

患者與照顧者間照顧覺知落差對雙方心理 與生活適應之影響：以婦癌病患為例

林耀盛

羅愔愔

國立東華大學諮商與臨床心理學系

長青醫院精神科

摘要

本研究以婦癌為例，採取「病患」與「主要照顧者」配對單位，探討雙方對照顧覺知落差、憂鬱傾向和生活品質間關係，以及雙方關係屬性是否具有調節作用。以研究者自編的「照顧覺知量表」，瞭解患者與照顧者，雙方對照顧行為及照顧需求的覺知；以美國「流行病學中心—憂鬱量表」中文版，評估患者和照顧者的憂鬱傾向；以「台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表」，評估雙方的生活品質。研究樣本各蒐集92位患者和65位照顧者資料，其中「病患及其照顧者」共61對配對成型。結果顯示：(1)病患與照顧者共存普遍性憂鬱傾向與較差生活品質。(2)關係類型的調節作用分析，對病患及其照顧者的憂鬱傾向或生活品質無預測力，顯示病人角色和照顧角色的因素，甚於關係屬性的影響。(3)配對路徑分析發現，雙方對覺知照顧行為落差，會影響病患憂鬱，進而影響病患生活品質及照顧者生活品質。病患生活品質不良會造成照顧者憂鬱，進而影響照顧者生活品質。

關鍵詞：生活品質、婦癌患者、照顧者、照顧覺知落差、憂鬱

註：本研究改寫自學位論文（本文係取材自羅愔愔提高雄醫學大學行為科學所碩士學位論文的部分研究資料，由林耀盛指導完成）。感謝所有參與研究的受訪者以及蔡英美主任、袁九重主任、吳鏡瑚醫師及張家禎醫師的協助，另外，兩位匿名審查委員、主編及編輯助理的意見與建議，使本文更臻完善於此一併致謝！

壹、緒 論

癌症對於病患及其家屬，產生獨特性壓力源。病患會認知到他（她）們罹患了「真實殺手」(real killer)的疾病，通常導致苦痛、失能和難以理解性。而且，中年罹病的患者，其情緒適應愈差，易產生焦慮和憂鬱情緒。在此境況下，病患當下的生活品質益形重要 (Sarafino, 2008)。傳統醫療的觀點是以治癒 (cure) 作為處理出發點，希冀目標為「疾病的治癒」，即使在疾病無法「治癒」的情況下，也以努力「維持生命」為醫療宗旨。然而，癌症作為一種高死亡率與充滿不確定性的疾病，在現代醫療無法有效治癒的處境下，患者與家屬所關切的議題，已非治癒，而是照顧 (care)。對癌症患者及其家屬而言，死亡不再是單純的思考性問題，而是已融入生命經驗自身。在病患瀕死過程中，所要面對的並非是否接受死亡事件或該如何接受的問題，而是對生命整體性與價值感的重新評估與體驗 (林耀盛, 2006)。

自 1982 年起，癌症成為我國十大死因之首位，且從 1985 年之後，其他主要死因不是趨緩就是持平狀態，唯癌症仍持續上升 (行政院衛生署, 2008)。針對癌症的相關心理社會層面研究，成為臨床關注的焦點。然而，眾多研究中，乳癌議題可說是較廣為探討的領域，因為乳癌的高發生率、預後佳，以及在台灣患病年輕化的趨勢，使得向來困難的臨床研究工作得以較順利進行。相對地，女性其他癌症的心理社會層面探究，顯得不足。

在台灣，婦科腫瘤科是一個高度專業化的次專科，婦科腫瘤科醫師治療婦女生殖系統的惡性腫瘤包括：卵巢癌、會陰癌、子宮頸癌和子宮體癌等。女性中常見危害健康及生命的惡性腫瘤有乳癌、子宮頸癌、卵巢癌、子宮體等惡性腫瘤。考慮到乳癌並非女性特有，且諸多研究均因著乳癌發生率高、年輕化等特性，已詳加探討，故本研究以婦科中常見的癌症 (包含子宮頸癌、卵巢癌、子宮內膜癌)，進行相關議題探討。

一、以「病患」和「照顧者」為「配對單位」的互動研究

Little 和 Sayers (2004) 發現，對於癌症存活性而言，「死亡顯著」(death salience) 的特徵，反而促使存活性嚴肅面對個人生命的意義，所以存活性會轉向內在的深層自我，以建構其未來生活計畫的可能性變化。但其陪伴者，以他人的位置所觀察到的現象是認為死亡顯著的特徵是難以共同相處，因此會誤認存活性為避免痛苦而驅離它，避免討論它，期盼存活性盡快回歸正常。O'Reilly、Connolly、Rosato 和 Patterson (2008) 則認為，照顧者不見得因為長期照顧負荷就會有較高的死亡率，指出必須注意照顧經驗的「正向成分」。因此，欲瞭解病患和照顧者的受苦經驗(疾病經驗和照顧經驗)，就需同時考慮存活性和照顧者之間的經驗立場差異。

雖然近年來，已有學者注意到疾病患者與照顧者雙方照顧需求／供應的重要性 (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005; Soothill et al., 2002)。但「病患」與「主要照顧者」(以下簡稱「照顧者」) 為配對單位的對偶關係，雙方的照顧支持是否相互契合供需，是否可以相互理解，尚待釐清。就照顧者而言，在認知評估上，會認定病患的「需求」層次；而在實際行動上，則會考慮自身的因應資源和情緒耗竭，盡可能提供符合需求的照顧「行爲」(Sarafino, 2008)。但就照顧支持接收者一方而言，照顧者認定的心理需求，不一定是病患所覺知必要的需求；相對地，照顧者實際提供的照顧行爲，病患也不盡然可以接收得到。因此，照顧支持的「需求」與「行爲」，在「病患」和「照顧者」間，可能形成落差，致使社會支持的有效性與保護性狀況，尚須進一步探究 (Sarafino, 2008)。

Cheung 和 Hocking (2004) 認為對於照顧者而言，若照顧者認知到自己提供不恰當照顧行爲，會增加照顧者的煩憂。照顧者經驗到自己所提供不適當的支持，往往與他們不夠瞭解與錯誤評估他們的處境有關。因此在癌症照護的領域，慢性疾病的壓力是同時被病患及其照顧者雙方所共同承擔 (Feldman & Broussard, 2006)。事實上，照顧者的承諾以及因著照顧病人而去瞭解及獲得對

於照顧的知識，使得照護成爲一種特殊的存在、思考、信任及行動。照顧者生存及因應的方式，以及對於罹病一方（伴侶）的承諾，展現了其與伴侶間強大的連結關係，也驗證了正向的人際關係，會造成照顧者較好的生活適應（Cheung, & Hocking, 2004）。

進言之，照顧者的陪伴是因著和病人的歷史交集而來，在整個照顧陪伴過程中最核心的要素，就是照顧者對病人需求的接應（余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉，2006）。然而在照顧過程中，時常會出現照顧者提供照料與病患接收照料間落差問題。不符合病患需求的照顧行爲或支持，或者照顧者的照顧參雜憂慮情緒，往往會造成患者心理困擾或相關的生活適應產生不良影響（Dakof & Taylor, 1990; Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997）。Cheung 和 Hocking（2004）在進行配偶面臨慢性疾病照顧研究時就指出，「照顧就是一種掛慮」（caring as worrying），包含「掛慮他們的伴侶及其關係」（擔心伴侶的福祉感、相處互動關係），以及「掛慮未來」（包括照顧者自己的健康、醫療照顧的後果及需要社會支持的壓力），這是一種多向度的照顧經驗呈現。Newby（1996）指出當家庭成員被診斷出罹患某類慢性病時，往往也和家庭動力系統產生關連。Newby 認爲家庭的生命週期轉向，可以透過「離心」（centrifugal）和「向心」（centripetal）概念來理解。當個體罹患慢性病，可能致使家庭形構社會化的向心作用，個體症狀的呈顯、角色的轉變，以及對病情發展的不確定感，都會促進家庭成員的內聚力。不過有時個體罹患慢性病，反而造成家庭的離心作用，將會使個體的病程拉長，也會造成家庭成員間緊張性壓力。但病患與照顧者雙方的生活品質和情緒狀態，究竟是否受到照顧活動供需落差的影響，同樣值得關注。

過去研究指出配偶關係的照顧者較容易憂鬱（Meshefedjian, McCusker, Bellavance, & Baumgarten, 1998），而配偶照顧者也比成人子女照顧者，更容易有憂鬱傾向（Cohen, et al., 1990; Noonan & Tennstedt, 1997; Smerglia & Deimling, 1997）。但成人子女的照顧者比其他類型照顧者，經驗到更多照顧的壓力

(O'Connor, Pollitt, Roth, Brook, & Reiss, 1990)，卻也在照顧過程中，比配偶的照顧者報告較多的正向影響，其安適感也較好 (Smerglia & Deimling, 1997)。因此，不同關係屬性的照顧者，會因為照顧支持而呈現出不同的生活適應結果，因此將照顧關係加以納入探討，有其必要性。所以，針對婦癌患者的照顧者的探討面向，應該更為廣泛，如：納入子女、朋友等不同關係取向 (Banthia, et al., 2003; Martire, Stephens, Druley, Wojno, 2002; Newsom, 1999)，以探究不同關係是否會影響雙方的疾病經驗和照顧活動。

癌症照顧者是否會提供恰當的支持受到許多因素影響，由於一般人通常不知如何面對他人的苦難，或是擔心自己的行為會打擾病人，而無法對於病患的需求做出正確的回應 (Winkeler, Filipp, & Aymanns, 2006)，因而產生照顧或支持行為與病患需求上的落差。照顧支持行為很難界定其正負面影響，且無論是太多或太少照顧支持，都有可能為接收者帶來不好的影響 (Martire, et al., 2002; Newsom, 1999; Silverstein, Chen, & Heller, 1996)。照顧是一項因地制宜的複雜工作，需要「個人—環境」搭配良好，支持才能發揮效用 (Martire, et al., 2002)。

因此，在探討照顧支持的議題上，需同時考慮「病患」和「照顧者」為配對單位的對偶關係，即雙方對於照顧「需求」的覺知／認定和對於照顧「行為」的接收／提供的落差或契合的雙層次。因此，本研究將從配對單位的對偶關係下，探討雙方的心理和生活適應相關議題。心理變項方面，選擇憂鬱指標；生活適應範圍廣泛，本研究以生活品質為變項，說明如下。

二、「病患」、「照顧者」和「憂鬱傾向」關係

關於探討照顧支持的心理社會層面研究，憂鬱無論在青少年或成人個案中，都是非常重要的變項 (Cheng, 1998; Reynolds & Perrin, 2004)。雖然罹患任何疾病都可能引起憂鬱症，但是伴隨著癌症診斷，憂鬱是常見的情緒 (陳怡靜, 2001; Sarafino, 2008)。研究指出高達 40% 的癌症病人在接受化學治療前，就有憂鬱的情緒產生 (Middelboe, Ovesen, Mortensen, & Bech, 1994)。癌症病患出

現心理疾患的盛行率很高，約有 6-15% 的癌症病患達到臨床診斷的憂鬱症，更有高達 23-60% 的患者出現憂鬱症狀 (Sellick & Crooks, 1999)。

憂鬱症狀往往都是長期存在 (Bleiker, Pouwer, van den Ploeg, Leer, & Adler, 2000; Newsom, 1999)，甚至會持續超過六年 (Cull, Stewart, & Altman, 1995)。有研究顯示，在癌症緩解期間，隨著化療的結束及失去監控疾病狀況，缺乏安全的信號來偵測疾病是否會復發，會使得患者增加焦慮及心理痛苦 (Hurt, McQuellon, & Barrett, 1994)。治療結束後的階段被描述為一種模糊時間，對於復發的不確定性及恐懼，這些交織因素會使女性易感於心理痛苦。由此，顯示癌症與心理情緒的聯結領域，仍需開發。

Hipkins、Whitworth、TARRIER 和 Jayson (2004) 針對卵巢癌患者的憂鬱與焦慮進行調查，分成剛做完化療和化療後三個月 (大約是手術後五個月到半年左右) 兩個時間點。化療剛結束時，有 38% 的患者出現臨床上的焦慮症狀，33% 則有憂鬱情形。Wenzel 等人 (2005) 研究 17-45 歲患病五到十年的子宮頸癌患者，發現在經過頭半年的治療期間，甚至進行追蹤，子宮頸癌患者對於疾病的憂慮仍高。另一篇卵巢癌的研究則發現有 30-50% 的卵巢癌婦女，有中度到重度的焦慮，超過三分之一達到臨床上的憂鬱診斷。且研究指出，不支持的行為會透過影響自尊來導致心理痛苦 (Norton, Manne, Rubin, Hernandez, & Carlson, 2005)。

然而，癌症作為一種慢性病，其實也是一種社會事件 (林耀盛，2006)。除了患者，照顧者也經常面臨心理沮喪。Hodges 等人 (2005) 回顧 21 份先前的研究，分析癌症病患和照顧者在心理困擾上的相關情形，結果發現病患與其照顧者在心理痛苦上有顯著的正相關。由此顯示癌症家庭中，心理社會的相關影響會由患者本身蔓延到照顧者 (通常是伴侶)，再影響至整個家庭成員，稱為「漣漪作用」(ripple effect) (Feldman & Broussard, 2006)。然而，我們發覺在此領域中，非專業照顧者的心理層面常被忽略 (余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉，2006)。Cheung 和 Hocking (2004) 指出，照顧行為本身是一種掛慮，是照顧者對於照顧責任及彼此關係的複雜道德情緒表現。照顧者會擔憂病患、擔憂彼此

關係以及他們的未來，也擔心自己的健康。因此，即使本身並未罹癌，但照顧者作為癌症患者所倚賴的對象，會因為擔心自己是否有能力照顧病人而產生憂慮及心理問題 (Hagedoorn, Sanderman, Buunk, & Wobbes, 2002)。照顧本身就可能造成憂鬱，和非照顧者相比，居家照顧者會報告較高程度的憂鬱傾向。有時，照顧者產生憂鬱的機率比非照顧者高出兩倍，而憂鬱在照顧者的盛行率約從 38% 至 60%，也有逐年升高的趨勢 (Baumgarten, et al, 1992)。由此，無論是婦癌患者或是其照顧者，都會因為癌症的診斷及相關治療而產生心理症狀，尤其是憂鬱情緒。患者更是受到照顧者的照顧支持之影響，不被接收到或是與患者需求不符合的照顧支持，不僅無法發揮正向影響，更會造成病患額外的負擔。但照顧行為和照顧需求的落差，對於照顧者本身心理上和生活上的可能影響結果，尚待深究。本研究擬以雙方觀點的比較探討之。

另外，遭受心理困擾的癌症病人會使得生活品質變差，對於醫療的服從性較低，住院期間較長，且有較高的死亡率 (Newport & Nemeroff, 1998)。由此顯示心理困擾可能會進一步影響生活品質，故以下探討病患、照顧者與生活品質的關係。

三、「病患」、「照顧者」和「生活品質」關係

隨著時代的變化、社會及經濟的發展，以及醫療水準的提升，「生活品質」(quality of life) 的概念應用越來越普遍，其相關研究也有越來越被重視的趨勢 (姚開屏, 2002b)。生活品質是一個與疾病和健康相關所定義出來的用語，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 定義與健康相關的生活品質為「個人依其所處文化及價值觀判斷其當前的生活環境與達到其生活目標、期望、標準、關心等的認知感受，範圍包括身體健康、心理狀態、獨立生活的程度、社會關係及與環境的互動」(引自姚開屏, 2002b)。由此定義，可知生活品質強調個人於自己文化下之主觀感受的重要性。

癌症是個體和疾病間，以及個體和家庭成員間現存的危機，會影響其社會定位問題，包括：角色的改變、社交的隔離、經濟狀況的危機。因此，癌症的

治療方式，被期待為能夠延長病患的生命，但癌症病患的生活品質卻未因治療而獲得利益，故現今癌症病患的治療強調生活品質比單獨的醫療治療要還要來得重要（湯梅芬，2004）。Pearman（2003）回顧了 11 篇婦癌與生活品質相關的研究，進而比較與其他癌症的生活品質和檢驗相關危險因子。結果發現治療初期由於治療的多重性（手術、化療、電療、賀爾蒙治療等），因此生活品質比乳癌差；但隨著時間過往，兩者間則無顯著差異。而影響不良生活品質的危險因子為因應模式（使用保持距離的因應）、不良的社會支持和低度的宗教信仰。Wenzel 等人（2005）研究 17-45 歲，且罹病五到十年之子宮頸癌患者，結果顯示其生活品質與對照組（一般人）差不多，顯示有些婦癌患者的長期的生活品質，恢復情形大致良好。但其中介因子為何，尚須探究。

在其他癌症的生活品質研究方面，Downe-Wamboldt、Butler 和 Coulter(2006) 調查肺癌患者與家庭成員的生活品質，將生活品質區分為健康功能、社交／經濟、家庭、心理／精神及總分等層面。結果顯示在大部分的分量表上，患者與家人的生活品質分數均相近，甚至患者的品質在平均數上些微高於其他家庭成員，但是在心理／精神層面上，患者的品質則顯著低於家人。且 Downe-Wamboldt 等人（2006）的研究區分出正負向的社會支持，發現在病患中，只有負向的社會支持會影響生活品質的改變。

相對來看，照顧者面對癌症照料的長期陪伴與心理照顧，經常也造成極大的負擔，同時其生活世界、自我認同和未來目標，也會造成具體變化（侯懿真，2006）。陳麗如（2004）指出，以「台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表」測量長期居家照護病人的照顧者之生活品質，其生活品質整體來說為「中等」，但四個範疇（生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇及環境範疇）之中，發現心理範疇得分最低。亦即，雖然照顧者的健康或居家環境等生活品質尚屬良好，但心理層面仍因為照顧病人所產生之負荷而得分偏低。

病患和照顧者固然有其獨立的生活品質，但從雙方互動關係來看，生活品質可能交互影響，但其可能的機制為何，及和情緒狀態的相關，本研究擬探究之。

四、本研究探討問題

綜合上述討論，本研究嘗試整合正向指標的「生活品質」和負向指標的「憂鬱傾向」，藉由探索式研究，以「病患」和「照顧者」為「配對單位」的對偶關係，探究雙方的心理情緒、生活品質及其交互影響作用。Feldman 和 Broussard (2006) 提出「漣漪作用」觀點，認為癌症家庭中，心理社會的相關影響會由患者本身蔓延到照顧者，這是一種方向性和全面性的作用。本研究試圖進一步探索漣漪作用的可能路徑。

依此，本研究採取「病患」與「照顧者」為配對單位的對偶關係觀點，探討雙方對照顧需求的覺知和認定；以及對照顧行為的提供和接收，是否相互契合或產生落差。而後，進一步探究照顧行為和照顧需求的落差，是如何影響彼此的心理情緒，以及如何影響到雙方的生活品質，並是否經由不同的照顧關係，而產生不同的影響。總結本研究問題如下：

- (一) 探討婦癌病患和照顧者間憂鬱傾向和生活品質狀態。
- (二) 探討病患和照顧者雙方對照顧覺知（包含照顧行為和照顧需求）的落差度。
- (三) 探討病患和照顧者的不同關係屬性，是否會成為照顧覺知落差（包含照顧行為和照顧需求落差）與生活品質、憂鬱傾向間之調節變項。
- (四) 探討病患和照顧者雙方在照顧行為的接收／提供和照顧需求的自我覺知／對方認定的落差度、雙方在生活品質和憂鬱傾向等變項上，可能的相互影響路徑。

貳、研究方法

一、研究參與者

本研究納入正式分析的資料，婦癌病患部分共 92 位；照顧者部分共 65 位；

病患與照顧者有效配對為「對偶關係」者為 61 對。在病患樣本方面，平均年齡（標準差）為 49.97 歲（10.54），屬於中年族群。職業方面，填寫「家管」者最多，共 19 人，佔總人數的 23.2%，若加上填寫「無」有 16 人，及退休者有五人，可發現沒有實際職業的病患佔所有樣本的 43.48%。研究樣本平均的罹病時間（標準差）為 45.57 個月（38.46），將近四年。

在照顧者樣本方面，平均年齡（標準差）為 44.61 歲（13.94），為中年前期族群。職業方面，填寫「無」有五人、「家管」有八人、「退休」有五人，三類相加，可知照顧者沒有實際工作者佔 27.69%。本研究將關係分成六類，配偶佔最多數，共 35 人，佔樣本 53.8%；其次為子女，有 17 人，佔樣本 26.2%；第三為其他姻親，共七人，包含了妯娌、媳婦、嫂嫂等，佔樣本 10.8%；其餘關係依次為兄弟姊妹有三人、父母有二人及朋友一人，各佔總人數之 4.6%、3.1% 和 1.5%。

二、研究程序

研究空間為北部和南部各一家醫院，由醫師轉介符合研究目的受試者，詢問其意願後，進入研究流程。轉介後研究者將受試者帶往討論室或其他門診間，詢問其照顧者是否有陪同前來，若有，則邀請共同進入。問卷施測由施測者簡介問卷內容後，由受試者自行填答，施測者於一旁靜待，若受試者覺得題意不清、未戴眼鏡、或無法自行填答者，由施測者從旁協助解釋題意或以國語、台語逐題念給受試者聽，由施測者協助填答。每份問卷填答所需時間約為 30 分鐘至 50 分鐘左右。

三、研究工具

（一）基本資料

問卷第一部份為受試者基本資料，病患版與照顧者版略有不同。在病患方面，須填寫年齡、職業、手術日期、填答日期、癌症分期等。其中手術日期若

病患忘卻實際日期，可只填寫年份及大致月份。在照顧者方面，受試者須填答年齡、性別、職業、填答日期、與病患關係等。

（二）照顧覺知量表

該量表共分成「病患版」和「照顧者版」兩種版本，由研究者參考「社會支持」的「功能取向」理論，並以 Barrera、Sandler 和 Ramsay (1981) 所發展的「社會支持行為量表」(Inventory of Socially Supportive Behaviors, ISSB) 為依據，同時考慮臨床效率 (clinical utility)，沿用 Reynolds 和 Perrin (2004) 採取兩點量表，且每項照顧支持詢問兩種問題，即「照顧行為」內容和「照顧需求」內容。在「病患版」部分，詢問「您的照顧者是否有提供？」(照顧行為接收度) 和「您是否需要？」(照顧需求自我覺知)，依此方式完成量表建構。題目的內容，包含「社交互動」(如：「在我感到壓力時陪著我」)、「情感關注」(如：「關心我的感受」)、「認知訊息及忠告」(如：「試著去解釋我為什麼會得到癌症」)、「保持距離」(如：「建議我像以前一樣生活」) 和「實際支援」(如：「給我一些我想要的東西」) 等五項照顧內容。在「照顧者版」部分，為配對探究照顧者與病患的照顧覺知差異，題目和「病患版」相同，但詢問的方式，改為：「您是否有提供此項支持？」(照顧行為的提供) 和「您覺得對方是否需要？」(照顧需求的認定)。而後經項目分析，為確保配對性分析，同時刪除在「病患版」和「照顧者版」上鑑別度較低項目，最後兩個版本，各編製題項共 38 題。

量表計分方面，由於考慮到婦科癌症患者的因素，且「照顧覺知量表」是請患者回答自覺接受和需要的照顧，為減少引起其情緒上不良的反應，因此並未設置反向題。「照顧覺知量表」在「病患版」方面，第一部份受試者需回答在生活中「有」或「無」出現該項照顧支持行為，「有」計分為 1、「無」計分為 0。第二部分則是評估自己「是否需要」該項照顧支持行為，「是」計分為 1、「否」計分為 0。故由第一及第二部份加總所形成的量表總分介於 0-38 分，分數越高表示病患覺知接收的照顧行為越多，以及需要的照顧行為越多。

在「照顧者版」方面，第一部份受試者需回答在生活中「有」或「無」提

供該項照顧支持行爲，「有」計分爲 1、「無」計分爲 0。第二部分則是主觀認定對方（病患）「是否」需要該項照顧支持行爲，「是」計分爲 1、「否」計分爲 0。量表總分爲加總第一和第二部份，分數爲 0-38 分，分數越高表示照顧者覺知提供的照顧行爲越多，以及主觀認定病患所需要的照顧行爲越多。

從「配對關係」思考測量照顧落差層面，在概念上分成「行爲」與「需求」，主要是基於瞭解病患和照顧者「行爲」和「需求」的適配性。由表一所示，在雙方覺知照顧行爲落差上有兩種，第一種是被病人忽略的行爲（病人主觀覺知沒接受到，但照顧者卻報告有提供的行爲），第二種是被病人錯誤接收的行爲（病人主觀覺知有接收，但照顧者卻報告沒有提供的照顧行爲）。計分方式是以照顧者所報告的 38 項照顧行爲，與病患所報告的逐題配對相減，得分爲正分的題項是被病患忽略的行爲，得負分的題項爲被病患錯誤接收的行爲，得 0 分的題項則爲雙方覺知一致的行爲。將正負分的題項各以絕對值加總，則爲雙方覺知照顧行爲總落差。在照顧需求上的計分方式也如上所述，其概念則見表二，落差主要有「被忽略的需求」和「多餘的需求」兩層面。本研究爲求病患和照顧者的題項對應性，同時考量臨床樣本的測量觀念簡潔度，故以雙方覺知照顧行爲總落差，及雙方覺知照顧需求總落差來進行分析。

表一

病人／照顧者覺知照顧行爲落差

照顧是	被接收到	不被接收到的
被給予的	一致的照顧行爲	被病人忽略的行爲
不被給予的	被錯誤接收的行爲	一致性的照顧行爲

表二

病人／照顧者覺知照顧需求落差

照顧是	病人想要	病人不想要
照顧者認爲對方需要	一致的需求	多餘的需求
照顧者認爲對方不需要	被忽略的需求	一致性的不需求

本研究在「病患版」的「病患覺知接收照顧行為」和「病患覺知照顧需求」各分量表的內部一致性係數；「照顧者版」的「照顧者覺知提供照顧行為」和「照顧者覺知照顧需求」各分量表的內部一致性係數，均介於 .92- .94，顯示本量表的基本信度尚稱良好。

（三）台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表

本研究採用由姚開屏為代表，於 2000 年發展的「台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表」（姚開屏，2002a），此量表是依據世界衛生組織生活品質量表（WHOQOL）發展而成，台灣研究小組依據其世界衛生組織研究總部之規則，縮減題目成為簡明版之內容，共計 28 題。此量表含四大層面，共 28 題，包括：（1）生理健康範疇（量表中第 3、4、10、15、16、17、18，計七題）；（2）心理範疇（量表中第 5、6、7、11、19、26，計六題）；（3）社會關係範疇（量表第 20、21、22、27，計四題）；（4）環境範疇（量表第 8、9、12、13、14、23、24、25、28，計九題），共計 26 題。加上評估「整體性評價生活品質」和「整體性之健康滿意度」兩題，全量表總計 28 題。

本量表計分方式採李克氏尺度五點式計分法，若每題選擇第一個量尺者得 1 分（如：第一題中第一個量尺為「極不好」）；選擇第二量尺得 2 分（如：第一題中第二量尺為「不好」），量表中第 3、4、26 題為反向題，其計分前須先經過轉換，新的得分數 = 6 - 原始的得分數（如：第三題中若選擇第一量尺「完全沒有妨礙」得 6 - 1 = 5 分、選擇第二量尺「有一點妨礙」得 6 - 2 = 4 分，依此類推），分數愈高，代表該題所述之生活品質愈好。

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷在內容效度、建構效度、預測效度及區辨效度皆達統計上之顯著差異（Yao, Chung, Yu, & Wang, 2002）。其內部一致性係數，總量表 28 題可達 .91，四範疇之內部一致性係數值分別介於 .70- .77 之間（Yao et al., 2002）。本研究中，「病患」與「照顧者」全量表的內部一致性係數值分別為 .92 和 .94，顯示內部一致性穩定而良好。

(四) 流行病學研究中心憂鬱量表 (Center of Epidemiology Study- Depression Scale, CES-D)

流行病學研究中心憂鬱量表 (以下簡稱 CES-D) 是一個應用相當廣泛的自陳式憂鬱量表, 主要被設計用於社區樣本中, 成人憂鬱症狀的測量, CES-D 由二十個憂鬱症狀的陳述句所組成, 包含正向情感、憂鬱情感、身體活動以及人際困難四個因素, 其中正向情感為量表中第 4、8、12、16 題; 憂鬱情感為第 1、3、6、9、10、14、17、18 題; 身體活動為第 2、5、7、11、13、20 題; 人際困難為第 15 與 19 題。

每個量表題項有四個不同頻率程度的選項, 受試者依過去一星期內的生活感覺或行為表現來做反應, 數字 1 表示「極少 (每週 1 天以下)」; 數字 2 表示「有時 (每週 1-2 天)」; 數字 3 表示「時常 (每週 3-4 天)」; 數字 4 表示「經常 (每週 5 天以上)」, 計分方式依受試者所選擇的數字加總起來, 其中量表的第 4、8、12、16 題為反向題, 採以反向計分。

本研究採用的量表由 Chien 和 Cheng (1985) 所翻譯測試的中文版本, 以量表總分 15 分, 作為切截分數區分有無憂鬱症狀, 總分在 15 分以上被視為具有憂鬱症狀, 量表中得分越高者表示憂鬱症狀越為嚴重。相較於國外採行量表總分 16 分作為切截分數, 在台灣則以 15 分作為切截分數具有更佳的效度, 其敏感度 (sensitivity rate) 為 92.0%, 特異性 (specificity rate) 為 91.0%, 誤失率 (miscalculation rate) 為 8.2%, 顯示 CES-D 中文版本, 為一個理想的篩檢工具 (Chien, & Cheng, 1985)。本研究「病患版」與「照顧者版」在 CES-D 的內部一致性係數分別為 .87 和 .91, 顯示不錯的信度, 故此量表內部一致性穩定。

參、研究結果

本研究首先針對基本背景資料進行相關係數分析, 結果如表三所示。由表三可知, 病患年齡、照顧者年齡、病患術後時間及疾病嚴重度 (以癌症分期為

依據)等變項,與雙方覺知落差、憂鬱傾向及生活品質總分無顯著相關,顯示年齡等人口學變項和疾病變項,並不會影響照顧覺知落差,及雙方憂鬱和生活品質,因此在之後的分析中均予以排除。

表三
各變項相關係數表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.病患年齡	—	.040	.213	.209	.142	.195	-.117	-.053	-.041	.030	-.075	.052	-.021
2.照顧者年齡		—	-.110	-.123	.039	.017	-.050	-.087	-.013	-.136	.683**	.529**	.412**
3.術後時間(月)			—	.125	.207	-.047	-.078	-.019	.032	-.013	-.088	.045	-.140
4.疾病嚴重度				—	-.112	-.150	.155	.096	-.074	.041	-.146	-.217	-.127
5.雙方覺知照顧行為總落差					—	.437**	.364**	.238	-.362**	-.187	-.097	.607**	.084
6.雙方覺知照顧需求總落差						—	-.055	-.010	-.023	.132	-.038	.137	.431**
7.病患憂鬱							—	.348**	-.678**	-.368**	-.141	.151	-.196
8.照顧者憂鬱								—	-.530**	-.696**	-.055	.168	-.093
9.病患生活品質									—	.603**	.051	-.287*	.122
10.照顧者生活品質										—	-.085	-.212	.113
11.關係類型											—	.568**	.656**
12.關係×行為總落差												—	.523**
13.關係×需求總落差													—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

一、「病患」與「照顧者」在「憂鬱傾向」和「生活品質」上的差異比較

為探討「病患」與「照顧者」在「憂鬱傾向」和「生活品質」變項上的反應是否有差異,因此以獨立 t 考驗進行分析,結果如表四所示。

由表四,在「憂鬱傾向」及「生活品質」的分數差異均未達顯著,表示雙方的憂鬱情形和生活品質狀況接近。在憂鬱傾向方面,病患和照顧者雙方的平均值均達 14 分以上,未達 15 分。以國內樣本 15 分作為有顯著臨床憂鬱的切截

點來看，雖然尚未達到臨床上診斷憂鬱症，但無論是病患或照顧者，其憂鬱傾向仍高，尤其是照顧者平均值（標準差）高達 14.97 分（9.76），幾乎等同於達到臨床憂鬱指標臨界值。

表四

雙方在覺知照顧行為與需求、憂鬱傾向和生活品質的獨立 *t* 檢定

變項	分類	N	平均數	標準差	<i>t</i>	<i>p</i>
憂鬱總分	病患	92	14.76	9.33	- .13	.70
	照顧者	63	14.97	9.76		
生理健康範疇	病患	92	14.03	2.44	- .62	.53
	照顧者	65	14.27	2.29		
心理範疇	病患	92	13.18	2.33	- .85	.40
	照顧者	65	13.50	2.27		
社會關係範疇	病患	92	14.13	2.32	1.18	.24
	照顧者	65	13.71	2.11		
環境範疇	病患	92	13.95	2.50	.72	.48
	照顧者	65	13.68	2.16		
生活品質總分	病患	92	96.46	13.97	.05	.96
	照顧者	65	96.36	13.88		
覺知行為總數	病患	92	28.42	8.56	-2.48**	.01
	照顧者	65	31.68	7.78		
覺知需求總數	病患	93	29.97	8.32	-2.64**	.01
	照顧者	65	33.18	6.96		

***p* < .01

而在生活品質方面，一般女性樣本在生活品質各範疇的得分平均數（標準差）依序為生理範疇 14.93（2.07）、心理範疇 13.47（2.25）、社會關係範疇 14.15（2.04）及環境範疇 13.24（2.06）（姚開屏，2005）。本研究在病患部份，生理範疇（平均值 14.03，標準差 2.44）及心理範疇（平均值為 13.18，標準差為 2.33）略低於一般人的平均值，而社會關係範疇幾乎等同於一般女性，環境範疇則高於一般女性之平均值。因此病患之生活品質各範疇恢復的水準不一，尤其在生理範疇與心理範疇上稍為低落。

因為照顧者包括男性，故以一般人全樣本比較，其各範疇平均得分為生理範疇 15.05 (2.08)、心理範疇 13.60 (2.27)、社會關係範疇 14.10 (2.10) 及環境範疇 13.21 (2.09) (姚開屏，2005)。本研究在照顧者部份，生理範疇 (平均值 14.27，標準差 2.29) 和社會關係範疇 (平均值為 13.71，標準差為 2.11) 略低於一般人，而心理範疇幾乎與一般人相等，環境範疇則較高。由以上可知，病患和照顧者生活品質雖然無顯著差異，但與一般人相較，在生理範疇仍較低落。

為了進一步探討病患及其照顧者，兩兩配對後，處在同樣需面對癌症醫療照顧處境下的雙方，是否在憂鬱傾向與生活品質方面間，互相影響，故進行「病患」—「照顧者」的配對 *t* 檢定，共有病患及照顧者有效配對為對偶關係者 61 對，計 122 人，結果如表五所示。

表五

雙方在覺知照顧行為與需求、憂鬱傾向和生活品質的配對 *t* 檢定

變項	平均值	標準差	<i>t</i>	<i>p</i>
病患憂鬱總分 - 照顧者憂鬱總分	.24	10.37	.18	.86
病患生理健康範疇 - 照顧者生理健康範疇	-.59	2.55	-1.81	.08
病患心理範疇 - 照顧者心理健康範疇	-.55	2.31	-1.84	.07
病患社會關係範疇 - 照顧者社會關係範疇	.42	2.15	1.51	.14
病患環境範疇 - 照顧者環境範疇	.32	1.86	1.34	.19
病患生活品質總分 - 照顧者生活品質總分	-.77	11.57	-.52	.61
病患覺知接收照顧總數 - 照顧者覺知提供照顧總數	-2.87	9.16	-2.45*	.02
病患覺知需求總數 - 照顧者覺知病患需求總數	-2.25	7.58	-2.31*	.02

**p* < .05

由表五，同樣發現無論是在「憂鬱傾向」或「生活品質」，「病患」與「照顧者」對偶單位間，無顯著差異，但都傾向心緒低落和生理狀態欠佳，可能顯示在癌病事件發生後，病患及其照顧者所共處的生活經驗，情況類似，都處於相對高情緒負擔和低生活品質處境；但相對應於配對的病患，照顧者的生理範疇品質 ($t(60) = -1.81, p = .08$) 和心理範疇品質 ($t(60) = -1.84, p = .07$)，傾向較病患為佳。雖然這只是接近統計上的顯著意義，但也顯示如此較好的生理和心理健康狀態，可能也是照顧者並未遭受到癌症侵襲所致。

二、「病患」與「照顧者」雙方照顧覺知落差之分析

為探討「病患」與「照顧者」雙方在「照顧覺知量表」上，對於照顧行為覺知和照顧需求覺知上的差異，以獨立 t 考驗進行分析，結果如表四所示。

由表四可知，病患與照顧者在覺知「照顧行為」($t(155) = -2.48, p = .01$) 與覺知「照顧需求」($t(156) = -2.64, p = .01$) 上達顯著差異。由此顯示病患所覺知接收到的照顧支持行為，顯著地小於照顧者認為自己有提供的，照顧者傾向高估自己有給予照顧行為。而在照顧支持的需求方面情形也類似，病患的需求顯著小於照顧者所認為的，表示其實病患本身對於照顧支持的需求，不像照顧者所主觀認定的高。

為了進一步探討病患與照顧者間，兩兩配對後，雙方在「照顧覺知量表」上對於「照顧行為」和「照顧需求」上的落差性，進行配對 t 檢定，結果如表五所示。

由表五可知，病患覺知的照顧行為與其照顧者認為提供的行為，達統計顯著差異 ($t(60) = -2.45, p = .02$)。病患覺知照顧需求與其照顧者認定對方需求，也達統計顯著差異 ($t(60) = -2.31, p = .02$)。由此顯示病患所接收的「照顧行為」及覺知自身的「照顧需求」，都比照顧者所認定的少。配對成型的對偶關係雙方，在照顧行為供應與接收的落差，以及在照顧需求的評估與覺知，可能進一步影響其生活品質和情緒傾向，以下進一步探討。

三、「病患」與「照顧者」不同關係屬性的調節作用

為探討配對關係屬性和照顧行為及照顧需求落差，對於病患及其照顧者憂鬱傾向和生活品質的影響，進行以下分析。因考慮到各種關係細分人數差異太大，所以將關係屬性轉為「其他親屬」與「配偶」兩種虛擬變項進入分析，稱為「關係類型」。在控制病患年齡、照顧者年齡、病患術後時間和疾病分期等變項後，分別以病患及其照顧者的「憂鬱傾向」為依變項；以及分別以病患及其照顧者的「生活品質總分」為依變項，進行階層迴歸分析，其相關係數表如表三所示，階層迴歸分析結果如表六和表七所示。

表六

交互作用效果之驗證：病患及其照顧者憂鬱傾向

變 項	病患憂鬱		照顧者憂鬱	
	M1	M2	M3	M4
預測變項				
雙方覺知照顧行為總差異	.47	.50	.27	.061
雙方覺知照顧需求總差異	-.27	-.16	-.10	.10
關係類型	-.11	-.11	-.03	-.05
(ΔR^2)	(.20**)		(.07)	
交互作用				
雙方覺知照顧行為總差異		-.04		.24
×				
關係類型				
雙方覺知照顧需求總差異		-.16		-.25
×				
關係類型				
(ΔR^2)		(.02)		(.02)
合計 R^2	.20	.22	.07	.09
調整後 R^2	.16	.15	.02	.01
F值	4.68**	3.03*	1.33	1.08
自由度	3,56	5,54	3,55	5,53

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

表中未打 () 的數字為標準化 β 係數；打 () 的值則為 ΔR^2

表七

交互作用效果之驗證：病患及其照顧者生活品質

變 項	病患生活品質		照顧者生活品質	
	M5	M6	M7	M8
預測變項				
雙方覺知照顧行為總差異	-.43**	-.03	-.31	-.11
雙方覺知照顧需求總差異	.17	-.14	.26	.01
關係類型	.02	.03	-.11	-.10
(ΔR^2)	(.15) *		(.10)	
交互作用				
雙方覺知照顧行為總差異		-.44		-.21
×				
關係類型				
雙方覺知照顧需求總差異		.34		.32
×				
關係類型				
(ΔR^2)		(.07)		(.05)
合計 R^2	.15	.22	.10	.15
調整後 R^2	.11	.15	.06	.07
F值	3.44*	3.09*	2.163	1.934
自由度	3,57	5,55	3,57	5,55

* $p < .05$, ** $p < .01$ 表中未打 () 的數字為標準化 β 係數；打 () 的值則為 ΔR^2

由表六，從 M2 模式可知，照顧行為總落差和關係類型的交互作用，及照顧需求總落差和關係類型的交互作用不顯著，無法預測病患的憂鬱傾向 ($\Delta R^2 = .02$, $p > .50$)。從 M4 模式可知，照顧行為總落差和關係類型的交互作用，及照顧需求總落差和關係類型的交互作用不顯著，無法預測照顧者的憂鬱傾向 ($\Delta R^2 = .02$, $p > .50$)。因此以病患憂鬱傾向為依變項時，雙方配對關係類型在雙方覺知落差（無論是照顧行為總差異或照顧需求總差異）與病患憂鬱間，不具調節作用。同樣地，以照顧者憂鬱傾向為依變項時，雙方配對關係類型在雙方覺

知落差（無論是照顧行為總差異或照顧需求總差異）與照顧者憂鬱傾向間，不具調節作用。

由表七，從 M6 模式可知，照顧行為總落差和關係類型的交互作用，及照顧需求總落差和關係類型的交互作用不顯著（ $\Delta R^2 = .07$ ， $p > .10$ ）。從 M8 模式可知，照顧行為總落差和關係類型的交互作用，及照顧需求總落差和關係類型的交互作用不顯著（ $\Delta R^2 = .02$ ， $p > .50$ ），從 M8 模式可知，照顧需求總落差和關係類型的交互作用亦不顯著，無法預測照顧者的生活品質（ $\Delta R^2 = .05$ ， $p > .20$ ）。因此以病患生活品質為依變項時，雙方配對關係類型在雙方覺知落差（無論是照顧行為總差異或照顧需求總差異）與病患生活品質間，不具調節作用。同樣地，以照顧者生活品質為依變項時，雙方配對關係類型在雙方覺知落差（無論是照顧行為總差異或照顧需求總差異）與照顧者生活品質間，不具調節作用。

綜合以上結果，本研究發現病患及其照顧者關係類型之調節作用，未達統計顯著，顯示雙方不同親屬關係，與雙方覺知落差（包括照顧行為落差和照顧需求落差）無交互作用，進而無法影響雙方的憂鬱傾向及生活品質。但影響病患及其照顧者憂鬱傾向和生活品質的可能路徑為何，以下進一步探討。

四、照顧落差配對影響之路徑分析

以下呈現本研究病患及其照顧者配對後，雙方在覺知照顧行為和照顧需求總差異，與憂鬱總分及生活品質總分之相關分析，結果如表三所示。由前述發現顯示雙方不同親屬關係並非重要的調節變項，故不納入分析。

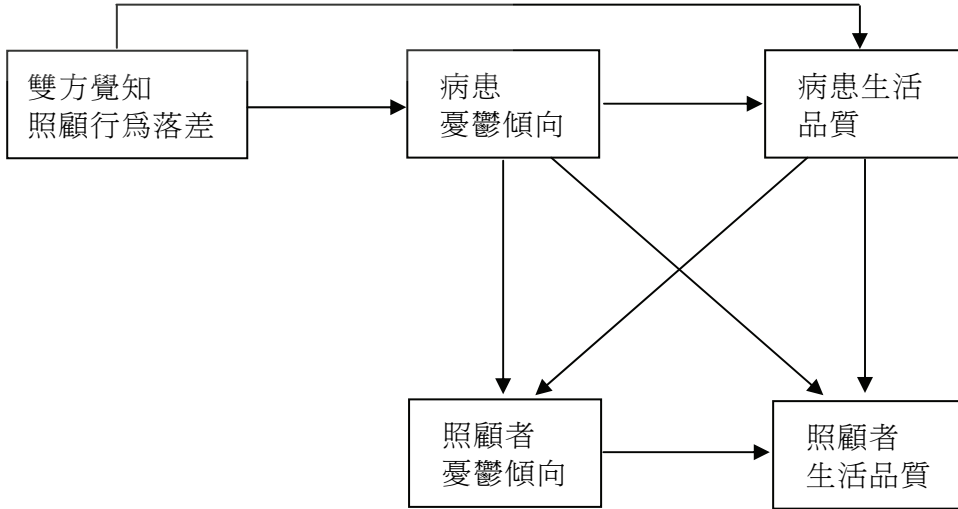
由表三，雙方覺知需求總落差與上述幾項主要的依變項均無顯著相關，在分析中予以剔除。而從雙方覺知照顧行為總落差、病患憂鬱、照顧者憂鬱、病患生活品質總分和照顧者生活品質總分等變項，配合先前討論理論模式，提出假設模型如圖一，並以 SEM 使用觀察變項進行路徑分析的應用模式（path analysis with observed variables; PA-OV），進行可能的因果關係探討，以及驗證模型適配度。從路徑分析可發現，結果共有五條路徑顯著，如圖二所示。分別是：

- (一) 配對雙方覺知照顧行為總落差可預測病患憂鬱傾向。
- (二) 病患憂鬱傾向可預測病患生活品質。
- (三) 病患生活品質可預測照顧者憂鬱傾向。
- (四) 病患生活品質可預測照顧者生活品質。
- (五) 照顧者憂鬱傾向可預測照顧者生活品質。

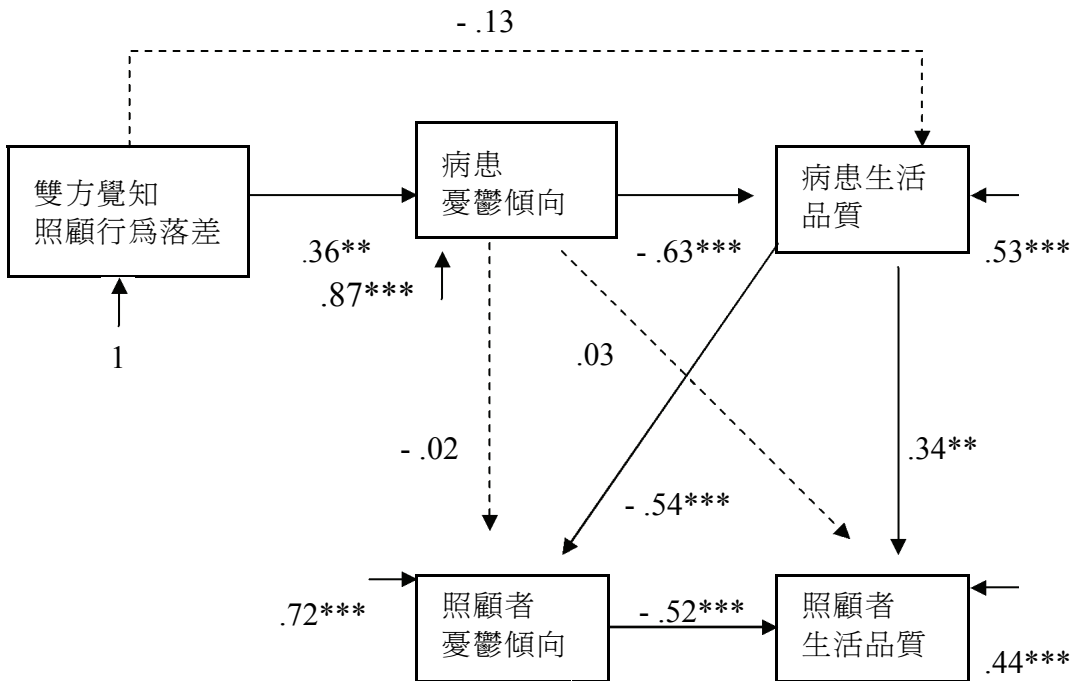
而配對雙方覺知照顧行為總落差，則無法直接影響病患生活品質，病患憂鬱傾向也無法預測照顧者憂鬱傾向。在本研究中，為同時呈現有顯著預測力及無預測力之路徑，故未達顯著之路徑仍予以保留。綜合來看，整體模型適配性良好，適配指標如表八所示，顯示病患憂鬱傾向為重要中介變項。

表八
雙方配對路徑分析修正適配指標

衡量類別	評鑑項目	評鑑結果	適配
整體模式的適配度	不達顯著的 χ^2 值	$\chi^2=0.66$ ， $p=0.72$ (>0.05)	√
	SRMR ≤ 0.08	SRMR=0.014	√
	RMSEA ≤ 0.06	RMSEA=0.00	√
	NNFI ≥ 0.95	NNFI=1.06，NFI=0.99	√
	IFI ≥ 0.95	IFI=1.01	√
	CFI ≥ 0.95	CFI=1.0	√
	GFI ≥ 0.90	GFI=1.0	√
模式內在適配度結構	所有估計參數都達顯著水準	部分估計參數未達顯著水準	×
	標準化殘差絕對值必須 < 3	數值介於 (0~0.48)	√



圖一 雙方配對路徑圖假設模式



圖二 雙方配對路徑圖模式

肆、討論與建議

一、病患與照顧者共存的普遍性憂鬱傾向與較差生活品質

(一) 憂鬱傾向現況

本研究以 CES-D 測量憂鬱傾向，在病患部份，發現病患憂鬱總分平均值為 14.76 (標準差 = 9.33)。胡至家 (2005) 同樣以 CES-D 測量乳癌患者憂鬱傾向，其平均值為 12.68 (標準差 = 9.94)，婦癌患者的憂鬱狀況似乎較為嚴重。因此，即使歷經平均超過三年的時間 (45.75 個月)，本研究發現病患仍接近臨床憂鬱的邊緣。先前研究也指出婦癌患者不僅是治療前、治療後三個月至六個月，甚至是五到十年，即使處在症狀緩解期，仍有明顯的憂鬱傾向 (Hipkins, et al., 2004; Middelboe, et al., 1994; Norton, et al., 2005; Wenzel, et al., 2005)。

在照顧者部份，其憂鬱總分平均值達 14.97 分 (標準差 = 9.76)。以 Chien 和 Cheng (1985) 用 15 分作為有顯著臨床憂鬱的標準比較，雖然尚未到達臨床上診斷憂鬱症，但無論是病患或照顧者，其憂鬱傾向仍偏高，值得臨床工作者關注。

近期研究顯示，人們對癌症的關心不再只是存活期的長短，更轉向壽命延長後的心理層面探究 (Pitts & Phillips, 2000)。癌症病患出現憂鬱症狀的盛行率極高 (Sellick & Crooks, 1999)，且其憂鬱傾向可能會持續很長一段時間 (Bleiker, et al., 2000; Cull et al., 1999; Newsom, 1999)。對照顧者而言，照顧活動本身就會使照顧者產生憂鬱情形 (Baumgarten, et al., 1992)，憂鬱傾向在照顧者的盛行率甚至可高達 60% (引自 Berg-Weger, Rubio, & Tebb, 2000)。本研究結果，病患和照顧者，無論從獨立樣本或配對樣本的差異檢定比較來看，雙方都處於較低落的憂鬱情緒狀態，和先前研究大致相符。

是故，除了病患外，照顧者的負擔也會影響其心緒和生活，臨床心理工作不可忽略此現象，在心理社會健康模式的推廣應用，需納入照顧者的範圍，以減緩照顧成本的資源消耗，提升雙方的生活品質。至於病患的憂鬱傾向，則應

先期介入諮商或治療，以避免後續的情緒惡化。

（二）生活品質現況

在病患部份，顯示婦癌病患之生活品質各範疇平均值（標準差）如下：生理範疇為 14.03 (2.44)、心理範疇為 13.18 (2.33)、社會關係範疇為 14.13 (2.32) 以及環境範疇為 13.95 (2.50)。由姚開屏 (2005) 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組的研究資料可知，在其常模樣本中，罹患子宮及卵巢疾病的女性生活品質得分平均依序為生理範疇 14.15 (2.22)、心理範疇 12.85 (2.51)、社會關係範疇 13.94 (2.22) 及環境範疇 12.90 (2.17)。兩者相較，除生理健康範疇婦癌患者分數略低外，其他三範疇的得分均高於罹患子宮及卵巢疾病的女性。若與一般人女性樣本比較，各範疇的得分平均數依序為生理範疇 14.93 (2.07)、心理範疇 13.47 (2.25)、社會關係範疇 14.15 (2.04) 及環境範疇 13.24 (2.06) (姚開屏, 2005)，則本研究婦癌患者的生理範疇及心理範疇略低於一般人的平均值，而社會關係範疇幾乎等同於一般人，環境範疇則高於一般人平均值。Pearman (2003) 也指出，婦癌患者在罹病初期，因為接受多重治療故生活品質會顯著低於乳癌病患，但經過一段時間則無顯著差異。但是否恢復到一般人水平，本研究結果顯示各範疇情況不一，尤其在生理範疇與心理範疇上稍為低落，婦癌患者的生理及心理上之生活品質，在面臨疾病威脅下，可能仍較一般人來得差。

在照顧者方面，一般人全樣本各範疇平均得分為生理範疇 15.05 (2.08)、心理範疇 13.60 (2.27)、社會關係範疇 14.10 (2.10) 及環境範疇 13.21 (2.09) (姚開屏, 2005)。因此，本研究照顧者的生理範疇和社會關係範疇略低於一般人，而心理範疇幾乎與一般人相等，環境範疇則較高。O'Reilly 等人 (2008) 指出，過去研究往往低估照顧的正向意涵，他們研究顯示，照顧者的身心狀態不見得比「非照顧者」差。我們不可忽視照顧者的正向成長。

另一方面，由蔡盈盈 (2006) 針對乳癌照顧者的生活品質研究來看，本研究婦癌照顧者的社會關係範疇得分也略低於乳癌照顧者，可能是因為照料病情

使得照顧者的社會關係受限所致，未來可以進一步探討照顧者本身的社會支持網絡對其身心適應的影響。

由以上結果可知，病患和照顧者的生活品質，無論是獨立樣本或配對樣本差異檢定比較，雖無顯著差異，但與一般人相較，在部份範疇仍較低落。從低落面向先行改善，有助於全面提升生活品質，此結果可作為臨床介入目標之參考。

二、生病角色和照顧角色的承擔，更甚於雙方關係屬性的調節作用

本研究目的之一，在於探討不同的「病患」和「照顧者」關係，是否在照顧覺知落差、雙方憂鬱及生活品質間會有顯著差異，亦即探討「病患」及其「照顧者」的關係屬性，是否為一個重要的調節變項。由本研究發現，無論依變項是病患的憂鬱或生活品質，或是照顧者的憂鬱或生活品質，關係變項均無法直接有影響力，與覺知落差（照顧行為和照顧需求的落差）的交互作用影響也不顯著，顯示無論「病患」及其「照顧者」是何種關係，均不會影響雙方的生活適應，且不會因為不同關係（配偶或其他親屬），而在雙方覺知落差上有所不同。

然而，先前研究發現，有認為配偶關係的照顧者可能較其他關係照顧者，更容易產生憂鬱傾向（Meshefedjian, et al., 1998）；亦有指出成人子女的照顧者，比其他類型照顧者經驗到更多照顧壓力（O'Connor, et al., 1990）。因此，針對照顧關係屬性的研究中，存在不一致的結果。

本研究認為，無論不同的親屬關係，病人「角色」的扮演和照顧「角色」的承擔，使得照顧者和病患共處經驗，即使照顧者並未遭遇癌症之苦，但其生活品質和一般人相較，仍顯不佳；其心緒在一對一的照顧行為中，也因實質付出而顯低落。過去曾有「病人角色」（sick role）的提出，顯示病患因疾病而有次級獲得和社會疏離（Sarafino, 2008），同樣地，照顧角色的賦予，可能反而加重其責任，進而影響其生活調適。不過，Kalnins（2006）指出，癌症照顧者的經驗，是從正常生活類型的崩解、承擔照顧的角色、建立新行為模式和學習角色能力，直到體會照顧過程的得失。由此，照顧經驗的生活軌道，可能是和病

患的疾病歷程性經驗相互影響。未來在「照顧者角色」的理論建構，以及深度化探索照顧類型的調節影響，如進行質性訪談，是得以審慎考慮的研究議題。

三、影響「病患」與「照顧者」的配對分析可能路徑—「實質照顧」落差的影響，甚於「需求猜測」落差

本研究顯示，影響婦癌患者及照顧者雙方生活適應，在修正模型後顯著的路徑共有五條，由路徑分析得知，對於病患生活品質而言，「病患憂鬱傾向」是重要的「中介變項」。而照顧者生活品質則同時被病患生活品質，以及照顧者憂鬱所影響。病患生活品質與照顧者憂鬱，成為照顧者生活品質的中介變項。如此結果，和 Hodgesa 等人（2005）整合分析一致，癌症照顧者的心理適應，是和病患的心理適應呈現正向關係。

本研究病患的憂鬱傾向，受到雙方對於照顧行為的覺知落差影響，表示婦癌患者和照顧者對於照顧的接收與付出的認知差異越大，即照顧者認定所提供的支持行為，並不為病患接收，形成覺知落差，會造成病患的憂鬱傾向，進而影響照顧者的生活狀況。Berg-Weger 等人（2000）發現，病患的健康狀況、照顧者覺知壓力及能力，會透過憂鬱傾向的中介，影響照顧者的日常活動和基本需求。本研究不但呼應「漣漪作用」的觀點（Feldman & Broussard, 2006），亦驗證「憂鬱傾向」為病患及照顧者生活適應上的重要中介變項。

過去配偶照顧意義的研究發現，對照顧者而言，照顧是一種掛慮的表現，照顧者會擔心他們的伴侶、他們的關係及未來（Cheung & Hocking, 2004）。Milne 等人（2006）指出，照顧者對於病患的生理層面的功能和症狀抱怨內容，往往和病患較為一致，但在心理社會層面的功能，往往不一致，且低估其功能。由此，重要的照顧歷程，並非彼此間關係屬性，而是雙方對於生活品質功能的評估一致性。未來研究若能評估照顧者的擔憂掛慮，並透過溝通技巧訓練，讓對方知道自己的付出與支持；同時也能對病患的心理社會需求評估，並回饋與照顧者，可使雙方免於心理需求的猜測，同時減縮照顧行為覺知落差。所以，在臨床心理服務上，重要的議題是使病患與照顧者覺知雙方對於照顧行為提供與

接收的相互性，透過彼此的互動，照顧者將實質照顧行為和擔憂掛慮說出來，進而病患接收，而非一味地猜測對方的心理需求，如此可以減緩病患的憂鬱傾向。病患若日常生活功能不佳、或是有明顯的生理或心理疾患症狀，也會影響照顧者本身之生活品質及安適感（Lim & Zebrack, 2004; Smerglia, & Deimling, 1997）。由此，協助照顧者對照顧行為支持的適時表達與鼓勵病患的同理接收，是未來臨床與諮商心理服務可以落實課題。

四、綜論

綜合上述發現，本研究主要結論如下：

- (一) 本研究共蒐集 92 位婦癌患者和 65 位主要照顧者，以及有效配對「病患」及其「照顧者」共 61 對。在照顧覺知方面，無論是獨立 t 檢定或配對 t 檢定，均顯示病患覺知接收到的照顧行為較照顧者覺知有提供的照顧行為為少，兩者存在顯著落差，表示雙方對於照顧行為的覺知狀況並不一致。
- (二) 在憂鬱傾向方面，若以 15 分作為臨床憂鬱症的切截點，則婦癌病患及照顧者的憂鬱傾向，均接近臨床憂鬱值。
- (三) 在生活品質方面，婦癌病患在生理範疇及心理範疇品質，較一般樣本低落。照顧者則是在生理範疇及社會關係範疇，略差於一般樣本。
- (四) 關係屬性的調節作用分析結果，未達顯著效果，顯示病患與照顧者的關係，不會與覺知落差產生交互作用，也對病患和照顧者的憂鬱傾向及生活品質無預測力。
- (五) 雙方配對路徑發現，由雙方覺知照顧行為落差導致病患憂鬱後，可影響病患生活品質及照顧者生活品質。而病患生活品質不良會造成照顧者憂鬱，進而影響照顧者生活品質。

綜言之，健康科學專業人員，逐漸覺知到病患需要的不僅是健康照顧的幫助、手術的治療，或是藥物的治療，專業人員更要參與病患的生病經驗，同時以深度的、個別的且獨特的方式與病患相處，並統合整全式關照（Van Manen, 1998）。因此瞭解病患的心理狀態，同時協助照顧者減輕照顧負擔角色，鼓勵其

說出提供實質的照顧行動，是專業人員協助介入婦癌患者和照顧者的重要步驟。

照顧行為覺知落差所帶來的影響，會從病患的情緒反應逐漸擴張到生活適應，甚至會影響照顧者，說明「漣漪作用」的歷程。因此研究者建議，健康照護人員應加強對於照顧覺知落差的臨床覺察力，並可透過「照顧覺知量表」，瞭解、蒐集病患與照顧者雙方覺知的落差度，即早協助其進行溝通與改善，以提升病患及照顧者雙方的身心健康。

在研究構念上，本文雖採取「漣漪作用」，以病患影響照顧者作為路徑分析的方向，且在本研究中以 SEM 進行路徑分析的結果，也不支持由照顧者的憂鬱或生活品質，進而影響病患的情緒及生活狀態。但病患與照顧者雙方在長時間的癌病歷程中，其相互影響仍須納入考量。因此，以相互影響，以及由憂鬱傾向或生活品質本身，進而影響之後雙方所覺知到的照顧落差，為日後待澄清的方向。

本研究由於臨床樣本取得不易，故僅成功配對 61 對病患及其照顧者。由於婦癌患者的治療歷程漫長，故患者和照顧者長期的照護轉折，雙方生活適應情形及心理變化，未來宜進行長期追蹤，才能獲得更明確的結果。

針對本文之任何回應、回饋或意見，請直接聯繫：林耀盛，974 花蓮縣壽豐鄉志學村大學路二段一號，國立東華大學諮商與臨床心理學系，e-mail: yslin@mail.ndhu.edu.tw，(O) 03-8635638，FAX：03-8635630。

收件日期：97 年 12 月 30 日

複審日期：98 年 03 月 25 日

通過日期：98 年 05 月 14 日

參考文獻

- 行政院衛生署 (2008)。衛生資訊—衛生統計—死因統計。台北：行政院衛生署。
- 余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉 (2006)。病床陪伴的心理機制：一個二元複合模式的提出。應用心理研究，29，71-100。
- 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。
- 胡至家 (2005)。憂鬱傾性、親密關係與乳癌術後婦女身體意象關係之探討。高雄醫學大學行為科學研究所，碩士論文，未出版，高雄。
- 姚開屏 (2002 a)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。臺灣醫學，6 (3)，193-200。
- 姚開屏 (2002 b)。健康相關生活品質概念與測量原理之簡介。臺灣醫學，6 (2)，183-192。
- 姚開屏 (2005)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。台北：台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組。
- 侯懿真 (2006)。悲悼的歧異：癌症新近喪偶者傷逝療癒歷程的建構詮釋。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 陳怡靜 (2001)。婦癌患者身體心像、社會支持和憂鬱的對照研究。高雄醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 陳麗如 (2004)。居家照護病患主要照顧者人格韌性健康狀況與生活品質相關性探討。高雄醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 湯梅芬 (2004)。居家運動訓練指導改善癌症病患睡眠障礙與生活品質成效之探討。台北醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 蔡盈盈 (2006)。乳癌患者家屬照顧者的因應，社會支持與生活品質之相關性初探。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文，未出版，台南。
- Banthia, R., Malcarne, V. L., Varni, J. W., Ko, C. M., Sadler, G. R., & Greenbergs, H. L.

- (2003). The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 31-52.
- Barrera, M., Sandler, I., & Ramsay, T. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Finley, J. A., Becker, R., & Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(1), 61-70.
- Ben-Zur, G., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Berg-Weger, M., Rubio, D. M., & Tebb, S. S. (2000). Depression as a mediator: Viewing caregiver well-being and strain in a different light. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 81(2), 162-173.
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W., & Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209-217.
- Cheng, C. (1998). Getting the right kind of support: Functional differences in the types of social support on depression for Chinese adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 54(6), 845-849.
- Cheung, J., & Hocking, P. (2004). Caring as worrying: The experience of spousal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 475-482.
- Chien, C. P., & Cheng, T. A. (1985). Depression in Taiwan: Epidemiological survey utilizing CES-D. *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatria et Neurologia Japonica)*, 87(5), 335-338.
- Cohen, D., Luchins, D., Eisdorfer, C., Paveza, G., Ashford, J. W., & Gorelick, P. (1990). Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children and other family caregivers. *Behavior, Health and Aging*, 1(3), 171-182.

- Cull, A., Stewart, M., & Altman, D. C. (1995). Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice. *British Journal of Cancer*, 72, 229-235.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80-89.
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L., & Coulter, L. (2006). The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nursing*, 29(2), 111-119.
- Feldman, B. N., & Broussard, C. A. (2006). Men's adjustment to their partners' breast cancer: A dyadic coping perspective. *Health Social Work*, 31, 117-127.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Buunk, B. P., & Wobbes, T. (2002). Failing in spousal caregiving: The 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *British Journal of Health Psychology*, 7(4), 481-494.
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N., & Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9, 569-581.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine*, 60(1), 1-12.
- Hurt, G. J., McQuellon, R. P., & Barrett, R. J. (1994). After treatment ends: Neutral time. *Cancer Practice*, 2, 417-421.
- Kalnins, I. (2006). Caring for the terminally ill: Experiences of Latvian family caregiver. *International Nursing Review*, 53, 129-135.
- Lim, J-W., & Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcome*, 2(50). Retrieved June 25, 2006 from <http://www.hqlo.com/content/2/1/50>
- Little, M., & Sayers, E. J. (2004). While there's life... Hope and the experience of cancer.

Social Science and Medicine, 59, 1329-1337.

Manne, S., Taylor, K., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125.

Martire, L. M., Stephens, M. A., Druley, J. A., & Wojno, W. C. (2002). Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. *Health Psychology*, 21(2), 167-176.

Meshefedjian, G., McCusker, J., Bellavance, F., & Baumgarten, M. (1998). Factors associated with symptoms of depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Gerontologist*, 38(2), 247-253.

Middelboe, T., Ovesen, L., Mortensen, E. L., & Bech, P. (1994). Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: A psychometric analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(3-4), 171-177.

Milne, D. J., Mulder L. L., Beelen H. C. M., Schofield, P., Kempen, G. I. J. M., & Aranda, S. (2006). Patients' self-report and family caregivers' perception of quality of life in patients with advanced cancer: How do they compare? *European Journal of Cancer Care*, 15, 125-132.

Newby, N. M. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 786-791.

Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 215-237.

Newsom, J. T. (1999). Another side to caregiving: Negative reactions to being helped. *Current Directions in Psychological Science*, 8(6), 183-187.

Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *Gerontologist*, 37(6), 785-794

Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Hernandez, E., & Carlson, J. (2005). Ovarian can-

- cer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived un-supportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology, 24*, 143-152.
- O'Connor, D. W., Pollitt, P. A., Roth, M., Brook, C. P. B., & Reiss, B. B. (1990). Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. *Archives of General Psychiatry, 47*, 224-227.
- O'Reilly, D., Connolly, S., Rosato, M., & Patterson, C. (2008). Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Social Science & Medicine, 67*, 1282-1290.
- Pearman, T. (2003). Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(33). Retrieved November 19, 2006 from <http://www.hqlo.com/content/1/1/33>
- Pitts, M., & Phillips, K. (2000). *The psychology of health: An introduction* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Reynolds, J. S., & Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology, 23*(4), 425-430.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology, 8*, 315-333.
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and Family, 58*, 970-982.
- Smerglia, V. L., & Deimling, G. T. (1997). Care-related decision-making satisfaction and caregiver well-being in families caring for older members. *The Gerontologist, 37*(5),

658-665.

- Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J. C., Thomas, C., Francis, B., & McIllmurray, M. B. (2002). Cancer and faith. Having faith- does it make a difference among patients and their informal carers? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 256-263.
- Van Manen, M.(1998). Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research*, 8(1), 7-24.
- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., Kluhsman, B. C., Fairclough, D., & Krebs, L. U. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *The Women's Oncology Review*, 5, 157-158.
- Winkeler, M., Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2006). Direct and indirect strategies of mobilization as determinants of social support provided for cancer patients. *Journal of Applied Psychology*, 36, 248-267.
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BRIEF Taiwan version. *Journal of Formosan Medical Association*, 101(5), 342-351.

The Effects of Discrepant Views on Care Giving between Gynecological Cancer Patients and their Primary Caregivers

Yaw-Sheng Lin

National Dong Hwa University

Yin-Yin Lo

Cherng Ching Mental Hospital

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship among depressive tendency, quality of life, and the perceived discrepancy between the care given and received in gynecological cancer patients and their primary caregivers and to explore the moderating effect on the caregiver-patient relationship. In order to evaluate depressive symptoms, quality of life, and awareness of caring behavior and care needs, Care-Awareness Scale (CAS), the American Center of Epidemiology Study-Depression Scale (CES-D)-Chinese edition, and The World Health Organization Quality of Life shorter version (WHOQOL-BREF) Taiwan version were administered. Ninety two patients suffering from the illness for at least three years and sixty five caregivers holding this role for at least six months (61 dyad units paired) were included as participants. There were three major findings. First, both the patients and their caregivers were characterized by elevated depressive symptoms and low quality of life. Second, the caregiver role and the patient role are more important factors than the relationships between the patients and the caregivers in moderating the patients and their caregivers' emotional states. Third, path analysis indicated that depressive mood was the most important mediator variable accounting for the perceived discrepancy between care given and received. Perceived discrepancies from the dyadic caring behavior given and received affected the patients' depression, patients' depression affected patients' and caregivers' quality of life, and finally, caregivers' depression affected caregivers' quality of life. The implications and limitations of the findings were discussed further.

Keywords: depressive tendency, gynecological cancer patient, primary caregiver, quality of life, discrepancy.