

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ▶ 從概念到實踐：臨床健康心理學實徵成果階段性檢視

From Concept to Practice: Current Empirical Outcomes for Clinical Health Psychology Studies in Taiwan

doi:10.30074/FJMH.201412\_27(4).0001

中華心理衛生學刊, 27(4), 2014

Formosa Journal of Mental Health, 27(4), 2014

作者/Author：林耀盛(Yaw-Sheng Lin)

頁數/Page：495-504

出版日期/Publication Date：2014/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201412\\_27\(4\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201412_27(4).0001)



*DOI Enhanced*

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 從概念到實踐：臨床健康心理學實徵成果 階段性檢視

林耀盛

從Engel(1977)提出「生物-心理-社會」模式後，健康心理學在過去三十年間，相關研究逐漸不單獨採用生物醫學模式，引用Engel相關概念的研究，逐年呈現量增趨勢。無論其倡議的健康模式是否已經構成典範轉移，目前仍有爭議，視個體是整體有機組織的概念，已是普遍現象。但從概念到實踐的在地研究，仍須進一步探討。

本專題收錄的三篇論文，是在證據導向下的實徵研究，探索慢性病患者的心理社會層面議題，是呼應「生物-心理-社會」健康模式的實踐成果，並著手建構符合台灣的評量工具之臨床應用。當然，專題論文無論是理論建構或方法思考，仍有尚待解決的研究議題，值得未來進一步探討。本專題策劃用意不僅是檢視階段性成果，更是建構對話平台的開端。

關鍵詞：生物心理社會模式、慢性病、健康心理學

---

林耀盛：國立政治大學心理學系教授、本期健康心理學專題主編；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、健康心理學、文化與心理病理分析學。(Email: yawsheng@nccu.edu.tw)

# airiti

## 一、前言

Engel(1977)倡議「生物-心理-社會模式」(biopsychosocial model)，指出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。Engel(1980)進一步指出，「生物-心理-社會」的健康模式，主要在於超越醫療探究的限制，該模式明確標定對個體的瞭解，需從其置身的系統脈絡著手。每一個系統都是整體的一部份，每一個系統有其獨特的性質與屬性，系統之間是以動態的網絡互動，個體是置身於「有機的階層」(organismic hierarchy)與「社會的階層」(social hierarchy)間。有機的階層由底層至高層，從微粒子、原子、分子、細胞、組織到神經系統。社會的階層由底層至高層，指稱個體、家庭、社區、文化/次文化、社會-國家和生態圈。在此思維下，「生物醫學模式」(biomedical model)是「生物-心理-社會模式」的次集合，處理個體「有機的階層」層面。但我們不可忽視較為偏重於人文領域的「社會的階層」，對個體身心健康的影響。

Johnson(2013)以「典範轉移」概念，指稱相關研究與實踐領域從「生物醫學模式」轉向到「生物-心理-社會模式」的趨勢。她認為若心理學界在行動上無法有如此典範轉移的認識，不僅導致的失敗是心理學本身的損失，也會是病患照顧品質和健康心理學研究的損失。目前健康心理學研究模式，是否已真正典範轉移，尚有討論空間。不過，Suls與Rothman(2004)指出，從1974-1977年代到1998-2001年代間，採用「生物-心理-社會」模式的研究數量，與「生物醫學模式」相較，呈現倍增的演進趨勢。然而，數量上的實徵結果，是否等於模式上的全面性成為健康研究的典範，仍待更多元方法論上的實徵研究，持續進行更長期的探究。

Kenkel、Deleon、Mantell與Steep(2005)指出，隨著時代變遷，心理學家逐漸融入健康照顧領域，對於身心健康的促進與改變，呈現具體貢獻。但是，他們認為面對所謂的「戰後嬰兒潮」族群如今已老化的事實，心理學如何增加社會能見度，同時累積以證據導向的實徵研究，並研發生活形態(life style)對身心健康的影響，已是刻不容緩的議題。Sarafino與Smith(2012)也指出，健康心理學發展的歷史很短，但這門學科已然產生劇烈和快速的變化，我們仍有很多尚待學習的領域。他們認為，透過研究拓展健康心理學的心理社會層面瞭解，目前仍有待探索與開創。

## 二、健康/疾病觀的辯證檢視

### (一)「個人」健康信念與構念的影響

從社會認知取向的健康心理學研究典範來說，一般人的健康/疾病信念，以及從健康/疾病信念到健康/生病行為的採取歷程，往往指稱的是個人的健康或疾病信念，反映了個人對健康或疾病的態度。因此健康/生病行動的採取，也多從態度形成與改變的理論進行相關研究。這類以社會認知為架構的健康信念模式，其基本假設是認為，個人在產生意願行為之前，通常已經先決定好意圖，因此，意圖往往是人們將會做什麼的最好預測指標(Ajzen & Fishbein, 1980)。但這樣的觀點，是建立在個人合理行動的理性基礎上，往往忽略人們健康/疾病信念的形成到行動實踐，通常是一種社會脈絡與個人歷程的互動關係。如Radley(1994)指出，慢性病的意義，可以定義為在健康的世界裡，必須和疾病共存的狀態。慢性病不單是病人和醫生互動關係的病人角色扮演問題，它更是作為一個受苦經驗者和外在健康世界的議題，一個慢性病患者可能繼續參與社交活動，也可能從工作職場撤退，所以慢性病和個人的角色期待、社會價值、個人認同、與重要他者的互動等面向有關，疾病狀態並不等於就完全喪失健康意義。

健康心理學研究對於個人構念論(personal construct)的運用，呈現個體作為科學家的隱喻思維。Kelly(1955)認為每個人都有一套關於事件意義的假設與理論，是個人產生對自己與對世界之意義的基礎，並據此假設與理論(亦即認知建構系統)進行對外環境之預測與採取行動，而行動的結果就成為評估與修正其假設與理論的依據。個人的假設與理論由行動結果驗證其有效性；在驗證的過程中，如果所驗證的內容與切身相關，但卻發現自己的理論無法預測或解釋行動結果，則對自己本身的認同和對世界的理解即遭到挑戰；此挑戰迫在眼前需要做大幅改變時，個人將明顯感受到威脅。個人構念的觀點，顯示個體可以處理事件的意義，而非被被動的、無助地由遭受事件所驅使。就此而言，帶出個體在事件因應中的施為者(agency)特性。慢性病患者，並非全然的無助的病人角色的身份認同，患者也能逐漸學習賦予生並經驗的意義，察覺自己的新價值生活(Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman, & Deccache, 2008)。

## (二) 健康是一種「社會」功能的維繫

Berkman、Glass、Brissette與Seeman(2000)從社會整合的觀點，統整社會關係與結盟對於生理與心理健康的影響效應的相關論述。他們認為探討社會因素與個體健康的關係時，論者往往將「社會網絡」、「社會支持」、「社會聯繫」和「社會統合」鬆散的交互使用，忽略這些概念之間的差異。基於此，他們提出一個統合概念模式，以「上游因子」(upstream factors)與「下游因子」(downstream factors)為分殊點，前者指涉「巨型」(macro)的「社會-結構」情境與「居中」(mezzo)的「社會網絡」；後者指稱「微觀」(micro)的「社會心理機制」與影響的「通路」(包括個體的健康行為、心理上的與生理上的通路)，統整說明「社會」層次與「個體」層次在健康論述上的相對關係。

易言之，他們以文化、政經因素和社會變遷，作為形塑個體社會網絡的上層結構因素，而個體透過社會網絡所提供的社會支持、社會效果、社會依附與資源可及性等下層結構因素的社會心理機制的交互作用，影響個體的身心健康。透過Berkman等人(2000)的整理，清楚點出「社會」、「個體」和「身心健康」的可能關係。如此的論述，也支持健康心理學重視「心理社會」層面研究的重要性與必要性。健康的生活狀態，往往是一種社會功能的維繫，而非僅是個人事件層次的議題。個人生活形態與性格特質的塑造，也受到社會建構因素的影響。

## (三) 生物心理社會健康模式的實踐

綜合來看，健康不只是個人生活功能的維持，它也往往依脈絡情境的不同，建構差異的健康論述。健康或疾病，有時是一種思考的意識形態，如肯定疾病狀態時仍能進行社交、公共活動的重要性。健康與疾病的心理意義概念，並非截然二分的對立界線，它們其實反映個人因素與周遭環境的互動關係，往往寓居於開放性系統；如此動力化的互動關係，若以傳統的生物醫學模式解讀健康與疾病的意義，恐怕無法適切瞭解患者的主觀經驗世界。

Green(1985)指出，失去健康的狀態，是包含「文義上的」(literal)與「象徵上的」(symbolic)兩層意義。文義上的意涵，指稱身體狀況產生持久性的變化，這是

airiti

一種功能或解剖意義上的匱乏狀態，因而使得患者被迫放棄原先獨立的部分生活領域，承受明顯生活限制之苦。象徵上的意涵，意味著疾病迫使病人放棄孩提時期的「全能」想法，這對病人而言，是人生重大的失落事件。疾病提醒了病人需面對生命的界限狀況，因而病人需放棄可以永遠活著的幼兒期信念(幻想)。如此，反而可以在缺損的處境下，開創成長的可能性，如同從兒童邁向成年的生命全程(life span)的發展。Green(1985)認為生物醫學模式之健康概念，主要的特徵是以「匱乏的器具模式」(defect-apparatus model)界定健康。這類模式指出，疾病發生與生活功能的日益衰敗，是人生不可避免的面向，因此適切的健康促進應包括及時的篩選與治療，以降低疾病缺陷與減緩傷害。然而，完整的健康促進，應涵蓋社會醫學模式，強調心理幸福感。

進言之，當個體面臨疾病威脅產生挫敗，雖就主觀感受而言，挫敗帶來痛苦，但仍有個體在挫敗中依然獲得心理幸福感。Ryan與Deci(2001)認為，具心理幸福感的個體，有幾項特性，包括自主性、社會和個人能力感，以及察覺能夠進入人群且能享受人際關係的能力。透過自主性、個人成長、自我接受、生活目標、正向關係及掌握六個層面，來衡量個體自我實現程度，並以發揮自我潛力和生發動能。如此，儘管生物層面上的疾病處境，社會層面的心理幸福感提升，仍能使生病者抵達身心適應狀態(Ryan & Deci, 2001)。

健康本身的內在理路包含多重的意義與定義，健康本身就是一個歧異性概念(contested concept)，健康同時是一種「方法手段」與「目的自身」。所以，探討健康促進或健康概念，通常需從個人與社會的脈絡加以考察。本專輯的提出，用意在於說明若我們超越生物病理模式的指涉限制，則即使是「面對健康世界，卻必須和疾病共處生活」的慢性病患者，仍能主動建構健康意義，發揮日常生活功能。這般健康/疾病觀念的澄清，對於患者心理的臨床服務或社會的健康促進方案，當可注入啟發性的臨床思考。

### 三、專題論文的實徵研究呼應

本期「健康心理學專題」共收錄三篇論文，分別是林昱萱、許翔皓、方基存與許文耀合作的《慢性腎臟病患者的睡眠困擾：未透析與血液透析患者之比較》；田欣珊、梁記雯與洪福建的《癌症患者的疼痛因應：內外控傾向在因應策略與生活品質關係中的調節效果》，以及鄭逸如與吳治勳的《探討初診斷慢性病患者之個人建構組型－「威脅指標－台灣版」之臨床應用》。這三篇論文是在證據導向下的實徵研究，探索慢性病患者的心理社會層面議題，是呼應「生物－心理－社會」健康模式的實踐成果，並著手建構符合台灣的評量工具的臨床應用。

《慢性腎臟病患者的睡眠困擾：未透析與血液透析患者之比較》一文，是心理學與醫學跨學科的研究成果，其問題意識出發點是認為去探討慢性腎臟病患者之睡眠困擾時，探討的範圍大多侷限於和生理、疾病及治療相關的因素，即使有少數觸及心理及行為因子的研究，亦出現探究範圍較為侷限，且無法依過去對原發性睡眠困擾的心理病理模式所強調的心理與行為因子的問題。作者們的發現指出，焦慮相關行為或認知激發程度，對於未透析慢性腎臟病患者的睡眠具有顯著的影響；但對於血液透析患者，反而是共病狀況以及因腎臟病帶來的身體症狀及情緒較具影響力。至於這其中涉及的解釋機制和改變階段的理論概念提出，以及生活形態差異能否選擇血液透析造成的睡眠困擾，仍待進一步釐清。讀者可以藉此延伸思考慢性腎臟患者心理社會議題改變的中介機轉，這也是從相關研究到因果關係的推論方向，未來可加以處理的議題。

《癌症患者的疼痛因應：內外控傾向在因應策略與生活品質關係中的調節效果》一文，重新檢視內控與外控的傾向對於癌症痛因應與生活品質的中介作用。作者們以傳統的「聚焦問題解決」與「聚焦情緒調節」的因應策略做為指標，指出幾個結果。首先，發現內控的患者採取較多問題導向因應可提升其生活品質；外控的患者採取問題導向因應則對生活品質沒有顯著影響。其次，內控的患者採取較多情緒導向因應會惡化患者的生活品質；外控的患者採取較多情緒導向因應則可促進患者的生活品質。生活品質的概念與測量，近年來也多少討論，作者們也提出反思。

而近年來關於因應的思考，Skinner、Edge、Altman與Sherwood(2003)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)來取而代之。雖然本文是從一般因應概念入手，但本研究具體明確的論點，有助於臨床上的實際介入運用。

《探討初診斷慢性病患者之個人建構組型－「威脅指標－台灣版」之臨床應用》一文，則是經由個人建構(構念)論的基礎，發展適合臺灣處境的評量工具「威脅指標－台灣版(TI-T)」，從知識論到方法論，建立清楚邏輯關係。兩位作者經由TI-T對初診斷慢性病患施測，依照對偶核心建構進行分組，將病患分成「探索組」、「正向反應組」、「負向反應組」三組。「探索組」的「自我」與「慢性病」都是處在探索狀態的建構較多；「正向反應組」的「自我」與「慢性病」建構都較正向；「負向反應組」對「自我」的建構較正向，但「慢性病」建構較負向。研究發現，在心理威脅上，「負向反應組」患者的「慢性病對自我的威脅」較另二組高，「正向反應組」患者的「慢性病對理想自我的威脅」較另二組低。在因應上，「探索組」的「病情認知」顯著低於「正向反應組」與「負向反應組」。兩位作者指出，三組中，「探索組」可能是臨床上特別需要關注的一個組別，他們對「慢性病」與「自我」都較為困惑，因應上也較不易有計畫性的因應行為或使用情緒導向的因應行為。本研究不但具有分類指標的意涵，對於臨床實務上的介入，如何建立病患的自我建構及其對慢性病的建構，因而能考量個別差異予以適切協助，有別於過去將構念加以概化的取向。如此將自我與慢性病建構分殊化的處理，是過去自我與他者問題的延伸，亦即將疾病視為他者的威脅，或是調適接受他者成為自我一部份的議題。自我與他者的互動關係，是慢性病心理學研究的重要環節，顯示慢性病不僅是個人遭遇，更是人際相關的事件。如何從本研究實徵資料的發現，進而提出慢性病患者置身社會處境動態心理改變的可能性歷程，未來得以持續探索。

透過本專題的三篇論文，期待引發關注健康心理學議題的學術陣營與實務工作圈，或健康服務科學(health service science)或人文臨床療癒等領域的積極對話，促進後續更多元、更深入的反思與討論。

## airiti 參考文獻

- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine*, *66*(5), 1228-1239.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*(6), 843-857.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical applications of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535-544.
- Green, S. A. (1985). *Mind and body: The psychology of physical illness*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Johnson, S. B. (2013). Increasing psychology's role in health research and health care. *American Psychologist*, *68*(5), 311-321.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Kenkel, M. B., Deleon, P. H., Mantell, E. O., & Steep, A. E. (2005). Divided no more: Psychology's role in integrated health care. *Canadian Psychology*, *46*(4), 189-202.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 141-166.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (7<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.

Skinner, E. A., & Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216-269.

Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, *23*(2), 119-125.

# From Concept to Practice: Current Empirical Outcomes for Clinical Health Psychology Studies in Taiwan

YAW-SHENG LIN

Ever since Engel proposed a biopsychosocial model to challenge the biomedical model thirty years ago, it has increasingly been recognized and applied in research. Although whether this new model constitutes a paradigm shift is still a point of debate, it is now common to conceptualize individuals as holistic organisms. How to move from this conceptualization to implementation in indigenous clinical health psychology research is now an important area for investigation. The three essays in this special issue are empirical studies of evidence-based practice that reflect the biopsychosocial health model: “Sleep disturbances in chronic kidney disease patients: A comparison between patients with and without hemodialysis”; “Coping with cancer pain: The moderating effect of locus of control on the relationship between coping strategies and quality of life”, and “Grouping patients with newly diagnosed chronic illness by their personal constructs: A clinical application of the Threat Index—Taiwan Version”. These articles explore the psychosocial issues of patients with chronic illness and investigate construction and clinical application of assessment tools in the Taiwan context. Although the results of the three studies are promising, there are still unresolved issues in terms of theory and methodology worthy of discussion. Hence, the main purpose of this special issue is not only to present current empirical outcomes of clinical health psychology studies in Taiwan, but also to facilitate a dialogue among scholars and practitioners in related fields.

**Key words:** biopsychosocial model, chronic illness, health psychology

---

Yaw-Sheng Lin: Professor, Department of Psychology, National Chengchi University; Special Issue Editor. (Email: yawsheng@nccu.edu.tw)