

第二章 文獻探討

本章共分為六節，第一節、口腔癌之概述（包括口腔癌流行病學、口腔癌的成因與診斷、口腔癌的治療與預後），第二節、生活品質定義與相關概念，第三節、生活品質的測量，第四節、社會支持的定義與概念，第五節、社會支持的評估工具以及第六節、生活品質與社會支持之相關研究。

第一節 口腔癌之概述

一、口腔癌的界定

口腔部位的癌症若以國際疾病分類碼第九版(ICD-9 code)中之界定如下，140 為唇惡性腫瘤 (malignant neoplasm of lip)；141 為舌惡性腫瘤 (malignant neoplasm of tongue)；142 為主唾液腺惡性腫瘤(malignant neoplasm of major salivary glands)；143 為齒齦惡性腫瘤(malignant neoplasm of gum)；144 為口底惡性腫瘤 (malignant neoplasm of floor of the mouth)；145 為口之其他及未明示部位之惡性腫瘤包括頰黏膜(cheek mucosa, 145.0)，口腔前庭(vestibule of mouth, 145.1)，軟硬腭(soft and hard palate, 145.3 and 145.2)，懸雍垂 (uvula, 145.4) 和白齒後區 (retromolar area, 145.6) 等。至於 146 (oropharynx)、148 (hypopharynx)、149 (other and ill-defined sites within the lip, oral cavity and pharynx)則為咽部的惡性腫瘤，而 147 (nasopharynx)為鼻咽惡性腫瘤，因此口腔癌廣義地解釋為 ICD-9 中 140-149，然而也有將主唾液腺惡性腫瘤(142)及鼻咽惡性腫瘤(147)移出個別討論。如衛生署所發表的口腔癌死亡率即是以 140-141，143-146，148-149 為主，一

般口腔外科在探討口腔癌癌症部位時則多半針對唇(140)舌(141)及口(143-145)等部位來探討。

二、口腔癌的流行病學

口腔癌在已開發國家為第八大癌症，在開發中國家則為第三大癌症。世界各國以印度之發生率最高，每十萬人口超過二十（韓良俊，2000）。

在我國的情形，依據衛生署民國90年公佈資料，其發生率約每十萬人口十二點零，其死亡率已達每十萬人口六點九八，死亡人數約佔前十大癌症死因死亡人口的百分之四點七三。

根據行政院衛生署衛生統計資訊網資料顯示，台灣地區主要癌症死亡原因，口腔癌在1991進入癌症十大死因之列並排名第十位，至1995年前進第七名，目前則位居第六位，僅次於肺癌、肝癌、結腸直腸癌、女性乳癌、胃癌。若以男性死因之十大排名，口腔癌在2003年已攀升至台灣地區男性主要癌症死因的第四位，目前仍高居第四位。台灣地區歷年男性每十萬人口死亡率按主要癌症分，口腔癌死亡率由民國74年3.2急劇上升，至民國94年已高達16.2。以70年全國人口年齡結構為基準，計算標準化死亡率，發現男性口腔癌標準化死亡率近年來呈快速增加。

表 2-1-1 口腔癌死亡率統計表

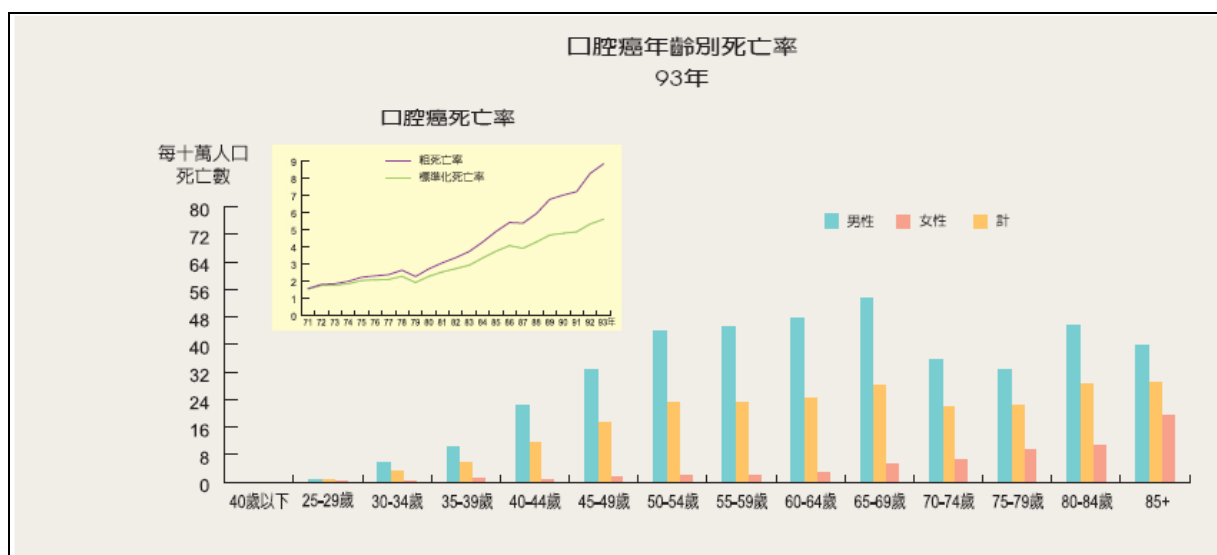
口腔癌死亡率統計									
年 別	合 計			男 性			女 性		
	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率
	93年	1,993	8.80	5.57	1,838	15.94	10.96	155	1.39
88年	1,298	5.90	4.24	1,186	10.52	8.17	112	1.04	0.65
83年	779	3.69	2.89	689	6.34	5.27	90	0.88	0.62
93 VS 88增減%	53.54	49.16	31.35	54.97	51.55	34.15	38.39	34.05	13.55
93 VS 83增減%	155.84	138.22	92.61	166.76	151.43	108.11	72.22	58.32	19.41

單位：人, 每十萬人口

附註：標準化死亡率係以民國七十年年中人口年齡結構為基準

93年口腔癌死者死亡年齡，平均數為56.0歲；中位數為54.0歲，與88年相較，平均數增加1.1歲；中位數增加0.5歲。與83年相較，平均數減少0.5歲；中位數減少3.0歲。另男性年齡中位數為53歲，女性為66歲，男性死亡年齡偏低且各年齡組之男性死亡率均明顯高於女性。

表 2-1-2 口腔癌年齡別死亡率統計表



三、口腔癌的成因與診斷分期

口腔癌從組織上區分，包括鱗狀細胞癌、疣狀瘤、肉瘤、惡性黑色素瘤等，其中以鱗狀細胞癌佔絕大部分（李正吉、韓良俊，1993）。雖然沒有確切的證據顯示單一的因素會導致口腔癌的發生，但許多研究顯示多重因素會提高口腔癌的發生率，一般公認較重要的因素包括：長期的慢性刺激，例如抽菸、嚼食菸草、嚼檳榔、喝酒或口腔黏膜長期遭受不當的物理性傷害，另外像過度的陽光曝曬，持續的慢性發炎均被認為可能是造成口腔癌的危險因子，國內近年來口腔癌的急遽增加，被認為與嚼食檳榔有密不可分的關係（Ko YC 等，1995）。所有口腔癌的臨床症狀並不完全一樣，常見的臨床表徵為白色斑、紅色的天鵝絨斑、不規則的硬塊，難以癒合的潰瘍或突出的潰爛，並常伴有轉移的頸部淋巴結腫塊，其早期的病灶可能不會有任何的疼痛或不適感，故發現不易（高壽延、楊政杏、張哲壽，1999）。

口腔癌的診斷分期方面，除了藉由視診及觸診之外，最可靠的是做病理組織切片檢查以確定診斷，必要時也需借助電腦斷層掃描或核磁共振檢查才得以完整。分期的主要目的在確定治療方式的選擇，評估預後及比較不同治療方式的結果。目前最廣泛使用的癌症分期是國際抗癌聯合會（UICC）提出的 TNM 系統來決定，依據原發性腫瘤的大小（T）、頸部淋巴結轉移與否（N）、是否有遠處轉移（M）來分期。其詳細分期原則如下：

原發性腫瘤的大小 (T)

T1：腫瘤尺寸 \leq 2 公分，無明顯局部構造侵犯。

T2：腫瘤尺寸介於 >2 公分至 4 公分之間，無明顯局部構造侵犯。

T3：腫瘤尺寸 >4 公分，無明顯局部構造侵犯。

T4：腫瘤有明顯深部構造侵犯。

局部淋巴結 (N)

N0：無局部淋巴結轉移現象。

N1：單側僅有單一淋巴結轉移，其淋巴結尺寸小於 3 公分。

N2：單側僅有單一淋巴結轉移，其淋巴結尺寸介於 3 公分至 6 公分之間；

同側有多個淋巴結轉移，但其淋巴結尺寸均未超過 6 公分；雙側或對

側有淋巴結轉移，但其淋巴結尺寸均未超過 6 公分。

遠處轉移 (M)

M0：無遠處轉移。

M1：有遠處轉移。

資料來源：UICC，1992 年第四版之第二修訂版

(一) 原位癌 (第 0 期)：

即腫瘤侷限在口腔黏膜上皮內。

(二) 第一期：

腫瘤的最長徑小於或等於 2 公分，且無頸部淋巴結或遠處轉移。

(三) 第二期：

腫瘤的最長徑大於 2 公分但不大於 4 公分，且無頸部淋巴結或遠處轉移。

(四) 第三期：

腫瘤的最長徑大於 4 公分或已轉移到同側頸部一個淋巴結，此淋巴結之最長徑不超過 3 公分。

(五) 第四期：有下列任一種情形包括

1. 腫瘤侵犯鄰近的組織(如：穿過骨外層，深入深層肌肉、上頷竇、皮膚等)
2. 頸部淋巴結轉移數目超過一個或淋巴結的最大徑已超過 3 公分。
3. 已發生遠處轉移。

四、口腔癌的治療

依據 1998 年國家衛生研究院出版的『口腔癌之治療共識』，目前口腔癌之治療方式大致而言以手術為主，化學或放射線治療為輔。

(一) 外科治療

手術切除是治療口腔癌最重要的步驟，依期數的不同而有不同程度的切除。臨床上原位癌：只做病變切除；第一期口腔癌：只做病變處切除，視病情需要，加做頸部淋巴結切除。第二期口腔癌：病變處及上頸部淋巴結切除。第三期口腔癌：廣泛病變處切除及頸部廓清術。第四期口腔癌：大範圍切除病變處及頸部廓清術，可能包括臉部

皮膚，或部份上、下顎骨。

切除口腔腫瘤後，可能造成口腔內顏面部、顎骨等結構缺損情形，可利用植皮、皮瓣及顯微手術移植游離皮瓣，將顏面軟組織及顎骨缺損重建。藉由重建治療使患者儘快恢復顏面外觀與正常咬合功能，使患者在手術後能有更完善的生活品質（張哲壽，1993）。

（二）放射線治療

除了少數例外，放射線治療可用於不同大小的口腔癌，對於小的局限性腫瘤，手術切除及放射線治療都是一有效的療法，但需考慮到病人的年齡，對手術或放射線治療的意願及容忍性。對於第三期及第四期的口腔癌患者，則視情形可能需要合併手術及放射線治療。手術後如有危險因素，如：手術切口邊緣仍有殘存腫瘤細胞，淋巴結轉移（二粒以上）、淋巴結膜外侵犯、神經周圍或淋巴血管侵犯者，需行手術後加做放射線治療。

（三）化學藥物治療

綜合多個研究系列顯示，手術前或手術後的化學治療可能可以減少部份遠處轉移，增加少許病人的存活率。但是對於頭頸癌而言，局部控制是最重要的；目前有研究發現放射線合併化學治療對於晚期頭頸癌（第三期、第四期），可增加局部控制率、顯著增加病人的存活率。不適或不能手術切除的腫瘤應考慮放射線合併化學治療。至於原本可以完全手術切除的腫瘤，手術前的化學治療，並不能改善局部控制或增加病人的存活率。因此可以手術切除的腫瘤不建議給手術前的化學治療。

（四）其他

免疫療法、基因療法或其他生物調適製劑療法尚未成熟，目前仍在研究階段。

五、口腔癌的預後

根據 1998 國家衛生研究院癌症研究組：口腔癌之治療共識中指出口腔癌的復發常發生在治療後一年內，建議每個月追蹤檢查一次，第二年每兩個月追蹤一次，第三年每三個月追蹤一次，第四、五年以後每半年追蹤檢查一次。

口腔癌的預後，一般以治療後觀察五年仍存活的比例為參考，在台灣約在 30%~40%之間，第一期存活率約為 75%，第二期存活率約為 50%~75%，第三期存活率約為 25%~75%，第四期存活率約為 25%或更低（韓良俊、李正吉、郭生興，1997），可見早期發現早期治療則存活率愈高。

六、口腔癌對病患生活品質之影響

口腔癌對病人生活品質之困擾往往以外觀、進食及疼痛為主，加上伴有頸部僵硬、張口困難、說話困難、唾液減少、牙齒損壞、食慾降低等等問題皆造成病患生理、心理及社會調適不佳。

第二節 生活品質相關概念與定義

關於生活品質的概念，可追溯至五世紀希臘哲學家亞里斯多德（Aristotle），他是以快樂的角度來描述生活品質，認為快樂是上帝所恩賜給人的一種福祉，一個快樂的人凡事順利且生活良好（Zhan L, 1992）。

生活品質是一個多構面的概念，在定義及測量上均有許多爭

議，字典上並沒有針對「生活品質」(quality of life)一詞下定義，只有「生活」(life)與「品質」(quality)分開所下之定義。在第三版韋伯國際字典 (Webster's Third New International Dictionary, 1986)中，對「生活」的定義為有活力的生存、生存的經歷、生活的方式、維持活力生存之必備條件。而「品質」的定義為優良的程度或特殊的性質。

生活品質 (quality of life [QOL]) 一詞的正式出現，在第二次世界大戰後由Campbell、Converse及Rodgers三位學者 (1976) 首度提出，指出生活品質主要為一個人對其生活中的婚姻關係、家庭生活、朋友關係、生活水準、經濟、宗教等不同領域之滿意程度。所強調的生活品質是有好的生活，而不單只是物質上的滿足而已，從此「生活品質」即廣為使用 (Meeberg G. M., 1993)。

隨著時代的進化，醫療儀器及技術的進步以及生活水準的提高，生活品質的概念逐漸受到重視，對生活品質的定義與要求亦隨之不同。經濟學家用國民生產毛額 (Gross National Product, GNP) 來定義生活品質，認為國民生產毛額高的國家，其人民生活品質較好。心理學家由整體生活品質、正向情感、負向情緒、認知評價與自尊等多層面來定義生活品質，認為人與環境互動中，總會有一些壓力源，壓力會造成人的身、心問題影響生活品質，而社會支持可增強一個人

對於壓力及危機之適應能力提升生活品質，個人對其本身角色扮演的成功與否亦會影響生活品質；臨床醫學專家認為生活品質是指病患接受治療前功能損害及治療後所獲得效益的程度，以身體功能、對疾病之態度、症狀之改善等來看生活品質（張慈惠、黃秀梨，2000）。

Schipper(1990)定義生活品質為「描述一個人每天的功能狀態」，內容涵蓋了生理及職業的功能、社交活動、心理狀態及身體感覺。

Ferrans(1990)定義生活品質為「一個人對於安適狀態的感覺，來自於對生活中重要事物的滿意或不滿意」。Beer(1995)指出生活品質的組成不僅只是生理層面的安適，也包括了心理、社會、情緒因素，世界衛生組織將生活品質定義為「個人所生活的文化價值體系中，其生理健康、心理狀態、獨力程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面，對於自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度」。此定義強調了個人在所處環境中的主觀感受的重要性，且是多層面的概念（The World Health Organization Quality Of Life Group，WHOQOL，1998）。Epstein J. B., Robertson M., Emerton S., Phillips N. and Moove P. S. (2001)指出所謂生活品質即「個人處於每天能夠執行關於生理、心理和社會等功能的良好狀態，並且病人於功能上、疾病的控制及相關症狀的治療皆能獲得滿足」。綜合以上文獻可知，不同領域的學者對生活品質有不同的解釋，但至少都包含生理、

心理及社會三層面。

生活品質目前被認為是一個包含多方面的概念，而健康相關生活品質（Health-Related Quality of Life, HRQL）是在生活品質評估中的一個子項目，公共衛生學者多採用與健康有關的生活品質定義，用健康相關生活品質評量表來評估病人的症狀、心理精神層面、功能改變對病人生活的影響（姚開屏，2002）。健康相關生活品質較偏向個人自覺在生理、心理、各種角色功能以及各種關係、對健康的感受、適應生活滿意度及幸福等等最佳狀態。換句話說，健康相關生活品質是探討與醫療行為、疾病及個人健康方面相關之生活品質；而一般生活品質較偏重整體，通常包括了居住、經濟狀況及環境等的評估，是由一般的角度看生活滿意度的結果（Bowling A.，1995）。

對癌症患者而言，生活品質的影響是從診斷那一刻開始、歷經治療，甚至治療結束後的存活期，影響的範圍包括了生理、心理、社會及靈性的安適感（Ferrell et al., 1995）。隨著患者對生活品質的要求提昇，醫護人員對影響患者生活品質的要素應更加了解，以提供更正確的醫療照護措施、降低治療的衝擊、提高存活率，進而提昇患者的滿意度。

第三節生活品質的測量

生活品質的測量有多種方法，可由單一層面（uni-dimensional）或多重層面（multi-dimensional）來進行，早期的學者多主張單一層面的測量，用能否正常執行身體功能來測量生活品質的好壞，如 Karnofsky 等人 1949 年所發展的 KPSS（Karnofsky Performance Status Scale）即為一單一層面的測量工具。後來學者認為生活品質受到許多因素影響，僅以單一層面測量很難真正測出個人生活品質，故主張以多重層面來測量生活品質。

張慈惠與黃秀梨（2000）提到生活品質的測量除了單一或多重層面的考慮外，主觀或客觀也是一重要的指標，主觀部分常以安寧、生活滿意、快樂或幸福等心理指標，讓個體描述對所處環境的主觀感受來加以衡量生活品質；客觀部分則以物質性的、經濟性的、文化性的、衛生性的、福利設施、社會功能等社會指標來加以評量生活品質，例如：收入、職業、教育、身體功能、住宅與空氣清靜度等。無論主觀或客觀的生活品質測量皆有其優缺點，因此在測量時應以個人的主觀感受為主，再佐以客觀的指標。因為主觀的生活經驗感受比客觀的社會指標更能預測個人對生活的滿意度。

而健康相關的生活品質測量，可分為一般性測量（generic）及特定疾病性測量（disease-specific）兩種（姚開屏，2000）。前者

強調測量大家都具有的一般性之健康狀態，其測量結果可用來比較不同族群、不同疾病間的差異，但不能用來了解特定族群所特別關注的生活品質問題。特定疾病性的生活品質測量是用來測量某個特定疾病或狀況下所造成的特定影響，可深入了解特定族群的情形。癌症族群最常使用的是歐洲癌症治療與研究組織(European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC)所發展的 EORTC—C30，為一核心問卷，使用於特定族群時會加上部位特殊性問卷，如肺癌 LC13、乳癌 BR23、頭頸癌 H&N35，目前此三種中文版量表已完成信、效度評估，已可使用(季瑋珠、楊志新、許駿與賴佳君，2002)

目前已有許多經過檢測的口腔癌健康相關生活品質評量表，最常被使用的三種分別介紹如下 Arun, C. , Andrew, C. H. S. & Simon, N. R. (2006)。

(1) 華盛頓大學健康相關生活品質評量表

(UWQOL, University of Washington Quality of Life Scale)

首先由 Hassan 和 Weymuller 所提出，主要用於評估手術治療的口腔癌病人。此評量表主要評估與疾病影響的功能狀態，並且被認為是一個相當低成本而且簡便可作為例行性評估的工具。目前最新的為第四版，加入了評估病人心情以及焦慮程度的項目。此評量表是一個以病人為主並自主進行的評估，總共包含了 15 個問題。其中 12 個與

疾病有關，包含了疼痛度、外觀 (appearance)、活動度 (activity)、再限度 (recreation)、吞嚥、咀嚼、語言、肩部問題、味覺、唾液分泌、心情、焦慮程度等。另一個部份由病人評估那些因素影響最多以及其重要性，最後一個部份由病人以文字敘述任何未包含在評量表中的影響。每個問題的評分由 0 到 100，以 Likert 式的加總方式計算總分最高到 900 分。而文字敘述的部份則有助於醫護人員了解病人內心真正所關注的問題。

(2) EORTC QLQ HEAD AND NECK-35 (QLQ-H&N35)

這是一個廣泛運用於評估頭頸部腫瘤病人健康相關生活品質的評量表，與 UWQOL 一樣，也是一個以病人為主並自主進行的評估。在使用時，它必須與 EORTC QLQ-C30 合併使用，並轉換其中幾個選項為口腔癌所適用。自 1992 年發展以來，它的建構與修改不只參考了臨床醫護人員及健康照護人員的意見，也包含了病人的想法。在經過了許多西方國家的大型臨床試驗後，此評量表的效度經過了縝密的驗證，被認為是一個正確而且有效反映病人情況改變的工具。目前認為此評量表最大的缺點是因為必須與 EORTC QLQ-30 的合併使用，使得此評量表在使用上非常的耗時。此評量表包含 7 個主要項目：疼痛、吞嚥、感覺、語言、進食、社交情況與性生活情形。另外還有 11 個次要項目評估口腔的狀況：張口困難的程度、黏稠的唾液、咳嗽、疾

病感 (feeling ill)、麻醉藥物使用狀況、營養物的補充、以及體重是否增加。

(3) FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY SCALE (FACT-HNS)

FACT-HNS 在 1996 年首先提出作為 FACT-G 的一部份。它包含 11 個項目：進食、吞嚥、外觀、呼吸、吸菸與否與飲酒習慣等，並 0~4 分的 Likert scale 進行評估。這是一個可信並且有效度的評量表，建立在完整的心理測量原則以及病人的意見上，同時也被許多對於頭頸部腫瘤病人健康相關生活品質的研究所採用。

第四節社會支持的定義與概念

由於『人』是群居、社會化的動物，人與人之間必須相互依賴才能生存，因此社會支持在個人的健康照護上是不可或缺的一環。在有關生活壓力與身、心疾病的研究上，亦證實社會支持系統對個人的身心健康具有相當大的重要性 (Baillie, Norbeck & Barnes, 1986)。

良好的社會支持被認為能幫助病患達到較好的適應 (黃人珍、顧乃平、盧成皆, 1996)。在林文綾 (2002) 針對腎臟移植的病患生活品質的研究中，整體社會支持與整體生活品質呈顯著正相關。

Tell, Mittelmark, Hylander (1995) 的研究中發現社會支持為生活品質最強的預測變項。Burckhardt (1985) 的研究也顯示社會支持為

影響生活品質的重要變項。因此，在生活品質的研究中，社會支持應被視為一重要的研究變項。

社會支持是一個具有多面向、不同定義及組成的概念。最早於1970年代心理學研究者 Cassel 與 Cobb (1976)，將可促進良好的健康與心理的人際關係，稱為『社會支持 social support』，依據如此，人們從自己的社會關係中獲得資訊、物質、情感、陪伴的支持，這就是社會關係網絡的功能，使個體更適應壓力，增加幸福感，有助於身心健全。後續有許多學者相繼提出社會支持的定義，簡述如下

1. House (1981)：社會支持為得自個人或團體的支持，可分為種類及來源。社會支持的種類可分為(1)情感性 (Emotional)：提供同理心、關懷、愛及信任；(2)實質性 (Instrumental)：提供金錢、勞力及可改變的環境；(3)資訊性 (Informational)：提供建議、指導、指示及資訊；(4)評價性 (Appraisal)：給予肯定、回饋及社會評價。其中情感性社會支持被認為是最重要的種類。另社會支持的來源，主要在探討來自『誰』所給予的支持，包括人或團體，例如：家屬、醫護人員及宗教團體。
2. Brownell(1984)：社會支持是指兩個個體間資源的交換，無論是提供者或接受者都知道要盡力去提高接受者的安適(Hupcey, 1998)。

3. Cohen & Syme(1985)：社會支持是一種他人提供的資源，大多來自於家庭成員、朋友，以及其他對個人具有特殊意義之重要他人。

4. Thoits (1986)：社會支持是指有許多的他人（家人、親友、鄰居、同事等）提供受困者面對壓力的因應協助，如工具性及情緒性支持，以協助其壓力之管理。

5. 李怡娟（1999）：社會支持是個人透過人際關係的交流，感覺到有意義他人所提供的愛與關心，以及對自己行為、價值觀的肯定與認同，並且能提供象徵性或實質性的幫助，是一種主觀的感受。

6. 林杏貞（2002）：社會支持包括功能性及互動性兩方面的意義，個體透過人際互動的過程，藉由周圍的重要他人提供各種型式的協助，以滿足個體需求以維護身體健康。

社會支持除了具有緩衝效果之外，也被人為能直接影響健康及提升健康的能力，其可透過下列三種方式來影響健康：(1) 經由調節個人的想法、感覺及行為來促進健康；(2) 經由增強個體對有意義生活的感受；(3) 經由促進健康行為 (Callaghan & Morrissey, 1993)。

第五節社會支持的評估工具

賴妙芬（2002）認為社會支持可以兩種方法測量，一為自我報告法，即讓參與者說出他們所獲得的支持與滿意度，另一方面為觀察法，著重於社會支持發生的本質和內容。有關社會支持的測量工具發展，Barrera, Sandler and Ramsy (1981) 所發展之 Inventory of Social Supportive Behavior (ISSB)，內容有情緒性、評價性及實質性等，用來評估個體所感受到的支持行為。Norbeck, Lindsey & Carrieri (1981) 所發展的 Norbeck Social Supportive Questionnaire (NSSQ)，乃是依照 Kahn (1979) 對社會支持所提出的定義，情緒、協助及肯定是此支持性互動的三個元素，其最常被使用在社會支持緩衝效果及健康照顧行為的研究測量上。在國內研究上，楊惠娟、陳月枝、毛新春、林凱信（2000）針對重型β海洋型貧血青少年所發展的社會支持問卷，內容分為情緒、訊息、實質及評價等四部份支持功能，每部分包括來自病友、醫療專業人員、家人及朋友所提供的支持。賴秀美（1992）研究癌症病患家屬的社會支持則分為訊息性支持、物質性支持與情感性支持。汪素敏（1997）參考 Cohen 與 Syme（1985）所提出的社會支持功能，擬定包含有情緒、訊息、評價及實質等的社會支持量表，支持來源包括家庭成員、朋友及重要他人。

第六節生活品質與社會支持之相關研究

Friedman (1997) 追蹤57名心臟衰竭婦女病患結果發現，老年心臟衰竭婦女情緒支持和實質支持的來源相當穩定，家庭成員（子女、親戚、配偶）是主要的支持來源，大部分的病人未經歷過喪失情緒支持或實質支持，少數部分的病患對於實質的支持來源較缺乏，顯示這群病患顯得較憂鬱，擔心未來的照顧，生活品質顯得比較差。

Grady等人（1999）以59位心臟衰竭等待心臟移植的病患為研究之對象，發現病患最滿意的是從家人、子女或他人處得到的情緒支持，病患最不滿意的是自己的健康及功能（如：最近健康狀態、旅遊能力及每天活動能量）。整體生活滿意度方面與年齡、美國紐約心臟協會功能分級、每天的治療頻率、功能障礙、症狀困擾、壓力因應、社會支持系統與生活品質有顯著相關。

林春香、劉雪娥、王正儀（1996）針對205位大腸直腸癌症患者的研究，發現大腸直腸癌症患者對所獲得心理支持的滿意度平均為相當滿意，當病患所獲得的心理支持滿意度愈高時，其生活品質愈好。

趙純真、顧乃平、吳肖琪、林欣榮（1999）針對椎間盤突出患者的研究中探討社會支持與生活品質關係，研究結果發現患者的社會支持程度愈高，其身體疼痛、心理狀態、活力、一般健康感受等分項及整體的生活品質均有較佳的感受。

羅惠敏、徐南麗、蕭正光、劉雪娥（2003）以 100 位腫瘤科的病患為研究對象，分成兩組，50 位非疼痛組；50 位為疼痛組，利用結構式問卷採橫斷性研究方法，以劉雪娥（1993）依據 Ferrens & Powers（1985）所發展之生活品質指標修訂完成的中文生活品質量表及汪素敏（1997）翻譯 Cohe & Syme（1985）社會支持量表，檢視其社會支持系統與生活品質關係，結果顯示生活品質與社會支持呈現正相關，生活品質重要預測因子尚有症狀困擾、不確定感、婚姻狀態等。