

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 ☒ 成果報告
☐ 期中進度報告

突發性災難後之精神心理復健－以 SARS 為例

計畫類別：☐ 個別型計畫 ☒ 整合型計畫

計畫編號：NSC 93-2625-Z-393-001-

執行期間：93 年 8 月 1 日至 94 年 7 月 31 日

計畫主持人：龍佛衛

共同主持人：

計畫參與人員：曾冬勝、呂宜靜、李斐盈、林聰仁

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)：☐ 精簡報告 ☒ 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

☐ 赴國外出差或研習心得報告一份

☐ 赴大陸地區出差或研習心得報告一份

☐ 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

☐ 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

☐ 涉及專利或其他智慧財產權，☐ 一年 ☐ 二年後可公開查詢

執行單位：國軍高雄總醫院精神科

中 華 民 國 九 十 四 年 十 月 二 十 九 日

摘 要

目的：本研究旨在以嚴重急性呼吸道症候群(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)為例，探討生物性災難對於醫療照護人員的影響，找出影響心理健康的危險及持續因子。**方法：**研究對象為台灣南部某教學醫院、曾於 SARS 高峰期間接觸或照護疑似案例之 135 名工作人員。所有個案均需完成華人健康問卷、艾氏人格問卷與雙親教養態度量表，並於一年後進行追蹤，再次接受華人健康問卷之評量。**結果：**初次評量呈現身心不適症狀者有 22 位(17.3%)，無明顯身心症狀者 105 位(82.7%)，一年後身心症狀持續的人數降為 19 位。結構模式分析結果顯示個案若知覺母親在其成長過程中給予較多的關懷，可降低遭遇壓力事件後的身心不適情況，而過度的保護則可能造成神經質人格傾向，並間接影響災後的心理調適狀況。神經質傾向與母親過度的保護可能是不適症狀持續而未能緩解的影響因子。**結論：**神經質人格特質以及母親的教養態度對 SARS 照護人員的心理健康有負面的影響，且為造成症狀持續的影響因素。本研究結果可提供作為災後心理復健計畫之個案評估及介入處遇的參考。

關鍵詞：嚴重急性呼吸道症候群，生物性災難，神經質人格，依附關係

Abstract

Background: The aim of this study took the Severe Acute Respiratory Syndrome as the example to explore the impact of bio-disaster on healthcare workers in Taiwan. The possible predisposing and perpetuating factors in developing mental symptoms were investigated. **Methods:** Participants consisted of 135 healthcare workers who had contacted with or took care of patients who were probable or suspected as the cases of Severe Acute Respiratory Syndrome, during the SARS outbreak, at a teaching hospital in southern Taiwan. All participants were required to complete Chinese Health Questionnaire, Eysenck Personality Questionnaire and Parental Bonding Instrument. In addition, they were required to retake the Chinese Health Questionnaire after one year. **Results:** The initial result showed that twenty-two participants (17.3%) developed significant mental symptoms, and 105 participants (82.7%) did not show any obvious symptoms. After one year, the number of participants who had the sustained mental symptoms decreased into 19 from 22. The result of structural equation modeling showed that if participants perceived greater care from mother during participants' growing; hence, it would reduce the impact on participant's mental health when they suffered the stress from SARS. On the other hand, maternal overprotection could result in neuroticism, as the result, it would influence mental adjustment indirectly after the disaster. The tendency of neuroticism and maternal overprotection might be the factors in showing sustained mental symptoms. **Conclusion:** Both neuroticism and maternal attachment influenced the mental health of healthcare workers during the SARS epidemic; moreover, they were the factors to cause the sustained symptoms. The results can be a helpful reference for intervention and prevention programs for healthcare workers facing disasters in the future.

Key words: attachment, bio-disaster, neuroticism, Severe Acute Respiratory Syndrome

目 錄

	頁碼
計畫摘要	
一、中文摘要	(I)
二、英文摘要	(II)
目錄	(III)
壹、計畫內容	
一、前言	(1)
二、方法	(5)
三、結果	(9)
四、討論	(13)
五、參考文獻	(19)
貳、圖表	
表一、人口學基本資料與評量結果	(24)
表二、初次心理健康狀況評量與追蹤評量之比較與相關分析	(26)
表三、多變量線性迴歸分析最終結果	(27)
圖一、結構分析模式圖	(28)
參、計畫成果自評表	(30)
肆、附錄	
一、雙親教養態度量表	(32)
二、艾氏人格問卷	(34)
三、華人健康問卷	(35)

前 言

重大災難（disaster）與其他類型的創傷事件一般，皆是隨時可能發生的，主要類型涵蓋了自然以及人為引起之重大災禍。近期如在臺灣、南亞所發生的大地震，美國 911 恐怖攻擊事件、紐奧良卡崔娜颶風，以及讓許多國家防疫體系備受衝擊、人民生命飽受威脅的嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS）等，皆引發民眾極度的恐慌，並造成相當嚴重的傷亡；尤其如 SARS 之生物性災難，因具有高度的傳染性及致死率，對人們身心健康以及人際關係的影響更加深鉅。而此類型之重大災難，帶給人們的衝擊是屬於一種不可抗拒、具侵略性的重大壓力，會影響我們各方面的能力與身心功能的運作，並引發憤怒、無效能、淡漠以及憂鬱等症狀，在職場上即可能造成耗竭（burnout）的情形，而“compassion fatigue”（因過度曝露於痛苦之中而造成憐憫心或同情心之喪失）即是除了前述症狀之外，屬於醫療照護專業人員的特異症狀類型（Joinson, 1992）。

對於在這些事件中得以存活下來的個體或是協助救災的人員而言，在經歷極大的壓力與危機後，身心所遭受之衝擊實非他人所能體會，亦可能因而罹患創傷後壓力疾患（post-traumatic stress disorder, PTSD）或其他共病之精神疾患，不適症狀可能持續相當長的時間，影響個體正常的生活功能。

自西元 2003 年 2 月亞洲出現第一例 SARS 個案之後，SARS 病毒快速地擴散侵襲全球，全世界超過 8000 人遭受感染，造成 800 多人死亡（Hussein, 2004）。在台灣，同年 4 月 24 日，和平醫院因爆發 SARS 的院內感染致使封院，將醫療工作人員、病患，以及照護病患之家屬等與外界隔離。而截至 2003 年 7 月 24 日，疾病管制局所記錄之通報案例中有 671 可能或疑似案例，共 84 名病患因感染 SARS 死亡，其中

包括 8 位醫療人員 (Tzeng, 2003)。SARS 疫情爆發後，一連串的感染、死亡報導不斷地出現在報章雜誌以及網路、電視等傳播媒體上，不僅引發全國人民的恐慌，亦造成醫療人員莫大的壓力，尤其是第一線的救護人員。

從同樣遭受 SARS 疫情波及的加拿大多倫多地區所進行的一項調查顯示：129 名居家隔离者中，有 28.9% 呈現 PTSD 症狀，有 31.2% 的人則有憂鬱的症狀出現 (Hawryluck, Gold, Robinson, Pogorski, Galea & Styra, 2004)；另一研究則指出參與照護工作且曾居家隔离的醫療人員有被污名化、害怕以及挫折等感受 (Robertson et al., 2004)。在新加坡方面，一項針對某一區域醫院所進行的研究顯示，在 661 名醫護人員中，有 27% 呈現身心不適症狀(醫師、護士在各自的群體中各佔 35% 及 25%)，20% 則罹患創傷後壓力疾患 (Chan & Huak, 2004)。至於臺灣地區，一項針對 1257 名醫療人員所進行的調查研究顯示：在 SARS 高峰期，超過 3/4 的受訪者認為因工作之故，致其處在可能遭受感染的危險環境中，且備感壓力；而此群體的精神疾病盛行率高達 75.3%，為一般人的三倍 (Chong et al., 2004)。因此，若未能及時提供諮商輔導或治療等介入處遇，並持續追蹤，對於個體的身心健康以及間接所耗費的社會成本都有相當大的影響。

大部份災禍的生存者及救護人員往往會經歷數天或數星期的正常壓力反應（或稱危機反應），影響層面包括情緒、認知、身體以及人際方面。個體可能會有震驚、恐懼、悲痛、氣憤、失落等情緒反應，混淆、注意力不集、自責、失去記憶等認知反應，緊張發抖、嘔吐、失眠、食量改變等身體反應，以及缺乏信任感、易受刺激、易起衝突、失去親密關係能力的人際反應（藍，2003）。很明顯的，個人經歷突如其來的災禍或意外事件，不僅會有極大的壓力，而且更有如臨大敵的危機意識。

然而，隨著時間的經過，但若個體的復原狀況不佳，則可能導致一些不適應症狀出現。研究顯示個體於災難後常會出現一連串的身心反應，雖然每個個體的反應可能會有些許的不同 (Horowitz, 1986)。從相關的研究顯示，在經歷創傷事件後，隨著時間的消逝，有些人的症狀仍舊持續存在，但有些人卻獲得改善，正常壓力反應會經由調適而漸緩解，將負向的壓力（劣壓，distress）轉為正向的壓力（優壓，eustress），提高復原力（resilience），使其能夠不受危險因子的影響，回復以往的適應、競爭能力，繼續發揮原來的生活功能 (Garmezy, 1993)，顯示某些影響因素間的相互作用可能是造成上述差異的主要原因，諸如個體的人格特質、人際支持系統、對壓力的因應模式等皆可能影響個體的預後狀況 (McFarlane, 1994)。

而除了上述的影響因素，許多研究報告並指出 PTSD 的症狀與個體的心理健康是息息相關的 (Glynn, Asarnow, Shetty, Elliot-Brown, Black & Belin, 2003)，個體對創傷後壓力的反應程度及心理調適狀況亦與其雙親的教養態度有關：父母若給予溫暖的關懷、少拒絕的正向對待方式，個體的壓力反應較低 (Ruchkin, Eisemann & Hagglof, 1998)、有較佳的心理調適 (Punamaki, Qouta & el Sarraj, 1997)。此外，Bowlby 在其研究報告中亦指出個體於年幼時期，雙親的教養態度及親子間的互動方式對其人格發展有相當大的影響，而人格特質又是影響個體未來處理事務及因應壓力的主要因素 (Bowlby, 1977)。

有別於其他重大創傷事件，諸如 SARS 之生物性災難因具有高度的傳染性及致死率，因而造成人們極度的心理恐慌，對和他人的接觸避之唯恐不及，嚴重影響人與人之間的互動關係，尤其對於照護 SARS 個案的醫療工作人員而言，處在極有可能受到致命性感染的環境，所承受的身心壓力更是超乎他人所能體會與想像。因此，

這一類型的災難對於個體本身、家人、社會，以及對疫情的緊急應變措施與災後心理復健的影響皆可能與其他災難之處置有極大的不同。

從相關的追蹤研究顯示：在經歷災難事件後，個體通常會先出現害怕與焦慮的症狀，經過些許時日後即會緩解，而憂鬱及其他的心身症狀則較晚出現，持續時間則較長（Shioyama et al., 2000）；此外，如前所述，倘若此些心理困擾能得以適度地調節，即可增加個體的復原力、降低災難事件對個體的身體健康所造成負面的影響（Reacher et al., 2004）。

然而，就生物性災難而言，雖已有許多研究探討該災難對病患或醫療人員所造成的心理衝擊，但哪些因素是致使個體在災後出現身心不適症狀的影響及持續因子，至今尚不清楚。因此，本研究之目的即針對 SARS 此一突發性的生物災難進行追蹤調查研究，瞭解此類生物性災難對於照護病患之各專業醫療工作人員的影響，找出可能造成個體身心不適症狀的危險及持續因子，以提供有關災後心理復健計畫之個案心理狀態評估及介入處遇之參考。

方 法

研究對象

研究對象為台灣南部某教學醫院之工作人員，並於 SARS 高峰期間曾接觸或照護疑似案例者。

本研究分兩階段收案，第一階段自西元 2003 年 7 月至 2004 年 3 月，總計 135 人；同意完成問卷者有 130 人、拒訪者 5 人；扣除無效問卷 3 份，得有效問卷 127 份，問卷可用率為 94.1%。其中包含照護人員：男性醫師 24 人，平均年齡為 36.46 歲($SD=6.72$)；護理人員 49 人(男性 3 人、女性 46 人)，平均年齡 31.63 歲($SD=5.45$)；以及其他曾接觸過個案之工作人員 54 人，平均年齡 31.11 歲($SD=7.64$) (男性 26 人、女性 28 人；含檢驗師、放射師、呼吸治療師、救護接送人員、掛號員、清潔人員等)。第二階段則在初次評估一年後進行追蹤調查，所有個案再次接受心理健康狀況的評量；其中 1 人拒訪、3 人失聯(醫師 2 人、護理 1 人、其他工作人員 1 人)，完成追蹤調查人數總計 123 名(96.9%)(Table 1)。

由於不易以曝露(exposure)的危險程度作為分組之依據，因此本研究以職業別進行分組。

研究工具

一、基本資料問卷與同意書：

施測者於說明問卷資料的保密性與用途，並徵求個案同意後，予以簽署同意書。基本資料包括年齡、性別、教育程度、婚姻狀況，以及個案在 SARS 高峰期與緩解期所承受之壓力的開放性問題，並於一年後追蹤調查時再加註此一年內是否曾在生

活、工作等方面遭遇重大壓力。

二、雙親教養態度量表（Parental Bonding Instrument，PBI）

本量表原由 Parker 於 1979 所編訂，於民國 88 年修訂建立為中文化的雙親教養態度量表，其為一自陳式四點量表，分“非常不符合”、“不符合”、“符合”、“非常符合”四個等級，計分為 0 至 3 分，共 25 題。同一問卷由受試者作答兩次，回憶父親、母親於其 16 歲前對受試者的管教態度。量表中包含關懷因素 12 題，保護因素 13 題，其中 12 題為反向題，經由得分高低可以得知父母親對於子女的關懷與保護程度，本量表內部一致性 Cronbach's α 為 0.65~0.73，再測信度為 0.66~0.88（Shu, Lo, and Lung, 1999）。

三、艾氏人格問卷（Eysenck Personality Questionnaire，EPQ）

本量表為 Eysenck 以人格特質為基礎所發展出的人格量表（Eysenck & Eysenck, 1975），主張人格有三大面向，即精神病質（psychoticism，P）、外向性（extro-version，E）、和神經質（neuroticism，N），量表中並有一測謊分量表（lie scale，L），可得知問卷內容的可信度。民國 83 年經陸洛修訂建立中文版，包括兩個向度：外向性 14 題、神經質 11 題，總計 25 題，量表分數愈高則相對應之特質傾向愈大。本問卷之 Cronbach alpha 值為 0.90，已建立良好之效度（Lu, 1994）；其中之神經質向度在 8 個月後（Cramer, 1994）、1 年後（Knowles, 1960; Simon & Thomas, 1983）及 10 年後（Costa & McCrae, 1977; Ormel & Wohlfarth, 1991）的追蹤研究結果皆顯示具相當高的再測相關性。

四、華人健康問卷（Chinese Health Questionnaire，CHQ）

本問卷由鄭泰安與 Williams 於 1986 年參考 Goldberg 所設計 30 題之 General

Health Questionnaire (GHQ)，並加入國人文化之各項問題，應用於三個不同樣本後，再經由多次區辨功能分析 (discriminant function analysis) 篩檢出適當的問題而成，總計 12 題，為自陳式四點量表，從「一點也不」、「和平時差不多」、「比平時較覺得」至「比平時更覺得」，以 0-0-1-1 計分 (Goldberg, 1972; Goldberg & Williams, 1988)。除了以總分反應精神病理的嚴重程度之外，另以 ROC 曲線 (Receiver Operating Characteristic) 求得切分點 2/3 (the best compromise between high sensitivity and a low false-positive rate)，為適用於社區精神疾病盛行率調查 (psychiatric morbidity) 之界斷分數。此外，問卷題目以因素分析的方式可將之分為三個因素：身體症狀 (somatic symptoms)、焦慮及擔心 (anxiety and worrying)，以及憂鬱或家庭關係不良 (depression / poor family relation)。本問卷內部一致性 Cronbach's α 係數為 0.79 (Cheng, Wu, Chong & Williams, 1990)。

實施程序

為降低因回憶所造成的偏誤 (recall bias) 以及其他可能的混淆變項 (confounding factors)，本研究在 2003 年 7 月 SARS 疫情已受到控制、穩定下來時即開始進行調查。在此之前，研究案已通過人體試驗委員會 (IRB) 之審核，個案在填具同意書之後均需完成基本資料表、雙親教養態度量表、艾氏人格問卷以及華人健康問卷，並於初次評量之一年後，所有個案再次填寫華人健康問卷，完成心理健康狀況之追蹤調查。

統計分析

以 SPSS 10.0 for Windows 電腦統計套裝軟體進行統計分析 (SPSS, Chicago, IL)。以 Chi-square 及 One-way ANOVA 進行三組個案之人口學變項以及各項評量的比較。另以多變量線性迴歸分析 (multiple linear regression analysis) 方法，從個案的人口學變項以及雙親教養態度、人格特質來檢視在 SARS 災難後個案的心理健康狀況，並以 Paired-samples t test 分析比較兩次心理健康評量的結果以及兩者間的相關性。此外，以 AMOS 5.0 統計套裝軟體進行結構方程模式 (Structural Equation Modeling, SEM) 分析，運用迴歸分析、徑路分析 (path analysis) 的方式來檢測各變項間的因果關係。

結 果

在雙親教養態度、人格特質以及心理健康（初次及追蹤評量）方面，三組個案之皆無明顯差異：在雙親教養態度的「父親關懷」向度，醫師組之平均值為 22.54，護理人員 22.49，其他人員 22.69 ($F=0.02$, $P=0.985$)；醫師組「父親保護」向度的平均值為 12.21，護理人員 13.16，其他人員 13.67 ($F=0.79$, $P=0.457$)。在「母親關懷」向度，醫師組之平均值為 25.33，護理人員 24.24，其他人員 23.74 ($F=0.96$, $P=0.387$)；醫師組「母親保護」向度的平均值為 12.21，護理人員 12.41，其他人員 13.96 ($F=1.53$, $P=0.220$)。

在人格特質方面，醫師組的「外向性」向度平均分數為 7.46，護理人員 8.88，其他人員 8.02 ($F=1.68$, $P=0.191$)；醫師組的「神經質」向度平均得分為 2.75，護理人員 2.84，其他人員 3.70 ($F=1.71$, $P=0.185$)。

在心理健康方面，於第一階段的評量中，醫師組 CHQ 的平均值為 1.63，護理人員 0.80，其他人員 1.69 ($F=2.45$, $P=0.091$)；呈現身心不適症狀者 ($CHQ \geq 3$) 有 22 位 (17.3%)，醫師 5 人、護理人員 5 人、其他工作人員 12 人；無明顯身心症狀者 105 位 (82.7%)，醫師 19 人、護理人員 44 人、其他工作人員 42 人 ($\chi^2=2.84$, $P=0.241$)。第二階段，醫師組平均值為 0.59，護理人員 1.02，其他人員 1.49 ($F=2.11$, $P=0.126$)；呈現身心不適症狀者 ($CHQ \geq 3$) 有 19 位 (15.4%)，醫師 2 人、護理人員 6 人、其他工作人員 11 人；無明顯身心症狀者 104 位 (84.6%)，醫師 20 人、護理人員 42 人、其他工作人員 42 人 ($\chi^2=2.14$, $P=0.343$) (Table 1)。

另從初次與一年後追蹤的心理健康狀況評量顯示：個案在兩次華人健康問卷的總分以及「身體症狀」、「焦慮及擔心」、「憂鬱或家庭關係不良」三個向度的分數皆

未達顯著差異，兩次評量之間具有高度的正相關 ($P<0.001$) (Table 2)。

此外，在初次與追蹤評量期間，曾遇生活、工作等方面壓力事件者，22 位醫師有 7 位 (31.8%)，48 位護理人員中有 13 位 (27.1%)，53 位其他工作人員中有 18 位 (34%)，三組無明顯的差異 ($\chi^2=0.569$, $P=0.752$)。

多變量線性迴歸

採用多變量線性迴歸的分析方法，從個案的年齡、性別、教育程度、組別、婚姻狀況以及雙親教養態度、人格特質等變項來預測在 SARS 災難後個案的心理健康狀況。進行追蹤調查資料分析時，以第二次華人健康量表之總分為依變項，第一次的評量分數則加入前述預測變項中進行分析。

第一階段調查結果顯示：個案的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、組別以及與經歷災難後的心理健康狀況無明顯的關聯存在，但從雙親教養態度的「母親關懷」向度以及艾氏人格問卷之「神經質」傾向可預測個案的心理健康狀況：個案的神經質傾向愈高，心理健康狀況愈差；反之，母親關懷程度愈高，心理健康狀況愈佳。而在一年後的追蹤調查則顯示個案的心理健康狀況與其神經質傾向、一年內是否有重大壓力事件、以及早年父親的關懷態度有關。個案的神經質傾向、父親的關懷程度愈高，或是一年內有壓力事件發生，在華人健康問卷的得分愈高，對心理健康有負面的影響 (Table 3)。

結構方程模式

從迴歸分析的結果雖可得到影響個案心理健康的危險因子，但仍希望藉由結構方程模式來澄清各因子所具有的影響力及所佔的角色。在此，將醫師 (G_1)、護理

人員 (G_2)、其他工作人員 (G_3) 三組個案重新分組，以下列的方式來檢視兩組間的關係： G_1 與 G_{2+3} ； G_{1+2} 與 G_3 ； G_2 與 G_{1+3} 。

第一階段評量的最終結構模式結果顯示： G_1 與 G_{2+3} 的心理健康狀況僅有些許不同，但未達顯著差異 ($P=.840$, $AGFI=.981$)， G_3 與 G_{1+2} 之間亦未呈現明顯的差異 ($P=.435$, $AGFI=.955$)。

而從 G_2 與 G_{1+3} 分組方式所得之結構模式中，神經質傾向以及心理健康的解釋量各為 13% 及 38%， P 值大於 0.05 ($P=0.757$)， $AGFI=0.975$ (adjusted goodness-of-fit models)，驗證了此結構模式的真實性，呈現出不同專業、個案與母親的依附關係、以及個案本身的神經質傾向對其在災後之心理健康狀況的影響 (Figure 1-a)。

從最終模式結果得到以下的發現：在與雙親的依附關係方面，母親的關懷向度以及職業別對個案的不適症狀有負向且直接的影響 ($\beta=-0.18$, $P=0.011$ ； $\beta=-0.14$, $P=0.045$)；母親的保護程度對個案的神經質傾向有正向的直接影響 ($\beta=0.36$, $P<10^{-4}$)，而神經質傾向對個案的不適症狀亦呈現正向的直接影響 ($\beta=0.54$, $P<10^{-6}$)，亦即母親的保護程度對個案的不適症狀有正向的間接影響 ($\beta=0.30$, $P<10^{-4}$)，同樣地顯示出在成長過程中若缺乏母親的關懷或母親過度保護，則個案在災難創傷後的心理健康狀況較差，且護理人員相較其他工作人員呈現較佳的健康狀況 (Figure 1-a)。

在初次評量的一年後追蹤結果則發現母親的保護程度、個案的神經質傾向以及心理健康三者間的關係同第一次評量：母親的保護向度對個案的神經質傾向有正向的直接影響 ($\beta=0.36$, $P<10^{-4}$)，而神經質傾向對個案的不適症狀亦呈現正向的直接影響 ($\beta=0.33$, $P<10^{-4}$)；然而，母親的關懷程度則未見如初次評量時對個案心理健

康的影響關係。再者，在追蹤的一年時間當中，個案若有其他的生活壓力事件，則對個案的心理健康有負面的影響：壓力事件對個案的不適症狀有正向的直接影響關係（ $\beta=0.29, P<10^{-3}$ ）。此外，個案在兩次的心理健康狀況評量方面則未見兩者之間有明顯的關聯存在（Figure 1-b）。

因此，圖 1-c 即呈現華人健康問卷的所包含的三個向度：身體症狀、焦慮及擔心、憂鬱或家庭關係不良，來檢視和其他變項間的關係。所得結果有以下的發現：1）在心理健康方面，第一次評量的三個症狀向度對一年後相同的症狀皆有正向的影響關係（身體症狀： $\beta=0.47, P<10^{-4}$ ；焦慮及擔心： $\beta=0.22, P=0.004$ ；憂鬱或家庭關係不良： $\beta=0.29, P<10^{-4}$ ）。2）將不適症狀分類後，即未見雙親依附關係與個案本身神經質傾向所造成的影響。3）護理人員和其他工作人員在初次評量之心理健康的差異主要是在身體症狀方面（如頭痛、心悸、胸部不適、手腳發麻），護理人員在此方面的抱怨較少或症狀較輕微（ $\beta=-0.18, P=0.010$ ）；而在 SARS 過後進行追蹤評量時，護理人員的焦慮及擔心明顯較其他工作人員高（ $\beta=0.18, P=0.012$ ）。4）個案在第一階段的評量若有憂鬱或家庭關係不良的情況對一年後其身體症狀有負向的影響（ $\beta=-0.28, P=0.002$ ）。5）在追蹤期間如遭遇生活重大生活事件，則易引發身體健康、焦慮與擔心、憂鬱或家庭關係不良等身心不適症狀（ $\beta=0.24, P=0.002$ ； $\beta=0.19, P=0.026$ ； $\beta=0.23, P<10^{-4}$ ）（Figure 1-c）。

討 論

西元 2003 年 3 月，嚴重急性呼吸道症候群（SARS）襲擊台灣，感染的情形迅速地從北部擴散到南部地區，致使國人身心健康飽受威脅。雖然台灣南部的疫情較北部為輕，但全國人民皆籠罩在可能受到感染的陰影下，尤其是服務於醫療院所的工作人員。

在疫情快速蔓延的初期，國人對 SARS 瞭解不深，且缺乏相關的防疫知識，醫療院所亦缺乏足夠的設備及完善的檢疫流程；在疫情的高峰期，誰也不敢斷言自己不會受到感染，即便是在疫情較輕的南部地區。本研究即欲瞭解在經歷如前述的高度壓力狀況之後醫療工作人員的心理調適狀況，並找出相關的危險及持續因子，提供有關災後心理復健計畫之個案心理評估及介入處遇之參考。

第一階段研究結果顯示：在 SARS 疫情穩定後，醫療人員呈現身心不適症狀者僅佔 17.3%，如扣除主訴當時處在其他壓力狀況之 3 位個案，則比例降至 16%，遠低於前述張明永等人所報告在急性壓力期 75.3% 呈現有健康問題的比例（Chong et al., 2004），顯示在疫情受到控制後，大多數人自覺並無明顯身心不適狀況。從與個案的訪談內容大致可歸納以下的結論：1. 在疫情初期，防疫知識及措施皆不足，因應的政策亦未明朗化，以致較無所適從；但之後情況大致穩定，按醫院所擬定的感控流程工作即無太大的壓力。2. 於疫情的高峰期間，雖然工作壓力較大且擔心遭到感染，但家人大多可體諒並給予支持，對情緒的穩定有所幫助。3. 在整個事件中，相較於疫情較嚴重的北部地區，本研究之個案所承受的壓力負擔相對較低。4. 疫情受到控制之後，急性壓力解除，身心不適症狀亦大致緩解。

如前所述，本研究主要的目的在於瞭解生物性災難對醫療工作人員的心理健康

所造成負面影響的危險及持續因子。從第一階段多變量線性迴歸分析的結果顯示神經質傾向以及母親的關懷程度為心理健康的重要影響因子，而在一年後的追蹤調查則未顯示母親依附關係的影響，而是在父親的關懷程度。造成上述差異的原因可能是由於迴歸分析的結果僅能呈現出變項間的直接影響關係（近因或觸發因子），間接影響因子（遠因）常無法被檢測出來，並且可能會出現假性的關聯（pseudo-association）。因此，本研究另採用結構方程模式分析來探究各變項間的徑路關係。

從第一階段的結構方程模式最終分析結果得知：在個案的成長過程，母親若給予較多的關懷，可降低個案遭遇壓力事件後的身心不適情況，減少憂鬱的可能性；另一方面，母親的過度保護則可能造成個案人格上的神經質傾向，並間接影響其心理健康的調適狀況，顯示神經質人格、缺乏母親關懷，或是母親過度的保護皆可能是對個體心理健康造成負面影響的危險因子。此結果與前述 McFarlane、Punamaki、Ruchkin 等人的研究發現大致相同（McFarlane, 1994; Punamaki et al., 1997; Ruchkin et al., 1998），但更進一步指出在雙親教養態度方面，影響此群體在疫情之後心理健康狀況的因素主要是和母親間的依附關係，而在和因應壓力有關的人格特質方面則是受神經質傾向所影響。

國外研究文獻指出，嬰幼兒在 6 個月至 3 歲時期是建立人際信任（interpersonal trust）的基礎與關鍵時期，而個體對人際的信任則取決於其與主要照顧者之間的依附關係（Stein & Call, 2001）。一般而言，個體在嬰幼兒發展階段的主要照顧者通常是母親；而如前述，個體人格特質的塑成與心理調適能力會受其與雙親的依附關係所影響（Bowlby, 1977; Punamaki, Qouta & el Sarraj, 1997），此些因素即可能是當個

體面臨生命遭受威脅的重大壓力時，其人格特質以及壓力因應的反應模式會受到早年與母親依附關係影響的主要原因。

而在人格特質方面，許多的研究結果指出神經質人格為產生心理困擾（psychological distress）的前置因素（Eysenck & Eysenck, 1985; Ormel & Wohlfarth, 1991; Rodgers, 1990），且神經質傾向愈高，愈容易因壓力而罹患精神官能症（Eysenck & Eysenck, 1985）。本研究結果亦顯示神經質傾向對個案在災後的心理健康狀況會造成明顯的負面影響，此與前人的研究結果相符，證實神經質人格對於個體在遭遇壓力時的心理健康狀況具有相當重要的影響。

從結構方程模式的分析結果另顯示出護理人員相較於其他工作人員有較佳的心理健康狀況，此結果可能與個體本身的醫療知識、工作環境、可能感染途徑以及所接受的感控訓練等因素有關（Chua et al., 2004; Huang et al., 2004），亦可能因對醫療照護工作的使命感所致或是處在無法抗拒的情況下而坦然接受，上述種種原因皆可能降低壓力所帶來的焦慮及其他不適症狀；相反地，醫師的壓力則來自醫療糾紛以及觸犯刑法所帶來的問題，但確實之原因仍待進一步釐清。

研究資料顯示在創傷事件一年後，診斷為 PTSD 的個案人數會降低，但少數人會持續相當長的時間（McFarlane, 1994）。相較於張明永等人在 SARS 高峰期所進行之調查研究的結果（Chong et al., 2004），本研究在疫情一受到控制（距張等人研究之 2 個月後）所進行的調查中，醫療照護者的心理健康狀況出現問題的人數比例明顯較低；然而，雖然持續有心理健康問題的個案數不多，但有關單位（如衛生機關）仍應持續追蹤，提供所需之心理支持或介入處遇，預防個案症狀的持續與惡化。

因此，我們在初次評量的一年後進行心理健康狀況的追蹤調查，結果發現在兩

次評量的總分以及身體症狀、焦慮及擔心、憂鬱或家庭關係不良三個次向度的分數皆無顯著的不同。進一步探就其中的關係，從開放式問題的回答中顯示造成個案不適症狀持續的原因主要來自這一年內所遭遇的一般重大生活壓力事件，而非源自 SARS 疫情。然而，就前人的研究結果顯示：個體先前所遭遇的創傷壓力很可能會影響其對後續壓力的易受性（vulnerability）（Blum, 1996），Maunder 等人的研究則指出害怕健康遭受影響、社交孤立以及工作壓力為 SARS 造成醫護人員心理壓力的三個重要因素（Maunder et al., 2004）；而在本研究中，個案在兩次評量期間所遭遇的壓力事件同樣亦涵蓋了工作方面的壓力。因此，我們無法斷然地以二分法的方式對造成個案前、後期不適症狀的原因作不同的分類，此問題有待進一步的研究加以釐清。

另從追蹤調查資料之結構方程模式的分析結果來看（Figure 1-b），母親的保護程度、個案的神經質傾向以及一年後的心理健康狀況三者間的路徑關係和初次評量所得相同，顯示母親的保護程度與個案的神經質傾向可能是造成不適症狀持續存在的危險因子。然而在此結構模式中，母親關懷程度對個案心理健康的影響力已不復見，此差異是否源於兩階段的壓力性質不同（前者會危及生命安全、後者則為一般生活壓力事件）？亦有待進一步的研究來證實。

此外，若將心理健康狀況評量細分，則原先母親保護程度以及神經質傾向的影響力即未呈現，此情形可能是因進行分類後，分散了母親保護程度與神經質傾向的影響力，致使各個次向度健康狀況的負荷量減少，而未能看出其間的關係（Figure 1-c）。

由於本研究在收案過程中仍有未盡完善之處，有些影響因素並未納入研究分析

範圍，可能造成在研究結果的解釋上會有所限制。在此將其分述如下：1) 無對照組以進行比較(如未照護疑似或可能案例之醫療工作人員)，然本研究之重點旨在探討生物性災難對可能因照護病患而受到感染之醫療人員的心理健康所造成負面影響的危險及持續因子，因此對研究之結果並不會有太大的影響；2) 不同的照護時數對個案造成的壓力程度可能有所不同，且即使同一專業，每個人的工作時數亦可能不同；3) 有些會診之醫療人員並未納入收案名單內，如精神科醫師及護理人員；4) 本研究並未收集有關病患的社會人口學資料(如照護年幼的患者、曾目睹病患死亡)，此些資料可能對照護者之心理健康受到衝擊的程度有所影響。在未來的研究中，上述議題應進一步加以探討。

再者，由於醫師與護理人員在其專業訓練過程即被教育必須堅守職責、以維護病患的健康為己任，因此在服務病患的過程中即容易產生自我犧牲的意識，而忽略了對自己的照顧，並容易出現如前述之 compassion fatigue 的情形。然而，僅以自陳式的評量工具通常無法呈現這些較深層的內在動力機制，需藉由深入會談(in-depth interviews)或其他較為客觀之評估工具(如投射測驗)方能更真實地呈現出此些內在機制，並有助於釐清需要幫助者的問題核心，以提供適切的介入處遇，而此點亦為本研究之限制之一。

對於醫療工作者而言，若能適時地接受感染控制訓練，並學習如何適當地處理、疏解壓力，將有助於提升醫療人員因應壓力的能力，以足夠面對未來可能發生的類似突發狀況、維護自身的身心健康，如此方能進一步地提供服務、協助需要醫療照護的社會大眾。尤其目前全球各地正面臨禽流感的威脅，其在病患在尚未出現發燒症狀前即具感染力，不像 SARS 能以“發燒 38°C 以上”此前驅症狀進行初步的檢

疫、區辨是否具感染性，因此更加重對醫療工作者身心健康的威脅。禽流感疫情所引發的效應已從東南亞地區開始漫延到歐洲。雖然臺灣目前尚未出現案例，除了做好一般的防疫措施之外，醫療人員身心健康的維護亦應是預防工作的重點之一；在疫情發生、擴散之前即需先作好準備，以預防、降低可能造成的傷害。

參考文獻

藍采風 (民 92)。全方位壓力管理。幼獅出版社。

Blum, H.P. (1996). Seduction trauma: Representation, deferred action, and pathogenic development. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(4): 1147-64.

Bowlby, S.J. (1977). The making and breaking of affectionate bonds: a etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-10.

Chan, A.O., Huak, C.Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3): 190-6.

Cheng, T.A., Williams, P. (1986). The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use community studies of mental disorders in Taiwan. *Psychological Medicine*, 16: 415-22.

Cheng, T.A., Wu, J.T., Chong, M.Y., Williams, P. (1990). Internal consistency and factor structure of the Chinese Health Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82: 304-8.

Chong, M.Y., Wang, W.C., Hsieh, W.C., Lee, C.Y., Chiu, N.M., Yeh, W.C., Huang, O.L., Wen, J.K., Chen, C.L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *British Journal of Psychiatry*, 185: 127-33.

Chua, S.E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G.M., Wong, J.W., Cheung, E.P., Chan, M.T., Wong, M.M., Tang, S.W., Choy, K.M., Chu, C.M., Tsang, K.W.

- (2004). Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(6): 391-3.
- Costa, P.T. Jr, McCrae, R.R. (1977). Age differences in personality structure revisited: Studies in validity, stability, and change. *Aging and Human Development*, 8, 261-75.
- Cramer, D. (1994). Psychological distress and Neuroticism: A two-wave panel study. *British Journal of Medical Psychiatry*, 67: 333-42.
- Eysenck, H.J., Eysenck S.B.G. (1975). *Manual for the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-36.
- Glynn, S.M., Asarnow, J.R., Shetty, V., Elliot-Brown, K., Black, E., Belin, T.R. (2003). The development of acute post-traumatic stress disorder after orofacial injury: a prospective study in a large urban hospital. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 61(7): 785-92.
- Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Goldberg, D.P., Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER: London.
- Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7): 1206-12.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndrome* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.

- Huang, W., Hua, Q., Wu, H., Xu, W.Y., Tian, J.H., Chen, H., Yang, F.C., Yang, S., Liu, C.H., Li, X.W., Ji, X.M., Zhang, J. (2004). A study on the differences of emotion and depression between patients as doctor/nurse and others occupation with severe acute respiratory syndrome. *Chung-Hua Liu Hsing Ping Hsueh Tsa Chih Chinese Journal of Epidemiology*, 25(1): 23-6.
- Hussein, A. (2004). SARS - future considerations for nurses. *Journal of Advanced Nurses*, 45(2): 111-2.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22: 116-20.
- Knowles, J.B. (1960). The temporal stability of MPI scores in normal and psychiatric populations. *Journal of Consulting Psychology*, 24: 278.
- Lu, L. (1994). University transition: Major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological Medicine*, 24, 81-7.
- McFarlane A.C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. In D.A. Tomb (Ed.), *The Psychiatric Clinics of North America : Vol. 17. Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 393-408). Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Maunder, R.G., Lancee, W.J., Rourke, S., Hunter, J.J., Goldbloom, D., Balderson, K., Petryshen, P., Steinberg, R., Wasylenki, D., Koh, D., Fones, C.S. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic Medicine*, 66(6): 938-42.
- Ormel, J. Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, Long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A Longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60: 744-55.

- Parker G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 134: 138-47.
- Punamaki, R.L., Qouta, S., el Sarraj, E. (1997). Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: the roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development*, 68(4):718-28.
- Reacher M., McKenzie K., Lane C., Nichols T., Kedge I., Iversen A., Hepple P., Walter T., Laxton C., Simpson J., Lewes Flood Action Recovery Team (2004). Health impacts of flooding in Lewes: a comparison of reported gastrointestinal and other illness and mental health in flooded and non-flooded households. *Communicable Disease & Public Health*, 7(1): 39-46.
- Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S.L., Stewart, D.E. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(6): 403-7.
- Ruchkin, V.V., Eisemann, M., Hagglof, B. (1998). Juvenile male rape victims: is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse & Neglect*, 22(9): 889-99.
- Shioyama A., Uemoto M., Shinfuku N., Ide H., Seki W., Mori S., Inoue S., Natsuno R., Asakawa K., Osabe H. (2000). The mental health of school children after the Great Hanshin-Awaji Earthquake: II. Longitudinal analysis. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 102(5): 481-97.
- Shu, B.C., Chang, M.C., Lung, F.W. (2001). Perceived parental rearing styles for patients with Schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 15(3): 194-205.
- Shu, B.C., Lo, W.J., Lung, F.W. (1999). The reliability and validity of a Chinese

version of the Parental Bonding Instrument. *Nursing Research*, 7(5): 479-89.

Simon, A., Thomas, A. (1983). Means, standard deviations and stability coefficients on the EPI for Further Education and College of Education Students. *Personality and Individual Differences*, 4 95-6.

Stein, M.T., Call, J.D. (2001). Extraordinary changes in behavior in an infant after a brief separation. *J Dev Behav Pediatr*, 22(2 Suppl): S11-5.

Tzeng, H.M. (2003). SARS infection control in Taiwan: investigation of nurses' professional obligation. *Outcomes Management*, 7(4): 186-93.

Table 1. The demographic information and the results of assessment variables in physicians, nurses and others of medical members group (N=127)

	Physician (N=24)	Nurse (N=49)	Others (N=54)		
	<u>N (%) or</u> <u>Mean \pm SD</u>	<u>N (%) or</u> <u>Mean \pm SD</u>	<u>N (%) or</u> <u>Mean \pm SD</u>	<u>F or χ^2</u>	<u>P value</u>
Age (years)	36.46 \pm 6.72	31.63 \pm 5.45	31.11 \pm 7.64	5.73	.004**
Education (years)	18.96 \pm .75	15.02 \pm 1.38	14.11 \pm 2.87	46.06	.000**
Gender					
Male	24 (100)	3 (6.1)	26 (48.1)	59.98	.000**
Female	0 (0)	46 (93.9)	28 (51.9)		
Marital status					
Single	4 (16.7)	20 (40.8)	28 (51.9)	10.16	.038*
Married	20 (83.3)	28 (57.1)	26 (48.1)		
Divorced	0 (0)	1 (2.0)	0 (0)		
PBI					
Paternal care	22.54 \pm 5.88	22.49 \pm 6.66	22.69 \pm 4.84	.02	.985
Paternal protection	12.21 \pm 4.80	13.16 \pm 5.24	13.67 \pm 4.22	.79	.457
Maternal care	25.33 \pm 4.26	24.24 \pm 5.12	23.74 \pm 4.46	.96	.387
Maternal protection	12.21 \pm 5.56	12.41 \pm 4.93	13.96 \pm 5.23	1.53	.220
EPQ					
Extraversion	7.46 \pm 3.34	8.88 \pm 2.91	8.02 \pm 3.67	1.68	.191
Neuroticism	2.75 \pm 2.71	2.84 \pm 2.24	3.70 \pm 3.06	1.71	.185
CHQ					
1 st total score	1.63 \pm 3.02	.80 \pm 1.41	1.69 \pm 2.27	2.45	.091
CHQ < 3	19 (79.2)	44 (89.8)	42 (77.8)	2.85	.241
CHQ \geq 3	5 (20.8)	5 (10.2)	12 (22.2)		
2 nd total score ^a	.59 \pm 1.26	1.02 \pm 1.50	1.49 \pm 2.22	2.11	.126
CHQ < 3	20 (90.9)	42 (87.5)	42 (79.2)	2.14	.343
CHQ \geq 3	2 (9.1)	6 (12.5)	11 (20.8)		
Life event ^a					
Yes	7 (31.8)	13 (27.1)	18 (34.0)	0.57	.752

No	15 (68.2)	35 (72.9)	35 (66.0)
----	-----------	-----------	-----------

* $P < .05$, ** $P < .01$; PBI: Parental Bonding Instrument; EPQ: Eysenck Personality

Questionnaire; CHQ: Chinese Health Questionnaire; ^a follow-up stage, N=123.

Table 2. The results of comparison and correlation between twice evaluations of mental health status in hospital workers for SARS care (N=123)

	t / r	<i>P</i> value
Comparison		
Somatic symptoms	.20	.844
Anxiety and worrying	1.78	.077
Depression / poor family relation	.48	.630
CHQ total score	.58	.562
Correlation		
Somatic symptoms	.27	.002*
Anxiety and worrying	.25	.006*
Depression / poor family relation	.34	.000*
CHQ total score	.32	.000*

* $P < .01$; r: correlation coefficient.

Table 3. The parsimonious model used in multiple linear regression analysis of mental health status in hospital workers for SARS care

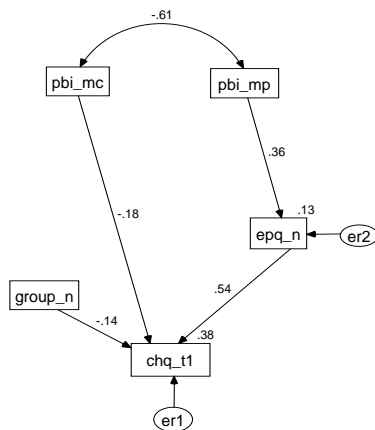
Variable	B	<i>P</i> value
1 st stage		
Maternal care	-.08	.015
Neuroticism	.44	.000
Constant	1.95	.031
2 nd stage		
Stress event	.32	.017
Paternal care	.03	.011
Neuroticism	.07	.002
Constant	-.64	.016

B: regression coefficient; dependent variable: total scores of Chinese Health Questionnaire.

Figure 1: The final robust parsimonious structure equation model of maternal bonding, neuroticism and mental health in hospital worker for SARS care (nurses vs. others)

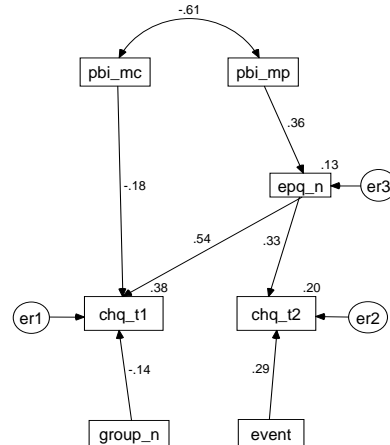
1-a Preliminary stage

Chi-square=2.627
df=5
GFI=.992
AGFI=.975
p=.757



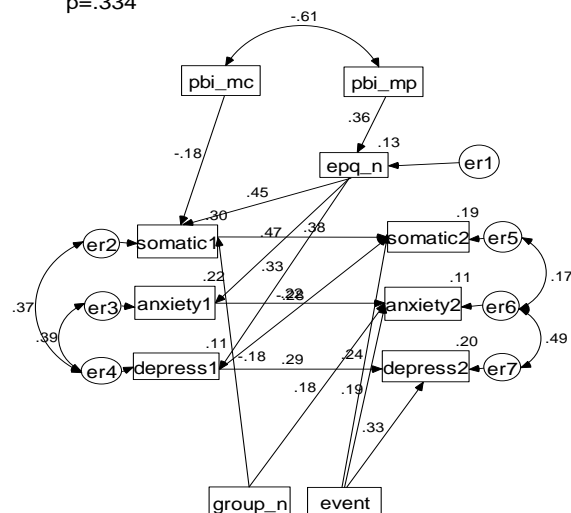
1-b Follow-up stage

Chi-square=12.733
df=14
GFI=.972
AGFI=.945
p=.548



1-c Follow-up stage (three dimensions of CHQ)

Chi-square=39.051
df=36
GFI=.946
AGFI=.902
p=.334



AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index; pbi_mc: mother care; pbi_mp: mother protection; epq_n: neuroticism; chq_t1: total scores of CHQ of first stage; chq_t2: total scores of CHQ of follow-up stage; somatic: somatic symptoms of CHQ; anxiety: anxiety and worrying of CHQ; depress: depression/poor family relation of CHQ; event: life events; er: error.

Dummy variables of group_n: 1 refers to nurses; 0 refers to physicians combined other members.

計畫成果自評表

國科會補助計畫	<p>計畫名稱：突發性災難後之精神心理復健－以 SARS 為例</p> <p>計畫主持人：龍佛衛</p> <p>計畫編號：NSC 93－2625－Z－393－001 學門領域：神經內科</p>
研究內容與原計畫相符程度	<p>原計畫因執行困難而需變更之項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預計收案之對象包含醫院第一線工作人員、確定或疑似案例、居家隔離家屬等。然因當時人人擔心被當成 SARS 個案而遭到排斥，致使收案不易；除了醫療工作人員之外，僅能訪到 1 名疑似案例、2 名家屬，以及 18 名與疑似案例同一病房而遭隔離之精神科病患。因此，本研究修改原收案條件，針對醫療工作人員（以職業別分組）進行追蹤評量。 2. 原訂治療方案除了受到上述因素影響之外，個案大多自覺不需接受進一步治療（參與意願低），且經評估亦未發現有因身心創傷而需立即接受治療處遇者，因此調整本研究之目標，著重於探討 SARS 災難對醫療工作人員心理健康的危險及持續影響因素。
學術或應用價值	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究成果可提供制定災後心理復健計畫之參考，有助於復健計畫執行時之個案評估及介入處遇工作的進行，並可提供未來類似之重大災難之預防或介入處遇的參考。 2. 研究結果可整理投稿於學術期刊雜誌，促進學術交流。
主要發現	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況與經歷災難後之心理健康狀況無明顯的關聯。 2. 在探討生物性災難對於醫療照護人員的身心影響時，除了探討如人格特質之直接影響因素之外，更應追溯至更早期，如

	<p>青少年、兒童時期與父母間的依附關係或其他可能的間接影響因素。</p> <p>3. 個體與母親的依附關係以及本身的神經質人格傾向為影響災後心理健康狀況之危險及持續因子 -- 母親若給予較多的關懷，可降低遭遇壓力事件後的身心不適情況，而過度的保護則可能造成神經質人格傾向，並間接影響心理的調適狀況。</p> <p>4. 醫護人員在專業訓練過程被教育須堅守職責、以維護病患的健康為己任，因此在照護病患的過程中即容易產生自我犧牲的意識，而忽略對自己的照顧，並容易出現 compassion fatigue 的情形。而僅以自陳式的評量工具通常無法呈現這些較深層的內在動力機制，應藉由深入會談的方式或其他更客觀的評量來清楚呈現此些內在機制，有助於釐清需要幫助者的問題核心，以提供適切的介入處遇。</p>
--	--

附錄一

雙親教養態度評量表

這一份問卷列出各種雙親態度和行為，請仔細回答想您父親／母親在
您 16 歲前，對您的教養態度，分別在每一個問題中勾選出符合您情況
的答案。

日期：

編號：

年齡：

類別：父親/母親

	非常 符合	符合	不符合	非常 不符合
1 用溫和、友善的口氣和我說話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 沒有給我所需要的充分幫助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 讓我做我想做的事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 對我似乎很冷淡。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 清楚地瞭解我的問題和困擾。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 對我是關愛的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 喜歡讓我自己做決定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 不希望我長大。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 想要控制我所做的每一件事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 侵犯我的隱私。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 樂於和我商量事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 常常對我微笑。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 對待我像嬰兒一樣。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 好像不瞭解我的需要或是我想要的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 讓我為自己的事做決定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 讓我覺得自己是多餘的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 當我沮喪時，能讓我覺得好過些。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 不常跟我說話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 試圖使我需要依賴他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 讓我覺得除非他在我身旁，否則我無法照顧自己。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 給我足夠的自由。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 讓我自由外出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 過度保護我。

☐☐☐☐

24 不讚美我。

☐☐☐☐

25 讓我依自己的喜好去打扮。

☐☐☐☐

附錄二

艾氏人格問卷（成人版）

姓名：_____

請在每個問題前面的「是」或「否」上打v，問卷中沒有正確或錯誤的答案也沒有圈套，請盡快完成此份問卷，不必對每道題目的含意考慮太多。

- ☐ 是 ☐ 否 1.您有許多不同的愛好嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 2.您的心境常常時好時壞嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 3.您是個健談的人嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 4.您很活潑嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 5.您常為您不該說或不該做的事情擔心嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 6.在一個熱鬧的晚會上您能放開自己玩得開心嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 7.您喜歡結識新朋友嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 8.您喜歡外出嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 9.您常有內疚感嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 10.您有許多朋友嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 11.您常會擔心可怕的事情發生嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 12.您常主動結交朋友嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 13.您認為自己很緊張或繃得緊緊的嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 14.與別人在一起時，您通常是靜靜的嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 15.您能輕易地使一個平淡的聚會活躍起來嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 16.您喜歡講笑話或好玩的故事給朋友聽嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 17.您會失眠嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 18.您常覺得毫無緣由的很疲勞嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 19.您常覺得生活很枯燥嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 20.在一次難堪的經歷以後，您會擔心很久嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 21.您覺得自己「有點神經兮兮」嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 22.您常覺得孤單嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 23.您喜歡周圍有很多刺激與興奮嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 24.別人覺得您很活潑嗎？
- ☐ 是 ☐ 否 25.在社交場合您總是躲在後面嗎？

附錄三

華人健康問卷

在答覆問題之前，請先仔細閱讀以下幾點說明：

1. 我們想了解您在最近一兩個星期當中的健康情形如何，有沒有什麼醫療方面的問題。請在各項問題的四種答案中選出您認為最適合於說明您的情況的一項。
2. 請記住我們想知道的是您目前的健康情形。凡是以前有而現在沒有
的問題請不要用來做答覆。
3. 請您儘可能答覆每個問題，不要空白。這一點可以幫助我們更清楚
您的健康狀態。
4. 若已了解以上說明，請開始作答。

請問您最近是不是：

- | | | | | |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 覺得頭痛或是頭部有壓迫感？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 2 覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 3 感到胸前不適或壓迫感？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 4 覺得手腳發抖或發麻？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 5 覺得睡不好？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 6 覺得許多事情對您是個負擔？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 7 覺得和家人，親友相處得來？ | <input type="checkbox"/> 比平時更好 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時差一些 | <input type="checkbox"/> 比平時差很多 |
| 8 覺得對自己失去信心？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 9 覺得神經兮兮，緊張不安？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 10 感到未來充滿希望？ | <input type="checkbox"/> 比平時更好 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時差一些 | <input type="checkbox"/> 比平時差很多 |
| 11 覺得家人或親友會令您擔心？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |
| 12 覺得生活毫無希望？ | <input type="checkbox"/> 一點也不 | <input type="checkbox"/> 和平時差不多 | <input type="checkbox"/> 比平時較覺得 | <input type="checkbox"/> 比平時更覺得 |