

# 癌症病患症狀困擾與不確定感關係之探討

## The Investigation of the Relationship Between Symptom Distress and Uncertainty

羅惠敏 徐南麗\* 邱慧洳\*\* 廖惠娥\*\*\* 劉欣怡\*\*\*\*

### 摘要

本研究目的在了解癌症病患之基本資料及症狀困擾對癌症病患疾病不確定感的影響。研究設計採橫斷式相關研究方法，以東部某醫學中心及東北部某區域教學醫院腫瘤科癌症病患為母群體採方便取樣，共收業100名，分有無癌症疼痛者50名，癌症疼痛者50名，利用結構式問卷及深入訪談進行研究。統計方法以SPSS 10.0軟體採相關性分析。研究結果顯示：非疼痛的癌症病患在疾病不確定感得分3.20低於疼痛組3.39 ( $t=2.78, p<0.00$ )；非疼痛的癌症病患症狀困擾得分4.29低於疼痛組4.56 ( $t=-1.36, p<0.00$ )；非疼痛組與疼痛組的癌症病患不確定感、症狀困擾，影響癌症病患不確定感方面的變項統計中發現，症狀困擾可解釋不確定感之總變異量達31%，本研究結果可使護理人員明白癌症病患症狀困擾與不確定感的關係，進而設計介入措施以改善病患症狀困擾降低不確定感提升癌症病患的生活品質。(慈濟護理雜誌, 2004; 3:1, 72-80)

關鍵詞：癌症、症狀困擾、不確定感。

### 前言

癌症近十年來一直名列國人十大死因之首，世界衛生組織(World Health Organization)世界衛生報告(1997)指稱未來25年間惡性腫瘤之病例將較目前增加一倍且每5秒即一位病人死於癌症。癌症雖然是一種慢性疾病，超過一半的病患可存活五年以上。它具有死亡威脅的特性，亦為大眾所熟知。一旦得知罹患

癌症之後，對大多數人均是一種艱鉅的壓力情境，包括疾病與治療的不確定感、情緒的衝擊、生理的症狀困擾，以及生活型態的變動等。文獻指出有癌症疼痛者較無疼者有較高的不確定感(Padilla, Ferrell, Grant & Rhiner, 1990)，不確定感及症狀困擾的程度會增加病患的壓力，使得病患在調適上受影響(Mishell, 1977)，因此了解疼痛與非疼痛癌症病患的症狀困擾與不確定感之影響因素是非常重要的，本研究

慈濟大學護理系講師 系主任、教授，兼佛教慈濟醫學中心護理顧問\* 慈濟大學護理系助理教授\*\* 護理系講師\*\*\* 護理系研究生\*\*\*\*

受文日期：92年8月11日 修改日期：92年9月29日 接受刊載：93年1月7日

通訊作者地址：徐南麗 970 花蓮市中央路三段 701 號

電話：(03)8565301 轉 7034

的目的即在於探討疼痛與非疼痛癌症病患基本資料、症狀困擾與疾病不確定感間之關係，針對病患實際需要提供護理照護，並做為以後癌症病患護理之指導。

### 研究目的

- 一、探討研究對象症狀困擾與不確定感之得分情形。
- 二、探討研究對象症狀困擾嚴重程度與不確定感之關係。
- 三、比較疼痛與非疼痛癌症病患症狀困擾程度與不確定感之差異。
- 四、探討影響疾病不確定感之重要預測因子。

### 文獻查證

#### 癌症疼痛

疼痛的經驗亦被解釋為一壓力事件，Lazrus 和 Folkman(1966)提出的「壓力與因應模式」(model of stress and coping)中指出，當壓力被視為傷害(疼痛)，失落或威脅時，個人會出現負向的情緒反應，如：焦慮、憂鬱、害怕、罪惡及生氣等。Blanchard (1983)對疼痛的現象發展出一套概念架構，他們認為疼痛由五個層面所構成，此五個層面為：生理(physiologic)層面、感覺(sensory)層面、情感性的層面(affective)、認知的層面(cognitive)、和行為(behavioral)層面。癌症病人最感困擾的身體症狀為疲倦與疼痛(楊，1999)，疲倦與疼痛會造成身體及精神功能狀態低落(Kellum, 1985)，身體症狀會影響病患之生活品質(李，1994)。

#### 症狀困擾

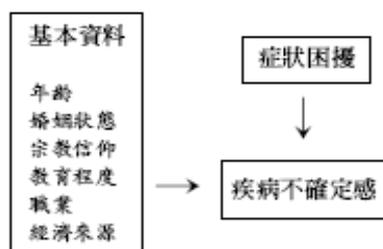
症狀可簡單的視為疾病的指標，或為治療不可避免的副作用，而症狀困擾(symptom distress)乃指個人感受之症狀引起之不適程度(楊，1996)。顯而易見症狀困擾為個人主觀的認知與感受(周、顧、劉、白，1997)。疼痛為症狀困擾之一，非但影響睡眠與日常生活，並會導致焦慮、憂鬱及易怒等情緒困擾；甚而注意力無法集中，乃至逐漸脫離社會關係(Dunkle-Schetter, 1984)。此外，Ehlike(1988)上發現疲倦亦是病人經常困擾的症狀之一。Belec(1992)的研究曾指

出大部分的病患因疾病症狀困擾致疾病不確定感增加，影響其生活品質。

#### 疾病不確定感

不確定感(uncertainty)是指“對某人或某事把握不準或猶疑不定”與指“感到不準或不確定”，程度可有不同，尤指對事情的結果或結局拿不準(王，1993)。

不確定感是疾病壓力最大的來源，也是影響疾病經驗、治療、癒後以及個人和家庭疾病適應程度最主要的因素(Hiton, 1990; Mishel, 1981; Wederster, & Christman, 1988)。因此不確定感乃是一種個體對事件或情境的認知狀態，發生於當個體缺乏有意義的線索，而無法將所遇到的事件加以適當的建構或分類時(Mishel, 1981)。此種知覺狀態不但持續存在，且會隨著時間而改變(Hilton, 1988)。Redeker (1992)則發現不確定感會影響個人澄清及搜尋相關訊息的能力，阻隔對健康照護中訊息的接收。Osk, Burke, & Froelicher(1995)則指出病患疾病期及恢復期的不確定感常影響疾病的癒後。故了解不確定感相關影響因素是相當重要。Bonnet(1993)進一步指出年齡、教育程度、罹病時間、症狀困擾、經濟來源、社會支持皆會影響不確定感。



圖一、癌症病患症狀困擾與不確定感關係探討之研究架構

### 研究方法

本研究採橫斷性研究(cross-sectional study)以個案自述性訪談合併結構性問卷，本研究為探討癌症病患症狀困擾與不確定感，個案自述性訪談合併結構性問卷，收集研究病患症狀困擾與不確定感相關資

料。使用「症狀困擾量表」、「不確定感量表」測量癌症病患症狀困擾與不確定感。以東部某醫學中心及東北部某區域教學醫院之腫瘤科病患為對象，採方便取樣(convenience sampling)，研究樣本數採用線性複迴歸估計樣本數(sample size in multiple linear regression)將 $\alpha$ 值訂為0.05，power值等於0.8及解釋力(R<sup>2</sup>)等於0.2結果所得之樣本數為100人，計有疼痛者50名，非疼痛者50名。研究對象選取條件如下：1.年齡18歲以上 2.意識清楚 3.自知罹患癌症者 4.願意接受訪談者 5.能以國、台語溝通 6.癌症分期為第二期或第三期。研究者親自訪談，符合收案對象共100名，資料收集過程需20-25分鐘，每位病患訪談填完問卷後，皆贈送精美禮物一份。

### 研究工具

研究者依研究目的、研究對象、專家效度及預試進行量表修訂。問卷包含三部份：(一)個人基本資料 (二)症狀困擾量表 (三)不確定感量表。分別敘述如下：

#### 個人基本資料

綜合上述文獻可能影響癌症病患不確定感個人基本資料包括：年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、教信仰、經濟來源。

#### 症狀困擾量表

本研究所使用症狀困擾量表採用賴裕和(2002)修訂的McCorkle & Yaung(1987)所發展之Symptom Distress Scale(SDS)，Likert氏5點評分法，原量表已廣為測試(McCorkle & Benoliel, 1983; McCorkle & Yaung, 1978)。本研究所採用賴裕和(2002)所修訂的症狀困擾中文版(Symptom Distress Scale-Chinese Modified Form, SDS-CMF)共25題，來測量症狀困擾，量表使用經賴裕和博士書面許可使用，本研究經專家效度建議將賴(2002)之三細項：「疼痛頻率」、「疼痛強度」及「對未來展望」予以刪除，本研究預測整體量表的Cronbach's  $\alpha$  coefficient為0.72，正式施測為0.90。

#### Mishel疾病不確定量表：本研究中不確定感量表

採用許淑蓮博士1996年所翻譯的Mishel之「疾病不確定感量表」，量表經許淑蓮博士書面許可使用，共計28題，第6、7、10、24、26、27及28題為反向計分法。本研究預測整體量表的Cronbach's  $\alpha$  coefficient為0.76，正式施測為0.91。

## 結果與討論

#### 研究對象基本資料

研究對象疼痛與非疼痛兩組病患基本屬性經Chi-Square同質性分析皆為同質。研究個案中，計有男性76位，女性24位，年齡60歲以上有57位，已婚者有49位，國小者有38位，腸胃道癌症有40位，自己為主要經濟來源有37位，罹患時間以1年居多有68位。職業方面以無工作者居多有51位，放射線療法治療者有31位，宗教方面以佛教居多有49位。

#### 不確定感及症狀困擾各項得分情形

研究個案中非疼痛者不確定感平均數為3.20，標準差為0.36；前三項為「我有很多疑問得不到確定的答案」、「我不知道下一步會發生什麼事」、「我的病況變化莫測」；疼痛者不確定感平均數為3.39，標準差為0.42，前三項為「我有很多疑問得不到確定的答案」、「我不知道下一步會發生什麼事」、「因治療的原故，可以做及不可以做的事情總是在改變」。研究個案中非疼痛者症狀困擾平均數為4.29，標準差為0.42，前三項為「疲倦」、「無法集中精神」、「排便改變」；有疼痛者症狀困擾平均數為4.56，標準差為0.98，前三項為「疲倦」、「嘔吐」、「口乾」。不確定感經常以四種型態出現，包括：因多變的疾病狀態所造成的模糊不清；因多種治療或健康照護系統所造成的複雜性；對疾病的診斷和嚴重性缺乏資訊；對疾病的病程和預後之不可預測性(Mishel, 1981, 1988; Mishel, & Braden, 1988)；Ehlike (1988)研究發現疲倦是病人經常困擾的症狀之一；是心理或生理疾病的共同特徵(Hart, Freel, & Milde, 1990) (詳見表一、二)。

#### 研究對象基本資料、症狀困擾與疾病不確定感關係

表一  
症狀困擾各項得分情形 (N=100)

症狀困擾題目	疼痛組			非疼痛組		
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序
1. 疲倦	4.06	1.86	1	4.24	1.62	1
2. 失眠	2.50	1.54	8	2.80	1.45	9
3. 焦躁不安	2.61	1.52	7	2.48	1.51	10
4. 外觀改變	2.82	1.59	6	3.24	1.63	5
5. 集中精神	3.26	1.73	4	4.04	0.78	2
6. 性生活	1.98	1.30	19	2.04	1.52	7
7. 口乾	3.28	1.72	3	3.14	1.64	6
8. 胸悶	2.22	1.48	14	2.84	1.58	8
9. 眩暈	2.32	1.44	13	2.38	1.36	12
10. 畏寒	2.12	1.43	16	2.16	1.51	16
11. 排便改變	2.00	1.32	18	3.96	1.81	3
12. 出血	2.10	1.44	17	1.88	1.42	5
13. 呼吸不順	2.20	1.22	15	2.34	1.45	13
14. 咳嗽	2.38	1.44	10	2.40	1.49	11
15. 噁心	2.34	1.62	12	3.08	1.56	6
16. 食慾	2.84	1.64	5	3.26	1.57	4
17. 胃不適感	2.42	1.45	9	2.20	1.55	15
18. 口腔(食道)	2.36	2.14	11	2.14	1.23	17
19. 嘔吐	3.64	1.62	2	1.74	1.32	20
20. 發燒	1.58	1.03	21	1.42	0.97	22
21. 排尿改變	1.66	0.98	20	1.64	1.19	21
22. 麻木感	1.32	0.70	22	2.36	1.48	14

不確定感與研究對象的教育程度、罹病時間呈顯著正相關與宗教信仰負向相關與症狀困擾成顯著正相關(詳見表三)。此研究結果與 Christman 等(1988)、Webster & Christman(1989)及 Wineman, Schwetz, Goodkin, & Rudick(1996)症狀困擾和不確定感呈相關。

#### 症狀困擾程度在不確定感上變異數分析

癌症病患不確定感得分會受到症狀困擾與否的影響而有顯著差異,經 Scheffe 事後多重比較得知重度症狀困擾的整體不確定得分高於中度及輕度(詳見表四)。林明珍、顧乃平(1993)研究指出心肌梗塞病人心情焦慮為病患症狀困擾之一且其與不確定感成正相關。此研究結果與本研究結果相同。

#### 疼痛與非疼痛組病患於症狀困擾與不確定感之差異

比較兩組病患於不確定感 $t$ 值為2.78( $p < .00$ )；症

狀困擾 $t$ 值為-1.36( $p < .00$ )(詳見表五)。癌症的復發多以疼痛表示,其非但威脅病患的獨立性與自我照顧能力,並干擾日常生活功能(Holmes, 1991)。

#### 不確定感的逐步複回歸分析

以不確定感為依變項,將基本資料中的罹病時間、宗教信仰、年齡及症狀困擾等置入線性複迴歸分析結果發現此四變項可解釋總變異量達44%,其中以症狀困擾為最大的預測因子可解釋總變異量達31%(詳見表六)。Bonnet(1993)指出年齡、宗教信仰、症狀困擾皆會影響不確定感。癌症本身為一慢性疾病即會造成一定程度的不確定感(Crigger, 1996)。

#### 研究結果顯示

- 一、非疼痛組在疾病不確定感得分3.20低於疼痛組3.39。
- 二、非疼痛組病患症狀困擾得分4.29高於疼痛組

表二  
疾病不確定感各項得分情形 (N=100)

不確定感題目	疼痛組			非疼痛組		
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序
1. 出了什麼問題	3.40	1.13	15	3.06	1.09	21
2. 病情有很多疑問	4.48	0.78	1	3.30	1.05	1
3. 病情變好或變壞	3.68	1.07	12	3.44	1.09	12
4. 不舒服程度	3.58	1.18	14	3.20	1.14	20
5. 病情解釋	3.70	1.58	11	3.36	1.05	16
6. 清楚治療的目的	3.72	0.99	9	3.78	0.95	7
7. 疼痛與病情變化	3.90	0.99	6	3.87	0.99	6
8. 無法預期	3.66	1.00	12	3.84	0.88	4
9. 症狀不穩定變化	3.72	1.02	9	3.70	1.05	9
10. 醫護人員解釋	3.03	1.22	20	2.34	0.93	24
11. 醫生說的話	2.72	1.06	25	2.88	1.06	23
12. 治療複雜不了解	3.94	1.16	23	2.94	1.16	18
13. 治療及藥物有效	3.12	1.31	20	3.21	1.11	22
14. 工作人負責什麼	3.28	1.17	18	3.36	1.10	16
15. 病況變化莫測	3.94	0.89	4	3.80	0.85	3
16. 康復過程不穩定	3.78	1.07	8	3.48	1.05	11
17. 離開醫院	3.30	1.32	17	3.41	1.10	14
18. 病情不同說法	3.12	1.33	18	3.40	1.22	15
19. 下一步發生什麼	4.42	0.76	2	3.60	1.14	2
20. 檢查報告不一致	2.86	1.41	24	2.86	1.19	24
21. 治療是不是有效	3.84	1.20	7	3.44	1.11	12
22. 照顧自己	2.42	0.78	26	3.76	0.95	8
23. 事情在改變	3.94	1.19	3	3.82	1.02	5
24. 治療成功率很高	3.92	1.02	4	3.24	1.16	18
25. 明確的診斷	3.42	1.03	15	3.54	1.48	10
26. 護士能給我幫助	3.20	1.60	19	1.28	0.71	27
27. 嚴重程度明顯	1.70	0.82	28	2.43	0.75	26
28. 醫護的說明	2.32	1.03	27	1.54	0.68	28

表三  
研究對象基本資料與症狀困擾、疾病不確定感之皮爾森相關係數

變項 / 變項	年齡	教育程度	宗教信仰	罹病時間	症狀困擾	不確定感
年 齡						
教育程度	-.124					
宗教信仰	.267**	.099				
罹病時間	.636*	.565	.103			
症狀困擾	.408**	.342	-.007	.267*		
不確定感	.202	.677*	-.097*	.337*	.548*	1.00

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

表四  
症狀困擾在不確定感上的變異性分析 (N=100)

變 項	個案數	平均得分	標準差	F	p	事後比較
重度症狀困擾	<sup>a</sup> 12	4.06	1.86	0.78	0.01*	a > b
中度症狀困擾	<sup>b</sup> 30	3.26	1.44	0.44		b > c
輕度症狀困擾	<sup>c</sup> 58	2.32	1.73	1.22		

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

表五  
疼痛病患與疼痛病患症狀困擾與不確定感之差異 (N=100)

變 項	非疼痛組(n=50)	疼痛組(n=50)	df	t 值	p 值
不確定感	3.20	3.39	98	2.78	0.00*
症狀困擾	4.29	4.58	98	-1.36	0.00**

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

表六  
疾病不確定感的逐步複回歸 (N=100)

步驟	變 項	Standardized $\beta$ coefficient	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	p
1.	症狀困擾	.38	0.31	0.31	.00**
2.	罹病時間	.02	0.34	0.03	.00**
3.	宗教信仰	-.07	0.42	0.08	.00**
4.	年 齡	.76	0.44	0.02	.00**

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

4.56。

三、非疼痛組與疼痛組不確定感 t 值為 2.78，症狀困擾 t 值為 -1.36 達顯著差異。

四、病患不確定感得分會因症狀困擾程度之不同有顯著差異，經 Scheffe 事後多重比較得知重度症狀困擾的整體不確定得分高於中度及輕度。

五、影響癌症病患不確定感方面的變項統計中發現，症狀困擾、罹病時間、宗教信仰、年齡等四個變項均可有意義地預測不確定感，並解釋不確定感之總變異量 44%。

## 建 議

因年齡較長、無宗教信仰、罹病時間較久及症狀困擾愈高之病患，其不確定感顯著增加，故護理人員於照護此類病患，應密切評估其不確定感情形，如病患呈現不確定感情形，護理人員可給予相關情緒支持或轉介至合適的單位進行輔導。事先確立病患之不確定感可幫助護理人員事先採預防措施，將病患之不確定感減至最低。

## 研究的限制與研究未來的建議

一、人力的限制下，僅能以橫斷式的方法進行研究對於收案對象的症狀困擾與不確定感之關係，建議未來可朝向縱貫式研究。

- 二、在時間的限制下，僅以東部及東北部醫院為收案地點，建議未來可於不同樣本研究症狀困擾與不確定感之相關性。
- 三、疾病不確定感為多層面概念，故有許多因素會影響疾病不確定感，建議未來可探討疾病特性、社會支持等因素與不確定感之關係。

### 誌 謝

本研究能順利完成，要感謝慈濟大學蕭正光老師對研究的指正及收案地點慈濟醫學中心的許文林副院長、羅東聖母醫院的邱國欽主任及范景超主任、淑真、靜宜、懷亭。最要感謝的是那群癌症病患們，是您們的配合我們才能順利收案，研究路上有您們相伴備感溫馨，感恩您們！

### 參考資料

王正元主編(1993)·*英語同義詞辨析大詞典*。台北：中央圖書出版社。

林明珍、顧乃平(1993)·團體衛教對於改善心肌梗塞病人認知與壓力之成效探討·*護理研究*，1(4)，341-349。

周繡玲、顧乃平、劉雪娥、白鶯(1997)·成人急性白血病病患生活品質及其相關因素之探討·*護理研究*，5(2)，182-194。

楊文琪(1996)·*接受化學治療之血液腫瘤病患其身心社會困擾與自我照顧、社會支持的相關性探討*·未發表的碩士論文，台北：國立陽明大學。

楊克平、尹祚芊(1999)·癌末病患健康相關生活品質內涵之確認·(3)，129-143。

賴裕和(2002)·探討乳癌病患的症狀困擾、自我效能、社會支持與生活品質之關係·*新台北護理期刊*，4(1)，9-20。

Belec, R. H. (1992). Quality of life: Perception of long term survivors of bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 19(1), 31-37.

Bonnet, S. J. (1993). Relationship among selected antecedent variable and coping effectiveness in post myocardial infarction patients. *Research in Nursing & Health*, 6, 131-139.

Christman, N. J., McConnell, E. D., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Rise, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myo-

cardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing and Health*, 11(2), 71-82.

Crigger, N. J. (1996). Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Advances in Nursing Science*, 18(3), 37-47.

Dunkle-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Finding base on patient interview and their implications. *Journal of Social Issues*. 40(4), 77-98.

Ehlke, G. (1988). Symptom distress in breast cancer patients receiving chemotherapy in the outpatients setting. *Oncology Nursing forum*, 15(3), 343-346。

Hart, L. K., Freel, M. I., & Milder, F. K. (1990). Fatigue. *Nursing Clinics of North America*, 25(4), 967-976.

Hilton, B. A. (1989). The relationship uncertainty. Control. Commitment. And threat recurrence to coping strategies used by won diagnosed with breast cancer. *Journal of behavior Medicine*, 12(1), 39-54.

Hilton, B. A. (1990). Perceptions uncertainty: Its relevance to life-threatening a chronic illness critical. *Cancer Nurse*, 12(2), 70-73.

Holmes, S. (1991). Preliminary investigations of symptom a distress in two cancer patient population: Evaluation of a measurement instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 16(4), 439-446.

Kellum, D. M. (1985). Fatigue. In M. M. Jacobs. & W. Geels (Eds.), *Signs and symptoms in nursing*. Philadelphia: J. b. Lipponcott.

Lazarus, R. S., & Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Mishel, M. H., (1977). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.

Mishel, M. H. (1981). The measurement uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 206-263.

Mishel, M. H., (1988). Uncertainty in illness Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 230-232.

McGuire, D. B. (1987). The multidimensional phenomenon of cancer pain In D. B. McGuire & C. H. Yarbro(Eds.), *Cancer pain management*. Philadelphia: Saunders.

Oka, R. K., Burke L. E., & Frolickers, E. S. S. (1995). Emotion response and inpatient education. In S.E. Woods, S. S. Froelicher, C. J. Halpenny, & S. V. Motzer (Eds.), *Cardic Nursing*. Philadelphia:

J. B. Lippincott Company.  
Padilla, G., Ferrell, B., Grant, M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing, 13*(2), 108 - 115.  
Redeker, N. S. (1992). The relationship between un-

certainty and coping after coronary bypass surgery. *Western Journal of Nursing, 14*(1), 48-68.  
Wederster, K. K., & Christman, N. J. (1988). Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research, 10*(4), 384 - 400.

## 禽流感(Bird Flu)防疫與療護研討會

編輯組

花蓮佛教慈濟綜合醫院於九十三年二月二十七日舉辦【禽流感(Bird Flu)防疫與療護研討會】，目的在使學員深入了解禽流感的疾病病因、流行病學、防疫政策與因應，學習臨床感控防護，俾應用於臨床照護工作。會中由慈濟醫院林欣榮院長及護理部章淑娟主任致歡迎詞，臺灣護理學會常務理事暨內外科護理委員主任委員胡慧林主任委員代表學會致詞並做研討會簡介，慈濟醫院王立信副院長主講「由禽流感談醫療人員對21世紀新興傳染疫病之認知」，以及臺灣大學獸醫系蔡向榮副教授主講「防疫政策與因應」，並由慈濟醫院感管師徐士敏護理長主講「防疫管制與防護措施」。學員來自各醫療院所遍及宜蘭、花東地區，出席相當踴躍共201人參與，經由會中講解使護理同仁對禽流感(Bird Flu)防疫與療護有更進一步的了解。



護理學會內外科主任委員胡慧林(右二)與慈大護研所所長徐南麗(左二)及慈濟醫學中心鄭麗娟督導(左一)等人合影



徐主任(左二)陪學會胡主任委員(左)、劉長安講師(右一)在德惇師父安排下參觀精舍，深度探訪慈濟慈悲喜捨的心靈故鄉

## The Investigation of the Relationship Between Symptom Distress and Uncertainty

Hua-min Lo • Nanly Hsu • Hui-ju Chiu • Whey-er Liao • Shin-yi Liu

---

### ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the effects of demographic characteristics and symptom distress of uncertainty in patients with cancer. Cross-sectional and correlational study was conducted. One hundred subjects, of a hospital in Eastern Taiwan were recruited, used convenience sampling. These subjects were divided into two groups, pain (n=50) and non-pain groups (n=50). A structured questionnaire and in-depth interview were used to assess the pain of patients with cancer. Correlational analysis was used to analyze data, using SPSS 10.0 software. The results indicated that, regarding uncertainty, there was a statistically significant difference between pain and non-pain groups ( $t=2.78$ ,  $p<0.00$ ). Furthermore, regarding symptom distress, there was also a statistically significant difference between the two groups ( $t=-1.36$ ,  $p<0.00$ ). Symptom distress that explained 31% variances in uncertainty was the most predictive variable to predict uncertainty in the whole groups. Based on the findings of this study, health providers develop interventions to decrease patients' uncertainty and symptom distress. Hopefully, their Quality of life could be improved. (Tzu Chi Nursing Journal, 2004; 3:1, 72-80.)

Key words: cancer, symptom distress, uncertainty.

---

Received: August 11, 2003 Revised: September 29, 2003 Accepted: January 7, 2004

Address correspondence to: Nanly Hsu, School of Nursing, Tzu-Chi University, 701, Section 3, Chung-Yang Road, Hualien, Taiwan, R.O.C., 970

Tel: (03)8565301 ext. 7034