活適應分數得分結果分成三組，將得分在後三分之一（分數小於 41 分）與前三分之一（分數大於



46分)，分別稱為「低適應組」與「高適應組」，而後比較這兩組患者在因應方式因素分數上的差異檢定，結果如表六所示。

由表六可知，相較於「低適應組」的生活狀態，「高適應組」的患者，對於疾病較會採取「訂立計畫」方式處理疾病；對於疾病較為採取「正向解釋」；較會採取「主動處理」疾病（如多打聽消息）；因此，高適應組較為採取一些「積極性」因應。同時，高適應組也較不會採取「疏離行為」，不會放棄生活目標或樂趣；較不會採取聽天由命、「順其自然」方式處理；較不會有「被動期待」或「無為而為」想法（如認為只要時間或環境改變，就會沒事了）。因此，減少「消極性」因應方式，也與適應較佳狀態有關聯。

表六 低適應組與高適應組在因應方式因素得分差異比較表

因應方式	低生活適應組 (N=42)		高生活適應組 (N=43)		t-值檢定
	平均值	標準差	平均值	標準差	
疏離行為	20.79	3.01	24.72	2.97	- 6.14***
訂定計畫	16.52	3.98	19.77	4.36	- 3.55***
尋求宗教	10.02	3.78	8.95	3.95	1.27
情緒支持	10.93	2.58	11.84	3.05	- 1.49
訊息支持	11.57	3.02	12.37	3.28	- 1.17
順其自然	10.69	1.97	7.77	3.50	4.86***
正向解釋	8.86	2.58	10.47	2.35	- 3.03***
否認機制	9.00	2.61	8.93	2.65	.28
專注治病	9.93	1.95	10.44	2.32	- 1.10
接受疾病	13.95	2.47	14.56	2.44	- 1.15
主動處理	9.40	1.82	10.42	2.27	- 2.28*
門診就醫	1.74	.73	1.51	.67	1.75
重構生活	6.21	1.69	6.72	1.67	- 1.09
被動期待	5.26	1.50	4.42	1.77	2.4*
無為而為	3.26	.94	2.56	1.05	3.24***

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



三、開放式題項分析結果

從開放式問題分析來看，患者「當初」得知罹患慢性病時，72%患者直接至醫院門診，服用西藥治療；提及會「運動控制或飲食控制」者約12%；自行至藥局拿藥的比例約為7%；約15%患者採取「服中藥及偏方」處理方式。「現在」對疾病因應方式，提及「還是只服西藥」的比例降為46.5%；約56%患者除固定門診外，尚採取「飲食控制」或「運動控制」（或兩者兼具）；會提及「改變生活型態」的患者約為7%；仍然會服用「偏方」者的比例則降為1.6%。由此慢性病患者的自陳報告，顯示其經過生病經驗與就診醫療後，對於疾病處理的認識有某種程度的增加，而逐漸採取較為多元的因應方式，也呼應因應方式量表的因素結構。

至於在治療期待方面，約43%患者對治療期望是「完全戒藥」及「徹底根治」；約有30%患者期望「能夠控制病情」、「不惡化就好」；約有20%患者則認為維持「目前服藥狀況」或「就維持這樣，沒什麼特別期待」的消極層面。在訪談過程中，約有55%患者提到「年紀這麼大了，還能做什麼」或「沒什麼計畫」；約24%提及希望「身體健康就好了」，但沒有提到如何採取健康行為，以達到健康目標。同時，約有8%患者提到「未來要培育小孩，希望小孩能平安、成家立業」、「雖然生病，還是要培養小孩，還是要支柱一家人生活下去」。另外，也有患者提到「治病都這麼久了，能好就好，不能好死了算了」；「覺得一個人活著還要生病，人一旦老了，什麼病都有」或「生病活著有什麼意義」等消極的人生態度。由此，依然可以發現慢性病患者不僅因應自身疾病，對於小孩成長健康的「後代觀」關懷與自身未來的「生活觀」，顯示慢性病不僅是生理事件而已。



伍、綜合討論

一、因應方式與生活適應的關係：多樣性與效用性的互補

本研究因素分析結構支持患者的疾病因應方式呈現「多樣性」，但在「效用性」方面，發現「疏離行為」、「訂立計畫」、「正向解釋」、「順其自然」、「主動處理」、「被動期待」與「無為而為」，在生活適應的高低程度上，呈現差異，因此，多樣性不一定具備「功能性」，更為重要的是「效用性」的互補。Skinner等人（2003）建議新因應策略的討論，可以從行動類型著手。因此，從行動策略來看，所謂「因應效率」，係指稱因應行為可解決患者生病經驗上的實際問題，而且不會帶給自己認知習慣的困擾或歧異，同時不會滋生新問題。從認知層面討論，本研究樣本在認知解釋上，有時是逆向操作方式，像是行為主義的「負向強化」概念。也就是說，患者只要愈不採取「疏離行為」或「順其自然」或「無為而為」或「被動期待」的「消極層面」策略，就愈是傾向不會帶給自己太大麻煩或招致其他懲罰，如此患者對生活就較不會產生無力感，因而提升自尊。但患者也會採取「訂立計畫」、「正向解釋」與「主動處理」的「積極行動」方案。所以，一方面正向採取「積極因應」，一方面減少採用「消極因應」，對於患者的生活適應層面的提升，具效用性，較為符合因應效率。

由此，研究者認為所謂因應方式的「效用性」，蘊含一種「正面功能」與「宿命策略」雙重意義。在「正面功能」方面，患者的主動積極與規劃生活，符合健康行為的提升，促進疾病適應效果（Sarafino & Smith, 2012）。但在減少「消極因應」的適應意涵，涉及一種「宿命策略」，意即「認命」自己的遭遇，有時，患者的生活因疾病產生威脅，所能做的就是「最小—最大」



(min-max) 原則 (Miller, 1980)，也就是採取的因應行為，以盡量減少疾病困擾的最大威脅為原則，其餘小威脅就傾向認命接受；而非採取「最大—最小」(max-min) 原則，即面對最微弱的威脅，仍要盡最大的力量解決或控制。患者的「宿命策略」運用，兼具一種「消極性積極」(passive-yet-active) 的因應方式，即消極因應下仍具有適應的積極層面意涵，而非全然的消極放棄的因應策略。

二、生活在病中，病中在生活：認知解釋與行動策略的統合

慢性病處境是一種「帶病生活」的狀態，生活處在生病中，即使生病仍需要過活。在此「生活在病中，病中在生活」狀態下，由開放式問題分析結果可知，本研究患者「當初」得知罹患慢性病時，有72%的患者直接至醫院門診就醫，約15%的患者尚採取「服中藥或偏方」的處理方式。這個結果有三個面向值得注意。其一，由於研究樣本來自門診中心，當請患者回溯「當初」的情境，因患者平均門診時間長達43.59個月，患者可能直接抽取目前固定門診就醫的因應行為回答問題，這可能是一種認知可獲得性(available)的捷思(heuristic)所致(Tversky & Kahneman, 1974)。其二，患者在時間向度知覺上，可能把過去的生活經驗都壓縮成「生病事件」，面對未來時間意向也缺乏期望與宗教的庇佑力量(Metezl, 1970)。所以，患者把因應行為的焦點聚放在當下的門診就醫上。其三，患者約80%為高血壓與糖尿病(含兩者之併發症)，在後資訊社會，這兩類慢性病的處理知識與因應方式，容易透過不同的媒體或管道蒐集相關資訊。而且，來家醫科就診的患者可能在認知準備(cognitive preparedness)上傾向於接受西醫治療。所以，更強化他們一開始就接受西醫治療。

由開放式問卷結果討論，詢問患者「現在」除了固定「門



診就醫」外，尚採取何種疾病處理方式，發現約 56% 的患者報告採取「飲食控制」與「運動控制」。據林耀盛（1990）的研究指出，慢性病患者對「飲食」與「運動」所知覺的自我控制程度，比醫療人員評估的控制程度還高。慢性病的控制範疇是多向度，有些面向患者能主動參與控制，有些層面則無法產生自我效能（Bandura, 1977, 1990）。實際上，前來家醫科固定門診的患者是遵從醫囑行為較高的群聚，而醫院的服務除醫師外，同時有臨床心理師和營養師的晤談與諮詢。因此，在門診過程中，提供了慢性病患者對醫護知識形成「久病成良醫」的可能性，故有五成六患者也採取運動與營養搭配的治療方式。

值得省察的是，以目前的醫療發展來看，慢性病無法完全治癒，但本研究仍有 43% 的患者對治療的期望是「完全戒藥」與「徹底根治」。對於長期採取西醫體系的因應策略，卻又難收具體成效的患者而言，有時反而引致動機危機，加上個人生活的成長危機糾結疾病危機所複合的多重危機，是臨床工作者必須關注的環節。尤其，本研究患者也有相當比例報告出消極人生态度，並關注後代子孫的移轉生病焦點策略。由此，在積極性的「治癒」目標與消極性的「未來」展望，產生落差。

研究者認為，雖然有將近五成六患者同時報告出運動與飲食控制，但相對地，也有高比例患者是消極面對生病事實。本研究患者在「認知解釋」導向與「行動實踐」之間成斷裂狀態，且較少有「情緒揭露與調適」的因應策略。患者對疾病採取正向解釋，在認知上近四成三希望能完全根治；但在行動實踐上，患者認為對身心適應有效的因應策略，反而有時是「消極性」因應方式。雖然從因應方式量表來看，生活適應較佳者也會有主動處理、訂立計畫與正向解釋等因應方式；但亦包含減少「消極性因應」，以提升生活適應的層面。所以，在因應方式的生活適應上，如何「擴大積極面」與「削弱消極面」加成的「總體因應效率」，成為患者能否具體行動，改變生活型態以促進身心



健康的關鍵。

陸、結語與建議

一、結語

(一) 擴大積極性因應，削弱消極性因應，以提升「因應效率」

本研究主要探討慢性病門診病人的疾病因應方式，及其與生活適應的關係。就樣本屬性而言，患者是高遵醫囑行為的群族，其經由長期門診過程，學習到慢性病同時需透過「飲食控制」與「運動控制」才能減緩病情惡化。飲食或運動控制層面是患者在整個求醫行為中可以主動參與的向度，不只是被動地服藥而已。在此過程中，患者已逐漸從「生病角色」(sick role)轉化到「健康行為」(health behavior)的執行 (Sarafino & Smith, 2012)。

從因應方式來看，本研究支持因應結構是一涵蓋社會與心理層面的資源庫，不同的因應方式，指向不同效用。本研究指出，患者所建構的新生活內容一方面是期待病情根治，努力配合運動與飲食控制；一方面對生病事件採取正向解釋，從「好」的角度看生病事件，並從中成長與學習，這是患者面對生病困擾時，仍不致產生完全無力感的主要策略。

誠如Riolfi與Savicki (2010) 指出，因應策略多樣似乎還不夠，在某些情境，像是災難性壓力下，固守一些因應策略顯得更為有效，置身無法改變事實的處境中，多樣性因應反倒無所適從。Lazarus (2003) 亦曾建議，在無法採用主動因應情境時，情緒焦點因應會有所助益。Riolfi與Savicki (2010) 指出，未來可以訓練固著於僅使用幾項策略，因應所有情境者，以提升其生活彈性恢復力，包括：(1)擴展因應策略的範圍；(2)正確使用因應行為。如此，相信對個人與組織都有所助益。當然，鼓勵專注於更為主動、問題解決的因應行為，並倡議大環境無法改



變，可以從小地方開始做起，以增進控制感（sense of control）（Rioli & Savicki, 2010）。若然，也可以避免「消極性」因應行為的「習慣化」，忽略更具備有效性的因應策略。

當然，慢性病壓力與其他壓力處境的差異，包括壓力持續時間、可控制度與線索模糊性的不同，是否會影響因應多樣性與效用性，值得未來投入長期研究。而且，多樣策略的因應者，是如何看待壓力源，是視為挑戰或威脅或失落，或其他可能性（Sarafino & Smith, 2012）？因應多樣性的效果，是否能跨越各種情境界線？像是幽默感、正向解釋與運動等方式，在什麼處境下可以發揮效用？這些都是需要進一步檢視的議題。

（二）因應多樣性與效用性的互補，促進生活適應，以避免「二度宿命」

關於生活的實踐方面，Tran、Wiebe、Fortenberry、Butler 與Berg（2011）指出，「發現好處」（benefit finding）對於青少年糖尿病患者的壓力管理與負面情感反應，具緩衝支持效果。因此，計畫分析與意義建構，並主動處理病情，有效運用因應資源，可以促進慢性病患者的生活適應。但除了「積極性」因應外，有時患者愈傾向不採取「疏離行為」、「順其自然」、「被動期待」與「無為而為」的「消極性積極」因應，其效果指向愈有助於患者克服無力感與提升自尊心的心理適應。

如此的結果，研究者認為是因為在醫院專業權威模態下，患者一方面服從求醫的整套儀式行為；另一方面也期望從參與治療的過程中，獲取自我控制感。然而，置身於不易表露情緒的氛圍，無論是在醫院、家庭或其他社會活動中，所謂的有效因應策略，反倒是盡量避免消極意義的因應，而非採取問題解決的正面行動。患者在認知上不願「認命」罹患慢性疾病，但在實踐上反而陷入「聽命」的因應行動，如此形成「二度宿命」的處境。

事實上，過去對慢性病研究所援引的學科知識，通常著重



在技術興趣的「邏輯—分析」學科，較少注意實踐興趣的「歷史—詮釋」學科及解放興趣的「批判」學科（Habermas, 1971）。未來慢性病研究陣營的共識基礎，應是建立在多元學科匯聚、對話的實踐場域，不是流於醫療技術辭彙的轉譯機器中心。研究者認為慢性病研究是探索患者正經歷一種新身心狀態凝塑的完形轉化（Gestalt shift）歷程。患者因疾病產生的自我意象變化，身體變異模態，知覺世界的轉向，必須透過長期服藥、意志力、運動與飲食控制等方式，營造新生活型態。這是多元化的開放經驗，不論種族、階級、職業、性別、教育程度及政治取向，患者共同置身於「在世存有」的生存因素，是「新身心狀態」的重塑過程。由此，本研究認為，慢性病患者的心理重建，除了「削弱消極性因應」外，更需要重視「拓展積極性因應」的環節。

二、建議

（一）概念層次：重返「文化社會」脈絡，納入慢性病「研究議程」

黃光國（1985，1995）以社會交易理論的觀點演繹人情與面子模式，說明華人社會人際互動的關係包括「工具性關係」、「情感性關係」及「混合性關係」三大類。所謂工具性關係是指透過此種關係來獲致個人的物質目標，關係本質是短暫而不穩定，雙方的互動是依據「公平法則」行事；情感性關係是指較為長久而穩定的社會關係，如家人、親朋好友與同儕團體等接近原生團體般的關係，彼此是按照「需求法則」來往；至於混合性關係則介於其中，交往雙方有一定程度的情感關係，但仍難脫離工具理性的利益計量結構，兩造是遵守「人情法則」互動。黃光國認為華人人際交往取向基本上是沿著「關係主義」而開展，經營關係其實也意味著一種做面子功夫的自我認定。

由關係主義來看，華人社會下自我與他者互動方式，是一種置身人我關係屬性的派生而不斷豐富意義，不是一種孤立單



位的自我觀點。中庸指出：「仁者，人也；親親為大。義者，宜也，尊賢為大」，意味著傳統思想以「親疏」與「尊卑」兩向度衡量人際互動角色結構的安排，「仁」是「親其當所親」，「仁」是人我互動的基礎，是人與人之間情感聯繫的價值觀。由此，慢性病患者長期生病經驗所涉及關係網絡的建立與相關醫療知識（資訊）的增長，其社會關係重建的座標，往往是以關照後代子孫為軸心，顯現後代子孫作為一個親密重要他者，對於患者的終極關懷所在（林耀盛，2009b）。為了維繫親子軸關係，患者控制病情、取經於病友、朋友與偏方，以及聽醫師忠告，如此作為不只是替自己健康著想，也希望不要拖累後代子孫，如此可說自我與他者的日常互動是以情感相互維繫為核心。因此，「仁」的價值觀的體現，當是瞭解慢性病患者與他者關係的重要貫串概念。

湯淺泰雄（1993）認為，東方科學與哲學的傳統，把萬物當作「氣」的能量之容器來看待，根據此觀點，氣的能量的作用就不只是與身、心有關係而已，人體與環境之間也有必然的關係。湯淺泰雄（1993）指出「氣之身體觀」並非純粹否定二元論，而是當下就承認日常常識所認知的身心二元特性，並且承認兩者之間的連續關係。然而，這樣的二元特性，並非理論式的被克服，而是要先從實踐上獲得克服，也就是個體要通過實踐性的修行體驗，才認識到超越身心二元的統合性經驗的可能性。本研究並未清楚顯示患者將身體健康／修行體驗視為一種德行的論述，顯示當今慢性病患者身體實踐、自我修養與疾病認知之間的斷裂面向。這樣的斷裂因由，或許源自於文化思維與社會實踐之間的差距。由此，關於身體的健康／疾病經驗研究，當回歸個人和他者、生活世界的關係，並提供患者整體的人文醫療服務，如此一方面才可激化慢性病研究的多元想像，能對慢性病族群產生更深層的瞭解並採取行動；另一方面則可進一步建構出更有效幫助她／他們的適當途徑，從而提升



其生活品質。

（二）臨床實務：推動組織型的慢性病心理重建反應方案

台灣進入後現代社會的專業年代之後，慢性病的照顧問題勢必加重，使社會必須付出大量醫療成本，但即使如此，非數量化的、不可計算的心理照顧並非一般機構或專業醫療能夠充分應付，需要病患自主性的成長。本研究發現，慢性病事件，衝擊個體與周遭他人的存活條件。因此，透過慢性病患者心理重建的深層理解，可以同步啟動對於生存意義、因應方式和身心健康的實施和介入策略，這是一種「組織型」(organization)的慢性病心理重建反應具體方案。若然，將能提升個體承擔風險責任的自覺性和主動性，產生積極的責任心理品質，進而轉化受創體驗為康復行動。如此，慢性病心理學的「健康促進方案」與「生活意義建構治療」的研究成果，得以啟動實務推廣，能夠組織相關醫護人力資源，建構心理介入的行動綱領和支持網絡，提升患者生活優質化，減緩慢性病的社會衝擊。

進言之，研究者認為「認知／解釋」導向是一種「內爆」(implosive)原則，本研究顯示，病患對病情的預測度與控制度，屬於不同的構念。患者對於病情採用正向解釋，雖然不能預測病況發展，但透過解釋基模已瞭解疾病惡化的最糟糕狀況是什麼，如前所述，即使無法預測，仍感到可以控制，好比在認知層面上的「免疫效果」訓練 (Sharf, 2008; Seligman & Reichenberg, 2010)。因此，未來可以在臨床實務推動「疾病預測免疫壓力訓練」方案，並搭配「積極性因應」方式的技巧訓練，並類推至日常生活。如此作為得以有效建構「因應學習」與「壓力免疫」的生病後心理重建方案，並契入患者的生活脈絡。因此，未來宜就個人的心理資源與社會資源探討健康行為的促進與維持，深度瞭解行動者的社會位置、掌握的資源、擁有的社會支持、運作的人情法則與面子功夫等個人和社會的關係網絡。



最後，值得注意的是Skinner等人（2003）認為，因應結構必須包含個體因應實例的概念空間、適應過程意義化、調節壓力長期對生理、心理健康及功能所造成的影響，這是以時間向度考察慢性歷程的「變化」與「不變」之效應。然而，充滿不確定感的控制究竟是什麼樣態，患者所謂的控制，是虛幻式控制（illusory control）或參與式控制（Reid, 1984），乃至疾病、健康與死亡的替代關係，以及生命倫理反思等議題，是需要未來各相關領域挹注更多資源與學門協調，進而投入長期系列的深度研究與精緻觀察。



◆ 參考文獻 ◆

- 李立維 (1987) 《成人糖尿病患者生活適應之探討——從遵行醫囑觀點之研究》。國立臺灣大學心理學研究所碩士論文。
- 何輝彬 (2007) 《西方悲劇的中國式批判》。北京：中國社會科學出版社。
- 林秋菊、張素鳳 (1985)。〈血液透析病人的壓力與應對型態——初步探討性的研究〉。《公共衛生》，卷 12，第 3 期。
- 林耀盛 (1990) 《慢性病門診病人的疾病控制信念與疾病因應方式》。國立臺灣大學心理學研究所碩士論文。
- 林耀盛、吳英璋 (1999) 慢性病的個人控制觀：自主與依賴之間。《應用心理研究》，第三期，105-128。
- 林耀盛、吳英璋 (2000) 〈進退維谷：糖尿病患者的認同建構〉。《中華心理衛生學刊》，第 13 卷，第 3 期，1-34。
- 林耀盛 (2001)。〈時間與意義：草描疾病、創傷敘說之交疊構面〉。《本土心理學研究》，第 15 期，221-270。
- 林耀盛 (2003)。〈書寫創傷：探究九二一受創者心理社會反應經驗〉。《本土心理學研究》，第 19 期，3-64。
- 林耀盛 (2009 a)。〈言銓不落的受創經驗：震災創傷與悲悼療癒〉。Journal of Psychology in Chinese Societies。《華人心理學報》，10 (1)，1-17。
- 林耀盛 (2009 b) 〈逆向呈現與過度呈現之間：慢性病患者的心身受苦經驗〉。《生死學研究》，第九期，1-43。
- 陳慶餘、吳英璋 (1987) 〈以生物心理社會模式探討臺大新生之身心症狀〉。《中華心理衛生學刊》，卷 3，第 1 期，89-105。
- 童輝傑 (2002) 〈追求與變遷：天人合一境界與中國人的國民性格〉。《本土心理學研究》，17，245-265。
- 衛生署 (2010)。衛生資訊——衛生統計——死因統計。台北市：行政院衛生署出版。
- 國家衛生研究院 (2011) 〈台灣糖尿病盛行率趨勢之性別差異研究〉。《國家衛生研究院電子報》，第 393 期。
- 黃光國 (1985) 《人情與面子：中國人的權力遊戲》。見李亦園、楊國樞、文崇一 (主編) 現代化與中國化論集。台北：桂冠圖書公司。
- 黃光國 (1995) 《知識與行動》。台北：心理出版社。
- 湯淺泰雄 (1993) 《「氣之身體觀」在東亞哲學與科學中的探討》。見楊儒賓 (主編) 中國古代思想中的氣論及身體觀。台北：巨流圖書公司。
- Armstrong, D. (1990). Use of the genealogical method in the exploration of chronic illness: A research note. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1225-1227.



- Auerbach, S. M. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 388-395.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychology Review*, 82(2), 191-215.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological Inquiry*, 1, 101-105.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329-1338.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 267-283.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundation of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Engle, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. N.Y.: John Wiley and Sons, Inc.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinics*. London: Tavistock.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writing 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon Press.
- Hwang Kwang-Kuo (1976). *Social stress, coping styles, and psychopathological symptom patterns in a Formosan urban community*. Unpublished Doctoral dissertation submitted to University of Hawaii.
- Janoff-Bulman, R. (1998). From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune. *Psychological Inquiry*, 9(2), 99-101.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.



- Lazarus, R. S., Averill, J.R., & Opton, E. M. (1974). The psychology of coping: Issues of research and assessment. In G.V. Coelbo., D. A. Hamburg, & J. E. Adams. (eds.). *Coping and adaption*. New York: Basic Books.
- Livneh, H., Antonak, R. F. (2005). Psychological Adaption to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling*, 83, 12-20.
- Metzsl, N. (1970). *Lived time: Phenomenological and psychopathological studies*. Illinois: Northwestern University Press.
- Miller, J. F. (1983). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. (Taipei: 南山堂出版社)
- Miller, S.M. (1980). Why having control reduces stress: If I can stop the roller coaster, I don't want get off. In J. Garber, & M.E.P. Seligman. (eds.). *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press.
- Oman, D., & Thoresen, C. (2005). 'Does Religion Cause Health?': Differing Interpretations and Diverse Meanings. *Journal of Health Psychology*, 7(4) 365-380.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peck, S. (2008). Survivorship: A concept analysis. *Nursing Forum*, 43(2), 91-102.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Reid, D. W. (1984). Participatory control and the chronic illness adjustment. In H. M. Lefcourt. (ed.). *Research with the locus of control construct: Extension and limitations*. New York: Academic Press.
- Rioli, L. & Savicki, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 97-113.
- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (7th Edition). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Seligman, L., & Reichenberg, L.W. (2010). *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd edition). Boston: Pearson.
- Sharf, R. S. (2008). *Theories of psychotherapy and counseling: Concept and cases* (4th edition). Australia: Brooks/Cole.
- Skinner, E. A., & Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Sunday, J., & Eyles, J. (2001). Managing and treating risk and uncertainty for health: a case study of diabetes among First Nation's people in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine*, 52, 635-650.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaption. *American Psychologist*, Nov.
- Tran, V., Wiebe, D. J., Fortenberry, K. T., Bulter, J. M., & Berg, C. A. (2011). Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychology*, 30(2), 212-219.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgments under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.



- Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Social Science and Medicine*, 70, 1633-1640.
- Zimmermann, C. (2004). Denial of impending death: A discourse analysis of the palliative care literature. *Social Science and Medicine*, 59, 1769-1780.

