

高雄市老人健康檢查異常者調適行爲之初探

郭素娥 邱啓潤*

本研究旨在瞭解接受老人免費健康檢查，檢查結果異常者的調適情形，並探討老人的個人因素、健康狀況及社會支持對調適行爲的影響。

本研究採配額抽樣法，抽得樣本數661名，實訪484名，實訪率73.2%。研究工具爲老人健康狀況問卷、調適行爲量表及社會支持量表。採個別訪談方式蒐集資料，所得資料使用SAS統計套裝軟體進行分析，其分析結果如下

- (一)免費健康檢查結果異常的老人，使用較多的「問題取向」調適行爲。其最常使用的調適行爲有「既然發生了，就接受它」「無論如何，還是要靠自己解決」「希望健康問題會慢慢變好」「找醫生護士協助解決問題」「船到橋頭自然直，順其自然」。
- (二)老人面對健檢異常時，採取「問題取向」的調適行爲與婚姻狀況、宗教信仰、醫療保險、教育程度、疾病特性及社會支持有關。而性別、婚姻狀況、宗教信仰、醫療保險、麻煩程度、嚴重程度、得知異常時間、社會支持則與「情緒取向」的調適行爲有關。
- (三)影響採取「問題取向」爲主的調適行爲之重要預測因素是醫療保險、親友自尊支持、醫護人員實質支持、醫護人員情緒支持，得知異常時間等。研究結果可作爲日後公衛護理人員擬定照護計畫的參考。

Key words: elderly, physical examination, coping behavior

(Kaohsiung J Med Sci 13: 378 - 387, 1997)

近年來臺灣由於醫療進步，科技發達，使得老年人口正快速增加當中，民國82年9月65歲以上的老人人口已佔總人口的7.1%，使台灣正式邁入「老人國」之林。而老年人普遍身體狀況欠佳，在美國，有80%以上的老人有一種

或一種以上的慢性疾病；國內也有88.7%的老人有此現象，甚至有77.8%的老人患有兩種以上之慢性疾病⁽¹⁾。另外，陳宇嘉⁽²⁾也發現：高雄地區的老人最需要的福利是健康醫療服務。因此，老人免費健康檢查是現階段的老人需求，也是重要的社會醫療服務。

國內外探討老人免費健康檢查的研究，多是討論受檢行爲及就醫行爲^(3,4)，忽略了老年人得知異常後所受的衝擊及壓力；而壓力是應該加以調適。Larkin探討壓力的研究中指出，

國立成功大學醫學院 護理學系

*高雄醫學院 護理學系

收文日期：85年7月31日 接受刊載：85年11月18日
索取抽印本處：郭素娥 台南市大學路一號 國立成功大學護理學系

調適行為與社會支持是影響個人壓力知覺的重要因素⁽⁵⁾。適當而有效的調適行為不僅可以減輕壓力，同時也可協助老年人控制情緒，接納事實，維持正常的自我概念與人際關係，而達到良好的社會適應。不當的調適行為反而會增加自我的壓力，造成個人健康問題惡化。因此，本研究擬調查高雄市接受免費健康檢查的老人在獲知結果異常後的調適行為。期藉此瞭解老年人因應疾病的過程中常用的調適行為及其重要影響因素，以作為日後公衛護理人員擬定照護計畫的參考。

調適行為是指個體面對威脅時所採取的策略，也是個體嘗試改變其與環境間的壓力關係，並控制情緒的行為反應；它包括個人內在的思考評值過程和外在的付諸行動，以調整情緒和解決問題。其目的在於預防、減輕或控制壓力情境。個體會使用生理、認知、社會、和情緒等不同的方式來調節疾病所帶來的衝擊；但一般的調節理論是以Folkman和Lazarus所提的「問題取向」及「情緒取向」等分類標準最被廣泛應用⁽⁶⁾。問題取向的調適行為是人們藉由尋求資料、分析問題、設定目標、找尋協助、熟悉新技巧等方法來處理內心與外在環境不調和的壓力困境。情緒取向的調適行為則以發洩情緒的方式來改善威脅及撫平傷害；如退化、否認、轉移、投射、潛抑、遠離、合理化等防衛機轉。壓力的認知及評值會影響個體的調適情形；當個人視壓力為「危機」時，比較容易產生情緒的困擾；相反，如果評值為「機會」，則對情緒的影響較小⁽⁷⁾。個體採用問題取向或情緒取向的調適行為和疾病的病程及情境是否能改變有關⁽⁷⁻⁹⁾。Jalowiec和Powers在其急診病人和高血壓病人的壓力與調適研究中指出：急診病人和慢性病病人所採取的調適行為不同，慢性病人較常使用「問題取向」的調適行為。但其也表示「問題取向」及「情緒取向」兩種策略互相妥善運用，才能協助個體適應疾病和維持健康⁽⁸⁾。

影響調適行為的因素有年齡、性別、教育程度、職業、婚姻狀況、人格特質、價值觀、健康信念等個人因素，異常種類、異常總數、異常嚴重度、異常性質等疾病因素和人際關係、社會支持網絡等社會因素^(6,10)。研究中將社會支持分為親友和醫護人員兩部分來看，是期望藉此瞭解醫護人員給予個案的支持其質與量的情形，並尋求其是否為個案調適行為的重要因素，以謀求改善之道。

研究目的

1. 瞭解接受老人免費健康檢查而結果異常者的調適情形。
2. 探討個人因素、疾病因素、社會支持對調適行為的影響。
3. 名詞界定

(1) 老人健康檢查異常者：

由衛生局提供的老人免費健康檢查報告書中，其結果有心電圖、血壓、血糖尿糖、肝功能、尿液、胸部X光等任何一種異常的65歲以上老人。

(2) 調適行為：

指個人面對內在、外在壓力時，為保持身心完整，減輕不適及掌握情況，所採取的一切方法。本研究之調適行為，則是指受訪老人在獲知健檢結果異常的壓力下，所採用的調適行為量表上的得分。本研究之調適行為乃依據Folkman, Lazarus所提的分類標準：將調適行為分為「問題取向」的調適行為及「情緒取向」的調適行為兩種；「問題取向」的調適行為是指個人為了處理壓力事件本身所採取的策略；「情緒取向」的調適行為則是指個人為了控制因壓力事件所引起的不愉快的感覺，所採取的策略。

(3) 社會支持：

指透過資源的交流，傳達彼此的正向情感，對對方的情感表達、知覺及行為給予肯定，並提供象徵性或實質性的協助。本研究則指健檢結果異常的老人所擁有親人和醫護人員的支持，或所感受支持的可利用性；包括情緒、訊息、實質及自尊等四種社會支持功能。

材料與方法

1. 研究對象與抽樣

本研究係一以結構式問卷訪談的調查研究；採用配額抽樣法，以高雄市十一區衛生所老人健檢結果異常者為依據，依照1:10的比例抽出每一區的人數，其中受檢結果是心電圖、血壓、血糖尿糖、肝功能、尿液、胸部X光等任何一種異常的老人，且意識清楚，可用國語或台語溝通者，均是本研究樣本。

2. 研究工具

(1) 測量工具與內容

本研究使用的測量工具有以下三種：

調適行為量表是參考Jalowiec和Powers⁽⁸⁾，張氏⁽¹¹⁾及劉氏碩士論文中的調適行為量表，加上有關文獻^(6,10,12,13)及研究者的實務經驗，並配合研究目的及研究對象設計而成；分為「問題取向」的調適行為及「情緒取向」的調適行為兩部份，共計30題。給分方式為：從未用過是1分，偶而使用為2分，經常使用為3分，一直使用為4分。

社會支持量表則是參考Cohen等人的Interpersonal Support Evaluation List，加上有關文獻修改^(5,10,14)而成；分為情緒、資訊、實質、自尊等四部份；採Likert 4點尺度法為計分方式。得分愈高者表示受試者所得之社會支持愈多，得分愈低則表示社會支持愈少。

人口學資料及健康狀況調查表，其內容包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、社經地位、保險狀況、宗教信仰、工作、異常嚴重度、異常性質、異常總數、異常種類、得知異常時間等。其中異常嚴重度和異常性質是病人的自覺。

(2) 工具之信度與效度

在編製量表過程中，為提高問卷的內容效度，敦請六位國內具備內外科護理學、公衛護理學，精神科護理學及心理學的碩士進行專家效度的測量；分別就「適用性」「重要性」「明確性」等三大類別，對題目以不適當、尚可、適當及非常適當，給予1-4分的評分，並提供意見及歸類題目。結果發現：調適行為量表大部份題目得分在3.5-4.0分之間，只有2題未達3分，予以刪除。而社會支持量表大部份題目在3.6-4.0分之間，平均得分3.8，介於適當與非常適當之間，故未刪題，但就專家的意見加以修改。

信度則採Cronbach's α 係數來衡量內在一致性；分別是調適行為量表0.87，社會支持量表0.82。其中調適行為量表在進行項目分析時有兩題與總分的積差相關未達 $p < 0.05$ ，顯示沒有鑑別作用；恰巧與專家效度未達3分的題目相同，故予以刪除。而社會支持量表 p 值均小於0.05，故未刪題。

研究者先召集訪視員，施予二天的訪視員訓練及台語訓練，用以說明本研究之動機，目的與進行問卷的方式、時間，並就各個題目的語意及目的加以解說。由訪視員先

行訪視（每個人訪視3~4名老人），並於隔天召集討論會，就訪視內容，加以討論和澄清，之後才正式收案。

問卷收回後，使用SAS等統計套裝軟體，進行分析。採用的統計方法有：百分率、t檢定、變異數分析、薛費爾事後檢定、Pearson積差相關、邏輯迴歸分析等。

結果

本研究經抽樣共取得研究對象661人，其中三訪未遇者43人，拒訪37人，空戶7人，死亡11人，遷移41人，住院2人，沒收到健檢結果25人，收到結果，但不知健檢結果異常者11人；因此，實際訪視對象為484人，實訪率73.2%。

1. 研究對象的一般特性

老年人的平均年齡71.2歲，標準差為4.0歲，以65~74歲患者較多，佔81.4%。性別以男性居多，佔70.5%。籍貫則是外省人居多，佔56.2%。教育程度以不識字者最多，佔28.3%。另外，受調查的老人大都已退休，佔93.4%。婚姻狀況以已婚者最多，佔62.2%。經濟來源是以自己供給為主者居多，佔49.6%。而且大都有保險，佔72.3%，大部份有宗教信仰。與親人同住者居多，佔59.7%。

2. 調適行為的使用情形：

研究對象使用的「調適行為」之平均得分為1.79，標準差為0.35，其中「問題取向」的調適行為之平均得分為1.99，標準差為0.41，「情緒取向」之調適行為的平均得分為1.69，標準差為0.38（總分4分）。因此可知不論「問題取向」或「情緒取向」的調適行為，其使用程度均不高。其理由可能是健檢異常者對健檢結果不信任（自覺結果完全正確者只佔55.6%），以致壓力程度不大。但就平均值及人數來看（79%的人問題取向分數大於情緒取向的分數）可知健檢異常老人仍使用較多的「問題取向」調適行為。

另外，研究對象最常使用之調適行為，依序為「覺得既然發生了，就接受它」「無論如何，覺得還是要靠自己解決」「希望健康問題慢慢變好」「會找醫師護士來協助解決問題」「船到橋頭自然直，順其自然」；其中二項屬於「問題取向」的調適行為。三項屬於「情緒取向的調適行為」。

3. 調適行為的相關因素：

(1)個人因素：(Table 1)

①性別：

男女性在問題取向的調適行爲上，沒有顯著差異。但在情緒取向的調適行爲上，女性的調適行爲多於男性，並達統計上的差異

②年齡：

分成兩組，兩組之調適行爲經檢定，發現無顯著差異。

③婚姻狀況：

有偶者無論在問題或情緒上，均較無偶者顯現較多的調適行爲，且已達顯著的差異。

④宗教信仰：

有宗教信仰者較無信仰者具有較多的調適行爲。

⑤工作：

有無工作者之調適行爲無顯著差異。

⑥保險狀況：

有醫療保險者採取較多問題取向的調

Table 1. Comparison of problem-oriented coping behaviors and affective-oriented coping behaviors between various demographic subgroups of the elderly

Variables	n	Problem-oriented			Affective-oriented		
		mean	SD	p value	mean	SD	p value
Sex							
Male	341	1.98	0.40	N. S.	1.66	0.37	**
Female	143	1.99	0.44		1.77	0.40	
Age							
65-74 yrs	394	2.11	0.45	N. S.	1.67	0.35	N. S.
> 75 yrs	90	2.05	0.49		1.68	0.40	
Marital status							
Single #	60	1.83	0.39	**	1.56	0.30	**
Married	424	2.01	0.41		1.71	0.39	
Religion							
No	174	1.93	0.44	*	1.60	0.35	**
Yes	310	2.02	0.39		1.74	0.39	
Occupation							
Unemployed	32	2.04	0.35	N. S.	1.70	0.36	N. S.
Employed	452	1.98	0.42		1.69	0.38	
Medical insurance							
No	134	1.98	0.39	*	1.78	0.46	**
Yes	350	2.02	0.46		1.66	0.34	
Educational level							
< 6 th grade	137	2.58	(BSS)	**	0.80	(BSS)	N. S.
Elementary level	229	79.58	(WSS)		68.90	(WSS)	
> Junior high	118			3 > 1, 2			

Single included widow(er) and divorced. Two Variables: T test
 The independent Variable has three levels: One-way ANOVA
 N. S.: nonsignificant difference
 * p < 0.05 ** p < 0.01

適行為，無醫療保險者則選擇較多的情緒取向的調適行為，且達統計上顯著的差異。

⑦教育程度：

在問題取向的調適行為上，不同教育程度之老人，其行為有顯著的差異，且經薛費爾事後檢定，發現初中以上者較不識字及小學者具有較多的調適行為，其差異在統計上並達顯著意義。

(2)疾病因素：(Table 2)

①異常嚴重度：

異常嚴重度不同之老年人在問題取向、情緒取向的調適行為均呈顯著差異。經薛費爾事後檢定，發現自覺異常「嚴重者」較自覺「中等」和「不嚴重者」採取較多的調適行為。

②異常性質：

自覺麻煩之老年人有較多之問題取向和情緒取向的調適行為，其差異達統計上有意義的程度。

③異常種類：

分為心電圖、血壓、血糖尿糖、肝功能、尿液、胸部X光等六種異常；經變異數分析，發現不同的異常種類之老年病患

無論在「問題取向」的調適行為還是「情緒取向」的調適行為上均沒有統計上的差異。

④得知異常時間：

健檢之前就得知自己異常者會採取較多的問題取向調適行為，且達顯著的差異。

⑤異常總數：

異常總數愈多者愈會採用較多的問題取向調適行為。

(3)社會支持

親友的社會支持中以情緒所獲得的支持最多，得分為 2.26 ± 0.70 ；資訊支持最少，為 1.62 ± 0.48 ，實質及自尊支持居中，分別為 2.00 ± 0.88 和 1.69 ± 0.71 。醫護人員所給予的社會支持則是情緒支持最高，資訊及自尊支持次之，實質支持最低，其分數分別是 2.24 ± 0.77 ， 2.00 ± 0.57 ， 1.80 ± 0.45 ， 1.31 ± 0.52 ；而總分4分，因此由此分數分佈情形可知健檢異常的老人其在親友及醫護人員的支持上，均有所匱乏。但是親友的四種社會支持卻與老人的調適行為有顯著的正相關，而醫護人員的支持也有部份與調適行為呈有意義的相關，顯示雖然支持的量不

Table 2. Comparison between coping behaviors and disease characteristics of the elderly

Variables	n	Problem-oriented		Affective-oriented	
		mean \pm SD	p value	mean \pm SD	p value
Perceived disease severity					
Mild	291	2.03 ± 0.48	**	1.61 ± 0.32	**
Moderate	130	2.16 ± 0.39		1.72 ± 0.31	
Severe	63	2.28 ± 0.45		1.91 ± 0.52	
Characteristics of health problem					
No trouble	365	1.92 ± 0.40	**	1.63 ± 0.34	**
Trouble	119	2.18 ± 0.39		1.87 ± 0.44	
Newly found abnormality at this free physical examination					
New	193	1.92 ± 0.43	**	1.74 ± 0.39	*
Old	291	2.03 ± 0.39		1.67 ± 0.36	
The sum of positive physical examination results					
		2.10 ± 0.46	$r=0.10^*$	1.68 ± 0.36	$r=0.06$

r: pearson correlation coefficient

Two Variables: t test

The independent Variable has three levels: One-way ANOVA

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

足，但是仍具相當的重要性。(Table 3)

(4)調適行為相關因素間的相對重要性

健康檢查的主要目的在於篩檢疾病，並提醒個案就醫，以達早期發現早期治療的目標；因此本研究期望探討那些因素會影響老年病患偏向採取較多的「問題取向」調適行為，以供日後有關單位擬定政策或措施的參考。而且，本研究發現是否就醫與是否採取較多的「問題取向」調適行為有統計上的意義 ($X^2 = 17.91$, $p < 0.0001$)。故以問題取向調適行為之分數大於「情緒取向」調適行為之分數為判斷標準，將病患分為「問題取向」為主型及「情緒取向」為主型(即如果老年病患之問題取向調適行為之分數大於情

緒取向調適行為之分數，則此病患為採取「問題取向」為主型的調適行為；反之，即為採取「情緒取向」為主型的調適行為)。再將調適行為當作依變項(「問題取向」為主型 $code = 1$ ，「情緒取向」為主型則 $code = 0$)，以先前有統計意義的個人因素(婚姻狀態、宗教信仰、醫療保險、教育程度)，疾病因素(異常總數、麻煩程度、嚴重程度、得知異常時間)，社會支持(情緒及實質支持)為自變項，用邏輯迴歸加以分析，並將預測變項做一相關矩陣，以瞭解變項間有無共線性，結果發現醫療保險與親友自尊支持呈有意義的相關，但相關係數不高($r = 0.10$, $p < 0.05$)，故採取下列模式(Table 4)

Table 3. Correlation between various elements of social supports and coping behaviors

Variables	Problem	Affective	Variables	Problem	Affective
Emotional support (F)	0.34***	0.21***	Emotional support (H)	0.16**	0.05
Informational support (F)	0.35***	0.26***	Information support (H)	0.03	- 0.13**
Tangible support (F)	0.29***	0.35***	Tangible support (H)	0.11*	- 0.02
Self-esteem support (F)	0.28***	0.35***	Self-esteem support (F)	0.01	- 0.14**

(F): from family and friends; (H): from health professionals

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Table 4. The logistic regression analysis of relating factors which affecting coping behaviors of the elderly

Variables	B	S. E.	OR	95 %CI
Medical insurance				
No			1.00	
Yes	1.08	0.26	***2.95	1.77~4.90
Self-esteem support from family and friends	0.80	0.19	***2.23	1.53~3.23
Tangible support from health professionals	0.59	0.28	*1.80	1.04~3.12
Emotional support from health professionals	0.34	0.16	*1.40	1.03~1.92
Newly found abnormality at this free physical examination				
New	0.32	0.12	1.00	1.09~1.74
Old			*1.37	

Likelihood Ratio = 472.121 $x^2 = 46.23$ $df = 5$

$p = 0.0000$; * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

OR: odds ratio; 95 %CI: 95 % confidence interval

並說明如下

個人因素中達到顯著差異的預測變項為醫療保險。且由表四得知有醫療保險者採取「問題取向」為主的調適行為的可能性是無醫療保險者的2.95倍。

疾病因素方面則只有得知異常時間為重要預測變項。已知異常者使用「問題取向」為主的調適行為的可能性是首次得知異常者的1.37倍。

社會支持方面，重要的預測變項有親友自尊支持、醫護人員實質支持及醫護人員情緒支持三項。顯示親友自尊支持、醫護人員實質、情緒支持每增加一分，老人採取「問題取向」為主的調適行為的可能性就增加2.23倍、1.80倍、1.40倍。

討 論

1. 調適行為的使用情形

個體面對疾病壓力時，會有「問題取向」及「情緒取向」的調適行為，但選擇何種調適行為，則與疾病的病程及情境是否能改變⁽⁷⁻⁹⁾有關；通常對慢性或能改變的威脅是採取問題取向的調適行為，而對急性或無法控制的情境則多以情緒抒發的方式呈現⁽⁸⁾。本研究的健康檢查異常老人，其使用問題取向的調適行為較多。此現象除印證上述文獻所說的：慢性健康問題多採取問題取向的調適行為外，也可能與本研究老人多為已得知患病者(60.12%)有關。

另外，健檢異常老人最常見的調適行為分別討論如下：

(1) 覺得既然發生了，就接受它

此乃研究對象最常使用的調適行為，屬於「情緒取向」調適行為中的認命部份；在張氏等人⁽¹¹⁾的研究中，老年人亦常使用此種行為。但是在Jalowiec的研究中，高血壓病人使用此行為的排名卻在第11名，這其中的差異可能是因為年齡的緣故；Jalowiec的研究對象，平均年齡44.6歲(20~60歲)，年輕及中年人居多，不像老年人視疾病的發生是預料中之事，況且，每個社會都有其一套社會期待的適齡事件，而老年人的健康狀況變壞正是社會所容許及認為適時的生活事件。

(2) 無論如何，覺得還是要靠自己解決

88%的研究對象使用過此種行為，它屬

於自我依賴(Self-reliance)，是用來改變或解決壓力源的調適行為，亦是人們常用的調適行為之一⁽¹⁵⁾。在張氏的研究中，此項是老年人面對不如意事件時最常出現的調適行為。

(3) 希望健康問題慢慢變好

有81.4%的老年人使用此種調適策略。此表示心存希望的態度是每個人增強適應能力的條件^(16,17)，因為它會使人有動機準備去適應，並藉此改變對疾病壓力的認知，產生較積極的調適行為。Jalowiec的「高血壓病人」，亦常使用此種行為。

(4) 會找醫師護士來協助解決問題

張氏的研究中，「找專家協助」是最少出現的調適行為。但在本研究則名列第四；有此差異的原因，可能是張氏等人之研究的情境是面對不如意的事，而此不如意之事包羅萬象，不像本研究設定於疾病的壓力，目標顯著明確且目前衛生所公衛護士對老人健檢異常者，有提供追蹤指導的服務措施。另外，Miller研究56位慢性病的適應行為中發現，尋求疾病的知識，和找醫護人員協助瞭解治療方針和護理計畫是他們最常使用的調適行為⁽¹²⁾。

(5) 船到橋頭自然直，順其自然

Jalowiec的高血壓病人，此項行為被列為第21排名，而在張氏及本研究中，卻排名第三及第五。此類差異，可能是老年與中年人的年齡差異。因為如果事情未如人意，老年人會趨向「聽天由命」而輕易帶過⁽¹⁸⁾。

本研究對象最少使用的行為是「責備、抱怨別人」「抽菸、喝酒或用藥物來減輕煩惱」和「後悔做檢查」，和張氏的研究結果類似，顯示老人在面對疾病和不如意之事時有類似的調適行為。另外，前二項的調適行為均是社會較不推崇的行為，而最後一項，也不是一個成年者會做的事，在在都顯示研究對象有自我控制的能力，而這也是老年人的特質之一⁽¹⁸⁾。

2. 影響調適行為的相關因素：

女性較男性採取較多的「情緒取向」的調適行為，且具有統計上的意義。這可能和女性對疾病壓力的感受較男性高⁽¹⁹⁾，以及男女個體一出生便納入社會賦予的性別身份、地位及行為規範有關，也就是固有「男女有別」的觀念，致使女性鮮少表現男性化的行為⁽²⁰⁾，加上中國的社會文化模式所賦予女性「可向他人

傾訴不適」的權利；因此，女性在面臨壓力情境時，自然會呈現以情感為主的特質。有偶者比無偶者較常使用『問題取向』的調適行為。這可能是有偶者較易獲得配偶的支持；而當個人獲得支持，便會促使自我概念和自尊的提昇，因而能較理性的看待事情及面對問題，採取較多問題取向的調適行為。

研究結果顯示教育程度高者，採用『問題取向』的調適行為較多。經過事後比較得知，初中以上健康檢查結果異常的老人使用『問題取向』的調適行為頻率顯著高於初中以下者 (Table 1)；這可能是教育程度高者，較會運用先前的知識及成功的經驗，重新認知壓力，以達到良好的調適，也印證了個人—社會之調適模式，其中提到社會所提供之教育與技能，能幫助個人有能力去處理壓力⁽¹³⁾。另外，Carr 和 Powers 也表示一個人解決問題的技巧和其所受的教育呈現高度相關，也就是教育程度愈高，技能愈好⁽²¹⁾。

本研究發現有無醫療保險是健檢結果異常的老人採取『問題取向』調適行為的重要預測變項；甚至有醫療保險的老人其採取『問題取向』為主之調適行為的可能性是無醫療保險者的 2.95 倍，可見醫療保險確實能提高健檢異常老人選擇適當調適行為的能力。健檢前已知異常者較首次得知者採用較多的『問題取向』的調適行為 (1.37 倍)，顯示先前得知異常者早有心理準備，已越過急性期以情緒為主的調適行為，能面對現實而採用處理問題的方法。Gurklis 和 Menke 的研究也發現得病時間的長短和問題取向的調適行為呈現有意義的正相關⁽²²⁾。因此找出首次得知異常者並提供適當的護理相當重要，至於如何提高其採用較多的『問題取向』調適行為以及提高受檢率，則有待進一步的研究探討。

異常總數，老人自覺異常麻煩者均和『問題取向』的調適行為呈顯著相關，而自認為異常嚴重者也較差不多或不嚴重者採取較多的『問題取向』的調適行為。顯示疾病情況是採取『問題取向』的調適行為的影響因素，和 Miller 的研究結果相同⁽¹²⁾。

社會支持分二部份來看，一是親友的支持，一是醫護人員的支持。在親友的支持方面：不論是情緒、資訊，還是實質、自尊的支持，和調適行為呈有意義的正相關 (Table 3)。符合學者所說—社會支持可引導人們感到擁有自尊、價值感、支配感和統整的感覺，能鼓勵

人們調適危機，並試著解決問題^(20,23)。Davis 表示社會支持能提供一種強烈的感覺，而這種感覺能使人在備受壓力下，發揮內在的因應能力⁽²⁴⁾。且經邏輯迴歸分析得知親友自尊支持更是老人選擇『問題取向』調適行為的重要預測變項 (Table 4)。而本研究之親友自尊支持得分只有 1.69 ± 0.71 ，顯示親友對老人的自尊支持仍然不足。因此，在教育上應強調孝道的倫理道德觀念，喚起民衆對老人真誠的關懷，以提供老人充足的自尊，而促進老人面對疾病壓力時採取適當的調適行為。

醫護人員的支持方面：資訊、自尊支持和『情緒取向』的調適行為呈有意義的負相關；其可能原因是給予愈豐富的資訊或自尊的支持，可使老年病患擁有高自尊與充足的資料採用其他的調適行為，而放棄使用情緒的方式。但是，其與問題取向的調適行為又無顯著相關，是否表示研究對象尚有其他因應策略？是否與固有的中國文化有關？可能需進一步的探討。另外，本研究發現老人感受醫護人員所提供的資訊及自尊支持均不高，值得醫護人員警惕及省思，至於是相關單位醫護人員限於人力缺乏，致使追蹤指導及自尊的支持量不足呢？抑或期望不相符合造成的不滿意呢？有待進一步服務滿意度的研究及分析。但是此結果亦提醒醫護人員，日後有關人員除提供醫療照顧外，也應尊重病患及加強疾病知識的提供。

另外，情緒、實質支持和『問題取向』的調適行為呈現有意義的正相關，經邏輯迴歸分析發現醫護人員的情緒、實質支持是老人採取『問題取向』為主的調適行為的重要因素，其對比值為 1.80 倍及 1.40 倍 (Table 4)。顯示醫護人員若能多關心老年人，提供足夠的情緒支持，並給予適當的提醒及具體的幫忙等實質支持，將有助於其勇敢面對疾病的挑戰並選擇問題取向的調適行為。在本研究中，醫護人員所提供的情緒及實質支持仍然偏低，其得分為 2.24 ± 0.77 和 1.31 ± 0.52 (總分 4 分)，顯示現階段醫護人員在此方面仍需努力，才能符合健檢異常老人的需求，提高其面對疾病壓力的調適能力。

建議

1. 老人健檢是行之已久的社會福利之一，在未來高齡化日益嚴重的社會，更應針對此項業務後續服務再加強人力及服務品質；對於低

教育程度者、沒有配偶者、首次知道異常者，醫護人員應特別予以疾病相關知識的衛教，做好實質或情緒的支持，使老人們能活的更健康、更快樂。

2. 醫護人員在面對健檢異常老人時，應提供適當的實質及情緒支持，並提醒家人真摯的關懷老人，提昇其自尊，以使老人視危機為轉機，而採取正向的問題取向調適行為。
3. 本研究限於人力與時間，只探討健檢異常老人的調適行為，至於首次發現健檢異常者的追蹤指導及衛教需求，則有待進一步研究。另外，也應評價健檢異常者的追蹤狀況及服務滿意度，以瞭解衛生單位的追蹤計畫及成效，供日後有關單位進一步改善服務的參考及方向。最重要的，台灣老人健檢受檢率過低的現象應加以探討與改善。根據過去的研究發現臺灣老人多半認為不需要檢查或對檢查單位沒有信心^(25,26)，以致參加免費健康檢查比率不高，大約在30~34%左右，且參加者多是已得知患病者。因此若欲達到篩檢的早期發現，早期治療的目的，極需更進一步的研究並採用深度訪談的質性研究法，以瞭解老人不參加健檢的真正理由，供有關單位對症下藥，以確實提高受檢率。

誌 謝

感謝衛生署保健處經費贊助，高雄市政府衛生局對老人健檢資料的提供，高雄醫學院王秀紅、沈志仁、金繼春、陳麗糸、劉向援、蕭琪等老師對問卷的修改，及成大醫學院王新台、余梅琳等副教授對統計及圖表的建議，特此致上最誠摯的謝意。

參考文獻

1. 梁浙西、張明正、吳淑瓊：臺灣地區老人健康狀況與醫療服務之利用。李孟芬（編輯），臺灣地區老人健康與生活研究論文集（第一輯），臺灣省家庭計劃研究所，台中：2-6，1993。
2. 陳宇嘉：高雄市老人福利問題研究—老人人口、現況、需求與未來趨勢。東海大學社會福利研究中心，臺中：3-5，1987。
3. 郭素娥，邱啓潤，陳惠珠：高雄市有慢性健康問題的老人利用社區醫療資源情形的探討，行政院衛生署研究報告：1-53，1992。
4. Melnyk KA: Barriers to care: Operationalizing the variable. *Nurs Res* 39: 108-117, 1990.
5. Larkin J: Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness. *Nurs Clin North Am* 22: 535-543, 1987.
6. Falkman S, Lazarus RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 21: 219-239, 1980.
7. Nyhlin KT: Diabetic patients facing longterm complications: coping with uncertainty. *J Adv Nurs* 15: 1021-1029, 1990.
8. Jalowiec A, Powers MJ: Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nurs Res* 30: 10-15, 1981.
9. Misel MH, Sorenson DS: Uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function mastery and coping. *Nurs Res* 40: 225-232, 1991.
10. Pollock SE: The hardiness characteristics: A motivating factor in adaptation. *Adv Nurs Sci* 11: 53-62, 1989.
11. 張珏、黃茂芳、張素滿：臺北地區老年人調適策略與自評健康的關係。中華民國公共衛生學會雜誌 9(2): 69-82, 1989.
12. Miller JF: Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. FA Davis Co., Philadelphia, 2nd ed.: 15-36, 1992.
13. Lowery BJ, Jacobsen BS: Attributional analysis of chronic illness outcomes. *Nurs Res* 34: 82-87, 1985.
14. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM: Measuring the functional components of social support. In: *Social support: theory, research and application*, (Sarason IG, Sarason BR eds.), Martinus Nihoff Publishers, Boston: 73-94, 1985.
15. Wagnild G, Young HM: Resilience among older women. *Image-J Nurs Sch* 22: 252-255, 1990.
16. Farran CJ, McCann J: Longitudinal analysis of hope in community-based older adult. *Arch Psychiatr Nurs* 3: 272-276, 1989.
17. Carr P: Expectations and realities. *Home Healthcare Nurse* 10: 47-48, 1992.
18. Brodzinsky MB, Gormly AV, Ambron SR: *Lifespan human development*. Holt, Rinehart and Winston, Inc: 560-561, 1986.
19. 郭素娥，藍忠孚，馬鳳歧：臺北市老年病患的住院壓力感受之調查研究。中華民國公共衛生學會雜誌 14: 51-61, 1995.
20. 胡幼慧：社會流行病學。巨流圖書公司，臺北：125-165, 1992.
21. Carr JA, Powers MJ: Stressors associated with coronary bypass surgery. *Am J Nurs* 35:

- 243-246, 1986.
22. Gurklis JA, Menke EM: Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. *Nurs Res* **37**: 236-239, 1988.
23. Okty JS, Volland PJ: Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers: A experimental evaluation. *Am J Public Health* **80**: 39-46, 1990.
24. Davis LL: Illness uncertainty, social support, and stress in recovery individuals and family caregivers. *Appl Nurs Res* **3**: 69-71, 1990.
25. 高雄市政府衛生局：高雄市七十歲以上老人自我照顧能力及居家護理需求評估調查。高雄市政府衛生局，高雄市：3-5, 1989.
26. 黃璿華：老人健康檢查行為之研究。護理雜誌 **28**: 77-88, 1981.

COPING BEHAVIORS OF THE ELDERLY WITH POSITIVE PHYSICAL EXAMINATION RESULTS IN KAOHSIUNG CITY

Su-Er Guo and Chii-Jun Chiou*

The objectives of this study were as follows: first, to investigate the coping behaviors of the elderly facing the stress of disease after free physical examination; Second, to identify personal and disease characteristics, and the social support that influences coping behaviors in the elderly.

The study sample consisted of 661 elderly patients who were found to have abnormal findings during a free physical examination provided by 11 regional health stations in Kaohsiung City. Data were collected with questionnaires through home interview. Four hundred and eighty-four subjects completed the questionnaires. Data were analyzed using SAS computer program.

The major findings were as follows:

1. Problem-oriented coping behaviors were the more frequently used. The most frequently used coping behaviors were "accepting the situation as it is", "relying on myself to solve problems", "hoping that things would get

better", "seeking professional help", and "letting things follow their natural cause".

2. The relative variables for problem-oriented coping were marital status, religion, medical insurance, educational level, disease characteristics, and social support. Sex, marital status, religion, medical insurance, perceived disease severity, characteristics of health problem, and newly found abnormality at this free physical examination were the relative variables for affective-oriented coping.
3. The best predictive variables for using problem-oriented coping behaviors were medical insurance, self-esteem support from family and friends, tangible support from health professionals, emotional support from health professionals, and whether it was the first time the patients knew their health problems.

Findings from this study had implications for development of nursing care plans for elderly clients, as well as for collaborative team exploration of coping behaviors in the elderly.

(*Kaohsiung J Med Sci* **13**: 378 — 387, 1997)

School of Nursing, College of Medicine, National Cheng-Kung University, Tainan, *School of Nursing, Kaohsiung Medical College, Kaohsiung, Taiwan, Republic of China

Received: July 31, 1996. Accepted: November 18, 1996.

Address for reprints: Su-Er Guo, School of Nursing, College of Medicine, National Cheng-Kung University, Tainan, Taiwan, Republic of China