

# 癌症病人失志量表中文版之信效度檢測

洪曉琪<sup>1</sup> 陳虹汶<sup>2</sup> 張義芳<sup>3</sup> 楊育正<sup>4</sup>  
 劉建良<sup>5</sup> 謝瑞坤<sup>3</sup> 呂宜興<sup>6</sup> 陳裕仁<sup>7</sup> 王蒼恩<sup>8</sup>  
 蔡麗雲<sup>9</sup> 劉珣瑛<sup>1</sup> 方俊凱<sup>1</sup>

馬偕紀念醫院 <sup>1</sup>精神科 <sup>2</sup>安寧療護教育中心  
<sup>3</sup>血液腫瘤科 <sup>4</sup>婦產科 <sup>5</sup>一般外科 <sup>6</sup>耳鼻喉科  
<sup>7</sup>放射腫瘤科 <sup>8</sup>胃腸肝膽科 <sup>9</sup>護理部

## 摘要

「失志」(demoralization)常見於癌症或重症病人，是一種存在的痛苦以及失去生命的意義之現象。失志症候群(demoralization syndrome)的表現與美國精神醫學會診斷準則之重度憂鬱症標準有所不同，但病人卻深受其苦。在本研究中，我們將失志量表中文化，並測試其信效度。失志量表中文版由專家翻譯，讓不同分期的門診癌症病人完成填表。我們排除了簡易智能狀態測驗(MMSE)小於24分的認知障礙者，以及不願意配合會談、無法讀中文、精神病、及智能不足之病患。完成後的資料由SPSS 14.0版本做其信效度檢測。本研究總共214人完成問卷填答。失志量表中文版之主成分分析，與原始量表相同，可萃取出五個面向；亦具有可接受之信度，其Cronbach's alpha值為0.928。以Pearson's相關性去檢測，可發現失志量表與貝克絕望感量表呈高度正相關( $\gamma=0.703, p<0.001$ )，與McGill生活品質量表呈負相關( $\gamma=-0.680, p<0.001$ )。本研究結果可以支持失志量表中文版之信、效度。另外，高失志、低憂鬱的病人占23.4%。失志症候群不止見於西方的癌症病人，在本土族群亦為一常見之症狀。失志量表中文版將可以廣泛應用於臨床服務或研究，使癌症病人照護更完善。

關鍵詞：失志症候群 (Demoralization syndrome)  
 失志量表 (Demoralization scale)  
 癌症病人 (Cancer patient)

## 引言

失志(demoralization)是一種心理狀態，包含沮喪、失望以至喪失希望和生存意志。這樣的心理狀態常見於老人、久病者及末期病症病人。目前癌症是國人十大死因之首，罹癌比率

逐年上升，我國每年有三萬多人死於癌症。癌症除了造成生理上的病痛，亦會使病人產生許多心理、社會、乃至靈性層面的症狀，且隨著疾病的進展日益嚴重。過去的研究顯示，所有癌症末期病人併有憂鬱症的盛行率，為15%到20%<sup>1</sup>，而在某些末期病人的憂鬱症盛行率更高

達 23% 到 58%<sup>2</sup>。癌症病人的自殺率也比一般族群來得高<sup>3,4</sup>。然而，癌症病人的許多症狀，或是因癌症治療所造成的副作用，如疲累、睡眠障礙、食慾低落等，與臨床使用之美國精神醫學會診斷準則 DSM-IV 重度憂鬱症 (major depressive disorder) 之症狀有所重疊，容易造成診斷上的困難，延宕了治療的時機。

自 20 世紀後葉起，癌症病人的存在議題成為臨床照護的新重點。1967 年，Engel GL 首先提出了 Giving up-given up complex 的觀念<sup>5</sup>，來表示一混合著挫折感 (discouragement)，無力應對處理 (feeling unable to cope) 及無助無望感 (helplessness and hopelessness) 的心理狀態。同樣在 1967 年，Gruenberg EM 觀察一群因慢性精神疾病而長期住院的病人，提出了 social breakdown syndrome 來描述這一群病人的失志現象，而引起社會對機構化 (institutionalization) 病人的關注<sup>6</sup>。隨後，Frank J 在 1968 及 1974 年提出的報告<sup>7,8</sup>，認為失志的產生是因長期面對一個無法解決的壓力，因此產生了無能感 (impotence)、孤立感 (isolation) 及絕望感 (despair)。此一現象會深刻影響一個人的自尊、使人覺得失去生活的意義及重心。Frank J 認為在心理治療的層面，讓個案重拾信心及意志力，減少失志現象，是心理治療成功的一大要素。此一概念無疑是受存在主義治療大師 Frankl VE 的影響，強調對無法改變的命運，透過在日常生活中找尋存在的意義，才能找到生存的理由。1982 年，de Figueiredo 提出需將失志現象與憂鬱症狀加以區分<sup>9,10</sup>；失志現象的核心概念，源自於對未來的不確定性，因而產生的無能感，與憂鬱症的缺乏動力 (motivation) 有所不同。

經過上述許多學者的探討，到了 2001 年，澳洲學者 Clarke DM 與 Kissane DW 首度提出「失志症候群」(demoralization syndrome) 的概念<sup>11</sup>，認為失志現象是由於病人面對了一個壓力情境，而無法以有效的方法去處理以減輕壓力，而產生了無助感、無能感。初期，病人還會嘗試向外求援；倘若外援有限，壓力仍無法解除時，無助無能感會持續擴大，病人將對其生活逐漸喪失控制感，最後進展成失去生存的意義

及目的。

失志症候群的概念，特別能運用至末期病人及安寧照護，或是長期處於內、外科身體病痛的老年人。他們在生理上的痛苦無法獲得充分的解決，面臨老化、依賴，及死亡的威脅，會覺得生命不再有意義和希望，期盼死亡的到來，甚至自殺促成死亡，或要求安樂死，以解除苦痛。失志症候群的病人有可能是憂鬱症的前兆，也有可能與憂鬱症共存，但更有可能是不同於憂鬱症的一個全新診斷。憂鬱症病人的核心特徵是喜樂不能 (anhedonia)，意指失去對生活、活動參與的愉悅感，但失志症候群的病人尚能表達其喜樂情緒，對周遭事物仍然保有興趣，但卻是以失去生活意義、目的等認知上的症狀為主要表現<sup>12</sup>。Clarke DM 等學者在 2000 年所提出的報告，在一群有嚴重身體疾病，包括癌症，的住院病人中，針對生理及心理症狀所做的分析發現，憂鬱、失志及罪惡感是各自獨立的層面 (separate dimensions)<sup>13</sup>。若病人是以憂鬱情緒為主要表現，在就診時會因流淚、主動陳訴傷心難過，而讓臨床醫師察覺其情緒變化。但病人若是以失志、失去意義、無助無望感為主要表現，病人常不會主動陳述，而容易被忽略其心理層面的苦痛。許多研究都發現，無望感與自殺行為高度相關<sup>14-16</sup>，更甚於憂鬱症狀與自殺行為的相關性，而失志現象又以無望感為一核心症狀。如前所述，癌症病人的自殺率較一般族群為高，因此失志現象尤其值得癌症照護的工作者關心。

為能評估失志症候群，Kissane DW 在 2004 發展出失志量表 (Demoralization Scale, 簡稱 DS)<sup>17</sup>，此量表有 24 題，包含了 5 個面向，分別是：無意義感 (loss of meaning)，情緒不安感 (dysphoria)，沮喪感 (disheartenment)，無助感 (helplessness) 及失敗感 (sense of failure)，用以具體描繪出失志的現象及自然病程，並已通過其效度及信度分析。此外，在 Kissane DW 的研究中亦發現，若以失志量表之中位數來區分高低失志分數，有 7~14% 的病患，其失志分數屬高分群，但卻未有憂鬱症之現象<sup>17</sup>。DS 可應用的範圍包含：(1) 判斷臨床上失志症狀的嚴重程度，

(2) 預測病患的自殺行為，(3) 評估病患之生活品質，及 (4) 用以篩檢出未符合憂鬱症診斷，但卻面臨生存危機、失去人生意義之癌症病人。本研究之目的，即在將失志量表進行中文化，使此量表能廣泛運用在使用中文的地區，強化癌症照護的品質。

## 材料與方法

本研究執行前已通過「馬偕紀念醫院人體試驗委員會」審查(編號：09MMHIS065)，研究期間自 2008 年 8 月至 2009 年 7 月。研究助理二名，一名為生死教育與諮商研究所碩士班三年級的研究生，並有護理師執照，曾投入癌症病房護理工作超過 10 年；一名為心理輔導研究之碩士畢業生，曾接受精神醫療專業訓練超過 1 年。填寫問卷前，病人的主治醫師會給予受試者知情同意書以取得同意，自填問卷過程尊重病人自主權，病人可隨時要求中斷填寫。填寫過程中，研究助理會全程陪同，若受試者有情緒的宣洩，會適時給予情緒支持，並會告知原門診主治醫師，協同進一步處理；若病人有任何問題，可以當場向研究助理詢問，以助病人完成填寫問卷；若病人希望改由研究助理詢問，則按照病人的意願進行。

本研究於馬偕紀念醫院台北院區與淡水院區進行。受試者為門診之癌症病人，以一般外科、腸胃內科、血液腫瘤科、放射腫瘤科、耳鼻喉科、婦科為主。所有癌症分期的病人均可收案。受試者會先填妥知情同意書再開始接受自填問卷，受試過程會先由研究助理進行簡易智能狀態測驗(MMSE)以確定其認知功能無障礙。若病人意識狀態模糊、簡易智能狀態測驗(MMSE)分數少於 24 分、不識字、無法有效溝通、病歷上原本已經記錄有精神病或智能障礙之診斷、或病人或家屬不願簽署知情同意書，有以上狀況時則予以排除，不納入收案對象。

中文版失志量表(Demoralization Scale-Mandarin Version, 簡稱 DS-MV)(表一)由 DS 英文原版翻譯。DS 量表之中文化與信效度檢測，均在原作者 Kissane DW 知情且授權同意下進行。2007 年 9 月 28 日，Kissane DW 以電子

郵件授權研究計畫主持人翻譯並使用 DS 量表。DS 翻譯至 DS-MV 過程，在計畫執行前，已開始前置作業，由研究計畫主持人邀請三位精神科醫師進行翻譯，再邀請另一位曾於英國進修之精神科醫師與一位精通中英文的專家進行回覆翻譯，然後計畫主持人邀請翻譯團隊舉行專家會議，就量表翻譯之差異性、正確性、文字的流暢性、以及病人是否能理解進行討論，前後歷時 4 個月。2008 年 6 月 9-13 日，計畫主持人與另一位協同主持人，在西班牙馬德里所舉辦的第 10 屆心理腫瘤醫學世界會議(World Congress of Psycho-Oncology)，與 Kissane DW 進行數次的討論，回譯(back translation)讓 Kissane DW 審視，完成 DS-MV。Kissane DW 於 2008 年 11 月來台灣演講，趁此機會，計畫主持人多次與 Kissane DW 討論本研究之進行進度並溝通意見。DS-MV 的計分方式請見表一。

為確保 DS-MV 之信度與效度，本研究另以台灣版 McGill 生活品質量表(MQOL-Taiwan version) 16 題版<sup>18</sup>、中文版 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)<sup>19,20,21</sup>與中文版貝克絕望感量表(Beck Hopelessness Scale, BHS)<sup>22</sup>同時施測。本計畫原本在設計之初，仿倣 Kissane DW 將貝克憂鬱量表(Back Depression Inventory, BDI)列入使用之量表<sup>23</sup>，但是經過團隊討論後，認為在測量憂鬱已經有 PHQ-9，加上 BDI 題目太多，不利癌症病人的體力負荷，且詢問 Kissane DW 意見後，最後只保留使用 PHQ-9。台灣版 McGill 生活品質量表原始設計即針對嚴重疾病患者之生活品質，包含了生理、心理、存在及支持系統等四個面向。本量表已有中文化之信效度研究，並經由中文版翻譯者台灣大學護理系胡文郁教授授權使用<sup>18</sup>。中文版 PHQ-9 有九個題目，包含 DSM-IV 所列之重度憂鬱症診斷準則，計分方式為 0 至 3 分，分數愈高表示愈可能為臨床上之重度憂鬱症<sup>21</sup>。中文版貝克絕望感量表由中國行為科學社股份有限公司發行，用來測量受試者對其未來所持負向態度(悲觀)的程度；共包括 20 題是非題，可以反應絕望感的主要三個層面，包括：對未來的感受，喪失動機與喪失期望，施測的時間大約 5~10 分鐘。

表一：中文版失志量表與其計分方式

	非常不同意	不同意	不確定	同意	非常同意
1. 我可以為別人做許多有價值的事。	4	3	2	1	0
2. 我的人生似乎是無意義的。	0	1	2	3	4
3. 我的日常生活沒有目標。	0	1	2	3	4
4. 我已經喪失生活中的角色。	0	1	2	3	4
5. 我不再覺得能控制情緒。	0	1	2	3	4
6. 我的心靈平安。	4	3	2	1	0
7. 沒有人幫得了我。	0	1	2	3	4
8. 我覺得我幫不了自己。	0	1	2	3	4
9. 我感覺很無望。	0	1	2	3	4
10. 我有罪惡感。	0	1	2	3	4
11. 我覺得很煩躁。	0	1	2	3	4
12. 我能妥善地處理我的生活。	4	3	2	1	0
13. 我的人生有許多遺憾。	0	1	2	3	4
14. 生命不再值得繼續活下去。	0	1	2	3	4
15. 我容易覺得受到傷害。	0	1	2	3	4
16. 我對許多事情感到生氣。	0	1	2	3	4
17. 我對自己的成就感到驕傲。	4	3	2	1	0
18. 我對發生在我身上的事感到痛苦。	0	1	2	3	4
19. 我是有價值的人	4	3	2	1	0
20. 我寧願不要活著。	0	1	2	3	4
21. 我覺得既難過又悲慘。	0	1	2	3	4
22. 我對生活感到洩氣。	0	1	2	3	4
23. 我感到相當孤立或孤獨。	0	1	2	3	4
24. 我被發生在我身上的事困住了。	0	1	2	3	4

對病人施測本量表，請勿將計分方式顯示出來。

本研究資料採用 SPSS 14.0 軟體進行建檔與分析處理。敘述性統計處理基本資料與各量表；信效度檢測以因素分析進行，包括「球形考驗」(Bartlett's test of sphericity) 與「取樣適切性量數」(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy, KMO)，內在一致性以 Cronbach's alpha 值檢測；量表與量表的關係以 Pearson's correlation 檢測；DS-MV 與中文版 PHQ-9 進行趨異效度 (divergent validity) 檢測。

## 結果

本研究有 214 名病人簽署知情同意書並完成調查，其中 58 名為男性 (26.6%)，156 名為女性 (72.9%)。婚姻狀態為已婚者占最多 (74.7%)。病患年齡分佈以 51~65 歲族群最多 (52.4%)，其次為 36~50 歲族群 (26.6%)。在癌症分類方面，以乳癌人數最多 (51.8%)，其餘包括頭頸部癌症 14.8%，子宮頸癌 13.5%，腸胃道癌症 10.5%，

肺癌 3.9%，血液腫瘤 2.6%，睪丸癌 1.3%，皮膚癌 0.4% 及其他癌症 0.9%。病人知道自己的癌症分期 76.4%，23.6% 不知道自己癌症分期。

中文版失志量表 (DS-MV) 之第 1、6、12、17 及 19 題為正向陳述問句，採反轉計分，24 題總分數的平均值是 30.27，標準差為 15.62，分數最低分是 0 分，最高分 77 分。

本量表之「球形考驗本」(Bartlett's Test of Sphericity) 達顯著差異 ( $p < .0001$ )，「取樣適切性量數」KMO 值為 0.928，顯示資料可以進行因素分析。

主成分分析萃取出五個面向 (表二)，可與原始問卷互相對照，其中第六題因含括太多成分，故將此題獨立，不分類至任一成分中。

第一個成分包含了五道題目，與生命中的角色、生命意義、價值有關，稱之為「無意義感」面向。第二個成分有五題，與情緒、遺憾有關，稱之為「情緒不安感」面向。第三個成分有五題，與沮喪、孤獨感有關，稱之為「沮喪感」面向。第四個成分有四題，包含失去控制感、無望無助感等，稱之為「無助感」面向。而第五個成分有四題，包括對自己生命的滿足、

表二：中文版失志量表的主成分分析 \*

題目	成分				
	1	2	3	4	5
我的人生似乎是無意義的	.792				
我的日常生活沒有目標	.746				
我已經喪失生活中的角色	.770				
生命不再值得繼續活下去	.712				
我寧願不要活著	.739				
我有罪惡感		.651			
我覺得很煩躁		.756			
我的人生有許多遺憾		.642			
我容易覺得受到傷害		.665			
我對許多事情感到生氣		.606			
我對發生在我身上的事感到痛苦			.736		
我覺得既難過又悲慘			.833		
我對生活感到洩氣	.788		.850		
我感到相當孤立或孤獨	.831		.846		
我被發生在我身上的事困住了			.805		
我不再覺得能控制情緒				.589	
我覺得我幫不了我自己				.818	
沒有人幫得了我				.714	
我感覺很無望			.791	.827	
對他人來說，我還有許多重要性					.693
我的生活過得還不錯					.581
我對我的成就感到驕傲					.696
我是活得有價值的人	.629				.797
我的心靈平安					

\* 主成分分析 (Principal Component Analysis, PCA)<sup>17</sup>。

成就感，可代表的是其相反意義之「失敗感」面向。

本量表以 Cronbach's alpha 檢視其信度，計算全量表的內在一致性其 Cronbach's alpha 值為 0.92，而各個面向之 cronbach's alpha 值範圍為 0.63 至 0.88。因素分析後各因素（無意義感、情緒不安感、沮喪感、無助感、失敗感）五個面向的內在一致性 Cronbach's alpha 值分別為：0.84、0.69、0.88、0.72、0.63。

將中文版失志量表與台灣版 McGill 生活品質量表做 Pearson's correlation 檢測，可得到呈高度負相關 ( $r = -0.680, p < 0.001$ )，與中文版貝克絕望感量表之 Pearson's correlation 檢測則得到高度正相關 ( $r = 0.703, p < 0.001$ )。

在趨異效度 (divergent validity)，將中文版失志量表與中文版 PHQ-9 做卡方檢定 (表三)。中文版失志量表以其平均數 30.27 為分界，以上為高失志，以下為低失志；中文版 PHQ-9 則以 10 分為界，大於或等於 10 分為有憂鬱。在中文版 PHQ-9 分數未達憂鬱標準之病患，有 50 位 (23.4%) 屬高失志分數族群。

## 討論

失志量表為一新發展之量表，首先應用於癌症病人，以了解癌症病患的疾病進展過程中，所面臨的內在變化。中文版維持原問卷 24 題之結構，這樣的問卷長度，不會花費過多時間，也不會造成填寫者過多的負擔。

對照 Kissane DW 的研究<sup>17</sup>，24 題版的 DS 之平均值是 30.82，標準差為 17.73，本研究的結果與其結果類似。在主成分分析結果與原量表相同，可以萃取出五個成分，分別是無意義感、情緒不安感、沮喪感、無助感及失敗感，由此可知在台灣，癌症病人也同樣有失志症候

群相關的表現。其中「我的心靈平安」這道題目因占太多成分而需予以獨立，這樣的差異，推測與國人之文化相關。在華人文化中，較少使用心靈這樣的詞彙，可能造成受試者在語意上的誤解。但考慮此題仍可與總量表之分數高低相對照，且顧慮到未來 DS-MV 在其他族群使用的可能性，故予以保留，維持原始問卷 24 題之結構。

在信度部分，總量表之 Cronbach's alpha 值為 0.92，具有良好信度。而各分量表中，在「失敗感」之面向之 Cronbach's alpha 值雖僅有 0.63，但仍屬可接受之範圍；在「沮喪感」及「無意義感」面向，其 Cronbach's alpha 值各有 0.88、0.84，顯示其內部信度良好。

本研究也發現，失志現象與癌症病患之生活品質呈現負相關的特性。當病患面臨生存危機，不知如何面對、也無法改變自身所處環境時，生活品質隨之受到影響。這個結果，與過去針對癌症病患之生活品質調查結果相符，雖然影響生活品質的原因是多面向的，但失志現象已是我們不能忽略的一點。

在 Kissane DW 的研究，區分高低失志分數是以中位數為界<sup>17</sup>，然而一般統計方法多採用平均值為界，在 Kissane DW 的文章中並沒有提及為何使用中位數做為分界點，此一研究方法亦受到一些學者質疑<sup>24</sup>。而在本研究，則是採一般統計常用之平均值為分界點。雖然分界標準不一致，但在華人的研究族群，可以發現高失志分數，但 PHQ-9 問卷卻未達憂鬱診斷標準的族群，可見憂鬱症與失志症候群雖在臨床症上多有重疊，但仍可將之區分。在研究族群可以看到高失志、低憂鬱的病人占 23.4%，若臨床上只以 DSM-IV 診斷準則來評估病人狀況，可能會有近四分之一的病人被忽略，未能得到適當之

表三：以中文版失志量表 (DS-MV) 分數 30.27 為分界，與憂鬱進行趨異效度 (divergent validity) 測試。

	低失志人數	高失志人數	總人數
PHQ-9			
沒有憂鬱	99 (46.3%)	50 (23.4%)	149
有憂鬱	16 (7.5%)	49 (22.9%)	65
總人數	115 (53.7%)	99 (46.3%)	214

治療介入。由此可推論，在台灣的癌症病人的心理現象，可以將失志症候群與憂鬱症兩者區分，這與 Kissane DW 在澳洲的研究雷同；不過，愛爾蘭的研究卻發現，很少有低憂鬱卻有高失志的病人<sup>24</sup>；美國佛羅里達州也無法區別出憂鬱與失志<sup>25</sup>。這樣的現象對台灣癌症病人而言，區分憂鬱與失志的不同，更顯得其重要性。因此，失志症候群對於預後、生活品質等造成多少程度的影響，或是否有更具實證結果的介入治療方式，值得更多相關的研究投入。

本研究之限制包括，參與此計劃之患者均為門診病人，而非住院病人。住院病人與門診病人在疾病或身體症狀的嚴重度上的差異，可能有所影響。而原始量表為自填量表，但在本研究進行中，因考量到病患體力，及國語理解程度，有些量表是由研究人員以口頭詢問的方式完成，可能會因施測方式的不同而造成計分上的誤差，這是另一限制。此外，因受試之病患來自於同一醫學中心，因此有病人族群樣本選擇偏差，這也是需考慮之限制。

目前此量表已通過信效度檢測，在臨床方面，除了可以運用在門診癌症病人，應該也能夠推廣於住院癌症病人，作為篩檢工具。當發現病人有失志症候群時，原醫療團隊應該適時提供情緒支持，若有能協助病人之心理腫瘤醫學專家，則建議會診以進行相關的處理，特別是請高失志分數之病患至精神科門診進一步評估是否還合併有憂鬱症的現象。在研究方面，可運用於不同癌症、不同分期，甚至是其他重症或慢性病之病人族群，了解此一失志現象在華人族群之表現，提供更多本土化資訊。

## 致謝

本研究感謝研究助理呂欣芹，馬偕紀念醫院精神科劉惠青醫師、吳書儀醫師、陳逸鄉醫師、李政洋醫師，國立台北護理學院生死教育與輔導研究所施寶雯，私立文化大學心理輔導學研究所陳淑惠，以及孫芳如助理研究員的幫助。感謝馬偕紀念醫院醫學研究部支持研究經費（計畫編號 MMH9790）。特別感謝美國紐約 Memorial Sloan-Kettering 癌症中心精神與行為

科學科 (Department of Psychiatry and Behavioural Sciences) 主任 Kissane DW 授權失志量表 24 題版。

## 參考文獻

- Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 S: 58-61.
- Potash M, Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16: 671-700.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998; 39: 366-70.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-11.
- Engel G.L. A life setting conducive to illness. The giving-up-given-up complex. *Bull Menninger Clin* 1968; 32: 355-65.
- Gruenberg EM. The social breakdown syndrome--some origins. *Am J Psychiatry* 1967; 123: 1481-9.
- Frank J. The role of hope in psychotherapy. *Int J Psychiatry* 1968; 5: 383-95.
- Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 271-4.
- de Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 353-63.
- de Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 308-11.
- Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 733-42.
- Gutkovich Z, Rosenthal RN, Galynker I, Muran C, Batchelder S, Itskhoki E. Depression and demoralization among Russian-Jewish immigrants in primary care. *Psychosomatics* 1999; 40: 117-25.
- Clarke DM, Mackinnon AJ, Smith GC, McKenzie DP, Herrman HE. Dimensions of psychopathology in the medically ill. A latent trait analysis. *Psychosomatics* 2000; 41: 418-25.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA* 1975; 234: 1146-9.
- Wetzel RD, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression, and suicide intent. *J Clin Psychiatry* 1980; 41: 159-60.
- Dori GA, Overholser JC. Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 309-18.
- Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20: 269-76.
- Hu WY, Dai YT, Berry D, Chiu TY. Psychometric testing of the translated McGill Quality of Life Questionnaire-Taiwan version in patients with terminal cancer. *J Formos Med Assoc* 2003; 102: 97-104.

19. Spitzer RI, Kroenke K, Williams JP, the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16: 606-13.
21. Liu SI, Yen ZT, Huang HC, Sun FJ, Tjung JJ, Hwang LC, Shih YH, Yeh AWC. Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Compr Psychiatry* 2010. (in press)
22. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the Beck Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-5.
23. Beck AT, Streer R, Garbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
24. Mullane M, Dooley B, Tiernan E, Bates U. Validation of the Demoralization Scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliat Support Care* 2009;7:323-30.
25. Cockram CA, Doros G, de Figueiredo JM. Diagnosis and measurement of subjective incompetence: the clinical hallmark of demoralization. *Psychother Psychosom* 2009; 78:342-5.

# Evaluation of the Reliability and Validity of the Mandarin Version of Demoralization Scale for Cancer Patients

Hsiao-Chi Hung<sup>1</sup>, Hong-Wen Chen<sup>2</sup>, Yi-Fang Chang<sup>3</sup>, Yuh-Cheng Yang<sup>4</sup>,  
Chien-Liang Liu<sup>5</sup>, Ruey-Kuen Hsieh<sup>3</sup>, Yi-Shing Leu<sup>6</sup>, Yu-Jen Chen<sup>7</sup>,  
Tsang-En Wang<sup>8</sup>, Li-Yun Tsai<sup>9</sup>, Shen-Ing Liu<sup>1</sup>, Chun-Kai Fang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry; <sup>2</sup>Hospice and Palliative Care Center;*  
<sup>3</sup>*Department of Medical Oncology; <sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynecology;*  
<sup>5</sup>*Department of Surgery; <sup>6</sup>Department of Otorhinolaryngology;*  
<sup>7</sup>*Department of Radiation-Oncology; <sup>8</sup>Department of Gastroenterology;*  
<sup>9</sup>*Department of Nursing, Taipei Mackay Memorial Hospital*

Demoralization indicates one phenomenon about existential distress and loss of meaning in life when the people suffering from cancer or advanced diseases. The expressions of demoralization syndrome do not meet the DSM-IV criteria of major depressive disorder, though patients were truly exhausted by demoralization. In the study, we tested the validity and reliability of Mandarin Version of Demoralization Scale (DS-MV). DS-MV was translated by professionals, and was completed by outpatients with cancer of different stages. We excluded patients who had cognitive impairment with Mini-Mental State Examination (MMSE) under 24, unwilling for interview, inability to read Chinese, psychosis, or mental retardation. All the data were analyzed by using SPSS 14.0 to test the validity and reliability. There were 214 patients completed the questionnaire. The principle components analysis of the DS-MV yielded 5 factors as the DS. The DS-MV has acceptable reliability with Cronbach's alpha 0.928, and the internal reliability is acceptable with the Cronbach's alphas in the range of 0.63 to 0.85. The Pearson's correlation shows positive correlation ( $\gamma=0.703$ ,  $p<0.001$ ) between DS-MV and Beck Hopelessness Scale, and negative correlation ( $\gamma=-0.680$ ,  $p<0.001$ ) between DS-MV and McGill quality of life questionnaire. There were 23.4% patients with lower depression but higher demoralization. Our study support DS-MV as a valid and reliable self-report questionnaire for Taiwanese cancer patients. From this study, we can realize that demoralization in cancer patients is not only seen in Western society, but also seen in Taiwanese groups. DS-MV will be broadly used for clinical service and research to make cancer care better. (J Intern Med Taiwan 2010; 21: 427-435)