

生物心理社會取向之壓力衡鑑與 壓力調適之效果評估

鄭逸如

吳英璋

呂碧鴻

台大醫院家庭醫學部

台灣大學心理系

台大醫學院家庭醫學科

近年來，由於疾病型態的轉變，醫療服務的重點已由急性疾病轉為慢性疾病，而有關病因的了解亦已擴及生活壓力引起之心理社會問題，因此，傳統偏向生物醫學層面之病因模式與照顧方式已有所不足，取而代之的是兼顧個人身體狀況、自我功能、社會支持及生活壓力的生物心理社會模式。相對於醫學的改革，心理學也有相應的省思，在衡鑑與治療上逐漸看重生物心理社會的整體性考量。在台灣，臨床上以生物心理社會模式為中心理念的代表性領域有健康心理學及家庭醫學，這兩個領域自 1987 年即在台北某醫學中心家庭醫學科有實務上的合作，對患者提供身心壓力衡鑑與壓力調適之服務。

身心壓力衡鑑與調適不同於傳統在精神科的心理衡鑑與心理治療，它是根據壓力模式發展出的一套本土化專業。在累積多年的臨床經驗及成效後，藉由研究證實其效果，並探索可能的機轉，是勢在必行的工作，也是本研究的目的。

本研究的主要發現是，身心壓力衡鑑與調適對心理社會問題的患者確實具有療效，可緩解其心身症狀、情緒困擾，並改善控制信念及自我效能。研究結果也顯示患者對其心身困擾似乎自有一套解釋模式，他們會尋求何種處理，是否接受某種治療，都與此有關，醫療應當包含這部份的溝通與處理，才能更完整、有效。

關鍵詞：壓力衡鑑與壓力調適、壓力模式

疾病型態與醫療取向

近年來，由於疾病型態的轉變，醫療服務的重點已由急性疾病轉為慢性

疾病，而有關病因的了解亦已擴及生活壓力引起之心理社會問題，因此，傳統偏向生物醫學層面之病因模式與照顧方式已有所不足，取而代之的是兼顧個人身體狀況、自我功能、社會支持及生活壓力的「生物心理社會」模式（Engel, 1977；Engel, 1983；Taylor, 1991）。

人的生命現象是時時刻刻在變動的生命歷程，「病」可以說是一種異常的、也是時時刻刻在變動的生命現象。對於「病」的研究，就是病理學（pathology），它大致上包括三類主題的研究。（1）身體或器質上（organic）有那個部位發生何種變化，造成了臨床上所觀察到的外顯症狀，這是病理解剖的探討；（2）生病的原因為何，亦即病因的探討；（3）該「病因」如何作用於個體，引起了解剖學上的變化，亦即病理發生歷程（pathogenesis）的研究（葉曙，1973）。有解剖學上的變化的疾病，通常稱為器質性疾病（organic disease）；只有症狀，而無一定解剖學上之變化的疾病，通常稱為功能性疾病（functional disease）。功能性疾病有可能在病理學的後續研究中，會發現其解剖學上的清楚變化，而被重新定位在器質性疾病的領域裡。解剖學上是否有變化，終究是個比較容易客觀判定的現象，但病因的確定與病理發生歷程的了解，可能就沒有那麼容易。

當我們從「病理解剖」、「病因」以及「病理發生」三個角度來探討疾病，更可瞭解健康與疾病之間並不是一個可以清楚劃分的界限。個人的生活中，牽涉到各種文化、社會、心理及環境的連續不斷的互相影響，「活」出來的是一種時時刻刻均在變動的生活歷程。若對照著關於健康定義的討論，亦可以更進一步瞭解「健康的評估會因為環境要求之不同而有異，也會因個人扮演之角色不同而有不一樣的標準」。表面上沒有病兆的狀態可以是一個最低限的、消極的健康指標，因為有可能是個人的環境適應已經發生了問題（亦即已種下了病因），只是還未依某種病理發生途徑促發器質上的病變而已。積極的健康指標自然不只是「沒有病」，而是生理、心理、社會以及精神上的「無止盡的追求」。除此之外，從三個角度（病理解剖、病因、病理發生）來討論疾病，尚可以佐證「心理的（psychological）」層次在健康的追求、疾病的預防以及疾病的治療上，應該都扮演著相當重要的角色。

健康心理學與身心健康

身心健康的瞭解與發展，首先表現在身心醫學(psychosomatic medicine)，接著是行為醫學(behavior medicine)，近年來則累積在健康心理學(health psychology)的領域裡。

身心醫學、行為醫學以及健康心理學三個領域共同接受的概念模式為生物—心理—社會模式(Engel, 1977)。根據這個模式，Plaut與Friedman(1981)提出了研究與瞭解疾病的心理社會多重因素模式(psychosocial multi-factorial approach)，於其中，兩氏引用了Ader自1970年開始的一系列研究，說明心理社會因素與疾病之間的仲介過程應該是心理社會因素對免疫系統的影響。三年後，Jemmott與Locke(1984)亦提出對這個歷程——心理社會因素對免疫系統功能的影響——較詳細的說明。目前，我們已經可以從Moynihan與Cohen(1992)簡明的整理瞭解這個歷程的全貌。

除了前述偏向病理發生學的探討之外，類似的研究亦進行於各種特殊的症候群中，例如在疼痛方面：Turner，Clancy與Vitaliano(1987)對個人的「壓力及因應」與「下背痛(low back pain)」進行分析；Keefe，Dunsmore與Burnett(1992)從個人的認知、行為與社會環境著手，分析慢性疼痛症候群的可能病因，並據以提出有效的處理方式；Edward與Pearce(1994)則從始基表徵(schematic representation)分析慢性疼痛症候群。在循環系統疾病方面：Eysenck(1987)發現行為組型(behavior patterns)與性格(personality)是預測循環系統疾病的有效變項，因此可以由改變個人的行為組型來預防循環性疾病；Bennett與Carroll(1990)提出壓力管理訓練(stress management)可以有效預防冠狀動脈疾病；Burns與Katkin(1993)則更進一步分析敵意與生氣對循環系統疾病的影響。

身心之間的交互影響，不只呈現在上述有心理因素病因的例子中，生理因素病因的疾病也常有心理社會層次的問題(Chadda，Bhatia，Shome & Thakur, 1993)，例如糖尿病、紅斑性狼瘡、肌無力、愛滋病、癌症等慢性或致命的疾病。這些疾病常帶來對自我效能、自我價值、人際關係、社會功能與角色、生活型態、人生規劃的重大衝擊，導致強烈的情緒，偏差的行為，

甚至影響疾病的有效控制。因此，週全的疾病照顧亦應涵蓋對個人因疾病而來的身心壓力做分析與調適（Epstein，1992；Frost，et. al.，1988；Kaplan，1990）。

健康心理學的本土化臨床模式

在上述的背景中，西方即有壓力衡鑑與調適的臨床工具應運而生（Dimsdale，Stern & Dillon，1998）。而研究者自1987年參與台北某醫學中心家庭醫學科的醫療服務至今，也已逐步完成適合本土社會文化環境的壓力衡鑑與壓力調適模式，運用於臨床工作上。

經過二年的嘗試後，該醫學中心家庭醫學科（1995年改制為「部」）於1989年增聘臨床心理師，使之成為正式團隊編制內的一員，將健康心理學的知識與技術更有系統地運用在家庭醫學部門診、普通病房（1991年設立）及緩和醫療病房（1995年設立），與團隊成員合作提供病患涵蓋生物心理社會層面之整體性照顧。病患到了門診，或住進病房後，先由醫師做整體評估，若有需要進一步衡鑑與治療的心理社會問題，在門診可直接預約身心諮商特別門診，在病房則照會心理師前往處理。心理師進行壓力衡鑑後，依衡鑑結果，訂定處理策略，或是由心理師為病患進行身心壓力調適諮商，或提供診療建議，轉回給醫師，由醫師繼續治療。整個過程中，隨著病患問題的性質、診療的階段及處理的重點，心理師與醫師在協調一致的前提下，主副角色互有轉換。此外，若病患的心理社會問題經初步鑑別，是屬於精神疾患或性格問題，則轉介精神部。轉介過程中，若病患因社會禁忌的顧慮，不願到精神部就醫，或對精神部有不正確的觀念或疑慮而猶疑不前，則由醫師及心理師針對病患及家屬的態度癥結詳加說明，給予支持、引導，為適當的轉介做準備，協助他們獲得適切有效的醫療。

心理師在家庭醫學部進行之壓力衡鑑與調適有別於精神疾病之心理衡鑑與諮商或治療。精神疾病之心理衡鑑多是透過心理測驗及晤談，對患者之認知、情緒、行為、防衛機轉、衝動與控制等進行精細之探索，以協助診斷或提供心理諮商（或心理治療）及用藥之建議（柯永河，1987）。而在家庭醫學

部，由於所面對的患者多是生活及心理社會功能正常，唯因某些生活變動（包括罹患疾病），及由之形成的壓力狀態未能有效減輕或解除，而致發展出以心理社會問題為基礎的心身困擾。這些患者在心理防衛機轉或衝動的控制等方面並無過度偏差狀況，無須進行需要花費相當多時間與心力的心理測驗，較重要的是針對其壓力狀態做最經濟有效之衡鑑。因此，家庭醫學部之壓力衡鑑主要是透過以壓力模式為架構的晤談對患者之壓力狀態（包括壓力之認知活動、情緒與因應行為、壓力之生理活動），以及生活與健康狀況做通盤分析（鄭逸如、吳英璋、陳慶餘，1993）。在治療方面，精神疾病之心理諮商（或心理治療）多是以促發領悟、重建性格、建立基本之行為習慣與技巧、或給予情緒支持為主要目標（柯永河，1987）；而家庭醫學部之壓力調適則是以認知及行為取向為主，協助患者調適其生活壓力（鄭逸如、吳英璋、陳慶餘，1993）。

壓力衡鑑與調適之重要性可從兩方面來看，首先是從患者層面來分析。當患者面臨生活變動，其反應包括（1）認知：評估外在之生活變動、自我要求與本身的能力、資源，並衡量二者之間的差距（吳英璋，1994a；王秀枝、吳英璋，1987）；（2）情緒：焦慮、憂鬱、生氣、煩躁等，及這些情緒的量與表達方式（吳英璋，1994a）；（3）因應行為：問題解決取向或情緒調整取向（吳英璋，1994a；吳英璋，1994b；Lazarus & Folkman，1984）；（4）生理反應：自律神經系統、內分泌系統、呼吸系統等的反應。綜合上述反應之結果，若屬於因應失敗，則可能持續處於壓力狀態中，並出現心身症狀或心身疾病；若屬於因應成功但伴隨有疲勞之副作用，則或許壓力狀態可減輕，但仍可能有初步心身症狀或心身疾病（吳英璋，1994a；吳英璋，1994b；吳英璋等，1994）。不論是以上何種結果，對個人而言，都付出了身心健康的代價；對家庭、社會、醫療而言，雖然短期內不易看出立即效應，但長期下來卻會累積成蝕入根本的傷害。如此深廣的問題，應當要有特定的專業來負責防治。

其次是由壓力衡鑑與調適本身的診療特性來看。如上述所言，壓力的結果（因應失敗形成之心身疾病與因應成功之副作用引起之心身疾病）主要是決定於患者對生活變動的反應是否合乎「健康」的原則，例如：對外在變動的評估是否合乎真實、對本身能力的知覺是否正確（王秀枝、吳英璋，1987）、

情緒的量與表達方式是否適合、面臨的具體問題是否能有效地解決(吳英璋, 1994a)、生理的反應是否具有彈性等。而壓力衡鑑與調適正是針對這些部份進行統整性的評估與治療,協助患者自壓力狀態回穩至最佳穩定狀態(鄭逸如、吳英璋、陳慶餘, 1993),因此其專業性、特定性及適切性無庸置疑。

壓力衡鑑與調適的重要性,除了顯現在心理社會問題之現象,及其服務所秉持之理念與目標之外,亦有初步之實徵資料可支持。根據研究指出(鄭逸如、吳英璋、陳慶餘, 1993),以台北某醫學中心家庭醫學部為例,壓力衡鑑與調適之服務量有逐年增加之趨勢,表示可能患者對此項服務的需求、醫師使用此照會的需求,及此項服務的功能均在成長中,且接受此項服務之患者約有八成可獲得病情之改善。

壓力衡鑑與調適的本土化臨床模式雖經上述資料支持,但過去的研究未經事先設計,且缺乏足夠人力,只能就既有的資料做回溯性的分析,因此,較難做深入的探討。本研究即是針對這些限制,希望透過事先設計且有系統地收集各相關資料,以更確定壓力衡鑑與調適對以心理社會問題為基礎的身心疾病患者所具有的療效。

由於並非所有身心疾病的患者都願意或有機會接受身心壓力衡鑑與調適的諮商,為了確定療效,必須瞭解與比較有被照會及未被照會的患者的改善狀況,因此本研究嘗試比較二種樣本:(1)有心理社會問題,且被照會做壓力衡鑑與調適的患者;(2)有心理社會問題,但未被照會做壓力衡鑑與調適的患者。藉由比較這二組患者病情的改善程度,評估壓力衡鑑與調適之療效。此外,心理諮商或治療的效果研究,常遭遇一個問題,就是不容易控制藥物之混淆作用(Hersen, Michelson & Bellack, 1984)。雖然根據研究者多年來對臨床個案之瞭解,接受壓力衡鑑與調適之患者常報告不喜歡服用藥物,或自行改變醫師處方,減少服藥次數與劑量,或身邊備藥但儘量不吃,然而並未較完整且詳細地瞭解其服藥狀況。本研究希望也能收集這方面的資料,做為壓力衡鑑與調適之效果分析的參考。

綜合上述,本研究將收集患者五部份的資料:(1)臨床問題(包括身心症狀、情緒困擾)、(2)解釋模式、(3)疾病控制信念、(4)自我效能、(5)藥效評估,以瞭解患者的臨床問題,及他們如何認知此問題,是否視壓力衡

鑑與調適為協助改善問題的方法。此外，並探討患者在經過壓力衡鑑與調適之後的改善情形，以確定壓力衡鑑與調適的療效。

方法

研究對象

本研究之研究對象分照會組及對照組，收案方式如下所述。

1.照會組：自1995年11月至1996年10月，台北某醫學中心家庭醫學部門診醫師照會身心壓力衡鑑與壓力調適之患者共76人，爽約或因故取消者18人，故正式收案58人，其中3人仍在治療中，不列入研究名單，因此照會組共有55人。這55人中，完成壓力衡鑑與壓力調適諮商的有38人（壓力調適組），另17人只做了壓力衡鑑，其中有10人是轉介到其他科或其他醫療院所，亦即不適合在本部治療，7人是原先安排了壓力調適諮商，但患者因故取消或不明原因爽約。

在進行患者之基本資料與臨床問題之描述統計時，即是以照會組（N=55）與對照組並列呈現，以瞭解同樣有心理社會問題的患者，被照會與未被照會者之間有何異同。

2.對照組：自民國1995年11月至1996年1月，國科會經費支持的整合型研究計畫「慢性病患之臨床健康心理學研究」，以同一家醫學中心家庭醫學部門診初診患者為對象，進行「身心健康調查表」訪談及門診錄影，建立共同資料庫，合計收案363人。本研究經由「身心健康調查表」、訪員評估及門診錄影，從共同資料庫中篩選出80人，這些患者具有與照會組類似的心理社會問題，其中追蹤訪談到39人，是為對照組。

研究工具

本研究使用之工具共有四項，分述如下。

1.身心健康調查表：調查表第一部份的臨床問題是根據「家庭身心適應

量表」(陳慶餘、李立維、吳英璋, 1991) 與近年來的臨床觀察, 並加上疾病名稱及診斷的資料, 再度編修而成, 共有患者主觀報告的疾病名稱、由病歷電腦檔案下載的客觀疾病診斷、心身症狀及情緒困擾四種資料。第二部份的解釋模式則是參考Kleinman (1980) 提出的「解釋模式」(explanatory model) 編製而成。

2. 疾病控制信念量表：本研究根據Wallston等人 (1994) 的健康控制焦點 (health locus of control) 模式的四個向度——內控、運氣、醫師、其他人——編製了「疾病控制信念量表」, 共24題, 採六點量表, 分數一至六各代表了「非常不同意」至「非常同意」的強度。本研究以照會組的55位患者, 加上另外在家醫部門診複診收集的42位患者, 共97人的資料, 先進行項目的篩選。這24題的平均值為2.51~5.25, 標準差為.84~1.34。答題傾向較偏的題目有「如果我採取適當的健康行為, 例如: 減少壓力、運動、適度的休息等, 我的病情應該會好轉或至少不會變壞」、「我相信只要我努力地執行對我的病情有幫助的事, 我的病一定可以被控制」、「遵照醫師的囑咐是使我的病情不惡化的最佳方法」、「生病的時候我應該請教醫療專家」。雖然大多數患者均傾向同意題目中的敘述, 但從答題頻率發現, 仍有患者明確表示不同意, 此現象具有臨床上的意義, 不宜忽略, 故在篩選項目之初步階段先予以保留。

以24個題目進行因素分析, 首先做陡階檢驗 (scree test), 決定抽取三個因素, 做斜交轉軸 (oblimin rotation) 後, 根據因素負荷值, 自各因素中抽取負荷值大於.40的題目。因素一得九題, 命名為「外控」, 因素二得八題, 命名為「內控」, 因素三得五題, 命名為「醫療外之社會資源」, 合計22題。

3. 自我效能量表：本研究從Harter (1985a, 1990) 對自我概念的架構——自我概念包含能力、體能、外表、社會接納度、符合社會規範等五項, 挑選與個人有關的前三項, 加上臨床上觀察到慢性疾患對個人原來人生規畫的打擊, 共四個向度, 設計了36個題目, 採六點量表, 分數一至六各代表自「非常不符合」至「非常符合」的強度。本研究以照會組的55位患者, 加上在家醫部門診複診收集到的42位患者, 共97人的資料, 先進行題目的篩選。這36題的平均值為2.85~4.86, 標準差為.88~1.52, 未刪除題目。

以36題進行因素分析, 首先做陡階檢驗, 決定抽取三個因素, 做斜交轉

軸後，根據因素負荷值，自各因素中抽取負荷值大於.40的題目，因素一得十六題，命名為「人生態度」，因素二得八題，命名為「健康狀況」，因素三得六題，命名為「能力與成就」，合計30題。

4.藥效評估表：此表格包括就診日期、科別、醫師姓名、處方內容（藥名、劑量、用法）、患者服藥狀況（是否服藥、劑量、用法）以及藥效評估。

施測程序

1.照會組：家醫部門診醫師照會後，患者依登記時段前來諮商室，先由訪員訪談「身心健康調查表」，並讓患者填寫「疾病控制信念量表」、「自我效能量表」，若患者無法填寫，則採訪談方式進行，然後由心理師進行身心壓力衡鑑。衡鑑後，有38人繼續進行壓力調適諮商。

完成身心壓力調適諮商的38位患者，在結案當天或結案後一至二個月，由訪員當面或以電話做治療後的訪談，並當面或郵寄填寫與治療前相同的各式量表。在前測到後測期間，本研究調閱病歷，並抄錄病歷上的處方內容，作為詢問患者服藥狀況之依據。藥效評估是請家醫部資深主治醫師根據患者之臨床問題、處方之藥名、劑量、用法，與患者實際服用情況，判斷藥物是否明顯對患者之改善具有影響力。

2.對照組：本研究自臨床健康心理學整合型研究計畫之共同資料庫篩選出作為對照組的39位患者，在患者初診後二至三個月，以電話訪談「身心健康調查表」之臨床問題部份。由於共同資料庫未包括「疾病控制信念量表」及「自我效能量表」，因此做療效評估時，對照組沒有這部分的分析。

統計分析

各項資料輸入電腦後，以SPSS套裝軟體進行統計分析。首先將透過照會組（以下簡稱為Gs組）和對照組（以下簡稱為Gc組），在第一項工具的臨床問題及解釋模式的比較，來瞭解這二組有類似問題、卻獲得不同醫療的患者，在臨床問題及其解釋上各有何異同。其中臨床問題的分析將採 t -檢定，解釋

模式則採 χ^2 檢定。而效果評估的分析，則是把Gs組中進行身心壓力衡鑑與調適的38人，刪除治療後追蹤不到，及藥效明顯足以影響改善效果的患者，然後以第一項工具之臨床問題（心身症狀及情緒困擾），以及第二項工具的疾病控制信念、第三項工具的自我效能為依變項，採 t -檢定比較治療前後的狀況是否有顯著改善。而Gc組則就資料庫所收集的臨床問題進行前後測比較，以有助於推論Gt組特有的改善是來自於身心壓力衡鑑與調適，而非一般的門診醫療，或患者本身的自我調適。

結果

研究對象之樣本描述

本研究之Gs組及Gc組分別為55人及39人。在性別上，Gs組及Gc組均是女性（各為67.27%及76.92%）多於男性。年齡上，Gs組以21~35歲佔的比例最高（50.09%），其次為36~50歲（25.45%），Gc組則依次是36~50歲及21~35歲佔最高比例（41.03%及38.46%）。在教育程度方面，Gs組以高中職（47.27%）及大專（34.55%）學歷者佔較高比例，Gc組則是高中職（46.15%）最多。職業方面，Gs組是以目前有工作者及學生居多，各佔50.91%及27.27%，Gc組則是目前有工作者最多，佔71.79%。婚姻狀況方面，Gs組的未婚與已婚者各佔49.09%、45.45%，Gc組則是已婚者（61.54%）較多。家庭結構方面，Gs組及Gc組均以「夫妻與子女的小家庭」為主，各佔40.00%、43.59%，另外，這兩組患者的家庭結構為「其他」的比例也都高於「與父母/公婆/岳父母同住」及「與父母兄弟同住」，亦即有不少患者的家庭結構不屬於調查表中所列的這三種選項。家庭週期方面，Gs組及Gc組均是「有已上幼稚園或小學的子女」居多。在宗教信仰方面，Gs組及Gc組均是佛教的比例較高，各為41.82%、58.97%，其次為「無宗教信仰」，各佔32.72%及28.21%。

臨床問題與解釋模式之現象描述

在這部分，Gs組與Gc組的各種現象及比較列述如下。

1. 臨床問題

臨床問題包括四方面：主觀的疾病名稱（患者報告）、客觀的疾病診斷（病歷記載）、心身症狀及情緒困擾，統計結果如下所述。

（1）**主觀的疾病名稱**：不論是日前或過去所罹患，Gs及Gc組的患者均是「其他」佔相當大的比例，表示這兩組患者主觀上認為或知道自己罹患調查表中所列六種疾病的很少（這六種疾病是根據整合型研究計畫之各個子計畫的研究主題所定，包括高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、頭痛、乳癌及心身症）。「其他」中患者所報告的疾病有肝功能異常、眩暈症、中耳炎、憂鬱症、腎結石、膽結石、痛風、甲狀腺機能亢進、蕁麻疹、玫瑰疹、過敏、青春痘、結核病、地中海型貧血、小兒麻痺、子宮外孕、椎間盤突出、疝氣、胃潰瘍，每種疾病的人數為1~3人。

（2）**客觀的疾病診斷**：Gs組自銜鑑後二至三個月內的五個主要疾病診斷，最常出現的是焦慮狀態(anxiety state)與心身症(psychosomatic disorder)，各有32人(58%)與14人(25%)；Gc組自初診後二至三個月內的五個主要診斷，最常出現的是機能性胃腸障礙(functional GI)與焦慮狀態，各有6人(15%)及5人(13%)。

（3）**心身症狀**：Gs組與Gc組的心身症狀總數各為3.35與2.87。不論是Gs組或Gc組，依頻次來分，每週至少出現一次、每個月至少出現一次、每半年至少出現一次的心身症狀數目均在2.00~2.50之間。依持續時間來分，持續一週以內的症狀數，Gs組及Gc組各為.09及.15，持續一個月以內的症狀數各為.49及.51，持續半年以內的症狀數各為1.55及.95。依嚴重程度來分，患者認為不嚴重的症狀數，Gs組及Gc組均為.38，認為有些嚴重或有些不嚴重的症狀數各為1.27及.92，認為嚴重的症狀數在Gs組及Gc組則分別為1.53與1.33。上述各項資料經t-檢定，二組之間的差異均未達顯著。

較多人有的心身症狀，Gs組依次是頭痛、失眠、頭暈、胸悶、心悸；而Gc組則是頭暈、腰酸背痛、頭痛、胸悶、腹脹及疲倦。其中頭痛、頭暈、胸

悶在兩組均是較多人有的心身症狀。

(4) 情緒困擾：本研究將情緒困擾分為兩類：第一類為身體疾病或症狀引發的情緒困擾，第二類為非前述原因引發之其他情緒困擾。第一類問題中，Gs組較常出現的情緒種類依次為焦躁類、生氣類、害怕類及憂鬱類；Gc組則依次為焦躁類、憂鬱類、生氣類及害怕類。

第一類情形中的情緒數目（不分何種症狀引發，也不分何種情緒種類）統計結果如下。依頻次來分，Gs組在每週至少一次、每月至少一次及每半年至少一次的平均情緒數各為2.18、2.31及2.35，情緒總數平均值為3.18。Gc組在上述四項統計的結果則為.85、.90、.90及1.20。經 t -檢定，其中每月及每半年至少一次的平均情緒數達顯著差異（ $t=2.14$ ， $p<.05$ ； $t=2.07$ ， $p<.05$ ）。依持續時間來分，Gs組與Gc組持續一週或一個月以內的情緒數都小於.30，持續半年以內的情緒數Gs組是1.55，Gc組是.51，各項比較的 t -檢定均未達顯著差異。依嚴重程度來分，患者認為不嚴重的平均情緒數，Gs組與Gc組各為.24及.77，認為有些嚴重或有些不嚴重的平均情緒數各為.96與.92，認為嚴重的則各為1.91與.51。其中嚴重的情緒數之 t -檢定達顯著差異（ $t=2.32$ ， $p<.05$ ）。

第一類情形中，較容易引發情緒困擾的心身症狀，Gs組及Gc組均是頭痛、頭暈佔前二位。Gs組其次為失眠、胸悶、呼吸困難；Gc組則是失眠、疲倦、頸部酸痛。第二類情形中，Gs組及Gc組有其他情緒困擾的各為40人（73%）、21人（54%）。在情緒困擾的數目、頻次、持續時間及嚴重程度上， t -檢定達顯著差異的有情緒困擾總數（ $t=2.11$ ， $p<.05$ ）以及患者認為嚴重的情緒困擾數（ $t=2.51$ ， $p<.05$ ）。

2.解釋模式

解釋模式的資料共分為六部份，採 χ^2 檢定，統計結果列於表1。從表中可看到，第一部份，一開始是怎樣發現自己不舒服的，Gs組與Gc組均是「有身體上的訊息」居多，各有31人及33人，但仍達顯著差異（ $\chi^2=8.49$ ， $p<.05$ ）。第二部份，認為是什麼原因造成其問題，Gs組及Gc組均以「心理社會因素」的比例最高，各為56%與38%，其次是「不清楚」，各為27%與33%，認為是「生理因素」的各只有9%與15%，二組之差異未達顯著水準。第三部份，對於所認為之原因的不確定程度，Gs組對原因的確定程度以「確定」者（52%）

表 1 照會組與對照組解釋模式的人次、百分比及 χ^2 檢定結果

解釋模式項目	照會組(Gs 組, N=55)	對照組(Gc 組, N=39)
	No.(%)	No.(%)
一、你一開始是怎麼發現自己不舒服的？	$\chi^2=8.49^*$	
1.有身體上的訊息	31(56%)	33(85%)
2.有能力上的訊息	18(33%)	4(10%)
3.兩者都有	6(11%)	2(5%)
4.不清楚	0(0%)	0(0%)
二、你覺得是什麼原因造成這樣的情況？	$\chi^2=4.20$	
1.生理因素	5(9%)	6(15%)
2.心理社會因素	31(56%)	15(38%)
3.上述都有	4(7%)	4(10%)
4.不清楚	15(27%)	13(33%)
5.其他	0(0%)	1(4%)
三、你確不確定是這個原因造成的？	$\chi^2=7.10^*$	
1. 確定	21(52%)	10(37%)
2. 不確定	5(13%)	11(41%)
3. 不清楚	14(35%)	6(22%)
四、當你剛開始覺得不舒服的時候，你認為你的問題應該如何處理？（可複選）		
1.西醫系統：	$\chi^2=2.58$	
有考慮	29(53%)	27(69%)
未考慮	26(47%)	12(31%)
2.中醫系統：	$\chi^2= .27$	
有考慮	6(11%)	3(8%)
未考慮	49(89%)	36(92%)
3.心理／身心諮商：	$\chi^2=10.70^{**}$	
有考慮	13(24%)	0(0%)
未考慮	42(76%)	39(100%)
4.民俗醫療：	$\chi^2=1.43$	
有考慮	0(0%)	1(3%)
未考慮	55(100%)	38(97%)
5.宗教活動：	$\chi^2=7.06^{**}$	
有考慮	9(16%)	0(0%)
未考慮	46(84%)	39(100%)

表1 照會組與對照組解釋模式的人次、百分比及 χ^2 檢定結果(續)

6.社會資源：	$\chi^2=5.36^*$	
有考慮	7(13%)	0(0%)
未考慮	48(87%)	39(100%)
7.自行處理：	$\chi^2=1.89$	
有考慮	20(36%)	9(23%)
未考慮	35(64%)	30(77%)
8.其他：	$\chi^2=3.75$	
有考慮	3(5%)	7(18%)
未考慮	52(95%)	32(82%)
五、到目前為止對於你的問題你曾經做過那方面的處理？(可複選)		
1.西醫系統：	$\chi^2=.96$	
有考慮	43(78%)	27(69%)
未考慮	12(22%)	12(31%)
2.中醫系統：	$\chi^2=1.04$	
有考慮	18(33%)	9(23%)
未考慮	37(67%)	30(77%)
3.心理／身心諮商：	$\chi^2=2.20$	
有考慮	3(5%)	0(0%)
未考慮	52(95%)	39(100%)
4.民俗醫療：	$\chi^2=3.03$	
有考慮	7(13%)	1(3%)
未考慮	48(87%)	38(97%)
5.宗教活動：	$\chi^2=9.75^{**}$	
有考慮	12(22%)	0(0%)
未考慮	43(78%)	39(100%)
6.社會資源：	$\chi^2=1.13$	
有考慮	10(18%)	4(10%)
未考慮	45(82%)	35(90%)
7.自行處理：	$\chi^2=.21$	
有考慮	20(36%)	16(41%)
未考慮	35(64%)	23(59%)
8.其他：	$\chi^2=.75$	
有考慮	2(4%)	3(8%)
未考慮	53(96%)	36(92%)

表1 照會組與對照組解釋模式的人次、百分比及 χ^2 檢定結果(續)

六、你希望我們能給你什麼樣的檢查或治療？(可複選)		
1.說明：醫療人員針對我的病情詳細解釋 $\chi^2=5.07^*$		
有考慮	12(22%)	17(44%)
未考慮	43(78%)	22(56%)
2.檢查：		
2-1 身體檢查 $\chi^2=12.53^{***}$		
希望	1(2%)	10(26%)
不希望	54(98%)	29(74%)
2-2 一般理學檢查 $\chi^2=5.90^*$		
希望	5(9%)	11(28%)
不希望	50(91%)	28(72%)
2-3 特殊或侵入性檢查 $\chi^2=2.73$		
希望	9(16%)	12(31%)
不希望	46(84%)	27(69%)
3.治療：		
3-1 口服藥物 $\chi^2=1.67$		
希望	2(4%)	4(10%)
不希望	53(96%)	35(90%)
3-2 注射藥物 $\chi^2=.72$		
希望	1(2%)	0(0%)
不希望	54(98%)	39(100%)
3-3 其他治療方法 $\chi^2=.06$		
希望	1(2%)	1(3%)
不希望	54(98%)	38(97%)
4.身心諮商：		
4-1 直接給予建議 $\chi^2=4.54^*$		
希望	6(11%)	0(0%)
不希望	49(89%)	39(100%)
4-2 幫助分析與解決所面臨的問題 $\chi^2=16.89^{***}$		
希望	19(35%)	0(0%)
不希望	36(65%)	39(100%)
5.其他：		
$\chi^2=1.32$		
希望	10(18%)	11(28%)
不希望	45(82%)	28(72%)

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

居多，而Gc組則以「不確定」者(41%)居多，達顯著差異($\chi^2=7.10, p<.05$)。第四部份，剛開始認為應如何處理，Gs組的前三順位是西醫(53%)、自行處理(36%)及心理/身心諮商(24%)，Gc組的前二順位是西醫(69%)及自行處理(41%)，選項中達顯著差異的有心理/身心諮商($\chi^2=10.70, p<.01$)、宗教活動($\chi^2=7.06, p<.01$)、社會資源($\chi^2=5.36, p<.05$)。第五部份，到目前為止曾經做過的處理，Gs組的前三順位是西醫(78%)、自行處理(36%)及中醫(33%)，Gc組的前三順位是西醫(69%)、自行處理(41%)及中醫(23%)，達顯著差異的是不在前三順位的宗教活動($\chi^2=9.75, p<.01$)。第六部份，對診療的期待，若不將「其他」項列入排序，Gs組前三順位是「幫助分析與解決所面臨的問題」(35%)、「醫療人員對我的病情詳細解釋」(22%)、及「特殊或侵入性檢查」(16%)，Gc組的前四順位是「醫療人員對我的病情詳細解釋」(44%)、「特殊或侵入性檢查」(31%)、「一般理學檢查」(28%)、「身體檢查」(26%)。達顯著差異的有「醫療人員對我的病情詳細解釋」($\chi^2=5.07, p<.05$)、「身體檢查」($\chi^2=12.53, p<.001$)、「一般理學檢查」($\chi^2=5.90, p<.05$)、「直接給予建議」($\chi^2=4.54, p<.05$)與「幫助分析與解決所面臨的問題」($\chi^2=16.89, p<.001$)。

3.壓力銜鑑與壓力調適的效果評估

效果評估是比較壓力調適組在治療前後，及對照組在初診訪談與經過二至三個月後再追蹤時，各有那些臨床問題達顯著改善。原先的壓力調適組是38人，後來有6人追蹤不到，1人的藥效明顯足以影響改善效果，故以31人進行效果評估，稱為壓力調適評估組(以下簡稱為Gt組)。Gt與Gc二組在各項資料的比例上相當接近，且在收案之初(亦即前測的資料上)除了其他情緒困擾總數達顯著差異($t=3.12, p<.05$)之外，其他變項均未達顯著差異。難以做毫無瑕疵的配對控制，一向就是臨床研究常遭遇的困難，本研究收集的二組患者雖然不盡完善，但其心理社會問題大體上是相近的，使得療效的探討較能被接受，也期待未來能藉由此研究的經驗而有更理想的設計。

臨床問題的改善狀況方面，Gt組前後測的t-檢定結果列於表2，Gc組則列於表3。從這二個表的資料可看到，在前後測的比較上，Gt組與Gc組均達顯著改善的變項有五項，都是屬於心身症狀的項目。在身體疾病或症狀引發的

表2 壓力調適評估組（Gt組，N=31）臨床問題前後測的t-檢定結果

項目	種類	前測		後測		前後測差異t-檢定
		平均數	標準差	平均數	標準差	
A 心身症狀數						
症狀總數		3.48	1.59	2.03	1.64	5.93***
頻次：至少每週一次		2.16	1.53	.97	1.20	5.10***
至少每月一次		2.35	1.62	1.16	1.39	4.83***
至少半年一次		2.42	1.65	1.16	1.39	4.96***
持續時間：一週以內		.13	.43	.03	.18	1.14
一個月以內		.65	1.33	.19	.54	2.83**
半年以內		1.52	1.63	.55	.89	4.06***
確定持續時間		3.35	1.47	2.00	1.57	5.20***
嚴重程度：不嚴重		.45	.89	.45	.72	.00
有些嚴重或不嚴重		1.32	1.25	1.10	1.14	.89
嚴重		1.48	1.39	.48	.93	5.08***
B 身體疾病或症狀引發的情緒困擾數						
情緒總數		2.16	4.57	.97	2.94	2.98**
頻次：至少每週一次		2.16	4.57	1.06	2.93	2.90**
至少每月一次		2.16	4.57	1.13	2.93	2.73**
至少半年一次		3.13	4.58	1.55	3.00	4.05***
持續時間：一週以內		.13	.50	.06	.36	.57
一個月以內		.42	1.03	.10	.40	1.77
半年以內		1.90	4.75	.52	1.03	1.64
確定持續時間		3.13	4.58	1.48	2.97	4.25***
嚴重程度：不嚴重		.29	.64	.19	.48	.77
有些嚴重或不嚴重		1.19	2.09	1.26	2.99	-.11
嚴重		1.61	4.62	.10	.40	1.82
C 其他情緒困擾數						
情緒總數		1.23	1.02	.68	.79	3.44**
頻次：至少每週一次		.68	1.08	.39	.76	1.96
至少每月一次		.74	1.09	.45	.77	1.87
至少半年一次		.77	1.09	.45	.77	2.06*
持續時間：一週以內		.00	.00	.00	.00	—
一個月以內		.06	.25	.16	.00	-1.44
半年以內		.29	.78	.68	.45	-1.16
確定持續時間		1.19	.95	.68	.79	3.74***
嚴重程度：不嚴重		.10	.30	.16	.45	-.63
有些嚴重或不嚴重		.23	.50	.39	.67	-.31
嚴重		.48	.93	.13	.34	2.01***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表3 對照組 (Gc組, N=39) 臨床問題前後測的t-檢定結果

項目	種類	前測		後測		前後測差異t-檢定
		平均數	標準差	平均數	標準差	
A 心身症狀數						
症狀總數		2.87	1.95	1.18	1.75	3.61
頻次：至少每週一次		2.44	2.41	2.08	1.98	1.60***
至少每月一次		2.21	2.12	1.28	1.91	3.61***
至少半年一次		2.21	2.12	1.28	1.91	3.61**
持續時間：一週以內		.15	.43	.05	.22	1.43
一個月以內		.51	.85	.33	.66	1.74
半年以內		.95	1.17	.67	.90	1.92
確定持續時間		2.77	2.37	2.08	2.08	2.19*
嚴重程度：不嚴重		.38	.78	.56	.88	-1.31
有些嚴重或不嚴重		.92	1.40	.87	1.06	.19
嚴重		1.33	1.81	.82	1.59	2.80**
B 身體疾病或症狀引發的情緒困擾數						
情緒總數		1.20	1.12	.75	1.64	.91
頻次：至少每週一次		.85	1.68	.64	1.63	1.61
至少每月一次		.90	1.67	.72	1.67	.96
至少半年一次		.90	1.67	.72	1.67	.96
持續時間：一週以內		.08	.27	.05	.22	1.00
一個月以內		.18	.45	.21	.52	-.57
半年以內		.51	.85	.46	.79	.57
確定持續時間		2.21	2.65	1.31	1.82	2.27*
嚴重程度：不嚴重		.77	2.12	.44	.97	.88
有些嚴重或不嚴重		.92	1.60	.62	1.09	.99
嚴重		.51	1.21	.23	.90	1.99
C 其他情緒困擾數						
情緒總數		.77	.87	.82	.89	-.63
頻次：至少每週一次		.36	.67	.46	.91	-1.28
至少每月一次		.46	.72	.49	.91	-.30
至少半年一次		.62	.82	.59	.94	.33
持續時間：一週以內		.00	.00	.00	.00	—
一個月以內		.13	.41	.10	.38	.44
半年以內		.36	.67	.26	.60	1.67
確定持續時間		.72	.79	.74	.91	-.37
嚴重程度：不嚴重		.21	.41	.15	.43	.63
有些嚴重或不嚴重		.28	.56	.38	.75	-1.16
嚴重		.26	.55	.21	.52	.70

* $p < .01$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

情緒困擾方面，Gt組達顯著改善的有五項，Gc組則只有一項；其他情緒困擾方面，只有Gt組達顯著改善。

另外，有二種關於療效的資料只有Gt組才有，即疾病控制信念及自我效能。Gt組在疾病控制信念量表的「外控」、「內控」及「醫療外之社會資源」前後測的平均值、標準差各為 $(3.08 \pm .70$ 及 $2.94 \pm .71)$ 、 $(4.33 \pm .53$ 及 $4.51 \pm .52)$ 與 $(3.70 \pm .72$ 及 $3.80 \pm .71)$ 。雖然「外控」的分數降低，「內控」、「醫療外之社會資源」的分數提高，但t檢定均未達顯著差異。自我效能量表的「人生態度」、「健康狀況」、「能力與成就」前後測平均值、標準差各為 $(3.70 \pm .97$ 及 $4.13 \pm .71)$ 、 $(3.63 \pm .52$ 及 $3.71 \pm .74)$ 、 $(4.21 \pm .75$ 及 $4.32 \pm .66)$ 。每一個因素的分數均升高，但只有「人生態度」前後測分數的t檢定達顯著差異 $(t=-3.22, p<.005)$ 。

討論

研究對象的討論

由於Gs組並非最後用來瞭解壓力衡鑑與調適效果的組，因此Gs組與Gc組的比較並不用於療效的探討，但是這二組患者的臨床特性與醫師是否照會之間仍有值得探討之處。從後來的患者安置，發現Gs組中有10人可能是屬於精神疾病、性格違常，適合在精神科治療，故予以轉介，這使得Gs組中除了原先研究計畫想探討壓力衡鑑與調適療效的患者外，還有衡鑑後判斷應轉介，不適合在家醫部治療的患者；Gc組則是篩選時即已排除此類患者，而此類患者通常會較明顯地表現或表達其情緒困擾，對情緒的控制力也較弱，因此，Gs組與Gc組在情緒困擾的比較上有所差異是可以理解的。當Gs組刪除這些患者及其他不適合的患者後，進行臨床問題的療效探討時，Gt組與Gc組除了其他情緒困擾總數達顯著差異之外，心身症狀及情緒困擾的其他變項均未達顯著差異。

同樣適合安排壓力衡鑑與調適的Gc組為何未被照會，從統計結果推測，可能是患者在門診所表達之嚴重的其他情緒困擾較少，對診療的期待明顯集

中在生理的層面，再加上患者認為心理社會問題應自行處理，因此即使認為自己的問題有心理社會因素，患者也沒有特別提出，醫師也未予以照會。

從解釋模式看求助態度

從Gs組與Gc組的資料來看，大多數患者一開始都是先從身體上的訊息（如：頭痛、胸悶、疲倦等），發現自己不舒服，但他們大多（56%及38%）都自覺到這些身體症狀是源自心理社會因素，認為有生理因素成分者只有9%及15%。這樣的結果與一般對這類患者的印象不同，顯然大多數患者不需要醫療人員大費功夫教育、引導他們從心理社會層面看待其問題，因為他們的生活經驗及隨時、立即、直接的自體身心感受，已使他們有某種程度的心知肚明。然而，正確地瞭解原因，不見得會有正確、合適的處理。從統計結果發現，這兩組患者所認為及實際採取的處理方式，都是看西醫及自行處理，雖然Gs組開始時認為之處理方式的第三順位是心理/身心諮商，但這部份的結果必須懷疑是醫師照會身心壓力衡鑑與諮商的動作，影響了患者在照會後接受訪談時的回答，而且大多數患者後來也沒有實際尋求這類的協助。

再看患者求助於西醫時對醫療的期待。Gs組最期待的是幫助分析與解決所面臨的問題，其次是詳細解釋病情、特殊或侵入性的檢查；Gc組則都是以解釋病情及檢查為主，包括詳細解釋病情、特殊或侵入性的檢查、一般理學檢查及身體檢查。這部份的結果可能與患者對病因的確定程度有關。從統計結果得知，同樣自覺到心理社會因素的影響，但Gs組的確定程度以「確定」者居多，Gc組以「不確定」者居多。於是，Gs組較少期待做一般的各種檢查，而是希望醫師能幫助處理症狀背後的問題，詳細解釋病情及安排較特殊或侵入性的檢查（患者想做這類檢查的理由很值得未來進一步研究）；而Gc組則期待醫師做各種檢查及詳細解釋病情。綜合上述分析可發現，患者對西醫的需求不單純只是想不想做檢查而已，而是自有一套邏輯推論系統，他們會採取何種行動不是視醫師是否安排而定，而是決定於他們假設中所需要的資料及推論能否完成，使不確定感降低，於是他們採用各種方法直到獲得滿足為止，再不然，就是落入防衛機轉，進入另一種病理歷程。由此可知，患者所

需要的不是籠統模糊的歸因，而是謹慎確實的檢查、評估、推論與說明。有些時候，患者可能超乎醫療人員所認為的，像個講求證據與邏輯的「科學家」，這個發現對這類型患者的衛教及身心壓力諮商是很重要的提醒。

研究結果也發現，患者在認知本身問題的心理社會因素之下，並未尋求相對的專業協助，而是採取看西醫及自行處理。可見患者不是對醫療的專業及分工認識不夠，就是把心理社會問題認為是個人的責任，不應求助醫療體系，這些都不是最適切有效的處理方式。因此，應教育患者及民眾具備身心健康的正確觀念，知道這種醫療是他們可以也應該去尋求的，同時，醫療體系也應負起明確提供醫療服務資訊的責任。

壓力衡鑑與壓力調適的效果評估

Gt組晤談次數的平均值及標準差為 4.39 ± 2.35 ，晤談期間（以週為單位）的平均值及標準差為 8.00 ± 6.23 。就心身症狀的改善而言，Gt組與Gc組在前測並無顯著差異的情形下，各自做前後測比較時，在症狀的頻次方面，發現二組頻次確定的症狀數均顯著減少，但總症狀數（即出現頻次不規則或不確定者亦納入計算）只有Gt組顯著減少。在症狀的持續時間方面，就持續時間較久（一週以上）的症狀來看，Gt組有較多項達顯著改善。在嚴重度方面，二組均是較嚴重的症狀數顯著減少。由此可知，不論Gc組後來採用何種治療方式（根據追蹤訪談，無人接受其他機構的心理諮商或治療），其心身症狀仍有部份改善，但是持續時間較久的症狀以及總症狀數，Gt組才有顯著改善。這種現象的可能原因是，持續時間較久的症狀背後可能隱含著較長期、全面的適應困難，而非短期內一般人能自行調適的反應，也不是只靠症狀處理就能恢復的問題。而壓力衡鑑與調適除了幫助緩解心身症狀之外，因為主要還提供了壓力調適的學習，故能使持續時間較長的症狀數及總症狀數顯著減少。

在身體疾病或症狀引發的情緒困擾方面，Gt組有較多項達顯著改善，這或許意味有心理社會問題的患者雖然可經由壓力衡鑑與調適以外的方法改善心身症狀，並稍微緩和情緒困擾，但沒有機會有系統地獲得身心健康的知識，

以及學習因應壓力的方法，仍使得身體疾病或症狀所引發的情緒困擾未能更全面地緩解。反觀Gt組，不只心身症狀有更多層面的減輕，相關的情緒困擾也有更理想的改善。

其他情緒困擾方面，只有Gt組有顯著改善。但Gt組與Gc組在這部份的前測即有差異，使得這方面的療效宜採較保守的態度。然而即使如此，壓力衡鑑與調適在情緒層面的處理上，仍具有值得肯定的效果。

Gt組另有疾病控制信念與自我效能之改善狀況的資料。根據統計分析，Gt組在疾病控制信念三個因素的前後測分數，均未達顯著差異。自我效能量表的「健康狀況」、「能力與成就」也未達顯著差異，但「人生態度」則有顯著差異。這代表了壓力衡鑑與調適幫助患者從較寬廣、深遠的角度看待壓力及生活，從中尋得積極肯定的壓力調適策略與人生意義。但是因為Gc組無資料，這個層面的改善宜採較保守的態度，並有待更進一步的研究。

結論

綜合上述各項討論，壓力衡鑑與調適確實對心理社會問題的患者具有治療效果，可緩解心身症狀、情緒困擾，並改善控制信念及自我效能。除了醫療人員應提高臨床敏感度，儘可能發現這類患者，做合適的照會之外，醫療體系也應普遍教育患者及民眾初步覺察本身困擾的性質，更重要的是知道是否要求醫，應尋求那一類的醫療，如此不但可減輕個人的困擾，獲得身心的健康，也節省了家庭、社會與醫療的成本。此外，患者如何解釋其症狀及困擾，與他們對醫療的期待、採取的因應、甚至可能的改善之間，有值得注意的關係，這部份的處理應屬於醫療的一部份，而非視為只不過是患者本身的看法而已。醫療體系若能有如是的認知與改變，將有助於提高醫療的品質及效率，增進患者管理健康的能力，促進全民的身心健康與生活品質。

註釋

(1)感謝國科會的研究經費支持（計畫編號：NSC 84-2421-H-002-019-G7）、

患者的受訪及台大醫院家庭醫學部同仁的協助，使本研究得以完成，特此致謝。

參考文獻

- 王秀枝、吳英璋（1987）：〈生活事件、生活壓力及身心疾病的動力性關係〉。《中華心理衛生學刊》（台灣），3卷2期，155-70。
- 吳英璋、陳慶餘、許文耀、金樹人（1994）：〈生物心裡社會模式下之身心健康指標的探討〉。輯於楊國樞、余安邦（編）：《中國人的心理與行為》。台北，桂冠出版社。
- 吳英璋（1994a）：〈從健康、壓力與因應談全方位的身心均衡〉。《學生輔導》（台灣），34期，16-29。
- 吳英璋（1994b）：〈壓力的因應與成功因應的副作用〉。《測驗與輔導》（台灣），123期，2511-2516。
- 柯永河（1987）：《臨床心理學：心理診斷》。台北，大洋出版社。
- 陳慶餘、李立維、吳英彰（1991）：〈身心症狀、家庭功能與疾病的關係〉。《中華心理衛生學刊》（台灣），5卷1期，23-34。
- 葉 曙（1973）：《應用病理學》。台北，國立編譯館。
- 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〉。《中華家庭醫誌》（台灣），3卷4期，154-165。
- Ader, R. & Cohen, N. (1984). Behavior and the immunity system. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavior medicine*. New York: Guilford Press.
- Bennett, P. & Carroll, D. (1990). Stress management approach to the prevention of coronary heart disease. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 1-12.
- Burns, J. W. & Katkin, E. S. (1993). Psychological, situational, and gender predictors of cardiovascular reactivity to stress: A multivariate approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 445-65.
- Chadda, R. K., Bhatia, M. S., Shome, S. & Thakur, K. N. (1993). Psychological dysfunction in somatizing patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 510-

13.

- Dimsdale, J. E., Stern, M. J. & Dillon, E. (1988). The stress interview as a tool for examining physiological reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 50, 64-71.
- Edward, L. C. & Pearce, S. A. (1994). Word completion in chronic pain: Evidence for schematic representation of pain? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 379-82.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Engel G. L. (1983). The bio-psychosocial model and family medicine. *Journal of Family Practice*, 16, 409-13.
- Epstein, L. H. (1992). Role of behavior theory in behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 493-98.
- Eysenck, H. J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease, and the application of behavior therapy in prophylaxis. *European Journal of Psychiatry*, 1, 29-41.
- Frost, R. O., Morgenthau, J. E., Rienssman, C. K. & Whalen, M. (1988). Somatic response to stress, physical symptoms and health service use: The role of current stress. *Behavior Research and Therapy*, 26, 481-87.
- Harter, S.(1985a). The self perception profile for children. Danver, CO: University of Danver.
- Harter, S. (1990). Adolescents self and identity development. In Feldman, S. S. & Elliot, G. R. (eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hersen, M., Michelson, L. & Bellack, A. S. (1984). Issues in psychotherapy research (Ed.). New York: Plenum Press, 275-78, 313-59.
- Jemmott III, J. B. & Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Kaplan, R. M. (1990). Behavior as the central outcome in health care. *Amer*

Psychologist, 45, 1211-20.

- Keefe, F. J., Dunsmore, J. & Burnett, R. (1992). Behavior and cognitive-behavioral approach to chronic pain: Recent advance and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-36.
- Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psythiatry. Berkeley: University of California Press, 71-118.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Moynihan, J. A. & Cohen, N. (1992). Stress and immunity, In N. Scheidman, P. McCabe, and A. Baum (Ed.), Stress and disease processes. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Plaut, S. M. & Friedman, S. B. (1981). Psychosocial factors in infectious disease. In R. Ader (Ed.), Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press.
- Taylor, S. E. (1991). Health psychology. New York: McGraw-Hill, 9-11.
- Turner, J.A., Clancy, S. & Vitaliano, P. P. (1987). Relationship of stress, appraisal and coping to chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 281-88.
- Wallston, K. A., Stein, M. J. & Smith, C. A. (1994). Form c of the MHLC scales: A condition-specific ineasure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-53.

初稿收件：1999年7月30日

二稿收件：1999年8月9日

審查通過：1999年8月16日

責任編輯：林耀盛

作者簡介：

鄭逸如 台灣大學心理學研究所碩士

台大醫院家庭醫學部臨床心理師及台灣大學心理系兼任講師

通訊處：(100) 台北市中山南路 7 號 台大醫院家庭醫學部

電話：(02) 23970800 轉 6826

傳真：(02) 23118674

E-mail：yihru@med.mc.ntu.edu.tw

吳英璋 台灣大學心理學研究所博士（臨床心理學）

台灣大學心理學系教授及台大醫院家庭醫學部兼任臨床心理師

通訊處：(106) 台北市羅斯福路四段 1 號 台灣大學心理系

電話：(02) 23630231 轉 2374 再轉 3330

傳真：(02) 23634746

E-mail：wuec@ccms.ntu.edu.tw

呂碧鴻 台灣大學醫學系醫學士

台灣大學醫學院社會醫學科主任及家庭醫學科副教授

台大醫院家庭醫學部主治醫師

通訊處：(100) 台北市仁愛路一段 1 號 台大醫學院社會醫學科

電話：(02) 23970800 轉 2620

傳真：(02) 23118674

E-mail：grace@ccms.ntu.edu.tw

The Outcome Evaluation of Biopsychosocial Stress Assessment and Stress Management

Yih-Ru Cheng

*Dept. of Family Medicine
NTU Hospital*

En-Chang Wu

*Dept. of Psychology
National Taiwan University*

Bee-Horng Lue

*Dept. of Family Medicine
NTU Hospital*

According to pattern changes in illnesses, the focus of medical service has changed from acute to chronic diseases in recent years. The exploration of etiology has included psychosocial problems induced by life stresses. Instead of pure medical treatment, the biopsychosocial approach is more suitable. The revolution occurs in psychology too. The stress assessment and management does not address psychosocial but also biological aspects. In Taiwan, two representative fields are health psychology and family medicine. These two fields cooperated in practical works since 1987, offering stress assessment and management to patients.

Stress assessment and management is different from traditional psychological assessment and psychotherapy in psychiatric field. It is a clinical application of culture-based health psychology based on stress model. This study is to prove its clinical effect and explore the possible mechanism. The result supports its clinical effect. It also shows patients have their own explanations of their problems. This must be taken into consideration to make treatment more effective.

Keywords: stress assessment and stress management, stress model