

國立政治大學 心理研究所 碩士論文

指導教授 許文耀 博士

初診斷乳癌患者的因應策略與心理症狀  
之關係研究

The Relationships of Coping Strategies and Psychological  
Symptoms On Newly-diagnosed Breast Cancer Patient

研究生：鄭麗芬 撰

中華民國一百零一年六月

## 致謝

這一路走來，放棄的念頭總會不時浮現。但所幸一路上總有許多貴人出手相助，謝謝我的指導教授，文耀老師，謝謝您的包容、耐心、關懷與不放棄。您總是適時提供精闢的意見與研究方向，讓我重拾信心繼續走下去。在您的身邊不只學習到嚴謹地研究態度與熱忱，還有您對人的真誠與關懷。

這篇論文得以付梓仍要感謝口委耀盛老師和福建老師，在口試時提供寶貴的意見，細心地指出可改善和補充的方向，讓論文內容可更充實和豐富。沒有他們，乳癌病人的資料就無法順利蒐集，因此我亦要特別感謝陳守棟醫生、陳達人醫生和張正雄主任的教導和關心。謝謝協助收案的惠玉個管師、岱華和映融，因為有你們才讓我可以預定的時間內蒐集到足夠的受試者數量。

從收案到論文的完成，另外一個大功臣就是韋婷學姊，謝謝妳在論文研究概念、統計方法上給予極大的幫忙，沒有你，我想我的論文可能無法順利完成。在生活上，你的關心和鼓勵也是讓我持續下去的動力，感謝妳的一切。

研究所這段期間，特別謝謝同窗思仔、一琦、瓊如、一哲、至恆的陪伴與支持。謝謝系上學長姐、學弟妹和老師給於我的啟發和教導，謝謝師大吳麗娟老師的鼓勵，教會我學習接受不完美。

在我的生命當中，永遠無法缺少的家人-我最愛的爸媽。謝謝你們細心栽培和養育我，給於我最大的自由和經濟支柱，鼓勵我勇敢改變和圓夢。謝謝我的弟妹代為照顧爸媽，能與你們成為家人真的讓我覺得很驕傲。謝謝我的老公-鳴遠，包容我的拖延和逃避，化解我的壓力和負面情緒。謝謝公婆、小姑、小叔的關懷。最後，謝謝自己的不放棄和堅持。謝謝所有曾經在我的生命中助我一把的人，因為你們讓我的生命更圓滿。

僅把此篇論文獻給所有深受癌症所苦的病人，謝謝你們教會我活在當下和珍惜！

## 摘要

本研究旨在比較不同背景和臨床因素的乳癌患者其因應策略、正向情緒和心理症狀的差異情形。本研究除了關注個體所採取的因應策略與情緒的關聯性；另一方面，研究者認為患者的情緒亦可能影響其因應策略之選擇，因此因應策略與情緒間的變化關係，亦為本研究目的之一。

本研究採立意取樣，並以中部某一教學醫學乳房中心初診斷之乳癌患者共計 113 位為研究對象，蒐集患者之「基本資料表」、「短版因應策略量表」、「醫院版焦慮-憂鬱量表」和「情緒平衡量尺」，並以術後 3 個月和 6 個月進行追蹤研究。

資料處理以相關分析、t 考驗、單因子變異數分析及階層迴歸分析等統計方法為主。由於本研究擬以 Brief COPE 作為臺灣乳癌病患因應壓力之測量工具，因此將採用探索性因素分析(Exploratory Factor Analysis；EFA)，探討此量表在初診斷乳癌患者身上的因素結構。

依據本研究問題與假設，主要發現摘述如下：

一、本研究以主成分分析法抽取 Brief COPE 量表因素，並以斜交轉軸進行因素轉軸，依據陡坡圖和平行分析結果抽取三個因素。此三因素的解釋總變異量為 62.1%。研究者將因素 I 命名為「趨近因應」；因素 II 命名為「情緒性因應」和因素 III 命名為「逃避因應」。

二、教育程度、收入和有無職業與正向情緒呈正相關；現有小孩人數和年齡與正向情緒呈負相關；年齡和副作用與憂鬱具有正向關係，教育程度則與憂鬱呈負相關；副作用與焦慮呈正相關。有無結婚、有無職業、教育程度、收入、乳房重建與趨近因應呈正相關，期數和年齡則和趨近因應有顯著負相關；有無職業和情緒性因應呈正相關。

三、乳癌患者於術後 3、6 個月最常採用的因應策略為趨近因應，其次為情緒性因應，最少採用逃避因應。

四、焦慮對逃避和趨近因應有獨特的預測力，即焦慮程度愈高會愈使用逃避和趨近因應策略；憂鬱則對趨近因應有獨特的預測力，憂鬱程度愈高者，其趨近因應的使用愈少；在因應策略的部分，只有趨近因應可顯著預測正向情緒；正向情緒在趨近因應和焦慮的關係中並無法形成部份或完全中介之角色。

最後，根據研究結果與限制提出若干具體建議，以供臨床工作者及未來研究之相關人員參考。

**關鍵字:**乳癌、因應策略、正向情緒、心理症狀、雙向關係



## Abstract

The purpose of this study is to explore the differences of coping strategies, positive affect and psychological symptoms among newly-diagnosed breast cancer patients in different sociodemographic backgrounds. Research has found that coping strategies predict psychological outcomes; however, a few studies have also reported that psychological symptoms could predict the use of coping strategies. Therefore, the relationship between coping strategies and psychological symptoms was the first aim of the current study.

One-hundred and thirteen participants were recruited by purposive sampling. The data were drawn from newly-diagnosed breast cancer patients in a breast center unit at a hospital in central of Taiwan. Demographic and clinical data were gathered at the first time point, and the Brief Coping Orientations to Problems Experienced scale (Brief COPE), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Positive Affect subscale of Affect Balance, and side effect checklists were gathered 2 times during the first 3- and 6-month after discharge respectively.

Pearson product-moment correlation, t-test, one-way ANOVA, post Scheffe test and hierarchical regression analysis were applied. In an attempt to confirm the factor structure of the Brief COPE, the Exploratory Factor Analyses (EFA) were performed before those analyses.

The major findings of the current study were as follows :

1. Using principal components factor analysis with oblique rotation, scree plot and parallel analyses revealed three factors for the Brief COPE were the best factor structure of the current sample: (1) approach coping, (2) emotional coping, and (3) avoidance coping. These 3 factors accounted for 62.1% of the total variance of the data.
2. Education, income and employment status were significantly correlated with

positive affect. Number of kids and age were found to be inversely correlated with positive affect. Age and side effects were positively correlated with depression. Side effects were found to be correlated with anxiety. Marital status, employment status, cancer stage, education, income, age, breast reconstruction surgery were found to be correlated with approach coping. Meanwhile stage and age were found to be negatively correlated with emotional coping.

3. Approach coping was the most commonly used coping strategies, while avoidance coping was the least commonly used coping strategies.
4. Anxiety could reliably predict the use of avoidance and approach coping. High anxiety level predicted more use of avoidance and approach coping, whereas depression predicted the use of approach coping, high depressive mood predicted less use of approach coping. Approach coping predicted higher positive affect, but positive affect was fail to be the mediator between approach coping and anxiety. Implications for these results were discussed. The results can also serve as a helpful reference for healthcare professionals.

**Keywords: breast cancer, coping, positive affect, psychological symptoms, bidirectional relationship**

# 目錄

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| <b>第一章 緒論</b> .....                | 1  |
| 第一節 研究動機.....                      | 1  |
| 第二節 研究目的.....                      | 5  |
| <b>第二章 文獻探討</b> .....              | 6  |
| 第一節 因應策略之概念與內涵 .....               | 6  |
| 第二節 因應策略之評估.....                   | 12 |
| 第三節 因應策略與情緒.....                   | 26 |
| 第四節 研究架構.....                      | 38 |
| <b>第三章 研究方法</b> .....              | 40 |
| 第一節 研究參與者.....                     | 40 |
| 第二節 研究工具.....                      | 40 |
| 第三節 施測程序與資料收集過程和分析.....            | 45 |
| <b>第四章 研究結果</b> .....              | 49 |
| 第一節 研究樣本的基本屬性分析.....               | 49 |
| 第二節 乳癌病患在正向情緒、心理症狀和因應策略之分佈情形.....  | 53 |
| 第三節 乳癌病患各變項之相關因素.....              | 55 |
| 第四節 不同變項的乳癌患者在正向情緒、心理症狀與因應策略之差異分 . | 59 |
| 第五節 因應策略與正向情緒、心理症狀之關係.....         | 64 |
| 第六節 正向情緒與因應策略、焦慮之關係.....           | 73 |
| 第七節 副作用、期數之焦慮程度欲因應策略之關係.....       | 75 |

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| <b>第五章 討論與建議</b> .....       | 79  |
| <b>第一節 研究結果討論</b> .....      | 79  |
| <b>第二節 研究貢獻</b> .....        | 88  |
| <b>第三節 研究限制與建議</b> .....     | 89  |
| <b>參考文獻</b> .....            | 91  |
| <b>附錄</b> .....              | 104 |
| <b>附錄一 基本資料、治療後副作用</b> ..... | 104 |
| <b>附錄二 因應策略量表</b> .....      | 106 |
| <b>附錄三 醫院版焦慮-憂鬱量表</b> .....  | 108 |
| <b>附錄四 情緒平衡量表</b> .....      | 109 |





## 表目錄

|   |    |
|---|----|
| 表 2-1:COPE 因素結構相關研究(題目層次).....            | 14 |
| 表 2-2: COPE 因素結構相關研究(分量表層次) .....         | 16 |
| 表 2-3: COPE 因素結構相關研究(題目層次和分量表層次).....     | 16 |
| 表 2-4: Brief COPE 因素結構分析相關研究(題目層次) .....  | 17 |
| 表 2-5 Brief COPE 因素結構分析相關研究(分量表層次).....   | 20 |
| 表 2-6 乳癌患者因應策略與情緒困擾之研究 .....              | 28 |
| 表 3-1 Brief COPE 量表因素間相關矩陣.....           | 42 |
| 表 3-2 Brief COPE 因素結構.....                | 43 |
| 表 3-3 資料分析處理 .....                        | 48 |
| 表 4-1 乳癌病患人口學特徵 .....                     | 50 |
| 表 4-2 乳癌病患疾病特徵 .....                      | 52 |
| 表 4-3 病患在各疾病正負向情緒和因應策略之平均數與標準差 .....      | 54 |
| 表 4-4 術後 3、6 個月各研究變項相關分析 .....            | 57 |
| 表 4-5 背景和臨床變項與術後 3 個月情緒和因應策略之相關分析 .....   | 58 |
| 表 4-6 背景和臨床變項與術後 6 個月情緒和因應策略之相關分析 .....   | 59 |
| 表 4-7 乳房重建和癌症期數在各研究變項的顯著差異分析結果摘要 .....    | 61 |
| 表 4-8 有無輔助性治療和手術方式在各研究變項的顯著差異分析結果摘要 ..... | 62 |
| 表 4-9 放射性治療和化學治療在各研究變項的顯著差異分析結果摘 .....    | 63 |
| 表 4-10 T2(術後半年)焦慮的階層分析 .....              | 65 |
| 表 4-11 T2(術後半年)憂鬱的階層分析 .....              | 66 |
| 表 4-12 T2(術後半年)正向情緒的階層分析 .....            | 67 |
| 表 4-13 T2(術後半年)情緒性因應的階層分析 .....           | 68 |

|   |    |
|---|----|
| 表 4-14 T2(術後半年)趨近因應的階層分析 .....              | 69 |
| 表 4-15 T2(術後半年)逃避因應的階層分析 .....              | 70 |
| 表 4-16 以正向情緒預測術後半年焦慮之階層分析 .....             | 71 |
| 表 4-17 以正向情緒預測術後半年憂鬱之階層分析 .....             | 72 |
| 表 4-18 正向情緒對趨近因應-焦慮的中介效果.....               | 74 |
| 表 4-19 T1(術後 3 個月)高副作用之焦慮預測術後半年逃避因應.....    | 75 |
| 表 4-20 T1(術後 3 個月)低副作用之焦慮預測術後半年逃避因應.....    | 75 |
| 表 4-21 T1(術後 3 個月)高副作用之焦慮預測術後半年趨近因應.....    | 76 |
| 表 4-22 T1(術後 3 個月)低副作用之焦慮預測術後半年趨近因應.....    | 76 |
| 表 4-23 T1(術後 3 個月)第 1、2 期之焦慮預測術後半年逃避因應..... | 76 |
| 表 4-24 T1(術後 3 個月)零期之焦慮預測術後半年逃避因應.....      | 77 |
| 表 4-25 T1(術後 3 個月)第 1、2 期之焦慮預測術後半年趨近因應..... | 77 |
| 表 4-26 T1(術後 3 個月)零期之焦慮預測術後半年趨近因應.....      | 77 |

## 圖目錄

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 圖 2-1 研究架構圖 .....              | 38 |
| 圖 3-1 Brief COPE 因素分析陡坡圖 ..... | 43 |
| 圖 3-2 施測程序圖 .....              | 46 |
| 圖 4-1 中介變項路徑圖 .....            | 74 |



## 第一章 緒論

### 第一節 研究動機

乳癌是女性最常見的癌症疾病，根據行政院衛生署（2012）最新的資料統計顯示，女性主要死因中，惡性腫瘤癌症位居第一，死亡人數為15,543人，其中乳癌又在女性癌症死因中排名第四位，死亡人數達1,803，標準化死亡率為11.6(每十萬人口)，較10年前增加7.9%。不光是台灣，聯合國世界衛生組織近年的報告也顯示，乳癌是目前全球女性發生率最高的癌症，每一年有115萬名新增病例，佔全球罹癌人數的10%(WHO, 2008)。

Cordova 與 Andrykowski(2003)指出，癌症的診斷與治療對大部分患者而言屬於極端強烈的壓力經驗，易引發強烈之情緒。患者最初被診斷罹患乳癌時，通常處於非預期的狀況，且癌症後續的醫療程序(輔助性治療)往往帶來許多生理、心理痛苦，並持續威脅個體生命的存續。癌症病患的憂鬱和焦慮盛行率顯著高於一般群體(Cordova et al., 1995)。此外，許多患者在乳癌治療歷程中常承受著憂鬱、焦慮等心理痛苦(Bower et al., 2006; Sayakhot, Vincent, Deeks, & Teede, 2011)。Van't Spijker、Trijsburg 和 Duivenvoorden(1997)整理乳癌診斷後心理症狀之盛行率，發現病患手術後3個月，罹患憂鬱症的比例為5%至46%、達到焦慮症標準為8%-45%，因此病人在治療期間面臨許多心理困擾，對其心理調適形成挑戰。

目前接受手術仍然是治療乳癌的主要方式，手術再合併輔助性治療，包括了化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療及標靶治療。在國內的乳癌病人手術後，約有75.4%接受輔助性治療，化療或化療合併賀爾蒙治療佔36.2%，化療合併放射性治療佔10%，荷爾蒙治療13.1%，荷爾蒙治療合併放射性治療佔9.2%（陳美芳，馬鳳歧，2004）。因此，為了增加存活率及預防復發，乳癌婦女需長期面對治療與追蹤檢查等壓力，會產生許

多身體、心理、社會困擾，為了緩解症狀困擾，需採取一些因應策略來降低疾病壓力所帶來的不平衡。

一般來說，患者所採用的因應方式常會增加或減少患者的心理症狀 (Compas & Luecken, 2002)，且與心理社會適應有顯著的相關 (Pakenham, Dadds, & Terry, 1994)。

癌症的診斷和治療究竟如何對人們的心理產生負面影響，Lazarus 和 Folkman(1984)認為壓力源本身不會導致憂鬱或其他負向結果，茲所以產生不良的結果端賴於個體的評估和因應策略。Lazarus 和 Folkman 指出因應策略大致可分為兩大類：問題聚焦因應(problem-focused)和情緒聚焦因應(emotion-focused)。問題聚焦因應策略指的是直接解決導致困擾的問題，情緒聚焦因應策略則是調節因此問題所引發的情緒反應。Carver、Scheier 和 Weintraub(1989)的研究結果指出問題聚焦因應包含主動因應、計畫、抑制干擾性活動、約束、尋求工具性社會支持；情緒聚焦則包含尋求情緒性社會支持、正向重釋、接受、否認和信教。另外，Carver 等人將情緒宣洩、行為脫離、心理逃離視為不利的因應方式。Endler 和 Parker (1990)的研究發現除了問題聚焦和情緒聚焦因應策略外，還有另一種因應為逃避策略。

在癌症和乳癌患者的研究發現，問題聚焦因應可視為較具適應性，並與心理適應有正相關 (Carver et al., 1993；O'Brien & Moore, 2010；陳美芳，2002；陳美芳，馬鳳歧，2004)，但也有在乳癌患者長期調適的研究發現正向問題解決可有效預測情緒困擾的增加 (Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2009)。另一方面，一些學者發現乳癌患者若採用情緒聚焦策略將增加這些患者的負荷、壓力、憂鬱和焦慮等困擾 (Gilbar, 2005；陳美芳，2002)。有一些因應策略與情緒困擾所得到的結果較不一致，如：乳癌患者採用否認策略在短期內發現可減少情緒困擾和焦慮 (Dean & Surtees, 1989；Greer, Morris, Pettingale, & Haybittle 1990；Watson, Greer, Blake, &

Shrapnell, 1984)，但在癌症和乳癌患者長期縱貫性研究發現否認是無效的因應策略(Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001；Carver et al., 1993；Park, Edmonson, Fenster, & Blank, 2008；Wade, Nehmy, & Koczwara, 2005)，但亦有在癌症轉移或復發乳癌患者之研究發現這兩者之間並無關聯(Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996)。此外，自我分心也被認為在短期內可預防乳癌患者的情緒困擾(Collie, Bottorff, & Long, 2006)，但以早期乳癌患者身上發現長期使用此因應策略會增加心理困擾(Culver, Arena, Antoni, & Carver, 2002)。反之，也有學者在大學生和地震災區學生中發現，任何一種因應策略皆與情緒困擾的增加有關(Carver & Scheier, 1994；許文耀，2000)。

另一方面，有學者認為心理症狀是影響個體所採取因應策略的重要因素(Lazarus, 1991, 1999, 2000a, 2000b)，但目前大部分的研究皆將心理症狀視為調適癌症過程中的結果，而將因應策略視為獨變項。根據 Folkman(1984)、Folkman 和 Lazarus(1988)的理論認為，在初級評估過程中，情感比因應優先發生，而正向情感與問題聚焦(抑制干擾性活動)有正相關，負向情感則與逃避和情緒聚焦因應(行為脫離和情緒宣洩)有正相關。在許多研究中亦支持逃避和情緒困擾兩者之間存在著負相關(Folkman & Lazarus, 1988；Holahan & Moos, 1986；Holahan & Moos, 1991)。從上述文獻和研究發現，因應策略與心理症狀之關係並不明確。近期國內針對乳癌婦女因應策略的研究僅有數篇(呂桂雲、金繼春、黃惠萍，1993；邱淑卿，2001；陳美芳，2002；黃俐婷，1997；游雅清，2004；劉慧芬，2002)，大部分研究多採用橫斷式研究且受限於特定的乳癌期數(如：早期或是晚期)，並無法檢驗變項間交互影響的方向性及可能的關係。因此，本研究除了確認因應策略對於心理症狀的影響效果外，亦將檢驗兩者之影響方向性，並將採用縱貫研究法描述兩者之間在跨時間的交互影響關係。

患者從確立診斷、接受醫療到逐步康復等歷程中，皆處於需長期因應的壓力狀態。病患在長期病程中，身心及社會狀態都將產生不可預測或持續變化的歷程

(Lyons, Sullivan, Ritvo, & Coyne, 1995)，亦即個體需要面對和處理各個治療階段所持續引發的不同挑戰 (Roesch et al., 2005)。Livneh(2000)認為要充分發掘動態、不斷變化的因應本質，應採用縱向設計。因此，本研究希望藉由長期追蹤乳癌病患於術後 3 個月、6 個月的因應過程與心理症狀之變化與關係，試圖釐清何種因應策略可有效降低心理症狀，何種因應策略會增加正向情緒；另一方面，本研究認為患者的正向情緒或心理症狀亦可能影響其因應策略之選擇，因此因應策略與情緒的變化關係，為本研究目的之一。

過去在測量因應策略工具部份，最常用來測量因應的工具具有：因應方式問卷 (The Ways of Coping, WOC)(Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984) 因應策略問卷(The Coping Strategies Inventory, CSI)(Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989)、COPE 問卷(Coping orientations to problems experienced, COPE) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)和多面向因應問卷(Multidimensional Coping Inventory, MCI)(Endler & Parker, 1990)。由於 COPE 量表是建立在理論基礎和實證研究上，可以彌補以往因應策略方法學的不足；此外其所包含的向度較廣泛，能夠充分展現出因應行為的多元性，因此該工具已廣泛應用在乳癌患者的身上 (Carver et al., 1989；Culver et al., 2002；Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, & Mood, 2004；Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000)。Carver(1997)為了使用上的簡便性與減輕受試者負擔，將 COPE 量表題數精簡成 28 題的 Brief COPE 量表，Brief COPE 量表因題數減少且可更快速評估而逐漸取代 COPE 量表。過去，學者對 COPE 和 Brief COPE 所得到的因素分析結果是分歧的，最常見的有二因素(Meyer, 2001; Park et al., 2008)、三因素(Cooper, Katona, & Livingston, 2008; Paukert, LeMaire, & Cully, 2009；Prado et al., 2004; Snell, Siegert, Hay-Smith, Surgenor, 2011)和十四因素(Muller & Spitz, 2003)。不過，有學者認為將因應分成兩類(如：適應性和非適應性)，無法區辨特定的因應策略，因而限制臨床上的適當介入(Coyne & Racioppo, 2000)。此外，問題聚焦因應和情緒聚焦因應這兩種分類在研究中並未獲得實證性支持，且因問題聚焦和情緒聚焦因應

的相關太高，導致它們常被歸為單一因素(Litman, 2006; Schwarzer & Schwarzer, 1996; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003)，而問題聚焦和情緒聚焦因應策略與心理症狀的關係較不穩定。不過，有學者認為分成十四種因素會增加不必要的繁雜度，無法提供研究上的簡便性和明確性(Hasking & Oei, 2002)。

由上述研究可知，COPE 及 Brief COPE 因素結構差異性甚大，可能因各個研究所採用的題數、分量表、對象、研究方法和分析程序不同而導致不一致結果。若以原量表的十四種因應策略探討其與情緒的關係，會因因素間的高相關和低負荷量而造成結果的不穩定(Parker & Endler, 1992; Schwarzer & Schwarzer, 1996)，Skinner 等人(2003)認為應以因應群的概念，以因應策略彼此的共同性來進行分析較為適當。因此，本研究擬採用探索性因素分析(Exploratory Factor Analysis; EFA)，先探討此量表在台灣乳癌患者身上的因素結構。藉由探索性因素分析將十四種因應策略簡化成少數幾個共同因素，減少因變項間共線性而帶來的排擠效果之問題，而能探討不同類型的因應與情緒間的關係。

## 第二節、研究目的

基於上述的研究動機，本研究之目的如下：

- 一、探討短版 COPE 量表(Brief COPE)之因素結構，檢測此量表在乳癌患者身上的因素成份，發掘臺灣乳癌患者身上的因應策略分類。
- 二、分析不同的背景因素的乳癌患者其因應策略、正向情緒和心理症狀的差異情形。
- 三、了解台灣乳癌女性手術後 3 個月、6 個月所採用的因應策略與正向情緒和心理症狀之現況。
- 四、了解台灣乳癌患者因應策略與情緒兩者間的關係為何。



## 第二章 文獻探討

本研究之文獻探討共分為五節，第一節因應策略之概念與內涵，第二節為因應策略之評估，第三節為因應策略與情緒，第四節為研究架構。

### 第一節 因應策略之概念與內涵

#### 壹、 因應之概念

個體在面對壓力情境時所選擇採取的因應策略，會對其心理適應狀態與情緒產生一定的影響。Lazarus 於 1966 年提出認知評估(cognitive appraisal)概念，他特別強調認知評估和因應過程，這兩個過程對壓力情境與中長期適應結果具中介效果(Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986)。Lazarus(1984)認為個體面臨生活改變的壓力源，就會對壓力加以評估，即評估壓力可能引發的傷害性、威脅性和挑戰性。他將認知評估分為三個階段:初級評估(primary appraisal)、次級評估(secondary appraisal)和再評估(reappraisal)，初級評估為協助個體評估事件是否是無關(irrelevant)、正向(positive)或是有壓力(stressful)。當個體評估此事件是具有壓力的，則會對其所帶來的傷害性-失去(harm-loss)、威脅性或挑戰性進行直接評估；當評估此壓力事件是具危險性、威脅性，則會對本身所具備的資源、期望效能及因應選擇加以評估，決定自己的因應方式，此為次級評估的過程；再評估則是個體對本身已採取因應之效能及原壓力源進行再一次的評估，以了解此因應是否可有效克服或防止壓力源的傷害。

Lazarus 與 Folkman 又於 1984 年提出「壓力互動模式」，他們認為壓力是認知評估過程，壓力的產生是個體對環境的判斷、評估才產生的感受。其感受壓力程度取決於其與環境的關係，透過對壓力刺激的認知評估的過程，造成個體在相同外在環境刺激可能有不同的反應。Lazarus 與 Folkman 認為因應行為是經過初級評估和次級評估才出現的行為，是一種動態的過程，認為因應行為會隨著時間和情境改變，並不是跨情境的一致性。

Skinner等人(2003)認為因應是組織性建構(organizational construct)，他們認為

因應可建構成幾個不同的層次：最低層次為因應實例(因應特定壓力情境的即時反應)、第二層次為因應方式或因應策略(可辨識的行動類別)、第三層次為因應群(依據其因應功能歸類)、最高層次則是適應過程(界於壓力和心理、社會和生理的結果)。

由上可知，因應是一種兼具認知及行為的過程，因應過程是個人與環境交互作用的結果，故因應本身並無好壞的先決假設。從 Lazarus 與 Folkman(1984)所提出的壓力調適因應歷程取向，可以檢驗患者如何隨著病程階段引發的特殊壓力，有意識地選擇因應策略來作為自身因應方式。

## 貳、因應定義與內涵

以下就因應的定義、因應策略的分類作一番整理，再針對因應的相關研究作進一步的探討。

### 一、因應的定義

因應的內涵十分廣泛，常因各個研究者從不同面向探究，而有不同的解釋，以下就各學者對因應所下的定義作介紹。

Lazarus 與 Folkman (1984) 提出壓力、評估與因應理論，認為因應 (coping) 是人們在評估自身內外特定需求後，發現需求超出個體資源所能應付時，對認知和行為所做的持續性改變，是一種涵蓋認知、行動評估與再評估之動態的過程。Pearlin 和 Schooler (1987) 則將因應定義為個體為避免生活壓力所帶來的傷害所做的努力。Lazarus(1991)認為因應是個體在認知和行為上的努力，管理內外在的需求和衝突，而這些需求和衝突是個體難以承擔，或是超出他們的資源。Compas(1998)認為因應為有目的性的回應內外存在的威脅。Moskovita(2004)則將因應定義為個體為了處理壓力認知與情感的反應。Cooper 等人(2008)和 Di Mattei 等人(2008) 認為因應為個人為回應生活問題和衝突，在行為和心理上，去掌控、克服、忍受和減少壓力事件的影響之方式，其功能為處理壓力或威脅情境，以管理壓力症狀。一些學者指出癌症患者的因應為為了獲得生理和心理的紓解、平靜和平衡，對認知和行為做改變之過程(Astin et al., 1999)。

## 二、壓力與壓力因應的關係

Folkman 和 Lazarus (1985) 認為因應具有兩大類功能：(一) 是改變或控制壓力或危機的情境，可以藉由改變情境本身或改變個體對壓力環境的反應而達成，稱之為問題聚焦因應(problem-focused coping)；(二) 是指在壓力或危機情境之下，個體試著去控制或管理個體的思想、情緒或生理反應，而不需要以任何方法去改變情境，稱之為情緒聚焦因應(emotion-focused coping)。問題聚焦因應是企圖採取行動直接、主動的解決壓力情境，情緒聚焦因應則是改變壓力情境的詮釋，重新評估威脅性事件為較不具威脅性(Lazarus, 1993)。Lazarus 與 Folkman(1994)認為因應主要功能為管理及調適問題情境，並處理伴隨而來的情緒，因應可被視為情緒歷程的一部份，會影響個體未來的情緒。

Folkman 和 Lazarus(1985)發現個體在面對壓力時會同時採用問題聚焦和情緒聚焦的因應策略。他們的研究發現受試者在考試前、考試後和成績公布時都會採用問題聚焦和情緒聚焦因應類型。研究結果顯示受試者在單一情境時採用複雜因應方式，受試者如果將考試評估具威脅和挑戰，則會將此兩種因應策略合併使用。Lazarus(2000)強調雖然因應策略採用問題聚焦和情緒聚焦的概念是區分的，但不應該被視為獨立的，因這兩類通常是同時發生。雖然問題聚焦和情緒聚焦有時會同時採用，但當個體認為壓力事件具傷害性、威脅性或可控制的程度越低時，則傾向採用情緒聚焦、消極面對或逃避等因應策略；當個人認為事件具有挑戰性或可控制、可改變的程度越大時，則傾向於運用問題焦點的因應方(Folkman & Lazarus,1980)。

因應被視為個體適應具挑戰性環境之第一線機制(Schulkin, Thompson, & Rosen, 2003)，有效的因應可以避免傷害，並在個體與環境間達成新的適應平衡；反之，無效的因應將造成傷害或不利(Ray, 2004; Sterling, 2004)。

綜合上述所論，因應的目的在於降低或消除壓力所帶來的身心不平衡或傷害。不論是藉由問題聚焦因應策略來改變情境或個體，或是運用情緒聚焦因應策略來調整個體因壓力所引起的不適，其實，發揮因應的功能就是為達到因應的目

的。個人在選擇因應策略端賴於壓力情境的類型、在壓力下的人格特質和評估的結果。

### 參、因應策略之類型

各個學者依因應策略理論與實徵研究發展出不同的因應策略內涵與分類，以下就典型的因應分類分別論述：

#### 問題聚焦、情緒聚焦和評估聚焦因應

Moos 和 Billings(1982)將因應策略分成三個層面：評估聚焦因應 (appraisal-focused coping)、問題聚焦(problem-focused coping)和情緒聚焦因應 (emotion-focused coping)策略。評估焦點因應為釐清壓力事件對個體之意義，包含認知再定義、認知迴避。因此，Moos 和 Billings 進一步將因應技巧區分出為可以聚焦在壓力事件之意義、問題實際層面或是與壓力事件相關的情緒。

Lazarus 和 Folkman(1984)由過去的文獻中整理出兩種不同取向的因應策略，分別為問題聚焦因應 (problem-focused coping)和情緒聚焦因應 (emotion-focused coping)兩大類。這兩種類型的因應包含各種認知和行為策略。問題聚焦因應為個體積極處理問題之行為或想法，其所用的方式包括尋求資訊、採取解決問題的行動或改變現有的情境等等。情緒聚焦因應則包含正向情緒(尋求社會支持)、心理症狀表現(如:否認)、一廂情願的想法(希望可以遠離惡劣的情況)、保持距離(試圖忘記壓力的情境)、正向(以正向的角度思考問題)等方式，藉由改變想法、感覺減輕情緒上的負擔，但這並不是解決問題之根本。

#### 問題聚焦、情緒聚焦和較無效因應

Carver、Weintraub 和 Scheier(1989)以 Folkman 與 Lazarus 的理論及相關實徵研究為基礎，認為分為問題聚焦和情緒聚焦並無法解釋所有的現象，因此將因應策略分成三大類、十三種不同的因應行為，包括：(1)問題聚焦因應:主動因應 (active coping)、計畫(planning)、抑制干擾性活動(suppression of competing activities)、約束(restraint coping)、尋求工具性社會支持(seeking instrumental social support)。(2)情緒聚焦因應:尋求情緒性社會支持(seeking emotional social

support)、正向再詮釋與成長(positive reinterpretation and growth)、接受(acceptance)、求助宗教信仰(turning to religion)、否認(denial)。(3)較無效因應/失功能因應:情緒宣洩(focus on venting emotion)、行為脫離(behavioral disengagement)和心理脫離(mental disengagement)。

### **趨近因應和逃避因應**

Roth 和 Cohen(1986)認為趨近因應為努力改變具壓力性的事件，與問題聚焦因應較相似；而逃避與情緒聚焦因應較相似，涉及專注於個人感受或逃避解決問題等間接方式來適應壓力。Holahan 等人(1996)則進一步指出趨近因應包含邏輯分析、正向重釋、尋求諮詢、支持和採取問題解決行動。反之，逃避因應策略包含四個類別:(1)認知逃避、(2)放棄接受(resigned acceptance)、(3)尋求其他酬賞(seeking alternative rewards)和(4)情感宣洩，逃避因應策略常與心理困擾有關。

### **有利和不利因應方式**

另一種類別則是採用更有利(more salutary)的因應方式(如:做決策、尋求社會支持、與家人討論問題)或是採取較不利(less salutary)的因應方式(如:言語攻擊、酒精使用和儘量縮小問題的重要性)(Jorgensen & Dusek, 1990)。

### **同化、調適、逃避**

Olah(1995)則提出三種分類:同化(assimilation)、調適(accommodation)和逃避(avoidance)。同化指的是個體為了個人的利益而在認知或行為上企圖改變環境。同化與問題聚焦、任務取向、搜尋訊息、問題解決和工具性支持相似。調適因應包含個人認知或行為企圖改變自己去適應環境。調適與情緒聚焦、情緒調節、接受、情緒支持、認知重建相似。逃避指在行為和認知、生理或心理上，逃離有壓力的環境。逃避與逃離、行為脫離、心理逃脫、逃避現實的幻想，酒精和藥物使用和主動遺忘類似(Olah)。

### **控制和自動化因應**

Compas 等人 (2001)在探討因應的多樣性中，提出因應和壓力反應的理論。Compas 等人認為壓力反應可以分成控制的因應反應(Voluntary coping responses)

和自動化的因應反應 (Involuntary coping response)。Compas 等人認為並不是每一個人對於壓力的反應都構成因應，個體可能有自然而然的情緒、行為、生理和認知反應，但並沒有起調節或修正壓力之功能。因應指的是針對壓力事件努力調節情感、思想、行為、生理和環境之反應。控制和自動化的因應反應，可能會涉及主動趨近 (engagement) 或脫離 (趨避) 壓力事件或問題。控制的因應反應可再被分為初級和次級控制。初級控制因應是嘗試影響客觀事件或條件來加強個體對環境和個人反應的控制感。這些包含問題解決和直接努力調節個人情緒或情緒的表達。反之，次級控制因應反應則包含嘗試改變因惡劣情境下所引發的感受。分心、接受、正向思考和認知重建都屬於此向度；而自動化因應則是指不在意識控制下所作的反應，如情緒、生理激起、侵入性想法、反芻。

### 預先因應

Aspinwall 和 Taylor(1997)指出預先因應為在預期壓力源發生前就先採取行動預防具威脅或不利的情境。預先因應與問題聚焦因應較相近，包括採取資源累積、辨識壓力、初步評估、預備因應和利用回饋。

由上述各種分類方式來看，因應策略的類別相當廣泛，可以有多種向度和分類。大部分的分類皆以 Lazarus 因應策略理論為基礎所衍生出的模式為最多，有些則是以文化或實徵性研究所發展出。由於沒有任何一種向度或類別可以完整的呈現出因應的架構與內涵。因此，Skinner 等人(2003)認為應以多向度、階層性的面向來進行因應策略的分類較為適合。

由於本研究患者正處於癌症的急性壓力期，因此個體在無法預期和準備的狀態下，需立即將傷害降到最低。因此，本研究將從反應性的因應(reactive coping)來探討患者罹癌後的因應反應和情緒之間的變化性。

## 第二節 因應策略之評估

### 壹、因應策略測量工具

依據不同的壓力定義，編製測量因應的方法也不盡相同，最常用來測量的工具包含 Lazarus 與 Folkman (1984)所發展的因應方式問卷(Ways of Coping Questionnaire, WOC)、Carver 等人(1989)發展的 COPE 量表、Amirkhan(1990)因應策略指標(The Coping Strategy Indicator, CSI)、Endler 與 Parker (1994)的壓力情境的壓力問卷(The Coping Inventory of Stressful Situations, CISS)。Lazarus 和 Folkman 的因應方式問卷(WOC)將因應分成問題聚焦、情緒聚焦，Carver 等人認為分成兩類簡化因應策略內涵，而且很多研究針對 WOC 進行因素分析結果是與原量表不一致，WOC 的因素結果不只是兩類(Smyth, Kathleen, Yarandi, & Hossein, 1996；Wineman, Durand, & McCulloch, 1994)。Carver 等人指出問題聚焦可包含不同的反應，因此要探討這些反應，需要各別測量之。

對於測量工具的問題，學者發現其不夠多元化、問題、語意模糊不清，而且大部分測量工具都是以實證研究發展出來，並沒有理論基礎。因此 Carver 等人(1989)依據 Lazarus 與 Folkman(1984)的認知交互模式和自我調節模式來設計 COPE 量表。Carver 等人認為 COPE 是以理論為基礎的問卷，比其他問卷的設計多了理論的背景。此量表包含了因應認知過程取向和特質取向之問卷，是目前因應策略研究最常用的問卷之一。COPE 問卷包含 15 種向度，每一種向度代表一種因應策略，他們將因應策略依據理論分成三類：問題聚焦因應、情緒聚焦因應和失功能因應，問題聚焦因應包含主動因應、計畫、抑制干擾性活動、約束、尋求工具性社會支持；情緒聚焦則有尋求情緒性社會支持、正向重釋、接受、否認和信教。而剩下三個量表聚焦情緒與宣洩、行為脫離、心理逃離則被歸類在失功能因應。

其中主動因應是指個體採取主動步驟移除壓力源或減輕其影響，如直接反應、增加個人的效能、執行因應反應；計畫是指思考如何因應壓力源，涉及思考下一步採取的策略，與執行問題聚焦行為是有差別的，是發生在次級評估；抑制

干擾性活動是指為了讓自己更集中處理壓力先不做其他活動，會先處理壓力源；約束是在等待適合的機會表現，如個體將焦點放在如何有效處理壓力可被視為積極因應，但若完全無行動，可視為消極因應；尋求工具性支持為徵詢建議、協助或訊息；尋求情緒性支持指的是尋求他人的同情、了解、支持，尋求工具性支持和情緒性支持雖是不同的概念，但常一起發生；正向重釋與成長是指看到事情的正向的一面，從壓力事件中學習並成長；接受表示接受壓力事件已經發生；否認表示拒絕承認壓力事件的真實性、尋求宗教指的是參與更多的宗教活動來紓解壓力；情緒聚焦與宣洩表示越來越聚焦在自己的情緒痛苦，並努力去排解這些情緒；行為脫離是指放棄努力，保持現狀；心理逃離指的是透過白日夢、睡覺來脫離壓力情境。

雖然 Carver 等人(1989)認為工具性社會支持和情緒性社會支持在理論裡代表著不同的涵義，兩個社會支持的分量表都被歸在同一因素內。同樣的，計畫、主動因應亦在同一個因素內，但研究者認為這兩種類型的因應行為在問題聚焦因應連續向度內各佔據不同的時間點。由此可見，Carver 等人雖將 COPE 分成十五種不同的因應策略，但其因素分析結果卻得到十一種初階因素，其結果並不獲支持。

最初的 COPE 問卷包含 60 個題項，其中每個向度包含 4 個題目。由於題數多，且內容複雜，導致許多受試者難以完成問卷。為了更便於進行大規模的研究，Carver 等人(1997)從原來的問卷中精選了部份題項，又添加了一些內容形成了 COPE 問卷的簡短版本。選擇的標準依據因素分析時因素負荷量的大小以及多年應用 COPE 問卷施測的實證經驗。短版因應策略量表(Brief COPE)將 COPE 的題目從 60 題縮減成 28 題的自陳式四點量尺，其中，抑制干擾性活動和約束因研究價值不高而被刪去，正向重釋與成長修改成正向重釋，刪除了成長，更強調其認知內容；聚焦情緒與宣洩則修改成宣洩，以避免因應方式與壓力結果混淆；心理逃脫則因更聚焦藉由其他活動分散對問題的注意修改成自我分心。量表主要內容涵蓋 14 種因應向度，每一個向度包含兩個題目，包括主動因應 (active coping)、



計畫 (planning)、正向重釋 (positive reinterpretation)、接受 (acceptance)、幽默 (humor)、宗教 (religion)、尋求情緒性支持 (seeking of emotional support)、尋求工具性支持 (seeking of instrumental support)、自我分心 (self-distraction)、否認 (denial)、宣洩 (venting)、物質使用 (substance use)、行為脫離 (behavioral disengagement)、自責 (self-blame)。Brief COPE 分量表的信度都超過.50，情緒宣洩、否認和接受的信度超過.60 (Carver, 1997)。

本研究選擇此量表為研究工具主要的考量為(1)該量表是建立在理論基礎和實證研究上，並彌補以往因應策略方法學的不足；(2)該量表測量的向度最多，能夠充分展現出因應行為的多元性；(3)該量表對性格傾向因應(dispositional coping)和情境性因應(situational coping)均可評估；(4)題數減少，受試者可以快速作答。

綜上所述，本研究採用 Carver(1997)所編的「Brief COPE」量表，針對乳癌患者在壓力事件所採用的因應行為之量表作為本研究的研究工具。

## 貳、COPE 和 Brief COPE 因素結構

再來，本研究想要探索 Brief COPE 的因素結構，以釐清量表背後結構與因應理論意涵，因此將過去針對 COPE 和 Brief COPE 進行因素結構的研究結果依題目層次(item-level)和分量表層次(sub-scale level)整理如表 2-1 至表 2-4。

表 2-1 COPE 因素結構相關研究(題目層次)

| 作者                   | 研究對象        | 研究方法   | 研究結果   |
|----------------------|-------------|--|--|
| Carver et al. (1989) | 987 位邁阿密大學生 | 14 個分量表(計畫、正向重釋、抑制干擾活動、接受、約束、否認、行為脫離、心理逃脫、尋求工具性支持、尋求情緒性支持、情緒宣洩、物質使用、信教、主動因應；每一分量表有 4 題，除了物質使用只 | 分為十一個初階因素<br>(1)主動因應、計畫<br>(2)抑制干擾活動<br>(3)尋求工具性、情緒性支持<br>(4)約束<br>(5)正向重釋與成長<br>(6)接受<br>(7)否認<br>(8)信教<br>(9)情緒聚焦和宣洩 |

|                              |  |  |   |
|------------------------------|--|--|---|
|                              |  | 有 1 題), 共 53 題<br>初階因素:主因素法<br>(PFA)- 斜交轉軸<br>(oblimin)<br>二階因素:探索性因<br>素分析(EFA-刪除酒<br>精與藥物使用, 針對<br>13 個分量尺, 共 52<br>題) | (10)心理逃脫<br>(11)行為脫離<br>二階因素<br>(1)任務因應:主動、計畫、抑制干擾<br>活動<br>(2)認知因應:接受、約束、正向重釋<br>與成長<br>(3)情緒因應:尋求社會、情緒性支<br>持、情緒聚焦與宣洩<br>(4)逃避因應:否認、行為脫離、心裡<br>逃脫 |
| Kallasmaa &<br>Pulver (2000) | 515 位<br>愛沙尼<br>亞大學<br>生   | 主因素法(PFA)  | 分為三個因素:<br>(1)任務因應(計畫、主動因應、正向<br>重釋與成長、抑制干擾活動、幽默)<br>(2)逃避因應(行為脫離、否認、心裡<br>逃脫、約束、接受)<br>(3)社會/情緒因應(尋求情緒性支<br>持、尋求工具性支持、情緒聚焦與宣<br>洩)<br>解釋變異量 47%    |
| Lyne &<br>Roger(2000)        | 587 位<br>英國國<br>家衛生<br>(NHS)<br>服務員<br>工   | 14 個分量表(信教從<br>4 題刪減成 3 題)<br>主因素法(PFA)-<br>直交轉軸法<br>(oblimin)、radial<br>parcel analysis                                 | 分為三個因素:<br>(1)理性/主動因應 (接受、約束、抑<br>制干擾活動)<br>(2)情緒聚焦因應 (情緒表達、尋求情<br>緒性支持、尋求工具性支持)<br>(3)逃避因應 (行為脫離、否認、心理<br>逃脫、接受和約束因應)                              |
| Eisengart et<br>al., (2006)  | 研究<br>一:199<br>位 2 歲<br>極低出<br>生體重<br>嬰兒母<br>親<br>研究<br>二:350<br>位 2 歲<br>產前多<br>重物質<br>使用母<br>親 | 研究一:<br>探索性因素分析<br>(EFA)(斜交轉軸<br>、正交轉軸)<br>研究二:驗證性因素<br>分析(CFA)  | 研究一:<br>分為七個因素<br>(1)主動/問題聚焦<br>(2)逃避<br>(3)情緒聚焦<br>(4)信教<br>(5)幽默<br>(6)社會支持<br>(7)物質使用<br>解釋變異量 60%<br>研究二:<br>中等適配度,確認研究一因素結構                    |

表 2-2 COPE 因素結構相關研究(分量表層次)

| 作者   | 研究對象     | 研究方法   | 研究結果               |
|--|----------|--|--------------------|
| Clark, Bormann, Cropanzano, & James (1995) | 306 位大學生 | 15 個分量表(多一幽默量表), 共 60 題<br>CFA-驗證 15 因素和 13 因素(主動因應和計畫為同一因素; 尋求工具性和情緒性支持合為一因素) | 十五因素模式比十三因素模式適配度更好 |

表 2-3 COPE 因素結構相關研究(題目層次和分量表層次)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Gutierrez, Peri, Torres, Caseras, & Valdes(2007) | 471 位西班牙裔門診病人                          | 15 個分量表(多增加幽默量表)每一分量表各有 4 題, 共 60 題<br>探索性因素分析(EFA)<br>主成分分析(PCA)並進行最大概似法(MLE), 得出 2-12 因素後再以變異最大旋轉法(varimax)和斜交轉軸法(oblimin), 因素模式再進行驗證性因素分(CFA) | 分為三種因素<br>(1) 主動因應(Engagement) 計畫、正向重釋、抑制干擾活動、接受和約束( $\alpha=.85$ )<br>(2) 逃避(Disengagement) 否認、行為脫離、心理逃脫和否認( $\alpha=.77$ )<br>(3) 尋求協助 尋求工具性支持、尋求情緒性支持和情緒宣洩( $\alpha=.82$ )<br>解釋變異量 32.5% |
| Hasking & Oei(2002)                              | 600 位澳洲人(樣本一:300 位社區飲酒者樣本二:300 位酒精依賴者) | 14 個分量表(每一分量表包含 4 題), 共 56 題。先進行探索性因素分析(EFA) - 主成分分析(PCA)、斜交轉軸(oblique rotation)再進行驗證性因素分析(CFA)- 最大概似法(MLE)                                      | 在社區飲酒者樣本發現十四個初階因素:<br>(F1)主動因應<br>(F2)計畫<br>(F3) 抑制干擾活動<br>(F4)約束<br>(F5)社會-工具<br>(F6)社會-情緒<br>(F7)成長<br>(F8)接受<br>(F9)信教<br>(F10)情緒宣洩<br>(F11)否認  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | (F12)行為脫離<br>(F13)心理逃脫<br>(F14)藥物/酒精逃脫<br>分為三個二階因素:<br>(1)任務取向(F1-F6)<br>(2)情緒因應(F7-F9)<br>(3)逃避因應(F11-F14)<br>樣本二:無法得到驗證 |
|--|--|--|---|

表 2-4 Brief COPE 因素結構分析相關研究(題目層次)

| 研究   | 研究對象            | 研究方法  | 研究結果  |
|--|-----------------|---|---|
| Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman (2000) | 148位<br>大學<br>生 | 14個分量表，共28題<br>主成分分析(PCA)<br>並用斜交轉軸<br>(oblique rotation)<br>同時針對西班牙<br>語和英語版本進<br>行因素分析                | 分成十二種因素:<br>(1)主動、計畫<br>(2)正向重釋<br>(3)行為脫離<br>(4)情緒宣洩<br>(5)自我分心<br>(6)信教<br>(7)幽默<br>(8)否認<br>(9)自責<br>(10)物質使用<br>(11)社會性支持<br>(12)接受<br>解釋變異量 78%<br>行為脫離在西班牙版本同時被<br>歸類在主動因應和正向重釋 |
| Lee & Liu (2001)                               | 406位<br>大學<br>生 | 12個分量表，刪除<br>尋求工具性支持<br>和自責，共24題<br>探索性分析-主成<br>分分析(PCA)，用<br>直交轉軸法中的<br>最大變異法<br>(varimax<br>rotation) | 分為兩種因素：<br>(1)直接因應(Direct coping):主動<br>因應、接納、計畫、正向重釋、<br>尋求情緒性支持、行為脫離、信<br>教)<br>(2)間接因應(Indirect coping):情<br>緒宣洩、自我分心、否認、物質<br>使用)<br>其中幽默同時被歸在這兩種因<br>素                           |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Liu & Iwamoto (2001)                           | 154位<br>大學<br>生                                | 13個分量表，刪除<br>物質使用量表，共<br>26題<br>探索性分析-主成<br>分分析(PCA)- 直<br>接斜交轉軸(direct<br>oblimin<br>rotation)             | 可分成兩種因素<br>(1)直接因應:主動因應、接納、<br>計畫、正向重釋、尋求情緒性<br>支持、尋求工具性支持、信教、<br>自我分心、幽默)<br>解釋變異量 28.11%<br>(2)間接因應:情緒宣洩、否認、<br>行為脫離、自責)<br>信教、自我分心同時被歸在這兩<br>種因素<br>解釋變異量 11.25%   |
| Fillion, Kovacs,<br>Gagnon, & Endler<br>(2002) | 132位<br>接受<br>放射<br>性治<br>療的<br>女性<br>乳癌<br>患者 | 13個分量表(有稍<br>微修改一些題<br>目，多增加從先生<br>和朋友得到情緒<br>支持)，共28題主<br>成分分析(PCA)並<br>用斜交轉軸<br>(oblique rotation)<br>法文版 | 分成八種因素<br>(1)不面對因應 Disengagement<br>(否認、接受、正向重釋和行為<br>逃脫，共 7 題)<br>(2)自我分心(自我分心和情緒宣<br>洩，共 4 題)<br>(3)主動因應(主動因應和計畫，<br>共 4 題)<br>(4)從先生/伴侶中尋求社會情緒<br>性支持(3 題)<br>(5)從朋友尋求情緒性支持<br>(4 題)<br>(6)信教<br>(7)幽默<br>(8)物質使用<br>不面對因應與高焦慮、憂鬱和生<br>氣有關 |
| Ribeiro &<br>Rodrigues (2004)                  | 364位<br>大學<br>生                                | 14個分量表，<br>共28題<br>主成分分析(PCA)<br>並用斜交轉軸<br>(oblique rotation)<br>葡萄牙版本                                      | 分成八種因素<br>(1)尋求工具性支持和情緒性支<br>持<br>(2)主動因應、計劃和行為脫離<br>(3)否認、自責<br>(4)宗教<br>(5)物質使用<br>(6)接受<br>(7)自我分心<br>(8)情緒宣洩  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   |  | 解釋變異量67.47%  |
| Hastings et al.,<br>(2005)                         | 89 位<br>學齡<br>前家<br>長<br>46 位<br>學齡<br>家長       | 主成分分析<br>(PCA)，用直交轉<br>軸法中的最大變<br>異法(varimax<br>rotation)                      | 分為四種因素：<br>(1)主動逃避因應<br>(2)問題聚焦<br>(3)積極因應<br>(4)宗教/否認因應   |
| Fletcher et al.,<br>(2006)                         | 624位<br>新診<br>斷乳<br>癌患<br>者女<br>性一<br>等親        | 9個分量表(刪除<br>計劃、幽默、行為<br>脫離、物質使用和<br>自責)，共18題<br>主軸因素法(PAF)<br>-promax rotation | 分成三種因素<br>(1)面對因應(Engagement<br>Coping):12 題( $\alpha=.79$ )<br>(2)逃避因應:6 題(其中有 2 題同<br>時被歸類在面對因應)( $\alpha=.65$ )<br>(3)信教(2 題)( $\alpha=.84$ )<br>逃避因應與心理困擾有關  |
| Brain et al.,<br>(2008)                            | 1286<br>位年<br>輕(50<br>歲以<br>下)乳<br>癌患<br>者      | 刪除兩個題目，但<br>並沒特別說明是<br>哪兩題，共26題<br>主成分分析(PCA)                                  | 可分為七種因素<br>(1) 任務取向:六題( $\alpha=.84$ )<br>(2) 情緒支持:5 題( $\alpha=.83$ )<br>(3) 逃避取向 :7 題( $\alpha=.73$ )<br>(4) 物質使用:2 題 ( $\alpha=.89$ )<br>(5)信教:2 題( $\alpha=.86$ )<br>(6) 幽默:2 題( $\alpha=.84$ )<br>(7) 接納:2 題( $\alpha=.81$ )<br>解釋變異量 65%<br>檢查前一個月採用信教和物質<br>使用可有效預測患者一個月後<br>擔憂程度較高 |
| Miyazaki,<br>Bodenhorn,<br>Zalaquett,&<br>Ng(2008) | 555 位<br>美國<br>大學<br>研究<br>所和<br>大學<br>部外<br>籍生 | EFA<br>-promax rotation  | 分為七種因素：<br>(1)積極因應(主動因應、計畫、<br>正向重釋、接受、自我分心)<br>(2)尋求支持(尋求情緒性支持、<br>尋求工具性支持、情緒宣洩)<br>(3)否認(接受、否認、情緒宣洩、<br>行為脫離)<br>(4)信教<br>(5)自責(行為脫離、自責)<br>(6)幽默<br>(7)物質使用   |

|                           |                        |  |  |
|---------------------------|------------------------|--|--|
|                           |                        |  | 解釋變 68.7%  |
| Paukert et al.,<br>(2009) | 104位<br>心臟<br>衰竭<br>病患 | 14個分量表，共28<br>題EFA-主成分分<br>析(PCA)                            | 分為三種因素：<br>(1)適應性因應（主動因應、計<br>畫、正向重釋、尋求工具性支<br>持、尋求情緒性支持、自我分心<br>和接納)( $\alpha=.92$ )<br>(2)非適應性因應（行為脫離、自<br>責、否認和情緒宣洩)<br>( $\alpha=.80$ )<br>(1) 信教和物質使用<br>( $\alpha=.60$ )<br>解釋變異量 52%<br>憂鬱症狀和非適應性因應有關 |
| Radat et al.,<br>(2009)   | 1534<br>位成<br>人偏<br>頭痛 | 14個分量表，共28<br>題<br>主成分分析<br>(PCA)-最大變異<br>法(varimax)<br>法國版本 | 分成六種因素<br>(1)社會支持和情緒表達<br>(2)問題導向因應<br>(3)正向重釋<br>(4)逃避<br>(5)信教和靈性<br>(6)接受<br>採用較少的正向重釋有較多的<br>心理痛苦，較少接納也與較差的<br>預後有關  |

表 2-5 Brief COPE 因素結構分析相關研究(分量表層次)

| 研究           | 研究對象                              | 研究方法                          | 研究結果  |
|--------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| Carver(1997) | 168位<br>安德<br>魯颶<br>風受<br>災居<br>民 | 14 個量表，<br>共 28 題<br>EFA-斜交轉軸 | 分為九個因素：<br>(1)主動、計畫、正向重釋<br>(2)行為脫離<br>(3)情緒宣洩、自我分心<br>(4)信教<br>(5)幽默<br>(6)否認、自責<br>(7)物質使用<br>(8)情緒性和工具性支持<br>(9)接受<br>良好的信效度，因素結構與 |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  |  | COPE一致<br>特徵值>1.0、信度>.05<br>解釋變異72.4%   |
| Kershaw ,<br>Northouse,<br>Kripracha,<br>Schafenacker<br>(2004) | 189位<br>乳癌<br>患者<br>和其<br>照顧<br>者  | 12 (刪除工具性支<br>持和自責),<br>共24題<br>探索性因素分析<br>(EFA) | 分成兩種因素<br>(1)主動因應:尋求情緒性支<br>持、正向重釋、主動因應、計<br>畫和接受<br>(2)逃避因應:否認、物質使用、<br>行為脫離和情緒宣洩<br>幽默和自我分心並沒有被歸類<br>信教在患者樣本中被歸類在主<br>動因應,但在照顧者樣本中則<br>被歸類在逃避因應<br>主動因應和較好的生活品質有<br>關;使用逃避則有較差的生活<br>品質 |
| Prado et al.,<br>(2004)   | 252 位<br>低收<br>入、愛<br>滋病<br>毒抗<br>體陽<br>性住<br>在美<br>國城<br>市非<br>洲裔<br>媽媽 | 24 題+11 題額外的<br>題目<br>驗證性因素分析<br>(CFA)           | 分為三種因素:<br>(1)主動因應(正向重釋、計畫和<br>採取行動) 與心理困擾有負相<br>關<br>(2)支持因應(採用情緒性和工<br>具性支持、與其他人交談、使<br>用治療)<br>(3)逃避因應(抑制想法、否認、<br>自責、宣洩對痛苦的默默承受<br>行為脫離、自我分心和懷念過<br>去)與心理困擾有正相關                       |
| Bellizzi & Blank<br>(2006)                                      | 224位<br>乳癌<br>倖存<br>者  | 主成分分析(PCA)<br>並用最大變異法                            | 可分成兩種因素<br>(1) 主動適應性因應<br>自我分心、主動因應、尋求情<br>緒性和工具性支持、情緒宣<br>洩、正向重釋、計畫、接受和<br>信教<br>解釋變異量34%<br>(2)不適應性/逃離因應<br>否認、物質使用和行為脫離<br>解釋變異量14%  |



|  |                      |   |  |
|--|----------------------|---|--|
| Yeung & Fung (2007)                        | 351位以電話訪問香港人如何因應SARS | 16個分量表(將尋求工具性支持量表分成從家人、朋友和媒體尋求支持)，共16題<br>5點量表-從1(無)到5(常常)<br>無註明使用何種語言 | 分成兩種因素<br>(1) 問題聚焦因應<br>主動因應、計畫、尋求工具性支持( $\alpha=.62$ )<br>(2) 情緒聚焦因應<br>尋求情緒性支持、信教、幽默、物質使用、自我分心、自責、否認、行為脫離和情緒宣洩( $\alpha=.74$ )<br>接受和正向重釋因題目與總分相關低( $r=.05$ 和 $.08$ )而不歸類在情緒聚焦因素裡。 |
| Zelikovsky, Schast, & Jean-Francois (2007) | 144位末期腎衰竭病童的家長       | 14個分量表，共28題EFA-探索性分析-主成分分析(PCA)，用直交轉軸法中的最大變異法                           | 分成兩種因素<br>(2) 適應性因應<br>主動因應、計畫、正向重釋、尋求工具性支持、尋求情緒性支持、接納、信教( $\alpha=.82$ )<br>(3) 逃避因應<br>否認、物質使用、行為逃脫、情緒宣洩、自責、幽默( $\alpha=.71$ )<br>自我分心無法歸類   |
| Cohn & Pakenham, (2008)                    | 174位士兵               | PCA-T1、T2、T3<br>CFA-3個時間點   | 分為四種因素:<br>(1)問題解決:主動因應、接納、計畫( $\alpha=.64-.77$ )<br>(2)否認( $\alpha=.60-.72$ )<br>(3)尋求支持:情緒聚( $\alpha=.78-.82$ )<br>(4)自責( $\alpha=.73-.79$ )                                       |
| David & Knight(2008)                       | 383男性同性戀             | 14個分量表<br>CFA   | 分成二階二因素<br>(1)不面對因應(Disengagement)<br>自我分心、否認、物質使用、行為脫離、宣洩、自責<br>(2)主動因應<br>情緒性支持、工具性支持、主動、正向重釋、計畫、幽默、接受和信教)   |
| Park et al., (2008)                        | 250位中年癌症             | 13分量表，26題(刪除物質使用)+情緒處理歷程和   | 分為兩個因素:<br>(1)趨近因應因素(情緒表達、主動因應、尋求工具性支持和正   |

|                                     |                  |  |  |
|-------------------------------------|------------------|--|--|
|                                     | 倖存者              | 表達表達分量表<br>(Stanton,<br>Danoff-Burg,<br>Cameron, &<br>Ellis,1994)<br>CFA | 向重釋)<br>(2)逃避因應因素(否認、行為脫離和自責)  |
| Tuncay, Musabak Gok, & Kutlu (2008) | 161糖尿病第一型和第二型的患者 | 14個分量表，共28題<br>土耳其版本   | 分成兩種因素<br>(1)問題聚焦因應:接受、信教、計畫、正向重釋、尋求工具性支持、主動因應、尋求情緒性支持、幽默<br>(2)情緒聚焦因應:自我分心、情緒宣洩、自責、行為脫離、否認、物質使用   |
| Yang, Brothers, & Andersen (2008)   | 82位乳癌患者          | 13個分量表(刪除自責)<br>探索性因素分析-斜交轉軸   | 分成兩種因素:<br>(1)面對因應:主動因應、計畫、尋求工具性支持、正向重釋( $\alpha=.85$ )<br>(2)不面對因應:否認、物質使用和行為脫離( $\alpha=.71$ )<br>幽默、信教、尋求情緒性支持、接受、情緒宣洩、信教因低負荷而無法被歸類<br>面對因應是心理健康之中介變項<br>不面對因應則是創傷壓力症狀之中介變項 |
| Snell et al., (2011)                | 147位輕微頭部創傷患者     | CFA 和 EFA  | 分為三種因應類型分類:<br>(1)趨近<br>(2)逃避<br>(3)尋求協助   |

由表 2-1COPE 量表的因素結構來看，Carver 等人(1989)以大學生為對象，進行 COPE 探索性因素分析，結果得到初階 11 因素和二階 4 因素:任務因應(主動、計畫、抑制干擾活動)；認知因應(接受、約束、正向重釋與成長)；情緒因應(尋求社會、情緒性支持、聚焦情緒與宣洩)；逃避因應(否認、行為脫離、心裡逃脫)，

這結果與 Carver 等人依據理論分成二階 3 因素:問題聚焦(主動因應、計畫抑制干擾性活動、約束、尋求工具性社會支持);情緒聚焦因應(尋求情緒性社會支持、正向再詮釋與成長、接受、求助宗教信仰、否認;較無效因應(情緒宣洩、行為脫離和心理脫離)是有差異存在的。國外研究曾嘗試檢驗 COPE 可能存在的二階因素,但不同研究所取得的結果並不一致,其因素結構最常被分為三種因素:問題聚焦因應、情緒聚焦因應和逃避因應;另一種常見的因素分類有二因素即適應性因應和非適應性因應。Hasking 與 Oei(2002)在社區飲酒者樣本發現十四因素的適合度明顯優於高階四因素和高階三因素(問題取向因應、情緒取向因應和逃避因應),不過,在酒精依賴者樣本十四因素無法獲得支持,可見不同樣本下 COPE 因素結構並不全然相同。雖然十四因素優於其他模式, Hasking 與 Oei 基於簡約性,認為這樣的分類增加不必要的繁複度,因此建議以高階三因素(適合度次優的模型)來分類。

由表 2-5 得知, Carver(1997)以颱風災民為樣本,進行 Brief COPE 探索性因素分析,得到初階 9 因素。第一因素為主動、計畫和正向重釋;第二因素為行為脫離;第三因素為情緒宣洩和自我分心;第四因素為信教;第五因素為幽默;第六因素為否認、自責;第七因素是物質使用,第八因素情緒性支持和工具性支持;第九因素為接受。其所得的因素結果並無法支持 Brief COPE 量表所包含的 14 種不同因應分類。從表 2-2 文獻整理中發現, Fillion 等人(2002)以接受放射性治療的乳癌患者為研究對象,並以 EFA 來探索 Brief COPE 因素結構,他們將 Brief COPE 分成八因素; Kershaw 等人(2004)以第三期和第四期乳癌患者和期照顧者為對象,對 Brief COPE 進行 EFA 分析,只採用 12 個分量表(刪除工具性支持和自責),結果顯示 Brief COPE 量表可分成兩因素,主動因應(主動因應、尋求情緒性支持、正向重釋、計畫和接受)和逃避因應(否認、行為脫離、物質使用和情緒宣洩),其中自我分心和幽默並沒在這兩種因素內。Bellizzi 和 Blank(2006)以 224 位乳癌倖存者為主,對 Brief COPE 進行 EFA 分析,得到兩因素,分別為不適應或逃避因應(否認、物質使用、行為脫離、宣洩)和主動因應(尋求情緒支持、工具

性支持、主動、正向重釋、主動因應、自我分心、接受、計畫、情緒宣洩、信教)，但幽默和物質使用無法被分類。

綜合上述實證研究中，最常被分為二因素的適應性因應和非適應性因應、直接和間接因應或是問題聚焦和情緒聚焦因應，三因素則有問題聚焦因應、情緒聚焦因應和逃避因應三類和十四因素。一些學者指出分成問題聚焦和情緒聚焦因應過於簡化，無法分辨特定的因應行為(Litman, 2006； Schwarzer & Schwarzer, 1996； Skinner et al., 2003)。學者認為情緒聚焦因應並非單一構念，它可以藉由努力處理問題或逃避來減輕困擾的情緒。Parker 和 Endler(1992) 認為測驗工具所萃取的因素常因研究樣本和壓力源的不同而有所不同，他們除了將因應區分成問題聚焦、情緒聚焦外，亦多增加逃避因應。Carver 等人(1989)認為問題聚焦和情緒聚焦因應並無法解釋所有的現象，他們相信這兩種因應功能需要再被分類，因為它們包含了各種不同解決問題和調節情緒的策略。因此 Carver 等人依據 Lazarus 與 Folkman(1984)的認知交互模式和自我調節模式(Carver & Scheier, 1981)設計而成的 Brief COPE 量表，將因應策略分成十四種，以充分表現出因應行為的複雜性和異質性。Brief COPE 在其他實證研究得到的因素分析結果大致上與 COPE 量表因素一樣，但不論採用探索性因素分析和驗證性因素分析皆指出 Brief COPE 存有不同的因素結構，因素分析結果在跨樣本上仍未穩定。造成因素結果不穩定的原因可能是所選擇的研究樣本、研究時間、分析方法的不同而所得到的因素結構並不全然相同。此外，從上述實證研究發現有些分量表無法被歸類，如：幽默、物質使用。由於這些因應策略隨著不同個體、不同壓力階段和不同情境而有所改變(Johnson, 1999)。因此，本研究欲檢測此工具在臺灣乳癌患者身上的因素成份，確定其因應策略分類。

### 第三節 因應策略與情緒

有關乳癌患者術後半年的因應策略與心理適應之相關研究，一般皆以因應策略為獨變項，心理適應為依變項，再探討彼此之間的相關與影響。因此，在探討台灣乳癌因應策略與心理適應相關研究時，即以過去所探討的相關研究為參考依據。

#### 壹、乳癌患者的因應策略與心理適應之相關性研究

乳癌患者會採用各種不同的因應策略來面對其疾病(Heim, Augustiny, Schaffner, & Valach, 1993)。Manne等人(1994)發現患者在化療過程中會使用主動積極因應策略(如:社會支持、正向重釋、問題解決)和逃避因應策略(逃避、保持距離)。Carver等人(1993)以1年的縱貫性研究，調查59位早期乳癌患者，發現病患最常使用的因應策略是接納，而行為脫離則是最少被使用。再來，有些因應策略剛開始會使用(如:主動因應、計畫)但會隨著時間慢慢減少其使用次數。Heim等人發現患者在癌症轉移或復發階段，其因應策略的使用會隨著時間逐漸下降，在轉移階段最常使用的是接受。以下將分別就問題聚焦因應、情緒聚焦因應和逃避因應對乳癌患者心理適應的研究加以描述如下:

##### 1. 問題取向因應策略與心理適應的關係

Carver等人(1993)針對59位乳癌初期患者進行縱貫性研究，以COPE量表、POMS量表進行五點測量，評估因應策略與心理症狀的關係。其結果發現，採用接受、正向重釋、幽默可減少患者心理困擾，其中又以「接受」具最大的預測力；Manne等人(1994)發現初診斷的乳癌病人使用更多的主動因應策略(如:正向重釋)有更多正向情緒。另外，Heim、Valach與Schaffner(1997)亦發現乳癌病人使用主動因應策略有較佳心理社會適應；Holland和Holahan(2003)發現早期乳癌病人，主動因應策略和心理福祉感和正向健康行為有正相關。國內研究部分顯示愈使用問題取向因應策略，患者所經驗之身體、心理、社會困擾愈少(陳美芳、馬鳳歧，2004)。雖然有些研究發現主動因應對於乳癌的調

適有幫助，但仍有研究有不同的發現。如:Lerman 等人(1990)評估癌症患者(38%是乳癌患者)其因應策略在化療副作用和情緒反應的影響，其研究發現主動因應化療前與焦慮和噁心症狀的增加有關，治療過程中噁心的症狀也更嚴重。Helgeson 等人(2004)的研究也發現乳癌病患愈具有益處發現時，反而對其診斷後四年的心理社會功能有負面的影響。Lebel 等人(2009)研究結果亦指出癌症患者在確診三個月內，如果愈採用正向問題解決因應策略卻會預測六年後的情緒困擾。

## 2.情緒取向因應與心理適應關係

Ben-Zur 等人(2001)探討 73 位乳癌診斷後 2-6 個月內因應行為與調適關係，結果發現病人愈使用情緒取向(包含否認、逃避、抑制與宗教尋求等因應行為)，調適情況愈差。陳美芳與馬鳳歧(2004)研究亦發現乳癌患者愈採取情緒取向因應策略，其所經驗之身體、心理、社會困擾愈多。

## 3.逃避因應與心理適應關係

Dean 和 Surtees(1989)的研究發現手術後 3 個月採用否認相較於採用其他因應策略在後續追蹤上較無復發。Greer 等人 (1990)針對 62 位非轉移性乳癌的女性患者進行手術後 3 個月的結構性晤談。他們的研究發現患者採用鬥志精神或否認相較於相信宿命或是無助反應者，其存活率較高且無復發。但 Carver 等人(1993)的研究發現術後 3 個月採用否認和行為脫離顯著性預測術後六個月的心理困擾較高。另外，Classen 等人(1996)以 101 位轉移或復發的乳癌患者為對象，則發現否認與情緒困擾並無任何關聯。

一些學者以化療的乳癌病人為對象，如:Lerman(1990)發現乳癌患者在化療前使用逃避因應策略，其焦慮和憂鬱較少，治療過程中和治療後副作用的症狀較少。Heim、Valach 與 Schaffner(1997)亦發現乳癌病人如在化療期間使用否認較具適應性，他們認為逃避因應可以幫助患者減少因化療引起的心理困擾。

Manner 等人(1994)以初診斷的乳癌患者為研究對象，結果發現患者如採取愈多逃避因應策略，有愈多的心理症狀或身體症狀。Holland 和 Holahan (2003)發現早期乳癌病人，患者使用逃避因應和心理福祉感有負相關。

上述研究支持Lazarus(2000)的觀點，他認為逃避因應不一定是非適應性的，因應策略對心理福祉感的影響會受到情境和個人的特質所決定。他認為根據症狀不同困擾程度，因應策略會有不同的效果。

以下茲將過去乳癌患者所採取的因應策略與心理症狀之相關研究整理成表 2-6。

表2-6乳癌患者因應策略與情緒困擾之研究

| 作者                    | 對象   | 施測工具   | 結果   |
|-----------------------|--|--|--|
| Carver et al., (1993) | 59 位乳癌病人<br>施測時間:<br>T1 手術前 1 天<br>T2 手術後 10 天<br>T3 手術後 3 個月<br>T4 手術後 6 個月<br>T5 手術後 1 年 | 1.COPE(Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)<br>2.生活導向量表 (LOT; Scheier & Carver, 1985)<br>3.情緒狀態量表 (POMS; McNair, Lorr, & Droppelman, 1971)        | 1.病人最常使用接受、正向重釋、信教<br>2.病人最少使用否認、行為脫離<br>3.接受和幽默的採用可預測較低的困擾；否認和行為脫離可預測較多的困擾            |
| Stanton, Snider(1993) | 117 位婦女(36 位診斷為癌症, 81 位檢查後為良性腫瘤)<br>T1:切片前 24 小時內<br>T2:未開刀的 24 小時內<br>T3:術後 3 個星期         | 1.改版 WOC<br>2. POMS<br>3. LOT<br>4. 認知評估-初級評估<br>採用 Folkman、Lazarus、Dunkel-Schetter、DeLongis 和 Gruen(1986)兩個量表<br>次級評估-Folkman 和 Lazarus(1980)量表 | 1.採用認知逃避可有效預測較多的痛苦、較少的活力<br>2.切片前所採用因應變項會影響切片後和手術後情緒<br>3.切片前採用認知逃避與切片後和術後的負面情緒、正向情緒有關 |
| Chen et al., (1996)   | 121 乳癌婦女年齡介於 20 至 65 歲   | 1. 12 問題版的綜合健康問卷(GHQ-12; Goldberg, 1972)   | 1.採面對因應策略 (engagement strategies)可有效減少   |

|                              |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
|                              |  | 2. 艾森克人格問卷 (EPI ;<br>3. 因應策略量表 (CSI ; Tobin et al., 1989)   | 精神症狀<br>2. 反之，情緒聚焦逃避因應策略則與精神困擾的增加有關。  |
| Classen et al., (1996)       | 橫斷性研究<br>101 位轉移性/復發乳癌患者   | 1. POMS<br>2. 情緒控制量表 (CECS; Watson, & Greer, 1983)<br>3. 癌症心理調適量表 (MAC; Watson, Greer, & Bliss, 1989)   | 1. 鬥志與情緒困擾有負相關；<br>2. 否認或宿命則與情緒困擾無任何關聯  |
| Compas et al., (1999)        | T1: 診斷時<br>T2: 診斷後 3 個月<br>T3: 診斷後 6 個月                                  | 1. CSI  | 情緒宣洩、幻想、自我批評和社會退縮是術後 3 個月和 6 個月心理困擾的預測因子  |
| Epping-Jordan et al., (1999) | 縱貫性研究<br>80 位第一期至第四期初診斷乳癌患者<br>T1: 術前 14 天<br>T2: 術後 3 個月<br>T3: 術後 6 個月 | 1. 10 題生活導向量表 LOT (Scheier & Carver, 1985; Scheier, Carver, & Bridges, 1994)<br>2. 米勒行為方式問卷 (MBSS; Miller, 1987)<br>3. 事件衝擊量表 (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979)<br>4. CSI<br>5. 症狀檢核表 (SCL-90R; Derogatis, 1983) | 1. 診斷前採用情緒聚焦逃避因應有較多焦慮或憂鬱症狀<br>2. 情緒聚焦逃避因應部分預測術後 6 個月的焦慮和憂鬱<br>3. 使用問題解決聚焦有較少焦慮和憂鬱<br>4. 當控制診斷時的困擾，診斷後 3 個月因應策略與困擾無關 |
| Stanton et al., (2000)       | 縱貫性研究<br>92 位第一期或第二期病人<br>T1: 治療後 20 個星期<br>T2: 治療後 3 個                  | 1. COPE-60 題<br>2 希望量尺 (Snyder et al., 1991)<br>3. 癌症治療功能性測量 (FACT; Cella, 1994)  | 患者較常採用情緒表達在治療後 3 個月其疾病發病率較低、較健康和有活力，且其生活品質較好。   |



|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   | 月  | 4.POMS<br>5.健康狀態   |   |
| Ben-Zur et al.,<br>(2001)                                 | 73 位早期乳癌<br>患者   | 1.COPE<br>2.BSI  | 情緒宣洩、否認、行為脫離、信教、約束可顯著預測較多的心理困擾  |
| Culver et al.,<br>(2002)                                  | 131 位早期乳癌<br>患者<br>縱貫性研究   | COPE   | 1.術後 3 個月採用接受可有效預測術後 6 個月的心理困擾較少。<br>2.術後 3 個月採用行為脫離可預測術後六個月心理困擾的增加<br>3.行為脫離對心理困擾的效果在西班牙裔群體效果較白種人強烈。 |
| Nosartia,<br>Robert,Timothy,<br>McKenzie,&<br>David(2002) | 87 位年齡介於<br>40-75 歲<br>T1:診斷前<br>T2:治療後 8 個<br>星期<br>T3:治療後 9 個<br>月 | 1.12 問題版的綜合健康問卷(GHQ-12 ;<br>Goldberg, 1972)<br>2.MAC<br>3.症狀歸因<br>4.對乳癌的信念<br>5.社會支持<br>6.社會人口學變項和<br>臨床變項 | 逃避/個人歸因、缺少社會支持、GHQ-12 診斷前分數是心理疾病的預測因子。  |
| Stanton,<br>Danoff-burg,<br>Huggins(2002)                 | 縱貫性研究<br>70 位第一期或<br>第二期乳癌患者<br>T1:術前<br>T2: 術後 3 個月<br>T3:術後 1 年    | 1.COPE<br>2.POMS<br>3.害怕復發量表<br>(Northouse , 1981)   | 1.在診斷時採用主動接受可預測更正向的適應<br>2.採用逃避趨向因應會更害怕癌症的復發<br>3.信教對於抱持較少希望的患者有助益；對於抱持希望較高的患者採用趨近因應會更適應的結果則是不一致      |
| Kershaw et al.,   | 189 位晚期乳   | 1.Brief COPE-12 種因   | 1.病人較常使用情緒  |

|                     |  |   |   |
|---------------------|--|---|---|
| (2004)              | 癌病人和病人家屬   | 應策略(Carver, 1995)<br>2.SF-36 測量生活品質<br>3.人口學變項問卷(Omega Screening Questionnaire)   | 支持、信教、正向重釋、分心、情緒宣洩和幽默<br>2.主動因應與較好的生活品質有相關<br>3.逃避因應則與較低的生活品質有關 |
| Hack & Degner(2004) | 55 位早期乳癌病人<br>T1:診斷後 1 個半月<br>T2:診斷後 6 個月<br>T3:診斷後 3 年後 | 1.CRI<br>2.POMS   | 1.較少逃避者，焦慮較少<br>2.高逃避者，有較多的心理症狀和低活力<br>3.最有效預測心理症狀因子:接受         |
| 呂桂雲等人(1993)         | 30 位乳癌患者發現乳房腫塊到乳癌切除後 2 個月期間                              | 深度訪談法   | 1.發現腫瘤期間，常出現震驚、逃避<br>2.確定診斷後，出現焦慮、憂鬱和憤怒，主要因應為尋求資源               |
| 洪福建等人(1999)         | 39 位平均 61.6 歲各種癌症患者                                      | 1.臺大醫院緩和醫療病房焦慮及憂鬱評估表(鄭逸如與洪福建, 1997)<br>2.臺大醫院緩和醫療病房設會評估表<br>3.疾病因應策略檢核表(研究者依據 Moss 與 Schaefer(1984)和 Weisman 與 Worden (1976)編制) | 1.因應策略與心理症狀呈負相關，尤其是認知重新定義因應，不論採取任何方式因應方式對心理症狀有減低的效果。            |
| 陳美芳、馬鳳歧，(2004)      | 台北市 130 位乳癌婦女手術後兩年內的症狀困擾與因應策略之關係                         | 1.身體症狀量表(陳, 1999)<br>2.情緒困擾量表(楊, 1996)<br>3.社會功能困擾量表(楊, 1996)<br>4.因應行為量表   | 1.愈使用問題取向因應策略，患者所經驗之身體、心理、社會困擾愈少<br>2.愈使用情緒聚焦因應，身心理社會困擾愈多。      |

|  |  |                                |  |
|--|--|--------------------------------|--|
|  |  | (JCS, Jalowiec & Powers, 1981) |  |
|--|--|--------------------------------|--|

註一 LOT: Life Orientation Test ; POMS: The Profile of Mood States ; WOC:Way of Coping ; GHQ-12: General Health Questionnaire ; EPI: Eysenck Personality Inventory ; CSI: Coping Strategies Inventory ; CECS: Courtauld Emotional Control Scale ; MAC: Mental Adjustment to Cancer Scale ; MBSS: Miller Behavioral Style Scale ; IES: Impact of Event Scale ; SCL-90R: Symptom Checklist-90-Revised ; FACT: Functional Assessment of Cancer Therapy ; BSI: Brief Symptom Inventory ; CRI: Coping Resource Inventory ; JCS: Jalowiec Coping Scale

由以上文獻整理可以發現個體所採用的因應策略與情緒困擾有一定的影響，但所採用的因應策略與情緒困擾的關係有差異存在，可能是研究樣本、研究工具不同，或所觀察的時間不一樣及治療方式不同所致。

文獻指出在面對壓力情境時所採取的因應方式，會影響個人心理適應狀況與心理困擾的產生。以往的研究發現趨近或面對因應策略(engagement)與心理困擾有負相關，且有較好的生活品質(Prado et al., 2004)。而逃避因應的使用則有較高的焦慮和憂鬱，與心理困擾有正相關和較差的生活品質(Fillion et al., 2002; Fletcher et al., 2006)。

## 貳、情緒與因應策略之關係

大部分的研究者把研究重點著重在因應策略對心理症狀的影響，但情緒同樣地會影響個人如何因應 (Lazarus, 1991, 1999, 2000a, 2000b)。Folkman 和 Lazarus(1988)認為個人情緒感受和因應策略兩者之間屬於相互影響的動態關係，並非單一方向的關係。

Folkman 與 Lazarus(1988)以認知評估的觀點來闡述情緒與因應的關係。

Folkman 和 Lazarus 認為情緒與因應的關係可以從動物和自我心理學模式來討論：在動物模式，情緒是一種驅力或被活化，其目的是為了免於動物本身受傷害，如：害怕就會採取逃跑或是逃離；而生氣則會採取攻擊行為。情緒激起的過程乃是導源於個人對外在刺激事情的認知評估及其所賦予的意義，對外在事件是否具傷害性、有利性、威脅或具挑戰性進行評估。初級和次級評估過程會直接引起情緒的

品質和強度。而評估和所形成之情緒則會影響因應的機制，進而改變個體和環境關係(Folkman & Lazarus)。

Folkman 和 Lazarus(1985)認為正向情緒會協助個體將壓力情境視為具挑戰性，而有信心面對挑戰，進而採取積極的因應策略。Khosla 和 Hangal(2004)的研究亦發現受試者若有正向情緒，有更多因應資源處理壓力，並利用較多的問題聚焦因應，較少的情緒聚焦因應。

綜合上述所論，當有一刺激事件，個體會對此事件進行認知評估，評估後的結果會激起相關的情緒；而個體產生的情緒和評估結果促使個體採取某些因應行為，此因應行為被視為是基於對情緒的反應，以減少情緒激發或是緊張。在採取了某些因應策略之後，需要再評估調適之後壓力是否依然存在以及如何因應。因應策略則是透過個體與環境關係的再評估為壓力和情緒的影響因素。而情緒與因應策略之歷程就相當於一個有回饋的迴圈系統，顯現彼此的動態特性。

### 參、情緒對因應之相關研究

Folkman(1984)、Folkman 和 Lazarus(1988)的理論預測，正向情感與問題聚焦有正相關(抑制干擾性活動)，而負向情感則與逃避和情緒聚焦因應(行為脫離和情緒宣洩)具有正向關係。相較於大部分的乳癌因應策略與情緒困擾的相關研究是將因應視為中介或調節變項，以下的學者將情感視為獨變項，因應策略則為依變項，學者們認為個體所採取的因應策略與個人的情緒感受有所關聯。

Carver 等人(1993)以 59 位乳癌第一期和第二期病人的縱貫性研究發現，追蹤五個不同時間點的因應策略與心理困擾的關係，他們以多元迴歸分析方法探討兩者之間的影响方向，發現除了因應策略的使用對患者心理困擾有顯著影響性；患者的心理困擾也會影響因應策略，其手術後心理困擾程度愈高，術後 3 個月愈會採用否認、不面對(disengagement)和自我分心，採用這些較不具適應性的因應策略會使術後 6 個月的心理困擾增加。Carver 等人研究支持 Lazarus 的理論，即因應和心理困擾兩者之間會相互影響性。

Classen 等人(1996)以 101 位轉移或復發的乳癌病人，採縱貫性研究以同時迴歸分析，結果發現情緒困擾與鬥志有負相關，會傾向放棄，不與疾病對抗。Khosla 和 Hangal(2004)的研究亦發現有正向情感經驗的受試者會使用較多的問題聚焦因應策略和較少的情緒聚焦因應來處理壓力，而負向情感較多的個體則會採用情緒聚焦和逃避策略。Nicholls、Polman 和 Levy(2012)對於 557 位運動員的壓力評估、情緒、因應策略和表現滿意度採用路徑分析，結果發現比賽前不愉快的情緒(焦慮、沮喪和生氣)會讓運動員在比賽時採取分心趨向因應(注意力轉移和自我分心)和不面對趨向因應(放棄和不愉快情緒的宣洩)；反之，比賽前的愉快情緒(興奮和開心)在比賽時愈採取任務趨向因應(控制、心像、放鬆、努力付出、邏輯分析和尋求支持)。

回顧過去的文獻發現，只有 Carver 等人(1993)與 Classen 等人(1996)以縱貫性研究，並以多元迴歸分析方法探討患者的情緒與因應策略的關係。其餘皆與橫斷性研究，橫斷性研究的限制是無法檢測兩個變項的因果關係。而這些研究發現不同的情緒與不同的因應策略有所關聯，但其對象只限定在特定的期數，或是其他領域的研究，研究者無法全面性的掌握不同期數乳癌患者的情緒與因應策略彼此在不同時間的變化關係。

過去的研究較關注在個體所採取的因應策略與情緒的關聯性，在情緒的研究過程中常忽略與因應策略關係的探討。由於國內對於情緒和因應兩者之間在在時間進展中彼此相互影響在乳癌病人之實證研究較匱乏，兩者的關係是否有如 Folkman 和 Lazarus(1988)的理論所預測有待本研究進一步驗證。

#### 肆、乳癌患者的背景變項、臨床變項與因應策略的關係

##### 一、乳癌患者因應策略之相關研究

本研究將影響乳癌病人因應策略之因素歸納為以下幾點：(一) 年齡與因應策略之關係；(二) 教育程度與因應策略之關係；(三) 疾病分期與因應策略之關係；(四) 手術方式與因應策略之關係；(五) 輔助性治療與因應策略之關係。分別敘述如下：

### (一)年齡與因應策略之關係

Schnoll、Harlow、Brandt 與 Stolbach(1998) 的研究發現，不同年齡的乳癌患者在因應策略的使用上有所差異，愈年輕者愈常運用具適應性的因應策略，較少採取不適應性因應，心理調適較佳；年紀愈大這則較常用無助或無望、宿命。Epping-Jordan 等人(1999)的研究發現，不同年齡的乳癌患者在因應策略的使用上有所差異，年紀愈大相較於年輕者較少使用情緒聚焦面對因應策略(社會支持和情緒表達)(emotion-focused engagement)，國內學者洪福建等人(1999)的研究亦指出愈年輕者愈常採取情緒取向因應策略，且所運用的因應策略種類愈越多，但國外的 Gilbar(2005)學者則有不同發現，其研究結果是愈年輕的患者較常使用問題聚焦因應策略。

由上述研究可得知，年齡與因應策略的關係，其結果較不一致，有進一步研究的需要。

### (二)教育程度與因應策略之關係

Epping-Jordan 等人(1999)以縱貫性研究，以 80 位第一期至第四期初診斷乳癌患者，其研究結果發現教育程度與逃避因應有顯著負相關，教育程度愈高者，使用較少逃避策略，Gilbar(2005)的研究指出教育程度與問題聚焦因應有正相關，教育程度愈低則會使用較多的情緒聚焦因應。不過也有一些研究顯示出差異的結果，像是 Drageset 與 Lindstrom(2005)、Manning-Walsh(2005)發現教育程度愈高較常使用情緒聚焦因應，且其情緒困擾較少。

### (三)疾病分期與因應策略之關係

在疾病期數方面，不同的期數會採取不同的因應策略，國外學者的研究發現期數與逃避因應有正相關，亦即愈晚期的患者會使用較多的逃避因應策略(Epping-Jordan et al., 1999)。國內的研究亦發現癌症分期愈晚期，會採用較多情緒取向因應策略，較少使用問題取向因應策略，適應較不佳(蔡宜樺，楊銘欽，季瑋珠，1998；陳美芳，馬鳳歧，2004)。

由上研究可知，癌症分期愈晚期，會傾向採取較不適應的因應策略，對患者的調適有不良的影響。

#### (四)手術方式與因應策略之關係

國內的學者陳美芳與馬鳳歧(2004)以 130 位乳癌患者為對象，結果發現單側改良式乳房切除術患者有較多的身體、社會困擾，且使用較多的情緒取向因應策略，相較於乳房保留術患者使用較少問題取向因應策略。

#### (五)輔助性治療與因應策略之關係

乳癌患者的因應策略會因輔助性治療種類的不同而有差異存在，國內針對乳癌患者的研究指出患者接受的輔助性治療種類愈多，會愈常採取情緒取向因應策略，較少使用問題取向因應策略，對於個體的生活適應、社會適應及身心健康有不良的影響(蔡宜樺等人，1998；陳美芳，馬鳳歧，2004)，但也有研究顯示接受輔助性治療，會使用較多的主動因應策略，但兩者的關係薄弱(King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000)。

#### 二、乳癌患者的背景變項、臨床變項與情緒之研究

本研究將影響乳癌病人情緒之因素歸納為以下幾點：(一) 年齡與情緒之關係；(二) 教育程度與情緒之關係；(三) 疾病分期與情緒之關係；(四) 手術方式與情緒之關係；(五) 輔助性治療與情緒之關係，分別敘述如下：

##### (一) 年齡與情緒困擾之關係

Arndt等人(2004)和Kroenke等人(2004)的研究發現不同年齡的患者之情緒困擾具有差異性，愈年輕(小於50歲)的患者比年老者有更多的情緒困擾。

##### (二) 教育程度與情緒困擾之關係

Pillay與Sargent(1999)發現教育程度較低者，憂鬱及焦慮程度較高，而Compas等人(1999)以80位患者第一期至第四期不同時間點之情緒變化研究發現，低教育程度者的憂鬱比高教育程度者高。

### (三) 疾病分期與情緒困擾之關係

癌症期數會影響情緒困擾(Heim et al., 1997)，Vinokur、Threatt、Vinokur-Kaplan與Satariano (1990) 研究發現疾病分期與乳癌術後之調適呈負相關，愈晚期愈有焦慮、憂鬱、憤怒之情緒。相反的，Schnoll等人(1998)的研究發現癌症期數對憂鬱、焦慮和生活品質並無直接影響，而是藉由因應策略來影響。

### (四) 手術方式與情緒困擾之關係

在接受手術治療方面，國外研究指出接受乳房保留手術之婦女，比接受改良式根治性乳房切除術之婦女，有更多情緒困擾 (Cohen, Hack, de Moor, Katz, & Goss, 2000)，甚至手術後40個月生活品質更差。不過，Alder與Bitzer(2003)、Yeo等人(2004)的研究均發現不同的手術形式(mastectomy和lumpectomy)患者的情緒困擾並無顯著差異。

### (五) 輔助性治療與心理症狀之關係

Schover、Ekeberg、Ruland、Sandvik 和 Karesen (1995)的研究發現有接受化療、放射性治療和荷爾蒙治療的乳癌患者相較於沒接受輔助性治療的患者有較多的焦慮。So 等人(2010)以正在接受化學治療和放射性治療的 218 位第一期至第三期的香港乳癌患者，發現接受化療患者比接受放射性治療者有較大的焦慮和憂鬱反應，但並未達到顯著差異。

綜合上述國內外文獻以及臨床觀察結果，發現個人背景變項和臨床變項可能是影響乳癌病患因應策略和情緒之因素，而這些變項對患者因應策略和情緒的影響，可能因研究所採取的樣本、所使用的測驗工具、研究時間的不同而有差異存在。本研究欲了解這些背景變項於臨床變項是否會對乳癌患者的因應與心理症狀具有影響性，以供進行因應與心理症狀間的關係時，考慮是否加以控制。



#### 第四節 研究架構

本研究的目的是在了解台灣乳癌患者因應策略與焦慮、憂鬱之關係，分析不同的背景因素的乳癌患者其因應策略、正向情緒和心理症狀的差異情形。本研究的主要架構包括背景、臨床變項、乳癌患者因應策略、正向情緒和心理症狀等五類。在個人背景變項方面，本研究採取受試者的年齡、教育程度、婚姻狀態等變項；臨床變項則包含疾病期數、手術形式、輔助性治療、治療後副作用等變項。本研究將先以 EFA 將十四種因應策略簡化成少數幾個共同因素，檢測臺灣乳癌患者其因素成份。在情緒方面，分為焦慮、憂鬱和正向情緒三個變項。

在本研究架構中，首先以不同背景、臨床變項為自變項，正向情緒和心理症狀為依變項，探討背景、臨床變項與正向情緒和心理症狀的關係，其次以不同背景、臨床變項為自變項，因應策略為依變項，探討背景、臨床變項與因應策略的關係，最後探討在控制背景和臨床變項後，乳癌患者因應策略與情緒的關係。

本研究的主要架構圖如圖 2-1。

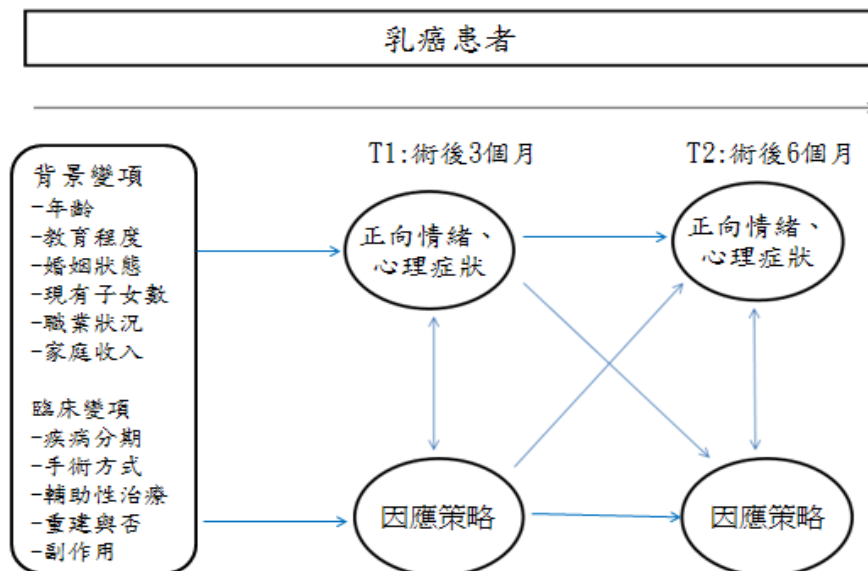


圖 2-1 研究架構之路徑圖

從文獻回顧發現背景和臨床變項與心理症狀和因應策略具有關係存在，因此在探討心理症狀和因應策略的關係前，需先排除背景、臨床變項的影響，再檢驗

術後 3 個月的正向情緒和心理症狀對於因應策略獨特的影響效果；因應策略與情緒的關係亦如同上述的分析方式，檢驗因應策略與情緒的變化關係。

根據上述研究架構，並參考相關理論和文獻，本研究有下列三項研究假設：

假設一：根據 COPE 和 Brief COPE 的因素分析結果的文獻整理，發現最多分成二因素和三因素，因此本研究假設臺灣乳癌患者 Brief COPE 的因素結構為二因素或三因素。

假設二：由於不同背景和臨床變項為乳癌患者的情緒和因應策略的影響因素之一，因此假設不同背景和臨床變項的乳癌患者其因應策略的使用和情緒具有顯著差異。

假設三：根據 Folkman 和 Lazarus(1988)的理論認為個體情緒感受和因應策略兩者之間具有相互影響的關係，是雙向的關係。因此本研究假設臺灣乳癌患者因應策略與情緒兩者間之間具有雙向之關係。即正向情緒愈多，愈常採用趨近因應；心理症狀愈常採用逃避因應；愈常採用趨近因應，其正向情緒愈多，心理症狀愈少；愈常採用逃避因應，其正向情緒愈少，心理症狀愈多。

### 第三章 研究方法

依據研究目的和文獻回顧的結果，採縱貫式研究法分別在住院病房、門診和化療室進行收案，追蹤評估初診斷乳癌病患術後三個月和術後六個月因應策略與正向情緒和心理症狀之變化，並探討 Brief COPE 量表背後的結構與理論意涵。茲將研究參與對象、研究工具、施測程序和資料處理與分析分別說明如下：

#### 第一節 研究參與者

本研究採立意取樣，以中部某一教學醫學乳房中心之初診斷乳癌的患者為收案對象，本研究經過該醫院的人體試驗倫理委員會審查通過，且在患者同意後進行問卷調查。收案條件：1. 經病理組織切片或細胞學檢查，不分初期或末期，主治醫師診斷為惡性腫瘤，且自知病情者、2. 年齡從 25 歲至 70 歲、3. 意識清楚、4. 可用國、台語交談或有文字書寫能力者。排除條件如下：1. 具有嚴重精神疾病者、2. 腦傷者、3. 失語、失聰、失明及失讀者、4. 家屬不同意參與。

本研究共蒐集 113 位乳癌婦女有效樣本資料，採縱貫性重複施測收到 226 份有效問卷。

#### 第二節 研究工具

本研究採結構式問卷，除基本資料(附錄 1)的填寫外，共採用四份測量工具：一為「短版 COPE 因應」量表(Brief Coping orientations to problems experienced; 簡稱 Brief COPE)(附錄 2)，二為「醫院版焦慮和憂鬱」量表(The Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)(附錄 3)、三為「情緒平衡」量表 (Affects Balance Scale, ABS) (附錄 4)和四為「治療後副作用」(附錄 5)。

##### (一)基本資料

使用個人基本資料表進行基本資料收集，內容包括了「基本人口學變項」與「臨床變項」二個部分。基本人口學變項包括：年齡、教育程度、性別、婚姻狀況、家庭收入等人口學變項。臨床變項則包括：患者的乳癌診斷期別、是否罹患其他癌症、手術時間、手術方式、輔助治療方式及治療後副作用之症狀等變項。

## (二)因應策略

本研究採用 Carver(1997)所編製的短版因應策略量表(Brief COPE ; Carver, 1997),主要測量患者在罹癌的壓力狀況所採取的因應策略。此量表修改自 Carver 等人(1989)所編製的「因應策略量表」(Coping orientations to problems experienced, 簡稱 COPE)。COPE 量表為總共 60 題的自陳式,並具有良好的信效度。短版因應策略量表(Brief COPE)將 COPE 的題目從 60 題縮減成 28 題的自陳式四點量尺,包含 14 種因應向度,每一個向度包含兩個題目,包括幽默 (humor)、計畫 (planning)、宗教 (religion)、主動因應 (active coping)、正向再詮釋(positive reinterpretation)、接受(acceptance)、尋求情緒性支持(seeking of emotional support)、否認(denial)、宣洩(venting)、尋求工具性支持(seeking of instrumental support)、物質使用(substance use)、行為脫離(behavioral disengagement)、自責(self-blame)、自我分心(self-distraction)。此量表將請受試者依據他們罹患乳癌後,其所採用的處理方式進行四點評估,「1」表示「不會這麼做」,「4」表示「常常這麼做」,分數愈高表示愈常使用該策略。過去研究中,該量表的內部一致性 Cronbach 係數為.50-.90,由上述可知此量表具有良好的信效度(Carver, 1997)。台灣曾慧嘉、何長珠與蔡銘昌(2010)曾將 Brief COPE 進行中文化,研究發現此量表具有良好的信度,總量表的 Cronbach's  $\alpha$  值為.86。

由於本研究目的為了探討因應策略與正向情緒、心理症狀兩者之間的關係,因此進行 Brief COPE 量表的因素分析,以利後續的分析。Skinner 等人(2007)亦提出因應策略應以彼此的共同性進行資料的分析,因此本研究採用探索性因素分析,對術後三個月在 Brief COPE 的 14 個量尺(主動因應、計畫、接受、否認、抑制干擾性活動、幽默、尋求工具性支持、尋求情緒性支持、宣洩、行為脫離、自我分心、信教、物質使用),先以主成分分析(Principal Component analysis),並進行斜交轉軸,求取其因素結構。以因素分析 KMO 為取樣適當性檢定,結果指出 KMO=.83, Bartlett 球形檢定達.000 顯著水準,顯示資料適合進行因素分析,共抽取出三因素,此三因素的解釋總變異量為 58%,而物質使用並無法歸納入任

何一因素內。因此本研究將物質使用刪除，只將 13 個量尺進行因素分析，同樣以成分分析(Principal Component analysis)，並進行斜交轉軸，結果指出  $KMO=.84$ 。本研究接著依據陡坡圖和平行分析，選取三因素（圖 4-1），此三個因素的解釋總變異量為 62.1%。分量表在納入某個因素，其因素負荷量需大於 .40。根據各因素內容，研究者將因素 I 命名為「趨近因應」(approach/engagement coping)，由正向重釋、接受、主動、計畫、幽默五個分量尺所構成，其解釋變異量為 38.40%，Cronbach' s  $\alpha$  為 .89；因素 II 命名為「情緒性因應」(emotional coping)，由情緒性支持、工具性支持、宣洩、信教、自我分心五個分量尺所構成，其解釋變異量為 14.81%，Cronbach' s  $\alpha$  為 .87；因素 III 命名為「逃避因應」(avoidance/ disengagement coping)，由行為脫離、否認和自責三各分量尺構成，其解釋變異量為 8.90%（表 3-1），Cronbach' s  $\alpha$  為 .66。總量表 Cronbach' s  $\alpha$  為 .89。因素間相關見表 3-1，各分量表之因素負荷量表見表 3-2。後續的統計皆以此三因素進行資料分析。

表 3-1 Brief COPE 量表因素間相關矩陣

|      | 1    | 2    | 3    |
|------|------|------|------|
| 趨近因應 | 1.00 |      |      |
| 情緒因應 | .42  | 1.00 |      |
| 逃避因應 | .02  | .27  | 1.00 |

表 3-2 Brief COPE 因素結構(n=113)

|                      | 因素    |       |       |
|----------------------|-------|-------|-------|
|                      | 趨近因應  | 情緒因應  | 逃避因應  |
| 正向重釋                 | .89   | -.03  | .06   |
| 接受                   | .87   | -.09  | -.02  |
| 主動                   | .80   | .08   | .07   |
| 幽默                   | .70   | .09   | -.01  |
| 計畫                   | .67   | .22   | .02   |
| 情緒性支持                | .06   | .85   | -.07  |
| 工具性支持                | .19   | .75   | -.19  |
| 信教                   | -.05  | .73   | .02   |
| 宣洩                   | .01   | .71   | .06   |
| 自我分心                 | .17   | .56   | .11   |
| 行為脫離                 | .06   | -.12  | .81   |
| 自責                   | .09   | .02   | .74   |
| 否認                   | -.22  | .45   | .54   |
| 解釋的變異量%              | 38.40 | 14.81 | 8.90  |
| 累積的解釋變異量%            | 38.40 | 53.21 | 62.10 |
| Cronbach' s $\alpha$ | .89   | .89   | .66   |

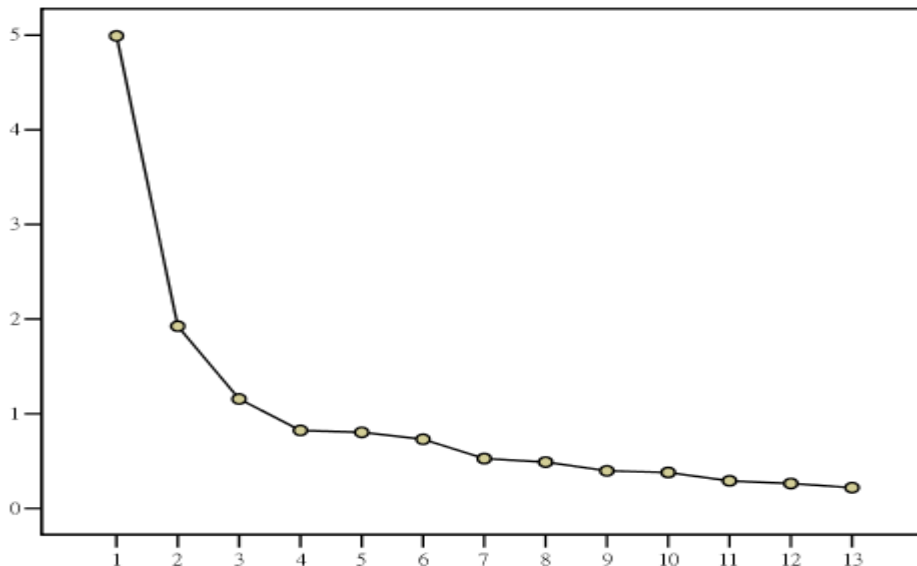


圖 3-1、Brief COPE 因素分析陡坡圖

### (三)醫院版焦慮-憂鬱量表

受試者焦慮-憂鬱的評估採用 Zigmond 與 Snaith(1983)所編製的醫院版焦慮-憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale ; HADS) , 主要評估患者的焦慮-憂鬱傾向程度。此量表共有 14 題, 共分兩個向度, 分別是焦慮和憂鬱, 每一個向度各有 7 題。受試者依據其程度進行 4 點量尺的評量。其中 0 代表「總是如此」, 3 代表「完全不會」。此量表題目排列方式為焦慮與憂鬱交錯, 其中 1、3、5、6、8、10、11、13 為反向題。計分以 0-3 分計算, 若反向題則反向計分, 各子量表最高分為 21 分, 最低分為 0 分。分數越高表示焦慮或憂鬱愈嚴重。國外針對焦慮採平均得分 8 分作為切截分數區分有無焦慮症狀, 總分在 8 分以上被視為具有焦慮症狀; 而憂鬱的切截分數為平均得分 7 分, 7 分以上則被視為有憂鬱症狀。焦慮和憂鬱兩個分量表的相關從 .40-.74(Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002), 焦慮和憂鬱的內部一致性 Cronbach 係數為 .80 和 .74(Leung, Ho, Kan, Hung, & Chen, 1993)。針對 113 位乳癌患者實施醫院版焦慮-憂鬱量表的 Cronbach's  $\alpha$  = .84, 在本研究樣本資料中, 測得焦慮之 Cronbach's  $\alpha$  為 .81, 憂鬱之 Cronbach's  $\alpha$  值為 .76。

### (四)情緒平衡量尺

本量表旨在測量病人正負向情緒, 由 Bradburn 與 Noll (1969) 以測量一般人心理健康為目的所編製的 (Affects Balance Scale, ABS), 共有 10 題自陳式是非題。此量表可分成兩個分量尺, 分別為正向情緒和負向情緒, 每一個分量尺各有 5 題。請受試者評估過去幾個禮拜, 是否曾感受到該情緒。評估「是」或「否」。Bradburn(1969)顯示正向情緒次量表具有足夠的內部一致性( $\alpha$  = .83)。本研究只採用情緒平衡量尺的正向情緒次量表, 在本研究樣本資料中, 測得正向情緒之內部一致性為 .75。

### (五)治療後副作用

此部份的內容是採用張素美(2009)自編的「乳癌治療相關之困擾量表」之生理與角色功能困擾向度, 旨在了解患者在接受治療後伴隨而來的身體改變的困

擾。此分量表共 8 題，以 4 點量尺評估，分數越高，表示患者感受到治療後之副作用愈高，其內部一致性係數為.86。本研究中測得此量表的 Cronbach' s  $\alpha$  為.87，顯示此分量表有良好的信度。

### 第三節 施測程序與資料收集過程和分析

#### 壹、施測程序

- 1.本研究在資料收集之前，依研究論理考量，本研究進行前，經由醫院「人體試驗委員會」就研究計畫進行資料審核，通過後取得證明才正式執行研究計畫。在取得醫院人體試驗暨倫理委員會同意後，經由個案管理師轉介受試者名單。受過訓練並通過人體試驗委員會要求之三名研究員將依名單於診間探訪患者，如符合收案條件將向病人說明研究目的、方法、程序及其權益，使其充分了解並簽署同意書後方開始進行問卷填寫。
- 2.受試者開時填寫，研究員從旁協助，受試者如有問題或疑問可隨時詢問研究員。若個案無法自行填寫，研究員會逐一念出題目，讓患者自行選擇答案，完成問卷。研究過程中，若受訪者出現低落、難過等負面情緒，研究員將適時傾聽並支持，若無法平撫患者的情緒，將尊重其意願不予以勉強，亦不會影響其治療權益。
- 3.第一點資料的收集:研究員將預估受試者術後三個月回診時間，當接近患者術後六個月之第二點收集時間。研究人員查閱其回診時間。當天回診時先告知診間護士當受試者報到時，通知研究員進行資料收集。若受試者無回診記錄，研究員將會先以電話聯絡受試者，詢問是否方便以郵寄/電訪方式讓她作答。

施測程序如下圖 3-2 所示:



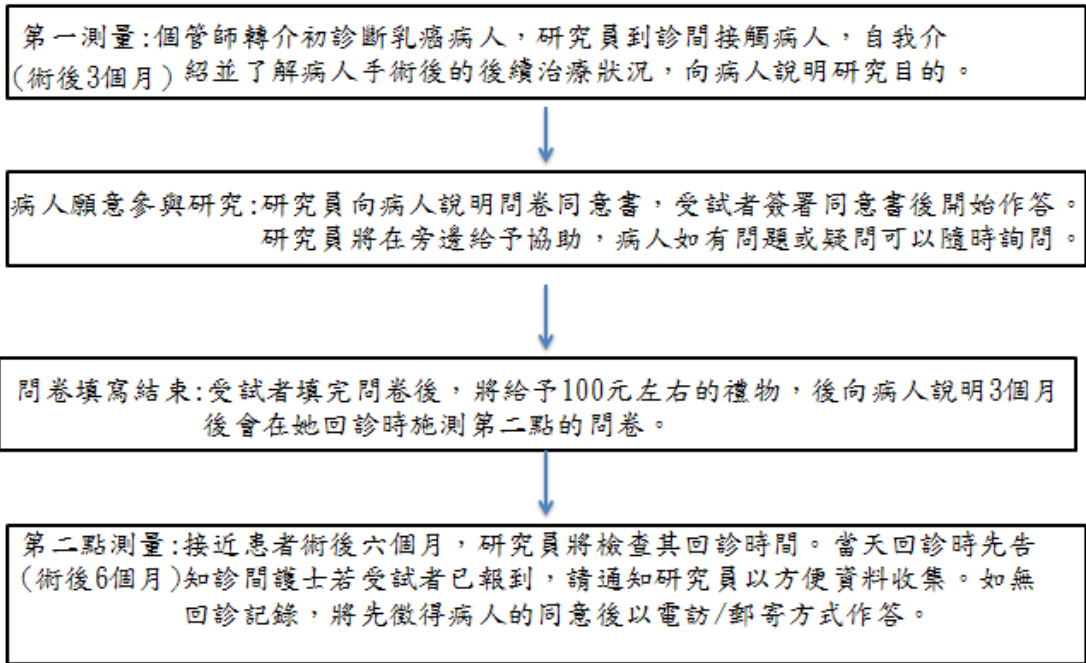


圖 3-2 施測程序圖

## 貳、資料處理過程

依醫院人體委員會規定將確保受試者所填寫的資料都是保密的，只有此研究計畫的人員會接觸其資料。此外，所有收集的資料只供學術用途且其相關資料分析過程將會以編碼方式處理與分析，不進行個人分析，研究結果將以整體資料呈現。

## 參、資料分析

本研究主要使用 SPSS17.0套裝軟體分析資料，依據不同的研究目的選擇不同統計分析方法。茲將本研究所採用的統計方法說明如表3-3：

### 一、探索性因素分析(Exploratory Factor Analysis；EFA)

由於本研究目的為了探討因應策略、正向情緒和心理症狀之間的關係，因此需要先將Brief COPE量表的資料簡化。Skinner等人也提出因應策略應以彼此的共同性進行資料的分析，因此本研究採用探索性因素分析，將13個量尺(主動因應、計畫、接受、否認、抑制干擾性活動、幽默、尋求工具性支持、尋求情緒性支持、宣洩、行為脫離、自我分心、信教)以主成分分析(Principal Component analysis)，並進行斜交轉軸。

## 二、描述統計

以平均數、標準差等描述統計對台灣乳癌女性正向情緒、心理症狀與使用因應策略的情形做概括性的描述。

## 三、背景和臨床變項與各主要變項之相關分析

為了探討背景變項(年齡、家庭收入、教育程度、婚姻狀況、職業狀況、小孩人數)、臨床變項(輔助性治療、手術方式、癌症期數、重建與否)與各變項在不同時間的模式和變化關係，因此採用 Pearson 積差相關進行分析，了解彼此之間的相互影響關係。

## 四、t考驗、單因子變異數分析(one-way ANOVA)

如上述背景變項和臨床變項與各變項有相關，將進一步以t考驗或單因子變異數分析探討不同背景變項的乳癌患者，在正向情緒、心理症狀與其因應策略是否具有顯著差異。若單因子變異數分析的F檢定達到顯著水準，再以薛費法進行事後比較。

## 五、階層迴歸分析(Hierarchical Regression Analysis)

為了要檢視因應策略對正向情緒和心理症狀之影響效果，分析採三階段投入，第一階段為了排除背景、臨床變項對正向情緒或心理症狀的影響，逐一將基本人口學和臨床相關變項加入迴歸模式中，第二階段投入術後三個月的正向情緒或是心理症狀，第三階段則是投入三種因應策略，再逐一檢視每個步驟的 $\Delta R^2$ 值，如此可以得知各別預測變項對迴歸模式的貢獻程度和不同階段之迴歸模式的整體解釋力。

以同樣的階層迴歸分析步驟確認正向情緒、心理症狀對於因應策略的獨特預測力，第一階段加入是對因應策略有影響性或是具相關性的背景和臨床變項，第二階段投入的因應策略，最後則是投入正向情緒或心理症狀，以了解正向情緒和心理症狀對因應策略的貢獻程度。

茲將上述資料分析方法整理如表 3-3。

表3-3 資料分析處理

| 研究問題                               | 統計分析方法                            |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Brief COPE因素結構                     | 探索性因素分析，以主成分分析，並進行斜交轉軸            |
| 了解因應策略與心理症狀的現況                     | 平均數、標準差等描述統計                      |
| 了解不同背景變項之乳癌患者在因應策略的使用上和心理症狀是否有所差異? | t 考驗/單因子變異數分析，若達到顯著水準，再以薛費法進行事後比較 |
| 因應策略和心理症狀之間是否存具有相互影響之關係            | 階層迴歸分析                            |



## 第四章 研究結果

本研究共蒐集 113 位乳癌婦女有效樣本資料，採縱貫性重複施測收到 226 份有效問卷。依據研究的目的以描述性及推論性統計分析，分別描述如下：一、研究樣本的基本屬性分析，包含乳癌病患之人口學特徵及疾病特性等描述性資料；二、分析乳癌病情緒和因應策略在兩個病程階段之分佈情形；三、探討不同背景變項和臨床變項下，乳癌患者的正心理症狀與因應策略之相關分析；四、探討不同變項的乳癌患者在正心理症狀與因應策略之差異分析，相關和差異分析將作為後續階層迴歸分析之參考；五、乳癌病患因應策略與正負向心理症狀之關係，將以階層迴歸來分析之，資料統計結果呈現如下：

### 第一節 研究樣本的基本屬性分析

#### 壹、乳癌病患人口學特徵

本研究之樣本的人口學特徵包括：年齡、教育程度、婚姻狀態、現有子女數、職業狀況、家庭收入、宗教信仰等，以描述性統計之人數、百分比、平均值、標準差分析如下(表 4-1)：

#### (一) 年齡

本研究對象之平均年齡為 48.3 歲 (SD=8.42)，年紀最小為 24 歲，年紀最長為 69 歲，其中以 40 至 49 歲最多，有 47 人 (佔 42%)，以 50 至 59 歲次之，有 39 人 (佔 35%)，其次順序為 30 至 39 歲，有 15 人 (佔 13%)，再者為 60 歲至 69 歲以上，有 11 人 (10%)，而以 20 至 29 歲最少為 1 人 (1%)。

#### (二) 教育程度

教育程度方面以高中職最多，有 50 人 (44%)，其次為小學有 20 人 (18%)，第三為國中，有 19 人 (17%)，第四為專科，有 14 人 (12%)，而大學及大學以上學歷者最少為 10 人 (9%)。

#### (三) 職業狀況

針對乳癌患者職業狀況的分析主要以退休無工作者佔最多有 43 人 (43%)，

其次為勞工者有 17 人 (17%)，從商人員有 12 人 (12%) 與公職人員有 12 人 (12%) 兩者並列第三，第四為自由業者有 11 人 (11%)，而最少的是家管，有 5 人 (5%)。

#### (四) 宗教信仰

患者有宗教信仰者共有 53 人 (53%)，其中佛教徒最多有 40 人 (40%)；其次為道教有 10 人 (10%)，第三為基督教有 3 人 (3%)，而無宗教信仰者有 47 人 (47%)。

#### (五) 婚姻狀況

主要是以已婚者占大部份，有 84 人 (84%)，未婚者有 10 人 (10%)，喪偶者有 3 人 (3%)，離婚者有 3 人 (3%)。

#### (六) 子女數

本研究之乳癌患者以 2 個小孩占大多數，有 49 人 (43%)，其次為有 3 個小孩為 40 人 (35%)，第三為 4 個小孩，有 8 人 (7%)，第四為 1 個小孩，有 7 人 (6%)，再來是沒有小孩的有 7 人 (6%)，而有 4 個小孩以上最少為 2 人 (2%)。

表 4-1 乳癌病患人口學特徵(n = 113)

| 變項 | 類別    | 人數 | 有效百分比(%) | 平均值  | 標準差  | 範圍    |
|----|-------|----|----------|------|------|-------|
| 年齡 |       |    |          | 48.3 | 8.42 | 24-69 |
| 職業 | 1 農   | 5  | 4.4      |      |      |       |
|    | 2 公   | 16 | 14.2     |      |      |       |
|    | 3 商   | 16 | 14.2     |      |      |       |
|    | 4 服務業 | 24 | 21.2     |      |      |       |
|    | 5 家管  | 30 | 26.5     |      |      |       |
|    | 6 無業  | 9  | 8.0      |      |      |       |
|    | 7 退休  | 5  | 4.4      |      |      |       |
|    | 8 其他  | 6  | 5.3      |      |      |       |

|           |            |    |      |
|-----------|------------|----|------|
| 家庭<br>收入  | 1-3 萬      | 34 | 30.1 |
|           | 3-6 萬      | 34 | 30.1 |
|           | 6-10 萬     | 20 | 17.7 |
|           | 10 萬以上     | 17 | 15.0 |
|           | 其他         | 5  | 0.9  |
| 現有<br>子女數 | 無          | 7  | 6.2  |
|           | 1          | 7  | 6.2  |
|           | 2          | 49 | 43.4 |
|           | 3          | 40 | 35.4 |
|           | 4          | 8  | 7.1  |
|           | 4 個以上      | 2  | 1.8  |
| 教育<br>程度  | 未入學        | 0  | 0    |
|           | 小學         | 20 | 17.7 |
|           | 國中         | 19 | 16.8 |
|           | 高中、職<br>專科 | 50 | 44.2 |
|           | 大學(以上)     | 14 | 12.4 |
|           |            | 10 | 8.8  |
| 婚姻<br>狀況  | 未婚         | 13 | 11.5 |
|           | 已婚         | 93 | 82.3 |
|           | 再婚         | 0  | 0    |
|           | 同居         | 0  | 0    |
|           | 分居         | 0  | 0    |
|           | 離婚         | 1  | 0.9  |
|           | 喪偶         | 6  | 5.3  |
| 宗教<br>信仰  | 無          | 18 | 15.9 |
|           | 民間信仰       | 24 | 21.2 |
|           | 佛教         | 31 | 27.4 |
|           | 道教         | 25 | 22.1 |
|           | 基督教        | 5  | 4.4  |
|           | 天主教        | 1  | 0.9  |
|           | 一貫道        | 4  | 3.5  |
|           | 回教         | 0  | 0    |
|           | 其他         | 0  | 0    |
|           | 兩種以上的宗教    | 4  | 3.5  |

## 貳、疾病特性

在患者疾病特性方面包含了患者的疾病分期、手術方式、輔助性治療和是否接受乳房重建手術等，以描述性統計之人數、百分比分析如下(表 4-2):

### (一) 疾病分期

在 113 位個案中，以 Stage II 病患為最多，佔 42 人(37%)，Stage I 有 28 人(25%)，Stage 0 為 23 人(20.4%)，Stage III 有 15 人(13%)和 Stage IV 病患最少，有 2 人(2%)，但有 3 位未填選。

### (二) 手術方式

其中以乳房保留術為最多，有 65 人(佔 57.5%)；乳房切除術有 45 人(佔 39.8%)，大多數的病患沒有接受乳房重建手術有 99 人(87.6%)。

### (三) 輔助性治療

大部分病患有接受輔助性治療，有 98 人(89.09%)，其中接受化學輔助性治療的有 47 人(42.73%)，接受放射性治療的有 49 人(44.55%)；沒接受輔助性治療，有 12 人(10.91%)。

### (四) 重建手術

大部分的患者並無接受乳房重建手術，有 99 人(87.6%)，有接受乳房重建只有 13 人(11.5%)。

表 4-2 乳癌病患疾病特徵(n=113)

| 變項        | 類別    | 人數 | 有效百分比(%) |
|-----------|-------|----|----------|
| 癌症<br>期數  | 零期    | 23 | 20.4     |
|           | 第一期   | 28 | 24.8     |
|           | 第二期   | 42 | 37.2     |
|           | 第三期   | 15 | 13.3     |
|           | 其他    | 2  | 1.8      |
| 手術<br>形式  | 全部切除  | 45 | 39.8     |
|           | 部分切除  | 65 | 57.5     |
| 輔助性<br>治療 | 無     | 12 | 10.91    |
|           | 化療    | 47 | 42.73    |
|           | 放射性治療 | 49 | 44.55    |
|           | 荷爾蒙治療 | 2  | 1.82     |
| 乳房<br>重建  | 有     | 13 | 11.5     |
|           | 無     | 99 | 87.6     |

## 第二節 乳癌病患正向情緒、心理症狀與因應策略之術分佈情形

乳癌病患於術後 3 個月與 6 個月接受正向情緒、心理症狀和因應策略之評估。正向情緒共 5 題，總分 5 分，得分愈高，表示正向情緒愈多。心理症狀分別為焦慮和憂鬱共 14 題，各分量表的總分為 21 分，分數越高表示焦慮或憂鬱愈嚴重。治療後副作用共有 8 題，總分 32，分數愈高代表患者面對的困擾程度愈高。

正向情緒、焦慮、憂鬱、副作用程度和因應策略之平均值、標準差及排列優先順序(見表 4-3)。

### 一、術後 3 個月

焦慮的平均得分在 6.08(SD=3.76)；憂鬱的平均得分在 5.33(SD=4.17)；正向情緒的平均得分在 2.30(SD=1.70)；副作用的平均得分在 4.95(SD=4.73)；因應策略的平均數越高，表示病患面對壓力事件時，越傾向於採取該種因應策略。由表 4-3 可得知乳癌病患因應採取排序前十名的因應策略分別為接受(M=6.53, SD=1.40)、主動(M=6.35, SD=1.58)、正向重釋(M=6.04, SD=1.73)、計畫(M=6.03, SD=1.53)、尋求工具性支持(M=5.61, SD=1.71)、幽默(M=5.48, SD=1.53)、自我分心(M=5.48, SD=1.70)、信教(M=5.47, SD=1.78)、宣洩(M=5.13, SD=1.63)、尋求情緒性支持(M=5.12, SD=1.85)。

由因應量表的分佈情形來看，乳癌患者採取最多的前十項因應策略屬於「趨近因應」和「情緒性因應」，最少採用的屬「逃避因應」。

### 二、術後 6 個月

焦慮的平均得分在 6.49(SD=3.98)；憂鬱的平均得分在 4.89(SD=3.55)；正向情緒的平均得分在 2.51(SD=1.59)；副作用的平均得分在 5.90(SD=5.83)，經重複量數分析發現焦慮、憂鬱、正向情緒術後兩點並無顯著差異，只有術後 6 個月副作用顯著高於術後三個月( $F(1, 112)=5.69, p=.019$ )；乳癌病患因應採取排序前十名的因應策略和術後三個月一樣，分別為接受(M=6.58, SD=1.22)、主動(M=6.45, SD=1.47)、正向重釋(M=6.27, SD=1.47)、計畫(M=6.16, SD=1.57)、



尋求工具性支持(M=5.76, SD=1.53)、幽默(M=5.50, SD=1.56)、自我分心(M=5.45, SD=1.66)、信教(M=5.43, SD=1.92)、宣洩(M=5.02, SD=1.48)、尋求情緒性支持(M=5.01, SD=1.67)。

由因應量表的分佈情形來看，乳癌患者採取最多的前十項因應策略與術後三個月一樣皆屬於「趨近因應」和「情緒性因應」，最少採用的屬「逃避性因應」。

表 4-3 病患正向情緒、心理症狀和因應策略之平均數與標準差(n=113)

| 變項       | 類別          | 手術後 3 個月 |      | 手術後 6 個月 |      | 排序 | F 值   |
|----------|-------------|----------|------|----------|------|----|-------|
|          |             | M        | SD   | M        | SD   |    |       |
| 心理<br>症狀 | 焦慮          | 6.08     | 3.76 | 6.49     | 3.98 |    | 1.96  |
|          | 憂鬱          | 5.33     | 4.17 | 4.89     | 3.55 |    | 1.26  |
| 正向       | 情緒          | 2.30     | 1.70 | 2.51     | 1.59 |    | 2.21  |
| 副作用      |             | 4.95     | 4.73 | 5.90     | 5.83 |    | 5.69* |
| 趨近因<br>應 | 正向重釋        | 6.04     | 1.73 | 6.27     | 1.47 | 3  |       |
|          | 接受          | 6.53     | 1.40 | 6.58     | 1.22 | 1  |       |
|          | 主動          | 6.35     | 1.58 | 6.45     | 1.47 | 2  |       |
|          | 計畫          | 6.03     | 1.53 | 6.16     | 1.57 | 4  |       |
| 逃避因<br>應 | 行為脫離        | 3.04     | 1.17 | 3.23     | 1.22 |    |       |
|          | 自責          | 4.02     | 1.59 | 4.49     | 1.65 |    |       |
|          | 否認          | 3.70     | 1.57 | 3.81     | 1.64 |    |       |
| 情緒因<br>應 | 尋求情緒性支持     | 5.12     | 1.85 | 5.01     | 1.67 | 10 |       |
|          | 尋求工具性支<br>持 | 5.61     | 1.71 | 5.76     | 1.53 | 5  |       |
|          | 宣洩          | 5.13     | 1.63 | 5.02     | 1.48 | 9  |       |
|          | 自我分心        | 5.48     | 1.70 | 5.45     | 1.66 | 7  |       |
|          | 信教          | 5.47     | 1.78 | 5.43     | 1.92 | 8  |       |

注1: \* $p < .05$

註2: M表示為平均數、SD表示為標準差。

註3: 心理症狀為四點量表，0分「總是如此」到3分「完全不會」。分數越高表示焦慮或憂鬱愈嚴重。

註4: 正向情緒共有 5 題是非題，0 分「否」到 1 分「是」。

註5: 因應策略為四點量表，每一個量表共 2 題。1 分表示「不會這麼做」，4 分表示「常常這麼做」，分數愈高表示愈常使用該策略。

註6: 副作用為 5 點量表，共有 8 題，0 分「完全沒有」到 4 分「非常厲害」。

### 第三節 乳癌病患各變項之相關因素

#### 一、術後 3 個月、6 個月心理症狀、正向情緒、因應策略與副作用之相關分析

從術後 3 個月、6 個月心理症狀、正向情緒、因應策略與副作用的相關顯示 (表 4-4):

##### 1. 焦慮與各變項的關係

術後 3 個月焦慮與術後 3 個月、6 個月的憂鬱( $r=.51^{**}/r=.55^{**}$ )、副作用( $r=.34^{**}/r=.25^{**}$ )、逃避因應( $r=.47^{**}/r=.40^{**}$ )、情緒性因應( $r=.24^{**}/r=.22^{**}$ )有正相關,患者術後 3 個月愈焦慮,術後 3 個月和 6 個月的憂鬱、副作用困擾愈多、愈採用逃避和情緒性因應;與術後 3 個月、6 個月的正向情緒有負相關( $r=-.28^{**}/r=-.25^{**}$ ),焦慮愈高,正向情緒愈少。術後 6 個月的焦慮與憂鬱 ( $r=.67^{**}$ )、副作用( $r=.40^{**}$ )、逃避因應( $r=.36^{**}$ )、情緒性因應( $r=.25^{**}$ )有正相關、與正向情緒有負相關( $r=-.32^{**}$ )。

##### 2. 憂鬱與各變項的關係

術後 3 個月憂鬱和術後 3 個月、6 個月的正向情緒( $r=-.61^{**}/r=-.60^{**}$ )、與兩個測量點的趨近因應有負相關( $r=-.48^{**}/-.62^{**}$ ),表示愈憂鬱者,正向情緒愈少,愈少使用趨近因應;與術後 6 個月的焦慮( $r=.45^{**}$ )和逃避因應( $r=.31^{**}/r=.23^{**}$ )有正相關,愈憂鬱者,術後半年的焦慮程度愈高和使用較多的逃避因應。術後 6 個月憂鬱和正向情緒( $r=-.48^{**}$ )、與趨近因應有負相關( $r=-.41^{**}$ )、與逃避因應有正相關( $r=.35^{**}$ )。

##### 3. 正向情緒與各變項的關係

術後 3 個月的正向情緒與術後半兩點的趨近因應 ( $r=.40^{**}/r=.47^{**}$ ),與術後 6 個月的情緒性因應有正相關( $r=.19^{*}$ ),表示其正向情緒愈多,愈常使用趨近因

應，且術後半年愈常使用情緒性因應。術後6個月的正向情緒與趨近因應( $r=.49^{**}$ )和情緒性因應( $r=.25^{**}$ )有正相關。

#### 4. 趨近因應與各變項的關係

術後3個月的趨近因應與術後兩個時間點的情緒性因應有正相關( $r=.54^{**}$  /  $r=.32^{**}$ )，表示患者愈常使用趨近因應，術後3、6個月愈常使用情緒性因應。術後6個月的趨近因應與情緒性因應有正相關( $r=.46^{**}$ )。

#### 5. 逃避因應與各變項的關係

術後3個月、6個月逃避因應與情緒性因應呈正相關( $r=.37^{**}$  /  $r=.34^{**}$ )、與術後半年的焦慮( $r=.36^{**}$ )和憂鬱( $r=.31^{**}$ )有正相關，表示患者愈常採取逃避因應，其情緒性因應的使用亦會愈多，且術後半年的焦慮和憂鬱程度愈高。術後6個月逃避因應與情緒性因應呈正相關( $r=.51^{**}$ )。

#### 6. 情緒性因應與各變項的關係

術後3個月的情緒性因應與術後半年的正向情緒( $r=.22^{*}$ )、趨近因應( $r=.36^{**}$ )和逃避因應( $r=.33^{**}$ )有正相關，說明患者使用愈多的情緒性因應，術後半年的正向情緒愈多、趨近因應和逃避因應使用亦會增加。

#### 7. 副作用與各變項的關係

術後3個月的副作用與術後半年的焦慮( $r=.31^{**}$ )、憂鬱( $r=.22^{*}$ )有正相關，與因應策略則無顯著相關。

表 4-4 術後 3、6 個月各研究變項相關分析

|            | (1)    | (2)    | (3)    | (4)    | (5)   | (6)   | (7)   | (8)    | (9)    | (10)  | (11) | (12)  | (13)  | (14) |
|------------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|------|-------|-------|------|
| (1)T1焦慮    | 1      |        |        |        |       |       |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (2)T1憂鬱    | .51**  | 1      |        |        |       |       |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (3)T1正向情緒  | -.28** | -.61** | 1      |        |       |       |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (4)T1趨近因應  | -.06   | -.48** | .34**  | 1      |       |       |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (5)T1逃避因應  | .47**  | .31**  | -.13   | .12    | 1     |       |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (6)T1情緒因應  | .24**  | -.12   | .17    | .54**  | .37** | 1     |       |        |        |       |      |       |       |      |
| (7)T1副作用   | .34**  | .17    | .11    | -.05   | .06   | -.05  | 1     |        |        |       |      |       |       |      |
| (8)T2焦慮    | .68**  | .45**  | -.28** | -.12   | .36** | .18   | .31** | 1      |        |       |      |       |       |      |
| (9)T2憂鬱    | .55**  | .66**  | -.42** | -.30** | .31** | -.02  | .22*  | .67**  | 1      |       |      |       |       |      |
| (10)T2正向情緒 | -.25** | -.60** | .58**  | .45**  | -.11  | .22*  | -.04  | -.32** | -.48** | 1     |      |       |       |      |
| (11)T2副作用  | .25**  | .12    | .07    | .03    | .12   | .07   | .69** | .40**  | .19    | .04   | 1    |       |       |      |
| (12)T2趨近因應 | -.12   | -.62** | .47**  | .60**  | .05   | .36** | .05   | -.17   | -.41** | .49** | .10  | 1     |       |      |
| (13)T2逃避因應 | .39**  | .23*   | -.02   | .02    | .53** | .33** | .06   | .36**  | .35**  | -.05  | .07  | .11   | 1     |      |
| (14)T2情緒因應 | .22*   | -.09   | .19*   | .32**  | .34** | .71** | .01   | .25**  | .06    | .25** | .14  | .46** | .51** | 1    |

注: \* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

## 二、背景、臨床變項與術後 3 個月各變項之相關分析

背景、臨床變項與術後 3 個月正向情緒、心理症狀與因應策略的相關分析(表 4-5)，結果顯示已婚、有工作者與趨近因應( $r=.19^*$ ； $r=.24^*$ )有正相關，表示使用趨近因應的次數較多；有工作者與情緒性因應( $r=.24^*$ )有正相關，表示有工作者使用情緒性因應的頻率較多；期數與趨近因應( $r=-.21^*$ )有負相關，表示期數愈高，愈少使用趨近因應；現有小孩數與正向情緒有負相關( $r=-.25^{**}$ )，表示患者有愈多小孩，其正向情緒愈少；教育程度與正向情緒( $r=.44^{**}$ )、趨近因應( $r=.38^{**}$ )有正相關與憂鬱有負相關( $r=-.33^{**}$ )，顯示教育程度愈高，其正向情緒愈多和憂鬱愈少，且會較常使用趨近因應；家庭收入與正向情緒( $r=.23^{**}$ )和趨近因應( $r=.22^{**}$ )有正相關，顯示當家庭收入愈高，患者的正向情緒愈多，愈常採取趨近因應；年齡與正向情緒( $r=-.26^{**}$ )、趨近因應( $r=-.27^{**}$ )有負相關與憂鬱有正相關( $r=.21^*$ )表示患者愈年長，有較少的正向情緒、較多的憂鬱與較少使用趨近因應；重建與否與趨近因應有正相關( $r=.29^{**}$ )，重建者較常使用趨近因應。副作用與焦慮有正相關( $r=.34^{**}$ )，副作用的困擾程度愈高，焦慮分數亦愈高。

表 4-5 背景變項和臨床變項與術後 3 個月正心理症狀和因應策略之相關分析

|         | 正向情緒          | 焦慮           | 憂鬱            | 趨近因應          | 逃避因應 | 情緒性因應       |
|---------|---------------|--------------|---------------|---------------|------|-------------|
| 有無結婚    | .01           | .12          | -.00          | <b>.19*</b>   | .09  | .15         |
| 有無職業    | .17           | -.09         | -.15          | <b>.24*</b>   | .07  | <b>.24*</b> |
| 有無輔助性治療 | -.07          | -.08         | .10           | -.13          | -.10 | .02         |
| 手術方式    | -.10          | -.13         | -.05          | .02           | .02  | -.11        |
| 期數      | -.09          | -.04         | .15           | <b>-.21*</b>  | -.07 | -.12        |
| 小孩數     | <b>-.25**</b> | .15          | .15           | -.01          | -.02 | .01         |
| 教育程度    | <b>.44**</b>  | -.08         | <b>-.33**</b> | <b>.38**</b>  | .00  | .14         |
| 家庭收入    | <b>.23*</b>   | -.08         | -.17          | <b>.22*</b>   | .00  | .11         |
| 年齡      | <b>-.26**</b> | .04          | <b>.21*</b>   | <b>-.27**</b> | .09  | -.13        |
| 重建手術    | .04           | .15          | -.12          | <b>.29**</b>  | -.06 | .13         |
| T1 副作用  | .11           | <b>.34**</b> | .17           | -.05          | .06  | -.05        |

注: \* $p<.05$ \*\*  $p<.01$

### 三、背景、臨床變項與術後 6 個月各變項之相關分析

背景、臨床變項與術後 6 個月正向情緒、心理症狀與因應策略的關係(表 4-6)，相關結果顯示有無職業與正向情緒( $r=.20^*$ )和趨近因應( $r=.20^*$ )呈現正相關，即有工作者有較多的正向情緒和使用較多的趨近因應；教育程度與正向情緒( $r=.30^{**}$ )、趨近因應( $r=.44^{**}$ )有正相關，與憂鬱( $r=-.21^*$ )有負相關顯示教育程度愈高，正向情緒愈多，憂鬱愈少，亦較常採取趨近因應策略；家庭收入與正向情緒( $r=.20^*$ )和趨近因應( $r=.23^*$ )呈正相關，表示收入愈高，其正向情緒較多，且較常使用趨近因應；年齡與趨近因應( $r=-.21^*$ )呈負相關，顯示年紀愈大，愈少採用趨近因應；副作用和焦慮( $r=.31^{**}$ )、憂鬱( $r=.22^*$ )呈正相關，顯示治療後副作用困擾程度愈高，其焦慮和憂鬱分數亦會較高。

表 4-6 背景變項和臨床變項與術後 6 個月正心理症狀和因應策略之相關分析

|         | 正向情緒         | 焦慮           | 憂鬱           | 趨近因應         | 逃避因應 | 情緒性因應 |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|-------|
| 有無結婚    | .05          | .16          | .10          | .00          | .00  | .15   |
| 有無職業    | <b>.20*</b>  | -.11         | -.17         | <b>.20*</b>  | .06  | .17   |
| 有無輔助性治療 | -.02         | -.11         | -.03         | -.07         | -.18 | -.03  |
| 手術方式    | -.05         | -.04         | -.04         | .03          | -.07 | -.09  |
| 期數      | -.03         | -.02         | .01          | -.07         | -.06 | -.09  |
| 小孩數     | -.03         | .13          | .06          | -.14         | -.05 | -.02  |
| 教育程度    | <b>.30**</b> | -.07         | <b>-.21*</b> | <b>.44**</b> | .07  | .18   |
| 收入      | <b>.20*</b>  | -.04         | -.14         | <b>.23*</b>  | .04  | .17   |
| 年齡      | -.18         | -.09         | .02          | <b>-.21*</b> | -.01 | -.16  |
| 重建手術    | .01          | .03          | -.06         | .17          | .00  | .01   |
| T2 副作用  | -.04         | <b>.31**</b> | <b>.22*</b>  | .05          | .06  | .01   |

注: \* $p<.05$ \*\*  $p<.01$

#### 第四節 不同變項的乳癌患者在正向情緒、心理症狀與因應策略之差異分析

本節主要在探討乳房重建手術、期數、有無輔助性治療、手術方式、有無化療和有無放射性治療之臨床變項的乳癌患者，其正向情緒、心理症狀與因應策略

的採用頻率是否有顯著差異。分別以上述之臨床變項為自變項，以乳癌患者之正向情緒、焦慮、憂鬱和因應策略之三個因素(趨近因應、逃避因應和情緒性因應)為依變項，進行  $t$  檢定和單因子變異數分析，變異數分析若  $F$  值達顯著水準，再以 Scheffe 法進行事後比較，以了解各組間的差異情形。

## 一、 臨床變項在各主要變項之差異分析

### 1. 乳房重建

患者有無接受乳房重建變項  $t$  檢定和癌症期數的  $F$  檢定結果呈現於表 4-7，結果顯示有接受乳房重建者相較於無重建者在術後 3 個月愈常使用趨近因應( $t=3.16, p=.002^{**}$ )，但在其他研究變項上無顯著差異存在。

### 2. 癌症期數

研究者將癌症期數分成三組，分別為零期、一期和二期，差異分析指出(見表 4-7)，期數和術後 3 個月焦慮與正向情緒有顯著差異，零期患者的焦慮程度顯著高於一期( $F=4.11, p=.020^*$ )；一期患者術後 3 個月的正向情緒顯著高於第二期的患者( $F=3.46, p=.036^*$ )。

### 3. 輔助性治療與手術方式

患者有無接受輔助性治療和手術方式的差異分析(如表 4-8)，結果發現有無接受輔助性治療在正向情緒、心理症狀和因應策略皆無顯著差異。針對手術方式，則分成全部切除和部分切除兩種，結果發現手術方式在正向情緒、心理症狀和因應策略皆無顯著差異。

### 4. 化療與放射性治療

研究者針對患者術後的輔助性治療，分成有無接受化療與有無接受放射性治療，檢定結果顯示(見表 4-9)，有接受化療的患者相較於無接受化療者在術後 3 個月有較多的憂慮( $t=-2.08, p=.041^*$ )、較少的正向情緒( $t=2.14, p=.034^*$ )和愈少使用趨近因應( $t=2.89, p=.005^*$ )；有接受化療的患者比沒接受化療較少使

用趨近因應( $t=2.69, p=.008^{**}$ )，但在其他究變項上無顯著差異存在。有無接受放射性治療在正向情緒、心理症狀與因應策略的得分上並無顯著不同。

表 4-7 乳房重建與癌症期數在各研究變項的顯著差異分析結果摘要

|             | 乳房重建手術  |       |         |        | 癌症期數     |       |          |      |          |         |
|-------------|---------|-------|---------|--------|----------|-------|----------|------|----------|---------|
|             | 有(n=13) |       | 無(n=99) |        | 0期(n=23) |       | 一期(n=28) |      | 二期(n=42) |         |
|             | M       | M     | t 值     | p      | M        | M     | M        | F 值  | p        | Scheffe |
|             | SD      | SD    |         |        | SD       | SD    | SD       |      |          |         |
| T1 焦慮       | 7.62    | 5.84  | -1.62   | .109   | 7.22     | 4.50  | 6.31     | 4.11 | .020*    | 1>2     |
|             | 3.18    | 3.79  |         |        | 3.16     | 3.52  | 3.67     |      |          |         |
| T1 憂鬱       | 3.92    | 5.49  | -1.57   | .133   | 4.65     | 4.04  | 6.10     | 2.20 | .117     |         |
|             | 3.25    | 4.27  |         |        | 4.04     | 4.00  | 4.43     |      |          |         |
| T1 正向<br>情緒 | 2.46    | 2.25  | -.42    | .678   | 2.30     | 2.96  | 1.88     | 3.46 | .036*    | 2>3     |
|             | 1.61    | 1.70  |         |        | 1.64     | 1.78  | 1.66     |      |          |         |
| T1 趨近<br>因應 | 35.46   | 29.76 | -3.16   | .002** | 32.35    | 31.61 | 29.31    | 2.02 | .139     |         |
|             | 4.89    | 6.25  |         |        | 6.09     | 6.28  | 6.69     |      |          |         |
| T1 逃避<br>因應 | 10.23   | 10.79 | .59     | .558   | 11.13    | 10.54 | 10.36    | .454 | .637     |         |
|             | 3.90    | 3.12  |         |        | 3.36     | 3.38  | 2.89     |      |          |         |
| T1 情緒<br>因應 | 29.15   | 26.47 | -1.38   | .172   | 27.61    | 27.18 | 26.26    | .336 | .716     |         |
|             | 7.32    | 6.52  |         |        | 7.15     | 8.18  | 5.39     |      |          |         |
| T2 焦慮       | 6.85    | 6.42  | -.36    | .722   | 7.52     | 5.43  | 6.33     | 1.81 | .170     |         |
|             | 3.48    | 4.07  |         |        | 4.12     | 3.55  | 4.02     |      |          |         |
| T2 憂鬱       | 4.31    | 4.94  | .88     | .388   | 5.70     | 3.82  | 4.74     | 1.90 | .155     |         |
|             | 2.21    | 3.70  |         |        | 3.17     | 2.96  | 3.81     |      |          |         |
| T2 正向<br>情緒 | 2.54    | 2.49  | -.09    | .927   | 2.52     | 2.79  | 2.43     | .419 | .659     |         |
|             | 1.61    | 1.59  |         |        | 1.56     | 1.81  | 1.50     |      |          |         |
| T2 趨近<br>因應 | 33.62   | 30.67 | -1.76   | .081   | 31.78    | 31.32 | 30.21    | .619 | .541     |         |
|             | 3.69    | 5.85  |         |        | 4.47     | 6.30  | 6.21     |      |          |         |
| T2 逃避<br>因應 | 11.54   | 11.49 | -.05    | .963   | 11.96    | 11.39 | 11.10    | .580 | .562     |         |
|             | 3.73    | 3.07  |         |        | 3.59     | 2.85  | 2.94     |      |          |         |
| T2 情緒<br>因應 | 26.85   | 26.65 | -.11    | .913   | 27.13    | 26.61 | 26.88    | .042 | .959     |         |
|             | 5.70    | 6.27  |         |        | 6.23     | 7.74  | 5.51     |      |          |         |

注: \* $p<.05$ \*\*  $p<.01$



表 4-8 有無輔助性治療與手術方式在各研究變項的顯著差異分析結果摘要

|         | 有無輔助性治療       |               | <i>t</i> 值 | <i>p</i> | 手術方式          |               | <i>t</i> 值 | <i>p</i> |
|---------|---------------|---------------|------------|----------|---------------|---------------|------------|----------|
|         | 有(n=101)      | 無(n=12)       |            |          | 全切(n=45)      | 部分切除(n=65)    |            |          |
|         | M<br>SD       | M<br>SD       |            |          | M<br>SD       | M<br>SD       |            |          |
| T1 焦慮   | 5.98<br>3.78  | 6.92<br>3.58  | .82        | .417     | 6.71<br>3.75  | 5.66<br>3.78  | 1.44       | .154     |
| T1 憂鬱   | 5.47<br>4.17  | 4.17<br>4.20  | -1.02      | .310     | 5.51<br>4.21  | 5.28<br>4.23  | .29        | .775     |
| T1 正向情緒 | 2.26<br>1.68  | 2.67<br>1.88  | .79        | .433     | 2.47<br>1.82  | 2.23<br>1.62  | .73        | .469     |
| T1 趨近因應 | 30.14<br>6.43 | 32.83<br>5.04 | 1.4        | .164     | 30.11<br>7.32 | 30.72<br>5.31 | -.48       | .632     |
| T1 逃避因應 | 10.65<br>3.21 | 11.67<br>3.26 | 1.03       | .304     | 10.70<br>3.25 | 10.85<br>3.07 | -.29       | .769     |
| T1 情緒因應 | 26.85<br>6.57 | 26.42<br>7.28 | -.21       | .833     | 27.70<br>6.26 | 26.20<br>6.75 | 1.18       | .241     |
| T2 焦慮   | 6.34<br>3.92  | 7.75<br>4.47  | 1.16       | .247     | 6.73<br>4.38  | 6.28<br>3.77  | .58        | .558     |
| T2 憂鬱   | 4.86<br>3.62  | 5.17<br>3.01  | .28        | .780     | 5.18<br>3.56  | 4.65<br>3.62  | .76        | .448     |
| T2 正向情緒 | 2.50<br>1.55  | 2.58<br>1.98  | .16        | .872     | 2.58<br>1.62  | 2.49<br>1.58  | .28        | .783     |
| T2 趨近因應 | 30.83<br>5.86 | 32.45<br>3.67 | .90        | .371     | 30.75<br>6.22 | 31.20<br>5.47 | -.40       | .691     |
| T2 逃避因應 | 11.33<br>3.01 | 13.17<br>3.76 | 1.95       | .054     | 11.76<br>3.19 | 11.40<br>3.07 | .59        | .561     |
| T2 情緒因應 | 26.61<br>6.20 | 27.17<br>6.0  | .29        | .770     | 27.38<br>5.47 | 26.20<br>6.62 | .98        | .328     |

表 4-9 化學治療與放射性治療在各研究變項的差異分析結果摘要

|         | 化學治療          |               | 放射性治療      |          |               |               |            |          |
|---------|---------------|---------------|------------|----------|---------------|---------------|------------|----------|
|         | 有             | 無             | <i>t</i> 值 | <i>p</i> | 有             | 無             | <i>t</i> 值 | <i>p</i> |
|         | (n=76)        | (n=37)        |            |          | (n=81)        | (n=32)        |            |          |
|         | M<br>SD       | M<br>SD       |            |          | M<br>SD       | M<br>SD       |            |          |
| T1 焦慮   | 6.00<br>3.89  | 6.24<br>3.52  | .32        | .748     | 6.01<br>3.74  | 6.25<br>3.86  | .30        | .764     |
| T1 憂鬱   | 5.87<br>4.25  | 4.22<br>3.82  | -2.08      | .041*    | 5.35<br>4.00  | 5.28<br>4.64  | -.07       | .941     |
| T1 正向情緒 | 2.07<br>1.65  | 2.78<br>1.70  | 2.14       | .034*    | 2.35<br>1.64  | 2.19<br>1.85  | -.43       | .669     |
| T1 趨近因應 | 29.36<br>6.62 | 32.62<br>5.10 | 2.89       | .005*    | 30.12<br>6.36 | 31.19<br>6.27 | .8         | .423     |
| T1 逃避因應 | 10.72<br>3.20 | 10.83<br>3.30 | .18        | .860     | 10.59<br>3.06 | 11.19<br>3.60 | .89        | .378     |
| T1 情緒因應 | 26.72<br>6.59 | 26.97<br>6.75 | .19        | .847     | 26.57<br>6.40 | 27.39<br>7.20 | .59        | .555     |
| T2 焦慮   | 6.33<br>3.98  | 6.81<br>4.03  | .60        | .548     | 6.59<br>3.67  | 6.22<br>4.74  | -.40       | .690     |
| T2 憂鬱   | 4.88<br>3.53  | 4.92<br>3.63  | .05        | .958     | 4.85<br>3.57  | 5.00<br>3.56  | .20        | .843     |
| T2 正向情緒 | 2.42<br>1.55  | 2.70<br>1.66  | .88        | .378     | 2.49<br>1.48  | 2.56<br>1.85  | .19        | .852     |
| T2 趨近因應 | 30.18<br>6.33 | 32.69<br>3.5  | 2.69       | .008**   | 31.15<br>5.67 | 30.58<br>5.81 | -.47       | .639     |
| T2 逃避因應 | 11.51<br>2.89 | 11.54<br>3.63 | .04        | .968     | 11.46<br>2.98 | 11.69<br>3.54 | .35        | .726     |
| T2 情緒因應 | 26.66<br>5.78 | 26.70<br>6.94 | .03        | .973     | 26.75<br>6.30 | 26.47<br>5.87 | -.22       | .826     |

注: \* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

## 第五節 因應策略與正向情緒、心理症狀之關係

本節旨在探討正向情緒、心理症狀與因應策略對彼此的預測力，從以上的相關分析結果(見表 4-5)或是有顯著差異的變項(見表 4-7)，篩選出年齡、教育程度、副作用、有無職業、家庭收入、癌症期數、重建手術和手術方式等背景與臨床變項。首先，在檢測因應策略對正向情緒與心理症狀的預測性，先控制背景和臨床變項，第二階段投入欲預測的正向情緒或心理症狀變項，第三階段則是投入因應策略，檢驗因應策略對正向情緒、心理症狀是否有增加額外的預測力。

### 一、以因應策略預測術後半年之焦慮

分析採三階段投入，首先以術後半年焦慮程度為校標變項，由表 4-10 的結果可以發現，整體模型可解釋的變異量為 57%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對焦慮的解釋變異量為 5%。此階段的背景變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示背景和臨床變項無法預測術後 6 個月的焦慮程度。

第二階段投入術後 3 個月焦慮變項，其標準化迴歸係數達到顯著，預測術後半年的焦慮解釋變異量為 49%，可顯著預測術後半年的焦慮( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月所採取的情緒性因應、逃避因應和趨近因應，術後 3 個月因應策略之標準化迴歸係數皆未達到顯著，對於預測術後半年的焦慮解釋變異量為 3%。

表4-10 T2(術後半年)焦慮的階層迴歸分析

| 預測變項           | 階層一                  | 階層二                  | 階層三                  |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 |
| 年齡             | -.11                 | -.21*                | -.23*                |
| 教育程度           | -.05                 | .06                  | .06                  |
| 副作用            | .12                  | -.14                 | -.14                 |
| 職業狀態           | -.08                 | -.07                 | -.08                 |
| 家庭收入           | -.09                 | -.03                 | -.03                 |
| 疾病期數           | -.05                 | -.03                 | -.04                 |
| 重建手術           | .01                  | -.14                 | -.09                 |
| 手術方式           | .05                  | .01                  | .03                  |
| 焦慮             |                      | .77***               | .67***               |
| 情緒因應           |                      |                      | .13                  |
| 逃避因應           |                      |                      | .10                  |
| 趨近因應           |                      |                      | -.17                 |
| $R^2$          | .05                  | .54                  | .57                  |
| $R^2$ 改變量      |                      | .49                  | .03                  |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | .55                  | 81.68***             | 1.45                 |

注: \* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

## 二、以因應策略預測術後半年之憂鬱

以術後半年憂鬱程度為校標變項，由表 4-11 的結果可以發現，整體模型可解釋憂鬱的變異量為 50%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對憂鬱的解釋變異量為 8%。此階段的背景和臨床變項標準化迴歸係數皆未達顯著。

第二階段投入術後 3 個月憂鬱，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年的憂鬱解釋變異量為 38%，可顯著預測術後半年的憂鬱( $p = .000$ )。

第三階段投入術後 3 個月所採取的情緒性因應、逃避因應和趨近因應，因應策略變項對憂鬱的解釋變異量為 5%。此階段的因應策略變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示因應變項無法預測術後 6 個月的憂鬱程度。

表 4-11 T2(術後半年)憂鬱的階層分析

| 預測變項           | 階層一                  | 階層二                  | 階層三                  |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 |
| 年齡             | -.05                 | -.14                 | -.17                 |
| 教育程度           | -.15                 | .05                  | .04                  |
| 副作用            | .09                  | .01                  | -.02                 |
| 職業狀態           | -.16                 | -.07                 | -.09                 |
| 家庭收入           | -.07                 | -.02                 | -.02                 |
| 疾病期數           | -.08                 | -.20*                | -.19*                |
| 乳房重建           | -.07                 | -.04                 | .00                  |
| 手術方式           | .02                  | .00                  | .01                  |
| 憂鬱             |                      | .69***               | .56***               |
| 情緒因應           |                      |                      | .13                  |
| 逃避因應           |                      |                      | .16                  |
| 趨近因應           |                      |                      | -.22                 |
| $R^2$          | .08                  | .45                  | .50                  |
| $R^2$ 改變量      |                      | .38                  | .05                  |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | .79                  | 52.77***             | 2.25                 |

注: \* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

### 三、以因應策略預測術後半年之正向情緒

以術後半年正向情緒為校標變項，由表 4-12 的結果可以發現，整體模型可解釋的變異量為 46%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對正向情緒的解釋變異量為 14%。此階段只有職業變項標準化迴歸係數達顯著，可顯著預測術後半年的正向情緒( $p=.04$ )。

第二階段投入術後 3 個月正向情緒，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年的正向情緒解釋變異量為 28%，可顯著預測術後半年的正向情緒( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月所採取的情緒性因應、逃避因應和趨近因應，術後 3 個月採取趨近因應策略之標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年的正向

情緒解釋變異量為 4%，可顯著預測術後半年的正向情緒( $p=.04$ )。此結果指出，術後 3 個月患者愈採取趨近因應，術後半年有較多的正向情緒。

表 4-12 T2(術後半年)正向情緒的階層分析

| 預測變項           | 階層一                  | 階層二                  | 階層三                  |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 |
| 年齡             | -.12                 | -.09                 | -.07                 |
| 教育程度           | .14                  | -.11                 | -.14                 |
| 副作用            | -.07                 | -.11                 | -.10                 |
| 職業狀態           | .23*                 | .12                  | .10                  |
| 家庭收入           | .09                  | .09                  | .05                  |
| 疾病期數           | -.11                 | -.02                 | .01                  |
| 乳房重建           | -.09                 | -.03                 | -.09                 |
| 手術方式           | -.14                 | -.01                 | -.04                 |
| 正向情緒           |                      | .62***               | .56***               |
| 情緒因應           |                      |                      | -.04                 |
| 逃避因應           |                      |                      | .03                  |
| 趨近因應           |                      |                      | .25*                 |
| $R^2$          | .14                  | .43                  | .46                  |
| $R^2$ 改變量      |                      | .28                  | .04                  |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | 1.64                 | 37.72***             | 1.76                 |

注: \* $p<.05$ \*\*\* $p<.001$

#### 四、以焦慮、憂鬱預測術後半年採取情緒性因應

首先以術後半年所採用的情緒性因應策略為校標變項，由表 4-13 的結果可以發現，整體模型可解釋的變異量為 57%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對情緒性因應的解釋變異量為 13%。此階段的背景和臨床變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示背景和臨床變項無法預測術後 6 個月患者使用情緒性因應的頻率。

第二階段投入術後 3 個月情緒性因應，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年情緒性因應解釋變異量為 44%，可顯著預測術後半年所採取的情緒性因應( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月之焦慮和憂鬱，心理症狀對情緒性因應的解釋變異量為 .04%。此階段的焦慮和憂鬱之標準化迴歸係數皆未達顯著，顯示心理症狀無法預測術後 6 個月所採取的情緒性因應。

表 4-13 T2(術後半年)情緒因應的階層分析

| 預測變項           | 階層一       | 階層二       | 階層三       |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
|                | 標準化迴歸係數   | 標準化迴歸係數   | 標準化迴歸係數   |
|                | $\beta$ 值 | $\beta$ 值 | $\beta$ 值 |
| 年齡             | -.09      | -.06      | -.07      |
| 教育程度           | .77       | .11       | .12       |
| 副作用            | .19       | .03       | .01       |
| 職業狀態           | 2.24      | .03       | .04       |
| 家庭收入           | .69       | .02       | .02       |
| 疾病期數           | -.04      | .05       | .05       |
| 乳房重建           | -.08      | -.12      | -.13      |
| 手術方式           | -.12      | -.03      | -.03      |
| 情緒因應           |           | .71***    | .69***    |
| 焦慮             |           |           | .06       |
| 憂鬱             |           |           | .02       |
| $R^2$          | .13       | .57       | .57       |
| $R^2$ 改變量      |           | .44       | .004      |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | 1.42      | 78.69***  | .32       |

注: \* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

#### 五、以焦慮、憂鬱預測術後半年採取趨近因應

以術後半年趨近因應為校標變項，由表 4-14 的結果可以發現，整體模型可解釋趨近因應的變異量為 62%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對趨近因應的解釋變異量為 29%。此階段教育程度之標準化迴歸係數皆達顯著 ( $p = .001$ )，可顯著預測術後半年的所採取的趨近因應。此結果顯示，教育程度愈高者愈常採取趨近因應。

第二階段投入術後 3 個月趨近因應，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年趨近因應解釋變異量為 20%，可顯著預測術後半年所採取的趨近因應 ( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月之焦慮和憂鬱，心理症狀對趨近因應的解釋變異量為 13%。此階段的焦慮與憂鬱之標準化迴歸係數皆達顯著 ( $p=.000$ )，顯示心理症狀可有效預測術後 6 個月所採取的趨近因應。此結果指出，術後 3 個月患者愈少憂鬱者，術後半年愈常採取趨近因應；焦慮程度愈高者，在術後半年愈常採取趨近因應。

表 4-14 T2(術後半年)趨近因應的階層分析

| 預測變項           | 階層一                  | 階層二                  | 階層三                  |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 |
| 年齡             | -.05                 | .01                  | .03                  |
| 教育程度           | .38***               | .27**                | .19**                |
| 副作用            | .06                  | .08                  | .07                  |
| 職業狀態           | .17                  | .08                  | .04                  |
| 家庭收入           | .10                  | .02                  | .02                  |
| 疾病期數           | -.08                 | .01                  | .08                  |
| 乳房重建           | .13                  | .00                  | -.01                 |
| 手術方式           | -.02                 | -.04                 | -.03                 |
| 趨近因應           |                      | .53***               | .36***               |
| 焦慮             |                      |                      | .19*                 |
| 憂鬱             |                      |                      | -.50***              |
| $R^2$          | .29                  | .50                  | .62                  |
| $R^2$ 改變量      |                      | .20                  | .13                  |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | 4.05***              | 30.92***             | 12.45***             |

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

#### 六、以焦慮、憂鬱預測術後半年採取逃避因應

以術後半年逃避因應為校標變項，由表 4-15 的結果可以發現，整體模型可解釋逃避因應的變異量為 42%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為預測變項，背景和臨床變項對逃



避因應的解釋變異量為 8%。此階段的背景和臨床變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示背景和臨床變項無法預測術後 6 個月患者採取逃避因應策略的頻率。

第二階段投入術後 3 個月逃避因應，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年逃避因應解釋變異量為 28%，可顯著預測術後半年所採取的逃避因應 ( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月之焦慮和憂鬱，心理症狀對逃避因應的解釋變異量為 7%。此階段只有焦慮之標準化迴歸係數達顯著，可顯著預測術後半年的逃避因應 ( $p=.005$ )。此結果指出，術後 3 個月患者愈焦慮，術後 6 個月愈常使用逃避因應。

表 4-15 T2(術後半年)逃避因應的階層分析

| 預測變項           | 階層一                  | 階層二                  | 階層三                  |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 | 標準化迴歸係數<br>$\beta$ 值 |
| 年齡             | .09                  | -.01                 | -.02                 |
| 教育程度           | .17                  | .13                  | .17                  |
| 副作用            | .11                  | .00                  | -.09                 |
| 職業狀態           | .19                  | .18                  | .18                  |
| 家庭收入           | .00                  | -.02                 | .01                  |
| 疾病期數           | -.11                 | -.08                 | -.07                 |
| 乳房重建           | -.01                 | .00                  | -.07                 |
| 手術方式           | -.06                 | -.11                 | -.12                 |
| 逃避因應           |                      | .55***               | .41***               |
| 焦慮             |                      |                      | .34**                |
| 憂鬱             |                      |                      | -.05                 |
| $R^2$          | .08                  | .36                  | .42                  |
| $R^2$ 改變量      |                      | .28                  | .07                  |
| $R^2$ 改變量之 F 值 | .79                  | 33.54***             | 4.45**               |

注: \*\* $p<.01$ \*\*\* $p<.001$

七、 以正向情緒預測術後半年的焦慮

以術後半年焦慮因應為校標變項，由表 4-16 的結果可以發現，整體模型可解釋焦慮的變異量為 60%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為控制變項，背景和臨床變項對憂鬱的解釋變異量為 5%。此階段的背景和臨床變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示背景和臨床變項無法預測術後 6 個月患者的焦慮程度。

第二階段投入術後 3 個月之焦慮，其標準化迴歸係數達到顯著，對於預測術後半年的焦慮解釋變異量為 49%，可顯著預測術後半年的焦慮( $p=.000$ )。

第三階段投入術後 3 個月三種因應策略，對於預測術後半年焦慮解釋變異量為 3%，此階段的因應策略變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示因應變項無法預測術後 6 個月的焦慮程度。

第四階段投入正向情緒，正向情緒對焦慮的解釋變異量為 2%。其標準化迴歸係數達顯著，可顯著預測術後半年的焦慮 ( $p=.04$ )。此結果指出，術後 3 個月患者正向情緒愈高，術後 6 個月的焦慮愈少。

表 4-16 以正向情緒預測術後半年焦慮之階層分析

| 預測變項 | 階層一               | 階層二               | 階層三               | 階層四               |
|------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|      | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| 年齡   | -.11              | -.21*             | -.23*             | -.19*             |
| 教育程度 | -.05              | .06               | .06               | .08               |
| 副作用  | .12               | -.14              | -.14              | -.10              |
| 職業狀態 | -.08              | -.07              | -.08              | -.01              |
| 家庭收入 | -.09              | -.03              | -.03              | -.03              |
| 疾病期數 | -.05              | -.03              | -.04              | -.02              |
| 乳房重建 | .01               | -.14              | -.09              | -.07              |
| 手術方式 | .05               | .01               | .03               | .01               |
| 焦慮   |                   | .77***            | .67***            | .48***            |
| 趨近因應 |                   |                   | -.17              | -.08              |
| 逃避因應 |                   |                   | .10               | .06               |
| 情緒因應 |                   |                   | .13               | .15               |
| 正向情緒 |                   |                   |                   | -.19*             |

|                        |     |          |      |       |
|------------------------|-----|----------|------|-------|
| R <sup>2</sup>         | .05 | .54      | .57  | .60   |
| R <sup>2</sup> 改變量     |     | .49      | .03  | .02   |
| R <sup>2</sup> 改變量 F 值 | .55 | 81.68*** | 1.45 | 4.00* |

注:\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

#### 八、以正向情緒預測術後半年的憂鬱

以術後半年憂鬱因應為校標變項，由表 4-17 的結果可以發現，整體模型可解釋憂鬱的變異量為 52%，第一階段投入年齡、教育程度、家庭收入、有無職業、副作用、乳房重建、手術方式和期數作為控制變項，背景和臨床變項對憂鬱的解釋變異量為 8%。此階段的背景和臨床變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示背景和臨床變項無法預測術後 6 個月患者的憂鬱程度。

第二階段投入術後 3 個月之憂鬱，其標準化迴歸係數達到顯著，解釋變異量為 38%，可顯著預測術後半年的憂鬱( $p = .000$ )。

第三階段投入術後 3 個月三種因應策略，對於預測術後半年憂鬱解釋變異量為 5%，此階段的因應策略變項標準化迴歸係數皆未達到顯著，顯示因應變項無法預測術後 6 個月的憂鬱程度。

第四階段投入正向情緒，正向情緒對憂鬱的解釋變異量為 1%。此階段的正向情緒標準化迴歸係數未達到顯著，顯示正向情緒無法預測術後 6 個月的憂鬱程度。

表 4-17 以正向情緒預測術後半年憂鬱之階層分析

| 預測變項 | 階層一               | 階層二               | 階層三               | 階層四               |
|------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|      | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| 年齡   | -.05              | -.14              | -.17              | -.13              |
| 教育程度 | -.15              | .05               | .04               | .05               |
| 副作用  | .09               | .01               | -.02              | -.02              |
| 職業狀態 | -.16              | -.07              | -.09              | -.02              |
| 家庭收入 | -.07              | -.02              | -.02              | -.01              |
| 疾病期數 | -.08              | -.20*             | -.19*             | -.14              |
| 乳房重建 | -.07              | -.04              | .00               | -.01              |
| 手術方式 | -.02              | -.00              | .01               | -.01              |

|                        |        |          |       |
|------------------------|--------|----------|-------|
| 憂鬱                     | .69*** | .56***   | .37** |
| 趨近因應                   |        | -.22     | -.16  |
| 逃避因應                   |        | .16      | .11   |
| 情緒因應                   |        | .13      | .11   |
| 正向情緒                   |        |          | -.18  |
| R <sup>2</sup>         | .08    | .45      | .50   |
| R <sup>2</sup> 改變量     | .38    | .05      | .01   |
| R <sup>2</sup> 改變量 F 值 | .79    | 52.77*** | 2.25  |

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

綜合以上所述，排除背景和臨床變項對正向情緒、心理症狀的解釋力後，術後 3 個月因應策略中，只有趨近因應可顯著預測術後半年的正向情緒，即愈採用趨近因應，其正向情緒愈多；排除背景和臨床變項對因應策略的解釋力後，患者術後 3 個月的焦慮和憂鬱，可顯著預測術後半年趨近因應的使用，即術後 3 個月愈焦慮之患者，術後 6 個月愈常採用趨近因應、愈常採用逃避因應；愈少憂鬱者，愈常採用趨近因應。術後 3 個月的正向情緒愈高，其術後半年的焦慮分數愈低。

#### ■ 第六節 正向情緒與因應策略、焦慮的關係

此節將檢定正向情緒對因應策略-焦慮的中介效果。依據本章第三節各變項間的相關分析得知，正向情緒與焦慮有顯著的負相關，而趨近因應與正向情緒亦有顯著相關；在階層分析中，趨近因應可顯著預測正向情緒，而正向情緒則可顯著預測焦慮。因此，本節將利用階層迴歸分析，加入正向情緒，進一步探討，正向情緒在因應策略與焦慮的關係中，是否扮演著中介角色。

##### 一、中介效果

對於正向情緒之中介效果檢驗，本研究運用階層迴歸分析，先驗證正向情緒的中介效果。此研究效果的驗證，主要參考 Baron 與 Kenny (1986) 之建議，若某變項為中介變項 (mediator) 需符合四項條件：一、預測變項可以顯著預測所假設的中介變項 (路徑 a 達顯著)，二、所假設的中介變項可以顯著預測效標變項 (路徑 b 達顯著)，三、預測變項可以顯著預測效標變項 (路徑 c 達顯著)，四、將預測變項與中介變項同時放入迴歸中，若預測變項對依變項的預測

效果不顯著，則中介變項具有完全中介效果。若預測變項對依變項的預測效果降低，則中介變項具有部份中介效果。此中介變項路徑如圖 4-1 所示：

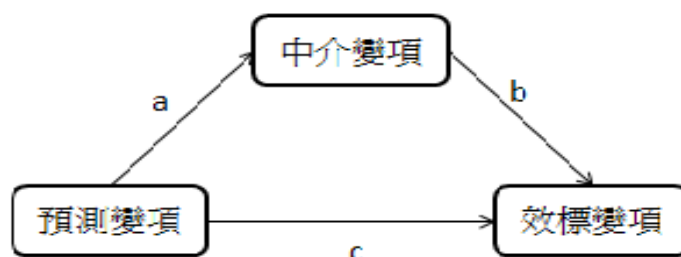


圖 4-1 中介變項路徑圖

將正向情緒為中介變項進行分析，分析步驟依序分成個四個步驟(見表 4-18)，第一個步驟，檢驗趨近因應(預測變項)對正向情緒(中介變項)的預測力，結果顯示此路徑 a 標準化迴歸係數達到顯著；第二個步驟檢驗正向情緒(中介變項)對焦慮(效標變項)的預測力，結果顯示此路徑 b 標準化迴歸係數達到顯著；步驟三和四顯示排除正向情緒對焦慮的影響後，趨近因應可否顯著預測焦慮。結果顯示此路徑 c 標準化迴歸係數未達到顯著。由於正向情緒只符合路徑 a 和 b，不符合路徑 c，因此正向情緒不符合中介變項的條件。故，正向情緒對趨近因應與焦慮的關係中並無中介效果存在。

表 4-18 正向情緒對趨近因應-焦慮的中介效果

| 步驟                 | 效標變項 | 預測變項 | $\beta$ | $\Delta R^2$ |
|--------------------|------|------|---------|--------------|
| 正向情緒作為趨近因應-焦慮之中介變項 |      |      |         |              |
| 1                  | 正向情緒 | 趨近因應 | .45***  |              |
| 2                  | 焦慮   | 正向情緒 | -.32**  |              |
| 3                  | 焦慮   | 趨近因應 | -.12    |              |
| 4                  | 焦慮   | 正向情緒 | -.33    | .001         |
|                    |      | 趨近因應 | .03     |              |

注:  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

## 第七節 副作用、期數之焦慮程度與因應策略之關係

本節旨在探討高低副作用組和不同期數之焦慮分數是否在趨近因應和逃避因應的運用上會有所不同。研究者以中數(median)將副作用分成高低兩組，以高副作用組之術後 3 個月之焦慮分數預測術後半年之逃避因應，第一階段投入術後 3 個月的逃避因應，第二階段投入高副作用組的焦慮分數，結果顯示(見表 4-19)此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示高副作用組的焦慮分數並無法預測術後 6 個月逃避因應的使用。

表 4-19 T1(術後 3 個月)高副作用之焦慮預測術後半年逃避因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 逃避因應       | .57               | .58               |
| T1 焦慮         |                   | -.12              |
| $R^2$         | .33               | .34               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .01               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 24.04             | 1.01              |

以術後半年逃避因應為校標變項，由表 4-20 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示低副作用組的焦慮分數並無法預測術後 6 個月逃避因應的使用。

表 4-20 T1(術後 3 個月)低副作用之焦慮預測術後半年逃避因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 逃避因應       | .51               | .50               |
| T1 焦慮         |                   | -.15              |
| $R^2$         | .26               | .28               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .02               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 21.16             | 1.86              |

以術後半年趨近因應為校標變項，由表 4-21 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數可顯著預測術後半年趨近因應的使用 ( $p=.001$ )。此結果指出，高副作用組在術後 3 個月愈焦慮，術後 6 個月趨近因應的使用愈少。

表 4-21 T1(術後 3 個月)高副作用之焦慮預測術後半年趨近因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 趨近因應       | .55               | .55               |
| T1 焦慮         |                   | -.37**            |
| $R^2$         | .30               | .44               |
| $R^2$ 改變量     | .30               | .14               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 21.24             | 11.64             |

注:\* $p < .05$ \*\* $p < .01$

以術後半年趨近因應為校標變項，由表 4-22 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示低副作用組的焦慮分數並無法預測術後 6 個月趨近因應的使用。

表 4-22 T1(術後 3 個月)低副作用之焦慮預測術後半年趨近因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 趨近因應       | .65               | .66               |
| T1 焦慮         |                   | .07               |
| $R^2$         | .43               | .43               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .01               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 43.60             | .49               |

研究者將期數分成兩組，零期為一組，另一組則包含一期和二期的患者。

以術後半年逃避因應為校標變項，由表 4-23 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數接近邊緣顯著( $p = .054$ )。此結果指出，一期和二期患者在術後 3 個月愈焦慮，術後 6 個月愈傾向採取逃避因應。

表 4-23 T1(術後 3 個月)第 1、2 期之焦慮預測術後半年逃避因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 逃避因應       | .49               | .37               |
| T1 焦慮         |                   | .23( $p = .054$ ) |
| $R^2$         | .24               | .28               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .04               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 20.94             | 3.85              |

以術後半年逃避因應為校標變項，由表 4-24 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示零期患者的焦慮分數並無法預測術後 6 個月逃避因應的使用。

表 4-24 T1(術後 3 個月)零期之焦慮預測術後半年逃避因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 逃避因應       | .72               | .61               |
| T1 焦慮         |                   | .21               |
| $R^2$         | .51               | .55               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .03               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 22.20             | 1.38              |

以術後半年趨近因應為校標變項，由表 4-25 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示 1、2 期患者的焦慮分數並無法預測術後 6 個月趨近因應的使用。

表 4-25 T1(術後 3 個月)第 1、2 期之焦慮預測術後半年趨近因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 趨近因應       | .60               | .60               |
| T1 焦慮         |                   | -.06              |
| $R^2$         | .36               | .37               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .004              |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 20.94             | 3.85              |

以術後半年趨近因應為校標變項，由表 4-26 的結果可以發現，此階段的焦慮標準化迴歸係數未達到顯著，顯示零期患者的焦慮分數並無法預測術後 6 個月趨近因應的使用。

表 4-26 T1(術後 3 個月)零期之焦慮預測術後半年趨近因應

| 預測變項          | 階層一               | 階層二               |
|---------------|-------------------|-------------------|
|               | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 | 標準化迴歸係數 $\beta$ 值 |
| T1 趨近因應       | .80               | .73               |
| T1 焦慮         |                   | -.22              |
| $R^2$         | .64               | .68               |
| $R^2$ 改變量     |                   | .04               |
| $R^2$ 改變量 F 值 | 36.76             | 2.68              |



整體而言，高副作用組的焦慮分數愈高，術後半年會愈少採取趨近因應；而第一期和二期患者在術後3個月愈焦慮，術後6個月亦愈傾向採取逃避因應。



## 第五章 討論與建議

本章討論分成四節進行討論，首先第一節從研究結果中提出較重要的議題做為討論：第一部分針對研究結果，從 Brief COPE 因素結構的相關議題進行討論；第二部分討論乳癌患者在不同的疾病階段其正向情緒、心理症狀與因應策略使用情形；第三部分討論患者的正向情緒、心理症狀與因應策略是否會因不同的背景和臨床變項而有所不同、第四部分討論因應策略、正向情緒與心理症狀之關係；第二節主要從研究結果中討論本研究的貢獻；第三節則依據研究結果提出研究的限制及建議。

### 第一節 研究結果討論

本節結果依下列研究假設分別描述之：

#### 壹、Brief COPE 因素結構相關議題

本研究針對 Brief COPE 進行因素分析，結果得到三因素，分別為趨近因應、情緒性因應和逃避因應。國內賴世華(2010)參考 Franks 與 Roesch(2006)的分類將 Brief COPE 分成兩類，趨近因應和逃避因應。趨近因應包含主動、正向重釋、計畫、尋求工具性、情緒性支持和接受六種因應策略；逃避因應則包含情緒宣洩、物質使用、否認、自我分心、行為脫離、幽默、宗教和自責八種因應策略，其研究結果呈現總量表的內部一致性  $\alpha$  為 .82，解釋變異量為 65.1%，兩種因素的 Cronbach' s  $\alpha$  分別為 .80 和 .63。本研究則是以主成分分析法抽取量表因素，並以斜交轉軸進行因素轉軸，經由陡坡圖和平行分析檢定結果，發現自第 4 因素以下呈現緩坡，故抽取 3 個因素。此三因素的解釋總變異量為 62.1%。研究者將因素 I 命名為「趨近因應」(approach/engagement coping)，由正向重釋、接受、主動、計畫、幽默五個分量尺所構成，其解釋變異量為 38.40%，Cronbach' s  $\alpha$  為 .89；因素 II 命名為「情緒性因應」(emotional coping)，由情緒性支持、工具性支持、宣洩、信教、自我分心五個分量尺所構成，其解釋變異量為 14.81%，Cronbach' s  $\alpha$  為 .87；因素 III 命名為「逃避因應」(avoidance/disengagement coping)，由行為脫

離、否認和自責三個分量尺構成，其解釋變異量為 8.90%，Cronbach' s  $\alpha$  為 .66。總量表 Cronbach' s  $\alpha$  為 .89。本研究因素的命名主要是參考 Roth 和 Cohen(1986)，主要是強調因應的問題定向(problem orientation)。Roth 和 Cohen 認為趨近因應可定義為個體為了改變具壓力性的情境，會努力、積極處理問題之行為或想法，與問題聚焦因應較相似；而逃避則以專注於個人感受或逃避解決問題等間接方式來適應壓力。

本研究的幽默、尋求工具性、情緒性支持、情緒宣洩、自我分心和信教分量表所屬的因素與賴世華(2010)有所不同，其中尋求工具性和情緒性支持歸類到情緒性因應，與 Carver 等人(1989)、Lyne 和 Roger(2000)相同；而幽默、自我分心和信教則與 Tuncay 等人(2008)的因素分析結果相同。尋求工具性支持主要為徵詢建議、協助或訊息，在有些研究裡被視為問題聚焦因應或是趨近因應(Yeung & Fung; Zelikovsky et al., 2007)，但在本研究裡被歸類在情緒性因應而非趨近因應，可能的原因為此分量尺在不同社經背景和不同樣本特性可能代表著不同的意義，再來是本研究樣本數只有 113 人且採用不同分析方法，可能造成因素結構有所差異。在本研究裡，尋求工具性支持可能藉由徵詢他人的建議或協助，而達到調節因乳癌所引發之情緒性反應效果。本研究支持 Carver 等人(1989)等人的論點，即分為兩大類的因應策略並無法解釋所有的現象，因此依據陡坡圖和平行分析結果將因應策略分成三大類為本研究最佳因素分析結果。

## 貳、乳癌病患正向情緒、心理症狀和因應策略之分布情形討論

### 一、人口學和臨床變項

本研究之基本人口學變項結果發現患者的平均年齡為 48 歲，主要以第二期為主，與衛生署(2012)年公佈之統計資料一致，回顧文獻發現國外乳癌患者好發年齡為 75-84 歲(Shen et al., 2005)，由此顯示臺灣的乳癌患者有年輕化的趨勢。教育程度的部分以高中職最多，接近六成接受乳房部分切除手術，近九成患者接受後續輔助性治療，只有 13 人接受乳房重建手術，與邱素凰(2011)結果相

似。

## 二、術後半年內心理症狀分佈情形

從本研究的結果可發現患者雖然已經進行手術切除惡性腫瘤，但術後三個月、甚至是術後半年，其焦慮(M=6.08/6.49, SD=3.76/3.98)和憂鬱(M=5.33 / 4.89, SD=4.17 / 3.55)的程度仍然比一般人高出許多(見表 4-3)。Nosarti 等人(2002)以 87 位初診斷乳癌患者為對象，第一個時間點平均在診斷後 2 個月(剛開始輔助性治療)和診斷後 1 年(輔助性治療結束)，以 HADS 為測量工具，第一個時間點的焦慮平均得分為 6.2(SD=3.8)，憂鬱平均得分為 2.6 (SD=2.5)，第二時間點焦慮平均得分為 5.7(SD=3.7)，憂鬱平均得分為 3.1(SD=3.1)。本研究乳癌患者的焦慮程度與 Nosarti 等人所測得的結果相似，但憂鬱程度比國外乳癌患者較高。

從本研究結果得知，焦慮和憂鬱的程度並沒有隨著時間而有多大的改善。當中可能的原因為患者擔心日後的復發(Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Hatcher, 1997)或是類似創傷後壓力症候群的症狀(Cordova et al., 1995)，本研究有將近 90% 的患者手術後仍在接受輔助性的治療，有 42% 接受化療，而化療會引起身心社會等影響，因化療後的疲倦會使患者情緒低落。患者在第一年的治療過程中，需承受因輔助性治療帶來的副作用和接受一般醫療監護和擔憂復發(Burgess et al., 2005)。雖然患者在手術逐漸從疾病中復原，但仍然面臨到適應、失落和死亡可能性(Jacobsen et al., 1998)。當輔助性治療接近結束，患者可能會因不再需要密集到醫院複診和進行後續治療，而認為腫瘤有易復發的脆弱性，本身的心理症狀會再一次被引發(Sinsheimer & Holland, 1987)。患者可能因失去後續治療的保障和與醫療人員密切溝通的管道而有失落與負面情緒(Ward, Viergutz, Tormey, deMuth, & Paulen, 1992)，因此術後半年的焦慮相較於術後 3 個月高出一些是合理的，因為所有的療程結束後，並無法保證乳癌已經完全治癒。

### 三、術後半年內的正向情緒

Sepah 和 Bower(2009)以零期到二期的 28 位乳癌患者為受試者，採 CES-D 評估患者的正向情緒，以 0-3 分計分，平均分數為 2.69(範圍介於 1.5-3.0)，本研究乳癌患者術後 3 個月正向情緒平均得分 2.30(SD=1.70)；術後半年正向情緒得分為 2.51(SD=1.59)，此結果與過去文獻相符。

### 四、術後半年內之因應策略

對患者來說，突如其來的乳癌讓他們的生活失去了平衡，迫使他們需要採取一些因應策略來調整失衡的狀態，讓術後的生活品質仍可以維持在罹癌前，或甚至更好。從本研究的結果得知，患者在面對乳癌相關的壓力情境中，運用趨近因應策略和情緒性因應策略多於逃避因應，其中接受為採取頻率最高因應策略，表示患者接受乳癌已經發生的事實。這與國內陳美芳和馬鳳歧(2004)相互呼應。而國外針對乳癌患者的因應策略的文獻中也歸納出，採趨近因應的使用頻率上，均較逃避因應方式高(Carver 1993；Zhou et al., 2005)。可能的原因是乳癌的存活率比其他癌症高，而本研究乳癌患者有 82%是零期到二期的患者，大部份患者的惡性腫瘤尚未轉移到身體的其它部位，因此預後屬較良好，相對於第三期以上的患者，初期的乳癌患者在後續的治療上較有信心且覺得病情是可被控制。根據 Lazarus 和 Folkman(1984)壓力與因應理論中提到，當個體覺察到較少的威脅，對壓力情境有更多控制性與較少的不確定性時，會採用較多的問題聚焦因應策略，而促使患者更主動採取接受、主動和正向重釋等策略來因應乳癌的衝擊。

## 參、各變項與正向情緒、心理症狀與因應策略之關係

患者基本人口學、臨床變項與因應策略的關係中，現有小孩人數、教育程度、收入、年齡、副作用與正向情緒、心理症狀有顯著相關；有無結婚、有無職業、期數、教育程度、家庭收入、年齡、乳房重建和因應策略有顯著關係。其餘的背景和臨床變項與正向情緒、心理症狀和因應策略的相關並不顯著。

### 1.現有小孩數與正向情緒之關係

研究顯示患者有愈多小孩，其正向情緒愈少，可能的原因為本研究患者大部分年齡介於40-49歲，小孩仍在國中小學階段，患者除了需擔憂本身的疾病外，仍然需要對孩子加以照顧。

## 2.教育程度與正向情緒、心理症狀和因應策略之關係

教育程度愈高，其正向情緒愈多憂鬱愈少，且會較常使用趨近因應，這與Gilbar(2005)的研究一致，Lazarus與Folkman(1984)和Moos與Schaefer(1993)認為教育是個體的內在資源，可維持和增加個體問題解決的能力，因此有受教育者可更迅速掌握整個情況和更有效使用訊息進而增進其因應能力。

## 3.年齡與因應策略之關係

Schnoll等人(1998)的研究發現，不同年齡的乳癌患者在因應策略使用上有所差異，愈年輕患者愈常運用具適應性的因應策略，較少採取不適應性因應，其心理調適亦較佳。本研究獲得相同的結果，年輕的患者常採取趨近因應策略，但與Compas等人(1999)的結果則不符合。

## 4.有無職業與因應策略之關係

有職業的患者使用較多的趨近和情緒性因應，這與Li和Lambert (2007)得到的結果一致，因為工作會增加患者的自信和信念。當個體的自信增加，會將壓力事件視為一種挑戰，認為問題是可以解決的，會傾向採用更有效的因應策略(Drageset & Lindstrom, 2005)。

## 5.癌症期數與情緒、因應策略之關係

患者期數愈高，趨近因應策略使用愈少，這與Schnoll等人(1998)、Yeo等人(2004)得到的結果相似；期數與心理症狀的相關並不顯著，原因可能是三、四期的患者較少，另一可能性是所有初診斷的患者在罹患乳癌後，都一樣籠罩在死亡恐懼、不安全感與不確定性。

## 6.手術方式與正向情緒、心理症狀和因應策略之關係

手術方式和正向情緒、心理症狀和因應策略的相關皆不顯著，這與Adler和Bitzer(2003)結果符合。

## 肆、因應策略與正向情緒、心理症狀之關係

以下將分成三個部分進行討論:一、術後 3 個月、6 個月正向情緒、心理症狀與因應策略之相關結果與討論、二、正向情緒與心理症狀對因應策略的預測力和三、因應策略對正向情緒、心理症狀的預測力。

### 一、術後 3 個月、6 個月正向情緒、心理症狀與因應策略之相關結果與討論

以下將先以患者正向情緒、心理症狀與因應策略的關係進行討論；接著再討論因應策略與正向情緒、心理症狀的關係:

#### 1. 正向情緒、心理症狀與因應策略在兩個時間點的關係

患者術後 3 個月的焦慮程度與術後兩個施測點的憂鬱、逃避因應和情緒性因應有正相關；與術後 3、6 個月的正向情緒有負相關。即當患者愈焦慮，其憂鬱愈高，愈常採取逃避和情緒性因應；而焦慮程度愈低，其正向情緒愈高。在 Taleghani、Yekta 和 Nasrabadi(2006)的研究發現有焦慮症狀的患者常使用否認、行為脫離和宣洩。

術後 3 個月憂鬱與術後兩個時間點的正向情緒、趨近因應和情緒性因應有負相關，與逃避因應有正相關。這結果顯示當憂鬱分數愈高，正向情緒愈低，愈少採取趨近和情緒性因應，愈常使用逃避因應。由於憂鬱會使個體將問題內化並責怪自己(Saniah & Zainal, 2010)，讓個體缺乏動力去採取積極的問題解決因應行為，因而讓患者以行為脫離、自責和否認來面對此壓力情境。

本研究乳癌病患於術後 3 個月之正向情緒與術後兩點的趨近因應和情緒性因應有正相關；與焦慮和憂鬱有負相關。結果顯示若患者的正向情緒愈多，愈常採取趨近和情緒性因應；憂鬱和焦慮程度愈低。此研究結果與 Ben-Zur(2009)所進行的研究結果部份符合，即正向情緒會促使患者採取問題聚焦因應策略。

Folkman 和 Lazarus(1985)認為正向情緒會讓個體將處理壓力策略的評估視為有利和有效的，並對壓力情境的知覺是有益處的(Affleck, Tennen, Croog, & Levine,

1987)、然後從中獲得新的因應技巧和資源(Schaefer & Coleman, 1992)，因此對於問題的處理是有信心，並傾向採取正向重釋、接受、主動等因應行為。

## 2. 因應策略與正向情緒、心理症狀在兩個時間點的關係

患者於術後 3 個月所採取的趨近因應與術後兩個施測點的情緒性因應、術後半年的正向情緒有正相關；與術後半年的憂鬱有負相關。當患者於術後 3 個月趨近因應使用的頻率較高，其情緒性因應的使用亦會增加，正向情緒愈多，而憂鬱愈少。由於趨近因應涉及特定情境目標的確認，將促使個體可以更專注在特定的目標，讓患者覺得該壓力情境是可被控制和掌握的(Folkman & Moskowitz, 2000)，並從問題解決中獲得成就感，因而推論將獲得較多的正向情緒和較少的憂鬱。

術後 3 個月逃避因應與術後兩個時間點的情緒性因應、術後半年的焦慮和憂鬱呈現正相關，表示患者愈採取逃避因應，其情緒性因應的使用亦會愈多，且術後半年的焦慮和憂鬱程度愈高。其中逃避因素內的否認為拒絕相信癌症已經發生，雖然否認在一些研究發現短期內可暫時減少情緒困擾和焦慮 (Dean & Surtees, 1989；Greer et al., 1990)，然而在乳癌患者之因應策略與心理症狀關係則發現逃避因應有較差的生活品質和較多的心理困擾 (Kershaw et al., 2004；Bellizzi & Blank, 2006；Yang et al., 2008)，此種因應行為並無法增加正向情緒，而是讓患者有更多負向的想法和感覺，對病情消極而不採取積極主動的因應行為；行為脫離則是個體減少努力甚至是放棄處理問題(Carver et al., 1989)，回顧過去的文獻皆發現行為脫離(Bellizzi & Blank, 2006)會增加情緒困擾；在 Taleghani 等人(2006)針對伊朗乳癌婦女的研究，發現自責會增加憂鬱的症狀，因為患者會批評、責怪自己，把焦點聚焦在自己而非問題上。McCaul 等人(1999)與 Araras 等人(2002)亦在癌症病人身上發現逃避因應與焦慮和憂鬱有正相關。因此，若患者使用較多的逃避因應，其焦慮和憂鬱的程度相對於使用趨近和情緒性因應的病患來得高。



本研究的乳癌病患術後 3 個月的情緒性因應與術後半年的正向情緒、趨近和逃避性因應有正相關，說明患者使用愈多的情緒性因應，術後半年的正向情緒、趨近和逃避性使用亦會增加。此結果與 Ben-Zur(2009)的研究相呼應，本研究的情緒性因應包含的分量尺有尋求工具、情緒性支持、信教、宣洩和自我分心，尋求工具性支持在有些研究裡被視為問題聚焦因應或是趨近因應，對於問題的處理是有助益的(Yeung & Fung; Zelikovsky et al., 2007)，而尋求情緒性支持一般被歸類在情緒聚焦因應(Lyne & Roger, 2000)；而信教與心理適應的結果較不一致，在某些研究裡，它被視為具有適應性的因應(Zelikovsky et al., 2007; David & Knight, 2008; Tuncay et al., 2008)，但在 Yang 等人(2008)針對 82 位乳癌患者因應策略與心理症狀的關係研究，則發現信教被歸類在逃避因應，此因應策略是創傷壓力症狀的中介變項；Bellizzi 與 Blank(2006)以 224 乳癌患者為對象將宣洩歸類在主動適應性因應，而自我分心則被歸類在不適應、逃離的因素，其並無法有效處理壓力情境。由於尋求工具性、情緒性因應、宣洩彼此之間有相關，皆同被歸類在情緒性因應(Carver et al., 1989)，因此情緒性因應與趨近因應和逃避性因應有正向的關係。

整體而言，從各研究變項間的結果分析發現心理症狀與正向情緒有負相關、與逃避因應有正相關，即心理症狀愈高，其正向情緒愈少，愈使用逃避因應；正向情緒與趨近因應有正相關，若患者有較多的正向情緒，使用趨近因應的次數亦會增加；情緒性因應與趨近和逃避性因應皆有正相關，即愈採取情緒性因應，會增加趨近和逃避性因應策略的運用。

## 二、正向情緒、心理症狀對因應策略的預測力

排除背景和臨床變項對因應策略的解釋力後，患者術後 3 個月的焦慮和憂鬱，仍可顯著預測術後半年趨近因應的使用，即術後 3 個月愈焦慮，術後 6 個月愈採用趨近因應；憂鬱愈少者，愈採用趨近因應。術後 3 個月愈焦慮，愈採用逃避因應。從本研究所得到的結果來看，焦慮扮演著雙韌的角色，焦慮不一定屬於

負面的情緒。因為焦慮愈高者在本研究中具有兩種不同的路徑:第一個路徑有警示(signal)的作用,由於個體處在擔憂、不確定性與受威脅中,因此會促使患者採取一些努力改變具壓力性的事件來降低本身的焦慮,以獲得更多正向情緒;另一種痛苦的跡象(suffering sign),讓患者專注於個人感受或以逃避等間接方式來適應壓力,避免直接涉及壓力的情境。本研究欲進一步了解焦慮在不同的副作用程度和癌症期數下是否會有不同因應策略的使用,結果發現高副作用患者愈焦慮時,愈少使用趨近因應,顯示高副作用組的焦慮程度會影響因應策略的選擇;而第一、二期患者的焦慮分數愈高,會傾向採取逃避因應,此結果顯示期數較高的患者,焦慮對他們來說可能是一種痛苦的跡象。

當患者憂鬱程度愈高,趨近因應行為的使用則愈少,可能的原因是憂鬱有更惡化(worsening)的作用,讓患者在壓力情境下,顯得無助和消極(Beck, 1976),病患在缺乏動力的情況下,無法主動積極解決問題,相對的正向情緒亦會較少。這結果與 Mitchell、Cronkite 和 Moss(1983)的結果一樣, Mitchell 等人發現憂鬱組較控制組使用較少問題聚焦因應。

### 三、因應策略對正向情緒、心理症狀的預測力

針對因應策略與正向情緒、心理症狀的關係,階層迴歸分析結果顯示趨近因應可顯著預測術後半年的正向情緒,即愈採用趨近因應,其正向情緒愈多,此結果與 Carver 等人(1993)、Holland 與 Holahan(2003)結果相符。以往的研究顯示趨近因應可有效減少情緒困擾,而逃避因應則會增加情緒困擾(Chen et al., 1996)。在慢性疾病的調適過程中,正向情緒是一種提供個體可以暫時從壓力源緩解的資源(Folkman & Moskowitz, 2000)。Ben-Zur (2009)認為正向情緒會讓患者更採取問題聚焦因應策略。

Stanton 等人 (2002) 以縱貫性研究調查 70 位第一期或第二期乳癌患者的乳癌患者因應策略與心理症狀的關係,結果發現診斷時採取主動、接受可預測有更好的適應;此外在 Carver 等人(1993)針對 59 位乳癌初期患者進行縱貫性研究,以 COPE 量表、POMS 量表進行五點測量,評估因應策略與心理症狀的關係。其

結果發現，採用接受、正向重釋、幽默可減少患者心理困擾，其中又以「接受」具最大的預測力；Manne 等人(1994)發現初診斷的乳癌病人使用更多的正向重釋具有較多正向情緒。本研究所得的結果與 Manne 等人相呼應。而趨近因應與心理症狀的預測上並未達到顯著，與 Epping-Jordan 等人結果不符合。研究者從表 4-18 階層迴歸分析之中介變項的驗證，發現在趨近因應和焦慮的關係中，正向情緒並無法形成部份或完全中介之角色。可能的原因是本研究只有兩個施測時間點，後續的研究可再追蹤第三時間點以進一步驗證並釐清其角色。

Ben-Zur 等人(2001)探討 73 位乳癌診斷後 2-6 個月內因應行為與調適關係，結果發現病人愈使用情緒取向，調適情況愈差。陳美芳與馬鳳歧(2004)研究亦發現乳癌患者愈採取情緒取向因應策略，其所經驗之身體、心理、社會困擾愈多。但本研究的情緒性因應並無法預測心理症狀。在 Classen 等人(1996)以 101 位轉移性/復發乳癌患者為研究對象，結果發現否認與情緒困擾無任何關聯，這與本研究結果相符合。Carver 等人(1993)則發現否認和行為脫離可預測較多的困擾，Compas 等人(1999)的縱貫性研究則指出自責是術後 3 個月和 6 個月心理困擾的預測因子，這些研究結果都與本研究所測得的結果有所差異。

承上所述，本研究最後假設有部分得到支持。焦慮對逃避和趨近因應有獨特的預測力，即焦慮程度愈高會愈使用逃避和趨近因應策略；憂鬱則對趨近因應有獨特的預測力，憂鬱程度愈高者，其趨近因應的使用愈少；在因應策略的部分，只有趨近因應可顯著預測正向情緒；正向情緒在趨近因應和焦慮關係中並無法形成部份或完全中介之角色。

## 第二節 研究貢獻

### 一、 研究的重要性

根據文獻回顧，國內外乳癌的研究大部分以因應策略為自變項，情緒困擾為依變項，鮮少直接檢驗其情緒對因應策略之影響。因此本研究以縱貫性研究，採用階層迴歸分析方法，除了評估因應策略對正向情緒、心理症狀的預測效果，亦

檢驗患者之正向情緒、心理症狀對因應策略特殊的關聯性。由於過去缺乏因應策略如何影響正向情緒之實證研究，因此，本研究多增加正向情緒的評估。本研究的初步結果可做為後續相關研究設計與理論推演之參考。

## 二、研究結果

因應關係與心理症狀的關係結果上發現，與以往文獻所得到結果並不一致。依據 Lazarus(2000)的觀點，他認為因應策略對心理福祉感的影響會受到情境和個人的特質所決定。他認為根據症狀不同困擾程度，因應策略會有不同的效果。這意味著因應策略和心理症狀的對應關係並無法用單一的角度來看待，如：因應策略與心理症狀的關係會隨著不同的因應策略和情緒組合而有所變化。

## 三、研究方法

本研究採縱貫性研究，探索患者手術半年內正向情緒、心理症狀與因應策略的變化關係，突破橫斷性研究無法提供連續性、穩定性和個體改變的相關資訊。

### 第三節 研究限制與建議

#### (一) 研究樣本

本研究只收集 113 位中部某一間醫院的乳癌患者，屬於小規模的研究樣本，研究對象都以女性為主，有其樣本的獨特形。因此推論到國內乳癌患者須謹慎和保守，需考慮地域性所帶來的差異。建議未來的研究可蒐集不同的區域、其它癌症種類，如：大腸癌或是口腔癌，作為不同疾病、不同性別的比較，驗證因應策略與心理症狀在其他癌症患者身上是否均有此現象發生，讓結果更具代表性。由於受限於人力和時間，因此無法以結構方程模式進行分析，建議可增加受試者。

#### (二) 研究方法

本研究採縱貫性研究，在術後半年內共施測兩次，因此因應策略與心理症狀關係的推論僅屬於短期的變化。若推論到更長期的變化應更謹慎，建議持續追蹤，並採用採階層線性模式(Hierarchical Linear Modeling，簡稱 HLM)進行分析，如：焦慮不一定是具適應性。了解不同的因應策略與焦慮的關係，並掌握

整體的變化性。此外，在 Brief COPE 因素分析可採用驗證性因素分析進行因素結構的驗證。

### (三) 研究工具

本研究係以國外翻譯之中文測量評估工具，雖在本次的研究中獲得良好的信效度，但仍屬於初期發展階段。建議應廣泛施測在不同的癌症類別，以建立更穩定的信效度供日後研究工具之信效度參考。本研究針對正向情緒的評估只有 5 題，日後的研究可多增加正向情緒的評估。

### (四) 正向情緒、心理症狀與因應策略在臨床上的應用

本研究結果可提供學術界了解乳癌患者其正向情緒、心理症狀與因應策略間之關係，因而在未來在處遇上可提供臨床及諮商心理針對此結果之實際運用與訓練之參考。本研究發現愈使用趨近因應，正向情緒愈多，因此臨床工作者可以檢視病患的因應策略，並透過個別和團體治療著重增進患者有效的因應策略，教導病人趨近因應策略，如：接受、正向重釋、計畫等問題解決技巧，鼓勵患者採用更積極有效的因應行為。此外，由於憂鬱分數的高低會影響著患者使用趨近因應策略的頻率，因此臨床工作者可藉由篩檢憂鬱分數，透過相關的心理衛教文宣，或是以認知行為治療，因認知行為治療相較於支持性治療更能改善患者的生活品質和心情，尤其是憂鬱情緒(Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg, & Williams, 1998)，即時提供乳癌患者必要的心理社會介入，提昇其適應癌症的能力。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 行政院衛生署 (2012)。臺灣地區主要癌症死亡原因。行政院衛生署。2012年05月30日，取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
- 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。
- 李靜雯 (2002)。乳癌病患乳房手術後一個月之症狀困擾和情緒狀態之改變及其相關性。未出版之碩士論文，臺北:台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 邱素鳳(2011)。對罹病自責的乳癌患者自我寬恕、因應、情緒與生活品質的研究。未出版之碩士論文，桃園:中原大學心理學研究所碩士論文。
- 邱淑卿(2001)。探討壓力、社會支持、因應對乳癌返家婦女之健康狀態影響。未出版的碩士論文。臺北：長庚大學護理學研究所。
- 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、因應策略與負向情緒。**應用心理研究**，**3**，79-104。
- 張素美(2009)。早期乳癌婦女的治療決策後悔之初探。未出版之碩士論文。臺北:國立政治大學心理學研究所碩士論文。
- 許文耀 (2000)。九二一地震災區學生的因應型態與心理症狀的關係。**中華心理衛生學刊**，**13(3)**，35-59。
- 陳美芳 (2002)。乳癌手術後婦女症狀困擾與因應策略之相關性探討。未出版之碩士論文。臺北: 國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文。
- 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。
- 曾慧嘉、何長珠與蔡銘昌(2010)。癌末病患家屬面臨喪慟因應行為、人際依附型態與預期性哀慟反應相關之研究。**中華心理衛生學刊**，**23(4)**，563-585。
- 游雅清(2004)。已婚乳癌婦女的角色衝突與因應方式。未出版之碩士論文，臺北：輔仁大學護理學系碩士班。
- 黃俐婷 (1997)。女性乳癌患者之內外控歸因、因應方式與適應結果相關性研究。未出版之碩士論文，東海大學社會工作學系碩士論文。
- 劉慧芬 (2002)。乳癌婦女接受乳房全切除手術前後身體心像的變化及因應行為。未出版之碩士論文，臺北:陽明大學臨床護理研究所碩士論文。
- 蔡宜樺、楊銘欽、季瑋珠(1998)。乳癌確診後之初診罹病成本與相關因子之探討-以台大醫院病患為例。**中華衛誌**，**17(3)**，242-251。
- 賴世華(2010)。頭頸癌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。未出版之碩士論文，桃園：中原大學心理系碩士班。

### 二、英文部分

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational

- significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899–922.
- Alder J, Bitzer J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: How does the patient's personal experience of the treatment affect adjustment to the illness? *Arch Women Mental Health* 6,91–97.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Araras, JI, Wright, SJ, Jusuf, G, et al.(2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-87.
- Arndt, V., Merx, H., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2004). Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 40, 673–680.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Astin, J.A., Anton-Culver, H., Schwartz, E., Shapiro, D.H., McQuade, J., Breuer, A.M., et al. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*, 25, 101-109.
- Baron, R.. & Kenny,D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*,51(6), 1173-1182.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin Books.
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O.(2006). Understanding the dynamics of post-traumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47-56.
- Ben-Zur, H.(2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 87-101.
- Ben Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D.( 2002): The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *Journal Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bower,J. E., et al.(2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer*, 106(4),751–758.

- Bradburn N.M.(1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brain, K., et al.(2008). Predictors of breast cancer-related distress following mammography screening in younger women on a family history breast screening programme. *Psycho-Oncology*, *17*, 1180-1188.
- Browne, M. W., & Cudeck, R.(1989). Single sample cross validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research*, *24*(4), 445-455.
- Burgess, C. et al.,(2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330-702.
- Carver, CS, & Scheier, MF.(1994).Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality & Social Psychology*,*66*, 184-195
- Carver, CS, Scheier, MF, & Weintraub, J.K.(1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality & Social Psychology*,*56*, 267-283.
- Carver CS, et al.,(1993).:How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress – a Study of Women with Early-Stage Breast-Cancer. *Journal of Personality & Social Psychology*, *65*, 375-390.
- Carver CS.(1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal Behavioral Medicine*, *4*, 92–100.
- Cella, D.F.(1994). *F.A.C.T. manual: Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scales*. Chicago: Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center
- Chen, C. C., David, A., Thompson, K., Smith, C., Lea, S., & Fahy, T. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, *40*, 265-270.
- Chickering, A. W. (1985). Integrating liberal education, work and human development. *American Association for High Education Bulletin*, *33*(7), 1-16.
- Clark, K.K., Bormann, C.A., Cropanzano, R.S. & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*, *65*, 434-455.
- Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. (1996).Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology* *15*,434–437.
- Cohen L, Hack TF, de Moor C, Katz J, Goss PE. (2000).The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of surgical oncology*, *7*, 427-34.
- Cohn, A., & Pakenham, K. I. (2008). Efficacy of a cognitive-behavioural program to improve psychological adjustment among soldiers in recruit training. *Military Medicine*, *173*(12), 1151-1158.
- Collie K, Bottorff JL, Long BC.(2006). A narrative view of art therapy and art



- making by women with breast cancer. *Journal Health Psychology*, 11(5), 761-75.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 231–237.
- 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), 87-127.
- Compas, B.E. & Luecken, L.J. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 111-114.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203.
- Compas, B. E., Haaga, D. A. F., Keefe, F. J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatment from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89 -112.
- Cooper C, Katona C, Livingston G. (2008). Validity and reliability of the brief COPE in careers of people with dementia –the LASER-AD study. *Journal Nervous & Mental Disease*, 196,( 11), 838-843.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8, 286-296.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55(6), 655–664.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic whites. *Psycho Oncology*, 11(6), 495–504.
- David, S., & Knight, BG. (2008). Stress and coping among gay men: Age and ethnic differences. *Psychology and Aging*, 23, 62–69.
- Dean C, & Surtees G. (1989) Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal Psychosomatic Research*, 33, 561–569 .
- Derogatis LR. (1983) .SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II. *Clinical Psychometric Research*, 14–15.

- Di Mattei , V.E., Prunas A., Novella L. , Marcone, A. , Cappa S.F. , Sarno L. (2008).The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Science*, 29 , 383–389.
- Drageset S & Lindstrom TC (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 217-26.
- Eisengart, L.T. ,Singer, H.L., Kirchner, M.O. ,Min, S. ,Fulton, E.J., Short et al.(2006).Factor structure of coping: two studies of mothers with high levels of life stress. *Psychological Assessment*, 18, 278–288
- Ell, K., Nishimoto, R., Mantell, J., & Hamovitch, M. B. (1992). Coping with cancer: A comparison of older and younger patients. *Journal of Gerontological Social Work*, 19, 3-27.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler N.S. & Parker, J. D. A. (1994).Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6 , 50–60.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowieda, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Fillion L., Kovacs A.H., Gagnon P., & Endler N.S., (2002) .Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17–34.
- Fletcher, K.E., Clemow, L., Peterson, B.A., Lemon, S.C., Estabrook, B., Zapka, J.G. (2006).Path analysis of factors associated with distress among first-degree female relatives of women with breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 25, 413-424.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S., (1985). If it changes it must be a process: Study of emotions and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personal & Social Psychology*, 48, (1),150-170.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S., (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-230.
- Folkman S., Moskowitz J.T.(2000).Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist* , 55,647-654.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. J., & DeLongi s, A.(1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality & Social Psychology*, 50, 571-579.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality & Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Franks, H. M., & Roesch, S.C.(2006).Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*,15(12), 1027-1037.
- Gilbar, Ora.(2005).Breast Cancer: How Do Israeli Women Cope? A Cross-Sectional Sample. *Families, Systems, & Health*, 23(2),161-171.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press : Oxford.
- Greer S, Morris T, Pettingale KW, & Haybittle JL.(1990).Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 335, 49-50
- Gutierrez F, Peri J, Torres X, Caseras X, & Valdes M.(2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1032-1053.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235–247
- Hasking P.A & Oei T.P.S.(2002). The differential role of alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and coping resources in predicting alcohol consumption in community and clinical samples. *Addiction Research & Theory*, 10 , 465–494.
- Hastings, R., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N., Espinosa, F., & Remington, B. (2005) .Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Heim, E., Augustiny, K. F., Schaffner, L., & Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*,37(5), 523-542.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Holahan, C.J.;Moos, R.H.(1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 389-395.
- Holahan, C.J.;Moos, R.H.(1991).Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 , 31–38

- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health, 18*, 15–29.
- Horowitz, M., Wilner., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
- Jacobsen, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., & Fields, K. K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms following bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*, 366–371.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health, 22*, 435–448.
- Jorgensen, R. S. & Dusek, J. B. (1990). Adolescent Adjustment and Coping Strategies. *Journal of Personality, 58*, 503–513.
- Kallasmaa, T., & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences, 29*(5), 881–894.
- 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. *Psychological Health, 19*, 139-155.
- Khosla, M., & Hangal, E. (2004). Role of optimism and pessimism in coping with stress. *Journal of Personality and Clinical studies, 20*, 71-78.
- King M.T., Kenny P., Shiell A., Hall J. ,& Boyages J. (2000). Quality of life three months and one year after First treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research, 9*, 789-800.
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 19-50). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kroenke CH, Rosner B, Chen WY, Kawachi I, Colditz GA, & Holmes MD. (2004) Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal Clinical Oncology, 22* ,1849 – 56.
- Lazarus, R S, (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S.(1991). *Emotion and adaptation*. NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Reviews of Psychology, 44*, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. NY: Springer.

- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. S. (2000a). Cognitive-motivational-relational theory of emotion. In Y. L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 40-63). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lazarus, R. S. (2000b). How emotions influence performance in competitive sports. *The Sport Psychologist*, 14, 229-252.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *The coping process: an alternative to traditional formulations*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1994). *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*. NY: Oxford University Press.
- Lebel S., Rosberger Z., Edgar L., & Devins, GM. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of cancer survivorship*, 3(2), 117-127.
- Lee, R.M.; Liu, H.T. (2001). Coping with intergenerational family conflict: Comparison of Asian American, Hispanic, and European American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 410-419.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, MB. (1997). Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 6(2), 95-105.
- Leung, C.M., Ho, S., Kan, C.S., Hung, C.H., & Chen, C.N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *International Journal of Psychosomatics*, 40, 29-34.
- Leventhal, E. A., Suls, J., & Leventhal, H. (1993). Hierarchical analysis of coping: Evidence from life-span studies. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 71-100). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Li, J., Lambert VA. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing Health Science*, 9, 199-204.
- Lindsay, k. & Love, S. (2002)。乳癌聖經(Dr. Susan Love's breast book) (郭雅君、楊雅婷譯)。台北：天下。(原作2000出版)
- 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, 273-284
- Little RJA & Rubin DB. (1987). *Statistical analyses with missing data*. NY: Wiley.
- Liu, W.M.; & Iwamoto, D.K. (2001). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology Men Masculinity*, 8, 25-39.

- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation, 66*, 40–49.
- Lyne K., & Roger D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire *Personality and Individual Differences, 29* (2), 321–335
- Lyons, R.R., Sullivan, M.J.L., Ritvo, P.G., & Coyne, J.C. (1995). Relationships in chronic illness and disability. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Manne, S.L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L., & Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 41 - 55 .
- Manning-Walsh, J. (2005). Spiritual struggle: Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Journal of Holist. Nurs., 23*(2), 120–40.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J. Psychopathol. Behav Assess., 23*, 265-277.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social, 52*, 345-353.
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C., & Moos, R.H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 433-438.
- Miyazaki, Y., Bodenhorn, N., Zalaquett, C., Ng, K.-M. (2008). Factorial structure of Brief COPE for international students attending U.S. colleges. *Coll. Stud. J., 42*, 795-806.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Bresnitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: The Free Press.
- Moskovita, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Evaluation multi-dimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encephale, XXIX*, 507 -518.
- Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A. R. (2012). A path analysis of stress appraisals, emotions, coping, and performance satisfaction among athletes. *Psychology of Sport and Exercise 2012, Vol. 13*(3), 263-270.
- Nosarti, Chiara, Roberts, J.V., Crayford, T, McKenzie, K., David, A.S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, Vol 53*(6), 1123-1130.
- Olah A. (1995). Coping strategies among adolescents—a cross-cultural study. *Journal*

- of Adolescence, 18*, 491–512.
- Pakenham, K.I., Dadds, M.R., & Terry, D.J. (1994). Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(6), 1194-1203.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored justworld beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 863-875.
- Paukert, A.L., LeMaire, A., & Cully, J.A. (2009). Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Age Mental Health, 13*, 601-610.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1987) . The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21.
- Perczek, R., Carver, C.S., Price, A.A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *J. Person. Assess., 74*, 63-87.
- Perlin, L.I. and Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour, 19*, 2-21.
- Pillay, A. L., & Sargent, C. A. (1999). Relationship of age and education with anxiety, depression, and hopelessness in a South African community sample. *Perceptual & Motor skills, 89*(3), 881-884.
- Prado, G., Szapocznik, J., Mitrani, VB., Mauer, MH., Smith, L., Feaster, DJ. (2002). Factors influencing engagement into interventions for adaptation to HIV in African American women. *AIDS and behavior, 6*(2), 141-51.
- Radat, F., Lantéri-Minet, M., Nachit-Ouinekh, F., Massiou, H., Lucas, C., Pradalier, A. et al. (2009). The GRIM2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia, 29*, 338-350.
- Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist, 59* 29–40
- Ribeiro, J.L.P., & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde Doenças, 5*, 3-15.
- Roesch S.C. et al. (2005). Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *Journal of Behavior Medicine, 28*(3), 281-293.
- Roth, S., Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*, 813-819.
- Saniah A. & Zainal N. (2010). Anxiety Depression and Coping Strategies in Breast Cancer Patients on Chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry, 19*, 2.
- Sayakhot P, Vincent A, Deeks A, Teede H. (2011). Potential adverse impact of

- Ovariectomy on physical and psychological function of younger women with breast cancer. *Menopause*, 18(7), 786-93.
- Schaefer, S., & Coleman, E. (1992). Shifts in meaning, purpose, & values following a diagnosis of human immunodeficiency virus (HIV) infection among gay men. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, 13-29.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Brandt, U., & Stolbach, L. L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E., Grundfest-Broniatowski, S., Dowden, R. V. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.
- Schulkin, J., Thompson, B. L., & Rosen, J. B. (2003). Demythologizing the emotions: Adaptation, cognition, and visceral representation of emotions in the nervous system. *Brain and Cognition*, 52, 15-23.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 107-132). N Y: Wiley.
- Sepah, SC., Bower, JE. (2009). Positive affect and inflammation during radiation treatment for breast and prostate cancer. *Brain Behavior Immun.*, 23(8), 1068-72.
- Sinsheimer, LM., Holland, JC. (1987). Psychological issues in breast cancer. *Seminars in Oncology*, 14, 75-82.
- Shen et al. (2005). Significant Difference in the Trends of Female Breast Cancer Incidence Between Taiwanese and Caucasian Americans: Implications from Age-Period-Cohort Analysis. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 14; 1986-1990.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J. et al. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-69.
- Smyth, Kathleen A.; Yarandi, Hossein N. (1996). Factor analysis of the Ways of



- Coping Questionnaire for African American women. *Nursing Research*, 45(1),25-29.
- Snell DL, Siegert RJ, Hay-Smith EJ, Surgenor LJ.(2011). Associations between illness perceptions, coping styles and outcome after mild traumatic brain injury: preliminary results from a cohort study. *Brain Injury*,25(11),1126-38.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Langelie, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stanton, A.L., Danoff-Burgh S., & Huggins ,M.E.(2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment *Psycho-Oncology*, 11, 93–102
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Strack, S., & Feifel H. (1996). Age differences, coping, and adult life span. M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. NY: John Wiley, pp. 485–501.
- Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN.(2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal Advance Nursing*,54(3),265-272.
- Thompson, R. J., Gustafson, K. E., Hamlett, K. W., & Spock, A. (1992). Psychological adjustment of children with cystic fibrosis: The role of child cognitive processes and maternal adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 741-755.
- Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343–361.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, 6, 79.
- Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293.
- Vinokur A, Threatt B, Vinokur-Kaplan D , & Satariano W .(1990) .The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. *Cancer* 65, 1242-1254.

- Wade, T.D., Nehmy T., & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, 503-509.
- Ward, S., Viergutz, G., Tormey, D., deMuth, J., & Paulen, A. (1992). Patients reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41, 362-366.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S., & Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53, 2008-2112.
- Watson M, Greer S and Bliss JM. (1989). *Mental Adjustment to Cancer Scale User's Manual*. Cancer Research Campaign Medical Research Group, Royal Marsden Hospital: Sutton, Surrey.
- Yang, H. C., Brothers, B. M., & Andersen, B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Ann Behav Med*, 35(2), 188-197.
- Yeo W, Kwan W, Teo P.M.L., Nip S., Wong E., Hin L.Y, et al. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology* 13, 132-139.
- Yeung, D. Y., & Fung, H. H. (2007). Age differences in coping and emotional responses toward SARS: a longitudinal study of Hong Kong Chinese. *Aging Mental Health*, 11(5), 579-587.
- Zelikovsky, N., Schast, A. P., & Jean-Francois, D. (2007). Parent Stress and Coping: Waiting for a Child to Receive a Kidney Transplant. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 320-329.
- Zigmond AS, & Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67, 361-70.
- Zhou LF, et al. (2005). Impact of comorbid anxiety and depression on quality of life and cellular immunity changes in patients digestive tract cancer. *World Journal Gastroenterol*, 11, 2313-18.

## 附錄

### 附錄一：基本資料

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
| <b>基本資料</b>   |  | 病歷號碼：   | 研究編碼：     |
| 姓 名   |  | 填寫日期  | 年 月 日     |
| 出生日期  | 民國 年 月 日   | 性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 | 年齡：_____歲 |
| 連絡電話  | (白天)   | (晚上)  | 手機：       |
| 聯絡地址  |  |   |           |
| 職業  | <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他_____ |   |           |
| 家庭收入  | <input type="checkbox"/> 1~3萬 <input type="checkbox"/> 3~6萬 <input type="checkbox"/> 6~10萬 <input type="checkbox"/> 10萬以上 <input type="checkbox"/> 其他_____   |   |           |
| 子女數   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4個以上   |   |           |
| 教育程度： <input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中、職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學(以上)  |  |   |           |
| 婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶   |  |   |           |
| 宗教信仰： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道<br><input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 其他_____ |  |   |           |
| 目前您癌症的期數為： <input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> 第一期 <input type="checkbox"/> 第二期 <input type="checkbox"/> 第三期 其他_____   |  |   |           |
| 是否復發： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 復發狀況_____   |  |   |           |
| 診斷癌症的日期：民國 年 月  |  |   |           |
| 是否轉移？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 總共轉移_____處  |  |   |           |
| 轉移部位： <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨頭 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腦 <input type="checkbox"/> 腸道 <input type="checkbox"/> 腹腔 <input type="checkbox"/> 淋巴 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 其他                |  |   |           |
| 您是否曾經罹患其他癌症？(若是，請列出)_____   |  |   |           |
| <b>乳癌的手術經驗</b>  |  |   |           |
| 您接受乳癌手術的時間：民國 年 月   |  |   |           |
| 您接受手術的形式： <input type="checkbox"/> 全部切除 <input type="checkbox"/> 部分切除   |  |   |           |
| 您正在接受哪些輔助性治療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 放射性治療 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療 (可複選)  |  |   |           |
| 您是否有接受乳房重建手術？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |  |   |           |
| 下列是治療後可能會有的困擾，請您回想在最近一個月，這些問題讓您感到困擾的程度，圈選出最能代表您感覺的數字。   |  |   |           |

|                  | 完<br>全<br>沒<br>有 | 中<br>稍<br>微<br>有 | 等<br>程<br>度 | 非<br>常<br>厲<br>害 |
|------------------|------------------|------------------|-------------|------------------|
| 1. 我對手臂腫脹的問題感到困擾 | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 2. 我對手臂僵硬感到困擾    | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 3. 我對手臂疼痛感到困擾    | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 4. 我對手臂活動受限感到困擾  | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 5. 我對乳房部位疼痛感到困擾  | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 6. 我對乳房部位腫脹感到困擾  | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 7. 我對乳房皮膚改變感到困擾  | 0                | 1                | 2           | 3 4              |
| 8. 我對乳房感覺改變感到困擾  | 0                | 1                | 2           | 3 4              |



### I. 問題處理方式調查一

以下列表中的項目描述的是自從知道自己罹患癌症之後，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。使用下列的評分選項，試著在心中對每一個題目分別地評分，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<br>會<br>這<br>麼<br>做 | 很<br>少<br>這<br>麼<br>做 | 有<br>時<br>這<br>麼<br>做 | 常<br>常<br>這<br>麼<br>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                     |

|  | 不<br>會<br>這<br>麼<br>做 | 很<br>少<br>這<br>麼<br>做 | 有<br>時<br>這<br>麼<br>做 | 常<br>常<br>這<br>麼<br>做 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. 我會尋求他人的安慰與了解.....                              | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| 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，<br>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                     |

**II. 情緒狀態** 請根據你過去一個禮拜的感受來勾選您的答案

**1 我覺得緊張或神經緊繃**

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 完全不會

**2 我仍喜歡我過去所喜歡的事物**

- 當然是如此
- 並不完全是如此
- 偶爾如此
- 不會如此

**3 我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事即將發生**

- 確實是如此，而且是非常糟糕的感覺
- 是的，但不是那麼糟糕的感覺
- 有點這樣的感覺，但不會困擾我
- 一點也沒有這樣的感覺

**4 我可以大笑並感受到事物有趣的一面**

- 如同過去一樣
- 比過去少，但仍經常如此
- 確實比過去少很多
- 一點也沒辦法

**5 我心裡有些擔憂的想法**

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 極少如此

**6 我覺得開心或愉快**

- 完全不是這樣
- 很少是這樣
- 有時候是這樣
- 大部分時間是這樣

**7 我可以舒服的坐著且覺得很放鬆**

- 的確是這樣
- 通常是這樣
- 不常是這樣
- 完全不是這樣

**8 我覺得自己好像鈍鈍的**

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 完全不是這樣

**9 我有種害怕的感覺**

- 一點也不會
- 偶爾覺得
- 經常覺得
- 這樣的感覺非常頻繁

**10 我不再關心自己的外表**

- 的確是這樣
- 我極少關心自己的外表
- 我比較少關心自己的外表
- 我和過去一樣關心自己的外表

**11 我覺得坐立不安，好像我非得不動的動**

- 的確是這樣
- 經常這樣
- 不常這樣
- 完全不是這樣

**12 我對一些事物感到滿心期待**

- 和過去一樣
- 比過去少些
- 比過去少很多
- 幾乎沒有這種期待

**13 我會突然覺得恐慌**

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 未曾如此

**14 我可以享受一好本書或廣播/電視節目**

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 極少如此

III-情緒狀態調查(II)

在過去幾個禮拜裡面，你是否曾感到，...

- |                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 1. 對某件事特別興奮或感興趣？.....      | 是 | 否 |
| 2. 因為某人稱讚你做的某件事而感到驕傲？..... | 是 | 否 |
| 3. 為完成了某件事而高興？.....        | 是 | 否 |
| 4. 處於顛峰狀態？.....            | 是 | 否 |
| 5. 順心如意？.....              | 是 | 否 |

～☼ 問卷到此結束，感謝您的填答 ☼～

