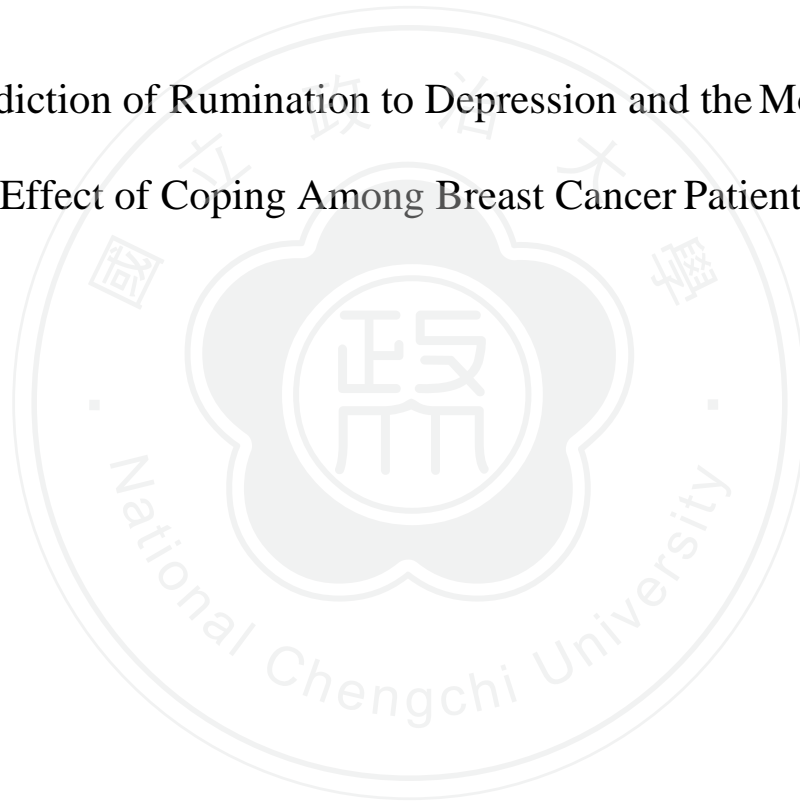


國立政治大學心理學研究所

碩士學位論文

反芻對乳癌患者憂鬱的影響及因應的調節作用

The Prediction of Rumination to Depression and the Moderating
Effect of Coping Among Breast Cancer Patients



研究生：程燕敏 撰

指導教授：許文耀 博士

中華民國一百零六年七月

摘要

研究背景：乳癌患者常伴隨憂鬱症狀，而反芻是癌症患者憂鬱情形的重要預測因數。過往研究指出苦惱自責式反芻增加憂鬱的效果得到較一致的結果，而深思反省式反芻對於憂鬱影響的結果則不太一致。深思反省式反芻意在解決問題，過程中患者採用不同因應策略可能對其憂鬱會有不同影響，但過去較少研究探討乳癌患者的因應如何調節深思反省式反芻對患者憂鬱變化的影響。

研究目的：探究苦惱自責式反芻與深思反省式反芻如何影響乳癌患者的憂鬱，逃避與趨近這兩種因應方式是否在深思反省式反芻影響憂鬱的過程中有調節作用。

研究方法：本研究採用長期追蹤之研究方法，對平均年齡為 48 歲的 359 位乳癌患者，於手術後三個月、六個月、一年和兩年四個時間點，測量其苦惱自責式反芻、深思反省式反芻，趨近、逃避等因應模式及憂鬱狀況後進行分析。為了探索考個體內和個體間變項的影響，包含臨床背景資料對憂鬱的預測效果，研究擬採用階層線性模型（HLM）之方法進行統計分析。

研究結果：苦惱自責式反芻正向預測乳癌患者憂鬱情形，深思反省式反芻對憂鬱的預測效果則受到趨近因應的調節，趨近因應越高，深思反省式反芻越能負向預測憂鬱情形。依此結果可知對於乳癌患者而言，苦惱自責式反芻為不適應的反芻類型，會增加乳癌患者的憂鬱情形，而深思反省式反芻的適應性僅存在於更多使用趨近因應的患者之中。

關鍵字：乳癌 憂鬱 苦惱自責式反芻 深思反省式反芻 因應

Abstract

Background: Depressive symptoms occur frequently with breast cancer. Rumination is a major risk factor of depression. Numerous research evidence shows that brooding, the maladaptive subtype of rumination, increases depression while the effect of reflective pondering, the other subtype, remain inconsistent. Individuals who reflective ponder mean to solve the problem they face, but there is little research to explore what role coping plays in the process that reflective pondering contribute to or eliminate depression.

Purpose: To examine how two subtypes of rumination predict the depression of women with breast cancer, and whether the moderating effect of two different coping strategies, approach and avoidance, exists and how it works.

Method: Longitudinal data of rumination, coping, and depression at Time 1 (3 months after surgery), Time 2 (6 months after surgery), Time 3 (1 year after surgery), and Time 4 (2 years after surgery) among 359 women with breast cancer whose mean age was 48 was collected to explore the prediction of rumination and the moderating effect of coping. To address the effect of both with- and between- subject variables including background materials and disease-related information, HLM is adopted as the analysis method.

Results: Brooding predicts the increase of depressive symptoms and acts as the maladaptive subtype of rumination. In addition, reflective pondering' prediction to decreased depression only appears with the interaction of approach coping, which means that patients who reflective ponder more and take more approach coping at the meanwhile will experience more recovery from the depressive symptoms.

Keywords: breast cancer, depression, brooding, reflective pondering, coping

目次

第一章 緒論.....	1
第二章 文獻綜述.....	3
第一節 反芻與憂鬱的關聯.....	3
第二節 反芻與因應對憂鬱的影響.....	11
第三節 癌症患者反芻與憂鬱之關聯.....	13
第四節 癌症患者的因應.....	16
第五節 階層線性模型.....	17
第六節 研究目的與假設.....	19
第三章 研究方法.....	21
第一節 研究參與者.....	21
第二節 研究程序.....	21
第三節 研究工具.....	22
第四節 資料分析.....	27
第四章 研究結果.....	31
第一節 描述分析.....	31
第二節 相關分析與單因素ANOVA.....	35
第三節 HLM 模型.....	40
第五章 討論.....	45
第一節 反芻與憂鬱的關係.....	45
第二節 反芻對憂鬱的影響及趨近因應的調節作用.....	46

第三節 研究貢獻.....	49
第四節 研究限制與未來研究方向.....	50
參考文獻.....	51
附錄一 基本資料表.....	56
附錄二 反芻反應風格量表.....	57
附錄三 因應策略量表.....	58
附錄四 醫院焦慮憂鬱量表.....	60



表次

表 2-1-1 深思反省式反芻與憂鬱呈負相關	6
表 2-1-2 深思反省式反芻與憂鬱呈無相關	7
表 2-1-3 深思反省式反芻與憂鬱正相關	8
表 2-3-1 癌症患者的深思反省式反芻與憂鬱	15
表3-3-1 簡明因應量表 (Brief Coping) 題目	24
表3-3-2 T1 因應結構矩陣	24
表3-3-3 T2 因應結構矩陣	25
表3-3-4 T3 因應結構矩陣	26
表4-1-1 研究樣本特性分析表	31
表 4-1-2 反芻、因應與憂鬱的描述性統計表	33
表 4-2-1 兩種反芻類型之相關分析表	35
表 4-2-2 兩種反芻與憂鬱的相關分析表	35
表 4-2-3 反芻與憂鬱的淨相關分析表	36
表 4-2-4 因應與憂鬱的相關分析表	37
表 4-2-5 反芻與因應的相關分析表	38
表4-2-6 手術方式對憂鬱的單因素ANOVA 分析	39
表4-2-7 癌症期數對憂鬱的單因素ANOVA 分析	39
表4-3-1 HLM 固定效果 (穩健模型)	40

表4-3-2 HLM 固定效果41

表4-3-3 隨機效果42



圖次

圖 3-2-1 研究程式圖	22
圖4-3-1 個體間趨近因應的對深思反省式反芻的調節作用	43



第一章 緒論

罹患乳癌與接受治療的過程為重大的壓力源，患者面臨各種挑戰，包括生活的改變、經濟和職業的限制、身體意象的改變或自我概念之重建等問題，可能進而發展出憂鬱症狀。癌症是台灣的主要慢性疾病，根據衛福部國健署公佈的 2014 年 10 大癌症發生統計，乳癌的發生率之排名為女性患病率第 1 位，2014 年女性初診斷乳癌患者共 1 萬 1769 人，較前 1 年增加 488 人，標準化發生率則從前一年每 10 萬名女性有 69.1 人初診斷為乳癌，增加至 70.7 人，乳癌仍是威脅女性生命最危險的癌症。研究指出，有 48% 的乳癌患者報告出具臨床意義的憂鬱症狀 (Galloway et al., 2012)，台灣部分，統計 2000 年到 2005 年的全民健保資料庫，結果顯示有 1.94% 的乳癌患者有重鬱症的診斷，但對於全民整體而言，情緒障礙的發生率僅為 1.33% (Hung et al., 2013)。因此，乳癌患者之憂鬱情形需被關注，如能找出導致其憂鬱之風險因數，便可藉此提供合適之介入方式，以提升患者之身心健康。

反芻是影響個體憂鬱發生、維持與惡化的重要風險因數之一。Treyner, Gonzalez 與 Nolen-Hoeksema (2003) 將反芻區分為不適應性的苦惱自責式反芻 (brooding) 和適應性的深思反省式反芻 (reflective pondering)。然有關這兩種反芻的適應性和不適應性之研究卻未能有一致的看法，儘管大多的研究指出苦惱自責式反芻能夠正向預測憂鬱，但深思反省式反芻對於憂鬱的影響卻有著很不一致的研究結果 (Watkins, 2008)。為了探索這種不一致的來源，研究者開始探討是否因其他因數的影響所致。Marroquin, Fontes, Scilletta 與 Miranda (2010) 認為深思反省式反芻能否降低憂鬱取決於個體能否採取積極的因應策略，在其研究中針對大學生，結果指出當個體進行深思反省式反芻時，若同時進行積極因應，其三

週後的憂鬱情形會顯著降低，但是高深思反省式反芻的個體，若其積極因應較少，反而增加其憂鬱。由此可知，深思反省式反芻能否降低憂鬱受到因應策略使用的調節。

然而，本研究整理過往癌症患者的相關研究中，少有涉及探索反芻對患者的憂鬱之影響，更者，甚少探討苦惱自責式反芻與深思反省式反芻究竟如何影響乳癌患者的憂鬱，如果反芻是罹患憂鬱的重要風險因數，那實有必要透過更多的研究來說明不同形式的反芻對癌症患者之憂鬱的影響。

據此，本研究計劃長期追蹤乳癌患者，瞭解其憂鬱變化情形，探討兩種類型的反芻在其中的影響。同時，研究試圖檢驗不同的因應方式是否對這個過程有所影響，以此更清晰完整地呈現反芻與因應如何影響乳癌患者的憂鬱。

第二章 文獻綜述

本章回顧了過去反芻與憂鬱關聯的有關研究，整理深思反省式反芻對憂鬱影響的不一致結果後，根據過往研究者的不同觀點探索了不一致之原因，並試圖在乳癌患者中探討因應方式的影響，認為因應作為調節變項，影響著深思反省式反芻對憂鬱的預測作用。

第一節 反芻與憂鬱的關聯

近二十年來，反芻已成為瞭解憂鬱症狀發展與維持的關鍵構念。Nolenhoeksema (1991) 的反應風格理論 (response style theory, 簡稱 RST) 主張，反芻為個體面對憂鬱心情時，傾向思量其憂鬱症狀、原因及意涵的反應，具有跨情境之一致性。

研究發現，反芻與長期和嚴重的憂鬱、延遲復原、自殺意念的增加、問題解決的障礙、專注的困難有關 (Donaldson & Lam, 2004; Lyubomirsky & Tkach, 2004; Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000)。目前已累積相當數量的文獻在探討反芻的相關議題，反芻在憂鬱症中的角色亦在多數研究中獲得一致的證據。Smith 與 Alloy (2009) 對於 Nolenhoeksema (1991) RST 的反芻模型以及其他多種不同反芻理論模型的回顧中，大多數研究結果顯示反芻對個體情緒狀態是不利的：反芻與更嚴重和長期的憂鬱相連結，延遲憂鬱恢復，增加自殺意念；反芻也常見於焦慮患者中，還會造成問題解決困難，動機缺乏，專注力缺失等等。

不過，Treyner 等人 (2003) 根據前人的研究發現和建議，認為反芻與憂鬱具如此高相關，有可能源自於反芻量表的題項包含較多是測量憂鬱症狀所致，因此去除 22-item Ruminative Response Scale, Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) 22 題

的反芻反應量表 (Ruminative Response Scale, RRS) 中與測量憂鬱症狀的題項後再進行因素分析，得出二因數，對原本將反芻反芻作為一個整體預測憂鬱症狀的模型，進行了改良，提出了兩因數模型。將反芻分為苦惱自責式反芻和深思反省式反芻兩種類型，認為苦惱自責式反芻是指將個人現狀和未達成的標準進行消極比較，是具不適應性的反芻；而深思反省式反芻指有目的地內省，使用認知功能主動地企圖理解自身的憂鬱症狀，是具適應性的反芻。Treynor 等人 (2003) 針對社區成年人樣本的研究結果指出，苦惱自責式反芻具不適應性，與目前的憂鬱情形具有顯著的正相關，同時會正向預測個體一年後的憂鬱，而深思反省式反芻具有適應性，雖然與目前的憂鬱呈正相關，但卻負向預測個體一年後的憂鬱。

Watkins (2008) 的回顧整理也指出並不是所有形式的重複性想法 (repetitive thoughts) 皆會導致不適應的結果，認為重複性想法 (包括反芻) 是否具建設性 (constructive) 或具適應性的看法，他認為情價 (valence) 與建構水準 (construal level) 會影響重複性想法是否具有建設性的功能。就情價而言，內容上具有負向的自我批判的苦惱自責式反芻會帶來較不適應的結果，而深思反省式反芻的重複想法內容更為正向，試圖去解決現狀中的問題，故而較具適應性。此種解釋與 Treynor 等人 (2003) 所提出的兩因數模型異曲同工，認為並不是所有形式的反芻均會帶給個體不利的影響，且對於個體而言，深思反省式反芻對其憂鬱的減緩是具適應性的，而苦惱自責式反芻具不適應性，會增加個體的憂鬱。

然而，於往後的研究中，雖然苦惱自責式反芻大多能一致地正向預測憂鬱，有其不適應性，但對於深思反省式反芻是否具有適應性功能，是否可降低憂鬱症狀，結果則不一致。非但沒有負相關，Rude, Little Maestas 與 Neff (2007) 的研究結果顯示，苦惱自責式和反思式反芻都與憂鬱具有顯著的正相關，且苦惱自責

式反芻與憂鬱的聯結較強。除此，過去的研究分別指出深思反省式反芻與憂鬱呈現正相關、無關和負相關等關係 (Brennan, Barnhofer, Crane, Duggan, & Williams, 2015; Papadakis, Prince, Jones, & Strauman, 2006; Sumner et al., 2014; Verhaeghen, Joormann, & Aikman, 2014; Whitmer & Gotlib, 2011)，本研究將這些研究整理整理如表2-1-1、表2-1-2和表2-1-3所示。



表 2-1-1 深思反省式反芻與憂鬱呈負相關

作者 (時間)	研究設計與參與者	研究工具	與憂鬱的關聯
Treynor et al. (2003)	T1 社區樣本 1328 人 T2 一年後 社區樣本 1131 人	10-item Ruminative Response Scale, 以下簡稱 RRS-10 (Treynor et al., 2003) Beck Depression Inventory, 以下簡稱 BDI (Beck, Steer, & Brown, 1996)	T1 深思反省式反芻顯著 負向預測 T2 憂鬱: $\beta =$ -.06*
Moore et al. (2013)	756 名青少年	Children's Depression Inventory (Kovacs, 1985) 22-item Ruminative Response Scale, 以下簡稱 RRS (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)	反思與憂鬱負相關: $r =$ -.40***
Takano and Tanno (2009)	T1 123 名大學生 T2 三週後, 111 名大學生	Rumination-Reflection Questionnaire, 以下簡稱 RRQ (Trapnell & Campbell, 1999) Self-rating Depression Scale (SDS; Zung, 1965)	T2 反思與 T2 憂鬱負相關: $r = -0.19^*$

注: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表 2-1-2 深思反省式反芻與憂鬱呈無相關

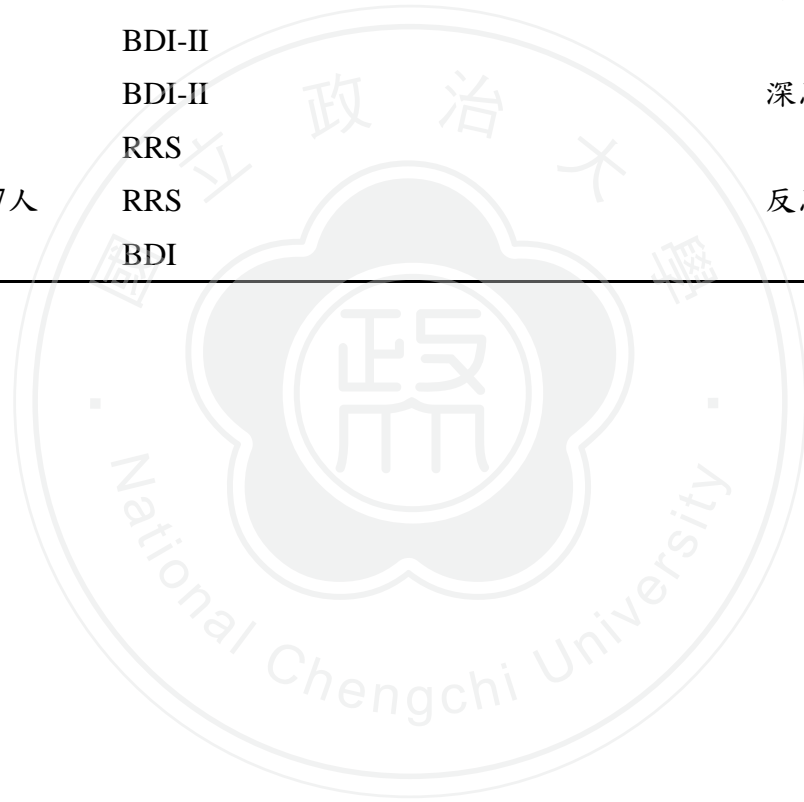
作者 (時間)	研究設計與參與者	研究工具	主要結果
Verhaeghen, Joormann, & Aikman (2014)	244 名大學生	RRS CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977)	深思反省式反芻與憂鬱無關: $r = .001, ns$
Brennan, Barnhofer, Crane, Duggan, & Williams (2015)	憂鬱症恢復者	Beck's Depression Inventory, second edition, 以下簡稱 BDI-II (Beck et al. 1996)	深思反省式反芻與憂鬱無關: $r = .08, ns$
Joormann, Dkane, and Gotlib (2006)	控制組	RRS-10 RRS BDI-II	深思反省式反芻與憂鬱無關: $r = .12, ns$
Papadakis, Prince, Jones, & Strauman (2006)	223名七到十二年級女中學生及營隊成員	CDI (Children Depression Inventory , Kovacs, 1992)	反思與憂鬱無關: $r = .03, ns$
Whitmer & Gotlib (2011)	曾罹患憂鬱的70人	RRS RRS BDI	反思與憂鬱無關: $r = .084, ns$

注：ns. $p > .05$

表 2-1-3 深思反省式反芻與憂鬱呈正相關

作者 (時間)	研究設計與參與者	研究工具	主要結果
Joormann et al. (2006)	重鬱患者	RRS BDI-II	深思反省式反芻與憂鬱正相關: $r = .25^*$
Marroquin et al. (2010)	284 名大學生	BDI-II RRS	深思反省式反芻與憂鬱正相關: $r = .18^*$
Whitmer & Gotlib (2011)	從未憂鬱組: 377人	RRS BDI	反思與憂鬱正相關: $r = .12^*$

注: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



至於為何會有如此的不一致的結果，Joormann 等人 (2006) 的研究指出，重鬱症患者的苦惱自責式反芻與深思反省式反芻具有顯著的相關連，也均與憂鬱具顯著正相關；但一般社區居民的苦惱自責式反芻與深思反省式反芻雖然也具顯著正相關，但僅苦惱自責式反芻與憂鬱顯著正相關，而深思反省式反芻則與憂鬱不具顯著相關。據此，Joormann 等人 (2006) 提出在臨床樣本中，深思反省式反芻和苦惱自責式反芻之間具有相互影響的循環 (a perpetuation cycle) 看法，亦即當個體處在憂鬱狀態時，兩種類型的反芻會相互關連與影響，而使得自責式反芻與反思式反芻這兩類反芻的功能難以區分，因而遮蔽掉深思反省式反芻的適應性功能。

Takano 與 Tanno (2009) 以大學生為樣本，並使用反芻－反思量表 (Rumination-Reflection Questionnaire) (Trapnell & Campbell, 1999)，結果發現在第一點的內涵類同於深思反省式反芻的反思 (reflection) 雖能可單獨負向預測三週後的憂鬱，但由於同時亦可預測三週後的反芻 (rumination)，而減弱了反思的適應性功能，使得原先對憂鬱減輕的預測功用被削弱，而變的不顯著。另一方面，反芻則無法預測反思。於是 Takano 與 Tanno 認為是因個體的反思會接續地增加負向反芻，因而使得原先反思可降低憂鬱症狀的功能減弱，而無法預測接續的憂鬱。

在國內，黃荷芳 (2015) 針對乳癌患者進行兩個時間點的長期追蹤研究中，以路徑分析的結果發現苦惱自責式反芻會降低一年後的深思反省式反芻，而深思反省式反芻無法預測憂鬱症狀。此結果與 Joormann 等人 (2006) 以及 Takano 與 Tanno (2009) 的解釋相似，認為深思反省式反芻的適應性作用被苦惱自責式反芻影響，對憂鬱的減輕作用被削弱。

由此來看，由於因為自責式反芻與反思式反芻這兩類反芻會相互關連與影響，因而稀釋掉深思反省式反芻的適應性功能，這或許是深思反省式反芻對憂鬱影響的研究結果並不一致的原因之一。除此之外，Takano 與 Tanno (2009) 認為深思反省式反芻與憂鬱間的關係，還可能受到其他因素的影響，需要未來研究多加探討。



第二節 反芻與因應對憂鬱的影響

除了前節所述觀點，回到反芻的意涵本身，深思反省式反芻是具有目的性的，個體透過重複的認知思考，試圖獲取減輕不良情緒之方法，那是否能真的獲得這樣的方法就顯得尤為重要，而這就在於個體是否能夠使用積極的因應方式。根據 Watkins (2008) 所提出的看法，重複性想法(包括反芻)是否具建設性(constructive)或具適應性與情價(valence)和建構水準(construal level)有關，基本上，若果個體的反芻內容為負向，其是否具有建設性，受之於建構水準的抽象與具體程度。Watkins (2008) 認為負向的重複性想法，如具較低或具體的建構的重複性想法，則具有建設性。而影響個體重複性想法是否具較低或具體的解釋的因素中，包括了問題解決的有效性、自我調節的能耐等。因而引伸到對於其他影響建構水準因素的探討上。

過去學者認為反芻會阻礙個體啟動或執行工具性的問題解決行為(Lyubomirsky & Nolenhoeksema, 1995; Watkins & Baracaia, 2002)。Hong (2007) 發現反芻作為一個整體構念，會預測被動的、退縮的因應風格，從而增加憂鬱。Thompson 等人 (2010) 亦是將反芻當為一整體，且認為是不具適應性的。其研究結果發現對於無憂鬱症的女性，反芻與適應性因應(包括初級控制(primary control)的問題解決及次級控制(secondary control)的認知重建，積極思考，接納和分心)的交互作用對憂鬱影響顯著，若個體採用比較低的適應性因應，則反芻增加憂鬱的效果更強。可見若將反芻看作一個整體，則扮演著風險因數的角色，透過不良的因應風格或是與不適應的因應產生交互作用，從而加重個體的憂鬱情形。

如將反芻區分為兩種形式，過去研究指出自責式反芻與不良的問題解決策略有關 (Abela, Vanderbilt & Rochon, 2004; Watkins & Moulds, 2005)，反思式反芻則與主動因應（主動因應與計劃）有正相關 (Marroquin et al., 2010)。自責式反芻與被動的因應策略有關，反思式反芻或與適應性的初級和次級因應（primary and secondary coping）有關 (Burwell & Shirk, 2007)。

Marroquin 等人 (2010) 則認為探討深思反省式反芻、苦惱自責式反芻與因應的關係，及其對憂鬱的影響，不僅可釐清深思反省式反芻的適應性功能，並且可多澄清深思反省式反芻及苦惱自責式反芻對憂鬱影響的機制。依其研究結果指出，在大學生中，深思反省式反芻是否具適應性，端視其使用的因應策略為何。他們的研究發現如果個體使用主動因應時，其所具有的深思反省式反芻之功能，能降低其三週後的憂鬱。而個體無法使用主動因應，就無法改善深思反省式反芻可能引發負向的憂鬱內容之作用，使得深思反省式反芻如同苦惱自責式反芻，反而會增加個體的憂鬱。

綜上所述，兩種形式的反芻在預測個體的憂鬱時，會受到個體所使用的因應策略類型的不同，而具有不同的影響。那對於同樣通過深思反省式反芻來尋求問題解決的癌症患者而言，是否也有類似的情形呢？若能進行深思反省式反芻，積極尋求解決問題減輕憂鬱的辦法，同時採用主動因應，積極的因應策略，則可能會有效降低憂鬱；而深思反省式反芻的個體若採逃避應對，採用消極的因應策略，則不但不能降低憂鬱，反而可能如同苦惱自責式反芻的個體，增強憂鬱症狀。本研究將會進行探討。

第三節 癌症患者反芻與憂鬱之關聯

在癌症患者中，目前研究亦指出反芻對憂鬱的影響具有顯著的預測力。有研究將反芻作為一個整體概念，不加以區分成兩種不同類型，發現在術後乳癌患者中，反芻與憂鬱顯著正相關 (Yu, Chen & Chang, 2008)。

Soo 與 Sherman (2015) 使用疾病量表中的多維反芻量表 (Multi-dimensional Rumination in Illness Scale, MRIS) 對乳癌患者的反芻進行測量，將反芻分為闖入性反芻 (intrusion)、苦惱自責式反芻 (brooding) 和工具性反芻 (instrumentality)，結果顯示苦惱自責式反芻和工具性反芻都與憂鬱顯著相關。

Lam, Lim, Tan 與 Mahendran (2015) 的研究則指出癌症患者的深思反省式反芻和苦惱自責式反芻一樣，均能顯著正向影響其非軀體性憂鬱症狀 (non-somatic depressive symptomatology)，並均部分仲介失功能態度 (dysfunctional attitudes) 對憂鬱的影響。此結果顯示深思反省式反芻和苦惱自責式反芻不僅會增加憂鬱症狀，且會增加癌症患者的失功能態度。

也有針對大腸癌患者的研究指出，反芻—反思量表 (Rumination-Reflection Questionnaire) (Trapnell & Campbell, 1999) 中內涵類同於深思反省式反芻的反思 (reflection)，雖然與心理症狀無顯著關連，卻正向預測癌症患者八個月後的逃避 (Thomsen et al., 2013)。

由此可見，癌症患者中，苦惱自責式反芻正向預測憂鬱亦被支持，而深思反省式反芻是否為一具適應性的反芻形式，由研究結果來看，大多與憂鬱失功能態度或調節有關，可能是一不具適應性功能的反芻。本研究將這些結果整理如表 2-

4，其中大多研究認為深思反省式反芻（或反思）並不具有適應性功能，這與 Treynor 等人 (2003) 的兩因數模型大相逕庭，需要更深入的研究。

同時，就本研究所知，探討不同反芻形式對乳癌患者憂鬱影響之研究仍不多，且大多採用橫斷式 (cross-sectional) 研究設計，有關長期追蹤研究尤為不足。此種研究設計忽略了深思反省式反芻和苦惱自責式反芻具有關聯性，且與當下的憂鬱狀態是具有正相關的，另外，最初 Treynor 等人 (2003) 亦是發現深思反省式反芻雖然與目前的憂鬱呈正相關，但卻負向預測一年後的憂鬱，從而指出深思反省式反芻具有適應性。因此，欲依前述有關不同反芻形式對乳癌患者憂鬱影響之研究結果，來斷定深思反省式反芻對癌症患者是一不具適應性功能的反芻，恐需更多的研究，尤其是長期追蹤研究的實徵結果。因此本研究認為有必要進一步探討，當乳癌患者面對癌症種種挑戰時，難免會自我聚焦地重複思芻自身的疾病及其影響，於此狀況下，深思反省式反芻對乳癌患者是否為一種具有適應性的反芻型態，值得探討。

表 2-3-1 癌症患者的深思反省式反芻與憂鬱

作者 (時間)	研究設計與參與者	研究工具	主要結果
Thomsen et al. (2013)	T1 (診斷後 1-7 個月) 67 名大腸癌患者 T2 (T1 八個月後) T1 參與者中的 54 人	RRQ BDI-II	T1 反思無法預測憂鬱: $r = -.001$, ns T2 反思無法預測憂鬱: $r = .004$, ns
Lam et al. (2015)	194 身患癌症的女性	RRS HADS	反芻與憂鬱正相關: $r = .23^{***}$ 反思與憂鬱正相關: $r = .20^{***}$

注: ns. $p > .05$. $^{***} p < .001$

第四節 癌症患者的因應

罹患癌症是重大壓力事件，患者需要處理疾病發展中所經歷的各種情形和變化，因應是影響癌症患者心理適應狀態的重要因素。

過去的學者發展出許多測量因應策略的量表，像是壓力因應量表（Ways of Coping Questionnaire）、壓力反應問卷（Responses to Stress Questionnaire, RSQ）、因應量表（COPE）、簡式因應策略量表（Brief COPE）等，可以探究個案使用不同因應策略的頻率（Folkman & Lazarus, 1980; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Carver et al., 1997）。其中簡式因應策略量表為因應量表的縮短版，在施測上更具有便利性與經濟性的優勢，也減少受試者長時間填寫的身體負擔，因而常被用來測量重大壓力事件的因應，且信效度良好（Dasch et al., 2010; Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni., 2005; Roussi et al., 2007）。

過去 Seiffge-Krenke 與 Klessinger(2000)為了以同樣研究架構來驗證 Herman-Srahl 等人（1995）的研究結果，故將因應量表的因素分析萃取數目固定為二因數，本研究參考其作法，並驗證以過往文獻所得分類是否適用於本研究。在乳癌患者中將簡式因應策略量表（Brief COPE）中的趨近性、主動適應與投入式的因應統稱為趨近式因應，將逃避、逃脫或是非適應性的因應策略統稱為逃避式因應。並將正向重釋（positive reframing）、接受（acceptance）、計畫（planning）、主動因應（active coping）、幽默（humor）、工具性支援（using instrumental support）、宣洩（venting）、情感性支持（using emotional support）、宗教（religion）等分量表分類為趨近式因應的類別，而否認（denial）、行為逃脫（behavioral disengagement）、自責（self-blame）等分為逃避式因應的類別。

第五節 階層線性模型

過去的長期追蹤研究多取兩個時間點進行線性分析，但是如此的設計並未能考量罹癌過程中，患者的憂鬱、反芻與因應是會隨不同治療階段的不同，而有所變動。更者，患者的憂鬱、兩種反芻形式與因應間的關係，也可能隨不同治療階段而有所變化。由此來看，如果採用兩個時間點的長期追蹤研究設計，有可能因採取的時間點不同，而有不同的結果，此種現象更可能於罹癌過程因醫療條件或狀況不同而顯出差異，例如，當患者被剛診斷出乳癌時，其苦惱自責式反芻可能是較高的，且憂鬱程度亦較強；但當進入恢復期時，有可能深思反省式反芻較強，且憂鬱程度較低，如此狀況，就會顯出兩種反芻形式與憂鬱間的關係是不同的。本研究計劃採用多個時間點的長期追蹤研究，並使用階層線性模型（Hierarchical Linear Modeling, HLM）進行統計分析。Snijders & Bosker (2012) 指出 HLM 適合對變化模式複雜的巢套變項進行分析，HLM 可用於多個時間點的長期追蹤資料的統計分析。本研究可以使用 HLM 探討個體內的苦惱自責式反芻和深思反省式反芻如何影響隨時間變化的憂鬱。

另外，採用 HLM 的另一理由是，過往研究很少探討癌症患者的背景資料及臨床變項如何影響苦惱自責式反芻和深思反省式反芻對憂鬱的影響，只對受試者內變項進行分析，而忽視受試者間變項可能帶來的變化。而 HLM 適用於巢套資料的處理，使得本研究既可以分析反芻與因應的效果，亦可探討乳癌患者這一特殊群體不隨時間變化的重要臨床變項，如癌症期別數、手術方式、輔助治療形式等等和有關背景資料，如年齡、婚姻狀態、教育程度、工作情況等等因素之影響；

最後，長期追蹤研究難免出現受試者流失，造成數據缺失，一般的回歸分析，包括結構方程模型會對缺失值進行處理，可能造成一定的誤差，而 HLM 無需進行這部分處理。



第六節 研究目的與假設

一、研究目的

過去探討反芻與憂鬱關聯的文獻，雖大多證實苦惱自責式反芻的正向關聯，對於原本被認為「適應性」的深思反省式反芻如何影響憂鬱，卻有正相關、負相關和無關等不一致的結果，值得深思。這些研究通常所使用的兩點測量和分析方法也難以說明深思反省式反芻對憂鬱的影響是否與不同的測量時間點有關，受到反芻和憂鬱的隨時間的變化影響。另外，反芻旨在尋求問題解決，與因應策略關聯緊密，是否進行深思反省式反芻的乳癌患者，若能採取趨近式因應，其憂鬱情形也將得到改善？反之若採取逃避式因應，憂鬱反而會加強？同時，鑒於針對乳癌患者的反芻與憂鬱關聯之研究甚少，已有研究中也得到深思反省式反芻與憂鬱情形相當不一致的關係，本研究將以乳癌患者為研究對象，進行多個時間點的長期追蹤研究，使用 HLM 進行統計分析，試圖釐清不同反芻類型，如何在不同因應類型的作用下，影響乳癌患者的憂鬱變化情形。

二、研究假設

為了實現研究目的，解決「乳癌患者的不同反芻與因應如何影響其憂鬱情形？」這一研究問題。本研究回顧過往的研究，發現在一般族群和癌症患者中，苦惱自責式反芻均顯現為較不適應的反芻類型，因此本研究推測在乳癌患者中，苦惱自責式反芻能正向預測憂鬱，提出假設一。

而深思反省式反芻與憂鬱關聯的研究結果非常不一致，在僅有的對女性癌症患者的研究中，深思反省式反芻與憂鬱顯著正相關，本研究假設在乳癌患者中，深思反省式反芻正向預測憂鬱，提出假設二。

對於進行深思反省式反芻的個體，本研究通過過往研究整理，認為深思反省式反芻對憂鬱的影響或與個體採取的因應策略有關。對於乳癌患者，採用趨近式因應型態或能有效降低其憂鬱情形，相反，若進行逃避因應，則會與增強憂鬱，據此提出假設三和假設四。

假設一：苦惱自責式反芻正向預測憂鬱；

假設二：深思反省式反芻正向預測憂鬱；

假設三：逃避因應調節深思反省式反芻對憂鬱的影響，逃避因應越高，深思反省式反芻越能加深患者的憂鬱情形；

假設四：趨近因應調節深思反省式反芻對憂鬱的影響，趨近因應越高，深思反省式反芻越能減輕患者的憂鬱情形。

第三章 研究方法

本研究根據篩檢標準對 359 名乳癌患者進行研究，收案標準和程式如下所述。研究除了收集病人的基本資料和疾病有關資訊，同時採用問卷的方式，瞭解病人的反芻、因應及憂鬱的情形。

第一節 研究參與者

本研究以乳房外科的初診斷乳癌患者為研究對象，不分癌症期別數，經由病人同意且滿足如下條件即可進入研究：1、年齡介於 18-75 歲之間；2、知道自己身患乳癌；3、意識清楚，無嚴重精神疾病病史者；4、無腦傷者；5、過去無其他癌症診斷者；6、家屬同意參與研究。研究共收案 359 人。

第二節 研究程序

本研究在醫院人體試驗委員會審查通過後，開始收案工作。首先，對於符合上述收案標準的患者，依照人體試驗委員會核准之同意書向參與者逐一說明內容，包括研究簡介、研究目的、受訪者權益、研究可能產生的不適及處理及保密事項等。參與者確實瞭解並填妥同意書後，進行問卷填答。所有問卷均個別施測，若可自行填寫，則在不幹擾參與者的原則下自行填寫，並於必要時予以協助及說明。

參與者若因身體狀況（老花眼、疲倦、不習慣閱讀、手部不便施力等）而不便填寫，則由研究人員協助唸題。填答過程中若有心理困擾或情緒波動高，則予短暫休息並提供適度的支援與衛教。

參與者若因故需中止施測，則尊重其決定並致上感謝之意。研究第一個時間點（T 1）為術後三個月，研究人員於門診時間訪談同意進入研究的參與者，問卷收集其背景資料、臨床相關變項，以及反芻、因應和憂鬱的情形。

第二個時間點 (T 2) 為手術後六個月，若參與者於 T 2 前後一個月中未有回門診的規劃，則以電話訪問方式連絡參與者，取得同意將問卷郵寄予參與者進行填答，後續 T3 和 T4 均以同樣方式進行。每次參與問卷填寫，均予以一百元禮券酬謝參與者。

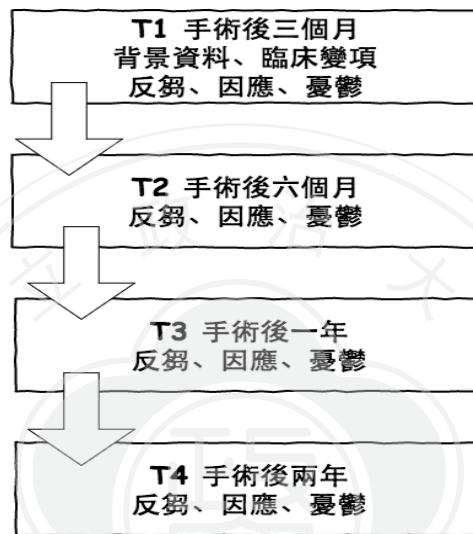


圖 3-1 研究程式圖

第三節 研究工具

一、人口學資料和疾病相關資料

研究先問卷收集受試者的基本資料包括姓名、年齡、教育程度、婚姻狀態。同時問卷收集疾病相關資料，包括乳癌期數、乳房切除術方式（全部切除、部分切除、一側全部切除、一次部分切除）、是否接受乳房重建手術、輔助治療方式（化學治療、放射治療及藥物治療等）、是否復發，以及診斷乳癌日期、手術日期等。

二、反應風格量表短版 (Ruminative Responses Scale-short form, RRS-SF)

本研究採用 Treynor 等人 (2003) 對 Nolen-Hoeksema, Larson 與 Grayson (1999) 的資料進行二次分析，去除反芻反應量表 (Ruminative Responses Scale, RRS) 中與憂鬱相關的 12 個題目，得到的 10 題 RRS-SF。RRS-SF 中文改編版 (周嘉琪, 2008)，其中 4 題用來測量苦惱自責式反芻，另外 6 題測量深思反省式反芻，採用四點評分，從「完全不符合」到「非常符合」。中文反芻反應風格量表短版之內部一致性 (Cronbach's α) 為 .74。苦惱自責及深思反省的 Cronbach's α 則分別為 .66 與 .71。

三、簡明因應量表 (Brief Cope)

研究採用 Carver (1997) 改編的簡明因應量表測量乳癌患者的因應策略，簡明因應量表對 14 種因應策略進行測量，每種 2 題，共 28 題。四點量表計分，從「完全不符合」到「完全符合」。14 個次量表 Cronbach's α 為 0.50 至 0.90 之間。量表在國內外均被廣泛使用測量因應風格，具有良好的效度。

表 3-3-1 簡明因應量表 (Brief Cope) 題目

自我分心	1. 我會轉向工作或其他活動以避免去想問題
	19. 我會藉著做一些事以減少去想問題的次數，例如看電影、看電視、閱讀、做白日夢、睡覺或逛街
主動因應	2. 我會盡全力解決我所遇到的問題
	7. 我會採取行動來把情況變好
否認	3. 我會告訴自己『這不是真的』
	8. 我會拒絕相信這件事已經發生
物質使用	4. 我會使用酒或其他藥物讓自己感覺變好
	11. 我會藉由酒或其他藥物來度過

情感性支持	5. 我會從他人身上得到情感支持
	15. 我會尋求他人的安慰與瞭解
行為逃脫	6. 我會放棄去嘗試解決問題
	16. 我會放棄去處理問題
宣洩	9. 我會訴說以讓不愉快的感覺消失
	21. 我會表達負向的感覺
工具性支援	10. 我會去獲取別人的協助與建議
	23. 我會尋求別人的幫助或建議
正向重釋	12. 我會試著從不同的角度看待問題，讓問題變得更正向
	17. 我會從發生的事情當中找出它的正向意義
自責	13. 我會批評我自己
	26. 對於那件發生的事情，我會責怪自己
計畫	14. 我會試著想出處理的策略
	25. 我很認真地想下一步要怎麼做
幽默	18. 我常用開玩笑的方式來處理問題
	28. 我會讓情況變得更有樂趣
接受	20. 我會接受事情已經發生的事實
	24. 我會學習著與事情（問題）共處
宗教	22. 我會試著在我的宗教或信仰中尋求安慰
	27. 我會禱告、冥想或拜拜、唸經

以 SPSS 進行探索性因素分析，分別將 T1, T2 和 T3 的 Brief COPE 量表的 14 個向度，以主軸因數分析萃取因素，固定因數數目為二，並以 Promax 法進行斜交轉軸。以 KMO 為取樣適當性檢定，結果均顯示資料適合進行因素分析。

表 3-3-2 T1 因應結構矩陣

	成份	
	1	2
T1 正向重釋	.896	
T1 計畫	.893	

T1 主動因應	.884
T1 接受	.868
T1 工具性支援	.721
T1 幽默	.714
T1 情感性支持	.597
T1 自我分心	.555
T1 宗教	.520
T1 宣洩	.474
T1 否認	.750
T1 行為逃脫	.720
T1 自責	.612
T1 物質使用	.463

T1 此二因素的解釋總變異量為 54.117%。

表 3-3-3 T2 因應結構矩陣

	成份	
	1	2
T2 主動因應	.803	
T2 正向重釋	.778	
T2 計畫	.775	
T2 工具性支援	.757	
T2 接受	.734	
T2 情感性支持	.678	
T2 宣洩	.673	
T2 幽默	.644	
T2 宗教	.537	
T2 行為逃脫		.691
T2 自我分心		.618
T2 自責	.407	.551
T2 物質使用		.506
T2 否認	.412	.493

T2 此二因素的解釋總變異量為 52.398%，與 T1 不同的因素分佈為自我分心量表在因素 2 逃避式因應上負荷量較大。

表 3-3-4 T3 因應結構矩陣

	成份	
	1	2
T3 正向重釋	.840	
T3 主動因應	.833	
T3 工具性支援	.832	
T3 計畫	.824	
T3 接受	.812	
T3 宣洩	.758	
T3 幽默	.747	
T3 情感性支持	.744	
T3 自我分心	.708	
T3 宗教	.621	
T3 行為逃脫		.733
T3 自責	.461	.640
T3 否認		.524
T3 物質使用		.484

T3 此二因素的解釋總變異量為 59.569%，因素分類與 T1 相同。

綜合因素分析結果和描述分析，發現第物質使用分量表平均值均約為 2，表明填答者比較不常用此種因應策略，故刪除之；而自我分心分量表在四個時間點之間較不穩定，故亦刪除自我分心。本研究依次使用正向重釋、接受、計畫、主動因應、幽默、工具性支持、宣洩、情感性支持、宗教等九個分量表為趨近式因應，否認、行為逃脫、自責等三個分量表為逃避式因應。

四、醫院焦慮與憂鬱量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

作為臨床常用的工具，HADS 可用於評估病人的憂鬱和焦慮情形，偵測病人的情緒障礙 (Zigmond & Snaith, 1983)，此量表在國外的研究中展現出良好的信效度。

HADS 共包含 14 道題目，四點量尺進行自評，從 0 分「完全沒有」到 3 分「完全有」。其中 7 題用於測量憂鬱，7 題用於測量焦慮，本研究使用王韋婷 (2013) 改編之中文版問卷中的憂鬱分量表，Cronbach's $\alpha=0.71$ 。在國內的研究中，也都具有良好的信效度。

第四節 資料分析

一、描述分析

研究使用統計軟體 SPSS 21.0 針對研究參與者的背景資料和癌症有關變項進行分析，包含平均值、標準差、百分比等等，瞭解樣本基本特性樣貌。同時，對 T1-T4 每個時間點深思反省式反芻、苦惱自責式反芻，趨近因應、逃避因應和憂鬱進行描述分析，呈現這些變項的平均值、標準差、最大值、最小值等。

二、相關分析和單因素 ANOVA

使用 SPSS 21.0 將 T1-T3 的苦惱自責式反芻、深思反省式反芻、趨近因應、逃避因應分別與下一個時間點的憂鬱做相關分析。另外，考慮到兩種反芻之間可能存在的高度相關，分別在每個時間點控制苦惱自責式反芻，做深思反省式反芻

和下一個時間點憂鬱的淨相關分析，同樣的，對苦惱自責式反芻與憂鬱做淨相關分析。

對於背景變項和臨床變項，將 T1 收集的教育程度、年齡、收入等分別與 T2-T4 的憂鬱做相關分析；而癌症期數、手術方式等名義變項，則進行單因素 ANOVA 分析，藉以瞭解此類變項中不同類別對應的憂鬱是否有差異。

三、HLM 模型

為了探索反芻、因應以及深思反省式反芻與因應的交互作用對憂鬱的預測效果，本研究將 T 時間點的深思反省式反芻、苦惱自責式反芻、趨近因應、逃避因應和憂鬱與 T+1 時間點的憂鬱相對應，並將深思反省式反芻、苦惱自責式反芻、趨近因應、逃避因應進行組平均數中心化（group mean centering）作為個體內的階層一變項，並以憂鬱作為因變項建立 Level 1 模型。

個體間變項如年齡、教育程度和癌症期別、手術方式以及總平均數中心化（grand mean centering）的深思反省式反芻、苦惱自責式反芻、趨近因應、逃避因應作為階層二變項，建立隨機截距模型；另外因應對深思反省式反芻預測憂鬱的調節作用或同時來自個體間差異，於是將總平均數中心化的趨近因應、逃避因應作為個體內深思反省式反芻預測憂鬱的斜率，建立隨機截距與斜率 Level 2 模型。

本研究假設隨著時間變化，反芻和因應預測了乳癌患者的憂鬱，因而有必要瞭解這樣的變異是來源於個體內的變化亦或是個體間的差異，計算組內相關係數（intraclass correlation, ICC; Raudenbush & Bryk, 2002）。當 ICC 更接近於 0 的時候，說明變異主要來源於個體內，而當 ICC 更接近於 1 的時候，變異更多來源

於個體間的差異。當資料適合進行 HLM 分析時，將方程輸入 HLM 7 軟體中進行分析。

Level-1 Model

$$DEP_{ii} = \pi_{0i} + \pi_{1i}*(APP_{ii}) + \pi_{2i}*(AVO_{ii}) + \pi_{3i}*(BR_{ii}) + \pi_{4i}*(RF_{ii}) + \pi_{5i}*(APPRF_{ii}) + \pi_{6i}*(AVORF_{ii}) + e_{ii}$$

Level-2 Model

$$\begin{aligned} \pi_{0i} = & \beta_{00} + \beta_{01}*(EDU_i) + \beta_{02}*(SUGERY_i) + \beta_{03}*(STAGE_i) + \beta_{04}*(AGE_i) \\ & + \beta_{05}*(BROODING_i) + \beta_{06}*(REFLECT_i) + \beta_{07}*(APPROACH_i) \\ & + \beta_{08}*(AVOIDANT_i) + r_{0i} \end{aligned}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20}$$

$$\pi_{3i} = \beta_{30}$$

$$\pi_{4i} = \beta_{40} + \beta_{41}*(APPROACH_i) + \beta_{42}*(AVOIDANT_i) + r_{4i}$$

$$\pi_{5i} = \beta_{50}$$

$$\pi_{6i} = \beta_{60}$$

上述公式中：

DEP 代表憂鬱；

APP、*AVO*、*BR*、*RF* 分別代表組平均中心化的趨近因應、逃避因應、苦惱自責式反芻和深思反省式反芻；

EDU、*STAGE*、*AGE*、*BROODING*、*REFLECT*、*APPROACH*、*AVOIDANT* 分別代表總平均中心化的教育程度、癌症期數、年齡、苦惱自責式反芻、深思反省式反芻、趨近因應和逃避因應。

Mixed Model

$$\begin{aligned} DEP_{ti} = & \beta_{00} + \beta_{01} * EDU_{i} + \beta_{02} * SUGERY_{i} + \beta_{03} * STAGE_{i} \\ & + \beta_{04} * AGE_{i} + \beta_{05} * BROODING_{i} + \beta_{06} * REFLECT_{i} + \beta_{07} * APPROACH_{i} \\ & + \beta_{08} * AVOIDANT_{i} \\ & + \beta_{10} * APP_{ti} \\ & + \beta_{20} * AVO_{ti} \\ & + \beta_{30} * BR_{ti} \\ & + \beta_{40} * RF_{ti} + \beta_{41} * APPROACH_{i} * RF_{ti} + \beta_{42} * AVOIDANT_{i} * RF_{ti} \\ & + \beta_{50} * APPRF_{ti} \\ & + \beta_{60} * AVORF_{ti} \\ & + r_{0i} \\ & + r_{4i} * RF_{ti} + e_{ti} \end{aligned}$$

其中， i 代表受試者編號；

t 代表時間點；

π_{0i} 代表第 i 位受試者的平均憂鬱分數， π_{1i} 代表第 i 位受試者當控制其它預測變項時，個體內的趨近因應對憂鬱的預測程度， π_{2i} 到 π_{6i} 以此類推；

β_{00} 代表本研究中所有受試者的平均憂鬱程度， β_{01} 代表當控制其它預測變項時，教育程度對憂鬱的預測程度， β_{02} 到 β_{08} 以此類推；

β_{10} 代表當控制其它預測變項時，所有人個體內的趨近因應對憂鬱的預測程度， β_{20} 到 β_{60} 以此類推；

β_{41} 代表當控制其它預測變項時，個體間的趨近因應對個體內深思反省式反芻預測憂鬱的影響，同樣的， β_{42} 代表當控制其它預測變項時，個體間的逃避因應對個體內深思反省式反芻預測憂鬱的影響。

第四章 研究結果

本章先敘述描述分析結果以瞭解樣本基本特性，然後探討不同時間點不同變項之間的相關性，以及預測變項與結果變項之間的關係，最後呈現 HLM 分析結果，檢視兩個時間點之間，個體間及個體內變項對於下一個時間點憂鬱的影響。

第一節 描述分析

研究共有 359 名乳癌女性患者參與，背景資料方面，參與者的年齡介於 26 歲至 73 歲之間，平均年齡為 48.22 歲 ($SD=8.81$)，以 46 歲至 55 歲的人數為最多，共 154 位 (42.9%)，與 66 歲至 73 歲人數最少，為 10 位 (2.8%)；教育程度方面，本研究參與者以高中職學歷為最多，有 133 人 (37.2%)，其他四類包括大學以上 (16.2%)、專科 (14.8%)、國小 (15.0%)、國中 (16.4%) 人數相差不大；婚姻狀態方面，大多數 (80.2%) 的研究參與者為已婚狀態。

臨床變項部分，在乳癌的期數別方面，為數最多的是罹患第 II 期乳癌的參與者，共 129 人 (35.9%)，接下來依序是第 I 期 124 人 (34.5%)，人數最少為第 IV 期，僅有 5 人 (1.4%)；在手術方式與乳房重建與否方面，本研究樣本中，有 148 人 (41.2%) 進行全部切除術，206 人 (57.4%) 進行部分切除術，有 4 人 (1.1%) 一側乳房全部切除、另一側乳房部分切除，另有 53 人 (14.8%) 在乳房全切之後接受乳房重建手術。輔助性治療的部分，共有 207 人 (57.7%) 接受化學治療、有 215 人 (59.9%) 接受放射治療，並有 249 人 (69.4%) 接受藥物 (含標靶藥物) 治療，有接受輔助治療的人數為 279 人 (77.7%)。

表 4-1-1 研究樣本特性分析

背景變項	組別	人數	百分比
------	----	----	-----

年齡	66-73 歲	10	2.8
	56-65 歲	60	16.7
	46-55 歲	154	42.9
	36-45 歲	109	30.4
	26-35 歲	26	7.2
教育程度	大學及以上	58	16.2
	專科	53	14.8
	高中職	133	37.2
	國中	54	15.0
	國小及以下	59	16.4
	遺漏值	1	0.3
婚姻狀態	未婚	39	10.9
	已婚	288	80.2
	再婚	3	0.8
	同居	1	0.3
	離婚	10	2.8
	喪偶	17	4.7
	遺漏值	1	0.3
罹癌期數	第 0 期	55	15.3
	第 I 期	124	34.5
	第 II 期	129	35.9
	第 III 期	46	12.8
	第 IV 期	5	1.4
手術方式	全部切除術	148	41.2
	部分切除術	206	57.4
	一側全部切除、一次部分切除	4	1.1
	遺漏值	1	0.3
重建與否	否	303	84.4
	是	53	14.8
	遺漏值	3	0.8
輔助性治療	有接受	279	77.7
	無接受	80	22.3

本研究中 T1-T3 的預測變項包括反芻和因應以及 T2-T4 的憂鬱的得分情形
如表 4-1-2 所示。



表 4-1-2 反芻、因應與憂鬱的描述性統計表

	T1 三個月				T2 六個月			
	M	SD	最小值	最大值	M	SD	最小值	最大值
苦惱自責式反芻	7.52	2.42	4.00	15.00	7.68	2.49	4.00	16.00
深思反省式反芻	10.10	3.15	6.00	20.00	10.27	3.23	6.00	24.00
趨近因應	52.61	11.18	18.00	71.00	53.02	11.23	18.00	71.00
逃避因應	10.47	3.32	6.00	21.00	11.11	3.60	6.00	19.00
憂鬱	4.65	3.86	0.00	18.00	4.49	3.45	0.00	16.00
	T3 一年				T4 兩年			
	M	SD	最小值	最大值	M	SD	最小值	最大值
苦惱自責式反芻	7.36	2.50	4.00	16.00	7.13	2.37	4.00	15.00
深思反省式反芻	10.38	3.39	6.00	21.00	10.38	3.38	6.00	22.00
趨近因應	51.00	12.42	18.00	72.00	51.83	12.13	18.00	72.00
逃避因應	10.40	3.36	6.00	22.00	10.89	3.30	6.00	20.00
憂鬱	4.23	3.60	0.00	16.00	4.38	3.60	0.00	18.00

第二節 相關分析與單因素 ANOVA

一、反芻、因應與憂鬱的相關分析

根據相關分析表 4-2-1 可知，每個時間點之間的深思反省式反芻和苦惱自責式反芻均具顯著正相關。

表 4-2-1 兩種反芻類型之相關分析表

T1		T2		T3		T4	
<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
0.729**	0.000	0.722**	0.000	0.729**	0.000	0.775**	0.000

為了瞭解四個時間點反芻與憂鬱的關聯，將每個時間點的兩種反芻與四個時間點的憂鬱之間的相關分析整理如下表 4-2-2。

表 4-2-2 兩種反芻與憂鬱的相關分析表

	T1 憂鬱	T2 憂鬱	T3 憂鬱	T4 憂鬱
T1 苦惱自責式反芻	0.308**	0.289**	0.162**	0.124*
T1 深思反省式反芻	0.273**	0.202**	0.212**	0.210**
T2 苦惱自責式反芻	0.193**	0.274*	0.350**	0.172**
T2 深思反省式反芻	0.104	0.154**	0.126*	0.112
T3 苦惱自責式反芻	0.198**	0.218**	0.314**	0.286**
T3 深思反省式反芻	0.132*	0.145*	0.236*	0.087
T4 苦惱自責式反芻	0.177*	0.221**	0.291**	0.366**
T4 深思反省式反芻	0.172*	0.140*	0.247**	0.324**

對於苦惱自責式反芻，若採用 T1-T3 時間點的預測變項與 T2-T4 的結果變項相對應，分別計算相關。T1 苦惱自責式反芻與 T2 憂鬱顯著正相關 ($r=0.289$,

$p < 0.001$)，T1 深思反省式反芻與 T2 憂鬱同樣成正相關 ($r = 0.202, p < 0.001$)，相關度相較於前者低。考慮到兩種反芻之間的高度相關或產生干擾，繼續採用淨相關，控制深思反省式反芻得到 T1 苦惱自責式反芻與 T2 憂鬱仍然為顯著正相關 ($r = 0.213, p < 0.001$)，反之，控制苦惱自責式反芻，T1 深思反省式反芻與 T2 憂鬱的相關變得不顯著 ($r = 0.031, p = 0.590$)。類似的，計算 T2 的反芻與 T3 的憂鬱之淨相關，以及 T3 的反芻與 T4 的憂鬱之淨相關，結果整理如下表。

表 4-2-3 反芻與憂鬱的淨相關分析表

	T2 憂鬱	控制 T1 深思反省式反芻
T1 苦惱自責式反芻	0.289***	0.213***
	T2 憂鬱	控制 T1 苦惱自責式反芻
T1 深思反省式反芻	0.202***	0.031
	T3 憂鬱	控制 T2 深思反省式反芻
T2 苦惱自責式反芻	0.350***	0.337***
	T3 憂鬱	控制 T2 苦惱自責式反芻
T2 深思反省式反芻	0.126*	-0.80
	T4 憂鬱	控制 T3 深思反省式反芻
T3 苦惱自責式反芻	0.286***	0.297***
	T4 憂鬱	控制 T3 苦惱自責式反芻
T3 深思反省式反芻	0.087	-0.123*

由上表可知，控制苦惱自責式反芻後，深思反省式反芻對憂鬱分別成無關和顯著負相關兩種型態。也就是說，控制苦惱自責式反芻之後，深思反省式反芻的適應性逐漸顯露出來，特別是 T3 的深思反省式反芻單獨與 T4 的憂鬱情形的減輕顯著相關。

接著分析每個時間點的因應與下個時間點的憂鬱之間的關聯性，T1 的趨近因應與 T2 憂鬱成顯著負相關 ($r=-0.191, p=0.001$)，T1 的逃避因應與 T2 憂鬱成顯著正相關 ($r=0.276, p<0.001$)。其他時間點因應與憂鬱的關聯整理如下表。

表 4-2-4 因應與憂鬱的相關分析表

	T1 憂鬱	T2 憂鬱	T3 憂鬱	T4 憂鬱
T1 趨近因應	-0.195**	-0.173**	-0.180**	-0.174**
T1 逃避因應	0.310**	0.353**	0.212**	0.282**
T2 趨近因應	-0.296**	-0.251**	-0.250**	-0.244**
T2 逃避因應	0.340**	0.340**	0.273**	0.258**
T3 趨近因應	-0.189**	-0.168**	-0.077	-0.129*
T3 逃避因應	0.241**	0.275*	0.396*	0.330*
T4 趨近因應	-0.182**	-0.232**	-0.179**	-0.160**
T4 逃避因應	0.328**	0.312**	0.426**	0.487**

由上表 4-2-4 可知，趨近因應與憂鬱均成顯著負相關，而逃避因應均與憂鬱具有顯著正相關。意即使用趨近因應越多的患者，憂鬱情形越輕，而逃避因應得分越高的患者，與更嚴重的憂鬱有關。

最後，為了瞭解因應與反芻之間的關聯，分別計算每個時間點的兩種反芻與兩種因應方式之間的相關。結果顯示，T1-T3 的苦惱自責式反芻分別與對應時間點的趨近因應成顯著正相關 (T1: $r=0.305, p<0.001$; T2: $r=0.182, p=0.001$; T3: $r=0.346, p<0.001$; T4: $r=0.326, p<0.01$)，同時與逃避因應成顯著正相關，且與逃

避因應的相關度更高 (T1: $r=0.480, p<0.001$; T2: $r=0.391, p=0.001$; T3: $r=0.560, p<0.001$; T4: $r=0.590, p<0.01$)。T1-T3 的深思反省式反芻與兩種因應策略的相關性均為顯著正相關，與苦惱自責式反芻類似，但相較而言，每個時間點的深思反省式反芻與趨近因應的相關度均高於苦惱自責式反芻與趨近因應的相關度。

表 4-2-5 反芻與因應的相關分析表

	T1 趨近因應	T1 逃避因應
T1 苦惱自責式反芻	0.305***	0.480***
T1 深思反省式反芻	0.368***	0.426***
	T2 趨近因應	T2 逃避因應
T2 苦惱自責式反芻	0.182***	0.391***
T2 深思反省式反芻	0.396***	0.414***
	T3 趨近因應	T3 逃避因應
T3 苦惱自責式反芻	0.346***	0.560***
T3 深思反省式反芻	0.440***	0.460***
	T4 趨近因應	T4 逃避因應
T4 苦惱自責式反芻	0.326**	0.590**
T4 深思反省式反芻	0.360**	0.5740**

二、背景及臨床變項的影響

將教育程度視為連續變項，乳癌患者的教育程度與 T2-T4 的憂鬱均成顯著負相關，且相關度依序降低 (T2: $r= -0.221, p<0.001$; T3: $r= -0.173, p=0.002$; T4: $r= -0.113, p=0.049$)。其他連續的背景變項以及臨床變項均與各個時間點的憂鬱沒有顯著相關。

對於名義變項，使用單因素 ANOVA 進行分析，不同手術方式以及癌症期數的患者之間，憂鬱情形均沒有顯著差異。

表 4-2-6 手術方式對憂鬱的單因素 ANOVA 分析

T1	全部切除	部分切除	一邊全切 一邊部分切除	F(4819)
平均數	4.651	4.695	3.000	
標準差	3.946	3.826	2.229	0.377
T2	全部切除	部分切除	一邊全切 一邊部分切除	F(3640)
平均數	4.7337	4.340	4.750	
標準差	3.444	3.473	2.629	0.484
T3	全部切除	部分切除	一邊全切 一邊部分切除	F(3905)
平均數	4.174	4.258	5.500	
標準差	3.450	3.703	4.509	0.264
T4	全部切除	部分切除	一邊全切 一邊部分切除	F(3890)
平均數	4.399	4.418	3.500	
標準差	3.495	3.705	2.645	0.126

表 4-2-7 癌症期數對憂鬱的單因素 ANOVA 分析

T1	第 0 期	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	F(3176)
平均數	4.333	4.343	4.658	4.764	3.000	5.000	
標準差	3.711	3.742	3.942	3.092			0.127
T2	第 0 期	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	F(3243)
平均數	4.593	4.416	3.945	4.285	3.000	2.000	
標準差	3.063	3.841	3.202	3.233			0.419
T3	第 0 期	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	F(2793)
平均數	4.704	3.850	3.911	4.642	1.000	1.000	
標準差	3.662	3.843	3.431	3.365			0.795
T4	第 0 期	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	F(2845)
平均數	4.940	4.186	3.812	4.796	3.000	8.000	
標準差	3.608	3.997	3.507	3.166			0.923

第三節 HLM 模型

一、ICC

使用零模型 (the Null Model) 計算預測憂鬱的 ICC 為 0.66，意味著有 66% 的變異來自於個體間的因素，而 34% 的變異來自於個體內的變化，意即個體內變項影響著個體的憂鬱情形。

二、HLM 模型

使用 HLM 7 進行分析，得到穩健模式 (model with robust standard errors) 的結果如下表所示。

表 4-3-1 固定效果 (穩健模型)

固定效果	β	SE	t	p
個體內				
趨近因應 β_{10}	-0.033	0.016	-2.039	0.042
逃避因應, β_{20}	0.015	0.042	0.353	0.724
苦惱自責式反芻, β_{30}	0.195	0.058	3.361	<0.001
深思反省式反芻, β_{40}	-0.0821	0.048	-1.729	0.085
深思反省式反芻*趨近因應, β_{50}	-0.010	0.004	-2.711	0.007
深思反省式反芻*逃避因應, β_{60}	-0.021	0.010	-1.995	0.047
個體間				
教育程度 β_{01}	-0.207	0.172	-1.197	0.232
手術方式, β_{02}	-0.063	0.273	-0.232	0.817
癌症期數, β_{03}	-0.122	0.142	-0.861	0.390
年齡, β_{04}	-0.021	0.017	-1.229	0.220
苦惱自責式反芻 β_{05}	0.470	0.102	4.602	<0.001
深思反省式反芻, β_{06}	0.075	0.079	0.959	0.338
趨近因應, β_{07}	-0.160	0.019	-8.398	<0.001
逃避因應, β_{08}	0.383	0.065	5.845	<0.001
深思反省式反芻*趨近因應, β_{41}	0.018	0.005	3.324	<0.001
深思反省式反芻*逃避因應, β_{42}	0.007	0.018	0.416	0.677

表 4-3-2 HLM 固定效果

固定效果	β	SE	t	p
個體內				
趨近因應 β_{10}	-0.033	0.015	-2.141	0.033
逃避因應, β_{20}	0.015	0.040	0.374	0.709
苦惱自責式反芻, β_{30}	0.195	0.054	3.577	<0.001
深思反省式反芻, β_{40}	-0.0824	0.045	-1.825	0.069
深思反省式反芻*趨近應, β_{50}	-0.010	0.004	-2.669	0.008
深思反省式反芻*逃避應, β_{60}	-0.021	0.011	-1.826	0.069
個體間				
教育程度, β_{01}	-0.207	0.172	-1.234	0.218
手術方式, β_{02}	-0.063	0.286	-0.221	0.825
癌症期數, β_{03}	-0.122	0.152	-0.805	0.422
年齡, β_{04}	-0.021	0.018	-1.162	0.246
苦惱自責式反芻 β_{05}	0.470	0.103	4.554	<0.001
深思反省式反芻, β_{06}	0.075	0.076	0.989	0.323
趨近因應, β_{07}	-0.160	0.018	-8.665	<0.001
逃避因應, β_{08}	0.383	0.065	5.844	<0.001
深思反省式反芻*趨近應, β_{41}	0.018	0.005	3.263	0.001
深思反省式反芻*逃避應, β_{42}	0.007	0.019	0.385	0.701

個體內變項中，因應對憂鬱的預測作用：趨近因應顯著預測憂鬱的降低 ($\beta_{10} = -0.033, p=0.042$)，而逃避因應沒有顯著的預測作用，意即越多使用趨近因應的個體，接續的憂鬱情形越輕；

反芻對憂鬱的預測作用：苦惱自責式反芻顯著預測憂鬱的升高 ($\beta_{30}=0.195, p<0.001$)，個體內若惱自責式反芻升高，憂鬱則會變得越嚴重；深思反省式反芻對憂鬱沒有顯著的預測作用；

深思反省式反芻與因應的交互作用對憂鬱的預測：深思反省式反芻和趨近因應的交互作用顯著預測憂鬱的降低 ($\beta_{50}=-0.010, p=0.007$)，意味著深思反省式反芻的個體若同時越多採用趨近因應策略才能減輕之後的憂鬱狀況；深思反省式

反芻和逃避因應的交互作用達到顯著水準 ($\beta_{60}=-0.021, p=0.047$)，但在沒有經過 White 檢驗標準差的固定效果模型中，深思反省式反芻和逃避因應之間的交互作用並未達到顯著 ($\beta_{60}=-0.021, p=0.069$)。由於穩健標準誤在大樣本中更為適用，故本研究仍參考表 4-3-2 沒有穩健標準差的固定效果進行結果分析。且綜合反芻對憂鬱預測作用的係數來看，苦惱自責式反芻 (0.195) 遠高於深思反省式反芻與趨近因應的交互作用 (-0.010)，表明苦惱自責式反芻增加憂鬱的作用效果遠大於深思反省式反芻與趨近因應同時降低憂鬱的效果。

表 4-3-3 隨機效果

隨機效果	變異數	自由度	χ^2	p
INTRCPT1, r_0	4.46088	259	1076.37252	<0.001
RF slope, r_4	0.00407	265	248.38309	>0.500
level-1, e	4.14618			

根據隨機效果模型，可知在個體內水準，最大的變異是在截距上 (4.46088)，表明仍存在可以解釋個體憂鬱的其他變項。

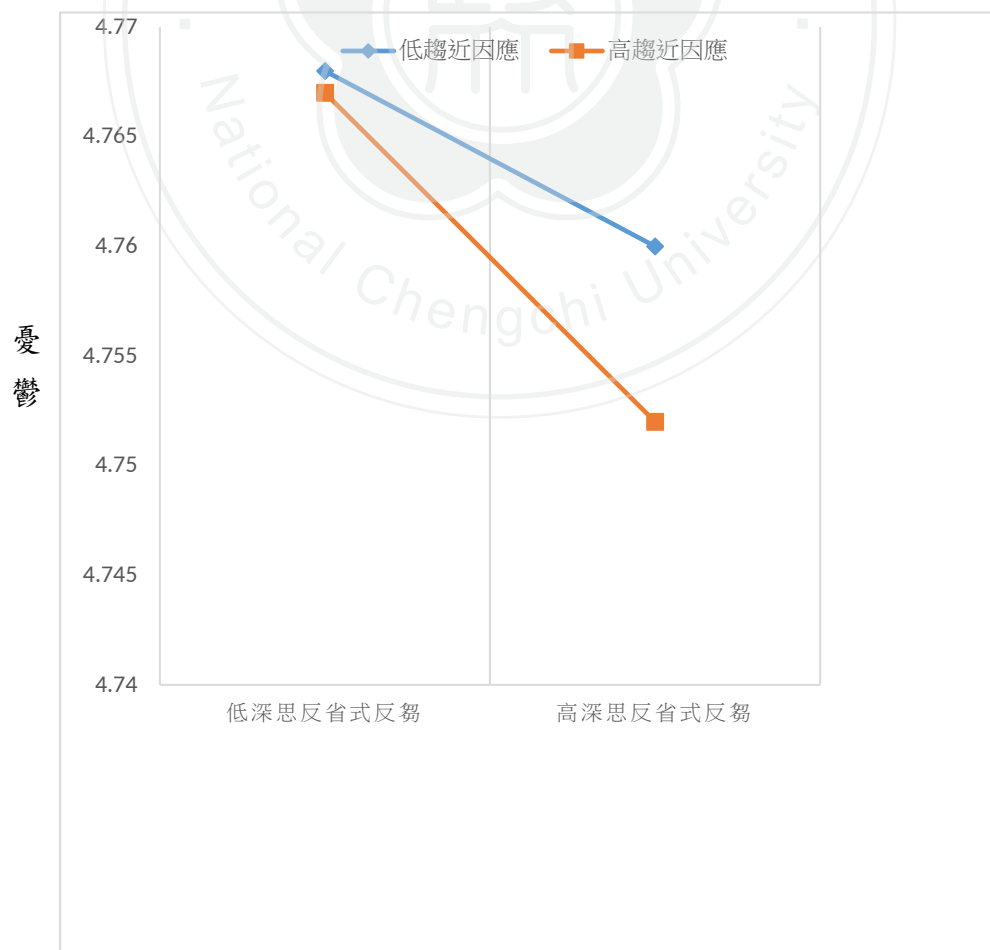
個體間變項中，年齡、教育程度、手術方式以及癌症期數的預測作用不顯著：患者在第一個時間點的背景資料及臨床變項均不能顯著影響患者的憂鬱情形；

因應對憂鬱的預測作用：趨近因應顯著預測憂鬱的減少 ($\beta_{07}=-0.160, p<0.001$)，逃避因應則顯著提高憂鬱水準 ($\beta_{08}=0.383, p<0.001$)。也就是說，個體間逃避因應越多的患者憂鬱越嚴重，而使用更多趨近因應的患者憂鬱會減輕。

反芻對憂鬱的預測作用：苦惱自責式反芻顯著預測憂鬱的增加 ($\beta_{05}=0.470, p<0.001$)，而深思反省式反芻並沒有顯著預測作用 ($\beta_{06}=0.075, p=0.383$)，個體進行苦惱自責式反芻會加重其憂鬱症狀。

以個人平均中心化的兩種因應作為深思反省式反芻的隨機斜率，調節作用顯著，趨近因應越高，深思反省式反芻對憂鬱的影響（降低）越大（ $\beta_{41}=0.018$, $p<0.001$ ），逃避因應則對深思反省式反芻影響憂鬱的過程沒有顯著效果。也就是說，個體內的深思反省式反芻越高，患者的憂鬱將會減輕，與此同時，越多採用趨近因應的個體，將會加成這個效果，使得患者的憂鬱減輕更加明顯。

根據個體間調節作用圖可知，對於高趨近因應者，不論是低深思反省式反芻還是高深思反省式反芻，相較於低趨近因應者而言，憂鬱均更低，且高深思反省式反芻中，降低憂鬱的效果更為明顯。也就是說，個體之間更多採取趨近因應，則深思反省式反芻增加因應的效果會下降。



此模型的擬合度 (Deviance = 4277.487174 ; Number of estimated parameters = 4) , 相較於零模型而言得到改善 ;

而個體內隨機效果係數的可信度估計, 受試者的平均憂鬱分數 (受試者的平均憂鬱分數) 為 0.762, 可信度較高 ; 深思反省式反芻為斜率的 π_4 可信度估計為 0.011, 表明個體內深思反省式反芻受到個體間變項影響, 從而預測憂鬱的係數, 可信度較低。



第五章 討論

研究結果顯示苦惱自責式反芻正向預測憂鬱，而深思反省式反芻對憂鬱的影響取決於個體採用的因應方式，據此，結合過往研究結果及研究者的觀念，對本研究結果進行更進一步的討論並試圖從理論層面對結果進行解釋。最後，對研究的貢獻、限制及未來可能的研究方向進行說明。

第一節 反芻與憂鬱的關係

本研究中，兩種反芻類型之間顯著正相關，苦惱自責式反芻與憂鬱顯著正相關，且深思反省式反芻在前兩個時間點均與下個時間點的憂鬱顯著正相關，淨相關分析結果發現，控制苦惱自責式反芻之後，深思反省式反芻與憂鬱的無關以及負相關才顯露出來。

呼應 Joorman 等人 (2006) 的看法，認為個體只在沒有重鬱或具苦惱自責式反芻時，深思反省式反芻才具有適應性功能，也就是當個體的憂鬱增高或同時具有苦惱自責式反芻時，苦惱自責式反芻與深思反省式反芻的不適應性與適應性功能的區分性會模糊掉。本研究中，可以明顯看出這樣的趨勢，同時具有苦惱自責式反芻時，深思反省式反芻的適應性因與苦惱自責式反芻的具高相關而模糊稀釋掉，只有在控制苦惱自責式反芻的影響時，才顯露出深思反省式反芻與憂鬱的相關並不為正向。

第二節 反芻對憂鬱的影響及因應的調節作用

研究結果發現，患者個體內的苦惱自責式反芻顯著預測後續的憂鬱，個體間苦惱自責式反芻越高則憂鬱情形也越嚴重，術後乳癌患者這一群體與以往研究類似，苦惱自責式反芻確實會加劇憂鬱情形（Treyner et al., 2003; Moore et al., 201; Takano and Tanno, 2009; Verhaeghen, Joormann, & Aikman, 2014; Brennan et al., 2015; Papadakis, 2006 ; Whitmer & Gotlib, 2011; Marroquin et al., 2010）。

另外，本研究結果表明，單獨的深思反省式反芻不能預測患者的憂鬱的減輕或者加重，深思反省式反芻是否為適應性反芻，是否能降低乳癌患者的憂鬱，倚賴於患者所使用的因應方式。此結果與 Marroquin 等人 (2010) 對大學生群體的研究類似，驗證了因應對反芻影響因應的調節作用。不同的是，Marroquin 等人 (2010) 的研究結果顯示無法使用適應性因應的個體，深思反省式反芻將會增加其憂鬱情形，而本研究的逃避因應並未展現出調節作用。或許與本研究的樣本為乳癌患者，並且採用不同的因應界定方式有關，本研究中趨近因應與逃避因應為兩個向度的因應策略，彼此之間亦相關，並不同於適應性因應高低的劃分。

過去支持深思反省式反芻為不適應的研究結果通常只是單獨檢驗兩種不同類型的反芻與憂鬱的關聯性或對下一個時間點的預測性（Verhaeghen, Joormann, & Aikman, 2014; Brennan et al., 2015; Papadakis, 2006 ; Whitmer & Gotlib, 2011; Joormann et al., 2006），而本研究首次在乳癌患者中將因應納入作為調節變項，且採用四個時間點直到手術後兩年的長期追蹤研究，將因應區分為趨近因應和逃避因應，從而發現於趨近因應的調節作用下，深思反省式反芻的適應性。

透過分析不同的反芻模型整理異同，過去學者認為當個體面臨目前的狀態與目標之間存在落差時，會不斷的反思或反芻，以重新整理目標的階層關係（Martin

& Tesser, 1989, 1996)。因此，反芻是為瞭解決此種落差，如果並且個體的能力和動機與達成目標之路上的進步並不一致，此落差無法降低，個體就會不斷反芻，直到目標完成或解除目標或另設其他目標，這時候便會停止對這個主題的反芻 (Carver & Scheier, 1990; Martin & Tesser, 1989, 1996; Watkins, 2008)。如果在遭遇負性生活事件時，雖然反芻不會引發最初的情緒，但個體會因為不斷反芻本來的負性情緒而經歷更長期的憂鬱，如果能分心則會比較少經歷憂鬱，由此看來，反芻具有建設性或非建設性兩種功能 (Martin & Tesser, 1989, 1996; Watkins, 2008)。

由前述中可知，本研究的乳癌患者之憂鬱狀態大多非處於臨床憂鬱診斷中，並且於乳癌診斷一年後，大多已接受治療完成，並處於回復正常生活的過程中。他們在調整適應今後長期的生活議題，像是面對自己術後的自我形象，婚姻關係，健康問題以及存在議題。此刻，必定會存在目前狀態與目標之間的落差，因此反芻是會發生的，為了降低此種落差，使用恰當的因應與否，將影響落差可否降低，且影響其適應 (Carver & Scheier, 1990; Wang et al., 2013)。

依據 Treynor 等人 (2003) 的看法，深思反省式反芻是具目的性的內在認知思考，期待能緩解自己的情緒。如同 Whitmer 與 Gotlib (2011) 的看法，深思反省式反芻是具有意圖的。此種具目的性與意圖的反思，不見得可直接降低乳癌患者的憂鬱，而需端視接續採用何種因應策略。本研究結果發現，個體自身的深思反省式反芻越高，同時採用越多趨近因應策略，則會顯著降低後續的憂鬱情形，另一方面，不同患者之間，採用越多趨近因應的個體，其深思反省式反芻對憂鬱降低的預測效果越強，意即降低憂鬱的效果越明顯。如果乳癌患者採用類似參與投入 (engagement) 功能的趨近因應 (Gutiérrez et al., 2007; Wang et al., in print)，此種因應能協助患者增加其掌控性和控制感 (Roesch & Weiner, 2001; Wang et

al.,2013)，而能使患者面對癌症所帶來的挑戰時，適應的更好 (Taylor & Brown, 1988)。但是，患者如果採用類似逃避脫離 (disengagement) 功能的逃避因應，則無法帶來益處，而增加患者的憂鬱，這與本研究結果不太一致，本研究結果表明，個體內深思反省式反芻多的乳癌患者若多採用逃避因應，並不會增加患者後續的憂鬱；深思反省式反芻的個體之間，使用更多逃避因應的患者，也不能預測其更嚴重的憂鬱情形。

此外，Watkins (2008) 的看法亦可詮釋趨近因應的調節作用，也就是當乳癌患者採用深思反省式反芻時，如果她採用有效的趨近因應，讓患者的深思反省式反芻之建構水準 (construal level) 降低，可協助其面對外在的要求，並解決之，或是增加自我調節能力，因而使得深思反省式反芻與趨近因應的結合，降低患者的憂鬱，突顯了深思反省式反芻的適應性功能。但是患者採用躲離外在壓力或要求的逃避導向因應時，則可能讓患者的深思反省式反芻之建構水準提高，而無法規劃出具體且如何進行的方法。

總之，反芻是個體在現實和目標上存在落差時的常見反應，個體會一直不斷反芻，直到落差被解決或是重建其他目標。乳癌患者不斷反芻想要解決術後感受經歷到的落差，於是這個過程中是否能真的找到解決辦法，採用合宜的因應策略去消除落差，就顯得尤為重要。上述的解釋，仍須未來的研究多加驗證。

第三節 研究貢獻

對於為數不多的癌症群體之反芻的研究，本研究提供了更多的實證證據，證實了苦惱自責式反芻的在癌症患者中同樣具有不適應性。研究也進一步探索了深思反省式反芻對憂鬱的影響，並且證實了癌症群體中，因應在其中的調節作用，為過往研究中深思反省式反芻與憂鬱的關聯性以及預測效果中非常不一致的結果提供了可能的解釋。

Treynor 等人 (2003) 的研究結果表明深反省式反芻並不能在同時間點顯現，只能在預測後續的憂鬱上展現其適應性。本研究採用長期追蹤的研究設計探討反芻對憂鬱的預測作用，為檢驗預測作用提供了可能。這種設計在癌症患者反芻的研究中極為少見，此研究在這方面做出了很大貢獻。同時，多個時間點的設計也避免了兩點研究中時間點選擇可能帶來的影響。

最後，本研究加深了對乳癌患者憂鬱變化和影響因素的瞭解，可以為實務工作提供了指導建議。乳癌常常伴隨憂鬱的發生，為了減輕患者的憂鬱狀況，在患者術後面對現實落差不斷反芻，應當幫助患者降低苦惱自責式反芻，減少將現實與目標一味地進行消極比較，從而降低認知脆弱性，減少憂鬱的發生；另外，對於較多進行深思反省式反芻的患者，反覆思考如何尋求問題解決以適應日常生活的過程中，臨床工作者可以更多引導患者嘗試積極的因應方式，促成問題的解決目標的達成，也能增強患者的自我調節能力，增加其控制感，這樣才更可能看到患者透過深思反省式反芻來減輕憂鬱。若個體更多進行苦惱自責式反芻，醫護人員以及能接觸到病人的親友，亦可進行開導勸慰，使得病人不那麼執拗於比較術後現實經歷的落差，而是將注意力和想法思考更多放在如何理解自己的疾病之上，思考如何在經歷了這一切之後繼續生活，解決所面臨的問題，為減輕憂鬱情緒提供更大可能。

第四節 研究限制與未來研究方向

研究結果的推廣性上，本研究的參與者均來自中部某醫學中心的女性乳癌患者，研究結果是否可以推廣至全台或者華人研究，仍需保守看待。另外，乳癌是多種癌症患者中的一類，本研究的結果是否能推估到其他癌症類型甚至所有族群的憂鬱之風險因數反芻的研究上，有賴於進一步的研究證據累積驗證。

研究結果顯示，兩種反芻類型均與兩種因應類型呈顯著正相關，也就是說，採用苦惱自責式反芻的患者同時較多採用趨緊因應和逃避因應，深思反省式反芻的患者亦是如此。這與過往研究所認為的進行不適應反芻同時會採用消極的因應的結論有所差異 (Lyubomirsky & Nolenhoeksema, 1995; Watkins & Baracaia, 2002; Abela, Vanderbilt & Rochon, 2004; Watkins & Moulds, 2000; Burwell & Shirk, 2007; Marroquin et al., 2010)，或許與乳癌患者更多進行不同面向的因應而非固定單一因應風格有關，這也有賴於今後研究的更多思考和探索。

此外，第一次將背景變項以及臨床變項納入對憂鬱的預測變項之中，結果只有教育程度與憂鬱顯著負相關，所有變項對憂鬱的影響均不顯著，或與乳癌患者本身的特性有關，未來其他群體的研究也可以進行更多探索，幫助更好的甄別更具風險的個體提供協助。

參考文獻

- 王韋婷 (2013)。初診斷乳癌患者創傷後成長與心理適應的關係之長期追蹤研究—從創傷後成長異質性變化軌跡的觀點探討。國立政治大學心理學研究所，博士論文。
- 周嘉琪 (2008)。憂鬱反芻對工作記憶容量的影響之初探。國立臺灣大學理學院心理學研究所，碩士論文。
- 黃荷芳 (2015)。乳癌患者的反芻型態對憂鬱的影響。國立政治大學心理學研究所，碩士論文。
- 賴世華 (2010)。頭頸癌症患者復發擔憂對癌症關連疲勞之影響 - 以因應型態及負向情緒為中介變項。中原大學心理學系，碩士論文。
- Abela, J. R. Z., Vanderbilt, E., & Rochon, A. (2004). A test of the integration of the response styles and social support theories of depression in third and seventh grade children. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 653-674. doi:DOI 10.1521/jscp.23.5.653.50752
- Brennan, K., Barnhofer, T., Crane, C., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2015). Memory Specificity and Mindfulness Jointly Moderate the Effect of Reflective Pondering on Depressive Symptoms in Individuals With a History of Recurrent Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 246-255. doi:10.1037/abn0000027
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(1), 56-65. doi:DOI 10.1207/s15374424jccp3601_6
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine, 34*(7), 1309-1318. doi:10.1017/S0033291704001904
- Franks, H. M., & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology, 15*(12), 1027-1037. doi:10.1002/pon.1043
- Galloway, S. K., Baker, M., Giglio, P., Chin, S., Madan, A., Malcolm, R., . . . Borckardt,

- J. (2012). Depression and anxiety symptoms relate to distinct components of pain experience among patients with breast cancer. *Pain research and treatment*, 5. doi:10.1155/2012/851276
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277-290. doi:10.1016/j.brat.2006.03.006
- Hung, Y. P., Liu, C. J., Tsai, C. F., Hung, M. H., Tzeng, C. H., Liu, C. Y., & Chen, T. J. (2013). Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancers in Taiwan: a nationwide population-based study. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2227-2234. doi:10.1002/pon.3277
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37(3).
- Lam, K. F. Y., Lim, H. A., Tan, J. Y. S., & Mahendran, R. (2015). The relationships between dysfunctional attitudes, rumination, and non-somatic depressive symptomatology in newly diagnosed Asian cancer patients. *Comprehensive Psychiatry*, 61, 49-56. doi:10.1016/j.comppsy.2015.06.001
- Lyubomirsky, S., & Nolenhoeksema, S. (1995). Effects of Self-Focused Rumination on Negative Thinking and Interpersonal Problem-Solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190. doi:Doi 10.1037//0022-3514.69.1.176
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). *Rumination: Nature, Theory, and Treatment of Negative Thinking in Depression*.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* New York: Guilford. 306-326
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*, 9, 1-47.
- Marroquin, B. M., Fontes, M., Scilletta, A., & Miranda, R. (2010). Ruminative subtypes and coping responses: Active and passive pathways to depressive symptoms. *Cognition & Emotion*, 24(8), 1446-1455. doi:Pii 930042469

- Miranda, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3088-3095. doi:10.1016/j.brat.2007.07.015
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. doi:10.1037/0021-843x.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi: 10.1037//0022-3514.77.5.1061
- Nolenhoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. doi:10.1037/0021-843x.100.4.569
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 18(3), 815-829. doi:10.1017/S0954579406060408
- Rude, S. S., Little Maestas, K., & Neff, K. (2007). Paying attention to distress: What's wrong with rumination? *Cognition and Emotion*, 21(4).
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70-79. doi:10.1002/pon.3596
- Sumner, J. A., Mineka, S., Adam, E. K., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S., Wolitzky-Taylor, K., & Zinbarg, R. E. (2014). Testing the CaR-FA-X Model: Investigating the Mechanisms Underlying Reduced Autobiographical Memory Specificity in Individuals With and Without a History of Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(3), 471-486. doi:10.1037/a0037271
- Takano, K., & Tanno, Y. (2009). Self-rumination, self-reflection, and depression: Self-

- rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 260-264. doi:10.1016/j.brat.2008.12.008
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 459-466. doi:10.1016/j.brat.2010.01.007
- Thomsen, D. K., Jensen, A. B., Jensen, T., Mehlsen, M. Y., Pedersen, C. G., & Zachariae, R. (2013). Rumination, Reflection and Distress: An 8-Month Prospective Study of Colon-Cancer Patients. *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1262-1268. doi:10.1007/s10608-013-9556-x
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284-304. doi: 10.1037/0022-3514.76.2.284
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Verhaeghen, P., Joormann, J., & Aikman, S. N. (2014). Creativity, Mood, and the Examined Life: Self-Reflective Rumination Boosts Creativity, Brooding Breeds Dysphoria. *Psychology of Aesthetics Creativity and the Arts*, 8(2), 211-218. doi:10.1037/a0035594
- Watkins. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163
- Watkins, & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5(3), 319-328. doi:10.1037/1528-3542.5.3.319
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189. doi:Pii S0005-7967(01)00098-5.
- Whitmer, A., & Gotlib, I. H. (2011). Brooding and Reflection Reconsidered: A Factor

Analytic Examination of Rumination in Currently Depressed, Formerly Depressed, and Never Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 99-107. doi:10.1007/s10608-011-9361-3

Yu, S. H., Chen, S. H., & Chang, K. J. (2008). Rumination predicting depression and PTSD symptoms in postoperative breast cancer patients. *Chinese Journal of Psychology*, 50. doi:10.6129/CJP

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x



附錄一 基本資料

基本資料		病歷號碼：	研究編碼：
姓名		填寫日期	年 月 日
出生日期	民國 年 月 日	性別：	年齡：
		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	_____歲
連絡電話	(白天)	(晚上)	手機：
聯絡地址			
婚姻狀態： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 喪偶			
教育程度： <input type="checkbox"/> 國小及以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學及以上			
診斷癌症的日期：民國 _____年 _____月			
目前您癌症的期數為：			
<input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> 第一期 <input type="checkbox"/> 第二期 <input type="checkbox"/> 第三期 <input type="checkbox"/> 第四期 <input type="checkbox"/> 第五期			
進行手術的日期：民國 _____年 _____月			
手術方式： <input type="checkbox"/> 全部切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 一側全部切除、一次部分切除			
是否接受其他輔助治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
化學療法： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
放射療法： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
藥物療法： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

附錄二 反芻反應風格量表

當情緒低落時，人們會想到或從事許多不同的事情。請閱讀下列的每一個題目，並請圈選出當你覺得低落、悲傷或憂鬱時，你「幾乎從不」、「有時候」、「通常」、「幾乎總是」想到或是從事這樣的事情。請圈選出你一般情形下會做的，而非你覺得自己應該做的。請圈選出符合您實際狀況的答案。

<u>當情緒低落或感覺憂鬱時，你……</u>	幾 乎 從 不	有 時 候	通 常	幾 乎 總 是
1. 想到『我做了什麼，而由如此下場？』……	1	2	3	4
2. 寫下我在想什麼並分析它……	1	2	3	4
3. 分析最近的時間，試圖瞭解為何你會感到憂鬱……	1	2	3	4
4. 想到『為何我總是用這樣的方式反應』……	1	2	3	4
5. 分析自己的個性，並試著瞭解自己為什麼憂鬱……	1	2	3	4
6. 自己一個人離開，並思考為何你會有這樣的感覺……	1	2	3	4
7. 想到『當時的狀況如果可以變好就好了』……	1	2	3	4
8. 想到『為何我有這些他人沒有得問題？』……	1	2	3	4
9. 想到『為何我無法將事情處理得更好』……	1	2	3	4
10. 獨自去某些地方思考自己的感受……	1	2	3	4

附錄三 因應策略量表

一. 問題處理方式調查

以下項目描述的是自從罹患癌症之後，你在生活中因應壓力的方式。有很多種方式可以用來處理問題，這些項目詢問的是你在罹患癌症之後如何因應生活中的壓力。

當然，每個人處理事情的方式都不一樣，但我們關心的是你自己如何處理問題。每一個項目都描述著一個特殊的因應方式，我們想瞭解你會採用這些項目來處理問題的程度有多少或多常。

不要根據你認為該項目適不適合用來處理問題來回答，只要根據你採不採用它來回答就好。評分時盡量越接近『你自己』真實的情況越好。請根據使用頻率圈選符合的數字。

	不 會 這 麼 做	很 少 這 麼 做	有 時 這 麼 做	常 常 這 麼 做
1. 我會轉向工作或其他活動以避免去想問題.....	1	2	3	4
2. 我會盡全力解決我所遇到的問題.....	1	2	3	4
3. 我會告訴自己『這不是真的』.....	1	2	3	4
4. 我會使用酒或其他藥物讓自己感覺變好.....	1	2	3	4
5. 我會從他人身上得到情感支持.....	1	2	3	4
6. 我會放棄去嘗試解決問題.....	1	2	3	4
7. 我會採取行動來把情況變好.....	1	2	3	4
8. 我會拒絕相信這件事已經發生.....	1	2	3	4
9. 我會訴說以讓不愉快的感覺消失.....	1	2	3	4
10. 我會去獲取別人的協助與建議.....	1	2	3	4
11. 我會藉由酒或其他藥物來度過.....	1	2	3	4
12. 我會試著從不同的角度看待問題，讓問題變得更正向 ...	1	2	3	4
13. 我會批評我已.....	1	2	3	4
14. 我會試著想出處理的策略.....	1	2	3	4
15. 我會尋求他人的安慰與瞭解.....	1	2	3	4

16. 我會放棄去處理問題.....	1	2	3	4
17. 我會從發生的事情當中找出它的正向意義.....	1	2	3	4
18. 我常用開玩笑的方式來處理問題.....	1	2	3	4
19. 我會藉著做一些事以減少去想問題的次數， 例如看電影、看電視、閱讀、做白日夢、睡覺或逛街.....	1	2	3	4
20. 我會接受事情已經發生的事實.....	1	2	3	4
21. 我會表達負向的感覺.....	1	2	3	4
22. 我會試著在我的宗教或信仰中尋求安慰.....	1	2	3	4
23. 我會尋求別人的幫助或建議.....	1	2	3	4
24. 我會學習著與事情（問題）共處.....	1	2	3	4
25. 我很認真地想下一步要怎麼做.....	1	2	3	4
26. 對於那件發生的事情，我會責怪自己.....	1	2	3	4
27. 我會禱告、冥想或拜拜、唸經.....	1	2	3	4
28. 我會讓情況變得更有樂趣.....	1	2	3	4



附錄四、醫院焦慮憂鬱量表

請根據你過去一個禮拜的感受來勾選您的答案

1 我覺得緊張或神經緊繃

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 完全不會

2 我仍喜歡我過去所喜歡的事物

- 當然是如此
- 並不完全是如此
- 偶爾如此
- 不會如此

3 我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事即將發生

- 確實是如此，而且是非常糟糕的感覺
- 是的，但不是那麼糟糕的感覺
- 有點這樣的感覺，但不會困擾我
- 一點也沒有這樣的感覺

4 我可以大笑並感受到事物有趣的一面

- 如同過去一樣
- 比過去少，但仍經常如此
- 確實比過去少很多
- 一點也沒辦法

5 我心裡有些擔憂的想法

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 極少如此

6 我覺得開心或愉快

- 完全不是這樣
- 很少是這樣
- 有時候是這樣
- 大部分時間是這樣

7 我可以舒服的坐著且覺得很放鬆

- 的確是這樣
- 通常是這樣
- 不常是這樣

8 我覺得自己好像鈍鈍的

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 完全不是這樣

9 我有種害怕的感覺

- 一點也不會
- 偶爾覺得
- 經常覺得
- 這樣的感覺非常頻繁

10 我不再關心自己的外表

- 的確是這樣
- 我極少關心自己的外表
- 我比較少關心自己的外表
- 我和過去一樣關心自己的外表

11 我覺得坐立不安，好像我非得不動的動

- 的確是這樣
- 經常這樣
- 不常這樣
- 完全不是這樣

12 我對一些事物感到滿心期待

- 和過去一樣
- 比過去少些
- 比過去少很多
- 幾乎沒有這種期待

13 我會突然覺得恐慌

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 未曾如此

14 我可以享受一本好書或廣播/電視節目

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 極少如此