

Original Article

The Relationship Between Coping Strategies and Type D Personality in Non Late Stage Hepatocellular Carcinoma Survivors

Ruei-Jhu Wu¹, Yeur-Hur Lai², Jin-Chuan Sheu³, Shiow-Ching Shun^{2*}

¹Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

²School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

³Department of Internal Medicine, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

Abstract.

Background: Owing to the high recurrence rate of hepatocellular carcinoma, coping with the disease in the survival period can be challenging. The aims of this study were to explore the association between coping strategies and personality and to identify factors associated with coping strategies.

Methods: A cross-sectional correlated design was used and patients were recruited by convenience sampling from wards and outpatient departments at a medical center in Taipei. A set of structured questionnaires was used to collect data including patients' demographic and disease information, Symptom Distress Scale, Type D Scale-14 and the brief COPE scale. Data were analyzed by descriptive statistics and generalized estimating equations.

Results : Emotion-focused strategies were the most frequently used strategies. Among the 163 participants, 31 patients had type D personality (19%) and tended not to use emotion-focused strategies. Factors associated with patients using emotion-focused strategies included female gender, non-type D personality, younger age, higher level of education, Christian/Catholic, longer duration as HBV carrier, and lower level of symptom distress. Factors associated with patients using problem-focused strategies included younger age, higher level of education, longer duration as HBV carrier, and lower level of symptom distress. Younger age was also associated with patients using malfunction strategies.

Conclusions: This study showed that different factors were associated with the three types of coping strategies. We recommend that patients be screened for type D personality, so that those with higher levels of distress when managing their symptoms can be helped to have a positive coping process. Health care providers should also proactively take care of younger patients with mal-adaptation.

Keywords : hepatocellular carcinoma, coping strategy, personality

原著論文

非晚期肝癌存活者之因應策略與 D 型人格特質之相關性探討

武苜竹¹ 賴裕和² 許金川³ 孫秀卿^{2*}

¹ 臺灣大學附設醫院 護理部

² 國立臺灣大學 護理學系

³ 國立臺灣大學醫學院 內科部

中文摘要

研究目的：肝癌具高復發性，而造成存活期因應的挑戰。因此，本研究旨在瞭解其因應策略與人格特質之相關性，並分析影響因應策略之相關因素。

研究方法：採橫斷式相關性研究，取樣於台北市某醫學中心肝膽腸胃內科及外科門診收案。研究工具包含基本屬性與疾病問卷、D型人格量表、症狀困擾量表及簡明因應量表，並以相關性統計及廣義估計方程式進行資料分析。

研究結果：情緒焦點因應策略是最常使用之因應策略；受訪163名個案中有31人(19%)為D型人格，其使用情緒焦點策略顯著少於非D型人格。女性、非D型人格者、年紀較輕、教育程度愈高、罹患B型肝炎時間較長、症狀困擾程度較輕、信仰基督/天主教者，較常使用情緒焦點因應；年紀較輕、罹患B型肝炎時間較長、症狀困擾程度較輕、教育程度愈高較會使用問題焦點因應；但年齡較輕者，也較易使用功能不良型因應策略。

結論：三種不同焦點因應策略之相關因素各有不同。整體而言，建議臨床上可篩檢具D型人格特質患者，同時教導如何處理症狀困擾，以協助其正向因應疾病。同時，針對因應策略不佳之年輕高危險群，主動給予關懷及協助。

關鍵字：肝癌、因應策略、人格特質

前言

肝癌為全世界癌症排名第6名，其每年新診斷病例約七十萬人，但全球死亡人數每年可達六十萬人，其中亞洲為肝癌之高發生地區[1,2]；依據台灣癌症登記小組統計，肝癌在2010年發生個案數佔全部惡性腫瘤發生個案數的12.16%，發生率排名為男性的第二名，女性的第四名；死亡人數佔全部惡性腫瘤死亡人數的18.87%，死亡率排名為男性第一名，女性第二名[3]。

肝癌的治療方式分為外科及內科療法。外科療法指手術切除，肝臟移植；內科療法包括經皮酒精注射術（Percutaneous ethanol injection, PEI）、週波腫瘤燒灼術（Radiofrequency ablation, RFA）、經導管肝動脈化學藥物栓塞術（Transarterial chemoembolization, TACE）、系統性化學治療、標靶治療及放射線治療[4-7]。由於醫療科技的進步，接受治療之晚期肝癌病患的存活期從6個月增加到14個月[5]；然而，不同治療方式後仍面臨許多症狀困擾；

包括手術後常出現的疼痛、體重減輕、疲倦、噁心[8-10]；內科治療後，常見中度症狀困擾之疲倦、胃不適、發燒、疼痛、食慾不振、焦慮等[11-14]。除此，肝癌易復發的特性，使得即使為治癒性最高的手術切除，術後一年復發率仍達50~80%，兩年內復發率更可高達60~80% [15]；而內科治療中，被認為治癒性療法的局部酒精注射及週波腫瘤燒灼術其三年復發率亦可達50%，五年復發率更達70% [6]。因此，根據國內的研究指出肝癌病患有輕度的負向情緒[14,16]、僅存有中等程度之希望感[17]、以及相較於國外肝癌患者較差之生活品質[18, 19]；顯示改善國內肝癌存活患者之生活品質仍有其需要。

過去研究指出癌症病人面對問題時的因應策略，會影響其生活品質[20,21]。因應策略是個人不斷變化其認知及行為的想法及行動，以管理特殊的外在或內在壓力需求，過去研究主要分為二大因應策略：(1) 調節壓力情緒，又稱情緒焦點的因應 (Emotion-focused coping)，當個體覺得情境不易被改變時，易傾向使用此類型因應；(2) 採取行為為改變產生壓力的人或環境，又稱問題焦點的因應 (Problem-focused coping)，若個體覺得情境較易改變時，則較常採用此因應策略[22-24]；除了以上二大因應策略之外，Carver (1997)將負向的因應行為，如：自我逃離、否認、發洩、物質濫用、行為逃避及自責等統稱為功能不良型因應策略，並依據

*Corresponding author: Shioh-Ching Shun PhD

*通訊作者：孫秀卿副教授

Tel: +886-2-23123456 ext.88439

Fax: +886-2-23219913

E-mail: scshun@ntu.edu.tw

Lazarus與Folkman的壓力及因應行為理論，發展的簡明因應量表，以協助評估適應不良之情形[25]。

影響因應策略相關之文獻指出，女性較多採取尋求權威及向人傾訴、年齡愈輕採取的因應策略愈多、65歲以下者，較65歲以上者較常採取情緒取向的因應策略[26]。宗教支持是癌症病人於治療結束3至4個月後，最常使用的因應策略之一[27]；癌症分期方面，第二、三、四期較第零及一期有較多症狀困擾及使用情緒取向因應策略 [28]。疾病症狀困擾愈高，愈易使用逃避式的因應策略，同時，也會增加其心理困擾[20,21]；顯示基本屬性(性別、年齡)、疾病特性(診斷分期)以及症狀困擾會影響病患選擇的因應策略。除此，研究證實人格特質會影響慢性病的發展及個人對健康及症狀管理、治療的決策，進而影響身心健康[29]。因此，在決定採取因應策略過程中，人格特質可能是影響其決策過程的重要因素之一[29]。

人格特質是指個人行事風格以及人際關係上，有一定的表現方式或模式[30]。過去，心理學將人格特質分為A、B、C型人格，直至2005年Denollet 等人[31]將同時具備高負向情緒及高社交壓抑特質者，定義為苦惱型人格特質 (Distressed personality)，簡稱D型人格。負向情緒 (Negative affectivity) 指個體傾向感受負向情緒，不但容易煩躁不安與緊張，同時對自己較負向的看法，較常抱怨身體不適；在乳癌病患中，具此特質者，對治療引起的不適症狀及與他人相比較易有挫折感[32]。社交壓抑 (Social inhibition) 指個體在社交過程中，傾向壓抑表達自己的情緒及行為，與他人相處較易羞怯、緊張及不安全感，藉由過度壓抑自己的表達，以避開人際間的衝突，此特質被視為是病患因應負向情緒的方式[32]。過去研究指出D型人格，其自覺疾病嚴重性較高，身體與心理健康狀況有較負向的影響，例如：較易產生焦慮、憂鬱、心理壓力、消極性因應及較少的社會支持，以及較多的身體不適的主訴[33,34]。相較於非D型人格特質的病患，D型人格特質的黑色素瘤病患，會有較差健康狀況、社會功能、心理健康及活力等情形[33]。國內，針對大腸癌患者研究發現，具D型人格特質者，會經歷較高程度的症狀困擾、疲倦、焦慮及憂鬱及較差的生活品質，並較容易有未滿足的健康照

護及心理需求[35,36]。由此可得知人格特質不同，會影響病患感受到經歷的身、心理經驗以及產生不同的照護需求，進而採取不同的因應策略。

過去由於肝癌不易早期發現，且發現時多已是晚期，五年存活率偏低，因此國內外相關肝癌存活期之調適因應策略之文獻皆較缺乏；現今因醫療科技的進步，提升肝癌病患之存活率，如何讓肝癌病患面臨高復發的存活期間可以有較好的調適過程，成為一個重要的議題；因此，本研究目的旨在瞭解非晚期肝癌病患之因應策略與D型人格特質之相關性，並進一步探討因應策略之重要相關因素，期許能藉由瞭解以及確認影響因應策略之因素，提供臨床醫護人員參考，並瞭解負向因應的高危險群特性，以協助病患朝向正向適應疾病的過程，學習如何與癌症和平共存。

研究方法

研究設計與研究對象

本研究採用橫斷式相關性研究設計，採便利取樣，樣本選自台北市某醫學中心肝膽腸胃內科及外科門診。收案對象為年滿20歲，診斷為肝細胞癌，無他處轉移、確知自己罹患肝癌、意識清楚能以國台語溝通並接受過治療之患者。排除肝癌晚期及末期的病患、放射線治療、標靶治療、支持性療法的病患及接受過肝臟移植之非晚期肝癌病患。本研究經由台大醫院之研究倫理委員會審查通過進行。收案時間自100年2月至100年5月，符合收案條件者共177名，拒訪14名，2名為不知病情，12名病患表示不願意接受訪問，故納入分析之研究族群共有163名個案。

研究工具

本研究工具以結構性問卷為主，包含基本屬性與疾病特性問卷、症狀困擾量表、D型人格量表及簡明因應量表，分別敘述如下：(一)基本屬性與疾病特性問卷：為瞭解病患人口學特性，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、職業；以及針對疾病特性進行資料收集，如：身體功能狀態、有無肝炎病史、罹患肝癌時間、BCLC分期，以及接受治療之方式、次數。(二)症狀困擾量表

(Symptom Distress Scale, SDS): 此量表為測量癌症病患經歷之症狀困擾程度。原量表由McCorkle及Young於1978年發展, 原始量表為13項, 其中文版由賴裕和[37]依國內癌症病患特性修訂為25項, 採Likert式5分計分法, 1分表示「完全沒有不舒服」、5分表示「該症狀非常嚴重困擾病人」, 分數越高代表症狀困擾愈嚴重。於本研究測得之Cronbach's α 值為0.83。

(三) D型人格量表 (Type D Scale-14, 簡寫DS-14): D型人格量表發展為測量負向情緒 (Negative affectivity, 簡寫NA)、社交壓抑 (Social inhibition, 簡寫SI), 以篩選出D型人格。Denollet [38] 施測於冠狀動脈疾病及高血壓病患, 其負向情緒及社交壓抑項目Cronbach's α 值分別為0.88 及 0.86。量表採Likert式5分計分法, 0分表示「非常不同意」、1分表示「不同意」、2分表示「不確定」、3分表示「同意」、4分表示「非常同意」。篩選方法為二個次量表分項計分, 負向情緒及社交壓抑各7題, 加總分數分別為0到28分, 分數越高表示越傾向負向情緒或社交壓抑; 負向情緒及社交壓抑皆超過10分, 則表示具D型人格。本研究測得負向情緒及社交壓抑之Cronbach's α 值分別為0.88及0.78。

(四) 簡明因應量表 (Brief COPE): Carver依據 Lazarus與Folkman的壓力及因應行為理論, 參考健康相關研究, 將其於1989年發展的長版因應量表 (The COPE Inventory) 簡化為短版之簡明因應量表[25]。該量表有14個次量表, 可依其特性分為情緒焦點因應策略、問題焦點因應策略及功能不良型因應策略[39]; 其中情緒焦點因應策略包含5個次量表: 接受 (Acceptance)、情緒性支持 (Use of emotional support)、幽默 (Humor)、正向重建 (Positive reframing)及宗教 (Religion); 問題焦點因應策略包含3個次量表: 主動因應 (Active coping)、工具性支持 (Use of instrumental support) 及計畫 (Planning); 功能不良型因應策略包含6個次量表: 自我逃離 (Self-distraction)、否認 (Denial)、發洩 (Venting)、物質濫用 (Substance use)、行為逃避 (Behavioral disengagement) 及自責 (Self-blame), 共28題[25]。量表採Likert式4分計分法, 1分表示「我從未這麼做過」、2分表示「我偶爾這麼做」、3分表示「我經常這麼做」、4分表示「我總是這麼做」, 分數愈高代表愈常使用該因應策略。本

研究之Cronbach's α 值為0.80。

資料分析

本研究收集之資料以套裝軟體SPSS 18.0進行資料建檔及分析。針對基本屬性及各量表進行百分比、平均數、標準差等描述性統計, 採Mann-Whitney U檢定、Spearman's correlation test進行相關性統計。因樣本非常態分佈, 故以Generalized estimating equation (GEE) 找出影響因應策略之重要因子, GEE的優點在於可處理非常態分佈之資料[40]; 置入GEE之變項選取, 則是依據過去文獻提及之相關因素, 包括性別、年齡、宗教、疾病相關因素 (是否為根治性治療或復發性治療)、症狀困擾、以及人格特質等[20,21,26-29]。

研究結果

肝癌存活者之人口學、疾病特質與症狀困擾

本研究病患之平均年齡為 61.0 (SD = 12.2) 歲, 以已婚 (87.7%)、男性 (79.8%)、信仰佛、道教居多 (81%), 教育程度以大學學歷最多 (27.6%), 目前無工作者佔 55.8%。病患之疾病特性中, 身體功能狀態以 100 分最多 (90.8%); 76.7% 為 B 型肝炎帶原者, 平均已知帶原時間為 23.4 (SD = 12.6) 年; 22.7% 曾經感染 C 型肝炎, 平均已知感染時間 14.91 (SD = 11.6) 年。疾病診斷期以 BCLC stage A 最多 (74.9%)。罹患肝癌時間平均 4.25 (SD = 3.93) 年, 以二年內居多 (33.1%), 僅以外科治療者最多共 83 位 (50.9%), 曾接受過內科及外科治療者次之共 49 位 (30%), 僅接受內科治療者最少僅 31 位 (19%), 平均每位患者接受過 2.41 次治療。首次診斷者佔最多數 (63.8%), 其次為復發次數小於 3 次 (32.5%), 完成治療一年內居多 44.8%, 僅有 15.3% 距最後一次治療時間 5 年以上。進一步以卡方檢定分析 D 型與非 D 型人格於疾病特性之差異 (表一), 發現兩組間之疾病特性分佈未達統計上顯著差異。

病患在受訪前一週內的症狀困擾前三名為失眠 (1.66 ± 0.93)、疲倦 (1.58 ± 0.74) 及口乾 (1.48 ± 0.72); 其中, 疲倦的困擾程度雖然排名第

表一：肝癌病患疾病特性 (N=163)

變項名稱	非 D 型人格 (N=132)				D 型人格 (N=31)				卡方值	P 值
	N	%	平均值	標準差	N	%	平均值	標準差		
身體功能狀態 (KPS)			99.17	3.04			97.74	5.60	4.90	.09
100	122	0.8			26	83.9				
90	9	6.8			3	9.7				
80	1	92.4			2	6.5				
B 型肝炎									1.11	.29
無	33	25			5	16.1				
有	99	75			26	83.9				
已知罹患 B 型肝炎時間 (Range 1-64 年)			18.13	15.09			17.29	13.84	2.35	.31
≤10 年	16	16.2			7	26.9				
11-20 年	30	30.3			9	34.6				
≥21 年	53	53.5			10	38.5				
C 型肝炎									0.21	.65
無	78	28			23	74.2				
有	29	22			8	25.8				
已知罹患 C 型肝炎時間 (Range 1-40 年)			3.74	9.03			1.87	3.80	4.99	.08
≤10 年	13	44.8			7	87.5				
11-20 年	7	24.2			1	12.5				
≥21 年	9	31.0			0	0				
BCLC 分期									1.62	.45
Stage A	98	74.2			24	77.4				
Stage B	33	25			6	19.4				
Stage C	1	0.8			1	3.2				
罹患肝癌時間 (年) (Range:0.2-20.4)			4.38	4.07			3.74	3.27	.728	.70
≤2 年	42	31.8			12	38.7				
2-5 年	47	35.6			11	35.5				
>5 年	43	32.6			8	25.8				
治療方式									1.15	.56
僅外科治療	65	49.2			18	58.1				
僅內科治療	27	20.5			4	12.9				
外科及內科皆有	40	30.3			9	29.0				
接受治療次數 (Range: 1-11)			2.48	1.96			2.23	2.20	0.17	.68
≤3 次	102	77.3			25	80.6				
> 3 次	30	22.7			6	19.4				
復發次數 (Range 0-6 次)			0.67	1.16			0.55	0.85	.01	.93
0 次	84	63.6			20	64.5				
1-3 次	42	31.8			11	35.5				
> 3 次	6	4.6			0	0				
完成治療時間 (距今) (Range:0.2-19.9 年)			2.51	3.37			1.90	2.34	2.33	.31
<1 年	83	62.9			22	71.0				
1-5 年	26	19.7			7	22.6				
>5 年	23	17.4			2	6.5				

表二：D 型人格與非 D 型人格於各量表間之差異性分析^a (N = 163)

變項	D 型人格 ^b (N=31)	非 D 型人格 (N=132)	z 值	p 值
	Mean Rank	Mean Rank		
情緒焦點因應策略	63.34	86.38	-2.45	.014
接受	64.98	86.00	-2.84	.005
情緒性支持	74.71	83.71	-1.034	.301
幽默	67.97	85.30	-1.93	.054
正向重建	69.34	84.97	-1.69	.091
宗教	78.00	82.94	-0.53	.595
問題焦點因應策略	83.32	81.69	-0.17	.862
主動因應	81.27	82.17	-0.10	.923
工具性支持	78.27	82.88	-0.50	.621
計畫	86.11	81.03	-0.55	.580
功能不良因應策略	93.71	79.25	-1.54	.123
自我逃離	84.31	81.46	-0.31	.756
否認	90.84	79.92	-1.72	.086
發洩	74.47	83.77	-1.02	.307
物質濫用	90.03	80.11	-1.63	.104
行為逃避	84.55	81.40	-0.77	.442
自責	101.82	77.34	-3.26	.001

^a 因兩組個案數相差過大，故採用 Mann-Whitney U 檢定；^b D 型人格是指負向情緒及社交壓抑兩項目得分皆 ≥ 10 分

二，但有此困擾的人數最多，佔 72 位 (45.2%)。症狀困擾之總平均分數為 24.80 (SD = 5.27)，項目平均值為 1.24，表示肝癌存活者於治療結束後，所感受之症狀困擾屬輕微程度。

肝癌存活者之因應策略現況及與 D 型人格特質之相關性

依據全部受訪之肝癌存活者的因應策略得分排名後，發現病患最常使用的前三名策略為接受 (7.53 ± 0.86)、情感性支持 (6.72 ± 1.71)、正向重建 (5.81 ± 1.86)，皆屬於情緒焦點因應策略。若計算情緒焦點、問題焦點及功能不良型三種因應策略分析得分情形發現，情緒焦點因應策略，其項目平均值為 2.79；問題焦點因應策略項目平均值為 2.72；功能不良型因應策略項目平均值為 1.36。整體而言，可知此群患者，較常以情緒焦點因應策略來調適其疾病，問題焦點因應策略則次之，較少使用功能不良型因應策略。

依據 D 型人格量表得分，將負向情緒及社交壓抑皆超過 10 分之個案定義為具 D 型人格。以 Mann-Whitney U 檢定分析，比較 D 型人格 (n = 31) 與非 D 型人格 (n = 132) 二組病患因應策略之差異結果發現，相較於非 D 型人格的肝癌病患，D 型人格的病患較少使用情緒焦點因應策略，較常使用功能不良因應策略；但僅在情緒焦點因應策略具有統計上差異 (Z = -2.45, p = 0.014) (表二)。而由各次量表中可以看出具備 D 型人格之患者，較非 D 型人格患者少使用接受的因應行為 (Z = -2.84, p = 0.05)，但較常使用自責的因應行為 (Z = -3.26, p = 0.01)。

肝癌存活者因應策略之重要相關因素

根據過去文獻提及因應策略相關性之變項置入廣義估計方程式 (generalized estimating equation) 進行分析，以找出肝癌存活者因應策略之重要相關因素 (表三)，置入之變項包括：性別、年齡、受教

表三：以廣義估計方程式分析肝癌病患因應策略之相關因素 (N = 163)

變項	β	標準誤	95%信賴區間		p值
			下界	上界	
情緒焦點因應策略					
性別 ^a	3.338	.846	1.680	4.997	.000
D型人格 ^b	1.985	.864	.292	3.678	.022
罹患B型肝炎時間	.060	.030	.002	.119	.044
年齡	-.099	.038	-.173	-.025	.008
症狀困擾程度	-.134	.062	-.257	-.012	.031
受教育年數	.159	.075	.012	.307	.034
信仰天主/基督教 ^c	2.429	.759	.942	3.915	.001
截距	31.647	3.967	23.872	39.422	.000
問題焦點因應策略					
罹患B型肝炎時間	.086	.028	.031	.142	.002
年齡	-.103	.035	-.172	-.034	.003
症狀困擾程度	-.122	.049	-.217	-.027	.012
受教育年數	.180	.070	.043	.318	.010
截距	19.428	3.111	13.330	25.526	.000
功能不良型因應策略					
年齡	-.121	.032	-.184	-.059	.000
截距	22.257	3.143	16.097	28.412	.000

^a女=1, 男=0; ^b非D型人格=1; D型人格=0; ^c信仰天主/基督教=1; 無宗教信仰=0

投入變項：性別、年齡、受教育年數、宗教信仰、職業、罹患B型肝炎、已知罹患B型肝炎時間、罹患C型肝炎、已知罹患C型肝炎時間、治療次數、症狀困擾程度、D型人格、是否為根治性治療、是否為復發性治療

育年數、宗教信仰、職業、是否罹患B型肝炎、已知罹患B型肝炎時間、是否罹患C型肝炎、已知罹患C型肝炎時間、治療次數、症狀困擾、D型人格、是否為根治性治療（根治性肝臟切除術、經皮酒精注射術、週波腫瘤燒灼術）、是否為復發性治療。結果顯示女性 ($\beta = 3.34, p = .000$)、非D型人格者 ($\beta = 1.99, p = .022$)、罹患B型肝炎時間愈長 ($\beta = .06, p = .044$)、年齡愈小 ($\beta = -.10, p = .008$)、症狀困擾程度愈輕 ($\beta = -.13, p = .031$)、接受教育年數愈長 ($\beta = .16, p = .034$)、信仰天主/基督教者 ($\beta = 2.43, p = .001$)，較常使用情緒焦點因應策略；罹患B型肝炎時間愈長 ($\beta = .09, p = .002$)、年齡愈小 ($\beta = -.10, p = .003$)、症狀困擾程度愈輕 ($\beta = -.12, p = .012$) 及接受教育年數愈長者 ($\beta = .18, p = .010$)，較常使用問題焦點因應策略；年

齡愈小 ($\beta = -.12, p = .000$)，較常使用功能不良型因應策略。

討論

本研究針對肝癌存活期病患之因應策略與D型人格特質之相關性發現，整體而言，肝癌存活者最常使用情緒焦點因應策略，以面對存活期之適應，其中又以接受之因應策略最常使用。然而，比較不同人格特質的因應策略發現，相較於D型人格特質之病患，非D型人格特質的病患顯著的較常使用情緒焦點因應策略，而具備D型人格特質之病患則較非D型人格病患較常使用自責的因應策略；在重要相關因素之分析中發現，年齡與本研究探討之三種因應策略皆為負相關且愈年輕愈常使

用此三種因應策略；而症狀困擾程度愈輕微者，愈常使用情緒焦點與問題焦點因應策略；罹患 B 型肝炎時間愈長者，也愈常使用情緒焦點與問題焦點因應策略（表三）。

本研究個案中，具負向情緒傾向（得分 ≥ 10 ）及社交壓抑傾向（得分 ≥ 10 ）的人數各 52 人（31.9%），但具有 D 型人格（兩者同時 ≥ 10 分）的病患 31 名，佔 19.0%。過去文獻並未針對肝癌病患進行 D 型人格調查的研究，但於癌症（黑色素瘤及大腸癌）病患研究中，D 型人格的比例為 11~22%，本研究 D 型人格的結果介於此範圍內 [35,36,41]。

本研究發現 D 型人格特質的病患較不常使用情緒焦點因應策略（表二），包括接受、情緒性支持、幽默、正向重建及宗教等策略，反而較常使用自責的因應策略來調適疾病；過去研究指出，具 D 型人格的患者，會經歷較嚴重的症狀困擾及憂鬱、焦慮程度，且心理層面的生活品質較差，並且容易對疾病有較負向的感受，較易認為疾病較嚴重 [32,35,41-43]；Williams 等人 [44] 研究發現具 D 型人格患者較缺乏社交支持，在遇到困境時，也較易使自己沈浸在負向情緒之中。因此，推論 D 型人格者因為負向思維，較易有自責情形出現且無法接受罹癌，因此較無法運用接受、情緒性支持、幽默、正向重建等情緒性支持調適疾病，致使因應過程遭遇困難。此結果值得臨床注意並協助個案處理負向情緒，以協助個案成功接受罹病並使用正向之情緒因應策略適應存活期。

本研究發現愈年輕者愈常使用各項因應策略；值得注意的是年齡愈輕亦愈常使用功能不良型因應策略，例如自我逃離、否認、發洩、物質濫用或自責等。進一步分析年齡與各次量表之關係，發現年齡與「否認」（ $r_s = -.19, p = .01$ ）、「發洩」（ $r_s = -.17, p = .03$ ）、「自責」（ $r_s = -.30, p < .0001$ ）等因應行為呈現負相關，卻與「接受」（ $r_s = .18, p = .02$ ）、「情緒性支持」（ $r_s = .20, p = .01$ ）呈現正相關，表示年齡愈輕愈不易接受罹病，且獲得較少情緒性支持、而較易採用否認、發洩、自責等行為來因應。過去研究也指出，年長者獲得較多情緒性支持 [26, 45, 46]，由於肝癌預後較差，三年存活率約 47%，五年存活率約 31% [47]，而導致年輕的病患確診

斷肝癌時，可能造成極大的死亡威脅衝擊而無法接受罹癌的事實，因而，傾向積極運用各種因應行為包括問題焦點及功能不良因應之策略等以協助自己調適，但卻較無法向他人傾訴並得到情緒的支持，因此在照顧年齡較輕的肝癌患者時，需給予較多的心理及情緒支持。

在性別方面，相較於男性患者，女性患者較常使用情緒焦點因應策略，與過去研究之結果相同 [26]；分析原因發現使用宗教支持之因應策略部份，女性得分顯著高於男性（ $z = 2.511, p = .012$ ），代表女性較男性會利用宗教的力量，協助自己調適；而宗教的影響力上，信仰天主／基督教者，在情緒因應方面也顯著高於無宗教信仰者，推估該宗教的團契等力量，能使病患覺得能得到他人給予支持的力量及信心。

本研究發現症狀困擾程度愈輕、受教育年數愈長及罹患 B 型肝炎時間愈長者，愈常使用情緒焦點與問題焦點因應策略。過去研究顯示症狀困擾程度愈高者，愈易使用逃避策略，且其生活品質愈差 [20,28]。當病患感受到愈多的症狀困擾，代表其病情愈不穩定，致使病患不知該如何處理及面對，因而較無法使用問題焦點因應策略及正向的情緒焦點因應策略來協助自己調適。所以，臨床上當病患所感受到的症狀困擾愈嚴重，醫護人員應該要注意其因應行為，並適時的協助其症狀緩解期以及給予有效因應行為之相關衛教，以改善其生活品質。過去研究中發現，教育程度愈高者，其採用情緒焦點及功能焦點因應策略優於教育程度低者，可能因為教育程度愈高，對於照護資料的理解及取得較容易，同時在受疾病衝突之恢復較快，故會採取較正向的因應方式 [48]。在訪談病患過程中，B 型肝炎帶原的病患，表示自己很清楚肝炎、肝硬化、肝癌三部曲的變化，因此對於罹患肝癌已有心理準備，因此可推論過去肝炎相關治療經驗也會影響病患對於肝癌的調適。

研究限制

本研究採便利取樣設計，收案對象僅集中於北部某一教學醫院，且限於 BCLC 分期中極早期、早期、中期，故研究結果不適合推論至晚期及目前治

療中之病患。本研究在平均年齡上與全國及過去研究差異性不大，但在性別分佈上，女性病患所佔比例略低，B型肝炎感染者及教育程度上也較過去研究族群高[19]。因此，本研究之結果之推論仍須保守，特別是性別、B型肝炎感染以及教育程度與因應策略之相關性的結果。

建議

由本研究中發現，處在存活期之肝癌病患，雖然僅有輕度症狀困擾，但卻仍會影響病患對疾病的因應行為；因此，建議臨床上能教導肝癌存活期之病患關於症狀困擾之處置，特別是此族群最常發生的失眠與疲倦等問題。在因應策略的相關性分析結果中發現，年齡顯著影響病患對疾病之調適，年輕的患者雖然會使用各項工具協助自己因應疾病，但也易使用功能不良型之自責因應策的情形，仍需醫護人員主動提供關心及協助。此外，D型人格特質者較少運用情緒型因應策略，且較無法適切的接受及調適其罹病過程。因此，建議臨床照護可以使用DS-14為一篩檢工具，確認D型人格病患並適時的給予關心及協助，引導病患使用有效的因應行為，以達到良好的存活期適應。

REFERENCES

1. Dhanasekaran R, Limaye A, Cabrera R. Hepatocellular carcinoma: current trends in worldwide epidemiology, risk factors, diagnosis, and therapeutics. **Hepat Med** 4: 19-37, 2012.
2. Ferenci P, Fried M, Labrecque D, et al. Hepatocellular carcinoma (HCC): a global perspective. **J Clin Gastroenterol** 44: 239-245, 2010.
3. 衛生福利部：民國 101 年主要死因分析。2013。取自 <http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Display-StatisticFile.aspx?d=13689&s=1>
4. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. **Hepatology** 42: 1208-1236, 2005.
5. Cabrera R, Nelson D. Review article: the management of hepatocellular carcinoma. **Aliment Pharmacol Ther** 31: 461-476, 2010.
6. Forner A, Hessheimer AJ, Real MI, et al. Treatment of hepatocellular carcinoma. **Crit Rev Oncol Hematol** 60: 89-98, 2006.
7. Kudo M, Okanoue T, Japan Society of Hepatology. Management of hepatocellular carcinoma in Japan: consensus-based clinical practice manual. **Oncology** 72: 2-15, 2007.
8. Yount S, Cella D, Webster K, et al. Assessment of patient-reported clinical outcome in pancreatic and other hepatobiliary cancers: the FACT Hepatobiliary Symptom Index. **J Pain Symptom Manage** 24: 32-44, 2002.
9. 周嘉揚：肝切除治療肝細胞癌。 **中華癌醫會誌** 24: 311-317, 2008。
10. 黃貴薰、余玉眉、許金川等：男性肝癌患者手術治療後初期之疾病經驗。 **慈濟醫學雜誌** 8: 127-136, 1996。
11. Barber FD, Nelson JP. Liver Cancer: looking to the future for better detection and treatment. **Am J Nurs** 100: 1-46, 2000.
12. 廖慧娟、楊喬茵、顧雅利等：肝癌病患不確定感之相關因素探討。 **長庚護理** 16: 252-263, 2005。
13. 鍾孟樺：台灣肝癌患者之症狀群集現象(碩士論文)。臺北醫學大學。2005。
14. Shun SC, Lai YH, Jing TT, et al. Fatigue patterns and correlates in male liver cancer patients receiving transcatheter hepatic arterial chemoembolization. **Support Care Cancer** 13: 311-317, 2005.
15. 蔡樹榮、陳銘仁、張文熊等：肝癌術後早期復發的危險因子的探討。 **中華癌醫會誌** 25: 114-122, 2009。
16. 虞秀紅、鍾信心：接受導管肝動脈化學藥物栓塞術肝癌病患之生活品質。 **新臺北護理期刊** 1: 21-29, 1999。
17. 黃麗華、郭碧照：肝癌患者之希望與生活品質的相關性：一個前導性研究。 **中山醫學雜誌** 19: 67-83, 2008。
18. 凌宜男：肝癌病患接受肝切除術之健康相關生活品質探討(未發表碩士論文)。高雄醫學大學，高雄市，2008。

19. 賴慧倫、林淑媛、葉淑惠：肝癌患者不確定感、生活品質及其相關因素之探討。《護理雜誌》54: 41-52, 2007。
20. Kershaw T, Northouse L, Krippracha C, et al. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health* 19: 139-155, 2004.
21. Miller DL, Manne SL, Taylor K, et al. Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *J Clin Psychol Med Settings* 3: 115-130, 1996.
22. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, et al. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 50: 571-579, 1986.
23. Krohne HW. Stress and coping theories. *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* 22: 15163-15170, 2001.
24. Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. New York, Springer Pub. Co. 1984.
25. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *Int J Behav Med* 4: 92-100, 1997.
26. 洪福建、鄭逸如、邱泰源等：癌末患者的心理社會問題、因應策略與負向情緒。《應用心理研究》3: 79-104, 1999。
27. Lauver D, Connolly-Nelson K, Vang P. Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nurs* 30: 101-111, 2007.
28. 陳美芳、馬鳳歧：乳癌手術後婦女症狀困擾與因應策略之相關性探討。《護理雜誌》51: 7-44, 2004。
29. Erlen J, Stilley CS, Bender A, et al. Personality traits and chronic illness: a comparison of individuals with psychiatric, coronary heart disease, and HIV/AIDS diagnoses. *Appl Nurs Res* 24: 4-81, 2009.
30. 健康心理工作小組：人格特質。2005。取自：<http://health.edu.tw/health/portal/index/index00/index.jsp>
31. Denollet J. Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychiatr Res* 49: 255-266, 2000.
32. De Fruyt F, Denollet J. Type D personality: A five-factor model perspective. *Psychology & Health* 17: 671-683, 2002.
33. Mols F, Holterhues C, Nijesten T, et al. Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. *Eur J Cancer* 46: 573-80, 2010.
34. Yu D, Thompson DR, Yu CM, et al. Validating the Type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *J Psychiatr Res* 69: 111-118, 2010.
35. Shun SC, Hsiao FS, Lai YH, et al. Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 38: E221-E228, 2011.
36. Shun SC, Lai YH, Liang JT, et al. Unmet supportive care needs of patients with colorectal cancer: significant differences by type d personality. *Oncol Nurs Forum* 41: E3-E11, 2014.
37. 賴裕和：門診接受化學治療病人之症狀困擾及居家護理需求探討。《護理研究》6: 279-289, 1998。
38. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 67: 89-97, 2005.
39. Cooper C, Katona C, Orrell M, et al. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psych* 23: 929-936, 2008.
40. Dobson AJ, Barnett AG: An Introduction to Generalized Linear Models. Florida, Chapman and Hall, 2008.
41. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Out* 8: 9, 2010.
42. Ogi ska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ*

- Health 19:** 113-122, 2006.
43. Van Hiel A, De Clercq B. Authoritarianism is good for you: Right wing authoritarianism as a buffering factor for mental distress. **Eur J Personality 23:** 33-50, 2009.
 44. Williams L, O'Connor RC, Howard S, et al. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. **J Psychosom Res 64:** 63-69, 2008.
 45. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, et al. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 51:** 179-88, 1996.
 46. Carver C, Connor-Smith J. Personality and coping. **Annu Rev Psychol 61:** 679-704, 2010.
 47. Takayasu K, Arai S, Omata M, et al. Prospective cohort study of transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma in 8510 patients. **Gastroenterology 131:** 461-469, 2006.
 48. 楊惠卿：頭頸癌患者健康控制信念、因應方式與身心社會調適關聯之縱貫性研究(未出版之博士論文)。國立臺灣師範大學，台北市。2010。