

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

身心壓力歷程分析與治療效果之探討

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC89 - 2413 - H002 - 050

執行期間：89年8月1日至90年7月31日

計畫主持人：呂碧鴻

共同主持人：鄭逸如

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：國立台灣大學醫學院家庭醫學科

中 華 民 國 90 年 12 月 31 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

身心壓力歷程分析與治療效果之探討

Analysis of psychological process of stress and its relationship to counseling effectiveness

計畫編號：NSC89-2413-H002-050

執行期限：89年8月1日至90年7月31日

主持人：呂碧鴻 國立台灣大學醫學院家庭醫學科

共同主持人：鄭逸如 台大醫院家庭醫學部

計畫參與人員：吳英璋 陳秀蓉* 李宇芬**

國立台灣大學心理學系

* 私立輔仁大學心理學系

** 台大醫院家庭醫學部

一、中文摘要

隨著身心醫學的發展及疾病型態的轉變，1977年 George Engel 提出的生物心理社會模式 (biopsychosocial model) 的醫療照顧被廣受重視，國內近十年來，生物心理社會取向之相關研究，例如家庭功能、身心症狀與疾病之關係；生活壓力與健康-疾病之關係；社會資源與急病及慢性急病之調適問題等等，均證實壓力與身心健康之關係。由之衍生之壓力模式 (stress model) 嘗試應用於臨床實務中，提供病患壓力衡鑑與調適之服務，亦呈現具體的臨床效果。

本研究在某醫學中心家庭醫學部正式成立身心壓力衡鑑與諮商特別門診一年後，嘗試探討個案身心壓力的形成與性質、身心壓力的改變方法、身心壓力的改變效果，以及三者所串連起來的歷程。根據 51 位個案的正式分析，主要的研究結果如下：(1) 沒有個案是既無生活事件，也無不利或矛盾的環境資源，純粹只因不利自我習慣而產生壓力調適困難的；也沒有個案毫無不利自我習慣，純粹都是生活事件，不利或矛盾的環境資源造成適應不良。亦即壓力適應不良的發生是由外在因素的生活事件以及環境與資源，以及自我習慣的內在因素共同決定。(2) 絕大部分個案對目前壓力的不利認知都有泛化的現象，且有一部份個案不能或錯誤覺知其壓力與壓力的來源，但這二個因素與療效並無顯著相關，達顯著相關的是對於所遭遇的壓力，希望藉由改變自己來加以改善的動機程度。(3) 個案在來到本特別門診之前，在問題解決、情緒紓解、身心症狀、學會新的處理方法、獲得啟示方面，各有 2.0~9.8% 的個案已有某程度的解決或改善，惟獨在心理成長方面，都未獲成長。綜合而言，每位個案的整體因應效果仍普遍不良。(4) 個案接受身心壓力諮商後，在問題解決、情緒紓解、身心症狀、學會新的處理方法、獲得啟示、心理成長六方面，均有顯著改善。(5) 個案的自評療效與心理師所評

的六個效果指標、「實際執行的治療與理想中可執行的治療的比例」均未達顯著相關，但不利自我習慣愈多、情緒表達程度愈低、治療次數愈多者，其自評療效就愈高。個案本身如何評估療效應是未來療效研究應更加重視的議題。(6) 根據身心壓力諮商的效果分析，以及對未繼續接受身心壓力諮商之個案的原因分析，提出了 8 點照會原則的建議。

本研究初步分析了壓力背景、壓力認知、壓力因應、治療前的因應效果，治療取向、治療執行程度，以及治療效果，並探討某些變項各自與治療效果的關係，但未能以此次研究所用的方法回答壓力類型的問題，以及有效建構出描述整個身心壓力形成與改變之歷程的類型模式。未來將嘗試以個案研究或內容分析的方式繼續探討這些問題。

關鍵詞：身心醫學、生物心理社會模式、身心壓力衡鑑與諮商

Abstract

Along with the development of psychosomatic medicine and the changes of disease pattern, George Engel's (1977) biopsychosocial model has been emphasized in medical health care. In Taiwan, researchers started to investigate the biopsychosocial perspective about ten years ago. They explored the relationship of disease/illness among psychosomatic symptoms and signs, life stresses and social support, etc. and proved to be causally related. Furthermore, the clinical application of stress assessment and management based on stress model also showed

the effectiveness in patient care.

For better patient care and to fulfill the social need, we set up the biopsychosocial stress assessment and counseling clinic in the Department of Family Medicine in January, 1999. We attempt to investigate the variables affecting the short term and long term effectiveness of counseling in order to understand the practical value of this model. The results of this study were as follows:

- (1) There were no cases of purely external-environmental or personal-characteristic causes. Stress adjustment problems are the results of these two factors.
- (2) Most of the cases generalized the cognition of stresses to unrelated situations. Some cases had incorrect awareness or did not have awareness. But they did not related to treatment effect significantly. The significant factor was motivation of changing oneself.
- (3) In general, most cases had ineffective coping, though some cases had slight improvement before treatment.
- (4) On clinical psychologists' analysis, these cases had significant improvement after treatment in all six criteria.
- (5) There was no significant relation between these cases' and clinical psychologists' evaluation in all six criteria and practice/ideal ratio of treatment. The factors significantly related to these cases' evaluation of treatment effect were the numbers of negative personal-characters, levels of emotional expression, and the numbers of treatment sessions. It reminds us to more emphasize the evaluation of treatment effect from the cases' viewpoint.
- (6) There were 8 suggestions about principles of consultation of stress assessment and management.

We have analyzed the stress background, cognition, coping, coping results, treatment approaches, practice/ideal ratio of treatment and treatment effect, and the relations among them. But the analyzing model of process remained unresolved, further exploration is expected.

Keywords: Psychosomatic medicine,

biopsychosocial model, biopsychosocial stress assessment and counseling.

二、緣由與目的

心理發生假說 (Psychogenesis) 與整體論 (Holism) 兩種概念及其相關的研究資料改變了醫學上偏向生物觀點的疾病概念，也促成身心醫學的發展，Engel (1977, 1980) 提出「生物心理社會模式」(biopsychosocial model) 說明健康或疾病問題於個人自然生活系統中的每一個層面，即為前述兩種概念的具體且系統化的表現。近年來，生物心理社會模式不僅運用於醫學教育中，並且已推廣至臨床各科的應用，以提高病人照顧品質 (陳慶餘, 吳英璋, 1987)。

陳慶餘與吳英璋 (1987) 以該模式在大學生樣本上進行初步和實務應用上的探討，並建立身心健康的評量方式與個人資源的評量方式。其後，劉若蘭, 吳英璋, 邱文科 (1994) 以相同的理念模式與評量工具探討某大學學生於學校受教育兩年中變化，支持了這次實務應用的嘗試之有效性，但是這套學校心理衛生實務應用與醫院裡的臨床應用有很大的差別。吳英璋等 (1999) 於某醫學中心之家庭醫學部逐步發展了下述之基礎研究架構，將研究主題分成三大類，第一，臨床常見慢性病之生物心理社會取向的研究。慢性病之選取可以依症候群、依症狀、未分化之疾病三個系統選取，每一項疾病的研究均再分成三期：臨床前期 (尚未進入治療的階段)，臨床期 (進入臨床治療)，以及臨床後期 (治療後的追蹤)；而在研究的概念上則應有三階段的探討，某項疾病為依變項的病因研究，某項疾病 (及其治療) 為獨立變項的身心影響的研究，以及該項疾病的預後 (prognosis) 研究，除此之外，還需要心理社會問題的診斷分類研究，以及身心銜鑑與身心諮商的介入的研究。第二類是醫生與病人及其關係的研究。包括病患對身心不舒服 (或痛楚) 的覺知與表述的研究，病患與醫生間的病的溝通，病患與醫生的社會關係建立，病患與醫生個別的滿意度，以及社會角色期望與醫生病患間的衝突等之研究。第三類是病患之生活品質研究，這方面的研究可以依疾病別分開做研究，也可以依年齡 (身心發展期) 分開做研究，另一方面則是生活品質內涵的研究 (如：健康信念、健康行為、疾病行為等之探討)。

以這項基礎研究架構為導引，於家醫部的臨床實務中進行了家庭功能身心症狀與疾病的關係之研究，(陳慶餘、李立維、吳英璋, 1991) 結果發現與大學學生心理衛生實務工作中的生物心理社會模式研究 (陳慶餘、吳英璋, 1987; 劉若蘭、吳英璋、邱文科, 1994) 的研究結果相當類似：生活中的壓力與「健康-疾病」情況相關，而「自我資源」與「社會資源」則與健康情況成正相關，呂碧鴻等 (1995) 則進一步指出社會支持中的「品質」比「量」更能影響個人的「健康-疾病」狀況。

陳慶餘、鄭逸如、吳英璋(1991)與陳慶餘、鄭逸如、陳晶瑩、吳英璋(1992)則以臨床個案資料探討了各類慢性疾病患者的疾病調適狀況，及其心理社會問題的可能機制與處理。此外，梁繼權、吳英璋、李蘭(1991)探討的是初步的病患向醫師權威挑戰的態度的研究。其後，鄭逸如、吳英璋、陳慶餘，(1993)收集了從1989到1992的身心諮商照會個案185位之資料，初步檢驗以生物心理社會模式為根本的臨床身心衡鑑與身心諮商工作模式的效能，並依據這項效能之檢驗，應用於具體的個案之處理(鄭逸如、呂碧鴻，1995)，鄭逸如、吳英璋、呂碧鴻(1999)進一步以1995到1996的58位病患作為研究樣本，並以之選取未照會的門診初診患者作為對照組，研究結果更具體呈現了身心衡鑑與身心諮商的臨床功能。梁繼權等(Leung, et al, 1999)並發展出本土的慢性疾病相關壓力量表，進一步建立了身心衡鑑的應用工具。

至於疾病的分項研究，呂碧鴻、陳秀蓉、曾淵如(1996)對白袍高血壓患者之心理因素的探討是個開始，接著是陳慶餘、翁嘉英、陳晶瑩(1999)的緊張型頭痛病人的症狀、生理病理機制及心理社會因素的探討，洪福建等(1999)癌末病患的心理社會問題、因應策略與負向情緒的探討，翁嘉英(1999)對腎病末期病患的自我評價與自我概念變化的探討，以及陳秀蓉、呂碧鴻(1999)以高血壓病患的注意焦點與生病行為之關係的探討。

這些研究結果就臨床上的意義而言，是對病的處理以及對病人的服務之運用。吳英璋等(準備發表中)即試以開放式團體方式，進行高血壓病患、緊張型頭痛病患以及一般慢性疾病病患的身心健康諮商，應用了前述各項研究的病理研究結果與所發展出來的評量工具。

基於上述的臨床病理研究成果，該醫學中心之家醫部於1998年底正式設立身心壓力諮商特別門診，提供屬於短期心理治療的身心壓力諮商，強化心理社會照顧的功能。探討此項醫療服務模式的改變是否能更增進醫療服務的品質，即促成了提出本研究的動機。

在1999年所收的149位病患中，壓力來源涵蓋許多層面，包括本身罹患慢性或重大疾病、工作壓力、經濟困難、感情問題、婚姻關係、家庭問題、課業壓力、人際關係、環境壓力等。大多數病患都能經治療獲得改善，甚至不只症狀改善，對壓力與健康的認識、對壓力的因應與管理、對自己的信心、對未知的接納，都比發病前更好、更滿意；但也有少數病患在面對積極的身心諮商資源時，仍推拖或拒絕，原因包括時間不能配合、認為問題在環境與他人、覺得改變自己很難、過度關心身體症狀等。

綜合這些病患的治療過程也發現，典型的心理治療約診方式似乎隨著病患的臨床特徵、病患對症狀困擾與就醫花費、時間、交通的衡量、與醫師門診的搭配情形等，而出現更具彈性、更能因應現實的轉變，使得病患有更高的自主性、

心理師有更靈活的功能、醫師有更得力的團隊資源。例如許多病患的功能及狀況，使其可依自己的需要選擇治療間隔，把醫療當作是諮詢的資源，而非依賴的對象；心理師能在診療時間內，靈活、適切的安排晤談；醫師與心理師之間能合作照顧病患的身心健康，依病患健康狀況的變化，適時調整治療的重點，甚至成為長期病患及其家庭的家庭醫師及家庭心理師。

上述的臨床觀察使研究者極為關心並期望探討，在這樣的門診中，病患的療效是否能同樣獲得客觀分析的支持，不同類型的壓力來源及個人形成壓力的主因與療效、療程的關係如何，在接受身心壓力諮商的同時及結案後，病患因壓力困擾而使用其他的醫療資源的狀況又是如何，代表的臨床意義是什麼。這些議題的探討，不僅有助於瞭解生活壓力與因應、身心壓力諮商的療效；及其與醫療使用綜合的關係，也有益於醫療院所及醫療決策單位評估病患的醫療要求、就醫行為、以制宜、適宜有效的醫療規範。

週全有效的治療當然是服務品質的一大保證，對因為壓力而導致身心症狀及壓力因應困難的病患，在醫學診療之外，提供身心壓力諮商或治療，應是適合的，甚至是必要的。針對上述的關注，綜合Budman(1981, 引自Garfield, 1989)及Leventhal與Weinberger(1975, 引自Garfield, 1989)的看法，短期心理治療的目標在協助病患縮小主客觀的落差，增加現實感，和諧全力的接近目標，增進對生活的控制感，解決目前的問題，並儘可能滿足每日生活的要求，根據Garfield(1989)的回顧及Saravay(1996)的主張，這類精神心理介入療效的研究變項應涵蓋臨床症狀、心理功能、生活品質、醫療使用率、醫療支出等五項。Brown與Schulberg(1995)也在針對基層醫療的心理介入的研究中，採用醫療使用率、醫療支出、精神心理用藥、病患回診家庭醫師的次數等變項來評估。

鄭逸如、吳英璋、呂碧鴻(1999)的研究指出，在排除藥效因素後，接受身心壓力衡鑑與諮商的病患在身心症狀、情緒困擾等臨床症狀上均有統計上的顯著改善，而且疾病控制信念、自我效能等屬心理能力的分數也都上昇，其中自我效能的「人生態度」的改善更達統計上的顯著水準。過去這項研究已初步突破只從臨床症狀評估療效的限制，也克服藥效造成療效混淆的弱點。此次的研究計畫預計再採用更週全的變項進一步深入探討病患的壓力內涵及醫療使用行為，以瞭解及證實身心壓力諮商在醫療的提供面與使用面的實際價值。

在探討療效與醫療價值的動機下，本研究的目的有：

- 一、分析身心壓力諮商特別門診病患的壓力類型；
- 二、評估各壓力類型的身心壓力諮商療效；
- 三、收集及分析病患的醫療使用行為；

四、根據前三項之結果，整理出具體原則；作為基層醫師預測病患就醫模式、安排適切有效之照會參考。以提高醫療效率及品質，並減少醫

療成本及支出。

三、研究方法

研究對象

研究對象為 1999 年 1 12 月身心壓力諮商特別門診正式成立照會作業電腦化，且加入兩位兼任臨床心理師後所得約 149 位病患。

研究工具

研究工具有三項：

1. 「壓力類型與療效評估表」

一般人對壓力的印象總認為其來源為生活事件，但文獻指出環境與資源也是壓力來源之一。而壓力發生的整個背景除了上述屬於外在因素的生活事件以及環境與資源之外，自我習慣的內在因素也是必須考慮的。因此，壓力類型嘗試從三部分資料加以分析。一為壓力的背景，包括（1）生活事件：此次與主訴相關的生活事件；（2）環境及其資源：物理環境（居住與生活環境等），社會環境（發生在日常生活中的繁瑣事件，或長久持續的生活事件等），以及環境中的正負向資源；（3）自我的習慣：性格傾向、思考習慣、解決問題的效能等。這部分資料預計先做開放式的收集，分析整理後再做歸類。

二為壓力認知，包括（1）對本身壓力及壓力來源的覺知，評分從-3（完全錯誤覺知）到+3（完全正確覺知）；（2）對壓力的某種認知是否僅在此次主訴的生活事件中出現，或是泛化到一般其他事件，評分從 1（具體特殊化）到 3（泛化很廣）；（3）對目前狀況想改變自己的動機，評分從-3（要求他人改，自己不改）到+3（要求本身改變的動機很強）；（4）對此次壓力的思考型態：記下病人特別明顯的思考模式，若沒有，可不填；（5）針對特定狀況的認知內容與歷程：分別列述對壓力適應有利及不利的；（6）對壓力之認知評估的結果，選項有挑戰、傷害、威脅、擔心、失落及其他。

三為壓力因應，包括（1）情緒，分為主觀情緒及情緒表達。「主觀情緒」：因壓力相關事件而有的情緒，有焦躁、害怕、憂鬱、生氣、羞窘、驚訝、快樂及其他；「情緒表達」：包括表達程度，評分從 0（完全壓抑，沒有表達）到 5（完全表達），以及合理程度，評分從-3（非常不恰當，不但對問題沒有幫助，反而使問題惡化）到+3（相當恰當，而且對問題的解決有幫助）；（2）行為，包括面對問題（以直接或間接方式解決問題）、面對情緒（以認知改變或情緒紓解等方式因應由壓力而來的情緒）、逃避；（3）身心症狀：先列出症狀，將來再根據前述整合型研究計畫的「身心健康調查表」的身心症狀表登錄；（4）效果：指病人來晤談前的因應效果。包括問題解決的程度，評分從-3（問題嚴重惡化）到+3（問題完全解決），情緒紓解的程度，評分從-3（情緒困擾惡化）到+3（情緒完全紓解），身心症狀改善、學會新的處理方法、獲得啟示、有成長，則均是

記有或無。

療效評估部分，除了用與病人晤談前的因應效果相同的項目做治療效果的評估之外，並從整個治療過程所收集的資料分析病人身心壓力的形成歷程與治療中的改變過程，以及隨著晤談的進展，治療策略執行的效果如何、做了什麼修正以及修正後的效果如何。項目共有：分析假設、治療計畫、執行效果、修正、第幾次晤談時 / 修正計畫的執行效果、綜合效果。

為嘗試將這些內容分析的資料做初步的量化分析，將壓力類型與療效評估表轉換為簡式的壓力類型與療效評估表，評估的概念與原來之壓力類型與療效評估表相同，但在各部份新增了幾個評估項目。

在壓力背景方面增加了「本次就診主要原因和次要原因」兩項，由治療者評估個案本次來診的主要與次要壓力背景；在壓力認知方面沒有增加任何項目；在壓力因應上增加了「情緒的複雜程度」，由治療者評估。在治療過程上，則將記錄簡化為「主、次要治療取向」和治療者評估「實際執行的治療與理想中可執行的治療的比例」；治療前的因應效果與治療後的改善效果方面未增加任何項目。

2. 「醫療使用評估表」

記錄個案來台大醫學院附設醫院的就診情形，內容包含在接受身心壓力諮商前、中、後的醫療使用情形、家庭醫學部門診回診狀況、其他科別利用之頻率與身心壓力相關情形、精神心理用藥及其他醫療支出。

3. 「醫療資源使用狀況調查表」

內容包括病患在主觀上對自己最近健康狀況的評估，對當初在家庭醫學部之治療效果的評價，治療結束後在西醫、中醫、成藥、心理 / 身心諮商、民俗療法、健康食品 / 補品各方面的使用狀況，以及目前是否需要協助。

研究程序

研究程序分為以下十個步驟：

- (1) 編製調查表「壓力類型與療效評估表」、「醫療使用評估表」、「醫療資源使用狀況調查表」。已做初步設計。
- (2) 試用、修訂、印製上述三種調查表。
- (3) 調查病患地址、電話並予以重新建立檔案。
- (4) 由兩位臨床心理師（一為負責治療者、一為非負責治療者）共同回顧研究對象的身心壓力諮商晤談記錄，經分析後，記載於「壓力類型與療效評估表」。
- (5) 繼由醫師與臨床心理師共同調閱及回顧一般病歷，經分析後，記載於「醫療使用評估表」。
- (6) 電話聯絡病患並郵寄調查表；收集醫療使用情況，包括本院外之就醫行為。
- (7) 由三位臨床心理師（其中之一為治療者）及一位特別門診負責醫師共同回顧調查表所得結果。
- (8) 比較分析病患在治療前後臨床症狀與心理能

力之改變以及醫療使用行為。

- (9) 根據分析結果，探討身心壓力諮商特別門診療效及其與醫療使用行為的關係。

根據分析結果，整理出可供基層醫師判斷照會時機、預測照會結果、擬定醫療策略的參考原則。

四、結果

基本資料

149 位個案中，女性 117 人，男性 32 人，女性約為男性的 3.7 倍。女性與男性的年齡無顯著差異，總人數的年齡平均數、標準差為 37.60 ± 12.77 。女性及男性的教育程度均以高中職五專、大學二專居多。女性及男性的婚姻狀況均以已婚居多。詳細資料見表一。所有個案的居住地區均以台北縣市佔絕大多數，共 135 人，佔 90.6%。

個案描述

149 位個案中，3 位是由已實習結束的實習心理師接案，不予分析；1 位晤談資料遺失，無法分析；94 位進行身心壓力衡鑑後，未繼續接受身心壓力諮商，無法或不適合本研究分析；最後得正式分析個案 51 人，基本資料如表二所示。

94 位個案未繼續接受身心壓力諮商的原因，以爽約的最多，有 31 位 (32.6%)，其次依序為轉介精神科 17 位 (17.9%)，轉回精神科 8 位 (8.4%)，在身心壓力分析後覺得已獲改善，或想嘗試自己調適，決定不繼續安排治療 6 人 (6.3%)，沒時間安排治療 6 人 (6.3%)，其他原因的人數為 1~5 人 (1.1~5.3%)，詳細資料見表三。

17 位轉介精神科的個案，11 位有明顯的精神病性症狀 (psychotic symptoms)，6 位有非常嚴重的情緒困擾，例如：重鬱症 (major depression)。8 位轉回精神科的個案，2 位患有精神分裂症 (schizophrenia)，3 位患有重鬱症，2 位患有人格疾患 (personality disorder)，1 位患有人格疾患及酒精依賴 (alcohol dependence)。

51 位接受身心壓力諮商的個案中，治療次數在 5 次以下的有 32 位，6~12 次的有 11 位，13~20 次的有 5 位，21 (含) 次以上的有 3 位。對本特別門診以 12 次晤談以內之短期心理治療的目標而言，符合此目標的有 43 位 (84.0%)。51 位個案的平均治療次數為 7.1，標準差為 6.3。

治療在二個月內完成的有 26 位 (51.0%)，在三~六個月內完成的有 12 位 (23.5%)，在七~十二個月內完成的有 11 位 (21.6%)，在十二個月以上完成的有 2 位 (3.9%)。治療月數的平均數、標準差為 4.5 ± 4.3 。

身心壓力衡鑑與諮商之前的身心壓力描述

(一) 壓力背景

51 位個案在生活事件方面，未遭遇生活事件的有 9 位 (17.6%)，只有一件生活事件的有 27 位 (52.9%)，有二件以上生活事件的有 15 位 (29.5%)。生活事件平均數、標準差為 1.2 ± 0.9

件；有利環境資源平均數、標準差為 1.0 ± 0.8 個，不利環境資源平均數、標準差為 2.6 ± 1.5 個，矛盾環境資源平均數、標準差為 0.3 ± 0.6 個；有利自我習慣平均數、標準差為 1.0 ± 0.8 個，不利自我習慣平均數、標準差為 2.6 ± 1.2 個。

生活事件的例子有：房子因蓋在山坡地倒塌；女兒自殺死亡；先生的大陸親戚來台，像蝗蟲盜匪般地洗劫 (個案的描述)；同居人威脅要自殺急殺死個案的孩子；先生外遇；考試壓力；罹患致命的嚴重疾病；工作壓力；父親或母親去世；兒子一家搬到附近，開始變成兒子的傭人兼管家，及孫子的保母；兒子逃學、逃家、甚至縱火等。

9 位沒有生活事件的個案，其中 7 位有 3~6 個不利的環境資源，有 2 位各只有一個不利的及矛盾的環境資源。這 7 位個案的不利環境資源，例如：長年重覆單調的工作；從事特殊工作，常面對良心的掙扎；工作帶來不良的生活型態；景氣不好，收入少；孩子罹患慢性疾病，長年有就醫及照顧的負擔；年輕時即離婚，子女又均在青少年就出家，長期缺少家庭支持；長期與婆婆、小姑相處不愉快；長期照顧年老生病的父母，狀況頻出，疲於奔命；多年獨力照顧父母，移民國外的兄姊不但不感謝，還經常否定懷疑等。另 2 位個案的不利及矛盾環境資源各為工作不穩定 (不利)，以及家人既關心又責備 (矛盾)；對上級的不滿，每次調動都會再一次強化 (不利)，正義感很強 (矛盾)。

不利自我習慣的例子有：工作上看不過去就自己動手做；急切的想完成所有的事；自我要求高；親密關係不成熟；對情緒隔離壓抑；遇壓力，有情緒，就用菸酒麻醉、放鬆自己；依賴；敏感多疑；絕對性強，憤世嫉俗；行事過度謹慎；對感情的需求強、標準高，堅持感情的互動，辛苦的要求自己，也要求別人；從小就覺得父母不關心自己；缺乏安全感、膽子小；易受聲音干擾吵醒等。

綜觀壓力背景，佔壓力主因最高排名的是生活事件，有 23 位 (45.1%)，其次是自我習慣，有 12 位 (23.5%)，再其次是環境資源，有 10 位 (19.6%)，接著是合併生活事件與環境資源，有 4 位 (7.8%)，合併生活事件與自我習慣，有 2 位 (3.9%)。總計有 88.2% 的個案的壓力主因是單一壓力背景。

相關分析的結果有三個達顯著，各為有利環境資源與不利環境資源達顯著負相關 ($r = -.385, p < .01$)，有利環境資源與有利自我習慣達顯著正相關 ($r = .403, p < .005$)，不利環境資源與不利自我習慣達顯著正相關 ($r = .324, p < .05$)。

(二) 壓力認知

對本身壓力及壓力來源的覺知方面，能正確覺知的有 38 位 (74.5%)，不能覺知的有 10 位 (19.6%)，錯誤覺知的有 3 位 (5.9%)。在泛化情形方面，完全沒有泛化的有 4 位 (7.8%)，有各種程度之泛化的有 47 位 (92.2%)，平均泛

化程度、標準差為 1.86 ± 0.87 。在改變動機方面，絕大多數個案都是要求自己本身改變，有 46 位 (90.2%)；沒有個案是只要求他人改變，自己不改變；沒有動機改變的有 5 位 (9.8%)。

在認知思考方面，有將近一半的個案 (22 位, 43.1%) 處在壓力背景之下時，是完全沒有有利認知；其他個案則有 1~4 個有利認知，並以 1 個的最多 (20 位, 39.2%)。有利認知的平均數、標準差為 0.82 ± 0.93 。有 2 位個案完全沒有不利認知，其他個案則有 1~5 個不利認知。不利認知的平均數、標準差為 2.14 ± 1.08 。

對壓力之認知評估的結果方面，沒有個案只將壓力評估為是一種挑戰，但有 12 位個案 (23.5%) 在評估壓力為具有傷害、威脅、擔心或失落的同時，也將壓力視為挑戰。評估壓力只單純造成傷害、威脅、擔心的各有 1 位、2 位、2 位，其他 46 位個案則都有二種或以上的評估結果，例如認為所面對的壓力同時帶來傷害及威脅，或帶來威脅、擔心及失落。

(三)壓力因應

個案在接受身心壓力衡鑑之前，已依其因應模式而有因應的結果，並因不良因應結果而由醫師予以轉介本特別門診，這些結果包括情緒、因應行為、身心症狀及因應效果四部分。

1.情緒

51 位個案在壓力因應的負面情緒的種類數目方面，單純只有一種情緒的共有 6 位 (11.8%)，其中焦慮情緒的有 3 位，生氣情緒的也有 3 位；有二種情緒的有 18 位 (35.3%)；有三種情緒的有 15 位 (29.4%)；有四種、五種情緒的各有 9 位 (17.6%)、3 位 (5.9%)。從這結果可看到，大多數個案都有二種或以上的情緒，甚至有的個案有多達五種情緒。至於情緒數目的平均數、標準差則為 2.71 ± 1.08 。情緒種類的組合方面，明顯以「焦慮/憂鬱」及「焦慮/害怕/憂鬱」最多，各有 9 位及 7 位，其他組合 (包括單一情緒) 都只有 1~3 位。情緒複雜度方面，完全不複雜的有 2 位 (評分為 0)，極端複雜的有 4 位 (評分為 5)，共佔 11.7%；其他將近 90% 的個案，相當平均的分布在評分 1~4，各有 13、10、12、10 位。情緒複雜度的平均數、標準差為 2.53 ± 1.38 。

壓力因應中對於情緒的處理，包括表達程度及表達的合理程度。情緒的表達程度方面，完全壓抑、未表達的有 4 位，表達程度只被評為 1 分的有 23 位，加起來就佔了 51 位個案的 52.9%。表達程度為 2~5 分的各有 12、4、7、1 位。情緒表達程度的平均數、標準差為 1.69 ± 1.41 。情緒表達的合理程度方面，有 33 位 (64.7%) 屬於不合理，不但對解決問題沒有幫助，反而使問題惡化；有 8 位 (15.7%) 對解決問題沒有幫助，但也未使問題惡化；有 10 位 (19.6%) 屬於合理，對解決問題有幫助。

2.因應行為與身心症狀

因應行為方面，面對問題的有 11 位 (21.6%)，面對情緒的有 8 位 (15.7%)，逃避的有 11 位 (21.6%)，面對問題、面對情緒及逃避的各種組合共有 21 位 (41.2%)。

身心症狀方面，無身心症狀的有 1 位 (2.0%)；只有 1 種身心症狀的有 7 位 (13.7%)；有 2~4 個身心症狀的個案較多，各有 11、11、10 位 (21.6%、21.6%、19.6%)；有 5、6、7 種身心症狀的有 5、4、2 位 (9.8%、7.8%、3.9%)。

(四)因應效果

個案在來到本特別門診之前的因應效果，在問題解決方面，有 24 位 (47.1%) 問題惡化；22 位 (43.1%) 問題未惡化，也未解決；有 5 位 (9.8%) 問題其實已有某程度的解決。在情緒紓解方面，有 25 位 (49.0%) 情緒困擾惡化；21 位 (41.2%) 情緒困擾未惡化，也未解決；有 5 位 (9.8%) 情緒困擾其實已有某程度的解決。在身心症狀方面，未改善的有 50 位 (98.0%)；有改善的有 1 位 (2.0%)。在學會新的處理方法方面，未學會的有 47 位 (92.2%)；有學會的有 4 位 (7.8%)。在獲得啟示方面，未獲啟示的有 50 位 (98.0%)；獲啟示的有 1 位 (2.0%)。在心理成長方面，51 位個案都未獲成長。

綜觀而言，個案在來到本特別門診之前，各方面的因應效果普遍不良。

(五)身心壓力的類型分析

本研究原嘗試從壓力背景、壓力認知及壓力因應三者之間的關係找到壓力的類型，但將晤談內容分析後，記載於「壓力類型與療效評估表」，成為量的資料後，雖然可從統計結果清楚看出 51 位個案在各變項的分配與趨勢，但由於無法包含個別個案的歷程完整性而未能呈現出壓力類型。本研究結果將先就壓力背景、壓力認知及壓力因應，分別探索其與療效的關係，未來的研究再做不同的嘗試，繼續進行壓力的分析及其與療效的關係。

(六)本院醫療使用

由特別門診醫師回顧 51 位個案的病歷，利用「醫療使用評估表」評估在本院的醫療使用行為。這 51 位個案自有本院病歷記錄起，至來身心壓力特別門診前一年，有 40 位 (78.4%) 從未因身心壓力問題看過本科之外的其他科，11 位 (21.6%) 因身心壓力問題看過 1~2 科，其中 8 位看診次數在 5 次以下，2 位在 10~12 次之間，1 位高達 66 次。

自第一次來身心壓力諮商特別門診往回算起的一年內，有 2 位 (3.9%) 從未因身心壓力問題看過本科之外的其他科，49 位 (96.1%) 因身心壓力問題看過 1~4 個其他科，看診次數的最高次數為 26 次，最低次數為 1 次，平均數、標準差為 3.6 ± 4.9 。

身心壓力諮商

心理師所對每位個案所做的身心壓力諮商是一種個別方案，也因此 51 位個案分析出來的治療取向，雖然有歸屬的類別，但是沒有完全相同的內容。以認知行為治療這一類為例，就有「認知行為治療，放鬆訓練」，「認知行為治療，放鬆訓練，案主中心」，「認知行為治療，關係與支持，問題解決」等方案內容。

然而就整體概況而言，仍可嘗試予以簡化分析，簡化後得 9 大類主要治療取向，就執行頻率依序為「認知行為治療」（30 位）、「問題解決」（5 位）、「案主中心」（5 位）、「情緒調節」（4 位）、「短期心理動力」（2 位）、「創傷治療」（2 位）、「放鬆訓練」（1 位）、「完形治療」（1 位）、「危機處理」（1 位）。

身心壓力諮商的療效

(一) 壓力因應結果與治療效果的比較

將個案來到本特別門診之前，在問題解決、情緒紓解、身心症狀、學會新的處理方法、獲得啟示、心理成長六方面的壓力因應結果，與身心壓力諮商後在這六方面的評分做 paired-t 檢定，結果顯示六個檢定均達顯著差異，問題有了進一步的解決 ($t=-12.3, p<.001$)、情緒獲得紓解 ($t=-14.0, p<.001$)、身心症狀改善 ($t=-21.4, p<.001$)、學會新的處理方法 ($t=-17.7, p<.001$)、獲得啟示 ($t=-11.0, p<.001$)、心理有成長 ($t=-7.5, p<.001$)。

(二) 壓力背景、壓力認知及壓力因應與治療效果

瞭解治療效果的另一種部分是探討壓力背景、壓力認知及壓力因應（屬於壓力的成因與結果），與問題解決、情緒紓解、身心症狀、學會新的處理方法、獲得啟示、心理成長的改變六方面（屬於身心壓力諮商的改變）之間的關係。研究結果的發現如下。

1. 壓力背景與治療效果

與治療效果有正相關的是，不利環境資源愈多，治療後情緒的改善程度愈大 ($r=.434, p<.005$)；不利自我習慣愈多，治療後問題解決的改善程度愈大 ($r=.328, p<.05$)，情緒的改善程度也愈大 ($r=.424, p<.005$)。與治療效果有負相關的是，生活事件愈多，治療後獲得的啟示愈少 ($r=-.278, p<.05$)；矛盾環境資源愈多，愈不能在治療後學會新的處理方法 ($r=.434, p<.005$)。

很特別的是，有利環境資源與有利自我習慣二個正向的力量，均與治療效果無顯著相關。

2. 壓力認知與治療效果

動機愈高，愈能在治療後有身心症狀的改善 ($r=.316, p<.05$)，獲得啟示 ($r=.370, p<.01$)，有心理的成長 ($r=.322, p<.05$)。有利認知愈多，治療後問題解決的改善程度愈大 ($r=.316, p<.05$)，情緒的改善程度愈大 ($r=.378, p<.01$)，愈能有心理的成長 ($r=.288, p<.05$)。不利認知愈多，治療後情緒的改善程度愈大 ($r=.378, p<.01$)。

覺知程度與泛化程度則均與治療效果無顯著相關。

3. 壓力因應與治療效果

與治療效果有正相關的是，情緒的種類數目愈多，治療後問題解決的改善程度愈大 ($r=.280, p<.05$)，情緒的改善程度也愈大 ($r=.394, p<.005$)。與治療效果有負相關的是，情緒表達愈合理，治療後情緒的改善程度愈小 ($r=-.386, p<.01$)。情緒複雜度、情緒表達程度、身心症狀數則均與治療效果無顯著相關。

(三) 「實際執行的治療與理想中可執行的治療的比例」與治療效果

因為臨床情境與個案的個人因素之故，有時會影響理想中可執行的治療在實際上真正執行的程度，而這當然會影響治療效果。研究結果發現，「實際執行的治療與理想中可執行的治療的比例」的平均數、標準差為 0.68 ± 0.19 ，而其與問題解決 ($r=.566, p<.001$)、情緒紓解 ($r=.418, p<.005$)、身心症狀 ($r=.501, p<.001$)、獲得啟示 ($r=.590, p<.001$)、心理成長 ($r=.655, p<.001$) 等五方面的改善均有顯著正相關，惟獨與學會新的處理方法未達顯著相關。

(四) 本院醫療使用的改變

身心壓力諮商期間，有 15 位個案 (29.4%) 不曾因身心壓力相關問題而看本科之外的其他科；36 位 (70.6%) 因身心壓力相關問題看過 1~4 個其他科，平均數、標準差為 $.88 \pm .77$ ，看診的最高次數為 23 次，最低次數為 1 次，平均數、標準差為 3.9 ± 5.8 。

身心壓力諮商結束後的一年內，有 28 位個案 (54.9%) 不曾因身心壓力相關問題在本院就醫；23 位 (45.1%) 因身心壓力相關問題在 1~4 個科就醫，平均數、標準差為 $.78 \pm 1.1$ ，看診的最高次數為 15 次，最低次數為 1 次，平均數、標準差為 2.2 ± 3.8 。

paired-t 檢定的結果發現，身心壓力諮商期間看的科別比治療前一年顯著減少 ($t=-4.36, p<.001$)，但身心壓力諮商結束後的一年內看的科別則與身心壓力諮商期間無顯著差異。就醫次數的差異則均未達顯著。

(五) 個案自評療效，以及身心壓力諮商後的整體醫療使用狀況

共寄出 149 份「醫療狀況使用調查表」，回收 62 份，打電話詢問到 30 位個案，資料共回收 92 份，回收率 61.7%。在 51 位分析個案中，有 37 位有回收資料。

51 位分析個案未收集到資料的比例是 27.5%。至於有資料的個案，在自評療效的三個項目上佔 51 位個案的比例則如下：在主觀健康情況的評估上，有 47.1% 的人覺得比來家醫部看病前要好（包括：好很多、好一些），13.7% 的人覺得差不多，7.8% 的人覺得比之前差，2 位未填此題；

在主觀的就診幫助上，有 29.4% 的人覺得來家醫部看病很有幫助，33.3% 的人覺得有點幫助，有 7.8% 的人覺得沒有太大的幫助，1 位未填此題；在主觀的求助需求上，有 51.0% 的個案覺得現在不需要，17.7% 的個案覺得需要，1 位未填此題。

在身心壓力諮商結束後至接受問卷調查期間，總計有 34 位 (66.7%) 看過西醫，25 位 (49.0%) 看過中醫，24 位 (47.1%) 吃過成藥，28 位 (54.9%) 接受過心理/身心諮商，26 位 (51.0%) 接受過民俗療法。各項醫療的使用次數均以 1~5 次為多；在 6 次以上 (包括 6~10 次、11~20 次、20 次以上) 的以看西醫最多，有 21 位，看中醫、吃成藥、接受心理/身心諮商都只有 5 位，接受民俗療法的則為 0 位。

然而搭配其他資料時，研究者對上述統計結果相當保留，特別是心理/身心諮商的部分。因為根據個案在回函中另外附註的資料，以及身心壓力諮商時對個案各方面的瞭解，發現大部分個案可能誤解了這些題目，把「在家醫部最後一次看病至今 (填問卷時)」看成「在家醫部看病時」。以郵寄問卷收集這類資料時，應採更謹慎的做法。

(六) 個案自評療效 (就診幫助) 與壓力背景、壓力認知、壓力因應、「實際執行的治療與理想中可執行的治療的比例」及治療效果的關係

根據相關分析的結果，個案自評療效與以下三個變項達顯著相關，代表的意義是壓力背景的不利自我習慣愈多，自評療效就愈高 ($r = .470, p < .01$)；壓力認知的情緒表達程度愈低，自評療效就愈高 ($r = -.415, p < .05$)；治療次數愈多，自評療效就愈高 ($r = .391, p < .05$)。

五、討論與建議

以下是根據本研究結果所做的探索與討論，期能對身心壓力的瞭解更接近真實，發現矛盾與疑問，正確關心問題所在，尋找合適有效的復原或改善之道。

病人基本資料所呈現出的特徵

相較於鄭逸如、吳英璋、呂碧鴻 (1999) 在 1995 年 11 月~1996 年 10 月的一年內，對與本研究同一部門的門診所做的研究，病人基本資料的變化如下。在性別方面，本研究照會的女性個案比例更高，從 2.0 倍升高為 3.7 倍。在年齡方面，本研究照會之較低的二個年齡層的個案 (小於 20 歲、21 至 35 歲) 比例均降低，較高的三個年齡層的個案 (36 至 50 歲、51 至 65 歲、66 歲以上) 比例均升高。在教育程度方面，則沒有變化，仍以高中職五專、大學二專居多。在婚姻狀況方面，也仍以已婚及未婚居多，只是本研究離婚者的比例略微升高。

女性接受心理治療的比例高於男性是已知的現象，但為何三年內持續升高將近二倍？女性與男性遭遇的身心壓力、求助動機、接受心理治療

照會的傾向，在這三年起了什麼變化？或者其中還涉及醫師為病人做照會時有性別差異？而 36 歲以上年齡層的個案增加，是否意謂著他們也發生了一些身心壓力方面的變化？這些都是值得進一步瞭解的問題。

身心壓力的形成與改變

壓力發生的整個背景包括屬於外在因素的生活事件以及環境與資源，以及自我習慣的內在因素，每位個案在其中可能有不同的組合。研究結果發現沒有既無生活事件，也無不利或矛盾的環境資源，純粹只因不利自我習慣而產生壓力調適困難的個案；也沒有毫無不利自我習慣，純粹都是生活事件，不利或矛盾的環境資源造成適應不良的情形。

以病毒感染為例，這就好比人不會在沒有病毒的情形下，只因為抵抗力弱就發生感染；也不會只要有病毒存在，即使免疫系統確有作用，感染一樣發生。實際情形是環境中有病毒，而人們的免疫系統也非萬無一失，當這二個因素加在一起，疾病就發生了。身心壓力也是類似的情形，生活背景中有生活事件、環境與資源的問題，個人也有不利的自我習慣，當這二個狀況加在一起，壓力適應不良就發生了。

在 51 位個案中，有 38 位 (74.5%) 能正確覺知本身的壓力及壓力的來源，但有 10 位 (19.6%) 不能覺知，甚至有 3 位 (5.9%) 是錯誤的覺知。有趣的是，即使如此，絕大部分個案 (46 位，90.2%) 都是要求自己本身改變。3 位錯誤覺知的個案，有 1 位沒有改變的動機，有 2 位仍希望自己改變；10 位不能覺知的個案，只有 1 位沒有改變的動機，另外 9 位均希望自己有所改變；38 位正確覺知的個案，除了 3 位沒有改變的動機，其餘 35 位都希望自己改變。由此可見，不論是否正確覺知壓力，絕大部分個案都有動機改變自己，或者說，雖然都有改變動機，但對壓力的覺知是有差異的。

無論如何，這樣的結果對治療來說是帶來希望的，因為在相關分析中發現，覺知程度與療效沒有顯著相關，動機程度與療效有顯著相關，且動機愈高，療效愈好。我們似乎不必太擔心個案對壓力有錯誤的覺知，或是不能覺知，只要他有改變的動機，治療仍然很有希望。

身心壓力諮商的療效

這部分結果看到的是，達到顯著的都是負面的背景，可能的解釋是正向的力量雖是適應能力的基礎且有益於治療，但非治療的目標，因此較不會隨著治療有改變，而負面的背景正是治療正對的目標，自然較會有改變。就積極面來說，這意謂著即使缺少有利環境資源與有利自我習慣，治療仍有希望，甚至不利環境資源及不利自我習慣愈多，從治療中獲得的效果就愈大。

然而有趣的是，負面背景的生活事件及矛盾環境資源，與療效是成負相關，其對療效的作用機制為何？它與不利環境資源及不利自我習慣的

作用機制有何不同？此外，正向力量的作用究竟扮演了什麼角色？它是真的沒有顯著作用，還是本研究的方法無法呈現其作用？這是本研究結果引出的問題，也為未來的研究投石問路。

照會原則的建議與相應的期待

照會原則的建議主要來自二部份的資料，其一是身心壓力諮商的效果分析，其二是對 94 位未繼續接受身心壓力諮商之個案的原因分析。來自第一部份資料的原則列述如下：

1. 個案若有下列正向特徵，將有助於療效或整體效益，適合照會：動機高；雖然適應不良，仍擁有一些有利認知；情緒表達合理。
2. 個案若有下列負向特徵，可能有較大的療效空間，可照會：不利環境資源多，不利自我習慣多，不利認知多，情緒的種類數目多。
3. 個案若有下列負向特徵，將使療效受限，照會時宜多加考慮：生活事件多，矛盾的環境資源多。

來自第二部份資料的原則列述如下，並加以說明：

1. 當個案有以下狀況：動機低、信心弱、深處內在煩憂而難以接收外界訊息、過度關心身體症狀、害怕治療即確認自己有困難、人際退縮、生活缺乏秩序、企求立即的滿足、缺少生活目標，他們很可能不容易繼續治療，宜暫緩照會或多觀察幾次門診後再照會。雖非絕不能照會，但對照會結果的預期必須合乎現實，也必須考量成本效益。

未繼續接受身心壓力諮商的原因分析中，比例最高的是爽約，亦即在個案與心理師雙方同意下做了預約，但屆時個案未赴約且無任何說明或聯絡。這些個案在做預約時，其實已可預期他們可能會爽約，他們的狀況包括動機低、信心弱、深處內在煩憂而難以接收外界訊息等。此時仍鼓勵他們、嘗試與他們預約的意義，除了治療的努力之外，也包括關懷、接納、等候，期待提供給他們有意義、具改變力的人際經驗。如此的鼓勵與嘗試雖然使另外一些個案繼續治療，獲得改善，並成為本研究一部份的正式分析個案，但這 31 位個案預約後還是爽約了，並且在本研究寄給問卷之前未再聯絡。

特別門診為這 31 位個案安排了身心壓力衡鑑，但沒有機會執行治療。對他們而言，花了一些時間來看一看，但沒有解決什麼問題，特別門診也極難確知他們從診療中獲得了什麼。當然，也可能這些個案有某些需求，但發現特別門診無法滿足他們，那麼這些需求又是什麼？如果身心壓力衡鑑與諮商關心的是所有有關壓力的問題，這些個案及其需求就應當值得探索。此外就門診作業及效益而言，這種情況也影響了其他個案的就醫時機，減低醫療的效率，這對一個專業人力

在一個半天最多只能診療 3~4 位個案的特別門診而言，是相當不合乎成本與效率的。

2. 個案若有明顯的精神病性症狀、非常嚴重的情緒困擾或人格疾患，特別是已在精神科就醫者，宜直接轉回或轉介精神科。若因個案拒絕到精神科而照會本特別門診，本特別門診的處置目標是藉同理、瞭解、解釋、教育、引導，協助個案到精神科就醫。

轉回或轉介精神科的個案，其臨床問題包括精神分裂症、妄想症、躁鬱症、重鬱症、人格疾患。根據病歷的照會記載或與照會醫師的溝通，可發現醫師對未在精神科就醫之個案的照會狀況有四種，一為懷疑某診斷或不確定診斷，希望由特別門診進一步釐清及做後續安排；二為已下診斷，希望由特別門診安排治療；三為已下診斷，並建議個案到精神科就醫，但個案拒絕，希望由特別門診酌能給予什麼協助；四為個案主動要求。對曾經或目前在精神科就醫之個案的照會狀況則有二種，一為醫師認為心理治療對個案有幫助，建議個案嘗試；二為個案主動要求。

由於來到家庭醫學部求助的精神疾患個案，其狀況並非混亂嚴重到無法接受心理治療，甚至有些個案給予心理治療很可能可促進療效，因此上述各項照會目的就「為心理治療而照會」而言是合適的。只是本特別門診是在家庭醫學科，主要是針對無精神疾患，生活及心理社會功能正常，惟壓力調適不良的病人，提供身心壓力衡鑑與諮商，而這些精神疾患個案的完整治療畢竟需要以精神科為核心，並且在同一單位的團隊照顧下進行，才可能有最理想的效果，因此仍宜直接轉回或轉介精神科。

若個案已照會本特別門診，本特別門診的處置是初步衡鑑，給予支持，並藉同理、瞭解、解釋、教育、引導，協助個案到精神科就醫。

3. 以下狀況的個案，不容易持續治療，照會時宜多加考慮：居住在台北縣市之外；有時間困難；未感覺或不認為有任何壓力；缺少動機；家人強烈反對；對心理師的年齡有強烈的刻板印象。
4. 以下狀況的個案，身心壓力諮商能提供的幫助有限，只能給予情緒支持或教導調適策略，無法執行必需的治療，以發揮最大療效，照會時宜對照會效果有合乎實際的期待：年紀很大，很多病痛，環境要求多，又缺少支持；個案本身有生理上的溝通障礙，例如聾啞者；平時住在國外，很快將離開台灣；心理師的年齡。
5. 以下狀況的個案，不適合身心壓力諮商，不宜照會，但因這類個案多主動要求照會，醫師也傾向尊重個案的要求，實際上不容易避免：雖然確實有壓力適應的問題，但所堅持的目標不合於治療，例如期待心理師為其主持公道；希

望心理師助其達成不合理的目的；想和心理師做朋友；有興趣瞭解人的心理問題，希望心理師幫其發自編問卷給其他個案填答。

在上述原則之下，若有其他不易評估之狀況，仍可照會心理師，由心理師進一步評估是否適合接受身心壓力治療。

六、結論

本研究的構想是源於對療效的關心與興趣，療效的涵義不只是效果的測量而已，而是包含臨床問題如何形成、性質為何，合適的醫療介入為何、如何作用，介入之後產生如何的改變，此改變對健康與生活品質的意義如何。在這樣的關注下，研究者關心身心壓力衡鑑與諮商的三大因素：身心壓力的形成與性質、身心壓力的改變方法、身心壓力的改變效果，嘗試瞭解三者之間的關係，以及三者所串連起來的歷程。

本研究做到的是初步分析了壓力背景、壓力認知、壓力因應、治療前的因應效果，治療取向、治療執行程度，以及治療效果；並探討某些變項各自與治療效果的關係。未能以此次研究所用的方法回答的問題有二方面，一方面是壓力背景、壓力認知、壓力因應與治療前的因應效果，是否組成了某些壓力類型，以及若有類型存在的話，這些類型與其他變項之間的關係；另一方面是尚未能有效建構出描述整個身心壓力形成與改變之歷程的類型模式。期待未來能再以個案研究或內容分析的方式探討這些問題。

七、參考文獻

1. 鄭逸如,吳英璋,呂碧鴻(1999):生物心理社會取向之壓力衡鑑與壓力調適之效果評估,應用心理研究,3期,191-217.
2. 陳秀蓉,呂碧鴻(1999):高血壓患者注意焦點的型態與個人生病行為的關係,應用心理研究,3期,163-190.
3. 鄭逸如,呂碧鴻(1995):生物心理社會取向之壓力衡鑑在鑑別診斷與壓力調適上的應用--以一位廣泛性焦慮症之老年患者為例,中華家醫誌,5(4):163-172.
4. 呂碧鴻,陳秀蓉,曾淵如(1996):白袍高血壓心理因素之探討,中華家醫誌,6:1-11. NSC-84-2413-H-002-004.
5. 陳慶餘,李立維,吳英璋(1991):身心症狀、家庭功能與疾病的關係。中華心理衛生學刊1990;5:23-34
6. 呂碧鴻,梁繼權,范姜群信,陳秀蓉(1995):社會支持,家庭互動與心理健康關係之探討,中華家醫誌,5(4):173-182.
7. 陳慶餘,鄭逸如,吳英璋(1991):以生物心理社會模式探討臨床心理社會問題之機轉與處理,中華家醫誌,1(4):165-171.
8. 陳慶餘,鄭逸如,陳晶瑩,吳英璋(1992):慢性病患者臨床調適之研究,中華家醫誌,2(3):93-100.
9. 鄭逸如,吳英璋,陳慶餘(1993):某醫學中心家庭醫學科身心衡鑑與諮商工作初報,中華醫學誌,3(4):154-64.
10. 陳慶餘,翁嘉英,陳晶瑩(1999):緊張型頭痛病人之症狀、生理病理機制、及心理社會因素探討,應用心理研究,3期,55-78.
11. 洪福建,鄭逸如,邱泰源,胡文郁,陳慶餘,吳英璋(1999):癌末患者的心理社會問題、因應策略與負向情緒,應用心理研究,3期,79-104.
12. 翁嘉英(1999):慢性病患失能初期評價性自我概念之變化:以腎病末期患者為例,應用心理研究,3期,129-162.
13. 梁繼權,吳英璋,李蘭(1991):病人向醫師權威挑戰的態度與行為之先驅研究。中華民國家庭醫學雜誌,1(3):109-117.
14. 梁繼權,吳英璋(1994):老人健康相關生活品質評估工具之發展。行政院衛生署。
15. 劉若蘭,吳英璋,邱文科(1994):影響身心症狀改變的心理社會因素:中華家醫誌,4(1):31-40.
16. 陳慶餘,吳英璋(1987):以生物心理社會模式探討台大新生之身心症狀,中華心理衛生學刊:3:89-105.
17. 吳英璋,陳慶餘,呂碧鴻,翁嘉英,陳秀蓉(1999):健康心理學,應用心理研究,3期:35-38.
18. Engel GL(1980):The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 37,535-544.
19. Engel GL(1977):The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science; 196:129-36.
20. Leung KK, Lue BH, Tang LY, Wu EC(1999):Development of a Chinese

Illness-Related Stress Inventory For Primary Care. Journal of Psychosomatic Reserch, 46:557-568. (SCI)

21.Engel GL (1983): The biopsychosocial model and Family Medicine. J Fam Prac , 16: 409-13.

22.Saravay SM, Pollack S, Steinberg MD, et al (1996):Four Year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. Am J Psychiatry 153:397-403.

23.Leung KK, Lue BH, Lee MB, Tang LY(1998):Illness-related stress and depression in adult patients with chronic medical disease. Chin J Fam Med 8:124-33.

24.Charlotte Brown, HC. Schulberg (1995) :The Efficacy of psychosocial treatments in primary care, General Hospital Psychiatry,17:414-24.

| | | | | |
|-------|-----|-------|----|-------|
| 高中職五專 | 43 | 36.8 | 11 | 34.4 |
| 國中 | 9 | 7.7 | 1 | 3.1 |
| 國小 | 10 | 8.5 | 1 | 3.1 |
| 不識字 | 3 | 2.6 | 0 | 0 |
| 未填 | 13 | 11.1 | 3 | 9.4 |
| 總計 | 117 | 100.0 | 32 | 100.0 |
| 婚姻狀況 | | | | |
| | 人數 | 百分比 | 人數 | 百分比 |
| 已 | 62 | 53.0 | 18 | 56.3 |
| 未 | 38 | 32.5 | 14 | 43.8 |
| 分居 | 1 | .9 | 0 | 0 |
| 同居 | 1 | .9 | 0 | 0 |
| 喪偶 | 2 | 1.7 | 0 | 0 |
| 離婚 | 9 | 7.7 | 0 | 0 |
| 未填 | 4 | 3.4 | 0 | 0 |
| 總計 | 117 | 100.0 | 32 | 100.0 |

表二 基本資料 (N=51)

八、圖表

表一 基本資料 (N=149)

| | | 女性 | | 男性 | |
|--------|--|----|-------|----|-------|
| 年齡層 | | | | | |
| | | 人數 | 百分比 | 人數 | 百分比 |
| 20歲以下 | | 2 | 4.8 | 3 | 33.3 |
| 21至35歲 | | 16 | 38.1 | 1 | 11.1 |
| 36至50歲 | | 16 | 38.1 | 4 | 44.4 |
| 51至65歲 | | 5 | 11.9 | 0 | 0 |
| 66歲以上 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 小計 | | 39 | 92.9 | 8 | 88.9 |
| 遺落值 | | 3 | 7.1 | 1 | 11.1 |
| 總計 | | 42 | 100.0 | 9 | 100.0 |
| 教育程度 | | | | | |
| | | 人數 | 百分比 | 人數 | 百分比 |
| 研究所以上 | | 1 | 2.4 | 2 | 22.2 |
| 大學二專 | | 12 | 28.6 | 2 | 22.2 |
| 高中職五專 | | 22 | 52.4 | 4 | 44.4 |
| 國中 | | 2 | 4.8 | 1 | 11.1 |

| | | | | |
|------|----|-------|----|-------|
| 國小 | 3 | 7.1 | 0 | 0 |
| 未填 | 2 | 4.8 | 0 | 0 |
| 總計 | 42 | 100.0 | 9 | 100.0 |
| 婚姻狀況 | | | | |
| | 人數 | 百分比 | 人數 | 百分比 |
| 已 | 23 | 54.8 | 6 | 66.7 |
| 未 | 13 | 31.0 | 3 | 33.3 |
| 同居 | 1 | 2.4 | 0 | 0 |
| 離婚 | 5 | 11.9 | 0 | 0 |
| 總計 | 42 | 100.0 | 9 | 100.0 |

| | | |
|------|----|-------|
| 家人反對 | 1 | 1.1 |
| 總計 | 94 | 100.0 |

表三 未繼續接受身心壓力諮商的原因 (N=94)

| 未繼續接受身心壓力諮商的原因 | 人數 | 百分比 |
|--------------------------------|----|------|
| 爽約 | 31 | 32.6 |
| 轉介精神科 | 17 | 17.9 |
| 轉回精神科 | 8 | 8.4 |
| 壓力分析後覺得已有改善，或想嘗試自己調適，決定不繼續安排治療 | 6 | 6.3 |
| 沒時間安排治療 | 6 | 6.3 |
| 治療目標不適合，討論後不預約 | 5 | 5.3 |
| 無動機 | 5 | 5.3 |
| 個案說以後再約，但後來沒有打電話來 | 3 | 3.2 |
| 回國外居住地（已移民） | 2 | 2.1 |
| 目前仍治療中 | 2 | 2.1 |
| 轉團體治療，未再接受個別身心壓力諮商 | 2 | 2.1 |
| 轉回家醫科照會醫師 | 2 | 2.1 |
| 轉介學校心理輔導中心 | 2 | 2.1 |
| 轉回學校心理輔導中心 | 1 | 1.1 |
| 有動機，但認為心理師太年輕，不想預約 | 1 | 1.1 |