

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 論 文

探討癌症病人疼痛與失志狀態之關聯-

由癌症疼痛意義觀點介入

The meaning of cancer pain as a mediator of the
relationship between pain and demoralization

研 究 生：林家惠

指 導 教 授：王枝燦 博士

中 華 民 國 104 年 12 月 29 日

謝 誌

一晃眼兩年半就過去了，回憶起因覺得護理生涯上學習遇到瓶頸，進而想至生死系學習不同照護觀點，期盼自己在這過程中有所突破與成長，便選修許多關於詮釋現象學、臨終關懷及社會學等議題，讓我在安寧領域上獲得不一樣的視域，同理心培養也快速成長。所以，在最後的論文上，才嘗試以不同的觀點來論述醫護常見的照護議題，盼能將兩年所學與本科專業結合。

最重要感謝指導教授 王枝燦老師，總有包容的心懷，包容學生的天馬行空思考、尊重學生的學習興趣、培養學生的創造力，放手讓學生在學習過程中找到答案，重要的是有個溫暖的肩膀，適時地以高超統計技巧予以導正論文方向與研究方法。老師一路相伴，讓學生得以撐過許多困境，完成論文。還有魏書娥老師及賴維淑老師，最後的口試中將其專業所學提出精闢建議，得以讓此篇論文更加完整與豐富。老師，謝謝您們！

也感謝研究所同學們，這幾年相互扶持，特別是玉菁、老猴的適時鼓勵與兩肋插刀幫助，這兩年的學習過程，有您們陪伴下，很開心也很充實。工作主管上，感謝護理部邱敏惠 主任，在學生剛開始找尋方向時，給予我指引與肯定，此外，疼痛專科領域上也多虧了黃安年 主任及陳應輝 主任教導，在這塊疼痛領域上從生手變成老手。還有職場的同仁 維君心理師、梓瑜心理師、秀如社工、佳琪社工，適時分享寫作經驗與提供建議。

最後，本次參與研究病人，謝謝您們讓我走路你們的生命、也讓我有機會陪伴你們走到最後，其中有幾名病人不顧身體狀態，拚了命的幫我把問卷完成，甚至有病人因呼吸喘而插管到加護病房治療，醒來後第一件事便交代家人一定要將問卷交到我手中，我收到時震驚且心中吶喊：都已經病成這樣了，還擔心我的研究無法完成。內心充滿感激及不捨，但是謝謝您們故事讓我領會生命喜悅與更能同理病人在生病經驗中的苦難與煎熬。 感謝主 在我生命中安排許多貴人

你必將生命的道路指示我，在你面前有滿足喜樂

詩篇 16:11

家惠 2015 年 12 月

摘要

本研究將旨在探討癌症病人疼痛與失志狀態的關聯性，再者瞭解病人的疼痛意義對失志的影響，以疼痛意義的觀點介入，期許關注疼痛意義對病人心理健康之影響，提升病人生活品質。本研究為橫斷面研究，採單次問卷調查法，以「臺灣版簡易疼痛量表」、「中文版失志量表」、「自覺癌症疼痛意義量表」為研究工具，研究對象為南部某地區醫院具有疼痛情況之血腫科病人，採立意取樣共 60 人，有效問卷 60 份，回收率 100%。研究資料以 spss for 18.0 套裝軟體進行描述性統計、皮爾森積差相關分析、徑路分析，來了解疼痛狀態、自覺癌痛意義與失志彼此之的影響力，發現其直接效果與間接效果徑路，並解釋這些關係之假設，驗證研究者所提出之模式是否存在，研究結論如下：

1. 不論癌症病人的疼痛嚴重程度，皆不直接影響失志狀態，僅能作為「間接」影響失志狀態的角色。
2. 「疼痛程度」可有效預測疼痛干擾生活程度。
3. 「疼痛干擾生活程度」可預測癌症病人失志狀態。
4. 疼痛干擾生活程度越多，會以「失落」的疼痛意義詮釋，但「失落」不一定會影響失志。
5. 不同的疼痛意義（挑戰與威脅）是中介變項，且在不同失志狀態有明顯轉換徑路。
6. 若病人已經出現高失志的情況，不同的疼痛程度皆不造成疼痛意義上的改變，僅有在低失志組上不同的疼痛程度(最痛程度、最輕程度)的疼痛意義才有變化。

根據上述研究結果發現以徑路分析雖可讓故事更完整，但在估算上有限制，未來建議可以單一模型結構方程式取向的徑路分析來驗證本研究模式，對模式的修正更加完整。

關鍵字：癌症病人疼痛、失志、癌症疼痛意義

Abstract

This study established the relationship between cancer patients' pain and demoralization and investigated the effects of the patients' perceived meanings of the pain on their demoralization, to determine the changes in the patients' psychological health associated with the meanings of pain and to improve their quality of life. A cross-sectional design was adopted. A single questionnaire (comprising three scales: the Brief Pain Inventory-Taiwan, Demoralization Scale-Mandarin Version, and Perceived Meanings of Cancer Pain Inventory) was administered to 60 oncological patients selected through purposive sampling, with 60 valid responses returned for a return rate of 100%. These data were examined through descriptive statistics, the Pearson product-moment correlation, and path analysis by using SPSS Version 18.0 to determine the correlations among pain characteristics, perceived meanings of cancer pain, and demoralization. Both direct and indirect effect paths were identified in these correlations, and the hypotheses for their interactions were interpreted to validate the model proposed in the study. The findings yielded the following conclusions:

1. The intensity of cancer patients' pain has an indirect, rather than direct, effect on the demoralization level.
2. Pain intensity effectively predicts pain interference.
3. Pain interference predicts the demoralization level.
4. Regarding patients' perceived meanings of pain, greater pain interference is interpreted as loss, although this loss does not necessarily affect demoralization.
5. The meanings of pain (e.g., "challenge" or "threat") mediate the demoralization level.
6. Changes in the meanings of pain because of pain intensity (whether highest or lowest) can be found in patients with low levels of demoralization but not in those with high levels.

The findings also indicate that, although path analysis established the above correlations, its estimations are limited. Further research should use structural equation modeling to validate and modify the model proposed in this study.

Key word : cancer patients' pain 、 demoralization 、 patients' perceived meanings of the pain



目 錄

謝 誌.....	I
中文摘要.....	II
英文摘要.....	III
目 錄.....	V
表目次.....	VII
圖目次.....	VIII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	2
第二章 文獻回顧與探討.....	5
第一節 癌症的疼痛理論基礎.....	5
第二節 失志理論基礎與相關研究.....	8
第三節 癌症疼痛意義論述與相關研究.....	13
第四節 癌症疼痛狀態、癌症疼痛意義與失志的關係.....	17
第三章 研究方法.....	19
第一節 研究架構、問題與假設.....	19
第二節 研究設計與對象.....	20
第三節 名詞界定.....	21
第四節 研究工具.....	23
第五節 資料處理與分析.....	25
第六節 研究倫理考量.....	26

第七節 研究流程圖	28
第四章 研究結果.....	29
第一節 癌症病人背景資料、疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義之描述性分析	29
第二節 癌症病人疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義相關分析	35
第三節 探討癌症病人納入自身疼痛意義認知，疼痛與失志狀態之徑路分析	37
第五章 結論與討論.....	44
第一節 本研究之主要發現與解釋	44
第二節 結論	50
第三節 研究貢獻	51
第四節 研究限制	52
第五節 研究建議	54
壹、未來研究方向	54
第六節 研究反思	55
參考文獻.....	56
中文部份	56
英文部分	59
附錄.....	64
附錄一 臨床試驗證明書	64
附錄二 研究問卷與同意書	65
附錄三 研究工具-問卷授權同意書	70

表目次

表 1：自覺癌痛意義量表構面定義說明.....	16
表 2：各量表信效度.....	24
表 3-1：背景資料.....	31
表 3-2：疼痛狀態.....	32
表 3-3：疼痛干擾生活程度.....	33
表 3-4：癌症病人失志分數與各項面向之結果.....	33
表 3-5：自覺癌症疼痛意義量表之面向結果.....	34
表 4-1：疼痛程度與疼痛干擾生活程度之相關分析.....	35
表 4-2：失志與自覺癌痛意義之相關分析.....	36

圖目次

圖 1：失志架構圖.....	11
圖 2：疼痛意義建構圖.....	14
圖 3：研究架構圖.....	19
圖 4：研究流程圖.....	28
圖 5-1 徑路圖.....	39
圖 5-2 徑路圖.....	41
圖 5-3 徑路圖.....	43
圖 6：疼痛意義於失志狀態之轉換圖.....	47



第一章 緒論

第一節 研究背景

惡性腫瘤自 1986 年起已連續 32 年高居國人死因首位(衛生福利部統計處, 2014), 不僅癌症為主要死因外, 連罹癌人數也逐年增加, 調查 2003 年至 2011 年罹癌人數, 由 62,542 人增加至 92,682 人, 並且每 10 萬人口的粗發生率也由 250.79 上升至 399 (衛生福利部國民健康署, 2014), 由此可知, 罹癌人數逐年增加, 癌症對國人來說是無法忽視之問題。而這些癌症病人在治療過程或疾病本身進展時, 常飽受疼痛所苦, 疼痛便是癌症病人的群集症狀之一(謝孟芸、蔡兆勳、陳慶瑜、邱泰源, 2011), 同時也是多數病友身體普遍遭遇過的經驗(蔡友月, 2004)。疼痛的處遇在安寧療護的推廣下, 強調疼痛不僅是生理上的疼痛, 應著重於症狀困擾、心理、社會、靈性與文化層面, 採「整體性疼痛」概念, 此概念源於 1980 年 Dr. Cicely Saunders 提出, 立論基礎源自於實際訪談病人的疼痛經驗後, 發現疼痛需考量整體性受苦概念, 認為癌症病人的疼痛是涵蓋了身體不適、面臨垂死與失落的壓力、病人與家庭關係的壓力、生命失去意義等多重層面衝擊與影響, 這些整體性疼痛對病人而言是感受到生命是不斷遭受苦難與折磨(黃安年, 2013), 當他們無法從疼痛受苦轉為正向意義時, 常將疼痛解讀為腫瘤的復發、轉移、身體功能逐漸衰退、瀕臨死亡, 而引發失落與哀傷, 但也有些癌症病人可重新賦予病痛的意義, 轉化受苦經驗, 進而改變生存的意義與目標(唐秀治等人, 2001; 蔡友月, 2004), 這些觀點皆顯示大多數的病人在生病經驗中, 不可避免地受到病痛所苦惱, 對疼痛認知也存在著差異。

第二節 研究動機與目的

壹、研究動機

研究者以安寧病房護理人員與疼痛個案管理師的經驗作為起始點，欲瞭解疼痛意義對於癌症病人疼痛與失志是否具有中介效果，相關之研究動機如下所述。

首先，分享研究者疼痛管理經驗中，曾有印象深刻兩例的故事。一名中年男性，長期慢性疼痛，覺得疼痛就是病況加重的原因，整天躺在床上不吃不喝、哭泣、唉聲嘆氣、不願外出活動，對於自己未來感到無望，表示拒絕服用止痛藥物可以快速結束這一切，導致疼痛無法緩解。與病人會談後了解其內在原因是「認為疼痛就是靠近死亡的來源，且找不到繼續活下去的動力」，並將此事轉告家人後得知，發現病人尚有未竟事宜，故與病人建立疼痛控制及未來生活目標後，病人同意一起努力調整藥物。疼痛明顯緩解後，病人除了願意服藥外，之後的生活也造成改變，開始出現笑容、願意進食、外出及配合相關醫療。另一名案例為婦人因長時間疼痛無法下床活動，每天都吵著「痛到生不如死，好想去死一死…」，以藥物處置後將疼痛由重度疼痛降為輕度疼痛，病人能夠下床活動，於是趁著家人外出，選擇喝農藥自殺。前者案例是疼痛經驗乃時時刻刻提醒或暗示，間接地讓他聯想疼痛感即為身體慢慢地衰退，持續性失能而有無助、無望、無意義及情緒不安等感受，與 Clarke 及 Kissane (2002) 提出的失志症候群情況類似。病人罹癌後，生命開始遭受死亡威脅，處於生與死之「邊界處境」，隨著病況變化不斷在邊緣溢出及流入，而癌症存活者雖然是存活下來，但也從未離開邊界地帶(龔卓軍, 2006)，這種死亡的恐懼不斷被騷動著，加上身體遭受疼痛的折磨，這種持續存在的痛苦感，病人可能出現自殺意念或行為，但透過對疼痛意義認知，進而改變對生命的詮釋。後者案例，雖然醫療團隊評估此病人憂鬱症狀不明顯並且身體疼痛以藥物控制下來，卻讓病人有能力去自殺。這兩例的經驗，對研究者而言產生極大衝擊，自問難道不是身體上的苦痛減輕，心理與靈性上的苦難也相對減輕嗎？此對醫護所學的概念產生衝突，而無法理解病人的疼痛病情世界，因此構成本次探究癌症病人疼痛狀態與失志間關聯及不同的疼痛意義是否會在其中扮演何種角色的研究動機。

再者，現今的生物學觀點理論或是醫療照護體制在看待疼痛上，往往僅注重「處理疾病」，不斷以醫療處置（藥物、檢查及會診更多醫師）來回應病人的疼痛症狀與情緒，當這些介入措施無法緩解病人問題時，醫療團隊也使用更多藥物來壓抑症狀或疾病底下醞釀的受苦經驗，以致於常見臨床病人訴說「我吃的藥比飯還多，疼痛都沒有比較好，是不是我沒救了」，忽略疼痛是一種整體性的受苦概念，且個人對於疼痛的意義詮釋，是否暗示著生命經驗與意義，而這些是否具有差異性，此為欲探討動機之二。

最後，疼痛是一種多重的現象且無法僅由生物醫學觀點或是心理學觀點來詮釋，由 McGuire (1992) 提出疼痛需要多層面評估等概念，區分為生理、情感、認知、行為及社會文化等六層面，疼痛意義為疼痛認知層面評估之項目之一，此與整體性疼痛評估所欲傳達的概念雷同，不外乎傳達疼痛是一種整體性之生病經驗。但綜觀目前臨床醫療仍以治療或緩解生理症狀為主軸，其次為心理師與社工人員評估情感與社會文化部分，近年來宗教師逐漸也在靈性層面進行關懷，但關注疼痛對於病人的意義等認知評估仍為匱乏，因此，便構成研究者欲探索之研究動機之三。

探究過去於國內、外癌症病人的疼痛及失志兩方面之相關研究並不少見，但針對癌症病人的疼痛意義與失志狀態兩者間之關聯，卻是匱乏。因此，本研究將探討癌症病人疼痛與失志狀態的關聯性，再者瞭解病人的疼痛意義對失志的影響，以疼痛意義的觀點介入，期許關注疼痛意義對病人心理健康之影響，讓病人在生活品質可以獲得更完善的照護。

貳、研究目的

本研究旨在探究癌症病人疼痛對失志之影響，並以探究不同疼痛意義在之中扮演何種角色與徑路。依據前述的背景與動機，形成本研究目的如下：

- 一、瞭解癌症病人不同的疼痛狀態對失志狀態之影響。
- 二、瞭解癌症病人不同的疼痛狀態與疼痛意義之影響。
- 三、瞭解癌症病人其疼痛意義對失志狀態之影響。
- 四、探討疼痛意義在癌症病人的疼痛與失志狀態之間扮演何種角色。



第二章 文獻回顧與探討

第一節 癌症的疼痛理論基礎

壹、癌症疼痛的論述

國際疼痛研究學會 International Association for the Study of Pain (IASP) 將疼痛定義為「是一種不愉快的感覺及情緒經驗，這個經驗與潛在性或實際性的組織傷害有關或是描述損傷的經驗」(IASP, 2011)。然而，癌症病人普遍會經歷疼痛情況，導致癌症疼痛的原因，除了癌症腫瘤在侵犯、生長時所造成，相關的抗癌治療（例如：放射線治療、化學治療、手術），甚至其他的慢性疾病與非癌症引發的疼痛，皆會造成癌症病人在疼痛經驗中加成不適感受（黃安年，2013）。癌症疼痛對病人有整體性影響，身體上會有失眠、日常活動受限、與他人關係隔閡，在心理層面上，可能因癌症本身、腫瘤伴隨症狀、癌症治療、疲憊、疼痛等狀態，這一連串的打擊對癌症病人來說，會將疼痛與死亡連結，並常引發失落、挫敗感、無望感及無力感。社會層面方面，疼痛會成為病人的生活專注重心，且癌症進展或治療而中斷工作，會增加病人無用感，當癌症持續惡化，疼痛感伴隨加劇或是難處置之疼痛，有些病人會喪失勇氣、失去生命意義，而企圖以自殺方式尋求解脫（唐秀治等，2001）。

貳、疼痛評估測量工具

疼痛是個人的主體經驗，讓人難以捉摸，乃因其為個體的獨立經驗不同及缺乏意向性，因此，該如何了解癌症病人的疼痛經驗？Biro（2010，2014）提到可透過隱喻將疼痛描繪出來，達到互為主體性，增進彼此對於疼痛的認知，讓他人也能體會癌症病人的疼痛感受與疼痛程度。臨床常使用疼痛評估工具，部分來說也是使用隱喻的方式，嘗試將主觀感受轉化成客觀及具體化。疼痛評估工具的選擇上，其可分為多層面評估

（multidimensional tool）與單一層面評估工具（unidimensional tool），單一層面評估工具是一種以線性概念設計，藉由數字、詞句及臉部表情圖片讓病人以主觀的方式描述疼痛程度，常使用的工具有：視覺類比量表（Visual Analogue Scale, VAS）、數字計算型

量表 (Numerical Rating Scale, NRS)、口語描述量表 (Verbal Descriptor Scale, VDS)、臉譜量表 (Face Pain Scale, FPS)、口語等級量表 (Verbal Rating Scale, VRS) (Briggs et al., 2010; Williamson & Hoggart, 2005)，這些量表在臨床上使用都具有良好的信效度，但對年幼或理解能力較差的老年人，考量使用較容易理解的 VRS 及 FPS 工具 (Williamson & Hoggart, 2005；吳幸娟、陳秀蓉，2002；張賢真，2007)。因此，在選擇量表工具時，需考量研究對象的教育、年齡與理解程度。

多層面評估量表係以整體性疼痛概念進行評估，常使用麥基爾疼痛問卷 (McGill pain questionnaire) 與簡明疼痛量表 (Brief Pain Inventory) 及首次疼痛評估量表 (Initial Pain Assessment Tool)，這些量表皆以人為中心，評估內容不限於疼痛程度，擴大於疼痛影響層面，以下介紹：

一、麥基爾疼痛問卷 (McGill pain questionnaire, MPQ)

由1975年Melzack等人提出，評估病人的疼痛感覺、情感與評值等三個面向，此設計與Cecily Saunders (1967) 提出的整體性疼痛理念相近 (Clark, 1999)，但因完成問卷需耗費30分鐘，限制臨床上的實用性，1987年修訂為短版量表 (Short-Form McGill pain questionnaire, SF-MPQ) 及2009年修訂Short-From-2 McGill pain questionnaire加入測量神經性疼痛症狀 (Dworkin et al., 2009)，除了簡化評估內容外，更增加實用性且填寫僅花費2-5分鐘 (Breivik et al., 2008；陳玲如，2012)。

二、首次疼痛評估量表 (Initial Pain Assessment Tool)

此份量表為McCaffery & Beebe (1989) 年發展的工具，用於第一次評估病人的疼痛，其評估項目包含：以10個人體圖譜構成評估疼痛部位、疼痛程度、對日常生活影響並加入治療計畫，此量表具有麥基爾疼痛問卷與簡易疼痛量表之優點，類似國內安寧病房評估疼痛量表，但因人體圖譜太小，在臨床評估疼痛部位時出現使用上困難 (陳玲如，2012；黃安年，2013)。

三、簡易疼痛量表 (Brief Pain Inventory)

因為MPQ問卷過於冗長無法用於癌症病人且缺乏詢問病人的疼痛史、疼痛干擾日

常生活狀態，因此Cleeland在1983年發展了簡易疼痛量表，並陸續簡化為目前所使用的簡易疼痛量表（Brief Pain Inventory- Short Form, BPI-SF），填寫所耗費約5-10分鐘（葛魯萍，2004）。

此外，已有多國學者將此翻譯使用（Ferreira, Teixeira, Mendonza, & Cleeland, 2011; Ger et al., 1999; Lai et al., 2009; Mystakidou et al., 2001; Yun et al., 2004），並經過信效度的檢定，成為全世界最廣為應用的疼痛量表之一。在臺灣由 Ger、Ho、Sun、Wang 與 Cleeland（1999）翻譯，將其發展為臺灣版的簡易疼痛量表（Brief Pain Inventory- Taiwan, BPI-T），此評估具有疼痛程度（Pain severity）與疼痛干擾（Pain interference）兩個面向。國內多數研究者也使用 BPI-T 在疼痛相關論文（林芷伊，2007；林舜源，2008），藉此可知 BPI-T 是可信且有效的工具。

由於 MPQ 評估層面缺乏疼痛病史與對日常生活影響，而首次評估疼痛量表雖具有 MPQ 及 BPI 量表特性，但部分人體圖譜較小且讓病人自行填答題目中部分採開放性問答，回答需進行思考，對癌症病人來說較為困難。BPI 在很短時間內就能清楚知道疼痛與其干擾程度且使用 NRS 進行強度評估的輔助，並可依每不同時間點進行測試（葛魯萍，2004），適合評估癌症族群與慢性疾病病人（Breivik et al., 2008; Chatwin, Closs, & Bennett, 2009）。因本研究對象為癌症病人，考量其體力與理解程度，且希望以多層面評估疼痛方式了解疼痛程度對其失志狀態及與疼痛意義之相關，故選用 BPI-T 作為本次研究工具。

第二節 失志理論基礎與相關研究

壹、失志定義及與憂鬱之辨別

失志(Demoralization)一詞查詢線上韋伯字典意思是使某人失去希望、勇氣和信心，士氣削弱(Merriam-Webster, 2015)，且 Franke (1973) 也論及失志是一種因個體對壓力調適持續地失敗，而對自己感到無能為力，失去對未來的期待而產生絕望，自覺被周遭的人排擠，逐漸覺得生命無意義感。2001 年之後，Clarke 與 Kissane 引用 Frank 的定義，將這些持續存在痛苦的「無望」情緒、悲觀的信念(像是無助感與失敗感)、缺乏調適的動機、人際疏遠等這些症狀並持續兩週以上，便可診斷為「失志症候群」

(Demoralization Syndrome, DS) (Kissane, Clarke, & Street, 2001; Clarke & Kissane, 2002)。

許多癌症病人在承受身體疼痛或受苦(Suffering)的過程中，也會有上述類似情況，甚至在此過程中會希望自己趕快死掉，解脫這一切。但是，當病人出現或主訴希望死掉的念頭時，醫療團隊上會以憂鬱症作為初步判斷其情緒，誤把病人情緒狀態解釋為憂鬱症，然而這樣的情緒反應，並不完全皆符合憂鬱症診斷。在憂鬱症的判準上，依據美國精神醫學會精神疾患診斷與統計手冊第四版修訂本 DSM-IV-TR 的憂鬱症準則，生理上會有食慾或體重的明顯、改變失眠或嗜睡、精神運動性的遲滯或激躁、疲倦或喪失精力，情緒上出現憂鬱情緒、對所有活動明顯降低興趣或喜樂、無價值感或罪惡感、一再出現死亡或自殺的念頭(賴虹均，2008)。但癌症病人在疾病進展或抗癌治療上，也會出現與憂鬱症類似的身體症狀及情緒反應，這些的情緒反應可能為憂鬱症的前兆或處於當下無助感、無望感或無價值感的失志精神狀態(Kissane, 2002)。那麼，又該如何區別憂鬱症與失志間之狀態呢？有些病人雖然心理出現不穩定狀態，但並不完全符合憂鬱的精神疾病診斷(DSM)或是國際疾病分類標準(ICD)診斷(方俊凱，2011)，於兩者中如何判定？首先，為確診癌症病人的憂鬱症因排除神經、內分泌及化學治療等因素影響(賴虹均，2008)。再者，失志雖然感到無助與無望、甚至失去生命意義，但病人只是不知道該怎麼做來因應獲改善困境，若從事有興趣或喜歡活動，仍可感到快樂及滿

足；而憂鬱症則是知道自己想要去做什麼，卻沒有動機去做任何事情，對過去關心的事情不感到任何興趣（賴虹均，2008）。臨床部分癌症病人會有失志情緒並合併有憂鬱情況，有些文獻認為失志與憂鬱兩者間相關性很大（Clarke & Kissane, 2002）、失志也許是憂鬱症之前兆或預兆（Rickelman, 2002），或是癌症病人的身體症狀和憂鬱症表現部分重疊，兩者間也可能是不相關的獨立診斷（Kissane, 2004）。因此區辨失志、憂鬱間異同就顯得重要，畢竟有些正在經歷存在痛苦的病人，若僅以憂鬱症評估工具來確診癌症病人情緒狀態並不適切，加入失志情況之判別更能拓及關注癌症病人的情緒反應。

貳、失志的理論與測量工具

Clark 與 Kissane（2002）以個人建構觀點來闡述失志的原因、過程與現象（失志架構圖，如圖 1）。

對癌症病人而言，疼痛本身具有扮演「提醒」角色，提醒病人他們本身患有致命疾病，使當事人不斷覺察失去自我的威脅與失落的產生，此情況產生憂鬱與焦慮，而焦慮與疼痛也可能對身體產生壓力或降低身體對疼痛的耐受性，進而加重疼痛感（Lair, 1996/2011）。當對所處的壓力事件或情境感到無能為力，個體逐漸體認到無法解決問題時，便產生無助感，有些人會嘗試尋求家人或醫療團隊幫忙，但當無法獲得有效疼痛緩解或受苦解脫時，對自己或他人期待感到落空，此時會產生無望感、無能，當這些無助無能感持續擴大，慢慢的疾病或疼痛造成生活功能受到影響，病人逐漸喪失控制感，最後進展成失去生存的意義。

之後，Kissane, Wein, Love, Lee 等學者於 2004 年將失志現象編製為失志量表（Demoralization Syndrome, DS），針對 100 名癌症病人進行施測，使用因素分析萃取出五個主成分：無意義感、情緒不安感、沮喪感、無助感及失敗感，並與生活品質量表（ $r=.374\sim.691, p<.000$ ）、病人健康問卷（ $r=.473\sim.786, p<.000$ ）、貝克憂鬱量表（ $r=.439\sim.755, p<.000$ ）、貝克無望感量表（ $r=-.542\sim-.756, p<.000$ ）進行建構效度，具有良好之效度。在失志與憂鬱情緒的區別效度檢測結果：癌症病人同時高失志與憂鬱狀態國外顯示有 30-33%，相對於國內類似研究僅有 21.7%（Lee et al., 2012）；但在研究

結果為高失志且同時低憂鬱狀態之比率，國內佔有 27.4% (Lee et al., 2012)，高於 Kissane et al. (2004) 的 7%-14% 的研究。方俊凱 (2013) 彙整多國的癌症病人盛行率發現：以臺灣盛行率最高 (49.1%)、其次為德國 (39.2%) 與義大利 (37%)，由此可知失志現象於臺灣癌症病人來說為普遍出現。目前有兩種診斷失志症候群的準則，分別為心身研究診斷準則 (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research, DCPR) 及 DS，前者使用於以南歐諸國，後者則以澳洲、美國、愛爾蘭、德國、匈牙利與臺灣等為主，在臺灣目前使用 DS 範圍包括：判斷臨床上失志症狀嚴重程度、預測病人自殺行為、評估病人生活品質，及篩檢出未符合憂鬱症診斷，但卻面臨生存危機、失去人生意義之癌症病人 (方俊凱，2013)。

DS 量表使用普遍，多國皆翻譯使用 (Cockram, Doros, & De Figueiredo, 2009; Mullane, Dooley, Tiernan, & Bates, 2009)，臺灣也於 2010 年由洪曉琪將此翻譯為中文版失志量表 (Demoralization Scale- Mandarin Version, DS-MV)，其包含 5 個向度，包含：無意義感 5 題，情緒不安感 5 題，沮喪感 5 題，無助感 4 題及失敗感 4 題，共 24 題，此為本次研究工具之一。

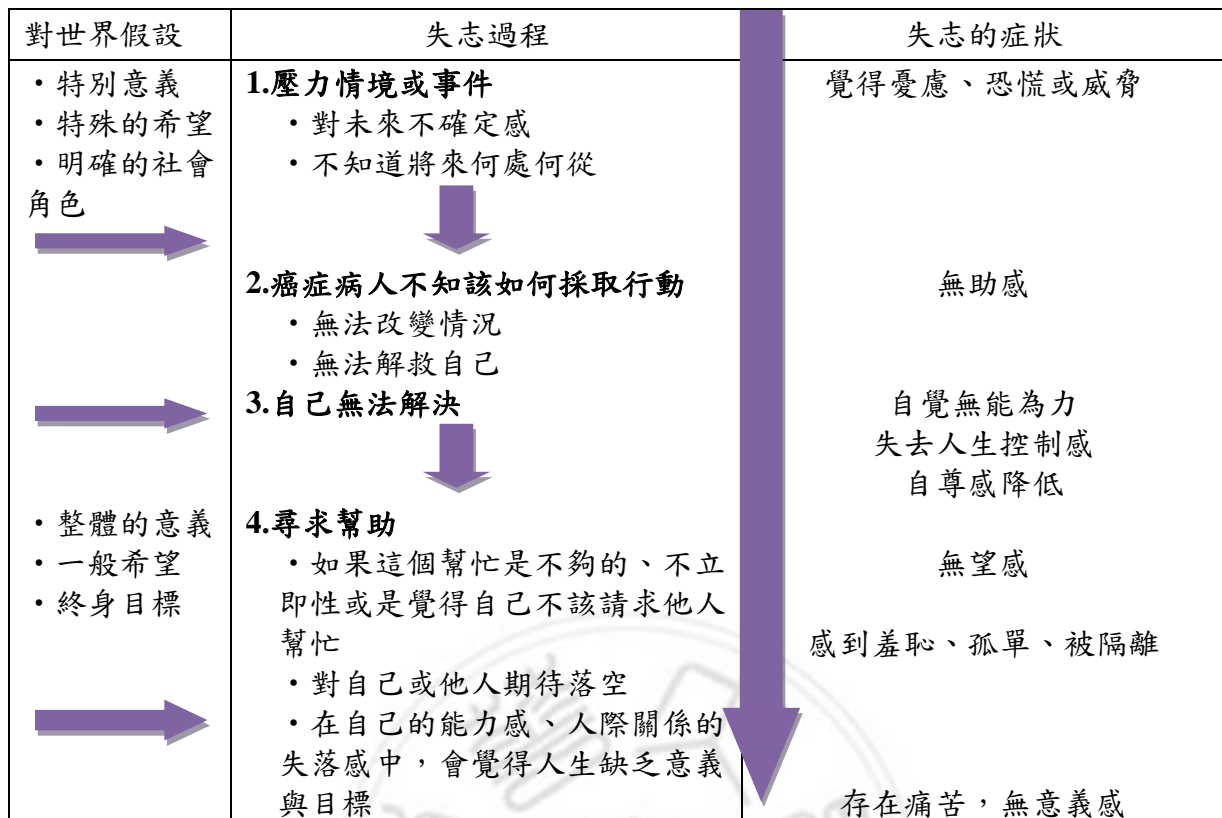


圖 1 失志架構圖

資料來源：”Demoralization: its phenomenology and importance.” By Clarke & Kissane, 2002, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 733-742.

參、失志研究

國內自 2010 年開始針對癌症病人心理健康的失志狀態議題進行研究，高度失志狀態病人易有無助、無望、無意義、低自尊及情緒不安感受，而這些未必達到 DSM 或是 ICD 診斷憂鬱條件（方俊凱，2011），但其心理痛苦議題又需受到關注，進而陸續相關研究如雨後春筍般浮現。相關研究結果顯示：罹癌時間長以及雖然罹癌時間短、但對疾病理解程度高的病人，這兩者失志感較低，換句話說，罹癌時間長短不全然能影響失志感，但主要還是病人能從生病經驗中找到正向意義，其失志程度較低（葉北辰，2012）。罹患不同癌症病人其失志表現不盡相同，但普遍為沮喪感、失敗感、無意義感及無助感（吳毅宸，2013；施寶雯，2009）。若為高失志狀態其所感到的憂鬱、無望感也愈高，整體生活品質也愈差，因此失志對癌症病人整體生活品質具有預測性（施寶雯，2009）。經由學者綜合研究可知，失志是一種失去生命意義、目標的存在痛苦，還是有不同於憂

鬱的面向，且與憂鬱、無望感、無助感具有相關。

由前述國內外相似研究的結果比較之下，得知並非所有癌症病人情緒低落皆符合憂鬱診斷，加上臺灣地區癌症病人失志盛行率相較於他國之高，探索癌症病人憂鬱情緒問題外，目前癌症病人失志狀態是需要去關懷的議題，同時亦是具有學術研究探討之價值，故本研究選用失志量表作為了解癌症病人疼痛對其失志狀態之工具。



第三節 癌症疼痛意義論述與相關研究

壹、癌症疼痛意義論述

個體對於意義的定義不同，有人認定意義就是存在理由、是生命目的、任務或目標或是認為意義是對生活賦予次序與感受（鄧旗明，2003），且對於不同情境下所賦予的意義也有所差異。癌症本身給人的概念即是一種符號性的意義—象徵致死性的病（Toombs, 1992/2000），而疼痛就是暗示著危險的徵兆，常被病人描述為是一種「無法忍受」、「痛苦」及「可怕」的經驗，容易將疼痛作為預測癌症嚴重程度方式之一，如果疼痛加劇，意味者癌症在復發或是進展中，容易與死亡做聯想（Ferrell & Dean, 1995）；此外，疼痛也可作為對生命存在的表徵，意味還活著（Biro, 2010/2014）。若以受苦的觀點來看待疼痛，受苦的意義不僅在於身體的苦痛，而是必須包含疼痛的真實與主觀經驗（Cassel, 1982），也就是個人除了感覺到身體症狀外，在社會文化、他人如何感知個體的疼痛，會影響病人對疼痛意義的認知。

總結上述，疼痛意義觀點是揭示疼痛對個人之感受，融合生活上感知的疼痛、受苦的病痛、設想的疾病與疾病的狀態（林治國，2004），乃綜合個人的生病經驗所產生，因此，須以整體性觀點看待疼痛經驗與疼痛意義。

貳、疼痛意義建構

參考 Sarte 學者以現象學觀點提出個人對於病痛的意義建構的四種層次，依序為「前反思感覺期」、「受苦的病痛（suffered illness）」、「設想的疾病（disease）」與「疾病狀態（disease state）」。前反思感覺期上，此層次我們的意識就是生活中的身體，病人僅覺察身體出現疼痛感，有時疼痛會在生活中被遺忘，不會造成生活困擾。直到病人感覺身體有「異樣」或疼痛強度、疼痛頻率過強、持續時間過長而干擾他們與世界的運作，開始將注意力轉至「疼痛」，此時生活中的疼痛轉變成一種有意向性的疼痛，將「身體對象化」、甚至針對這些「對象」出現象徵性解釋，許多病人多半將疼痛隱喻為「不好的」，須以對抗或移除方式因應，對意義詮釋不同，相對引起個體情緒困擾反應也有所差異，這些疼痛便成為一種精神上或是心靈的對象（Toombs, 1992/2000）。

但當病人的思量著「身體上的疼痛」，開始猜測得了甚麼病或是病況是否加劇，此為第三層次「設想的疾病」。此時藉由身體部分的疼痛，每一次的指向為整體性的疾病，病人在這過程中會不斷感受病痛的苦痛（Toombs, 1992/2000）。例如：伊凡·伊里奇直覺的知道他的左腹疼痛只是一個更複雜、實在的片面局部問題，但這就是一個正在使其走向死亡的一種疾病（許海燕，1997）。最後一層次係指醫療團隊對病人的疼痛、受苦感等不適，予以概念化的解釋，並以生物醫學實徵模式來詮釋病人的疾病，將病痛定義為疾病狀態，此疼痛意義建構過程，如圖 2 所示。

Ferrell 與 Dean（1995）研究找尋疼痛意義的有三個過程：首先，癌症疼痛代表疾病、病況進展、疼痛最終的解脫是死亡；接著，疼痛意義源自於壓力源事件產生，而有失落與挑戰、令人感到不適、受苦與不幸、恐懼、無助與無力感，直接受到社會或個人影響而產生；最後，將疼痛歸咎於最終原因-認為疼痛意識是個人命運、隨機安排、與上帝旨意、善行、罪刑、基因遺傳、或疼痛有提供正向目標與將疼痛合理化解釋。

上述疼痛意義建構研究，可於臨床病人疼痛過程獲得印證：多數癌症病人未確診前常以生活經驗來詮釋疼痛，有時被遺忘，直到疼痛反覆加劇或無法緩解時求醫，診斷後發現為癌症，便開始將疼痛與癌症進行連結或隱喻，當每一次的疼痛出現，病人會於其中感受到病痛的苦痛，有時會向醫療團隊詢問導致疼痛的疾病與原因。



圖 2：疼痛意義建構圖

資料來源：研究者自行彙總

參、疼痛意義相關研究與測量工具

國外於 1970 年代起開始對疾病或苦痛開始賦予意義，Lipowski (1970) 研究人們對於承受的疼痛苦痛賦予以下八種意義：對個人生命或能力的挑戰；將疼痛視為敵人；過往行為的處罰；軟弱失敗與失去自我控制感；以獲得他人關注、支持的緩解策略；無法挽回的失去，罹癌後身體狀況無法回復；使生命存在具有價值（引自 Ferrell & Dean, 1995）。Arathuzik (1991) 探究疼痛與調適策略（接受、重新評價、分散注意力），研究結果發現當把疼痛視為挑戰，其與疼痛調適策略成正相關；威脅意義則與接受、重新評價成負相關；傷害意義與重新評價及分散注意力、接受成負相關。Meghani 與 Houldin (2007) 及 Ferrell (2005) 對於疼痛的意義結果類似，不外乎為訊息提示，告知身體某部分出現變化，可能代表身體持續惡化。經由上述研究得知：疼痛是一種病況或靠近死亡的隱喻，倘若以負向意義詮釋，則可能出現負面情緒；反之，若可以找尋疼痛正向意義，找到新的自我；甚至透過信仰與禱告方式，來解釋為癌症疼痛是有目的、可能為上帝旨意，而作為支撐下去的力量，因此疼痛意義在病人的情緒與調適層面扮演著重要的角色。

有關疼痛意義的量性研究，臺灣最早也是由陳美伶博士於 1997 年發展「自覺癌症疼痛意義量表」(PMCPPI)，此為測量癌症病人疼痛意義的工具，共有失落、威脅、挑戰與心靈覺悟四項構面（構面定義說明，參考表 1）。量表發展概念係參考 Lazarus 情緒認知理論，認為不同個體在面臨相同環境下，會有不同的情緒反應與意義，對癌症病人來說，罹癌本身就是一個重大壓力事件，因此對此事件感到壓力時，會引發失落、威脅與挑戰，當評估為壓力存在時會人們會由初級評估進展到次級評估與調適，此為前三項構面概念設計由來，而最後一項心靈覺悟則是以質性訪談癌症病人得知的這些疼痛讓他們思考生命的意義，並且在四項構面皆依據華人文化、癌症經驗編制 (Chen, 1997)。爾後 PMCPPI 被應用於泰國及中國大陸的癌症病人，測試後也具有良好的信度 (Lang, 2007; Petpichetchian, 2001)。

近年則開始疼痛質性方式進行疼痛在其他領域的探究，如：張靜宜、高美玲 (2008)

探究生產疼痛的意義或是陳佩蓓（2005）、李修慧（2012）以梅洛龐帝的身體現象學進行疼痛經驗詮釋，針對不同疾病族群的病人，疼痛被賦予不同的意義。

表 1

自覺癌痛意義量表構面定義說明

	Lazarus 情緒認知理論 (1984)	PMCPPI 定義 (Lang, 2007)
失落	因壓力事件對個人造成傷害，引起失望、難過情緒	疼痛為壓力事件，其影響活動能力、身體功能及自尊，引起失望、難過情緒
威脅	因事件尚未發生傷害，個人會預期事件傷害會發生，而有害怕、焦慮的負向經驗	藉由疼痛預期到疾病在進展或是死亡所產生的威脅感，而有害怕、焦慮的負向經驗
挑戰	當個人遇到困難有控制感，即使在未糟糕情況下，依然能控制自己去面對逆境、超越逆境	是指疼痛對其而言是一種需要克服及挑戰的意義
心靈覺悟		因疼痛讓其思考生命的意義

資料來源：研究者自行彙總

第四節 癌症疼痛狀態、癌症疼痛意義與失志的關係

壹、癌症疼痛狀態對生活品質的影響

疼痛是國、內外癌症病人常見群集症狀之一且盛行率為八成，這些會嚴重降低病人的生活品質 (Walsh & Rybicki, 2006；謝孟芸等人，2011)，臺灣於 1993 年至今已發表許多探究癌症病人疼痛、生活品質及憂鬱之相關研究，陳美碧等人 (2004) 研究結果得知：癌症病人的症狀困擾、疼痛強度、最近一週的最痛強度、最近一週的平均疼痛分數皆與生活品質成負相關。疼痛強度與睡眠品質、食慾、日常活動及注意力皆有相關；癌症病人疼痛的整體生活狀態較其他疼痛種類 (神經痛、肌筋膜痠痛、下背痛與關節炎) 的病人相對來的低 (游以舟、馮瑞鶯、劉彥青、彭渝莉、蔡玉娟，2007)。另一項的國內研究亦發現疼痛強度與疼痛干擾生活品質 (日常生活、生活樂趣、睡眠、情緒) 成正相關 (李淑貞、賴裕和、邱宗穎、陳怡樺，2004)。由上述各項研究呈現之結果可知，疼痛可以預測癌症病人的生活品質，這部分也與 Rustoen, Moum, Padilla, Paul 與 Miaskowski (2005) 究中發現嚴重疼痛的病人其生活品質相對於輕微、中度疼痛強度的病人來的差等論點獲得支持。

貳、癌症疼痛、疼痛意義與失志狀態的關係

研究者彙整癌症疼痛 (Cancer pain) 失志 (Demoralization) 關研究發現，國內文獻查閱 (ProQuest Hospital Collection、pub meb、臺灣碩博士論文與期刊論文、CPES) 此議題研究鮮少，僅查閱到一篇於 1995 年進行臉部肌筋膜疼痛相關研究-在季節改變時的疼痛強度及失志狀態，結果僅顯示臉部肌筋膜疼痛的疼痛強度、憂鬱情緒上會交互影響 (Gallagher, Marbach, Raphael, Janis & Dohrenwend, 1995)，而大多研究議題探究疼痛與憂鬱或負向情緒之困擾，故於文獻回顧上，研究者以探究疼痛與憂鬱情緒等文獻，作為疼痛、疼痛意義與失志之相關推論。

探討疼痛與憂鬱或負向情緒的困擾，此類的多數研究皆發現疼痛與憂鬱具正向關連，疼痛程度嚴重者會讓病人憂鬱狀態更為明顯 (林芷伊，2007；林淑茶，2008；梁淑媛，1999)。蔡麗雲、顧乃平、張澤芸、賴裕和 (2001) 在了解癌症病人憂鬱與疼痛相

關研究上，發現：疼痛平均分數、日常生活功能、疼痛部位總數及健康控制重心傾向這四種變項解釋憂鬱總變異量可達到 46.9%，其中以「平均疼痛分數」有最大的預測力，與蔡琇文（1998）研究結果接近：癌症病人的疼痛程度(包括最痛、最輕、平均強度)為直接影響病人心靈困擾的重要因素且有意義地預測不確定感、焦慮與憂鬱情況。當身體功能越差，影響到癌症病人的生活，反而對憂鬱具有顯著預測力（陳佩英等人，1999）。但也有持相反觀點論述，廖淑貞（2002）以統合分析 17 篇關於疼痛與憂鬱相關性的期刊、書籍與論文，得知：不同類別疼痛、疼痛導致原因（腫瘤引起、腫瘤及治療引起疼痛）、疾病嚴重度（轉移或未轉移），皆不會影響癌症疼痛與憂鬱的相關強度，其研究作者推論或許疼痛強度與憂鬱程度之間關係可能受到某主觀性之中介因素影響。

在疼痛意義與情緒相關研究上，Lang（2007）也使用陳美伶學者編制的自覺癌痛意義量表（PMCPPI）進行中國大陸癌症病人疼痛意義探索，發現當病人有正向的疼痛意義（挑戰）認知時，其有正向情緒反應；相對地當疼痛意義為敵人、處罰或失去等負向意義，則使情緒變糟。而當疼痛越感到威脅時，影響情緒狀態越大或是疼痛已經干擾病人的人際關係，他們會更加覺得疼痛是一種威脅並感到痛苦，情緒上相對更差，但當有較好的人際關係，病人情緒狀態可能會獲得緩解，所以疼痛意義直接影響情緒變化。而過去 24 小時內的最痛分數，能讓病人思考生命與死亡議題，疼痛意義會選擇以靈性覺悟，但在過去 24 小時內的最痛分數與平均分數得分越高，則較不以挑戰作為意義認知，換句話說，在 24 小時內的疼痛程度越高，可預測選擇挑戰意義狀態較少。

因此，我們可以發現疼痛與憂鬱之關係，或許疼痛程度的強弱不一定是直接影響關係，而是在於個體對疼痛現象所賦予的意義與解釋，當病人認為疼痛意義為挑戰者，其有顯著較低的疼痛程度、調適較佳及輕微憂鬱狀態（Barkwell, 1991）。

第三章 研究方法

第一節 研究架構、問題與假設

壹、研究架構

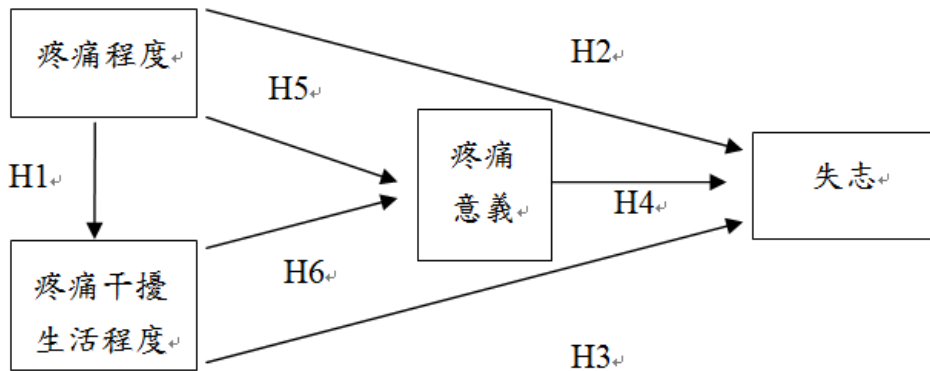


圖 3 研究架構圖

貳、研究問題

- 一、不同疼痛程度（最痛分數、平均分數及最輕分數）對疼痛干擾的生活程度為何？
- 二、不同的癌症疼痛狀態（疼痛程度及疼痛干擾生活程度）對失志狀態的影響為何？
- 三、不同的疼痛狀態（疼痛程度及疼痛干擾生活程度）對疼痛意義（挑戰、失落、威脅、心靈覺悟）之影響為何？
- 四、分析不同疼痛意義（挑戰、失落、威脅、心靈覺悟），將如何影響失志狀態？

參、研究假設

- 一、癌症病人的疼痛程度越高，因疼痛而干擾生活程度也越高（H1）。
- 二、癌症病人的疼痛程度越高，因疼痛導致失志狀態也越嚴重（H2）。
- 三、癌症病人的疼痛干擾生活程度越高，因此導致失志狀態也越嚴重（H3）。
- 四、癌症病人對疼痛意義的認知不同，會影響失志狀態（H4）。
- 五、癌症病人不同的疼痛程度，藉由不同疼痛意義的認知而影響失志狀態（H5）。
- 六、癌症病人的疼痛干擾生活程度，藉由不同疼痛意義認知而影響失志狀態（H6）。

第二節 研究設計與對象

壹、研究設計

本研究因考量區域性與立意因素，僅針對南區某區域教學醫院腫瘤科進行病人收案，收案範圍涵蓋 15 個單位。研究方法以橫斷面研究 (cross-sectional)，以結構式問卷進行資料收集，並以面對面方式進行問卷填答，問卷填寫次數為一次。並邀請以下符合條件的癌症病人參與本研究。

貳、研究對象

(一) 納入條件：

1. 有疼痛症狀且已經超過一週以上、年滿 20 歲病人且意識清楚，並經腫瘤專科醫師診斷為癌症、不分癌症級數。
2. 病人無精神或認知障礙、能以文字或口頭進行溝通。
3. 由血腫科醫師評估病人具有疼痛問題，照會疼痛科，經疼痛護理師說明研究目的後，病人同意接受問卷填答方進行收案。

(二) 排除條件：

1. 非癌症病人及無疼痛問題之病人。
2. 意識不清，無法作答者、無法以國台語溝通及無法理解研究同意書者及拒絕收案者。

第三節 名詞界定

壹、癌症病人定義

本研究以此定義為，探討對象主要經醫師診斷為癌症病人且不分癌症種類與嚴重度。

貳、疼痛定義

國際疼痛研究學會（IASP）將疼痛定義為「是一種不愉快的感覺及情緒經驗，這個經驗與潛在性或實際性的組織傷害有關或是描述損傷的經驗」（IASP, 2011），本研究探討對象為癌症病人且具有疼痛的主訴，指癌症本身引發疼痛、癌症治療引發或非癌症之疼痛。並依據 Ger, Ho, Sun, Wang, 和 Cleeland（1999）翻譯 Cleeland（1983）臺灣版簡易疼痛量表（Brief Pain Inventory-Taiwan），進行疼痛評估，包括：疼痛程度與疼痛干擾兩項面向。

參、癌症病人疼痛意義的定義

當癌症病人經歷疼痛時，會以不同的觀點賦予疼痛意義，而這些意義會影響它們行為與反應（Ferrell, Taylor, Sattler, Fowler, & Cheyney, 1993）。本研究使用 Chen（1997）發展「自覺癌症疼痛意義量表」進行測量，此量表將疼痛意義分為失落（loss）、威脅（threat）、挑戰（challenge）與心靈覺悟（spiritual-awareness）等四項面向，這些變項為評量正向與負向疼痛意義（Chen, 1999）。各向度之操作型定義如下：

- 一、「失落」指因疼痛為壓力事件，其影響活動能力、身體功能及自尊，引起失望、難過情緒。
- 二、「威脅」是藉由疼痛預期到疾病在進展或是死亡所產生的威脅感，而有害怕、焦慮的負向經驗。
- 三、「挑戰」是指疼痛對其而言是一種需要克服及挑戰的意義。
- 四、「心靈覺悟」是指因疼痛讓其思考生命的意義。

肆、失志定義

Clarke 與 Kissane（2002）說明失志現象乃因人面對了一個壓力情境，無法以有效

的方法來減輕壓力，因而產生無助感、無望感。本研究使用謝曉琪等學者之中文版失志量表（Demoralization Scale-Mandarin Version，DS-MV）進行失志測量，以平均數 30.27 為狀態分界，以上為高失志，以下為低失志狀態（謝曉琪等，2010）。



第四節 研究工具

本研究採用結構式問卷調查，問卷內容包括背景資料、臺灣版簡易疼痛評估表、中文版失志量表與自覺癌痛意義量表。其中背景資料為自擬，其他量表則參考國內學者擬定與修譯量表，並取得授權同意使用。

壹、背景資料

背景資料共分兩部分，第一部分為「基本資料」，包括：性別、年齡、教育程度、職業、宗教、家庭收入與主要照顧者，共計 7 題。第二部分為「疾病相關資料」，主要有癌症診斷名稱、罹癌時間、癌症階段、是否有其他轉移、至今接受過治療方式、疼痛部位總數、持續時間、自覺疼痛導因，共 8 題。

貳、臺灣版的簡易疼痛量表

本研究使用 Ger、Ho、Sun、Wang 與 Cleeland (1999) 翻譯的臺灣版的簡易疼痛量表 (Brief Pain Inventory- Taiwan, BPI-T)。此評估疼痛多層面向，具有疼痛程度與疼痛干擾等兩個面向，共 15 題。疼痛程度主要了解病人在過去某一時段中的最痛、最輕、平均及目前疼痛程度，以 NSR 0-10 分計分，0 分代表不痛、10 分則痛到無法忍受，了解其疼痛程度，其 Cronbach's alpha 為 0.81；疼痛干擾為了解疼痛對病人在日常生活的影響，包含：一般活動、情緒、行走能力、工作、人際關係、睡眠及娛樂，其 Cronbach's alpha 為 0.89。

參、中文版失志量表

本研究使用洪曉琪於 2010 年將此翻譯為中文版失志量表 (Demoralization Scale-Mandarin Version, DS-MV)。其包含 5 個向度，包含：無意義感 5 題，情緒不安感 5 題，沮喪感 5 題，無助感 4 題及失敗感 4 題，共 24 題，在第 1、6、12、17 及 19 題為正向陳述問句，需採反轉計分。填答時採用 Likert 五點量表，0 為「非常不同意」、4「非常同意」。全量表的內在一致性其 Cronbach's alpha 值為 0.94，而各個面向之 Cronbach's alpha 係數依序排列為 0.84、0.69、0.88、0.72、0.63。中文版失志量表之總分為並以平均數 30.27 為狀態分界，以上為高失志，以下為低失志狀態，藉此量表具體描繪出失志

現象。

肆、自覺癌痛意義量表

本研究使用陳美伶教授於 1991 年編製的自覺癌痛意義量表(Perceived meanings of cancer pain inventory, PMCPI)，此量表用於預測癌症疼痛意與情緒反應間之關係，以臺灣癌症病人質性訪談為根基，並以 Lazarus's 認知情緒理論概念制訂，這些面向皆依據華人文化、華人癌症經驗為主，發展出評估華人對於疼痛意義之量表。其由 4 個向度組成，分別為失落 5 題、威脅 4 題、挑戰 4 題及心靈覺悟 5 題，共有 18 題，填答時採用 Likert 五點量表，1 為「完全不是我的想法」、5「完全反應我的想法」，對各項度的 Cronbach's alpha 係數依序排列為 0.80、0.81、0.66 與 0.76(陳美伶，2004)。每一個向度(意義領域)的項目得分分別加總，各項不需要給予不同的權重，對於向度的分數越高，則表示病人賦予疼痛越多該領域的意義。

本研究所採用的各量表信效度如下：

表 2
各量表信效度

量表名稱	原量表 Cronbach's alpha	本研究 Cronbach's alpha	本次 收案數
臺灣版簡易疼痛量表 (BPI-T)	1.疼痛程度 0.84 2.疼痛干擾程度 0.81	1.疼痛程度 0.78 2.疼痛干擾程度 0.891	60
失志量表 (DS-MV)	0.94	0.833	60
自覺癌痛意義量表 (PMCPI)	1.失落 0.80 2.威脅 0.81 3.挑戰 0.66 4.心靈覺悟 0.76	1.失落 0.817 2.威脅 0.78 3.挑戰 0.77 4.心靈覺醒 0.81	60

第五節 資料處理與分析

於資料建檔後，完成資料檢查工作，本研究採用 SPSS 18.0 版本套裝軟體進行資料分析，依據本研究之研究問題與研究架構，採用描述性與推論性統計方式。

壹、描述性統計

- 一、基本資料以次數分配表、平均數、標準差及百分比進行描述。
- 二、臺灣版簡易疼痛量表、失志量表及自覺癌痛意義量表以次數分配、最大值、最小值、平均數、標準差等來表示。

貳、推論性統計

- 一、皮爾森積差相關分析：檢定疼痛程度（最痛分數、最輕分數及平均分數）、疼痛干擾生活程度、失志。
- 二、徑路分析：來驗證夠符合本研究假設的徑路係數，了解疼痛狀態（疼痛程度與疼痛干擾生活程度）、自覺癌痛意義與失志彼此之的影響力，發現其直接效果與間接效果徑路，並解釋這些關係之假設，已達驗證研究者所提出之模式是否存在。

第六節 研究倫理考量

本研究進行資料收集前，研究者將研究計畫送至醫院人體試驗委員會審查，獲得人體試驗委員會同意書（IRB 編號：10311-L02，參閱附錄一），由研究者至各單位進行收案。收案前先與本院血液腫瘤科醫師聯繫，說明研究目的與收案條件，經醫師同意後且評估該病人具有疼痛問題，照會疼痛科進行疼痛控制，轉介研究者進行資料收集及提供相關照護，待病人疼痛情況改善後（預定為結案前）進行篩選符合條件收案，此步驟為確保病人不論是否參與研究皆不影響其疼痛相關照護之權利。研究者先向符合收案條件的病人花費 5 分鐘說明本研究目的、進行方式與其權利。獲得病人同意填寫同意書，才進行問卷填寫。本次研究問卷採單次填寫，使用「基本資料表」、「臺灣版簡易疼痛評估表」、「中文版失志量表」及「自覺癌痛意義量表」（參閱附錄二）。所有問卷由參與者自行填寫，若有對問卷題意不甚了解，研究者會在一旁提供協助與說明；若參與者其為不識字則改由研究者逐字念出，請參與者口頭答覆，研究者依據答覆內容據實填寫。當每位參與者於填寫完畢後，皆會給予一份小禮物（50 元內禮物）。預計每個人花費 10-15 分鐘填寫量表。同意書中留有研究計畫主持人及人體試驗委員會的連絡方式，當有任何問題可隨時聯絡。

研究者著重誠信與保護研究對象為原則，本研究以下述呈現倫理：

- 一、避免傷害之權利：研究者完成人體試驗委員會訂定 18 小時在職教育及本研究完成人體試驗委員會審查後，方能進行收案。
- 二、匿名與保密：本研究之問卷調查，參與者將以一個研究號碼取代，研究取得資料及紀錄視為機密，僅供學術研究用，個別內容不會對外公開。本研究結果可能發表於學術性雜誌期刊，發表內容以集體資料呈現，參與者身分受到保密。所收集到的同意書與問卷，分別鎖至於櫃子內，研究發表後三年資料全部銷毀。
- 三、知情與自主權同意：參與研究前必定說明參與目的與過程，可決定隨時是否參與之權利，研究過程中以不影響治療及休息過程。
- 四、研究參與者的利益：問卷完成後，贈送禮物一份。

五、收集資料場所部分：以病房為主，經過醫院人體試驗委員會對研究參與者人權保護之審核。

六、研究工具權益與維護：使用專家發展研究工具，事先取得專家授權同意書（參閱附錄三）。



第七節 研究流程圖

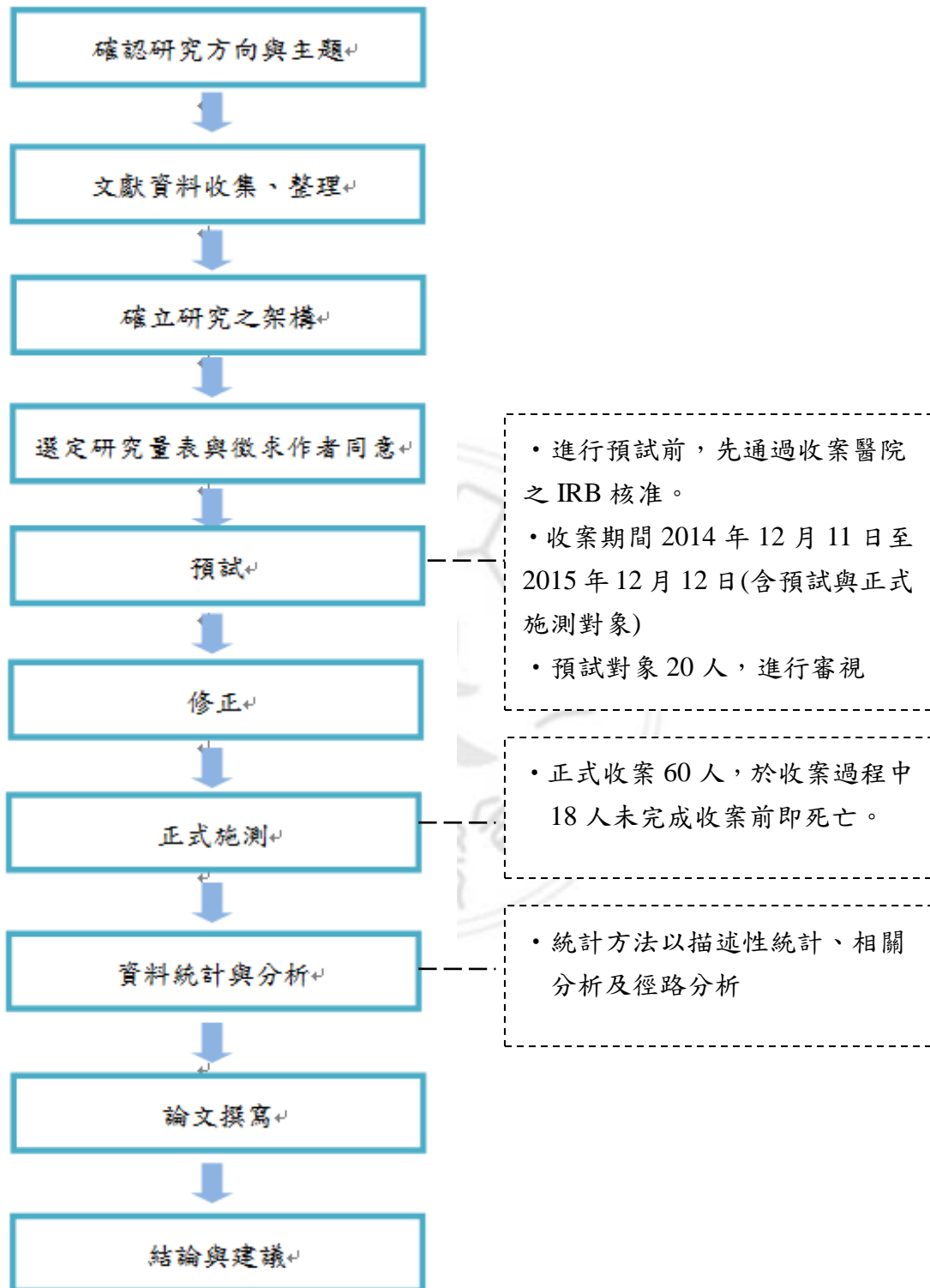


圖 4：研究流程圖

資料來源：研究者自行彙總

第四章 研究結果

本研究主要目的為探討癌症病人的疼痛與失志狀態之關聯，並以癌症疼痛意義觀點介入，於 103 年 12 月 11 日至 104 年 8 月 31 日進行收案，共收案 60 人，填答率 100%。全章共分為三節，分別陳述如下：

- 一、癌症病人背景資料、疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義之描述性分析。
- 二、癌症病人疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義相關分析。
- 三、探討癌症病人納入自身疼痛意義認知，其疼痛狀態與失志狀態徑路分析。

第一節 癌症病人背景資料、疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義之描述性分析

壹、癌症病人背景資料

依據表 3-1 得知，本研究之研究對象平均年齡為 50.1 歲 ($SD=9.55$)，其中以女性病人占多數 ($N=40$, 66.7%)，教育程度以國中或高中職接近半數 ($N=28$, 46.7%)、目前無職業情況居多 ($N=33$, 55%)，病人大部分皆有信仰 ($N=54$, 90.0%)、家庭平均月收入以 30,000 元以下超過半數病人家庭情況，且住院期間仍有主要照顧者在旁陪伴。罹癌診斷以乳癌 ($N=16$, 26.7%)、頭頸部癌症 ($N=14$, 23.3%) 及腸胃道癌症病人 ($N=11$, 18.3%) 為本研究主要收案對象之診斷，平均罹癌時間為 70.93 個月 ($SD=62.6$)，並以第四期及合併轉移占半數以上。在癌症治療上，仍以手術、化學治療及放射線治療為普遍接受治療方式。了解研究對象本次疼痛持續時間多已超過 6 個月以上 ($N=37$, 61.7%) 自覺疼痛發生原因以腫瘤引起為主 ($N=27$, 45%)、其次為治療引起 ($N=18$, 30%)，目前疼痛部位總數依序排列為：一處 ($N=25$, 41.7%)、兩處 ($N=19$, 31.6%) 及三處以上 ($N=16$, 26.7%)。

貳、癌症病人疼痛狀態

本研究以臺灣版簡易疼痛量表 (BPI-T) 來進行病人主訴疼痛評估，在 BPI-T 可以了解癌症病人的疼痛發生率、強度、部位及生活干擾程度。了解病人於最近一週內是否出現不常見之疼痛，約有 61.7% 病人勾選「無」並認為原先疼痛已存在一段時間，不認為是新的疼痛。疼痛部位主要以軀幹為主 (前胸 18.3% 與後背 21.7%)，疼痛程度上過去一週最痛程度平均 6.3 分 ($SD=2.65$)；最輕程度平均 1.88 分 ($SD=1.45$)；平均疼痛程度其平均值為 3.45 分 ($SD=1.83$)；現在疼痛程度為 2.58 分 ($SD=2.26$)。藥物處置上主要仍以強效嗎啡類藥物為主 ($N=35$, 35%)，同時合併非類固醇類消炎藥物 ($N=29$, 29%) 及抗癲癇藥物 ($N=26$, 26%) 輔助使用。此外，在其他處置上，部分病人會搭配中醫與復健治療。上述藥物與治療介入後，疼痛緩解程度平均 5.07 分 ($SD=2.63$) 並以緩解 40-70% 疼痛程度的病人占半數 ($N=30$, 50%)，並了解疼痛干擾生活程度，主要影響病人的「正常工作」、「睡眠」及「情緒」等層面 (參閱表 3-2 及表 3-3)。

表 3-1

背景資料

(N=60)

變項/類別		人數(%)	變項/類別		人數(%)
性別	男性	20(33.3)	主要照顧者	無	26(43.3)
	女性	40(66.7)		有	34(59.9)
年齡 平均數=50.1 標準差=9.55 最大值=68 最小值=31			癌症階段	第一期	5(8.3)
				第二期	6(10.0)
				第三期	7(11.7)
				第四期	42(53.3)
教育程度	不識字或國小	10(16.7)	是否轉移		
	國中或高中職	28(46.7)		是	45(75)
	大學或專科	18(30.0)		否	15(25)
	研究所	4(6.7)			
目前職業	有	27(45.0)	罹癌時間(月) 平均數=70.93 標準差 62.6 最大值=292 最小值=7		
	無	33(55.0)	曾經接受過治療		
宗教信仰	無	6(10.0)	無	0(0.0)	
	有	54(90.0)	有	60(100.0)	
家庭月 總收入	30000 元以下	32(53.3)	本次疼痛持續時間		
	30001-60000 元	18(30.0)		小於 3 個月	13(21.7)
	60001-90000 元	7(11.7)		3-6 個月	17(16.7)
	90001 元以上	3(5.0)		6 個月以上	37(61.7)
癌症診斷	乳癌	16(26.7)	自覺疼痛導因		
	子宮頸癌	6(10.0)		腫瘤引起	27(45.0)
	頭頸部癌	14(23.3)		治療引起	18(30.0)
	肺癌	5(8.3)		其他引起	9(15.0)
	淋巴癌	2(3.3)	不知道	6(10.0)	
	胃腸道癌	11(18.3)	目前疼痛部位總數		
	卵巢癌	3(5.0)		一處疼痛	25(41.7)
	胸腺癌	1(1.7)		兩處疼痛	19(31.6)
	輸尿管癌	1(1.7)		三處以上	16(26.7)
前列腺癌	1(1.7)				

表 3-2

疼痛狀態

(N=60)

變項/類別	人數(%)	變項/類別	人數(%)
最近一周是否出現不常見疼痛		現在疼痛程度	平均數=2.58 標準差=2.26 最大值=10 最小值=1
是	23(38.3)	沒有疼痛	15(25.0)
否	37(61.7)	輕度疼痛	28(46.7)
目前疼痛部位		中度疼痛	15(25.0)
頭頸部	10(16.7)	重度疼痛	2(3.3)
前胸	11(18.3)		
後背	13(21.7)	藥物處置	
上肢	7(11.7)	強效嗎啡藥物	35(35.0)
下肢	7(11.7)	弱效嗎啡藥物	7(7.0)
臀部	2(3.3)	非類固醇消炎	29(29.0)
腹部	9(15.0)	抗癲癇類	26(26.0)
腰部	1(1.7)	肌肉鬆弛劑	2(2.0)
最近一週最痛程度	平均數=6.30 標準差=2.65 最大值=10 最小值=1	維他命類	1(1.0)
沒有疼痛	0(0.0)	總和	100(100)
輕度疼痛	10(16.7)	其他治療處置	
中度疼痛	28(46.7)	復健	13(62)
重度疼痛	22(36.6)	中醫	8(38)
		疼痛緩解程度	
最近一週最輕程度	平均數=1.88 標準差=1.45 最大值=10 最小值=1	平均數=5.07 標準差=2.63 最大值=10 最小值=1	
沒有疼痛	14(23.3)	輕度(<40%)	19(31.7)
輕度疼痛	39(65.0)	中度(40-70%)	30(50.0)
中度疼痛	7(11.7)	明顯(>70%)	11(18.3)
重度疼痛	0(0.0)		
最近一週平均疼痛	平均數=3.45 標準差=1.83 最大值=10 最小值=1		
沒有疼痛	6(10.0)		
輕度疼痛	23(38.3)	註：輕度疼痛，界定疼痛分數的 1-3 分	
中度疼痛	30(50.0)	中度疼痛，界定疼痛分數的 4-6 分	
重度疼痛	1(1.7)	重度疼痛，界定疼痛分數的 7-10 分	

表 3-3

疼痛干擾生活程度

(N=60)

變項	平均值±標準差	最大值	最小值
疼痛干擾生活程度			
一般活動	3.88±3.38	10	0
情緒	4.75±3.18	10	0
行走能力	4.72±3.16	10	0
正常工作	5.68±3.56	10	0
與他人交往	2.68±3.35	10	0
睡眠	4.85±3.54	10	0
生活樂趣	4.12±3.56	10	0

參、癌症病人的失志狀態

本研究了解癌症病人的失志現象（見 3-4），整體平均值為 30.37 ($SD=17.37$)，量表分數越高代表失志程度越嚴重，而高低失志切割點則依據洪曉琪等（2010）提及平均數 30.27 為界線，其中 25 人（41.7%）落於高失志範圍內，其餘 35 人（58.3%）為失志程度較低。各面向之平均值為無意義感 4.55 ($SD=3.95$)、情緒不安感 6.25 ($SD=4.49$)、沮喪感 8.35 ($SD=5.37$)、無助感 4.78 ($SD=3.81$) 及失敗感 6.43 ($SD=3.61$)。

表 3-4

癌症病人失志分數與各項面向之結果

(N=60)

項目	人數(%)	分數範圍	平均值	標準差
高失志	25(41.7)			
低失志	35(58.3)			
整體量表		0-83	30.37	17.37
無意義感			4.55	3.95
情緒不安感			6.25	4.49
沮喪感			8.35	5.37
無助感			4.78	3.81
失敗感			6.43	3.61

肆、癌症病人疼痛意義

自覺癌痛意義量表共分為四項面向，包含：挑戰、失落、威脅與心靈覺悟，其代表對疼痛意義的定義，其中不同的項目內容主要陳述與疼痛有關之想法。計分方式，當各項面向量表分數越高，則表示病人賦予疼痛越多的意義，各面項之平均值為挑戰 14.4 ($SD=4.07$)、失落 13.4 ($SD=5.64$)、威脅 11.0 ($SD=4.85$) 及心靈覺悟 14.9 ($SD=5.64$) (見表 3-5)。

表 3-5

自覺癌症疼痛意義量表之面向結果

($N=60$)

項目	平均值	標準差
挑戰	14.4	4.07
失落	13.4	5.64
威脅	11.0	4.85
心靈覺悟	14.9	5.64

第二節 癌症病人疼痛狀態、失志及自覺癌痛意義相關分析

本章節探討癌症病人的疼痛程度、疼痛干擾生活程度、失志及自覺癌痛意義之間的相關分析，以皮爾森積差相關分析，當變數與變數間的關係越高，其相關性也越高。疼痛程度包括四個構面，分別是一週內「最痛分數」、「最輕分數」、「平均分數」及「現在分數」，此次研究主要探究前三項變項與疼痛干擾生活程度之相關，乃因本研究之研究參與者的疼痛為持續狀態，現在疼痛分數的程度對其生活之影響性不大，未將「現在分數」納為分析變項之一。而疼痛干擾生活程度共有探究七項生活構面（一般活動、情緒、行走能力、正常工作、與他人交往、睡眠、生活樂趣），但本次研究未個別探究七項生活構面與失志之關聯，故將七項分數加總另成為「疼痛干擾生活程度」變項。因此變項間之相關結果見表 4-1、4-2 所示，分析如下：

壹、疼痛狀態與疼痛干擾生活程度變項之相關

癌症病人最近一週的「最痛分數」、「平均分數」與疼痛干擾生活程度的相關係數各為.476、.464 呈現中度正相關，但「最輕分數」與疼痛干擾生活程度無顯著相關，表示當病人的疼痛程度越嚴重，相對因疼痛對生活程度的干擾也相對增加。

表 4-1

疼痛程度與疼痛干擾生活程度之相關分析

	最痛分數	最輕分數	平均分數	疼痛干擾生活程度
最痛分數	1			
最輕分數	.327*	1		
平均分數	.479**	.734**	1	
疼痛干擾生活程度	.476**	.154	.464**	1

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ N.S 表示無顯著差異

貳、失志與自覺癌痛意義變項之相關

癌症病人自覺癌痛意義中的「挑戰」與失志的相關係數為-.456，呈現中度負相關，其他構面的「失落」、「威脅」、「心靈覺悟」與失志的相關係數為.394、.521、.324，呈現中度正相關。表示當癌症病人將疼痛意義認知為挑戰時，其失志狀態越低，相對地當認知為失落、威脅與心靈覺悟時，其失落狀態越高。此時的心靈覺悟與失志狀態呈現正相關，並非意指當心靈覺悟越高其失志狀態越嚴重，特別了解心靈覺悟的題目為「疼痛讓我體會到自己不是萬能的」、「疼痛使我體會到生命的有限」等，進而推論讓當病人藉由疼痛體會到生命之有限概念時，即生命感受到威脅、自覺無能為力，甚至失去人生的控制感，故與失志狀態呈現正相關。

表 4-2
失志與自覺癌痛意義之相關分析

	挑戰	失落	威脅	心靈覺悟	失志總分
挑戰	1				
失落	-.073	1			
威脅	-.108	.559**	1		
心靈覺悟	.120	.541**	.712**	1	
失志總分	-.456**	.394**	.521**	.324*	1

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ N.S 表示無顯著差異

第三節 探討癌症病人納入自身疼痛意義認知，疼痛與失志狀態之徑路分析

本研究在進行徑路分析前，於前節先進行彼此間之相關分析，並無共線性問題，見表 4-1、4-2。此章節為探討不同的「疼痛狀態」、「疼痛意義」及「失志狀態」等研究變項之因果關係，茲以徑路分析方法進行，主要乃以迴歸方程式來驗證變項間的因果關係與徑路。以徑路圖來說明變項間可能的因果關係。依據假設區分為自變項與依變項，共有 3 組（9 個）徑路圖，自變項為疼痛程度（最痛分數、平均分數及最輕分數）、依變項為失志狀態（失志總分、高失志與低失志），中介變項則為疼痛意義（挑戰、失落、威脅與心靈覺悟），透過徑路分析求出徑路係數值，並判斷是否達顯著影響，最後以確立最終之徑路關係。

壹、疼痛狀態、疼痛干擾生活程度對失志影響之徑路分析

比較 5-1 徑路圖（參考徑路圖 A、B、C）並歸類重點如下述：

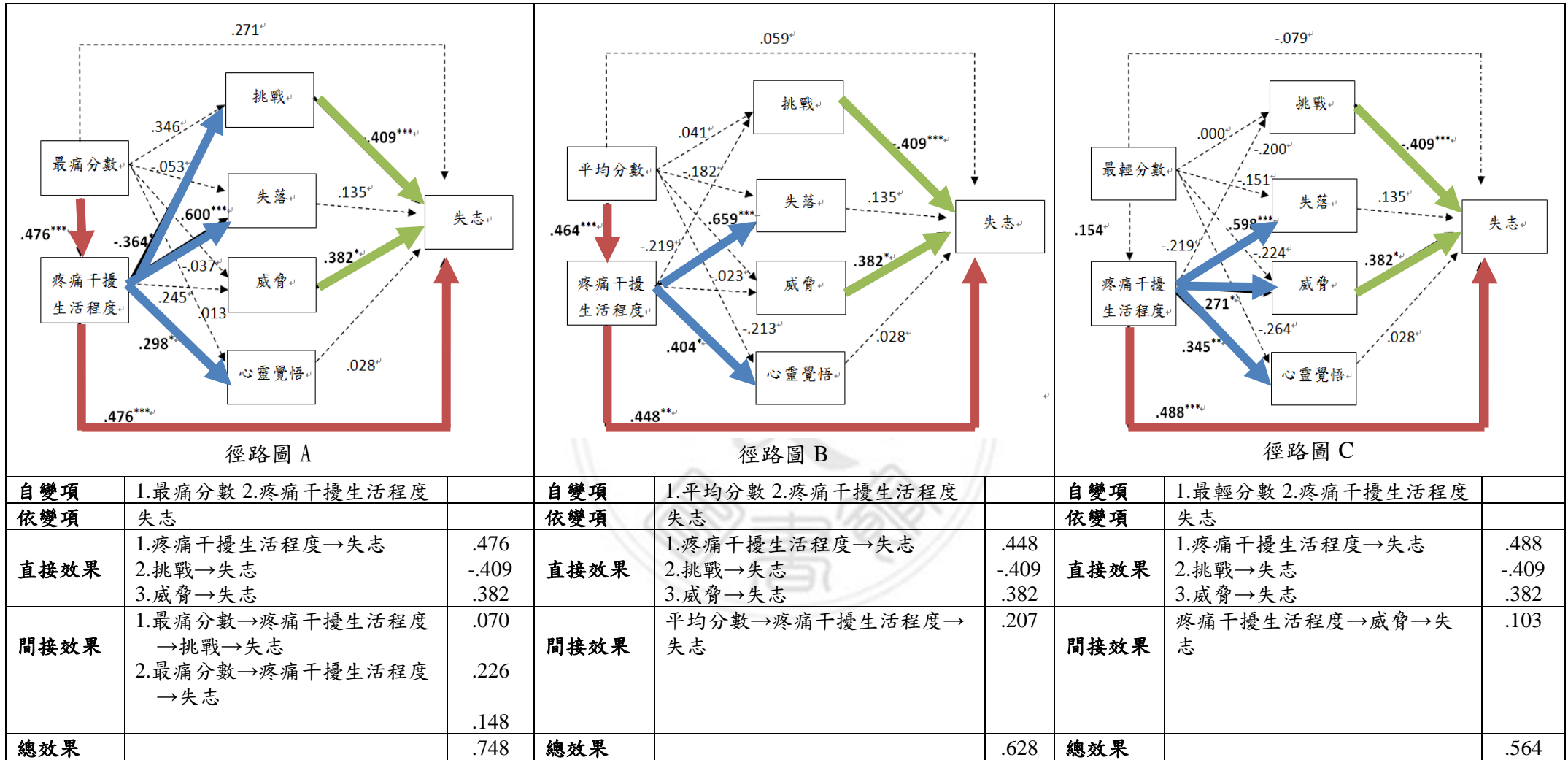
- 一、疼痛程度與失志：不論是最痛分數、最輕分數及平均分數對失志皆不構成直接影響，反而「最痛」與「平均疼痛」分數越嚴重，因疼痛干擾生活程度也越大，並影響失志狀態；最輕疼痛分數反而對生活不構成干擾。可以說疼痛程度的嚴重度，可以預測疼痛干擾生活程度的多寡，可得知當疼痛干擾生活程度越多，失志得分情況也增加。
- 二、疼痛程度與疼痛意義：不論是「最痛分數」、「最輕分數」及「平均分數」對疼痛意義及失志皆不構成直接影響。
- 三、在徑路圖 A、B、C 的疼痛干擾生活程度與自覺癌痛意義上，發現：
 - （一）以不同的疼痛程度與疼痛干擾生活程度為自變項，皆可得知：當生活因疼痛干擾程度越多，癌症病人在疼痛意義認知上越容易感到「失落」、「心靈覺悟」，此為共同徑路。
 - （二）以最痛分數、疼痛干擾程度為自變項、自覺癌痛意義及失志為依變項：當生活因疼痛干擾程度越多，癌症病人在疼痛意義認知上越容易感到「失落」、「心靈覺悟」，而干擾生活程度越輕微，而疼痛意義則認為是種「挑戰」，可降低失志

狀態。

(三)以最輕分數、疼痛干擾程度為自變項，自覺癌痛意義及失志為依變項：更多生活程度的干擾，讓癌症病人對於疼痛意義的認知為「失落」、「威脅」及「心靈覺悟」，以及雖然疼痛分數較輕不影響生活干擾程度，但輕微干擾程度會讓病人有威脅感，增加失志狀態。

(四)不同的疼痛狀態（在最痛分數、平均分數及最輕分數）對生活程度之干擾情況下，癌症病人在疼痛意義認知上皆以「失落」、「心靈覺悟」為共同認知，換句話說不論疼痛程度多嚴重，疼痛若影響到生活狀態，面臨到生命有限度之威脅時，其皆為壓力事件，引起失望及難過情緒。

四、徑路圖 A、B、C 的自覺癌痛意義與失志狀態上，發現不同狀態的疼痛程度，其自覺癌痛意義上皆採「挑戰」、「威脅」認知，值得一提的是若將疼痛視為「挑戰」意義，則可降低失志狀態，但當認為疼痛是一種「威脅」時，失志狀態相對增加。



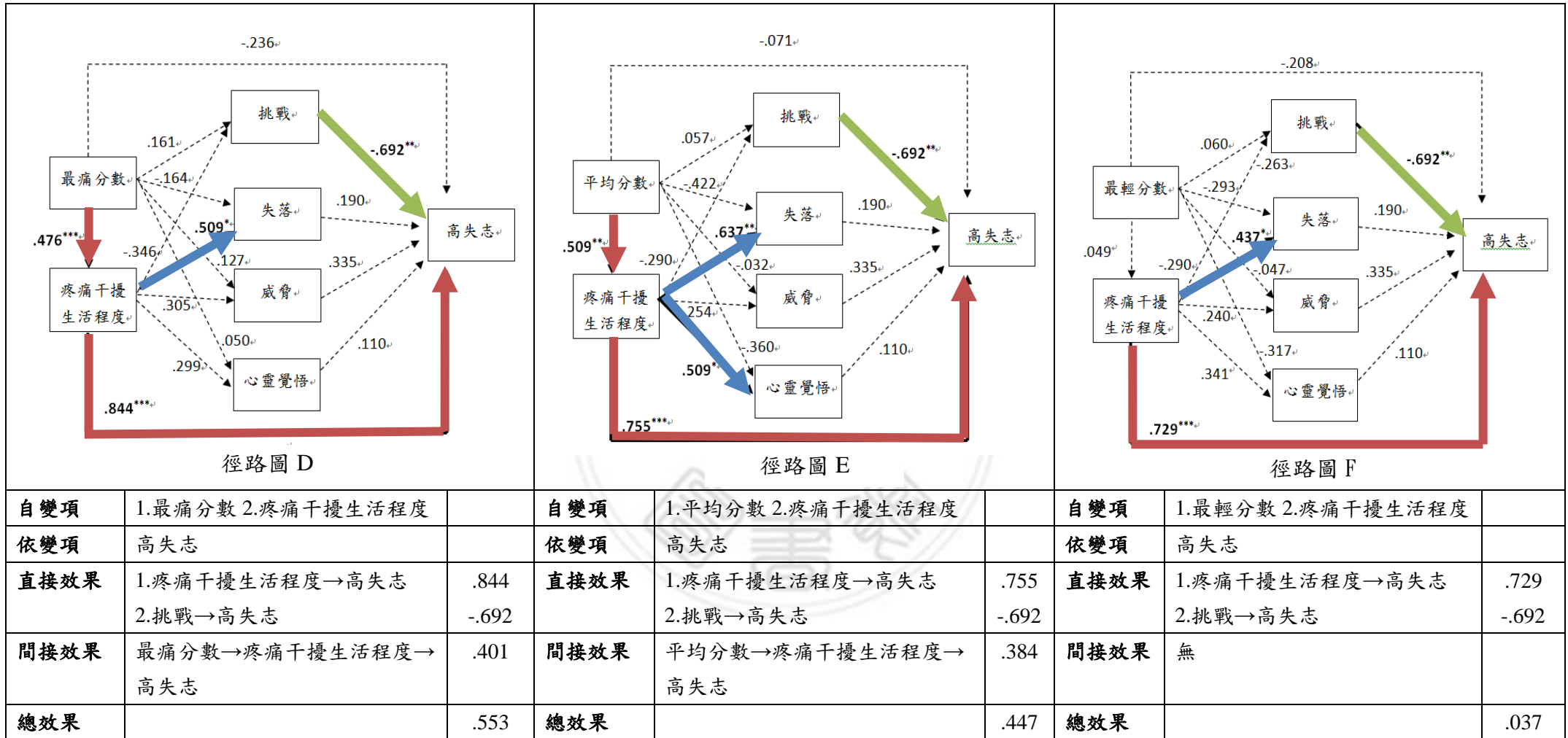
5-1 徑路圖

資料來源：研究者自行彙總

貳、疼痛狀態、疼痛干擾生活程度對高失志影響之徑路分析

比較 5-2 徑路圖（參考徑路圖 D、E、F）並歸類重點如下述：

- 一、疼痛程度與高失志：不論是最痛分數、最輕分數及平均分數對高失志的癌症病人，不構成直接影響，反而最痛與平均疼痛分數的疼痛程度，已經造成生活程度的干擾，影響高失志；最輕疼痛分數反而對生活干擾不構成影響，無法造成病人高失志。
- 二、疼痛干擾生活程度顯著地影響失志，換言之當疼痛干擾生活程度越多，高失志得分情況也增加。
- 三、在徑路圖 D、E、F 的疼痛干擾生活程度與自覺癌痛意義上，發現：
 - (1)以不同的疼痛程度與疼痛干擾生活程度為自變項，皆可得知：當生活因疼痛干擾程度越多，癌症病人在疼痛意義認知上容易感到「失落」，此為共同徑路。
 - (2)以平均分數、疼痛干擾程度為自變項，除了疼痛程度加重導致疼痛意義感為「失落」外，另一個則為「心靈覺悟」。
- 四、徑路圖 D、E、F 的自覺癌痛意義與高失志上，發現不同狀態的疼痛程度，其自覺癌痛意義上皆採「挑戰」為認知，其則可明顯降低病人的高失志狀態。



5-2 徑路圖

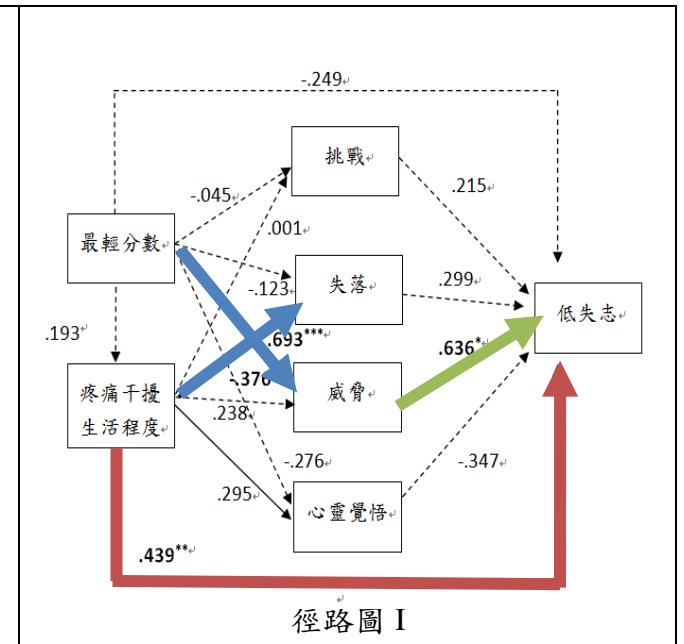
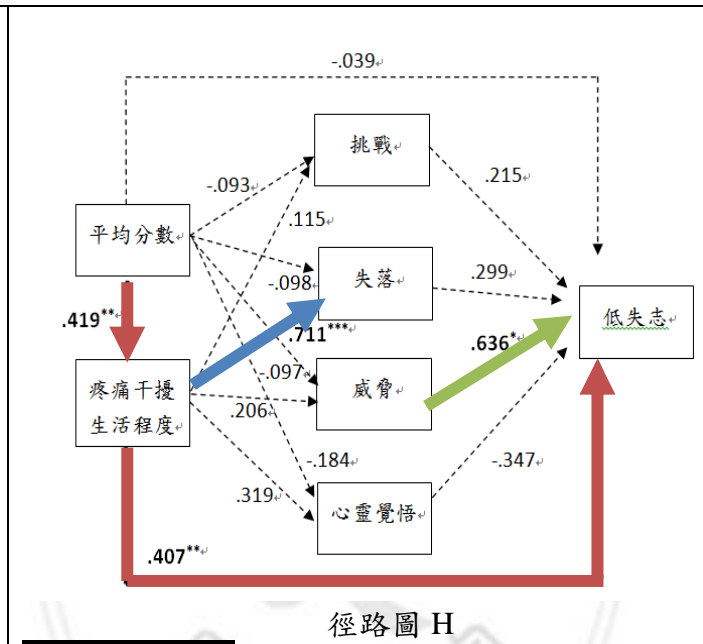
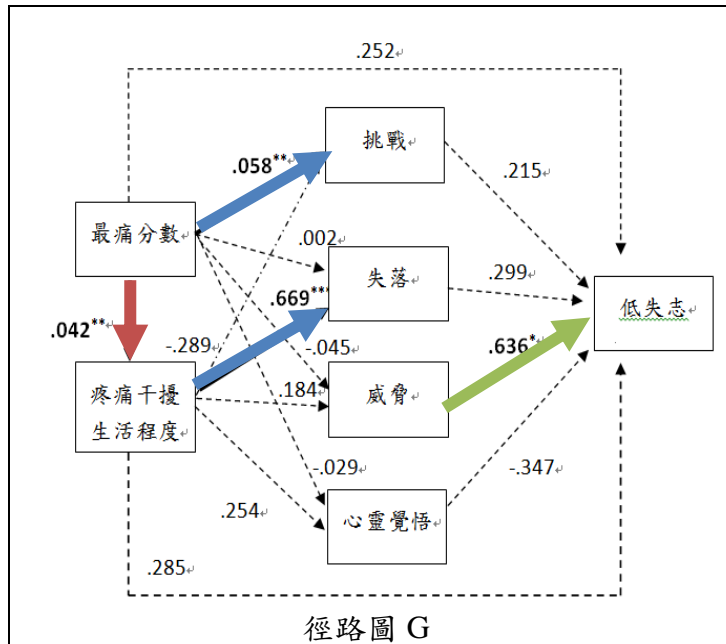
資料來源：研究者自行彙總

參、疼痛狀態、疼痛干擾生活程度對低失志影響之徑路分析

比較 5-3 徑路圖（參考徑路圖 G、H、I）並歸類重點如下述：

- 一、疼痛程度與低失志：不論是最痛分數、最輕分數及平均分數對低失志的癌症病人，不構成直接影響；但「最痛」與「平均疼痛分數」能有效預測疼痛干擾生活程度。
- 二、以平均疼痛、最輕疼痛及疼痛干擾程度為自變項、失志為依變項，「疼痛干擾生活程度」顯著地影響失志，換言之當疼痛干擾生活程度越多，低失志組得分情況也增加。
- 三、當癌症病人的失志狀態為低失志情況，其疼痛分數越低，這種疼痛感反而時時刻刻提醒而將疼痛意義認為是「威脅」，造成低失志狀態上升，但當疼痛程度較高時，疼痛意義改以挑戰認知。





自變項	1.最痛分數 2.疼痛干擾生活程度		自變項	1.平均分數 2.疼痛干擾生活程度		自變項	1.最輕分數 2.疼痛干擾生活程度	
依變項	低失志		依變項	低失志		依變項	低失志	
直接效果	威脅→低失志	.636	直接效果	1.疼痛干擾生活程度→低失志 2.威脅→低失志	.407 .636	直接效果	1.疼痛干擾生活程度→低失志 2.威脅→低失志	.439 .636
間接效果	無		間接效果	平均分數→疼痛干擾生活程度→低失志	.170	間接效果	最輕分數→威脅→低失志	-.239
總效果	無	.636	總效果		1.213	總效果		.836

5-3 徑路圖

資料來源：研究者自行彙總

第五章 結論與討論

於本章就前一章節分析結果進行結果討論，將整個研究結果進行概括性的說明，共分為六節。

第一節 本研究之主要發現與解釋

壹、癌症病人不同的疼痛狀態對失志狀態之影響

研究結果發現不論癌症病人的疼痛嚴重程度，皆不直接影響失志狀態，僅能作為「間接」影響失志狀態的角色。這樣的研究結果讓研究者震驚，常聽到病人陳述：「痛到生不如死，好想快點死掉。」因此假設 H2 設定上，就以臨床現象做為推論，單以字面上意思思考，病人因疼痛而有情緒上的反應，然而實際結果與假設(H2)不同，疼痛這些身體症狀，扮演的是間接角色，疼痛程度嚴重度需要導致病人生活品質受到影響，失志狀態才會相對增加，與廖淑貞（2002）提出疼痛強度不直接影響憂鬱狀態等概念一致但是這樣結果卻可以解釋於本研究動機中一名女性病人為何在疼痛控制穩定後，卻選擇自殺結束生命，並非將疼痛緩解後，病人的情緒相對得到緩解。會有這樣的認知差異，反思臨床醫療工作，在醫療教育上皆受到 Cassell（2001）提出「減輕(除)疼痛就能免除受苦」等概念來看待病人的疼痛與苦難，這樣的思考可能會誤導照護方向，造成醫療團隊無法回應病人核心問題。

貳、疼痛程度對疼痛干擾的生活程度之影響

研究結果證實「疼痛程度」可有效預測疼痛干擾生活品質，當疼痛分數越多（在最痛分數與平均分數的組別），疼痛干擾生活品質越差(應證假設 H1)。本研究發現之論點與 Rustwen, Moum, Padilla, Paul 與 Miaskowski（2005）、陳美碧等人（2004）及游以舟等人（2007）多位學者研究結果一致，說明癌症病人的疼痛症狀越嚴重，活動功能狀態越差時，需要他人協助情況頻繁，生活品質越不滿意。

參、不同的疼痛狀態對失志狀態之影響

一、「疼痛干擾生活程度」可預測癌症病人失志狀態：

當疼痛干擾生活程度越多，相對地則增加失志分數，此可印證 H3 假設。可於臨床照護普遍發生，一位中年男性這樣的陳述：「我從原本可以走，變成只能坐、現在連翻個身都要別人幫我，痛到連動都不敢動，這樣我的疾病不是越來越嚴重，唉...我無望啊...。」在收案過程中，這樣的研究結果和臨床觀察病人生病經驗，讓研究者去思量：癌症病人的身體功能有一種直覺意識，在許多症狀累積加總後，更指向另一種更為複雜的實體而存在，正在使其走向死亡的一種疾病。類似於陳佩英等人(1999)、施寶雯(2010)相關研究，發現高失志狀態下，所感受到的憂鬱程度高及整體生活品質越糟，換句話說，整體的生活品質若受到影響，病人容易出現高失志狀態，連帶憂鬱程度也相對提升，但於本研究過程中體會癌症病人雖然在失志或憂鬱上某些概念重疊，但失志狀態卻明顯讓病人失去生命意義感。

二、疼痛干擾生活程度越多，會以「失落」的疼痛意義詮釋，但「失落」不一定會影響失志。

若以失志整體狀態來看，當癌症病人的生活干擾程度越多，普遍除了以失落的意義認知來看待外，還有「心靈覺悟」的疼痛認知，此時的心靈覺悟並非因疼痛而轉換受苦意義或是天人物我關係，而是因疼痛讓病人開始思考生命的意義。一位年輕男性陳述：「沒想到我才 30 歲就得骨髓瘤，脊椎痛到無法走動，目前也是很難接受，覺得很無奈，現在雖然沒了健康，我還算幸運活下來，但是回想過去都不愛惜自己身體，失去後才知道健康的重要，都來不及了。」上述得知，藉由受苦或疼痛有時可促發癌症病人自我的再概念化，了解人類之脆弱與限制，而長期的慢性疾病(例如癌症)，能更強烈地向病人顯示過去的健康是種恩賜，當人們面臨失去狀態下，會有失落情緒，但經對比後才能發現它的價值，此時才是靈性開顯之開始(林耀盛，2006)。

肆、癌症病人其疼痛意義對失志狀態之影響

一、不同的疼痛意義（挑戰與威脅）是中介變項，且在不同失志狀態有明顯轉換路徑：

當癌症病人認為疼痛是一種「挑戰」，可明顯壓抑高失志狀態。但當其認為疼痛是一種「威脅」時，可能會提高失志狀態或是低失志組的失志分數，而當其失志狀態高於判定高、低失志之界線時，「威脅」意義則不發揮作用，改以「挑戰」疼痛意義因應。換句話說，癌症病人目前處於高失志情況下，倘若將疼痛意義解讀為挑戰感，並且利用挑戰感可壓低失志分數；反之，若疼痛意義感解讀為威脅，當威脅感逐漸增加，縱使病人原先處於低失志狀態，也會逐漸增加失志分數，進而從低失志組切轉換至高失志組。（圖六）。臨床若能評估到病人為高失志狀態，並與病人討論或訂定照護目標，可增進其自我挑戰感，將疼痛意義由威脅轉換為挑戰，此有可能降低高失志、甚至預防失志狀態增加。上述論點，可與 Lang（2007）提及當病人把疼痛作挑戰意義時，具有正向情緒反應，而將疼痛當為負向意義（威脅）時，影響情緒狀態越大。此可回應本研究動機所提及長期慢性癌痛的中年男性，覺得疼痛就是病況加重的原因，躺在床上不吃不喝、哭泣、唉聲嘆氣、不願外出活動，對於自己未來感到無望，表示拒絕服用止痛藥可以快速結束這一切，但其對有興趣的事仍有關注，此現況正如 Meghani 與 Houldin（2007）及 Ferrell（2005）提及對於疼痛意義結果類似，不外乎為訊息提示，告知身體某部分出現變化，可能代表身體持續惡化。

簡單來說，癌症病人認為疼痛是一種威脅，會逐漸增加失志分數，此時的癌症病人失志狀態就有可能從低失志組變更為高失志組，此與 Kissane（2002）提出的當病人認為面對疾病威脅時，個體無法依經驗進行評估、修正及調整個人建構系統，讓病人覺得自己與世界的意義受到威脅，而導致或加重失志程度的架構理論相符；但病人若以挑戰認知定義為癌症疼痛意義，則可降低高失志程度，此時的自覺癌痛意義變項（挑戰與威脅）不僅扮演中介變項，在不同的高失志、低失志及失志狀態組別上，會產生不同效益。

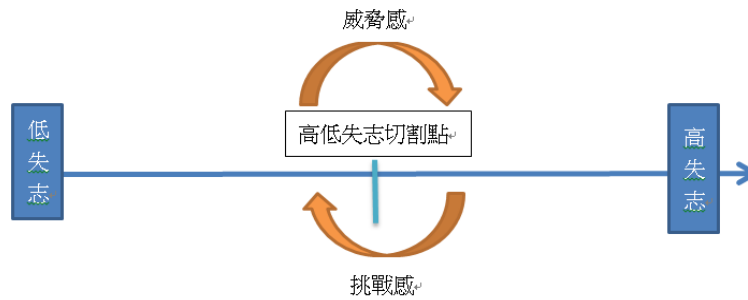


圖 6、疼痛意義於失志狀態之轉換圖

資料來源：研究者自行彙總

二、若病人已經出現高失志的情況，不同的疼痛程度皆不造成疼痛意義上的改變，僅有在低失志組上不同的疼痛程度（最痛程度、最輕程度）的疼痛意義才有變化。

與 Barkwell (1991) 研究結果相近，當病人認為疼痛意義為挑戰時，其有顯著較低的疼痛程度及輕微憂鬱狀態。反之與 Lang (2007) 研究結果不同，可能 Lang (2007) 探究疼痛狀態的時間為過去 24 小時內疼痛狀態，在最痛的短時間狀態時，容易引發病人思考生命與死亡議題，而本研究除了探究疼痛狀態為最近一週內的疼痛、疼痛持續時間以 6 個月以上的病人居多，疼痛時間較為拉長外，主要還是受到疼痛意義作為中介影響，此結果可驗證廖淑貞 (2002) 在研究中之推論。在病人持續高失志狀態下，不論何種程度的疼痛皆無法因為疼痛意義認知而增減失志狀態，此現象為失志的天花板效應

(Ceiling Effect)，收案過程中曾陳述：「反正我都已經痛到這麼嚴重，用嗎啡都沒有比較好，我的病已經沒藥醫了，有吃(止痛藥)和沒吃都一樣了...」，高失志狀態的癌症病人，持續中重度疼痛，不論疼痛是 9 分或 5 分，對他們來說都只是身體惡化或腫瘤存在的隱喻，甚至當疼痛屬性不屬於癌症引發，可能為肌筋膜酸痛造成中度的疼痛程度，他們仍有可能將疼痛解讀為腫瘤引發，而加重失志狀態。唯有了解其癌痛意義為何，增加其對生命或疾病變化的挑戰感，才能降低高失志，例如第二個動機故事中，病人描述疼痛狀態底下，病人不斷詢問：「我痛成這樣，是不是要死了...既然如此我連藥物都不需要再吃了，將死之人是不需要再治療。」觀察病人的描述疼痛底下，除了疼痛程度及不願服用藥物狀況外，疼痛對其隱喻為死亡的靠近，與 Ferrell 及 Dean (1995) 論述的

如果疼痛加劇，意味者癌症在復發或是進展中，容易與死亡做聯想之概念呼應，縱使病人不願服用藥物、甚至喪失意義感，但仍保有對家人關注(期待新生命之誕生)，初步判斷可能出現失志狀態，因研究者發現其對家中新生命的誕生仍抱持期待與興奮，開始與病人訂定治療及生活目標，並向病人保證團隊會持續陪伴他面對疼痛與疾病，激勵病人一同面對疼痛及處置，即是增加對疾病及疼痛的「挑戰感」，進而改變其服藥方式與完成心願。

另一個有趣的發現是當病人為低失志情況下，此時在面臨嚴重疼痛時，賦予疼痛意義為必須去面對或藥物處理(即為挑戰感)，發現多數病人皆有主訴類似情況：「我痛到睡不著、吃不好，看有沒有什麼藥物可以幫忙。」這樣類型的病人，在疼痛控制穩定後，生活影響程度即可獲得改善，且成效多半顯著；若面臨輕微疼痛則時時刻刻提醒著病人病兆之存在(為暗示疾病威脅)，也有些病人要求團隊不要將疼痛感完全壓抑下來，會表示：「如果用藥物把疼痛降到沒感覺，我會不知道現在身體的狀況。」疼痛感在此時的意義除了是對生命存在的表徵外(Biro, 2010/2014)，也具警示意涵。

伍、疼痛意義的建構歷程

在收案過程，原先設定填寫問卷時間花費約 5-10 分鐘，但在結構式問卷中卻意外開啟病人藉由疼痛描述生病經驗的故事，而讓每一次的收案時間延長為 40-60 分鐘，讓病人有機會述說發病至今的生病經驗或是詮釋疼痛感，賦予疼痛意義，將疼痛與過去的事件串聯起來，並了解病人對於疼痛信念與價值觀，這是讓研究者有另外的收穫。研究者臨床處理癌症病人的疼痛感時，一名肺癌且合併脊椎骨轉移的病人分享其疼痛經驗與意義：「我這下背痛有半年了，剛開始都以為是搬粗重的工作才會有肌肉痠痛，貼了很多沙榮巴斯及給推拿的按摩，都沒有比較好，我覺得痠痛感覺就跟平常一樣，所以都沒放在心上，直到我雙腳無力跌坐在地，家人送我來醫院做了核磁共振，發現脊椎有轉移，醫師進一步找原因才發現是肺癌轉移到骨頭，我才會知道疼痛是這樣造成的。」與 Sarte 學者提出個人對於病痛的意義建構的四種層次結果類似，多數癌症病人未確診前常以生活經驗來詮釋疼痛，有時被遺忘，直到疼痛反覆加劇或無法緩解時求醫，診斷

後發現為癌症，便開始將疼痛與癌症進行連結或隱喻，當每一次的疼痛出現，病人會於其中感受到病痛的苦痛，有時會向醫療團隊詢問導致疼痛的疾病與原因。也有些病人的疼痛反而在所有的藥物處置後仍無法緩解，會將疼痛感認為是一種命運，只能接受與順應，一名病人曾說：「我也知道我沒有藥可以用，雖然很痛，想自殺也不行，只能這輩子先還清，以免下輩子還會輪迴受苦...」。總結上述，病人的疼痛經驗，除了生理疾病引發器官實質反應外，也是某種情緒或不愉快的感覺，而且這些經驗會受到文化意涵、個人的意義解釋，甚至滲透到生活經驗中(Kleinman, 1988/1994)。



第二節 結論

本研究目的主要探究癌症病人疼痛對失志之影響，並以探究不同疼痛意義在之中扮演何種角色與徑路。目前國內尚未有研究針對癌症病人的疼痛狀態對失志影響之研究，及疼痛意義作為中介影響之結果，依本研究結果與討論，提出以下幾點結論：

- (一) 疼痛程度越嚴重(最痛分數及平均分數)對疼痛干擾生活程度有顯著中度正相關。最輕疼痛程度，則不影響生活程度。
- (二) 疼痛程度的嚴重度不直接影響失志，需透過干擾生活程度越多，相對造成失志影響也越大；而疼痛干擾生活程度可以直接預測失志。
- (三) 只有在低失志組的疼痛程度，對疼痛意義才有不同的影響，疼痛程度較多的低失志狀態，疼痛意義會以「挑戰」因應；當疼痛程度越輕微，疼痛意義會以「威脅」因應。則在其他高失志組及總失志組狀態的疼痛程度，則不會對疼痛意義產生任何影響。
- (四) 在不同疼痛程度與失志狀態分組，疼痛干擾生活程度以「失落」疼痛意義為共同結果。
- (五) 不同的疼痛意義（挑戰與威脅）是中介變項，在高失志組，疼痛意義為「挑戰」可以降低高失志狀態；低失志組，疼痛意義為「威脅」會增加低失志組得分。

第三節 研究貢獻

過去的醫學研究癌症病人的疼痛領域多與癌症生活品質、憂鬱、焦慮、睡眠、對病人或家屬疼痛認知等議題進行相關探討，而本研究考量癌症病人普遍心理狀態為失志，且失志具有預測憂鬱狀態(施寶雯, 2010)，故將其作為依變項，再者參考廖淑貞(2002)推論疼痛強度與憂鬱程度之間關係可能受到某主觀性之中介因素影響，做為研究方向出發點，思考疼痛意義作為中介變項之可能性。發現過去研究中並沒有疼痛、疼痛意義與失志等相關研究，也沒有應用於臨床情緒的關係論證，故本研究僅能收集相關文獻作為理論架構基礎，推論此研究議題之可行性。在最後研究發現證實了疼痛並非直接影響失志狀態，反而是因疼痛干擾的生活品質才扮演著預測對象，及疼痛意義(挑戰與失落)在不同的高、低失志狀態上具有轉換角色。

本研究貢獻，主要可總結下述三點：

- 一、了解癌症病人的疼痛程度加劇，雖不直接影響失志狀態，但可透過疼痛干擾生活品質而加重失志，證明疼痛干擾生活程度可以預測病人的失志狀態。
- 二、當病人身陷在自身疾病與負向情緒中無法跳脫，醫護人員若能注意到病人的情緒狀態(初步判斷高、低失志)，並以疼痛意義概念(挑戰與失落)作為促發或轉換癌症病人的失志狀態，便可成為臨床照護另一種的照護觀點。
- 三、目前國內失志相關文獻，論述範圍於癌症病人憂鬱及自殺，乃因失志現象可以做為預測憂鬱或是自殺，而本篇研究除了以不同觀點討論癌症病人的疼痛狀態、疼痛意義與失志關聯，用不同面向描繪出癌症病人的疼痛生病經驗。

第四節 研究限制

收案之場域限制，本研究僅以南區某地區醫院之血腫科病人進行收案對象，並未擴及全國醫院，故在研究推論上無法達到全面性，建議後續可增加樣本數，這樣的研究更具代表性。

由於臨床癌症病人病情變化快速及體力上受限，造成樣本收集無法像一般樣本如此快速，無論是問卷填寫或建立關係都需耗上時間，甚至有些病人當疼痛控制或建立關係尚未穩定時，病情急驟直降，導致樣本數過少，可能造成某些相關係數或迴歸係數不穩定，而這部分狀態也可能反應在假設推論或徑路分析結果上。甚至在部分題目上，疼痛干擾生活程度，原本有七項生活品質評估，也因樣本數不足而將七項分數加總另成為「疼痛干擾生活程度」變項，無法針對各生活層面影響疼痛意義及失志進行分析。收案過程多半於疼痛科介入後或醫師查房後，上述情況可能會影響病人問卷填寫之真實性，另外樣本特性不同也是限制之一，這樣的結果可能反應在某些項目之分析結果呈現非常態化現象。

在研究方法上，本次研究以徑路分析來解釋疼痛狀態、自覺癌痛意義與失志彼此之因、果的影響力及徑路解釋。然而，徑路分析雖可讓故事更完整，但在估算上有限制，未來建議可以單一模型結構方程式取向的徑路分析來驗證本研究模式，對模式的修正更加完整。另外，當初考量癌症病人處於疼痛當下可能無法參與研究，也為了確保病人不論是否參與研究皆不影響其疼痛相關照護之權利，因此於疼痛控制穩定後進行問卷填寫，但當下的疼痛程度、因疼痛干擾生活品質、疼痛意義與失志狀態，皆會有不同變化，因為生命是一種動態歷程，可能導致研究結果在不同時機點介入而有差異。

研究工具上，本次研究使用失志量表及自覺癌痛意義量表，前者量表使用上雖然國內外皆有不錯之信效度，除了受限翻譯、文化差異外，受試者的教育程度與認知，讓其在填寫過程中仍有部分題議無法了解，例如：我已經喪失生活中之角色，受試者不清楚何謂角色定義，需要研究者在旁說明與解釋，容易影響其自評失志現象的結果。後者量

表使用上，多數研究者表示其評分量尺之說明，使用「這就是我的想法」相對失志量表使用的於「同意」或是「不確定」作為說明來的更加清楚與具體，建議往後研究者可參考研究對象之特性，在題意說明或是評分量尺說明之設計，安排上需小心謹慎。



第五節 研究建議

基於上述的研究限制，本研究尚有改善及拓展方向，針對研究結果，提供給相關領域研究之參考。另外，在研究過程中發現醫療人員與病人對於疼痛或受苦觀點不同，盼此建議與分享本篇論文，增加彼此對於疼痛論述的視域。

壹、未來研究方向

每個人在經歷疼痛時，會出現不同的疼痛意義，然而除了癌症病人會經歷疼痛痛苦難外，在某些慢性疾病或是非癌症但診斷末期疾病上，也會有類似的情況發生，其所顯示的疼痛意義或是失志狀態未必相同，或許在未來相關研究上可拓展研究樣本之多樣性，增加疼痛意義之論述觀點，豐厚病人的疼痛故事。

另外，未來研究若能以各個疼痛干擾生活層面進一步分析與失志關聯，或許能在哪些層面照護上著力，降低失志狀態。

貳、醫療教育

根據研究結果推翻本研究之假設「疼痛程度越嚴重，導致失志狀態相對增加」，這是醫療普遍之主觀認知，然而直接影響失志卻是疼痛干擾生活程度，疼痛為間接影響，對癌症病人來說，疼痛只是所有癌症病人困擾症狀之一，還需考量其他會影響生活品質的層面（例如：疲憊、食慾差、失眠），須同時關注與處置，我們僅能保守推論控制疼痛能維持現有的生活狀態，並非控制病人的疼痛就能提升生活品質。再者，在照護病人時，醫療團隊須檢視是否以「生物醫學實證模式」來看待病人的疼痛與症狀，這樣是無法同理到病人「主體病痛體驗模式」而架構的生病世界，我們可以從病人與醫療端的對話中發現，醫療人員與病人存在各自的生活世界，意向性的焦點也不同，前者專注於生理病理學之解釋，後者則以個人生平的各個層面與生病經驗作為意義上的關聯(林耀盛，2006)，總結上述，倘若能多關注病人描述的生病經驗，不單對整體性照護更有助益，對疼痛也將有更多的同理心。

第六節 研究反思

在研究歷程當中，為了找尋相關文獻論述研究者的研究問題與假設，不斷地遇到瓶頸，甚至在疼痛意義與失志兩者間關聯上未曾有研究，研究心境宛如行走於鋼索之上，夾雜不確定感及擔憂，擔心論證方向是有誤、也沒有更多的類似文獻進行對話，最後從學術觀點、臨床案例與研究結果進行對話及分析，有些研究方式與概念並未完全適切，但在大膽假設中，嘗試小心求證，盼本篇研究概念議題在這塊尚未開拓的領土，進行一些小小種子播種。

本研究之最後，研究者深刻體悟到，癌症病人的生活經驗已經與過去產生斷裂，其生病歷程也無法從生活中分離，這種持續的病痛與改變，也使個人體會病痛的意義。既然苦痛與病人理解疾病兩者間有密切關係，顯然意義就扮演著轉換的角色，盼此研究結果與論點，能在醫療團隊照護癌症病人時，提供不一樣之思維。

參考文獻

中文部份

- 方俊凱 (2011)。概述失志症候群。《安寧療護雜誌》，16 (3)，371-379。
- 方俊凱 (2013)。癌症病人的失志症候群。《臺灣醫學》，17 (2)，149-154。
- 吳幸娟、陳秀蓉 (2002)。以五種疼痛評估量表探討手術後病童之疼痛程度。《慈濟醫學雜誌》，14 (5)，311-315。
- 李修慧 (2012)。癌末病患病情知覺經驗之研究—以安寧病房為例。未出版之碩士論文，南華大學，嘉義縣。
- 李淑貞、賴裕和、邱宗傑、陳怡樺 (2004)。癌痛病患疼痛控制信念、殘障信念、感覺特質及其相關性之探討。《榮總護理》，21 (4)，329 - 338。
- 吳毅宸 (2013)。頭頸部癌症患者的心理痛苦、憂鬱、失志與自殺意念之研究。未出版之碩士論文，亞洲大學，台中。
- 邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍 (譯) (2000)。病患的意義 (原作者：S.K. Toombs)。青島：青島出版社。(原著出版年，1992)
- 林芷伊 (2007)。機構關節炎老人之慢性疼痛及其相關因素探討。未出版之碩士論文，輔英科技大學，高雄市。
- 林淑茶 (2008)。肺癌病人化學治療期間疼痛、憂鬱與睡眠品質之探討。未出版之碩士論文，長庚大學，桃園。
- 林舜源 (2008)。探討衛教對術後疼痛及肌筋膜疼痛患者認知、滿意度與生活品質之影響-以某家區域教學醫院為例。未出版之碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。
- 林治國 (2004)。論疼痛- 以沙特《存在與虛無》之身體存有學為線索。未出版之碩士論文，南華大學，嘉義縣。
- 林耀盛 (2006)。聆聽受苦之聲：從「咱們」關係析究慢性病照顧。《應用心理研究》，29，183-212。

- 洪曉琪、陳虹汶、張義芳、楊育正、劉建良、謝瑞坤、...方俊凱 (2010)。癌症病人失
志量表中文版之信效度檢測。內科學誌，21，427-435。
- 施寶雯 (2010)。乳癌婦女失志、憂鬱、無望感與生活品質之探討。未出版之碩士論文，
台北護理健康大學，台北市。
- 唐秀治、林玉娟、鄭春秋、陳貞秀、張美娟、陳秋慧 (2001)。癌症症狀徵候護理。台
北市：匯華。
- 許海燕 (譯) (1997)。伊凡·伊里奇之死(*The death of Ivan Ilyich*)。(原作者：Leo N.
Tolstoy)。台北：志文。
- 梁淑媛 (1999)。疼痛對門診癌症病人及其家屬之情緒衝擊。未出版之碩士論文，台北
醫學院。台北市。
- 張靜宜、高美玲 (2008)。生產疼痛的意義。助產雜誌，50，10-15。
- 張賢真 (2007)。癌症老人疼痛程度評估：評估工具之比較。未出版之碩士論文，台北
護理健康大學，台北市。
- 陳美碧、謝麗鳳、林惠蘭、李淑貞、林純如、蔡欣玲(2004)。癌症病人之生活品質及其
預測因子。榮總護理，21 (4)，352-362。
- 陳佩蓓 (2005)。生命支柱的傾圮—脊髓損傷者疼痛知覺與調適經驗之研究。未出版之
碩士論文，南華大學，嘉義縣。
- 陳佩英、史麗珠、王正旭、賴裕和、張獻崑、陳美伶 (1999)。疼痛對癌症病患焦慮與
憂鬱之影響。臺灣醫學，3 (4)，373 - 382。
- 陳美伶 (1997)。疼痛的意義。護理新象，7 (4)，745-752。
- 陳美伶 (2004)。自覺癌症疼痛意義量表之簡介。疼痛通訊，45，15-16。
- 陳玲如 (2012)。麥爾基疼痛問卷中文修訂版信度及效度檢測。未出版之碩士論文，長
庚大學，桃園。
- 陳新綠 (譯) (1994)。談病說痛—人類的受苦經驗與痊癒之道 (原作者：A. Klinman)。
台北市：桂冠圖書。(原出版年：1988)

- 黃安年 (2013)。末期疾病疼痛治療學。台北市：合記。
- 游以舟、馮瑞鶯、劉彥青、彭渝莉、蔡玉娟 (2007)。疼痛門診病人的心理社會特性和疼痛強度有相關性。疼痛醫學雜誌，17 (2)，48-55。
- 葉北辰 (2012)。肺癌及淋巴癌病人失志感與創傷後成長關連性及意義發現之初探。未出版之碩士論文，台北健康護理大學，台北市。
- 葛魯萍 (2004)。臺灣版簡易疼痛量表之簡介。疼痛通訊，45，8-10。
- 彭榮邦 (譯) (2014)。聆聽疼痛-為痛苦找尋話語、慈悲與寬恕 (原作者：D. Biro)。新北市：木馬文化。(原著出版年：2010)
- 蔡昌雄 (譯) (2011)。臨終諮商的藝術 (原作者：G. S. Lair)。台北市：心靈工坊文化 (原著出版年：1996)。
- 蔡友月 (2004)。臺灣癌症患者的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力。臺灣社會學期刊，33，51-108。
- 蔡琇文 (1998)。癌症疼痛特質不確定感與心理困擾之相關性探討。未出版之碩士論文，台北醫學大學，台北市。
- 蔡麗雲、顧乃平、張澤雲、賴裕和 (2001)。癌痛病患的焦慮、憂鬱及其相關因素之探討。新臺北護理期刊，3 (1)，23 - 33。
- 廖淑貞 (2002)。癌症疼痛強度與憂鬱相關性之統合分析。未出版之碩士論文，長庚大學，桃園。
- 鄧旗明 (2003)。雙峰患者生命意義之探討-以乳癌個案為例。未出版之碩士論文，南華大學，嘉義縣。
- 賴虹均 (2008)。癌症患者的憂鬱症。腫瘤護理雜誌，8 (1)，1-11。
- 謝孟芸、蔡兆勳、陳慶餘、邱泰源 (2011)。癌症末期患者群集性症狀診治的新進展。臺灣醫學，15 (1)，62-60。
- 衛生福利部統計處 (2014年11月12日)。死因統計【衛生福利部統計處】。取自 <http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=SA3&KeyID=151795578553477ed57a94d>

衛生福利部國民健康署（2014年11月12日）。癌症登記年度報告【衛生福利部國民健康署】。取自

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/Stat/StatisticsShow.aspx?No=200911300001>

龔卓軍（2006）。身體部署：梅洛龐蒂與現象學之後。台北市：心靈工坊。

英文部分

Arathuzik, M. D. (1991). The pain experience for metastatic breast cancer patients. *Cancer Nursing, 14*(1), 41-48

Barkwell, D. P. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain. *Journal of Palliative Care, 7*(3), 5-14.

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Breivik Hals, E. K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia, 101*(1), 17-24.

Briggs, A. M., Jordan J. E., Buchbinder, R., Burnett, A. F., O'Sullivan, P. B., Chua, J. Y.,, Straker, L. M. (2010). Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *PAIN, 150*(2), 275-283.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.031>

Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine, 306*(11), 639-645. doi: [doi:10.1056/NEJM198203183061104sse](https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104sse)

Cassell, E. J. (2001). The Phenomenon of Suffering and its Relationship to Pain. In S. K. Toombs (Ed). *Handbook of Phenomenology and Medicine, 68*, 371-390.

doi : [10.1007/978-94-010-0536-4_20](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_20)

Chatwin, J., Closs, J., & Bennett, M. (2009). Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies. *European Journal of Cancer Care, 18*(2), 124-130.

doi: [10.1111/j.1365-2354.2007.00885.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00885.x)

Chen, M. L. (1997). *The perceived meanings of cancer pain: An instrument development.*

- (9736151 Ph.D.), University of Maryland, Baltimore, Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304389218?accountid=147882> ProQuest Hospital Collection database.
- Chen, M. L. (1999). Validation of the structure of the perceived meanings of cancer pain inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 344.
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-742.
doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x
- Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine*, 49(6), 727-736.
- Cockram, C. A., Doros, G., & De Figueiredo J.M. (2009). Diagnosis and measurement of subjective incompetence: The clinical hallmark of demoralization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 342-345.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D. A., Harding, G., Coyne, K. S., Sandner, P. S., Bhagwate, D., . . . Melzack, R. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *PAIN*, 144(1–2), 35-42. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.007>
- Ferreira, K. A., Teixeira, M. J., Mendonza, T. R., & Cleeland, C. S. (2011). Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 505-511. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-010-0844-7>
- Ferrell, B. (2005). Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Management Nursing*, 6(3), 83-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2005.06.001>
- Ferrell, B., Taylor, E., Sattler, G., Fowler, M., Cheyney, L. (1993). Searching for the meaning of pain. *Cancer Practice*, 1(3), 185-194.
- Ferrell, B. R., & Dean, G. (1995). The meaning of cancer pain. *Seminars in Oncology*

- Nursing*, 11(1), 17-22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-2081\(95\)80038-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-2081(95)80038-7)
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: the restoration of morale. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271–274.
- Ger, L. P., Ho, S. T., Sun, W. Z., Wang, M. S., & Cleeland, C. S. (1999). Validation of the brief pain inventory in a Taiwanese population. *Journal of pain and symptom management*, 18(5), 316-322.
- Gallagher, R. M., Marbach, J. J., Raphael, K. G., Janis, H., Dohrenwend, B. P. (1995). Myofascial face pain: seasonal variability in pain intensity and demoralization. *Pain*, 61(1), 113-120.
- International Association for the Study of Pain (2014, May 22). Pain Definition. *IASP Taxonomy 2012*. www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm
- Kissane, D. W., Clarke, David M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., Lee, X. Q., Kee PL., & Clarke, D. M. (2004). The demoralization scale: a report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 269-276.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer.
- Lai, Y. H., Guo, S.L., Keefe, F. J., Tsai, L. Y., Shun, S. C., Liao, Y. C., . . . Lee, Y. H. (2009). Multidimensional pain Inventory-Screening Chinese version (MPI-sC): psychometric testing in terminal cancer patients in Taiwan. *Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1445-1453. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-009-0597-3>
- Lang, X. (2007). *Perceived meanings of cancer pain among Chinese patients*. (3271781 Ph.D.), University of Pennsylvania, Ann Arbor. Retrieved from

<http://search.proquest.com/docview/304837225?accountid=147882> ProQuest Hospital Collection database.

- Lee, C. Y., Fang, C. K., Yang, Y. C., Liu, C. L., Leu, Y. S., Wang, T. E., . . . Chen, H. W. (2012). Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2259-2267. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1332-4>
- McGuire, D. B. (1992) Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom Management* ,7, 312–319.
- Meghani, S. H., & Houldin, A. (2007). The Meanings of and attitudes about cancer pain among african Americans. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1179-1186.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5
- Mullane, M., Dooley, B., Tiernan, E., & Bates, U. (2009). Validation of the demoralization scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 323-330. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951509990253>
- Mystakidou, K., Mendoza, T., Tsilika, E., Befon, S., Parpa, E., Bellos, G., . . . Cleeland, C. (2001). Greek brief pain inventory: validation and utility in cancer pain. *Oncology*, 60(1), 35-42.
- Petpichetchian, W. (2001). *The cancer pain experience in Thai patients: Meanings of cancer pain, control over pain, pain coping, and pain outcomes*. (3010117 Ph.D.), Wayne State University, Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304726129?accountid=147882> ProQuest Hospital Collection database.
- Rustoen, T., Moum, T., Padilla, G., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 234–242.

Rickelman, B. L. (2002). Demoralization as a precursor to serious depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses*, 8, 9-19.

Merriam-Webster (2015). *Merriam-Webster dictionary*. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/>

Walsh, D., & Rybicki, L. (2006). Symptom clustering in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 14, 831-836.

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 798-804.

doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x

Yun, Y. H., Mendoza, T. R., Heo, D. S., Yoo, T., Heo, B. Y., Park, H. A.,...Cleeland, C. S. (2004). Development of a cancer pain assessment tool in Korea: A validation study of a Korean version of the brief pain inventory. *Oncology*, 66(6), 439-444.

附錄

附錄一 臨床試驗證明書

奇美醫療財團法人奇美醫院人體試驗委員會
新案 同意臨床試驗證明書

計畫編號：廠商計畫編號：無 / IRB編號：10311-L02

試驗機構：奇美醫療財團法人柳營奇美醫院

計畫主持人：林家惠 / 協同主持人：無

計畫名稱：探討癌症病人疼痛與失志狀態之關連-由癌症疼痛意義觀點介入

計畫書版本：第2.0版, 2014年10月21日

受試者同意書版本：第2.0版, 2014年11月27日

問卷版本：第1.0版, 2014年11月11日

上述計畫經本院人體試驗委員會 2014 年 12 月 11 日 審查通過，有效期限自 2014 年 12 月 11 日至 2015 年 12 月 12 日 應接受本會之監督，主持人於研究期間所獲得受試者的資料應負保密責任。如試驗無法於核准期限內完成，請於屆期前 2 個月繳交期中報告並申請展延試驗期限，經本會審查核准後方可繼續進行。

Clinical Trial Approval Certificate (New Applications)

Protocol No.: Applicant's No.: None / IRB Serial No.: 10311-L02

Institute: Chi-Mei Hospital, Liouying

Principal Investigator: Chia-Hui Lin / Co- Investigator(s): None

Protocol Title: Exploration of the relationships of pain and demoralization in cancer pain patients : the meaning of cancer pain as a moderator.

Protocol Version and Date: Version 2.0, 2014-10-21

Informed Consent Form: Version 2.0, 2014-11-27

Questionnaires: Version 1.0, 2014-11-11

The above study was approved by the Institutional Review Board of the Chi Mei Medical Center on 11 Dec 2014 and will be monitored by the IRB. This approval is valid from 11 Dec 2014 until 12 Dec 2015. Investigators are responsible for keeping the subject information confidential. The principal investigator is required to submit an Annual Report 2 months before the expiry date for continuing review approval in order for the research to proceed.

人體試驗委員會
主任委員：蔡永杰



2014 年 12 月 11 日 核准

Yours sincerely,

Yung-Chieh Tsai, M.D.

Chairman

Institutional Review Board,

Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan

本會組織與執行皆符合 ICH-GCP

The Institutional Review Board performs its functions according to written operating procedures and complies with GCP and with the applicable regulatory requirements.

問卷同意書

您好：

首先感謝您在百忙之中，撥空填寫此份問卷！

我是林家惠，目前正在進行一項『探討癌症病人疼痛與失志狀態之關連-由癌症疼痛意義觀點介入』的研究，目的在於關心您對於疼痛意義的觀點，是否影響情緒與疼痛程度。本研究結果可做為臨床關注疼痛照護與品質之改善，因此您的參與對本研究是非常重要的。

本研究不會帶來任何危險，也不會影響您的就醫權利。如果您同意參與本研究，請您花費約需10-15分完成填寫此份問卷內容，並交還給研究團隊人員。在研究過程中我們可能翻閱您的病歷，但您的名字及所有相關資料我們將絕對保密，且絕不做其他用途。

您有絕對的權力決定是否要參與本研究，如果您不願意參加、或中途決定退出，可在任何時間告知研究人員，我們將尊重您的決定而且不會影響您的醫療照護品質。若有任何疑問時請盡量提出，研究人員將會為您說明並回答相關問題，直到無任何疑問為止。

如果您在受訪的過程中感受到不舒服、或對於身為受訪者之權利有意見以及對於研究工作性質產生疑問時，您也可以向本院之人體試驗委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為06-2812811轉分機53720。

在此致上最誠摯的謝意，敬祝您

身體健康 萬事如意

研究計畫主持人：_____

聯絡電話：_____分機_____

日期：_____

同意書簽署欄

本人已經了解此計畫的相關資訊，經考慮後我同意接受訪問，並

同意提供相關病歷資料

不同意接受訪問及提供相關病歷資料

簽名：_____

日期：____年____月____日

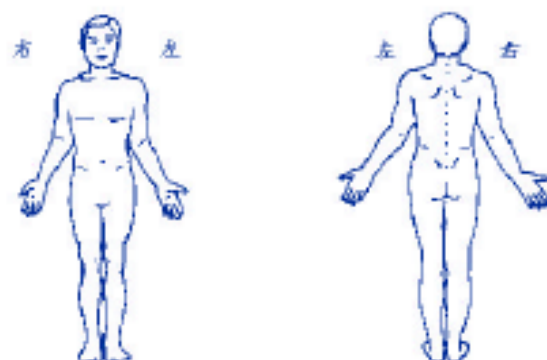
103.11.11 第一版

第二部分 疼痛狀態評估

1. 在我們一生當中，大多數人都曾經歷過輕微的頭痛、扭傷和牙痛，最近一週內您是否有其他不常見的疼痛？

(1) 有 (2) 沒有

2. 請您在下圖中用筆圈出您感到疼痛的部位，並在最痛的部位打“X”



3. 請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛最厲害的程度。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
不痛 痛極了

4. 請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛最輕微的程度。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
不痛 痛極了

5. 請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛平均疼痛(大部分時間)的程度。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
不痛 痛極了

6. 請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛現在疼痛的程度。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
不痛 痛極了

7. 目前您正接受“什麼藥物”和“什麼治療法”來治療您的疼痛？

(1)藥物方面：_____

(2)治療方面：_____

8. 若有接受止痛藥物或治療，請圈出一個百分位數，以表示您在最近一週內經治療或用藥後，疼減輕了多少？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
沒減輕 完全減除

103.11.11 第一版

9.請圈出一個數字以表示您在最近一週內受疼痛影響的程度：

(1)一般活動(吃、上廁所、洗澡)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(2)情緒

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(3)行走能力

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(4)正常工作(包括外出工作和做家事)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(5)與他人交往(如親人、朋友的交往)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(6)睡眠

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

(7)生活樂趣

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不受 影響										完全受 影響

第三部分 情緒狀態

以下量表我們想要了解您在最近一個月裡情緒狀態，此量表關心您的狀態。依據以下敘述內容，選擇符合您的想法程度並在□內打個「✓」。

	非常 不 同 意	不 同 意	不 確 定	同 意	非 常 同 意
1.我可以為別人做許多有價值的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.我的人生似乎是無意義的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.我的日常生活沒有目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.我已經喪失生活中的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.我不再覺得能控制情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.我的心靈平安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.沒有人幫得了我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.我覺得我幫不了自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.我感覺很無望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.我有罪惡感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.我覺得很煩躁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.我能妥善地處理我的生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.我的人生有許多遺憾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.生命不再值得繼續活下去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.我容易覺得受到傷害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.我對許多事情感到生氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.我對自己的成就感到驕傲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.我對發生在我身上的事感到痛苦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.我是有價值的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.我寧願不要活著	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.我覺得既難過又悲慘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.我對生活感到洩氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.我感到相當孤立或孤獨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.我被發生在我身上的事困住了	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部分 疼痛想法

這是一份評估您對疼痛想法的問卷，不同的人對疼痛有不同的想法，所以您的回答沒有對或錯，請依照您真實的想法及感覺回答此份問卷，以下的敘述為一些人對疼痛的想法，它可能是您的想法也可能不是，請依照每一敘述反應您的想法程度在□內打個「~」

	完全不是我的想法	有一點類似我的想法	差不多類似我的想法	非常類似我的想法	完全就是我的想法
1.疼痛使我無法維持原有的日常活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.疼痛對我是一個考驗，我必須克服它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.疼痛讓我體會到自己不是萬能的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.疼痛表示我的病況轉壞了	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.疼痛使我失去了尊嚴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.我相信我可能盡量不讓疼痛影響我的生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.疼痛讓我可以面對自己生死的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.疼痛讓我擔心我的疾病可能又惡化了	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.疼痛降低了我生活樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.我可以靠自己的意志或方法來控制疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.疼痛讓我重新思考生命的意義(人活著的意義)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.疼痛讓我想到自己已不久於人世	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.疼痛讓我無法控制我身邊的一些事務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.疼痛對我是一種人意志的挑戰，我要面對它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.疼痛改變了我的人生觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.我擔心我的疼痛可能會發展到無藥可治的地步	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.疼痛使我體會到生命的有限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.疼痛使我無法保有原有的社交活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

附錄三 研究工具-問卷授權同意書

使用同意書

茲同意南華大學研究所王枝燦助理教授與其所指導之學生林家惠，於林家惠同學之碩士論文「探討癌症病人疼痛與失志狀態之關連-由癌症疼痛意義觀點介入」中，使用本人編制的 Perceived meanings of cancer pain inventory(PMCPI)中文量表，並同意使用者依研究對象屬性編修量表部分內容，以符合研究目的。

本同意書僅限於同意該問卷做為學術用途之用，並請於適當處註明出處，使之符合學術論作規定。專此函覆。

此敬

林家惠同學

授權人：

王枝燦

中華民國 103 年 10 月 1 日

使用同意書

茲同意南華大學研究所王枝燦助理教授與其所指導之學生林家惠，於林家惠同學之碩士論文「探討癌症病人疼痛與失志狀態之關連-由癌症疼痛意義觀點介入」中，使用本人 2010 年於內科學誌發表的中文版失志量表(Demoralization Scale-Mandarin Version)，並同意使用者依研究對象屬性編修量表部分內容，以符合研究目的。

本同意書僅限於同意該問卷做為學術用途之用，並請於適當處註明出處，使之符合學術論作規定。專此函覆。

此敬

林家惠同學

授權人：

中華民國 103 年 10 月 22 日

使用同意書

茲同意南華大學研究所王枝燦助理教授與其所指導之學生林家惠，於林家惠同學之碩士論文「探討癌症病人疼痛與失志狀態之關連-由癌症疼痛意義觀點介入」中，使用本人依據 C.S. Cleeland et. al(1989)修訂的「簡明疼痛量表台灣版(BPI-T)」作為研究工具。

本同意書僅限於同意該問卷做為學術用途之用，並請於適當處註明出處，使之符合學術論作規定。專此函覆。

此敬

林家惠同學

授權人：

王枝燦

中華民國 103 年 10 月 1 日