

癌末病患家屬面臨喪慟因應行為、 人際依附型態與預期性哀慟反應相關之研究

曾慧嘉 何長珠 蔡明昌

研究目的：本研究主要目的在於探討癌末病患家屬面臨喪慟因應行為、人際依附型態、與預期性哀慟反應之相關性。**研究方法：**本研究採立意取樣法，選取高雄市三家醫院安寧病房家屬為研究對象，使用人際依附風格量表、簡明因應量表和悲傷經驗量表修訂版作為評量工具，以面對面問卷調查法收集資料，有效問卷為142份(男性64位、女性78位，平均年齡38.94歲)。**研究結果：**癌末病患家屬之預期性哀慟反應平均而言為中等偏低程度，面臨喪慟因應行為以正向因應行為為使用頻率較高。不同人際依附型態的癌末病患家屬於作計劃、正向重建、宗教、否認、行為逃避之面臨喪慟因應行為有顯著差異；不同人際依附型態的癌末病患家屬於存在關注、憂鬱、身體症狀之預期性哀慟反應也有顯著差異。癌末病患家屬之預期性哀慟反應與主動因應、正向重建、接受、工具性支持和發洩因應行為呈現顯著的負相關，與否認、行為逃避和自責因應行為呈現顯著的正相關。**研究結論：**本研究發現人際依附型態於預期性哀慟反應與因應歷程中確為一重要影響變項，且癌末病患家屬之面臨喪慟因應行為和預期性哀慟反應亦具相關性。

關鍵詞：預期性哀慟、喪慟、因應行為、人際依附型態

曾慧嘉：高雄市立民生醫院高年保健科主任；南華大學生死學碩士；專業領域為家庭醫學、老年醫學、安寧緩和醫學、預防醫學、社區醫學。(通訊作者；E-mail: tzenghueijia@yahoo.com.tw)

何長珠：南華大學生死學系教授；美國南加州大學教育(諮商心理)哲學博士；學術專長為悲傷輔導、團體諮商、靈性治療、遊戲治療、表達性藝術治療、個別諮商理論與實務。

蔡明昌：南華大學生死學系副教授；國立高雄師範大學教育博士；學術專長為生死教育、生命教育、高齡學、社會統計、量化研究方法。

收稿：2009年4月10日；通過：2009年11月29日。

一、前言

根據行政院衛生署統計，癌症已連續二十年以上高居台灣十大死因首位，且死亡人數逐年攀升，更突顯出完整安寧照護系統的重要性。世界衛生組織(WHO)於1990年對安寧緩和醫療提出明確之定義與原則，指出緩和醫療服務對象不只著重在病人，家屬所受煎熬的支持以及哀傷輔導，也是緩和醫療的重要項目。儘管為安寧病患家屬提供哀傷評估、哀傷輔導計劃與處置，係完整安寧照護系統不可或缺之一環，但台灣的安寧病房附屬於醫院之下，所提供的照護大多只針對住院病患與家屬，對於病患死亡後的喪親服務普遍缺乏足夠人力與資源(劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮，2005)。邱泰源等人(2002)亦指出，台灣安寧緩和照護系統應加強心理調適與哀傷輔導之落實。

親人死亡是重大生活壓力事件，且幾乎每位喪親家屬都會經歷程度不等的身心傷痛歷程，即使是預期性親人死亡也不例外(Hogan, Morse, & Tason, 1996; Rando, 2000)。雖然對大多數人而言，喪親後嚴重心理問題並不常見(Shimai, 2003-2004)，不是每個人都需要專業性介入，然而，有些人的哀慟歷程是複雜的。強烈而持久的哀傷不僅容易造成心理疾病或使身體健康情形惡化，甚至會增加自殺之危險性(Stroebe, Stroebe, & Abakoumkin, 2005)。

隨著喪慟因應相關理論與模式發展，文獻多支持適應會影響喪慟之假說，指出個人因應能力可明顯影響對喪慟之反應。近年的喪親文獻對依附型態與喪慟反應之關聯有許多探討，認為安全依附者對於「喪親」壓力調適，確實比不安全依附者容易，不安全依附者較易有複雜性悲傷。然而，目前並沒有單一理論能夠解釋喪慟適應過程與結果之所有面向(Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006)。喪慟因應行為、人際依附型態與預期性哀慟反應之相關性為何？值得進一步探究。

Goodkin等人(2005-2006)已確認「複雜性喪慟反應(complicated bereavement reaction)」為一「疾病狀態」。Schut與Stroebe(2005)依公共衛生架構將喪慟介入計劃整合為三級預防策略，指出喪慟介入可能會干預「自然的」哀慟過程，對於越複雜性悲傷作介入越有效。站在預防及早期治療喪慟併發症之觀點，若能於預期病患死

亡期間，對癌末病患家屬之預期性哀慟反應、面臨喪慟因應行為與人際依附型態加以評估，將喪慟介入時間提前或將喪慟高危險群予以轉介，或可減少複雜性喪慟反應，進而減低喪慟對健康之影響與社會成本。

二、文獻探討

(一) 預期性哀慟之定義

1970年代，Futterman、Hoffman和Sabshin(1972)首先使用「預期性哀慟(anticipatory mourning)」此一名詞，並區分預期性哀慟與預期性悲傷概念之不同：預期性哀慟是整個過程，而悲傷只是過程中的一種成分。Rando(2000)於*Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning*一書中，將預期性哀慟定義如下：「預期性哀慟是一種現象，係由失落與創傷經驗引起之適應性需求歷程，包含七項引發性定義(generic operations)：悲傷與哀慟、因應、互動、心理社會重組、作計劃、平衡衝突需求以及促成善終；它來自自己或重要他人有生命威脅或末期疾病時所產生的反應，以及對過去、現在和未來失落的認知」。Rando(2000)認為治療預期性哀慟可使喪慟過程更加順利，並提出預期性哀慟橫跨六個面向：1.觀點：病患、親人、所在乎的其他人、照顧者。2.時間焦點：過去、現在、未來。3.影響因素：心理、社會、生理因素。4.適應需求主要來源：失落、創傷。5.引發之現象：悲傷與哀慟、因應、交互作用、心理社會重組、作計畫、平衡衝突需求、促進善終。6.脈絡層次：個人層次、人際層次(有生命威脅或瀕死者)、系統層次。

陳麗糸(1989)研究預期性悲傷之定義性特徵，包括生氣、震驚、憂鬱、哭泣、沮喪、全身無力、失眠、胃部空虛感、性慾降低、無用感、無望感、罪惡感、注意力無法集中、無助感、對事物失去興趣、對活動失去興趣等共十六項。Gilliland與Fleming(1998)測量及比較病患死亡前後的悲傷，發現預期性悲傷伴隨著較高強度之憤怒、情緒失控和非典型悲傷反應。Chapman與Pepler(1998)發現癌末病患家屬具個人化悲傷型態，而女性、成年子女、教育程度高、未與病患同住、非主要照顧者，會表現出較多之忿怒與敵意。

Duke(1998)指出預期性悲傷具角色、關係、因應和記憶四種變化，導致多重角色失落衝擊，並認為於病患死亡前家屬會產生去依附現象。Clukey(2002)認為預期性哀慟是情緒與認知轉換之動力過程，包含瞭解、照護、存在、發現意義和轉換五個過程，而悲哀、憤怒、感覺被淹沒、疲倦、不說話、罪惡感、挫折和解脫感皆為預期性哀慟之成份。Mok、Chan、Chan和Yeung(2003)發現癌末病患照護者的情緒經驗是強烈的，充滿希望和無望、罪惡感、害怕和遺憾。

綜合以上研究結果發現，預期性哀慟是指因瀕死威脅所產生之情緒性反應，與死後悲傷特性相似，亦包含許多失落後悲傷症狀，且涵蓋身體、心理、社會與靈性層面。因此本研究假設，於預期癌末病患死亡期間家屬已出現哀慟症狀，並驗證其程度。

(二) 喪慟因應理論模式和對喪慟反應之相關

根據與悲傷相關之理論與觀點，許多學者提出不同的喪慟因應策略模式。例如：Lazarus與Folkman(1984)之「壓力－因應模式」闡述，喪親為一壓力源且會產生許多痛苦症狀。Stroebe與Schut(1999)之「雙重歷程模式(Dual Process Model)」說明，喪慟因應為一動態過程，其中包含與喪親相關之壓力源，以及與生活事件妥協之認知策略。Folkman(1997)並認為，正向地再評價、以問題為焦點之目標、精神信念與實踐、自痛苦事件中勾勒出新意義等因應方式，對喪慟適應皆有效益，欲了解喪慟調適過程須包含因應。Stroebe與Schut(2001)將與喪慟因應過程相關之理論模式分類如下：1.一般壓力與創傷理論：認知壓力理論、壓力反應症候群、情緒開放與分享、假設的世界觀。2.一般悲傷相關理論：精神分析理論、依附理論、心理社會轉變模式、雙軌模式。3.針對喪慟之因應模式：任務模式、認知歷程模式、增強的悲傷模式、悲傷的「新模式」、意義重建。4.喪慟之整合性模式：四因素模式、雙重歷程模式。

當家庭有成員死亡時，其他家人必須產生新的調適，以因應新的家庭任務和需求(Shapiro, 1996)。儘管失去親人會發生深遠、痛苦的變化，但個人也會在喪親經驗中成長，而表現出獨立性、自我信賴和自我效能的增加，同時也改變對生活的洞

察，並強化宗教信仰(Schaefer & Moos, 2001)。Henderson、Hayslip和King(2004)認為，個人對壓力之調適能力可預測對死亡或失落的反應，以及在喪慟歷程中的痛苦程度。

Jacobs、Kasl、Schaefer和Ostfeld(1994)發現，低度問題焦點因應者可預期會有高度之分離痛苦，亦有較高的憂鬱分數。Levy、Martinkowski和Derby(1994)研究與適應功能有關之變數，包括預期性悲傷、同時的壓力源、社會支持和靈性支持等，證實均與個人之喪慟因應能力有關。Meuser與Marwit(1999-2000)發現，因應方式對悲傷具有良好的預測能力，高度情緒導向因應可預測高程度悲傷，而高度問題導向因應可預測低程度悲傷。Benight、Flores和Tashiro(2001)亦支持喪慟因應效能是情緒痛苦、心理安適、靈性安適與生理健康之顯著預測因子。

由以上研究可看出，喪慟因應行為包括以情緒為導向和以問題為導向之因應，且與預期性悲傷反應相關。研究亦顯示，喪慟因應能力可明顯影響個人悲傷反應，但預期性悲傷也是影響喪慟因應之相關因素。根據上述喪慟因應理論模式與研究結果，本研究提出假設認為，喪慟因應與預期性哀慟之間具有顯著相關性。

(三) 依附型態和對喪慟因應與喪慟反應之相關

Bowlby(1969, 1973, 1980)將悲傷概念化為因重要他人死亡之依附連結斷裂，並將依附型態分為安全和不安全型態。Hazan與Shaver(1987)以Bowlby之依附理論為架構，提出安全(secure)、逃避(avoidant)和焦慮/矛盾(anxious/ambivalent)三種成人依附型態分類。Bartholomew與Horowitz(1991)延伸Bowlby的內在運作模式，將成人依附型態分為安全(secure)、焦慮(preoccupied)、逃避(fearful)和排除(dismissing)四種依附型態。根據Bowlby(1980)的依附理論，當遭逢重大壓力事件時，不安全依附者會比安全依附者有較大之心理困難。Parkes(2001)、Shaver與Tancredy(2001)亦認為，除非遭遇不尋常創傷事件，安全依附者一般會經歷和適度表達情緒且對喪慟適應良好(正常的悲傷)，不安全依附者較易有複雜性悲傷，例如：焦慮依附者在失落後非常情緒化，容易形成慢性化悲傷；排除依附者傾向抑制或避免與依附有關之情緒，顯出延宕性、抑制性悲傷或缺乏悲傷；逃避依附者相當不尋常地表現出害怕與「未解決的

悲傷」，無法流暢地談論他們的失落。Stroebe(2002)指出，安全依附者於失落與復原導向之間擺盪較容易，較不易有悲傷之併發症；焦慮依附者傾向失落導向且有慢性化悲傷；排除依附者大多傾向復原導向，會延宕和壓抑他們的悲傷；逃避依附者於這些導向之間擺盪受阻礙。

Mikulincer與Nachshon(1991)研究以色列大學生之依附型態與開放行為，發現安全依附者與焦慮依附者比起排除依附者自我揭露較多，且與其他兩種不安全依附者相比，安全依附者具有較大的揭露彈性。Mikulincer與Florian(1998)提出，在痛苦的因應方面(非喪親研究)，焦慮依附者會沉思及表現出較多的痛苦，排除依附者則喜歡採取遠離策略。Mikulincer與Shaver(2003)認為，安全依附者會尋求支持並以建設性方法嘗試解決問題(以問題為導向之因應)，焦慮依附者為高度情緒導向因應，逃避依附者則採取高度遠離因應方式並傾向自痛苦中撤除認知與行為。Fraleley與Bonanno(2004)研究亦顯示，逃避依附者對喪親適應較為困難，排除依附者面對失落則表現出復原型態。

Mikulincer、Florian和Weller(1993)於一創傷反應研究中發現，與安全依附者相比，焦慮依附者有較多的悲傷痛苦，但逃避依附者有較高程度的身體化症狀。van Doorn、Kasl、Beery、Jacobs和Prigerson(1998)檢測末期病患配偶的創傷性悲傷與憂鬱症狀，發現不安全依附型態會提高配偶產生創傷性悲傷反應之危險性。Parkes(2001)提及，因喪親至精神科求診之病人以不安全依附型態佔多數，顯示複雜性悲傷與依附型態確有相關。Wayment與Vierthaler(2002)探討依附型態與喪親反應(悲傷、憂鬱和身體化)相關性時亦發現，焦慮依附者有較高程度的悲傷與憂鬱，逃避依附者較易身體化，而安全依附者較少憂鬱。

由以上依附型態對喪慟因應與喪慟反應之相關研究文獻顯示，安全依附比不安全依附者具較大的心理與行為彈性，且安全依附者對喪親壓力之適應，確實比不安全依附者容易。故本研究提出假設認為，人格依附型態對預期性哀慟反應與喪慟因應方式具有顯著差異性。

三、研究方法

(一) 研究對象

本研究採立意取樣法，以高雄市安寧病房中16歲以上之癌末病患家屬為研究對象。研究者先至高雄市三家設有安寧病房之醫院提供研究計畫書與研究問卷，申請通過人體試驗委員會(IRB)同意函後，再進入安寧病房收案。由研究者向病人家屬說明研究目的、保密原則，及徵詢病人家屬意願(大約三至四位家屬即有一位拒絕受訪)後，同意填寫問卷且於研究同意書上簽名者，才納入本研究樣本。共收案145人，有效問卷為142份。

(二) 研究工具

本研究之研究工具為一結構性問卷，問卷內容包括四部份：

1. 個人基本資料：

包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、親屬關係、情感關係、健康情形，以及是否與病患同住。

2. 人際依附風格量表：

此量表係王慶福(1995)參考Hazan與Shaver(1987)、Bartholomew與Horowitz(1991)之自陳式依附量表編製而成，共24個問項，分為四個次量表(安全依附、焦慮依附、逃避依附、排除依附)。採Likert六點量表，由1分(非常不符合)、2分(相當不符合)、3分(不太符合)、4分(還算符合)、5分(相當符合)至6分(非常符合)，但第13題及第16題為反向題。為避免受試者兩個量尺同為最高分時難以歸類，王慶福(2000)參考Bartholomew與Shaver(1998)之分析，設計一題人際依附風格類型自評排序輔助題，以作為歸類之依據。

王慶福、林幸台、張德榮(1997)以因素結構驗證各次量表，顯示四個次量表具有良好的內部一致性，其Cronbach's α 值分別為：安全依附($\alpha = .71$)、焦慮依附($\alpha = .83$)、逃避依附($\alpha = .81$)、排除依附($\alpha = .79$)，並進行多向度量尺分析發現，stress

係數為0.049十分接近0，RSQ指數為0.998非常接近1，顯示本量表具有良好之信度與構念效度。

3. 簡明因應量表(Brief COPE)：

此量表係Carver(1997)修編Carver、Scheier、Weintraub(1989)之因應量表(the COPE Inventory)而來，原量表共60個問項，Carver(1997)縮減為28個問項，包含十四個描述不同因應策略之次量表(主動因應、作計劃、正向重建、接受、幽默、宗教、情緒性支持、工具性支持、自我逃離、發洩、否認、物質濫用、行為逃避、自責)，每一次量表有兩個問項。本量表為Likert四點量表，由1分(完全不符合)、2分(有些符合)、3分(相當符合)至4分(完全符合)。

Carver(1997)以斜交轉軸(oblique rotation)法作探索式因素分析，產生九個因素特徵值(eigenvalues)大於1，總變異量達72.4%。十四個次量表內部一致性Cronbach's α 值介於.50至.90間：主動因應($\alpha = .68$)、作計劃($\alpha = .73$)、正向重建($\alpha = .64$)、接受($\alpha = .57$)、幽默($\alpha = .73$)、宗教($\alpha = .82$)、情緒性支持($\alpha = .71$)、工具性支持($\alpha = .64$)、自我逃離($\alpha = .71$)、發洩($\alpha = .50$)、否認($\alpha = .54$)、物質濫用($\alpha = .90$)、行為逃避($\alpha = .65$)、自責($\alpha = .69$)。除了三個次量表(發洩、否認和接受)外，其他次量表之Cronbach's α 值皆超過.60，顯示此量表經縮減後，仍具有理想之信度。

4. 悲傷經驗量表修訂版(Revised Grief Experience Inventory, RGEI)：

此量表係Lev、Munro和McCorkle(1993)自Sanders、Mauger和Strong(1979)悲傷經驗量表(Grief Experience Inventory, GEI)發展而來之簡短版本，共22個問項，分為四個次量表(憂鬱、身體症狀、存在關注、壓力和罪惡感)。本量表為Likert六點量表，由1分(完全不同意)、2分(相當不同意)、3分(有些不同意)、4分(有些同意)、5分(相當同意)至6分(完全同意)。

Lev等人(1993)以主成份因素分析(principal components factor analysis)與obliteration轉軸法，所產生之四個因素累積總變異量為57.7%，總量表內部一致性信度為.93。四個次量表之Cronbach's α 值分別為：憂鬱($\alpha = .80$)、身體症狀($\alpha = .83$)、存在關注($\alpha = .87$)、壓力和罪惡感($\alpha = .72$)。

在簡明因應量表及悲傷經驗量表修訂版之量表中文化方面，研究者先以e-mail徵詢兩位原作者同意後，將第一次中譯譯文以電子郵件傳送給某位喪慟相關領域學者修正，再傳送給另一位喪慟相關領域學者審查，依研究主題作文句潤飾及擬定問卷初稿，並委請相關領域學者專家，包括心理諮商、心理教育與輔導、社會心理、安寧療護等領域專家共四位，針對問卷题目的相關性、正確性及措辭合適性進行評分修正，綜合各專家意見修改問卷內容與用詞後，始完成內容效度檢核。此外，本研究中簡明因應量表中譯版本之Cronbach's α 值為.86，悲傷經驗量表修訂版中譯版本之Cronbach's α 值為.95，表示此二份量表中譯版本的內部一致性信度，為可接受之範圍。

四、研究結果

(一) 癌末病患家屬之個人基本資料與人際依附型態

由表一可見，本研究對象以女性(54.9%)較男性稍多，年齡以20-49歲(共76.8%)佔大多數，平均年齡為38.94歲，教育程度以高中(38.0%)及大學(46.5%)佔大多數，宗教信仰以佛、道教與民間信仰(共61.4%)居多，無宗教信仰者(27.6%)次之，親屬關係以親子(共66.9%)佔最多，配偶(16.9%)次之，情感關係以非常親密與親密(共83.1%)佔大多數，健康情形以良好及普通(共88.7%)佔大多數，且與病患同住(62.7%)居多，人際依附型態以安全依附(48.6%)和排除依附(37.3%)佔大多數，焦慮依附(6.3%)和逃避依附(7.7%)僅佔少數。

(二) 癌末病患家屬之面臨喪慟因應行為與預期性哀慟反應

由表二可見，癌末病患家屬之面臨喪慟因應行為各次量表平均數介於1.15至2.98分之間，標準差介於0.50至0.88之間，最小值介於1.0至1.5之間，最大值為4.0。其中主動因應、作計畫和正向重建等正向因應行為平均數超過2.5，而物質濫用、行為逃避與自責等負向因應行為平均數低於2.5，顯示癌末病患家屬面臨喪慟之因應行為以正向因應行為使用頻率較高，負向因應行為為較少使用。由表二亦可見，癌末病患家

表一 癌末病患家屬之個人基本資料與人際依附型態(N=142)

變項	分類	人數	百分比(%)
性別	男	64	45.1
	女	78	54.9
年齡	16-19歲	9	6.3
	20-34歲	46	32.4
	35-49歲	63	44.4
	50歲以上	24	16.9
教育程度	國小(含以下)	7	4.9
	國中	9	6.3
	高中(職)	54	38.0
	大學(含專科)	66	46.5
	研究所(含以上)	6	4.2
宗教信仰	無	40	27.6
	佛教	42	29.7
	民間信仰	20	14.5
	道教	25	17.2
	基督教	9	6.9
	其他	6	4.2
親屬關係	父母和子女	95	66.9
	配偶	24	16.9
	兄弟姊妹	9	6.3
	其他	14	9.9
情感關係	非常親密	65	45.8
	親密	53	37.3
	不太親密	24	16.9
健康情形	良好	35	24.6
	普通	91	64.1
	較差	16	11.3
與病患同住	是	89	62.7
	否	53	37.3
人際依附型態	安全依附	69	48.6
	焦慮依附	9	6.3
	逃避依附	11	7.7
	排除依附	53	37.3

屬之預期性哀慟反應各次量表平均數介於2.48至2.98之間，標準差介於0.97至1.05之間，最小值為1.0，最大值介於5.33至5.83之間。由於預期性哀慟反應各次量表之中位數值為3.5，最大值為6，故本研究結果顯示，癌末病患家屬的預期性哀慟反應平均而言為中等偏低程度，但其中仍可見少數高程度哀慟反應者。

表二 癌末病患家屬之面臨喪慟因應行為與預期性哀慟反應(N=142)

次量表名稱	最小值	最大值	平均數	標準差
面臨喪慟因應行為				
主動因應	1.0	4.0	2.73	0.66
作計畫	1.0	4.0	2.88	0.72
正向重建	1.5	4.0	2.89	0.66
接受	1.5	4.0	2.98	0.67
幽默	1.0	4.0	2.24	0.67
宗教	1.0	4.0	2.39	0.88
情緒性支持	1.0	4.0	2.31	0.74
工具性支持	1.0	4.0	2.11	0.70
自我逃離	1.0	4.0	2.22	0.75
發洩	1.0	4.0	2.46	0.70
否認	1.0	4.0	1.42	0.64
物質濫用	1.0	4.0	1.15	0.50
行為逃避	1.0	4.0	1.34	0.51
自責	1.5	4.0	1.80	0.78
預期性哀慟反應				
存在關注	1.0	5.83	2.82	0.97
憂鬱	1.0	5.83	2.98	1.05
壓力與罪惡感	1.0	5.83	2.48	1.01
身體症狀	1.0	5.83	2.77	1.01

(三) 不同人際依附型態之癌末病患家屬在面臨喪慟因應行為之差異

本研究以單因子變異數分析檢定不同人際依附型態對於面臨喪慟因應行為之差異，若達顯著差異，再以Sheffe法進行事後比較找出組間差異。由表三可見，在十四

個次量表中，不同人際依附型態的癌末病患家屬在作計劃($F=2.754, p<.05$)、正向重建($F=6.138, p<.001$)、宗教($F=3.757, p<.05$)、否認($F=3.086, p<.05$)和行為逃避($F=3.207, p<.05$)五個次量表具顯著差異。事後比較則發現，就使用正向重建因應方式而言，人際依附型態為安全依附型之家屬顯著高於焦慮依附型態之家屬，人際依附型態為排除依附型之家屬顯著高於焦慮依附與逃避依附型態之家屬；但就使用否認因應方式而言，人際依附型態為逃避依附型之家屬則顯著高於安全依附型態之家屬。

表三 不同人際依附型態之癌末病患家屬在面臨喪慟因應行為之差異(N=142)

面臨喪慟 因應行為	1安全依附 n=69		2焦慮依附 n=9		3逃避依附 n=11		4排除依附 n=53		F值	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
14個次量表										
主動因應	2.83	0.64	2.33	0.90	2.50	0.32	2.71	0.69	2.169	
作計畫	2.88	0.66	2.33	0.87	2.68	0.98	3.02	0.68	2.754*	
正向重建	2.95	0.56	2.28	0.62	2.41	0.58	3.03	0.70	6.138***	1>2, 4>2,3
接受	3.02	0.66	2.39	0.60	3.00	0.71	3.02	0.67	2.543	
幽默	2.31	0.61	2.00	0.35	2.00	0.59	2.35	0.78	1.334	
宗教	2.49	0.94	1.67	0.35	1.91	0.54	2.48	0.94	3.757*	
情緒性支持	2.41	0.73	2.28	0.91	2.23	0.56	2.20	0.74	0.910	
工具性支持	2.83	0.70	2.33	0.79	2.64	0.50	2.63	0.69	1.889	
自我逃離	2.28	0.74	2.28	0.74	2.09	0.66	2.16	0.81	0.398	
發洩	2.61	0.71	2.28	0.67	2.09	0.38	2.38	0.72	2.554	
否認	1.30	0.57	1.44	0.58	1.91	0.92	1.45	0.63	3.086*	3>1
物質濫用	1.11	0.51	1.22	0.44	1.32	0.60	1.17	0.46	0.665	
行為逃避	1.23	0.42	1.33	0.83	1.68	0.72	1.42	0.48	3.207*	
自責	1.69	0.71	1.89	0.65	1.91	0.86	1.90	0.86	0.853	

* $p<.05$, *** $p<.001$ ；事後比較採Scheffe法

(四) 不同人際依附型態之癌末病患家屬在預期性哀慟反應之差異

本研究以單因子變異數分析檢定不同人際依附型態對於預期性哀慟反應之差異，若達顯著差異，再以Sheffe法進行事後比較找出組間差異。由表四可見，不同人

際依附型態的癌末病患家屬在存在關注($F=5.952, p<.001$)、憂鬱($F=5.361, p<.01$)和身體症狀($F=4.418, p<.01$)三個次量表達顯著差異。事後比較則發現，人際依附型態為焦慮依附型態之癌末病患家屬，其存在關注程度顯著高於安全依附型態之癌末病患家屬；人際依附型態為逃避依附型態之癌末病患家屬，其存在關注與憂鬱程度顯著高於安全依附型態之癌末病患家屬。

表四 不同人際依附型態之癌末病患家屬在預期性哀慟反應之差異(N=142)

預期性 哀慟反應 4個次量表	1安全依附 n=69		2焦慮依附 n=9		3逃避依附 n=11		4排除依附 n=53		F值	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
存在關注	2.53	0.86	3.50	0.58	3.45	1.54	2.95	0.94	5.952***	2 > 1, 3 > 1
憂鬱	2.73	0.96	3.70	1.39	3.79	1.39	3.02	1.04	5.361**	3 > 1
壓力與罪惡感	2.31	1.00	2.74	0.89	3.00	1.40	2.56	0.92	1.976	
身體症狀	2.49	0.93	3.29	0.73	3.27	1.32	2.95	0.98	4.418**	

** $p<.01$, *** $p<.001$ ；事後比較採Scheffe法

(五) 癌末病患家屬預期性哀慟反應與面臨喪慟因應行為之相關性

本研究以皮爾森積差相關檢定癌末病患家屬預期性哀慟反應與面臨喪慟因應行為之相關性。由表五可見，癌末病患家屬預期性哀慟反應與主動因應、正向重建、接受、工具性支持和發洩因應行為呈現顯著負相關，而與否認、行為逃避和自責因應行為呈現顯著正相關，表示癌末病患家屬若採用主動因應、正向重建等正向因應行為頻率越高，其預期性哀慟反應程度越低，但若採用行為逃避、自責等負向因應行為頻率越高，其預期性哀慟反應程度越高。

表五 癌末病患家屬預期性哀慟反應與面臨喪慟因應行為之相關性(N=142)

	存在關注	憂鬱	壓力與罪惡感	身體症狀
主動因應	-0.230**	-0.164	-0.135	-0.233**
作計畫	-0.990	-0.106	-0.081	-0.088
正向重建	-0.220**	-0.224**	-0.191*	-0.208*
接受	-0.213**	-0.216**	-0.216**	-0.202*
幽默	-0.062	-0.007	-0.021	-0.059
宗教	-0.100	0.025	-0.019	0.012
情緒性支持	-0.059	0.074	0.062	-0.063
工具性支持	-0.226	-0.031	-0.002	-0.194*
自我逃離	-0.055	0.080	0.023	-0.010
發洩	-0.116	-0.055	-0.015	-0.167*
否認	0.250**	0.248**	0.172*	0.262**
物質濫用	0.085	0.114	0.151	0.064
行為逃避	0.193*	0.195	0.122	0.163
自責	0.360**	0.335	0.310**	0.354

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

五、討論與建議

(一) 討論

本研究結果顯示，癌末病患家屬的預期性哀慟反應平均而言為中等偏低程度，表示癌末病患家屬在安寧病房中所呈現之預期性哀慟反應程度一般來說不高，與劉乃誌等人(2005)之研究結果不同。研究者猜測造成此研究結果之影響因素可能為：

1. 此次受試對象之人際依附型態以安全依附者(48.6%)和排除依附者(37.3%)佔大多數(共122人，佔全部受試對象85.9%)。
2. 情感關係勾選非常親密者亦佔多數(共65人，佔全部受試對象45.8%)。
3. 有宗教信仰者之比率亦高(佛教29.7%、民間信仰14.5%、道教17.2%、基督教6.9%，共計78.3%)。

這三種因素加乘起來，本來就可能屬於最具正向反應之類型。不過，這些受訪者皆屬於自願個案，因此，本研究結果應視為自願性個案(通常也就是安全依附和排除依附這兩種依附風格)因應類型之表徵。

本研究結果亦顯示，癌末病患家屬面臨喪慟因應行為以正向因應行為頻率較高，負向因應行為較少。雖然國內目前並無相似研究可供比較，但此研究結果可能與本研究癌末病患家屬預期性哀慟反應程度不高相關。此外，文獻指出安全依附者會有正常的悲傷且對喪慟適應良好，排除依附者會延宕和壓抑悲傷，而顯示出抑制性或缺乏悲傷 (Parkes, 2001; Shaver & Tancredy, 2001; Stroebe, 2002)，上述原因或許可作為本研究預期性哀慟反應偏低且正向喪慟因應行為頻率較高之解釋。

由表三可看出，焦慮依附者作計畫、正向重建及宗教等正向因應行為於四組中頻率最低，逃避依附者否認與行為逃避等負向因應行為於四組中頻率最高；有些因應行為雖未達統計顯著差異，但安全依附者正向因應行為頻率較焦慮依附與逃避依附者高，負向因應行為頻率較焦慮依附與逃避依附者低。此研究結果表示安全依附者與對喪慟適應較良好，焦慮依附與逃避依附者對喪慟適應較為困難，與國外的研究發現相符合(Fraley & Bonanno, 2004; Mikulincer & Shaver, 2003)。

由表四可看出，四組中以安全依附者預期性哀慟反應程度最低，且明顯低於焦慮依附與逃避依附者，與國外研究結果相似(Mikulincer et al., 1993; Wayment & Vierthaler, 2002)，但逃避依附者之憂鬱反應在四組中最高，且焦慮依附者之身體症狀在四組中最多，與上述國外研究結果不同。限於本次研究對象於焦慮依附(N=9)和逃避依附者(N=11)人數過少，欲深入探討此問題還需未來持續的實徵研究。

若根據事後比較所發現之資料，人際依附型態為焦慮依附之癌末病患家屬，其存在關注程度顯著高於安全依附之癌末病患家屬，人際依附型態為逃避依附之癌末病患家屬，其存在關注與憂鬱程度顯著高於安全依附之癌末病患家屬，暗示未來作悲傷輔導時，可加入對當事人依附類型之了解，並依據特殊依附類型需要提供更具焦點取向之輔導策略。例如：對於焦慮依附類型，可討論存在的價值及與生死相關之議題(像未竟事務之處理)，但對於逃避依附類型，除提供與存在、生死與憂鬱等相關資料外，應輔以表達性藝術治療作為宣洩悲傷情緒之媒介，以增加其因應能力。

本研究亦發現，排除依附者在正向因應行為與預期性哀慟反應得分表現與安全依附者較為相似，其中於作計畫、正向重建及幽默因應行為頻率甚至高於安全依附者，表示除安全依附者外，排除依附者之喪慟適應亦較為良好，顯示出對失落的復原型態，此發現與Fraleley與Bonanno(2004)之研究結果相符合。

由表五可看出，癌末病患家屬的預期性哀慟反應與主動因應、正向重建、接受、工具性支持和發洩因應行為呈現顯著負相關，而與否認、行為逃避和自責因應行為呈現顯著正相關，表示癌末病患家屬面臨喪親事件時，若採用正向因應行為頻率越高，其預期性哀慟反應越低，但若採用負向因應行為頻率越高，對預期性哀慟反應會有負面影響。因此，本研究除證實預期性哀慟反應程度與面臨喪慟因應行為具相關性外，亦支持國外文獻認為個人因應能力會明顯影響個人喪慟反應之看法(Benight et al., 2001; Folkman, 1997; Henderson et al., 2004; Meuser & Marwit, 1999-2000)。

(二) 建議

本研究根據研究結果提供實務上和對未來研究之建議，以供安寧照護及相關單位人員參考：

1. 本研究顯示，安寧病房之癌末病患家屬大多使用正向因應行為，且預期性哀慟反應平均分數亦不高，但其中仍可見少數高程度哀慟反應者。建議安寧照護人員應了解癌末病患家屬之喪慟因應方式，並針對家屬之依附類型與相應需要訂定介入計劃，避免一本通吃之介入模式。

2. 就預防喪慟併發症觀點而言，安寧照護人員應針對否認與自責等負向因應行為，及逃避和焦慮依附型態之家屬發展介入方案，並視情況予以追蹤或轉介，以落實對病患遺族之哀傷照護。

3. 由於國內安寧病房照護人力相當有限，且病患死亡後家屬即回歸社區中生活，使得喪親後追蹤及輔導有一定困難度。建議安寧照護人員可尋找其他社會資源互相結合(如社區心理諮商中心)，或於現有安寧照護模式中納入喪慟高危險群心理諮商服務，以提供更完善的癌末病患家屬喪親服務。

4. 本研究發現焦慮依附類型之個案，其喪慟因應並非如國外資料顯現為一種複雜與慢性的痛苦方式，反而是以身體症狀來表現；逃避性依附個案之喪慟反應亦以憂鬱最高，而非國外研究所顯現之身體症狀。這些發現雖然受到人數不足之限制而影響其推論之公信力，但不可諱言的是，此文化差異議題為未來研究的重要出發點。

5. 本研究雖顯示安寧病房之癌末病患家屬大多使用正向因應行為，且其預期性哀慟反應平均分數亦不高，但由於此結果可能受到前述個案來源之自願性、與患者之親密關係良好以及宗教信仰等因素之影響，故不建議直接結論此一現象為目前台灣癌症病房之典型剖面圖。希望未來之研究能補強目前研究所不及，而有更多資料可期。

本研究於學術與實務工作層面皆有實質貢獻。目前國內有關預期性哀慟之研究不多見，甚至國外文獻亦未見人際依附型態與預期性哀慟相關之研究。本研究於預期病患死亡期間，探討癌末病患家屬人際依附型態、面臨喪慟因應行為與預期性哀慟反應間之關係，結果顯示家屬之人際依附型態在悲傷反應與因應歷程中，確為一重要影響變項，對未來安寧照護之悲傷輔導與喪親服務領域，提供一個嶄新而有意義的研究與發展方向。

不過，本研究僅對高雄市三家醫院安寧病房之癌末病患家屬進行抽樣，有效樣本僅142人(自願者)，且多為安全依附與排除依附者，對預期性哀慟程度恐有低估之可能性，故此研究結果可能無法完全推論至台灣其他地區之安寧病房家屬，以及非安寧病房之癌末病患家屬。另外，由於國內缺乏相關研究工具及量表，本研究所使用之研究工具係由西方學者所發展之量表翻譯而來，亦恐有跨社會文化性差異而造成研究結果之誤差。最後，由於本研究設計為橫斷式的相關研究，難以顯示動態的調適歷程，亦無法作因果關係之推論。

參考文獻

- 王慶福(1995)：《大學生愛情徑路模式之分析研究》。國立彰化師範大學輔導研究所博士論文(未出版)。
- 王慶福(2000)：〈當男孩愛上女孩：人際依附風格類型搭配、愛情關係與關係適應之研究〉。《中華輔導學報》，8期，177-201。
- 王慶福、林幸台、張德榮(1997)：〈人際依附風格、性別角色取向與人際親密能力之評量〉。《測驗年刊》，44卷2期，63-77。
- 邱泰源、胡文郁、鄧錦惠、鄭逸如、莊榮彬、陳慶餘(2002)：〈癌末病人之照護體系-台灣安寧緩和醫療文獻之回顧〉。《台灣醫學》，6卷3期，332-339。
- 陳麗糸(1989)：《預期性哀傷導因及定義性特徵之臨床效度的初步測定》。國立台灣大學護理研究所碩士論文(未出版)。
- 劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮(2005)：〈安寧療護與預期性悲傷〉。《安寧療護雜誌》，10卷3期，286-296。
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Benight, C. C., Flores, J., & Tashiro, T. Y. (2001). Bereavement coping self-efficacy in cancer widow. *Death Studies*, 25, 97-125.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chapman, K. J., & Pepler, C. (1998). Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. *Cancer Nursing*, 21(4), 226-234.
- Clukey, L. (2002). *Anticipatory mourning: Transitional processes of expected loss*. Unpublished doctoral dissertation. University of Northern Colorado, Greeley, USA.
- Duke, S. (1998). An exploration of anticipatory grief: The lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 829-839.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological state and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.
- Fraley, C. R., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 878-890.
- Futterman, E. H., Hoffman, I., & Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning. In B. Schoenberg, A. C. Carr, D. Peretz, & A. H. Kutscher (Eds.), *Psychosocial aspects of terminal care* (pp. 243-272). New York: Columbia University Press.
- Gilliland, G., & Fleming, S. (1998). A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies*, 22, 541-569.
- Goodkin, K., Lee, D., Molina, R., Zheng, W., Frasca, A., O'Mellan, S., et al. (2005-2006). Complicated bereavement: Disease state or state of being? *Omega*, 52(1), 21-36.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Henderson, J. M., Hayslip, B. Jr., & King, J. K. (2004). The relationship between adjust-

- ment and bereavement-related distress: A longitudinal study. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(2), 98-124.
- Hogan, N., Morse, J. M., & Tason, M. C. (1996). Toward an experiential theory of bereavement. *Omega*, 33(1), 43-65.
- Jacobs, S., Kasl, S., Schaefer, C., & Ostfeld, A. (1994). Conscious and unconscious coping with loss. *Psychosomatic Medicine*, 56, 557-563.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lev, E., Munro, B. H., & McCorkle, R. (1993). A shortened version of an instrument measuring bereavement. *International Journal of Nursing Studies*, 30(3), 213-226.
- Levy, L. H., Martinkowski, K. S., & Derby, J. F. (1994). Differences in patterns of adaptation in conjugal bereavement: Their sources and potential significance. *Omega*, 29(1), 71-87.
- Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (1999-2000). An integrative model of personality, coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults. *Omega*, 40(2), 375-393.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 56-152). San Diego: Academic Press.

- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 26(4), 267-275.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25-45). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones and their caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A., & Strong, P. N. (1979). *A manual for the grief experience inventory*. Tampa, FL: University of Florida.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 145-167). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaption to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), S140-S147.
- Shapiro, E. R. (1996). Family bereavement and cultural diversity: A social developmental perspectives. *Family Process*, 35, 313-332.
- Shaver, P. R., & Tancredy, C. M. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shimai, S. (2003-2004). Bereavement experience in the general population: Incidence, consequences, and coping in a national sample of Japan. *Omega*, 48(2), 137-147.
- Stroebe, M. S. (2002). Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research. *Mortality*, 7(2), 127-138.
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of

- bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2440-2451.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Models of coping bereavement: A review. In M. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 375-403). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180.
- van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-574.
- Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129-149.

The Relationships of Coping Behaviors with Bereavement, Attachment Styles, and Anticipatory Mourning Reactions among Families of Terminal Cancer Patients

HUEI-JIA TZENG, CHANG-CHU HO, MING-CHANG TSAI

Purpose: The main purpose of this study was to explore the relationships among bereavement coping behaviors, attachment styles, and anticipatory mourning reactions in the families of terminal cancer patients. **Methods:** Participants were 142 families (64 male, 78 female; mean age: 38.94) from 3 Kaohsiung hospice wards sampled using a purposive sampling method. The Attachment Style Scale, the Brief COPE, and the Revised Grief Experience Inventory were administered in face-to-face interviews. **Results:** The mean level of anticipatory mourning reactions among participants was moderately low, and the frequency of positive coping behaviors was higher than negative. Attachment styles were significantly related to differences in planning, positive reframing, religion, denial, and behavioral disengagement. Attachment styles were also significantly related to differences in existential concerns, depression, and anticipatory mourning reaction in the form of physical distress. Anticipatory mourning reactions correlated negatively with active coping, positive reframing, acceptance, use of instrumental support, and venting, whereas they correlated positively with denial, behavioral disengagement, and self-blame. **Conclusions:** The study found that attachment style was an important predictive factor with respect to anticipatory mourning reactions and the coping process, and also demonstrated a relationship between bereavement coping behaviors and anticipatory mourning reactions.

Key words: anticipatory mourning, bereavement, coping behaviors, attachment styles

Huei-Jia Tzeng: Chief, Division of Senile Preventive Medicine, Kaohsiung Municipal Min-Sheng Hospital.
(Corresponding Author, E-mail: tzenghueijia@yahoo.com.tw)

Chang-Chu Ho: Professor, Department of Life-and-Death Studies, Nanhua University.

Ming-Chang Tsai: Associate Professor, Department of Life-and-Death Studies, Nanhua University.