

【原 著】

支持團體對癌末喪親悲傷、信念 與調適策略之研究

閻嘉娜 周玲玲¹ 邱泰源² 陳慶餘² 姚健安² 蔡兆勳² 尤雅芬¹ 聶華明³ 胡文郁⁴

摘 要

本研究以支持團體對癌症病逝者中老年人遺族為樣本共30名探討悲傷焦慮程度、信念、社會心理與調適策略研究，以有、無參加支持團將其分成實驗組與對照組。重要結果如下：

一、研究對象介入前，社會人口學變項包括「年齡、家庭型態、施測時間、遺族與往生者關係、遺族目前與誰同住、婚姻、小孩總數、兒子數目、遺屬三個月內參加疾病追蹤檢查及意願原因」與介入前之「健康信念及焦慮悲傷程度」有顯著相關，其中「施測時間、遺族與誰同住、小孩總數、遺族三個月內參加疾病追蹤檢查及最後參加追蹤檢查意願」與「自覺利益信念」有相關；另外，男生數與「自覺障礙性信念」達相關；「年齡、測時間、遺族與往生者關係、婚姻與親人往生年限、三個月內參加疾病追蹤檢查及最後參加疾病追蹤檢查意願原因」、皆與焦慮成顯著相關；最後「家庭型態、遺族與往生者關係、婚姻、往生年限」皆與「中老年人遺族悲傷」成顯著正相關。

二、實驗組在支持團體實施後，其後測時之「健康信念、焦慮悲傷程度」得分顯著優於前測，並且相較上達到統計顯著水準。但兩組在「悲傷程度、健康信念、焦慮程度」，經相較下只有「嚴重性認知與焦慮悲傷程度」達統計分析顯著水準，其他方面並無差異。

(*安寧療護* 2004 ; 9 ; 4 : 336-352)

Key words : perception benefits barriers susceptibility severity

臺大醫院耳鼻喉部、臺大醫院社會工作室¹、臺大醫院家庭醫學部²台北市立內湖高工³、
臺大醫學院護理學系⁴

通訊作者：周玲玲 台北市中山南路七號社會工作部，電話：(02) 23123456 ext 2096

前言

根據衛生署1999年，統計台灣地區十大死因，惡性腫瘤居第一位，每年約有二萬九千餘人死於癌症，佔死亡率的23.99%^[9]，換言之，每四人即有一人死於癌症。每十萬人口中，約有135人罹癌，每年至少有10,500至89000人需接受安寧照顧。而這些癌症病人中約有50-60%無法治療痊癒，當病人病情惡化，需要症狀緩解或疼痛控制等而悲傷焦慮常伴隨而來，安寧照顧不只預防喪親家屬的死亡與罹病率，更需將病人與家屬視為輔導的基本對象。病人是家庭的一部份，病人遭遇的痛苦是家庭內重要課題，相對地，家屬的焦慮與壓力也常是病人放心不下的癥結。

失去親人是生命中重要的轉化歷程，許多人在遭遇喪親之痛後，改變了對生命與生活的看法。也伴隨著情緒性悲傷焦慮混和，其中焦慮性疾病不僅是老年常見的疾病，而且嚴重地影響中老年人生活品質與健康，尤其是癌症病逝者中老年人遺族。

文獻中指出不安、不確定感會造成焦慮，兩者間有顯著相關^[18]。而癌症病逝者中老年人遺族追蹤檢查採取健康行動的利益及障礙認知其中來源之一，包括對自身健康及對疾病知識不足，與利益的認知中，知覺到疾病的過度誇大所害怕發生的可能性，誇張問題情境造成的威脅程度〔對威脅的知覺〕

以及低估自己解決的能力，也會造成焦慮^[14、16、18]。此外，研究中指出信念、態度與行為三者間有顯著的相關^[11、10]。當病人或家屬於做決定及預備採行某種行為時，有權利被告知與疾病相關的知識^[22]。

另研究中，認為焦慮乃是患者對重要解釋或認知到危險有關，當內心遭遇挫折、壓力、困難情緒，預料可能會遇到危險之事而深感不安^[2、15]。疾病罹患性可說是沒有實際之外在危險物，僅以想像的危險對象而呈現反應。同時，調查報告指出焦慮是人們對事件的知覺與解釋帶來負向情緒^[4]。換句話說，對疾病〔癌症〕嚴重性的認知，依癌症病逝者中老年人遺族的程度而異。有許多研究均顯示，有系統的支持團體，能明顯增加喪親中老年人對疾病追蹤檢查的認知，並且降低焦慮^[22、25]。

國內悲傷反應文獻以有母親喪兒^[5、6]、孕婦喪夫^[6]、父親喪子^[7]、青年學生喪親^[7]及兒童喪親^[8]之悲傷調適反應，獨缺癌症病逝者中老年人遺族悲傷焦慮、信念、社會心理與調適策略之探討。其次，為了解悲傷支持團體工作的臨床工作及成效，本研究以支持團體對癌症病逝者中老年人遺族悲傷焦慮、信念、社會心理與調適策略之影響為研究主題，針對癌症病逝者中老年人遺族提供支持團體的協助並藉由系統性、客觀性的評

量，來論証支持團體的成效，使支持團體能成爲臨床運用的處置的模式。

研究目的

基於癌末喪親悲傷調適需求，以及癌症病逝者中老年人遺族團體工作的需求，本研究希望藉由小團體型式來探討支持團體對癌症病逝者中老年人遺族的心理調適的成效，作爲未來癌末病逝者中老年人遺族團體工作臨床運用的參考，故本研究的主要目的如下：

- 一、瞭解實驗組、對照組不同人口學變項（年齡、居住地、家庭型式、婚姻狀況、家庭社經地位）與健康信念、悲傷、焦慮程度的關係。
- 二、分別評估支持團體對癌症病逝者中老年人遺族悲傷焦慮程度、信念、社會心理之影響。
- 三、綜合評估瞭解實驗組與對照組悲傷、焦慮程度、信念、心理與調適之差異。

研究假設

- 一、癌症病逝者中老年人遺族依悲傷調適的需求不同、因人口學變項（年齡、社經地位等），對喪親中老年人「悲傷程度、健康信念、焦慮程度」有顯著的相關。
- 二、支持團體介入後，實驗組的喪親中老年人悲傷調適需求與悲傷程度、健康信念、焦慮程度上後測得分優於前測得分且達

統計顯著差異。

- 三、實驗組，癌症病逝者中老年人遺族的「悲傷程度、信念、焦慮程度」上的前測與對照組兩組相較之下，實驗組優於對照組，且達統計顯著差異。

名詞界定

支持團體

只由兩位醫療團體工作者與七位以上癌症病逝者中老年人遺族所組成的小團體，每週於固定時間、地點進行三小時、共六次的團體聚會，採封閉團體形式，即中途有成員退出則不遞補新的成員。聚會內容以結構式的支持團體方式，提供情緒抒發悲傷、焦慮程度、信念、社會心理調適。

社會心理調適

所謂社會心理調適是指個體評估社會心理的需求之後，爲了控制情境中的威脅、傷害或挑戰，而行爲或情緒上所採取的反應及努力，是個人與環境一連串互動的過程。

癌症病逝者中老年人遺族基本資料變項

本研究所指基本資料變項包括：實足年齡、目前婚姻狀況、居住地、社經地位、家庭形式。

焦慮程度

指研究對象所產生的焦慮情緒反應。本研究是以「焦慮量表」評估中老年人的焦慮程度，量表的分數愈高表示焦慮程度愈高。

悲傷程度

指研究對象所產生的悲傷情緒反應。本研究是以「悲傷量表」評估研究對象的悲傷程度，量表的分數愈高表示悲傷程度愈高。

對象與方法

對象

癌症病逝者中老年人遺族為本次的實驗組研究樣本。

研究架構

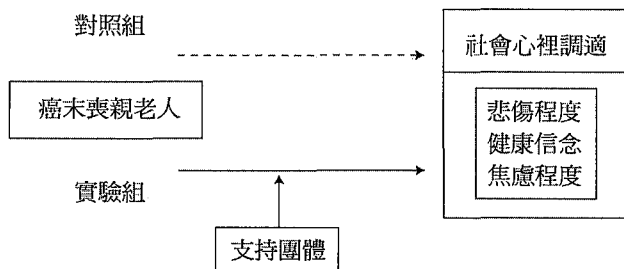
本研究依據研究目的並以支持團體介入，組成研究架構，作為本研究介入。探討為本次的研究樣本。參加喪親中老年人的「悲傷程度」、「健康信念」、「焦慮程度」的影響，所提出之研究架構如圖一。

研究設計

一、根據研究目的及參考國內外相關文獻，

採不等組準實驗設計。

- (一) 本研究將研究對象分為實驗組與對照組。以喪親中老年人，有參加支持團體的癌症病逝者中老年人遺族為實驗組的研究對象，其他未參與支持成長團體的則為對照組。
- (二) 團體衛教內容採結構性的單元設計，單元一：互相認識，單元二：瞭解憂傷，單元三：角色及社會活動的改變，單元四：對靈性照顧及生死觀的看法，單元五：壓力調適與支持系統，單元六：珍重再見與團體評估
- (三) 施測方面：支持團體結束後，以前、後測針對實驗組以知識、健康信念、及焦慮程度，進行測量。
- (四) 實驗組與對照組進行統計控制，實驗設計模式(表一)。



圖一 本研究架構

表一、實驗設計模式

時間	前測	實驗處理	後測
組別	支持成長團體之前		支持成長團體結束

(實線表示有參加支持成長團體處置；虛線表示沒有參加支持成長團體結束)

實驗組	O1	←————→ X ←————→	O3
對照組	O2	←-----→	O2

茲將上表中各代號之含義，說明如下：

O1：實驗組的前測

O2：對照組的前測

O3：實驗組的後測

X：實驗處理…「參加支持成長團體」之實施

二、將本研究的實驗處理變項及相關變項說明如下：

(一)自變項：本研究受試者是否接受「參加支持成長團體」，分為實驗組與對照組。

1. 實驗組：癌症病逝者中老年人遺族參加六週的「支持團體」。
2. 對照組：於實驗組實施支持團體間，不給予任何介入。

(二)依變項：本研究分成實驗組與對照組其中實驗組進行前測後測，並從本研究的依變項包括三部分。

1. 健康信念：指受試者在「健康信念量表」上的得分，從分數高、低中，表示中老年人感受到支持團體的影響。
2. 焦慮程度：指受試者在量表上的得分，包括不同關係向度的社會心理層面，如擔憂、焦慮等指標。分數愈

高，表示焦慮程度愈高。

3. 悲傷程度：指受試者在量表上的得分，包括不同關係向度的社會心理層面，如悲傷等指標。分數愈高，表示悲傷程度愈高。

(三)控制變項：實驗控制方面採用不等組前後測準實驗設計，因此可使得內在效度中的成熟、測驗、工具，研究對象選擇和威脅得以克服。

研究工具

本研究的研究工具，依研究架構中欲評估的變項擬定，以下分別說明擬定步驟，研究工具內容及臨床研究標準、方式。

初擬過程

依照支持團體活動中，具體目標已確定研究工具內容涵蓋範圍，並以訪談內容研擬成問卷評估表。

專家效度處理

問卷初稿擬定隨即進行專家效度處理。進行方式以親自送去及郵寄方式於九十二年三月初寄初稿一份「支持成長團體對喪親中老年人健康信念、悲傷焦慮程度之影響研究」研請三專科醫師、二位資深社工師、一位衛生教育學專家針對整個問卷內容的適切性，涵蓋面提出看法及改進意見。

所有審查表於三月底收回，50%以上的專家認為不適切的題目則予以刪除，建議修改題目斟酌情形適當潤飾以確定問卷內容。並就定稿問卷於進行預試，以了解施測時間、長度、語詞有無合乎喪偶中老年人的領悟能力及作信度、難度、鑑別分析。

研究工具內容

癌症病逝者中老年人遺囑悲傷調適篩檢結構問卷信度

本研究的研究工具，依研究架構中欲評估的變擬定。研究之問卷根據文獻使用具良好信度與效度問卷（表二）。問卷包括「中老年人基本資料」、「悲傷程度」、「健康信念」、「焦慮量表」等四部分加以整合擬定而成，平均填寫時間30分，問卷內容如下：

以下分別說明擬定步驟，研究工具內容及臨床研究標準、方式。

基本資料

內容包括姓名、編號、研究對象性別、

病歷號、目前居住地、疾病史、家庭型式。小孩總數（男、女分別實足年齡）、婚姻狀態、學歷、癌症病逝者中老年人遺族疾病史、及癌症追蹤檢查意願。

基本資料經過譯碼、鍵入並以SPSS windows 10.0軟體處理資料。依研究目的、假設、架構，採用描述統計方法：描述自變項與依變項之分佈情形，以次數分佈 (frequency distribution)、百分率或平均數，標準差敘述，了解各選項之分佈情形。

焦慮量表

共分為兩大部分

(一) 焦慮量表一：包括癌症病逝者中老年人遺族參加過支持團體後的感受，也就是此時此刻感受予以填答。

(二) 焦慮量表二：則以根據癌症病逝者中老年人遺族平時的感受作答，也就是使研究對象選出最能說明平時感受的答案。

本研究評量焦慮程度，採用美國心理學者Spielberger, Gorsuch, & Lushene三位教授共同編訂「情境與特質焦慮量表」(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)，此量表包含「情境焦慮量表」與「特質焦慮量表」二種。情境焦慮量表是測量個人在某些特殊壓力情境下的焦慮程度；特質焦慮量表則是測量個人一般的焦慮傾向。每種量表各列出20項內心感覺的情境，病人依「一點也不」、「有一

點」、「有些」、「非常」四個等級，來填答其心理感受的程度。每種量表最低為20分，滿分為80分，分數愈高表示焦慮程度愈高。

依其多年來研究焦慮成因所發展出來的，他們認為情境焦慮，是個人在面對一特殊狀況時，所產生的焦慮狀態，對個人而言屬較短暫的，當他覺察出壓力消失後則焦慮會減低。其大小受當時個人對外界壓力情境主觀解釋影響，也受其過去經驗事件影響。而特質焦慮則較多傾向於個人自小學習而來的一種行為反應，歷久而內化為其個人格特質之一。是故用此量表來明瞭喪親中老年人其平日在焦慮反應特質為何，同時也再了解焦慮狀況為何。

史氏量表在過去10年於國外2,000篇研究發表，在我國則民國73年由鐘思嘉、龍常風翻譯介紹於國內。根據研究，其信度包括再

測量信度0.737及Cronbachs及0.898效度，包括同時效標效度及建構效度，同時效標。效度為本量表與個人事實調查表中測試焦慮、對成就的要求，一般焦慮、缺乏保護感、防衛性，及敵意等六項。其相關係數，在六項中有五項達顯著性相關 ($P < 0.01$)。

悲傷量表，共十八題。

健康信念量表

癌症病逝者中老年人遺族選出個人有關疾病追蹤檢查信念的敘述，自覺罹患性方面(3、6、16、23)自覺障礙性方面(1、2、7、11、22、25、26)題，自覺利益性方面(8、9、12、13、14、15、18、19、21)題，自覺嚴重性方面(4、5、10、17、20、24)題，共計二十六題。

支持團體發展步驟

由於研究介入對象為癌症病逝者中老年

表二 各量表信度

量表名稱	題數		信度Cronbach α
健康信念	26	嚴重信念	0.78
		罹患信念	0.70
		利益信念	0.86
		障礙信念	0.71
整體信念			0.77
悲傷量表	13		0.85
焦慮量表 (一)	20		0.82
焦慮量表 (二)	20		0.84

人遺族，因此研究目的是藉由支持團體內容及教材設計更適合需求，故將依據訪談資料及專家意見，最後完成修改內容及團體活動設計，以利正式進行介入研究發展步驟。

團體活動

癌症病逝者中老年人遺族需求分析於91年8月至91年10月，經需求的探討。會中作者說明本研究的目的、及主要目標，進而請相關參與人員提供他們的經驗，作為本研究設計之參考。

研究對象

依照支持團體活動內容，並進行需求調查，以訪談外並參考國內外收集之相關文獻資料，設定有關內容，並根據具體目標編製教材。俾能符臨床追蹤治療之需求。

方法

深入訪談

參加癌症病逝者中老年人遺族，喪親心情中悲傷程度、健康信念認知、和焦慮程度的研究，應從重視這些癌症病逝者中老年人喪親焦慮程度與情緒反應中探討。癌症病逝者中老年人遺族內心的焦慮呈現主觀詮釋和內在經驗的歷程需求性，是量化研究中，以科學數據，因果邏輯所無法呈現的。

本研究以深度訪談方法，研擬問卷評估參考。從其不同的疾病追蹤階段裡，瞭解癌症病逝者中老年人喪親的焦慮需求。尤其當面

臨中老年人疾病有問題時，內心需求歷程應如何面對的問題等。

並將研究結果提供給臨床醫護人員及學者專家參考。採用深度訪談法，台灣目前僅止於起步的階段，臨床醫療人員，僅有模糊的觀點，缺乏對此類等案主具真實經歷的瞭解。本研究，僅以癌症病逝者中老年人喪親為主要訪談對象。嘗試以深度訪談的方式，獲得內在、真實、豐富，具有深度的資料^[9, 14]。

民族誌訪談

民族誌訪談是指一種特別的語言表達事件，亦即為「語言表達事件」(speech event)。因此民族誌訪談的進行需要將目的敘述說清楚提供民族誌的相關說明，並且對受訪者提出民族誌的問題過程分述如下：

為了使參與研究癌症病逝者中老年人喪親者了解，使用下面的方式來說明，並對他們澄清我為了研究目的：首先，我對癌症病逝者中老年人喪親者說明研究目的使他們有更清楚的了解，並引導他們表達出對親人死亡的焦慮需求，使之更容易進入訪談的情境中，同時藉由這樣的歷程來增加自己在對話內容方面的掌握。而對每一次不同訪談內容的改變，我將再一次說明研究主題、目的，並解釋該次訪談內容與主要目的關聯性。

教學模式及內容

支持成長團體：本教學模式設計以個別

方式為主，由研究者針對癌病逝者中老年人遺族讓他們瞭解生死。主要目標為：協助癌病逝者中老年人遺族者認識憂傷本質，減少對癌症死亡的恐懼及焦慮，提高其正確接受癌症追蹤檢查的態度，方法主要包括二部份。

給癌症病逝者中老年人遺族從喪親中認識身心靈照顧模式及意義，參加追蹤檢查正確觀念與教導、對生死觀觀念，並給予正確指導，並且提供應該注意事項。建立癌症病逝者中老年人遺族有良好的溝通與互動：瞭解癌症病逝者中老年人遺族，經歷喪親過程中最擔心原因及焦慮的來源。支持團體教導癌末病逝遺族從疾病史中，認識如何預防保健個人身心靈的健康、和瞭解參加追蹤檢查困難，從中了解其焦慮、悲傷的原因。

資料收集

收集國內外有關文獻，並廣為習各種技巧、策略、作為研究設計、問卷擬定、編擬、進行及支持成長團體後增強的參考。此資料收集過程，整體研究中都持續進行。

問卷施測

實驗組與對照組在支持團體實施前、實施後予以後測，皆以「焦慮及悲傷量表」等工具進行測量，研究對象於施測時間與內容(表三)。

表三 研究對象施測時間與內容

時間	支持成長團體	
	實施前	結束後
基本資料	△	
悲傷量表	△	△
健康信念	△	△
焦慮量表	△	△

實驗組在每次支持成長團體實施後，皆安撫癌末喪親中老人情緒並表示回答疑問

資料分析

本研究的資料處理主要有：研究對象基本資料、「焦慮量表」。採用進行兩組間的差異考驗。資料表部分以Excel建檔，運用統計軟體SPSS 10.0作兩組的比較，以分析團體之成效影響，統計分析如下：

社會人口學變項

基本資料，如年齡、疾病史、家庭型式、家庭社經地位、婚姻狀況、相關檢定分析、 χ^2 檢定、進行次數分配及百分比分析。

變量統計分析

以焦慮量表，考量受試者在實驗組和對照組在焦慮量表之前測分數，是否有達到顯著差異，以探討其影響及成效的維持情形。

結果與討論

研究對象社會人口學特徵

本研究實際收得有效問卷30份。其中研究樣本特徵(表四)，可看出實驗組與對照

喪親悲傷調適

組除婚姻及學歷有顯著差異外，其餘均無顯著差異。表顯示30位中老年人最小50歲，最大85歲。老人有19人，佔樣本數25.7%，家庭型式以小家庭居多，有25人佔83.3%。小孩人數方面，以三人以上較多，有15人佔

50.0%，家中曾有人罹患重症疾病家族史，只有19位佔（63.3%）。其次，在婚姻中已婚較多，有17人（56.7%），離婚喪偶未婚13人（43.3%）；學歷方面，高中有10人（47.8%），大專有12人（23.0%）；，顯示高

表四 研究對象人口學特徵分佈情形

變數名稱	類別	全體 (%) N=30	實驗組 (%) N=7	對照組 (%) N=23	p值
年齡	50~59歲	11(36.7)	2 (28.6)	8 (34.8)	0.712
	≥60歲	19(25.7)	5(71.4)	15 (65.2)	
家庭型式	大家庭	1(3.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	0.51
	小家庭	25 (83.3)	4 (57.1)	21 (91.3)	
	折衷家庭	4 (13.4)	2(28.6)	2 (8.7)	
孩子人數	0	5 (16.7)	2(53.6)	3 (13.0)	0.381
	1人	4 (13.3)	0 (0.0)	4 (17.4)	
	2人	6(20.0)	2(28.6)	4(17.4)	
	3人以上	15 (50.0)	3(17.8)	12 (52.2)	
家中曾有人生重病病史	有	19(63.3)	7(100)	12 (52.2)	0.86
	無	11 (36.7)	0 (0.0)	11(47.8)	
性別	男	6 (20.0)	2 (28.6)	4 (17.4)	0.433
	女	24 (80.0)	5 (71.4)	19(82.6)	
婚姻	已婚	17 (56.7)	1 (14.3)	16(69.6)	0.02*
	未婚	3 (3.3)	6 (85.7)	3 (13.0)	
	離婚喪偶	10 (40.0)		4 (17.4)	
學歷	I高中以下	7 (29.2)	3(19.6)	4(17.4)	0.045*
	II高中	10 (47.8)	3 (50.0)	7 (30.4)	
	III大專	12 (23.0)	1 (30.4)	11 (47.8)	
	IV研究所	1 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.4)	
目前居住地	台北市	16(53.3)	7(41.1)	9(39.1)	0.70
	台北縣	10 (33.3)	0(0.0)	10 (43.5)	
	外縣市	4 (13.4)	0 (0.0)	4 (17.4)	

註：當表格內期望個數小於5，改以Fisher精確檢定進行分析。

中及大專居多；研究對象中，以台北縣居多數，有61人（54.0%），其次為台北市43人（38.1%），其他為外縣市。

社會人口學變項與介入前之知識、健康信念及焦慮之關係

結果顯示（表五）社會人口學變項包括研究對象之年齡、家庭型態、施測時間、婚姻、小孩總數、生男女人數、三個月內參加疾病追蹤檢查及意願原因、目前遺族和誰同住與介入前之「悲傷程度、健康信念及焦慮程度」之相關，其中「測量時間、遺族與誰同住、小孩總數、三月內參加疾病追蹤檢查及意願原因」與「自覺利益信念」達到正相關；其兒子數目與「自覺障礙信念」、達正相關 ($p<0.05$)；時間、與往生者關係、婚姻、往生年限與「自覺嚴重性信念」達到顯著正相關；相同地研究對象年齡、與往生者關係、時間、婚姻、往生年、三月內參加疾病追蹤檢查及意願原因、皆與「焦慮」成顯著正相關 ($p<0.05$)；另家庭型態、與往生者關係、婚姻、往生年限皆與「悲傷程度」則有顯著正相關 ($p<0.05$)。

整體而言顯示，以癌症病逝者中老年人遺族會因不同社會人口學背景影響情緒包括焦慮與悲傷程度，對於中老年人會因家中與誰同住及小孩的多寡影響健康信念，相同地也會決定個人是否願意參加追蹤檢查。推

論，生長在傳統家庭的中老年人都是一種壓力，尤其是疾病追蹤檢查都會因家庭傳統的包袱不同所產的壓力也有所不同，而過程中是一種刺激、焦慮源。

支持團體介入對悲傷、健康信念及焦慮的影響

「支持團體介入」對前後測「焦慮程度、悲傷程度、健康信念」影響效果，由（表六）中可知，癌症病逝者中老年人遺族因實施支持團體，悲傷及焦慮程度後測得分優於前測，進一步以統計考驗分析，結果顯示研究對象悲傷程度方面顯著優於無實施支持團體 ($p<0.01$)。證明支持團體介入對癌症病逝者中老年人遺族有進步之效果。

首先，根據健康信念模式這四個主要成份，對於支持團體介入癌症病逝者中老年人遺族行為影響分析結果（表六），發現癌末遺族喪親之中老年人的「自覺嚴重性認知、自覺參加疾病追蹤檢查利益性」，會因有、無參加支持團體，癌症病逝者中老年人遺族之不同而有顯著差異。研究中顯示實施支持團體介入會影響研究對象「自覺嚴重性認知、自覺參加疾病追蹤檢查利益性認知」，可見實施支持團體皆能隨時間內改變研究對象之健康信念。

由（表七）實驗組與對照組兩組相較下顯示，老年人焦慮程度、悲傷程度經統計分

喪親悲傷調適

表五 研究對象「社會人口學特徵、參加疾病追蹤檢查意願」與「悲傷、健康信念、焦慮」之相關(N=30)

變項名稱	悲傷情形	罹患信念	嚴重性信念	利益信念	障礙信念	焦慮情形
年齡	0.233	0.122	0.163	0.251	0.315	0.391*
家庭型態	0.426*	0.10	0.187	0.122	0.110	0.157
居住地	-0.339	-0.003	-0.219	0.133	-0.078	-0.120
時間	0.032	0.275	0.596**	0.7**	0.221	0.483**
往生者關係	0.508**	0.095	0.492**	0.182	0.243	0.685**
目前與誰同住者	-0.254	0.015	-0.276	0.406*	-0.176	0.185
婚姻	0.551**	0.240	0.385*	0.101	0.269	0.6128**
罹病致死j;往生前	0.648**	0.087	0.527**	0.184	0.290	0.749**
生男孩數	0.324	0.105	-0.03	0.074	0.367*	0.155
生女孩數	0.129	0.129	0.039	0.303	0.028	0.225
小孩總數	0.270	0.151	0.116	0.378*	0.028	0.225
疾病追蹤檢查意願						
1.家人是否院參加追蹤檢查	0.006	0.20	0.200	0.270	-0.102	-0.002
2.三個月內是否願意追蹤檢查	0.232	0.129	0.211	0.530**	0.081	0.395**
3.檢查原因	0.108	0.083	0.159	0.311	-0.032	0.4**
4.目前為止是否願意	0.274	0.2	0.2	0.416*	-0.232	0.48**

*P<0.05 **P<0.01

表六 實驗組之「焦慮程度、悲傷程度、健康信念」之前後測比較以Wilcoxon檢定考驗

N=7	變項	前測		後測		p
		平均值 (Mean)	標準值 (SD)	平均值 (Mean)	標準值 (SD)	
實驗組	焦慮	48.14	± 6.54	47.71	± 6.34	0.18
	悲傷	79.86	± 6.63	77.86	± 6.64	0.018**
健康信念	利益性	35.14	± 1.68	42.14	± 4.56	0.026*
	障礙性	22.43	± 1.99	22.57	± 2.44	1.00
	罹患性	11.57	± 2.57	12.86	± 1.77	0.343
	嚴重性	24	± 2.38	26.43	± 0.98	0.026*

*P<0.05 **P<0.01

表七 實驗組與對照組之「焦慮程度、悲傷程度、健康信念」之前後測以Mann-Whitney檢定考驗比較

變項	實驗組N=7	對照組N=23	p值
	等級平均數	等級平均數	
焦慮	26.43	12.17	0.00**
悲傷	25.29	12.52	0.001**
健康信念	利益性	17.79	0.426
	障礙性	19.21	0.197
	罹患性	16.5	0.727
	嚴重性	24.43	12.78

*P<0.05 **P<0.01

析檢定發現實驗組顯著優於無實施支持團體之對照組(p<0.01)。其中健康信念方面「自覺嚴重性認知」，兩組相較下達統計顯著差異。因此，推論喪親遺族之中老年人從參加支持團體上，獲得對癌症疾病的認識，以及對於癌症疾病嚴重性認知上較無參加支持團體強，也意謂研究對象獲知癌症需追蹤檢查的重要性，可以預防疾病發生率，相信九成以上研究對象都會改變對疾病的信念認知。

結論與討論

結論

整體而言，社會人口學變項包括研究對象之「年齡、家庭型態、居住地、婚姻、小孩總數及生男女人數」與介入前之「悲傷、健康信念及焦慮程度」之相關，其中「時間、與誰同住、小孩總數、三個月內參加疾病追蹤檢查及意願原因、自覺利益信念」有

相關，另外兒子數目與「自覺障礙信念」達正相關，時間、與往生者關係、婚姻、家屬往生年限與「自覺嚴重性信念」達到相關；相同地研究對象年齡、與往生者關係、時間、婚姻、往生年、三個月內參加疾病追蹤檢查及意願原因、皆與焦慮成顯著相關；另家庭型式、與往生者關係、婚姻、罹病致死年皆與中老年人悲傷成顯著正相關。

實驗組在支持團體實施後，其後測時之「健康信念、焦慮悲傷程度」得分顯著優於前測，並且相較上達到統計顯著水準。但兩組在「悲傷程度、健康信念、焦慮程度」，經相較下只有「嚴重性認知與焦慮悲傷程度」達統計分析顯著水準，其他方面並無差異。

建議

癌末喪親遺族中老年應加入心理層面議題，如提供更多諮詢管道，醫療人員以支持瞭解中老年以同理心協助瞭解，具有更多成

長團體以減緩不必要焦慮。其次，許多配偶及家屬反應有興趣瞭解相關課程可以鼓勵配偶和家屬一起參加。

增加並實施有家屬與病人能夠一起參加，有關癌症末期相關主題的支持團體課程，本研究所實施六週成長計劃模式，研究中顯示有很好的果效。建議增加實施對象及範圍。

研究限制

由於作者時間、能力、經濟等客觀條件有限，本研究有以下幾項限制：

- 一、研究之樣本以癌症病逝者中老年人遺族願意參加支持團體為對象，因此樣本所限所得結果之推論有限，僅能做該院之參考。
- 二、本研究所測得中老年人自己經驗作答。是否會受到社會對其角色的期望所影響，導致中老人所做的反應是社會所能接受的答案，而非其真實的情況，這是此研究無法測得的。
- 三、本研究因對象係五十歲以上，可能會經由選擇的偏差(selection bias)造成推論的偏差。
- 四、由於涉及研究對象個人隱私，參與者是否能完全的自我坦露，除了視研究者的引導能力外，主要也受限於當事人之特質與防衛度而定，這些因素可能影響資

料之效度。

- 五、本實驗研究為期六週共六次，每次三小時，針對參加支持團體介入前後，分別實施實驗組的前測及後測，無法將癌症病逝者中老年人遺族態度的改變結果類推至更長期的影響。
- 六、本研究之時間人力有限，因此所實施之支持團體對象有限可能無法類推其他不同等級醫院。

參考文獻

1. 丁慧曾、胡慧林、李淑瓊等 (1991)。心導管檢查錄影帶教學前後患者認知及焦慮程度之探討。榮總護理，8(2)，179-85。
2. 何志培 (1999)。談焦慮，諮商與輔導，168，47-48。
3. 許韶玲 (2000)。焦慮病患的認知治療。學生輔導，67，68-77。
4. 李雅玲、陳月枝 (1992)。癌症死亡兒童的母親其哀傷反應疾調適行為之研究。護理新象2(7)，405-27。
5. 陳芳儀 (2000)。一位孕婦面臨先生到院前死亡之護理經驗。長庚護理12 (4)，327-33。
6. 張玉珍、朱翠萍 (1999)。一位失去早產兒父親其角色及哀傷反應。長庚護理10 (1)，51-55。

7. 黃惠函 (1992)。青年學生對父母過世的悲傷反應、調適行為與家庭關係之研究。未發表的碩士論文，國立彰化師範大學：彰化。
8. 黃玉如 (2001)。兒童因應失落與悲傷之研究：羅東國小摘自<http://www.lotes.ilc.edu.tw/teacherworks/>。
9. 周玲玲 (2001)。癌症病逝者其中年配偶悲傷是應之研究。東海大學社會工作學系博士論文。
10. 黃美智、黃朝慶、張瑛昭、蔡景仁 (1997)。比較衛教單張與配合電話諮詢對改變熱瘧患兒父母認知及態度的成效。慈濟醫學，9，139-48。
11. 楊金寶、鍾寶玲、何素瑩 (1996)。高血壓患者對高血壓知識、態度及行為之研究。榮總護理，3(2)，110-18。
12. 蔡慈儀 (1990)。健康信念模式與乳癌篩檢行為。長庚護理，6(1)，15-20。
13. 鐘思嘉、龍長風 (1984)。修定情境與特質焦慮量表之研究。中國測驗學會測驗年刊，31，27-36。
14. 閻嘉娜、姜逸群、許權振、謝武勳 (2004)。衛生教育指導對未通過首次聽力篩健之新生兒產婦的焦慮程度、知識、信念之影響研究。衛生教育學報，21，51-74。
15. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
16. Beck & Weishaar, M. E. (1989). *Cognitive therapy*. In R. J. Corsini & D. wedding, *Current psychotherapies*. Illinois: F. E. Peacock.
17. Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Sick Role Behavior*. *Health duca-tion Monographs*, 2(4), 409-19.
18. Beckerman, A., Grossman, D., & Strang, V. (1992). *Effectiveness of a Preoperative Teaching Program for Cataract Patients*. *Journal of Advanced Nursing*. 17: 303-9.
19. Blazer, D., Hughes, D., & Geroge, L. K. (1987). *Stress Life Events and the Onset of Ageneralized Anxiety Syndrome*. *American Journal Psychiatry*, 144(9), 1178-83.
20. Bruna, S., Wei, Y., Lin, H., & Wang, S. (2000). *Establishing a universal newborn hearing-screening program in Taiwan*. Paper presented at the 19th International Congress on Education of the Deaf and 7th Asia-Pacific Congress on Deafness., 9-13。

21. Clemens CJ, Davis SA, Bailey AR. (2000):
The false-positive in universal newborn
screening. *Pediatrics*; 106(1): E7.
22. Davis, T. M. A., Maguire, T. O.,
Haraphongse, M. & Schaumberger, M. R.
(1994). Preparing Adult Patients for Cardiac
Catheterization: Informational Treatment and
Coping Style Interactions. *Heart & Lung*.
23(2). 130-39
23. Freeman, A. & Simon, K. M. (1989).
Cognitive Therapy of Anxiety. In A.
Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler & H.
Arkowitz. *Comprehensive Handbook of
Cognitive Therapy*. New York: Plenum.
24. Graham, L. E. & Conley, E. M. (1971).
Evaluation of Anxiety and Fear in Adult
Surgical Patients. *Nursing Research*. 20(2).
113-22.
25. Herrmann, K. S., & Kreuzer, H. (1989). A
Randomized Prospective Study on Anxiety
Reduction by Preparation Disclosure with
and without Video Film Show about a
Planned Heart Catheterization. *European
Heart Journal*. 10. 753-57.
26. Evenberg S. (1999): Automated auditory
brainstem response testing for universal new-
born hearing screening. *Otolaryngology
Clinics of North America*; 32(6): 999-1007.

The Study on Support Group to Grief, Belief and Adjustment in Caregivers after Death of Terminal Cancer Patients

Chia-Na Min Ling-Ling Chou¹ Tai-Yuan Chiu² Ching-Yu Chen²
Chien-An Yao² Jaw-shiun Tsai² YA-Feng Yu¹ Hwa-Ming Nieh³ Wen-Yu Hu⁴

ABSTRACT

This study is to discuss the influence of the support group on the grief, anxiety, belief, social psychology, and adjustment strategies of the 30 elders (over 50 years old), whose relative died at the final stage of cancer. Thirty participats, based on joining in the support group or not, are divided to the experiemental group and the controlled group. The exclusive results are listed as the following :1. Before the involvement of support group, the social population facts of 'Age, Family Type, Residence, Marriage, Numbers of Male and/or Female Children' are related to 'Health Belief and Degree of Anxiety and Grief.' Among these items, 'Time,' 'Members who Live Together,' 'Numbers of Children,' and 'Reason/Willingness to Join in the Following Disease Test within Three Months' are related to 'The Perceived Benefits of Action.' Furthermore, 'Numbers of Male Childern' is related to 'The Perceived Barriers of Action.' 'Time of the Test,' 'Relationship with the Deseased,' 'Marriage,' 'The Year when the Loved One Passed Away,' and 'Reason/Willingness to Join in the Following Disease Test within Three Months' are significantly related to 'Anxiety.' In the end, 'Family Type,' 'Relationship with the Deseased,' 'Marriage,' and 'The Year when the Loved One Passed Away' are all positively related to 'Grief of the Elders whose Relative Died at the Final Stage of Cancer.' 2. With the interviewing of the support group, the experiemental group obtains a higher score in the post-test than in the pre-test for 'Health Belief, and Degree of Anxiety and Grief,' and the performance reaches a significant difference. Based on 'Degree of Grief, Health Belief, and Degree of Anxiety,' the experiemental group and the controlled group show only the significant level in Statistics after the comparison in 'Awareness of Severity, Degree of Anxiety and Grief.' There is no difference in other aspects of these two groups.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2004 ; 9 ; 4 : 336-352)

關鍵詞：認知 利益 障礙 罹患性 嚴重性

Department of Associate Professor National Taiwan University Hospital , No.7, Chung-Shang s. Rd., Taipei , Taiwan 100 Republic Of China