



澳門城市大學
Universidade da Cidade de Macau
City University of Macau

博士研究生學位論文

乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的關係及沙盤遊戲干預研究

A Study on Correlations among Body Image, Stigma and Life Quality of Postoperative Breast Cancer Patients and Intervention of Sandplay

姓名 Name: _____ 王舒娟

學號 Student No.: _____ H16092200094

院系 Faculty: _____ 人文與社會科學

課程 Program: _____ 應用心理學

指導教師 Supervisor: _____ 劉建新

電郵 Email: _____ joyastra@163.com

2020年 8月 20日



澳門城市大學
Universidade da Cidade de Macau
City University of Macau

應用心理學博士學位論文

Dissertation of Applied Psychology Doctoral Degree Programme

論文題目:

Dissertation Title 乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的
關係及沙盤遊戲干預研究

研究生: 王舒娟
Candidate

本論文承蒙下列答辯委員審查通過。

This dissertation is passed the examination approved by the below of examiners of Thesis Examination Committee.

答辯委員:

Thesis Examination Committee

姓名: Name	<u>王忠</u> 主席 Chairman	簽署: Signature	<u>王忠</u>	日期: Date	<u>2020.7.23</u>
姓名: Name	<u>劉建新</u> 指導老師 Supervisor	簽署: Signature	<u>劉建新</u>	日期: Date	<u>23 JUL 2020</u>
姓名: Name	<u>尹芳</u> 委員 Examiner	簽署: Signature	<u>尹芳</u>	日期: Date	<u>2020.7.23</u>
姓名: Name	<u>池培蓮</u> 委員 Examiner	簽署: Signature	<u>池培蓮</u>	日期: Date	<u>23 JUL 2020</u>
姓名: Name	<u>劉耀中</u> 委員 Examiner	簽署: Signature	<u>劉耀中</u>	日期: Date	<u>23 JUL 2020</u>
姓名: Name	<u>穎哲華</u> 記錄 Recorded by	簽署: Signature	<u>穎哲華</u>	日期: Date	<u>2020/07/23</u>



澳門城市大學
Universidade da Cidade de Macau
City University of Macau

論文原創聲明

DECLARATION FOR ORIGINALITY OF THESIS

論文題目

Thesis Title 《乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的關係及沙盤遊戲干預研究》
《 A Study on Correlations among Body Image, Stigma and Life Quality of Postoperative Breast Cancer Patients and Intervention of Sandplay》

聲明

本人特此聲明，除了經清楚列明來源出處的資料外，其他內容均為原創；本論文的全部或部分未曾在同一學位或其他學位中提交過。

本人聲明知悉《博(碩)士論文寫作指引》、《研究生答辯管理細則》及《澳門城市大學學生違紀處分暫行條例》。

Declaration

I hereby declare that the thesis here submitted is original except for the source materials explicitly acknowledged and that this thesis, or parts of this thesis have not been previously submitted for the same degree or for a different degree.

I also acknowledge that I am aware of the Rules and Regulations on “Guideline for Doctoral (Master) Dissertation Writing”, “Rules on Postgraduate Oral Examination” and “Provisional Regulations on Student Punishment”.

2020年8月8日

學生簽名 Signature of Candidate

日期 Date

王舒娟 Wang Shujuan

H16092200094

學生姓名 Name of Candidate

學號 Student Number

人文社會科學學院
學院 Faculty

應用心理學
課程 Programme

GS-09(08-2017)

致 謝

值此論文完成之際，不禁思緒萬千。四年光陰短暫而又漫長，奔波於廣州、珠海、澳門、西安、金華之間，記憶恍如昨日。回首一路走來的經歷，對曾經給予我支持和幫助的良師益友充滿感激之情！

感謝導師劉建新教授的引領和指導，讓已告別職業生涯的我與沙盤結緣，開始瞭解分析心理學，走上自我認識、自我完善的不歸之路，並在他的影響下決定，用所學的心理學方法回到醫療領域幫助疾苦中的患者；

感謝申荷永教授和澳門城市大學分析心理學團隊，讓我得以有幸浸潤於卡爾·古斯塔夫·榮格的精神財富的氛圍裏，獲得滋養和成長；

感謝陝西省人民醫院心理科張天布主任、廣東省心理學會臨床心理專委會陳文明主委，在他們熱心支持和幫助下，本論文實證研究部分得以在陝西省人民醫院、陝西省腫瘤醫院、浙江省腫瘤醫院金華分院順利開展；

感謝給予我論文課題幫助的所有臨床醫護人員，特別感謝陝西省人民醫院腫瘤外科李建輝主任、張穎護士長、陝西省腫瘤醫院患者服務中心孫曉茹主任、乳腺中心朱江主任、王效護士長、浙江省腫瘤醫院金華分院醫務社工中心厲春桔主任、乳腺外科吳雷娟護士長在課題

期間給予的可貴幫助；

感謝參與論文課題的所有患者，與她們的交流讓我獲益成長；

感謝結構式團體沙盤團隊於晶教授、曲雲霞教授、鄒萍教授及團隊夥伴，我的同門李鑫蕾博士、周志春博士，同道摯友徐潔女士，在這四年間給予我的包容、理解、陪伴、鼓勵和幫助；

感謝家人對我選擇的理解和支持。四載春回秋去暑往寒來，他們承擔了更多家務和照顧年邁父母的責任.....正是親人們的無私付出才使我得以完成論文；

從臨床醫學到心理學跨越三十年時空，是機緣和合，更是內心的指引。佇立於此人生重要里程，有了前行的方向和克服阻礙的動力。“路漫漫其修遠兮，吾將上下而求索”。願在學習和工作中修行，伴隨心靈成長的充實和愉悅實現心中的願景。

感謝自己！

王舒娟

於澳門城市大學

2020年3月13日

摘 要

近年我國女性乳腺癌發病率逐年上升，趨勢堪憂。乳腺癌治療和康復是一個艱難的過程，患者除了要承受手術所致的身體創傷和輔助治療產生的副作用之外，還要面臨治療過程中出現的各種心理問題，若缺乏足夠的重視和應對，不僅不利於患者自身的康復，還會給家庭和諧、子女教育以及工作等諸多方面帶來消極影響。乳腺癌患者群體亟待家庭、機構以及社會多方關心和幫助。因此，有關乳腺癌患者心理狀態以及心理干預方法也成為值得關注的研究方向。

帶著這樣的關注和思考，本研究在既往研究的基礎上，運用訪談法、問卷法、個案研究等方法，探討可能參與乳腺癌發病的心理因素、乳腺癌術後患者身體意象、病恥感和生命品質狀況及其相互關係，探索沙盤遊戲對乳腺癌術後患者心理轉化的影響，以期為乳腺癌患者的心理干預提供一些理論依據。具體研究如下：

研究一，通過半結構式訪談，對乳腺癌患者患病前身心狀態的特征、乳腺癌患者行為習慣和人格特徵以及乳腺癌術後患者存在不良身體意象和病恥感的現象進行歸納分析；

研究二，通過觀察法、問卷法，對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感和生命品質狀況以及三者間關係進行探討；

研究三，通過個案研究法，應用沙盤遊戲對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的作用進行探索。

研究結論如下：

乳腺癌患者存在較明確的完美主義傾向或情結；

乳腺癌患者在患病前的數月至數年時間內，大多經歷了較重大的生活壓力事件和人際關係困擾，並因此產生疲勞、睡眠和情緒等問題；

乳腺癌術後患者存在不良身體意象、病恥感和生命品質受損的狀況；

病恥感通過不良的身體意象影響患者的生命品質；

沙盤遊戲干預有助於改善乳腺癌術後患者的焦慮情緒、改善身體意象、病恥感及生命品質。

關鍵字：乳腺癌；完美情結；身體意象；病恥感；生命品質；沙盤遊戲

Abstract

In recent years, the incidence of breast cancer in Chinese women is increasing with each passing year, which is worrying. Breast cancer treatment and rehabilitation is a difficult process. In addition to the physical trauma caused by the surgery and side effect of adjuvant therapy, the patient faces all kinds of psychological problems during treatment process. If enough attention and response is not given, it is not only unfavorable for recovery of patient, but also has a negative impact on family harmony, children's education and work performance. Breast cancer patients are in urgent need of care and help from families, institutions and society. Therefore, breast cancer patients' psychological state and its psychological intervention methods have become a worthy research direction.

With such concern and consideration, based on the previous studies, this paper employs interview, questionnaire and case study methods to explore the possible psychological factors of breast cancer and postoperative breast cancer patients' body image, stigma, life quality and their correlations. Under the theoretical framework of analytical psychology, sandplay intervention for postoperative breast cancer patients' psychological transformation is explored in order to provide certain theoretical basis for breast cancer patients' psychological intervention. Specific studies are as follows:

Study 1: Through semi-structured interview, breast cancer patients' psychosomatic features, behavioral habits and personality characteristics as well as the phenomenon of bad body image and stigma after breast cancer surgery are summarized and analyzed.

Study 2: Postoperative breast cancer patients' body image, stigma and life quality and their correlations are investigated by observation and questionnaire methods.

Study 3: Through case study, the effects of Sandplay on postoperative breast cancer patients' body image, stigma and life quality is explored.

The research conclusions are as follows:

1. Breast cancer patients have distinct perfection tendency or complex;
2. Within months to years before the onset of breast cancer, most of the breast cancer patients had experienced major stressful life events and interpersonal troubles, which resulted in fatigue, sleep and emotional problems;
3. Postoperative breast cancer patients have bad body image, stigma and impaired quality of life;
4. Stigma affects patient's life quality through poor body image;
5. Intervention of sandplay is helpful to relieve postoperative breast cancer patients' anxiety and improve their body image, stigma and life quality.

Key Words: Breast cancer; perfection complex; body image; stigma; quality of life; Sandplay

目 錄

致 謝.....	I
摘 要.....	
III Abstract.....	
.V圖目錄.....	
XIII表目錄.....	
.XV緒 論.....	
.....1第一章 理論基礎與文獻綜述.....	
4
1.1 理論基礎.....	4
1.1.1 心身醫學理論.....	4
1.1.2 Link 病恥感標籤理論及相關理論.....	5
1.1.3 榮格分析心理學之情結理論	7
1.2 概念界定.....	9
1.2.1 身體意象.....	9
1.2.2 病恥感.....	10
1.2.3 生命品質.....	11
1.2.4 沙盤遊戲.....	12
1.3 乳腺癌患者身體意象研究現狀.....	13
1.3.1 身體意象的測量.....	13

1.3.2 乳腺癌患者身體意象的相關研究.....	16
1.4 乳腺癌患者病恥感的研究現狀.....	18
1.4.1 病恥感的測量.....	18
1.4.2 乳腺癌病恥感相關研究.....	20
1.5 乳腺癌患者生命品質的研究現狀.....	21
1.5.1 生命品質測量.....	22
1.5.2 乳腺癌患者生命品質相關研究.....	23
1.6 乳腺癌患者身體意象、病恥感與生命品質的相關研究.....	26
1.6.1 身體意象與生命品質的相關研究.....	27
1.6.2 病恥感與生命品質的相關研究.....	27
1.6.3 身體意象與病恥感相關研究.....	28
1.7 乳腺癌患者心理干預研究現狀.....	29
1.7.1 乳腺癌患者心理狀況.....	29
1.7.2 乳腺癌患者心理干預方法及相關研究.....	31
第二章 研究的總體思路、研究問題與研究意義.....	38
2.1 研究的總體思路.....	38
2.1.1 研究目的.....	38
2.1.2 研究路線.....	38
2.2 研究的基本問題及假設.....	40

2.2.1 研究的切入點.....	40
2.2.2 研究的基本問題.....	40
2.2.3 研究的基本假設.....	41
2.3 研究意義.....	41
2.3.1 理論意義.....	41
2.3.2 實踐意義.....	41
第三章 研究一 乳腺癌術後患者心理狀況質性研究.....	43
3.1 研究目的與研究假設.....	43
3.1.1 研究目的.....	43
3.1.2 研究假設.....	43
3.2 研究方法.....	43
3.2.1 研究對象.....	43
3.2.2 研究方法.....	46
3.2.3 對研究方法的補充說明.....	48
3.3 結果與分析.....	48
3.4 討論.....	59
3.4.1 被試患病前普遍伴有疲勞、睡眠及情緒問題.....	59
3.4.2 多數被試患病前經歷過負性生活事件或其他壓力事件.....	59
3.4.3 多數被試患病前受到重要人際關係困擾.....	60
3.4.4 完美主義傾向或情結是被試鮮明的人格特徵.....	60

3.4.5 多數被試患病前吸煙或被動吸煙.....	61
3.4.6 被試術後存在不良身體意象和病恥感.....	61
3.5 結論.....	62
第四章 研究二 乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的關係 研究.....	64
4.1 研究目的與研究假設.....	64
4.1.1 研究目的.....	64
4.1.2 研究假設.....	64
4.2 研究方法.....	65
4.2.1 研究對象.....	65
4.2.2 研究工具.....	65
4.2.3 研究程式.....	68
4.3 結果與分析.....	68
4.3.1 被試資訊分析.....	68
4.3.2 問卷結果統計與分析.....	72
4.3.3 被試身體意象、病恥感、生命品質的關係分析.....	82
4.4 討論.....	85
4.4.1 被試情況.....	85
4.4.2 被試身體意象、病恥感、生命品質狀況.....	87

4.4.3 被試身體意象、病恥感、生命品質的關係.....	96
4.5 結論.....	97
第五章 研究三 乳腺癌術後患者沙盤遊戲干預個案研究.....	99
5.1 研究目的與研究假設.....	99
5.1.1 研究目的.....	99
5.1.2 研究假設.....	99
5.2 研究方法.....	99
5.2.1 研究對象.....	99
5.2.2 研究工具.....	100
5.2.3 研究程式.....	100
5.2.4 干預方法.....	101
5.3 諮詢計畫與實施.....	102
5.4 諮詢過程與結果.....	102
5.4.1 呈現階段 (第 1-6 次諮詢)	102
5.4.2 分析階段 (第 3-16 次諮詢)	112
5.4.3 結束階段 (第 17-18 次諮詢)	125
5.5 討論.....	130
5.5.1 沙盤情境有助於無意識的表達.....	130
5.5.2 身體意象對於乳腺癌術後患者的心理意義.....	131

5.5.3 情結—認識自己的線索.....	131
5.5.4 身體意象在個案中的變化與心理轉化.....	132
5.5.5 個案中的移情和反移情.....	134
5.6 結論.....	135
第六章 綜合討論.....	136
6.1 從心身醫學視角認識乳腺癌.....	136
6.2 分析心理學視角下對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感及其 意義的理解.....	138
6.3 乳房意象、完美情結與女性原型.....	142
6.4 沙盤遊戲個案中來訪者心理轉化的機制與線索.....	145
6.5 本研究為女性乳腺癌預防健康宣教提供了依據.....	147
6.6 研究不足與展望.....	148
6.6.1 研究不足.....	148
6.6.2 未來研究展望.....	149
第七章 總結論.....	150
參考文獻.....	151
作者簡歷.....	165
附 錄.....	166

圖目錄

圖 2-1 本研究的總體設計和框架結構.....	39
圖 4-1 乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的相關關係..	83
圖 4-2 仲介效應檢驗程式.....	84
圖 4-3 身體意象在病恥感和生命品質之間的仲介作用.....	85
圖 5-1 第一次沙盤航拍圖（來訪者角度）.....	105
圖 5-2 第一次沙盤航拍圖（局部）.....	105
圖 5-3 第三次沙盤航拍圖（來訪者角度）.....	106
圖 5-4 第三次沙盤航拍圖（局部）.....	107
圖 5-5 第三次沙盤航拍圖（局部）.....	107
圖 5-6 第四次沙盤（局部）.....	108
圖 5-9 第六次沙盤航拍圖（來訪者角度）.....	115
圖 5-10 第六次沙盤航拍圖（局部）.....	115
圖 5-11 第六次沙盤航拍圖（局部）.....	116
圖 5-12 第九次沙盤（局部）.....	118
圖 5-13 第十次沙盤航拍圖（局部）.....	119
圖 5-14 第十二次沙盤航拍圖（來訪者角度）.....	120
圖 5-15 第十二次沙盤航拍圖（局部）.....	120
圖 5-16 第十三次沙盤航拍圖（局部）.....	121

圖 5-17 第十五次沙盤航拍圖 (來訪者角度)	122
圖 5-18 第十六次沙盤航拍圖 (來訪者角度)	123

表目錄

表 3-1 研究一 被試的人口學資訊.....	44
表 3-2 研究一 被試患病前心身狀況 (n=70)	49
表 3-3 研究一 被試患病前經歷的負性生活事件和其他壓力事件 (n=70)	49
表 3-4 研究一 被試患病前重要人際關係困擾 (n=70)	51
表 4-3 研究二 被試家族遺傳資訊 (n=157)	72
表 4-5 被試病恥感各維度現狀描述 (n=157)	74
表 4-6 被試生命品質各維度現狀描述 (n=157)	76
表 4-7 不同受教育程度被試身體意象、病恥感、生命品質.....	77
各維度的差異比較(M±SD) (n=157)	77
表 4-8 不同居住環境 (城鄉) 被試身體意象、病恥感、生命品質各維 度的差異比較 (M±SD) (n=157)	79
表 4-9 不同經濟狀況被試身體意象、病恥感、生命品質各維度的差異 比較(M±SD).....	81
表 4-10 身體意象在病恥感和生命品質中的仲介效應.....	84

緒 論

人類漫長的發展歷史中，作為女性身體象徵的乳房，代表著母性與母愛，歷經無數膜拜、謳歌，在人們的想像中有著完美而神秘的光芒。但光芒之下也隨行著陰影，乳腺癌，一個女性的噩夢，把這完美擊碎，讓想像變得殘缺而黯淡……

這是現代醫學目前尚未超越的現實。生命和完美的權衡之下，乳房全切，仍是大多數女性乳腺癌患者不得不承受之痛。乳腺癌的治療和康復是一個艱難的過程，對患者身體和心理都是一次考驗和挑戰，身體承受手術所致缺失的創傷、放化療的副作用，心理面臨因改變衍生的各種問題，其中包括對死亡的恐懼、對未竟事宜的遺憾、對經濟的擔心、對療效的不確定、對復發轉移的焦慮、對自我（形象）的否定、對夫妻關係、婚姻生活以及對未來的擔憂……或許她們在未患病之前，也會因對其中的問題存在些許憂慮，但是當一朝惡疾不期而至，這些問題瞬間被啟動、放大，成為籠罩在心頭的極大困擾。

作為一名曾經的臨床醫生，我對目前國內醫療機構患者就醫狀況有一個基本瞭解。在醫療資源相對不足、醫療行業尚沒有真正進入社會-心理-生物醫學模式的現狀下，患者存在的心理問題較難獲得足夠

的關注與支持。儘管目前醫療行業在重視患者人文關懷方面已經開始有了一定的進步，但距離滿足臨床需要之間的差距仍然較大。罹患乳腺癌的患者從桃李年華到古稀之歲，她們可能是家中的愛女、慈愛的母親或祖母，也可能是社會各行各業的人才資源.....因此，她們的痛苦牽動的不再僅僅是個人，還有其身後家庭、家族乃至整個社會的神經。無疑，她們是一個亟需家庭和社會關愛的群體。

論文的主題——乳腺癌患者的心理研究就是在這樣的思考中被確定了。儘管到目前為止，惡性腫瘤的發病機制還沒有完全清楚，已有的研究對心理因素在發病過程中是否作為一個致病因素也各有其說，惡性腫瘤因類別不同其特性又各不相同，也不能做整體的討論。但對於乳腺癌患者，無論從文獻資料、還是來自於臨床的資訊或是從生活中的見聞，似乎形成了一個的印象：一是其鮮明的個性特徵，一是其不良的情緒狀態。循著這個現象，產生了如下問題：她們患病前經歷了什麼？哪些因素可能參與發病？她們有著怎樣的特徵和共性？疾病和缺失讓她們承受著怎樣的心理體驗？如何幫助她們走出心理困境？希望通過對這些問題深入研究，可以找到一些解決辦法。

帶著問題，在復習相關的文獻的基礎上，形成了研究一“乳腺癌術後患者心理狀況質性研究”的框架，並在臨床上開始了與患者的深度訪談。開始並不清楚患者對訪談有怎樣的應對，故訪談是開放性的。

在進行了二三十例時，初步找到了她們在一些方面存在共性特徵，之後的訪談就沿著這個共性特徵變得結構化了。在研究一中觀察到的不良身體意象和病恥感為接下來的研究二做了鋪墊。通過研究二“乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質關係研究”，發現她們存在著不良身體意象、病恥感和生命品質受損的狀況，並通過改變不良的身體意象，可以改變其病恥感對於其生命品質影響的依據，又為研究三“乳腺癌術後患者沙盤遊戲干預個案研究”做了必要準備。遺憾的是個案研究中，原計畫的三例個案因“新冠肺炎”疫情的影響，僅完成了其中一例；之前計畫的乳腺癌術後患者團體沙盤干預研究，也因患者群體的特殊性難以組織不得已放棄。

回顧在臨床開展研究近一年的時間裏，研究的線索和脈絡是隨著一個個困難的解決，在一步步向前摸索的堅持中逐漸清晰起來的，用“摸著石頭過河”形容十分貼切。論文到此暫告一段落，在心身醫學中更多的工作和探索將會繼續，這是在做論文過程中獲得的發展方向、奠定的工作基礎、建立的勇氣和信心，收穫遠超論文和學位本身。

真誠感謝所有給我論文以幫助的良師益友和參與研究的病友！

第一章 理論基礎與文獻綜述

1.1 理論基礎

本研究的理論基礎包括：心身醫學理論、Link 病恥感標籤理論及相關理論、榮格分析心理學的情結理論。

1.1.1 心身醫學理論

許多疾病，包括乳腺癌在內的惡性腫瘤性疾病，其發生、發展過程都涉及生物、心理和社會因素之間不同程度的相互作用，稱之為心身疾病，應在心身醫學的框架下被認識和對待。所謂心身醫學，即研究心身疾病的病因、病理、臨床表現、診斷預防的學科；其更廣義的理解是研究人類同疾病鬥爭中一切心身相關現象的學科，涉及醫學、生物、心理、教育、社會等多學科。

心身醫學的理論基礎是生物-心理-社會醫學模式，於 1977 年由美國精神和內科教授恩格爾 (Engel) 基於以下事實提出：現代社會疾病譜的改變凸顯心理和社會因素的作用；人類對防治疾病認識上的深化，即人類對自身的認識，由生物學意義上的自然人上升到具有社會和經濟屬性的社會經濟人；疾病發生、發展和演化，也由生物學層次

深入到心理與社會層次；醫學科學發展的社會化趨勢使得人類防治疾病的活動已不再限於個人，而成為整個社會性活動。

心身醫學方法非常重要的目標之一是：無論治療的原發病是什麼，應理解在每位患者身上生物、心理和社會因素相互作用的重要性。例如導致疾病的心理應激源是什麼、患者的心理特徵和社會特徵如何等。受此理論觀點的影響，本研究對乳腺癌患者患病前心身狀態、負性事件、人際關係等以及術後的身體意象、病恥感及生命品質進行了較深入的瞭解。

1.1.2 Link 病恥感標籤理論及相關理論

20 世紀 90 年代始，西方不同領域學者針對病恥感 (Stigma,亦作汙名) 現象開展了較深入的研究，使病恥感概念日漸全面、準確和完善，並應用於醫學領域，最早用於精神疾病。其中具代表性的病恥感理論是 Link 的標籤理論。該理論認為人們會根據對精神疾病的消極認知給精神疾病患者貼上標籤，把他們同一般人群區別開來並以貶低、歧視態度對待，使患者感知到來自外部他人的負性態度並內化，感到自己與他人不同形成羞恥感，從而引發一系列消極影響 (Link , 1989)。Link 認為以下五因素並存時人會產生病恥感：人們區分並標籤其差異；主流文化定義被標籤人的特徵不受待見；主流群體將被標籤人或群體分離成為另類；被標籤人遭遇歧視處於不公平境地以及主

流群體影響力足夠強大。

Link 的標籤理論完整闡述了包括患者群體在內的劣勢群體其污名（病恥感）現象形成的過程，受到學界廣泛認可。此後關於病恥感在醫學領域的研究逐漸擴展到愛滋病、惡性腫瘤等疾病。Link 等人發展的系列病恥感量表也開始於上述疾病領域廣泛使用。Link 強調病恥感概念應根據研究者的目的而明確，不存在普適性的病恥感概念。

罹患乳腺癌和手術所致的乳房缺失不僅造成患者身體殘缺，也對其女性特徵造成損害，因病所致的羞恥感即病恥感油然而生，在羞恥的心理體驗下，她們可能會因為癌症患者的標籤和乳房缺失所致身體殘缺不接納自己、產生挫敗感、孤獨感，進而回避社交、缺乏活力。基於對乳腺癌患者群體的心身狀況的理解，本研究將病恥感作為重要內容加以研究。

病恥感是因疾病產生的羞恥感。基於既往羞恥感相關理論以及生活觀察可以瞭解到，羞恥感“是一種令人痛苦的信念，感到羞恥的人相信，自己身為人類，存在著一些根本的缺陷”（羅納德·波特-埃夫隆，2018）。Erikson 基於不同文化背景下兒童情感發展及其與社會環境相互關係相似性提出的人格發展理論認為，兒童早期（2-4 歲）的主要發展任務是獲得自主感，克服羞恥感和疑慮。說明羞恥感是人們普遍存在的人際情感，在兒童早期或更早出現。關於羞恥感的發展，主

要有 Klein 等人的客體關係/依戀理論、Lewis 的認知歸因理論和 Barrett 和 Scheff 的機能主義理論。前兩個理論關注羞恥感產生的條件，前者強調母嬰聯繫的重要性，注重親子關係的影響，後者注重認知歸因和評價的作用，提出並證實了消極的、集中與整體自我的歸因引發了羞恥感；機能主義理論則關注羞恥感的適應功能，即羞恥感體驗和自我發展之間存在交互作用關係，羞恥感通過其內部調節機制，激發對自我的關注並啟動自我評價，促進自我意識的發展（竭婧&楊麗珠，2009）。

鑒於上述理論可知，羞恥感是人們普遍存在的情感體驗，在兒童早期甚至更早就已存在，羞恥感產生和發展受依戀關係的影響，與認知歸因和評價以及自我意識的形成相關，與自我發展之間存在交互作用，並由於貧窮、疾病、殘疾、衰老等原因，在社會偏見和歧視下會令羞恥感加劇。以上結論提示病恥感與多種因素相關，提示乳腺癌患者病恥感研究可從不同視角深入進行。

1.1.3 榮格分析心理學之情結理論

在榮格分析心理學中，情結是人格結構中個體無意識的內容。榮格用“心靈”（psyche）表示我們常說的“心理”。認為心靈作為一個整體是複雜而多變的，同時心靈又是一個人格結構，這個人格結構層次分明又相互作用。意識（conscious）、個體無意識（personal unconscious）

和集體無意識 (collective unconscious) 是心靈相互聯繫、相互作用的三個層次。

個體無意識位於無意識的淺層部分，其內容包括個人生活中從意識境界被壓抑下去的所有記憶、衝突、欲望以及模糊的直覺等。個體無意識的內容就是情結。情結主要指的是：個人無意識中，對造成意識干擾負責的那部分無意識內容。(莫瑞·史坦，1989)。

情結是一些心靈的碎片，或者稱為人格的碎片，它本身構成了人格的微小結構，當情結足夠強大時，它的系統性也很強，甚至可以佔據人的主人格位置，這時我們會說“情結擁有了我們”。

“榮格指出，情結也可能是基於‘人類終究無法成為完人的道德衝突’所造成或觸發的”。這是一種關於良知的困境，它可能會質疑心靈的整體性。這就是我們為什麼會有情結的原因。

在心理結構中，某些基本核心容易吸引統一情調的某些觀念，這些觀念聚集逐漸形成了情結。情結是被壓抑或忽視的情緒意念，這些意念平常存在於無意識境界，一旦表現於行為，多帶有反常的性質。榮格提出，每一種情結都存在於個人經驗基礎之上，並且都以一個集體無意識原型為核心。大多數情結產生於個人自己的特定生活歷史，往往源於個人情感經驗中的重大傷害，然而“也有家庭和社會情結”，是由於所有這些人“共同的創傷促成了共有的情結”。

榮格最早是在詞語聯想測驗中發現了“情結”，即情結是對意識造成了干擾的部分；在對神經症進行研究的過程中，榮格形成並正式提出了情結理論。情結在病理學上的解讀意義是，高強度的情結擾亂了人格結構的相對平衡，從而成為神經症的觸發因素，心理分析和治療就是要幫助患者從情結的束縛下解放出來。常態的情結卻可能是一劑良藥，往往包含治癒的種子，甚至是人格分化、自我完善的準備，借助認識情結，認識自我，促進人格成長。

情結，作為個人經歷中從意識境界被壓抑的記憶、衝突、欲望以及模糊的直覺等，存在於我們每個人的無意識當中，時常會對我們的意識產生干擾，因此也時常會讓我們處在糾結、困擾和被傷害的感受之中，從而產生各種心理問題，嚴重的甚至導致心身疾病或精神疾病。那麼在乳腺癌患者的無意識中，又會存在怎樣的情結？這些情結如何形成和表現？對患者心身有著怎樣的影響？如何能讓她們能夠看見自己並從自身情結的束縛下解放出來？對這些問題的探索有助於我們尋找到解決問題的方法。

1.2 概念界定

1.2.1 身體意象

身體意象（body image），亦稱身體心像、體像、自我形象。英

漢心理學辭典將“body image”譯為“身體意象”。什麼是身體意象？儘管國外有不少涉及身體意象的研究，但截止到目前，學界對身體意象仍然缺乏一個統一的概念定義。

身體意象最初的提出者是 Schilder，他使用“body image”來形容我們在心理層面形成的關於自己身體的圖畫（Schilder, 1935/1950）。張春興（1991）對身體意象做了一個定義：“身體意象是指個人對自己身體特徵的一種主觀性的、綜合性的、評價性的概念”。他認為身體意象是否積極是個人心理健康的標誌（張春興, 1991）。心理動力學家 Krueger（Krueger, 1989）認為，身體意象是構成自我意象的一部分，身體意象作為自我表徵的基礎，在心理與身體間架起一座橋樑。

在此基礎上對身體意象加以概括：身體意象是個體後天成長過程中，受人際關係和社會文化因素影響而形成的對於自己身體外形、結構以及功能的感知覺及評價，並在自我觀察及觀察他人對自己身體反應的基礎上得以建立。

1.2.2 病恥感

病恥感是疾病羞恥感的簡稱，指個體由於患有某種疾病而體驗到羞恥的內心感受。病恥感（Stigma，亦作汙名）一詞最早源於希臘，指某種標記，這種標記刻在某人身上用來表明此人具有道德或行為上缺陷，而帶有這種標記的人會因此受到他人的排斥、拒絕與回避而被孤立（張寶山, 2007）。Goffman 在 1963 年給病恥感定義為：病恥感可視為一種特徵，表現在個體或群體被貼上某種標籤或標記後，就偏離正常或不符合既定的行為規範。這種特徵表現在其極大玷污了個體的名譽（Goffman.E, 1963）。之後，有關病恥感的概念被學者們

廣泛應用於醫學領域，最早主要用於精神病和愛滋病，後來又應用於癌症等其他疾病。2001年，Link等提出，病恥感從社會學角度理解是主流社會意識影響到患者身上的令人不愉快特徵的過程（Link, 2001），再對此過程進行了更詳細的描述，即這個過程表現出人際間的差異，這種差異用於區別被汙名化的個體和社會人群，導致分離、地位喪失和歧視，屬於社會的刻板印象，給個體帶來負性影響。（Link, 2006）。此後又對過程進行了更詳細的描述。

鑒於上述關於病恥感的表述，本研究將病恥感定義為個體因疾病感受到他人和社會偏見、歧視而產生的一種錯誤想法或行為以及自卑、羞恥的情緒體驗。

1.2.3 生命品質

生命品質，也稱生活品質、生存品質，其概念涉及心理、生理、社會、文化、經濟等不同層面，故因文化背景、生活環境、價值觀念以及對生活的不同感受而產生了不同的關於生命品質的定義。

Schipper（1990）定義生命品質是患者對治療與疾病產生的軀體、心理、社會反應的一種實用的、日常的、功能的描述（Schipper, 1990）。

Ferrans（1993）將生活品質分為4個層面：心理與精神、健康和功能、社會經濟、家庭（Ferrans, 1993）。世界衛生組織（WHO）將生活品質定義為：“生活在不同文化和價值體系中個人對其目標、期望、標準及關注問題、有關的生存狀況的體驗”（WHO, 1993）。

由此可見，生命品質這一概念並不統一，但多數學者認為生命品質系個人主觀感受，與人類生活的各個層面相關，並因個體所面對的環境不同而處在動態變化之中。生命品質可根據不同需要通過不同類

型的生命品質的測量工具來測定。本研究認同 WHO 對生活品質的定義，對生命品質相關方面的表述全面、準確。

1.2.4 沙盤遊戲

沙盤遊戲是創立於 20 世紀 60 年代一種心理治療方法，目前廣泛應用於心理治療和心理健康教育。沙盤遊戲治療的定義於 2005 年在意大利國際沙盤遊戲治療大會上得以明確：沙盤遊戲治療是一種以榮格心理學原理為基礎，由多拉·卡爾夫發展創立的心理治療方法。沙盤遊戲是運用意象（積極想像）進行治療的創造形式，“一種對身心生命能量的集中提煉”（榮格）。在沙盤師所營造的自由、安全而受保護的空間中，來訪者能夠開啟心靈深處意識和無意識之間的對話，以及由此而激發的治癒過程和人格（及心靈與自性的）發展（申荷永，2012）。

以上對沙盤遊戲治療定義，強調該治療方法以榮格分析心理學為理論基礎；明確“意象（積極想像）”是一種接觸無意識的基本態度以及榮格分析心理學的重要方法；詮釋“一種對身心生命能量的集中體現”是在沙盤情境中身心同時感受、表達過程中身心的生命能量得以提煉，開始了心靈的療愈；或用中國文化中的‘體認-體會-體現-體驗-體悟’來描述沙盤遊戲療法的治癒過程，即一個得之於心，應之於手的過程；描述“自由與保護的空間”是心理分析師為來訪者創造的隨時可以轉化為治癒元素的工作氛圍是自由與保護的，也是心理分析師素質和功力的體現；理解“心靈深處意識和無意識之間的對話”是有效解決意識和無意識衝突的需要，體現了榮格和分析心理學學者對關注無意識本身的尊重；強調“心靈與自性化”就是心理分析和沙盤遊戲體驗

的過程，是我們自我探索和成為與成就我們自己的過程，是我們心靈的自由之道（申荷永，2012）。

1.3 乳腺癌患者身體意象研究現狀

身體意象由於受到來自自我的主觀評價和來自他人的客觀評價的雙重影響，而這兩方面的評價都存在正確或不正確的，真實或扭曲的，積極或消極的可能。不正確的、扭曲的、消極的身體意象是身體意象問題、障礙產生的原因。

軀體失能或畸形，可能會對身體意象產生深遠的影響，因為這種失能和畸形發生在童年時期以後，則個體不僅要面對自己身體上的缺陷，而且還得應對以前未曾感受過的標籤效應，因而對身體意象產生不良的影響（托德，2004）。

乳房缺失，不僅是軀體失能、畸形，也是女性第二性征的破壞，這種身體缺陷帶來的態度、情感和觀念對患者的影響會很深遠。

Kelly（2004）等研究者認為乳腺癌患者的身體意象是其生活品質的一個重要組成部分，借助身體意象可以預測其生活品質和心理健康狀況；患者會因外觀缺陷產生對自己身體的自卑而導致社會適應能力下降（Kelly，2004）。該研究結論與臨床上乃至生活中所觀察到的現象基本吻合。觀察和評估身體意象對乳腺癌患者的影響，對於改善其不良身體意象的認知和幫助患者心理康復意義不可忽視。

1.3.1 身體意象的測量

身體意象的測量目的主要是檢驗一個人對自己身體外形、結構、功能判斷的準確度。通過測量可以瞭解個體的整體身體意象狀況及其對待自身身體意象的接納程度、行為方式，對個體整體自我概念進行

瞭解。目前關於身體意象的測量工具有多種，多由國外學者研發。關於身體意象問卷，信效度良好且較常用的問卷有以下幾個：

《體貌自尊量表》（Body Esteem Scale, BES, Franzoi & Shieles, 1984），主要測量個體的性吸引力、對身體的關注等狀況，該量表有臺灣漢語翻譯版本，在國內應用較為廣泛；《多維度身體自我關係問卷》（MBSRQ: The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, Third Revision, January, 2000），該問卷涉及外表、健美、健康和疾病關注，身體滿意度等多元身體意象，以其內容全面的特點，更適合普通人群；《身體意象回避問卷》（BIAQ: Body Image Avoidance Questionnaire, Rosen et al, 1991），該問卷主要測量有回避傾向行為特徵的身體意象障礙，例如刻意隱藏自己外表的行為，或社交場合對一些身體接觸、涉及緊身衣特別是體重等引起對身體關注的方面的回避等行為；《身體關注量表》（The Body Investment Scale, BIS, Orbach & Mikulincer, 1998），該量表側重於對身體自毀行為不同程度的測量，用來鑒別有關身體行為的正常和病態，對正常身體行為和異常身體行為的鑒別有一定的參考價值；《身體意象狀態量表》（Body Image States Scale, BISS, Cash et al, 2002），該量表關注於對一般人相貌的評價，可快速幫助干預者瞭解來訪者目前的身體意象狀況。在選擇測量方法時，應該兼顧到評價的目的，也要考慮到測量工具的特點，兩者結合，方可達到預定的測評目標。

以上問卷主要針對普通人群。

乳腺癌群體是一個特殊群體，該群體的身體意象研究，主要側重於身體意象的態度部分，即乳腺癌患者因身體改變而產生的改變的態度、情感（Hopwood, 1993）。目前國外研究者研製的應用於乳腺癌

患者身體意象評估工具系列中，從是否具有特異性上分為非特異性身體意象量表和乳腺癌患者的特異性身體意象量表。

(1) 非特異性身體意象量表

《身體意象量表》(Body Image Scale, BIS)

BIS 由 Hoopwood 等學者編制，多應用於乳腺癌治療對患者身體意象影響的評估，也可應用於其他癌症患者 (Hoopwood, 2001)。

《身體意象與關係量表》(Body Image and Relationships Scale, BIRS)

BIRS 由 Hormes 等學者編制，多應用於乳腺癌患者治療過程中健康狀況、體形、社會功能以及性相關的感知和態度的測量。可以作為乳腺癌病人在複健過程中較適用的身體意象評估工具 (Hormes, 2010)。目前我國尚無學者對 BIRS 進行漢化，能否適用我國乳腺癌患者還有待更深一步探索。

(2) 乳腺癌術後身體意象特異性量表

《性適應和身體意象量表》(Sexual Adjustment and Body Image Scale, SABIS)

Dalton 等學者是該量表的編制者。該量表包括性適應分量表和身體意象分量表，用於乳腺癌患者術後性適應和身體意象狀況的評測。評估乳腺癌患者術後身體意象變化對性適應狀況的影響，是乳腺癌術後患者性適應狀況和身體意象測評的一個特異性工具，可以幫助醫護人員或研究人員及時獲得乳腺癌術後患者身體意象和性適應狀態的評估結果 (Dalton, 2009)。對乳腺癌術後患者身體意象及性適應狀況的瞭解，有助於有針對性的幫助患者通過改善不良身體意象改善其性適應狀況提高生活品質。

《乳腺癌患者身體意象問卷》（Body Image After Breast Cancer Questionnaire BIBCQ）

該量表由 Baxter 等學者編制，由 6 個維度下的 53 個條目構成，其中普通條目有 45 個、可選條目有 8 個，可選條目中有 6 個用於對保乳術或乳房術後重建病人的評估，另外 2 個用於切除乳房但未重建的病人的評估。該量表從多個維度對乳腺癌患者受到身體意象的影響進行了評估，兼具特異性和有效性（Baxter, 2006）。楊玉玲（楊玉玲, 2013）等人對 BIBCQ 問卷進行了漢化，並對漢化後的問卷進行了適用性研究，結果證實《乳腺癌患者身體意象問卷》中文版具有良好的信度和效度，能夠有效評估乳腺癌患者的身體意像情況（張勁強, 2014）。該量表從疾病易感、身體羞恥、功能限制、身體關注、透視、患臂關注等方面對乳腺癌患者進行測評，針對性強，又較全面。50 多個條目完成起來沒有明顯的難度。因而，本研究決定採用《乳腺癌患者身體意象問卷》（BIBCQ）作為瞭解乳腺癌患者身體意象狀況的測量工具。

1.3.2 乳腺癌患者身體意象的相關研究

國外研究者開展乳腺癌患者身體意象方面的研究較早。因受到手術、化療、放療、靶向治療的影響，乳腺癌患者身體意象發生明顯的不良改變（Pelusi, 2006）。乳腺癌術後對乳房形態的破壞、手術疤痕形成、化療藥物的副作用、放療對皮膚組織的損傷等都會產生身體外形、結構和功能的改變而形成不良身體意象。這種現象在臨床上不難觀察到。一項研究顯示，對身體形象的關注令人苦惱，幾乎所有的手術後心理問題及功能障礙都與乳房缺失或外形不滿意有關，而接受其改變的外表是一個持續而複雜的過程（Buki, 2016）。目前在進行

乳房切除同時開展乳房重建的比例很小，大多數患者面臨永久性乳房缺失的陰影籠罩。乳房缺失會對女性生活和社交活動造成嚴重的不利影響，多數女性無法做到直視自己的身體，特別不能接受在公眾場合如浴室、沙灘等場合顯露身體（Vidal, 2005），回避開公眾場合，可以避免因身體缺陷暴露而引起的尷尬與不適。但如果這種回避態度成為一種生活習慣，可能會嚴重影響患者的社會功能和生活品質。乳房缺失對於女性而言有著深遠和持久的影響，甚至有相當一部分人一直無法從巨大的身心打擊中恢復至正常狀態（Lumachi, 2013）。還有一項針對乳腺癌術後患者性功能的研究（Erica, 2015）發現，化療和內分泌療法對性功能損害最大，而手術或放療在患者身上造成的解剖變化會破壞對身體意象的感知。另外，乳腺癌化療引起的脫髮、放療引起的皮膚損傷，也在一定程度上影響患者的身體外形，造成患者的身體意象水準降低（Miaja, 2017）。由於化療藥物的副作用，化療期間患者脫髮的情況非常普遍。另一項研究（Lemieux, 2008）發現，46%的受訪者認為治療中最具創傷性的方面是脫髮，脫髮對患者帶來形象改變會嚴重損害對身體意象。該現象在臨床上接受化療的女性中較為常見。

國內一項對 46 例乳腺癌術後乳房缺失患者的深度訪談的質性研究結果顯示，82.6%的患者把術後乳房缺失的顧慮放在首位（李雲，2018）。因為如果不進行乳房重建，乳房缺失的影響將是永久性的，因此而帶來身體不完整的影響也是永久性的，這對於大多數乳腺癌患者都是一個嚴峻的問題。張鳳萍（2019）等調查了 374 名乳腺癌患者的性調節能力和身體意象狀況，研究結果顯示患者身體意象狀況普遍較差，婚姻關係和社會支持是影響其水準的重要因素。乳房重建有助

於改變乳房缺失的影響，因而有助於身體意象水準的提升（張鳳萍，2019）。乳房重建在一定程度上減少或消除了乳房缺失的影響，也在一定程度上減少或消除了身體不完整的影響。劉晨等通過對 50 例乳房缺失者乳房再造手術前後心理狀態的評估，發現再造手術可以較明顯改善患者的身體意象（劉晨，2008）。證明乳房重建對女性心理狀態和身體意象的改善具有十分重要的意義。

綜上所述，乳腺癌患者由於乳房缺失造成的身體改變，術後不良身體意象較普遍，嚴重影響患者的心理感受，應予以足夠的關注。對這一課題探討的目的不僅在於疾病的康復，更在於對疾病意義的探索和人文關懷的體現，關注患者在生理上的病痛影響減弱之後，如何面對心理長久的殘缺。

1.4 乳腺癌患者病恥感的研究現狀

由於乳腺癌患者病恥感所帶來的的情感、身體和社會問題日益突出（Odigie, 2010），患者病恥感的評估變得十分重要。對病恥感全面而準確的評估，有助於我們深入認識病恥感，從而找到應對病恥感的方法，幫助患者減少或消除病恥感帶來的負面影響。

1.4.1 病恥感的測量

目前女性乳腺癌患者病恥感的研究方法主要通過問卷法對病恥感水準進行測量，測量工具多由國外研製。目前使用較多、信效度良好的相關量表有以下 4 個：

（1）《心理疾病內化汙名量表》（Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI）

2003年，該量表由 Ritsher 等學者編制，總共有 29 個條目，臨床上用於精神疾病患者羞恥感和受歧視經歷的評估，量表包括以下五個維度：疏遠因數、刻板因數、歧視因數、抵抗因數和社會退縮因數。2009年，李強等人將該量表漢化，該量表可作為衡量心理疾病患者自我病恥感程度的有效工具（Ritsher, 2003），也可作為乳腺癌患者病恥感的評估手段。

（2）《社會影響量表》（Social Impact Scale, SIS）

該量表於 2000 年由 Fife 和 Wright 研製，常應用於愛滋病患者病恥感與癌症患者病恥感測評，量表包括四個維度：社會排斥感、經濟不安全感、內在羞愧感及社會隔離感。該量表已由中國學者漢化。目前廣泛被應用於臨床多種疾病的病恥感測評，也適用於癌症患者病恥感的評估。醫學文獻中已有多篇有關該量表應用於乳腺癌患者病恥感測評之報導。

（3）《Link 病恥感系列量表》

原量表於 2002 年由 Link 等人研製，主要應用於精神病患者，評測其病恥感體驗與應對狀況，該系列量表包含 3 個分量表，總共包含 8 個維度，46 個條目（Link, 2002）。徐暉於 2008 年漢化，孔榮華使用該量表對年輕乳腺癌患者的病恥感進行了測量，結果顯示，年輕乳腺癌患者的病恥感為中等水準（孔榮華, 2017）。另外，Link 病恥感系列量中包含病恥感應對量表，是其他病恥感量表所不具備的，因此在病恥感應對方面，該量表具有獨特性。臨床上該量表使用較為廣泛，應用於多種疾病病恥感測量，也應用於乳腺癌患者的病恥感測量。由於該量表比較全面反映了病恥感的各相關方面，本研究選用該量表作為乳腺癌患者病恥感的測量工具。

《病恥感體驗問卷》（The Consumer Experiences of Stigma Questionnaire, CESQ）

學者 Wahl 於 1999 年研製該問卷，應用於精神病患者病恥感水準的測評。主要包括 2 個方面，一是人際交往的羞恥感，二是受歧視經歷，9 個條目。國外目前主要應用於對精神病患者病恥感的研究，國內關於該量表的使用尚未見諸報導（Wahl, 1999）。

在探索合適的病恥感量表的過程中，筆者也發現很多國外比較好的量表在國內的研究都存在開展時間不長或者研究不夠深入廣泛的狀況，因而想要尋找到一個信效度良好且具有常模的量表十分困難，對於癌症患者這樣的較為廣泛的患病人群也很少有研究者來建構相應的常模，用以綜合衡量患者心理方面的發展和變化狀況，本著身心一體的角度，筆者認為這個方面值得研究者深入探索，以期為完善癌症治療的體系做一些工作。

1.4.2 乳腺癌病恥感相關研究

國外 Tripathi 等人（2017）的研究發現，女性乳腺癌患者高水準的病恥感與其抑鬱和焦慮有關聯（Tripathi, 2017）。臨床上乳腺癌患者病恥感與抑鬱和焦慮狀並存的狀況比較常見。另有研究提示，他人對患者的歧視是患者病恥感的來源之一。公眾認為癌症是患者不良行為的報應，對癌症必然導致死亡的恐懼和患者不能再履行家庭、社會所期望的角色是產生病恥感的主要原因（Nyblade, 2017）。在社會文化的影響下，患者很自然地會產生以上想法和顧慮使病恥感加劇。

乳腺癌術後的乳房缺失，使得女性特徵受到一定程度破壞，使得女性對自我評價明顯降低，進而使女性角色和身份相應受到破壞的影響。國內有研究顯示，採用 Link 的病恥感的貶低-歧視感分量表對乳

腺癌改良根治術後的 127 例患者進行調查後發現，乳腺癌改良根治術後患者的女性角色和身份受到嚴重破壞，內心受歧視感知增強產生病恥感（鄭曉娜，2014）。

此外，乳腺癌患者的病恥感受多種因素的影響。李玉芳（2017）應用社會影響量表、社會支持量表、自尊量表對 210 例入院治療的乳腺癌術後患者進行調查分析，發現乳腺癌患者術後普遍存在病恥感，乳腺癌患者的病恥感與社會支持有一定關係。該研究結果與臨床觀察到的情形高度一致。孔榮華（2015）對 304 名隨訪的年輕乳腺癌患者的病恥感及影響病恥感的因素開展的調查分析結果顯示，年輕乳腺癌患者普遍存在病恥感，並給患者的生活帶來消極影響；患者的自尊水準和社會支持越低，患者感受到的病恥感越強烈；隨年齡、學歷和收入的增長，患者越不易感受到病恥感；而社會地位越高、術後時間越長、婚姻狀況不幸福的患者，在不同程度上增加了病恥感（孔榮華，2015）。

綜上所述，乳腺癌患者較普遍存在病恥感，應予以關注，通過研究深入探索病恥感的成因與影響因素，為病恥感的干預提供可能的線索，幫助患者改善病恥感狀況。

1.5 乳腺癌患者生命品質的研究現狀

乳腺癌診斷和治療水準的提高，使患者的生存時間得以明顯延長。並隨著現代醫學模式從生物模式向生物-心理-社會模式的轉變，以癌症患者社會心理行為方面為主要內容的生活品質越來越受到關注。如何評價乳腺癌患者的生活品質，無疑是指導臨床治療決策的一

個十分重要的內容。

1.5.1 生命品質測量

根據適用性，通常可將測評乳腺癌生命品質的量表分為 3 類：一般普適性量表、癌症普適性量表、癌症特異性量表。

(1) 一般普適性量表

此類量表適用於各種人群和疾病，通常應用較為廣泛。例如 WHO 的 QOL 量表、乳腺癌化療問卷（BCQ）等。

(2) 癌症普適性量表

總體而言此類量表（問卷）適用於所有類型的患癌人群，但不同量表其適用範圍和維度構成各有不同，例如：《卡氏功能狀態評分》（KPS）和《美國東部腫瘤協作組體能狀態評分》（ECOGPS）均只有 1 個條目，並且是他評量表，需由醫務人員對患者的體能狀態進行評價；上述兩種量表的評價較為簡單，在一定情況下二者之間可以相互轉化，便於研究者對使用這兩種量表的被測試者進行比較分析。《癌症疲乏量表》（CFS）主要被應用於癌因性疲乏症狀的評估，主要包括軀體疲乏、情感疲乏和認知疲乏的嚴重程度。上述 3 個量表僅對患者單一方面進行評價，尚不能對患者的生命品質進行全方位的評價，所以需要與其他量表相互結合使用。此外還有《中國癌症患者化學生物治療生活品質量表》（QLQ-CCC）、《癌症康復評價系統簡表》（CARES）和《癌症患者生活功能指數》（FLIC）等幾個對癌症患者生命品質進行較全面評價的量表可以選用。

(3) 癌症特異性量表（系列）

此類量表（問卷）主要針對特定的癌症疾病以及疾病相關的症狀和身體功能進行評估。與乳腺癌患者生命品質測評相關的量表可以分

為 2 類。第 1 類是與乳腺癌相關的 3 個量表系列，即 FACT 量表系列、EORTC QLQ 量表系列和 QLICP 量表系列；第 2 類是乳腺癌特異性量表。此類量表或問卷主要依據專門的評價內容而開發，例如：乳腺癌患者症狀相關量表、治療不良反應類量表和身體意象類量表，乳腺癌生存者量表（QOL-BCS）、乳腺癌化療問卷（BCQ）等。以上量表的使用，可以幫助研究者較準確瞭解和掌握乳腺癌患者在治療過程中存在的相關狀況，有針對性地開展相應的干預工作。

目前國內外常用可評測乳腺癌患者生命品質的相關量表共 28 個，大致可以滿足研究需求。也期待更多面、更準確、更細緻、更有特點的研究方法和研究工具問世。本研究的乳腺癌患者生命品質測定採用 FACT 體系量表《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》中文版 4.0 版，用以瞭解乳腺癌術後患者生命品質狀況，該量表在國內已被廣泛應用於乳腺癌術後患者生命品質的研究，能較全面反應乳腺癌患者生命品質各個維度的狀況，能夠滿足本研究的需要。

1.5.2 乳腺癌患者生命品質相關研究

既往研究提示，乳腺癌手術及化療、放療等輔助治療會對患者的生命品質產生一定程度的影響而出現各類身體和情緒問題，有時甚至會出現情緒障礙。

美國身體健康研究所的調查發現：與患癌症前的水準相比，在確診後的 0-6 個月抑鬱狀態增加 20.0%，6 個月-12 個月增加 12.9%。儘管 10 年後，抑鬱症狀恢復到癌症前的水準，但生命品質仍然顯著降低（Jones, 2015）。這種狀況與臨床上觀察到的情形比較一致。說明乳腺癌患者的抑鬱情緒較為普遍又相對持續。德國萊比錫大學社會心理腫瘤學系對 30 所醫院、癌症護理機構和康復中心的 2141 名 18 歲

-75 歲癌症患者進行面對面訪談，發現心理困擾影響著 1/3 的癌症患者，包括：焦慮、抑鬱和適應障礙。精神疾病的患病率高達 31.8%，6%同時患有兩種精神疾病，1.5%高達三種或更多，29%至少被診斷患有一種精神疾病，其中患病率最高的是乳腺癌（42%）（Mehnerta, 2014）。該研究涉及癌症患者人數眾多、年齡跨度大，癌症病種也較多，因此其結論在一定程度上更能說明問題。相對於其他癌症，乳腺癌造成的乳房缺失是外顯的，涉及到美觀、性生活、家庭幸福等諸多因素，因此對患者的負性影響是多方面的，所帶來的心理困擾也非常顯著。

湯豔清等（2004）曾對 297 例乳腺癌術後患者進行研究，發現其中抑鬱症的發病率高達 36%，明顯高於癌症患者抑鬱症的平均發病率（25%）（湯豔清，2004）。從國內外的研究結果看，不同社會、不同文化、不同民族的女性群體對待乳房缺失這一問題的反應比較相似。王巖等人（2019）對 213 名乳腺癌化療患者的癌因性疲乏、體力活動及生活品質狀況進行調查發現，乳腺癌化療患者的生活品質處於中等偏低水準，尤其是情感狀況和功能狀況方面（王巖，2019）。雖然近年來，化療藥物在不斷改進，相比十多年前化療藥物的副作用有了明顯減少，但在乳腺癌術後輔助治療中，其副作用仍然是最明顯的。劉曉倩（2016）在對 166 名包括乳腺癌改良根治術和保乳術在內患者的生命品質研究後發現，乳腺癌根治術並進行術後放療的患者生活品質較差（劉曉倩，2016）。潘馳（2016）在臨床上對 20 例早期乳腺癌患者行乳腺癌即刻重建術後的局部復發、遠處轉移、生存率及生命品質等指標進行觀察，與乳房全切的乳腺癌改良根治術患者 40 例進行對照，發現乳腺癌即刻重建術後患者的生活品質明顯優於乳房全切

的乳腺癌改良根治術後患者（潘馳，2016）。因此，對有條件進行乳腺癌即刻重建術的患者應儘量推薦乳腺癌即刻重建術，有利於減少或消除因乳房缺失給女性帶來的各類負性影響，有助於提升乳腺癌術後患者生命品質。

乳腺癌除了對患者會造成一定的負面影響外，同時還會產生一定的積極影響即創傷後成長（Post-Traumatic Growth, PTG）。PTG 定義最早由 Tedeschi 等於 1996 年提出，為“個體在經歷創傷性事件後，自我知覺或體驗到的心理上的積極改變”（Tedeschi, 1996）。臨床上可以觀察到一些患者在患病後，開始自發對既往生活方式、情緒方式進行反省並做相應的調整，以患病為契機開始一種與過去不同的生活模式和生活態度。高冉等採用 PTG 評定量表對 80 例原發性乳腺癌患者分別於手術前 1 天、手術後第 3 天、術後首次化療及末次化療時進行調查。結果顯示，手術及化療對患者的創傷後成長造成一定負性影響，並伴隨化療結束及治療效果的逐步呈現，患者創傷後成長表現出上升態勢。臨床上也不難觀察到相當一部分患者借助自身的力量與來自家人朋友的關懷鼓勵可以自發獲得創傷後成長。臨床上應對創傷後成長或獲益積極關注，深入研究創傷後的心理機制，從而找到應對方法，促進患者的創傷後成長。

此外，乳腺癌術後患者的生命品質狀況還受到年齡、家庭人際以及經濟收入等多因素的影響。祁靜和盧海英（2019）對 98 例晚期癌症患者進行了調查研究，通過對其生命品質的評估，發現研究中患者的生活品質與年齡有關，呈現出年齡越小的患者生活品質越低的趨勢。國外也有研究提示，年長的乳腺癌患者的生活品質要明顯高於年輕乳腺癌患者。另外，還有一些影響因素也可能對生活品質較為重要，

例如是否單身、受教育程度、體重、文化程度、環境因素也是影響生活品質的重要因素（Lewis, 2012）。一項對乳腺癌患者術後 3 個月、6 個月、12 個月、24 個月生存品質和社會支持等內容的研究發現乳腺癌患者術後 6 個月內生存品質最低，術後 12 個月內其生存品質和社會支持密切相關（林春蓉, 2016）。按照目前乳腺癌的治療方案，術後 6 個月內是進行包括化療、放療、靶向治療等輔助治療的時機，密集治療所帶來的副作用也大都集中在術後半年內。張明等人對 64 例乳腺癌術後半年的患者的婚姻品質和日常生活活動能力調查的結果顯示，在夫妻交流、性生活、角色平等、性格相容性、解決衝突方式方面評分較高的患者，其日常生活活動能力水準也較高（張明, 2004）。上述夫妻關係、性生活、角色平等諸多方面的狀況都在一定程度上體現了患者和配偶的生活狀態，說明在一種好的狀態下，有利於患者生活品質的提高。通過對 124 例行乳腺癌根治術並完成術後化療的患者調查發現，患者總體生命品質處於低水準狀態，並受家庭人均年收入、主要照顧者職業和醫保類型等因素的影響（徐巧巧, 2017）。年收入、主要照顧者職業和醫保類型等因素在一定程度上代表了患者的生活條件及醫療條件，也是患者一系列治療的重要保障，故對患者的生命品質有一定影響。

1.6 乳腺癌患者身體意象、病恥感與生命品質的相關研究

既往文獻中，乳腺癌患者身體意象、病恥感、生命品質三者之間的相關研究較少，還有待進一步探索。而其兩兩之間的相關研究相對多一些，這些探索也奠定了本研究的基礎。

1.6.1 身體意象與生命品質的相關研究

一項對 110 名乳腺癌術後患者進行身體意象和生活品質調查發現，身體意象與生活品質相關，術後患者的身體意象和生活品質均處於中等水準（Park, 2008）。

另一項對 200 例乳腺癌術後患者身體意象、生命品質、心理痛苦等方面的測量結果顯示，乳腺癌術後患者身體意象水準低、其中身體意象水準和生活品質呈顯著相關關係（周敏，2019）。以上情形與臨床觀察到的現象相近，即乳腺癌術後患者不良身體意象與生命品質受損的現象並存。此外，乳腺癌患者化療期間的脫髮也對身體意象和生活品質產生不利影響。一項對 204 名女性化療患者（其中 54.9% 為乳腺癌患者）脫髮狀況、身體意象和生活品質的調查結果顯示，化療脫髮對女性患者的身體意象和生活品質產生不良影響，脫髮的程度與身體意象和生活品質的水準相關，即脫髮越嚴重，其身體意象和生活品質的水準越差（翁慧雯，2017）。臨床上也可觀察到部分患者對脫髮的反應比乳房缺失的反應更為強烈，說明脫髮對女性患者心理的影響也同樣不可忽視。

1.6.2 病恥感與生命品質的相關研究

國外研究者 Suwankhong 和 Liamputtong 所做的一項對泰國南部乳腺癌患者的質性研究顯示，乳腺癌患者因特殊治療方式失去第二性征，病恥感水準存在偏高的狀況，患者在心理上容易出現焦慮、抑鬱、失望、緊張和恐懼等情緒狀態。化療後期又因噁心、嘔吐、脫髮等症狀降低其生活品質（Suwankhong, 2015）。病恥感是一種負性心理體驗，有可能成為患者緊張、焦慮、抑鬱、失望、恐懼等負性情緒的來

源。

目前國內對乳腺癌病恥感開展研究的時間不長，相關文獻有限。張莉（2017）對 384 例乳腺癌患者術後的病恥感、家庭功能與生命品質及其關係模型進行研究，結果提示，病恥感可直接影響患者的生命品質，並通過家庭功能的仲介作用間接影響生命品質。該研究也進一步說明病恥感是一個受他人影響而存在的心理狀態，因此，適當心理干預也會在一定程度上對削弱病恥感的影響，對患者的心理健康有益而應受到重視。

1.6.3 身體意象與病恥感相關研究

關於身體和意象與病恥感方面的研究文獻較少。

一項對 227 名住院乳腺癌患者的身體意象、病恥感、社會支持感、等方面的研究發現對身體意象的不滿會導致患者病恥感增加，希望、樂觀及自尊感能減弱身體意象對病恥感的負面影響（王姝，2015）。由於臨床上癌症患者病恥感和抑鬱症狀的普遍性，Esser 等對包括 297 名乳腺癌患者、268 名前列腺癌患者、168 名直腸癌患者和 125 名肺癌在內的 858 名腫瘤患者（2 個中心）的身體病恥感、身體意象和抑鬱狀態進行了研究，希望明確病恥感對抑鬱症狀學的影響以及身體形象是否介導了這種關係。結果顯示，總樣本水準病恥感所有維度都對抑鬱症狀有明顯的影響，除了肺癌患者，其他三類腫瘤患者樣本和整體情形一致。身體意象在總樣本水準，在病恥感和抑鬱症狀之間起到仲介作用，並且該仲介作用在總樣本和前列腺癌患者樣本明顯大於生命體動力學（Vital Body Dynamics）的仲介作用。研究結論：病恥感是癌症患者抑鬱症狀的一個重要的危險因素。除了加強對病恥感進行干預外，改善身體形象有助於減輕有病恥感患者的心理負擔（Esser，

2018)。

關於乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質三者關係方面的研究的文獻目前尚未查到。

綜上所述，乳腺癌患者術後普遍存在一定程度的生活品質下降的狀況，分別與其身體意象水準及病恥感水準相關。儘管患者隨時間可能會獲得一定程度的創傷後成長，對於相當比例的患者或處於特殊階段如手術後 1 年內特別是半年內治療密集期的患者，存在較明顯的情緒、心理問題，其中最常見的心理問題包括抑鬱、焦慮和認知障礙 (Pinto, 2011)，需要予以積極關注和必要的干預。形成認知障礙的因素較複雜，涉及到患者生物、社會、心理以及文化等各個方面，認知障礙可能是患者產生各種負性情緒狀態的根源。所列文獻已提示身體意象、病恥感、生命品質相互之間彼此存在關聯，為本研究身體意象、病恥感、生命品質相關性研究提供了線索。

1.7 乳腺癌患者心理干預研究現狀

乳腺癌患者的心理干預是在醫學臨床對乳腺疾病治療的背景下產生的。從首例乳腺外科治療開始至今兩千多年，乳腺手術方式伴隨著醫學科學的探索前行一路演變發展著。19 世紀年乳腺根治術的誕生，20 世紀改良根治術的出現，使乳腺癌的治療效果得以逐步改善，但同時帶來了乳房缺失的問題。乳房缺失是大多數乳腺癌患者不得不面臨的一個巨大挑戰。

1.7.1 乳腺癌患者心理狀況

乳腺癌的患病及診療過程對於患者來說是一個艱難的過程。要經歷患病、確診、手術和放化療等一系列事件刺激，通常會引發緊張、

恐懼、焦慮、抑鬱甚至悲觀、絕望等負性情緒出現。有研究認為負性情緒既可作為乳腺癌誘因之一，又可伴隨整個治療康復過程而長期存在，如果得不到及時疏導，可直接導致死亡率的增高(Schoepf, 2014)。臨床實踐中不難觀察到，負性情緒是乳腺癌患者一個具有共性的特徵，從患病前甚至更早一直到患病接受各種治療的過程中都可以觀察到負性情緒的存在。Burgess 等對 222 名早期乳腺癌患者進行 5 年隨訪調查，其中的 170 名（77%）提供了符合隨訪要求的完整數據，結果表明：有抑鬱、焦慮症狀的在診斷後 1 年近 50%；2、3、4 年為 25%；5 年降至 15%；復發的患者當中有 45% 在復發診斷後 3 個月內出現焦慮、抑鬱症狀（Burgess, 2005）。

一項對 297 例乳腺癌術後患者的調查顯示，其中 108 例符合中國精神疾病診斷標準第三版（CCMD-3）抑鬱症的診斷，發病率為 36%，高於癌症患者抑鬱症的發病率為 25% 研究報告（湯豔清，2004）。另一項對 173 名乳腺癌患者焦慮、抑鬱、身體意象和生命品質的調查結果顯示，抑鬱占 39.9%，焦慮占 38.7%；在確診的前 5 年，患者的身體意象和生活品質評估均較差，且不良身體意象評價影響生活品質，確診的前 3-4 年，患者抑鬱及焦慮高發，影響患者的生活品質（史奕奕，2018）。以上研究均證實乳腺癌患者的焦慮、抑鬱症狀會在相當長的時間裏存在並對生命品質產生不利影響，應加以重視。

引發患者產生焦慮、抑鬱的既有現實問題如患病和治療導致的心理應激反應（Skrzypulec, 2008），也有不同程度的認知障礙（Pinto, 2011），並伴隨羞恥或病恥的心理體驗。一項對 375 例乳腺癌患者的調查中發現近期接受過抗癌治療的患者自我防禦心理較明顯，並伴有明顯的猜疑心理，不願接受進一步治療（Pgdec, 2013）。通常認為

在認知障礙導致的認知偏差和錯誤認知下，患者產生羞恥或病恥的心理體驗，這種心理體驗又繼而對行為產生相應的影響。患者會因自身身體缺陷的羞恥而拒絕親近甚至拒絕性行為（Shiozaki, 2011），情緒的不穩定又引發人際關係敏感、軀體化症狀和強迫症狀（Henderson, 2012）。由於每個乳腺癌患者身體、教育、環境、經濟、狀況等情況各不相同，其心理障礙類型呈現多樣化，如焦慮、抑鬱、自卑、恐懼、負罪感、適應障礙、認知障礙、創傷後應激障礙、性功能障礙、軀體化、強迫、人際關係敏感、敵對、偏執及精神病性等方面，部分患者可以同時存在多種心理障礙（Jones, 2015）。因此，乳腺癌患病後以及術後的心理受多種因素的影響，體現在情緒方面是伴隨程度不一的各種負性情緒，體現在行為上多表現為回避、退縮、敏感甚至敵對。

鑒於所述，乳腺癌患者的心理狀況堪憂，亟待被關注和得到必要的幫助，除醫療、護理方面的幫助外，還需要社會心理方面的幫助如心理輔導、心理干預。

1.7.2 乳腺癌患者心理干預方法及相關研究

儘管國內外近年都有許多關於乳腺癌心理干預的文獻報導，但作為乳腺癌綜合治療手段之一的心理干預治療，尚未形成規範成熟的針對乳腺癌患者的心理療法。目前已有針對乳腺癌患者的心理干預，都是在現代心理學心理干預方法的基礎上，根據患者的自身的特點，選擇某種干預方式或結合幾種干預方式開展。

（1）干預方法從形式上分：

①個體心理干預

即一對一方式的心理干預。優點是實施比較方便，不受場地限制，

能最大程度的保護患者隱私；缺點是耗費的人力和時間成本較大，針對家庭關係問題的效果有限。

呂紅梅等將 80 名乳腺癌手術患者隨機分成觀察組和對照組各 40 例，對照組術前一天按常規進行心理干預，而干預組術前一天在常規心理干預的同時指導患者選擇樂曲和試聽，比較兩組干預前後的焦慮評分、血壓、心率等指標，結果顯示個體化的音樂療法可減輕乳腺癌手術患者的術前焦慮（呂紅梅，2008）。該研究中音樂療法干預分散了術前患者對於手術本身及後果的注意力，有助於患者術前進入相對平和穩定的情緒狀態，改善術前焦慮。

本研究中採用的即個體心理干預方法，通過和患者一對一地深入交流，以期改善患者的焦慮情緒和生理指標，從而提高生命品質。一對一方式適用於探索患者意識與無意識中的內在心理邏輯，並讓患者看見自己的心理與行為之間的聯繫，激發自我成長的動力。

②團體心理干預

即小組或集體的心理干預方式，有利於患者之間的互動、共用，時間和精力發揮的效能較大。但組織受時間、地點的限制，不利於隱私的保護。

洪曄（2010）等人針對乳腺癌患者開展了團體心理干預的研究，干預方法如下：把患者和醫護人員編為若干個小組，每個組都由 1-2 名醫護人員和 5-8 名患者組成，每週 1 次，為期 5 周，每次 90 分鐘的心理治療，治療內容包括專業知識講座、抗癌經驗分享、冥想放鬆、康復指導、互助小組。研究結果顯示，在團體心理干預進行 3 個月後，干預效果得以呈現，干預效果對那些生活品質較差的患者更明顯。說明團體干預的方式能有效改善乳腺癌患者的生活品質狀況，但需要經

過一段時間後，團體干預的效果才會發揮出來。團體干預具有較多的療效因數，如在團體中發現自己的問題並非個人獨有而具有普遍性、宣洩情緒、溝通資訊、人際間相互學習和仿效等諸多優勢，越來越受到重視。

③家庭心理干預

即將家庭作為一個小組的干預方法，針對於由家庭問題所引起的困擾；Northouse 團隊（2010）隨機將 484 對晚期乳腺癌患者和他們的照顧者納入研究，2 個實驗組分別施行簡明 FOCUS 干預（包括 90 min 的家庭隨訪 2 次和 30min 的電話訪談 1 次）和延伸 FOCUS 干預（包括 90 min 的家庭隨訪 4 次和 30min 的電話訪談 2 次），結果顯示簡明 FOCUS 組在健康行為方面的改善效果明顯，而延伸 FOCUS 組在自我效能方面的改善顯著。臨床上可以觀察到相當一部分乳腺癌患者的心理問題與家庭中的人際困擾有關，對這類患者的心理干預應把解決問題的焦點放在導致問題形成的相關家庭成員之間的人際關係上，才可能有針對性地解決實質問題。

④生活及行為方式干預

主要針對有不良生活習慣如吸煙、缺乏運動等狀況的患者，作為輔助治療的一部分內容。

Bränström 等人將 726 名乳腺癌患者分為低、中、高強度 3 個運動組，按照運動量分別將患者分為 3 個組，即每週 30 分鐘或更少、60-90 分鐘、120 分鐘或更多。24 個月內隨訪並測定其生命品質和焦慮狀況，研究發現即使少量的運動也對改善患者的心理狀態有一定的幫助（Bränström, 2015）。目前行為方式已成為一個主要的致病因素，不同研究顯示，因生活及行為方式因素相關疾病的死因占全部死因的

比率從超過三分之一到接近一半不等。因此，生活和行為方式干預非常重要，還可以起到防病於未然的作用。

(2) 干預方法從內容上分：

① 認知行為干預 (Cognitive Behavioral Intervention, CBI)

(3) 在腫瘤的治療期和生存期，促使癌症患者相信自己可以通過改變思想、信念、態度，以及增加一些應用技能，來應對和減少治療疾病過程中可能出現的心理症狀。目前在臨床中廣泛應用的 3 大干預措施分別是認知干預、行為干預和心理教育。認知干預是識別和修飾消極的想法、信念和期望 (Kwekkeboom, 2010)；行為干預旨在增加適應性行為，減少不適應行為，為患者提供新的環境以調動和增強積極行為；心理教育通過幫助患者和家屬理解掌握所患疾病與治療相關知識，來促使他們更好地應對疾病。目前認知行為療法中，認知行為壓力管理是最常見的方法，形式為小組干預，內容包括放鬆訓練和應對技巧訓練。國外諸多學者如 Antoni (2006)、Stagl (2015)、Pat-Horenczyk (2015) 等都曾將認知行為療法用於乳腺癌患者的心理干預中，內容涉及認知調節、人際關係調節、情緒管理和放鬆訓練等方面，這些研究結果均表現出較好的治療效果，並且其效果持久。認知行為療法作為一種通過目標導向和系統化的程式以解決乳腺癌患者心理問題的心理治療方法，應受到重視。

② 正念減壓療法

正念 (Mindfulness) 指的是對當下的每一個瞬間或念頭予以關注，關注身心的感受，並不加以主觀評判的一種狀態 (Brown, 2007)。正念從東方宗教中的冥想發源，Jon Kabat-Zinn 於 1979 年把正念的概念引入西方，並研發出正念減壓訓練 (Mindfulness based Stress

Reduction, MBSR)。正念減壓訓練是在系統的正念訓練的基礎之上，對情緒進行管理，以期減少或消除身心壓力的一種綜合性干預方式（餘媚，2012）。張佳媛（2015）對 64 名乳腺癌患者進行了為期 6 周、每週 1 次的正念減壓訓練，該研究表明，正念減壓訓練能有效降低乳腺癌患者的心理壓力水準。正念減壓療法作為以正念禪修處理壓力、疼痛和疾病帶來的不適以及不良情緒的方法，可以幫助患者緩解壓力，改善上述狀況，越來越多地在臨床上得以應用。

③書寫表達心理干預

通過書寫的方式表達個人的經歷與感受，促進身心健康的一種心理干預方法。最早由 Pennebaker 和 Bell 研發，繼而經過書寫表達實驗之後，作為心理干預方法被廣泛應用於醫院、學校、家庭。

Przedziecki 等通過網路書寫表達方式，組織乳腺癌患者 15 名和名專業人士 20 名進行研究。問題設置以癌症相關的身體意象改變為著眼點，包括 6 個方面：（1）寫出關於自己身體意象的一些負面感受；（2）善待自己的身體；（3）給自己提一些積極的建議；（4）與其他患者交流身體意象方面的感受；（5）保持對自身環境和反應的覺察；（6）給自己寫一封信，內容是關於珍愛自己。研究顯示，所有參加研究者包括乳腺癌患者和專業人士，都認為網路書寫方式是一種人們更傾向願意接受的心理干預方法。（Przedziecki, 2016）。作為一種心理干預方法，書寫表達操作相對簡便，實踐證明書寫表達心理干預對身心健康有顯著的促進作用，應向適合的干預對象推薦。

④沙盤遊戲干預

國內文獻中鮮有關於癌症患者沙盤遊戲干預的研究報導，僅查閱到 3 個研究；尚未見到沙盤遊戲用於乳腺癌患者心理干預的相關研究。

一項探討沙盤遊戲心理干預對癌症患者焦慮、抑鬱情緒及生活品質的影響研究，將 80 例癌症患者隨機分為研究組與對照組，每組 40 例。兩組均進行常規護理，研究組在此基礎上進行沙盤遊戲心理干預，觀察 6 周。干預前後測量焦慮、抑鬱及生活品質水準。結果顯示干預後兩組焦慮自評量表及抑鬱自評量表評分均顯著低於干預前，研究組較對照組下降更顯著。兩組生活品質量表各項評分均顯著高於干預前，研究組較對照組升高更顯著，研究組滿意率 95.0%，對照組為 80.0%。沙盤遊戲心理干預可顯著改善癌症患者的心理狀況及生活品質，提高患者滿意度（祝學敏，2018）。

另一項研究，是應用沙盤遊戲療法對臨床上處於臨終期腫瘤患者的干預研究，干預內容是沙盤遊戲療法對患者癌因性疲乏和生活品質的影響，對預期生存期三個月的臨終腫瘤患者 50 例，分實驗和對照兩組各 25 例。對照組常規醫療護理，實驗組增加沙盤遊戲干預，每次 40 分鐘，每週兩次，連續 12 次。結果顯示實驗組癌因性疲乏程度較對照組明顯減輕，生活品質得分高於對照組。結論：沙盤遊戲療法對臨終腫瘤患者癌因性疲乏的減輕或緩解有效，有助於提高患者的生活品質（李佳楠，2018）。

第三項是探討沙盤遊戲療法對卵巢癌患者術後負性情緒和生活品質影響的研究。將 70 例卵巢癌患者隨機分為對照組及觀察組各 35 例，對照組常規心理護理，觀察組分別於術前、術後、每個化療週期進行一次沙盤遊戲干預，結果提示，干預前兩組焦慮、抑鬱、一般自我效能評分比無差別，干預後觀察組焦慮、抑鬱評均低於對照組。干預前兩組生理狀況、社會/家庭狀況、情感和功能狀況、卵巢癌特異模組評分無差異，干預後觀察組上述評分差異顯著。結論：沙盤遊戲

療法對卵巢癌患者的負性情緒改善有明顯的效果，對患者的術後生存品質有提升作用（羅朝霞，2017）。

儘管乳腺癌心理干預受到越來越多的關注，但一直以來心理治療是否延長癌症患者的存活期一直是一個有爭議的焦點問題（Kissane, 2007）。但心理治療可以有效的改善乳腺癌患者的情緒，提高生活品質，這是被國內外多個研究證實的。對癌症患者進行心理干預，符合生物-心理-社會現代醫學模式的理論原則，充分調動個人的主觀心理過程，即期望、思維、推理、信念等對行為的主導作用。這個領域值得去實踐、探索，因此本研究將採用沙盤遊戲干預的方式，在沙盤師、沙盤和來訪者共同營造的自由、安全、受保護的空間中，開啟患者的自我探索之路，從身心緊密連接的角度瞭解疾病之於人的意義，以及我們能夠從中獲得的啟示。

第二章 研究的總體思路、研究問題與研究 意義

2.1 研究的總體思路

2.1.1 研究目的

目的一 通過對乳腺癌術後患者發病前的心理狀態的瞭解分析，以期為女性乳腺癌防治提供健康教育依據；

目的二 通過對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質狀況及其相關性研究，以期尋找改善乳腺癌術後患者生命品質的線索；

目的三 通過沙盤遊戲個案研究，以期探索沙盤遊戲有助於改善乳腺癌術後患者的生命品質的實踐方法。

2.1.2 研究路線

本研究採用質性研究和量化研究相結合、實驗研究與個案研究相結合的方式，對乳腺癌術後患者患病前心身狀態、術後身體意象、病恥感、生命品質及其相關性以及沙盤遊戲干預進行研究。

按照研究的邏輯順序，本研究主要分為三部分：

研究一 乳腺癌術後患者心理狀況質性研究

包括患者術前心身狀況及術後身體意象、病恥感狀況的調查情況；

研究二 乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質狀況及其

相關性研究

研究三 乳腺癌術後患者沙盤遊戲干預研究。

各研究之間互相銜接，後續研究在前面研究依據基礎之上進行。

在研究方法上，質性研究見於研究一，由兩部分內容組成，乳腺癌術後患者發病前心身狀態調查和乳腺癌術後患者身體意象、病恥感調查。量化研究見於研究二和研究三，研究二是通過乳腺癌患者適用的三個量表分別對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質狀態及其相關性研究結果進行分析；研究三是乳腺癌術後患者沙盤遊戲干預研究效果評估所用的量表分析。

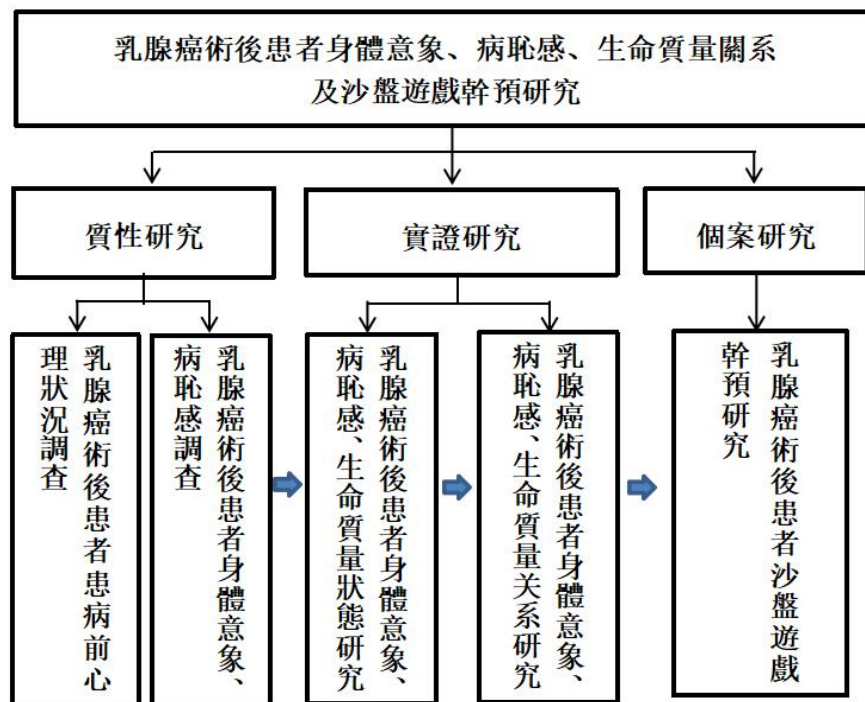


圖 2-1 本研究的總體設計和框架結構

2.2 研究的基本問題及假設

2.2.1 研究的切入點

本研究課題最初形成於生活中的觀察，即女性乳腺癌患者的個性特徵和情緒特徵，成為研究的切入點。在查閱了大量乳腺癌心理狀況相關的文獻後發現，關於乳腺癌的心理因素是否參與發病並沒有一致性的結論，一些研究支持心理因素參與乳腺癌發病，一些研究不支持，國內關於乳腺癌術後深度心理訪談的研究報導並不多見，已有的深度心理訪談的例數也不夠多，缺乏一定的代表性。心理狀況與乳腺癌發病之間究竟有沒有聯繫？有怎樣的聯繫？都是非常值得探討的問題。如果能找到有一些有意義的結果，對女性預防乳腺癌的發生具有積極的意義。

對於已經罹患乳腺癌的患者，由於目前臨床治療乳腺癌最有效、最常用的方法仍然是患側乳房全切，術後乳房缺失所致身體形象的改變對患者身心都會產生很大的打擊，可能會導致其自我評價降低，並在社會、文化等因素影響下產生或強化羞恥的心理體驗即病恥感。不良的身體意象是否會導致病恥感？是否會導致生命品質受損？三者之間存在怎樣的關係？通過改變身體意象是否可以影響病恥感和生命品質？是否可以借助深度心理學的方法如沙盤遊戲改善不良身體意象、病恥感和生命品質？

基於對這些問題的思考，才有了本研究的設計和實施。

2.2.2 研究的基本問題

問題一：乳腺癌術後患者發病前心身狀況如何；

問題二：乳腺癌術後患者是否存在不良身體意象、病恥感和生命品質改變；其身體意象、病恥感、生命品質三者的關係如何；

問題三：沙盤遊戲能否促進乳腺癌術後患者的心理轉化、如何促進。

2.2.3 研究的基本假設

假設一：乳腺癌患者發病前存在不良心身狀況；

假設二：乳腺癌疾病以及手術所致的乳房缺失對患者心身造成不利影響，從而導致患者產生不良身體意象和病恥感；

假設三：乳腺癌術後患者因手術導致身體受損（外形、結構、功能）會存在身體意象、病恥感和生命品質受損狀況；乳腺癌術後患者的身體意象、病恥感和生命品質之間存在相關關係，並且三者間存在仲介效應；

假設四：沙盤遊戲可以改善乳腺癌術後患者身體意象、病恥感和生命品質。

2.3 研究意義

2.3.1 理論意義

第一，明確身體意象對於乳腺癌術後患者的心理意義；

第二，明確身體意象在乳腺癌術後患者病恥感、生命品質關係中的作用，為沙盤遊戲干預提供理論依據；

2.3.2 實踐意義

第一，有助於提高健康女性對乳腺癌的防控意識；

第二，有助於探索沙盤遊戲改善乳腺癌術後患者身體意象、病恥

感和生命品質的有效性和實操方法，為乳腺癌患者的心理干預提供選擇。

第三章 研究一 乳腺癌術後患者心理狀況

質性研究

3.1 研究目的與研究假設

3.1.1 研究目的

本研究旨在通過訪談法，收集並歸納分析乳腺癌術後患者患病前心身狀況、所經歷的各類生活事件、重要人際關係、人格特徵及行為習慣等方面的資訊，探討哪些心理因素可能參與了乳腺癌的發病，為乳腺癌疾病預防以及乳腺癌術後患者的心理干預提供理論依據。

3.1.2 研究假設

假設 1：乳腺癌疾病的發生發展與心身狀況、生活事件、重要人際關係、人格特徵及行為習慣等因素有關。

假設 2：乳腺癌疾病以及手術所致的乳房缺失會對患者心身狀況造成不利影響，從而導致患者產生不良身體意象和病恥感。

3.2 研究方法

3.2.1 研究對象

(1) 被試的選取

本研究採用方便取樣的原則，分別從陝西省的 1 家省級綜合

醫院（三級甲等）腫瘤外科、1 家省級腫瘤專科醫院（三級甲等）
乳腺中心選取住院治療或復查的乳腺癌術後患者作為研究被試，
納入及排除標準如下：

納入標準：

- ①女性，年齡：20~70 周歲；
- ②病理證實為乳腺癌、行乳腺癌手術後 5 年內，病情穩定；
- ③意識清楚、語言交流無障礙，能夠完成問卷調查；
- ④在知情同意的前提下自願參加本研究。

排除標準：

- ①同時患有其他惡性腫瘤，或者乳腺癌出現遠處轉移；
- ②有嚴重的視力或聽力障礙、精神障礙等重大軀體疾病，
或因各種原因無法正常交流；
- ③不能保證完成本研究。

（2）被試人口學資訊

本研究自 2019 年 2~11 月止，於上述 2 家醫院先後將符合納入標準的研究被試共 70 人納入研究，被試人口學資訊如表 3-1 所示。

表 3-1 研究一 被試的人口學資訊

	專案	人數	百分比%
年齡	小於 35 歲	8	11.43%
	36-55 歲	44	62.86%
	56 歲以上	18	25.71%
民族	漢族	67	95.71%
	其他少數民族	3	4.29%
宗教信仰	無	63	90.00%

	有	7	10.00%
教育程度	小學及以下	10	14.29%
	中學/中專/職校	41	58.57%
	大專/本科	18	25.71%
	研究生及以上	1	1.43%
	無業/待業	13	18.57%
職業狀況	在職	29	41.43%
	退休	16	22.86%
	務農	12	17.14%
	未婚	3	4.29%
婚姻狀況	已婚	63	90.00%
	離異	4	5.71%
	喪偶	0	0%
居住地	城鎮	49	70.00%
	鄉村	21	30.00%
個人月收入	無收入	30	42.86%
	<3000	17	24.29%
	3000-5000	17	24.29%
	5000-8000	4	5.71%
	>8000	2	2.86%
家庭人均月收入	<2000	23	32.86%
	2000-4000	25	35.71%
	4000-8000	18	25.71%
	>8000	4	5.71%

(3) 被試術式情況

參與本研究的 70 例被試中，6 例接受了保乳術，其中 2 例在保乳術基礎上進行了乳房重建術；其餘 64 例接受了乳房全切術，其中 3 例雙側乳房全切（2 例先後，1 例同時），61 例單側乳房全切。接受乳房全切術的被試占被試總人數的 91.43%。

3.2.2 研究方法

在臨床醫護人員的協助下，本人以研究者的身份向乳腺癌術後患者介紹本研究相關資訊，以自願為原則將符合納入標準的患者納入本研究，並通過與研究被試進行個別、面對面的深度訪談，收集研究資料。

訪談前準備：

(1) 在方便研究被試的前提下，時間上儘量選擇其治療空隙時間進行訪談。地點盡可能安排在安靜、舒適，溫度適宜的環境，如科室示教室或資料室以及安靜少干擾的病房。

(2) 訪談開始之前，向研究被試說明：

①本研究目的、方法、內容和保密原則，征得其理解和配合，並簽署知情同意書；

②承諾在論文撰寫和結果公佈的過程中，採用匿名或編碼方式處理涉及與研究對象有關的內容；

訪談內容：

(1) 被試患病前數月至數年內以下情況：

①心身狀況：指患病前數月至數年內是否伴有疲勞、是否伴有睡眠問題（如入睡困難、易醒、早醒等導致睡眠不足或睡眠品質不好）、是否伴有壓力及情緒問題（如焦慮、緊張、憤怒、沮喪、悲傷、痛苦、

憂鬱等不良情緒)、是否伴有體弱(如經常性的乏力、頭暈、精力不濟和易傷風感冒等)或身體其他疾病(如高血壓、冠心病、糖尿病等)以及是否處於特殊生理時期等情況;

②生活事件:指負性生活事件和其他壓力事件。負性事件主要包括工作或生計遭受重大挫折;重要人際關係亡故或重疾;家庭遭遇投資失誤、負債或遭受較大經濟損失;離異或配偶出軌以及其他不便說明的負性生活事件。其他壓力事件指生活中不屬於非常態的事件,但也帶來了和負性生活事件類似的影響;

③是否伴有重要人際關係困擾及描述;

④人格特徵及行為習慣描述:其中行為習慣包括吸煙和被動吸煙情況。

(2) 患病及術後身體意象及病恥感狀況

通過事先擬定半結構式訪談提綱進行訪談,瞭解被試對罹患乳腺癌的感受和想法以及手術所致的乳房缺失(乳房部分或全部外形、結構及功能受損)的感受和想法。

擬定的訪談提綱包括以下 5 個問題:

- ① 得病後您內心怎麼想? /感覺怎樣? /怎麼看待得病?
- ② 得知要接受手術治療(切除一個乳房)您想到和感受到什麼?
- ③ 手術後您感覺身體(外形、結構、功能)發生了怎樣的改變?
- ④ 您怎樣看待(評價)這些身體改變?
- ⑤ 您覺得周圍的人怎樣看待(評價)您的身體改變?

在訪談中注意引導被試回憶並描述手術切除乳房後,腦海曾經出現的與身體形象有關的畫面、意象,並描述當時身體感覺、情緒感受和想法。

並對所有訪談內容進行記錄、整理、保存。

3.2.3 對研究方法的補充說明

(1) 訪談結構化的形成

開始進入臨床接觸患者時，僅有一個大體的思路，不確定訪談具體應包括哪些內容。開始的訪談是開放和無結構的，患者願意談什麼都可以。在訪談了二、三十例患者之後，漸漸找到了訪談內容的共性，例如：相當比例的患者患病前經歷過一些生活事件、人際關係困擾，並在此過程中伴有疲勞、睡眠和情緒問題；相當比例的患者個人格特徵中具有完美主義傾向或情結，做事要求盡善盡美；相當比例的患者吸煙或被動吸煙。因此，在前期訪談掌握資料的基礎上，把訪談內容進行了結構化，形成了上述研究方法的具體內容。

(2) 訪談中給予必要的心理支持

在上述 2 家醫院腫瘤外科和乳腺中心所接觸的患者，近九成願意接受訪談，把患病、治療過程中的經歷和感受傾訴出來。訪談過程中就患者呈現的部分問題進行了交流討論，必要時給予疏導、鼓勵等心理支持。不少患者在訪談結束訪談時表示，感覺釋放了壓抑已久的情緒，變輕鬆了。

3.3 結果與分析

訪談內容按照被試手術方式、患病前（數月至數年）心身狀況、所經歷生活事件、重要人際關係困擾、人格特徵和行為習慣等分類資訊加以歸納整理。結果如下：

(1) 被試患病前心身狀況

本研究被試患病前心身狀況見表 3-2。

表 3-2 研究一 被試患病前心身狀況 (n=70)

專案	人數	百分比%
伴有疲勞狀況	56	80.00%
伴有睡眠問題	49	70.00%
伴有壓力及情緒問題	58	82.86%
伴有體弱或身體其他疾病	17	24.29%
懷孕 (期間)	1	1.43%
哺乳 (期間)	1	1.43%

由上表可以看出，被試患病前伴有疲勞狀況、睡眠問題及壓力和情緒問題的情況相當普遍，分別為 80.00%、70.00%和 82.86%。其中部分被試的疲勞、睡眠、情緒的不良狀況並存。患病前伴體弱或身體其他疾病的情況也占了一定比例，為 24.29%；患病前處於孕期和哺乳期的各 1 例（占 1.43%）。

(2) 被試患病前經歷的負性生活事件和其他壓力事件

本研究的其他壓力事件包括帶孫子/孫女、創業、收穫季、蓋房、裝修、換房、職稱評定、行業年審、子女離異、子女棄學等。

被試患病前經歷的負性生活事件和其他壓力事件見表 3-3。

表 3-3 研究一 被試患病前經歷的負性生活事件和其他壓力事件
(n=70)

專案	數量	人均 (件) 或百分比
負性生活事件：		
重要人際關係亡故/重疾	13 件	
工作/生計挫折	6 件	

投資失誤/債務/經濟損失	2 件	
不便說明的生活事件	5 件	
配偶離異或出軌	3 件	
負性生活事件發生總件數	29 件	0.41 件/人
其他壓力事件：		
帶孫	4 件	
創業	3 件	
收穫季	2 件	
蓋房	1 件	
裝修	1 件	
換房	1 件	
職稱評定	1 件	
行業年審	1 件	
子女離異	1 件	
子女棄學	1 件	
其他壓力事件總件數	16 件	0.23 件/人
負性生活事件和其他壓力事件總件數	45 件	0.64 件/人
負性生活事件和其他壓力事件相關總 人數	39 人	55.71%

由上表可知：本研究 70 例被試有 39 人在罹患乳腺癌之前經歷了各類負性生活事件和其他壓力事件，占被試總人數的 55.71%；負性生活事件和其他壓力事件總件數 45 件，人均 0.64 件。在訪談中絕大多數被試承認當時這些負性生活事件和其他壓力事件對其心身造成了較大的困擾和影響。

(3) 被試患病前重要人際關係困擾

本研究的重要人際關係指在患病前導致被試情緒困擾的人際關係，包括夫妻關係、父（母）女關係、姻親關係、親子關係、工作關係等。其中父（母）女關係又分為患病前關係和早年關係，姻親關係裏包括婆媳、妯娌等關係，工作關係包括與領導、同事等關係。被試患病前各類人際關係困擾情況見表 3-4。

表 3-4 研究一 被試患病前重要人際關係困擾（n=70）

專案	人	百分比%
夫妻關係困擾	24	34.29%
父女關係困擾		
患病前父女關係困擾	1	1.43%
早年父女關係困擾	18	25.71%
母女關係困擾		
患病前母女關係困擾	2	2.86%
早年母女關係困擾	16	22.86%
姻親關係困擾	5	7.14%
親子關係困擾	4	5.71%
工作關係困擾	2	2.86%
其他人際關係困擾	1	1.43%
受各類人際關係困擾的總數（人）	42	60.00%

據統計，受到各類人際關係困擾的總人數 42 人，占被試總人數的 60.00%；各類人際關係困擾中，被試與配偶的關係即夫妻關係困擾共 24 例居首位，占被試總人數的 34.29%；其次在與父母關係困擾中，早年與父、母親的關係困擾明顯居多，分別為 18 例和 16 例，

分別占被試總人數的 25.71%和 22.86%，；再次是姻親（婆媳/妯娌等）關係困擾，共 5 例，占被試總人數的 7.14%，以及親子關係 4 例，占被試總人數的 5.71%。此外工作相關的人際關係困擾和其他人際關係困擾分別有 2 例（2.86%）和 1 例（1.43%）。

（4）被試人格特徵

參與本研究訪談的被試中，人格特徵有偏內向的，也有偏外向的，有開朗的、也有拘謹的、甚至孤僻的，但訪談中發現，大多數被試有一個共同特徵：即做事認真甚至較真，追求完美。其表述的典型的觀念如：

“這件事必須做好”；

“我就是要比別人做得更好”；

“今天沒有完成即使加班、即使不睡覺也必須完成”；

“不能比別人差”；

“我不能讓別人說我不行”。

這些觀念常常導致被試在行為上表現為凡事親歷親為、認真或較真、追求心目中的最佳結果；態度上表現為執著或固執甚至強迫；當達不到預期目標時，會產生焦慮、抑鬱等情緒，經常性發脾氣、生悶氣。在訪談過程中，承認自己個性特徵有以上類似特點的被試 46 例，占被試總人數的 65.71%。

（5）被試吸煙及被動吸煙情況

本研究界定的吸煙和被動吸煙時長均在十年以上。70 例被試中，吸煙的 6 例，占被試總人數的 8.57%，被動吸煙的 33 例，占被試總人數 47.14%；吸煙與被動吸煙的共 39 例，占被試總人數的 55.71%。

（6）被試患病後以及術後身體意象和病恥感

為保證訪談能盡可能獲得所需資訊，在被試中選擇年齡在 26-55 歲之間，文化程度多為大專以上的被試 14 名進行本項調查訪談。訪談按照擬定提綱進行。訪談中發現一個較普遍現象，即在訪談過程中，當被問及術後對身體意象（身體形象）相關的問題時鮮有直接回答，回答內容多隱喻存在不良身體意象，或表示回避、拒絕回答；對病恥感的回答比對身體意象的回答相對直接一些。以下用表格分別列舉被試對涉及身體意象和病恥感問題的回答及反應。

①被試對身體意象問題的反應

見表 3-5。

表 3-5 被試對身體意象問題的反應 (n=14)

序號	年齡 (歲)	職業	手術方式	問題反應	回答
1	42	鄉村家庭婦女	單側乳房全切	拒絕	其他都不重要，能治療、能活著比什麼都強。過都過去了，不想再回憶那些傷心的經歷了。
2	53	鄉村家庭婦女	單側乳房全切	隱喻不良身體意象	接受不了。別人兩個乳房，自己一個。和別人一起時感覺低人一等。
3	47	自由職業者	保乳術	隱喻不良身體意象	確診後一直不能接受手術切除，服藥兩三個月後擔心腫瘤進展，在醫生建議下接受保乳術。術側乳房部分切除並放入擴充器，和對側乳房形狀有明顯差別，感覺即便後期裝上假體，這種差別都很難消除，很介意的，影響心態。
4	40	城鎮	單側	接受現	

		事業 編制 教師	乳房 全切	實	剛開始知道非常接受不了，後來想通了全部心思應對治療，坦然接受一切。
5	50	鄉村 家庭 婦女	單側 乳房 全切	回避	不知道該想什麼，也不想去想，心裏總是很煩亂。
6	43	城鎮 公司 職工	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	手術紗布拆除後，穿衣服感覺兩邊不對稱，夏天簡直沒法出門。選擇了義乳才基本解決。
7	27	城鎮 公司 職工	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	看著傷口，心裏還是有些難受，覺得自己有點可憐，所以儘量不讓家人看到傷口。
8	46	城鎮 事業 單位 職工	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	穿上衣服後兩邊不對稱，心裏還是有些遺憾
9	35	城鎮 事業 編制 教師	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	對外形還是有要求的，一側乳房缺失對自己影響很大，特別怕過夏天，低領衫不能穿了，限制了對美的需要。至今都沒想通。因為缺失一個乳房，也儘量避免性生活。
10	44	城鎮 自由 職業 者	雙側 乳房 全切 (同時)	隱喻不 良身體 意象	當醫生說可能需要切除乳房，我說寧可不要命也要乳房，這是女性的標誌，如果沒有乳房活著還有什麼意思？接受不了。
11	36	城鎮 自由 職業	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	術後覺得一邊有一邊沒有，好難看，後來看久了慢慢習慣、適應了。偶爾或某一個瞬間會冒出一些不好

序	年	職	術	問題	回答
1 2	55	城鎮 事業 編制 教師	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	缺失一個乳房，第一次回家洗澡，只敢用手撫摸一下手術傷口，沒敢照鏡子，第一次化療之後，才敢照鏡子面對手術後的身體了，沒有太多的不適，但化療期間掉頭髮讓我很崩潰，哭了兩個小時。
1 3	26	城鎮 公司 職員	單側 乳房 全切	隱喻不 良身體 意象	乳房偏小，切除一個對外形的影響不太明顯。術後看病理報告看到切除的乳房組織圖片時傷心的哭了。第一次拔管時沒敢看傷口，第二次換藥時看了傷口，感覺好陌生，因為事先做足心理準備，似乎接受了。術後那段時間白天儘量回避想事，但晚上經常做噩夢被驚醒，感覺很害怕、焦慮。
1 4	43 歲	城鎮 政府 公務 員	保乳 術	隱喻不 良身體 意象	最讓我糾結的還是乳房切除，畢竟缺一個乳房人就不完整了，我很介意。還很擔心化療的脫髮。好在是早期，保乳術，也不需要化療。術後的形態還算滿意。

從上表所述可以看到，14 人回答中隱喻存在不良身體意象的 11 人，表示接受現實、回避、拒絕的各 1 人。結果提示多數被試存在不良身體意象。

②被試對病恥感問題的反應

見表 3-6。

表 3-6 患者對病恥感問題的反應 (n=14)

序	年	職	術	問題	回答
---	---	---	---	----	----

號	齡 (歲)	業	式	反應
1	42	鄉村 家庭 婦女	單側 乳房 全切	回避 其他都不重要，能治療、能活著比什麼都強。過都過去了，不想再回憶那些傷心的經歷了。
2	53	鄉村 家庭 婦女	單側 乳房 全切	病恥感 接受不了，非常難過。和別人在一起時感覺低人一等。
3	47	自由 職業 者	保乳 術	隱喻- 病恥感 得了這麼一個病，很崩潰接受不了天天哭，我不明白自己生活那麼規律怎麼能得這個病？以前朋友得乳腺癌時，還覺得我們的距離好遠呀，我不可能會得這樣的病的！
4	40	城鎮 事業 編制 教師	單側 乳房 全切	隱喻- 病恥感 開始知道得病時非常接受不了，覺得自己生活規律，晚上很少在9點後睡覺，平時心態也好。怎麼能得這個病？非常恐懼、焦慮。
5	50	鄉村 家庭 婦女	單側 乳房 全切	茫然 得知患病腦子一片空白，哭了，啥都沒想，沒有什麼感覺，大夫說要做手術，咱就配合，啥也沒有想了，不知道該想什麼。
6	43	城鎮 公司 職工	單側 乳房 全切	接受 之前的乳腺檢查多次提示不確定，有預感可能不太好，有一定心理準備，又有一絲僥倖。瞭解這個病預後尚好，自己也不是晚期、轉移等情況，該怎麼治就怎麼治吧，總體來說比較能夠接受生病的事實。
7	27	城鎮 公司	單側 乳房	接受 感覺乳腺癌這個病對我來說

		職工	全切		就是一個感冒發燒。如果我的生存年限有十年，這十年醫學又有了更新的發展，或許能有治癒的方法，所以沒有太多的擔憂，也不自卑。
8	46	城鎮事業單位職工	單側乳房全切	死亡焦慮 未競爭事宜 病恥感	得了這個病讓我很意外，感覺不是真的，想不通，難過，感覺快要死了。老天為什麼不多給我幾年時間，讓我看著兒子畢業。孩子沒媽可憐；自己現在沒退休，術後還得上班，同事會怎麼看自己？是不是做什麼壞事了？生病沒有告訴好朋友，不知如何面對。
9	35	城鎮事業編制教師	單側乳房全切	死亡焦慮 未競爭事宜 病恥感	得病讓我無法接受，想不通一家人都與人為善，為什麼是我？非常恐懼死亡來臨。我還年輕，孩子還小，對母親還沒有盡孝，事業還在上升期，完全接受不了。
10	44	城鎮自由職業者	雙側乳房全切 (同時)	死亡焦慮 病恥感	得病讓我惶恐緊張害怕，想到活不了多久了。非常不能接受切除乳房，覺得女人沒有乳房活著還有什麼意思？
11	36	城鎮自由職業者	單側乳房全切	死亡焦慮 未競爭事宜 經濟問題 病恥感	聽到癌症兩個字，大腦一片空白，感覺就要死了，自己這麼年輕，孩子、父母怎麼辦？看病要花多少錢？不知如何思考。哭了好幾天，整個人處在恍惚中，自己沒有胡吃海喝，沒有做壞事，怎麼會得這個病？想不通。
12	55	城鎮事業編制	單側乳房全切	隱喻- 病恥感	當被告知是乳腺癌時我挺平靜，覺得生老病死自然規律抗拒

		教師			不了，沒有太多情緒。自己和家人都能接受術後的變化，戴上義乳基本看不出來有什麼不同。只是回鄉下婆家時需要特別注意，穿衣服要掩飾好，化療掉頭髮期間要帶好假髮。不希望被親戚鄰居議論。
13	26	城鎮公司職員	單側乳房全切	死亡焦慮 隱喻-病恥感	醫生通知我時腦子一片空白，覺得自己完了，沒希望了，哭了一周的時間。術後那段時間白天儘量回避想生病的事，但晚上常被噩夢驚醒，感覺很害怕、焦慮。除了親人，在其他知道我病情的人面前，我還是不舒服，不自在，介意這個病。
14	43歲	城鎮政府公務員	保乳術	死亡焦慮 未競爭宜 病恥感	當醫生告訴我 90%是癌，我馬上聯想到死亡。我還沒有撫養孩子成人，還沒有贍養老人，還有很多事情沒有做完，就這麼走了特別遺憾。總覺得得癌症是遭報應，想不通我們全家都與人為善，我怎會得這個病？非常難過，接受不了。現在保乳術後外形變化雖不算明顯，但是去公共浴室或游泳池我還是覺得難堪。有時對丈夫的態度也會過於敏感，覺得他嫌棄自己。

從上表所述可以看到，14 人中回答存在病恥感的 6 人，回答隱喻存在病恥感的 4 人，表示接受現實的 2 人，表示回避和茫然的各 1 人。結果提示，多數被試存在病恥感。

3.4 討論

3.4.1 被試患病前普遍伴有疲勞、睡眠及情緒問題

被試患病前伴疲勞、睡眠問題及壓力和情緒問題相當普遍，分別占總被試人數的 80.00%、70.00%和 82.86%。有的被試同時伴有其中 2-3 種情況。疲勞、睡眠問題及壓力和情緒問題多發生在患病前 1-3 年的時間段裏。無論經歷何種生活事件，工作、生計還是家務、人際關係，只要對當事人構成心身困擾並持續相當一段時間未能解決問題或調整身心狀態，就有可能導致疲勞、睡眠問題和情緒問題的發生。

此外，還有 24.29%的被試患病前伴有體弱或身體其他疾病。持續的疲勞狀態、睡眠和情緒的不良狀態以及身體衰弱和疾病狀態都可能通過減少免疫細胞數量及活性、降低免疫細胞功能、減少免疫活性物質生成等機制對機體免疫功能產生一定程度的不利影響，使機體清除基因突變細胞、穩定內環境的能力減弱或消失，為腫瘤的發生、發展提供了有利條件。

3.4.2 多數被試患病前經歷過負性生活事件或其他壓力事件

55.71%的被試患乳腺癌之前經歷了各類負性生活事件或其他壓力事件。其中的其他壓力事件，諸如帶孫子女、創業、收穫季、蓋房、裝修、評職稱、行業年審等並不屬於生活中非常態生活事件，但當其對當事人形成與負性生活事件類似的影響甚至困擾時，也可視同負性生活事件。如果這些負性生活事件和其他壓力事件的影響和困擾持續較長一段時間（數月至數年），得不到緩解或消除，又可能會進而導致疲勞、睡眠問題和情緒問題的發生，機體免疫功能下降，為腫瘤的

發生提供可能。

3.4.3 多數被試患病前受到重要人際關係困擾

60.00%的被試在患病前受到各類人際關係困擾，提示人際關係困擾和乳腺癌患病之間或許存在某種關聯的可能性。其中夫妻關係困擾的比例最高，達 34.29%。夫妻關係是家庭人際關係的主導，夫妻關係長期不和諧，對夫妻雙方情緒狀態、心身健康以及家庭其他人際關係都可能帶來一定的不利影響。這一情形與生活中觀察到以及臨床訪談中瞭解到的情形相近。

與父、母關係困擾也值得關注。與父、母關係困擾大多發生在早年，在本研究中的發生率分別為 25.71%和 22.86%。提示原生家庭父母的影響可能會通過生活方式、行為模式、人格特徵等對被試成年後生活各個方面產生深遠影響。從各類人際關係困擾發生的情況來看，包括與父母關係、夫妻關係、親子關係在內的至親關係困擾例數占了各類人際關係困擾的絕大多數，構成本研究中最主要的人際關係困擾。

3.4.4 完美主義傾向或情結是被試鮮明的人格特徵

在訪談中發現，大多數被試有一個共同特徵：即做事認真甚至較真，追求完美。本研究中，承認自己有以上追求完美個性特徵的被試達到 65.71。另外一些印象是這些完美主義的觀念多數是自我導向的，即對自己有很高的期望，力求自己努力將所有事情做得盡善盡美；其次較多見的是社會決定的，即盡力去滿足別人對自己的期望，特別擔心別人對自己失望。導向他人的完美主義，即對他人有很高的期望，要求他人將事情做到盡善盡美的，本研究中不多見。具有完美主義個

性特徵的被試通常以執著、認真的態度在欲達成的某個目標的過程中勞心費力，還會有急躁、固執甚至強迫的表現，甚至忽視了達成目標的主客觀條件是否適合，有一種不達目的不甘休的意志。未能達到自己的心理預期時，往往會產生緊張、焦慮等不良情緒，發脾氣或生悶氣等。

完美主義是一種凡事力求盡善盡美的心理特徵或人格特質，國際精神疾病診斷與統計手冊(DSM-V)對於這種追求完美的心理特徵或人格特質歸類為強迫性人格障礙。在分析心理學框架下，完美主義也可視為一種以完美主義為心理內核的情結。榮格分析心理學認為：心理結構中，某些基本核心容易吸引同一情調的某些觀念，這些觀念聚集逐漸形成了情結。情結是被壓抑或被忽略的情緒性意念，這些意念平時存在於潛意識之中，付諸在行為上表現為行動被意念所控制。心理干預就是要幫助來訪者從情結的束縛下解放出來。

3.4.5 多數被試患病前吸煙或被動吸煙

70 例被試中，吸煙者和被動吸煙者分別為 6 例和 33 例，共 39 例，占被試總人數的 55.71%。既往研究顯示，吸煙和被動吸煙可以增加女性乳腺癌發病的風險。此外，吸煙作為一種行為方式對不同個體也有其特定而內涵複雜的心理意義，與負性情緒有一定關係。應宣導戒煙、遠離被動吸煙。

3.4.6 被試術後存在不良身體意象和病恥感

研究數據表明，受訪的 14 名被試中 11 人存在不良身體意象，10 人存在病恥感，說明乳腺癌疾病以及手術創傷對被試有著不可忽視的心身影響。除身體意象和病恥感外，被試還存在死亡焦慮、對未競心

願的遺憾、對經濟狀況的憂慮等。

研究中有一個現象值得關注，被試回應關於描述手術後一段時間內眼前或腦海曾經出現身體意象、自我形象的意象、畫面、想法時，多以隱喻的方式表明不良身體意象的存在，或表現出回避或拒絕的態度，分析其中原因可能存在這樣幾種情形：

被訪被試理解此話題含義，但未能準確表述自身的不良身體意象如意象、形象、畫面等，只是回答中隱喻了不良身體意象的存在；

被試理解此話題含義，不願作答，以回避或拒絕回應，提示該話題可能觸及了一個伴有痛苦感受的情結；

(3) 被試理解此話題含義，但尚未對研究者建立足夠的信任感、安全感；

(4) 被試未理解此話題的含義，或研究者未能使被試理解該話題的含義。

被試對身體意象問題的回避、拒絕等態度可能是被試對身體殘缺所致不良影響的一種防禦。

3.5 結論

(1) 被試在罹患乳腺癌之前數月至數年內，大多經歷了一些負性生活事件或其他壓力事件以及各種人際關係困擾，並在此過程中普遍產生疲勞、睡眠和情緒等問題。提示我們應對女性心身狀態與乳腺癌疾病發生之間的關聯予以關注，應宣導女性在生活中關注心身健康，關注個人成長，提高對乳腺癌等疾病的防控意識。

(2) 被試具有較鮮明的完美主義人格特徵，即完美主義傾向或情結，受此人格特徵、傾向或情結的長期影響，其行為習慣和情緒狀態

也會被完美主義的掌控，使心身處於一種緊張狀態，長此以往，其消極影響可能導致各種軀體症狀、心理問題的產生，嚴重者甚至導致精神障礙。應加以重視，必要時予以干預；

(3) 吸煙和被動吸煙作為一種行為習慣，是乳腺癌發病可能的危險因素，應積極宣導戒煙、遠離被動吸煙；

(4) 乳腺癌疾病以及手術創傷對被試心身有著不可忽視的影響。其中對心理方面的影響包括不良身體意象以及病恥感。如何認識因疾病本身和手術創傷所致的不良身體意象和病恥感？它們對患者的生命品質會產生怎樣的影響？其身體意象、病恥感、生命品質之間有怎樣的關聯？有待在本論文中做進一步研究。

第四章 研究二 乳腺癌術後患者身體意象、 病恥感、生命品質的關係研究

4.1 研究目的與研究假設

4.1.1 研究目的

本研究旨在通過分析乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質三個問卷的結果，揭示乳腺癌術後患者的身體意象、病恥感和生命品質狀況，並進一步探究三者間關係，以期為乳腺癌術後患者的心理干預提供理論依據。

4.1.2 研究假設

假設一：乳腺癌術後患者因手術導致身體受損（外形、結構、功能）會產生不良身體意象；

假設二：乳腺癌術後患者因手術導致身體受損（外形、結構、功能）會產生病恥感；

假設三：乳腺癌術後患者因手術導致身體受損（外形、結構、功能）會存在生命品質受損的狀況

假設四：乳腺癌術後患者的身體意象、病恥感和生命品質之間存在顯著相關關係，且三者間存在仲介效應。

4.2 研究方法

4.2.1 研究對象

本研究採用方便取樣的原則，分別從陝西省的 1 家省級綜合醫院（三級甲等）腫瘤外科、1 家省級腫瘤專科醫院（三級甲等）乳腺中心以及浙江省 1 家腫瘤專科醫院（三級乙等）乳腺科選取乳腺癌術後患者作為研究被試，納入及排除標準如下：

納入標準：

- （1）女性，年齡：20-70 周歲；
- （2）病理證實為乳腺癌、行乳腺癌手術後 5 年內，病情穩定；
- （3）意識清楚、語言交流無障礙，能夠完成問卷調查；
- （4）在知情同意的前提下自願參加本研究。

排除標準：

- （1）同時患有其他惡性腫瘤或乳腺癌出現遠處轉移；
- （2）有嚴重的視聽障礙、精神障礙等重大軀體疾病，或因各種原因無法正常交流；
- （3）不能保證完成本研究者。

4.2.2 研究工具

- （1）患者一般資料調查問卷

該問卷由研究者本人自行設計，包括年齡、民族、宗教、常住地、文化程度、職業情況、經濟狀況、婚姻狀況、家族遺傳情況、手術方式、術後時長以及調查時輔助治療情況共 14 個條目。

- （2）《乳腺癌患者體象問卷中文版 BIBCQ-C》（Body Image after

Breast Cancer Questionnaire Chinese Version)

該問卷以下簡稱《乳腺癌患者體象問卷》，其英文版由 Toronto 大學的 Baxter 等編制。該問卷考慮了乳房切除可能對患者身體、社會心理功能造成的影響，從疾病易感、身體羞恥、功能限制、身體關注、透視、患臂關注等多個維度測量乳腺癌手術對身體意象的影響。全問卷由 53 個條目組成，包括普通條目 45 個，可針對正常人群和乳腺癌術後患者，8 個可選條目，其中 6 個可選條目用於評估保乳手術或乳房術後重建的患者，另外 2 個可選條目用於評估切除乳房但未重建的患者。問卷採用 5 級評分，計分規則為：從非常反對到反對、中立、同意、非常同意分別記 1、2、3、4、5 分，各維度總分為受試者在各條目上的得分之和，其中條目 2、6、8、10、11、12、16、20、23、37、43、49 為反向條目，條目計分為 6-該條目上受試者得分。問卷得分越高代表受試者在該問卷所描述的體像維度上受到的不利影響越多。

既往研究驗證該問卷作為多維度身體意象影響的測量工具，可用於乳腺癌術後患者身體意象的評估。本研究採用中南大學楊玉玲（楊玉玲，2013）在英文版問卷基礎上通過翻譯、回譯等建立的《乳腺癌術後患者體像問卷》中文版。該問卷的 α 係數為 0.96，各項擬合指數均大於 0.90，說明該問卷具有較好的信度和效度，能夠有效評估乳腺癌術後患者的體像狀況。

(3) 《Link 病恥感系列量表》（Perceived Devaluation-Discrimination, PDD）

以下簡稱《Link 病恥感系列量表》。以 2002 年 Link 等人再次修訂的病恥感系列量表進行測量。該系列量表主要由貶低-歧視感知量

表（貶低-歧視感知維度）、病恥感情感體驗量表（誤解、不同/羞恥維度）和病恥感應對量表（保密、退縮、教育、挑戰、分離維度）三個分量表共同組成，共 8 個維度，46 個條目組成。其中 1、2、3、4、8、10、16 為反向條目，採用反向計分。每個條目分 4 個級別評分，從非常同意到非常不同意依次賦於 1-4 分，得分越高表明患者的病恥感程度越低。三個分量表的內部一致性信度分別為 0.82-0.86，0.62-0.70，是目前較為完善的測量感知病恥感的研究工具。目前該系列量表最常應用於精神疾病、HIV 感染患者，國內也有應用於肺癌、宮頸癌、乳腺癌、直腸癌等疾病患者病恥感的研究。本研究採用徐暉（2008）漢化的中文版《Link 病恥感系列量表》評估患者的病恥感水準。孔榮華等人（2015）對此量表在乳腺癌術後患者病恥感及影響因素研究中對信度進行了檢驗，該量表 Cronbach's α 係數為 0.761，8 個維度 Cronbach's α 係數為 0.610-0.857。

（4）《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》中文版 4.0

該量表《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》以下簡稱 FACT-B 是美國開發的一個著名的乳腺癌生命品質測定量表，適用於臨床各期的乳腺癌術後患者，萬崇華等人（2008）修訂其中文版量表，張冬梅等人（2002）通過 108 例乳腺癌住院病人和部分門診病人的測定進行評價，發現 FACT-B 中文版量表具有可靠的信度、效度及反應度，可以作為我國乳腺癌患者生命品質的評估工具。本研究選用的 FACT-B（V4.0）共分 5 個維度 36 個條目，其中生理狀況（7 個條目）、社會/家庭狀況（7 個條目）、情感狀況（6 個條目）、功能狀況（7 個條目）和附加關注（9 條）。

FACT-B 量表採用“一點也不”、“有一點”、“有一些”、“相當”、“非

常”Likert5 級記分(0~4)分,總分 144 分。除 GP1~GP7、GE1、GE3~GE6、B1~B3、B5~B8 為逆向條目之外,其餘均為正向條目。其計分公式可表達為:正向條目得分=(0+回答選項數碼),逆向條目得分=(4-回答選項數碼),正向條目按照 0~4 記分,逆向條目則反向記分;得分越高表明健康狀況越好。該量表在國內乳腺癌研究中廣泛使用。

4.2.3 研究程式

(1) 招募被試。通過科室協助、海報宣傳、課題介紹等方式募集研究被試;

(2) 簽署知情同意書。對有意願並合乎入選標準的患者通過個別晤談的方式介紹課題內容,納入本研究,簽署《研究二知情同意書》;

(3) 問卷調查。被試在治療、復查期間,於入住醫院的相關科室內完成《乳腺癌術後患者的一般資料表》、《乳腺癌患者體象問卷》、《Link 病恥感系列量表》、FACT-B 4 份問卷的填寫;

(4) 回收資料。上述上述所有資料妥當回收、整理、存檔以備統計分析;

4.3 結果與分析

自 2019 年 2-12 月,在上述三家醫院共發放問卷 180 份,回收 180 份,其中有效問卷 157 份,有效率 87.22%。

4.3.1 被試資訊分析

(1) 人口學資訊

來自 3 家醫院的 157 例研究被試的人口學資訊,如表 4-1 所示。

表 4-1 研究二 被試人口學資訊 (n=157)

專案及分類	人數	百分比%	
年齡	<35 歲	18	11.46%
	36-55 歲	101	64.33%
	>56	38	24.20%
民族	漢族	153	97.45%
	其他少數民	4	2.55%
信仰	無宗教信仰	143	91.08%
	有宗教信仰	14	8.92%
受教育程度	小學及以下	23	14.65%
	中學/中專/職	89	56.69%
	大專/本科	42	26.75%
	研究生及以	3	1.91%
職業狀況	無業/待業	31	19.75%
	在職	59	37.58%
	退休	40	25.48%
	務農	27	17.20%
婚姻狀況	未婚	3	1.91%
	已婚	144	91.72%
	離異	8	5.10%
	喪偶	2	1.27%
常駐地	城鎮	105	66.88%
	鄉村	52	33.12%

	無收入	62	39.49%
	<3000 元	38	24.20%
個人月收入	3000-5000 元	42	26.75%
	5000-8000 元	8	5.10%
	>8000 元	7	4.46%
	<2000 元	42	26.75%
家庭人均月	2000-4000 元	60	38.22%
收入	4000-8000 元	42	26.75%
	>8000	12	7.64%
	缺失	1	0.64%

本研究被試年齡最小 26 歲，最大 69 歲，平均年齡 48.55 歲。由上表可知，被試三個年齡段中，“36-55 歲”所占的比例最大，為 64.33%，其次是“>56 歲”，占 24.20%，35 歲以下僅占 11.46%；在四個不同受教育程度的選項中，“中學/中專/職校”所占比例最大，為 56.69%，其次是“大專/本科”占 26.75%，再次是“小學及以下”和“研究生及以上”分別為 14.65%和 1.91%；個人月收入中，“無收入”占了最大比例，39.49%，其次依次是“3000-5000 元”、“<3000 元”、“5000-8000 元”和“>8000 元”分別占 26.75%、24.20%、5.10%和 4.46%；家庭人均月收入中，“2000-4000 元”占最大比例，為 38.22%，其次是“<2000 元”和“4000-8000 元”相同，均占 26.75%，再次是“>8000”，占 7.64%。”

（2）被試治療相關資訊

本研究利用被試術後住院治療（放療、化療、靶向等治療）、復查等時機開展，因此對被試的治療相關資訊也進行了調查，其中包括手術方式、調查時治療情況（如是否處在化療、放療期）以及術後時

長。因為不同的手術方式、是否處在化療、放療期以及術後不同時長，都會對研究結果產生影響。本研究所指的化療期包括整個化療週期及化療結束後 3 周，放療期包括整個放療週期及放療結束後 3 周。被試治療相關資訊如表 4-2 所示。

表 4-2 研究二 被試治療相關資訊 (n=157)

專案及分類	人	百分
手術方式		
單側乳房全切	12	80.89
雙側乳房全切	4	2.55%
乳房部分切除/保乳術	23	14.65%
乳房部分切除/保乳術+重建	2	1.27%
單側乳房全切+重建	1	0.64%
是否處在化療期		
是	89	56.69%
否	68	43.31%
是否處在放療期		
是	14	8.92%
否	143	91.08%
術後時長 (月)		
術後 1 個月 (含) 內	20	12.74%
術後 1-6 個月 (含)	85	54.14%
術後 6-12 個月 (含)	28	17.83%
術後 12-60 個月 (含)	23	14.65%
缺失	1	0.64%

由上表得知，單側乳房全切占比例最大，為 80.89%，其次依次是

“乳房部分切除/保乳術”、“雙側乳房全切”、“乳房部分切除/保乳術+重建術”和“單側乳房全切+重建”，所占比例分別為 14.65%、2.55%、1.27%和 0.64%；處於化療期和放療期的被試分別占 56.69%和 8.92%；被試術後時長最多集中“術後 1-6 個月”，占 54.14%，其次依次為“術後 6-12 個月”、“術後 12-60 個月”和“術後 1 個月內”，分別占 17.83%、14.65%和 12.74%。

(3) 被試家族遺傳資訊

因乳腺癌致病因素中存在家族遺傳方面的因素，將被試家族女性患同病情況也列入調查。家族女性患同病情況見表 4-3。

表 4-3 研究二 被試家族遺傳資訊 (n=157)

專案及分類	人數	百分比
家族女性親屬患同病情況	無	141 89.81%
	有	16 10.19%

由上表可知，家族女性中患同病，即可能有家族遺傳因素的被試占 10.2%。家族女性包括：直系女性親屬包括母親、（外）祖母、女兒、（外）孫女等，旁系女性親屬包括姐妹、姨母等。家族女性中沒有患同病的被試占 89.81%。

4.3.2 問卷結果統計與分析

本研究部分主要運用 SPSS21.0 對數據進行統計分析。分別對研究數據的共同方法偏差進行了檢驗，對被試身體意象、病恥感、生命品質狀況數據進行了單樣本 t 檢驗以及對身體意象、病恥感、生命品質三者關係進行了偏相關分析和逐步分層回歸分析。乳腺癌患者群體屬

於特殊群體，相關問卷、量表缺乏常模作對比，故本研究的身體意象、病恥感、生命品質數據的單樣本 t 檢驗選擇了相同或相似研究（研究問卷/量表相同、被試納入/排除標準相近）中樣本量最大的研究作對比，或選擇理論均值作對比。其中選擇周敏等人（2019）的研究結果作為身體意象的對比樣本，選擇吳蘇（2015）的研究結果作為生命品質的對比樣本，病恥感則選擇理論均值進行對比。

（1）共同方法偏差

由於本研究的數據均來源於問卷調查，可能存在共同方法偏差。因此，採用 Harnan's 單因數檢驗法對共同方法偏差進行檢驗。結果顯示，特徵值大於 1 的因數共有 36 個，第一個因數的特徵值解釋的總變異量為 23.987，由此可以做出本研究數據不存在嚴重的共同方法偏差的假定。

（2）被試身體意象、病恥感、生命品質狀況分析

①被試身體意象各維度狀況

將被試《乳腺癌術後患者體像問卷》調查結果通過 SPSS 進行統計分析，並以周敏等人（2019）的研究結果作為對比樣本進行單樣本 t 檢驗的差異比較，結果如表 4-4 所示。

表 4-4 被試身體意象各維度現狀描述（n=157）

維度	M±SD	對比	t	p
A1 疾病易感維度	28.31±7.5	21.35	11.5	<
A2 身體羞恥維度	33.00±	18.95	23.9	<
A3 功能限制維度	20.10±	19.55	1.57	≥0.0
A4 身體關注維度	15.22±	21.45	-24.	<
A5 透視維度總分	10.01±	9.20	2.27	<

A6 患臂關注維度	9.24±3.09	13.50	-15.	<
A 總量表分	115.88±2	99.95	8.62	<

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，本研究樣本和對比樣本在 A1 疾病易感維度、A2 身體羞恥維度、A4 身體關注維度、A5 透視維度、A6 患臂關注維度及總量表分上存在顯著性差異，其中 A1 疾病易感維度、A2 身體羞恥維度、A4 身體關注維度、A6 患臂關注維度及總量表分上差異極其顯著（ $p < 0.001$ ），A5 透視維度上存在顯著性差異（ $p < 0.05$ ）。在 A1 疾病易感維度、A2 身體羞恥維度及總量表分上，本研究結果顯著高於對比樣本；在 A4 身體關注維度、A6 患臂關注維度上，本研究結果顯著低於對比樣本；在 A3 功能限制維度上，二者不存在顯著性差異。

以上結果提示，相比對比樣本而言，本研究被試對疾病和癌症明顯更敏感，也明顯更易於產生羞恥感而想掩藏身體，明顯更介意因癌症導致的身體外形改變，但對自己體型及外觀是否滿意以及患臂症狀及變化後的外觀的關注明顯不如對比研究被試。在自主活動能力和範圍方面，兩個研究樣本的情況差別不大。就 A 總量表分即身體意象各維度整體而言，本研究被試受到的不良身體意象的影響明顯更嚴重。

②被試病恥感各維度現狀

將《Link 病恥感系列量表》的調查結果通過 SPSS 進行統計分析，並將本研究結果與理論均值（即理論中點）進行單樣本 t 檢驗的差異比較，結果如表 4-5 所示。

表 4-5 被試病恥感各維度現狀描述（n=157）

維度	M±SD	理論均值	t	p
B1 貶低歧視感知	2.91±0.37	2.50	13.88***	<0.001
B2 保密	2.51±0.39	2.50	0.44	≥0.05
B3 退縮	2.15±0.36	2.50	-12.27***	<0.001
B4 教育	2.13±0.38	2.50	-12.08***	<0.001
B5 挑戰	1.98±0.36	2.50	-18.25***	<0.001
B6 分離	2.38±0.42	2.50	-3.42**	<0.01
B7 誤解	2.35±0.41	2.50	-4.49***	<0.001
B8 不同/羞恥	2.91±0.50	2.50	10.15***	<0.001
B 總均分	2.42±0.22	2.50	-4.86***	<0.001

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，在本研究結果與理論均值進行比較後發現，除保密維度以外，其他 7 個維度和量表總均分，均表現出不同程度的顯著差異（ $p < 0.01$ ， $p < 0.001$ ），其中 B1 貶低歧視感知量表和 B8 不同/羞恥維度上，本研究結果顯著高於理論均值，且極其顯著（ $p < 0.001$ ）；在 B3 退縮、B4 教育、B5 挑戰、B6 分離、B7 誤解維度和 B 總均分上，本研究結果顯著低於理論均值。其中 B6 分離維度上呈十分顯著性差異（ $p < 0.01$ ），在其他維度上呈極其顯著性差異（ $p < 0.001$ ）。

以上結果提示，本研究被試存在的貶低歧視感知和羞恥感相對不明顯，而退縮、教育、挑戰、分離和誤解方面存在的問題相對較明顯。

③被試生命品質各維度現狀

將 FACT-B 的調查結果通過 SPSS 進行統計分析，並將本研究結果與吳蘇（2015）的研究結果進行單樣本 t 檢驗的差異比較，結果如表 4-6 所示。

表 4-6 被試生命品質各維度現狀描述 (n=157)

維度	M±SD	對比樣本	t	p
C1 生理狀況	20.61±4.80	17.93±3.90	7.00***	<0.001
C2 社會家庭情況	19.42±5.35	16.66±4.80	3.50**	<0.01
C3 情感狀況	18.44±4.04	13.09±5.02	1.58	≥0.05
C4 功能狀況	16.65±5.10	12.79±6.18	40.95**	<0.01
C5 附加關注	25.34±5.22	24.15±2.73	24.15***	<0.001
C 總量表分	100.47±17.63	84.59±14.58	71.41***	<0.001

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，本研究結果和對比樣本在 C1 生理狀況、C2 社會/家庭情況、C4 功能狀況、C5 附加關注和 C 總量表分上均呈顯著性差異，其中，C2 社會/家庭情況和 C4 功能狀況維度上，本研究結果顯著高於對比樣本，且差異十分顯著 ($p < 0.01$)，在 C1 生理狀況維度、C5 附加關注維度和 C 總量表分上，本研究結果顯著高於對比樣本，且差異極其顯著 ($p < 0.001$)。

研究結果提示，除 C3 情感狀況維度外，本研究生命品質其他所有維度的分值都顯著高於對比樣本，即本研究被試生命品質顯著優於對比樣本。

(3) 不同受教育程度的被試身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

被試的受教育程度劃分為小學及以下、中學/中專/職校、大專及以上 3 個類別，對被試身體意象、病恥感、生命品質各維度結果做方差分析，比較被試在不同受教育程度下，身體意象、病恥感、生命品

質各維度表現的差異，結果如表 4-7 所示。

表 4-7 不同受教育程度被試身體意象、病恥感、生命品質
各維度的差異比較(M±SD) (n=157)

維度	小學及以下 (n=23)	中學/中專/職 校 (n=89)	大專及以上 (n=45)	F
A1 疾病易感	27.70±7.41	29.12±7.59	27.00±7.58	1.27
A2 身體羞恥	34.04±7.08	33.30±7.08	31.87±8.01	0.83
A3 功能限制	20.74 ±3.17	20.70±4.37	18.60±4.73	3.80*
A4 身體關注	14.96±3.10	15.11±2.83	15.56±3.99	0.37
A5 透視	12.17±4.04	9.87±4.66	9.20±4.09	3.57*
A6 患臂關注	9.30±2.79	9.25±2.85	9.20±3.71	0.01
A 總量表分	118.91±20.55	117.34±22.10	111.43±26.16	1.21
B1 貶低歧視感 感	2.84±0.40	2.84±0.29	3.08±0.45	7.38**
B2 保密	2.58±0.48	2.52±0.37	2.47±0.39	0.60
B3 退縮	2.14±0.33	2.12±0.33	2.22±0.42	1.35
B4 教育	2.12±0.22	2.11±0.36	2.18±0.49	0.50
B5 挑戰	2.04±0.31	2.00±0.33	1.92±0.43	1.18
B6 分離	2.25±0.34	2.34±0.44	2.54±0.39	4.99**
B7 誤解	2.36±0.46	2.36±0.40	2.34±0.42	0.03
B8 不同/羞恥	2.79±0.54	2.86±0.48	3.06±0.51	2.97
B 總均分	2.39±0.22	2.39±0.20	2.48±0.23	2.47
C1 生理狀況	21.87±3.21	20.38±4.87	20.42±5.29	0.93
C2 社會家庭情 況	19.96±6.64	18.75±5.02	20.49±5.19	1.73
C3 情感狀況	19.52±2.71	18.11±4.15	18.53±4.33	1.13
C4 功能狀況	16.48±5.32	15.83±4.42	18.36±5.87	3.82*

C5 附加關注	26.17±4.74	25.21±5.01	25.18±5.90	0.34
C 總量表分	104.00±14.29	98.29±16.22	102.98±21.24	1.61

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，在 A3 身體意象-功能限制、A5 身體意象-透視、B1 病恥感-貶低歧視感知量表、B6 病恥感-分離、C4 生命品質-功能狀況等維度上，不同受教育程度的被試表現出了顯著性差異。其中，在 B1 病恥感-貶低歧視感知量表和 B6 病恥感-分離維度上，呈現十分顯著性差異 ($p < 0.01$)；在 A3 身體意象-功能限制、A5 身體意象-透視、C4 生命品質-功能狀況維度上，呈現出比較顯著差異 ($p < 0.05$)。結合不同受教育程度方差分析得知，在 A3 身體意象-功能限制維度上，“中學/中專/職校”顯著高於“大專及以上”學歷，且差異十分顯著 ($p < 0.01$)；在 A5 身體意象-透視維度上，“小學及以下”顯著高於“大專及以上”；在 B1 病恥感-貶低歧視感知量表上，“大專及以上”學歷顯著高於“小學及以下”且差異十分顯著 ($p < 0.01$)，“大專及以上”學歷顯著高於“中學/中專/職校”且差異極其顯著 ($p < 0.001$)；在 B6 病恥感-分離維度上，“大專及以上”學歷顯著高於“小學及以下”且差異十分顯著 ($p < 0.01$)，“大專及以上”學歷顯著高於“中學/中專/職校”且差異十分顯著 ($p < 0.01$)；在 C4 生命品質-功能狀況維度上，“大專及以上”學歷顯著高於“中學/中專/職校”且差異十分顯著 ($p < 0.01$)。

上述結果中有實際意義的部分，即在 A5 身體意象-透視維度上，“小學及以下”被試比“中學/中專/職校”受到的不利影響顯著 ($p < 0.05$)，比“大專及以上”受到的不利影響更加顯著 ($p < 0.01$)，提示文化程度越低，越關注癌症相關外形改變；在 B1 病恥感貶低歧視感

知上,“大專及以上”被試比其他兩類學歷被試受到的不利影響更少 ($p < 0.01$), 提示高學歷被試更加不易感受到來自他人的貶低歧視態度; 在 B6 病恥感應對-分離維度上,“大專及以上”被試比其他兩類被試受到的不利影響顯著更少 ($p < 0.01$), 提示高學歷被試更顯著不傾向把自己與其他患者區別開來; 在 C4 生命品質-功能維度上,“大專及以上”學歷被試顯著優於“中學/中專/職校” ($p < 0.01$), 在分值上也優於“小學及以下”學歷, 但未達到統計學的顯著差異 ($p > 0.05$)。提示高學歷被試比中、低學歷被試的在身體功能方面有更好的表現。

(4) 不同居住環境 (城鄉) 的被試身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

將居住地分別為城市和鄉村的乳腺癌術後患者的身體意象、病恥感、生命品質結果進行獨立樣本 t 檢驗, 結果如表 4-8 所示。

表 4-8 不同居住環境 (城鄉) 被試身體意象、病恥感、生命品質各維度的差異比較 (M±SD) (n=157)

維度	城鎮 (n=105)	鄉村 (n=52)	t	p
A1 疾病易感	27.30±7.09	30.35±8.16	-2.41*	<0.05
A2 身體羞恥	32.39±7.23	34.23±7.51	-1.48	≥0.05
A3 功能限制	19.50±4.52	21.33±3.92	-2.49*	<0.05
A4 身體關注	15.03±3.22	15.60±3.23	-1.04	≥0.05
A5 透視	9.34±4.33	11.37±4.55	-2.71**	<0.01
A6 患臂關注	8.98±3.02	9.77±3.20	-1.51	≥0.05
A 總量表分	112.53± 22.62	122.63±22.95	-2.62*	<0.05
B1 貶低歧視感知	2.94±0.38	2.84±0.35	1.62	≥0.05
B2 保密	2.52±0.37	2.51±0.43	0.17	≥0.05
B3 退縮	2.14±0.36	2.16±0.35	-0.28	≥0.05
B4 教育	2.13±0.39	2.13±0.39	0.03	≥0.05
B5 挑戰	1.95±0.37	2.05±0.31	-1.79	≥0.05
B6 分離	2.40±0.42	2.35±0.44	0.66	≥0.05
B7 誤解	2.33±0.40	2.40±0.44	-1.10	≥0.05

B8 不同/羞恥	2.97±0.48	2.78±0.54	2.29*	<0.05
B 總均分	2.42±0.21	2.40±0.24	0.52	≥0.05
C1 生理狀況	20.80±4.76	20.23±4.90	0.70	≥0.05
C2 社會家庭情況	19.96±4.69	18.35±6.41	1.79	≥0.05
C3 情感狀況	18.58±4.19	18.15±3.73	0.62	≥0.05
C4 功能狀況	17.34±5.12	15.25±4.79	2.46*	<0.05
C5 附加關注	25.72±5.30	24.58±5.02	1.30	≥0.05
C 總量表分	102.40±17.89	96.56±16.57	1.97	≥0.05

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，在 A 身體意象總量表分和 A1 身體意象-疾病易感維度、A3 身體意象-功能限制維度、A5 身體意象-透視維度、B8 病恥感-不同/羞恥維度、C4 生命品質-功能維度上，城鎮和鄉村的被試表現出了顯著性差異。其中，在 A 身體意象總量表分和 A1 身體意象-疾病易感維度、A3 身體意象-功能限制維度、A5 身體意象-透視維度上，城市樣本顯著低於鄉村樣本，且在 A5 身體意象-透視維度上差異十分顯著（ $p < 0.01$ ）；在 B8 病恥感-不同羞恥維度、C4 生命品質-功能狀況維度上，城市樣本顯著高於鄉村樣本，且差異比較顯著（ $p < 0.05$ ）。

上述結果顯示，在身體意象總體以及身體意象-疾病易感、功能限制、透視方面，城鎮被試受到的不利影響比鄉村小（ $p < 0.05$ ），在身體意象-透視方面上，這個不利影響更顯著更小（ $p < 0.01$ ）；提示鄉村被試比城鎮被試在整體上有更多的不良身體意象，對疾病和癌症更敏感，身體自主活動能力受到更多的限制，更關注癌症相關的外形改變；在病恥感情感體驗-不同/羞恥維度上，城鎮被試比鄉村被試受到的不利影響更少（ $p < 0.05$ ），提示鄉村被試比城市被試有更明顯的羞恥體驗；在生命品質-功能狀況方面，城鎮被試分值比鄉村被試顯

著高 ($p < 0.05$)，提示城鎮被試的身體功能狀況比鄉村的好。

(5) 不同經濟狀況的乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

本部分將家庭人均月收入情況作為經濟狀況的衡量標準，分為 4 個類別：<2000 元、2000-4000 元、4000-8000 元、>8000 元。運用 SPSS 統計軟體對不同經濟狀況下的乳腺癌術後患者在身體意象、病恥感、生命品質問卷結果進行了方差分析，探討在不同經濟狀況下所表現出的差異，結果如表 4-9 所示。

表 4-9 不同經濟狀況被試身體意象、病恥感、生命品質各維度的差異比較
(M±SD)

維度	<2000 元 (n=42)	2000-4000 元 (n=60)	4000-8000 元 (n=42)	>8000 元 (n=12)	F
A1 疾病易感	29.3±8.30	28.80±7.91	26.95±6.13	26.42±7.94	1.06
A2 身體羞恥	35.39±7.13	31.91±7.39	32.66±6.89	31.83±8.45	2.09
A3 功能限制	21.50±3.76	20.05±4.62	19.02±4.74	19.33±3.39	2.43
A4 身體關注	15.12±3.38	15.23±3.16	15.40±3.12	15.08±3.70	0.07
A5 透視	11.64±4.43	9.80±4.83	9.26±3.68	8.42±4.42	2.89
A6 患臂關注	9.48±2.58	9.42±3.27	8.93±3.18	8.67±3.82	0.42
A 總量表分	122.51±2.95	115.21±24.04	112.23±20.76	109.75±25.70	1.81
B1 貶低歧視感知	2.83±0.35	2.89±0.38	2.98±0.36	3.01±0.41	1.61
B2 保密	2.58±0.39	2.51±0.38	2.42±0.37	2.53±0.41	1.22
B3 退縮	2.09±0.33	2.16±0.32	2.13±0.42	2.38±0.37	2.07
B4 教育	2.07±0.33	2.16±0.30	2.12±0.42	2.22±0.73	0.69
B5 挑戰	1.99±0.28	2.04±0.32	1.93±0.44	1.83±0.44	1.44
B6 分離	2.24±0.33	2.43±0.46	2.39±0.43	2.58±0.35	2.93*

B7 誤解	2.31±0.36	2.34±0.46	2.34±0.36	2.50±0.46	0.69
B8 不同/羞恥	2.77±0.47	2.88±0.50	3.04±0.49	2.98±0.54	2.24
B 總均分	2.36±0.20	2.43±0.20	2.42±0.22	2.50±0.25	1.72
C1 生理狀況	20.45±4.77	20.38±5.17	20.98±4.82	20.92±3.26	0.15
C2 社會家庭情況	18.85±6.12	19.24±5.08	20.13±5.16	19.44±4.78	0.42
C3 情感狀況	18.67±3.55	18.35±4.17	18.17±4.30	19.00±4.57	0.19
C4 功能狀況	16.26±5.58	15.58±4.71	18.40±4.94	17.25±4.85	2.75*
C5 附加關注	25.36±4.99	25.42±5.23	25.24±4.91	25.17±7.52	0.01
C 總量表分	99.58±16.83	98.97±17.62	102.91±18.15	101.78±20.32	0.46

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

由上表可知，不同經濟狀況下被試僅在 B6 病恥感應對-分離維度上和 C4 生命品質-功能狀況維度上表現出了顯著差異，在其餘維度和總分上均未表現出顯著差異。由 LSD 事後比較結果可知，在 C4 生命品質-功能狀況維度上，家庭人均月收入“4000-8000 元”得分顯著高於“2000-4000 元”（ $p < 0.01$ ），提示中高收入被試相比中低收入被試的身體功能狀態明顯更好；在 B6 病恥感應對-分離維度上，家庭人均月收入“ < 2000 元”的得分顯著小於“2000-4000 元”和“ > 8000 ”（ $p < 0.05$ ），小於“4000-8000 元”但差異不顯著，提示家庭人均月收入低的被試更在意自己和其他乳腺癌術後患者的區別。

4.3.3 被試身體意象、病恥感、生命品質的關係分析

(1) 身體意象、病恥感、生命品質的相關性分析

對身體意象 A、病恥感 B、生命品質 C 的總量表分兩兩之間進行皮爾遜積差相關分析，並且將身體意象作為控制變數 A，將病恥感作

為引數 B，將生命品質作為因變數 C，探討 B 與 C 的偏相關，變數 ABC 之間的相關如圖 4-1 所示。

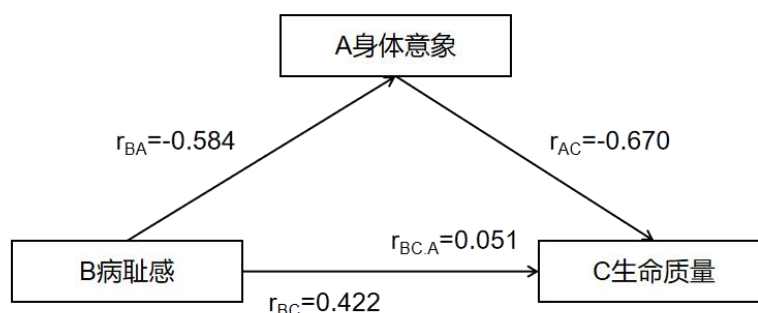


圖 4-1 乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的相關關係

結果發現，病恥感與身體意象的總量表分呈中等強度的負相關，即 $r_{BA} = -0.584$ ；身體意象與生命品質呈中等強度的負相關，即 $r_{AC} = -0.670$ ；病恥感與生命品質呈中等強度的正相關，即 $r_{BC} = 0.422$ ；但在控制了身體意象這個變數之後，B 與 C 之間相關係數下降為 0.051，即 $r_{BC.A} = 0.051$ ，B 與 C 之間的偏相關係數接近於 0。這種情況存在 2 種可能的原因，一種可能的解釋為 A 是 B 與 C 的共同原因，即 A 能夠同時引起 B 和 C 共變，但 B 和 C 之間不存在共變的關係，也就是所謂的 B 與 C 之間是“虛假相關”，或稱為“錯覺相關”。在這種情況下，B 與 C 之間是不存在真實的相關關係的，但這不符合病恥感和生命品質的理論內涵，患者病恥感對其生命品質產生影響是一個理論上邏輯較為清晰的關係，並非虛假相關的情況。那麼就可能是第二種情況——A 是 B 與 C 的仲介變數。因此，需要進一步考察變數 A 的仲介效應，即身體意象在病恥感和生命品質之間的仲介效應。

(2) 被試病恥感和生命品質的關係：身體意象的仲介效應

首先，數據進行標準化處理。

其次，仲介效應檢驗。量表 A 身體意象總量表分為仲介變數 M，
量表 B 病恥感總均分為引數 X，量表 C 生命品質總量表分為因變數 Y。
回歸方程如下：

$$Y=cX+e1$$

$$M=aX+e2$$

$$Y=c'X+bM+e3$$

根據圖 4-2 的仲介效應檢驗程式，對被試身體意象、病恥感、生命品質的結果做逐步分層回歸，考察回歸係數 c、a、b、c' 是否顯著。檢驗結果如表 4-10 所示。

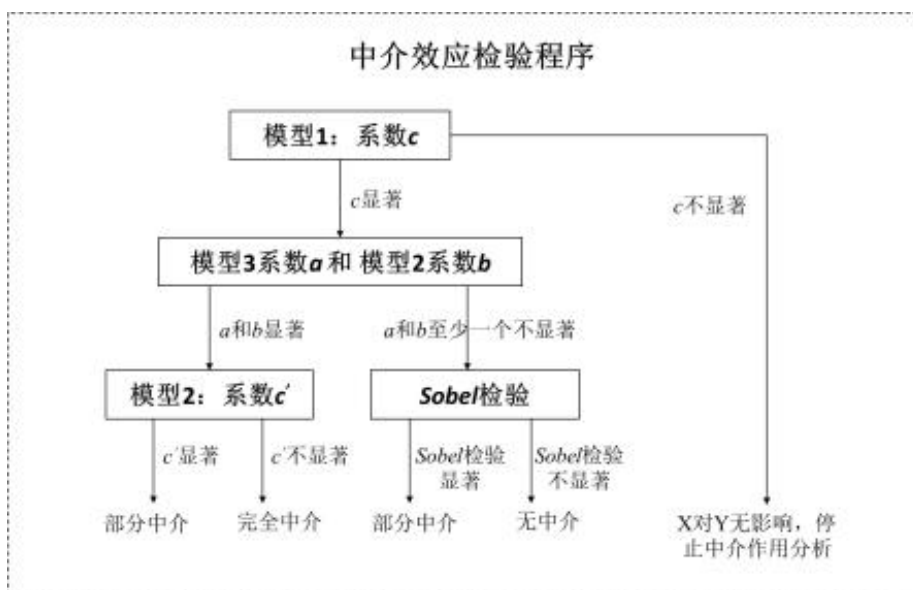


圖 4-2 仲介效應檢驗程式

表 4-10 身體意象在病恥感和生命品質中的仲介效應

步驟	引數	因變數	B	β	t	ΔR^2	F
1	病恥感	生命品質	34.40	0.422	5.80***	0.178	33.64***

2	病恥感	身體意象	-62.52	-0.584	-8.96***	0.341	80.31***
3	身體意象	生命品質	-0.51	-0.670	-11.24***	0.449	126.36***
4	病恥感	身體意象 (控制變數)	3.81	0.047	0.64	0.451	63.14***

注：*代表 $p < 0.05$ ，**代表 $p < 0.01$ ，***代表 $p < 0.001$

如表 4-10 結果所示，回歸係數 c、a、b 均顯著，但回歸係數 c' 不顯著，因而身體意象在病恥感和生命品質中為完全仲介變數，即病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響。因此，可以認為通過改變不良的身體意象，可以改變患者病恥感對於其生命品質的影響。根據表 4-10 的結果，做模型圖 4-3。

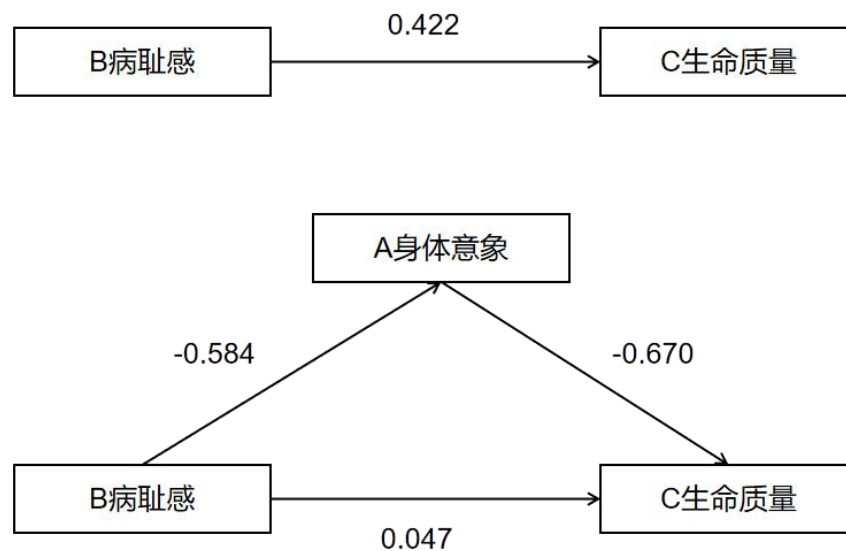


圖 4-3 身體意象在病恥感和生命品質之間的仲介作用

4.4 討論

4.4.1 被試情況

包括被試人口學、治療和家族遺傳資訊。

(1) 被試年齡

被試年齡分 35 歲以下、36-55 歲和 56 歲以上三個年齡層。以 36-55 歲年齡段人數最多，達 64.33%。按惡性腫瘤形成的大致時間推算，30-50 歲可能為其乳腺癌形成的階段，推測該年齡段的女性承擔著工作/生計、持家、養育子女的重任，承受的生活壓力較大；其次是 56 歲以上占 24.20%，以上兩個年齡段被試即 36 歲以上的被試占總人數的 88.53%，說明 36 歲以後罹患乳腺癌的風險較 36 歲之前明顯增高。

(2) 被試受教育程度

在“小學及以下”、“中學/中專/職校”、“大專/本科”和“研究生及以上”四個受教育程度分級中，“中學/中專/職校”及以下學歷人數達到 71.34%，推測受教育程度較低的被試由於受認知水準及相關方面的限制，可能會面臨更多的困擾和壓力；

(3) 被試經濟狀況

包括個人月收入和家庭人均收入兩項，中低收入水準（個人月收入 3000 元以下，家庭人均月收入 4000 元以下）占多數，分別為 63.69% 和 64.97%，推測中低收入層可能承受更多的生活壓力；

(4) 被試手術術式

被試接受的手術術式包括：“單側乳房全切”、“雙側乳房全切”、“乳房部分切除/保乳術”、“乳房部分切除/保乳術+重建術”和“單側乳房全切+重建術”五種，其中乳房全切術（包括單側乳房全切和雙側乳房全切）且未進行乳房重建的達 83.44，提示大多數被試會面臨手術所致的乳房缺失、身體殘缺帶來的各種心身問題，提示被試在接受醫療、護理的同時，也亟需心理輔助、心理支持。

(5) 被試所處治療階段

目前乳腺癌術後的輔助治療主要包括化療、放療和靶向治療等，本研究處於化療期和放療期的被試占 65.61。放療、化療導致的副作用，會對其生命品質有關生理狀況的測評結果產生一定影響，分析、討論時應加以考慮；

①術後時長情況

被試術後時長劃分為“術後 1 個月內”、“術後 1-6 個月”、“術後 6-12 個月”和“術後 12-60 個月”四個時間段，其中術後半年內的被試人數占 66.88%。術後半年以內是輔助治療的密集期，方便被試入選；此外該階段被試對手術創傷還處於反應、調整和適應過程中，存在身心困擾的情況會相對普遍。

②家族遺傳情況

本研究通過對被試家族女性親屬患同病的調查情況初判其有無家族遺傳因素。其中有家族遺傳因素的被試僅占 10.19%。提示乳腺癌患病的主要因素不在遺傳，應更多關注其他可能的因素。

4.4.2 被試身體意象、病恥感、生命品質狀況

(1) 被試身體意象狀況

本研究將身體意象定義為：個體後天成長過程中，受人際關係和社會文化因素影響而形成的對於自己身體外形、結構以及功能的感知覺及評價，並在自我觀察及觀察他人對自己身體反應的基礎上得以建立。

由於研究對象是以乳房缺失為共性特徵的乳腺癌術後患者，為客觀、準確反映其身體意象，特選擇乳腺癌患者身體意象特異性量表《乳腺癌患者體象問卷中文版 BIBCQ-C》作為測評工具。該量表包括疾病易感、身體羞恥、功能限制、身體關注、透視、患臂關注六個維度，

分別代表個體對疾病和癌症敏感性、因羞恥感覺有必要掩藏身體、自主活動能力和範圍、對自己體形和外觀的滿意度以及對患臂症狀和變化的外觀的關注六個方面。除疾病易感、功能限制兩個維度，其他四個維度更能直接或間接反映出被試身體意象狀況。如身體羞恥維度，代表被試會因難以接受手術所致乳房缺失改變而產生羞恥感，表現出不願直視或觸摸術後疤痕，感覺自己女性魅力減少，回避包括性生活在內的親密接觸，希望通過佩戴義乳、穿特型服飾、隱出公眾視野等方式彌補缺陷或避開關注；如身體關注和患臂關注維度，表現出被試對自己身體體形、身體曲線以及手術帶來的手臂外形、功能等多方面改變的不接受或不滿意；如透視維度；由於被試對癌症及治療後身體變形的敏感，易感覺到自己身體變形以及他人對自己的身體變形的關注；

相關文獻中周敏等人（2019）的測量工具與本研究相同，研究被試情況與本研究接近，樣本量相比其他同類研究更大，故選擇該研究樣本為對比樣本，對身體意象各維度現狀的測量值進行對比。

與對比研究相比，本研究在 A1 疾病易感維度、A2 身體羞恥維度及總量表分上非常顯著高於對比樣本；提示本研究被試對疾病和癌症更敏感、更易於產生羞恥感而想掩藏身體，就總量表分即身體意象各維度總分代表的情形而言，本研究被試的不良身體意象更嚴重。在 A4 身體關注維度、A6 患臂關注維度上，本研究結果顯著低於對比樣本。提示本研究被試更少在意因癌症導致的身體外形改變，更少關注患臂症狀及變化。結合臨床訪談過程中被試對乳房缺失後對身體變化的描述及感受涉及不良身體意象的情況，說明本研究被試存在明顯的不良身體意象，相比對比研究，本研究被試身體意象整體狀況更嚴重

的原因可能與本研究保乳術比例更低有一定關係（本研究保乳術占 15.92%，對比研究保乳術占 23.00%）。無論本研究還是對比研究，乳房全切術都是最主要的手術方式，一側乳房缺失成為普遍問題，因此不良身體意象也繼而成為普遍問題。以上結果與既往文獻報導一致。一項對 46 例乳腺癌術後乳房缺失患者的深度訪談質性研究結果顯示，82.6% 的患者把術後乳房缺失的顧慮放在首位（李雲，2018）；另一項研究也顯示，對身體形象的關注令人苦惱，幾乎所有的術後心理問題及功能障礙都與乳房缺失或外形不滿意有關（Buki, 2016）。

（2）被試病恥感狀況

本研究將病恥感定義為個體因疾病感受到他人和社會偏見、歧視而產生的一種錯誤想法或行為以及自卑、羞恥的情緒體驗。採用《Link 病恥感系列量表》分別對病恥感知、病恥感應對方式（保密、退縮、教育、挑戰、分離）、病恥感情感體驗（誤解、不同/羞恥）等多維度進行測量，較全面體現了本研究對病恥感的定義。

本研究病恥感的測量選擇理論均值做對比。研究結果顯示，在退縮、教育、挑戰、分離、誤解、總均分上，其測量值非常明顯低於理論均值，說明本研究被試在這些維度上病恥感相對更明顯，而在貶低歧視感知、不同/羞恥維度上顯著高於理論均值，說明被試在這兩個維度上病恥感相對不明顯。結合臨床訪談過程中被試對乳房缺失後的描述和感受多有涉及病恥感的情況，說明本研究被試存在病恥感，並以退縮、教育、挑戰、分離、誤解為明顯特徵。

“退縮”代表社交回避，即不願與他人交往，不願參加社交活動，趨於將自己封閉起來，退縮可視作是一種消極防禦方式，目的是避免在人際交往中受歧視、被貶低；“教育”代表試圖教育他人，“挑戰”代

表針對他人的歧視進行反駁，“教育”和“挑戰”都可視作為試圖改變來自他人的歧視、貶低態度採取的主動攻擊性防禦方式，後者的攻擊性更強一些；“分離”代表認為自己的問題與其他乳腺癌患者不同而將自己與其他患者區分開的態度，“分離”介於“退縮”和“教育”、“挑戰”之間，不是明顯的回避也沒有明顯的攻擊，採取相對折衷的態度來與乳腺癌相關的話題分離、隔離。以上種種態度都是被試為保護自己，有意識或無意識採取的應對方式，反映出其病恥感通過以上維度表現。既往研究提示，他人對患者的歧視是患者病恥感的來源之一

(Nyblade, 2017)。在公眾認知層面上，癌症是不治之症，必然導致死亡、癌症是患者不良行為的報應等觀念具有一定普遍性。因此也就不難理解患者也會因自身類似的認知產生病恥感，為保護自己免受他人的歧視而採取不同的應對方式如社交回避（退縮）、試圖教育他人/針對他人的歧視進行反駁（教育/挑戰）、表明自己的問題和其他乳腺癌患者的問題有區別（分離），產生病恥感情感體驗，被誤解的心理感受。在本研究中，被試的病恥感在誤解以及退縮、教育、挑戰、分離等維度上相對更明顯。

貶低歧視感知是對病恥感的感知，“不同/羞恥”是認為與他人不同而感到羞恥，內容分屬病恥感-貶低歧視感知量表和病恥感-情感體驗維度，都是病恥感的不良心理體驗，被試在這兩個維度上病恥感相對不如退縮、教育、挑戰、分離等維度上的病恥感明顯。說明意識層面上被試可能不認為自己的病恥感多明顯，但其病恥感實際上可能以間接方式或無意識方式如退縮、教育、挑戰、分離等表達出來。

（3）被試生命品質狀況

本研究認同世界衛生組織（WHO）對生活品質的定義，即：“生

活在不同文化和價值體系中個人對其目標、期望、標準及關注問題、有關的生存狀況的體驗”（WHO, 1993）。乳腺癌患者生命品質測定採用 FACT 體系量表《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》中文版 4.0 版，內容包括生理狀況、社會/家庭狀況、情感狀況、功能狀況和附加關注等五個維度，能準確體現本研究對生命品質的定義。

生命品質的對比樣本選自吳蘇（2015）的研究。本研究結果顯示除情感狀況外，生命品質的其他方面狀況都優於對比樣本。分析出現這種狀況可能的因素有：

①治療因素。對比樣本納入的被試全部為乳腺癌術後進行化療的患者。通常化療在乳腺癌術後的輔助治療中副作用最明顯，化療期間測定生命品質會受化療副作用的影響使相關條目分值降低；本研究處於化療期的被試僅占全部被試的 56.69%，另有 8.92% 的被試處於放療期，其餘 34.39% 的被試不處在化療、放療期，或未開始、或已結束、或無須接受術後化療、放療，或在接受對生命品質影響不明顯的其他治療等，故本研究樣本受治療副作用影響比對比樣本小；由於放化療治療的副作用影響，FACT-B 量表中生理狀況相關維度如生理狀況維度、功能維度和附加關注維度也在一定程度上受到影響。

②認知因素

對比研究開展於 5、6 年前，當時乳腺癌診治水準和民眾對乳腺癌疾病的認知水準相對現在要落後一些，可能也會在一定程度上通過影響治療效果以及情緒、心理狀況影響其生命品質。

即便相比對比研究而言，本研究被試的生命品質總體情況較好，並不能說明被試不存在生命品質相關方面的問題。在臨床上與患者交流過程中，通過觀察和問詢，瞭解到無論在生理狀況、社會家庭狀況、

情感狀況、功能狀況和附加關注等各個維度，本研究被試都存在著生命品質不同程度下降的問題，而且問題還比較普遍，這其中包含了化療和放療副作用的影響。結合本研究問卷結果、臨床觀察的實際情況和訪談內容，認為本研究被試的生命品質存在一定程度的受損狀況。

（4）不同受教育程度的被試身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

研究提示：不同受教育程度的被試在三者上的差異主要體現在身體意象和病恥感方面。

①身體意象方面

僅在透視維度上不同受教育程度的被試有差異，即受教育程度較低的被試，更關注癌症相關外形改變；

癌症相關的外形改變在本研究中指身體意象中的透視維度，即個體對明顯的癌症相關外形改變的關注度。例如“我感覺人們在盯著我的胸部看”、“我覺得在別人看來，我兩側的乳房不一樣大”、“我覺得別人會看出我的乳房不正常”等。這一現象可能在一定程度上反映了受教育程度較低的被試整體上在生活中對精神層面關注較少，更多的注意力放在包括安全感在內的生活基本需要層面，自我形象本身及其在家庭、社會中認同也是安全感的一部分，因此在患病和手術治療所致乳房缺失的情況下，特別關注、擔心自己身體外形的改變被他人注意。瞭解這一點，應適時鼓勵她們加強對知識的學習，多參加有益的社會活動和人際交往，從中獲得更多的滋養。

②病恥感方面

在貶低歧視感知量表和應對方式量表-分離維度上不同受教育程度被試有差別，即受教育程度較高的被試更不易感受到來自他人的貶

低歧視態度；更不傾向把自己與其他同病患者區別開來；“易感受到來自他人的貶低歧視態度”和傾向“把自己與其他患者區別開來”分別是病恥感的貶低歧視感知量表和分離維度代表的含義，是病恥感在這兩個維度上的表現。前者因自己罹患乳腺癌以及乳房缺失導致自我（形象）評價降低，產生一些消極認知如“大多數人認為因乳腺癌而切除乳房是一個女人失敗的標誌”、“大多數人看不起曾經得過乳腺癌切除過乳房的人”、“大多數男性不願和一個切除了乳房的人約會”等，對來自他人的貶低歧視態度變得異常敏感；後者是在疾病帶來身體變化產生羞恥感的情況下，採取的一種自主或不自主的防禦機制，表現出自己的問題和其他患者不同，如“我和大多數乳腺癌術後患者是非常不同的”、“我沒有遇到其他乳腺癌術後患者優於患病所經歷的問題”等，試圖通過與其他同病患者區別開來的方式遠離乳腺癌主題。本研究提示高學歷被試明顯“更不易感受到來自他人的貶低歧視態度”；更明顯不傾向“把自己與其他患者區別開來”，進一步分析其中可能的原因是，一方面，高學歷人群整體上對乳腺癌疾病及治療相關資訊認知水準更高，其疾病觀、治療觀乃至生命觀更理性，更容易調動自身因素，調整心態應對乳腺癌和乳房缺失這一生生活事件。內心穩定了，病恥感及影響也會相應減少，對來自他人的貶低歧視態度也會少一些敏感和介意了；也不傾向通過與其他同病患者區別開來的方式隔離乳腺癌主題表現出自己與同病患者的不同。

（5）不同居住環境（城鄉）被試身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

研究提示：

①身體意象方面

整體上鄉村被試有更多的不良身體意象，身體對疾病和癌症更敏感，身體自主活動能力受到更多的限制，更關注癌症相關的外形改變。

上述方面包括身體意象的整體情況以及身體意象的疾病易感、功能限制、透視三個維度的表現。例如疾病易感會有“我感覺我容易患癌症”、“我覺得身體裏好像裝了個定時炸彈”、“我感覺有某種東西控制著我的身體”的表述，表現出對疾病發展的不確定性，對身體狀況的不安全感；功能限制會有“我白天昏昏沉沉，想睡覺”、“我注意力不集中”“身體的原因我不能做自己想做的事”，表現出身體缺乏活力的狀態。本研究中，鄉村被試受教育程度偏低、經濟收入偏低，其中從未受過教育和個人無收入的也大多數來自鄉村，受文化程度和經濟狀況的限制，鄉村被試的經濟壓力大，個人生活空間相對狹小，更容易把注意力放在現實的困難上、放在自我形象本身以及獲得其在家庭、社會關係的認同上。因此整體上更容易產生不良的身體意象、表現出對疾病和癌症的擔憂和敏感、擔心身體外形的改變被他人注意到。這些心理困擾消耗了一定心理能量，從而導致身體功能受到一定限制，表現出疲乏困頓、精神萎靡、缺乏活力的狀況。

②病恥感方面

鄉村被試有更明顯的羞恥體驗。

這裏的羞恥體驗指病恥感的不同/羞恥維度代表的含義，即因與他人不同而感到羞恥。從本研究被試的人口學資料可以瞭解到，鄉村被試受教育程度和經濟狀況相對較差，生活壓力較大，生活空間相對狹小，生活中較少關注精神文化的需要，更多關注基本生存狀況以及作為安全感一部分的自我形象本身及其在家庭、社會中認同感。疾病和術後的身體殘缺讓她們的自我評價降低，在他人健康的身體的對比

下使得這個差距變得明顯起來，從而產生不同/羞恥感。

③生命品質方面

城鎮被試的身體功能狀況更好。

這裏的身體功能狀況指生命品質的功能狀況維度的含義，體現人活力的狀態，例如能面對疾病，維持良好的睡眠、可以做事、可以享受生活並感到滿意。“城鎮被試的身體功能狀況更好”可能的因素除了城鎮被試的收入和受教育程度較高外，城鎮被試個人生活空間相對更大、人際之間的交往互動更密切、生活內容也更豐富。這些因素可能也會在一定程度上有助於改善身體功能狀態。

(6) 不同經濟狀況的乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的差異比較

研究結果提示，中高收入被試相比中低收入被試的身體功能狀態明顯更好；家庭人均月收入低的被試更在意自己和其他乳腺癌術後患者的區別。

“中高收入被試相比中低收入被試的身體功能狀態明顯更好”與前面討論的“城鎮被試的身體功能狀況比鄉村的好”有類同之處，因為中高收入被試以城鎮居多。中高收入因經濟狀況好，會有更寬泛的生活空間，生活更富足便利和豐富多彩，會有助於提升身體功能狀態、提升生命品質。

“家庭人均收入低的被試更傾向把自己和其他乳腺癌術後患者的區別開來”和上面討論的“高學歷被試更明顯不傾向把自己與其他患者區別開來”都是在病恥感的分離維度上的表現，後者的另一種表達就是“低學歷被試更傾向把自己與其他患者區別開來”，本研究家庭人均收入低的被試中，大部分受教育程度也偏低，其內涵具有一致性。

另外，家庭人均收入低，生活壓力較大，生活空間相對狹小，生活中較少關注精神文化的需要，更多關注基本生存狀況以及作為安全感一部分的自我形象本身及其在家庭、社會中認同感。面對身體殘缺較難做到以科學理性的態度應對，會在病恥感的驅動下，有意無意試圖將自己和其他乳腺癌術後患者的區別開來。

4.4.3 被試身體意象、病恥感、生命品質的關係

根據身體意象、病恥感、生命品質的相關性分析結果，得知身體意象、病恥感、生命品質三者之間的關係為：

病恥感與身體意象的總量表分呈中等強度的負相關 ($r_{BA}=-0.584$)；身體意象與生命品質呈中等強度的負相關 ($r_{AC}=-0.670$)，而病恥感與生命品質呈中等強度的正相關 ($r_{BC}=0.422$)，控制了變數 A 之後，B 病恥感與 C 生命品質之間相關僅為 0.047。這說明身體意象在病恥感和生命品質中為完全仲介變數，即病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響。

結合三個量表的計分規則，身體意象量表得分越高身體意象受損越嚴重；病恥感量表得分越高病恥感水準越低；生命品質量表得分越高身體品質狀況越好等情況分析，“病恥感與身體意象的總量表分呈中等強度的負相關”、“身體意象與生命品質呈中等強度的負相關”的結果與量表反映的實際情況相符，可直接用以解釋病恥感與身體意象、身體意象與生命品質之間的關係。即乳腺癌術後患者因乳房缺失等因素產生不良身體意象與病恥感相關，不良身體意象越嚴重會促使病恥感越嚴重，進而導致其生命品質受損越嚴重。

進一步控制身體意象變數，考察變數身體意象在病恥感和生命品質之間的仲介效應之後的結果顯示，身體意象在病恥感和生命品質中

為完全仲介變數，即病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響。這個結論與臨床觀察到的現象，與訪談過程中患者的表述相一致，也符合患者因身體殘缺產生不良身體意象，繼而產生病恥感相關的不良心理體驗、心理過程，給生命品質帶來不利影響這樣一個事物的邏輯關係。

“通過改變不良的身體意象，可以改變患者病恥感對於其生命品質的影響”這一研究結果，為臨床對乳腺癌術後患者的心理干預提供了依據。

4.5 結論

(1) 關於乳腺癌患者

36歲以後發病的風險較36歲前明顯增多。應關注乳腺癌發病過程中的年齡因素，重視對相關年齡段女性開展乳房健康方面的宣教和篩查；

中低受教育程度者、中低收入者在本病所占比例較大；應幫助這個層級的女性獲得更多的社會支持和扶助；

家族遺傳不是乳腺癌發病的主要因素，應更多關注其他可能的因素加以應對；

大多數患者會面臨乳房缺失、身體殘缺帶來的各種心身問題。應關注患者醫護需求的同時，關注其心理輔助的需求。

(2) 乳腺癌術後患者存在身體意象、病恥感和生命品質受損的狀況

乳腺癌術後患者存在不良身體意象、病恥感和生命品質受損的狀況，驗證了本研究假設。並在乳腺癌術後患者的不同分類下，其身體

意象、病恥感和生命品質及其表現方面存在一定的差異：

受教育情況：受教育程度較低的患者，其不良身體意象表現為更關注癌症相關外形改變；受教育程度較高的患者，其病恥感表現為更不易感受到來自他人的貶低歧視態度；更不傾向把自己與其他同病患者區別開來；說明提高文化知識素養、提高認知水準對於改善乳腺癌患者的不良身體意象和病恥感都有積極的意義。

居住環境：鄉村患者整體上有更多的不良身體意象，身體對疾病和癌症更敏感，身體自主活動能力受到更多的限制，更關注癌症相關的外形改變；在病恥感方面也有更明顯的羞恥體驗，身體功能狀況更差。

經濟狀況：中高收入患者的身體功能狀態明顯更好；家庭人均月收入低的患者更介意自己和其他患者的區別。高收入患者相比低收入患者的生活品質在身體功能方面更好，病恥感在分離方面更低。

(3) 病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響。通過改變不良的身體意象，可以改變患者病恥感對於其生命品質的影響。這一研究結果，為臨床對乳腺癌術後患者的心理干預提供了依據。

第五章 研究三 乳腺癌術後患者沙盤遊戲 干預個案研究

5.1 研究目的與研究假設

5.1.1 研究目的

應用沙盤遊戲對一位有明顯不良身體意象、病恥感和生命品質受損的乳腺癌術後患者的心理干預過程進行分析和評估，旨在探索沙盤遊戲對促進乳腺癌術後患者身體意象、病恥感以及生命品質改善的方法。

5.1.2 研究假設

沙盤遊戲可以改善乳腺癌術後患者身體意象、病恥感和生命品質。

5.2 研究方法

本個案研究以沙盤遊戲為主，語言分析為輔，干預效果通過被試自我感受和回饋、諮詢師評估、量表評估體現。

5.2.1 研究對象

(1) 諮詢師

研究者本人，二級心理諮詢師，主治醫師，醫學碩士。

(2) 來訪者

乳腺癌術後患者 H。

5.2.2 研究工具

(1) 測量工具包括以下三個問卷：

問卷 1. 《乳腺癌患者體象問卷中文版 BIBCQ-C》

問卷 2. 《Link 病恥感系列量表》

問卷 3. 《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》中文版

(2) 實驗工具：

①沙盤室 腫瘤科示教室改造為個案沙盤室；

②沙盤 1 個，為長方形木質沙箱，內側尺寸為 57×72×7 (cm)，藍色內壁；

③沙：天然黃沙 15-20 公斤；

④沙具：包括人物、動物、植物、建築物、家居與生活用品、交通運輸工具、食物果實、石頭貝殼、景觀與場景及其他類共十個類別的沙具共 1500 個；

⑤記錄工具：手機相機。用於沙盤結束後對沙盤畫面拍照；

5.2.3 研究程式

(1) 被試選取

①在前期研究被試中選取有意願參加本研究者；

②通過通過科室協助、海報宣傳、課題介紹等方式募集有意願參與本研究者。

(2) 個案開始之前，向研究被試說明：

①本研究目的、方法、內容和保密原則，征得其理解和配合，並簽署知情同意書；

②承諾在論文撰寫和結果公佈的過程中，採用匿名方式；

③問卷調查。第一次諮詢開始時和最後一次諮詢結束時完成《乳
《乳腺癌患者體象問卷》、《Link 病恥感系列量表》、《乳腺癌患者
生命品質測定表 FACT-B》三個問卷的填寫；

資料保存。每次諮詢結束後立即完成諮詢記錄，問卷、照片等資
料妥存、以備整理、分析；

5.2.4 干預方法

(1) 一般心理諮詢

在醫院腫瘤科示教室進行。諮詢師在遵守積極關注、充分共情的
原則下，認真傾聽來訪者的講述，與來訪者互動、溝通、討論以澄清
事實，分析和挑戰來訪者的不合理思維，引導來訪者認識自己的問題。

一般心理諮詢用於初始訪談和結束訪談，以及諮詢過程中來訪者
的特別建議。

(2) 沙盤遊戲干預

在醫院腫瘤科示教室改造的沙盤室進行。諮詢師為來訪者創造安
全、自由、受保護的空間，可以保障來訪者自由無阻地在沙盤中建構
自己的“世界”，可使用沙子進行創作，也可用沙具構建，為了讓來訪
者情緒穩定下來，通常在沙盤遊戲開始前讓來訪者閉目撫沙放鬆 2-3
分鐘後再開始沙盤遊戲過程。在來訪者選沙具、做沙盤的過程中，諮
詢師坐於沙盤旁不遠處，認真觀察來訪者從撫沙、選沙具、擺放沙具
的所有過程。當來訪者的操作完成之後，諮詢師就其在沙盤中的操
作開始提問和討論，但不對沙盤中各個沙具的象徵意義做出解釋，更
多地讓來訪者自己來感受沙盤。整個沙盤遊戲過程遵循申荷永教授在
《沙盤遊戲療法》一書中提到無意識水準的工作、象徵性的分析原理、

遊戲的治療意義、共情的治癒作用和感應與轉化等沙盤遊戲五大工作原則，盡可能為來訪者創造一個能呈現真實內心世界並進行咨訪工作的氛圍和條件。

5.3 諮詢計畫與實施

在 H 知情同意前提下，諮詢師與其共同制定諮詢方案，計畫諮詢 25 次，原則上每週 1 次。

本個案從 2019 年 4 月開始至 11 月共 7 個月時間，除來訪者和諮詢師雙方因故暫時中斷外，基本保持每週 1 次，最終累計 18 次，初始訪談和結束 2 次，語言工作 3 次，沙盤工作 13 次。

5.4 諮詢過程與結果

人為將整個諮詢過程大致劃分為呈現、干預、結束三個階段，三個階段的內容互有重疊。

5.4.1 呈現階段 (第 1-6 次諮詢)

呈現階段包括初始訪談、初始沙盤，及沙盤遊戲干預。收集來訪者一般資料、沙盤遊戲過程中呈現來訪者問題、確定諮詢目標、建立咨訪關係；

(1) 個案基本資料

來訪者 H，女性，年齡 33 歲，漢族，無宗教信仰，西北人，碩士學歷，某培訓機構培訓師，常駐城鎮。乳腺癌術後一年（患側乳房全切）。為便於敘述，以下稱來訪者為“H”。

據 H 介紹，她本人做事認真，對自己要求較高。在原生家庭的子女中排行第二，有 1 哥哥。與母親關係親密，對父親及父母關係未做

表述。已婚，婚後生活稱得上如意。有一個兒子 5 歲。兒子出生後，H 母親來幫忙，外地公婆也過來同住。之後家庭矛盾日漸突出、升級，隨公婆離開，夫妻關係陷入低谷。一年前 H 確診乳腺癌後接受了患側乳房全切術。在 H 患病後兩個月內，其母親也不幸確診惡性腫瘤。H 身心備受打擊。

(2) 干預背景

H 在術後一年住院復查時看到病房的研究招募資訊後主動取得聯繫。當時她已完成為期半年的術後輔助治療，繼續在家中休養了半年，剛回到機構工作。自訴常常產生焦慮情緒，希望尋求專業心理幫助。對課題研究瞭解後，表示願意作為被試加入本研究，有自知力、有主動求助意願及行為，並始終遵守諮詢設置。

(3) 初始評估情況：

①諮詢師評估：H 身材小巧，相貌端莊秀氣，衣著大方，舉止得體，態度謙和，情緒平穩，思路清晰，語言表達準確、流暢。交談過程中多次觸發傷感情緒流淚。精力狀況略弱，有些倦怠。

②來訪者評估：常常因為工作或家中的一些事由引發焦慮不安，影響休息和睡眠，感覺疲憊，精力較差。

③問卷評估

問卷 1：《乳腺癌患者體象問卷中文版 BIBCQ-C》測評結果：

1 疾病易感維度總分：	39	(滿分 55)
2 身體羞恥維度總分：	44	(滿分 55)
3 功能限制維度總分：	21	(滿分 40)
4 身體關注維度總分：	24	(滿分 30)
5 透視維度總分：	8	(滿分 25)

6 患臂關注維度總分： 13 (滿分 20)
總量表分： 149 (滿分 225)

問卷 2：《Link 病恥感系列量表》測評結果（理論均值 2）：

1 貶低歧視感知量表均分： 2.08
2 保密維度均分： 2.33
3 退縮維度均分： 2.13
4 教育維度均分： 2.00
5 挑戰維度均分： 1.75
6 分離維度均分： 3.00
7 誤解均分： 1.67
8 不同/羞恥維度均分： 2.50
總均分： 2.18

問卷 3：《乳腺癌患者生命品質測定量表 FACT-B》中文版 4.0

1 生理狀況維度總分： 11 (滿分 28)
2 社會家庭狀況維度總分： 8 (滿分 28)
3 情感狀況維度總分： 18 (滿分 30)
4 功能狀況維度總分： 7 (滿分 28)
5 附加關注維度總分： 15 (滿分 36)
總量表分： 59 (滿分 144)

(4) 問題呈現

初始沙盤，呈現出當下 H 最大的困擾——夫妻關係、家庭關係。



圖 5-1 第一次沙盤航拍圖 (來訪者角度)

H 描述她喜歡沙盤中的環境，鮮花襯托下的房子和屋外的草坪，遠處的景、物、人都是她喜歡的，草坪上有孩子玩耍，她抱著孩子，感覺非常溫馨，似乎一切都很和諧。



圖 5-2 第一次沙盤航拍圖 (局部)

H: 但是這裏沒有丈夫，此時不願讓他進入這個畫面。接下來講述了自己和丈夫相識以及後來發生的故事。

第三次沙盤，呈現了 H 當時困惑的心境。



圖 5-3 第三次沙盤航拍圖 (來訪者角度)

H: 這個沙盤畫面，代表她現在的心境。藍白相間的建築物是培訓機構的教學樓，穿粉裙衫的小女孩是自己，背對著教學樓，感覺不想回到工作崗位上去，不想面對工作，感覺身心疲憊。



圖 5-4 第三次沙盤航拍圖（局部）



圖 5-5 第三次沙盤航拍圖（局部）

畫面裏的立柱高臺，表達了 H 內心對自己現狀的不滿，她希望自己能像這個高臺一樣，站得高、看的遠，不再為一些事情困擾。

第四次沙盤，呈現了童年時期父親家暴留下的陰影。



圖 5-6 第四次沙盤 (局部)

說到童年時期父親對母親和他們兄妹的暴虐，H 非常痛苦，情緒幾度失控。

在沙盤工作過程中，有時一個畫面或 1~2 件沙具，就引發了 H 對多件事情的回憶、敘述、感想。經過第 1-6 次諮詢，對 H 的問題有了初步的瞭解，歸納如下：

①求助原因：

H 遇事容易糾結，產生焦慮不安的情緒，常影響休息和睡眠。生孩子之前問題不明顯，孩子出生以後，伴隨著與丈夫及公婆關係的惡化這種情形變得明顯起來，持續了 4~5 年的時間。在工作中遇到一些事情也會反復思來想去糾結，焦慮不安。希望尋求心理師的幫助。

②個性特徵

對自己要求較高，做事追求完美。責任心強、事業心強，工作敬業認真，注重教學品質，對所教課程精益求精。例如教案準備，H 說其他培訓師多是在既往教案的基礎上稍加修改應付交差，而她的教案

每年都是在查閱資料的基礎上更新的，並且針對不同職業的學員，會為其準備專門的教案。對待同事、學生及家長關心、尊重有加，注重細節，細緻周到。例如遇事需要發通知給學員，凡 H 認為在群裏發消息可能對個別學員有不利影響，常常一一個別聯繫說明，從不為圖省事在群裏發。

但是一旦遇到他人的表現和自己心目認為理想、正確、應該的想法矛盾的時候，會很不舒服，時常放不下，產生糾結和不良情緒。

③人際關係

根據 H 的表述，她經常為別人著想，特別是全心全意對待自己家人。大凡自己能做到的，一定不予餘力去做，無論是物力財力還是體力心力，一旦心有餘而力不足時，就會陷入焦慮不安情緒狀態，甚至產生自責。例如，她自己患乳腺癌住院治療期間，還要協調安排身患惡性腫瘤的母親的手術、治療及費用事宜，每當感覺照顧不周到的時候就會很自責。哥哥結婚時，H 看到父親沒有表示，心裏很難過，就和母親私下湊了錢給哥哥。H 說這是替父親給哥哥還人情，因為小時候哥哥受到的委屈太多了，她心裏也覺得虧欠了哥哥，總希望以自己的方式補償哥哥。

初遇丈夫時，被他的開朗、活潑、有趣、輕鬆所吸引，產生感情後特別珍惜。從談戀愛到結婚近 5、6 年的時間裏，丈夫不願她和別人多有來往，特別是異性。曾經為類似事情多次吵架。結婚前不只一個閨蜜或朋友勸她三思，但 H 覺得自己在情感上很依賴他，不願分手。漸漸地和朋友少了來往。到患病前後，H 的全部生活內容除了工作之外，沒有其他內容，全部都是丈夫和孩子和家事。

兒子出生之前，H 對丈夫非常包容體貼，下班回來，基本上包攬

所有的家務，甚至丈夫工作上的事務，只要她能做到的也全力幫助。兒子出生後，原來的生活節奏隨著母親和公婆的到來完全被打破。這一段時間涉及到雙方三個家庭三代人的人際互動變得複雜起來。後來衝突、矛盾不斷升級。讓 H 看到了和原來眼中完全不一樣的丈夫，看到了公婆的為人處世對丈夫的影響。隨著最終公婆的離去，H 帶著對丈夫深深的失望，陷入與丈夫的感情危機。從孩子兩個月開始到兩、三歲，H 和丈夫就是在這種矛盾、爭吵或冷戰的氛圍中度過的。這期間，公婆也會間或參與到矛盾中，使矛盾更加複雜化。

中學和大學時代的生活 H 回憶起來很愉快，由於學習刻苦，表現好，經常受到老師、同學的讚揚，和同學相處和諧。無憂少慮的生活一直持續到婚後，孩子出生之前，工作之餘的所有時間都投入家庭中，除了工作必要的聯繫，H 說的生活中似乎已經沒有交友、應酬之類的事情了。

④原生家庭影響

H 說母親帶給她的影響很大。母親正直、善良、勤勞、樂於助人，在家裏包攬了絕大部分家務，任勞任怨。母親給她的教育就是要勤快，家裏家外的，一定要有眼色，盡可能幫別人多做一些事情。凡事多替別人考慮，自己吃點虧沒什麼。H 說現在回想起來，母親的隱忍在生活中隨處可見，她認為有些忍讓甚至是無原則的。但在童年時期，她意識不到這點，覺得母親的想法做法都是對的，她應該以母親為榜樣。

談到對父親的記憶就不太輕鬆了，H 說除了賺錢養家，父親似乎沒有留給她多少溫暖的回憶。H 清楚記得自己小時候挨打的次數，也清楚的記得挨打原因。她說每次挨打都沒有大抵說得過去的理由，不是因為父親心情不好，比如打牌輸了錢，就是小夥伴們來家玩，把家

裏弄亂了。父親對待母親和哥哥態度更糟，H 說那就是家庭暴力。她的兒少時期就是在這種恐懼、緊張，非常缺乏安全感的狀態下度過的。直到上高中住校，離開家裏。H 說父母的關係以母親的隱忍得以維持。隨著她和哥哥長大，過去的模式已不復存在。這麼多年過去，不提想不起來，想起來一幕幕像昨天發生的一樣清晰。心中的傷痛揮之不去。

⑤ 罹患乳腺癌

度過孩子出生後令 H 心煩意亂、心力交瘁的 3、4 年後，H 被確診罹患乳腺癌。

⑥ 來訪者反思

H 說這是第一次有機會一樁一件慢慢梳理自己經歷過的事情，諮詢過程中隨著諮詢師的一次一次提問，開始反思和覺察自己，經歷這麼多不愉快的事情，原以為全都是別人的緣由，現在才意識到也許自己什麼地方出了問題，只是不知道，從沒想過自己會有什麼問題。

⑦ 諮詢師分析

H 的童年受父親家暴，極度缺乏安全感的影響，同時也受母親善良、勤儉、隱忍言傳身教的影響，逐漸形成做事追求完美的傾向。因為這樣做可以得到父母的認可、表揚，至少可以避免挨打受罵。這種行為習慣逐漸內化為她人格特徵中很鮮明的一部分，形成榮格心理學稱之為的完美主義情結。中學、大學、研究生階段，人際關係相對單純，H 的主要精力都在學習上，成績優異、表現好是其完美主義情結的充分體現。

這種完美主義情結還體現在工作中，把每一件工作做到自己認為的最好；體現在家庭關係中，盡自己最大的努力照顧到所有的人的需要；體現在內心似有一把完美的尺規，隨時測量自己，也測量他人。

每當意識到自己和對方達不到心目中的刻度時，內心就容易產生現實與理想落差，產生心理困擾，出現負性情緒狀態。

童年在原生家庭中缺少來自父親的包容、理解、尊重和愛，對包容、理解、尊重和愛的需求很強烈。丈夫是 H 的初戀，在他身上 H 看到了父親身上沒有的特質，親切、活潑、輕鬆、有趣。所以當幸福降臨時，H 全情投入，想不到理性地去瞭解丈夫性格中更多的方面，雖有好朋友的多次提醒，她也意識不到一些實質問題，即使意識到了，在童年形成的承受和隱忍習慣中很容易地化解了，這個情感對 H 來說彌足珍貴。

孩子的出生，讓家庭的人際關係突然變得複雜起來，在人際間的矛盾衝突中，讓他們更清楚地認識到原來彼此沒有認識到的一面，與過去的以為相去甚遠，失望、憤怒、爭吵使夫妻關係陷入低谷，其他家庭關係參與其中也構成相互干擾並持續數年的時間。

⑥確定諮詢目標

根據呈現的問題，與 H 一起回顧沙盤中和完美主義情結相關聯的線索，梳理這些線索之間的聯繫。使她理解自己的完美主義情結形成可能的原因以及在她的生活中具體事例中的體現。

與 H 共同議定諮詢目標為：認識自己（完美主義情結），嘗試改變，減少被他人他事困擾和焦慮不安的情緒。

5.4.2 分析階段（第 3-16 次諮詢）

本階段前期，在繼續呈現問題的同時，諮詢師注意引導 H 對問題模式的認識，並與問題的形成與呈現之間建立聯繫，使得 H 有所領悟；後期鼓勵 H 將前兩個階段獲得的領悟用於現實的具體事例中，嘗試改

變。

呈現與引導

沙盤為來訪者尋找和呈現自身問題提供了素材和線索，選取其中部分沙盤記錄：

①第五次沙盤



圖 5-7 第五次沙盤航拍圖（來訪者角度）



圖 5-8 第五次沙盤航拍圖 (局部)

H: 白雪公主和七個小矮人是小時候喜歡的童話故事，白雪公主代表正義、善良和美麗。看到白雪公主會想到自己也有像她一樣美好的一面。體會沙盤帶來的感受時，聯想到自己平時看待審視其他人的時候，是不是也以白雪公主這樣一個姿態？自己是完美無缺的，而其他人各有各的不完美，遇到一個不喜歡的人和事情，心情特別容易被左右，好和不好都會寫在臉上，多少都會從語言和肢體表達出來，表現出對他人的抗拒。其實他人的不完美和自己有什麼關係，那為什麼要生氣呢？好像沒有什麼道理。

②第 6 次沙盤



圖 5-9 第六次沙盤航拍圖 (來訪者角度)

一個以家庭為背景的畫面。H 說特別希望一家人無憂無慮的生活，母親長壽、哥哥美滿，大家一切都順利。



圖 5-10 第六次沙盤航拍圖 (局部)

H: 這個加油站，代表自己精神和物質方面的需要，近期母親生病、哥哥結婚都需要錢，可是自己能力有限，力不從心，心理非常難受、自責。

諮詢師：是否只有在萬事如意的情形下才能心安不焦慮？

H:

諮詢師與 H 一起梳理分析了那些讓 H 焦慮的事情，包括家裏的、工作的，發現很多的事情都是她決定不了的。H: 也許真的是自己想多了。諮詢師建議 H 把上述問題作為一個思考作業，隨時帶入生活，深度思考。



圖 5-11 第六次沙盤航拍圖 (局部)

H: 畫面裏這兩個形象，濟公懸壺濟世，佛祖普度眾生。雖然知很多事情自己左右不了，總還是希望寄託神靈的佑護，總覺得做好事善事會獲得回報。困惑為什麼這些不好的事情降臨到自己和母親身

上？從這兩個沙具開始敘述了自己和母親幾乎同時患癌症的經歷，談到自己和母親患病過程中的感受以及悲傷、恐懼情緒狀態，也談到這個過程中多次夢到相同的人或相似的情境。以下是 H 關於這些夢的描述：

第一次是術後一個多月，化療期間，夢到病故不久的外祖母以及病故多年的外祖父，天下著大雨，他們的房子坍塌了，處在危險的情境之中向她求助；第二次夢到外祖母和一群人載歌載舞歡迎她和母親到外祖母那裏去。從夢裏醒來她想自己生病了，母親不會病吧？沒過多久母親真的病了；母親生病後做了第三次夢，還是在下雨，地上有兩副棺材並排放著，棺材下麵墊著幾塊磚頭，已經快被雨水浸泡了。然後就和母親一起用鐵鍬把地上的雨水鏟掉。H 覺得，那段時間的夢很神奇，夢境中的人和情境都反映了她對母親和自己疾病的思慮和焦慮。針對 H 的夢，諮詢師和她也進行了夢的工作。

在互動的過程中，H 對諮詢師的身心相互作用、身心合一的理念很認同，H 說結合自己患病的情況，認為身心合一，身體呈現心靈的表現確實如此。如果不是長期心理壓抑，身體不會出這麼嚴重的狀況。在生病這個過程中，有別人的原因，但是自己起到的作用不是更大嗎？



圖 5-12 第九次沙盤 (局部)

H: 畫面裏表情有些衰弱的兔頭代表自己當前的健康狀態，近期因為工作繁忙，壓力大，睡不好覺，狀態較差。在諮詢師提議下 H 把近期工作中所有的讓自己焦慮的問題列出來，一個一個討論之後，又回到之前同樣的問題，就是沒有分清哪些是自己的事情，哪些是別人的事情。H 說過去的很多焦慮原因就是沒有分清楚，分不清楚。覺察到在這點上自己和母親的習慣很相像。

H: 左邊是一扇敞開的宅門，希望心是敞開的。諮詢師：現實中感覺有什麼地方不夠敞開？H: 總感覺我的領導對我和別人不一樣，她常常表揚其他同事，卻很少表揚我。從這個問題入手，層層深入，H 意識到自己的擔心背後的還是自己內心不自信，缺乏安全感，擔心領導不夠認同對自己的發展不利，卻沒有意識到自己首先就沒有認同自己。然後說，好奇怪，我現在沒有焦慮的感覺了。

⑤第十次沙盤



圖 5-13 第十次沙盤航拍圖 (局部)

沙盤畫面裏面的孩子，是本次沙盤的中心議題。H 從孩子近來說的一些打打殺殺話帶來的憂慮，講到這幾年夫妻矛盾、家庭不和給孩子成長帶來了的不利影響。諮詢師與 H 一起對整個事情進行了梳理、討論。H 意識到：她和丈夫起初的和諧、默契不夠真實，兩個人都在努力呈現自己好的一面；其實兩個人一樣，都帶著從各自原生家庭形成的行為方式走進婚姻，矛盾一開始就存在，只是沒有顯現；作為孩子的原生父母，他們夫妻關係的不和，又會讓孩子缺乏安全感；比改善夫妻關係更重要的是改善與自己的關係。

⑥第十二次沙盤

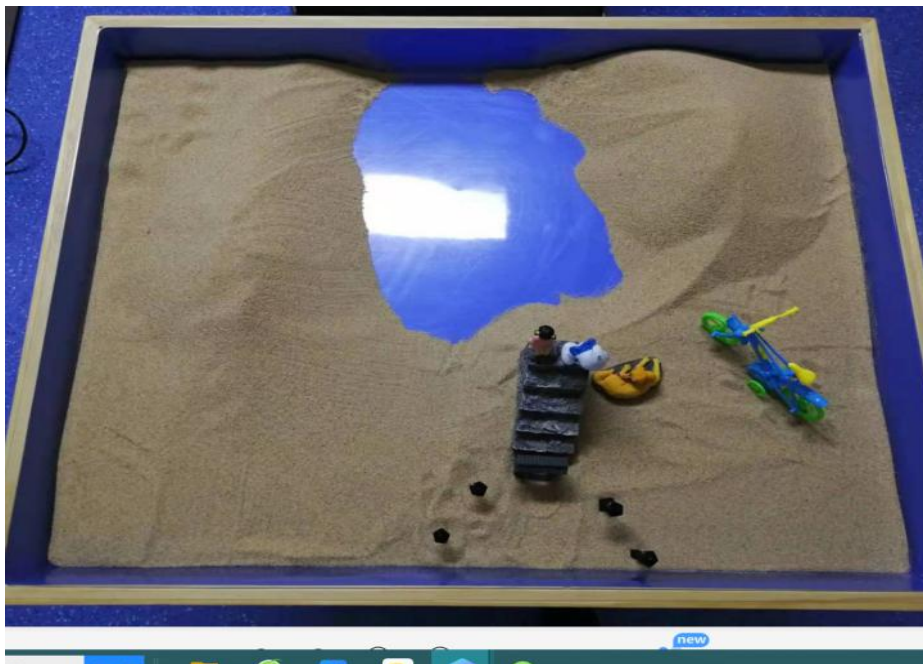


圖 5-14 第十二次沙盤航拍圖（來訪者角度）



圖 5-15 第十二次沙盤航拍圖（局部）

諮詢師：看到這個畫面，有什麼感受？H：感覺到限制。感覺到生活中有很多限制，總是不能做些隨心所欲的事情。有的同事，一點小病小痛都會然周圍人都知道，可以求得周圍的人的幫助。而我不行。

經歷了這麼大的病痛我都不會在同事面前表現出衰弱的樣子，即使再累，也要呈現出特別陽光、積極的一面。諮詢師：你感覺這個限制是誰給你設的？H：自己。還是在意別人怎麼看自己，擔心給別人留下不佳的印象。因為自己心裏都不接受那個衰弱的自己。……

⑦第十三次沙盤



圖 5-16 第十三次沙盤航拍圖（局部）

沙盤裏的沙具代表 H 和丈夫各抱著一個孩子，在家門前的花園裏。H 說最近認識的一個病友的突然離世，引發了她的深度焦慮，感覺內心煩亂沒有頭緒。

諮詢師讓 H 用心感受一下眼前的沙具，特別是那個代表自己的沙具，閉目讓自己安靜下來，想像一下沙具想表達什麼以及自己內心的體驗和感受。然後 H 將自己想到、感受到的一一做了表達：首先她想到了生命無常，感覺到悲哀，不敢想像無常發生後的一切，接受不了；

看到代表自己的沙具她想到自己患病和手術後感覺身體被破壞了，內心感受到挫敗、自卑，也由此回想起與人交往的過程中表現出敏感、多慮以及因此產生的不良情緒，感覺這些情緒也和身體的狀態有相當的關係；看到代表她和丈夫的兩個沙具人物，想到因患病被告知不能生二胎，感到非常遺憾、難過；也想到目前她和丈夫的關係困境，進退都不易。

諮詢師就 H 想像過程中涉及的話題一一與她進行了溝通和交流，方式仍然以提問為主。在與諮詢師一起梳理的過程中 H 意識到，形成他們關係現狀的原因和他們兩人各自的思維、行為習慣有關，和他們各自童年所受到家庭影響有關。特別體會到自己的安全感不足、不自信、追求完美緣於童年家庭陰影。開始認真思考應該如何改變自己、從哪些方面開始改變。

⑧第十五次沙盤



圖 5-17 第十五次沙盤航拍圖（來訪者角度）

H：畫面中間唱歌的女性，是自己的一位病友，人很聰明，做事做得特別好，但別人做事她都看不上。從病友身上看到了以前的自己。

講述了自己曾經看不上別人的各種表現，也講述了近來的變化：舉例說明原來忍不住要去批評、責備的事情，現在也會多一個角度思考他人這樣做的原因，讓其自己去體會感受，相信他人會有自己的解決辦法。H 覺得自己能接納的東西多起來了。

⑨第十六次沙盤



圖 5-18 第十六次沙盤航拍圖 (來訪者角度)

H: 這個畫面讓自己感覺內心很寧靜。最有感覺的沙具是掃帚和垃圾桶，感覺自己已有能力清掃自己心靈裏垃圾了。可以在嘈雜紛亂的環境裏安靜下來學習，學習提升自己的東西。這個寧靜，是自己主動克服了焦慮情緒後的寧靜。目前供職的培訓機構由於多方原因導致人心渙散，幾乎每天都有離職的消息。自己已可以做到分清自己和別人的區別，不受別人的影響，安心做自己該做的事情。

(1) 引導和促進轉化

每一次沙盤工作和言語工作，諮詢師都會沿著來訪者提供的問題線索，引導、幫助來訪者建立問題之間的聯繫。通過一次次呈現、聯繫，讓來訪者越來越清晰地看到未知自己，並在必要時提供一些方法

供來訪者參考。

(2) 諮詢師總結

本階段，多次引導 H 從問題線索中認識自己完美主義情結的可能的根源，理清情緒背後的內在心理需求，在這個過程中使 H 逐步認識到生活中如此之多看似沒有頭緒的亂象，深究其因，其實大體都圍繞一條主線，就是內心的不安、不足，力求通過做好每件事情獲得內心滿足。形成目前這種狀況，自己本人的因素不可忽視，甚至更為重要。

隨諮詢的推進和圍繞完美主義情結為主線索的呈現、討論，H 初步認識到：自己在童年經歷的創傷影響下，被尊重、理解和愛的需求沒有被滿足，希望通過自己做得更好來獲得父母的善待，逐漸形成了追求完美的人格特質——完美主義情結，其中既有父親的影響，也有母親的影響；在完美主義情結的驅使下，她成就了學業，工作出色。之後不斷對自己提高要求，體現在用內心完美的標準衡量自己以及周圍的人和事、體現在工作品質和工作標準上層層加碼、精益求精；體現在家庭中總是更多地承擔責任。當現實和期望存在差距目標難以達到時，產生疲憊不堪的感覺和內心焦慮情緒，長期處於這種狀態，最終導致身體出現問題。

H 意識到很多問題的產生，源於對自己缺乏認識，在諮詢中她開始從一件件具體的事例中反省：例如在與丈夫的關係上，為什麼當年那麼多人看到他的問題而我看不到？為什麼當時眼中只看到他的優點？為什麼自己不能客觀地考慮他人的意見？工作已經很累了，為什麼回家大包大攬承擔家務？為什麼真心付出那麼多卻沒有相應的回報？丈夫身上的那些毛病養成是不是自己也有責任？自己對他的不滿基於什麼考慮？

對 H 獲得的領悟，諮詢師每次都予以及時回應，與她探討並鼓勵她在現實具體事物中嘗試改變。

5.4.3 結束階段 (第 17-18 次諮詢)

(1) 結束階段內容：與 H 一起討論和總結前期在諮詢過程中的領悟、收穫和進步，使她意識到自己的成長，評估沙盤遊戲干預效果，結束諮詢。

(2) 結束時的評估情況

①諮詢師評估：

來訪者有較強的領悟能力，善於從諮詢師的提問中覺察反思，與生活現實中的事物進行聯繫，也能及時調整自己的處事方式，進步較明顯。相比諮詢之前，低落的情緒狀態有了一定改善，也變得更活潑自信了。

②來訪者評估：

相比諮詢之前，建立了一個習慣，遇事會先冷靜考慮一下這件事和自己是否有關係，嘗試理清關係，再考慮自己在其中有什麼問題，如在沙盤中對自己的認識，是不是安全感不足下完美主義在作祟，經過一番思考以後再做判斷和決定。感覺焦慮不安的時候明顯減少，情緒狀態有了不少改善。

摘錄 H 寫給諮詢師的信（部分文字）作為補充：

“一次沙盤活動我記憶深刻，它給了我答案。選擇的沙具很少，心想這次沙盤活動可能會比較難進行，這麼少有價值的沙具，應該沒有多少內容。然而事實恰恰相反，整個過程調動了我塵封的童年畫面，.....一幕幕都像電影倒帶放映，我從來沒有去回憶過這些事情，是我的本能逃避，那次訪談我一直在哭，這次沙盤活動徹頭徹尾地讓我

知道自己是多麼缺乏安全感，為什麼缺乏安全感，如果不是這次活動我一輩子都不會想我為什麼渴求愛、為什麼那麼關注家庭。我那麼在乎丈夫和家庭，源於自身安全感的匱乏，源於父母關係不和諧帶來的恐懼和不安。知道了答案我就沒有那麼恐懼了，因為我意識到了我的癥結所在”。

“我們的沙盤訪談活動持續了十餘次，每一次隨意選來的沙具，都會呈現出一個和自己有關的故事，每一次都能解讀出故事的形成原因，不是語言的魅力，而是沙盤的神奇，是老師陪伴著我，讓我自己去發現自己的問題。我的內心便會明朗起來，走出沙盤室都有一種輕鬆的感覺，因為我漸漸看到了事情的真相。我期待每一次活動。那個時候，每隔一段時間就希望見到老師，希望在低落時獲得肯定，迷茫時獲得指點，不知所措時獲得建議”。

“現在回想走過來的幾年，才發現自己把生活過得本末倒置，全身心的投入到孩子、工作和家庭裏，認真的想做好每一件小事情，小到寶寶的衣服要洗得多乾淨，小到自己的教案要寫得多美觀，從來沒有思考過我想過什麼樣的生活？現在的生活是我預期的幸福生活嗎？我身心是否健康？我經濟不匱乏，為什麼不快樂？更沒有想過如何愛自己。抓了芝麻丟了西瓜，我所遭遇的“境”也不過是我的“心”所生的，真的是得不償失。四年不逛街、不會友、不傾訴、完全壓抑自己。敏感、計較放大了丈夫的缺點，也縮小了他的優點。以前總是期待著丈夫做改變來改善我們的關係，我忽略了很重要的一點，改變別人是多麼的困難，如果不是經歷過重大的挫折和內心的洗禮誰又會想要真正的改變自己呢（老師說的）？如果不是生病的機緣遇到老師和多次的沙盤訪談活動，我又怎麼會想到要改變自己呢，我可能還會

用一張抱怨的面孔去消耗掉餘生的歲月，用負面的情緒去透支我的家庭關係”。

“人生如夢，轉瞬即逝，成長如蝶蛻，為的是遇見更美麗自己。我不需要作繭自縛的恐懼，我需要有破繭成蝶的勇氣，我會在以後成長的路上和自己和諧相處，相信用美麗的雙眼終會遇見美麗的時光”。

③問卷評估

問卷 1：《乳腺癌患者體象問卷中文版 BIBCQ-C》測評結果：

1 疾病易感維度總分：	37	（滿分 55）
2 身體羞恥維度總分：	44	（滿分 55）
3 功能限制維度總分：	22	（滿分 40）
4 身體關注維度總分：	19	（滿分 30）
5 透視維度總分：	11	（滿分 25）
6 患臂關注維度總分：	11	（滿分 20）
總量表分：	144	（滿分 225）

問卷 2：《Link 病恥感系列量表》測評結果（理論均分 2）：

1 貶低歧視感知量表均分：	2.58
2 保密維度均分：	2.22
3 退縮維度均分：	2.13
4 教育維度均分：	2.67
5 挑戰維度均分：	2.25
6 分離維度均分：	3.00
7 誤解均分：	2.00
8 不同/羞恥維度均分：	2.50

總均分： 2.42

問卷 3：《乳腺癌患者生命品質測量表 FACT-B》中文版 4.0

1 生理狀況維度總分：	16	(滿分 28)
2 社會家庭狀況維度總分：	12	(滿分 28)
3 情感狀況維度總分：	11	(滿分 30)
4 功能狀況維度總分：	11	(滿分 28)
5 附加關注維度總分：	12	(滿分 36)
總量表分：	62	(滿分 144)

個案前、後測量結果及本研究大樣本結果對比：

身體意象：

1 疾病易感維度總分：	前 39	後 37	大 28.3057
2 身體羞恥維度總分：	前 44	後 44	大 32.9968
3 功能限制維度總分：	前 21	後 22	大 20.10119
4 身體關注維度總分：	前 24	後 19	大 15.2166
5 透視維度總分：	前 8	後 11	大 10.0127
6 患臂關注維度總分：	前 13	後 11	大 9.2420
總量表分：	前 149	後 144	大 115.8758

病恥感：

1 貶低歧視感知量表均分：	前 2.08	後 2.58	大 2.9108
2 保密維度均分：	前 2.33	後 2.22	大 2.5138
3 退縮維度均分：	前 2.13	後 2.13	大 2.1497
4 教育維度均分：	前 2.00	後 2.67	大 2.1295
5 挑戰維度均分：	前 1.75	後 2.25	大 1.9809
6 分離維度均分：	前 3.00	後 3.00	大 2.3843

7 誤解均分：	前 1.67	後 2.00	大 2.3524
8 不同/羞恥維度均分：	前 2.50	後 2.50	大 2.9076
總均分：	前 2.18	後 2.42	大 2.4161

生命品質：

1 生理狀況維度總分：	前 11	後 16	大 20.6115
2 社會家庭狀況維度總分：	前 8	後 12	大 19.4236
3 情感狀況維度總分：	前 18	後 11	大 18.4395
4 功能狀況維度總分：	前 7	後 11	大 16.6497
5 附加關注維度總分：	前 15	後 12	大 25.3439
總量表分：	前 59	後 62	大 100.4682

問卷評估結果分析：

身體意象總量表分後測比前測低 5 分，說明身體意象整體略有改善，前測和後測比大樣本分別高出 22.23%、19.53%，說明來訪者的不良身體意象狀況整體上比大樣本嚴重；

病恥感總量表均分後測比前測高 0.24 分，說明來訪者病恥感整體上有一定程度改善（11.01%），前測結果低於大樣本 10.83%，說明前測時來訪者病恥感在一定程度上比大樣本嚴重，後測結果與大樣本水準相近，說明到後測階段有了一定程度改善；

生命品質總量表後測比前測高 3 分，說明生命品質整體略有改善，前、後測比大樣本分別低出 70.29%和 62.70%，說明來訪者生命品質受損情況嚴重。

其中前後測相比有較明顯改善的維度包括：

身體意象-身體關注維度：	20.83%
身體意象-身體關注維度：	15.38%

病恥感-貶低歧視感知量表：	24.04%
病恥感-教育維度：	33.50%
病恥感-挑戰維度：	28.57%
病恥感-誤解維度：	19.76%
生命品質-生理狀況維度：	45.45%
生命品質-社會家庭狀況維度：	50.00%
生命品質-功能狀況維度：	57.14%

(3) 沙盤遊戲干預效果總結

經過半年的諮詢，看到了來訪者心理轉化的跡象。來訪者自覺焦慮不安情緒明顯改善，與諮詢師觀察的情況一致，基本達到諮詢目標；沙盤遊戲干預對來訪者身體意象、病恥感、生命品質有一定程度的改善，基本達到研究目標。

由於學位論文的時限因素，本個案諮詢次數以及個案持續的時長都受到一定限制，因此個案呈現的分析線索也不夠豐富。僅作為沙盤遊戲應用於乳腺癌術後患者方面的初步的探索，有待繼續更深入的研究。

5.5 討論

5.5.1 沙盤情境有助於無意識的表達

來訪者借助沙盤遊戲中沙具的意象，在沙盤中構建屬於自己的“世界”，呈現自己的心靈內容。在這個過程的初始階段，來訪者還做不到很快呈現自己的問題，而是在諮詢師於沙盤遊戲中營造的自由、安全、受保護的氛圍下，跟隨沙具意象引領，跟隨自己內心活動，通

過得心應手的操作使無意識內容逐步得以呈現。例如，第六次沙盤，來訪者從代表佛祖和濟公的沙具意象，談及自己對這兩個沙具的象徵意義的理解，再談及自己和母親先後患病過程以及悲傷、恐懼和無助的感受，聯想到自己在那個階段的焦慮情緒和反復出現過的夢境。因此，可以將沙盤中呈現的情境、意象，理解為可以承載來訪者無意識的載體，讓來訪者借由沙具完成自己內在的意識與無意識之間的對話，再將其無意識內容呈現出來。是為沙盤情境有助於無意識的表達。

5.5.2 身體意象對於乳腺癌術後患者的心理意義

在本沙盤遊戲個案中，身體意象是指乳腺癌術後患者在乳房缺失、身體殘缺影響之下腦海裏出現的和這種缺失、殘缺相關聯的意象，它是無意識的內容，以形象、畫面、想法、觀念（理念）等形式出現，浮現在來訪者的腦海裏或者在呈現在沙盤遊戲中，例如投射在某一個或幾個沙具代表的意象上，而被來訪者所覺察，進而被諮詢師看見。以第十三次沙盤遊戲為例，來訪者面對那個代表自己——“懷抱幼兒的女性”沙具做的積極想像，從這個沙具的呈現的意象，她想到了自己身體殘缺和由此產生的挫敗、自卑的感受。在此，對乳腺癌術後患者身體意象的心理意義做一個詮釋：乳腺癌術後患者身體意象及其相關聯的無意識內容，可通過深度心理學的工作方法（例如沙盤遊戲、夢的分析）呈現給來訪者自身，使她們藉此可以感受到無意識要表達的內容，進而更深入地認識自己、完善自己。

5.5.3 情結—認識自己的線索

榮格的情結理論認為，情結往往聚集著過於強大的心理能量，對人格結構的相對平衡起著擾亂作用，從而引發各類神經症症狀。本個

案研究中，來訪者由於完美主義情結的驅動，在生活的大事小情上努力追求完美並在此過程中產生了極大的身心困擾，因而萌生了尋求幫助以擺脫困擾的願望，從這一角度理解，情結是來訪者認識自己的線索。在本個案研究中，來訪者通過沙盤過程中對問題的呈現（例如第五次沙盤的沙具白雪公主），意識到自己在很多方面的表現都體現出了追求完美的觀念；從沙盤中呈現的童年的家庭陰影（第四次沙盤代表家暴的沙具）意識到正是因為懼怕被父親責罵責打，並受母親無原則性的順從隱忍和無條件的任勞任怨態度與其言傳身教影響，逐漸形成了完美情結，凡事追求完美，習慣於苛求自己，勞心勞力，以致於身心長期處於焦慮和疲憊之中，最終罹患癌症。情結這條線索，貫穿了整個諮詢過程，並幫助來訪者更深入看到自己、認識自己。

榮格認為，凡導致人患病的因素當中通常包含自愈的種子。令人痛苦的情感體驗以及精神創傷都可以成為一個有利條件促使人格的完善。本研究中的來訪者也正是如此，受情結困擾，歷經種種困擾和痛苦，又努力尋求解脫之道，開始了認識自己、成為自己的自性化之旅。

5.5.4 身體意象在個案中的變化與心理轉化

本沙盤遊戲干預個案中，身體意象是指乳腺癌術後患者在乳房缺失、身體殘缺影響之下腦海裏出現的與這種缺失、殘缺相關聯的意象，它是無意識的內容，以形象、畫面、想法、觀念（理念）等形式出現，浮現在來訪者的腦海裏，通過對沙具的投射、選取、擺放呈現在沙盤中，經過來訪者自身意識與無意識多次的溝通、整合，無意識內容被來訪者覺察到、看到，進而被諮詢師看到。

初始沙盤中，看似溫馨和諧家園的畫面裏佇立著一個懷抱幼兒的

女性，首次出現的女性身體意象沙具。圍繞這個代表自己的沙具，來訪者講述了患病前家裏發生的故事，自己經歷的不堪與痛苦。這一女性身體意象沙具呈現了來訪者當時因身體殘缺所致心身痛苦和對疾病相關因素的思考線索；

第三次沙盤中，一個肩背書包女孩的沙具代表來訪者自己，背離工作環境站立。來訪者表達了當時大病初愈，帶著身心創傷重回工作時的狀態和感受：身體疲憊，內心不乏對工作的厭倦；這一女性身體意象呈現了來訪者心身俱疲的狀態；

第五次沙盤，白雪公主沙具勾起了來訪者的童年記憶。從白雪公主完美身體意象的象徵意義，聯想到自己身上也有白雪公主的完美的影子，看自己、看他人無形之中都有一把嚴格的尺子，不達標準就會開啟內心評判與自我評判過程，繼而糾結、焦慮。白雪公主的女性身體意象呈現出來訪者心目中完美和現實中缺憾之間的巨大的落差；

第十次沙盤，一個亭亭玉立的職業女性形象沙具代表來訪者。講述中，來訪者從那個階段孩子口中打打殺殺的語言和憤怒情緒中意識到，夫妻關係不和給孩子帶來了一定負面影響，於是開始和諮詢師探討，作為母親自己應該如何做改變。這一職業的女性身體意象呈現出來訪者當下有了可以暫時放下自己的問題，關注擔當母親角色的心理能量；

第十三次沙盤，代表來訪者的仍是初始沙盤中的那個“懷抱幼兒的女性”沙具，通過對沙具的積極想像，來訪者聯想到自己因身體殘缺產生的病恥感，想到對生命無常的恐懼，不能再生育的遺憾，想到夫妻關係的困境，想到生活中會讓自己產生焦慮、抑鬱情緒的事情為何如此之多？再聯想到這些曾經的焦慮、抑鬱情緒與自己身體的狀態

以及疾病發生之間是不是存在關聯？這一女性身體意象呈現了來訪者意識和無意識交流、整合的過程，開始向內審視自己。

第十五次沙盤，一個手拿麥克風唱歌的女性沙具，來訪者說沙具代表一位她心目中十分完美並追求完美病友，從她的身上來訪者可以看到之前的自己，並由此覺察到近來自己的改變，就是能被自己接納的事物慢慢多起來了。這一女性身體意象呈現了來訪者已處在認識自己、改變自己的進程之中。

最後一次沙盤，是一個靜坐在草坪上專心讀書的女性沙具，心無旁騖。這一女性身體意象呈現出來訪者已經有了排除干擾，讓自己安靜下來專注做事的定力。

縱觀個案前後呈現的七個女性身體意象，可以感受到隨著諮詢的逐漸深入，來訪者經過了一個從發現問題、梳理問題、認識問題到解決問題的一個將無意識意識化的過程，並在此過程中開始了心理轉化，使認識自己、和諧自己、改變自己、完善自己成為可能。

5.5.5 個案中的移情和反移情

在整個諮詢過程中，諮詢師和來訪者之間都保持著良好的關係。諮詢師和來訪者就諮詢關係中是否存在移情和反移情現象進行了討論，來訪者認為存在移情，把諮詢師投射成了自己的姨母。

來訪者描述姨母是母親的胞妹，與母親感情篤深。姨母十分喜愛來訪者，能傾聽她的心聲，給她認可肯定，關心她的成長。在她遇到困難的時候總能給予及時關心和幫助，陪伴並幫助她解決了很多難題。姨母可視同為來訪者的理想母親。

而諮詢師的原生家庭與來訪者的原生家庭存在相似性（諮詢師的父親對子女要求嚴格，苛責居多；母親則慣於隱忍順從，存在母親角

色缺位現象），諮詢師無意識中將來訪者投射成了自己，對其產生了惺惺相惜的感情，在意她的狀態，時有惦記。在她定期復查的那段時間會對記掛復查結果。

諮詢師通過對來訪者的反移情分析，意識到自己的內心仍然存在一些創傷需要修復，自己的內在小孩及成長需要關注。在今後的個案工作中，應繼續探討咨訪關係中的移情和反移情現象，在個案的督導中與督導師就這一現象進行深入探討。

本個案研究中來訪者的移情和諮詢師的反移情對咨訪關係的建立和維護起到了積極的作用，對諮詢效果也產生了正向的影響。

5.6 結論

沙盤遊戲干預有助於乳腺癌術後患者的無意識表達，有助於患者通過認識自身情結認識自己，啟動自性化的過程。

沙盤遊戲干預有助於乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質一定程度的改善，有助於其主觀情緒狀態改善，激發個人成長。

第六章 綜合討論

6.1 從心身醫學視角認識乳腺癌

乳腺癌，與其他惡性腫瘤一樣都是常見的心身疾病。心身疾病指人類在心理、社會因素作用下的軀體器官病變或功能障礙，是心身醫學的研究和治療對象。心身疾病的重要特徵之一是心理、社會因素在疾病的發生與發展過程中起重要作用。根據本研究的結果所示，可以從以下兩個方面，從心身醫學視角認識乳腺癌：

(1) 乳腺癌疾病具有較明確的心身疾病的特徵

① 乳腺癌疾病的發生及發展階段

本研究乳腺癌術後患者心理狀況質性研究（研究一）結果提示，乳腺癌患者在患病前數月~數年的時間裏，大多經歷了負性生活事件、人際關係困擾、不良生活方式，乳腺癌患者群體具有鮮明的完美主義人格特徵。在以上心理及社會因素的綜合作用下，患者普遍產生疲勞、睡眠和情緒問題或障礙。既往研究證實，不良情緒通過作用於中樞神經系統，使神經遞質代謝發生變化/紊亂，並與疲勞、睡眠問題所致的機體代謝紊亂共同導致機體免疫功能紊亂，不能維持自身內環境穩定，是乳腺癌發病、發展可能的因素。本研究所呈現的現象表明乳腺

癌的發病過程中有明確的心理、社會因素參與。

②乳腺癌疾病的治療和康復階段

如本論文緒論所述，乳腺癌的治療和康復是一個艱難的過程，對患者身心都是一場嚴峻的考驗和挑戰。特別是術後半年為化療、放療、靶向治療等輔助治療的密集期，大多數患者不僅要承受手術所致的乳房缺失、身體創傷以及放化療所致的各種身體副作用，還要面對因疾病改變產生的心理困擾，如不良身體意象介導的病恥感、對治療前景的不確定感、對未來生活的不確定感、對復發轉移以及死亡的焦慮等。這些心理困擾又進而對包括患者生理狀況的生命品質產生影響。本論文中乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質關係研究（研究二）結果已充分顯示。而乳腺癌的康復階段，患者雖然沒有密集治療期受到的心身影響大，但依然會存在現實和心理層面的其他問題，如長期藥物治療的影響、身體活動及功能受限、職業發展問題、性生活以及夫妻關係的問題等。疾病和治療對身心的後續影響仍然會在相當長的時間記憶體在。

（2）乳腺癌疾病過程是一個身心交互影響的過程

通過對本研究乳腺癌術後患者的觀察、訪談、問卷調查及統計分析等研究過程，可以瞭解到在乳腺癌疾病的發生、發展、治療、康復的整個過程中，身體因素和心理因素並存，並且身體或心理其中一個

因素發生變化，就可能會對另一個因素產生影響。例如：負性事件或惡劣的人際關係，會導個體產生情緒困擾並承受較大精神壓力，繼而影響其食欲和睡眠；又例如身體的變化如形象受損、功能受限、疼痛等因素的影響，可能讓個體產生焦慮、恐懼、抑鬱等情緒狀態。這就是所謂的身心交互影響作用。身心的交互影響作用已被大量的研究文獻和臨床觀察證實。因此，應重視乳腺癌患者必要的心理輔助，為她們的心身康復提供幫助。

現代醫學發展至今，有關惡性腫瘤的研究有了空前的進展，但仍然未能從根本上攻克惡性腫瘤，仍然會有許多問題有待明確、解決，有許多未知的領地有待今後進一步研究探索。本研究對乳腺癌患者身體意象、病恥感、生命品質的研究以及包括個案和團體的沙盤遊戲干預研究也會繼續深入下去。

6.2 分析心理學視角下對乳腺癌術後患者身體意象、病恥感及其意義的理解

目前，對於大多數乳腺癌患者來說，接受乳房全切術切除患側乳房仍是無奈選擇。術後身體的創痕可見，而內心的傷情卻更似湖下湧動的暗流，不一定被看見。此時傷感的她們腦海裏想到了什麼？浮現出怎樣的意象？畫面？這些意象、想法、畫面又讓她們產生了怎樣

的情緒和聯想？我們不得而知。但我們不難在臨床上觀察到一種普遍現象，即除家人和極少數密友，患者往往會刻意隱瞞患病和住院的消息。雖然明裏理由各異，但一個真實的原因是她們不願從此在別人眼裏被貼上“癌症患者”、“乳房缺失”“身體殘缺”的標記。無論於自身因素還是社會、文化因素，這種標記都可能帶給她們羞恥、難堪的心理體驗，即所謂的病恥感，一種因罹患癌症和乳房缺失、身體殘缺導致的羞恥感。

本論文研究二（乳腺癌術後患者身體意象、病恥感、生命品質的關係研究）結果提示：“患者存在不良身體意象、病恥感和生命品質受損狀況；身體意象和病恥感都對生命品質產生影響，病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響”。基於論文研究過程中對身體意象、病恥感現象以及對“病恥感完全經由患者自身的身體意象對生命品質產生影響”這一研究結果的理解，嘗試以分析心理學視角對乳腺癌術後患者不良身體意象以及病恥感的心理過程做以下解讀：

患者清楚地意識到自己一側乳房缺失，從此身體變殘缺了。如同意識中有一個畫面清晰的身體符號，雖然所呈現的是女性身體缺失了一側乳房，但患者對這個身體符號的思考超出了符號本身的意義。也就是啟動了心靈中和該意識內容相關的無意識內容的象徵意義，這些

關於乳房、身體的象徵意義又以意象、畫面、想法、概念（理念）等形式出現，以其象徵意義的“形象”表達無意識內容的涵義——病恥感。以上表述中“象徵”的意義十分重要。相對意識層面意義簡明單一的符號而言，意象代表的象徵意義在無意識層面是複雜多樣的，分別於個體、文化和集體三個層面上呈現：

如果這些關於乳房、身體的意象來自個體，其象徵意義就在個體無意識層面，與患者成長過程中的情結有關。本研究發現，被試具有鮮明的完美主義人格特徵或完美情結，乳房缺失、身體殘缺會觸發完美情結對意識的嚴重干擾，形成心理衝突，引發患者因疾病和殘缺對自身的評價降低，產生自卑和羞恥的內心感受即病恥感。

如果意象來自個體所屬群體的文化層面，其象徵意義與該群體的文化無意識有關。中國傳統文化歷來不推崇以人體為審美對象，歷代文風畫風中也多以含蓄的玲瓏小乳為女性乳房審美意象，即便以崇尚豐滿著稱的唐朝也如出一轍，宋代之後女性更是以束胸扁平為美。但中國人從古至今都十分注重身體的完整性，即所謂“身體發膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也”。因此在國人的文化無意識中，一直都有崇尚、追求身體完整性的傾向。20世紀初隨著中國半殖民地半封建制度的土崩瓦解，現代西方文化對國人產生了日漸深遠影響，其中包括文化意識與文化無意識，前者是理性、自覺的形態，後者是非理

性、隱性的形態，後者這種隱性的文化精神總是隱藏在意識的背後影響和支配人的認識行為，故文化無意識的作用尤為重要。國人文化受西方文化浸染至今已逾百年，西方文化宣導女性身體解放，崇尚女性隆胸豐乳之自然美、曲線美等觀念，早已悄然改變了中國女性審美觀，被壓抑的乳房得到了空前釋放。在中國傳統文化和現代西方文化的雙重影響下，當今國人的文化無意識中自然也會包含中國傳統文化之重視身體完整性和西方文化之崇尚女性豐滿乳房等觀念。而乳腺癌手術所致的乳房缺失、身體殘缺使現實與文化意識、無意識之間落差陡然拉大，加劇了患者的心理衝突，患者因感受到來自周圍人群及社會文化源於對乳腺癌疾病消極認知的貶低、歧視態度，引發自卑、羞恥的心理感受即病恥感。

如果意象來自人類共有精神遺傳，其象徵意義與集體無意識的原型有關。我們已瞭解到完美情結是乳腺癌術後患者群體的一個鮮明的人格特徵。榮格提出，每一種情結都有一個集體無意識原型，即在涉及到某種典型情境時具有對此情境相同或相似的人類共有的先天反應傾向。乳腺癌術後患者完美主義情結在原型層面的呈現也應該可以從神話、童話和夢找到。這部分內容在 6.3 節中做詳細敘述。

綜上所述，乳腺癌術後患者的病恥感，是緣於“乳房缺失”產生的意識啟動了與個體、文化以及心靈領域中更深層次的人類精神遺傳相

關的無意識，在身體意象的象徵意義的引導下，讓患者感知身體不完整、不完美的羞恥；感受到女性特徵受損後不再被賦予想像、功能和意義後的一種負性心理體驗狀態，這種負性的心理體驗又可以通過對心身的不利影響，對生命品質產生不利影響。以分析心理學視角理解乳腺癌術後患者身體意象、病恥感的意義在於：可通過深度心理學工作方法（如沙盤遊戲、積極想像、夢的分析）將乳腺癌術後患者身體意象及其相關聯的無意識內容呈現給患者自身，使她們藉此可以更多地感受和表達無意識，進而更深入地認識、改變和完善自己。

6.3 乳房意象、完美情結與女性原型

乳房是女性的身體器官、性器官，是女性身份的象徵，更是母性的象徵，被賦予了多重象徵意義。在不同的歷史、社會、種族背景下，乳房不斷變換著象徵意義；意象是人腦對感知過事物的心理表徵，可以呈現為一種心理圖像或印象，也可以呈現為某個想法或概念。在分析心理學中，意象是指人記憶和想像中具有象徵意義的形象，可以反映出人的意識或無意識心理活動。凝結於乳房的意象，無論在個人層面、某一特定的群體層面以及人類精神遺傳層面都包括了豐富的意識內容和無意識內容。與有限的意識光明相比，無意識更像黑夜裏浩瀚無邊的海洋。

個人層面的無意識，即榮格分析心理學的個人無意識，是發生於個人身上的個人經驗，由情結構成，並通過情結來呈現和表達。情結是個人無意識之中對意識造成干擾的那部分無意識內容，通常因心靈創傷或巨大的痛苦造成，這些傷害被壓抑於個人的無意識之中，會在人的意識裏固著成為某個特定的想法或觀念，並充滿情緒特徵。本論文研究發現，超過六成的乳腺癌患者認為自己有完美主義觀念或傾向，這種固著的完美主義核心觀念成為一種驅力，驅使她們總是苛求自己，凡事力求盡善盡美，不願接受瑕疵。在分析心理學意義上，這就是完美主義情結，或完美情結。榮格將情結比喻為一副毒劑，劑量大時，可使人致病。例如本研究被試，完美情結籠罩之下，身體以乳腺癌這般慘烈的方式發出抗議時方警醒她們：“怎麼會這樣？！為什麼是我？！我做錯了什麼？！”驚愕、悲傷、憤怒之後，靜下來開始歸因和思考，有人感覺命運不濟；有人認為都是××人或事害的；有人渾然想不明白；還有人反思難道之前的生活或行為方式出了什麼問題？開始自己意識到或在他人（包括心理諮詢師）幫助下意識到問題出在凡事追求完美的情結上，應從這完美情結咒語般的束縛中解脫出來。

乳房殘缺帶來了她們人生中最刺眼的“不完美”，在相當長的時間甚至終身都是揮之不去的痛。但也正是由於面對這一危機，讓她們有

了反觀和反省自己的契機，得以及時從完美情結的掌控下止步轉身，開始一段有著重生意義的新生活。乳房的完美意象與完美情結是相關聯的，但乳房的“殘缺意象”卻成為了對抗完美情結的武器，在女性被迫接納乳房“殘缺意象”的過程中，將完美情結的力量逐漸轉化，而身體上的這種明顯的殘缺會一直提醒女性繞開那個完美情結，繼續前行。

從集體無意識層面理解，乳房意象的表達與女性原型息息相關。原型是榮格分析心理學的一個關於人類祖先經驗積累的概念，即人類具有採取與自己祖先同樣的方式來把握世界或作出反應的先天傾向。女性相關的原型中，以生殖崇拜為原始底蘊的大母神原型是與所有女性連接十分緊密的原型，在淵遠流長的世界文化歷史中極具魅力又經久不衰。它直接或間接地出現在不同民族的神話傳說裏，具有跨地域、跨國度和跨文化的普遍意義。大母神豐乳肥臀的意象，代表著美、完美、神聖，代表人類對女性原始的生育崇拜。人們認為豐滿乳房是完美的乳房意象，在這種原型力量的驅動下，女性崇尚並追求這種完美的乳房意象，再將這種意象特徵進一步擴展為希望自己成為完美的女人，苛求自己在各個方面都達到最好，苛求自己擁有完美的生活。具有完美內容的原型如同一個晶體內核，將與完美相關的個人經驗吸附到一起形成完美情結，生活終究被完美籠罩和束縛。

不期而至的乳腺癌瞬間打破了女性對“完美女人”的幻象。這種破壞極具殺傷力，以致女性在乳腺癌術後很長時間裏抱有殘缺的身體意象，產生強烈的病恥感，進而影響生活品質。而恢復被破壞的原型意象常常也需要很長時間，需要專業的心理干預來幫助女性從被破壞的完美幻象中走出來，接納女性原型的積極力量——容納。容納自身的不完美，也容納他人的不完美。原型不是靜態的，原型具有尋求目標的屬性，並跟隨著生命週期在環境背景中展開，促使原型的積極力量對人的心靈和行為產生影響。而在沙盤遊戲中，可以藉由沙具來幫助女性重塑女性原型的意象，幫助她們汲取心靈能量，獲得生命成長。

6.4 沙盤遊戲個案中來訪者心理轉化的機制與線索

沙盤遊戲是以榮格心理學原理為基礎，由多拉·卡爾夫發展創立的心理治療方法。卡爾夫認為，心靈天生具有自我療愈的傾向，沙盤師的任務就是通過營造自由、安全、受保護的空間，為這個自然的傾向鋪路，使來訪者發生心理轉化，達到心理治療、心理干預、心理輔導的效果。沙盤遊戲通常通過以下機制達到治療效果：

（1）來訪者在沙盤師營造的“自由、安全、受保護”的空間裏，放鬆地投入沙盤遊戲之中，就啟動了心理治療過程；

（2）來訪者的無意識表達就是一種療愈。如本研究個案中呈現出的來訪者完美情結在生活 and 工作中種種表現；

(3) 來訪者在沙盤遊戲過程中與無意識溝通，進而實現了意識對無意識壓抑的緩和。如本研究個案中來訪者意識到自己追求完美與童年缺乏安全感的經歷有關，而非她真實的需要；

(4) 沙盤遊戲過程中沙具和沙具組合呈現出的意象在來訪者心中有其特定的象徵意義，會激發其內在的力量，獲得心理能量。如本個案中來訪者經常會擺放她心目中象徵生機活力的綠色植物、象徵強大的大力士；象徵正義、勇氣、智慧和友愛的藍精靈等；

(5) 母子一體性是來訪者獲得自愈的重要原因。沙盤師在沙盤遊戲中為來訪者提供的“自由、安全、受保護”的空間以及陪伴、接納、抱持、關愛的態度可以喚起來訪者的母子一體性感覺，使其如同經歷再次被孕育重獲新生的過程。本研究個案中來訪者認為自己對諮詢師存在移情，把諮詢師投射為自己的姨母，即她心目中理想的母親角色，這種深切的信任關係也是來訪者獲得自愈的重要因素。

本研究個案中，經過 18 次諮詢並在上述機制的綜合作用下，來訪者的焦慮情緒有了較明顯改善，身體意象、病恥感、生命品質也有了一定程度改善。因此可以判斷來訪者發生了心理轉化，並且可以從初始到結束時沙盤遊戲中呈現的女性身體意象及其象徵意義的變化看到來訪者心理轉化的線索：

沙盤中循序呈現的系列女性身體意象：來訪者心身痛苦和對疾病

相關因素的思考的女性身體意象（懷抱幼兒的女性沙具）；來訪者身心俱疲、工作倦怠狀態的女性身體意象（肩背書包的女孩沙具）；呈現來訪者心目中完美和現實中缺憾之間的巨大的落差的女性身體意象（白雪公主沙具）；呈現來訪者當下有了可以暫時放下自己的問題，關注擔當母親角色的心理能量的女性身體意象（職業女性沙具）；呈現來訪者意識和無意識交流、整合的過程，開始向內審視自己的女性身體意象（懷抱幼兒的女性沙具）；呈現來訪者已處在認識自己、改變自己的進程之中的女性身體意象（手拿麥克風唱歌的女性沙具）；呈現來訪者已經有了排除干擾、專注做事定力的女性身體意象（坐在草坪上看書的女孩沙具）。從上述呈現的七個女性身體意象，可以感受到隨著諮詢的逐步深入，來訪者的心理轉化也在漸進，心理能量在增加，從變化著的女性身體意象，可以看到心理轉化的過程和線索。

6.5 本研究為女性乳腺癌預防健康宣教提供了依據

現代社會生活給女性提供了比任何一個歷史時期都更為廣闊的發展空間，更豐富多彩的生活內容。同時，激烈的社會競爭也賦予了現代女性空前的壓力。女性能否在自我、家庭和社會角色的擔當與轉換中保持從容平和的狀態，對包括乳腺癌在內許多疾病的發生發展具有不可忽視意義。

本研究提示：乳腺癌患者多數存在以下狀況：患病前經歷重大生

活壓力事件、存在人際關係困擾、存在長期疲勞、睡眠問題與情緒問題；擁有完美主義人格特徵及吸煙或被動吸煙的經歷，極少數患者有明確的家族遺傳因素。瞭解這些研究結果，可能會幫助女性對照自身生命狀態進行自省和反思，自己是否也存在這些狀況？這些狀況持續多長時間了？可能會幫助她們將自身狀況與乳腺癌疾病的發生之間建立起聯繫，意識到疾病的發生和自身的心理和行為習慣、生命狀態有關，從而有意識地從自己開始做一些改變來調整自己的生命狀態，為遠離乳腺癌等疾病發生做一些努力。

從本研究中獲得的結論可以形成一個“關愛乳房，關愛健康，關注生命成長”的女性健康宣教主題，讓更多的女性瞭解這些警示的含義，開始調動自身內在因素，通過有意識地改變，來維護自身的乳腺健康、心身健康，促進生命成長。

6.6 研究不足與展望

6.6.1 研究不足

(1) 對身體意象的研究還應該更加深入，在個案沙盤遊戲中探討沙具意象與身體意象的連結不足；

(2) 個案不足，應該再多一些個案累積，或者個案諮詢的過程更深入，時間再延長。

6.6.2 未來研究展望

- (1) 增加個案研究，積累乳腺癌患者沙盤遊戲干預的實踐經驗；
- (2) 可以增加乳腺癌患者團體心理互助干預，通過團體沙盤遊戲的方式讓來訪者形成互助小組，對於病恥感和生命品質的改善也許會有更多的作用；
- (3) 男性乳腺癌患者的身體意象也可能是有意義的，與女性的可能會完全不同，未來可以關注。

第七章 總結論

- 1.乳腺癌患者存在較明顯的完美情結；
- 2.乳腺癌患者在患病前的數月至數年時間內，大多經歷了較重大的生活壓力事件和人際關係困擾，並因此產生疲勞、睡眠和情緒等問題；
- 3.乳腺癌術後患者存在不良身體意象、病恥感和生命品質受損的狀況；
- 4.病恥感通過不良的身體意象影響患者的生命品質狀況，改善不良身體意象可以改善乳腺癌術後患者的生命品質；
- 5.沙盤遊戲干預有助於乳腺癌術後患者焦慮情緒、身體意象、病恥感與生命品質的改善。

參考文獻

1.期刊類

曹毛毛、陳萬青（2019）。中國惡性腫瘤流行情況及防控現狀。《*中國腫瘤臨床*》，46（03），47-51。

洪曄、王建平、梅豔麗、張海偉、唐麗麗（2010）。集體心理干預改善乳腺癌患者的生活品質。《*中國心理衛生雜誌*》。024(12), 903-907。

黃紫薇、李雅超、常擴、張輝（2020）。大學生心理健康與父母教養方式的關係——心理資本的仲介效應。《*中國健康心理學雜誌*》，1-14。

薑玉華、李貞、程玉峰、劉慧忠（2002）。心理因素與癌症的關係。《*中國臨床康復*》，（01），92-93。

竭婧 & 楊麗珠（2009）。三種羞恥感發展理論述評。遼寧師範大學學報。遼寧師範大學學報（社會科學版）32（1）

孔榮華、王雅莉、葛勝燕、李媛媛、徐志娟、韓成會（2017）。年輕乳腺癌患者病恥感及影響因素研究。《*護理學雜誌*》，32（08），84-86。

李佳楠、肖麗平（2018）。沙盤遊戲療法對臨終腫瘤患者癌因性疲

乏的干預效果。 *衛生職業教育*, 36 (02), 125-126。

林春蓉、鄭錦昭、陳春水 (2016)。 乳腺癌術後患者生存品質調查研究。 *中外醫學研究*, 18, 60-62。

劉晨、樂傑、叢中、穆蘭、範飛、穆大力 (2008)。 乳房再造手術對乳房缺失者的心理影響。 *中華醫學美學美容雜誌*, 14 (3), 187-189。

李雲、黃俠。(2018) 乳腺癌術後乳房缺失對婦女的身體意象及夫妻間性感覺的影響。 *中國性科學*, 27 (01), 156-158。

羅健、孫燕、周生餘 (1997)。 中國癌症患者化學生物治療生活品質量表的編制。 *中華腫瘤雜誌*, (06), 39-43。

羅朝霞、向桂萍 (2017)。 沙盤遊戲療法對卵巢癌患者術後負性情緒和生存品質的影響。 *中國實用醫藥*, 12 (19), 190-191。

呂紅梅、陳捷、陳君華、彭順秀、楊小平 (2008)。 個體化音樂干預對乳腺癌患者術前焦慮的影響。 *護理學雜誌*, 23 (10), 4-6。

祁靜、盧梅英。(2000)。 癌症晚期病人生存品質調查。 *中國組織工程研究*, 4 (08), 1241。

蘇怡,方桂珍。(2018)。 乳腺癌患者創傷後成長與身體意象及性調節的相關性分析。 *護理學雜誌*, 33 (19), 77-80。

湯豔清、謝光榮、李豔苓、賈丁鑫、馮曉紅、邱芳等 (2004)。 氟

西汀對乳腺癌抑鬱症患者生活品質的療效研究。*中國臨床心理學雜誌*, 12 (4), 400-402。

王岩、李佳怡、王丹、常程、楊萍。(2019) 乳腺癌化療患者癌因性疲乏、體力活動與生活品質的研究。*軍事醫學*, 43 (06), 469-473。

翁慧雯、李映紅(2017)。化療脫髮對女性患者身體意象及生命品質的影響。*現代醫院*, (1), 1-14.

餘媚、嚴由偉、林榮茂、岑瑞慶(2012)。正念減壓療法的神經機制及應用研究述評。*福建師範大學學報(哲學社會科學版)*, (6), 209-216。

張冬梅、萬崇華、李文輝、張燦珍、湯學良(2002)。乳腺癌患者生命品質測定量表的研製及考評。*中國行為醫學科學*, (03), 104-106, 109。

張明、張玲、黎培石(2004)。婚姻品質對乳腺癌術後患者日常生活活動能力的影響。*中國組織工程研究*, 8 (29), 6308-6309。

張寶山、俞國良(2007)。汙名現象及其心理效應。*心理科學進展*, 15 (6), 993-1001。

張保寧、範金虎、黃蓉、宋清坤、張慧明、喬友林等(2012)。中國乳腺癌手術治療 10 年的發展與變遷。*中華腫瘤雜誌*, 34 (8),

582-587。

張勁強、朱熊兆、唐利立、陳幹農、王瑜萍、楊玉玲（2014）。乳腺癌患者體像問卷中文版的試用結果分析。*中南大學學報(醫學版)*, 39（1），73-77。

張佳媛、周鬱秋、張全志、薛萍、王月楓（2015）。正念減壓療法對乳腺癌患者知覺壓力及焦慮抑鬱水準的影響。*中華護理雜誌*, 50（2），189-193。

張莉、於蕊、鄭秋華、楊雨（2017）。乳腺癌病人病恥感及家庭功能與生命品質的關係模型研究。*護理研究*, 031(11), 1333-1336。

張瑋、孫俐、王欣、張豔、趙嶽（2017）。甲狀腺癌術後患者病恥感與生命品質的相關性。*實用醫學雜誌*,（33），3825。

鄭曉娜、楊曉玲、歐志修（2014）。乳腺癌改良根治術後患者病恥感的調查研究。*中國醫學創新*,（27），69-71。

祝學敏、侯一鳴、祝學瑩（2018）。沙盤遊戲心理干預對癌症患者心理狀況及生活品質的影響。*臨床心身疾病雜誌*, 024(4), 82-84, 141.

Antoni, M.H., Wimberly, S.R., Lechner, S.C., Kazi, A., Sifre, T., & Urcuyo, K.R., et al.(2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention

among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*. 163(10), 1791-1797.

Antoni, Michael H., Lehman, Jessica M., Kilbourn, Kristin M., Boyers, Amy E., Culver, Jenifer L., & Alferi, Susan M. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology Official Journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association*. 20(1), 20-32.

Baxter, N.N., Goodwin, P.J., Mcleod, R.S., Dion, R., & Bombardier, C. (2006). Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. *The Breast Journal*, 12(3), 221-232.

Bränström, R., Petersson, L.M., Saboonchi, F., Wennmanlarsen, A., & Alexanderson, K. (2015). Physical activity following a breast cancer diagnosis: implications for self-rated health and cancer-related symptoms. *19(6)*, 680-685.

Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *PSYCHOLOGICAL INQUIRY*. 18(4), 211-237.

Buki, L.P., Reich, M., & Lehardy, E.N. (2016). “our organs have a purpose”: body image acceptance in latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25(11).

Calman KC. (1984) . *J Med Ethics*. 10: 124

Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., & Bonomi, A., et al. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale:

development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.

Dalton EJ, Rasmussen VN, Chassen CC, et al. (2009). Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS) a new measure for breast cancer patients [J]. *Breast J.* 15(3):287-290.

Doorenbos, A., Given, B., Given, C., & Verbitsky, N. (2006). Physical functioning: effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. *Nursing Research*. 55(3), 161.

Erica N Boswell, & Don S Dizon. (2015). Breast cancer and sexual function. *Translational Andrology & Urology*. 4(2). 160-168.

Esplen, Mary Jane, Wong, Jiahui, Warner, Ellen, & Toner, Brenda. (2018). Restoring body image after cancer (rebic): results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 36(8), 749-756.

Esser, P., Mehnert, A., Johansen, C., Hornemann, B., Dietz, A., & Ernst, J. (2018). Body image mediates the effect of cancer-related stigmatization on depression: A new target for intervention. *Psycho-Oncology*. 27(1), 193-198.

Ferrans, C. E. , & Powers, M. J. . (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.

Fayers, P., & Bottomley, A. (2002). Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *European Journal of Cancer*. 38 Suppl 4 (Suppl 4), S125-33.

Ferlay, Jacques, Soerjomataram, Isabelle, Dikshit, Rajesh, Eser, Sultan, Mathers, Colin, & Rebelo, Marise. (2012). Cancer incidence and mortality

worldwide: sources, methods and major patterns in globocan
International Journal of Cancer.136(5),E359-E386.

F.Lumachi, S.M.M.Basso, D.A.Santeufemia, M.Bonamini, &
G.B.Chiara.(2013). Ultrasonic dissection system technology in
breast cancer: a case-control study in a large cohort of patients
requiring axillary dissection. Breast Cancer Research & Treatment,
142(2), 399-404.

Jones,S.M.W.,Lacroix,A.Z.,Li,W.,Zaslavsky,O.,Wassertheil-Smoller,S.,&
Weitlauf,J.,et al.(2015). Depression and quality of life before and
after breast cancer diagnosis in older women from the women's
health initiative. Journal of Cancer Survivorship.9(4), 620-629.

Henderson, V. P. , Clemow, L. , Massion, A. O. , Hurley, T. G. , Druker,
S. , & James R. Hébert. (2012). The effects of mindfulness-based
stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in
early-stage breast cancer patients: a randomized trial. Breast Cancer
Res Treat, 131(1), 99-109.

Hopwood,& Penelope.(1993). The assessment of body image in cancer
patients. European Journal of Cancer.29(2),276-281.

Hopwood,P.,Fletcher,I.,Lee,A.,& Ghazal,S.A.(2001). A body image scale
for use with cancer patients. European Journal of Cancer.
37(2),189-197.

Kelly A Metcalfe, Mary Jane Esplen,Vivek Goel, & Steven A
Narod.(2004). Psychosocial functioning in women who have
undergone bilateral prophylactic mastectomy. Psychooncology.
13(1), 14-25.

Kissane,& D.,W.(2007). Letting go of the hope that psychotherapy

prolongs cancer survival. *Journal of Clinical Oncology*. 25(36), 5689-5690.

Kruger,D.W.(1989).Body self and psychological self. A developmental and clinical integration of disorders of the self. New York:Brunner /Mazel.

Kwekkeboom,K.L.,Abbott-Anderson,K.,& Wanta,B.(2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*. 37(3), E151-9.

Lee,L.W.,Chen,S.H.,Yu,C.C.,Lo,L.J.,Lee,S.R.,& Chen,Y.R. (2007). Stigma, body image, and quality of life in women seeking orthognathic surgery. *Plastic & Reconstructive Surgery*.120(1), 225-231.

Lemieux,J.,Maunsell,E.,& Provencher,L.(2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-oncology*. 17(4), 317-328.

Lewis,P.E.,Sheng,M.,Rhodes,M.M.,Jackson,K.E., & Schover,L.R.(2012). Psychosocial concerns of young african american breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 30(2), 168-184.

Link Bruce G., Cullen Francis T., Struening Elmer, Shrout Patrick E., & Dohrenwend Bruce P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*.

Link,B.G.,& Phelan,J.C.(2006).Stigma and its public health implications.*lancet*.367(9509), 528-529.

Mehnerta,BR,Hlere,Fallerh,et al.(2014). Four-week prevalence of mental

disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31).3540-3546.

Miaja M,Platas A, Martinez-Cannon BA. (2017) Psychological Im-pact of Alterations in Sexuality , Fertility , and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners [J] . *Rev Invest Clin.* 69(4) , 204-209.

Northouse,L.,Mood,D.,Mellon,S.,Galvin,L.,Jeffs,M.,& Schafenacker, A.,et al.(2010). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*.14(6),478-491.

Nyblade,L.,Stockton,M.,Travasso,S., & Krishnan,S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in karnataka, india. *BMC Women's Health*, 17(1).58.

ODIGIE V I, TANAKA R , YUSUFU L M, et al. (2010). Psychosocial effects of mastectomy on married african women in northwestern nigeria. *Psycho-Oncology*. 19(8), 893-897.

Park,G.J.,& Choi,J.S.(2008). Body image and quality of life in women with mastectomy. (*Asian Oncology Nursing*) .

Pat-Horenczyk,R.,Perry,S.,Hamama-Raz,Y.,Ziv,Y.,Schramm-Yavin,S., & Stemmer,S.M.(2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress*. 28(3), 214-222.

Pelusi J.(2006).Sexuality and body image.Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality[J].*Am J*

Nurs,106(3 suppl):32-38.

Pgdec,M.B.E., & Mphil,T.T.(2013). Managing the illness experience of women with advanced breast cancer: hopes and fears of cancer-related insecurity. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 253-260.

Pinto,A.C.,& Azambuja,E.D.(2011).Improving quality of life after breast cancer: dealing with symptoms. *maturitas*. 70(4), 343-348.

Przedziecki,Astrid,Alcorso,Jessica, & Sherman,Kerry A.(2016). My changed body: background, development and acceptability of a self-compassion based writing activity for female survivors of breast cancer. *Patient Education & Counseling*. 99(5), 870-874.

Rebecca M. Speck, Cynthia R. Gross, Julia M. Hormes, Rehana L.Ahmed,Leslie A.Lytle, & Wei-Ting Hwang.(2010).Changes in the body image and relationship scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Research & Treatment*. 121(2), 421-430.

Ritsher,J.B.,Otilingam,P.G., & Grajales,M.(2003).Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *psychiatry research*.121(1), 0-49.

Schilder. (1935/1950) . *The Image and Apperance of the Human Body*.New York:International Universities Press.

Schoepf,Dieter,Uppal,Hardeep,Potluri,Rahul,Chandran,Suresh,& Heun, Reinhard. (2014). Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: a naturalistic 12-year

- follow-up in general hospital admissions. *Journal of Psychiatric Research*. 52, 28-35.
- Shiozaki, M. , Hirai, K. , Koyama, A. , Inui, H. , & Tokoro, A. . (2011). Negative support of significant others affects psychological adjustment in breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26(11), 1540-1551.
- Skrzypulec,V., Tobor,E., Droszol,A., & Nowosielski,K. (2008). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*. 18(4), 613-619.
- Slowik AJ, Jablonski MJ, Michalowska-Kaczmarczyk AM, et al. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer , with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image , depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*.51(5), 871-888.
- Stagl J M,Bouchard L C,Lechner S C,et al. (2015). Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*. 121(11).
- Steffen, L. E. , Vowles, K. E. , Smith, B. W. , Gan, G. N. , & Edelman, M. J. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 37(3), 218.
- Stein M.(1998)Jung's Map of the Soul. Open Court, Chicago and LaSalle,

Il-nois.

Suwankhong,D., & Liamputtong,P. (2015). Breast cancer treatment: experiences of changes and social stigma among thai women in southern thailand. *Cancer nursing*. 18(3), S49-S50.

Tedeschi,R.G., & Calhoun,L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma.*J Trauma Stress*,9(3), 455-471.

TRIPATHI.L, DATTA.S.S, & AGRAWAL. S. K, et al . (2017).Stigma perceived by women following surgery for breast cancer . *Indian Journal of Medical & Paediatric Oncology*, 38(2),146—152. DOI: 10.4103/ijmpo.ijmpo_74_16.

Vidal,P.M.,Grillo,I.M.,& Marília Jorge.(2005).Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clinical & Translational Oncology*, 7(11),499-503.

Vincenti,F.,Monaco,A.,Grinyo,J.,Kinkhabwala,M.,Neylan,J.,& Roza,A., et al.(1999). Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Annals of Oncology Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 10(6) , 627.

Wahl,O.F.(1999).Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*.25 (3) : 467-478.

WHO.(1993). The development of the WHO quality of life assessment instrument. Geneva WHO.

2.著作類

申荷永（2012）。*沙盤遊戲療法*。中國人民大學出版社。

溫忠麟、劉紅雲、侯傑泰（2012）。*調節效應和仲介效應分析*。北京：教育科學出版社。

張春興（1991）。*張氏心理學辭典*。上海辭書出版社。

Dimiter M.Dimitov 著、王愛民等譯（2015）。*心理與教育：中高級研究方法與數據分析*。北京：中國輕工業出版社。

托德·希瑟頓、邁克爾·赫布爾（2004）。*心理健康百科全書6 心理病理卷（中文版）*。上海教育出版社。

Goffman.(1963).Stigma:Notes of the management of spoiled identity [M].Englewood Cliffs:Prentice Hall,3,1.

莫瑞·史坦。朱侃如（譯）。（1989）*榮格心靈地圖*。臺灣:立緒文化事業有限公司出版。

3.學位論文

孔榮華（2015）。*年輕乳腺癌患者病恥感現狀及其影響因素分析*。（Doctoral dissertation，山東大學）。

李玉芳（2017）。*乳腺癌患者術後病恥感及影響因素研究*。（Doctoral dissertation）。

王姝。(2015)。 *乳腺癌患者病恥感的影響因素研究*。(Doctoral dissertation, 中國醫科大學)。

魏秀蓉(2019)。 *家庭功能對初中生幸福感的影響：情緒智力與自尊的仲介作用*。(Doctoral dissertation)。

吳蘇。(2015)。 *乳腺癌術後化療患者心理彈性與生活品質的相關分析及干預研究*。(Doctoral dissertation)。

徐暉(2008)。 *精神分裂症患者病恥感及其與服藥依從性關係的研究*。(Doctoral dissertation, 北京協和醫學院(清華大學醫學部)中國醫學科學院)。

楊玉玲(2013)。 *乳腺癌患者體像問卷中文版的建立*。(Doctoral dissertation, 中南大學)。

張祎(2016)。 *乳腺癌患者術後心理韌性與生活品質及集體干預效果*。(Doctoral dissertation)。

作者簡歷

教育經歷：

- 1981—1986 解放軍第四軍醫大學 醫學本科學士
- 1988—1991 解放軍第四軍醫大學 醫學碩士
- 2016—2020 澳門城市大學 應用心理學 博士研究生

工作經歷：

- 1986—1988 海軍北海艦隊青島療養院 醫師
- 1991—1994 解放軍第一軍醫大學 附屬南方醫院 醫師、助教；

主治醫師、講師

- 1994—2010 阿斯利康制藥、德國默克藥業 區域經理
- 2010—2012 國家心血管病中心 中國牛津國際醫學研究中心

人力資源與行政總監

- 2015—今 健心海機構 團體沙盤培訓師

攻讀學位期間發表的論文和完成的工作：

《結構式團體沙盤心理技術社區婚姻家庭實用指南》副主編

陝西省腫瘤醫院 患者心理服務志願者（2019.3—今）

附 錄

附錄 1 乳腺癌患者體像問卷中文版 (部分樣題)

以下是患乳腺疾病後病人可能出現的想法、感受及行為，請根據您本人二全且以來的情況回答每個問題，如果您同意這種說法或符合下列情況，請在口內劃“√”

條目	非常不同意	不同意	中立	同意	非常同意
1.患病後，我盡力遮掩我的身體。					
2.我手臂的感覺正常。					
3.我儘量不去看乳房手術處的疤痕。					
4.我覺得身體裏好像裝了個定時炸彈。					
5.我白天昏昏沉沉，想睡覺。					
6.我對我的精力狀況感到高興。					
7.我感覺我容易患癌症。					
8.我對我的體形滿意。					
9.患了疾病後，我覺得我的女性魅力減少了。					
10.我喜歡我的身體。					
.....					
24.我能接受自己乳房切除後的外表。	從來沒有 / 幾乎從來沒有	偶爾	有時	經常	總是/ 幾乎總是
29.我感覺人們在盯著我的胸部看。					
30.我避免身體的親密接觸。					
31.我感覺有人在盯著我看。					
32.換農服時我要遮掩我的身體。					
33. 我擔心腫瘤在擴散。					
34.我需要別人對我胸部的外表給予信心。					
35.我老想著自己乳腺的這個病。					
.....					

附錄 2 Link 病恥感系列量表 (部分樣題)

下表中總共有 46 句話，是想瞭解您對乳腺癌乳房切除的真實想法，請根據您的實際情況進行勾劃，分別在“非常同意”、“同意”、“不同意”、“非常不同意”下方劃“√”

題號	題目	非常同意	同意	不同意	非常不同意
1	大多數人願意和一個曾經患過乳腺癌切除乳房的人做好朋友				
2	大多數人認為一個得過乳腺癌切除乳房的女人和普通女人是一樣聰敏的				
3	大多數人認為一個曾患過乳腺癌切除乳房的人和普通人一樣是值得信賴的				
4	大多數人願意接受一個完全康復的乳腺癌患者成為一所學校的孩子們的老師				
5	大多數人認為因為乳腺癌而切除乳房是一個女人失敗的標誌				
6	大多數人不願意僱傭一個曾經患過乳腺癌且切除乳房的人照顧他們的孩子，即使這個人恢復了一段時間				
7	大多數人看不起曾經得過乳腺癌且乳房切除的人				
8	如果一個曾經患過乳腺癌且乳房切除的人能勝任一項工作，大多數老闆會僱傭她的				
9	大多數老闆不願意考慮一個患乳腺癌且切除乳房的人的求職申請，而會接受其他的求職者				
10	在我居住的社區裏，大多數人會像對待其他人那樣對待一個曾經患過乳腺癌切除乳房的人				
11	大多數男性不願和一個乳房切除的人約會				
12	一旦知道一個人曾經因為乳腺癌切除乳房，大多數人就不會很認真地考慮這個人的意見了				
	……				

附錄 3 乳腺癌患者生命品質測定表 FACT-B 中文版 4.0 (部分樣題)

表內是一些與您的疾病有關的重要問題，請在每一個問題之後圈一個數字，以表明過去的七天中最適合您的情況。

生理情況						
GP 1	我精力不濟	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
GP 2	我感到噁心	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
					
社會/家庭情況						
GS 1	我和朋友們很親近	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
GS 2	我在感情上得到家人的支持	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
GS 3	我得到朋友的支持	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
					
Q1 不管您近期的性生活程度如何，請回答下麵的問題，如果您不願回答，請在這裏注明□						
GS 7	我對自己的性生活感到滿意	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
情感狀況						
GE 1	我感到悲傷	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
GE 2	我為自己這樣對待疾病感到自豪	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
					
功能狀況						
GF 1	我能夠工作（包括家裏的工作）	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
GF 2	我的工作（包括家裏的工作）令我有成就感	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
					
附加關注						
B1	我一直氣促	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
B2	（由於疾病）我不在意自己的穿著打扮	0 一點也不	1 有一點	2 有些	3 相當	4 非常
					