

從台灣文化脈絡下剖析與建構 癌末病人健康相關生活品質內涵之研究

胡文郁 戴玉慈 陳慶餘¹ 釋惠敏² 陳月枝

摘 要

本研究為探討並建構癌末病人健康相關生活品質之內涵以及概念架構，研究對象採立意取樣，於某醫學中心安寧緩和醫療病房及腫瘤病房之15位高異質性之癌症末期住院病患，使用低結構式面對面訪談方式收集資料，將所得文字資料或錄音轉寫成文字稿，逐字逐句重複閱讀並進行分析、編碼與歸類，研究結果所建構之概念架構圖，呈現出健康相關生活品質內涵為「四個類目及八個主題」，每個主題均含正向及負向的敘述，分別為類目(一)身體內外的和諧與安適：共含兩個主題，分別為1)身體內在的生理功能與活力；2)身體外在的活動功能與外觀。類目(二)心理情感的和諧與安適：共含兩個主題，分別為1)主觀的情感表達；2)幸福的認知評價。類目(三)家庭社會的和諧與安適：共含兩個主題，分別為1)與家人和親友的人際關係；2)與生活和醫療環境的共處。類目(四)靈性存在的和諧與安適：共含兩個主題，分別為1)與自身和他人的和諧；2)與至高者和他人的和諧。而癌末病人健康相關生活品質之四個類目與八個主題，均為環環相扣且相互影響，其終極目標為追尋「身心靈及社會」整體的動態和諧，即達「天人合一」之境界，每個主題均含有「正向與負向」的生活品質，如太極圖之「陰與陽」，彼此互滲與消長。本研究結果期能讓臨床醫護專業人員多些文化敏感度，以提供適切性的末期醫療照顧，以及發展本土化健康相關生活品質評量工具之參考。

(安寧療護 2003 ; 8 ; 2 : 113-133)

Key words : terminal patient quality of life Taiwanese culture harmony

台大醫學院護理學系、台大醫院家庭醫學部¹、國立台北藝術大學通識教育中心²

國立台灣大學醫學院護理學系、所

通訊作者：胡文郁 臺北市仁愛路一段一號 護理學館

電話：(02) 23123456 ext 8428 E-mail：weyuhu@ha.mc.ntu.edu.tw

前言

癌症病人於生命末期時，需承受癌症或癌症治療所造成身心靈及社會的整體性痛苦(total suffering)，他們雖處於生命末期，仍需面對，其真實生活與人生，甚至生計(manner of existence)等問題，致使他們不斷思考並尋找生活與生命的意義與價值，並追尋內在心靈的自在與解脫，亦即提昇其末期生命的「生活品質(quality of life)」。

就安寧緩和醫療的目標而言，世界衛生組織(WHO)於1990年提出緩和醫療最終目標是維持與提升癌末病人「生活品質」^[1]，使得生活品質成爲末期醫療照顧品質監控與成效評價之黃金準則，因此，健康醫療專業人員有責任提升末期病人的生活品質以達善終。然而「生活品質」決定於生活的「形態」與「境界」，「生活的形態」決定於生活的物質結構(如：衣、食、住、行、保健等基本生存條件)，「生活的境界」則決定於生活的非物質結構(如：文化、社會與政治結構)，因而顯見生活品質必然和文化發生關係^[2,3]。

「文化(culture)」是指一個民族具地域性特質和特徵的生活方式(Ways of life)或思想方式的總和及設計，也被視爲某一群人在共同地域的基礎上經營共同的生活、使用共同的語言(及文字)、具有共同的宗教思想，以及遵循共同的風俗習慣，故文化能協助或決

定一群人恆久的生活，也塑造其生活的積極意義^[2,4,5]，也因而一個人的「健康與疾病觀」亦深受文化的影響。世界衛生組織生活品質小組針對「健康相關生活品質」的議題進行跨文化研究，指出個體對於疾病(disease)、損傷(impairment)與失能(disability)的主觀生活評量WHO於1992年邀集了各會員國生活品質專家及研究學者與會，稱之爲「健康相關生活品質(health related quality of life; 簡稱HRQL)」，Patrick與Erickson(1993)也指出「個人於生活期間(duration of life)，會因疾病、傷害、治療或政策，而使個體損傷，以及功能狀況、知覺與社會機能受到影響，進而修飾或改變其個人生命存在狀態下的價值觀。」^[6]，WHO於1996年一致同意「與健康相關生活品質」提出生活品質的國際性定義應爲是：個人在其所生存的文化與價值體系的脈絡下，個人對知覺其生活所處的生活情境的，和其目標、預期望、生活水準和所關注心等方面的事物感受，有關，包括身體健康、心理狀態、獨立的程度、社會關係、環境因素以及個人信念以及環境^[7]。Padilla與Kagawa-Singer(1996)明確將生活品質與文化的概念予以連結，認爲生活品質是引起個人幸福感(well-being)的諸種經驗，或在晚年臨終時，自己覺得這一生活得很有意義與滿足感，並將文化視爲一個引導一群入具世界

觀的工具，能整合其信念與價值進而實踐，以讓自己擁有幸福感^[8]。

二十一世紀的台灣社會文化具有多元化與國際化的特性，生活品質概念之本土化的發展是必然的趨勢與結果，一個融合所有或是大多數生活在台灣的現住民(包括原住民、本省人與外省人)所共享與共同營造，且在共同的歷史、地理背景以及共同的社會、政治、經濟體制下，長時期塑模而成的『台灣文化』，即為台灣人共享的文化^[9、10]。既然生活品質離不開文化，而文化又是傳承下來的，故探討台灣癌末病人之生活品質也就離不開「傳統文化」^[4]，目前「台灣文化」的建構不但繼承舊有「中國傳統文化」而形成的「常民文化」為實體，同時也受日本文化和美國西方文化的塑型，成為以「西方現代化」為形式的中西思想雜合體^[11、12、13]，從「傳統到西化」及「中學為體、西學為用」，雖然台灣民間社會吸收了多種外來文化，而有趨近世界共同文化之趨勢，但從先秦到秦漢的儒、道思想的「中國傳統文化」以及常民文化，現今仍強烈蘊含在台灣民眾的家庭、社區日常生活、行為及宗教信仰中，影響國內民眾生活的衣食住行，因此，台灣仍保有相當程度的民族文化特色^[4、9、14、15]，即文化的殊異性。

為了掌握更多台灣社會文化的形貌與本

質，並避免落入西方文化思想脈絡或侷限於一個先驗架構來描繪台灣癌末患者健康相關生活品質之內涵，研究者認為必須從台灣文化脈絡的角度，深入地了解與剖析中西文化脈絡下，台灣癌末病人健康相關生活品質特質與內涵的普同性及殊異性，由於國內針對國人此方面的研究及臨床應用，尚在萌芽階段，為了有利於發展癌末病人健康相關生活品質之本土化評量工具，涉及文化脈絡之剖析是有其必要性與重要性。

人文與科學知識之發展，需植基於前人的貢獻與研究成果，再力求精進。本研究者過去曾依據SAC(The Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust)所提出之測量工具評量標準^[16]，選擇具良好信效度之McGill生活品質量表(簡稱MQOL)作為發展台灣癌末患者健康相關生活品質之基礎，由於在中譯過程需考慮語言及文化的適應性(language and cultural adaptation)^[17]，因此，植基於過去國內數篇針對癌末病人之「善終」、「靈性」與「生活品質」方面相關之本土性研究結果^[18、19、20、21、22、23、24]，本研究業已對生活品質進行概念分析^[25]，針對評量表各範疇及每個題目，與專家進行逐字逐句地反覆討論，期望在文字概念及語意的翻譯上，能達到適當性與對等性(equivalence)，並於台灣癌末患者進行MQOL-台灣版評量表之

臨床心理計量驗證^[26]，以適合本土文化，但於研究過程及結果中，仍發現國人有一些與健康相關生活品質特有的內涵，應被考慮置放於評量表中，故本研究目的乃探討與建構台灣文化脈絡與價值系統下，國人於癌症末期時生活品質內涵與概念架構。期望研究結果能找出台灣癌末患者生活品質之本土化題目，以修改MQOL-台灣版評量表，進而發展出具信效度且本土化之「癌末病人生活品質量表-台灣簡明版」，發展出「調整生活品質後存活時間(QAS)」作為應用於醫療成本效益分析及醫療照護方式評值之指標，以及讓健康醫療專業人員有更深一層的文化敏感度(culture sensitivity)，以提供末期醫療照顧，以適切性的末期醫療照顧，實深具臨床實用價值。

對象與方法

研究對象

本研究以台北某醫學中心之腫瘤病房及安寧緩和醫療病房為收案場所，針對同意且符合收案標準之病患為研究對象，選樣條件為：1)原主治醫師診斷為癌症末期之成年患者，且其疾病對治癒性治療已不再有反應者；2)主治醫師預估病人存活期約六個月以下者；3)意識清楚、可溝通，且願意接受訪談並填寫同意書者；4)研究者預估病人體力

應足以完成訪談者。採低結構式會談指引，運用面對面訪談以及臨床參與者的觀察方式收集質性資料，並持續追蹤病人至過世後才結案，最後，體力尚且可且有意願接受並完成整個訪談過程的個案有15位。

研究工具

本研究之低結構「訪談指引」，乃研究者參考文獻並親自參與照顧病人時，與病人會談所得資料及臨床經驗而先行擬定，共設計10題探索性問題，內容包括：

- 1)對您而言，您認為「生活品質」是在說…(什麼事情)？
- 2)當談到生活品質時，您會考慮哪些方面？
- 3)您個人覺得您自己目前的「生活品質」如何？
- 4)對您而言，您認為怎樣才叫「好的生活品質」？
- 5)那您認為怎樣才叫「不好的生活品質」？
- 6)您覺得您的生活品質會受哪些因素的影響？影響最大的事情或因素為何？您能說明一下嗎？
- 7)整體而言，前面您剛才提的那些事情或原因對您這兩天生活品質的影響是更好還是更差？
- 8)您可以用幾句話來形容您目前的生活品質嗎？
- 9)如果現在要對您的生活品質打分數，您會

打幾分？

10)您覺得有哪些方式或希望我們能提供哪些幫忙或服務，來提升您的生活品質？

以上問題為協助個案述說其整體性經驗，正式收集資料前，經三次邀請緩和醫療病房之資深醫師、護理師及法師等五位臨床專家共同討論以檢視其內容效度，以及試用此評估指引訪談兩位癌末患者，予以修正且定稿。

資料收集過程與分析

由於本研究對象為癌末患者，信任關係之建立及訪談時間的恰當性不易掌握，因考量訪談過程會造成病人之不舒服或情緒上之衝擊，故由主治醫師及護理長轉介個案，由本研究者則親自與符合選樣條件的癌末患者進行深度會談，資料收集過程採筆記及全程錄音，平均每人約花費二小時。將低結構式訪談指引之個案資料以及訪談錄音帶使用電腦文書軟體打成「文字稿」，時間以不超過24小時為原則，以減少記憶偏差。再將文稿字句逐一找出有意義的敘述，包括單字、詞彙或一句陳述，即為意義單元(unit of meaning)予以重複閱讀並進行編碼(coding)歸類(categorizing)，以建立較高層次之主題(theme)^[27]，最後，依主題歸納出類目(categories)，以完整分析資料與整理出所有個案描述其於

癌末時健康相關生活品質之內涵，本研究者再與主護護士討論，共同審閱歸類是否適當且符合癌末病人之思惟，並分別進行分析及歸納資料的類目，每位個案均達95%以上的一致性，再計算出某種有意義的字詞與句子等出現的頻率^[28]，擬作為增設癌末病人生活品質評量問卷的本土性題目之參考。

倫理關注

基於病人之自主尊重(respect for autonomy)以及利益與不傷害(beneficence and non-maleficence)的倫理考量，訪談員找到符合選樣條件個案後，先向病人解釋訪談之目的、方式及所需時間，並告知訪談之個人內容絕對保密，在不影響其原有的治療及照顧下，徵得病人同意並簽寫同意書後，始進行訪談。當病人中途不願回答或欲停止會談，訪談員必需尊重病人有保持沈默及拒絕的權利，可隨時終止。訪談過程中，本研究者提供安寧緩和醫療諮詢，並協助癌末病患自行決定其需要之末期醫療照顧，必要時，予以協助轉介相關醫療專業人員或安寧緩和醫療病房，訪談後，仍持續關懷此個案，直到病人過世後才結案。

結果

基本資料

本研究共收案15名癌末患者(表一)，盡

表一 基本資料-病人部分(n=15)

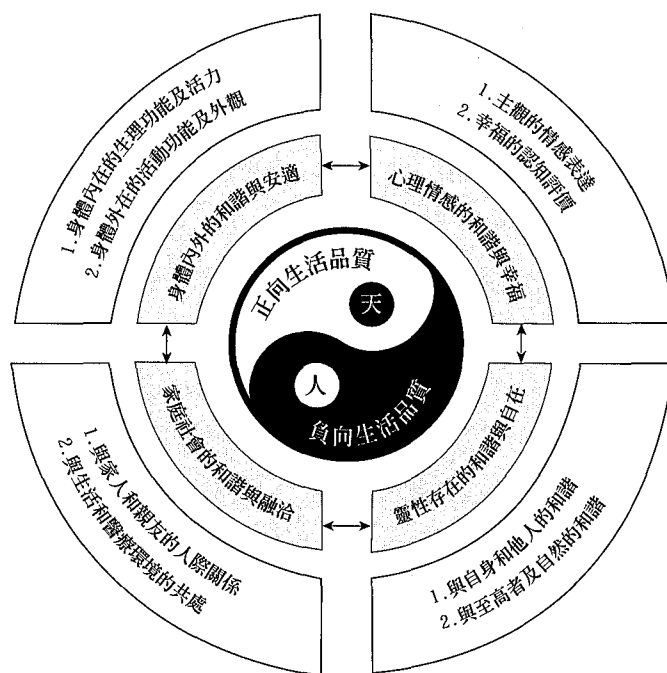
變項 個案編號	疾病診斷	性別	年齡	宗教信仰	婚姻狀況	教育程度
1	肺癌	男	42	無	已婚	高中
2	大腸癌	男	71	民間信仰	喪偶	不識字
3	大腸癌	女	39	民間信仰	已婚	大學
4	乳癌	女	52	基督教	已婚	碩士
5	肺癌	男	75	佛教	喪偶	國小
6	卵巢癌	女	66	無	已婚	國小
7	淋巴癌	男	41	佛教	已婚	專科
8	淋巴癌	男	38	民間信仰	未婚	高中
9	胃癌	男	35	道教	已婚	國初中
10	肝癌	男	42	佛教	已婚	碩士
11	頭頸癌	女	45	基督教	已婚	大學
12	胃癌	女	83	天主教	已婚	不識字
13	鼻咽癌	女	48	道教	離婚	高中
14	乳癌	女	27	民間信仰	已婚	專科
15	肝癌	男	73	無	已婚	高中

量選取異質性高的樣本，分別來自安寧緩和醫療病房(53.3%)和腫瘤病房(47.7%)，其中包括肺癌、肝癌、乳癌、胃癌、大腸癌、頭頸癌、卵巢癌以及白血病，男女各佔一半(53.3%及46.7%)，年齡層分布約從27歲至83歲，平均年齡為51.8歲，大多數已婚(73.3%)，宗教信仰以民間信仰居多、佛教、道教次之、基督教、天主教、及自認為無宗教信仰者，身體功能狀態ECOG從0~4級平均分佈。癌末病人有發生會困擾其生活品質之身體不適症狀，分別為疼痛、虛弱或疲倦、口乾、腹脹、呼吸困難、噁心嘔吐、便

秘、食慾不振、失眠、頭暈、煩躁不安、吞嚥困難、腹瀉、貧血、體重減輕、水腫、憂鬱、腸阻塞、腹水、出血傾向及潰瘍…等。

癌末病人健康相關生活品質之內涵

將訪談癌末病患後之文字紀錄稿，予以逐字逐句分析、編碼與歸納整理的結果，癌末病人健康相關生活品質可分為四大類目，即「身體內外的和諧與安適、心理情感的和諧與幸福、靈性存在的和諧與自在、以及家庭社會的和諧與融洽」，共含8個主題，每個主題均有正向和負向的敘述，本研究將癌末病人健康相關生活品質內涵的構念(con-



圖一、台灣癌末病人健康相關生活品質內涵之概念架構圖

structs), 建構繪製成圖一, 以下將詳述每個類目與主題的定義, 並逐一列舉八個主題的正向及負向案例敘說。

一、身體內外的和諧與安適(Internal-external physical harmony and well-being)

身體內外的和諧與安適, 係指身體內在生理功能正常及活力佳; 以及身體外在活動功能正常且外觀清潔完整, 共含2個主題, 敘述如下:

1) 身體內在的生理功能及活力: 正向敘述為身體內在的生理功能正常、無不適感覺或困擾症狀且活力或體力佳; 負向敘述為內

在的生理功能失常、有不適或困擾症狀以及活力或體力差。

癌末病人在休息、睡眠、飲食與消化排泄等生理功能, 以身體的舒適感與體力或活力狀況的敘述居多。有位女性卵巢癌患者述及:「我睡得還算安穩、還可以吃一點東西、腸子通、能尿尿、能吃就吃... , 人身體要健康、不要有病痛、不要喘... , 我現在是比較有體力, 負荷得了, 生活品質應該還好」。一位男性肺癌腦及骨轉移後致雙下肢癱瘓的病人述及:「生病本身, 身體上要受到許多的折磨, 腳不舒服, 沒感覺, 坐起來像

坐在個氣球上，像不倒翁，搖來搖去，沒有落實的感覺，骨頭都會很酸痛，疼痛會影響生活品質；希望說睡覺品質好一點，一直乾咳，咳到不能睡，會喘，沒睡覺就沒活力，而且壓力很大，不敢跟人家說，很難過，眼睜睜到天亮，有睡覺第二天就有活力，沒睡覺就沒活力，沒體力下來走，弄得自己很累，體力不夠，體力愈來愈差，身體有點虛，有一點累，臉色很難看」。另有位男性口腔癌患者提及：「胃口都很差，沒有食慾，其實我多想吃啊！但是嘴巴無法張開，我要吃也吃不下，吞都不能吞，嘴唇好乾，…甚至要排泄也排不出去，…讓人生變黑白的，哪有品質可言」。

2)身體外在的活動功能及外觀：正向敘述為身體外在的活動功能自如且能夠自我照顧以及外觀清潔完整；負向敘述為身體外在的活動功能受限致缺乏自我照顧能力以及外觀不潔淨與破損而影響正常生活。

有位47歲男性腸癌患者述及：「生活品質要更好，就是能走啦，能坐啦！行動自如…我現在還能動能走啦！走一走有比較好一點，我還能躺著也不錯啦！……日常生活可自理」。上述男性肺癌患者抱怨道：「下半身都癱瘓沒知覺，也沒辦法像一般人一樣下床走動，行動不便也蠻困擾的，…我是躺到怕，看到床會怕，……我幾乎沒辦法跟一般

正常人一樣生活」；腫瘤病房有位具感染性傷口的女性乳癌病患提及：「…人工肛門口的滲液已經滲出來，皮膚整個都爛掉了，…像我很久沒洗澡了，都用擦的，身上味道難聞，癌細胞侵蝕到最後，瘦巴巴，臉都凹進去，剩下皮包骨……」。

二、心理情感的和諧與幸福(Psychological-affective harmony and well-being)

心理情感的和諧與幸福，係指個體對自己本身或整體生活情況，主觀的正向情感表達與幸福感的認知評價，共含2個主題，敘述如下：

1)主觀的情感表達：正向敘述為正向的情感表達，即心情愉快、情緒得以發洩與紓解；負向敘述為負向的情感表達，即害怕與恐懼、失落與無助、憤恨與敵視、不確定感以及生活的耗竭感。

有位50歲女性卵巢癌患者談及：「真的心情很重要，你來我心情很好，心理上，還滿平靜、喜樂的，沒有壓力，其實生病本身，心理上要受到許多的折磨，心理上的痛苦是很難形容，…會有那種不確定的感覺，總希望多知道一點，不過我自己也會想，再拖下去會害怕，對死亡會有恐懼，…想太多也沒有用，我有時會去外面走走，散散心，心情會比較好一點」。一位50歲女性卵巢癌患者談及「最糟糕的品質是惶恐不安，隨時感

受到壓力，常常心理壓力很大，……根本沒有快樂的事情，很難過自己的病情一直惡化，常常會講到很低潮，就是這樣才氣，有時真的痛苦的想要自殺，…每個家人來都一直在哭，都會影響到我的心情，……我連鏡子都不敢照，頭髮都掉光光，全身毛都掉光光，這怎麼會是我呢？都很想把鏡子砸破，這種壓力是很大的，有時候會承受不了」。

2)幸福的認知評價：正向敘述為對整體生活情況之幸福與滿足感的認知評價，即積極樂觀的態度與幸福成就感；負向敘述為對整體生活情況之認知評價為不幸福與不滿足感，即消極悲觀的態度與失落感。

上位卵巢癌患者談及：「雖然是癌症，還可以去接受，心理上比較可以坦然去接受這種事實，生活品質就感覺不錯，還有活力，……，假如可以像以前一樣幫他(先生)準備個便當，可以得到很大的成就感，精神上很滿足，只要有意義，這樣我就很快樂」。一位女性乳癌患者：「生活品質比較難以去追求，我是領會不到說有什麼生活品質，…有在吃，可是不會飽，不會有滿足的感覺……，再拖下去，就會害怕，煩躁」。

三、家庭社會的和諧與融洽(Family-social harmony and communion)

家庭社會的和諧與融洽，係指個人與家人與親友間的良好人際關係，並能維持個人

的家庭社會角色以及安全淨化的生活與醫療環境，共含2個主題，敘述如下：

1)與家人和親友的人際關係：正向敘述為個人與家庭成員與親友間的良好互動人際關係和溫暖的家庭生活，並能維持個人的社會角色功能與責任以及能從事休閒活動；負向敘述為與家庭成員和親友間人際關係的疏離與退縮，以及冷淡的親情家庭生活，且無法維持個人的社會角色功能與責任缺乏休閒活動。

與家人的人際關係：一位42歲男性肝癌患者述說：「意志來自家庭吧！我太太的照顧是無微不至，打點一些生活起居和飲食的問題，即使安慰只有一兩句，可是會覺得很舒服……，至少給太太、小孩多一點聚的時間，掌握每一天的家庭生活，……他們的關心是重要的，如果沒有家人支持根本沒有那個毅力」。女性血癌患者指出：「我的家人住得比較遠，家人都沒辦法在一起，我媽都會哭哭啼啼的，希望媽媽關心我，可是有的時候他們的關心變成是一種負擔，…不能回家，都要住醫院，像我昨天還想家，因為我看天氣預報說要變冷了，想到家好溫暖喔，好想回家喔！我回去也沒做什麼，只是想回家，家給一個病人的意義很重要」。

與親朋好友間的人際關係：有位胃癌患者述及：「人與人的相處的關係好不好，是

也蠻重要的，不要去跟老人家(婆婆)吵，…人際關係和諧，大家相處的才會很親密，跟其他病人聊天，有人來跟我聊天也不錯，像你今天來聊天，我也很高興，……我們病友會相互聯絡，彼此分享經驗，也會相互幫助解決困難，只要對大家都有幫助就好了，親朋好友的關心很重要，會覺得有人在關心你，好溫馨」。女性乳癌患者提及：「人際關係當然會影響到目前的生活，我覺得融洽的環境很重要，……現在人與人之間很冷漠，真心的人很少，有時我會想到跟同事之間的不愉快，…還有樓下有個撿垃圾的老伯，我還去跟他吵架，真的會影響生活品質，…生病後，就比較少跟朋友接觸，大部分都在家裡，很少出去」。

個人的家庭社會角色與責任：即指經濟、工作與休閒等。上述肝癌患者提及：「……生活上，事業一定要做一個停頓，有妻小要去陪，我主動把社交活動減少，現在生病，無法出國旅遊，就盡量利用週末，帶家裡的人去郊外、去爬山，盡量滿足於這種小小的踏青活動，體力較差時，就在病房，我們就看錄影帶或討論病情…，可是身體的病痛會造成家裡跟著要來配合我的治療」。一位27歲女性乳癌患者，育有二子，老大(小傑)於數月前因血癌過世，她提及：「我有很多責任還沒完，畢竟我還年輕我的小孩還這麼

小，我很自責說我們那時都很忙於賺錢，…如果我還在(活著)的話，我會有很多的記憶，我們會常講到小孩(小傑)的事，如果真的我不在(過世)，就算他(先生)很想我們，也沒有人可以跟他說小孩(已過世的小傑)怎麼樣了……，不想給家人太多麻煩，怕他們手忙腳亂，盡量不要帶給別人負擔」。

2)與生活及醫療環境的共處：正向敘述為生活居住環境的安全與淨化，以及完善的健康醫療照顧系統；負向的敘述為生活居住與醫療環境的不安全與污染，以及健康醫療照顧系統不夠完善。

男性肺癌患者提及：「好的生活環境就是要空氣要好、樹多、綠的地方、乾淨、安靜、不吵雜又不紛亂，我現在住在安寧病房，護士、醫生也是盡量把你調適到一個讓你最不痛苦，最舒服的程度，護士會給我們很多支持和幫忙，所以我也喜歡住在這裡…」。69歲男性大腸癌患者抱怨：「…現在的一些疾病、污染都是工業化所造成的，像汽車排放廢氣、住家附近有什麼工廠啦、會有什麼味道啦，都會影響，水溝臭、浴室不乾淨、噪音啦、電磁波啦！…這都會影響健康，我的癌症可能就是這樣來的」；本身為護理人員的女性乳癌患者提到：「昨天往生室就比較大聲一點；台灣的醫療體制下，健保也有很多疏失，醫療品質，醫護人員的態

度……像護理人員很少，太忙了，不小心發錯藥，這也會影響我的生活品質，而且我覺得醫師比較沒辦法，在台灣的醫師根本跟病人講話的時間很少」。

四)靈性存在的和諧與自在(Spiritual-existential harmony and well-being)

靈性存在的和諧與自在，係指個體呈現與自身、他人、至高者以及自然間維繫的一種動態和諧，共含4個主題。

1) 與自身及他人的和諧：正向敘述為自我內在心性的自覺以及領受他人的關懷、諒解與放下；負向敘述為自我內在心性的困頓以及無法領受他人的關懷、諒解與放下。

與自身的和諧：係指自我內在心性的自覺，正向敘述指能轉化現實的困頓與創造生活的意義與價值以及超越生死的智慧；負向敘述為無法轉化現實的困頓與創造生活的意義和價值以及自覺生活的空虛與無意義。一位擁有碩士學位的肝癌患者，大學時代即喜歡念佛書，但表示自己是一般民間信仰，他述及：「能平安的走，有意義就好，自己要去選擇怎麼去適應你周遭的環境，當你沒有能力改變環境時只好改變自己，過一天算一天，…我會把修身修性的功夫融化在生活、工作上，心平氣和來治療這個臭皮囊，就好像很多基督徒信得誠的，交給上帝，我交給內在的佛心吧！」；一位男性腸癌患者說

道：「…生病之後，我對人生的觀念都變了，對人生的意義的看法有所不同，癌症病人也不要完全都靠醫療，有時候痛要自己找方式，…我覺得人到這個世界來並不是只為了追求錢財，要懂的怎麼過生活才有意義，而且健康很重要，除非你不是當人，…住院的時候就當度假一樣，為他們(妻小)做心理建設，再怎麼糟糕也只是這樣子而已，現在這些人際關係要盡量把他拋開，是為說要盡量把他放下，不要去想太多，不要計較太多」。前述大腸癌骨轉移致雙下肢癱瘓病人，抱怨說：「整天躺在床上有什麼意義，找不到心靈的平靜，其實人都很空虛，庸庸碌碌，當你一天靜下來的時候，都不知道自己在忙什麼，為何而忙」。

與他人的和諧：是指病人能感受到他人的關懷、諒解與放下。正向的敘述為病人能感受到愛與被愛、寬恕與被寬恕、交代後事與完成心願以及放下；負向的敘述為病人未能感受到他人的愛與被愛、寬恕與被寬恕、無法交代後事與完成心願以及執著。一位男性腸癌患者述及：「當下放下，要放心，不要想那麼多，心理上不用想說什麼事放不下，然後就沒有牽掛，…對未來的一個想法，會去打理，後事我都交代的好好的…大風大浪都經過，所以我現在比較釋懷啦，我對人生看得很淡，愈來愈不care自己了，要

放下自己的個性，慢慢去釋懷，…心靈上也是希望如果可以早一點解脫，對我也是一個很好的解脫，盡量放下」。有位血癌病人提及：「其實大人跟小孩一樣，他都有他的心願，如果說可以看他說還有什麼願望，幫他達成願望，這也是很好的」。

2) 與至高者和自然的和諧：係指病人能懷抱著希望與力量並懂得知足與感恩，以達到「天人合一與逍遙自在」之心境。

與至高者的和諧：係指個人與所崇拜或信仰的神、佛祖或祖先處於和諧的狀態，正向的敘述為對信仰的至高者懷抱信心、希望與力量，以及懂得知足、惜福與感恩；負向的敘述為對信仰的至高者缺乏信心、失望、無奈與內咎，以及不知足、不惜福與怨恨，以致「無尊嚴與自由」之心境。

有位男性信仰佛教之肝癌患者指出：「信仰很重要，需要宗教的支持，意志來自宗教吧，…我信佛教，我會喜歡念佛，可以轉移我的注意力，讓我心靈上有個寄託，比較能承受壓力，生活上有支柱，心靈上有寄託，…現在我生活中最重要的就是信心吧！我信得過我太太，相信他可以擔得起的，我也蠻感激她的」；一位罹患乳癌之女性基督徒患者述及：「當你想要找一個力量支撐你走下去時，宗教就是有這個力量，我非常的相信，主祂求的是永生，祂可以到天國，我

可以替祂傳福音，…要一步一步走才會知道主的意思，我相信祂是愛我們世人的，我也常鼓勵自己，都經過這麼大風大浪，我這樣就知足了，…我體會到人要知足，比上不足比下有餘，知足常樂吧！其實我們蠻知足的，不會怨天尤人，珍惜每一天，……人只要有一線希望就會活的比較快樂，每天早上起床，看到太陽就覺得有點希望」。一位女性腸癌有人工造瘻口患者說：「我可以說是一個沒有希望的人，很不願意過這樣的生活，生病很苦，眼睛一閉起來就會想，我將來會到哪裡去，我要選擇到哪裡去，有時會想到告別式，……但自己又不知道什麼時候要走，只有死是沒辦法預測，…我很自責我沒有好好care他(先生)的飲食…」。

與自然的和諧：正向敘述為處於清淨而安寧的環境與空間，以達到「天人合一與逍遙自在」之心境；負向敘述為處於污染而吵雜的環境與空間，致缺乏「自由與尊嚴」之心境。一位自認為無宗教信仰的肝癌患者指出：「在我每一天生命裡面有平靜喜樂的這種感覺，追尋心平靜的這種狀況，是自我的心靈空間的一種塑造，讓自己有一個跟自己對談的空間跟時間，…我可以自由自在料理我自己的生活的，能過一天，就盡量讓自己快活的過一天，安排時間很重要，生活很愜意，不要很忙碌，這樣會有一個安定的感

覺，…能回歸到原始生活的話，心靈自由，才能夠有自由和進步的生活品質，良好的生活品質還是要有彈性的……」。一位腫瘤病房罹患鼻咽癌患者：「每天好像被綁在這，自己亂了步驟，……因為病本身就是非常痛苦的，病沒有好，就沒有精神，……我覺得安靜的環境對病人很重要，像我們這個病房要是有一個會客室、有一個交誼廳會更好」。

再將訪談資料分析所得之意義單元，予以歸納於各主題單元，並計算出其發生頻率，發現癌末病人對正向與負向健康相關生活品質的關注範疇(表二)，仍以「身體」範疇居多(148反應人次)、「靈性存在」範疇次之(131反應人次)，依序為「家庭社會」範疇(105反應人次)與「心理情感」範疇(68反應人次)，其中家庭社會範疇中，還包括對環境、醫療制度與服務、經濟和休閒等面向之關注(34反應人次)。癌末病人對訪談時這二天有關自己健康相關生活品質的看法，有八位(53.3%)表示「變得更差」，五位(33.3%)表示「好壞參半」，僅二位(13.3%)表示近二天生活品質「變得較好」；癌末病人為其過去這二天以來自己生活品質評分，有十位(66.7%)癌末患者採100分評量，餘五位病人(33.3%)則採10分評量，表示國人似乎傾向於使用100分來評量生活品質，對於訪談時過去兩天來癌末病人健康相關生活品質的平均得分為5.3

分，上述資料顯示，約一半癌末病人自覺為負向的生活品質，但也有近一半癌末病人自覺也仍擁有正向生活品質的機會。

討論

孔孟儒學引領中國人走過了二千五百年的歲月，一直是我們立身處世的價值與生命之源，其間歷經佛學東傳，莊子在中印學術匯通上扮演承接的角色，隋唐以佛學為主流，而產生宋明理學，及至西方文化的衝擊，而有當代的新儒學，由此社會文化的歷史變遷，整體而言，在台灣的華人，其生活方式與價值感受，大多主要受到中國古代的儒家、道家、法家、墨家、佛家等五種思想體系^[4、5、12、13、9、29]，以及佛教、道教以及柔合儒道佛等民間信仰(佔大多數)，其中民間信仰是一種擴散式的宗教(diffused religion)，與民眾日常生活有密切關係。從過去文獻及本研究個案之宗教信仰及教育程度資料分布情形得知，癌末病人於台灣文化脈落下，有知識份子所代表而趨向哲理思惟的士紳文化，以及一般社會大眾或俗民所代表之民間生活文化，直接現實而功利，此二種類型文化共同存在且相互影響。綜而言之，儒家常以「天人合一」為生活的目標，道家以「道法自然」為生活的原則，佛家追求涅槃之境，終歸一切與自然相通，所以說中國人的生活觀

可以說是「天人合一」，而台灣傳統民間文化所追求的最完善境界，無論是在個人的身體健康，乃至於整個自然宇宙的運作，都是以維持均衡和諧(harmony)為目標^[4]，即與天地萬物人己之間發展或保持和諧圓融的關係，就價值層面而言，人存在的意義是在於追求一種「世界與人的和諧」狀態，即經典上所說的「致中和」^[29、30、31]。因此對照上述台灣文化的特色，本研究根據深度訪談所得資料分析歸納整理所得之癌末病人健康相關生活品質內涵的構念，置於中國傳統文化及一般常民文化孕育下的台灣文化脈絡中作一對照，嘗試建構出台灣癌末病人健康相關生活品質內涵之概念架構圖，以追求「身心靈及社會的整體和諧(physical-psychological-social-spiritual harmony)」為癌末病人末期生命的生活目標，以達「天人合一(unity of nature and human beings)」。

文獻指出病人對生活品質所產生的認知評價-幸福感(well-being)，是屬於較長期而穩定的主觀感受，其是由對生活的滿意程度及正負向情緒強度所整體評估而成的^[30]，而病人的幸福感來自於病人自己過去的生活經驗、價值觀或是與他人的生活狀態或自己理想目標比較的結果。西方文化慣用well-being一詞來說明生活品質^[31]，而本研究為慮及文化的對等性與適切性，選擇屬於台灣文化

脈絡下之儒道佛的思惟以及較通俗之中譯詞，作為各面向或範疇使用的中譯詞彙，即「身體-安適感、心理-幸福感、家庭-融洽感以及靈性-自在感」來加以詮釋癌末病人生活品質內涵的各構念及主題。由於我國文化對幸福感(well-being)的討論主要融合在儒、道、佛三家的思想中，對幸福有所討論的著作最早可能是易經，其對人生的看法是認為人生如卦象流轉，這是一種禍福相伴的想法，幸福感與危難痛苦(suffering)實是一體兩面，無法清楚界分，從本研究結果所呈現癌末病人對自己近兩天來生活品質的評價為「好壞參半」，評分為5.3分(滿分10分)來看，頗有俗諺所謂「居安思危」之意。

易經是中國生命哲學的理論基礎與精髓，也是建構中國人生命脈絡的經緯，更是蠡測生命變遷與人生禍福吉凶的準繩，周敦頤之太極圖說，融有儒道思想於其中，其圖深刻而形象地說明了世界上一切的陰陽兩種對立勢力相互連結的統一體，此圖一條曲線將祂分為兩半，白者為陽(Yin)，黑者為陰(Yang)，俗稱陰陽魚，通過其圓心任何一條直線，將之分成兩半都包含陰、陽兩個因素，絕不存在孤立的、沒有內在矛盾的成份，而此一渾沌狀態稱之為太極(Tai-Chi)^[32]。太極的概念最早使用於〈莊子〉與〈易傳〉，〈易系辭傳〉：「亦有太極，是生兩

儀，兩儀生四象，四象生八卦」，而八卦乃宇宙人生，萬事萬物組成之八個原質，說明宇宙人生發展之現象與其法則原理而為人生之運用，其極致為達「天人合一」之境地，此一追求「人與天地萬物為一體」的混沌境界及「盡性與知天」來說明中國人與自然關係的基本態度，也是中國人自我超越的生命哲學，此種「要求之於內」的內省智慧，不會積極地激勵人去對外在世界尋求系統的瞭解，故對人與天(自然)兩個世界的觀點是採「不即不離」與「存而不論」，與西方文化著重外在的超越與建構上帝為宇宙世界之主宰的態度與價值觀視不相同的，大體而言，我國文化思想是比較實際、貼切於人生的^[33-34]。此外，釋惠敏（1997）以其佛學觀點探究人與生命的本質，認為生命之真理不能說是斷滅性，也不能說是恆常性，生命的本質是「不即不離」身心的，因而提出了「不即不離」（靈性與身心時而緊密，時而超越）之身心說，以闡述佛學超越生死之覺性智慧^[36]。我國文化講究養生送死與善終善後，落葉歸根，不論是道家的根、儒家的根或是耶穌的根，中國人的生死觀為「人與天地萬物為一體」，即「天人合一」的觀念延伸，生死智慧與解脫之道在於存在高層次的心性的肯定與醒悟。台灣地區民眾在基本心態上是世俗的，祖先崇拜仍舊是我們這個社會的核心

價值，中國古代有「魂」與「魄」的觀念，表天地之「氣」，「魂」來自天，屬陽，主管人的精神知覺；「魄」來自地，屬陰，主管人的形骸血肉，魂與魄合則生，散則死，這種二元的靈魂觀，在世界各文化中頗具特色？^[36]，也普遍深植民間，且代代相傳。

基於上述之哲理與文化思惟，本研究結果發現一個完整個體(whole person)的癌末病人，其生活品質(太極即天人合一)兼含有「正向與負向」的健康相關生活品質，此「正與負」類比於太極圖之「陰與陽」，是為互滲且互相消長，正如同中國人生死互滲的觀念；而正負向生活品質(兩儀)可從「身體內外-心理情感-家庭社會-靈性存在」四個面向或範疇來加以審視，故此四個範疇視為形塑癌末病人生活品質之重要內涵；而每個範疇均涵括兩個主題(theme)，共有八個主題，如同四象八卦來闡述台灣癌末病人於瀕死期，生活中遇到宇宙萬事萬物的生存應對法則，生活目標即在追求上述台灣文化中所強調「身體內外—心理情感—家庭社會—靈性存在」四個面向或範疇之均衡和諧(harmony and well-being)，而此四個範疇與主題均環環相扣，相互影響，其中「靈性存在」範疇更是滲透於病人之「身-心-社會」各面向，而交織出癌末病人之整體健康相關生活品質。

從本研究結果的個案述說：「咳到不能

睡，會喘，沒睡覺就沒活力，而且壓力很大，不敢跟人家說，很難過，……沒睡覺就沒活力，沒體力下來走」，就可察覺到癌末病人身體內在的功能會影響身體外在的活動或外觀，也可能因此而致心理產生一些正向或負向的情感或情緒反應，甚至產生心理壓力，進而對生活品質有負向的認知評價，此正負向的情感、情緒或認知評價，會隨著病人身體功能不斷地衰敗以及個體外在家庭社會環境因素而影響，因此，醫護人員於提供癌末病人末期醫療照顧時，需瞭解癌末病人的情感或情緒反應，在一天中可能有很大的起伏變化^[37]。

每一個文化有其獨特的思考方式，台灣人的生活與精神狀態是在歷史和文化背景中習得而來的，中國人的思考方式較屬於「直觀與體會」，即「悟或覺」，強調心性內省的智慧，對生命抱持的是「易經」變異的過程即「動態」觀點^[13]，故國人生死解脫之道仍以「心性論及內在涵養功夫」為主的儒道佛三家思想，影響巨大而深刻，殊途同歸的契接會通處，即「心性體悟」之生死智慧^[38]，也因而構成了一種與西方絕然不同的生死智慧。從研究結果癌末病人的述說中亦可了解，病人面對死亡的生死智慧與解脫之道，必須從內心深處做改變，心性的肯定與醒悟，終極解脫絕不能只執著於自己的個別生

命，即小我的徹底破除，故病人還會慮及家人或他人，使得靈性存在範疇乃滲透身體、心理與社會範疇。從本文研究結果發現癌末病人於「靈性存在與家庭社會」範疇的敘述表白，對人生應盡之義務，均很強調「修身自省」的慎獨功夫，儒家思想積極進取，道家謙沖淡薄，儒道兩家思想互補調和而逐漸在中國人心中形成中庸之道，佛教進入中國後，中國人便自然接受佛教的因果觀及因緣理論而產生儒道佛三家互釋的思想，在生活中揉合了「儒道佛」三家的思想，使台灣人生活在這種「三家合一」的思想背景，落實到實際的人生，讓一般庶民能在不同的人生階段或不同的人生際遇，各自尋求適當的人生態度，尤其在死亡情境中，這種庶民民間信仰，更展露無遺^[13]。

台灣文化仍承襲中國人群體取向的生活觀，人在各種在生老病死的種種生命儀禮下成長，因此增加了人際關係的互動，尤其家庭倫理的涵化，更顯得非常重要，「社會或情境」取向成為傳統文化下中國人行為的重要特質，也常會慮及周圍其他人的利害與想法，從結果資料亦可強烈感受到台灣癌末患者於末期生活中，除身體的苦痛外，掛念的都是家人或親友的人際互動關係的和諧圓滿與否。此外，於癌末病患的訪談資料中，病人對身體範疇的重要關注焦點為「吃」或

「食慾」方面的問題或症狀，也印證了文獻中提及普遍存在於台灣華人日常社會生活中生活文化的特徵，是表現在「飲食文化、家庭倫理及儀式與宇宙觀」^[13]。

本研究除了從台灣文化脈絡下深入剖析與建構台灣癌末患者生活品質之內涵與概念架構外，從文獻探討、與醫療專業人士、病人或家屬之低結構性訪談以及臨床實務觀察等方式，獲得與癌末健康相關生活品質質性資料，提供編寫於原來的MQOL-台灣版評量表^[26]，所沒有包括的本土題目及決定是否要增加新的本土性題目或範疇的參考，盡量避免使用重複或相似的題目，本研究結果擬將新增列12題本土性題目，予以歸類於身體的範疇(吃與日常活動)、心理的範疇(身體外觀)、家庭社會的範疇(家人相處、環境及傳統醫療)、靈性存在範疇(生活、完成心願、盡力、尊嚴、交代及折磨)，量尺的形式以及計分方式(具兩端述詞之十點量尺)與原來問卷相同。

研究限制與建議

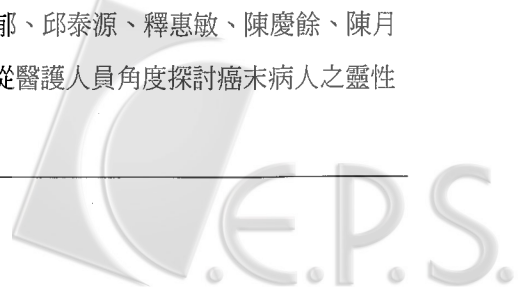
本研究採立意取樣，且限於癌末病患體力虛弱、病情較嚴重且變化較快，致易錯過收案時間或收案時間有限，基於尊重病人權利與意願或礙於家屬的拒絕等因素，致訪談所得資料與樣本數有限；資料收集方式採低

結構式面對面訪談，較不易得到深入且廣面的資料，故使得本研究結果在詮釋與推論上相對受限，建議採紮根理論的理論性抽樣方式或現象詮釋學的資料收集方法，將更能深入了解癌末病人健康相關生活品質之內涵。並可將訪談所產生的12題本土題目置於「MQOL-16台灣版」問卷的題目之後，再次進行心理計量之信效度測定，進一步分析問卷題目及各範疇之內在一致性及建構效度，或與其他不具生命威脅之慢性病患者進行區辨分析，以利發展成題目少又兼具代表性的台灣癌末病人健康相關生活品質簡式評量表，有效應用於醫護人員於臨床監控醫療服務或護理品質。

參考文獻

1. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
2. 蕭新煌：台灣民間文化的發展。出自郭為藩發行，民國七十八年度中華民國文化發展之評估與展望。台北：行政院文化建設委員會，1980：69-98。
3. 羅光：生命哲學綱要。台北：輔仁大學出版社，1999。
4. 李亦園：文化的圖像（上）-文化發展的人

- 類學探討。台北市：允晨文化，1997：125-31。
- 5.宋澤萊：台灣人的自我追尋。台北市：前衛，1988：27-41。
- 6.Patrick DL, Erickson P. : Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In : Walker SR, Rosser RM ed. Quality of life assessment: key issues in the 1990s 9th ed. Netherlands: Kluwer Academic. 1993 : 11-64.
- 7.The WHOQOL Group. The World Health Organization : What quality of life assessment (WHOQOL) : Position paper from the World Health Forum, Organization. Soc Sci Med 1996 : 5(41) : 1403-9.
- 8.Padilla GV, Kagawa-Singer M : Quality of life and culture. In : King CR, Hinds PS. ed. Quality of life-from nursing and patient perspectives. London : Jones and Bartlett. 1998 : 74-91.
- 9.王笛：台灣大眾文化的淵源及其流變。出自盧漢超主編，台灣的現代化和文化認同。美國：八方文化，2001：99-116。
- 10.蕭新煌：台灣社會文化典範的轉移。台北縣：立緒，2002：3-19。
- 11.黃俊傑、何寄彭：臺灣的文化發展。台北：國立台灣大學出版中心，1998。
- 12.許倬雲：台灣文化發展軌跡。出自黃俊傑、何寄彭主編，臺灣的文化發展。台北：國立台灣大學出版中心，1998：11-18。
- 13.許倬雲：中國人的生活與精神狀態。中華心理衛生學刊 1996；9(1)：11-7。
- 14.陳昭瑛：啟蒙、解放與傳統：論20年代台灣知識份子的文化省思。出自黃俊傑、何寄彭主編，臺灣的文化發展。台北：國立台灣大學出版中心，1998：19-58。
- 15.呂正惠：跨世紀台灣文化發展的展望-「脫亞入歐」，還是回歸本民族？。出自黃俊傑、何寄彭主編，臺灣的文化發展。台北：國立台灣大學出版中心，1998：197-199。
- 16.The Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust : Assessing health status and quality-of-life instruments : attributes and review criteria. Quality of Life Research 2002 : 11 : 193-205.
- 17.Clinch JJ, Dudgeon D, Schipper H. : Quality of life assessment in palliative care. In Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. ed. Oxford textbook of palliative medicine. New York : Oxford University Press Inc.1998 : 83-96.
- 18.胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝：從醫護人員角度探討癌末病人之靈性



- 需求。台灣醫學 1999；3(1)：8-19。
- 19.程劭儀、邱泰源、胡文郁等：癌症末期病人善終之初步研究。中華家醫誌 1996，6(2)，83-92。
- 20.楊克平、尹祚芊：癌末病患健康相關生活品質內涵之確認。護理研究 1999；7(2)：129-44。
- 21.趙可式：台灣癌症末期病患對善終意義的體認。護理雜誌 1997；44(1)：48-55。
- 22.陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁：癌末病人靈性照顧模式之研究—以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。中華家醫誌 1999；9(1)：20-30。
- 23.王玉貞：以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及其因應策略。私立慈濟醫學院護理學研究所碩士論文，1998。
- 24.Chao CSC, Chen CH, Yen MF：The essence of spirituality of terminally ill patients. Journal of Nursing Research 2002；10(4)：237-45.
- 25.胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、陳月枝(民 920)。生活品質之概念分析-餘探討癌末病人健康相關生活品質之應用。安寧療護雜誌，8(1)，45-60。
- 26.Hu WY, Dai YT, Berry D, Chiu TY：Psychometric testing of the translated McGill quality of life questionnaire-Taiwan version in patients with terminal cancer. J Formos Med Assoc 2003；102(2)：97-104.
- 27.劉淑娟：嚴謹度。出自陳月枝主編，質性護理研究方法。台北：護望出版有限公司，2000：21-58。
- 28.Burns N, Grove SK.: The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization (3rd), Philadelphia: W. B. Saunders.
- 29.鄭曉江：中國死亡智慧。台北市：東大，2001。
- 30.陸洛：中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討。國家科學委員會研究彙刊 1998；8(1)：115-37。
- 31.Andrew FM, Withey SB.：Social indicators of well-being. New York：plenum.1976.
- 32.劉易齋：生命學簡綱初探：生命教育概論與實踐。台北：高立圖書有限公司，2001。
- 33.李亦園著：田野圖像。台北縣：立緒文化，1999。
- 34.余英時：文化多元化與普遍價值的尋求-祝台灣大學七十週年校慶。出自黃俊傑、何寄彭主編，臺灣的文化發展。台北市：國立台灣大學出版中心，1998：1-9。
- 35.余英時：從價值系統看中國文化的現代意義。出自余英時著，中國思想傳統的現代

- 詮釋。台北市：聯經出版社，1987：1-51。
36. 釋惠敏：靈性照顧與覺性照顧之異同--身、心、靈 VS 身、受、心、法。安寧療護 1997：5：35-40。
37. 洪福建、鄭逸如、邱泰源等：癌末患者的心理社會問題、因應策略與負向情緒。應用心理研究 1999；3：79-104。
38. 傅偉勳：生命的學問。台北：生智，1998。



Conceptual framework and the constructs of health-related quality of life in terminal cancer patients from the Taiwanese culture contexture

Wen-Yu Hu Yu-Tzu Dai Ching-Yu Chen¹ Hui-Min Bhikkhu² Yueh-Chih Chen

Abstract

The purpose of this study was to investigate the constructs and to establish the conceptual framework of health related quality of life (HRQOL) in terminal cancer patients. Low structured interviews were used for data collection in the palliative care unit and oncology ward. Fifteen subjects were selected by purposive sampling and by the high heterogeneous backgrounds. Interview transcripts provided the data for content analysis by categorizing and coding. The results show that the life quality is composed of four categories and eight themes in terminal cancer patients. Each theme included positive and negative aspects for life quality. The first category is "Physical internal-external harmony and well-being" which include two themes: 1) Internal physiological functions and stamina. 2) Body appearance and external physical activities. The second category is "Psychological-affective harmony and well-being" which include two themes: 1) Subjective affection. 2) Cognitive evaluation of well-being. The third category is "Family-social harmony and well-being" which include two themes: 1) Relationships of family and kinsfolk. 2) Integration of life and medical environment. The fourth category is "Spiritual-existential harmony and well-being" which include two themes: 1) Harmonizing with self and others. 2) Harmonizing with higher being and nature. The ultimate HRQOL goal is the dynamic harmony of physical、psychological、spiritual and social which equal with the "unity of nature and human being. The four categories have mutual interaction and each theme included positive and negative life quality, which is similar to Yin and Yang of Tai-Chi symbol. The results would help the medical professionals provide cultural care and develop the native HRQOL assessment tool further.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2003 ; 8 ; 2 : 113-133)

關鍵詞：癌末病人 生活品質 台灣文化 和諧

School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University.

¹Department of Family Medicine, College of Medicine and Hospital, National Taiwan University

²Department of General Education, Taipei International University of the Arts