

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 癌症患者的疼痛因應：內外控傾向在因應策略與生活品質關係中的調節效果

Coping with Cancer Pain: The Moderating Effect of Locus of Control on the Relationship between Coping Strategies and Quality of Life

doi:10.30074/FJMH.201412_27(4).0003

中華心理衛生學刊, 27(4), 2014

Formosa Journal of Mental Health, 27(4), 2014

作者/Author：田欣珊(Shin-Shan Tien);梁記雯(Chi-Wen Liang);洪福建(Fu-Chien Hung)

頁數/Page：533-560

出版日期/Publication Date：2014/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201412_27\(4\).0003](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201412_27(4).0003)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



癌症患者的疼痛因應：內外控傾向在因應策略與生活品質關係中的調節效果

田欣珊 梁記雯 洪福建

研究目的：本研究主要欲檢驗在癌症患者的疼痛因應歷程中，採取不同疼痛因應策略(問題導向因應策略/ 情緒導向因應策略)的效果是否會受到患者之內外控傾向的調節。
研究方法：參與者為70名報告有疼痛症狀的癌症患者，所有參與者均完成「台灣版簡易疼痛量表-疼痛強度分量尺」、「內外控量表」、「疼痛因應策略檢核表」，以及「臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」，資料取得時間為民國95年7至12月間。
研究結果：階層迴歸分析結果發現，癌症患者的內外控傾向在兩種疼痛因應策略分別對生活品質的預測中，均具有調節效果。內控的患者採取較多問題導向因應可提升其生活品質；外控的患者採取問題導向因應則對生活品質沒有顯著影響。其次，內控的患者採取較多情緒導向因應會惡化患者的生活品質；外控的患者採取較多情緒導向因應則可促進患者的生活品質。
研究結論：癌症患者採取何種疼痛因應策略較為有效，需考量患者的內外控傾向而定。

關鍵詞：癌症疼痛、內外控傾向、疼痛因應、問題導向因應、情緒導向因應

田欣珊：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院精神醫學部臨床心理師；中原大學心理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為癌症的疼痛因應。

梁記雯：中原大學心理學系助理教授；國立政治大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、實驗心理病理學。

洪福建：中原大學心理學系助理教授；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、健康心理學。(通訊作者；E-mail: hfc@cycu.edu.tw)

收稿：2014年07月18日；接受：2014年12月01日。

一、緒 論

癌症為2013年國人十大主要死因之首，死亡人數達到44,791人，佔所有死因死亡人數的29.0%(衛生福利部，2014)。癌症所伴隨的症狀經常在患者身上引發程度不一的壓力適應問題，其中癌症疼痛是一項常見且相當困擾患者的症狀(Cooley, Short, & Moriarty, 2003; Jones, Huggins, Rydall, & Rodin, 2003)。過去的研究指出，大多數癌症患者都曾經歷一種以上的疼痛症狀，並且因持續性的疼痛問題而感到苦惱(Alexopoulos, Koutsogiannou, Moratis, Mestousi, & Jelastopulu, 2011; Grond, Zech, Diefenbach, Radbruch, & Lehmann, 1996; van den Beuken-van Everdingen et al., 2007)。癌症疼痛對於患者在各方面的生活品質均有重要影響(Kyranou et al., 2013; Niv & Kreitler, 2001)，有嚴重疼痛的患者，其生活品質通常比僅具有輕微或中等強度疼痛的患者較差(Rustøen, Moum, Padilla, Paul, & Miaskowski, 2005)，而減輕癌症疼痛則有助於提升癌症患者的生活品質(Kahan, 2014)。因此，瞭解癌症患者對於癌症相關疼痛的心理適應歷程在臨床上是一項值得關注的重要議題。

根據國際疼痛研究協會的定義，疼痛是「實質或潛在組織損傷所造成的一種不愉快感覺或情緒經驗」(Merskey, 1994)。然而，許多學者均同意疼痛經驗並非一種單純由於生理組織受傷所引發的感覺或情緒經驗，而是一種同時包含了生理、心理、社會等多重向度的複雜經驗(McGuire, 1995; Zaza & Baine, 2002)。因此，在面對疼痛經驗的過程中，心理因素實則扮演著相當重要的角色，許多心理因應策略可以幫助癌症患者進行疼痛管理或疼痛控制(Keefe, Abernethy, & Campbell, 2005)。從壓力因應的角度出發，癌症疼痛對於癌症患者而言是一項重要的壓力事件，患者可能採取各種不同的策略以因應疼痛症狀所帶來的壓力(Utne et al., 2009)；國內的研究亦指出，癌症患者會採取各種不同類型的因應行為來緩解其疼痛症狀(林佳靜，1998)。

Lazarus(1993)曾將因應策略分為問題導向因應(problem-oriented coping)以及情緒導向因應(emotion-oriented coping)兩種取向。前者是指個體會試圖從事某些行動，致力於改變自己或是改變環境，以達到適應的目的；後者則是指個體會嘗試改變自己對壓力情境的注意方式(例如，警覺或是逃避)，或是改變對事情的解釋(例如，採取

較少威脅性的評估、否認或隔離等)(Lazarus, 1993; Osowiecki & Compas, 1998)。一般而言，問題導向因應被認為是屬於較主動、直接或者任務導向的因應策略，情緒導向因應則被認為屬於較被動或防衛性的因應策略。在壓力因應的過程中，個體會傾向選擇何種取向的因應策略，可能會受到其內在因應資源的多寡影響。例如，環境的知覺控制感被認為是個人在壓力因應中一項相當重要的內在心理資源(Hobfoll & Lerman, 1988)。根據Hobfoll(1989)的資源保留理論(Conservation of resources, COR)，個體所擁有的內在心理資源高低會影響其壓力因應的方式，當處在資源流失(下降)的狀態下，個體較容易採取防衛式(情緒導向)的因應策略而導致不利的適應結果。據此可以推測，在經歷重大壓力事件時，知覺控制感較高的個體，代表其擁有較多的內在因應資源，他們傾向認為自己有能力可以處理壓力情境，且他們的情緒困擾也較少；相反地，知覺控制感較低的個體，代表其擁有的內在因應資源較少，因此，他們較容易採取防衛式的因應策略，並導致較差的適應結果(Hobfoll & Lerman, 1988)。

個體對於其環境的知覺控制感高低會受到個人之人格特質--「內外控傾向」所影響。內外控傾向的概念是由Rotter(1966)所提出，他認為不同個體在知覺自己對於所處環境的控制感上具有不同傾向，此種個體對於環境會傾向具有較高或較低知覺控制感的人格特質就稱為內外控傾向(Parkes, 1984; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984)。根據Rotter的假設，個體對於發生在自己身上的事件會有兩種不同的解釋傾向，一種是內控傾向，另一種是外控傾向。內控傾向的個體確信命運掌控在自己身上，認為自己行為的結果是可以被預測的；外控傾向的個體則認為事件是由外在因素(例如運氣、機會、命運或他人威權…等)所決定，自己無法預測自身行為的結果。Rotter(1971)假設內、外控是一個連續向度的兩端，根據個體在此向度上的高低程度，可以將個體區分成內控傾向或外控傾向。內外控傾向被認為是一種相對穩定的個別差異，內控與外控的人通常會展現不同的認知型態、感受以及所衍生的應對行為(Kobasa & Puccetti, 1983; Phares & Chaplin, 1997)。例如，內控傾向的個體通常對環境擁有較高的控制感，同時他們擁有較高的支配感、勝任感與效能感，在行為反應上較為主動；外控傾向的個體通常對環境的控制感較低，較容易出現無助與無能的感受，在行為反應上也較為被動(Lefcourt & Davidson-Katz, 1991)。

由上可知，在因應壓力時，由於不同內外控傾向的個體對於壓力事件的知覺控制感可能有所不同，因此他們可能傾向選擇不同的因應策略。Parkes(1984)發現內控傾向的個體會採取較多的直接因應策略，試圖去改變壓力的現況；這些策略包含正向的個人行動、尋求他人協助或從他人處獲得訊息…等較理性且任務導向的策略。外控傾向的個體則使用較多的壓抑策略，試圖抑制自己對壓力事件的思考、感受；包括否認已經發生的事情或避免與任何人談論跟壓力事件相關的痛苦感受，以及選擇性忽略、合理化或逃避等策略作為因應方式。Lefcourt與Davidson-Katz(1991)指出，在面對壓力事件時，若個體評估自己有能力可以處理，則較能投入問題導向的因應策略；反之，若個體評估自己沒有能力可以處理，認為壓力事件超過個人所能掌控的範圍，則較容易投入情緒導向的因應策略。Lefcourt與Davidson-Katz同時也發現，在面對疾病時，內控傾向的個體會尋求較多與健康或疾病相關的訊息，但外控傾向的個體則鮮少去蒐集相關的訊息。

從以上的論述中可以歸納出，整體而言，情緒導向的因應策略被認為是較不利於適應的策略，而問題導向的因應策略則相對而言能帶來較佳的適應效果。其次，內控傾向的個體可能偏向採取主動性的因應策略(問題導向因應策略)，因此容易帶來較適應的結果；相反地，外控傾向的個體可能偏向採用較多防衛式因應策略(情緒導向因應策略)，因此容易導致不利的適應結果。

然而，Osowiecki與Compas(1998)在研究癌症患者對於其癌症的適應歷程時發現，只有當癌症患者擁有較高的知覺控制感時，採用較多的問題導向因應策略才會帶來適應性的結果，知覺控制感較低的患者採取問題導向因應策略反而會導致憂鬱與焦慮情緒的增加。在有關疼痛因應的研究中，Bento等人(2010)發現，對於疼痛刺激的知覺控制感在主動因應策略與適應性的神經內分泌反應間扮演了調節的角色，亦即對疼痛刺激擁有較高知覺控制感的參與者採取主動因應策略時可以誘發較多適應性的壓力反應。有關於情緒導向因應策略的效果部分，早期有研究指出外控傾向的青少年採取較多情緒導向因應策略反而有助於減少焦慮與憂鬱的情緒(Gomez, 1998)；其它研究結果則指出，在癌症調適的歷程中，患者採取情緒導向因應策略未必會導致不良的適應效果(Cordova et al., 2003; Stanton et al., 2000)。上述這些研究結

airiti

果暗示，在壓力因應的歷程中，採取問題導向或是情緒導向的因應策略是否可以為個體帶來適應性的結果，似乎與個體對環境的知覺控制感或是內外控傾向有關。根據Osowiecki與Compas(1998)的看法，個體所採取的因應策略必須與其對環境的控制感適配良好，方能達到有效適應，亦即內外控傾向(或是知覺控制感)在因應策略與因應結果之間可能扮演了調節變項的角色。

儘管過去部分與壓力因應或是癌症因應相關的研究中，亦有部分研究在探討有關個體的內外控傾向(或知覺控制感的高低)、因應策略以及因應結果之間的關係，但鮮少研究直接探討在「癌症患者的疼痛因應」中，此三者之間的關係。根據本文的文獻回顧內容，過去部分研究的結果顯示，當個體對環境擁有較高的控制感，採取問題導向的因應策略可以發揮較佳的效果，然而若個體對環境的控制感較低，採用品緒導向的因應策略反而更為適切。倘若依循上述的觀點，則可推測，在癌症患者的疼痛因應歷程中，對內控傾向的患者而言，由於他們通常對環境擁有較高的知覺控制感，因此採取問題導向的因應策略可以為他們帶來較佳的適應結果；相反地，情緒導向的因應策略則會使他們落入較差的適應。對外控傾向的患者而言，由於他們通常對環境的知覺控制感較低，因此採取情緒導向的因應策略反而能夠為他們帶來較佳的適應結果；相反地，採取問題導向的因應策略則會使他們的適應更差。

本研究旨在探討癌症患者採取不同取向之疼痛因應策略的效果是否會受到個體之內外控傾向的影響。在本研究中，癌症患者的疼痛因應策略主要可分為問題導向與情緒導向兩種取向，而因應效果則是以癌症患者的生活品質作為適應的指標。本研究的假設如下：一、疼痛強度會透過疼痛因應策略影響癌症患者的生活品質。二、內外控傾向是疼痛因應策略與生活品質間的調節變項，亦即內、外控患者在疼痛因應歷程中將會因著其所選擇的因應策略不同，而對其生活品質產生不同的影響。本研究預測，對內控傾向的癌症患者而言，採取問題導向的疼痛因應策略可帶來較佳的生活品質，反之，採取情緒導向的疼痛因應策略反而降低其生活品質較差；對外控傾向的癌症患者而言，採取情緒導向的疼痛因應策略可以帶來較佳的適應，反之，採取問題導向的疼痛因應策略則導致較差的生活品質。

二、研究方法

(一) 研究對象

本研究的研究對象為癌症患者，所有參與者均為經血液腫瘤科醫師診斷罹患癌症，並且於最近一週內有癌症疼痛問題的患者；同時排除處於意識不清、具有精神或認知障礙，以及無法使用文字或口語溝通者。最後，本研究共蒐集了70名參與者的資料。有關參與者的人口變項部分，所有參與者的年齡介於32歲到73歲之間，平均年齡為55.0歲(標準差=9.2)，其中包括男性49人(70%)，女性21人(30%)；在教育程度方面，不識字者有5名(7.1%)，國小畢業或肄業有30名(42.9%)，國中畢業或肄業有16人(22.9%)，高中/職以上有19人(27.1%)；在婚姻狀態方面，已婚/同居有54人(77.1%)，未婚有4名(5.7%)，離婚/分居有5名(7.1%)，喪偶有7名(10.0%)；在宗教信仰方面，具有宗教信仰者有63人(90%)，無宗教信仰者則有7人(10%)。

有關參與者的臨床變項部分，70名參與者中有33人(47.1%)為門診患者，另外37人(52.9%)則為住院患者；參與者所罹患的癌症類別以鼻咽癌最多，有27人(38.6%)，其次為口腔癌，有15人(21.4%)，其它依序為淋巴癌9人(12.9%)、咽喉癌6人(8.6%)、肺癌5人(7.1%)、乳癌5人(7.1%)與口咽癌3人(4.3%)；在癌症的臨床分期方面，第I期有12人(17.1%)，第II期有23人(32.9%)，第III期有13人(18.6%)，第IV期則有22名(31.4%)；在治療形式方面，單純接受化學治療的患者有26人(37.1%)，單純接受放射線治療的患者有11人(15.7%)，合併兩種以上之治療的患者則有33人(47.2%)。

(二) 研究工具與測量

1. 台灣版簡易疼痛量表--疼痛強度分量尺(Taiwanese version of the Brief Pain Inventory-pain severity subscale, BPI-T-pain subscale)

BPI-T是由Ger、Ho、Wang與Cherng(1998)根據英文版簡易疼痛量表(the Brief Pain Inventory, BPI) (Cleeland, 1989)所翻譯，原量表共包含二十個題項；其中，在臨床上最常被使用的兩個分量表分別為疼痛強度分量表(包含四個題項)以及疼痛干擾分量表(包含七個題項)。本研究基於研究目的所需，僅採用疼痛強度分量尺來測量

airiti

患者的疼痛強度，分別請患者評估過去一週內「疼痛最厲害」、「疼痛最輕微」、「平均疼痛」與「現在疼痛」的程度。疼痛強度分量尺是以數字分級量尺(Numeric Rating Scale, NRS)的方式，將疼痛感受量化成11個等級(0~10)，0代表「不痛」，10代表「痛極了」，由患者自行評估並圈選合適的數字。台灣版簡易疼痛量表具有良好的建構效度與內部一致性，疼痛強度與疼痛干擾兩個分量尺的Cronbach's α 分別為.81與.89 (Ger, Ho, Sun, Wang, & Cleeland, 1999)。在本研究中，疼痛強度分量尺的Cronbach's α 為.90。

2. 內外控量表

在內外控傾向的測量上，過去在研究上最常被使用的工具為Rotter(1966)所發展的29題內外控量表(Rotter's 29-item locus of control scale)。由於本研究的對象為癌症患者，為了減輕患者在填答問卷時的體力負荷，故本研究改採用由羅時宏(2004)根據Rotter的量表重新修定編製而成的9題內外控量表。該量表採用5點量尺作答(1~5)，由患者評估各題項之描述與自身情形相符的程度，1代表「非常不同意」，5代表「非常同意」，其中第3、6、7、8與9題為反向計分題。填答者在該量表上的總得分越高者，代表其內控傾向越強。中文版內外控量表具有良好的構念效度與內部一致性(Cronbach's α =.86)(羅時宏，2004)。在本研究中，該量表的Cronbach's α 為.89。

3. 疼痛因應策略檢核表

為了編訂疼痛因應策略檢核表，本研究首先對8名(5名男性，3名女性)癌症患者進行半結構式訪談，蒐集並瞭解有關癌症患者的疼痛經驗。接著將訪談所得的資料與林佳靜(1998)及蔡麗雲與顧乃平(1997)所發展的疼痛因應策略量表進行彙整，並訂出可能的題項，然後根據Moos與Schaefer(1984)對因應策略的分類概念，對所有的題項進行分類。本研究並邀請具博士學位的臨床心理學專家針對各題項內容是否能符合Moos與Schaefer的分類概念進行評估，以確立該量表的內容效度。本研究主要將疼痛因應策略區分為問題導向與情緒導向兩種不同取向的因應策略，最後編訂出包含11種問題導向因應策略以及9種情緒導向因應策略的疼痛因應策略檢核表。以本研究的樣本進行內部一致性檢驗，得到問題導向因應策略與情緒導向因應策略兩個分量尺的Cronbach's α 分別為.72與.77。

4. 臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(Brief Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Taiwanese version, WHOQOL-BREF-T)

本研究採用WHOQOL-BREF-T作為測量癌症患者之生活品質的工具。該問卷乃是由姚開屏(2005)所修訂，共有28個題項，每一題項均採五點量尺計分(1~5)。所有題項又可區分為生理、心理、社會及環境四種生活範疇，故可分別計算出每一位患者在此四個生活範疇的生活品質分數，本研究又進一步將此四種生活範疇的生活品質分數加以平均，用來代表患者的整體生活品質分數。因此，每一位患者皆可得到生理範疇、心理範疇、社會範疇、環境範疇以及整體生活品質五個分數。WHOQOL-BREF-T的內部一致性為.91，二至四週的再測信度介於.76至.80間，同時具有良好的建構效度(姚開屏，2002)。在本研究中，該問卷的Cronbach's α 為.92。

(三) 研究程序

本研究由台北馬偕紀念醫院之醫學研究倫理審查委員會通過且發文同意後(馬院醫內字第0950002841號)，於民國95年7至12月間在該院血液腫瘤科進行收案，透過血液腫瘤科醫師轉介與招募的方式募集參與者。參與者首先簽署參與研究同意書，接著則依序填答基本資料、疾病相關訊息(癌症類別、期別、治療方式)、BPI-T-pain subscale、內外控量表、疼痛因應策略檢核表以及WHOQOL-BREF-T。本研究因考量癌症患者在身體狀況方面的特殊性，為減輕患者在填答時的體力負荷，參與者可選擇自行填答，或是選擇由訪員以口述題目的方式協助患者填答。在所有參與者中，有3名參與者是採取自行填答的方式，其餘67名參與者則是由訪員以逐題詢問的方式完成所有作答。

三、研究結果

(一) 基本人口變項與生活品質之關係

本研究首先檢驗參與者的生活品質是否會因背景資料的不同而有所差異，結果發現不同性別($t(68)=-.06, p>.05$)或是有無宗教信仰($t(68)=-.14, p>.05$)的參與者在生活

品質上並沒有顯著差異；再者，目前處於有伴侶狀態(包含已婚或同居)的參與者與目前處於單身狀態的參與者(包含未婚、離婚/分居及喪偶)，在生活品質上亦沒有顯著差異($t(68)=-1.83, p>.05$)。

此外，年齡與生活品質沒有顯著相關($r=.01, p>.05$)；最後，以史比爾曼等級相關檢視不同教育程度(高中/高職以上、國中及國小以下)與生活品質的關聯性，結果顯示教育程度與生活品質間亦沒有顯著關聯($r=-.02, p>.05$)。

(二) 臨床變項與生活品質之關係

本研究接著檢驗各臨床變項與生活品質之間的關係。首先，門診病患與住院病患在生活品質得分上無明顯差異($t(68)=-.06, p>.05$)；其次，比較頭頸部癌(包含鼻咽癌、口腔癌與淋巴癌)與非頭頸部癌(咽喉癌、肺癌、乳癌與口咽癌)患者在生活品質上的差異，發現不同癌症類型在生活品質得分上亦無顯著差異($t(68)=1.62, p>.05$)。此外，接受不同治療形式的癌症患者在生活品質得分上沒有顯著差異($F(2, 67)=.12, p>.05$)；處在不同臨床分期的患者在生活品質的得分上也沒有明顯差異($F(3, 66)=1.79, p>.05$)。

(三) 疼痛強度、疼痛因應策略、內外控傾向與生活品質間的相關分析

各變項的平均數、標準差與及變項間的相關係數，如表一所示。疼痛強度與整體生活品質之間($r=-.27, p<.05$)呈顯著負相關，即疼痛強度越強，整體生活品質越差。在疼痛因應策略與生活品質的關係部分，問題導向因應策略與生活品質($r=.30, p<.05$)有顯著正相關，代表使用越多問題導向因應策略的患者，生活品質越高；情緒導向因應策略則與生活品質無關。內外控傾向與生活品質之間有顯著正相關，代表內控傾向越高的患者，生活品質越高。另外，內外控傾向與疼痛強度無關($r=-.14, p>.05$)；內外控傾向與問題導向因應策略有顯著正相關($r=.24, p<.05$)，內控傾向越高的患者，越常使用問題導向因應的策略；內外控傾向與情緒導向因應策略間則無明顯關聯($r=-.05, p>.05$)。

表一 變項的平均數標準差與相關係數

	<i>M</i>	<i>SD</i>	A	B	C1	C2	D1	D2	D3	D4
A疼痛強度	4.23	1.84								
B內外控傾向	29.30	6.64	-.14							
疼痛因應策略										
C1問題導向因應	32.01	7.55	-.17	.24*						
C2情緒導向因應	21.40	6.42	.14	-.05	-.46***					
生活品質										
D1生理範疇	11.97	3.08	-.33**	.43***	.26*	-.07				
D2心理範疇	11.70	3.64	-.26*	.52***	.33**	-.12	.79***			
D3社會範疇	13.09	2.55	-.13	.32**	.22	.03	.67***	.71***		
D4環境範疇	12.00	2.91	-.26*	.39**	.26*	-.05	.76***	.82***	.80***	
D5整體生活品質	12.44	2.76	-.27*	.47***	.30*	-.07	.89***	.93***	.86***	.93***

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

(四) 疼痛強度透過疼痛因應策略影響生活品質的效果檢驗

本研究採用階層迴歸分析來檢驗疼痛強度是否會透過疼痛因應策略影響癌症患者的生活品質。以疼痛強度與疼痛因應策略為預測變項，對生活品質進行預測。區段一先投入疼痛強度，區段二再投入疼痛強度、問題導向因應策略與情緒導向因應策略。由於本研究的資料分析結果顯示，人口變項與臨床變項上的差異並未造成患者在生活品質上的差異，故階層迴歸分析的部分並未控制人口變項或臨床變項。

根據表二的結果，在區段一中，疼痛強度可顯著地負向預測生活品質($\beta=-.27$, $p<.05$)。在區段二中，問題導向因應策略可顯著地正向預測生活品質($\beta=.31$, $p<.05$)，情緒導向因應策略則無顯著的預測效果($\beta=.05$, $p>.1$)；此外，投入疼痛因應策略後，疼痛強度對生活品質的預測性依然顯著($\beta=-.24$, $p<.05$)，但其 β 值下降，此結果表示疼痛強度會透過問題導向因應策略影響生活品質，亦即問題導向因應策略在疼痛強度與生活品質的關係中具有部分中介的效果。

表二 疼痛因應策略對疼痛強度預測生活品質的中介效果分析(N=70)

	生活品質	
	區段一 β	區段二 β
預測變項		
疼痛強度	-.27*	-.24*
中介變項		
問題導向因應		.31*
情緒導向因應		.11
ΔR^2	.08*	.07
R^2	.08*	.15*
F值	5.51	3.88
自由度 ¹	1	3
自由度 ²	68	66

註： R^2 =決定係數； ΔR^2 =決定係數改變量； β =標準化迴歸係數。

* $p < .05$

(五) 內外控傾向對疼痛因應策略預測生活品質的調節效果

為探討內外控傾向在疼痛因應策略與生活品質之關係中的調節效果，本研究進行兩個階層迴歸分析，分別檢驗內外控傾向對問題導向因應策略預測生活品質的調節效果，以及內外控傾向對情緒導向因應策略預測生活品質的調節效果。根據本研究的相關分析結果，疼痛強度與整體生活品質具有顯著負相關，階層迴歸分析也顯示疼痛強度可顯著負向預測生活品質，故在檢驗內外控傾向對疼痛因應策略預測生活品質的調節效果時，將以疼痛強度做為控制變項。

在問題導向因應策略與生活品質的關係部份，區段一先投入疼痛強度(控制變項)，區段二投入問題導向因應策略(預測變項)，區段三再投入內外控傾向(調節變項)，最後區段四投入問題導向因應策略與內外控傾向的交互作用項。從表三的迴歸分析結果可知，在區段一中，疼痛強度可以顯著地負向預測生活品質($\beta = -.27$, $p < .05$)。在區段二中，投入問題導向因應策略之後，疼痛強度仍然可以顯著負向預

表三 內外控傾向對問題導向因應策略預測生活品質的調節效果分析(N=70)

	區段一 β	區段二 β	區段三 β	區段四 β
控制變項				
疼痛強度	-.27*	-.23*	-.19	-.14
預測變項				
問題導向因應		.26*	.17	.27**
調節變項				
內外控傾向			.40***	.38***
交互作用				
問題導向因應 \times 內外控傾向				.41***
ΔR^2	.08*	.07*	.15***	.16***
R^2	.08	.14	.29	.45
F值	5.53*	5.49***	8.92***	13.12***
自由度 ¹	1	2	3	4
自由度 ²	68	67	66	65

註： R^2 =決定係數； ΔR^2 =決定係數改變量； β =標準化迴歸係數。

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

測生活品質($\beta=-.23$, $p<.05$)，同時，問題導向因應策略也可以顯著地正向預測生活品質($\beta=.26$, $p<.05$)。在區段三中，內外控傾向可以顯著地正向預測生活品質($\beta=.40$, $p<.001$)，而在投入內外控傾向之後，疼痛強度與問題導向因應策略對生活品質不再具有顯著預測性(疼痛強度 $\beta=-.19$, $p>.05$ ；問題導向因應 $\beta=.17$, $p>.05$)。區段四中，疼痛強度無法預測生活品質($\beta=-.17$, $p>.05$)，問題導向因應策略與內外控傾向對生活品質的預測性均達顯著(問題導向因應 $\beta=.27$, $p<.01$ ；內外控傾向 $\beta=.38$, $p<.001$)，同時，兩者的交互作用項對生活品質的預測性也達顯著($\beta=.41$, $p<.001$)，表示內外控傾向對於問題導向因應策略與生活品質間的關係具有調節效果。

本研究接續進行事後考驗以釐清問題導向因應策略與內外控傾向的交互作用效果，參考Aiken與West(1991)的建議，取內外控量表總分之平均數加減一個標準差區分出內控傾向組(內外控量表分數高)與外控傾向組(內外控量表分數低)，再分別針對

表四 內外控傾向對情緒導向因應策略預測生活品質的調節效果分析(N=70)

	區段一 β	區段二 β	區段三 β	區段四 β
控制變項				
疼痛強度	-.27*	-.27*	-.21	-.17
預測變項				
情緒導向因應		-.03	-.01	.02
調節變項				
內外控傾向			.43***	.47***
交互作用				
情緒導向因應 \times 內外控傾向				-.47***
ΔR^2	.08*	<.01	.19***	.21***
R^2	.08	.08	.26	.48
F值	5.53*	2.75	7.82***	14.74***
自由度 ¹	1	2	3	4
自由度 ²	68	67	66	65

註： R^2 =決定係數； ΔR^2 =決定係數改變量； β =標準化迴歸係數。

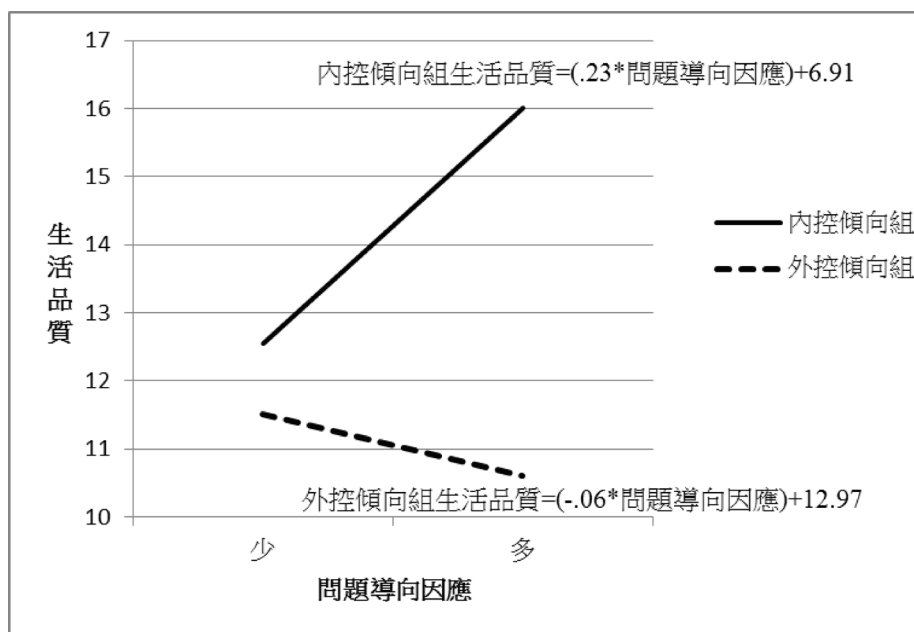
** $p < .01$, *** $p < .001$

內控傾向組與外控傾向組繪製問題導向因應策略預測生活品質的迴歸線(圖一)。由圖一中可看出，對內控傾向組的患者而言，問題導向因應策略可以顯著地正向預測生活品質($\beta = .68, p < .01$)，亦即內控傾向的患者若採取越多的問題導向因應策略，其生活品質越好；對外控傾向組的患者而言，問題導向因應策略則無法顯著預測其生活品質($\beta = -.23, p > .05$)。

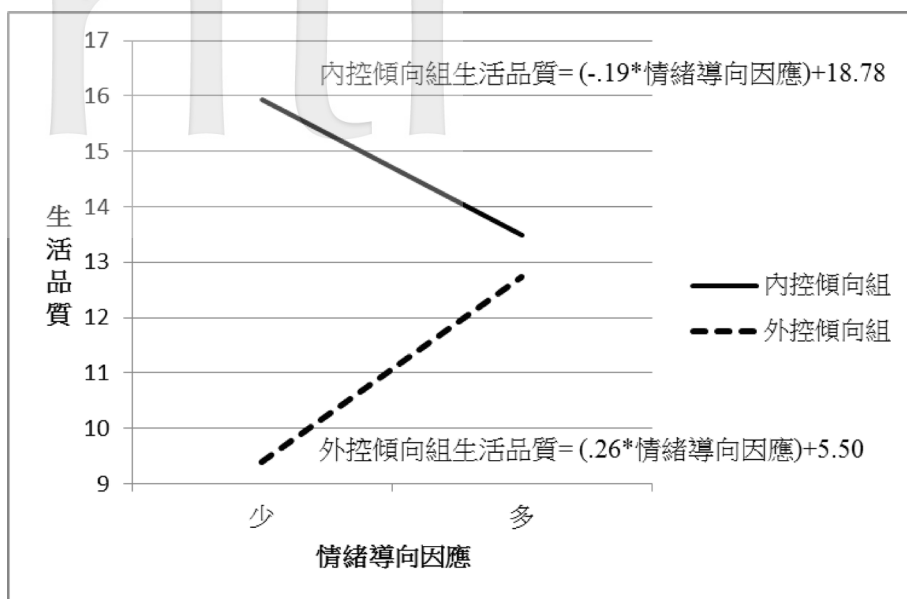
在情緒導向因應策略與生活品質的關係部份，區段一先投入疼痛強度，區段二投入情緒導向因應策略，區段三再投入內外控傾向，最後區段四投入情緒導向因應策略與內外控傾向的交互作用項。從表四的結果可知，在區段一中，疼痛強度可以顯著地負向預測生活品質($\beta = -.27, p < .05$)。在區段二中，投入情緒導向因應策略之後，疼痛強度對生活品質的預測性仍達顯著($\beta = -.27, p < .05$)，情緒導向因應策略則對生活品質沒有顯著預測性($\beta = -.03, p > .05$)。在區段三中，內外控傾向可以顯著地正

向預測生活品質($\beta=.43, p<.001$)，然而，投入內外控傾向之後，疼痛強度與情緒導向因應策略均無法預測生活品質(疼痛強度 $\beta=-.21, p>.05$ ；情緒導向因應策略 $\beta=-.01, p>.05$)。在區段四中，疼痛強度與情緒導向因應策略同樣無法預測生活品質(疼痛強度 $\beta=-.17, p>.05$ ；情緒導向因應策略 $\beta=-.02, p>.05$)，內外控傾向可以顯著地正向預測生活品質($\beta=.47, p<.001$)，此外，情緒導向因應策略與內外控傾向的交互作用項對生活品質的預測性亦達顯著($\beta=-.47, p<.001$)，表示內外控傾向對於情緒導向因應策略與生活品質間的關係具有調節效果。

圖二為交互作用的事後考驗分析，由圖上可知，對內控傾向組的患者而言，情緒導向因應策略可以顯著地負向預測生活品質($\beta=-.67, p<.01$)，表示內控傾向的患者採取越多的情緒導向因應策略，生活品質越差；對外控傾向組的患者來說，情緒導向因應策略可以顯著地正向預測生活品質($\beta=.68, p<.01$)，表示外控傾向的患者採取較多的情緒導向因應策略，生活品質越好。



圖一 內外控傾向在問題導向因應與生活品質間的調節效果



圖二 內外控傾向在情緒導向因應與生活品質間的調節效果

四、討論與結論

本研究的目的主要在探討癌症患者的內外控傾向、疼痛因應策略與生活品質之間的關係。本研究假設癌症患者本身的內外控傾向將影響其採取不同的疼痛因應策略時的因應效果，進而對癌症患者的生活品質產生不同的影響，亦即癌症患者本身的內外控傾向在疼痛因應策略與生活品質的關係中扮演調節變項的角色。

本研究首先檢驗參與者的生活品質是否隨著人口變項以及臨床變項的差異而改變，分析結果顯示包含年齡、性別、伴侶狀態、有無宗教信仰、教育程度等人口變項，以及包含患者類型(門診/住院)、癌症類型、治療形式與臨床分期等臨床變項均未對患者的生活品質造成顯著影響，在此前提下，才進行後續的統計分析。因此，本研究的結果已排除相關人口變項與臨床變項可能對生活品質產生的干擾效果。

本研究的相關分析結果指出，疼痛強度越強，癌症患者的整體生活品質越低，此結果驗證了疼痛症狀確實與癌症患者的生活品質低落密切相關(Cheng & Lee, 2011;

airiti

Von Zeidler et al., 2014)。其次，本研究假設疼痛強度會透過患者所使用的不同疼痛因應策略而影響其生活品質。根據相關分析的結果，使用較多的問題導向因應策略與較佳的整體生活品質有關，但情緒導向因應策略則與生活品質之間沒有顯著關連性。迴歸分析的結果則進一步發現，問題導向因應策略能夠顯著預測較佳的生活品質，且問題導向的因應策略是疼痛強度與生活品質之間的部分中介變項；情緒導向的因應策略則無法預測生活品質。本研究的結果與過去文獻主張「問題導向因應策略可帶來較佳適應，情緒導向因應策略則不利於適應」(Hobfoll & Lerman, 1988)的假設並不完全相符。從本研究的結果中可知，儘管癌症患者的疼痛強度越高，其生活品質可能越差，但癌症患者透過採取問題導向的疼痛因應策略，卻能夠達到有效的因應，進而減少疼痛強度對其生活品質的危害。另一方面，癌症患者採取情緒導向的疼痛因應策略雖然無法改善癌症患者的生活品質，但並不必然會帶來生活品質的惡化。

上述的結果似乎顯示，對癌症患者而言，採取問題導向的疼痛因應策略是較佳的因應方式。然而，若將患者個人的內外控傾向也納入考慮時，本研究的結果發現，不同疼痛因應策略在疼痛因應歷程中的效果，實則會受到癌症患者的內外控傾向所影響。在本研究中，圖一的結果說明，問題導向的因應策略可以顯著預測內控傾向患者的生活品質，但無法預測外控傾向患者的生活品質；亦即內控傾向的患者採取越多的問題導向因應策略會帶來較佳的生活品質；外控傾向的患者採取問題導向的因應策略並不會影響其生活品質。圖二的結果說明，情緒導向的因應策略可以顯著負向預測內控傾向患者的生活品質，同時能顯著正向預測外控傾向患者的生活品質；亦即，內控傾向的患者使用較多的情緒導向因應策略，會導致較差的生活品質，外控傾向的患者使用較多的情緒導向因應策略，卻能夠帶來較佳的生活品質。結合圖一與圖二的結果來看，整體來說，內控傾向患者的生活品質會優於外控傾向的患者，然而，內控患者與外控患者的生活品質變化會受到其使用的因應策略影響。以內控傾向的患者而言，使用較多問題導向因應策略，以及使用較少情緒導向因應策略，可以為他們帶來良好的適應結果(圖一、圖二)；相反地，他們若使用較多情緒導向應策略，以及使用較少問題導向因應策略，則適應結果相對較差(圖一、圖

二)。以外控傾向的患者而言，使用較多情緒導向因應策略，能幫助他們維持相對較佳的適應結果(圖二)；他們若使用較少情緒導向的因應策略，則會使得生活品質更加惡化(圖二)。綜合上述結果，本研究指向，內控傾向的患者較適合採取問題導向的因應策略，而不宜採取情緒導向的因應策略；外控傾向的患者則應該多採取情緒導向的因應策略。

本研究的結果與Hobfoll(1989)的假設並不相符，根據Hobfoll的看法，情緒導向的因應策略基本上是不利於適應的，是一種被動或防衛式的因應方式，容易帶來不良的適應，而對環境擁有越低控制感的個體(例如外控傾向的個體)，越容易傾向採取情緒導向的因應策略，此觀點似乎也暗示了外控傾向的個體在壓力因應的過程中，相對於內控傾向的個體而言，容易處於較為不利的形勢。然而，本研究的結果指向，問題導向因應策略未必都能有效幫助癌症患者因應其疼痛症狀，而情緒導向的因應策略亦未必都會帶來不利的後果。無論是內控傾向或是外控傾向的癌症患者，只要採取合適的因應策略，都可以在疼痛因應的過程中獲致較佳的適應結果或幫助維持其適應。本研究的結果可呼應Oswiecki與Compas(1998)所提出的看法，亦即癌症患者所使用的因應策略能否有效幫助患者因應疼痛症狀，進而提升其生活品質，需視個體的知覺控制感(內外控傾向)與因應策略間的適配性而定。

根據Rotter(1966)對於不同內外控傾向的看法，外控傾向的患者可能較傾向認為疼痛的感受非個人所能控制，或是自己所能掌控的部分很少。因此，若要求這一類的患者採用較多問題導向的因應策略，可能由於患者本身缺乏自我效能而造成因應策略無法發揮原來該有的效用(Parto & Besharat, 2011)。然而，外控的患者若採取較多情緒導向的因應策略，卻反而能夠減少疼痛對其生活品質的負面影響，一種可能的解釋是外控患者本來就不認為自己能夠掌控事情的發展，因此他們可能較容易發展出對疼痛感受的接受態度，亦即個體不再主動試圖去控制或逃避疼痛，這種對當下疼痛感受的接受性被證實有利於長期疼痛的患者對疼痛的適應與提升其整體功能(Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Martínez, 2007; Gauthier et al., 2009)。由於本研究中所界定的情緒導向因應策略實則涵蓋了對疼痛的接受、幽默或正向的態度、情緒宣洩以及逃避去想等不同策略，因此未來可能需要再進一步區分不同的情緒導向因

應策略，以釐清這些情緒導向因應策略背後有助於外控個體因應疼痛的機制為何？

反觀內控傾向的患者，他們較傾向認為自己的力量可以掌控外在事件，因此，這一類患者若採取較多的問題導向因應策略時，可能因為他們擁有較高的自我效能感，以及較高的動機投入這些主動性的因應策略，因而提升成功因應的可能性。相反地，倘若內控傾向的患者採取情緒導向的因應策略，這種被動取向的因應風格可能與他們內在相信「命運操之在我」的信念產生衝突；換言之，他們內心認為自己應該能夠掌控環境，但在行為上卻採取被動的態度，這種不一致可能導致理想我與真實我的差距拉大，而造成負向情緒的增加(Stevens, Lovejoy, & Pittman, 2014)。

本研究的發現在臨床實務上可提供一些思考的方向：首先，對於長期經歷疼痛症狀的癌症患者而言，在疼痛因應的歷程中，如何選擇適切的疼痛因應策略，應考量患者本身的內外控傾向，而不應一味地鼓勵患者使用問題導向的因應策略或避免情緒導向的因應策略。因此，在臨床照護上，應該對患者進行與因應歷程相關的人格特質評估(例如，內外控傾向)，再根據患者的內外控傾向教導其應採取哪些合適的因應策略。其次，雖然內外控傾向被假設為一種相對穩定的人格特質，然而，並非表示內外控傾向的人格特質就決定了某一位患者只能適用某一種取向的因應策略。儘管內外控傾向會影響個體對環境的知覺控制感高低，但知覺控制感仍會受到不同情境或外來因素(例如壓力事件本身的特性)的影響而有所改變，未來研究應進一步考量有關知覺控制感的特質與情境面向如何共同作用影響患者在採取不同因應策略時的效果，如此將能更釐清在癌症疼痛因應歷程的不同階段中，如何針對不同患者選擇最適配的因應策略。

本研究尚有如下限制：首先，有關參與者的部分，儘管本研究試圖在正式資料分析之前，先檢驗不同人口變項(包括年齡、性別、伴侶狀態、有無宗教信仰、教育程度)與臨床變項可能對生活品質所造成的影響，在確認各變項並未明顯對生活品質造成不同影響的情況下，再進行各項分析。然而，除了人口變項與臨床相關變項之外，生活品質也可能受到其它層面的變項所影響，例如患者的社會支持程度高低，未來研究應加入考量其它與個人生活品質可能有關的變項，以排除其它可能的干擾效果。再者，本研究的樣本人數較少，且大多數以頭頸部癌患者為主，參與者的同質性較高使得樣本代表性較為不足，可能造成本研究的結果在類推性上較為受限。

未來研究除了建議應增加樣本人數，同時應力求廣泛納入不同類型癌症的患者、增加樣本的異質性，以提升樣本的代表性，使得研究結果能夠更廣泛類推到不同類型癌症的癌症患者身上。

其次，有關疼痛因應策略的概念部分，本研究主要納入問題導向與情緒導向兩種取向的因應策略，忽略考量其它類型因應策略的可能性，例如認知層面的因應策略。例如，心像即是一項經常被運用來幫助癌症患者進行疼痛管理的認知策略(Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003; Kwekkeboom, Wanta, & Bumpus, 2008)。此外，過去亦有學者建議因應策略除了可依據其焦點功能的不同區分為問題導向與情緒導向兩種取向，每一種取向的因應策略還可根據個人的態度取向不同而區分為投入取向以及逃離取向兩類，因此共可形成四種不同的因應策略取向(陳秀蓉、何雪綾、林淑圓、鄭逸如，2007；Nezu, Nezu, & Geller, 2003)。本研究對疼痛因應策略的分類僅考量焦點功能的面向，忽略考量態度取向的面向。未來研究應該考慮納入更多不同類型的因應策略，同時應考量因應策略的不同面向(例如，態度取向)，以求釐清各種不同取向的疼痛因應策略對生活品質的影響，以及內外控傾向在其中所扮演的角色。如此，相信可以為臨床上針對癌症患者的疼痛介入提供更多具體的方向與建議。

最後，有關於生活品質的測量部分，本研究所採取的測量工具並非是針對癌症患者所設計的生活品質量表，而是較為廣泛性的生活品質量表。然而，基於考量癌症患者在疾病本質上的特殊性，此項生活量表可能無法完全反映出癌症患者在生活品質上的真實狀況。因此，建議未來研究可以採用特別針對癌症患者所編製的生活品質量表(Oskam et al., 2010; Verdonck-de Leeuw et al., 2014)，以求更如實捕捉癌症患者在生活品質上有別於一般健康控制組的特殊性。

參考文獻

林佳靜(1998)：〈癌症疼痛因應量表之發展與癌症疼痛因應行為之探討〉。《護理研究》，6卷5期，405-416。

airiti

姚開屏(2002)：〈健康相關生活品質概念與測量原理之簡介〉。《臺灣醫學》，6卷2期，183-192。

姚開屏(2005)：《臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊第二版》。臺北：臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組。

陳秀蓉、何雪綾、林淑圓、鄭逸如(2007)：〈身心壓力的因應〉。《臺灣家庭醫學研究》，5卷2期，53-60。

蔡麗雲、顧乃平(1997)：〈癌痛病患的疼痛因應策略及其相關因素之探討〉。《護理研究》，5卷2期，137-148。

衛生福利部(2014)：〈102年國人死因統計結果〉。2014年6月25，取自<http://health99.hpa.gov.tw/TXT/HealthyHeadLineZone/HealthyHeadlineDetail.aspx?TopIcNo=7001>。

羅時宏(2004)：《新進人員人格特質、資訊尋找行為與組織社會化之關聯性研究》。國立國防大學國防管理學院資源管理研究所碩士論文(未出版)。

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.

Alexopoulos, E. C., Koutsogiannou, P., Moratis, E., Mestousi, A., & Jelastopulu, E. (2011). Pain in cancer patients: the Greek experience. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 442-446.

Bento, S. P., Goodin, B. R., Fabian, L. A., Page, G. G., Quinn, N. B., & McGuire, L. (2010). Perceived control moderates the influence of active coping on salivary cortisol response to acute pain among women but not men. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 944-948.

Cheng, K. K., & Lee, D. T. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78(2), 127-137.

Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In C. R. Chapman & J. D. Loeser (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (vol. 12) (pp. 391-403). New York: Raven.

Cooley, M. E., Short, T. H., & Moriarty, H. J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12(7), 694-708.

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 461-467.

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188.

Gauthier, L. R., Rodin, G., Zimmermann, C., Warr, D., Moore, M., Shepherd, F., & Gagliese, L. (2009). Acceptance of pain: A study in patients with advanced cancer. *Pain*, 143(1-2), 147-154.

Ger, L. P., Ho, S. T., Sun, W. Z., Wang, M. S., & Cleeland, C. S. (1999). Validation of the brief pain inventory in a Taiwanese population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(5), 316-322.

Ger, L. P., Ho, S. T., Wang, J. J., & Cherng, C. H. (1998). The prevalence and severity of cancer pain: A study of newly-diagnosed cancer patients in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15(5), 285-293.

Gomez, R. (1998). Locus of control and avoidant coping: Direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 325-334.

Grond, S., Zech, D., Diefenbach, C., Radbruch, L., & Lehmann, K. A. (1996). Assessment of cancer pain: A prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. *Pain*, 64(1), 107-114.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resource: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.

Hobfoll, S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 565-589.

- Jones, J. M., Huggins, M. A., Rydall, A. C., & Rodin, G. M. (2003). Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 411-418.
- Kahan, B. (2014). Cancer pain and current theory for pain control. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(2), 439-456.
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & Campbell, L. C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review of Psychology*, 56, 601-630.
- Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 839-850.
- Kwekkeboom, K. L., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain Management Nursing*, 4(3), 112-123.
- Kwekkeboom, K. L., Wanta, B., & Bumpus, M. (2008). Individual difference variables and the effects of progressive muscle relaxation and analgesic imagery interventions on cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 604-615.
- Kyranou, M., Paul, S. M., Dunn, L. B., Puntillo, K., Aouizerat, B. E., Abrams, G., ... Miaskowski, C. (2013). Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 190-195.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lefcourt, H. M., & Davidson-Katz, K. (1991). Locus of control and health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 246-266). New York: Pergamon.
- McGuire, D. B. (1995). The multiple dimensions of cancer pain: A framework for assessment and management. In D. B. McGuire, C. H. Yarbrow & B. R. Ferrell (Eds.), *Cancer Pain Management* (2 ed.) (pp. 1-17). Boston: Jones & Barlett.

- Merskey, H. (1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*, 3(1 Suppl), S69-S76.
- Moos R. H. & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with Physical Illness: New Perspectives* (vol. 2) (pp. 3-25). New York: Plenum.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Geller, P. A. (Eds.). (2003). *Health psychology, Volume 9 of the Handbook of Psychology*. Editor-in-Chief: I. B. Weiner. New York, NY: Wiley.
- Niv, D., & Kreitler, S. (2001). Pain and quality of life. *Pain Practice*, 1(2), 150-161.
- Oskam, I. M., Verdonck-de Leeuw, I. M., Aaronson, N. K., Kuik, D. J., de Bree, R., Doornaert, P., ... Leemans, R. C. (2010). Quality of life as predictor of survival: a prospective study on patients treated with combined surgery and radiotherapy for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 97(2), 258-262.
- Osowiecki, D., & Compas, B. E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 483-499.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655-668.
- Parto, M., & Besharat, M. A. (2011). The direct and indirect effects of self- efficacy and problem solving on mental health in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 639-643.
- Phares, E. J., & Chaplin, W. F. (1997). *Introduction to Personality*. New York: Addison Wesley Longman.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Rotter, J. B. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5, 37-42.
- Rustøen, T., Moum, T., Padilla, G., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 234-242.

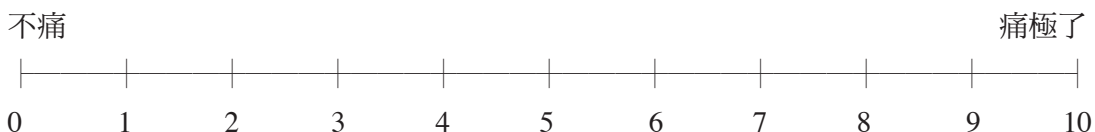
- airiti
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stevens, E. N., Lovejoy, M. C., & Pittman, L. D. (2014). Understanding the relationship between actual:ideal discrepancies and depressive symptoms: A developmental examination. *Journal of Adolescence*, 37(5), 612-621.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., & Rustøen, T. (2009). Differences in the use of pain coping strategies between oncology inpatients with mild vs. moderate to severe pain. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 38(5), 717-726.
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in the Netherlands. *Pain*, 132(3), 312-320.
- Verdonck-de Leeuw, I. M., Buffart, L. M., Heymans, M. W., Rietveld, D. H., Doornaert, P., de Bree, R., ... Langendijk, J. A. (2014). The course of health-related quality of life in head and neck cancer patients treated with chemoradiation: a prospective cohort study. *Radiotherapy and Oncology*, 110(3), 422-428.
- Von Zeidler, S. L. V., Oliveira, M. G., Sol, M., Oliveira, K. G., PodestÁ, J. R. V., Bissoli, N. S., & Gouvea, S. A. (2014). Impact of Pain on Quality of Life in Head and Neck Cancer. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 117(2), e212-e213.
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526-542.

附錄一 台灣版簡易疼痛量表—疼痛強度分量尺

1.請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛最厲害的程度。



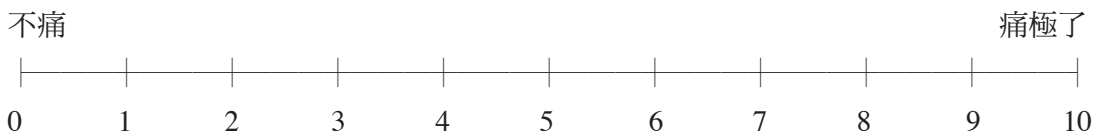
2.請圈出一個數字以表示您在最近一週內疼痛最輕微的程度。



3.請圈出一個數字以表示您在最近一週內平均疼痛(大部份時間)的程度。



4.請圈出一個數字以表示您現在疼痛的程度。



附錄二 內外控量表

下面句子描述的是我們對某些事情，認為自我可以掌握或控制的程度。請您針對每一題，圈選一個最符合您狀況的數字。

	非常 不同 意	不 同 意	沒 意 見	同 意	非 常 同 意
1. 當我得到我想要的東西時，通常都是因為我非常努力的關係。	1	2	3	4	5
2. 當我做計劃時，我一定要確定他們行得通。	1	2	3	4	5
3. 我比較喜歡有一點靠運氣的遊戲，較不喜歡完全靠技巧的遊戲。	1	2	3	4	5
4. 只要我下定決心，我一定可以學到想學的東西。	1	2	3	4	5
5. 我主要的成就完全是因為我的努力與能力所致。	1	2	3	4	5
6. 我不常設定目標，因為太花費時間。	1	2	3	4	5
7. 在競爭的環境下會妨礙我的卓越表現。	1	2	3	4	5
8. 我覺得通常人們會有成就，只是因為僥倖。	1	2	3	4	5
9. 在做超過我能力以外的事情時，我覺得成功的機會不大。	1	2	3	4	5

附錄三 疼痛因應策略檢核表

請回想您過去在處理疼痛問題時，曾使用過哪些處理方法，並針對每一種處理方法，選出一個最符合您使用程度的數字。

	從未如此	很少如此	有時如此	經常如此	總是如此
1. 定期回診。	1	2	3	4	5
2. 告知醫護人員(痛了才找醫生、護士尋求打針、服藥)。	1	2	3	4	5
3. 止痛藥物(自行使用外用藥膏、止痛藥)。	1	2	3	4	5
4. 食療(服用鎮痛、解熱、消炎的食物)。	1	2	3	4	5
5. 自己進行物理治療(按摩、輕揉、冰敷、熱敷)。	1	2	3	4	5
6. 民俗療法(敷蘆薈、中藥、針灸)。	1	2	3	4	5
7. 增加社交活動(找友人聊天、唱歌、聚會)。	1	2	3	4	5
8. 增加活動度(運動、散步)。	1	2	3	4	5
9. 固定不動。	1	2	3	4	5
10. 多休息、放鬆、打坐、冥想。	1	2	3	4	5
11. 轉移注意力。	1	2	3	4	5
12. 不去想、不理會。	1	2	3	4	5
13. 宗教信仰(禱告或唸佛)。	1	2	3	4	5
14. 要自己冷靜、堅強。	1	2	3	4	5
15. 發脾氣。	1	2	3	4	5
16. 哭泣。	1	2	3	4	5
17. 不遵守醫囑(拒絕吃藥或配合治療)。	1	2	3	4	5
18. 開些小玩笑或用幽默式的話語來面對。	1	2	3	4	5
19. 忍耐。	1	2	3	4	5
20. 認命接受。	1	2	3	4	5

Coping with Cancer Pain: The Moderating Effect of Locus of Control on the Relationship between Coping Strategies and Quality of Life

SHIN-SHAN TIEN, CHI-WEN LIANG, FU-CHIEN HUNG

Purpose: This study investigates the moderating effect of locus of control on the relationship between pain coping strategies (problem-oriented coping/emotion-oriented coping) and quality of life in cancer patients. **Methods:** Seventy cancer pain patients participated in this study. All participants completed the pain severity subscale of the Taiwanese version of the Brief Pain Inventory (BPI-T), a locus of control scale, a pain coping strategies checklist, and the Brief Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Taiwanese version (WHOQOL-BREF-T). The data were collected from July 2006 to December 2006. **Results:** The results of hierarchical regression analyses showed that locus of control moderated the relationship between problem-oriented coping and quality of life. More problem-oriented coping strategies predicted better quality of life for the cancer pain patients with an internal locus of control, whereas no such association was found for the cancer pain patients with an external locus of control. Moreover, we also found that a person's locus of control moderated the relationship between emotion-oriented coping and quality of life. More emotion-oriented coping strategies predicted worse quality of life for the cancer pain patients with an internal locus of control, whereas more emotion-oriented coping strategies predicted better quality of life for the cancer pain patients with an external locus of control. **Conclusions:** In the process of coping with cancer pain, whether the problem-oriented and emotion-oriented coping strategies facilitate a patient's quality of life depends on that person's locus of control.

Key words: cancer pain, locus of control, pain coping, problem-oriented coping, emotion-oriented coping

Shin-Shan Tien: Clinical psychologist, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch.

Chi-Wen Liang: Assistant Professor, Department of Psychology, Chung Yuan Christian University.

Fu-Chien Hung: Assistant Professor, Department of Psychology, Chung Yuan Christian University. (Corresponding Author, e-mail: hfc@cycu.edu.tw)