

比較不同種類認知行為疼痛控制措施於改善癌痛之效果 – 評估工具檢測與成效探討 (1/3)

Improving Cancer Pain Management through Different
Cognitive-Behavioral Interventions –
Instruments Validation and Effects Comparison (1/3)
計畫編號：89-2320-B-038-028

期中報告

前言

雖然癌症疼痛治療觀念在臺灣已日益普遍，專家亦曾指出約有 90% 的癌症疼痛可以經簡單的方式被控制，然而由 Bonica (1985) 與 Ho (1993) 的研究發現，仍有極高比率的癌症病人經歷著不同程度的疼痛，可見該問題目前未得到良好之控制，且呈現癌症疼痛不僅為生理感覺的症狀，且為包含生理、感覺、認知、情感、行為及社會多層面因素的複雜主觀經驗(International Association for the Study of Pain, IASP, 1979)，病人的疼痛經驗即是反應此多層面因素互動下的整體感受。然而，長久以來傳統的癌痛評估及治療重點一直限於病理感覺層面的因素，如評估疼痛強度，並以藥物治療、神經學醫療措施、放射治療及化學治療支持療法為止痛的主軸，對於病人本身如何感受及解釋其疼痛經驗，亦即疼痛認知層面中的疼痛信念，以及使用非藥物性認知行為類疼痛處理措施，包括如疼痛認知、信念重建、放鬆、想像、教育等方法，經常被忽略。

以非藥物性的認知行為疼痛處理的模式雖起源於心理及精神醫學，但相對於數目極多的癌痛病人群，以醫院中極少的精神科醫師來執行該項措施，在臨床現實面中是不易執行的，由於護理人員為每天接觸病人最頻繁的醫療人員，在協助癌症病人疼痛處理上具有相當有力的地位，因此護理人員若可以接受簡單的認知行為疼痛處理措施之訓練，針對簡單易學易執行的認知行為止痛措施，熟悉這類非藥物性非侵入性減痛措施，有系統地指導癌痛病人，協助各種不同教育程度與年齡的病人練習用在其疼痛處理上，預期可以大力提昇疼痛處理之效果。然而臨床常見的認知行為疼痛處理措施，包括疼痛教育及放鬆想像，及以強化病人正向的疼痛信念，亦是近年來開始被重視的方法，這些方式對降低癌症疼痛及整體疼痛(total pain)經驗，何種效果較好？好在那方面？該方面研究尚十分有限。因此選擇一套完整且嚴謹的臨床癌痛評估量表，由各層面評估以上提及的認知行為類的疼痛處理措施(包括疼痛教育、放鬆想像、疼痛認知重建及常規中的疼痛處置)，對多層面疼痛處理的效果為當務之急。

研究目的

本三年研究計畫擬分二大階段進行，第一階段(即本年度，為期一年)之研究目的在於：

測試疼痛態度信念量表精簡版、癌症疼痛與藥物使用信念量表、多層面疼痛經驗量表精簡版、及醫院焦慮憂鬱量表 (HADS) 之心理測驗。

第一階段研究方法

一. 研究設計及研究對象

本研究採描述性相關研究法 (Descriptive Correlational Design) 對一系列的疼痛相關研究工具做信效度之測試，將以立意取樣的方式，對住院的癌症疼痛病人進行結構式的問卷訪談。研究擬於台北市某四所一級教學醫院腫瘤相關病房及門診，進行資料之收集，在考量癌痛病人的體力負擔有限下，多數病人將接受一次問卷訪談，但為測量再測信度，將有五分之一的病人(每五位病人選一位)會被訪談一次。研究對象選取條件為：

- (1) 年滿十八歲之癌症病人，且病人已知道自己為癌症診斷者。
- (2) 患有因癌症本身疾病引發之疼痛者。
- (3) 有家屬照顧者。
- (4) 可以使用國台客語溝通的。
- (5) 願意接受訪談者。

二. 研究工具

(1) 病人基本資料表

該表內容包括病人之中人口學特質，如年齡、性別、教育、程度、職業及婚姻狀況、宗教，以及病人最近一個月內曾接受的腫瘤治療項目，包括化學治療、放射治療及其他治療項目。

(2) 簡易疼痛評估量表 (Pain Assessment Form)

簡易疼痛評估量表 (Pain Assessment Form) (Lai, 1996) 之內容主要評估疼痛的生理及感覺層面特質，包括疼痛強度 (pain intensity)、時間長短 (pain duration)、疼痛的型態 (pattern) 及疼痛部位的數目 (number of pain site)，疼痛強度部份為使用 0—10 分的數字的強度指標 (Numerical Rating Scale, NRS)，評估其最近七天內病人最痛時及最不痛時的強度，以及目前的疼痛強度。疼痛的時間長短，指病人經歷該次疼痛時間的長短，本研究以月為單位，疼痛型態則指主要之疼痛部位疼痛呈現的方式，分為大部份時後是連續的 (continuous)、間斷 / 一陣一陣的 (intermittent) 及連續疼痛且併有不定時 / 一陣陣的劇痛 (mixed) 三種型態；疼痛部位的數目。該評估量表已被多次使用於台灣癌症病人的疼痛評估即相關研究 (Lai, 1995, 1996)，結果發現可以呈現病人主觀的疼痛經驗。

(3) 疼痛態度調查表精簡版 (Survey of Pain Attitudes, SOPA-B)

本研究以疼痛態度調查表原量表 (Survey of Pain Attitudes, SOPA) (Jensen, et al., 1987; Jensen & Karoly, 1989) 有七個子量表，以 0—4 分 Likert 氏 5 點評分量表呈現病人自述 (self-report) 的疼痛看法，0 分表示該題完全無法呈現病人的疼痛信念，4 分表示該題可以完全表達病人的疼痛看法；原始版疼痛態度量表為含括七大疼痛信念，57 題 0-4 分 Likert's 氏量表，其各子量表的內一致度信度 (不包括疼痛情緒信念及傷害信念量表) Cronbach's 值由 0.56 至 0.73 (Jensen, Karoly, & Huger, 1987)，而二週間隔的再測信度範圍由 0.81 至 0.91，而 Strong、Ashton 及 Chant 的研究 (1992) (不包括傷害信念

量表), Cronbach's 值範圍則由 0.49 至 0.84; 而 Jensen 等 (1994) 對慢性疼痛病人測試之結果, 值為 0.64 至 0.79;

由於該精簡版尚未經過多方測試, 因此本研究特別重視其子量表與其他研究概念間之關係, 以嚴謹檢定其效度。研究發現 (Tait & Chibnall, 1997) 該量表簡明版子量表間, 皆呈現極高的相關性, 相關係數 r 值範圍由 0.79 到 0.97, 其中最低相關的為疼痛殘障信念, 最高的為疼關懷信念, 該結果呈現簡明版與原版間的高同時效度 (Tait & Chibnall, 1997)。Tait 及 Chibnall 並針對簡明 7 各疼痛信念與其他變項之關係探討其同時效度, 整理其相關性發現疼痛關懷信念 (Solicitude)、疼痛情境信念 (Emotion)、疼痛傷害信念 (Harm)、殘障信念 (Disability) 及藥物使用信念 (Mediation) 具有類似的相關型態, 皆與憂鬱、被動式疼痛因應、情緒困擾及尋求幫助成正相關, 而關懷信念、傷害信念、殘障信念及藥物使用信念並與主動因應成反相關, 後三者信念亦與由疼痛殘障指標 (Chibnall & Tait, 1994) 測出的殘障及疼痛強度成正相關; 而疼痛掌控信念量表則與之前所提五種信念呈相反之特質, 掌控信念與憂鬱、被動式因應、殘障、疼痛強度、尋求幫助成反比, 而與主動因應成正比。因素分析之結果, 30 題的疼痛態度量表清楚地呈現 7 各因素, 顯示該量表子量表間清楚的劃分。

(4). 癌症及止痛藥使用信念 (Pain Opioids Beliefs Scale – Cancer; POABS-CA)

本量表為研究者 (Lai, 200; 2003) 根據美國健康照護政策與研究機構 (AHCPR)(U.S. Department of Health and Human Services) 所指出的對癌症疼痛與不正確藥物信念之內容, 擬出之 12 題 0 至 4 分 Likert 量表, 0 分表示非常不同意該項目, 4 分表示非常同意, 分數愈高表示對疼痛及止痛藥信念或不正確之觀念越嚴重。該量表具良好之內容效度 (Lai, 1994), 並且已多次使用在研究者癌症疼痛之研究約 600 名癌痛病人 (Lai, 1997, 2000), 其內容在一致度信度 Cronbach's 值皆高於 .80, 在本研究終將以此量表測試病人對止痛藥的信念與相關知識。

(5). 多層面疼痛量表簡易篩檢版 (Multidimensional Pain Inventory- Brief screening, MPI—B)

本量表為 Western Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) 之簡易篩檢版 (Kerens, Turk, & Rudy, 1985), 共有 8 題 0—6 分測量四個疼痛層面的問題, 包括疼痛嚴重度 (Pain Severity)、疼痛 (對病人) 的干擾 (Interference)、生活控制、情緒上的困擾 (Affective Distress), 本量表可作為疼痛狀況歸類的標準, 其中若疼痛強度 2 題 (最高共 12 分) 大於 9 分, 疼痛的干擾大於 10 分, 生活控制高於 6 分或情緒上的困擾大於 8 分時, 則呈現病人可能有受來自疼痛相關因素造成的功能不全 (dysfunction), 該量表之精簡版已被使用於臨床癌痛病人的篩檢, 具有良好之信效度 (Kerens, et al., 1985)。研究者將取得原作者同意後使用該量表, 考量文化即語言的不同 (Marin & Marin, 1991), 研究者遵行翻譯—翻譯 (translation and Back—translation) 之原則, 請二位熟悉中、英文, 且具有多年癌症臨床工作經驗之護理碩士先譯成中文, 再由二位類似背景之護理人員及一位非護理人員分別在譯回英文, 結果顯示與原量表十分相似, 且翻譯者彼此間之譯法亦十分接近, 甚至完全相同, 以確保中文版之內容同於英文原版。

(6).醫院焦慮憂鬱量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

本量表為 Zigmond 及 Snaitth (1983) 所發展出來的，主要測量一般臨床的病人量其焦慮及憂鬱的狀態，已作為情緒障礙 (emotional disorder) 嚴重度的評估。此量表在癌症病患的研究中經常被使用 (Lampic, Essen, Peterson, Larsson & Sjoden, 1996; Grassi, et al., 1996)。本量表共有 14 題，7 題測量憂慮，7 題測量焦慮，以 0-3 分 Likert's 量表計分，量表將焦慮及憂慮分開計分，焦慮的總分在 0-21 分之間，憂鬱亦同。其結果為得分小於 7 分並不屬於焦慮或憂慮 (non-case)，若在 8-10 分之間則為邊緣性個案 (doubtful case)，若得分大於或等於 11 分則可認為是屬於焦慮或憂慮的個案 (case)。

量表翻譯

研究者將取得原作者同意後使用該量表，考量文化即語言的不同 (Marin & Marin, 1991)，研究者遵行翻譯—翻譯 (translation and Back—translation) 之原則，請二位熟悉中、英文，且具有多年癌症臨床工作經驗之護理碩士先譯成中文，再由二位類似背景之護理人員及一位非護理人員分別在譯回英文，結果顯示與原量表十分相似，且翻譯者彼此間之譯法亦十分接近，甚至完全相同，以確保中文版之內容同於英文原版。

結果

本階段共訪談符案病人 150 人，其中男性 81 人，女性 69 人，主要診斷以肺癌、肝癌、乳癌、直結腸癌 及胃癌佔前五位，基本上反應台灣癌症病人之疾病發生率之分佈，顯示個案具代表性。

信效度測試結果

(1).疼痛態度調查表精簡版 (Survey of Pain Attitudes, SOPA-B)

SOPA 量表包含七大疼痛信念，分別為疼痛控制信念(Control belief)，殘障信念 (disability belief)，疼痛關懷信念 (solicitude belief)，藥物使用信念 (medication belief)，醫療治癒信念 (medical cure belief)，疼痛情感信念 (emotion belief)，及疼痛傷害信念 (harm belief)。在本研究各子量表的內在一致度信度 Cronbach's 值依以上順序分別為 0.80, 0.65, 0.70, 0.76, 0.70, 0.82, 0.60.，而 Solicitude belief、Emotion belief、Harm belief、Disability 及 Mediation belief，皆與憂鬱成正相關，control belief 與憂鬱、疼痛強度及 control belief 成反比。以因素分析以上各子量表，皆為單一因素，初步顯示該量表子量表間清楚的劃分。

(2).癌症及止痛藥使用信念 (Pain Opioids Analgesics Beliefs Scale – Cancer; POABS-CA)

本量表原為 13 題量表三子量表 (Lai, 2000)，此次測量以探索式因素分析之結果顯示，二子量表較三子量表穩定，因此，取二子量表之結果，及包含忍耐疼痛信念 (endure pain belief) 及鴉片類止痛藥物負向信念 (opioid adverse effect belief) 共 10 題，內在一致度信度分別為 0.85 及 0.87。在本研究終將以此量表測試病人對止痛藥的信念與相關知識。

(3).多層面疼痛量表簡易篩檢版 (Multidimensional Pain Inventory- Brief screening, MPI—B)

本量表為 Western Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) 之簡易篩檢版 (Kerens, Turk, & Rudy, 1985), 共有 8 題 0—6 分測量四個疼痛層面的問題, 包括疼痛嚴重度 (Pain Severity)、疼痛 (對病人) 的干擾 (Interference)、生活控制、情緒上的困擾 (Affective Distress), 考量 "簡易疼痛量表 (Brief Pain Inventory- Short Form)" 更可反應癌症病人之疼痛程度及疼痛對病人生活之干擾, 因此改使用 "簡易疼痛量表 (Brief Pain Inventory)", 簡易疼痛量表之信效度已於過去之研究中測試, 呈現相當滿意之信效度。

(4).醫院焦慮憂鬱量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

本量表為主要測量一般臨床的病人量其焦慮及憂鬱的狀態, 已作為情緒障礙 (emotional disorder) 嚴重度的評估, 本研究中發現此量表之內在一致度信度分別為 0.82 及 0.84。

結論

本階段研究結果支持以上量表之信效度, 惟原預定使用之 MPI 改為 BPI-short form 各量表之文字亦清楚, 執行上無困難, 以上量表將使用於第二階段之疼痛介入性研究, 作為評估疼痛經驗及任之行為疼痛處理介入措施之成效評估之指標。