

國立政治大學心理學系

碩士學位論文

乳癌與頭頸癌病人於「因應」上之差異

— 以「因應類別」與「因應方式」來探討

Coping Differences between Breast Cancer and Head and Neck

Cancer Patients

— Exploring with Coping Categories and Ways of Coping

指導教授：吳治勳 博士

研究生：黃暉傑 撰

中華民國 110 年 06 月

謝辭

謝謝治勳老師這八年來的教導，啟蒙了我對心理學還有臨床工作的想像，也讓我對於自己有更深刻且細膩的覺察與認識。謝謝你永遠把學生們的成長擺在第一順位，營造了一個非常自由且安全的環境，讓我們照著自己的樣子與步調前進。謝謝你總是對我們充滿無比信心，相信我們能持續成長，在我們日益茁壯的過程中你一邊細心呵護著我們，隨時準備在危急時刻出手救援，一邊還要努力壓制自己不要太快出手，希望把成長的空間留給我們。對我來說，這本論文不是為了符合學位要求的門檻，也不僅僅只是一個研究問題的回應，而是濃縮了這八年來心理學的學習以及對人生的體悟，謝謝你不厭其煩地陪我討論、修改，完成了這本我學習心理學八年的成果發表。

謝謝啟正老師常常以益友的形象扮演良師的角色，平時像是好友一樣，三不五時一起吃吃喝喝，談及臨床專業與生涯發展時，你也總是耐心陪伴與傾聽，並給予我許多既深且廣的真知灼見。看著你平常在各個領域走跳、付出，讓我了解臨床心理的工作有更多的面向與可能，以及身為臨床心理師絕對不能夠畫地自限，要對這個專業有更宏闊的眼界，對自己有更高的期許。最後也謝謝老師在口試時，提供了許多務實、精確的建議，讓我的研究能夠更聚焦，更有機會在臨床上實際應用。希望未來還可以跟老師繼續學習、一起吃吃喝喝！

謝謝逸如主任，臨床實習督導時我從主任身上學到如何將理論與臨床實務結合，用嚴謹的思維邏輯進行充滿溫度的臨床服務，而在論文的討論時，我又從主任身上學到研究最終是為了回到臨床現場的應用。謝謝主任這段時間的指導與親身示範，讓我了解到一名 scientific-practitioner 究竟是怎麼一回事。

謝謝曾老師這幾年溫暖細心的指導，讓我在學習肯定病人的力量時，也開始懂得如實看見自己的好並給予自己肯定。在面對困難的時候，我時常想起老師告訴我們「勇敢不是不會害怕，而是允許自己會害怕而能繼續面對」，也因此能更堅定地面對未來的每一個挑戰。

謝謝臨床心理中心督導與學長姐，謝謝琦郁、于婷兩位督導，在實習期間每一次的討論，都讓我對於臨床的現象與自我的覺察有更細膩的了解，除了學習成為更好的助人工作者，也讓我學習如何好好照顧自己、建立對自己合理的期待。謝謝瑞可、簡媽、思臻、亭妤、張煥、國倫幾位學長姐，無論是向你們學習，或者團體與追蹤和你們並肩作戰都是很棒的回憶，也協助我累積許多臨床的養分。

謝謝俞霈、詠儀、奕薰三位強大的夥伴，你們是令人安心的存在，也是最好的玩伴。在困頓貧乏的時刻，有你們一起崩潰、互相傾訴，至少感覺自己不是孤單一個人；在自我懷疑的時刻，你們溫暖而堅定的肯定讓我安穩踏實不少。謝謝你們對我發起的活動，小至平日的聚餐、唱歌，大至研究所的運動會，總是力挺到底。因為有你們的陪伴讓這四年的學習充滿著歡笑與回憶，真的好幸運有你們這群夥伴，能夠跟你們一起成長，是我莫大的榮幸與福氣。

謝謝研究室的大家，每一次的報告與討論都是珍貴的學習，能夠在彼此激盪中釐清自己的想法並發覺自己的盲點。特別想感謝品樺、昀芷、家暉、文琿、奕靜等學長學姊們，在撰寫論文的過程中，有你們的心血得以參考是重要的幫助，而前方的路也是你們跟老師們筆路藍縷走出來的，謝謝你們用親身的經歷讓我看到前方的路長的是什麼樣子，努力跟上你們的腳步之外，心中也能有所依循。

謝謝這段時間陪伴我的朋友們，無論是一句關心或鼓勵，都是非常重要的力量。想特別謝謝玉辰在計畫口試前陪我討論我的研究，點出了非常關鍵的問題點，也謝謝贊達時不時的關心，以及最後用專業的英文幫我修改摘要。

謝謝爸爸媽媽賜予我這麼棒的能力與特質，無論媽媽洞察人心的能力，或是爸爸的邏輯與幽默，都幫助我在這條路上走得更好。謝謝你們總是做我的強力後盾，給我百分百的信任與支持，讓我在經濟上無須擔心太多，一路念到了26歲。

回過頭來看，我一路是靠著大家的協助與滋養才能走到這裡，謝謝每一位曾幫助我的人，謝謝你們。

最後謝謝自己，無論遇到了什麼困難，仍然堅持到現在，一步步朝更好的自己邁進。

摘要

緒論：臨床實務常見乳癌與頭頸癌病人因應壓力之行為表現不同。雖然過往研究可知壓力因應對於癌症病人後續的生理與心理適應有很大的影響，然少有研究細究以何種標準來比較因應較為適切。本研究目的為比較未進行分類之「因應方式 (ways of coping)」以及基於「演繹法」與「歸納法」兩種方式建立的「因應分類 (coping categories)」，以了解分類對於因應類別中的因應方式組成、乳癌與頭頸癌病人之因應特性差異、及因應對於後續心理適應之預測力影響為何。

研究方法：本研究對象為台灣北部某醫學中心確診乳癌及頭頸部癌症入院接受腫瘤切除手術之病人，於病人術後一與三個月時進行收案。研究工具以「短版癌症因應量表 (Brief-COPE)」測量病人的因應，並以情緒壓力評估、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷測量病人後續之心理適應。透過演繹分類法與歸納分類法建立因應類別後，比較兩種分類方式之因應類別中因應方式組成的異同，並透過變異數分析與獨立樣本 t 檢定比較兩類癌別於不同因應類別與因應方式之差異，並以多元迴歸分析不同因應類別與因應方式對於病人後續心理適應的預測力。

研究結果：本研究納入 105 位乳癌病人與 76 位頭頸癌病人。演繹分類法將短版因應量表之因應方式分成「問題取向因應」、「情緒取向因應」、及「失功能因應」等三個因應類別。歸納分類法利用探索性因素分析將短版癌症因應量表分成「個人內因應」、「社會支持因應」、及「逃避因應」等三個因應類別。兩種分類法建立之因應類別的因應方式組成差異多達八項。「因應類別」與「癌別」之混合設計變異數分析結果顯示，僅歸納分類法獲得之因應類別在因應與癌別의 交互作用效果顯著，乳癌在「社會支持因應」上顯著高於頭頸癌，在其餘兩種因應上則無顯著差異。「因應類別」於後續心理適應預測比較上，「歸納分類法」之預測力較「演繹分類法」略佳。「個人內因應」可顯著負向預測兩類癌別病人的情緒壓力，顯著正向預測兩類癌別病人四個面向的生活品質；「逃避因應」可顯著正向預測兩類癌別病人的情緒壓力，顯著負向預測兩類癌別病人四個面向的生活品質。在

「因應方式」之比較結果顯示，乳癌病人於「尋求情緒性社會支持」、「尋求工具性社會支持」、及「情緒宣洩」上顯著高於，於「自責」上顯著低於頭頸癌病人。在因應方式對於心理適應的預測分析中，「接受」、「幽默」、「情緒宣洩」、「正向再建構」、「分心」、「行為脫離」、及「自責」等因應方式皆能顯著預測情緒壓力或生活品質，其中「自責」與「正向再建構」為較具預測力的因應方式，「自責」可顯著負向預測頭頸癌病人的心理、社會、及環境生活品質，「正向再建構」可顯著正向預測乳癌病人四個面向的生活品質。

討論與結論：本研究以單筆資料討論演繹法與歸納法之因應分類，發現分類方式會造成因應類別中所包含的因應方式組合不同，而有不同的比較結果。歸納分類法對於兩類癌別有較佳區辨力，且對後續心理適應有較佳的預測力。然而歸納分類法於不同研究間常得到不同的因應方式組合，造成跨研究之間比較的困難。本研究結果顯示，「因應方式」應最適合作為此類臨床因應研究之討論基準，其中以「正向再建構」與「自責」有最佳的區辨力及預測力。將罹癌原因歸因於不良的生活習慣（如：抽菸、嚼檳榔）可能使頭頸癌病人較易以「自責」來因應疾病壓力，若他人以限制與責備的方式來表達關心，病人可能加深自責、減少連結，而使生活品質變差。而乳癌病人較常使用「正向再建構」，可能與有較多的社會支持有關，進而促進較佳的生活品質。從「正向再建構」與「自責」等因應方式的層次來理解病人的因應歷程，亦應有助於臨床工作者針對乳癌與頭頸癌不同的因應特性，進行差異化的評估並協助調整，以利後續適應。

關鍵字：因應、自責、正向再建構、情緒壓力、生活品質

Abstract

Objective: Breast cancer (BCa) and head and neck cancer (HNC) patients appear to cope with their illness differently during treatments. While previous studies have suggested that coping could remarkably impact on illness adaptation, there is no consensus on how to compare coping. Therefore, by investigating (1) ways of coping, (2) inductive coping categories, and (3) deductive coping categories, this current study aims to identify an appropriate method to compare coping differences between BCa and HNC patients, and to reveal the predictability differences of coping on the well-being of these patients based on these categories.

Method: A total of one 105 breast cancer patients and 76 head and neck patients were included in this study. All patients were recruited from the same medical center in northern Taiwan. Participants were asked to fill questionnaires on coping (the Brief COPE) at 1-month post-surgery, emotional distress (The Distress Thermometer), and quality of life (WHOQOL-Taiwan Brief) at 3-month post-surgery. Deductive coping categories (problem-focused, emotion-focused, and maladaptive coping) were defined by the original design of the brief COPE. Exploratory factor analysis (EFA) was used to identify inductive coping categories. Analysis of Variance (ANOVA) and independent sample *t*-tests was used to examine the coping differences in BCa and HNC patients. Finally, multiple regression analysis was applied to examine if ways of coping, inductive, and deductive coping categories could predict BCa and HNC patients' well-being.

Results: The results of the EFA showed that the Brief COPE inventory could be merged into three inductive coping categories: self-sufficient, socially-supported, and avoidant coping. Eight out of 14 "ways of coping" were clustered into different categories between inductive and deductive coping categories. The ANOVA results

showed a significant interaction on inductive coping categories, such that while BCa and HNC patients were not different in "self-sufficient coping" and "avoidant coping", BCa patients showed a higher level of "socially-supported coping" than HNC patients. Furthermore, the inductive coping categories had better predictabilities on well-being than the deductive coping categories. In both BCa and HNC patients, (1) the self-sufficient coping could negatively predict emotional distress and positively predict all four aspects of QoL at 3-month post-surgery; (2) the avoidant coping could positively predict emotional distress and negatively predict all four aspects of QoL of both types of cancer patients at 3-month post-surgery. Regarding the differences of the "ways of coping," results revealed that patients with BCa were higher on "using emotion social support," "using instrumental social support," and "venting," and lower on "self-blame" than HNC patients. Furthermore, results of multiple regressions also showed that "accept," "humor," "venting," "positive reframing," "self-distraction," "behavioral disengagement," and "self-blame" could significantly predict emotional distress and QoL. In which "self-blame" and "positive reframing" had the best predictability: "self-blame" could negatively predict mental, social, and environmental aspects of QoL in HNC patients, and "positive reframing" could positively predict all four aspects of QoL in BCa patients.

Discussion: By comparing the compositions of the deductive and the inductive coping categories, the present study has demonstrated different categorizing approaches could result in different combinations of coping behaviors, thereby leading to unexplainable mixed results. This study suggests the inductive coping categories should be outstanding in differentiating coping used by BCa from HNC patients as well as predicting subsequent well-being. However, the inductive approach often results in different combinations of "ways of coping" in different studies, making it difficult to compare results among studies. Thus, the current study recommends the "ways of

coping" as an appropriate benchmark for coping comparison in clinical settings. Among all 14 "ways of coping," the most important ones concerning BCa and HNC patients might be "self-blame" and "positive reframing." HNC patients might tend to use "self-blame" to coping to illness if they attribute their unhealthy habits (such as smoking and chewing betel nut) as the cause of cancer. If the others also blamed the HNC patients on these habits, these patients' social resources could be reduced, and leading to worsened quality of life. On the other hand, BCa patients often show higher social support levels, thus having more resources for "positive reframing," facilitating a better quality of life. In conclusion, "ways of coping" (such as "positive reframing" and "self-blame") might be a better approach while discussing the concept of coping in clinical settings. According to their characteristics on the "ways of coping," it might enable us to help patients with different cancer with better communication, evaluation, and intervention.

Keywords: coping, self-blame, positive reframing, emotional distress, quality of life



目次

第一章	緒論	1
第一節	研究動機與目的.....	1
第二節	文獻回顧.....	3
一、	壓力因應及其階層分類.....	3
二、	癌症病人的壓力因應.....	10
三、	因應類別、因應方式與心理適應的關係.....	21
第三節	研究假設.....	25
第二章	研究方法	31
第一節	研究參與者與研究流程.....	31
第二節	研究工具.....	32
一、	短版因應量表.....	32
二、	情緒壓力評估.....	32
三、	台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷.....	33
第三節	資料分析.....	34
一、	描述統計.....	34
二、	以歸納分類法建立因應類別.....	34
三、	內部一致性檢驗.....	34
四、	乳癌與頭頸癌病人因應之差異分析.....	35
五、	乳癌與頭頸癌病人因應對結果變項之預測分析.....	36
第三章	研究結果	37
第一節	樣本資料及各變項描述統計.....	37
第二節	建立並比較演繹分類法與歸納分類法之異同.....	38
一、	題項分析.....	38
二、	探索性因素分析.....	39

三、	內部一致性檢驗.....	44
第三節	不同因應分類方式於乳癌與頭頸癌病人上之差異.....	45
一、	因應方式 (WOC)	45
二、	因應類別比較.....	46
第四節	預測比較.....	48
一、	預測變項描述統計.....	48
二、	因應類別、因應方式、及結果變項相關.....	49
三、	因應方式對術後三個月結果變項之預測.....	52
四、	因應類別對術後三個月結果變項之預測.....	55
第四章	討論.....	59
第一節	分類方法對於比較因應特性的影響.....	59
一、	演繹分類法與歸納分類法各因應類別之組成差異比較.....	59
二、	演繹分類法與歸納分類法於比較兩癌因應使用頻率的差異..	60
三、	演繹分類法與歸納分類法於預測兩癌後續適應指標的差異..	62
四、	小結.....	64
第二節	因應方式對於兩類癌別在比較、預測上的差異.....	65
一、	乳癌與頭頸癌於因應方式比較的差異.....	65
二、	乳癌與頭頸癌於因應方式預測後續心理適應指標的差異.....	67
第三節	「因應類別」與「因應方式」的比較.....	73
一、	因應方式組合對於類別概念在比較平均數、預測力的影響..	73
二、	因應類別組成不一致對推論造成的影響.....	75
三、	小結.....	77
第四節	研究貢獻及臨床應用.....	78
第五節	研究限制與未來方向.....	80
參考文獻	81	
附錄	88	

附錄一 短版因應量表.....	88
附錄二 情緒壓力評估.....	90
附錄三 世界衛生組織生活品質問卷（台灣簡明版）.....	91
附錄四 乳癌短版因應量表各題項之描述統計.....	93
附錄五 頭頸癌短版因應量表各題項之描述統計.....	94





表次

表 1-2-1 分類為趨近因應與逃避因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式.....	12
表 1-2-2 分類為問題取向因應與情緒取向因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式.....	17
表 1-3-1 短版因應量表因應方式與題項對照表.....	26
表 1-3-2 以演繹分類法建立之因應類別中所包含的因應方式.....	27
表 3-1-1 各癌別之性別與年齡層描述統計表.....	37
表 3-2-1 短版因應量表因應方式之描述統計.....	38
表 3-2-2 全樣本三因素之探索性因素分析因素負荷量表.....	40
表 3-2-3 分癌別之因應方式相關係數表.....	41
表 3-2-4 乳癌病人之探索性因素分析因素負荷量表.....	42
表 3-2-5 頭頸癌病人之探索性因素分析因素負荷量表.....	42
表 3-2-7 兩種因應分類方式各因素之內部一致性結果表.....	44
表 3-3-1 乳癌與頭頸癌 14 種因應方式之描述統計及 <i>t</i> 檢定比較.....	45
表 3-3-2 演繹分類法因應與癌別之描述統計及變異數分析表.....	46
表 3-3-3 歸納分類法因應與癌別之描述統計及變異數分析表.....	47
表 3-4-1 情緒壓力總分與四面向生活品質描述統計表.....	48
表 3-4-2 分癌別之因應方式、情緒壓力總分、及四面向生活品質相關係數表..	50
表 3-4-3 分癌別之因應類別、情緒壓力總分、及四面向生活品質相關係數表..	51
表 3-4-4 因應方式預測情緒壓力總分迴歸分析結果表.....	53
表 3-4-5 因應方式預測生活品質迴歸分析結果表.....	54
表 3-4-6 因應類別預測情緒壓力總分迴歸分析結果表.....	56
表 3-4-7 因應類別預測生活品質迴歸分析結果表.....	57
表 4-1-1 因應類別與癌別之變異數分析結果整理.....	61

表 4-1-2 因應類別預測後續適應指標簡要整理.....63

表 4-2-1 因應方式預測後續適應指標簡要整理.....71



圖次

圖 1-2-1：壓力階層模式圖（Skinner et al., 2003）	8
圖 1-3-1 以演繹分類法建立的因應類別	28
圖 1-3-2 以歸納分類法建立的因應類別	28





第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

惡性腫瘤（癌症）為台灣十大死因之首，年齡標準化下的癌症發生率為每十萬人 305.4 人（行政院衛生福利部國民健康署，2020）。隨著醫療技術的進步，我們能在更早期篩檢出癌症、治療介入，延長癌症病人的存活時間並提升存活率，因而癌症逐漸有慢性化的趨勢，研究者也開始將更多心力投注於了解癌症病人在罹癌後的身心適應與生活品質（Brandao, Schulz, & Matos, 2017; Dunne et al., 2017; Kvillemo & Branstrom, 2014; Rogers, Ahad, & Murphy, 2007）。

癌症是可能威脅生命的疾病，對病人在生理、心理、及社會等諸多面向造成影響，罹癌之後病人須面對手術、化療、及電療等各式治療，生病過程中還會經驗到疾病造成的身體症狀，以及治療的副作用。面對疾病、治療的不確定性以及症狀、治療副作用造成的不適，病人常經歷憂鬱、焦慮、及擔心等負向情緒（Bidstrup et al., 2015; Hay, Buckley, & Ostroff, 2005; Watts et al., 2014）。癌症也可能影響飲食、睡眠、講話、及社交等生活功能，為生活增加許多挑戰與困難（Dedert et al., 2012; Ganzer, Rothpletz-Puglia, Byham-Gray, Murphy, & Touger-Decker, 2015; Van Cann, Dom, Koole, Merckx, & Stoelinga, 2005; van den Berg et al., 2014）。此外，即便治療穩定後，部分病人仍可能面對生活功能改變造成的影響，或者對於復發感到擔心（Simonelli, Siegel, & Duffy, 2017）。由此可知，癌症的影響是橫跨生活中的多個面向以及長時間的。

過去研究顯示，壓力因應對於癌症病人後續的生理及心理適應有很大的影響，例如：因應與癌症病人的存活率有關（Chida, Hamer, Wardle, & Steptoe, 2008），適應性的因應有助於減少心理沮喪、憂鬱、焦慮等負向情緒（Ichikura, Yamashita, Sugimoto, Kishimoto, & Matsushima, 2017; Morris, Moghaddam, Tickle, & Biswas, 2017; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, & Koutri, 2007），增加病人後續的生活品質（Greer et al., 2018; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, & Mood, 2004），

以及提高從壓力經驗獲得成長的機會 (Llewellyn et al., 2013; Silva, Crespo, & Canavarro, 2012)。癌症病人的壓力因應，在後續的心理適應扮演重要的角色，因此，有許多研究者針對病人的因應進行心理介入與衛教課程 (Sanjida et al., 2018; Tsimopoulou et al., 2015)，希望藉由調整病人的壓力因應來促進其後續身心適應。

筆者在全職臨床心理實習的過程中，有一項訓練課程為帶領乳癌及頭頸癌的術前心理衛教團體。臨床心理師會於團體中向確診乳癌或頭頸癌且隔天即將接受腫瘤切除手術的病人介紹壓力、壓力因應等概念，進行自我暗示放鬆訓練，並與病人討論其對於確診罹癌、手術、後續治療等壓力源的想法、感受以及習慣的應對方式，來促進病人對於壓力的自我覺察以及自身資源的運用。過程中觀察到癌症病人對於自身因應的描述多是具體的行為、思考方式或者情緒反應，例如「來醫院檢查、動手術」、「跟家人講，請他們幫忙」、「先不要想太多」、「盡量往好的方面想」、及「當下覺得世界要崩塌了，腦中一片空白」等等，與因應相關研究結果常用的因應類別與層次，例如：問題取向因應 (Problem-focused coping)、情緒取向 (Emotion-focused coping)、逃避因應 (Avoidant coping) 並不相同。

此外，臨床上觀察乳癌病人與頭頸癌病人對於自身因應的描述，以及在術前衛教團體中呈現的因應行為有很大的不同。例如：乳癌病人較能夠描述自己如何因應癌症對生活的影響，且常在團體中積極地詢問有關手術、化療以及後續照顧的注意事項；頭頸癌病人則時常以「交給醫生」與「遇到了只能面對，不要想太多」作為因應疾病與手術壓力的描述。

綜合上述，癌症病人的因應對於病人的生理、心理適應有很大的影響，亦有許多研究者針對病人的因應進行心理介入、衛教課程，希望藉由調整病人的壓力因應來促進其後續的身心適應。然而，「不同癌別病人的因應特性是否相同」、「需要的協助是否類似」等問題在過往的研究中較少被探討。筆者希望針對臨床上不同因應特性的病人提供更適切的協助，因此本研究希望了解乳癌與頭頸癌病人是否在因應上不同，以及在因應的哪些面向以及層次上不同。

第二節 文獻回顧

一、 壓力因應及其階層分類

壓力因應 (coping) 是個體在面對壓力情境時，透過情緒、認知及行為等方式協助自身穩定身心狀態的歷程，其作用包含幫助個體運用資源面對內外壓力、減少內外需求與知覺所擁有資源之落差，以及減少或忍受壓力對個體造成的影響 (Folkman & Lazarus, 1980)。根據 Lazarus 與 Folkman (1984) 提出的壓力與因應互動模型 (transaction model of stress and coping) 認為壓力因應是針對壓力情境的動態歷程，個體在面對壓力情境時，會同時評估環境的要求與自身有哪些資源可以運用。若認為與自身有關且為壓力，則可能將壓力情境評估為挑戰 (challenge)、威脅 (threat) 及失落 (loss) 三類，並隨著壓力情境的特性、脈絡不同來調整因應方式進而幫助個體更有效率地達成環境的要求。

壓力因應除了是動態歷程之外，Pearlin 與 Schooler (1978) 認為因應並非單一向之行為反應，而是綜合行為、認知、知覺等元素形成的多面向概念 (p.7-8)，因此各學者基於不同的理論及實徵研究發展出不同的因應分類方式，提供我們對於壓力因應有更多面向與角度的理解。以下將介紹與疾病因應較相關的因應類別概念：

(一) 趨近因與逃避因應

Roth 與 Cohen (1986) 整理過往針對強烈威脅、創傷經驗等重大壓力事件的因應研究，歸納出因應可以依照因應的方向性是趨向壓力源或者遠離壓力源分成「趨近因應 (approach coping)」與「逃避因應 (avoidance coping)」。趨近因應指的是個體接近壓力情境進行因應，而逃避因應則是個體試圖遠離壓力情境，或將自身從壓力情境中脫離出來；雖然兩者因應的方向性不同，但兩者同時都包含認知、情感、行為等元素，協助個體面對壓力情境。

Roth 與 Cohen (1986) 認為遭遇重大壓力初期短暫地逃避因應有助於穩定個體狀態、緩和衝擊、及避免被焦慮的感受淹沒，讓個體能保持希望與勇氣，累積資源促進後續的趨近因應。長期使用逃避因應通常指向較負向的適應結果 (Richard S Lazarus & DeLongis, 1983; Mullen & Suls, 1982)，個體可能會出現麻木、壓抑、闖入性意念，或為了避免接觸威脅資訊而產生迴避行為 (avoidant behavior)，錯失解決問題的機會，甚至影響個體的日常生活功能。

趨近因應可以透過認知的方式構思解決方法，或者利用行為影響壓力情境；而針對壓力源進行的情緒因應，則讓個體有機會完整地經驗壓力並讓壓力造成的負向感受獲得抒發，以上皆有助於問題解決，並增加個體的控制感。此外，Horowitz (1979) 指出趨近因應是個體在遭遇創傷經驗後能夠將威脅經驗整合至自我結構 (self-structure) 的唯一方法，因此當壓力情境為可控制時，趨近因應有更多機會可以解決問題、調整外在環境，進而讓個體有較適應性的結果。然而，個體採用趨近因應的同時，可能經驗到較多的負向感受，而當壓力情境為無法控制、無法改變時，可能會讓個體的趨近因應既消耗資源又無法解決問題，長期而言可能造成資源耗盡、習得無助，反而有更不好的適應結果。

(二) 問題取向因應與情緒取向因應

根據 Lazarus 與 Folkman 提出的壓力與因應互動模型 (Folkman and Lazarus, 1980, 1985; Lazarus and Folkman, 1984)，壓力因應可依照其功能分為「問題取向因應 (problem-focused coping)」與「情緒取向因應 (emotion-focused coping)」。問題取向因應指的是個體試圖改變或控制外在環境，影響壓力源而做出的行為，例如：主動因應、計畫等；情緒取向因應則是個體透過認知、行為等方式減緩、管理壓力情境所造成個體不適感受與想法，例如：接受、正向再詮釋、脫離壓力情境等。Folkman 與 Lazarus (1980) 指出當個體遭遇壓力情境時，常常同時採用問題取向因應及情緒取向因應，使用情緒取向因應有助於個體穩定身心狀態、累

積資源促進使用問題取向因應；使用問題取向因應亦有助於降低個體情緒激發與困擾，顯示個體在壓力情境中的因應是複雜且多面向的。

然而，Folkman 與 Lazarus (1985) 發現問題取向因應與情緒取向因應具有重疊的因素負荷量，因此修正原本的理論，認為應該加入混用問題取向以及情緒取向 (mixed problem-focused and emotion-focused) 的因應類別，例如：尋求社會支持 (seeking social support)。

(三) 問題取向因應、情緒取向因應、及逃避/失功能因應

有研究者認為將因應分成問題取向因應及情緒取向因應兩個概念過於簡化。Tobin 等人 (1989) 參考 Folkman 與 Lazarus (1980) 所發展的因應方式問卷 (Ways of Coping Checklist, WOC)，形成測量因應策略的問卷 (Coping Strategies Inventory, CSI)，並整合 Roth 與 Cohen (1986) 提出的趨近與逃避因應的概念以及 Lazarus 與 Folkman (1985) 提出的問題取向與情緒取向因應的概念，透過階層性因素分析得到將因應策略分成三個階層的模式。最高層次為涉入因應 (engaged coping) 與脫離因應 (disengaged coping)，其中涉入因應指的是個體針對壓力情境及其引發的情緒進行控制與調整，脫離因應則是指個體將自身從壓力情境或者其引發的情緒中脫離出來的因應。第二層次分成 4 個類別，每個類別下都包含 2 種第三層次的因應策略，其中問題涉入因應 (engaged problem coping) 包含問題解決、認知重建；情緒涉入因應 (engaged emotion coping) 包含社會支持、情緒表達；問題脫離因應 (disengaged problem coping) 包含問題逃避、一廂情願的思考；情緒脫離因應 (disengaged emotion coping) 包含社交退縮、自我批判。

有研究者則認為逃避因應應獨立成一個因應類別進行討論 (Amirkhan, 1990; Billings & Moos, 1981)，Endler 與 Parker (1990) 參考了過往測量因應的問卷後發展了多面向因應問卷 (Multi-dimensional Coping Inventory, MCI)，並將因應分成作業取向因應、情緒取向因應以及逃避因應。Scheier、Weintraub 及 Carver (1986) 認為問題取向因應包含的因應策略屬於同質且一致的，但情緒取向因應的因應策

略則應該依照方向性分成趨向以及逃避兩個類別，因此將逃避因應的概念從情緒取向因應中區分出來。Carver、Scheier 及 Weintraub (1989) 進一步根據 Lazarus 與 Folkman (1984) 提出的壓力與因應互動模型以及 Scheier 與 Carver (1988) 提出的行為自我調節模式 (model of behavioral self-regulation)，發展出 COPE 量表，將因應策略分成問題取向因應、情緒取向因應以及失功能因應三類，其中「問題取向因應」包含：主動因應、計畫、抑制拮抗活動、限制性因應反應、及尋求工具性社會支持等五種策略；「情緒取向因應」包含：尋求情緒性社會支持、正向再詮釋 (positive reinterpretation)、接受、轉向宗教活動、及否認等五種策略；「失功能因應」包含：情緒聚焦及宣洩、行為脫離、心理脫離、及使用酒精等四種策略。Carver (1997) 則沿用上述的概念並透過縮減題項、重新因素分析，發展出更簡短、臨床實務更容易使用的短版因應量表 (Brief COPE)。

(四) 初級控制因應 (primary control) 與次級控制因應 (secondary control)

有學者以覺知控制感 (perceived control) (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982) 的概念來切入，認為可以依照個體試圖控制對象的不同來分類因應。「初級控制因應」指的是個體針對外在環境進行控制，試圖改變壓力源或者因壓力源造成的情緒反應，如：問題解決、情緒調節、情緒表達等。「次級控制因應」則強調個體控制自身的想法與行動配合環境進行調整，以達到適應的結果，如：接受、認知再建構等等 (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001)。後續有學者認為此一觀點忽略了個體在因應時有不作為、脫離 (disengagement) 的可能性，因此認為除了初級控制因應、次級控制因應之外，應該要加上放棄控制因應 (relinquished control) (Rudolph, Dennig, & Weisz, 1995)。

有學者則以類化 (assimilation) 與同化 (accommodation) 的概念進行類似的討論 (Brandtstadter & Renner, 1990)，其中類化指的是個體試圖將環境塑造成適合自己的狀態，而同化則是指個體在環境限制中調整自己的喜好進而配合環境。

(五) 個人內因應 (self-sufficient)、社會支持因應 (socially-supported)、逃避因應 (avoidant)

Litman (2006) 以 230 名大學生為研究對象，使用 COPE 量表 (Carver & Scheier, 1989) 測量大學生針對考試壓力的因應方式並進行因素分析，分析結果呈現壓力因應可以用是否使用到社會支持作為分類依據分為：「個人內因應」、「社會支持因應」、及「逃避因應」。個人內因應指的是個體透過自己的努力 (認知、情緒、行為等等) 來因應壓力，其中包含：主動因應、計畫、抑制拮抗活動等策略、及限制性因應反應等策略；社會支持因應則是透過向外尋求資源因應壓力，其中包含：尋求情緒性社會支持、尋求工具性社會支持、及情緒聚焦及宣洩等策略；逃避因應則包含：否認、物質使用、行為脫離、及心理脫離等策略。

Wang 等人 (2018) 將短版因應量表翻譯成中文版，針對台灣乳癌病人及女性風災倖存者的壓力因應，並依照 Litman (2006) 所提出以社會支持作為分類依據的三因素概念進行因素結構檢驗。結果顯示，高階三因素模型具有最佳的建構效度，其中個人內因應包含主動因應、計畫、幽默、正向再建構、及接受等五種策略；社會支持因應包含尋求工具性社會支持、尋求情緒性社會支持、情緒宣洩、及宗教因應等四種策略；逃避因應包含分心、否認、行為脫離、及自責等四種策略。物質使用 (substance use) 因為變異度太小故在分析中被排除。該研究亦發現這樣的因應分類方式在台灣的乳癌病人具有良好的信度與預測效度。

透過上述整理，可以發現過往的研究者從因應的方向性 (趨近/逃避)、功能 (問題取向/情緒取向)、個體希望控制的對象 (初級控制/次級控制)、及使用的資源是否牽涉社會支持 (個人內/社會支持) 等不同的面向來形成對於壓力因應的分類依據，可見壓力因應的確是涵蓋多個面向的概念。

Skinner、Edge、Altman 及 Sherwood (2003) 整理過往的壓力因應分類研究，以及相關的驗證性因素分析研究 (Ayers, Sandier, West, & Roosa, 1996; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000; Tobin et al., 1989; Walker,

Smith, Garber, & Van Slyke, 1997) 後認為壓力因應是一個「組織性的建構 (organizational construct)」，並提出壓力階層模型 (圖 1-2-1)。因應階層中，最低階層應是因應實例 (instances of coping)，代表個體針對特定壓力源當下的即時反應 (real-time responses)；最高階層則是適應性歷程 (adaptive processes)，在壓力源與個體的生理、心理、社會等各個面向之間進行調節，目的在於幫助個體持續適應環境。在因應實例以及適應性歷程之間，他們認為應該至少包含兩個階層，分別是因應方式 (ways of coping) 以及因應家族 (families of coping)。因應方式又常被稱作因應策略 (coping strategies)，由多個具有相同行動類型 (action type) 的因應實例所組成的概念，在分析 100 種不同測量因應的工具後，他們找出研究文獻中至少有 400 種因應方式，而因應方式可依照其適應性功能被歸類到更高層次的因應家族之中。

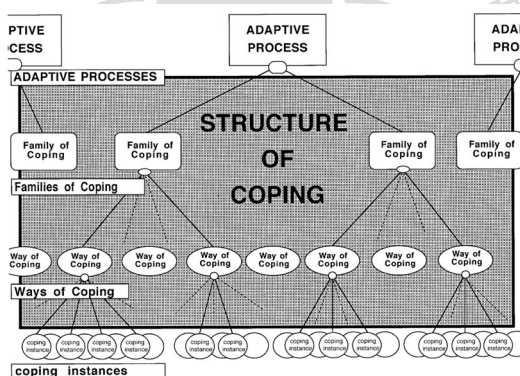


圖 1-2-1：壓力階層模式圖 (Skinner et al., 2003)

Skinner 等人 (2003) 認為任何單一的分類方式都會出現無法包含所有因應實例以及構念定義不清導致混用的問題，並提出探討因應時應該要以階層的概念來思考。經過整理他們認為過往的因應研究在建立因應階層類別時，主要有兩種方法，分別是由下而上的建構歷程 (bottom-up process) 與由上而下的建構歷程 (top-down process)。由下而上的建構歷程，又稱為歸納式歷程 (inductive process)，是指將下階層的因應實例、因應方式以探索性因素分析 (Exploratory Factor Analysis, EFA) 或者理性分類 (Rational Sorting) 等方式，歸納進高層次的因應類別中。由上而下的建構歷程，又稱為演繹式歷程 (deductive process)，是指透

過先行理論建構出高層次因應類別的概念與定義，再依照理論定義與構念將低層次的因應實例、因應方式分類至高層次因應類別中。透過演繹式歷程與歸納式歷程來分類因應各有優缺點，其中歸納分類法能協助因應實例與因應方式盡可能地完整，而且透過歸納分類法建立的因應類別組成，會與樣本資料的構念接近，較具樣本代表性；然而，透過歸納分類法建立的因應類別只能算是彼此相關的因應被湊再一起，並沒有很好的理論基礎，過去也發現透過此種方式建立的因應階層與類別容易受到樣本特性影響，讓因應的階層結構、因應類別中包含的因應方式在每個研究中都不同，造成跨研究之間比較的困難。演繹分類法透過依循理論的概念與定義彌補上述的缺陷；然而，透過演繹分類法建立的因應類別在與樣本的適配性與代表性不足，是此類方法的最大劣勢。因此，Skinner 等人（2003）建議在建構因應階層時，必須同時兼顧由演繹與歸納兩種分類歷程，在建構低階因應需要透過歸納式歷程，藉由實際的資料使因應實例與因應方式盡可能完整，在建構中高階因應類別時，必須納入理論作為依據進行演繹式歷程建構，而最好的方式是以適應的角度作為切入點（p.219）。

經過上述整理，研究者普遍認同壓力因應是動態的歷程，並且具有多面向、多層次的概念，有許多學者針對因應提出了不同的分類方式，Skinner 等人（2003）則更進一步統整過往研究，強調因應階層的重要性，認為在建構因應階層時必須兼顧由下而上以及由上而下的歷程。有鑑於此，因本研究之目的是要針對乳癌與頭頸癌的因應進行比較，則找尋適當、一致的比較基準，是進行比較的第一步。下一段將針對目前癌症病人的因應研究中，如何使用階層與類別的概念、常見的分類標準為何，以及這些研究之結果進行整理，試圖尋找適當的階層與分類方式作為比較依據。

二、 癌症病人的壓力因應

整理癌症病人壓力因應相關的研究所使用的因應類別時，發現有許多研究以趨向壓力源或者遠離壓力源分類因應，如：主動因應（active coping）與逃避因應（avoidance coping）（Bellizzi & Blank, 2006; Kershaw et al., 2004）、涉入因應（engaged coping）與脫離因應（disengaged coping）（Yang et al., 2008）等；亦有許多研究以因應的功能將因應分成問題取向因應（problem-focused coping）與情緒取向因應（emotion-focused coping）（Aarstad, Beisland, Osthus, & Aarstad, 2011; Bussell & Naus, 2010; Roussi et al., 2007）。若將這些因應類別（即：趨近因應與逃避因應、問題取向因應與情緒取向因應）進一步比較使用相同因應類別名稱的不同研究時，發現不同研究所使用的因應類別所包含的因應方式不盡相同，例如：同是使用「趨近因應」這個類別名稱，在使用相同量表的不同研究中所包含的因應方式卻經常不太一樣，且因應與適應的研究結果也有所不同。詳述如下：

（一）以趨近因應與逃避因應作為因應分類依據的研究整理

以趨向壓力源或者遠離壓力源做為因應分類依據的研究整理請見表 1-2-1。可以發現雖然因應皆是以朝向或遠離壓力源作為分類依據，但相同因應類別所包含的因應方式卻不一致。在 Yang 等人（2008）以 65 位乳癌復發病人做為對象的研究中，他們對短版因應量表進行探索性因素分析，得到兩個因素分別為涉入因應（engaged）以及脫離因應（disengaged），其中涉入因應包含主動因應、計畫、尋求工具性社會支持以及正向再建構等四種因應方式，脫離因應則包含否認、物質使用以及行為脫離等三種因應方式。Bellizzi 與 Blank（2006）以初診斷且完成癌症治療的病人為對象的研究中，也透過探索性因素分析獲得主動因應（active）以及逃離因應（escapist）等兩個因素，其中主動因應包含分心、主動因應、尋求情緒性社會支持、尋求工具性社會支持、情緒宣洩、正向再建構、計畫、接受以及宗教因應等九種因應方式；逃離因應則包含否認、物質使用以及行為脫離等三

種因應方式。Kershaw 等人 (2004) 針對 250 位晚期乳癌病人進行的研究則透過因素分析得到主動因應 (active) 以及逃避因應 (avoidant) 兩個因素，其中主動因應包含接受、尋求情緒性社會支持、宗教因應、主動因應、計畫、正向再建構等六項因應方式；逃避因應則包含情緒宣洩、否認、物質使用以及行為脫離等四種因應方式。

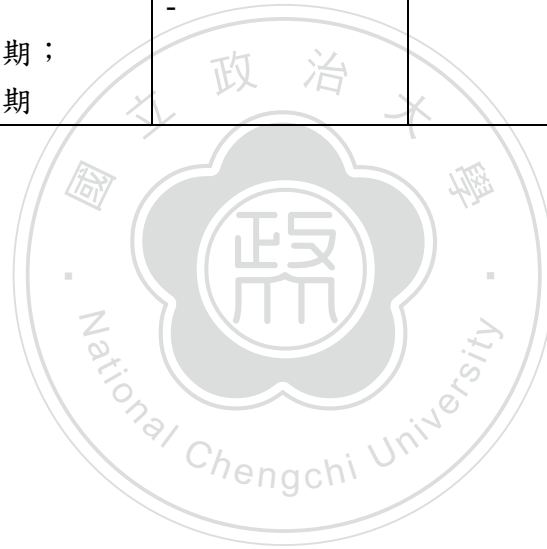
上述研究皆使用短版因應量表做為測量因應的工具，以探索性因素分析進行分析並以趨近、逃避的概念做為分類因應的依據。其中 Bellizzi 與 Blank (2006) 將「分心」因應方式納入與理論概念衝突的「主動因應」類別，且將「情緒宣洩」因應方式歸類於「主動因應」類別，然而 Kershaw 等人 (2004) 在使用相同測量工具、研究方法以及分類概念的狀況下，將「情緒宣洩」因應方式納入「逃避因應」類別，因此相同的「因應方式」在不同研究中卻被分在概念相反的類別中。另外，也有研究者僅使用「正向再建構」單一因應方式作為「主動因應」類別的指標，並使用「自責」單一因應方式作為「被動因應」類別的指標，探討因應與心理適應的關聯 (Kim, Han, Shaw, McTavish, & Gustafson, 2010)。可見不同研究間雖然使用相同的測量工具、研究方法以及理論依據，但相同/類似類別名稱所包含的因應方式組合，卻有很大的落差。

表 1-2-1 分類為趨近因應與逃避因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式

研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Yang 等人 (2008)	乳癌病人 樣本數 65 人 復發病人, 其中 68% 腫瘤有遠端轉移 (distant metastases)	短版因應量表 探索性因素分析 正交轉軸法	涉入因應 (engagement) : 主動因應、計畫、尋求工 具性社會支持以及正向再 建構	脫離因應 (disengagement) : 否認、物質使用以及行為 脫離
Bellizzi 與 Blank (2006)	乳癌病人 樣本數 215 年齡平均數 60, 標準差 12.01 初診斷完成療程後 1-4 年 總共 1595 位病人, 55% 是第 1 期, 36% 是第 2 期, 9% 是 3-4 期。從中隨 機挑選 700 位寄問卷, 最後有 215 位 有效樣本。	短版因應量表 探索性因素分析 主成分分析法- 方差最大化轉軸 法	主動因應 (active) : 分心、主動因應、尋求情緒 性社會支持、尋求工具性社 會支持、情緒宣洩、正向再 建構、計畫、接受以及宗教 因應	逃離因應 (escapist) : 否認、物質使用以及行為脫 離
Kershaw 等人 (2004)	乳癌病人 樣本數 189 人 年齡平均數 54, 標準差 11.2 晚期病人為主 (88% 第 3 期, 12% 第 4 期)	短版因應量表- 12 種因應方式 版本 (Carver, 1995) 探索性因素分析	主動因應 (active) : 接受、尋求情緒性社會支 持、宗教因應、主動因應、 計畫、正向再建構	逃避因應 (avoidant) : 情緒宣洩、否認、物質使用 以及行為脫離

表 1-2-1 分類為趨近因應與逃避因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式（續）

研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Kim 等人 (2010)	乳癌病人 樣本數 231 人 年齡平均數 51 70.1%的研究參與者為 0-2 期； 29.9%的研究參與者為 3-4 期	短版因應量表 -	主動因應 (active) : 正向再建構	被動因應 (passive) : 自責



(二) 以問題取向因應與情緒取向因應作為因應分類依據的研究整理

以問題取向因應、情緒取向因應、及逃避因應作為因應分類依據的研究整理詳見表 1-2-2。可以發現以問題取向因應/情緒取向因應作為分類依據的研究，遇到與趨近/逃避因應類似的問題，在不同研究間相同的類別名稱包含的因應方式組合落差非常大。Roussi 等人 (2007) 透過探索性因素分析將縮短版本的因應量表 (COPE, 共 30 題) 分成問題取向涉入因應 (problem-focused engagement)、情緒取向涉入因應 (emotion-focused engagement) 以及情緒取向脫離因應 (emotion-focused disengagement) 等三種類別的因應。其中問題取向涉入因應包含主動因應、計畫、資訊蒐集等三種因應方式；情緒取向涉入因應包含尋求社會支持、正向再詮釋、接受、情緒表達、幽默等五種因應方式；情緒取向脫離因應則包含否認以及分心兩種因應方式。Bussell 與 Naus (2010) 以 59 位接受化療的乳癌病人作為對象的研究中，透過探索性因素分析將短版因應量表分成問題取向因應與情緒取向因應兩個因素。問題取向因應包含計畫、主動因應、分心、尋求工具性社會支持、尋求情緒性社會支持、宗教因應、正向再建構等七種因應方式 (其中「分心」因於理論上不屬於問題取向因應而在計算總分時將之剔除)；情緒取向因應則包含接受、情緒宣洩、否認、自責以及行為脫離等五種因應方式 (其中「接受」因在情緒取向因應因素之負荷量未達顯著而在計算總分時將之剔除)。此外，「物質使用」、「幽默」兩種因應方式因為因素負荷量不足，皆未能納入上述兩種分類當中。Khalili、Farajzadegan、Mokarian 及 Bahrami (2013) 將短版因應量表分成問題取向因應及情緒取向因應，其中問題取向因應包含接受、宗教因應、正向再建構、尋求工具性社會支持、尋求情緒性社會支持、主動因應等七種因應方式；情緒取向因應包含分心、情緒宣洩、自責、物質使用、否認、行為脫離等七種因應方式。

Aarstad 等人 (2005) 以 122 位挪威西部完成治療兩年以上無復發的頭頸癌病人作為研究對象，針對壓力因應與生活品質的關係進行探討，透過探索性因素

分析將因應量表 (COPE, 12 種因應方式, 共 48 題版本) 分成問題取向因應、情緒取向因應、逃避因應三種類別的因應。其中問題取向因應包含主動因應、計畫、抑制拮抗活動、限制性因應反應、尋求工具性社會支持、正向再詮釋等六種因應方式；情緒取向因應包含尋求情緒性社會支持、情緒聚焦及宣洩、接受等三種因應方式；逃避因應包含：行為脫離、心理脫離、否認等三種因應方式。Aarstad 等人 (2008) 在 Aarstad 等人 (2005) 的因應測量上加入了幽默以及酒精使用 (drink to cope) 兩種因應方式探討頭頸癌病人的因應對於生活品質的預測力。

上述以因應量表 (COPE) 或短版因應量表 (Brief-COPE) 作為因應測量工具的研究中, Roussi 等人 (2007) 將「正向再詮釋」因應方式納入「情緒涉入取向因應」類別, 而 Aarstad 等人 (2005)、Aarstad 等人 (2008) 以及 Bussell 與 Naus (2010) 將「正向再詮釋」、「正向再建構」因應方式歸類於「問題取向因應」類別。Roussi 等人 (2007)、Bussell 與 Naus (2010)、Aarstad 等人 (2005) 以及 Aarstad 等人 (2008) 同時將「接受」因應方式歸類於「情緒取向因應」類別, 然而 Khalili 等人 (2013) 則將「接受」因應方式納入「問題取向因應」類別, 出現相同的因應方式被分類在概念不同的因應類別中。此外, 這些研究中同樣出現使用單一因應方式代表較高層次因應類別的狀況, 如 Aarstad 等人 (2011) 與 Beisland 等人 (2013) 兩篇研究使用「抑制拮抗活動」因應方式代表「問題取向因應」類別、以「尋求情緒性社會支持」因應方式代表「情緒取向因應」類別、以「行為脫離」因應方式代表「逃避因應」類別, 探討頭頸癌病人因應與後續生活品質的關係。

在過往乳癌與頭頸癌病人的因應研究中, 雖然使用類似的因應類別名稱, 但其中包含的因應方式差異很大, 也不乏僅使用少數, 甚至單一因應方式即宣稱代表更高階層的因應類別概念。此外, 也發現類似的因應方式組合在不同研究中被命名成不同的因應類別, 例如: 在 Bussell 與 Naus (2010) 的研究中, 情緒取向因應所包含的四種因應方式 (情緒宣洩、否認、自責以及行為脫離), 與 Kershaw (2004) 的逃避因應所包含的四種因應方式 (情緒宣洩、否認、物質使用以及行

為脫離)，雖然命名為不同的因應類別名稱，但兩者包含的因應方式組合非常類似。

綜合上述，在研究實務上，各研究間因應類別的命名及其包含的因應方式組合其實是很有問題的，究竟不同因應方式組合的相同類別名稱能否被視為相同的構念進行比較，以及不同的因應方式組合是否會影響與心理適應之間的關係，仍需要進一步的檢視。



表 1-2-2 分類為問題取向因應與情緒取向因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式

研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Roussi 等人 (2007)	乳癌病人 樣本數 72 人 年齡平均數 54.13 新診斷病人，沒有期別資訊	30 題版本的因 應量表 (COPE) -	問題取向涉入因應 (problem-focused engagement) : 主動因應、計畫、資訊蒐 集	情緒取向涉入因應 (emotion-focused engagement) : 尋求社會支持、正向再詮 釋、接受、情緒表達、幽 默 情緒取向脫離因應 (emotion-focused disengagement) : 否認、分心
Bussell 與 Naus (2010)	乳癌病人 樣本數 59 人 年齡平均數 50 88%初診斷，12%復發	短版因應量表 探索性因素分析 主成分分析法- 正交轉軸法	問題取向因應 (problem- focused) : 計畫、主動因應、尋求工具 性社會支持、尋求情緒性社 會支持、宗教因應、正向再 建構	情緒取向因應 (emotion- focused) : 接受、情緒宣洩、否認、自 責以及行為脫離

表 1-2-2 分類為問題取向因應與情緒取向因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式 (續)

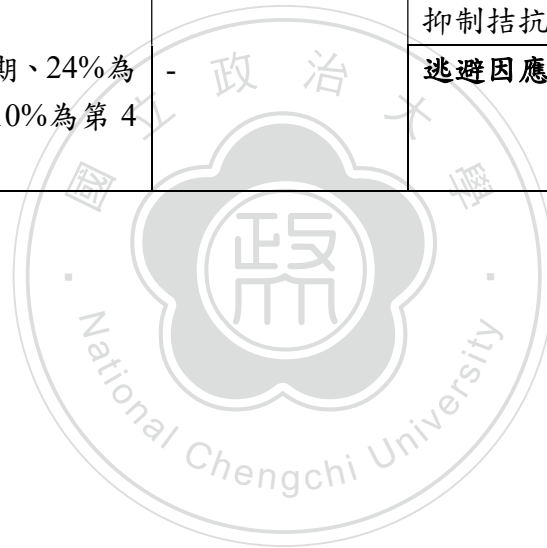
研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Khalili 等人 (2013)	乳癌病人 樣本數 62 人 年齡平均數 45 一年內初診斷的病人 7%為第 1 期、50%為第 2 期、39% 為第 3 期，另有 4%未確定期別	短版因應量表 並未提及分類方 式	問題取向因應 (problem-focused) : 接受、宗教因應、正向再建 構、尋求工具性社會支持、 尋求情緒性社會支持、主動 因應	情緒取向因應 (emotion-focused) : 分心、情緒宣洩、自責、物 質使用、否認、行為脫離
Aarstad 等人 (2005)	頭頸癌病人 樣本數 96 人 年齡平均數=61 (75 男 21 女) 診斷為頭頸部鱗狀細胞癌 2%為第 0 期、46%為第 1 期、27% 為第 2 期、7%為第 3 期、18%為第 4 期	48 題版的因應 量表 探索性因素分析 主成分分析法- 方差最大化轉軸 法	問題取向因應 (problem-focused) : 主動因應、計畫、抑制節抗 活動、限制性因應反應、尋 求工具性社會支持、正向再 詮釋	情緒取向因應 (emotion-focused) : 尋求情緒性社會支持、情緒 聚焦及宣洩、接受
			逃避因應 (avoidant) : 行為脫離、心理脫離、否認	

表 1-2-2 分類為問題取向因應與情緒取向因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式（續）

研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Aarstad 等人 (2008)	為 Aarstad 等人 (2005) 的追蹤研究 頭頸癌病人 樣本數 55 人 (46 男 9 女) 55% 為第 1 期、22% 為第 2 期、7% 為第 3 期、16% 為第 4 期	48 題版的因應 量表 探索性因素分析 主成分分析法- 方差最大化轉軸 法	問題取向因應 (problem-focused) : 主動因應、計畫、抑制拮抗 活動、限制性因應反應、尋 求工具性社會支持、正向再 詮釋	情緒取向因應 (emotion-focused) : 尋求情緒性社會支持、情緒 聚焦及宣洩、接受
			逃避因應 (avoidant) : 行為脫離、心理脫離、否認 (新增幽默、酒精使用 (drink to cope) 兩種因應方式，但 並未納入上述分類)	
Aarstad 等人 (2011)	頭頸癌病人 樣本數 139 人 (104 男 35 女) 年齡平均數 = 60 完成治療至少一年未復發 2% 為第 0 期、46% 為第 1 期、27% 為第 2 期、7% 為第 3 期、18% 為第 4 期	48 題版的因應 量表 -	問題取向因應 (problem-focused) : 抑制拮抗活動	情緒取向因應 (emotion-focused) : 尋求情緒性社會支持
			逃避因應 (avoidant) : 行為脫離	

表 1-2-2 分類為問題取向因應與情緒取向因應的研究中使用之類別名稱與包含之因應方式 (續)

研究	研究對象、樣本特性	量表版本 與分類方式	因應類別與類別下所屬的因應方式	
Beisland 等人 (2013)	為 Aarstad 等人 (2011) 的追蹤研究 頭頸癌病人 樣本數 105 人 6%為第 0 期、47%為第 1 期、24%為 第 2 期、13%為第 3 期、10%為第 4 期	48 題版的因應 量表	問題取向因應 (problem- focused) : 抑制拮抗活動	情緒取向因應 (emotion- focused) : 尋求情緒性社會支持
			逃避因應 (avoidant) : 行為脫離	



三、 因應類別、因應方式與心理適應的關係

不同研究之間除了相同因應類別名稱的因應方式組合不同之外，因應類別與心理適應的關係也不一致。在以趨近、逃避概念作為因應分類依據的研究中，趨近因應的因應方式組成變異程度較大，有乳癌與頭頸癌的整合研究指出，相較於逃避因應，趨近因應與心理適應關係的結果較不一致(Kvillemo & Branstrom, 2014; Morris et al., 2017)。例如：Kershaw 等人（2004）針對 250 位晚期乳癌病人進行的研究指出「主動因應」能夠正向預測病人的後續的生活品質，而 Yang 等人(2008)以 65 位乳癌復發病人做為對象的研究中則發現「涉入因應」並不能作為預測病人生活品質的指標。Kim 等人（2010）以 231 位主要為初期乳癌病人作為對象的研究中，結果雖支持「主動因應」能正向預測病人的生活品質，然而只用一種因應方式（正向再建構）來指稱較高層次的因應分類概念，是否與上述多種因應方式組合在一起的構念相同，是值得思考與檢驗的。「逃避因應」在各個研究間的因應方式組成較為接近，以情緒宣洩、否認、物質使用以及行為脫離等因應方式為主，在心理適應的研究結果上也呈現一致的狀態，即「逃避因應」與較多的情緒困擾以及較差的生活品質有關。

在以問題取向/情緒取向作為分類依據的研究中，不同的因應方式組成也出現因應類別與心理適應結果不一致的狀況。Bussell 與 Naus（2010）指出「問題取向因應」與較低的情緒困擾、較多的成長有關，然而 Aarstad 等人（2005）及 Khalili 等人（2013）的研究結果指出「問題取向因應」與情緒狀態以及後續生活品質無顯著相關。Khalili 等人（2013）指出「情緒取向因應」與較差的生理及心理生活品質、較多的疼痛、較差的日常功能相關，Bussell 與 Naus（2010）「情緒取向因應」預測較多身體症狀、憂鬱情緒、焦慮情緒、心理沮喪、感受到的壓力；然而 Aarstad 等人（2005）的研究結果指出「情緒取向因應」與健康相關生活品質有顯著的正相關。

此外，類似的因應方式組合即便在不同研究中被命名成不同的因應類別，但其與心理適應的關係卻可能是一致的。例如：在 Bussell 與 Naus (2010) 研究中的「情緒取向因應」(情緒宣洩、否認、自責以及行為脫離)與 Kershaw 等人 (2004) 研究中的「逃避因應」(情緒宣洩、否認、物質使用以及行為脫離)包含的因應方式非常類似，其因應類別與心理適應的關係結果也較為接近，皆與較多的情緒困擾與較差的生活品質有關。由此可知，在探討因應與心理適應的關係時，因應方式的組成比起類別名稱扮演更重要的角色，若僅從名稱來理解研究結果時，可能較容易產生錯誤的推論結果。

另一方面，除了透過探索性因素分析將因應方式形成因應類別，癌症病人的因應研究也時常從因應方式的層次了解病人因應特性以及因應與心理適應的關係。以乳癌研究為例，Carver 等人 (1993) 指出「接受」、「正向再建構」、「幽默」等因應方式與病人術後的心理沮喪呈負相關，且在多種測量心理沮喪的量表皆看到類似的結果。Roussi 等人 (2007) 指出乳癌病人在術後三個月的「接受」、「正向再建構」、「幽默」、「分心」等因應方式與心理沮喪負相關。Urcuyo、Boyers、Carver 及 Antoni (2005) 也發現「接受」、「正向再建構」、「主動因應」、「宗教因應」等因應方式能正向預測後續的發現益處 (benefit finding)。Stanton 等人 (2000) 以 92 位的早期乳癌病人作為研究結果顯示「接受」的因應方式能夠預測病人後續較低的心理沮喪與較佳的生活品質。

許多頭頸癌的因應研究也試著從因應方式的層次來了解頭頸癌病人的因應特性以及因應與心理適應的關聯，例如：Elani 與 Allison (2011) 的研究指出頭頸癌病人的自責與焦慮呈正相關，亦有研究指出頭頸癌病人在確診時的自責會負向預測生活品質、正向預測創傷後壓力 (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2006; Richardson, Morton, & Broadbent, 2016)，Henry 等人 (2018) 則發現自責會預測頭頸癌病人一年後有較多的憂鬱情緒跟自殺意念。Howern 等人 (2013) 指出物質使用為頭頸癌病人常使用的因應方式，且與較低的存活率以及較高的心理沮喪有關，亦有研究發現物質使用無論在治療中或治療後皆與較高的憂鬱、較差的生

活品質有關 (Aarstad et al., 2008; Aarstad et al., 2011) , Ichikura 等人 (2017) 以 116 位於門診追蹤之頭頸癌病人為對象的橫斷式研究中發現即便在結束療程後，物質使用與憂鬱仍呈正相關，Henry 等人 (2018) 更指出以使用酒精、藥物等方式做為因應手段能預測一年後有較多的憂鬱情緒以及自殺意念。Richardson 等人 (2016) 的研究發現頭頸癌病人在確診時的情緒宣洩會負向預測生活品質、正向預測創傷後壓力，Horney 等人 (2011) 則發現頭頸癌病人的情緒宣洩無論在治療中還是治療後，皆與焦慮、憂鬱呈正相關，與生活品質呈負相關。

經上述整理，雖然各個研究使用的因應類別中所包含的因應方式組合非常分歧，但在使用相同量表的情況下，不同研究在因應方式層次使用的題項是相同的，例如：同是使用短版因應量表的研究中，大多使用 Carver 等人 (1997) 提出將 28 個題項兩兩一組形成的 14 種因應方式來做為分析的基礎。因此，不同研究之間在因應方式的層次上是具有共同比較基準的，且在不同研究之間特定的因應方式與心理適應的呈現相對穩定的關係，例如：在不同的乳癌研究中，「正向再建構」與「接受」等因應方式常常與較佳的心理適應有關；而在不同的頭頸癌研究中，「物質使用」、「自責」、及「行為脫離」等因應方式常常穩定地與負向的心理適應有關。

四、 小結

依據 Skinner 等人 (2003) 對於因應階層與分類的整理，理論上可以透過兼顧演繹與歸納兩種歷程的分類方式建構一個具排他性 (exclusiveness) 、窮盡性 (exhaustiveness) 的因應階層；然而在回顧乳癌與頭頸癌病人的因應研究後發現研究實務上仍以歸納分類法為主，透過探索性因素分析將因應方式歸納進較高層次的因應類別中，可見理論與研究實務之間仍存在一段落差。而透過探索性因素分析的研究方式導致不同研究間即便使用相同的工具來測量因應，仍會因為分析方式與樣本特性造成相同的因應類別名稱，但其中的因應方式組合不盡相同的問題，或者出現因應方式分類與原本理論互相違背的狀況 (例如：將「接受」、「正

向再建構」分類在問題取向因應)，甚至有些研究者在未說明原因的狀況下直接以少數、單一的因應方式指稱高階層的因應類別概念，以上種種的研究實務限制，導致不同研究之間的可比性降低。

為了能相對充分地了解乳癌與頭頸癌病人於因應上的可能不同，本研究根據 Skinner 等人 (2003) 提出的兩種方法 (演繹分類法與歸納分類法)，將依循理論定義將因應方式分類至因應類別的方式視為「演繹分類法」，以探索性因素分析進行的因應分類視為「歸納分類法」，透過兩種分類方法所建立的因應類別，比較在因應類別的層次上，何者更適合做為比較乳癌與頭頸癌病人因應特性差異的依據。另一方面，過往因應研究之間於因應方式層次的差異很小，即各研究若採取相同量表作為測量因應的工具時，使用的因應方式以及題項組成是類似的，在因應方式與心理適應關係的研究結果上，特定的幾種因應方式也穩定地與心理適應有關 (如「接受」、「正向再建構」等因應方式之於乳癌病人，「物質使用」、「自責」、「行為脫離」等因應方式之於頭頸癌病人)。因此，本研究也針對因應方式的層次，進行兩類癌別的比較，試圖了解乳癌與頭頸癌在因應方式上的差異。

第三節 研究假設

本研究使用 Carver (1997) 所發展的短版因應量表 (Brief COPE) 作為測量癌症病人因應的工具，並沿用該量表發展時的 14 個因應方式與 28 個題項 (因應方式及其包含的題項整理於表 1-3-1)，以短版因應量表發展之理論，及過往因應研究時常使用的探索性因素分析等兩種方式，得到「演繹分類法建立之因應類別」與「歸納分類法建立之因應類別」。

演繹分類法部分，依循該量表於發展時基於 Lazarus 與 Folkman (1984) 提出的壓力與因應互動模型以及 Scheier 與 Carver (1988) 提出的行為自我調節模式之理論與其建構時之定義，分成問題取向因應、情緒取向因應、失功能因應，並將 14 類因應方式依照定義分類至各個因應類別中 (圖 1-3-1)，依照理論定義之各因應類別中應包含的因應方式整理於表 1-3-2。歸納分類法部分，本研究將對 14 類「因應方式」進行探索性因素分析，以檢驗可能的因素數。另外，考量到理論上因應類別中可分成三類 (問題取向、情緒取向、失功能)，因此進行探索性因素分析時會考慮三因素的可能性 (圖 1-3-2)。

表 1-3-1 短版因應量表因應方式與題項對照表

因應方式	題項
(1)主動因應	2. 我會盡全力解決我所遇到的問題
	7. 我會採取行動來把情況變好
(2)計劃	14. 我會試著想出處理的策略
	25. 我很認真地想下一步要怎麼做
(3)尋求工具性社會支持	10. 我會去獲取別人的協助與建議
	23. 我會尋求別人的幫助或建議
(4)接受	20. 我會接受事情已經發生的事實
	24. 我會學習著與事情（問題）共處
(5)正向再建構	12. 我會試著從不同的角度看待問題，讓問題變得更正向
	17. 我會從發生的事情當中找出它的正向意義
(6)尋求情緒性社會支持	5. 我會從他人身上得到情感支持
	15. 我會尋求他人的安慰與了解
(7)幽默	18. 我常用開玩笑的方式來處理問題
	28. 我會讓情況變得更有樂趣
(8)宗教因應	22. 我會試著在我的宗教或信仰中尋求安慰
	27. 我會禱告、冥想或拜拜、唸經
(9)否認、	3. 我會告訴自己『這不是真的』
	8. 我會拒絕相信這件事已經發生
(10)分心	1. 我會轉向工作或其他活動以避免去想問題
	19. 我會藉著做一些事以減少去想問題的次數，例如看電影、看電視、閱讀、做白日夢、睡覺或逛街
(11)情緒宣洩	9. 我會訴說以讓不愉快的感覺消失
	21. 我會表達負向的感覺
(12)物質使用	4. 我會使用酒或其他藥物讓自己感覺變好
	11. 我會藉由酒或其他藥物來度過
(13)行為脫離	6. 我會放棄去嘗試解決問題
	16. 我會放棄去處理問題
(14)自責	13. 我會批評我自己
	26. 對於那件發生的事情，我會責怪自己

表 1-3-2 以演繹分類法建立之因應類別中所包含的因應方式

因應類別名稱	因應方式
問題取向因應	主動因應(1)、計劃(2)、尋求工具性社會支持(3)
情緒取向因應	接受(4)、正向再建構(5)、尋求情緒性社會支持(6)、幽默(7)、宗教因應(8)、否認(9)、分心(10)
失功能因應	情緒宣洩(11)、物質使用(12)、行為脫離(13)、自責(14)



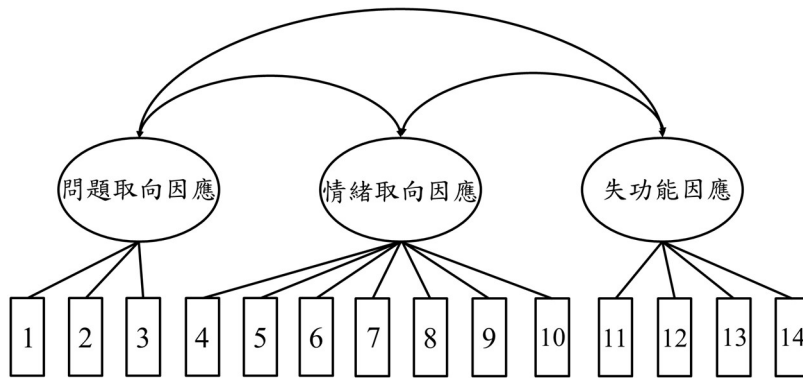


圖 1-3-1 以演繹分類法建立的因應類別

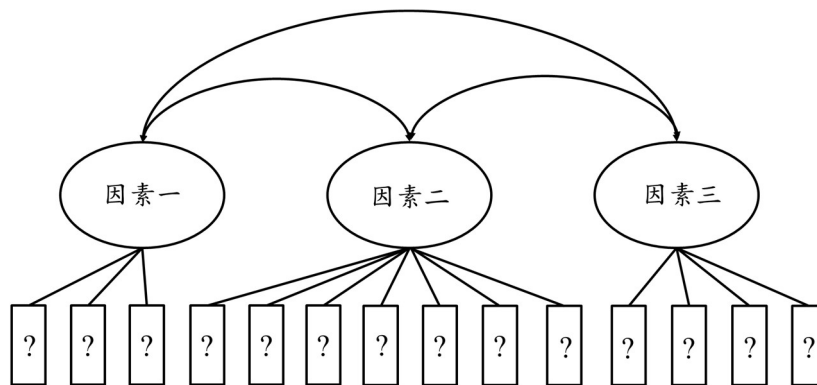


圖 1-3-2 以歸納分類法建立的因應類別

備註：最低層數字為因應方式編號（詳見表 1-3-1）

完成前述演繹分類法與歸納分類法所建立的因應類別後，提出以下假設：

1. 假設 1：演繹分類法與歸納分類法建立之因應類別所包含的因應方式不相同。
2. 假設 2：以歸納分類法所建立的因應類別對於兩癌別因應之區辨力，高於以演繹分類法所建立的因應類別之區辨力。
3. 假設 3：以歸納分類法所建立的因應類別對於兩癌別因應之預測力，高於以演繹分類法所建立的因應類別之預測力。
4. 假設 4：以「因應方式」進行兩類癌別的因應差異比較時，乳癌與頭頸癌病人應於此 14 項「因應方式」上有顯著差異。例如：在「接受」上，乳癌病人應顯著高於頭頸癌病人。
5. 假設 5：以「因應方式」進行兩類癌別的後續心理適應預測時，此 14 項「因應方式」於乳癌與頭頸癌病人的預測效果應有差異，例如：「正向再建構」能預測乳癌病人後續的生活品質，卻不能預測頭頸癌病人後續的生活品質。



第二章 研究方法

第一節 研究參與者與研究流程

本研究之研究參與者及資料來自北部某醫學中心執行之「癌症術前心理準備」研究，該研究目的在於探討術前心理準備是否有助於癌症病人在生理、心理、社會面向有較佳的預後，並有較佳的生活品質。該研究已通過醫院倫理委員會的審查（案件編號 201707044RINC、201708003RINC）。

研究之收案對象為 20 歲以上，確診乳癌或頭頸部癌症，且入院接受腫瘤切除手術之病人。排除條件為：(1)未確診為乳癌或頭頸癌；(2)該次入院目的為做人工血管、化療之病人；(3)目前具有聽力、溝通或理解能力障礙之病人。病人手術前一天入院，臨床心理師與實習生至病房邀請病人參與術前心理衛教課程並給予參與研究同意書，於團體開始前與結束後進行臨床評估。術後一個月、三個月、六個月於門診進行追蹤評估，由研究人員（臨床心理師、臨床心理實習生或研究助理）查詢病人門診時間，事先以電話聯繫病人並於門診進行訪談與臨床評估，並告知病人可以自由選擇是否接受訪談、填寫量表，不影響其醫療權益。臨床評估包含：情緒壓力篩檢、情緒評估、癌症病人憂慮量表、癌症病人自我效能量表、短版疾病覺知量表、台灣癌症態度量表、癌症病人醫病溝通量表、短版因應量表與簡明版世界衛生組織生活品質問卷；訪談內容針對病人罹癌後的生活變化、對疾病的看法及感受、對於生活中壓力的評估以及病人如何因應壓力等主題進行討論。本研究針對術後一個月追蹤的短版因應量表以及術後三個月追蹤之情緒壓力篩檢、情緒評估、簡明版世界衛生組織生活品質問卷進行分析，納入自 106 年 4 月 12 日至 107 年 7 月 4 日累積之參與者共有 325 人。因本研究以癌症病人的因應作為主要探討變項，故扣除未參與術後一個月之追蹤訪談共 115 人，以及於短版因應量表中有一題未填答者共 29 人。最終研究分析之參與者共有 181 人，乳癌病人 105 人（全女性）以及頭頸癌病人 76 人（男性 60 人，女性 16 人）。

第二節 研究工具

一、 短版因應量表

本研究使用 Carver (1997) 所發展的短版因應量表 (Brief COPE) (見附錄一)，而短版因應量表是基於 COPE 量表 (Carver et al., 1989)，經過分量表的增減與修訂所發展出的短版量表。短版因應量表是由 28 個題項構成，每 2 個題項構成 1 個因素，共 14 個因素，並且具有不錯的信度，內部一致性係數落於 .50 至 .90 (Carver, 1997)。Wang 等人 (2018) 對中文短版因應量表因素結構驗證結果顯示，高階三因素模型具有最佳的建構效度，共包含「個人內因應」、「社會支持因應」、及「逃避因應」三個因素，且具有良好信度 (以乳癌病人為例，各因素內部一致性係數分別為 .91、.86、及 .69)，與預測效度。

此量表採李克氏 4 點量尺，1 至 4 分分別代表「不會這麼做」、「很少這麼做」、「有時這麼做」及「常常這麼做」。研究參與者依照過去一個月自己的狀況進行填答。此量表因填寫快速、測量的因應策略廣泛，發展的過程中兼具理論性與實務性，也能夠透過調整題幹問句測量到包含情境傾向形式 (situational format) 的因應反應，以及性格傾向形式 (dispositional format) 的因應策略，因此被廣泛運用在健康心理學的研究中，作為預測個體心理適應的重要指標。

二、 情緒壓力評估

此評估工具 (見附錄二) 包含原情緒壓力溫度計 (Distress Thermometer)，以及生氣、害怕、難過共四題。情緒壓力溫度計為單一題項、單一維度評估工具，以視覺類比量尺的方式呈現不同的程度 (Roth et al., 1998)，由病人圈選符合自己程度的選項 (Roth et al., 1998)。美國國家綜合癌症網路中心建議以此為壓力管理評估方式 (National Comprehensive Cancer Network, 2017)，對於大眾較易理解，能作為壓力狀態之整體性評估。此量表中文版有良好之敏感度與區辨度 (Wang et al., 2011)，可有效篩檢高焦慮及高憂鬱的癌症病人，且若增加憂鬱、焦慮、生氣等情緒面向之測量，對於整體情緒困擾的評估將更精確 (Mitchell, Baker-Glenn,

Granger, & Symonds, 2010; Mitchell, Baker-Glenn, Park, Granger, & Symonds, 2010)。
故本研究之情緒壓力評估共由四個題項組成，分別測量病人過去一週的情緒壓力、
害怕、生氣與難過情緒，並依原情緒壓力溫度計之設計，採用 0 分至 10 分的 11
點李克氏量尺，並以四個題項分數的加總作為整體情緒壓力程度的指標。

三、 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷（姚開屏，2011）（見附錄三）為一
自陳式量表，分為生理、心理、社會、環境四大範疇；其中，因應台灣文化，於
原量表在社會範疇加入一題「面子」相關的特有題，在環境範疇加入一題「飲食」
相關的特有題，以更完整評估台灣人之生活品質。本研究中生活品質計分方式依
循使用手冊之建議，將原始分數轉換為四個範疇之範疇分數，每個範疇總分為 0-
100 分。本問卷具有良好的信度與效度，於信度方面，四個範疇分數的內部一致
性在 0.70 到 0.77 之間，二至四週的再測信度 0.76 至 0.80 之間。在效度部分，內
容效度之「項目－範疇」相關性在 0.53 到 0.78 之間，各範疇的相關性在 0.51 到
0.64 之間。解釋力的部分，簡明版問卷測得之分數，可解釋長版問卷 88% 的變異
量，顯示短版問卷具足夠良好之解釋力。

第三節 資料分析

本研究使用 IBM SPSS (25.0) 統計軟體進行資料分析。本研究採取縱貫式設計，針對術後一個月的短版因應量表追蹤資料進行分析，以有完成短版因應量表者計為有效之研究資料，並從中選出有完成術後三個月的情緒壓力量表與生活品質問卷的資料作為結果變項進行預測分析。

一、描述統計

計算有效樣本數量，並呈現研究參與者之年齡、性別等人口學變項與研究各變項之描述統計。

二、以歸納分類法建立因應類別

1. 項目分析：

針對短版因應量表之各題項以及 14 種因應方式進行描述統計，檢驗其平均數，標準差與偏態、峰度係數。

2. 探索性因素分析

針對短版因應量表的 14 項因應方式進行探索性因素分析，此部分採用主成分法 (Principle Component Method) 進行因素萃取，在因素分析過程中，參考階檢定 (scree test)、特徵值 (eigenvalue) 以及語意關聯來決定因素項目。由於概念上各分量表之因素間可能有相關性存在，故選用 promax 斜交轉軸方式，以轉軸後因素負荷量 (factor loading) 絕對值 $>.40$ 為因應方式納入因素之標準。

三、內部一致性檢驗

1. 針對歸納分類法建立的因應類別，透過前述決定的因素組成利用 Cronbach's α 計算各因素之內部一致性係數。

2. 針對演繹分類法建立的因應類別：問題取向因應 (包含：主動因應、計劃、尋求工具性社會支持)、情緒取向因應 (包含：接受、幽默、宗教因應、使用情緒

性社會支持、正向再建構、分心、否認)、失功能因應(包含:情緒宣洩、物質使用、行為脫離、自責),利用 Cronbach's α 計算各因素之內部一致性係數。

四、乳癌與頭頸癌病人因應之差異分析

1. 分別針對演繹分類法建立的三因素因應類別、歸納分類法建立的因應類別,計算描述統計、進行變異數同質性檢查。
2. 針對演繹分類法建立的三因素因應類別進行組間變項為癌別(乳癌、頭頸癌),組內變項為因應(問題取向因應、情緒取向因應、失功能因應)的 2×3 混合式設計變異數分析,計算癌別、因應之主要效果,以及癌別與因應的交互作用效果。
3. 針對歸納分類法建立的 A 因素因應類別進行組間變項為癌別(乳癌、頭頸癌),組內變項為因應(因素一、因素二、至因素 A)的 $2 \times A$ 混合式設計變異數分析,計算癌別、因應之主要效果,以及癌別與因應的交互作用效果。
4. 分別針對 14 種因應方式將乳癌及頭頸癌病人進行獨立樣本 t 檢定。

五、乳癌與頭頸癌病人因應對結果變項之預測分析

1. 分別針對乳癌、頭頸癌病人：

(1)以 14 種因應方式與術後三個月之情緒壓力總分以及四個面向的生活品質進行多元迴歸。

(2)以演繹分類法建立的三種因應類別與術後三個月之情緒壓力總分以及四個面向的生活品質進行多元迴歸。

(3)以歸納分類法建立的 A 種因應類別與術後三個月之情緒壓力總分以及四個面向的生活品質進行多元迴歸。



第三章 研究結果

第一節 樣本資料及各變項描述統計

本研究納入 105 位乳癌病人與 76 位頭頸癌病人。性別與年齡請見表 3-1-1，乳癌病人 105 位皆是女性，頭頸癌病人有 60 位男性與 16 位女性。乳癌病人年齡平均為 53.92 歲，標準差為 11.26 歲，其中 41 歲至 70 歲的病人佔 82.8%。頭頸癌病人年齡平均為 53.05 歲，標準差為 11.05 歲，其中 41 歲至 60 歲佔 65.8%。疾病資訊部分，乳癌病人期別以 1 期居多，0 期佔 6.7%、1 期佔 55.2%、3 與 4 期佔 16.2%，其中有 3 位病人（2.9%）無期別資訊。頭頸癌的細項診斷中，口腔癌佔 34.2%、舌癌佔 25%、咽喉癌佔 14.5%、甲狀腺癌佔 17.1%、其它部位癌症（頸部、鼻腔、食道）佔 5.2%，共有 3 位病人（3.9%）無診斷資訊。

表 3-1-1 各癌別之性別與年齡層描述統計表

	乳癌(n=105)		頭頸癌(n=76)	
	n	%	n	%
性別				
男性	0	0	60	79
女性	105	100	16	21
年齡	n	%	n	%
21-30	1	1.0%	1	1.3%
31-40	8	7.6%	8	10.5%
41-50	29	27.6%	24	31.6%
51-60	34	32.4%	26	34.2%
61-70	24	22.8%	13	17.1%
71 以上	9	8.6%	4	5.3%
	平均數	標準差	平均數	標準差
年齡	54.92	11.26	53.05	11.05

第二節 建立並比較演繹分類法與歸納分類法之異同

一、 題項分析

首先針對短版因應量表各題項分數以及 14 種因應方式進行描述統計，各題項統計結果請參見附錄四、附錄五，14 種因應方式統計結果請參見表 3-2-1。以乳癌病人而言，「主動因應」、「接受」兩種因應方式的分數偏高，於 0 到 8 分的可能分數範圍內平均分別為 7.06 分以及 7.27 分，而兩種因應方式的偏態分別為 -1.45 與 -1.86、峰度為 2.89 與 4.43，兩者數值均略高。「行為脫離」分數偏低，於 0 到 8 分的可能分數範圍內平均為 2.59 分，偏態為 1.92、峰度為 3.60，數值均略高。以頭頸癌病人而言，「接受」分數偏高，於 0 到 8 分的可能分數範圍內平均為 7.07 分，偏態與峰度分別為 -0.81 與 -0.26，屬於正常範圍。「行為脫離」數偏低，於 0 到 8 分的可能分數範圍內平均為 2.80 分，偏態與峰度為 1.85 與 3.13，數值均略高。

表 3-2-1 短版因應量表因應方式之描述統計

因應方式	乳癌				頭頸癌			
	平均數	標準差	偏態	峰度	平均數	標準差	偏態	峰度
主動因應	7.06	1.18	-1.45	2.89	6.87	1.24	-0.79	-0.02
計畫	6.68	1.34	-1.02	0.83	6.59	1.45	-1.11	1.28
正向再建構	6.72	1.48	-1.31	1.52	6.57	1.50	-0.80	-0.05
接受	7.27	1.04	-1.86	4.43	7.07	1.10	-0.81	-0.26
幽默	5.70	1.37	-0.09	-0.67	5.75	1.54	-0.29	-0.51
宗教因應	5.47	2.00	-0.32	-1.07	4.91	2.25	0.02	-1.39
尋求情緒性社會支持	5.50	1.61	-0.24	-0.73	4.86	1.90	0.07	-0.93
尋求工具性社會支持	6.20	1.51	-0.84	0.36	5.61	1.79	-0.53	-0.60
分心	5.52	1.73	-0.41	-0.68	5.44	1.73	-0.28	-0.55
否認	2.94	1.41	1.63	2.09	3.01	1.29	1.30	1.16
情緒宣洩	5.26	1.59	-0.27	-0.65	4.73	1.73	0.23	-0.62
物質使用	4.26	0.88	-1.05	0.79	4.39	0.88	0.33	3.50
行為脫離	2.59	1.05	1.92	3.60	2.80	1.35	1.85	3.13
自責	3.70	1.59	0.52	-0.75	6.87	1.24	-0.79	-0.02

二、 探索性因素分析

本研究針對短版因應量表的 14 項因應方式進行探索性因素分析。將乳癌與頭頸癌病人術後一個月資料透過主成分法進行因素萃取，參考陡階檢定、特徵值，選擇該筆資料最適當的因素數，並以因素負荷量大於.40 作為將因應方式納入因素的標準。分析結果顯示，全樣本資料之 KMO 取樣適當性量數值為.752，Bartlett 球型檢定顯著值為.000，反映該筆資料適合進行探索性因素分析。考量陡階檢定與特徵值後，認為採用三因素之建構應較為合適，因此將因素數固定為 3 進行探索性因素分析。

14 種因應方式在三個因素的因素負荷量整理請見表 3-2-2。因素一包含「主動因應」、「計畫」、「正向再建構」、「接受」、「幽默」以及「物質使用」等六項因應方式，因素二包含「宗教因應」、「尋求情緒性社會支持」、「尋求工具性社會支持」以及「情緒宣洩」等四項因應方式，因素三包含「分心」、「否認」、「行為脫離」以及「自責」等四項因應方式。全樣本資料最適合的因素分類方式在因應方式組成上與 Wang 等人 (2018) 所提出的個人內因應、社會支持因應以及逃避因應所包含的因應方式相同，因此參考 Wang 等人 (2018) 的命名，將三個因素命名為：個人內因應、社會支持因應以及逃避因應。

為檢查乳癌、頭頸癌病人在因應結構是否有差異，初步先檢視兩癌別 14 項因應方式之相關性。結果如表 3-2-3，其中「宗教因應」在兩類癌別的相關性較不一致，乳癌病人的「宗教因應」與「計畫」($r=.17$)、「正向再建構」($r=.12$)、「接受」($r=.04$)、及「幽默」($r=.16$)等因應方式無顯著相關，但頭頸癌病人的「宗教因應」與上述因應方式皆有顯著正相關(相關係數分別為.27、.27、.24、及.28)。後續對兩者分開進行探索性因素分析，結果請見下表 3-2-4、3-2-5。因應方式分類大致與全樣本結果相同，僅在幽默、自責這兩種因應方式上有差異。在乳癌、頭頸癌因應結構類似，且本研究目的為以共同分類比較基準的前提下，後續分析以全樣本之因素分類為主。

表 3-2-2 全樣本三因素之探索性因素分析因素負荷量表

	因素一	因素二	因素三
正向再建構	.805	.036	-.106
計畫	.793	.130	.041
物質使用	.756	.046	.170
主動因應	.723	.043	-.150
接受	.714	-.016	-.299
幽默	.693	-.310	.228
尋求情緒性社會支持	-.135	.878	.002
尋求工具性社會支持	.015	.860	-.087
情緒宣洩	.000	.739	.110
宗教因應	.143	.435	.148
否認	-.042	-.042	.801
行為脫離	-.254	-.014	.603
自責	.050	.143	.536
分心	.306	.131	.493

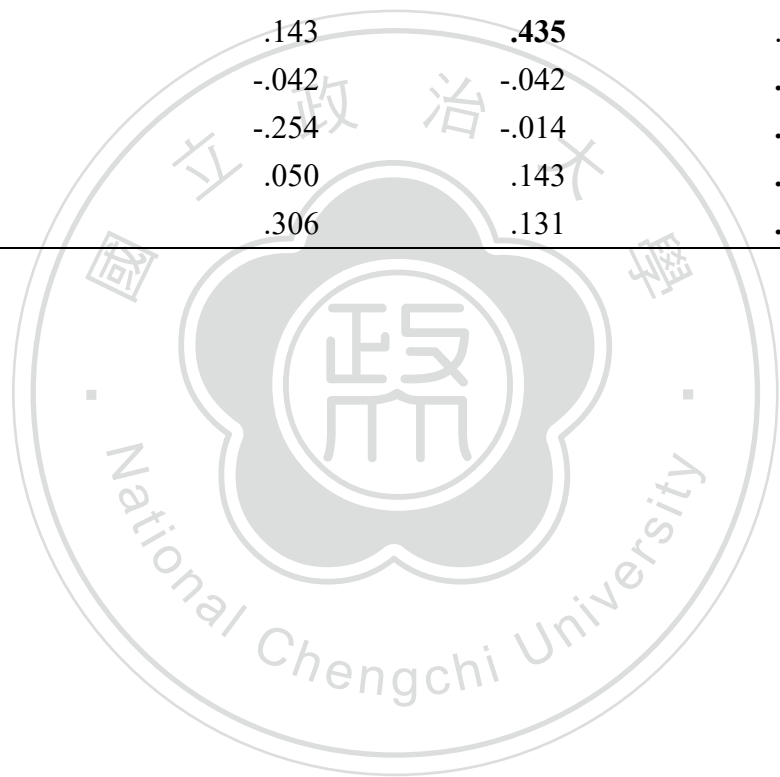


表 3-2-3 分癌別之因應方式相關係數表

相關係數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.主動因應		.63**	.55**	.52**	.25*	.13	.15	.09	.26*	-.02	.31**	.45**	-.26**	.04
2.計畫	.52**		.58**	.58**	.23*	.27*	.25*	.22	.26*	.08	.31**	.74**	-.18	.20
3.正向再建構	.61**	.58**		.59**	.47**	.27*	.23*	.29*	.07	-.12	.19	.45**	-.29*	.07
4.接受	.55**	.49**	.52**		.30**	.24*	.03	.16	.11	-.07	.12	.33**	-.28*	.03
5.幽默	.31**	.42**	.53**	.30**		.28*	.07	.16	.07	.01	.21	.28*	-.28*	.18
6.宗教因應	.13	.17	.12	.04	.16		.28*	.37**	.15	.12	.33**	.26*	.02	.01
7.情緒性支持	.07	.21*	-.02	-.05	-.10	.28**		.63**	.24*	.28*	.49**	.12	.02	.30**
8.工具性支持	.25**	.32**	.26**	.22**	.00	.27**	.56**		.16	.36**	.53**	.25*	.18	.39
9.分心	.11	.34**	.24**	.16	.32**	.28**	.32**	.17		.16	.36**	.17	.16	.05
10.否認	-.10	-.01	-.07	-.22**	.08	.18	.17	-.04	.30**		.27*	.06	.51**	.25*
11.情緒宣洩	.18	.14	.09	-.02	-.03	.26**	.42**	.48**	.34**	.07		.32**	.12	.25*
12.使用物質	.50**	.83**	.61**	.39**	.46	.18	.21**	.32**	.34**	.03	.16		-.04	.25*
13.行為抽離	-.14	-.20*	-.06	-.31**	-.03	.15	-.01	-.03	.09	.26**	.13	-.06		-.01
14.自責	.03	.07	-.06	-.11	-.06	.23**	.21*	-.01	.37**	.42**	.27**	.04	.13	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

註：左下方為乳癌因應方式相關係數，右上方為頭頸癌因應方式相關係數

表 3-2-4 乳癌病人之探索性因素分析因素負荷量表

	因素一	因素二	因素三
正向再建構	.826	.004	-.044
計畫	.775	.209	-.001
物質使用	.773	.172	.067
接受	.727	-.089	-.320
主動因應	.722	.018	-.164
幽默	.718	-.438	.278
尋求工具性社會支持	.142	.830	-.203
尋求情緒性社會支持	-.099	.825	.087
情緒宣洩	-.041	.732	.141
宗教因應	.120	.365	.347
否認	-.094	-.136	.790
自責	-.087	.176	.650
分心	.329	.144	.588
行為脫離	-.220	-.003	.494

表 3-2-5 頭頸癌病人之探索性因素分析因素負荷量表

	因素一	因素二	因素三
計畫	.887	-.005	.113
主動因應	.879	-.181	.060
接受	.737	-.062	-.193
物質使用	.706	.069	.132
正向再建構	.666	.159	-.335
尋求工具性社會支持	-.051	.862	.068
尋求情緒性社會支持	-.043	.765	.067
自責	-.164	.719	-.152
情緒宣洩	.248	.528	.284
宗教因應	.213	.401	-.002
行為脫離	-.175	.019	.777
分心	.463	-.087	.582
否認	-.079	.370	.571
幽默	.252	.356	-.446

完成歸納分類法的因應類別後，將歸納分類法建立之因應類別中所包含的因應方式組成與演繹分類法建立之因應類別進行比較，整理請見表 3-2-6。演繹分類法與歸納分類法建立之因應類別在因應方式組成上差異大，僅有「主動因應」、「計畫」、「使用情緒性社會支持」、「宗教因應」、「行為脫離」、「自責」等六項因應方式分配是相同的。

表 3-2-6 演繹分類法與歸納分類法各因應類別之因應方式組成比較

演繹分類法	歸納分類法
因素一：問題取向因應	因素一：個人內因應
主動因應(1)	主動因應(1)
計畫(2)	計畫(2)
尋求工具性社會支持(3)	正向再建構(5)
	接受(4)
	幽默(7)
	物質使用(12)
因素二：情緒取向因應	因素二：社會支持因應
尋求情緒性社會支持(6)	尋求情緒性社會支持(6)
宗教因應(8)	宗教因應(8)
接受(4)	尋求工具性社會支持(3)
正向再建構(5)	情緒宣洩(11)
幽默(7)	
否認(9)	
分心(10)	
因素三：失功能因應	因素三：逃避因應
行為脫離(13)	行為脫離(13)
自責(14)	自責(14)
情緒宣洩(11)	分心(10)
物質使用(12)	否認(9)

三、 內部一致性檢驗

本研究針對兩種不同的因應分類方式進行內部一致性檢驗，結果請見表 3-2-7。演繹分類法的三個因應類別之 Chronbach's α 介於.38 至.58 之間，歸納分類法的三個因應類別之 Cronbach's α 介於.52 至.83 之間。整體而言，歸納分類法建立的三個因應類別之內部一致性皆高於演繹分類法。

表 3-2-7 兩種因應分類方式各因素之內部一致性結果表

演繹分類法	Cronbach's α	歸納分類法	Cronbach's α
因素一：問題取向	.58	因素一：個人內因應	.83
因素二：情緒取向	.59	因素二：社會支持	.74
因素三：失功能	.38	因素三：逃避因應	.52



第三節 不同因應分類方式於乳癌與頭頸癌病人上之差異

本節將針對 14 種因應方式、演繹分類法、及歸納分類法等分類方式，比較乳癌病人與頭頸癌病人在這些因應上的差異。

一、 因應方式 (WOC)

兩類癌別在短版因應量表的 14 種因應方式的比較中，「尋求情緒性社會支持」、「尋求工具性社會支持」、「情緒宣洩」以及「自責」等四項因應方式有顯著差異，其中「自責」為頭頸癌病人高於乳癌，其餘三者皆為乳癌病人高於頭頸癌。相關描述統計與獨立樣本 *t* 檢定請見表 3-3-1。

表 3-3-1 乳癌與頭頸癌 14 種因應方式之描述統計及 *t* 檢定比較

癌別	乳癌		頭頸癌		<i>t</i>	<i>p</i>
	平均數	標準差	平均數	標準差		
主動因應	7.06	1.18	6.87	1.24	1.04	.298
計畫	6.68	1.34	6.59	1.45	0.43	.668
正向再建構	6.72	1.48	6.57	1.50	0.70	.482
接受	7.27	1.04	7.07	1.10	1.25	.212
幽默	5.70	1.37	5.75	1.54	-0.21	.836
宗教因應	5.47	2.00	4.91	2.25	1.88	.061
尋求情緒性社會支持	5.50	1.61	4.86	1.90	2.74	.007**
尋求工具性社會支持	6.20	1.51	5.61	1.79	2.42	.017*
分心	5.52	1.73	5.44	1.73	0.32	.749
否認	2.94	1.41	3.01	1.29	-0.34	.733
情緒宣洩	5.26	1.59	4.73	1.73	2.10	.038*
物質使用	4.26	0.88	4.39	0.88	-1.04	.300
行為脫離	2.59	1.05	2.80	1.35	-1.14	.258
自責	3.70	1.59	4.26	1.89	-2.09	.038*

p*<.05 *p*<.01

二、 因應類別比較

演繹分類法將 14 個因應方式分成「問題取向因應」、「情緒取向因應」及「失功能因應」，癌別與因應分類 2 x 3 的變異數分析結果見表 3-3-2。因應與癌別의 交互作用效果顯著，然而事後簡單主要效果 (simple main effect) 檢定發現乳癌與頭頸癌病人於三種因應分類上皆無差異；而癌別內比較可見，乳癌與頭頸癌病人皆是「問題取向因應」顯著高於「情緒取向因應」與「失功能因應」，而「情緒取向因應」顯著高於「失功能因應」。因應的主要效果顯著，「問題取向因應」顯著高於「情緒取向因應」與「失功能因應」，「情緒取向因應」顯著高於失功能因應，癌別主要效果則不顯著。

表 3-3-2 演繹分類法因應與癌別之描述統計及變異數分析表

癌別/因應	問題取向	情緒取向	失功能	交互作用	主要效果	
	因應	因應	因應		因應	癌別
	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
乳癌	6.64 (1.01)	5.60 (0.83)	3.96 (0.77)	4.31 (.014*)	689.06 (.000**)	1.59 (.208)
頭頸癌	6.36 (1.09)	5.38 (0.90)	4.04 (0.90)			

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

透過探索性因素分析將 14 個因應方式分成三類，分別是「個人內因應」、「社會支持因應」及「逃避因應」，癌別與因應分類 2 x 3 的變異數分析結果見表 3-3-3。因應與癌別의 交互作用效果顯著，事後簡單主要效果檢定發現，乳癌在「社會支持因應」上顯著高於頭頸癌，在其餘兩種因應上則無顯著差異。因應的主要效果顯著，「個人內因應」顯著高於「社會支持因應」，「社會支持因應」顯著高於「逃避因應」，癌別主要效果不顯著。

表 3-3-3 歸納分類法因應與癌別之描述統計及變異數分析表

癌別/因應	個人內	社會支持	逃避	交互作用	主要效果	
					因應	癌別
	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)	平均數 (標準差)	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
乳癌	6.28 (0.93)	5.63 (1.22)	4.03 (0.84)	9.38 (.000**)	261.52 (.000**)	1.87 (.174)
頭頸癌	6.20 (0.95)	5.03 (1.46)	4.22 (0.84)			

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

第四節 預測比較

本研究接著以 14 種因應方式、演繹分類法、及歸納分類法等分類方式預測病人後續的情緒壓力總分及生活品質，並比較不同因應分類方式的預測結果。本次採用的因應量表分數(包含因應方式、各種因應類別)皆為術後一個月之資料，情緒壓力總分及生活品質等結果變項則為術後三個月之資料，為求簡潔，以下不再特別標明時間點。

一、 預測變項描述統計

分癌別情緒壓力總分與四個面向的生活品質之描述統計整理請見表 3-4-1。完成術後三個月情緒壓力填答的乳癌病人共 87 位，情緒壓力總分平均數為 10.79 分，標準差為 9.68 分，峰度與偏態皆屬於合理範圍；頭頸癌病人共 54 位，平均數為 13.31 分，標準差為 10.15 分，峰度與偏態也皆屬於合理範圍。完成術後三個月生活品質填答的乳癌病人共 83 位，生活品質分數介於 60.80 分與 67.61 分之間，環境生活品質最高，心理生活品質最低，峰度與偏態皆屬於合理範圍。頭頸癌病人共 47 位，生活品質分數介於 53.57 分與 62.19 分，環境生活品質最高，心理生活品質最低，峰度與偏態皆屬於合理範圍。

表 3-4-1 情緒壓力總分與四面向生活品質描述統計表

	乳癌(n=87)				頭頸癌(n=54)			
	平均數	標準差	偏態	峰度	平均數	標準差	偏態	峰度
情緒壓力	10.79	8.68	0.79	-0.11	13.31	10.15	0.60	-0.39
	乳癌(n=83)				頭頸癌(n=47)			
	平均數	標準差	偏態	峰度	平均數	標準差	偏態	峰度
生理生活品質	63.92	16.52	-0.45	0.43	55.19	13.94	-0.13	0.16
心理生活品質	60.80	14.98	-0.34	0.47	53.57	16.77	-0.16	-0.67
社會生活品質	65.29	12.48	-0.10	0.95	56.77	14.53	-0.45	-0.09
環境生活品質	67.61	12.86	-0.23	0.07	62.19	12.22	-0.35	-0.30

二、 因應類別、因應方式、及結果變項相關

分癌別因應方式、情緒壓力總分、及四面向生活品質之相關係數整理如表 3-4-2，其中編號 1~14 為 14 種因應方式（依序為：主動因應、計畫、正向再建構、接受、幽默、宗教因應、尋求情緒性社會支持、尋求工具性社會支持、分心、否認、情緒宣洩、物質使用、行為脫離、自責），編號 15 為情緒壓力總分，編號 16~19 為生理、心理、社會、環境生活品質。兩類癌別在因應方式與情緒壓力總分的相關性較不一致，乳癌病人之情緒壓力總分與「主動因應」($r = -.16$)、「計畫」($r = -.04$)、及「正向再建構」($r = -.17$) 等因應方式無顯著相關，而頭頸癌病人之情緒壓力總分與上述因應方式顯著負相關（相關係數分別為 $-.27$ 、 $-.39$ 、及 $-.46$ ）。兩類癌別在因應方式與生理生活品質的相關性亦較不一致，乳癌病人之生理生活品質與「計畫」($r = .22$) 與「接受」($r = .33$) 等因應方式顯著正相關，與「幽默」顯著負相關 ($r = -.25$)，而頭頸癌病人之生理生活品質與上述因應方式無顯著相關（相關係數分別為 $.19$ 、 $.09$ 、及 $.18$ ）。

分癌別因應類別、情緒壓力總分、及四面向生活品質之相關係數整理如表 3-4-3。兩類癌別在因應類別與心理適應的相關性大致相同，僅在生理生活品質與社會生活品質有差異，其中乳癌病人之生理生活品質與「失功能因應」顯著負相關 ($r = -.28$)，而頭頸癌病人之生理生活品質與「失功能因應」($r = -.10$) 無顯著相關；乳癌病人之社會生活品質與「問題取向因應」無顯著相關 ($r = .21$)，頭頸癌病人之社會生活品質與「問題取向因應」顯著正相關 ($r = .32$)。

表 3-4-2 分癌別之因應方式、情緒壓力總分、及四面向生活品質相關係數表

係數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.		.52**	.50**	.47**	.33*	.09	-.02	.01	.20	-.02	.23	.43**	-.21	-.00	-.27*	.20	.42**	.47**	.37*
2.	.50**		.68**	.68**	.35**	.29*	.14	.24	.13	.11	.26	.74**	-.07	.18	-.39**	.19	.34*	.20	.43**
3.	.53**	.55**		.59**	.43**	.29*	.19	.30*	.06	-.11	.16	.55**	-.17	.03	-.46**	.33*	.62**	.57**	.53**
4.	.61**	.47**	.48**		.29*	.25	.06	.29*	.19	.05	.09	.38**	-.05	.06	-.35**	.09	.39**	.32*	.52**
5.	.29**	.41**	.55**	.26*		.31*	.17	.21	.15	.18	.24	.36**	-.14	.20	-.42**	.18	.55**	.36*	.40**
6.	.02	.16	.07	.02	.13		.30*	.31*	.11	.25	.32*	.21	.14	.04	-.23	.12	.19	.15	.17
7.	-.02	.17	-.08	-.07	-.08	.25*		.67**	.11	.17	.52**	.05	-.06	.39**	-.04	.00	-.06	-.01	-.14
8.	.19	.28**	.23*	.23*	-.02	.19	.52**		.14	.31*	.52**	.26	.17	.42**	-.11	.01	.08	.04	.12
9.	.06	.31**	.19	.11	.29**	.27*	.30**	.15		.16	.36**	.05	.17	.01	.14	-.33*	-.18	-.18	.02
10.	-.08	-.01	.01	-.20	.12	.16	.07	-.10	.30**		.23	.10	.42**	.17	-.09	-.07	-.04	-.19	.05
11.	.07	.13	.01	-.03	-.04	.24*	.47**	.52**	.37**	.09		.28*	.09	.25	.04	-.02	.04	-.11	.01
12.	.41**	.86**	.58**	.42**	.48**	.16	.14	.29**	.30**	-.00	.11		.03	.26	-.19	.32*	.37*	.21	.40**
13.	-.14	-.22*	.00	-.26*	.02	.11	-.03	-.06	.10	.19	.17	-.10		-.09	.13	-.13	-.03	-.17	-.16
14.	-.17	.04	-.12	-.11	-.08	.20	.19	-.03	.37**	.42**	.25*	-.05	.09		.02	-.24	-.33*	-.36*	-.30*
15.	-.16	-.04	-.17	-.35**	-.19	-.10	.12	-.04	.13	.19	.27*	-.07	.05	.31**		-.37*	-.53**	-.46**	-.38**
16.	.22	.22*	.38**	.33**	.25*	-.04	-.19	-.07	-.05	-.17	-.19	.17	-.20	-.29**	-.45**		.65**	.64**	.54**
17.	.40**	.41**	.53**	.47**	.47**	.02	-.19	.03	-.11	-.18	-.16	.38**	-.20	-.23*	-.49**	.73**		.75**	.69**
18.	.22*	.15	.45**	.33**	.23*	-.05	-.09	.12	-.15	-.12	-.10	.17	-.17	-.27*	-.30**	.63**	.66**		.55**
19.	.21	.33**	.47**	.35**	.24*	.10	-.04	.04	-.03	-.26*	-.12	.29**	-.16	-.26*	-.25*	.67**	.66**	.77**	

*p<0.05, **p<.01

註：左下方為乳癌資料之相關係數，右上方為頭頸癌資料之相關係數。變項編號 1~14 為主動因應、計畫、正向再建構、接受、幽默、宗教因應、尋求情緒性社會支持、尋求工具性社會支持、分心、否認、情緒宣洩、物質使用、行為脫離、自責，15：情緒壓力總分，編號 16~19 為生理、心理、社會、環境生活品質。

表 3-4-3 分癌別之因應類別、情緒壓力總分、及四面向生活品質相關係數表

係數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.問題取向因應		.72**	.59**	.83**	.65**	.48**	-.34*	.17	.38**	.32*	.42**
2.情緒取向因應	.53**		.51**	.70**	.78**	.54**	-.34*	.07	.34*	.24	.35*
3.失功能因應	.29**	.50**		.36**	.68**	.82**	.03	-.10	-.06	-.26	-.10
4.個人內因應	.77**	.63**	.15		.35*	.33*	-.48**	.30*	.62**	.50**	.60**
5.社會支持因應	.54**	.62**	.61**	.15		.45**	-.12	.04	.10	.03	.07
6.逃避因應	.22*	.67**	.83**	.26*	.40**		.08	-.28	-.19	-.31*	-.10
7.情緒壓力	-.10	-.07	.31**	-.21*	.08	.22*		-.37*	-.53**	-.46**	-.37**
8.生理生活品質	.14	.09	-.28*	.36**	-.16	-.20	-.47**		.65**	.64**	.54**
9.心理生活品質	.35**	.20	-.18	.61**	-.10	-.15	-.49**	.73**		.75**	.69**
10.社會生活品質	.21	.11	-.21	.36**	-.05	-.23*	-.30**	.63**	.66**		.55**
11.環境生活品質	.25*	.19	-.18	.43**	-.00	-.13	-.25*	.67**	.66**	.77*	

*p<0.05, **p<.01

註：左下方為乳癌資料之相關係數，右上方為頭頸癌資料之相關係數表

三、 因應方式對術後三個月結果變項之預測

14種因應方式對情緒壓力總分與生活品質之預測整理請見表3-4-4與3-4-5。情緒壓力部分，對乳癌病人而言，「接受」因應可顯著負向預測情緒壓力總分， $(\beta = -.39, p = .007)$ ，而「情緒宣洩」可正向預測情緒壓力總分 $(\beta = .29, p = .037)$ ；對頭頸癌病人而言，「幽默」因應可顯著負向預測情緒壓力總分 $(\beta = -.32, p = .043)$ 。生活品質部分，對乳癌病人而言，「正向再建構」因應可顯著正向預測生理 $(\beta = .34, p = .020)$ 、心理 $(\beta = .24, p = .050)$ 、社會 $(\beta = .46, p = .002)$ 、環境 $(\beta = .46, p = .001)$ 等四個面向的生活品質，「幽默」因應可顯著正向預測心理生活品質 $(\beta = .27, p = .014)$ ，「自責」因應可顯著負向預測生理生活品質 $(\beta = -.25, p = .049)$ ；對頭頸癌病人而言，「主動因應」因應可顯著正向預測社會生活品質 $(\beta = .35, p = .022)$ ，「正向再建構」因應可顯著正向預測心理生活品質 $(\beta = .38, p = .030)$ ，「幽默」因應可顯著正向預測心理生活品質 $(\beta = .42, p = .001)$ ，「分心」因應可顯著負向預測心理生活品質 $(\beta = -.30, p = .010)$ ，「行為脫離」因應可顯著負向預測環境生活品質 $(\beta = -.30, p = .048)$ ，「自責」因應可顯著負向預測心理 $(\beta = -.31, p = .009)$ 、社會 $(\beta = -.33, p = .011)$ 及環境 $(\beta = -.37, p = .008)$ 等三個面向的生活品質。

表 3-4-4 因應方式預測情緒壓力總分迴歸分析結果表

因應方式	乳癌		頭頸癌	
	β	p	β	p
主動因應	.06	.658	-.08	.649
計畫	.09	.694	-.37	.186
正向再建構	.03	.819	-.25	.245
接受	-.39	.007**	.05	.802
幽默	-.17	.183	-.32	.043*
宗教因應	-.19	.081	-.06	.684
尋求情緒性社會支持	-.02	.892	.08	.703
尋求工具性社會支持	-.12	.394	-.12	.610
分心	.04	.744	.21	.153
否認	.05	.684	-.11	.490
情緒宣洩	.29	.037*	.15	.410
物質使用	.08	.694	.32	.143
行為脫離	-.08	.452	.03	.850
自責	.20	.101	.07	.638

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

表 3-4-5 因應方式預測生活品質迴歸分析結果表

因應方式	生理生活品質				心理生活品質				社會生活品質				環境生活品質			
	乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
主動因應	-.13	.356	.07	.731	.01	.919	.07	.583	-.13	.354	.35	.022*	-.21	.119	-.08	.633
計畫	.24	.288	-.20	.498	.22	.239	-.29	.166	-.06	.801	-.35	.128	.30	.160	-.21	.395
正向建構	.34	.020*	.14	.585	.24	.050*	.38	.030*	.46	.002**	.30	.114	.46	.001**	.23	.259
接受	.21	.146	.02	.925	.22	.064	.24	.156	.22	.112	.12	.490	.20	.131	.35	.075
幽默	.04	.775	.06	.733	.27	.014*	.42	.001**	.05	.666	.19	.153	-.04	.760	.18	.203
宗教因應	.04	.683	.07	.709	.07	.442	-.08	.493	.00	.967	.08	.542	.16	.119	-.04	.785
情緒性	-.04	.781	.14	.554	-.06	.571	-.03	.875	.04	.765	.14	.434	.11	.368	-.23	.228
工具性	-.16	.274	.01	.976	-.03	.793	-.02	.916	.03	.851	.11	.590	-.18	.198	.16	.465
分心	.02	.892	-.32	.058	-.21	.054	-.30	.010**	-.18	.151	-.21	.091	-.05	.676	-.03	.834
否認	-.02	.850	.03	.893	-.05	.649	.02	.868	.07	.552	-.11	.444	-.15	.184	.18	.255
情緒宣洩	-.04	.790	-.03	.896	-.09	.477	.15	.349	-.02	.903	-.20	.261	-.08	.572	.07	.689
物質使用	-.24	.265	.40	.099	-.07	.708	.17	.304	-.07	.727	.15	.414	-.17	.390	.29	.135
行為脫離	-.10	.365	-.12	.524	-.05	.636	.05	.714	-.11	.315	-.04	.795	-.04	.741	-.30	.048*
自責	-.25	.049*	-.30	.081	-.05	.629	-.31	.009**	-.17	.189	-.33	.011*	-.20	.099	-.37	.008**

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

四、 因應類別對術後三個月結果變項之預測

因應類別對情緒壓力之預測整理請見表 3-4-6，對生活品質之預測整理請見表 3-4-7。情緒壓力部分，對於乳癌與頭頸癌病人而言，「失功能因應」皆顯著正向預測情緒壓力 ($\beta = .45, p = .000$; $\beta = .39, p = .017$)，「個人因應」皆顯著負向預測情緒壓力 ($\beta = -.29, p = .009$; $\beta = -.55, p = .000$)，「逃避因應」皆顯著正向預測情緒壓力 ($\beta = .28, p = .017$; $\beta = .29, p = .036$)。

生活品質部分，對乳癌病人而言，「問題取向因應」顯著正向預測心理生活品質 ($\beta = .36, p = .003$)，「失功能因應」顯著負向預測生理 ($\beta = -.44, p = .000$)、心理 ($\beta = -.40, p = .001$)、社會 ($\beta = -.37, p = .003$)、環境 ($\beta = -.38, p = .002$) 等四個面向的生活品質，「個人內因應」顯著正向預測生理 ($\beta = .44, p = .000$)、心理 ($\beta = .68, p = .000$)、社會 ($\beta = .43, p = .000$)、環境 ($\beta = .48, p = .000$) 等四個面向的生活品質，「逃避因應」顯著負向預測生理 ($\beta = -.23, p = .042$)、心理 ($\beta = -.24, p = .009$)、社會 ($\beta = -.33, p = .004$)、環境 ($\beta = -.23, p = .035$) 等四個面向的生活品質；對頭頸癌病人而言，「問題取向因應」顯著正向預測心理 ($\beta = .43, p = .025$)、社會 ($\beta = .52, p = .005$)、環境 ($\beta = .51, p = .006$) 等三個面向的生活品質，「失功能因應」顯著負向預測心理 ($\beta = -.37, p = .021$)、社會 ($\beta = -.47, p = .000$)、環境 ($\beta = -.44, p = .004$) 等三個面向的生活品質，「個人內因應」顯著正向預測生理 ($\beta = .37, p = .012$)、心理 ($\beta = .69, p = .000$)、社會 ($\beta = .60, p = .000$)、環境 ($\beta = .65, p = .000$) 等四個面向的生活品質，「逃避因應」顯著負向預測生理 ($\beta = -.41, p = .008$)、心理 ($\beta = -.40, p = .002$)、社會 ($\beta = -.49, p = .000$)、環境 ($\beta = -.26, p = .050$) 等四個面向的生活品質。「情緒取向因應」以及「社會支持因應」對於頭頸癌病人及乳癌病人，皆無法預測任何一個面向的生活品質。

表 3-4-6 因應類別預測情緒壓力總分迴歸分析結果表

因應類別	乳癌		頭頸癌	
	β	p	β	p
問題取向	-.10	.432	-.38	.056
情緒取向	-.25	.065	-.26	.155
失功能	.45	.000**	.39	.017*
個人內	-.29	.009**	-.55	.000**
社會支持	.01	.961	-.06	.670
逃避因應	.28	.017*	.29	.036*

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



表 3-4-7 因應類別預測生活品質迴歸分析結果表

因應類別	生理生活品質				心理生活品質				社會生活品質				環境生活品質			
	乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌		乳癌		頭頸癌	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
問題取向	.16	.197	.33	.125	.36	.003**	.43	.025*	.24	.056	.52	.005**	.23	.061	.51	.006**
情緒取向	.22	.198	-.04	.823	.21	.106	.21	.250	.17	.221	.13	.424	.26	.057	.20	.252
失功能	-.44	.000**	-.24	.163	-.40	.001**	-.37	.021*	-.37	.003**	-.47	.000**	-.38	.002**	-.44	.004**
個人內	.44	.000**	.37	.012*	.68	.000**	.69	.000**	.43	.000**	.60	.000**	.48	.000**	.65	.000**
社會支持	-.15	.161	.12	.405	-.13	.162	.10	.410	.01	.944	.01	.462	.00	.971	.02	.872
逃避因應	-.23	.042*	-.41	.008**	-.24	.009**	-.40	.002**	-.33	.004**	-.49	.000**	-.23	.035*	-.26	.050*

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



第四章 討論

第一節 分類方法對於比較因應特性的影響

一、 演繹分類法與歸納分類法各因應類別之組成差異比較

演繹分類法與歸納分類法所建立之因應類別中所包含的因應方式組成差異大，僅有「主動因應」、「計畫」、「使用情緒性社會支持」、「宗教因應」、「行為脫離」、「自責」等六項因應方式分配是相同的，其餘八項因應方式皆被分配在不同的因素中。因此，研究者選擇的因應分類方法，會造成因應類別中所包含的因應方式組成不同，而不同的組成代表進行不同群體（例如本研究中為癌別）之因應差異比較時，採用的比較標準也不同，在進行此類研究時應注意分類因應的方法，以及各因應類別中所包含的因應方式組成為何。

另外，依照本次研究的結果，演繹分類法建立的各因應類別之內部一致性都偏低。可能代表對本研究的參與者而言，其因應構念與過往學者提出的問題取向、情緒取向及失功能因應類別的結構不完全相同，這樣的組合方式並不能穩定地指向一組理論上的潛在構念。在進行研究實務的操作時若直接使用此種分類方式，將會造成各個因素內部一致性偏低，故無論是差異比較或是預測後續心理適應的意義不大。在歸納分類法部分，在個人因應與社會支持因應兩個因素的內部一致性分別為 0.83 與 0.74，介於良好與可接受範圍；然而在第三個因素（逃避因應）上內部一致性為 0.52，屬於較差的內部一致性，雖然整體來看屬於可接受的狀況，惟在使用逃避因應做解釋與推論時應需要小心。本次的研究結果呈現了過往在因應研究實務中研究者所遇到的困境，亦即理論的因應類別與樣本資料的潛在因應結構是有落差的，依照理論脈絡「演繹」分出因應類別在概念上容易理解且易於推論，但與實際樣本的構念有一定程度的落差；而依照資料特性進行「歸納」的因應類別雖然有較好的內部一致性且可能較能代表樣本的潛在構念，但在結構與組成上未必能對應到適當的理論基礎。

二、 演繹分類法與歸納分類法於比較兩癌因應使用頻率的差異

變異數分析結果整理如表 4-1-1，演繹分類法與歸納分類法在其中一項比較中有差異，詳細說明如下。演繹分類法在因應與癌別의 交互作用效果顯著，然而簡單主要效果檢定並不顯著。演繹分類法於因應的主要效果是顯著的，「問題取向因應」顯著高於「情緒取向因應」與「失功能因應」，且「情緒取向因應」顯著高於「失功能因應」。歸納分類法在因應與癌別의 交互作用效果顯著，檢查簡單主要效果時，在「社會支持因應」上，乳癌顯著高於頭頸癌，而在其他兩種因應分類中，兩癌沒有顯著差異，由此可知乳癌病人在使用「社會支持因應」顯著高於頭頸癌病人。歸納分類法於因應的主要效果亦顯著，結果顯示「個人因應」顯著高於「社會支持因應」與「逃避因應」，且「社會支持因應」顯著高於「逃避因應」。此結果顯示，本研究中使用演繹分類法與歸納分類法進行乳癌與頭頸癌的比較時，演繹分類法無法區分出乳癌與頭頸癌的因應使用頻率差異，而歸納分類法則能在「社會支持因應」這個分類上分辨出乳癌病人與頭頸癌病人的因應使用頻率差異。因此，相較於演繹分類法，歸納分類法對於分辨乳癌病人與頭頸癌病人因應特性具有較佳的區辨力。

表 4-1-1 因應類別與癌別之變異數分析結果整理

分類方法	效果	顯著	描述
演繹分類法	癌別	X	-
	因應	O	問題取向因應>情緒取向因應>失功能因應
	交互作用	O	經簡單主要效果檢查後發現無顯著差異
歸納分類法	癌別	X	-
	因應	O	個人內因應>社會支持因應>逃避因應
	交互作用	O	社會支持因應：乳癌>頭頸癌

三、 演繹分類法與歸納分類法於預測兩癌後續適應指標的差異

演繹分類法與歸納分類法建立之因應類別預測兩癌後續心理適應指標的結果整理如表 4-1-2，兩者結果差異大，詳細說明如下。

比較兩種分類方法所建立的因應類別，對於情緒壓力與生活品質的預測力，歸納分類法在「個人內因應」與「逃避因應」兩個類別中對於兩類癌別的各项適應指標皆能顯著預測，「社會支持因應」則是皆無法顯著預測。演繹分類法的「問題取向因應」僅能顯著正向預測乳癌病人的心理生活品質與頭頸癌病人心理、社會、及環境等三面向的生活品質，「失功能因應」則能顯著預測兩類癌別的大部分適應指標（頭頸癌病人的生理生活品質除外），「情緒取向因應」則是皆無法顯著預測。整體而言，歸納分類法對於後續心理適應指標具有較佳的預測力。

進一步比較不同的分類方法是否能針對兩類癌別有不同的預測結果，由於演繹分類法的三種因應類別之內部一致性皆低於.60，因此討論演繹分類法各因應類別對於情緒壓力及生活品質預測結果代表的意義可能很容易造成錯誤的推論，在此不過度推論演繹分類法之預測結果所代表的意義。歸納分類法部分，「個人內因應」可負向預測乳癌與頭頸癌病人之情緒壓力、正向預測乳癌與頭頸癌病人之四個面向的生活品質，「社會支持因應」無法顯著預測乳癌與頭頸癌病人之情緒壓力與四個面向的生活品質，「逃避因應」可正向預測乳癌與頭頸癌病人之情緒壓力、負向預測乳癌與頭頸癌病人之四個面向的生活品質。因此，在歸納分類法得到的因應類別中，無論是「個人內因應」、「社會支持因應」或者「逃避因應」對於兩類癌別在預測上的結果皆相同，對不同癌別並無不同的預測力。

表 4-1-2 因應類別預測後續適應指標簡要整理 (O 表示 β 值顯著, $p < .05$, + 表示正向預測, - 表示負向預測)

分類方法	因應類別	預測變項	乳癌	頭頸癌	分類方法	因應類別	預測變項	乳癌	頭頸癌
演繹分類法	問題取向 因應	情緒壓力			歸納分類法	個人內 因應	情緒壓力	O-	O-
		生理 QoL					生理 QoL	O+	O+
		心理 QoL	O+	O+			心理 QoL	O+	O+
		社會 QoL		O+			社會 QoL	O+	O+
		環境 QoL		O+			環境 QoL	O+	O+
	情緒取向 因應	情緒壓力			歸納分類法	社會支持 因應	情緒壓力		
		生理 QoL					生理 QoL		
		心理 QoL					心理 QoL		
		社會 QoL					社會 QoL		
		環境 QoL					環境 QoL		
	失功能因應	情緒壓力	O+	O+	歸納分類法	逃避因應	情緒壓力	O+	O+
		生理 QoL	O-				生理 QoL	O-	O-
		心理 QoL	O-	O-			心理 QoL	O-	O-
		社會 QoL	O-	O-			社會 QoL	O-	O-
		環境 QoL	O-	O-			環境 QoL	O-	O-

四、 小結

綜合上述三個部分的整理，可以得出演繹分類法與歸納分類法兩種不同的因應分類方法造成各個因應類別中的因應方式組成不同，而透過不同的組合進行後續的平均數比較、預測比較時皆會造成不同的結果，選擇不同的分類方法也會影響分辨兩類癌別因應特性的區辨力。比較演繹與歸納兩種分類方法，歸納分類法對於兩類癌別後續心理適應皆有較佳的預測力，且在平均數比較上較有區辨力，能夠透過「社會支持因應」來區分乳癌與頭頸癌病人的因應差異，應較適合作為兩類癌別因應差異的比較基準。

本研究結果支持 Skinner 等人（2003）的論點，使用歸納分類法建立的因應類別與樣本資料的構念適配度較高，也能夠在統計檢定力上有較佳的表現，在本研究中，使用歸納分類法建立的因應類別的確有較佳的預測力與區辨力。然而，Skinner 等人（2003）認為使用歸納分類法必須面對的問題是透過此研究方法建立的因應類別來自因應方式之間的相關性，未必能很好地與因應理論進行對話，而不同研究間使用相同的量表、相同的理論脈絡、及相同的統計方式（如探索性因素分析），卻常常得到不同的因應方式組合但命名上卻很接近（甚至相同），造成跨研究之間比較的困難。將這些不完全相同，甚至有些差異很多的因應方式組合，當成相同的構念在不同研究間進行比較、預測後續心理適應，這樣的研究結果與比較結果是否具有可比性與代表性？本研究以同一筆資料透過不同分類方法所得到的結果，再次呼應這些疑問於因應研究的重要性是不該輕易被忽視的。

另一方面，透過比較兩種不同的分類方法，獲得的因應方式組合不同，而後續的比較結果也不同，因此筆者發現因應方式的組合或許是影響因應比較、預測力以及區辨力的關鍵因素。因此，接下來的章節將針對「因應方式」在比較、預測兩類癌別病人的結果進行整理與討論。

第二節 因應方式對於兩類癌別在比較、預測上的差異

一、 乳癌與頭頸癌於因應方式比較的差異

兩類癌別在短版因應量表的 14 種因應方式的比較中，「尋求情緒性社會支持」($t=2.74$ ； $p=.007$)、「尋求工具性社會支持」($t=2.42$ ； $p=.017$)、「情緒宣洩」($t=2.10$ ； $p=.038$)以及「自責」($t=-2.09$ ； $p=.038$)等四項因應方式有顯著差異，本次的研究結果中，乳癌病人使用「尋求情緒性社會支持」、「尋求工具性社會支持」、「情緒宣洩」等三項因應方式的頻率顯著高於頭頸癌病人，而頭頸癌病人使用「自責」作為因應方式的頻率顯著高於乳癌病人。

過往研究顯示乳癌病人較常使用「情緒取向因應」(Roussi et al., 2007)以及「社會支持因應」(Wang et al., 2018)，其中「尋求情緒性社會支持」、「尋求工具性社會支持」、及「情緒宣洩」等因應方式經常被歸納在此因應類別中，可見在面對疾病壓力的過程中，此類型的因應方式是乳癌病人經常使用的。筆者在帶領癌症術前衛教團體的過程中有與研究結果類似的觀察，乳癌病人與頭頸癌病人比起來更常在團體中表露情緒（如哭泣、表達無法忍受負向情緒而離開團體），以及分享在她們在確診罹癌之後如何運用社會支持資源協助她們因應疾病壓力，例如「在接受化療期間請家人協助家事以及陪同就醫」、「與家人分享不開心的心情，他們會幫我排解」。「自責」的部分，過去研究顯示「自責」是頭頸癌病人常用的因應方式，而「自責」亦與後續較差的心理適應有關 (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2006; Richardson, Morton, & Broadbent, 2016)。造成兩類癌別在以上因應方式有差異的可能解釋如下：

1. 乳癌與頭頸癌病人在性別比例上的差異，可能對兩類癌別因應特性造成影響。

本次研究樣本中，乳癌病人女性占 100%，頭頸癌病人的男女比例各占 79%與 21%。過去研究顯示，男性與女性在因應使用的特性上不盡相同，女性比起男性更常使用社會支持資源作為因應方式，其中尋求情緒支持是最明顯在兩性看到差異的面向 (Luckow, Reifman, & McIntosh, 1998 ; Tamres, Janicki,

&Helgeson, 2002), 因此性別比例可能是造成乳癌與頭頸癌病人因應特性差異的重要因子。然而, 本次選擇的兩類癌別之性別比例分布與癌症特性有密切關聯, 絕大部分的乳癌病人是女性, 而頭頸癌的發生率男性則是遠高於女性, 因此筆者認為兩類癌別在性別比例上的懸殊差異, 能被視為癌症特性的一部分, 本研究針對兩癌因應方式的比較結果仍能呈現兩類癌別在因應特性上的差異。

2. 不同癌症的致病因子不盡相同, 社會大眾與病人對於不同癌症罹癌原因的歸因也不同, 導致病人與家屬對於罹癌之責任歸屬有不同的信念, 進一步造成病人因應方式不同。Label 與 Levins (2008) 的系統性回顧研究指出, 大眾對於從事普遍被認為會導致癌症之行為的人有較負向的態度。Cataldo、Slaughter、Jahan、Pongquan 及 Hwang (2011) 一篇探討肺癌罹病原因汙名化的研究中則表示, 肺癌的汙名化來自「病人的行為是罹癌原因」的信念, 認為病人該為其疾病負責。「罹癌是因為病人行為所造成」以及「病人應該為其行為及後果負起責任」的信念, 導致許多癌症病人在罹癌時就遭受來自外在的責備與內在的自責, 其中肺癌、頭頸癌等與不健康生活習慣(例如: 抽菸、喝酒、嚼檳榔)有明顯關聯性之癌別受到的負向影響更為嚴重, 因而降低他們的社交生活品質。

乳癌的致病因子與基因遺傳、環境賀爾蒙等因素有關, 在術前團體中乳癌病人多數也常將罹患乳癌歸因於基因遺傳、工作壓力或未有明確原因, 罹患乳癌可能被認為是自己無法決定的, 或者因為過於努力工作而造成生病, 因此乳癌病人也可能獲得較多的諒解與社會支持。然而, 頭頸癌的致病因子中除了基因遺傳外, 不健康的生活習慣也會增加罹患頭頸癌的機率。多數罹患頭頸癌的病人有抽菸、喝酒、嚼檳榔等習慣, 因此頭頸癌病人常常在罹患頭頸癌時就背負著「癌症是自己造成」的壓力, 術前衛教團體中時常有頭頸癌病人提到「因為自己抽菸/喝酒/嚼檳榔, 所以得到癌症只能怪自己」。病人傾向用「自己害的」、「自作自受」等方式來思考自己的罹癌原因, 導致頭頸癌病

人更容易使用「自責」作為因應疾病的方式。另一方面，病人家屬可能也用類似的歸因方式來理解罹病原因，並進一步影響對病人的後續照顧。筆者在術前衛教團體中觀察到有些家屬以此責備病人，例如「你就是因為吃檳榔才會得口腔癌」、「我就叫你不要抽，你就是不聽，結果現在得這種癌症……」。當家人的關心以責備的方式表達，原本的社會支持從資源變成了壓力來源，除了加深病人的自責之外，可能也減少了使用社會支持的因應方式。

二、 乳癌與頭頸癌於因應方式預測後續心理適應指標的差異

在因應方式預測後續心理適應的結果上，可以發現不同的因應方式對於兩類癌別的後續心理適應的預測力是不同的(整理詳見表 4-2-1)，其中「正向再建構」與「自責」是預測面向差異最大的兩種因應方式，其餘的因應方式在兩類癌別的預測力上皆僅有一個面向的差異(如：「主動因應」、「情緒宣洩」、「幽默」、「分心」、「行為脫離」等因應方式)，或者沒有差異。

「正向再建構」部分，本研究乳癌病人的「正向再建構」能正向預測四個面向的生活品質，但頭頸癌病人的「正向再建構」僅能正向預測生理生活品質，明顯地在預測的廣度上有所區別，因此「正向再建構」對於乳癌病人比起對於頭頸癌病人後續的生活品質影響較大。過往有許多乳癌因應研究結果顯示「正向再建構」能夠預測後續較少的情緒困擾與較佳的生活品質 (Carver et al., 1993; Roussi et al., 2007; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002)，而亦有研究指出「正向再建構」能預測較多的益處發現 (benefit finding)，且益處發現在疾病初期能夠緩衝壓力帶來的衝擊，讓病人有足夠的心理資源並在未來有更佳的適應 (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003)。然而過往頭頸癌研究較少提及「正向再建構」對於生活品質的影響，僅有 Llewellyn 等人 (2006) 的研究結果顯示頭頸癌病人的「正向再建構」與社會面向的生活品質呈正相關。

「自責」部分，本研究中頭頸癌病人的「自責」可以預測心理、社會、環境等三個面向的生活品質，然而乳癌病人的「自責」僅能負向預測生理生活品質，

因此「自責」對於頭頸癌病人比起對於乳癌病人後續的生活品質影響較大。本研究的結果與過去研究類似，許多頭頸癌研究指出「自責」能負向預測頭頸癌病人的同時以及後續較差健康相關生活品質 (Llewellyn et al., 2006; Richardson et al., 2016)；然而，過往乳癌相關研究大多著重在「自責」會預測乳癌病人後續較多的情緒困擾 (Bussell & Naus, 2010; Kim et al., 2010)，直接探討「自責」與生活品質關係的研究較少。

針對「正向再建構」對於乳癌病人的後續適應較有影響力，而「自責」對於頭頸癌病人的後續適應較有影響力，可能是與「社會支持」有關的。Thoits(1986)提出因應協助(coping assistance)的概念，認為社會支持能作為病人的因應資源，在面對壓力情境時納入重要他人的協助，並保持自身有更充足的因應資源。Kim等人(2010)以231位乳癌病人為對象的研究結果顯示，主動因應(以「正向再建構」單一因應方式代表)以及被動因應(以「自責」單一因應方式代表)可以作為「病人自覺社會支持」到「生活品質」的中介變項，即病人自覺整體社會支持較多能預測病人使用較多的主動因應(正向再建構)，病人自覺整體社會支持較低則預測病人使用較多的被動因應(自責)，且較多的主動因應(正向再建構)能預測病人後續較佳的生活品質，較多的被動因應(自責)則會預測病人後續較差的生活品質。針對此結果，Kim等人(2010)認為足夠的社會支持能作為病人的因應資源，讓病人更傾向使用更主動、需要較多認知、情緒資源的因應方式——正向再建構，而自覺較低的社會支持會讓病人傾向使用較被動的因應方式(該研究中使用的就是「自責」一個因應方式)，因此自覺社會支持的多寡是決定病人選擇因應方式的關鍵。

本研究雖然沒有病人自覺社會支持的資料，然而從因應上來看，乳癌病人無論在因應分類層次的「社會支持因應」分類($M = 5.63, SD = 1.22$)，或者因應方式層次的「尋求情緒性社會支持」($M = 5.50, SD = 1.61$)、「尋求工具性社會支持」($M = 6.20, SD = 1.51$)等兩項因應方式都有較高的使用頻率；且在上述三個指標上，皆顯著高於頭頸癌病人。以此間接推測乳癌病人可能自覺有較多的社會支持，

故在有足夠社會支持資源的狀況下，更傾向使用主動因應，也就是「正向再建構」的因應方式，進而促進較佳的心理適應。而頭頸癌病人在「社會支持因應」($M=5.03, SD=1.46$)，或者「尋求情緒性社會支持」($M=4.86, SD=1.90$)、「尋求工具性社會支持」($M=5.61, SD=1.79$)等兩項因應方式的使用頻率都顯著比乳癌病人低，推測頭頸癌病人的自覺的社會支持資源相對較少，因而較可能選擇被動因應，也就是「自責」的因應，造成後續較差的生活品質。

Thoits (1986) 提出的因應協助概念與 Kim 等人 (2010) 的研究結果，提供我們對於乳癌與頭頸癌病人因應差異一個可能的解釋，即自覺社會支持的多寡可能是影響兩類癌別病人因應差異的關鍵因子。然而，若對比 Kim (2010) 研究中的推論以及使用的研究方法，可以發現其推論「病人在有較多的資源時傾向主動因應，資源不足時則採用較被動的因應」是合理的，不過該研究中主動因應包含的因應方式僅有「正向再建構」一個因應方式，被動因應包含的因應方式僅有「自責」一項，其中自覺較多的社會支持可以讓病人保留較多的認知、情緒資源，進行認知、情緒複雜度較高的「正向再建構」因應是合理的，但自覺較少的社會支持使病人傾向使用「自責」的因應方式在推論上較不直接。

Rooks (1984) 認為社會互動 (social-interaction) 應同時包含支持性的社會連結 (supportive social ties) 以及問題性的社會連結 (problematic social ties) 兩個面向，然而過往討論社會互動的研究中，大多著重在支持性社會連結能夠緩衝壓力對心理適應造成的影響。因此，Rooks (1984) 以 120 為 60-90 歲的喪偶女性為對象的研究中，同時探討支持性社會連結與問題性社會連結對於研究參與者心理適應的影響。結果顯示，在控制社會連結多寡的情況下，問題性社會連結對於研究參與者心理適應影響是負向的，且效果遠大於支持性社會連結對於心理適應的正向影響，因此社會連結本身的特性也是需要關注的。筆者在臨床上的觀察，許多頭頸癌病人於參加術前衛教團體、回診的過程中時常也有家人陪伴，顯示頭頸癌病人的社會連結未必較少，然而經常觀察到病人與家人互動的過程中，家人多以限制、責備的方式表達，例如「醫生叫你菸、酒要節制一點/不要再用」、「就

是因為你抽菸，如果不要抽菸就不會罹癌/復發」，這樣的社會連結反而變成了病人的壓力源，而非協助病人因應的資源，造成病人更多的自責。當病人的自責加上家人的責備，使得病人更無法將社會連結作為資源使用，自覺的社會支持減少，因此未必是自覺社會支持少而導致自責，反而可能是因為社會連結變成壓力，導致自責，進而減少與家人的連結。

綜合上述，我們可以發現乳癌與頭頸癌病人的因應特性在因應方式的層次上，無論是使用的頻率以及對於後續心理適應的預測，在部分因應方式上有所差異，而疾病的特性、對於罹癌原因的歸因、社會支持的多寡以及社會連結的特性可能在這樣的差異中扮演重要的角色。「正向再建構」以及「自責」這兩項因應方式是很重要的，其中「自責」更是一個特別需要注意的因應方式。乳癌病人的在各個因應方式的使用頻率幾乎都高於頭頸癌病人，然而「自責」的使用頻率卻是少數頭頸癌病人顯著高於乳癌病人的因應方式，且對於後續的生活品質有很大的影響。另外，透過探討兩類癌別在因應方式層次上的差異，有助於我們更具體、更細膩地將研究的結果與臨床實務對照，對於癌症病人的因應有更多歷程性的理解，並提供臨床介入可能的方向。

表 4-2-1 因應方式預測後續適應指標簡要整理 (O 表示 β 值顯著, $p < .05$, + 表示正向預測, - 表示負向預測)

因應方式	預測變項	乳癌	頭頸癌	因應方式	預測變項	乳癌	頭頸癌
主動因應	情緒壓力			尋求工具性 社會支持	情緒壓力		
	生理 QoL				生理 QoL		
	心理 QoL				心理 QoL		
	社會 QoL		O+		社會 QoL		
	環境 QoL				環境 QoL		
計畫	情緒壓力			分心	情緒壓力		
	生理 QoL				生理 QoL		
	心理 QoL				心理 QoL		O-
	社會 QoL				社會 QoL		
	環境 QoL				環境 QoL		
正向再建構	情緒壓力			否認	情緒壓力		
	生理 QoL	O+			生理 QoL		
	心理 QoL	O+	O+		心理 QoL		
	社會 QoL	O+			社會 QoL		
	環境 QoL	O+			環境 QoL		
接受	情緒壓力	O-		情緒宣洩	情緒壓力	O+	
	生理 QoL				生理 QoL		
	心理 QoL				心理 QoL		
	社會 QoL				社會 QoL		
	環境 QoL				環境 QoL		

表 4-2-1 14 種因應方式預測後續適應指標簡要整理 (續) (O 表示 β 值顯著, $p < .05$, + 表示正向預測, - 表示負向預測)

因應方式	預測變項	乳癌	頭頸癌	因應方式	預測變項	乳癌	頭頸癌
幽默	情緒壓力		O-	物質使用	情緒壓力		
	生理 QoL				生理 QoL		
	心理 QoL	O+	O+		心理 QoL		
	社會 QoL				社會 QoL		
	環境 QoL				環境 QoL		
宗教因應	情緒壓力			行為脫離	情緒壓力		
	生理 QoL				生理 QoL		
	心理 QoL				心理 QoL		
	社會 QoL				社會 QoL		
	環境 QoL				環境 QoL		O-
尋求情緒性 社會支持	情緒壓力			自責	情緒壓力		
	生理 QoL				生理 QoL	O-	
	心理 QoL				心理 QoL		O-
	社會 QoL				社會 QoL		O-
	環境 QoL			環境 QoL		O-	

第三節 「因應類別」與「因應方式」的比較

前面兩節分別探討因應的分類方式對於比較、預測兩類癌別的因應特性有什麼影響，以及因應方式對於分辨兩類癌別的因應特性與預測力的結果。本節嘗試整合「因應類別」與「因應方式」在分析與推論的優勢與劣勢，以及使用時的注意事項。

一、 因應方式組合對於類別概念在比較平均數、預測力的影響

首先，透過演繹分類法與歸納分類法建立的因應類別中，因應方式的組成差異大，且兩種分類方法建立的因應類別在兩類癌別的比較上，無論是使用頻率的比較或是預測後續適應的狀況，皆出現不一致的結果。然而細究不同因應方式組合的比較結果，以及各個因應方式本身的比較與預測結果後發現，因應類別在比較及預測上是否能達成顯著，與因應方式組成有很大的關係。

平均數比較部分，比起演繹分類法，歸納分類法更有機會區辨出兩類癌別在因應使用頻率的差異（乳癌使用「社會支持因應」顯著高於頭頸癌）。然而細究歸納分類法各因應類別中的因應方式組成，發現社會支持因應這個類別中，同時包含了「尋求工具性社會支持」、「尋求情緒性社會支持」、及「情緒宣洩」這三項在因應方式層次即能分辨乳癌與頭頸癌病人的因應方式，而在演繹分類法中這三項因應方式被分散在三種不同的類別中，「尋求情緒性社會支持」被歸類在「情緒取向因應」類別，「尋求情緒性社會支持」被歸類在「問題取向因應」類別，而「情緒宣洩」被歸類在「失功能因應」類別，區辨的效果可能被分散而無法分辨兩類癌別的差異。因此，歸納分類法之所以能區分出兩類癌別的因應差異，可能是因為因應方式組成的不同造成區辨效果的不同。

預測部分，根據本研究在因應方式層次的預測結果，「自責」跟「正向再建構」兩項因應方式有很強的預測力，然而若將這兩項因應方式納入分類的概念來看，會發現使用演繹分類法時，「正向再建構」被歸類於「情緒取向因應」，對於病人後續的情緒壓力、四個面向的生活品質皆無法預測，然而使用歸納分類法時，

「正向再建構」被歸類於「個人內因應」，能預測後續較高的情緒壓力與較差的生活品質，可見「正向再建構」對於後續心理適應預測力效果，會因為採用不同的分類方法而有影響，有可能因為分類方法的不同，而造成研究者忽略正向再建構的效果。

此外，即便使用相同分類方法，我們仍能看到特定因應方式對於因應類別的預測力有明顯的影響力。因應類別中，以歸納分類法的「個人內因應」以及「逃避因應」對於後續心理適應的預測力最好，能夠同時顯著預測乳癌與頭頸癌病人的情緒壓力以及四個面向的生活品質。因此筆者也檢查將「正向再建構」從「個人內因應」類別中剔除、「自責」從「逃避因應」類別剔除後，對於「個人內因應」以及「逃避因應」預測力造成的影響。結果發現將「正向再建構」從「個人內因應」剔除後，對於預測乳癌與頭頸癌的情緒壓力與生活品質的結果沒有影響。然而，將「自責」從「逃避因應」剔除後，預測乳癌病人的情緒壓力從顯著預測變成不顯著 ($p = .017 \rightarrow .149$)，預測頭頸癌的心理、環境等兩個面向的生活品質也從顯著預測變成不顯著 (心理： $p = .002 \rightarrow .076$ ；環境： $p = .050 \rightarrow .457$)，對於預測頭頸癌的生理、社會等兩個面向的生活品質，雖然並未從顯著變成不顯著，但在顯著性上有明顯的下降 (生理： $p = .008 \rightarrow .038$ ；社會： $p = .000 \rightarrow .027$)，可見「自責」這項因應方式對於整個類別的預測力具有重大的影響力。在這樣的情況下，將「自責」獨立出來看它的預測力，應該會比將它放進整個「逃避因應」的構念進行討論來得更恰當。

二、 因應類別組成不一致對推論造成的影響

Kvillemo 與 Bränström (2014) 的整合研究中指出，了解因應階層中較高層次的因應類別有助於研究者整理、解釋研究，但當因應類別所包含的因應方式組合不相同，而我們將之視為相同或類似的概念在不同研究間進行比較、推論時，雖然容易理解與溝通，但實際上研究者們是否站在同一基準線進行討論是值得深思的，而過度地精簡因應類別中的因應方式組合，很可能造成推論與理解現象的時有完全不同的意義。

例如 Kim 等人 (2010) 將「正向再建構」一項因應方式當成「主動因應」的概念，「自責」一項因應方式當作「被動因應」的概念，這樣的類別與命名方式在後續其他研究引用時即出現了簡化造成的影響，如 Robbins、Wright、López 及 Weihs (2019) 在引用 Kim 等人 (2010) 的研究時，寫道「Kim 等人 (2010) 的研究顯示社會支持使病人選擇主動因應的策略，像是『正向再建構』，因為他們擁有足夠的心理資源協助他們主動地因應癌症」(p.161)，若未完整閱讀原文，很可能沒注意到社會支持促使病人選擇的是「正向再建構」這項因應方式，而非整體的「主動因應」。依照 Kim 等人 (2010) 研究中以因應類別的層次進行推論，他們認為「自覺社會支持高可能使病人傾向使用『主動因應』，自覺社會支持低可能使病人傾向使用『被動因應』」，然而若對照其使用的因應方式進行推論，其實是「自覺社會支持高可能使病人傾向使用『正向再建構』，自覺社會支持低可能使病人傾向使用『自責』」，如此一來，推論的意義與合理性就和原本因應類別概念有落差了。因此研究者如何選擇分類因應的方式，以及研究中該因應類別所包含的因應方式組合，對於解讀與推論有很大的影響；對閱讀者而言，在閱讀文獻時，比起因應類別名稱所代表的意義，我們需要更注意其分類的方式以及每個因應類別中因應方式的組成。

另一方面，Kvillemo 與 Bränström (2014) 的整合研究中也提到，了解低層次的因應（即因應方式）能幫助臨床實務者更了解病人如何因應的現象、更容易

與病人溝通，進一步協助發展針對因應的介入方案。在前段提過「正向再建構」與「自責」兩項因應方式如何在不同的因應分類方式中對於因應類別的意義、研究結果的顯著性造成影響。因此筆者將針對這兩項因應方式被放進因應類別進行討論，以及獨立出來討論可以看到的差異進行比較。

細究「正向再建構」所包含的兩個題項「我會試著從不同的角度看待問題，讓問題變得更正向」以及「我會從發生的事情當中找出它的正向意義」，可以發現「正向再建構」包含了複雜的認知再評估（cognitive reappraisal）歷程。而在筆者的實務經驗中，乳癌病人的確常表示「生病後我才意識到過去的工作實在太忙了，沒有好好照顧自己」、「生病後反而讓我有機會調整自己的生活步調」等對於壓力源重新評估、賦予正向意義的想法，而這些想法可能幫助乳癌病人緩衝壓力帶來的衝擊，藉以穩住自身的身心狀態，累積足夠的因應資源面對接下來的挑戰。因此若能獨立地看待「正向再建構」這項因應方式，對於後續心理介入可以在病人的認知評估上有更多的著墨，並肯定病人對於自身狀況重新評估與嘗試做出調整的努力。

「自責」通常在分類時被歸類在「失功能因應」或者「逃避因應」，當頭頸癌在這個因應類別的分數較高時，研究上常以「比較常逃避」、「比較不積極」、「比較少情緒取向因應」、及「比較不使用社會支持」等概念來理解頭頸癌病人。然而，細究「自責」所使用的兩個題項「我會批評我自己」以及「對於那件發生的事情，我會責怪自己」，可以發現「自責」的因應方式背後包含了對於罹病原因的歸因、責備自己等認知歷程以及很強烈的情緒。透過本章第二節針對頭頸癌病人「自責」與社會支持的探討，病人表現出較少使用社會支持資源很可能與疾病特性、罹病原因的歸因，以及社會連結本身是壓力來源有關，病人因而難以/不想使用社會連結的資源。當我們僅用因應類別的概念來看待時，很可能忽略了「自責」背後強烈的情緒以及複雜的認知歷程，也可能忽略強烈情緒反應讓病人不知所措，也讓醫療人員、家人認為病人是不積極面對疾病，反而讓社會支持的資源更難進入。如果能從因應方式的層次看待頭頸癌病人的因應，臨床實務上就能更

注意頭頸癌病人「自責」的心理歷程，從個案表現出的情緒，來協助我們回推其可能的自動化思考與信念，並協助他們調整、理解這些樣的心理歷程。例如：在頭頸癌術前衛教課程中針對罹病原因歸因有更多的著墨，以及可能的自責情緒進行普同化(normalization)，並觀察病人與家人的互動、病人如何理解家人的關心，視情況介入，試圖降低病人自責引發後續的負向循環，降低家人的關心變成壓力的機會，也幫助家人與醫療團隊的關心與照顧更容易被病人接受。

因此，透過因應方式的層次來理解病人的因應，應有助於臨床工作者針對乳癌與頭頸癌不同的因應特性，進行團體內容的修訂並差異化評估與介入的重點。

三、 小結

Skinner 等人 (2003) 的整理中即點出使用因應類別的概念與不同的因應分類方法可能造成的問題，也強調同時兼顧由上而下歷程 (演繹分類法) 與由下而上歷程 (歸納分類法) 的建構模式是進行因應研究時非常重要的課題；然而自 2003 年至今，因應研究仍是以歸納分類法建立的因應類別佔大多數，能夠將因應階層分至如 Skinner 等人 (2003) 提出的因應階層模型 (包含因應實例、因應方式、因應家族以及適應歷程四個層次) 的研究佔非常少數，且大多是整合研究為主 (Compas et al., 2006; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Kvillemo & Branstrom, 2014; Morris et al., 2017)，目前未有找到符合 Skinner 等人 (2003) 因應階層的單一研究。此外，大部分因應研究注重在「因應家族」層次的探討，也就是本研究中「因應類別」層次，並以此進行後續分析與推論，較少研究選擇組成上比較一致而穩定的「因應方式」層次作為討論主軸。

本研究透過單一筆資料進行不同分類方法的建構，並比較不同分類方法得到的因應類別與因應方式對於後續心理適應的預測力，結果發現由於每一種因應類別本身包含的題項多、分數範圍大，因此可解釋的變異量也較大，因此無論是演繹分類法或歸納分類法建立之因應類別，分類之後對於後續心理適應的預測顯著的項目，比起以因應方式進行預測顯著的項目明顯更多。其中歸納分類法的「個

人內因應」與「逃避因應」能預測的面向最廣（包含情緒壓力總分以及四個面向的生活品質），反觀 14 種因應方式中，僅有「正向再建構」可以預測乳癌的情緒壓力及四個面向的生活品質，「自責」可以預測頭頸癌的情緒壓力及四個面向的生活品質。因此採用因應類別進行討論可以幫助研究者更容易看到因應與心理適應的關係，也呼應了 Kvillemo 與 Bränström（2014）整合研究中的論點，了解因應階層中較高層次的因應類別有助於研究者整理、解釋研究。經上述比較、整理後，歸納出三點結論：

1. 分類因應的方式對於理解乳癌與頭頸癌病人的因應特性，以及因應與心理適應的關係有很大的影響，研究者選擇的分類方式會影響兩類癌別因應特性展現的樣貌以及後續預測的結果。
2. 透過因應類別的層次來理解病人的因應特性、推論因應與後續適應的關係，有助於我們整理與歸納研究結果；然而不同研究間因應類別所代表的意義、該因應類別中所包含的因應組合為何，以及因應組合不同如何影響因應與適應的關係是需要特別注意的。
3. 透過因應方式的層次來理解病人的因應特性，能夠讓不同癌別、不同研究間的比較與推論有一致的標準，實務上則讓臨床工作者了解病人更細膩的因應歷程，有助於臨床工作者與病人溝通並提供臨床工作者在評估與介入時更具體的參考依據。

第四節 研究貢獻及臨床應用

本研究比較演繹分類法與歸納分類法兩種因應分類方式在因應方式組合的差異，以及比較兩種方式對於比較兩類癌別的因應特性、後續心理適應指標預測力的差異。另外，本研究也針對因應方式的層次，進行兩類癌別的比較，試圖了解乳癌與頭頸癌在因應方式上的差異。

透過上述比較，本研究發現使用不同分類因應的方式，會造成因應類別的因應方式組合不同，而不同的因應方式組合會導致進行兩類癌別的因應特性比較，以及在預測心理適應的指標時有不同的結果，其中透過歸納分類法建立之因應類別在比較兩癌別因應特性之區辨力較佳，較適合作為跨癌別因應特性比較的依據。此外，本研究發現在因應方式的層次上，由於不同研究間同一個因應方式上，使用的題項組合是相同的，且根據研究結果，乳癌與頭頸癌病人在「尋求工具性社會支持」、「尋求情緒性社會支持」、「情緒宣洩」以及「自責」等因應方式上看到使用頻率的差異，在「正向再建構」、「自責」等因應方式有不同的預測力。因此，「因應方式」這個因應階層，除了能夠做為分辨兩類癌別的因應特性的依據外，亦能提供跨研究間具有共同的比較基準。未來若有研究希望進行跨癌別的因應特性比較，因應方式會是一個值得考慮的因應階層。

在臨床實務上，研究結果發現「正向再建構」與「自責」分別在乳癌與頭頸癌病人於因應疾病時扮演重要的角色。其中「正向再建構」能顯著預測乳癌病人後續較少的情緒困擾與較佳的生活品質，「自責」則顯著預測頭頸癌病人後續較差的心理、社會以及環境面向的生活品質。本研究結果可以協助目前癌症術前衛教團體的教材內容進行修訂，讓團體教材的內容能針對不同癌別有差異化的設計。另一方面，這樣的研究結果也提供臨床工作者在照顧不同癌別的病人時，能有更別化的評估與介入，例如：在照顧乳癌病人時，可以注重病人對於罹患癌症的意義詮釋，以及認知再評估的歷程，並適時點出、肯定病人的正向再建構是照顧自己的重要資源；在照顧頭頸癌病人時，可以留意病人是否有自責的情緒、認知等表現，並觀察病人與家人的互動情形，透過對於自責情緒的普同化、罹病原因歸因的衛教，來降低病人因自責而造成的負向影響。

第五節 研究限制與未來方向

本研究主要限制為：(1)本研究僅於台灣北部某一醫學中心執行，樣本來源的單一性使研究結果的外部效度較差，研究結果是否能推論至其他醫療場域、不同地區的乳癌、頭頸癌病人，仍待後續研究的檢驗。(2)研究收案過程中，為減輕病人的負擔，本研究的術後追蹤多是配合病人門診時間，但許多因素仍可能導致病人接受追蹤訪談的意願降低，例如：身體狀況不佳、填寫問卷困難、生活繁忙……等等。這些臨床限制不僅造成研究樣本數較少，進而影響推論的效力，也增加了混淆變項的干擾研究結果的風險（例如：相較於未接受術後追蹤的病人，接受者可能有較佳的身體狀況與認知功能，或者接受者具有特定的因應特性）。(3)研究參與者的選擇上，本研究僅納入乳癌與頭頸癌病人做為研究對象，研究參與者之性別比例不均（乳癌病人全為女性，而頭頸癌病人多為男性），且與癌別有顯著關聯，故難以進行性別與癌別之分析比較。(4)資料蒐集上，本研究未能完整蒐集兩類癌別之診斷期別、手術方式、後續治療方式、及是否復發等資料，較難比較病人的疾病特性（如癌症期別、是否復發）以及治療方式與治療情形（例如是否有副作用）對病人因應的影響。

未來研究建議可以(1)進行跨醫療院所的研究，納入更多元、大量的樣本，增加研究推論的外部效度。(2)蒐集更完整的疾病特性與治療方式等變項，進一步理解疾病特性與治療狀況對於病人因應特性的影響。(3)納入更多癌別的病人進行研究，進一步了解不同癌別病人的因應特性，也能藉由更多的性別比例組成來討論性別對於癌症病人因應的影響。

參考文獻

姚開屏 (2001)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。

北：台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組

衛生福利部國民健康署(2020)：中華民國 106 年癌症登記報告。取自

<https://www.hpa.gov.tw/Home/Index.aspx>

- Aarstad, A., Aarstad, H., Bru, E., & Olofsson, J. (2005). Psychological coping style versus disease extent, tumour treatment and quality of life in successfully treated head and neck squamous cell carcinoma patients. *Clinical Otolaryngology*, 30(6), 530-538.
- Aarstad, A. K., 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*, 47(5), 879-890.
- Aarstad, A. K., Beisland, E., Osthus, A. A., & Aarstad, H. J. (2011). Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 50(3), 390-398.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066.
- Ayers, T. S., Sandier, I. N., West, S. G., & Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, 64(4), 923-958.
- Beisland, E., Aarstad, A. K. H., Osthus, A. A., & Aarstad, H. J. (2013). Stability of distress and health-related quality of life as well as relation to neuroticism, coping and TNM stage in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oto-Laryngologica*, 133(2), 209-217.
- Bidstrup, P. E., Christensen, J., Mertz, B. G., Rottmann, N., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, 54(5), 789-796.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Brandao, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology*, 26(7), 917-926. doi:10.1002/pon.4230
- Brandtstadter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age related analysis of assimilation and

- acommodation strategies of coping. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.
- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, 28(1), 61-78. doi:10.1080/07347330903438958
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., . . . Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1989). <Caver, Scheier, and Weintraub, 1989- Assessing Coping Strategies- A Theoretically Based Approach.pdf>. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Cataldo, J. K., Slaughter, R., Jahan, T. M., Pongquan, V. L., & Hwang, W. J. (2011). *Measuring stigma in people with lung cancer: psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466-475.
- Compas, B. E., Beckjord, E., Agocha, B., Sherman, M. L., Langrock, A., Grossman, C. L., . . . Anderson-Hanley, C. (2006). Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1038-1054.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080.
- Dedert, E., Lush, E., Chagpar, A., Dhabhar, F. S., Segerstrom, S. C., Spiegel, D., . . . Sephton, S. E. (2012). Stress, coping, and circadian disruption among women awaiting breast cancer surgery. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 10-20.
- Dunne, S., Mooney, O., Coffey, L., Sharp, L., Desmond, D., Timon, C., . . . Gallagher, P. (2017). Psychological variables associated with quality of life following

- primary treatment for head and neck cancer: a systematic review of the literature from 2004 to 2015. *Psychooncology*, 26(2), 149-160. doi:10.1002/pon.4109
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150.
- Ganzer, H., Rothpletz-Puglia, P., Byham-Gray, L., Murphy, B. A., & Touger-Decker, R. (2015). The eating experience in long-term survivors of head and neck cancer: a mixed-methods study. *Supportive Care in Cancer*, 23(11), 3257-3268.
- Greer, J. A., Jacobs, J. M., El-Jawahri, A., Nipp, R. D., Gallagher, E. R., Pirl, W. F., . . . Jackson, V. A. (2018). Role of patient coping strategies in understanding the effects of early palliative care on quality of life and mood. *Journal of Clinical Oncology*, 36(1), 53.
- Hay, J. L., Buckley, T. R., & Ostroff, J. S. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(7), 517-534.
- Henry, M., Rosberger, Z., Bertrand, L., Klassen, C., Hier, M., Zeitouni, A., . . . Black, M. (2018). Prevalence and risk factors of suicidal ideation among patients with head and neck cancer: longitudinal study. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 159(5), 843-852.
- Horowitz, M. J. (1979). Psychological response to serious life events. *Human Stress and Cognition*.
- Howren, M. B., Christensen, A. J., Karnell, L. H., & Funk, G. F. (2013). Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 299.
- Ichikura, K., Yamashita, A., Sugimoto, T., Kishimoto, S., & Matsushima, E. (2017). Patterns of stress coping and depression among patients with head and neck cancer: A Japanese cross-sectional study. *Psychooncology*, 27(2), 556-562. doi:10.1002/pon.4549
- 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.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F., & Bahrami, F. (2013). Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 105.

- Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 543-552.
- Kvillemo, P., & Branstrom, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLoS One, 9*(11), e112733. doi:10.1371/journal.pone.0112733
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38*(3), 245.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*: Springer Publishing Company.
- Lebel, S., & Devins, G. M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncol. 2008, 4* (5)
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach-and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences, 41*(2), 273-284.
- Llewellyn, C., McGurk, M., & Weinman, J. (2006). Head and neck cancer: To what extent can psychological factors explain differences between health-related quality of life and individual quality of life? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 44*(5), 351-357.
- Llewellyn, C. D., Horney, D. J., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Smith, H. E. (2013). Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology, 22*(1), 97-105.
- Luckow, A., Reifman, A., & McIntosh, D. N. (1998). *Gender differences in coping: A meta-analysis*. Paper presented at the Poster session presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 19*(2), 125-133.
- Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part II. What is the optimal combination of Emotion Thermometers? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 19*(2), 134-140.
- Morris, N., Moghaddam, N., Tickle, A., & Biswas, S. (2017). The relationship between coping style and psychological distress in people with head and neck cancer- A systematic review. *Psycho-Oncology, 27*(3), 734-747.

- Mullen, B., & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research, 26*(1), 43-49.
- National Comprehensive Cancer Network. (2017). NCCN Practice Guidelines in Oncology— V. 2. 2017, Distress Management. Retrieved from https://nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6*(5), 321-344.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2. doi:10.2307/2136319
- Richardson, A. E., Morton, R. P., & Broadbent, E. A. (2016). Changes over time in head and neck cancer patients' and caregivers' illness perceptions and relationships with quality of life. *Psychology & Health, 31*(10), 1203-1219.
- Robbins, M. L., Wright, R. C., María López, A., & Weihs, K. (2019). Interpersonal positive reframing in the daily lives of couples coping with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 37*(2), 160-177.
- Rogers, S., Ahad, S., & Murphy, A. (2007). A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000–2005. *Oral oncology, 43*(9), 843-868.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 82*(10), 1904-1908.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 5.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research, 31*(1), 97-109.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin, 118*(3), 328.
- Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology, 27*(9), 2063-2076.

- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1257.
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health, 27*(11), 1323-1341.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*(2), 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology, 11*(2), 93-102. doi:10.1002/pon.574
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*(1), 2-30.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 416.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 13*(4), 343-361.
- Tsimopoulou, I., Pasquali, S., Howard, R., Desai, A., Gourevitch, D., Tolosa, I., & Vohra, R. (2015). Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review. *Annals of Surgical Oncology, 22*(13), 4117-4123.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health, 20*(2), 175-192.
- Van Cann, E. M., Dom, M., Koole, R., Merckx, M. A., & Stoeltinga, P. J. (2005). Health related quality of life after mandibular resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology, 41*(7), 687-693.
- van den Berg, M. G., Rütten, H., Rasmussen-Conrad, E. L., Knuijt, S., Takes, R. P., van Herpen, C. M., . . . Merckx, M. A. (2014). Nutritional status, food intake, and dysphagia in long-term survivors with head and neck cancer treated with chemoradiotherapy: a cross-sectional study. *Head & Neck, 36*(1), 60-65.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment, 9*(4), 392.
- Wang, A. W.-T., Cheng, C.-P., Chang, C.-S., Chen, D.-R., Chen, S.-T., Shieh, V., . . .

- Hsu, W.-Y. (2016). Does the Factor Structure of the Brief COPE Fit Different Types of Traumatic Events? *European Journal of Psychological Assessment*.
- Wang, G. L., Hsu, S. H., Feng, A. C., Chiu, C. Y., Shen, J. F., Lin, Y. J., & Cheng, C. C. (2011). The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 20(6), 639-646.
- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 4(3).
- 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*, 35(2), 188-197.



附錄

附錄一 短版因應量表

因應策略評估

以下項目描述的是自從罹患癌症之後，**你在生活中因應壓力的方式**。有很多種方式可以用來處理問題，這些項目詢問的是你在罹患癌症之後如何因應生活中的壓力。

當然，每個人處理事情的方式都不一樣，但我們關心的是**你自己如何處理問題**。每一個項目都描述著一個特殊的因應方式，我們想了解你會採用這些項目來處理問題的程度有多少或多常。不要根據你認為該項目適不適合用來處理問題來回答，只要根據你採不採用它來回答就好。評分時盡量越接近『你自己』**真實的情況越好**。請根據使用頻率圈選符合的數字。

請以最近一個月的狀況填答	不會這麼做	很少這麼做	有時這麼做	常常這麼做
1. 我會轉向工作或其他活動以避免去想問題.....	1	2	3	4
2. 我會盡全力解決我所遇到的問題.....	1	2	3	4
3. 我會告訴自己『這不是真的』.....	1	2	3	4
4. 我會使用酒或其他藥物讓自己感覺變好.....	1	2	3	4
5. 我會從他人身上得到情感支持.....	1	2	3	4
6. 我會放棄去嘗試解決問題.....	1	2	3	4
7. 我會採取行動來把情況變好.....	1	2	3	4
8. 我會拒絕相信這件事已經發生.....	1	2	3	4
9. 我會訴說以讓不愉快的感覺消失.....	1	2	3	4
10. 我會去獲取別人的協助與建議.....	1	2	3	4
11. 我會藉由酒或其他藥物來度過.....	1	2	3	4
12. 我會試著從不同的角度看待問題，讓問題變得更正向	1	2	3	4
13. 我會批評我自己.....	1	2	3	4
14. 我會試著想出處理的策略.....	1	2	3	4
15. 我會尋求他人的安慰與了解.....	1	2	3	4

請以最近一個月的狀況填答	不 會 這 麼 做	很 少 這 麼 做	有 時 這 麼 做	常 常 這 麼 做
16. 我會放棄去處理問題.....	1	2	3	4
17. 我會從發生的事情當中找出它的正向意義.....	1	2	3	4
18. 我常用開玩笑的方式來處理問題.....	1	2	3	4
19. 我會藉著做一些事以減少去想問題的次數， 例如看電影、看電視、閱讀、做白日夢、睡覺或逛街	1	2	3	4
20. 我會接受事情已經發生的事實.....	1	2	3	4
21. 我會表達負向的感覺.....	1	2	3	4
22. 我會試著在我的宗教或信仰中尋求安慰.....	1	2	3	4
23. 我會尋求別人的幫助或建議.....	1	2	3	4
24. 我會學習著與事情（問題）共處.....	1	2	3	4
25. 我很認真地想下一步要怎麼做.....	1	2	3	4
26. 對於那件發生的事情，我會責怪自己.....	1	2	3	4
27. 我會禱告、冥想或拜拜、唸經.....	1	2	3	4
28. 我會讓情況變得更有樂趣.....	1	2	3	4

附錄二 情緒壓力評估

情緒狀態評估

下列問題的目的是想了解您過去一週的心情，請您仔細閱讀各題項後，依您的直覺圈選一個最符合您情況的數字：

1. 您感覺到的情緒壓力有多強？

無壓力 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 壓力最大

2. 您感覺到的害怕情緒有多強？

完全不害怕 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常害怕

3. 您感覺到的生氣情緒有多強？

完全不生氣 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常生氣

4. 您感覺到的難過情緒有多強？

完全不難過 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常難過



附錄三 世界衛生組織生活品質問卷（台灣簡明版）

下列問題所關心的是您最近兩星期內的生活情況，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂慮等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

附錄四 乳癌短版因應量表各題項之描述統計

題項	平均數	標準差	偏態	峰度
第 1 題	2.62	1.09	-0.30	-1.18
第 2 題	3.58	0.69	-1.86	3.82
第 3 題	1.58	0.86	1.29	0.61
第 4 題	1.05	0.29	6.31	39.80
第 5 題	2.80	0.99	-0.44	-0.77
第 6 題	1.27	0.53	1.78	2.36
第 7 題	3.49	0.73	-1.65	2.96
第 8 題	1.38	0.77	2.10	3.63
第 9 題	2.75	0.99	-0.51	-0.68
第 10 題	3.13	0.84	-0.83	0.34
第 11 題	1.05	0.25	5.93	37.87
第 12 題	3.41	0.86	-1.67	2.47
第 13 題	1.91	0.94	0.67	-0.60
第 14 題	3.19	0.87	-1.09	0.81
第 15 題	2.74	0.92	-0.43	-0.51
第 16 題	1.32	0.64	2.02	3.53
第 17 題	3.28	0.86	-1.52	2.52
第 18 題	2.64	0.96	-0.28	-0.81
第 19 題	2.90	0.94	-0.56	-0.47
第 20 題	3.75	0.57	-3.46	15.31
第 21 題	2.47	1.03	-0.16	-1.11
第 22 題	2.77	1.04	-0.38	-0.98
第 23 題	3.03	0.85	-0.72	0.21
第 24 題	3.54	0.59	-1.91	7.51
第 25 題	3.44	0.76	-1.29	1.33
第 26 題	1.80	0.89	0.64	-0.83
第 27 題	2.70	1.11	-0.30	-1.23
第 28 題	3.08	0.77	-0.52	-0.07

附錄五 頭頸癌短版因應量表各題項之描述統計

題項	平均數	標準差	偏態	峰度
第 1 題	2.62	1.09	-0.14	-1.15
第 2 題	3.58	0.69	-0.87	-0.21
第 3 題	1.58	0.86	1.39	1.50
第 4 題	1.05	0.29	4.64	23.73
第 5 題	2.80	0.99	-0.11	-1.29
第 6 題	1.27	0.53	1.99	3.23
第 7 題	3.49	0.73	-1.28	1.13
第 8 題	1.38	0.77	1.44	0.52
第 9 題	2.75	0.99	-0.16	-1.33
第 10 題	3.13	0.84	-0.65	-0.64
第 11 題	1.05	0.25	4.07	18.74
第 12 題	3.41	0.86	-0.93	0.19
第 13 題	1.91	0.94	0.41	-1.22
第 14 題	3.19	0.87	-0.99	0.84
第 15 題	2.74	0.92	0.17	-1.27
第 16 題	1.32	0.64	2.08	3.81
第 17 題	3.28	0.86	-0.82	-0.17
第 18 題	2.64	0.96	-0.55	-0.87
第 19 題	2.90	0.94	-0.42	-1.04
第 20 題	3.75	0.57	-1.81	3.92
第 21 題	2.47	1.03	0.36	-1.27
第 22 題	2.77	1.04	-0.11	-1.44
第 23 題	3.03	0.85	-0.43	-0.72
第 24 題	3.54	0.59	-1.32	1.90
第 25 題	3.44	0.76	-1.21	1.17
第 26 題	1.80	0.89	0.58	-0.75
第 27 題	2.70	1.11	0.18	-1.46
第 28 題	3.08	0.77	-0.52	-0.79