

國立臺灣大學醫學院護理學系研究所

碩士論文

Department of Nursing

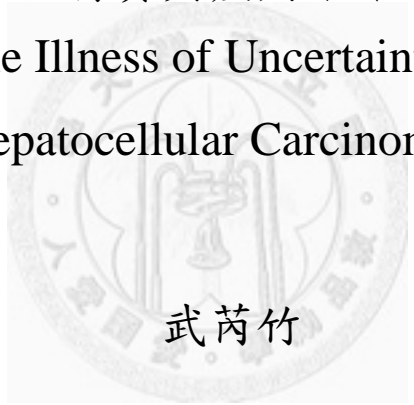
College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

肝癌病患人格特質與疾病不確定感之探討

Personality and the Illness of Uncertainty in Patients with  
Hepatocellular Carcinoma



武芮竹

Ruei-Jhu Wu

指導教授：孫秀卿 博士

Advisor: Shio-Ching Shun, Ph.D.

中華民國 100 年 6 月

June, 2011

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

肝癌病患人格特質與疾病不確定感之探討  
Personality and the Illness of Uncertainty in Patients  
with Hepatocellular Carcinoma

本論文係武芮竹君 (R98426022) 在國立臺灣大學護理學系  
所完成之碩士學位論文，於民國一百年六月二十七日承下列考  
試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

孫秀卿 助理教授  
(指導教授)

孫秀卿

賴裕和 教授

賴裕和

許金川 教授

許金川

## 誌謝

終於寫到這部份了，回想起這二年研究所的生涯一路上有貴人相助，協助我走到今天。感謝家人朋友支持我再次進修，同時包容我在過程中的壞脾氣；感謝一路相伴的好同學們：祐瑄、瑞敏、雅婷、怡靜、景萍、則彬、家瑜、佳玲、珮蓉、右靖，在課堂及實習的過程中，我們一起分享經驗、分享資源、互相鼓勵及扶持，謝謝妳們的陪伴及幫助。

能順利完成論文，最最需要感謝的是教導教授 孫秀卿副教授！我不是個聰明的學生，僅有平凡的資質，所以在您指導的過程中，常費盡心力在引導我一步步的走下去，同時，還得忍受我那毫無章法的語句，將其修改成現在的模樣。總覺得老師在指導我後，應該多了不少白髮，所以學生更加的感念。感謝我的口試委員及入學的導師 賴裕和教授，在初入學時，老師為我們塑造了一個進階護理人員應當有的模範及應具備的能力，同時，也引薦我找到我學術上的明燈—孫秀卿副教授，而在每回與賴老師的會談，總能從中發掘自己的問題，再加以改善，成為我蛻變的一大推手，在此也感謝賴老師在我口試時的大力幫助。此外，感謝我的另一位口試委員 許金川教授以及他優秀的助理們（文君學姐、宛娟學姐、慧敏學姐及 Vicky 姐等）在我收案時給我的幫助，同時，從中學習如何保持愉快的心情與病患交心；還有超音波室的學姐們在收案時，給我非常多的協助及轉介個案。特別感謝 何明志醫師協助我收案，同時給予我的研究很多可貴的意見，而何醫師對病患的用心，更使我欽佩，是學生在臨床上的榜樣，並從中獲益良多。

在研究室中的好夥伴：明姿、香毅，我們一起在研究室中為自己的學業打拼，互相打氣；在收案的過程中，感謝祐瑄、明姿及怡靜的協助，我才能在 3 個月內收齊需要的個案數；在忙碌之餘，瑞敏、雅婷、怡靜、祐瑄、家瑜及明姿，我們一同聚餐、玩桌遊調濟身心、紓解壓力，感謝妳們，也希望我們友誼常存。

同時，感謝護理生涯及收案過程中遇過的病患，因為有你們，我才有再進修的動力，也因為想讓你們活得更開心，才選定了研究方向，也謝謝你們分享經驗我才得已完成這份研究。

## 摘要

肝癌對國人的威脅仍居高不下，目前是國人男性癌症死因之首位及女性癌症死因第二位，且肝癌易復發的特性，使病患在肝癌存活期間，始終伴隨著不確定感；然而，病患的人格特質可能影響其對不確定感之評價進而影響病患的生活品質。因此，本研究旨在瞭解肝癌病患之人格特質及不確定感現況及其相關性，並探討影響疾病不確定感之重要因素。本研究為橫斷式之相關性研究，採立意取樣於台北市某醫學中心肝膽腸胃內科及外科門診之肝癌存活者。研究工具以結構式問卷，包含個人基本屬性問卷、症狀困擾量表、Mishel 疾病不確定感量表－社區版及 D 型人格量表進行資料收集，並以 SPSS 18.0 進行描述性及相關性分析及廣義概化推估方程式。收案時間自 100 年 2 月至 5 月，共收案 163 名。研究結果發現肝癌病患於存活期面臨輕度症狀困擾及中度之疾病不確定感，及輕度的負向情緒及社交壓抑。年齡愈輕、身體功能愈差、罹患 C 型肝炎、罹患 C 型肝炎時間愈長及接受治療次數愈少者，其負向情緒傾向愈高；社交壓抑傾向則與人口學變項及疾病特性間無相關。有 19% 的病患屬於 D 型人格，其感受症狀困擾也較非 D 型人格高，具有負向情緒及社交壓抑傾向的病患，其感受症狀困擾及疾病不確定感的程度也較高，同時年齡愈輕、身體功能狀態愈差、接受治療次數及復發次數愈多、距完成治療時間愈近、症狀困擾分數愈高者，其疾病不確定感程度愈高；且具備負向情緒傾向者 ( $\beta = 0.283, p = 0.018$ ) 為疾病不確定感之最重要的影響因子。建議臨床護理人員，在照護年齡愈輕、身體功能狀態愈差、接受治療及復發次數較多、距治療時間愈近、症狀困擾較多及具備負向情緒及社交壓抑傾向之肝癌存活期患者時，需更深入了解其不確定感之來源，除身體症狀之照護外，也應評估心理層面及人格特質，並適當的給予衛教或支持、關心及協助，協助病患緩解其對疾病不確定感，以提升肝癌病患於存活期之生活品質。

關鍵字：肝癌、人格特質、不確定感

## Abstract

The threat of Hepatocellular Carcinoma (HCC) remains high in Taiwan, and it is accounted for the top one of the cause of cancer death in male and the second in female. Due to its high recurrent rate, patients with HCC face the illness of uncertainty from diagnose stage to survival. In addition, personality affects how patients evaluate the uncertainty and thus affect their quality of life. However, there is no study to examine the relationships among symptom distress, personality, and uncertainty in survivors with HCC. The aims of this study were to (1) explore status and relationships among the symptom distress, personality and uncertainty in survivors with HCC, and (2) identify the significant factors for the illness of uncertainty. A cross-sectional correlated design was used and patients were recruited by purposive sampling from outpatient departments at a medical center in Taipei. A set of structured questionnaires were used to collect data including patients' demographic data sheet, Symptom Distress Scale, Type D Scale-14 and Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Form. Data were analyzed by descriptive, correlations, and generalized estimating equation by SPSS 18.0 software. Totally, 163 patients were recruited.

The results of this study found that: (1) the survivors of HCC experienced mild level of symptom distress and moderate level of uncertainty. (2) the patients who with younger age, poor performance status, fewer number of medical treatments, hepatitis C infection, and the longer period of hepatitis C infection had more tendency with negative affectivity; meanwhile, social inhibition was not correlated with any demographic or disease characteristics. (3) there were 19% of patients with type D personality. The patients with negative affectivity or social inhibition perceived higher level of symptom distress and uncertainty. Also, the patients with younger age, poor performance status, fewer number of medical treatments, more times of recurrence, time after completing treatment in years, and more symptom distress perceived higher

level of uncertainty, and (4) negative affectivity( $\beta = .283, p = .018$ ) was the significant factor related to the uncertainty.

Based on our study results, clinical nurses are suggested to pay more attention to those with higher risk factors of uncertainty in hepatocellular carcinoma survivors. Nurses should take care not only for the patients' symptom distress, but also assessing their psychological problems and personality in order to understand the source of uncertainty, and provide them appropriate health education, mental support, and caring to help patients to reduce their uncertainty, and to have better quality of life.

**Key words :** Hepatocellular Carcinoma 、 Personality 、 Uncertainty



## 目錄

口試委員審定書 .....	i
誌謝 .....	ii
摘要 .....	iii
英文摘要 .....	iv
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機與重要性 .....	1
第二節 研究目的 .....	4
第三節 研究問題 .....	5
第四節 名詞界定 .....	6
第二章 文獻查證 .....	7
第一節 肝癌及其治療 .....	7
第二節 疾病不確定感 .....	12
第三節 人格特質 .....	15
第四節 人格特質與疾病不確定感之相關 .....	18
第五節 概念架構 .....	20
第三章 研究方法 .....	21
第一節 研究設計、研究對象與場所 .....	21
第二節 研究工具 .....	22
第三節 資料收集步驟 .....	24
第四節 資料分析方法 .....	25
第五節 倫理考量 .....	26
第四章 研究結果 .....	27
第一節 肝癌病患之人口學及疾病特質 .....	27
第二節 症狀困擾、人格特質及疾病不確定感現況 .....	28
第三節 肝癌病患症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之相關 .....	30
第四節 疾病不確定感之影響因子 .....	31
第五章 討論 .....	32
第一節 肝癌病患之人口學及疾病特質 .....	32
第二節 肝癌病患症狀困擾、人格特質、疾病不確定感之探討 .....	33
第六章 結論與建議 .....	37
第一節 結論 .....	37
第二節 研究限制 .....	38
第三節 建議 .....	39
參考資料 .....	41
附件一 研究倫理委員會(REC)審核通過函 .....	67
附件二 Brief COPE 量表使用授權 .....	68

## 圖目錄

圖 一、BCLC 分期與治療建議準則 .....	9
圖 二、研究架構圖 .....	20





## 表目錄

表 1	資料分析一覽表 .....	53
表 2	肝癌病患人口學特質 .....	55
表 3	肝癌病患疾病特性 .....	56
表 4	症狀困擾得分及困擾人數百分比 .....	57
表 5	人格特質排名 .....	58
表 6	疾病不確定感分項平均得分 .....	59
表 7	肝癌病患症狀困擾、人格特質及疾病不確定感程度得分情形 .....	60
表 8	肝癌病患基本屬性、疾病特性與症狀困擾之差異 .....	61
表 9	肝癌病患基本屬性、疾病特性與負向情緒及社交壓抑傾向之差異 .....	62
表 10	肝癌病患基本屬性、疾病特性與疾病不確定感之差異 .....	63
表 11	症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之相關性 .....	64
表 12	D 型人格與非 D 型人格於各量表間之差異性分析 .....	65
表 13	以廣義估計方程式分析肝癌病患疾病不確定感之預測因子 .....	66



## 第一章 緒論

### 第一節 研究動機與重要性

自 1982 年起，癌症始終盤據在國內十大死因之首位(行政院衛生署, 2011)。1990 年起，肝癌佔國內男性癌症死因之首位及女性癌症死因第二位(行政院衛生署, 2011)。肝臟是人體最沈默的器官，肝癌初期缺乏明顯症狀，待病患察覺黃疸、體重減輕、疲倦，甚至是腫瘤破裂出血時，才發現自己罹癌，也因此無法在早期診斷肝癌，而無法接受手術治療。

近年來，隨著醫療進步及癌症預防篩檢的宣導，國民健康局根據國內 33 間醫院調查發現，台灣肝癌早期診斷的比率，可達 23.76%，且有 45.95% 的肝癌病患可採手術治療(台灣大學公共衛生學院癌症登記工作小組, 2008)。隨著醫療技術之發展，肝癌除外科切除外，也發展出許多內科治療方式；但肝癌具有易復發的特性，使得治癒性最高的手術切除，術後一年復發率仍達 50~80%，兩年內復發率高達 60~80% (蔡等, 2009)；而內科治療中，被認為治癒性療法的局部酒精注射及週波腫瘤燒灼術其三年復發率可達 50%，五年復發率達 70%(Forner, Hessheimer, Isabel Real, & Bruix, 2006)，顯見肝癌之高復發率。

肝癌病患在診斷期時，需接受疾病帶來的衝擊，並接受不熟悉的檢查與治療；在接受治療的過程中，依據臨床照護病患的經驗，病患除了需忍受治療過程中的不適及因治療帶來的副作用，如疼痛、發燒、肝功能異常等，同時也擔心治療的效果；即使完成治療，處於存活期，病患也常透露不知接受的治療效果能持續多久，擔心疾病會復發，心情容易沮喪，覺得自己對未來感到茫然，或減少社交活動，進而影響其生活品質(黃、郭, 2008)。

臨床上與肝癌病患接觸經驗，病患描述著「每回做檢查或回診前一天都無法入睡，深怕這次的報告結果會是不好的，總要等到醫師說 OK，沒問題才放心。」可知存活期的病患生活在高復發的不確定感之下。國內針對肝癌病患的不確定感研究發現，不確定感程度越少者，其生理健康狀況越好、情緒穩定狀況越好、功能健全狀況越好、肝癌症狀及治療相關副作用的困擾越少，則其健康相關的生活

品質也越好（廖、楊、顧、蕭、江，2005；賴等，2007）；且針對住院中之肝癌病患，症狀困擾及栓塞次數能有效的預測 25.4% 的不確定感（廖等，2005）。由臨床的經驗及文獻中可得知，不確定感為貫穿肝癌病患全期，除影響病患心理的安適外，也影響個人對治療副作用的感受、心理需求，進而干擾癌症病患的生活品質，對癌症病患的生活造成莫大的影響（Sammarco, 2001; Zhang, Pang, & Li, 2008; 賴、林、葉，2007）。

在疾病不確定感的評價過程中，人格特質會影響其對不確定感的認知及態度，且影響著個人的信念，覺得自己是否有技巧及行為以有效處理生活事件，進而影響著個人對疾病不確定感評價的過程（林、黃、孫，2003）。Mishel(1990)針對疾病不確定感理論提出修正，當中也提到病患重新評價其不確定感的過程會受到四種情境影響：過去生活經驗、生理狀態、社會支持互動及健康照護提供者。近年來，Denollet (2000) 將同時具備高負向情緒及高社交壓抑特質者，定義為苦惱型人格特質(Distressed personality)，簡稱 D 型人格。經研究證實具備 D 型人格特質者，在心理層面容易感受到較多的焦慮、憂鬱及負向情緒，且難以自負向情境中抽離，容易產生心理健康問題；在生理層面，其容易抱怨身體感到不適，且健康狀況也較非 D 型人格差(Mols & Denollet, 2010; Mols, Holterhues, Nijsten, & van de Poll-Franse, 2010; Yu, Chen, Zhang, Liu, 2010)。國內已有針對大腸癌病患進行研究，發現具此人格特質之病患，對身心困擾及生活品質皆造成較負向的影響(Shun et al., 2011)。

國內雖然已有針對肝癌病患之不確定感進行研究，但僅針對住院接受治療中的病患及六個月內接受過治療的病患（廖等，2005；賴等，2007）；然而肝癌病患之三年存活期可達 42.9% (Chen et al., 2006)，其治療間隔依據復發情形而有所不同，若僅針對近期有接受過治療之患者收案，將無法反應出處於存活期之肝癌病患的全貌。同時，雖然已知 D 型人格對病患的生、心理及生活品質都有著負面的影響，然而國內尚無針對肝癌病患進行與 D 型人格相關之研究及探討。因此，本研究針對曾接受手術或內科治療的肝癌病患其完成治療時期症狀困擾、人格特

質及疾病不確定感做一深入的探討。研究結果可協助臨床人員瞭解處於存活期之肝癌病患所感受到之症狀困擾、人格特質及疾病不確定感現況及彼此間關係，以提供臨床人員提供存活期之肝癌患者更適切之照護。



## 第二節 研究目的

本研究之目的：

- 一、瞭解肝癌存活期病患之症狀困擾、人格特質及疾病不確定感程度現況。
- 二、瞭解肝癌存活期病患基本屬性及疾病特性與症狀困擾、人格特質(負向情緒、社交壓抑)、疾病不確定感程度之相關性。
- 三、瞭解肝癌存活期病患症狀困擾、人格特質(負向情緒、社交壓抑)與疾病不確定感之關係。
- 四、探討影響肝癌存活期病患疾病不確定感之重要因素。



### 第三節 研究問題

本研究之研究問題：

- 一、肝癌存活期患者基本屬性及疾病特性之不同，其症狀困擾、不確定感程度是否有差異？
- 二、肝癌存活期患者具備 D 型人格特質者，其症狀困擾及不確定感是否較與 D 型人格者不同？
- 三、肝癌存活期患者之人格特質與病患之疾病不確定感間是否有相關性？
- 四、肝癌存活期患者之基本屬性、症狀困擾、疾病特質及 D 型人格特質是否可預測其疾病不確定感？



#### 第四節 名詞界定

**肝癌病患：**本研究所指肝癌病患為經影像學或病理報告等，由臨床醫師診斷為肝細胞癌病患，曾接受手術或內科治療，且目前已完成治療之門診存活病患。

**症狀困擾：**指個人經歷特定症狀後感受到困擾的程度(McCorkle, 1987)。本研究使用症狀困擾量表(Symptom Distress Scale)做為測量工具，以瞭解病患於一週內經歷的症狀及其對病患之困擾程度。

**人格特質：**人格特質是每個人在個人行事風格以及人際關係上面，有一定的表現方式或模式，俗稱「個性」或「性格特點」(健康心理工作小組，2005)。本研究探討之人格特質係指 Denollet(2005)提出之 D 型人格，其為測量負向情緒及社交壓抑共同呈現之特質。利用 Type D Scale-14 測量，當兩子量表分數皆大於 10，則定義為具有 D 型人格(Denollet, 2005)。

**疾病不確定感：**不確定感為一種認知狀態，當個體缺乏足夠線索而無法對疾病相關事件做足夠的分類或瞭解時，即產生不確定感(Mishel, 1988)。本研究使用「Mishel 疾病不確定感量表-社區版」測量肝癌病患所感受到之不確定感程度。

## 第二章 文獻查證

### 第一節 肝癌及其治療

#### 一、肝癌之流行病學

肝癌為全世界癌症排名第6名，其發生率在日本、以色列、加拿大、澳洲、義大利及美國等多個國家皆逐漸增加，每年新病例可達五十至一百萬人，其致死率在癌症排名僅次於肺癌與胃癌，死亡人數每年可達六十萬人，亞洲為肝癌之高發生地區，每年近45到55萬人因肝癌死亡(Ferenci et al., 2010; Kew, 2010; Sherman, 2010a, 2010b; 林、高，2008)。依據台灣癌症登記小組統計，肝癌在2007年發生個案數佔全部惡性腫瘤發生個案數的13.34%，共10,110人，發生率排名為男性的第一名，女性的第四名；死亡人數佔全部惡性腫瘤死亡人數的19.37%，共7,809人，死亡率的排名為男性第一名，女性第二名（行政院衛生署國民健康局，2010a）；直至2010年，肝癌仍佔全國惡性腫瘤死因第二名，及男性癌症死因第一名（行政院衛生署，2011）。

在亞洲及非洲地區，包括台灣，約70%的肝癌與B型肝炎有關，30%與C型肝炎有關（林、高，2008），少部份與酒精性肝硬化有關。B型肝炎在台灣的盛行率約10-12% (Te & Jensen, 2010)，C型肝炎的盛行率約4-5%（林、高，2008）。除是否罹患肝炎外，罹患肝癌之危險因子也與生物相關、健康行為或其他疾病相關。其中，與生物相關的危險因子包含肝炎帶原者的年齡、男性、臨床肝炎發作頻率、有無肝硬化、肝癌家族史、同時感染兩種以上的肝炎病毒（如：B、C型肝炎或B、D型肝炎病毒）及人類免疫缺陷病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)；與健康行為或其他疾病相關的危險因子，則有喝酒、抽菸、嚼食檳榔、黃麴毒素、肥胖、脂肪肝、非酒精脂肪性肝炎、糖尿病及代謝相關遺傳性疾病，如hereditary tyrosinemia、hepatic porphyria、genetic hemochromatosis 及 $\alpha$ 1-antitrypsin deficiency 等。當具備與生物、健康行為及其他疾病相關的危險因子愈多時，其罹患肝癌之危險性相對的增加(Ferenci, et al., 2010; Kew, 2010; Sherman, 2010a; 林、高，2008)。

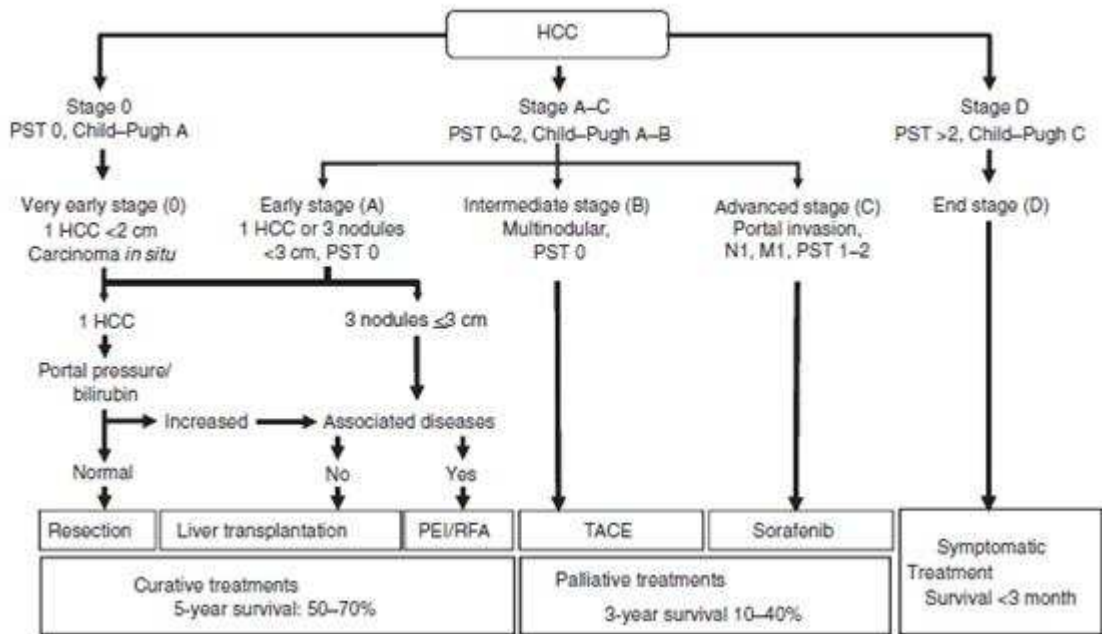


## 二、肝癌之治療

肝癌的治療方式分為外科及內科療法。外科療法指手術切除，肝臟移植；內科療法包括經皮酒精注射術(Percutaneous ethanol injection, PEI)、週波腫瘤燒灼術(Radiofrequency ablation, RFA)、經導管肝動脈化學藥物栓塞術(Transarterial chemoembolization, TACE)、系統性化學治療、標靶治療及放射線治療(Bruix & Sherman, 2005; Cabrera & Nelson, 2010; Forner, et al., 2006; Kudo & Okanoue, 2007)。肝癌治療可分為治癒性療法與姑息性療法兩大類，治癒性療法包括：手術切除、肝臟移植、經皮酒精注射術及週波腫瘤燒灼術；姑息性療法則以經導管肝動脈化學栓塞術為主(Cabrera & Nelson, 2010; Forner, et al., 2006; Kudo & Okanoue, 2007)。

目前國際的肝癌治療上，以 American association for the study of liver disease，簡稱 AASLD，於 2005 年發表參考 The Barcelona Clinic Liver Cancer(BCLC)分類系統，以腫瘤侵犯、肝臟存留機能及病患身體功能狀態做為治療的分期及治療準則，且受到臨床廣泛運用(Bruix & Sherman, 2005; Cabrera & Nelson, 2010)。依準則，將肝癌分成極早期(Very early stage)，早期(Early stage)，中期(Intermediate stage)，晚期(Advance stage)及末期(Terminal stage)五期，分別建議選擇不同治療方法。

極早期及早期建議選擇肝臟移植、肝葉切除、局部酒精注射(PEI)、週波腫瘤燒灼術(RFA)等治癒性療法，其五年存活率可達 50-70%；中期建議選擇經導管肝動脈化學藥物栓塞術(TACE)、晚期可做臨床試驗，此二期三年存活率為 10-40%；末期則只需保守治療，存活期小於三個月。在 2010 年，因標靶藥物在經由臨床試驗中療效受到證實，而將晚期的治療建議更改為 Sorafenib，詳細 BCLC 分期及治療建議準則見圖一(Cabrera & Nelson, 2010)。



圖一、BCLC 分期與治療建議準則(Cabrera & Nelson, 2010)

接受肝葉切除及肝臟移植之患者，其五年存活率皆可達50-70% (Cabrera & Nelson, 2010; Forner, et al., 2006)。然而接受肝葉切除之患者，其術後一年復發率可達50~80%，兩年內復發率高達60~80% (蔡等, 2009)；接受肝臟移植之患者，五年復發率低於15%(Forner, et al., 2006)，但病患在接受手術治療後傷口較大，需較長的時間復原，因此局部酒精注射及週波腫瘤燒灼術逐漸受到廣泛運用。

局部酒精注射及週波腫瘤燒灼術其五年存活率約50% (Benson et al., 2009)，三年復發率約50%，五年復發率約70%，與手術治療相當(Forner, et al., 2006)。然而接受此兩項治療，較常見的併發症包括：疼痛、發燒、食慾不振、肝功能異常等，罕見但較嚴重的併發症則有血胸、肝膿瘍、膽道狹窄等(Benson, et al., 2009; 賴、林, 2007; 謝、盧, 2007; 簡、林、翁, 2008)。隨著疾病嚴重性增加，無法接受治癒性療法時，病患需接受經導管肝動脈化學藥物栓塞術(TACE)，其三年存活率約47%，五年存活率約31%(Takayasu et al., 2006)。大多數的病患在栓塞治療後會產生發燒、寒顫、疼痛、噁心、嘔吐、食慾降低、肝功能升高等症狀，且可能會持續一至兩週 (賴、林, 2007)。當腫瘤侵犯門靜脈系統而無法進行局部或內科治療時，過去治療指引建議選擇全身性化學治療或相關臨床試驗，但目前

Sorafenib在臨床試驗上，已證實對於肝癌晚期的病人具療效，故為stage C之病患建議治療。Sorafenib與對照組相比，可將病患存活期，由7.9個月延長至14個月，但其最常見的副作用為手足皮膚反應(Hand-foot skin reaction)，嚴重時會造成疼痛、潰瘍的產生(Cabrera & Nelson, 2010)。

由文獻中可得知肝癌之治療方式，與病患之身體功能狀態、腫瘤之大小、數量及是否侵犯門靜脈系統做疾病分期及治療之參考。愈早期的病患，愈能接受治癒性療法，其存活期愈高。然而，即使病患的存活期延長，但肝癌仍具有高復發性，使得病患即使結束治療，仍無法自疾病復發的威脅中逃脫。

### 三、肝癌治療後常見之症狀困擾

肝癌病患於手術後，最常出現的合併症有腹腔內積液、膿瘍形成、膽汁滲漏、肋膜腔積液、傷口感染及疼痛等(周，2008)，黃等(1996)針對肝癌術後進行質性研究發現病患最關注的為疼痛、身體的活動能力、排泄、睡眠、營養等。而肝癌術後病患於門診返診後研究發現，其最常出現的症狀前五名為疼痛、體重減輕、疲倦、噁心及黃疸(Yount et al., 2002)。

目前肝癌常見之內科療法包括經皮酒精注射術(PEI)、週波腫瘤燒灼術(RFA)、經導管肝動脈化學藥物栓塞術(TACE)三者。過去研究發現，接受經導管動脈化學栓塞術後，可能會發生噁心、嘔吐、發燒、腹部疼痛及暫時性的肝功能增高等栓塞後症候群，約3-5天可緩解(Barber & Nelson, 2000; 虞、鍾，1999; 蔡，2003)。過去研究發現接受栓塞治療之男性肝癌患者，其症狀困擾、疲倦及焦慮情形在術後第二天達高峰，隨著時間逐漸改善(Shun et.al., 2005)，在治療後一週，其最常見之症狀困擾由栓塞症候群轉而被疲倦取代(鍾，2005)。局部酒精注射及週波腫瘤燒灼術術後常見的症狀為發燒、高血壓、低血壓、心搏過速與疼痛情形，且其術後疼痛大多發生於24小時內，術後24小時則出現肝功能異常，罕見但較嚴重的併發症則有血胸、肝膿瘍、膽道狹窄等(謝、盧，2007)；在治療後一週症狀困擾第一名為疲倦(鍾，2005)。

由此可知肝癌內科治療後，常見的症狀有疼痛、發燒、噁心嘔吐、疲倦、焦

慮等(Barber & Nelson, 2000; Shun et.al, 2005; 虞、鍾, 1999; 蔡, 2003; 鍾, 2005; 謝、盧, 2007)。且據過去研究發現住院治療中之肝癌病患前五名之症狀困擾分別為疲倦、胃不適、發燒、疼痛、食慾不振, 其困擾程度為中度(廖等, 2005); 出院後首次回診之病患其症狀困擾則為輕度, 前三名為疲倦、失眠、疼痛, 然而深入疼痛原因則多為其他疾病引起, 且有40%患者已無疼痛情形, 僅少數回答仍有輕微腹痛(虞、鍾, 1999)。可得知治療中病患較常見之症狀困擾多為治療引起之副作用, 但多於一週後, 治療引起之副作用皆已獲得改善, 反而是疲倦問題持續存在。

針對存活期之肝癌病患之症狀困擾, 僅一篇針對手術後1年內進行其生活品質相關之縱貫性研究(Dasgupta et al., 2008), 於研究中指出呼吸困難及疲倦在各階段差異性達顯著。呼吸困難於術後第6及12個月明顯增加; 疲倦則於第6個月最嚴重, 但於12個月可回復至開刀前之程度。同時, 與身體功能相關的生活品質也同樣在第6個月得分最低, 之後逐漸回升。另一篇針對肝癌病患生活品質之系統性文獻查證研究也發現, 接受手術治療之肝癌病患, 平均在術後10週內, 病患之生活品質降至谷底, 於3、4個月開始逐漸恢復, 直到第9個月開始其生活品質才會優於術前, 且會受手術方式及治療時間影響, 術式愈小、距術後時間愈長者, 其生活品質愈佳; 而接受內科治療患者, 其治療後三個月內之生活品質顯著低於治療前, 但於六個月後其生活品質可改善, 並高於第三個月, 但無法恢復至治療前(Fan, Eiser, & Ho, 2010)。

由文獻中可得知治療方式不同, 其造成的症狀困擾及對病患生活品質之影響亦有差異, 而病患所感受到的症狀困擾的程度及項目, 亦會隨著術後時間而改變。當肝癌病患感受到的症狀困擾程度愈高時, 其生活品質也隨之下降(Rye et al., 2010)。但過去研究中, 未針對存活期較長病患之症狀困擾做調查, 因此本研究中, 除針對存活期病患所感受症狀困擾之程度及項目做調查外, 也希望藉此了解症狀困擾對存活期病患之疾病不確定感是否有所影響。

## 第二節 疾病不確定感

### 一、疾病不確定感之概念

Mishel(1988)定義不確定感為當個人無法判定與疾病有關之事件涵義，因接受線索不足，無法將疾病事件做統整分類，而導致的一種認知狀態，並在1988年提出疾病不確定感理論相關概念(Theories of Uncertainty in illness)。並將疾病不確定感分為三個階段：1. 產生不確定感前期(Antecedents of uncertainty)；2. 評價不確定感(Appraisal of uncertainty)；3. 不確定感的因應(Coping with uncertainty)。

不確定感前期包含刺激的架構(Stimuli frame)、認知能力(Cognitive capacities)、結構提供者(Structure providers)。刺激的架構又可分為三個因素：1. 症狀模式(Symptom pattern)：症狀是否具充份一致性，具一定的模式或結構。若症狀具一定模式，如數量、頻率、部位、強度、持續時間，其一致性、可預測性愈高，會使病人有較少的不確定感及不明確性；2. 事件熟悉度(Event familiarity)：指個人對疾病、治療、環境之熟悉度，若愈熟悉，不確定感愈低；3. 事件一致性(Event congruency)：指個人對疾病的預期及實際經驗的情境是否一致，若不一致時，不確定感會較高。認知能力係指個人對處理訊息的能力。結構提供者則包含健康照護的提供者，是否能給予足夠的信任感，此外病人是否具良好社會支持系統協助了解疾病事件的意義，以及教育程度對病人接收訊息能力的影響。認知能力及結構提供者兩項，皆會受刺激的架構影響(Mishel & Braden, 1988; Smith & Liehr, 2008)。

第二個階段為評價不確定感，個人依據人格特質、經驗、知識及對疾病的支配感、控制感做推論(Inference)，或將其朝自己喜歡的方向做臆測(Illusion)。無論使用推論或臆測，其對不確定感的評價為機會(Opportunity)或危機(Danger)。此階段為一動態過程，且即使一開始評價為危機，仍有可能隨時間改變而將其改判定為機會(Smith & Liehr, 2008)。

第三個階段為因應不確定感。當個體將不確定感評價為危險時，多半認為其

會帶來具傷害性的結果，其因應方式為採取行動減少不確定感及管理因其產生的情緒，分為調適策略、情感調適策略，當病患覺得無法運用調適策略解決問題時，傾向使用情感調適策略處理情緒反應；個體將不確定感視為機會時，較易有正向的結果，其因應行為傾向維持此不確定感。當個體歷經此過程，其身心狀態逐漸恢復常模時，則視其為適應(Smith & Liehr, 2008; 林、黃、孫，2003)。

Mishel(1990)針對其疾病不確定感理論做再概念化的修正，並增加關於自我整合(Self-organization)及可能性思考(Probabilistic thinking)兩個概念。自我整合是指個體藉由個人的接受並統合持續性的不確定感視其為生命中的自然節律後，重新賦予其新秩序的意義；可能性思考為當放棄對確定感及可預測性的期待情境下的信念。同時，Mishel 也提出適應不確定感為一動態平衡，其再評價過程會受到不同情境而影響。

## 二、癌症病患之疾病不確定感

癌症病患自診斷期開始，需面對不熟悉的一連串檢查，到接受治療過程中，對治療效果常常感到不確定，即使結束治療，仍需面臨復發的威脅，在罹病過程中，充斥著不確定感，進而影響其生活品質。過去研究針對肝癌、乳癌存活期、大腸癌術後病患進行疾病不確定感調查，病患皆呈現中度不確定感(Clayton, Mishel, & Belyea, 2006; Galloway & Graydon, 1996; Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006; 廖等，2005; 賴等，2007)。國內針對肝癌病患調查，病患對疾病之不明確定得分高於複雜性，其不確定感主因為「我不知道下一步會發生什麼事」(廖等，2005; 賴等，2007)。

此外，國外研究發現，教育程度、年齡、存活期與不確定感呈負相關(Clayton, et al., 2006; Galloway & Graydon, 1996; Wonghongkul, et al., 2006; 蔡、賴、陳、陳，2000)，但國內研究卻有不同看法，研究發現腫瘤科病患教育程度、罹病時間與不確定感呈正相關(羅等，2004)；針對乳房腫瘤患者術前研究發現，41歲以上者，其不確定感高於41歲以下患者(柯等，2002)。在宗教信仰方面，與不確定感的關係呈負相關(羅等，2004)，廖等(2005)針對肝癌病患研究也發現信仰

道教者不確定感較信仰基督教者高。在身體功能與不確定感的關係，有研究指出症狀出現數量、症狀困擾及住院天數與不確定感呈正相關(Clayton, et al., 2006; Galloway & Graydon, 1996; Wonghongkul, et al., 2006)。身體功能狀況與不確定感呈現負相關，推論為身體功能狀況愈差，其疾病愈嚴重、症狀愈明顯，與病人已有症狀模式不一致，引起不確定感產生（蔡等，2000）。而不確定感對病患生活的影響部份，針對接受化療的肺癌病患研究發現，不確定感愈高，對治療副作用的感受愈強、心理需求愈高，其生活品質愈差(Zhang, et al., 2008)；若不確定感愈低，對與健康相關的生活品質愈好，同時不確定感也能有效的預測病患的生活品質(Sammarco, 2001; 賴等，2007)。

由文獻中發現，針對肝癌病患之不確定感發現宗教信仰及症狀困擾會影響不確定感，當病患受到疾病的症狀困擾愈明顯，對其不確定感影響也愈大。在其他癌症病患的研究中也發現，不確定感會受到年齡、教育程度、宗教信仰、罹病時間、存活期、住院天數影響。不確定感除了會影響個人對治療副作用的感受、心理需求外，在病患的生活品質上也是重要的預測因子。因此可知，不確定感的存在對癌症病患的生活具有莫大的影響。

### 第三節 人格特質

#### 一、人格特質之概念

人格特質是每個人在個人行事風格以及人際關係上面，有一定的表現方式或模式(健康心理工作小組，2005)。研究證實人格特質具有穩定情緒及行為功能，影響慢性病的發展，及個人對健康及症狀管理、治療的決策，進而影響身心健康(Erlen et al., 2009)。

在人格特質的研究中，最常使用五大人格特質(Five-factor Model)做為研究架構(Digman, 1990; Hofstee, 1994; McCrae & Costa, 1989; McCrae & John, 1992; Smith & Williams, 1992)。McCrae及Costa(1989)將人格特質分為五個構面，分別為外向性(Extraversion)、和善性(Agreeableness)、嚴謹自律性(Conscientiousness)、神經質(Neuroticism)、經驗開放性(Openness to experience)。外向性人格指個人對於與他人相處感到舒適之程度，其特質為積極、堅定、充滿活力、熱情的、善交際、健談的；和善性人格指個人對於他人所訂之規範遵循程度，其特質為寬容、慷慨、友善、同理心、信任；嚴謹自律性指個人對追求目標之專心、集中程度，其特質為有效率、有組織、有計畫、負責任及可信賴；神經質代表對煩惱經驗在認知與行為表現上差異的傾向，其特質為焦慮、自憐、緊張、易怒、不穩定、情緒化；經驗開放性則指個人曾經知覺到的事物之深度及廣度，其特質為好奇、創新富想像力、具洞察力、創造力、有廣泛的興趣(McCrae & Costa, 1989; McCrae & John, 1992)。

此外，心理學將人格特質整理為A、B、C型人格，臨床上也有多篇研究找出此分類方式及相對應疾病高危險群(Smith & Williams, 1992; Zozulya, Gabaeva, Sokolov, Surkina, & Kost, 2008; 健康心理工作小組，2005)。A型人格，特色為採取對抗行為，為冠狀動脈疾病及過敏免疫疾病之高危險因子；B型人格則較為從容不迫；C型人格為傾向壓抑情緒及避免衝突，對感染疾病及癌症有較高罹病風險(Smith & Williams, 1992; Zozulya, et al., 2008; 健康心理工作小組，2005)。除A、B、C三型人格外，Denollet(2000)將同時具備高負向情緒及高社交壓抑特質者，定



義為苦惱型人格特質(Distressed personality)，簡稱D型人格。

負向情緒(Negative affectivity)指個體穩定傾向感受負向情緒，不但容易煩躁不安與緊張，同時對自己有較負向的看法，較常抱怨身體不適，在乳癌病患中，具此特質者，對治療引起的不適症狀具高敏感度及與他人相比易有挫折感(Denollet, 2000)，其與五大人格特質中的神經質呈正相關，與外向性、和善性、嚴謹自律性呈負相關，且神經質( $\beta = .55, p < .001$ )及和善性( $\beta = -.16, p < .05$ )可解釋53%之負向情緒傾向(De Fruyt & Denollet, 2002)。

社交壓抑(Social inhibition)指個體在社交過程中，傾向抑制表達自己的情緒及行為，與他人相處較易羞怯、緊張及不安全感，藉由過度抑制自己的表達，以避開人際間的衝突，此特質在與壓力相關的冠心病中，被視為是病患因應負向情緒的重要概念(Denollet, 2000)。其與五大人格特質中的神經質呈正相關，與外向性、嚴謹自律性、經驗開放性呈負相關，且可被神經質( $\beta = .30, p < .001$ )、外向性( $\beta = -.40, p < .001$ )、和善性( $\beta = .20, p < .05$ )及經驗開放性( $\beta = -.24, p < .001$ )共同解釋45%之社交壓抑傾向(De Fruyt & Denollet, 2002)。

研究指出D型人格與心衰竭有正相關，並有生物醫學佐證(Denollet et al., 2003; Emons, Meijer, & Denollet, 2007; Mols & Denollet, 2010; Yu, Thompson, Cheuk, Pedersen, & Denollet, 2010)。除此之外，具備D型人格特質者，其自覺疾病嚴重性較高，在心理健康狀況及身體健康狀態有較負向的影響，例如：較易產生焦慮、憂鬱、心理壓力、消極性因應及較少的社會支持，以及較多的身體不適的主訴等(Mols, Holterhues, Nijsten, & van de Poll-Franse, 2010; Yu, Chen, Zhang, Liu, 2010)。

## 二、癌症病患之人格特質

依據五大人格特質為構面，Nakaya等人(2003)交叉分析人格特質與致癌行為發現，外向性量表(Extraversion)得分高、神經質量表(Neuroticism)得分低、精神病質量表(Psychoticism)得分高及說謊量表得分(lie)低者，其愈易出現使用煙酒的行為，相對的罹癌的可能性也增加。Kavan、Engdahl及Kay(1995)利用實驗組及對照

組發現，積極面對的人格特質在罹癌及正常人間有統計上顯著差異。

為更深入瞭解人格特質與癌症之相關性，有學者針對A型人格與乳癌患者做相關性研究，結論指出兩者無相關性(Lillberg, Verkasalo, Kaprio, Helenius, & Koskenvuo, 2002)。此外，也有多篇研究針對五大人格特質等與癌症之相關性，但皆未找到足夠證據證實何種人格特質與何種癌症間有相關(Bleiker, van der Ploeg, Hendriks, & Ader, 1996; Hansen, Floderus, Frederiksen, & Johansen, 2005; Lillberg, et al., 2002; Nakaya, et al., 2003)； Zozulya等（2008）雖經人體及動物實驗結果，指出具有C型人格特質，在面臨壓力時，會活化下丘腦—垂體—腎上腺軸(Hypothalamic-pituitary-adrenal axis)，及對交感腎上腺系統(Sympathetic adrenal system)具低刺激性，推論具備C型人格特質者，其對傳染病及癌症會具備較高的危險性，但未獲持續的研究證實其研究結果。

在 Denollet 等(2003)發現 D 型人格後，學者將 D 型人格與癌症病患做測試，發現在黑色素瘤病患中，其健康狀況及疾病造成的衝擊在 D 型人格與非 D 型人格間有顯著差異(Mols, et al., 2010)。國內，Shun 等（2011）針對大腸癌存活期患者研究發現，具 D 型人格者，會經歷較高程度的症狀困擾、疲倦、焦慮及憂鬱及較差的生活品質。

由文獻中可得知，學者們期望找出人格特質與癌症間的關係，過去曾有研究結果證明 C 型人格特質與罹癌有關，但未獲得持續的研究證實。近年來，關於 D 型人格特質做研究，發現其症狀及情緒困擾也較高，對於病患之生活品質也造成負面的影響。然而，目前 D 型人格與癌症的相關性研究較少，因此，本研究將 D 型人格納入變項，以期瞭解 D 型人格在肝癌病患的現況及對病患之影響。

#### 第四節 人格特質與疾病不確定感之相關

目前尚未有相關研究可以直接證實人格特質與疾病不確定感之相關性，但 Edwards、Weary 及 Reich (1998) 針對五大人格特質與對自己和他人行為及周圍環境發生事件因果關係的不確定感(Causal uncertainty)進行相關性研究後發現，具備神經質傾向者，其感受到之不確定感程度愈高。

Mishel (1988) 的疾病不確定感理論中提到的人格特質，包含學習策略 (Learned resourcefulness)、支配感 (A sense of mastery) 及控制的來源 (Locus of control) 三大面向，影響著個人的信念，覺得自己是否有技巧及行為以有效處理生活事件，這些信念影響著個人對不確定感的評價過程。學習策略之運用與個人之過去經驗有關，但生病的不確定情境常是缺乏清楚及可預測性，也多半無法與過去習得經驗連結，若個人同時覺得失去對疾病的支配感時，個體如何看待此不確定之經驗則影響其評價疾病事件為危機或機會。

此外，Mishel (1990) 提出，個體對疾病不確定感之評價為一動態過程，在四種情況下會影響其再評價過程：(1) 病患之支持系統無法促進其可能性思考；(2) 病患本身為有意義他人之主要照顧者，延遲對自己疾病之心理反應；(3) 當個人處於社交隔離情境下時，較無法取得資源以協助其減輕對不確定感的厭惡；(4) 當健康提供者不支持病患之不確定感存在的情況下，皆會影響其疾病不確定感的再評價過程。

本研究探討的 D 型人格包含負向情緒及社交壓抑傾向。在疾病不確定感理論中，社會支持除於不確定感前期影響其不確定感程度外，在病患的再評價過程中，若其缺乏支持系統及處於社交隔離情況下，除無法促進其可能性思考，也造成病患無法取得資源減輕其不確定感之厭惡，促使病患無法對不確定感產生正向評價 (Mishel, 1988; Mishel, 1990)。

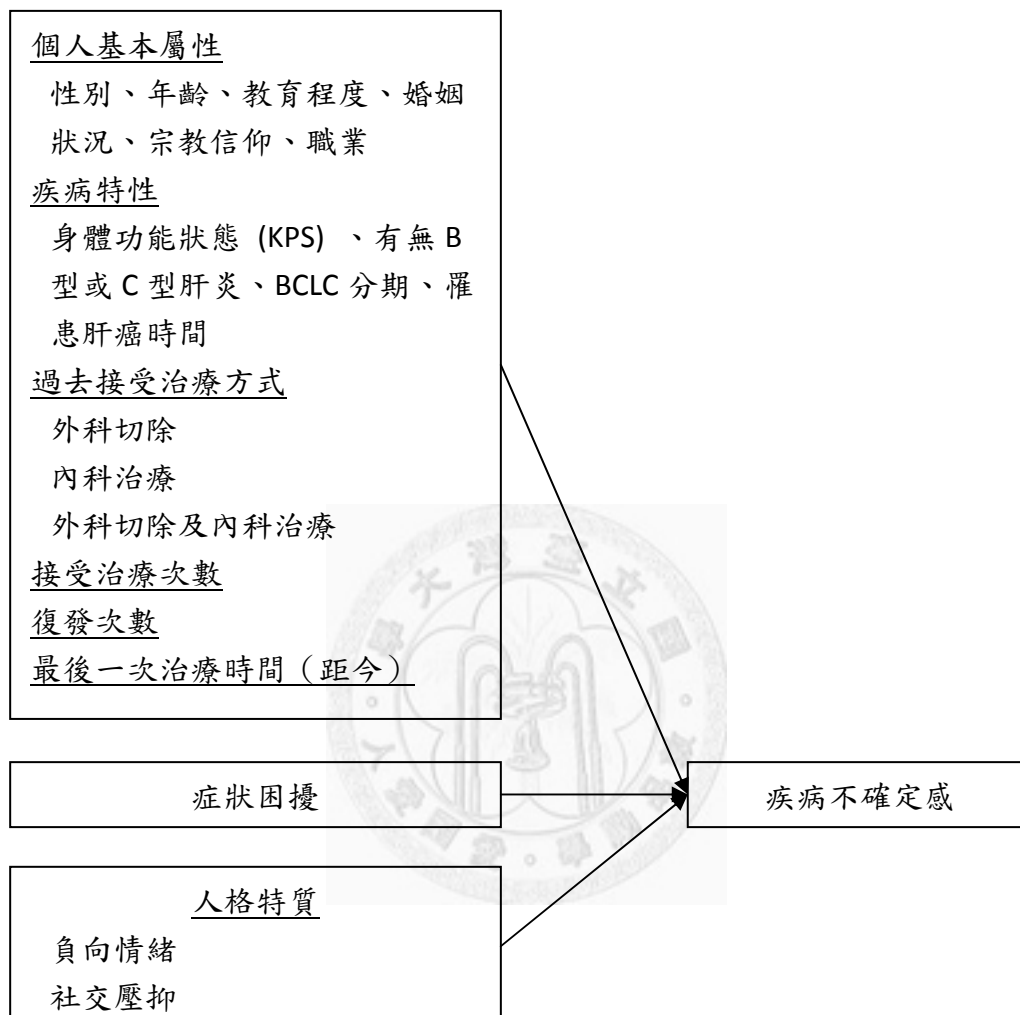
由文獻查證中可得知人格特質會對疾病不確定感之評價過程造成影響，而 D 型人格中的負向情緒及社交壓抑傾向，除與五大人格特質中的神經質呈正相關 (De Fruyt & Denollet, 2002) 外，亦可能對疾病不確定感之前期及評價階段造成影

響，故本研究擬針對 D 型人格及疾病不確定感進行深入探討。



## 第五節 概念架構

綜合前四節之文獻查證可知基本屬性、疾病特性、症狀困擾以及人格特質皆會影響病患之疾病不確定感，故畫出本研究之概念架構圖如下。



圖二、研究架構圖

### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究設計、研究對象與場所

本研究採用橫斷式研究設計，針對目前已完成治療之肝癌存活期患者進行結構式問卷調查。採立意取樣，選取台北市某醫學中心肝膽腸胃內科及外科門診。

本研究收案條件：(1) 年滿 20 歲，診斷為肝細胞癌，無他處轉移，並接受過治療患者；(2) 病患確知自己罹患肝癌；(3) 意識清楚，能以國台語溝通者；(4) 同意參與本研究。本研究排除條件：(1) 肝癌晚期及末期的病患；(2) 目前正接受化學治療（TACE 除外）、放射線治療、標靶治療或支持性療法的病患；(3) 接受過肝臟移植之肝癌病患。



## 第二節 研究工具

一、個人基本屬性問卷：為瞭解其人口學特性，參考過去文獻，研究者自行設計量表，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、職業；及針對疾病特性做資料收集，如：身體功能狀態、有無肝炎病史、罹患肝癌時間、BCLC分期、復發次數、接受治療之方式、接受治療次數及最後一次治療時間。

二、症狀困擾量表(Symptom Distress Scale, SDS)：此量表為測量癌症病患經歷之症狀困擾程度。原量表由 McCorkle 及 Young 於 1978 年發展，原始量表為 13 項，其中文版由賴裕和 (1998) 依國內癌症病患特性修訂為 25 項，採 Likert 式 5 分計分法，1 分表示「完全沒有不舒服」、5 分表示「該症狀非常嚴重困擾病人」。本量表施測於大腸癌患者之 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.78(Shun et al., 2011)，於本研究測得之 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.83，信度良好。

三、D 型人格量表(Type D Scale-14，簡寫 DS-14)：D 型人格量表發展為測量負向情緒(Negative affectivity)、社交壓抑(Social inhibition)，以篩選出 D 型人格。Denollet(2005)施測於冠狀動脈疾病及高血壓病患，其負向情緒及社交壓抑項目 Cronbach's  $\alpha$  值分別為 0.88 及 0.86。量表採 Likert 式 5 分計分法，0 分表示「非常不同意」、1 分表示「不同意」、2 分表示「不確定」、3 分表示「同意」、4 分表示「非常同意」。篩選方法為分項計分，負向情緒及社交壓抑各 7 題，加總分數分別為 0 到 28 分，若負向情緒及社交壓抑皆大於等於 10 分，則為 D 型人格。本量表已翻譯成中文，用於台灣直結腸癌病患其負向情緒及社交壓抑之 Cronbach's  $\alpha$  值分別為 0.85 及 0.75(Shun et al., 2011)，本研究測得負向情緒及社交壓抑之 Cronbach's  $\alpha$  值分別為 0.88 及 0.78。

四、Mishel 疾病不確定感量表-社區版(Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Form，簡寫 MUIS-C)：此量表用於測量慢性病患者的不確定感，總共 23 題，採 Likert 式 5 分計分法，1 分表示「非常不同意」、2 分表示「不同意」、3 分表示「不確定」、4 分表示「同意」、5 分表示「非常同意」。計分方法為各項加總；分數愈高，代表病患不確定感程度愈高。本量表被廣泛運用於癌症及慢

性病患者(Hughes, 1993; Neville, 2003; Sammarco, 2001; Wonghongkul, et al., 2006), 國內施測於兒癌患者, 其 Cronbach's  $\alpha$  值達 0.82(Lee, 2006), 本研究施測後之 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.82。





### 第三節 資料收集步驟

本研究於取得收案醫院之研究倫理委員會(REC)之許可後，經由主治醫師同意後，取得病患書面同意方進行問卷收集。於肝膽胃腸內科及外科門診針對治療後之肝癌病患進行收案。收案過程中，研究者向病患說明研究目的及程序，在獲得病患同意且簽署同意書後，依序填答個人基本屬性問卷、症狀困擾量表、D型人格量表及 Mishel 疾病不確定感量表。考量病患生理狀況下，如可自行填答則在說明後予自行填寫，若因生理或語言因素，則由研究者詢問，病患口頭回答方式填寫，全部問卷控制在 20 分鐘內完成。



#### 第四節 資料分析方法

本研究收集之資料以套裝軟體 SPSS v18.0 進行資料建檔及分析，根據研究目的，採取不同的資料分析方式（詳細分析方式見表 1）。

一、瞭解肝癌病患症狀困擾、人格特質及不確定感程度現況。

病患之症狀困擾、D 型人格量表（分負向情緒及社交壓抑兩部份）及疾病不確定感量表做描述性統計分析，計算其最大值、最小值、平均數及標準差，百分比，以瞭解病患負向情緒及社交壓抑分數、疾病不確定感程度，同時找出病患常出現的症狀、不確定感項目。再將負向情緒及社交壓抑分數做計算，找出具備 D 型人格患者，了解其在肝癌病患 D 型人格分佈之比例。

二、瞭解肝癌病患基本屬性及疾病特性與症狀困擾、不確定感程度、人格特質之相關性。

以 Spearman's correlation、Student's t-test、ANOVA、Kruskal-Wallis test 分析肝癌病患之症狀困擾、人格特質、疾病不確定感程度於基本屬性、疾病特性之差異與相關性。

三、瞭解肝癌病患症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之關係。

將症狀困擾、負向情緒、社交壓抑與疾病不確定感進行 Spearman's correlation 分析，找出彼此間之相關性。並依 D 型及非 D 型人格分為兩組，因個案數分配不平均，故進行 Mann-Whitney U test，比較兩組間症狀困擾及不確定感是否有所差異。

四、探討影響疾病不確定感之重要因素。

將上述進行 Spearman's correlation 中，與疾病不確定感有相關性的變項，投入 Generalized estimating equation (GEE) 中，找出影響疾病不確定感之重要因素。本研究因資料分佈非常態分佈，故採用 GEE，GEE 的優勢在於可容忍遺漏值存在及處理非常態分佈之資料，且推論效果不受工作相關矩陣限制。

## 第五節 倫理考量

- 一、本研究於取得收案醫院之研究倫理委員會(REC)審核通過後方進行收案。
- 二、收案前會先向研究對象解釋研究主題、目的、過程、收案時間，以及研究對象擁有選擇是否參與研究之決策權，在研究過程中，研究對象有權中途退出，其醫療及照護品質不因退出研究受影響，於取得書面同意後方開始資料收集。
- 三、所收集的資料僅供學術使用，資料處理及分析會以代碼取代，個人資料一律保密不外流，以保護研究對象隱私權。



## 第四章 研究結果

收案時間自 100 年 2 月至 100 年 5 月，符合收案條件者共 184 名，拒訪共 14 名，拒訪率 7.6%，其中有 2 名病患表示住較遠要趕時間，2 名為不知病情，10 名病患表示不願意接受訪問，故共計訪談 168 名，扣除 4 位切片報告非肝癌，1 位尚未接受治療後，納入分析之研究族群共有 163 名個案。

### 第一節 肝癌病患之人口學及疾病特質

病患之人口學資料如表 2，性別以男性佔多數，共 130 位 (79.8%)，女性僅 33 位 (20.2%)。平均年齡為 61.0(SD = 12.2) 歲，以 61 歲以上最多，共 93 位 (57.1%)。教育程度以大學學歷最多，佔 27.6%，其次為高中學歷 23.3%、國小學歷 22.7%。婚姻狀況以已婚最多，佔 87.7%。宗教信仰中以佛、道教最多，佔 81.0%；工作狀態，目前有工作者 72 名 (44.2%)，無工作者 91 名 (55.8%)。

病患之疾病特性如表 3，身體功能狀態以 100 分最多，共 148 位，佔 90.8%。有 B 型肝炎帶原者有 125 名 (76.7%)，平均已知帶原時間為 23.4(SD = 12.6) 年；C 型肝炎患者 37 名 (22.7%)，平均已知帶原時間 14.91(SD = 11.6) 年。疾病初診斷以 BCLC stage A 最多，共 122 位 (74.9%)，其次為 BCLC stage B，39 名 (23.9%)。罹患肝癌時間平均 4.25(SD = 3.93) 年。僅接受外科治療者最多共 83 位 (50.9%)，僅接受內科治療者共 31 位 (19.0%)，合併接受過內科及外科治療者，共 49 位 (30.1%)。接受治療次數最少 1 次，最多達 11 次，平均每位患者接受過 2.41 次治療。主訴未復發過佔最多，共 104 名 (63.8%)，其次為復發次數小於 3 次共 53 名 (32.5%)。分析其最後一次治療距今時間，有 73 位 (44.8%) 為一年內接受治療，65 位 (39.9%) 為距最後一次治療時間為 1 至 5 年內，有 25 位 (15.3%) 距最後一次治療時間已 5 年以上。

## 第二節 症狀困擾、人格特質及疾病不確定感現況

### 一、肝癌病患症狀困擾現況與基本屬性、疾病特性之相關性

依據每項之平均分數高低排序，可發現病患在受訪前一週內經驗到的症狀困擾中（表 4），前五名為失眠（ $1.66 \pm 0.93$ ）、疲倦（ $1.58 \pm 0.74$ ）、口乾（ $1.48 \pm 0.72$ ）、腹脹（ $1.33 \pm 0.63$ ）及咳嗽（ $1.28 \pm 0.53$ ）；其中，疲倦的困擾平均分數雖然排名第二，但有此困擾的人數最多，佔 72 位（45.2%）。症狀困擾之平均分數為 24.80（SD = 5.27），項目平均值為 1.24（表 7），表示病患感受到之症狀困擾程度為輕微可忍受範圍內。

分析人口學變項及疾病特性與症狀困擾的關係後發現（表 8），教育年數（ $r_s = -.23, p = .004$ ）、身體功能狀態（ $r_s = -.33, p < .0001$ ）、已知罹患 C 型肝炎時間（ $r_s = .18, p = .022$ ）與症狀困擾間有相關；婚姻狀況不同（ $\chi^2 = 9.55, p = .023$ ），症狀困擾有差異；亦即接受教育年數愈少、身體功能狀態愈差、罹患 C 型肝炎時間愈長其感受到的症狀困擾愈嚴重，且未婚者較已婚者感受的較多的症狀困擾。

### 二、肝癌病患人格特質與基本屬性、疾病特性之相關性

在人格特質方面，可分為負向情緒(Negative affectivity)及社交壓抑(Social inhibition)兩部份分析，將各題平均得分排序（表 5）。結果發現負向情緒項目，最高分為「我常發現自己會擔心某些事情」（ $1.63 \pm 1.63$ ），負向情緒量表之總平均為 7.24（SD = 7.36），項目平均值為 1.03（表 7）；社交壓抑項目，得分最高為「我常和陌生人說話」（反向計分題）（ $2.56 \pm 1.48$ ），社交壓抑量表之總平均為 7.96（SD = 6.25），項目平均值為 1.14（表 7）。整體而言，本研究對象在負向情緒及社交壓抑皆為輕度。具有高負向情緒傾向（ $\geq 10$  分）佔 52 名（31.9%），高社交壓抑傾向者（ $\geq 10$  分）佔 52 名（31.9%），而負向情緒及社交壓抑兩個量表得分皆  $\geq 10$  分者則定義為 D 型人格，本研究中符合 D 型人格者共 31 名，佔 19.0%。

分析人口學變項及疾病特性與負向情緒及社交壓抑傾向之相關性（表 9），發現年齡（ $r_s = -.18, p = .019$ ）、身體功能狀態（ $r_s = -.19, p = .017$ ）、是否罹患 C 型肝炎（ $t = -2.29, p = .023$ ）、已知罹患 C 型肝炎的時間（ $r_s = .17, p = .034$ ）以及接

受治療的次數 ( $r_s = -.16, p = .037$ ) 與負向情緒傾向有關。可知年齡愈輕、身體功能愈差、罹患 C 型肝炎、罹患 C 型肝炎時間愈長及接受治療次數愈少者，其負向情緒傾向得分愈高。而社交壓抑傾向則與人口學變項及疾病特性間無相關。針對 D 型及非 D 型人格之人口學變項及疾病特性進行比較後發現，兩者間之基本屬性 & 疾病特性並無差異 (表 12)。

### 三、肝癌病患疾病不確定感現況與基本屬性、疾病特性之相關性

疾病不確定感依據平均得分排名 (表 6)，患者在「我不清楚將來會有那些事發生在我身上」項目得分最高 ( $3.31 \pm 1.85$ )，其次為「我確定醫師 (及護理人員) 不會再由我身上找到任何毛病」，分數為 3.18 ( $SD = 0.98$ )，第三高者為「我不確定我的病情將會變好或變壞」，分數 2.91 ( $SD = 1.84$ )。病患在不確定感部份，其加總平均值為 55.18 ( $SD = 11.13$ )，項目平均值約 2.40 (表 7)，代表病患面臨中度之不確定感 (量表總分範圍 23~115)，其不確定感的來源主要來自對病情及未來的無法掌控。

與疾病不確定感有相關的因素有年齡 ( $r_s = -.20, p = .010$ )、身體功能狀態 ( $r_s = -.19, p = .014$ )、接受治療次數 ( $r_s = .16, p = .037$ )、復發次數 ( $r_s = .19, p = .016$ )、最後一次治療時間 ( $r_s = -.16, p = .044$ ) (表 10)；亦即，當病患年齡愈輕、身體功能狀態愈差、接受治療次數愈多、復發次數愈多及距最後一次治療時間愈近者，其疾病不確定感愈高。

### 第三節 肝癌病患症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之相關

肝癌病患症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之關係呈現於表 11；可知症狀困擾與疾病不確定感 ( $r_s = .27, p < .0001$ )、負向情緒 ( $r_s = .45, p < .0001$ ) 及社交壓抑傾向 ( $r_s = .21, p = .009$ ) 呈正相關，表示病患經歷的症狀困擾程度愈嚴重，其對疾病之不確定感愈高；人格特質上在負向情緒及社交壓抑得分愈高者，對症狀困擾感受的程度也較高。疾病不確定感與社交壓抑傾向 ( $r_s = .17, p = .030$ )、負向情緒傾向 ( $r_s = .25, p = .001$ ) 有關；亦即當病患在社交壓抑及負向情緒傾向得分愈高，其疾病不確定感程度也愈高。

因 D 型人格 (N = 29) 與非 D 型人格 (N = 134) 個案數差異較大，故以 Mann-Whitney 檢定 D 型人格在症狀困擾及疾病不確定感是否有差異 (表 12)。發現具備 D 型人格特質之病患其症狀困擾 ( $Z = -2.88, p = .004$ ) 明顯高於非 D 型人格之病患，但兩者間之不確定感則未達統計上之差異。



#### 第四節 疾病不確定感之影響因子

由前述關於病患基本屬性、疾病特質、人格特質與疾病不確定感中，針對與疾病不確定感有相關性的變項：年齡、身體功能狀態、復發次數、治療次數、最後一次治療時間（距今）、症狀困擾、負向情緒傾向、社交壓抑傾向以廣義估計方程式（GEE）進行分析，以找出影響疾病不確定感之預測因子。在症狀困擾部份，因肝癌病患在症狀困擾得分及人數偏低，為避免分析過程中其差異性不顯著，故取症狀困擾得分最高前五項做計算及推估。以疾病不確定感為依變項，年齡、身體功能狀態、復發次數、治療次數、最後一次治療時間（距今）、症狀困擾前五名得分、負向情緒傾向、社交壓抑傾向為自變項進行分析（表 13）；結果顯示具備負向情緒傾向者（ $\beta = 0.283, p = 0.018$ ）為病患的疾病不確定感的顯著影響因子。





## 第五章 討論

### 第一節 肝癌病患之人口學及疾病特質

本研究之樣本特性，男女比約 3.9:1，平均年齡為 61.0 (SD = 12.2) 歲，教育程度以大學學歷最多，佔 27.6%。肝炎分佈情形，無肝炎帶原者 11 名 (67%)、罹患 B 型肝炎者 115 名 (70.6%)、罹患 C 型肝炎者 27 名 (16.6%)，同時罹患 B 型及 C 型肝炎者 10 名 (6.1%)。民國 97 年肝癌發生人數男女比約 2.4，平均年齡 63 歲 (行政院衛生署國民健康局，2010b)，賴等 (2007) 針對肝癌病患不確定感研究中，性別比約 2.4，平均年齡 62.1 歲，教育程度以小學最多，佔 38.2%，49.1% 罹患 B 型肝炎，33% 罹患 C 型肝炎。但 Chen (2006) 針對 1986 至 2002 年共 11212 名肝癌存活期患者的研究中，其性別比約 3.9:1，B 型肝炎患者佔 64.0%。因此，本研究在平均年齡上與全國及過去研究差異性不大，在性別分佈上，也與過去大樣本肝癌存活期患者相同，B 型肝炎感染者及教育程度上則較過去研究族群略高。

本研究與過去研究最大的差異為病患距最後一次治療的時間的不同。因過去針對肝癌病患分別為住院病患 (廖等，2005) 及 6 個月內接受過治療之病患 (賴等，2007)，而本研究則以門診回診之病患為收案對象，且距最後一次治療時間平均 1.71 年，最短為 2 個月，最長達 19.9 年，因此包括了長期存活之肝癌病患。

## 第二節 肝癌病患症狀困擾、人格特質、疾病不確定感之探討

### 一、肝癌病患症狀困擾

本研究病患所感受到的症狀困擾為輕微可忍受，且症狀前三名為失眠、疲倦、口乾，與過去肝癌病患所做的研究相比，疲倦為共通的症狀（虞、鍾，1999；廖等，2005）。同時，過去研究顯示住院病患之症狀困擾達中度（疲倦，胃不適，發燒），但於出院後一週症狀困擾程度已為輕度（疲倦，失眠及疼痛）；本研究距最後一次治療時間平均為 1.71 年，栓塞症候群所引起之症狀也非本研究病患症狀排名之前三名，且症狀困擾第五名為咳嗽，不少病患表示當週有感冒情形。同時，在各項症狀困擾得分人數分析中可發現，即使是人數最多的疲倦，具此困擾的患者僅佔所有肝癌患者之 45.2%，故可顯示肝癌存活期病患於日常生活中，已顯少受到與治療相關的副作用影響及較少受到與肝癌相關治療造成之身體困擾，於此部份逐漸回復至其原有之日常生活。

### 二、肝癌病患之 D 型人格分佈及影響

本研究中，具備高負向情緒傾向（得分 $\geq 10$ ）及高社交壓抑傾向（得分 $\geq 10$ ）的人數各 52 人（31.9%），但具備 D 型人格（兩者同時 $\geq 10$  分）的病患則只有 31 名，佔 19.0%。過去未針對肝癌病患進行 D 型人格調查的研究，但於癌症（黑色素瘤及大腸癌）病患研究中，D 型人格的分佈為 11~22%，本研究中 D 型人格的分佈介於此範圍內(Mols, Holterhues, Nijsten, & van de Poll-Franse, 2010; Shun et al., 2011)。

比較 D 型與非 D 型人格後發現，具備 D 型人格的病患，其在人口學及疾病特質分佈與非 D 型人格間無顯著差異，與過去研究相同(Mols, et al., 2010)。但若再深入分析人口學變項及疾病特性與負向情緒及社交壓抑傾向之相關性後，發現年齡愈輕、身體功能愈差、罹患 C 型肝炎、罹患 C 型肝炎時間愈長及接受治療次數愈少者，在負向情緒傾向得分愈高；而社交壓抑傾向則與人口學變項及疾病特性間無相關。

具備負向情緒者，其較易認為疾病較嚴重，故所呈現之身體功能較差

(Denollet, 2000)。而在年齡、治療次數、罹患 C 型肝炎及罹患 C 型肝炎時間，在過去研究未針對此兩個次量表做分析。但年齡愈輕罹癌之患者，臨床經驗中可發現其對於疾病之接受度較年長者差，因此，極有可能會因此造成負向情緒出現；而治療次數愈少之患者，其負向情緒得分愈高，則可能是因為治療次數愈少的肝癌患者，其因治療引起之不適多半記憶深刻，例如手術後患者其術後復原過程較接受內科治療患者來得長，所以其經驗反而較治療多次之患者較多負向感受。

負向情緒傾向與 C 型肝炎及罹患時間之正相關，則可能與過去治療經驗有關，目前 C 型肝炎患者之治療方式為注射干擾素，干擾素會引起廣泛之副作用，其副作用之嚴重度明顯大於口服抗病毒藥（簡，2007），且過去針對接受干擾素治療之 C 型肝炎患者調查其治療期間之症狀困擾、憂鬱情形呈顯著增加，且生活品質顯著較差（黃、宋、劉、張，2010），因此可推論此為造成患者於負向情緒傾向得分較高原因。

然而對於負向情緒傾向與年齡、治療次數、罹患 C 型肝炎、罹患 C 型肝炎時間的相關性，可能需進一步的研究進行調查分析以釐清其因果關係。

### 三、肝癌病患之疾病不確定感

國內曾針對住院及 6 個月內接受治療的肝癌病患進行研究，其不確定感之單題平均得分分別為 2.94 及 2.68（廖等，2005；賴等，2007）。本研究收案對象中有 55.2% 距最後一次治療時間為一年以上，不確定感之單題平均得分為 2.40，雖然看起來較過去研究略低，但病患感受到的整體不確定感同樣是中度。可知肝癌病患由治療期至存活期，即使其已顯少受到因疾病帶來之症狀困擾干擾其生活，且外觀上與常人無明顯差異，但患者對疾病的不確定感並未因此減少，中度的疾病不確定感始終伴隨著處於存活期的肝癌病患。

病患在不確定感的得分，最高者為「我不清楚將來會有那些事發生在我身上」，此與過去研究相同（廖等，2005；賴等，2007），但過去研究中排名第二的「由於我的病情無法預測，我沒辦法計畫未來」，在本研究中排名在第五名，可能與本研究病患存活期較長，相對感受病情較為穩定，故在此項得分較低。

本研究結果發現身體功能狀態與症狀困擾及疾病不確定感呈現負相關，同時，症狀困擾及疾病不確定感呈現正相關 ( $r_s = .27, p < .0001$ )，與過去研究結果相同 (Clayton, Mishel, & Belyea, 2006; 虞、鍾，1999；廖等，2005；羅等，2004)，可解釋為病患身體功能狀態愈差，代表病情愈差，所出現的症狀困擾也愈多，使病患對症狀模式的可預測性降低，對病情感到難以掌控，造成不確定感程度增加。

過去研究發現，教育程度、年齡、宗教信仰、存活期與不確定感呈負相關 (Clayton, et al., 2006; Wonghongkul, et al., 2006; 蔡等，2000；羅等，2004)，本研究與過去研究結果之相同發現為年齡及存活時間與疾病不確定感間呈負相關，但在教育年數、宗教信仰與疾病不確定感間則無顯著相關，與過去研究結果不同。在訪談過程中，部份老年人對於會否因疾病之不確定性而影響對未來之規劃，均表示年紀夠大了，對未來存著過一天算一天，也沒什麼計劃，所以不會感到擔心或困擾，而年齡愈輕，愈容易感受到疾病對未來之不確定性，造成其不確定感程度也愈高；而存活時間愈長，病患則認為病情愈穩定，在訪談過程中，也有些距前次治療已 10 年以上患者，表示平常根本不會特別想起自己是肝癌患者；且存活期愈長，對疾病的瞭解愈多，故其不確定感程度會隨之愈低 (Wonghongkul, 2006)。

此外，本研究發現復發次數與不確定感間呈正相關，肝癌病患因治療引起的副作用多於治療後一至兩週緩解 (賴、林，2007)，且於治療後一週症狀困擾已降為輕度 (虞、鍾，1999)，多數病患也表示日常生活中並未感受自己有什麼不適，但往往在回診時被診斷出肝癌復發，造成病患在事件一致性判斷上產生不一致情形，且復發次數愈多，病患容易生活在下一次復發之恐懼，故造成較高程度的不確定感。

#### 四、肝癌病患症狀困擾、人格特質與疾病不確定感

在過去研究中，發現具備 D 型人格的患者，會經歷較多的症狀困擾及憂鬱、焦慮情形；同時，對於心理層面的生活品質得分較低，並且容易對疾病有較負向的感受 (De Fruyt & Denollet, 2002; Mols, et al., 2010; Ogi ska-Bulik, 2006; Shun et al., 2011; Van Hiel & De Clercq, 2009)。本研究發現具備 D 型人格者在症狀困擾的

分數則顯著高於非 D 型人格病患；其可能的原因為具備負向情緒者，容易煩躁不安與緊張，同時對治療引起的不適症狀較敏感，所以對症狀的感受性較強；另一方面社交壓抑傾向，會抑制自我表達情緒及與他人之互動（Denollet, 2000），而造成同時具備此兩種特質的 D 型人格患者，感受到症狀困擾，但又不敢說出口求助，使症狀無法獲得及時控制及處理。

在疾病不確定感部份，雖然 D 型人格與非 D 型人格在不確定感程度無差異，但負向情緒及社交壓抑傾向與不確定感呈正相關，而且負向情緒傾向是疾病不確定感最重要的影響因子。Mishel(1988)提出病患認知能力會影響其對刺激架構的判定，而具備負向情緒者，對症狀模式有較負向的觀感及解讀，進而產生較高度不確定感；而病患是否具良好社會支持系統除能協助病患了解疾病事件的意義，也能協助病患因應疾病帶來的威脅(Mishel, 1988)；因此可解釋當具備負向情緒傾向及社交壓抑傾向時，會造成病患較高的不確定感產生。同時從預測重要因素分析中，可知負向情緒傾向扮演不確定感認知過程中更重要的因素。

過去研究中指出症狀困擾是疾病不確定感的重要預測因子(廖, 2005; 羅等, 2004)，然而本研究未支持此結果，分析本研究與過去研究不同之處在於過去研究收案對象皆為治療期，因而患者所感受到之症狀困擾程度為中度以上；本研究之收案對象為存活期患者，所感受到之症狀困擾介於無及輕度困擾，且半數以上的患者未有任何症狀困擾。故可知對存活期之肝癌患者，疾病相關症狀困擾已非日常生活中之主要困擾因素。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

本研究目的在於針對接受手術及內科治療後的肝癌病患其症狀困擾、人格特質及疾病不確定感做一深入的探討，藉由瞭解三者的關係，提供給臨床護理人員參考，經由研究目的得知以下結論：

- 一、肝癌存活期之患者以男性居多，本研究之肝癌患者其症狀困擾之平均分數為 1.24 (SD = 5.27)，屬於輕微可忍受程度。接受教育年數愈短、身體功能狀態愈差、罹患 C 型肝炎時間愈長其感受到的症狀困擾愈嚴重，且未婚者較已婚者感受到較多的症狀困擾。
- 二、本研究之肝癌病患疾病不確定感平均值為 55.18，為中度之不確定感，當病患年齡愈輕、身體功能狀態愈差、接受治療次數愈多、復發次數愈多及距最後一次治療時間愈近、症狀困擾分數愈高者，其疾病不確定感程度愈高。
- 三、本研究之肝癌病患人格特質可分為負向情緒(Negative affectivity)及社交壓抑(Social inhibition)兩部份，負向情緒量表之總平均為 7.24，社交壓抑量表之總平均為 7.96，整體看來，本研究對象在負向情緒及社交壓抑皆為輕度。年齡愈輕、身體功能愈差、罹患 C 型肝炎、罹患 C 型肝炎時間愈長及接受治療次數愈少者，在負向情緒傾向得分愈高；社交壓抑傾向則與人口學變項及疾病特性間無相關。
- 四、本研究中符合 D 型人格者共 31 名，佔 19.0%。具備 D 型人格特質之病患其症狀困擾明顯高於非 D 型人格之病患。而具備負向情緒及社交壓抑傾向愈顯著者，其症狀困擾及疾病不確定感程度愈高。
- 五、具備負向情緒傾向者 ( $\beta = 0.283$ ,  $p = 0.018$ ) 為病患的疾病不確定感的顯著影響因子。

## 第二節 研究限制

- 一、本研究病患之教育程度高中以上佔 50% 以上，較過去研究高，而高教育程度者在照護資訊獲取能力較佳，且本研究僅針對兩名醫師門診收案，病患皆表示其主治醫師在病情解釋極為詳盡，造成本研究之不確定感有被低估之可能，未來可針對不同主治醫師之個案做廣泛資料收集，以降低此干擾因子。
- 二、收案之對象之肝癌分期為 BCLC 分期中極早期、早期、中期，且接受內科及外科治療後之病患，故研究結果不適合推論至晚期及目前治療中之病患。



### 第三節 建議

#### 一、在護理實務上的應用

由本研究中發現，肝癌存活期患者以男性居多，處於存活期之肝癌病患，雖然僅有輕度症狀困擾，但卻有中度的疾病不確定感；同時，D型人格特質對病患之症狀困擾有直接的影響，負向情緒及社交壓抑項目得分較高者，較容易感受到較多的症狀困擾以及不確定感，且影響不確定感最重要的因素是負向情緒傾向。由於肝癌是屬於高復發的癌症，因此，造成存活期之肝癌患者，即使在生理功能上並未受限或感受到困擾，但心理上卻面臨著復發的威脅。因此，臨床護理人員面對存活期之肝癌患者之照護時，不應僅將焦點著重在身體症狀，而應同時對心理層面的不確定感、負向情緒及社交壓抑，鼓勵病患表達負向情緒及教導社交技巧，增加病患社交網絡。

傳統上賦予男性需堅強的形象，造成男性患者較不擅表達其需求及情緒，也不主動求助，易造成其心理問題遭低估或誤判。因此當臨床照護男性病患時，需與患者建立良好的信任感及關係，並主動發現問題；若發現病患為具負向情緒或社交壓抑傾向時，應適時的給予關心及協助病患正向看待其疾病，以緩解其對疾病之不確定性；同時，找出影響病患不確定感的相關因素，給予協助處理，以期提升肝癌病患於存活期之生活品質。

#### 二、在護理教育上的應用

在目前護理教育中，人格特質及其對癌症病患之影響並非護理評估中的一環；但由本研究可知人格特質與症狀困擾及不確定感程度有關。因此，建議護理教育中，能納入關於人格特質之評估與其對疾病造成之影響的相關概念。

此外，由本研究中可得知負向情緒嚴重影響存活期患者的生活，然而目前護理教育中，較常教導學生處理病患生理上的困擾，但對於心理問題，尤其是如何協助病患正向思考、灌注希望的教育較為缺乏。因此，建議未來護理教育中，可進一步教導學生如何發覺病患心理層面的需求，將諮商輔導技巧納入課程中，並教導學生實際運用於病患身上，協助病患緩解心理問題。



### 三、在護理研究上的應用

藉由本研究可發現具備負向情緒及社交壓抑傾向者，易感受到較高程度之不確定感。故未來的研究方向可進一步探討負向情緒及社交壓抑傾向在疾病不確定感之評價、調適及適應中扮演的角色，及其相關之因果關係。

此外，由研究中可得知負向情緒傾向為疾病不確定感的顯著影響因子，故未來也可藉由篩選不同人格特質者，發展個別化介入性措施，如教導放鬆技巧及學習減輕負向思考的認知行為心理學技巧等，進而分析介入措施對於緩解病患疾病不確定感程度之成效。



## 參考資料

### 一、中文

台灣大學公共衛生學院癌症登記工作小組 (2008, 12 月 31 日) · 95 年度資料初步

統計與分析－醫院別-肝癌 · 2010 年 10 月 22 日取自：

[http://tcr.cph.ntu.edu.tw/uploadimages/06Liver\\_CA.pdf](http://tcr.cph.ntu.edu.tw/uploadimages/06Liver_CA.pdf)

行政院衛生署 (2011, 6 月 14 日) · 99 死因統計表 · 2011 年 6 月 15 日取自

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2\\_p02.aspx?class\\_no=440&now\\_fod\\_list\\_no=11897&level\\_no=3&doc\\_no=80725](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11897&level_no=3&doc_no=80725).

行政院衛生署國民健康局 (2010a, 無日期) · 中華民國 96 年癌症登記報告 · 2010 年 5 月 12 日取自：

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Statistics.aspx>

行政院衛生署國民健康局 (2010b, 無日期) · 民國 97 年癌症申報人數分類統計表 · 2011 年 5 月 19 日取自：

<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/StatisticsShow.aspx?No=200911300001>

呂桂雲、金繼春、黃惠萍 (1993) · 乳癌婦女的因應行為 · *護理研究*, 1 (3), 247-256。

周嘉揚 (2008) · 肝切除治療肝細胞癌 · *中華民國癌症醫學會雜誌*, 24 (5), 311-317。

林志陵、高嘉宏 (2008) · 肝癌的流行病學 · *中華民國癌症醫學會雜誌*, 24 (5), 277-281。

林佳靜、黃芬蘭、孫秀卿 (2003) · 不確定感理論 · 在盧美秀、鄭綺、林佳靜編著, *護理理論與應用* (1-33 頁)。台北：偉華。

柯薰貴、鍾信心、許淑蓮、張永源 (2002) · 乳房腫瘤婦女術前不確定感、調適策略及其相關性之探討 · *長庚護理*, 13 (1), 32-42。

洪福建、鄭逸如、邱泰源、胡文郁、陳慶餘、吳英璋 (1999) · 癌末患者的心理

- 社會問題、因應策與負向情緒。《應用心理研究》(3), 79-104。
- 健康心理工作小組 (2005, 無日期)。*人格特質*。2010年11月22日取自：  
<http://health.edu.tw/health/portal/index/index00/index.jsp>
- 許淑蓮、黃秀梨、林惠賢 (1998)。*急性心肌梗塞住院病人的不確定感與因應行為之探討*。《臺灣醫學》, 2 (5), 498-508。
- 陳美芳、馬鳳歧 (2004)。*乳癌手術後婦女症狀困擾與因應策略之相關性探討*。《護理雜誌》, 51 (4), 37-44。
- 黃俐綾、宋琇鈺、劉麗芳、張彩秀 (2010)。*慢性 C 型肝炎病患接受干擾素與 Ribavirin 合併治療之症狀困擾、憂鬱與生活品質之探討*。《護理暨健康照護研究》, 6 (3), 183-190。
- 黃貴薰、余玉眉、許金川、李明濱 (1996)。*男性肝癌患者手術治療後初期之疾病經驗*。《慈濟醫學雜誌》, 8 (2), 127-136。
- 黃麗華、郭碧照 (2008)。*肝癌患者之希望與生活品質的相關性：一個前導性研究*。《中山醫學雜誌》, 19 (1), 67-83。
- 楊惠卿 (2009)。*頭頸癌患者健康控制信念、因應方式與身心社會調適關聯之縱貫性研究*。未發表的博士論文，台北：國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系。
- 虞秀紅、鍾信心 (1999)。*接受導管肝動脈化學藥物栓塞術肝癌病患之生活品質*。《新臺北護理期刊》, 1 (1), 21-29。
- 廖慧娟、楊喬茵、顧雅利、蕭雅莉、江明珠 (2005)。*肝癌病患不確定感之相關因素探討*。《長庚護理》, 16 (3), 252-263。
- 蔡琇文、賴裕和、陳美伶、陳主智 (2000)。*癌症疼痛生理感覺特質與疾病不確定感關係之探討*。《護理研究》, 8 (1), 59-70。
- 蔡樹榮、陳銘仁、張文熊、施壽全、王鴻源、王蒼恩 (2009)。*肝癌術後早期復發的危險因子的探討*。《中華民國癌症醫學會雜誌》, 14 (3), 256-260。
- 蔡麗紅 (2003)。*肝癌經導管動脈栓塞術之護理*。《長庚護理》, 19 (1), 69-75。

- 賴世華 (2010) · 頭頸癌症患者復發擔憂對癌症關連疲勞之影響 - 以因應型態及負向情緒為中介變項 · 未發表的碩士論文，桃園縣：中原大學心理學研究所。
- 賴裕和 (1998) · 門診接受化學治療病人之症狀困擾及居家護理需求之探討 · 護理研究，6 (4)，279-289。
- 賴慧倫、林淑媛 (2007) · 肝癌非手術治療與其護理 · 嘉基護理，7 (1)，1-7。
- 賴慧倫、林淑媛、葉淑惠 · (2007) · 肝癌患者不確定感、生活品質及其相關因素之探討 · 護理雜誌，54 (6)，41-52。
- 謝宜真、盧勝男 (2007) · 肝癌病患接受射頻消融術後立即合併症之相關因素之探討 · 實證護理，3 (2)，129-138。
- 鍾孟樺 (2005) · 台灣肝癌患者之症狀群集現象 · 未發表的碩士論文，台北市：臺北醫學大學護理學研究所。
- 簡琇月、林靜伶、翁麗雀 (2008) · 肝癌病人接受射頻燒灼治療的護理 · 長庚護理，19 (1)，69-75。
- 簡榮南 (2007) · 慢性 B 型肝炎的藥物治療現況 · 臺灣醫學，11 (5)，496-506。
- 羅惠敏、徐南麗、邱慧洳、廖惠娥、劉欣怡 · (2004) · 癌症病患症狀困擾與不確定感關係之探討 · 慈濟護理雜誌，3 (1)，72-80。

## 二、英文

- Aarstad, A. K. H., Aarstad, H. J., & Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 47(5), 879-890.
- Aldwin, C., Sutton, K., Chiara, G., & Spiro III, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51(4), P179-188.
- Barber, F. D. & Nelson, J. P. (2000). Liver cancer: looking to the future for better detection and treatment. *American Journal of Nursing, Suppl*, 41-46.

- Benson, A., Abrams, T., Ben-Josef, E., Bloomston, P., Botha, J., Clary, B., et al. (2009). Hepatobiliary cancers. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(4), 350-391.
- Bleiker, E., van der Ploeg, H., Hendriks, J., & Ader, H.(1996). Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88(20), 1478-1482.
- Bruix, J., & Sherman, M.(2005). Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 42(5), 1208-1236.
- Cabrera, R., & Nelson, D.(2010). Review article: the management of hepatocellular carcinoma. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 31(4), 461-476.
- Carver, C.(1997). You want to measure coping but your protocol is too long: consider the brief cOPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C., & Connor-Smith, J.(2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Chen, C., Su, W., Yang, S., Chang, T., Cheng, K., Lin, H., et al. (2006). Long term trends and geographic variations in the survival of patients with hepatocellular carcinoma: analysis of 11 312 patients in Taiwan. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 21 (10), 1561-1566.
- Clayton, M., Mishel, M., & Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing and Health*, 29(1), 18-39.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 929-936.
- Dasgupta, D., Smith, A., Hamilton Burke, W., Prasad, K., Toogood, G., Velikova, G., et al. (2008). Quality of life after liver resection for hepatobiliary malignancies.

- British Journal of Surgery*, 95(7), 845-854.
- De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D personality: a five-factor model perspective. *Psychology & Health*, 17(5), 671-683.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97.
- Denollet, J., Conraads, V., Brutsaert, D., De Clerck, L., Stevens, W., & Vrints, C. (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type D personality. *Brain Behavior and Immunity*, 17(4), 304-309.
- Digman, J. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440.
- Edwards, J. A., Weary, G., & Reich, D. A. (1998). Causal uncertainty: factor structure and relation to the big five personality factors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(5), 451.
- Elani, H., & Allison, P. (2010). Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *accepted*.
- Emons, W., Meijer, R., & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 27-39.
- Erlen, J., Stille, C., Bender, A., Lewis, M., Garand, L., Kim, Y., et al. (2009). Personality traits and chronic illness: a comparison of individuals with psychiatric, coronary heart disease, and HIV/AIDS diagnoses. *Applied Nursing Research*, 24(2), 74-81.
- Fan, S. Y., Eiser, C., & Ho, M. C. (2010). Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(7), 559-564. e510.

- Feifel, H., Strack, S., & Nagy, V. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*, 49(6), 616-625.
- Ferenci, P., Fried, M., Labrecque, D., Bruix, J., Sherman, M., Omata, M., et al. (2010). Hepatocellular carcinoma(HCC): a global perspective. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 44(4), 239-245.
- Fogel, J (2004). Internet breast health information use and coping among women with breast cancer. *CyberPsychology & Behavior*, 7(1), 59-63.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Forner, A., Hessheimer, A., Isabel Real, M., & Bruix, J. (2006). Treatment of hepatocellular carcinoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 60(2), 89-98.
- Galloway, S. C., & Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 19(2), 112-117.
- Hansen, P., Floderus, B., Frederiksen, K., & Johansen, C.(2005). Personality traits, health behavior, and risk for cancer. *Cancer*, 103(5), 1082-1091.
- Hofstee, W. (1994). Who should own the definition of personality? *European Journal of Personality*, 8(3), 149-162.
- Hughes, K. (1993). The influence of diagnosis and treatment choice. *Cancer Nursing*, 16(3), 222-229.
- Kavan, M. G., Engdahl, B. E., & Kay, S. (1995). Colon cancer: personality factors predictive of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1031-1039.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004).

- Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health, 19*(2), 139-155.
- Kew, M. C. (2010). Epidemiology of chronic hepatitis B virus infection, hepatocellular carcinoma, and hepatitis B virus-induced hepatocellular carcinoma. *Pathologie Biologie, 58*(4), 273-277.
- Krohne, H. (2001). Stress and coping theories. *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, 22*, 15163-15170.
- Kudo, M., & Okanou, T. (2007). Management of hepatocellular carcinoma in Japan: consensus-based clinical practice manual proposed by the Japan society of hepatology. *Oncology, 72*(1), 2-15.
- Lauver, D., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nursing, 30*(2), 101-111.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Lee, Y. (2006). The relationships between uncertainty and posttraumatic stress in survivors of childhood cancer. *Journal of Nursing Research, 14*(2), 133-142.
- Lillberg, K., Verkasalo, P., Kaprio, J., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2002). Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *International Journal of Cancer, 100*(3), 361-366.
- McCorkle, R. (1987). The measurement of symptom distress. *Seminars in Oncology Nursing, 3*(4), 248-256.
- McCrae, R., & Costa, P. (1989). The structure of interpersonal traits: wiggins's circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(4), 586-595.
- McCrae, R., & John, O. (1992). An introduction to the five factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-215.



- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the brief cope with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 265-277.
- Miller, D., Manne, S., Taylor, K., Keates, J., & Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: the effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 3*(2), 115-130.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. *Nursing Research, 40*(3), 167-171.
- Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: a replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research, 40*(4), 236-240.
- Mishel, M., & Braden, C. (1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research, 37*(2), 98-103.
- Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*(1), 9.
- Mols, F., Holterhues, C., Nijsten, T., & van de Poll-Franse, L. V. (2010). Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology, 46*(3), 573-580.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., et al. (2003). Personality and the risk of cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 95*(11), 799-805.
- Neville, K. (2003). Uncertainty in illness: an integrative review. *Orthopaedic Nursing,*

22(3), 206-214.

- Ogi ska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 113-122.
- Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: the influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 681-696.
- Ryu, E., Kim, K., Cho, M. S., Kwon, I. G., Kim, H. S., & Fu, M. R. (2010). Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing*, 33(1), 3-10.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-219.
- Sherman, M. (2010a). Epidemiology of hepatocellular carcinoma. *Oncology*, 78 Suppl 1, 7-10.
- Sherman, M. (2010b). Hepatocellular carcinoma: epidemiology, surveillance, and diagnosis. *Seminars in Liver Disease*, 30(1), 3-16.
- Shun, S. C., Hsiao, F.H., Lai, Y. H., Liang, J. T., Yeh, K. H., Huang, J. (2011). Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), E221-E228.
- Shun, S. C., Lai, Y. H., Jing, T. T., Jeng, C., Lee, F. Y., Hu, L. S., et al. (2005). Fatigue patterns and correlates in male liver cancer patients receiving transcatheter hepatic arterial chemoembolization. *Supportive Care in Cancer*, 13(5), 311-317.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2008). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Pub.
- Smith, T., & Williams, P. (1992). Personality and health: advantages and limitations of

- the five factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 395-425.
- Sollner, W., Maislinger, S., DeVries, A., Steixner, E., Rumpold, G., & Lukas, P. (2000). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior. *Cancer*, 89(4), 873-880.
- Steel, J., Carney, M., Carr, B. I., & Baum, A. (2004). The role of psychosocial factors in the progression of hepatocellular carcinoma. *Medical Hypotheses*, 62(1), 86-94.
- Takayasu, K., Arii, S., Ikai, I., Omata, M., Okita, K., Ichida, T., et al. (2006). Prospective cohort study of transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma in 8510 patients. *Gastroenterology*, 131(2), 461-469.
- Te, H., & Jensen, D. (2010). Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview. *Clinics in Liver Disease*, 14(1), 1-21.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2009). Importance of depression and active coping in liver transplant candidates' quality of life. *Progress in Transplantation*, 19(1), 85-89.
- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C., & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.
- Van Hiel, A., & De Clercq, B. (2009). Authoritarianism is good for you: right wing authoritarianism as a buffering factor for mental distress. *European Journal of Personality*, 23(1), 33-50.
- Wasteson, E., Nordin, K., Hoffman, K., Glimelius, B., & Sjöden, P.-O. (2002). Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology*, 11(1), 1-11.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J. L.,

- et al. (2008). Type D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 63-69.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250.
- Yang, H.-C., Brothers, B. M., & Andersen, B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of The Society of Behavioral Medicine*, 35(2), 188-197.
- Yount, S., Cella, D., Webster, K., Heffernan, N., Chang, C. H., Odom, L., et al. (2002). Assessment of patient-reported clinical outcome in pancreatic and other hepatobiliary cancers: the fact hepatobiliary symptom index. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 32-44.
- Yu, D., Thompson, D., Cheuk, M., Pedersen, S., & Denollet, J. (2010). Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 111-118.
- Yu, X., Chen, Z., Zhang, J., & Liu, X. (2010). Coping mediates the association between type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277-284.
- Yusoff, N., Low, W., & Yip, C. (2010). Reliability and validity of the malay version of brief cope scale: a Study on malaysian women treated with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 65,41-44.
- Zhang, T., Pang, L., & Li, Y. (2008). A study on influence of disease uncertainty on lung cancer patients of progressive stage undergoing chemotherapy [Chinese].

*Chinese Nursing Research*, 22(4A), 866-869.

Zozulya, A., Gabaeva, M., Sokolov, O., Surkina, I., & Kost, N. (2008). Personality, coping style, and constitutional neuroimmunology. *Journal of immunotoxicology*, 5(2), 221-225.



表 1 資料分析一覽表

目的	測試資料	統計方法
了解基本資料分佈情形	人口學特質 疾病特性	個數、百分比、平均值、標準差
症狀困擾、不確定感、人格特質排名	症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表	個數、百分比、平均值、標準差
分析連續型基本屬性 及疾病特性變項 與症狀困擾、負向 情緒傾向、社交壓 抑傾向、疾病不確 定感之關連	人口學特質 (年齡、教育年數) 疾病特性 (身體功能狀態、已知罹患 B 型肝炎時間、已知罹患 C 型肝炎時 間、罹患肝癌時間、接受治療次數、 復發次數、距今最後一次治療時間) 症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表	Spearman's correlation test (因非 常態分佈)
分析症狀困擾、負 向情緒傾向、社交 壓抑傾向、疾病不 確定感之關連	症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表	Spearman's correlation test (因非 常態分佈)

(續)

表 1 資料分析一覽表 (續)

<p>比較不同組基本屬性 性及疾病特性與症狀 困擾、負向情緒傾向、 社交壓抑傾向、疾病不 確定感之差異</p>	<p>人口學特質 (性別、婚姻 狀況、宗教信仰、職業) 疾病特性 (是否罹患 B 型肝炎、是否罹患 C 型 肝炎時間、BCLC 分期、 治療方式) 症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表</p>	<p>兩組者採用 Student's t-test、 三組以上採 ANOVA 分 析, Welch's 值 (違反同 質性檢定) 並採 Games- Howell 事後檢定、兩 組以上類別變項, 但各 組人數分佈不均則使用 Kruskal-Wallis test, 再 以 Mann-Whitney U 做 事後檢定</p>
<p>比較 D 型與非 D 型 人格於症狀困擾、不 確定感之差異</p>	<p>症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表</p>	<p>因兩組人數分佈不均, 故採用 Mann-Whitney U test</p>
<p>疾病不確定感之重要 預測因子</p>	<p>人口學特質 疾病特性 症狀困擾量表 D 型人格量表 疾病不確定感量表</p>	<p>廣義估計方程式 (Generalized estimating equation, GEE)</p>

表 2 肝癌病患人口學特質 (N = 163)

變項名稱	個數	百分比	平均值	標準差	範圍
性別					
男性	130	79.8			
女性	33	20.2			
年齡					
≤40 歲	11	6.7	61.04	12.23	31-85
41-60 歲	59	36.2			
≥61 歲	93	57.1			
教育程度					
不識字	9	5.5	11.34	4.98	
國小	37	22.7			
國中	18	11.1			
高中	38	23.3			
大學	45	27.6			
研究所以上	16	9.8			
婚姻狀況					
未婚	7	4.3			
已婚	143	87.7			
離婚	7	4.3			
喪偶	6	3.7			
宗教信仰					
無	18	11.0			
佛/道教	132	81.0			
基督/天主教	13	8.0			
職業					
無	91	55.8			
有	72	44.2			



表 3 肝癌病患疾病特性 (N = 163)

變項名稱	個數	百分比	平均值	標準差	範圍
身體功能狀態 (KPS)			98.9	3.69	
100	148	90.8			
90	12	7.4			
80	3	1.8			
B 型肝炎					
無	38	23.3			
有	125	76.7			
已知罹患 B 型肝炎時間 (年)			23.43	12.58	1-64
≤10 年	23	18.4			
11-20 年	39	31.2			
21-30 年	35	28.0			
≥31 年	28	22.4			
C 型肝炎					
無	126	77.3			
有	37	22.7			
已知罹患 C 型肝炎時間 (年)			14.91	11.61	1-40
≤10 年	20	54.1			
11-20 年	8	21.6			
21-30 年	4	10.8			
31-40 年	4	10.8			
≥41 年	1	2.7			
BCLC 分期					
Stage A	122	74.9			
Stage B	39	23.9			
Stage C	2	1.2			
罹患肝癌時間 (年)			4.25	3.93	0.2-20.4
≤2 年	54	33.1			
2-5 年	58	35.6			
>5 年	51	31.3			
治療方式					
僅外科治療	83	50.9			
僅內科治療	31	19.0			
外科及內科皆有	49	30.1			
接受治療次數			2.41	2.00	1-11
≤3 次	127	77.9			
> 3 次	36	22.1			
復發次數			0.65	1.10	0-6
0 次	104	63.8			
1-3 次	53	32.5			
> 3 次	6	3.7			
最後一次治療時間 (距今) (年)			1.71	0.72	0.2-19.9
<1	73	44.8			
1-5 年	65	39.9			
>5 年	25	15.3			

表 4 症狀困擾得分及困擾人數百分比 (N = 163)

排名	症狀	平均值 (標準差)	人數 <sup>a</sup> (%)
1	失眠	1.66 (0.93)	71 (43.6)
2	疲倦	1.58 (0.74)	72 (45.2)
3	口乾	1.48 (0.72)	65 (39.9)
4	腹脹	1.33 (0.63)	43 (26.4)
5	咳嗽	1.28 (0.53)	41 (25.2)
6	嗜睡	1.26 (0.56)	34 (20.9)
7	疼痛	1.24 (0.59)	29 (17.8)
8	胃灼熱感	1.23 (0.47)	35 (21.5)
9	憂鬱	1.23 (0.54)	31 (19.0)
10	焦躁不安	1.23 (0.55)	31 (19.0)
11	無法集中精神	1.21 (0.47)	30 (18.4)
12	便秘	1.20 (0.48)	27 (16.6)
13	暈眩	1.19 (0.47)	27 (16.6)
14	解尿困難	1.16 (0.44)	22 (13.5)
15	食慾減低	1.16 (0.54)	17 (10.4)
16	胸悶	1.13 (0.36)	21 (12.9)
17	嘔吐	1.07 (0.47)	5 (3.1)
18	噁心	1.07 (0.42)	6 (3.7)
19	發燒	1.02 (0.14)	3 (1.8)

a. 人數計算為該項症狀困擾得分 $\geq 2$ 者。

b. 採 Likert 式 5 分計分法，1 分表示「完全沒有這個問題」、2 分表示「輕微可忍受」、3 分表示「中等」、4 分表示「嚴重」、5 分表示「非常嚴重」。

表 5 人格特質排名 (N = 163)

排名	題目	平均值 (標準差)	次量表
1	我常和陌生人說話 <sup>a</sup>	2.56 (1.48)	社交壓抑
2	我常發現我自己會擔心某些事情	1.63 (1.63)	負向情緒
3	我常煩躁	1.13 (1.46)	負向情緒
4	我是一個較封閉的人	1.10 (1.45)	社交壓抑
5	我在社交互動場合常覺得拘謹不自在	1.01 (1.37)	社交壓抑
6	當我遇見別人時，我能容易的和他們 建立關係 <sup>a</sup>	0.97 (1.34)	社交壓抑
7	我看事情的灰暗面	0.95 (1.37)	負向情緒
8	我常覺得不快樂	0.94 (1.37)	負向情緒
9	我常處在情緒不好的狀態	0.90 (1.38)	負向情緒
10	我常會對不重要的事情感到緊張不安	0.88 (1.47)	負向情緒
11	我希望和其他人保持距離	0.85 (1.31)	社交壓抑
12	當在社交場合時，我會找不到適當話 題來談論	0.83 (1.32)	社交壓抑
13	我常會處在憂鬱的狀態	0.82 (1.33)	負向情緒
14	我發現要打開話題對我來說是困難的	0.67 (1.27)	社交壓抑

a. 為反向題，採反向計分

b. 採 Likert 式 5 分計分法，0 分表示「非常不同意」、1 分表示「不同意」、2 分表示「不確定」、3 分表示「同意」、4 分表示「非常同意」。

表 6 疾病不確定感分項平均得分 (N = 163)

排名	題目	平均值 (標準差)
1	我不清楚將來會有那些事發生在我身上	3.31 (1.85)
2	我確定醫師 (及護理人員) 不會再由我身上找到任何毛病 <sup>a</sup>	3.18 (0.98)
3	我不確定我的病情將會變好或變壞	2.91 (1.84)
4	對於我身體的問題, 別人給我許多不同的看法	2.89 (2.39)
5	由於我的病情無法預測, 我沒辦法計畫未來	2.80 (1.85)
6	因為治療的緣故, 使得我可以做和不可以做的事情總在改變	2.77 (2.99)
7	我身體的症狀是不可預測地在改變中	2.64 (1.09)
8	我不清楚我將會痛 (或不舒服) 到什麼程度	2.57 (2.38)
9	我覺得很困難知道目前的治療或用藥是否對我有幫助	2.49 (1.98)
10	治療的有效性是無法確定的	2.45 (1.80)
11	我不清楚醫護人員對我病情所作的解釋	2.40 (2.37)
12	我病情的嚴重程度已經確定	2.34 (0.85)
13	我的病況一直在改變中, 時好時壞	2.28 (0.82)
14	我有許多問題(或疑問)得不到答案 <sup>a</sup>	2.34 (0.85)
15	醫師向我說明的事可能意味著許多不同的意義	2.17 (0.73)
16	我的治療太複雜, 以致難以瞭解	2.15 (1.71)
17	我的檢查測驗結果不一致	2.11 (1.71)
18	我不知道我究竟出了什麼問題	2.09 (0.89)
19	我正在接受的治療, 已經有已知的成功的機會 (率) <sup>a</sup>	1.99 (0.53)
20	我瞭解別人對我解釋(說明)的每一件事情 <sup>a</sup>	1.98 (0.62)
21	我清楚每一個治療的目的 <sup>a</sup>	1.95 (0.63)
22	醫師們尚未給我一個明確的診斷	1.93 (0.64)
23	醫師及護士用簡單且容易瞭解的話向我說明病情及治療, 所以我可以聽懂 <sup>a</sup>	1.87 (0.47)

a. 為反向題, 採反向計分

b. 採 Likert 式 5 分計分法, 1 分表示「非常不同意」、2 分表示「不同意」、3 分表示「不確定」、4 分表示「同意」、5 分表示「非常同意」。

表 7 肝癌病患症狀困擾、人格特質及疾病不確定感程度得分情形 (N = 163)

量表	實際範圍	可能範圍	平均值	標準差	項目平均值
症狀困擾	20-56	20-100	24.80	5.27	1.24
人格特質-負向情緒	0-28	0-28	7.24	7.36	1.03
人格特質-社交壓抑	0-27	0-28	7.96	6.25	1.14
疾病不確定感	23-93	23-115	55.18	11.13	2.40



表 8 肝癌病患基本屬性及疾病特性與症狀困擾之差異

變項	平均值 (標準差)	統計值	p 值
性別		t = 1.799	.080
男	24.27 (4.16)		
女	26.88 (8.07)		
年齡		r <sub>s</sub> = 0.018	.816
教育年數		r <sub>s</sub> = -0.225	<b>.004</b>
婚姻狀況 <sup>a</sup>		$\chi^2 = 9.55$	<b>.023</b>
未婚 <sup>1</sup>	31.57 (8.24)		Mann-Whitney U 事後檢定： 1>2
已婚 <sup>2</sup>	24.25 (4.71)		
離婚 <sup>3</sup>	27.71 (8.04)		
喪偶 <sup>4</sup>	26.50 (4.64)		
宗教信仰		F = 1.699	.186
無	22.82 (3.01)		
佛/道教	25.14 (5.58)		
基督/天主教	24.00 (3.74)		
職業		t = 1.181	.239
無	25.23 (5.35)		
有	24.25 (5.15)		
身體功能狀態		r <sub>s</sub> = -0.326	<b>.000</b>
B 型肝炎		t = 0.410	.682
無	25.11 (6.08)		
有	24.70 (5.02)		
已知罹患 B 型肝炎時間		r <sub>s</sub> = -0.072	.363
C 型肝炎		t = -1.914	.057
無	24.37 (4.84)		
有	26.24 (6.38)		
已知罹患 C 型肝炎時間		r <sub>s</sub> = 0.179	<b>.022</b>
BCLC 分期 <sup>a</sup>		$\chi^2 = 1.36$	.507
A	24.57 (5.16)		
B	25.59 (5.66)		
C	23.50 (4.95)		
罹患肝癌時間		r <sub>s</sub> = 0.007	.934
治療方式		F = 0.058	.944
僅外科治療	24.78 (5.25)		
僅內科治療	25.06 (6.19)		
外科及內科治療皆有	24.65 (4.75)		
接受治療次數		r <sub>s</sub> = 0.011	.891
復發次數		r <sub>s</sub> = 0.110	.162
最後一次治療時間(距今)		r <sub>s</sub> = -0.073	.357

<sup>a</sup> 表示為兩組以上類別變項，但各組人數分佈不平均使用 Krsuskal-Wallis 檢定為

$\chi^2$  值

表 9 肝癌病患基本屬性及疾病特性與負向情緒及社交壓抑傾向之差異

變項	負向情緒傾向			社交壓抑傾向		
	平均值 (標準差)	統計值	p 值	平均值 (標準差)	統計值	p 值
性別		t = 0.542	.590		t = -0.866	.388
男	7.06 (7.04)			8.17 (6.13)		
女	7.94 (8.60)			7.12 (6.74)		
年齡		r <sub>s</sub> = -0.183	<b>.019</b>		r <sub>s</sub> = -0.143	.068
教育年數		r <sub>s</sub> = -0.094	.232		r <sub>s</sub> = -0.006	.943
婚姻狀況 <sup>a</sup>		χ <sup>2</sup> = 0.45	.929		χ <sup>2</sup> = 1.49	.684
未婚	14.14 (3.58)			19.43 (7.07)		
已婚	14.22 (4.63)			16.28 (3.50)		
離婚	12.86 (4.26)			15.57 (2.94)		
喪偶	9.67 (1.21)			15.17 (3.37)		
宗教信仰		F = 1.129	.326		F = 0.292	.747
無	8.94 (8.08)			8.67 (7.18)		
佛/道教	7.23 (7.46)			7.97 (6.24)		
基督/天主教	4.92 (4.46)			5.22 (1.45)		
職業		t = 0.690	.491		t = 0.588	.557
無	7.58 (8.20)			8.22 (6.28)		
有	6.81 (6.16)			7.64 (6.24)		
身體功能狀態		r <sub>s</sub> = -0.187	<b>.017</b>		r <sub>s</sub> = -0.119	.131
B 型肝炎		t = 0.349	.727		t = -0.724	.471
無	7.61 (7.31)			7.42 (4.77)		
有	7.13 (7.40)			8.13 (6.64)		
已知罹患 B 型 肝炎時間		r <sub>s</sub> = -0.028	.727		r <sub>s</sub> = -0.084	.285
C 型肝炎		t = -2.294	<b>.023</b>		t = -0.339	.735
無	6.53 (7.00)			7.87 (6.45)		
有	9.65 (8.10)			8.27 (5.57)		
已知罹患 C 型 肝炎時間		r <sub>s</sub> = 0.166	<b>.034</b>		r <sub>s</sub> = 0.049	.531
BCLC 分期 <sup>a</sup>		χ <sup>2</sup> = 2.18	.227		χ <sup>2</sup> = 1.12	.572
A	7.53 (7.25)			8.22 (6.48)		
B	6.18 (7.52)			6.95 (5.21)		
C	10.0 (14.14)			12.0 (11.31)		
罹患肝癌時間		r <sub>s</sub> = -0.132	.093		r <sub>s</sub> = 0.053	.503
治療方式		F = 1.951	.145		F = 0.314	.731
僅外科治療	8.22 (7.49)			8.13 (6.78)		
僅內科治療	5.26 (7.34)			7.16 (5.36)		
外科及內科 治療皆有	6.84 (7.00)			8.18 (5.90)		
接受治療次數		r <sub>s</sub> = -0.164	<b>.037</b>		r <sub>s</sub> = 0.029	.709
復發次數		r <sub>s</sub> = -0.006	.941		r <sub>s</sub> = 0.077	.331
最後一次治療 時間 (距今)		r <sub>s</sub> = -0.069	.384		r <sub>s</sub> = -0.053	.513

<sup>a</sup> 表示為兩組以上類別變項，但各組人數分佈不平均使用 Krsuskal-Wallis 檢定為 χ<sup>2</sup> 值

表 10 肝癌病患基本屬性及疾病特性與疾病不確定感之差異

變項	平均值(標準差)	統計值	p 值
性別		t = -1.407	.161
男	55.80 (11.10)		
女	52.76 (11.10)		
年齡		r <sub>s</sub> = -.200	<b>.010</b>
教育年數		r <sub>s</sub> = -0.041	.600
婚姻狀況 <sup>a</sup>		χ <sup>2</sup> = 0.15	.985
未婚	54.43 (10.4)		
已婚	55.20 (11.2)		
離婚	56.00 (6.14)		
喪偶	54.67 (15.5)		
宗教信仰		F = 0.446	.641
無	53.61 (14.4)		
佛/道教	55.58 (9.95)		
基督/天主教	53.31 (17.0)		
職業		t = 0.290	.772
無	55.42 (9.53)		
有	54.89 (5.15)		
身體功能狀態		r <sub>s</sub> = -.193	<b>.014</b>
B 型肝炎		t = 0.681	.497
無	56.26 (10.0)		
有	54.86 (11.5)		
已知罹患 B 型肝炎時間		r <sub>s</sub> = 0.047	.551
C 型肝炎		t = 0.081	.936
無	55.22 (12.0)		
有	55.05 (7.42)		
已知罹患 C 型肝炎時間		r <sub>s</sub> = -0.022	.784
BCLC 分期 <sup>a</sup>		χ <sup>2</sup> = 2.03	.362
A	54.80 (11.50)		
B	55.92 (9.87)		
C	64.00 (12.7)		
罹患肝癌時間		r <sub>s</sub> = -0.140	.076
治療方式		F = 0.596	.552
僅外科治療	54.27 (12.0)		
僅內科治療	55.81 (9.61)		
外科及內科治療皆有	56.35 (10.5)		
接受治療次數		r <sub>s</sub> = 0.163	<b>.037</b>
復發次數		r <sub>s</sub> = 0.188	<b>.016</b>
最後一次治療時間(距今)		r <sub>s</sub> = -0.158	<b>.044</b>

<sup>a</sup>表示為兩組以上類別變項，但各組人數分佈不平均使用 Krsuskal-Wallis 檢定為 χ<sup>2</sup>

值



表 11 症狀困擾、人格特質與疾病不確定感之相關性 (N = 163)

變項	症狀困擾	負向情緒	社交壓抑	疾病不確定感
症狀困擾	1			
負向情緒	.452**	1		
社交壓抑	.205**	.390**	1	
疾病不確定感	.270**	.249**	.170*	1



表 12 D 型人格<sup>a</sup> 與非 D 型人格於各量表間之差異性分析 (N = 163)

變項	D 型人格	非 D 型人格	統計值	p 值
	(N=29)	(N=134)		
	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)		
性別			$\chi^2 = 0.129$	.719
年齡	57.81 (12.17)	61.8 (12.17)	t = 1.65	.102
教育年數	10.39 (5.16)	11.56 (4.93)	t = 1.18	.239
婚姻狀況			$\chi^2 = 1.380$	.710
宗教信仰			$\chi^2 = 0.087$	.537
職業			$\chi^2 = 0.078$	.781
身體功能狀態	97.74 (5.60)	99.17 (3.04)	t = 1.37	.180
B 型肝炎			$\chi^2 = 1.105$	.293
已知罹患 B 型肝炎時間	17.29 (13.84)	18.13 (15.09)	t = 0.28	.779
C 型肝炎			$\chi^2 = 0.211$	.646
已知罹患 C 型肝炎時間	1.87 (3.80)	3.74 (9.03)	t = 1.79	.075
BCLC 分期			$\chi^2 = 1.615$	.446
罹患肝癌時間 (年)	3.74 (3.27)	4.37 (4.07)	t = 0.80	.422
治療方式			$\chi^2 = 1.150$	.563
接受治療次數	2.22 (2.20)	2.45 (1.96)	t = 0.55	.581
復發次數	0.55 (0.85)	0.67 (1.16)	t = 0.57	.569
最後一次治療時間 (距今) (年)	1.90 (2.34)	2.51 (3.37)	t = 0.95	.345
症狀困擾 <sup>b</sup>	103.81	76.88	z = -2.88	<b>.004</b>
疾病不確定感 <sup>b</sup>	89.90	80.14	z = -1.04	.300

<sup>a</sup> D 型人格是指在負向情緒及社會壓抑兩項目得分皆  $\geq 10$

<sup>b</sup> 因兩組個案數相差過大，故採用 Mann-Whitney U 檢定，其計算之平均為 Mean Rank

表 13 以廣義估計方程式<sup>a</sup>分析肝癌病患疾病不確定感之預測因子 (N = 163)

變項	$\beta$	標準誤	95%信賴區間		P 值
			下界	上界	
年齡	-0.050	0.700	-0.187	0.087	.472
身體功能狀態	-0.268	0.183	-0.626	0.090	.142
復發次數	-0.176	1.007	-2.150	1.798	.861
治療次數	0.476	0.4525	-0.411	1.363	.293
最後一次治療時間 (距今)	-0.107	0.3817	-0.855	0.641	.780
症狀困擾前五名總分	0.583	0.4338	-0.267	1.433	.179
社交壓抑傾向	0.075	0.1421	-0.204	0.353	.598
負向情緒傾向	0.283	0.1197	0.049	0.518	<b>.018</b>
截距	77.05	19.49	38.85	115.25	

<sup>a</sup> 以 Independent working correlation matrix 進行分析



發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

## 國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002台北市中山南路7號  
承辦人：林景雅  
電話：02-2312-3456分機63594  
傳真：02-2395-1950  
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立台灣大學醫學院護理學系暨研究所孫秀卿助理教授

發文日期：中華民國100年2月18日

發文字號：校附醫倫字第1003700486號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：更正本院於100年2月8日核發之校附醫倫字第1003700382號函（本院案號：201101063RC）之正本受文者為：「國立台灣大學醫學院護理學系暨研究所孫秀卿助理教授」，請查照。

說明：

- 一、上述案件係國立台灣大學醫學院護理學系暨研究所孫秀卿助理教授所主持之「肝癌病患疾病不確定感、人格特質與因應行為之探討」（本院案號：201101063RC）純學術臨床試驗案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院C研究倫理委員會審查，同意核備，並提C研究倫理委員會第13次會議報備追認。
- 二、本會同意之臨床試驗計畫書、受試者說明及同意書等其他相關資料之版本日期如下：
  - （一）臨床試驗計畫書：第一版，日期：2011/1/10。
  - （二）受試者說明及同意書：第一版，100年01月10日。
  - （三）肝癌病患疾病不確定感、人格特質與因應行為之量表（含個人基本資料、症狀評估、疾病不確定感量表（社區版）、自我疾病的看法、D型人格篩檢及Brief COPE量表）：第一版 100/01/10。

正本：國立台灣大學醫學院護理學系暨研究所孫秀卿助理教授

副本：本院研究倫理委員會

院長 陳明豐

第1頁 共1頁

## 附件二 Brief COPE 量表使用授權

