

卵巢癌婦女接受手術和化學治療 經驗中的行為反應

蘇芳玉¹／余玉眉²

1.臺大護理學研究所碩士
2.美國匹茲堡大學博士

萬芳醫院
衛生署健保局
臺大醫學院護理研究所

護理督導長
監委會副主席
教授

摘要

本研究以質性研究探討接受手術和化學治療的卵巢癌婦女於治療經驗中的行為反應。研究者於個案手術前一天至第三次化學治療止約二個月期間以「觀察者即參與者」的方式收集資料，再以內容分析法將行為過程中語言行為部份作有系統的整理分析，歸類，編碼和統計。

研究結果發現：卵巢癌婦女於治療經驗中的行為反應歸納出 2671 個行為單元包括認知行為、情緒反應和處置行為三大類。以認知行為佔 62.8%最多，其次為情緒反應佔 19.5%，處置行為佔 17.7%。認知行為中依序包括確認、評價和比較行為；情緒反應包括負向及正向情緒，負向情緒為多，依序有焦慮、抱怨、憂傷、自責，正向情緒有滿意與感恩。處置行為依次為自我協助、尋求協助、迴避行為、調整維持和遵從配合。行為反應所關注的治療經驗事項，也歸納出身體經驗、醫療經驗、社會性經驗三部份，身體經驗以身體感覺關注最多依次為身體功能、身體結構；醫療經驗中依序為醫療處置、疾病特性和醫療環境；社會性經驗涵蓋自我角色、家庭角色關係、社會互動和工作狀況。整個治療過程以針對身體感覺、身體功能和醫療處置、疾病特性所呈現之行為居前四位。

研究結果亦呈現，行為反應及所關注之經驗事項隨不同治療時段、情境而有所變化。認知行為和處置行為針對身體的改變出現較多，情緒反應則多因疾病本身特性和醫療處置之影響。

關鍵詞：卵巢癌 手術治療 化學治療 治療經驗 行為反應

前言

在臺灣卵巢癌的發生率佔婦科癌症之第二位，次於子宮頸癌（劉，82），其非特異性腸胃症狀或常常無症狀的疾病特性，不容易早期診斷，診斷確立時通常病情嚴重必須合併廣泛性的手術和多次的化學治療（Brucks, 1992），對病患的衝擊相當大且是多方面的。Guidozzi (1993) 探討28位卵巢癌患者之

癌病經驗和生活品質處理，結論是卵巢癌若沒有治療則很快引起進行性健康衰敗，喪失功能，痛苦不適最後死亡，而治療只是一個四年存活率近31%的景況，卻帶來化學治療副作用有關的顯著不適和生活品質的降低。

臨床護理卵巢癌患者經驗中，發現病患接受的

通訊作者：蘇芳玉
職稱：護理督導長
服務機關：萬芳醫院
地址：臺北市興隆路三段 111 號

電話：(02)29307930-8603

廣泛性減積手術帶來身體結構的損傷，身體功能的紊亂或喪失以及原有社會功能降低，加上化學治療引發的噁心嘔吐、軟弱疲倦、脫髮--等副作用，都使患者承受較深度的痛苦。此外婦科癌症對婦女來說，伴有二方面的特別意義，一是面對癌病甚至死亡的威脅，另一方面手術切除子宮卵巢等對女性心像完整性破壞的影響，更有一連串的失落反應。

Travelbee認為護理人員不僅應幫助個人和家庭適應疾病和痛苦，還要發現這些經驗的意義 (O'Connor, Wicker Germino 1990)，才能人性化的處理個人的反應，使其疾病經驗成為珍貴的成長經驗。在提倡人性化護理的今天，護理人員若能對患者所處情境有更深的體會和認識，當可協助其減少許多不良經驗，使用較多合適有效的行為，促進對疾病較佳的適應。臨床上不乏照護這一特定群病患，究竟他們面臨疾病診斷和手術、化學治療之過程中關注的治療經驗事項為何？患者又有那些行為反應？為掌握更符合患者需求之照護，這是值得探討的問題，基於國內這一類質性研究尚缺乏，因此本研究目的有：

1. 卵巢癌婦女於治療經驗中反映出的行為反應涵蓋那些？不同治療階段所表現的行為是否不同？
2. 卵巢癌婦女的行為反應中關注的治療經驗事項包含那些？不同治療階段治療經驗事項是否不同？

名詞界定

卵巢癌患者：經醫師依臨床外科和組織分類診斷為卵巢癌，非復發性或轉移性之患者，限於25至50歲尚未停經之婦女。

手術治療：

指醫師經卵巢癌外科分期手術後進行腫瘤廓清手術或稱減積手術(Debulking operation)的治療方式，包括全子宮切除及兩側輸卵管卵巢切除，骨盆腔淋巴結摘除，大網膜切除，闌尾切除及儘可能將腫塊切除乾淨。

化學治療：

是指患者於術後病情穩定，繼續以Cisplatin為主的綜合化學藥物，輔助治療之方式，每三週一次，一次1~3天，共六次為一療程，本研究係追蹤至第三次為止。

治療經驗：

指卵巢癌患者受疾病和治療影響，導致身心社會功能的改變，個案關注和表達所經歷或意識到的相關人、事、物和狀況等治療經驗事項，包括身體、醫療和社會性經驗。

行為反應：

指個案於治療過程中，關注治療經驗事項，而反映出的行為表現，包括認知行為、情緒反應和處置行為。

文獻探討

(一) 卵巢癌及其特性：卵巢癌可以發生在任何年齡，一般上皮細胞癌佔65-70%，多發生於40歲以後之婦女，隨年齡逐年增高，而卵巢生殖細胞腫瘤約佔20-25%，容易發生於年輕婦女(黃等，民82)。卵巢癌的治療方式和預後，主要依據臨床分期和組織的分類而定。初次腫瘤切除手術之意義包括確定癌症診斷，組織學特性和分級，以及儘可能將能夠看得到的腫瘤切除或使殘餘小腫塊減至最小，稱為腫瘤廓清手術或減積手術(Debulking operation)(陳，民81)。手術往往要切除子宮、兩側卵巢、盲腸、大網膜甚至部分的腸子(黃等，民82；Gusberg, 1988)。導致某些器官永久性喪失如不再有月經，出現更年期症候群等。影響病人身心像，心裡往往不太能接受，且還會擔心癌症是否仍留在那兒。此外如同一般腹部手術，如呼吸、循環、腸胃...等系統功能也都受到干擾，增加許多的不適和痛苦。

以Cisplatin為主的綜合性化學藥物是常做的輔助治療，標準用於手術摘除卵巢癌之病人的第一線藥物是Cisplatin 50-100mg/m²及Cyclophosphamide 1000mg/m² IV，每21天重複一次，其反應率為60%-80%。若為生殖細胞腫瘤，可能使用Etoposide，

Vinblastine, Bleomycin(黃等, 民82; Cooly et al., 1994)。Cisplatin 主要毒性為噁心嘔吐、腎臟毒性、骨髓抑制等, 為防腎毒性, 在給藥前後必須給予大量水分, 噁心嘔吐最能使病人焦慮, 目前已有積極的抗吐藥物, 如zofran係5HT₃之拮抗劑可直接抑制中樞(CTZ)的嘔吐傳導路徑, 於治療前三十分給予, 可持續至治療後24小時內使用, 加以Corticosteroids及Anti-histamine的配合使用, 效果頗佳(黃等, 民82)。某些護理處置指導, 如肌肉鬆弛法、口腔護理、飲食選擇等, 亦都有顯著效果(Hogan, 1990)。Sheila (1990)指出60%以上接受化療的婦女主訴: 化療產生的身體症狀是生活改變的最大因素。使她們社交活動減少, 被迫放棄原來規則的活動, 達到工作程度的活動減少, 被迫放棄工作每個月數天, 人際關係漸差, 情緒低落等。

卵巢癌是一婦科癌症, 婦科癌症影響了女人所珍愛的身體部位, 使她的女性角色和性角色安全感受到打擊, 威脅她的親密關係和重要他人的關係(Significant others), 常會經歷失望、害怕、害羞等強烈情緒, Krant(1981)認為許多病患不能也不願去把這些感覺和配偶或醫療人員討論和處理, 因而容易被壓抑, 使得焦慮增高。此外婦女同時肩負母親、妻子角色、持家角色, 這些角色因故無法扮演時都將增加婦女們的焦慮與罪惡感(Weiner, 1989)。而陳氏(民77)指出宮根除手術婦女對身體的認知行為中, 關注內容以身體功能居第一位, 但性與生育功能是身體功能中關注最少的。Hofwartner et al. (1992)觀察婦科癌症病人心理層面的因應處置, 發現自我責任高者(High self-responsibility)對疾病的正向評價高, 他們解釋自己情況較正向, 生活型態也經驗更多的正向改變, 主動尋求社會支持; 而對疾病持宿命論態度者多半處在沈思和社會退縮中。

(二) 癌症的衝擊: 癌症意味著痛苦、失能或死亡, 其治療是艱辛的, 卻又常只能治標, 不能治本(Watts, 1989; Krause, 1991)。當一個人被診斷得了癌症時, 心理會突然受到相當大的震撼, 瞬間有如休克, 出現一連串因生命受威脅而引發震驚、麻木、否認、生氣、害怕、無助等之情緒反應(Watts, 1989)。

但每位病人的行為反應受到個人人格特質, 自我概念, 對疾病與健康的看法, 過去的疾病經驗, 對治療結果的感受以及其他人的反應等等因素的影響(Krause, 1991)。O'Connor及Wicker (1990)提到Weisma和Worden的癌症特定模式(cancer specific model), 所謂的現存惡劣情勢期為癌症診斷的100天內, 此期帶給人對死亡的察覺, 明顯關注生活之意義、疾病和死亡, 有著極高的壓力和掙扎。但大部份人在初期治療階段都期望達到疾病痊癒, 是積極且願意忍受任何為治癒而必須忍受治療的痛苦。

當人們面對威脅時, 個人為維持與外在環境的平衡, 即會自我調節, Hymovich等學者(1992)認為此過程包括認知、情感和行動方面, 以處理超過個人所能應付的環境或內在現存或潛在的壓力源。通常對於可改變的情境, 常採用解決問題之方式; 對於不可改變的情境, 則以抒發情緒為主。一般在很大的壓力下, 大都會同時採用兩種方式, 所佔的份量, 視其對事件的評估而定。Krause (1991)針對不同疾病階段不同部位癌患, 以半結構式會談再作質性分析, 其因應行為包括十一項: 尋找相關資料、對自己目前處境再評價、與過去困境比較、與克服癌症病患作比較、心存希望、尋求親友支持、尋求宗教協助支持、將精力投注於社交活動或工作、與死於癌症病患作比較、宣洩負向感受及情緒反應及採取防禦機轉等。

研究方法

癌症個案面對疾病和治療的衝擊, 其身心是極易受傷害的, 且其照護需求亦是強烈的, 因此選用觀察者即參與者(Observer as participant)的方式收集資料, 即一面照護病患一面藉會談觀察法, 書寫行為過程記錄, 再以內容分析法(Content Analysis)歸類、數碼化(Coding)、及頻率量化分析並做信效度評鑑。

(一) 研究對象

採立意取樣1.手術後確定診斷為卵巢癌, 非復

發性或轉移性患者。2.年齡25-50歲接受腫瘤減積手術 (Debulking operation) 及化學治療者；無其它慢性病或嚴重疾病者。3.個案在照顧過程中在自然情境配合下得知自己是癌症且個案自己以「不好的東西」「不好的細胞」或以「那個字」(指癌)等表達出來者。

(二) 資料收集時間及過程

正式研究前在研究情境中進行約5個月照顧3個個案的嘗試研究，主要目的在修正及確立研究主題、資料收集之時段並發展資料分析之初步類目。然後依研究計劃進行正式研究。

研究者於資料收集前階段即介入照顧個案以儘早建立良好護病關係。並於術後第二天說明自己的研究身分和接下來的護理角色。與每位研究對象接觸及資料收集共計9次，其中手術治療期6次，提供床邊照顧每次至少3-4小時，而資料則取每次有1-2小時連續接觸時段之互動記錄；化學治療期3次，提供化學治療時段之照顧但資料則取自每次入院護理時段之互動記錄，含一次家庭訪視1-1.5小時。先摘要式記錄，再以敘述體方式於照顧個案結束後12小時內以回溯方式完成記錄，以減少記憶的漏失或誤差。

(三) 資料分析

採內容分析法 (Content analysis)，依據嘗試研究所發展的初步分析類目，與正式研究收集到的原始資料-行為過程記錄內容反覆比較修改，最後歸納出合適之類目加以操作性定義，以各類目間彼此互斥、意義明確作為最後分析之依據，並進行數碼化及頻率分佈統計。本研究發展出的行為單元一是行為反應；指卵巢癌婦女在接受手術和化學治療經驗中所反映出的行為表現，依行為特性、目的或功能歸納為認知行為、情緒反應及處置行為。另一個是其所指稱之對象：指卵巢癌婦女手術和化學治療期間所關注的治療經驗事項，依個案所經歷或意識到的相關人、事、物和狀況等歸納成身體經驗、醫療經驗和社會性經驗。

(四) 資料分析的信效度

質性研究資料收集及分析法之效度採Lincoln及Guba(1985)所提出的信任價值度 (trustworthies) 來評鑑考量。1.研究者曾在該領域臨床護理工作二年並在研究場所參與此類個案照護一年，臨床能力足以瞭解所觀察到的現象。2.接受過九個月的觀察者即參與者的訓練，觀察、會談、記錄能力對資料收集有一定的周密度。3.同一時段只照顧一個個案，可以進入個案為中心的情境，減少主觀性。

資料分析數碼化之信度，評分者內在信度 (Intra-scorer reliability) 在自行分析歸類後隔四週再隨機抽取十分之一的行為過程記錄，重複作內容分析編碼測定內在一致性 (Stability)，結果行為反應信度為0.86而治療經驗事項之內容信度為0.88。評分者間的信度 (Inter-scorer reliability) 乃請一位內外科護理學有數碼化經驗的講師，依照研究者所擬之行為單元操作性定義，就每一認定的行為單元加以編碼，再與研究者分析之資料作一致性的檢定，結果行為反應平均為0.79，治療經驗事項內容信度平均為0.86。

研究結果

本研究共收6位個案，因採頻率分佈統計呈現趨勢，故不包括行為反應個別差異較大的兩個案，實際以四位個案之資料作分析歸類。

個案於治療經驗中表現出來的行為歸類出三大項，認知行為佔總行為單元的62.8%，情緒反應佔19.5%，處置行為則佔17.7%。行為反應隱含對事件關注程度，認知行為和處置行為均較多針對身體經驗，情緒反應則多因癌病診斷及醫療處置 (表一)。

表一：行為反應及治療經驗事項之分佈

內容項目	認知行為(%)	情緒反應(%)	處置行為(%)	合計(%)
身體經驗	898(33.6)	158(5.9)	248(9.3)	1304(48.8)
醫療經驗	522(19.5)	234(8.8)	138(5.2)	894(33.5)
社會性經驗	257(9.6)	129(3.2)	87(3.2)	473(17.7)
合計	1677(62.8)	521(19.5)	473(17.7)	2671(100)

行為反應所針對之治療經驗事項，身體變化的關注在手術及化學治療期均居首位，足見兩種治療對個案都造成主要衝擊；而兩期也都是認知行為最多，各佔65.5%，58.9%，顯示個案均投注很多心力認識疾病和治療對自己帶來的改變。情緒反應在手術治療期出現較高佔20.2%，因所有個案在臨床自然情境下獲悉自己罹癌之病情，關注高峰即在此期；癌的威脅大又需緊接面對化學治療，情緒仍反覆出現，

故化療期降低有限佔18.5%。而處置行為在化療期高於手術治療期由14.3%升高至22.6%（如表二），亦即化療期個案採用較多具體實質方式解決問題。而卵巢癌之化學治療採週期性治療方式，個案身處家庭社會中，有一定角色扮演，治療期間因受治療毒性反應影響，社會功能行使中斷或降低，引發個案關注，因此社會性經驗化療期較手術治療期高，由13.1%升高至24.2%。茲分別摘述如下：

表二：不同治療期別行為反應及治療經驗事項之分佈(百分比)

	認知行為		情緒反應		處置行為		合計	
	手術期	化療期	手術期	化療期	手術期	化療期	手術期	化療期
身體經驗	35.4	31.1	5.9	5.9	7.8	11.3	49.2	48.3
醫療經驗	23.0	14.5	10	7.0	4.7	5.9	37.7	27.5
社會性經驗	7.1	13.2	4.3	5.6	1.8	5.3	13.1	24.2
合計	65.5	58.9	20.2	18.5	14.3	22.6	100.0	100.0

一、認知行為：

認知行為多針對身體感覺、功能等身體經驗改變佔53.6%，其次為疾病診斷和醫療處置等醫療經驗佔31.1%（如表三）。依行為出現頻率依序包括確認、評價與比較行為。

表三：認知行為及治療經驗事項之分佈

	確認	評價	比較	合計
身體經驗	539(32.1)	241(14.4)	118(7.0)	898(53.6)
醫療經驗	346(20.6)	123(7.3)	53(3.2)	522(31.1)
社會性經驗	145(8.7)	92(5.5)	20(1.2)	257(15.3)
合計	1030(61.4)	456(27.2)	191(11.4)	1677(100)

(一) 確認：

個案透過自行察覺或經評估、分析，以認定、詢問、推想及預期方式，為自己做好時空定位。

1. 手術治療期以確認局部感覺較多，特別是重力感，出現於手術後開始身體活動時，翻身站立行走時，「肚子這兒好像重重的，垂垂的，像什麼東西要掉下去一樣。」這可能是身體某部位

的肌肉張力增大，人對該部位的身體就會有重力感。化學治療期對整體感覺的確認較多；幾乎每一個案均有深淺不同的描述「那是全身軟的，癱了，連舉手的力量都沒有了。」「整個人好像一直往下沉，被淹沒了。」這感覺是強烈的不適與不被接受，因此有預期行為出現「現在還好好的，明後天就投降了。」化療副作用噁心嘔吐之認知；治療之前以詢問、推想方式居多，接受治療後個案幾乎都對嘔吐天數次數，嘔吐性質嚴重度，刺激因素等進行確認，如「我算過整整吐了十天，吐得內臟都要翻出來了。」

2. 確認身體功能以排泄功能、進食功能、女性生殖生理功能居前三位。因手術屬腹腔廣泛性手術，身體多項功能受到影響因此有較多關注在身體功能上如遲遲未排氣時，個案會出現推想和預期行為「都已經三天了，這樣好慢喔，是不是---。」進食功能因手術後排氣較慢，進食時間延後，個案會表達進食需求，出現認定和預期行為「算一算大概有一個禮拜沒吃東西了---。好想趕快排氣，好好的喝---。」化療期此功

能的關注佔第一位，受化療副作用味覺改變食慾不振影響，如「其實都有變換菜式就是吃不下」。

3. 確認疾病診斷，個案在獲悉診斷前即透過觀察周遭人的行爲，加以推想認定例如「醫師都一早就來看我了，但都沒有說我的病情，好像—，是不是開刀發現了什麼不好的東西。」因醫療處置方式與預期不一致，推想「是不是長的是不好的東西，不然怎麼全切除了（指女性內生殖器官）。」診斷獲悉後大都針對疾病原因、治療效果、復發性的不確定，反復向不同人員詢問相同問題。例如直接詢問「你看我需要去孫逸仙醫院嗎？那是專門治癌的。」
4. 醫療處置的確認，在術後身體逐漸恢復，即將另一階段治療時，個案會主動整理手術治療經驗，確認手術的意義、過程、必要性。如描述手術過程「—開刀房內好陰冷喔，—繞呀繞的，真像在進鬼門關，就怕一進去就出不來了。」對手術的必要性表示「開刀雖然拿掉很多東西，但清楚自己的狀況後，感覺還是開對了。」大都個案認定化學治療是「醫生說我的手術拿得很乾淨，做化療是預防性的，我想還是預防一下比較好。」接受治療後透過自己的體驗及原來預想的加以認定「那些藥真的很厲害，難怪大家都說是以毒攻毒。」他們也對化療有所期望「希望它真的有效，這樣這些苦就沒有白受。」另以詢問方式尋求醫療人員對民俗醫療的支持與確認，個案大都認定「想用西醫治療，但也併用中醫加強免疫力來改變體質，讓那個東西不再長出。」「這是xx教授寫的，應該也有研究的，希望能試試盡點心力安心些。」

（二）評價行爲：

個案依自己的價值標準檢核評斷治療經驗事項，以瞭解自己的變化或進展是正向或負向。

對身體變化評價居多，治療期間改變後的身體意像，個案評價多趨向不好的，尤其身體感覺大都令個案不悅、不舒服、不易被接受的。例如「連喝

水都吐，晚上睡覺也吐，真的好苦喔！」「都掉光了（頭髮）真可怕！都不像人了。」負向評價可引導個案進一步認知，主動發現問題尋求解決，期能使負向概念有所改變。

（三）比較行爲：

個案將自己的治療經驗事項或狀況與另一情境的人事加以比較區分異同，以對自己當前處境更確認。

以在不同時空和自己身體作比較的方式居多。如「這一次吐得比較厲害，上次—。」這說明這些不適感記憶強容易留存用以比較。不確定感也令人不適，容易比較，如和其他病友作比較「人家都今天住院明天就開刀，我爲什麼要作那麼多檢查那麼多次灌腸，我想病大概不單純。」以確認疾病。

二、情緒反應：

個案在對身體和治療增進認識的同時，心境情緒隨著起伏不定，產生正向及負向的情緒表達，使情緒得以宣洩和抒解。以負向情緒居多佔79.2%，依序爲焦慮、抱怨、憂慮和自責。正向情感表達佔20.8%包含滿意與感恩（表四）。

表四：情緒反應及治療經驗事項之分佈

	負向				正向	
	焦慮	抱怨	憂傷	自責	小計	
身體經驗	72	43	22	2	139(33.7)	19(17.6)
醫療經驗	94	60	22	15	191(46.2)	43(39.8)
社會性經驗	19	23	11	30	83(20.1)	46(42.6)
合計	185(44.8)	126(30.5)	55(13.3)	47(11.4)	413(79.2)	108(20.8)

（一）焦慮的反應大都針對疾病特性和醫療措施。

1. 獲悉癌診斷前，即陸續感受或預期到威脅，出現不安、害怕、擔心、苦惱的情感表達。例如「都開完刀了，我媽怎麼還一臉憂心的樣子，我擔心—我的病很嚴重了！」「昨天晚上睡不著一直亂想，想我先生怎麼說一些奇怪的話，我—，想得很煩惱。」癌病診斷獲悉後焦慮包

括疾病本身的不確定，醫療處置的不瞭解與不確定及未來生活的不確定。例如「我擔心的是不知什麼時候會爆發，不知要怎樣預防都是懸在心裡常會去想的問題。」「雖然你們都說是初期的但還是那種病，我還是很煩惱不能完全治好。」

2. 醫療措施多少都帶給個案焦慮反應，化學治療之前個案都曾表示「手術後身體好不容易才恢復，現在又要——，好擔心不知又要被搞成什麼樣子了。」接受治療後，一致的表示「——都快熬不下去了，我擔心病沒真正治好，好的身體反而先被破壞了。」針對民俗醫療，個案也有不安：「我不是很相信，但又煩惱如果有這些訊息都不去做，好像在預防復發上沒有盡力，也是很不安心的。」

(二) 憂傷反應：

在經歷令人失望痛苦的治療經驗事件，個案以哭泣、悲傷、難過和沮喪的負面情緒表達和宣洩以獲得抒解。憂傷情緒出現最多的是疾病診斷，其次是身體結構喪失和外觀的改變。

1. 每個個案在獲悉癌病診斷後都警覺到死亡引發預期的哀傷。雖略有不同但都經歷到震撼，不相信以及一段或長或短的傷心哭泣不說話時期，隨後才會在適當的互動中將情感表達出來。例如「知道是那個不好的東西，我哭了我整個人都——再也開心不起來了。」個案含著淚說：「也不知怎麼了，現在變得很愛哭，我平時很少掉淚的，你看我從檢查、開刀——等經歷那麼多身體的苦，多難受啊！我都忍過來了，只是這個病——。」關注到疾病預後表達「其實那條路（指死亡）沒什麼好怕，我自己是沒關係啦，反正早晚都一樣，難過的是想到小孩還小，先生人那麼好，實在放不下，就覺得很傷心。」病情較嚴重個案D沮喪說：「我擔心化學治療也治不好了，我還年輕，我還有很多事要做，我真的還不想死。」
2. 個案對女性生殖器官喪失，數次摸著肚子推想

肚子空空的情況流淚說「——每次一想到裡面空空的，我就心理難過不捨得呀。」對掉髮情形描述「——連走動一下就有一大撮在空中亂飄，看得好可憐哦！」對整體外觀改變沮喪說「你看從頭開始，頭髮掉光了，整個人瘦了一圈，駝背了跛腳了，還有打針打的二隻手腳到處都黑黑的，真是體無完膚啊，真是悲哀啊。」

(三) 抱怨：

指個案表現出不相信、生氣、責難等行為反應。針對疾病診斷出現頻率最高，依序為女性生殖結構喪失和社會功能改變。

1. 癌病診斷初期是出現抱怨情緒的高峰而且會反覆表達。抱怨「老天爺不公平，我和先生都是老實人，為什麼要讓我得這種病。」有個案拿著雜誌的報導核對癌病成因，抱怨「報導上所寫的許多危險因素可說沒有一樣我有的，那為什麼會是我，內心真是不平啊。」
2. 社會功能：抱怨主要針對自我角色改變、與他人互動受限等，例如親友的探訪或電話的關心都抱怨「為什麼要告訴他們，生這病又不是什麼光榮的事，還要廣播呀！」此外社交活動的參與受治療期間抵抗力不好的教導，抱怨家人過度反應，「小孩喜歡和母親撒嬌，就被罵會把細菌傳染給我，真是掃興，那有那麼嚴重。」

(四) 自責：

個案表現內疚歉意及自我責難的情緒，例如家庭角色關係改變，疾病診治過程耽誤。

1. 個案因自己所擔負角色功能減少或增加家人負擔而出現自責情緒。例如「從生病到現在，已經很久沒帶小孩去戶外活動了，實在覺得過意不去。」「母親身體本就不好，還全心全意照顧我，覺得滿內疚的。」此外因自己嘔吐嚴重，影響家人作息也表達了歉疚「連晚上都吐，家人的作息都受到影響，真是抱歉，可我控制不了。」
2. 針對自己未早些警覺到疾病出現自責「我自己都不會注意自己身體，還一直以為胖了拼命運

動，實在太大意了，真不可原諒。」「開始一直沒想到看婦科，一直看腸胃科，---也不太積極，自己覺得滿懊惱的。」

(五) 正向情緒：

雖然治療過程中情緒表達大都趨於負向，但個案對所處情境有改善或符合期望，就會展現滿意與感恩的正向情感表達，尤以針對家庭關係自我角色等社會性經驗為多。例如「從生病一路走來，覺得自己學到很多---，---成長很多，真是高興。」「小孩變懂事了，家人更緊密了，我不該再抱怨佛祖不公平了。」

三、處置行爲：

個案在認知自己身心社會所承受的壓力，以具體的處理方式面對問題，期能掌握狀況維持自我的平衡。

(一) 遵從配合、自我協助、尋求協助：

以採取舒適措施改善因治療對身體造成的不適居多，社會性功能次之（表五）。

表五：處置行爲及治療經驗事項之分佈

	遵從配合	自我協助	尋求協助	調整維持	迴避行爲	合計
身體經驗	32	75	58	32	51	248(52.4)
醫療經驗	22	13	40	32	31	138(29.2)
社會性經驗	0	32	18	21	16	87(18.4)
合計	54(11.4)	120(25.4)	116(24.5)	85(18)	98(20.7)	473(100)

1. 對身體症狀噁心嘔吐，個案會嘗試許多處理方式，如「我試過，聞檸檬片香味--- 含水果軟糖---有效喔」對頭部中央部位的脫髮情形，「我用寬的髮帶圍住，就不大容易看出來。」
2. 針對家庭角色關係如「這次我自己來，---我想自己要學著減少家人負擔。」「我大概第六七天就起來弄給小孩上學，---作些不費力的家務事，總要讓自己盡量過正常生活。」

(二) 採取限制或迴避措施：

為防止可能對自己不利或使自己不悅的經驗事項，個案在日常活動，飲食，人際互動與思考方面，自己做出某種程度的限制與規避，使不致陷入不利的情境。例如「總感覺自己一付病懨懨的樣子，還是不出去的好。」對女性器官喪失感到害羞而採取迴避「鄰居問子宮卵巢有沒有拿掉，我都說沒有，免得他們在背後說的很難聽。」攝食方面也出現較多限制與迴避，主要與癌病的復發有關如「人家都說生這種病的，不可吃得太營養，避免癌細胞又長。」對癌病威脅的迴避「重大傷病卡診斷欄，我用貼紙把他蓋起來，這樣眼不見心不煩。」為家庭關係「我都避開和家人在餐桌上用餐，因為說吐就吐，沒時間性的，免得影響他們用餐的情緒和食慾。」

(三) 調整維持：

以改變思考之方式藉由接受命運的安排，或對情境賦予正向之意義，降低期望，自我激勵，以保護自己不致陷入痛苦的情境。

例如喪失女性生殖生理功能合理化的解釋「還是會捨不得，但我都盡量去想，手術能切除乾淨算相當幸運了，救了命總該有個取捨。」對罹癌事實也能接受「生這病也不見得都有原因可循，得把他認為是人生的一種業障，---遇到了就必須承擔。」對疾病預後以降低期望態度表示「現在只想，只要先生、小孩平安，讓我能都活幾年，看他們長大成人就好了，不敢想太遠了。」個案也以自我鼓勵方式給自己希望「醫生說手術治療一切很順利，我身體恢復很好，我心理覺得舒坦多了，我充滿希望我一定要讓自己趕快動起來。」

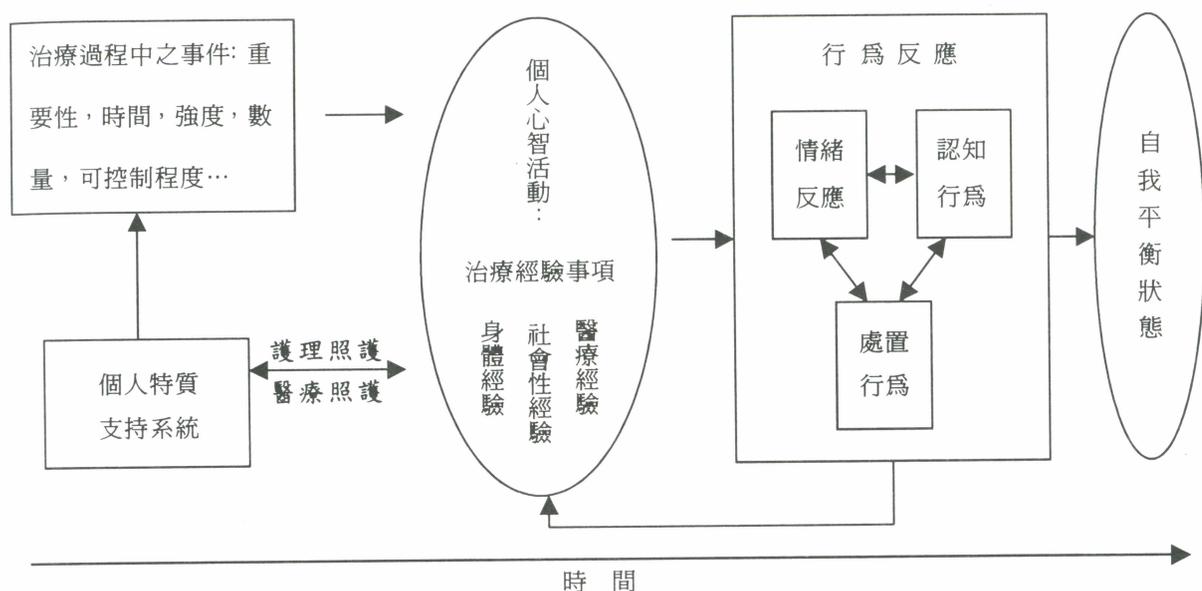
結 論

卵巢癌個案所接受的手術和化學治療，對身體結構、身體功能和身體感覺等是有形的破壞，同時使社會功能行使降低甚或中斷，加上疾病的特殊威脅，這些衝擊促使個案腦內心智活動頻繁而浮現至意識層面表達關注，即治療經驗事項，進而產生行

動亦即行為反應，這些行為反應常會交互使用。這是不斷循環運作的過程，目的在朝向自我的平衡。

依此形成本研究概念架構如下：

研 究 範 圍



圖一 卵巢癌婦女於手術和化學治療經驗中的行為反應概念架構圖

討 論

本研究個案於治療過程所關注的治療經驗事項有三：身體經驗，醫療經驗和社會性經驗。針對身體經驗中之身體感覺，身體功能和醫療經驗中之醫療處置和疾病特性所呈現的行為居前四位。居首位的身體感覺，在化學治療期亦居第一位包括身體之局部，整體感覺和噁心嘔吐之特定症狀等之關注，此結果與Sheila (1990)對一群接受化療患者之訪談研究，指出身體症狀是生活改變的最大因素，有其一致性。個案對身體功能之所以高度關注主要是接受減積手術的特性和化學治療對生理功能的影響，於手術治療期居第一位，與陳(民77)對子宮頸癌患者手術後初期的研究中，子宮根除手術婦女對身體形成觀念時所關注的內容中，以身體功能居第一位之結果是一致的。唯本研究個案對女性生理功能的關注

居第三位，這是與該研究結果，性與生育功能之關注是身體功能中最少的一項有不同之處，可能因該研究對象是已停經，育有兒女的婦女。而本研究則是未婚和已婚之生育年齡期之婦女有關。由研究資料顯示個案對女性生殖結構和女性生理功能及家庭角色關係、自我角色等經驗事項都有一定比率的關注，與Weiner(1989)研究婦女因故無法扮演與家庭有關角色時，會增加焦慮與罪惡感是一致的。

個案於治療經驗中表現出的行為，認知行為在手術及化學治療期均佔最多，針對身體變化、疾病和醫療處置都佔一定程度比率，這是適應過程中重要的行為之一，病人的情緒反應較多針對癌病的診斷、特殊醫療措施以及身體部分喪失，社會功能降低。與Hymovich等學者認為人在面對壓力時對於可改變的情境，採用問題解決方式。對不可改變的情境則以抒發情緒為主是相符合的。處置行為為則較多

針對身體經驗，尤其身體感覺方面，可見身體不適感的承受，形成身體負向的概念，將促使個案自己在行動上有所努力尋求改善。

本研究從醫病關係，個案對醫師病情告知的正向評價或認定與Wiltshaw(1986)的研究提及80%以上癌病患，希望被告知真相其結果是符合的。唯本研究採田野研究方法，可更進一步看出個案所發出的訊息有那些？更可掌握病情告知之原則。Krause(1991)學者針對不同部位，不同期之癌症患者做探索性質性研究，先自填開放式問卷，再進行半結構式會談完成，作質性分析。研究方法是藉一次橫斷式(Cross-Sectional)調查方式而來，而本研究則是研究者多次以觀察者即參與者的角色進入個案的情境中，在互動過程中獲得之現象資料，時間和處境不同，所呈現資料也就不同。Krause的研究結果也採內容分析法，但不作分析單元之計算。其歸納出的十一個因應行為，幾乎在本研究中均有出現，但其各類目中較乏互斥之定義，無法具體指出針對那一方面因應，其概念形成過程屬於第一層觀念(余玉眉，80)，而本研究同樣地也採內容分析法，並以分析單元量化資料，得到個案治療過程中行為單元數的發生頻率和百分比，及不同治療階段的經驗事項和行為反應之變化趨勢，因此個案的治療經驗事項和行為反應分析，則是達到第二層觀念。

研究限制與建議

研究對象限制：採用質性研究方法。著重研究者親自參與個案的治療過程，限於研究者有限之能力、精力，研究方法，時間的考量下，採立意取樣，且本研究僅得到四位個案之資料，故不能代表所有卵巢癌患者，另本研究設計係研究者在照顧過程中同步進行資料收集，收集資料次數以治療過程中之事件為導向，因每位個案病情有個別性，雖收集資料次數一致，但照護個案之時間與情境不一致，因此無法呈現較完整的縱貫式資料之趨勢。爾後應可在另外的研究嘗試設計取點作深入訪談，將所獲取

之資料結果，再作比較。此外原化學治療一療程為6次，而本研究設計依嘗試研究之發現，收集資料至第三次化學治療止，已呈飽和；但研究者照護二個案至六次治療結束，結果發現雖然沒有新類目，但尚有新經驗呈現例如性與親密關係的嘗試與體驗，社會互動，自我角色有更多正向的呈現。因此，若時間許可，能全程照護至六次結束，研究結果將更完整。

資料分析法限制：本質性研究限於個案數及個案間個別異質性因素，對於資料之量化，僅以頻率及百分比來描述個案所呈現的行為單元數，對資料的解釋也只對呈現之事實加以說明和比較，並未能做相關之推論。未來或許可增加個案數，應用無母數的統計分析增加相關之推論。或可嘗試以主題歸類方式呈現現象資料，加以比較。

本研究歸納下列醫療照護建議，以供參考。

1. 手術後初期是身體經驗關注的高峰，個案認知行為頻繁，她們隨時透過知覺感受，收集有關身體之資料加以認識。但病人的認知行為常有某些偏差或誤解，因此護理人員此時應能協助
 - 1) 身體認知的引導與修正；提供有關身體之訊息並注意觀察非語言行為之意義，以澄清病人對身體狀況之疑慮，減除幻想導致的威脅。
 - 2) 在身體功能重建之過程，給予鼓勵及協助。
 - 3) 提供舒適的身體刺激如背部護理按摩，口腔清潔等一般性照顧，這是建立良好護病信任關係之良方，對於能進入病人真實情境掌握病人之需求有很大助益。
2. 病人的焦慮常是潛在的，在病人對自己的疾病診斷有所推測時，不要將此訊號壓抑，應予傾聽，助她們表達出害怕或其它感覺。告知病人診斷，治療，預後是醫師的責任，但護理人員有責任參與，以掌握一致性，以利護理同仁間有共識以及後續的病人支持照護工作。
3. 個案在獲悉癌症診斷後，反應程度，時間，方式有差異，但都一致會有憂傷的情緒。護理人員的陪伴支持是重要的，多用動作如緊握其手表達關心。情緒的宣洩如哭泣應被接納，讓病

人完整的經歷哀傷，使這事件成爲一個平順的轉變期。

4. “癌”是社會標記，尤其婦科癌症更是隱匿的，護理人員有義務爲病人保密，切勿在開放的情境下無意間洩了病人的隱私，必須謹慎之。
5. 確認不確定感的行為反應是必要的，因爲它反覆出現，病人反覆向不同人問同一件事，並非對妳不信任或解釋不足，應引出病人的自主性，促進個人自我控制感的發展。
6. 在經歷生活事件後，真正的整合必須來自病人自己，照護只是促進其用來整合身心靈痊癒之能量。勿忽視病人的能力，每一事件的經歷不全然是痛苦的，也有好的一面。個人在所處的生活空間，會有他與環境互動下的行為表現。此觀點在本研究進行中得到印證。
7. 護理人員有責任宣導防治觀念：從病人疾病診治之經過，卵巢癌是一隱形殺手(insidious & deadly)是名符其實的；不少婦女因腸胃不適一直在內科求診，在症狀改善又復現之間延誤不少治療時間。因此應鼓勵婦女作常規婦科檢查，包括雙手骨盆腔觸診，不僅是子宮頸抹片檢查。更應教導認識疾病之早期症狀，早期接受診斷。

參考資料

Brucks, J. A. (1992). Ovarian cancer: The most lethal gynecologic malignancy. Nursing Clinics of North America, 27(4), 835-845.

Cooly, M. E., Destefano, M. & Abrahm, J. (1994). Cisplatin: A clinical review Part I current uses of cisplatin and administration guidelines. Cancer Nursing, 17(3), 173-184.

Cooly M.E. , Davis, L. & Abrahm, J.(1994). Cisplatin: A clinical review Part II nursing assessment and management of side effects of cisplatin. Cancer Nursing, 17(4), 283-293.

Dugan, K.K.(1985). The bleak outlook on ovarian

cancer. American Journal of Nursing, 85(2), 144-148.

Guidozzi, F. (1993). Living with ovarian cancer. Gynecologic Oncology, 50, 202-207.

Gusberg, S.B. (1988). Female genital cancer. Charchill Livingstone .

Hofwartner B. Egger J., Greimel E., Freidl W, Lahousen M. (1992). Adjustment process in women with genital cancer. Wiener Klinische Wochenschrift, 104 (13),391-395.

Hogan, C. M. (1990). Advances in the management of nausea and Vomiting. Nursing Clinics of North American, 25(2),475-497.

Hymovich, D.P. & Hagopian, G.A. (1992). Chronic illness in children and adults. A psychosocial approach. Philadelphia: W.B. Saunders.

Krant, M. J. (1981) Psychosocial impact of gynecologic cancer. Cancer 48, 608-612.

Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it. Cancer Nursing, 14 (5), 240-245.

O'Connor, A. P, Wicker, C. A. & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing, 13(3), 167-175.

Sheila, A. & Payne, S. A. (1990). Coping with palliative chemotherapy. Journal of Advanced Nursing, 15, 652-658.

Watts, W. (1989). Coping with cancer. Nursing Time, 85(28), 35-37.

Weiner, M. S. (1989). Maternity and gynecologic nursing. St. Louis: C. V. Mosby Company.

Welch, M. D. (1985). Cancer anxiety and quality of life. Cancer Nursing, 8(3), 151-158.

Wiltshaw, E. & Karani, D. (1986). How well informed? New patient with ovarian cancer. Cancer Nursing, 9(5), 238-242.

Woods, N. F. (1988). Nursing research: Theory and practice. St. Louis C.V. Mosby Company.

余玉眉、田聖芳、蔣欣欣(民80)·質性研究—田野研究法於護理學之應用·台北：巨流。

陳玟秀(民77)·接受根除性子宮切除婦女手術初期對其身體形成觀念的行為·國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。

陳慶財(民81)·最近卵巢癌的治療趨勢·臺灣醫界，35(4)，92-95。

黃思誠等(民82)·婦科病房工作手冊·臺大醫院婦產部編。

劉偉民(民82)·卵巢癌專輯：卵巢癌流行病學的探討，中華民國婦癌醫學會簡訊，2，2-4。

Behavioral Responses of Women with Ovarian Cancer Receiving Surgical Treatment and Chemotherapy

Fang-Yu Su¹ / Yu-Mei Yu Chao²

1. Ms. RN. Supervisor, Wang-fang Hospieal.

2. PhD, RN, Professor, The Graduate Institute of Nursing.

College of Medicine National Taiwan University.

Abstract

The purpose of this qualitative study was to explore the behavioral responses of four patients with a diagnosis of ovarian cancer, after they received a debulking surgery and during the course of receiving the 3rd session of chemotherapy. Adopting "observer-as participant" approach, clinical field method was used to collect data for this study. Data were collected while the nurse-researcher was participating the action and interaction with the patients in every nursing care session and in a narrative form, that was in the form of "process-recordings". By using content analysis method, verbal responses of the patients then, systematically interpreted and categorized according to operational definition of the behavioral themes and units. As a result, a total of 2671 behavioral units were inductively generated.

The major findings of this study included three behavioral themes. The most commonly used behavior by these patients was cognitive behavior which accounted for 62.8 percent of total behavioral units, following by affective behavior with 19.5 percent while intervening behaviors were the least used behaviors which accounted for 17.7 percent. Cognitive behaviors included, orienting (expressed in affirmation, inquiry, speculation and expectation), evaluating and comparing. Affective behaviors included negative emotion such as anxiety, sadness and self-reproach, and positive emotion such as satisfaction and gratification. Intervening behaviors included self-help, help-seeking, avoidance behaviors, regulatory and maintenance behaviors, and compliance behaviors. Patients' treatment experiences were also classified into three parts, namely, body experience(48.8%), medical experience(33.5%), and social experience(17.7%). Under body experience, body sensation was the most frequently mentioned experience, following by body function and body structure. Under medical experience, the characteristics of the disease were the most often referred. Social experience involved four areas including self, family role and relationship, social interaction and job responsibility.

It was also found that behavioral responses changed as the patients were being experienced in the different period of treatment course. Both cognitive and intervening behaviors were tended to related to body experience while affective behaviors tended to related to medical experience.

Key Words : treatment experience, behavioral responses

Correspondence : Fang-Yu Su

Supervisor of Nursing

Taipei Municipal Wang-Fang Hospital Affiliated Taipei Medical College

No.111, Sin-Long Road, Section 3, Taipei Taiwan. TEL : (02)29307930-8603