

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ▶ 慢性病因應歷程中自我效能感與因應策略的作用與關係：兩種情緒聚焦因應的區辨

Functions of and Relations between Self-Efficacy and Coping Strategies  
in Adaptation to Chronic Illness: Two Different Emotion-Focused Coping  
Strategies

doi:10.30074/FJMH.201612\_29(4).0002

中華心理衛生學刊, 29(4), 2016

Formosa Journal of Mental Health, 29(4), 2016

作者/Author：簡良霖(Liang-Lin Chien);吳治勳(Chih-Hsun Wu);吳英璋(Yin-Chang Wu)

頁數/Page：357-389

出版日期/Publication Date：2016/12

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.201612\\_29\(4\).0002](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201612_29(4).0002)



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



# 慢性病因應歷程中自我效能感與因應策略的作用與關係：兩種情緒聚焦因應的區辨

簡良霖 吳治勳 吳英璋

**研究目的：**慢性病患者自我效能感與因應策略，影響了適應與控制其疾病狀況。然而過去慢性病研究對情緒聚焦因應策略的效果未有定論，也未探討自我效能感與因應策略之間的關係。本研究試圖對情緒聚焦因應進行區分，以及驗證自我效能感與因應策略的中介關係。**研究方法：**研究於2007~2008年，分為二階段進行。76位(平均年齡55.87歲，46位男性)與151位(平均年齡57.58歲，70位男性)高血壓、糖尿病、高血脂、或痛風患者完成疾病控制行為的自我效能感、因應策略、與慢性病適應結果的問卷。**研究結果：**情緒聚焦因應可分為：(1)穩定情緒以進行症狀控制的「積極投入情緒聚焦因應」，以及(2)調適衝擊以接受慢性病的「防衛型情緒聚焦因應」。自我效能感與「問題聚焦因應」和「積極投入情緒聚焦因應」兩者有關，後者更中介了自我效能感的效果。「防衛型情緒聚焦因應」對疾病適應有著不利的影響。**研究結論：**本研究支持慢性病患者在因應的過程中需要同時兼顧實際的問題解決行為和情緒的穩定。慢性病患者需要更關注情緒的起源和因應方式，其所需的介入策略也會不同。

**關鍵詞：**慢性病、自我效能感、問題聚焦因應、情緒聚焦因應

簡良霖：國立臺灣大學心理學研究所臨床組博士生；國立成功大學行為醫學研究所碩士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、健康心理學。

吳治勳：國立政治大學心理學系助理教授；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為老年心理學、健康心理學。

吳英璋：國立臺灣大學心理學系名譽教授；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。(通訊作者；E-mail: wuec@ntu.edu.tw)

收稿：2016年12月02日；接受：2017年03月14日。

## 一、緒 論

調查顯示，台灣慢性病患者相當依賴醫療協助來處理症狀控制(衛生署國民健康局，2009；李曉伶與吳肖琪，2013)，然而控制慢性病的最佳對策，應是患者本人的自我管理(Goldstein, 2006; Weisz, 2014)，包含規律服藥、飲食控制、適量運動、與情緒調適等。國內外研究指出，慢性病患者在執行自我管理行為時，未達醫囑建議的要求(何振珮、尤瑞鴻、劉采艷、李哲夫，2015；黃美娟、林麗娟、洪志秀，2008；Chen, Tsai, & Lee, 2009; Lee et al., 2013; Li, Kuo, Hwang, & Hsu, 2012; Peyrot et al., 2005; Stetson et al., 2011)。慢性病患者陳述在執行自我管理時，遇到的阻礙是「認為太困難而做不到」(Holden, Schubert, & Michelson, 2015)，以及因而有更多的心理負擔(劉惠瑚、陳玉敏，2004；Ong, Jinks, & Morden, 2011)。因此在臨床上，需要從心理層面來協助慢性病患者(Dobbie & Mellor, 2008)。

慢性病的控制與自我效能感(self-efficacy)和因應策略(coping strategy)兩者有關(Alok, et al., 2014; Bandura, 1997; Lorig & Holman, 2003; Reuman, Mitamura, & Tugade, 2013)。慢性病患者對執行自我管理行為的主觀信心評估，即為自我效能感(Bandura, 1986)，是個體能否成功改變行為的意識起始點(Bandura, 1977)，也可以令患者覺知慢性病能透過行為來控制(Holman & Lorig, 1992)。實徵研究證實，疾病自我管理行為的自我效能感，確實對實際行為有影響(Clark & Dodge, 1999)。Bandura(1997)指出無論慢性病病史有多長或症狀帶來多大的痛楚，自我效能感能預測表現出更有利的因應策略。Marks與Allegrante(2005)回顧一系列慢性病自我管理介入的研究後，認為患者疾病自我管理行為的自我效能感，可以透過行為訓練過程而被提昇，Brady等人(2013)所進行的後設分析亦支持，合併自我效能感的慢性病因應訓練，有利於慢性病患者在一年後的疾病控制狀況。

另一個與慢性病控制有關的是因應策略。慢性病本身、其治療(含自我管理)、及對生活造成的影響是需要進行因應的壓力源(Maes, Leventhal, & DeRidder, 1996)。因應行為可分為問題聚焦(problem-focused coping)和情緒聚焦(emotion-focused coping)兩種策略(Lazarus, 2006)，問題聚焦因應是對壓力來源進行直接處置，例如以慢性病

airiti

的自我管理控制症狀，進而減少壓力感受(Lorig & Holman, 2003)；情緒聚焦因應則是對壓力源所引起的情緒反應進行調適，不造成壓力源的改變。Folkman與Lazarus(1980)認為當面對難以控制的健康問題時，個體會使用情緒聚焦因應，以減輕壓力帶來的負向感受，是逃避去控制疾病的替代方法。亦即問題聚焦因應被視為主動因應慢性病，而情緒聚焦因應則為逃避因應，會減少患者對慢性病的控制。部份對慢性病的研究(Bombardier, D'Amico, & Jordan, 1990; Felton & Revenson, 1984)支持這個觀點，結果顯示情緒聚焦因應降低心理適應結果，與增加症狀嚴重度。另一些學者則對情緒聚焦因應有不同的看法，如Alok等人(2014)及Mikula等人(2014)的研究都顯示情緒聚焦因應提昇了健康相關的生活品質。情緒聚焦因應的研究結果不一致，顯示該建構有剖析的必要性。

林耀盛(2012)的研究顯示，雖然有一些情緒聚焦因應方式造成慢性病適應不良，但另外有些情緒聚焦因應則在高適應組與低適應組之間無明顯差異，顯示部份情緒聚焦因應方式不影響患者的適應。Paukert、LeMaire與Cully(2009)及Hundt等人(2015)的實徵性研究中，對慢性病患者在簡式因應量表(Brief COPE)(Carver, 1997)上的反應進行探索性因素分析，皆得到相似的結果：區分出兩個因素，因素一包含主動因應、計畫、尋求工具性社會支持、正向給予意義、尋求情緒性社會支持、接受、自我分心，而因素二則有行為疏離、自我責備、否認、情緒發洩；兩者的結果皆支持因素一和適應狀況無明顯關係、因素二和適應狀況有明顯負相關。因素一顯示有些情緒聚焦因應和問題聚焦因應有高相關，但合起來對慢性病的適應無直接關係，而因素二則顯示有些情緒聚焦因應和適應不良有關。這些結果顯示了在慢性病因應的過程中，情緒聚焦因應方式並非只有一種作用，而且與問題聚焦因應也不是只有一種關係。Wiebe與Korbel(2003)認為當個體面對健康上的威脅時，可透過情緒防衛和改變行為的方式來重拾對自我狀況的連續感。結合上段，可發現過去研究所討論的情緒聚焦因應並非相同。會導致慢性病症狀更為嚴重的情緒聚焦因應，其內容偏向於防衛慢性病所帶來的健康威脅，使得患者逃避行為改變(Bombardier et al., 1990; Felton & Revenson, 1984)。而能夠促進慢性病適應結果的情緒聚焦因應，其內容偏向於降低自我管理的情緒負擔，以更進一步投入健康行為中(Alok et al., 2014; Mikula et

al., 2014)。這兩類情緒聚焦因應可能應付著不同的壓力。

慢性病最大的特點在於，本身無法「根治」或被改變，患者需要透過生活調整與適應來提昇生活品質與減少併發症，而治療與生活調整又會成為新的壓力 (Goldstein, 2006; Maes et al., 1996; Weisz, 2014)，造成患者很大的情緒負擔(劉惠瑚、陳玉敏，2004；Ong et al., 2011)。因此在治療過程中，慢性病患者是同時面對著多重的壓力源。循此脈絡，本研究推論慢性病的因應可能分成兩個途徑：(1)面對慢性病造成的健康問題本身，可以選擇用問題聚焦因應來積極面對，或是用情緒聚焦因應來減緩個人壓力感受，後者為「防衛型情緒聚焦因應」；(2)在患者進行症狀控制(例如自我管理)的過程中，這些行為帶來的情緒負擔又成為另一項壓力源，需要情緒聚焦因應來穩定個人的負向情緒反應，此類因應即為「積極投入情緒聚焦因應」。此假設也能解釋前述的過去研究結果矛盾之處：針對慢性病的防衛型情緒聚焦因應為一種逃避方式，使得症狀更為失控與嚴重；而針對症狀控制的積極投入情緒聚焦因應和問題聚焦因應一起作用，帶來更佳的症狀控制結果。本研究將進一步驗證此假設。

自我效能感與因應策略兩者之間有著密切的關聯，如Strecher、DeVellis、Becker與Rosenstock(1986)及Bosmans、Hofland、De Jong與Van Loey(2015)都認為自我效能感是壓力評估中的一環。當個體面對壓力源帶來的威脅時，會有意識或無意識地審視自己所擁有的各種資源，並據此挑選最能成功因應壓力源的行為。因此對特定行為的自我效能感越高，則個體越可能以該行為來因應壓力。許多工作壓力的研究結果(Chang & Edwards, 2015; Chwalisz, Altmaier, & Russell, 1992; Jex, Bliese, Buzzell, & Primeau, 2001; Stumpf, Brief, & Hartman, 1987)清楚顯示，因應策略中介了自我效能感對工作表現和調適結果的影響：高自我效能者會採取更有效率的因應策略，而因應策略也會帶來更好的工作表現與壓力適應結果。然而此關係模型是否適用於慢性病還有待驗證。Lefebvre等人(1999)調查風濕性關節炎患者的自我效能感與所使用的因應策略，發現對於因應疼痛本身的自我效能感對關節疼痛感受無明顯影響，甚至會減少正向情緒；而非疼痛因應的日常活動功能的自我效能感越高，不僅感受到的關節疼痛越少，也較少用尋求情緒支持來當作因應方式。然而該研究未同

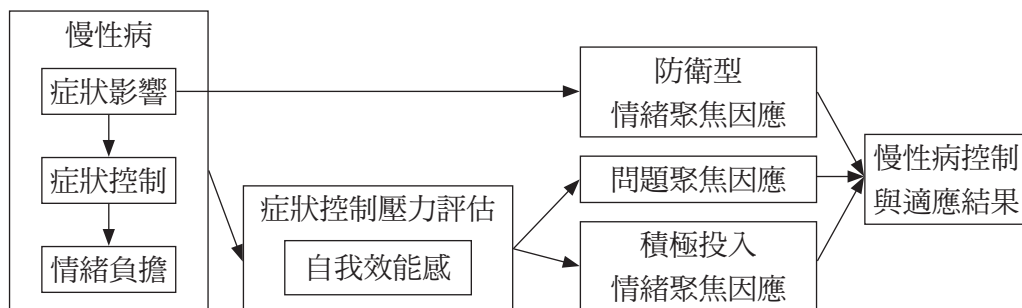


時檢驗自我效能感、因應策略、與適應結果三者間的關係。Alok等人(2014)對肌纖維瘤患者的研究發現，對關節炎的自我效能感可預測問題聚焦因應，但無法預測情緒聚焦因應。自我效能感和問題聚焦因應越高，都會降低症狀影響的嚴重程度，以及提高生活品質，但並未檢驗問題聚焦因應是否為自我效能感的中介變項。Dahlbeck與Lightsey Jr(2008)的研究結果不支持因應策略對自我效能感的中介效果，但其研究樣本為慢性病與殘障兒童或青少年，其結論難以推論到一般慢性病族群中。因此，在成人的慢性病歷程中，因應策略為中介變項的假設還有待考驗。

綜合上述，本研究認為慢性病因應歷程應該如圖一：當患者直接對慢性病進行情緒聚焦因應時，是為了防衛慢性病帶來的健康威脅、逃避症狀控制的必要，帶來較不好的控制與適應結果。而當患者有意進行症狀控制(例如，自我管理)的行為改變時，會評估達成的可能性(自我效能感)，再進而開始改善症狀或提昇健康的行為(問題聚焦因應)，以產生較佳的控制與適應結果；這段過程也會形成情緒上的負擔，患者需要將情緒的調適放入評估(自我效能感)中，並進行實際的情緒調適(積極投入情緒聚焦因應)來促進控制與適應結果。因此，症狀控制達成的信心(自我效能感)對控制與適應結果的影響，是透過實際行為(問題聚焦因應和積極投入情緒聚焦因應)而產生發生作用。因此，本研究提出兩項主要假設：

**假設1：慢性病患者的情緒聚焦因應，因為針對不同的壓力源而可分為「防衛型情緒聚焦因應」和「積極投入情緒聚焦因應」兩種。**

若此假設為真，則在情緒聚焦因應的測量工具中應可區分出兩類題目，並且各與一個因素有關。同時，此區分應符合建構效度，亦即「防衛型情緒聚焦因應」和



圖一 慢性病因應模式

「積極投入情緒聚焦因應」應和其他變項有著不同的關係。本研究將症狀控制行為定義為服藥、飲食控制、運動、情緒調適(Goldstein, 2006; Weisz, 2014)，以及將「症狀對個人功能與心理社會改變的負向影響」與「自評健康」作為慢性病控制與適應結果的指標。慢性病若控制狀況不佳，會導致個人功能與心理社會的負向改變，包含日常活動、職業表現、社交等，反映了實質上與心理社會上的損失(Meenan, Yelin, Nevitt, & Epstein, 1981)。同時，自評健康與慢性病況有關(Molarius & Janson, 2002)，反映了個體從內在與外在線索所作的整體評估，也是死亡率的重要預測因子(Jylhä, 2009)。此假設的細部內容為：

- 1-1 情緒聚焦因應有「防衛型情緒聚焦因應」與「積極投入情緒聚焦因應」兩類，其測量工具應為二因素結構。
- 1-2 「防衛型情緒聚焦因應」與「症狀控制行為自我效能感」無顯著相關，和「問題聚焦因應」亦無顯著相關；「積極投入情緒聚焦因應」則與「症狀控制行為自我效能感」以及「問題聚焦因應」兩者都有正相關。
- 1-3 「防衛型情緒聚焦因應」與「慢性病控制與適應結果」有負相關；「積極投入情緒聚焦因應」與「慢性病控制與適應結果」則有正相關。

**假設2：「問題聚焦因應」和「積極投入情緒聚焦因應」，中介了「症狀控制行為的自我效能感」對「控制與適應結果」的效果。**

參考中介模型的統計驗證步驟(MacKinnon, Warsi, & Dwyer, 1995)，此假設的細部內容為：

- 2-1 「症狀控制行為的自我效能感」可預測「慢性病控制與適應結果」。
- 2-2 「症狀控制行為的自我效能感」，能正向預測「問題聚焦因應」和「積極投入情緒聚焦因應」。
- 2-3 「問題聚焦因應」與「積極投入情緒聚焦因應」，能正向預測「慢性病控制與適應結果」。
- 2-4 在控制住「問題聚焦因應」與「積極投入情緒聚焦因應」後，「症狀控制行為的自我效能感」的預測力會下降或消失。

## 二、研究方法

### (一) 研究對象與收案程序

本研究程序經北部某醫學中心研究倫理委員會審查核可(文號：200909011R)。為了增加樣本多樣性及代表性，因此於台灣北部某醫學中心家醫科門診和兩社區診所，以及台灣中部三間社區診所中，在2007至2008年間進行收案。收案流程為取得醫療人員同意後，與患者說明研究並徵詢其同意，再進行問卷的填寫。可由患者自行完成或由研究人員從旁協助完成。若受試者罹患有任一種慢性病，則請受試者依據慢性病的經驗來填寫問卷；若受試者沒有任一種慢性病，則請受試者依據本次看診原因之經驗來填寫。

收案過程分為兩階段。第一階段除了取得資料外，也徵求患者與醫護人員的回饋。部份患者表示在測驗工具上有些題項意思重複、降低完成意願。醫護人員希望能減少施測所需時間，以避免再拉長每位患者的看診時間、犧牲其他患者的權益。排除掉無效資料、篩選慢性病(高血壓、糖尿病、高血脂、痛風任一種以上)患者後，得到第一階有效樣本76人的資料。針對題目數較多的兩項研究工具進行項目分析(見「研究工具」段落說明)，減少題目數後再進行第二階段。第二階慢性病患者的有效樣本共有151人。兩組樣本在各變項上之數據列於表一。

為了取得研究工具信度資料，非慢性病患者若在收案期間有再次回診，則邀請患者完成再測。再測樣本共有23人，兩次測驗間隔天數平均值為92.04、標準差為46.77。以組內相關係數(intraclass coefficient)作為研究工具的信度評估。

### (二) 研究工具

本次研究所使用之各問卷量尺，其挑選與編制目的是希望建立一套在一般門診中方便使用的臨床實務工具，有助於臨床工作者能快速評估與瞭解慢性病患者在接受治療過程中的狀態。詳細的工具發展過程記載於吳英璋(2008)。



表一 受試者基本資料與各變項分數

變項	第一階樣本(n=76)			第二階樣本(n=151)		
	Mean	SD	%	Mean	SD	%
性別						
男			60.53%			46.36%
女			39.47%			53.64%
年齡	55.87	12.68		57.58	12.29	
高血壓						
有			68.42%			68.21%
無			31.58%			31.79%
糖尿病						
有			46.05%			37.09%
無			53.95%			62.91%
高血脂						
有			34.21%			22.52%
無			65.79%			77.48%
痛風						
有			14.47%			18.54%
無			85.53%			81.46%
服用慢性病藥物						
是			94.74%			86.75%
否			5.26%			13.25%
罹患慢性病年數	9.60	8.66		5.40	6.07	
症狀控制行為自我效能感	17.83	3.69		17.59	3.60	
問題聚焦因應	16.59	4.19		17.37	3.92	
積極投入情緒聚焦因應	10.17	2.81		11.19	2.31	
防衛型情緒聚焦因應	7.04	2.73		8.68	2.54	
疾病影響嚴重程度	11.76	5.04		15.17	4.90	
自評健康	3.57	0.69		3.02	1.00	

## 1. 疾病照護自我效能量尺

為了評估慢性病患在疾病照護行為方面之自我效能感，本研究之自我效能量表改編自Talbot、Nouwen、Gingras、Gosselin與Audet(1997)針對糖尿病患所編製之多向度糖尿病問卷(Multidimensional Diabetes Questionnaire)中的自我效能量尺(Self-Efficacy Scale)，將此量表之題意進行中文翻譯及修改。根據第一階樣本的分數，從8題中選擇項目與總分相關值(item-total correlation)最高的6題( $r = .57 \sim .87$ )，再依據醫護人員與研究者意見，從中刪去可由其他項目取代的1題。採用李克特氏五分點量表，從1「完全無把握」到5「非常有把握」，讓病患評估在服藥、控制飲食、運動、與情緒控制等四方面以及整體性疾病照護行為的自我效能感。第一階樣本中其內部一致性為.79。而再測樣本中得到的再測信度為.79。五題分數加總後作為「症狀控制行為自我效能感」變項。各題題目內容列於表二。

## 2. 疾病因應量尺

本研究之因應量表改編自翁嘉英(1997)之慢性病患因應量表。原始量表為三個量尺、共52題。本研究從「問題聚焦因應」與「情緒聚焦因應」量尺中各折半挑選了11題與8題。根據第一階樣本分數，在問題聚焦因應量尺11題中，選取項目與總分相關值最高的4題( $r = .72 \sim .78$ )，以及醫護人員與研究者覺得有著表面效度的1題。在情緒聚焦因應量尺的8題中，選取項目與總分相關值最高的5題( $r = .55 \sim .74$ )，以及醫護人員與研究者覺得有著獨特臨床意義和代表性的1題。計分方式採用李克特氏五分點量表，從1「從未」到5「總是」。問題聚焦因應的5題，其內部一致性為.77、再測信度為.81。此5題分數加總後作為「問題聚焦因應」變項。6題情緒聚焦因應題目之中，有3題與「穩定情緒以進行症狀控制」有關，加總後作為「積極投入情緒聚焦因應」變項；其內部一致性為.68、再測信度為.85。而另外3題與「調適慢性病情緒衝擊」有關，加總後作為「防衛型情緒聚焦因應」變項；其內部一致性為.55、再測信度為.85。由於每個情緒聚焦因應都是3題，因此內部一致性較低可能是受到題數少的影響，而再測信度顯示這兩群題目都有可接受的信度標準。各題題目內容列於表二。

### 3. 疾病嚴重度認知量尺

慢性病患在疾病控制上的狀況會影響到日常功能、社會功能、職業功能、以及自我認同等層面(Meenan et al., 1981)，因此本研究設計六項題目、讓受試者自我評量疾病狀況對「精力、氣力」、「作息、睡眠」、「工作」、「行動、活動」、「人際互動」、「自我概念」等是否帶來負面影響，計分方式採用李克特氏五分點量

表二 各變項所包含題目之內容

變項	題目內容
症狀控制行為自我效能感	整體而言，對於您自己所訂定的健康計畫或目標，您有多少把握能夠執行？
	對於「按時服藥」，您有多少把握能夠做好？
	對於「按照計畫控制飲食」，您有多少把握能夠做好？
	對於「按照計畫運動」，您有多少把握能夠做好？
	對於「控制自己的情緒不受病情影響」，您有多少把握能夠做好？
問題聚焦因應	我會客觀地分析與病情相關的問題。
	我會訂定健康計畫或設定特定目標以改善身體狀況。
	我對我所設定的健康計畫或目標，會努力達成它。
	我會請家人或朋友協助我與醫療照顧相關的事情。
	我會接受醫師給我醫療相關的建議。
積極投入情緒聚焦因應	我會盡量保持心情愉快或穩定。
	我提醒自己照著計畫處理和生病有關的事情，不要慌張、害怕。
	我用一些放鬆的方法(如打坐等)或是體能活動，來緩和心情。
防衛型情緒聚焦因應	我會要求自己相信生病是對自己有意義的事件。
	我會尋求宗教信仰力量的協助。
	我對目前的病情，心裡已做好最壞的打算。
疾病影響嚴重程度	您覺得生病後，您的精力(氣力)上有變差嗎？
	您覺得生病後，您的睡眠狀況上有變差嗎？
	您覺得生病後，您與家人朋友間的互動有變差(變少)嗎？
	在有慢性病後，您對自己的看法、想法有沒有變差？
	您覺得生病後，您的工作能力(效率)有變差嗎？
	您覺得生病後，您的行動(活動、做事)能力有變差嗎？
自評健康	您認為自己現在的健康狀況，和同年齡的人相比？

表，從1「完全不會」到5「總是會」。其內部一致性為.79、再測信度為.82，分數加總後作為「疾病影響嚴重程度」變項，用以評量患者對慢性病症狀控制的結果。各題題目內容列於表二。

#### 4. 自評健康程度

為了測量慢性病患對自己健康程度的評估，因此設計一項題目來訊問受試者認為自己的健康狀況和同齡者相比其程度如何，計分方式採用李克特氏五分點量表，從1「差很多」到5「好很多」，再測信度為.79。其分數作為「自評健康」變項，用以評量患者的整體健康程度。題目內容列於表二。

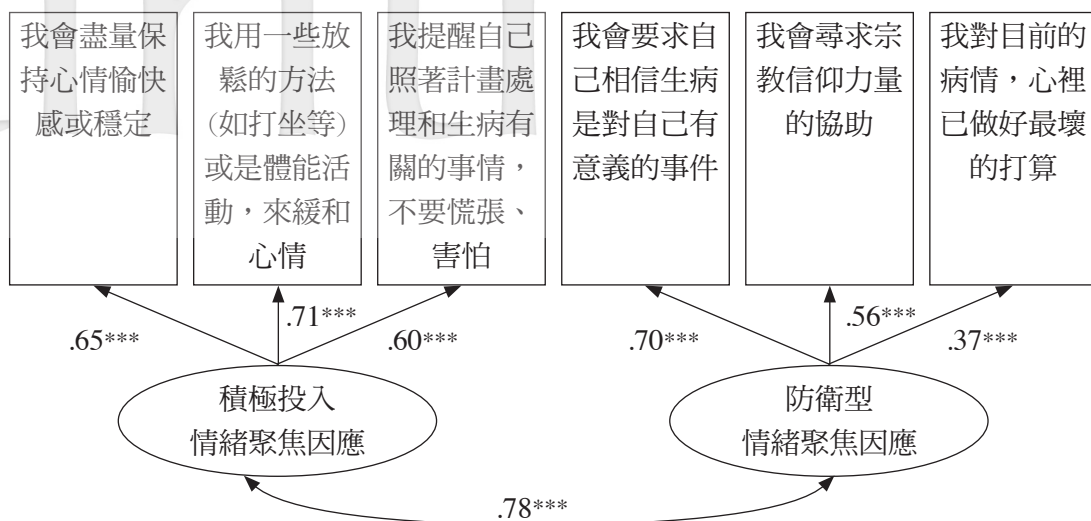
### 三、研究結果

#### (一) 情緒聚焦因應之驗證性因素分析

為了檢驗假設1-1「情緒聚焦因應可分為防衛型與積極投入兩類」，使用第一階段樣本76人進行驗證性因素分析，樣本數達到總題數(六題)十倍以上的最低要求門檻(Thompson, 2000)。各適配度指標如表三，皆達到可接受的標準，顯示資料支持此理論因素結構。各題項與因素間關係圖如圖二，所有因素負荷量皆達顯著，防衛型情緒聚焦因應和積極投入情緒聚焦因應兩因素之間也有顯著相關。

表三 情緒聚焦因應—驗證性因素分析之適配指標

	模 型
絕對適配指標	
卡方值 $\chi^2$ (d.f.) (不顯著)	11.41 <sub>(8)</sub> , $p > .05$
卡方自由度比 $\chi^2/df$ (<3)	1.43
適配度指標GFI (>.90)	.96
均方根近似誤RMSEA (<.08)	.075
標準化均方根殘差SRMR (<.08)	.05
相對適配指標	
比較適配指標(CFI) (>.95)	.96
非正規適配指標(NNFI) (>.90)	.92



註: \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

圖二 情緒聚焦因應—驗證性因素分析結果

## (二) 各變項間之相關

所有變項之間的相關值如表四。症狀控制行為自我效能感，對問題聚焦因應( $r = .52, p < .001$ )與積極投入情緒聚焦因應( $r = .50, p < .001$ )都有顯著的正相關，而對防衛型情緒聚焦因應的相關值不顯著( $r = .03, p > .05$ )；症狀控制行為自我效能感，分別對疾病影響嚴重程度和自評健康有顯著的負相關( $r = -.23, p < .01$ )與正相關( $r = .22, p < .01$ )。三種因應變項之間有顯著正相關，積極投入情緒聚焦因應與防衛型情緒聚焦因應間的相關係數為.17( $p < .05$ )，與問題聚焦因應的係數各為.51 ( $p < .001$ )和.16 ( $p < .05$ )。三

表四 各變項之間相關係數

	1	2	3	4	5	6
1.症狀控制行為自我效能感	—	.52***	.50***	.03	-.23**	.22**
2.問題聚焦因應		—	.51***	.16*	.04	.24**
3.積極投入情緒聚焦因應			—	.17*	-.27***	.38***
4.防衛型情緒聚焦因應				—	.22**	-.02
5.疾病影響嚴重程度					—	-.42***
6.自評健康						—

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



airiti

種因應變項對疾病影響嚴重程度和自評健康各有著不同的關係：問題聚焦因應與疾病影響嚴重程度之間無顯著關係( $r=.04, p>.05$ )，對自評健康則有顯著正相關( $r=.24, p<.01$ )；防衛型情緒聚焦因應和疾病影響嚴重程度之間有顯著正相關( $r=.22, p<.01$ )、和自評健康無關( $r=-.02, p>.05$ )。積極投入情緒聚焦因應與疾病影響嚴重程度和自評健康有顯著的負相關( $r=-.27, p<.001$ )和正相關( $r=.38, p<.001$ )。評估慢性病適應與控制結果的兩個變項(疾病影響嚴重程度和自評健康)，之間有顯著的負相關( $r=-.42, p<.001$ )。

在這些相關中，防衛型情緒聚焦因應對問題聚焦因應有低度正相關，對自我效能感無關；另外積極投入情緒聚焦因應對問題聚焦因和自我效能感都有中度正相關，部份支持假設1-2。防衛型情緒聚焦因應高，則疾病影響嚴重度也高，但自評健康不受影響；積極投入情緒聚焦因應高，則疾病影響嚴重度低、自評健康高。因此假設1-3也得到部份支持。

### (三) 症狀控制行為自我效能感對疾病影響嚴重程度和自評健康的預測

為了測試假設2-1「症狀控制行為的自我效能感可預測慢性病控制與適應結果」，將基本人口變項(性別與年齡)和慢性病狀況變項(是否有服用慢性病藥物、慢性病年數、以及是否有高血壓、糖尿病、高血脂與痛風的診斷)當作控制變項，症狀控制行為自我效能感作為預測變項，分別進行對疾病影響嚴重程度和自評健康的階層迴歸分析。結果摘要於表五。在控制基本變項後，發現症狀控制行為自我效能感顯著預測疾病影響嚴重程度( $\beta=-.23, p<.01$ )，以及自評健康( $\beta=.18, p<.05$ )。當患者症狀控制行為自我效能感越高時，疾病影響嚴重程度越低、自評健康越高。

### (四) 症狀控制行為自我效能感對因應策略的預測

為了測試假設2-2「症狀控制行為的自我效能感，能正向預測問題聚焦因應和積極投入情緒聚焦因應」，同樣在控制基本變項後，將症狀控制行為自我效能感作為預測變項，分別進行對問題聚焦因應、與積極投入情緒聚焦因應的階層迴歸分析，以檢驗症狀控制行為自我效能感對因應策略各別的預測力。結果摘要於表六。結果

表五 症狀控制行為自我效能感對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
疾病影響 嚴重程度	1				.06	.06	1.12
	性別	1.21	0.88	0.12			
	年齡	-0.01	0.04	-0.03			
	糖尿病	0.85	0.93	0.08			
	高血壓	0.63	1.04	0.06			
	高血脂	1.79	0.99	0.15			
	痛風	0.60	1.25	0.05			
	慢性病藥物服用	-2.10	1.47	-0.15			
	慢性病年數	0.08	0.08	0.10			
	2				.11	.05**	1.83
自評健康	性別	0.87	0.88	0.09			
	年齡	0.00	0.04	0.01			
	糖尿病	0.69	0.91	0.07			
	高血壓	0.14	1.04	0.01			
	高血脂	1.91	0.97	0.16			
	痛風	0.51	1.22	0.04			
	慢性病藥物服用	-1.18	1.48	-0.08			
	慢性病年數	0.10	0.08	0.12			
	症狀控制行為自我效能感	-0.31	0.12	-0.23**			
	1				.15	.15**	3.20**
	性別	-0.30	0.17	-0.15			
	年齡	0.03	0.01	0.38***			
	糖尿病	-0.50	0.18	-0.24**			
	高血壓	-0.05	0.20	-0.02			
	高血脂	-0.05	0.19	-0.02			
	痛風	-0.27	0.24	-0.11			
	慢性病藥物服用	0.02	0.29	0.01			
	慢性病年數	-0.02	0.02	-0.11			

表五 症狀控制行為自我效能感對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要(續)

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
自評健康	2				.18	.03*	3.45***
	性別	-0.24	0.17	-0.12			
	年齡	0.03	0.01	0.36***			
	糖尿病	-0.48	0.18	-0.23**			
	高血壓	0.03	0.20	0.01			
	高血脂	-0.07	0.19	-0.03			
	痛風	-0.26	0.24	-0.10			
	慢性病藥物服用	-0.13	0.29	-0.04			
	慢性病年數	-0.02	0.02	-0.13			
	症狀控制行為自我效能感	0.05	0.02	0.18*			

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

表六 症狀控制行為自我效能感對因應策略的迴歸分析摘要

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
問題聚焦	1				.12	.12*	2.39*
因應	性別	-0.51	0.68	-0.07			
	年齡	0.06	0.03	0.20*			
	糖尿病	-1.03	0.72	-0.13			
	高血壓	-1.16	0.81	-0.14			
	高血脂	1.21	0.77	0.13			
	痛風	0.34	0.97	0.03			
	慢性病藥物服用	2.63	1.14	0.23*			
	慢性病年數	0.01	0.06	0.01			
	2				.31	.19***	7.06***
	性別	0.05	0.61	0.01			
	年齡	0.04	0.03	0.13			
	糖尿病	-0.77	0.64	-0.10			
	高血壓	-0.36	0.73	-0.04			
	高血脂	1.01	0.68	0.11			
	痛風	0.48	0.86	0.05			
	慢性病藥物服用	1.11	1.04	0.10			
	慢性病年數	-0.02	0.05	-0.03			
	症狀控制行為自我效能感	0.52	0.08	0.48***			

表六 症狀控制行為自我效能感對因應策略的迴歸分析摘要(續)

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
積極投入 情緒聚焦 因應	1				.09	.09	1.67
	性別	-0.85	0.41	-0.18*			
	年齡	0.03	0.02	0.17			
	糖尿病	-1.07	0.43	-0.22*			
	高血壓	-0.46	0.49	-0.09			
	高血脂	-0.29	0.46	-0.05			
	痛風	-0.46	0.58	-0.08			
	慢性病藥物服用	0.79	0.68	0.12			
	慢性病年數	0.00	0.04	0.00			
	2				.30	.22***	6.79***
	性別	-0.49	0.36	-0.11			
	年齡	0.02	0.02	0.10			
	糖尿病	-0.90	0.38	-0.19*			
	高血壓	0.04	0.43	0.01			
	高血脂	-0.42	0.41	-0.08			
	痛風	-0.37	0.51	-0.06			
	慢性病藥物服用	-0.16	0.62	-0.02			
	慢性病年數	-0.02	0.03	-0.05			
	症狀控制行為自我效能感	0.32	0.05	0.50***			

\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$ 

發現症狀控制行為自我效能感能顯著正向預測問題聚焦因應( $\beta = .48$ ,  $p < .001$ )和積極投入情緒聚焦因應( $\beta = .50$ ,  $p < .001$ )。因此當患者的症狀控制行為自我效能感越高時，問題聚焦因應和積極投入情緒聚焦因應的行為也會越多。

### (五) 因應策略對疾病影響嚴重程度和自評健康的預測

為了驗證假設2-3，在控制基本變項的影響後，以問題聚焦因應與積極投入情緒聚焦因應作為預測變項，進行對疾病影響嚴重程度和自評健康的階層迴歸分析。結果摘要於表七。問題聚焦因應對疾病影響嚴重程度有正向預測力( $\beta = .23$ ,  $p < .05$ )，對自評健康的預測力不顯著( $\beta = .04$ ,  $p > .05$ )。積極投入情緒聚焦因應對疾病影響嚴重

表七 因應策略對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
疾病影響 嚴重程度	1				.06	.06	1.12
	性別	1.21	0.88	0.12			
	年齡	-0.01	0.04	-0.03			
	糖尿病	0.85	0.93	0.08			
	高血壓	0.63	1.04	0.06			
	高血脂	1.79	0.99	0.15			
	痛風	0.60	1.25	0.05			
	慢性病藥物服用	-2.10	1.47	-0.15			
	慢性病年數	0.08	0.08	0.10			
	2				.15	.09***	2.51**
	性別	0.71	0.86	0.07			
自評健康	年齡	-0.01	0.04	-0.01			
	糖尿病	0.34	0.91	0.03			
	高血壓	0.61	1.00	0.06			
	高血脂	1.21	0.97	0.10			
	痛風	0.15	1.20	0.01			
	慢性病藥物服用	-2.26	1.43	-0.16			
	慢性病年數	0.07	0.07	0.09			
	問題聚焦因應	0.29	0.12	0.23*			
	積極投入情緒聚焦因應	-0.77	0.20	-0.36***			
	1				.15	.15**	3.20**
	性別	-0.30	0.17	-.15			
	年齡	0.03	0.01	.38***			
	糖尿病	-0.50	0.18	-.24**			
	高血壓	-0.05	0.20	-.02			
	高血脂	-0.05	0.19	-.02			
	痛風	-0.27	0.24	-.11			
	慢性病藥物服用	0.02	0.29	.01			
	慢性病年數	-0.02	0.02	-.11			



表七 因應策略對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要(續)

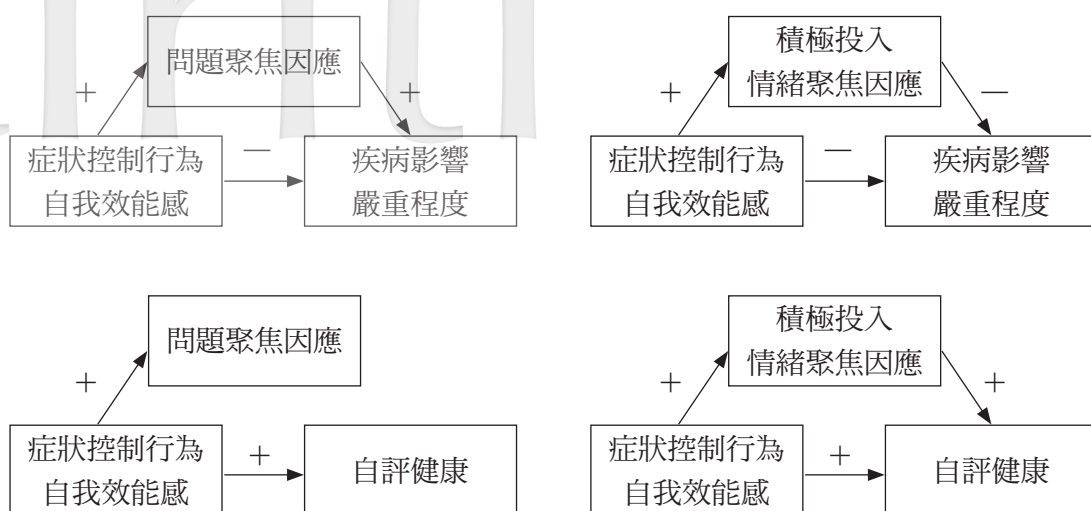
依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
自評健康	2				.24	.09***	4.51***
	性別	-0.18	0.17	-.09			
	年齡	0.03	0.01	.33***			
	糖尿病	-0.35	0.18	-.17*			
	高血壓	0.02	0.19	.01			
	高血脂	-0.03	0.19	-.11			
	痛風	-0.22	0.23	-.08			
	慢性病藥物服用	-0.11	0.28	-.04			
	慢性病年數	-0.02	0.01	-.11			
	問題聚焦因應	0.01	0.02	.04			
	積極投入情緒聚焦因應	0.13	0.04	.30**			

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

程度有負向預測力( $\beta = -.36, p < .001$ )，對自評健康有正向預測力( $\beta = .30, p < .01$ )。兩種因應策略有著不同的效果。當患者的問題聚焦因應行為越多時，疾病影響嚴重程度越高，與自評健康無關。積極投入情緒聚焦因應行為越多時，疾病影響嚴重程度越低、自評健康越高。

## (六) 積極投入情緒聚焦因應的中介效果

將症狀控制行為自我效能感、兩種因應策略，與慢性病控制與適應結果間關係整理如圖三。結果顯示自我效能感對問題聚焦因應有正向預測力，問題聚焦因應對疾病影響嚴重程度的預測力，與症狀控制行為自我效能感相反，而問題聚焦因應對自評健康無預測力，因此不符合中介模型的條件。自我效能感對積極投入情緒聚焦因應有正向預測力，後者又對疾病影響嚴重程度與自評健康都有預測力，且與症狀控制行為自我效能感同向。因此積極投入情緒聚焦因應的中介效果可能存在。進行階層迴歸分析以檢驗假設2-4中關於積極投入情緒聚焦因應的中介效果，結果摘要於表八。對症狀影響嚴重程度而言，積極投入情緒聚焦因應在症狀控制行為自我效能感已放入的狀況下仍有顯著預測力( $\beta = -.29, p < .01$ )，而症狀控制行為自我效能感的顯



圖三 中介模型變項間關係圖

表八 疾病控制行為自我效能感和因應策略對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
疾病影響嚴重程度	1				.06	.06	1.12
	性別	1.21	0.88	0.12			
	年齡	-0.01	0.04	-0.03			
	糖尿病	0.85	0.93	0.08			
	高血壓	0.63	1.04	0.06			
	高血脂	1.79	0.99	0.15			
	痛風	0.60	1.25	0.05			
	慢性病藥物服用	-2.10	1.47	-0.15			
	慢性病年數	0.08	0.08	0.10			
	2				.11	.05**	1.83
	性別	0.87	0.88	0.09			
	年齡	0.00	0.04	0.01			
	糖尿病	0.69	0.91	0.07			
	高血壓	0.14	1.04	0.01			
	高血脂	1.91	0.97	0.16			
	痛風	0.51	1.22	0.04			

表八 疾病控制行為自我效能感和因應策略對疾病影響嚴重程度和  
自評健康的迴歸分析摘要(續)

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
疾病影響 嚴重程度	慢性病藥物服用	-1.18	1.48	-0.08			
	慢性病年數	0.10	0.08	0.12			
	疾病控制行為自我效能感	-0.31	0.12	-0.23**			
	3				.18	.08**	2.83**
	性別	0.55	0.85	0.06			
	年齡	0.00	0.04	-0.01			
	糖尿病	0.44	0.90	0.04			
	高血壓	0.30	1.00	0.03			
	高血脂	1.28	0.95	0.11			
	痛風	0.11	1.18	0.01			
	慢性病藥物服用	-1.70	1.43	-0.12			
	慢性病年數	0.09	0.07	0.11			
	疾病控制行為自我效能感	-0.31	0.14	-0.23*			
	問題聚焦因應	0.38	0.12	0.30**			
	積極投入情緒聚焦因應	-0.61	0.21	-0.29**			
自評健康	1				.15	.15**	3.20**
	性別	-0.30	0.17	-0.15			
	年齡	0.03	0.01	0.38***			
	糖尿病	-0.50	0.18	-0.24**			
	高血壓	-0.05	0.20	-0.02			
	高血脂	-0.05	0.19	-0.02			
	痛風	-0.27	0.24	-0.11			
	慢性病藥物服用	0.02	0.29	0.01			
	慢性病年數	-0.02	0.02	-0.11			
	2				.18	.03*	3.45***
	性別	-0.24	0.17	-0.12			
	年齡	0.03	0.01	0.36***			
	糖尿病	-0.48	0.18	-0.23**			
	高血壓	0.03	0.20	0.01			
	高血脂	-0.07	0.19	-0.03			

表八 疾病控制行為自我效能感和因應策略對疾病影響嚴重程度和自評健康的迴歸分析摘要(續)

依變項	模型／獨變項	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	<i>F</i>
自評健康	痛風	-0.26	0.24	-0.10			
	慢性病藥物服用	-0.13	0.29	-0.04			
	慢性病年數	-0.02	0.02	-0.13			
	疾病控制行為自我效能感	0.05	0.02	0.18*			
	3				.24	.06**	4.08***
	性別	-0.18	0.17	-0.09			
	年齡	0.03	0.01	0.33***			
	糖尿病	-0.36	0.18	-0.17*			
	高血壓	0.03	0.20	0.01			
	高血脂	-0.03	0.19	-0.01			
	痛風	-0.22	0.23	-0.08			
	慢性病藥物服用	-0.12	0.28	-0.04			
	慢性病年數	-0.02	0.01	-0.11			
	疾病控制行為自我效能感	0.01	0.03	0.02			
	問題聚焦因應	0.01	0.02	0.03			
	積極投入情緒聚焦因應	0.13	0.04	0.29**			

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

著性 $p$ 值在加入因應變項後從.01上升至.05。進行sobel test以檢驗中介效果，發現 $z = -2.68$  ( $p < .01$ )。此結果支持積極投入情緒聚焦因應部份中介了症狀控制行為自我效能感對疾病影響嚴重程度的預測力。

在自評健康上的結果顯示，積極投入情緒聚焦因應在症狀控制行為自我效能感已放入的狀況下仍有顯著的正向預測力( $\beta = .29$ ,  $p < .01$ )，而症狀控制行為自我效能感的預測力在放入因應變項後消失，其 $\beta$ 值從原本的.18( $p < .05$ )變為.02( $p > .05$ )。Sobel test結果為 $z = 2.79$  ( $p < .01$ )。此結果支持積極投入情緒聚焦因應中介了症狀控制行為自我效能感對自評健康的預測力。

## 四、討論與建議

本研究結果支持假設1，將現有的疾病情緒聚焦因應量表分為兩類。其中一類情緒聚焦因應方式著重於情緒的穩定，讓患者可以更投入於症狀控制的努力中，稱為積極投入情緒聚焦因應。另一類情緒聚焦因應是透過宗教、意義賦予、接受等方式來調適慢性病衝擊，使患者接受慢性病本身與帶來的影響，稱為防衛型情緒聚焦因應。透過資料分析，確認這兩類情緒聚焦因應方式分別屬於不同的因素。本研究認為「情緒穩定」是積極投入情緒聚焦因應的關鍵，過去研究也發現，情緒穩定的能力可以預測患者對醫囑執行的堅持度(Nagasawa, Smith, Barnes JR, & Fincham, 1990)，而且被認為有助於「專注所面對的健康威脅上、達成重要目標」(Wiebe & Korbel, 2003)。防衛型情緒聚焦因應則是透過不同的方式來降低慢性病的威脅，但無助於狀況的改善。例如，尋求宗教協助對疾病的適應沒有影響(Carver et al., 1993)或變得更差(Baider & Sarell, 1983; King, Speck, & Thomas, 1995)；賦予疾病意義感妨礙了個人適應能力的展現(Cheng, Wong, & Tsang, 2006)，不會導致症狀的改善(Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006)。防衛型情緒聚焦因應可能改變了患者對慢性病的表徵，認為病況的變化是「命中注定」或「自己無能為力」，因此變為消極處理(Furnham, 1994; Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998)。

積極投入與防衛型情緒聚焦因應，與其他心理建構間的關係符合理論假設，可作為建構效度的佐證。問題聚焦因應對積極投入情緒聚焦因應有較強的關聯性，而對防衛型情緒聚焦因應的關聯性較低，此情形與過去研究結果(Paukert et al., 2009; Hundt et al., 2015)相似。對症狀控制行為的自我效能感，也和這兩種情緒聚焦因應有著不同的關係。對症狀控制行為的執行感到有信心的患者，有較高的可能會對症狀控制所產生的情緒負擔進行因應，但和防衛型情緒聚焦因應無關。這兩者對慢性病的適應有著不同的關係。對症狀控制的情緒負擔進行因應的患者，也會有較佳的適應結果，而防衛型情緒聚焦因應則與不佳的適應狀況有關。患者越能夠穩定情緒與堅持努力，越覺得疾病帶來的影響小、感覺自己越健康；而患者越試著調適衝擊與接受慢性病，則反倒可能「放縱」了慢性病而讓影響更為擴大。林耀盛(2012)發現，



與生活適應較差有關的因應策略(無為而為、被動期待、順其自然)都是較為消極的因應策略。因此患者若減少消極的情緒因應行為，繼續努力就可能減少慢性病帶來的影響與增進生活品質。

本研究結果支持假設2-1和2-2，對症狀控制行為的自我效能感，能夠預測慢性病適應結果和因應策略。和過去一些研究結果相同，對疾病控制行為的執行越有信心的患者其慢性病適應結果較佳(Brady et al., 2013; Marks & Allevante, 2005)，而且在症狀因應上也有較多問題聚焦策略的行為(Alok et al., 2014; Lorig & Holman, 2003)。本研究發現同樣的信心越高的患者，也更能運用情緒聚焦因應來穩定情緒，持續進行健康計畫。這是過去少有研究討論的部份。Lefebvre等人(1999)雖然發現自我效能感與尋求情緒支持因應間有負相關，但該自我效能感是對自我日常活動功能的信心判斷，而非本研究所討的慢性病控制行為。Alok等人的結果不支持自我效能感與情緒聚焦因應之間有關，可能就是因為忽略了慢性病壓力源的特性與情緒穩定的重要性，而未區分出不同的情緒聚焦因應。對慢性病患而言在面對症狀影響的威脅時，評估自己的情緒調適能力也是屬於有效內在資源的一部分(Bandura, 1997; Talbot et al., 1997)，讓患者有信心能執行自我管理的行為，影響後續情緒穩定策略的表現。本研究也發現，患者對疾病照護與控制的執行信心，不影響尋求宗教協助或意義賦予等情緒因應方式。

本研究結果支持假設2-3中關於積極投入情緒聚焦因應的部份，但卻不支持問題聚焦因應的部份。皮爾森相關係數顯示，問題聚焦因應和疾病影響嚴重程度無關，和自評健康有正相關。進行相關的階層迴歸分析結果顯示，在控制基本人口變項和慢性病變項後，單獨放入問題聚焦因應發現仍保持同樣的關係型態，與疾病影響嚴重程度無顯著關係( $\Delta R^2=.00, p>.05; \beta=.05, p>.05$ )、對自評健康有顯著正向預測力( $\Delta R^2=.03, p<.05; \beta=.19, p<.05$ )。而將積極投入情緒聚焦因應也放入後，問題聚焦因應對自評健康的預測力消失，而對疾病影響嚴重程度有負向預測關係。這些結果顯示，若個體都使用相同的方式來調適症狀控制的情緒負擔，進行健康與醫療計畫等因應方式不一定是有助的。雖然此發現與直觀不同，但在慢性病的研究中並非罕見。例如Bombardier等人(1990)的結果發現在控制症狀嚴重程度後，問題聚焦因應越多

則與疾病有關的失能情形也越高；Heijmans(1998)的結果指出，問題聚焦因應對慢性疲勞症候群患者的身體功能、社會功能、心理健康、與活力都沒有影響；Jensen、Turner與Romano(1991)發現慢性疼痛患者的許多因應行為都不能改善疾病帶來的負向影響，甚至「休息」的因應行為會預測更大的疾病衝擊；Roesch等人(2005)的後設分析發現，問題聚焦因應無法改善攝護腺癌患者的性功能、降低挫折感。Stanton、Revenson與Tennen(2007)說明問題聚焦因應策略時提到：(1)慢性病本身是難以被醫學治療或健康行為所控制，(2)問題解決取向的因應策略對於慢性病無法改變的層面沒有效果，(3)因應行為的研究需要將焦點轉移到因應行為對其他變項的中介或調節效果上。這段說明顯示，對問題聚焦因應策略抱著「改變慢性病」的期待，會是難以實現而且讓人失望的期待。林耀盛(2012)發現有約有半數的慢性病患者所抱持的期待是「疾病的根治與停藥」，因此許多患者願意接受的治療或所作的行為改變，其實都難以達到心中想要的目標，亦即對這些因應方式有著錯誤的結果預期(Bandura, 1986)。若患者對運動與飲食控制等行為所帶來的效果有著正確的瞭解(例如提昇生活品質、降低併發症發生的機率等)，才有機會覺察到對慢性病控制的益處。另一方面，願意服從醫生指示、配合醫療方向的患者，通常是醫護人員眼中的「好病人」，也以為會有較好的預後和症狀控制結果(Lorber, 1975; Steiner & Clark, 1977)。但有時候這些行為反映的並不是有計畫性的主動症狀控制行為，而是被患者的無助感與擔心失控的焦慮感受所驅使(Raps, Peterson, Jonas, & Seligman, 1982; Taylor, 1979)。患者在罹病後對病因和治療的理由都感到不瞭解與不能控制，有著無能為力的憂鬱情緒，即使聽從醫療建議而行事，也仍感到不知所措。在這樣心態下所進行的醫療行為，反而造成了更大的健康風險。因此在本研究結果中對問題聚焦因應的發現，可能忽略考慮了患者對因應行為的結果預期，以及在因應行為背後的驅使原因。後續研究需要進行更深入的探討與相關資料的收集，才能釐清慢性病患者的有效因應行為。

本研究結果支持假設2-4中「積極投入情緒聚焦因應的中介效果」。症狀控制行為自我效能感除了對疾病影響的嚴重程度有直接效果外，也透過對積極投入情緒聚焦因應的影響，進而影響疾病影響嚴重程度；而在自評健康上，自我效能感是完全

airiti

透過積極投入情緒聚焦因應而產生作用。這樣的研究結果顯示，積極投入情緒聚焦因應有著相當重要的適應功能，也符合Bandura(1997)及Reuman等人(2013)的看法，情緒的調節有助於慢性病的適應過程。Alok等人(2014)及Mikula等人(2014)都發現情緒聚焦因應能夠提昇慢性病患者的生活品質，而本研究則是更進一步地在考慮過慢性病所帶來的壓力特性後，找出情緒聚焦因應方式中有效的部份，而且發現與慢性病控制與適應間的關係。同時本研究也支持，在工作壓力領域中發現到的自我效能感與因應策略之間的中介關係(Chang & Edwards, 2015; Chwalisz et al., 1992; Jex et al., 2001; Stumpf et al., 1987)，同樣也適用於慢性病的壓力因應歷程中。但不同的部份則是，面對不同特性的壓力，「有效」因應策略的內容也就需要隨著調整，保持因應能力的彈性(Reuman et al., 2013)。

本研究試圖探討慢性病患在進行自我管理的歷程以及可能造成的影響，結果發現患者所進行的因應除了需要實際症狀帶來的問題解決外，也需要調適自己的情緒。甚至，患者需要仔細釐清自己情緒的起源並挑選過後再調適情緒，才能帶來更好的慢性病適應結果。在這些因應行為的背後，患者對於症狀控制的信心程度扮演了重要的角色。越有信心的患者，越能在疾病管理的過程中穩定自己的情緒，並進而帶來更好的適應結果。而在此過程中若患者試著調適情緒反應來接受慢性病帶來的衝擊與影響的話，可能對於症狀控制與健康程度都有不利的影響。本研究所使用的工具簡短且可由患者自行填答，具有在臨床上便於施測的優點，而且都有著可接受的再測信度。但相對而言都是非廣泛被使用的工具，內部一致性偏低、也未有其他效度研究，是本研究限制之一。因此本研究結果仍須謹慎看待，後續需要更為完整的研究工具來重複驗證目前的發現。本研究另一項限制為所包含的慢性病種類僅有四類，可能不足以將結果推論至其他類型的慢性病上，例如癌症與慢性呼吸道疾病。未來研究方向除了改進研究方式(如：長期追蹤研究設計、加入慢性病控制的客觀指標等)外，探討患者對於因應方式的結果預期，應更能夠描繪出最佳慢性病因應策略的全貌。本研究在臨床上的主要建議是對慢性病患者給予和緩心情的建議時，應該要確定是針對患者在自我管理過程中感到的緊張等情緒反應，而非讓患者感到「慢性病對自我和生活的侵入是無法違抗的宿命」而放棄控制。

## 謝 詞

本研究感謝行政院衛生署95年度計畫(計畫編號：DOH95-TD-M-113-048-(1/3))、96年度計畫(DOH96-TD-M-113-009-(2/3))及97年度計畫(DOH97-TD-M-113-95003)協助，得以順利完成，僅此致謝。

## 參考文獻

- 何振珮、尤瑞鴻、劉采艷、李哲夫(2015)：〈東部某醫院影響高血壓病人服藥遵從行為因素之探討〉。《護理暨健康照護研究》，11卷1期，23-32。
- 吳英璋(2008)：〈建構以解析憂鬱情緒為基礎的憂鬱症與自殺預防處置—以慢性病患為對象的臨床實務研究(3/3)〉。行政院衛生署97年度科技研究計畫研究成果報告，計畫編號：DOH97-TD-M-113-95003。
- 李曉伶、吳肖琪(2013)：〈台灣慢性病人醫療利用之探討—以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例〉。《臺灣公共衛生雜誌》，32卷3期，231-239。
- 林耀盛(2012)：〈因應多樣性與效用性：慢性病門診病人的疾病因應方式〉。《生死學研究》，13期，83-119。
- 翁嘉英(1997)：《失能性慢性病患之自我評價歷程與自尊感對其初期因應策略的影響》。台灣大學心理學研究所博士論文(未出版)。
- 黃美娟、林麗娟、洪志秀(2008)：〈第二型糖尿病病患自我照顧行為及其相關因素之探討〉。《長期照護雜誌》，12卷2期，191-201。
- 劉惠瑚、陳玉敏(2004)：〈慢性病老人自我照顧之生活經驗〉。《慈濟護理雜誌》，3卷3期，50-59。
- 衛生署國民健康局(2009)：〈2007年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究報告〉。2016年7月11日，取自<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?id=201102140001&parentid=200712250011>。
- Alok, R., Das, S. K., Agarwal, G. G., Tiwari, S. C., Salwahan, L., & Srivastava, R. (2014). Problem-focused coping and self-efficacy as correlates of quality of life and severity

- of fibromyalgia in primary fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Rheumatology*, 20(6), 314-316.
- Baider, L., & Sarell, M. (1983). Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness: The effects of ethnicity and religiosity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39(3), 136-143.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Bombardier, C. H., D'Amico, C., & Jordan, J. S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behaviour Research and Therapy*, 28(4), 297-304.
- Bosmans, M. W., Hofland, H. W., De Jong, A. E., & Van Loey, N. E. (2015). Coping with burns: The role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 642-651.
- Brady, T. J., Murphy, L., O'Colmain, B.J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., ... & Chervin, D. (2013). A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the chronic disease self-management program. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120-112.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Chang, Y., & Edwards, J. K. (2015). Examining the relationships among self-efficacy, coping, and job satisfaction using social career cognitive theory: An SEM analysis. *Journal of Career Assessment*, 23(1), 35-47.



Chen, S. L., Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2234-2244.

Cheng, C., Wong, W. M., & Tsang, K. W. (2006). Perception of benefits and costs during SARS outbreak: An 18-month prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 870-879.

Chwalisz, K., Altmaier, E. M., & Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(4), 377-400.

Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education & Behavior*, 26(1), 72-89.

Dahlbeck, D. T., & Lightsey Jr, O. R. (2008). Generalized self-efficacy, coping, and self-esteem as predictors of psychological adjustment among children with disabilities or chronic illnesses. *Children's Health Care*, 37(4), 293-315.

Dobbie, M., & Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590.

Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

Furnham, A. (1994). Explaining health and illness: Lay beliefs on the nature of health. *Personality and Individual Differences*, 17(4), 455-466.

Goldstein, M. L. (2006). Living with a chronic disease. In S. J. Morewitz (Ed.), *Chronic diseases and health care: New trends in diabetes, arthritis, osteoporosis, fibromyalgia, low back pain, cardiovascular disease and cancer* (pp. 17-24). Springer Science & Business Media.

Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome:

- Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 39-51.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.
- Holden, R. J., Schubert, C. C., & Mickelson, R. S. (2015). The patient work system: An analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers. *Applied Ergonomics*, 47, 133-150.
- Holman, H., & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 305-324). Taylor & Francis.
- Hundt, N. E., Bensadon, B. A., Stanley, M. A., Petersen, N. J., Kunik, M. E., Kauth, M. R., & Cully, J. A. (2015). Coping mediates the relationship between disease severity and illness intrusiveness among chronically ill patients. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1186-1195.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: Relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44(3), 263-269.
- Jex, S. M., Bliese, P. D., Buzzell, S., & Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316.
- King, M., Speck, P., & Thomas, A. (1995). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: Development and standardization. *Psychological Medicine*, 25(6), 1125-1134.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lee, G. K., Wang, H. H., Liu, K. Q., Cheung, Y., Morisky, D. E., & Wong, M. C. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PloS One*, 8(4), e62775.

- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80(1), 425-435.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733.
- Li, W. W., Kuo, C. T., Hwang, S. L., & Hsu, H. T. (2012). Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1816-1824.
- Lorber, J. (1975). Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(2), 213-225.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- MacKinnon, D. P., Warsi, G., & Dwyer, J. H. (1995). A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate Behavioral Research*, 30(1), 41-62.
- Maes, S., Leventhal, H., & DeRidder, D. T. D. (1996). Coping with chronic disease. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 221-251). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Marks, R., & Allegrante, J. P. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice (part II). *Health Promotion Practice*, 6(2), 148-156.
- Meenan, R. F., Yelin, E. H., Nevitt, M., & Epstein, W. V. (1981). The impact of chronic disease. *Arthritis & Rheumatology*, 24(3), 544-549.
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., ... & van Dijk, J. P. (2014). Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation*, 36(9), 732-736.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 364-370.

- Nagasawa, M., Smith, M. C., Barnes JR, J. H., & Fincham, J. E. (1990). Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. *The Diabetes Educator*, 16(3), 192-200.
- Ong, B. N., Jinks, C., & Morden, A. (2011). The hard work of self-management: Living with chronic knee pain. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(3), 7035.
- Paukert, A. L., LeMaire, A., & Cully, J. A. (2009). Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging & Mental Health*, 13(4), 601-610.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine*, 22(10), 1379-1385.
- Raps, C. S., Peterson, C., Jonas, M., & Seligman, M. E. P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both? *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1036-1041.
- Reuman, L. R., Mitamura, C., & Tugade, M. M. (2013). Coping and disability. In M. L. Wehmeyer (Ed.), *The Oxford handbook of positive psychology and disability* (pp. 91-104). Oxford University Press.
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., ... & Vaughn, A. A. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-293.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Steiner, H., & Clark, W. R. (1977). Psychiatric complications of burned adults: A classification. *Journal of Trauma*, 17, 134-143.
- Stetson, B., Schlundt, D., Rothschild, C., Floyd, J. E., Rogers, W., & Mokshagundam, S. P. (2011). Development and validation of The Personal Diabetes Questionnaire (PDQ): A

measure of diabetes self-care behaviors, perceptions and barriers. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 91(3), 321-332.

Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education and Behavior*, 13(1), 73-92.

Stumpf, S. A., Brief, A. P., & Hartman, K. (1987). Self-efficacy expectations and coping with career-related events. *Journal of Vocational Behavior*, 31(1), 91-108.

Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., & Audet, J. (1997). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 291-312.

Taylor, S. E. (1979). Hospital patient behavior: Reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues*, 35(1), 156-184.

Thompson, B. (2000). Ten commandments of structural equation modeling. In G. G. Laurence & R. Y. Paul (Eds.), *Reading and understanding MORE multivariate statistics* (pp. 261-283). Washington, DC: APA.

Weisz, G. (2014). *Chronic Disease in the Twentieth Century: A History*. JHU Press.

Wiebe, D. J., & Korbel, C. (2003). Defensive denial, affect, and the self-regulation of health threats. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 184-203). Psychology Press.

# Functions of and Relations between Self-Efficacy and Coping Strategies in Adaptation to Chronic Illness: Two Different Emotion-Focused Coping Strategies

LIANG-LIN CHIEN, CHIH-HSUN WU, YIN-CHANG WU

**Purpose:** Patients' sense of self-efficacy in disease-management and the coping strategies they adopt play an important role in their ability to control chronic illness. The functions identified for emotion-focused coping strategies were inconsistent in past studies, and researchers did not examine the relationship between the patient's sense of self-efficacy and the coping strategies they applied to handle their illness. The goal of the present study is to discriminate the functions of different emotion-focused coping strategies, and to test the mediation effect of the coping strategy selected on the patient's sense of self-efficacy. **Methods:** This study was conducted in two phases during 2007-2008. In both phases the participants had at least one of the following chronic illnesses: hypertension, diabetes, hyperlipidemia, or gout. In the first phase, 76 participants (mean age 55.87, 46 men) were surveyed and 151 participants (mean age 57.58, 70 men) in the second phase with measurements of self-efficacy, and problem- and emotion-focused coping strategies of disease management. **Results:** Emotion-focused coping could be divided into two categories: (1) active emotion-focused coping focused on stabilization of emotion for promoting symptom control, and (2) defensive emotion-focused coping focused on protecting the self from the health-threats of chronic illness. Self-efficacy correlated significantly with problem-focused and active emotion-focused coping. The latter also mediated the effect of self-efficacy on illness adaptation. Defensive emotion-focused coping worsened illness adaptation. **Conclusions:** The results support the assertion that patients can cope with chronic illness in a problem-focused way, but they should differentiate their emotion-focused coping carefully in terms of the origins of their emotions, since different emotion-focused coping strategies requires different intervention strategies.

**Key words:** chronic illness, self-efficacy, problem-focused coping, emotion-focused coping

Liang-Lin Chien: Graduate Student of Ph.D. Program, Department of Psychology, National Taiwan University.

Chih-Hsun Wu: Assistant Professor, Department of Psychology, National Chengchi University.

Yin-Chang Wu: Emeritus Professor, Department of Psychology, National Taiwan University. (Corresponding Author, e-mail: wuec@ntu.edu.tw)