airiti

中華心理衛生學刊
第二十七卷(2014)　第四期　561-582頁

專題研究論文

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

鄭逸如　吳治勳

研究目的：本研究運用以個人建構理論為基礎所編製的工具「威脅指標—台灣版(TI-T)」，探討初診斷慢性病患者是否有不同的建構特性，並進行初步分類，以及探討建構特性、心理威脅與因應之間的關係。**研究方法**：研究對象為初檢查出異常或確定診斷之慢性病患者，研究工具為TI-T與慢性病因應評量表。收案期間為2009年2至5月，總計收到69位有效患者。**研究結果**：(1)初診斷患者依TI-T對偶核心建構做分組，可分出「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。(2)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。(3)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」。(4)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。**研究結論**：本研究結果顯示利用TI-T能對慢性病患者進行有效的分組，並說明各組之建構特性及可能的臨床意涵，當搭配探討患者的心理威脅與因應，則更顯現TI-T在疾病調適之評估與介入上的臨床價值，TI-T將可能是極具實用性的臨床工具。

關鍵詞：個人建構理論、威脅指標—台灣版

鄭逸如：國立臺灣大學醫學院附設醫院臨床心理中心臨床心理師兼主任；國立臺灣大學心理學研究所臨床組博士；專長領域與研究興趣為健康心理學、腫瘤心理學、安寧療護、臨床心理學。
吳治勳：國立政治大學心理系助理教授；國立臺灣大學心理學研究所臨床組博士；專長領域與研究興趣為健康心理學、老人心理學、臨床心理學。(通訊作者；E-mail: wuch@nccu.edu.tw)
收稿：2014年07月08日；接受：2014年09月11日。

airiti

一、緒　論

人類天生是目標取向的生物，追求舒適、穩定、成長、正向感受，利於生存。在生命的過程中，人類有多方面的目標，包括：運轉日常維生、保持身體健康、保持情緒和諧平穩、具有生產能力、有成就表現、建立人際關係與資源等。本研究的目的在探討個人追求保持身體健康的過程中，當罹患慢性病時，在心理上感受到的威脅，以及如何做具有臨床實用性的測量，並透過探討此威脅與因應之間的關係，更確認此測量工具的助益。

(一) 慢性病的心理威脅—個人建構理論的觀點

本研究對慢性病心理威脅的探討是以個人建構理論(Kelly, 1955)為基礎，以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(亦即他的認知建構系統)進行對外在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。就個人建構理論而言，「威脅」的定義即為「覺知個人的核心認知建構將需要急迫且全面性的改變」(Bannister & Mair, 1968; Kelly, 1955; Krieger, Epting, & Leitner, 1974)。

比照Krieger等人(1974)以個人建構理論研究死亡的威脅，慢性病威脅可定義為「當個人要將慢性病建構為個人事實、成為自我的一部分時，其建構系統需要做改變與再組織」；而其操作性定義則為在個人許多成組的雙極認知建構(例如「健康的—生病的」)中，無法將目前對「自我」、「理想自我」以及「慢性病」等核心認知建構放在這些雙極認知建構的同一極。同時考慮「自我」與「理想自我」是根據個人建構理論的「建構(construing)」概念，亦即個人對「自我」與「理想自我」均有其假設，並持續在生活中驗證有效性；罹患慢性病會同時對「自我」與「理想自我」造成威脅，並影響此二核心認知建構的「建構」。

airiti

Krieger等人(1974)以及後續的研究者們發展了可作為評量「威脅指標」的、不同組數的雙極認知建構組之多種評量版本，其中25題的版本是多數研究者認同的版本(Krieger, Epting, & Hays, 1979; Moore & Neimeyer, 1991; Neimeyer & Epting, 1992; Neimeyer, 1994; Neimeyer, Dingemans, & Epting, 1977; Neimeyer, Moore, & Bagley, 1988)，其內容為針對死亡、自我、理想自我等的核心認知建構。鄭逸如、吳治勳與黃芸新(2008)將該25組版本翻譯為中文，並為了研究慢性病的心理威脅而加上「慢性病」核心認知建構，建立「威脅指標—台灣版(the Threat Index- Taiwan Version，簡寫為TI-T)」。

「威脅指標」的計分及其意義的疑問

傳統的威脅指標是根據雙極認知建構差距的概念及距離分數定義「死亡」對「自我」與「理想自我」的威脅(Krieger et al., 1974; Krieger et al., 1979; Moore & Neimeyer, 1991; Neimeyer, 1994; Neimeyer & Epting, 1992; Neimeyer et al., 1977; Neimeyer et al., 1988; Rigdon, Epting, Neimeyer, & Krieger, 1979)，這亦可運用在「慢性病」對「自我」與「理想自我」的威脅上(鄭逸如等人，2008)。茲以TI-T的第一組雙極認知建構「健康的—生病的」評量「慢性病」對「自我」的威脅進行說明(圖一)。當患者A針對「自我」圈選左邊的「3」(即將「自我」評為「強烈符合『健康的』概念」)，並針對「慢性病」圈選右邊的「1」(即將「慢性病」評為「稍微符合『生病的』概念」)，那麼「自我」與「慢性病」在「健康的—生病的」的雙極認知建構就有4分的差距分數。患者分別針對「自我」與「慢性病」，各做了25組雙極認知建構的評分，在每一組雙極認知建構上都會得到一個0~6的差距分數，累加起來介於0~150的差距分數總和，即為「慢性病」對「自我」的威脅指標分數。依此類推，針對「理想自我」與「慢性病」各做的25組雙極認知建構評分，也可總計起來得到介於0~150的「慢性病」對「理想自我」的威脅指標分數。

Krieger等人(1974)對威脅的操作性定義與Neimeyer(1994)建議的距離分數，數字上的意義是清楚的，即數字越大、差距越大、威脅越大，反之，數字越小、差距越小、威脅越小。過去的研究無論是探討患者之間的比較或是同一位患者本身的變化，都是如此解釋此數字的涵意。但若對應實際之評量結果，發現有二個問題在過

airiti

圖一　採距離分數之慢性病威脅的操作性定義說明(以慢性病對自我的威脅為例)

去的研究未被注意到。第一個問題是過去研究一向直接計算分數而未考慮雙極認知評量並非單向度的連續向量，因而可能影響評量結果的正確性或合理性，或者忽略某些重要心理現象。以下以「自我」與「慢性病」二個核心認知建構為例，討論考慮「雙極」建構所形成的三個「差距組合類型」，並推論其涵意。

第一個差距組合類型為「兩者不同極：自我為正向，慢性病為負向」，即個人將「自我」與「慢性病」評在不同極，並且是將「自我」評為正向、「慢性病」評為負向。這個類型表示個人對基本的、涵蓋面較廣的「自我」，抱持正向的概念，並對特定的負面事件「慢性病」抱持負向的概念；臨床實務經驗中，常見到此類患者。例如，某患者B將「自我」的概念評為「強烈健康的」，將「慢性病」的概念評為是「強烈生病的」，得到6分，從這個差距組合可以推論患者B的「威脅程度高」表示「慢性病極難與自我和諧相容」；患者C將「自我」評為「強烈符合『健康的』概念」，並將「慢性病」評為「普通符合『生病的』概念」，得到5分，表示他在這

airiti

組雙極認知建構上感受到「慢性病難與自我和諧相容」的程度比患者B低，由此可推測患者C看待「慢性病」的生病程度不像患者B那般強烈，不過兩者皆對「慢性病」持負向概念與拒絕的態度，可能阻礙疾病的調適。

第二個差距組合類型為「兩者不同極：自我為負向，慢性病為正向」，雖然「自我」與「慢性病」也是評在不同極，但反過來是將「自我」評為負向、「慢性病」評為正向。例如，某患者D將「自我」評為負向1分的「稍微符合『生病的』概念」，並將「慢性病」評為正向3分的「強烈符合『健康的』概念」。這個類型表示個人對基本且涵蓋面廣的「自我」抱持負向的概念，卻對特定之負面事件「慢性病」抱持正向的概念。在臨床經驗中，很少見到此類患者。

第三個差距組合類型為「兩者同極：自我與慢性病同為正向或負向」，亦即將「自我」與「慢性病」同樣評為正向或負向。例如，某患者E將「自我」評為「普通符合『健康的』概念」，並將「慢性病」評為「稍微符合『健康的』概念」。在臨床實務經驗中，有這類患者；患者將「自我」與「慢性病」同評在正向，表示他們接納慢性病且具有良好的調適力量。而當「自我」與「慢性病」同為負向，則表示個人不只用負向概念看待「慢性病」，連「自我」也被用負向概念看待。根據臨床實務經驗，此類慢性病患者可能在患病之前即有負向的自我概念，或者是患病後走向負向。臨床經驗中，亦有此類患者。這二類差距組合將自我與慢性病同被評為正向或負向代表慢性病調適的二種調整方向。

傳統的威脅指標評量的第二個問題是有些患者會將「自我」、「理想自我」或「慢性病」評為「同樣符合(或不符合)兩邊的概念」(即圈選的數字為「0」)，這種同時採用(或不採用)某組雙極認知建構看待某事件的情形，代表個人正在認識、探索、建立與檢視新經驗的過程中，是學習認知新事件的重要階段(Kelly, 1955)，因此值得深究個人所處的這種狀態與其調適狀況之間的關係。例如：當一位患者認為慢性病「同時符合(或不符合)健康或生病的概念」，表示在他的認知概念中尚無法認定「慢性病」可視為健康的還是生病的，而這種思考摸索的狀態可能使患者的「慢性病因應」較無明確的策略與目標，調適狀況可能較不理想。此探索狀態也可能發生在自我與理想自我。

airiti

因此，如果希望能完整反映患者對「自我」、「理想自我」、「慢性病」的建構，除了傳統的「距離分數」的單純量化計分方式之外，亦應考慮每個人在面對慢性病時，個人建構的「特性」是否可能有所不同。由上述討論為思考基礎，研究者認為應可以利用雙極評量的「差距組合」與同樣符合(或不符合)兩邊的概念的「探索特徵」，包括「兩者同極：自我(或理想自我)與慢性病同為正向或負向」、「自我(或理想自我)為正、慢性病為負」、「自我(或理想自我)為負、慢性病為正」、以及「自我、理想自我或慢性病分別被評為探索狀態(同樣符合或不符合兩邊的概念)」等建構特性，將臨床慢性病患者進行初步的分類。此分類可能反映出個人初被診斷為慢性病時的某種「建構特性」，而此分類結果搭配傳統之「距離分數」，應會更有助於瞭解患者面對慢性病時之心理威脅狀態。

(二) 慢性病的因應

患者對慢性病的因應包括對慢性病的瞭解與採取的自我照顧。對慢性病的瞭解是人們(不僅患者)在生活中累積的知識與想法，是一種「通俗表徵(common sense)」，並會影響相關的行為。正如Mechanic所言，通俗表徵(疾病表徵)不需要與科學模式一致，但它卻經常是決定如何使用醫療資源的因素(引自Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)。Leventhal等人(1980)經由訪談整理出的疾病表徵四成份及其定義如下：(1)辨識(identity)：疾病的名稱以及對相關症狀的知識；(2)時間軸向(time line)：對疾病的病程會持續多久、是急性或慢性等的想法；(3)結果(consequences)：疾病之短期與長期的影響；(4)病因(cause)：是哪個或哪些因素造成疾病的發生。後續Lau與Hartman(1983)的研究增加「治療」向度；Bishop、Briede、Cavazos、Grotzinger與McMahon(1987)則將「症狀」獨立為一個向度，而原向度「辨識」則因為去除症狀的部分而改為「名稱(label)」，增為六個向度。Weinman、Petrie、Moss-Morris與Horne(1996)綜合相關研究發展了「疾患覺知問卷(The Illness Perception Questionnaire)(簡稱IPQ)」，Moss-Morris、Weinman、Petrie、Horne、Cameron與Buick(2002)再編修成為「疾患覺知問卷修訂版(The Revised Illness Perception Questionnaire) (簡稱IPQ-R)」，IPQ-R本質上仍是六向度—症狀、名稱、病因、治療、結果、及時間軸

airiti

向。本研究即參考此六向度探討患者對慢性病的疾病表徵。

而在探討慢性病患者的自我照顧方面，選用在台灣針對慢性病患者所編製的「疾病因應量尺」(吳英璋，2008)，該量尺是根據Lazarus與Folkman(1984)之壓力因應模式概念而編製，注重患者在因應上的情境特殊性，內容包括日常生活中可能發生的疾病要求與狀況，例如：接受醫師給我醫療相關的建議、訂定健康計畫或設定特定目標以改善身體狀況等；經因素分析分成三個因素。「計畫調適」因素涵蓋有計畫的解決問題與各項解決問題的方式；「協助意義」因素涵蓋聚焦於正向的思考與再解釋、接受它、尋求及使用社會支持等；「病情認知」因素涵蓋尋求專業協助、提醒自己照計畫處理和生病有關的事、客觀地分析與病情相關的問題。對照Skinner、Edge、Altman與Sherwood(2003)的因應方法分類，發現「疾病因應量尺」涵蓋其中主要的分類；Moos(引自Sarafino, 2002)指出患者在因應疾病過程中的二類調適工作是關於疾病或治療的工作與整體心理社會功能的工作，「疾病因應量尺」也兼顧了這二個部份。

承上述，本研究參考IPQ-R與「疾病因應量尺」編製「慢性病因應評量表」，評估患者對慢性病的瞭解與自我照顧行為。

(三) 研究目的

第一個研究目的為探討初診斷慢性病患者是否有不同之「建構特性」，並進行初步的分類。此部份將試圖利用TI-T「雙極差距組合」與「探索狀態」的建構特性，對臨床慢性病患者進行初步的分類。分類完成後，再配合傳統之差距分數以進行慢性病心理威脅的探討。由於傳統上只用單一「距離分數」的心理威脅指標很難有效引導後續的臨床介入，本研究假設根據初診斷慢性病患者的「自我」、「理想自我」與「慢性病」三個核心建構，依對偶雙極認知建構所展現之正向、負向或處在探索狀態的組合，應可區分出有不同建構狀態類型的慢性病患者。後續將探討不同分組在「探索狀態」以及「自我」、「理想自我」、「慢性病」建構上之差異，以瞭解不同組之建構特性。

第二個研究目的為探討慢性病患者之「建構特性」、心理威脅與因應之間的

airiti

關係。依循研究目的一，本研究假設若以對偶雙極認知建構所區分出來的「建構特性」為一臨床實務上有意義的分組，則應會反映在「心理威脅」與「因應」上。本研究將探討各分組在「心理威脅」與「因應」分數上是否有差異。

二、研究方法

(一) 研究對象

本研究嘗試從慢性病患者初診斷時即著手探討，慢性病的診斷是一個過程，通常不會根據一次的檢查結果就確定診斷，本研究之研究對象涵蓋初次檢查出異常之血糖、血壓、膽固醇數值之患者，或檢查出異常不到半年者，或已確定診斷患有糖尿病、高血壓或高血脂症，但不到半年者；但若血糖、血壓、膽固醇數值其中任一種之異常已超過半年，則不納入研究，以維持研究對象是初面對慢性病的經驗。

本研究之收案期間為2009年2至5月，收案醫療院所共有三種。其中，醫學中心成人健檢門診與社區診所普通門診的收案方式是直接由醫師從當日門診篩選出符合條件的患者；醫學中心普通門診的收案方式則是從電腦系統初步篩選出符合條件的預約患者，依其預約日期登入收案行事曆，並於患者就診當日，確認其預約仍存在，再將預計收案之字條夾入患者的病歷封面，然後由醫師在患者就醫時確認是否確實符合收案條件；若符合，則收案；若不符合或患者不願意參加研究，則不收案；若患者爽約未到，則名單失效。總計醫學中心收到44位有效患者，社區診所收到25位有效患者，共69位。

在檢查69位患者的答題時，發現有1位患者在一個雙極認知建構「有生產力的—沒有生產力的」圈選「理想自我」為負，這是推測在一般患者可能不存在的情形，故此位患者在分析時予以刪除；另有1位患者在「自我」的18組雙極認知建構全部選「0」，亦刪除。本研究最後以67位患者進入分析，男性比例為61.2%；已婚者佔73.1%；教育程度以高中職、大學為多，各佔37.3%、26.9%；宗教信仰為有特定信仰者為多，佔80.6%；工作狀況為有工作者較多，佔67.2%；全樣本平均年齡為49.06±10.59歲(表一)。

airiti

表一　研究對象基本資料描述統計表(*N*=67)

		合計 (*N*=67)		探索組 (*n*=13)		正向反應組 (*n*=24)		負向反應組 (*n*=30)	
		人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
性別	男	41	61.2	8	61.5	12	50.0	21	70.0
	女	26	38.8	5	38.5	12	50.0	9	30.0
婚姻狀況	未婚	13	19.4	3	23.1	6	25.0	4	13.3
	已婚	49	73.1	10	76.9	16	66.7	23	76.7
	再婚	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	同居	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	分居	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	離婚	3	4.5	0	0.0	1	4.2	2	6.7
	喪偶	2	3.0	0	0.0	1	4.2	1	3.3
教育程度	研究所	11	16.4	2	15.4	4	16.7	5	16.7
	大學	18	26.9	2	15.4	8	33.3	8	26.7
	高中	25	37.3	7	53.8	6	25.0	12	40.0
	國中	6	9.0	1	7.7	2	8.3	3	10.0
	國小	7	10.4	1	7.7	4	16.7	2	6.7
宗教信仰	有	54	80.6	12	92.3	20	83.3	22	73.3
	無	13	19.4	1	7.7	4	16.7	8	26.7
工作	有	45	67.2	10	76.9	16	66.7	19	63.3
	無	22	32.8	3	23.1	8	33.3	11	36.7
		M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
年齡		49.06	10.59	46.85	8.79	46.71	9.94	51.90	11.40

(二)研究工具

1. 威脅指標—台灣版

「威脅指標—台灣版」(TI-T)(鄭逸如等人，2008)是以個人建構理論為基礎的研究工具，有良好的信度與效度。本研究使用與「慢性病」威脅相關的三個部份：「『你』或『你目前的生活』」、「『你的理想自我』或『你會比較喜歡的生

airiti

活』」與「你的健康問題／慢性病」。TI-T每個部份(各針對一個核心建構)都有相同的25組雙極認知建構，本研究依原作者之建議(鄭逸如，2009)刪除語義上易混淆、誤解，及難以區辨正負向的7組雙極認知建構後，留下18組雙極認知建構進行研究。

2. 慢性病因應評量表

本研究編製的「慢性病因應評量表」包含患者對慢性病的瞭解與自我照顧行為二部份，前者綜合Leventhal等人(1980)、Lau與Hartman(1983)及Bishop等人(1987)的研究結果，並將其中的治療向度再分為藥物控制、飲食控制與運動控制，因此共有8個題目；後者採用「疾病因應量尺」(吳英璋，2008)計畫調適、協助意義、病情認知三因素的10個題目；此二部分的每個題目都請患者依其現況程度做5點評量。

(三) 研究程序

本研究在台灣北部某醫學中心之家庭醫學部成人健檢門診與普通門診，以及台北縣某家庭醫學科診所進行。研究程序包括：訪員訓練、篩選符合條件之患者、向醫師與護理人員說明本研究、請醫師與護理人員協助邀請患者。患者若符合條件並簽署同意參與研究，則進行訪談。

本研究於2009年1月經台大醫院研究倫理委員會審查通過，IRB案件編號為200901011R。

三、研究結果

(一) 初診斷慢性病患者之「建構特性」分組

1. TI-T的項目分析與選題

為探討本研究67位患者的「自我」、「理想自我」與「慢性病」三個核心建構依雙極認知建構所展現之正向、負向或處在探索狀態的組合，以及這組合在心理威脅與因應上所扮演的角色，故以此組合的特徵為基礎進行分組。由於TI-T量表之特色為利用同樣的18組雙極認知建構，來測量患者的「自我」、「理想自我」、與

airiti

「慢性病」核心建構，故需要求各組雙極認知建構於不同核心建構的表現，均能有高內部一致性。因此在進行分組之前，本研究先經由項目分析，將單題與全量表之相關係數較低(r<0.4)的項目刪除，以利後續分析。結果發現在「自我」部份，「健康的—生病的」、「有學習的—沒有學習的」、與「助人的—自私的」三題之相關係數偏低；在「理想自我」部份，「簡單容易的—困難的」一題之相關係數偏低；在「慢性病」部份，「健康的—生病的」、「有存在感—沒有存在感」、與「助人的—自私的」三題之相關係數偏低。總計刪除五題，分別是「健康的—生病的」、「有存在感—沒有存在感」、「簡單容易的—困難的」、「有學習的—沒有學習的」、「助人的—自私的」。刪除後，本研究使用的TI-T共有13組雙極認知建構，稱為TI-T 13。由18題刪減至13題之TI-T 13仍保有相當良好的內部一致性信度，在「自我」部份的內部一致性係數(Chronbach's alpha)為0.91，在「理想自我」部份為0.95，在「慢性病」部份為0.88，與18題版本之內部一致性極為接近(分別為0.92、0.95及0.89)。從臨床實用性來看，TI-T 13不但維持了以個人建構理論來探討慢性病威脅之工具特色與目的，並因減少可能誤解的題項及所需施測時間，將提高臨床運用的方便性。

2. 初診斷慢性病患者之「建構特性」分組

在後續的分組程序上，本研究依據威脅分數之概念，利用患者於「自我—慢性病」、「理想自我—慢性病」、與「自我—理想自我」等三組對偶核心建構中，13個項目在對偶核心建構下的回應狀況來進行分組。在各組對偶核心建構下，例如「自我—慢性病」中，每一題之「自我」可能為「正」、「負」、或「0」，而該題在「慢性病」上亦可能為「正」、「負」、或「0」，故共有9種可能的回應情形。計分方式為計算該患者在此13題中，落入各回應情形的題數；例如某患者在「自我—慢性病」對偶核心建構下，13題中有7題是「自我」與「慢性病」同為正，5題是「自我」正，「慢性病」負，1題是「自我」正且「慢性病」為0，則計入「正/正」為7分，「正/負」為5分，「正/0」為1分。三組對偶核心建構，每組有9種可能的回應情形，故共有27個回應分數。

本研究以這27個回應分數來進行分組。首先，排除較沒有區辨性之回應分數，

airiti

包含「理想自我」為「負」的6種情形(67人全為0分)，「理想自我」為「0」的6種情形(67中有59人以上為0分)，以及「自我」為「負」，「慢性病」為「正」、「0」、及「負」(分別為62人、59人、59人為0分)，共排除15個回應分數。接續利用其他12個回應分數(包含「理想自我」為「正」的6種情形；「自我」為「正」或「0」，「慢性病」為「正」、「0」、及「負」的6種情形)，以階層性群聚分析(hierarchical cluster analysis)來進行分組。由於回應分數為次數性資料，故在距離計算上選擇以phi 相關計算，群聚方法則選用組內連結法(within-group linkage)進行推估，結果分出三組。後續分析發現(詳見下段)，第一組患者(13人)的特徵為「自我」的建構比較負向，且處在探索狀態的較多，「慢性病」也是處在探索狀態的建構比較多，稱為「探索組」。第二組患者(24人)的特徵為「自我」與「慢性病」的建構都比較正向，稱為「正向反應組」。第三組患者(30人)的特徵為「自我」的建構比較正向，但「慢性病」的建構比較負向，稱為「負向反應組」。本研究以下的分析均採用此分組方式，各組特性請見表一與表二。

3. 各分組於「自我」、「理想自我」、「慢性病」建構上之雙極認知建構分析

為瞭解上述分組結果能否有效區分出各組受試者在心理建構上的差異，以下針對三組分別在「自我」、「理想自我」、「慢性病」的雙極認知建構情形進行變異數分析(ANOVA)，以檢定所區分出來的三組是否有差異。

結果發現(表二)，在「自我」建構上，三組在「自我為正向」之建構數上有顯著差異，事後檢定發現「探索組」顯著小於「正向反應組」(平均差異=-4.45，$p<.001$)與「負向反應組」(平均差異=-5.55，$p<.001$)。三組在「處在概念探索狀態(自我)」之建構數上亦有顯著差異，事後檢定發現「探索組」顯著大於「正向反應組」(平均差異=4.33，$p<.001$)與「負向反應組」(平均差異=5.37，$p<.001$)。而在「自我為負向」之建構數則未達顯著差異。

在「理想自我」建構上，三組在「理想自我」為正向、負向或探索狀態上之建構數均未達顯著差異。

在「慢性病」建構上，三組在「慢性病為正向」之建構數上有顯著差異，事後檢定發現「正向反應組」顯著大於「探索組」(平均差異=5.03，$p<.001$)與「負向

airiti

表二　三組患者「TI-T 13」與「慢性病因應評量表」分數之描述統計與變異數分析表

	合計		探索組		正向反應組		負向反應組		ANOVA	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*p*
慢性病對自我的威脅分數	16.09	14.35	9.15	9.86	6.54	12.14	26.73	9.85	26.97	.000
慢性病對理想自我的威脅分數	26.30	14.51	28.62	11.55	14.04	10.99	35.10	11.02	24.29	.000
探索分數(含慢性病、自我、理想自我)	6.54	5.56	15.69	3.43	5.21	3.75	3.63	2.58	67.39	.000
自我為正	10.46	3.09	6.38	2.66	10.83	2.68	11.93	1.82	26.28	.000
自我為探索	2.04	2.55	6.00	2.20	1.67	1.86	0.63	0.93	52.56	.000
自我為負	0.49	1.13	0.62	0.96	0.50	1.14	0.43	1.22	0.12	.892
理想自我為正	12.66	0.90	12.23	1.48	12.58	0.93	12.90	0.31	2.79	.069
理想自我為探索	0.34	0.90	0.77	1.48	0.42	0.93	0.10	0.31	2.79	.069
理想自我為負	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	.	.
慢性病為正	5.75	3.86	2.46	2.15	9.33	3.14	4.30	2.55	34.78	.000
慢性病為探索	4.15	3.53	8.92	2.10	3.13	3.14	2.90	2.44	26.06	.000
慢性病為負	3.10	3.21	1.62	1.50	0.54	0.93	5.80	2.81	46.92	.000
慢性病因應現況										
因應—對慢性病的瞭解	12.93	6.49	11.62	5.36	13.83	6.59	12.77	6.93	0.50	.608
因應—計畫調適	6.88	3.14	5.54	3.86	7.67	3.06	6.83	2.74	2.00	.144
因應—協助意義	3.49	2.44	3.00	2.35	4.00	3.00	3.31	1.95	0.84	.436
因應—病情認知	6.41	2.77	4.69	2.90	7.21	2.75	6.52	2.47	3.81	.027

反應組」(平均差異=6.87，$p<.001$)。在「處在概念探索狀態(慢性病)」之建構數上有顯著差異，事後檢定發現「探索組」顯著大於「正向反應組」(平均差異=5.78，$p<.001$)、與「負向反應組」(平均差異=6.02，$p<.001$)。在「慢性病為負向」之建構數上亦有顯著差異，事後檢定發現「負向反應組」顯著大於「探索組」(平均差異=4.19，$p<.001$)、與「正向反應組」(平均差異=5.26，$p<.001$)。

若將整體之「探索」狀態合併來看時，三組在「處在概念探索狀態(自我、理想自我、慢性病三者合計)」之建構數上有顯著差異，事後檢定發現「探索組」顯著大於「正向反應組」(平均差異=10.48，$p<.001$)、與「負向反應組」(平均差異=12.06，$p<.001$)。

airiti

(二)慢性病患者之「建構特性」、心理威脅與因應之間的關係

1. 各組在「心理威脅分數」上的差異

此處之「心理威脅分數」是將TI-T 13依照傳統的威脅指標計分方式來計算。「慢性病對自我」的「心理威脅分數」是由患者分別針對「自我」與「慢性病」，各做了13組雙極認知建構的評分，在每一組雙極認知建構上都會得到一個0~6的差距分數，累加起來介於0~78的差距分數總和，即為「慢性病」對「自我」的心理威脅指標分數。依此類推，「慢性病對理想自我」的「心理威脅分數」即由針對「理想自我」與「慢性病」各做的13組雙極認知建構評分，所總計起來得到介於0~78的「慢性病」對「理想自我」的心理威脅指標分數。

變異數分析結果顯示(表二)，「探索組」、「正向反應組」、及「負向反應組」等三組在「慢性病對自我的威脅」上，有顯著的組間差異；事後比較發現「負向反應組」的「慢性病對自我的威脅」顯著高於「探索組」(平均差異=17.58，$p<.001$)與「正向反應組」(平均差異=20.19，$p<.001$)，但「探索組」與「正向反應組」之間未達顯著差異。顯示較之其他兩組，在「負向反應組」患者的個人建構中，「慢性病」對「自我」有較高的心理威脅。

三組在「慢性病對理想自我的威脅」上，亦有顯著的組間差異；事後比較發現「正向反應組」感受到的「慢性病對理想自我的威脅」顯著低於「探索組」(平均差異=-14.57，$p<.001$)與「負向反應組」(平均差異=-21.06，$p<.001$)，而「探索組」與「負向反應組」之間未達顯著差異。顯示較之其他兩組，在「正向反應組」患者的個人建構中，「慢性病」對「理想自我」的心理威脅較低。

2. 各組在慢性病因應上的差異

在「慢性病因應」部份，本研究測量了患者對慢性病的「瞭解」與「自我照顧行為」二部份，而後者分為「計畫調適」、「協助意義」、及「病情認知」等三個因素。變異數分析結果顯示(表二)，「探索組」、「正向反應組」、及「負向反應組」等三組在對慢性病的「瞭解」、「計畫調適」、及「協助意義」的差異上均未達顯著。但三組在「病情認知」上則有顯著差異，事後檢定發現「探索組」顯著

airiti

低於「正向反應組」(平均差異=-2.52，p<.01)與「負向反應組」(平均差異=-1.82，p<.05)。

四、討論與結論

本研究指出TI-T之單一「威脅分數」的二個問題，提出以差距組合及探索狀態等建構特性來將慢性病患者進行分組的新見解。此分組方式可望使個人建構理論應用在慢性病患者時，有更豐富、更具實用性的臨床意涵。

本研究發現初診斷患者可依其對偶核心建構，區分出「探索組」、「正向反應組」、及「負向反應組」等三組。而其中「探索組」可能是臨床上特別需要關注的一個組別，其反應特性似可簡化的描述為「不知所措的新手狀態」。在操作型定義上，探索圈選的數字為「0」表示「同樣符合(或不符合)兩邊的概念」，代表個人正在認識、探索、建立與檢視新經驗的過程中(Kelly, 1955)。根據研究結果來看，「探索組」除了於「慢性病」建構上在探索狀態的情形顯著地高(若將8.92±2.10個建構數推計為7~11個雙極建構，已達13個雙極建構的54%~85%)；對「自我」也有顯著較高的探索狀態(若將6.00±2.20個建構數推計為4~8個雙極建構，約為13個雙極建構的31%~62%)；而總計對三個核心建構的探索狀態也顯著地高(若將15.69±3.43個建構數推計為12~19個雙極建構，約為39個雙極建構的31%~49%)。這可能顯示某些慢性病患者整體處在較困惑與摸索的狀態，其個人建構問題不只在慢性病，還包括自我。「探索組」在「自我為正向」之建構數上顯著小於「正向反應組」與「負向反應組」。「負向反應組」和「正向反應組」兩組在「自我為正向」的建構組數佔13個雙極建構的63%~100%，但「探索組」(29%~70%)最高只達70%；這可能顯示「探索組」患者較未能正向看待自我。據此推論，疾病調適的協助策略應不能只著重在提供疾病衛教、教導自我照顧技巧，而必須同時評估與建立患者對慢性病與自我的認知建構。

此外，「探索組」在「病情認知」因應上顯著低於其他兩組；加上若嘗試以皮爾森相關係數來探討「建構特性」、「心理威脅分數」、及「慢性病因應」之間的

airiti

關係時(表三)，「探索組」之「慢性病為正」的建構數與「因應-對慢性病的瞭解」有顯著的正相關；而「慢性病為負」的建構數則與「計畫調適」及「協助意義」有顯著的負相關。這可能顯示「探索組」患者在「慢性病」上的正向建構若較多，他可能還願意多花一些力氣去了解目前的病情狀況，但若在「慢性病」上的負向建構較多，則可能較不易有計畫性的因應行為或較使用以情緒為主的因應行為，他們相較於「正向反應組」與「負向反應組」可能比較不接受醫師的建議，或客觀的分析慢性病相關問題。此結果不太符合一般「通俗表徵」的推論，認為「較正向的組因應較佳，較負向的組因應較差」，而是指出仍在「探索中」的組，在因應上可能是最不利的。這提醒我們在臨床實務上必須特別注意這一組處在困惑與探索中的患者，他們雖未過於負向的看待慢性病與自我，但在後續的因應上卻比負向反應的患者更有可能往不好的方向發展。

再來看「負向反應組」與「正向反應組」。由研究結果可見(表二)，「負向反應組」在「慢性病對自我的心理威脅」分數是顯著高於其他兩組，而在「慢性病對理想自我的心理威脅」分數亦顯著高於「正向反應組」。「負向反應組」與「正向反應組」在「自我」建構之「正向」、「負向」、及「探索」建構數上均沒有顯著差異；在「理想自我」之「正向」、「負向」、及「探索」建構數則是三組都沒有顯著差異；但「負向反應組」在「慢性病為負向」之建構數顯著大於其他兩組，而在「慢性病為正向」之建構數顯著小於「正向反應組」。因此我們推論，「負向反應組」之主要特性是對「慢性病有較多負向之建構」，而此較為負向的建構會反映在較高的「慢性病」對「自我」與「理想自我」的「心理威脅」上。然而，在「負向反應組」的慢性病因應特性上，「慢性病因應」與「建構特性及心理威脅分數」兩大類變項之間沒有顯著相關(表三)，此部份結果可能與本研究著重在「因應現況」有關。Kelly(1955)認為當事件令個人感到威脅時，他會轉變對事件的建構，可能的方式為(1)調整對慢性病的建構、(2)調整對自我的建構、及(3)同時調整對慢性病及自我的建構，並驗證其有效性。由於「負向反應組」之主要特性是對「慢性病有較多負向之建構」，所以理論上利用「調整對慢性病的建構」為主要的轉變方式應該是較有效的，但要調整一個較強的負向建構應非短時間可達成，故可能因此沒有在初診

airiti

表三　三組患者「TI-T 13」與「慢性病相關行為現況」分數之相關係數表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.慢性病對自我的威脅分數	—	.78**	.05	.76**	-.67**	.11	.23	.46*	.13	.62**
2.慢性病對理想自我的威脅分數	.67*	—	.27	.42*	-.70**	.18	.33	.43*	.20	.61**
3.探索分數(含慢性病、自我、理想自我)	-.32	-.56*	—	-.50*	-.72**	-.08	.20	-.15	-.01	-.03
4.自我為正	.79**	.53	-.58*	—	-.15	-.05	.10	.56**	.29	.50*
5.慢性病為正	-.72**	-.59*	-.16	-.37	—	-.15	-.28	-.19	-.08	-.43*
6.慢性病為負	.58*	.60*	-.54	.46	-.38	—	-.13	-.13	-.21	.23
7.現況因應—瞭解	-.42	-.53	-.22	-.10	.69**	-.28	—	.45*	.19	.61**
8.現況因應—計畫調適	-.21	-.29	.33	-.14	.18	-.71**	.27	—	.56**	.65**
9.現況因應—協助意義	-.21	-.13	.07	-.09	.30	-.57*	.14	.66*	—	.34
10.現況因應—病情認知	-.16	-.12	-.13	.02	.37	-.55	.55	.54	.67*	—

註：左下三角為「探索組(n=13)」，右上三角為「正向反應組(n=24)」。
*p<.05, **p<.01

表三　三組患者「TI-T 13」與「慢性病相關行為現況」分數之相關係數表(續)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.慢性病對自我的威脅分數	—	.80**	-.32**	.61**	-.60**	.71**	.01	.07	-.02	.17
2.慢性病對理想自我的威脅分數	.70**	—	-.05	.18	-.75**	.72**	.02	-.01	-.04	.07
3.探索分數(含慢性病、自我、理想自我)	-.21	-.19	—	-.73**	-.45**	-.42**	-.05	-.14	-.04	-.29*
4.自我為正	.43*	-.16	-.15	—	.12	.27*	.10	.32**	.17	.39**
5.慢性病為正	-.58**	-.60**	-.26	.02	—	-.52**	.09	.18	.08	.17
6.慢性病為負	.55**	.69**	-.57**	-.14	-.59**	—	-.09	-.21	-.15	-.05
7.現況因應—瞭解	.02	.13	-.04	.09	.08	-.06	—	.39**	.19	.58**
8.現況因應—計畫調適	.00	.07	.04	.28	.19	-.26	.38*	—	.56**	.66**
9.現況因應—協助意義	.05	.03	.13	.17	-.18	-.03	.19	.48**	—	.43**
10.現況因應—病情認知	.04	.09	-.19	.24	.23	-.04	.57**	.70**	.37*	—

註：左下三角為「負向反應組(n=30)」，右上三角為「全樣本(N=67)」。
*p<.05, **p<.01

airiti

斷時就反映在對「現況」的因應上。若要進一步探討此現象，未來可能要從包含有時間性的理論來切入，例如「自我調節理論」。

「正向反應組」由個人建構上來看，面對「被診斷有慢性病」這樣的事件時，可能為較能適應的一組。「正向反應組」除了在兩類心理威脅分數上均較低，對「自我」與「慢性病」的建構都較為正向之外(表二)，「慢性病因應」與「建構特性及心理威脅分數」兩大類變項之間的相關分析(表三)亦顯示兩類「心理威脅」分數與「自我為正」之建構數和「因應現況」中的「計畫調適」與「病情認知」之間均有顯著的正相關。顯示對「正向反應組」來說，感到較高的心理威脅與較多的因應是相關的，可能反映出相較於「負向反應組」，因為「正向反應組」對「慢性病」的負向建構較少，正向建構較多，故改變建構的阻力可能較低，對威脅較有行動力。由上述可推論「正向反應組」對慢性病之適應可能較佳，然此推論需有待後續研究來驗証。

整合上述，本研究由TI-T 13所測得之患者對「自我」、「理想自我」、及「慢性病」的雙極認知建構資料進行分組，發現不僅能呈現出不同組患者的建構特徵，有益於具體擬訂患者疾病調適的介入策略及重點(如降低探索狀態、減少負向建構、提高正向建構)，而非一視同仁地對所有患者都進行相同的衛教。同時也指出對慢性病患者的協助不應只聚焦在慢性病，亦應加入「自我」的部分，更能協助患者減少困惑，對慢性病有更好的調適。此外，研究者亦進一步推想，對任一患者來說，此分組狀態應為動態的。例如：若某患者初次評估時被分為「探索組」，在醫療團隊有較佳的介入方式以及他個人努力的合作之下，他可能對慢性病有較為正確的認識與瞭解，對於慢性病的建構也變得較為明確而正向，同時因為此一正向的因應結果，連帶使他提高了對自我的正向效能感，此時若再次評估，則他的分組可能已變為「正向反應組」。若此推論成立，則組別的演變應可代表患者的心理威脅情形與調適變化。

據此，TI-T可能有二種重要的臨床應用方式：(1)評估患者所屬的分組；(2)觀察追蹤患者的分組變化，例如是否由「探索組」的狀態改變為「正向反應組」。為達成此類應用，可藉由「區辨分析(discriminant analysis)」來處理患者分組及追蹤患者

airiti

分組變動的問題。初步以目前的研究資料進行區辨分析，發現對於「探索組」的正確區辨率有92.3%，「正向反應組」有87.5%，「負向反應組」有93.3%，均相當不錯。顯見未來可考慮以此方式進行後續之臨床服務與研究。

本研究結果支持從個人建構理論及其工具TI-T分析慢性病患者建構特性的優點，發現TI-T能更完整提供有關心理威脅的訊息，包括透過差距組合、分組後的認知建構分析；當搭配探討患者的因應及其與心理威脅的關係，則更確認TI-T的臨床價值。根據前述結果，本研究提出心理威脅之評估與介入在臨床上可能的應用，未來可藉由更大的研究樣本檢驗TI-T的臨床使用與效益，以突破本研究樣本不夠大之限制，更提昇TI-T的編製品質，使慢性病患者疾病調適的評估與介入策略更有具體依據、更標準化，效果更可預期。

參考文獻

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：DOH96-TD-M-113-009。

鄭逸如(2009)：《慢性病之心理威脅與自我調節模式之研究》。國立臺灣大學心理學研究所博士論文(未出版)。

鄭逸如、吳治勳、黃芸新(2008)：〈慢性病患者之死亡威脅、慢性病威脅與憂鬱：個人建構理論的觀點〉。《中華心理衛生學刊》，21卷1期，51-73。

Bannister, D., & Mair, J. M. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. London: Academic Press.

Bishop, G. D., Briede, C., Cavazos, L., Grotzinger, R., & McMahon, S. (1987). Processing illness information: The role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, *8*(1-2), 21-43.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

airiti

Krieger, S. R., Epting, F. R., & Hays, C. H. (1979). Validity and reliability of provided constructs in assessing death threat. *Omega: Journal of Death and Dying*, *10*(1), 87-95.

Krieger, S. R., Epting, F. R., & Leitner, L. M. (1974). Personal constructs, threat, and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*, *5*(4), 299-310.

Lau, R. R., & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, *2*(2), 167-185.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical psychology* (vol. II) (pp. 7-30). New York, NY: Pergamon Press.

Moore, M. K., & Neimeyer, R. A. (1991). A confirmatory factor analysis of the Threat Index. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(1), 122-129.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, *17*(1), 1-16.

Neimeyer, R. A. (1994). The threat index and related methods. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 61-101). London: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., & Epting, F. R. (1992). Measuring personal meanings of death: 20 years of research using the Threat Index. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (vol. 2) (pp. 121-147). Greenwich: JAI.

Neimeyer, R. A., Dingemans, P. M., & Epting, F. R. (1977). Convergent validity, situational stability and meaningfulness of the Threat Index. *Omega: Journal of Death and Dying*, *8*(3), 251-265.

Neimeyer, R. A., Moore, M. K., & Bagley, K. J. (1988). A preliminary factor structure for the Threat Index. *Death Studies*, *12*(3), 217-225.

Rigdon, M. A., Epting, F. R., Neimeyer, R. A., & Krieger, S. R. (1979). The Threat Index: A research report. *Death Education*, *3*(3), 245-270.

airiti

Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems and classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2),216-269.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*(3), 431-445.

airiti

Grouping Patients with Newly Diagnosed Chronic Illness by Their Personal Constructs: A Clinical Application of the "Threat Index — Taiwan Version"

Yih-Ru Cheng, Chih-Hsun Wu

Purpose: This study explores the personal construct of patients newly diagnosed with chronic disease (CD) and groups them using the "Threat Index—Taiwan Version" (TI-T). The relationship among personal construct, psychological threat, and coping is also investigated. **Methods:** Participants were 69 patients newly diagnosed with CD. The measures used were the TI-T and the Rating Scale of Coping with Chronic Disease. This research was undertaken from February to May 2009. **Results:** (1) Patients newly diagnosed with CD were grouped according to the TI-T paired core constructs: exploration, positive, and negative groups. The exploration group showed more negative constructs of self and CD, the positive group was more positive on both, and the negative group had more positive constructs of self and more negative constructs of CD. (2) The relation of psychological threat of CD to the self was higher for the negative group than the other two groups, the psychological threat of CD to prefer self of the positive group was lower than for the other two groups. (3) The recognition of illness of the exploration group was lower than for the other two groups. (4) The exploration group seemed more confused about self and CD, and indicated more difficulty coping. They probably need more attention and care. **Conclusions:** By combining the data regarding psychological threat and coping, the benefit of applying TI-T for clinical assessment and intervention is confirmed. The results support that patients with CD can be grouped by TI-T scores. TI-T is a practical instrument in clinical work.

Key words: personal construct theory, Threat Index—Taiwan Version

Yih-Ru Cheng: Director and Clinical Psychologist, Clinical Psychology Center, National Taiwan University Hospital.
Chih-Hsun Wu: Assistant Professor, Department of Psychology, National Chengchi University. (Corresponding Author, e-mail: wuch@nccu.edu.tw)