

頭頸部癌症病患在接受治療期間的症狀問題 、事件衝擊及生活品質之探討

黃采薇^{1*}

王銘志²

弘光科技大學護理系¹

光田醫院放射腫瘤科²

收到日期：96.4.9 修訂日期：96.7.30 接受日期：96.8.3

摘要

本研究主要探討頭頸部癌症病患在治療期間其症狀問題、事件衝擊與生活品質間之相關。研究方法採橫斷式調查，共收集25位正接受治療之頭頸部癌症病患，利用基本量表、頭頸癌問卷EORTC Quality of Life Head and Neck Module(EORTC QLQ-H&N 35)、事件衝擊量表(Impact of event scale-Chinese, IES-C)及視覺類比量表-整體生活品質為研究工具。研究統計利用百分比、平均值、標準差、無母數分析之Mann-Whiney U Test及Spearman's相關檢定等方法。研究結果：(1)頭頸癌病患之症狀問題依其嚴重程度先後為：唾液黏稠問題、口乾問題、吞嚥問題、病識感及張口問題等；(2)有使用止痛劑的病人在頭頸部疼痛、吞嚥問題及唾液黏稠問題上，仍較無使用止痛劑病人嚴重；(3)在事件衝擊量表部分，病人在逃避反應(avoidance)中的”我想到這件事時，盡量讓自己不激動”，及經驗重現(intrusion)中的”我常不自主的就會想起這件事”分數最高；(4)性生活問題($r=-0.668, p=0.000$)、頭頸部疼痛($r=-0.42, p=0.035$)及吞嚥問題($r=-0.42, p=0.036$)與整體生活品質間呈現顯著負相關，亦即症狀愈嚴重，生活品質愈差；(5)本研究之頭頸部癌症病患之整體生活品質呈現中等程度($M=59.0, SD=31.9$)，而基本資料、事件衝擊量表與整體生活品質間均無明顯統計上差異。本研究結果可提供臨床醫護人員提供病患合適之護理措施，尤其在止痛劑之使用、症狀問題之解決及面對疾病或治療事件衝擊的影響上，以期能提升病患在治療期間之生活品質程度。

關鍵詞：頭頸癌、症狀問題、事件衝擊量表、生活品質

*通訊作者

壹、前言

自1982年起，癌症即為國內十大死因之首，在民國94年，有37222人死於癌症，較上年度增加了2.38%，而以壯年(25-44歲)及中年(45-64歲)人口來說，惡性腫瘤更是死亡原因首位(1)，因此，疾病不但造成生命威脅，被診斷為癌症幾乎就代表著死亡來臨(2)，亦引起家庭、經濟各方面的影響。事實上，罹患癌症確實是一個威脅生命的重大事件(3)，而且對病人本身及家屬都是一件負向的生活影響。癌症病患除了要面對死亡的威脅外，惡性腫瘤本身及其治療方式更會影響病患的生活品質，造成病患及其家屬的身心困擾。因此，隨著社會經濟的發展及醫療水準的提升，目前癌症治療的目標已不再僅是關注存活率或無病存活率，對於病患之生活品質維護也成為現代致癌醫學重要的課題之一。

頭頸部癌症，如口腔癌是所有癌症死亡原因的第六位，為男性惡性腫瘤死亡原因的第四位，其治療方式以手術、放射線治療及化學治療為主，目的是根治疾病、控制腫瘤的發展、或緩解症狀困擾(4)。雖然治療可以延緩疾病發展，改善疾病誘發之症狀，但也會因為治療產生而加劇某些身心症狀困擾，因此照護癌症病患首重症狀控制(5)。治療期間所導致的症狀困擾，不但造成病人身體心像之改變，更嚴重干擾病人身、心、靈及社會之穩定狀態，影響疾病治療之意願與預後。

由於診斷與放射治療技術之進步，頭頸部癌症患者的存活時間增長，無病存活率逐年增加，治療後的生活品質更加重要。頭頸部癌症易合併頭頸部周圍組織侵犯及淋巴腺轉移，而鼻咽附近重要器官亦多，即便存活率提升，大部分病患仍會留下副作用及後遺症，造成病患因此中斷治療，喪失治療良機。

陳等〈1997〉統計1979年-1994年共259位鼻咽癌患者，發現有44%因無法忍受副作用及害怕治療所帶來的合併症而中斷治療(6)，可見病患在治療過程中需要多加支持與關懷。雖然現今的治療技術進步很多，但部分治療副作用及後遺症仍持續存在，因此頭頸部癌症病患在接受治療期間的症狀嚴重度、疾病事件衝擊所造成之影響及生活品質之變化情形，值得進一

步探究，以協助提供病患合適的照護措施。

一、研究動機

在台灣約每十名新癌症患者就有一名為頭頸癌患者(7)。其中以鼻咽癌、舌癌、下咽癌及喉癌較易發生遠處轉移，轉移部份以骨骼、肝、肺及鎖骨下皮膚與頭頸部淋巴節較多。衛生署2005年公布得病的男女比例為10:1，此疾病除直接衝擊個人身體心像的改變外，並影響個人、家庭、經濟及生活品質等問題，值得醫護人員注意。

鼻咽癌的常見症狀包括頸部腫塊、痰或鼻涕有血絲、鼻部症狀(鼻塞、膿性分泌物)、耳部症狀(耳塞、耳鳴、中耳炎)、頭痛(多為單側性)及顱神經症狀，治療以放射線治療為主。口腔癌近年取代鼻咽癌成為最常發生的頭頸部癌症，其發生和檳榔、抽菸與喝酒具有高度相關，也有研究顯示口腔癌細胞比正常細胞有較高比例含有HPV-16基因，使得人類乳突病毒(HPV)與口腔癌的關係備受注意。治療以手術切除為主，合併化療或放射線治療；下咽癌與口腔癌為頭頸部癌症中預後最差者，主要危險因子為飲酒。喉癌主要與抽菸有關，早期放射線治療效果佳(8)。

近年來，癌症的治療方式趨於將器官保留，以維持原有功能為主，配合手術與化療、放射線治療相互搭配的整合治療，即腫瘤部位切除及淋巴廓清術，再加上術後放射、或化學合併放射線治療(concurrent chemoradiotherapy; CCRT)，其效果比傳統方式更能有效控制病情(9)。

對於頭頸部癌症病人來說，不但須面臨家庭經濟的壓力，化學治療及放射線治療所引起之副作用會造成病患很大的困擾，而治療過程中，病患對治療及疾病本身預後均有未知的感受，相對也影響對治療的耐受度，目前研究中並無探討在接受治療期間頭頸部癌症患者之罹病事件衝擊情形、症狀困擾，與病患之生活品質相關關係。因此本研究預探討頭頸部癌症病患在接受治療期間之事件衝擊情形、症狀問題及生活品質之關係，以提供醫護人員照護之參考。

二、研究目的

為瞭解頭頸部癌症病患在接受治療期間之

疾病治療事件衝擊、症狀問題及其生活品質情形，本研究目的歸納如下：

1、瞭解頭頸部癌症病患接受治療期間之症狀問題及事件衝擊情形。

2、瞭解頭頸部癌症病患接受治療期間症狀問題與面對事件衝擊、生活品質之關係。

貳、文獻查證

一、頭頸部癌症之治療

放射線治療是利用高能量的放射線使癌症細胞內的DNA雙鏈構造斷裂，讓癌細胞無法生長或分裂，造成死亡。另外使癌細胞內的氧濃度不足，而達到殺死癌細胞的目的(10)。當放射劑量超過某一劑量時，會使正常組織無法復原，因此臨床上常用分次治療法(hyperfractionated radiotherapy)，即每天一次，每次180~250 cGy，每週連續五天，共約5到6週的療程，累積劑量 5,000~6,000 cGy；亦或每天二次，間隔6小時以上，減少每次照射劑量，每次120~150 cGy，以增加累積劑量，但可減低副作用的產生(11)。接受放射線治療的時間愈長，劑量愈大，所產生的副作用數目及嚴重度愈加明顯(12)。

Schofield等(2003)針對98位不適合採行積極治療的80歲以上頭頸部腫瘤的老人進行放射線治療，結果5年存活率有59%，而局部控制腫瘤復發者有70%，顯示放射線治療對於頭頸部腫瘤老人的存活率是有益的(13)。

二、頭頸部癌症之症狀困擾

「症狀」是病人在疾病發生後，出現個人主觀之經驗及感受，反映出身體、心理、認知或情緒對疾病或治療產生之反應，可視為複雜的現象(14)。症狀可作為評估護理處置上所產生之成效(15)。「困擾」是個人知覺體驗到的狀況，或症狀引發的身心痛苦的煎熬感受(16)。症狀困擾為複雜且多方面的，是身體出現不健康及生病的過程(17)。Holmes(1991)認為症狀是主觀的表徵，受生理、心理、情緒、社會、文化等因素影響，症狀困擾之程度，應由病人本人來判斷(18)。McDaniel & Rhodes(1995)將症狀困擾定義為個人主觀的認知與感

受，包含不舒適及困擾的程度與感受，會造成心理緊張及痛苦，常由壓力或負向情緒所引起(19)。McClement, Woodgate及Degner(1997)主張症狀困擾有疾病個別性，出現最頻繁及最強烈之症狀，並非是病人本身認為最困擾的症狀(20)。

蔣(2003)針對口腔癌切除術後一週時，身體不適症狀以吞嚥困難、疼痛、睡眠、食慾不振、疲倦、咳嗽、口腔不適為七個主要的症狀，彼此間呈顯著正相關(21)。Hickok等人(2005)針對1129位癌症病人，測量病人在放射線治療過程中症狀困擾之變化，其中以疲勞、思睡及睡眠問題最為嚴重且具共通性(22)。癌症病患接受放射線治療期間，可預期會經歷身心症狀困擾。患者常感到黯淡、空虛、麻木無感覺、絕望、難過及失去生活的享受(23)。病患會因為罹病後工作狀態、家庭及婚姻角色、社交活動的急轉直下，治療副作用造成身體的不適，害怕生命即將結束，未來夢想與期望的生活無法實現，而加重焦慮、憂鬱等心理症狀困擾。

放射線治療雖然延長病患的存活時間，放射線治療造成的副作用，症狀的輕重隨著組織細胞對放射線劑量多少、治療次數、照射的組織劑量及營養狀況有密切相關(24)。放射治療後常見的副作用有貧血(25)、局部照射皮膚疼痛增加(26)、咀嚼限制、溝通障礙、吞嚥困難、吞嚥疼痛、口腔潰瘍、口乾等等，其中以口乾是最為常見也最困擾的共通症狀，嚴重干擾病人的生活品質(27; 5)。接受放射線治療的劑量、時間，與所產生的症狀數目及嚴重程度成正相關(28)。由於放射線治療通常持續5~6週，而正接受治療中的病患約治療後第三週開始出現副作用，隨著治療結束後其慢性副作用可能在三個月後出現，延續一至三年不等(29)。接受放射線治療後約3-7週左右，病人會出現的症狀包括：口乾、疲憊、味覺改變、吞嚥困難、張口困難、聲音沙啞、喉嚨痛、口腔黏膜破損、疼痛等症狀(30)。

三、頭頸部癌症病人之生活品質與事件衝擊之影響

(一) 頭頸部癌症患者之生活品質

世界衛生組織(WHO)將生活品質定義為：『生活品質是指個人在所生活的文化價值體

系中的感受程度，這種感受與個人目標、期望、標準、關心等方面有關。它包含一個人在生理健康、心理狀態、獨立狀態、社會關係、個人信念以及環境六大方面』。早期關於癌症治療的研究偏重在病患存活率，對於病患存活的品質，則很少探討。近幾年來，人類平均餘命延長，慢性病成爲主要醫療重點，加上醫療資源普及、醫病關係改變、病人的醫療自主意識提昇，使得以病人爲主的健康生活品質愈來愈受重視。

Bjordal等人(1994)針對 103位接受傳統放射線治療(CR組)及101位接受低分次放射線治療(HR組)的頭頸部癌症患者，以歐洲癌症治療及研究組織(European Organization for and Research and Treatment of Cancer, EORTC)所發展出的生活品質量表European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)及放射線治療引發的相關症狀問卷來進行調查，調查結果顯示患者在接受平均劑量CR組66Gy及HR組63Gy後，不管是CR組或HR組所出現最多的放射線治療相關問題是口乾症狀及吞嚥困難。而在生活品質量表評估則呈現HR組比CR組有較多的生活品質(31)。

Epstein等人(1999)針對65位接受放射線治療的頭頸部癌症患者進行六個月的追蹤調查，以瞭解頭頸部癌症患者在接受放射線治療後所產生的副作用及對其生活品質的影響，發現口乾(92%)是頭頸部癌症患者共通的問題，且影響生活品質，其中有33.8%的患者表示有輕度影響，有40%則表示有嚴重影響(32)。

另外，de Graeff等學者(1999)則針對口腔癌及口咽癌在手術後有接受放射線治療及未接受放射線治療的患者，以EORTC QLQ-C30和EORTC H & N35來對患者進行調查，發現患者在治療後6個月及12個月所測出的EORTC H & N35分數都比未治療前差，其中影響患者生活品質最大的問題是口乾(6M, M=42.1; 12M, M=37.9; $p<0.01$)，其次是高黏性唾液(6M, M=42.7; 12M, M=33.3; $p<0.01$)、說話困難(6M, M=21.9; 12M, M=19.5; $p<0.01$)及吞嚥困難(6M, M=18.5; 12M, M=11.2; $p<0.05$)(33)。而Hammerlid等學者(1999)亦利用EORTC QLQ-C30和EORTC H & N35來對頭頸部癌症患

者進行調查，發現影響頭頸部癌症患者治療後的生活品質之最大問題是口乾，其次是進食困難，吞嚥困難及說話困難(34)。

Ackerstaff和Tan等人(2002)針對50位第四期頭頸部癌症且接受化學療法及放射線療法治療的患者，以生活品質問卷quality-of-life(QOL)及頭頸部癌症治療功能評估問卷Functional Assessment of Cancer Therapt Head and Neck questionnaire (FACT-H & N)來進行調查，發現說話困難(88%)、進食困難(80%)、口乾(65%)、吞嚥困難(27%)的問題對患者生活品質影響最顯著；當患者有轉移或復發時，經放射線及化學治療後會使患者的生活品質更降低(35)。而Allal和Dulguerov(2000)對接受放射線治療的下咽癌及口腔癌患者，進行生活品質的評估，發現放射線治療後，出現嚴重口乾症狀，而嚴重口乾症狀會影響患者的生活品質(36)。許等(2004)分析早晚期鼻咽癌患者經放射線治療後與時間相關之生活品質，發現早期鼻咽癌患者之生活品質受急性放射線副作用影響較爲明顯，生活品質隨放射線治療後時間之增長而逐漸改善，晚期患者的生活品質則受到急性及遲發性放射線副作用的影響，一度改善的生活品質可能隨著放射線治療後時間之增長而再度轉壞的變化(37)。

研究指出治療前之健康生活品質會影響病患之存活。de Boer等人(1998)探討133位頭頸部癌症病患治療前之各項健康功能對其治療後存活之影響，發現若治療前患有較高之生理功能，治療後局部復發之機會降低；同時若治療前之精神心理問題較少者，治療後之存活機會較高(38)。De Graeff等人(2001)針對208位接受根治性治療之頭頸部癌症病患健康生活品質對其存活影響，其利用EORTC QLQ-C30及QLQ-H&N35量表測量病患之健康生活品質，發現認知功能是影響存活之最要之因子，有較差之認知功能者治療後復發機會爲有較佳認知功能者之1.72倍，而死亡機會則爲1.9倍(33)。Blazeby等人(2001)利用EORTC QLQ-C30探討89位食道癌病患之健康生活品質，發現治療前之生理功能與治療後之情緒功能是影響存活之重要因子(39)，而Coates等人(1992)探討乳癌病患接受化療前及化療期間生活品質對存活之影響，發現治療前與治療中之生理功能、情緒及疼痛等之

改變可預測存活情形(40)。

(二)頭頸部癌症病患在治療期間之事件衝擊情形

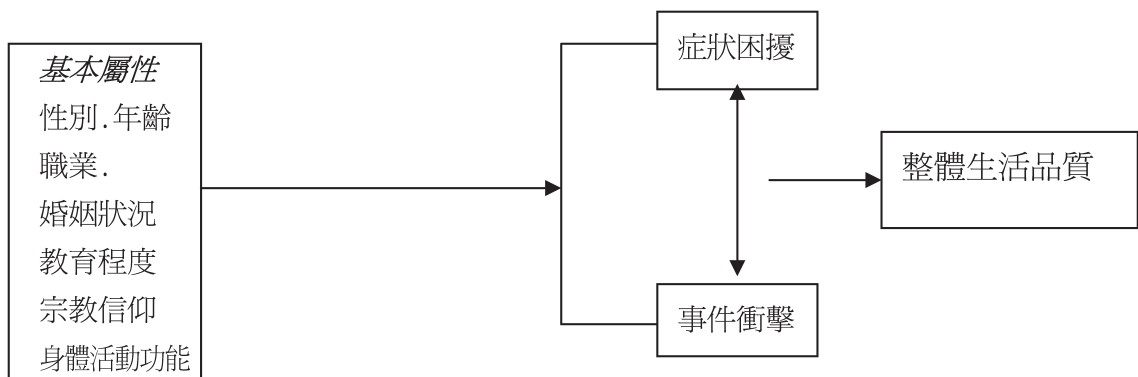
國內外目前對於接受治療的頭頸部癌症病患的事件衝擊影響研究較少，事件衝擊量表(impact of event scale, IES)是由Horowitz等人(1979)所發展出用來用於評估個案對於特定事件所感受到的衝擊程度。這份量表為簡短且適用於臨床上針對遭受重大創傷後的病患做心理層面上的評估，能協助了解癌症病患在面對治療時所受到之衝擊的影響。其主要分成兩個心理層面：intrusion及avoidance。經驗再現(intrusion)指的是”自願的想法或印象、煩惱的夢、極度的痛苦或浮動的情緒以及重複發生的行為”；逃避反應(avoidance)包括”否認此事件所帶來的意義、遲緩的感覺、抑制性行為或恐慌性的負向行動及情緒上的麻木”；研究指出，此兩大機轉和焦慮、憂鬱間皆呈正相關(41,42,43)。楊(2004)針對115位接受骨髓移植/周邊血液造血幹細胞移植後患者創傷後之壓力

情形，發現有13%在接受移植後產生創傷後壓力症候群，而女性、經濟狀況差以及目前的體力表現較差者，比較有可能罹患移植相關之創傷後壓力症。患有創傷後壓力症者比未得病者，其焦慮度、憂鬱度以及受衝擊程度則是顯著較高；自覺疲倦感、睡眠品質及社交生活也會因創傷後壓力症而有負面影響(44)。

Chen等(2005)針對新診斷為口腔癌之病患，發現距離事件衝擊發生時間越短的病人，其事件衝擊量表之分數越高，表事件衝擊影響越大。而事件衝擊之影響可以呈現病患之心理衝擊影響層面，即經驗再現(intrusion)及逃避反應(avoidance)與焦慮及憂鬱間均呈現顯著正相關(45)。Horowitz等人(1993)針對54位頭頸部癌症病患，其面對事件衝擊時間小於等於5年，其intrusion平均分數為8.4(標準差為8.2)，avoidance平均分數為9.2(標準差為8.1)(46)。

參、材料與方法

三、研究架構



一、研究方法

本研究為一橫斷性、相關性研究設計 (descriptive research design)，針對頭頸部癌症病患在接受治療期間，由醫師解釋研究目的及研究進行方式，取得病患研究同意書後，再由訪視員接觸病患，並收集問卷，問卷內容包括基本屬性、EORTC H&N 35生活品質量表、視覺類比量表—整體生活品質、事件衝擊量表。

(一) 研究對象與場所

本研究對象取自某教學醫院放射腫瘤科門診治療室，選取接受剛接受放射線治療三週內之頭頸部癌症病患為對象，共收案30人，其中有五位個案因症狀不舒服，無法完成問卷，最後共完成25例，收案條件如下：

1. 18歲以上，意識清楚，目前接受治療的成年頭頸部癌症病患。

2. 無嚴重視、聽障問題存在。

3. 經解釋研究目的後，願意參與本研究。

(二) 研究工具及信效度

1. 事件衝擊量表

事件衝擊量表(impact of event scale, IES)是由Horowitz等人(1979)所發展出用來用於評估個案對於特定事件所感受到的衝擊程度。這份量表為簡短且適用於臨床上針對遭受重大創傷後的病患做心理層面上的評估，能協助了解癌症病患在面對治療時所受到之衝擊的影響。其主要分成兩個心理層面：intrusion及avoidance。共包含15題：7題評估經驗再現(intrusion)，題數為：1, 4, 5, 6, 10, 11, 14；8題評估逃避反應(avoidance)，題數為：2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15。量表採用李克特氏(Likert's)五點量表，分數由0分(無此狀況)、1分(極少發生)、3分(中度程度發生)、5分(經常發生)，分數越高，代表衝擊程度越高，且經驗再現(intrusion)分數越高，亦代表病患有意識的傾向或有逃避的行為。經驗再現及逃避反應被認為是處理悲慘生活事件中最主要出現的兩大機轉，其具有良好之信效度，Chen等(2005)將此量表翻譯成中文版，並針對106位初診斷為口腔癌的病人施測，量表具良好信效度，整體量表之內在一致性(Cronbach's alpha)值為0.91，經驗再現部份及逃避反應部分之次要量表Cronbach's alpha值分別為0.91及0.81(45)。本研究所得之整體量表之Cronbach's

alpha值為0.88。

2. EORTC QLQ-HN35生活品質量表

EORTC QLQ-H&N35是歐洲癌症治療與研究組織 (European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC) 特別為頭頸部惡性腫瘤所設計的問題卷，由35個問題組成，用以評估症狀、治療副作用、社會功能及身體形象 (body image) / 性功能 (sexuality) 等。EORTC QLQ-H&N35問卷本身包含「疼痛問題」為第1, 2, 3, 4題、「吞嚥問題」為第5, 6, 7, 8題、「感覺問題」為第13, 14題、「說話問題」為第16, 23, 24題、「社交飲食問題」為第19, 20, 21, 22題、「社交接觸問題」為第18, 25, 26, 27, 28題和「性困擾」為第29, 30題等七個多項尺度 (multi-item scales) 與「牙齒問題」、「張口問題」、「口乾」、「唾液黏稠」、「咳嗽」、「病態感」、「使用止痛藥」、「使用營養劑」、「使用餵食管」、「體重減輕」和「體重增加」等十一個單項 (single item)，分數越高代表問題越嚴重。

EORTC QLQ-H&N35其量尺問題，前30題分四等級，均採用李克特式 (Likert's) 四點量尺的形式，分數愈低，表示症狀愈不明顯。後5題分「有」、「沒有」二等級，包括：有無使用止痛劑、有無使用營養補充劑、有無使用餵食管、有無體重增加、有無體重減輕等，分數計算方式，首先，估計每一題組或是單獨問題之平均值，這一個數值為raw score，I表示各題回答之分數，n代表題數。計分公式為：

$$Rawscore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

接下來，必須把raw score的分數轉換為0~100之分數，而這一個轉換後的分數我們另稱為S，而range為「評分等級數-1」；計分公式為：

$$症狀評分題組/單獨問題S = \{(RS-1) / range\} \times 100$$

在完成計分轉換之程序後，症狀評分題組/單獨問題者，若分數愈高則表示其症狀或是問題愈嚴重。

另外，本研究利用一題單一視覺類比量表來評估病患自覺整體生活品質的優劣程度，即利用一條長100mm之直線，由病患自行在直線上劃出其整體上之生活品質，最左邊是病患自己心中自覺最糟糕的生活品質，越往直線右邊，代表其生活品質越好，直線最右邊是其心中

自覺最好的生活品質。

3.基本資料：包括病患人口學資料，如：性別、年齡、職業、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰及身體活動功能狀態(Karnofsky Performance Status, KPS)等。

(三) 收集資料的過程

本研究進行時，首先做行政上的聯繫，由學校出公文至收案場所，以獲得研究部門的同意，研究者再至研究單位，與醫師及單位主管說明研究目的及方法後，並經由人體試驗委員會進行研究審核通過，始進行資料之收集。

(四)、資料統計分析的方法

研究所得資料編碼後，以SPSS 12.0 for windows統計軟體進行描述性的統計分析，資料分析主要採用次數分佈、百分比、平均值、標準差、無母數分析之Mann-Whiney U Test及Spearman's相關檢定等方法。

肆、研究結果與討論

一、研究結果

(一) 研究對象之基本屬性

本研究共收集25位頭頸部癌症病患，基本屬性方面（見表一），大部分為男性，佔88%，年齡平均53.6歲（標準差12.96），教育程度以小學程度為主（60%）；有84%的人有宗教信仰，大部份的人已婚（96%），目前無工作者有80%，接受研究調查時之身體活動功能狀態為90分者（即身體能繼續一般的活動，有輕微的患病徵候或症狀）有80%。

(二)研究對象之事件衝擊情形

在經驗再現部份(intrusion)，共有七題，總和分數為7.56（標準差為8.29），逃避反應部分(avoidance)，共有八題，總和分數為6.56（標準差為6.18），整體量表之總和分數為14.12（標準差為13.47），其中以“我想到這件事時，盡量讓自己不激動”（M=1.76, SD=2.0）、“我常不自主的就會想起這件事”（M=1.44, SD=1.58）、“關於這件事的情景會突然出現在我腦海裡”（M=1.12, SD=1.65）、“對於這件事我有強烈的情緒起伏”（M=1.12, SD=1.48）、及“與這件事有關的事或情景令我難以入睡”（M=1.08, SD=1.68）等分數較高（見表二）。

另外，以0分（無此狀況）、1分（極少發生）、3分（中度程度發生）、5分（經常發生）的頻率來看，發現在中等程度上發生的比例較多的項目依序是：“我想到這件事時，盡量讓自己不激動”（40%）、“我常不自主的就會想起這件事”（32%）、“關於這件事的情景會突然出現在我腦海裡”（32%）、“對於這件事我有強烈的情緒起伏”（28%）、及“與這件事有關的事或情景令我難以入睡”（28%）等，與利用平均數算出之項目一致。

(三)研究對象之生活品質情形

利用EORTC QLQ-H&N 35量表來測量頭頸部癌症病患的十三項不舒適問題，其中以唾液黏稠問題最嚴重（M=65.3, SD=36.62），其次為口乾問題（M=64.0, SD=37.17）、吞嚥問題（M=40.0, SD=30.81）、病識感（M=40.0, SD=38.49）及張口問題（M=38.7, SD=41.59）（見表三）。利用視覺類比量表調查病患對目前治療期間整體之生活品質情形，其平均分數為59分（標準差為31.9），為自覺中等的生活品質。

另外，在有無使用止痛劑和病患的症狀問題中，有使用止痛藥的病患其頭頸部疼痛（M=45.0, SD=32.3）、感覺問題（M=50.0, SD=29.3）及唾液黏稠問題（M=80.0, SD=27.6）仍然比沒有服用止痛藥之病患更不舒服，並達到統計上顯著差異（見表四）。

(四)研究個案之QLQ-H&N35症狀問題與事件衝擊、整體生活品質之關係

利用Spearman's相關(Spearman's correlation)來檢測QLQ-H&N 35的症狀問題與事件衝擊量表、整體生活品質之間之關係。在事件衝擊量表部分，經驗再現(intrusion)部分與病識感($r=0.55, p=0.004$)、與人進食問題($r=0.54, p=0.006$)、口乾問題($r=0.497, p=0.011$)、社會接觸問題($r=0.47, p=0.019$)、感覺問題($r=0.41, p=0.045$)等呈現顯著正相關，顯示這些症狀問題愈嚴重，病患心裡自願的想法或印象、煩惱的夢、極度的痛苦或浮動的情緒以及重複發生的行為等更加明顯；逃避反應部分，感覺問題($r=0.53, p=0.006$)、口乾問題($r=0.44, p=0.03$)等呈現顯著正相關，顯示這些症狀使病患心中對於所衝擊的事件，呈現出否認此事件所帶來的意義、遲緩的感覺、抑制性行為或恐慌性的負向行動及情緒上的麻木等心理衝擊；

而對於整份事件衝擊量表總分來說，感覺問題($r=0.53, p=0.007$)、口乾問題($r=0.51, p=0.009$)、與人進食問題($r=0.46, p=0.02$)、病識感($r=0.44, p=0.027$)以及社會接觸問題($r=0.43, p=0.033$)等呈顯著正相關。另外，在整體生活品質部份，性生活問題($r=-0.668, p=0.000$)、頭頸部疼痛($r=-0.42, p=0.035$)、吞嚥問題($r=-0.42, p=0.036$)等皆和生活品質呈現顯著負相關，亦即這些症狀愈嚴重，病患之生活品質愈差(見表五)。

(五)基本屬性與各變項間之關係

利用無母數分析之Mann-Whiney U Test及單變項分析(one way ANOVA)來檢定基本量表內各屬性與EORTC QLQ-HN35量表、事件衝擊量表及整體生活品質量表之關係。在與EORTC QLQ-HN35量表部分，發現性別及職業狀態在牙齒問題上有顯著差異，即男性在牙齒問題上($M=24.2, SD=34.4$)有顯著較女性($M=0.0, SD=0$)有此問題發生；目前無工作者其牙齒問題($M=29.4, SD=37.0$)有顯著較有工作者($M=4.2, SD=11.7$)有此問題發生；有宗教信仰者其張口問題($M=44.4, SD=42.6$)顯著較無宗教信仰者($M=8.33, SD=16.7$)有此問題發生；而身體活動功能為80分者(有一些疾病的徵候或症狀，自我照顧需費力)其口乾問題($M=86.6, SD=18.25$)顯著較身體活動功能為90分者(有輕微患病徵候或症狀)的口乾問題($M=58.3, SD=38.8$)嚴重。

在事件衝擊量表部分，女性在“我試著去忘記這件事”($M=2.67, SD=2.51$)的項目上顯著較男性得分高，而男性則在“我試著不談論這件事”($M=1.18, SD=1.86$)的項目上顯著較女性得分高；有宗教信仰者在“我常不自主想起這件事”($M=1.62, SD=1.66$)及“與這件事有關的事或情景令我難以入睡”($M=1.24, SD=1.79$)的項目上明顯較無宗教信仰者得分高；身體活動功能較差者(80分)其在“我常不自主想起這件事”($M=2.8, SD=1.28$)及“對於這件事我有強烈情緒起伏”($M=2.4, SD=1.95$)的項目上明顯較身體活動功能較好者(90分)得分高，而身體活動功能較好者其在“我想到這件事盡量讓自己不激動”($M=2.05, SD=2.14$)的項目上明顯較身體活動功能較差者得分高(見表一)。

二、討論

(一)在生活品質及症狀部份

本研究之頭頸癌病患在接受治療期間所感受到最不舒服的症狀為唾液黏稠問題，其次為口乾、吞嚥問題、病識感及張口問題等，這和大部分研究所提到的結果類似(28, 33, 47, 48, 49)，但在有無使用止痛劑與各項症狀間之關係，卻發現已使用止痛劑的病患其頭頸部疼痛、感覺及唾液黏稠問題仍然比無使用止痛劑的病患來得嚴重，顯示已使用止痛劑的病患，雖然有使用止痛劑，但疼痛的感受仍明顯影響病患對其他症狀的耐受性，且也許病患認為已使用止痛劑，在病人的傳統想法上，仍覺得必須忍受疼痛或擔心藥物成癮等，以至於在止痛劑之用量上仍顯不足(50)；在整體生活品質上，有使用止痛劑之患者其生活品質較無使用止痛劑者差，但在統計上並無明顯差異。

而與基本屬性部分，發現男生較女生有較多牙齒問題，這也許和男生有較多抽菸、喝酒的比例，且女性在適當的刷牙次數上較男性來的高有關(51)；無工作者其牙齒問題亦較有工作者多，而牙關緊閉問題經常是放射線治療後經常出現之副作用之一(52)，目前有工作者也許因為須要工作，在面對牙齒問題時，因而更加謹慎處理，或相對其副作用較不明顯，而能繼續工作；有宗教信仰者其張口問題較無宗教信仰者為多，此部分文獻較少有提及，不過本研究中無宗教信仰者人數較少(4人)，需後續研究再持續追蹤；而在身體活動功能部分，身體功能較差者其口乾問題較身體功能較好者嚴重，可以想見病患在承受較多不舒服症狀時，其所表現之身體活動功能亦會較差。而本研究之基本屬性與整體生活品質部分並無統計上顯著差異。

(二)事件衝擊量表與症狀問題、生活品質間之相關

本研究結果發現，在經驗再現部份(intrusion)，總和分數為7.56，逃避反應部分(avoidance)，總和分數為6.56，整體量表之總和分數為14.12，和Chen等人(2005)的研究針對初診斷為口腔癌的病患比較，本研究之患者所呈現之分數皆較低，原因可能是本研究針對目前正接受治療之患者，而病患從初診斷為癌症到接受治療過程中，病患大部分已較為接受罹病之事實，這和Chen等人(2005)及Horowitz等人(1993)所認為，隨著距離發生事件越久或印

象不鮮明，病患對受此事件的影響程度會逐漸降低(45, 46)，但隨即面對治療所可能引發之副作用及未來治療結果等種種不確定感受，仍持續影響大部分病患面對治療的感受，其中以“我想到這件事時，盡量讓自己不激動”分數最高，其次為“我常不自主的就會想起這件事”，顯示病患在面對治療時，仍有相當多心理層面的衝擊。Chen等(2005)針對初次診斷為口腔癌之病患，發現逃避反應中之“我遠離會讓我想起這件事的人事物”及經驗再現中之“任何與這件事有關的事，使我回到當時的感覺”分數最高，顯見病患由初診斷出罹患癌症到接受治療，其心理衝擊之變化。

而感覺問題、口乾問題、與人進食問題、病識感以及社會接觸問題等與事件衝擊量表間呈顯著正相關，亦即這些不適症狀對病患產生

心理衝擊，李等(2005)認為無憂鬱傾向的患者，其症狀問題及生活品質各方面均較佳，亦即心理層面與病患之症狀、生活品質有極大影響(53)。另外，在整體生活品質部份，性生活問題、頭頸部疼痛、吞嚥問題等皆和生活品質呈現顯著負相關，亦即這些症狀愈嚴重，病患之生活品質愈差，其中以性生活問題相關性最高，這和本研究大部分病患(88%)為男性，在這部分問題上較為敏感，且病患多屬中壯年有關，這也顯示病患平時難以啓齒的問題，卻是影響生活品質的重要因素之一，值得醫護人員多加注意。

本研究的研究個案較少，未來仍須多增加個案，及以縱貫式方式收集追蹤病患之症狀及生活品質，以期達到最佳之照護目的。

表二、研究個案之事件衝擊量表分布情形

項目	M(SD)	排序	n(%)			
			0	1	3	5
經驗再現 (intrusion)	7.56 (8.29)					
我常不自主的就會想起這件事	1.44 (1.58)	2	9(36)	8(32)	6(24)	2(8)
與這件事有關的事或情景令我難以入睡	1.08 (1.68)	5	16(64)	2(8)	5(20)	2(8)
對於這件事我有強烈的情緒起伏	1.12 (1.48)	4	13(52)	5(20)	6(24)	1(4)
我夢見有關這件事	0.68 (1.35)	13	18(72)	3(12)	3(12)	1(4)
關於這件事的情景會突然出現在我腦海裡	1.32 (1.65)	3	12(48)	5(20)	6(24)	2(8)
其他事情會使我聯想到這件事	0.96 (1.46)	7	15(60)	4(16)	5(20)	1(4)
任何與這件事有關的事，使我回到當時的感覺	0.96 (1.46)	7	15(60)	4(16)	5(20)	1(4)
逃避反應 (Avoidance)	6.56 (6.18)					
我想到這件事時，盡量讓自己不激動	1.76 (2.00)	1	11(44)	4(16)	5(20)	5(20)
我試著去忘記這件事	0.8 (1.47)	9	16(64)	5(20)	1(4)	2(8)
我遠離會讓我想起這件事的人、事、物	0.32 (0.85)	14	21(84)	2(8)	2(8)	0(0)
我覺得這件事沒有發生或不是真的	0.76 (1.54)	11	18(72)	3(12)	2(8)	2(8)
我試著不談論這件事	1.04 (1.79)	6	17(68)	2(8)	3(12)	3(12)
我清楚知道我對這件事情仍有情緒起伏，但未做處理	0.80 (1.44)	9	15(60)	7(28)	1(4)	2(8)
我試著不去想這件事	0.76 (1.20)	11	16(64)	4(16)	5(20)	0(0)
對於這件事我感到麻木	0.32 (1.03)	14	21(84)	3(12)	0(0)	1(4)
整體量表總分	14.12(13.5)					

表三、研究個案之 EORTC QLQ-H&N35 台灣中文版量表分布情形

項目	M (SD)	換算後 M (SD)	排序
頭頸部疼痛		34.0(34.01)	6
口腔疼痛	2.24 (1.33)		
下顎疼痛	1.84 (1.21)		
口腔酸痛	1.96 (1.24)		
喉嚨痛	2.04 (1.27)		
吞嚥問題		40.0(30.81)	3
吞嚥液體時曾有困難	1.96 (1.24)		
吞嚥濃湯時曾有困難	2.08 (1.15)		
吞嚥固體食物時曾有困難	2.80 (1.29)		
吞嚥時曾經噎到	1.96 (1.06)		
感覺問題		20.0(25.46)	11
曾有嗅覺方面的問題	1.36 (0.76)		
曾有味覺方面的問題	1.84 (1.11)		
語言問題		25.3(25.76)	9
曾有聲音沙啞	2.12 (1.20)		
與別人交談曾感到困擾	1.68 (0.99)		
用電話交談接觸曾感到困擾	1.48 (0.71)		
與人進食問題		33.0(30.19)	7
進食困擾	2.44 (1.26)		
在家人面前進食困擾	1.48 (0.96)		
在其他人面前進食困擾	1.60 (1.04)		
難以享受進餐的樂趣	2.44 (1.16)		
社會接觸問題		7.5(14.31)	13
外觀困擾	1.28 (0.74)		
和家人交往接觸曾感到困擾	1.08 (0.28)		
和朋友交往接觸曾感到困擾	1.12 (0.44)		
外出至公共場合曾感到困擾	1.48 (0.96)		
和家人或朋友有身體接觸時，曾感到困擾	1.16 (0.62)		
性生活問題		15.3(31.15)	12
對「性」有沒有樂趣	1.44 (0.92)		
感到比較無法享受性生活	1.48 (1.05)		
牙齒方面的問題	1.64 (1.00)	21.3(33.17)	10
張口問題	2.16 (1.25)	38.7(41.59)	5
口乾問題	2.92 (1.12)	64.0(37.17)	2
唾液黏稠問題	2.96 (1.10)	65.3(36.62)	1
咳嗽問題	1.80 (0.96)	26.7(31.93)	8
病識感	2.20 (1.16)	40.0(38.49)	3
視覺類比量表 整體生活品質	59.0(31.9)		

表四、研究個案之 EORTC QLQ-H&N35 中症狀問題與有無使用止痛藥之關係(N=25)

項目 M(SD)	使用止痛藥		Z (p)
	沒有 (n=10, 40%)	有 (n=15, 60%)	
頭頸部疼痛	17.5(30.7)	45.0(32.3)	-2.42*
吞嚥問題	25.0(27.7)	50.0(29.3)	-1.988*
感覺問題	11.7(15.8)	25.6(29.4)	-1.213
語言問題	14.4(20.9)	32.6(26.7)	-1.586
與人進食問題	22.5(24.2)	40.0(32.4)	-1.261
社會接觸問題	3.3(6.4)	10.2(17.4)	-0.053
性生活問題	13.3(32.2)	16.6(31.4)	-0.37
牙齒方面的問題	10.0(35.8)	28.8(41.5)	-1.39
張口問題	20.0(35.8)	51.1(41.5)	-1.815
口乾問題	43.3(38.6)	80.0(27.6)	-0.844
唾液黏稠問題	56.7(38.6)	68.9(36.6)	-2.37*
咳嗽問題	20.0(28.1)	31.1(34.4)	-0.839
病識感	30.0(24.5)	46.6(45.0)	-0.751
視覺類比量表 整體生活品質	59.3(28.6)	58.8(34.9)	-0.056

註：利用 Mann-Whitney U test ； * P<0.05

表五、研究個案之 QLQ H&N35 症狀問題與事件衝擊量表、整體生活品質之相關性

項目	事件衝擊量表			整體生活品質 r(p)
	經驗再現 r(p)	逃避反應 r(p)	整體量表 r(p)	
頭頸部疼痛	0.39* (0.06)	0.31 (0.14)	0.396 (0.05)	-0.42* (0.035)
吞嚥問題	0.31 (0.13)	0.22 (0.29)	0.34 (0.09)	-0.42* (0.036)
感覺問題	0.41* (0.045)	0.53** (0.006)	0.53** (0.007)	-0.17 (0.41)
語言問題	0.36 (0.07)	0.20 (0.33)	0.34 (0.09)	0.01 (0.94)
與人進食問題	0.54** (0.006)	0.33 (0.11)	0.46* (0.02)	-0.21 (0.32)
社會接觸問題	0.47* (0.019)	0.38 (0.06)	0.43*(0.033)	-0.16 (0.45)
性生活問題	0.015 (0.019)	0.014 (0.95)	0.19(0.93)	-0.668*** (0.000)
牙齒方面的問題	0.08 (0.70)	0.01 (0.96)	0.006(0.98)	-0.06 (0.78)
張口問題	0.16 (0.427)	0.18 (0.39)	0.21(0.31)	0.04 (0.87)
口乾問題	0.497* (0.011)	0.44* (0.03)	0.51**(0.009)	-0.35 (0.085)
唾液黏稠問題	0.38 (0.07)	0.35 (0.08)	0.42 (0.037)	-0.19 (0.34)
咳嗽問題	0.23 (0.28)	0.11 (0.59)	0.15 (0.48)	0.18 (0.40)
病識感	0.55** (0.004)	0.30 (0.15)	0.44* (0.027)	-0.31 (0.13)

註：利用 Spearman's 相關分析； * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

伍、參考文獻

1. 行政院衛生署(2005)·民國94年死因結果摘要·取自2007年2月28日, <http://www.doh.gov.tw/>。
2. Kelly C, Ghazi F, Caldwell K et al (2002) Psychological distress of cancer and clinical trial participation: a review of the literature. *Eur J Cancer Care* 11:6-15
3. Salander P (2002) Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med* 55:721-732
4. Courneya, k. S. (2001). Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes. *American College of Sports Medicine*, 29(2),60-64.
5. 張愛萍(2003)·發展台灣版簡明疲憊量表與台灣版安德森症狀量表及信效度檢測·未發表的碩士論文,臺北醫學大學,台北。
6. 陳民虹、邱泰源、胡文郁、陳慶餘(1997)·癌末病人疼痛控制之研究·中華民國家庭醫學雜誌,7(1),24-32。
7. 林曜祥、任益民、李日清、林朝榮、高全祥(2002)·頭頸癌的國際疾病分類規碼·耳鼻喉科醫學雜誌,37(4),279-283。
8. 陳修宜、徐茂銘(2002)·台灣地區頭頸部癌症綜論·當代醫學,29(4),269-272。
9. Kim, K. S., Choi, E. C., Choi, G., Sung, M.W., Kim, S.Y., Lee, Y. S., Baek, J. H., Kim, Y. H., Kim, S. H., Jim, Y. H., Im, J. H., Choi, S. H., & Kim, J. H. (2003). Epidemiologic survey of head and neck cancers in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 18(1), 80-87.
10. 鄭鴻鈞(1998)·癌症之放射線治療·台灣醫學·2(3),316-320。
11. 郭婷婷(2000)·非小細胞癌患者症狀困擾與因應策略之相關性探討·未發表的碩士論文,國立陽明大學,台北。
12. Hogopian, G.A. (1991). The effects of a weekly radiation therapy newsletter on patients. *Oncology Nursing Forum*, 18(7), 1199-1203.
13. Schofield, C. P., Sykes, A. J., Slevin, N. J., & Rashid, N. Z. (2003). Radiotherapy for head and neck cancer in elderly patients. *Radiotherapy and Oncology*, 69, 37-42.
14. Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly 111 diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22(3), 185-194.
15. McDaniel, R. W., & Rhodes, V.A.(1995). Symptom experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 232-234.
16. Lough, W. E., Lindsey, A. M., Shinn, J. & Stotts, N. A. (1987). Impact of symptom frequency and symptom distress on self-report quality of life in heart transplant recipients. *Heart and Lung*, 16(2), 193-200.
17. Tishelman, C., Taube, A., & Sachs, L. (1991). Self-reported symptom distress in cancer patients: Reflections of disease, illness or sickness? *Social Science & Medicine*, 33 (11), 1229-1240.
18. Holmes, S. (1991). Preliminary investigations of symptom distress in two cancer patient populations : Evaluation of a measurement instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 16(4), 439-446.
19. McDaniel, R. W., & Rhodes, V. A. (1995). Symptom experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 232-234.
20. McClement, S. E., Woodgate, R. L., & Degner, L. (1997). Symptom distress in adult patients with cancer *Cancer Nursing*, 20 (4),236-243.
21. 蔣婷婷(2003)·口腔癌切除病患術後症狀嚴重程度之探討·未發表的碩士論文,臺北醫學大學,台北。
22. Hickok, J. T., Morrow, G. R., Roscoe, J. A., Mustian, K., & Okunieff, P. (2005). Occurrence, Severity and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5), 433-442.
23. Pasacreata, J. V. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing 127 research*, 46 (4), 214-221.
24. Hilderley, L. J., & Dow, K. H. (1996). Radiation oncology. *Cancer Nursing*, 331-358.

25. Hu, K., & Harrison, L. B. (2005). Impact of anemia in patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Current Treatment Options in Oncology*, 6(1), 31-45.
26. Wilgen, C. P., Dijkstra, P. U., Laan, B. F., Plukker, J. T., & Roodenburg, J. L. (2004). Morbidity of the after head and neck cancer therapy. *Head & Neck*, 26(9), 785-791.
27. Kessler, P., Grabenbauer, G., Leher, A., Schultze-Mosgau, S., Rupprecht, S., & Neukam, F. W. (2004). Patients with oral squamous cell carcinoma Long-term survival and evaluation of quality of life-initial results obtained with two treatment protocols in prospective study. *Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie*, 8(5), 302-310.
28. Hogopian, G. A. (1991). The effects of a weekly radiation therapy newsletter on patients. *Oncology Nursing Forum*, 18(7), 1199-1203.
29. 鄧淑琴、賴裕和、陳淑卿、張東杰、廖美南、杜素珍 (2002) · 鼻咽癌病患接受放射線治療的症狀困擾及情緒狀態之探討 · 長庚護理, 1 (1), 21-31。
30. Huang, H., Wilkie, D. J., Schubert, M. M., & Ting, L. (2000). Symptom profile of nasopharyngeal cancer patients during radiotherapy. *Cancer Practice: A Multidisciplinary Journal of Cancer Care*, 8(6), 274-281.
31. Bjordal, K., Kaasa, S., & Mastekaasa, A. (1994). Quality of life in patients treated for head and neck cancer: A follow-up study 7 to 11 yaers after radiotherapy. *Internation Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 28(4), 847-856.
32. Epstein, J. B., Emerton, S., Kolbinson, D. A., Le, N. D., Phillips, N., Stevenson-Moore, P., & Osoba, D. (1999). Quality of Life and Oral Function Following Radiotherapy for Head and Neck Cancer. *Head & Neck*, 21, 1-11.
33. de Graeff, A., de Leeuw, J. R., Ros, W. J., Hrdijk, G. J., Blijham, G. H., & Winnubst, J. A. (1999). A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. *Oral Oncology*, 35(1), 27-32.
34. Hammerlid, E., Persson, L. O., Sullivan, M., & Westin, T. (1999). Quality-of-life of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surgery*, 120, 507-516.
35. Ackerstaff, A. H., Tan, I., Rasch, C. R., Balm, A. J., Keus, R. B., Schornagel, J. H., & Hilgers, F. J. (2002). Quality-of-life assessment after supradose selective intra-arterial cisplatin and concomitant radiation (RADPLAT) for inoperable stage IV head and neck squamous cell carcinoma. *Archives Otolaryngol Head & Neck Surgery*, 128(10), 1185-119.
36. Allal, A. S., Dulguerov, P., Lehmann, W., & Kurtz, J. M. (2000). Assessment of quality of life in patients treated with accelerated radiotherapy for laryngeal and hypopharyngeal carcinomas. *Head & Neck*, 22(3), 288-293.
37. 許維中、詹淑卿、陳宇嘉、丁禮莉、鐘娜娜、陳斯容、王博民、劉博仁、林高德 (2004) · 早晚期鼻咽癌病患經放射線治療後與時間相關之生活品質分析, 中華放射醫誌, 29, 129-136。
38. de Boer MF, Bart Van den Borne, Pruyn JFA, Ryckman RM, Volovics L, Knegt PP, Meeuwis CA, Mesters I, Verwoerd CDA. Psychosocial and physical correlates of survival and recurrence in patients with head and neck carcinoma: results of a 6-year longitudinal study. *Cancer* 1998;83:2567-2579.
39. Blazeby JM, Brookes ST, Alderson D. The prognostic value of quality of life scores during treatment for oesophageal cancer. *Gut* 2001;49:227-230.
40. Coates A, Gebiski V, Signorini D, Murray P, McNeil D, Byrne M, Forbes JF. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. *J Clin Onco* 1992;10(12):1833-1838.
41. Davidson LM, Baum A (1986) Chronic stress and post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 54: 303-308
42. Kelly B, Raphael B, Smithers M et al (1995)

- Psychological responses to malignant: an investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness. *Gen Hosp Psych* 7:26-134
43. Spurrell MT, McFarlane AC (1995) Life-events and psychiatry symptoms in general psychiatry clinic: the role of intrusion and avoidance. *Br J Med Psychol* 68:333-340
44. 楊錚宜(2004) · 接受骨髓移植/周邊血液造血幹細胞移植後患者創傷後壓力症的危險因子與生活品質之探討 · 國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
45. Chen, SC., Lai, YH., Liao, CT., & Lin, CC.(2005). Psychometric testing of the impact of Event Scale-Chinese Version(IES-C) in oral cancer patients in Taiwan, *Support Care Cancer*, 13: 485-492.
46. Horowitz MJ, Field NP, Classen CC et al (1993) Stress response syndromes and their treatment. In: Leo G. (ed) *Handbook of stress*. Free Press Maxwell Macmillan International, Inc., New York, pp 757-773
47. 陳佩靖(2002) · 口腔癌病患治療後生活品質及其相關因素探討-橫斷式研究 · 高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文。
48. 黃寶樺(2005) · 探討接受放射線治療之鼻咽癌病患的症狀呈現與症狀干擾日常生活情形 · 長庚大學護理學研究所碩士論文。
49. 方富明(2003) · 頭頸癌病患之健康生活品質研究 · 高雄醫學大學博士論文。
50. 徐麗琴、林佳靜、賴裕和、陳美伶(2002) · 腫瘤護理人員對癌痛之評估及處置與相關因素探討 · 4(2), 29-38。
51. 曾筑瑄、謝天渝、楊奕馨(2003) · 台灣成人口腔保健行為調查報告 · *Taiwan Journal of Oral Medicine & Health Sciences*, 19(1), 13-25。
52. 張東杰(2002) · 鼻咽癌病患治療成果之評估-生活品質與經濟指標之研究 · 長庚大學護理學研究所碩士論文。
53. 李秀芳(2005) · 頭頸癌腫瘤病患生活品質及其相關因素探討 · 長庚大學護理學研究所碩士論文。

The Symptom Problems, Impact of Event and Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients Receiving Therapy

Tsai-Wei Huang^{1*}
Ming-Chih Wang²

Graduate school of nursing in Hungkuang Unersivisity ¹

Department of Radiation Oncology Kuang Tien General Hospital ²

Received 9 April 2007 ; accepted 3 August 2007

Abstract

In this cross sectional study, we evaluated the quality of life, impact of event and symptoms in head and neck cancer patients during treatment. The demographic data, symptoms and impact of event were further evaluated. There were 25 subjects included into this study. The questionnaire included visual analogue scale-quality of life , EORTC Quality of Life Head and Neck Module(EORTC QLQ-H&N35), and Impact of Event Scale- Chinese(IES-C). The statistical analysis was conducted by the Mann-Whiney U Test and Spearman's correlation tests.

The results showed that: (1) the most distress symptoms were sticky saliva, dry mouth, swallowing problem, feeling of uncomfortable and problem of open mouth; (2) The patients who used anesthesia drugs complained more severd symptoms liked pain, swallowing problem, and sticky saliva than non-anesthesia patients; (3) In IES-C, the avoidance part “I avoided letting myself get upset when I thought about it or was reminded of it” and the intrusion part “I though about it when I didn’t mean to” have high score; (4) Sexuality, pain and swallowing problem showed a negative impact on the global quality of life; (5) The global quality of life was medium level. There were no significance with global quality of life, demographic data and IES-C. The results provided clinical information to understand the quality of life impact of head and neck cancer patients. By including the risk factors assessment in the nursing care, we could provide better nursing intervention and improve the quality of patient care.

Key words: head and neck cancer, impact of event scale, symptom problem, quality of life

*Corresponding author