

澳門婦女乳癌術後婚姻質量的調查

羅燕霞 陳瑛 梁靜琴* 林麗芳 梁淑敏**

摘要 目的：調查澳門婦女乳癌術後的婚姻質量狀況和分析有關因素(平均收入、教育程度、配戴義胸等)對婦女乳癌術後婚姻質量的影響。方法：採用非實驗性研究中的描述性研究，應用Olson婚姻質量問卷(ENRICH)的婚姻滿意度、性生活、夫妻交流等三個因子，對54名60歲以下已婚婦女乳癌術後2個月以上的病例進行調查。結果：發現婚姻滿意度及性生活兩個因子得分均顯著低於常模，而夫妻交流得分則與常模差異無顯著性；平均收入、配戴義胸、教育程度對婦女乳癌術後的婚姻質量影響沒有顯著性($P>0.05$)。結論：澳門婦女乳癌術後的婚姻質量低於一般人群。

關鍵詞 乳癌術後 婦女 婚姻質量

婚姻質量是影響人類身心健康與生活質量的一個重要因素，並且日益受到人們的重視。影響婚姻質量的因素有很多，其中疾病的影響是不容忽視的。疾病，尤其是癌症的影響不僅是患者本身，還包括其家庭。乳腺癌是一個嚴重影響婦女健康的疾病，其診斷、治療、可能復發的威脅，以及軀體形象改變都使患者及其家屬面臨重大挑戰。在澳門地區，乳癌是婦女第二好發癌症(澳門統計年鑑, 2001)。2001年比2000年增加幅度達一倍以上(澳門統計暨普查局, 2001)。國內外許多的研究都顯示乳腺癌患者的婚姻質量低於一般人群，但澳門仍未見有關研究，因此，研究者希望透過這次的調查，了解澳門婦女乳癌術後的婚姻質量狀況，為有針對性地為乳癌患者提供整體護理及其家屬進行心理社會干預提供參考依據。

方法

1. 研究方法

採用非實驗性研究中的描述性研究，以便利抽樣選取符合以下條件的婦女：病理切片診斷為惡性乳癌的已婚婦女、確立診斷並接受手術治療兩個月以上、年齡在60歲以下、神志清醒、能聽懂廣東話及回答問題的自願參與者。徵得澳門愛心之友協會及仁伯爵綜合醫院同意，於2003年1月6日至3月6日期間到達愛心之友協會及仁伯爵綜合醫院腫瘤科門診，對乳癌術後婦女進行問卷調查。進行問卷調查前，先向研究對象解釋研究目的、意義，並保證問卷採用不記名的方式；所有資料絕對保密，以取得研究對象的同意。問卷調查採用結構式

作者工作單位：澳門鏡湖醫院

* 澳門仁伯爵綜合醫院

** 指導教師

訪談法進行，需時約20-30分鐘，共收集了54份問卷，全部為有效問卷。

2. 研究工具

研究工具為問卷，分為兩部份，第一部份是研究對象的基本資料及有關因素(年齡、婚齡、教育程度)；病情及健康狀況(病程、輔助治療、配戴義胸情況)；社會家庭環境(職業、家庭每月人均收入、治療費用)。第二部份是採用Olson婚姻質量(ENRICH)量表的婚姻滿意度、夫妻交流、性生活三個因子得分來評定婦女乳癌術後的婚姻質量，以1-5分計分，總分為三因子得分之和，得分越高，則婚姻質量越高。

3. 資料整理與分析

以SPSS 10.0 for Windows軟件對資料進行頻數、均數、百分數、t檢驗、方差分析等統計分析方法。

結果

1. 研究對象之基本資料

54名研究對象年齡均數為47.07歲；婚齡均數為21.33年；病程均數為2.11年；文化程度偏低，初中程度以下程度占75.9%；輔助治療以化療為主，占98.1%；有配戴義胸的23人，占42.6%，未配戴義胸的31人，占57.4%。職業中以家庭主婦和文員為主，占72.2%。收入較低，平均收入中低於或等於5000元有24人，占44.4%；5001-10000元有20人，占37.0%；高於10000元有10人，占18.5%。治療費用中享受政府資助的病人占大部分(92.6%)。子女數目中兩個或以下有48人(88.9%)，兩個以上有6人(11.1%)。

2. 婦女乳癌術後的婚姻質量

婦女乳癌術後在婚姻滿意度均分為34.96 ±

6.78, 性生活均分為 32.28 ± 6.39 , 這二個因子的得分均低於常模, t 檢驗分析結果顯示差異有統計學意義 ($P < 0.05$), 說明婦女乳癌術後的婚姻質量低於一般人群 (見表1)。但是夫妻交流因子均分為 32.48 ± 7.5 , t 檢驗結果顯示與常模的差異沒有統計學意義 ($P > 0.05$)。

表1 婦女乳癌術後婚姻質量得分與常模的 t 檢驗

因子類別	婦女乳癌術後 例數 $n=54$		美國常模 例數 = 7261		t	P
	均數	標準差	均數	標準差		
婚姻滿意度	34.96	6.78	37.04	7.03	-2.25	0.029*
性生活	32.28	6.39	37.60	6.90	-6.12	0.000**
夫妻交流	32.48	7.50	34.10	6.94	-1.59	0.119

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

3. 有關因素屬性對婦女乳癌術後婚姻質量的影響
不同收入、教育程度與有否配戴義胸對婚姻滿意度、性生活及夫妻交流三個因子得分的影響沒有顯著性 ($P > 0.05$) (見表2~4)。

表2 收入與患者婚姻滿意度、性生活、夫妻交流得分的方差分析

因子類別 例數=54	平均值(MOP)			F	P
	≤ 5000	5001-10000	>10000		
婚姻滿意度	33.30	36.90	35.10	1.58	0.22
性生活	32.00	32.55	32.40	0.41	0.96
夫妻交流	31.54	34.45	32.40	1.13	0.33

表3 配戴義胸與患者婚姻滿意度、性生活、夫妻交流得分的 t 檢驗

因子類別 例數=54	平均值		F	P
	有配戴義胸	無配戴義胸		
婚姻滿意度	35.13	34.84	0.16	0.88
性生活	33.96	31.03	0.17	0.97
夫妻交流	33.43	31.77	0.80	0.43

表4 教育程度與患者婚姻滿意度、性生活、夫妻交流得分的方差分析

因子類別	平均值			F	P
	小學或以下	初中	高中		
婚姻滿意度	34.00	35.36	35.69	0.30	0.75
性生活	31.42	33.55	31.38	0.72	0.49
夫妻交流	32.16	34.05	30.31	1.04	0.36

討論

1. 澳門婦女乳癌術後的婚姻質量低於一般人群

1.1 婚姻滿意度

本研究發現婦女乳癌術後的婚姻滿意度低於一般人群, 表示婦女乳癌術後對配偶及婚姻關係的態度和看法較負面, 與郭桂芳等於2001年對80例

乳腺癌病人作婚姻質量調查結果相符, 郭桂芳學者認為夫妻經常在一些不重要的問題上發生嚴重的爭執, 亦有婦女表示她們盡量避免與丈夫發生衝突; 而瑞士心理學家喬治作了補充, 他認為婚姻滿意度低下是實際的婚姻生活與期望的婚姻生活有落差時才產生的。對婚姻的期望與現實落差越大, 婚姻滿意度就越低。在本次調查結果顯示經歷乳癌術後的婦女比過去任何時候都更加迫切地需要從配偶身上獲得心理支持和安撫, 當這些需要、愿望不能滿足時, 必然會受到困擾, 殃及身心健康, 在長期的精神壓力下, 導致產生諸多的婚姻問題, 而在傳統的婚姻觀念下, 處於婚姻滿意度低下的受訪患者對配偶及其相處都會掩飾自己的負面感受, 另外, 丈夫亦在同樣的生活過程和心理適應的改變這兩方面帶來的沉重衝擊。

1.2 性生活

本研究結果顯示婦女乳癌術後的性生活低於一般人群, 與學者嚴翠之在1997年對100例乳腺癌根治術後的病人進行心理特點的分析相符, 嚴翠之等的調查結果顯示病人認為術後性吸引力減少。而本次調查中發現澳門婦女乳癌術後很在意丈夫性方面的興趣與自己不一致, 她們擔心因乳房切除, 失去了女性特徵美與吸引力, 導致性生活主動性差, 夫妻感情不和, 婚姻不穩定, 部分被訪者更錯誤認為, 乳腺癌會傳染, 因而擔心性行為有害於配偶, 又害怕性行為會促使病情惡化, 這些都造成夫妻關係緊張, 另外一方面, 中國女性在公開自己的性秘密時易低調處理, 在回答性生活滿意時容易選擇一般之類曖昧表述, 唯恐別人誤解自己對性期望過高。

1.3 夫妻交流

本研究發現婦女乳癌術後的夫妻交流與一般人群的差異沒有顯著性 ($P > 0.05$), 有效的夫妻交流可以使雙方及時了解彼此的感受, 促進情感融洽, 減少衝突的發生。在夫妻交流中普遍使用的測量指標是夫妻的共同活動, 然而, 在本地區, 生活壓力大, 余暇時間較少, 少有娛樂活動, 大多數夫妻僅為晚飯看電視, 節假日活動之類, 雙方共同參與朋友聚會和旅遊等比例很低, 而關於浪漫性親密性等指標, 與贈送小禮物或意外驚喜則較少, 對配偶的贊賞和傳情言語則更少, 然而對於傳統的中國女性來說, 可能這些並不影響夫妻的交流評分。

2. 影響婦女乳癌術後婚姻質量的相關因素

本研究結果顯示平均收入對婦女乳癌術後的婚

姻質量影響沒有顯著性(見表2)，本次研究的對象平均收入較低，低於或等於 5000 元有 24 人，佔 44.4%，與學者張芳雲在 1999 年對 28 例乳癌術後病人生命質量影響因素之調查結果相符，張芳雲等調查結果顯示享受公費醫療的病人生命質量明顯高于自費和半公費者，而本次調查結果雖然顯示受訪對象的家庭經濟收入較低，但並未影響到婦女乳癌術後的婚姻質量，可能是因為澳門地區醫療福利較好，政府為本澳居民提供了一系列免費醫療，凡本地居民患有惡性腫瘤均可享用政府免費醫療及轉介服務。因此本調查結果顯示受訪對象經濟收入較低，但對她們婚姻質量沒有造成影響。

本研究結果顯示配戴義胸對婦女乳癌術後的婚姻質量影響沒有顯著性(見表4)，本次研究對象有配戴義胸有 23 人，佔 42.6%；沒配戴義胸有 31 人，佔 57.4%，與學者嚴翠之等人(1997)曾對 100 例乳癌病人術後進行了調查分析有差別，嚴翠之等的調查結果顯示病人介意形體美被破壞，感到失去了女性第二特徵，減少了性的吸引力，而失去生活信心；並表現自卑、恐懼、憂慮、抑鬱和憤怒為特征等情緒症狀。而本次調查結果顯示，有否配戴義胸對受訪對象沒有造成影響，可能是因為本次調查對象的平均年齡為 47.07 歲，屬於中年的過度階段，婚姻及家庭也比較穩定，故體態意識較青年階段薄弱。

本調查結果顯示教育程度對婦女乳癌術後的婚姻質量影響沒有顯著性(見表5)，本次調查對象的文化程度以初中居多，有 22 人，佔 40.7%，與學者郭桂芳等人在 2001 年對 80 例乳癌病人作出之調查結果相符，郭桂芳等調查結果顯示，受過初等、中等教育的患者在婚姻質量上無差異，受過中等教育的患者在婚姻滿意度上得分低於受過高等教育的患者；受過初等教育的患者在婚姻質量的總分上的得分低於受過高等教育的患者，而本調查結果發現教育程度對她們的婚姻質量沒有影響，可能是受訪對象中大部分人文化程度都較低，而高中程度只有 13 人，佔 30.31%，大專程度以上沒有，因此未能顯示出教育程度對婚姻質量的影響。

結論及建議

本研究結果顯示澳門婦女乳癌術後的婚姻質量低於一般人群，而平均收入、教育程度、有否配戴

義胸對研究對象的婚姻質量影響沒有顯著性。為促進乳癌患者的身心康復，提出以下建議：

1. 加強性功能評估及早期提供婦女及配偶術後性生活變化資訊與因應技巧，建立以家庭為單位的整體性照護觀念，讓配偶事前了解術後可能造成的影響，降低夫妻間的衝突。
2. 注意患者和家屬同時進行心理調適，為她們的婚姻生活提供各種宣傳以及指導性干預，以提高婚姻質量有助于提高乳癌婦女身心健康水平。
3. 社會各界應多鼓勵乳腺癌患者多參與癌症康復組織，如愛心之友協會，使病人在同病相憐的基礎上產生共鳴，交流情感，增加社會交往，舒緩心理壓力，疏導病人負面情緒，增強生活信心。

參考文獻

- 郭桂芳、肖菊青、朴玉粉(2001). 乳腺癌術後患者婚姻質量調查. *中華護理雜誌*, 36 (4), 258 - 261.
- 嚴翠之、朱艷萍、祝世芬(1997). 乳腺癌病人術後心理特點分析及護理. *護理學雜誌*, 2 (12), 125 - 126.
- 徐震雷、張蘇範、王穎、張冀崗、洪韻琳(1995). 乳腺癌患者個性特點研究. *中國衛生雜誌*, 9 (4), 169 - 170.
- 吳燕萍(1997). 乳腺癌患者的心理分析及護理對策. *實用護理雜誌*, 13 (4), 207 - 208.
- 張艷玲、陳凱、張宗衛(2000). 乳腺癌患者性生活質量初探. *中國心理衛生雜誌*, 14 (1), 43.
- 唐麗麗、張艷玲、張瑛、張宗衛(2002). 婚姻、社會支持對乳腺癌復發、轉移影響的對照研究. *中國腫瘤臨床與康復*, 9 (2), 101 - 103.
- 張開漢(2001). *醫學心理學*. 北京: 人民軍醫出版社.

An Investigation on the Marital Quality of Macau Women After Undergoing Surgical Treatment of Breast Cancer

Lo In Ha Chan Ieng Leong Cheng Kam*

Lam Lai Fong Leong Sok Man**

Abstract Objective: To survey the condition of the marital quality of Macau women who have undergone surgical treatment of breast cancer and to analyse the impacts of related factors (average income, education level, prosthetics fitting, etc) on the marital quality of women after undertaking the mentioned surgery. Method: To adopt the descriptive research method, using the three factors such as the

care workbook for individual and group learning. London: BMJ Publishing Group.

Hamer, S. and Collinson, G. (ed.). (1999). Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners. London: Bailleire Tindall, an imprint of Harcourt Publishers.

James, T. and Lorentzon, M. (2004). Gathering dust on library shelves or supporting practice? - the fate of research reports in nursing: examining the literature on evidence-based practice. In P. Smith, T. James, M. Lorentzon, and R. Pope. Shaping the facts: evidence-based nursing and health care (pp. 17-36). Edinburgh: Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Science.

James, T., Smith, P. and Gray, B. (2004). Emotions, evidence and practice: the struggle for effectiveness. In P. Smith, T. James, M. Lorentzon, and R. Pope. Shaping the facts: evidence-based nursing and health care (pp. 55-69). Edinburgh: Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Science.

Kaplan, H. and Barach, P. (2002). Incident reporting: science or protoscience? Ten years later. Quality & Safety in Health Care, 11(2), 144-145.

Moynihan, R. (1998). Too much medicine?: The business of health - and its risks for you. Sydney: ABC Books for the Australian Broadcasting Commission.

Needleman, J, Buerhaus, P, Mattke, S, Stewart, M & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 346(22), 1715-1722.

Needleman, J, Buerhaus, P, Mattke, S, Stewart, M & Zelevinsky, K. (2001). Nurse staffing and patient outcomes in hospitals: final report to the US Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Contract

No. 230-99-0021. Boston: Harvard School of Public Health.

Pearson, A., Borbasi, S., FitzGerald, M., Kowanko, I., and Walsh, K. (1997). Discussion paper No.1: Evidence based nursing: an examination of the role of nursing within the international evidence-based health-care practice movement. Melbourne: Royal College of Nursing.

Pearson, M. and Craig, J. (2002). Evidence-based practice in nursing. In J. Craig and R. Smyth (ed.). The evidence-based practice manual for nurses (pp. 3-20). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Roberts, J. and DiCenso, A. (1999). Identifying the best research design to fit the question. Part 1: quantitative designs. Evidence-Based Nursing, 2(1), 4-6.

Runciman, W. (1993). Qualitative versus quantitative research - balancing cost, yield and feasibility. Anaesthesia and Intensive Care, 21(5), 502-505.

Shindul-Rothschild, J, Long-Middleton, E, Berry, D. (1997). 10 keys to quality care. American Journal of Nursing, 97(11), 35-43.

Shindul-Rothschild, J, Berry, D, Long-Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone? Final results of our patient care survey. American Journal of Nursing, 96(11), 25-39.

Smith, P., James, T., Lorentzon, M., and Pope, R. (2004). Shaping the facts: evidence-based nursing and health care. Edinburgh: Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Science.

Traynor, M. (2004). Foreword to Smith, P., James, T., Lorentzon, M., and Pope, R. (2004). Shaping the facts: evidence-based nursing and health care (pp. xiii-xiv). Edinburgh: Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Science.

Trinder, L. and Reynolds, S. (ed.) (2000). Evidence-based practice: a critical appraisal. Oxford: Blackwell Science.

(接 10 頁)

degree of satisfaction towards marriage, sex life, interchange between husband and wife, etc, of the Olson ENRICH questionnaire to investigate on cases regarding 54 married women who are under 60 years of age and who have undergone surgical treatment of breast cancer for over two months. Result: The two factors including degree of satisfaction towards marriage and sex life scored distinctly below the norm whereas there was no significant difference between the norm and the subjects in the interchange between husband and

wife; average income, prosthetics fitting and educational level did not show significant influence on the marital quality of the subjects ($P>0.05$). Conclusion: The marital quality of Macau women who have undergone surgical treatment of breast cancer was lower than that of the normal population.

Key words Post-surgical treatment Breast cancer
Marital quality