



澳門城市大學

Universidade da Cidade de Macau
City University of Macau

碩士研究生學位論文

正念對癌症患者疼痛感的影響研究

A study of the impact of mindfulness on the pain of Patients with Cancer

姓名 Name: 梁楚穎

學號 Student No.: H22091100582

院系 Faculty: 人文社會科學學院

課程 Program: 應用心理學

指導教師 Supervisor: 何元慶

電郵 Email: H22091100582@cityu.mo

2024年 05 月 02 日

答辯委員審議通過表



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

應用心理學碩士學位論文

Thesis of Applied Psychology Master's Degree Programme

論文題目: 正念對癌症患者疼痛感的影響及作用機制
Thesis Title

研究生: 梁楚穎
Candidate

本論文承蒙下列答辯典試委員審查通過。
This thesis is passed the examination approved by the below of examiners of Thesis Examination Committee.

答辯典試委員：
Thesis Examination Committee

姓名: 江雪華
Name 主席 Chairman

簽署: [Signature] 日期: 2024.5.2
Signature Date

姓名: 何元慶
Name 指導老師 Supervisor

簽署: [Signature] 日期: 2024/5/2
Signature Date

姓名: 穎哲華
Name 委員 Examiner

簽署: [Signature] 日期: 2024/5/2
Signature Date

GS-11a(2021)

論文原創聲明書



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 / DISSERTATION

論文題目 正念對癌症患者疼痛感的影響研究

Thesis Title A study of the impact of mindfulness on the pain of Patients with Cancer

聲明

本人特此聲明，所呈交的論文為本人在導師指導下進行的研究工作及取得的研究成果的最終版。除了論文中按正確引用系統引用來源出處的資料外，論文不含其他人已經發表或撰寫過的研究成果；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。與本人共同研究的個人和集體對研究所作的貢獻，均已在論文中明確說明。

本人已知悉本校的《學生學術誠信政策》、《博(碩)研究生學位論文寫作指引》、《研究生論文答辯管理細則》及《澳門城市大學學生紀律規章》及瞭解本聲明的法律後果由本人承擔，同時瞭解如今後發現本論文內容含抄襲或非本人撰寫等行為，大學所授予本人的學位資格將被取消。

Declaration

I hereby declare that the submitted thesis/dissertation herein is the final version of my research work and the research achievement conducted, which is composed and accomplished under the guidance of my supervisor. Except for the data adequately cited and referenced in the thesis/dissertation, it does not contain any previously published or written research results by others. This thesis/dissertation, or parts of this thesis/dissertation, has not been previously submitted for the same degree or for a different degree. The contributions made by individuals and groups involved in the collaborative research with me have been clearly stated in the thesis/dissertation.

I am aware of City University of Macau's "Student Ethics Policy," "Guidelines for Doctoral (Master) Dissertation Writing", "Rules on Postgraduate Oral Defense", and "Student Disciplinary Regulations of City University of Macau". I understand that I bear the legal consequences of this declaration. Furthermore, and the policy to be responsible for all the legal consequences of this declaration, while also understood that the University has the right to cancel my awarded degree if plagiarism is discovered in my thesis/dissertation.

梁楚穎

2024.03.09

學生簽名 Signature of Candidate

日期 Date

梁楚穎

H22091100582

學生姓名 Name of Candidate

學號 Student Number

人文科學學院

應用心理學

學院 Faculty

課程 Programme

致謝

值此論文完成之際，我感慨萬分，回想起在撰寫這篇論文過程中所付出的努力、遇到的挑戰以及收穫的知識和經驗。在此，我要感謝所有在我學術研究道路上給予我支持和幫助的人們。

首先，我要特別感謝我的導師何元慶老師。在論文撰寫過程中，他給予我悉心的指導。面對我的種種提問，老師耐心地向我解答，給我提供幫助和建議，沒有他的寶貴建議和鼓勵，我無法完成這篇論文。

其次，我十分感謝我的家人，在我求學和撰寫論文的過程中，他們始終關心和支持我。爸爸的生病讓我認識癌症，發現癌症離我們並不遙遠。同時，這令我希望我可以運用自己的專業知識給癌症患者提供一些幫助。家人的支持讓我有堅持選擇這個課題的決心和前進的動力。

此外，我要感謝所有參與本研究的被試，他們抽出寶貴的時間參與實驗，提供數據，使本研究得以順利進行。期間，被試的積極反饋讓我越來越感受到這一研究的意義，令我覺得進行這一課題是很有價值的。同時，感謝他們對學術研究的支持和信任。

我還要感謝我的朋友和同學們，在論文撰寫過程中，每當遇到一些細節問題時，我首先會詢問我的朋友和同學，與他們共同探討問題，一起分享知識和經驗，感謝他們為我提供寶貴的建議和幫助，提供情感的支持。

最後，我要感謝自己在論文撰寫過程中的努力和堅持。感謝自己不畏困難，堅持選擇自己感興趣的課題。感謝不忘初心、越戰越

勇的自己，也正是這種不屈不撓的精神，使我能夠在學術研究上取得進步。

在未來的學術道路上，我將繼續努力，以回報所有關心和支持我的人們。再次感謝大家在我學術生涯中的陪伴和幫助。

梁楚穎

於澳門城市大學

2024年3月08日

摘要

癌症患者疼痛感的緩解問題一直是國家和社會的重點關注問題。隨著心理學的快速發展，人們逐漸認識到心理因素對個人的身心皆有影響，這也為減緩癌症患者的疼痛感提供了新的研究視角。正念作為當代臨床健康心理學領域出現的一個新概念，已被證實具有減少負性情緒、減少情緒反應、提升專注力的積極作用，但在癌症患者疼痛感的相關研究中，並未發現太多研究正念對癌症患者的影響相關文獻。基於此，本研究在探究癌症患者疼痛感現狀的基礎上，研究正念練習干預對癌症患者疼痛感水準的影響。

基於已有的相關研究，本研究採用問卷法和半結構化訪談法對正念對癌症患者疼痛感的影響進行探討。研究採用問卷法，以《中文版五因素正念量表》、《中文版簡化 Mc Gill 疼痛問卷》為工具，對各地區共 22 名癌症患者進行調查和干預實驗，將所得數據進行性別、年齡段、服藥類型方面的差異檢驗，以探討癌症患者疼痛感的特點；採用正念練習對癌症患者疼痛感進行干預，以問卷為檢測指標，經過為期兩個月共八次的課程以後，實驗組的前後疼痛感得分存在顯著差異（ $P < 0.05$ ），且實驗組的疼痛感後測得分顯著低於前測得分。對照組的前後疼痛感得分不存在顯著差異（ $P > 0.05$ ）。研究採用半結構化訪談法，以實驗組的癌症患者為研究對象，通過半結構式訪談搜集原始資料，最後對訪談文本資料進行三級編碼分析，提取出情緒調節能力、認知靈活性、對待疼痛的接納和積極行為四大主題。

根據以上結果，本文得出以下結論：

(1) 疼痛感在年齡段上存在顯著差異。青年（年齡<35）癌症患者的疼痛感水準顯著高於中老年（年齡≥35）癌症患者。

(2) 正念練習干預對癌症患者疼痛感水準具有顯著的減緩作用。

(3) 正念練習是減少癌症患者疼痛感的有效方式。正念練習通過促進個體的情緒調節能力、增加個體的認知靈活性、對待疼痛的接納和積極行為從而降低患者的疼痛感。

關鍵字：癌症患者；正念；疼痛感

Abstract

The alleviation of pain in cancer patients has always been a major concern of the country and society. With the rapid development of psychology, people has been gradually realized that psychological factors have an impact on both the mind and body of an individual, which also provides a new research perspective on pain relief in cancer patients. As a new concept in contemporary clinical health psychology, Mindfulness has been proved to have a positive effect on reducing negative emotions, decreasing emotional reactions, and improving concentration, but not much research has been found on the effects of Mindfulness in studies related to pain perception in cancer patients. Based on this, this study investigates the effect of Mindfulness practice intervention on the level of pain perception in cancer patients based on the current situation of pain perception in cancer patients.

Based on existing relevant studies, this study uses questionnaire method and semi-structured interview method to explore the effect of Mindfulness on pain sensation of cancer patients. This study used the questionnaire method, using the Chinese version of the Five-Factor Mindfulness Scale and the Chinese version of the Simplified Mc Gill Pain Questionnaire as the tools to investigate a total of 22 cancer patients in various regions, and the data obtained were examined for the differences in gender, age, and Medication status to explore the characteristics of pain perception in cancer patients; and the Mindfulness exercises were used to intervene in the perception of pain in the patients. With the use of the questionnaire as a test indicator, After eight sessions over a two-month period, there was a significant difference in the pretest scores of the experimental group and the post-test scores of the experimental group. In

addition, the post-test scores of the experimental group were significantly lower than the pretest scores ($P < 0.05$). There was no significant difference between the pretest and post-test pain scores in the control group ($p > 0.05$). In this study, the cancer patients in the experimental group were selected by semi-structured interview. The original data were collected through semi-structured interview. Finally, the interview text data were analyzed by three-level coding to extract four themes: ability to regulate emotions, cognitive flexibility, acceptance of pain and positive behavior.

The results are as follows:

(1) There were significant differences in pain sensation in age groups. Young cancer ($\text{age} < 35$) patients have significantly higher levels of pain than middle-aged and older cancer ($\text{age} \geq 35$) patients.

(2) Mindfulness practice intervention had a significant effect on pain relief of cancer patients.

(3) Mindfulness exercises are an effective way to reduce pain in cancer patients. Mindfulness exercises reduce pain by promoting the individual's ability to regulate emotions, increasing cognitive flexibility, acceptance of pain, and positive behavior.

Key Words: Cancer patients; Mindfulness; Pain perception

目 錄

致謝.....	I
摘要.....	III
Abstract.....	V
目 錄.....	VII
圖目錄.....	XI
表目錄.....	XI
第一章緒 論.....	1
1.1問題提出.....	1
1.2研究目的與意義.....	3
1.2.1研究目的.....	3
1.2.2研究意義.....	3
第二章 文獻綜述.....	5
2.1正念及正念訓練.....	5
2.1.1正念及正念訓練的概念.....	5
2.1.2正念的測量工具.....	6
2.1.3正念及正念訓練的相關研究.....	8
2.2疼痛感.....	11
2.2.1疼痛感的概念.....	11
2.2.2疼痛感的測量工具.....	11
2.2.3疼痛感的相關研究.....	13
2.3 正念與疼痛感的相關研究現狀.....	13
第三章 研究一 癌症患者疼痛感與正念的現狀.....	15
3.1研究目的.....	15

3.2研究假設	15
3.3研究方法	15
3.3.1研究對象	15
3.3.2研究工具	16
3.3.3施測程序	17
3.3.4數據分析	17
3.4統計結果	17
3.4.1癌症患者正念水準現狀分析	17
3.4.2癌症患者疼痛感水準現狀分析	20
3.5討論	23
3.6小結	24
第四章 研究二 正念訓練對癌症患者疼痛感的干預研究	25
4.1研究目的	25
4.2研究假設	25
4.3研究方法	25
4.3.1研究對象	25
4.3.2研究工具	25
4.3.3研究設計	26
4.3.4研究過程	27
4.3.5數據分析	27
4.4研究結果	30
4.4.1量化結果	30
4.4.2質性結果	36
4.5討論	42
4.5.1有關癌症患者正念水準干預的討論	42

4.5.2有關癌症患者疼痛感影響因素的討論.....	44
4.6 小結.....	46
第五章 總討論與啓示.....	48
5.1癌症患者疼痛感的情況.....	48
5.2有關癌症患者疼痛感水準干預的討論.....	49
5.3對癌症患者疼痛感干預的啟示.....	49
第六章 結論與展望.....	51
6.1研究結論.....	51
6.2研究創新.....	51
6.3研究局限與展望.....	52
參考文獻.....	53
作者簡歷.....	63
附錄一：調查問卷.....	64
附錄二：知情同意書.....	69
附錄三：八周正念疼痛練習內容.....	71
附錄四：訪談提綱.....	72

圖目錄

圖 1 流程圖	27
圖 2 疼痛感交互作用圖	34
圖 3 正念交互作用圖	34

表目錄

表1 研究對象人口學統計表 (N=22)	16
表2 癌症患者正念水準現狀結果	18
表3 不同性別癌症患者正念水準對比結果	18
表4 不同年齡段癌症患者正念水準對比結果	19
表5 癌症患者疼痛感水準現狀結果	20
表6 不同性別癌症患者疼痛感水準對比結果	21
表7 不同年齡段癌症患者疼痛感水準對比結果	22
表8 不同服藥類型癌症患者疼痛感水準對比結果	22
表9 假設檢驗結果匯總	24
表10 實驗組正念訓練干預的主要內容	28
表11 干預前對照組與實驗組正念水準整體對比結果	31
表12 干預前對照組與實驗組疼痛感水準整體對比結果	31
表 13 實驗組對照組後測數據方差分析	32
表 14 實驗組、對照組組別的簡單效應檢驗	35
表 15 實驗組、對照組時間的簡單效應檢驗	35
表16 情緒變化因素節點數以及內容	36
表17 認知變化因素節點數以及內容	38
表18 心態變化因素節點數以及內容	40
表19 行為變化因素節點數以及內容	41
表20 假設檢驗結果匯總	47

第一章 緒論

1.1 問題提出

癌症是一組可影響身體任何部位的多種疾病的通稱，也被稱為惡性腫瘤。癌症的核心特性在於其細胞的非正常增殖，這些細胞突破了它們原有的限制，顯示出侵略性，不僅侵犯臨近組織，還能遠程播散至全身各處。根據世界衛生組織（WHO）最新的統計數據，全球致命疾病的排名中，癌症緊隨心血管疾病之後，傲視群雄。令人痛心的是，在 2020 年，每六個終結的生命中就有一個是由癌魔奪走的。全球大量癌症患者無法及時獲得高質量的診斷和治療。癌症病人最容易出現的表現就是疼痛，在癌症的治療中也會伴隨著疼痛。疼痛嚴重影響了病人的生存品質，會降低病人的生存率，縮短生存期，是癌症患者的不良預後因素。據國內外研究對癌症病人疼痛感的調查顯示，約 48%~56% 的癌症患者報告有疼痛感，超過 50% 的患者會感受到中度至重度疼痛。對癌症患者的疼痛治療是世界衛生組織癌症綜合規劃的重點專案之一。綜上可見，減緩癌症患者的疼痛感十分重要。

疼痛是對各種各樣不同刺激的反應。在身體受傷或者組織損壞時，受傷的組織會釋放化學物質（即刺激），這些物質會刺激周圍的神經末梢，將疼痛信號發送到脊髓，之後，信號會被傳遞到大腦處理疼痛資訊的區域，最終導致個體感覺到疼痛。但是，疼痛感不僅僅是生理反應，它還受心理因素的影響。例如肢幻覺痛，有研究發現，一些患者由於創傷或其他原因切除了部分肢體後，經常會有一種被切除部位仍然存在的感覺，並伴有各種類型的痛苦。而且，

相同的刺激作用於不同的個體，個體感受到的疼痛程度也不盡相同。有研究表明（鐘瑤等，2008），心理成分對疼痛的性質、程度、作用時間的影響；對空間的知覺、分辨和反映的水平都會在疼痛的各個環節上產生影響和反映。綜上可知，疼痛感是依賴於情感和思想等心理因素的知覺反應。因此，除了發明減少患者疼痛感的藥物，醫學家和心理學家也在不斷尋找能夠在心理層面減緩患者疼痛的方法，其中包括催眠、生物回饋緩解技術、行為療法、正念療法 (mindfulness-based therapy, MBT)等。正念療法是近年來新興的心理干預方法。

正念（Kabat-Zinn, 2003）是指對當下的感覺經驗不加評判的注意。正念治療是一種基於正念的治療方法，它旨在通過呼吸，瑜伽，冥想等方法，使病人對自己的想法、感受和情緒等內心世界有更多覺察，鼓勵患者輕鬆地思考，專注於現在，增強自己對病情的接納程度。許多實證研究表明，正念療法對癌症患者的心理因素有正向影響。例如，張麗紅等人（2022）發現正念療法能夠提高癌症患者的創傷後成長(post traumatic growth, PTG)水準，提高患者生活品質。曹鑫等人（2016）的研究發現，正念訓練干預可以明顯緩解患者的疲乏狀態，提高患者的生活品質。

目前，國內外對正念療法的研究多是量化研究，且內容大多集中在正念與情緒、幸福感的關係方面，與疼痛感相關的研究較少，對正念是如何影響疼痛感的也尚未有太多的探索和研究。因此，本研究嘗試探索正念對癌症患者疼痛感的影響及其作用機制，以豐富相關方面的研究，期望能對減緩癌症患者的疼痛感提供一些幫助和參考。

1.2 研究目的與意義

1.2.1 研究目的

(1) 揭示癌症患者的疼痛感水準現狀、特徵和差異性。研究採用問卷法對癌症患者進行正念水準和疼痛感水準的測量，對測量結果進行統計分析和差異性比較，瞭解癌症患者的疼痛感水準現狀，探究癌症患者疼痛感水準的特徵及差異性。

(2) 探究正念練習干預對癌症患者疼痛感水準的影響效果及機制。採用單因素實驗設計對癌症患者進行8周的正念練習干預，對試驗前後所測得的癌症患者的疼痛感水準數據進行整理、分析，判斷正念對癌症患者疼痛感水準是否存在減緩作用。採用半結構化訪談的方式對進行8周正念練習後的癌症患者被試進行訪談，對訪談數據進行整理、分析，探究正念是如何對癌症患者的疼痛感產生影響。

1.2.2 研究意義

(1) 現實應用意義

本研究主要通過構建正念訓練干預模式，進而減緩癌症患者的疼痛感，改善患者生存品質，這對癌症患者的臨床實踐具有較強的現實指導意義。此外，本研究還進一步拓展了正念療法在國內關於疼痛感的發展領域，也有利於對本土化的正念干預療法在癌症治療中的應用帶來一些實質性的建議與思考。

此外，根據監控與接納理論，正念是通過增強個體對自身經歷的意識（即對注意力的監控技能）和修改一個人與自身經驗的關係（即接納）來發揮作用。但上述推論均需要控制良好的研究提供證據。本研究將為這些治療實踐提供切實的數據支持，進而有助於正念療法設計與實施。

(2) 理論指導意義

本研究將正念療法引入到癌症患者的疼痛感研究中，並設計了正念癌症康復療法具體治療方案，以期在正念療法理論下為患者疼痛感的研究提供一定的理論基礎。

此外，本研究分別通過量表，訪談和干預研究探索正念對癌症患者疼痛感的影響，研究採用多種方法以期彌補之前研究方法單一等不足，進一步澄清正念與疼痛感之間的關係，為正念減緩癌症患者疼痛感提供實證支持。

第二章 文獻綜述

2.1 正念及正念訓練

2.1.1 正念及正念訓練的概念

正念一詞最早出現在佛教中。“正念”是梵語 *smṛti*（巴利語：*sati*）的翻譯，這個詞最初的意思是“記得”，“回憶”，“記住”(Sharf RH,2015)。但 Rupert Gethin(1992)認為，*sati* 不能在任何簡單意義上指“記憶”，*sati* 應該被理解為允許覺知佛法的全部範圍；認為 *sati* 是對事物與事物的關係的意識，是對事物相對價值的認識。T.W.Rhys Davids 於 1881 年首次將佛教術語翻譯為“Mindfulness”，即正念。1979 年，Kabat-Zinn（Kabat-Zinn,2011）將正念從佛學中引入心理學領域（郭璞洋，2017）並將其定義為對當下經驗不加評判的 (Nonjudgmentally) 意識與注意(Kabat-Zinn,2003)。

正念概念在由远古到近代的演变中，其宗教意味在不断地消退，并被赋予了更为丰厚的精神内涵，诸如“接纳”，“不评价”，“同情”等。所以，当代的“正念”已成为一个不断发展、不断发展和有丰富内涵的观念(汪芬，2011)。由於研究內容、研究角度等不同，不同的研究者對正念概念的理解都不一樣。部分研究者認為正念是一個心理過程、心理狀態或者心理特質，也有部分研究者認為正念是一種心理方法，即正念訓練。在早期，有些学者把正念看作是一种对当前情况的关注 (State of Being Attentive)（段文傑，2014）。Nyanaponika Thera(1972)就認為，正念是在持续觉察的过程中，对内在和外在真实的认识。也有許多學者認為，正念是一種心理狀態。例如，正念是對正在進行的由於內外部刺激而產生的想法和感覺的非判斷性觀

察(Baer,2003)。Kirk Warren Brown 等人(2003)認為由於固有的能力、紀律或傾向，個體可能在他們部署注意力和意識的頻率不同，並認為個體正念存在差異。所以，正念也可以被看作是一個心理特質，一個在人與人之間和人的內部都存在差異的屬性（Kirk Warren Brown and Richard M.Ryan, 2003）。正念（心理特質）可以通過正念訓練來提高。冥想是一種提高我們的注意力和認知的過程(Kabat-Zinn,1998, P13)。正念是冥想練習的另一個主要分類，被稱為內觀(vipassana)或內觀冥想(Kabat-Zinn,1995)，正念作為一種實踐方法的時候被稱為正念訓練。正念訓練被定義為不時地對注意力的有意的自我調節(Goleman&Schwartz,1976;Kabat-Zinn,1982)。

2.1.2 正念的測量工具

許多與正念相關的實證研究中，大都採用認知與情感正念量表-修訂版 (Cognitive and Affective Mindfulness Scale –Revised)、正念注意意識量表(the Mindful Attention Awareness Scale)、五因素正念量表(the Five Facet Mindfulness Questionnaire)這三種正念量表(Kemper KJ,2017)。

(1) 弗萊堡正念量表(The Freiburg Mindfulness Inventory-FMI) (Buchheld,Grossman,&Walach,2001)

《弗萊堡正念量表 (Freiburg Mindfulness Inventory)》由 Buchheld,Grossman 和Walach於2001年編制，MAAS測量了狀態正念和特質正念(Yu-Qin Deng, 2011)。弗萊堡正念量表僅為那些之前接觸過正念冥想練習的人設計，作者指出，某些專案的意義對那些沒有冥想經驗的人來說可能不清楚。FMI 測量的是狀態取向的正念。FMI 由 4 個維度構成,分別為(a)當下能夠正確辨識的注意(12 題);(b)

對自己和他人不評判、不評價的態度(7 題);(c)對負面心理狀態的開放性(7 題);(d)面向過程的有洞察力的認識(4 題)。總共 30 題項。但其開發者依然推薦使用該量表的總分來描述正念狀態的程度(Buchheldetal.,2001),即該量表總分得分越高,代表受測者正念狀態水準越高。(段文傑, 2014)

(2) 正念注意意識量表(The Mindful Attention Awareness Scale-MAAS) (Brown&Ryan,2003)

《正念注意意識量表》由 Kirk Warren Brown and Richard M.Ryan 於 2003 年編制。總共 15 個題項,採用李克特 6 點計分法,量表總分得分越高,正念水準越高。

對量表進行驗證性因數分析(CFA):在大學生樣本中,擬合優度指數[GFI]為.92,比較擬合指數[CFI]為.91,擬合指數[IFI]為.91,簡約調整擬合指數[PCFI]為.78,近似均方根誤差[RMSEA]為.058。量表的內部一致性係數(alpha)為.82;在普通成人樣本中,擬合優度指數 GFI 為.91,比較擬合指數 CFI 為.92,擬合指數 IFI為.92,簡約調整擬合指數 PCFI 為.79,近似均方根誤差 RMSEA 為.065。量表的內部一致性係數(alpha)為.87。

(3) 費城正念量表(The Philadelphia Mindfulness Scale)

《費城正念量表》是由 Cardaciotto,L.等人於 2008 年編制,分為“意識”與“接受”兩個維度和部分:意識被定義為“對持續的內部和外部刺激的持續監測”,而接受被定義為“對一個人的經驗的非評判的立場”。兩部分各 10 題,總共20題,採用李克特 5 點計分法,“意識”分量表的內部一致性係數 alpha 為.81,“接受”分量內部一致性係數 alpha 為.85。

(4) 五因素正念量表 (中文版)

《五因素正念量表 (中文版)》是由 Baer 等人編制 (Baer RA, 2006), 鄧玉琴等人翻譯和修訂 (Yu-Qin Deng, 2011), 共有 39 個專案, 分為觀察 (8 個專案)、描述 (8 個專案)、有意識地行動 (8 個專案)、不評判地接納 (8 個專案)、對經驗的不反應 (7 個專案) 五個維度, 採用 5 點計分法 (1=一點也不符合, 5=完全符合), 其中 19 個專案採用反向計分, 分別計算各維度總分及所有專案總分, 得分越高表明被試的正念能力越高。該量表與貝克抑鬱量表總分、狀態特質焦慮量表總分、SCL-90 總分效標效度為 0.133-0.490 (Yu-QinDeng, 2011)。五個維度的內部一致性係數分別是: 0.746 (觀察)、0.843 (描述)、0.794 (有意識地行動)、0.659 (不評判地接納)、0.448 (對經驗的不反應)。五因素模型的擬合度指數分別為: 最小擬合函數卡方與自由度的比值 χ^2/df 為 2.084; NFI 為 0.869; 擬合指數 IFI 為 0.927; TLI 為 0.903; 比較擬合指數 CFI 為 0.926; 近似均方根誤差 RMSEA 為 0.067。

2.1.3 正念及正念訓練的相關研究

儘管正念的理念在我國的佛教傳統中擁有深厚的歷史淵源, 但它的影響力主要局限於深入理解佛教教義和修行方法的佛教信徒及知識份子。正念作為一種具有廣泛適用性的技術, 在各個領域的應用並不普遍。然而, 在應對壓力、情緒管理、自我關懷、創傷療愈等方面, 正念得到了廣泛的推廣和推薦。近年來, 正念逐漸為更多人所熟知。正念的一些積極心理學屬性吸引了積極心理學家的關注, 有些學者甚至將其整合到積極心理學的框架內, 視正念為積極心理學的一個重要組成部分進行研究 (劉毓, 2022)。

查閱以“正念”為主題詞的相關文獻，中文文獻範圍內的計量可視化分析結果顯示，與“正念”相關的研究多集中在正念訓練，此外，與生活品質、睡眠品質、應對方式、負性情緒、心理彈性、心理健康、焦慮等的相關研究也很多。查看近五年的國內相關研究，與正念相關的研究大多集中在醫學、心理學、教育學、管理學行業。而研究的內容集中在正念訓練和正念特質，以研究正念訓練效果的實證研究為主。大部分的研究將正念作為引數和調節變數來進行研究。由於正念訓練種類繁多，這裏將統稱為正念訓練，其中包括但不僅限於：正念放鬆訓練、正念減壓訓練、正念認知療法、中文網路 MBSR 課程。許多研究表明，正念訓練能緩解個體的負性情緒且受調節變數的影響（於淑婷，2019），其中包括研究對象為：初一學生、心肌梗死患者、精神分裂症患者、癌症患者等（劉穎慧等人，2019；馬驕娜等人，2019；王玲花等人，2018；徐東升，2019）。但也有學者的研究表明，正念訓練對負性（焦慮）情緒干預的追蹤效果不顯著（任志洪，2018）。有研究表明，正念訓練對感覺有影響。正念訓練能改善喉癌患者癌因性疲乏水準（佟蕾等人）和減輕結直腸癌永久性造口患者病恥感（王瑤等人，2021）。與醫學相關的許多文獻表明，正念訓練可改善個體睡眠品質（張耕瑞，2018；舒玲，2018；肖超群，2019）和生活品質（佟蕾等人，2019；王瑤等人，2021），研究對象大多為癌症患者、術後患者，也有官兵、護士、抑鬱症患者。在教育方面，與正念相關的研究大多與注意力、焦慮等因素有關。正念訓練能降低學生焦慮情緒，提升學生注意力（唐嘉穎，2018）。正念訓練對學業成績產生積極的促進作用（劉穎慧等人，2019）。此外，正念訓練能提高參與者正念水準（顧潔，2018）。相比正念訓練，與特質正念相關的研究十分少，較多的研

究是將特質正念作為仲介變數來進行研究。而且，大部分文獻是研究正念特質與工作投入的關係。

查閱以“Mindfulness”“Mindfulness training”為關鍵字的英文文獻。可以發現，近年來，國外與正念相關的研究集中在教育、企業工作、醫療領域。在心理學領域，有研究發現，較長和較短的正念練習均顯著改善了特質正念、抑鬱、焦慮和壓力（Strohmaier, S.等，2020），此外，Sharma, P. K.等人得出相同結論的同時，他們還發現正念與自我效能呈正相關（Sharma, P. K.等，2022）。但也有不一樣的說法：正念可能會在短期內提高自我效能感，但從長遠來看不一定如此（Firth, A. M.等，2019）。在與教育相關的研究領域，有研究發現，性格正念能顯著預測大學適應（Mettler, J.等，2017）。正念對學生的創造性思維有正向影響（Hensley, N., 2020）。且更強的正念與更好的學業成績、學業成績較上一學年的更大進步、更好的出勤率和更少的停學顯著相關（Caballero, C.等，2019）。除了與學生有關的研究外，也有研究發現基於正念的教師干預措施有望促進教師正念、提高教師心理健康和減少教師心理困擾（Klingbeil, D. A.等，2018）。在與企業工作相關的領域中，研究發現正念訓練可以改善與工作壓力和幸福感相關的結果，並具有潛在的持久影響（Bostock, S.等，2019）。員工前一天的恢復經歷對正念有益，而工作量會妨礙正念。而且正念和恢復體驗之間的關係是相互的，而不是單向的（Hülshager, U. R.等，2018）。正念訓練可以減輕護士的情緒負擔，從而減輕倦怠程度（Suleiman-Martos, N.等，2020）。在與醫療相關的領域中，基於正念的減壓訓練能顯著改善腸易激綜合症參與者的胃腸道症狀和相關問題（Naliboff, B. D.等，2020）。正念可以直接影響癌症患者的生活品質，間接減輕他們的壓力，並潛在地影響他

們的生活品質（Dehghan, M.等，2020）。

2.2疼痛感

2.2.1疼痛感的概念

1979 年，由分類學小組委員會推薦的，並被 IASP（International Association for the Study Pain-國際疼痛協會）委員會通過的疼痛感定義是：“一種與實際或潛在的組織損傷相關的、不愉快的感官和情感體驗，或用這種損傷來描述。”後來，在 2018 年又經過整合專家的建議和公眾的意見來修訂疼痛感的定義，修訂後的 IASP 疼痛定義（2020）為：疼痛是一種與實際或潛在的組織損傷相關或類似的不愉快的感覺和情感體驗。期間，也有其他研究者對疼痛感進行描述，

例如：Borsook D 等人在研究中提及“疼痛體驗是複雜的，不僅涉及體感通路（somatosensory pathways），還涉及調節情緒(emotion)、動機(motivation)和記憶 (memory)處理的大腦系統（Borsook D 等人，2010）。”但被引用較多的疼痛感 定義依然是 IASP 的那個，其概括得更全面與簡潔。

2.2.2疼痛感的測量工具

對疼痛感的評估可以使用評估工具以及評估方法。評估工具分為單維度和多維度的評估量表，而評估方法則主要有行為評估法、生理指標測量法和生化測定法等（蘆嫻等，2013），下麵來詳細介紹三個常用的疼痛量表。

(1)視覺模擬量表（VAS）

該評估方法是應用最為廣泛的單維度測量工具。由一條 100mm 的直線組成，由兩個極端的疼痛固定。極端情況是：最左端為“沒有

疼痛”和最右端為“最嚴重的疼痛”。被試被要求根據他們自己感知的疼痛在水平線上做一個標記，通過測量從最左端“無疼痛”到標記點的距離（mm）記為當前被試的疼痛強度。VAS 要求受試者運用抽象思維來評定他們的疼痛水平，標注時要求有必要的感覺、運動，直覺等能力，但不適合老年人，低文化程度者，認知障礙者。

(2) 數字評價量表(Numerical Rating Scale-NRS)

該評估方法由11 個數字組成，從 0 至 10，患者利用 這 11 個數字來量化其疼痛水平，隨著數字增大，疼痛感逐漸加劇。0 表示無痛，1 到 3 代表輕度疼痛，這個階段的疼痛不會干擾睡眠；4 到 6 屬於中度疼痛，會使得睡眠受阻；7 到 9 為重度疼痛，可能導致患者無法入睡或在睡夢中因痛醒；10 則代表劇痛。通常，應詢問患者疼痛的程度，並請他們選擇或者標記出最符合其感受的數字。這種方法在醫療實踐中廣泛應用。NRS 具有較高的可靠性和有效性，記錄簡便，特別適用於文化程度相對較高的患者。但是，因為 NRS 量表比較抽象，所以要對病人說明它的用法，在實際應用中會有困難，因此不太適宜于文化程度低或文盲患者。（嚴廣斌，2014）

(3) 中文版 SF-MPQ-2（簡化 Mc Gill 疼痛問卷）

1975 年，Melzack 提出了 Mc Gill 疼痛問卷（Mc Gill Pain Questionnaire-MPQ），成為常用的臨床及研究工具。MPQ 是全面評估疼痛的多維度測量工具，不僅評估疼痛的部位、強度、時間特性，還評估疼痛的情感及感覺方面（Melzack R., 1975）。MPQ 現在已被很多國家進行推廣運用，一般用於癌症患者慢性疼痛的評估中，有臺灣學者對其漢化版進行了評述。後來由於制定年代久遠而有一定的局限性，Dworkin 等基於簡版 MPQ（Short-form MPQ, SF-

MPQ) 制定了 SF-MPQ-2。隨後，中國十餘所三甲醫院疼痛專科共同研製並論證了 SF-MPQ-2 中文譯本 (王世鈺等人, 2022)。中文版 SF-MPQ-2 包括 22 個條目。量表信度好 (內部一致性係數 α 為 0.844, Guttman 分半係數為 0.7)，結構效度好。

2.2.3 疼痛感的相關研究

查閱以“疼痛感”為關鍵字的中文文獻，對其進行計量可視化分析，分析結果顯示，與“疼痛感”相關的研究多集中在術後疼痛且絕大部分的文獻都是與醫學相關，只有極少的文獻是與心理學相關。

相關文獻大多是與具體的物理或化學醫療技術相關，許多研究者發現，電針刺激夾脊穴並配合溫和灸的方法 (王強, 2018)、納布啡 (劉書勇, 2021)、疼痛管理 (Slepian PM 等, 2020) 等對減少疼痛感有效。研究發現，心理護理 (吳小燕, 2019)、運動性引導想像訓練 (蔣虹等人, 2019)、積極心理干預法 (李靜蘭等人, 2021) 等可以減輕患者的疼痛感。

查閱以“pain”為關鍵字的英文文獻，限制出版年份為 2018-2023。

近年來，國外與疼痛感相關的研究大多集中在疼痛管理，其中，與神經性疼痛、慢性疼痛相關的較多，對癌性疼痛的研究較少。許多學者從醫學角度對疼痛管理進行研究，其中包括靜脈注射、口服或局部用藥 (Money, S.等, 2018)。還有，如減少左旋多巴相關反應波動的策略，以及其他藥物和非藥物選擇，例如深部腦刺激和康復 (Blanchet, P. J.等, 2018)。而 Small, C.等人認為，成人急性術後的疼痛管理應考慮和理解疼痛經歷的每個生物、心理和社會維度，以便在術後環境中提供最佳的疼痛管理 (Small, C.等, 2020)。

2.3 正念與疼痛感的相關研究現狀

查閱近年的國內文獻，發現研究正念與疼痛感關係的文獻少之又少。有研究表明，正念可以讓人更加專注，降低疼痛感。具有較高的“性格正念”水準的參與者所報告的疼痛感相對較弱。如果沒有學習過正念，短期內進行正念訓練，也能提高注意力，減輕疼痛感（段錦礦，2023）。實證研究大都是研究正念訓練對疼痛感的影響。且得出正念訓練能夠在一定程度上減輕患者的疼痛感（張蕾，2015；李秀蘭，2021；許岩，2021）。

查閱國外文獻，發現許多證據指向：正念對疼痛有益。正念的干預措施可以減輕患者的疼痛強度（Keren Reiner等，2013）。研究表明，有正念的人會感覺更少的疼痛，並引起支持感官、認知和情感評估的大腦區域更大程度的失活（Zeidan, F.等，2018）。較高的正念與較低的症狀水準相關，包括較低的疼痛嚴重程度、疼痛干擾、疲勞、焦慮、抑鬱和睡眠障礙（Zimmaro, L. A.等，2019），此外，正念可以負向預測疼痛強度、負面影響、疼痛災難化、與疼痛相關的恐懼、疼痛過度警惕和功能障礙；正念可以獨特地預測疼痛災難化，並調節疼痛強度和疼痛災難化之間的關係（Robert Schütze，2010）。正念冥想與小幅減輕疼痛有關（Lara Hilton等，2017）。Zeidan, F.等人（2017）的研究表明：正念冥想相關的疼痛緩解與獨特的評估認知過程有關，這取決於專業水準和冥想傳統。此外，推測正念冥想相關的疼痛緩解可能與其他認知技術在調節疼痛方面有著共同的調節途徑。

第三章 研究一 癌症患者疼痛感與正念的現狀

3.1 研究目的

瞭解癌症患者的疼痛感與正念水準現狀，比較癌症患者疼痛感與正念在人口學變量下的差異，為後續癌症患者的正念干預訓練研究提供基礎，為實驗效果的比較提供數據支持。

3.2 研究假設

H1:癌症患者正念水平在人口統計學變量上存在顯著差異。

H2:癌症患者疼痛感水平在人口統計學變量上存在顯著差異。

3.3 研究方法

3.3.1 研究對象

本研究採用便利取樣法，以癌症患者為被試，共收集問卷77份，有效問卷22份，有效率為28.57%。有效率較低的原因可能是因為前後測的間隔時間較長，許多被試中途退出研究，造成問卷數據的不完整。研究對象人口學資訊見表1。

表 1 研究對象人口學統計表 (N=22)

人口統計學變數		人數	百分比 (%)
性別	男	14	63.64
	女	8	36.36
年齡段	青年	16	72.73
	中老年	6	27.27
患病類型	大腸癌	2	9.1
	肺癌	7	31.82
	乳腺癌	3	13.64
	肝癌	4	18.18
	口腔癌	2	9.1
	其他	4	18.18

3.3.2 研究工具

(1) 《中文版五因素正念量表》

本研究對癌症患者正念水準的測量採用 Baer 等人編制(Baer RA,2006), 鄧玉琴等人翻譯和修訂(Yu-Qin Deng,2011)的中文版五因素正念量表。該量表共有 39 個專案, 5點計分, 從“一點也不符合”到“完全符合”分別記1-5分, 其中19項為反向計分, 總分195分, 得分越高表明被試的正念能力越高。

(2) 《中文版 SF-MPQ-2 (簡化 Mc Gill 疼痛問卷)》

本研究對癌症患者疼痛感水準的測量採用D workin 等基於簡版 MPQ (Short-form MPQ, SF-MPQ) 制定, 中國各地 10 家三甲醫院疼痛科相互合作, 制定與驗證的中文版 SF-MPQ-2 (簡化 Mc Gill 疼痛問卷)。該量表共有 22 個專案, 11點計分, 從“無”到“最劇烈”分別記0-10分, 總分220分, 得分越高表明被試的疼痛水準越高。

3.3.3 施測程序

本調查採用電子問卷的形式開展調查。被試獨立完成調查，測試時長約為5-10分鐘。問卷回收后，依據標準剔除無效問卷并進行數據分析。

3.3.4 數據分析

本研究使用SPSS26進行數據分析，進行描述性統計、獨立樣本t檢驗等分析。

3.4 統計結果

3.4.1 癌症患者正念水準現狀分析

目前，與癌症患者相關的研究內容大多與治療方案相關，其中，針對正念訓練的研究也不少。為研究正念訓練對癌症患者疼痛感的影響，需要瞭解癌症患者目前的正念水準，基於此，本研究從不同角度對癌症患者正念水準的現狀進行了研究。

(1) 癌症患者正念水準現狀

由表2可知癌症患者疼痛感的現狀。首先，癌症患者在觀察維度上得分最高（ $M=3.89$ ），在不判斷維度上得分最低（ $M=2.36$ ）。從項目平均值來看，癌症患者正念水準整體處於中等水準。

表 2 正念水準的總體情況結果

維度	最小值	最大值	M	SD
觀察	2.88	4.50	3.89	0.43
描述	2.13	4.63	3.28	0.63
覺知地行動	1.5	4.38	2.73	0.73
不判斷	1.5	3.38	2.36	0.46
不行動	1.43	4.29	3.44	0.64
正念總分	101	153.00	122.09	11.65

(2) 不同性別的癌症患者正念水準對比分析

為驗證不同性別癌症患者的正念水準是否存在差異，對男、女性癌症患者的正念水準數據進行了獨立樣本t檢驗。根據表3中的檢驗結果顯示，男性癌症患者與女性癌症患者的正念水準在正念總分以及正念所包含的觀察、描述、覺知地行動、不判斷、不行動維度得分均值的顯著性 $P>0.05$ ，說明男女癌症患者正念水準不存在顯著性差異($P>0.05$)。

綜上所述，不同性別的癌症患者正念水平不存在顯著性差異($P>0.05$)。

表3 不同性別癌症患者正念水準對比結果

維度	男性 (N=14) (M±SD)	女性 (N=8) (M±SD)	t	p
觀察	3.88+0.423	3.91+0.476	-0.115	0.909
描述	3.18+0.596	3.45+0.677	-0.993	0.333
覺知地行動	2.71+0.795	2.77+0.646	-0.184	0.856
不判斷	2.46+0.467	2.19+0.434	1.321	0.202
不行動	3.58+0.447	3.18+0.863	1.456	0.161
正念總分	122.86+13.917	120.75+6.628	0.400	0.693

(3) 不同年齡段的癌症患者正念水準對比分析

為驗證不同年齡段癌症患者的正念水準是否存在差異，以35歲為分界線，分為青年（年齡<35）組和中老年（年齡≥35）組。採用

獨立樣本 t 檢驗方法，對青年和中老年癌症患者的正念水準進行統計分析。通過表4發現，青年腫瘤病人和中老年腫瘤病人在觀察維度的平均分數差異有統計學意義($P<0.05$)，說明青年和中老年癌症患者在觀察維度上的正念水準存在顯著性差異($P<0.05$)；青年癌症患者與中老年癌症患者的正念水準在正念總分以及描述、覺知地行動、不判斷、不行動維度得分均值的顯著性 $P>0.05$ ，說明青年和中老年癌症患者正念水準不存在顯著性差異($P>0.05$)。進一步分析比較其均值可知，青年癌症患者的正念水平在正念總分以及正念所包含的觀察、描述、覺知地行動、不判斷維度得分高於中老年癌症患者。青年癌症患者在不行動維度得分低於中老年癌症患者。

綜上所述，青年癌症患者的總正念水平高於中老年癌症患者，在觀察維度存在顯著性差異($P<0.05$)。

表4 不同年齡段癌症患者正念水準對比結果

維度	中老年 (N=6) (M±SD)	青年 (N=16) (M±SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
觀察	3.58+0.152	4.01+0.448	-2.238	0.037
描述	3.10+0.649	3.34+0.625	-0.794	0.436
覺知地行動	2.52+0.290	2.81+0.832	-1.188	0.249
不判斷	2.19+0.271	2.42+0.510	-1.057	0.303
不行動	3.48+0.335	3.42+0.733	0.179	0.860
正念總分	115.50+7.868	124.56+12.055	-1.697	0.105

(4) 癌症患者正念水準現狀小結

總結上述分析可知，為探究癌症患者的正念水準現狀，研究從不同性別、不同年齡段兩個方面對癌症患者的正念水準進行了對比，結果顯示：癌症患者正念水準整體處於中等水準。對於不同性別的癌症患者來說，在正念總分及正念的五維度的差異性均不存在統計學意義。對於不同年齡段的癌症患者來說，在正念觀察維度的差異性存在統計學意義。

3.4.2 癌症患者疼痛感水準現狀分析

在以往癌症患者的相關研究中，針對疼痛感的研究也不少，但治療方式日益發展，患者感受到的疼痛感也在發生變化。基於此，為揭示癌症患者疼痛感水準狀況，探究緩解癌症患者疼痛感的干預新思路，特從多角度、多方位對癌症患者疼痛感水準的現狀進行了研究。

(1) 癌症患者疼痛感水準現狀

由表5可知癌症患者疼痛感的現狀。首先，癌症患者在對情緒的影響維度上得分最高（ $M=6.11$ ），在神經病理性疼痛維度上得分最低（ $M=4.89$ ）。從項目平均值來看，癌症患者的疼痛感水準整體處於中等水準。

表 5 疼痛感水準的總體情況結果

維度	最小值	最大值	<i>M</i>	<i>SD</i>
持續性疼痛	1.83	9.83	5.44	2.35
陣發性疼痛	1.17	9.83	5.16	2.40
神經病理性疼痛	1.83	9.50	4.89	2.31
對情緒的影響	3	9.25	6.11	1.92
疼痛感總分	42	205.00	117.36	47.66

(2) 不同性別的癌症患者疼痛感水準對比分析

為驗證不同性別癌症患者的疼痛感水準是否存在差異，對男、女性癌症患者的疼痛感水準數據進行了獨立樣本t檢驗。根據表6中的檢驗結果顯示，男性癌症患者與女性癌症患者的疼痛感水準在疼痛感總分以及疼痛感所包含的持續性疼痛、陣發性疼痛、神經病性疼痛、對情緒的影響四維度得分均值的顯著性 $P>0.05$ ，說明男女癌症患者疼痛感不存在顯著性差異（ $P>0.05$ ）。進一步分析比較其均值可知，男性癌症患者的疼痛感水平得分高於女性癌症患者。

綜上所述，男性癌症患者的疼痛感水準高於女性癌症患者，但不存在顯著性差異($P>0.05$)。

表6 不同性別癌症患者疼痛感水準對比結果

維度	男性 (N=14) (M±SD)	女性 (N=8) (M±SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
持續性疼痛	5.52+2.314	5.29+2.564	0.218	0.830
陣發性疼痛	5.58+2.323	4.42+2.493	1.104	0.283
神經病理性疼痛	5.08+2.514	4.54+2.004	0.521	0.608
對情緒的影響	6.29+1.821	5.81+2.170	0.547	0.590
疼痛感總分	122.29+47.909	108.75+49.181	0.632	0.535

(3) 不同年齡的癌症患者疼痛感水準對比分析

為驗證不同年齡段癌症患者的疼痛感水準是否存在差異，以35歲為分界線，分為青年（年齡<35）組和中老年（年齡≥35）組。對青年、中老年癌症患者的疼痛感水準數據進行了獨立樣本t檢驗。根據表7中的檢驗結果顯示，中老年癌症患者與青年癌症患者的疼痛感水準在疼痛感總分以及疼痛感所包含的持續性疼痛、陣發性疼痛、神經病理性疼痛、在對情緒的影響四維度得分均值的顯著性($P<0.05$)，說明青年與中老年癌症患者疼痛感水準存在顯著性差異($P<0.05$)；進一步比較其均值可知，青年癌症患者疼痛感總分的均值要高於中老年癌症患者，並且青年癌症患者在持續性疼痛、陣發性疼痛、神經病理性疼痛、對情緒的影響四維度的得分均值都高於中老年癌症患者相應維度的得分均值。

綜上所述，青年癌症患者的疼痛感水準高於中老年癌症患者，且存在顯著性差異($P<0.05$)。

表7 不同年齡段癌症患者疼痛感水準對比結果

維度	中老年 (N=6) (M±SD)	青年 (N=16) (M±SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
持續性疼痛	3.61+1.541	6.12+2.258	-2.498	0.021
陣發性疼痛	2.97+1.492	5.98+2.160	-3.119	0.005
神經病理性疼痛	3.08+1.402	5.56+2.238	-2.514	0.021
對情緒的影響	4.75+1.681	6.63+1.784	-2.227	0.038
疼痛感總分	77.00+31.585	132.50+44.177	-2.801	0.011

(4) 不同服藥類型的癌症患者疼痛感水準對比分析

為驗證不同服藥類型癌症患者的疼痛感水準是否存在差異，對服用止痛藥的癌症患者和未服用止痛藥的癌症患者的疼痛感水準數據進行了獨立樣本t檢驗。根據表8中的檢驗結果顯示，服用止痛藥的癌症患者與未服用止痛藥的癌症患者的疼痛感水準在疼痛感總分以及疼痛感所包含的持續性疼痛、陣發性疼痛、神經病性疼痛、對情緒的影響維度得分均值的顯著性($P>0.05$)，說明服用止痛藥的癌症患者和未服用止痛藥的癌症患者的疼痛感水準不存在顯著性差異($P>0.05$)。進一步分析比較其均值可知，服用止痛藥的癌症患者的疼痛感水平得分低於未服止痛藥的癌症患者。

綜上所述，服用止痛藥的癌症患者的疼痛感水準低於未服用止痛藥的癌症患者，但不存在顯著性差異($P>0.05$)。

表8 不同服藥類型癌症患者疼痛感水準對比結果

維度	服用止痛藥癌症患者 (N=11) (M±SD)	未服用止痛藥癌症患 者 (N=11) (M±SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
持續性疼痛	6.39+1.890	4.49+2.452	2.044	0.054
陣發性疼痛	5.95+2.162	4.36+2.448	1.616	0.122
神經病理性疼痛	5.47+2.291	4.30+2.276	1.199	0.245
對情緒的影響	6.61+1.960	5.61+1.825	1.238	0.230
疼痛感總分	133.36+43.158	101.36+48.420	1.636	0.117

(5) 癌症患者疼痛感水準現狀小結

總結上述分析可知，為探究癌症患者的疼痛感水準現狀，研究

從不同性別、不同年齡段、不同服藥類型三個方面對癌症患者的疼痛感進行了對比，結果顯示：癌症患者的疼痛感水準整體處於中等水準。對於不同性別和不同服藥類型的癌症患者來說，在疼痛感總分及疼痛感的四維度的差異性不存在統計學意義；此外，對於不同年齡段的癌症患者來說，青年癌症患者疼痛感水準顯著高於中老年癌症患者，且在疼痛感總分及疼痛感的四維度的差異性存在統計學意義。

3.5 討論

根據癌症患者疼痛感水準現狀的調查結果顯示，對於不同性別的癌症患者來說，在疼痛感總分及疼痛感的四維度的差異性不存在統計學意義，這與黎雪等人（2023）、罗诗蕾等人（2020）的研究結果一致。針對這一結果討論分析認為，不同性別之間有著不同的疼痛通路，免疫細胞和激素在其中共同發揮作用（Robert E. Sorge等，2016）。根據Robert E. Sorge等人（2016）的實驗結果可知，小膠質細胞在雄性小鼠坐骨神經痛中發揮了重要作用，而小膠質細胞對雌性小鼠的影響受T細胞控制，因此，雄性小鼠比雌性小鼠對軟毛刺激試驗更敏感。而不同類型疼痛的通路也不盡相同，同時作用下可能會產生相互抵消的效果，進而影響個體的疼痛感。此外，因為男性與女性之間的疼痛耐受閾值PST、痛覺閾值PTT沒有顯著的差異（Valentina Caputi等，2022）。所以不同性別的癌症患者的疼痛感得分的差異性不存在統計學意義。

與黎雪等人（2023）在研究中得出的“正在服用阿片類藥物的患者出現爆發痛時疼痛程度更高。”結論不同，本研究中不同服藥類型癌症患者的疼痛感總分及疼痛感的四維度的差異性不存在統計學意

義。針對這一結果討論分析認為，止痛藥的效果受多方面的影響：服用劑量、與其他藥物結合使用情況、副作用等。例如，超量使用止痛藥可能會導致藥物依賴性和耐受性增加，還可能因劑量的疊加而出現毒副作用，影響止痛效果（康醫生，2014）；相比僅用強阿片類止痛藥，使用土家冰蟲止痛散外敷聯合強阿片類止痛藥治療癌性骨痛患者止痛效果顯著（唐穎等，2023）。此外，服止痛藥患者感知的疼痛程度較高從而選擇服用止痛藥，因此服止痛藥患者的原有疼痛感也許比不服止痛藥患者的疼痛感要高，服藥後疼痛感有所降低，從而服藥後患者現有疼痛感與未服藥患者現有疼痛感無顯著差異。

其次，對於不同年齡段的癌症患者來說，青年癌症患者疼痛感水準顯著高於中老年癌症患者。這與黎雪等人（2023）的研究結果“癌症患者疼痛感水準在年齡方面無顯著差異”不一致。針對這一結果討論分析認為，由於隨著年齡的增長，人體的各個器官會出現老化，機能也會減退，導致疼痛感受器的敏感性下降和伤害感受通路变化（Ines Daguet等，2020），因此，中老年癌症患者的疼痛感水準明顯低於青年癌症患者。

3.6小結

通過問卷調查的結果分析和討論部分可知，引言和文獻中提出的假設在研究一中部分得到了驗證。假設檢驗結果匯總如表9所示。

表9 假設檢驗結果匯總

假設內容	檢驗結果
H1: 不同性別、年齡段在正念水準上存在差異。	部分成立
H2: 不同性別、年齡段、服藥類型在疼痛感水準上存在差異。	部分成立

第四章 研究二 正念訓練對癌症患者疼痛感的干預研究

4.1 研究目的

本研究採用科學合理的正念訓練方案，探討正念訓練對減緩癌症患者疼痛感的有效性；以半結構式訪談的方式，進一步探討正念對癌症患者疼痛感的影響。在此基礎上，瞭解正念是如何影響癌症患者的疼痛感，並將研究1和2的結果進行整合，為降低癌症患者疼痛，提高癌症病人的心理健康水準提供理論依據。

4.2 研究假設

H1：實驗組被試在接受正念訓練干預后，疼痛感的後測得分顯著低於前測得分；

H2：實驗組被試在接受正念訓練干預后，疼痛感的後測得分顯著低於對照組的後測得分。

4.3 研究方法

4.3.1 研究對象

研究對象取樣採用隨機取樣的方法，遵從患者個人意願進行選擇，隨機分成兩組，實驗組7人，對照組15人，實驗組7人接受八周正念干預訓練，對照組不接受任何的干預訓練。

4.3.2 研究工具

(1) 對照組、實驗組的前後測均使用研究一中的《中文版五因素正念量表》《中文版 SF-MPQ-2 (簡化 Mc Gill 疼痛問卷)》。

(2) 非正式正念練習日志記錄表。包含：正念練習內容、練習時間等，主要用於瞭解被試在日常生活中的正念練習情況。

(3) 其他指導材料：《知情同意書》、《正念練習指導手冊》正念訓練音頻、非正式正念練習日志記錄表等。

(4) 質性訪談提綱：

結合研究目的、文獻綜述，初步擬定訪談提綱並在導師指導下對提綱進行完善。訪談主要瞭解正念與疼痛感的關係及影響因素，其次進一步探究正念與疼痛感之間的作用機制，最後探討如何通過正念提減緩癌症患者的疼痛感水準。由於這項研究是一次半結構式的訪問，而且被訪問者還具有不同的個人特點，因此，在按照採訪大綱的前提下，將會針對被訪問者的回答做出相應的調整。（訪談提綱見附錄）

4.3.3 研究設計

本研究在8周正念練習干預開展前，對實驗組和對照組成員的正念和疼痛感水平進行前測。接著，實驗組進行為期八周，每周一次的正念練習干預，對照組不進行任何干預。在8周正念練習干預結束後，對實驗組和對照組成員的正念和疼痛感水平進行後測。在干預結束后的三天內，對實驗組被試進行一對一的線上訪談。

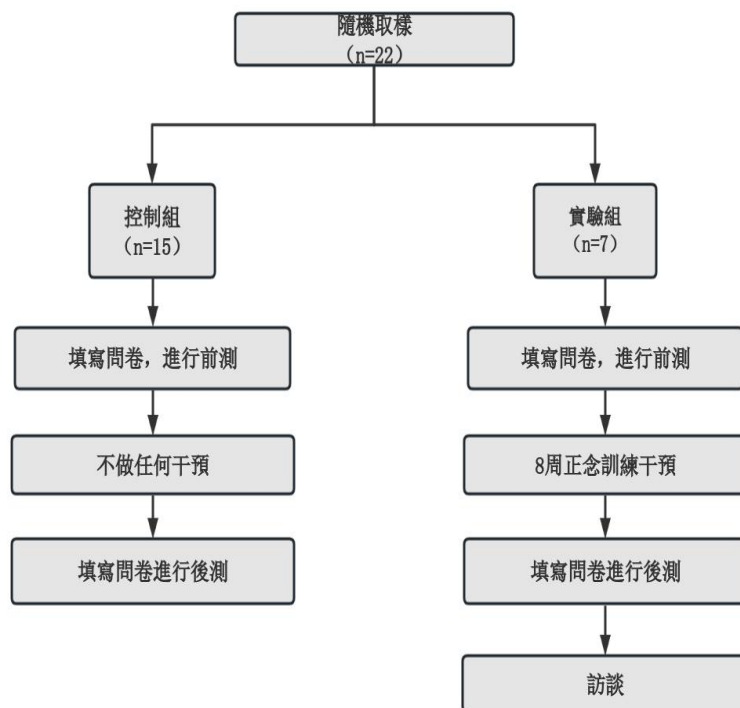


圖 1 流程圖

4.3.4 研究過程

(1) 準備階段

第一，制定干預課程方案。是以《正念減痛》《正念與各類型藝術治療：理論與實務》《正念冥想帶你穿越苦痛之路》為參考進行編制，結合被試、現實因素等實際情況，設計一套為期8周針對癌症患者疼痛感的干預方案。

第二，招募被試。以綫上的方式隨機招募22位癌症患者。

第三，確定干預時間、次數。本次干預練習采用綫上一對一的方式進行，1周進行1次，共8次。

(2) 干預階段

根據干預方案對實驗組進行綫上一對一的正念練習干預。8周正念練習干預主要內容如表10所示

表 10 實驗組正念訓練干預的主要內容

周次	訓練主題	訓練內容
第一周	正念呼吸	(1) 自我介紹 (2) 基礎練習指導 (3) 呼吸練習
第二周	如何面對疼痛	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) “如何面對疼痛”練習
第三周	身體掃描	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) 身體掃描練習
第四周	身體掃描、畫畫 去除疼痛	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) 身體掃描練習 (3) 通過畫畫去除疼痛的練習
第五周	正念伸展	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) 正念伸展練習
第六周	面對疼痛有關的 想法和情緒	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) “面對疼痛有關想法和情 緒”練習
第七周	感覺身體詞匯	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) 感覺身體詞匯練習
第八周	慈悲練習、身體 掃描	(1) 交流上周非正式練習的體驗 (2) 慈悲練習 (3) 身體掃描 練習

(3) 結束階段

八周干預結束後，再次對兩組被試進行《中文版五因素正念量表》《中文版 SF-MPQ-2（簡化 Mc Gill 疼痛問卷）》量表測驗。

(4) 訪談階段

該訪談研究的時間框架設定為2023年10月至2024年3月期間。在訪談啟動之前，我們將與滿足條件並自願參與訪談的研究對象進行接觸，確保他們符合訪談要求並核實相關資訊。考慮到時間和地理的制約，我們計畫利用騰訊會議的語音通話功能來開展這次遠程訪談。

在進行訪談之前，需向參與者詳細解說隱私保障政策，確保他們瞭解這次對話的目標、涵蓋的主題、預計的時間，並鼓勵他們誠實且隨意地分享想法。為了全面保存訪談數據，以便後期能精確地轉寫、核查和解析，我們會在過程中記錄重要點，並且利用手機錄音設備保存整個對話。之後，我們將依賴專業的轉錄工具將錄音轉換成文字，以便進一步確認內容的準確性。在獲得充分的知情同意

後，我們才會進行錄音操作。每場訪談的時間將維持在30至60分鐘之間。

4.3.5數據分析

(1) 本研究使用SPSS26進行數據分析，進行獨立樣本t檢驗、2×2混合實驗設計的方差分析等分析。

(2) 訪談資料整理與分析

所有訪談錄音在結束後被轉錄，並與現場筆記對比校正，以訪談對象為單位整理訪談資料。本研究借助Nvivo11.0軟體進行深入分析，具體步驟如下：

(a) 將校正後的訪談文本導入Nvivo11.0，為每位受訪者的資料設立獨立個案，共計7例。

(b) 將受訪者的個人背景資訊整合到相應的個案中，對全部訪談內容執行詞頻統計和類別分析。

(c) 運用Nvivo11.0的編碼功能，自上而下地逐個閱讀訪談記錄，挑選並標記出與研究變數密切相關的片段。

(d) 參照研究目標，確立了四個主要編碼領域：情緒、認知、心態和行爲。

(e) 依據研究目標和內容，在這些主要編碼下創建次級節點。在情緒編碼下，進一步細分為放鬆、耐心和情緒穩定等子節點；在認知編碼下，設有察覺和注意兩個子節點；在心態編碼下，包括積極心態和接納兩個子節點；而在行爲編碼下，分析出自我控制、生活規律和人際互動等子節點。

4.4 研究結果

4.4.1 量化結果

(1) 干預前實驗組與對照組的差異性檢驗

為了確保實驗數據的可靠性和科學性，在實施實驗干預之前，務必對對照組和實驗組的正念水準及疼痛水準進行同質性檢驗。只有當對照組和實驗組的癌症患者在正念和疼痛感的預測試結果之間不存在顯著的統計學差異，實驗才能得以順利開展，進而判斷正念練習干預對癌症患者正念水準、疼痛感水準的影響。因而，本研究借助獨立樣本t檢驗來考察對照組與實驗組間是否存在顯著差異，所有測試結果以 $M\pm SD$ 的形式展示。若P值小於0.05，則表明差異顯著；P值小於0.01，則差異極顯著；若P值大於0.05，則表示差異無顯著性。

(a) 干預前對照組與實驗組正念水準整體比較分析

如表11所示，干預前對照組與實驗組的正念水準總體對比結果顯示：在干預前，對照組與實驗組的總分以及觀察、描述、覺知地行動、不判斷和不反應五個維度的P值均超過0.05，這表明在0.05的統計水準上，兩組的正念水準無顯著差異，可以認為，在干預前，對照組和實驗組的正念水準具有一致性。進一步比較其均值發現，實驗組癌症患者的正念水準總得分的均值要略高於對照組癌症患者，其中正念水準的五個維度中不判斷、不行動兩維度的均值低於對照組，觀察、描述、覺知地行動三維度的均值高於對照組。

表11 干預前對照組與實驗組正念水準整體對比結果

維度	實驗組 (N=7) (M±SD)	對照組 (N=15) (M±SD)	t	p
觀察	3.89+0.430	3.89+0.448	0.008	0.994
描述	3.52+0.761	3.17+0.544	1.246	0.227
覺知地行動	2.86+0.690	2.67+0.761	0.585	0.568
不判斷	2.34+0.473	2.37+0.476	-0.125	0.903
不行動	3.20+0.925	3.54+0.459	-1.162	0.259
正念總分	123.29+10.920	121.53+12.299	0.322	0.751

(b) 干預前對照組與實驗組疼痛感水準整體對比分析

表12呈現了干預前實驗組與對照組疼痛感水準的整體對比情況，結果顯示：干預前實驗組與對照組疼痛感水準總分得分以及疼痛感所包含的持續性疼痛、陣發性疼痛、神經病性疼痛、對情緒的影響四維度的P值均大於0.05,表明在介入練習之前，兩組患者的總體疼痛水準是一致的。對它們的平均值進行了更多的對比，實驗組癌症患者的疼痛感水準總得分的均值要略高於對照組癌症患者，其中疼痛感水準的四個維度均高於對照組。

表12 干預前對照組與實驗組疼痛感水準整體對比結果

維度	實驗組 (N=7) (M±SD)	對照組 (N=15) (M±SD)	t	p
持續性疼痛	6.69+2.131	4.86+2.277	1.794	0.088
陣發性疼痛	6.38+1.797	4.59+2.477	1.706	0.103
神經病理性疼痛	5.83+2.184	4.44+2.298	1.340	0.195
對情緒的影響	7.11+1.925	5.65+1.790	1.738	0.098
疼痛感總分	141.86+42.001	105.93+47.024	1.722	0.101

(c) 干預前對照組與實驗組正念水準和疼痛感水準對比小結

通過對試驗介入之前的正念水準與疼痛水準的同質性測試，很

明顯地看到：無論是兩組別癌症患者正念水準的整體比較（包括總分和五個維度）和疼痛感水準的整體比較（包括總分和四個維度），還是兩組別的同年齡段癌症患者疼痛感水準的比較（包括總分和四個維度），在不同水準上沒有顯著的差別。這說明，實驗組和對照組在痛覺水準上是一致的，滿足了試驗的前提條件，可以進行試驗。

（2）干預後實驗組與控制組後測的差異性檢驗

為了驗證本次正念干預練習的效果，在8周干預結束後，收集實驗組和對照組的疼痛感和正念後測數據，採用 2×2 重複測量方差分析對兩組數據進行分析。結果表明，在疼痛感總分上，時間與組別交互效應顯著（ $p < 0.05$, $\eta p^2 = 0.28$ ）。

具體分析，疼痛感中的三大維度在時間和組別存在顯著的交互作用，持續性疼痛維度（ $p < 0.05$, $\eta p^2 = 0.22$ ），陣發性疼痛維度（ $p < 0.01$, $\eta p^2 = 0.31$ ），對情緒的影響維度（ $p < 0.01$, $\eta p^2 = 0.31$ ）；在神經病理性疼痛維度維度（ $p > 0.05$, $\eta p^2 = 0.16$ ）在時間和組別不存在顯著的交互作用。方差分析結果如下表13所示，交互作用圖見圖2。

表13 實驗組對照組後測數據方差分析

變量	變異來源	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	ηp^2
觀察	時間	1	0.05	0.23	0.01
	組別	1	0.01	0.03	0.00
	時間*組別	1	0.01	0.05	0.00
描述	時間	1	0.03	0.12	0.01
	組別	1	3.09	5.43*	0.21
	時間*組別	1	0.45	2.23	0.10
覺知地行動	時間	1	0.02	0.07	0.00

	組別	1	0.70	0.81	0.04
	時間*組別	1	0.06	0.19	0.01
	時間	1	0.01	0.03	0.00
不判斷	組別	1	0.19	0.56	0.03
	時間*組別	1	0.27	0.99	0.05
	時間	1	0.18	0.61	0.03
不行動	組別	1	0.60	0.63	0.03
	時間*組別	1	0.07	0.26	0.01
	時間	1	61.49	0.52	0.03
正念總分	組別	1	385.76	1.48	0.07
	時間*組別	1	202.40	1.70	0.08
	時間	1	20.90	6.04	0.23
持續性疼痛	組別	1	1.61	0.24	0.01
	時間*組別	1	19.35	5.60*	0.22
	時間	1	33.95	11.03	0.36
陣發性疼痛	組別	1	0.07	0.01	0.00
	時間*組別	1	27.85	9.05**	0.31
	時間	1	24.63	6.07	0.23
神經病理性疼痛	組別	1	0.18	0.03	0.00
	時間*組別	1	14.94	3.68*	0.16
	時間	1	15.34	4.64	0.19
對情緒的影響	組別	1	0.92	0.13	0.01
	時間*組別	1	29.83	9.03**	0.31
	時間	1	11655.03	8.46	0.30
疼痛感總分	組別	1	63.59	0.02	0.00
	時間*組別	1	10612.12	7.70*	0.28

注：*表示 $p < 0.05$ ，**表示 $p < 0.01$ 。

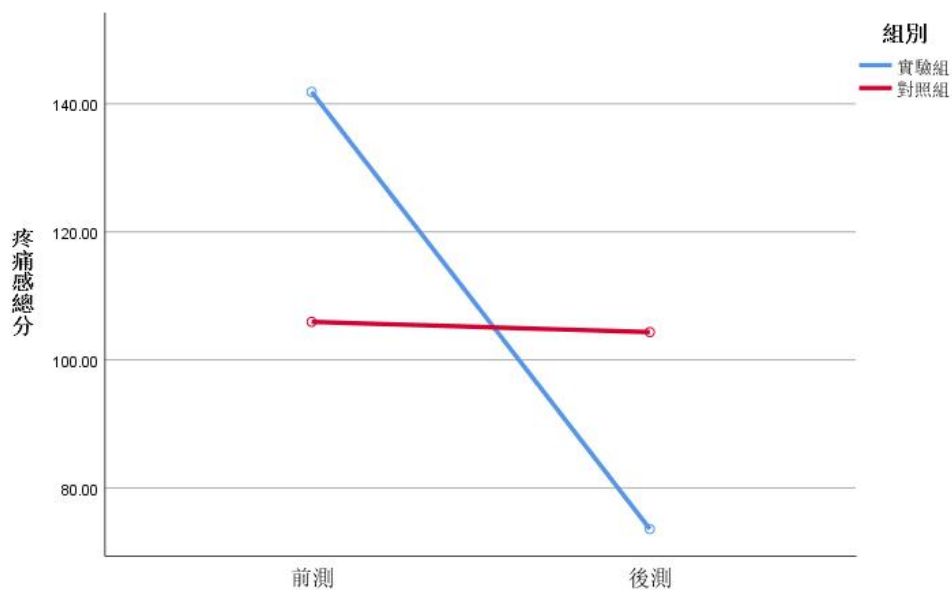


图 2 疼痛感交互作用圖

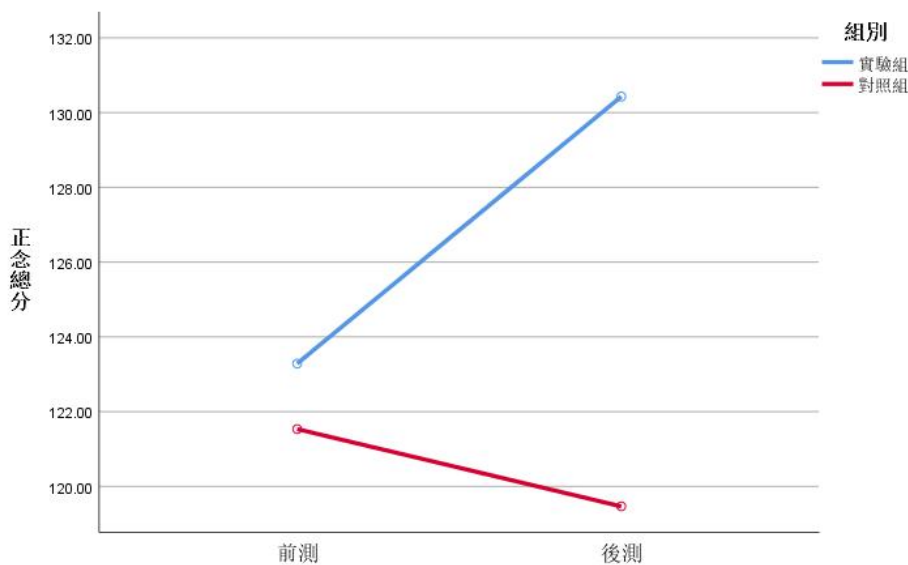


图 3 正念交互作用圖

交互效應顯著后，進一步探討時間和組別的簡單效應，對上述後測數據進行簡單效應檢驗。如表14所示，組別的簡單效應檢驗結果說明，實驗組的疼痛感總分與持續性疼痛、陣發性疼痛、對情緒

的影響三大維度的前後測得分均存在顯著差異 ($p<0.01$)，後測得分低於前測；而對照組在各維度上前後測差異不顯著 ($P>0.05$)。如表14所示。

表14 實驗組、對照組組別的簡單效應檢驗

變量	組別	前測 ($n=22$)		後測 ($n=22$)		F	ηp^2
		M	SD	M	SD		
持續性疼痛	實驗組	6.69	0.84	3.79	0.86	8.53 **	0.30
	對照組	4.86	0.58	4.80	0.59	0.01	0.00
陣發性疼痛	實驗組	6.38	0.87	2.79	0.90	14.69**	0.42
	對照組	4.59	0.59	4.41	0.61	0.08	0.00
對情緒的影響	實驗組	7.11	0.69	4.07	0.99	9.76**	0.33
	對照組	5.65	0.47	6.15	0.68	0.57	0.03
疼痛感總分	實驗組	141.86	17.23	73.57	17.21	11.85**	0.37
	對照組	105.93	11.77	104.33	11.76	0.01	0.00

時間的簡單效應檢驗結果說明，實驗組和對照組在疼痛感總分與各維度上的前測和後測均不存在顯著差異 ($P>0.05$)。如表15所示。

表 15 實驗組、對照組時間的簡單效應檢驗

變量	組別	實驗組 ($n=7$)		對照組 ($n=15$)		F	ηp^2
		M	SD	M	SD		
持續性疼痛	前測	6.69	0.84	4.86	0.58	3.22	0.14
	後測	3.79	0.86	4.80	0.59	0.94	0.05
陣發性疼痛	前測	6.38	0.87	4.59	0.59	2.91	0.13
	後測	2.79	0.90	4.41	0.61	2.24	0.10
對情緒的影響	前測	7.11	0.69	5.65	0.47	3.02	0.13
	後測	4.07	0.99	6.15	0.68	3.00	0.13
疼痛感總分	前測	141.86	17.23	105.93	11.77	2.97	0.13
	後測	73.57	17.21	104.33	11.76	2.18	0.10

4.4.2 質性結果

使用 Nvivo11.0 的情感自動編碼對訪談材料進行初步分析。整體上中立情緒材料居多，中立情緒參考點1081個，負向情緒參考點279個，正向情緒參考點277個，混合情緒參考點130個。

(1) 促進情緒調節

訪談結果表明進行八周正念練習後的癌症患者情緒變得更加穩定，感到更加地放鬆，耐心也在一定程度上有所增加。而這些變化會對疼痛感的緩解產生不同程度的影響。這其中包括中立和積極的影響，情緒的穩定，平靜和放鬆情緒的增加等會對疼痛感的減緩產生正面影響。情緒變化因素節點數（表16）可以表明經過了八周正念練習的癌症患者的放鬆情緒、耐心情緒以及情緒的穩定性有所變化，且對疼痛感的緩解產生了影響。

表16 情緒變化因素節點數以及內容

變化因素	資料來源數	參考點數	節點內容（部分）
放鬆情緒	5	12	他讓你更加平靜了，對疼痛感的減緩是起到一個作用的。 練過之後感覺人比較輕鬆，在...感覺到相對輕鬆，心情比較愉悅。 有助於這個身體放鬆嘛
耐心情緒	1	2	感覺是增加了我更多的耐心吧。 就是從大起大落變得比較穩定。
情緒穩定	6	11	真的就沒有以前做事那麼急了。...就是情緒平復了... 然後對於...，...，就是穩定情緒。

受訪者B提到正念練習對情緒產生的積極影響，“就是覺得他讓你更加平靜了，然後他對你的疼痛感的減緩是起到一個作用的。”，這說明個體通過正念練習，可以獲得放鬆的感覺，間接也減緩了疼痛感。受訪者C提到“可以有效的降低情焦慮情緒，可以減少壓力，增強自己的思考。可以會減少失眠狀態，改善生活品質，然後減輕

抑鬱狀態，提高生活品質。”以及受訪者D表示“練過之後感覺人比較輕鬆，在心理方面、身體方面就會感覺到相對輕鬆，心情比較愉悅。”。

受訪者E提到，“感覺是增加了我更多的耐心吧。”對訪談材料進行分析可以發現，正念練習不僅在心理層面上產生積極影響，對個體的生活和生理方面也有積極作用。

受訪者A、受訪者C、受訪者G等皆提到正念讓其情緒變得更加穩定，“感覺是增加了我更多的耐心吧”、“更好地穩定情緒”、“我感覺自己平和了很多，沒有那麼激動了”。

因此，訪談結果表明，正念練習會影響癌症患者的情緒狀態和個體的情緒調節能力，同時，也影響個體對疼痛感的感知。

(2) 增加認知靈活性

訪談結果表明進行八周正念練習後的癌症患者，對事物的覺察提高了，注意力也提高了。這些變化會對疼痛感的緩解產生不同程度的影響。經過八周的正念練習後，個體對自身和外界事物都更加關注了，對事情的注意力更加集中，這些變化在不同方面會對疼痛感的減緩產生正面影響。認知變化因素節點數（表17）可以表明經過了八周正念練習的癌症患者的認知有所變化且這些變化對疼痛感的緩解產生了影響。

表17認知變化因素節點數以及內容

變化因素	資料來源數	參考點數	節點內容（部分）
覺察	7	16	<p>...就是以前不會關注，現在開始就會關注的</p> <p>我感覺我現在做什麼事都會關注到呼吸，還有身體的感覺。</p> <p>...就是好好的聽自己的身體，想要表達什麼...</p> <p>...就是你能感覺到你放空的那個過程中，就是有一個東西它出現過</p>
注意	4	5	<p>我感覺提高了專注力，然後增強了同理心和共情能力。</p> <p>就對我這個思想集中有一定幫助。</p> <p>注意力不放在這個疼痛上面，...這個疼痛程度就減輕了很多。</p>

受訪者A提到正念練習對覺察的提高很有幫助，“沒參加之前可能身體有一些疼痛或者什麼感覺的時候，我的感受不是很明顯。但是參加之後包括進行身體那個掃描的時候，包括掃描的哪些部位，你具體的部位的時候，真的就是會有那些音頻視頻裏面所說的那種感受那種感覺。比如說在就昨天那個腳步那個練習的時候，能感覺到我的腳帶給我的那些感受，或者是走路走多了那些腳痛的感受。在之前我可能發痛，只是不我根本不會去想啊，他怎麼樣怎麼樣。但是練習之後他一痛，然後我就會用心去感受一下他他是一種怎麼樣的感覺，然後從腳兒再從腿，然後以及其他的一些部位,都會去思考思考。就是以前不會關注，現在開始就會關注的”，這說明個體通過正念練習，對自身的狀態，包括疼痛感多了許多的關注、覺察。受訪者B提到“我感覺我現在做什麼事都會關注到呼吸，還有身體的感覺，其他的就是可能我對生活中一些事物的觀察，應該就比之前細的了。”以及受訪者E提到“有的時候就是思考一個事吧，就是因為放空那個狀態，就是什麼都不想嘛。但是你能注意到一個就是你對比較感興趣的一個東西。就是你能感覺到你放空的那個過程中，就

是有一個東西它出現過。”這說明完成八周正念練習的個體不僅對自身的狀態，還對外界事物多了許多的關注和觀察。受訪者D提到：“讓自己把心定下來，就是好好的聽自己的身體，想要表達什麼，更好地愛自己應該是這樣。我覺得很多可能是以前自己不夠關心自己的生活細節方面，或者是相對考慮別人比較多，考慮自己比較少。”這說明個體經過正念練習後更加關注自己，從而會更加明白自己身體在傳達什麼資訊，因此也能更好地照顧自己。

受訪者E提到正念練習會提高個體的注意，“對我這個思想集中吧嗯有一定幫助”。當個體做事情時能夠集中注意力於事情本身中，也間接地會減少對疼痛的感知。

根據訪談結果可知，正念練習會影響癌症患者的覺察和關注能力，這些積極影響進而會影響個體對疼痛感的感知。

(3) 對待疼痛的接納

訪談結果表明進行八周正念練習後的癌症患者心態發生了變化，正念練習讓個體更加積極了，個體對事物的接納程度也提高了。個體心態變好了，同時對疼痛感有了更多的接納。心態變化因素節點數（表18）可以表明經過了八周正念練習的癌症患者的心態有所變化，且對疼痛的感知也有所緩解。

表18 心態變化因素節點數以及內容

變化因素	資料來源數	參考點數	節點內容（部分）
積極心態	4	7	使自己心態越來越好，然後會慢慢更加積極的面對生活。 ...就是自己跟自己排解挺好的。 ...就是也能就完全的接受他接受這個疼痛... ...沒之前那麼排斥，學會接納。
接納	5	16	...感覺心理上接納了不少...，就覺得疼痛就會減輕。 ...或者是面對別人的一些話語，或者行為可能接納度更多一點。 之前是對這些疼痛還是比較反感，就是現在的話無所謂了

受訪者C提到正念練習讓自己心態變得更積極，“使自己心態越來越好，然後會慢慢更加積極的面對生活。”；受訪者F提到正念讓自己更加自信：“让我得到了自信,对生活充满了向往。”；受訪者G：“让我整个人的状态和自信都发生了很大的改变，开朗了一些，自信一些”這說明正念練習會讓個體心態變好，更加積極地面對生活，同時，也會更加積極地面對疼痛感。

受訪者B以及受訪者E提到正念練習讓自己對疼痛少了排斥，多了接納，“對疼痛沒以前那麼討厭了，沒有那種排斥的行為吧。”“之前是對這些疼痛還是比較反感的，就是現在的話無所謂了。”這說明正念練習會提高個體對疼痛感地接納度，接納度提高了，對疼痛感地感知也減少了。

根據訪談結果可知，正念練習會影響癌症患者的心態，會提高癌症患者對疼痛感的接納度。

（4）增加積極行為

訪談結果表明進行八周正念練習後的癌症患者行為發生了變化，正念練習讓個體更加自律，與外界的連接度和對自身的控制感提高

了。行為變化因素節點數（表19）可以表明經過了八周正念練習的癌症患者的行為有所變化，積極行為增加了。

表19 行為變化因素節點數以及內容

變化因素	資料來源數	參考點數	節點內容（部分）
控制感	4	7	面對疼痛的時候...，能夠去掌握他們，而不是他們來掌握我了。 因為能接受的那個程度。我已經駕馭他之上... 對我後期情緒上的管控有幫助。
生活狀態	5	7	生活，反觀生活上就是比以前更有規律了吧 狀態變好，睡眠品質好，飲食更加規律
與外界的连接度	3	4	現在社交方面我可能也變得比較願意跟人交流了。 ...現在连接度真的是提高了。

受訪者A提到正念練習讓其覺得自己能夠控制疼痛感，“面對疼痛的時候就是很從容，能夠去掌握他們，而不是他們來掌握我了。”這說明正念練習會讓個體正式疼痛感，明白並不是任由疼痛感主導自己，自己才是身體的主人。

受訪者B提到正念練習讓自己生活更加自律了“生活，反觀生活上就是比以前更有規律了吧。因為在進行正面練習之前，我對時間也沒什麼改念，一般都是，可以說你們那種比較有規律的，別人別人都是一日三餐正常吃嘛。然後就是晚上睡覺，早睡早起那種。我的話我就屬於那種那個睡得特別也不能說特別晚，咱應該十二點多後睡了，然後起床的話一般也不是特別早，就七點多。然後我吃飯也不規律，都是不是說別人什麼時候到什麼點去吃，我一般都是餓了再去吃，或者甚至就等會兒他可能就不餓了，就不吃了。”；受訪者G：“就是让我生活也规律了，就每天以前吧，可能就比较放弃自己。然后也也不好好吃饭，不好好睡觉，不好好管理自己的身体。现在我就规律了，就是觉得自己就是个正常人了。一日三餐，然后就正常早起，正常睡觉也不会熬夜。以前我就是三四点，我都在那

睁着眼睛，就算不生病，这种长期三四点才睡着的这种状态，我整个人那种五脏六腑也会很难受的。”這說明正念練習會影響個體的生活狀態，讓其變得更加自律，飲食規律。生活方式變得規律也會影響身體的狀況，包括疼痛感的出現頻率和程度。

受訪者B提到經過八周的正念練習，自己與外界的連接提高了，“現在遇到遇到事情，會跟人說一說聊一聊。現在社交方面我可能也變得比較願意，就剛說的比較願意跟人交流了。”；受訪者G：“还有就是我在跟人沟通这方面变得爱说话了，会去主动和人沟通。”這說明正念會影響個體的社交狀態，提高個體與外界的連接度，與外界的連接度提高會影響個體的情緒，間接的，也會影響對疼痛感的感知。

根據訪談結果可知，正念練習會影響癌症患者的行為，會提高癌症患者控制感以及與外界的連接度，且患者的生活變得更加自律。

4.5 討論

減緩癌症病人的疼痛感是國家和社會重點關注的問題之一，已有大量相關研究證實正念對疼痛感有影響。總結以往關於癌症患者疼痛感相關研究可以發現，許多研究集中在藥物的研發或者物理治療上。與此不同，本研究從心理學角度入手，探究正念練習干預對癌症患者疼痛感水準的影響，進而改善癌症患者的生活品質。針對研究得出的實驗結果，展開了討論分析。

4.5.1 有關癌症患者正念水準干預的討論

研究採用單因素實驗設計對正念練習干預對癌症患者疼痛感的影響效果進行了探究，實驗組以8周正念練習為干預手段，對照組不進行干預。實驗結果顯示：進行8周正念練習干預的癌症患者的總體

正念水準有所增加，對正念的水準所包含的五個維度均有促進作用，但增加效果並不顯著，不存在統計學意義；進行8周正念練習干預的癌症患者的總體疼痛感有所下降，對疼痛感的水準所包含的四個維度均有減緩作用，均存在統計學意義。此外，實驗組與對照組癌症患者在8周內的總正念變化得分不存在顯著差異；實驗組與對照組癌症患者在8周內的總疼痛感變化得分存在顯著差異。因此，正念練習干預對癌症患者的疼痛感具有顯著的減緩作用。

研究結果與丁媛慧（2012）的研究結果“經過正念訓練的個體，其正念水平明顯地提高了”不一致。針對這一結果討論分析認為，正念水平的提高與持續性、練習過程中的態度、練習方法等有關。正念練習要求練習者帶著開放的態度持續規律地進行正念練習（卡巴金，2023）。參加本研究8周正念練習的被試之前皆未接觸過正念，可能由於8周的練習時間較短，導致其仍處在探索階段，正念水準的提高幅度不大。

本研究結果“進行8周正念練習干預的癌症患者的總體疼痛感有所下降，且存在統計學意義。”與鐘琴等人（2018）的研究結果“正念減壓練習可以在短期內改善慢性疼痛患者的疼痛強度”一致。針對這一結果筆者將從生理與心理兩方面進行討論分析：生理上，正念練習通過改變大腦對刺激的評估、執行控制以及情緒調控來實現疼痛的減少（王娟等，2016）；心理上，在長期的正念訓練下，個體對熱刺激的痛覺感受性降低從而體驗到較少的疼痛。通過提高參與者對心理感受的接納來減少患者的疼痛感（王娟等，2016）。

4.5.2 有關癌症患者疼痛感影響因素的討論

(1) 促進情緒調節

根據訪談的調查結果顯示，經過了八周正念練習的癌症患者的放鬆情緒、耐心情緒以及情緒的穩定性有所增加。這與劉雷等人（2016）的研究結果“不同水準正念冥想訓練都能夠提高個體情緒調節能力”和陳語等人（2011）的研究結果“正念冥想可調節個體的負性情緒、促進個體正性情緒”部分一致。針對這一結果討論分析認為，疼痛和疼痛信號與情緒狀態緊密相關，並且情緒調節可以影響疼痛感知。疼痛程度隨焦慮情緒增加而增強（馮瑾等，1999），因此，抑制負面情緒應該是最能減輕疼痛的促進作用（Tyler A Toledo 等，2024）。

被確診癌症後的患者不免會因病情而導致大起大落的情緒或者是持續低落的心境。在進行正念練習的這個過程中，患者的情緒變得更加穩定了，且體驗到放鬆的感覺，消極的情緒會相對減少，疼痛感也相對減少。

(2) 增加認知靈活性

根據訪談的調查結果顯示，經過八周正念練習的癌症患者的認知靈活性、覺察和注意顯著提高。這一結果與Darren L Dunning等人（2018）的結果相一致：正念的干預措施對注意力有明顯的積極作用。針對這一結果討論分析認為，認知靈活性與正念水平顯著正相關（邵虹，2020），因此基於正念的干預可以通過提高個體的認知靈活性，進一步起到緩解焦慮、抑鬱等情緒困擾的作用（王珍珍等，2023），而抑制負面情緒能夠減輕疼痛（Tyler A Toledo 等，2024）。

此外，人們有時會把頭腦中的想法當作真實現狀，例如有人認

為自己不討人喜欢，這種想法就可能会引起焦慮抑鬱，我們稱之為陷入認知融合。研究發現，正念與認知融合呈負相關（許熙虎等，2018）。在進行正念的這個過程中，患者的覺察和注意能力提高了，當患者將注意力集中在當下的真實情景中，生活在此時此刻，其認知融合自然會降低，那麼患者原來的對疼痛感的消極想法不會被患者感知為是疼痛的本身，感知到的疼痛也會從而降低。

正念練習有助於提高癌症患者的覺察和專注能力，通過增強認知來降低個體對疼痛感的感知。

（3）對待疼痛的接納

根據訪談的調查結果顯示，經過八周正念練習的癌症患者對待疼痛感的態度發生了明顯的變化，對疼痛感有了更多的接納，心態也更加積極了。這一結果與監控和接受理論（MAT）的內容部分一致。針對這一結果討論分析認為，許多患者會得知自己生病後，心態會相對消極，甚至在確診的開始無法相信自己得病，無法接受生病帶來的變化。許多患者會刻意回避疼痛感，從而不深究其中的原因，但回避疼痛感不一定對疼痛感的緩解有正向作用，甚至會產生負面影響（許熙虎等人，2018）。例如，當人們試圖回避疼痛感時，反而會想起疼痛感，從而反而喚起疼痛感的體驗。而進行正念練習後的患者在經歷疼痛刺激時更多地採用接納策略，且有降低疼痛和痛苦感受的傾向（王玉正，2015）。

在進行正念練習的這個過程中，患者對疼痛的接納度提高了，心態變得積極了，這些變化對疼痛感的緩解有所影響。

（4）增加積極的行為

根據訪談的調查結果顯示，經過八周正念練習的癌症患者的積

極行為增加了，個體變得更加自律，與外界的连接度和對自身的控制感提高了。這一結果與Darren L Dunning等人（2018）的結果相一致：正念的干預措施對個體的執行能力有明顯的積極作用。針對這一結果討論分析認為，增強正念可以促進患者的親社會行為（Simon Schindler, 2022），增加個體與外界的關係，與疼痛管理相關的社會支持也會有所增加，從而減緩疼痛感。相反，社會脫節的個體傾向於將自己視為局外人，經常感到被他人誤解，並且難以參加可能有效的疼痛管理的社會互動中（Elaine L. Miller, 2023）。此外，當一個人開始集中注意力時，持續的好奇心和善意的意識可以實現目標驅動控制，提高內化動機水準，更容易獲得內在動機，並減少對刺激驅動的調節和評價性負回饋系統的依賴，最終減少與有害行為相關的聯想學習。同時，潛在地啟動健康的行為和支持正念注意本身的行為，從而有利於健康行為改變（Zev Schuman-Olivier等, 2020）。

健康、積極的行為對減緩疼痛感有所幫助。因此，進行正念練習后的患者的積極行為增加了，其疼痛感也有所緩解。

4.6 小結

研究二的質性研究結果進一步驗證了研究一的量化研究結果：正念練習可以減緩癌症患者的疼痛感。

研究二的質性研究為研究一的量化研究提供了補充：正念是通過影響個體的情緒、認知、心態、行為四方面來緩解疼痛。其中穩定的情緒體驗、對事物的覺察能力、專注能力、接納度、控制感、與外界的连接等都是降低疼痛感水準的重要因素。

因此，正念訓練是降低癌症患者疼痛感的有效方式。假設檢驗結果匯總如表20所示。

表20 假設檢驗結果匯總

假設內容	檢驗結果
H1: 實驗組被試在接受正念訓練干預后, 疼痛感的後測得分顯著低於前測得分。	成立
H2: 實驗組被試在接受正念訓練干預后, 疼痛感的後測得分顯著低於對照組的後測得分。	不成立

第五章 總討論與啓示

5.1 癌症患者疼痛感的情況

研究一的結果顯示，癌症患者疼痛感在性別、服藥類型上不存在顯著差異，年齡段上存在顯著差異。研究二通過半結構化訪談進一步探討了癌症患者疼痛感的特點。研究二的訪談結果表明，經過8周的正念練習后，癌症患者疼痛感相對比較穩定且有所減少，但仍會有不同程度的疼痛出現。在性別的研究上，與Michelle D. Failla等人（2023）的研究結果相一致：男性和女性之間的疼痛感沒有觀察到統計學上的顯著差異。在年齡段的研究上，與Roger B. Fillingim（2017）學者的研究結果不一致，其研究發現表明老年人表現出疼痛促進作用增強，同時疼痛抑制作用減弱。但與劉勇等人（2011）的研究結果相一致：低齡組的疼痛感要顯著高於高齡組。

針對這一結果討論分析認為，疼痛的性別差異受多方面的因素影響，多方面的因素共同發生作用，會出現作用相互抵消的情況，導致男性和女性在疼痛感上沒有顯著差異。例如，一方面，由於女性的多重角色使她們對疼痛較重視且更快地注意到疼痛並採取措施減輕疼痛；而男性出現疼痛時，可能會選擇否認、掩飾疼痛問題並採取一些減輕緊張程度的方法如飲酒、吸煙或濫用藥物（趙燕平等，2002）。一方面，研究表明，男性的疼痛忍耐度顯著高於女性（王曉雨等，2020）。此外，關於疼痛感在不同年齡段上有顯著差異的結果，討論認為也許是因為衰老會降低疼痛敏感性，從而降低疼痛強度（Stefan Lautenbacher等，2017）。也有學者認為老齡人感受到的疼痛感更多是因為老年人的治療沒有受到重視（Roger B. Fillingim，

2017)，但如今，中老年人數量占比越來越大，國家和社會越來越重視中老年人的身心健康和生活質量，受到的關注度越多，得到的治療資源更多。因此，對中老年人疼痛感的治療也會得到改善。

5.2有關癌症患者疼痛感水準干預的討論

研究一問卷調查的結果表明，正念對癌症患者的疼痛感有顯著的消極作用，也就是說高水準的正念會降低癌症患者的疼痛感水準。通過研究二的質性研究訪談進一步探討正念與癌症患者疼痛感之間的關係：首先，正念訓練對癌症患者的疼痛感有緩解作用。其次，通過正念練習而得到的情緒的調節、對待疼痛的態度、積極行爲的增加等改變均對降低疼痛感產生影響。這與Chen Lu等人（2023）的研究結果一致：正念可以通過提高注意力靈活性、改變個體心態來觸發疼痛緩解過程。針對這一結果討論分析認為，正念練習提高了個體對疼痛刺激的接納程度（王玉正等，2015），只有正視疼痛，不逃避疼痛，才能更好地去尋找與疼痛相關的治療（Chen Lu等人，2023）。正念練習可以增強個人對負面刺激和經歷的抵抗力，從而使與自我相關的其他負面經歷被視為客觀的，不會帶來過多的主觀感受、評價和情緒（Chen Lu等人，2023）。此外，正念練習對個體注意的靈活性有積極的正向影響（李紅玉，2015），這使個體能夠專注於他們想要集中精力的任務，而不是不受控制地被疼痛感所吸引（Chen Lu等人，2023）。

5.3對癌症患者疼痛感干預的啟示

結合研究一和研究二的結果，通過探索正念與疼痛感之間的關係以及正念的作用機制，從心理學角度對癌症患者疼痛感的干預提出以下建議：

提高癌症患者情緒的穩定性，培養其放鬆和耐心情緒以提高其正念能力，從而降低其疼痛感。放鬆訓練式心理干預可有效緩解 ERCP 患者焦慮抑鬱情緒，提高依從性，緩解術後疼痛，改善生活品質（孟靜等，2022）。個體情緒較為消極的狀態會加重對疼痛感的感知，影響身心健康。本研究發現，對於癌症患者來說，情緒是相對不穩定的個體因素。基於此，癌症患者應通過干預提高情緒的穩定性和增加放鬆情緒，以降低疼痛感。

提高注意和覺察能力以降低疼痛感。研究發現，“注意”對不同個體發揮的作用途徑各不一樣。當疼痛出現時，患者會將注意力集中在疼痛中，選擇不再逃避，讓其覺得自己更加瞭解這個疼痛，對它不再恐懼，從而感知到的疼痛有所減緩。另外，患者會由於注意力的增強，沉浸於當下的事情而疼痛的感知減少。此外，“覺察”讓患者覺察出生活中的方方面面，從而增強了與外界的聯繫，間接地也會增加積極情緒，緩解疼痛感。

提高積極心態和接納度以降低疼痛感。研究發現，患者培養了積極的心態後，對待事物，如病情的發展、他人的言行等有了更多的接納。相應地，對待疼痛感也多了“接納”，心的對疼痛感的容納度高了，感受到的疼痛也減少了。

提高控制感，生活自律以降低疼痛感。研究發現，患者經過正念練習，從“感覺疼痛控制我”到“我才是身體的主人”的轉變，同時，其疼痛感也相應地緩解了。通過正念練習，患者變得更加自律，對其他事物提高了興趣，不一直沉浸在生病的消極情緒中，疼痛感的感知也隨之降低。

第六章 結論與展望

6.1 研究結論

本項探究綜合運用定量分析與定性分析手段，深入剖析正念與疼痛感知的相互作用。在研究一部分，依據相關理論框架及國內外現有研究成果，我們借助問卷調查法來系統考察正念與疼痛感的人口學變量差異。而在研究二中，我們採取了實驗法和半結構化的深度訪談法，研究正念與癌症患者疼痛感的關係，專門針對正念如何影響癌症患者疼痛感受的內在機制進行細緻入微的探討。總體結論如下：

- (1) 癌症患者的疼痛感在年齡段上存在顯著差異。青年癌症患者的疼痛感水準要明顯高於中老年癌症患者。
- (2) 正念練習干預對癌症患者疼痛感水準具有顯著的減緩作用。
- (3) 正念練習是減少癌症患者疼痛感的有效方式。正念練習通過促進個體的情緒調節能力、增加個體的認知靈活性、對待疼痛的接納和積極行為從而降低患者的疼痛感。

6.2 研究創新

這項研究有如下幾個創新之處：

- (1) 本研究探索正念對癌症患者心理狀態的調節作用，並分析其與疼痛緩解之間的關係。將疼痛的緩解結合心理調節進行研究。
- (2) 本項目擬通過定量與定性相結合的方法，探討正念如何影響癌症患者的疼痛感。質性研究對定量研究的結果進行了進一步的檢驗，使之更可信。

6.3 研究局限與展望

本文從多個角度討論了這個問題，但是都有一定的局限性：

(1) 在研究樣本上，由於被試的特殊性，樣本量少，不具有代表性。其中，實驗過程中許多被試中途由於個人病情、難以堅持等原因退出實驗，未來研究可考慮與醫院合作，多普及與正念相關知識，盡可能招募被試，提高被試量。

(2) 在研究方法和工具上，本項研究依託網路平臺實施，無法確保參與者回答的真實性與可信度。我們運用問卷調查及半結構化訪談手段，數據全依賴於參與者自我陳述，故可能因個體理解差異或其他因素導致數據失真。未來的研究建議探索線下與線上相結合的數據收集方法，以增強回答的可靠性，並提升問卷的有效回收率。

參考文獻

- Altman, D. G. (1990). *Practical Statistics for Medical Research*. Chapman & Hall.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: a Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Five facet mindfulness questionnaire. *Assessment*, 13(1), 27-45
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Blanchet, P. J., & Brefel-Courbon, C. (2018). Chronic pain and pain processing in Parkinson's disease. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 200–206.
- Borsook, D., Sava, S., & Becerra, L. (2010). The Pain Imaging Revolution: Advancing Pain Into the 21st Century. *The Neuroscientist*, 16(2), 171–185.
- Bostock, S., Crosswell, A. D., Prather, A. A., & Steptoe, A. (2019). Mindfulness on-the-go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 127–138.
- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., Cohen, R., & Dow, L. (2009). Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*, 20(8), 1420–1433.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for meditation and meditation research*, 1(1), 11-34.
- Caballero, C., Scherer, E., West, M. R., Mrazek, M. D., Gabrieli, C. F. O., & Gabrieli, J. D. E. (2019). Greater Mindfulness is Associated With Better Academic Achievement in Middle School. *Mind, Brain, and Education*, 13(3), 157–166.

- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance. *Assessment, 15*(2), 204–223.
- Caputi, V., Bastiaanssen, T. F. S., Peterson, V., Sajjad, J., Murphy, A., Stanton, C., McNamara, B., Shorten, G. D., Cryan, J. F., & O'Mahony, S. M. (2022). Sex, pain, and the microbiome: The relationship between Baseline Gut microbiota composition, gender and somatic pain in healthy individuals. *Brain, Behavior, and Immunity, 104*, 191–204.
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine, 47*(6), 990–999.
- Czajkowski, A.-M. L., Greasley, A. E., & Allis, M. (2020). Mindfulness for musicians: A mixed methods study investigating the effects of 8-week mindfulness courses on music students at a leading conservatoire. *Musicae Scientiae, 26*(2), 259–279. 102986492094157.
- Daguet I, Bergeron-Vezina K, Harvey MP, Martel M, Coulombe-Leveque A, Leonard G. Decreased Initial Peak Pain Sensation with Aging: A Psychophysical Study. *J Pain Res.* 2020;13:2333-2341
- Dehghan, M., Jazinizade, M., Malakoutikhah, A., Madadimahani, A., Iranmanesh, M. H., Oghabian, S., Mohammadshahi, F., Janfaza, F., & Zakeri, M. A. (2020). Stress and Quality of Life of Patients with Cancer: The Mediating Role of Mindfulness. *Journal of Oncology, 2020*, 1–10.
- Deng, Y.-Q., Liu, X.-H., Rodriguez, M. A., & Xia, C.-Y. (2011). The Five Facet Mindfulness Questionnaire: Psychometric Properties of the Chinese Version. *Mindfulness, 2*(2), 123–128.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 60*(3), 244–258.
- Failla, M. D., Beach, P. A., Atalla, S., Dietrich, M. S., Bruehl, S., Cowan, R. L., & Monroe, T. B. (2023). Gender Differences in Pain Threshold, Unpleasantness, and Descending Pain Modulatory Activation Across the Adult Life Span: A Cross

- Sectional Study. *The journal of pain*, S1526-5900(23)00607-7. Advance online publication.
- Fillingim R. B. (2017). Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158 Suppl 1(Suppl 1), S11–S18.
- Firth, A. M., Cavallini, I., Sütterlin, S., & Lugo, R. G. (2019). Mindfulness and self-efficacy in pain perception, stress and academic performance. The influence of mindfulness on cognitive processes. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 12*, 565–574.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The Role of Mindfulness in Positive Reappraisal. *EXPLORE*, 5(1), 37–44.
- Gethin, R. (2001). *The Buddhist path to awakening*. Oneworld.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263–279.
- Geoff Cumming. (2012). *Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals and*. Routledge.
- Hensley, N. (2020). Educating for sustainable development: Cultivating creativity through mindfulness. *Journal of Cleaner Production*, 243, 118542.
- Hülshager, U. R., Walkowiak, A., & Thommes, M. S. (2018). How can mindfulness be promoted? Workload and recovery experiences as antecedents of daily fluctuations in mindfulness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 91(2), 261–284.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kemper, K. J. (2017). Brief Online Mindfulness Training. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(1), 75–80.
- Klingbeil, D. A., & Renshaw, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for teachers: A meta-analysis of the emerging evidence base. *School Psychology Quarterly*, 33(4), 501–511.
- Lautenbacher, S., Peters, J. H., Heesen, M., Scheel, J., & Kunz, M. (2017). Age changes in pain perception: A systematic-review and meta-analysis of age effects

- on pain and tolerance thresholds. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 75, 104–113.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59.
- Lu, C., Moliadze, V., & Nees, F. (2023). Dynamic processes of mindfulness-based alterations in pain perception. *Frontiers in neuroscience*, 17, 1253559.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299.
- Mettler, J., Carsley, D., Joly, M., & Heath, N. L. (2017). Dispositional Mindfulness and Adjustment to University. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*.
- Miller E. L. (2023). Social Connectedness and Pain. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 24(2), 111–112.
- Money, S., & Garber, B. (2018). Management of Cancer Pain. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 6(4), 141–146.
- Naliboff, B. D., Smith, S. R., Serpa, J. G., Laird, K. T., Stains, J., Connolly, L. S., Labus, J. S., & Tillisch, K. (2020). Mindfulness-based stress reduction improves irritable bowel syndrome (IBS) symptoms via specific aspects of mindfulness. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(9).
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN, Articles in Press*(9). PubMed.
- Schindler, S., & Friese, M. (2022). The relation of mindfulness and prosocial behavior: What do we (not) know?. *Current opinion in psychology*, 44, 151–156.
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., Dunne, J. P., Lazar, S. W., Loucks, E. B., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and Behavior Change. *Harvard review of psychiatry*, 28(6), 371–394.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
- Sharf, R. H. (2014). Is mindfulness Buddhist? (and why it matters). *Transcultural*

- Psychiatry*, 52(4), 470–484.
- Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 186, 111363.
- Siebelink, N. M., Kaijadoo, S. P. T., van Horssen, F. M., Holtland, J. N. P., Bögels, S. M., Buitelaar, J. K., Speckens, A. E. M., & Greven, C. U. (2020). Mindfulness for Children With ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): A Qualitative Study on Feasibility and Effects. *Journal of Attention Disorders*, 25(13), 108705472094502.
- Simone, C. B., Vapiwala, N., Hampshire, M. K., & Metz, J. M. (2012). Cancer Patient Attitudes Toward Analgesic Usage and Pain Intervention. *The Clinical Journal of Pain*, 28(2), 157–162.
- Slepian, P. M., Peng, M., Janmohamed, T., Kotteeswaran, Y., Manoo, V., Blades, A. M., Fiorellino, J., Katznelson, R., Tamir, D., McRae, K., Kahn, M., Huang, A., Kona, S., Thaker, S., Weinrib, A., Katz, J., & Clarke, H. (2020). Engagement with Manage My Pain mobile health application among patients at the Transitional Pain Service. *DIGITAL HEALTH*, 6, 205520762096229.
- Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *British Journal of Surgery*, 107(2), 70–80.
- Sorge, R. E., Mapplebeck, J. C., Rosen, S., Beggs, S., Taves, S., Alexander, J. K., Martin, L. J., Austin, J. S., Sotocinal, S. G., Chen, D., Yang, M., Shi, X. Q., Huang, H., Pillon, N. J., Bilan, P. J., Tu, Y., Klip, A., Ji, R. R., Zhang, J., Salter, M. W., ... Mogil, J. S. (2015). Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice. *Nature neuroscience*, 18(8), 1081–1083.
- Strohmaier, S., Jones, F. W., & Cane, J. E. (2020). Effects of Length of Mindfulness Practice on Mindfulness, Depression, Anxiety, and Stress: a Randomized Controlled Experiment. *Mindfulness*, 12(12).
- Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1124–1140.
- Toledo, T. A., Vore, C. N., Huber, F. A., & Rhudy, J. L. (2024). The effect of emotion regulation on the emotional modulation of pain and nociceptive flexion

reflex. *Pain*.

Trygg Lycke, S., Airosa, F., & Lundh, L. (2022). Emergency Department Nurses' Experiences of a Mindfulness Training Intervention: A Phenomenological Exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 41(2):170-184.

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 13(1), 36–61.

Zeidan, F., Salomons, T., Farris, S. R., Emerson, N. M., Adler-Neal, A., Jung, Y., & Coghill, R. C. (2018). Neural mechanisms supporting the relationship between dispositional mindfulness and pain. *PAIN*, 159(12), 2477–2485.

Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41–57.

Zimmaro, L. A., Carson, J. W., Olsen, M. K., Sanders, L. L., Keefe, F. J., & Porter, L. S. (2019). Greater mindfulness associated with lower pain, fatigue, and psychological distress in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 29(2), 263–270.

曹鑫, 張歡, & 劉玲. (2016). 正念訓練干預對乳腺癌患者化療後癌因性疲乏的研究. *重慶醫學*, 45(21), 2953-2955.

陳穎嬌, 彭先桃, 周曉芸, & 付雅琦. (2019). 正念教養對幼兒害羞和社交淡漠的影響: 親子關係的仲介作用. *學前教育研究*, (5), 72-80.

陳語, 趙鑫, 黃俊紅, 陳思佚, & 周仁來. (2011). 正念冥想對情緒的調節作用: 理論與神經機制. *心理科學進展*, 19(10), 1502-1510.

丁媛慧. (2012). *正念練習對正念水準及主觀幸福感的影響* 碩士學位論文, 首都師範大學).

段錦曠. (2023). 疼痛是一種情緒嗎. *百科知識*

段文傑. (2014). 正念研究的分歧: 概念與測量. *心理科學進展*, 22(10), 1616.

馮瑾, 陳素華. (1999). 患者術後疼痛與焦慮情緒的相關性分析. *護理學雜誌*(06), 40-41.

- 顧潔, 童慧琦, & 孫曉明. (2019). 中文網路正念減壓課程對普通人群正念水準和心境狀態的影響研究. *中國全科醫學*, 22(5), 581.
- 蔣虹, 李欣, & 陳長香. (2019). 運動性引導想像訓練對中老年腦卒中患者疼痛和疲乏的干預作用. *中國老年學雜誌*, 39(17), 3.
- 康醫生. (2014). 止痛藥加量效果不加倍. *健康生活*(02), 22.
- 黎雪, 金嘉悅, 韓寶瑾, 劉傑, 林洪生. (2023). 160 例惡性腫瘤患者疼痛負擔及其影響因素研究. *世界中醫藥*(08), 1136-1141.
- 李紅玉. (2015). 正念之於教育: 對大學生注意靈活性的影響. *亞太教育*(03), 122.
- 李靜蘭, & 劉紅芸. (2021). 積極心理干預法對癌症患者疼痛感及焦慮感的影響. *鄂州大學學報*(006), 028.
- 李秀蘭. (2021). 體位干預配合正念療法對子宮肌瘤術後患者併發症及心理彈性的影響. *反射療法與康復醫學*(020), 002.
- 林小燕, 楊菁, 賴金火, 林明瓊, & 鄭建偉. (2013). 癌症患者疼痛治療依從性的影響因素分析. *中國疼痛醫學雜誌*, (6), 373-375.
- 劉雷, 王紅芳, 陳朝陽. (2016). 正念冥想訓練水準對情緒加工的影響. *心理科學* (06), 1519-1524.
- 劉書勇. (2021). 納布啡在產科患者術後鎮痛中的應用效果. *大家健康 (上旬版)*, 24(S01), 100-102.
- 劉勇, 於世英, 鄭薇, & 席青松. (2011). 晚期癌症患者年齡、性別因素與症狀的關係. *腫瘤防治研究*, 38(009), 1070-1073.
- 劉穎慧, 趙春梅, 賈蓮, 胡紹軍, 艾小蘭, & 楊冬潔等. (2019). 正念訓練對初一學生負性情緒及學業成績的干預效果. *中國心理衛生雜誌*, 33(9), 5.
- 劉穎慧, 趙春梅, 賈蓮, 胡紹軍, 艾小蘭, 楊冬潔, ... & 祝卓宏. (2019). 正念訓練對初一學生負性情緒及學業成績的干預效果. *Chinese Mental Health Journal/Zhongguo Xinli Weisheng Zazhi*, 33(9).
- 蘆嫻, & 程雲. (2013). 癌性疼痛評估的研究進展. *上海醫藥*, (4), 8-12.
- 羅詩蕾, 詹松華, 陳義磊, 康英傑, 龔志剛, 黃炎文, & 魏翔宇. (2020). 基於 ReHo 方法探究針刺百會穴腦效應的性別差異. *中西醫結合影像學雜誌*, 18(1), 3-7.

- 馬驕娜, 孫桂芝, & 韓永奎. (2019). 正念減壓訓練對心肌梗死患者重返工作後負性情緒知覺壓力及社會功能的影響. *護士進修雜誌*, 34(21), 1921-1924.
- 孟靜, & 寧小菲. (2022). 放鬆訓練式心理干預對 ERCP 患者依從性, 情緒狀態和疼痛的影響. *臨床與病理雜誌*.
- 莫闊, 李敏, 邵伊凡, 徐媛媛, 許辰, 徐松, & 徐曉曉. (2020). 正念減壓訓練對護士知覺壓力, 負性情緒和心理幸福感的影響. *解放軍護理雜誌*, 37(6), 47-50.
- 牛星. (2013). 分級心理行為干預對中晚期癌症患者疼痛的影響. *護理學雜誌: 綜合版*, (5), 71-72.
- 任志洪, 張雅文, & 江光榮. (2018). 正念冥想對焦慮症狀的干預: 效果及其影響因素元分析. *心理學報*, 50(3), 283.
- 邵虹. (2020). *初中生運動流暢體驗、正念和認知靈活性的關係研究碩士學位論文*, 陝西師範大學).
- 舒玲, 席明霞, 吳傳芳, 趙偉, 譚創, & 陳丹. (2019). 正念瑜伽訓練對孕婦睡眠品質, 焦慮情緒及分娩恐懼的影響. *中國護理管理*, 18(10), 1422-1427.
- 唐嘉穎. (2018). 應用正念訓練提升小學生注意力品質. *中小學心理健康教育*.
- 唐穎, 姚慧, 蔣坤松, 趙濶洲 & 李治國. (2024). 土家冰蟲止痛散外敷聯合強阿片類止痛藥治療癌性骨痛患者的效果觀察. *醫學理論與實踐*(02), 236-238.
- 佟蕾, 崔曉薇, & 李春媛. (2019). 正念減壓訓練對喉癌患者癌因性疲乏及生活品質的影響. *解放軍護理雜誌*, 2.
- 汪芬, & 黃宇霞. (2011). 正念的心理和腦機制. *心理科學進展*, 19(11), 1635-1644.
- 王娟, 王曉娟 & 王茜. (2016). 關於正念治療疼痛的心理與腦機制研究. *醫學與哲學* (B)(11), 60-61+66.
- 王玲花, & 孫麗麗. (2018). 正念訓練對精神分裂症患者家屬負性情緒及自尊干預的研究. *中國藥物與臨床*.
- 王強, 楊立娟, & 王永夫. (2018). 電針夾脊穴配合溫和灸治療帶狀疱疹後遺神經痛的療效. *基因組學與應用生物學*, 37(12), 7.
- 王世鈺, 崔超寧, & 由麗萍. (2022). 基於線上問診記錄的醫療疼痛感知知識圖譜構建及查詢應用. *情報工程*, 8(5), 65-73.

- 王曉雨, 孫慧, 陳晨 (2020). 穢語對生理疼痛和社會疼痛的緩解作用. *心理學進展*, 10(3), 290-296.
- 王瑤, 王楠, & 鄒擎. (2021). 正念減壓訓練對結直腸癌永久性造口患者病恥感, 應對方式及生活品質的影響. *臨床與病理雜誌*, 41(8), 1793799-1791799.
- 王玉正, 劉欣, 徐慰 劉興華. (2015). 正念訓練提升參與者對疼痛的接納程度. *中國臨床心理學雜誌*(03), 567-570.
- 王珍珍 & 劉興華. (2023). 認知靈活性在正念干預緩解情緒困擾中的縱向仲介作用: 一項隨機對照研究. (eds.) *第二十五屆全國心理學學術會議摘要集——專題研討會*(pp.297-299). 北京大學心理與認知科學學院
- 吳小燕. (2019). 心理護理對乳腺癌根治術患者疼痛感及生活品質影響. *中華腫瘤防治雜誌*(S01), 2.
- 肖超群, 牟純瑋, & 周霞. (2019). 正念冥想訓練對圍絕經期婦女焦慮、抑鬱及睡眠品質的影響. *Journal of Southern Medical University*, 39(8), 998.
- 徐東升, 趙慧玲, 馬筱慧, 李宏偉, 劉冬雪, 高函, & 高明月. (2019). 基於正念認知療法的心理護理干預對乳腺癌化療患者焦慮, 抑鬱及生存品質的影響. *中國老年學雜誌*, 39(23), 5854-5857.
- 徐冉. (2021). *正念訓練對大腸癌患者健康信念及自我管理效能的干預研究* (Master's thesis, 江蘇大學).
- 許熙虎, 崔雲龍, 曹靜 祝卓宏. (2018). 大學生經驗性回避、認知融合及正念與焦慮抑鬱關係. *中國公共衛生*(05), 741-744.
- 許岩. (2021). 正念減壓訓練模式對股骨頸骨折患者疼痛和心理狀態的影響.
- 薛梅梅, 雷靜, & 尤浩軍. (2022). 幻肢痛發生機制及臨床治療. *中國疼痛醫學雜誌* 2021 年 27 卷 12 期, 883-887 頁, *ISTIC PKU CSCD CA*, 國家自然科學基金.
- 嚴廣斌. (2014). NRS 疼痛數字評價量表 numerical rating scale. *中華關節外科雜誌: 電子版*, 8(3), 92-92.
- 於淑婷, 徐慰, 劉興華, & 肖魯川. (2019). 正念訓練改善個體負性情緒和覺知壓力的對照研究. *Chinese Mental Health Journal/Zhongguo Xinli Weisheng Zazhi*, 33(4).

- 餘思, 張春陽, & 徐慰. (2022). 特質正念與大學生焦慮和攻擊性的縱向關係: 心理彈性的仲介和留守經歷的調節. *心理發展與教育*, 38(5), 711-719.
- 張愛秀. (2010). 癌症疼痛的產生機制研究近況. *中國當代醫藥*, (2), 150-151.
- 張耕瑞, 楊麗, 段東奎, 史一村, & 趙欣. (2018). 正念放鬆訓練對經皮冠狀動脈介入治療患者心理應激反應及睡眠品質影響的研究. *中華護理雜誌*, 53(12), 1463-1467.
- 張靜, 宋繼文, 鄭曉明, & 倪丹. (2018). 基於調節性仲介模型的領導與下屬特質正念對工作投入的影響研究. *管理學報*, (11), 1629-1637.
- 張蕾, 張睿, 薛建良, & 何成奇. (2021). 正念訓練配合早期強化功能鍛煉對脛骨平臺骨折患者負性情緒和膝關節功能的影響. *東南國防醫藥*, 23(4), 5.
- 張麗紅, 裴菊紅, 苟玲, 鐘娟平, 杜葉會, & 豆欣蔓. (2022). 正念療法在癌症患者創傷後成長干預中的應用進展. *護士進修雜誌*.
- 鐘琴, 楊穎, 宋玉磊, 柏亞妹. (2018). 正念減壓療法對慢性疼痛患者干預效果的 Meta 分析. *中國護理管理*(06), 770-776.
- 鐘瑤, 李萬龍, & 劉瑞芳. (2008). 疼痛與心理學的關係及其心理治療. *四川教育學院學報*, 24(5), 26-28.
- 周佳. *正念訓練經驗對正念覺察和壓力反應性關係的調節作用*. (Doctoral dissertation, 浙江師範大學).
- 周京. (2019). *正念對親社會行為的影響及作用機制* (Master's thesis, 山東師範大學).
- 周玲君, 邱彩鋒, 李雪玉, & 趙繼軍. (2007). 上海市癌痛控制現況的調查. *解放軍護理雜誌*, 24(2), 25-27.

作者簡歷

教育經歷：

本科	上饒師範學院	心理學（師範類）
碩士	澳門城市大學	應用心理學

工作經歷： 無

攻讀學位期間發表的論文和完成的工作： 無

附錄

附錄一：調查問卷

调查问卷

尊敬的朋友：

您好！

感谢您参加本次问卷调查！这是一份用于科学研究的问卷调查，旨在了解您目前的疼痛感情况，以期为制定科学严谨的干预方案提供依据，进而缓解疼痛水平。本问卷主要包括 3 个部分，填写大约需要 10~15 分钟左右。本问卷仅作为课题研究所用我们保证对您所填写的信息严格保密，答案无对错之分仅为了反映现状，且不会影响您的任何治疗；您有权拒绝或随时退出该问卷的填写。请您如实并独立填写所有项目，避免遗漏。

感谢您给予的合作与帮助！祝您生活愉快！

第一部分

下面是关于您一般情况的调查内容，请根据您的个人实际情况填写以下内容。（写在相应的横线上或者是在后面的“□”打“√”）。

1. 参与者姓名/微信号（仅作为实验数据使用）
2. 联系方式（能够联系到您的电话号码或微信号）
3. 性别：男 女
4. 年龄： 岁
5. 民族：汉族 少数民族
6. 居住地：城市 城镇 外市（地）
7. 婚姻状况：未婚 已婚 离婚 丧偶
8. 文化程度：小学及以下 初中 高中或中专 大专或本科及以上
9. 您的职业情况：在职 退休 无业
10. 您家庭人均月收入(元):
<1000 1000~3000 3001~5000 >5000
11. 医疗费用支付形式:
自费 职工医保 居民医保 商业医疗保险
12. 您的主要照顾者：父母 配偶（爱人） 子女 其他
13. 您有无子女情况：有 无
14. 您的癌症类型：
大肠癌 肺癌 乳腺癌 肝癌 口腔癌 其他

15. 您的直系亲属是否患有癌症： 是 否
16. 您的治疗方式：
17. 您的手术方式：
18. 疾病分期：
19. 您目前是否正在服用止痛药？ 是 否 其他
20. 请问止痛药的名字是？
21. 服用该止痛药的频次：
22. 每次服用止痛药的剂量：

第二部分

请根据下列等级评定每句话，把最符合您真实情况的等级数字填在句子前的空白处。

1=一点也不符合 2=较少符合 3=有些符合 4=非常符合 5=完全符合

1. 在行走时，我会有意关注身体部位在行进中的感觉。
2. 我擅长于用言语描述我的情感。
3. 我为自己有不理智的情绪或不合适的情绪而责备自己。
4. 我感受到了我的情绪和情感，但我不必对它们做出反应。
5. 在做事的时候，我经常走神，而且很容易被干扰。
6. 在洗澡时，我会留心于水滴过身体的感觉。
7. 我能清晰表达自己的信念、观点以及期望。
8. 我没有注意到我在做什么事情，这是因为我在做白日梦，在担忧或分心于外界。
9. 我观察自己的情绪，而不迷失其中。
10. 我告诉自己，我不应该以我现在的这种方式来感受此时的情感。
11. 我留意到食物和饮料是如何影响着我的想法、身体的感觉和情绪的。
12. 我难以找到词语来表达我的所思所想。
13. 我很容易分心。
14. 我认为我的一些想法是异常的、不好的；我不应该那样想。

15. 我会注意我的一些感觉，比如：微风吹拂我的头发、阳光照在我的脸上的感觉。
16. 我很难用合适的言语来表达我对事物的感受。
17. 我会评判自己的想法是好的或是坏的。
18. 我难以把注意力集中在当前发生的事情上。
19. 当我有悲伤的想法或景象时，我会“退一步”，并去觉知那些想法或景象的存在而不被其所控制。
20. 我会注意一些声音，比如：时钟的滴答声、小鸟的啾啾声、或者汽车穿梭的声音。
21. 在困难的情境下，我会暂停一下，不马上做出反应。
22. 当我身体有种感觉时，我很难找到合适的词语来描述它。
23. 我好像是自动地在做一些事情，并没有完全意识到它。
24. 通常，当我有令人伤感的想法或者景象时，我能很快恢复平静。
25. 我告诉我自己，我不应该思考我此刻正思考的东西。
26. 我闻到了周围一些东西的气味或者芳香。
27. 即便是我感到非常地不安时，我也能找到词语来表达它。
28. 我草率地做完一些事情，而没有真正地集中注意力在其上。
29. 当陷入令人烦恼的情绪或情境中，我能做到只是去注意它们，而不做出相应反应。
30. 我想有些情绪是不对的或者是不适宜的，我不应该体验到它们。
31. 我注意到了艺术品和自然界中事物的一些视觉元素，如：颜色、形状、纹理还有光和影子。
32. 我总是倾向于用词语来描述我的体验。
33. 当我有令人痛苦的想法或景象时，我通常只是去注意它们，顺其自然。
34. 我总是自动地工作或完成某项任务，而没有意识到我在做什么。
35. 通常当我有些令人困扰的想法或者景象时，我会根据我当时所想的 内容或者脑海中出现的景象来判断自己是对还是错。
36. 我会去注意，我的情绪是如何影响我的想法和行为的。
37. 我通常能够非常详细地描述出我此刻的感觉。

38. 我发现自己做事情的时候，不专心在所做的事情上。

39. 当不理智的想法出现时，我会自我否决。

第三部分

此问卷向您提供了一系列描述不同疼痛及相关症状性质的词汇。请在能最确切描述您在过去一周所能感觉到的每一种疼痛及相关症状强度的数字上划 x。如果此词汇不能描述您的疼痛或相关症状，请选择 0。

1. 跳痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
2. 射击样疼痛（猛烈的冲击痛、类似弹弓射击痛）
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
3. 刀割痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
4. 尖锐痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
5. 痉挛牵扯痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
6. 持续性咬痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
7. 热灼痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
8. 酸痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
9. 坠痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
10. 轻压痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
11. 撕裂痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
12. 疲惫-无力
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
13. 令人厌恶的
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
14. 害怕
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈

15. 折磨-懲罰感
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
16. 电击痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
17. 冷痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
18. 穿刺痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
19. 轻轻抚摸导致的疼痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
20. 瘙痒
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
21. 麻刺痛或针刺痛或蛰痛
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈
22. 麻木
无 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最 剧 烈

问卷到此结束，感谢您的配合与支持，祝您生活愉快！

附錄二：知情同意書

正念對癌症患者疼痛感的影響及影響機制研究實驗

知情同意書

尊敬的朋友：

您好

我們真诚的邀請您參加“正念對癌症患者疼痛感的影響及作用機制”的研究，在您決定是否參加此研究之前，請尽可能仔細閱讀以下內容，使您清楚地了解本研究的目的是和具體流程，以及本研究可能帶給您的益處、風險和不适。如果您願意，您可以和您的家人、朋友一起討論，或者請醫生予以解釋，決定是否參加此項研究。

1. 研究目的：探索應用正念訓練課程心理干預減緩癌症患者疼痛感的效果，提升受試者生活質量。

2. 您需要做的事情

如果您參加此項研究，您將需要做以下工作：

①從您參加本次研究起，我們會有心理專業人員指導您進行正念課程訓練，課程包括呼吸訓練，如何面對疼痛的冥想練習，正念伸展等，在此過程中真心希望您可以在專業人員的輔助下積極配合，幫助您達到身體和心理的最佳狀態。

②為及時了解訓練效果，我們同樣會運用訪談、問卷調查、微信平臺填答問卷等形式，了解您的感受和體驗。懇切希望您的積極配合、真诚合作。

③如您有特殊的心理歷程和治療體驗，我們非常願意與您進行深度訪談。希望通過與您互動，對您不良的情緒反應和心理應激進行深層次原因分析，幫助您保持最佳狀態。在與您交流過程中希望您尽可能敞開心扉，把存在的心理困擾積極告知我們。

3. 可能有的風險和不适

在我們的研究過程中，您不會承擔任何生理干預的可能和病理危險。在進行心理訓練過程中，可能您會有心情不容易安靜下來繼續訓練的情況，我們會充分尊重您的意願。

4. 研究對受試者或其他人可能帶來的好處

在研究階段，課程干預是免費的。在整個干預過程中您將享受免費的癌症健康宣教和指導以及癌症與疼痛的關係的相關知識。最重要的是通過本項研究，您

可能会得到良好的心理康复,提高正念觉知水平,这将可能有效缓解您的疼痛感、心理压力,提高生活质量,延长生存期。

5. 介绍有没有对受试者有利的其他程序或疗法。

本研究拟采用正念训练进行受试者心身康复的干预研究,除此康复治疗方法外,还有认知行为疗法和支持性心理治疗等对患者的心理健康有重要影响,在临床实践中会根据您的需求,进行个性化的专业心理指导。

6. 说明有标识受试者身份的记录的保密范围。

① 您的个人资料在整个研究过程中将严格保密。

② 您参加本项研究是自愿的。您可随时了解与本研究有关的信息资料。

③一般情况下,本研究小组成员会对您所提供的信息保密,包括问卷资料、访谈笔记、录音和其他资料,均属专业信息,在严格保密的情况下进行保存,避免在任何公众场合公开;但以下情况存在保密例外,并会通知相关的个人及机构: 1) 触犯相关法律。2) 您的情况比较严重,您的自身的安全受到威胁时,我们会在必要时,通知您的亲属或监护人,并同时征求您的意见,以确保您的安全。

7. 有疑问联系:

姓名: 梁楚颖 电话: 853-68594682 邮箱: 1274854950@qq.com

8. 参加和退出都是自愿的。

您可以在任何时候选择退出,您的任何医疗待遇与正常权益不会因此而受到影响。

受试者声明: 我已知晓本研究相关内容, 同意参加本研究。

受试者签名:

日期: 年 月 日

研究者声明: 我已履行知情同意告知程序, 并将在研究中严格执行科研伦理原则。

研究者签名:

日期: 年 月 日

附錄三：八周正念疼痛練習內容

周次	訓練主題	訓練內容
第一周	正念呼吸	(1) 介紹正念癌症康復背景、現狀和練習應保持的態度，發放指導手冊和練習記錄卡； (2) 自我介紹 (3) 吃葡萄乾練習、正念呼吸練習
第二周	如何面對疼痛	(1) 討論正念呼吸。小組交流上周練習的體驗。 (2) 講述癌症與疼痛的相關知識，交流疼痛經驗。 (3) 進行“如何面對疼痛”練習。
第三周	身體掃描	(1) 小組交流上周“面對疼痛”練習的體驗。 (2) 講述身體掃描的相關知識 (3) 進行身體掃描練習
第四周	身體掃描、畫畫去除疼痛	(1) 小組交流討論“面對疼痛”練習的體驗。 (2) 身體掃描靜觀，參與者會被引導將注意力放在探索直接的疼痛經驗。 (3) 進行“關於疼痛和照顧”的畫畫練習。畫後交流經驗。
第五周	正念伸展	(1) 小組交流上周練習中的體驗。 (2) 講述正念伸展內容：目的、主要內容、方法。 (3) 正念伸展練習。
第六周	面對疼痛有關的想法和情緒	(1) 小組交流上周正念伸展練習中的體驗。 (2) 講述疼痛的感受組成：本質現象的感受、心對本質現象的認知加工產生的感受、因抗拒排斥產生的情緒製造的感受，交流疼痛經驗。 (3) 進行“如何面對疼痛有關的想法和情緒”練習。
第七周	感覺身體辭彙	(1) 小組交流討論“如何面對疼痛有關的想法和情緒”練習的體驗。 (2) 進行“感覺身體辭彙”練習。 (3) 練習後交流經驗。
第八周	慈悲練習、身體掃描	(1) 小組交流上周練習的體驗。 (2) 講述慈悲練習的相關知識 (3) 慈悲練習、身體掃描

附錄四：訪談提綱

半结构化面试需要 30 到 40 分钟。访谈问题询问参与者是否在课程、练习和表演中体验过学习正念对日常生活的影响。

每次采访都逐字转录，并按照主题分析的原则进行分析。六步过程包括转录，然后对转录数据进行多次读取。然后将转录内容完全编码在 NVivo 软件中，随后将代码聚集在一起以创建主题。制作了临时专题地图，对照数据对这些专题进行了测试，进行了界定和命名，并在必要时进行了修订。最终报告是通过选择合适的数据来说明每个主题而生成的，然后根据研究问题和以前的文献进行设置。注意到为每个主题作出贡献的与会者人数，以便确定每个主题的普遍程度。

访谈提纲

1. 您对于为期八周的正念活动内容印象最深的部分是哪些？八周正念活动的内容对您的生活是否有影响？有何影响？
2. 经过这几周的正念训练后，您感觉怎么样？
3. 您参与正念活动后的身体状况如何？跟参与正念活动之前相比，您的身体状况发生了哪些变化？除此之外，您觉得正念训练带给你什么其他变化？（个人思想上、个人行为上、与外界的联结上.....）
4. 您目前面临的疼痛感是什么样的？跟参与正念活动之前相比，您的疼痛感发生了哪些变化？
5. 您是否尝试过正念训练来管理疼痛，有无取得效果？取得了哪些效果？在不同疼痛程度下，您是否能够应用正念训练来缓解疼痛？
6. 除了正念训练，您还采用了哪些其他方法来管理疼痛？正念与这些方法相比有何优势或劣势？
7. 您在正念训练中感受到的具体变化有哪些？这些变化对您的疼痛管理和整体生活有何影响？（与第三题相呼应）
8. 在正念训练过程中，您遇到了哪些困难或挑战？您是如何克服它们的？
9. 您在正念训练中是否遇到了挫折感或无法专注的时候？您是如何应对这些情况的？
10. 您觉得正念训练对您的情绪和心态有何影响？这些因素是否对疼痛感的减轻起到了作用？
11. 对其他身患癌症、面对疼痛感的患者，您有哪些建议和鼓励分享？

12. 您认为医疗专业人员是否应该推广和支持癌症患者进行正念训练来管理疼痛感？为什么？
13. 除了疼痛管理，正念对您癌症治疗中的其他方面是否有帮助？例如压力缓解、焦虑管理等。
14. 在今后的生活中，你会选择去练习正念吗？
15. 总体而言，您觉得这次正念活动为您带来了什么？您对正念活动的开展有何意见建议？