

## 癌末患者的心理社會問題、 因應策略與負向情緒

洪福建

台灣大學心理系

胡文郁

台灣大學護理系

鄭逸如

台灣大學醫學院家庭醫學科

陳慶餘

台灣大學醫學院家庭醫學科

邱泰源

吳英璋

台灣大學心理系

癌症是一種主要的慢性疾病，一直名列國人的十大死因之首，台灣安寧照護（緩和醫療）正式起源於 1990 年，安寧照護重視患者與健康有關的生活品質的提升。生活品質是一個複雜的構念，具有多重的向度與範疇，本文強調心理範疇的福祉感，包括兩個主觀的層面，一是情緒層面，包含負向情感與正向情感，其次是認知判斷上的生活滿足感。負向情緒可分為焦慮與憂鬱兩個向度。本研究即以瞭解癌末患者的負向情緒為主題，探討患者在面對疾病與死亡的壓力經驗下，產生不同的心理社會問題以及採取何種因應策略，並瞭解其對患者負向情緒產生的影響。研究程序上為了同時考量臨床服務與研究，因此採取兩位心理學研究所的實習生，經由與患者、家屬以及醫療人員的晤談與觀察，完成「台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表」與「台大醫院緩和醫療病房心理社會評估表」的評估，一共收集了 39 位，其中男性 21 位，女性 18 位，平均年齡為 61.6 歲，標準差為 11.7 歲。研究結果顯示癌末患者的負向情緒困擾，並不會直接受心理社會問題的影響。因應策略與負向情緒則均成負相關的趨勢，尤其是認知重新定義的因應策略，顯示癌末患者在控制性低的壓力經驗下，不論採取何種方式均對負向情緒有減低的效果。

**關鍵詞：**癌末患者、生活品質、心理福祉感、負向情緒、心理社會問題、因應策略

由於現代醫學的進步，人們的平均壽命增長，但罹患慢性疾病的人數卻不斷地增加。慢性疾病的基本特徵是無法治癒，只能加以控制，因而改變傳統生物醫療模式治癒（cure）的概念，重視生物心理社會模式醫療關懷（care）的概念更爲重要。醫療品質的評量，也從死亡率與存活率的評估，轉而重視與健康有關的生活品質（health-related quality of life）的評估。癌症是主要的慢性疾病，一直名列國人的十大死因之首，癌症病患的心理適應問題總是醫療上最關心的焦點，尤其是癌末病患面對疾病與死亡的雙重衝擊，對生活品質的影響甚鉅，因此如何提升癌末病患的生活品質是新近發展的緩和醫療與安寧照護主要的目標之一。

生活品質是一個複雜的構念，Baker（1995）認為生活品質是有關個人心理福祉感（psychological well-being）的主觀評估，它是一種多向度（multidimensionality）的概念，應該包括多重範疇（multiple domain）的評量。WHO（1995）對生活品質的調查，即包括生理、心理、獨立程度、社會關係、環境以及靈性/宗教/個人信念等六大範疇。Rustøen（1995）則認為除了考慮多向度的觀點以外（它包括健康/生理功能、社會經濟、心理、靈性以及家庭/人際等五個向度），需要再加以考慮的是生活品質的主觀與客觀層面（subjective and objective aspects）以及情感與認知層面（affective and cognitive aspects）。此種多重範疇的取向，研究上對生活品質的評量，均採取整體報告（global report）的方式。一方面因範疇的界定困難，另一方面它無法考量個人層次的不同需求，因此新近發展的心理歷程取向（psychological processes approach）提供新的評量概念（Browne, et. al., 1997），重視心理歷程的個別差異，尤其是對心理範疇中福祉感（well-being）建立的瞭解，將有助於提升病患的生活品質。

對心理範疇中福祉感構念的研究日益增多，研究顯示它可區分成兩個主觀的層次（Lucas, et. al., 1996），首先是情緒層面，包括負向情感（negative feeling）與正向情感（positive feeling），其次是認知判斷上的生活滿足感（life satisfaction）。Headey 與 Wearing（1991）認為負向情緒可再區分為焦慮與憂鬱兩個向度。臨床上發現癌末病患的生活中充滿負向情緒、無法感受正向情緒以及對自己生命無法給予肯定，尤其是陷入焦慮、憂鬱或生氣的情

緒漩渦中，讓病患的生活適應更加困難，因此在治療處置上，研究者認為這三者間隱含著階層的概念，亦即心理福祉感的提升，首先需要解決負向的憂鬱、焦慮等情緒，進一步引發正向的快樂情緒（happiness），之後才是對自己生命的肯定與滿足。另一方面，以往對生活品質與心理福祉感研究均採取整體的評量的方式，且僅將之視為生活適應的指標，它無法對其內在的心理歷程有較多的瞭解，也無法提供醫療介入的有效途徑。因此本研究對生活品質的觀點是從心理福祉感切入，以心理福祉感的負向情感為起點，嘗試去瞭解影響癌末病患產生負向情感（包括焦慮與憂鬱）的心理歷程及其機制，進而提供醫療上在面對癌末病患的負向情緒時，一種可能的介入取徑。

## 癌末病患的心理社會問題

癌症雖然是一種慢性疾病，超過一半的病患可存活五年以上，但是它具有死亡威脅的特性，亦為大眾所熟知。一旦得知罹患癌症之後，對大多數人均是一種艱鉅的壓力情境，包括疾病與治療的不確定感、情緒的衝擊，以及生活型態的變動等。病患主要的兩類壓力源，一是以醫院為基礎的壓力來源，包括疾病與醫療的不確定感、個人控制的缺乏、等待測試結果等；其次是以家庭為基礎的壓力來源，包括與配偶及親友的溝通、罪惡感等（Vess, et. al., 1988）。因此癌症病患需要的與在乎的是生活上多層面的問題，包括生理症狀的控制與疾病的發展、醫療服務的品質、治療資訊的瞭解、工作與財務的困難、個人情緒的支持，以及家庭的功能與關係等等。亦即癌症病患主要的心理社會需求是如何幫助他們調適生活型態的變動以及平穩的度過治療與恢復的歷程（Charles, et. al., 1996）。

癌症病患一旦進入末期後，感受到生理健康日趨惡化，死亡的威脅越加迫近，Hinton（1984）認為癌末病患主要面對的三種壓力經驗，首先是生理狀況的日趨惡化，包括痛、呼吸困難、腹痛等等。其次是生活型態嚴重的受限，需高度依賴他人。最後則是瞭解生命即將結束。癌末病患在面對此種無法改變的壓力經驗時，將對自我產生一些衝擊而形成某種心理意義

(心理問題)，例如乳癌病患手術後缺除乳房，面對身體意象 (body image) 的改變，將對自我意象 (self image) 產生衝擊，產生失落 (loss) 的心理意義。而此種心理意義的形成，將對癌末病患的心理適應產生極大的影響。

Tartaglia (1987) 認為在安寧照護上，癌末病患所遭遇的心理議題 (psychological issues) 主要有七方面，包括：生理症狀所引起的不舒服與身體意象的曲解、獨立性與依賴的衝突、自我控制與無助感、人際溝通與關係、死亡威脅造成自我認同的傷害、有限生命時間下的創造與生產以及自我價值感的衝擊。Cassidy (1991) 則認為在照顧癌末病患會遭遇的心理問題，包括害怕、失落、生氣、疏離、憂鬱與生活的耗竭等六大類別。事實上，Tartaglia 提出的心理議題與 Cassidy 提出的心理問題均是癌症病患在面對疾病與死亡的歷程中，所形成的某種心理意義，這些心理意義的形成影響癌末病患的心理適應甚鉅，將是安寧照護無法規避的問題，更是提升癌末病患生活品質的重點。

綜言之，在面對疾病的無法改變與控制且即將瀕臨死亡，癌末病患所面臨的壓力經驗非常類似。不論是醫療、家庭或個人等方面的壓力源，均是圍繞在癌症與死亡的核心。個別的差異在於每位病患所形成的心理意義不同，因而導致不同的心理適應狀態，依據 Tartaglia 與 Cassidy 的整理以及研究者接觸癌末病患的臨床經驗，本研究將癌末病患所形成的心理意義區分為四大類：

1. 面對疾病與死亡的害怕與恐懼：此種害怕與恐懼又可將之區分為五類：(1) 生理上痛苦的不確定感 (uncertainty)，癌末病患生理症狀日趨嚴重，面對此種不可預期的痛苦經驗，將讓病患感受強烈的恐懼，包括無法承受的痛 (unbearable pain)、窒息與呼吸困難、突然的大出血，以及其他生理上的痛苦等等；(2) 恐懼失去控制 (losing control)，由於身體狀況的惡化，病患對自己的控制力逐漸降低，因此開始擔心身體上的失控 (例如大小便、日常活動等)、心智上的失控 (例如意識清醒的程度)，以及擔心自己會成為他人的負擔等等；(3) 恐懼得不到有效的幫忙 (help unavailable)，面對疾病造成的痛苦，因為病患本身的掌控能力下降與依賴性高，期待他人提供有效幫忙的擔心將會形成，包括醫療上的幫助、生活照顧上的幫助，

以及死後後事的幫忙等；(4) 恐懼死亡的歷程 (process of dying)，癌末病患面臨死亡的威脅，日趨惡化的身體狀態，讓病患感受到自己已逐步地接近死亡，加上病患親眼所見其他病患痛苦的死亡過程的，促使病患的死亡焦慮不斷地上升；(5) 恐懼老天爺的懲罰 (fear of God)，由於對罹患癌症的罪惡認知，以及癌末病患對自己一生的無法肯定或是對死後世界的未知，癌末病患面對死亡時，將會恐懼死後老天爺的懲罰。

**2.面對疾病與死亡的失落與無助：**此種失落與無助又可將它區分為五類：(1) 身體意象的衝擊 (impact of body image)，癌症疾病本質上與治療方式（不論是放射治療或化學治療）的影響，造成身體形象的改變，例如不再美麗如昔、瘦得不成人形等等，將對病患的身體與自我意象產生衝擊；(2) 失能感 (sense of disability)，因為疾病的傷害，造成癌末病患多重功能的喪失，包括溝通能力、活動能力，與親密能力等等。讓病患產生嚴重的失能感；(3) 自我價值感 (sense of self-worth) 的喪失，多方面功能的失去以及自我控制力的降低，讓病患對自我價值產生懷疑與否定；(4) 健康幸福生活 (quality of well-being) 的失落，是病患在面臨疾病與死亡時，體會到自己將再也難得到以往正常快樂且健康幸福的生活；(5) 自殺的意念與行動 (suicidal idea and action)，病患想或採取行動來結束自己的生命，以求赦免自己的痛苦與減輕家人的負擔。

**3.面對疾病與死亡的憤恨與敵視：**此種憤恨與敵視又可將之區分為三類：(1) 存在式的憤怒 (existential anger)，面對疾病的痛苦與死亡的迫近，對命運與老天爺的不公平對待，病患抱怨自己一生努力，但為何是我有此遭遇？(2) 期待上的落差 (discrepancy of expectation)，大部分癌末病患仍會存有一絲希望，不管是生命延續、生理症狀的控制以及生活的掌控，若是無法符合自己的期待而產生落差，病患將對醫療人員、家人或其他人產生敵意；(3) 投射式的憤怒 (projected anger)，置身於癌症的病程，病患會嘗試去控制自己的生活，但由於疾病的惡化，病患會一再地體驗到自我控制失敗的挫折感，另一方面病患易將自己的遭遇解釋成他人不公平的對待與傷害，而將此種挫折與不公平的感受以憤怒投射於外在。

**4.面對疾病與死亡的社會文化問題：**面對的社會文化問題主要包括三

類：(1) 人際上的疏離與退縮 (alienation & withdrawal)，由於其他方面的心理問題，病患選擇疏離自己的家人、親戚朋友甚至是醫療人員；(2) 財務上的困難，治療與住院的費用，經常會造成一些家庭的財務困難；(3) 家人照顧上的困難，由於病患的依賴性高，加上照顧者本身的個人生活，造成照顧上的溝通與實際困難。

## 癌末病患的因應方式

面對壓力情境時所採取的因應方式，會影響個人心理適應狀態與心理困擾的產生。Lazarus 與 Folkman (1984) 認為因應是認知與行為上的努力，用來處置被評估為將耗費個人資源或超出個人資源所能應付的內外在工作要求。以往研究的重點均著重在長期穩定的因應型態 (coping style)，經常被提出的三種因應型態是問題解決取向因應、情緒取向因應與逃避取向因應 (Billings & Moos, 1981)。但因應型態的研究對行為產生的預測力低，且因應策略同時具有正向與負向、長期與短期不同的結果，若僅用因應型態來說明適應與否並不恰當，況且考慮治療介入時，因應型態似乎不如因應策略 (coping strategy) 來得有效用 (Rowland, 1989)。因此新近研究即強調採取不同因應策略的功效。Pearlin 與 Schooler (1978) 認為因應具有三項保護的功能：(1) 處理引起困擾的問題狀況，(2) 改變經驗的意義，讓問題狀況中性化，(3) 調整問題狀況引起的情緒困擾。Moos 與 Schaefer (1984) 則將因應策略分為三類：

1. 認知評估取向因應：包括 (1) 邏輯分析，(2) 認知重新定義，(3) 認知逃避。

2. 問題解決取向因應：包括 (1) 尋求資訊或意見，(2) 採取問題解決的行動，(3) 權衡取捨。

3. 情緒取向因應：包括 (1) 情緒調適，(2) 承受、忍受，(3) 情緒發洩、紓解。

Weisman 與 Worden (1976) 則細緻的提出 15 種因應策略，包括重新定義、壓抑、替代、抱怨外在、合理化、尋求權威、面對、尋求其他可能、



情感調適、退縮、宿命、自憐、減低緊張、向人傾訴及衝動的發洩。

以往的研究指出問題解決取向因應與心理適應是正向的相關，情緒取向因應則是負向的相關，認知評估取向則有不同的結果，但亦有不同的結論出現（Holahan, et. al., 1996）。Campus（1987）認為因應策略對心理適應的影響，需考慮壓力源的可控制性與可改變性，因此認知評估因素的重要性相對的就提升。Campus 等人（1988）的研究發現當面對不可控制的壓力源時，調整自我狀態的因應策略較有效，但當面對的壓力源是可控制的時，直接修正客觀狀況的因應策略，其效果較佳。亦即不同的壓力情境因素會影響因應策略的有效性。

癌末病患面對的是無法改變事實的壓力情境，情緒取向的因應策略是最常被採用的方式，研究即發現癌末病患在面對疾病與死亡時，較傾向於採取情緒取向或逃避的因應策略（Hinton, 1984）。但實際上對癌末病患因應策略的研究並不多，因此癌末病患面對不同心理問題傾向於採取何種因應策略，以及其對心理適應的影響為何？是本研究最主要的目的。

## 研究架構

癌末病患面臨疾病痛苦與死亡的重大威脅，對大部分人而言均是一種災難性的壓力經驗，在此壓力經驗下病患產生極大的生理、心理、社會及靈性的痛苦，健康的生活品質顯著的下降。緩和醫療與安寧照護的精神非常重視癌末病患生活品質的提升，而負向情緒（焦慮與憂鬱）的紓解是提升生活品質的第一步，本研究的目地是想瞭解影響負向情緒的因素。以往的研究均發現面對壓力的大小與採取的因應方式會影響病患的心理適應，由於大部分癌末病患所面臨最嚴重的壓力源均相類似（即疾病所造成的痛苦與死亡的威脅），但每一位病患因此而形成的心理意義不同，而影響心理適應主要的因素是，病患對此壓力經驗所建構出的心理意義以及所採取的因應策略。如圖 1 所示，癌末病患的壓力經驗，會引起某種型式的心理意義（即心理社會問題），並且影響病患所採取的因應策略。心理意義與因應方式之間的互動將會影響負向情緒的形成。而不同癌症的特性（包括疾病

種類與病程)，因其對病患產生的傷害不同，所以會影響病患的壓力經驗、所引起的心理社會問題以及所採取的因應策略。年齡與性別因素一直是研究壓力與疾病關係，被認為是重要的變項，它亦會影響病患的壓力經驗、所引起的心理社會問題，以及所採取的因應策略。

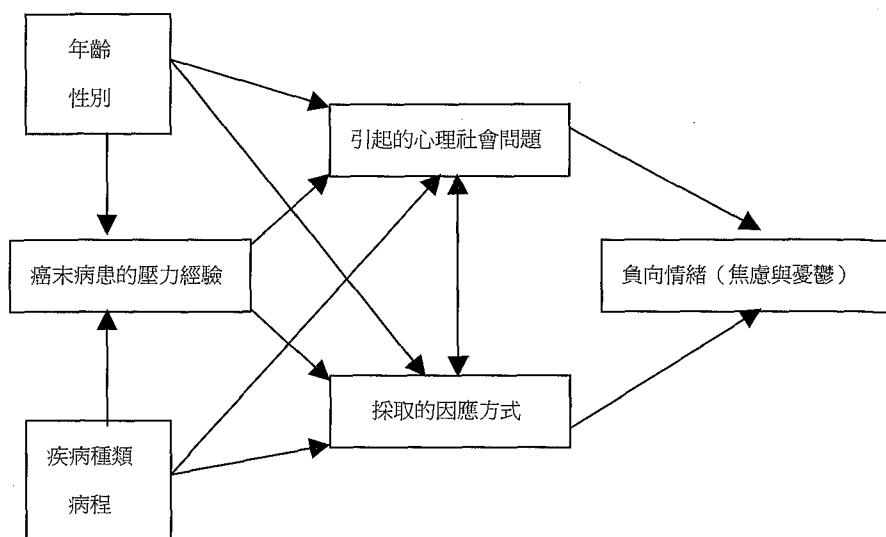


圖 1 研究架構

依此架構，本研究的目的有：（1）瞭解癌末病患面對此壓力經驗時，常見的心理社會問題有哪些？（2）癌末病患經常採用的因應策略為何？（3）心理社會問題與因應策略之間又有何種對應關係？（4）心理社會問題及因應策略與負向情緒的關係？（5）年齡、性別對心理社會問題與因應策略的影響。

至於疾病種類、病程對心理社會問題與因應策略的影響，則因為緩和醫療病房的病患遍及各種癌症類型，要收集足量的個案數誠屬不易，而且病患在住進病房前的疾病歷程不易掌握，因此本研究暫時不考慮這些變項。



## 方法

### 受試者

本研究的受試者均是在 1997 年 7 月至 1998 年 1 月居住台大醫院緩和醫療病房的癌末病患，一共 39 位，其中男性 21 位，女性 18 位，平均年齡為 61.6 歲，標準差為 11.7 歲，沒有任何受試者的年齡低於 40 歲以下，41-50 歲有 7 位，51-60 歲有 12 位，61-70 歲有 10 位，超過 70 歲的則有 10 位，其中 65 歲以上的年老老年組一共 17 位，低於 65 歲的年輕老年組則有 22 位。其癌症的原發診斷最多的是直腸癌共有 10 位，其次是肝癌、肺癌與食道癌，分別有 6 位、5 位與 4 位，其餘 14 位的癌症診斷較為分散，包括胃癌、乳癌、胰臟癌等等。若以住院日期為截止日期，平均發病年限為 1 年 8 個月，標準差為 1 年 10 個月，其中低於一年的病患有 19 位，1 年至 2 年的病患有 11 位，超過 2 年的病患有 8 位，其中有一位病人資料不明。

### 測量工具

1.台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表：關於癌末病患情緒困擾的評量，一方面由於癌症對病患身體功能的影響（包括溝通困難、身體虛弱等），以往經常使用的自陳式量表，有實際上作答的困難；另一方面癌症的生理症狀與情緒困擾的生理指標經常會產生混淆，所以癌末病患情緒困擾的評量，比較需要依靠的是心理或認知的症狀，而非生理症狀（Melvin et al., 1995）。鄭逸如與洪福建（1997）依據上述的想法改編 Hamilton Anxiety Rating Scale（Hamilton, 1959）與 Hamilton Depression Rating Scale（Hamilton, 1960）成「台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表」。此量表包括焦慮與憂鬱兩部分的評估，焦慮分為六大部分（包括擔憂、緊張、害怕膽小、睡眠障礙、認知功能減損以及生理症狀），共 33 項症狀，評量方式以兩點式的「是」或「否」作答，六大部分均分別再評量其嚴重程度，此則採取五點式的評量，從無（1）到極度/很難處理（5）。憂鬱則分為八大部分（包括抑鬱情感、

愧疚感或罪惡感、自殺、睡眠障礙、活動狀況、遲緩現象、無助與無望感以及無用感)，共 32 項症狀，評量方式與焦慮的評量相同。量表的內部一致性 ( $\alpha$  值) 焦慮量表為 .84，憂鬱量表則為 .90。焦慮量表與鄭氏焦慮量表 (Zung anxiety scale) 的相關為 .79，憂鬱量表與鄭氏憂鬱量表 (Zung depression scale) 的相關為 .67，顯示台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表有不錯的信效度。此量表可由病患自填、家屬、主要照顧者或其他醫療人員觀察評量，不同評量者間的評分者信度 (IOR) 均介於 .62 至 .85 之間 (鄭逸如與洪福建，1997)，尤其是臨床心理師與病患之間評量的一致性最高，均高於 .8 以上，而本研究資料的收集，均邀請臨床心理學研究所之實習生對每位病患所做的評量。

**2.台大醫院緩和醫療病房心理社會評估表：**此評估表包括「心理社會問題檢核表」與「疾病因應策略檢核表」兩部分。評量者經由與病患、家屬或醫療人員等進行晤談，或經由實際觀察病患，瞭解病患在面對疾病時所產生的心理意義以及所採取的因應策略。心理社會問題檢核表包括四部分：

(1) **面對疾病與死亡的害怕與恐懼：**包括 a.生理上痛苦的不確定感，b.恐懼失去控制，c.恐懼得不到有效的幫忙，d.恐懼死亡的過程，e.恐懼老天爺的懲罰。

(2) **面對疾病與死亡的失落與無助：**a.身體意像的衝擊，b.失能感，c.自我價值感的喪失，d.健康幸福生活的失落，e.自殺的意念與行動。

(3) **面對疾病與死亡的憤恨與敵視：**a.存在式的憤怒，b.期待上的落差，c.投射式的憤怒。

(4) **面對疾病與死亡的社會文化問題：**a.人際上的疏離與退縮，b.財務上的困難，c.家人照顧上的困難。

研究者依據 Moos 與 Schaefer (1984) 及 Weisman 與 Worden (1976) 的想法編制成疾病因應策略檢核表，其疾病因應策略包括三部分：

(1) **認知評估取向因應：**包括 a.認知重新定義，b.認知逃避。

(2) **問題解決取向因應：**包括 a.尋求資訊或意見，b.採取問題解決的行動，c.權衡取捨。

(3) **情緒取向因應：**包括 a.情緒調適，b.承受、忍受，c.情緒發洩、紓

解。

每一類分別包括 Weisman 與 Worden (1976) 提出更細緻的因應策略。其評量方式均由評量者以兩點式的「有」或「沒有」作答，並未考慮兩者間的相互對應性。

## 研究程序

資料收集的程序是經由臨床醫師的轉介，由三位實習臨床心理師，二位為中原心理學研究所碩士班學生，一位為台大心理學研究所碩士班學生<sup>(1)</sup>，進行臨床服務的晤談，分別從病人、家屬、主要照顧者與其他醫療人員等處收集研究所需的資料，再與兩位研究者進行督導討論，包括區分各類別的心理問題與因應策略、所需再收集的資料以及繼續介入的方式等等。如此反覆其歷程，一方面照顧病患的心理問題，另一方面收集到研究者所欲瞭解的資料。由於台大緩和醫療病房，是以醫院為基礎的安寧照護病房，在此醫療團隊依據安寧照護的四全（全人、全家、全程、全隊）精神來服務即將臨終的癌末病患，因此服務是最重要，研究只是在照護中將我們對病患的瞭解做有系統的整理，希望從病患身上我們可以學習一些經驗，讓我們在面對下一位病患時，有更多的準備來提供更好的服務。藉著這樣的想法我們一共接觸了上百位病患，但僅完成收集 39 位，其中 34 位完成了台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表與台大醫院緩和醫療病房心理社會評估表，有 4 位僅完成台大醫院緩和醫療病房心理社會評估表，有 1 位則僅完成台大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表。

## 結果與討論

### 癌末病患的心理社會問題

本研究將癌末病患的心理社會問題區分為四大類，再細分為十六類，由表 1 可知癌末病患在面臨疾病與死亡時，形成各類心理社會問題的百分

比，其中以失能感最多（占 76.3%），尤其是對自己活動能力與獨立性的失去，其次是病患期待上的落差（占 73.7%），包括對醫療上以及家人的期待落差，再來是身體意像的衝擊與健康幸福生活的失落（各占 60.5%），家人照顧上的困難占 57.9%，恐懼失去控制則占 53.8%，尤其是擔心自己是他人的負擔，生理上痛苦的不確定感與恐懼得不到有效的幫忙則各占 52.6%，其中以恐懼無法忍受的痛與窒息、呼吸困難最多，以及擔心醫療與生活照顧上得不到有效的幫忙，另外人際上的疏離與退縮亦占一半，其他方面的心理問題則占一半以下，約在二成至四成之間。

**表 1 癌末病患的心理社會問題與焦慮、憂鬱的 Spearman 相關**

| 心理社會問題           | 百分比(N=38)    | 焦慮分數  | 憂鬱分數  |
|------------------|--------------|-------|-------|
| 失能感(B2)          | 76.3%(29/38) | -.16  | -.07  |
| 期待上的落差(C2)       | 73.7%(28/38) | -.03  | -.11  |
| 身體意像的衝擊(B1)      | 60.5%(23/38) | -.04  | -.03  |
| 健康幸福生活的失落(B4)    | 60.5%(23/38) | -.07  | .09   |
| 家人照顧上的困難(D3)     | 57.9%(22/38) | -.09  | .01   |
| 恐懼失去控制(A3)       | 53.8%(21/38) | .06   | .15   |
| 生理上痛苦的不確定感(A1)   | 52.6%(20/38) | .28   | .18   |
| 恐懼得不到有效的幫忙(A2)   | 52.6%(20/38) | .05   | .05   |
| 人際上的疏離、退縮(D1)    | 50.0%(19/38) | -.024 | -.08  |
| 自我價值感的喪失(B3)     | 42.1%(16/38) | -.17  | .10   |
| 存在式的憤怒(C1)       | 36.8%(14/38) | -.04  | -.07  |
| 投射式的憤怒(C3)       | 28.9%(11/38) | .12   | -.07  |
| 恐懼老天爺的懲罰(A5)     | 26.3%(10/38) | -.22  | -.37* |
| 恐懼死亡的過程(A4)      | 21.1%(8/38)  | .00   | -.13  |
| 自殺意念或行動(B5)      | 18.4%(7/38)  | -.07  | .44** |
| 財務上的困難(D2)       | 15.8%(6/38)  | .15   | .23   |
| 面對疾病死亡的失落與無助(B)  | 97.4%(37/38) | -.26  | .11   |
| 面對疾病死亡的害怕與恐懼(A)  | 89.5%(34/38) | .10   | .04   |
| 面對疾病死亡的憤恨與敵視(C)  | 81.6%(31/38) | .02   | -.11  |
| 面對疾病死亡的社會文化問題(D) | 76.3%(29/38) | -.17  | .05   |

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

性別對心理問題的影響，顯示女性有較多人在面對疾病與死亡的恐懼與害怕 ( $F(1, 37) = 4.51, p < .05$ )，及恐懼生理上痛苦的不確定感 ( $F(1, 37) = 6.36, p < .05$ )。尤其是恐懼無法承受的痛 ( $\chi^2(1) = 5.54, p < .05$ ) 與窒息、呼吸困難 ( $\chi^2(1) = 3.97, p < .05$ )，另外女性亦較恐懼身體上的失去控制 ( $\chi^2(1) = 4.77, p < .05$ )。而男性則較多人有對親友的人際疏離 ( $\chi^2(1) = 4.88, p < .05$ )。

年齡與心理問題均成負相關，但僅與心理問題總數達顯著水準 ( $r = .45, p < .05$ )，顯示年齡越低遭遇的心理問題越多。若以 65 歲為分界，將病患分為年老組與年輕組，做變異數分析，結果發現年輕組的病患有較多的心理問題 ( $F(1, 37) = 9.21, p < .01$ )，包括恐懼失去控制 ( $F(1, 37) = 4.85, p < .05$ )、財務上的困難 ( $F(1, 37) = 6.05, p < .05$ )、面對疾病與死亡的憤恨與敵視 ( $F(1, 37) = 7.30, p < .01$ )、期待上的落差 ( $F(1, 37) = 5.16, p < .05$ )，以及存在式的憤怒 ( $F(1, 37) = 4.66, p < .05$ )。特別是擔心自己是他人的負擔 ( $\chi^2(1) = 7.55, p < .001$ )、對命運不公的氣憤 ( $\chi^2(1) = 3.89, p < .05$ )，以及對家人期待上的落差 ( $\chi^2(1) = 5.79, p < .05$ )。顯示癌末病患的年齡對他在面對疾病與死亡時，形成何種心理問題有顯著的影響。

## 癌末病患的因應方式

癌末病患採取的因應策略來面對疾病與死亡，是本研究關注的焦點，本研究將之區分為三大類，在細分為八類，由表 2 可知癌末病患在面臨疾病與死亡時，所採取的因應策略的百分比，其中以承受、忍受最多 (占 73.7%)，尤其是退縮與宿命，其次是認知逃避 (占 71.1%)，尤其是否認與抱怨外在，再來是採取問題解決的行動 (占 65.8%)，情緒發洩、紓解則占 60.5%，尤其是衝動的發洩，認知重新定義占 44.7%，其中以合理化與質疑較多，尋求資訊與意見占 39.5%，權衡取捨與情緒調整則占少數。

針對八大類的因應策略，以性別為獨變項做變異數分析，結果顯示男女均無差異。依據 Weisman & Worden (1976) 提出的 15 種因應策略再仔細分析，結果發現女性較多人採取尋求權威 ( $\chi^2(1) = 6.50, p < .01$ ) 與向人

傾訴 ( $\chi^2(1)=10.23, p<.001$ ) 的因應策略。年齡與因應策略均成負相關，顯示年齡越低採取的因應策略越多。若以 65 歲為分界，將病患分為年老組與年輕組，做變異數分析，結果發現年輕組的病患較常採取情緒取向的因應 ( $F(1, 37)=5.14, p<.05$ )，尤其是自憐的因應策略 ( $\chi^2(1)=4.11, p<.05$ )。此結果顯示性別與年齡對因應策略有影響，但其效果並不特別顯著。

表 2 癌末病患的因應策略與焦慮、憂鬱的 Spearman 相關

| 因應策略         | 百分比(N=38)    | 焦慮分數  | 憂鬱分數  |
|--------------|--------------|-------|-------|
| 承受、忍受(CE2)   | 73.7%(28/38) | -.26  | .03   |
| 認知逃避(CC2)    | 71.1%(27/38) | -.08  | -.23  |
| 問題解決的行動(CP2) | 65.8%(25/38) | .12   | .02   |
| 情緒發洩、紓解(CE3) | 60.5%(23/38) | -.26  | -.26  |
| 認知重新定義(CC1)  | 44.7%(17/38) | -.35* | -.34* |
| 尋求資訊或意見(CP1) | 39.5%(15/38) | -.05  | -.10  |
| 權衡取捨(CP3)    | 15.8%(6/38)  | -.07  | -.20  |
| 情緒調適(CE1)    | 2.6%(1/38)   | -.15  | .20   |
| 情緒取向因應(CE)   | 84.2%(32/38) | -.32  | -.12  |
| 問題解決取向因應(CP) | 81.6%(31/38) | .01   | -.15  |
| 認知評估取向因應(CC) | 76.3%(29/38) | -.17  | -.27  |

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$

## 癌末病患心理社會問題與因應方式的關係

癌末病患在面對疾病與死亡時，所產生的心理問題與採取的因應策略之間有相互的影響，研究結果顯示心理社會問題越多，採取的因應策略也越多 ( $r=.48, p<.01$ )，而不同的心理社會問題與因應策略之間是否存在相對應的關係？表 3 的結果呈現病患在面對疾病與死亡所形成害怕與恐懼的心理問題與因應策略之間的相關分析，結果顯示害怕與恐懼的心理問題 (A) 與認知逃避的因應策略 (CC2) 成顯著的正相關 ( $r=.33, p<.05$ )，與情緒調適 (CE1) 成顯著的負相關 ( $r=-.33, p<.05$ )。對於生理上痛苦的不確定感 (A1)，病患雖採用較多的問題解決行動 (CP2) ( $r=.30, p=.06$ )，但結果



並未達顯著。對於恐懼得不到有效的幫忙（A2），病患則採取較多的認知逃避策略（CC2）（ $r=.34, p<.05$ ）。對於恐懼老天爺的懲罰（A5），病患採用較多的問題解決行動（CP2）（ $r=.32, p<.05$ ），可能與尋求宗教的介入有關。至於恐懼失去控制（A3）與恐懼死亡的過程（A4），病患似乎較不偏好採取何種因應策略。綜言之，癌末病患在面對疾病與死亡所引起的恐懼與害怕的心理問題時，較傾向於採取認知逃避與問題解決行動的因應策略，但傾向於較不採取情緒調適的因應策略。

**表 3 癌末病患面對疾病與死亡的害怕與恐懼的心理問題與因應策略之 Spearman 相關**

| 因應策略         | A     | A1   | A2   | A3   | A4   | A5   |
|--------------|-------|------|------|------|------|------|
| 認知評估取向因應(CC) | .20   | .05  | .22  | .12  | .27  | .03  |
| 認知重新定義(CC1)  | -.04  | -.07 | .02  | -.14 | .21  | -.04 |
| 認知逃避(CC2)    | .33*  | .11  | .34* | .26  | .24  | .12  |
| 問題解決取向因應(CP) | .10   | .12  | -.17 | .02  | .26  | .28  |
| 尋求資訊或意見(CP1) | .03   | .00  | -.03 | -.03 | .14  | -.07 |
| 問題解決的行動(CP2) | .18   | .30  | -.17 | .12  | .25  | .32* |
| 權衡取捨(CP3)    | -.04  | -.10 | -.19 | -.04 | .14  | .24  |
| 情緒取向因應(CE)   | .18   | .21  | .07  | .13  | .13  | .16  |
| 情緒調適(CE1)    | -.33* | -.22 | -.23 | -.25 | -.12 | -.14 |
| 承受、忍受(CE2)   | .05   | .18  | -.10 | .06  | .02  | .13  |
| 情緒發洩、紓解(CE3) | .16   | .09  | .22  | .09  | .17  | .03  |

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

A：面對疾病與死亡的害怕與恐懼，A1：生理上痛苦的不確定感，A2：恐懼得不到有效的幫忙，A3：恐懼失去控制，A4：恐懼死亡的過程，A5：恐懼老天爺的懲罰。

表 4 的結果呈現病患在面對疾病與死亡所形成失落與無助的心理問題與因應策略之間的相關分析，結果顯示失落與無助的心理問題（B）與認知重新定義的因應策略（CC1）（ $r=.33, p<.05$ ）、情緒取向因應（CE）（ $r=.63, p<.001$ ）、承受與忍受（CE2）（ $r=.61, p<.001$ ），及情緒的發洩（CE3）（ $r=.45, p<.01$ ）成顯著的正相關。對於身體意象的衝擊（B1），病患採用較多情緒的發洩（CE3）（ $r=.34, p<.05$ ）。對於失能感的心理問題（B2），病患採取

較多的認知重新定義(CC1) ( $r=.35, p<.05$ )、情緒取向因應(CE) ( $r=.58, p<.001$ )、承受與忍受(CE2) ( $r=.53, p<.001$ )、及情緒的發洩(CE3) ( $r=.39, p<.05$ )。相對的也採用較少的情緒調適(CE1) ( $r=-.33, p<.05$ )。對於健康幸福生活的失落(B4)，病患則採用較多的問題解決行動(CP2) ( $r=.35, p<.05$ )、情緒取向因應(CE) ( $r=.36, p<.05$ )、及承受與忍受(CE2) ( $r=.33, p<.05$ )。至於自我價值的喪失(B3)和自殺的意念與行動(B5)，兩者與因應策略的相關均未達顯著水準，顯示病患較傾向於不採取特定的因應策略。綜言之，癌末病患在面對疾病與死亡所引起的失落與無助的心理問題時，較傾向於採取情緒取向的因應策略，但亦經常採取認知重新定義的合理化或質疑的因應策略。

表 4 癌末病患面對疾病與死亡的失落與無助的心理問題與因應策略之 Spearman 相關

| 因應策略         | B      | B1   | B2     | B3   | B4   | B5   |
|--------------|--------|------|--------|------|------|------|
| 認知評估取向因應(CC) | .25    | .16  | .25    | .14  | -.01 | -.02 |
| 認知重新定義(CC1)  | .33*   | -.04 | .35*   | .25  | .10  | -.04 |
| 認知逃避(CC2)    | .12    | .29  | .10    | -.01 | -.06 | -.07 |
| 問題解決取向因應(CP) | -.01   | .01  | .00    | -.11 | .27  | -.10 |
| 尋求資訊或意見(CP1) | -.14   | -.19 | -.17   | .05  | .15  | -.11 |
| 問題解決的行動(CP2) | .20    | .14  | .14    | -.14 | .35* | .07  |
| 權衡取捨(CP3)    | -.24   | .07  | -.09   | -.21 | -.08 | -.20 |
| 情緒取向因應(CE)   | .63*** | .16  | .58*** | .06  | .36* | .13  |
| 情緒調適(CE1)    | -.30   | -.04 | -.33*  | -.19 | -.04 | -.11 |
| 承受、忍受(CE2)   | .61*** | .03  | .53*** | .07  | .33* | .30  |
| 情緒發洩、紓解(CE3) | .45**  | .34* | .39*   | .04  | .30  | -.18 |

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

B：面對疾病與死亡的失落與無助，B1：身體意像的衝擊，B2：失能感，B3：自我價值感的喪失，B4：健康幸福生活的失落，B5：自殺的意念與行動。

表 5 的結果呈現病患在面對疾病與死亡所形成憤恨與敵視的心理問題與因應策略之間的相關分析，結果顯示憤恨與敵視的心理問題(C)與認知評估取向因應(CC) ( $r=.34, p<.05$ )、認知逃避的因應策略(CC2) ( $r=.33$ ,

$p<.05$ )，及權衡取捨 (CP3) ( $r=.33$ ， $p<.05$ ) 成顯著的正相關。對於怨恨命運不公的存在式憤怒 (C1)，病患採用較多問題解決行動 (CP2) ( $r=.34$ ， $p<.05$ )，此結果較令人難以了解。對於期待上的落差 (C2)，病患則採取較多的認知評估取向因應 (CC) ( $r=.47$ ， $p<.01$ )、認知重新定義 (CC1) ( $r=.38$ ， $p<.05$ )，及認知逃避的因應策略 (CC2) ( $r=.46$ ， $p<.01$ )。至於將挫折感與接受不公對待投射出來的憤怒 (C3)，與任一種因應策略的相關均未達顯著水準。綜言之，癌末病患在面對疾病與死亡所引起的憤恨與敵視的心理問題時，較傾向於採取認知評估取向的因應策略，但有時亦採取問題解決取向的因應策略。

表 5 癌末病患面對疾病與死亡的憤恨與敵視的心理問題與因應策略之

**Spearman 相關**

| 因應策略         | C    | C1   | C2    | C3   |
|--------------|------|------|-------|------|
| 認知評估取向因應(CC) | .34* | .11  | .47** | .10  |
| 認知重新定義(CC1)  | .22  | .04  | .38*  | .02  |
| 認知逃避(CC2)    | .33* | .15  | .46** | .07  |
| 問題解決取向因應(CP) | .20  | .25  | .06   | .20  |
| 尋求資訊或意見(CP1) | -.11 | -.03 | -.18  | .05  |
| 問題解決的行動(CP2) | .27  | .34* | .16   | .12  |
| 權衡取捨(CP3)    | .33* | .27  | .21   | .24  |
| 情緒取向因應(CE)   | .12  | -.02 | .17   | .11  |
| 情緒調適(CE1)    | -.21 | -.17 | -.15  | -.15 |
| 承受、忍受(CE2)   | .01  | -.11 | .13   | .00  |
| 情緒發洩、紓解(CE3) | .23  | .07  | .20   | .25  |

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

C：面對疾病與死亡的憤恨與敵視，C1：存在式的憤怒，C2：期待上的落差，C3：投射式的憤怒。

表 6 的結果呈現癌末病患所形成社會文化問題與因應策略的相關分析，結果顯示社會文化問題 (D) 與情緒取向因應 (CE) ( $r=.36$ ， $p<.05$ )，及情緒發洩與紓解的因應策略 (CE3) ( $r=.35$ ， $p<.05$ ) 成顯著的正相關。對於人際上的疏離與退縮 (D1)，病患採用較多情緒取向因應 (CE) ( $r=.36$ ，

$p < .05$ ), 及承受與忍受的因應策略 (CE2) ( $r = .33, p < .05$ )。對於家人照顧上的困難 (D3), 病患則採取較多認知評估取向的因應 (CC) ( $r = .35, p < .05$ ), 而認知重新定義 (CC1) ( $r = .29, p = .07$ ) 與認知逃避的因應策略 (CC2) ( $r = .30, p = .06$ ) 雖未達顯著水準, 但其間的相關仍高。至於財務上的困難 (D2), 與問題解決取向的因應策略 (CP) 的相關雖未達顯著水準 ( $r = .31, p = .052$ ), 但其間的相關仍高。綜言之, 癌末病患在面對疾病與死亡所引起的社會文化問題時, 會隨著不同的社會文化問題而採取不同的因應策略, 遭受人際上的問題時, 病患會採取較多的情緒取向因應, 若是財務上的困難時, 病患會採取較多的問題解決取向因應, 在家人照顧的困難上, 病患會採取較多的認知評估取向因應。

表 6 癌末病患面對疾病與死亡的社會文化問題與因應策略之 Spearman 相關

| 因應策略         | D    | D1   | D2   | D3   |
|--------------|------|------|------|------|
| 認知評估取向因應(CC) | .07  | -.10 | -.12 | .36* |
| 認知重新定義(CC1)  | .21  | .07  | .01  | .29  |
| 認知逃避(CC2)    | -.09 | -.21 | -.25 | .30  |
| 問題解決取向因應(CP) | .11  | .05  | .31  | -.04 |
| 尋求資訊或意見(CP1) | .05  | -.06 | .27  | -.05 |
| 問題解決的行動(CP2) | .16  | .20  | .17  | -.01 |
| 權衡取捨(CP3)    | -.10 | -.17 | .21  | -.06 |
| 情緒取向因應(CE)   | .36* | .36* | .14  | .22  |
| 情緒調適(CE1)    | -.08 | -.03 | -.10 | -.03 |
| 承受、忍受(CE2)   | .25  | .33* | .04  | .10  |
| 情緒發洩、紓解(CE3) | .35* | .25  | .18  | .30  |

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

D：面對疾病與死亡的社會文化問題，D1：人際上的疏離與退縮，D2：財務上的困難，D3：家人照顧上的困難。

綜言之, 癌末病人面對不同的心理問題, 的確與不同的因應策略存在有某種互相對應的關係, 如此顯示癌末病患面對的心理問題, 並非完全是不可控制的, 可採取不同的因應策略加以改變, 這正是緩和醫療與安寧照護所要完成的, 希望藉由心理社會問題的瞭解, 嘗試的幫助病患採用不同

的因應策略來加以努力，提升生活的品質。

## 癌末病患焦慮、憂鬱情緒與心理社會問題、因應策略的關係

癌末病患的心理社會問題與焦慮、憂鬱情緒的關係，由表 1 的相關分析，可知心理社會問題與焦慮分數的相關均未達顯著水準，但焦慮分數與四大類心理社會問題的相關，以「面對疾病和死亡的害怕與恐懼」最高（ $r=.10$ ， $p=.58$ ），其中與生理上的不確定感的相關最為突顯（ $r=.28$ ， $p=.10$ ）。而憂鬱分數與四大類心理社會問題的相關，則以「面對疾病和死亡的失落與無助」最高（ $r=.11$ ， $p=.54$ ），其中憂鬱分數與自殺的意念與行動成顯著的正相關（ $r=.44$ ， $p<.01$ ），與恐懼老天爺的懲罰則成顯著的負相關（ $r=-.37$ ， $p<.05$ ）。顯示心理社會問題並不會直接影響焦慮與憂鬱的形成，但其間似乎存在某種微弱的關連性。另外由表 2 的相關分析，可知因應策略與焦慮、憂鬱情緒大部分均為負相關。焦慮分數與三大類因應策略的相關，以情緒取向因應最高（ $r=-.32$ ， $p=.06$ ），而憂鬱分數則與認知評估取向因應的相關最高（ $r=-.27$ ， $p=.12$ ），但是僅認知重新定義與焦慮分數（ $r=-.35$ ， $p<.05$ ）及憂鬱分數（ $r=-.34$ ， $p<.05$ ）達到顯著水準。此種負相關的趨勢，可以將之解釋為因應策略對負向情緒具有抑制的效果，情緒取向因應對抑制焦慮情緒的效果較佳，而認知評估取向因應則對抑制憂鬱情緒的效果較佳。

若以焦慮分數的中位數（ANX Median=37.143）為切分點，將癌末病患區分為高焦慮組與低焦慮組，做心理社會問題與因應策略在兩組的變異數分析，結果顯示兩組在心理社會問題上均沒有差異，在因應策略上，則在因應總數（ $F(1, 32)=4.96$ ， $p<.05$ ）與認知重新定義的因應策略（ $F(1, 32)=4.32$ ， $p<.05$ ）顯現差異，另外在認知評估取向因應（ $F(1, 32)=3.10$ ， $p=.08$ ）與情緒取向因應（ $F(1, 32)=3.44$ ， $p=.07$ ），雖未達顯著差異，但接近臨界邊緣，顯示低焦慮組與高焦慮組在遭遇的心理社會問題並無不同，但低焦慮組運用較多的因應策略，包括認知評估取向與情緒取向的因應策略。

若以憂鬱分數的中位數（DEP Median=48.00）為切分點，將癌末病患

區分為高憂鬱組與低憂鬱組，做心理社會問題與因應策略在兩組的變異數分析，結果顯示兩組在心理社會問題上僅在自殺意念或行動有顯著差異 ( $F(1, 32) = 9.00, p < .01$ )，其餘均沒有差異。在因應策略上，則在認知評估取向因應 ( $F(1, 32) = 5.43, p < .05$ ) 與認知逃避的因應策略 ( $F(1, 32) = 5.91, p < .05$ ) 有顯現差異，顯示低憂鬱組與高憂鬱組在遭遇的心理社會問題並無大不同（除了高憂鬱組顯現較多的自殺意念或行動），但低憂鬱組運用較多認知評估取向的因應策略。

## 綜合討論

國內安寧療護（緩和醫療）正式源起於 1990 年，幾年來在數所醫療院所與基金會的努力下，在面對癌末病患所需的全面照顧與研究上，已有長足的瞭解與進展。但是對癌末病患心理問題的瞭解與治療介入，卻依然尚未開始，急需要投注更多的心力。本研究即是嘗試利用因應模式的觀點，做為一種瞭解與治療介入的起始取徑。鄭逸如與洪福建（1997）的研究結果顯示癌末病患的情緒困擾確實嚴重。本研究的結果顯示形成的心理社會問題與採取的因應策略多樣且複雜，在四大類的十六種心理社會問題中，每位病患平均有 7.3 種。而八類因應策略中，平均每個病患使用 3.7 類。顯示癌末病患的心理歷程複雜且急需要心理處置的醫療照顧，此項結果將有助於臨床介入時，事先有效的瞭解癌末病患較常發生的心理問題以及其可能採取的處理方式。心理社會問題與因應策略之間的關係，Weisz 等人（1994）提出的初級--次級控制模式（primary-secondary control model），認為調整客觀情境的初級控制與控制性高的壓力情境有高相關，而調整自我的次級控制則與控制性低的壓力情境有高相關。癌末病患面對的壓力情境一般認為是不可控制且無法改變，因此會採取較多的情緒取向與認知逃避的因應策略。但研究的結果發現癌末病患在面對害怕與恐懼的心理問題時採取較多認知逃避的因應策略，在面對失落與無助的心理問題時採取較多情緒取向與認知重新定義的因應策略，在面對憤恨與敵對的心理問題時則採取較多認知評估與問題解決取向的因應策略，在面對社會文化問題時則



視不同的社會文化問題，病患會採取不同的因應策略。若依 Weisz 等人的觀點，研究結果顯示癌末病患所面對的各種壓力情境並非完全無法控制，而是有些可以控制的，因此治療處置的介入即是在幫助病患區辨所面臨的心理社會問題，自己所能掌控的程度，再決定需要採取的因應方式，是調整客觀環境的因應策略，還是調整自我狀態的因應策略。另外由心理社會問題、因應策略與負向情緒的關係，可瞭解大部分的因應策略均與負向情緒成負相關，顯示不管癌末病患採取何種因應策略，對減低負向情緒均有所助益。情緒取向因應對焦慮情緒的抑制效果最好，但憂鬱情緒的抑制效果則以認知評估取向因應為佳，兩者均以認知重新定義的因應策略的效果最佳，顯示認知行為治療應該有助於癌末病患的心理適應。而心理社會問題與負向情緒的關係並不高，顯示心理社會問題是癌末病患的普遍性問題，是否會影響負向情緒，需考慮其他因素，尤其是與因應策略的互動關係。

檢視原先的研究架構，研究者關心的是負向情緒的形成歷程，亦即在疾病與死亡的壓力下，病患建構出來的心理意義（心理問題）以及所採取的因應策略，將會影響負向情緒的形成。但研究結果顯示心理意義（心理問題）、因應策略與負向情緒之間的關係並不如預期。可能的解釋是，本研究的研究對象是癌末病患，他們通常已經經歷長期的病程與療程，而負向情緒、心理意義（心理問題）以及因應策略均已在此歷程中逐漸被醞釀出來。研究收集的資料是針對癌末病患當下的狀況，亦即研究的問題是負向情緒如何被持續增強或削弱，而不是形成的歷程。依據此想法，研究結果告訴我們的是心理意義（心理問題）的生成會持續增強負向情緒，因應策略則可減低負向情緒，而兩者之間的互動關係則需要更進一步的研究。至於負向情緒的形成歷程，應該研究從病發、治療以及治療罔效的慢性化與步向死亡的歷程，才能有效的回答。

本研究一方面受限於癌末病患本身的特性，另一方面由於安寧療護尊重病患本身的自主性，儘可能地不做不必要的治療介入，造成研究在收集資料上的難度與不完整。尤其是心理社會問題嚴重度的評估以及所採取因應策略的廣度與深度，在本研究均未加以考慮，而這些因素都會影響病患的心理適應。其他影響癌末病患心理適應的因素甚多，包括疾病種類、病



程、社會支持以及病患的病前性格等等。這些將是以後研究能多所著力之處。

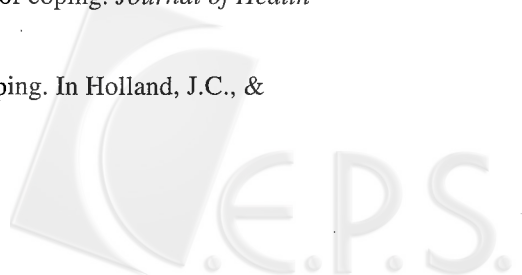
## 註釋

(1)感謝美君、源吉、美光在資料收集上的協助，還有那些不斷被我們打擾的癌症鬥士、家屬以及其他醫療人員。另外兩位審查人提供許多寶貴的意見，在此一併致謝。

## 參考文獻

- 鄭逸如、洪福建（1997）：〈癌末病患情緒困擾的評量〉。中華安寧照顧協會年會（台北市）宣讀之論文。
- Baker, C. (1995). A functional status scale for measuring quality of life outcomes in head and neck cancer patients. *Cancer Nursing*, 18(6), 452-457.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Browne, J.P., McGee, H.M., & O'Boyle, C.A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology and Health*, 12, 737-751.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L., & Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411.
- Cassidy, S. (1991). Terminal care. In Watson, M. (Ed.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. BPS Books & Cambridge University Press, 136-158.
- Charles, K., Sellick, S.M., Montesanto, B., & Mohide, E.A. (1996). Priorities of

- cancer survivors regarding psychosocial needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(2), 57-72.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Headey, B., & Wearing, A. (1991). Subjective well-being: A stocks and flows framework. In Strack, F., Argyle, M., & Schwabe, N. (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press, 49-73.
- Hinton, J. (1984). Coping with terminal illness. In Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G., & Thompson, J. (Eds.), *The experience of illness*. London: Tavistock.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress resistance, and growth : Conceptualizing adaptive functioning. In Zeidner, M., & Endler, N.S. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 24-43.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, & coping*. New York: Springer Publishing.
- Lucas, R.E., Ed Diener, & Eunkook Suh. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Melvin, T.A., Ozbek, I.N., & Eberle, D.E. (1995). Recognition of depression. *The Hospice Journal*, 10(3), 39-46.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness : An overview and conceptual approach. In Moos, R.H. (Ed.), *Coping with physical illness. Vol. 2, new Perspectives*. New York: Plenum, 3-25.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health And Social Behavior*, 19, 2-11.
- Rawland, J.H. (1989). Intrapersonal resources: Coping. In Holland, J.C., &



- Rawland, J.H. (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York & Oxford: Oxford University Press, 44-57.
- Rustøen, T. (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing*, 18(5), 355-361.
- Tartaglia, C.R. (1987). Psychological aspects of hospice care: Research areas. *The Hospice Journal*, 3(4), 75-84.
- Vess, J.D., Moreland, J.R., Schwebel, A.I., & Kraut, E. (1988). Psychosocial needs of cancer patients: Learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1-2), 31-51.
- Weisman, A.D., & Worden, J.W. (1976). The existential plight of cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 7, 1-15.
- Weisz, J.R., McCabe, M.A., & Dennig, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedure: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 324-332.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

初稿收件：1999年7月1日

二稿收件：1999年7月23日

審查通過：1999年8月11日

責任編輯：呂碧鴻

作者簡介：

- 洪福建 台灣大學心理學研究所碩士  
台灣大學心理學研究所博士班研究生  
通訊處：(107) 北市羅斯福路四段 1 號 台大心理系南館 104 室  
電話：(02) 23630231 轉 2374 再轉 7104  
E-mail：d3207003@ms.cc.ntu.edu.tw
- 鄭逸如 台灣大學心理學研究所碩士  
台灣大學醫學院家庭醫學科臨床心理師  
通訊處：(100) 台北市中山南路 7 號 台大醫院家庭醫學部  
E-mail：yihru@med.mc.ntu.edu.tw
- 邱泰源 日本東京大學醫學系研究科國際保健公衛碩士  
台灣大學醫學院家庭醫學科主治醫師  
通訊處：(100) 台北市中山南路 7 號 台大醫院家庭醫學部  
E-mail：tychiu@ha.mc.ntu.edu.tw
- 胡文郁 台灣大學醫學院護理學研究所碩士  
台灣大學護理系講師及台大醫院緩和醫療病房護理督導長  
通訊處：(100) 台北市仁愛路一段 1 號 台大醫學院護理系  
E-mail：weyuhu@ha.mc.ntu.edu.tw
- 陳慶餘 台灣大學醫學系醫學士  
台灣大學醫學院家庭醫學科教授兼主任  
通訊處：(100) 台北市中山南路 7 號 台大醫院家庭醫學部  
E-mail：cychen@ha.mc.ntu.edu.tw
- 吳英璋 台灣大學心理學研究所博士（臨床心理學）  
台灣大學心理系教授  
通訊處：(107) 北市羅斯福路四段 1 號 台大心理系南館 404 室  
E-mail：wuec@ccms.ntu.edu.tw



## **Psychosocial Problems, Coping Strategies, and Negative Feelings in Terminal Cancer Patients**

**Fu-Chien Hung**

*Dept. of Psychology*

*National Taiwan University*

**Yih-Ru Cheng    Tai-Yuan Chiu**

*Dept. of Family Medicine*

*National Taiwan University Hospital*

**Wen-Yu Hu**

*School of Nursing*

*National Taiwan University*

**Ching-Yu Chen**

*Dept. of Family Medicine*

*NTU Hospital*

**En-Chang Wu**

*Dept. of Psychology*

*National Taiwan University*

Cancer can be a threat to life itself, as well as to the individual's perception of quality of life as especially for terminal patients. Quality of life is a complex construct that is associated with multiple domains. Psychological researchers on the study the domain of psychological well-being. Researchers have identified two facets of subjective well-being: a cognitive judgment of life satisfaction and an emotional aspect consisting of independent positive feeling and negative feeling components. This paper was aimed to study the relationship among psychosocial problems, coping strategies and negative feelings. Thirty-nine terminal cancer patients (21 male, 18 female), average age 61.6 years, completed Negative Feeling Scale (anxiety and depression) and Psychosocial Problem and Coping Strategy Checklist. Results of the study indicated: a. psychosocial problems have not directly influenced to negative feelings; b. cognitive reappraisal coping strategy was negatively related to negative feelings; c. psychosocial problems and coping strategies was specifically related.

**Keywords:** terminal cancer patient, quality of life, psychological well-being, negative feeling, psychosocial problem, coping strategy