

國立臺灣大學醫學院護理學研究所



碩士論文

Department of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

master thesis

癌症病患的主要照顧者其正念程度扮演憂鬱、生活品

質與睡眠障礙之間的中介因素探討

Mindfulness levels as the Mediator between

Depression, Quality of life, and Sleep Disturbance

among primary caregivers of cancer patients.

邱毓瑩

Chiu Yu-Ying

指導教授：蕭妃秀 博士

Advisor: Hsiao Fei-Hsiu, Ph.D.

中華民國 106 年 8 月

Aug, 2017

## 致謝

碩士生涯的三年，一邊從事腫瘤病房的護理師，每一天感受生與死的拉扯和掙扎，每一天體驗屬於自己生命的挫折和悸動，如果說覺察此時此刻能讓人平靜，能讓人重新感受專注並放鬆，找回開闊的心，那正念的練習便無任何理由不推廣給病人、照顧者以及所有為生活奮鬥的夥伴們，畢竟，當我們睜開眼睛，還沒享受陽光洗禮前，壓力已無所不在。

在職的學生生活，不若想像中的輕鬆，學而時習之應用在臨床是做學問的初衷，也是期勉，感謝指導教授妃秀老師接受我的提議，藉由碩士論文的觀察分析，建立往後能將正念推廣到腫瘤病房的基礎。永遠不會忘記，淚水潰堤的家屬在面對親人病況改變時的無助，我們牽著手，感受自己與對方的呼吸，體驗感官在當下的變化，然後發現眼淚停了、呼吸順了，那一刻，快要塌下的天似乎獲得了支撐。

第一次投入研究的脈絡，對於方法、統計、收案等各項流程只有生澀可以形容，感謝妃秀老師的指導，一步步矯正我經常混亂的邏輯，幫助我學會分析和統整，沒有老師的幫忙，撰寫論文簡直如攀聖母峰，像是個披荊斬棘都到不了的遠方。也很感謝一同在碩士班垂死求生的同伴政憲，謝謝你的逼迫，讓我不斷有力氣拼命往前，謝謝你的陪伴，讓我在崩潰中記得止血，完成學業。

最後感謝百忙抽空的口試委員，黃鳳英老師和盧彥伸教授在研究上的提醒和叮嚀，感謝台大腫瘤科 5W1 同事們配合我上班，讓我能順利完成學業，感謝學姐怡芳、莉婷、彥廷給我滿滿的指教和傾聽，感謝摯友們用溫暖的掌心接住我每一刻的脆弱，感謝我的母親和家人，用巨大的寬容支持鼓勵我每一天的疲乏和潰堤。

也許隨著科技的進步，人工智慧會取代眾多社會上汲汲營營、努力不懈的角色，但有愛的服務是機器學習無法取代的，護理師潛力無窮，我們不小看自己，並謹記學無止盡，未來不管走在臨床或學術領域，希望我們都能莫忘初衷，記得曾經帶給你感動的曼陀羅，生動、深刻。

毓瑩 謹致 2017 年 7 月

## 中文摘要



**研究背景:** 幾乎有一半的癌症病患的主要照顧者表示他們經歷睡眠障礙，影響他們身心的健康以及對生病家人的照護品質。過去研究發現憂鬱和生活品質分別為影響睡眠障礙的主要因素。目前研究尚缺乏釐清正念程度 (mindfulness levels) 於憂鬱和生活品質與睡眠障礙關係之間所扮演的角色。

**研究目的:** 1. 了解癌症病患的主要照顧者其睡眠障礙的現況，2. 癌症病患主要照顧者的睡眠障礙與照顧者憂鬱症狀、生活品質以及整體正念程度（觀察、描述、覺察、不評價、不回應）之相關，3. 探討正念程度作為主要照顧者憂鬱及睡眠障礙相關之中介因素，4 正念程度作為主要照顧者生活品質及睡眠障礙相關之中介因素

**研究方法:** 本研究採橫斷式描述性相關之研究設計，研究對象為腫瘤科病房癌症住院病患的主要照顧者。藉由結構式問卷收集資料，研究工具包含 Taiwanese version of Pittsburgh Sleep Quality Index、Taiwanese version of Five Facet Mindfulness Questionnaire、Care Giver Oncology Quality of Life questionnaire、病患及照顧者人口學之基本資料。

**研究結果:** 200 位癌症病患的主要照顧者中超過七成出現睡眠障礙，照顧者有工作、合併有慢性疾病有使用精神科藥物，以及照顧時間較長者睡眠障礙程度較高。20.5%的照顧者出現憂鬱傾向，42%的照顧者生活品質滿意度偏低。在控制人口學下，憂鬱和生活品質可同時預測睡眠障礙，憂鬱程度越高、生活品質越差者，睡眠障礙的程度越高。整體正念程度無法直接預測睡眠障礙，但依據 Bootstrap regression analysis，正念程度層面中的正念覺察力顯著的影響了憂鬱、生活品質對睡眠障礙的關係，產生部分中介效果，憂鬱和不良的生活品質經由影響正念覺察力的能力，而導致睡眠障礙。

**結論:** 睡眠障礙是癌症病患的主要照顧者常見的困擾，憂鬱症狀和生活品質為照顧者睡眠障礙的直接影響因子。正念覺察力扮演憂鬱、生活品質與睡眠障礙之間的部分中介因子，憂鬱困擾及生活品質不佳的照顧者在面對負荷或壓力，影響正念覺察的能力，反芻負面的思考或情緒，而導致睡眠障礙。結果建議也許能藉由以提升正念覺察能力的介入方案而減少於癌症住院病患的主要照顧者的睡眠障礙。

## Abstract



**Background:** More than half of the primary caregivers of the cancer patients experience sleep disturbance which influences their body-mind health and care quality for their ill family members.. The previous studies found that depression and quality of life were the main factors associated with sleep disturbance. Up to date, there is a lack of the study examining the role of mindfulness levels as the mediator between depression, quality of life and sleep disturbance.

**Aims of the study:** This study aims to examine 1. the sleep disturbances among the primary caregivers of the cancer patients, 2. the associations of sleep disturbances with depression, quality of life, and mindfulness levels (including five facets: observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience), 3. mindfulness levels as the mediator between depression and sleep disturbances, and 4. mindfulness levels as the mediator between quality of life and sleep disturbances.

**Methods:** This study adopts cross sectional, descriptive correlation design. The study subjects are the primary caregivers of the cancer patients at the oncology department of the general hospital. The following structured questionnaires were used to collect data: Taiwan version of Pittsburg Sleep Quality Index, Caregiver Oncology Quality of Life Questionnaire, Taiwan version of Five Facet Mindfulness Questionnaire, Patient Health Questionnaire and the basic information of the primary caregivers and cancer patients.

**Results:** Among 200 primary caregivers of the cancer patients, over 70 per cent experienced sleep disturbance. The primary caregivers appeared to experience higher sleep disturbance if they were being employed, also suffer from chronic illness, received antidepressant and sleep pills, and spent more time in caring for ill family members. After controlling the covariates such as sociodemographic data, depression and quality of life predicted sleep disturbance. Higher sleep disturbance was correlated with higher depressive symptoms and poorer quality of life. Overall mindfulness scores did not predict sleep disturbance. However, according to bootstrap regression analysis, among five facets of mindfulness, acting with awareness played as a partial mediator between depression, quality of life, and sleep disturbance. . The results indicated that the impacts of depression and poor quality of life on ability of acting with mindfulness were the part of the causes of sleep disturbance.

**Conclusions:** Sleep disturbance is the common distress among the primary caregivers of the cancer patients. Depression and quality of life are the direct factors associated with sleep disturbance. Acting with awareness of mindfulness plays the partial mediator between depression, quality of life and sleep disturbance. The negative thoughts and feelings due to depression and poor quality of life might influence primary caregivers' ability of acting with awareness of mindfulness, as a result of sleep disturbance. The intervention aiming to increase the ability of acting with awareness might be helpful in improving sleep disturbance among among primary caregivers of cancer patients at inpatient oncology unit.

# 目錄



致謝	i
中文摘要	ii
英文摘要	iii
目錄	iv
圖目錄	vi
表目錄	vii
第一章 緒論	
第一節 研究背景及重要性	1
第二節 研究目的	3
第三節 研究問題	3
第四節 名詞界定	4
第二章 文獻查證	
第一節 癌症患者其主要照顧者睡眠障礙的現況	7
第二節 癌症患者主要照顧者睡眠障礙與憂鬱症狀及生活品質之關係	10
第三節 主要照顧者正念程度與憂鬱及生活品質之關係	14
第四節 主要照顧者正念程度與睡眠障礙之關係	17
第五節 正念程度為中介因子之研究架構	20
第三章 研究方法	
第一節 研究設計	21
第二節 研究假說	23
第三節 研究工具	24
第四節 研究步驟	27
第五節 資料分析	29
第六節 研究對象權益維護	30
第四章 研究結果	
第一節 主要照顧者及病患人口學現況分析	31
第二節 主要照顧者睡眠障礙、憂鬱、生活品質和正念程度現況分析	34
第三節 影響主要照顧者睡眠障礙之主要因素	38
第四節 正念程度為憂鬱程度和睡眠障礙關係之中介因子分析	41
第五節 正念程度為生活品質和睡眠障礙關係之中介因子分析	45

## 第五章 討論

第一節 本研究癌症病患和其 主要照顧者人口學屬性的 特質和睡眠障礙之現況	49
第二節 照顧者睡眠障礙與 憂鬱程度以及生活品質的 相關	52
第三節 正念覺察為憂鬱、 生活品質和睡眠障礙之間 的中介因素探討	55

## 第六章 結論與建議

第一節 研究結論	59
第二節 研究限制	60
第三節 研究運用建議	61
參考文獻	63
附錄	
基本資料表	80
匹茲堡睡眠品質量表	82
病人健康狀況問卷-9	84
照顧者生活品質	85
台灣版五因素正念量表	89

## 圖目錄



圖一、研究架構圖	20
圖二、收案流程圖	28
圖三、憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析(整體正念程度為中介)	42
圖四、憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析(正念覺察力為中介)	44
圖五、生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析(整體正念程度為中介)	46
圖六、生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析(正念覺察力為中介)	48

## 表目錄



表 1-1 主要照顧者基本人口學資料	32
表 1-2 主要照顧者生病的家人疾病相關資料	33
表 2-1 照顧者睡眠品質現況	34
表 2-2 照顧者憂鬱程度現況	35
表 2-3 照顧者生活品質現況	36
表 2-4 照顧者正念特質現況	37
表 3-1 睡眠障礙與憂鬱程度、生活品質及正念特質之相關	38
表 3-2 癌症患者照顧者睡眠障礙之迴歸預測分析	40
表 4-1 整體正念程度於憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析	42
表 4-2 正念覺察力於憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析	44
表 5-1 整體正念程度於生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析	46
表 5-2 正念覺察力於生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析	48



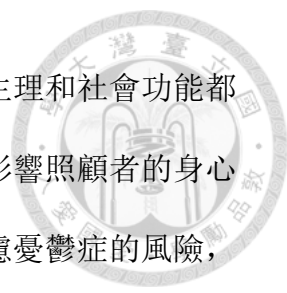


# 第一章 緒論

## 第一節、研究背景及重要性

根據世界衛生組織的報告，在2012年，全世界共有1400萬的患者新診斷罹患癌症，820萬人死於癌症，有3260萬人口與癌共存。而在接下來20年預估會比現在多70%的人罹癌(WHO, 2012)。診斷癌症，意味著不僅患者個人的生活受到改變，患者的家庭，親近的照顧者也面臨著重大的影響。照顧者必須承擔多面向的照顧責任，舉凡患者生活需求的滿足，治療過程的陪伴和治療效果的監測，情緒靈性的支持與陪伴，經濟來源的負荷等(Kim & Given, 2008; LeSeure & Chong kham-ang, 2015)。處理這些癌症患者的需求時，照顧者個人也必須努力平衡自己的生活，調適在照顧過程中面臨日益增加的壓力和負荷，面對舉益日增的心理情緒壓力，以及生理生活功能的衰弱，尤其還要承擔可能失去重要他人的不確定感(Zhang, Yao, Yang, & Zhou, 2014)。由於患者的生活可能有七成需要仰賴照顧者幫忙，使得照顧者他們的生活舉凡個人的社交，職業，家庭的關係，經濟狀況以及情緒的穩定度都承受了相當程度甚至非常嚴重的壓力和困境(Golant & Haskins, 2008; McMillan et al., 2005; Williams & Mccorkle, 2011)。Hou等人(2014)提到當照顧者壓力越大時，其罹病率也跟著提升。有研究指出即使患者死亡後三年，照顧者可能仍經歷慢性的生理和心理的症狀困擾，導致免疫功能持續地低落(Golant & Haskins, 2008)。

睡眠障礙是一項常見且令照顧者感到極為困擾的問題(Gibbins, Kendrick, Davies, & Hanks, 2009)，在Gibbins et al. (2009)的研究中幾乎有一半的癌末病患的照顧者表示他們睡得很不好，而且照顧者認為睡眠障礙是在病人診斷後才逐漸產生的。睡眠中斷和很難入睡讓他們感受不到有足夠的休息，白天容易打盹，



而且感受較多的負荷感，焦慮程度較高，整體心理狀態不佳，生理和社會功能都較差。當睡眠品質不良，照顧品質下降，不但危害患者健康也影響照顧者的身心（Gibbins et al., 2009）。睡眠障礙可能提高照顧者罹患焦慮憂鬱症的風險，免疫功能降低，容易罹患心血管疾病、肥胖等(Kim & Rose, 2011)。

過去研究發現憂鬱和生活品質分別為影響睡眠障礙的因子(Chang et al., 2007; Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell, 2012; Lee et al., 2015)，研究發現正念和憂鬱、生活品質和睡眠障礙同時呈現有相關(Lipschitz et al., 2016; Nakamura et al., 2013)，正念程度(mindfulness levels)於憂鬱及生活品質與睡眠障礙的關係所扮演的角色，亟待研究澄清此研究議題。



## 第二節、研究目的

1. 了解癌症病患的主要照顧者睡眠障礙的現況
2. 了解影響癌症病患的主要照顧者其睡眠障礙是否分別與照顧者憂鬱症狀和生活品質以及正念程度（觀察、描述、覺察、不評價、不回應）有關
3. 了解正念程度是否為影響主要照顧者憂鬱及睡眠障礙的中介因素
4. 了解正念程度是否為影響主要照顧者生活品質及睡眠障礙的中介因素

## 第三節、研究問題

1. 癌症病患的主要照顧者的睡眠障礙現況為何？
2. 癌症病患的主要照顧者的睡眠障礙與照顧者憂鬱症狀和生活品質，以及正念程度（觀察、描述、覺察、不評價、不回應）之相關為何？
3. 正念程度於主要照顧者憂鬱及睡眠障礙關係中所扮演的中介因素角色為何？
4. 正念程度於主要照顧者生活品質及睡眠障礙關係中所扮演的中介因素角色為何？

## 第四節、名詞界定



### 睡眠障礙

#### 概念型定義

根據 DSM-5 診斷標準定義至少每週三個晚上持續三個月抱怨不滿意睡眠的質或量且伴隨困難入睡或維持睡眠困難或清晨早醒，無法再入睡等症狀，並且造成個人的苦惱，或在社交、職業、行為等重要領域功能的減損。儘管有足夠的機會睡眠，還是出現困難睡眠。且非因為其他診斷的睡眠障礙症或是使用藥物導致。

#### 操作型定義

根據本文的研究工具 Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) 量表結果大於五分者，且主觀報告有睡不好、難入睡、睡眠中斷、早醒等睡眠困擾。

### 主要照顧者

**概念型定義：**指提供照顧予日常生活功能無法完全自理的個案，這些個案可能是幼童，老人，病患，而照顧者可以泛指家人，朋友，或是社工，醫療專業人士等 (Maqbool, Agarwal, Sium, Trang, & Chung, 2016 )

**操作型定義：**本研究的主要照顧者是由住院癌症病患認為花費最多時間照顧她/他、通常是指她/他的親屬，或是摯友、交往對象。

### 癌症病患

**概念型定義：**指病患的身體器官受到癌細胞影響，經醫師診斷罹患癌症，且有醫學上之證據。

**操作型定義：**經醫師診斷為癌症並且住院接受癌症相關治療的病患。

### 正念

**概念型定義：**Kabat Zinn 對正念做了簡潔的定義：「分分秒秒的覺察」



觀察短暫流過大腦的想法以及感受內觀自省的經驗、觀察現在自己的狀態，去自動化的思考，讓注意力變得自由，能專注在當下每一個片刻，以了解自身的感覺與想法、動作間的關係，領悟行為的目的。藉由專注當下，將引領我們發現事件產生的原因，注意到當時的動機、意識狀態和目的，看清楚事件的面貌，才有力氣關心自己，了解每分每秒經歷的情緒、行為、想法，接受它。所以，在正念的學習中沒有失敗，只需要覺察這些生活的經驗就好，沒有一定要達到什麼樣的狀態或目標。卡巴金對於正念的學習描述了七個核心概念包含

1. 不評判:不對自己的情緒、想法、身心感受作評論，只要覺察它們就好
2. 耐心:對自己當下的各種身心狀況保持耐心，有耐性的與他們和平共處
3. 初學之心:保持好其心看待一切人事物的變化
4. 信任:信任自己、相信自己的智慧和能力
5. 不強求:不刻意強求想要達成的目標，例如疼痛時專注在當下的吐息，藉由當下專注的覺察，減輕苦楚。而非設定想要不痛的目標。
6. 接受:願意如實的關照當下自己的身心現象，因為這是當下唯一存在的。透過接納，不再掙扎想要改變超越己身能力的事，才能從否認自己的負擔中解脫。
7. 放下:放下所有的好惡分別心，只是覺察當下發生的事件就好。(Kabat-Zinn, 2003)

**操作型定義:** 對注意力的自我調節能力以及對經驗抱持開放、好奇、接納的取向。

本研究運用Five Facet Mindfulness Questionnaire Chinese Version (FFMQ-C)

評估正念的核心價值，分別量測了觀察、描述、不評斷、覺察和不急著回應。

## 憂鬱



**概念型定義：**根據DSM-5診斷標準定義，憂鬱的診斷指個人感受到以下症狀共五項或五項以上且持續兩週，症狀中要包含感覺憂鬱或對原本有興趣的事物失去興趣。症狀分別為：

- 1) 感覺難過或鬱鬱寡歡
- 2) 對原本有興趣的事物失去興趣
- 3) 胃口改變如體重減輕或上升但跟在進行飲食控制無關
- 4) 入睡困難或睡太多
- 5) 沒有精力
- 6) 疲憊增加
- 7) 沒有價值或有罪惡感
- 8) 思考、專注力、決定事情的能力受到影響
- 9) 曾經想過自傷或自殺。

**操作型定義：**根據Patient Health Questionnaire (PHQ-9) 來評量照顧者憂鬱情緒的程度，總分大於 $\geq 5$ 分為輕度， $\geq 10$ 為中度， $\geq 15$ 為嚴重。

### **照顧者生活品質**

**概念型定義：**泛指照顧者的生理、心理健康狀態，社會支持和社交狀態，環境適應、靈性支持的良好程度 (Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell, 2012; Kaveney et al., 2016)。


**操作型定義：**根據本文使用的Care Giver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL) 評估照顧者在十項層面 (心理健康、負荷、與醫療人員的關係、經濟狀況、壓力適應能力、生理健康、自尊、休閒時間、社會支持及私人生活) 的感受程度。



## 第二章、文獻查證

### 第一節、癌症病患其主要照顧者睡眠障礙的現況


Pellegrino et al. (2010) 發現新診斷癌症的病患其照顧者有超過40%的人表示一週超過兩次經歷自覺嚴重程度的睡眠障礙。Aslan, Sanisoglu, Akyol, & Yetkin (2009)收案共90位癌症患者照顧者，當中評估照顧者的Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)分數平均為8.19分呈現顯著睡眠障礙。Carter (2002)合併質性與量性的研究中共收案47位癌末患者之照顧者且照顧時間長達一個月以上的人，運用Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)量表發現，照顧者普遍經歷了嚴重程度的睡眠問題和過去的研究相較，平均來說一般的照顧者一天當中的睡眠時間為6~7小時，但此研究結果僅5小時多。主要照顧者主觀的描述：提到自己快要瘋了，覺得總是在擔心，覺得自己是暴露在高壓環境下的人，有此主觀描述的照顧者PSQI睡眠障礙的分數相對也較高，他們同時也表示會半夜醒來哭泣，好像感受到恐懼甚至覺得噁心想吐，他們覺得自己是從家人被診斷以來從來都沒有入睡過(Carter, 2002)。Pawl, Lee, Clark, & Sherwood (2013)收案共133位末期腦腫瘤患者的照顧者中，也藉由PSQI及客觀的測量工具蒐集照顧者總睡眠時間，入睡後醒來的次數，入睡所需的時間，打盹的次數，以及睡眠週期來評估照顧者的睡眠狀況，結果顯示平均入睡需要35分鐘為一般人的兩倍長，睡眠總時間為五小時少了一般人約兩小時，夜晚醒來的次數平均有8.3次。癌症照顧者的睡眠時間平均約四個小時，遠低於標準的七小時，其夜眠過程平均可能被中斷三到四次，經常因為照顧者自己本身要上廁所或是被患者叫醒，也有多數人表示是因為擔心患者的狀況，所以無法入眠(Gibbins, Kendrick, Davies, & Hanks, 2009)。這些受失眠困擾的照顧者因為害怕會無法照顧到患者，多半不願意尋求安眠藥的



協助 (Carter, 2002)。當夜晚睡得少，故於白天補眠，平均約會花九十分鐘打盹，導致照顧者日夜節律變得混亂 (Gibbins, Kendrick, Davies, & Hanks, 2009; Lee, Yiin, Lin, & Lu, 2015)。在Lee et al. (2015)的研究中，總共172位癌症照顧者中有76.7%的人在PSQI的量表分數平均大於5分，表示他們經歷了嚴重程度的睡眠障礙，此外，照顧者也覺得因為睡得不好，個人白天的生活功能受到影響。在另一篇研究中則指出收案共176位的癌末病患照顧者，有49%的人不滿意他們的睡眠情形，有72%的人覺得經驗嚴重程度的睡眠障礙 (Lee, Yiin, Lin, & Lu, 2015)。Dhruva et al. (2012) 收案103位來自社區的癌症照顧中心，進行電療的癌症病患照顧者，有59%的照顧者PSQI分數高於五分，General general sleep disturbance scale (GSDS) 的分數有39%高於43分，其中有95%的人覺得一週有四天以上睡得不夠。這份研究也指出照顧者在白天平均打盹時間約為43分鐘，且他們的日夜節律混亂，白天的活動力比晚上還差 (Dhruva et al., 2012)。

一篇 review 文獻中搜集了四十四篇研究照顧者睡眠障礙的文章，照顧的對象舉凡癌症患者，失智症，巴金森氏症，失能者等，指出睡眠障礙使得照顧者面臨較高的風險罹患一些疾病如肥胖、高血壓、心血管疾病，或是罹患焦慮症與憂鬱症，(Kim & Rose, 2011)。睡眠被剝奪也著實影響了個人情緒控制能力、容易焦躁、心情起伏不定，影響認知作業，降低問題解決能力 (Hearson & McClement, 2007)。照顧者傾向將照顧患者時缺乏耐心、覺得壓力無法負荷、悲傷情緒增加、容易想哭等狀況歸因為缺乏足夠的睡眠和休息，當他們睡比較差時，就比較無法應付生活上的任務，若能夠有比較好的睡眠，就能比較有耐心地處理患者的需要 (Carter, 2002; Carter, 2003)。睡眠障礙也引發照顧者顯著的疲憊感，在 Dhruva





et al. (2012) 的研究中，PSQI, GSDS 分數越高者經驗到的疲憊感也越多，有超過 35% 的照顧者早上和傍晚的精神也比較差。根據 2016 年發表的一篇收案共 166 對肺癌患者和其照顧者的橫斷性研究中也指出，照顧者睡眠障礙程度越高，照顧者需求無法被滿足的程度也就越嚴重，將使他們無法妥善的照顧患者同時也無法處理滿足自身生理和情緒需求 (Chen et al., 2016)。

綜合上述從 2002 年~2015 年的研究結果，隨著時序演進，照顧者不論其受照顧對象為新診斷或是癌末，仍然普遍經歷顯著的睡眠障礙包含總睡眠時數、入睡的時間，入睡後醒來的次數等且對個人的日夜節律調節，白天的生活功能造成影響。

## 第二節、癌症病患的主要照顧者睡眠障礙與憂鬱症狀及生活品質之關係

### 主要照顧者的憂鬱症狀與照顧者的睡眠障礙

根據 Carter (2002) 的研究，有 57% 的照顧者於 The Center for Epidemiological Studies of Depression (CESD) 憂鬱量表分數高過平均值，指出睡眠障礙可能使照顧者面臨罹患憂鬱症的危險，經由照顧者主觀經驗的描述發現，當他們睡得不好，容易在面對患者的需求時感到不耐煩甚至覺得憤怒，憤怒讓照顧者產生一種罪惡感，而罪惡感進一步造成了憂鬱的情緒感受。在 Pawl et al. (2013) 的研究也使用了 CESD 和 Profile of Mood State (POMS) 來評估照顧者的憂鬱和焦慮情形，平均來說照顧者都經歷了相當高程度的焦慮 (59%) 和憂鬱症狀 (31%)。Lee et al. (2015) 發現，雖然收案時已排除診斷有憂鬱症的照顧者，結果也顯示仍有超過七成的照顧者呈現了顯著的憂鬱表現，且當憂鬱的狀況增加，照顧者在進入熟睡前需要的時間就拉得越長，夜晚睡眠被干擾的次數越多，照顧者的生活功能就越差。Abbasnehad et al. (2015) 針對伊朗地區蒐集了 151 位血癌病患平均照顧時間大於三個月的主責照顧者，根據 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 的問卷評估他們的生理心理負荷時，發現焦慮與憂鬱症狀的分數偏高，平均有 63.6% 的個案屬於臨床上具診斷意義的憂鬱症，53.6% 的個案有焦慮症的情形。另外在一份樣本來自韓國的研究中也指出，蒐集來自癌症醫療中心中癌症患者的照顧者共 897 位個案，平均有近 82.2% 的照顧者經驗過憂鬱症狀，38.1% 經驗過焦慮的症狀 (Park et al., 2013)。照顧者之所以產生憂鬱的情緒可能與有較低的教育程度，社經地位，家庭關係比較不緊密，不容易表達溝通，或是身為罹病者的另一半比較不滿意婚姻的關係，性生活滿意度較低，又或

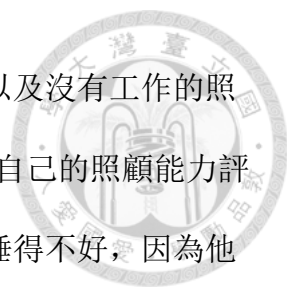
者過去比較專注在工作，對於未來有較大的不確定感等都可能成為引發憂鬱的危險因素 (Park et al., 2013; Wozniak & Izycki, 2013)。



### **主要照顧者的生活品質與睡眠障礙**

Chang et al (2007) 以WHOQOL-BREF-Taiwan (WHO- QOL-BREF-TAIWAN) 收案對象為第零到第三期的乳癌患者照顧者共61位中，將照顧者生活品質根據照顧者在生理健康，心理健康，社會支持與關係，環境適應四大層面，將生活品質與睡眠障礙做相關研究，以The Chinese Pittsburgh Sleep Quality Index (CPSQI) 中文版測量發現發現有88.5%的人表示經歷睡眠困擾，照顧者睡眠困擾和生活品質呈現統計上的相關。Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell (2012) 以個案討論的方式評估肺癌照顧者的生活品質，將其分為生理健康，心理健康，社會健康和靈性支持四大層面，指出照顧者在照顧患者的過程經歷的各種負荷和壓力將引起睡眠的剝奪，疲憊，當患者疾病狀況改變，照顧者更無暇維持個人在社會上的功能和角色，導致社交隔離，也同時惡化心理健康，社會支持的不足讓照顧者承受更多的壓力 (Bevan & Sternberg, 2012 ; Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell, 2012)。


女性的照顧者，可能是妻子或女兒，因為文化的背景，傾向承擔較多的照顧責任，明顯比男性照顧者承受了較多的睡眠障礙。(Pawl, Lee, Clark, & Sherwood, 2013; Zhang, Yao, Yang, & Zhou, 2014; Pellegrino et al., 2010)。在 Lee, et al. (2015) 收案的 176 位癌末照顧者中大部份為女性，已婚且為病患的妻子，文中也發現女性以及新診斷者的照顧者，由於照顧經驗較少相對感受到較大的壓



力，比較容易產生睡眠障礙。當照顧時間較長，大於十六小時以及沒有工作的照顧者，也比較容易睡不好（Lee et al., 2015）。而照顧者對自己的照顧能力評價高低也會影響睡眠的品質，當照顧者對自我的評價越高反而睡得不好，因為他們傾向相信自己可以把患者照顧得很好同時也給自己較多的壓力，或許因此影響其睡眠（Zhang, Yao, Yang, & Zhou, 2014）。當照顧者本人的健康狀況較差，疲憊感受較多時也會影響睡眠情形（Carter, 2006; Lee et al., 2015）。

當病患的身體活動功能越差時，照顧者的總睡眠時數越短，半夜起床的次數越多（Lee, Yiin, Lin, & Lu, 2015; Pawl et al., 2013; Aslan et al., 2009）。病患睡眠品質不佳，夜咳，或是夜半尿床、失禁或是頻尿等狀況，照顧者無法擁有深度睡眠或是較長的睡眠時間（Carter, 2002）。當病患本身也失眠，日夜顛倒或是夜晚情緒躁動、感到害怕而頻繁叫醒照顧者，急需照顧者的陪伴和安撫，讓照顧者難有持續的睡眠（Carter, 2002; Lee et al., 2015）。有些照顧者表示自己必須要半夜起床處理患者的排泄物，可能是一路從床上整理到洗手間，幫病患清潔後，病患如果也睡不著，照顧者通常就無法休息（Carter, 2002）。而多數癌末病患面臨疼痛困擾需要頻繁地使用藥物，照顧者更幾乎是全天候待命無法休息。病患身體症狀的困擾和生活功能的限制，都著實增添了照顧者的負荷，使他們難以鬆懈無法擁有好的睡眠（Carter, 2002; Lee et al., 2015）。

Lee et al. (2015) 以 caregiver reaction assessment (CRA) 發現照顧者對於家庭支持的需求，當照顧者有比較好的支持系統，照顧上的問題有人可以諮詢時，壓力會少一點，對於剛診斷或照顧經驗不足的人來說，多一點指導會讓他們比較安心。照顧負荷少一點，才有機會睡得好一點（Carter, 2006; Lee et al., 2015）。Aslan, Sanisoglu, Akyol, & Yetkin (2009) 運用 P S Q I 量表評估，發現收案



90 位照顧者中有 34.44%的人覺得支持系統不足，使睡眠困擾增加。一篇 review 文獻包含六項觀察性研究一項介入性研究分別以半結構式面談、Anxiety and satisfaction questionnaires、Problems and needs questionnaire、Quality of life (QoL) survey 的方式進行照顧者和癌症患者在不同層面的需求評估，如醫療資訊需求、支持系統需求，文獻搜尋中發現照顧者其實不僅需要瞭解關於病人的照顧方法，治療和預後，在經濟、社會、情緒和靈性的諮詢的需求也很高，不同層面的支持系統對照顧者來說是重要的（Maqbool, Agarwal, Sium, Trang, & Chung, 2016）。尤其在壓力情境越大的狀況下，良好的社會支持系統能幫助減少心理問題的產生，使壓力適應的能力增加。如果壓力適應能力增加，感受到的負荷減少，照顧者罹患心理疾病的情形也能下降（Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann, & Strauss, 2005; Rumpold et al., 2016）。


過去研究分別發現照顧者生活品質的各個層面包含照顧者負荷，照顧者支持系統，照顧者生理狀況、自我評價等皆和睡眠障礙程度降低有關，較少同時將照顧者生活品質的各個層面統整併測量和睡眠障礙的關係，因此將以 Care Giver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL) 量表統合照顧者生活品質的各個層面了解與睡眠障礙程度的相關。

### 第三節、主要照顧者正念程度與憂鬱及生活品質之關係

正念藉由專注於當下，接納不評斷的方式，在眾多研究中發現對生心理的健康有幫助，自西元 1979 年卡巴金 Jon Kabat-Zinn 博士在美國麻州大學附設醫院成立了正念減壓門診，利用正念減壓的課程，結合了源自佛教的內觀禪修概念和哈達瑜珈以及心理學的內涵，引導個案運用靜坐、身體掃描、瑜珈動作、正念行走、正念飲食以及寫下愉快及不愉快事件週歷等促進正念的培養，以達到減壓的目的(Kabat-Zinn, 2003; Oken et al., 2010; 胡君梅, 2012)。


文獻回顧了14篇以正念減壓治療做為介入的研究，對於改善不同種類病患的照顧者（如年長失能的照顧者、癌症照顧者）之心理健康和生活品質的程度（Li, Yuan, & Zhang, 2016），總結研究結果發現正念運用了接納情緒或事件，不評斷，有目的的專注在當下的方式，使得各篇研究中照顧者的憂鬱，焦慮，自覺壓力程度以及知覺負荷和生活品質，都在正念減壓的介入後顯著改善（Li, Yuan, & Zhang, 2016）。Birnie et al.（2010）也發現照顧者正念程度越高時，情緒困擾程度越低。

情緒的調節是維繫心理健康的重要方式，當個人持續以逃避或是過度針對情緒或事件負向迴圈思考時，憂鬱症狀就會持續（Wenzlaff & Luxton, 2003）。Kumar, Feldman, & Hayes（2008）提出正念的增加能顯著降低個人致力於逃避面對個人情緒，想法和記憶的方式(avoidance)，以及降低過度反覆沈浸於負向思考、擔心後果的狀態(rumination)。在他們收案33位診斷憂鬱症的患者中，進行正念認知療法介入後，藉由 The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)來評估個案的正念程度，有顯著增加。且分別藉由四種量表（Modified Hamilton Rating Scale for Depression, Beck Depression Inventory-II, The



Acceptance and Action Questionnaire, Response Style Questionnaire) 評量個案的憂鬱情緒，逃避反應程度，過度沈浸負向思考的程度時發現，正念增加時，這些負向反應程度都有顯著下降 (Kumar, Feldman, & Hayes, 2008)。由於正念能夠促進心理健康，降低壓力憂鬱等已廣泛被證實，且能促進良好的健康行為 (Jacobs, Wollny, Sim, & Horsch, 2016)。正念能夠促進情緒智慧，而擁有高情緒智慧者能有比較好的壓力適應能力，反芻負面事件或情緒的情況較少，進而產生健康的行為 (Jacobs, Wollny, Sim, & Horsch, 2016)。

Jacobs et al. (2016) 以 Kentucky Inventory of Mindfulness Skills 來評估正念能力，將正念分作四個面向 (觀察，描述，覺察，接納) 來分析受試者共427人，評估正念與情緒智慧、焦慮壓力感受和促進健康行為的影響，發現正念的四個面向個別討論時皆能促進健康行為的產生，且若同時有較高的情緒智慧，感受到較少的壓力，能產生更多健康行為。即使移除情緒智慧和壓力感受的調節因素，正念的觀察和覺察面向仍能顯著促進健康行為；而較能描述，覺察和接納的人，擁有比較高的情緒智慧，健康行為的表現較好。健康行為的產生能促進生活品質 (Hawkes, Pakenham, Chambers, Patrao, & Courneya, 2014)。Hawkes et al. (2014) 隨機分配共410位大腸癌患者為兩組，其中一組以納入正念概念中的接受和承認為基礎指導患者產生健康行為，另一組為隨機對照組，欲評估正念和接受的態度是否是調節健康行為促使個案創傷感受減輕、靈性的成長、生活品質提升的中介因素。分別運用了 Posttraumatic Growth Inventory、The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-being (FACIT-Sp) module、Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)、The Mindful Attention




Awareness Scale (MAAS)、Brief Symptom Inventory (BSI-18)、Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) version 4 的量表來進行研究。結果顯示，接受介入措施的實驗組其感受創傷程度減輕，感受到的壓力較少，靈性成長（覺得平靜，生命有意義）且正念程度，接受當下的能力也有增加，生活品質（生理、情緒、社會健康及身體功能狀態）也獲得提升，在六個月後和十二個月後的追蹤下，發現有健康行為的個案其正念程度仍顯著增加，生活品質仍顯著改善 (Hawkes et al., 2014)。Ellis, Brown, Thorsteinsson, & Perrott (2014) 利用Carolina Empirically Derived Mindfulness Inventory (CEDMI)、Depression Anxiety and Stress Scales-Short-Form (DASS-21)、Functional Assessment of Cancer Therapy-General Version 4 (FACT-G)三種量表，針對非何傑金氏淋巴瘤的病患共125位，評估其憂鬱、焦慮、壓力感會因為正念程度的增加而降低，且當正念強調的接納程度越高時，發現患者的生活品質越好，即使將可能影響生活品質的病患疾病狀況和婚姻狀態納入分析，高的正念程度仍然能顯著促進生活品質。

綜合上述研究可以推論正念的存在和情緒智慧的培養，調節情緒如反芻、憂鬱的能力以及健康行為的產生和生活品質的促進有明顯的相關。




#### 第四節、主要照顧者正念程度與其睡眠障礙之關係



近代在正念治療的觀點提出後，開始有人建立後設認知的行為療法，納入正念的概念，著重於接受那個當初覺得「不能如此」的信念，覺察自己在當下的同時可以增強個人回應身體生心理狀態的能力，能夠比較有彈性看到不同的選擇，降低身心的壓力，以及減少皮質過度的活動和腦部的過度激化（Ong, Ulmer, & Manber, 2012）。他們進一步提出失眠來自兩個階段的腦部活動激發，首先例如有人覺得有睡滿八小時隔天才能正常工作，所以一旦他在床上入眠時間拉長就會引起第一階段的激發，若接下來個人對於沒有睡滿八小時的解讀是負向的，甚至開始認為這件事情會引起嚴重的後果，就會繼續產生第二階段的激發，導致失眠更嚴重。藉由正念能減少認知不斷對行為和事件再評估的過程，練習正念的覺察，腦部的視覺聽覺區會活化並整合感受到的訊息，傳到前額葉後統整，降低令人分心的訊息傳入，達到專注於當下，減少個人對於周遭環境的注意力，如細微的聲響，時鐘的秒針，或是去注意現在的時刻進而擔心自己怎麼還沒入睡等。正念有助睡眠品質提升，睡眠時間的延長，減少半夜起床的頻率，也能幫助個人調整對於「不失眠」的不合理信念（Larouche, Cote, Belisle, & Lorrain, 2014; Garland, Carlson, Stephens, Antle, Samuels, & Campbell, 2014）。也有文獻研究指出正念介入的行為治療能夠讓將近一半的受試者降低半夜醒來的時間（Ong, Shapiro, & Manber, 2008），在一篇縱貫性的調查中也發現由於正念能幫助人降低腦部過度的激發以促進睡眠，故在正念治療結束後的一年再追蹤時，約有61%的個案失眠問題沒有再發生（Ong, Shapiro, & Manber, 2009）。


許多文獻支持正念能減少癌末病患焦慮和憂鬱感受，降低疲憊，增加生活品質和睡眠品質，睡眠總時間增加，睡眠效率提升，減少入睡後又醒來的次數，縮



短入眠的時間 (Lipschitz et al., 2016; Nakamura et al., 2013)。藉由正念的專注和冥想，患者關於會失眠的擔心顯著的降低，運用正念的覺察力，接納失眠事件的能力上升時，對於好的睡眠產生一些不切實際之期待程度也顯著降低 (Garland, Rouleau, Campbell, Samuels, & Carlson, 2015; Rouleau, Garland, & Carlson, 2015; Martires & Zeidler, 2015; Joanne & Michelle, 2015)。

Carter (2006) 針對癌症病患照顧者進行五週介入性研究，以簡單地放鬆技巧，認知療法，睡眠習慣衛教，進行照顧者在PSQI量表、The center for Epidemiological studies- Depression Scale (CES-D)、The caregiver quality of life index - Cancer (CQOLC)做前後測，發現照顧者睡眠品質與憂鬱程度和生活品質為負相關，表示這樣的介入措施對睡眠品質的改善是有幫助的，正念的練習其實也是一種放鬆的方式，故根據本文獻也可以推估正念應能對睡眠品質帶來改善。

現今眾多研究針對正念介入措施對於病患的睡眠品質提升都有報告，在方前的文獻也討論了正念對於減輕憂鬱症狀和提升生活品質有關。然而，關於正念特質是否扮演調整憂鬱和改善生活品質的中介因素，進而促進睡眠品質的研究偏少，故期待本文能釐清正念特質的角色，以利後續介入性措施能更加完善的設計。情緒的調節是維繫心理健康的重要方式，當個人持續以逃避或是過度針對情緒或事件負向迴圈思考時，憂鬱症狀就會持續 (Wenzlaff & Luxton, 2003)。Kumar, Feldman, & Hayes (2008) 提出正念的增加能顯著降低個人致力於逃避面對個人情緒，想法和記憶的方式 (avoidance)，以及降低過度反覆沈浸於負向思考、擔心後果的狀態 (rumination)。在他們收案33位診斷憂鬱症的患者中，進行正念認知療法介入後，藉由 The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)來



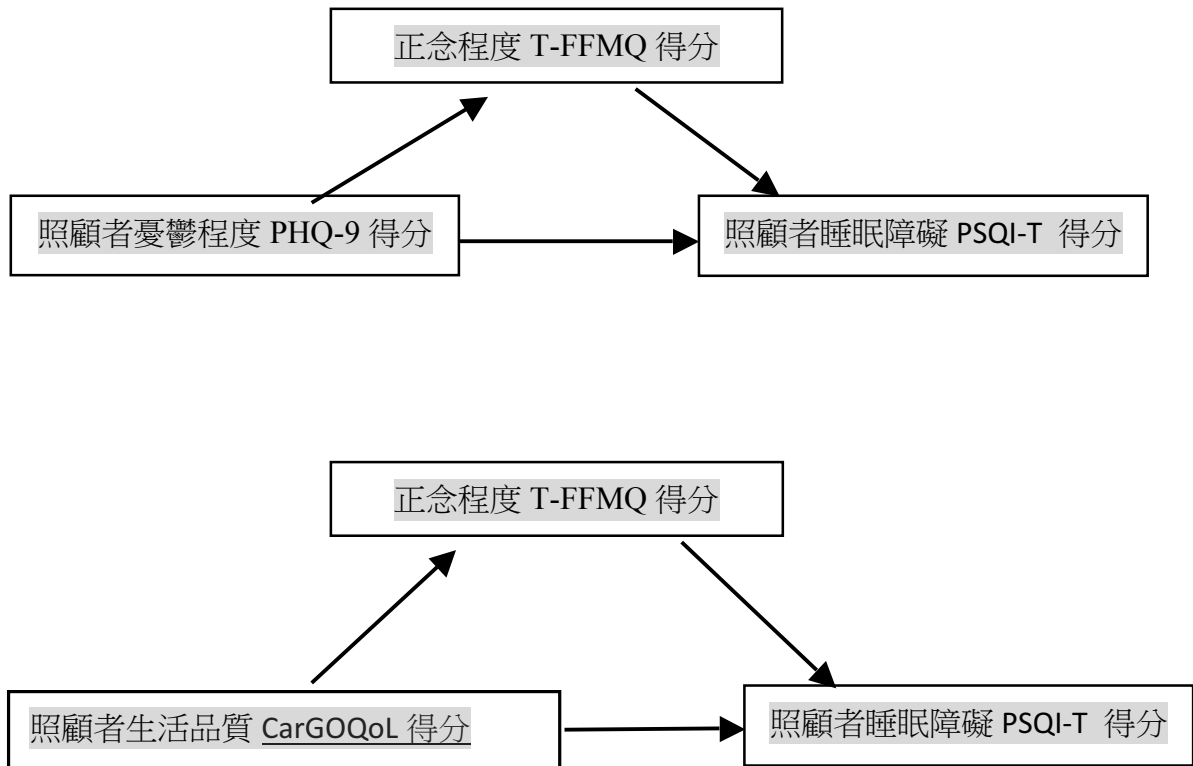
評估個案的正念程度，有顯著增加。且分別藉由四種量表（Modified Hamilton Rating Scale for Depression, Beck Depression Inventory-II, The Acceptance and Action Questionnaire, Response Style Questionnaire）評量個案的憂鬱情緒，逃避反應程度，過度沈浸負向思考的程度時發現，正念增加時，這些負向反應程度都有顯著下降（Kumar, Feldman, & Hayes, 2008）Hawkes et al. (2014) 隨機分配共410位大腸癌患者為兩組，其中一組以納入正念概念中的接受和承認為基礎指導患者產生健康行為，另一組為隨機對照組，欲評估正念和接受的態度是否是調節健康行為促使個案創傷感受減輕、靈性的成長、生活品質提升的中介因素。分別運用了Posttraumatic Growth Inventory、The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-being (FACIT-Sp) module、Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)、The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)、Brief Symptom Inventory (BSI-18)、Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) version 4 的量表來進行研究。結果顯示，接受介入措施的實驗組其感受創傷程度減輕，感受到的壓力較少，靈性成長（覺得平靜，生命有意義）且正念程度，接受當下的能力也有增加，生活品質（生理、情緒、社會健康及身體功能狀態）也獲得提升，在六個月後和十二個月後的追蹤下，發現有健康行為的個案其正念程度仍顯著增加，生活品質仍顯著改善。

### 第五節、正念程度為中介因子之研究架構

為了探討正念程度（包含五個層面：觀察、描述、覺察、不評價、不回應）作為主要照顧者憂鬱以及生活品質與睡眠障礙相關中所扮演之中介因素，故提出研究架構圖如下：



圖一、研究架構圖



## 第三章、研究方法



### 第一節、研究設計

採橫斷式描述性相關研究設計，藉由結構式問卷收集資料，了解照顧者睡眠障礙現況和相關影響因素。自變項為主觀的睡眠狀態測量，藉由 Pittsburgh Sleep Quality Index 評估照顧者面臨的睡眠障礙現況。依變項主要針對照顧者的憂鬱和生活品質作評量，並且量測照顧者的正念特質狀況，以釐清正念特質的存在是否為憂鬱情緒與睡眠障礙的中介因素，以及是否也為照顧者生活品質與睡眠障礙的中介因素。

#### 研究對象

本研究採立意取樣於台北市某醫學中心的腫瘤科病房選擇符合收案條件且知情同意本研究之住院病患的主要照顧者為對象。樣本數參考 G-power 軟體計算，設定 power 0.8， $\alpha$ :0.05，以 multiple regression 分析法，預測變項有 11 個，得到樣本數為 123 位，再加上設定 30%的拒絕率，粗估應收樣本數為 200 位。

#### 收案條件

1. 年滿 20 歲以上，能以國台語及文字溝通者。
2. 其家人為經專科醫師診斷罹患癌症的病患，並住院接受癌症相關治療者
3. 主要照顧者為患者認定照顧其最久最多的人，通常是指她/他的親屬，或是摯友、交往對象。

#### 排除條件

1. 主要照顧者本身被診斷思覺失調症或認知功能缺損情形。

## 收案流程

本研究案經人體試驗委員會同意後，且向台北市某醫學中心腫瘤科共五間病房取得同意後，進行收案。照顧者於知情同意下，會在研究者邱毓瑩護理師的陪伴下獨立完成問卷填寫，研究者將於問卷收回後，詢問主要照顧者對於睡眠問題的疑問，並提供給予睡眠相關的衛教指導。





## 第二節、研究假說

1. 超過一半癌症患者的照顧者出現睡眠障礙。
2. 癌症患者照顧者憂鬱症狀越嚴重，睡眠障礙越嚴重，但正念程度能從中調節，降低憂鬱症狀的程度，也降低睡眠障礙。
3. 癌症患者照顧者生活品質越差，睡眠障礙越嚴重，但正念程度能從中調節，促進生活品質，也降低睡眠障礙。
4. 正念程度的存在能使憂鬱症狀較少，生活品質較好，睡眠障礙程度減輕。

### 第三節、研究工具



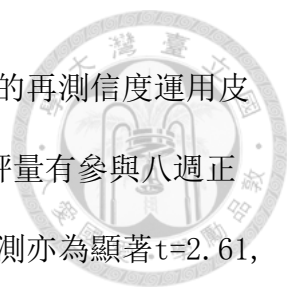
#### 一、Taiwanese version of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-T)

多數評估睡眠障礙的文獻所使用之主觀睡眠品質量表，被視為具有良好信效度的評估工具，Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.83, test-retest reliability = 0.85, 一共 19 個獨立問題，分為七大項包含 1) 主觀睡眠品質 2) 進入睡眠時程 3) 睡眠期間 4) 睡眠效率 5) 睡眠干擾 6) 安眠藥物使用 7) 日間功能，每項根據嚴重程度為李克氏量表 0~3 分，總分最多為 21 分，分數越高，睡眠品質越差，大於五分時表示睡眠品質不佳 (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989; Ho & Fong, 2014)。將台灣版匹茲堡睡眠品質評估量表用來量測台灣的癌症病患，發現其 Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.79, 20 天和 28 天的 test-retest reliability 在七項細項的分布各有不同，範圍落在 0.59~0.91 之間 (Tzeng, Fu, & Li, 2012)。

#### 二、Taiwanese Version of Five Facet Mindfulness Questionnaire (T-FFMQ)

將正念程度包含五個部分：觀察：例如我在走動時我會觀察到我身體的活動；描述：例如我擅長找到適當的詞彙描述我現在的心情；覺察：例如我很容易分心；不評判：例如當我出現焦躁不安時我會批評自己；不回應：例如我察覺到內心的想法時我不會回應它；以上五個概念總共有 39 題，分別以一分到五分來評量是否經常符合或是不符合，分數越高，越符合正念的核心價值。經翻譯為中文後運用在華人社區得到良好的信效度，其中 14 天 test-retest reliability 為 0.88. Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.80 (Hou et al., 2013)。黃鳳英、吳昌衛、釋惠敏、釋果暉、趙一平、戴志達 (2015) 將此量表發展為台灣版五因素正





念量表，整體量表的Cronbach' s a coefficient= 0.88，14天的再測信度運用皮爾森相關評估為顯著相關 $r= 0.95$ ， $p<0.001$ 。並利用此問卷來評量有參與八週正念減壓課程的大學生，正念程度是否有差異，以paired t test檢測亦為顯著 $t=2.61$ ， $p<0.001$ ，顯示本量表能應用在以正念為介入之研究的良好評估工具（黃等人，2015）。

### 三、Patient Health Questionnaire ( PHQ-9)

評估患者憂鬱程度的量表，源自於1999年，被翻譯為80種語言，簡單，容易測量，可廣泛運用在大眾身上。且擁有好的信效度，Cronbach' s a coefficient =0.86，test - retest reliability=0.86。根據DSM- IV 中憂鬱症的診斷標準來設計題目，請個案評量近兩週的感受，一共九題，分別為失去興趣，感覺憂鬱，睡眠困擾，沒有精力，食慾問題，自責，注意力缺乏，躁動或遲滯，自殺意念。以李克氏量表評分，從零到三分別代表不曾如此、有幾天、兩週內超過一半的天數、幾乎每天。憂鬱程度將根據總分分級， $\geq 5$ 分為輕度， $\geq 10$ 為中度， $\geq 15$ 為嚴重（Wang et al., 2014; Hinz et al., 2016）。

### 四、Care Giver Oncology Quality of Life questionnaire(CarGOQoL)

針對腫瘤病患的照顧者測量生活品質，由於在設計問卷時有做質性訪談，增加了其他生活品質量表沒有的一些向度如私人生活安排的評估、自尊狀態等，更加全面和完整（Minaya et al., 2012）。總共 29 題，十個面向，分別為心理健康(psycho- logical well-being)、負荷(burden)、與醫療人員的關係 (relationship with health care)、經濟狀況(administration and finances)、壓力適應能力(coping)、生理健康(physical wellbeing)、自尊

(self-esteem)、休閒時間(leisure time)、社會支持及私人生活(social support and private life)。以李克氏量表(0~5分)來表示程度的不同。本問卷原著版本為法文，翻譯的英文版本針對其內容驗證問卷之效度信度後，得到十個面向分別的Cronbach's coefficient 為0.87, 0.79, 0.57, 0.71, 0.64, 0.81, 0.75, 0.60, 0.76, 0.26。在患者病況穩定下，評估照顧者第30天和第90天的test-retest reliability 分別為0.94, 0.88 (Kaveney et al., 2016)。

#### 第四節 研究步驟



本研究收案期間為 105 年 10 月 7 日到 106 年 4 月 3 日止。採自填式問卷收集資料，資料搜集流程及步驟說明如下：

一、經人體倫理試驗委員會審查核准後，並取得台大醫院腫瘤部醫師與單位護理長同意後，開始於台大醫院腫瘤科病房收案。

二、研究者於休假期間在腫瘤病房收案，先進行病歷審視，並詢問單位同仁，若符合收案條件，研究者會到病房詢問患者的主要照顧者是否願意接受訪問並填寫問卷

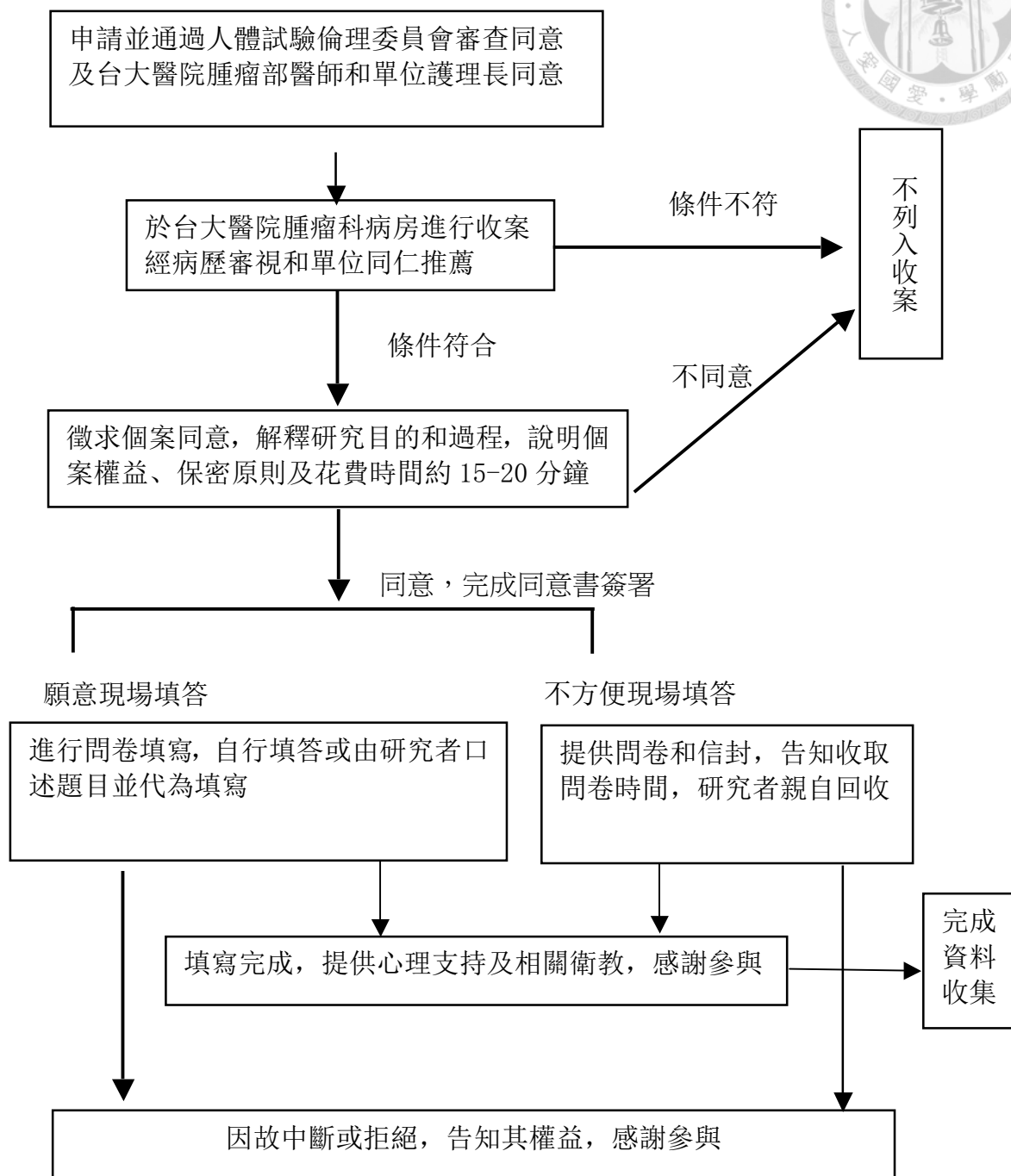
三、照顧者同意狀況下，說明研究同意書內容、倫理原則及本研究目的，告知填寫問卷的方式及預估耗費時間共 15~20 分鐘。詢問照顧者是否願意立即填寫及是否需要研究者陪同，若遇到照顧者視力不佳或是填寫有困難，則由研究者口述題目後代為填答。過程中研究者僅在旁陪同協助澄清題意，不予任何建議或暗示。在照顧者自行填答問卷完成後，進行資料核對和確認無遺漏，並初步評估照顧者的社會心理健康和睡眠狀況，如照顧者有需求，則提供簡易的睡眠衛教並提供心理支持相關資源。填寫過程中若個案因任何原因想終止填寫，則感謝個案的協助，告知結束並不影響其任何權利。

四、若個案無法當場填寫，則在說明研究目的並取得同意後予問卷及信封套，告知個案研究者會親自在隔日收取問卷，倘若收取問卷時個案表示不想做答，同樣告知個案中止不會影響任何權益，並感謝之。

五、資料搜集結束後，篩選有效問卷後進行統計分析。



圖二、收案流程圖



## 第五節、資料分析

本研究以 SPSS for ios 22 版統計套裝軟體進行統計分析。

1. 以描述性統計分析癌症患者照顧者及患者的基本人口學資料及照顧者睡眠現況。
2. 以推論性統計分析基本人口學變項與主要變項之間的差異關係與相關性。
3. 以階層迴歸分析檢定影響睡眠障礙的預測因素，以了解在控制人口學變項後，憂鬱程度、生活品質、正念程度是否仍能作為睡眠障礙的預測因素。
4. 以 bootstrap 檢定正念程度是否為影響睡眠障礙的中介因素。詳述如下：

研究變相與假設	統計方法
性別、婚姻、學歷、工作、宗教、收入、慢性病有無、使用精神科藥物有無、與患者同住、與患者關係	次數分配表、百分比描述類別變項
年齡、照顧時間、開始照顧至收案時間	平均值、標準差及最大最小值描述連續性變項
睡眠品質、憂鬱程度、生活品質、正念程度現況	次數分配表、百分比
不同人口學屬性睡眠品質有差異	平均值、標準差及最大最小值 根據組別數量分別使用 t 檢定、ANOVA 檢定與皮爾森積差相關分析
照顧者憂鬱程度、生活品質與睡眠障礙和正念程度有相關	皮爾森積差相關分析
人口學屬性、照顧者憂鬱程度、生活品質、正念程度可以預測睡眠障礙	階層迴歸分析
正念程度為憂鬱影響睡眠障礙的中介因素 正念程度為生活品質影響睡眠障礙的中介因素	階層迴歸分析搭配 bootstrap 重複取樣檢定

## 第六節、研究對象權益維護

在取得人體試驗倫理委員會審查通過後，以不損害病患權益為優先考量，於腫瘤科病房進行收案。研究使用之問卷皆在原作者授權同意後使用，研究問卷及同意書經編碼後進行收案，問卷回收後置於櫃中上鎖保存。

研究進行過程首先向符合收案條件之個案自我介紹、詳細說明研究目的及程序，強調個案可自行決定是否參與本研究，並告知其拒絕、終止或退出本研究並不會影響個案的任何醫療服務品質。在徵求個案同意並獲得個案親自簽屬的研究同意書後，遂進行資料收集。所有與個案有關的資料、量表，僅做為學術研究使用，絕不對外公開，除研究者及指導教授外，非相關人士不得查閱。

## 第四章、研究結果



### 第一節、主要照顧者及病患人口學現況分析

本節主要針對本次收案對象共兩百位癌症患者之主要照顧者的有效樣本，根據其基本屬性資料內容與睡眠障礙量表做分析。以次數分配表、平均值、標準差、卡方檢定、T檢定等統計方法做資料分析，將其結果描述如下：

#### 一、主要照顧者基本人口學資料：

本研究主要照顧者基本人口學資料如表1-1呈現，照顧者多為中年，超過一半為女性(63.5%)及有工作(64%)，已婚(71.5%)，教育程度高中以上與以下各佔一半，收入在五萬以上與以下者也各佔一半，大部份是有宗教信仰(85.5%)。約有三分之一罹患慢性病(34%)，少數有使用精神科藥物者(12%)。約有一半的照顧者與患者是配偶關係(50.5%)，大部份(80.5%)和患者同住，約有一半的平均照顧時間在16小時以上者(54%)。

#### 二、病患(生病的家人)之基本人口學資料：

如下表1-2，病患人口學特性多為中年，超過一半為男性(59%)，多數已婚(82.5%)和有宗教信仰(91%)，學歷多為高中以下，有和沒有工作狀態約各佔一半，除了罹患癌症之外有合併其他慢性疾病佔20%。超過一半癌症診斷為第四期者(68.5%)，以消化系統腫瘤最多，其次為頭頸癌，第三名為肺癌。身體功能方面，38.5%一天中有一半以上的時間都臥床。



表1-1主要照顧者基本人口學資料 (n=200)

變項		人數	百分比	平均值 (最小值-最大值)	標準差
性別	男	73	36.5		
	女	127	63.5		
年齡				48.47 (21-77)	13.56
婚姻	未婚	46	23		
	已婚	143	71.5		
	喪偶	3	1.5		
	離婚	8	4		
學歷	高中以下	100	50		
	高中以上	100	50		
工作	無	72	36		
	有	128	64		
宗教	無	29	14.5		
	有	171	85.5		
收入	3到5萬以下	100	50		
	5到10萬以上	100	50		
慢性病	有	68	34		
	無	132	66		
使用精神科藥物	有	24	12		
	無	176	88		
與患者關係	配偶/伴侶	103	51.5		
	子女	55	27.5		
	父母	19	9.5		
	親戚	19	9.5		
	朋友	4	2		
與患者同住	是	161	80.5		
	否	39	19.5		
照顧時間				16.7 (1-24)	7.99
開始照顧至 收案時間 (年)				1.97 (0.5-16)	2.48





表1-2 主要照顧者生病的家人疾病相關資料 (n=200)

變項		人數	百分比	平均值 (最小值-最大值)	標準差
性別	男	118	59		
	女	82	41		
年齡				57.05 (15-87)	13.10
婚姻	未婚	24	12		
	已婚	165	82.5		
	喪偶	4	2		
	離婚	7	3.5		
學歷	高中以下	125	62.5		
	高中以上	75	37.5		
工作	無	99	49.5		
	有	101	50.5		
宗教	無	18	9		
	有	182	91		
慢性病	有	40	20		
	無	160	80		

變項	人數	百分比	變項	人數	百分比	
身體功能 ECOG	1	61	30.5	鼻咽癌	12	6
	2	62	31	頭頸癌	32	16
	3	56	28	肺癌	25	12.5
	4	21	10.5	乳癌	21	10.5
癌症分期	1	6	3	消化系統腫瘤	75	37.5
	2	15	7.5	淋巴癌與胸腺癌	10	5
	3	42	21	神經內分泌腫瘤	5	2.5
	4	137	68.5	骨骼肌肉腫瘤	14	7
			泌尿道腫瘤	2	1	
			其他	4	2	

## 第二節、主要照顧者睡眠障礙、憂鬱、生活品質和正念程度現況分析



### 一、照顧者睡眠障礙現況

兩百位照顧者中，其匹茲堡睡眠品質量表(Pittsburg sleep quality index, PSQI) 總平均分數為8.14分，依據評分標準，多達72%的照顧者有睡眠障礙（PSQI 總分>5分者，為差睡眠者）。關於各層面的睡眠障礙，約有將近一半有睡眠品質的問題（36%表示睡得不好，11%睡得非常不好）。睡眠遲滯期的結果呈現37.5%的人有入睡困難（必須躺三十分鐘以上才能入睡）；72%的照顧者總睡眠時數不足（小於等於六小時）；19.5%的人睡眠效率低（小於65%）。22%的照顧者每週平均一次以上會出現睡眠干擾。另外，有9%的照顧者每週需使用三次以上的安眠藥，20.5%的照顧者每週有一次以上會因為睡眠品質不佳導致對執行日常生活功能的困擾。

表2-1 主要照顧者睡眠品質現況 (n=200)

睡眠品質指標	評分	人數	百分比	睡眠品質指標	評分	人數	百分比
主觀睡眠品質	非常好：0	15	7.5	習慣性睡眠效率	≥85%：0	90	45
	好：1	91	45.5		75-84%：1	44	22
	不好：2	72	36		65-74%：2	27	13.5
	非常不好：3	22	11		<65%：3	39	19.5
睡眠遲滯期(分鐘)	≤15：0	47	23.5	睡眠干擾	從未：0	7	3.5
	16-30：1	78	39		每週<1次：1	149	74.5
	31-60：2	56	28		每週1-2次：2	41	20.5
	>60：3	19	9.5		每週≥3次：3	3	1.5
睡眠總時數(小時)	>7：0	20	10	使用安眠藥	從未：0	168	84
	>6≤7：1	36	18		每週<1次：1	8	4
	>5≤6：2	96	48		每週1-2次：2	6	3
	<5：3	48	24		每週≥3次：3	18	9
總分	≤5分	56	28	日間功能失調	從未：0	71	35.5
	>5分	144	72		每週<1次：1	88	44
					每週1-2次：2	31	15.5
					每週≥3次：3	10	5



## 二、照顧者憂鬱程度現況

根據PHQ-9量表結果約有20.5%的照顧者有憂鬱傾向，包含輕度憂鬱11%，中度憂鬱4%，重度憂鬱者5.5%。

表2-2照顧者憂鬱程度現況 (n=200)

憂鬱程度	人數	百分比
無	159	79.5
輕度10-14分	22	11
中度15-19分	8	4
重度 $\geq$ 20分	11	5.5



### 三、照顧者生活品質現況

根據 CarGOQoL 量表將生活品質區分為十個層面並轉換成百分制後，越高分表示生活品質滿意度越高越高分表示生活品質滿意度越高。本文結果顯示，兩百位照顧者中，整體來說，經濟和行政負擔對生活品質的影響最小，而心理健康層面影響對生活品質的影響最多，在此量表統計下，平均分數最低。針對本量表生活品質各面向做比較，低於平均分數的人數比例如下：照顧者約有 52%的人低於心理健康層面的平均分數 52.78，有 40.5%的照顧者感受較沉重的照顧負荷，約 43.5%的照顧者可能對照護專業人員的滿意度較低，38.5%的照顧者遭遇經濟與行政文書上的困擾，44.5%的人壓力調適的能力較差。48%的照顧者生理健康狀況較差，40.5%的照顧者自尊感受偏低，不覺得自己是有用的、能為家人帶來改變。44.5%的照顧者比較不能照顧自己，少數約 34.5%的人沒有足夠的家庭朋友支持。約 49.5%的照顧者在親密情感生活上感受到困難。整體來說，約 42%的照顧者生活品質較差低於生活品質平均分數 (69.20, SD= 14.15)。

表2-3照顧者生活品質現況 (n=200)

生活品質指標	心理健康	負荷	與醫療人士關係	經濟與行政負擔	調適能力	生理健康	自尊	休閒放鬆能力	社會支持	個人生活
平均值	52.78	77.62	72.83	81.29	71.75	68.96	61.75	61.62	74.68	67.87
標準差	22.08	23.75	18.77	20.73	21.87	20.66	18.18	23.89	23.12	24.73



#### 四、照顧者正念程度現況

本研究 FFMQ 正念量表總分為0-195分，分數越高，表示正念程度越高。此量表包含五項正念層面，量表原始總分除了不回應的能力為0-35分，其他各層面得分為0-40分。根據本量表統計結果顯示，兩百位照顧者中，分別針對五項層面，照顧者的不評斷和不回應能力較好。47.5%的照顧者觀察能力較差，超過一半的人描述能力比平均為差，將近一半的人48.5%覺察能力較不足。整體來說，52.5%的人低於正念程度的平均值（131.59，SD=16.28）。

表2-4照顧者正念特質現況（n=200）

正念特質	觀察	描述	覺察	不評斷	不回應	總分
平均數	27.61	27.49	28.22	24.6	23.56	131.49
標準差	6.42	6.47	5.32	5.64	4.88	16.28
(最小和 最大值)	(11-40)	(10-40)	(11-39)	(8-40)	(11-35)	(95-177)

### 第三節、影響照顧者睡眠障礙之主要因素



#### 一、照顧者睡眠障礙與人口學特性的差異比較

以卡方檢定和t檢定、ANOVA檢定及皮爾森相關積差分析照顧者與患者的基本人口學資料和睡眠障礙的差異或相關，女性照顧者顯著較男性睡得較差( $t=-2.117$ ,  $p=0.035$ ) 女性PSQI平均分數為8.58，男性為7.38。照顧者教育程度高者顯著睡得較好 ( $t=2.297$ ,  $p=0.023$ )，高中以上者平均PSQI分數為7.52，高中以下者為8.77。無使用精神科藥物者顯著睡得較好 ( $t=-4.285$ ,  $p<0.001$ ) 其PSQI分數平均為7.6分，有使用者為12.04分。

#### 二、照顧者睡眠障礙與憂鬱程度和生活品質和正念程度的相關分析

根據表3-1照顧者PSQI睡眠障礙程度越高，憂鬱程度也越高、生活品質越差、正念程度越低。再將PSQI、憂鬱程度、生活品質與正念程度的五個層面（觀察、描述、覺察、不評判、不回應）做相關分析，則發現僅覺察、不評判和不回應與睡眠品質以及憂鬱程度有顯著負相關。當覺察力越好、越少批判、不回應的程度越好時，生活品質越好，睡眠障礙和憂鬱程度越少。

表3-1睡眠障礙與憂鬱程度、生活品質及正念特質之相關

	PSQI	PHQ	CarGO QoL	FFMQ	觀察	描述	覺察	不評判	不回應
PSQI	1	.58**	-.51**	-.31**	-.02	-.11	-.42**	-.24**	-.18*
PHQ	0.58**	1	-.67**	-.25**	0.35	-.05	-.31**	-.27**	-.18*
CarGO QoL	-.51**	-.67**	1	0.33**	0.02	0.09	0.36**	0.20**	0.33**
FFMQ	-.31**	-.25**	.33**	1	0.66**	0.76**	0.66**	0.07	0.63**
觀察	-.02	0.35	0.02	0.66**	1	0.61**	0.16*	-.46**	0.45**
描述	-.11	-.05	0.09	0.76**	0.61**	1	0.30**	-.28**	0.42**
覺察	-.42**	-.31**	0.36**	0.66**	0.16*	0.30**	1	0.25**	0.19**
不評判	-.24**	-.27**	0.20**	0.07	-.46**	-.28**	0.25**	1	-.21**
不回應	-.18*	-.18*	0.33**	0.63**	0.45**	0.42**	0.19**	-.21**	1

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$



### 三、照顧者睡眠障礙的主要預測因子

照顧者職業狀態、慢性病有無、精神科藥物使用有無、照顧時間長短顯著和睡眠障礙有相關，故在迴歸模型中，以階層分析的方式將上述變項放入階層一做為自變項，將PHQ-9憂鬱程度量表、CarGQoL照顧者生活品質量表以及正念程度放入階層二。結果發現，階層一的迴歸模式之整體解釋量( $R^2$ )為0.27，

$F(4, 195)=18.10, p<0.001$ ，表示照顧者人口學變項可以解釋睡眠障礙27%的變異量，個別項的顯著性檢定發現，有無工作、有無慢性病、有無使用精神科藥物、照顧時間長短、對睡眠障礙的影響皆達顯著水準( $\beta=0.17, p=0.004$ ;

$\beta=0.14, p=0.02$ ;  $\beta=0.32, p<0.001$ ;  $\beta=0.26, p<0.001$ )，結果呈現無工作者、有慢性疾病者、有使用精神科藥物者，以及照顧時間較長者，睡眠障礙較差。

階層二的迴歸模式之整體解釋量為( $R^2$ )0.52,  $F(7, 192)=30.13, p<0.001$ ，在控制人口學變項下，加入主要變項(憂鬱程度、生活品質、正念程度)共同的預測力也達顯著水準( $F \text{ change}(3, 192)=33.93, p<0.001$ )。個別變項檢定時，有無職業狀況、有無慢性病、精神科藥物使用有無、照顧時間長短仍然同時對睡眠障礙有顯著影響( $\beta=0.12, p=0.01$ ;  $\beta=0.15, p=0.003$ ;  $\beta=0.21, p<0.001$ ;

$\beta=0.19, p<0.001$ )，憂鬱程度、生活品質同時為睡眠障礙的主要預測因子，

( $\beta=0.36, p<0.001$ 和 $\beta=-0.17, p=0.014$ )，憂鬱程度較高者及生活品質較差

者，睡眠障礙的困擾較多。然而，正念程度未達顯著水準( $\beta=-0.07, p=0.197$ )。

結果建議憂鬱程度、生活品質為直接影響睡眠障礙的主要預測因子，而正念程度不是直接影響睡眠障礙之因素，將於下一節分析正念程度所扮演影響睡眠障礙之間接因素，也就是於憂鬱/生活品質和睡眠障礙之中介因子。



表 3-2 癌症患者照顧者睡眠障礙之迴歸預測分析 (n=200)

	階層一		階層二	
R <sup>2</sup>	0.27		0.52	
R <sup>2</sup> change	0.27***		0.25***	
	B(SE)	beta	B(SE)	beta
有無職業	0.17(.059)	0.17**	0.12(.04)	0.12*
有無慢性病	1.18(.51)	0.14*	1.29(.42)	0.15**
有無使用精神科藥物	3.83(.74)	0.32**	2.57(.61)	0.21**
照顧時間	0.13(.03)	0.26**	0.09(.02)	0.19**
憂鬱程度			0.24(.04)	0.36**
生活品質			-.04(.01)	-.17*
正念程度			-.01(.01)	-.07

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$



#### 第四節、正念程度為憂鬱症狀和睡眠障礙關係之中介因子分析



##### 一、正念程度為憂鬱症狀和睡眠障礙關係之中介因子分析

由於照顧者職業狀態、慢性病有無、精神科藥物使用有無、照顧時間長短顯著和睡眠障礙有相關，故在迴歸模型中，以階層分析的方式將上述變項及 PHQ-9 量表總分做自變項放入階層一，階層二選入 FFMQ 正念量表總分做自變項 並以 PSQI 總分做為依變項。結果顯示，階層一的迴歸模式之整體解釋量 ( $R^2$ ) 為 0.49,  $F(5, 194)=38.69, p<0.001$ ，表示人口學變項和憂鬱程度可以聯合解釋照顧者睡眠障礙 49% 的變異量。個別檢視下，基本人口學變項仍有顯著預測力，憂鬱症狀對睡眠障礙的預測力，也達顯著水準 ( $\beta=0.49, p<0.001$ ) 即憂鬱程度越高者睡眠障礙越高。

階層二加入正念程度後，如表 4-1 整體解釋量 ( $R^2$ ) 為 0.50, ( $R^2$  change) 為 0.009,  $F(6, 193) =33.25, p=0.062$ ，此解釋量未達顯著水準，表示在控制人口學變項和憂鬱程度時，正念程度無法影響睡眠障礙。個別變項檢定下，憂鬱程度仍是顯著的預測因素，但正念程度不顯著 ( $\beta=0.47, p<0.001$ ;  $\beta=-0.010, p=0.062$ )。如圖三，以 bootstrap 分析檢定正念程度之中介因子角色，以 95% 的信賴區間進行 1000 次的重複取樣來檢定正念程度中介因素的存在，bootstrap 分析結果，並不符合 95% 的信賴區間中未包含零 (95% bootstrap CI = (-0.049), 0.00)，表示正念程度無中介效果存在 (Preacher & Hayes, 2004 & Kearns et al., 2016)。

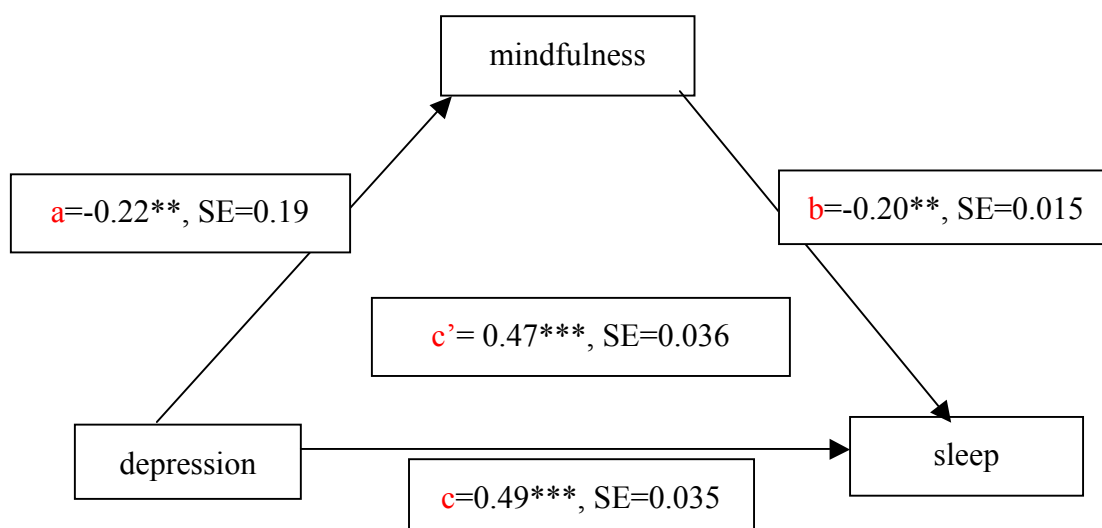


表4-1正念程度於憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析  
(n=200)

	階層一		階層二	
R <sup>2</sup>	0.49		0.50	
R <sup>2</sup> change	0.49***		0.009	
	B(SE)	beta	B(SE)	beta
職業有無	0.12(.04)	0.12**	0.12(.04)	0.12**
慢性病有無	1.37(.42)	0.16**	1.29(.42)	0.15**
精神科藥物 使用	2.72(.62)	0.22***	2.62(.62)	0.22***
照顧時間	0.09(.03)	0.19***	0.09(.02)	0.18***
憂鬱程度	0.32(.03)	0.49***	0.33(.03)	0.47***
正念程度			-.02(.01)	-.10

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

圖三. 憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析(正念程度為中介因子, 係數為標準化結果)





## 二、正念的五個層面為憂鬱程度和睡眠障礙關係之中介因子分析

將正念的五個層面（觀察、描述、覺察、不評斷、不回應）及人口學變項作為自變項，結果顯示迴歸模型解整體解釋量 ( $R^2$ ) 為 38.4%， $F(9, 190)=13.14$ ,  $p<0.001$ ，即正念的五個層面和人口學變項能聯合解釋睡眠障礙 38.4% 的變異量。個別變項檢定時發現僅覺察力和不評判、不回應兩項仍達到統計上的顯著 ( $\beta=-.196$ ,  $p=0.005$ ;  $\beta=-.186$ ,  $p=0.009$ ;  $\beta=-.186$ ,  $p=0.005$ )，因此進一步檢定覺察力、不評判和不回應程度是否為憂鬱及睡眠障礙的中介因子。

首先，如表 4-2，以 PSQI 為依變項，階層迴歸模型分析，階層一同樣為人口學變項與憂鬱程度，階層二加入覺察力，整體解釋量上升 ( $R^2$ ) 為 0.51， $F(6, 193)=34.44$ ,  $p=0.008$ ，即控制人口學變項下，憂鬱程度和覺察力能聯合解釋 51% 睡眠障礙的變異量，個別項目檢定下，憂鬱與覺察力都能顯著預測睡眠障礙 ( $\beta=0.46$ ,  $p<0.001$ ;  $\beta=-0.14$ ,  $p=0.008$ )，進一步觀察，加入覺察力後，憂鬱程度對睡眠障礙的  $\beta$  值較原先下降顯示其預測力下降，結果建議正念層面中的覺察力扮演影響睡眠障礙的間接因素。如圖四，以 bootstrap 檢定覺察力扮演中介因素的角色，其結果符合 95% 的信賴區間中未包含零 (95% bootstrap  $CI=(-0.195), (-0.018)$ )，表示覺察力為憂鬱及睡眠障礙的部分中介因子。

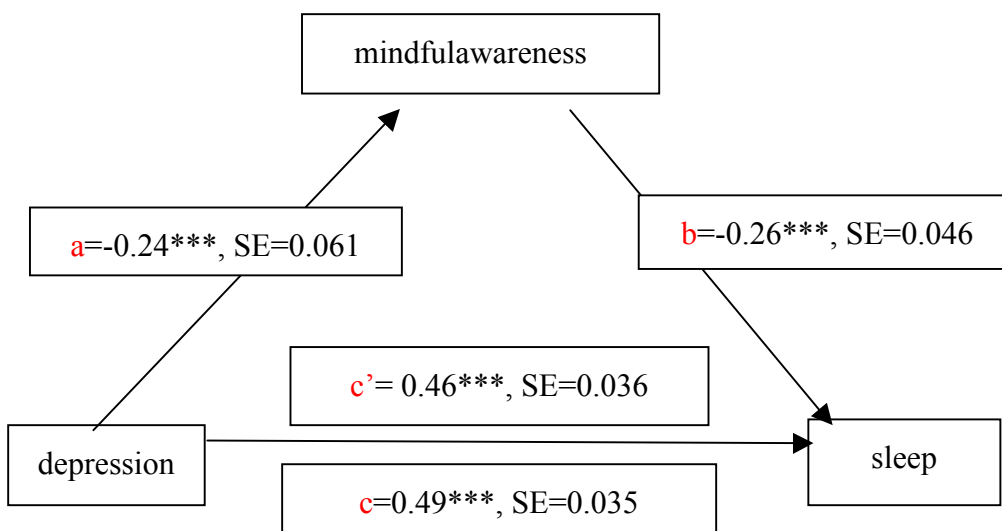
重複上述分析過程檢定不評判和不回應程度是否為憂鬱及睡眠障礙的中介因子，結果發現，當階層二加入不評判程度時，( $R^2$ ) 為 0.50， $F(6, 193)=33.23$ ,  $p=0.063$ ；改加入不回應程度時，( $R^2$ ) 為 0.50， $F(6, 193)=32.70$ ,  $p=0.17$ ，兩者的解釋量皆未達顯著水準，即加入不評判和不回應程度無法影響睡眠障礙。



表4-2覺察力於憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析  
(憂鬱與覺察力為自變項, n=200)

	階層一		階層二	
R <sup>2</sup>	0.49		0.51	
R <sup>2</sup> change	0.49***		0.018**	
	B(SE)	beta	B(SE)	beta
職業有無	0.12(.04)	0.12**	0.11(.04)	0.12**
慢性病有無	1.37(.42)	0.16**	1.25(.42)	0.15**
精神科藥物 使用	2.72(.62)	0.22***	2.34(.63)	0.19***
照顧時間	0.09(.02)	0.19***	0.08(.02)	0.17**
憂鬱程度	0.32(.03)	0.49***	0.30(.03)	0.46***
覺察力			-.10(.04)	-.14**

圖四. 憂鬱和睡眠障礙之間的中介因子分析(覺察力為中介, 係數為標準化結果)



## 第五節、正念程度為生活品質和睡眠障礙關係之中介因子分析



### 一、正念程度為生活品質和睡眠障礙關係之中介因子分析

迴歸模型中以 PSQI 總分做為依變項，以階層分析的方式將基本人口學變項(照顧者職業狀態、慢性病有無、精神科藥物使用有無、照顧時間長短)及 CarGQoL 生活品質總分做自變項選入階層一，階層二選入 FFMQ 正念量表總分做自變項，結果顯示，階層一的迴歸模式整體解釋量( $R^2$ )為 0.44,  $F(5, 194)=31.62, p<0.001$ ，即人口學變項和生活品質能聯合解釋睡眠障礙的 44%變異量。個別檢定顯示人口學變項能顯著預測睡眠障礙，生活品質對睡眠障礙的預測力也達顯著水準，( $\beta=-0.40, p<0.001$ )即生活品質越差，睡眠障礙程度也越高。

階層二如表5-1，加入正念程度後，整體解釋量( $R^2$ ) 0.45, ( $R^2$  change=0.005)  $F(6, 193)=26.75, p=0.184$ 不具顯著預測力，即加入正念程度無法影響睡眠障礙。如圖五，以bootstrap分析檢定正念程度中介因子的角色，以95%的信賴區間進行1000次的重複取樣來檢定中介因素的存在，結果並不符合95%的信賴區間中未包含零(95% bootstrap CI=-0.047, 0.014)，表示正念程度不是生活品質和睡眠障礙關係之中介因子。

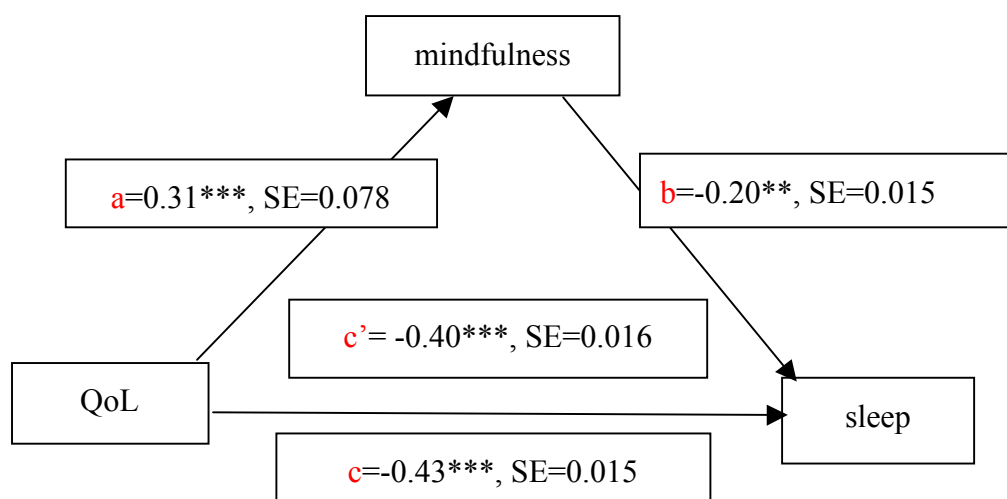


表5-1正念程度於生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析 (n=200)


	階層一		階層二	
R2	0.44		0.45	
R2 change	0.44***		0.005	
	B(SE)	beta	B(SE)	beta
職業有無	0.14(.05)	0.15**	0.14(.05)	0.15**
慢性病有無	1.24(.45)	0.15**	1.17(.45)	0.14**
精神科藥物 使用	3.00(.65)	0.25***	2.93(.65)	0.24***
照顧時間	0.11(.02)	0.22***	0.10(.02)	0.21***
生活品質	-.10(.01)	-.43***	-.09(.01)	0.40***
正念程度			-.01(.01)	-.07

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

圖五. 生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析 (正念程度為中介因子, 係數為標準化結果)



## 二、正念的五個層面為生活品質和睡眠障礙關係之中介因子分析



以PSQI為依變項，階層迴歸模型分析，階層一仍為人口學變項及生活品質，階層二加入正念層面中的覺察力，整體解釋量( $R^2$ )為0.46， $F(6, 193)=27.78$ ， $p=0.024$ ，即生活品質和覺察力能聯合解釋46%睡眠障礙的變異量，個別項目檢定下，生活品質與覺察力皆能顯著預測睡眠障礙( $\beta=-0.38$ ， $p<0.001$ ； $\beta=-0.13$ ， $p=0.024$ )。進一步觀察加入覺察力後，生活品質對睡眠障礙的預測力下降，由表5-2可以發現其 $\beta$ 值較原先下降，結果建議覺察力是正念程度當中扮演影響睡眠障礙的間接因素。如圖六.，進一步以bootstrap檢定覺察力扮演中介因子的角色，結果符合95%的信賴區間中未包含零，(95% bootstrap CI= $(-0.199, -0.004)$ )，表示正念層面中的覺察力程度是生活品質和睡眠障礙關係之部分中介因子。

重複上述分析過程檢定不評判和不回應程度是否為生活品質及睡眠障礙的中介因子，結果發現，當階層二加入不評判程度時，( $R^2$ )為0.46， $F(6, 193)=28.24$ ， $p=0.01$ ，但單獨檢視生活品質對不評判程度的預測能力時，( $R^2$ )為0.05， $F(5, 194)=2.05$ ， $p=0.073$ ，即生活品質無法顯著預測不評判程度，故不符合可能為中介因素的假設，故加入不評判程度無法影響睡眠障礙。改加入不回應程度時，( $R^2$ )為0.44， $F(6, 193)=26.22$ ， $p=0.834$ ，此解釋量未達顯著水準，即加入不回應程度無法影響睡眠障礙。

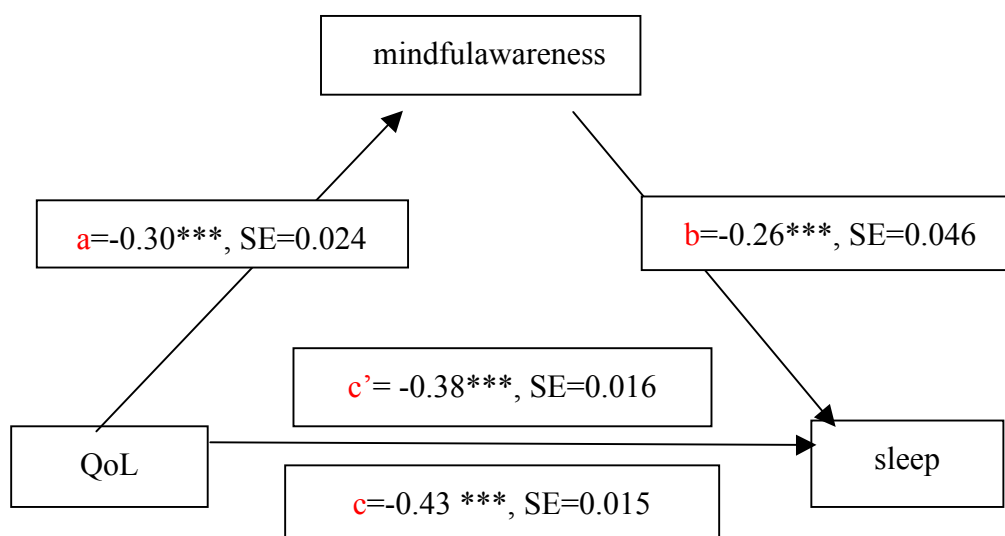


表5-2覺察力於生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析

	階層一		階層二	
R <sup>2</sup>	0.44		0.46	
R <sup>2</sup> change	0.44***		0.014*	
	B(SE)	beta	B(SE)	beta
職業有無	0.14(.05)	0.15**	0.14(.05)	0.15**
慢性病有無	1.24(.45)	0.15**	1.13(.44)	0.14*
精神科藥物使用	3.00(.65)	0.25***	2.65(.66)	0.22***
照顧時間	0.11(.02)	0.22***	0.10(.02)	0.20***
生活品質	-.10(.01)	-.43***	-.09(.01)	-.38***
覺察力			-.10(.04)	-.13*

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

圖六. 生活品質和睡眠障礙之間的中介因子分析(覺察力為中介, 係數為標準化結果)





## 第五章、討論




茲將研究結果共分為三節討論，第一節本研究癌症病患和主要照顧者人口學屬性的特質與睡眠障礙之現況；第二節照顧者睡眠障礙與憂鬱程度以及生活品質的相關；第三節正念覺察為憂鬱、生活品質和睡眠障礙之間的中介因素探討，詳述如下。

### 第一節、本研究癌症病患和主要照顧者人口學屬性的特質與睡眠障礙之現況


本研究結果中，癌症病患平均年齡為57歲，多數已婚、有工作，雖然兩成的病患同時患有其他慢性病，診斷亦多為第四期，但日常生活功能多半能自理，身體活動需要依賴的部分較少。而照顧者為中年階段的女性為主，多數是癌症病患的配偶、同住且有工作和收入來源，平均照顧時間為16小時，三成的照顧者合併有其他慢性疾病，12%的照顧者有使用安眠藥物或是抗焦慮、抗憂鬱藥物。

本文在收案的兩百位照顧者中，72%的照顧者 PSQI 總分平均為 8.14，大於五分，顯示有睡眠障礙的困擾。在 Lee 等人(2015)的研究中，172 位末期癌症患者照顧者中，同樣收案自醫學中心，也有 76.7%有睡眠障礙。過去研究和本研究皆指出照顧者經歷睡眠障礙的困擾是普遍存在的問題 (Aslan, Sanisoglu, Akyol, & Yetkin, 2009; Carter, 2002; Pellegrino et al., 2010)。而根據匹茲堡睡眠品質評分，我們可以從了解照顧者主觀睡眠品質的情況、睡眠遲滯的長短、睡眠總時數、睡眠效率、是否有睡眠干擾、使用安眠藥以及是否因為睡不好影響日常生活功能來評估照顧者的睡眠障礙程度。本文的照顧者中有 72%其睡眠總時數小於 300 分鐘，其中有 24%的人小於 250 分鐘，在 PSQI 評量的各層面中，此層面的平



均分數最高，雖然睡眠總時數較其他照顧者睡眠障礙的研究多，如 Carter (2003) 照顧者平均睡眠總時數為 290 分鐘，Lee 等人 (2015) 的研究則為 276 分鐘，還是都低於 Buysse 等人 (1989) 定義的正常睡眠總時數宜為 420 分鐘。本研究中，68.5% 的照顧者半夜或清晨會起來，當患者睡眠品質不佳，夜咳，頻尿等狀況，都會使照顧者無法擁有深度睡眠或是較長的睡眠時間 (Carter, 2002)。而安眠藥的使用約有 12%，如 Carter (2002) 也提到，照顧者會擔心服用安眠藥的副作用，也擔心服用後會無法好好照顧病患，故較不願意使用安眠藥物。

本研究結果發現合併有慢性疾病及服用精神科藥物 (安眠藥、抗憂鬱、抗焦慮藥物) 的照顧者睡眠障礙程度較高。Fletcher 等人 (2012) 指出照顧者本身有慢性疾病的狀況會影響其壓力感受，而當壓力感受增加將使得腦部下視丘內分泌系統失衡而造成睡眠障礙 (Rose, Taylor & Bourguignon, 2009)。在 Pawl 等人 (2013) 的研究中，照顧者多數合併有慢性疾病，32% 的照顧者表示睡眠品質很差，平均需要花 35 分鐘才能入睡，有 15% 的照顧者會在半夜醒來，熟睡時間約 5 小時多，與本研究結果相仿，本文收案的照顧者中 34% 的照顧者合併有慢性病，37.5% 的人必須躺三十分鐘以上才能入睡，72% 的人總睡眠小於等於六小時，47% 的照顧者主觀睡眠品質不好甚至是非常不好。Carter (2006) & Lee et al. (2015) 也指出照顧者身體狀況不佳時，相對疲憊感受較多，睡眠亦容易受到影響。本研究結果發現照顧時間大於 18 小時者佔了 53%，照顧時間越長，睡眠障礙程度越高，與 Lee et al. (2015) 照顧時間大於 16 小時者，比較容易睡不好相呼應。另外，本文在檢定收案日距離診斷日的時間長短是否對睡眠障礙有影響時發現不顯著，雖然在 Pawl et al. (2013) 提出新診斷的照顧者容易因為資訊和經驗不充足經歷較大壓力，睡得較差，推測可能與本文收案的照顧者照顧起始日多數為診斷後一到兩年的時



間，相較於新診斷的狀況，可能比較熟悉照顧的方式、對患者的治療方向和計劃較了解，故在病患為慢性狀況下診斷時間未對睡眠障礙有顯著影響。在 Aslan et al. (2009) 收案九十位癌症患者的主要照顧者也發現照顧期間不論是診斷後小於三個月、三到六個月或是半年以上者，其睡眠障礙並無顯著差異。

多數研究提到，當患者身體功能較差時，照顧者睡眠困擾也越多 (Lee et al., 2015; Pawl et al., 2013; Aslan et al., 2009) 但礙於本文收案對象的患者其身體活動功能超過半數為一天中有 50% 的時間是可以下床活動的，生活自理，相較於不能自理的患者，引起的照顧者負荷和壓力較少一些 (Lee et al., 2015)，故因此引起睡眠障礙的狀況可能較不顯著，另外，本文照顧者照顧的患者雖然多以第四期為主，但癌症分期並不影響照顧者的睡眠情形，同樣可在 Fletcher et al. (2012) 的文獻回顧中觀察到一致的結果。

## 第二節、照顧者睡眠障礙與憂鬱程度以及生活品質的相關

本研究的兩百位癌症病患的照顧者中，20.5%有憂鬱傾向，在階層迴歸分析中顯示在控制照顧者人口學變項後，憂鬱程度以及生活品質為睡眠障礙之主要預測因素，照顧者憂鬱程度越高，生活品質越差時，睡眠障礙程度越高。

在許多文獻中可以發現照顧者憂鬱程度與睡眠障礙有相關，Carter (2002) 研究 47 位肺癌與大腸癌病患的照顧者中，95%有中度以上的睡眠障礙，PSQI 平均分數為 11.4 分，而這些照顧者中有 57%具憂鬱傾向。在 Lee et al. (2015) 收案共 176 位末期癌症病患的照顧者中，72%的人經歷睡眠障礙，PSQI 平均分數為 9.05 分，且七成的人有憂鬱症狀的表現。在 Pawl et al. (2013) 收案 133 位腦腫瘤的癌症患者主要照顧者中，32% 的人表示主觀睡眠品質不佳，且多數經歷睡眠中斷的困擾，經憂鬱症狀評量後這群照顧者平均憂鬱分數為 8.3 分，當中亦有 31%的人有憂鬱傾向。Zhang et al. (2014) 收案 600 為癌症病患照顧者中也發現比起一般的照顧者，這群照顧者顯著經歷睡眠障礙和憂鬱症狀。Golant et al. (2008) 收案 278 位癌末患者照顧者中 76%表示在照顧癌症患者的過程中經歷很大的壓力，且這當中有將近三成的人因為憂鬱症狀尋求治療。而睡眠障礙又會進一步影響個人的認知功能，做決定的能力，使得憂鬱症狀惡化 (Pawl et al., 2013)。在一篇縱貫性研究中共計 1635 位照顧者中，發現有超過五成的照顧者在照顧病患的三到五年後罹患慢性疾病 (Fletcher et al., 2012)，或是罹患焦慮症與憂鬱症，也較易導致睡眠障礙 (Bevan et al., 2012; Chang et al, 2007; Fujinami et al, 2012)。

根據文獻提出憂鬱導致睡眠障礙的解釋如下：照顧者在照顧癌症患者的過程中，經歷許多的壓力，照顧者要給予患者心理支持、陪伴患者看病，準備餐食，同時也要承擔家務、管理經濟等，當照顧者努力地滿足患者需求卻發現無法達到



預期的成果時，同時調節壓力的方法無效時較容易出現憂鬱困擾，並且影響腦部下視丘、腦垂體、腎上腺軸的調節，腦部和內分泌系統過度活化，導致睡眠障礙 (Kim et al., 2011; Golant et al., 2008; Wollweber et al., 2011)。

針對生活品質對睡眠障礙的影響，本研究也顯示生活品質越差，睡眠障礙程度越高。本文藉由評值照顧者的心理健康、照顧者負荷、與醫療人員的關係、經濟與行政庶務上的負擔、調適能力、生理健康、自尊以及休閒放鬆能力、社會支持和個人生活共十項層面來了解照顧者生活品質，整體而言，本研究的兩百位照顧者平均生活品質分數為 69.2 分（總分以 100 分計），約有 42%的照顧者低於此平均分數。在生活品質各構面中，以心理健康不佳的狀況最嚴重，五成的人經常感到擔心、焦慮，或是傷心憂鬱、情緒疲乏及壓力，其次是自尊和休閒放鬆能力較差，約四成的照顧者普遍較不確定自己的照顧是否有為罹病的家人帶來改變，也不確定自己是否是有價值的，較少機會休息放鬆或是照顧自己的健康。以上結果與過去研究相仿，如 Glajchen (2012) 提出照顧患者過程的負荷足以讓照顧者有比較差的生理和心理健康，經驗較多的疲憊、睡眠障礙、認知功能下降、焦慮、憂鬱等，Wollweber et al. (2011) 也提出照顧者因為要照顧癌症的病患，84%的人覺得個人生活受影響，68%的照顧者較少時間能聯繫朋友維持友誼，72%生理健康不佳，88%的照顧者覺得情緒不穩定，心理健康失常。

根據文獻整理生活品質導致睡眠障礙的解釋如下：不論是因為患者身體症狀帶來的照顧負荷，或是因為照顧者對自我的評價，適應的能力，解決問題的能力或是對於照顧資訊的需求，社會心理支持的不滿足等等都會降低生活品質 (Aslan et al., 2009; Carter, 2006; Lee et al., 2015; Maqbool et al., 2016; Zhang et al., 2014)，上述的原因引起照顧者顯著的壓力感受，導致腦部下視丘，腦

垂體和腎上腺調節失常，更進一步改變了交感神經和副交感神經系統在體內的活動，過度的活化，使得睡眠障礙產生（Bevans et al., 2012; Kim et al., 2011）。




### 第三節、正念覺察為憂鬱、生活品質和睡眠障礙之間的中介因素探討

前述的文獻查證與本文的研究結果都顯示憂鬱和生活品質是導致睡眠障礙的直接影響因素(Aslan et al., 2009; Brenda Hearson & McClement, 2007; Carter, 2002 ; Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005), 但發現整體正念程度不是影響睡眠障礙的直接因素。進一步分析後發現, 正念層面中的覺察力在憂鬱、生活品質及睡眠障礙的關係中扮演部分中介因素, 憂鬱困擾和生活品質問題經由影響正念的覺察力而導致睡眠障礙的產生。

本研究的照顧者正念程度根據FFMQ量表評值, 平均分數為131. 49(SD=16. 28)總分為195, 52%的照顧者低於此平均分數。正念程度共包含五項層面: 觀察、描述、覺察力、不評斷、以及不回應。正念覺察表示能專注在當下的事情, 對所做的事有覺察性, 不將其視為自動發生的。正念覺察促使人避免習慣性地、自動化地評價事件, 避免反芻過去或未來的負向經驗與期待, 將感受放在當下就好, 促使人能接納負面的感覺和事件, 照顧自己、擁抱自己(Farb et al., 2012)。

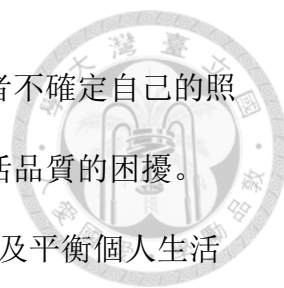
憂鬱來自不當的情緒調節, 個人在面對負向刺激時容易過度針對事件與情緒做負向的迴圈思考, 重複不合理的信念與想法, 導致持續低落的心情(Paul et al., 2013; Wenzlaff & Luxton, 2003), 同時, 憂鬱使得個人容易受到外在事件影響, 不管是過去的記憶或是對未來的想像都會讓個人的思緒更加混亂, 無法感受覺察當下。憂鬱症狀影響人於『正念覺察力的失調』, 例如會著重在覺察身上的某個痛覺, 並放大痛覺對身體帶來的影響, 進而引起更多的焦慮與憂鬱。當憂鬱者失去正念覺察, 不斷反芻或是災難性想像過去與未來, 這些干擾人心的刺激, 便帶來了生理上例如交感神經系統過多的激化而引起睡眠障礙(Mehling et al.,



2011)。如同本研究, Keith, Blackwood, Mathew, & Lecci (2017)探討過動症與正念的關係時發現,憂鬱程度越嚴重,正念覺察力越低。Argus & Thompson (2008)收案141位正經歷憂鬱期的患者,發現覺察力越好,問題解決能力會增加,憂鬱程度會降低,同時不合理的完美主義想法會減少,憂鬱程度也降低。正念覺察強調的是感受此時此刻,將意識層面帶入覺察當下不論是身體的感覺或是內心的感受,讓此時此刻的內在與外在進行對話,並且排除掉外在事件的影響,使個人能減少落入負向思考的迴圈中 (Kearns et al., 2016; Mehling et al., 2011)。強調專注於當下的正念覺察,能幫助減少憂鬱者面對負面事件時產生的自動化思考,避免進入反芻的狀態。在Farb et al. (2012)也以腦部的結構性變化支持正念覺察對於情緒調節的助益,提出當覺察在此時此刻的能力越好,腦部反應負面情緒的前額葉皮質中線 (prefrontal cortex midline) 的活化也有明顯的減少。從另一個層面來看,由於正念覺察強調專注當下的感受,故一旦覺察能力不足,無法專注,過多分心的訊息就會傳入腦部,引起腦部過度的激發,終致睡眠障礙的發生,倘若能藉由增加正念覺察感受當下的身體心靈感覺,將間接增強了個人回應身體心理狀態的能力,並減少腦部皮質過度的激化,也減少了反覆思考不能睡不著的不合理信念,藉此達到減少腦部過度激發,降低睡眠障礙的效果 (Lundh, 2005; Ong et al., 2009; Garland et al., 2012; Ong, Ulmer & Manber, 2014; Larouche et al., 2014; Martires & Zeidler, 2015)。

正念層面中的覺察力在生活品質及睡眠障礙的關係中扮演部分中介因素,生活品質問題經由影響正念覺察力的失調而導致睡眠障礙的產生。本文的兩百位照顧者中有34.5%的人覺得來自朋友或家庭的支持不足,44.5%的照顧者在陪伴生病

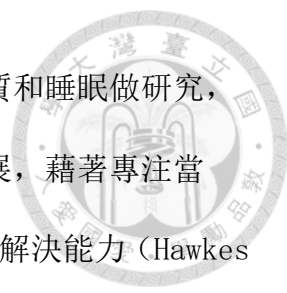




的家人抗癌的過程中覺得無助或困擾，同樣也有四成多的照顧者不確定自己的照顧是否能為生病的家人帶來改善，足見照顧者面臨許多影響生活品質的困擾。

Wollwebwe等人(2011)也指出照顧者面對眾多癌症患者的需求以及平衡個人生活的過程時，會因為面對許多的壓力，使得生活品質的低落，進一步造成睡眠障礙 (Bevans et al., 2012; Kim et al., 2011)。相似於LeSeure et al. (2015)所提到照顧癌症患者的經驗是很艱辛複雜的，照顧者會傾向表現地像正常人一樣生活，嘗試離開負面情緒的網綁，如震驚、否認、害怕、無法勝任照顧者角色等等，努力尋求希望和支持。當照顧者反覆思索負面事件，被過去的回憶或對未來的害怕困擾，無法專注在當下，感受當時的身體狀態，同樣地，使過多分心的訊息傳入腦部，引起過多的激發和壓力適應的失衡，。

過去的文獻中較少探討正念覺察於生活品質和睡眠障礙關係所扮演的角色。關於本研究的發現正念層面中的覺察力在生活品質及睡眠障礙的關係中扮演部分中介因素，正念覺察力能使人增加體會內在經驗、促進同理，是練習正念的核心價值-感受觀察此時此刻的感官與情緒並且不評判這些感受的基礎，即好的正念覺察能力是提升個人正念程度的基礎 (Kabat-Zinn, 1990)，能幫助個人專注在此時此刻，讓扭曲的訊息和過往負面記憶進入腦部的機會降低，並促使個人能辨認迴圈思考要形成前的狀態，減少沈浸在負面想法裡的機率，藉此當人面對負荷壓力時，能經由正念覺察，幫助提升問題解決的能力，以促進個人對生活的滿意 (Kaviani et al., 2012; Mark, Williams, & Kuyken, 2012)。正念的能力能引導照顧者產生健康行為，感受到較少的壓力，提升生心理健康和靈性的成長，促進生活品質 (Hawkes et al., 2014)。



Price et al. (2012) 雖然並未直接針對正念覺察對生活品質和睡眠做研究，但可以發現個人的健康行為藉由正念覺察的過程得到正向的發展，藉著專注當下，避免正念的覺察力失調，個人較能調適面對壓力，增加問題解決能力 (Hawkes et al., 2014)。當正念覺察程度增加時，個人健康行為顯著較多 (LeSeure et al., 2015)。Bauer et al. (2012) 利用手機軟體讓使用者能練習正念，改善睡眠困擾。此研究結果顯示發現8位使用者主觀睡眠品質得到改善，且有11位使用者認為正念覺察程度的增加，能幫助個人覺察睡眠的習慣，例如會在飲食前想一下自己即將於何時要入眠，能專注和接納當下，不特別去強調自己要有很好的睡眠。

整體而言，正念覺察的提升，使憂鬱者較能調節情緒漸少反芻，生活品質差者透過發展較多的健康行為，可能因此使睡眠障礙得到改善 (Jacobs et al., 2016)。綜合上述以及本文的研究結果，正念覺察程度扮演憂鬱和生活品質對睡眠障礙影響的部分中介角色，憂鬱症狀和生活品質壓力影響照顧者的正念覺察力，而造成睡眠障礙。

## 第六章、 結論與建議



本研究目的為了解影響癌症患者照顧者睡眠障礙的影響因素，以及釐清正念於憂鬱和生活品質導致睡眠障礙之間所扮演的角色，根據研究結果和過程，對往後的臨床實務及研究方向提出結論與建議如下。

### 第一節、 研究結論

- 一、 本研究發現照顧者有七成睡不好，睡眠時數僅六小時，近四成的照顧者要躺三十分鐘以上才能入眠，結果顯示多數癌症患者的主要照顧者會有睡眠障礙。照顧者有工作、合併有慢性疾病有使用精神科藥物，以及照顧時間較長者睡眠障礙程度較高。
- 二、 共有 20.5%的照顧者有憂鬱傾向，42%的照顧者生活品質滿意度低。在控制人口學下，憂鬱和生活品質可同時預測睡眠障礙，憂鬱程度越高、生活品質越差者，睡眠障礙的程度越高。結果說明憂鬱症狀和生活品質為照顧者睡眠障礙的直接影響因子。
- 三、 整體正念程度納入睡眠障礙迴歸分析時，未達顯著水準，即整體正念程度無法直接影響睡眠障礙。進一步檢定整體正念程度和五個層面的正念程度於憂鬱、生活品質對睡眠障礙關係中所扮演角色。研究發現僅有正念程度層面中的正念覺察力顯著的影響了憂鬱、生活品質對睡眠障礙的關係，產生部分中介效果，即憂鬱和生活品質不佳者經由影響正念覺察力的失調過程，導致睡眠障礙。

## 第二節、 研究限制

- 一、 研究樣本部分，收案採方便取樣，照顧者多數為五十多歲的女性，已婚居多，而照顧對象大部分診斷為第四期，身體活動功能半數以上能自理，由研究對象不是採隨機抽樣，且無對照組做比較，以上皆可能造成取樣上的限制，討論研究結果時須更為謹慎。且研究樣本侷限於北部某醫學中心及癌症病患之照顧者，故可能無法推論到其他地區的癌症病患照顧者之睡眠障礙現況及其影響因素。
- 二、 研究方法採一次性的問卷蒐集，乃橫貫式研究，故進行相關分析時，推論因果需更為保守謹慎，未來可進行縱貫性調查，以確認研究結果的因果推論。

### 第三節、 研究運用建議



根據研究結果及過程中的經驗，提出對未來臨床應用和研究方向的建議如下

#### (一) 未來臨床應用方面：

- 一、 有鑒於收案過程中發現，照顧者普遍對於正念的概念不清楚，也有許多照顧者從未聽過相關的資訊，建議能加強有關正念的衛教，並於臨床實務上應用，對於照顧者的睡眠障礙，從最容易練習的呼吸冥想著手，體驗此時此刻，建立培養正念覺察力以改善憂鬱和生活品質對睡眠障礙的影響。科技進步的趨勢下，穿戴式裝置及智慧型手機的普及，若能將正念的覺察練習納入應用軟體中，對於增加個人感官、情緒的觀察和認知，培養健康行為，促進睡眠或許有些幫助 (Bauer et al., 2012; Turner et al., 2017)。
- 二、 將正念的概念帶入護理教育中，建立未來護理人員對正念的基礎認知，以利臨床應用於提升睡眠障礙的實務應用。

#### (二) 研究方向建議：

- 一、 採取縱貫性研究以確認影響癌症患者照顧者睡眠障礙的主要預測因子 (憂鬱、生活品質) 及中介因子 (正念覺察力) 並擴大收案範圍，增加研究結果於不同地域的推論性。
- 二、 由於正念覺察在本研究中發現了部分中介效果，也許能藉由增加正念覺察力作為介入措施，經由嚴謹的隨機控制設計探討正念覺察力是否的確能調整憂鬱者和生活品質對睡眠障礙的影響。
- 三、 本研究採用的癌症患者照顧者生活品質量表：Care Giver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL) 初次於本研究中以中文版方式進行使用，具有良好的信效度 Cronbach' s a coefficient= 0.82，且本文收案

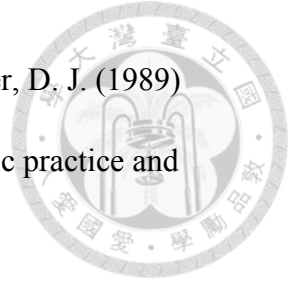
對象在書寫的過程，接受度良好，建議往後能嘗試運用在癌症照顧者族群的  
相關研究中。



## 參考文獻



- 李明濱 (2009) 心情溫度計。台北市：台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心。
- 胡君梅 (2012) 正念減壓團體課程訓練之行動研究。台北市：國立台北教育大學教育學院心理諮商學系。
- 黃鳳英、吳昌衛、釋惠敏、釋果暉、趙一平、戴志達 (2015) 臺灣版五因素正念量表」之信效度分析, *測驗學刊*, 62(3), 231-260。
- Argus, G., & Thompson, M. (2008) Perceived social problem solving, perfectionism, and mindful Awareness in clinical Depression: An exploratory study. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 745-757.
- Abbasnezhad, M., Rahmani, A., Ghahramanian, A., Roshanger, F., Eivazi, J., Azadi, A., & Berahmany, G. (2015) Cancer care burden among primary family caregivers of Iranian hematologic cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, 5499-5505.
- Aslan, O., Sanisoglu, Y., Akyol, M., & Yetkin, S. (2009) Quality of sleep in turkish family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*, 32 (5), 370-377.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173-1182.



Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989)

The pittsburgh sleep quality index: a new instrument psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

Birnie, K., Garland, S. N., & Carlson, L. E. (2010) Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho Oncology*, 19, 1004–1009.

Bevan, M. F., Sternberg, E. M. (2012) Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 307(4), 398-403. doi:10.1001/jama.2012.29.

Bauer, J. S., Consolvo, S., Greenstein, B., Schooler, J., Wu, E., Watson, N. F. & Kientz, J. A. (2012) ShutEye: Encouraging awareness of healthy sleep recommendations with a mobile, peripheral display. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. Austin, Texas, USA.

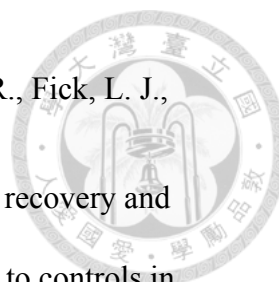
Black, D.S., O'Reilly, G.A., Olmsted, R., Breen, E. C. & Irwin, M. R. (2015) Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 494-501. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8081

Carter, P. A. (2002) Caregiver's descriptions of sleep changes and depression symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 29 (9), 1277-1283.





- Carter, P. A. (2003) Family caregivers' sleep loss and depression over time. *Cancer Nursing, 26*, 253-259.
- Carter, P. A. (2006) A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer. *Cancer Nursing, 29*(2), 95-103.
- Cano, G., Mochizuki, T., Saper, C. B. (2008) Neural circuitry of stress-induced insomnia in rats. *The Journal of Neuroscience, 28*, 10167–10184.
- Chang, W. C., Tsai, Y. Y., Chang, T. W., & Tsao, C. J. (2007) Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho oncology, 16*, 950-955.
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011) Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*, 1-63.  
doi:10.1002/14651858.CD007617.pub2
- Chandwani, K. D., Ryan, J. L., Peppone, L. J., Janelins, M. M., Sprod, L. K., Devine, K., Trevin, O. L., Gewandter, J., Morrow, G. R., & Mustian, K. M. (2012) Cancer-related stress and complementary and alternative medicine: *A review. Evidenced-Based Complementary and Alternative Medicine, 2012*, 1-15.
- Chen, S. C., Chiou, S. C., Yu, C. J., Lee, Y. H., Liao, W. Y., Hsieh, P. Y., Jhang, S. Y., & Lai, Y. H. (2016) The unmet supportive care needs- what advanced lung cancer patient's caregivers need and related factors. *Support Care Cancer, 24*.  
Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-016-3096-3>.



Carlson, L. E., Beattie, T. L., Giese-Davis, J., Faris, P., Tamagawa, R., Fick, L. J.,

Degelman, E. S., & Speca, M. (2015) Mindfulness-based cancer recovery and supportive- expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. *Cancer, 121* (3), 476-484.

Devoto, A., Manganelli, S., Lucidi, F., Lombardo, C., Russo, P. M., & Violani, C.

(2005) Quality of sleep and P300 amplitude in primary insomnia: a preliminary study. *Sleep, 28*, 859–863.

Dhruva, A., Lee, K., Paul, M. S., West, C., Dunn, L., Dodd, M., Aouizerat, B. E.,

Cooper, B., Swift, P., & Miaskowski, C. (2012) Sleep-Wake circadian activity Rhythms and fatigue in family caregivers of oncology patients. *Cancer Nursing, 35*(1), 70-81.

Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K., Macphee, L. M. & Taylor, L. M.

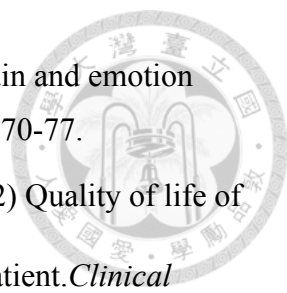
(2006) The attention intention effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep Medicine Review, 10*, 215–245.

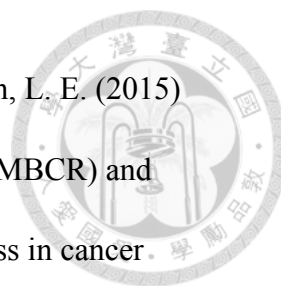
Ellis, S., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., & Perrott, C. (2014) Trait mindfulness, affective symptoms and quality of life in people with Non-Hodgkin Lymphoma.

*Journal of Cancer Therapy*, 1114-1126.

Fjorback, L. O. (2012) Mindfulness and bodily distress. *Danish Medical*

*Journal*, 59(11), 1-14.

- 
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Segal, Z. V. (2012) The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Cancer journal Psychiatry*, 57(2), 70-77.
- Fujinami, R., Otis-Green, S., Klein, L., Sidhu, R., & Ferrell, B. (2012) Quality of life of family caregivers: Challenges faced in care of the lung cancer patient. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 210-220. doi:10.1188/12.CJON.E210-E220
- Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B. & Schumacher, K. (2012) The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 387-398. doi:10.1016/j.ejon.2011.09.001
- Golant, M. & Haskins, N. V. (2008) “Other Cancer Survivors”: The impact on family and caregivers. *Cancer Journal*, 14 (6), 420-424.
- Gibbins, J., Kendrick, A. H., Davies, A. N., & Hanks, G. W. (2009) Sleep-wake disturbances in patients with advanced cancer and their family carers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (6), 860-870.
- Glajchen, M. (2012) Physical well-being of oncology caregivers: An important quality of life domain. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 226-235.  
doi:10.1016/j.soncn.2012.09.005
- Garland, S., N., Carlson, L., E., Stephens, A., J., Antle, M., C., Samuels, C., & Campbell, T., S. (2014) Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially, blinded, non inferiority trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(5), 449-457.



Garland, S. N., Rouleau, C. R., Campbell, T., Samuels, C., & Carlson, L. E. (2015)

The comparative impact of mindfulness based cancer recovery (MBCR) and cognitive behavior therapy for insomnia on sleep and mindfulness in cancer patients. *Explore, 11* (6), 445-454.

Haley, W. E. (2005) Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *American Cancer Society, 106*(1), 214-222.

doi:10.1002/cncr.21567

Hearson, B., & McClement, S. (2007) Sleep disturbance in family caregivers of patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing, 13* (10), 495-501.

Hou, J., Wong, S.Y.S., Lo, H. H. M., Mak, W. W. S., & Ma, H. S. W. (2013).

Validation of a Chinese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Hong Kong and development of a short form. *Assessment 21*(3),363-371.

doi:10.1177/1073191113485121

Hou, R. J., Wong, S.Y., Yip, B. H., Hung, A. T., Lo, H. H., Chan, P. H., Lo, C. S.,

Kwok, T. C., Tang, W. K., Mak, W. W., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2013) The Effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 83*(1), 45-53. doi: 10.1159/000353278

Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A., & Courneya, K. (2014)

Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer



survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine* 48(3), 359-370. doi: 10.1007/s12160-014-9610-2

Hertenstein, E., Nissen, C., Riemann, D., Feige, B., Baglioni, C. & Spiegelhalder, K. (2015) The exploratory power of sleep effort, dysfunctional beliefs and arousal for insomnia severity and polysomnography- determined sleep. *European Sleep Research Society*, 24, 399-406.

Ho, R. T. H., & Fong, T. C. T. (2014) Factor structure of the Chinese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in breast cancer patients. *Sleep Medicine* 15, (5), 565–569.

Hinz, A., Mehnert, A., Kocalevent, R-D., Brähler, E., Forkmann, T., Singer, S., & Schulte, T. (2016) Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*, 16(22), 1-8.  
doi:10.1186/s12888-016-0728-6

Jassem, J., Penrod, J. R., Goren, A., & Gilloteau, I. (2015) Caring for relatives with lung cancer in Europe: an evaluation of caregivers' experience. *Quality of Life Research*, 24, 2843-2852. doi: 10.1007/s11136-015-1028-1

Jacobs, I., Wollny, A., Sim, C. W. & Horsch, A. (2016) Mindfulness facets, trait emotional intelligence, emotional distress, and multiple health behaviors: A serial two-mediator model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 207–214. doi: 10.1111/sjop.12285



Martires, J. & Zeidler, M. (2015) The value of mindfulness meditation in the treatment of insomnia. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 21(6), 547-552.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. NY: Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based Intervention in context: past, present, and future. *American Psychological Association*, 10(2), 144-156.

Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., & Strauss, B. (2005) Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 55, 213-229.

Kim, Y. & Given, B. A. (2008) Quality of life of family caregivers of cancer survivors. *Cancer Supplement*, 112 (11), 2556-2568.

Kumar, S., Feldman, G., Hayes, A. (2008) Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 734-744.

Kim, H. & Rose, K. (2011) Sleep disturbances in family caregivers: An overview of the state of the science. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (6), 456-468.

Kaveney, S. C., Baumstarck, K., Minaya-Flores, P., Shannon, T., Symes, P., Loundou, A., & Auquier, P. (2016) Validation of the American version of the CareGiver



Oncology Quality of Life (CarGOQoL) questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(82), 1-9. doi: 10.1186/s12955-016-0487-6.

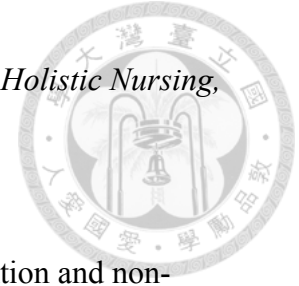
Kaviani, H., Hatami, N. & Javaheri, F.(2012) The impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 21–28.

Keith, J. R., Blackwood, M. E., Mathew, R. T. & Lecci, L. B. (2017) Self-Reported mindful attention and awareness, Go/No-Go Response-Time variability, and attention-deficit hyperactivity disorder. *Mindfulness*, 8 (3), 765-774. doi: 10.1007/s12671-016-0655-0.

Lundh, L. G. (2005) The role of acceptance and mindfulness in the treatment of insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 29–40.

Langford, D. J., Lee, K., & Miaskowski, C. (2012) Sleep disturbance interventions in oncology patients and family caregivers: A comprehensive review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 16, 397-414.

Lengacher, C. A., Kevin E. Kip, K. E., Michelle Barta, M., Post-White, J., Paul B. Jacobsen, P.B., Groer, M., Lehman, B., Moscoso, M. S., Rajendra Kadel, R., Le, N., Loftus, L., Craig, A. Stevens, C. A., Malafa, M. P., & Shelton, M. M. (2012) A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress Reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin- 6 among



advanced-stage cancer patients and their Caregivers. *Journal of Holistic Nursing*,  
30 (3), 170-185.

Larouche, M., Cote, G., Belisle, D., & Lorrain, D. (2014) Kind attention and non-judgment in mindfulness-based cognitive therapy applied to the treatment of insomnia: state of knowledge. *Pathologic Biologie*, 62, 284-291.

Lee, K. C., Yiin, J. J., Lin, P. C., & Lu, S. H. (2015) The burden of caregiving and disturbance among family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 38(4), 10-18.

Lee, K. C., Yiin, J. J., Lin, P. C., & Lu, S. H. (2015) Sleep disturbances and related factors among family caregivers of patients with advanced cancer. *Psycho Oncology*, 24, 1632-1638.

LeSeure, P. & Chongkham-ang, S. (2015) The experience of caregivers living with cancer patients: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Personalized Medicine*, 5, 406-439. doi:10.3390/jpm5040406

Lipschitz, D. L., Kuhn, R., Kinney, A.Y., Grewen, K., Donaldson, G. W., & Nakamura, T. (2016) An exploratory study of the effects of mind body interventions targeting sleep on salivary oxytocin levels in cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies*, 14 (4), 366-380.





- Li, G., Yuan, H., & Zhang, W. (2016) The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: Systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*, 292-299.
- Matchim, Y. & Armer, J. M. (2007) Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum, 34* (5), 1059-1066.
- Marsland, A.L., Gianaros, P.J., Abramowith, S.M., Manuck, S.B., & Hariri, A.R. (2008) Inter- leukin-6 covaries inversely with hippocampal grey matter volume in middle-aged adults. *Biological Psychiatry, 64*, 484–490.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V. & Stewart, A. L. (2011) Body awareness: A phenomenological inquiry into common ground of mind- body therapy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 6* (1), 6.
- Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F., Michel, G., Salas, S., Chinot, O., Grob, J-J., Francois Seitz, J., Bladou, F., Clement, A., Mancini, J., Marie-Claude Simeoni, M-C., & Auquier, P. (2012) The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer, 48*, 904-911.



Mark, J., Williams, G. & Kuyken, W. (2012) Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 359–360. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104745

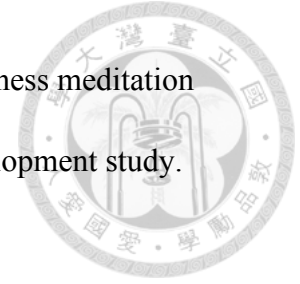
Martires, J., & Zeidler, M. (2015) The value of mindfulness meditation in the treatment of insomnia. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 21, 547 – 552.  
doi:10.1097/MCP.0000000000000207

Maqbool, T., Agarwal, A., Sium, A., Trang, A., Chung, C. (2016) Informational and supportive care needs of brain metastases patients and caregivers: a systematic review. *Journal of Cancer Education*. Retrieved from  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27041700> doi:10. 1007/ s13187-016-1030-5

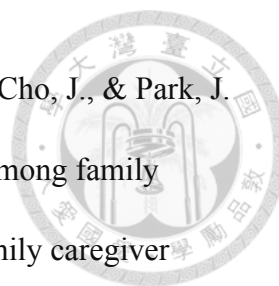
Nofzinger, E.A., Buysse, D.J., Germain, A., Price, J.C., Miewald, J.M. & Kupfer, D.J. (2004) Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry*, 161, 2126–2128.

Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2012) Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1227-1234.

Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Kuhn, R., Kinney, A. Y., & Donaldson, G. W. (2013) Investigating efficacy of two brief mind–body intervention programs for managing sleep disturbance in cancer survivors: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 165-182.



- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2008) Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behavior Therapy, 39*(2), 171-182.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2008) Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: a naturalistic 12-month follow-up. *Explore (NY), 5*(1), 30-36.
- Oken, B. S., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., & Amen, A. (2010) Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16*(10), 1031-1038.  
doi:10.1089/acm.2009.0733
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2012) Improving sleep with mindfulness and acceptance: A meta cognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy, 50*, 651-660.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004) SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 36*(4), 717-731.
- Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M. & Rue, T. (2012) Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*, 94–107.  
doi:10.1016/j.jsat.2011.09.016



Park, B., Kim, S. Y., Shin, J. Y., Sanson Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., & Park, J.

H. (2013) Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient–family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer*, 21, 2799–2807. doi: 10.1007/s00520-013-1852-1

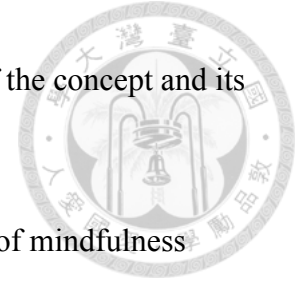
Pawl, J. D., Lee, S. Y., Clark, P. C., & Sherwood, P. R. (2013) Sleep characteristics of family caregivers of individuals with a primary malignant brain tumor. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 171-179.

Paul, N. A., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J. & Wang, L. (2013) Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 56-64. doi:10.1093/scan/nss070

Pellegrino, R., Formica, V., Portarena, I., Mariotti, S., Grenga, I., Monte, G. D., & Roselli, M. (2010) Caregiver distress in the early phase of cancer, *Anticancer Research*, 30, 4657-4664.

Rose, M. K., Taylor, A. G. & Bourguignon, C. (2009) Effects of cranial electrical stimulation on sleep disturbances, depressive symptoms, and caregiving appraisal in spousal caregivers of persons with Alzheimer’s disease. *Applied Nursing Research*, 22(2), 119-125.

Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Voderholzer, U., Berger, M., Perlis, M., &



Nissen, C. (2010) The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 19–31.

Rouleau, C. R., Garland, S. N., & Carlson, L. E. (2015) The impact of mindfulness based interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. *Cancer Management and Research, 7*, 121-131.

Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E.K., Watzke, H., & Schrank, B. (2016) Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer, 24*, 1975–1982.

Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M., & Schwartz, G. E. (2003) The efficacy of mindfulness based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 85-91.

Saper, C. B, Scammell, T.E., Lu, J. (2005) Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature, 437*, 1257–1263.

Turner, T. & Hingle, M. (2017) Evaluation of a mindfulness-based mobile app aimed at promoting awareness of weight-related behaviors in adolescents: A pilot study. *JMIR Research Protocols, 6* (4): e67. doi:10.2196/resprot.6695

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W. & Bush, A. J. (2005) Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep, 28* (11), 1457-1464.



- Tzeng, J. I., Fu, Y. W., & Li, C. C. (2012) Validity and reliability of the Taiwanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 102-128.
- van den Hurk, D. G., Schellekens, M. P., Molema, J., Speckens, A. E., & van der Drift, M. A. (2015). Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: Results of a mixed methods pilot study. *Palliative medicine*, 1-9.  
doi:10.1177/0269216315572720.
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003) The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 293–308.
- Williams, A. L., & Mccorkle, R. (2011) Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and Supportive Care*, 9, 315–325.  
doi:10.1017/S1478951511000265
- Wollweber, B. T., & Wetter, T. C. (2011) A brief review of neurobiological principles of insomnia. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(4), 139–47.
- WHO (2012) Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Retrieved from:  
[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- Wozniak, K., & Izycki, D. (2013) Cancer: a family at risk. *Przegląd Menopauzalny*, 13(4), 253-261.

Wang, W., Bian, Q., Zhao, Y., Li, X., Wang, W., Du, J., Zhang, J., Zhou, Q., & Zhao, M.(2014) Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 36, 539-544.

Zhang, Q., Yao, D., Yang, J., & Zhou, Y. (2014) Factors influencing sleep disturbances among spouse caregivers of cancer patients in Northeast China. *PLoS ONE* 9(10), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0108614

附件一、基本資料表

一、照顧者基本資料



1. 性別 1. 男 2. 女
2. 年齡\_\_\_\_\_
3. 婚姻狀態 1. 未婚 2. 已婚 3. 喪偶 4. 離婚
4. 教育程度  
1. 不職字 2. 國小 3. 初中/國中 4. 高中/高職  
5. 大專大學 6. 研究所以上
5. 職業狀況  
1. 無 2. 工 3. 商 4. 農 5. 公 6. 教 7. 軍 8. 醫  
9. 服務 10. 學生 11. 家管 12. 其他
6. 過去一年家庭平均每月收入 1. 無收入 2. 三萬元以下 3. 三到五萬元  
4. 五到十萬元 5. 十萬以上
7. 宗教信仰  
1. 無神論 2. 佛教 3. 天主教 4. 基督教 5. 道教  
6. 一貫道
8. 慢性病有無 1. 無  
2. 有：  
(1) 癌症 (2) 五官科相關（眼耳鼻口）疾病  
(3) 心臟疾病 (4) 呼吸系統疾病 (5) 腸胃道疾病  
(6) 糖尿病 (7) 泌尿系統疾病 (8) 婦科系統疾病  
(9) 骨關節疾病 (10) 免疫風濕疾病 (11) 其他\_\_\_\_\_
9. 目前是否服用精神科藥物 1. 無  
2. 有: (1) 安眠藥，藥名\_\_\_\_\_  
(2) 抗焦慮劑，藥名\_\_\_\_\_  
(3) 抗憂鬱劑，藥名\_\_\_\_\_
10. 患者關係 1. 配偶 2. 子女 3. 父母 4. 親戚 5. 朋友  
6. 伴侶（男女朋友）
11. 與患者同住 1. 是 2. 否
12. 照顧時間 \_\_小時/每天
13. 開始照顧日期 \_\_年\_\_月





## 二、患者基本資料(病歷審視)

1. 性別 1. 男 2. 女
2. 年齡\_\_\_\_\_
3. 婚姻狀態 1. 未婚 2. 已婚 3. 喪偶 4. 離婚
4. 教育程度：
  1. 不職字 2. 國小 3. 初中/國中 4. 高中/高職
  5. 大專大學 6. 研究所以上
5. 職業狀況：
  1. 無 2. 工 3. 商 4. 農 5. 公 6. 教 7. 軍 8. 醫
  9. 服務 10. 學生 11. 家管 12. 其他
6. 宗教信仰：
  1. 無神論 2. 佛教 3. 天主教 4. 基督教 5. 道教
  6. 一貫道
7. 慢性病有無 1. 無  
2. 有：
  - (1) 癌症 (2) 五官科相關(眼耳鼻口)疾病
  - (3) 心臟疾病 (4) 呼吸系統疾病 (5) 腸胃道疾病
  - (6) 糖尿病 (7) 泌尿系統疾病 (8) 婦科系統疾病
  - (9) 骨關節疾病 (10) 免疫風濕疾病 (11) 其他\_\_\_\_\_
8. 診斷 \_\_\_\_\_
9. 分期 stage1  stage2  stage3  stage4
10. 診斷日期 \_\_年\_\_月
11. ECOG score \_\_\_\_\_分

## 匹茲堡睡眠品質表



說明：下列問題是要調查您過去這一個月來的睡眠習慣，請您以平均狀況

回答以下每一個問題。

1. 過去一個月來，您晚上通常幾點上床睡覺？\_\_\_\_\_點\_\_\_\_\_分
2. 過去一個月來，您在上床後，通常躺多久才能入睡？\_\_\_\_\_分
3. 過去一個月來，您早上通常幾點起床？\_\_\_\_\_點\_\_\_\_\_分
4. 過去一個月來，您每天晚上真正睡著的時間約多少（這可能和您躺在床上所花的時間不同）？ \_\_\_\_\_小時\_\_\_\_\_分

下列問題請選擇最適合您的答案，在適合的選項內打勾，並回答所有問題。

	從未發生	每週少於 1 次	每週 1-2 次	每週 3 次 或以上
5.過去一個月來，您的睡眠有多少次受到下列干擾				
a.無法在 30 分鐘入睡				
b.半夜或清晨醒來				
c.需要起床上廁所				
d.呼吸不順暢				
e.咳嗽或大聲打鼾				

	從未發生	每週少於 1次	每週 1-2次	每週3次 或以上
f. 感覺很冷				
g. 感覺很熱				
h. 作惡夢				
i. 疼痛				
j. 其他情況請說明：_____。				
6. 過去一個月來，您有多少次需要藉助藥物(醫師處方或成藥)來幫助睡眠？				
7. 過去一個月來，當您在開車、用餐、從事日常社交活動時，有多少次覺得難以保持清醒狀態？				
	完全沒有 困擾	只有很少 困擾	有些困擾	有很大的 困擾
8. 過去一個月來，要打起精神來完成您應該做的事情對您有多少困擾？				
	非常好	好	不好	非常不好
9. 過去一個月來，您對您自己的睡眠品質整體評價如何？				

# 病人健康狀況問卷—9

## (PHQ-9)



在過去兩個星期， 有多少時候您受到以下任何問題所困擾？		完全沒有	幾天	一半以上 的天數	幾乎每天
1	做事時提不起勁或沒有樂趣	0	1	2	3
2	感到心情低落、沮喪或絕望	0	1	2	3
3	入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	0	1	2	3
4	感覺疲倦或沒有活力	0	1	2	3
5	食慾不振或吃太多	0	1	2	3
6	覺得自己很糟 —或覺得自己很失敗，或讓自己或家人失望	0	1	2	3
7	對事物專注有困難， 例如閱讀報紙或看電視時	0	1	2	3
8	動作或說話速度緩慢到別人已經察覺， 或正好相反—煩躁或坐立不安、動來動去的 情況更勝於平常	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭	0	1	2	3
總分 _____ =		_____ +	_____ +	_____ +	_____ +

### 評分說明

總分 10-14 分： 輕度憂鬱  
 15-19 分： 中度憂鬱  
 20 分以上： 重度憂鬱

本問卷由 Robert L. Spitzer 博士、Janet B.W. Williams 博士、Kurt Kroenke 博士  
 和同事用 Pfizer Inc.提供的教育基金設計  
 無需准許即可複製、翻譯、展示或分發



## 照顧者生活品質-1.2

### *CarGOQoL- 1.2*

針對以下問題，請根據過去四週您所經驗到的感覺和想法，填寫最接近的答案。有一些問題會關心到您的個人生活，這些問題對於您生活品質的評估非常重要，能使評估更加完整。但如果遇到不知道如何回答的題目，或是題目闡述的內容與您的生活較無相關時，您可跳過這一題，直接填答下一題。

在過去四個星期中，您在照顧家人的時候，曾經驗到…

從未

很少

有時

經常

總是

- |    |                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | 感到擔心，焦慮？                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 感到傷心，憂鬱？                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 感到情緒疲乏，疲憊不堪？                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 感到壓力？                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 覺得失去自由？                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 被拘禁的感覺所困擾？                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 您的人生都投入在照顧家人，這令你感到困擾？           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 對於自己是唯一提供照顧的人感到不舒服？             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 您對醫療專業人士（醫師、護理師、…）提供給您的資訊，感到滿意？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 醫療專業人士（醫師、護理師…）有給您放心的感覺？        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



在過去四個星期中，您在照顧家人的時候，曾經驗到...	從未	很少	有時	經常	總是
11 在擔任照顧者這個角色時，您有感受到醫療專業人士（醫師、護理師）對您的認可？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 住宿交通有經濟的困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 除了住宿交通還有其他的困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 在處理一些與家人罹癌有關的行政事務過程（健康保險和其他癌症相關的文件）有經驗到困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 感到罪惡感？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 在抗癌過程中所感到的無助會令您感到困擾嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 感受到不公平，生氣或是想反抗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 有睡眠困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 有食慾方面的問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



在過去四個星期中，您在照顧家人的時候，曾經驗到...

從未      很少      有時      經常      總是

- |    |                   |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21 | 有印象自己健康狀況是虛弱的？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | 您對所照顧的家人有帶來改變？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | 覺得自己是有用的？         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | 能休息、放鬆？           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | 能照顧自己，且能專注於自己的健康？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 獲得家庭的幫助，支持和同理？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | 獲得朋友的幫助，支持和同理？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | 您的親密、情感生活方面有困難？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | 有個滿意的愛和性生活？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

謝謝您的填寫



### 臺灣版五因素正念量表

請仔細閱讀後，依照您自己平日的實際情況圈選符合的數字。	完 全 不 是	很 少	偶 爾	經 常	幾 乎 總 是
01.當我走路的時候，我仔細地注意到身體移動的感覺	1	2	3	4	5
02.我很擅長用適當的文字來描述自己的感覺	1	2	3	4	5
03.我會批評自己不適當或不理性的情緒	1	2	3	4	5
04.雖然感受到感覺和情緒的存在，我不會對這些感覺和情緒直接作出反應	1	2	3	4	5
05.我很容易在做事情時，心神不寧而且容易分心	1	2	3	4	5
06.當在淋浴或洗澡時，我清楚知道從身上流過的水的溫度	1	2	3	4	5
07.我能容易地用文字表達信念、看法或期望	1	2	3	4	5
08.我無法專注於當下所做的事情，因為自己常作白日夢、擔心或是分心	1	2	3	4	5
09.我能觀察自己的感覺，但不會沉迷在感覺中	1	2	3	4	5
10.當經驗到某些感覺時，我會告誡自己不應該產生這樣的感覺	1	2	3	4	5
11.我能察覺所吃的食物或飲料，如何對自己身體感覺、情緒和想法產生影響	1	2	3	4	5
12.我很難用文字或語言，描述內心的想法	1	2	3	4	5
13.我很容易因其他事情分心	1	2	3	4	5
14.我相信自己的某些想法是不好或不正常的，也認為自己不該那樣想	1	2	3	4	5
15.我會注意到自己的感官知覺，例如：風拂過髮梢或陽光照在臉上的感覺	1	2	3	4	5
16.對我來說，適當描述感覺是有困難的	1	2	3	4	5
17.我會評斷內心升起的想法，那是好的或不好的	1	2	3	4	5
18.我很難專注在當下所發生的事情	1	2	3	4	5
19.當我有讓自己痛苦的想法或想像時，我會保持距離觀察這些想法，而不會被淹沒	1	2	3	4	5

請仔細閱讀後，依照您自己平日的實際情況圈選符合的數字。	完 全 不 是	很 少	偶 爾	經 常	幾 乎 總 是
20.我會留意四週微小的背景聲音，如：指針滴答聲、鳥鳴或車聲	1	2	3	4	5
21.面對困難時，我能夠不立刻反擊或反	1	2	3	4	5
22.當經驗到身體部位產生某個感覺的時候，我覺得自己很難用適當的文字描述它	1	2	3	4	5
23.我對所做的事沒有覺察性，一切像是自動發生的一樣	1	2	3	4	5
24.當我有讓自己痛苦的想法或想像時，我很快就能平復	1	2	3	4	5
25.我常告訴自己不應該這麼想	1	2	3	4	5
26.我注意到物體所散發出的味道或香味	1	2	3	4	5
27.就算是非常沮喪的時候，我還是可以說得出自己的感覺	1	2	3	4	5
28.當我在從事活動時，常急著完成它，而不是真正融入活動中	1	2	3	4	5
29.當我有悲傷的想法或內心產生不舒服的影像時，我能夠觀察它們，但不會隨它們起反應	1	2	3	4	5
30.我認為自己不應該有一些不好或不適當的情緒	1	2	3	4	5
31.我能察覺到大自然或藝術作品中的視覺因素，例如：色彩、形狀、內容或陰影的陰暗程度	1	2	3	4	5
32.我天生的傾向就是能將自己的經驗用文字或語言描述出來	1	2	3	4	5
33.當我有悲傷的想法或內心產生不舒服的影像時，我能夠觀察它們，且讓它們自由地來去，而不干擾自己	1	2	3	4	5
34.我只是例行性的執行工作，對我正在做的事沒什麼察覺	1	2	3	4	5
35.我會透過負面的想法來評價自己	1	2	3	4	5
36.我會覺察到自己的情緒是怎麼影響想法和行為	1	2	3	4	5
37.我通常可以相當仔細地描述自己當下的感受	1	2	3	4	5
38.我發現自己常心不在焉地做事情	1	2	3	4	5
39.當我有不理性的想法時，我會不認同我自己	1	2	3	4	5