

南華大學生死學研究所

碩士論文

癌症病患之疾病不確定感與因應策略之探討

A study on the illness uncertainty and coping
strategies of cancer patients

研究生：舒曼姝

指導教授：蔡昌雄

中華民國九十二年七月四日

生死學研究所

癌症病患之疾病不確定感與因應策略之探討

研究生：何曼婷

經考試合格特此證明

口試委員：

廖梅花

郭川雄

蔡品雄

指導教授：蔡品雄

所長：釋慧開(陳開宇)

口試日期：中華民國九十二年六月六日

致 謝 辭

回首這兩年研究所生涯，即將於論文完成時劃下句點，有幸能在工作之餘重返課室，使自己浸沉於學習成長的喜悅，在這過程中，感謝學有專精老師們的傾囊相授，讓我有最大的學空間與習得啟發性的思考，感佩老師們的學養風範。

感謝導師蔡昌雄老師在論文寫作上的指導，與溫馨的關懷，有亦師亦友的感受，亦感謝有機會與其他領域的同窗共修生死課題，從熱絡的討論之中，不分彼此，尤其是好友璧珍、婉喬、淑媛等，更是我人生道路上的收穫，在論文寫作最艱辛的時刻，相互的切磋與適時的精神支持，永生難忘，也謝謝明欽這兩年來的熱心服務，代勞諸多雜務，讓我們方便不少，尤其要感謝我的家人，給我的愛、包容與鼓勵，使我無後顧之憂得以順利完成學業。

最要感謝的是那願意獻身研究的病患，沒有他們的參予是無法完成這本論文的，感動於他們所敞開的生命故事，展現出生命的韌性，使我更瞭解到歷經死亡過程的真相，對我來說，不只是資料的獲得，更是體認癌症患者罹病過程中內心之真實性感受，如此深沉的觸碰，使我對生命有不同的詮釋，要再次對他們說謝謝您！

執筆至此天色將亮，又是一個嶄新的一天，這段作息不正常的日子即將遠去，畢業不是學習的結束，而應是另一段學習的啟程點，這一切的體會與感動，是我此生最大的收穫，將與深愛我的家人與朋友分享完成論文的喜悅，亦將此論文獻給我的家人。

摘 要

論文名稱：癌症病患之疾病不確定感與因應策略之探討

論文總頁數：129 頁

校名：南華大學

研究所組別：在職專班

畢業時間：92 年 6 月 7 日

論文別：碩士論文

研究生：舒曼姝

指導教授：蔡昌雄 博士

不確定感是癌症病患在疾病過程中一個重要的影響因素，國內這方面的質性研究相當有限，故本研究目的在探討癌症病患疾病不確定感受與其因應策略應用之真實內涵，以半結構式的訪談指引收集主題資料，以立意取樣方式於南部某醫學中心之七位癌症病患進行深度訪談，資料內容以質性研究法之開放性編碼進行分析與歸納。結果顯示：(一) 整個患病過程對疾病之不確定感都存有擔心與恐懼的感受。(二) 理性層面的因應策略主要是尋求資訊與面對現實，而感性層面的因應策略主要是正向思考與尋求慰藉。(三) 醫療支持與身體不適是兩個影響疾病不確定感受的主要因素，醫療支持是具有正向的影響，而身體不適是具有負向的影響。(四) 社會支持是因應策略的主要影響因素。本研究結果建議醫護人員在照顧病人時，應該更為主動評估病患對病情瞭解之程度，適時告知疾病的相關訊息，以減輕其擔心或恐懼；腫瘤科病房最好能設置心理諮商師，滿足病患這方面的需求。本研究可提供相關學術之補充，亦可作為建構本土癌症照護模式之參考，提升腫瘤病患照護品質。

關鍵字：疾病不確定感 因應策略

Abstract

**Title of thesis : A study on the illness uncertainty and coping strategy
of cancer patients**

Total pages : 129

School : Nanhua University

Graduate : 92.06.07.

Thesis : Master thesis

Author : Man-shu Su

Thesis direct : Chang-Hsiung Tsa

Uncertainty is one of an import factor during illness process of cancer patients. There are limited qualitative studies in Taiwan. The purpose of the study is to explore the illness uncertainty and coping strategies of reality feeling in cancer patients. The study involves an exploration on the essence and contents related to patient's experiences of uncertainty and coping strategies. The data were collected from seven oncology inpatients in a medical oncology unit at a university hospital in southern Taiwan and with deep interviews by a semi-structure guilds. The interviews will be taped and the qualitative data will be analyzed by open coding process. The analyses were show : (1) Patients were worried and faired feeling about illness uncertainty in all illness process. (2) To search information and face to the facts were used in the resonable coping strategies , positive thinking and searching mind support are used in the emotional coping strategies. (3) Medical support and discomfort are the main influence factor to the illness uncertainty. Medical support is the positive influence factor and discomfort is the negative influence factor. (4) Social support is the main influence factor to the coping strategies. It was suggest that care giver ought to assess patients recognize about illness, and talking about information in time in order to reduce worry and fair feeling in this study. The oncology unit should have psychosocial consultants, to match patients need. The essay can be as teaching material of nursing education and useful reference to enhance the quality of a caring and facilitate native nursing.

**Key words : illness uncertainty
coping strategy**

目 錄

頁數

封面	
致謝	
中文摘要	
英文摘要	
目錄	
表目	

第一章 緒 論

第一節 問題陳述	1
第二節 研究動機與目的	2
第三節 研究之重要性	3

第二章 文獻探討

第一節 疾病不確定感	
一、 疾病不確定感定義	6
二、 疾病不確定感模式	6
第二節 因應策略	
一、 因應與因應策略定義	8
二、 不確定感與因應策略	10
第三節 疾病不確定感相關性研究	
一、 疾病不確定感之相關因素與內容	10
二、 疾病不確定感與心理、社會之相關性研究	12
三、 疾病不確定感與因應策略之相關性研究	14

第四節 文獻總結	16
第五節 名詞界定	17
第三章 研究方法	
第一節 研究方法的選取	18
第二節 取樣	19
第三節 資料收集方法與過程	19
第四節 資料處理與分析	21
第四章 研究結果與分析討論	
第一節 研究對象基本資料分析	22
第二節 疾病不確感之經驗與感受	31
第三節 影響疾病不確感之因素	55
第四節 因疾病不確感形成之改變	70
第五節 疾病不確定感之因應策略	82
第五章 討論與結論	
第一節 病程中疾病不確定性感受經驗與因應策略之展現	97
第二節 社會支持與不確定感及其因應策略之關係	106
第三節 研究之重要發現	112
第六章 研究結論與建議	
第一節 研究結論	119
第一節 研究建議與研究限制	120

參考文獻

中文部份	122
英文部分	123

附錄

附錄一 研究同意書.....	128
附錄二 訪談指引.....	129

表目次

表一	研究對象基本資料一覽表	31
表二	疾病之不確定性感受與想	53
表三	影響疾病不確定感因素	69
表四	疾病不確定感對個人形成之改變	81
表五	疾病不確定感因應策略之分析	95

第一章 緒 論

第一節 問題陳述

不確定感是一種難以捉摸與描述的經驗與感覺，它瀰漫在我們的真實世界之中，Selder (1989) 指出不確定感是人類社會普遍存有的現況，存在於個人與環境的互動之中，亦是我們日常生活中既存的一種無法避免的經驗。人們對不確定的事務有著與生俱來的恐懼，它固然造成我們無法掌控的感受，卻也是人生追求突破的彈性空間，否則我們還有什麼好努力的呢？因此在不確定的前提下之，催化了成長的酵素，將負向情緒轉化為正向的力量，容許人生有各種不同的答案，但當事件來得太突然或其性質太嚴重時，造成思考模式與生活秩序紊亂。疾病對任何人都帶來危機，尤其是嚴重的致命性疾病，往往令人無法面對，終日將籠罩在不確定的惶恐之中，渾沌不明難以掌控是不確定感之所以令人恐懼的原因，對病人及家屬皆形成莫大的衝擊與挑戰，會好嗎？能夠治癒嗎？還可以活多久？這些無人能夠肯定回答的不確定性問題，都是病人與家屬自始至終所最關注的問題，亦是醫療人員尚在探索的難題。

不僅如此，隨著疾病病程的進展，又將面臨另一層次的問題如：角色改變、生活品質低下、支持系統不足、社交與人際關係之疏離、面臨死亡的威脅等接踵而至，由原本決策者的角色撤退為被決定者角色，由有能力的強者轉變為喪失能力的弱者，擔心癌症復發或轉移，注意力完全關注於疾病的身體，剝奪了享有人生其他的權利(徐，2000)，思想空間與生活空間日益壓縮，癌症如蟹足爬行，無聲無息漸漸地吞噬了個人與家庭，以上種種有形無形情境的改變，是多面向、複雜的，是一個人或一個家庭無法獨自承受的，那種不安定、漂浮的、無根的感覺，對於癌症患者可說是生活中最難以應付的經驗與感受。

雖然醫療科技進步，延長了人類的壽命，但無形中也增加了人一生當中罹患癌症的機會，癌症不只對病人形成威脅，對醫護人員亦構成挑戰，病情要告知嗎？告知誰？告知多少？何時告知？以及如何告知？等倫理問題，或著是療效、副作用等超乎預期的反應，以及一些枝枝節節無法預料的狀況，也都是臨床上未知的不確定性問題。巴隆醫師（1985）曾說：「診斷對醫療人員而言只是進行分類，治療其實從未導致痊癒，而治療又會對患者的生活造成影響（因副作用之故），預後又總是從統計學的角度來判斷，從這種意義上來說，很難告訴病人，他將會怎樣？」（徐，2000）。

第一節 研究動機與目的

不確定感首先在 1962 年由 Budner 提出，他認為不確定感是當一個人對一事件無法給予恰當分類或組織時，所產生的一種認知。Mishel 經研究，於 1981 年發展出測量疾病不確定感概念之工具 Mishel Uncertainty Illness Scale (MUIS)，其內容與定義兼具明確理論基礎，且經多位學者研究測試在疾病中、治療中以及住院中病人之不確定感，證實具有良好的信、效度，之後被應用於不同科別，如應用於癌症病人領域（Christman, 1990；Mast, 1998；Mishel et al., 1991；Michel & Braden, 1988；Mishel & Soreness, 1991；Padilla et al., 1992），其他領域的有：心臟科病人（許，1990；Webster & Christman, 1988）一般內外科住院病人（Mishel, 1981；Mishel, 1984）類風濕性關節炎婦女（Bailey & Nielsen, 1993）。

癌症是一個具有生命威脅也是一個易復發與轉移的疾病，Luker, Beaver, Leinster & Owens (1996) 對癌症病人進行疾病意義之研究，結果大多數存活者皆自述癌症對他們最大的意義是挑戰，Small 與 Graydon (1993) 的質性研究，自訪談內容中分析出癌症病患對不確定感之因應策略為正向思考與尋求資源。國內這方面探討領域有限，又

多是以計量研究為主，未能觸及病人經驗脈絡，採質性研究探討不確定感與因應策略者更是付之闕如，經驗感受來自於個人生活哲理、社會及宗教背景，且深具社會文化意涵。國外雖有少數質性研究文獻，但因社會文化脈絡情境差異甚遠，不一定適用於國內照護模式，故深入探討本土病患之疾病不確定感之實際經驗與因應策略，實有其必要性與急迫性。病患主觀性感覺，或直接經驗到的主觀世界，與所謂的科學研究的客觀世界明顯不同，此二者在意義上是有極大的差異，促發研究者以質性研究取徑探索本土病患實際經驗內涵之動機。

近來由於醫療高度專科化的發展，病患的整體性被零碎切割，每一個專家都只關注於病患身體的某一個部位，因而呈現每一個部位都在控制之中，但沒有一個在控制中的完整個體，如此，反而增加了病患整體感與控制感喪失之弔詭現象，近年來醫療界已正視此一現象，要將整體歸還病人，因而提倡身、心、靈整合的照護。要達此能力必須透過病人的眼去看世界，用病人的耳去聽聲音，以病人的心去悉心感受，才能與病患共鳴，每一個臨床病者都有其可貴的疾病經驗，代表他獲她完整的個體，是臨床照護上一本活生生的字典。

綜合以上論述，本研究之目的如下：

1. 探討癌症病人對疾病不確定感之經驗感受與因應策略
2. 探討影響癌症病患疾病不確定感之因素
3. 探討疾病不確定感對癌症病患所造成之影響

第二節 研究之重要性

根據衛生署每年公佈的國人死亡數字顯示，從民國 71 年起至今，這二十年來癌症一直是國人十大死亡原因之首位，癌症是一個喚醒恐懼的疾病，且伴隨著焦慮、生氣、

憂鬱、挫折、無望感、無價值感、無助感、等負向情緒，也喚醒無法提供任何治療保證的不確定感(Hilton,1988;Wong & Bramwell, 1992) 從癌症高居不下的死亡率來看，癌症不只是個人事件或家庭事件，它更可說是一個社會事件，其滲透著個人、家庭、社會以及文化的意涵，誠如一位家屬所言：「當獲知先生罹患癌症之時，等於宣判了全家人的死刑」，如此深刻的描述，可以感受到癌症對一個家庭所造成的衝擊與傷害。

在不確定感源的研究中指出：不確定感與失控感(Lewis 1982; Mishel, Hostetter & Graham, 1984; Taylor, Lichtman & Wood, 1984) 負向情緒(Hilton,1988; Hawthorne & Hixone,1994; Webster & Christman, 1988) 恐懼癌症復發(Klein, 1971; Northouse, 1981; Chekryn, 1984) 及隨時必須存有生-死妥協概念(Weisman, 1976; Quint, 1983) 等具有相關性，此不確定感存在於意識的底層，一個危機事件將會喚起此深層的意識而使人焦慮不安，如同 Massie 與 Massie 於 1975 所言：「那不是奮戰，而是極端未知的恐懼」，縱使疾病已經緩解或控制，病患與家人可能從診斷一開始即陷入無以喘息的日子裡(Cohen, 1993)。

不確定感是病人在疾病、治療、及住院經驗當中一個重要的影響因素(Mishel, 1981)，可知不確定感貫穿了整個疾病過程，當面臨此情境與感受，病人都將採取各種方式去因應，因應是疾病調適過程中一個重要的因素，如果因應不當，將會產生壓力與焦慮，進而影響疾病的預後與社會的調適(許、黃、林, 1998)，如果因應得宜，最終將促進一個人的完整性與正向自我概念的達成(Miller, 1992)，故深入探討癌症病人之不確定感經驗感受與因應策略議題，將符合實際社會需求與時代意義。身為腫瘤護理工作人員，深入探究病患內心感受，才能真正滿足病患與家屬生、心、靈整體的需求，也才能夠提供人性化、專業化高品質的護理。

有鑒於了解癌症病患對疾病不確定感內心感受經驗與其因應策略之重要，加上鮮少

有人深入探討，本研究擬針對癌症病患之疾病不確定感內心感受與經驗，以及他們的因應措施，以「質性研究」深入訪談方式，收集癌症病患有關的主觀經驗與感受，期能透過本研究達成以下的研究結果：第一、藉著分析歸納整理資料，了解本土癌症病患之疾病不確定感內心感受經驗與因應之真相；第二、研究結果提供學術研究之參考，以及做為增進臨床實務品質改進之依據；第三、提供建立本土癌症照護模式之參考。使國內腫瘤臨床醫護照護之品質得以提升。

第二章 文獻探討

人和疾病的關係，本質上是共存的現實性關係，疾病破壞了現實生活中的整體感與控制感，不確定感滲透於整個疾病的過程，它是一種現存的、持續的意識，被人所體驗。

本章依據研究目的與問題進行相關研究探討

第一節 疾病不確定感

一、疾病不確定感定義

不確定感是一種源自於內在而非外在的認知，此概念最早由 Budner 1962 年定義為一種認知的過程(cognitive process)、感知的變因(perceptual variable)，當個體缺乏足夠的訊息或對件事件無法適當的分類或組織時，所產生的一種主觀感受(Bunder, 1962 ; Selder, 1989)。Mishel (1981)與 Michel 及 Braden(1988)分別提出疾病經驗之不確定感是源自於不熟悉的事件、無法預測的症狀、缺乏資訊、不清楚的解釋、療效不明確以及病程不清楚等。此外，當持續呈現健康及能力的衰退時，亦能意識到疾病的不確定感(Mishel, 1990)。Small 與 Graydon(1993)訪談 14 位男性與 11 位女性慢性阻塞性肺部疾病病患，不確定感被他們定義為沒有能力去決定疾病的相關意義，並認為不確定感會增加壓力感，是因為無法準確地預測未來衝擊的程度與沒有能力做決策。此外 Almeida, Mamede, Panobianco, Prado 與 Clapis(2001)探討乳癌婦女之疾病經驗感受，發現復發是她們所最擔心的是事情，並整理出三個主題是他們最深刻的感受，即與烙印疾病共同生活、負向的經驗感受與面對偏見等。

二、疾病不確定感模式

Mishel (1981) 提出疾病不確定感理論，指出病者在患病過程中，具有(一)疾病

所致的不舒服、軟弱及其他的病狀；(二)特殊治療過程與副作用；(三)高度科技化醫療環境；(四)評估未來依賴性高等四種情況時將導致不確定感。Mishel (1990) 進一步說明疾病不確定感理論，主要是解釋病者對於疾病相關刺激事件如何認知與建構意義的過程，當決策者不能定義事件的價值及/或因缺乏線索而不能準確預測結果時，就會產生不確定感。Mishel 同年又提出當存有慢性威脅，個人成長受到挑戰與改變時，個體將持續感受到不確定感 (Mast, 1998)。

Mishel (1988) 將疾病不確定感模式分為：(一)產生不確定感之前置因子 (antecedent)；(二)不確定感之評價 (appraisal)；(三)採取因應策略以減低或維持不確定感；(四)有效的因應 (copy) 以達適應 (adaptation)。分別說明如下：

不確定感的前置因子，由刺激架構 (stimuli frame) 認知能力 (cognitive capacity) 與結構提供者 (structure providers) 所構成。刺激架構是指個人感受到相關刺激事件之型式、組成與結構，亦即疾病症狀模式 (symptom pattern) 事件熟悉度 (event familiarity) 與事件一致性 (event congruence)，當對症狀的認知不足，非慣常或重複的情境，以及疾病的期待與經驗不一致時，因而產生不確定感。認知能力是指個人評價訊息的能力。結構提供者是指教育、社會支持及可信賴的權威人士，可間接協助個人確定疾病的形式及事件的熟悉度而減少不確定感，或直接協助個人對疾病事件的理解而減少不確定感 (Mishel 1988 ; Michel & Braden, 1988)。

經初步認知之後，個人經由推論 (inference) 與幻想 (illusion) 兩個評價過程，將不確定感評價為機會 (chance) 或危險 (danger)，「推論」是植基於過去相關的經驗與知識對現況所作的評價，當推論是正向的，不確定感將被評價為機會，反之將被評價為危險。「幻想」是以朝個人所喜歡的結果來思考的過程，以緩和無望感或負向情緒，因此想像可說是提供個人維持希望的機會 (Mishel, 1988 ; Mishel, 1990)。

許多研究顯示病患之不確定感造成多方面影響，尤其與心理壓力（Christman et al., 1988 ; Davis, 1990 ; Mishel, 1984 ; Webster & Christman, 1988）社會心理調適（Christman, 1990 ; Mishel et al., 1984 ; Mishel、Hotter、King & Graham, 1984）社會支持（陳, 2001 ; Bennett, 1993）資訊不足（許, 2001 ; 葉、邱, 1998 ; Bennet, 1993 ; Mast, 1998）負向情緒反應（陳, 1997 ; 陳, 2001 ; 蔡, 1998 ; Christman et al., 1988 ; Hilotn, 1988 ; Mast, 1998 ; wineman, 1990）等有直接關係，同時與希望感（徐, 2001 ; Christman, 1990 ; Mishel et al., 1984）生活目標（Wineman, 1990）生活品質（Braden, 1990）處理日常生活的能力（Braden, 1990 ; Mishel & Sorenson, 1991）等呈現負相關，由此可知不確定感在整個疾病過程對病患身、心、社會等多方面具有相當之影響力。

第二節 因應策略

一、 因應與因應策略定義

不論評價為何（機會或危險），個人都將採取因應策略來應對。當被評價為危險時，可能同時伴有心理困擾，或可能造成傷害，個人將採取直接行動（direct action）警覺（vigilance）及尋求資訊（information seeking）等策略，以因應此負向評價。若被評價為機會時，可能表示有希望、有正向結果，而採取緩衝性策略（buffering methods）以維持此感受，包括：逃避、選擇性忽視、重新排序及保持中立等（Mishel, 1988 ; Mishel, 1990），以上情境都是個人主觀認知的過程。

最後是有效的因應以達到適應，不論是將不確定感評價為危險或機會，只要因應策略有效就會達到適應狀態。適應於此指的是在常態範圍內之個人身、心、社會行為。反之若因應策略無效，則個人將產生適應困難，其行為亦將超出常態範圍之外（Mische,

1988)。

Lazarus 與 Folkman (1984) 提出壓力、評價與因應理論，因應 (coping) 被定義是個體為了減輕內外需求之負荷，對認知及行為所做的持續性改變，是一種過程，因應包括三個層次評價過程，即(一)初級評價(primary appraisal): 個體面對事件時，經過評價，而判斷其為有害的或具有威脅性的；(二)次級評價(secondary appraisal): 個體評價內、外在資源的有效性；(三)再次評價(reappraisal): 個體依據新的線索，再次對事件作新的評價後，所選擇合適的因應策略，如：認知的、情緒的以及身體活動等方面的因應行為 (Lazarus & Folkman, 1984)。由以上可知，因應是一個動態且持續的評價過程。

因應策略 (coping strategies) 被定義為面對壓力情境時，所採取改變或適應壓力源的行為模式，主要目的是排除或減輕個人所感受到的壓力，及面對威脅性情境時之預期性傷害 (Lazarus & Folkman, 1984)。Luker 等 (1996) 指出人們對疾病的因應端賴個人因素而定，如：年齡、性格、價值觀、文化、信仰等，而因應策略會直接影響個人對疾病的態度，一個有效的因應策略，可以使人減除不舒服的感覺、維持其有效的人際關係以及日常生活功能，進而促進一個人的完整性與正向自我概念的達成 (Miller, 1992)，因應策略非單一層面，依功能可分為以問題為導向的因應策略 (problem focused coping) 及以情緒為導向的因應策略 (emotion focused coping)。

以問題為導向的因應策略，主要是確立問題、不斷改變及選擇行動等直接的、主動的解決壓力情境。以情緒為導向的因應策略，則是減輕或調整因壓力情境所產生的情緒反應，只能尋求情緒的紓解與支持，並不能針對問題做適當解決，如：忽視、遠離、選擇性專注、發洩情緒、轉移注意及增加身體活動等策略 (Miller, 1992)，可知因應策略可以解決問題或調整情緒，不僅如此，有時當身體症狀不適時，人們亦常將此兩種因應策略合併使用 (Kuo, & Ma, 2002)。從另一層面分析，因應策略的短期效用，可減

低特定情境的要求與情緒反應的調解，長期效用則包括個人健康狀況的改善及身心社會功能的提升（胡，1994）。

二、 不確定感與因應策略

學者指出不確定感是形成壓力的主要因素，會影響評價過程及阻礙有效的因應策略（Lazarus & Folkman, 1984；Mishel, 1988；Mishel & Braden, 1988）。再進一步分析不確定感與因應策略關係，Mishel（1981）與Mishel（1984）指出當不確定感高時，因認知與評價系統受阻，影響個人採取直接行動及尋求資訊等問題導向的因應策略，而傾向使用內在心理調節之情緒導向因應策略，國內許（2001）對急性心肌梗塞住院病人之研究亦有類似的發現，當不確定感較高時，較常使用逃避及願想式（wishful thinking）情緒性因應方式。其他研究中發現若因應有效就會產生適應，反之，則產生適應不良（Webster & Christman, 1988），且伴隨負面情緒及對未來悲觀等結果（Mishel, Hostetter, King & Graham, 1984）但情緒性因應行為有中介作用，可以減輕由複雜性不確定感所致的焦慮，換言之，由於疾病治療所帶來的複雜度很高，使用情緒性因應反而對病人的焦慮有所幫助（許，2001），簡言之，不確定感對情緒的影響取決於個人因應策略的選擇。

第三節 疾病不確定感相關性研究

一、 疾病不確定感之相關因素與內容

依Mishel於1984年所提，疾病不確定感定義是指病者受到不明確刺激時，所產生的一種知覺感受，包括：對疾病的診斷、症狀、治療、預後及與照顧者間關係的不確定等方面。國內葉與邱（1998）對30位心肌梗塞住院病患，進行不確定感內容與相關因素的研究，發現疾病本身、預後、治療效果、檢查、家庭調適、醫療作業等是新機梗塞

病患住院期間不確定感發生之主要因素，綜合以上整體而言，資訊不足是心肌梗塞病患住院過程中不確定感的主要來源，Bennet (1990) 亦曾有類似的研究發現。心肌梗塞與癌症都屬致命性疾病，唯心肌梗塞多屬急性發作，會對病患造成立即性衝擊，而癌症多屬慢性疾病，病患除感受立即性衝擊之外，並須長期處於生命威脅當中。本研究將依受訪者訪談資料之內容，了解癌症病患之疾病不確定感的因素，以及隨著疾病病程的進展與變化，疾病不確定感內容的變化情形。

陳 (1997) 以半結構式訪談指引訪談 25 位心肌梗塞住院病患，欲了解其住加護病房、手術前、出院前各期間之不確定感經驗，內容整理出不確定感經驗之本質為：(一) 無法預測：疾病的預後、保健效果、治療的安全性與結果、恢復狀況、副作用、對家人、他人及工作的影響；(二) 無法理解：症狀變化、保健方法、罹病原因、治療的必要性與過程、醫療文化、工作人員職責；(三) 無法判斷：疾病的嚴重性、檢查結果之正確性；(四) 無法控制：自我照護行為；(五) 無法決定：治療方法等五種內心感受。Chekryn (1984) 認為不確定感是源自於失控感與恐懼癌症復發之心理，Hilton (1988) 在研究中發現乳癌婦女對疾病過程、治療方法、治療效果、疾病復發及存活時間感到不確定，此不確定之型態與程度會隨時間而改變，當有此感時，覺得生命備受威脅、不敢想像未來、無安全感、多慮、無法做決策以及對他人不信任，可知疾病不確定感的型態與程度並非一成不變的。

在一項大型研究中，Mast (1998) 對 109 位 I-III 期乳癌病患經外科手術與放射線治療或化學治療後存活 1-6 年居家病患作問卷調查，發現 (一) 身體不適症狀、害怕復發、現存疾病問題、情緒困擾狀況等與不確定感呈現正相關；(二) 身體不適症狀與害怕復發病患具有強烈預期性不確定感；(三) 對生活目標及價值持正向評估者與情緒穩定呈現強烈之正相關，意味著對癌症持正向觀點，將有助於生理、心理及不確定感間的平衡；(四) 年齡與害怕復發呈負相關，有可能是年長者較能面對死亡問題，故年長者面

對癌症診斷比年輕者呈現較低的恐懼心理。

Small 與 Graydon (1993) 訪談慢性阻塞性肺部疾病住院病患，其內容整理出病患對出院後返家之居家自我照顧、未來計劃及對病程之不可預測三方面感到不確定，可見住院中之病患更擔心出院後之照顧方面的問題，提醒吾人注意嚴重疾病病患出院之後居家照顧情形，重視病患真正之問題所在。Baier (1995) 以質性研究法探討精神病患及其家人所擔心的問題，分別是對是否仍可維持現有工作、是否可以照顧小孩、病狀是否改善、何時可以停藥、何時會再復發、甚至是否可以存活等問題感到不確定。Winters (1999) 以半結構是訪談指引，分析出心衰竭病患不確定感增加的因素包括：症狀或治療有變化、有關疾病的資訊不足、控制感喪失、對未來之不可預測以及不知疾病變化的原因等。

Wong & Bramwell (1992) 針對 25 位乳房切除後之乳癌病患進行不確定感與焦慮相關性研究，結果呈現最大的焦慮來源是病患之不確定感、其次是身體心像改變、症狀不適、缺乏資源等，而化學治療之相關因素又是導致不確定感之最大因素（佔 48%），合併症的發生使病患在治療成效方面感到較無信心，因而產生不確定感。而國內研究發現心肌梗塞病患不確定感的來源，主要是疾病相關事件之引起之不明確性（許、黃、林，1998），由以上文獻可知，不同疾病患者不確定感相關之因素與內容不盡相同，各具有其特殊性，由於疾病不確定感非常具有主觀性與個別性，本研究將針對癌症病患之疾病不確定感的感受與想法之內心世界做初步性探究，探觸癌症病患長期處於威脅生命疾病下生活的真實情境，而不做程度高低區分，因為疾病不確定感程度是浮動的，也有可能是反覆無常的，難以一個定數來斷論，因此本研究將不探究此一向度。

二、不確定感與心理、社會之相關性研究

關於不確定感與情緒的相關性探討方面，Webster 與 Christman (1988) 對已出院

的心肌梗塞病患進行疾病嚴重度、疾病不確定感、因應策略與焦慮、沮喪相關性研究，結果呈現不確定感與焦慮沮喪程度、社經地位成正相關，意味著不確定感高的病患，亦具有明顯情緒困擾現象，此結果亦呈現於陳（2001），Wong 及 Bramwell（1992）之研究當中。以上研究，可以了解到情緒與疾病不確定感有某種程度的依附關係。蔡（1998）對癌症疼痛特質、不確定感與心理困擾之相關性作探討，結果發現疾病嚴重度愈高、疼痛強度愈高、不確定感程度愈高，同時疾病嚴重度、疾病不確定感及疼痛強度愈高時，焦慮程度亦愈高，此結果異於 Mishel 等（1984）之研究結果：疾病不確定感與疾病嚴重程度無顯著相關。徐（2001）研究指出肺癌病患之不確定感比疼痛程度更能預測希望狀態，可知病患心理之感受對未來之影響超過身體不適之影響。

在一乳癌之研究，進一步指出病患不確定感產生時，負向情緒包括：焦慮、恐懼、生氣、挫折、無望感以及憂鬱（Hilton, 1988）。Redeker（1992）指出不確定感會影響病者澄清及尋求資源的能力，可知當病患在疾病不確定感產生時，除了引發一些負向情緒之外，尚且對病患既有的尋求資信的能力造成阻礙。Hawthorne 與 Hixone（1994）對心臟病病患進行心衰竭病患情緒紊亂、身體功能狀況與生活品質等相關性之研究，發現當病因及治療方式較複雜時，病患較易產生不確定感，情緒紊亂狀況因而增加。另一項對婦科癌症病患探討其疾病不確定感、樂觀態度、疾病嚴重度、身體功能控制能力與社會心理調適之相關性研究，發現整體之不確定感與樂觀態度、身體功能自控感呈負相關，表示不確定感較高者對未來期待較少，而身體功能自控感亦較差，且不確定感與社會心理調適障礙亦呈正相關（Mishel, Hotter, King & Graham, 1984），意味著個人人生觀對未來規劃、身體狀況與社會心理調適等方面與疾病不確定感都具有相關性。

有關不確定感與希望之相關性研究發現希望與不確定感呈負相關（林，2001；徐，2001；Mishel, Hotter, King & Graham, 1984），但 Christman（1990）提及接受治療效果之不確定性，反而可能提昇病患對未來的希望，在 Mishel（1990）與 Cohen（1993）

亦曾提出類似之論述。在 Padilla、Mishel 與 Grant (1992) 的研究顯示出，疾病不確定感影響生活品質，不確定感較高之婦癌病患生活品質感受亦較差，Braden (1990) 亦有類似之研究結果。

另外在不確定感與社會支持之相關性研究方面，Davis (1990) 特別針對 109 位內、外科重大疾病病患及主要照顧者，返家後不確定感與社會支持、壓力感受進行探討，發現疾病不確定感程度愈高者自覺社會所給的支持愈少，且可運用的社區網絡亦較少。國內類似研究，探討病患疾病不確定感及其相關影響因素，顯示不確定感與疾病知識、社會支持呈負相關 (林，2001；陳，2001；蔡，1996)，可知病患之心理、社會層面與現存的不確定感有緊密之相關性。

歸納以上有關疾病不確定感國內外相關研究與文獻資料收集顯示，做以下整理：

(一) 病患疾病不確定感發生因素主要與疾病之相關事件有關，如：治療相關之副作用或治療之癒後，尤其是此相關事件呈現資訊不足現象時。(二) 疾病不確定感不全然產生負向情緒，亦發生正向情緒反應，而以負向情緒討論較多。(三) 病患疾病不確定感與支持系統有關。

三、不確定感與因應策略相關性研究

有關不確定感之文獻國外雖有不少，但不確定感與因應策略相關性的研究卻不多，Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider 及 Deimling (2000) 對 71 位乳癌病人進行不確定感與壓力、評價、希望及調適進行研究，發現不確定感影響病人對傷害性及威脅感之評價，同時不確定感亦明顯影響希望感，此結果與 Christman (1990) 之研究類似，且支持 Mishel (1988) 疾病不確定感理論與 Lazarus 與 Folkman (1984) 之壓力與調適理論，不確定感影響壓力評價，進而影響因應策略的選擇，如 Hilton (1989) 發現不確定感愈高之乳癌病患，愈常使用逃避策略來因應同時調適能力亦較低。Luker、Beaver

及 Leinster (1996) 指出有癌痛經驗的病患對疾病意義的描述是：挑戰、懲罰與敵對，描述為挑戰的人，疼痛分數明顯偏低，且調適得最好。

Webster 與 Christman (1988) 研究發現心肌梗塞病患整體性不確定感愈高者，愈易使用情緒導向因應策略，同時不明確性不確定感與情緒導向因應策略成正向相關，而與問題導向因應策略無關。Redeker (1992) 對心臟繞道術手術後病患進行研究，發現不確定感與因應策略的關係，依其來源與因應方式而定，不明確性不確定感與逃避、自責及願想等三種情緒導向因應策略有正相關，而複雜性不確定感只與逃避及願想兩種策略有顯著相關，而在術後一週及六週最常尋求社會支持，最少使用願想式因應策略，採取問題導向因應策略多於情緒導向因應策略，最常使用的是直接面對問題，且隨時間呈現逐漸遞減現象 (Christman et al., 1988)。Newton 及 Mateo (1994) 在腦瘤病患之個案研究中顯示：病患及家屬對不確定感之因應策略，均以「改變需求」來因應，並自認此是有效之因應策略。Small 與 Graydon (1993) 自 25 位病人訪談內容整理出病患不確定之因應策略為「正向思考」與「尋求資源」。

國內研相關研究，許、黃及林 (1998) 研究指出：(一) 心肌梗塞病患不確定感的來源，主要是來自於疾病相關事件之不明確性，其中以「我不知道下一步會發生什麼事」為最多。(二) 心肌梗塞病人住院期間所使用的因應策略依多寡順序分別為：以問題為中心、尋求社會支援、願想、自責、逃避，整體來說病人使用問題性因應策略較情緒性為多，其中使用「按部就班」的人最多。(三) 當不確定感高時，較常使用逃避及願想式的情緒導向因應策略，而其中最常使用逃避之因應策略。柯 (1996) 的研究顯示乳癌婦女所使用的調適策略可歸納為：自我依賴、社會支持、逃避策略以及情緒處理等四種調適策略，不確定感與逃避策略、悲觀態度及情緒處理成顯著正相關，且逃避策略及情緒處理能明顯預測不確定感。

綜觀國內外研究結果與文獻顯示，內外科疾病病患當產生病患疾病不確定感時所使

用的因應策略包括：情緒或問題導向因應策略、自我改變及尋求資源等方面。

我們知道個人對意義之建構依其文化、信仰、價值觀、生活哲理及過去經驗而定，當面臨重大事件時將依此作為評價依據。癌症使人遭受莫大的身心痛苦與壓力，尤其疾病不確定感是癌症病人最具挑戰性的問題，將造成多方面影響如：情緒、生活態度（希望、樂觀等）、生活品質等，同時社會支持、日常功能、疾病狀況與資訊提供等亦影響不確定感之產生，不確定感影響壓力評價，進而影響因應策略的選擇。當被診斷為癌症起，病人即會採取各種因應策略來解決問題，由研究可知，病患疾病不確定感是具主觀性、個別性與浮動性的，且病患疾病不確定感與因應策略實際上是呈現動態互動關係。

第四節 文獻總結

以上相關國內外文獻探討，提供本研究主題「癌症病患之疾病不確定感與因應策略之探討」，提供概念性的理論背景，綜合上述文獻內容得知癌症病患感受到疾病不確定感包含三個構面分別為：疾病的刺激架構、病患的認知能力以及重要的他者。所謂疾病的刺激架構指的是疾病的症狀模式、疾病的熟習度以及對疾病的期待與經驗，換言之即為疾病的嚴重度、病程的進展程度、對疾病的熟習程度與個人對疾病的期待程度等等。所謂的病患的認知能力指的是病患對疾病相關訊息先做初步認知之後，再依個人過去的知識經驗或想要達成的結果對現況做評價，而做出是機會或者是危險的評價結果，不論評價結果為何，病患都會採取一些因應策略來應對，有些較具理性的策略會以問題解決為主導，有些則較偏向以情緒的紓發或支持為主導。

最後是有效的因應以達適應階段，故不論是將疾病不確定感評價為危險或機會，只要因應策略有效，就會達到適應階段，否則將產生適應困難，個案言行將超乎常態範圍

外。綜合以上文獻與臨床實務經驗，針對研究主題作為進入訪談情境提問的參考。

第五節 名詞界定

一、癌症病患

本研究所指的癌症病患為經醫師確定診斷為惡性腫瘤，不分初期或末期，且自知病情的患者。

二、不確定感

本研究採用 Mishel (1988) 定義：「不確定感」是一種認知的狀態，所以當訊息不足時，個人對事件的本質感到困惑不明及不可預測的感覺。

三、因應策略

Lazarus 與 Folkman (1984) 指出「因應」是指個體持續改變其認知及行為，以減輕超過所能負荷之內外在需求，「因應策略」則是因應過程中，個人用以改變與環境的關係或控制情緒反應之行為模式。

第三章 研究方法

第一節 研究方法的選取

本研究探討癌症病人對疾病不定感知經驗感受與其因應之道，我們知道癌症病人面對整個疾病治療過程及預後，內心存有不確定性感受，此感受是多面向、主觀性且複雜的，針對此感受個人所採取之因應策略又非常具個別性與隱私性，探究此經驗感受，若以計量研究之問卷調查是不足以呈現其完整的真實面貌。目前國內相關之研究與文獻有限，參考資料十分缺乏，本研究為針對本土癌症病患探討其疾病不確定之經驗感受與因應方法的探索性研究。

當我們對一現象相當無知時，我們需要用質的研究方法，去探討那種現象到底是怎樣一回事，當我們對現象有相當清楚的認識時，我們又會希望用量的研究方法去驗證假設，然而當我們在驗證過程或結果中發現了「例外」情況時，又會好奇地再用質的研究法重新探討事情的真相（杜，1997）；質性研究的精神乃在探討人類的主觀經驗，是一種透過收集人們的生活經驗，而進一步發現其所產生的意義並瞭解真象，以獲得真理的一種方式（Denzin & Lincoln, 1994），揭露並解釋一些在表面之下顯為人知的現象，彌補量化研究無法鋪陳的細緻部分，基於此；考量本研究所欲探討問題的本質，將採取質性研究法，深入了解情境，以捕獲真象。

本研究探討癌症病患疾病不確定感之經驗感受與其因應策略，為了解真相，必須由研究者親自與病患接觸，取得口頭及書面同意（附件一）後，作深度訪談與觀察，以半結構式訪談指引收集研究主題資料，訪談資料將依質性研究法之開放性編碼（open coding），將資料進行分解、檢視、比較、概念化與範疇化。

第二節 取 樣

在質性研究的樣本選取，研究者為了符合不同的探究目的，可以產生不同的取樣策略（胡、姚，1996）。在本研究中，研究目的是探討癌症病患疾病不確定感之經驗感受與其因應之策略，研究對象均為癌症病患，從研究對象的角度來收集資料，因為研究者任職於某醫學中心，依據立意取樣原則，選擇服務醫院血液腫瘤科病房之病患，經醫師確定診斷為惡性腫瘤，自知病情，並已接受過化學治療或放射線治療之成年病患，以能充分表達感受做選取的考量，經多次探視、接觸，取得熟識與信賴之後，經詳細說明，對本研究主題有所感受，並願意接受訪談及錄音者。

為獲得到資料的豐富性，儘量選取臨床特徵差異性大的病患，包含：疾病嚴重度、病程進展與接受治療療程不同的病患。研究取樣分兩個階段進行，第一階段有兩位病患接受訪談，作為前測，以測試訪談大綱與研究過程，並對研究現象做初步探究；第二階段有七位癌症病患做正式訪談，以進一步了解研究現象，此階段為修改過後的訪談大綱，對所詢問的主題做開放性的深度訪談。

第三節 資料收集方法與過程

依研究倫理考量，在研究之初，先提報研究計劃至院內「人體試驗委員會」審核，通過後取得證明（附件一）方進行研究。研究者先以床邊訪談紀錄與行為過程紀錄，了解病患罹病經驗與內心感受，而擬定訪談初稿，因考量研究問題可能涉及較多情緒的激發，研究者擔心訪談過程中，會出現各種狀況無法預測，故先與病患約定，待出院之後至其家中進行訪談，兩次的預試訪談經驗，給予研究者在進行正式訪談時做了地點與情境安排的修正。

一、預試訪談 (pilot study)

依事先約定的時間準時到達病患家中，研究者以預擬之初稿進行訪談，內容為：(1) 請您先談談當初發病的過程？(2) 您對癌症的想法或感受是什麼？(3) 什麼因素使你有不確定感產生？為什麼？(4) 不確定感對你造成什麼影響？為什麼？你怎麼應付？(5) 什麼狀況會影響你的不確定感？(6) 什麼狀況會增加你的不確定感？(7) 什麼狀況會減少你的不確定感？(8) 你希望從醫護人員這邊得到什麼幫助？

兩次的預試訪談經驗如下：

(一) 病患家中無法提供獨立的空間進行訪談，以致在訪談過程之中，容易受到家中年幼孩童吵鬧，中斷訪談，或其他家人的影響，干擾訪談的流暢，病患談及傷心難過處，會有所顧忌，情緒亦受到壓抑，無法宣洩，影響表達。

(二) 詢問的問題不夠口語化，研究者必須再重複說明，病患才會表達。

二、正式訪談

正式進行訪談時，儘量修改預試訪談之缺點，訪談大綱依預試缺點加以修正，問題儘量口語化，且合併類似的問題，並邀請五位臨床年資都在八年以上資深的護理人員提供意見，以成為正式訪談大綱。

訪談過程如下：

(一) 訪談地點改在病房，選取正在住院當中的病患進行訪談，受訪者若住單人房就在病室內進行，若住兩人或三人房，則另外安排單獨空間，以減少干擾，並備衛生紙，供受訪者宣洩情緒時使用，訪談時僅研究者與受訪者兩人在場，無家屬陪伴。

(二) 訪談前皆先與病患本人取得共識，在病患身體狀況許可之下，避開可能干擾因素，例如：排檢時段、醫師查房時段、或預知訪客等，以利訪談之順利進行。

(三) 訪談之前詳閱病歷，與主要照顧的護理人員討論病情，以掌握病患最新狀況。

(四) 經詳細說明，病患願意接受訪談及錄音者，將訪談同意書(附件一)以及訪談大綱(附件二)臨床試驗同意書，先交給受訪者預先閱讀，了解內容。

(五) 訪談時針對各同意書內容加以解釋，並請其簽署。

(六) 訪談大綱僅為提醒研究者在訪談過程中之指引，訪談時將依真實情境，調整字句與順序。

(七) 訪談中隨時紀錄受訪者非語言訊息，受訪者情緒宣洩時立即暫停，陪伴，再依受訪者意願繼續或終止訪談。

(八) 訪談完畢，紀錄訪談時間、日期、受訪者姓名。

第四節 資料處理與分析

本研究採質性深度訪談法收集受訪者資料，包含以下幾個部分：1、疾病不確定感之經驗感受；2、產生不確定感之因素；3、疾病不確定感產生時，對受訪者的影響（生活、情緒或其他）；4、個人對疾病不確感的因應策略；5、所需要的幫助。採全程錄音，逐字登錄，以開放性編碼方式逐句或逐段來編碼，依研究問題找出相同的主題予以分類，歸納出重要的概念範疇，以受訪者的立場與語言來表達，最後嘗試找出其歷程脈絡。

研究者在九十一年十一月開正式收集資料與分析，整個資料皆另存取兩份磁片備用。資料處理分析過程如下：

(一) 訪談後兩週內完成謄寫逐字稿與當場紀錄之手稿，並加校對。

(二) 逐字或逐段編碼，抽取意義概念，對現象加以標籤。

(三) 以同儕檢驗方式，將與有醫護背景且亦以紮根研究法研究的同學，檢視編碼標籤是否有不同詮釋或遺漏。

(四) 將相同概念聚攏起來，予以更抽象概念命名。

第四章 研究結果與分析討論

本研究依研究目的尋找研究對象，以其臨床症狀與病程差異性較大，及受訪者的表達能力佳者為主要考量，期能獲致較為豐富的資料，故重視資料的豐富性，而非數量的多寡。本章節中將呈現訪談資料之開放性編碼後的跨案分析與討論，每一章節之呈現內容為：在第一節呈現研究對象的背景資料分析，包括研究對象的稱呼、年齡、婚姻狀況、病程狀況、疾病分期、宗教信仰狀況、支持系統狀況、疾病感受談心對象、以往癌症醫療經驗與家中經濟狀況等資料；第二節中分析研究對象對疾病不確定性的想法與感受；第三節則討論影響個人疾病不確定性之想法與感受的因素；第四節中討論此疾病不確定之特性對受訪者所造成的個人影響情形；第五節將呈現受訪者的個人因應策略運用；最後則依研究主題儘量尋找出個人脈絡做整體性討論。本章六節分別為：

第一節研究對象的基本資料分析

第二節研究對象對疾病不確定性的想法與感受

第三節影響疾病不確定性之想法與感受的因素

第四節中疾病不確定特性對受訪者所造成的影響

第五節受訪者的個人因應策略運用

第六節總和性討論

第一節 研究對象基本資料分析

研究中依每位訪談對象的病程特殊性，賦予一個稱呼，男性以某某先生，女性年齡較長的以某某女士，年齡較輕的以某某小姐稱呼，以方便讀者分辨與記憶，並且配合個案簡介之描述，加深對她（他）的印象特徵，希望在後續的閱讀中，可輕

易的將情境與受訪者背景聯想在一起，而不需要再前後對應翻閱，減少不方便。本節先針對研究對象個人狀況做一簡介，接著再依年齡、婚姻狀況、病程狀況、疾病分期、宗教背景、支持系統狀況、疾病感受之談心對象、經濟狀況及以往癌症醫療經驗等基本資料做跨案分析，並於最後對研究對象之此些方面歸納製作成表格。

一、個案簡介

受訪者一：44 歲，男性，無正當職業，為肝癌末期合併腹部嚴重轉移之病患，瘦骨如材，配上快要脹破的肚皮，及腫脹的雙下肢，架構成非常不協調的身形，來院時已無治療空間，肚子脹得不舒服需要將腹水抽出，減輕他的不舒服，每隔 2-3 天抽出 3000cc 粉紅色腹水。妻與母親皆以往生，人世間只剩下一個 18 歲的兒子，亦無其他親友。對自己的病況非常了解，並不奢求奇蹟出現，沒有特殊宗教信仰，也不願意末期才信教，認為那是自欺欺人的做法，但相信因果輪迴，希望能利用所剩不多之時日能助人來贖罪，及希望這段時間能多與兒子相處，補償以往對其虧欠。承認自己以前做過不少壞事，對於生病責怪是自己生活不規律、糟蹋自己所致，他沒有任何怨言。已經往生，因「往」與「王」之發音略近，故以「王先生」稱呼之。

受訪者二：56 歲，女性，曾在醫院當過看護，故有照顧病人之經驗，為乳癌第三期患者，合併肺部、骨頭以及腦部轉移，與家人關係疏離，對人缺乏信任，五年前初次醫治乳癌，其罹病經驗極差，影響日後對醫療的想法。末期對疾病的態度有重大轉變，癌症之不確定特性使其對人生有不同的體認，生病後篤信基督教，提供其心靈上的滿足與寄託，宗教陪伴度過疾病末期。人生閱歷與疾病經歷很豐富，善於表達內心感受，年齡稍長以「莫女士」稱呼之。

受訪者三：女性、34 歲，為此次訪談對象最年輕者，個性內向保守，家庭支持力強，

住院期間由公婆代為照顧兩個年幼孩童，民國 88 年就已在他院被診斷出黑色素癌，侵犯部位為左手臂內側，僅有一小塊突起，因當時日常生活功能不受任何影響，同時並不知道惡性腫瘤就是癌症，未立刻接受治療，拖了兩年，至 90 年底腫塊長到約四公分才去切除，91 年轉來本院時已有肺部轉移，接受干擾素治療，自知已有肺部轉移，住院時聽其他病友說癌症是由血液轉移，唯一的希望就是陪伴孩子長大，故害怕復發及轉移。生病後聽病友建議改變飲食習慣，攝取有機蔬菜，半年多的療程，過程尚稱順利，沒有特殊不適，稱呼她為「安小姐」。

受訪者四：36 歲，男性，為急性骨髓性白血病之初次發病病患，在日商公司擔任 X 光維修人員，人緣佳，體型壯碩，患病三個月體重掉了約十公斤，曾有因為身體虛弱而感到生命力衰竭，及夢境中獲得開創新生命啟示的特殊經驗。發生兩次嚴重感染的突發狀況而延長療程，故療程未如預期順利，對治療仍充滿信心，期待病情穩定之後，行自體週邊血幹細胞移植，故以「齊先生」稱呼，有期待之意。

受訪者五：38 歲，女性，內向，為鼻部淋巴腺癌之復發病患，十多年前赴日求學，嫁給日本人，與公婆相處不甚好，首次發病在日本治療，家庭所給的支持甚少，甚至被唾棄(曾被要求離婚)，所以當時可說完全是孤軍奮鬥，她稱那時為「黑暗生活」。十多年前在日本第一次治療後，醫院並未告知要追蹤，故一直未曾追蹤檢查過，此次復發害怕那段黑暗生活再現，故回台灣來醫治，先生並未陪同，由娘家人照顧，尤其姐姐與姐夫是其主要之精神支柱，並提供她一些疾病資訊。組織切片病理檢查報告指出，其細胞型態為較惡質的類型，此次罹病後其人生觀有重大的轉變，雖療程控制良好，仍恐懼於再度復發，又為復發個案，故稱她為「傅小姐」。

受訪者六：男性，45 歲，為急性淋巴性白血病初次發病患病，孩子都已長大，事業有成，擁有廣告公司與蘭花事業，個性樂觀開朗，會主動尋求資訊，疾病訊息豐富，故對自己的疾病了解深入，治療過程中前期很順利，對療效樂觀，稍晚發現體內有另一種不好的染色體存在，且治療過程有嚴重合併症發生，加上看到不少病友復發回來治療，動搖了信心，與太太商量好，療程結束若短期復發，順其自然，不再治療，「該交代的都已交代清楚了」，療程結束其療效尚好，復發為其最為恐懼的事，了解到癌症無特效藥，必須「與癌共存」，因良好之「良」與「梁」同音，故稱之為「梁先生」。

受訪者七：37 歲，男性，急性骨髓性白血病，病前以自助餐為業，積勞成疾且有自行服用成藥藥習慣，已完成異體週邊血幹細胞移植，親姊姊是他的幹細胞捐贈者，家庭支持系統強，幼童由其母代為照顧。移植後約一年期間因為排斥與感染而進出醫院頻繁，造成心理上極大的不安與恐懼，所幸全程都有妻之陪伴與照顧。疾病打破了原先的人生規劃，花掉大部分積蓄，人生觀與疾病態度亦有重大轉變，認為一切都不需計較，每一次的住院都在與死神搏鬥，對他的生命都是又一次試煉，整個療程非常艱辛，稱之為「辛先生」。

二、基本資料跨案分析

此部份除收集受訪者年齡、婚姻狀況、疾病分期、病程狀況之外，亦收集與疾病不確定感有相關性的因素，如：社會支持進行分析。另依研究者之臨床經驗，選取與疾病意義詮釋相關之背景資料進行分析，如：宗教信仰、疾病分期與病程狀況等，當病患內心有任何與疾病相關的想法與感受，是否有人可以傾聽，亦為研究者所欲了解的狀況，以上基本資料的收集與主題期能有相關性之發現。

(一) 性別、年齡

七位訪談對象四位男性，三位女性，年齡由 34 歲至 56 歲，平均年齡為 42 歲。

(二) 婚姻狀況

皆已婚，其中王先生喪妻十多年，莫女士離婚二十多年，其餘婚姻狀況皆正常。

(三) 病程狀況

莫女士和王先生皆為疾病末期有多處轉移患者，莫女士 87 年發現時已乳癌第三期，在高雄 xx 醫院接受切除手術，當時已有腋下淋巴轉移，肺部轉移、骨頭轉移與腦部轉移之情形，做過 12 次化學治療，88 年發現左腋下淋巴種大，又接受 38 次放射線治療，因不滿治療之後遺症及醫師之態度，91 年 3 月因呼吸窘迫，喘不過氣，轉來本院醫治其轉移性之肺癌，治療效果很好，10 月發生步態不穩、頭痛再來住院醫治，此次是以放射線治療控制其腦瘤為主要目的。

王先生 89 年底發現肝癌時已有腹部轉移，90 年 6 月腹水腫脹，因找不到家屬簽字某醫院不予開刀，被迫放棄醫療帶病返回，自行服用中藥一段時間，91 年轉來本院時因腹水嚴重，體力差，僅能給予抽腹水與給予血漿，補充營養與減輕其不舒服。

其餘受訪者病程狀況為：安小姐黑色素癌有肺部轉移，目前尚未出現呼吸上的問題，自覺居家生活未受影響，因病辭去工作，在家修養，目前為第 8 次免疫治療；傅小姐為鼻部淋巴腺癌復發者，約半年之化學治療頭髮掉光，認為生命最重要，不在乎外表，出門時以頭巾裝飾，未影響其心理；齊先生已接受過兩次化學治療，等待病情穩定後，將行自體移植；辛先生 90 年 10 月發病，91 年 3 月完成異體移植，至今已經移植過後約一年，此期間發生多次無預期感染，進出醫院頻繁。

(四) 疾病分期

王先生與莫女士兩位為疾病末期患者，醫療上不以治療癌症為目的，而是以症狀控

制為主要考量，其餘受訪者安小姐、齊先生、傅小姐與梁先生為疾病治療期患者，都接受積極性化學治療，此四位受訪者目前身體狀況皆尚好。辛先生是異體移植之追蹤期，因發生移植後之多次感染，心理上偶爾出現不安狀況，目前對移植抱持期望與信心。

（五）宗教狀況

在訪談的七為對象當中，僅有一位表示有宗教信仰，六位無宗教信仰。莫女士在罹患乳癌後，因電療副作用使面貌改變許多，其人生可說遭逢最低潮，信奉了宗教，成了虔誠的基督教徒，使她在患病過程中，這股宗教的力量幫助她渡過了人生最低點，也在失落、無助、擔心與恐懼之時支撐著她，給她力量。

其餘六位不論其病程如何，都表示並無宗教信仰，雖然都無明確的宗教信仰，但當他們面臨人生重大事件時，尤其與生命相關經驗時，心中都有個無形的神明與之對話，且也會有某種行為或儀式，如：去廟裡拜拜、喝神水、許願、戴平安符、戴念珠等等，祈求神明保佑，渡過難關。

（六）支持系統

一般而言，婚姻狀況影響支持系統的好壞，已婚者所獲資源較多，支持系統會較好。此處訪談對象之支持系統，是以受訪者自認之好或不好做區隔，而非由一般外在客觀條件來做判定。其中有五位受訪者自認支持系統是好的，家人、同事、及朋友都能適時提供協助或照顧，兩位自認是不好的。

其中傅小姐雖然本身家庭給的支持不夠，但此次返國治療，能深切感受到娘家人的關愛，尤其姊姊與姊夫無條件的付出，彌補了她這方面的不足，故雖然夫家給予的支持很少，她仍然認為此次生病，她有足夠的支持力量。

莫女士婚姻不美滿，二十多年前即已離婚，兩個小孩亦皆成家立業，其母將近 70 歲，身體狀況不錯，尚有一個姐姐，較少聯絡。每天白天都有女兒照顧，媽媽和媳婦偶爾會來探視，但是莫女士認為她們都是想跟她要錢才來，並非真心關心她，感到很傷心，因此與家人的關係疏離，朋友亦因生病都失去聯絡，自認支持系統不好。

而王先生無正當職業，喪妻十多年，世上親人、朋友明顯缺乏，自認支持系統差。其餘四位受訪者都自認支持系統很好，家人與親友或同事都能適時幫助。

由以上莫女士與傅小姐狀況可看出，支持系統的判定主觀感受與客觀條件差異性頗大，也就是說，支持系統之好壞，由客觀條件之判定並非等同於主觀的感受，此為本次研究之有趣發現，將於之後再做較詳細的討論。

（七）談心對象

此處所謂的談心對象，主要是指當受訪者有關乎自己疾病之不確定性感受或想法時，有訴說表達的對象，而分享此內心感受或想法，而非只是一般性談話內容而已。

在訪談之七位對象當中，有三位受訪者表示並無適當的談心對象，而其中兩位是支持系統不好的，如王先生與莫女士，自其週遭找不到適當的人，可以心事說出，故無人可談心；而齊先生家庭支持雖然很好，朋友、同事與家人互動很好，可是他不願意找他們談有關這方面的心事，尤其怕家人擔心，更不願告知母親與太太，其感受或想法都擺在心上不講出來。

安小姐也是支持系統很好的人，家人每天陪伴，可是她覺得家人或親友並非是她談此議題的對象，也是怕他們擔心，反而同病室之病友才是她主要的談心對象，一些疑問與心事會利用先生上班之後，找隔壁床病友聊聊。

除此之外，其餘四位有適當的家人可以談心。

此有一個有趣現象，五位支持系統良好的個案當中，有兩位當病情引發的感受或特殊想法，想找人談談時，並非都是找家人談，如：安小姐與齊先生。其餘三位可以與姊姊或配偶談心。

（八）醫療經驗

此處醫療經驗主要是指與癌症有關的經驗。王先生曾有過被前一家醫院拒絕開刀，被迫放棄醫治的經驗，此或許對日後之醫療感受與疾病不確定感會造成影響。

莫女士在 5 年前的乳癌求診經驗非常差，醫師說話不考慮病患能否承受，甚至於告知病情連頭都未抬，對待病患的態度不夠尊重與體諒，加上 38 次放射線治療，使其門牙幾乎掉光，只剩下兩邊各一顆虎牙，她謂之為「獠牙」，影響其整個生活型態，心情陷入谷底，故莫女士之首次醫療經驗印象極差。

傅小姐十多年前在日本之患病經驗，對醫療無特別不滿，而是對於住院期間，家人非但不去照顧，出院後公婆甚至要她離婚，免得受託累，家人對待她的情形感受非常深刻，她形容為「黑暗生活」。此次診斷此黑暗生活立即浮現，她害怕會再度發生，或許會影響日後之醫療感受。

其餘的五位受訪者皆無負向的醫療經驗。

（九）經濟方面

至於在經濟方面，疾病之住院治療或居家調養，其實或多或少都會造成家庭的沉重負擔，受訪者在患病過程中，不但無法正常工作，收入減少，且在住院醫療、居家之營養補充及家庭原本日常生活上，所費不貲，雖然健保制度下，重大傷病免除部分負擔，但仍有健保涵蓋範圍之外的負擔，諸如：病房差額、特殊飲食、特殊療效藥物等。是故在這七位受訪者中，除梁先生與傅小姐表示經濟無慮之外，其餘都造成不等程度的影

響，莫女士、齊先生、辛先生與安小姐的經濟勉強還可以過得去，需要幫助的是王先生。

1、經濟佳者

梁先生夫妻都有自己的事業，收入固定，經濟無慮；傅小姐在日本經營藝品類，收入不錯，目前無經濟問題。

2、經濟尚可者

安小姐所幸可由私人保險公司獲得部分補助，尚未造成經濟上太大問題，因病辭去工作，收入影響不大，先生是主要收入來源。莫女士以前在醫院當看護，略有積蓄，兒女已成家立業，一個人自給自足，但因為患病已經快五年，積蓄也已用得差不多了。齊先生則是家中經濟支柱，生病對家中經濟影響較大，雖然日商公司待遇不錯，亦可由私人保險公司獲得部分補助，但是孩子尚小，開銷大，擔心長期下來會影響家中生活。辛先生與太太共同經營自助餐，生病後完全停業，太太負起主要照顧者的角色，全程陪伴，頓時沒有經濟來源，又進出醫院頻繁，花掉大筆積蓄，生活稍嫌吃緊。

3、需要協助者

至於王先生以前生活糜爛、喝酒賭博，無正當事業，完全沒有積蓄，礙於現實經濟考量，擔心往後病重對家人造成負擔，兒子又必需上班維持生計，因此在後期活動不方便時，提報社工部請看護協助生活上照顧，解決了此一問題。

綜合以上受訪者之年齡、婚姻狀況、病程狀況、疾病分期、支持系統狀況、疾病談心之對象、癌症以往之醫療經驗與經濟狀況等九方面之個人背景資料，歸納為基本資料一覽表，如表一。

表一 研究對象基本資料一覽表

病患 稱呼	年齡 狀況	婚姻 狀況	病程 狀況	疾病 分期	宗教 狀況	支持 系統	談心 對象	醫療 經驗	經濟 狀況
王先生	44	喪妻	轉移	末期	無	差	無	差	貧困
莫女士	56	離	轉移	末期	基督教	差	無	差	尚可
安小姐	34	已	肺轉移	治療期	無	好	病友	無	尚可
齊先生	36	已	待移植	治療期	無	好	無	無	尚可
傅小姐	38	已	復發	治療期	無	好	姊姊	差	佳
梁先生	45	已	初發病	治療期	無	好	家人	無	佳
辛先生	37	已	已移植	追蹤期	無	好	家人	無	尚可

第二節 疾病不確定感之經驗與感受

在癌症疾病籠罩之下，從七位受訪對象之個人基本資料得知其癌症患病過程差異性頗大，或許對疾病之不確定特性亦會造成不同之感受與想法，本節將針對其對癌症疾病諸多未知之特性，內心產生各種特殊感受與想法，經過分析，歸納於下，由於所處的病程階段與個人以往經驗的不同，面對疾病相關的因素，七位受訪者所經驗到的感受與想法，分述如下：

一、擔心

(一) 病情方面

處於罹患致命性疾病之下，七位受訪者都呈現擔心的的內心感受，這主要是針對病情方面不可知的擔心。

王先生因為肝癌末期腹水嚴重，當抽出腹水的顏色由淺黃慢慢轉變為粉紅色，便已自知腹內血管開始破裂，才會呈現粉紅色腹水，其實病情狀況病患自己是最清楚的，因為身體是他們的，當體內有任何變化，他是第一個接收訊息的人。對王先生來講，他擔心的是腹水的顏色而不是量，他知道「量」對他來說已無意義，而「色」是腹內血管破裂嚴重度的指標，另一個主要的意義是代表了他與死亡間的距離，當看到變色的腹水，王先生擔心病情很快會變得很壞。

「從那時起到現在，便很擔心肚子裡的血管會愈破愈多，所以每次抽腹水我都會先看它的顏色，我們自己都清楚自己的情形，對不對？」【王 001】

「擔心明天醒來不知道會變成什麼樣子，會不會就這樣走了？」【王 021】

莫女士在前一家醫院就被告知有肺部、腦部、骨頭轉移，其中轉移性肺癌，經醫治對藥物的反應敏感，獲得良好的控制，但化學治療藥物對腦部腫瘤則無明顯效果，當腫瘤漸漸長大，步態平衡受影響時，擔心病情會變得很快。

「最近我跟我女兒講，我好像會ㄉ一ㄥ（台語），就是站不穩啦，好像病沒有進步，怎麼會這樣呢？」【莫 009】

莫女士與王先生同屬疾病末期病患，所不同的是，對莫女士而言，去年4月至10月這半年住院，醫師還在針對肺癌給予積極治療，況且經她去別家醫院驗證，確實有被控制，看不見肺部異常，連對方醫師都認為這對末期病患而言是個奇蹟，莫女士的個性多疑，她甚至還懷疑也許當初並沒有肺癌，但又寧可相信是被治好的，此又懷疑又相信心理，呈現出矛盾心態。沒多久感到走路不穩，她並未預期到，有點不能接受這麼快就發生，可是基於不得不接受事實，只好消極性的妥協，希望能來的快去的快。

而王先生的醫療行為主要是抽腹水，很明顯地這並不會有治療性作用，故對病情的

期待與莫女士不同,只希望不要惡化太快,二者在病患所賦予的意義上來說是有差異的

(二) 檢查結果方面

齊先生與辛先生二位,齊先生正期待接受週邊血幹細胞移植,要檢查結果穩定之後才可以執行,因此檢驗與檢查結果對他的意義是何時可以做移植?「在 DNA 報告還沒出來之前,一直擔心那份報告會不會對我發生什麼影響」【齊 013】而辛先生是移植後病患,出現排斥現象與感染,目前正為此受苦,對他而言,這些結果對他的意義是移植成功與否,「每次抽血我老婆都會先去問小姐結果怎樣,再來告訴我,我們當然會擔心結果怎樣,」【辛 018】。

至於梁先生雖然是首次發病,對病情了解深入,生病這半年以來,會自己設法尋找許多相關資訊,例如:他常常找醫師或護理人員聊天、找其他病友聊天,也經常自己上網找資料,他對檢查結果很敏銳,從梁先生的訪談內容可了解到檢查、檢驗結果牽動著病患的情緒。

「這個病醫得好、醫不好這是個不確定的,沒有人能告訴我,只有檢查的數據能告訴我,我們的心情也像那個數據一樣,起起伏伏,它就像我的心情溫度計一樣,---」【梁 048】

安小姐有肺部轉移,她渴望多一點時間,可以陪孩子長大,檢查與治療結果直接關係到疾病控制的情形,因此她會很擔心每一次的數報告結果。

「醫師說我的病要看 X 光片,才知道肺部腫瘤有沒有消,原先很擔心照出來沒有變小,後來上次照出來說腫瘤有縮小,才比較放心,」【安 038】

現實情況王先生與莫女士皆處於癌症末期階段,臨床上儘量不作無意義的檢查與檢

驗，故他們擔心的方向，是整個疾病的走向，相對於其他受訪者而言，因為都處於治療期或追蹤期階段，非常仰賴檢驗檢查結果，情形是不太一樣的，如安小姐、齊先生、傅小姐、梁先生等都擔心檢驗檢查結之呈現。

（三）治療結果方面

末期的莫女士基於最近肺癌療效不錯的經驗，現在又有平衡感受損，走路不穩沒有安全感問題，有預防跌倒概念，都小心翼翼的走路，否則因骨轉移，非常容易導致骨折或受傷害，想要再回到醫院治療，希望平衡感受損也可以如肺癌般的被治癒，但是她對治癒也心存懷疑，很擔心治療之副作用會讓其腦部細胞受損。

「最近上廁所我害怕摔跤，本來都不會呀！不知電療以後會不會好？如果不行的話---我想應該不會吧。」【莫 024】

年輕的安小姐，病灶黑色素癌的位置在左手臂內側，不影響日常生活功能，當初不敢面對現實而延誤就醫，拖了兩年之後，待局部腫瘤漸漸長大，已經有肺部轉移才開始真正治療，她很希望能因陪孩子長大，迫切期待治療效果，雖然醫師說她控制得不錯，可是她仍然擔心治療結果。她的保險業務員告知，有客戶跟她的病一樣，活了一二十年，安小姐說也希望能跟他們一樣。

「保險公司的業務員，他說這種病有人也是控制的很好，有些病人二、三十年前到現在還活著呀！那聽了之後就會想我會不會像他一樣，也是可以活二三十年，這樣希望盡量可以再活個二、三十年。」【安 021】

住日本的傅小姐是復發病患，兩次同樣都長在鼻部的淋巴腺，前次十多年前在日本初次患病，治療效果很好，現今還是再復發，又因為這次的細胞分類是屬於預後較惡毒型的，當她知道之後，更加擔心治療的結果，因為她第一次發病在日本治療時，家人令

他極為痛心，她非常害怕狀況重演，由以下談話內容可以看出她內心是在信心與疑惑之間徘徊的。

「我想這個病是初期，我有信心一定會治得好，而且檢查的結果，其他部位也沒有受感染，但是醫師說我的細胞型態很毒，我又擔心它的效果會不好。」【傳 018】

梁先生同屬於治療期病患，且是初次發病，治療過程前幾個月都很順利，後期一方面出現了一些治療上前所未有較嚴重的副作用，很不舒服，加上看到一些病友復發再度入院治療的情況不理想，更增加他對整個疾病治療的擔心與不確定。

「這個病可不可以醫的好，這是個不確定的事，我知道沒那麼容易」【梁 19】

「什麼時候復發不知道，甚至什麼時候轉移到什麼地方也不知道對不對？」【梁 007】

「看了這麼多人復發後再進來，哇塞！不確定感愈來愈高，當然我雖然剩下兩次，最近動不動就看到有人復發回來有點心灰意冷」【梁 029】

以上四位受訪對象，其中三位治療期病患安小姐、傅小姐與梁先生，雖然治療過程都出現或多或少的併發症，可是整體來看還算很順利，但都還是擔心治療的結果。另一位末期之莫女士情形較不同，站不穩的症狀很明顯困擾著她，假若治療效果不好，症狀就無法改善，同時可能發生副作用，所以她特別擔心治療的效果。

（四）存活率方面

活率是兩位受訪者在回憶當醫師告知診斷之初所想到的問題，莫女士回憶八十七年剛發現乳癌之時，她看到診間外面貼著一張乳癌防治的宣導海報，上面寫著乳癌存活

率五年，她擔心自己的存活率有多久所提的疑問，可是得到傷害性的回應，這次的詢問造成她非常負面的影響。

「可是他的口氣很不好，在門診還沒有切片以前，他一摸就說這是壞東西（台語），出去！看都不看我一眼，我問他我有沒有三年、五年好活，他就搖頭。回去後我就想不開呀！想不開呀！吃不下呀！睡不著呀！」【莫 001】

齊先生可能是平常在工作上有接觸醫療相關人員，所以在第一次住院期間，醫師對疾病並未解釋得很清楚，他對這個病根本沒有什麼概念，但是他擔心存活率問題，不曉得存活率是多少，這是癌症診斷之初，最想知道又最不敢碰的問題，也不敢直接問主治醫師，因為家裡面小朋友還小，負擔很大，他告訴自己不能這樣倒下去。

「其實那時候我最在意的是那個病它的存活率是多少？所以說我躺在病床上面的時候，我整個人什麼都不想，就只有想一件事情---「治癒率多少？這個治癒率幾成？」【齊 001】。

以上兩位受訪者在疾病診斷之初就會擔心此治癒率的問題，可能與此二位平日工作性質有關，莫女士以往當過看護，與醫院及病人有較多的接觸機會，齊先生是 X 光機的維修人員，亦有接觸醫院檢查部門人員的機會，故他們在得病之初就會有這方面的疑慮。

（五）後遺症

莫女士這次住院是為了腦部要接受放射線治療，縮小腫瘤壓迫，改善平衡感，但她又擔心會有併發症發生，出現一些矛盾心理，她的擔心與她 87 年接受電療不好的經驗有關，上次 38 次的電療之後，前面上、下排門牙幾乎全掉了，只剩下旁邊兩顆牙齒，造成她整個顏面變形，外觀改變，影響她的生活型態，因此此次她很擔心電療會造成另

一個重大傷害，破壞她的腦細胞，使她變成痴呆。

「我的嘴巴本來很好看的，現在已經難看成這個樣子了像

『獠牙』，難看死了」【莫 010】

「我想那殺傷力那麼強，我不希望變成植物人，連累下一代，我很擔心---」【莫 022】

「電療之後變痴呆、傻傻的，還是腫瘤會縮小變好，不知道，我不知道耶！」【莫 009】

辛先生在移植後正處於排斥階段，也經常因無預警的感染如：嚴重鼻竇炎、皮膚炎而住院，他居家已經非常小心，全家都在備戰狀態，但沒隔一兩天還是進來了，發生這些感染，都可說是防不勝防的，有時會失去耐性而引發一些情緒反應。

「所以第一次第二次心理會很不服氣，怎麼過一天又來了，有時自己心情很不好，想一想無名火會發起來，氣我自己怎麼這麼不爭氣。」【辛 053】

梁先生在治療過程中，曾先後發生一些器官上的受損，他對疾病的資訊很多，也很了解一些後遺症所造成的影響，因此令他擔心。

「因為每次化療相隔時間太短，我們的器官還沒修復，一次一次傷害一次愈來愈深，所以愈來愈不好，像現在叫我慢跑 100 公尺我都跑不過來，現在我腸胃已經受損，這次又是腸子發炎又是胃潰瘍又是腎臟炎指數偏高，還好肝還不錯，然後再來又是中風，你想想看下次會變怎樣不知道，你說像我 40 幾，說大也不大說小也不小，不像年輕小夥子十幾歲，能熬，真的是歲月催人老你知道嗎」【梁 026】

「這個病可不可以醫得好，這是個不確定的事，另外好了，

---還有這個併發症啦！---這種不確定性是我們都沒辦法預防的，」【梁 027】

以上三位受訪者，其中辛先生的併發症是經常發生，而莫女士與梁先生並非經常性發生，但他們三位在臨床上併發症的發生狀況都較為特殊，增加他們對治療結果擔心的程度，其餘受訪者的症狀都在可忍受範圍之內，依護理人員的指導都可順利渡過

（六）時間不夠

七位受訪對象中有一位受訪者提及這方面的擔心。安小姐很明確地表示，孩子還小，擔心無法完成原先的計劃，陪他們長大，自知已有肺部轉移，想要完成心願，自己也覺得是很沒把握、很不肯定的事，所以這種念頭常會出現。

「就是做任何事情都沒有心情去做，就會擔心今天做了之後，不知道明天還有沒有機會再去做」【安 002】

「生病以後，會想說不知道會不會等不到那時候了，怕會等不到，就是做每一件事情都會想。」【安 025】

小結

由受訪者自述的內容得知，擔心是癌症病患普遍存有的感受，以下即針對上述資料作進一步整理：

末期患者比較擔心的是病情變化，如王先生與莫女士。病患不論在治療期或追蹤期，檢查結果是他們最關心的事情，它是疾病控制與否的重要指標，是醫師在做判斷下一個醫療步驟的依據，所以是醫病雙方共同關心的事情，病患在等待報告出來之前是擔心與害怕的，擔心報告的結果會帶來不好的訊息，心情的起伏，維繫在檢驗、檢查的結果與數字上，這些數字在一般正常人眼中只不過是一些符號，但癌症病人所賦予它的意義就截然不同了，數字的高高低低關乎於疾病的進展與變化，更鮮明地說，也關乎於疾病治療的成敗，如：安小姐、齊先生、傅小姐、梁先生、辛先生等。

而曾經有過嚴重併發症或後遺症的病者，就會擔心後遺症的問題，如辛先生、梁

先生與莫女士。感染是移植病人最害怕的事，它是最主要的致死原因，辛先生才會對此感受特別突顯。而化學治療或放射線治療不但殺死癌細胞，亦會傷及正常細胞，臨床上會出現一些症狀如：噁心、嘔吐、掉頭髮、白血球下降易致感染、血小板減少容易出血或有自發性出血情形、黏膜細胞受損、口腔潰瘍、有時較嚴重時會出現器官功能障礙，如：肝、腎功能衰竭等，這些併發症除了讓病患器官功能無法正常運作之外，也有可能留有後遺症成為另一個新的問題，有可能因此而中斷治療，或引發另一個危險因素，最嚴重的將有致命的可能，基本上作化學治療的病人或多或少會出現一些併發症，只是程度上或型態上的區別。

而擔心亦可能與本身以往經驗有關，如莫女士與齊先生因先前的工作關係，都有與醫院工作人員或病患接觸的經驗，故他們在診斷之初就會想到存活率的問題而很擔心，這是其他受訪者所未提及之處。

另外較年輕的安小姐特別提出擔心時間不夠，不能陪小孩長大，這是異於其他受訪者之處，有可能與其在家中所扮演之角色有關，女性則多以照顧家庭為主，安小姐擔心無法陪孩子長大，盡到為人母親之責任。男性與女性對家庭所扮演的角色不同與責任也不同，在擔心疾病不確定性之際，可看出其擔心背後所隱藏的脈絡與家中角色有關，男性多為家中經濟主要來源，如：辛先生與齊先生都是家中主要的經濟來源，會擔心自己生病拖垮了家中經濟，都希望能早日恢復工作，梁先生因原本就有自己的事業，太太也有事業，並不因他生病而收入停止，所以並無此考量。

從以上的整理分析可看出，七位受訪對象內心所擔心的事情與其病程經歷、病情預後、甚至個人背景、個人需求有密切關聯，呈現出從診斷初期、治療期、追蹤期、甚至疾病末期都籠罩在擔心之感受與經驗之中。

二、恐懼

(一) 復發或轉移

安小姐自知已經有肺部的轉移，每次都是接受治療才住院的，這半年來她的病情控制得不錯，她認為住院就是有在治療，反而害怕回家，沒有接受治療，因為她聽說癌細胞是會隨著血液循環轉移的。

「現在正在治療，心理上就會比較感覺有被控制住，可是等到出了院，在家觀察的時候沒有在治療，就會擔心會不會突然間又會從身體上別的部位再長出來呀！就是有這種恐懼的感覺，怕說經過半年或是三個月回來檢查，又發現身上哪個部位又長腫瘤出來，」【安 010】

梁先生認為生病是個事實，不能改變它，他一方面是自己有過嚴重的併發症，加上看到許多病友相繼復發回來住院治療，他對此特別的恐懼。

「能不能撐得過去誰也不敢保證，未來是個未知數，也許今天我醫好了，以後什麼時候復發誰也不知」【梁 004】

「因為畢竟最近有太多人復發回來，不敢保證不發生在自己身上，什麼時候復發不知道，甚至什麼時候轉移到什麼地方也不知道，飲食、生活習慣以及大環境都有可能造成再復發，所以說變數比較高，對復發感到恐懼。」【梁 007】

「看了這麼多人復發後再進來，哇塞！不確定感愈來愈高，我雖然剩下兩次，最近動不動就看到有人復發回來，有點心灰意冷」【梁 029】

辛先生因為接受姊姊的周邊血幹細胞移植，預期移植後問題會較複雜，所以醫師特別注意他的狀況，一有不對勁馬上叫他住院，因為次數太頻繁，有幾次甚至出院第二天

就來住院，他認為住院表示病況不好，因而心理非常排斥住院，對復發充滿恐懼。

「辛苦那麼多，罪也受了那麼多，如果說以後再復發，會很不甘心，再復發等於宣告失敗，當然會很恐懼啊。」【辛 017】

傅小姐是復發病患，談及復發感受格外深刻，回憶起第一次患病經驗，到現在仍然心有餘悸，其實她不是怕症狀之苦，而是怕生活遭遇再現，尤其知道這次細胞分類是屬於預後不好的型種，所以她很怕以後會再復發，很怕又會恢復以前那種獨自承擔一切被公婆屏棄的日子。

「但是如果復發整個家庭是不是又會恢復以前那種好像黑暗生活，我很恐懼，」【安 016】

七位受訪者當中有四位表示對復發有強烈的恐懼感，對他們來說復發帶給他們生命的威脅，等於癌症重新再來一遍，是他們恐懼遇到的事。安小姐、傅小姐與梁先生三位都是處於治療階段，療效不錯，共同的期待即是不要再復發，遠離惡夢。梁先生因為看到別的病友復發回來治療，動搖了原本的信心，在訪談中明確地表示他對復發的恐懼，因為治療可以交給醫生，他相信醫師一定會盡全力，可是復發沒有人能控制，復發的致因太多，飲食、日常生活都是復發的變因，如果回去沒兩三個月又復發，要重新再承受半年化療之苦，他認為沒這個必要，因為他在十九那年曾從三層樓摔下來，有人死掉，他被救活，所以剛被診斷出來時他就認為活夠了，19歲時就該死了，「我能活到今天算夠了，多活26年，我跟她（梁太太）協調好只做八次化療，為了家人再苦都做完，但是做完以後再復發他就不做了，」【梁 021】，他認為如果再復發，就表示說天不我也，他要順其自然。

辛先生是異體移植後的一年追蹤期，狀況很不穩定，是成功或失敗，要觀察約一年左右，對他來說是一場長期艱辛的抗戰。

其他受訪者，莫女士與王先生兩位是轉移嚴重，有關復發或轉移，值得一提的是，莫女士因全身正受多種轉移之苦，站不穩以及全身疼痛，她對轉移並不感到意外，「因為我認為早晚會長，因為癌症沒有底，不會斷根啦！好像我們種菜一樣，它有根、有苗、有果子，會到處亂竄，所不同的是快慢而已。」，對復發或轉移並不恐懼，這一點倒是與其他受訪者的恐懼復發心情為不同之處。王先生腹水嚴重只能抽腹水，減輕不適，身體孱弱無所謂復發或轉移的問題。

另一位齊先生正處於積極治療等待移植階段，比較關注的是移植時機的問題，可能此時此刻一心只想早日能作自體移植，並未想到以後的問題。

（二）身體狀況

當身體出現嚴重不舒服症狀，或虛弱感時，會讓病人害怕自己無法熬得過來。

王先生抽水當天，因為營養流失，補充不及，會特別感到虛弱，連翻身都很無力，有時抽過水之後會睡上一整天，亦有可能是肚子沒有麼脹，可以睡得比較舒服。

「感覺體力愈來愈衰衰弱，有時連拿一杯水的力氣都沒，

衰弱到我會怕呢！」【王 038】

梁先生原本身體壯碩，生病前經常運動，當他在做完第六次化學治療時，感到體力大不如前，衰弱了許多，一次比一次不好，毛病愈來愈多，身體的變化讓他感到恐懼。

「像現在叫我慢跑 100 公尺我都跑不過來，你想想看下次

會變怎樣不知道。」【梁 27】

齊先生的恐懼是因為他有一次可怕的經驗，因為從身體外部看不出來有任何變化，外人無法發覺，但是可以感受到身體內部的變化，那是一種身體的感覺，那種經驗是他最怕的。

「其實本身內部是在怕的，就是身體本身內部的變化因為從外部看不出來，感受到我本身的生命力正在衰竭，好像生命會隨時離開我，快死掉的感覺，以前從來沒有這種感覺，是瞬間有這種感覺，---我就想：糟糕怎麼會這樣子，自己真的被嚇到。」【齊 025】

辛先生原本身體強壯，很少生病，當初是因為感冒一直沒好，到醫院抽血檢查，當天看出他的血球型態異常，醫師告訴他 80 % 機會是血癌，這個當頭棒喝訊息，太突然，一時無法接受，加上很快開始接受化學治療，心理準備不夠，第一次作化學治療反應很強烈，很不舒服，是他從未有過的經驗，短短幾天身心遭受重創，整個感覺相當恐怖。

「因為第一次來的時候做化療，不舒服從來沒有過，已經被他嚇到了」【辛 033】

（三）未知的死亡

王先生對自己的疾病狀況已有認知，相信因果輪迴，承認以前是壞小孩，做過很多壞事，對自己即將面臨的世界感到恐懼無比，不知道自己死後將會怎麼樣。

「最恐慌的是不知道死是什麼東西，死是沒有人知道的事情，目前我最恐慌的就是這個事情」【王 019】

（四）被吞沒感

莫女士是位轉移嚴重的患者，有多處器官受到癌細胞擴散，她是在耳部長結節，照 X 光無意中發現腦瘤，當醫師拿著 X 光片解釋時她被嚇到，她將腦瘤形容成魔鬼的眼，好像要被它吞沒、消滅，對未知的病況感到恐懼。

「好可怕噢！說我頭裡面長好多一粒一粒的，像蛇下蛋啦！

好多好多噢！好亮好亮，那個像鬼的眼睛，像魔鬼的眼睛在
看我，像要吃我一樣，要吃我ㄟ。」【莫 018】

癌症病患不論是何種病程，恐懼感是內心共同的感受，由以上訪者之深刻地描述，可以感受到那種強烈的脅迫感，恐懼癌症復發是本次研究中，治療期與追蹤期受訪者所共同恐懼的主題。

依本次之訪談經驗，四位男性訪談者，對身體異常狀況皆感受到恐懼，相較於女性則較無此問題，是否與性別有關。男性一般來說比較陽剛，平日可能體力就比較好，亦持較為粗重的工作，化學藥物對細胞殺傷力極強，對細胞會有立即性的損傷，瞬間發生虛弱現象，無法預期，也無法準備，所以一旦身體衰弱，此感受對男性來說與平日差異較大，所以可能會比女性更感到恐懼。

末期病患面臨死亡的恐懼個人詮釋與感受不同，王先生平日就相信因果循環，有感於以往做過不少壞事，害怕死後會有所影響，又不知道可能會有怎樣的影響，因此對死後世界感到恐懼，這是另一位末期受訪者所未提及的感受。

而莫女士則是對癌症細胞有另一種詮釋，她看到一粒一粒的腦瘤細胞，比喻成魔鬼的眼睛，有感到魔鬼的眼睛要吃她，要吞滅她，是否亦象徵著其對死亡的恐懼。

三、孤獨感

王先生回憶當年在 xx 醫院，連要開刀都找不到三等親屬來簽字，只好放棄醫療帶病返回，陷入深度的徬徨無依、孤獨無助的感覺，如今疾病末期，獨自面對死亡，沒人陪伴，有如隻身在茫茫的大海看不到邊際，有被人遺忘的孤獨，只能一天拖過一天，後來有他世上唯一的親人（兒子）來看他，才燃起一線希望，找到人生方向與活下去的理由——他還有親人，他還有責任要擔。

「每天就是在非常徬徨無依、非常孤獨無助、有如茫茫

的大海那樣，一日過一日」【王 003】

「好像看到一盞明燈，所以那時我感到親情的重要，燃起我
以前沒有負起做父親的責任，這回我快要死了，我想到我還
有親人--」【王 004】

傅小姐回想起第一次發病時，在日本得不到家人的支持，完全是孤軍奮鬥，獨自承擔治療的煎熬，沒有依靠，此次發病劇痛，非常害怕又是復發，當醫師告知確定復發之時，她感到孤寂，被黑暗包圍，被淹沒，好像掉入無底的黑洞，可以體會出她那深沉的孤獨感。

「就覺得好像到處是黑色的，覺得四周畫了一個圈一樣，
是一個黑黑的，然後整個整個人一直往沉下去！沉下去，
好像整個空間就只有我一個人。」【傅 008】

癌症是一種長期與病魔奮戰的疾病，過程中需要家人、親友、醫療與社會關心與支持，當其中有缺乏時，將感到孤立無援。由以上兩位受訪者的談話中可以了解，對一位重病病患而言，抗癌過程需要有人陪伴與支持，特別是家人的支持與陪伴，若此支持力不足，將陷入無底的孤獨深淵當中。肝癌末期的王先生孑然一身，內心空虛，漂浮無根無依靠的感覺，與傅小姐隻身異鄉淒涼的經驗類似，都感受過孤獨，如今也特別對孤獨感到的恐懼，而其他受訪者家人的支持度夠，就比較不會有此感受。

四、無安全感

病患處於擔心、恐懼、孤獨等高度壓力之下，時時處於緊張狀態，繃緊神經，有時病患因為這種心理壓力，生活上會出現多慮或多疑，一有異常他總是認為是復發，此況亦會經常造成家屬的不安，辛先生說他以前就常因此與太太爭吵。

「生這種病自己會怕呀，沒有安全感----。」【辛 017】

「只能過一天算一天，明天會變得怎樣就不知道了，從頭到尾都是這種想法」【辛 011】

梁先生感到癌症相關的事情變數太多，不知道即將會發生什麼事情，有一種不安的感受。

「這種感覺好像隨時不知道會有什麼事情發生，沒安全感-----。」【梁 032】

安小姐對此的描述很特別，她是以瞬間發生跌落，無法預期的意外感受來形容其不安的感受。

「好像是坐在雲端上，害怕會不會突然從雲層掉下來的感覺，可是一下不小心突然掉下來那種心情，就好像一下子就沒有希望了，隨時有意外會發生的感覺」【安 015】

癌症的相關事件給人一種無法肯定的感覺，在患病過程當中，病者面對疾病種種多變狀況，好像很多事情也隨之不是那麼肯定了，無安全感是三位受訪者所提之感受，大多是因為癌症突如其來的影響，讓人產生措手不及與不安的感受。

五、失落感

辛先生努力工作多年，正值事業之顛峰期，罹患癌症使得他人生規劃受到重挫，期望落空，好像瞬間失掉了人生與生活目標，非但如此，生病過程也花掉以前大部分積蓄，他有很深的失落感，疾病的一切都是未知數，好像所擁有的東西在一夕之間全都消失了。

「得到這個病，就好像是顛峰期到了一個斷崖，突然斷下去嘛，掉下去，好像從懸崖跳下去一樣，什麼都沒了，前途也沒了，人生也完蛋了，覺得自己該有的東西，現在全

沒了。」【辛 021】

莫女士生病之前的生活是多采多姿的，孩子長大之後，個性活潑的她，原本以為可以過一段自己想要的生活方式，與好朋友唱唱歌、跳跳舞或旅遊等，自從民國 87 年乳房發現腫塊之後，人生徹底被毀滅，遠離了以往的生活型態與健康的身體，終日要與疾病、病痛、醫院為伍。

「人間一草一木一花一樹都很有趣，問題是你得到癌症，
你沒有辦法去擁有」【莫 016】

失落可分有形的具體事務的失去或被剝奪，或是無形的心理上感覺的消失或終止，原來有的東西，現在卻沒有了，預期有的東西，現在卻落空了，讓人產生失落感。當人罹患致命性疾病，希望、幸福、健康以及生活，以往不費吹灰之力就有的東西，現在好像變成是奢求，取而代之的是痛苦的境遇，從擁有到失落，這之間的感受，比從未曾得過更令人難以接受，在失落一切之後，無望感應運而生。

六、無望感

癌症疾病給人一種沒有希望的感受，尤其對較為年輕的人來說，這種衝擊可能更為嚴重。

受訪者當中最為年輕的安小姐在得病之後，首先感到的是對於家庭與個人的挫折，因為孩子還小，好像還有很多事情著她要去做，但如今可能都不能做了，好像什麼都沒希望了。

「很多事情都還沒做，好像就不能做了，一下子生活好像
沒有了目標，沒有了希望。」【安 001】

另一位對自己人生早已規劃，且覺得就快要達到目標之辛先生，當罹患了癌症，整個人生規劃頓遭挫折，這種對希望之侵嗜，可以體會出對他個人與家庭所造成的打擊

「感覺人生已經玩完了，沒辦法了，隨便它了，做化療的時候就是這樣，隨便它了反正有醫沒醫就是完蛋了」【辛 027】

在痛失人生希望之際，除了失落感之外，無望感亦隨之而起，這一連串的心理反應是有某些相關性，沒有獲得就不會有失落，沒有希望也不會有失望，所以當人們已經有所得又失去時，與即將達成人生目標又失掉時，所造成的負向感受遠超過未曾擁有的失落感與無望感。

七、失控感

莫女士是位活潑、感情豐富的女性，一生命運坎坷，好像與癌症特別有緣，從年輕起全身上下先後有五個部位被癌症侵噬，十八歲得甲狀腺癌，已獲得治癒，乳癌轉移侵犯她肺部、骨頭及腦部腫瘤，有感於癌細胞要侵犯她哪個部位，是她所無法控制的，以及以前身體活動自如，想做什麼就可以做什麼，現在腳走不快，抬不高，甚至於連站都站不穩，無能為力，體驗到無法控制身體的事實，令她非常的痛苦。

「人生不是你能掌控的，以前我都認為人是可以掌控的，但是自從生病以後，人的身體像我現在會顛顛倒倒的，誰也想不到，我也想不到會是這樣，根本任何事情的發生都不是你自己的能耐呀」【莫 019】

「身體是脆弱的，它（指癌細胞）要去哪裡，我沒有辦法掌控，我根本沒辦法掌控我自己。」【莫 005】

八、無奈感

癌症疾病種種相關事件都是如此不確定，負向的感受除了以上之外，病患亦感受到

萬般無奈，心中吶喊：「為什麼會是我」、「為什麼我很小心還是感染」---，諸如此類很多的「為什麼」，遇到了只有默默承受。

「為什麼會是像我這麼好的人得到這種病，」【安 001】

「誰也想不到，對不對？我也想不到會這樣，根本任何事情的發生，都不是你自己的能耐呀！」【莫 022】

「最後如果變成怎樣，命該這樣你也躲不掉呀！生老病死老早心裡有數啦！躲不掉的，」【莫 025】

「就套句俗話『把病交給醫生，把生命交給上帝』，不然你能怎樣」【梁 027】

「感覺人生已經完了沒有辦法隨便他了，做化療的時候就是這樣隨便他了就是這樣了，第一次做化療就交給他了，」【辛 27】

「人一生只有一次機會，等到要珍惜的時候已經來不及了，這是無奈的事，」【王 022】

以上七位個案中，五位是在疾病治療期，兩位是在疾病末期，癌症到目前為止醫學上並無確定有效的治療方式，其治療結果也無絕對，但是可以確定的是治療過程非常不舒服，所以當人罹患癌症之時，將引起一些感受如：擔心、恐懼是普遍的心理。

依訪談內容來看，疾病相關種種不確定性經驗與感受，與本身疾病進展程度有關，擔心與恐懼是所有受訪者共同存有的經驗感受，例如：病患若處於治療期，正是治療疾病或控制症狀階段，自然比較擔心檢查、治療的結果與合併症的產生。當知道療效不錯，或療程快結束時，就比較恐懼於復發與轉移，癌症控制後，仍有復發轉移的可能，另外，孤獨感、無安全感、無望感、失落感與無奈感，亦都是受訪者所存有的經驗感受。

人的思想是自由的，從現在到未來之間，留有廣大的空間容許我們去思考，面臨無

法肯定的事件，與無法肯定的未來之時，有時可以換一種角度去思考，作為達到調適與接受現狀的通道，因此癌症之種種感受亦可能有一些積極的，以下即針對四位末期受訪者逆向思考之整理。

一、希感、信心

莫女士雖處於癌症末期，但因為肺癌能得到控制，他相信這次腦部腫瘤轉移醫師亦有辦法醫治，故她仍抱著希望與信心，有一線希望就不放棄。

「抱著信心，也許像我肺癌那樣，來得快去的快也說不定，聽說我的腦瘤只有一顆大顆，其他都小的，也說不定我的運氣好而且在別處我心慌，來到這裡我沒有心慌，我有安全感，」【莫 009】

「再想想現在科技一直研究，一年一年的新藥一直出來，說不定有比紫杉醇更好的新藥，反正我覺得只要還留有一口氣就抱著希望，」【莫 027】

辛先生在人生目標遭受重創之時，對於三姐骨髓成功配對之時，原本沒有希望的心情，有又燃起一線生機的機會，認為自己還有救，重新點燃了生命的新希望，對於異體移植抱持著信心，幾年之後又可以繼續完成他的心願，改善家人的生活。

「要有信心，沒有醫也沒有機會呀，有醫療才有機會，五年以後又是一條好漢，對不對，還有一半以上的機會」【辛 37】

莫女士與辛先生雖然病程不同，他們共同的想法就是，在一切還未確認之前，絕不放棄，有一線希望就表示有希望，對治療仍抱持信心。

二、把握當下

安小姐有感於疾病之種種不確定性，她要把握現在，儘量與家人共處，這對她來說

是現階段最重要的事，尤其是多陪陪孩子，希望自己能在孩子成長過程當中，也能像別的媽媽一樣，在孩子成長過程中不缺席，這半年以來她進出醫院多次，也看到不少狀況不好的病友，她怕會跟他們一樣，所以她要趁現在身體狀況還好時後，隨時要多陪伴家人。

「盡量把握現在呀！我有兩個小孩嘛，我就會想多多陪他們，
與他們在一起」【安 012】

王先生對自己無法醫治的狀況感到很無奈，他認為疾病是不爭的事實，但是他不會做一些無謂的幻想，他覺得他是很實際的想法，他目前只希望多跟兒子相處，告訴他身體健康的重要，盡一些父親該盡的義務，在有生之年，彌補他對兒子的愧疚。

「坦白說我現在不會靠這種希望，我知道這樣對醫生來說是一種奢求，對自己來說是一種幻想，我覺得說去幻想，不如說去想想我還有責任未完，應該要趕快把一些話快點要告訴我兒子，免得來不及，彌補以前沒有教他」

【辛 022】

末期的王先生與年輕的安小姐都是對孩子有特別的感受，王先生對孩子有虧欠之心，不捨這份遲來的親情，而安小姐是放心不下孩子太小，需要母愛，同樣不捨這份親情，她認為應該要陪孩子好長一段路，如今只走了一小段，因此兩位要好好把握現在，爭取與家人相處的時間。

小結

在受訪者錯綜複雜的感受與經驗當中，可發現大多數人對疾病之不確定性有許多負向的感受，但從中也看出，有時在面對這不明確的狀況時，也產生另一個方向的思維，有逆向的感受與想法，就是因為這種種的不明確性，正留給他們一個緩衝的空間，在這

空間當中，出現一些正向思考的邏輯。而不論屬於何種感受，都有其共通性與非共通性之內心感受，受訪者歷經與性命搏鬥的患病過程中，其內心世界之經驗感受有：擔心、恐懼感、孤獨感、無安全感、無望感等共通性感受與想法；在另一個方向的經驗感受方面則有：把握當下與希望感等共同感受，依據訪談內容發現，受訪者有多種心境在病程中前後反覆出現，故這些主觀感受無法依患病的時間歷程來做明顯切割，例如：末期的王先生在被前一家醫院拒絕手術的時候，就開使擔心病情，因為病灶存在體內，未接受治療不會自己好，此心態一直延續至臨終之前，擔心腹內血管預破愈多，表示病情欲愈來愈惡化。

而諸多受訪者恐懼復發心理，相信安小姐、傅小姐、梁先生與辛先生等，此心理不會隨治療結束而消失，因為他們都知道癌症具有復發的特性，是故此將一直成為他們心中潛藏的感受。

莫女士在面對每一次的治療，都抱持希望與信心，從 87 年來本院醫治乳癌起，一直到最後全身多處轉移，抱著信心與希望，但期間也夾雜著擔心與恐懼，最後自知療效的不確定之下，轉為無奈。由此可以理解，病患在面對死亡覆蓋下的感受絕非單純，以下即針對受訪談者述說其疾病的心路歷程發現，在他們抗癌的過程中，不同背景、病程進展、病情變化與對疾病認知，其對疾病的不確定性感受與經驗呈現內容上的差異，於表二呈現。

表二、疾病之不確定性感受與想法

受訪者	感受與想法									
王先生	擔心 病情變化		恐懼 虛弱感 未知的死亡		孤立無援	無奈感	把握當下			
莫女士	擔心 存活率	後遺症	病情變化	治療效果	恐懼 被吞沒感	失控感	失落	無奈感	希望	信心
安小姐	擔心 時間不夠	治療結果	檢查結果		恐懼 轉移	沒希望	無安全感	無奈感	把握當下	
齊先生	擔心 存活率	檢查結果			恐懼 虛弱感					
傅小姐	擔心 檢查結果	治療結果			恐懼 復發	孤立無援				
梁先生	擔心 後遺症	治療結果	檢查結果		恐懼 復發	無安全感	無奈感			
辛先生	擔心 後遺症	治療結果	檢查結果		恐懼 復發 身體虛弱	失落	無安全感	沒希望	無奈感	

癌症病患各種感受與經驗多而複雜，且是別人所無法取代的。以上跨案資料分析可以看出，擔心與恐懼是所有受訪者對疾病不確定感之共通性感受，在訪談內容中此為疾病過程中反覆出現的疾病感受，在住院當中，擔心害怕治療效果不好、擔心病情控制不好等等，尤其當治療過程發生副作用時，此種恐懼感受更為強烈，在臨床亦可以很明顯看出。

當治療告一段落可以準備出院返家時，其恐懼疾病復發的心理深植心底，因此形成與其他科別病患出院心情之迥異，在一般科病人，特殊情形除外，出院返家休養是病患與家人的希望，他們會期待早日出院返家，可以重返家庭或工作，但對癌症病人來說，出院可說一則以喜，一則以憂，喜是病情穩定可以返家休養，家人可以不用再勞途奔波於醫院與家庭之間，尤其是雙薪家庭或尚有年幼子女的家庭，的確方便不少。憂是因為離開了醫院，醫師護士不在身邊，沒安全感，當問題發生時就沒這麼方便處理或諮詢，所以出院事件對癌症病患來說亦可能是另一個擔心與恐懼的開始，因此，不論其疾病病程進展如何？在一切都是未知的前提之下，疾病之不確定性是癌症患者普遍會擔心與恐懼的心理感受。

當罹患此不確定性高的疾病，病患那種無安全感與孤獨感是一般人難以體會的，心裡總是感覺不那麼踏實，好像隨時有事情發生，雖然生活當中任何一分一秒隨時在變，我們也能接受這多變的事實，但這種變化不等同於癌症疾病的變化，因為它可能是致命性的，因此，在病患的內心世界這漂浮無根的感覺令他們無安全感，若再加上社會支持不夠，連帶著孤獨，這是人間最殘忍的孤寂。

於訪談資料中，可以發現這些感受並不一定是單獨出現，有時是交替出現或反覆出現的，此端賴於當事者之當下狀況與疾病經歷與期待而定，尚未看出一些固定模式，反覆沉浸於訪談資料中，將訪稿前後內容做以下整理：

一、由於恐懼癌症復發，對受訪者而言，呈現另一種意義，即受訪者對自己身體之注意力提高了，與家人相處時更懂得珍惜，這可算是患癌病者的另類收穫。如：安小姐因為有此心理，她在平日會更加小心，注意檢查自己身體，看看有無任何突起腫塊，這對她來說是因擔心害怕復發而有的改變。同時擔心不能陪伴孩子長大，隨時利用機會與他們相處，無形中這段時間與孩子的相處更為緊密，小孩亦感受到更多的母愛，這對母子來說應該都是正向的收穫。

二、兩位末期受訪者，可能是有感於生命的即將消逝，反而會好好利用這段不確定性的時間與空間，做一些一直想做的事情，這時空雖然可能狹小無比，但對他們足好好把握、好好珍惜，在殘存的日子裡，不論是提醒自己把握當下，或者是對治療再拼一次，都是在面對人生的盡頭時，還在對努力扮演好自己腳色，盡最後的責任。

第三節 影響疾病不確定感之因素

癌症疾病具有未知的特性，由前一節可知，癌症病患對於疾病之不確定性感受，不全是負向感受，亦呈現正向感，本節將針對影響此疾病不確定性感受之因素做探討，了解疾病不確定性感受與想法受哪些因素所影響，哪些情況會減低病患疾病不確定感受？哪些情況又會增加病患疾病不確定感受。

一、正向影響方面

(一) 醫療支持

1、醫療措施方面

莫女士對醫療始終抱持著治療性的想法，可能與她之前曾經被醫療放棄的經驗有

關，她害怕再次被放棄，雖然已是疾病晚期，但是到目前為止，她仍然認為不管怎樣有醫療就是對疾病會有幫助，她從不放棄信心。

「抱著信心也許像我肺癌那樣來得快去的快也說不定
我的運氣好而且我在別處我心慌來到這裡我有安全感」

【莫 009】

「再想想現在科技一直研究，一年一年的新藥一直出來
，說不定有比紫杉醇更好的新藥，反正我覺得只要還留
有一口氣就抱著希望，」【莫 027】

安小姐是黑色素癌病患，處於干擾素治療期階段，目前她的療程快要結束，這是她最後一次住院，她認為疾病的控制與藥物的給予有直接的關係，接受藥物治療才能消滅癌細胞，若療程結束，反而會令她擔心有復發或轉移的可能。

「現在正在做治療，心理上就會比較感覺有被控制住，可是
等到出了院，在家觀察的時候沒有在治療，就會擔心會不會
突然間又會從身體上別的部位再長出來呀！就是有這種恐懼
的感覺」【安 12】

傅小姐她是一位樂觀勇敢的病患，在日本十多年，培養她獨立的個性，遇到問題她會設法處理，她亦將這種處世態度用於疾病治療上，她對治療一向都抱持正向積極的態度，雖然家中供奉的神明很靈，但是她還是信任正統醫療。

「發病那時候我就只想我要找醫師，找對醫師趕快治療，
我媽媽甚至於叫我不去就醫，說神明會保佑我，我們家
的神明也是很靈的，救了這個親戚、救了那個親戚有例
子可循，問題是我本身只認為精神寄託可以，現在醫學
這麼進步，我們還是要靠醫學、靠醫生，」【傅 027】

「此次病程還算初期，我認為有病就應要接受正統醫療，不可接受不科學的醫術，因為那樣等於拿自己的生命賭博」【傅 028】

做完異體移植一年的辛先生在移植前前，一直抱著悲觀態度，連打化療他形容是“沒知覺”，對一切都沒感覺，加上第一次化療反應特別強烈，更加深了負向的感受，直到骨髓配對成功才又燃起了人生希望，對血癌病人來說骨髓移植是他們重生的機會，將帶給他們新的生命，雖然移植後排斥問題與感染問題正困擾著他，可是他一改以往的看法與想法，對疾病的想法變得積極正向。

「骨髓找到我三姊時又燃起一點希望，我想我還有救，目前就只希望能夠好呀！所以只有先養病，以後再看看狀況再說，我還年輕對治療抱著很大的期待」【辛 37】。

2、醫病關係

莫女士患病過程歷經兩家醫院，也遇到兩種完全不同作風的醫師，深深感受到醫師對待病患的態度，影響病患對疾病的態度。x 醫師的態度使她對疾病感到沮喪、悲觀，而第一次接觸 y 醫師，y 醫師給了她希望與信心，使她感覺有被關心與被重視，y 醫師的態度親切，她相信是與醫師有「先生緣」，對醫師產生信賴。

「我跟他說 xx 醫院說我沒救了，我快死了，我難過呀，沮喪呀！y 醫師他拍拍我的肩說沒問題，妳放心，我會把妳治好」【莫 002】。

「有『先生緣』（台語），我就有這種感覺，跟你們這裡比較有緣，或者是說我的體質適合你們這裡，比較有信心啦」【莫 007】。

齊先生他當初來本院是由別家醫院轉診過來，對醫師完全不認識，也未去向別人打聽，後來他知道他的主治醫師就是本院專門做骨髓移植的醫師，他覺得自己很幸運，與她投緣，因為到時候不用換主治醫師，醫師對他的病從頭到尾都很清楚，使他很安心，同時他認為醫師對他的病也抱持樂觀態度，所以他甚至不問治癒率這方面的問題，完全信賴他的醫師。

「我可以從主治醫師的表情，感覺她認為我的病非常樂觀，就是對我的治癒率很樂觀，她對我好像很有信心，我也覺得跟她很投緣，這一點倒讓我不會去問那些問題（指治癒率---）」【齊 007】。

「其實治癒率那是一種統計學，不一定這樣就一定是這樣」【齊 008】

3、對療程清楚

依照醫療倫理上的要求，醫師對病人所做的任何措施都必須經過詳細的說明，讓病患有機會去選擇他要的醫療模式，病患在醫治的過程當中有最大的自主權，醫護人員應予尊重。齊先生的醫師在這方面給予其最大的自主性，醫師將各種可能狀況詳加說明後，尊重他的選擇，因此齊先生與醫師互動關係非常良好，齊先生非常信賴他的醫師，但因他住院兩次，醫師對病程的解釋程度不同，亦影響他對疾病不確定的感受，第二次住院醫師對病程的解較為明確，齊先生在全盤了解自己即將執行的醫療措施來龍去脈之後，例如：化學治療的療程、移植的方式等，才排除了他心中的疑慮，完全配合醫師的安排，將自己放心交給醫師，甚至於幾次化療他都不在意。

「現在我就全心全力的接受治療，配合醫療，現在我整個療程清楚了，加上有一次化療經驗，下面的過程再怎麼折騰大概都可以過」【齊 011】

4、治癒率

癌症的疾病治癒率比較是醫界探究的問題，一般人比較不會主動知道治癒率的問題。在訪談的七位受訪者當中，在談及對疾病感受方面的影響因素時，僅齊先生提出治癒率這方面訊息，有可能是因為他的工作性質是 X 光修護人員，工作上有接觸醫療人員有關。

齊先生在第二次住院十幾天後同事來探病，基於他的人員不錯，大家很關心他，他的日籍主管還為此幫他找相關資料，告知他台灣根據統計他這種病的治癒率高達 90%，獲知此訊息之後他內心才更為篤定。

「我聽了之後心情整個就比較輕鬆，聽到治癒率有 90%，本身心情就比較篤定，就是台灣話說的『心頭定』(台語)

【齊 001】

由以上各個受訪者述及對疾病之感受，可知醫療的支持不論是醫師的態度，或是解釋病情清楚的程度，或是病者本身對醫療的態度，甚至是病者一廂情願的想法，都可謂為醫療支持的一部分，此些都會影響病者對疾病的感受，或許有時病患會有一些不切實際的想法，如末期的莫女士，對疾病抱持過於期待，可是從另一角度而言，這亦是她信心與希望的來源。

(二) 病友因素~與病友比較

齊先生在第一次住院期以前，醫師就告知他可以做移植，為了增強他對移植的信心，住院期間護理人員就安排一些較為成功的病友來看他，他從其他病友身上，增強很多對治療的信心。

「他們都是這種病走過來，就是說他們沒有比我年輕又沒我壯，那我想我應該也可以過得去，所以我就有信心」【齊 011】

黑色素癌的安小姐訪談時他已經是第八次住院了，整個療程即將結束，這段期間她看到一些年紀輕輕來不及治療的病友，感覺自己比他們好多了，至少她還可以醫治，並與最近發生空難事件的人做比較，有好幾百人連想活的機會都沒有，比較之下她還很同情那些人，此種想法也發生在末期的莫小姐身上，她認為飛機失事的人很可憐，至少她還有一口氣。

「住院期間，碰到很多病友，他們的病都比我嚴重十倍二十倍，後來也發現，甚至也有比我還年輕的，就以已經是末期了，我覺得說比起他們，我算是蠻幸運的了。」【安 037】。

「其實飛機失事的人更可憐，至少我們現在還可以吃東西、看看書報，還有一口氣，而他們想要什麼都沒了」【莫 039】

由以上三位受訪者的訪談內容可以清楚看出，與其他人比較確實可以收到正面的效果，尤其是與同樣疾病的患者的比較，不但使自己心情較好，更可以增強對治療的信心。

（三）責任感

肝癌末期的王先生，因為有感於以往對孩子未盡照顧的責任，在所剩不多的日子，急欲想做些彌補虧欠，以此作為支撐他繼續下去的理由。

「在我還沒有到盡頭的時候，我想到我還是有責任的，這樣子讓我想到我應該要活下去，我還有責任，心就慢慢安定下來」【王 005】

安小姐因為孩子還小需要照顧，自覺對小孩責任未了，還不能死，就是這份責任成為她的支撐。

「像我孩子還小，會想說要栽培到他們長大，一想到孩子，我就會想說我可以活下去」【安 037】

在訪談此部份時，受訪者談到對小孩的責任未了，此責任感影響他對疾病想法。人天生賦有養育與教育子女之天職，由兩位受訪這對孩子的依戀與不捨，看出親情對人的重要，尤其對一個致命性疾病的人更顯重要，不論疾病的病程如何，此份責任感都可以影響一位病者對疾病的感受。

(四) 家人經驗

齊先生的母親是一位乳癌成功患者，她在一、二十前做過切除手術存活至現在，當年母親施打化學藥物痛苦歷程，齊先生還記憶猶新，歷歷在目，其母親再三叮嚀他，要有耐心配合治療，這番話對齊先生響很大。

「媽媽她也有乳癌，切除已經一二十年了，她比我還能忍受痛苦，也做過化療現在很好，當初看她很痛苦，我很心疼，記得很清楚，她就叫我一定要配合醫療病才會好，她說她自己就是這樣過來的，才活到現在，所以她給我影響很大。」【齊 036】

在抗癌之路除了吸取別人經驗之外，家人當中若有人也是癌症患者，尤其是一位抗癌成功的案例，對病人可說是最具說服力與影響力的。

(五) 宗教信仰

人在面臨死亡之際，大概只有借助宗教才可以幫助人們面對死亡的議題，莫女士是虔誠的基督徒，疾病過程他覺得有主的陪伴，長期被摧殘的生命，她覺得生活是痛苦的，視死亡為平常的事預估自己死亡的情境，她可以正視自己死亡的問題。

「人早晚總是要死的啦，如果死我想是喘喘喘，就這樣死掉了」【莫 014】

「把人生看淡了，因為覺得活在世界上是受罪的---」【莫 015】

王先生亦為疾病末期患者，雖然沒有接受正式入教，可是他喜歡研究宗教，相信命運與因果，相信宗教的力量，可以使人產生依靠，因此在病程末期，他儘量彌補以往的行徑，以減輕對死亡未知的恐懼。

「我感覺到宗教的力量很重要」【王 027】

「這次得病我覺得是因果循環，我靜靜的想，今天這是報應」【王 040】

「我很相信因果，以前我也做過壞事，這樣可以彌補以前做的壞事」【王 041】

二、負向影響方面

以上前一小節是針對正面影響受訪者之疾病不確定感之整理歸納，可以使其有正向意義，減輕負向感，反之，亦有些因素對其具有負面的影響，反而會增加負向的感受，以下即針對此負向影響作探討。

（一）醫療屏棄

王先生有被醫療屏棄的經驗，病情因此而被延誤，自知病情惡化程度，不知自己還剩多少時日，每天內心惶恐、無助。

「沒人要來簽字，xx 醫院開刀要三等親簽字才可以手術，我也領悟到我的腫瘤有被延誤到，在肚子裡破掉才會變成抽出來的都是血水，就是這個道理，所以從那時起到現在我都很痛苦，想辦法結束自己，但是這樣必定人家會說他不孝順，我不願意讓兒子背負這樣的罪名，所以每天就是在非常徬徨無依、非常孤獨無助，一日過一日，不知還能捱多久？」【王 001】

莫女士亦有被醫療遺棄之經驗，對醫師告知病情時不屑的負向態度感到傷心，導致她情緒失控，生活陷入混亂，總覺得活不過明天，快要死掉了，不敢去醫院檢查，錯失了趁早治療的時機。

「現在想到那個醫師都還會覺得好恐怖喔！他的口氣很不好，在門診還沒有切片以前，他一摸就說這是壞東西（台語），出去！看都不看我一眼，我問他有沒有五年好活，他就搖頭。回去後我就想不開呀！吃不下呀！睡不著呀！日夜不吃不喝啦！他不理我沒關係，很兇呀！我說我痛的不得了，有沒有藥？他就說『啊』（揮揮手--），我不敢說什麼就回來了，----後來我就來找 y 醫生，我就哭呀！說我活不了了！」【莫 001】

以上兩位曾有被醫療棄經驗受訪者，剛好都是末期病人，或許是疾病過程長的患者，病情的控制亦較差，治療的空間有限，醫療的能力不能滿足病患的期待，醫師不知如何面對治療呈現頻頸的病患，致使醫師的態度變得煩躁不耐，而這又會對病患造成重大傷害，此番訪談內容，兩位受訪者以往都沒有機會說給任何人，這是他們親身體驗過深藏心底最痛苦的經驗。

（二）身體變化

身體內部變化其實不需要透過儀器測量，病者自己是最清楚的身體，它會對自身發出吶喊，此發出的訊息，有時只有當事者能感受得到，所以當身體愈來愈虛弱時，外表或許還看不出來，可是病人本身應該可以感受到得到，這種感受往往造成病者的恐慌。

王先生處在末期階段，擔心無預期的變化，曾有過虛弱、無自尊的經驗，身體虛弱到自己會恐慌，擔心日後無人照顧問題，

「感受到身體狀況虛弱，有時連拿一杯水的力氣都沒有，感到無

奈與恐懼，不知明天醒來自己會變成什麼樣子。以前肚子脹得褲腰都扣不上，只能用手拖著褲子去抽水，有一次在 xx 醫院大廳，褲子滑掉沒有力氣拉上來，別人以為我是怪物，看我肚子那麼大，都在躲，沒人敢來幫忙，想想不如死了算了，現在我擔心如果需要別人照顧時，怎麼辦？」【王 029】

梁先生感覺體力一次不如一次，身體各器官的傷害也愈來愈多，加上前陣子併發症的恐懼，使他覺得身體不舒服時，對疾病的感受會有立即的、直接的負面影響。

「坦白說體力比一次不好，毛病一次比一次多，愈來愈多，像現在叫我慢跑 100 公尺我都跑不過來，現在我腸胃已經受損，又是胃潰瘍又是腎臟炎指數偏高，然後再來又是中風，你想想看下次會變怎樣不知道，不知還能熬嗎，」【梁 027】

辛先生是移植後的病人，對身體上任何小小的異常都很小心，他常會將身體症狀與移植失敗聯想在一起，一些負面的感覺立刻浮現。

「我自己的身體我很小心，我很害怕一些狀況是我沒注意到的，這次鼻竇炎發作跟上次那個感染這麼久，不知道是不是跟排斥有關，如果是那是不是就表示移植---。」【辛 035】

齊先生原本身體很強壯，住院期間曾有一次發燒經驗，使他感受到生命的威脅，因為發燒身體虛弱，這是他以往沒有的經驗，為此他被嚇到。

「身體本身內部的變化因為從外部看不出來，這次發燒我很不舒服，感受到我本身的生命力正在衰竭，好像生命會隨時離開我，快死掉的感覺，以前從來沒有這種感覺，是瞬間有這種感覺，自己真的被嚇到。」【齊 025】

身體狀況的改變有時在外觀上尚未出現異常之前，病者本身就已先感覺得到，這些變化對一般人來說都會害怕，更遑論是癌症病者，不論是末期病者或是治療期的病者，都會令病者產生負向的感受。

三、病情惡化

王先生看到抽出腹水的顏色有愈來愈紅的趨勢，有感於末期病情在走下坡，想到所剩無多的時日，有死亡的恐懼，對死亡時間與死後狀況感到擔心與害怕。

「我們自己都知道自己的情形，不是我比醫生還行，實在是身體有感受，我自己清楚這已經末期了，不知道死是什麼東西，最恐慌的是死是沒有人知道的事情。」【王 027】

末期病者最為擔心與恐懼的莫過於病情的惡化，那意味著與死亡的距離，王先生從腹水的顏色，便知自己的病況，對死後世界與死亡時間感到恐懼。

（四）病友狀況

訪談到哪些經驗影響到對疾病不確定性感受時，安小姐齊先生與辛先生都提到，住院期間看到別的病友的狀況都不如自己時，使自己對疾病增強了信心，有一種正面的鼓舞作用，因而減少疾病之不確定感。

但相同情況在梁先生的感受則是，他提出一個很特殊的經驗與想法，梁先生對醫師很信賴，相信他的治療效果會不錯，但是他在這幾次住院當中，看到不少復發病友回來，情形是每下愈況，有的甚至於短短兩個月又再復發，使他心灰意冷，他擔心自己會跟他們一樣，因此看到別的病友，他對疾病之不確定感受反而增加，對疾病的信心也是負面影響。

「就像某某某上次出院還好好的，沒多久，兩個月就復發，

又進來，畢竟最近有太多人復發回來，你也不敢保證不發生
在你身上啊！我當然也會害怕，」【梁 025】

小結

疾病不確定性的正向影響因素有醫療支持、與病友相比較、責任感以及家人成功的經驗等，由以上訪談分析歸納可知，病者對疾病抱持正向態度，是受有形或無形的因素所影響，有形的因素有：醫療措施的給予、個人尋求醫療的方式等，無形的因素則包括：責任感的驅使、對病程清楚、治癒率高、醫病關係、與同病之病友作比較以及家人成功的經驗等，都會促使個人對疾病不確定性之有正面影響，由此可感受到無形的影響是多面向的。

由訪談資料的歸納可看出，幾乎所有的受訪者一致感受到醫療的支持對他們有正面的影響，進而減輕他們對疾病不確定性負面的感受，唯獨王先生與梁先生未有此感受，可能原因有二：（一）王先生因處於疾病末期，臨床醫療給予有限，故其未有此醫療支持的感受。（二）訪談時梁先生之療程剩下兩次，正處於心情低潮時期，因為化學治療引發一些器官損傷，以及看到熟識的病友接二連三的復發回來，故亦未有此感受。而同處於末期的莫女士對疾病仍抱持信心，雖給予之醫療措施主要是減輕症狀，可是她的認知是朝有一線希望絕不放棄的方向，我們要尊重病者選擇，其實可以看出她已經給自己一個空間，就是認命，她有多處提及認命的想法。

「最後如果變成怎樣命該這樣你也躲不掉呀，生老病死老早
心裡有數啦」【017】

「我信任這裡大老遠跑來就要認命啦」【018】

「我想那殺傷裡這麼強那你只好認命啦，得病了嘛只要
不變成植物人連累下一代就好了」【025】

病患到醫院求診，一般應會針對問題接受某些醫療措施，在癌症醫療領域之內某

些醫療措施的給予，其背後所蘊含的意義有別於其他科的領域，例如：抽胸水在一般胸腔科病人，除減輕不適之外，還兼具有治療性意義，但是對於癌症病患，尤其是末期癌症其意義可能只限於症狀處理，對疾病本身可能意義不大，如王先生即是此狀況。

再者化學治療或放射線治療對早期癌症病患具有治療性意義，但對晚期癌症病患可能就只有症狀控制或改善症狀的意義，也就是說腫瘤醫學上有些積極性的醫療行為是蘊含消極意義的，這種狀況臨床上往往出現病患的認知與實際意義上出現很大的差距，在醫師予以解釋的過程中，病患經常會做選擇性聽聞，認為有醫療行為就是治療疾病。這對病患來說，或許會有不切實際的需求，但是這也是其維持希望的來源，莫女士就是以此作為其精神上的希望來源。

另外在臨床上病情告知是一種藝術，尤其是癌症病情告知，其拿捏程度對醫師是一項艱鉅重大的考驗，期間份際的掌握，過與不及都不算恰當。齊先生是此次訪談對象當中住院次數與日數皆最短的一位，其餘受訪者住院次數至少都在六次以上，住院愈多次或愈久對疾病的了解應該會愈多，梁先生兩次住院期間，醫師解釋療程的清楚程度不同，第二次比較清楚是因為檢查報告資料較完整，故影響他對疾病不確定性的感受，由此得知病情告知的重要性。

當一個病患面臨疾病考驗的同時，除了醫療支持、家屬的支持之外，病患對於疾病的感受，有時病友佔有重要影響因素，如：安小姐與齊先生因與病友比較，使自己對疾病更有信心，但是梁先生則因病友的住院，使他對疾病產生負向的影響，由此可知，病友因素會有正向與負向的影響。

至於宗教信仰亦是對疾病不確定感有正向的影響，有宗教理念的王先生與莫女士，都能正視自己疾病的現況，面對自己的死亡，可以宗教的理念來解決。對疾病的負向影

響因素尚有身體狀況、疾病住況與醫療放棄等，兩位末期受訪者都有被醫療放棄的經驗，而造成對疾病有負向感受的影響，有可能是疾病到達治療極限，醫師礙於以往醫學教育治療疾病的立場，此況已超過以往之專業訓練，不知該如何面對無法治癒的病患，因此未對病者解釋清楚，或提供另一種醫療選擇如：安寧療護，以致產生被放棄之負向感受。王先生與莫女士在本院雖未住入安寧病房，但是以安寧之理念照顧他們，減緩其對疾病之負向感受。

而在治療期的傅小姐是受訪者當中未提及負向影響因素，分析其原因可能是傅小姐雖是復發病者，但是控制情況良好，隔天將要出院，可能因訪談時機或與她本身對醫療積極正向的態度有關，其餘在治療期的其他受訪者，都正在接受積極的治療，且不論是與醫師有緣、對病程了解或其疾病治癒率較高，對病患的心理，都形成有形或無形的醫療支持，雖或許是一廂情願的想法，但對疾病不確定感都有正向的影響。另外，安小姐與齊先生以本身治療情況良好的心態，與別的病友做比較，使其對疾病不確定感有正面的感受，以下將影響疾病不確定性感受因素之訪談內容，分正向與負向兩部分，整理於表三。

表三、 影響疾病不確定感因素

	正 向 影 響	負 向 影 響
王 先 生	責 宗 任 教 感 教	身 病 醫 體 情 療 虛 惡 唾 弱 化 棄
莫 女 士	<u>醫療支持</u> 醫 醫 宗 療 病 教 措 關 教 施 係 教	醫 療 唾 棄
安 小 姐	<u>醫療支持</u> 醫 與 責 療 病 認 措 友 感 施 比 感 較	身 體 不 適
齊 先 生	<u>醫 療 支 持</u> 治 醫 清 與 家 癒 病 楚 病 人 率 關 療 友 經 係 程 較 驗	身 體 不 適
傅 小 姐	<u>醫療支持</u> 醫 療 措 施	
梁 先 生		身 體 不 適 與 病 友 比 較
辛 先 生	<u>醫療支持</u> 醫 療 措 施	身 體 不 適

以上資料之整理歸納，可以看出對這七位受訪者而言，醫療支持是疾病不確定感主要的正向影響因素，病者來醫院主要的目的，絕大多數是要醫治疾病，故不論是有實質效益的醫療措施，即一般的臨床醫療，或病者本身對疾病認知的程度，如：對療程清楚和瞭解自身疾病治癒率高，甚至是病者單方面心理的想法，即與醫病關係良好，有醫師（先生）緣，只要當事者認為對他的病有幫助，或是好的，都會減低其疾病不確定感受，而產生正向的影響。當給予醫療支持時，如：醫師執行醫療措施，必定會接觸到病人，對病患而言，能與醫師接觸是何等欣慰的事，因此可以說，癌症病患接受醫療處置，除了有生理療癒作用，亦具有心理療癒的功能。

另一方面，當身體有不舒服狀況時，對疾病之不確定感有強化的效應，會產生負向的影響，受訪者當中齊先生、辛先生與梁先生，於訪談前不久正逢身體不適之歷程，遭受到生命威脅，而正處於復原當中，當問及此議題時，對於身體不適影響此想法的感受特別明顯，表示對疾病未知的特性，比較容易往壞處去想，因而產生負面的影響。

第四節 疾病不確定感形成之改變

我們都處於多變、壓力的競爭時代，從小到老爭名爭利、斤斤計較、不服輸，人生有如戰場，每個人都希望出人頭地，往往在競賽的過程當中，喪失了寶貴的東西而不自覺，等到發覺再回頭有時為時已晚。健康是最常在我們在競賽當中輸掉的東西，也是最難找回的東西，若贏了事業輸了健康，這是很可悲的一件事，現在將訪談者生病後個人的改變分析歸納於下：

一、 人生態度

（一） 不計較

梁先生 45 歲，生病之前衝出兩份事業，是一位過於辛苦，犧牲了健康的例子，以前一分一毫都要爭到底，他很感慨的說：「可是到頭來還不是一樣（苦笑）不計較了，看開以後，我把人生看淡了，人生也沒什麼好計較的。」【梁 001】。在看淡人生之後，若短短時間內復發，他將順其自然，無奈地接受老天的安排，他隨時準備好了。「一切都是天註定的，把病交給醫生，把命交給上帝，當病情惡化很快來不及，該走就讓他走，反正該交代都交代清楚了」【梁 012】。

辛先生 37 歲，以前在兄弟或親戚之間，會比這個、比那個、爭面子，也是為了事業犧牲健康的個案，開設的自助餐為了減少開銷，完全由夫妻倆人一手撐下去，好不容易存了一點錢，可以改善生活就生病了，可想而知這般打擊很難接受的。他回憶起他第一次住院，簡直可說麻木、沒知覺，連大血管穿刺、骨髓穿刺都沒知覺，不知道痛。經過一年多生病歷程，到目前為止做完骨髓移植，也將近花掉所有的積蓄，當生病這一年多有時間思考，想法整個改變。

「人生短短幾十年，何必計較那麼多，爭這個，爭那個有什麼用」【辛 056】。

「以前會跟朋友比，還有在親戚間兄弟姊妹間會比來比去，人生就是這樣競爭嘛！生病後才覺得再多財富也不如健康的身體有用」【辛 058】

同樣是歷經人生最殘酷的考驗，傅小姐兩次的生病經驗完全不同，第一次生病慘遭家人不支持，所幸堅強撐過來，第二次生病感受到親人的關愛以及志工無條件的服務，改變了以往的人生態度，不計較了，她不再計較公婆的對待了。

「其實很多地方我們都不需要那麼計較，應該樂觀一點，得失已經都不重要了」【傅 10】

莫女士在歷經五年的癌症患病過程，體驗特別深刻，這段期間不但改變了以往的個性，凡事都不再生氣，對人生的看法也有所改變，對生命主控權的想法亦改觀，甚至於對癌症的看法也做大的轉變。

「以前我的脾氣很衝，跟年輕人一樣，很容易生氣，
現在生病了被磨得你不得不低頭，脾氣改了」【莫 026】

「生病讓我整個人生觀改變了，以前我很好強，現在
什麼都無所謂了，我把任何事情都看淡了。」【莫 37】

「人的命不是控在自己手上，而是在---我們只有使用權，
沒有擁有權。」【莫 38】

「不要對癌症細胞趕盡殺絕，欺負它，它會反抗，會還擊，
應該要與癌共存」【莫 040】

以上四位受訪者在罹患致命性疾病之後，凡事都不計較了，計較與否都在一念之間，以往斤斤計較的結果，現在看來都變的無意義，誠如梁先生所云：「到頭來還不是一樣」，人生如果能這樣想，相信心頭的重擔就可以卸下了。其餘在人生觀方面另有不同的轉變。

（二）感恩患病

人在遭逢疾病侵害時，一般人都會有抱怨、生氣的情緒，會感恩得病的人應該不多，但是在我的訪談個案之中，就有兩位受訪者有這種人生態度的轉化。

齊先生與姊姊關係要好，遇有困難也會找姊姊諮詢，生病後在姊姊的開導下，扭轉了生病以前對患病的想法，反而感恩有此次生病的機會，上蒼看他平時太勞累了，生病是讓他有休息的時間，所以他把住院或居家這段時間，當成休息養身的時段，以後再出發。

「因為年輕才有本錢生病，如果老了根本沒辦法了，沒有體力抵抗了，會走得很辛苦，現在正是我壯年期，應該可以輕鬆走完，應該感謝上天，這麼年輕讓我得這個病，我就把來這邊當成休養，以後再出發」【齊 41】

傅小姐鼻部淋巴腺癌復發抱病返台醫治，受姊姊無條件付出的關愛所感動，讓她重拾被關愛的感受，經姊姊的開導，一改以往生氣老天對她不公的想法，以及責怪自己去吸冷空氣而致病的想法。

「其實我該感謝那場雪，感謝去吸它，不然我不知道要拖到什麼時候或許已經不能醫治了。讓我知道疼痛，很快就醫來能醫治，這是應該是老天爺對我的賞賜」【傅 051】

兩位受訪者齊先生與傅小姐罹病態度能有如此轉變，都是受家人的影響，共同特色就是與家人關係緊密，家人予以觀念的灌輸，引導他們對生病做不同角度的詮釋，能有如此思維，才可以心平氣和地養病，相信這樣會比心浮氣躁更有益於身體。而其餘受訪者就沒有麼幸運，安小姐在家本身不喜歡談論疾病，可能家人無法與她深談；梁先生、莫女士與兄姐關係不甚和諧，無法談出心裡的話；辛先生的家人都做生意，各忙各的，關係較為疏離；更遑論早就未與家人聯絡的王先生，因此與家人平日關係的維護有其必要性。

（三）承認有限性

莫女士在遭逢多重器官被癌症轉移之後，了解到人有太多事情都不能掌握，甚至於是屬於我們的身體，自己都無法掌控，領悟到對身體我們也只限於使用權，並無擁有權。

「以前我都是認為人是可以掌控的，但是生病之後才知道任何事情的發生，你都沒皮條，都不是你的能耐呀」【莫 18】

「人的命不是操控在自己手上，而是在---，我們只有使用
權，沒有擁有權」【莫 38】

這是莫女士在腦瘤轉移，站不穩之後才有的體認，其餘者在四肢活動度正常，連腹水嚴重的王先生都可以慢慢下床走動，只有她有行走上的問題，對下肢無法控制自如而感到無奈。

（四）重視親情

王先生在人生末期，覺悟到親情的重要，後悔以前沒有盡到做父親的責任，只顧喝酒、賭博，現在如此下場，他兒子還願意理他，關心他，他很感恩，最令他感動的是他兒子還一直認為他會好起來，「有一次看到報紙登出來，有博士發現人蔘可以治癌症，好高興半夜衝過來跟我說：『爸爸、爸爸你有救了』，以前沒照顧他，臨死之前他還能這樣孝順我，我很感恩了」【王 035】。他覺得很安慰，希望能利用這段時間，盡到做父親的責任，教他一些世事之道，不要步他後塵。

這幾位訪談者王先生是較為特殊的一位，以前生活糜爛，棄孩子不顧，做過不少壞事，親友都遠離他，幾乎可說是無親無故，生病期間除他兒子之外，無人探視，可知其內心之空虛，因此，他在此時特別注重親情的可貴，這是他以前遺漏的部分，他希望重新拾回，也是維繫生存唯一的理由。其餘受訪者不論與家人關係如何，對子女都無虧欠，該盡的義務都已盡到，無此方面的缺憾，故在生命面臨考驗之時，並不彰顯這方面的需求。

以上即是這七位訪談對象在歷經癌症患病過程，對人生態度重大的轉變，不論是末期或治療期受訪者，有四位認為人生沒什麼好計較的，退一步海闊天空，勿自循煩惱，把人生看開了，就不會在乎以往斤斤計較的東西。末期的王先生覺得人生親情最為可貴，這是他以前所疏忽的部分，他希望彌補。而與姊姊關係密切的齊先生與傅小姐，受

姊姊的牽引，對罹病亦有所改，感恩於此次發病，這是很出乎意料的人生態度。最年輕的安小姐，或許是因為人生歷練少，患病治療過程又不如別人痛苦，故其人生態度並無重大轉變。

二、 疾病態度

（一） 與癌共存

在歷經了與癌對抗之後，對此梁先生與莫女士對此已有了體認，都認為應該要與癌共存。莫女士原本對癌症治癒抱持很大的期望，一次一次轉移，一次一次的治療，使她身心俱疲，最後在腦瘤電療之後，她選擇與癌共存，對全身骨癌不再治療了。

「不要對癌症細胞趕盡殺絕，欺負它，它會反抗，會還擊，應該要與癌共存」【莫 40】

梁先生更早就已看開人生，他在 19 歲那年自三層樓高的鷹架掉下，撿回性命至今，他說這二十多年是多活的，自認對癌症研究透徹，癌細胞是無法消滅的，唯有與之共存、和平同處。

「反正得了癌症是沒有什麼特效藥醫的，即使醫好它還是一倍子會跟著你，應該跟它和平共處」【梁 08】

生病就要醫治，醫治就要殺死細菌或病毒，這是一般的觀念，但是很少人會想到有些外來的入侵者，我們是可以用藥物來消滅它，就好像用武器來對抗敵人一樣，而對於原本就存在於我們體內的細胞，是我們自己的一部分的一群癌症細胞，使用外來的藥物，不能對它完全消滅，趕盡殺絕，除非我們自己先它而死。其實問題不在於消滅癌症，而在於認識癌症，梁先生與莫女士就可謂之以認識癌症。而其餘受訪者或許並無如他們兩位之人生經歷，大都還在消滅癌細胞的概念，這方面的體會時候未到。

（二）自我檢查

安小姐後悔當初自己延誤兩年就醫，以至於擴散到肺部，現在他每天幾乎都會自我檢查，隨時注意身上有無任何突出塊，她變得很小心，不再大意。

「像在洗澡或是什麼時候，都會這樣摸（觸摸手臂），看有沒有再摸到什麼腫塊還是怎樣啊，會比較謹慎，就全身這樣子摸摸看，有時候明明就不是腫瘤，就好像說會以為是腫瘤對呀，比較神經兮兮啦」【安 031】

罹患黑色素癌的安小姐希望再多活一、二十年，可以陪孩子長大，今後對疾病不敢再掉以輕心，也是因為以前醫師解釋腫瘤的意義，較為保守或用詞太過於專業用語，她並不知道腫瘤就是一般人所稱的癌症，她認為手臂那一點點腫塊，並無大礙，因而忽略了它，才造成後來轉移至肺部。

（三）就醫習慣

辛先生述說經過這次生病，學到很多醫療觀念，以前都沒注意，改變了很多，更重要的是一改以往自行服用成藥的習慣，不敢以後再自己亂服用成藥，不但是他自己跟全家，他也會告訴親友們，生病不要自己抓藥吃。

「這次生病給我打擊很大，以前開自助餐很忙，生病沒時間上醫院，都自己抓藥吃，有時會吃得過強，現在不會了，我也會告訴家裡的人這樣」【辛 085】

以上疾病態度的轉變，兩位人生歷練較為豐富的受訪者莫女士與梁先生，在經過抗癌之後，對癌症有不同的體認，認為消滅它不如與之共存。辛先生一改以往生病就自行服藥之習慣，這亦是很多國人錯誤的就醫習慣，臨床常見自行服藥無效才來醫院求醫的人很多，有時因而耽誤治療時機。安小姐則是注意在自我檢查方面，擔心轉移或復發，

希望能避免，至少要及早發現，早期治療，勿再被自己延誤治療。齊先生對此倒是無特別重大轉變，他目前的重心是準備做自體移植。王先生屬末期階段，對此議題對他已無特別意義。

三、生活面向改變

癌症有復發的特性，雖然目前控制得不錯，害怕以後會復發或轉移，有三位受訪者提到以後回家要改變日常生活的習慣，避免或延遲復發的機會，希望活的健康一點。

安小姐年輕，孩子還小，唯一的希望是陪孩子長大，因此生病之後聽病友勸告，將日常飲食習慣改變了，改多吃有機青菜，沒有農藥，希望能避免癌症復發。生病後渴望恢復為正常人，希望家人與朋友視他為一般人，不喜歡聽安慰話與重提生病事件。

「朋友會叫我盡量吃些有機的什麼蔬菜，盡量改變自己的飲食，一下子沒辦法改，所以我就慢慢的慢慢的改變了」【安 019】

「朋友的安慰話反而又挑起我的記憶，有時候心理不是那麼強烈，本來平靜的心又引起一種波濤的感覺，所以我希望他們不要把我當成是一個生病的人，我會承受不了一些安慰的話」【安 010】

「我在家我不希望他們把我當病人，把我當正常人一樣，我希望自己動，不要什麼都弄得好好的」【安 037】

傅小姐這次治療做完，整個療程就已結束，她希望在日常飲食與運動上做改變，她平日很少運動，希望從其他病友得知他們的保健之道，注意飲食均衡，多吃蔬果、注重運動，希望能遠離癌症。

「我想我恢復以後在飲食方面----所以我現在迫切想知道的是我該怎麼做？我現在要戰鬥、戰鬥、戰鬥」【傅 018】

辛先生可說是以往積勞成疾，為了節省開支，自助餐未請人，全都自己來，長期下來，他太太知道這樣是會生病的。在歷經這次疾病之後，戒了菸，重視健康，飲食、睡眠等日常生活要規律，不勞累，不熬夜了。

「以前睡眠也不夠，只有三、四個小時，吃東西也不正常，有時候都沒吃東西，有時候撐到一點或三、四點，現在我煙也戒了，以前還一天抽兩包，每天按時睡覺，因為我這麼拼，我太太知道我會生病，只是不知道會是生這種病」【辛 080】

王先生以往的生活面向是生活靡爛，日夜顛倒，無正當職業，棄家人於不顧，亦自認做過不少壞事，自從牢獄出來之後，歷經人生最慘痛的打擊，妻子與母親相繼去世，朋友遺棄，自己又遭受病痛折磨，生活徬徨無依，漫無目標，走到人生盡頭，恍然渴望擁有人間親情，看到兒子，有如海上看擱一盞明燈，是其存活的唯一理由，照亮了往後的人生，指出一條明路，雖然他生活資源有限，但能重拾為人父之角色，在患病之後做整個人生回顧，檢討以往生活所作所為，後悔不已，希望過正常人的生活，克盡父親責任。

「我過去是壞小孩經，常日夜顛倒不是喝酒不然就賭博，以前那些兄弟都不理我，所以從那時起到現在我都很痛苦，我知道是癌症，我還有性命，想到未來渺茫我非常痛苦，我總是人嘛！因為世間我還有依戀，所以那段時間非常痛苦」【王 001】

「非常徬徨無依、非常孤獨無助、有如茫茫的大海那樣，一日過一日，這樣過沒幾日我兒子就來了，看到我兒子可以說是這世界上我唯一的親人，所以我看到他呀看到一盞明燈一樣，所以那時我感到親情的重要，所以燃起我自以前沒有負起做父親的責任，」【王 003】

莫女士在生病之前喜歡交朋友，因為無家庭負擔，原本的生活型態，自認為是多采多姿，她很滿足，但自從發現乳癌至做完 38 次電療之後，門牙掉光，面部外型發生嚴重變形，只好退出人群，與外界隔絕，生活退回自己一個人的狹小空間，為說服自己安於現狀，以上帝的安排來要求自己接受現況，但在疾病的末期，仍祈求有機會能回到人群，故她始終不放棄任何希望，即使是一絲希望亦不輕言放棄，期待可以等待新藥發明的可能。

「本來我的嘴巴很好看的，現在已經難看成這個樣子了---像

『獠牙』，也許上帝要你乖乖地作個家庭主婦，因為現在老了孩子長大以後，我去學跳舞啦！交際舞什麼舞活潑的我都去學，看這個情況上帝他就是說你老了你應該安分守己(哈哈--)，在家作一個安分的家庭主婦，因為你已經條件這麼不好了嘛！你不能再出去外面風光啦！不管怎樣我總是---」【莫 010】

六位受訪者認為應該要調整生活面向，以往生活習慣最差的是辛先生與王先生，辛先生在病後將以往不正常的生活習慣拉回正軌，如：熬夜、抽煙、生病自行服用成藥，不注意身體。而王先生因為無正當職業，病托得太久才就醫，他可說是躍過治療期，直接由診斷期進入疾病末期的病患。傅小姐與安小姐並非改掉不良的生活習慣，而是在生活上作一些調整，如：飲食、運動。安小姐除此之外，與王先生及莫小姐在生活另一個面向上作了改變，王先生希望重新過一般人的生活，無奈妻子與母親皆往生，只有指望對兒子做些補償，重新負擔起父親的職責。安小姐同時希望回到生病之前的生活，所以她不希望同事或朋友的探訪，以避免重提生病事件，或聽別人說一些安慰話，在家裡希望別人不要以病人相向，他希望被當成正常人看待。莫女士在生病之前的生活是充實的，生病之後因外貌迫使她改變生活方式，生活範圍退縮至個人獨自的生活，他極欲逃脫，無奈疾病纏身，家庭支持又不好，對她來說是雪上加霜。

乳癌轉移至肺部，莫女士在情緒激動生氣時，立刻會有疼痛與喘不過氣不舒服的感覺，在經驗之後，漸漸改變以往脾氣，任何事情都不生氣，以穩定情緒。

「以前我的脾氣很衝，像年輕人一樣，很容易生氣，生氣馬上喘、心臟痛，放輕鬆馬上好，現在生病了，假裝都沒事，不生氣，被磨得不得不改了」【莫 027】。

有肺部轉移情形情緒激動時會引發更不舒服，莫女士因而改變了自己的脾氣，使自己不再容易生氣激動，久而久之性情便得溫順了。這是莫女士所提較為特殊的部分，安小姐也是有肺部轉移情形，因她原本就很內向溫順，個性很好，故無此方面的問題，其他訪談者亦無這方面之改變。

梁先生喜歡重蘭花，幾乎這幾年都在蘭花園工作，生活規律。齊先生是上班族，工作認真雖經常加班至很晚，但並不影響正常睡眠作息，另外兩位末期受訪者亦無此方面之改變。

小結

生活上有太多無法肯定的事情，而癌症具有威脅生命不確定性的特性，當人面對時，會重新思考與定位很多事情，尤其是在人生态度上，在訪談七位個案當中，幾乎所有的受訪者都表示，這不確定性影響他們最大的就是改變了他對人生的態度，改變了人生價值觀、對生命與生活的態度，人們往往只有在遭逢威脅生命之時才會反省自己。訪談中大多數的受訪者共同認為生病後人生觀改變了，變得不計較了，把人生看開了，已經無所謂了。在這前提之下，人世間的任何事務，大概都難不倒他了，人之所以活得這麼痛苦，常常是因為想不開，將自己捲入煩惱的漩渦，凡事若能退一步，其實海闊天空。

在整理訪談稿時，有感於某些人因病而重獲以往失去的東西，如：王先生重新拾

回了親情，這是他疾病末期最大的心願。傅小姐因離家十多年，跟她大姊以往接觸不深，此次發現原來姊姊是這麼關心她，重感親情的溫暖。辛先生與安小姐以往整天為生活而忙碌，一家人根本無暇好好得相處，生病之後，全家人雖然擔心恐懼，但是是生活在一起的，關係更為緊密。

其他如對疾病態度的轉變，是此次較為特別的聽聞，梁先生與傅小姐因為姊姊的開導，將疾病作另一番詮釋，反而感恩於此次生病的機會。以下將受訪者因為疾病之不確定性對個人形成的改變整理於表四。

四、 疾病不確定感對個人形成之改變

王先生	莫女士	安小姐	齊先生	傅女士	梁先生	辛先生
人生態度	人生態度	生活面向	人生態度	人生態度	人生態度	人生態度
--重視親情	---不計較	---攝生方面	---感恩患病	---不計較	---不計較	---不計較
	--承認有限性	---生活態度		---感恩患病		
生活面向	疾病態度	疾病態度		生活面向	疾病態度	疾病態度
--生活態度	---與癌共處	---自我檢查		---攝生方面	--與癌共處	---就醫習慣
	生活面向			---生活態度		生活面向
	---情緒					---攝生方面

當人罹患癌症之後，首先面對的問題就是非預期性生活面向的改變，「今後應該怎麼生活？」，是癌症病者所面臨的問題，他與週遭的關係亦因著疾病入侵生活而面臨必須要轉換的問題，所牽涉到的不止是當事者本人，還涉及整個家庭甚至整個社會，此受病入侵的日子，一般說來，病者會重新調整自己的生活，從簡單的攝生問題開始，即最基本的生活條件，包括：飲食、運動與生活作息等，做某些改變，將延至精神生活層面，

包括：人生態度與生活態度的轉換，與他人的關係退守到底線，會問自己「生命到底意味著什麼？」，而漸漸在取捨之間作些妥協。由訪談資料整理中，可看出癌症病者各種的改變，都逐漸修正以「病」為重心，讓自己漸漸去適應疾病的生活。

第五節 疾病不確定感之因應策略

人們對於癌症所賦予的意義，通常是疼痛與死亡，當罹患此致命性疾病而又有復發或轉移的特性時，自始至終必須經常面臨種種疾病上的不確定性，因此人們會採取不同的因應策略來應對可能發生的改變，所採取的因應策略若能針對狀況尋求解決之道，將之歸於理性層面的因應，但若是所採取的因應策略只能舒解情緒，或穩定心情，並未根本解決問題，其問題依然存在，將之歸之於感性層面的因應，以下將整理歸納有關的訪談內容。

一、 感性層面的因應策略

(一) 情緒宣洩

當獲悉癌症之時，這無情的訊息，等於是宣判死刑，在震驚之餘，病者最常出現的情緒反應就是哭泣，哭泣是人的基本本能，也是人類情緒宣洩的重要管道，經由哭泣可抒發心中的哀怨，是一種健康的行為模式。

莫女士在乳癌門診問醫師自己之存活時間，醫師搖頭以示沒有多久可活，回
去之後受不了，想不開，吃不下，也睡不著，自己一個人哭泣。

「我一個人偷偷坐計程車去文化中心大哭呀！朝天大哭
啊！為什麼會這樣子？為什麼會弄出個絕症來？大哭特
哭呀！在沒有人的地方哭哭哭，自己絕望了，兩個禮拜

不吃不喝」【024】

辛先生身體一向健康，不常生病，偶而身體不適都自行服用成藥，因為感冒一直不好，吃了很多藥也不見效，就到醫院抽血檢查，醫師告知 80 % 是癌症，當時被這個訊息嚇到，非常震驚。

「當時聽到都嚇的不知道該說什麼阿，然後到到家門口就
跟我老婆抱著哭阿，說完蛋了！不知道怎麼辦」【辛 006】

王先生每次自己去門診抽水，因腳腫脹而非常不方便，因為看到抽出腹水的顏色有點洪紅的，知道是血管破裂的跡象，內心非常痛苦，尤其是有一次被人當怪物看待，有生不如死的感覺，非常難過，回到家裡想結束自己，又怕牽累兒子被認為不孝。

「我兒子不在，我就一個人偷偷在哭，他回來又不敢給他看到」【009】

安小姐一個人來院回診看檢驗報告，原本以為是小小腫塊，沒想到驗出來是癌症，回家路上邊騎車邊哭，到家裡眼淚擦乾，怕公婆擔心，原想裝作沒事一樣，後來先生問她才哭出來。

「回到家裡我本來忍著，都沒告訴公婆，後來我先生問，我
才哭出來」【020】

以上四位受訪者在面對癌症相關訊息時，有人是獨自面對，如：王先生、莫女士與安小姐，亦有人是有家屬陪伴，如：辛先生，每個人的情緒宣洩方式不同，不分性別，有人與家人抱頭痛哭、有人放聲大哭、亦有人躲起來哭泣，不論以何種方式，均以達到情緒宣洩為目的。另外位齊先生與傅小姐因為去看病之前，心理就知到自己有病，心裡有一點底子，而梁先生因為有一次撿回生命經驗，當獲知癌症訊息時，亦可以面對，故他們在得知癌症時，雖然震驚倒是可以挺得住。

(二) 正向思考

當有不明確性的疑惑或情境時，為穩定情緒，他們會以好的方面去看這件事情，以對自己有利的方向去思考。訪談個案中有五位受訪者自述，當遇到不確定性的情境時會以這種方法來因應。

乳癌第三期的莫女士雖然歷經五年的罹病歷程，多個部位轉移，但是她讓自己一直抱持信心與希望，對治療有一絲希望就不放棄，認為既然要接受治療就應該往好的方面去想，否則自己先放棄，浪費了醫護人員的努力，那是很可惜的。

「反正進來就是希望嘛！你為什麼要進醫院，就是要控制病嘛！縮小瘤嘛！要往好的方面去想，往好的想那是生病後最近才這樣想，心情會比較好」【莫 027】。

「大家那麼辛苦，如果我把他放棄了，如果我把它往壞的想，那就太浪費這些資源了！」【莫 009】

「抱著信心，像我肺癌能在 yy 醫院治好，也許我是急性的像盲腸癌一樣，來的快去的快，---也說不定我的運氣好，而且到別處我心慌，來這裡我有安全感」【莫 013】

梁先生在發病一個多月之後，醫師告訴他醫好之後，有四成多的機會會再復發，梁先生以樂觀的態度，對此訊息的因應策略是：「我想復發機會四成多，也許我就是那五成多，不會復發的也不一定呀，對不對？」【梁 029】，當醫師告知他檢驗出來有費城染色體，梁先生了解有可能是 ALL 轉為 CML，但是醫師並未明確說出來，所以他是抱著不說便是好的方法來因應。

「我就抱持著你不說，我就當作是好的啦！你不講就是好，我現在是好，不知道就是好」【梁 040】

辛先生當年獲知癌症，原本對人生絕望，無目標，在骨髓移植後，情緒低潮亦隨之過去，代之而起的是一改以往無目標、絕望的人生態度，現在全部的希望都寄託在骨髓移植能成功，他希望繼續工作，他對此充滿信心。

「醫師說我的細胞型態不是太壞，況且我還年輕，適合做移植，等到這些排斥過去之後，就可以恢復正常工作，只要不要太勞累就好，還有一半以上的機會」【辛 039】

齊先生現階段是等待結痂發炎過去之後，就可以為自體移植作準備，他心理上很依賴主治醫師，在主治醫師出國期間，很擔心萬一他不舒服怎麼辦？剛巧就碰上發高燒，在藥物作用下漸漸睡著，夢境中看到兩顆小草，慢慢長大，他認為這是有高人在指點他，暗示他，意味著他將開啟新的生命，此夢境給了他正面的希望。

「我覺得我有救了，給我啟示我自己就好像是那兩棵小草，好像是說生命還是存在的，等著我去開創，生命可以重見，而且是一個新的生命」【齊 026】

傅小姐則認為他的病雖然是復發，但是還在初期，檢查結果目前還未轉移，她對治療抱持樂觀態度，「我相信我的病一定會好」【傅 018】

同樣想法也發生在安小姐身上，安小姐表示因為他當時的病症沒有很嚴重的，況且看到別人年紀輕輕就不能治了，「所以心理上就出現一種聲音說，若是接受治療之後就可以壓制住，經常有這麼想呀，心理上就會比較好過一點」【安 006】

在漫長的抗癌過程中，面臨癌症相關的治療、檢查或癒後不明確的問題時，受訪者會想辦法，讓自己的心情好一點，常會以『比上不足，比下有餘』來安慰自己，這也是讓自己達到調適的一個過程，七位受訪對象幾乎都會以此方式來作因應，這或許是人在

面臨重大事件慣常使用的因應策略之一。

(三) 逃避

面臨未知的疾病狀況，不知道該怎麼辦時，暫時逃脫一下，避開情境，也是一種因應策略，受訪者當中有兩位以這種策略方式來因應。

齊先生表示因為知道治癒率高達 90 %，心就比較篤定，第一次出院之後在家裡曾用逃避方法，什麼都不去想，而是想在休養身息，「就是說要做什麼就做什麼，倒是放的很輕鬆，不會去胡思亂想」【齊 018】

安小姐則是用隔離的方法讓自己不去想，如：帶孩子出去玩、跟外人講話或聽到與疾病相關訊息，假裝沒聽見等方法，使自己暫時不要去接觸，迴避去想，但是她亦也說，等一個人靜下來的時候，還是又會想到，可知此乃暫時性的對策，其實問題仍存在，尚未解決。

「盡量不要去想到我身體上有病，就好像是平常人一樣，只要盡量不去想有那種病的話過的就比較輕鬆」【安 37】

「有時帶小孩出去玩，會盡量找別人談話，看到小孩子高高興興的在玩，我心情會比較好，但是靜下來，又會想到」【安 12】

「我先生看到電視演癌症的事，叫我看，我就逃避不想看，我都會有一種逃避的心理，不想去面對這樣子」【安 22】

逃避策略僅有兩位受訪者使用，這是暫時性思想的跳脫，其實靜下來的時候，問題還是會浮現，其餘五位受訪者並未以此來因應。

(四) 尋求慰藉

宗教是人類心靈的寄託，人之別於動物，就在於人有宗教信仰以慰藉心靈，當人們面對挫折、困難或不確定性的問題時，就不論有無宗教信仰，通常會不自主的呼叫心中的神與之對話，不可否認的，宗教有股無形的力量，祂是主觀的、無法驗證的經驗。

當面臨疾病不確定性之林林總總問題時，尋求心靈上的慰藉時，有些人會有特定的宗教行為或儀式，有些人沒有，而可能只是在心中默禱，但不論如何都是會祈求神明保佑自己渡過難關。訪談對象當中有四位受訪者，當面對疾病之不確定性之情境時，會以尋求心靈上的慰藉來因應，就是會以禱告、拜拜、上香祈求，喝神水、心中吶喊等方式來因應。以此因應的受訪對象當中，有三位受訪者並沒有正式的宗教信仰，而僅一位有正式受洗入教。

莫女士在生病後兩年受洗，成為正式的基督教徒，她覺得無助、恐懼、孤獨的時候呼叫心中的基督，不安的心靈就可以平靜下來。

「受洗後心靈覺得很平靜，我的人生交給上帝了，大聲歡呼主的名字，哈雷路亞，是一種發洩」【莫 029】

「感覺耶穌陪伴我，很平安，我相信主」【莫 036】

「不要去想它，信基督教呀禱告啊，我就說主啊！

給我平安啊，-----我就是有這個信念，我相信主」【莫 020】

非但如此，在過程中，莫女士還運用特別的策略來因應，就是與神磋商，以交換條件的方式，希望能得有用的回應。

「我就禱告說如果真有上帝，真有神的話，你認為我還有多久好活都沒關係，只要你不要讓我活的太痛苦，帶我去天國，不要輪迴，如果你覺得我還有一點用，還可以活，我又不

會傳福音，但是我會做見證人---」【莫 005】。

齊先生在他不舒服的時候，母親會去廟裡祈求神水，帶回來要求他喝，齊先生認為喝下去雖不知有沒有效，但是心理感覺比較輕鬆，而他平常在心中也會祈求神明保佑自己病快點過去。

「前一陣子我比較不舒服的時候，我媽會去求神水，那是乾淨的礦泉水，要我喝，其實有時候，心理面也會祈求神明保佑，快點度過治療期，」【齊 029】

「感覺是心情比較放鬆，不知道有沒有效，只是感覺比較放鬆」
【齊 030】

傅小姐認為神明是她心靈的寄託，雖然沒有正式入教，但是他家中的神明很靈，在他最痛的時候呼叫祂，確實可以幫忙減輕疼痛，念著念著不知不覺睡著就不痛了，她認為可能是轉移作用所致。

「我求他幫我度過這個疼痛，當我最疼的時候不說什麼，我只呼叫祂」【傅 022】

「有幫忙，至少至少應該可以算是移轉功用吧！不會一直想痛這件事，妳會一直想神明或者一直想著祂有用，喊著喊著，有時候比較不疼的時候就睡著了」【傅 023】

安小姐表示她也像一般人一樣，去廟裡拜拜，祈求病會好，由先生或婆婆聽說哪邊的廟很靈，會帶她去，「我先生、我公婆會聽人什麼草藥呀！偏方呀！秘方呀！拜神明呀？什麼廟很靈呀！他都會帶我去，拜過之後心理上有一種寄託吧！感覺上比較好比較舒服這樣子，好像得到一種安慰」【安 007】。

尋求心靈上的慰藉不論性別、年齡，病程，有四位受訪者使用此策略，其中有一位並無固定宗教信仰，況且這三位亦表示，這種方式可以讓心理比較舒服，得到安慰，雖然有人懷疑其效用，但還是有此需求，這是一種未可驗證主觀的需求。

(五) 認命

莫女士幾乎被癌細胞蔓延全身，她求生意志堅強，絲毫不放棄任何機會，化學治療沒有擊倒她，都熬過去了，這次腦瘤轉移症狀愈來愈嚴重，影響走路平衡，要接受頭部低劑量電療，她害怕電療殺死正常腦細胞變使她痴呆或變植物人，但又不得不接受治療，否則他無法行走，她調整以往一向抱持信心與希望的心態，她做了最壞的打算，如果不行治療或變痴呆，她認命了，至於全身骨轉移她也不再治了，他接受老天的安排，至少她努力過了。

「最後如果變成怎樣，命該這樣你也躲不掉呀！生老病死老早心裡有數啦！躲不掉的，如果治不好我也不會找別的地方治了」【莫 025】

「是恢復了呢或是變得痴呆痴呆，我想那殺傷力這麼強，如果運氣不好，那你只好認命啦！得病了嘛！能不能順利回家，只要不變成植物人拖累下一代就好」【莫 022】

「我信任這裡，大老遠跑來，就要認命啦！」【莫 018】

王先生對於自己年輕糟蹋自己，才致如此下場，覺得是罪有應得，他不怨誰，如今病到如此地步，每三天要靠抽腹水過日子，如果病情惡化，也認命了。

「自己的身體是自己造成的，不是別人來害我們的，所以冷靜想一想我們感覺到沒有話講，要怪就怪自己，我認命了」【王 023】

「我也很想活下去，沒人想死的，但是必須要走的時候也不

得不認命」【王 036】

兩位末期受訪者一致都有認命的想法，歷經長期癌症的治療，過程是非常艱辛與痛苦的，又沒有好的支持系統支撐他們，一路走來全憑兩位堅強的意志力，可能已經精疲力竭，未來的變化，只好認命，這是種無奈的因應策略。其餘受訪者都還在奮戰當中，無人以此為因應策略。

（六）補償親人、助人贖罪

王先生在疾病末期才覺得親情的重要，急欲利用這最後的時間，補償家人以往的虧欠，同時他篤信因果及輪迴，承認以前做過不少壞事，如果可以，他也想幫助別人，以求贖罪，王先生在此次談話做了內心的表白。

「走到這種地步我知道我還有一個責任想到我雖然生他但沒有養他沒有教他希望利用這段時間看能不能教他一些----」【王 005】

「這次得病我覺得是因果循環，我靜靜的想，今天這是報應，真的，我可以接受這種逞罰」【王 040】

「人家有痛苦我也很想去幫忙，天地就是這樣，所以我很相信因果，以前我也做過壞事，這樣可以彌補以前做的壞事」【042】

以上情緒導向的感性層面因應策略，是每一位受訪者或多或少使用的策略，其中正向思考、尋求心靈上的慰藉與情緒的宣洩這三種是大多數受訪者會使用的方式，都有抒發情緒與安定心情的效果，每位受訪者這會使用這些策略，而他們的年齡、性別、病程狀況、支持系統狀況、宗教信仰狀況等個人背景差異頗大，可知這些策略的應用不受個人背景的限制。

認命比較是末期病者所使用的策略，而非治療期病者所使用的因應策略，可能是治療期病者對治療傾向有好結果，雖然治療過程令人不舒服，但那是有交換益處的，所以幾乎都忍得下來。而末期病者大多早已身心俱疲，若所受的苦得不到相對的回饋，則歸咎於命，這或許是人生中為了下一站所做的準備心態。

二、理性層面之因應策略

以理性層面為導向的因應策略，主要是以主動直接的行動去面對問題、分析問題，進而去解決問題，比較是以積極面為考量的因應策略，以下將歸納受訪者以理性層面之因應策略。

(一) 尋求資訊

安小姐的黑色素癌與齊先生的血癌都是初次發病，在先前治療時，恐懼面對自己的病，當接觸有關癌症的訊息，都採取逃避方式來因應，不敢去碰觸。等到治療幾次之後，病情控制得不錯，自己心情比較穩定，也比較有信心之後，就會主動去尋找有關癌症的相關資訊。安小姐的先生看到媒體上有播放與癌症相關的主題，希望她也一起來觀看，由於恐懼見到癌症兩個字，就會以做別的事情或假裝沒聽見來逃避，等治療幾次之後，醫師告知疾病有控制下來，心裡才敢接觸相關的訊息，會刻意去找書來看，想多了解癌症。

「我先生看到電視演癌症的事，叫我看，我就逃避不想看，我都會有一種逃避的心理，不想去面對這樣子」【安 22】

「過了一陣子，心情比較平靜的時候，電視上或書呀有關癌症的，我就會去注意注意，想要去看它們，治療之後，感覺病情有比較穩定了，就會對這個比較有信心啦！就會想要去了解，所以最近只要有看到癌症這兩個字就會特別去注意這樣子」【安 022】

齊先生的姐夫看到與癌症相關的書，是一位癌症治癒的教授所寫的抗癌書籍，述說如何配合醫療再去調養，他覺得蠻符合自己的觀念，就會有興趣去接觸癌症相關的資訊。

「那本書是一位大學教授得了癌症，配合醫院治療，他本身再去做調養，現在都痊癒好了，看了之後感覺上他有一些觀念蠻符合我的」【齊 024】

鼻部淋巴腺癌復發的傅小姐希望在她出院之前，得到一些調養方式，她認為她自己以前可能很多生活習慣不對，才會生病，因此極欲尋求這方面的訊息，以前自己很保守，不會找資源，也不跟別人談，此次生病才體會到自己一個人很多觀念都不對，應該多多詢問，互相比較一下才對，自己會主動尋求資源，家人亦會提供一些相關資訊。

「想從醫師這邊或想從跟我同樣病的病友那邊能得到---我該得到在飲食在生活起居方面，我該怎麼？」【傅 018】

「盡量從醫師，當然醫師比較忙大部分從護士小姐這邊，還有我姐夫，他有提供我一些資料-----，」【傅 019】

梁先生個性開朗，與醫護關係良好，住院間喜歡與醫師或護理人員聊天，以多了解疾病相關的知識，平日在家修養之時，常常自己上網去找資料，他所用的新藥，護理人員也會拿仿單給他，而他也會很仔細的閱讀，所以他對自己的疾病、治療相當清楚。

「我沒有這方面的知識，所以我喜歡找妳們的聊天，聽聽專家的解釋，回家也會上網去找，我是半路出家的啦」
【梁 006】

尋求癌症相關資訊是安小姐、齊先生、傅小姐與梁先生，四位受訪者之共同以問題為導向的因應策略所採行的方法，而齊先生與傅小姐比較是以獲得有關的經驗為主，安

小姐與梁先生則比較是以相關知識為主，不論何種途徑，對當事者來說，都是解決問題的好方法。

（二）面對現實

傅小姐最怕的復發果然是真的，當醫師告知確實是癌症復發之時，當場腦筋空白了一段時間之後，立刻告訴自己要趕快配合醫療，她認為這個時候再想自己很倒楣，或怪罪什麼都於事無補，沒有用的，應該要面對疾病事實。

「我當時聽了以後我只有一個意念：我配合醫師，完全配合醫師，你必須要面對現實，不管得到什麼病，我覺得一個人妳要面對現實。」【傅 018】

血癌的梁先生是第一次發病，以他豐富的人生歷練及挫折經驗，在看開人生及得知病友相繼復發時，認為復發也有可能發生在他身上，他必須去面對未來的挑戰。

「不確定呀！因為畢竟最近有太多人復發回來，你也不敢保證不發生在你身上啊！你只有勇敢去面對他對不對」【梁 005】

辛先生從失落中站起來，接受完骨髓移植之後，認為自己還年輕，為了家人必須去面對現實，將來還是要負起養家糊口責任。

「我在事業的高峰嘛，生這種病，一定要去面對，否則家庭怎麼辦，好在我還年輕，應該可以禁得住。」【辛 009】

大多數人會將癌症與死亡聯想在一起，能勇敢面對的人不多，在訪談對象當中有兩位受訪者，就是在很早期，甚至在被告知診斷時就能勇敢面對，抱持配合醫療之意念，如：傅小姐和梁先生。辛先生是在情緒平復之後，在家人的陪伴與鼓勵之下，勇敢面對疾病，順利完成骨髓移植，重新拾回人生目標，從失望、絕望之中重新建立信心與希望，

是轉變最多的一位。

小結

當人們遇到問題時必定會採行一些策略去因應，此因應的策略大致可以分為調節情緒與解決問題兩方面，以情緒性為導向的感性層面因應策略主要為調節情緒，並不能解決問題。依史與蔡（1998）整理出多數學者共同的想法，以調整情緒為導向常用的策略有：否認、逢迎與逃避、尋找疾病對自己的意義、正向的思考方式、重新評估生活方式，想重新獲得主控權、分散注意力與認命。本研究對象的訪談稿分析結果，較常使用的情緒性導向的感性層面因應策略為宣洩情緒、正向思考與尋求慰藉，其中兩位末期受訪者最後共同會以認命來因應。

而以問題為導向的理性層面因應策略，比較能針對問題去解決，臨床上病患對疾病有諸多不確定性的感受與想法，這些需要患者採取一些因應策略去應對，而以問題為導向的因應策略，是以解決問題為目的，常用的的因應策略依本次訪談內容分析歸納有：尋求相關資訊和面對現實兩種，受訪者從專業人員、相關書籍、網路資訊或大眾傳播尋獲所要的訊息尋相關資訊，有四位訪談對象是以尋求相關資訊來因應，有三位訪談對象是以面對現實來因應。以問題為導向的因應策略包含的內容應該是：主動地或直接地解決問題、探討原因、改變個人想法、處理壓力與障礙、設定目標、尋找資源、熟習技能等（Lazarus & Folkman,1984）。當面對癌症疾病之不確定性情境時，由訪談資料得知，多數受訪者是感性層面為導向與理性層面為導向這兩種因應策略同時使用，如此可在保持穩定的情緒與解決問題取得平衡關係，是為較具有彈性的策略運用（Weisman, et. Al., 1976）。

以下表五為整理訪談七位受訪者之疾病不確定感之因應策略。

表五、疾病不確定感因應策略之分析

	理性層面	感性層面
王先生		助人贖罪 補償親人 認命 情緒宣洩
莫女士		正向思考 尋求慰借 認命 情緒宣洩
安小姐	尋求資訊	正向思考 尋求慰借 逃避 情緒宣洩
齊先生	尋求訊息	正向思考 尋求慰借 逃避
傅小姐	面對現實 尋求訊息	正向思考 尋求慰借
梁先生	面對現實 尋求訊息	正向思考
辛先生	面對現實	正向思考 情緒宣洩

因應的功能視其策略的效能而定，而策略的結果未必能完全符合其效能，因應有減輕壓力使心理平衡或去解決問題的功能，而策略可說是一種為達目的之手段，因應是一段歷程，必然需要一段時間，當面對致命性疾病的侵襲，每個人都會採取一些策略去因應，在受訪者當中，有多人運用正向思考的策略，就是將負面的事件解釋為正向的價值，事件的意義由自己去詮釋，或者是強化事件好的一面，另外，積極尋求訊息與接納現狀而勇敢面對亦是多位受訪者所應用的策略，大多數人是這兩種併行運用的。

由以上訪談內容整體性來分析與歸納，支持系統差的受訪者，沒有充足的心理支持與物質支持，資源的獲得亦較為缺乏，享用的社會資源亦較少，無法有效的解決問題，當面對癌症疾病時，所產生疾病不確定之感受呈現出較多的面向且較為複雜的層面，而其所能運用的因應策略，以調節情緒感受為思考方向，主要只能使心情好一點，獲得情緒的穩定，比較沒有針對實際問題尋求對策，導致問題一直存在，而形成三者不斷的循環，因此，此類患者是需要醫療人員更多的關懷，要主動提供協助，醫護人員應要有此敏感度，體認病患的感受，才能真正滿足病患的需求。

第五章 討論與結論

從前面各節分析歸納受訪者疾病不確定性之主體性經驗感受與因應策略之訪談資料，發現疾病不確定性之經驗感受與因應策略是循環影響，且受訪者之間有其同質性亦有其異質性之部分呈現，疾病不確定性之經驗感受與因應策略是環繞在疾病過程做脈絡性的發展，也就是說，是以疾病過程為主軸，疾病不確定性之經驗感受與因應策略是不斷交織，圍著病程進展而發展的，不同患者其個人背景、患病經驗、病程發展、疾病控制狀況與疾病預後等等，都是影響此脈絡發展的重要因素。

本研究主要是探討主觀性之經驗與感受，並不能如量性研究去比較其高低或強弱與其關係之正負相關，故本節將針對各受訪者之主體性感受與經驗作本質性的討論，本節內容分六部分論述。

第一節 病程中疾病不確定性感受經驗與因應策略之展現

一、疾病之不確定性感受與經驗之本質

自訪談搞資料分析歸納可知，不論病者處於診斷期、治療期或疾病末期都呈現出擔心與恐懼的感受，換言之，擔心與恐懼是貫穿於整個疾病的過程之中，其擔心與恐懼的本質，隨病程發展關注的重點不同而略有所不同，在各分期內此些內心之感受並非獨立存在，且無固定先後次序，而是混合交錯並存與相互依附的，例如：在疾病之診斷期，病者因這突如其來得噩耗會有失落感與無望感，失去人生目標與方向，擔心存活率與治癒率方面的問題；緊接著開始接受治療進入治療期，因檢驗檢查密集且為整個療程進行的指標，同時會帶來一些副作用或後遺症，自然會擔心檢驗、檢查與治療結果、後遺症等，等治療到即將結束療程，就開始恐懼復發與轉

移的問題，此時不論是對檢驗檢查結果，治療副作用，治療之結果或恐懼復發與轉移等等，病者感到無安全感，好像隨時會有什麼事情會發生，此期間更因治療因素容易感染，造成生活型態改變的社交隔離會有失落感，又對治療過程中的副作用或後遺症等意外的狀況感到無奈。

當疾病治療至極限，漸漸只能改善症狀，並無治療疾病意義時，也就是進入疾病末期階段，此時期檢查減少，病身感到虛弱，病者轉為擔心病程惡化太快，以及擔心一些醫療處置的後遺症會雪上加霜，無奈於體力漸衰象徵著死亡逼近，以及對死後未知的世界感到恐懼。

此一連串的感受，有些是有延續性的，如：擔心、恐懼感、無望感與無奈感，故各疾病分期之感受無法作很明顯的切割。以整體病程來看，擔心與恐懼是兩個主要的感受，如：在治療期的病者梁先生、安小姐、齊先生與傅小姐，同時表示在檢驗檢查報告是他們最擔心的事，因為如果有異常，那病程就要延後。而想到就令人恐怖的事就是復發，大多數人對治療有信心，但對避免復發就沒把握了，因此才格外恐懼復發事件。另外大多數受訪者對疾病感到無奈，無奈得病、無奈病程進展得不順利，那實在非自己可以掌握的事，萬一果真復發也只能無奈接受，是為治療期與末期患者所共同的感受。

正因癌症相關的種種處於不確定性，有些人利用此一切尚未確定的時間與空間裡，好好把握現在與抱持希望與信心，如：王先生爭取與兒子相處的時間、莫女士不到最後絕不放棄、安小姐多與家人相處與辛先生希望移植後的重生，都是從另一個方向去思考此不確定性。另外辛先生在不同的患病過程有相對的感受，如無望感與希望感，在診斷期覺得一切來得太突然，感覺癌症如同死亡，一切都沒希望了，倉卒進入治療期因時間緊迫，情緒一直處於低落狀態，經骨髓移植配對成功，又燃起一線生機，心存希望感，雖然後來一直受移植的排斥與感染困擾，仍然堅持不到最後一分鐘，他絕不放棄希望。

兩位末期受訪者王先生與莫女士，在生與死的狹縫中仍持積極的感受，可見其生命耐力之展現，亦可能為其生存之道。

有諸多學者研究發現希望愈高疾病之不確定感受就愈低（林，2001；徐，2001；Mishel, Hotter, King, & Graham, 1984），研究者以為主觀經驗是無法以量表去測量的，且每個人的感受如何以分數高低或大小來做評量，期間差異無法估計。研究者較為同意另一位學者的看法：接受治療效果的不定性，反而可能提昇病患對未來之希望（Christman,1990），此種說法較能符合辛先生之感受。

二、疾病不確定感因應策略之本質

癌症病者對疾病不確定感所使用的因應策略，可分為問題性為導向與情緒性為導向兩種，此兩種因應策略有時是單獨使用，在治療期受訪者有時又夾雜使用，也就是說病者在病程中使用這兩種因應策略之時機，非一成不變，而是因情境不同隨時變動的。依研究訪稿之分析得知，疾病治療期之受訪者，問題性為導向與情緒性為導向兩種因應策略並存，一方面讓情緒得到宣洩的滿足，另一方面又必須去解決面前的問題，而疾病末期者僅使用情緒性為導向的因應策略，有可能是因為在死亡逼近心情之下，以讓自己的情緒得到舒緩與平靜為首要需求即可，疾病有關的問題已無須解決，也無力解決。

尋求資訊與面對現實是兩個比較常使用的問題性導向的因應策略，它可以針對問題去尋求解決之道，此為有效率的因應策略，譬如梁先生住院期間經常詢問醫護人員與病情有關的資訊，返家後亦自行上網或到書局搜尋相關資料，因此他對病情的發生原因非常清楚，知道如何防範，醫師與之解釋病情時亦很好溝通。

正向思考、尋求慰藉與情緒宣洩是較常使用情緒導向的因應策略，此策略之運用，可以讓人情緒得到紓解，尤其正向思考是研究中大多人使用的因應策略。許、黃與林

(1998)對住院病患所做的研究結果顯示，急性心肌梗塞病患較常使用逃避行為來因應疾病之不確定感，本研究中逃避反而是受訪者經驗中較少使用的策略，其間之差異，可能是診斷不同的研究母群體所致，病患之因應策略可能亦有所不同，誠如安小姐所言「可是逃避之後又會想到」，癌症疾病會經常性浮現於腦海或突顯於生活當中，是一個揮之不去的事實。

本研究不論病程進展如何較多人使用的情緒導向因應策略是正向思考，也就是凡事往好處想，有人以與醫師有「先生緣」為思考，有人自認為「五年之後又是一條好漢」，或者有人會認為「我不是會復發的那一群人」，或有人以「夢境獲得重生啟示」，這些雖然可能都不切實際，有時只是一廂情願的想法，但是不可否認的可達自我安慰或暫時穩定情緒的效果。另外尋求心靈慰藉也是不分病程，大部分病者常用的策略，此可以讓心靈平靜，收撫慰心靈之效，不論所使用的方法為何，主要都是以紓解情緒為主，問題仍然存在，雖然如此，但卻不失為通往調適之緩衝策略。

認命觀念可能是受中國人的宿命論的影響，面對無法治癒的疾病以及無奈的治療結果，認命是末期受訪者共同應用的策略之一，當生命即將走到盡頭，歷經抗癌過程的艱辛，身心俱疲，仍無法對抗命運的安排，只能向命運妥協，而認命，順應自然了。

三、病程發展與疾病不確定性感受及因應策略之關係

不確定感與因應策略使用並無一定常模依循，同一事件每個人所使用的因應策略不盡相同，感受與因應策略是一連串緊密的過程，是循環影響無分因果的，其間極為複雜與不確定性，本部分將訪談內容以其所接受的醫療處置的目的為依據，將病患分為診斷期、治療期與疾病末期三個分期，分別針對其不確定性感受與因應策略之運用加以綜合性討論。

（一）診斷期

當一個人突然得知自己罹患了癌症，這晴天霹靂的訊息，往往令人難以承受，一般人的觀念癌症就等同於死亡，平日覺得那是遙不可及，與自己不相關的事情，故很少去思考這方面的問題，但當自己被宣告癌症之時，突然間感受到死亡就在那裡，離自己好近好近，死亡已經變成了切身的事件。這突如其來的訊息，除了對病人本身造成衝擊之外，對隱藏於後所有相關的事件亦都造成影響，凡是被牽涉之事件都必須去重整，重新規劃與安排，因此死亡不僅僅是個人事件，它更可說是家庭事件，甚至於是整個社會事件。

由訪談資料歸納得知，當獲悉罹患癌症的當下，病患的反應不一，並未如 Kubbler Rose 所言都陷入否定期，如：齊先生與傅小姐，齊先生發現背後及小腿出現小紅點已經一段時間，他知道自己有病，只是不知道是什麼病，所以在看病前他已有心理準備，而傅小姐是復發的個案，兩次的病灶都在同一個部位，當疼痛來臨之際，她已有復發之猜測，此二位受訪者在診斷之前，身體已經出現某種蛛絲馬跡，這是一種身體內部所發出的警訊，當告知癌症時，兩位並無否認心理，只是認為去驗證這些警訊的結果令人震驚，因此當獲知癌症之時反而是家屬（如：齊太太）較不能接受。

其他受訪者雖然身體也有出現異常狀況，如：感冒不癒、身體倦怠或長東西，但他們不知道那就是身體的警訊，與一般人一樣造成疏忽，所以都是在毫無心理準備之下被告知的，但不論當時是處於何種心態，他們描述獲知癌症當下的歷程是鮮明可見：辛先生與安小姐是形容當時好像從高峰斷崖跳入谷底，所有東西瞬間消失；傅小姐的形容是：當時周圍好像劃了一個圈把她圍住，裡面好黑好黑，只有她一個人，自己一直往下沉、往下沉；齊先生與梁先生雷同，是形容當時好像被打昏了，失去知覺好幾分鐘，醫師說什麼他都沒聽見，過了三五分鐘才回神；莫女士則當下認為自己活不了，快要死了，這些都是病者錐心的經歷感受，深深烙印在他們的生命歷程當中。

1、疾病不確定感受與想法方面

此時期病者對疾病之不確定感，多呈現負向的想法與感受，有些人認為沒希望了，人生沒目標了、生活沒方向了，而呈現無望感；有些人擔心治癒率、有些人擔心存活率、亦有些人擔心可以活多久、甚至有些人擔心自己活不了了。當確定為癌症之後，醫療緊接而來，病者很快就會進入治療期，可能是此時期得時間很短，並無充分的時間靜下心來仔細思考，故並未有正向的感受與想法產生。

2、因應策略方面

此時期大多數人是以情緒的宣洩來發抒內心的感受，哭泣是人們最常用的宣洩途徑，當人們突然驚覺自己與死亡如此貼近之時，哭泣是人類本能的反應，有的是家庭支持系統較強，與家人抱頭痛哭，如：安小姐與辛先生；有人是家庭支持較差，自己躲起來哭泣，如：莫女士與王先生；另有一些人是在震驚之餘，當機立斷，抱持要接受治療，勇敢面對，如：梁先生、齊先生與傅小姐，能夠立即面對死亡事件，是一件非常不容易做到的事，可能與本身某些人格特質有關，梁先生與齊先生為一家之主，是家庭的依靠，都認為對家庭有一份責任，不能就這樣倒下去，是否就是這份使命感使然，使他們必須要勇敢面對疾病的事實。而傅小姐隻身異鄉已十多年，平日遭受挫折都獨自承擔，也培養出獨立的人格特質，因此他們三位一致表示都能面對這個生病的事實。

(二) 治療期

自表二與表五之比對當中，可以略為看出不確定感與因應策略之相關性，在治療期的大多數病者會有擔心與恐懼感，無安全感與無奈感，病者除使用情緒性為導向之策略，亦會使用問題性為導向之策略來因應，也就是說，他們會一方面以正向思考與尋求慰藉，撫慰心靈之餘，仍會尋求相關的資訊去解決他們的問題。

1、疾病不確定感受與想法方面

此次訪談對象是以正在接受治療的病患居多，是因為訪談地點為急性病房，住院病患群大多是以接受治療為目的，這些治療期病患對於疾病不確定性之感受，莫過於擔心一些臨床狀況的發生，例如擔心檢驗、檢查與治療的結果，此時期除了接受治療之外，最常接受的醫療措施就是做檢驗與檢查，這些結果關係著治療效果的呈現，是醫師選擇下階段醫療措施的依據，這些實驗室數據對一般人來說，可能只是普通的數字，但對一位病者，尤其是罹患威脅生命的重大疾病的癌症患者來說，所賦予這些數字的意義就截然不同了，這些可說是維繫其命脈的參數值，甚至更可說是與死亡之間的距離，這些數字牽繫著病患的心情，誠如梁先生所云：那是一支心情溫度計，描述得十分貼切。

恐懼感是另一項多數受訪者共通性感受，恐懼復發與轉移是此時期受訪者普遍存在的現象，在漫長的治療過程，病患遭受身心的苦煉，共同的希望就是避免復發或轉移，否則前功盡棄，功虧一簣，因為癌症具有復發或轉移的特性，一些殘存的癌症細胞，可能早就闖關成功，在別處建立一個新的據點，所以縱使目前疾病控制良好，或治癒率高，復發或轉移幾乎是癌症病者最恐懼發生的事，除此之外，此時期之病患是接受對人體細胞殺傷力極強的治療，在殺死癌細胞的同時，難免傷及正常細胞，因而引發副作用或後遺症，使病患感到體力衰退或身體不適，這種感覺或症狀不論是前所未有的經驗，或曾經有過的經驗，發生時同樣都會造成病患心理上的恐慌，事實上這些症狀的發生，嚴重者將危害性命，或者延遲病程的進展，因此這也是病者最為恐懼的主要事項之一。由以上可知，擔心與恐懼是此時期病者對疾病不確定性的主要感受，而擔心事項主要是對檢驗或檢查結果，恐懼事項主要是針對復發、轉移或副作用所引發的臨床不適。

2、因應策略方面

在因應策略方面，這些治療期病患不論是初次發病或再次發病，在擔心恐懼種種不明確的事件發生時，多數人會以尋求資訊來做因應，尋求訊息是解決問題的途徑，從另

一個角度來看，病患尋求資訊的需求，是否意味著醫護方面提供的訊息不足。在疾病治療過程，病患會有一些與治療相關或疾病相關的問題，需要去了解，自訪談內容中也發現病人訊息的來源，主要是來自醫護人員與病友間訊息的傳遞，大部分受訪者都表示，他們從醫師方面得到有關疾病治療的訊息，但比較多是單向性的溝通，其他訊息的來源則是以護理人員與病友居多，這也引申出護理人員訓練的重要性，護理人員是否可以提供恰當的訊息給病人，以及在病友間訊息的傳遞亦是個不可忽視的途徑，病友間有『感同身受』與「過來人」的特殊關係，檯面下的訊息，較常得自於病友，若屬正確的訊息，可以補強醫護人員提供的不足，但若是不正確的訊息傳遞，就很令人擔心，這些得自於病友的訊息所造成的影響，是日後值得探究的焦點。

另外除以上尋求訊息之外，另一項較常使用的情緒性為導向的因應策略為正向思考，以使自己抱持信心或希望會有好的結果，這些想法，基本上並不能解決問題，只是可以達到緩衝情緒或自我安慰，讓心情好一點，Miller（1992）說明以情緒為導向的因應策略，只能尋求情緒的紓解與支持，並不能針對問題做適當的解決，是故病人的問題還是應該回歸訊息的提供，也就是醫護人員應該更主動性的提供訊息。

（三）疾病末期

1、疾病不確定感受與想法方面

此時期以症狀處理為主，有兩位受訪者是屬於末期病者，臨床上一些檢驗或檢查都儘量避免，原因是一方面勿增加患者之不適，另一方面是不需以治療疾病為主要考量，檢驗檢查結果即無意義，末期病患主要以症狀處理為醫療考量，醫療措施的選擇較為保守，以減輕病患不適症狀為原則，對疾病本身意義不大，也就是走向安寧醫療理念，因此，此時期的病者對疾病之不確定性感受，是針對病情惡化產生的不確定感，病患在歷經患病過程期間，身體內部會對自身發出訊息，這些發自於身體內部的訊息，當事者會有所感受，以末期病者王先生為例，其對疾病治癒已不做幻想，他知道那是多餘的掙扎，

他主要是針對死亡時間與死後世界無法確定而產生恐懼感。

2、因應策略方面

王先生針對死亡時間與死後世界之無法確定，自認以往做過不少壞事，因為相信因果循環，恐懼於死後未知的世界，他的因應策略就是必須把握最後時日，為死亡做準備，藉由對家人的補償與助人來贖罪，使自己不帶遺憾離開人世，其內心潛藏以久的想法與感受，有機會在這次的訪談中吐露，此次訪談對他的意義可分為兩方面：一方面他在述說的過程當中，同時也做了人生回顧，對自身做一次徹底的反思，說出內心積藏已久不為人知的感受，擔心、恐懼、無奈、之外，有懺悔與不捨，曾因情緒宣洩而中斷訪談，另一方面研究者也協助解決了他的照護上與經濟上的問題，使他得以安心的往生，王先生在訪談後約兩個星期後往生。其實一個人不論先前如何，生命回顧可以幫助他人看見自己，亦可幫助他人修補人生缺憾，亦唯有如此，臨終患者的靈性才得完整。

總結

綜合以上訪談資料，歸納出疾病不確定感與因應策略在整個罹病過程中的發展以末期全身多重器官轉移的莫女士為例嘗試說明。

從整個過程中，可看出莫女士生命力的展現，亦可看出疾病不確定感與因應策略之相關脈絡之發展，莫女士在診斷初期對如此噩耗無法接受，對自己不明確的存活年限感到悲傷，在驚恐傷心之餘，每天以淚洗面，只能以哭泣來宣洩情緒。當乳癌切除後發現有淋巴轉移，接受 38 次電療，氣憤此有損外型的後遺症，使門牙掉光，使自己退縮人群，此時期加入基督教，成為虔誠的基督徒，她以上帝的意旨來因應，接受上帝的安排，安分守己在家，徹底改變了原有的生活方式，不再過著以往唱歌跳舞的生活。

在稍早肺癌轉移之時，偶爾會喘，情緒激動時，喘會加重，不確定病症何時會發作，

擔心情緒不穩而引致，她以穩定自己情緒來因應，改掉以往的壞脾氣，使她原本暴躁的脾氣轉為溫馴，並常以「假裝沒事」，不讓自己生氣來因應，這種以情緒性為主導之因應策略，雖然對她的肺癌沒有幫助，但是卻改變了跟隨她五十多年的脾氣。在肺癌治療時期，接受化學治療，臨床上出現一些副作用，她以與醫師有「先生緣」做正向思考，做信心的建立，同時藉由禱告，與神溝通，尋求心靈上的安慰，使自己更充滿信心與希望。

接著是腦瘤轉移要做電療，由於以往電療不好的經驗，她擔心後遺症使她變痴呆或植物人，不過她仍覺得「先生緣」可以幫她渡過，仍抱持信心，此期已出現擔心與信心之矛盾心理，與以往一味的希望與信心有了轉變，她對治療的期望值下降了，會作治療正向結果與負向結果的思考，如果是負向結果，歸罪於運氣不好，認命了。最後的全身骨轉移時期，自知治療限制與接受到身體訊息的，最後她真的認命了，主動提出不再治療了，認為這幾年如此對待癌細胞是無意義的，體認到對癌細胞勿趕盡殺絕，否則它會還擊，應該要與癌共存。

由此過程可看出，莫女士其疾病相關之不確定性擔心與害怕的內容，依病程進展之不同而異，其人生態度與疾病態度也依照病程走向，逐漸做修正，由充滿信心積極治療轉為消極的懷疑治療結果，最後是不再治療，與癌共存。而因應策略更是情緒性策略與問題性策略有時單獨使用，有時又兩者並用，在其患病過程，宗教給予她相當大的支持力量，也是協助她人生轉變的依靠，藉者與神對話，達到心理的慰藉與調適。

第二節、社會支持與不確定感及其因應策略之關係

癌症病者在漫長的抗癌日子裡，需要有良好的社會支持，支持他、協助他渡過整個療程，而社會支持的觀念相當抽象，有的學者認為社會支持主要是人際關係的互動，傳達

彼此的情感與訊息的交流 (Kahn,1979), 亦有學者主張以實質的支持為主 (Rook & Dooley,1985), 因此綜合來說, 社會支持是一種主觀性的感受與經驗, 指的是透過人際間的交流, 感受到重要他者的關愛, 以及對自我價值的肯定, 並能提供實質性與象徵性的協助, 此協助可以是正式的或非正式的社會支持, 正式的社會支持主要是來自於專業人員, 非正式的社會支持主要是來自於配偶、親屬以及朋友。George (1996) 指出影響社會支持需求的因素包括:(一)個人屬性, 如:年齡、性別、婚姻狀況、教育程度以及職業狀況;(二)經濟狀況;(三)主要照顧者身體狀況。

在不確定感與社會支持之相關性研究, Davis (1990) 特別針對內外科重大疾病病患及主要照顧者, 返家後不確定感與社會支持與壓力感受進行研究, 結果顯示: 疾病不確定感程度愈高者, 自覺社會所給的支持愈少, 且可運用的社區網絡亦較少。國內探討病患疾病不確定感及其相關影響因素, 顯示不確定感與疾病知識、社會支持呈負相關 (林, 2001; 陳, 2001; 蔡, 1996), 可知不確定感與社會支持確實具有某種程度的關聯性。而本研究未做不確定感程度之評量, 故未能呈現此方面之相關性, 但是七位之受訪對象不論其病程進展如何, 均可見其不同內容之不確定感受, 而無法呈現不確定感受與社會支持的影響狀況。

檢視表一與表五, 可發現莫女士與王先生兩位受訪者, 自覺支持系統差者, 共同具有下列特性:(一)在罹病過程都有對醫療不好之經驗, 且目前所提供之醫療處置較少, 有可能與醫療人員接觸的時間亦較少;(二)兩位都無配偶, 離婚或喪妻, 親友亦少有往來, 故無法因此獲得支持;(三)經濟狀況都不寬裕, 屬中下收入, 經濟狀況是影響社會支持的因素, 經濟寬裕者可以想有的社會資源較多, 相反的, 即無法享用所需的社會資源;(四)目前都無職業, 因此並不屬於任何團體, 缺乏同僚關係, 所獲之支援即非常有限。由以上分析可看出, 本研究中末期受訪者, 不論是正式或非正式的社會支持都相當缺乏, 相對的, 所獲得的實質性與象徵性協助呈現匱乏狀況, 因此可說末期病者

之社會支持差。

同時發現末期的病者所應用的因應策略是以情緒性為導向的策略為主，如：情緒宣洩、正向思考、尋求慰藉、補償心態與認命，並無使用以問題為導向的策略，也就是說，他們在情緒抒發之後，並不能回到問題面去解決問題，因此，一些負向的不確定感受一直存在，如：擔心、恐懼、無奈、孤獨、失落等，由此可得，社會支持會影響因應略之應用，且社會支持差者，當面臨疾病之種種不確定情境時，將採取以情緒性為導向之因應策略，此部分是往後臨床上應該要去注意的議題。

七位受訪者當中，五位是自認支持系統良好的非末期病者，在面對疾病之不確定性感之時，都同時使用情緒性為導向與問題性為導向之因應策略，他們在抒發情緒之後，仍能夠回到問題，面對問題，或尋求資訊去了解問題，並去解決問題。如傅小姐雖然本身家庭所給的支持甚少，但其姊姊與姊夫對他的關愛，彌補了這方面的空間，她主觀感覺支持是足夠的，在面對疾病挫折時，在運用情緒性為導向的策略，如：正向思考、尋求慰藉之餘，她仍能在親屬的鼓勵之下，勇敢面對疾病的事實，以及去尋求相關的訊息，來避免疾病的再復發。

相反情形的莫女士平日雖然都有女兒照顧，但因缺乏信賴感，與家人關係疏離，在她主觀意識裡，她的支持是不足的，她並不能對她們表達內心的感覺，因此她都使用情緒性之因應策略。自此可知，臨床病患社會支持的好壞必須整體性來評估，尤應注重病之主觀感受，因為她是真正被關心與被支持的對象，其感受是最貼切而真實的。

一、談心對象與社會支持的關聯

此處所指的談心對象是指罹病過程當中，在面對疾病之不確定性面的感受時，訴說的對象，在訪談中發現另一個值得注意的現象，就是支持系統好的個案，不一定有談心

的對象，或者是其談心的對象並非是他的家人，而是外人，例如：病友，原因都是怕說出來家人會擔心，若與不熟識的人談，心理比較沒有負擔，這真是一個出乎意料的發現。

安小姐算支持系統良好的個案，受公婆與先生疼愛，先生幾乎是以院為家，照顧她，孩子由公婆幫忙照顧，甚至在家連家事都不用做，但當她需要談心時，談話的對象並非家人，而是病室內的病友，她都是利用先生上班離開之後才談的，因為它怕說出來家人會擔心，有心理負擔，所以不跟家人講。

齊先生支持系統亦很強，家人、同事常來探視，給他加油打氣，不舒服時齊太太會全天陪伴，照顧他。當他擔心自己的疾病或對病情有疑問時，並無適當的談心對象，亦不太敢問醫師，都放在心上，等待別人主動告知相關的訊息，如：他擔心治癒率多少，相信與醫師有緣，治療應該會很樂觀，但又不敢直接問醫師，一直擺在心上擔心著，等到同事告知有 90 % 的治癒率時，心中才比較篤定，才安心。

傅小姐以前在日本，生活遭遇很差，與婆家文化背景不同，與公婆相處關係亦不好，並未獲得家人的支持，又有家醜不外揚心理，及怕娘家人擔心，所以在日本第一次治療所受的苦，都自己承擔下來。此次返台醫治，發現姊姊、姐夫很關心她，也經常開導她，心中的話才敢跟姊姊談。

而辛先生夫妻感情很好，因病程特殊，全家人全力配合，久之，養成對太太極度依賴，倒是會將心理的話說給太太聽，他很小心觀察自己身體上的異樣，經常擔心是不是復發，反而是他太太的心理負擔很重。

梁先生夫婦平日各忙於事業，但溝通沒問題，梁先生的心事會向太太吐露。

另外兩位支持系統較差的個案，莫女士因為對家人缺乏信賴感，並無適當的談心對

象，每當擔心或恐懼時，她就以禱告因應，此次深度訪談，是她第一次吐露內心的感受，在這次的訪談之後，經常去探視她，也同樣會說出很多有關病情心裡的話，連隔床的病患都說，她與我講的話，比跟她女兒照顧她一天所說的話還多。

另外一位是王先生，幾乎無親無故，內心的感受不跟兒子說，認為他還小，所以都放在心上，經由此次的訪談，他說他很感激，心裡舒坦很多，該說的話都說出來了，其實此次獲益良多，該感激的人是我，是他們教育了我，人生路上他們都是我的老師。

由此可看出，病者有好的社會支持不一定就有適當的談心對象，病者為了不讓家人有心理負擔，其心中對疾病之種種不確定感受都獨自承受下來，或許此議題亦為家人無法承擔的住的，此部份是往後臨床照護上應該多關注的地方。

二、病友與疾病不確定感及其因應策略之關係

生病給人帶來挫折，尤其是要面對生命的威脅，其百感交集的內心是外人所無法感同身受的，病患常會說：「你又不是我，怎麼會知道？」，這也是個不爭的事實，若能透過病友的幫忙，往往能發揮意想不到的效果，或許是「同病相憐」或「心有戚戚焉」之故，病友之間相互鼓勵支持，確實可在臨床上發揮功能，所以遇到病患情緒較為低落或不舒服時，醫護人員會主動邀請狀況較好的病友協助支持，例如：王先生曾以自己為例，主動勸告一位正受化療之苦，想要放棄治療的病患要堅持下去；齊先生在剛接獲自體移植訊息時，病房亦安排成功案例增強其信心等，除了透過醫護管道之外，病患間亦有自行認識的機會，癌症治療時間過程漫長，住院或門診都是直接或間接認識的時機。

另一個得關注的現象，病友們住院期間，不論其認識途徑為何，其同質性高，常會相互比較病情，有些會人以自己條件的優勢比較別人的劣勢，以「比上不足，比下有餘」心理，來安慰自己，更能鼓勵自己減低不確定的負向感受與想法，對病人是有正面積極

的作用，安小姐說：「看到周邊別人都比我辛苦，而我沒那樣，我覺得很有信心」。齊先生也表示：「從他們身上給我比較有信心，他們都是這樣過來的，就是說他們沒有比我年輕，又沒我壯，那我應該也可以過得去，所以我就有信心」，因此減低了對治療的擔心或恐懼等負向感受，進而增加對治療的信心，此些改變雖不能如量性研究給予評分，但此處強調的是病患內心不可忽視的實質感受。

在比較之外，病者尋求資訊的管道除了醫護方面，病友常常是一個資訊提供的來源，尤其是在居家照顧與調養身體方面，有時病者會主動提出此方面的需求，如齊先生、安小姐與傅小姐都曾表示：「想要得到人家是怎麼走過來的經驗」、「他們會叫我盡量吃些有機的什麼蔬菜，盡量改變自己的飲食，所以我就慢慢的慢慢的改變了」、「我想我恢復以後在飲食方面，我現在迫切想知道我該怎麼做？想從醫師或跟我同樣病的病友，在飲食在生活起居方面，我該怎麼做」，病友間亦會以「過來人」自居，口耳相傳一些因應策略影響其他病友。

反觀同樣情境，南轅北側的解讀，造成不同的影響。梁先生原本對治療抱持很大信心，醫師告知治療後可能有 40% 的復發率，他相信他是屬於剩下的那一群，持非常樂觀的態度，但是這個想法受到病友的影響而改變了，幾次住院期間，看到不少病友復發，反而增加他對治療的擔心與恐懼，使他對治療「心灰意冷」，害怕自己雖然目前控制不錯，會不會與那些病友一樣短期內再復發，如此思維，造成梁先生較為負面的感受，此點是在與受訪者作深度訪談時，進入其內心世界之後，了解到他顯為知隱藏於背後的想法，再三咀嚼訪稿，及與梁先生再次接觸，探究原因可能有二：

（一）想法轉變時機的巧合

梁先生在做完數次療程之後，發生嚴重的合併症，以致肝腎腸胃等器官功能先後異常，在靜待恢復調養之際，看到熟識的病友相繼住院，對自己的信心無疑是一個重大的

打擊，尤其看到有些人比他年輕，出院時還很好，出院後兩個月就復發回來，因而引致負面的想法。

（二）想法植基點不同

安小姐與齊先生是比較那些臨床症狀比較穩定的病友，看到別人的條件如：身體、年齡，比自己差，都能熬過，現在狀況不錯，相信自己一定也沒問題。而梁先生是以病友在住院的原因去思考，且他是比較病況較差的病友，對他是一種無形的暗示，擔心自己會與他們一樣。

不論病友間的影響是正向或是負向，這些都是臨床真實的現象，是以往未曾關注的問題，經由此次研究發現，將有助於往後臨床實務之改進參考。

第三節 研究之重要發現

一、日常生活面向之需求

日常生活是每個人必須面對的事項，其面向包含有形或無形的生活事件，當每天從事規律的生活作息，並不覺得那是彌足珍貴的事情，只有在失去之後，才會恍然發現其價值。生病迫使人改變生活，尤其對罹患致命性疾病的患者來說，生活的週遭不論在哪一方面都面臨必須的改變，減少社會關係，退守到關係的底限，此時極力有回覆以往的生活模式的渴望，期間無形的需求比有形的需求更難以應付。從研究文本中發現，有多位受訪者極欲想掙脫生病後的生活面向，將分述之。

莫女士的患病時間長達五年之久，在患病之前一、二年因為淋巴結轉移做 38 次電療之後，因為面部外貌整個改觀，她氣憤地形容自己的牙齒為「獠牙」，從此失去以往

多采多姿的生活，不得不離開人群，退縮回自己獨自的狹小空間，不與人交往，完全陷入醫院與住家之間的抗癌生活，為使自己接受此種生活事實，以上帝的意旨為因應來獲得安慰。但從訪談之中可以明顯感受到，整個患病過程，她之所以抱持如此大的希望與信心，無非是想要恢復以往之生活，或者至少還可以走入人群，在此間進退形成拉鋸，雖然腫瘤已轉移至腦部，仍懷抱一絲希望，她說：「或許是我的運氣好也說不一定，也許像得盲腸炎一樣，來得快也去得快，要是我能恢復----」。感受到莫女士內心對生活轉變之無奈與回覆以往生活的渴望。

王先生亦為疾病末期的患者，以往糜爛的生活使自己賠了性命，他沒有怨誰，只怪是自己造成的，在疾病末期的這段日子，每天過著徬徨無依 過一天算一天孤獨的日子，在即將面臨生命的盡頭，急欲以往生活再現，可是妻子與母親相繼往生，他知道這是不可能的，只有指望與兒子相聚，此時他感受到親情的重要，所以在看到兒子之際，有如茫茫大海的一盞明燈，有重溫家的感覺，並負擔起為人父之職責，以告知兒子一些社會人心險惡的真相，來彌補對他的虧欠，由此可深刻感受到王先生對親情之渴望，與過正常家庭生活的渴求。

安小姐為治療期的患者，療效很好，她對日常生活的需求是希望不要把她當成病人看待，她希望在家裡還是能盡母親、妻子與媳婦應有角色功能。她亦不希望同事朋友的探視，因為她說：「我無法承受她們的安慰話」，「原本平靜的心情又開始波濤洶湧」，安小姐的生活方式表面上是沒有改變，但實質意義上是有變化的，她知道自己可能無法陪伴長大，所以珍惜與她們相處的每一分鐘。

日常生活面向是難以具體描述的事件，由以上三位受訪者的訪稿之中，可以看出病者在患病過程對日常生活的影響，他（她）亦有極欲恢復或獲得某種生活面向的渴望，生活是每個人都需要的東西，病患需求的生活面向唯有從質性的研究中才能了解其真

相，這亦是此次研究的重大收穫。

二、 死亡概念

死亡是個既真實又模糊的概念，以醫學的角度來看，心跳停止、呼吸停止就可判定是死亡，但以宗教學的立場，則並非如此，焦點不在於死後的軀殼，其主要是討論神識的問題，死後世界是個未知的概念，一般人對死亡的恐懼，多半是恐懼於此未知的不確定性，而「人死以後會去哪裡？」，是個無人能解的難題，唯有宗教可以回答死亡的問題，也只有在身體毀敗的跡象明顯出現之後，才對死亡有貼近感。

在訪談的七位受訪者當中，只有兩位末期的病者有提及死亡，或許是因為末期疾病，感到死亡的逼近，會主動談出與死亡有關的感受。王先生沒有固定的宗教信仰，但是他平日喜歡研究宗教，認同宗教無形的力量，他相信神是有求必應的，以往沒有入教，對宗教沒有貢獻，他不會在末期無法為宗教付出的時候才去信宗教，他認為這樣是自欺欺人的做法，並且相信因果輪迴，甚至於此次得病他亦以此為由，自認以往做過不少壞事，希望在人世間還有助人贖罪的機會，他認為死亡不是個結束，而是另一個生命的開始，因此在末期感到惶恐不安。

莫女士是在得病後的第二年信奉了基督教，因為有了宗教信仰，除了陪伴她患病過程之外，她亦將往後疾病的遭遇歸咎於上帝的意旨，接受上帝的安排，但是受不了此生的遭遇，多重器官轉移，使她痛苦萬分，認為人生在世是痛苦的、受罪的事情，她希望不要再輪迴，對死亡是無奈的接受。

其他受訪者皆無宗教信仰，亦並無述說有關死亡概念方面的感受，有可能尚未察覺應該提早為死亡作準備，或不願意去碰觸這個敏感議題，尚待深入探討。

三、宗教信仰在病中的角色

宗教為人類的精神寄託，具有其無形的力量，尤其當面臨人生重大事件、無從選擇或重大挫折時，心目中的神明往往是我們呼叫求助的對象，藉此壓力與不安才得以釋放與轉移，因此宗教是安定人心與調適過程中一個重要的因素。

或許可以說有人類的地方就有宗教，宗教感召人類的內在心靈，而相映於日常生活當中，人藉由與神對話達到心靈寄託，宗教與人的關係如何才算有宗教信仰？缺乏某重宗教儀式或行為的表現時，算是無宗教嗎？那人與神心靈溝通之互動與契合又如何稱之？本研究並不對此作探究，僅做資料整理發現之討論。

七位受訪者當中，在詢問基本資料時，有六位告知無宗教信仰，僅有一位莫女士表明有宗教信仰，進行訪談時，當問及「有關自己的病，面對狀況不肯定或不明確的時候，你都怎麼來因應」，其中莫女士表示以祈禱或呼叫主，來使自己平靜，由基本資料得知莫女士有正式入教，平日就是虔誠的教徒，在疾病過程祈求神陪伴她渡過。另外三位沒有宗教信仰的受訪者，告知會去廟裡拜拜，或喝祈福過的神水，或在心中呼叫家中的神明，並表示「拜過之後心理上有一種寄託吧！感覺上好像比較舒服，好像得到一種安慰」，另一位呼叫家中的神明的受訪者表示「我求他幫我度過這個疼痛，當我最疼的時候，不說什麼我只呼叫祂」另一位男性受訪者則表示「我媽會去求神水要我喝，自己心理面也會祈求神明保佑，快點度過治療期」。

儘管這三位受訪者都表示並無宗教信仰，並不表示是無神論者，當有苦難之時，他們心中仍存有神明，就會對心中的神明發出求救訊息，照樣也能發揮那股神奇的力量，讓人感覺心情比較安定，這是很令人好奇的現象，所以可看出這四位受訪者無論有無宗教信仰，當遇到擔心、恐懼時都會尋求心靈上的慰藉來因應，並且可得不錯的效果，這是本次研究發現很有趣的現象。然而這三位受訪者在心靈獲得安定與寄託之餘，並未如

莫女士般就此停住，仍會尋求相關資訊解決問題。

不可否認的，宗教具有無形的力量，可以安定人心或陪伴孤寂，尤其對一位重症病者而言，當內心充滿孤獨、恐懼，擔心之際，宗教可以滿足其心靈的需求，或許可以解釋為：與神溝通其實就是與自己溝通，藉由認定是神的旨意，使自己的想法合理化，作為達到調適的一個轉換過程，是否人人心中都該留給神一個空間，也就是留給自己一個空間。

四、人生態度與疾病態度之轉變

個人對人世間的價值判斷標準往往會隨時空改變，什麼是重要的，是有價值的，答案往往是即將失去的東西，才突顯其價值與重要性，因此人在遭逢人生重大轉變之際，威脅到生命的同時，才覺得生命與健康重於一切，以往那些斤斤計較的東西，現在都不重要了。在人生的競爭之下，健康是最常被忽略的事情，而病痛的身體也是最無法被取代的事情。

本研究幾乎所有的受訪者共同的感觸，就是生病以後人生觀也跟著改變了，在經歷了疾病的洗禮之後，他們覺得一切都「不計較了」，「人生短短幾十年，何必計較那麼多」有人感嘆：「拼了一倍子，可是到頭來還不是一樣，人生沒什麼好計較的」，莫女士說：「生病讓我人生觀整個改變了，以前我很好強，現在什麼都無所謂了，我把任何事都看淡了」。人們在看開之後，其實人生反而會海闊天空，不執著，相對的亦更具有彈性，人生沒有絕對或非絕對的，在一切都看淡之後，或許可得更圓融的人生觀。人生有得有失，在失去之後或許得到更多，這幾位受訪者不計較的人生，將他們的思想推向更高層次的境地。

除此之外，另一個轉變是思想從另一個方向出發，反而感激得病，傅小姐：「感謝

那場雪，感謝去吸，不然不知道要拖到什麼時候或許不能醫治了，」，「讓我知道疼痛，很快就醫能醫治，這是老天爺對我的賞賜。」齊先生說：「我要感謝上帝，感謝上蒼也好，這麼年輕讓我得到這個病，因為年輕才有本錢生病，如果老了，以後就沒辦法了，沒有體力抵抗」，個案當中有兩個人是如此看待生病事件，他們真是生命的最好的詮釋者。

有兩位受訪者改變了對疾病的態度，由原本要消滅癌症，殺死癌細胞，經過抗癌奮戰之後，覺得應該與癌共處，不要對之趕盡殺絕，「不要對癌症細胞趕盡殺絕，欺負它，它會反抗，會還擊，應該要與癌共存」，「反正得了癌症是沒有什麼特效藥醫的，即使醫好它還是一倍子會跟著你，應該跟它和平共處」。

能有如此思維，對身體內原本就存在的癌症就不會那麼排斥，或許反而更能與之和平共處。

以上都是深度訪談後，才獲知病患潛藏於內心顯為人知感受，是很寶貴的資料收集，相信對日後在臨床會談技巧上會有幫助。

五、受訪者人口群特性

此次研究在個案的篩選，主要是以病程差異性大的為主要考量，並未特別做年齡上的安排，在整理訪談個案基本資料時，對受訪者的年齡層感到驚訝，七位受訪者當中有四位是在 30 歲至 39 歲；有兩位是在 40 至 49 歲之間，平均年齡是 42 歲，最年輕的才 34 歲。依 Erikson 將人生分為八大階段，本研究的人口群大部分是分布在成人前期，此時期的成年人的任務是開始建立家庭與培育下一代。

本次研究中已發現有些個案，家中有幼童照顧問題，及經濟負擔的問題，家庭中若有一人生病，可能就涉及到家人個人時間、體力與家庭經濟的問題。現代小家庭多以雙薪家庭居多，病者若為男性，一般男性是家中經濟的主要來源，故他的壓力除擔心本身

疾病之外，另有家中經濟壓力的心理負擔。如：齊先生與辛先生都表示孩子還小，家中開銷很大，生病以來花掉不少積蓄，所以急於出院，重返工作。病者若為女性，則比較擔心子女照顧上的問題，擔心無法盡到做母親的責任，自此可看出，性別不同，在家中所扮的角色不同，所擔心的角度也不一樣。

此時期對病患家屬而言，家中有年幼子女需要照顧，又要照顧院中病者，甚至於還要工作上班，整天可說是穿梭在家庭、工作與醫院之間，頻於奔命，若是缺乏支持或協助，可能一位癌症病患會拖垮整個家庭。是故癌症事件不單是病人本身的問題，更可能是一個家庭的問題，甚至是一個社會的問題。

第六章 研究結論與建議

第一節 研究結論

本研究係以七位癌症病患針對其疾病不確定性之感受與因應策略進行探討，談資料經開放編碼之分析，歸納所獲得的結論如下：

- 一、癌症病患疾病之不確定性感受，不論其病程進展如何，具有的感受主要有下列五項：
 - (一) 擔心治療與檢查結果異常，影響療程或治療。
 - (二) 對疾病復發與身體虛弱感到恐懼
 - (三) 對併發症、身體虛弱與病情惡化感到無奈
 - (四) 把握當下。
 - (五) 抱持希望與信心。

- 二、以理性為導向之因應策略，主要是以尋求資訊與面對現實，去解決問題；以感性為導向之因應策略，主要是尋求慰藉與正向思考，使自我安慰，讓心情比較好一點。

- 三、本研究中發現罹患癌症疾病之後，病者之人生態度與疾病態度是兩個主要的重大改變，「不計較」是大多數人最主要之人生態度的改變；「與癌共處」是較為特殊的疾病態度的轉變。

- 四、疾病不確定感受醫療支持與身體不適兩個因素的影響，醫療支持為其正向影響因素，身體不適為其負向之影響因素，亦即醫療支持會減低病者之疾病不確定感受，身體不適會增加其疾病不確定之感受。

- 五、社會支持是影響癌症病患因應策略應用的主要因素，社會支持差者主要是使用情緒性為導向之因應策略，較不能針對問題去解決。反之，社會支持良好者將是情緒性為導向與問題性為導向兩者並用，既能抒發情緒，又能解決問題，是一種較具彈性

的策略運用。

第二節 研究建議與研究限制

一、對臨床實務之建議

- (一) 病友之間訊息的傳播是應該關注的議題，不當的訊息傳播將可能造成病患認知上的影響，故病房之衛教應採雙向溝通方式，鼓勵病患提出心中疑惑，同時醫護人員亦該掌握病友間流傳的訊息，若有不當應立即澄清，避免造成其他病友被誤導。
- (二) 醫師對病患解釋病情的程度會影響病患擔心的程度，建議護理人員在照顧病人時，應主動去了解病患對病情了解的程度，若有需要應告知醫師加強解釋，以減輕病患之擔心，並增加病患對治療的配合程度。
- (三) 大多數的受訪者對疾病之不確定性會以尋求資訊來因應，顯示出病患有此方面之需求，醫護人員應該更為主動的告知相關訊息，以減輕其擔心或恐懼，提供更好的服務品質。

二、對行政主管者之建議

- (一) 本研究發現癌症病患對疾病之相關事件，存有多種隱藏不為人知之感受，此次深度訪談七位病患，有四位因傷感哭泣而中斷訪談，訪談結束大多數受訪者覺得感受到醫護另一份關懷，都表示很需要這種心理諮商，醫病還要醫心，為提昇國內腫瘤護理之照護，建議腫瘤科病房最好能設置心理諮商師，滿足病患這方面的需求。
- (二) 癌症疾病為長期之慢性疾病，在患病過程中，雖然癌症屬於重大傷病，免除部

分負擔，但是幾乎病患到後來生活皆陷入困境，癌症事件非只是個人事件或家庭事件，其涉及層面甚廣包括：家庭收入減少形成經濟問題、子女就學與照顧問題、病人之照顧問題或是家屬喘息問題，這些皆屬於社會問題，換言之，此皆政府社會福利不足所致，因此建議政府應重視癌症家庭之社會支持，才能使病人無後顧之憂安心治療，以及家屬無後顧之憂安心的照顧病人。

三、對未來研究之建議

- (一) 往後類似主體性因應之研究，最好能陪同受訪者走一段較長時期，從長時期的接觸才能看出其因應的歷程，才有助於掌握受訪者表達的真正意涵。訪談若需要再釐清真相，最好要即時再次訪談，以免來不及獲致所要的資料。
- (二) 本次研究發現病友間訊息的傳遞是很普遍的現象，這些患病經驗的傳遞對病患造成的影響為何，目前尚且無人了解，此可為下次研究的主題。
- (三) 此次研究為初探性嘗試，研究對象僅只限於病者，並未納入家屬，癌症事件家屬涉入的層面很深，尤其是配偶，建議以後研究此類議題，可以將家屬納入比較或納入參考。

四、研究限制

- (一) 因時間限制，未能針對各受訪者在疾病意義層面做更深入的探究，本質性研究之結果，係以七位訪談對象之訪談內容，進行分析歸納所致，恐推論性不夠，僅供往後此類研究之參考資料。
- (二) 末期受訪者之資料收集有限，某些問題上來不及做更深入的訪談即已往生，資料收集恐未臻完善，為此次研究之限制。

參 考 文 獻

一、中文部分

杜敏世 (1993). 護理研究. 台北：華杏。

林千雅 (2001). 心臟衰竭病患希望、不確定感與社會支持之相關性探討. 國立陽明醫學大學護理研究所碩士論文。

吳芝儀、廖梅花譯 (2001). 質性研究入門：紮根理論研究法. 嘉義：濤石。

胡月娟 (1994). 慢性病患者所承受的衝擊與因應行為. 護理研究, 2(2), 140-151。

胡幼慧、姚美華 (1996). 一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析？. 於胡幼慧主編, 質性研究：理論、方法及本土女性研究實例 (pp.141-157). 台北：巨流。

徐宗國譯 (2000). 質性研究概論. 台北：巨流。

柯熏貴 (1996). 乳房腫瘤婦女述前不確定感調適策略及其相關性之探討. 高雄醫學大學護理學研究所碩士論文. 未發表。

徐誠 (2000). 病患的意義. 青島：青島。

徐翠霞 (2001). 肺癌病患之疼痛程度與不確定感和希望感狀態的相關性. 台北醫學大學護理研究所碩士論文。

陳妍如 (2001). 心臟衰竭病患疾病不確定感與社會支持對心理困擾的影響. 中山醫學院醫學研究所碩士論文。

陳雪 (1997). 心肌梗塞病患住院期間不確定感經驗與照護需求之研究. 高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

許淑蓮 (2001). 初患心肌梗塞病人不確定感與焦慮反應—因應行為效應之探討. 護理研究, 9(2), 159-171。

許淑蓮、黃秀梨、林惠賢 (1998). 急性心肌梗塞住院病人的不確定感與因應行為之探討. 台灣醫學, 2(5), 498-508。

葉玫伶、邱驗芬 (1998). 心肌梗塞病患住院期間發生不確定感內容及其相關因素之探討. 護理研究, 6(6), 501-512。

蔡玲君 (1996). 糖尿病患者之疾病不確定感及其影響因素之研究. 高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

蔡琇文 (1998). 癌症疼痛性質不確定感與心理困擾之相關性探討. 台北醫學大

二、英文部分

Almeida, A. M., Mamede, M. V., Oanobuanco, M. S., Prado, M. S., & Clapis, M. J. (2001). Constructing the meaning of disease recurrence: the experience of women with breast cancer. Revista American Enfermagen, 9 (5), 63-9.

Baier, M. (1995). Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 16, 201-212.

Bailey, J. M. & Nielsen, B. I. (1993). Uncertainty and appraisal of uncertainty in women with rheumatoid arthritis. Orthopaedic Nursing, 12 (2). 63-67.

Bennet, S. T. (1990). Uncertainty, social support, threat, coping self-care, emotions and coping effectiveness in post-myocardial infarction subjects: A test of two proposed causal models. Indiana University School of Nursing.

Braden, C. J. (1990). A test of the self-help model: Learned response to chronic illness experience. Nursing Research. 39, 42-47.

Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. Journal of Personality, 30, 29-50.

Chekryn, J. (1984). Cancer recurrence: Personal meaning, communication, and marital adjustment. Cancer Nursing, 7, 491-7.

Christman, N. J., McConnell E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M. & Ries, J. (1988). Uncertainty, Coping and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. Research Nursing Health, 11, 71-82.

Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. Nursing Research, 39 (1), 17-47.

Cohen, M. H. (1993). The Unknow and the Unknowable- Managing sustained uncertainty. Western Journal of Nursing Research, 15 (1). 77-96.

Davis, L. L. (1990) . Illness uncertainty, social support, and stress in recovering individuals and family care givers. Applied Nursing Research, 3, (2) 69-71.

Danzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (Eds.)(1994) .Handbook of qualitative research. Thousand Oaks,CA : Sage.

Hawthorne, M. H., & Hixone, M. E.(1994). Function status, mood disturbance and quality of life in patient with heart failure. Progress in Cardiovascular Nursing, 9 (1) , 22-32.

Hilton, B. A. (1988) . The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer issuement. Health Nursing, 9 (3) , 217-238.

Hilton, B. A. (1989) .The relationship of uncertainty, control , commitment and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer . Journal of Behavioral Medicine, 12 (1) , 39-54.

Klein, R. A. (1971) . A crisis to grow on . Cancer , 28, 1660-5.

Kuo, T. S., & Ma, F. C. (2002) . Symptom Distresses and Coping Strategies in Patients With Non-small Cell Lung Cancer. Cancer Nursing, 25 (4) , 309-317.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) . Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978) . Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.) , perspectives in interactional psychology(pp.287-327). New York: Plenum.

Lewis, F. M. (1982) . Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31 (1) , 113-9.

Luker, K. A., Beaver, K., Leinster, S. T., & Owens, R. G. (1996) . Meaning of illness for women with breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 23 (6) , 1194-201.

Mast, M. E. (1998) . Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. Oncology Nursing Forum, 25 (3) , 555-62.

Miller, J. F. (1992) . Coping with chronic illness—overcoming powerlessness. (2nd ed.) . FA: Davis.

Mishel, M. H. (1981) . The measurement of uncertainty in illness. Nursing Research, 30, (5) , 58-263.

Mishel, M. H. (1984) . Perceived uncertainty and stress in illness. Nursing ealth,7, 163-71.

Mishel, M. H. (1988) . Uncertainty in illness. Image-the Journal of Nursing Scholarship, 20 (4) , 225-232.

Mishel, M. H. (1990) . Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image-the Journal of Nursing Scholarship, 20 (4) , 256-262.

Mishel, M. H., & Braden, C. J.(1988). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. Western Journal of Nursing Research, 9 (1) , 43-57.

Mishel, M. H., & Braden, C.J.(1988). Finding meaning : Antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research, 37 (2) , 98-104.

Mishel , M. H., Hostetter T., King, B., Graham, V. (1984) . Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. Cancer Nursing, 7, 291-9.

Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M. & Sorenson, D. S.(1991) . Uncertainty in illness theory : A replication of the mediating effects of mastery and coping. Nursing Research, 40 (3) , 236-240.

Mishel, M. H., & Sorenson, D.S. (1991) . Uncertainty in Gynecological cancer: A Test of the mediating functions of mastery and coping, Nursing Research,40 (3) , 167-171.

Newton, C., & Mateo, M.A. (1994) . Uncertainty : Strategies for patients with brain tumor and their family . Cancer Nursing, 17 (2) , 137-140.

Northouse, L. L. (1981) . Mastectomy patients and the fear the of cancer recurrence. Cancer Nursing , 4, 213-20.

Padilla, G. V., Mishel, M. H. & Grant, M. M. (1992) . Uncertainty, appraisal and quality of life. Quality of life Research, 1, 155-165.

Quint, J. (1983) . The impact of mastectomy . American Nursing, 63 , 88-92.

Redeker, N. S.(1992) . The relationship between uncertainty and coping after coronary bypass surgery. Western Journal of Nursing Research, 14 (1) , 48-68.

Selder, F. (1989) . Life transition theory: The resolution of uncertainty. Nursing & Health Care, 10 (8) , 437-451.

Small, S. P., & Graydon, J. E. (1993). Uncertainty in hospitalize patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Nursing Studies,30 (3) ,239-246.

Taylor, S. E., Lichtman,R. R., & Wood, J. V. (1984) . Attribution, beliefs about control and adjustment to beast cancer. Journal Personal Socical Psychological , 46, 489-502.

Taylor, R. E., & Molassiotis, A.(2001) . An exploration of the relationship between uncertainty, psychological distress and coping strategy among Chinese man after cardiac catheterization. Journal of Advanced Nursing,33 (1) ,79-88.

Webster, K. K., & Christman, N. J. (1988) .Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. Western journal of Nursing Research, 10 (4) , 384-400.

Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1976) . The existential plight in cancer : Significance of the first 100 day. International Journal Psychiatry Medicen, 7, 1-15.

Winters, C. A. (1999) . Heart failure : Living with ucertainty. Progress in Cardiovascular Nursing, 14, 85-91.

Wineman, N. M. (1990) . Adaptation to multiple sclerosis: The role of social support, function disability and perceived uncertainty. Nursing Research, 39 (5) , 294-299.

Wonghpngkul, T., Morre, S. M., Musia, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The Influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in Survivors of Breast cancer. Cancer Nursing, 23 (6), 422-429.

Wong, C. A., & Bramwell, L. (1992). Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. Cancer Nursing, 15 (5), 363-371.

研究同意書

(附件一)

在此研究中，我將接受研究者的訪談，了解我個人對於疾病不確定特性與因應行為之主觀性經驗，若訪談無法完成，我可以決定是否接受研究者的邀請，繼續完成未完成的部分。訪談中我將被問及個人得病經過、個人對於疾病不確定性之主觀感受與影響因素、個人因應行為、以及希望獲的的協助等等，我會盡量就我所能的回答，分享我個人觀點與經驗。由於這些問題純屬個人主觀的體悟與經驗，無關是非對錯之評價，因此我所開放與分享的一切，將得到研究者的尊重。訪談過程中我有權決定開放的深度或終止訪談，而不受任何質疑或譴責，若訪談後嚴重干擾我的生活，我有權要求研究者協助。

訪談過程中我將接受錄音，錄音內容將被謄寫成逐字稿供分析，為了支持研究結果，我的部分對話將被引用，但不得以個案方式呈現，我的身分資料將被隱匿，務必達到保護個人的目的，研究完成後，錄音帶保存七年後即銷毀。

倘若我有疑問，我有義務要求研究者進一步說明，直至無任何疑問為止，至此，我已完全明白研究的過程、資料的處理，運用方式以及我參與研究的權利與義務，我也明白我對此研究的意義與價值。因此；

我同意參與本研究

參與者：

研究者：

日期：

1. 你發病當時是什麼情況？請你詳細的描述
2. 發病當時的感受是什麼？請你詳細的描述
3. 有沒有無法肯定的感受？或有沒有不知道要發生什麼事的感受？請盡量描述
4. 對住院這段時間，有沒有無法肯定的感受？或有沒有不知道要發生什麼事的感受？或其他感受？請盡量描述你心中的感受
5. 接受治療這段期間，有沒有無法肯定的感受？或有沒有不知道要發生什麼事的感受？或其他感受？請盡量描述你心中的感受
6. 什麼情形或什麼事情會影響你的這種感受？請你詳細的描述
7. 這些感受對你有造成影響嗎？什麼影響？請舉例說明
8. 當有這些感受時您是怎麼來應對的？有人可以談嗎？請盡量說明
9. 您希望獲得怎樣的協助？請你詳細的描述
10. 其他您有想要再說什麼嗎？