

專題

健康心理學

吳英璋 · 陳慶餘 · 呂碧鴻 · 翁嘉英 · 陳秀蓉 主編

健康心理學大致上是在 1980 年左右開始進入系統性的發展，相關的研究、實務工作的發展、以及制度的建立即一步步地被報告出來。這項發展，在美國已經相當成熟，在世界各先進國家亦已趨向完備，但在台灣則仍非常有限。此次在《應用心理研究》編委會召集人劉兆明教授的支持下，結合這個領域的有限研究，出版這個專題，意義重大。因此，以下即簡單介紹一下健康心理學的發展，其臨床實務研究上的可能課題，以及本次輯錄的研究論文。

Lipowski 曾指出，身心醫學是在心理發生假說 (psychogenesis) 與整體論 (holism) 這兩種概念及其相關性的研究資料建立起來的。Wolff 於 1952 年的力作《壓力與疾病 (Stress and Disease)》正式宣佈了一個新的醫學領域。他的貢獻是多方面的。他在研究主題上跨越了過去只對某些身心反應 (psycho-somatic reactions) (如消化性潰瘍) 作研究的限制而對更多的臨床病 (如循環系統的疾病) 作探討。其後 Engel 提出的「生物心理社會模式 (biopsychosocial)」，以及由之衍生出來的各種壓力模式 (stress models) 則更清楚地強調身心的整體性概念。目前這方面的研究較強調基本病理研究，如疾病發生 (pathogenesis) 途徑的探討，而與神經生理學 (neurophysiology)，神經內分泌學 (neuroendocrine) 以及免疫學 (immunology) 等的發展密切的關連。

身心醫學的發展是直接促成行為醫學形成的重要因素之一。身心醫學的基礎研究成為行為醫學發展的根 (root)，又配合了實驗取向的行為學 (主要是 Skinner 及其同事們的貢獻)，以及流行病學研究結果指向個人行為相對於健康的重要性，使得行為醫學急速地成長。



約在 1970 年之後，另外有三方面的發展促成了行為科學與生物醫學的整合。第一、原本即成功地運用精神疾病的治療與復健的許多行為改變程序與技術，開始被運用於醫學領域，如肥胖症（obesity）與煙癮（cigarette addiction）的處理，且獲得相當具體的效果；第二、生理回饋（biofeedback）的研究與運用，使得個人主動控制或改變其生理狀況成為可能，而在臨床疾病的處理上，更獲得明顯的效果；第三、慢性疾病（如癌症、循環系疾病）成為醫學的研究與處理重點，往往對其健康的維持有決定性的影響。這項努力更促成預防醫學（preventive medicine）重視個人健康行為（health behavior）的培養。

身心醫學的發展促成了行為醫學的蓬勃發展，也同時促成了將各類行為科學（心理學之外，主要有社會學、人類學、流行病學）知識運用於健康的促進與維護，或疾病的預防與診治之嘗試。其中，將心理學各領域（臨床心理學、實驗心理學、發展心理學、生理心理學、社會心理學、人格心理學等）知識運用於健康與疾病範疇的整合性結果，稱為健康心理學（Health Psychology）。

美國心理學會的健康心理學部門將健康心理學作了如下的定義：「健康心理學是心理學領域對促進與維護健康、預防與診治疾病、發現並瞭解與健康或疾病的相關因素、以及分析並改善健康照顧體系或政策的教育性的、科學性的、專業性的貢獻。」根據這項定義，可以知道健康心理學應有以下的屬性：第一、健康心理學主要是心理學者對健康的特殊性服務；第二、健康一詞涵蓋的範圍相當廣泛，可以指稱健康與疾病的向度，也可以指稱個別的疾病與籠統的健康狀態；第三、健康心理學不只是強調研究與病理的發展與建立，同時亦強調臨床上的應用、預防性措施的應用、以及建立服務系統的應用；第四、健康心理學者的關心包括屬於個人層次的健康或疾病，也包括屬於團體或社會系統的健康或偏差。

健康心理學中所發展的壓力模式是生物社會心理模式的衍生，根據壓力模式為基礎的臨床健康心理學研究主題，大致上可以歸納成以附表說明之三大項：分別為臨床常見慢性病之生理—心理—社會取向研究、醫生與病人關係之研究、病患之生活品質研究。

本次發表的論文大致上亦可分成三類：第一類是個人對生病的反應。陳秀蓉與呂碧鴻兩位的切入點是「患者注意症狀的型態」，他們以高血壓患者為對象，檢視「注意症狀型態」與「生病行為」間的關係。翁嘉英的切入點是個人「自我效能、自尊的變化」，以洗腎病患為對象，研討這項心理反應與疾病的關係。蕭芝殷作了近年來有關「症狀知覺」與「疾病基模」的文獻回顧與整理，有系統地說明這兩個心理變項，並提出疾病基模對疾病覺知的影響可能性。林耀盛與吳英璋則從「控制」概念入手，探討「疾病控制信念」、「相對覺知控制程度」，及「控制信念」三者與慢性病患之生活適應的關連性；第二類的研究是以壓力模式為基礎的，是對某種疾病狀態的現象描述。陳慶餘、翁嘉英、陳晶瑩的論文描述的是緊張型頭痛，洪福建等人的論文則是癌末病患的描述；第三類研究是鄭逸如，吳英璋、呂碧鴻以壓力模式為基礎的壓力衡鑑與壓力諮詢效果的過程與效果的報告。

若將這七篇研究對回附表的分類，可以看出這七篇以臨床實務為主要的研究，仍只是整個研究架構的一小部份而已，尚有許多研究領域尚待開發。期盼經由本次專題的拋磚，可以引出更多相關的研究發表出來。(撰稿人：吳英璋，台灣大學心理系教授及本刊編輯委員)。

附表 臨床健康心理學的基礎研究主題

<p>一、 臨床常見慢性 病之生理— 心理— 社會取向 研究</p>	<p>1. 依據壓力模式，形成三階段研究 1st：「xx 病」為依變項之病因研究。 2nd：「xx 病」或「xx 病之治療」為獨立變項（為一生活事件）之立即性與長期性身心影響研究。 3rd：「xx 病」之預後（prognosis）研究</p> <p>2. 慢性病之選取： 系統一：依症候群選取 系統二：依症狀選取 系統三：未分化之疾病</p> <p>3. 身心衡鑑與身心諮商介入之研究 (a) 衡鑑工具建立與身心諮商模式之建立 (b) 病人對身心衡鑑與身心諮商的認知與接受性 (c) 研究效果</p> <p>4. 心理—社會問題的診斷分類研究</p> <p>5. 每一項疾病的研究，均再分成以下三期： (a) 臨床前期：尚未進入臨床治療。 (b) 臨床期：進入臨床治療。 (c) 臨床後期：臨床治療之後。</p>
<p>二、 醫生與病人 關係之研究</p>	<p>1. 病者對身心不舒服（或痛楚）的覺知型式與報告型式。</p> <p>2. 病者與醫生的「病」的溝通。 (a) 病患的「病」的認知結構及其溝通型式。 (b) 醫生的「病患之病的訊息」之接收，「病」的認知結構及其溝通模式。 (c) 醫生的「病的處理」之溝通。 (d) 病患的「病的處理訊息」之接收。 (e) 病患的「醫囑遵從（compliance）」。</p> <p>3. 病者與醫生的「關係建立」。</p> <p>4. 病者與醫生的「滿意度」。</p> <p>5. 醫生的社會角色期望與醫病衝突。</p>
<p>三、 病患之生活 品質研究</p>	<p>1. 依年齡分 (a) 學前兒童的生活品質。 (b) 兒童的生活品質。 (c) 少年的生活品質。 (d) 青年的生活品質。 (e) 中、壯年的生活品質。 (f) 老年的生活品質。</p> <p>2. 依疾病分 (a) 慢性病。 (b) 非慢性病。</p> <p>3. 健康信念、健康行為與健康之促進。</p>

