

南 華 大 學
生 死 學 系

碩 士 論 文

焦慮疾患患者生病與復原經驗之研究

--以六位病友互助團體之會員為例--

The Study of Illness and Recovery Experiences

in Patients who had Anxiety Disorders

~Six Members of Self-help Group as Examples~

研 究 生：潘 秀 霞 撰

指 導 教 授：周 煌 智 博 士

中 華 民 國 九 十 五 年 十 二 月

南 華 大 學
生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

焦 慮 疾 患 患 者 生 病 與 復 原 經 驗 之 研 究
--- 以 六 位 病 友 互 助 團 體 之 會 員 為 例

研 究 生：潘 香 霞

經 考 試 合 格 特 此 證 明

口 試 委 員：

釋 永 有
李 燕 蕙
周 煒 智

指 導 教 授：

周 煒 智

系 主 任 (所 長)：

釋 慧 開 (陳 開 宇)

口 試 日 期：中 華 民 國 94 年 12 月 14 日

謝 辭

有幸踏入生死學領域，是我的福氣！慶幸自己迷迷糊糊的進入，卻是滿載而歸，生命有限而知識浩瀚，我知道學習才正式開始。

感謝指導教授周煌智老師的循循善誘，您的教導讓我永生感激，永有老師、燕蕙老師的口試指導，讓論文更見清澈明瞭，豐富論文的內涵，感謝翠鶯、秀全姐、香美、惠琳姐、麗菁等同學的協助和鼓勵，讓我有勇氣繼續完成論文，同事們的支持和鼓勵更是為我的論文注入一支強心劑，謝謝你們。感謝婆婆替我分擔許多家事和照顧小孩，讓我能有更多的時間完成論文，感謝小忠忠的體諒，讓我能一圓讀書夢，丞鑫和智翔的乖巧懂事更讓我能專心在論文上，哥哥姐姐們的鼓勵我不曾忘記，簡和洪，兩位我生命中的貴人，謝謝你們

最感謝的是這群可敬的個案，沒有你們剖心相見的故事，就沒有這篇論文的完成，你們用自己活生生的生病經驗教導了我，讓我更懂得珍惜健康與目前所擁有的一切，感謝上蒼，讓我們能因論文而相識，進而成為我生命中的一段因緣，也希望這段因緣能持續下去。

最後，我要將這本論文獻給我的父母親，謝謝你們賜給我一組健康的 DNA，讓我在人生路上一路走來都能迎刃而解，謝謝您們。

摘 要

隨著時代的進步與社會環境的急速變遷，一些精神官能症，如焦慮症患者、恐慌症患者有日漸增加的趨勢。本研究旨在了解焦慮症狀已緩解之焦慮疾患患者，其生病過程中的主體經驗與想法感受，以及他們是如何面對與因應。

本研究採用質性研究取向，藉由深度訪談的方式，訪談六位焦慮症自助團體之會員，訪談資料經過編碼、統整、分析後，其研究結果發現：

- 一、生病經驗共分成三個階段，分別為（一）與疾病遭逢—焦慮的開始；（二）與疾病共舞--治病過程；（三）跳脫受困的心靈—走出疾病幽谷。
- 二、研究結果發現，在第一階段，個案會出現許多生理上或心理上的不舒服，同時也會出現許多負面的情緒感受。當個案進入第二階段後，會經歷認識疾病、接受疾病、與病共存三個過程，其中個案對病因的尋求了解與對疾病症狀的正確認知，及個案的自我覺察與家人、社會網絡的心理支持系統是個案成功與病共存的重要因素。
- 三、最後，個案的價值觀、人生觀、生活態度會因為生病經驗造成改變，除了較重視生活休閒外，也不再汲汲於追求金錢與名利，懂得善待自己，改變與家人相處模式，體會到人生無常、懂得知足與活在當下，並且進入第三階段，萌生自助助人的行為，重新詮釋疾病，認為疾病為自己帶來新的人生觀、不再是折磨而是另一種琢磨，甚至感恩疾病，讓自己有機會從毛毛蟲蛻變成蝴蝶，享受蛻變的喜悅。

本研究結果能提供焦慮疾患患者復原的參考，讓從事精神醫療之專業人員能了解焦慮疾患患者的需求與心聲，學會從病患角度看問題與疾病，以提供更符合病患需要的服務。

關鍵詞：焦慮疾患、自助團體、質性研究

Abstract

With the progress of time and prompt changes of the society, we see the increase of patients of neurotic diseases such as anxiety disorder and panic disorder. The purpose of this study is to understand the principal experiences and feelings of these patients as well as how they face and respond to the diseases.

Qualitative study is adopted in this study. The researcher interviewed six members of self-help group of anxiety disorder with in-depth interview. After decoding, arrangement, statistics and analysis, the researcher has the following findings:

1. Experience of the illness is divided into three stages: 1) encounter with the illness—beginning of the anxiety, 2) dancing with the illness—procedures of being treated and 3) breaking away from the besieged mind—walking out of the illness shadows.
2. In the first stage, interviewees would have a great amount of physical or mental discomfort and suffered from negative feelings. In the second stage, they would go through three steps—knowing the illness, accepting the illness and surviving with the illness. The major factors to successfully survive with the illness include seeking to understand and having accurate understanding of the illness, self-awareness of patients and mental support system of the family members and the society network.
3. At last, the values, life philosophy, and attitudes towards life of the interviewees are changed due to the illness. In addition to paying more attention to the life and recreation, they no longer focused on seeking money and fame only. Instead, they knew to treat themselves better, changed the way they get along with their families, understood the constant changes in life, became satisfied and knew to live to the moment. In the third stage, they started to help other people as well as themselves and reinterpreted the illness, believing that the illness brought new life philosophy to them, instead of torture. The illness was refining their life and the interviewees even were grateful for the illness, which enabled them to have an opportunity to turn to butterflies from pupas and enjoy the delight of qualitative change.

The results of this study can only serve as reference for anxiety disorder patients and help professional personnel engaged in treatment of mental disorder understand the needs and feelings of the anxiety disorder patients as well as look at the problems and disorder from the viewpoint of the patients. Thus, they will be able to provide the patients with more suitable service.

Key word : Anxiety Disorder , Self-help Group , Qualitative Research

目次

第一章	緒論	
第一節	研究背景與動機	1
第二節	研究的重要性	2
第三節	研究目的	3
第四節	名詞界定	4
第二章	文獻探討	
第一節	焦慮	7
第二節	生病經驗之相關探討	12
第三章	研究方法	
第一節	質性研究方法	23
第二節	深度訪談	25
第三節	研究設計	28
第四節	資料蒐集方法	33
第五節	資料處理與分析	36
第六節	研究倫理與嚴謹性	38

第四章	研究分析與結果討論	
第一節	研究對象基本屬性描述	42
第二節	研究結果分析與發現	
階段一：與疾病遭逢--焦慮的開始		
躲在暗處的怪病—心事誰能知		57
階段二：與疾病共舞--治病過程		
一、求知—認識疾病		66
二、頓悟—接受疾病		73
三、轉念—與病共存		81
階段三：跳脫受困的心靈--走出疾病幽谷		
浴火重生—自助助人		89
第三節	綜合討論	
一、焦慮疾患患者生病處境與因應		92
二、焦慮疾患患者就醫過程醫病關係探討		95
三、焦慮疾患患者在生病歷程的自覺與轉變		97
第五章	結論與建議	
第一節	結論	99
第二節	建議	101

第三節	研究限制與未來建議	103
參考文獻		
	中文部份	106
	英文部分	109

附 錄

附錄一、研究對象基本資料	111
附錄二、訪談同意書	112
附錄三、訪談大綱	113
附錄四、研究對象檢核與回饋	114
附錄五、研究者省思札記	115
附錄六、DSM-IV 精神疾病診斷與統計	116
附錄七、資料編碼實例	118
附錄八、中華民國生活調適愛心會簡介	122
附錄九、高雄市小草關懷協會簡介	124

圖目次

圖 3.3-1 : 研究流程圖	32
圖 4.1-1 : 小林生病經驗過程流程圖	44
圖 4.1-2 : 小美生病經驗過程流程圖	46
圖 4.1-3 : 小張生病經驗過程流程圖	48
圖 4.1-4 : 小謝生病經驗過程流程圖	50
圖 4.1-5 : 小曾生病經驗過程流程圖	52
圖 4.1-6 : 小陳生病經驗過程流程圖	54

表 目 次

表 4.1-1：六位參與者基本資料表	42
表 4.1-2：小林基本背景資料表	43
表 4.1-3：小美基本背景資料表	45
表 4.1-4：小張基本背景資料表	47
表 4.1-5：小謝基本背景資料表	49
表 4.1-6：小曾基本背景資料表	51
表 4.1-7：小陳基本背景資料表	53
表 4.2-1：訪談文本編碼說明範例	55
表 4.2-2：研究結果之主題與次主題歸納整理	56

第一章 緒 論

第一節 研究背景與動機

疾病是所有生物共有的經驗，生病則是人類獨有的特殊經驗。疾病是指身體在解剖、生理或生化方面有了病理上的改變，經由生物學語言的描述，反映出機體生物結構或功能的變化，換句話說就是因生理或心理因素所導致的失調或異常現象，透過專業醫師以生物醫學模式的眼光，去看待人類健康問題或對生病現象作另一種學術分類與診斷（王紫君、余安邦，1999）。而生病則是一種文化下所形成的一種概念，指的是病人所感受到的各種痛苦，即以病人立場所理解或詮釋疾病內涵及相關經驗（張珣，1989）。

近年來與生病經驗相關的研究相當多，有越來越受重視的趨勢，然而針對焦慮疾患患者之相關研究，卻仍大多是以醫療治療模式相關性研究居多，且大多是以量化研究方法來探討，針對焦慮疾患患者之生病經驗詮釋較少觸及。

但是隨著時代的進步與社會環境的急速變遷下，在高度工業化與都市化的社會裡，現代人處在一種超速競爭的環境中，不但生活步調加快，人與人之間的關係也變為複雜，壓力也越來越大，加上緊張、忙碌的生活方式更是令人錯愕並無所遁逃，因而間接的促使一些精神官能症如焦慮疾患患者、憂鬱症患者、恐慌症患者、身心症患者有日漸增加的趨勢。但是焦慮疾患患者，卻往往不知道自己得了焦慮症，常因身體不適症狀而尋求內科或其他科別協助解決，在四處求醫卻不見效果，便遊走各大醫院或胡亂投醫，因而加重病情或是使病程慢性化，造成家庭、工作、生活之不良影響。

研究者本身長期在一家精神科專科醫院擔任職能治療師多年，雖然服務對象為慢性精神障礙者，但因為經常接觸中華民國康復之友聯盟出版相關書籍（病人誌）之故，對精神官能症患者亦有高度興趣，研究者對於焦慮疾患患者之生病經

驗故事經常感動不已，閱讀他們的生病史，彷彿經歷過他們那種痛苦掙扎、失去、與獲得，儘管他們受盡疾病折磨，仍未放棄風中漸熄的燭光，那種被病魔摧殘的苦與美，是那麼的堅強亮麗，也因為了解一個精神疾患患者在邁向康復之路，是多麼的艱辛與孤獨，而希望藉由本研究，深入且廣泛的了解焦慮疾患患者生病經驗歷程感受，及了解這群勇士們是如何因應並接受疾病與學會「與病共存」，更希望能藉由研究結果，讓身陷其中之患者得到同理與支持，學會並相信自己也會康復，更希望能藉由本研究，讓社會大眾看到不一樣的生病經驗，了解並接納焦慮疾患患者，藉以解除其他患者甚至家屬忌諱就醫之擔憂。

第二節 研究的重要性

生命時時出現危機，而焦慮是使我們注意各種可能的危險時的反應，但是強烈的、持續的焦慮卻會癱瘓我們的生活能力。未經排解消除的焦慮，在經過自我放棄、意志消沉階段之後，容易演變成憂鬱症；緊接而來的是借酒澆愁或是服用鎮定劑，造成上癮或其他問題，形成一惡性循環，不但帶給患者及其家人相當多的困擾，影響其生活品質，更造成社會成本的損失，影響之鉅不容忽視。加上焦慮來無影去無蹤，不定時、不定點出現，無法逃避、無法預防，對患者來說，是一種極為可怕的經驗，更有求生不能、求死不得之感受。屢次檢查不出生理上的疾病，更是導致家屬認為是病患的「無病呻吟」與「莫名其妙」，常讓患者更加生活在無奈與極端痛苦之中。

根據康健雜誌報導，在精神科看診的病人中，有三分之一是屬於焦慮性精神官能症，專門研究輕型精神官能症的臺大醫院精神科醫師李宇宙推估，焦慮症的終身盛行率(指一生當中可能罹病的機率)高達 15~30%，台灣約有 10%的民眾，已經到了焦慮成疾的程度，也就是說，台灣每年有兩百多萬人有病態的焦慮，其

總數更是比糖尿病、高血壓的患者要來的多，雖然焦慮症的患者比例有增加趨勢，但是其就診率卻不高，這一方面是受到精神疾病烙印化的影響，產生諉疾忌醫的心理，因而延誤治療的黃金時機；另一方面則是一般人容易將精神官能症的成因過度歸諸於社會、環境與個人性格，忽略了腦功能障礙的生理因素。其實焦慮症是極為常見的疾病之一，每一個人在一生中都有可能罹患，焦慮症往往帶給患者及其家人相當多的困擾，嚴重影響其生活品質，造成社會成本的損失，實在不容忽視。因而希望藉由本研究，讓社會大眾對焦慮症生病過程有一初步了解，透過研究對象分享生病主體經驗，讓其他家屬了解疾病，讓專業醫療人員看到病患的需求與心聲，學會從病患角度看問題與疾病，提供更符合病患需要的服務。醫護人員若能應用本研究的發現，則較能掌握住焦慮疾患患者生病病程之內心轉化，適時提供支持與幫助，必能協助個案減輕因無知帶來的經濟耗費、精神上的折磨與身體的痛苦。

第三節 研究目的

Enyert & Burman (1999) 的研究發現，經驗一個特殊的生活事件，會提供給人經驗意義和轉化災難的機會。而疾病痊癒的過程得經歷一場苦難、改變、行動、以及領悟，病患在經驗過生病過程後，必然留下深刻的體驗。因此，本研究希望透過研究對象之生病經驗述說，了解焦慮疾患患者的生病經驗與其主觀的生病歷程感受，以及他們是如何面對與因應，最後接受疾病與學會「與病共存」。

其研究重點如下：

- 一、藉由研究對象的生病經驗，了解焦慮疾患患者在其生病過程的主體經驗與想法感受。
- 二、藉由研究對象的生病經驗，了解焦慮疾患患者是如何面對與因應？

- 三、經過此生病經驗，焦慮疾患患者在生病歷程的自覺和轉變為何？
- 四、藉由研究對象的生病經驗，提供焦慮疾患患者復原的參考，並讓從事精神醫療之專業人員看到焦慮疾患患者的需求與心聲，學會從病患角度看問題與疾病，提供更符合病患需要的服務。

第四節 名詞界定

一、焦慮疾患：

焦慮疾患乃廣泛包括一群心理疾患，其特點在於呈現焦慮或不安的症狀。在本研究中所稱焦慮疾患，是指依據美國精神醫學會出版的精神疾病的診斷與統計手冊第四版 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-IV) 診斷之焦慮疾患，詳列於附錄六。

二、生病：

本研究所指生病，是指個體察覺到不舒服的心理或行為反應，是一連串選擇訊息、解釋、以及決定因應行動的過程。在這個過程中，會受個人過去的經驗、所具備的價值觀、社會文化特質，有意無意的介入影響。

三、生病經驗：

本研究之生病經驗，是指目前焦慮症狀已部分緩解（過去曾符合焦慮疾患的完全診斷準則，但現在僅剩下一些疾患的症狀或病徵）或完全緩解（已不再有任何疾患的症狀或病徵）之焦慮疾患患者，就發病前至經歷焦慮症治療到目前接受

疾病與病共存，整個生病經驗做一重整與連貫，透過訪談過程，讓研究對象陳述其感受、想法、以及態度，藉由研究對象重新經驗過去，從中對生病經驗重新理解與詮釋，賦予生病經驗新的意義。

四、病友互助團體：

本研究所指病友互助團體，是指中華民國生活調適愛心惠高雄分會（附錄八）及高雄市小草關懷協會（附錄九），此兩社團均是由一群被精神疾病所苦之病友及家屬組成，他們因疾病而相識，進而互相支持、陪伴、關懷、鼓勵之支持性團體。

第二章 文獻探討

在決定研究方向之後，本章文獻探討大致分兩部分來討論，先就焦慮的概念做一普遍性瞭解，再針對焦慮症之臨床症狀、成因、治療模式做一理論性解讀，以期能在研究進行當中有一些基本概念和方向，最後再以生病經驗相關之理論觀點與相關研究做一連貫性之認識。

第一節 焦慮

一、焦慮的概念

焦慮、恐慌的感受，為人類自古以來共通的經驗，然而一直到十九世紀西方學者才有較為專門的討論。究竟何謂焦慮 (anxiety)？舉凡一個人因為面對挫折、困難或壓力所呈現的心情反應，例如不安、焦慮、緊張等，都算是焦慮的症狀之一。焦慮依其性質可分為「特質性焦慮」與「情境性焦慮」，其中前者屬於人格特質之一，具有永久性；後者則屬於由不同情境引發的，屬於一種暫時性的反應；張春興 (2000) 將焦慮分為「顯性焦慮」與「原焦慮」兩類，前者指的是個人意識到的情境性焦慮，後者則源自嬰兒時期缺乏母愛及安全需求未獲滿足所留下的後遺症；心理學家 Davidson & Schwartz 在 1976 年將焦慮依其向度區分為認知性焦慮 (cognitive anxiety) 及身體性焦慮 (somatic anxiety)，其中「認知性焦慮」屬於負面預期與負面的自我評價，其性質與擔憂 (worry) 類似；而「身體性焦慮」則是因生理覺醒誘發的生理情感反應，包括心跳加速、肌肉緊繃，呼吸急促、手掌流汗和胃部不適等症狀。(引自洪崇喜，2003)

焦慮更是一種極普遍的情緒感受，是每個人在其日常生活裡、由小到老或多或少都會有的經驗。所以說，焦慮不一定就是異常的反應，其實適當的焦慮不僅無須避免，反而可以促使個體表現得超出平常的水準。例如：人在緊張的狀態下常可工作得更久，或在緊急時有跑得更快，力氣更大的情形，這是因為下視丘、腦下垂體、腎上腺的作用機轉所導致的現象，也就是俗話說的「狗急跳牆」。

焦慮也是一種自覺的痛苦的感覺，以及煩躁、坐立不安的狀態，當焦慮極其強烈時甚至會發生恐慌且伴隨相當程度的人格解組。焦慮也是一種情緒上的反應，但是發生焦慮的個人卻往往無法精確的描述出整個的狀況，而只是特別注意到自己身體方面的感覺。焦慮發生的過程往往是相當徐緩的，因此在診察時經常發現病人本身並不確定是從何時開始的（林憲，1985）。

焦慮不安與懼怕不同。曾文星與徐靜（1994）在現代醫學一書中指出，所謂懼怕（fear）指的是因為感覺到外在的實際危險存在，而產生的一種害怕的感覺，具有真正的、具體的害怕對象，是對外界事物的直接心理反應。例如在山中遇到野獸而恐懼等。而焦慮（anxiety）則是沒有實際的外在危險物，僅僅是心理預料可能會遇到而感到焦慮不安，例如擔心小孩在路上行走會被車子撞死等。焦慮所表現的不安狀態，其對象往往是已經消失或是根本就不存在，病患只覺得焦慮不安，但卻不知所害怕的是什麼。

焦慮還有輕重程度之別，若是焦慮的程度是自己可以忍受而且不影響生活的品質，就算是正常的焦慮；若是焦慮程度嚴重到會使當事人覺得難受，並且影響到日常生活及工作能力時，就形成所謂的焦慮症，一般俗話稱之為「神經質、操煩病或自律神經失調」。因此，我們可以了解到不是所有的焦慮表現都是病態的，也不是所有會焦慮的人都是有焦慮疾患的。但是如果這種不安的程度嚴重到會使本人覺得非常難受，並影響到日常生活及工作能力時，即算是一種病態性的焦慮症。因此病態焦慮特點包含：

- （一）焦慮表現程度（強度、長度）超過情境刺激的程度許多；
- （二）焦慮的程度達到明顯影響個體的生活、社交、工作、人際等功能。

眾多文獻也指出，焦慮被認為是個體對特定、威脅到自我狀態（包括身、心、靈、社會文化等方面），由於未知因素的存在（無法掌控、預期會失控、不知道結果、不了解或不知道怎麼辦等）所產生主觀、錯綜複雜、複合式的情緒體驗，此體驗通常合併不同程度的生理、心理、社會、認知、行為等的改變，其內容是相當複雜的、綜合的情緒體驗和狀態；是不愉快的；通常會伴隨害怕；會喚醒自主神經系統的活動，伴有軀體不適感；是主觀體驗，具有個別性：焦慮是模糊的、沒有明確對象的，對想像中的、預期的危險的反應，是一種沒有根據的恐懼（林麗英、許敏桃，2002）。

二、焦慮症的臨床症狀

因此，焦慮所顯現出來的症狀，其實是眾多且廣泛的。在過去焦慮症經常被忽略，近年來則逐漸受到醫學界的重視，患焦慮症的病人，通常會感到心理發慌、不安、焦慮、恐懼或緊張、坐立不安、戰戰兢兢、好像隨時都有可能會有什麼可怕的事情會發生似的。生理上呈現頭痛、肌肉緊張、發抖、出汗、心跳、呼吸困難、胃痛、嘴乾等身體症狀、晚間不易成眠、睡後常做惡夢。嚴重之焦慮狀態和長久患焦慮症的人，則除了上述症狀外，還會呈現腰酸背痛、四肢無力、全身疲乏、注意力不集中、記憶力遲鈍等心身疲乏症狀，與神經衰弱症（neurasthenic neurosis）相似。一般將其症狀分成三個層面：第一種是運動系統方面的緊張：出現症狀通常有發抖、肌肉繃緊，難以放鬆（如頭部或胸部像被東西壓住）、坐立難安、疲倦等。往往亦有背、腰或頸部的酸痛。頭痛也是常見的症狀之一，病人經常描述為具有壓或緊性質的痛，即神經科醫師所說的緊張性頭痛。第二種是自主神經系統亢進：包括呼吸急促、心悸、出汗、頭昏、瞬間的冷或熱感、常想排尿等。胃腸方面則出現胃不適、噁心、心口灼熱、打嗝、胃脹等。最後是對刺激易引起過度反應：病人會因為焦慮，經常保持高度的警覺與想東想西，任何風吹草動，都容易引起他的注意與擔心，對日常生活中的小事情，也常投入過多過

分的憂慮，導致失眠，進而影響社會或職業功能。

Hans Morschitzky 與 Sigrid Sator 也認為焦慮的基本表現包括：(一) 身體方面，例如肌肉緊張、心悸與血管、血壓、皮膚抵抗力和腦細胞的改變；(二) 主觀方面，其中包含思想與情感，例如害怕、無助感、被出賣感，以及產生焦慮的思考模式；(三) 行為方面，焦慮會出現一些特定行為，如驚嚇到愣住、甚至呆滯、顫抖、逃走、驚慌的行為、逃避環境..等 (楊庸一，2000；引自竇維儀譯，2004)

其他學者如 Dollard & Miller 則認為焦慮是有機體急欲迴避的一種不愉快狀態；Rogers 認為焦慮是一種不安的緊張狀態，此狀態是由於個人的自我概念及其實際經驗間不一致引起的；Watson & Friend 認為焦慮係指人在社會情境中所產生的一種情緒，其特徵包含不舒服、苦惱、想逃避社會情境、喜歡獨處、害怕別人的批評等。(引自朱敬先，1992)

綜上所述，焦慮是一種複雜的情緒意涵，若是以焦慮的強度與持續時間而言，經驗短暫的焦慮情緒，且焦慮強度較弱時，並不會對整個生活功能造成多大衝擊，有時反而會因為焦慮所產生一些短暫性的生理反應，如心跳加速、腎上腺素提升，進而符合當時情境的需要，達到較佳的工作表現。相反的，若是原先就屬於較高焦慮特質個體，因過度對客觀無害情境視為威脅，引發另一種焦慮，經過日積月累，最後衍生為嚴重生理、心理、社會功能失調，最後就形成所謂焦慮症。

三、焦慮症的成因、治療模式

焦慮症的真正病因至今並不清楚，但由種種資料中顯示應為多元性病因。根據佛洛伊德之精神分析理論所述，焦慮來自生物驅力，為對潛意識危險發出一種訊號；是潛意識性驅力及攻擊驅力與超我及外在現實之間產生心理衝突之結果，對這訊號的反應，用防衛機轉來避免無法接受的思考及情緒。臨床上發現許多病患發病常和心理社會壓力有關，但仍有部分病患找不到明確的環境因素，而

可能與遺傳、生物因子有著相互影響。綜合所有焦慮症產生與惡化的可能原因，可能包括：(一)體質因素，身體呈現過度的自律神經反應、腦內血清素的缺乏、腦內神經元的活性失調；(二)個性因素，明顯完美主義、責任心過重、較敏感與好勝心較強個性的較常出現焦慮症狀。此外，一個人的性格與調適能力和他遇到事件或壓力時是否患病也有關連，有些人的性格比較穩定成熟、調適能力比較有效，這種人在遭遇事件和壓力時罹患焦慮症的機率顯然會比較低些；(三)環境社會的壓力因素，壓力越大越容易使焦慮症產生與發作，它的內容主要有兩類，一類是突然發生在生活中的事件，另一類則是長期存在於生活當中，逐漸形成的種種壓力；(四)對焦慮症的錯誤看法，錯誤的疾病認知，往往造成症狀加重或延誤就醫機會。(洪國翔、馮煥光，2001；李俊德，2004)

在治療上，目前對焦慮症之治療最有效的治療組合包括：(一)藥物治療：使用抗憂鬱藥與抗焦慮藥，促使失衡的體質獲得新的平衡，尤其是抗憂鬱藥為目前的主要用藥；(二)心理治療：心理治療的目標在於有效的心理與行為的改變，其中改變包括對於疾病有正確的資訊、與疾病症狀和平共處、能有效處理症狀、學習到以正向的想法來取代負向的想法、學習處理壓力、能以放鬆的訓練減輕焦慮、以行為訓練克服害怕的行為與強迫行為。心理治療的型式包括個別心理治療與團體心理治療，心理治療的內容則包括認知與行為治療；(三)運動習慣：洪崇喜在2003年發表文獻中提到，不論是在立即效果或是長期效果上，焦慮均能透過健身運動而降低，因此養成固定良好的運動習慣，不但能提昇精力，也能放鬆，並促進腦部與自律神經的體質平衡，減少焦慮的產生。

第二節 生病經驗之相關探討

生病經驗可以區分為外顯和內在等兩種取向。外顯取向是以旁觀者的觀點出發，從經驗者的個人經驗之外來、遠距離的觀察生病，無視於病人因為疾病受苦的主觀事實。以旁觀者觀點切入探索醫療現象的，包括生病行為及病人角色的研究；內在取向則是視病人、疾病和生病為醫療或社會理論問題的主體，從經驗者的角度檢視生病究竟是怎樣的一回事，研究焦點包括行動者個人對疾病的理解、與他人的互動、疾病對個人認同的影響、以及個人面對處理疾病症狀的策略。在本節中，將依序從疾病與生病、生病行為與病人角色、生病經驗加以說明探討。

一、疾病（disease）與生病（illness）

在談論生病經驗之前須先釐清疾病（disease）與生病（illness）的區別。Kleinman、Eisenberg 和 Good 在 1978 年曾對生病與疾病作出區別，他提出疾病（disease）開始於確定診斷結果，但是生病（illness）則源自對於一個威脅到身體健康的改變之個人覺察。因此，生病是開始在一個醫療診斷確立之前，持續到疾病已不在而結束。

Kleinman (1988) 更進一步區分了 illness 與 disease，他指出 illness 指的是病人和家屬或更廣的社會網絡對症狀與殘障如何理會、共存和反應；而 disease 則是只從醫生觀點見到的問題。Toombs (1992) 則區分作 illness 是醫生尚未確定診斷、個人病痛體驗的生病狀態，disease 是生物醫學模式詮釋下的疾病，它去除了病人體驗的成分，只將其體驗轉成客觀的疾病普遍特性（引自龔卓軍，2003）。

因此，疾病（disease）強調的是人類身體上不舒服的生理機制，也就是可比較客觀的由生理機制的變化來解釋，而生病（illness）則是經過帶有疾病的個人以及所處的社會文化處理後，所呈現的「疾病」的變形。進言之，「疾病」指

一種生理狀態，而「生病」指的是經由這個疾病衍生的一種社會心理狀態。這樣的區分其實意涵了一個人可以感覺生病但事實上卻沒有疾病，或者已經罹患疾病卻沒有經歷生病過程。前者的主體是單獨的生物個體，認識的過程可以說是在醫學、生物醫學的脈絡中進行；後者的主體是一個生活在群體中、不斷的與自己身體以及週遭環境溝通的“人”，認識的過程方式就像果汁機一般，連續或間歇的將疾病以及相關的其他資訊攪拌混合。

從病人的角度來看，生病其實是一連串選擇訊息、解釋、以及決定因應行動的過程。當一個人身體出現了異常狀況時，有些人會急切的去處理，有些人則是不予理會，更有些人是詢問週遭親戚朋友。因此，在這個詮釋疾病的過程中，個人過去的經驗、所具備的價值觀、社會文化特質，皆會有意無意的介入，進而形成個人的生病行為。

然而在醫療歷程中，醫療照顧者通常偏重患者的「身」，而忽略他的「人」，注意「疾病」(disease)而忽略「生病」(illness)，偏重症狀(symptom)而非經驗(experience)，將病人當作是一個疾病在對待，進而對生病主觀體驗造成忽視。因此唯有從病人本身出發，才能克服醫療模式的侷限，進而顯露出病患真正的生病經驗。

二、生病行為

生病行為是一個感覺生病的個人，為了對生病下定義並尋求減輕病痛的為目的所進行的一切活動，因此當一個人感到自己生病了即開始有了生病行為。生病行為主要係指疾病症狀發展時人們的所作所為即是對疾病的反應。Mechanic 和 Volkart 在 1960 年文獻中將生病行為定義為「認知到疼痛、不適或其他器官運作不良徵兆的人，對其症狀的感知、評估、以及採取行動的一套方式」。社會學者 Mechanic 認為生病行為涵蓋了「對所承受的症狀的感知、評估、與採取行動（或不採取行動），每個人可能會因為以前的疾病經驗，對該症狀的差別訓練、

或任何其他原因而有所差異」(引自張荳雲, 2003)。

許多研究指出,台灣民眾求醫行為是多元複向方式,會隨著疾病的性質病因與病程不同而採取不同的求醫模式。對生病行為的分析,常從一個人的生病行為階段加以談起。而生病行為的階段(stages of illness behavior)已有許多研究證實,與社會、文化、心理三種因素有關,這三種因素會影響病人對他自己的處境做一主觀判斷,並決定要如何來面對與處理該處境(即生病),因此,生病行為會因不同的社會、文化、心理背景,而表現出不同的生病行為(引自藍采風、廖榮利, 1984)。Baker 在 1946 年前曾提出生病行為階段理論模式,他指出當一個人生病時,一開始會先將自己的活動領域縮小,即是將自己限制在病床或病房內,或將自己行動限制在住家內,接著便是無法實現與執行日常之正常角色和任務,然後減少或免除與別人互相溝通與往來。第二個反應階段,生病者會從對他的疾病的關心態度逐漸將焦點集中在自己的四肢體態,而將一些平常感興趣的事物置之腦後。這時生病者會很焦急的希望醫師能夠協助她恢復正常狀態,因此在這個階段,生病者往往會有要求高而多的傾向。漸漸地,生病者會逐漸失去對他肢體和五官的注意,而失落在一種不安與病痛的情境中,此時生病者會變的非常冷漠和表現無動於衷的態度。到了第三階段病癒保養期,生病者逐漸恢復體力,也逐漸恢復對外界事物的興趣感,更逐漸領悟別人的存在和表現出成人的行為。最後是健康恢復期,生病者回到正常的生活規律與工作崗位。

繼 Baker 之後, Lederer 在 1958 年更進一步將「成為病人期」的階段加入在生病行為中,他認為個人在成為病人之前,是人生的一種大掙扎、挫折、不安以及頹喪。對某些人而言,要一個人承認自己生病或接受自己生病,是一種對自尊的打擊,因此強調在分析病人生病行為時必須加入分析「成為病人期」過程。

Suchman 則是將生病行為採階段模式的學者中敘說最詳盡的一位,他將生病行為分為以下五個階段:

(一) 第一階段是對症狀的經驗(symptom experience)

整個求醫的過程自個人感到不適或身體某部位喪失功能開始，這概念包括對自己肢體的認知察覺，例如紅腫、或疼痛。接著對這些症候的嚴重程度做一評價，再對評價做情緒上的反應。在這時期病人往往不肯接受事實，或無法下決定到底是否真的病了，病人會先試用成藥或祖傳秘方看看是否有效，當症狀持續下去而且越來越嚴重時，就會進入第二階段—接受病人的角色。

(二) 第二階段是對病人角色的承擔 (assumption of the sick role)

在判定自己可能生病並接受自己成為病人角色之前，病人通常會先尋覓家人或其他重要人物對他的判斷（成為病人）的贊同，這時候病人即從正常之日常角色演變為病人的角色。在這階段病人往往會嘗試自我療法以控制疾病的症狀繼續服用成藥或聽從親友的建議或看法向親戚朋友要一些藥方，並參照他們曾有的類似經驗處理。當發現成藥無效，但症狀仍持續時，即進入第三階段—求醫階段。

(三) 第三階段是求醫 (medical care contact)

在這階段，生病者會由非專業的諮詢轉而尋求專業的醫療，尋求專業的醫療是指醫師或專業人員的治療，但此時仍有些病人會持續接受非專業人員的協助，而採取雙管齊下的療法。其中出現多種不同的求醫行為，有的尋求民俗醫療，有的尋求中醫，有的則尋求西醫，也有些病人會採取到處求醫，類似逛醫院的行為，原因有可能是對專業人員的不信任，必須在另找其他專業人員來證實病情與治療方法，也有可能是因為第一位專業人員的診治無效，故而再另覓求另一專業人員繼續治療。

(四) 第四階段為成為依賴性的病人角色 (dependent-patient role)

當個人開始接受任何方式的治療時，我們正式稱呼這個人為病人。在這一階段病人常常會沉浸於一種兒童式的依賴性與成人式的自主性之間掙扎。一方面病人必須依賴專業人員和家人的照護，另一方面病人又期待能早日康復，回到獨立自主或工作崗位上生活。這階段還有另一種常見現象，是病人會藉此生病機會來尋求所謂的「次要獲利機會」(secondary gain)，利用依賴性的病人角色來要

求別人對他特別照護，甚至不願意早日康復以免必須回到工作崗位面對生活的壓力。

（五）第五階段是復原或復健（recovery or rehabilitation）

康復期經常依病人的病狀而定，有些生病者在很短期間內即經歷復原階段，重新承擔健康人正常的社會角色，有些則需經歷較長的時間才能完全回復正常。

雖然生病行為大多數隨著上述五大階段順序進行，但是其實每個人經歷每個階段的時間長短並不相同，有些人甚至是同時經歷兩個或三個階段的進行。

Suchman 還認為，各階段的生病行為會受到個人所屬團體的社會結構及醫療導向所影響，因此一個人從對疾病症狀的覺知開始，到他如何解釋與接受自己的疾病、該如何處理、選擇何種醫療形式、與決定至何種機構就醫處理，其實是一種連續性的過程。

很多時候，當身體有病痛時，尋求醫師治療是理所當然的事，但在求醫之前，至少須知道自己可能罹患什麼疾病才知道該看哪醫科醫生才對。但是由於一般人對精神疾病並不了解，加上相關資源的缺乏，常使得焦慮患者不知該去何處求醫，更因為對疾病的不了解，造成內心更加焦慮與緊張。病人經常出現在醫院之中尋求自己症狀的疾病診斷，看遍醫院各個科別也找不出病因，因而轉換其他醫院繼續求診，這種來來回回的折磨隨著對疾病的更加了解而出現轉機，本研究主要是針對焦慮疾患患者生病經驗之研究，因此期望能在本研究中，了解焦慮患者的求醫過程、以及病人如何看待病因與因應方式。

三、生病經驗

生病經驗（illness experiences）是人類日常生活中不可避免的一種經歷。經驗指的是個體和當時所處情境（時空）間發生相互作用的產物。因而生病的經驗必定基於疾病的發生，因而透過病人身心的體驗，進而產生如何解釋、反應、

共存和看待的一種社會心理現象，特別是病人如何解釋生病這件事的來源與重要性，這也是影響病人的行為、人際關係、以及採取治療步驟的重要影響因素。在每個不同的文化群體下，都有著各自不同的信念系統，因而人類對自身機體功能與疾病的認識，是在一定的社會歷史條件下，有意無意間所形成人對生病的歸因、處理方式、生病詮釋，以及治療方式的選擇。因此，生病經驗的形成乃受到文化的影響，受到文化所建構而成。（引自顏芳慧、許敏桃，2004）

當疾病出現時，個人的日常生活行為常常受到連鎖影響，尤其當問題比較嚴重、比較特殊，或是時間拖的比較久時，生理上的症狀甚至會改變一個人的自我圖像，以及和他人的社會關係。換言之，生病這個經驗，疾病的生理機制變化只是其中的一部分而已，另一部分還包括行為與心理層面的變化，必須從較廣的社會文化面來切入。

台灣地區及國際實證研究結果也指出，環繞著疾病的生病經驗，涵蓋了身體上的變化與心理上的影響。身體上的變化除了症狀的類別與數目之外，也表現在外觀的改變與虛弱、疲倦等造成生活上的不適；心理方面的反應還包括情緒的低落、憂鬱、焦慮等，身體和心理的變化經常互為因果，交纏糾結的改變生理、心理與社會層面，身心的不適困擾著生病者，而產生種種適應問題。

因此，當人們生病時，他們不再是他們自己。病患會因疾病改變其作決定的能力，也可能變的極端依賴醫生以及其他照顧他們的人，因為他們感到不適，因而無法追求正常的社會關係，病患會經歷一種負面的自我，因為疾病限制了他們的活動，將他們與其他的人隔絕開來，同時成為別人的負擔，讓病人感到蒙羞。生病中斷原本規律的生活，造成不同種類與程度的痛苦，威脅病人計畫未來的能力，最後，迫使個案不得不接受。

以焦慮症個案來說，疾病衝擊個案的是生活的全部面向，除了病人的生理層面外，還包括病人的心理層面、社會與日常生活等眾多面向。因為焦慮疾患患者通常會強烈的意識到自己有情緒或生理上的不舒服，會積極尋求醫療，本身的一些身體不適的症狀，又會影響其工作、學業上的表現，他們的自信心會降低，甚

至產生自卑感；又因為四處就醫、失去工作導致經濟上的影響；在家庭上則因為焦慮所帶來的情緒低落或不穩定，而影響家庭成員之間的關係惡化；甚至因為焦慮症狀導致社交退縮，影響其人際互動關係。患者的病程往往相當漫長，如未經妥善的治療，它所耗費的醫療費用往往十分可觀。家庭中未生病的成員陪著患者一會兒上急診處，一會兒掛門診拿藥，一會兒請病假在家休養；即使是健康的人，也很難長期維持高度的耐心及愛心去協助這樣的生病家人，尤其當各項檢查結果都無異常時，雖然病痛對病人來說是真實的，但卻會讓家屬認為病人是在裝病，到後來有些家人便逐漸採取逃避、疏離、不理睬的態度。這使得原本即需要家人的精神支持的患者更形孤單無助，身心壓力更大，疾病更不容易恢復。

其實生病經驗會隨著個人的背景不同而有差異出現。同樣的身心變化訊息發生在不同人的身上，其實不見得會被詮釋成生病的警鈴，因此我們可以知道，病人對疾病主觀詮釋的歧異，以及病人的主觀詮釋會影響他們日後的求醫行為與因應策略。

「因應」指的是個體不斷的改變認知與行為以減輕、克服或忍受超過其所能負荷的內、外在需求。求醫方式正是個人在面對疾病時，所採取解除症狀因應的方法，其相當程度的反映出個人對疾病症狀的了解、感受和先存的想法。因此個人如何去解釋症狀的產生以及性質，和他個人後來採取解除症狀的方式有關。病人更會依過去經驗、或對症狀性質的了解、或對症狀部位的嚴重評估、或家庭生活的時序，來決定就醫時機。從對症狀的覺知開始，其如何解釋與認定自己有病，以及有什麼病、該如何處理、應採取何種醫療形式、及決定接受何種醫療機構處理等，是一個連續性的過程。

James (1988) 認為由復原初期到完全復原必須經歷五個階段，包括自覺、負起責任、確認該做的溝通、採取行動、超越失落，以及四項任務完成：接受事實、經驗痛苦、重新適應與重新投注。復原的因素包括個人與環境以及其交互作用，在個人方面包括個人人格、氣質、認知、情感與反應行為；環境則包括學校、家庭、與社會情境，個人與環境的交互作用則包括策略的運用（引自徐偉玲，

2004)。因此，當個案遇到挫折或困境時，若本身有積極想復原的動機，加上家庭社會環境良好的支持力，再結合社會資源，就能達到復原。

楊延光醫師在「杜鵑窩的春天」一書中指出，國人求醫行為模式為多重求醫模式，就是說只要有效，不管理論根據如何，當身體不適時皆勇於嘗試。在精神疾病求醫行為模式中，除了對精神疾病知識不足外，家屬對精神疾病充滿著恥辱感，也會影響到就醫的時間以及行為模式。

Corr (1991) 指出個體的主體性在經驗歷程中扮演了決定性的角色，他強調任何個體可以決定在任何時間，以其步調和方式去承擔任務。因此，生病經驗是非常個人化的，Glaser 和 Strauss 在 1968 年則指出每一個人和家庭都有其獨特的生命經驗軌跡或模式。生病經驗因為疾病的進行與發展，因應不同的階段伴隨而來的是不同的挑戰（引自郭麗馨，2002）。即任何人在面對生命疾病的經驗和所做的回應都是非常獨特與個別化的。Morse 和 Johnson (1991) 曾針對五個不同生病經驗進行紮根研究之結果，而提出所謂的「生病聚合模式」(illness constellation model)，將生病歷程界為四個階段，分別為：

階段一：不確定的階段，是個體對生病象徵的覺察與懷疑階段；

階段二：崩解的階段是當個體判斷到疾病是真實、嚴重的，並且決定尋求幫助，這是一個危機的階段；

階段三：為努力去恢復自我，並且努力對這疾病做理解；

階段四：恢復健康。病者藉由恢復從前的關係和對自我的控制，獲得掌握。

余德慧 (2003) 認為人在生病過程中會經歷三個階段：第一階段是將無意間侵害到他的身體的疾病適唯一種「東西」，而這種東西以為只要將它驅逐掉，就可以獲得康復；第二階段，病人開始覺得自己必須跟疾病生活在一起，疾病已成為自己的一部份；第三階段是疾病成為生活的全部而不得不放棄很多東西。（引自劉慧娟，2006）

醫療社會學家馬卡尼克 (David Mechanic) 也指出影響個人對疾病的反應因素有下：(一) 徵候或偏差症候 (deviant signs) 之可見度、可識度、以及可知

度；(二)個人對該徵候所認為目前與將來之嚴重或危險程度；(三)徵候之呈現次數與持續度；(四)徵候對家庭、工作及其他社會活動之干擾程度；(五)當事人及有關人物對徵候的容忍程度；(六)徵候評價者的知識、資料可得性以及文化背景；(七)導致否認的基本要素；(八)與疾病反應相抗衡的需要；(九)可能改變原先對徵候認知不同解說的存在；(十)治療資源之可得性。馬氏並強調，每一個因素均含病人本身所下的主觀定義與他人或事物本身之客觀定義。

Weisman 在 1986 年也提出，面對生病的十五個適應策略，其中包括：(一)找尋資源與指導；(二)與他人分享擔心並尋找安慰與支持；(三)一笑置之；(四)轉移注意力；(五)壓抑；(六)對抗疾病並且採取適當的行動；(七)對疾病或危機重新下定義；(八)放棄自己；(九)做任何事，即使那不是好的決策；(十)重新評估選擇與後果；(十一)逃避；(十二)適應預期要發生或考慮到的事；(十三)指責某人或某事；(十四)發洩；(十五)否認。Weisman 表示，這些因應機制可能被運用在整個生病過程，允許個體去面對問題並在再需要的時候修訂計畫、保持開放的溝通和辨別運用他人的指導與自信、保持樂觀和希望。

Erikson 在 1994 年曾提出因疾病所引發的受苦經驗，隨著時間推移分成三種程度，起初受苦來是自於疾病與相關治療，如：生理的疼痛與心理不適；接著受苦來自於醫療情境中感受到的不愉快經驗，如：喪失自尊及控制感、缺乏被照護的感覺等。最後，受苦會來自與疾病的共存經驗，此時個案對生命及死亡可能有正向或負向的感受，如：對生命心存希望或產生無力感(引自李碧娥、林秋菊、吳淑鈴、徐惠禎，2004)。

個體對疾病意義的界定、建構與轉化方式，更是反應著患者如何與疾病相處的態度。林耀盛、吳英璋(2001)研究中指出四個層次分別為：

(一) 懵懂期：

患者從症狀符號到疾病認定的意義層次。從原本熟悉的生活迴路變的陌生，日常作息產生變化、身體訊號發出異樣表徵，身體狀況急轉直下後，才予以診斷，此時疾病是一種他者的介入，是疾病建構的第一層意義。

（二）歸因期：

患者將疾病他者與生病自我進行關係串聯的層次意義。此時疾病就不在只是一種感覺，而是自我主體的一部分，這是病者能將疾病與自我歸因、自我管控相互建立連結的時期，是疾病建構的第二層意義。

（三）比較期：

患者將疾病經驗與他者的受苦相互關聯，進而從他者的回應或召喚，重構新自我的意義層次。個案從自身的生病經驗為參照點，一方面持續處理疾病，一方面比較他者的受苦經驗，從而對自我產生新評價或新認識，這是疾病建構的第三層意義。

（四）轉化期：

患者將生病經驗轉化為一種生活成長的必要成分，進而從生活崩解的創傷裡重生，建構生活新秩序的轉變樣態，這是疾病建構的第四層意義。

在「蝶舞的天空」書中曾有病友提到，在患有焦慮疾患的過程通常會經歷探索疾病病因，大多數病患都覺得與壓力有關，也有不少病患覺得與孩童時期缺少愛有關，；就診過程，因為精神疾病污名化的關係，患者本身會覺得像賊一樣，門診時會躲在角落怕遇見熟人，在生活上，家人因為對疾病不了解，容易造成對患者的不諒解，認為病人是庸人自擾，生病過程雖想求助，但欠缺勇氣，並且擔心會因為向他人求助而蒙羞，對自己喪失某些能力而感到沮喪，情緒也變的很不穩定。當然也會因為病友團體志工的鼓勵和見證，增加其對抗疾病的信心；病後更是對人生有更高層次的認識，改變生活態度為順其自然、隨遇而安、以及活在當下、學習去愛與被愛：他們視此一生病經驗為一種轉機；對疾病的態度是接受它而不是對抗它，學會與病共存；對未來的態度從注意力在自己身上轉換到關心周遭的人，希望以有限的生命來多做一些有益社會的事情。而「就醫經驗談(一)」也有焦慮患者分享提到，覺得自己會生病是因為壓力過大，就醫過程中會做了一堆檢查卻都顯示沒有問題，折騰數年，中西醫看過無數，最後甚至請來乩童做法，仍舊找不出疾病，最後看到精神科才解決了一個大疑惑，也才開始正式面對疾

病，與疾病對抗，對抗過程透過服藥、自我了解、運動甚至開始誦經禮佛，就是希望能減少症狀發作，最後因為尋求休閒活動而改善健康，從此與病共存，而且也不再擔憂自己的病。也有病友說到罹患焦慮症，最明顯的會從失眠開始，因為焦慮而失眠又因為失眠而緊張，這樣惡性循環的結果，導致病程無限期延長。儘管精神緊張通宵不眠，卻不覺得疲憊，腦海中思維活躍，想的都是一些灰色絕望的事情，鑽牛角尖越鑽越深，到最後甚至出現自殺念頭。雖然有很多方法可以讓自己心情放鬆，但是效果有限，一直到住院醫治後才有所改善，知道逃避不是辦法，只有面對現實才能拯救自己。

在目前許多研究中，都強調人類的精神性與靈性的精神轉化，在個人面對存在危機與增進福祉方面有著重要的影響。例如邱麗蓮（1998）就針對 15 位乳癌婦女做其生命意義探索之經驗研究；林金梅（2004）做中途顏面燒傷患者之生命轉化歷程研究；郭麗馨（2002）做生病陪伴者的歷程體驗研究等等。在生病經驗方面，則有李碧娥、林秋菊、吳淑鈴、徐惠禎（2003）針對末期腎病變病患之生命經驗研究；顏芳慧、許敏桃（2004）探討罹患急性心肌梗塞婦女病發的生病經驗；鍾芬芳、余玉眉（2000）做自然產第二胎產婦的生產經驗研究；以及黃貴薰、余玉眉、許金川、李明濱（1996）對男性肝癌患者手術治療後初期之疾病經驗研究等；周富美（2004）研究台灣地區血友病患與血友愛滋病患之生病經驗；郭素貞（2004）研究卵巢癌病患的生病經驗；吳惠媛（1994）研究青年精神分裂病患的疾病經驗。但是截至目前為止，仍沒有針對焦慮疾患患者生病經驗之適應歷程與因應作深入之探討，因此，希望透過本研究，能做一廣泛性的資料蒐集與歸納分析，客觀的呈現焦慮症個案的生病經驗歷程。

第三章 研究方法

對整個生病經驗而言，研究者認為必須藉由親身體驗者現身說法才能表達出其內心真正感受，傳統量化的研究僅選取其中某些變項，進行操弄與分析，如此分割變項、孤立變因，偏重數量處理的方式，有其基本的限制，亦往往忽略了研究對象的主體經驗感受，及其在長期忍受病痛到後來接受疾病與病共存過程，甚至後來跳脫症狀、浴火重生，進而做為志工繼續幫助他人的心路歷程。因此本研究擬採質性研究方法，藉以了解焦慮疾患患者內心的真實感受與整個生病經驗過程，及其在其生命中造成的影響為何，希望藉此能發現一些無法以表面觀察而獲得的重要資料。

第一節 質性研究方法

關於質性研究，潘淑滿強調質性研究認為人類日常生活中的所有現象與行為，都是透過個人的意識與情感作用，而完成的一種有意義的社會取向活動，並不預設各種現象與行為，只存在著一種真實或具有永恆不變的本質；質性研究強調知識的形成和發展，是在意識的作用下，不斷的與他人或接觸的事物中，透過互動與溝通所產生的知識，不應受限於法則或純理性的推論，強調理解重於分析；質性研究重視「價值理性」的原則，不同於量化研究的「工具理性」，認為真實本質的把握，是經由研究者的二度建構來理解社會的實在，偏向於整體與脈絡取向的描述。最後潘淑滿還強調，無論從事量化研究或質性研究，都不應將研究策略簡化為只是一種資料收集的工具。質性研究強調的是研究者必須在自然的情境中，深入了解人類日常生活世界（the life world）中的各種現象與行動的意義。不同的研究典範有其不同的價值信念，提供我們以不同的角度看待知識（引自林金梅，2004）。

郭明德（1998）在質化研究的探討及省思文章中，根據研究方法與過程，將質化研究歸納出幾項特質，其中包括質性研究必須是在自然的情境下進行的、是注重現場的；質性研究是描述的；質性研究是以研究者自身作為研究工具的；質性研究是統整的；質性研究是自然的；質性研究注重情境脈絡；質性研究注重現場參與者的觀點；質性研究是歸納的；質性研究是彈性的；質性研究是非判斷的；質性研究是人性化的；質性研究過程是學習的。

質性研究也是以研究者本人作為研究工具，在自然情境下採用多種資料收集方法對社會現象進行整體性探究，使用歸納法分析資料與形成理論，通過與研究對象互動對其行為和意義建構獲得解釋性理解的一種活動（陳向明，2002）。高熏芳、林盈助、王向葵在『質化研究設計』一書中也提到，質化研究的長處在於他的歸納取向，他著眼於特別的情況或人物，而且他強調文字而非數字。因此質性研究特別適用於了解意義，對研究參與者的意義，事件、情境和他們所涉及行動的意義，以及它們對於人生與經驗敘述的意義。

質性研究更是一種建立在研究者與參與者充分互動的基礎上，藉由研究者深入被研究者的生活世界中，經過長時間的學習以收集資料，並在研究過程中觀察、學習、體認、包容和欣賞被研究者的認知架構。質性研究是相當耗時費日的，因為在研究過程中，研究者必須在每個階段花時間去深入了解情境，以及其中因互動而產生的變化，更重要的是，研究者必須融入參與者的生活世界中，以被研究者的眼光來認知此生活世界，但是由於方法的多元性，常使得研究者需依不同的需求與所要探討的面向選擇不同的研究方式。

質性研究的目的不在於「解釋」(explanation)，而在於「詮釋」(interpretation)，其結果是特殊的 (ideographic)，而不是一般性 (nomothetic)，重視特殊性而非代表性與完整性。因此，就質性研究而言，其觀察的角度是整體的、所處理的現象是動態的，其目的不在驗證理論而是發現(張紹勳，2001)。因而在本研究中，研究者試圖利用深度訪談，針對患有焦慮疾患患者，就發病前至經歷焦慮症到目前做一回溯性之訪談，透過時間與空間的不同

視角，讓研究對象將自己整個生病經驗重新做一重整與連貫，並透過訪談，讓研究對象陳述其生病感受、想法、以及態度，藉由研究對象重新經驗過去，從中對生病經驗重新理解與詮釋，賦予生病經驗新的意義。

第二節 深度訪談

訪談是研究者訪問研究對象，並且與其進行交談和詢問的一種活動，是研究者透過口頭交談方式從研究對象那裡蒐集資料的一種研究方法，它是一種有特定目的和一定規則的研究性交談，但是訪談的結果不是研究者獨自從被研究者那裡蒐集來的，而是雙方在訪談這一特定情境下相互建構出來的，透過訪談這種方式，研究對象讓研究者進入自己的生活，並對訪談的內容重新進行意義上的解釋，因此訪談是一種雙方相互作用、共同建構事實與行為的過程，由其中一個人引導（通常是研究者），以蒐集對方（研究對象）的語言資料，藉以了解研究對象如何解釋他們的世界。本研究的主要目的是要了解被研究者的生病主觀經驗，因此本研究試圖以半結構性訪談指引，透過深度訪談，讓研究對象述說其生病經驗過程，並蒐集相關的資料，循著研究對象的述說過程追溯，最後在整合、分析文本資料，試圖從資料中了解研究對象對生病的看法，探究研究對象個人生活態度的轉變以建構出獨特性與共通性之意義來。

而深度訪談（interview in depth），是一種存在已久的資料蒐集方式，利用半結構式的訪談指引，研究者列出感興趣的主題作為訪談指引，以日常生活會話方式來進行訪談，但不同的是它仍是一個有控制的會話（controlled conversation），是針對研究者的興趣而進行的談話，其目的是為了能了解研究對象對其生活與經驗世界的解釋。Minichiello, Aroni, Timewell 和 Alexander 等人（1996）定義深度訪談是：「有特定目的的會話 - 是研究者和資訊提供者（informant）間的會話。會話的焦點是在資訊提供者對自己、生活、經驗的感受，而用他/她自己的話表達」。Taylor 和 Bogdan（1984）也曾定義深度訪談為：「研究者和資訊提供者重覆的面對面接觸（encounter），以了解資訊提供者以自

己的話對自己的生活、經驗或情境所表達的觀點」。Marshall and Rossman 認為深度訪談是有目的的會談，研究者藉由會談的過程，了解受訪者對某項事物的了解以及對問題的認知與建構。Patton 認為訪談主要是從別人的解釋來了解他們的感覺、思考和意圖，以及對事件的建構。Warren (1988) 則認為深度訪談是用來收集以個人為中心的詳細訊息，想要了解什麼對個人是有意義的 (引自范麗娟, 2004)。

從上所述，皆強調深度訪談是用來收集以受訪者為中心的詳盡、豐富想法和觀點的方法。因此在深度訪談中，我們真正感興趣的是人對他們生活事實的解釋。所以，在深度訪談中受訪者被視為是研究主題的資訊提供者，而不是被研究者，研究者試著以尊重的態度試圖從資訊提供者身上得到正確而深入的資料。Johnson (2002) 則詮釋深度訪談意謂尋求「深度」(deep) 的訊息和理解，其指出要有清楚的深度訪談目標，首先深度訪談是研究者必須清楚自己的研究題目，由此呈現出一個重要的議題，就是研究者和受訪成員的知識及生活經驗的關係 (引自王仕圖&吳慧敏, 2003)。因此，深度訪談是針對研究主題，來回在個人的生活世界挖掘資訊，探究個人如何看待生命及生活世界。

深度訪談也是一種非常情境化與難以制定標準化程序的一種研究方法，在整個訪談過程中，訪談者是否具有豐富想像力、敏銳觀察力，和高度親和力，能隨機應變，以及對受訪者之背景了解，更是整個研究是否成功的重要關鍵。豐富的想像力能讓訪談者馬上進入受訪者描述的情境，感同身受。敏銳的觀察力是要訪談者不時的觀察受訪者的表現，包括情緒或言詞，進而提供適時的回應，高度的親和力更是讓受訪者願意和你聊天，願意提出他內心的思考的關鍵。因此訪談的方式是相當具有彈性的，且隨各個受訪者不同而異。有些學者將深度訪談分成三類 (黃文卿、林晏州, 1998)：

- (一) 非正式的會話訪談：指開放式、無結構式的訪談，如日常生活中的閒聊。
- (二) 一般性訪談導引性：即半結構式訪談，由訪談者提供提綱要領，引發訪談情緒，使其在自由的在時間內探索詢問。
- (三) 標準化開放式訪談：為結構式訪談，於訪談前將所需詢問的問題一一撰寫下來，於訪談中視情況提出問題。

在深度訪談過程中，訪談者和受訪者間的互動關係是很重要的。訪談者在此訪談的過程中必須扮演著多重的角色，他不但要提供一個舒適的環境讓受訪者提供正確真實的回答，同時也要在長時間的訪問過程中，不時的鼓勵受訪者持續熱心的回答。在深度訪談中，訪談者最重要的功能便是解開和了解受訪者內心的觀感。為了避免受訪者受到訪談者的價值與期望的影響，訪談者應盡量避免給予受訪者任何價值判斷的評語。黃淑卿（1998）在其研究中指出四種關係：

- （一）深度訪談本身是一種建構知識的過程：深度訪談並不是在挖掘受訪者過去記憶，而是在訪談進行中，訪談者與受訪者之間互動出來的經驗重建過程。
- （二）保持研究者對研究對象的敏感度。
- （三）注意受訪者的後設語意。
- （四）重視訪談倫理。

許多研究者指出，深度訪談並無固定的步驟，隨著研究者個人訓練和受訪者的特質而有所不同，因此每一次面談都是特殊的。深度訪談最重要的是要和受訪者建立良好的人際關係。在良好關係建立之後，在開始正式進入主題，此時研究者就可謹守研究主題進行深入的訪談，最後就所蒐集到的資料加以整理，如有不足之處可在回去訪談補充。因此深度訪談必須和受訪者進行一次以上的接觸，至於每次訪談的時間長短則因受訪者而異。當深度訪談不再提供任何有助於了解研究主題的新觀念時，即判斷所蒐集的資料已經完備，應停止深度訪談（引自范麗娟，1994）。

在深度訪談過程中，樣本是否具有代表性不是必要的考量。Bainbridge（1989）指出，深度開放式的訪談儘管訪問的對象不多，但由於訪問的廣度和深度足以提供各式各樣可能的回答，使研究者更能掌握受訪樣本對此一觀念的複雜反應。所以在深度訪談中，並不要求隨機樣本，有時為了得到更多不一樣的回答反而必須針對少數群體多抽樣本。

透過深度訪談，我們不但可以掌握受訪者主觀的意義，並且經由長時間的對談，我們可以有充分的時間，將受訪者所作所為的前因後果，乃至相關連的事物

進行較為完善的資訊蒐集。若再輔以相關的書面與數字資料，將可以使我們對於研究對象之社會行動，有較為深入與全面的掌握（陳介英，2003）。Bainbridge（1989）指出深度訪談有下列四項優點：

- （一）標準的深度訪談是在受訪者家中進行，因此可從面談的觀察中得到更多更豐富更有價值的資料，而受訪者也可因在熟悉的環境中，可較深入的回答問題。
- （二）在深度訪談中常採用的開放式問卷，可問得更多的資訊也問的更徹底。
- （三）使用深度訪談的研究者通常只專注研究一個論題，較能針對此問題得到全方位且深入的了解。
- （四）質化的研究可以補足量化研究的缺點。雖然量化研究有許多優點，但卻無法測量受試者的思維過程，或是較為敏感或細膩的心理變化。這便是質化研究的優點。

因此，本研究藉由深度訪談研究對象過程中取得相關資料，並在訪談前先大量閱讀相關文獻與學習訪談技巧，於訪談過程中，採用研究對象習慣之語言與之對談，藉由面對面交談，引發研究對象表達其看法、感想與意見，透過研究者本身豐富想像力與敏銳觀察力，進入研究對象生活世界，探詢理解其內在主體經驗，以期能了解研究對象在經歷焦慮症疾病時的主體經驗與感受。

第三節 研究設計

一、研究者

在質的研究中，研究者本身即是重要的研究工具，因此從研究者研究題目的選擇，資料蒐集與分析，直到整個研究的完成，與研究者自身的生命經驗都有密不可分的關係。因而研究者本身之相關訓練、研究過程的積極參與度，以及研究

者自身的技巧、能力執行工作的嚴謹度都是影響研究本身的重要關鍵，均會影響研究的效度（吳芝儀、李奉儒，1995）。而研究者在修習研究所課業過程中，除以質性研究方法作為必修之科目外，亦積極參與校內其他系所主辦之「質性研究方法研討會」共計兩次，因此研究者對於質性研究方法已有基本之認知，並深深為以人為主體之質性研究方法所著迷，在閱讀相關文獻與同學討論過程，亦增進不少研究者本身作質性研究的能力與興趣。

二、研究對象

在研究對象的選取方面，是從中華民國生活調適愛心會高雄分會以及高雄市小草關懷協會機構中，以立意取樣（purposive sampling）及滾雪球方式來邀請研究對象，當初會選擇生活調適愛心會高雄分會做為個案來源機構，是因為愛心會志工大多是曾經罹患精神官能症的病友，且服務對象也都是精神官能症個案，在尋找個案上會較便利。經過訪談後，研究者發覺個案的同質性太高，不易分辨出個案生病經驗的差異性，故轉而向小草關懷協會尋求個案，透過愛心會高雄分會副會長及小草關懷協會總幹事推薦，尋找出願意提供此經驗與能深度豐富描述之焦慮疾患患者作為研究對象，再經由參與研究者介紹同是焦慮疾患患者參與本研究，以此方式的優點是經由推薦人的關係，較無抗拒與懷疑，且較願意分享個人整個生病經驗。其條件設定為：

- （一）個案經醫師診斷為焦慮疾患患者，且曾經經過至少為期三個月以上的積極治療，目前焦慮症狀已部分緩解或完全緩解之焦慮疾患患者。
- （二）意識清楚、無記憶力障礙者，可用國台語溝通，年齡在 20-65 之間。
- （三）排除酒、藥癮或其他精神分裂症等重大精神病患者。
- （四）書面簽定或口頭同意願意接受訪談者。

研究對象之選擇並未侷限在任何特定宗教，也不特定個案的罹病年數。研究對象總計為六名，每位訪談 2-4 次。因每位個案復原期與穩定期呈現狀況不同，

因此，本研究是以美國精神醫學會所刊行的精神疾病診斷準則手冊第四版中症狀部分緩解或完全緩解作為其收案標準依據。之所以選擇以愛心會及小草關懷協會的原因，主要是考量此兩個機構皆是以服務精神疾病患者為宗旨，其服務對象較符合本研究對象設定條件，且研究者在研究初期聯繫時，愛心會高雄分會副會長及小草關懷協會總幹事皆十分樂意提供研究對象，且大多數來自於機構本身之志工團體，因此，在本研究對象當中，多數皆為病友團體志工成員。

三、研究工具與程序

在本研究中，除了研究者本身外，研究工具還包括：

(一) 研究對象基本資料表

為了對研究對象有一些基本認識與了解，以及未來做資料分析時可探討相關因子，研究者設計一份研究對象基本資料表（附錄一），其中包括研究對象之年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、職業、宗教信仰、家庭結構、罹病年齡、家族譜、目前生活狀況等等。

(二) 訪談同意書

為使研究對象了解整體研究目的與流程，以及在訪談過程中錄音的需要及錄音帶內容使用，研究者於第一次訪談時即以訪談同意書（附錄二）向研究對象說明本研究之目的與性質、訪談過程約定以及資料保密原則，藉以讓研究對象了解研究訪談進行方式，減少研究對象的焦慮與擔憂，並建立良好研究關係。

(三) 訪談大綱

訪談大綱是蒐集資料的重要工具，為使資料收集完備、訪談過程流暢並有效掌握訪談方向，本研究採半結構式訪談大綱，與研究對象進行深度訪談，在閱讀相關文獻與擬定問題意識後，形成訪談大綱如下表（附錄三）：

-
- (1) 請您先說說目前的生活情況如何？
 - (2) 第一次生病時的經過如何？你如何處理？當時心理感受為何？
同時是否有其他重要事情正在發生？
 - (3) 第二次以後生病過程的經驗如何？你如何處理？當時心理感受為何？
(宗教信仰、家庭支持在生病過程中的角色)
 - (4) 對整個就醫過程感受如何？對焦慮症的看法如何？焦慮症對生活的影響為何？家人對此疾病的態度為何？
 - (5) 在整個生病過程，有什麼是您印象特別深刻的？對整個生病經驗的解釋為何？
 - (6) 現在生活中有哪些因而改變或沒有改變的是什麼？(工作.休閒.人際關係.感情.身體健康.家庭生活.生活態度)
 - (7) 現在如何與焦慮症相處？對未來關心的是什麼？
 - (8) 假如可以，您希望能給其他一樣罹患此疾病的患者什麼建議？
 - (9) 最後，還有沒有什麼事情，是您覺得很重要但是我們未提到的？

(四) 研究對象檢核與回饋函

研究者在完成文本分析後，會以研究對象檢核與回饋函(附錄四)邀請研究對象參與檢核工作，請研究對象在閱讀後，提出對本研究之看法與研究內容與真實感受之符合度，研究者再依據檢核與回饋函內容，與研究對象討論後，澄清研究者疑慮與修改內文內容，以增進研究之可信度。

(五) 研究者省思札記

每次訪談前後，研究者會隨時記下自己的感想、疑惑、衝擊或印象深刻之處，並記錄於研究者省思札記中(附錄五)，重複聆聽錄音帶及閱讀逐字稿，不斷檢視訪談內容，以提醒自己下次訪談時需注意之事項。而研究者省思札記，也有助於幫助研究者在分析資料時提供當時的情境，讓研究結果能更貼近於經驗事實。

本研究試圖透過各種方法與情境收集相關資料，除了在與研究參與者訪談蒐集文本資料，進行脈絡的意義建構、詮釋分析，以獲得研究結果外，也透過研究者的視野對現象進行觀察探究，再運用分析歸納方法，形成新的故事脈絡。其研究流程圖及步驟說明如下：

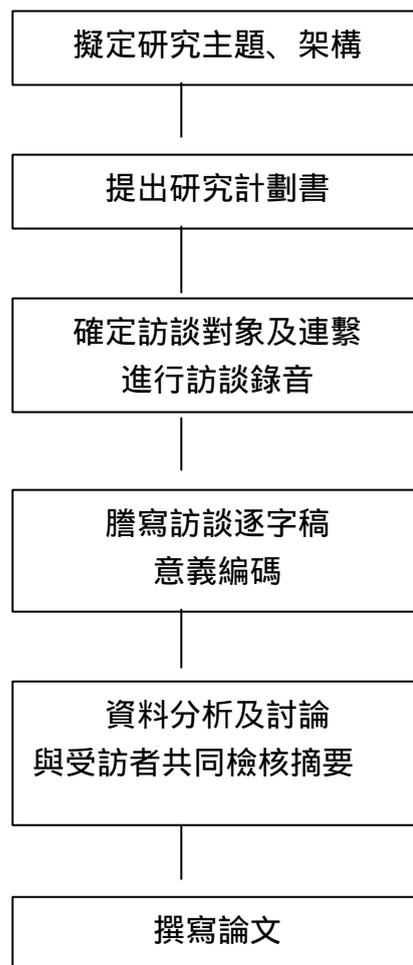


圖 3.3-1：研究流程圖

1. 擬定研究主題、架構：依研究者本身關心之議題進行問題意識找尋，並查證相關文獻，建立與研究主題相關之概念。

2. 提出研究計畫書：對研究問題做出界定與表述、討論研究目的、確定研究對象條件、選擇研究方法、及與指導教授討論如何進行。

3. 選擇訪談對象，並與這些個案聯繫取得其訪談同意後正式進行訪談，事先

將訪談大綱提供給研究對象，說明研究目的，徵求個案同意後，約定時間訪談並錄音，其過程盡量讓受訪者自主陳述訪談大綱之主題，研究者只扮演傾聽並澄清受訪者陳述意含的角色。

4. 將訪談錄音帶謄寫為訪談逐字稿 盡可能包括重要的非口語訊息與任何溝通內

容。並在訪談逐字稿右半邊留白，讓研究者作相關補充或編碼。

5. 重覆聆聽訪談內容，整理出概略性意義單位並編碼。

6. 適時修正研究方法與研究架構。

7. 反覆整理閱讀訪談逐字稿，並以受訪者的立場摘要出受訪者所表達的基本意義，加以作異同之比較分析與討論。

8. 與受訪者共同檢核摘要，作文字內容之修改或補充。

9. 撰寫論文。

第四節 資料收集方法

質性研究有三種資料收集的方法，其中包括（一）深度（in-depth）開放式訪談（open-ended interviews）（二）直接觀察（direct observation）以及（三）書面文件等。訪談資料包含從人們的經驗、意見、感受和知識等直接引述；觀察的資料包括對人們的活動、行為、行動及廣泛的人際互動和可觀察的人類經驗之組織歷程等，做詳細的描述；文件分析資料則從組織的、臨床的、或方案紀錄中，形成摘錄、引述或事件紀錄、個人日誌、以及對問卷和調查的開放式書面答覆（吳芝儀、李奉儒，1995）

因此，基於本研究主要是以生病經驗作為研究主軸進入研究場域，研究者先根據所閱讀的文獻與自身專業與經驗，尋找研究問題及研究對象，確定問題焦點

及研究方法後，擇定參與敘說訪談的研究參與者，說明研究目的與主題後，徵求並邀請參與本研究，透過深度訪談作為收集資料的方法，過程如下：

一、邀請研究對象過程

在本研究中，研究者一共訪談六位焦慮疾患患者，在邀請研究對象過程，研究者先是透過電話主動聯絡愛心會，在愛心會副會長協助下，以滾雪球方式順利取得的五位個案同意接受訪談，訪談後研究者覺得個案的同質性太高，不易分辨出個案生病經驗的差異性，故轉而向小草關懷協會尋求個案，在這過程中，研究者並未放棄繼續尋找個案，一方面請愛心會前會長繼續尋找合適之個案，一方面則請小草關懷協會總幹事協助尋找。

因此研究對象之邀請，在愛心會是由副會長先徵求研究對象同意並留下連絡方法，由研究者主動聯繫並說明研究內容與方式，並約定訪談時間與地點進行訪談。而小草關懷協會則是由總幹事代為邀請合適之個案，於個案及研究者適合之時間內在協會會談室進行訪談。

在邀約研究對象時，研究對象均表示之所以願意接受訪談，是希望透過論文研究結果的呈現，能夠讓社會大眾對焦慮疾患有更多的認識，希望藉由自己成功復原的經驗，幫助目前仍被焦慮疾病所苦的病人提供幫助，並鼓勵他們不要輕易放棄自己。

研究過程，研究者也試圖尋找異質性大的個案做為比較其差異性，例如已緩解並目前回到職場上工作之非志工性質之個案，但其中一位因為工作忙碌為由拒絕，一位則表示不願讓人家知道自己曾生過病，即使研究者再三承諾保密原則，研究對象仍拒絕，最後所尋找六位研究對象，僅有一位目前仍有工作，其餘皆為專職或兼職志工，參與志工服務。

二、資料收集的過程

1. 在邀請研究對象之後，研究者在訪談前會先徵求受訪者的同意，取得同意書或口頭答應後，當面或以電話確定訪談時間，由訪談者指定地點，予以訪談。

2. 訪談時研究者再次向受訪者說明研究動機、目的、訪談方式、資料的運用與結果呈現方式，並重申保密原則，也告知受訪者可隨時中斷訪談等權益。

3. 考量受訪者的時間及專注度，研究者盡量控制訪談時間，每次以一到二小時，根據訪談指引對受訪者進行深度訪談，訪談過程全程錄音。

4. 訪談過程只提供研究方向與主題綱要，讓研究對象順著自己的經驗脈絡進行，當資料在一次的訪談中無法蒐集完整時，則預約下次訪談時間。

5. 在訪談完畢後，記錄訪談日期、時間和地點，並整理自己的思緒與訪談心得，將訪談過程中重要的訊息紀錄在研究者省思札記中。

6. 盡快將錄音帶謄為逐字稿，並重新檢視訪談內容，若有內容不足或不清楚的地方，則做為下次訪談重點。

7. 當資料分析歸納後未再有新的主題出現時，即達飽和狀態停止收案。

在與研究對象訪談過程中，研究者不斷將訪談過程所觀察到的詳細紀錄在研究者的訪談省思札記中，做為資料的來源之一；由於研究對象中有一位是安心會網路志工，研究者亦透過研究對象在網路上回復其他病友的留言，作為資料的另一來源。

在六位研究對象的訪談次數上，其中一位共訪談三次，分析文本還包括個案在網路上分享訊息共十篇；另一位研究對象雖僅訪談一次，但以電話方式問答共三次，其餘四位研究對象均訪談二次，每次一至二小時不等。訪談地點則有三位是在研究對象家中，有三位在住家附近之公共場所，雖然訪談地點不同，但訪談過程均只有研究者與研究對象而已。

雖然訪談次數看起來並不多，但其實訪談過程會發現，第二次的訪談與第一次的訪談內容大多是重複的，雖然也有澄清部分問題，但更多是閒話家常與偏離

主題的內容居多，已無法提供其他更多的資訊。因此，本研究大多都是訪談兩次即停止資料收集。

第五節 資料處理與分析

資料的整理與分析，是根據研究目的對所獲得的原始資料進行系統化、條理化，逐步集中和濃縮將資料反映出來，其最終目的是要對資料進行意義解釋。由於深度訪談所蒐集到的資料較多樣化，因而在處理方式就不像量化資料那樣容易分析與達成共識。Tesch（1990）指出十點處理質化資料的原則（引自范麗娟，1994）：

- （一）在質性研究中，分析並非是研究過程的最後階段，而是隨著資料的收集過程不斷在進展的工作；
- （二）分析的過程是有系統且容易理解的，但絕非固定的形式；
- （三）在資料收集歷程中摘要手記有助於資料的分析；
- （四）將資料片段化，區分成相關且有意義的單元；
- （五）資料分類的體系是根據資料的特色所建立的；
- （六）比較是分析過程中最主要的方法；
- （七）資料分類的方式是暫時性的，雖是發生在資料收集的開始階段，但可隨時更改；
- （八）在分析過程中對資料的操作沒有成規可墨守，也即是沒有絕對「正確」的方式；
- （九）分析的程序並非科學性或機械性的，質性資料的分析主要是智力的技能，沒有絕對的規則可尋，但也非無限制的創造。雖然質化資料的分析有如藝術品的創造，但也需要高度的方法論和專業的知識。

(十) 質化資料分析的結果應是某種較高度的整合。儘管在分析的過程中不斷的分類，將其單元化，但最終的目的還是再提供一個整體整合性的面貌。

質性研究本身就是一動態剖析的歷程，研究者必須同時進行資料蒐集、資料整理和分析的工作。因此在本研究中，資料處理與分析過程步驟如下：

(一) 紀錄

在每次訪談過後，利用時間將訪談錄音寫成逐字稿，其中不僅包括研究對象的言語行為，還包括非言語行為（如嘆氣、哭、笑、沉默、遲疑等等），並多次核對其內容。

(二) 主題分析

研究者會針對逐字稿所描述之內容做分析，隨著錄音及研究者省思札記內容的呈現，再次完全融入研究情境中，以便進入反思與分析。在一邊反思與一邊分析過程中，研究者會確認或抽出重要陳述意義內容，並至少在不同時間點進行數次的閱讀，已確定其分析結果接近事實。內容相似的重要陳述便聚集成次主題，類似的次主題再聚集成大主題，最後形成類型。整個過程不斷分解與形成類型。

(三) 整合

透過主題經驗的描述分析後，將分析內容做一全盤性理解並將之整合。

(四) 有效性

把分析結果與研究對象分享，由研究對象來確認結果之有效性。

此外，在分析過程中，研究者會做研究日誌，以記下自己每日反思的想法、感受，期望讓研究能更具真實性。

第六節 研究倫理與嚴謹性

一、研究倫理：

任何研究的目的與進行均不能危害到有關的人士，包括研究對象與其家人、朋友，甚至是整個有類似屬性的一群。因而研究對象的基本權利應被保障，其內容包括生理及心理的免於受傷害、自主性（autonomy）及自我抉擇（self-determination）等原則。前者與確保參與者之匿名（anonymity）或為其保密（confidentiality）補償對照組（recompensing control group）及祛除負向後遺症（alleviating harmful aftereffects）等措施有關；後者則衍生為自願參與（voluntary participation）充分告知下的同意（informed consent）不可欺瞞（deception）及中途隨時撤銷（retraction of consent）。並至少做到：研究對象是自願的配合研究的進行，且充分理解這項研究的性質以及可能包含的危險和義務，以及研究對象及其內容不能暴露於比研究收穫更大的風險中（余漢儀，2001）。

因此，為顧及研究之相關倫理問題，本研究擬定以下之處理方式：

- （一）在訪談之前會先讓受訪者了解研究目的，解釋研究動機，及說明在研究過程中允許受訪者問問題或拒絕參與的權利，並向受訪者保證研究資料絕對的保密。
- （二）事先徵詢受訪者同意錄音，並取得簽署訪談同意書，亦留下研究者的聯絡方式，俾利受訪者可完全保有疑惑釋義或隨時提出退出研究的權利。
- （三）在受訪地點的選擇上，完全尊重受訪者的決定地點，訪談時間亦由受訪者決定日期與時間。在訪談過程中，時時考慮到訪談是否對研究對象造成困擾，提醒自己應秉持專業道德，而非只是考慮訊息收取是否足夠而已。
- （四）為顧及其隱私權，在資料處理上將嚴守保密原則，訪談逐字稿之資料呈現一律匿名。訪談錄音帶在研究過程由研究生保管，於研究完成後全部銷毀。

(五) 在資料分析報告上，除非獲得研究參與者的同意，否則絕不對外顯示出可辨識的訊息，以確保研究參與者不會因為本研究造成困擾。

另外在研究過程中，研究者會與研究對象建立良好的關係，訪談過程盡量避免詢問到令他們覺得不舒服的問題，消除他們的憂慮、猜疑和誤解，並取得他們的信任，研究完成之後仍不定時的與研究參與者保持聯絡，關心對方的生活狀況，並了解其在參與研究之後有什麼心情和想法或改變，期盼這樣的努力能為雙方營造更美好的關係，既能得到客觀真實的研究結果又不失人性的溫暖。

二、研究的嚴謹性：

質性研究所關注的是社會事實的建構過程，以及人們在不同的、特有的文化社會脈絡下的經驗和解釋，其研究價值和判定標準，並非量化研究典範所創造出的信度和效度所能涵蓋(胡幼慧、姚美華, 1996) 因此, 本研究試圖以 Beck(1993, 1994) 及 Kahn (1993) 所提出的四項質化研究準則來評量資料的嚴謹性 (引自顏芳慧、許敏桃, 2004):

(一) 正確性 (credibility):

研究者透過愛心會或小草關懷協會總幹事之介紹，得以獲取研究對象之基本資料，透過訪談同意書之填寫與研究對象建立互信關係，訪談過程錄音，訪談內容、觀察紀錄與研究者個人省思等，於訪談後盡速將錄音帶轉為逐字稿，以達到資料之正確完整性。

(二) 可轉移性 (transferability):

本研究依據訪談大綱引導焦慮症個案說出其生病經驗歷程，透過其親身述說內容加以探究，可作為焦慮疾患相關議題之參考資料，故其具可移轉性。

(三) 可確認性 (confirmability):

在資料蒐集訪談當中，若研究對象出現陳述內容不一致或是模糊不清楚時，研究者會再次與研究對象確認，以避免研究者主觀介入，使資料能呈現原來經驗面貌。

(四) 可靠性 (reliability):

研究者將訪談內容配合筆記觀察，謹慎的將研究對象之意圖、脈絡、意義、行動轉換成文字，並透過與研究對象的再次檢核，來提高研究結果的可靠性。

研究進行過程中，研究者會隨時查證相關文獻，增加洞察及探究資料的客觀性，資料分析期間會與指導教授密切討論並反覆推敲原始資料的蘊意，發展出切合原始資料的類目，再據以分析資料內容，確認資料分析之確實性。



第四章 資料分析與結果討論

研究者在研究過程中，利用深度訪談作為資料收集的方法，針對六個焦慮疾患患者就其生病經驗過程感受與如何因應作一回溯性訪談。訪談期間從民國九十四年十二月進行至九十五年七月。依據訪談內容將訪談資料進行分析整理，最後將類似的概念加以歸類，其結果主要分三節說明，第一節為研究對象基本屬性描述，第二節為研究對象生病經驗過程感受、想法及因應之道的結果分析與發現，第三節為綜合討論。基於保密原則，在資料呈現上均以匿名代替其真實姓名並詳述如下：

第一節 研究對象基本屬性描述

本研究對象主要來源為生活調適愛心會高雄分會與小草關懷協會兩個社團機構，共有六位受訪者參與研究，其中男、女性各三位；年齡約在四十八至五十八歲之間；教育程度六位均在高中職以上；婚姻狀況均已婚；職業類別有兩位家管、兩位已退休、一位專職志工、一位從商；在宗教信仰方面，有一位是佛教、一位是基督教外、其餘四位均為一般民間信仰；罹病至今有一位為一至三年、一位三至五年，其餘四位均在十年以上。為了能對本研究對象有一初步了解，茲將此六位研究對象基本病史介紹如下：

表 4.1-1：六位參與者基本資料表

代號	性別	年齡	教育程度	婚姻狀況	職業	宗教信仰	罹病至今
A	男	43 年次	高職	已婚	退休	民間信仰	3-5 年
B	女	42 年次	高職	已婚	家管	基督教	10 年以上
C	男	45 年次	高中	已婚	志工	民間信仰	10 年以上
D	女	54 年次	專科	已婚	家管	民間信仰	1-3 年
E	男	47 年次	專科	已婚	商	民間信仰	10 年以上
F	女	37 年次	大學	已婚	退休	佛教	10 年以上

小林：

表 4.1-2：小林基本背景資料表

編號：A
性別：男 年齡：43 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：高職畢業
職業：公務人員退休
宗教信仰：一般民間信仰
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：47 歲，沒有住院
罹病至今：3-5 年

病況描述：

現年五十二歲，公務人員退休，自認為自己是完美主義性格的人。發病初期是參加喜宴時感覺生理不適，但是因為對精神疾病的不了解，曾四處求醫與檢查，生病時除了身體不適外，也因為疾病對自己有很多負面的情緒，百般無奈下也嘗試過多種民俗療法，但是結果均無效，後來因為閱讀了相當多與精神疾病相關之書籍，而對疾病有一初步了解。在生病期間，因為生理不適加上焦慮恐懼不敢外出，因而在日常生活、社交、人際關係上出現困境，最後更是因為疾病而提早退休。退休後病情並未改善，期間更因出現憂鬱情緒有自殺念頭，直到無意間在網路上發現生活調適愛心會，並透過上網求救而使自己頓悟，網路上別人的心路歷程對自己的幫助很大，更因為接觸森田理論而讓自己更有動力去改變自己，最後終於治病成功，學會與病共存。生病過程太太始終陪伴就醫，家庭支持系統佳。後來因為生病，個案開始改變自己對人、對事的態度，也因為自己曾經受過疾病之苦，而將自己的治病經驗運用在助人的工作上。目前為兼任志工，在某社福機構網路上替精神病患提供服務。

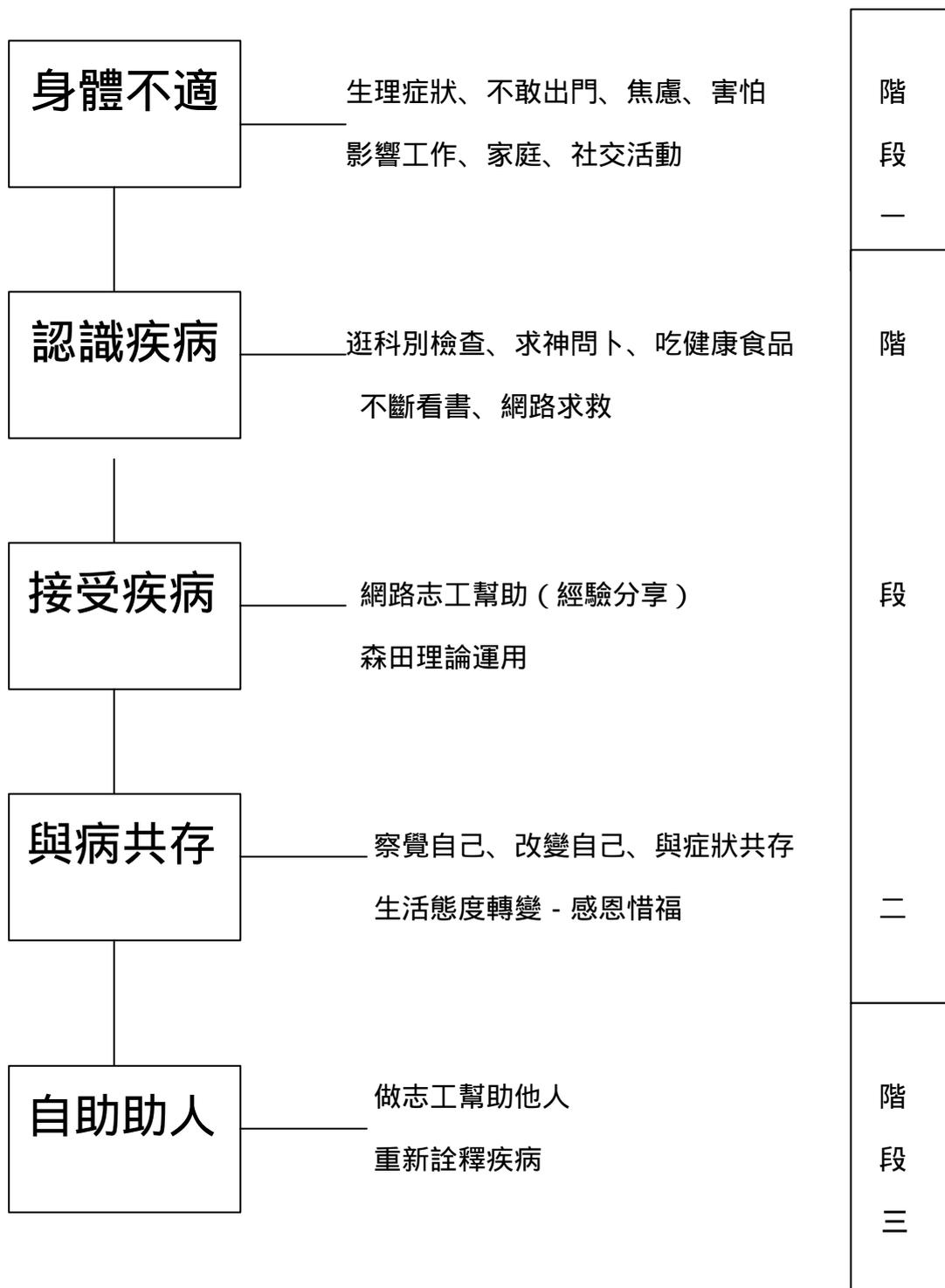


圖 4.1-1：小林生病經驗過程流程圖

小美：

表 4.1-3：小美基本背景資料表

編號：B
性別：女 年齡：42 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：高職畢業
職業：家管
宗教信仰：基督徒
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：17 歲，沒有住院
罹病至今：10 年以上

病況描述：

現年五十三歲，家管。從 17 歲即因為感情事件引發，開始有焦慮情緒出現，情緒起起伏伏，影響工作斷斷續續，當時與媽媽曾抱持死馬當活馬醫心態，尋求民俗療法，但都無效。一直到結婚後，因為自覺家庭責任重大才開始積極尋求治療，由心理衛生中心轉介至某精神科專科醫院診治。生病期間情緒起起伏伏，感覺痛苦又不敢告訴別人，對自己罹患精神疾病有可恥的感覺，後來經介紹至醫院取藥後，情緒雖有改善但仍起伏不定，因為不想長期依賴藥物而不斷換醫生診治，也嘗試做過心理諮商與生理回饋但也都無效，直到醫師囑咐與病共存開始才接受疾病，更因參與團體心理治療，並加入愛心會後，才對疾病有更多正確認知。在治病過程，先生的支持與宗教的力量幫助很大，病友團體的支持更讓自己有勇氣去面對疾病。目前為愛心會兼任志工，以當志工為樂，希望能終身幫助更多其他精神病人。

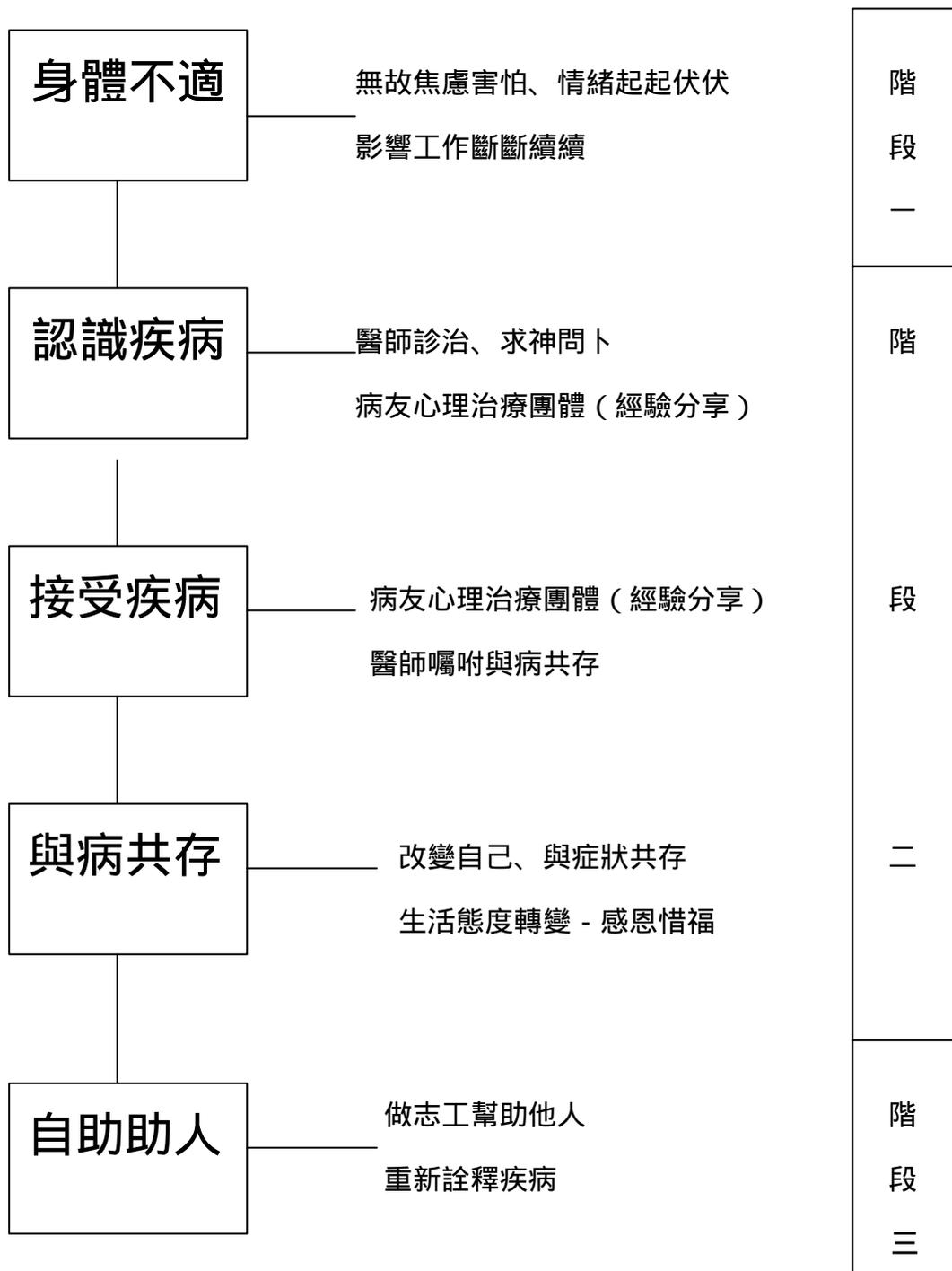


圖 4.1-2：小美生病經驗過程流程圖

小張：

表 4.1-4：小張基本背景資料表

編號：C
性別：男 年齡：45 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：高中畢業
職業：服務業
宗教信仰：一般民間信仰
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：32 歲，有住院
罹病至今：10 年以上

病況描述：

現年五十歲，小草關懷協會專職志工，生病前因為小孩罹患重病需要金錢而努力拼命在工作賺錢上，忽略休閒而導致壓力過大發病。生病初期因為感覺自己身體有異常，而四處檢查身體，逛醫院、逛科別，雖然檢查結果都沒病，卻因為對精神科有污名化的感覺而排斥就醫，最後在百般無奈下才踏進精神科。生病期間除了接受精神科治療外，也試過多種民俗療法，雖然不是很相信，但是為了治病各種方法都試。生活也因為疾病而大受影響，包括經濟因為工作中斷而陷入困境、自我角色認知出現負面思考、家庭生活步調混亂、人際關係越來越差及失去工作。生病期間因為考量經濟因素影響就醫模式，後來因為參加團療後，對疾病認知產生改變進而接受疾病，最後學會與病共存。治病過程中，很感謝家人的支持和幫助，生病過後，因為自己曾經被疾病所苦，更是立志希望自己能為精神障礙者服務，也因為自己被精神疾病污名化影響就醫，進而更加積極從事志工服務，目前服務於小草關懷協會，希望能永遠替精神障礙者服務，也期望精神疾病患者能夠勇敢走出來。

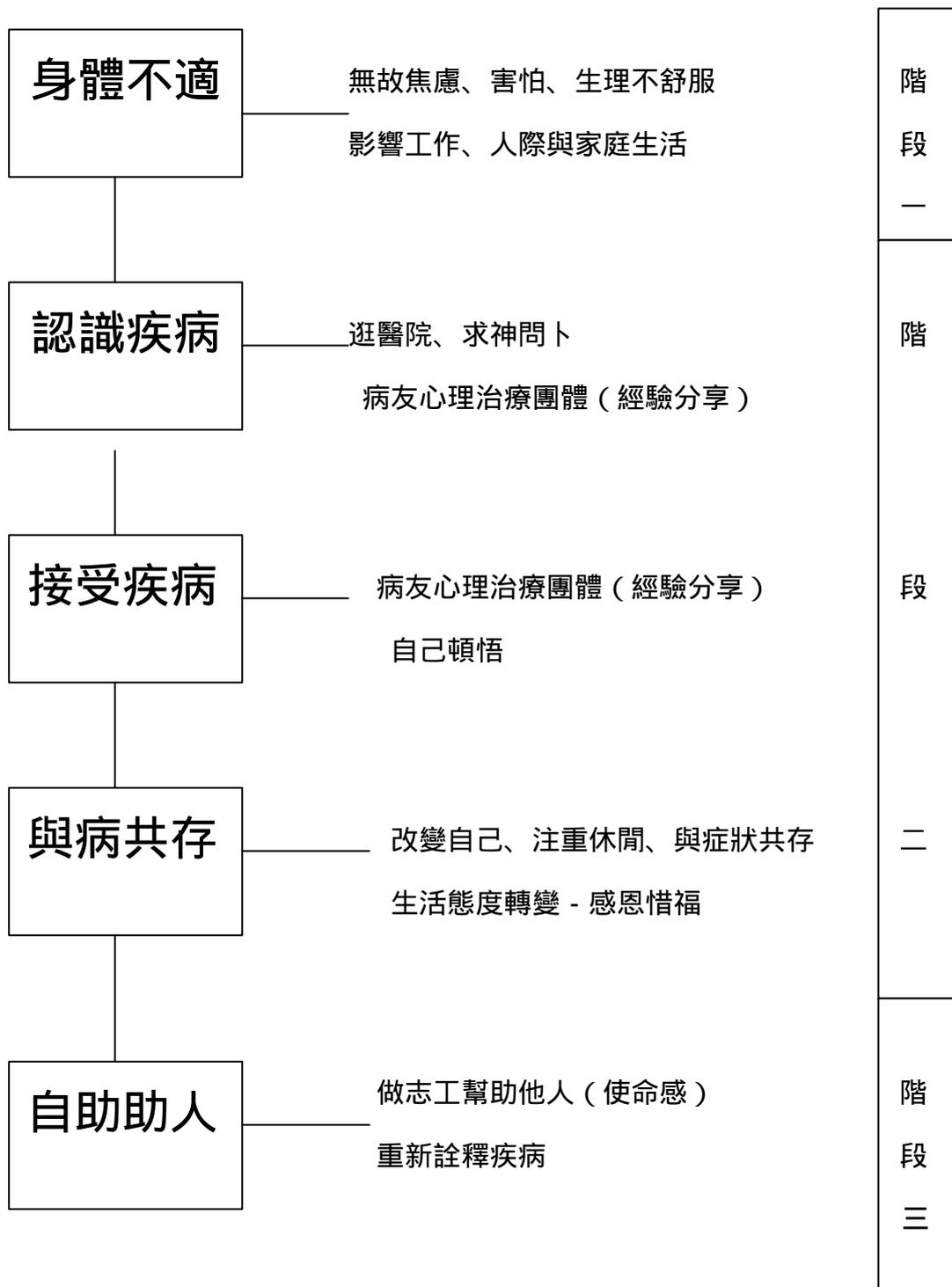


圖 4.1-3：小張生病經驗過程流程圖

小謝：

表 4.1-5：小謝基本背景資料表

編號：D
性別：女 年齡：54 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：專科畢業
職業：家管
宗教信仰：一般民間信仰
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：38 歲，沒有住院
罹病至今：1-3 年

病況描述：

現年四十一歲，家管。生病初期因為對精神疾病不熟悉與資訊不足，誤以為是婦科疾病而作了很多檢查與治療，治病期間因為鄰居、朋友好意，也曾尋求民俗療法，但都無效。後來恐慌症大發作時，曾到某大醫院急診兩次，後來因為台南一位老師轉介至高雄愛心會，又參加森田理論班，病情才獲得好轉。生病期間生活大受影響，除了生理上嚴重不舒服外，也因為對疾病的不了解，而感到無助、恐慌和害怕，還好家人支持度高，先生一路陪伴走來，讓個案十分感激。然而恐慌發作之後個案卻轉換成憂鬱症，在持續服用藥物穩定之後，個案開始調整自己心態，並改變自己生活態度。生病期間，個案因為曾經感受他人對精神疾病的異樣眼光，而不與他人談論病情，也曾服藥穩定與醫師討論後停藥一個多月後再次復發而感到洩氣，目前已能接受疾病，與病共存。因為肯定病友團體幫忙的重要與好處，雖未參與志工服務性質，但仍積極努力想幫助其他受苦的病友，因而接受此訪談。

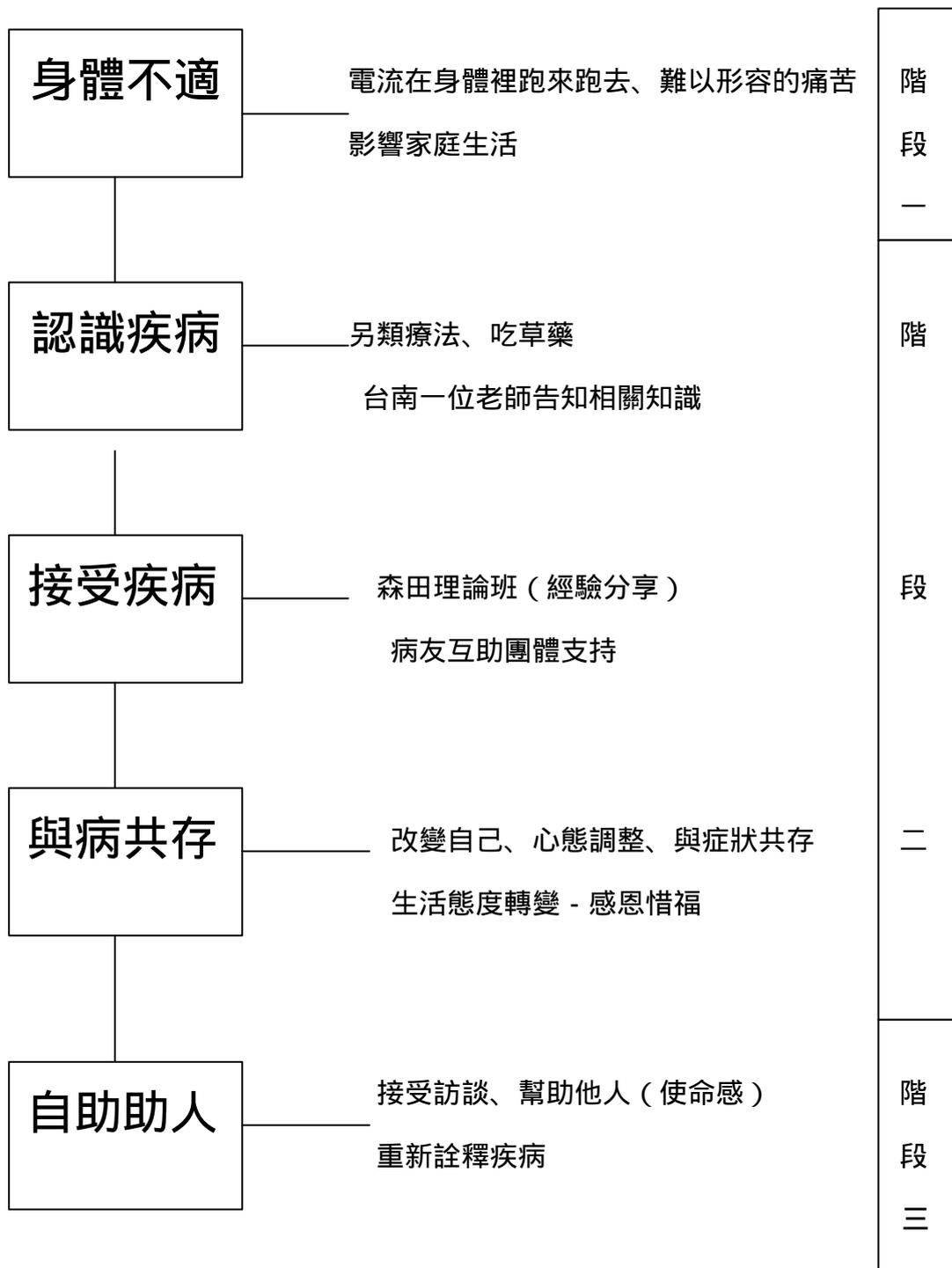


圖 4.1-4：小謝生病經驗過程流程圖

小曾：

表 4.1-6：小曾基本背景資料表

編號：E
性別：男 年齡：47 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：專科畢業
職業：服務業
宗教信仰：一般民間信仰
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：38 歲，沒有住院
罹病至今：10 年以上

病況描述：

現年四十八歲，從商。發病初期因為出現恐慌症狀而不自知，以為是心臟方面的問題而四處求醫，除了婦產科和小兒科之外，幾乎逛遍各科，因為檢查都正常，反而讓自己更加害怕，也因此而影響工作與生活。直到遇見認識的醫師建議轉精神科，病情才獲得好轉，但一開始也對精神科有些排斥與懷疑。生病期間試過很多偏方與算命的，但都沒有效果，最後因為參加由醫師帶領的團體心理治療之後，才對疾病有初期的認識，透過不斷看書與思考自己的病因，加上自己積極想好的動機，促使自己慢慢改變一些想法與行動。治病期間太太一直都有陪伴就醫，生病過後，生活態度轉為較注重休閒與生活，雖然偶而仍有症狀出現，但個案已能透過放鬆、靜坐、冥想等技巧，來與症狀共存。因為體認到生病的苦，遂與醫師一同成立病友互助團體，目前為兼任志工，為需要之病患提供幫助。

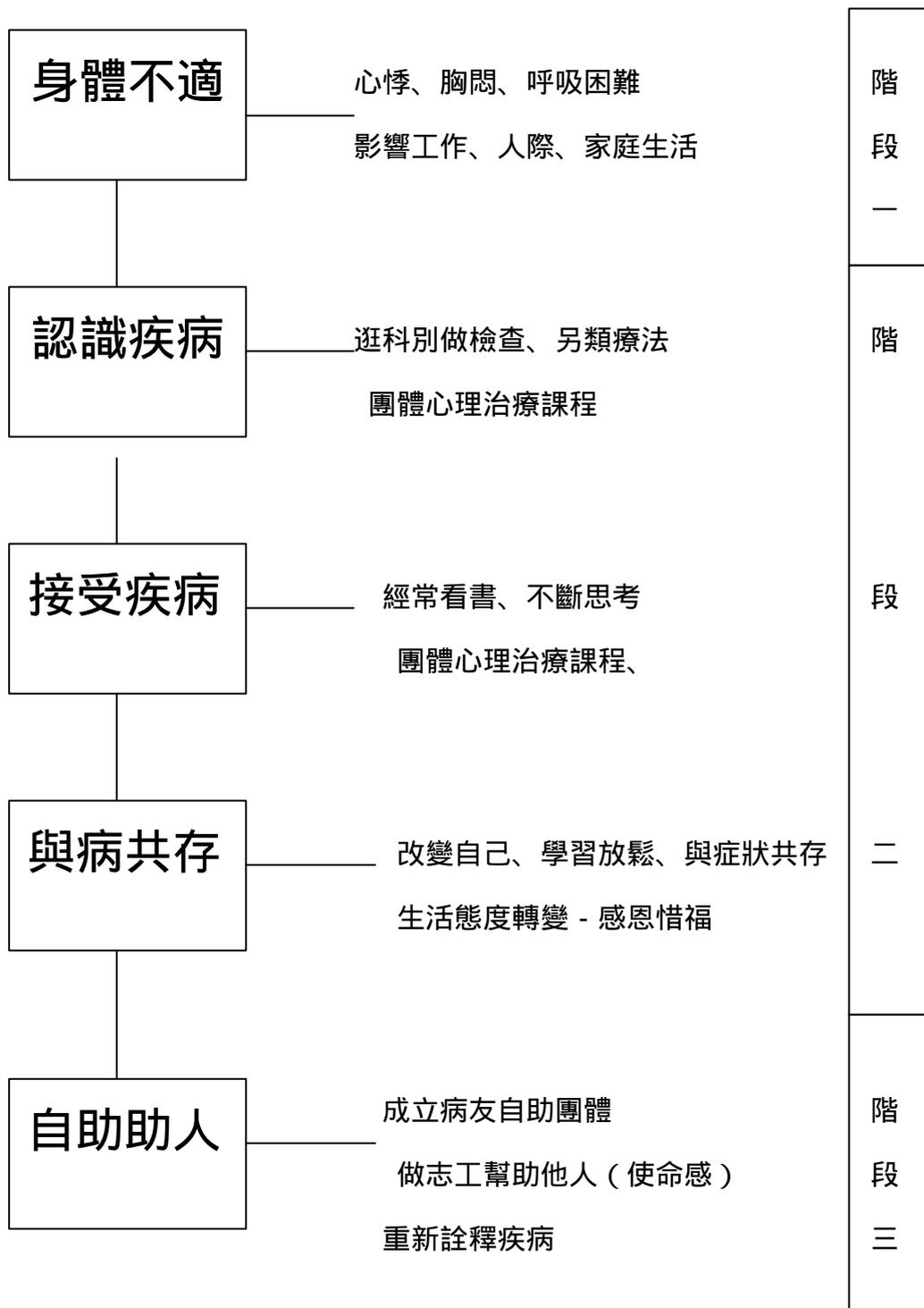


圖 4.1-5：小曾生病經驗過程流程圖

小陳：

表 4.1-7：小陳基本背景資料表

編號：F
性別：女 年齡：37 年出生 婚姻狀況：已婚
教育程度：大學畢業
職業：公務人員退休
宗教信仰：一般民間信仰與佛教
家庭結構：小家庭
初次罹病年齡：40 歲，住院多次
罹病至今：10 年以上

病況描述：

現年五十八歲，國小老師退休。二十多年前因為身體出現厭食、全身無力、呼吸困難而急診住院治療，之後陸陸續續住院多次，嚴重影響家庭生活與工作，雖然做過全身檢查，仍無法查出病因，直到最近三年三次住進南部某精神科專科醫院，才對疾病有開始認知，也因為住院參加認知課程訓練開始認識自己。生病期間也曾經因為不知該怎麼辦而去求神問卜，但感覺沒有效果。因為不想讓孩子為自己擔憂而積極尋求治療與改變自己，後來經由醫師推薦至愛心會做志工服務，開始將注意力由身體上的不舒服轉移至其他事務上。在一次偶然機會看見恐慌症宣傳單才確知自己得的是恐慌症，並開始了解病因及努力改變自己，調整生活態度。個案本身對精神科沒有污名化現象，不會介意別人知道自己在看精神科，生病過程先生會陪伴就醫，宗教也提供一些心理支持。目前已能察覺自己、改變自己、知道症狀來時該如何處理，生活中也較注重休閒，個案對整個生病過程視為一種琢磨。因為得過別人幫助也希望回饋他人，目前是愛心會志工，對志工服務具使命感，希望能幫助別人幫助自己。

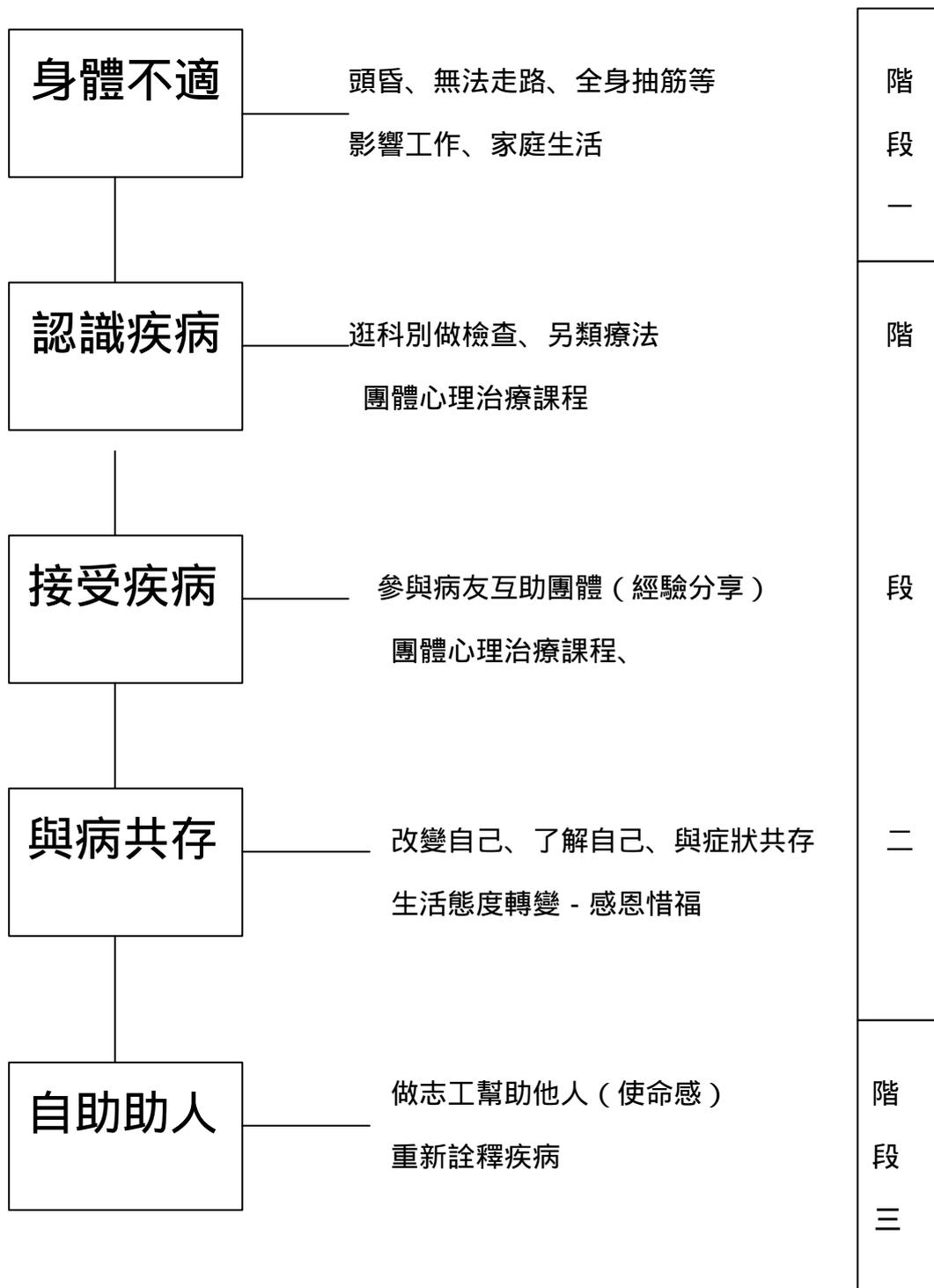


圖 4.1-6：小陳生病經驗過程流程圖

第二節 研究結果分析與發現

在分析研究對象生病經驗訪談逐字稿之後，研究者先將訪談文本加以編碼，（編碼範例見表 4-2.1）再依據研究問題，透過重複閱讀每位研究對象的文本獲得一個整體性的了解之後，將其中有意義的句子粹取出意義，再將相同的概念歸類組合成一個主題，最後共得三個主題，包括與疾病遭逢、與疾病共舞、跳脫受困的心靈。每個主題又細分為二至十一個不等之次主題。表 4-2.2 為研究結果之主題與次主題歸納整理，分析解釋詳述如下：

表 4.2-1 訪談文本編碼說明範例

編 號	說 明
A3004	A 表示為第一位受訪者—小林 3 表示為第三次訪談 004 表示為受訪者回答之第 4 句陳述句
A 網 20060627	A 表示為第一位受訪者—小林 網表示是從安心會網路上討論區截取之資料 20060627 表示是在 2006 年 6 月 27 日張貼
B2190	B 表示為第二位受訪者—小美 2 表示為第二次訪談 190 表示為受訪者回答之第 190 句陳述句

表 4.2-2 研究結果之主題與次主題歸納整理

研究發問	生病經驗	主題	次主題
生病過程想法及感受	與疾病遭逢 (焦慮的開始)	躲在暗處的怪病 --心事誰能知	(一) 苦不堪言、生不如死 (二) 痛不欲生、誰能救我
如何面對與因應	與疾病共舞 (治病的過程)	一、求知--認識疾病 二、頓悟--接受疾病 三、轉念--與病共存	(一) 不斷做檢查 --逛醫院、逛科別 (二) 要神也要人 --民俗療法 (三) 究竟怎麼了 --對治療過程的感受 (四) 終於了解 --認知疾病 (一) 原來如此 --病因解釋 (二) 感謝陪伴 --心理支持 (三) 眼光傷人 --精神疾病污名化 (四) 展開行動 --改變 (一) 和它做朋友 --與病共存 (二) 我改變了 --生活態度轉變 (三) 治癒感受 --痊癒定義
	跳脫受困的心靈 (走出疾病幽谷)	浴火重生--自助助人	(一) 使命感 --志工生活 (二) 感謝它 --重新詮釋疾病

階段一：與疾病遭逢—焦慮的開始

焦慮疾患患者在接觸焦慮症狀時，因為反應出來的是種種各式各樣的身體上不舒服，因此會以一般生理疾病的方式就醫，心臟跳動快速、胸悶、心悸就看心臟科，頭痛失眠就看腦神經科，脹氣、拉肚子就看胃腸科，但是隨著檢查結果報告正常與治療無效，焦慮疾患患者的內心會出現一些與一般疾病不同之感受。在這主題中，研究者將其區分為二，其中包括接觸疾病當時對疾病引起不舒服的感受、以及生病對生活所造成之影響兩方面來探討。

躲在暗處的怪病—心事誰能知

明明是身體上的不舒服，誰會想到是因為心理的疾病所引起。生理的種種不適是造成自己體認到自己生病的源頭，然而因為焦慮引起的不適反應在每個人身上的症狀並不相同，有些人會失眠、頭痛、喉嚨異物感、心悸、胸悶、有些人則會有說不出來的不舒服感。總之，生活變成是在不斷解決症狀與處理不適的一連串痛苦的開始。

（一）苦不堪言、生不如死

一開始，焦慮以各式各樣不同的症狀出現，這些不同的症狀對個案來說卻是相同的苦不堪言，一種沒生過病的人無法體會的感受。

在小張和小曾身上我們發現，很多生理上的不舒服是在生病初期，但是到後來伴隨的是一連串不同的、反覆的症狀，雖然經過藥物治療，能減輕部份的痛苦，但是卻只是短暫的，只要藥一停症狀就來再來，反反覆覆不同的症狀變化，讓個案認為，自己究竟是哪裡出了毛病。

「身體上的症狀就包括我會頭痛啦，頸肩胛會僵硬啦，腰酸背痛啦，偶而胃痛啦，眼睛會乾澀啦，會很疲勞啦，會有一些倦怠感啦。」 A1004

「有時候這個症狀頭暈、不然的話喉嚨有異物感、不然就是手腳麻麻的要中風似的、眼睛乾澀，不是剛發生就有這些症狀，有時後腳酸有時後眼睛澀，可以說這四年當中這些症狀，這些症狀一直重覆反覆的運做，藥吃了有比較好，四五小時又來了，讓人覺的一直不舒服。」A3074

「就心悸嘛，胸悶嘛，脹氣，拉肚子 覺得呼吸好像有點困難，然後就胸悶悶的，然後頭好像暈暈脹脹的，然後手腳好像怪怪的。」E1169/E1009

除了生理上的不舒服，焦慮也會以心理層面方式出現來干擾個案的生活。小美和小曾在生病的這段日子裡，經常飽受焦慮害怕的折磨，一段時間就浮現的害怕感覺，讓小美和小曾一直很苦悶，也一直活在害怕、緊張、不安之中。那種害怕是一種為了擔心下次不好的感覺又上來的一種害怕，在生活中一直惡性循環下去

「那心情開始就有點動搖，有點不舒服，心裡就有點不舒服，那開始不知道為何無緣無故就轉轉轉，變成焦慮 變成很就是很那個，那種經驗是很不好的，然後這一段時間就好起來了，好起來但是我又很害怕這件事情又出現，我那時候大部分3個月、兩個月就會出現一次這樣子。 不好的想法又帶進來了，又往下低落，又開始一直害怕一直害怕一直焦慮，那個不好的，那個腦筋裡面不好的印象又在那邊重複倒帶 這樣子的經驗讓我就很害怕，一次又一次來了，會好但是幾個月又來了，那我時常這樣子我會很難過。」B1055-1057

「症狀來的時候會不舒服，但這個情況在你的心裡還是停留在怕的那個 你會去預知下一次是什麼時候會來 」「E1040-1042

生理上和心理上的症狀，至少是可以形容給別人聽的苦痛，有時焦慮甚至還會以一種讓人無法用言語形容的症狀出現，就像小謝在生病中，雖然很明顯的感受到身體的不舒服，但是卻無法用言語來形容、描述出自己的感受，在小謝身上，焦慮引起的不舒服就像是觸電一般，電流跑上跑下的，讓人坐不能坐、躺不能躺。

「身體非常的不舒服，那種不舒服喔是..就是好像身體有一種變化，阿那種變化..是要上來的時候好像有點 好像觸電的感覺，然後那個電好像在你身上跑上跑下跑上跑下，阿你整個人就會非常不舒服，然後那種不舒服又沒有言語可以形容。」D1003

「我那時候痛苦到呼吸都很急促，然後一直吸一直感覺缺氧，心跳太快，快到我有點承受不住，嘿，然後不能，ㄟ，幾乎不能吃、不能坐、不能躺。」 D2005
「就好像觸電。背部噏（台語），然後到腿好像有觸電一樣那跑來跑去，那時候我不知道那個是什麼，然後你腦部好像會起了化學變化，那就很奇怪的那種，啊你就會知道你人不舒服，但是你講不出，講不出說我胃痛或者是頭痛或者是感冒，那個症狀你無法去表達的那個。」 D2082

當所有各式各樣不同的症狀同時出現在個案身上時，更是讓個案摸不清楚頭緒，只能選擇默默接受。對小張來說，除了會頻尿、睡不著、坐立不安外，還有一種害怕不祥的感覺會纏繞在心頭。

「反正就是那個系統會亂掉，有時候是便秘、坐立不安，有的時候是會頻尿，這是造成身體的不舒服，然後也是會影響到睡眠。」 C1027
「剛開始的時候就是坐立不安，都會感覺到說是不是將有什麼不幸的事要發生，白天是緊張，有時候都會頻尿，晚上就是睡不著，容易驚醒。剛開始的時候我也不知道是怎樣。」 C1001

當所有的症狀集結一起一擁而上時，就像小陳的感覺一樣，沒辦法說話、沒辦法行動、沒有力量，簡直就像是靈魂出竅一般。

「整個身體就是頭昏、頭重、眼睛睜不開，然後就是這樣子不能動 然後就是無法走路，東倒西歪，手抬不起來，不能吃飯，心口疼痛、吐，一直吐，就不像人。」 F1035
「最後也是變本加厲，我的症狀很多，甚至裡面都抽筋，玩那個腳底抽筋，看不出來都是皮肉傷，外面都是沒有抽筋的，都是裡面的神經繃緊，抽痛至全身，整個人就是不知道要怎樣，躺也不是坐也不是那時候。」 F1037
「早上起來就已經不能下床，已經不能下床，下床的時候昏眩 兩隻腳發軟 吐我在上廁所，我沒有辦法站，整個昏眩太厲害了，趴在他（先生）的肩膀上，全部吐..吐了他全身都是，全部癱瘓，也沒有辦法說，我幾乎沒有辦法說話，整個人好像靈魂出竅，就是這樣子 然後我知道我的兩眼直瞪，沒有辦法轉彎，然後連手要拿起來的力量都沒有，全部都沒有力量，然後就是想吐，然後就是很痛，整個心口、胸口很痛，然後讓整個人就是要崩潰了、就是這樣子我真的很難過。」 F1003

因為症狀的不確定性與多變化，加上對精神疾病的認知不足，讓個案經歷漫長時間、體力與生活上痛苦的煎熬，種種症狀上的不舒服，更是衝擊病人原本的生活，無論是在經濟上、工作上、家庭互動關係，以及人際關係上均造成嚴重影響。

小林就是很明顯的因為疾病社交減少，幾乎到與外界斷絕、不敢作任何事情只能待在家裡，導致家庭失序，甚至因此提早退休。

「很嚴重!不敢開車,不敢外出辦事,所以辭去工作,拒絕親朋好友探視,將近一年與世隔絕,生不如死...A 網 20060627」

「所以說幾乎與外界斷絕，包括我的同事、我的親戚朋友，要來家裡給我探病，我通通拒絕了。 那個時候幾乎都與外界斷絕了，我不出去也不曾那個，包括我不敢去買東西，我若去買個早餐我都支持（承受）不了。」A1015

「我以前不敢開車，生病的時候我不敢開車，做什麼都不敢就對了 不敢出門上班，她（太太）還要陪我去。」A1066/A3075

小美的情況也是一樣，只是因為當時未婚，在生活上有父母親幫忙影響較小。但是婚後，在處理家庭生活事件上與人際關係上就會有力不從心的感覺。

「那時候就是上班也斷斷續續去上，然後又不太敢去上班，阿然後又辭掉工作，就是一直 心理假如有障礙的時候我就不敢去上班，就把他辭掉，阿就斷斷續續一直都沒延續在上班。」B1004

「我最最傷腦筋就是，我的人際關係會不好，然後又要面對我的公婆，要面對我娘家的人嘍，有時候一些事情也是必須我來處理啊。我那時候就比較沒有辦法去處理，比較「卡那軟」（台）就是比較退縮，會有這樣子的症狀。」B2053

「多少都會<影響人際互動>，因為你比較不喜歡講話，人家就不會跟你打成一片。」B1052

生病除了讓小張因為回鄉下接受治療而失去工作，也讓小張變得像刺蝟一樣很難與他人相處，漸漸的就失去同事、朋友與工作。

「回到高雄來的時候(咳嗽)，父母親就強制我回鄉下，工作丟了，也不丟也不行啦，因為我都做不來啦，哪個..哪個工作可以讓你做一天停二天的，自己做頭

家也沒法度安ㄟ 後來回到高雄來的時候(咳嗽)，父母親就強制我回鄉下，工作丟了，也不丟也不行啦，因為我都做不來啦，哪個..哪個工作可以讓你做一天停二天的，自己做頭家也沒法度安ㄟ。」C2044-2045

「就是變成好像刺蝟一般，跟人家很難相處，然後漸漸的同事之間討厭你，漸漸的同業之間避著你 有朋友變成沒有朋友。」C2043/ C1073

「我曾經六年沒有出去賺錢，六年都沒有去賺一毛錢，都關在家裡。」C2149

小謝雖然只是家管，卻也因為疾病症狀導致整個家庭生活失序，無法做家事、無法盡心照顧小孩、整個生活因此變得緊張。

「我得了這病以後，喔，很多事情都沒辦法做，比方說家事沒有辦法作，嚴重的時候，根本連家事都沒辦法作..每天就坐在椅子上發呆阿，然後整個身體縮成一團。」D1099

「那對小孩子的照顧就比較沒有辦法盡心盡力。」D1110

「整個生活步調就會跟著比較緊張一點，就是人就是會有不舒服的症狀的情況，那通常就是 我會避開小孩，我不會讓小孩看到就是我的樣子..會自己扛，那如果說只是情緒上不舒服的時候，對小孩子當然就沒辦法..在教育上，功課阿，就沒有辦法給他訂得很好。」D1111

小曾則是一直將注意力關注在自己的身體上，漸漸的與家人越來越疏離，朋友也越來越少，尤其生病初期那幾年，幾乎沒有朋友，也不敢出去，最後甚至把工作辭了，在家像小孩一樣依賴。

「跟小孩子的親子互動阿 變的慢慢就不好了，那時候你只是想到你自己的身體，你的下一個下一個小時. 下一個小時會怎樣.，下一分鐘會怎樣，你根本不會顧及周遭的事情。」E1108

「就這樣過了一個月之後，也沒辦法工作，就這樣子，整天渾渾噩噩，然後去上班都不舒服，這樣心悸又覺得很不舒服，這樣就把工作辭掉了，然後在家休息一個月。 沒有職業，把工作辭掉了。然後就跟小孩子一樣，我太太要上班就把我帶到我媽家寄放，然後他下班在去我爸媽家把我接回來。」E1013/ E1039

「有幾個朋友剛開始幾乎都會來找，後來就變9個阿8個阿7個阿6個543210就這樣了。」E1259

生病多年來，小陳雖然保有工作，但是卻因為病經常請假，也因此每年考績都是丙等，他人認為自己生病時與沒生病時判若兩人。在家庭照顧上，因為自己的經常生病，又沒其他人幫忙，小孩就像是沒人的一樣。

「我請假很多，所以我考績四年丙等。」 F1046

「對家庭的影響，孩子就像沒人的，沒有人幫忙。」 F1048

「我是病的時候就像一條蟲，好的時候就是很活潑，我好的時候是會帶動別人這樣子，那人家就會講說判若兩人，前後是判若兩人，好像就是等於靈魂出竊，然後靈魂沒有回來。」 F1006

（二）痛不欲生、誰能救我

因為誤以為症狀的不安、痛苦是眼前的大敵，以為只要症狀消失，疾病就痊癒了，然而越是壓抑越造成不安，越是不安越加深焦慮，精神交互作用使得焦慮疾患患者從擁有到失去、從希望到絕望，讓人產生病苦的感覺。在治療過程中，因為治療沒有起色，個案會在心中不斷吶喊，孤單無助的感覺，不知有誰能夠了解我的苦，加上生活作息、職業功能、社交、人際互動均受影響。面對不可抗拒的病，個案會有一種被病控制一切的感覺，此時個案對自我的概念會動搖，出現極端負面的情緒，會憎恨上天為什麼是自己生病，害怕自己成為家人的負擔而有罪惡感，覺得自己是個沒有用的人，怨天尤人、有生不如死的感覺，到最後甚至放棄自己，萌生自殺念頭，失去對自我的價值感。

在那一段生病的日子裡，小林回想起來，深深覺得那簡直不是人在過的，比起得癌症更加的苦，因為如果是癌症，在早期切除後就可恢復原來的生活，但是焦慮症卻不行，焦慮症不但影響小林所有的生活，更讓小林對自己喪失信心，覺得自己是沒有用的人。

「每天都這樣，那種生活不是人在過的生活。」 A3082

「我就說，得這種病比得到癌症更加痛苦。」 A1061

「我為什麼還不會好不會好，這藥吃那麼多了，已經吃一年兩年三年過去了，為

什麼還是醫不好，阿我們人會發生提問阿，難道這種病就要這樣持續下去嗎，阿心情就越來越不好，阿我一生完蛋了，人生無望了，我人生黑白。」A2025

長時間遭受疾病的折磨，更讓小林感到怨嘆，覺得自己從未做過壞事，不知道上天為什麼會讓自己得這種病，如果這種症狀永遠無法治療，不如死一死算了，因而萌起自殺的念頭。

「我們從以前到現在都在做好事，也不曾害人，怎麼會得此病，在我身上，也是怨嘆！」A3082

「假如這一種症狀永遠都不會好，像這樣行屍走肉，我覺得人生很痛苦...我曾經有過自殺的念頭。」A3080/ A1035

一直在心理問自己，自己應該怎麼辦？是小美藏在心中的問題，因為對疾病的不了解，每次症狀來時，除了默默忍受外，小林不敢告訴家人、只覺得很無助，不知道有誰可以幫助自己、甚至覺得對人生失去希望，出現自殺念頭。

「我心情假如低落的時候，阿我就覺得不知道該怎麼辦？」B1005

「對對我那時候我真的真是以為我都不有效的時候，很無望的時候，我曾經給我想說，拿我爸爸的藥吃（自殺）我沒有行動，只是在想，都是在想而已，自己在想說，嘿，我真的人生裡面也很無望啊，因為我也不敢告訴人家，啊也不知道怎麼去解決我這個心理的困擾，啊也沒有，也沒有人可以幫助我，也不敢告訴人家，啊我覺得我真的人生，真的好像已經走到好像沒有路可走了。」B2206-2207

對想光宗耀祖的小張而言，生病無疑是對自己的信心完全瓦解，從一個照顧家人的大男人轉變為依賴的病人，簡直有口難言，也曾怨天尤人，怨嘆為什麼得精神病的人是自己，更是經常在半夜裡醒來，看著家人默默的留著眼淚，心就像刀在割一樣，覺得愧對家人，很沒面子也沒尊嚴，當然也出現多次自殺念頭。

「一個很沒有尊嚴的病人，以我男孩子的角度來講我是這麼覺得 因為男人以後就是強而有力的肩膀，就是保護人家的，怎麼可以焦慮，還在不安，還在恐慌，還在怕 男孩子得這種病，難道有看過男小鳥依人，所以我覺得是一個很沒有

尊嚴的病人，很痛苦。」C1070

「一個晚上醒很多次，然後起來後，看旁邊的太太跟小孩睡的很好，自己很羨慕又不知到怎麼辦，然後看著他們又會偷偷流眼淚。因為我會想說，這邊是我太太，那邊是小孩，人家把他們的人生交在我的手上，就是看能不能好命，那我今天給人家什麼，還有我這麼年輕小孩子還小我得這種病，還這麼久都還沒好，會不會好？」C1027-1028

「心好像刀在割，本來我是希望給他們雍榮華貴啊，榮華富貴，現在變成我要靠他們來幫忙，自殺念頭出現多少次啊！」C2158

對自己喪失信心、對家人有罪惡感也是小謝相同的感覺，因為生病，小謝對未來毫無把握、感到絕望，心情低落到不知道自己為什麼活著，只能對著山吶喊，詢問上天自己究竟做錯了什麼，為何要這樣對待自己，甚至覺得自己即將死亡，開始交代遺言。

「生病的時候你會對自己完全喪失信心，你所有的自信心完全忘記，然後，對未來毫無，不知道、未來是什麼，然後你會覺得責任未了，責任未了，然後自己卻自己活不下去，那怎麼辦。」D2221

「我的感覺就是，我沒有上班又沒有把自己的身體照顧，然後我認為是愧對小孩、愧對我先生。」D2061

「因為我那時候狀況真的不好到嘍，嗯，只能夠對著那個山啊吶喊 痛哭這樣 那你又會覺得我到底作錯了什麼，為什麼會是這種，這種狀況，嘍，為怎麼老天爺要這樣的懲罰我，啊感覺就是說，你如果要讓我死就直接死快一點啦，何必要這樣子拖著嘍，然後嘍，那感覺是非常痛苦，因為那不是一天二天就可以痛苦熬過就算了，那個未來是不知的，就是說你根本不知道你什麼時候會好，或著不會好或著會好都不知道。」D2006

生病三十多年的小陳，有時候也會埋怨、難過，或許自己是上輩子做了什麼不可原諒的事情，這輩子才要來受這樣的苦。

「那時候只有埋怨! 那時候只有 :很難過! 就是,難過的為什麼會這樣子!」F1169

「以前會,以前埋怨的時候會,我前世..人家說你前世是做多壞,這輩子要這麼難過(台語)。」F1141

因為男人角色的問題，小曾在生病過程也出現和小張相同的感覺，覺得自己吃軟飯、靠老婆養很沮喪，也發現朋友之間的冷漠以及社會的現實，對自己不知道會病多久、生活沒有目標而感到沮喪。

「也很沮喪阿. 為什麼一個大男人要讓人家養. 是不是這樣. 一口氣嚥不下去, 你會去抱怨, 然後又沒辦法做, . 所以很沮喪. 然後就這樣你會更焦慮更沮喪。」E1107
「你會覺得很冷漠嘛, 你沒有生病大家都把你當朋友, 你一生病大家都丟了, 就錦上添花喔大家都來了, 就雪中送炭喔, 跑的沒幾個, 你會有這種感覺ㄟ~更深刻, 真的, 真的會很深刻, 沒有生病, 叫門前若市啦, 破病了叫做門雀可羅越來越少, 那你會覺得很失望, 社會的冷漠 反正就是會讓你看清楚什麼人生的很多事情。」E1260-1261/E1283

在第一階段，六個個案對自己都有極端負面的想法，很多沮喪、罪惡感、無助、絕望，因為面對疾病，個案不知道究竟會不會好，要治療多久，沒有辦法計畫未來與對未來失去信心，其實這些都是來自於對疾病的認知不足所造成的感覺，一直到進入第二階段，個案開始與疾病共舞，開始接受治療，認知疾病，最後學會與病共存。

階段二：與疾病共舞—治病過程

症狀的出現讓人感到不適，個案會開始尋求一些醫療專業人員的幫助以改善症狀帶來的一切不適感。當醫療專業人員的幫助仍無法獲得症狀的改善時，個案會尋求傳統非醫療專業另類療法，為求痊癒，無所不試，即便根本不相信鬼神論者，亦不得不屈服在疾病的威脅之下，只能默默接受，直到治療成效出現。或許是一個因緣機會，或許是別人的一句經驗談，讓病人頓悟到疾病的一切，進而轉念，努力改變自己，與病共存。在這階段中，研究者將其區分為三個時期，其中包括（一）求知--認識疾病；（二）頓悟—接受疾病；（三）轉念—與病共存。

一、求知--認識疾病

當身體出現病痛時，尋求醫師診治是理所當然的事，但是在求醫前常須先知道自己是可能罹患什麼疾病，才曉得該看哪一科才對。由於一般人對精神疾病較不了解，再加上相關醫療資源缺乏，使得焦慮患者在求醫過程中處境艱難。剛接觸疾病時，患者往往不知生理的不舒服是來自於焦慮的問題，因此，四處求醫，從這科檢查正常後又到另一科檢查，或從這醫院看診後又到別家醫院重複看診，出現逛科別或逛醫院的情形。除了婦產科與小兒科未看診外，其餘該做的、不該做的都做了，為的只是希望能脫離疾病。在這階段，個案除了會尋求醫療幫助擺脫症狀的糾纏，患者也會尋求另類療法，選擇接受非專業醫療的幫助。在治療過程中，個案覺得專業人員並未提供相關訊息給自己，並對治療人員的態度感到質疑與不滿，最後讓病人持續抗病的動力則是家人的鼓勵和支持。

(一) 不斷做檢查

因為不確定自己生的究竟是什麼病，小林與小張積極的尋求醫療治療，即使已經由醫師診斷為焦慮症，還是一科一科的去做檢查，為的只是想更確定，自己生理上的不舒服究竟是身體器官病變引起的，還是由焦慮症所造成的。

「還在看精神科的時候阿，我還是有點疑慮啦，我是不是一定是焦慮症阿？因為我一定要排除我器官上的任何疾病，..還是一科一科的都去檢查。常常在檢查，常常一直在檢查，除了小兒科跟婦產科以外，其他通通科，長庚的通通每一個科我都看過了。」A2009/A2010

「剛開始看內科、家醫科、內兒科，之後我有看心臟科，做心電圖，心導管沒有啦！就心電圖，檢查的結果心臟沒問題，排除了這些身體器官了之後，才接受精神治療。」C1005

小謝則一直以為自己生理上的不舒服是婦科方面造成的問題，因而不斷的處理關於婦科方面的症狀，到後來，變成只要覺得自己哪裡不舒服就不斷的尋求那

方面的檢查。

「那時候應該是恐慌症的症狀，但是我不曉得，就一直在看婦科，就覺得婦科非常容易，然後就覺得整個症狀，就好像..像婦科，就卵巢發炎阿。」D1051

「然後，嗯，我那時候曾經去做過怎麼超音波，包括那個怎麼，肝臟、腎臟怎麼喔，全部都做調查，檢查出來全部都正常，只有說有輕微的那個脂肪肝。然後那個，就是說有一些症狀我都以為我是不是有糖尿病，或是怎麼病。」D1180

小曾和小陳也是因為不知道自己身體究竟哪裡出了問題，而開始針對身體上的不舒服開始檢查，一直到所有科別檢查完。

「什麼全身檢查啊，都檢過，哪有什麼毛病，還有什麼腦啊，然後腦波以前都有檢查過。」F1004

「再過三天之後還是會這樣，就開始去做檢查，然後到恩~心臟內科去做心電圖，然後做24小時的心電圖，他說正常，只是心跳快一點，那他說又沒有達到心律不整的境界，然後去做胸部X光，然後去做胃鏡，然後應該可以做的我幾乎都做了，除了婦產科跟小兒科沒有去，幾乎..」E1012

(二) 要人也要神

當各科檢查結果都正常、藥物治療一段期間仍無效之後，個案會開始尋找另類療法，可能是朋友介紹，也可能是家人關懷無法推辭，或許是算命的、或許是吃健康食品、收驚、改運、問神、做法事、改家裡方位、吃草藥，但是無論抱持什麼心態、什麼儀式，為的只是希望盡快找出病因解決，早日脫離疾病與症狀的痛苦，但結果卻通通無效。

「我也曾經去收驚 問神拜佛 改運 .我也是都照做了，對吧，後來這些無效，我回過頭來去吃健康食品， ..我通通吃，結果通通無效。」A1010

「媽媽他知道我心情不好這樣子，阿我媽媽就跟我說，阿不然我們去那裡看，我就說好阿！我們就死馬當活馬醫這樣，還是活馬當死馬醫這樣子我不知道！但是就是這樣子跟著他去，阿但是也沒有用！也沒有用！」B1028

「問過很多地方，人家宮的也有，大間廟也有，神明壇也有，也有說你有卡到，乩童神明附身，叫做地理師，台灣人好像都必須這樣（求神問卜），不

這樣心不安 去拜祖先的阿，問阿，問神明的阿，總總阿，收驚啦，做法事這方面的 接受精神治療的時候，也是在問神明，也有在問。」 C1020/ C1022/ C2045/ C2049

「如果在以前的話，我會認為那是怪力亂神，但是你如果自己親身經歷過著個病以後，你會去理解說，他們為什麼會 ___。就是說，如果說病情沒有控制下來的話，那就是說醫生幫不了你阿，你只好求助於那些未知的那種。」 D1085-1086

「有神明也有算命。因為剛開始時藥吃下去好了但是還會發作阿，前面那幾年會啦，前面那差不多1.2年內找過三個算命的，因為你服的藥還是偶爾會發作，所以吃藥都吃不好，不是說好了就都不會來阿，結果就醫不好阿，只好..你就很惶恐，就想說，你就在思考說，是不是怎樣，是不是去卡到陰ㄟ阿，是不是你的八字不好阿，還是怎樣，然後就跑去問這些神明。」 E1165

「那我的爸爸媽媽覺得說我變得這麼重了不行，他們兩個老的就從台北下來，帶我去我們高雄鹽埕區什麼媽祖廟，說那個要去問那邊那個不錯怎樣怎樣的，其實我先生蠻鐵齒他也不信這個的啦，我也沒辦法，我就跟他們去。」 F1011

(三) 究竟怎麼了

除了繼續尋找他方治療外，個案也開始積極的尋求對疾病的了解，希望能透過了解疾病進而知道如何抗病。此時，對疾病的認知會影響病人繼續治病的方式。個案想知道的，是關於疾病的所有疑問，包括引起焦慮的病因、為什麼會發作、接下來的病情變化為何，該如何控制病情，服用藥物的作用與副作用，以及是否能完全治癒，但是弔詭的是，在六位訪談個案之中，個案覺得對疾病的認知並不是來自於醫療單位的幫助，這些個案都不只一次強調，醫療單位給的幫助是短暫的、片面的、有限的，甚至認為醫師只是一部開藥的機器。對治療人員的態度、治療過程的感受也大多是出現負面的情緒。

小林在治病四年過程中，是透過不斷進出圖書室閱讀相關書籍以及網路詢問來認識疾病，在就醫過程中，小林覺得醫生給的幫助幾乎是零，醫師就像一部開藥的機器，除了開藥還是開藥。

「這些知識是從網路上陸陸續續，我去尋找去找到的，我去找到，所以說，可以說在醫療方面，一對一的醫療方面，根本醫師它沒有給我很大的幫助，完完全全都沒有。」 A1006

「所以我對醫生，對，對精神科這一部份我完完全全都不信任，我不信他那一套啦！他給我的印像只是一部開藥的機器，他實質上沒有給我什麼，真的真的實質上沒有給我什麼。」 A3079

不只是在就醫過程未提供適當關於疾病的資訊給個案，有時還會說一些傷害到個案的話語，小謝在就醫過程中就有這深刻的體悟，他覺得醫生看診的態度讓人覺得質疑，也很不以為然，覺得醫生沒有辦法體會到自己生病的苦，最重要的是，在就醫過程中，因為對疾病的不了解，讓小謝覺得更惶恐與無助。

「講一些有點諷刺的話，那那時候我就覺得踏出那個大門，我就覺得我很無助，然後也覺得很惶恐，然後然後我也覺得這個醫生到底在看什麼病，就會覺得有點質疑啊！」 D2126

「那時候就是說，他可能問了一些問題，就是給病人感覺很不舒服，回答的..讓病人覺得非常的不舒服，然後最後要走的時候，你還告訴我說，我今天如果是你的話，我不會來看這個診 讓我覺得我人就是在生病了，你還這樣告訴我這樣的話，那我會覺得很難過，然後後來我就換一個醫生的門診了，那另外一個醫生的話就 比較好一點啦，但是我是覺得他好像在下藥方面，好像也沒有很準確啦，那就覺得很無助，很恐慌，很害怕。」 D1045-1046

對小美與小曾而言，就醫過程最難過的，就是藥物一直無法將症狀根治，雖然也試過心理諮商、生理回饋治療，但是效果都不好，求醫過程也出現與醫生感受不同的狀況（個案自己覺得病未好，可是醫生卻說不用再拿藥）。

「他一直給我探討，他就說你也沒有 你覺得你有什麼病阿？你很ok 阿！你為什麼要 <一直吃藥>我說但是我情緒不好的時候， 我，因為我好好的時候我是吃到，我是吃藥好的，我是去給他看，跟他拿藥 .」 B1005

「第三次去那個醫生就跟我講說，阿那個錢繳一繳你不用來哩，你好了！我奇怪我什麼時候好勒，我還是一樣沒好阿，然後第四次又去，他說..阿你怎麼又來。」 E1022

小張也覺得醫生看診時間太少，沒有讓病患講述病情的機會。

「內科家醫科內兒科把我當作感冒，可能也是他們在忙不想聽我說太多，阿你現在是怎樣，反正心理的他不聽，就針對你症狀給藥，其實我那時候所謂焦慮是從心理出來的，我想要講，但是他沒有給我時間沒有我機會，然後拿藥回來就吃。」 C1004

『很慘』是小陳對就醫過程的感受，生病二十多年，陸陸續續住院多次，卻都只是接受藥物治療而已，關於疾病的資訊，居然是來自於愛心會的一張宣傳單，小陳覺得為什麼看病這麼久，居然沒有一位醫生告訴自己，原來自己是恐慌症。

「很慘，生病那麼久，有一個病友從愛心會拿一個恐慌症的特質給我，裡面合乎的我就有12樣，我就是恐慌症為什麼沒有人告訴我，我就是恐慌症，恐慌症的治療方法、現象，怎樣去處理，當恐慌症發生的事情，我都把它看過一遍，我才猛然發現我真的是典型的恐慌症，然後我已經知道要怎樣去處理，現在我已經處理的很得當，那為什麼沒有人早一點告訴我這些事情，讓我朝這個目標去做，給我藥物，讓我休息，只是告訴我一些憂鬱症的方法，但是恐慌症一發生怎樣處理都沒講，所以我發現到說為什麼醫生都不告訴我。」 F1036

「就是陸陸續續的很多次的進出這個醫院，那麼過去的治療方法大部份只有吃藥，沒有說什麼上課啦，或是問你一些什麼什麼精神方面的什麼問題，那幾乎少知又少，我只知道難過，只知道那時候就覺得病一發作，我就覺得說要窒息、要昏倒，那種感覺，那時候醫生只有講我是精神官能症，只有說我是精神官能症。」 F1001

即使藥物治療無法解決個案的問題，家人的支持和鼓勵是自己更加積極求醫的動力。家庭責任重大是促使小美與小陳積極求醫的動力。

「20幾歲我結婚了，我27歲才開始去（就醫）我才找到心理醫生，因為我自己覺得我已經結婚了，我的擔子很重，我還有小孩子我不是我一個人，我覺得這個我必須去把他解決掉，我的心理部分我一定要解決掉 我覺得我的責任必須要把我的情緒管理---好我才能夠去教育小孩子下一代，而且那時候我還跟阿公阿嬤住，我先生的阿公阿媽跟小叔住，那我覺得我這樣的情緒會帶給家人氣氛不好，所以我一直在想說我要怎麼解決我這方面。」 B1003/ B1004

「我只是告訴自己，我看到孩子很小，那時候還小的時候，那時候我真的對這些孩子很過不去，因為自己住院，而小孩子無人看管，所以我告訴自己我不想再生

病了，我要做一個，就是說健康且好好照顧，不要孩子就像沒人的 那時候給我一個感想，我真的是要把自己的身體弄好，不要讓孩子為我擔憂，我就是要給孩子一個健康寶寶的形象，不要讓他覺得媽媽是常常在那邊體弱多病或是什麼什麼意外事情。」 F1027

將未來規劃成藍圖也是促使個案求醫的動力之一，小曾就是用一種不服輸的心態，將帶病生活中的種種不好的感受轉化成積極求醫的動力，並對未來勾畫出的美麗的遠景，來激勵自己積極改變。

「覺得為什麼要吃這些藥，可能是一種不服輸的感覺，我為什麼要靠這個藥物勒，這麼大的人還要靠這個藥，我被他控制，我覺得我我不應該這樣，所以這是我走出去的原動力之一啦，第一個就是家庭都支持我，小孩跟太太挺我，讓我覺得我不應該在這樣沉倫也不應該再這樣沮喪，然後再來有時候覺得我幹麻要吃這些藥，然後我會把未來想成一個把未來的藍圖想成一張相片，一直存在我的腦袋裡面，它讓我走出絕境，它讓我把藥停了，然後再走出那種 .. 那種灰色的天空。」 E1065

「就很沮喪阿，就就就生活就很無趣阿，阿你要跟誰講說，我是真的，我不是騙人的阿，我就發脾氣阿，怎麼樣，就這些都是促使我跳脫生活的原動力之一，. 我有美景，我有我有目標，我有這些失敗的經驗不好的感覺，所以這些加起來就是我我要跳脫這種生活，我給自己就是要跳脫那種生活。」 E1113

(四) 終於了解

小林是在一次網路中無意間發現愛心會的，一封求救信成了自己的救命信，透過愛心會網路志工的回信，讓小林真正了解疾病、認識疾病，也因此知道，唯有接受疾病，把疾病當作朋友與它和平相處，才不會再被疾病所困擾。

「他陸陸續續他就跟我 e-mail 差不多有二十來封的 e-mail，私底下跟我通 e-mail，告訴我它的治病經驗的心路過程是怎麼樣的，它是怎麼樣走出來的，然後告訴我一些團療裡面的一些，他們參加團療的一些裡面的活動內容是怎麼樣的 那時候我就有一種概念，自己頓悟到的，頓悟到說，阿對，我這條路我應該要怎麼樣做。」 A1017

小美則是透過參與愛心會辦的認知課程，對疾病才有較多的認識，知道焦慮症只是一種文明病，就如同感冒一樣並不可怕，加上醫生也囑咐只要與病共存就好，因此才接受疾病。

「我是到來愛心會的時候，生活調適愛心會才知道，其實這個病不可怕，這種病不可怕，不像以前在在在那個角落裡面都不敢告訴人家那時候那種 那種焦慮那種害怕，比較是來這裡以後比較釋放自己，稍微開放自己了，所以敢告訴人家，然後還會覺得說，就與病共存了，嗯，啊，一直上課也有關係啦。」

B2079-2080

「那我自己本身是焦慮症，我也不希望說，把這個事情告訴人家，啊後來慢慢的我覺得..越來越多這個是文明病，因為我後來上課遇到這種症狀是很多人都有。 那我才想說，這個是文明病啊，這是身體的那個一個;就是感冒啊，唬、就是一個感冒而以啊;心理的一個感冒，也不怎麼樣，後來我才覺得說。OK 啊，嘿才知道那麼多人都生病了啦，啊也不怎麼樣。」 B2036-2037

「後來他就叫我不去，他說你沒有什麼，你還好阿你就心情不好的時候你就來拿藥，你就與病共存就對了。」 B1014

團體心理治療也提供一個讓個案了解疾病的機會，小曾和小陳就是因為參加醫院舉辦的團體治療課程中，才進一步了解，原來焦慮症並不可怕，而且跟精神疾病不同，最重要的是自己並不孤單，其實這種病是可以治癒的。

「經過團療認識之後，慢慢你會再去做思考，去檢討說，為什麼會這樣子。所以那時候你初期的時候，會看了很多書，那從很多書上妳就會慢慢體會，事出一定有因嘛，所以才會慢慢回想說，是什麼原因會造成這種現象。」 E1035

「幾乎都待在家裡不敢出門。然後在去團療之後才慢慢認識一些狀況，之後才自我訓練自己走出去 我覺得剛開始是灰色啦，後來參加團療後，慢慢把灰色調成彩色 團療幫助很大 ..給我認知，讓我更有原動力。」 E1043-E1045

「團體的課程，對，其實他們的，也許他們一句話一個眼神會讓我知道很多事情，也許別人不覺得什麼，對我來說我是覺得我悟了很多事情。」 F1003

「在這個團隊中，在認知課程，你就讓你忽然就這樣子頓悟了一些，譬如說好像井底之蛙已經看到一扇曙光這樣子。」 F1002

小謝則是因為遇見了之前的一位老師，老師對恐慌症的教導讓小謝了解更多關於疾病的知識，加上到醫院後參與愛心會團體，並詢問醫生，漸漸的對疾病的

認知增加，知道只有改變以往對治癒的錯誤認知，合理解釋症狀僅是焦慮的一種表現，就漸漸的學會了接受疾病。

「因為，時間久了你就要接受啊，對不對，就是說因為我的老師也是告訴我，他說恐慌症嘍，它不是什麼見不得人的疾病啦，他只是說一般所有的人都幾乎會有嘍，只是說到達要看醫生的那個境界，不一定因人而異嘍。」 D2062

「認識這個病是因為我台南這個老師他，把他所有的資訊都告訴我，他所知道的全部告訴我，然後後來我轉介到蕭大姐那邊的時候，蕭大姊也把這個資訊全部告訴我，然後也拿了一些資料回來看，那我後來也賣了很多書嘍。」 D2105

二、頓悟—接受疾病

或許是因緣際會，也或許是患者對上天的吶喊得到回應，患者會在此階段出現頓悟，突然的好像一切有了答案，看見了方向也知道該如何做。在這階段，個案會查覺到自己對疾病的錯誤認知，學會順其自然的去接納並感受到所有的症狀都是自然的，開始不將注意力放在症狀上，不再拼命想控制症狀或擺脫症狀，這時候，家人的支持與心理治療團體成員間的互相幫助、解惑、鼓勵、打氣，讓患者在對抗疾病過程中，體會到自己並不孤單，並且經由過來人的成功抗病經驗分享，得以更加了解疾病進而接受疾病並展開行動去改變自己。

（一）原來如此

了解與認知疾病之後，才知道原來自己會生病是哪裡出了問題，原來體質、個性與環境才是促使自己生這場怪病的主因，也終於了解自己誘弱性的神經體質、加上完美個性與環境壓力是促使自己發病的原因。

「我的個性也可以說，現在來說就是我們說的誘弱性的神經體質，也可以是這樣講啦，誘弱性的神經體質包括你的完美主義，你會反覆思考，對於一件小事情你好像就是放不開，你一定要把它做的合你的意，達到你的理想，這樣才有辦法達到我的理念就對了。將整個精神放在我的工作方面，包括沒有休閒

啦。」A1004

「其實我人比較敏感啦，其實我說真的啦，我焦慮症也是因為敏感我才會得這個就焦慮症 我自己本身也，比較調適的不好吧，抗壓性較差，所以我才會得到焦慮症，我覺得。」B2263/B2285

「我覺得跟體質有關係，就是說，可能是比較誘弱性格的人，比較容易會。」D2017

「體質，個性，環境，這三個加起來發病，沒有這三個，應該也不會發病，三者缺一，好像不置於構成發病。」C1024

「就是把自己弄得焦頭爛額，也就是說體力透支，太透支了，然後再加上自己以前是很容易緊張型的、敏感型的、不自量力型的、就是說求好心切型的，完美主義者，這些都是致病的原因。」F1030

「你以前的想法錯誤阿，讓你的壓力一直累積啊，想法錯心態錯你的壓力不會自己的排除，就會一直累積，累積到最後就暴掉了，你的病就發作了。」E1137

（二）感謝陪伴

當認知疾病也知道病因之後，接下來就是行動了。這時候家人與病友甚至宗教提供的支持力量，是促使個案持續改變的原動力，這時，家人與社會互助團體的支持就顯得格外的重要。家庭支持系統對患者而言，就像是在大海中漂流的一盞燈，雖然不知未來的路應該如何走，但是至少有一盞明燈陪著，讓人感到不孤單。病友團體提供相同遭遇的傾聽、鼓勵、同理也是支持力量的來源之一，宗教對少數人來說也具有不可抹滅的力量。

雖然有家人的支持力量，但是小林主要的改變力量則是自己的鬥病毅力和網路上的志工，因為網路上志工的經驗分享，讓小林看見復原的希望，對已經絕望的小林來說幫助很大。

「像他們過來人，走出來的經歷，他們的心路歷程，對我幫助很大，我是看到這些，不是醫生來醫治我的病的哦，事實不是，完完全全是靠我自己鬥病的信念，鬥病啦，堅強的毅力啦。」A1037

先生的支持一直是小美覺得最幸運的地方，言語的安慰讓小美即使都是自己就醫也覺得很感謝。當然宗教也提供不少力量，對虔誠的基督徒小美而言，能對上帝說說內心的話，向上帝禱告宣洩、尋求安慰保護，就能撫慰心靈上的不安。

「他都一直很全力很支持我，然後他也想說，我有什麼困難告訴他，他有時候他會，有一些給我、給我、給我支持的力量，用言語這樣的安慰，我覺得這是我很幸運的地方。」 B2111

「我覺得這<宗教信仰>對我有幫助，因為我多少在我很難過很難過的時候或是一些雜七雜八事，什麼有的沒有的事出現的時候，我就會禱告，我會哭給上帝聽，我會跟上帝宣洩，我會說上帝你真的要幫助我，我時在是很軟弱，我沒辦法去處理這樣的事情，我希望用你的能力來保護我，讓我知道要怎樣去做，我這件事要怎麼樣處理，你給我一點靈感，讓我能夠釋放，讓我知道我的路要怎麼走下去，有，有幫助就是這樣。」 B1034

小張則是感謝太太一路走來的陪伴，爸爸、媽媽、岳父、岳母在經濟上的幫助也讓小張心存感激，不管再貴的藥、多遠的路途，家人總是不曾放棄自己，陪伴就醫。

「我還是感謝啦是我太太都會陪我去，每一次門診，家人都陪在我旁邊，沒有讓我自己獨自去門診。」 C2098

「那時候是很感謝，自己賺的錢慢慢花光之後，很感謝爸爸、媽媽還有岳父、岳母這兩方面，生活上的支柱，買菜來給我，三不午時，拿錢給我太太我都知道，我看在眼裡，哭在心裡，我那時候還很堅強男孩子不哭的呢」 C2156

「我的前四年，就是我爸爸陪我到處門診，不管是哪一科，更遠的地方，為了要讓病快點好，你不會管他在哪裡，再貴的藥，人家就會買給你，家裡的人會給你鼓勵」 C1042

家人的包容、鼓勵與陪伴就醫，更是小謝復原的一大助力，恐慌症發作後又陷入憂鬱情緒當中，若不是身邊老師以及親戚的鼓勵支持，恐怕也無法走過這一遭。

「我覺得每一個人的際遇不一樣，我是比較幸運啦，我是先生對我算是非常的.. 的那個怎麼講，就是沒有給我任何壓力，然後我在很不舒服的時候，他也都是會陪我.. 也會給我精神上的那個.. 有時候安慰也好啦，或者是說，他也能夠理解這個病。」 D1099

「他就一直安慰我，他就說他也有一個哥哥是憂鬱症，但是他是憂鬱症不是恐慌症，然後他就很安慰我，然後他就很安慰我阿，然後就是說恩.. 我如果隨時隨地要找他，要找他聊天或是什麼，他就說不管三更半夜都可以，然後叫我安心，

然後就是專心養病，有任何需要幫忙的話，他都可以配合。所以我那時候就覺得，我是蠻幸運的啦，就是說至少我夫家的人，比較支持啦。」 D1101

對小曾而言，太太一開始也會陪伴就醫，但隨著時間的過去，家人的耐性會減少，漸漸的就比較不像一開始那樣支持，還好後來參加團療之後，有病友們的持續鼓勵與支持，讓小曾能繼續走下去。

「有，剛開始他<太太>也都陪我看醫，後來參加團療以後就不用陪。」 E1057
「當我去參加了第二次團療之後，我才發覺到ㄟ 原來還有這麼多人跟我一樣生病，剛開始我以為只有我一個。後來發現不只我一個，後來發覺ㄟ 還有10幾個人跟我一樣在生病。」 E1024

小陳的家人也會陪伴就醫，但是因為家人也不知道該怎麼辦，只能在每次小陳生病時，陪伴就醫，最後小陳也是尋求宗教的支持力量繼續走下去。

「會啊，他會載我去（看病）呀。」 F1032
「我覺得宗教信仰是最近一這年，這一年我先從電視上聽佛經，跟著唸佛，然後我自己會再家裡，我家裡每天都放佛號來聽，那我當年是接觸到佛號，就有親切感，會讓我的心平靜。」 F1030

不孤單，是參加團療之後的感受。病友間的互相支持、鼓勵打氣，是讓所有個案逐漸豁然開朗與疾病共存的力量。在團體裡，與病友的對話中，個案一方面會發現其實自己並不孤單，生病期間忍受的苦不算什麼，還有比自己更苦的，另一方面也從病情比較好的病友身上看見康復的希望，在治病過程中互相打氣加油，會讓個案更有信心去面對疾病與病共存。

「你會覺得你算什麼，別人比你更痛苦的還很多阿！，你會覺得說，你就會覺得如釋重擔啦！」 B1040
「我是覺得說病友跟病友之間那個對話是非常重要的，因為你會覺得說..恩..不是只有你一個人在生病，有很多人跟你生一樣的病。 否則的話你只是恩..一個人在那邊默默的承受喔，你會覺得很孤單，很無助。但是你如果有一個團體，

可以去跟人家接觸的時候，你會發覺這世上不是只有你一個人在生病，而是很多人，而且喔可能比你更慘，那個症狀比你更嚴重，那相形比較之下，你會覺得說喔..原來我還不是最糟糕的，或者是說我最糟糕的，已經過去了，我現在已經好到某種程度，至少在生活品質上已經有提升了。不能說完全好，但是會慢慢提升。」 D1168

「團療影響 讓我覺得說，不孤單、很多人，不是我最倒楣，這個世界不是我最倒楣。」 C2108

「我覺得團療不錯，其實對有些無法察覺自己的人，可以說給你聽，把你拉出來，這可以從團體治療學習。」 A3031

(三) 眼光傷人

儘管家人支持，病友互相扶持，但是社會將精神疾病污名化的現象依舊是個事實，在個案求醫過程中，精神科污名化的現象會加深疾病帶來的痛苦，讓個案無法接受自己是精神科病人的事實，也不敢輕易告訴他人的原因。

當初醫生朋友建議看精神科時，小曾是無法接受的，若不是一直檢查結果正常，吃其他科別藥物無效，小曾也不願意去看精神科。不主動提起也不迴避是小曾現在面對他人的態度，即使到目前已經在做志工服務了，小曾也不會主動去提起自己生病的經驗，一切順其自然，坦然接受。

「剛開始我很怕，真的剛開始我不敢承認，不敢讓人家知道，阿後來就很坦然坦然去接受他 有些人會擔心別人知道他有精神官能症，真的我很坦然去接受他了，你問我我也不會刻意去說沒有，我也不會馬上就跟你說，我有，順其自然阿。」 E1196/E1284

「我不會跟他（朋友）講，但我會跟他們說我不舒服，我想休息一陣子，阿這樣講就很明白了啦 我也不必要去提，我不會故意去提他啦，我也不會去躲避他，不像有些人故意去提我以前怎樣，我覺得沒有這個必要 我也不會說我故意去隱瞞以前的事情，我也不會，人家問我，我會說，對阿就是這樣，我很坦蕩蕩去接受這一些人。」 E1272-1274

小美知道自己是焦慮症時，因為覺得可恥，連家人都不敢說，只能默默忍受著痛苦，若不是因為接觸愛心會，知道跟自己生一樣病的人很多，也明白焦慮症就像感冒一樣，沒什麼好怕人家知道的，不然到現在也還生活在恐懼害怕之中。

「我自己在家我自己知道我自己的狀況，那種痛苦是沒有人可以去..去知道的，而且我也不敢去跟人家分享，我那時候我覺得這種事是很可恥的，我不可能告訴人家。」 B1005

「那我自已本身是焦慮症，我也不希望說，把這個事情告訴人家，啊後來慢慢的我覺得..越來越多這個是文明病，因為我後來上課遇到這種症狀是很多人都有。那我才想說，這個是文明病啊，這是身體的那個一個;就是感冒啊，唬、就是一個感冒而以啊;心理的一個感冒，也不怎麼樣，後來我才覺得說。OK 啊，嘿才知道那麼多人都生病了啦，啊也不怎麼樣。」 B2036-2037

讓一個原本生活正常的男人，承認自己是精神病不是一件容易的事情。小張就是在百般無奈之下踏進精神科的，若不是家人苦苦哀求，小張是絕不願意接受精神治療的。因為對精神疾病有污名感，小張在就醫過程總是遮遮掩掩的，害怕人家在就醫過程中認出自己來，戴鴨舌帽、墨鏡、口罩，為的就是害怕別人知道自己在看精神科，一直到了解精神科看的不只是嚴重精神分裂症而已，才坦然接受就醫。這過程，也都只有妻子陪伴不敢告訴他人。

「因為所有的科都看完了，都沒有效，該做的都做完了，問神也問完了，所以在這個都沒有效的情形之下，我只好含著眼淚，進入精神科做治療。然後剛開始跟精神科，也是很排斥，比如說，會戴鴨舌帽去、會戴墨鏡、甚至於戴口罩，我覺得第一次我要進去的時候我很不願意進去。」 C1010

「有時候我們得這種病，怕被人家知道，外面的社會對我們有一種污名化，把精神官能症跟精神疾病畫成等號，我記得我第一次去看精神科的時候，坐在前面等號碼，我戴鴨舌帽然後口罩，沒有戴墨鏡，眼睛就這樣瞄那個號碼，這個醫生是第二診的醫生，前面36號這邊42快到我了，不想要被人家認出來，號碼排希望他快一點，然後到我了，希望小姐不要叫出號碼，我就進去了，不要在那邊什麼先生的叫名字。」 C1029/C1045

「只有我太太知道，沒有沒有人知道。」 C2101

精神科被污名化的現象，也讓小謝飽受折磨。若不是病情已經嚴重到不得不就醫小謝也不願意踏進精神科診治。一直到現在，小謝仍未告訴自己的小孩生病這一段，因為他認為，即使是醫生或是一些高知識份子也會對精神病另眼看待，若非必要，小謝是不輕易讓別人知道自己生病的事實的，因為不願意忍受別人異

樣的眼光對自己造成二度傷害。生病過程只有姐夫和先生知道，其實小謝要的不多，只希望別人能用正常眼光看待自己，如此而已。

「所以生病並沒有很多人知道，除非我信任的人才知道，我不信任，不是說不信任，沒有好到某種程度的，沒有必要講 你如果找錯人的話，像廣播器到處去跟別人說，造成自己二度的傷害。」D1145/ D1152

「那時候如果恐慌症沒有那麼嚴重的話我大概不會去<看精神科>， 因為一般人就是認為會貼上標籤。」D2116-2117

「我們都希望別人把你當就是正常人的看，看待; 你不需要給我特別的同情，也不需要給我特別的關懷或者是說，嗯，特別的一種語氣來加強，其實我覺得都沒有必要，你就把我當成一般的感冒的病人，這樣就可以了。」D2027

(四) 展開行動

一旦認知疾病、接受疾病之後，接下來就是行動了，但是行動不是說做就能做，而是一連串痛苦的開始，而這些改變只有靠自己努力才能成功。

『靠自己』是小張、小曾和小林在抗病過程一致的心得，抗病過程是漫長的，唯有靠自己意志力去堅持與努力，一步一步慢慢的自我挑戰，才能成功。

「後來慢慢頓悟一些治病理念(認知行為)，藉由藥物控制舒緩生理的不適並熟練放鬆技巧及靜坐，以置之死地而後生的信念配合堅強的毅力，由近而遠，一次又一次的自我挑戰，那種徬徨 恐懼感無以形容，就這樣累積成功的經驗，信心的增強促使我一步步遠離陰霾.....這是行為的突破， 所以你自己才是治好你神經症最佳的醫師...」.A 網 20060627

「都要靠自己，別人可以給方法，別人可以給方法，你認這個方法對你來說，你去做了沒有，重點就是在這理，你假如有去做的話，我告訴你，絕對會好。」A3049

「人力，物力都是支持力，我認為這三項是讓我站起來的最大因素，當然，第二個改變就是，你自己想好。」C1029

「我心理一直想說我要好起來，說實在我用個比例啦，如果自己佔百分之50的話，醫生的幫忙，藥物的幫忙佔百分之30，親戚家屬和公益團體他們佔百分之20。也就是說，你自己有沒有心要好很重要。 你自己不想，不想爬上來.別人也沒辦法拉你上來。」C2073

「說誇張一些就是，我自己突破的比較大，讓我改變很多觀念， 你就是要靠

自己，你求菩薩永遠得不到他的另眼相看，還是要靠自己。」

E1233/E1240/1241

「藥物也是輔助工具阿，但是最主要是你本身啦！」 E1252

勇敢接受疾病、面對疾病是改變成功的第一步，但是面對疾病需要勇氣與時間，在頓悟到自己的病因之後，更要靠堅定的執行力，從設定小目標開始，然後逐漸的去達成，只有勇敢去面對它，才能克服它，即使失敗了也不要氣餒，如同修行一樣，從獲得一些成功的經驗更加堅定自己的信心。

「一定要有實際的行動力，去嘗試去挑戰它，自己去挑戰自己，我哪裡不敢去我就去哪裡，置之死地而後生。」 A1028

「我只能講說，我就是必須很勇敢的面對它。」 D1224

「因為你不敢去面對他，你永遠走不出那種心結，你就很坦然去面對他就OK了，其實他不可怕，你越躲他越大，你如果不躲他面對他，他就消失了。」 E1294

「然後我找了很多資料，看了之後我慢慢給自己設了一個目標，我慢慢去。去達成這個小目標，就是說我完全不敢出門。然後衡量。好吧。我明天出去10分鐘吧。慢慢今天10分鐘10分鐘15分鐘20分鐘一直拉拉拉一直拉長。」

E1115-1116

「我要感謝清心小憩，他們就讓我有一個開頭，一直走走了以後，我曾經停頓，然後再開始再走，所以我覺得我一路走來我自己知道，我曾經中斷過，再繼續前進，曾經跌倒過，就失敗了重來，失敗了重來。你可以去改變，但是要費時，沒錯真的是有認知、要有毅力、要有勇氣甚至於不能中斷，就是說等於一個人在修行一樣，就是要慢慢的往上爬，就是不能中斷。」 F1057

當然，在抗病過程中，藥物也是一大幫手，不過長期服用藥物卻會讓個案感到厭倦，加上對藥物的錯誤理解也會造成個案的抗藥行為，因為精神科用藥有一些是管制藥品，會讓個案擔心藥物吃下去對身體會不會造成其他傷害，或是是否能治好疾病，唯有透過看書、聽醫師建議與在團療中得知對藥物的認識，個案才漸漸改變觀念並願意接受藥物。

「接受他（疾病）以後，我就去了解一些藥物，精神用的藥物學，因為我在吃藥阿 對不對，吃那些藥物都是管制藥品阿，都是四級的阿，不然就是三級的阿，

所以說我會去了解一些精神藥物學，我到底是在吃什麼藥，藥吃下去對我是好還是會起什麼作用，還是會怎樣，藥吃下去它會造成我怎麼樣阿，會不會治好我的疾病阿，如果不吃是又會怎樣。」A1017

「所以我那時候就有這個概念，好啦，我現在不吃，我就快死掉了，那我現在的想法就是說，我現在吃了這麼多西藥，那吃了這麼多以後，長年服用以後要洗腎，那至少是以後長年的事，可能是10年，可能是15年以後的事。明天怎樣我不管他了，先吃在講好了，我這個觀念一變，就差很多了。我就百分之百的配合醫生，叫我吃幾粒就吃幾粒，叫我吃幾餐就吃幾餐，幾點鐘吃，我就幾點鐘吃，什麼時候叫我來回診就回診。」C2058-2059.

「因為那個時候周醫師跟我說，你吃100粒也不會死，阿我是後來覺得然後他跟我說之後我就安心了，後來我比較焦慮的時候我就多吃幾顆。」B1051

三、轉念—與病共存

頓悟到自己的疾病與器官病變無關、也不是所謂的嚴重精神病，而是根植於自己長久以來的錯誤認知所引發的精神上的困擾之後，個案開始學習去改變自己的想法、認知與行為，藉由新的經驗去體會、獲得成功經驗，反覆練習並持之以恆，雖然改變過程是辛苦的、緩慢的，但是終究知道，唯有改變自己才能對抗疾病，也唯有改變自己才能避免再次發病。從這階段開始，個案會學習與症狀相處，知道所謂的痊癒不再是停止吃藥，而是即使存有症狀仍能從事所有日常生活的事務，在症狀快出現時，知道自己該放慢腳步，當症狀再出現時，知道如何排除。

(一) 和它做朋友

小林有了與病共存的心態之後，每當症狀來時，小林就會轉移注意力在其他事務上，或是將他們視為它者，藉由一些放鬆技巧、靜坐冥想、一次一次的挑戰症狀、挑戰自己，慢慢去接受、克服它，過程中或許會進步或許會退步，但不管如何，透過時間去累積成功經驗，終將成功。

「漸漸地，我就有一種心態說，我會與病共存的心態，跟他（疾病）共同在一起，如果你沒有跟他共同在一起，你一直排斥它的話，你會越加的痛苦嘛 我就不

理它，管他要跟我幾年，反正被他纏到算我倒楣阿，不然要怎麼辦 .. 所以慢慢的我就接受了..」 A1017

「後來慢慢頓悟一些治病理念(認知行為),藉由藥物控制舒緩生理的不適並熟練放鬆技巧及靜坐,以置之死地而後生的信念配合堅強的毅力,由近而遠,一次又一次的自我挑戰,那種徬徨 恐懼感無以形容,就這樣累積成功的經驗,信心的增強促使我一步步遠離陰霾.....這是行為的突破。」,A 網 20060627

「在這個治病的過程中,就是說進三步退兩步就是說,你還有在進步就是了啦,但是速度時間很慢,很慢很慢的,慢慢的,時間很慢很慢,就是說他在累積你那一些成功的經驗。」 A1041

參與志工讓小美有更多機會認識焦慮症，過程中除了幫助別人，自己也獲得許多幫助，透過認知課程的介紹，小美學會把症狀看淡，把焦慮視為正常，當情緒開始又陷入低潮時，轉換正向的思考模式會讓自己更快渡過，加上跟醫師談談與吃藥，也是幫助自己跟症狀和平相處的方法。

「有時候我會想說，嗯，這是一個自然的定律，我焦慮別人也有焦慮，只是我比人家「卡長ㄟ焦慮娘」(台)，我會把它當作是身體裡面，是一種自然的療法，那就是說，你自自然然，人總是有起起伏伏啊，你就把它看的比較淡，嘿我學到的是這一點，我覺得是這樣子。」 B2075

「焦慮症狀很少出現了，很少！比以前還少很多，但是我在愛心會還是會有，阿我覺得去找找醫生。 對！然後吃個藥！對然後就是跟醫生這樣子談一下。很快就過去了，但是也是要吃藥，就是比較快走。」 B1077-1078

小張會把焦慮症狀視為感冒一般，在平常就會到醫院門診取藥在身邊存放，當焦慮症狀來時，就以藥物來處理，減輕焦慮感。

「感覺快來的時候你就知道了，然後你就趕快，就像感冒一樣，趕快喝薑母茶什麼的，然後他自己就會產生抗體，所以我們回去拿藥就是抗焦慮的啦 那焦慮症壓不下來，焦慮症的藥我就拿來吃，但是我不覺得這是罪過，這是病，就好像我們胃怪怪的我們就吃一下胃藥，這樣又沒關係。」 C1052

小謝則是透過心態調整，平常就試著去改變自己的作息方式，防止疾病再次復發，除了藥物治療、行為治療外，也強迫自己去改變一些生活習慣，當症狀來時，除了接受症狀也會學習去轉換它，把症狀昇華，利用一些吸氣、吐氣的放鬆技巧來面對症狀，最重要的是，小謝知道這是一場長期抗戰，只有不斷的努力才能真正做到與病共存。

「就是說心態的調整，然後怎麼講，我們常常講那個不安，你的不安跟一些不舒服都常在，但是就是說要去接納，接受他，然後可能就是要把他一個轉化啦，把他昇華。」 D1149

「所以要平時都會做一些不要使自己的病再復發的，譬如說常常運動睡眠充足，不要太累，不容易動怒阿，自己要修身養性阿，這些都可以讓自己的病慢慢好。」 F1101

「現在喔，其實症狀來了後，我就會做些吸氣吐氣的，就是做一些所謂的放鬆還有做一些平用功的動作，這我曾經有介紹過，我覺得這個不舒服..不舒服還在，但是整體而言的話，我認為，藥物是不能亂停 唯一的方法就是靠藥物，然後包括自己生活作息，然後作運動，這個是很重要的。」 D1162/D1163/1165

小陳則是透過注意力的轉移來處理症狀的問題，真的再不行時，小陳才透過吃藥來解決焦慮引起的不舒服，明知道與病共存是一件不容易做到的事情，但是小陳還是很努力在做，然後也很高興自己做到了。

「症狀來時我知道是什麼原因阿! 再來就是，已經走到那是沒辦法的時候，我就會去做別的工作 轉移稍微不舒服不管他。」 F1089

「如果說真的很難過，我會吃半顆吞下去，先休息一下，等一下就好，因為那是生理狀態的反應，其實我心理已經不做這樣想了，但生理比心理還要快，我大部分都是不吃啦! 慢慢紓解，如果真的不行，我就給他吃個半顆，讓他紓解掉，其實我思想已經做調解過了，讓他紓解掉，我一切都OK..」 F1088

「你要跟你的病和平相處，這句很重要，但是也很難做，但是現在我做到了，你會覺得說也許我剛剛心理還有一點痛不太舒服，但是我會不介意它，不在乎它這個習慣，就是說很自然的現象，他偶而很這樣我不在乎，我不管它。」 F1019

小曾也認為焦慮就像感冒，當抵抗力差、體力差時一定會再病發，但是不用三分鐘，小陳就能透過冥想、氣功，很快的就能將症狀排除掉。小陳認為，如何

看待疾病與症狀才是重點，那些放鬆、瑜珈或運動都只是輔助的方法而已，如果能把焦慮視為感冒，平常就做好保養的工作，就不用擔心再次病發的問題了。

「那你如果想問我說，會不會再發作，會，但是我會用我的方式差不多三分鐘，我就可以讓他排除掉，跳脫那情境，因為我學會冥想，我學會使用氣功，我可以跳脫那種感覺。」 E1139

「這種情況就跟感冒是一樣的，好了以後還是會再感冒，怎麼可能完全好，但是你要怎麼排除，譬如說我們感冒要多喝水多休息，這是我們學會的基本動作阿，我們去團療、去認知後，學會就是說，他下次再來我們學會這招去對付他，去排除他們。」 E1159

隨著病情的好轉，當個案開始覺得已能與症狀共處時，與藥物的關係，會從依賴藥物轉為逐漸捨棄藥物。這過程因為醫師對藥的成分及治療作用較專業，個案都會跟醫師討論，但其實最大的決定權還是在個案身上，因為服藥的感覺個案最清楚，個案會以自己身體最真實的感覺來加減藥物的量，減藥過程雖然辛苦，但是一旦回頭過去看那一段路，會發現自己是真的很努力在過。

「我沒有跟醫生討論，因為我到最後所了解的，我慢慢在好的時後，我自己有感受到我吃藥方面，因為那時我回去就有辦法查覺我自己，我是覺的說，你本身的感覺比醫生還要了解，藥是自己在吃的，醫生沒比你還要了解。」 A3106

「我都自己減 靠感覺啊，我自己自己當病人，已經吃了這麼久了，我就會自己調。」 B2048-2049

「我是屬於完全配合醫生，那醫生長久下來，醫生他已經知道我的個性了，他就說你自行決定，怎麼樣的狀況可以減，那如果不好，藥在增加量。 所以我都很穩定。 是靠自己感覺在加減藥。」 D2163-2164

「我認為我已經嘗試了，有過這樣病的人，這種藥不要一下子馬上停，偶而還有一點點成分在裡面沒關係那醫生，林 醫生非常信任我，他認為我可以自己調適及去拿捏這個藥，什麼時候該用多少，所以他很放心。」 F1097

「醫生講說可以慢慢的慢慢的減，阿怎麼樣減，阿但我沒有按照它的方法，按照我個人的感覺。因為我跟醫生講一句話，醫生講說阿你這怎樣怎樣，我說你講的是你聽到的資訊啦，但是我是本身的感覺 按照你的方式我不一定戒的了戒的了藥啦，讓我心裡的感觉舒服那才是一個重點 讓自己舒服舒服為第一個目的。」 E1067-1069

(二) 我改變了

經過與症狀對抗的階段、減藥過程的辛苦，個案生活態度也因為疾病開始轉變，或許是價值觀或許是生活態度，但不管是什麼，對個案來說，都是一個新的開始。

小林自從生過病後，在生活態度與家人相處方式上改變很多，以往很重視小孩的課業，會給小孩壓力，但在生病過後，對小孩的管教態度改變了，夫妻之間相處也變的融洽，雖然說還沒有完全改變，但是至少已經跟以前大大不同了。現階段，小張只希望家人或身邊的人健康和樂，能繼續為其他病友付出，就是最大的滿足了。

「雖然說我還沒完完全全的改變，但是十分至少也還有三四分，和以前的個性不一樣，包括我對人對事，去處理事情怎樣個性，已經完完全全，包括整個的家庭，對太太對小孩在說話或做什麼，親戚朋友他的語句什麼也完全不一樣 夫妻之間也比較融洽，家庭也比較好，...整個家庭跟整個孩子的親子方面，夫妻方面的關係，都更好，都比以前更好。得過這種病之後、。」

A1026/A2051

「我們自從得這個病以後，最大的心願和心態就是家人或身邊的人，家庭能夠和樂就好，我不在乎說要剩多少錢，經濟方面夠用就好，阿就是孩子健康快樂就好了。我家裡的家屬能夠健康快樂，這樣我就夠了。」A1081

小美也因為生了這場病，開始學會規劃自己的生活，注重休閒與知足常樂。生病那麼多年，對小美來說，現階段是人生最幸福、最愉快的，雖然過去曾經低落過，但是那些都過去了，對未來，小美只想安安穩穩的做個好稱職的好太太，媽媽、媳婦、女兒，繼續當志工幫助他人。

「我只要平平安安的過日子，我不用跟人家借錢，我跟我先生每年有規劃一段時間我們就出國，每年一定至少出國一次，這是我們的生涯規劃。」B1093

「關心的是我的身體啊，我能永永遠遠都能夠當志工啊，啊能夠做一個好的、稱職的太太，媽媽、媳婦、女兒的好角色吧。哈哈。」B2117

「我覺得以前那時候資訊不是很發達讓我受了很多 讓我覺得好像是得了絕症的

感覺，那現在我覺得，是我人生最幸福的，而且過的最愉快的，覺得人生是多采多姿的，現在目前的心境是這樣子，當然這一路走來，當然我也曾經低落過，但是至少現在是我覺得很 . 人生真的是很幸福很美滿 」 B1082

為了經濟壓力辛勤工作的小張，在生病過後也改變以往重視金錢的心態，覺得賺錢雖然重要，但卻不是生活的全部，生活態度也變得豁達，懂得善待自己與注重生活休閒，也體會人生無常，凡事不用太計較，活在當下、及時行樂。

「比較豁達，生活態度會轉變就是比較懂得善待自己。」 C1076

「任何人我都會，我會跟他們講說，不要賺那麼多，不要那麼忙，偶而對自己好一點嘍，然後去散散心、去善待自己、去休閒、去運動、去做你喜歡做的事，不要每天手機、拿叨叨(台)，工作都放不下。」 C2123

「八個字，活在當下、善待自己，人都沒辦法想到以後，這也是悟的一種，什麼時候你想到這一點，接下來這一句，到無求處便無憂，無憂你就不會慮，不會焦慮，你什麼都無所求，不貪，人人好，事事好，不跟人家爭名奪利，什麼都看很開，哪有什麼會困擾你。」 C1039

想到自己跟一些有名的藝術家生一樣的病，心理就比較釋懷的小謝，在生過病後會將自己原本的生活步調調慢，對自己與他人的要求標準放寬，以前會要求先生很多事情與小孩課業，覺得很多事都是理所當然，自從生過這場病以後，變的比較知福、惜福，生活變的比較懂得休閒與活在當下，最重要的是希望能繼續幫助別人。

「未來喔..我覺得..我慢慢的不去想未來，就活在當下。就是現在，我今天活的就是今天，明天活的就是明天，不要去想未來了，就是活在當下。」 D1175

「我認為要知福惜福，然後我認為親情的那部份要更加的珍惜，這次生過病以後我也深深也有感覺，以前都覺得很多事情都理所當然，很多事情就覺得應該怎麼樣嘍，那後來沒有發覺，可能對別人的要求要稍微放、或不要用放大鏡，那對別人的缺點可能要稍微縮小一點看看，然後，其實我如果說，你問我說我生這場病我得到什麼，我只能講說，嗯，盡自己的力量去幫助身邊的人。」 D2274-2276

「現在狀況比較穩定了，我們就一起運動，我喜歡快走、那我先生喜歡慢跑，那他會有時候又像慢跑有時候又像快走，那我先生喜歡打球，那他就去打球，我

就在操場競走，小孩子我就把她帶到外面去、戶外，就是也是讓小孩子盡量不要老是矇在家裡。」 D2280

走入人群、不埋怨過去、不想太多、漸漸對事情不再鑽牛角尖是小陳的轉變，知道自己的病因來自於自己的要求太過完美，小陳開始學會調整自己心態，不再吹毛求疵，不再要求完美，即使面對脾氣不好的先生，也開始懂得往好的方向去思考，去感恩先生讓自己成長許多，最重要的，小陳覺得生病是一件很苦的事情，她決定不讓自己再繼續折磨自己。

「就是接觸大自然走入人群，走入人群 然後 每天要運動 對 不要想的太多，沒有很替別人著想，或是說會鑽牛角尖，細節注意太多，那根本就不用去在乎，我現在已經不會這個樣子了。」 F1063/F1060

「改變很多，不是完全改變，是慢慢努力當中 第一我已經不會吹毛求疵，完美主義，這是第一個，第二個我就不在急性子了 現在就是說完美主義已經不是那麼完美，不在注意那些鎖碎事情，看到有事情馬上去解決不要拖泥帶水。」 F1062

「 現在往好的方面想，也許要感恩他，也許沒這樣的磨的話，我也許野性還在。磨了以後讓我成長了很多。」 F1058

小曾在生病前，一直都只知道賺錢工作、賺錢工作，直到生病之後，才知道除了工作賺錢外還多了一個休閒，生了這場病，讓小曾改變了許多想法，不再比較與沉迷於一件事，也學會壓力的排解，很多事情對小曾來說，已經變的無所謂。

「有阿，變很多阿。生病之前就是賺錢工作賺錢工作，生病之後就是賺錢工作休閒。 多了一個休閒，然後是自己看法 看法看的比較開了，不會再去計較一個事，或是沉迷那個點。」 E1049-1050

「我生病觀念也有改變，所以就會覺得說阿這些事情都無所謂 所以就會變成說，有一些事情會變成有所謂，有一些會無所謂了，像這種事情就變成無所謂沒關係啦，反正變成說，阿Q 想法或是老二哲學，就沒有關係，反正你慢慢的就會轉念。」 E1208/1210

(三) 治癒感受

或許對其他疾病來說，只有症狀消除才叫做痊癒，但對焦慮疾患患者而言，所謂的痊癒並不是症狀消除，而是即使仍有症狀，只要能學會排解它、接受他、處理它、和疾病做朋友，只要不影響到生活工作，就叫痊癒。

「所謂的治癒就是說，治療好你這個病，不在於你症狀還是不是存在，也不在於你藥物有沒有改掉，它是在於你能不能夠接受這一種症狀，而能夠從事於你的日常生活工作。」 A1063

「生病的過程裡頭，是怎麼樣跟他相處，好不是一個結果，而是一個過程。所以我們就是說..要活在當下，活在現在這個階段裡面，然後坦然的接受他。然後跟他<疾病.>側面做朋友。」 D1133

「已經跟所謂的病，不能講病，是症狀，跟我的症狀和平共處，和平共處，因為這是我的特質，而且這是我正在努力讓我的症狀更減輕的一個過程，必然發生的一個現象，所以我跟他和平相處，而且認為這是我的家常便飯一樣，不care他自然他就會慢慢減輕，不會影響我正常的生活，現在是這樣。」 F1153

「復原只有心態，跟你跟你如果以復原的定義嘛，如果停留在發病之前，我可以保證是永遠沒辦法復原阿，那你要隨遇而安 那我的復原就是活在當下，我的感覺就是復原，沒有一個情緒沒有一個容量沒有這個叫做復原。」 E1086

階段三：跳脫受困的心靈—走出疾病幽谷

即使自己痊癒了，仍沒忘記他人還在受苦，也正因為自己受過這種苦，更能體會這種苦處，進而希望能夠盡自己最大的能力幫助他人。在這階段，個案會從對症狀的過分專注、以自我為中心，轉變為開始關懷他人，在幫助他人的過程中，自己也不斷獲得成長，繼續應用在幫助他人上。

浴火重生—自助助人

(一) 使命感

看到很多人跟自己一樣在受苦，就像看到過去的自己一樣，當個案從病痛中掙脫出來，會激發個案想幫助他人的心，因為受過別人的幫忙，也知道生病的苦，個案心存感激，希望能藉由自己的努力來幫助他人早日脫離病痛，成立病友自助團體、當志工、與接受訪談，是個案幫助他人的行動方式，在這過程，個案體會到不只是在幫助他人，也是在幫助自己。

小陳因為曾經受過清心小憩的幫忙，因此希望能夠回饋給其他相同病苦的病友，當志工並且將自己的心路歷程說出來幫助他人，也讓自己從中領悟到更多人生的道理。

「當志工喔，看更多的病人，跟更多的狀況，那我刺激我更多，讓我悟到更多 真的，我更了解人生，人性，人生更多更多會更刺激我成長，阿。我接到的 case 會刺激我去思考去處理，然後我也可以從我的一些經驗，互動，幫忙他，幫忙對方，甚至我的經驗來幫忙對方，不要在走錯方向。」 F1148

「我最感謝的是清心小憩，啊，我現在我們已經人家幫忙我們，我們也要回饋給人家。」 F1075

「我要跳脫出來，我要把跳脫出來的心路歷程告訴現在在受苦的朋友，因為太苦了，實在太苦了，沒有人受過這樣苦的折磨，真的很苦很苦。」 F1057

小美覺得透過當志工，讓自己感到很榮耀，一方面可以治療自己的疾病，一方面又可以幫助他人，最重要的是，小美覺得生這種病的人實在太多太苦了，因此希望能一直做志工持續幫助他人。

「我覺得我現在去愛心會是讓我覺得很大一個資助，阿我又能幫助別人，阿自己本身也是焦慮的嘛！那我是身心症然後我又能幫助別人，是覺得真的是我覺得我很可以說我很榮耀的，我自己身心症然後我又能幫助別人這是很榮耀的事情。」 B1045

「我感覺我一生、我、對生活調適愛心會這邊的負擔很大， 因為太多人生這種病，我自己知道那一種苦，我很希望說，大家都能夠，我能夠幫助他，有人

可以讓我給他服務這樣..就很順利的好起來，這樣子我是真的很期待的。」
B2215-2216

小曾則是透過組織病友互助團體的方式來繼續幫助他人。在病友互助團體裡，小張看到自己過去的模样，想起自己當初生病時所受的苦，突然一股使命感讓小張想一輩子為精神病友服務。

「後來想說，這樣只有一個好而已，後面還有很多人沒有好啦 那時候我就有一個主意，我就跟文醫師他講，我們這邊可以辦一個什麼會喔，把我們這邊的人集合起來，讓我們情況比較好了，可以幫助跟我們一樣的人。」E1287/E1024
「當志工的時候有看到這麼多個案看到以前的影子，看他們現在生病就想到以前我自己，所以更想擁抱他們給他們多多加油，所以好像有一種使命感，我記得我以前在生病的時候，男人也會哭，我哭著眼淚跟我太太講，如果讓我跳脫這個杜鵑窩，我不知道我還有多少日子，我希望我一輩子能為這個區塊努力。」
C1048

小謝因為在生病過程受病友互助團體幫助很大，因此也心存感激的想回饋，希望自己能有能力去做一些正面積極的事，因為小謝覺得，自己應該給其他病患一些加油和鼓勵，也因此而參與這次的訪談。

「她（愛心會志工）發揮了一個很大的作用，就心理的一個輔導也好、或著是說一個鼓勵也好，我認為他們都發揮很大的作用，所以我心存感激。然後也希望我自己以後有那個能力去，去做一些有意義，正面的事。」D2005

「我今天為什麼會來訪談你的訪談，其實我是覺得說，看有沒有任何的幫助，噯。對於這個疾病是不是能夠發揮一點，對於此病人有些幫助，或是對於未來以後對憂鬱症這個病，能夠發明更好的治療方法噯，所以我才會接受訪談，否則的話我覺得沒有必要在這邊。」D1203

「我去的話我幾乎都是有一個使命啦，只是覺得說應該給一些病患加油，因為我去很多是新面孔，然後幾乎他們都很無助，真的很多人遇到到那邊都很無依、很無助的。 我只是覺得說，人幫人，我認為我可以幫的我幫，不能幫的我也不能幫。」D2174/D2178

(二) 感謝他

因為生過這場病，個案整個價值觀改變，對生病經驗也會出現不同的看法與體認，覺得生病的過程不是失去而是獲得，過去那段生病的日子不在是折磨而是一種琢磨，感謝疾病讓自己了解自己、體悟人生、讓自己有脫胎換骨的機會。

走過這場生病歷程，小林感謝疾病讓自己有脫胎換骨、認識自己以及領悟人生的機會。

「當然我很感謝他阿(疾病)，可以說是脫胎換骨的感覺。失去也是得到啦」A1027
「你若是沒有走過人生的苦楚，或是經過很大的衝擊，你無法去悟到人生啦」A1029
「我今天如果沒有經過這個痛苦，這個苦楚，我告訴你，我也不可能了解真正的我」A1051

小美則覺得，生病是上帝賜給自己背負十字架的機會，因為生病才讓自己有成長的機會。

「當然有這樣一段的話是讓我比較刻骨銘心的，會覺得這是一種，我會覺得這是上帝要讓我背的十字架，因為我太幸福了，我的人生太幸福了，可能讓我背這個十字架包袱讓我成長，有時候我會覺得是這樣子。」B1079

小張一方面慶幸自己生的病有藥可醫治，一方面也感謝疾病讓自己因此而知道調整生活步調，知道該善待自己，最重要的是，生活不再受別人的褒貶而影響。

「我覺得很幸運，因為還好是焦慮症而已，因為我覺得人不管是白人黑人聰明的笨蛋，有人的地方就有可能得這種病，誰都跑不掉，你不要跟我說你永遠不可能得這種病，只是焦慮症的人的話你要慶幸，用這種心態，因為誰都會得這種病，好家在你得這種病還有藥醫，好在你得這種病還看得到可以吃可以聽，算是器官都沒有出問題。」C1058

「我們會覺得說因為這個疾病讓我們知道停止，讓我們知道善待自己，讓我們知道不要為別人褒貶而存在，對不對，這樣何妨不是一件好事。」C1060

生病經驗對小陳來說，更是人生的一大轉捩點，是疾病讓自己改變人生，對於過去，小陳不再只是埋怨，而是感到欣慰，欣慰自己因為疾病有成長的機會。

「以前我會埋怨老天為什麼要這樣折磨我，現在我不在埋怨，我覺得它，我應該把這些，所以我寫了那篇文章，我已經把它改成琢磨，對，因為一塊石頭要琢成玉必須付出代價，啊！這個代價不要白費，我覺得人生來這裡，我都已經60歲了，那麼我覺得很欣慰，我有在成長 這三次的住院真的是，改變了我的人生啦，對我人生的轉捩點，真的人生的轉捩點」F1055/ F1156

小曾覺得生病是一種令人難忘的經驗，因為生病讓自己學到很多面對事情處理的方法，以及在生病過後，自己在改變才領悟到，原來自己以前很多錯誤的想法與生活態度，才會讓自己生了這一場病。

「或許就是要讓我學了更多的應付事情的方式啦，對事情的看法，但那些都還不夠徹底，真的讓我的看法改變很多的，生活改變很多的，真的是在生病之後，我才有一直一直在改變，一直去感覺去覺得喔，原來以前的方式，以前的態度，以前的想法都錯了，所以才會造成這場疾病產生，事出有因啦。」E1205

「以前以前是很痛苦..黑 以前會有這種感覺啦(生不如死),阿但是現在想起來阿還好啦,現在還蠻好玩的就這樣,沒什麼可怕啦 難忘的經驗 E1316-1318

第三節 綜合討論

經過訪談結果發現，焦慮疾患患者的生病過程是複雜多變的，個案會從負面的感受經歷到積極求醫，到最後改變自己，接受疾病、與病共存，最後朝向助人行為。在這一節將延續前二節結果分析做進一步討論，其結果討論如下：

一、焦慮疾患患者生病處境與因應

焦慮疾患患者在生理上會有心悸、胸悶、頭痛、喉嚨異物感等種種不適，也

有心理層面的困擾影響生活，典型的症狀包括持續感到害怕、擔憂、不安、緊張。甚至是說不出來的感覺，也會在焦慮疾患患者身上出現，例如小陳就有一種感覺像靈魂出竅一般，小謝則覺得全身像是有電流在身上跑一樣，這些不適會對生活造成眾多影響，其中包括工作能力會漸漸喪失，最後被迫失業在家依賴家人；經常就醫也會造成生活失序，無法承擔自己的角色責任，與家人、朋友的互動也會因病減少，最後幾乎與世隔絕。

在本研究中，小張、小林和小曾因為自己身為男人，認為男性是從事生產、支配和扶養家庭等角色，在家裡必須承擔起保衛家庭和提供經濟上的安全感，卻因為生病讓自己成為病人感到沮喪，形成負面的自我概念；小謝、小美與小陳則認是女性是負責照顧小孩、處理家務等角色，卻因為自己生病沒有辦法把家庭照顧好而覺得對不起家人，有罪惡感，及被病操弄的感覺。

若是症狀持續存在、病情依舊無法好轉，個案會出現悲觀、負面的情緒，從希望到絕望；被疾病控制一切的感覺；孤單無助，不知有誰能夠救自己；喪失自信心；對家人有罪惡感；甚至不知道自己為什麼活著，生活變的沒有目標；埋怨上天為什麼要這樣折磨自己；最後甚至萌生憂鬱情緒與自殺念頭。

在愛心會裡，這些病友們總稱憂鬱、焦慮、恐慌為三合一症狀，就是說明焦慮、憂鬱與焦慮之間的關係密切。其實焦慮症與憂鬱症的共患現象是很普遍的，根據曾美智等三位在 1999 年的研究指出，焦慮症中合併有憂鬱症的比例高達百分之五十至百分之八十八。在本研究中也發現，六位研究個案中有三位在生病過程曾經出現自殺念頭，亦即伴隨有憂鬱症狀，且在生病過程中，都曾因生病對生活造成影響而出現憂鬱情緒，其中還有一位個案在恐慌症發作不久後轉變成憂鬱症。探討其原因，有可能是因為生理不適症狀一直無法透過藥物緩解，加上整個生活又因為疾病失序受影響，因而容易引發患者憂鬱情緒，不過研究中也發現，假使經過治療，個案至認識疾病、接受疾病階段，甚至痊癒階段，個案出現的憂鬱情緒會漸漸消失，個案會將注意力從生理不適轉移到安排日常生活，一次一次行動換來的成功經驗，也會讓個案漸漸地擺脫負面的情緒與思考。

生病過程家人的支持與鼓勵，也是幫助個案擺脫負面情緒的力量之一。在本研究中發現，六位訪談個案中，其共有特色就是家人的支持度高。在整個生病過程中，雖然家人的支持會隨著時間與疾病進展的不同階段，會從極度關心到漸漸冷淡，或積極陪伴就醫到口語的支持鼓勵，但是六位個案均強調，家人的支持力是自己堅持繼續走下去的助力，對家庭的責任感更是個案積極想治好疾病的原動力。在接觸病友支持團體之後，與病友之間的相互扶持、鼓勵打氣，也是個案在復原過程中的重要助力之一。因此，我們不能忽視家人與社會的支持力對個案生病痊癒過程的幫助，以及病友互助團體帶給個案的神奇力量，尤其是在團體中，病友跟病友之間的對話，會讓個案覺得自己並不孤單，有人可以體會那種病苦，病友成功走過來的經驗分享也給個案很大的力量，重拾個案抗病的信心。

宗教的支持力量在本研究中，雖然只有小美與小陳提到，不過兩位也都十分強調宗教信仰帶給自己的心理支持力量很大，透過宗教信仰，能撫平個案在抗病過程中的心理障礙，也提供有利的撫慰作用。

Suchman 曾將生病行為區分成五個階段，本研究則將焦慮疾患患者的生病經驗區分為三大階段，與 Suchman 理論相同的是，病人均會因為身體不適或喪失某功能而經驗到疾病，這些經驗會促使病人接受自己是個病人的角色，開始他的求醫行為，最後則邁入復原成功或繼續復健的階段；但不同的是，在 Suchman 的生病行為階段論中，並未強調病患對疾病的求知過程，然而，在本研究中發現，個案對疾病的認知在生病過程中佔有重要地位，個案會花費很多的時間去了解疾病的相關知識，也會因為對疾病的不了解浪費很多時間、重複就醫，因而對疾病的正確認知更是影響病患邁向痊癒的重要因素，唯有對疾病的正確了解，才能促使病患接受疾病、並且與病共存。

因此，我們不能將疾病與症狀作連結，將痊癒定義為沒有症狀，因為這樣反而會使焦慮患者陷入另一種困境。個案會執著的用放大鏡去檢視身體上的不舒服，加上要求完美的個性以及對疾病痊癒的錯誤迷思，使的個案對症狀更加敏感，反而帶來更多的焦慮，焦慮又引發更多的生理不適，形成一個惡性循環。在

本研究中發現，焦慮症的病因是來自於個案長年來未對環境壓力做釋放、加上自我要求過度完美，以及誘弱性的體質導致，唯有讓個案去體會與重新認清症狀背後的意義，了解症狀不再是一種疾病，而是一種警訊，提醒著個案身體、心理已失調，個案並不需要去消除症狀，只要試著去接受它，努力的去改變自己，調適生活態度以及降低對自我的要求，並學習透過放鬆技巧、改變錯誤認知模式與症狀和平相處，就有機會痊癒。此時，症狀就不再是個難以治療的敵人，焦慮疾患不再是無法痊癒的疾病，而是提醒自己調整生活方式的朋友，有了這深一層的體悟，個案體會到生命中的不完美是必然的，反而不再被症狀所束縛，獲得更多的自由。

勇敢接受疾病、面對疾病是改變成功的第一步，但是面對疾病需要勇氣與毅力，在接受與認知疾病之後，還要靠堅定的執行力來抗病、治病，從設定小目標開始，然後逐漸的去達成，勇敢去面對症狀、克服症狀，即使失敗了也不要氣餒，如同修行一樣，從中去獲得一些成功的經驗以堅定自己的信心。因此，每當症狀來臨，要將注意力轉移到其他事務上，將他們視為它者，藉由一些放鬆技巧、靜坐冥想、一次一次的挑戰症狀、挑戰自己，慢慢去接受、克服它，除了藥物治療、行為治療外，透過心態調整，也強迫自己去改變一些生活習慣，防止疾病再次復發，過程中或許會進步或許會退步，但不管如何，唯有靠自己意志力去堅持與努力，一步一步慢慢的自我挑戰，透過時間去累積成功經驗，才能真正做到與病共存。

二、焦慮疾患患者醫病關係探討

（一）病情告知

醫師診治病人，只要能將症狀消除，就是給病人最大的幫助，但是對焦慮疾患患者而言，在四處逛科別做檢查、逛醫院仍查不出病因時，個案需要的是醫師的同理以及對病情的解釋，個案想要知道的是關於疾病的一些認知，包括為何生

病以及如何治療才能痊癒，但是通常醫師並不主動告知，醫生在有限的診療時間內很難對個案多做說明，這反而會影響個案遵從醫囑的順從性，尤其當個案對藥物作用不了解情況下，更容易造成個案私自停藥或中斷的情形，導致症狀的再復發。在六位訪談個案之中，小林和小陳感嘆，對焦慮症的認知竟然不是來自於醫療單位，這些個案都強調，就醫過程對治療人員的態度、治療過程的感受大多是負面的感受，除了醫生看診時間太少，沒有讓病患講述病情的機會，也感覺醫療單位給的幫助是短暫的、片面的、有限的，甚至認為醫師只是一部開藥的機器，醫生沒有辦法同理到自己生病的苦，甚至個案自己覺得病情未改善，可是醫生卻說不用再就診拿藥、等等。若是醫師在診療過程中，能針對患者所提出的問題做詳細的解說，必能建立良好的醫病關係，增加診療之有效性。

（二）減藥與遵醫囑行為

黃淑貞在 1990 年曾針對一些相關文獻做遵醫囑行為之分析，他指出影響遵醫囑之因素包括醫師與病人的關係、疾病訊息的掌握、病人的健康信念、處方的特性以及人際支持五項。他指出，醫病關係好、主動關心自己健康會向醫師詢問病情之個案，其遵醫囑的配合度會比較好；另外，也說明個案對疾病的健康信念、醫師開立的處方以及個案的人際支持都是提高個案遵醫囑行為的因素之一。但是在本研究中發現，當症狀隨著病情改善漸漸減少時，個案會出現遞減藥物之行為，不管上述任何理由，個案都是以自己的感覺在加減藥物的量，這與未做研究前研究者的基本認知互相抵觸。研究發現，個案通常會主動諮詢醫師的建議漸漸減藥，但是當病人服用藥物的感覺與醫師給藥意見相左時，病人會依照自己的感覺減藥，不再以醫師的建議為依據，這或許是因為焦慮症的個案，其痊癒並非只是單純的只是症狀的消除與否，而是與病共存的方式，病人指稱對藥物的感覺只有自己清楚，所以會憑自己的感覺加減藥，而不再遵從醫師的建議方式。若是醫師能夠在診治過程，提供個案較多與精神疾病相關之專業知識，並建立良好的醫病關係，再依據個案對疾病的接受程度與治病信念，加上藥物的運用、心理支持，

提供個案在減藥過程中更多的專業介入支持，必能減少一些因不當停藥或減藥造成的復發狀況發生，也會提高個案遵從醫囑的行為。

（三）逛科別、逛醫院行為

在求醫過程中，病患通常會依據症狀的不同而採取不同科別做診療，也會有「多逛幾家醫院或多看幾個醫生，病會好的比較快」的錯誤觀念。因為焦慮引起的生理與心理不適的種類繁多，個案通常會有不知道該看哪一科的疑慮出現，當這科的檢查結果正常時，個案會再繼續尋求其他醫師的診治或轉換其他科別繼續檢查，直到各科檢查結果都正常時，才接受精神科治療。這種逛醫院、逛科別的原因，部分來自於患者對精神症狀的不明瞭所造成之醫療行為，部分則源自於患者對本身因為焦慮引起的不舒服困擾並未解決，只好不斷的尋求不同醫師的治療。個案因為疾病四處逛醫院、逛科別行為，除了浪費醫療資源外，也會對個案原本的生活造成很多影響。對患者而言，不斷轉科別換醫院，其背後的動機只是希望能知道自已的身體究竟出了什麼狀況，以及尋求解決。因此，若是能加強一般民眾對精神疾病的基本認知，減少不適當的就醫，以及教育其他科別醫師對精神疾病的認識並建立一套轉介流程，對個案來說，可避免多次就醫的奔波與影響生活次序，也可減少不必要的醫療資源浪費。

三、焦慮疾患患者在生病歷程的自覺與轉變

（一）精神疾病去污名化

經本研究結果發現，六位訪談個案中，只有小陳在就醫過程完全不介意看精神科，其餘五位則因為本身對精神疾病標籤化而影響其就醫。精神疾病標籤化的問題，除了造成個案延遲就醫外，也會削弱社會對個案的支持力。個案會因為對精神疾病的不了解，不敢與他人分享生病的苦，獨自忍受；更害怕換來他人異樣的眼光，對自己造成二度傷害；也會在求醫過程中遮遮掩掩，精神疾病的標籤化，讓個案在求醫過程飽受折磨。因而，個案若能捨棄對精神疾病的污名感，接受疾

病，會是邁向成功痊癒與否的重要里程碑，只有當個案接受自己罹患的是精神疾病，對精神疾病有更一深層的認識之後，個案才能繼續與疾病共存，不再害怕污名化帶給自己的困擾，成功改變自己。

研究中的六個個案，在生病過後，對精神疾病均有更多的認識與了解，不再害怕在別人面前提起精神疾病，也願意挺身做志工，與他人分享自己生病的經過，提供精神障礙者服務，這是本研究中焦慮疾患患者的轉變之一。

（二）生病的意義

對焦慮疾患患者而言，生病是一個成長的機會，它讓個案從錯誤的生活模式轉為一個更深更好的起點，並開始願意服務他人。在本研究中發現，六位研究個案在生病過後，對生活態度的轉變是更積極的、正向的，除了較重視生活休閒外，也改變以往的價值觀，不再汲汲於追求金錢與名利，懂得善待自己，也體會人生無常、學習活在當下，對個案而言，改變自己是使焦慮症狀緩解的一大原因，改變後的自己，更感謝疾病帶給自己的是另一種不同的生活方式。

另一方面，個案在經過疾病的琢磨之後，會希望能以自己的力量來幫助他人，興起助人的念頭。本研究中六位個案，在經過這場生病經驗以後，個案對生命是抱持心存感激的，也因為自己生過病，知道生病那種苦的感覺，以及受過他人幫助，開始積極的想幫助其他生同樣病的人，希望能藉由自己的努力來幫助他人早日脫離病痛，成立病友自助團體、當志工、與接受訪談，都是個案幫助他人的行動方式。

因為生過這場病，個案整個人生觀改變，對生病經驗也出現不同以往的看法與體認，覺得生病的過程不再是失去而是獲得，對於過去那段生病的日子，不再是折磨而是一種琢磨，感謝疾病提供機會讓自己更了解自己、體悟人生、讓自己從毛毛蟲蛻變成蝴蝶，享受脫胎換骨的喜悅。

第五章 結論與建議

本研究的目的是探討焦慮疾患患者在其生病過程中的主體經驗與想法感受以及他們是如何面對與因應。在本章中，第一節將進行研究結果的結論，其次在第二節是對其他人員的建議、第三節為研究者在研究過程中的省思，最後第四節則提出本研究的研究限制及未來研究建議。

第一節 結 論

以深度訪談六位焦慮疾患患者來探討其生病主體經驗與因應方式，其研究結果歸納分成三個階段，分別為與疾病遭逢、與疾病共舞、跳脫受困的心靈。與疾病遭逢階段另包含一個主題：躲在暗處的怪病；在與疾病共舞中又分為認識疾病、接受疾病、與病共存三個主題；最後跳脫受困的心靈則包含浴火重自助助人。

一、與疾病遭逢

在這階段中，研究對象會出現許多生理上或心理上的不舒服，這些生理或心理的不適會衝擊到個案原本的生活，造成研究對象生活失序，工作與經濟、人際造成負面的影響。也因此焦慮疾患患者會出現許多負面的情緒感受，其中包括對疾病的感受是生不如死、苦不堪言以及痛不欲生的感覺，並出現對自己失望、感到無助、怨天尤人甚至自殺念頭等極端負面的情緒。

二、與疾病共舞

在這階段中，研究對象開始出現求醫行為，除了被動的承受疾病帶來的負向經驗外，也出現積極面對疾病的治病信念。研究對象一方面會針對生理上的症狀不斷求醫，透過不斷逛醫院逛科別來確認疾病，另一方面也會聽從他人建議尋求另類療法，在治療經過一段期間後，研究對象會出現一些情緒反應，也開始尋求

了解自己生病的病因，當個案重新去認清症狀背後的意義，了解到症狀不再是疾病，而是一種警訊，提醒著個案身體、心理失調，個案並不需要去消除症狀，只要試著去接受它，努力的去改變自己，調適生活態度以及降低對自我的要求，並學習與症狀和平相處，就能達到痊癒。此時，研究對象對病因的尋求了解與正確認知，是個案成功與病共存的重要原因之一。

在認識並接受疾病的過程中，研究對象的自我覺察與心理支持系統亦扮演著重要的角色。透過對病因的認識，研究對象會開始行動，以自我察覺為出發到成功改變自己為目的，家人、病友團體與宗教力量會讓研究對象繼續的走下去，雖然因為精神疾病污名化現象會讓研究對象停滯與懷疑，但是病友之間的相互扶持、鼓勵打氣以及病友過來人的經驗分享也提供個案改變認知很大的幫助，終於讓病人接受疾病與病共存。

在整個治療過程中，醫病關係也扮演著重要的角色。當個案四處逛科別、逛醫院仍檢查不出病因時，個案需要的是醫師的同理以及對病情的解釋，個案想要知道的是關於疾病的一些認知，包括為何生病以及如何治療才能痊癒，但是通常醫生在有限的診療時間內很難對個案多做說明，因而影響個案遵從醫囑的順從性，也容易造成個案私自停藥，導致症狀的再復發。因此，加強一般民眾對精神疾病的基本認知，減少不適當的就醫，以及教育其他科別醫師對精神疾病的認識並建立一套轉介流程，對個案來說，可避免多次就醫的奔波與影響生活次序，也可減少不必要的醫療資源浪費。

學會與症狀做朋友，是邁向成功痊癒的第一步。個案除了開始接受症狀，也學會一些處理症狀的方法，例如透過放鬆技巧的習得並運用，減輕症狀帶來的不適感，以及改變自己以往的價值觀，學習正向思考與調整對事情的認知模式，對生活態度轉變的更積極、更正向，重視生活休閒外，也不再汲汲於追求金錢與名利，懂得善待自己，體會人生無常、懂得知足與活在當下，與家人、朋友維持良好相處模式。對個案而言，改變自己是使焦慮症狀緩解的一大原因，改變後的自己，更感謝疾病帶給自己的是另一種不同的生活方式。

三、跳脫受困的心靈

當研究對象的價值觀、人生觀、生活態度因為生病經驗造成改變後，生病過程進入第三階段。對焦慮疾患患者而言，生病是一個成長的機會，它讓個案從錯誤的生活模式轉為一個更深更好的起點，並開始願意服務他人。因為知道生病的苦與感謝他人的幫助而出現助人行為。此時，個案對生命是抱持心存感激的，對疾病的感受也不再是負面消極，認為疾病為自己帶來新的人生觀、不再是折磨而是另一種琢磨，甚至感恩疾病，讓自己有機會從毛毛蟲蛻變成蝴蝶，享受蛻變的喜悅。

第二節 建 議

一、給焦慮疾患患者的建議

- (一) 不要懼怕求醫，罹患精神病並不可恥，勇敢就醫，接受醫師診治及用藥以克服生理不適。
- (二) 要不斷自我成長、認真汲取與疾病相關的知識，建立正確的疾病認知觀念，了解與病共存的重要，接受疾病帶來不舒服的症狀，學會跟症狀相處。
- (三) 察覺自己並改變自己以往不正確的生活模式，並有決心、毅力持續不斷。
- (四) 參加病友支持團體，與病友互相扶持、鼓勵、打氣、加油。
- (五) 學習放鬆技巧，當症狀來時，學會透過靜坐、運動，轉移對症狀之注意。
- (六) 注重休閒生活，投入大自然，從事有意義的活動，幫助他人、成長自己。

二、給焦慮疾患患者家屬的建議

- (一) 不要放棄病患，家屬的支持是病患積極想治病的原動力。
- (二) 家屬也要努力去認識疾病，才不會對病患有所誤解。

三、給治療者的建議：

- (一) 最有效的治療不是藥物或針劑，而是治療者關懷的心，治療者在治療過程，若是能發揮同理心，傾聽個案的感受，讓個案覺得「有人能夠體會他的痛苦」「有人願意分擔他的感受」的感覺，那會帶給個案無比的勇氣和希望，若是能適時提供支持與幫助，必能協助個案減輕因無知與無措帶來的經濟耗費、精神上的折磨與身體的痛苦，使他能面對問題，勇敢去面對疾病。
- (二) 應加強自己的專業能力，在與個案諮商對話時要注意用詞，避免傷及個案，治療過程中，提供個案疾病相關的知識與幫助。

四、給社會大眾的建議：

- (一) 不要對精神病患用不同眼光對待，任誰都沒有把握自己一生都不會罹患精神疾病。
- (二) 提供焦慮疾患患者社會資源的幫助
- (三) 不要忽略焦慮帶來的訊息，就像汽車油表板上的汽油底限警示燈，當它閃爍時就該注意，警示燈提醒著我們必須時時檢視自己的生活，以免形成焦慮症。

五、給政府相關單位的建議

- (一) 透過媒體、學校機關宣導與精神疾病相關之訊息，讓社會大眾對精神

科有多一層的認識，即使有一天生病了知道該找哪醫科就醫，不會浪費醫療資源做不必要的檢查與治療。

(二) 透過媒體、學校機關加強宣導社會支持的相關網絡，例如小草關懷協會、生活調適愛心會，幫助個案順利找到協助管道，獲得幫助。

(三) 提供經費補助給相關社福機構，以利機構之營運，並增加志工相關之訓練與技巧學習以俾幫助其他個案。

第三節 研究限制與未來建議

一、研究限制

(一) 在個案尋找過程，因為是以滾雪球方式尋找，容易出現診斷不明之困擾，加上通常焦慮疾患通常會伴隨憂鬱與恐慌，因此在本研究中並未探討其相互影響與關係，此乃本研究限制之一。

(二) 本研究主要是針對焦慮症狀已緩解或部分緩解之個案作為研究對象，對某些目前仍在治療期之個案未作深入之探討，故結果無法代表所有焦慮疾患患者的生病經驗。

(三) 本研究為一回溯性訪談，隨著時間經過以及研究對象的記憶遺忘，會有與事實失真問題，此乃限制之一。

二、未來研究方向建議

(一) 在本研究中發現，病友支持力量再生病過程具有十分重要的地位，對患者而言，除了提供支持和鼓勵外，更是認知疾病的重要來源，但是在本研究中並未對病友團體多做探討，後續研究可針對病友團體在焦慮疾患患者生病過程的幫助加以探討。

- (二) 本研究主要研究對象均是已緩解之焦慮症個案，未來研究可考慮擴大樣本群，增加治療中或其他不同病程之個案，再與本研究結果做相關探討，以了解不同病程之個案其生病經驗之差異性。
- (三) 壓力與焦慮關係密切，但本研究並未深入針對壓力與焦慮症生病的關係做探討，未來研究可做這方面之探討。

結 語

研究從開始到結束歷時約兩年，期間遭遇的困難重重，曾讓研究者萌生放棄的意念，就像研究中的個案一樣，若不是有強力的家人支持，是無法走過這一遭的。

在整個研究過程，研究者發現從研究對象訪談資料中很多是與研究者在研究過程的心路歷程是相呼應的。在研究階段研究者也曾經因為論文撰寫壓力出現失眠症狀，失眠的痛苦就如同研究對象所述，『沒有經歷過的人是不會了解的』，焦慮引起的不舒服感也曾困擾研究者，然而透過研究對象的親身體驗與經驗分享，研究者也學會調整自己、改變自己來與症狀共存，這或許也算是研究者在研究之前始料未及的收穫之一。

有幸訪談六位焦慮患者，是研究者最感謝的地方。雖然一開始曾因為不熟識，在訪談過程中有些不知所措，但隨著見面次數增多與深談，終讓訪談資料更加深廣，透過研究對象的描述進入研究對象的經歷中，隨著研究對象的帶領，讓研究者走過一趟生命之旅，看見生病的不同意義，也讓研究者上了一堂寶貴的生命課程，更知道該珍惜健康的身體與活在當下。

最近，隨著研究的結束與論文完成，研究者開始回過頭去了解研究對象目前生活情況，發現每位研究對象仍舊積極的在參與志工服務，並未隨著時間過去而減弱其服務其他病友的意念，讓研究者萌生出一股敬佩與跟隨之心，希望有機會也能盡自己的力量來幫助其他病友！

參考資料

中文

- 孔繁鐘 (2002): DSM-IV 精神疾病診斷與統計。台北: 合記。
- 王以仁、林淑玲、駱美芳, (1997): 心理衛生與適應。台北: 心理。
- 王仕圓、吳慧敏 (2003) 深度訪談與案例演練。齊力、林本炫編, 質性研究方法與資料分析, pp.95 - 113。嘉義: 南華大學教社所。
- 王紫君、余安邦 (1999): 台灣女性的病痛經驗及其詮釋身體、社會與成就。徐正光、林美容主編, 人類學在台灣的發展—經驗研究篇。台北: 中研院民族所。
- 朱敬先 (1992): 健康心理學: 焦慮與行為適應。台北: 五南。
- 吳惠媛(1994): 疾病的聲音—青年精神分裂病患的疾病經驗之詮釋學研究。台北: 國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 余漢儀 (2001): 社會研究的倫理。嚴祥鸞編, 危險與秘密: 研究倫理, pp.1-30。台北: 三民書局。
- 李明濱 (2001): 實用精神醫學。台北: 台大醫學院。
- 李俊德 (2004): 簡介焦慮症。愛心會會訊: 第 19 期, pp.6-7。
- 李師鄭編 (1993): 就醫經驗談 (一)。台北: 民生報。
- 李碧娥、林秋菊、吳淑鈴、徐惠禎 (2004): 與洗腎機共存-末期腎病變病患之生命經驗。長庚護理: 第 15 卷第 2 期, pp.121-130。
- 吳芝儀、李奉儒譯 (1995): 質的評鑑與研究。台北: 桂冠。
- 林憲 (1985): 臨床精神醫學。台北: 茂昌圖書。
- 邱麗連(1999): 與乳癌共生婦女在生命意義探索上之現象學研究。護理研究: 7 卷 2 期, pp.119-127。
- 林金梅 (2004): 中途顏面燒傷患者之生命轉化歷程 - 三位傷友的故事。嘉義: 南華大學生死學研究所碩士論文。
- 林麗英、許敏桃 (2002): 由個案觀點看焦慮: 一個本土護理學的田野研究。榮總

- 護理：19 卷 4 期，pp.379-387。
- 林耀盛、吳英璋（2001）：慢性病患者的意義建構及其行動策略-以糖尿病為例。
中華心理衛生學刊：14（4），pp.31-58。
- 周富美（2004）：台灣地區血友病患與血友愛滋病患之生病經驗。台北：國立台北
醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 洪崇喜（2003）：健身運動對改善焦慮之探討。大專體育：66 期，pp.129-135。
- 洪國翔、馮煥光（2001）：成年人廣泛性焦慮症之診斷與治療。臨床醫學：第 47
卷第一期，pp.44-49。
- 范麗娟（1994）：深度訪談簡介。戶外遊憩研究：第 7 卷 2 期，pp.25-36。
- 范麗娟（2004）：深度訪談。謝臥龍編，質性研究，pp.83 - 126。台北：心理。
- 徐偉玲（2003）：暴食症患者的生病經驗與因應方式之敘說研究。台北：國立台灣
師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。
- 高熏芳、林盈助、王向葵合譯（2001）：質性研究設計——一種互動取向的方法。台
北：心理。
- 陳乃榕（2003）：一位經歷父殺母喪親事件之青少年的失落經驗。嘉義：南華大學
生死學研究所碩士論文。
- 陳介英（2003）：深度訪談在經驗研究地位的反思。齊力、林本炫編，質性研究方
法與資料分析，pp.115 - 126。嘉義：南華大學教社所。
- 陳文杏（2001）：強迫之心——強迫性精神官能症患者對強迫思考與行為發展歷程之
生命敘說。台北：台北醫學院醫學研究所碩士論文。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究。台北：五南。
- 張珣（1989）：疾病與文化。台北：稻鄉。
- 郭明德（1998）：質化研究的探討及省思。教育研究：第 6 期，pp.153-173。
- 郭素貞（2004）：卵巢癌病患的生病經驗。台北：國立台北護理學院護理研究所碩
士論文。
- 郭麗馨（2002）。生病陪伴歷程的體驗--一位兒癌親的自述。嘉義：南華大學生死

- 學研究所碩士論文。
- 黃文卿、林晏州 (1998): 深度訪談之理論與技巧—以陽明山國家公園遊園專車推動為例。國家公園學報：第 8 卷第 2 期，pp.166-178。
- 黃淑清 (1998): 以方法論的觀點來看深度訪談研究法。輔導季刊：第 34 卷第 1 期，pp.39-45。
- 黃貴薰、余玉眉、許金川、李明濱 (1996): 男性肝癌患者手術治療後初期之疾病經驗。慈濟醫學：第 8 卷 2 期，pp.127-136。
- 黃麗菁 (2004): 愛的方糖-與糖尿病童共享病程的故事。嘉義：南華大學生死學研究所碩士論文。
- 曾文星、徐靜 (1994): 現代精神醫學。台北：水牛圖書。
- 張苙雲 (2003): 醫療與社會：醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 張春興 (2000): 張氏心理學辭典。台北：東華書局。
- 張紹勳 (2001): 研究方法。台中：滄海。
- 曾美智、李宇宙、李明濱 (1999): 憂鬱症與焦慮症之共患現象。台灣精神醫學：13 卷 2 期，pp.37-47。
- 楊延光 (1999): 杜鵑窩的春天：精神疾病照顧手冊。台北：張老師。
- 楊庸一 (2000): 輕型精神疾病的治療 (五)-焦慮疾患的診斷與分類。當代醫學：27 卷 10 期，pp.54-56。
- 齊力 (2003): 質性研究方法概論。齊力、林本炫編，質性研究方法與資料分析 pp.1 - 18。嘉義：南華大學教社所。
- 蔡香蘋 (2003): 舞蝶的天空—精神官能症體驗者的心情寫真。台北：生活調適愛心會。
- 劉慧娟 (2006): 罹癌醫療專業人員的生病經驗與專業省思。嘉義：南華大學生死學研究所碩士論文。
- 鍾芬芳、余玉眉 (2001): 自然產之第二胎產婦的生產經驗。護理研究：9 卷 1 期，pp.65-75。

顏芳慧、許敏桃(2004):初次罹患急性心肌梗塞婦女病發的生病經驗。護理雜誌：
51卷2期，pp.57-66。

藍采風、廖榮利(1978):醫療社會學的領域。台北：洪建全教育文化基金會。

藍采風、廖榮利(1984):醫療社會學。台北：三民。

竇維儀譯(2004):不再焦慮。台中：星辰。

龔卓軍(2003):生病詮釋現象學：從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。生
死學研究：第一期，pp.57-75。

英文

Bainbridge, W. S., (1989) Survey Research: A Computer-Assistant
Introduction. Belmont, CA: Wadsworth.

Charmaz, K. (1983) .Loss of self :A fundamental from of suffering in the
chronically ill. Sociology of Health and Illness,5 (2) ,168-195.

Corr, C. (1991) . A task-based approach to coping with death. Presentation
to the Association for Death Education and Counseling, Duluth, Minn,
April.

Enyert, G., & Burman, M.E. (1999) . A qualitative study of
self-transcendence in caregivers of terminally ill patients. American
Journal of Hospice & Palliative Care,16 (2) ,455-462.

Glaser, B., & Strauss, A.(1968) .Time for dying. Chicago: Aldine.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B.(1978) .Culture, illness and care:
Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research.
Annals of Internal Medicine, 88, 251-258.

Kleinman, A.(1988).The illness narrative: Suffering, healing & the human
condition. Massachusetts: Basic Books.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) . Stress, appraisal, and coping. New
York: Springer Publishing Company.

Morse, J., & Johnson, J. (1991). Toward a theory of illness: The illness constellation model. In J. Morse & J. Johnson (Eds), *The illness experience: Dimensions of suffering* (pp.315-342). London: Newbury Park.

Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Netherlands: Kluwer Academic.

Weisman, A. (1986). *The coping capacity: On the nature of being mortal*. New York: Human Science Press.

附錄一

研究對象基本資料

編號：

研究對象姓名：

訪談日期： 年 月 日

訪談時間：

訪談地點：

年齡：__年出生

性別： 男 女

婚姻狀況： 已婚 未婚 離婚

教育程度： 碩士以上 大學 專科 高中 國中 小學 未就學

職業： 家管 商 農 教 服務 其他_____

宗教信仰： 佛教 道教 基督教 天主教 無 其他

家庭結構： 小家庭 折衷家庭 大家庭 其他

初次罹病年齡：_____歲，有否住院？ 有，_____次 沒有 就診醫院別：

罹病至今： 1年以下 1-3年 3-5年 5-10年 10年以上

家族譜：

目前生活狀況：

附錄二

訪談同意書

您好：

生病，是生命中無可逃避的事件之一，當面對疾病時會讓人感受到生命的不確定性及對存在價值的疑惑，但是這意外的生命事件，卻是迫使人重新去思考生命的開始，也真正學會如何去生活。多次接觸愛心會出版之關於精神官能症之相關書籍後，讓我感受到面對疾病，除了要有勇氣外更需有深厚的生命力，因而促使自己想從事這方面的研究。

目前我就讀於南華大學生死學研究所，所做的論文題目為「焦慮疾患患者生病經驗之研究」真誠的邀請您參與這個研究，敘說您豐富的生病經驗歷程，聆聽您身處疾病事件中的心裡感受與看法。更希望能藉由您的寶貴經驗，鼓勵相同遭遇的人，幫助他們度過生命中的「意外」，並提供相關專業醫療人員做為臨床治療的工作參考。

而為了讓談話過程的珍貴資料不遺忘或流失，訪談過程會以錄音方式紀錄，訪談時間每次約為 60-90 分鐘左右，次數則依內容程度而決定。為了顧及您的權利及隱私權，錄音資料除供本研究使用，所有內容將遵守保密原則，在資料處理上也將以編號方式，確保您個人資料不會出現在公開資料中，訪談過程中若出現任何讓您感到不舒服或不願意再談的感受時，您也有權利終止訪談。研究報告撰寫後，更會邀請您一同參與資料勘誤與討論。若您同意參與本研究，並願意接受訪談，請在訪談同意書上簽名。十分感謝您參與本研究！

研究者：

聯絡電話：

訪談同意書

經由研究者說明研究目的與性質後，已了解研究的意義與重要性，茲同意參與研究訪談，提供個人的經驗與想法，最為論文分析的資料。

在研究者遵守保密原則，保護個人隱私的情況下，以及不公開研究參與者的個人資料下，同意錄音紀錄資料，做為學術研究之運用。

參與研究者：

日期：

附錄三

訪談大綱

1. 請您先說說目前的生活情況如何？（現況史）個案的成長經驗？
2. 第一次生病時的經過如何？你如何處理？當時心理感受為何？（發病史）
同時是否有其他重要事情正在發生？
3. 第 2 次以後生病過程的經驗如何？你如何處理？當時心理感受為何？（治療史）
（宗教信仰、家庭支持在生病過程中的角色）
4. 對整個就醫過程感受如何？對焦慮症的看法如何？焦慮症對生活的影響為何？家人對此疾病的態度為何？
5. 在整個生病過程，有什麼是您印象特別深刻的？對整個生病經驗的解釋為何？你自己覺得，能讓您走出來的原因是什麼？
6. 現在生活中有哪些因而改變或沒有改變的是什麼？
（工作、休閒、人際關係、感情、身體健康、家庭生活、生活態度）
7. 現在如何與焦慮症相處？對未來關心的是什麼？為什麼會當志工？
8. 假如可以，您希望能給其他一樣罹患此疾病的患者什麼建議？
9. 最後，還有沒有什麼事情，是您覺得很重要但是我們未提到的？

附錄四

研究對象檢核與回饋

您好，謝謝你花時間看了關於您的訪談分析報告，為使本研究結果更貼近於您的真實感受，麻煩您填寫下面的問題：

一、評分、修改與補充

請您將訪談分析報告與您的真實感受做評分，符合度由 1-100，分數越多代表符合度越高。有需修改或補充的部分，請您列於下列空白處：

二、對本研究的看法、感覺：

請您於下列空白處，填上您對本研究之看法，或是其他任何感覺或想法

再次謝謝您撥空協助本研究之完成 ！

附錄五

研究者省思札記

研究對象：_____

第_____次訪談

一、觀察型紀錄

二、方法型紀錄

三、內省型紀錄（包括訪談產生的疑惑、需再澄清部分、訪談對研究者的衝擊或感想）

附錄六 根據 DSM- IV 精神疾病的診斷與統計,將焦慮疾患細分為下:

- (一) 未伴隨懼曠症之恐慌性疾患 (Panic Disorder Without Agoraphobia): 其特徵是一再發生未預期型恐慌發作, 並對此持續擔憂。
- (二) 伴隨懼曠症之恐慌性疾患 (Panic Disorder With Agoraphobia): 其特徵是一再同時發生未預期型恐慌發作及懼曠症。
- (三) 無恐慌性疾患病史之懼曠症 (Agoraphobia Without History of Panic Disorder): 其特徵是有懼曠症及恐慌樣症狀, 但病史沒有未預期型恐慌發作。
- (四) 特定對象畏懼症 (Specific Phobia): 其特徵是暴露於某種特定物體或情境時會觸發臨床明顯的焦慮, 常導致畏避性行為。
- (五) 社會畏懼症 (Social Phobia): 其特徵是暴露於某些類型的社會性或操作性情境時會觸發臨床明顯的焦慮, 常導致畏避性行為。
- (六) 強迫性疾患 (Obsessive-Compulsive Disorder): 其特徵是強迫性意念 (造成明顯的焦慮或痛苦) 與強迫性行為 (用來抵消焦慮) 二者至少有其中一項。
- (七) 創傷後壓力疾患 (Posttraumatic Stress Disorder): 其特徵是再度體驗過去發生的極度創傷事件, 並伴隨發生警醒度增加的症狀及逃避與此創傷有關的刺激。
- (八) 急性壓力反應 (Acute Stress Reaction): 其特徵與創傷後壓力疾患相似, 在極度創傷事件之後短期內發生。
- (九) 廣泛性焦慮疾患 (Generalized Anxiety Disorder): 其特徵是持續至少六個月期間的過度焦慮及擔憂。
- (十) 一般性醫學狀況造成的焦慮性疾患 (Anxiety Disorder Due to a General Medical Condition): 其特徵是有顯著焦慮症狀, 並可判斷是一般性醫學狀況的直接生理後遺症。

(十一) 物質誘發之焦慮性疾患 (Substance-induced Anxiety Disorder): 其特徵是有顯著焦慮症狀，並可判斷是藥物濫用、臨床用藥、或暴露於毒素的直接生理後遺症。

(十二) 其他未註明之焦慮性疾患 (Anxiety Disorder ,Not Otherwise Specified): 其特徵為有明顯焦慮或畏懼逃避的疾患，但不符合上述特定焦慮性疾患的診斷者。

附錄七 資料編碼實例

編號：E

受訪者：小曾

受訪時間：950510

受訪地點：高雄市立美術館騎樓

樣本取得方式：蕭小姐介紹

截錄如下：

編碼	訪談內容	意義單元
E1022	<p>B ..跑去長庚掛文醫生的門診，然後進去第一次門診，就回來拿了一個禮拜的藥，然後第二次門診去又拿了一個禮拜，然後第三次去那個文榮光就跟我講說，<u>阿那個錢繳一繳你不用來哩，你好了！我奇怪我什麼時候好勒，我還是一樣沒好阿，然後第四次又去，他說..阿你怎麼又來，我覺得還是怎樣，那他就跟我講說，他就有一個好主意，我要再辦第二次的團療，問我要不要去參加，那我就說好，那我就去參加，我就去參加團療就這樣</u></p>	<p>治療過程感受 (與醫師感受不同)</p> <p>醫師建議參加團療</p>
E1023	<p>G 那你要不要談一下，你那時候生病，可是你檢查很多都是正常，<u>檢查結果都是正常</u>，那時候你心理的感受是怎樣</p> <p>B <u>心理感受喔恩..用顏色來講就是一個灰色。很簡單就灰色，然後就有點怨天尤人啦，長那麼大了第一次用到成語，就是怨天尤人啦，就是這個樣子</u></p>	<p>治療過程感受 (檢查結果都正常)</p> <p>對生病感受 (灰色、怨天尤人) (很無助)</p>
E1024	<p>G(呵呵呵)</p> <p>B <u>讓我感覺到就是這個樣子，很無助。當我去參加了第二次團療之後，我才發覺到ㄟ 原來還有這麼多人跟我一樣生病，剛開始我以為只有我一個。後來發現不只我一個，後來發覺ㄟ 還有 10 幾個人跟我一樣在生病。那時候我就有一個主意，我就跟文榮光教授他講，ㄟ 我們這邊可以辦一個什麼會喔，把我們這邊的人集合起來，讓我們情況比較好了，可以幫助跟我們一樣的人</u></p>	<p>對治療感受 (參加團療感受)</p> <p>成立互助團體幫助他人</p>
E1025	<p>G 對阿</p> <p>B ㄟ 這不錯哦，就由長庚結束，然後由我們來</p>	

E1026	<p>辦。我第二梯次跟第三梯次的一個小姐，我們兩個就一起把這個會搞起來，找個安心會..安心會是我取的名字</p> <p>G 哦~(呵呵)對阿我就想說ㄟ 可是他現在已經過了很多任了哦..</p>	
E1027	<p>B 對阿，對阿。阿因為我 我後來就沒有再管那一些事情，我現在其實慢慢的生活就一直恢復步調，事情就多了嘛，阿一忙真的就沒有那麼多時間了嘛，變成說，經過長庚有空或經過凱旋有空，我就會停車進去看看，那如果有 case 那 OK 轉介給我聊好，或者是留我的電話給他們都可以，變成一個輔導性的工作，我沒有辦法做一個他們的志工的話，就做一個 part time 的這樣，我還是有在從事這方面</p>	
E1028	<p>G 阿..我們剛剛有說到第二次生病嘛</p>	
E1029	<p>B 黑</p> <p>G 嘿阿你說這段期間比較沒有那麼嚴重嘛</p>	再次生病感受
E1030	<p>B <u>沒有像第一次那麼嚴重啦，還是那麼嚴重</u></p> <p>G 那也是..還是有去找文醫師</p> <p>B 黑我也是再去找文醫師 以前在高醫去找一個女醫師，後來第二次他跑去長庚，然後第二次的時候就去找文醫師了</p>	
E1031	<p>G 阿那時候第二次的時候</p> <p>B 就跟第一次一樣，但是沒有 他假如第一次是 100 分的話，第二次可能就是 90 分</p>	
E1032	<p>G 症狀都一樣</p> <p>B 都一樣</p> <p>G 但是這時候就沒有說再檢查了喔</p>	
E1033	<p>B 就不用檢查，就知道說是正常ㄚ。</p> <p>G 那你第一次聽到所謂的恐慌症，那時候心裡的感受是怎樣，那時候恐慌症並不流行阿，也沒聽過比較多</p>	
E1034	<p>B <u>那時候喔，就是怨天尤人阿，為什麼會去得這種怪病阿，也沒聽過阿，我為什麼會去看精神科阿，讓我覺得是很灰色的感覺，妳會覺得人生變灰掉</u></p> <p>G 阿你那時候會想說是什麼原因造成嗎，還是</p>	帶病感受 (為什麼會看精神病) (很灰色很無助)

E1035	<p>你去追根究底？</p> <p>B 那時候..<u>剛開始也不會想原因啦，剛開始只會抱怨</u></p>	
E1036	<p>G 恩</p> <p>B <u>會沮喪會抱怨，就這樣。然後經過團療認識之後，慢慢你會再去做思考，去檢討說，為什麼會這樣子。所以那時候你初期的時候，會看了很多書，那從很多書上妳就會慢慢體會，事出一定有因嘛，所以才會慢慢回想說，是什麼原因會造成這種現象。那時候不會回想這個，只會抱怨，只會沮喪和嘆息</u></p>	<p>帶病感受 (沮喪、抱怨) 團療的幫助 (思考病因)</p>
E1037	<p>G 阿那時候的生活勒</p> <p>B ㄟ <u>應該說是以前的千金小姐，大門不出二門不邁，都不敢出去阿，都怕阿</u></p>	<p>帶病生活 (不敢出門) (幾乎都在家)</p>
E1038	<p>G 生病那段期間喔</p> <p>B 都幾乎在家裡</p>	
E1039	<p>G 大概多久阿</p> <p>B 在家裡幾乎快半年了</p>	
E1040	<p>G 所以..沒有工作嘛</p> <p>B <u>沒有職業，把工作辭掉了。然後就跟小孩子一樣，我太太要上班就把我帶到我媽家寄放，然後他下班在去我爸媽家把我接回來。</u></p>	<p>帶病生活 (失去工作) (生活依賴家人)</p>
E1041	<p>G 可是你那時候恐慌是症狀來的時候才會不清楚阿，阿沒有症狀的時候</p> <p>B <u>症狀來的時候會不舒服，但這個情況在你的心裡還是停留在怕的那個</u></p>	<p>帶病生活 (預期性焦慮)</p>
E1042	<p>G 哦~就是你還是很怕那個</p> <p>B <u>你會去預知下一次是什麼時候會來</u></p>	
E1043	<p>G 就一直擔心下一次不知道是什麼時候發作這樣子。</p> <p>B <u>對對阿..你這樣子發作死掉怎麼辦。你很怕死，憂鬱是不怕死，恐慌是很怕死，你會想到再發作死掉就這麼奇妙這麼好玩</u></p>	<p>對病感受 (擔心發作死掉) (現在回想起來感覺好玩)</p>
E1044	<p>G 所以長達半年</p> <p>B 黑..幾乎都待在家裡不敢出門。然後在去團療之後才慢慢認識一些狀況，之後才自我訓練自己走出去</p>	<p>團療的幫助 (了解狀況) (開始自我訓練)</p>
	<p>G 你那時候對疾病的看法勒..覺得灰色以外</p>	<p>對病感受</p>

	B 我覺得剛開始是灰色啦，後來參加團療後，慢慢把灰色調成彩色。那時候我想說，如果我 .	(灰色變彩色)
--	---	-----------

中華民國生活調適愛心會簡介

從自助 互助 到助人是最美麗的昇華
歡迎您加入我們的大家庭
一起為生命的學習成長而努力
本會的精神是
關懷 接納 理解 尊重
本會的性質是
以幫助精神官能症為主之支持性團體
本會的理念是
生活調適和生命成長是每一個人之終生功課

一、本會緣起

民國 82 年 6 月在台北市立療養院，一群由恐慌症團體心理治療班畢業、康復後的朋友，共同組成了一個以病友互助、聯誼為主的「恐慌症知友會」，經過多次修正、轉型後，於民國 85 年 3 月正式在內政部立案【台內社字第 8 5 1 1 1 6 4 號】，成為一個全國性的社會服務團體，以協助精神官能症朋友為主要任務。

回顧愛心會自民國 85 年成立至今一路走來，已邁入了第九個年頭，在這漫長的歲月中，飽受心靈受創的朋友們彼此加油打氣、互相扶持，雖極具艱辛，但當生命活泉湧時，只有無限感恩。

二、服務對象

焦慮症、恐慌症、憂鬱症、強迫症、身心症、重大創傷後症候群 等精神官能症朋友，
以及勇於面對自己情緒和壓力問題，願意改變和成長的朋友。

三、宗旨

本會結合各界志願從事社會服務之人士，向大眾推廣身心健康教育，關懷精神官能症朋友，協助其建立「治療與預防」並重之觀念，並以「生活調適」和「生命成長」為終生之學習。

四、業務

1設立電話熱線 2 推廣團體治療 3 出版會刊會訊 4 舉辦專題講座
5 行為治療旅遊 6 志工培訓講習 7設立專屬網站 8 設心靈加油站
9 設志工研討會 10社區關懷志工 11舉辦聯誼大會 12促進社團交流
12促進社團交流 13 工作復健 14 門診關懷

五、愛心會服務處

台北總會：台北市松德路 309 號一樓(台北市立聯合醫院松德院區)

熱線電話：(02)-2759-3178

服務時間：週一 週五 09:00 16:00，週六 09:00 12:00

傳 真：(02)-2759-7310

劃撥帳號：18850873

戶 名：中華民國生活調適愛心會

台中分會

熱線電話：(04)-2333-9622

服務時間：週一 週六 09:00 12:00

高雄分會：高雄市苓雅區凱旋二路 130 號，高雄市立凱旋醫院 1 樓

熱線電話：(07)-713-3825

服務時間：週一 週五 09:00 16:00，週一、週五 14:00 17:00

花東地區

連 絡 人：石嵩峰(038)-336-002 0920-865-822

郭素梅(03)-823-7368

新竹地區

連 絡 人：龍學有 0926-866-018

取自網址：<http://www.ilife.org.tw>

附錄九

高雄市小草關懷協會簡介

一、緣起

民國 89 年在高雄市有十多位精障病友時常在聯誼，互相支持、打氣、陪伴，自取名為『小草聯誼會』。93 年 2 月在台大醫學院張珪教授及一群善心人士熱心奔走下，正式向高雄市政府社會局申請立案，成立『社團法人高雄市小草關懷協會』。

二、成立宗旨

服務領有精神障礙手冊的病友及家屬，或有精神障礙現象的朋友；協助其解脫心身症狀的束縛，推廣各種解壓的方法與知識，幫助患者學會自我調適，並增強抗壓的能力，以達到『安頓身心、自助助人』的目標。

三、任務

1. 經驗分享
2. 希望灌注
3. 認知成長
4. 同理關懷
5. 急難協助
6. 轉介門診
7. 媒介工作

四、服務對象

- 1、 焦慮症、恐慌症、憂鬱症、強迫症、身心症、重大創傷後症後群等，精官能症朋友。
- 2、 精神病患及家屬（包括：精神分裂症、情感性精神病、妄想性精神病、器質性精神病、反應性精神病、人格違常等。
- 3、 目前生活壓力大，及勇於面對自己情緒和壓力問題，願意改變和成長的朋友。
4. 病友家屬。

五、服務項目

- (一) 設立關懷專線---由服務志工輪值，供病友諮詢及傾訴，並主動追蹤關懷、鼓勵病友就醫。
- (二) 設置網站&小草報報---提供各項醫療資訊和病友心聲文章與會員分享；並定期公告本會各項活動訊息。
- (三) 舉辦認知成長專題講座---邀請專家演講推廣身心健康衛教，減壓、放鬆、適應生活的技巧。
- (四) 行為治療休閒旅遊---不定期舉辦國內、外休閒旅遊。以幫助病友克服心理障礙，帶動病友走入社會，接近人群。
- (五) 舉辦病友暨家屬聯誼會---不定期舉辦卡拉OK 歡唱、烤肉聯誼、爬山、游泳運動，彼此關懷、打氣，分享治病及生活調適之成功經驗。
- (六) 志工培訓---聘請專家講授專業知識及各項研習課程，助人溝通技巧，幫助志工自我成長。
- (七) 圖書借閱---提供相關心靈成長書籍，協助會員再學習及自我重建。
- (八) 促進社團交流---與本會宗旨任務具有相關性的機構和社團交流，尋求有益病友權益之相關合作關係。
- (九) 急難協助---協助緊急申辦各項社會資源補助。
- (十) 職業技能訓練---開辦課程，培養一技之長，準備重新進入社會工作，做好心理建設，找回自我人生價值。
- (十一) 媒介工作---與政府相關部份及私人企業合作開發，提供適合病友工作的庇護性工作場所或民間公司機構。

六、服務時間與地點

服務時間 每週一至週五 上午 9:00~下午 5:30

(中午 12:00~1:30 休息)

服務電話 電話 07-5529891 傳真：07-5529892

辦公室 高雄市鼓山區中華一路 976 號一樓
(市立聯合醫院美術館院區)

取自網址 <http://grasscare.org.tw>