

南 華 大 學

生 死 學 研 究 所

碩 士 論 文

乳癌復發轉移病患接受化學,放射線治療與重建手術

經驗歷程之生命敘說

The Life Narrative of Journey of Breast Cancer Patients Underwent
Mastectomy, Chemotherapy, Radiation and Reconstruction
with Metastasis

研 究 生：許瓊月

指導教授：鄭明輝 助理教授

中華民國：九十八年五月十二日

南 華 大 學
生 死 學 系 碩 士 學 位 論 文

乳癌復發轉移病患接受化學,放射線治療與重建手術

經驗歷程之生命敘說

The Life Narrative of Journey of Breast Cancer Patients Receiving
Mastectomy, Chemotherapy, Radiation and Reconstruction with Metastasis

研究生： 許瓊丹

經考試合格特此證明

口試委員： 釋慧開

何志珠

郭明輝

指導教授： 郭明輝

系主任(所長)： 蔡明忠

口試日期：中華民國 98 年 5 月 12 日

誌 謝

論文書寫期間，一路顛簸的走來：要感謝的人很多……要感謝的話也很多……

一路走來，雖有風、有雨，但更充滿了無數的溫馨與情義；雖經歷不同的轉折，而今在頻頻回顧的路途上，卻發現因有苦痛，不僅多了解世事的反覆與無常，也更懂得生命的極限與從容。當更珍惜人間的真情與摯愛時，這趟寫作旅程何嘗不也是我人生的另一種豐收！論文書寫的過程就如同人生一般，會有許多不同的階段，從剛開始的懵懂無知，到主題確立；從密集蒐證到實務訪查，期間當然有許多的苦與甘，一切的一切真的如人飲水，冷暖自知呀！然而，最重要的是在每個階段中，師長、同學、長官、同事、朋友與親人的體諒、關懷、支持、鼓勵與幫助，才使得這一路走來，雖然辛苦煎熬但也極感溫馨。本次論文書寫得以順利完成，首先要感謝我的指導教授鄭明輝醫師，由於態度嚴謹、見解精闢並能詳加解釋溝通，促使原先忐忑不安的心情得以緩和與安定。釋慧開教授溫和、穩健的支持與鼓勵，更讓我感受到不一樣的真實與勇氣。何長珠教授則教會了我應該如何勇敢且正當性的面對與接納；我何其有幸能同時擁有這麼多位且又是個個優秀卓越且認真指導的老師們，而且指導教授們更都具有高度的同理心與包容力，致使能適切的教導驚鈍的我，完成了一場實在且溫馨的論文寫作過程……真的非常感謝所有幫助我完成這次論文的優秀師長們，在此學生謹以真摯的心表達深深的謝意。真的非常感謝以上優秀的師長們辛勞的指導、陪伴與體恤，讓我能夠安心、安適且安然的順利走過這一遭；誠如有句話說：「凡是走過，必留下痕跡」，在這過程的一點一滴，均點滴在我心頭，也會在我日後的日子裡，留下美好與溫馨的回憶。再一次感謝所有曾經指導、關心、幫助過我的人，希望大家都能「善緣好運」，虔誠的致上我最高敬意與謝意。

今我身為醫院護理工作的成員之一，從事護理工作已超過二十七年，雖看過比一般人多的生與死；但有一次曾被臨終患者當面說聲謝謝時，那種心情仍然是相當的複雜且莫名，雖然它有鼓勵我對護理工作更加的堅持，但同時我更期待自己能有更多的能力為更多的患者服務，因為能付出的人是能量具足的，而且也是富裕的。此次適逢論文寫作，得以認識不同於個人工作場域與護理性質的乳癌復發轉移的患者，從她們抗癌的生命故事中，讓我學習到更多且不同面向的人生議題。曾經被她們的故事感動，數度淚流...而最重要的是從

中得到更多正面的鼓舞與肯定。如今，當我自己生病、接受手術被人照顧時，我又有了更深一層不同的體悟：「有能力去照顧或幫助別人，是件多麼快樂、美好的事呀！」。

走筆至此，突感而發，在生死學研究所學習迄今，對於個人的人生思索與看法，自認為是愈來愈懂得放下與不計較，並非是生活萎靡或不積極，反而是更能把握現在，活在當下……「活在當下」並非只是個口號，我真的是要好好的活在每一個當下，也要好好的活在每一個時刻；真的！要好好的去感受它，也要好好的活出它……尤其又是當自己經歷了一次的疑似罹癌的煎熬與手術的痛楚之後……為這永恆的「生命喜悅」而努力加油吧！人生唯有坦然與無憾，生命才能夠真圓滿！

由上可知，凡任何一事物要順利的達成，除了經由一己努力的付出外，事實上，卻是需要更多人的付出與協助。值此之時，仍要對於所有為我付出、協助過我的人，獻上我最真誠的謝意。同時也僅以這篇文章獻給我最愛的家人及告慰過世的二哥與父親。我要告訴他們：「經由生死學的深入學習，目前我已確定找到了我的人生意義：愛與付出」。

摘要

乳癌患者可能會經歷癌症診斷、手術切除、化學治療、放射線治療和重建手術及復發轉移等過程，這大部分都是負面的影響。本研究利用質性方法研究兩位乳癌患者長期治療的歷程以調查：一、乳癌患者面對癌症診斷及復發轉移的心理打擊。二、復發轉移的乳癌患者完整的治療過程。三、接受乳房重建的心路歷程與轉折。四、乳癌患者家人、社會的支持程度與自我期待及對生命意義價值的看法。

本文採用質性研究中的敘事研究方法，以兩位乳癌復發轉移患者進行參與觀察和訪談的方式收集資料並分析其面對生與死的歷程，藉以呈現研究參與者個別性的人生體驗與生命歷程的意義。主要方法為：一、選擇兩位長達七到十年豐厚的生命故事作為研究樣本，二、在兩位個案各個重要階段予於作自我的評分，三、再將兩位個案的各個重要階段作一比較分析，而且配合深度訪談技巧、參與觀察法和生活行動反思的運用。

根據研究發現：一、面對乳癌診斷及復發轉移時會產生身心方面最嚴重的壓力與負面情緒。二、一直處於低潮的癌療過程中，人生變成黑白，乳房重建手術是拉回彩色人生的機會，讓她們重新活了過來！也讓她們重新走了出來。三、經過七到十年長時間的治療，在家人和社會的支持與關懷下，已成為乳癌患者最重要的支柱。四、能重新走出人生，也能以正向的態度鼓勵大眾勇敢面對疾病。

關鍵詞：乳癌；乳房切除手術；化學治療；放射線治療；乳房重建手術；經驗歷程；生命敘說

Abstract

Breast cancer patients may experience the process of diagnosis, mastectomy, chemotherapy, radiotherapy, and reconstruction, and perhaps local recurrence and metastasis. Most of the procedures and treatments are psychologically and physically negative impacts for the patients. The purpose of this study was to use the qualitative methodology to investigate the long-term follow-up of treatment courses of two breast cancer patients as follows: 1. The psychological impacts for the breast cancer patients are observed at each major steps of the treatment course. 2. What are the complete treatment regimens for the patients with local recurrence/metastasis? 3. What are the psychological process and journey for the patients undergoing breast reconstruction? What are the influences by the supports from the family and society, and the self-expectation on the life value and significance of the breast cancer patients?

Two complete treatment courses of breast cancer patients for follow-up to 7- 10 years were observed and recorded with history talking by the patients themselves in this study. The evaluation score of each major step during the treatment course was accessed by the patient's self. Then, the comparisons were made between these two breast cancer patients in each major step in the entire treatment course. The technique of interview, participating observation and feedback were also applied into this study.

The results showed that the diagnosis of breast cancer and local recurrence/metastasis were the two significant negative impacts for the patients motion and pressure. The depressed and black live journey was changed to almost normal and colorful one when the patients received the breast reconstructions. The support from the family and society were the keys to fight the breast cancer during the long treatment period last 7-10 years. Finally, these two survivors may overcome the breast cancer threaten to encourage other patients to return their normal live. From these longitudinal long-term follow-ups investigation of the two breast cancer survivors with completion of the entire treatment course, we may appreciate the severe psychologically negative impact of the diagnosis and metastasis. The breast reconstruction had the important and positive impact for the breast cancer patients during the course.

Key word: Breast cancer; Breast excision surgery; Chemotherapy; Radioactive rays treatment; Breast reconstruction surgery; Experience course; The life narrated

目 次

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究問題與目的	4
第二章 文獻查證	5
第一節 乳癌	5
第二節 乳房手術與其影響層面	7
第三節 化學治療與其影響層面	10
第四節 放射線治療與其影響層面	12
第五節 乳房重建手術與其影響層面	13
第六節 一般癌症患者與乳癌患者心理歷程之探討	20
第七節 社會支持及 Erikson心理社會發展任務之探討	22
第八節 身體心像	27
第九節 生命敘說	30
第三章 研究方法	31
第一節 研究架構與選擇	32
第二節 研究理論	34

第三節	研究設計和研究樣本	39
第四節	研究材料和工具	44
第五節	資料收集	46
第六節	分析資料	47
第七節	研究嚴謹度與倫理	49
第四章	乳癌復發轉移患者的生命故事	52
第一部	小茹的樣貌故事	52
第一節	癌療歲月	54
第二節	化癌為愛	60
第三節	未到謝幕	62
第四節	還有明天	63
第二部	秀秀的樣貌故事	65
第一節	驚夢時分	67
第二節	封閉人生	68
第三節	昔我往矣	70
第四節	生命重寫	75
第五章	乳癌治療與乳房重建的生命故事分析	78
第一節	小茹癌療與重建的生命故事分析	79

第二節	秀秀癌療與重建的生命故事分析	84
第三節	乳癌治療與生命歷程的關係分析	89
第四節	乳房切除與乳房重建的意義分析	91
第六章	討論、結論、建議與反思	95
第一節	研究討論	96
第二節	研究結論	114
第三節	研究建議	115
第四節	未來研究發展的方向	115
第五節	研究反思	116
參考書目		118
附錄		131
附錄一	受訪同意書	132
附錄二	訪談記錄格式	136
附錄三	試驗申請計劃書	137
附錄四	人體試驗同意臨床試驗證明書	139
附錄五	社會支持評量表	140
附錄六	訪談大綱	141
附錄七	逐字稿分析文本	142-160

第一章 緒論

乳癌患者可能經歷接受乳房切除且加上輔助療法，如化學治療、放射線治療和賀爾蒙治療與接受重建手術，並有復發轉移的人生體驗與生命歷程。就此予深度瞭解並作比對探討，目的在於針對乳癌復發患者經歷乳房重建手術前、後的過程經驗，來探討其本身對內在生命與生死的眼光及對生命意義與思想知覺影響的層面；冀能深入剖析人性的思考與性格的特質；亦即在反映人生多面向的相關議題，同時也希望乳癌復發患者能表達出接受乳房重建手術前、後，其對當下人生存在的不同感受與想法；所以存在與生命意義的關係，也顯得特別密切。此都是在關注乳癌復發患者本身現實生活與心理層面的困境，如此，希能突顯出對乳癌復發患者生存的關懷與其對自我存在的意義反思。

第一節 研究背景與動機

本人在醫院臨床工作擔任手術室護理人員，已逾二十七載，由於有興趣且一心想進入生死學的專業領域中學習，故是有計劃的安排；如今它已成為我生命中，另一個新的人生重要的課題。因此，在原來護理專業領域中的重心，就必須作些部份的配合，同時，期盼在生死學專業領域「知」的情境中能認真的研讀，以利探索生命中各項相關的人生課題，而在研究專業的領域，也期待能找到更多的學習和溝通的平台；以促使在原來的護理職場上能有更多更好的應用，進而能造福臨床上需要照護的患者們。今希望能藉本研究運用於臨床工作上，同時更期待能從人文角度關心乳癌患者的心理歷程、精神層面及內在的生命意義，也增加對人的生命歷程有更深入的瞭解及更貼切的體悟。

民國六十八年，台灣地區乳癌患者有 695 位，民國九十四年新診斷出乳癌患者竟高達了 6593 位。而標準化的發生率之五年(民國 90-94 年)變化率的成長幅度為 22%，已超越了子宮頸癌的排位，成為國內婦女癌症中，發生率排行的第一名(行政院衛生署，2008b)。另外，乳癌發生的人口年齡有年輕化的趨勢，其中以年齡四十五歲至五十五歲的女性為最高峰(行政院衛生署，2008c)，在歐美國家則以六十歲至七十歲左右女性為最高的族群，顯然台灣地區較歐美國家乳癌好發的年齡竟年輕十歲，等於是提早了十年發病(陳訓徹，2006)。而正值四、五十歲

年齡的婦女們，當其罹患乳癌時，或因子女仍在求學，或因仍在職場上奮鬥，對社會、家庭及其個人所帶來都是一個相當大的衝擊(丁肇鳳·史麗珠，2006；顏郁晉，2005)。自民國七十一年以來，癌症即成為台灣地區十大死因之首，在九十五年台灣地區共有 37,998 人死於惡性腫瘤(行政院衛生署，2008a)。其中，乳癌為主要癌症死亡原因的第四位，死亡人數高達 1,439 人，即每十萬女性人口的死亡率為 12.8 人，而標準化死亡率是 10.6%，與民國七十五年女性乳癌每十萬女性人口的死亡率 5.0 人及標準化死亡率 6.9% (行政院衛生署，2008a)作一比較，即可見乳癌對台灣婦女的生命威脅與日劇增，是不容許我們忽視它的。

近年來，國內隨著生活水準的提升、飲食習慣的西化、營養狀況的改變及晚婚或未婚的女性人口增加等相關因素影響，導致乳癌的發生率急速的攀升(陳訓徹，2006)。在台灣乳癌發生的成因相當複雜，可能原因為遺傳基因、女性荷爾蒙、年齡與環境因素、飲食習慣及種族等相關因素共同作用，而非只是單一因素就可以解釋的(謝家明，2005)。

目前，乳癌並無初級預防的方法，現僅能依賴於疾病的次級預防，如：乳房自我檢查、醫師觸診、乳房 X 光攝影(陳訓徹，2006；謝家明，2005)、乳房超音波(陳訓徹，2006；張景年，2004)等篩檢方法，以早期發現乳癌症狀，而將已發生的乳癌可能造成的傷害降至最低。目前在臨床上乳癌的治療，仍然以手術為主(丁肇鳳·史麗珠，2006；林永昌，2006；Houssami, Cuzick & Dixon, 2006；Porter & McMullin-Tait, 2004)；必要時，再以化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療及抗體療法混合使用輔助之(張金堅，2004；蘇正熙，2005；顏郁晉，2005)。而乳癌的手術治療方法，包括：標準根治性乳房切除術、改良式根治性乳房切除術、乳房保留手術、部份乳房切除術加腋部淋巴切除、單純乳房切除術及前哨淋巴節摘除術(林永昌，2006；Porter & McMullin-Tait, 2004) 等。

由於外科手術切除乳房，改變了乳房部位原來的生理結構，使得乳房兩側的外觀大小不對稱且形成不雅的疤痕。當罹患乳癌的婦女接受乳房切除手術(mastectomy)治療後，而其失去了乳房正常的外觀型態時，對許多乳癌患者而言，又是一大衝擊，它可能代表著是乳癌患者不再是個真正女人的訊息，它會讓乳癌患者覺得女性的象徵已被剝奪且失去了女性的特徵與魅力(林淑玲、李麗娜，2004；Love & Lindsay, 2000)，同時，也會影響了女性身體心像的完整性，造成對自己身體的殘缺感到自卑、對未來失去了自信。另外，部份乳癌患者可能會有其他身體功能

減退的現象發生，如：疲憊虛弱、腋下疼痛、肩膀僵硬、淋巴水腫、甚至造成免疫力降低，引發感染蜂窩性組織炎合併症等問題(林淑玲、李麗娜，2004；鄭素月、楊莉煙、陳品玲、賴裕和，2000；Koopman et al.,2001；Morimoto et al.,2003)，由此可見，當乳癌患者在乳房切除後，容易造成身體、心理和社會各方面都有不良的影響。而在面對乳房外觀上的問題方面，接受乳房切除的乳癌患者們，多年來，大多是以穿戴義乳的方式來達到創造出一個乳房外貌為目的(Love & Lindsay,2000)。但是，義乳的佩戴往往使乳癌患者在活動時，感到許多的不便與困擾，因為義乳有其一定的佩戴方式與相當的重量負荷，否則，外觀上會顯得不自然且不對稱，在舉手投足之間皆需非常的小心，才能避免移位或變形的窘境。若遇夏天時，則會覺得悶熱，更令人無法忍受(劉自嘉，2002;Pusic et al.,1999)。隨著醫療長足的進步，外科重建手術的日益精湛，目前已有各種不同的乳房重建手術(breast reconstruction)，可提供給罹患乳癌且切除乳房的患者做更多的選擇。

乳房重建手術可分為其立即性(immediate)及延遲性(delayed)重建兩種方式，重建方式包括：(一)義乳植入法(breast prosthesis implantation)：有生理食鹽水袋(saline-filled)、矽膠義乳(silicon implant)與組織擴張器(tissue expander)等；(二)自體組織移植法(auto logous tissue transfer)有局部自體組織移植法(local flap transfer)和自由皮瓣移植法(free flap transfer)(鄭明輝，2001；Moran,Herceg,Kurtelawiez & Serletti,2000)。其中，自由皮瓣移植法屬較新式的乳房重建方法，重建的乳房摸起來柔軟觸感好，移植後身體還可以隨身體胖而胖、瘦而瘦，是屬永久性的手術方式，可使乳癌患者的心理與身體外觀上都能達到較好的及雙重重建的目的(鄭明輝，2006；Houssami,et al.,2006；Youssef,Parker,Walker,& Robb,2005)。而且在乳房重建後，也可以使因罹患乳癌而接受乳房切除者恢復自信及擁有較好的生活品質(蕭淑敏，2004；Nano et al.,2005；Veiga et al.,2004)。

根據中華民國乳癌病友協會於民國九十五年七月針對乳癌病友作一調查，共發出3000份問卷，回收1332份，發現約有33%乳癌患者想做乳房重建手術，但實際上，約只有5.6%乳癌患者接受各種不同的乳房重建手術(中華民國乳癌病友協會，2006)，這顯示出國人乳癌患者接受乳房重建手術的比例仍然偏低。而過去許多的文獻中，對於乳癌患者在乳房切除後接受各種不同乳房重建手術，大多是以問卷調查來瞭解或比較其身體心像(王貴霞等，2005；林淑玲·

李麗娜，2004；Nano et al., 2005）及生活品質(陳怡琦，2006；蕭淑敏，2004；Nano et al., 2005；Veiga et al., 2004)的滿意度等相關議題進行探討，而在質性研究文獻上則僅有國外兩篇，分別是；以質性(qualitative)方法來探討乳房切除後接受乳房重建的決策經驗(Neill, Armstrong, & Bumett, 1998)及以焦點團體（focus group）方法來探討乳房切除後乳房重建的生活品質(Nissen, Swenson, & Kind, 2002)做探討，但是，未有針對乳癌患者在乳房切除後進行乳房重建前後的經驗歷程予以探討，而本人在與乳癌病友團體接觸過程裡，發現有些個案已接受切除乳房且有癌症轉移之疑慮，卻仍然想要重建乳房，因此，引發研究者想藉由敘事研究方法，進一步探討乳癌患者在乳房切除後接受化學放射線療法及作乳房重建手術前、後的經驗與心路歷程之生命敘說。

第二節 研究問題與目的

本研究是以兩位乳癌患者作切除乳房並加上輔助療法與接受重建手術手術且有復發轉移現象的個案為研究對象，除對其作乳房重建手術前、後的生命歷程比對介紹外，尚能作更深入的研究，試圖從兩位對比的生命歷程中找出女性原擁有的生命成長軌跡及其不同的生命觀。主要是透由敘事研究的方法將由乳癌患者過去經驗的描述，以真實的態度，不預設立場，敘說出其實際生活經驗的現象本體，也希望就兩位乳癌復發轉移的患者，在其乳房切除後與接受化學、放射線療法的煎熬過程及選擇作乳房重建手術前、後的經驗中，瞭解不同的心路歷程及其個別的感受與人生不同的意義價值，盼能進一步分析與探討。

研究目的：壹、乳癌診斷後及乳房切除後如何調適身心方面的問題？

貳、乳癌復發轉移患者在面對癌症的負面情緒與想法為何？

參、乳癌復發轉移後接受化學治療及放射線治療的過程如何？

肆、選擇乳房重建手術前、後的轉折與心路歷程？

伍、家人及社會支持的程度如何？

陸、整個罹患乳癌的過程對生命意義價值的看法？

第二章 文獻查證

第一節 乳癌

癌指一群異常的細胞 (cells)，恣意地群集增生，侵略並危害到健康組織。若癌細胞位於乳房的乳腺，就稱為乳癌。腫瘤 (tumor) 可能是良性 (benign) 或惡性的 (malignant)。良性腫瘤成長緩慢，不會擴散到其他部位，對生命沒有威脅。惡性腫瘤才是有害的。其成長迅速且細胞可能會擴散到身體的其他部位，形成續發性腫瘤；也就是轉移性腫瘤 (楊鴻儒，1991)。

乳癌的治療一般分成手術治療與輔助治療二階段，臨床上會在乳房切除後，考慮病患年齡、腫瘤大小、病理組織型態的邊界侵犯與否、淋巴結是否轉移、動情激素接受體的反應等因素來決定是否要進行化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療或其他輔助治療 (張金堅，2004；顏郁晉，2005)。而輔助治療則包括化學治療、放射線治療、荷爾蒙激素治療及生物學療法等。

壹、乳癌的發生率

台灣行政院衛生署教單資料顯示，下列這些族群者較易得乳癌：

- 一、高危險群 (致癌相對機率大於 4 倍)
 - ◎ 一側乳房得過乳癌者
 - ◎ 特殊家族史 (停經前得過兩側乳癌者)
 - ◎ 乳房切片有不正常細胞增加現象
- 二、次高危險群 (致癌相對機率 2 - 4 倍)
 - ◎ 母親或姐妹得過乳癌者
 - ◎ 第一胎生育在三十歲以後
 - ◎ 未曾生育者
 - ◎ 停經後肥胖
 - ◎ 卵巢癌及子宮內膜癌患者
 - ◎ 胸部接受大量放射線照射者
- 三、略高危險群 (致癌相對機率 1.1 - 1.9 倍)

- ◎ 中量飲酒
- ◎ 初經在 1 2 歲以前
- ◎ 停經在 5 5 歲以後

貳、乳癌的特性

乳癌最常見的臨床表現是乳房可觸摸到的硬塊或結塊。大多數的乳房硬塊或結節，首先皆是由病人自己或其性伴侶發現，然後才求診請醫師進一步檢查的。慶幸的是，約有 9 0 % 的乳房硬塊或結節是源於週期性的生理變化，或是纖維腺瘤 (fibroadenoma)、囊腫 (fibrocystic disease) 或其他良性病灶 (benign lesions)。一般而言，乳癌的腫塊質地較堅硬，邊緣不規則，與鄰近正常乳腺組織的界線較不清楚，如腫塊更大之後觸診時往往不會自由滑動。只有 5 % 左右的乳癌會合併有非週期性的疼痛。同側腋下淋巴線的腫大常係第 II 期或以上期別乳癌的特徵。至於鎖骨上可觸摸到的腫大淋巴腺，或是骨骼、肺臟、肝臟遠端轉移後併發的臨床症狀，皆是第四期乳癌的表現 (陳敏銓，2001)。

參、乳癌的分期

乳癌分期的主要目的在確立治療方式的選擇以及評估預後 (Harris, Lippman, Morrow, & Osborne, 2000)。指出目前乳癌分期是使用美國癌症聯合會 (American joint committee on cancer, AJCC) 的 TNM 系統，依據腫瘤 (tumor) 的大小，腋下淋巴結 (node) 轉移與否，遠處是否轉移 (metastasis) 等來分類。零期乳癌 (stage 0)：即原位癌，癌細胞仍侷限在乳腺基底層內或小葉中尚未向外侵犯。第一期乳癌 (stage 1)：表示腫瘤侵犯到其他周圍組織，腫瘤小於兩公分以下的浸潤癌，腋下淋巴結無癌細胞轉移。第二期乳癌 (stage 11)：表示腫瘤大小在兩公分至五公分之間的浸潤癌，或腫瘤小於兩公分，並且可能有一至三顆同側腋下淋巴結癌細胞轉移，或者腫瘤大於五公分，但沒有腋下淋巴結癌細胞轉移。第三期早期乳癌 (stage 111A)：表示腫瘤小於五公分，並且有四至九顆淋巴結轉移，或者腫瘤大於五公分，並且有一至九顆淋巴結轉移；第三期中期乳癌 (stage 111B)：不論腫瘤多大，只要有皮膚或胸壁侵犯，但沒有遠處轉移，第三期晚期乳癌 (stage 111C)：不論腫瘤多大，有十顆以上的淋巴轉移。第四期乳癌 (stage 1)：不論腫瘤多大，有遠處器官轉移 (如：肝臟、肺臟及骨骼) 等皆屬此期 (Greene et al., 2002; NCCN, 2005;)。Wilkins (2003) 指出隆乳與未隆乳者在罹患乳癌診斷的分期及存活率上並無顯著差異。

肆、乳癌的存活率

很多人會認定癌症就是絕症。其實，如果是癌症的初期（早期癌），經過治療治癒病情大幅改善後，持續五年沒有復發跡象的比率，即稱為「五年存活率」的比例越高，代表癌症治療效果越顯著，但並不表示病情絕對不會再起變化，所以後續追蹤、定期檢查也是非常重要。總體而言，病人的預後，依乳癌五年存活比率(5-year Relative survival rate)，第 I 期乳癌約在 88~95% 之間；第 II 期乳癌約在 75-80% 之間；第 III 期乳癌約在 40~56% 之間；至於第四期乳癌則約為 10~15%（張金堅，2004）。由上可知，如同其他常見惡性腫瘤一樣地「早期發現，早期治療」，才有希望有效的改善乳癌治療的預後。

伍、乳癌的復發轉移

乳癌真正的問題在於，即使在手術後，惡性腫瘤還是有可能在乳房復發（局部擴散），也有可能擴散到身體其他部位（遠處轉移），形成續發性腫瘤。在外科手術之後施以的治療，用以降低擴散的可能性，這稱為輔助性治療。即使沒有局部擴散的跡象，遠處擴散的根源還是有可能存在，只是還探測不到。輔助性治療的目的在於根絕這些根源，不讓任何續發性腫瘤生成。這並不盡然是個實際可行的目標，因此其次要目標就是要延緩惡性腫瘤的復發。輔助性治療可能採取放射線療法、化學療法或荷爾蒙療法等形式進行。而預防或能早期發現復發或轉移的情況，則需要監視復發轉移的情形，尤其是，再接下來的五年間。需要做一個清楚的追蹤和複檢計畫，頭兩年要定期和醫生會面，然後，每年要接受健康檢查，包括：抽血、乳房超音波、乳房 X 光攝影和胸部 X 光檢查(陳訓徹，2006)。

第二節 乳房切除手術與其影響層面

壹、乳房切除手術治療

外科手術的目的在於盡可能將惡性腫瘤的組織從乳房移除。通常這是針對乳癌治療的首要方式，大多數女性在治療她們疾病的過程中，至少都會動過一次手術。根據研究顯示，如果是比較小的腫瘤，用較小規模的手術來移除，但讓大部分剩下的乳房組織保持完整無缺，這樣的效果跟移除整個乳房是一樣有效的。我們稱保留部分乳房的外科手術為乳房保守療法（Breast

conservative treatment)，雖然這並不適用所有的案例，但還是使許多女性免除了失去乳房的創傷(陳訓徹，2000)。

腫塊切除術也稱為部份乳房切除術，在這種外科手術中，切除了腫塊以及腫塊周圍的乳房組織的邊緣。切除下來的組織會送到檢驗室進行化驗，確定周圍組織沒有惡性腫瘤的存在。在大多數情況下，必須透過個別的切開程序，進行腋下淋巴結的採樣，作部份切除術者應該接受胸部(有時還包括腋下)放射線療法，以減低局部復發的可能性。故目前乳癌的手術治療方法，包括：改良式根治性乳房切除術(modified radical mastectomy, MRM)、全部或單純乳房切除術(total or simple mastectomy)、腋窩治療與哨兵淋巴結切除(sentinel lymph node dissection)(楊鴻儒，1991)。

改良式根治性乳房切除術 (modified radical mastectomy, MRM)

這種改良式根治性乳房切除術手術比根治性乳房切除術的規模要小，造成的傷殘程度也較輕。它切除乳房全部的淋巴結和兩塊胸肌中較小的部份，保留了胸大肌，使胸部的形狀較好看，手臂也能正常活動。治療乳癌普遍採用改良式根治性乳房切除術。

完全乳房切除術 (total mastectomy)

完全乳房切除術也稱為單純乳房切除術 (simple mastectomy)，只切除乳房。這種手術不一定包含清除腋窩淋巴結，但可能會移除一些淋巴結以尋找惡性腫瘤的位置(稱為取樣)，但並不移除胸部肌肉。

腋窩治療

切除腋窩(腋下)的淋巴結，可以準確的看出受到影響的範圍與程度。假如大多數的淋巴結都受到影響，在外科手術後，惡性腫瘤在腋下復發的可能性就比較高。這種情況稱為局部復發。百分之四十罹患侵襲性乳癌的女性，腋窩淋巴結都受到影響。移除腋窩淋巴結是乳房切除術的一部分。如果在腫塊切除術中也要移除腋窩淋巴結，外科醫師會另外開一個切口移除它們。在一些案例中，外科醫師會執行哨兵淋巴結採樣，這樣他們就不需要移除很多的腋窩淋巴結。移除這些淋巴節並不會阻止惡性腫瘤的擴散，但有助於控制腋窩部位的惡性腫瘤。

前哨淋巴結採樣 (sentinel node mapping)

為了解淋巴結是否含有惡性腫瘤很重要，所以有時會執行一項名為「前哨淋巴結採樣」的程序。在一開始的乳房外科手術中，會將一種放射性染料注射進導向腋窩的淋巴管。然後將第

一個發現含有染料的淋巴結移除，立即放到顯微鏡下檢驗。假如它對惡性腫瘤呈現陰性反應，這個部位就不需要進一步的外科手術，但假如結果是陽性反應，就必須移除更多的淋巴結（楊鴻儒，1991）。

貳、乳房手術治療後的影響

調查於乳癌診斷後一年，在術後所造成的影響，結果顯示；接受乳房切除術患者較接受乳房保留術患者有較差的身體功能及生理上安適感。Arora 等（2001）研究結果顯示：接受乳房保留術患者因擔心疾病壓力所造成的影響，比接受乳房切除術患者有較差的心理上安適感，但是，接受乳房切除術患者在身體心像上則較差，隨著時間情況有改善，手術後六個月後兩組間無顯著差異。整體手術後結果顯示，切除範圍越大，症狀困擾越高，而且殘留的身體症狀越多，情緒壓力越大（李靜雯，2002；Johansson & Albertsson, 2001），明顯影響其生活品質(Stanton, Krishnan, & Collins, 2001；Wyatt, Donze, & Beckrow, 2004)。

身體心像是指對自己身體特徵的一種主觀性、綜合性、評價性的概念，包括個人對自己身體各方面特徵的瞭解與看法及感受到他人對其身體狀貌看法（張春興，1989）。中外很多的學者對於身體心像有不同的定義，孫美華·劉雪娥(2000)指出身體心像包括：身體結構、身體功能、身體感覺及社會功能，身體的想法與感覺。張秀如、余玉眉(2007)認為其是種體現的經驗，不斷的在建構、解構或重建來反應自己身體的改變、其他人身體的改變或整個情境的改變。Schilder (1950)覺得身體心像是種個人對身體的圖像，包含：身體、心理及社會方面，是種生活的調適。Cash 及 Pruzinsky (1990)認為是身體的大小、體型、美感的自我態度。Price (1990)則認為身體心像包括：真實身體、呈現身體與理想身體。Grogan(1999)認為是對自己身體的知覺、想法與感覺。而 Slade(1994)覺得是種對身體的大小、形狀及圖像、部位特徵與感受。Chapman, (2008)個人對自己身體外觀自我觀察及他人對其反應的主觀概念。陳海焦(1996)在乳癌女接受乳房切除術後身體改變的經驗研究裡，針對 12 位接受乳房切除術後婦女進行深入訪談，發現手術後乳房外觀明顯一高一低，乳癌婦女常要藉由穿外套、走路不敢擡頭挺胸等方式來遮掩而影響身體心像。Bredin(1999)以質性研究方法深入訪談三位乳癌婦女，探討乳房切除後失去乳房的經驗，結果發現；在身體方面，認為改變的不只是在乳房，也包含了全身的改變，像麻、酸痛、淋巴水腫。Muniz da Costa Vargens 及 Bertero(2007)研究也顯示乳癌婦女會在意自

我影像與身體心像的改變，並努力的做掩飾。不論原本是否滿意自己的乳房，覺得是自我認同的一部份，失去乳房，就等於失去身體的一部份，它不只是身體改變，也意味著自我內在深層的改變。在社交上，婦女自認為身體是醜陋的或美麗的，會影響其自我價值，也會影響其親密關係及社交活動，即使婦女切除了病變，心理仍存在著心像的改變，應鼓勵婦女參與團體。Fung等(2001)在瞭解中國女性接受不同乳房手術式後的生活品質，49 個早期乳癌的中國女性，其中 17 人行乳房保留治療、15 人乳房切除、17 人立即重建，結果顯示：乳房保留與立即重建治療比乳房切除者有較好身體心像，較少擔心外表，感到更容易選擇衣服、較少身體的困擾及他們的配偶更能接受。

綜合上述的相關實證研究描述瞭解，乳房切除後的影響與年齡(Skarstein et al., 2000)、乳癌期別、乳房切除範圍(李靜雯，2002；Arora et al., 2001；Fung et al., 2001)等有關。不同的手術方式也將影響其對身體的真實體驗，手術切除範圍越少，術後合併症愈少，其身體心像影響愈少(Fung et al., 2001；Rowland et al, 2000)。治療後所引起的身體功能(林淑玲、李麗娜，2004；郭文宏、張金堅，2006；；Johansson & Albertsson, 2001；Morimoto et al., 2003)及身體外觀(李靜雯，2002；胡至家，2005；Golden-Kreutz & Anderson, 2004)的改變，手術後實際感受身體心像改變(陳海焦，1996)，造成身體完整性的破壞、身體的不適、接收身體變化後的社會負向訊息，也會進一步影響乳癌婦女的生活方式及社會功能，而自覺社會支援高者，其心理適應則會較好。故乳癌婦女手術後，整體心像是一個動態的過程，整體影響包括：個人生理的、心理的、社會的、是屬多層面的。

鄭淑華(2006)也針對乳癌患者身體心像、憂鬱狀態與性生活調適之探討，結果顯示，乳癌患者手術後感到身體心像滿意度明顯降低，52.9% 感受到女特性有不同程度的負面影響，72.3% 感到性生活受到影響，超過 60% 有性慾降低，性生活調適也較差。

第三節 化學治療 (chemotherapy) 與其影響層面

壹、化學治療治療

乳癌一般在手術中沒有發現腋下淋巴結轉移者，仍可能有肉眼看不見的顯微轉移，經過一段時間後可能有復發轉移，所以手術後輔助性化學治療法(adjuvant chemotherapy)可減少乳癌術

後的復發或提高存活率，術前治療(neoadjuvant chemotherapy)則用於較大腫瘤及停經婦女，避免乳房切除及使癌腫瘤變小，可以增加乳房保留手術(breast conserving surgery BCS)機會，而緩和化學治療法(palliative chemotherapy)用於轉移者，以延長其存活率及改善生活品質(林永昌，2006；Houssami et al., 2006)。

化學療法是以細胞毒性藥物(cytotoxic drugs)(這種藥物是設計來找出並摧毀癌細胞)治療癌症的方式，即為化學療法。因為在過程中會犧牲一些健康的細胞，所以，會產生副作用。為了要達到效果，治療癌症的藥物必須具有毒性，但是一般用於治療乳癌的藥物是屬於傷害最低的。更年期前的女性最普遍使用的化學療法類型是三種藥物的組合——環磷胺、甲氨喋呤和氟尿嘧啶(cyclophosphamide, methotrexate, and 5-fluorouracil, 簡稱CMF, 為一種化學療法處方)。環磷胺通常是以藥片的形式每天使用，約持續兩週，另外兩種藥物則是以注射或點滴插入人工血管。如果採打點滴的方式，可能需要在醫院過夜，但通常是以門診病人的方式進行化學治療。更年期後女性的腫瘤如果對荷爾蒙受體成陰性反應，通常會施以另一種化學療法，其中包含一種抗腫瘤抗生素(Erithromycin 俗稱小紅莓)的藥物。化學療法的時間安排各有不同，但是通常為期六個月(其中四個月是做包括抗腫瘤抗生素的組合)，每個月都會做一次一系列的治療。傳統上，化學療法是在外科手術與放射線療法後施行，但是不間斷的研究一直在尋找替代方式(張金堅，2004)。

貳、化學治療後的影響

化學療法的副作用，最危險的副作用就是免疫系統暫時性的抑制問題。這種情況會發生，是因為化學療法危害製造血球的骨髓。如果沒有足夠的白血球，就無法對抗感染，因此在每次治療前，都要先檢驗血液，假如白血球數量太低，就必須調整化學劑量或延後進行。紅血球也會受到影響，可能需要輸血。噁心和嘔吐的情形很普遍。如果發生這種現象，往後的劑量會在不至阻礙療效的情況下，盡可能降低。也有一些新的有效治療方式可以避免噁心。化學療法讓多數人覺得體能耗竭，但是通常在化學療法結束一個月後，精力就會回覆正常值。有些女性還發現它們的重量(weight)。可以尋求一些調整飲食的建議，如果覺得自己可以勝任的話，也可以參加自己喜歡的運動課程，幫助自己感覺更好，預防體重上升。而生質(fertility)的問題乃進行化學療法，會使月經不規律或造成停經。年輕的女性在治療結束後，月經(menstruation)

往往就會重新開始，四十歲之後，在化學治療後更有可能會不孕。有些女性會經歷更年期症狀，例如：陰道乾燥和熱潮紅。單純的潤滑劑可以幫助陰道乾燥的情形，而熱潮紅則會在一陣子之後消失。毛髮的脫法是種很令人苦惱的副作用，大約在開始進行化學療法後三週開始出現。並非每個人的頭髮都會完全脫落，可能會發現自己的頭髮只是變得比較稀疏。脫髮的心理作用創傷較嚴重，尤其是在失去一邊乳房之後，但是瞭解這並非永久性脫髮，事先買一頂假髮預作準備，這樣可以幫助許多女性應付得更好。可為化學療法作準備，所有這些不舒服的可能性，加上罹患癌症的壓力，在情緒和心理方面都是很沉重的負擔。可以為身體過勞預作準備，如充分的休息，飲食完善，服用維他命，補充礦物質等等。在情緒方面，可以採取主導權，將化學療法視為自己選擇用來打擊惡性腫瘤的強力武器，會發現這樣很有幫助（陳敏銓，2001）。鄭淑華(2006)指出年齡大、停經者接受化學治療與荷爾蒙治療者性生活調適也較差。

第四節 放射線治療 (radiation therapy) 與其影響層面

壹、放射線治療

放射線治療依治療目的分為根治性放射治療、預防性放射線治療、術前放射線治療，亦用於術後輔助性治療，以提高療效，防止局部復發(Whelan, Olivotto, & Levine, 2003)，若腫瘤大於五公分，癌細胞轉移至腋下淋巴結超過 4 個亦可考慮放射線治療(國家衛生研究院，2002)，它對於局部或已擴散之疾病狀態，都有相當重要的治療功效。放射線療法是用高能量的放射線（類似 X 光）來治療疾病。使用放射線療法治療乳癌時，是直接在惡性腫瘤的位置照射放射光線，殺死外科手術後可能殘留的癌細胞。以前所有罹患乳癌的女性都會接受放射線療法，但是現在的醫生會選擇可以從中獲得最大利益的女性，避免女性接受不必要的輻射。針對初期疾病的保留療法，是在腫塊切除術和腋窩淋巴結清除後，施以放射線療法。這和改良式根除性乳房切除術達成的效果是一樣的。在較末期的癌症中，當腫瘤比較大，或有淋巴結感染或擴散到皮膚與胸壁時，就會在乳房切除術與腋窩清除後，施以放射線療法（曾玉華、王令瑋，1998）。

在腫塊切除手術之後，放射線療法是應用在剩餘的乳房組織。雖然有少量劑量在照射惡性腫瘤部位的過程中，會經過一些健康的組織，但有了現代化技術，就有可能限制傳到肋骨、肺臟和心臟的輻射量。在乳房切除手術之後，會以放射線照射胸壁，如果有侵犯淋巴結，或是惡

性腫瘤復發的可能性很大，也會一併治療腋窩，鎖骨上方是其他淋巴節的位置所在，也要治療。放射線療法也用來治療在原來位置或腋下的局部復發，另外也用以治療癌症末期，試著縮小太大而無法移動的腫瘤（雷德，1992）。放射線療法的平均療程是一週五天，為期五週或六週，大約從外科手術一個月後開始，那時已經可以再度活動手臂和肩膀了。每天都要到醫院就診，在醫院和家中往返。治療要花上幾分鐘 實際上暴露在放射線下的時間只持續五分鐘，但還要花一點時間將正確地安置在定位（梁雲，1992）。

貳、放射線治療後的影響

放射線療法的副作用，當進行治療，可能會覺得很疲倦，但是，頭髮並不會脫落，也不太可能會覺得噁心。主要的短期副作用是皮膚的反應。那個部位可能會感到「曬傷」，變得乾燥、鱗片般剝落或覺得癢。膚色往往也會變暗，但這並不是用永久性的。也可能會因小血管破裂而起一些小紅斑。放射線療法的長期副作用比較麻煩，如：皮膚纖維化。

另外，還有其他輔助療法，如：荷爾蒙激素治療(hormone treatment)，荷爾蒙治療藥物副作用最少，如：tamoxifen 通常需使用五年，僅能用於乳癌患者細胞中含有動情激素及黃體激素接受體病人的治療，若此兩種激素測試為陰性則不具療效，它可用於外科手術治療前的預防，也可使用於乳癌轉移患者(Houssami et al.,2006；NCCN,2005)。而生物學療法(Monoclonal Antibody Therapy)，為抗基因藥物，是乳癌最後一線藥，如：hercepin 在無治療希望時，它可使 25%病患具療效，重新點燃病患一線生機(劉自嘉，2002)，亦有用於早期乳癌做為術後輔助性治療，以減低復發機率(林永昌，2006；張金堅，2004；NCCN,2005)。

第五節 乳房重建手術與其影響層面

美國每年約有六萬八千名乳癌婦女接受乳房重建手術(American society of plastic surgeons, 2004)，美國國家全面癌症網路(NCCN)資料顯示有 42%乳房切除患者行乳房重建(Christian et al., 2006)，乳房重建手術已成為乳癌治療處置中一部份(Morrow, Scott, Menck, & Mustoe,2001)。目前在台灣地區有近五萬多名乳癌存活者，根據中華民國乳癌病友協會於民國九十五年七月針對乳癌病友調查，發出 3000 份問卷，回收 1332 份，發現有 60%病友表示觀看自己身體會造成不舒服的情形，有 42%病友表示對自己失去乳房非常在意，約有 33%乳癌患者想做乳房重建

手術，但實際上，大約只有 5.6%乳癌患者接受各種不同的乳房重建手術(中華民國乳癌病友學會，2006)，此顯示本國乳癌患者接受乳房重建手術者仍屬偏低。以下將就乳房重建手術的治療方式及重建手術在乳癌患者心理層面的影響作一介紹如：可促進和維持正向的身體心像及提供其心理上正面的好處，進而提升生活品質。

壹、乳房重建手術的治療方式

乳房重建(breast reconstruction) 是指乳房因罹患疾病、外傷或先天性因素經部份或全部切除，立即或過一段時間再以手術方法重建一個新的乳房外觀(鄭明輝，2001)。乳房重建手術可以重新塑造一個自然下垂又柔軟的乳房(Moran, et al., 2000)，重建手術方式包括：義乳植入法(breast prosthesis implants)有生理食鹽水袋(saline-filled)、矽膠義乳(silicon implant)與組織擴張器(tissue expander)；自體組織移植法(autologous tissue transfer)有局部自體組織移植法(local flap transfer)和自由皮瓣移植法(free flap transfer) (鄭明輝，2001；Moran et al., 2000)。(一)義乳植入法：始於 1963 年採用矽膠或食鹽水袋之植入方式來進行乳房的重建，此方法是將組織擴張器放到胸大肌下，每週注射生理食鹽水來撐大皮膚面積。三個月後再把它取出，改放入一個永久性的生理食鹽水袋。但是，生理食鹽水袋有其一定的壽命，大約七至十年會有約四分之一病人的生理食鹽水袋會自然破掉而需要重新植入，有時也會發生莢膜攣縮(capsular contracture)的情況，尤其是植入重建後併作放射線治療者，此後遺症比率會更高(Henriksen et al., 2005; Kronowitz, 2004)。義乳植入重建雖不會影響乳癌早期發現及局部復發的發生率(Anonymous, 2005)，但是，此法通常不會很自然且植入後，其位置無法跟對側的乳房達到一致性(Fentiman & Hamed, 2006)。(二)局部自體組織移植法(local flap transfer)：是屬於傳統的使用自體組織的重建方式，它不會增加乳癌復發的風險(Howard et al., 2006)。此局部自體組織移植方式共有兩種，一種是直接由背部的闊背肌皮瓣(pedicle latissimus dorsi LD flap)翻轉過來的手術方式，由於闊背肌的肌肉比較多，而脂肪較少，當轉過來之後，它的量通常會不夠且闊背肌摸起來的感覺跟脂肪不一樣，若肌肉未能在起點及終點正常的情況下收縮，則一般都會萎縮掉。另一種是從橫腹直肌(transverse rectus abdominis myocutaneous, TRAM Flap)處轉過來，其優點是有足夠的體積及可信賴的組織供應，而且其屬於比較簡單的手術(楊育莉、侯明峰，2003)，主要是從肚子的脂肪加上某段腹直肌，一併從上腹部的下方穿過一個隧道，將其轉移到胸部。此法做出來的乳

房是很自然的形狀，如此可以提供比組織擴張器或其他植入物有更好的結果。然而，有些時候會造成腹部的膨脹或疝氣及有可能約 10%-20% 的皮瓣會產生部份壞死的狀況(鄭明輝, 2006)。自由式腹部脂肪皮瓣深下腹動脈穿透枝皮瓣(deep inferior epigastric perforator flap, DIEP flap)，自下腹部取脂肪及皮膚，不取其腹直肌肌肉部份，其結果較好，可將目前術後腹部合併症率降低至近乎零(黃綺烽等, 2004；Fentiman & Hamed, 2006；Garvey et al., 2006)。而自由皮瓣移植法(free flap transfer)的做法，其是使用病患自己身上的組織作移植手術，它不會增加乳癌復發的危險性(Howard et al., 2006)。自由皮瓣移植法屬於較新式的乳房重建方法，也是一個技術較艱難的手術，它需要透過顯微手術將血管重新連接，而手術後必須住在加護病房臥床休息三至五天，嚴格監測血流的情形，它可以重新塑造乳房的外觀，使胸部形狀看起來十分自然且對稱，而觸摸的感覺柔軟、觸感好且更美觀，移植後身體還可以隨身體胖而胖、瘦而瘦，是屬於永久性的(鄭明輝, 2006)。

貳、乳房重建手術治療前、後的影響層面

一、乳房重建手術的選擇、訊息的需求與決策的過程

乳房重建手術對許多乳癌患者來說，一般都會等到所有的手術或輔助性治療完成後才進行。而其另一個優點是，也可讓乳癌患者有時間去適應想改變新的身體外觀，且考慮如何選擇重建手術的方式。立即性乳房重建手術現在已經成為第一、二期乳癌患者作乳房切除後的標準處置了(Hoover & Kenkel, 2002；Salzberg, 2006)。一般而言，早期的乳癌都是可以選擇做立即性乳房重建手術。而在乳房重建手術的訊息需求方面，以探討年齡是否應作為乳房重建手術的考量標準為例說明之，其主針對 75 位平均年齡 66.6 歲的年長婦女(60 至 77 歲)作調查，結果發現，有高於 90% 婦女認為年齡不應該是決定乳房重建的因素，其認為 60 歲以上年長者應該有權選擇不同的方式作乳房重建，外科醫師不應該因為婦女年齡因素而阻礙提供乳房重建訊息給年長的婦女做選擇。對乳房重建滿意度高者，就較少的抱怨，但其仍然希望能得到更多有關重建的訊息，她們感到最大的優點是可避免裝戴義乳(Nissen et al., 2002)，另外也有些焦慮乳房重建的結果是否會造成乳癌再復發(Nissen et al., 2002)。當乳癌患者接受不同的乳房重建手術方式時，其對手術前、後相關的訊息之需求是非常的高。所以，訊息需求與獲得則和其乳房重建的滿意度也具有相當的關聯性。

每位乳房切除後的乳癌患者，並非都會選擇做乳房重建手術，是否做乳房重建手術乃屬個人的意願與決定。目前在台灣地區，實際上大約只有 5.6% 乳癌患者接受各種不同的乳房重建手術（中華民國乳癌病友協會，2006）。乳癌患者會因為不同的理由而選擇乳房重建手術，Neill 等(1998)的研究，針對 11 位歷經乳房切除及重建手術的乳癌患者，描述在乳癌診斷後影響其乳房重建的決策歷程。資料分析歸納結果：其決策過程主要主題為希望能回到從前的生活，不斷的討論以促進瞭解並澄清問題及追求自然，才決定是否接受義乳植入、自體組織移植或不接受乳房重建手術等決策。Ananian 等(2004)調查 181 位首次罹患乳癌患者於乳房切除後，如何做決策接受乳房重建手術，其中有 81%(N=147 人)接受乳房重建手術，19%(N=34 人)只做乳房切除手術。選擇乳房重建者認為與醫師及伴侶討論問題及身體心像是很重要的，有些乳癌患者對選擇乳房重建手術感到害怕。乳房重建者中有 83%(N=122 人)是屬於立即性重建，有 17%(N=25 人)則為延遲性重建，而選擇立即性重建者，主要是歸因於乳房重建手術可提供乳房切除術後一些實質上的好處，如：乳癌患者切除乳房之後，在作乳房重建手術後比乳房重建手術前，更可以重拾較完整的身體自我，感受自己是完整的個體（wholeness）、如此一來，能促進和維持正向的身體心像。所以乳房重建手術被視為可以提供乳癌患者心理上許多正面好處的方法，其也可進而提升乳癌患者的生活品質；另外，也可免除乳癌患者穿戴義乳的不便與困擾，在衣著上增加了更多的選擇性。目前，乳房外科、整形外科與腫瘤科醫師對於乳癌患者接受重建手術大多是抱持著正向的態度與肯定。乳房重建手術並不影響乳癌後續的複檢與追蹤也不會增加癌症的復發率或降低病人的存活率。而陳佳汶(2005)在對於影響乳癌病患乳房切除後選擇重建與否及其健康相關生活品質的分析中，以乳房改良式切除術後行立即性橫位式腹直肌肌皮瓣重建或未重建之乳癌病患為對象，採橫斷式(cross-sectional)的調查法進行資料收集，結果顯示：在決定是否重建的決策上，未重建組病患多數是自己決定，立即重建組病患自己決定或有配偶參與決定的各一半，而影響病患重建與否的決策者，以一般或整形外科醫師佔多數，未重建組個案，未考慮做乳房重建最主要理由為年齡及對重建手術有疑慮，乳房重建組個案，接受乳房重建最主要理由為自覺乳房外觀完整的重要性及穿衣服方便。

由上述相關研究瞭解有乳房重建的決策過程是希望能回到以往的生活(Neill et al., 1998)，護理人員的介入管理措施(Goodwin et al., 2003)及醫師頻繁的與患者討論(陳佳汶，2005)；

Ananian et al., 2004), 可促進乳癌婦女於乳房切除後決定接受乳房重建及增加選擇立即重建的比率(Ananian et al., 2004; Goodwin et al., 2003)。而低收入及低教育者, 多會拒絕重建的決定。乳癌婦女在為自己做決定前, 盡可能的搜尋獲取知識, 將疑惑提出與醫療團隊討論, 決定是否進行乳房重建及選擇重建的方法。

二、乳房重建手術前、後對生理、心理及社會方面的影響

乳房對不同女性來說, 有其不同的意義, 女性如何看待自己的乳房, 不僅是個人自我評價的指標, 也是女人總體地位的象徵(Yalom, 2000)。乳房重建手術不僅可提供外表的重建, 對病患的心理也有正面的影響, 它可使乳癌患者達到較好的心理狀態及重建身體外觀雙重的目的(王健興等, 2002; 鄭明輝, 2006; Houssami et al., 2006; Youssef et al., 2005)。

Lin 等人(2001)指出, 乳房重建手術前身體質量指數 (body mass index, BMI) 定義為過度肥胖者, 近五年有抽煙者及先前於放射線下暴露者, 為引起重建手術後合併症發生的三個高危險因素。而乳房重建手術後常見的合併症有感染(infection)、部份(partial)或全皮瓣喪失(total flap loss)、脂肪壞死(fat necrosis)、血腫(seroma), 若供皮瓣區為腹部局部皮瓣移植法, 可能產生腹部疝氣(hernia) (Brown & Borschel, 2004; Ross et al., 2000; Thomas & Greifzu, 2000)。

Kronowitz (2004)針對 156 位作立即性乳房重建植入組織擴張器的個案, 進行回溯性調查, 其中 68 位作立即性乳房重建術後接受放射線治療, 結果發現: 有接受放射線治療者 68%有莢膜攣縮情形, 有 80%需要再作修飾手術、77%的滿意度, 72%患者願意再選擇立即性乳房重建; 未行放射線治療者, 則 40%有莢膜攣縮情形, 有 88%需要再作修飾手術、88%滿意度, 有 85%患者願意再選擇立即性乳房重建, 故乳房重建後併行放射線治療者, 雖然合併症及莢膜攣縮明顯增加, 但是, 其滿意度仍非常高。另外, Motwani 及 Strom(2004)在 1987-2002 針對 87 位乳癌患者已作乳房切除手術 (MRM) 及再接受乳房重建手術者, 探討其合併症和修飾結果發現: 接受橫腹直肌皮瓣移植乳房重建者有 100%滿意度, 有較好修飾結果, 而組織擴張器植入者只有 17%感到滿意。由此可知, 自體組織乳房重建優於非自體組織乳房重建。Garvey 等(2006)針對自體組織乳房重建手術之研究, 就 190 位乳房重建者進行調查, 其中 96 位行深下腹動脈穿透枝皮瓣, 94 位行局部橫腹直肌皮瓣(pedical TRAM), 結果顯示深下腹動脈穿透皮瓣除手術時間較長外, 局部橫腹直肌皮瓣移植者在住院天數、脂肪壞死、腹部疝氣等合併症上皆較深下

腹動脈穿透枝皮瓣來得高，顯示自體組織移植法中，深下腹動脈穿透枝皮瓣重建手術優於局部橫腹直肌皮瓣移植法的重建手術。乳房重建手術後的乳房在觸覺感覺及功能無法完全像一般正常的乳房(Fentiman & Hamed, 2006)。乳房重建後在生理上會因不同的重建手術式而有不同的影響，如：腹部局部自體組織移植法，可能會產生腹部疝氣(hernia)(Brown & Borschel, 2004 ; Ross et al., 2000 ; Thomas & Greifzu, 2000)。組織擴張器或義乳植入可能會產生莢膜攣縮、變形、不對稱(asymmetry)及脫垂等合併症(Fentiman & Hamed, 2006 ; Henriksen et al., 2005)。而重建的類型對重建結果的滿意度也是具有影響性。未接受放射線治療者通常會感到有較好的修飾效果及滿意度。自體組織乳房重建優於非自體組織乳房重建(Motwani & Strom, 2004)，而自體組織移植法中的深下腹動脈穿透枝皮瓣又優於局部橫腹直肌皮瓣移植法(Garvey et al., 2006)。

在身體外觀方面，Andrade, Baxter 及 Semple(2001)針對 206 位乳房重建者發出問卷，其中有 23 位(11.2%)對重建結果感到不滿意，有 183 位(88.8%)對重建結果感到滿意。乳房重建術後婦女不滿意的項目，包括：對外表修飾效果不滿意(57%)、乳房重建術後合併症(22%)及腹部問題(21%)。滿意的項目，則包括：可改善身體外觀 (28.6%)、整體正向的結果(21.4%)、有正常個體的感覺(19%)、不用穿戴義乳(10%)、減少癌症所帶來的心理壓力(9%)、增加自尊(7%)、可以穿著不同型式的衣服(3%)、增加女性的感覺(2%)。由此可知，乳房重建可以彌補乳房切除後的身體缺陷以改善身體外觀，並使乳癌患者有正常個體的感覺。

Nano 等(2005)1990-2002 年間針對澳洲 78 位乳房切除、109 位乳房保留手術、123 位乳房重建者進行調查，發現群組間生活品質是相似的，但是(一)乳房保留及乳房重建組則有較好的身體心像。(二)乳房重建組較乳房保留組的滿意度為高。(三)行乳房重建者則有較佳的生活品質，身體心像及對修飾結果的滿意度也較高。陳海焦(1996)在乳癌婦女接受乳房切除術後身體改變的經驗研究裡針對 12 位接受乳房切除術後婦女進行深入訪談，發現乳房重建手術者其動機與女性特質有關；愛漂亮、善體人意、為先生著想，其目的頗多，不完全只為漂亮，它被賦予正面意義與價值，而不再覺得自己是病人。蕭淑敏(2004)的研究裡，比較接受改良式乳房切除及乳房重建乳癌婦女之生活品質及其相關因素，其中乳房切除組 56 位，乳房重建組 54 位，發現乳房切除與乳房重建個案的生活品質屬中、上程度，其中乳房重建的生活品質各個層面得分高於乳房切除者，擁有較佳之生活品質。所以，乳房重建手術治療結果與生活品質也具有正

相關性，可提升生活品質。陳怡琦(2006)比較乳癌婦女接受乳房切除及乳房重建手術前後生活品質及其相關因素探討裡，針對 66 位乳癌婦女的相關研究得知，接受立即性乳房重建婦女比接受延遲性乳房重建婦女，其較少有心理壓力與心理創傷的問題(Andrade et al., 2001)。接受乳房重建術者有較正向的心理影響結果且有較好的生活品質(陳怡琦，2006；蕭淑敏，2004；Cocquyt et al.,2003；Giroto et al., 2003)。乳房重建手術可減少乳房因切除手術帶來的負面影響，而有較好的身體心像(陳怡琦，2006)、心理調適與有較好的生活滿意度(Youssef et al., 2005；Nano et al., 2005)。乳房重建者並不完全只是為了漂亮，它被賦予很多正面的意義與價值(陳海焦，1996)，並非所有戴義乳、接受乳房重建的病患都是受到正規乳房身體意象制約，其他社會文化所建構的身體意象，如：宗教、年齡也具有影響力(楊榮宗，2003)。另外，Giroto,Schreiber 及 Nahabedian(2003)針對 1997-2001 年乳癌患者乳房切除後接受乳房重建 316 位女性調查，其中有 24 個為 65 歲以上，接受乳房重建老人，平均 69.3 歲，相較於只做乳房切除老人在 SF-36 調查結果分數較高，對乳癌患者的個人心理層面有很大的影響，在心理健康次量表上的影響則比年輕病患來得高，而在生理功能上的分數則較低。由此可見，年紀大的乳癌患者在乳房切除後，接受乳房重建手術的心理層面上的意義價值也是不容忽視的。

學者們以心理學上的觀點，曾指出會接受乳房重建手術的乳癌患者們，主要是對疾病的適應不良及無法接受身體殘缺的因應行為所導致，而且強調乳癌患者必須經過哀悼其乳房的失落過程，才能真正從乳癌事件中調適過來；之後所作的乳房重建手術的決定，乳癌患者也才能將重建好的乳房，合併於已經改變過的身體心像中進行整合、之後進而接納它(K lenin,1971,W inder &W inder,1985)；還有許多的研究支持，接受立即性乳房重建手術的乳癌患者比延遲重建手術者，擁有比較正向的身體心像，也比較沒有喪失女性特質或吸引力的感受，其心理層面的困擾也較少，且對乳房重建手術的結果具有高度的滿意程度(Stevens et al.,1984,W ellisch et al.,1985)。目前，學者們普遍認同乳癌患者對乳房重建手術的選擇，是一種對疾病診斷與乳房切除手術的因應方式(G ross,Bumett,&Correlli,1996,C lifford,1979)。其他相關文獻也已證實立即性重建並不具有醫療上的安全疑慮，目前，許多乳癌治療機構會建議初期乳癌患者在作乳房切除手術時，可要求同步進行乳房重建手術，此乃除了具有經濟效益、不需再次住院接受麻醉、手術流程的危險與恢復期的觀察外，尚能有效降低乳癌患者在面對喪失乳房的失落感與心理上的創傷程

度，而且立即性的乳房重建手術之整體美容效果，也比延遲性的重建手術為佳（鄭，2006）。

第六節 一般癌症患者與乳癌患者心理歷程的探討

歷程是流動而且動態的，而知覺是一個關鍵的歷程考量，其焦點在於事件如何（how）發生，而不是獲致的成果或結果；一般而言，歷程的經驗因人而異（Patton，1990）。知覺亦屬於認知的範疇，認知涵蓋了各種心裡現象和活動過程，是建議個人生活型態和生活現實的主要媒介，透過本身內在和環境外在所獲得的資訊，將之解讀作為如何適應生活情境和追求個人生存意義或生活福祉的因應策略及行動的依據（宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍等，2002）。心理歷程存在於人的心靈中，不可觸知，只能從整體的習性與風格中去研究（Guba & Lincoln，1988）。而廖子淇（2003）研究中指出，「心理歷程」是在刺激所引發的心理運作與轉變歷程，及人們對所經歷到的一切人、事、物，而引發的內心深處的情緒、感受、認知的運作與轉變過程。因此，本研究中之「心理歷程」，是指乳癌復發患者接受重建手術前、後的一種狀態及心裡轉變過程，所經歷到的一切人、事、物的改變，而引發其內心深處的情緒和想法。癌症患者，身體和心理的反應常有很複雜而微妙的相互影響，患了會剝奪其生命的嚴重疾病病患，常把一些身體的變化視為不吉祥的前兆。症狀會引起其恐懼，但其實，其恐懼是在潛在的意識裏。（鄧，2003）

壹、一般癌症患者的心理歷程

Kubler-Ross(1969)曾對絕症患者之心理反應及變化做詳細的研究報告，將其心理過程分為五個階段：第一階段：震驚(shock)與否認(denial)，剛開始得知罹患癌症時，患者大都無法接受此一事實而不知所措，嚴重者可能因過度震驚而暈倒。第二階段：憤怒(anger)，當病人否認事實時，表示還存著一絲希望，但當希望與事實相反，卻無法逃避時，很快的病人就會將希望轉為憤怒。第三階段：磋商期(bargaining)，病人經過一段時間的憤怒發洩後，漸漸發現憤怒於事無補，因此，慢慢平靜下來，患者可能會與自己信仰的主宰者進行討價還價。第四階段：憂鬱期(depression)時期，當治療進行中產生一些難以忍受的副作用或治療效果不佳，患者面對這些殘酷的事實，會出現憂鬱畏縮、悲傷、哭泣、沈默、食慾不振、無助感及絕望的情緒反應。第五階段：

接受期(acceptance)的階段，經過一段時間內心的掙扎，患者的情緒逐漸平靜下來接受事實，重新生活步調，以面對疾病與治療產生之重大改變。而Cronstron - Beskow (1982)，研究癌症末期病人之心理歷程則分為四個階段：一、存在的可怕境況期(Existential Plight)。二、緩和順應期(Mitigation and Accommodation)。三、衰退和惡化期(Depression and Deterioration)。四、絕症之瀕死期(Premortality and Mortality)。Bard & Sutherland (1995)指出這將沒有一定的反應型態，而且是個別化的。從診斷罹患癌症開始，患者通常會經歷一連串的情緒與心理起伏，其過程大致可分三個時期(Qmne-Ponten,1993)：第一時期：即初始反應，患者首先因癌症的診斷而震驚、無法置信、產生情緒麻木或否認診斷的真實性，最後因事實無法逃避而變絕望。此期間長約一週。第二時期：為焦躁期，患者因壓力而焦慮、憂鬱、失眠、厭食、心神渙散、生活常規失序。此階段約持續一至二週。第三時期：最後進入調適期，患者終於接受患癌的事實，開始積極思考治療，尋求樂觀的理由，恢復生活常規。此階段長約兩週至數月，視病情進展而定。

貳、乳癌患者的心理歷程

在乳癌患者診斷確立後的三個月內，患者最關切的是死亡，也就是本身存活率其次才是健康狀況、家庭、財務、工作、親友以及對自我的評價問題。

乳癌患者接受乳房切除的手術也受到許多妨礙心理平衡因素的影響，如：一、手術前幾乎沒有時間做好心理準備。二、乳房切除術所切除的不僅是患者身體的一部分而已，同時亦是女性不可或缺的外在性徵之一。手術後，患者常有自尊低落，自我懷疑的情緒反應出現。三、乳房切除部位的外觀是「醜陋」的，手術留下的不只是一道明顯的刀疤，也造成患者最隱私的身體部位的劇烈改變，包括了外觀與觸感。四、切除乳房同時也意味著本身患有惡性腫瘤，並伴隨著「生死未卜」等未知的可怕後果。五、害怕不被另一半（伴侶）接納。乳癌之治療因涉及婦女的身體形象，除手術後身體復健外，心理復健與壓力調適亦為重要課題，當女性因乳癌切除乳房時，乳房的喪失，意味著將失去哺乳的功能，女性的魅力、性生活樂趣、甚至乳癌疾病本身也帶給病人癌症的焦慮。（鄧，2003）。Wellisch, Jamison & Pasnan(1978)以女性觀點來探討乳房切除的乳癌患者其心理、社會層面的問題，發現乳房切除患者表示情緒上的痛苦遠勝過身體上的痛苦，尤其是肢體毀損(mutilation)的感覺，女性特徵感的喪失，害怕死亡等。

Northouse,(1985.1989)認為乳癌對一個人的影響是多面的，包括身體、心理和社會各方

面，而且是獨特性的、個別的，從發病開始一直持續地影響著患者。患者從一發現胸部腫瘤開始就要面對一連串的壓力：診斷、手術、治療等，這些壓力無疑的必帶來患者許多的反應，這些反應除相互影響外且深深地影響患者往後的生活。乳癌患者的問題則包括有身體心像改變、性生活困擾、工作困擾，角色功能及人際關係障礙等(Lewis , Ellison & Woods ,1985 ; Hailey Lavine & Hogan ,1988)。

綜觀以上文獻，可以發現乳癌患者與一般癌症患者的心理歷程是有所不同的。乳癌患者除了與一般癌症患者有相同上述的心理歷程外，更主要擔心的問題是身體心像的改變、女性第二性特徵及母性特徵感的喪失，而且每個人所擁有的身體心像，是具有其個別性的，它不僅指外表與身體特徵，尚包括身體內部之結構，身體局部或整體所能展現的功能與運作。多了解乳癌患者內心的想法與感受，同時也能幫助其對乳癌心理歷程的調適。（鄧，2003）

第七節 社會支持及Erikson心理社會發展任務之探討

社會支持

社會支持屬於一個多層面概念，包含：社會處境、知覺到社會支持、行動化支持、社會支持的使用等。社會支持定義為個人透過人際網絡獲得情感慰藉與有益的資訊。

壹、社會支持主要的類型

社會支持類型主要可以分為四類：實質支持、情緒支持、訊息支持、和評價支持 (Cohen & Will,1985)。實質支持為最直接也最容易獲得的一種資源，包括：提供金錢或任何種類可以協助個人直接解決問題的，這是指提供服務或物質幫助他人解決實際問題。Cohen等人(1985)認為實質支持對於低收入者來說特別重要；對老年人來說，這種社會支持更是不可或缺。情緒支持雖不如實質支持來得明確，但亦為研究經常涵蓋的層面。認為這種社會支持是一種具有鼓勵、溫情、愛或情感的支持。Leavy (1983)指出這種支持包括關心、信任和同理心。

訊息支持的定義與量測方式各學者有一致的共識。Leavy (1983)認為訊息支持是給予某些忠告、訊息或教導某項技能來幫助解決問題。

關於評價支持則出現定義不一致的情形。Cohen 等人(1985)把它與情緒支持加以區分，評價

支持意指個人感受到肯定、回饋、尊重的程度。

根據上述文獻，本研究以實質支持、情緒支持、訊息支持及評價支持作為社會支持此項變數的因子。而本研究社會支持定義如下：實質支持是協助她們所需要的事務，像是解決她們去醫院的看診問題、錢與身體檢查。情緒支持是照護上言語與肢體的溝通，給予病人與家屬關心是可以有效降低她們沮喪的情緒，讓她們更能恢復自信與表達能力。訊息支持是提供醫療諮詢與建議，減少病患與家屬的不確定感，提高配合治療計畫的意願及追蹤。評價支持是指給予病人與家屬的感受與認同其生活照料、就業工作能力及人生規劃。

貳、社會支持來源

對於社會支持的註解為隨著生命的成長，社會支持源自於家人，然後發展到工作的伙伴，甚至到社區中，也隨著不同的需要，可能來自專業人員；當生命走向尾聲時，社會支持又再次源自家人。有一脈絡資源模型(source-by-context)，在此脈絡社會支持資源包括配偶／同居人、親戚、朋友、鄰居、主管、工作夥伴、照顧提供者、自助團體及健康福利專業人員等。而癌症病患的社會支持網路系統，通常包括有配偶、家屬、朋友、醫療專業人員或社會支持團體(Fridfinnsdottir, 1997)。其研究結果顯示癌症患者主觀感受到的支持來源依序分別為配偶、親人、朋友、醫師、護理人員和病友。其中，實質支持多來自配偶、親人、朋友、醫師。國內則是配偶提供最多整體、評價、情緒、實質支持者，家庭成員次之。訊息支持以醫師提供的比較有價值；護理人員給予的情緒支持則最有幫助。

參、影響社會支持的因素

一、性別

Glynn、Christenfeld、Gerin (1999)發現透過社會支持，女性比男性更能夠有效改善生理狀況。這現象跟社會結構認定女性的角色有關，女性會較容易去尋求協助。相反地，提供社會支持給男性被認為是一種侮辱，男性會偏好扮演提供社會支持的角色。因此，男性較不會接受社會支持。因本論文為研究女性乳癌，故此項暫不討論。

二、年齡層

Goodwin (2003)針對799位65歲以上剛被診斷為癌症的患者進行研究，發現低收入及高齡的癌症患者的社會支持系統網路通常比較差，且較無法接受適當的醫療照顧對於血液腫瘤

患者而言年齡與社會支持是呈負相關(陳秀勤、王秀紅, 1997), 表示年紀越大的患者, 所接受到的社會支持會越低。

三、教育程度

Schover 等人(1995)指出, 乳癌婦女的教育程度較高者, 其手術後的心理社會調適較佳。同時, 教育程度是乳癌婦女心理社會調適重要的預測因子, 有可能是教育程度較高者會透過不同的管道, 尋求資訊以增強調適的能力, 進而有較佳的心理社會調適與社會支持。陳秀勤、王秀紅(1997) 研究 150 位血液腫瘤患者, 發現社會支持與教育程度呈正相關。因此教育程度越高者, 所得到的社會支持會越多。

四、婚姻狀況

Schover等人(1995)針對乳癌患者研究指出, 婚姻滿意度較佳的患者, 其心理社會調適較佳。

五、宗教信仰

許多研究證實宗教信仰對很多疾病來說都是一個相當有力的資源(Fehring, M ille & Sha, 1997)。宗教信仰可以讓個人發現生命的意義並且提升 希望的感受, 對於癌症病患則可以讓他們重新找尋新的意義。有宗教信仰之虔誠信徒, 對於生命的依從性高。他們表示在聚會和朝拜中, 有著神的撫慰、教友的關懷支持, 這些都可以減輕疾病和痛苦。有宗教信仰者藉由信仰的寄託, 較能得到精神上的慰藉。

Erikson 心理社會階段發展理論

Erikson 根據其自身人生經驗及多年從事心理治療觀察所見, 在 1950 年提出了解釋人生全程發展的一套著名理論, 稱之為心理社會期 (Psychosocial Stage)。目前最普遍, 影響最深遠的成人發展理論就是 Erikson 的成人發展理論。Erikson 在心理社會期理論中, 將人生命全程為八個時期, 可簡稱為人生八段, 每個階段皆有其特殊的心理社會危機與發展任務。(鄧, 2003) 而每個階段的發展任務包含了兩種對立性格傾向的衝突, Erikson 稱之為「人格順性」(syntonie) 與「人格逆性」(dystonie), 而每個階段的任務就在取得這兩者之間的平衡(Erikson et al., 1994.)。Erikson 認為雖然將人生全程分為八個階段, 但是每個階段間是有連續性的, 並不是分野清楚、僵化的階段過程, 這整個過程是「漸漸形成」(epigenetic)的過程, Erikson 有兩點獨到的觀念: 其一、任一時期的身心發展, 其順利與否均與前一(或前各)時期的發展有關; 前一(或

前各時期發展順利者，將發揮良好基礎作用，有助於後期的發展。其二、將人生的每一時期均視為一個「危機與轉機」的關鍵，各有其特定的問題或困難；困難未解決之前，心理危機將持續存在，困難解決、危機化解、危機變為轉機，就會順利繼續發展（張春興，2001）。而每個階段所需發展的實力與德行依序：希望、意志力、目標能力、忠誠、愛、關懷與智慧（Erikson,1994）係因發展而產生，是正常現象，故而又稱發展危機(developmental crisis)，也稱常性危機 (normative crisis)。有些人之所以行為異常，那是由於發展危機不能適時化解，相繼累積，結果阻礙甚至喪失了個人的適應能力所致（Erikson,1994）表示在「每個順利發展的階段裡，早期的衝突必須在眼前的層次獲得再抒解。」為了呈現這個觀點，Erikson以「漸次遞變圖」(epigenetic chart)來呈現人生心理社會八個階段的發展任務（參考表一）。

表一、Erikson人生心理社會發展階段

階段	心理危機 (發展關鍵)	重要關係人物	發展順利	發展障礙	惡性的傾向
嬰兒期	基本的信任 vs.基本的不信任	母親&母代理人	對人信賴、有安全感、動機、希望	與人交往焦慮不安、感覺不適應	退縮
幼兒期	活潑、自主 vs.羞恥、懷疑	雙親	自我控制、行動有信心意志力	自我懷疑行動畏首畏尾、不信任	衝動
學前期	自動自發、創新 vs.退縮、內疚、罪惡感	基本家庭	有目的方向、能獨立進取、目標	畏懼退縮、無自我價值感、冷酷無情	抑制
學齡期 (兒童期)	勤奮進取 vs.自貶、自卑	鄰居 & 學校	具有求學做事、待人的基本能力	缺乏生活基本能力、充滿失敗感狹隘技藝	惰性
青少年期	自我認同 vs.角色混淆	同輩團體、外圍集團、崇拜對象	自我觀念明確、追尋方向肯定、忠誠	生活缺乏目標、時感徬徨迷失、狂熱	否認
青年期 (成年前期)	親密關係 vs.孤獨、隔離	朋友	成功的感情生活、奠定事業基礎、愛	孤獨寂寞、無法與人親密相處、亂愛	排斥外來者
中年期	生育與創造、精力充沛 vs.自憐、頹廢	家人 & 同事	熱愛家庭、栽培後進關懷	自我恣縱、不顧未來、過分擴張	拒絕
老年期	完美無憾、適應、統整 vs.悲觀絕望、無助消沉	同胞 & 人類	隨心所欲、安享天年、智慧	悔恨舊事、徒呼負負、專橫	輕蔑

資料來源：(張春興，2001：387.；Erikson, 1994：36)

壹、青年期（成年前期）之心理社會發展 — 「親密感」與「疏離感」階段

在青年期—大約二十歲至三十歲初頭，個體生命正好達生理上的尖峰。在此期個體肩負了巨大的壓力，以能在社會中為自己「謀得一具建設性的地位」並建立個人名聲。青年人通常會汲汲於尋找生活的意義。迫切地想發現在人際間與社會情境下，自我探索的新途徑。在生命的此刻，許多人都會渴望於結交新朋友，加入團體從事義務性工作及成為社會組織中的一員，會漸漸察覺價值觀對人類的意義。根據 Erikson 的說法，親密關係(intimacy)對青年期而言，是一重要的社會心理成就；其特徵是相互性—關懷、溫馨感覺相互分享，以及很深的許諾。親密關係包括：愛、婚姻、友誼、成熟統合的自我自然發展出親近別人的傾向。Erikson所謂親密不單指性方面而言，而是指人際間感情的親密，如：朋友、小團體和社區成員間密切的交往。且一個人可同時擁有與同性、異性的多種親密關係，著重於與人分享心靈上的自我。親密關係能夠呈現出自我的心理社會史。Erikson 說：「此後自我的力量(ego-strength)便源於親和感。相互之間有親和感的人有能力也願意共同撫養下一代，分享成果和觀念」(Erikson,1964)。心理上正面的成分如信賴、自主、積極進取、勤勉和自我認同，使親密的意義更豐富。在 Erikson 的模式中，孤立感(Isolation)是一種與他人斷絕關係、空虛、遭遺棄的感覺；這種感覺常起因於缺乏真正的親密關係。Erikson 的看法，「親密的反面是疏離，即隨時準備拒絕、孤立，必要時甚至摧毀本質上似乎危及自己的人或力量」(Erikson, 1964)。另一個社會發展危機是「生產性」(generativity)，Erikson 認為照料別人，對過去與未來而言，皆是一項重要的承諾！命運與生活方式共同決定什麼人須照料誰，以確保下一代的生命與品質」(Erikson,1976)。Erikson(1994)認為青年有三項主要的任務：第一項任務是希望時時感到自我的存在，通常因此而追求事業上的目標。第二項任務是追尋真正或真誠不渝的親密。第三項任務為建立個人與文化的關係。

貳、中年期（成年期）之心理社會發展 — 「貢獻」與「停滯」階段

中年是生命的中站，也就是 35 - 65 歲，這段 30 年的歲月幾乎佔了生命的二分之一。Erikson「貢獻」(generativity)階段的發展任務有許多不同的表現方式，如：改變周遭生活環境的品質或是為後代子孫留下一些「遺產」。真正的貢獻是一種超脫個體本身的利害關係，而

為下一代的福祉所努力的行爲。依 Erikson 的看法，真正成熟的人會非常關心下一代的社會生活環境，並以實際行動來回饋社會與公民的責任，這經常是一些義務性或自願性的工作。即使只能利用閒暇時間，他們仍樂此不疲，以維持其繼續參與生產的希望，並且老當益壯，相反的，停滯(stagnation)意指自私自利，完全不考慮別人的福利。

Erikson強調，人格發展第七階段的順利與否取決於前六個發展階段的適切程度，雖然前六階段的完全發展並不能保證第七階段發展的成功，但貢獻對停滯問題的解決與健全發展不只影響中年人的心理社會生活品質，同時也會延續到老年人的生活。中年期的心理社會發展可分為以下三個基本主題：第一：中年期的發展自有其獨特的性質與軌跡，而非先前發展階段的累積，故迥異於一般的概念。之所以如此，一方面是來自年歲的增長，另一方面是基於環境的需要。第二：中年期的發展具有雙重的潛力，中年人可以是社會導向，也可以是執著於自我，他們可以享受智慧的果實或者永遠體驗到自己見識的增長，因而感到自尊、幸福與滿足或者沈淪沮喪。第三：中年是人生的巔峰，儘管個別差異極大。中年後期的認知、技能趨於巔峰，包括：工作技巧、團體參與能力、以及一般的生產力。並且，此階段就如同其他的階段，是一個人可以自豪、快樂、滿足的時光。總括而言，Erikson認為，成長就是克服衝突的過程，人們如果能夠克服每一階段的危機，發展出每一階段的德行與實力，那麼人格發展就會健全。而且個體的發展是一種終生遞變的過程。（鄧，2003）。

第八節 身體心像

壹、身體心像的起源與定義

早在西元 1910 年，神經科醫師 Head 在其著作”Postural model of the body”提出身體心像的概念，認為身體基模是個體對自己所形成的一種三度空間心像；身體基模來自於個體對身體的姿勢、移動與位置的認知，此種身體基模就是身體心像。1920 年代，Paul Schilder 以心理與社會學的觀點研究身體心像，認為身體心像係由生理、神經、感覺系統、心理與社會系統共同構成，是一個動態過程，為個體心中對於自己身體的描繪，及個體怎麼看自己的外型；此影像構成係個體透過對身體各部位大小、功能與感覺的知覺，並受生理、心理及社會三方面的經驗、環境、人際間及暫時性因素(如：成長、老化過程)的影響(Schilder,1950)。指出身體心像是自

我心像結構與功能的中心，影響個人自我概念與個人的行爲。

身體心像是自我概念的一部分，包括：個人對身體的態度、經驗、男女性特質、體能等，它也是社會的產物，與個人人格、自我、認同及價值感有密切相關。Cash & Pruzinski(1990)提出身體心像的特性爲：

- (一) 身體心像是對身體與身體經驗的知覺、想法與感覺。
- (二) 身體心像是多面向的建構。
- (三) 身體心像的經驗與對自我的感覺是相關的。
- (四) 身體心像是受社會影響的。
- (五) 身體心像具變動的本質。
- (六) 身體心像會影響訊息的處理。
- (七) 身體心像會影響個體行爲。

由以上探討可知身體心像概念涵蓋生理、心理及社會三大因素，是一種調適、動態的過程。

貳、影響身體心像的因素

身體心像的建立必須經感覺與運動形成，組織或建立新的身體心像時，會受到生理、心理及社會三方面經驗影響。Price(1990)提出身體心像包括真實的身體(body reality)、理想的身體(body ideal)與呈現的身體(body presentation)，三者形成正三角形關係，彼此間維持平衡，當其中一個組成要素改變時，其他兩項要素爲維持個體適應，也會有所改變。真實的身體指受基因控制的身體實質部分，如身體各組織系統，受生長、老化與外在環境的影響。理想的身體指心中期望的身體心像、個人認爲理想的模樣，對自己理想外觀要求的部分，是不斷改變的過程，包括：身體輪廓、身體空間與界線，受重要他人、社會文化基模、健康態度、朋友、同儕認同、廣告、大眾媒體等的影響；其中以廣告、媒體的影響爲最大。呈現的身體是個人對外界呈現身體外觀的動態過程。個體藉由外在呈現的身體以平衡真實的身體與理想的身體間的落差，如透過適當的穿著、打扮、姿勢、肢體的擺動等。常見導致身體心像改變的原因包括：

一、個人屬性

(一) **性別、年齡**：一般而言，男性比女性對身體心像有較高的滿意度；不管任何年齡的女性，對身體心像都很關注，評估自己身體各部位的大小與感受時，多傾向於不滿意，並誇大身體部

位的大小；比較目前身體外觀的狀況與自己所渴望的身體方面，也沒有年齡上的差異，亦即，不同年齡層的女性都不滿意目前身體外表的現況(鄭，2006)；但年長者對自己身體的滿意情形仍大於年輕者，也具有較高的身體自尊，女性癌症病人的年齡與身體心像呈負相關。

(二) **教育程度與社經地位**：研究發現教育程度與個體對身體不滿意的程度無關；但與家庭的收入有關；低社經地位的男女對自己的身體心像較為不滿意；但部分文獻指出家庭社經地位、社會階層與體型滿意度無關(鄭，2006)。

(三) **婚姻狀態**：某部分學者指出個人對自己身體的滿意度與婚姻狀況無關；良好的婚姻關係有助於癌症患者身體心像的調適(鄭，2006)。

(四) **停經經驗**：不同文化對停經的看法有所不同，西方國家對女性停經的看法多包含不利的意涵，女性潛能與存在價值受制於生殖與女性魅力，失去女性角色使婦女的身心浮現問題；社會大眾將更年期刻板化，充滿抱怨與負面的看法，普遍認為老女人令人憎惡；婦女在意變老、變醜、性慾降低與疾病，在媒體資訊塑造的更年期迷思中感到徬徨、困惑；日本婦女認為停經可解除月經來潮的不便與困擾，但對即將來臨的老化卻有矛盾心理；台灣婦女認為停經來臨是自然的人生過程，但也不再年輕，漸變老，亦代表女人成長智慧與成熟；探討更年期對婦女生活衝擊的質性研究中，資料分析歸納出四個主要概念：「性角色緊張」、「產生老化的意象」、「婚姻關係的重組」及「察覺生命的歷程」。性角色緊張包括：生理的困擾、趨避衝突、性角色的結束；產生老化來臨的意象包括：生理退化、身體心像改變；婚姻關係重組包括：親密關係疏離、發展平等及友伴的關係、體認廣義的性行為；察覺生命歷程有：產生解脫感／失落感、維持婚姻完整、轉移及超越。伴隨停經而來的血管舒縮症狀、泌尿生殖症狀、骨質疏鬆、皮下脂肪堆積、體重增加及其他諸多的生理不適症狀，也常造成婦女心理上的焦慮、憂鬱、恐慌、失落、沮喪、身體心像改變、自我價值感喪失與自尊低落(鄭，2006)。

二、生理因素：

身體心像是隨著個體的發展階段而變動，形成於幼兒期，青少年期最為重視，到成年期仍十分注意(鄭，2006)。而疾病或治療因素造成疼痛、疲憊、體重下降、睡眠紊亂、身體結構的改變、身體活動或感覺功能障礙等為影響身體心像的因素，當干擾狀況超乎個人所能掌控的範圍，個體會因喪失控制感而感到身體心像受到威脅(Price,1990)。

三、心理因素：

自尊與個人控制力的信念，為影響身體心像的重要心理因子；自尊同時也是身體滿意度主要的預測因子，高自尊者身體滿意度亦較高；當對自己有正向的看法時，對於自己的身體也會有正向的感覺(鄭，2006)。

四、社會因素：

社會因素指父母、週遭的朋友、社會價值觀、環境與文化變數對身體心像的反應及其彼此的互動關係。身體心像受重要他人、社會文化基模、健康態度、朋友、同儕認同、廣告、大眾媒體等的影響；其中以廣告、媒體的影響最大。分析瘦身廣告內容，發現廣告中對胖瘦的評價所做的社會性敘述次數多，所建構的身體心像指標亦使女性比男性更不能接受自己的身體(鄭，2006)。

第九節 生命敘說

當人在他有能力去獲取的時候，他會以「獲取」哲學來定義他自己。但是，一旦他失去攫取的能力，他的生命法則反而朝向「存在」的哲學(余德慧，1991)。

敘說 (Narrative) 又稱敘事，是人們思考和組織知識的基本方法。我們用敘說來進行思考、表達、溝通並理解人們與事件，如同說故事、聽故事本來就是生活常見的面貌，我們就是生活在不同的故事裡，而說故事是一種基本的表達和學習的媒介。

所謂的敘說 (narrative)，其實就是「說故事」。生命本身就是故事構築的，從小到大凡經歷過的、聽過的、見過的，無一不構成個人故事的腳本，每個人都是自己故事中的主角，也是他人故事中的配角。人們不斷接觸週遭的人事物，藉著說與寫的過程傳遞經驗過的歷程與意義。在研究的歷程中，研究者與敘說者會以互為主體的方式涉入，因此會強調其主觀性，且主觀性也是被允許的。敘說者在敘說與被理解的過程中，可以不斷地產生新的體悟，並在往後的生命中展現其實踐的行動力。

敘說的立場是以故事本身做為研究的對象，主要目的了解研究參與者訪談時，在經驗流裏如何賦予條理及次序，使得乳癌患者在他們的生命裡的事件和行動變得有意義。敘說就是

一種再呈現，不僅僅是儲存機制；敘說也構成了知覺經驗、組織了記憶、「生命的片段及目的建構了一個生命的真正事件」。所以，敘說就像「說故事」一樣的方式。由於人類已屬於自己的方式蒐集身處脈絡中的點點滴滴，而依靠遮掩一些細節，漸漸形成對當事人主題而言有意義的世界。透過語言構成有意義的現實，因此，將敘說是為研究方法時，即為敘事研究，能夠幫助我們瞭解與研究主題相關的經驗內涵與世界。自然科學經驗之「可重複性、可證實性」僅適用於科學對象，因為人的生命是無法以自然科學客觀實證的機械方式理解，人作為開顯真理意義的存在者，與作為實證科學研究對象的「量化人類」是有分別的（李燕蕙，2006）。

第三章 研究方法

本研究採用質性的敘事研究法，以半結構方式作訪談指引，進行深入訪談，訪談內容採將以 Collaizzi (1987)的分析方法加以整理分析，主採用立意取樣方式，選取兩位診斷為乳癌並接受乳房切除且加上輔助療法與重建手術的乳癌個案。

本研究主要是瞭解兩位診斷為乳癌並接受乳房切除且加上輔助療法與重建手術的乳癌個案，在經歷罹癌治療過程中，其回顧生命的每一階段，用深刻的經驗及對自身經驗所賦予的生命意義。藉由深度訪談敘說出生命故事的方式。而研究者與研究參與者，在參與互動的過程中進行對話，進行收集豐富的訪談資料，再以文字形式呈現出訪談文本、做成資料分析，進而發現內容意義和情境脈絡，以做詮釋與分析。

研究方法的選擇

- 一、諮商實務與諮商研究之間的鴻溝：傳統研究與實務脫節；大多數的諮商實務者對所謂的諮商研究報告大多是興趣缺缺，甚至很多的實務工作者認為這些諮商研究對他們的實務工作不大，相當矛盾與諷刺。
- 二、選擇研究方法的心路歷程：如同：「試穿衣服」，作者知道自己要什麼。但也發現敘說研究沒有一定的「樣子」或「規格」，所以沒有完全合身的衣服，除非「量身訂做」。
- 三、諮商研究的特性與質性研究的關係：諮商研究者在探尋符合諮商臨床的需要時，必須回歸到臨床工作的本質：行動與領悟，而這也是質性研究所追求的目標。
- 四、為什麼選擇使用「敘事研究」：敘說資料一再被重新敘說、重讀的過程中，經驗就有被

重新理解的可能，而新的意義也隨著產生。敘說研究使讀者分享到研究者對某一特定主題的探究，並引發對其自身故事的敘說，如此將促使讀者進行反思，將自己的故事整理出來，或重新說一個自己的故事。

- ◎ 我如何透過敘事研究來呈現我的論文：敘說自己的故事與詮釋所做的諮商歷程故事，透過「不同時空」的詮釋觀點，去看諮商歷程，讓故事一再被敘說、被理解。
- ◎ 研究者的位置以及「我」的現身：「無我」的詮釋是一種不可能的現象，「當我們一開始進入我們所欲研究的情境中時，我與我們參與者，就開始進入彼此故事中，相互交融」。
- ◎ 研究的重點便在於解釋人們「如何」與理解其所處的世界，聽者在於捕捉說者的聲音、情緒與行動，且直接呈現生活經驗所構成的世界（Patton, 1990, Denzin, 1989）。也就是說在本研究企圖經由研究者與乳癌復發轉移患者的生命故事，其經驗的互動與解釋中，呈現出「乳癌復發轉移的患者」「如何」經驗在接受乳房切除手術、輔助治療與重建的過程中所構成的世界，並深入探討她們治療過程的生活適應，來形成對本研究的先前瞭解；研究者只要描寫其中的秩序，讓故事的角色自然顯示出生命的觀點，讓生命本身得出自己的解釋，讓解釋從故事中自然釋出。繼以質性的敘事研究「深度訪談」的方法，蒐集受訪者實際的經驗和感受，呈現「乳癌復發轉移的患者」真實生活經驗的原貌；在經過研究者與研究參與者在訪談和自我敘說之後，進行「互為主體的對話」，來澄清及更確切詮釋乳癌復發轉移的患者生活經驗背後所隱藏的深層意義。

本研究運用敘說研究法來貼近研究參與者的生活世界，採用質性的敘事研究中最常見的訪談法來蒐集研究文本資料，以瞭解研究參與者的生命意義並融合敘說分析之精神，而且以研究參與者為主體經驗，描述研究參與者面對疾病關係轉換的主觀經驗世界。

第一節 研究架構與選擇

本研究旨在關心乳癌患者接受乳房切除且加上輔助療法與重建手術的乳癌個案，而針對其豐厚的生命故事採用深度訪談的方法來敘說生命的經驗，以個人存在的主體做研究，強調個人的不同，重視研究對象的獨特性，而非普遍化的類推。透過敘說的過程，看到人性的力量、生命的不同及生命的意義。質性的敘事研究之特色，包含：透過被研究的眼睛看世界、重新描述

以提供事件及情境發生的背景，了解主體的解釋，提供資料做評估且深入了解行動者在情境的座落性、重視變遷及背後的過程機轉；保持彈性讓研究反覆進行，資料處理需靠分析、歸納，理論與概念的形成是探索與發現式。基於質性的敘事研究特色，切合了本研究的目的與研究的問題；因此，採用質性研究的敘事研究方法。

研究者想要藉由當事人主體的生活經驗以敘說的方式來觀看她們，在學術領域上替她們發聲。認為個體與角色與社會規範之間，存在著協商互動的過程，透過互動中的角色取代（role taking）與角色創造（role making）的行動中將意義（meaning）在自我（self），他人（others）與情境（situation）之間雙向來回地傳遞。生命本身的探究是無限的，無論學術、實務都是有相關的，當然也與論文有關連。現以大環境的觀點，提供現有社群實務學術上的媒介，不只是面對研究者，也是呈現生命者本身的莊嚴性。

基本上，所有的研究方法均在「如何」「取得」「正確」「資料」上做文章，質性的敘事研究方法雖然廣泛，但其非為量性的研究；其實，兩者也都朝向此方向操作。在質性的敘事研究方法中，研究方法論乃為相當重要的一部分；因為，研究結果的嚴謹性主依賴研究者能有一個清楚的方法論來作為指引。而質性的敘事研究方法不同於邏輯實徵研究取向的量化研究，它無法事先完全計畫好後，一切照章行事。研究構想與計畫得透過「人」才能推動，因為我們要「逼近」人的真實經驗；所以，研究參與者的信任與合作，需同時考慮取樣的變異度，其關鍵著研究的成敗。然而，研究者須跳出社會規範之上的客觀觀點來看待且要放掉批判的眼光，就當事人生命的內涵及其豐富精采的人生意義，以敘事作為研究背景，重視主體的論述，進行相關文本的整理，最後，必能突顯出敘事研究方法之研究意義及意涵。

為何選擇敘事研究作為本論文的研究方法？因敘事研究本身是一種貼近人性的寫法，其可以真正貼近當事者的生活經驗，走進人性。敘事研究的特色：能看見整體的人、生命關懷與人之思想導向。重視個體主體的經驗與其獨特的價值，也重視敘事研究的過程研究者與參與者的轉化意義，它是以文學、藝術、哲學式的「感受理解詮釋」人之實存經驗，而非自然科學式的去「研究解剖說明」人類對象。研究的過程專注於文本，不斷的呈現文本的意義，在互動的過程呈現文本（李燕蕙，2007）。在敘說的過程之中，「改變」通常是很難去達成的，在各種讓人掙扎受苦之外的結構性條件尚未改變時，自我表達這件事通常是個體僅能掌握，而人可以選擇

說與不說或掩飾地說、變形地說。研究者如此、研究對象亦如此，將生命故事放置到一貫穿過去、現在、未來的一個意義連續體上，「說故事」賦予了一個生命屬於它應有的智慧，這一個質地亦是一種意圖，它使人們可以依自己的選擇來組織取捨生命經驗而不是只是為回應他人而存在。而研究者與研究參與者在碰觸的理解經驗過程中，會開啓一個以往從來未曾發現新的經驗。論文本身的創作是對人的關懷，敘事結合人文、人性的關懷和文學、藝術的結合，看到的故事，不再是浮面的美，而是真正的生命感受，能散發出它的意義本質。參與研究者將生命中特定的經驗加以敘事化（narrativize），通常會存在現實和理想、自我和社會之間的裂縫。要實行故事，人就必須填滿這些裂縫。這些裂縫需要人的生活經驗與想像力。每一次實行，人都重寫了自己的生活。人在重寫的過程當中進入故事裡面，使這些故事成為他們自己的故事（White & Epston, 2001）。研究者以田野參觀察的方式，進入某學會，訪談兩位乳癌復發轉移的患者的治療與重建手術前、後的過程。希望藉由兩位乳癌復發轉移的患者的敘說生命經驗，探討乳癌復發轉移的患者接受治療與重建手術前、後的心路歷程，以故事為主軸，使用敘事研究和文獻處理方式，回到當事者，促使主體發聲。而所有的敘說表面上是歷史性的事實（historical facts），但事實上是詮釋的理解。歷史存有的敘說分析中，唯一能說出來的是「如此這般」（as such），它是隨關係的脈絡來決定，敘說常常是用來「如此這般」來情節化他的故事（余德慧，1999）。

第二節 研究理論

質性研究是以人為導向之研究（李奉儒，2005），是描述性的（descriptive），蒐集的資料是以文字或圖像形式呈現，而不是數字，關注的是歷程，而非只是成果或結果。為透過對有興趣現象的發現及歸納其意涵來分析資料（李奉儒，2005）。是以探索（exploration）、發現（discovery）和歸納的邏輯（inductive logic）為導向，專注於資料的詳盡與特性，發現資料中重要的範疇、向度以及向度之間的交互關係（multiple-interrelationship），不做事前的假定，也不對狹隘定義的操作變項間做線性或相互關係的假定（胡幼慧，1996）。

研究者以質性研究探討生活經驗需具備下列三個條件，首先需能熟悉他們日常的生活世界；接著必須能夠描述其主要生活經驗；並且透過傾聽、觀察和反映，學習如何應用溝通來獲取這些有意義的經驗。

潘淑滿(2003)也認為人類的日常生活中的所有現象與行為，都是透過個人的意識與情感作用，而完成的一種有意義的社會取向活動，並不預設各種象與行為，只存在著一種真實或具有永恆不變的本質，強調的是研究者必須在自然的情境中，深入瞭解人類日常生活世界（the life world）中的各種現象與行動之意義。為了忠於原始資料，在資料分析時會呈現研究對象最原始資料的真實敘述，將其內心經驗盡量呈現（陳月枝，2000）

研究結果陳述和解釋，會注重情境脈絡的敏覺性，將研究結果置於社會的、歷史的和當時情境脈絡中(胡幼慧，1996)。故採用質性研究可以瞭解現象的本質、特點及屬性，這些現象包括研究生活情境、生活事件、經驗、符號、儀式以及其他方面（陳月枝，2000）。

壹、敘事研究

敘事研究為質性研究的一種，主要是以故事為其核心，其採用敘說的方式。「敘說」就如同在日常生活中說故事、聽故事、甚至是寫自己的描述現象。故事的隱喻，強調我們是在特定的脈絡下，去創造次序、建構文本（Riessman,1993）。研究者無法直接進入另一個人的經驗，我們所處理的是某種模糊性質的經驗再現；包括：談話、文本互動和解釋。而採用敘說方法乃從事資料蒐集時，而研究過程中，是在聽故事而不是在聽報告，因此，訪談者有責任邀請研究參與者來說他們的故事；同時也鼓勵說故事者，對他所說的事件賦予意義；因此，說故事的過程是研究參與者傳遞一些訊息與他人分享，並將一些相關的事情表達出來。因此，在研究的過程，是無法完全中立與客觀的，研究者只是盡量的將所有的現象再呈現。

一、敘說是突顯個人主體性的最佳方式

敘說分析的立場是以故事本身做為研究的對象，主要的目的在了解受訪者在訪談時，在經驗流裏如何賦予條理及次序，使得他們生命裡的事件和行動變的有意義。敘說就是一種再呈現。不僅僅是儲存機制，敘說也構成了知覺經驗、組織了記憶、「生命的片段及目的建構了一個生命的真正事件」。而Polkinghorne（1988）則認為敘事研究是用一組故事型態來描述人類行為的質性研究設計。所以敘事就像「說故事」一樣的方式，由於人類已屬於自己的方式蒐集身處脈絡中的點點滴滴，而依靠遮掩一些細節，漸漸形成對當事人主題而言有意義的世界。透過語言構成有意義的現實，因此，將敘說是為研究方法時，即為敘事研究，能夠幫助我們瞭解與研究主題相關的經驗內涵與世界。自然科學經驗之「可重複性、可證實性」僅適用於科學對象，

因為人的生命是無法以自然科學客觀實證的機械方式理解，人作為開顯真理意義的存在者，與作為實證科學研究對象的「量化人類」是有別的（李燕蕙，2006）。根據Lieblich（1998）的看法，敘事研究可從1、重視整體或類別、2、聚焦於內容或形式，這兩大相度交錯形成四種主要形式：整體—內容、整體—形式、類別—內容、類別—形式。

二、互為主體性的觀點

敘事研究的另一個特色就是互為主體性的觀點。這個特色指的是透過敘說，說者與聽者其實是在共同建構與互動的知識協商歷程。也就是說研究者不再是研究中的主導人物，而是關心參與者個人經驗與加入研究後的自我覺知經驗，研究者與參與者的交互涉入、彼此了解以及合作的關係，對知識的產生才有其積極正面的意義。余德慧（1998）指出科學語言不能提供心理感受，只能論述感受，它總是遠離主體經驗的位置發聲，因此詮釋現象學提供了另一取徑試圖尋找語言的生命感，以心理語言將語言帶入存有，使人在對談時直接給出心理的感受，亦即語言是以生活世界存有的表達而達成人的存有語言。翁開誠（2002）認為人常被當作客體來研究，為了「追求真相與本質」，個人的主觀、情感、價值理念、完整性總是小心控制，甚至避免之。

透過敘說的方式，研究者與研究參與者其實是在建構與互動的知識協商歷程，將故事串連成文本。Smith（1983）認為人類在生活世界中的互動，唯有主體與主體關係（subject-to-subject relationship）的建立，才能從已知的基礎上去建構外在的現實世界。高淑清（2000）在檢視質性研究常使用的深度訪談法時，即認為「訪談並不是在挖掘受訪者過去記憶，其實是在訪談進行之中，受訪者與訪談者之間互動出來的經驗重建過程。」將深度訪談視為是一種建構知識的過程，是受訪者與訪談者之間共同建構。受訪者說故事的過程，如何說與說什麼端賴面前傾聽的人是誰和此時的情境。而敘事內在建立的普遍客觀性又與量化不同，它的出發點由存在的主體出發。敘事本身強調生命故事就是獨特的故事，看見人性的力量、意義、獨特性。

敘事心理學與敘事研究

敘事心理學強調主體與論述並重，因敘事取向強調「自我」與「社會結構」之間的關係，尤其是「自我」與「語言」之間的關聯。屬於社會建構取向的一部份。認為自我的存在取決於理解自己和他人的語言和語言表達，且聚焦於建構自我的方法。視語言為建構真實的工具，透過特殊的語言、歷史與社會結構，自我的經驗才是有意義的。因此，敘事心理學的主要目的：

是研究那些構成自我的語言、故事、敘事，及此類敘事對於個人和社會的啓示及影響。與其他方法之差異爲：敘事心理學有「主題性」及「實質性」的導向，企圖對個人所經歷之特殊經驗進行瞭解。藉由聚焦於個人的生活經驗獲取其主體性，並以實在認識論運作，對特殊個人經驗賦予尊重。

敘說分析與敘事研究

敘說是什麼？簡單的說，就是將人生許多經驗看作是故事，例如：童年往事、愛情故事、求學生活、工作經驗，甚至是昨天的經歷，或者是剛剛發生的片段經驗等等；將時間的向度拉進來，繞著某個主題，藉由說話者說出來。隨著時間的進度牽扯出一系列的事件，事件本身可能帶有相關的情緒，而故事的結尾導向某個方向。故事本身可能像一團迷霧壟罩在其中，而敘說是一種組織，組織了事件和人的行動成爲一個有意義的結構，人們透過敘說去表現出生活故事的型態，可以來解釋自己和他人，同時顯現自己和他人的關係。雖然故事是以過去的時式被說出，但是決定取捨說與不說之間的故事，卻要看現在；在敘說的過程中，我們可以看一個人如何將他所見所聞，以他自己的方式說出，繼而理解他對他自己意義的安放。個體有兩種認知運作方式—典範論證式與建構敘說式。前者追求普通的命題，透過假設來建立實徵的證明，以便找出具有類推性與抽象性的因果法則。後者則是以說故事的方式，幫助個體將各種不同的情境、理解、行動都繞在一個主軸上運轉，使個體能廣泛地、清楚地思考。建構敘說式的認知運作方式可以說是故事的思考看重的是脈絡的豐富性及複雜性。追求的是整體的理解，而非精心分割的片段。

壹、經驗的再呈現

研究者無法直接進入另一個人的經驗，我們所處理的是某種模糊性質的經驗再現—包括談話、文本、互動和解釋。這是無法完全中立和客觀我們所能做的僅僅只是再現（相對的解釋）其世界。

貳、關注經驗（attending to experience）

在意識流裏關注傾聽，並分離出某些形貌—反思、回憶、從觀看裏拼湊。關注時是有所選擇的，在未經反思的整體基本的經驗裏做了選取。在再呈現的第一個層級裏，藉由思考，以新的方式主動地建構了真實。

叁、訴說經驗 (telling about experience)

在對話裏把這些事件再度呈現給讀者，並在某個程度上再度條理化。描述那時的環境、角色、開展的情節，用一種觀點縫補著故事，以使我對這些事情的解釋變的清晰。藉由說和聽，我們共同產生了一個敘說。在說的過程中我所擁有的經驗和傳遞的經驗 之間具有一個無法避免的縫隙。因為語言「除了自己本身之外，無法傳遞任何事物」。語言使他們成為真實，同樣的沒有了語言，也無法存在。敘說就是一種自我的再呈現，在訴說經驗時，也在創造一個自我。

肆、轉錄經驗 (transcribing experience)

不管使用何種方法都無法捕捉完整的對話，因為不管使用那種對話形式，最後都必須以某種文本呈現它。轉錄的過程是不完整的、部分的和具有選擇性的，這些選擇和安排，都會影響到讀者將會如何理解這個敘說。轉錄言說 (discourse) 就像照片的真實，是個解釋性的過程。決定要如何登錄，這個過程是受到理論的導引，而且是修辭的。不同的轉錄慣例會引發及支持了不同的解釋與意識型態的立場，創造不同的世界。對於同一段談話若用不同的轉錄方式，會是以不同的方式建構其意義。

伍、分析經驗 (analyzing experience)

是研究者仔細的對訪談逐字稿或謄本進行分析。把他們的轉類點或主顯節加以敘事化。分析工作的挑戰就是要辨別出這些時刻的相似性，並形成總結與摘要。把一系列的談話加以剪裁，使它合於一個報告或書面的內容，並試圖理解其意義及創造戲劇性的張力。形式、次序、呈現的風格、如何安插訪談中所得到的生命片段，都涉及決策的過程。藉由訴說訪談故事的意涵，將被說出來的加以編輯和賦予新的型態，轉變成一個混合性的故事，成為一個「虛構的文件」。個人生命經驗以不同的方式重新拼貼及組合。

陸、閱讀經驗

每個文本都是「多重聲音」開放給多種的閱讀方式和不同的建構。批判性的讀者會從他們對一個作品的解釋下，放入了對作品當中某些「成分」的理解，因為一個作者不可能訴說所有的部分。所建構的真實「對特定歷史情境下的某個特別的解釋群體才具有真實的意義」

(Riessman, 2003)。

故此研究著重乳癌復發轉移患者過去經驗感受的描述，不予預設立場，盡其所能以真實的態度描述其生活經驗現象，採用 Colaizzi(1978)的資料分析過程，以進一步瞭解乳房切除後接受乳房重建的乳癌患者其個別的親身經驗歷程感受，擴展上親身經驗歷程的感受並試著瞭解其複雜的脈絡現象，以建構其整體經驗歷程。

而今大多是以問卷調查來瞭解或比較其身體心像(王貴霞等，2005；林淑玲、李麗娜，2004；Karki et al., 2004；Nano et al., 2005)及生活品質(陳怡琦，2006；蕭淑敏，2004；Nano et al., 2005；Veiga et al., 2004)的滿意度情形等相關議題進行探討，並未針對乳癌患者在乳房切除後至行乳房重建的整體經驗歷程進行探討，因此，本研究以質性研究敘事研究法，深入探討乳癌並接受乳房切除且加上輔助療法與重建手術的乳癌個案的經驗歷程。因為質性研究法為透過探討乳房切除後至接受乳房重建的經驗歷程與現象，而加以發現和歸納其意義，但若用量性研究法，則難以描述此現象。

第三節 研究設計和研究樣本

本研究設計乃採質性研究中的敘事研究方法，主要為：一、選擇兩位長達七到十年豐厚的生命故事作為研究樣本，二、在兩位個案各個重要階段予於作自我的評分，三、再將兩位個案的各個重要階段作一比較分析。而且採用深度訪談技巧、參與觀察法和生活行動反思的運用，作為論文的研究方法。研究個案是為乳癌接受乳房切除且加上輔助療法與重建手術的患者。

研究設計

研究設計是採用敘事研究的方法去實際操作，如下說明：

壹、訴說

Michele L. 指出可利用 McAdams 所設計的訪談綱要來探索個人敘事。擬定一份半結構式的訪談綱要，過程中要不斷嘗試投入「研究參與者的心理與社會世界」。與研究參與者融洽的關係，可促成研究參與者對訪談的方向，及訪談主題的呈現次序擁有較大的主導性。亦可依據訪談過程與內容，延伸並探詢未陳列於綱要上的問題時，採開放性回答，減低在透過文獻探討設計問題時，喪失了研究參與者的自發性，在預設的架構下，無法湧出主體性的東西，被框制住了。當然是研究參與者有興趣或認為重要的問題，並追隨研究參與者的意向。

問題一：生活章節

將生活歷程想像成一本書。至少要分成二到三個章節，這些章節即是生活書的綜覽，並於每個章節下一個標題，簡述各章節的主要內容，簡單討論各章節間轉變與過渡。

問題二：關鍵事件

關鍵事件係指在過去生活中曾發生的某些重要事件，或是具有關鍵意義的劇情，有助於釐清生活中具有意義的特定時刻、特定地點、特定角色、行動、想法和感受。對每一項關鍵事件，詳細闡述事件中發生了什麼事、自己處在什麼樣的情況下、何人參與其中、自己採取什麼行動，以及在此事件中的想法和感受。這項關鍵事件是否改變了你？

哪裡改變了呢？談論生活中的各面向，詳細地敘說過往事件。

關鍵事件主軸的提問：

高峰經驗：生活中最美好的時刻。

低潮經驗：生活中最難熬、最壞的時刻。

轉捩點：在事件中，對自己的認識與了解產生了重大改變。只要在回溯的當下覺察到這事件是個轉捩點就可以，即使事件發生當時，自己毫無所察也沒有關係。

最早的記憶：能想到的最早的記憶有清楚的場景、人物、感受和想法，並不要求一定要有什麼特別意義。

兒時重要記憶：任何難忘的兒時記憶，正向或負向的記憶都可以。

青少年時期重要記憶：青少年期重要的記憶，正向或負向都可以。

成年時期的重要記憶：21 歲以後正向或負向的重要記憶。

其他的重要記憶：最近或以前所發生，重要的正向或負向事件。

問題三：重要他人

每個人的生活中都會出現一些重要他人，指出自己和這些重要他人的關係，及對自己生活故事的哪些具體面向造成影響。

問題四：未來藍圖

在未來的生活中，自己有什麼計劃或藍圖？描述一下自己未來的整體計劃、綱要或是夢想。這些計劃和夢想使生活有了目標、興趣、希望、抱負及心願。計劃可能會隨著時間而更改，

正好反映出自己生活中成長轉變的經驗。這些計劃如何促使自己在未來有所創造及對他人有所貢獻。兩位乳癌復發轉移的患者對於罹患乳癌後的身體功能與生活狀態，自己有什麼樣的看法及因應？另未來面對身體失能、疾病或死亡又有什麼樣的規劃？計劃可能會隨著時間而更改；同時，也可反映出自己生活中成長轉變的經驗。

問題五：壓力與難題

生活故事中重大的衝突、棘手的難題、待掙脫的困境以及高壓時刻。其形成的大概歷程或打算怎麼去克服這些壓力、難題和衝突。

問題六：個人意識型態

個人的基本信仰和價值觀。

問題七：生活主題

在你的生活中，不同階段有哪些生活重心，最主要的主題是什麼。

貳、敘說文本的轉錄與分析

把言談的錄音資料轉化成書寫的文本時，是一種再呈現方式。轉錄言說就像照片的真實，是個解釋性的過程。轉錄時應該包括沈默、搶話、強調的部分、語氣用詞像「嗯」、言說的標記像「你知道…」或「所以呢」、重讀的話、和聽者加入到敘說裡的其他部分？用圈線表現出韻律的結構和韻腳？何者應被包括和如何安排及呈現文本，這些選擇及安排將會影響到讀者理解這個敘說。每次訪談後立即將訪談錄音內容謄寫成逐字稿，使成為閱讀和分析的文本。而不斷地閱讀文本中並分析逐字稿，可收集研究參與者多重個人經驗與自我故事，以整體內容中時間軸或關鍵事件軸的方式，整理出主題重組故事。所以，藉由訴說訪談故事的意涵，將被說出來的加以編輯和賦予新的型態，轉變成一個混合性的故事，成為一個「虛構的文件」。個人生命經驗以不同的方式重新拼貼及組合(Riessman, 1993)。針對故事做特殊內容分析，深化描述、統整、反思再重新觀看。以組織故事的方式導引出解釋，包括：故事的每部分，以及它們與整體之間的關係。不同的轉錄方式會有不同的解釋與意識型態，將會以不同的方式建構其意義，創造了不同的世界。

研究樣本

本研究樣本的選擇，主採立意取樣(purposive sampling)。其根據研究的主題來選定研究族

群(group)，而研究初期選擇研究樣本的標準為：

- 一、乳癌接受乳房切除且復發轉移加上輔助療法的個案
- 二、罹患乳癌婦女經部份或全部乳房切除者後，接受延遲性乳房重建新的乳房外觀者。
- 三、意識清楚，能以國、台語溝通者。
- 四、願意接受訪談且同意錄音者。
- 五、能讀中文繁體字，願意接受原始訪談內容及研究結果資料檢視者

壹、研究對象的選擇

本研究對象的選擇採立意取樣 (purposive sampling)。首先，根據研究的主題來選定研究族群(group)，其次，要決定使用資料的種類(觀察及深度訪談)，再配合資源的可近性，研究者的時間精力等，根據文獻所提供的相關資料決定開始的受訪對象。本研究依據資料飽和原則 (saturation of information)作為選樣工作數量基礎，來進行選樣，重視的是資料豐富性，而非數量的多寡，樣本數將以資料分析時不再有新的主題呈現，即達飽和狀態為標準。因此定下研究初期選擇研究參與者對象的標準：(如上述)

本研究的資料收集是以台灣北部某醫學中心整型外科及台灣乳房重建協會(原名福爾摩沙乳房重建協會)來進行，研究計劃經該醫院人體試驗倫理委員會 (institutional review board, IRB) 審核通過，取得研究機構的同意及配合之，才能開始進行研究。當研究者與指導教授討論後，決定研究此相關議題時，就先篩選出符合研究主題的研究對象，主要是採用對照組的研究方式進行，依據研究參與者不同的人格特質作對照分析之研究主軸，而有關研究參與者個人的人格特質之資料來源有：研究團隊與研究參與者多年的相處、研究者加入病友團體的觀察、研究者訪談時的觀察、與研究參與者再討論訪談紀錄時的觀察及由研究參與者個人自己給分的取向等結果所得之。而在研究對象的選擇方面，研究者乃經由研究參與者的主治醫師介紹認識後，就先與研究參與者接觸，且向研究參與者說明研究者的身份，並建立了互動關係。當獲得其知情同意後，便開始進行研究訪談。在選定符合研究的對象後，研究者除了會向研究參與者說明研究者的身份外，還會說明有關研究的計劃、目的及方法等。若研究參與者同意接受訪談，就請研究參與者留下通訊地址及電話，並約定於近期內進行訪談。當訪談時，需進一步說明填寫參與研究同意書、基本資料表及在訪談過程中會採錄音的方式並配合記錄等項目。同時，對研究

參與者解釋錄音及記錄，是要作資料整理與分析且會確保所有資料的完整性，絕不對外公開，並強調在研究的過程中，研究參與者可隨時要求停止或退出。研究者事先已加入臺灣乳房重建協會，成為其會員。而且藉由參與協會舉辦的會員大會及座談會活動，能多認識其他會員，也增加對研究參與者熟悉度，有助資料的收集。

貳、研究地點的選擇

研究場域的選擇，原則上，以研究參與者覺得方便且感到自在的場所為首要考量，訪談場地與訪問時間應注意減少外界干擾的可能性，不但造成訪談過程的干擾，更影響研究者謄寫逐字稿，造成對文本訊息掌握的障礙；因此，都要在研究參與者決定之前清楚說明；比較適合談話的場所，例如：研究參與者的家裡，但需依研究參與者的意願而定。若選擇在研究參與者熟悉且自然的情境下，配合研究者親切而開放的引導時，更能還原研究參與者生命經驗的原貌。而在基於研究者與研究參與者互為主體的原則下，不論是在徵詢受否願意接受訪談之際，亦或進行訪談時，研究者皆本此原則與研究參與者進行互動，從受訪地點、時間的選擇，到最後研究結果的呈現時，均應互為主體同意的理念貫穿於整個研究過程之中，以求得研究參與者最佳的檢證及認同，而可達成彼此有更良好的互動。此研究的地點，若研究參與者完全同意進行訪談，則可於訪談前一至兩週，研究者以電話和研究參與者約定時間和地點。時間需以研究參與者方便的時間為主，地點也需以研究參與者認為自然、舒適為首要。而此次研究的地點選擇，研究者計畫除了符合上述條件外，預計於醫院以外的地點進行收案與訪談。訪談地點則尊重研究參與者的意願與方便性來作選擇及決定，但須在安靜且不受干擾的環境中進行。

參、研究者與研究參與者

質性研究的精神在於研究者自己的觀察、訪談、感受、理解、歸納、分析等能力，研究者原有的生活經驗、知識、信念等，作為認識和了解受訪者的工具，也就是以研究者為工具，並能真實進入研究參與者的經驗世界，以完整的捕捉研究參與者真實經驗。因此，在質性研究中，研究者本身就是工具（李奉儒，2001）。而研究者的位置被以研究者是否能勝任或貼近研究現象為主，研究者試圖去紀錄參與研究參與者象徵世界中正在發生的經驗，並想要了解所要研究的主題或所想覺知的文化對象及其生活，進行互為主體的論述，以訪談語言為主體、研究者的觀點，進行文本分析。研究者本身即為專業陌生人（professional stranger）；研究者必須為經驗

貼近者 (experience-near)，才能比科學方法論所需求的絕對客觀距離 (experience-distance) 更能尋得現象場域之深度實在 (reality)。所以，研究者本身要更開放及寬廣的視野去探看生活世界的現象，觀察研究參與者的生活世界，讓研究者能夠貼近及取得研究參與者生命經驗的瞭解，緊接著研究者論文的建構是「訪談 - 文本 - 詮釋 - 分析 - 討論」，以尋求生命故事背後意義的解釋，研究者的重要性自不在話下。在本研究中，研究者與研究參與者是互為主體的合作夥伴，所以，研究者也不斷地提醒自己必須具備並扮演以下角色：

一、信任關係的建立者

研究者在訪談前應與研究參與者建立彼此信任關係，並努力營造一個溫暖、自在、無威脅性的訪談氣氛，信守承諾，與研究參與者保持適度、良好的友誼。

二、高度彈性的開放者

研究者對可能發現的結果並不事先抱有期待或預設立場，才能給研究參與者極大的自由度，讓研究參與者能盡情暢談內心世界與生命的經驗。

三、同理尊重的傾聽者

研究者需對那些願意花時間與你分享，協助你瞭解她們世界的研究參與者保持高度尊重與興趣 (顏錦珠，2002)，而同理與尊重正是積極傾聽的最佳要訣。

四、最佳意義的詮釋者

研究者在研究過程中對於文本資料要不斷地來回省視與反思，才能進一步理解研究參與者的內心世界，並做出最貼切的意義詮釋。此外，研究者於訪談結束、逐字稿謄寫完畢後，除了教授的指導之外，也必須邀請修習過質性的學姐進行分析、討論，擔任協同研究者，協助研究者進行資料的分析，以提升論文的嚴謹性。

第四節 研究材料和工具

本研究所運用之工具為：研究者與參與研究者、訪談大綱、受訪同意書、錄音筆和筆記等，以下分述之：本研究所使用的工具，包括：研究者本身為資料收集者，由研究者參照參與研究者的相關文獻及根據研究目的和研究問題，擬出受訪者同意書 (見附錄一)、訪談紀錄格式 (見附錄二) 與受訪大綱等。而訪談過程中，需善加利用可協助記錄的錄音筆及訪談後用以打字整

理半結構式深度訪談記錄的電腦。

壹、訪談大綱

訪談內容大綱的功能除了提供第一次深度訪談時的一個參考架構外，它還可以讓訪談具有高度集中的焦點；同時，參與研究者的時間也能被小心謹慎的運用（李奉儒，2005）。研究者在閱讀相關文獻和思考研究的目的與問題後，與參與研究者共同研究、草擬訪談大綱，並與指導教授討論加以修訂後，而成爲正式的訪談大綱。本研究的半結構深度訪談大綱，包括：以下幾個面向的開放性問題：

- 一、請您描述您罹患乳癌的治療過程與感受。
- 二、當您發現癌細胞有復發及轉移的現象時，請問您的心情如何？
- 三、當您接受化學治療及放射線治療的過程中是辛苦且漫長的，那您是否可以從這段生病治療的歷程中走出來；甚至可以回到您正常的生活步調？
- 四、請問您在罹癌期間有沒有支持您的想法、理念或其他重要的關鍵人、事或物？
- 五、接受乳房重建手術之前、後，您和您的家人的態度與心情又是如何呢？
- 六、當您完成您的心願，作了乳房重建手術後，您的心情如何呢？
- 七、在種種不同治療歷程的各項經驗與感受中，請您敘述在這段歷程中，您個人有何期待與盼望？

貳、受訪同意書

「受訪同意書」的填寫，需特別強調研究參與者的自願性和保密原則。研究參與者有權拒絕參加研究。研究者須先向他們說明研究的性質和目的、參與的時間和次數及研究參與者的權利與隱私保障等。而研究者也要提供研究參與者聯絡方式及回答研究參與者心中的疑惑等項目；此如，可徵詢研究參與者的同意，並能充分表達出對研究參與者的尊重，也能讓研究參與者在一安全無虞和安適自在的情境下接受訪談（受訪同意書，詳如附錄一）。

參、錄音紀錄和筆記

錄音機是進行質性敘事研究中，不可或缺的裝備；它可增加收集資料的正確性，也使研究者更注意傾聽研究參與者的談話（李奉儒，2001）。它也能幫助研究者把握自己無法憑記憶記住的談話細節。因此，在訪談之前，研究者均需準備好錄音機、電池等錄音器材；並預先測試

錄音功能是否能正常運轉，且也可準備錄音機進行同步錄音；以避免因機器臨時故障而造成遺憾。錄音檔上需註記訪談紀錄編號、訪談對象、日期、時間及地點；以利日後校查。

研究者在進行訪談的同時，一方面隨著研究參與者的陳述進行問答對話，一方面也要寫下重要的訊息，如：研究參與者的情緒、肢體語言或關鍵字，當遇到不清楚的部分，如：聽不清楚需再與研究參與者進行澄清或諮詢並可請研究參與者寫在紙上確認之。於訪談後，應立即寫下田野筆記，以幫助研究者分析資料時，能重回現場，並提供研究者有更完整的紀錄。

第五節 資料收集

壹、自我敘說與半結構訪談

研究設計之初採取深度訪談的半結構式訪談，以提問題的訪談大綱進行訪談。經受訪者同意使用錄音機錄音，訪談中並做重點摘要。在進行第一次實作訪談時，隨即發現半結構式的深度訪談方式，並不適合表達能力強的研究參與者實際情況，在問題引導下框限了生命經驗的連貫與完整性，降低了訴說時回顧生命的力量，於是立即轉向為無結構式訪談，開放對方的主導性，以輕鬆自在的自由敘說方式，在重新敘述自己的生命故事時，開展另一面向的整理後不同角度的經驗故事。訪談結束後研究者隨即將錄音機的內容轉錄為逐字稿，仔細閱讀後再與指導教授討論進行意見的交換討論，增加自我覺察和反思，拓展下次訪談的寬廣與深度。

當進行第二次訪談時，除了採取自由敘說的方式外，跟著研究參與者的感覺走，在故事中尋找火花，發現可以深度的談下去時，再以各種提問的方式提出問題做為催化劑，在過程中使問題有獨特意義，從另一角度去思考生命意義，而有生命的重寫。所以，研究者認同「在達到某種程度的信賴和互相了解時，我們會開始問一些比較帶有目的與介入性質的問話，從解構式傾聽轉移到解構式問話」。因此，資料蒐集是在自我敘說及半結構式深度訪談中不斷來回穿梭下進行的。(孫淑芳，2008)

貳、參與觀察

參與觀察的研究者都是為了分享研究參與者的經驗世界，參與這個世界的經驗活動，並進入研究參與者的觀點。參與觀察的目標無非就是從研究參與者的觀點去開展世界的意義

(Denzin, 1989)。研究者與研究參與者因剛剛認識，故更需要擅用參與觀察法。在研究者訪談

期間的過程，與研究參與者彼此之間的互動與關懷，應建立良好的互信基礎；如此一來，可以呈現連續性的脈絡，亦可呈現互動的狀況。

資料的產生，應為是有目的的抽樣方式。有目的的抽樣的邏輯和力量，乃在於選擇資訊豐富的案例，以便作深度的研究。而資訊豐富的案例，就能從其中，學到極多有關此研究目的的中心重點議題，也因此，稱之為有目的的抽樣（Patton, 1990）

若研究參與者完全同意進行訪談，則可於訪談前一至兩週，研究者以電話和研究參與者約定時間和地點。時間需以研究參與者方便的時間為主，地點也需以研究參與者認為自然、舒適為要。訪談的時間大約控制在六十至九十分鐘左右(主依研究參與者參與的情況而定)。每次訪談前，都需詳細說明訪談的目的，並可以設定好的訪談指引，來詢問研究參與者。在訪談過程中，需隨時觀察研究參與者的表情、動作、音調等非語言的表達並配合錄音、記錄；而整個的訪談可一直進行到研究參與者表示已經表達完其所有想要表達的，此時，即可適時結束訪談。

第六節 分析資料

資料的分析，需要研究者與資料同住或沉浸於資料中。資料分析的目的，是保存研究參與者生活經驗的獨特性，而又能對研究中的現象產生了解。由於研究者沉浸於資料中，他們可以確認及萃取出重要的陳述。理解或抓住這些陳述間的主要關係，以及準備一份對此現象的完整敘述；於是，就會構成最後的階段了。

敘事心理分析是希望能揭露社會與心理的真實。因此，資料分析的重要關鍵就是要了解訪談情境中所產生的意義內容及意義複雜性。要了解這些意義必須要仰賴「詮釋」，以及研究者投入於和逐字稿之間的「詮釋關係」。這些意義並不會自動反映在訪談或逐字稿中，而是研究者必須「持續不懈地和文本奮戰，投入於詮釋的歷程」，才有辦法獲得這些意義。

第一步：閱讀與熟悉

反覆閱讀全部的逐字稿，以便使自己能夠熟悉文本資料，對於逐漸顯現出的重要主題，能夠掌握大致的要義。

第二步：找出待探尋的重要概念

了解所要分析的個人敘事具有哪些基本要素。根據McAdams的看法，應該有三個要素：

敘事基調、表徵意象、主題。

壹、敘事基調(narrative tone)：係透過故事的內容及敘事的形式或方式來傳遞。敘事基調大致上是樂觀的，或是悲觀的。McAdams認為敘事基調最主要的影響因素來自於兒童早期和重要他人依附關係的安全與否。

貳、表徵意象(imagery)：表徵意象就和我們的身份認定一樣，都是可以被發現與被創造的。我們創造屬於自己的形象，但此一創造行動本身即深受文化中的原始素材（例如：語言、故事）所影響。特別要注意用來描述、或是陳述生活章節、關鍵事件所使用的語言。表徵意象能提供線索使我們得以探尋對個人有意義的形象(images)、符號(symbols)或隱喻(metaphors)。當我們區辨出敘事有哪些特定的表徵意象之後，可試著再去探索這

些表徵意象的由來。和家庭背景有關嗎？有些心理學家認為成年期的個人表徵意象根基於家庭複雜的動力系統，尤其是人生的前三、四年為甚。敘事基調是否可以在社會的主流論述像是道德、價值觀、信仰體系中找到定位？

參、主題(themes)：McAdams認為對於主動權、自主性渴求的權力與與他人有關聯、依賴的渴求的愛是構成故事的二大支柱，因為都是人類生活中主要的動機。在詮釋資料時，必須特別注意這些資料透露出哪些具有動機性的主題。權力與愛對個人影響程度為何？權力與愛的需求化身成什麼樣的風貌出現在故事當中？

當我們生病、喪親或是面臨到認定危機的時刻例如：青春期、更年期，權力與愛就會更加強烈。當我們注意到以前和現在的自我有所不同時，一些以前從未想過的問題就會浮現在心頭：「真正的我究竟是誰？」、「我是誰？」。接下來可能就會開始認真的思考不同生活方式的可能性。所以敘事中提到的「情節」其實透露出許多線索，告訴我們生活中到底是什麼在驅策著我們，激發我們前行，以及我們真正重視的是什麼？

第三步：區辨出敘事基調

想要區辨敘事基調，必須從兩方面著手：

(一)仔細檢視當事人提到了哪些過去經驗？

(二)當事人又是如何說這些經驗？

第四步：區辨「表徵意象」和「主題」

表徵意象和主題最好是一起分析，因為，它們常互有交集，而且特定的表徵意象通常也會帶出特定的主題。要區辨表徵意象和主題的方法，是有系統地處理逐字稿，從「生活章節」的問題開始，順著後續的訪談問題著手。表徵意象和主題應該是隨著這些問題被區辨出來。

第五步：交織成一篇脈絡連貫的故事

依據我們對訪談資料的詮釋，目前將這些令人眼花撩亂的表徵意象和主題整理成簡要又好用的圖表了。接著，即要將這些資料全部交織成一篇脈絡連貫的故事。

第六步：撰寫研究報告

撰寫之前試著去區辨分析個人敘事；建構成一份脈絡連貫的敘說。為了將上述的林林總總都化成文字，得轉換一下立場，投入撰寫的過程中。在此過程中；還是要持續做分析的工作。

本研究的資料分析過程，以 Colaizzi(1978)的研究步驟進行資料的分析，其步驟如下：

- 壹、仔細傾聽訪問錄音，以求能對整個經驗有一整體性的瞭解，並將錄音的訪談內容電打字出來，以獲得研究參與者生活經驗的原始資料。
- 貳、由電腦打字的内容形成有意義的句子(significant statements)。有意義句子即可作為分析的基本資料。
- 參、由有意義的句子萃取出意義(meaning)。此步驟研究者須深入其境的瞭解研究參與者的經驗，並保持描述的態度，以萃取出其意義。
- 肆、保持描述性態度，將所形容的意義中，所存在的共同特性組合成主題(themes)。
- 伍、將調查此一現象所得結果做一整合且做一完整的整體性描述(exhaustive description)。
- 陸、經由整體性的描述而形成此現象的本質結構。
- 柒、將電腦打字所得內容，給每位研究參與者檢視，以確認研究結果是否反應出研究參與者所要陳述的經驗。

第七節 研究嚴謹度與倫理

壹、研究嚴謹度

本研究是依據 Lincoln 及 Guba(1985)所提出嚴謹的科學研究須遵守的四項原則：真實性(truth value)、應用性(applicability)、一致性(consistency)、中立性(neutrality)。此原則運用於質性研

究中為測試是否符合準確性(credibility)、可轉換性(transferability)、可靠性(dependability)、可確認性(confirm ation)等原則。

一、準確性 (credibility)

指資料的可信度及真實價值，研究者在訪談過程中全程錄音並完整的逐句轉述資料及在訪談過程中隨時觀察記錄個案的表情、動作，音調等非語言的表達，以增加資料的豐富及真實性。另外，也應用研究參與者檢視法(member check)，將原始訪談內容資料及研究結果整理提供原參與研究的每位研究參與者以檢視資料的確實性。

二、可轉換性(transferability)

指經由研究參與者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料描述與轉換成文字陳述。並且能謹慎的將資料的脈絡(context)、意圖(intention)、行動、將語言與非語言部份都記錄轉換成文字以增加資料的可轉換性。本研究的描述、說明經驗本質皆由資料產生，指涉於生活經驗中，並將訪談錄音內容逐字電腦打字，深入描述資料的時間及脈絡(context)，並引證研究參與者話語，重視新發現、廣泛查閱文獻來獲得充分的資訊，納入說明、解釋的過程反將這些料中脈絡相同的主題歸成一類，以達到研究的可轉換性。

三、可靠性(dependability)

指資料的一致性、穩定性、可靠性，在每一筆的資料或每一個重要關鍵點有變動時，都特別提出說明與溝通(Lincoln & Guba, 1985)，本研究訪談過程以全程錄音的方式進行資料收集並於訪談結束後二十四小時內，將原始資料逐字逐句電腦打字後加以分析，整個研究過程，均由研究者一人觀察、記錄、避免因研究者不同而造成的誤差。而且，研究者使用同儕辯證，邀請有質性研究實作經驗並對本研究方法瞭解的同儕一位，共同驗證研究方法與步驟、分析受訪者資料，過程不斷做省思，並詳實的做成書面記錄，故從研究法的選擇、個案選樣、資料收集、資料分析等皆能清楚呈現，所以，是具有可靠性的。

四、可確認性(confirm ation)

指資料是中立、客觀，且是可以稽查的，研究者要提供足夠的資料使確認此研究是忠於其研究原有的本質(Lincoln & Guba, 1985)，本研究將所有會談記錄、摘記、分析的資料等皆有時間、日期的記錄，並將所有研究資料有系統完整的保存，以做為日後讀者或臨床護理人員在日

後運用或稽查的軌跡。

貳、研究倫理考量

質性研究的敘述說是以人作為研究的對象。因此，在作研究時，須特別注重其所牽涉到的研究倫理問題，包括：尊重個人的意願、確保個人隱私、不危害研究對象的身心、遵守誠信原則、以及客觀分析及報告等。

一、尊重個人的意願

從事以人為對象的研究，對於研究對象的正常作息會造成某種程度的干擾，基於保障個人的基本人權，任何被選為研究對象的個人，都有拒絕接受的權利。換言之，未經徵得當事人的同意，研究者不得逕行對其進行研究，即使徵得同意，當事人亦可隨時終止參與。

二、確保個人隱私

為保障同意接受研究者的私人興趣及特質，進行研究時要遵守匿名（anonymity）及私密性（confidentiality）原則。可以代碼替代或更改姓名，以保障被研究者隱私。

三、不危害研究對象的身心

研究者有責任及義務確保每一個研究對象在研究進行過程中，不會受到生理或心的傷害，包括造成身體受傷、長期心理上的不愉快或恐懼等。

四、遵守誠信原則

誠信原則的遵守規範：第一、向研究參與者說明此研究的方法和進行的方式，若要錄音事先向其說明清楚，待其同意後始可為之。第二、如果是不可避免使用隱瞞途徑，事後應儘速向研究參與者說明原委，但在說明時要極為謹慎，避免讓對方留下「受騙」的不愉快感覺。

五、客觀分析及報告

確實保障研究參與者的基本權益，同時研究者對於如何確保研究參與者的相關權益，其也有一定的規範。主要包括：研究結果的分析與報導兩項。在結果分析方面，研究者應客觀的將所獲得的有關資料，依據研究設計進行客觀分析，不可刻意排除負面的以及非預期的研究資料，使研究參與者能夠完整的掌握研究結果。而在結果報導方面，研究者有義務將研究設計的缺失及限制詳細條述，使研究參與者能瞭解研究的可信度。

本研究倫理的考量，乃是須注意到研究參與者的自主性、隱私權及其權益將遵守倫理原

則，必須取得同意及配合之後才開始進行研究。

第四章 乳癌復發轉移患者的生命故事

本章節主要是敘述小茹和秀秀兩人同身為乳癌復發轉移患者且接受乳房重建之不同的生命故事。「乳癌」對我們女性而言是一種具有高度威脅性的壓力來源。「被迫切除」是種無法言喻心底的傷痛，是無奈的痛；也是無奈的失落。「乳房重建」，是形塑身體心像；是撫慰悲傷、也是重拾自信。本章是透由她們罹癌治療過程與乳房重建的經驗來敘說及編寫她們的生命故事。本章共分為三個部分：本研究邀請兩位符合目標取樣的受訪者參與正式的研究訪談，謄寫出逐字稿文本，透過分析步驟，擷取出乳癌復發轉移患者接受乳房重建經驗之關係所蘊含的深層意義，經過同儕與研究團隊檢證，以及研究參與者互為主體的同意之後，以下列三個主題呈現乳癌復發轉移患者接受乳房重建在其生命經驗的主軸意義類型：一、小茹的故事；二、秀秀的故事；三、她們經歷罹癌治療過程與乳房重建的經驗之整體樣貌故事的敘說。在她們罹癌治療與乳房重建的歷程中，重寫出屬於她們個人的生命故事及對生命的感受與體悟。每個人的背後，都有一個故事，或者這個故事即將開展，可能是驚心動魄，也可能會哀感動人。喜樂與哀愁，美麗與缺陷，筆者期待能在文中，得到一些釋放、付出與不同的生命意義呈現之陳述。

第一部 小茹的樣貌故事

光要照在人前 愛要行動表現

人們因此能看見 真愛在你們中間

光要照在人前 愛要行動表現

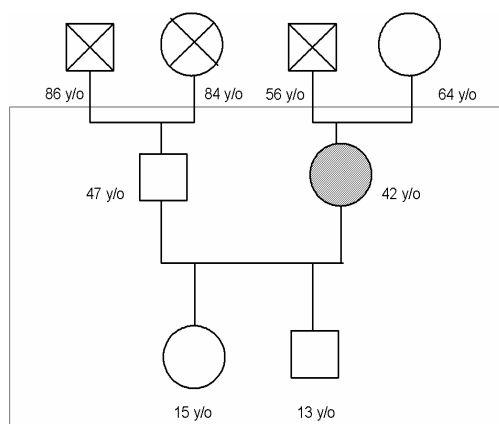
人們因此能看見 真愛在我們中間 (摘自教會聖詩)

序曲

小茹四十二歲，個性屬較外向型，人很友善也很隨和，平易近人，正向且樂觀，容易接納別人；與人交往表現熱情洋溢、精神抖擻，有獨樂樂並與眾同樂的天性。天生熱心腸、健談、敏於解決問題且樂於助人，受人歡迎且負責任，如：喜歡與人互動、也喜歡與人分享經驗、熱心幫助病友申請保險補助事宜及常會參加公開演講。具高職學歷，有道教信仰，已婚，育有一男一女，現為家管，曾從事保險業務工作；先生從事牙模製作行業，經濟穩定。其個子不高，

屬身材瘦小型。咬字清晰、音色甜美、口才流利、中氣十足的腔調，使人不免訝異小茹的身體狀況，怎麼不像是位罹患癌症虛弱、無助的患者？更何況她還連續的復發、轉移……這已經是小茹罹患乳癌，接受治療後的第二次的復發及轉移了……！

家族圖譜



小時候我們家是做生意的，賣醬菜，那時候，我們家的生意作蠻大。從小學開始，上學之前，我們兄弟姊妹都要幫忙家裡做生意，打掃店面，如有蔬菜來，都要把它洗一洗，然後切菜，編織成醬菜，拿去賣。當然，我們小時候也沒有所謂固定的零用錢，只有每天上學之前爸爸會給我們五塊錢或什麼錢之類的，從小我就知道要認真努力，爸爸媽媽才會給錢，那我們也不會亂花。以前，在國小、國中的時候，會拿特別多的時候，通常就是在過年拿壓歲錢，大概都有幾百塊錢，一年就拿那麼一次，我們就已經很高興了，因為，有屬於自己的錢。然後，一直到我高中一年級的時候，我讀夜校，我知道白天要工作才会有錢；所以，讀高一的時候，我就到H醫院工作，一個月有五千塊，我賺得好高興，終於有屬於自己更多的錢，而且，還可以每個月給我媽媽錢，給多少記不太清楚了，我爸爸很早就過世了，在我高三的時候，他就走了，因為突然腦中風、腦血管破裂、昏倒，四天就走了，真的很快！所以，我媽媽就更辛苦；媽媽一人要養育我們六個孩子，當時，我們都還在讀國中及國小而已。我是大女兒，我上面有一個哥哥，所以，我知道一定要工作，家裡才会有錢，才有辦法改善我們家的經濟，所以，我一直都有長女的那種責任感。我們兄弟姊妹一有空就是把家裡弄好，而我會洗衣服、煮飯給弟弟妹妹吃；媽媽那時也要出去工作賺錢，我們全家真的都很辛苦！現在媽媽就在家帶孫子，其實，這樣已經很不錯了，真的苦過來了！但是，我媽媽她常常都會回憶起，她年輕時和我爸爸在一起有多辛苦的日子，常講以前的心酸史，也常怨天尤人，而我會鼓勵媽媽不要一直再回憶那種不

愉快的往事，要多往好處想，我也會給她很正向的觀念和想法。我是一個比較樂觀且正向的人，我覺得人有時候就是會一直想不好的事，我都覺得千萬不要讓不好的事影響自己；日子要過很開心、很快樂，那不是就很好嗎？雖然，媽媽她比較負面，而我們家兄弟姐妹都很正向，我覺得可能是從小就知道生活的困苦吧！在那種困難的環境下，我們家兄弟姐妹都沒有變壞，而且，個個都能向自己認定的美好人生邁進；我大哥是作電鍍的，大妹擔任電台主持人，小妹在牙科當秘書，大弟在開餐廳，而最小弟弟則在外商電腦公司上班，我們都過得很好，能互相幫忙，感情很好也很融洽。現在，我結婚後就與老公、小孩同住一起，有空就會去大哥家探望媽媽。媽媽對我生病這段期間的叮嚀，就是要我自己好好照顧自己！因為媽媽年紀大了，身體也不是很好；在我生病之後不久，她也動了子宮頸癌的手術。如此只能聽從媽媽的話，好好照顧自己，不然能怎樣呢？即使如此，我都還要常常安慰她、鼓勵她呢！她的癌細胞是屬於老化型的，醫師說這應該是沒關係的。而我是屬於乳癌第二期的階段，我要更愛惜自己、疼愛自己；勇敢的走下去。

第一節、 癌病歲月

危機伺起

回想起剛罹癌的無助與痛楚…在剛罹病的那段時間裡…嗯…心裡方面很痛苦也很失落……雖然有去門診作檢查。但當時什麼都還不是很懂，只要想到還有兩個年幼小孩，還需人照料，他們都還在上小學而已呀！當下就根本不曉得要如何渡過…？我是在九十年八月十三日接受乳房切除手術；而第一次乳房門診檢查，大約是在乳房切除手術的前一年，大概是在八十九年七月左右。當時因為發現我的左腋下處，有一顆感覺熱熱的而且長得像青春痘般大小的小硬塊，於是就到台北 M 醫院一般外科 A 醫師門診檢查。檢查結果是水泡囊腫，A 醫師說：「不用切除，99%是好的」。這是第一次看乳房門診及作超音波檢查的經驗，感覺上還蠻樂觀的。但經過半年的時間，自己在檢查乳房時，確確實實有摸到一顆小顆、完整而且還會疼痛的圓形腫塊。（小茹用手示意在左邊乳房的內側上方處是長腫瘤的部位）所以，又到醫院門診去作檢查，經由 A 醫師安排到 M 醫院的 X 光科作乳房穿刺檢查。這次一樣是一個人到醫院檢查，但不一樣的是，自己已經隱隱約約的感覺到工作人員在互相討論乳房穿刺的結果及乳房抽取物是不

好的東西。你知道嗎？病人是敏感的，我可以察覺到是不好的結果。在作乳房穿刺時，雖然已經有使用了局部的麻醉藥，但在靠近胸壁處仍然覺得很痛；因感覺非常疼痛，我就一直哭，也因為疼痛而又感覺到好無助，這是我第一次察覺到有一種危機感出現了……

診斷確立

之後，拜託檢驗科同事看結果的報告，同時同事也協助我安排到另一位乳房外科 B 醫師門診，繼續做檢查。記得是在 B 醫師門診時，確實診斷是“癌症”，當下立刻詢問出我的乳癌是屬於浸潤性且多發性的乳管癌，屬第二期末期，所以，一定要作乳房全切除的根治手術，當被醫師正式宣佈罹患乳癌的時候，我哭得很厲害，當場就在診間大哭起來！幸好那一次門診有我妹妹陪伴我一起去。不然，真的不知如何承受？…當情緒稍穩定些又詢問 B 醫師是否只要切掉癌細胞就可以了嗎？因為當時真的不知道為何一定要全部切除掉乳房？之後，又到其他醫院檢查，包括有 K 醫院及 H 醫院等等不同的乳房外科醫生；如此的連續門診檢查，答案卻都是如此一致的結果！

悲傷失落

在這段不斷檢查的煎熬過程中，雖然難過了三到四天，也哭了三到四天；但在手術後的第四天，當拆紗布的那時候，卻是我哭得最淒慘的時候，那狀況是我一個人在單人病房內嚎啕大哭……很久很久……！（小茹談到此時兩眼紅眶也泛著淚光！）當紗布一拆掉，我看到自己的胸部，怎麼會差那麼多？！我真的沒想到會落差那麼大！當下我就崩潰了：「喔！乳房呢？不見了，怎麼差那麼多？！」，我就很歇斯底里的一直哭…一直哭…一直哭…而且是放聲大哭，嚎啕大哭，哭得好厲害啊！之後，自己會覺得也就是自己心裡的感覺啦！對外說是沒有感覺啦，但是對自己、對內心的感覺，總是覺得失去了什麼，也一直覺得缺少些什麼，感覺好像割太多了，有時候我會照照鏡子，摸摸它、感覺它（小茹摸摸患側），覺得它真的很可憐……（爲什麼這次比正式宣佈得癌症的時候，哭得更厲害？），我原本是個很愛漂亮的人，基於愛美因素，當左邊乳房全切除後造成乳房兩邊落差很大，就擔心如何穿著內衣？我原來的胸圍是 34D，而同時我會覺得我不是一個完整的女人，自然而然就形成了一股自卑情結，超級自卑了…唉！妳知道嗎？當時我會將照顧我的女傭趕走，主要是因為我覺得我不如她……真的是好難過，而且又好自卑啊！另外，我也害怕從此老公就不愛我了！由於這些種種的原因，就造成哭狀慘烈

的局面。其實，後來因為化療掉髮事件，我也哭是得很厲害！但這次卻是最為慘烈的…

與癌共處

我本人生性樂觀，是牡羊座，雖然血型是 A 型，多愁善感型的，但我一直都很喜歡快樂；雖然罹患癌症，但我都沒有想太多，只是一心的相信醫師。曾經想過醫師們沒有講太多的病情，其實這樣也有它好處的一面，而我也認為，如果醫師們說了太多的病情，事實上，我真的也會擔心、害怕…！所以，我自認我自己的確有許多的問題未曾釐清過。不過，我仍會上網或是請教醫師與乳癌治療或重建相關的醫療資訊，而我的醫療認知程度只要有五成的一定程度，我可以接受了！我不必要全部都懂；雖然，我搜尋的資料也有它一定的限度在，所以，就是如此這樣囉！因為我認為只要能與癌症好好共處，好好的對待它，要它不要作怪，如此這樣，我也就足夠了！

當接受化療注射「紫杉醇」的過程中，曾產生嚴重的掉髮情況。當大量掉髮的時候，雖然心情是非常難過，當天就去剃成光頭，並買頂帽子及假髮來戴。後來，發現頭髮有長出一點點時，心中也就一直很期待它繼續長出來，之後，一個月都有持續的在長。化療的過程也就在如此的期待心態中渡過來了！你看我這一頭短髮也才剛長出來不久的唷，我以前可也是個愛美的長髮族喔！

其實我對癌症的治療一直都有信心，當八月份作乳房切除手術後，我在九月份就開始接受一連串的化學療法，總共進行了有六次「小紅莓」療程及四次「紫杉醇」療程，每三星期作一次，一直進行至隔年的四月底才全部完成。「小紅莓」化療可以用健保給付，但「紫杉醇」是要自費的，一針是五萬元，總共花費了十五萬元；緊接著下來是在四月到五月間繼續作放射線治療，每天都要照射，連續照射二十八天，在五月份的時候已造成皮膚表面有燒焦現象，也會噁心及身體上的疼痛產生，這部份是因為換藥時，曾使用生理食鹽水摩擦到而感到疼痛。如此的折騰，人也就變得更加的自卑了。當噁心的問題嚴重時就會嘔吐，即使是使用一顆高達七百元好的止吐藥物，對噁心、嘔吐的問題仍然是無效，所以，這段期間食慾也不好，常用禁食、忍耐、吃少一點或只喝安素補充等這些方式來減輕療程的不舒服，但也曾經因為吃不好造成白血球不夠，而延遲了療程的正常進行。雖然如此，我仍對癌症的治療有信心，我是很樂觀看待並能與我的乳癌細胞好好的共處；就像癌療期間，我曾經一度可以回到工作職場上，但是，

當我的體力又漸漸轉為虛弱時，我則又辭掉工作，但我並不會因此就灰心、失望或放棄，我仍然可以樂觀處之，因為，我相信我一定還有機會可以再回到我的工作職場上。

找尋重生

自從得知罹患乳癌迄今，這期間算一算總共接受了五次外科手術的處置，其中包括了：根治性乳房切除手術，人工血管裝置手術兩次及乳房重建手術併作傷口清創手術等外科手術。雖然經歷過這麼多次外科手術的挑戰，針對乳房重建手術的期待與接受，是非常值得一提的部分。當我接獲乳房重建手術的第一個訊息是來自 H 醫院門診的護理人員，在五月底，我結束所有的癌症療程之後，我仍然要每三個月回診一次，不知道經過多久時間就改成每半年回診一次，因為，我不用吃抗生素或荷爾蒙之類的藥物，而且那時追蹤的癌症指數結果，是呈現正常的。故我一直一心希望能夠作乳房重建手術，不論採用任何方法都可以，當時癌症指數正常後，在九十三年七到八月間找整形外科 C 醫師諮詢有關重建手術的資訊，一直到九十四年一月底，大約是在過年前，我終於完成了我的乳房重建夢想。因為，我一直想變回我是一個完整的女人。所以，這樣自從乳癌發病作了乳房切除手術後，再經過化學療法及放射線療法，整個治療過程控制穩定到能夠作乳房重建手術，期間總共歷經了三年多的時間。整個乳房重建過程是相當辛苦的，因乳房重建手術是個長時間的大型手術，而且手術後必須住進顯微手術加護病房觀察，長達有一星期之久，住院期間曾發生傷口需要清創的情況而延遲住到十天左右，直到傷口穩定後才出院。雖然有以上種種的痛苦與艱辛的感受，其實，到現在為止，我始終認為我作乳房重建手術是相當值得的，而且我也是一直非常的肯定它對我的價值與幫助。(當完成你的心願作乳房重建後，你的心情如何呢？重建術前後，家人的態度又如何？)我一直盼望能夠早日作乳房重建手術，在癌症治療的過程中一直在等待，其實，家人們包括：老公、媽媽、兄弟姐妹們…等，他們都認為應該先把病養好比較重要，並未表示支持，但因我個人一直很期待也很堅持，所以，就如願完成了，當時我的心情是非常的高興也很滿足，因為，我恢復又成為一個完整的女人了。

復發轉移

我的病情一直不是很穩定，它一再的重覆又復發，而且這已經是第二次的轉移了，當我接受這一連串冗長且不舒服的化學治療與放射線療法過程，這期間的辛酸與煎熬，真的不知道該

如何向外人說？…(那接下來的過程呢？經過多久才發現病情有改變？譬如：當癌細胞有轉移的現象時)。記得是在作乳房重建手術後，出院不久就感覺腰痛不適，經 C 醫師轉介復健科做復健時，初步懷疑是椎間盤突出的症狀，後來，也接受 X 光及骨頭掃描等檢查，才證實是癌細胞復發轉移了。那段期間，雖然控制癌症指數正常，但我仍須每半年回一般乳房外科 B 醫師的門診追蹤檢查，而作進一步掃描則是由 B 醫師決定的，經過兩週後，確定是癌細胞轉移到胸骨、脊椎及肋骨，肝臟也有幾處轉移了。(那當下的心情如何？)。這次我整整哭了一星期的時間那麼久！而且是無時無刻的一直在哭啊！我心想我都已經這麼的努力熬過難辛又漫長的癌療過程，怎麼會在才剛剛做完乳房重建手術後就又發生復發轉移呢？為何會變成如此這般？我是不是要走了？我是不是已經嚴重到不行了？(那後來又如何因應呢？)。經乳房外科 B 醫師建議仍繼續作化學療法，因為癌症指數 Ca153 指數已經升高到達 380 的高點，而此次施打抗癌藥物也有所改變，改用俗稱的「溫諾平」加「白金」的抗癌藥物，每三周注射一次，方式是第一週要住院施打混合的化療藥物，第二週只要在門診單獨注射「溫諾平」藥物即可，到了第三週就可以休息一下。總共需要十二次，如此的療程花費將近有一年的時間。(那這些措施你可以接受及適應嗎？)。其實，在第一次接受「紫杉醇」化療的時候，大約是納莉颱風過後的第二週，當時掉髮的情況非常得多，而當掉髮時，我才突然驚醒到「我是個癌症病人」；也終於能體會到電視上連續劇演出的癌症病人的心情，那時候，我又哭了！我真的無法接受大量掉髮的情形，它讓真的我非常的傷心，因為，我真的是非常的愛美，我可以認真到為了漂亮，為了某種目的，我可以很認真的去執行它，來達到我的目的，或許這跟我的個性有關。所以，這一次復發轉移的結果又要繼續打化療藥物；當時，我就拒絕了「紫杉醇」藥物，因我不想再大量掉髮，之後，經過與醫師討論，B 醫師配合作了改變，同時也建議注射不同於上次化療的抗癌藥物，而改採用「溫諾平」與「白金」這兩種抗癌藥物。其實，做化療時雖然會掉髮，但我只希望不要掉太多的量，少量的掉髮我是可以接受的。而另一種「白金」藥物，會產生很厲害的噁心、嘔吐等不舒服症狀，約每三十分就會嘔吐一次，我竟然連膽汁都能吐得出來，使用了止吐藥也沒有效果。雖然如此，但我仍然堅持忍受它，並且接受它，因為，只要不要讓我大量掉髮就可以了。另外，有一次剛好回去看放射科 D 醫師門診，D 醫師敏銳的發現到我的坐姿不對勁，而建議我進一步做斷層掃描檢查，才又發現了“脊椎骨盆腔”的骨質被癌細胞侵蝕到骨質了，有點類似

“骨質疏鬆症”般的症狀，這有如八十歲的老人同樣的“骨質疏鬆症”了！之後，我仍然接受了血液腫瘤科 E 醫師建議繼續施打抗癌藥物，而“紫杉醇”這抗癌藥物仍被我拒絕，因我還在擔心會大量掉髮；故 E 醫師又建議我改採用不掉髮的住院化療方式，但它是屬於自費的化學治療療程—“微脂體小紅莓”。雖然，最後，我仍舊接受一般外科 B 醫師的建議繼續施打“紫杉醇”加“健擇”合併的抗癌藥劑，這期間又長達了整整有一年（九十五年八、九月至九十七年一、二月止）的時間，療程與之前相同，也是採一、二、三週方式，每三週一次，共需要十四次。現在我的癌症指數(Ca153)仍居高在 150 左右，正常人的癌症指數(Ca153)應該是在 30 以內。這種方式的每一個療程，都會讓我疼痛一週左右，也會噁心、嘔吐、發燒…等等不舒服的副作用，所以，當我遇到一連串癌療的瓶頸或困境時，醫生都會建議我要休息一陣子，再繼續作下一個療程。雖然，癌細胞都一直不定的反覆，也不斷的復發轉移循環著，但我還是能夠很樂觀看待它，並且能與我的癌細胞好好相處。其實，我的個性是我如果知道一件事的結論對我而言是好的，過程只需要簡單大概說明一下，我就可以接受了，我不需要知道的太多；不論是有什麼副作用或其他後果，我的預期心理是可以事先準備好的，所以，只要能跟我解釋最快的方法和最有效的方法就可以了，而其中的過程發展如何，我全然都可以忍耐，就像這次我罹癌接受所有的癌療過程一樣。（那你對一次又一次的化療，有什麼想法？）。我曾經問過我自己，就是說，我這麼配合醫生，作了這麼多的治療，為什麼還是不能把它消滅掉？它還是存在著？為什麼它消滅不了，連醫生也都回答不了；我有時候會一直問自己這種問題，可是，這還是沒有答案的啊！相信去問任何人一樣都是沒有答案的啊！有嗎？沒有吧！我從來沒有解決過這個答案，雖然如此，我心理的調適就是告訴我自己說：接受它，面對它，繼續的治療它，就這樣啊！（那轉移的部分呢？）一樣啊！對我來講都是同樣一件事。（轉移到不同的器官，你認為還是一樣的感覺嗎？）是啊！我還是覺得都是一樣啊！怎麼會不一樣呢？它一樣都是癌細胞呀！（那你可以作得到單一癌症或好幾個癌症的病情輕重的比較嗎？）當然是同時得到好幾個癌症是比較嚴重。（而當妳癌細胞轉移的時候，妳感覺它已經跑出去，不只是在妳原來的一個地方而已，請問妳有甚麼樣的看法？）其實，醫生跟我說癌細胞有轉移的現象時，當下，就在那時候我是很慌、很亂，心想怎麼會跑到那麼多的地方去呢？第一次癌細胞轉移的時候，我哭了三天，第二次轉移我是哭了整整一個禮拜，兩次的不同就是如此的轉變！我想怎麼會那麼糟

糕呢?!我的身體怎麼會那麼脆弱?!我是不是沒有好好的照顧它?可是,我覺得我真的是很認真的在過日子啊!而且,我也沒有做什麼不好的事情!當下的心情還是比較沉重,過了一個禮拜就慢慢轉好了。不然,我還能怎麼辦?就只能聽醫生的話,治療期間就儘量保持樂觀的態度去面對它。其實,我一直有問過醫生,那該怎麼辦?醫生說繼續做化療、施打抗癌藥之類的療程,反正,就是要聽話照做呀!醫生講甚麼時候來打藥,我就甚麼時候來打藥。然後,就是認真的把自己照顧好,就這樣子囉!(那對這樣多發性癌細胞轉移的現象,妳有沒有一些擔心或憂慮?)。還好啦,檢查報告出來就是這樣啊!之前,我曾說過,我一直覺得我不會比別人早走,所以,我就好好的活著,好好的跟我的小孩相處,搞不好別人都比我還苦,雖然,現在的情況,是每況愈下,我也實際的感覺到怎麼會那麼糟糕!但我還是不會覺得時間愈來愈少,也不覺得會很快就走,我不知道,我就是一直覺得我應該沒有那麼快走啊!真的,我覺得還好啊!而且,我還能夠正常的去上班耶!即使現在一直還在使用抗癌藥物,有時比較疲累時,我也不會覺得說我活得好累喔,目前,我知道我的日子還沒到啦!我也了解,到現在為止,我都覺得我還可以啦!,反正,我就是好好的過日子呀!

第二節、化癌爲愛

熱心天性

在我接受化學治療及放射線治療的抗癌過程中,是辛苦且漫長的…若要叫我說出如何從這段生病的歷程走出來,甚至,可以再度就業且回到原來的工作職場上?其實跟我個人的個性本質有關,我有一項興趣是我很喜歡與人互助及分享各項事物。所以,當我的癌症指數(C153)在正常範圍時,雖然,是一邊作化療,而我仍可以一邊工作,如此化療兼工作的時期,竟也長達了有一年的時間之久(自九十四年五、六月到九十五年六月左右)。其實,當時,我可以又開始工作的時候,我以為我都已經全好了!但當作完一個化療的療程階段後,不過,才兩個月的時間,我又痛了!癌症指數(Ca153)竟然由50升至100,一下子又跳到200,我才知道我的癌細胞,它是一直反覆不定而且是不斷的復發轉移循環著。但我相信我並不會因此被擊倒而放棄。所以,當我再度回到工作職場時,我仍然充滿了活力與熱忱;除了繼續服務我原來的基本客戶群外,我還能夠在病友之間,熱心的付出及努力幫助許多病友,解決她們有關保險理賠的

業務問題，同時也減輕了她們醫療經濟上的部分負擔；所以，我可以算是能夠幫忙病友們諮詢、解惑有關保險知識與作好申請理賠處置的人。

我覺得其實很多事情都是互相的！有捨才有得，我不認為，我捨了，我就一定要有所得，我覺得如果這個得，只要是對方有得到；雖然，不一定是我得，我仍然會覺得很開心，因為我得到的是開心，這樣也算是有捨有得呀！這樣不是也很好嗎？

同理心態

由於我個人已經有十多年的保險業務方面的專業知識與經驗，而且也有基本的客戶群，需要我繼續去為他們服務。雖然，我在罹癌治療過程中離開職場，但我仍感覺到我是有責任要繼續去服務他們的，這期間除了有份責任感外，其實，我也想再去賺錢，當病情較穩定，再度回到工作崗位時，我仍是很努力的工作及服務我的客戶們，同時也分享我的罹癌經驗給我的客戶們。現況我又回歸家庭生活及繼續服藥治療，現在是吃「溫諾平」抗癌藥物，每三個星期連吃兩個星期，而且是固定在每週四晚上睡前吃，因我怕噁心及嘔吐，門診追蹤是固定每六個月一次。雖然，我暫時又離開工作職場，但是，在化療期間我仍然有機會被諮詢保險理賠業務時，我都會盡力去協助處理，譬如：有一位病友是位高中老師，當我為了她的保險事宜，極力去爭取而獲得理賠時，其中的過程倒是令我記憶十分的深刻，因我為了她向保險公司訴求的過程中，我都說到讓自己都哭了，因我除了用“數據”外，還加上許多“感性”的語言，如此竟造成我不斷的掉淚…！我覺得這是真情的流露啦！那我講到罹癌的辛苦過程，因為，那時候，我自己也還正在做化療啊！那時，我也在想理賠人員不知道有沒有被我因為這樣子多少有一點感動？這樣爭取的過程，花費了二到三個星期的時間，理賠的問題是出現在作「乳房重建手術」理賠時，「診斷證明書」的書寫內容，並非符合保險公司他們要的「保險名稱的內容」，所以，當修正為「穿透枝皮瓣重建手術」的診斷內容後，就可以申請了。也因為如此，我更想要與病友們一起爭取將「乳房重建手術」納入健保給付的範圍。雖然，這爭取的過程很辛苦，但我覺得我的付出是很值得的，這位高中老師很感激我，到現在為止，我們一直都有保持連絡。另外還有一個病友，因她保險理賠的金額不對，經查清楚是業務員從中做手腳，當澄清之後，也協助她獲得了正確的理賠數目。那另一個它認為乳房重建是屬於美容的一種，它並不是乳癌的必要治療。所以，這理賠過程是很辛苦的，因為，我會覺得這是保險的一部份，但這麼專業的東

西，要病友們自己去講，根本無法與理賠人員應對，所以，我就雞婆說，那我就跟理賠人員講，而且把我當作是你，由我來跟理賠人員洽談，等於我就是當作那個要申請理賠的病友，後來有爭取到理賠款項，那位病友她很高興有理賠下來。或許，有些業務員會覺得，在這個時間點，其實是蠻容易的去跟病友們，要求她們或幫家裡的人買保單，但我並不想這樣做，因為，我覺得這樣做會顯得很商業、很功利，那是一種不好的感覺，也就是流於我幫忙你，就是有所求或要有所回報的感覺，其實，我不是那樣子的人。以上類似的案例，只要是需要我出面幫助的，我都會很樂意的去作，但是我曾被人誤解是協助她們處理保險事宜是有目的的，也有其他病友或許會覺得說，我這麼熱心是不是另有所圖，如：想要再多做些保險業務來賺錢等等的閒言閒語！其實，我現在仍很想再去做保險，除了可以賺錢外，我更希望能多分享給更多人知道更多不同的人生經驗。會常常幫忙病友們關於保險方面的事務，其實，仔細想想，我覺得是同理心吧！因為，同樣都是罹患這個病的人，那我自己也會覺得說，當我做乳房重建手術時，如果有保險的幫忙，有一些補助的話，我們病友們在醫療經濟的補助上就會相差很多，因為，作乳房重建手術的費用畢竟也不是個小數目。而且，幫助病友們感覺上就好像又多一些朋友一樣。所以，我覺得這很溫馨，就是同理心吧！雖然，現況體力不是非常好，我仍舊會盡力而為的！

第三節、未到謝幕

幕未降臨

自從我罹患乳癌後，其實，我一直會存在著一些個人的想法，譬如：我常會想：「**我沒那麼快就走！**」因為，我希望能多與家人小孩相處、把小孩子都照顧得很好；同時，我還要再多學習人生中其他的功課。而且，我也常常在想：「“得癌症”並不等於“死亡”啊！」；同時，也會想到：「人最後的死亡，也並不盡然都是死於癌症啊！」。以上諸如此類的想法，一而再、再而三的出現在我的腦海裡…只要每次想到或說出來的時候，它們都可以再次的治療了我的心。另外，我在宗教信仰方面，也有得到一些支持；我有一位師姐，我常常會去她主事的宮廟裡拜拜，那個宮廟是拜王母娘娘的，我會跟王母娘娘講講話，祈求我的身體健康、家人平安。在這抗癌的過程中，我讀過一些有關前世今生和因果關係的書籍，而這些書籍的確也改變了我人生很多的想法，同時，我也瞭解到一些不一樣的思考與心態。其實，我也曾經去算過命…以

上這些種種的接觸，使得我對於我生病一事，到目前為止，應該是有學習到適當的放下；因為，我覺得學會放下這個功課是很重要的。適當的放下並不代表是放棄治療，那是心態調適的問題，實際上，我是非常配合所有治療的患者，雖然，治療的過程是非常的辛苦和煎熬，我相信我可以修好這門功課。

期待擁有

對於治療的結果，我個人也是會有所期待與盼望的。我一直很希望我會好，曾經一度不能接受自己為何會得到這種病？治療到現在為止，雖然並未符合我的期待與盼望，但目前我是可以接受了，而接受的理由是：一、我不認為我會很快的就走。二、當我走的時候不要太辛苦。三、當看見其他病友比我的病情更嚴重時，我反而更珍惜現在的生活。四、除非，我已經是臥病在床，須人服侍時，不然，我仍會保持現狀活蹦亂跳的生活。

第四節、還有明天

豐富感恩

從九十年至九十七年以來，我已經治療了有七年多的時間了，其中也包括乳房重建手術在內，在這期間曾經重新返回原來的工作職場，大約有三年的時間，種種的經歷迄今，都歷歷在目，包含：乳房切除手術的疼痛與失落、癌療過程的煎熬與不適、掉髮的衝擊與復發轉移的陰影等等。由於我很愛漂亮，其中曾因為外觀改變的部分，造成我非常難過的心情與自卑的心態。外觀改變的問題的確影響我很大，雖然，我曾經埋怨過，但經過一段時間的沉澱與調適後，我相通了一些想法，我應該要謝謝我的媽媽，我又沒缺手缺腳，老公對我也不錯，孩子們也很好，我還要埋怨什麼？我覺得它總是會過去的，它只不過是一個過程，它不是一個結果，這是我心靈上豐富的來源。當然，在改變的外觀上，我就是要去克服它，外觀的問題我覺得是可以想辦法遮飾的，在現實生活中有一些東西的確是可以幫忙的，譬如：我掉髮的因應對策，就是可以戴假髮呀！而且，我還可以使用各式各樣不同的髮型變化，也因此發現，原來化療掉髮也可以變得很漂亮喔！另外，我也可以尋求醫療管道，重建好我失落的乳房呀！我只要能夠接受乳房重建手術就好了！至於其他的問題，復發、轉移及一連串的治療過程，我只要能夠忍耐、接受與配合，並且能與它好好共處，我相信我可以走過來的。

未竟事物

說到我的人生有沒有遺憾？目前，我是沒有想過，倒是我有件想要再作的事—那就是去"溜冰"。雖然，現在事業沒有成就，但回想起我在三十歲的時候，曾經有過一個人生的目標，我是想成立一個保險營業單位，能夠擁有屬於自己的辦公室，而且都是由我自己管理，就像是我自己開公司一樣。不過，現在生病了，就沒辦法了！所以，目標就得跟著改變了。生病之後，其實，它讓我的人生暫時停頓、休息；它讓我的生命力有一些東西被剝削到某種程度，我想我是不可能做到那個未完成的目標了！其實，如此的結果，對我而言，是談不上遺不遺憾的這種問題，當然，也談不上失落或不失落。因為，我會依照我自己的情況去調整目標，而不要去訂定高標準的目標，也就是說，我會去尋找一個符合我在允許的狀況下，可以達成的目標。因為，如果要達到成立保險營業單位程度的目標，事實上，是要非常的努力與打拼，才有可能達到。如此一來，極有可能會忙碌到忽略了家庭、甚至沒有了家庭。我看過很多個同行的女性同事們，當她們達到目標，成立了營業單位時，她們也幾乎同時沒有了家庭；而我不想要這樣的達到目標，因為，我不能沒有家庭，我不想要這樣的結果，我要有良好的親子關係和婚姻關係。當然，賺錢是很重要！錢可以使我們的生活品質更好，也可以給孩子們更好的教育。但仔細想想，當我們得到某些東西的時候，相對的，一定也會失去某些東西。現在，我也不能講人生有沒有遺憾？或是人生已滿足？我感覺我還有向上發展的空間與潛力，雖然，現況我的體力是比一般人不足，但我確定人生唯有全力以赴、盡其在我，生命才能夠無憾與圓滿！

夢想起飛

我以前的夢想是希望大富大貴啊！我的大富大貴的定義是：住別墅、開不錯的車、每年可以出國出去玩…。其實，我說的主要是指大富，大貴倒是不一定啦！我的解讀很簡單啦！我是喜歡物質的！我都喜歡用好的東西！我認為經濟是最重要的。從小我就有個觀念，就是要努力工作才会有錢，也才有辦法去買你想要的東西，我從小學就很有這種觀念。我當然希望生活品質能更可以向上提升，我覺得提升生活品質，這是一定要的，我相信這也是每個人所追求的嘛！其實，我老公在經濟方面目前算是穩定，所以，這部分就會比較容易達到。當然主要是看個人要求到什麼樣的生活品質，其實，我現在的要求已經是降低很多了。而現在只要我的身體，

不要說是健康，只要還可以跟正常人一樣生活無虞，我覺得這樣就很好了！雖然，我不知道我能夠活多久？可是，我相信我也沒有那麼早走，我就盡量的好好去活，用心的去感受我的生命力。也就是說，在生活實際的層面上，好好生活，好好治療，這不也是另外的一種知足？其實，這樣我就覺得夠了。目前，醫師都沒有辦法計算出我還可以活多久？所以，我又怎麼能去設定自己還可以活多久？反正，就是好好的過日子！把握每一天跟家人相處的機會啊！如今，我很幸福擁有一個充滿愛的家，它是非常的健全，也是非常的豐沛；所以，我覺得我沒有什麼困難的事了！當一個人，如果沒有了愛，也沒有家人的支持，我認為這比得到癌症還要糟糕。說實話，我還算是個幸福的人，雖然我生病了，而我的媽媽，我的先生，我的家人，甚至於我的兄弟姊妹們，大家都對我非常非常的好，所以，我覺得非常的幸福。我所有的支持力量，不只是來自我個人，也包含了我周遭所有的人與環境的力量，他們都給我很多正向的支持與照顧。而自己也因此支持的力量去成就我生命中最大的喜悅，而我生命中最大的喜悅又是什麼呢？是付出、是愛，就讓我為這「生命的喜悅」而努力吧！

第二部 秀秀的故事

未燃的蠟燭 怎能明亮

未燃的蠟燭 怎能溫暖

但她若被火光點上

就是寒夜裡最真實的太陽

沒有說的話 怎能聽見

沒有表達的愛 怎能感覺

但她若是自然的流露

就是人間最美的語言

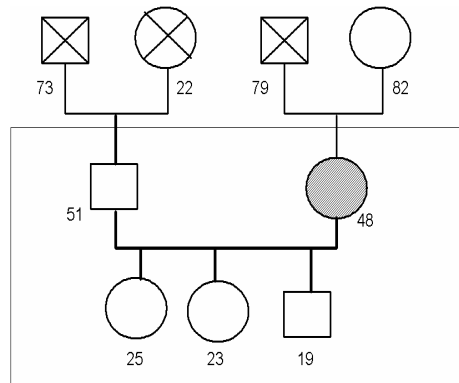
（摘自教會聖詩）

序曲

秀秀四十八歲，秀秀的個性屬較內向型，她保守、安靜、敏感、孤獨的表現常與負面、消極的內心想法連結，故容易給人流於較消極、較負面的觀感。而其尚具有友善、仁慈、體貼、忠貞與盡責等的人格特質；具高職學歷，有道教信仰。已婚，育有二女一男，現為家管，曾從

事法拍屋與餐飲業的工作，曾協助擔任門診志工一職，協助病友們面對乳癌的治療與重建過程；先生從事餐飲業，擔任餐廳老闆，經濟情況穩定。個子略高，身材微豐；其音色悅耳動聽、談吐溫柔婉約，偶會談笑風生，令人為之動容與不捨，秀秀怎麼也是位罹患乳癌且又復發轉移的癌症患者呢？……她就是罹患乳癌又復發轉移，接受癌症治療長達十年之久的秀秀……！

家族圖譜



為什麼是我得到乳癌？我還年輕，我不過才四十歲而已；我的生活一向是非常的規律、正常，而且，我沒有家族史，我爸媽兩邊家族的壽命，都很長壽，每個人都活到七、八十歲以上，所以，我沒有所謂的家族遺傳。在醫院裡，曾遇見一位尼姑，她是位乳癌的病友，她手上調著點滴，一邊跟我說，這一切都是命啊！但是，我不認同也不接受，因為，如果尼姑走了，是她一個人走而已；而我走了，我不知道我後面一大片的事情要怎麼辦？也就是說，如果我走的話，那我身後還有一大堆家人的責任；我該怎麼辦？我的想法是：我不是只為我一個人活而已。十年前發病時，我的孩子都還很小，一個十五歲、一個十三歲及一個九歲。家裡頭大大小小的事情，都是我一個人在處理的；那時候，我自己有在做店面的生意。如果，我走了以後，我的孩子們該怎麼辦？當時，我只有這麼一個念頭而已。癌症給一般人的感覺就是個絕症，如果，得了癌症，就表示馬上就要走了！也就是判了死刑一樣，然後，人很快就會走了，我也是這樣的認為！如今，我真的得了乳癌，我又能怎麼樣呢？那種心情是很無奈也很無助的呀！由於我對癌症的看法是這樣的負面，當然我的心情也就跌到谷底了。記得我被送進開刀房時，曾跟我先生說過，我竟然連寫個遺囑的時間都沒有，因為，它來得實在是太快、太突然了！…

第一節、驚夢時刻

突來噩訊

八十八年七月某日晚上洗澡時，我發現我右邊的乳房有凹陷的現象，另一邊乳房是正常的，兩邊都沒有疼痛的感覺，只有發現右邊乳房有凹陷的現象，一開始就只是這樣的情況，也沒有其它的不舒服或症狀。跟我先生討論後，他要我到大醫院去作檢查，之後，就選擇到T醫院的乳房外科看門診，G醫師幫我安排隔一天住院；其實，當時，看門診時都還沒做過任何的檢查；而直接安排住院的時候，心情上就覺得很不對勁。G醫師表示如果檢查是良性的話，等於只是做個檢查就可以出院；那如果是惡性的話，就可能需要考慮動手術。於是，我就同意醫師安排住院檢查的做法。那一天早上，我還是一個人自己去辦住院，我跟我先生說我一個人可以的，於是，我就自己一個人去醫院接受檢查了；此外，也跟我先生講說如果沒事的話，隔天早上就可以來接我出院。結果住院一天，作了乳房穿刺檢查，做完檢查之後，當晚就可以知道結果，而那時的病房護士小姐問我說：「你自己來嗎？你要不要打電話叫你的家人陪你來？」，我回答她說妳講這樣子，我就懂妳的意思了！此刻我的心情已經明白到檢查結果應該是不好的東西。當護士小姐回答說是惡性腫瘤時，我就到公共電話打電話給我媽媽，告訴她這個結果，那時候，我就在公共電話那邊哭得唏哩嘩啦的，一個小時後所有的人都到醫院，我先生帶我小孩、我媽媽，我的兄弟姊妹全部都到齊了。我會很難過的原因是因為我還年輕，我才四十歲呀！第二天的早上，我就直接被送入手術室，安排第一台刀，做了乳房全切除的手術。開完刀後也同時知道了真正的結果，它的確是個惡性腫瘤。從知道確立診斷結果是乳癌，到進入手術室作乳房全部切除手術，這情況來得太快，也太突然！就連讓我考慮的機會都沒有，我竟然連寫遺囑的機會及時間都來不及呀！這段期間，非常的倉促、急迫，同時也令人感到非常的錯愕與驚嚇！算算整個發生的過程，竟然是不到十個小時的時間！我的生活一向都很正常，而且，也沒有罹患癌症的家族遺傳，可是，為什麼會是我得到癌症呢？而且，那時候，我還很年輕，不過才四十歲而已，那為什麼會是我呢？

失落創傷

當我手術後醒來的時候，發現右邊乳房的位置，它已經不存在了，我就一直的痛哭，我覺得我身體的有一個器官不見了，同時也深深的感到疑惑，我的生命到底還有多久？雖然，我先生一直的安慰我說：「性命保住比較要緊，我不會嫌棄你的！」，但是，到現在已將近十年的時間，我仍然常常在想，我到底還有多久的生命可活？

乳房切除的那段時間，對我而言，真的是很大的創傷！我的情緒非常的激動，那種感覺真的是像要了我的命一樣。很失落、很沮喪也很悲觀；我難過了一段很久的時間，而最難過的時刻，就是每天洗澡照到鏡子的時候，當看到一邊有缺陷的胸部時，我又會鬱卒了許久。我一直很懷念我失去的乳房，我認為得癌症是屬於身體上的病痛，而心理的傷痛才是真正的傷痛呢！真的，雖然，我的生命還存在著，但是，那種空虛感，就是讓人感覺不踏實。你知道嗎？**沒失去，就不知道重要**…！我沒有了乳房，每當穿衣服的時候，是相當的困擾，因為，我原本的乳房是E罩杯，現在是一邊有、一邊沒有，那種落差就非常的大和明顯，而且，我總感覺到我少了一個器官的失落感，你知道嗎？後來，我在洗澡的時候，我就不再去看失落的那一邊，這樣整整已經有四年多的時間了！

第二節、 封閉人生

我的灰色時段自從發病、乳房切除到化學治療及放射線治療，直至重建乳房後才結束這期間關閉了自己，竟然長達有四年多的時間之久……

自卑害怕

自從乳房切除後，生活中做甚麼事情都是不方便。因為，穿衣服很不方便，之後，我就變得不愛出門了。在家裡面我穿衣服的時候，一邊是有的，一邊是沒有的，要穿內衣也不是，不穿內衣也不是，那種日子真的很痛苦！那如果說是小小的，那還好，但一邊是歸零，一邊又很大，我原來的胸部是屬於比較大的E罩杯型，那種落差是很大的呀！而我也強烈的感受到我的器官不見了。四年來，我先生從來沒有看過我乳房不見的樣子，我心裡就是想說我最痛的地方，我不願意讓我先生看到，因為這是女人本來就該有的東西，現在少了一個就不完整了，我真的

很不能接受。夫妻生活還是有影響，因為切除乳房之後，就是一直沒有辦法坦然面對，妳做愛啊，真的不會想讓我先生看到，我會拒絕，即使兩人在一起，還是一定要穿著胸罩，要戴著義乳，我就是沒有辦法坦裡相見，而且這段時間很長。我不願意照到鏡子也不想讓人家知道，更不願意給我先生看到我般這樣，所以，剛開始在房事上是不行的啦，也很少在一起。長達有四年的時間，即使我們在一起我都穿著衣服，戴著毛巾布做的帽子，我真的不願意讓我先生看到就對了，因為，它總是個自卑…

其實，另一方面，我是很擔心我的生命還剩下多久的時間？而面對死亡的部分，我幾乎每天都在想，我希望醫生們講話不要太直接。因為，我剛開完刀、做完化療的時候，我就請問醫生說我可以活多久？有個醫生告訴我說：「我不知道你十年的存活率是占百分之六十還是百分之四十？」。所以，這十年來，我一直在想那個存活率的問題，我也一直問我先生：「醫師說我的存活率是偏六十還是偏四十？」，我先生：「反正，就是說不要想吧！」。

退縮封閉

罹癌的這段期間，我的生活有了不一樣的影響及改變。我變得不喜歡出門，連社區的人都不來往了，也會避開所有認識的人。而將自己一直關在家裡面。所有人的問候或關心，都變成我的壓力來源。乳房切除後，我斷絕一切所有的人際關係；親戚朋友要來看我，我也都不願意，全部都推託給我先生去處理，我全然不管，只要躲在家裡，也都不出門。全天二十四小時，通通躲在家裡，不出去就是不出去，日子就是過得非常的不快樂、不開心。後來，我先生結束了他原本經營的電子加工工作，我們就搬家了，搬離我們原來住的社區，也搬離了我們在社區內認識的人；雖然這樣，即使到了新的社區，我仍然將自己關在房子內，不愛出門，一樣也不喜歡跟人打交道。而我先生，自從結束電子加工的工作及搬家後，他就沒有工作了；專心的陪伴我，長達有三年的時間。後來，我先生轉行改做餐飲業時，一直鼓勵我走出來，他說：「妳有百分之百的自由，妳想做什麼，就去做什麼，完全的自由」，但是我仍然一直過著封閉自己，不快樂的生活。

忍耐煎熬

我在做化學治療的那段時間，真的好痛苦，現在，想起來心裡還是會怕。做化學治療的副作用，對我而言，它是個很可怕的經驗，它造成我極度的不舒服，像是有噁心、嘔吐、食慾不

好、倦怠與和腸胃的功能變差等情況發生，而且，還會大量的掉髮。針對化學治療掉頭髮的問題，回想起來，我覺得我算是很勇敢，我在還沒掉髮之前，就先買了一頂假髮，然後，去了一家不認識的美髮院，要求美髮的工作人員把我的頭髮全都剃光，她們問說為什麼？我回應說我覺得我的頭髮被燙壞變很醜，所以，想把它全部都剃光，然後，那工作人員就拿一個紅袋子給我說，要落髮需要包十塊錢紅包，於是，我就包了一百元的紅包給工作人員，等到剃光頭髮時，我就直接戴上假髮了。化學治療的過程中，我不是只有頭髮沒有了，我身上所有的毛也都沒有了。反正，我身體上所有不舒服的反應，真的都讓我感到比死還難受啊！現在的時間點跟以前的時間點不一樣了，我希望做化療時，抗癌藥物的品質能提高，而它的副作用則要降低，也就是希望化療過程中的品質，能夠愈來愈好。也就是說愈不讓人痛苦的抗癌藥是愈好，譬如：這些噁心、嘔吐及腸胃方面不舒服的副作用，都能夠有效的降低。所以，我真的很期待在使用抗癌藥物的過程中，可以像安寧病房的照護，被有尊嚴的對待；現在醫院設立安寧病房的目的，就是希望病人可以走得很舒服也很有尊嚴。所以，我希望做化療的時候，真的能夠做到有尊嚴。不然一定會有人願意犧牲性命，也不願意配合做化療，因為，做化療的過程，真的是非常的痛苦。如果，當有人做化療到一半時，而要放棄的話，我願意去鼓勵他，鼓勵他再苦也要撐下去，要活就要忍，忍過了就是自己的了。雖然，我自己也很害怕，但現在我一定會鼓勵他繼續做下去，因為，做下去才有活命的機會，如果，不堅持做下去，那就沒有活命的機會了；要走出化療這一條路來，真的，並不是那麼的好走！而在放射線治療方面的副作用，它會造成我的皮膚非常的乾燥，就如同燙傷般的傷口，有時候，也像曬傷的皮膚般，很容易龜裂及受傷，嚴重時也會造成皮膚的潰爛。我在接受這兩種癌症治療的方式時，它們都給我非常不好的感受與痛苦，而我也只能告訴我自己：「我要活就要忍，忍過了就是我的了…」。

第三節、昔我往矣

重建自信

在乳房重建之前，有一天，我剛好看到報紙醫療篇報導有關乳房重建的訊息，所以，我就上網再去查乳房重建的相關資料，後來，就去看 C 醫師的門診。我覺得 C 醫師人很好，他能慢慢的為我講解說明，大概談了一兩個小時。後來，當第二次再去門診的時候，我就已經決定要

做這項手術了。由於之前作乳房切除手術的外科醫師，他們不贊同我做乳房重建，所以，也就不會給我們這方面的訊息，就像 T 醫院也是一樣不會給我這方面的訊息。如果，我沒有改變我自己的話，我是走不出來的。當初我要做乳房重建手術時，我們家裡所有的人，沒有一個人同意，他們都認為：「命能保住就很好了，何苦再去動一次手術？」。只有我先生同意，他說：「只要妳做的任何決定，我都會支持妳，萬一有什麼不測，我也不會怪妳！」，之後，我就接受了乳房重建手術，當時，手術時間需長達十二個小時之久，而我先生在手術室外面，也陪了我整整十二個小時，一直等候我從手術室出來到達顯微手術加護病房，他才放心。我先生真的對我很好，很支持我、照顧我。我自從切除乳房後，一直到做重建的時候，也經由 C 醫師慢慢的勸說，我才願意出門，實際上，C 醫師他可以說是讓我走出來的人，我一直都很感謝他。他常跟我說，第一次看到我的時候像六十歲，第二次看到的時候像五十歲，那第三次看到的時候已經是像四十歲的實際年齡了。之後，他又鼓勵我要多參加一些社團的活動，我也曾在 C 醫師的門診擔任志工，協助病友們獲取一些乳房重建的相關訊息，這樣一直做到 SARS 爆發時，C 醫師就叫我不再去了。如此前後將近有兩年的時間，那樣的心路歷程，不是生過相同疾病的人是沒有辦法體會的。

我對乳房重建的手術看法是，雖然乳房重建手術是討皮痛，但是我還是覺得很好，因為「它」讓我找回了我生病以前的自信，「它」使我敢讓我的先生看我的身體，它讓我勇敢的回到社交圈，不再退縮、自卑。四年來，我跟我先生兩個人在做那件事情的時候，我的衣服永遠是穿著的；我不願意讓他看到我少的那一邊，因為我很自卑又自憐。乳房重建對我而言，它讓我重新活了過來，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠走出來。在過去四年的歲月中，我是很少離開家的，主要是因為我不願意走出來；當我重建好了以後，我就能夠開始和我以前的朋友聯絡；我的朋友認為我常搬家、換電話，就好像失蹤了一樣。當我重新出發了以後，我開始做法拍屋買賣的工作、也做一些我想要做的事情和一些我比較擅長的事情，一直到現在，我過得好快樂、好自在；當然，我感到很有自信，不再是一個長年躲在家裡，把自己隱藏起來的人了，這種的感覺真的很好！所以，我會鼓勵病友們去做乳房重建手術，我也曾擔任門診的志工，協助罹患乳癌的姐妹們接受這項乳房重建手術，讓她們能夠「走得出去」、「活得過來」！所以，我非常的非常的肯定乳房重建手術它存在的必要與價值。你可知道？把自己

關在屋子裡，整整有四年多的時間，那種暗無天日的日子確是不好過呀！現在，如果有機會，我會想更進一步的建議政府機關，能夠將乳房重建這項手術的費用納入健保給付的範圍內。雖然目前還沒有列入健保給付，我會努力與病友們去做義賣的活動，來幫助需要重建的病友們。

"生"機燃起

我在作化療的過程中，一方面還要長期的配合服用抗荷爾蒙的藥物；當時，我已經服藥到沒有了月經的程度，也就是等於停止了月經的週期。而醫師因為我還沒有正式的停經，所以，要把抗賀爾蒙藥物換掉。後來，醫師又希望我直接把卵巢拿掉，以減少賀爾蒙的分泌，我也同意了。在要拿卵巢之前，曾作了很多次的內視鏡檢查，但是，醫師都沒有跟我說有什麼異狀或者是有其他問題，結果，一進開刀房手術後，大概經過半個小時左右的時間，主治醫師就向我先生解釋，說明手術中已經將我腹腔內所有的部位都檢查過了，但都找不到我的卵巢，醫師們也都很納悶為何找不到卵巢？醫師們認為就算是卵巢萎縮了，應該也會有呈現萎縮的卵巢存留呀！最後，仍然找不到卵巢。緊接著，馬上為我測試血液指數的檢查，而確定我的卵巢仍然保有分泌的功能，它還在繼續製造荷爾蒙，可是，奇怪的是依舊找不到我的卵巢。我先生就詢問醫師說：「怎麼辦？」，醫師說：「找不到卵巢，我也沒有辦法啊！就只能將肚子再縫合回去啊！」。這個部分，我也曾與C醫師討論過，他也表示：「哪有可能？」。之後，T醫院的婦產科主任，還會同腫瘤科的醫師再開一次會議討論，表示他們從來沒有見過這樣罕見的狀況，而以確定的是我的卵巢還在繼續發揮它的功能，等於一直還在分泌激素和賀爾蒙。而接下來的治療，醫師就幫我注射抗荷爾蒙的藥，讓我的更年期提早到來，因為更年期如果提早到來的話，就可以抑制乳癌細胞它的成長速度。在服用抗荷爾蒙藥和做化療的時候，我就已經沒有月經了。由於我一直仍有性生活，而且當時，我覺得我變得比較胖，所以，才會去請問醫師這樣的問題：「像我這樣有性生活，而在沒有避孕的情況下，有沒有可能會懷孕？」。醫師說：「妳不是在問廢話嗎？妳已經停經了，雖然，妳還沒有到停經的年齡，可是，妳現在沒有月經，就表示妳已經停經了，妳怎麼可能會懷孕呢？」。之後，我在門診做志工時，也曾請教過C醫師，這個同樣的問題，C醫師也回答說：「不可能會懷孕！」。過了一陣子，我又跟C醫師說：「C醫師，你有沒有覺得我愈來愈胖？」。那段時間，有時候，中午會跟C醫師一起去用餐，C醫師就叫我少吃一點，他說：「我也覺得妳愈來愈胖了」。然後，我也一直認為我是發福。兩位權威

的醫生都說我是不可能懷孕的。可是，很奇怪，我一直感覺我的肚子是一天比一天的大，肚子好像有一點點會動，但卻沒有像我前兩胎懷孕的時候，有出現害喜的現象。直到有一天，經過一家婦產科門診時，我就進去做檢查，請教婦產科醫師說：「我的肚子是不是有長瘤？我的肚子怎麼愈來愈痛？」。於是，婦產科醫師就幫我做超音波檢查，結果，他說：「小姐，妳已經懷孕六個月了。」，可是，我完全沒有懷孕的症狀，結果，竟然檢查出我已經有六個月大的身孕了，當場我就嚇昏了。然後，打電話給我先生告訴他說：「我懷孕六個月了！」，我先生認為我在吃抗賀爾蒙的藥，已經沒有月經也沒有排卵，怎麼可能會懷孕呢？而且，之前都已經請教過 C 醫師和 T 醫院的醫師們了，他們都說不可能會懷孕，他們也都認為是發胖的關係。當時的我真的不知該如何做？經過與我先生討論後，我先生表示要留下這個小孩，但我認為我長期還在吃抗荷爾蒙藥物，所以，我決定要拿掉這個小孩。由於那時候孩子已經有六個月大了，婦產科醫師先用催生的方式引產，但是催了三天還是生不出來。那種催生方式痛得要死，催了三天生不出來，我就跟婦產科醫師講說催不出來乾脆就用抱出來的方式好了，抱出來的意思就是直接開刀嘛！也就是採用剖腹生產的方式進行。結果，婦產科醫師就幫我開刀取出小孩，那孩子我們就請醫院幫忙處理掉。之後，我被送到病房去休息，才開完刀不久，一下子來了四個護士，這邊量脈搏，這邊也量脈搏，兩隻腳又都一起量脈搏，但她們又都沒有表示什麼，但經過三分鐘左右，就有救護車到來，馬上把我抬到救護車上，我自己都不知道發生什麼事？她們也都沒說發生什麼事？我先生也跟著上了救護車。他一直問醫護人員說有沒有熟悉的醫院轉院？那我就跟他說我要轉到 H 醫院去，我又跟我先生說，你幫忙撥 C 醫師的電話號碼，聯絡 C 醫師，當時 C 醫師正在 H 醫院的分院開刀，但一聽到我被送到 H 醫院的急診處時，C 醫師就從 H 醫院的分院直接趕過來。原來我在做完剖腹產之後，就發生了血崩的緊急狀況，但我自己並沒有感覺有什麼不舒服的症狀，而 C 醫師就一直打我且叫我不可以睡著。當時，在急診室，我只記得有血液順著我手兩邊的點滴管子，一直往我身體灌進來。沒想到，我在竟然剖腹生產後，發生血崩的後遺症，進而又切除了子宮，也因此而住進了加護病房觀察，C 醫師說我差點連命都沒有了，因為那血崩流失血液的速度比灌進去血液的速度還要快。後來，我仍然繼續請問 C 醫師說：「我怎麼可能會懷孕呢？我都已經停經了，怎麼可能還會再懷孕呢？」；雖然，我覺得我愈來愈胖，同時也感覺到自己的身體有變化，但卻從來沒想到我會懷孕。因為，我生三個孩子的時

候，都有嚴重的害喜現象發生，看到什麼東西都想吐，可是，這次完全跟一般正常人一樣，想吃就吃，都沒有害喜想吐的情形，所以，我當然不會覺得我懷孕了。這件事情的發展過程，都令 T 醫院及 H 醫院的醫師們，覺得非常的不可思議，怎麼可能會發生這樣的事呢？沒有卵巢及月經的情況下，竟然還可以懷孕的事？真是神奇啊！我曾為此事件上電視被採訪及訪問，另外，平面媒體也曾刊登過（XX報 九十四年 醫療版）。

復發轉移

癌療過程總共有五次外科手術、一次化學治療和一次放射線治療；到現在為止，是採用純粹服藥治療及定期三個月追蹤一次。之前，就是八十八年作一次乳房重建手術，接著又做了三次胸部的手術，而作一次人工血管植入手術後，立即就去做化療，總共動了五次手術。做了一年半的化療，主要是用小紅莓跟紫杉醇的抗癌藥物，接著做的放射線治療，一週五次，需連續做五週，共做了二十五次。之後，就改用口服抗荷爾蒙藥物方式繼續治療控制，五年後就停藥了，停藥以後只需要定期回門診追蹤；但是，一直到了九十六年復發轉移後才又開始服藥，一天吃兩顆，目前還在口服藥物治療中。原治療到九十三年時已停藥，而現在，等於是經過了三年的時間又復發。這段定期追蹤期間，我一直都在 T 醫院檢查，任何需要檢查的項目，都會檢查，目前我的癌症指數都控制在正常的範圍內，。有一次回診時，醫師發現我的 X 光有問題，他說：「肺部有一點黑點」，所以，建議做核子共振和電腦斷層的檢查，做進一步的追蹤，結果發現癌細胞確定已轉移到肺部了，大約有 0.3 或 0.5 公分大小，而治療癌細胞復發轉移的方法是：先停用抗荷爾蒙藥物及作卵巢摘除手術。手術時，醫師尋遍整個腹腔，卻找不到我兩側的卵巢，不管卵巢是否已經萎縮或已經摘除，但 T 醫院的醫師們卻又檢查出且確定我卵巢的功能仍然是正常在運作，同時也一直在分泌荷爾蒙，雖然，他們也轉介會診其他的腫瘤科醫師，但所有的醫師都不知道真正的原因為何？他們也表示從來也沒碰過如此的案例，所以，就幫我注射抗荷爾蒙針，促使我的更年期能夠提早來臨，一方面是希望能抑制乳癌細胞不要成長的太快，而能控制住病情。在一連串癌療的過程中，我的身心是非常的煎熬且難過，相對的，心情上也較重建手術之前來得更加的低落，除了癌療過程的辛苦外，說實在話，還有對生命的未來充滿了一些恐懼。當癌症轉移的病情告知時，對我而言，震撼並不大，雖然，震撼不太大，可是心情上，確實也被影響了，感覺是不太好，有難過、有哭泣，但我沒有在別人的面前哭過，

尤其是不會在我先生、孩子及高齡母親的面前哭，我怕他們會傷心、難過和擔憂。曾經有用過電話與朋友哭訴一下而已，我比較會暗自哭泣，這期間大概維持有一個星期左右，我相信時間是會治療一切的，因為我還要面對許多的事物，我從來沒有放棄過自己，因為我要活下去，為了我的家庭，我要忍耐，我相信，只要忍過了就是我的，雖然，我曾經放棄過我的社交圈，但我還是會為我的家庭而努力的。有些病友作了一、二次化療就想停止，我還是會一直的鼓勵她們：「要忍耐，才有活命的機會。」，這也就像是在鼓勵我自己一樣。

支持力量

「關係」是人存在的基礎，也是對抗存在孤獨最主要的力量，雖然它無法消除孤獨，卻可以藉由關係中的「愛」來彌補孤獨的痛苦與分擔寂寞 (Yalom, 2003)。

在罹癌治療的過程中，支持我的力量主要是來自於我的先生、小孩；因為我不想把我幸福的家庭白白拱手讓給別人；而我還有一股另外的支持力量，它是來自於我的媽媽，因為我不想比我的媽媽早走，這些支持的力量，到目前為止，一直都存在著，它也一直維繫著，有如形成一個強大的保護罩，一直保護著我、支持著我，想想我是何等的幸福呀！

第四節、生命重寫

生命功課

我覺得我人生的功課就是生病這一段比較艱辛，事實上，人生的功課有很多，生病其實也是一門很好的功課，老天爺給我這項功課，一定是有它的意涵，回溯這十年來，想想我得到的應該是更多；深深的感受到當我沒有失去的時候，就不會感覺到更多的獲得。那時，因為有這一段，讓更我知道真情是多麼的可貴；我先生全然的陪伴、支持和包容；因為有這一段，讓我更加的珍惜與深入孩子們的成長；因為有這一段，讓我更加的自由與自在，這都是老天爺給我的功課，在這個功課中，當然也有讓我覺得不好的地方，就是它給我的肉體承受了許多的苦痛和煎熬，同時間接的也影響了我的家人，回想這十年來，我相信這都是老天爺給我的功課。平時我會求神拜佛，因為我有道教的宗教信仰，大多我都是去大廟拜拜的，一般也會在家裡拜拜，但我相信我人生的事，主要還是要靠自己的力量去完成，如此方可離苦得樂。雖然這段期間，我曾經封閉過自己、隱藏自己，也曾經放棄過社交圈，生活在暗日裡，如今，我恢復了平常的

興趣：看漫畫、游泳，同時也會跟朋友們聊天、打麻將和逛街。我確實是走出來了，我的人生重新啟動打開了，這一切的結果，我相信是我已經完成了老天爺交付給我的功課。

身後事宜

生病到現在已經有十年了，畢竟還是要去接受，而且要懂得如何去跟癌症共處，如此才能夠快樂些，人生已經有太多的無奈了，而我又能如何呢？我曾經說過我已經準備好我的事情，也就是我們一般人現在常說的身後事。我希望自己能將自己的身後事都安排好，我真的都已經安排好了呀！譬如：東西都分配好給三個小孩，墓園的選擇…等，我想用我自己的方式去安排，我希望選擇像某禮儀公司的處理方式，儀式進行也由禮儀公司安排就可以了；不要喧鬧，要莊嚴；不要複雜，愈簡單愈好；因為，我過的生活也是一樣的簡單。其中我會要求一個重點是我希望跟老人們住在一起，譬如：我已經選好了三芝鄉的萬安墓園的塔位，同時我也立好了遺囑，這些身後事的安排，我先生和小孩們全都清楚，但是我沒有讓我的母親知道。其實我得病後，我真正得到的是更多、更好，包括：媽媽、先生、孩子、兄弟姊妹和許多好朋友。到此我的一生過得也是足夠了，我從來沒有煩惱，當然也希望這種幸福能夠一直延續下去。我想跟我的家人說的話，就是希望他們都過得很好，人生的路走得平順；至於想要留下什麼回憶，其實，我們全家已經拍下全家福的沙龍照了，如此的方式就足以留下一些美好的回憶了。

準備未來

如果現在可以放下、走人的話，我已經準備好了。每個人早晚都會走，每個人早晚都會去面對死亡，這個問題，我已想了十年了，每天都在想，想了很多，曾經詢問 T 醫院醫師：「我的存活率有多少？」，醫師回答說：「一般乳癌病人的存活率是 40% 與 60%，你的狀況還不知是偏向 40% 或是 60%？」。然後我先生告訴我說：「如果你每天一直都在想著死亡的問題，那你就會偏向 40%」。現在，我可以選擇放下也準備好了，主要是因為有一位男性友人曾開導過我，讓我有所領悟。一般我不喜歡和別人討論我的病情，也不喜歡一般人關心我的病情，只有在患有同樣疾病的病友們，我才會跟他們討論、溝通。這一位男性友人曾經因為被誤診為罹患大腸癌，他由這個經驗的轉折而漸漸的看開了生死，也體認了人生的無常，由於他爸爸也是因為大腸癌過世，等於有家族史的病例，當時他才 35 歲，結婚五年一直都沒有小孩，後來經過人工受孕才得到一個孩子，就在此刻醫生宣布他得了癌症，當時他跟他太太兩人抱頭痛哭、悲

傷不已，之後就展開了一系列的檢查和診療，然而後來才發現原來是誤診，誤會一場，他跟他太太經過了這次痛苦的體認，他跟我分享，安慰我說：「我如果多活 20 年，也不過是多留 20 年，我說不定是在受苦也不一定喔！」，由此我真的有所頓悟。人生就是這樣的無常，所以，要把生死看開；我也有生病的經驗，所以，我更要把人生看開；在罹癌治療期間，需要有正確的心態和想法，首先是要能面對疾病，再來就是要接受它，並且盡量減短療傷的過程，在未來的日子，我已經準備好了，我將以親身的經驗去分享給有相同病痛的病友們，如此，我就能夠真正的用同理心去體會、關懷及付出，當然我相信我會感受到更多不同人生的喜悅。

生命期待

在這世間上存有的「活」，它是如何讓我擁有能夠支撐活下去的動力？尤其是在我經過生命的歷劫之後，我對生命的省思，想想是該多為自己而活著，如此一來，就可以感覺能做些事情，承認自己依然是有價值的。如果我以前能夠覺察這個「活著」的真實，也就能夠明白我現在存在的方式是完全不同於我之前所認知的方式。罹癌治療過程最重要的還是要好好的過日子，以前所有覺得不好的事，現在卻都帶有不一樣的意義，在這意義上任何想做的事都可以正確的去執行了。與其讓自己活著的空無，不如像現在變得如此的有生機，這樣不是很好嗎？當我遇到生存的痛苦和死亡的恐懼時，就會去尋求生命存活的理由和意義，而經由癌療與重建的經驗中，找到了自己存在的奇蹟，是一件多麼不可思議的事情啊！

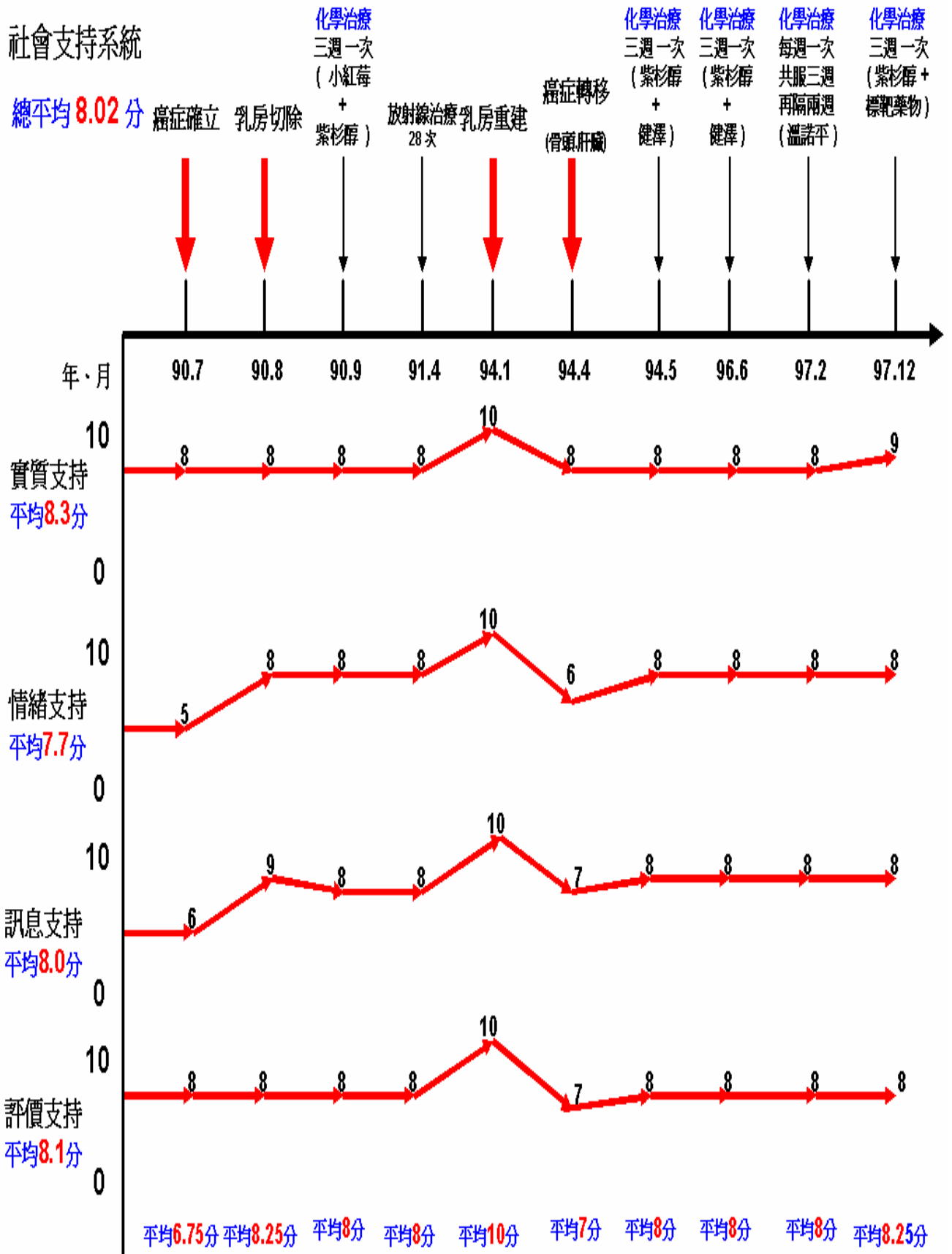
而我對我未來人生的期待有幾點，一、當日子到來的時候，我能夠一路好走，就像睡覺的時候，就無牽掛的走，都不要有任何的痛苦。二、我希望我的家人他們都過得很好，人生的路走得平順。三、我期待及希望跟我同樣有病痛的人，也能夠過得自在、快樂。四、跟我有同樣病痛的病友，有些家境經濟並不是很好，所以，我希望能夠幫忙爭取到乳房重建手術費用可以納入健保的給付。五、我希望外界社會大眾能夠重視我們這一群病人的存在。

第五章 乳癌治療與乳房重建的生命故事分析

本章依照生命故事進行「類別－內容」分析詮釋，深入兩位受訪者診斷為乳癌患者作切除乳房並有復發轉移現象且加上輔助療法與接受重建手術的人生體驗與生命歷程，就此予深度瞭解並作比對探討。主要是以社會支持類型 (Cohen & W ill, 1985)：實質支持、情緒支持、訊息支持及評價支持等四個主題內容與簡易的評分方式（十分法），來說明「乳癌復發轉移患者經歷癌療與乳房重建手術過程」的經驗本質意涵，並詮釋乳癌復發轉移患者在其生命中不同的面向和感受。根據小茹和秀秀接受癌症治療與乳房重建過程的故事脈絡，運用夾論夾敘的寫作方式，依上述社會支持類型等四個主題內容，分節詮釋乳癌復發轉移與重建在小茹和秀秀的生命經驗為何？來探討其本身對內在生命與生死的看法及對生命意義與思想知覺影響的層面。

社會支持屬於一個多層面概念，包含：社會處境、知覺到社會支持、行動化支持、社會支持的使用等。社會支持定義為個人透過人際網絡獲得情感慰藉與有益的資訊。Jacobson(1986)認為實質支持是最直接也最容易獲得的一種資源，包括：提供金錢或任何種類可以協助個人直接解決問題的，是指提供服務或物質幫助他人解決實際問題，是協助她們所需要的事務，像是解決她們去醫院的看診問題、錢與身體檢查。Tolsdorf(1976)認為情緒支持是一種具有鼓勵、溫情、愛或情感的支持。Leavy (1983)指出情緒支持包括：關心、信任和同理心。是照護上言語與肢體的溝通，而給予病人與家屬關心是可以有效降低她們沮喪的情緒，讓她們更能恢復自信與表達能力。Leavy (1983)認為訊息支持是給予某些忠告、訊息或教導某項技能來幫助解決問題。是提供醫療諮詢與建議，減少病患與家屬的不確定感，提高配合治療計畫的意願及追蹤。Cohen 等人(1985)把評價支持與情緒支持加以區分，認為評價支持意指個人感受到肯定、回饋、尊重的程度，是給予病人與家屬的感受與認同其生活照料、就業工作能力及人生的規劃。癌症病患的社會支持網路系統，包括有配偶、家屬、朋友、醫療專業人員或社會支持團體。在國內是由配偶提供最多整體、評價、情緒與實質支持者，其他的家庭成員次之。訊息支持是以醫師提供的比較有價值；而護理人員給予的情緒支持為最有幫助的。

第一節 小茹癌療與重建的生命故事分析



實質支持

小茹在實質支持項目平均分數達**8.3**分，在此項目小茹容易達到獲得實質資源的協助，如：配偶金錢資助、一般保險補助等。尤其是在小茹作乳房重建手術時，由於這筆醫療費用相當龐大，因為有一般保險金的補助，其醫療的經濟上就沒有負擔，所以在實質支持項目的曲線上，「乳房重建」的部分就有明顯的上升（**10**分）。而在作「化學治療」也有上升的趨勢（**9**分），因為使用昂貴及抗癌療效較好的標靶藥物，醫療經濟上一樣沒有負擔，仍由一般保險補助。小茹在實質支持這部分是屬於可以獲得實質滿足需求的狀態，因為小茹沒有這方面的匱乏和顧慮，而且家人們也都是全心全意的照顧和支持她。

我以前的夢想是希望大富大貴啊！我的大富大貴的定義是：住別墅、開不錯的車、每年可以出國出去玩…。其實，我說的主要是指大富，大貴倒是不一定啦！我的解讀很簡單啦！我是喜歡物質的！我都喜歡用好的東西！我認為經濟是最重要的。從小我就有個觀念，就是要努力工作才会有錢，也才有辦法去買你想要的東西，我從小學就很有這種觀念。我當然希望生活品質能更可以向上提升，我覺得提升生活品質，這是一定要的，我相信這也是每個人所追求的嘛！其實，我老公在經濟方面目前算是穩定，所以，這部分就會比較容易達到。當然主要是看個人要求到什麼樣的生活品質，其實，我現在的要求已經是降低很多了。而現在只要我的身體，不要說是健康，只要還可以跟正常人一樣生活無虞，我覺得這樣就很好了！當我做化療和乳房重建手術時，因為有保險的幫忙，有了補助，我在醫療經濟的補助上就相差很多，因為，做化療和乳房重建手術的費用畢竟都不是個小數目。（97112707A）

情緒支持

小茹在情緒支持項目平均分數達**7.7**分，故在此項目小茹是屬於容易達到情緒支持的資源協助，如：配偶、家人、師姐、朋友、與病友們等。但小茹對於「初步診斷癌症」（**5**分）和「癌症復發轉移」（**6**分）時，這兩部分卻造成小茹在情緒支持的獲得上，明顯的低分落差，實際上小茹在情緒也曾呈現低落與沮喪的氛圍。情緒支持這項目的平均成績，是小茹在社會支持的四個項目中，所有項目的平均分數中，為表現最為低分的一項（平均分數**7.7**分）。在婚姻狀況 Schover 等人(1995)針對乳癌患者研究指出，婚姻滿意度較佳的患者，其心理社會調適較佳。另外許多研究證實宗教信仰對很多疾病來說都是一個相當有力的資源

(Fehring, M ille& Sha,1997)。宗教信仰可以讓個人發現生命的意義並且提升 希望的感受，對於癌症病患則可以讓他們重新找尋新的意義。有宗教信仰之虔誠信徒，對於生命的依從性高。

我罹癌的種種經歷迄今，都歷歷在目，包含：癌症診斷的確立、乳房切除的失落、癌療過程的煎熬、掉髮的衝擊與復發轉移的陰影等等。每一個階段都讓我的心情跌到谷底，我曾經埋怨過，但經過一段時間的沉澱與調適後，我想通了一些事情，我應該要謝謝我的媽媽，我又沒缺手缺腳，老公對我也不錯，孩子們也很好，我還要埋怨什麼？我覺得它總是會過去的，它只不過是一個過程，它不是一個結果，這是我心靈上豐富的來源。(7112707A)

我很幸福擁有一個充滿愛的家，它是非常的健全，也是非常的豐沛；所以，我覺得我沒有什麼困難的事了！當一個人，如果沒有了愛，也沒有家人的支持，我認為這比得到癌症還要糟糕。說實話，我還算是個幸福的人，雖然我生病了，而我的媽媽，我的先生，我的家人，甚至於我的兄弟姐妹們，大家都對我非常非常的好，所以，我覺得非常的幸福。我所有的支持力量，不只是來自我個人，也包含了我周遭所有的人與環境的力量，他們都給我很多正向的支持與照顧。而自己也以此支持的力量去成就我生命中最大的喜悅。(7112707A 在宗教信仰方面，也有得到一些支持；我常常會去拜王母娘娘，我會跟王母娘娘講講話，祈求我的身體健康、家人平安。我也讀過一些有關前世今生和因果關係的書籍，而也改變了我人生很多的想法，也曾經去算過命…以上這些種種的接觸，使得我對於我生病應該有學習到要適當的放下；適當的放下並不表示放棄治療，那是心態調適的問題。(7112707A)

訊息支持

小茹高職學歷，喜歡追求新知和學習新事物、頭腦清楚、表達有條理且口才流利；有自信且積極。Schover 等人(1995)指出，乳癌婦女的教育程度較高者，其手術後的心理社會調適較佳。同時，教育程度是乳癌婦女心理社會調適重要的因子，有可能是教育程度較高者會透過不同的管道，尋求資訊以增強調適的能力，進而有較佳的心理社會調適與社會支持。陳秀勤、王秀紅(1997) 研究 150 位血液腫瘤患者，發現社會支持與教育程度呈正相關。因此教育程度越高者，得到的社會支持會越多。小茹在訊息支持的項目，其平均分數都維持在8分左右的水準上。小茹對於「診斷癌症」(6分)和「癌症復發轉移」(7分)時，醫師這兩部分的病情告知造成小茹在訊息項目的獲得上，明顯的不足。而小茹在「乳房重建手術」

訊息支持的項目，可達10分的滿分，如此可見，小茹在接獲乳房重建手術訊息、某些忠告或教導某項技能，確實能夠幫助小茹解決問題，同時提高配合治療計畫的意願及追蹤。

針對乳房重建手術的期待與接受，是非常值得一提的部分。當我接獲乳房重建手術的第一個訊息是來自 H 醫院門診的護理人員，我一直一心希望能夠作乳房重建手術，不論採用任何方法都可以，當時癌症指數正常後，在九十三年七到八月間找整形外科 C 醫師諮詢有關重建手術的資訊，一直到九十四年一月底，大約是在過年前，我終於完成了我的乳房重建夢想。我作在乳房重建手術前，曾上網去找，查了很多資料，剛好 C 醫師也送我一本書，是他寫的書送給我，剛好這兩方面配合，一方面蒐尋網路，另一方面蒐尋這本書，如此的因緣際會，竟能補救了我失落的心，當然我在這段期間非常的努力且積極的去做，我真的做了很多很多的功課，也作了很多的筆記和紀錄，我覺得我很值得這樣去作。(97103104A)

評價支持

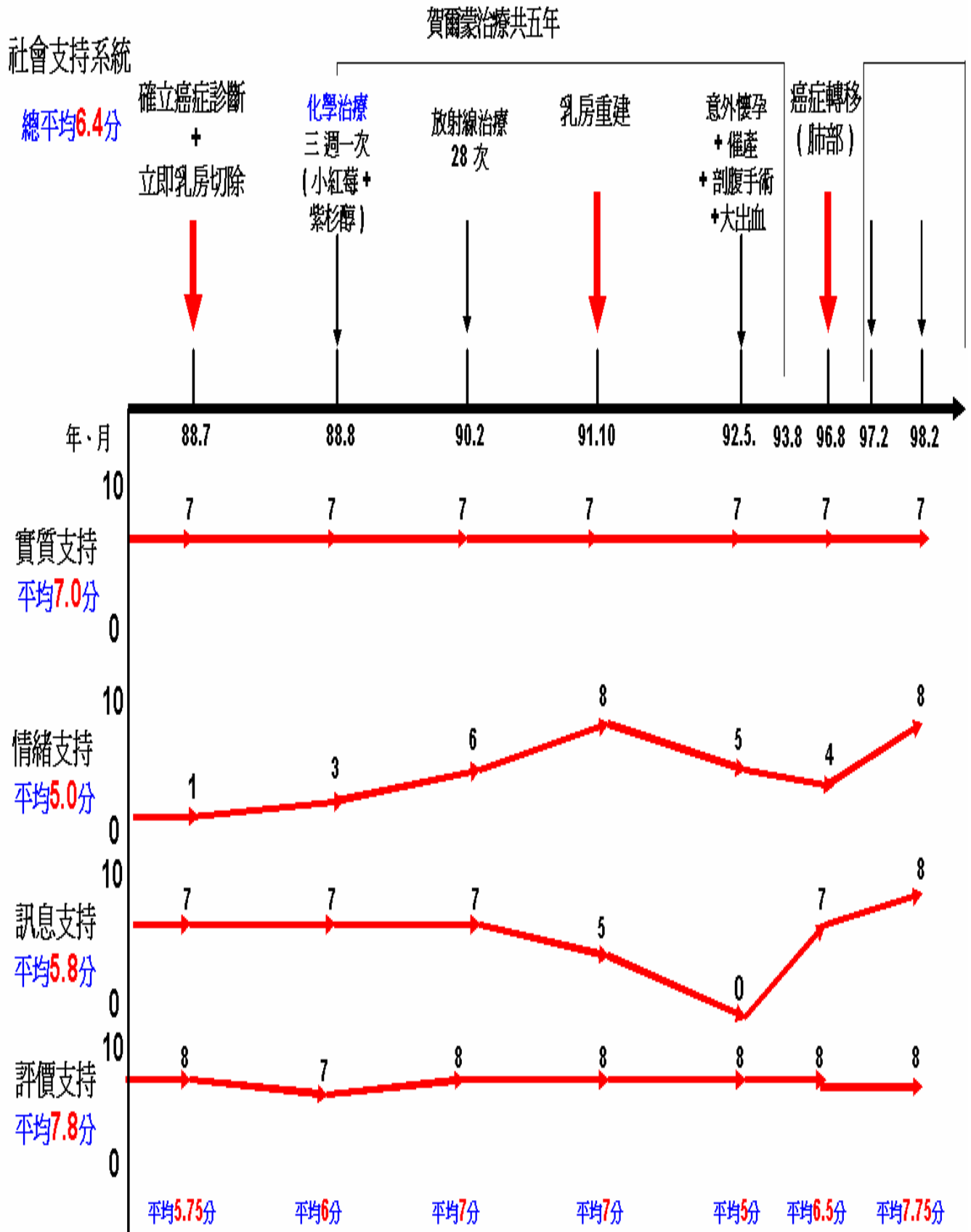
小茹認真、實際且富創意與想像力，有毅力與恆心，只要是做對於任何本身感興趣的事，總能做得有聲有色，而也覺得只要是應該做的，就會下決心努力去完成，永不放棄。小茹有她自己的理想及目標，她會驅策自己喜歡或自己認為對的事，不論是否有人幫忙或阻撓，她均能設法且努力去克服並予以完成。她真的是一位正面積極、樂觀進取、有活力、有毅力且認真生活的抗癌勇士。小茹在評價支持項目平均得分為8.1分，為社會支持四個項目中第二高標的分數。只有在「癌症復發和多處轉移」的這個單項較其他部分低一分（7分），主要是因為在「癌症復發和多處轉移」的過程中，由於身體上的不適、痛苦與復發轉移的陰影存在所造成的，雖然一路上都有親人的陪伴和照顧，但小茹仍給於這部分的成績較其他部分略低一分，其他部分的分數都能維持在8-10分的水平上，而小茹在「乳房重建」的部份，其給分的標準仍如同上述三項社會支持都是給於最高分(均達滿分10分)，等於都是給予最高標，也就是給予「乳房重建」最大的認同、支持與肯定。

當我的乳癌病情復發且又二次轉移時，之後仍需接受一連串冗長且不適的化學治療與放射線療法過程，這期間真令人感到辛酸與煎熬。我的病情一直不是很穩定，它一再的重覆又復發，而且這已經是第二次的轉移了，當我接受這一連串冗長且不舒服的化學治療與放射線療法過程，這期間的辛酸與煎熬，真的不知道該如何向外人說？雖然控制癌症指數正常，初步懷疑是

椎間盤突出的症狀，後來，也接受X光及骨頭掃描等檢查，才證實是癌細胞復發轉移了，又作進一步掃描，確定是癌細胞轉移到胸骨、脊椎及肋骨，肝臟也有幾處轉移了。這次我整整哭了一星期的時間那麼久！而且是無時無刻的一直在哭啊！我心想我都已經這麼的努力熬過難辛又漫長的癌療過程，怎麼會在才剛剛做完乳房重建手術後就又發生復發轉移呢？為何會變成如此這般？我是不是要走了？我是不是已經嚴重到不行了？（97111206A）

這樣自從乳癌發病作了乳房切除手術後，再經過化學療法及放射線療法，整個治療過程控制穩定到能夠作乳房重建手術，期間總共歷經了三年多的時間。整個乳房重建過程是相當辛苦的，因乳房重建手術是個長時間的大型手術，而且手術後必須住進顯微手術加護病房觀察，長達有一星期之久，住院期間曾發生傷口需要清創的情況而延遲住到十天左右，直到傷口穩定後才出院。雖然有以上種種的痛苦與艱辛的感受，其實，到現在為止，我始終認為我作乳房重建手術是相當值得的，而且我也是一直非常的肯定它對我的價值與幫助。因為，我一直想變回我是一個完整的女人（97103105A）

第二節 秀秀癌療與重建的生命故事分析



實質支持

秀秀在實質支持項目平均分數達7分，在此項目分秀秀來自配偶的全力支持和金錢的資助，所以秀秀容易達到獲得實質資源的協助。而在實質支持項目的曲線上，一直保持在7分的平均曲線上，所以秀秀在實質支持這項目的需求是可以獲得實質的滿足狀態，因為秀秀沒有這方面的顧慮，而且還一直都得到先生全心全力的支持、贊助與照顧。

罹癌的這段期間，我的生活有了不一樣的影響及改變。我變得不喜歡出門，連社區的人都不來往了，也會避開所有認識的人。而且將自己一直關在家裡面。我先生為了陪伴我和專心的照顧我，我們就搬家了，搬離我們原來住的社區，也搬離了我們在社區內認識的人，我先生也結束了他原本經營的電子加工公司；雖然這樣，即使到了新的社區，我仍然將自己關在房子內，不愛出門，一樣也不喜歡跟人打交道。而我老公，自從結束電子加工的工作及搬家後，他就沒有工作了；一直專心的陪伴我，長達有三年的時間，我們的經濟情況算是穩定，後來，我先生轉行改做餐飲業時，擔任餐廳老闆，他還是一直照顧我、鼓勵我要走出來，他說：「妳有百分之百的自由，妳想做什麼，就去做什麼，完全的自由」。(97111003B)

當初我要做乳房重建手術時，我們家裡所有的人，沒有一個人同意，他們都認為：「命能保住就很好了，何苦再去動一次手術？」。只有我先生同意，他說：「只要妳做的任何決定，我都會支持妳，萬一有什麼不測，我也不會怪妳！」，之後，我就接受了乳房重建手術，當時，手術時間需長達十二個小時之久，而我先生在手術室外面，也陪了我整整十二個小時，一直等候我從手術室出來到達顯微手術加護病房，他才放心。我先生真的對我很好，很支持我也很照顧我。(97112505B)

情緒支持

秀秀在情緒支持項目平均分數才只有5分而已，在此項目秀秀雖然得到很多情緒支持方面的協助，如：配偶和家人等，但由於秀秀個人的人格特質是屬於較負面和消極的傾向，所以，當秀秀遇到挫折時，如：診斷癌症（1分）、乳房切除（1分）、癌療煎熬（3分）與復發轉移（4分）等等。在每一個時期中，這些挫折都會讓秀秀的情緒相當的低落，即使是經過宗教的力量、一段長時間的封閉與療傷或擁有來自家人豐厚的親情關愛，都無法讓秀秀走出憂傷、自卑及退縮的困境。唯有在接受乳房重建手術後，秀秀在情緒支持項目的曲線上，

才能呈現8分的高點，所以秀秀在情緒支持這項目的需求只是單一事件的部分獲得滿足，而其他大部分則都出現相當低落及沮喪的情境，主要也是因為秀秀的人格特質，間接的造成了情緒支持這方面的表現非常的低分，也成為秀秀在社會支持的四個項目中，呈現出最低分的支持項目。

從知道確立診斷結果是乳癌，到進入手術室作乳房全部切除手術，這情況來得太快，也太突然！就連讓我考慮的機會都沒有，我竟然連寫遺囑的機會及時間都來不及呀！這段期間，非常的倉促、急迫，同時也令人感到非常的錯愕與驚嚇。（97102801B）

事實上，我並不想切除乳房，對我來講，我總覺得乳房切除後，它就是一種缺陷，就像殘障一樣，我是無法接受我沒有乳房。我姐姐一直跟我講：「沒有人知道，妳衣服穿著看不出來」，可是我說：「我自己知道啊！我是不完整了，我就是有缺陷啊！我不能接受我沒乳房啊！我真的不行有缺陷啊！」「即使戴上義乳，我還是覺得自己走路歪一邊，鼓起勇氣去游泳，義乳吸了水就往下墜，馬上塌一邊，我無法接受這樣的自己」。（97102801B）

在一連串癌療的過程中，我的身心是非常的煎熬且難過，除了癌療過程的辛苦外，說實在話，還有對生命的未來充滿了一些恐懼。（97102802B）

當癌症轉移的病情告知時，對我而言，震撼並不大，雖然，震撼不太大，可是心情上，確實也被影響了，感覺是不太好，有難過、有哭泣，我比較會暗自哭泣，這期間大概維持有一個星期左右。（97111004B）

乳房重建對我而言，它讓我重新活過來了，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠走得出來。在過去四年的歲月中，我是很少離開家的，主要是因為我不願意走出來；當我重建好了以後，我就能夠開始和我以前的朋友聯絡；當我重新出發了以後，我開始做法拍屋買賣的工作、也做一些我想要做的事情，我過得好快樂、好自在也感到很有自信，不再是一個長年躲在家裡，把自己隱藏起來的人了！所以，我非常的非常的肯定乳房重建手術它存在的必要與價值。（97112505B）

訊息支持

秀秀高職學歷，喜歡以輕鬆舒緩的態度來行事，喜歡眼前時刻，而不想因過分的匆忙或費勁處理。秀秀對需要處理細節的事物，頗有具體仔細應付的能力。會遵循她認定是好的事物而

行之。如：志願擔任門診的跟診志工，用心鼓勵病友們且能關切病友的感受並予以支持。秀秀生病之後，秀秀會去尋求一些訊息，後來得知乳房可以作重建手術，如：看到報紙有提到相關資訊，秀秀就會把它剪下來，另外，秀秀也有上網抓一些報告、文章來看，然後就記錄起來。後來秀秀剩下的工作就是認真當個病人，專心面對癌症。不過越是專心，秀秀越是希望能積極參予自己的治療計畫，也因此數度面臨難以抉擇的關卡。其一是在切除乳房的前夕，其二是甚麼樣的化學治療藥物傷害性最小等等。如此，在訊息支持的項目平均都可維持在 7 分左右的水準，包含有：「癌症診斷」、「乳房切除」、「癌療過程」、「乳房重建」與「復發轉移」等；但其中過程卻因為發生醫學上罕見的案例（意外懷孕、催產、剖腹手術、血崩）而造成秀秀認為在這方面訊息的獲得上幾乎是等於零，因為就連醫師們也承認這是非常少見的案例。也因此造成訊息支持這項目的平均分數降到 5.8 分的低標。

我一方面也透過各種管道來學習認識癌症的知識…「我的腫瘤已經存在多久了？生長速度很快嗎？」、「我一定要做乳房切除手術嗎？」、「我一定要接受化學治療嗎？」、「乳癌很容易復發嗎？」、「我有家族遺傳癌症史嗎？」（97102801B）

在乳房重建之前，有一天，我剛好看到報紙醫療篇報導有關乳房重建的訊息，所以，我就上網再去查乳房重建的相關資料，後來，就去看C醫師的門診。我覺得C醫師人很好，他能慢慢的為我講解說明，大概談了一兩個小時。後來，當第二次再去門診的時候，我就已經決定要做這項手術了。由於之前作乳房切除手術的外科醫師，他們不贊同我做乳房重建，所以，也就不會給我們這方面的訊息，就像T醫院也是一樣不會給我這方面的訊息。如果，我沒有改變我自己，接受做乳房重建手術的話，我是走不出來的。（97112505B）

我在化療期間，曾請問過醫師這樣的問題：「像我這樣有性生活，而在沒有避孕的情況下，有沒有可能會懷孕？」。醫師說：「妳不是在問廢話嗎？妳已經停經了，雖然，妳還沒有到停經的年齡，可是，妳現在沒有月經，就表示妳已經停經了，妳怎麼可能會懷孕呢？」，但我一直感覺我的肚子是一天比一天的大，肚子好像有一點點會動，卻沒有像我前兩胎懷孕的時候，有出現害喜的現象。於是找婦產科醫師幫我做超音波檢查，結果，他說：「小姐，妳已經懷孕六個月了。」，可是，我完全沒有懷孕的症狀，結果，竟然檢查出我已經有六個月大的身孕了，當場我就嚇昏了。「我怎麼可能會懷孕呢？我都已經停經了，怎麼可能還會再懷孕呢？」這件

事情的發展過程，都令 T 醫院及 H 醫院的醫師們，覺得非常的不可思議，怎麼可能會發生這樣的事呢？沒有卵巢及月經的情況下，竟然還可以懷孕的事？真是神奇啊！我曾為此事件上電視被採訪及被訪問，另外，平面媒體也曾刊登過。(97102802B)

評價支持

在社會支持的評價支持項目意指個人感受到肯定、回饋、尊重的程度，是給予病人與家屬的感受與認同其生活照料、就業工作能力及人生的規劃。秀秀喜歡被尊重、被肯定，個性有時會近於堅持固執，但常無法堅持某一觀點，易改變主意、易轉換興趣，對所要的任何事物，都會很技巧的找到合適的理由：譬如：作法拍屋、餐廳的工作等，期間大約作了三到四年，都是屬於玩票、隨性的工作性質，現無工作，每日出門與朋友們談心，生活愜意、自在；常常依照自己的想法作自己想要作的事，可隨興、自主且自由。在評價支持項目平均得分為7.8分，是社會支持四個項目中最高的分數。乳房對女人的重要，可能連女人自己都難以想像。秀秀乳房重建之後，不但讓秀秀經歷一段不可能的任務—「化療停經後懷孕」，主要是由於進行乳房重建手術後，重新擁有了乳房，也擁有了新生的力量，原本已因化療而停經，竟還能再度懷孕；重新擁有了乳房，也給了秀秀重新面對生命的熱情，原本因為罹癌而斷絕所有的人際網絡，只肯接觸家人的她，漸漸恢復乳癌手術前的生活，不但願意出門，甚至還會到醫院當志工；如此一來，讓她結束了自我隔絕的日子且能抬頭挺胸的重新面對新的人生。而在只有「化療」這個部分的較其他部分低一分，主要是因為在「化療」的過程中，由於身體上的不適與痛苦造成，雖然一路上都有親人的陪伴、照料和支持，但秀秀仍給於這部分的成績較其他部分低一分，而其他部分的分數都維持在8分的水平上。

我對乳房重建的手術看法是，雖然乳房重建手術是討皮痛，但是，我還是覺得很好，因為「它」讓我找回了我生病以前的自信，「它」使我敢讓我的先生看我的身體，它讓我勇敢的回到社交圈，不再退縮、自卑。乳房重建對我而言，它真的讓我重新活過來了，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠「走得出去」、「活得過來」。現在，我的生活過得很好；當然，我感到非常有自信，我真的能夠「走得出去」、「活得過來」了！（97112505B）

化學治療的過程中，我不是只有頭髮沒有了，我身上所有的毛也都沒有了。反正，我身體上所有不舒服的反應，真的都讓我感到比死還難受啊！我希望做化療時，抗癌藥物的品質

能提高，而它的副作用則要降低，也就是希望化療過程中的品質，能夠愈來愈好。也就是說愈不讓人痛苦的抗癌藥是愈好，譬如：這些噁心、嘔吐及腸胃方面不舒服的副作用，都能夠有效的降低。所以，我真的很期待在使用抗癌藥物的過程中，可以像安寧病房的照護，被有尊嚴的對待；我希望做化療的時候，真的能夠做到有尊嚴。因為，做化療的過程，真的是非常的痛苦。我再苦也要撐下去，要活就要忍，忍過了就是自己的了。雖然，我很害怕，但我一定會繼續做下去，因為，做下去才有活命的機會，如果，不堅持做下去，那就沒有活命的機會了；要走出化療這一條路來，真的，並不是那麼的好走！而我也只能告訴我自己：「我要活就要忍，忍過了就是我的了…」。(97102802B)

第三節 乳癌治療與生命歷程的關係分析

要學習認識乳癌，這些知識只是開始。它真正的進階課程在於：認識癌症對生命帶來的衝擊，認識身體與心靈該如何對話，認識與苦痛朝夕相處的意義。這一個課題從此就展開，將成為小茹和秀秀生命的一個主題。

Kubler-Ross(1969)對絕症患者之心理反應及變化，將其心理過程分為五個階段：第一階段：震驚(shock)與否認(denial)，剛開始得知罹患癌症時，患者大都無法接受此一事實而不知所措，嚴重者可能因過度震驚而暈倒。第二階段：憤怒(anger)，當病人否認事實時，表示還存著一絲希望，但當希望與事實相反，卻無法逃避時，很快的病人就會將希望轉為憤怒。第三階段：磋商期(bargaining)，病人經過一段時間的憤怒發洩後，漸漸發現憤怒於事無補，因此，慢慢平靜下來，患者可能會與自己信仰的主宰者進行討價還價。第四階段：憂鬱期(depression)時期，當治療進行中產生一些難以忍受的副作用或治療效果不佳，患者面對這些殘酷的事實，會出現憂鬱畏縮、悲傷、哭泣、沈默、食慾不振、無助感及絕望的情緒反應。第五階段：接受期(acceptance)的階段，經過一段時間內心的掙扎，患者的情緒逐漸平靜下來接受事實，重新生活步調，以面對疾病與治療產生之重大改變。

小茹和秀秀兩人正如文獻上所敘述般，呈現出兩人罹癌過程不同的轉折與情境，雖然起伏不定、時間也不相等，因為這是沒有一定的反應型態，而且這是個別化的、具有獨特性的。小茹和秀秀從診斷罹患癌症開始，就經歷一連串的情緒與心理起伏，起初因癌症的診斷而震

驚、無法置信、產生情緒麻木或否認診斷的真實性。小茹和秀秀此期間長約一週，情緒低落，都是以哭泣方式表達。再來壓力而焦慮、憂鬱、失眠、厭食、心神渙散、甚至生活常規會失序。此階段小茹和秀秀大約也都持續一至二週左右；最後當小茹和秀秀終於能夠接受患癌和乳房切除的事實後，其又有不一樣的歷程展現，小茹開始積極思考治療與重建方式，尋求樂觀的理由，恢復生活常規…就像癌療期間，我曾經一度可以回到工作職場上，但是，當我的體力又漸漸轉為虛弱時，我則又辭掉工作，但我並不會因此就灰心、失望或放棄，我仍然可以樂觀處之，因為，我相信我一定還有機會可以再回到我的工作職場上。對乳房重建手術的期待與接受，我一直一心希望能夠作乳房重建手術，不論採用任何方法都可以，我終於完成了我的乳房重建夢想。因為，我一直想變回我是一個完整的女人。(97111206C)

此階段長約兩週至數月，主要是視病情進展而定。而秀秀卻因無法面對事實而變成逃避，癌症對秀秀的打擊不是一場疾病、一次開刀、一段化療或一段放射線治療而已。它一旦出現，就是鋪天蓋地捲來：事業中斷、日常生活別想繼續了，連帶地家人及親友的生活、工作，都因此調整。而秀秀失去了乳房後，秀秀就緊閉心扉，此期間竟長達有四年多的歲月，從在家裡躲著不見人，重回到往日的活躍…罹癌的這段期間，我的生活有了不一樣的影響及改變。我變得不喜歡出門，連社區的人都不來往了，也會避開所有認識的人。而將自己一直關在家裡面。所有人的問候或關心，都變成我的壓力來源。乳房切除後，我斷絕一切所有的人際關係；親戚朋友要來看我，我也都不願意，全部都推託給我先生去處理，我全然不管，只要躲在家裡，也都不出門。全天二十四小時，通通躲在家裡，不出去就是不出去，日子就是過得非常的不快樂、不開心。因為「乳房重建手術」，它讓我找回了我生病以前的自信，它使我敢讓我的先生看我的身體，它讓我勇敢的回到社交圈，不再退縮、自卑，乳房重建對我而言，它讓我重新活過來了，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠走得出來。在過去四年的歲月中，我是很少離開家的，主要是因為我不願意走出來；當我重建好了以後，我感到很有自信，不再是一個長年躲在家裡，把自己隱藏起來的人了，這種的感覺真的很好！（97111003B）

綜觀以上，可以發現乳癌患者與一般癌症患者的生命歷程是有所不同的。乳癌患者除了與一般癌症患者有類似上述的心理歷程外，而更主要憂心的問題是女性的身體心像改變、女性的第二性特徵及母性的特徵感喪失，因為每位女性所擁有的身體心像，是具有其個別

性、獨特性的，它不僅是指外表與身體特徵，尚包括身體內部之結構，身體局部或整體所能展現的功能與運作。乳癌患者的問題則包括有身體心像改變、性生活困擾、工作困擾，角色功能及人際關係障礙等。本研究的主要也是為了解乳癌患者內心的想法與感受，同時也希望幫助乳癌患者對其治療歷程的調適。

第四節 乳房切除與乳房重建的意義分析

乳房，它可能代表著是個真正女人的訊息，也可能代表著是女性的象徵、特徵與魅力；同時，它也可成就女性身體心像的完整性，不流於自卑，致能擁有更多的自信。它同時可能代表著是乳癌患者不再是個真正女人的訊息，它會讓乳癌患者覺得女性的象徵已被剝奪且失去了女性的特徵與魅力（林淑玲、李麗娜，2004；Love & Lindsay, 2000），同時，也會影響了女性身體心像的完整性，造成對自己身體的殘缺感到自卑、對未來失去了自信。

乳房做了全切除手術之後，往往只剩下胸前皮膚包覆著胸壁裡的骨頭……我的乳房切除了一邊而且又切得很深（手比胸部患側），它是整個切掉，很像個洞一樣，還整個凹陷進去，兩側的胸部變得一邊好大，一邊凹陷進去，一大一小。少了一邊，胸部一高一低，非常不對稱，穿衣服時真的是不好穿，你怎麼穿就是會怪怪的，假假的，不好看，也不吸引人。擁有乳房跟沒有乳房時，在穿衣服感覺那個形狀是有差別的。（97102401A）

以前我自認為我的胸部很漂亮，我全身上下就是乳房這個部位最漂亮，但現在乳房被切除掉一個，我就…（搖搖頭），我非常的在意這樣的結果；因為切掉乳房對我來講就是不完整，女人嘛，妳失去一個乳房，缺了一邊，妳的身體就是有缺陷，我覺得不只是不美觀；真的是一個女人身體的不完整，這點我是非常的在意，除了失落、悲傷、自卑外，我真的嚴重的感覺到自己的不完整，因為我變成了一個不完整的女人。（97102401A）

由於外科手術切除乳房，改變了乳房部位原來的生理結構，使得乳房兩側的外觀大小不對稱且形成不雅的疤痕。當罹患乳癌的婦女接受乳房切除手術治療後，而其失去了乳房正常的外觀型態時，對許多乳癌患者而言，又是一大衝擊。在面對乳房外觀上的問題方面，接受乳房切除的乳癌患者們，多年來，大多是以穿戴義乳的方式來達到創造出一個乳房外貌為目的（Love & Lindsay, 2000）。……如果夏天戴義乳會貼在身上，好熱，好悶又不好用，活動時又會移位、

跑來跑去的很不自然很也不方便！總之，穿衣服就是不好穿、不好看，活動很不方便。自從乳房切除後，生活中做甚麼事情都是不方便。因為，穿衣服很不方便，之後，我就變得不愛出門了。在家裡面我穿衣服的時候，一邊是有的，一邊是沒有的，要穿內衣也不是，不穿內衣也不是，那種日子真的很痛苦！那如果說是小小的，那還好，但一邊是歸零，一邊又很大，我原來的胸部是屬於比較大的 E 罩杯型，那種落差是很大的呀！而我也強烈的感受到我的器官不見了。(97102801B)

生命的真諦在於活得扎實，生命的可貴在於用心感受、用心體會。人正因身處絕處才得以逢生，也才會更加的珍惜新的生命。隨著醫療長足的進步，外科重建手術的日益精湛，目前已有各種不同的乳房重建手術(breast reconstruction)，可提供給罹患乳癌且切除乳房的患者做更多的選擇。乳房重建手術不僅可提供外表的重建，對病患的心理也有正面的影響，它可使乳癌患者達到較好的心理狀態及重建身體外觀雙重的目的(王健興等，2002；鄭明輝，2006；Houssami et al., 2006；Youssef et al., 2005)。而且在乳房重建後，也可以使因罹患乳癌而乳房開刀切除者恢復自信及擁有較好的生活品質（蕭淑敏，2004；Nano et al., 2005；Veiga et al., 2004）。在身體外觀方面，Andrade, Baxter 及 Semple(2001)針對 206 位乳房重建者發出問卷，乳房重建可以彌補乳房切除後的身體缺陷以改善身體外觀，並使乳癌患者有正常個體的感覺。秀秀歷經罹癌、化學治療、放射線照射、荷爾蒙療法及摘除卵巢手術等一連串的沉重療程中，仍想破繭而出，毅然決然接受乳房重建手術.....我要做重建的時候，周圍的人都反對，就說先顧好健康，像我媽就很反對，她就講說：「你現在好好的，能保命就已經很不錯了，幹嘛還要去動一次手術，再挨一次刀！討皮痛！」，他們是覺得開刀很危險，他們是擔心且不捨我會再多受些苦痛跟折磨。我先生是說：「我是不在乎啦！但是呢，如果妳有這個意願的話，妳想的話妳就去做」，但是我說：「我覺得我重建是為自己，我不是為你，不是你在不在乎，是我不在乎，你不在乎我也是要做」。(97112505B)

Frankl (1995) 所說：「世界上沒有什麼東西能幫助人最壞的情況中還能活下去，除非體認到他的生命還有另一層意義。」。陳海焦(1996)在乳癌婦女接受乳房切除術後身體改變的經驗研究裡針對 12 位接受乳房切除術後婦女進行深入訪談，發現乳房重建手術者其動機與女性特質有關；愛漂亮、善體人意、為先生著想，其目的頗多，不完全只為漂亮，它被賦予正面意

義與價值，而不再覺得自己是病人。……我一直盼望能夠早日作乳房重建手術，在癌症治療漫長的過程中，我一直在等待，其實，家人們包括：老公、媽媽、兄弟姐妹們…等，他們都認為應該先把病養好比較重要，並未表示支持，但因我個人一直很期待也很堅持，所以，就如願完成了，當時我的心情是非常的高興也很滿足，因為，我恢復又成為一個完整的女人了。

(97103105A)

Frankl (1969) 和 Yalom (1980) 認為：「生命的意義是努力扮演好自己的角色、好好的生活、對生命負責、追求自我超越的一面、以及延伸出助人、利他的行為等」。……我知道我的癌細胞，它是一直反覆不定而且是不斷的復發轉移循環著。但我相信我並不會因此被擊倒而放棄。所以，當我再度回到工作職場時，我仍然充滿了活力與熱忱；除了繼續服務我原來的基本客戶群外，我還能夠在病友之間，熱心的付出及努力幫助許多病友，解決她們有關保險理賠的業務問題，同時也減輕了她們醫療經濟上的部分負擔；所以，我可以算是能夠幫忙病友們諮詢、解惑有關保險知識與作好申請理賠處置的人。由於我個人已經有十多年的保險業務方面的專業知識與經驗，而且也有基本的客戶群，需要我繼續去為他們服務。雖然，我在罹癌治療過程中離開職場，但我仍感覺到我是有責任要繼續去服務他們的，這期間除了有份責任感外，當病情較穩定，再度回到工作崗位時，我仍是很努力的工作及服務我的客戶們，同時也分享我的罹癌經驗給我的客戶們。在化療期間我仍然有機會被諮詢保險理賠業務時，我都會盡力去協助處理，這爭取的過程很辛苦，但我覺得我的付出是很值得的，幫助病友們感覺上就好像又多一些朋友一樣。所以，我覺得這很溫馨，就是同理心吧！雖然，現況體力不是非常好，我仍舊會盡力而為的！另外，我也很想要與病友們一起爭取將「乳房重建手術」納入健保給付的範圍。

(97103105A)

Frankl (1963) 認為人無可避免苦難與死亡的遭逢，但痛苦、疾病、死亡不能使生命無意義，反而激發出生命中的意義感與使命感。一個人在面對無法改變的命運時，就等於給自己一個機會，去實現受苦的意義。……我自從得知罹患乳癌迄今，這期間算一算總共接受了五次外科手術的處置，其中包括了：根治性乳房切除手術，人工血管裝置手術兩次及乳房重建手術併作傷口清創手術等外科手術。雖然經歷過這麼多次外科手術的挑戰，針對乳房重建手術的期待與接受，是非常值得一提的部分。當我接獲乳房重建手術的第一個訊息是來自 H 醫院門診的護

理人員，在五月底，我結束所有的癌症療程之後，我仍然要每三個月回診一次，不知道經過多久時間就改成每半年回診一次，因為，我不用吃抗生素或荷爾蒙之類的藥物，而且那時追蹤的癌症指數結果，是呈現正常的。故我一直一心希望能夠作乳房重建手術，不論採用任何方法都可以，當時癌症指數正常後，在九十三年七到八月間找整形外科 C 醫師諮詢有關重建手術的資訊，一直到九十四年一月底，大約是在過年前，我終於完成了我的乳房重建夢想。因為，我一直想變回我是一個完整的女人。所以，這樣自從乳癌發病作了乳房切除手術後，再經過化學療法及放射線療法，整個治療過程控制穩定到能夠作乳房重建手術，期間總共歷經了三年多的時間。整個乳房重建過程是相當辛苦的，因乳房重建手術是個長時間的大型手術，而且手術後必須住進顯微手術加護病房觀察，長達有一星期之久，住院期間曾發生傷口需要清創的情況而延遲住到十天左右，直到傷口穩定後才出院。雖然有以上種種的痛苦與艱辛的感受，其實，到現在為止，我始終認為我作乳房重建手術是相當值得的，而且我也是一直非常的肯定它對我的價值與幫助。(97103105A)

蕭淑敏(2004)的研究裡，比較接受改良式乳房切除及乳房重建乳癌婦女之生活品質及其相關因素，其中乳房重建的生活品質各個層面得分高於乳房切除者，擁有較佳之生活品質。所以，乳房重建手術治療結果與生活品質也具有正相關性，可提升生活品質。……四年來，我先生從來沒有看過我乳房不見的樣子，我心裡就是想說我最痛的地方，我不願意讓我先生看到，因為這是女人本來就該有的東西，現在少了一個就不完整了，我真的很不能接受。夫妻生活還是有影響，因為切除乳房之後，就是一直沒有辦法坦然面對，妳做愛啊，真的不會想讓我先生看到，我會拒絕，即使兩人在一起，還是一定要穿著胸罩，要戴著義乳，我就是沒有辦法坦裡相見，而且這段時間很長。我不願意照到鏡子也不想讓人家知道，更不願意給我先生看到我般這樣，所以，剛開始在房事上是不行的啦，也很少在一起。長達有四年的時間，即使我們在一起我都穿著衣服，戴著毛巾布做的帽子，我真的不願意讓我先生看到就對了，因為，它總是個自卑…我的生活有了不一樣的影響及改變。我變得不喜歡出門，連社區的人都不來往了，也會避開所有認識的人。而將自己一直關在家裡面。所有人的問候或關心，都變成我的壓力來源。乳房切除後，我斷絕一切所有的人際關係；親戚朋友要來看我，我也都不願意，全天二十四小時，通通躲在家裡，不出去就是不出去，日子就是過得非常的不快樂、不開心，我仍然一直過著封閉

自己，不快樂的生活。如果，我沒有改變我自己的話，我是走不出來的。當初我要做乳房重建手術時，我們家裡所有的人，沒有一個人同意，他們都認為：「命能保住就很好了，何苦再去動一次手術？」。只有我先生同意，他說：「只要妳做的任何決定，我都會支持妳，萬一有什麼不測，我也不會怪妳！」，之後，我就接受了乳房重建手術，我自從切除乳房後，一直到做重建的時候，也經由 C 醫師慢慢的勸說，我才願意出門，我對乳房重建的手術看法是，雖然乳房重建手術是討皮痛，但是，我還是覺得很好，因為「它」讓我找回了我生病以前的自信，「它」使我敢讓我的先生看我的身體，它讓我勇敢的回到社交圈，不再退縮、自卑。乳房重建對我而言，它讓我重新活過來了，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠走得出來。現在，我過得好快樂、好自在；當然，我也感到很有自信，我接受這項乳房重建手術，能夠「走得出去」、「活得過來」！所以，我非常的非常的肯定乳房重建手術它存在的必要與價值。但我認為值得，至少我以後不再擔心來自別人的眼光是因為我的胸部一邊高、一邊低。有人說乳房是女人的社交工具，也有人說外在只是皮相，根本不重要，但我不贊同，因為：「沒有失去乳房的人，不知道乳房的重要。我相信它可以讓我重新活過來！實際上，它真的讓我重新活了過來，它也讓我重新走出來了！」。(97112505B)

學者們以心理學上的觀點，曾指出會接受乳房重建手術的乳癌患者們，主要是對疾病的適應不良及無法接受身體殘缺的因應行為所導致，而且強調乳癌患者必須經過哀悼其乳房的失落過程，才能真正從乳癌事件中調適過來；之後所作的乳房重建手術的決定，乳癌患者也才能將重建好的乳房，合併於已經改變過的身體心像中進行整合、之後進而接納它(K lenin,1971;W inder &W inder,1985)。在此也可了解小茹與秀秀兩位乳癌患者接受乳房重建手術前、後的心理感受及其對生命意義有不同的觀感與體悟。

第六章 討論、結論、建議與反思

本研究主要是瞭解個案小茹與秀秀罹患乳癌與治療、重建過程的關係，用敘說的方式，將其獨特的生命故事脈絡，透過文本分析呈現出乳癌患者背後的生命意義以及目前社會未來針對乳癌治療與乳房重建的問題，重新看待乳癌接受治療與接受重建的過程關係，而也能體會到此過程關係的經驗本質；因此，對此研究討論提出結論與建議，同時對整體的研究歷程提出反思。

第一節 研究討論

根據小茹與秀秀罹患乳癌治療與重建過程的生命故事作分析結論，其個體的人格特質與環境社會中不斷的相互作用；身體系統中的症候，導致自我與社會系統的衝突以及造成生理、心理、社會支持層面的影響。

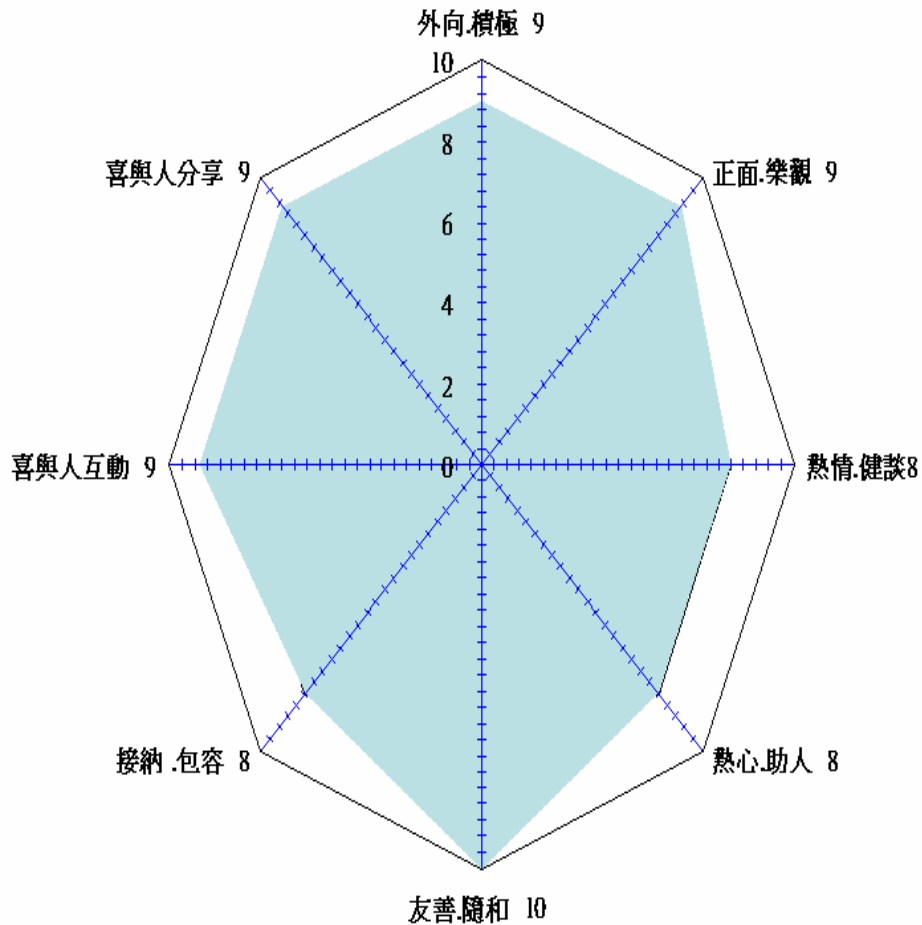
壹、研究參與者的人格特質

一、小茹的人格特質

小茹的個性屬較外向型，人很友善也很隨和，平易近人，正向且樂觀，容易接納別人；與人交往表現熱情洋溢、精神抖擻，有獨樂樂並與眾同樂的天性。天生熱心腸、健談、敏於解決問題且樂於助人，受人歡迎且負責任，如：喜歡與人互動、也喜歡與人分享經驗、熱心幫助病友申請保險補助事宜及常會參加公開演講。是個積極的成員，天生的合作者，擅於製造和諧氣氛，如：熱心參與及投入病友會的各项活動。是實際、天生的生意人，對那些看起來沒有實際利益的事不感興趣，但需要時也會全心投入。另外喜歡組織及經營事業，如：從事保險事業多年，一心想成立一個屬於自己營業處的公司單位。辦事能力富有專業、批判、獨立與自主的態度，也擅於條理及機智的談話，可稱得上是一位好的主管、領導者，如：曾擔任某保險公司高階主管的職位。小茹喜歡追求新知、有時會展露出超越其經歷的積極與自信；小茹認真、實際且富創意與想像力，有毅力與恆心，只要是做對於任何本身感興趣的事，總能做得有聲有色，而也覺得只要是應該做的，就會下決心努力去完成，永不放棄，甚至不論他人的規勸或反對。小茹有她自己的理想及目標，她會驅策自己喜歡或自己認為對的事，不論是否有人幫忙或阻撓，她均能設法且努力去克服並予以完成。她真的是一位正面積極、樂觀進取、有活力、有毅力且認真生活的抗癌勇士。

參考個案小茹的人格特質圖(見下圖)。此圖表分數的統計方式，主以十分法(0-10)的評核標準計分，評核結果則由研究參與者採自主評分的方式進行之，分數愈高者其人格正向程度愈高且以正比的比例呈現；原滿分應為80分(因共有8個單項)，每個單項以0-10分為主。每一單項若能達到10分即為滿分，也就表示在最正向人格的理想狀態。而小茹的人格特質圖中，小茹總分竟高達有72分(90%)，是呈現屬偏正面人格的傾向。

人格特質---小茹

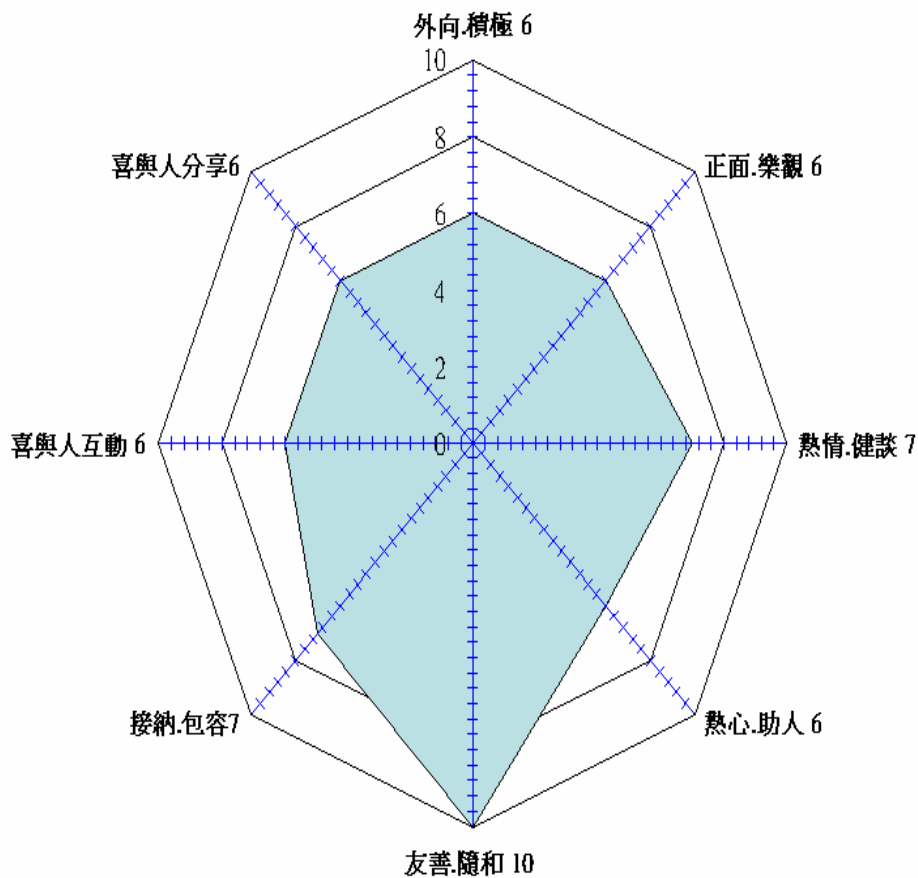


二、秀秀的人格特質

秀秀的個性屬較內向型，她保守、安靜、敏感、孤獨的表現常與負面、消極的內心想法連結，故容易給人流於較消極、較負面的觀感。而其尚具有友善、仁慈、體貼、忠貞與盡責等的人格特質；秀秀喜歡以輕鬆舒緩的態度來行事，喜歡眼前時刻，而不想因過分的匆忙或費勁處理。秀秀會全力以赴去完成其應盡的義務。其興趣通常不在技術方面，但對需要處理細節的事物，頗有具體仔細應付的能力。不會勉強將己見加諸於他人。雖然不喜歡作領導者，卻是忠誠的追隨者，也會遵循她認定是好的事物而行之。如：志願擔任門診的跟診志工，用心鼓勵病友們且能關切病友的感受並予以支持。喜歡被尊重、被肯定，個性有時會近於堅持固執，但常無法堅持某一觀點，易改變主意、易轉換興趣，對所要的任何事物，都會很技巧的找到合適的理

由：譬如：作法拍屋、餐廳的工作等，期間大約作了三到四年，都是屬於玩票、隨性的工作性質，現無工作，每日出門與朋友們談心，生活愜意、自在；常常依照自己的想法作自己想要作的事，可隨興、自主且自由。參考個案秀秀的人格特質圖(見下圖)。此圖表分數的統計方式，主以十分法(0-10)的評核標準計分，評核結果仍由研究參與者採自主評分的方式進行之，分數愈高者其人格正向程度愈高且以正比的比例呈現；原滿分應為80分(因共有8個單項)，每個單項以0-10分為主。每一單項若能達到10分即為滿分，也就表示在最正向人格的理想狀態。而秀秀的人格特質圖中，但秀秀總分卻顯示只有54分(67%)，是屬較中等略偏負面人格的傾向。

人格特質--秀秀



貳、乳癌治療、重建過程與生理、心理與社會支持系統相互的影響

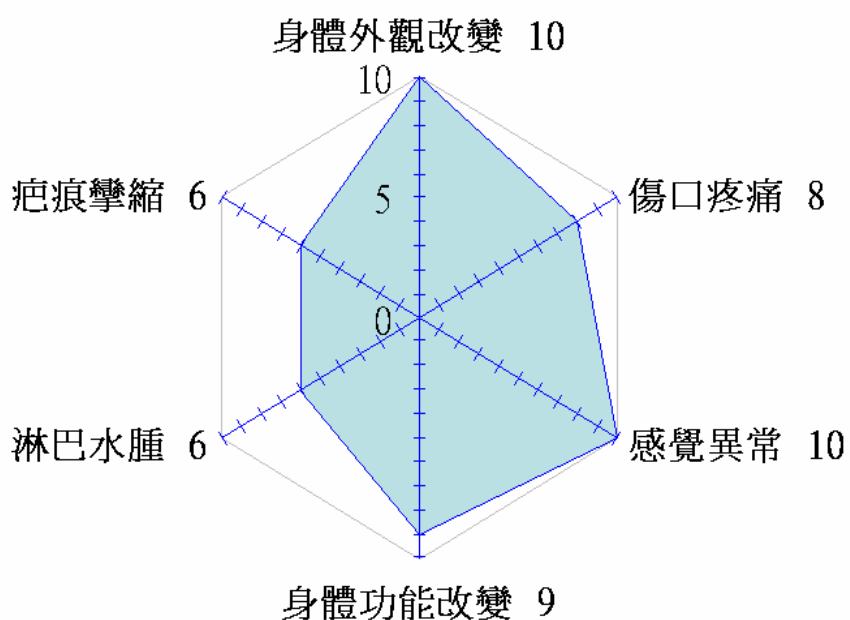
一、乳癌治療、重建過程與生理層面的影響

以下所有的「關係影響圖表」分數之統計方式，主要是以十分法(0-10)的評核標準計分，評核結果由研究參與者採取自主評分的方式進行，分數愈高者表示出被影響的程度愈嚴重，而接受與適應的程度也就愈差；分數愈低者則表示出被影響的程度愈輕微，相對的，其接受與適應程度也就愈好，是以反比的比例呈現。在「關係影響圖表」中，滿分應為60分，其共有6個單項，每個單項以0-10分為計算分數。

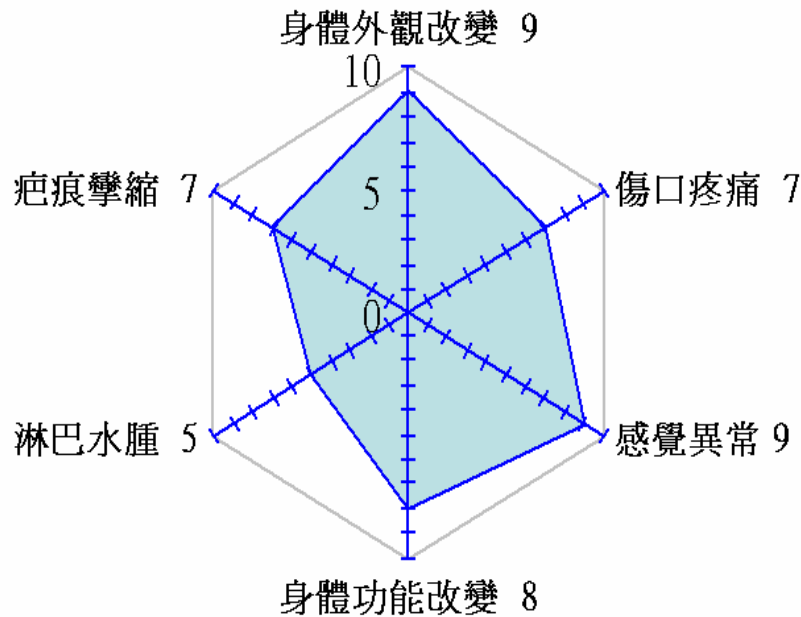
(一) 乳房切除手術與生理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各為49分(81.6%)與45分(75%)，小茹自評的總分高於秀秀的自評總分約4分(6.4%)，兩者對於作乳房切除手術當下的打擊都是屬於中高程度的嚴重影響。

乳房切除手術的影響---小茹



乳房切除手術的影響---秀秀



小茹與秀秀經歷乳房切除手術後的主要症狀是疼痛、疲累、虛弱及外觀改變而影響身體心像等問題。她們雖然曾一度痛不欲生、難過煎熬，所幸她們都有家人一路辛苦的陪伴與照顧，她們終於都可以勇敢的走過來。

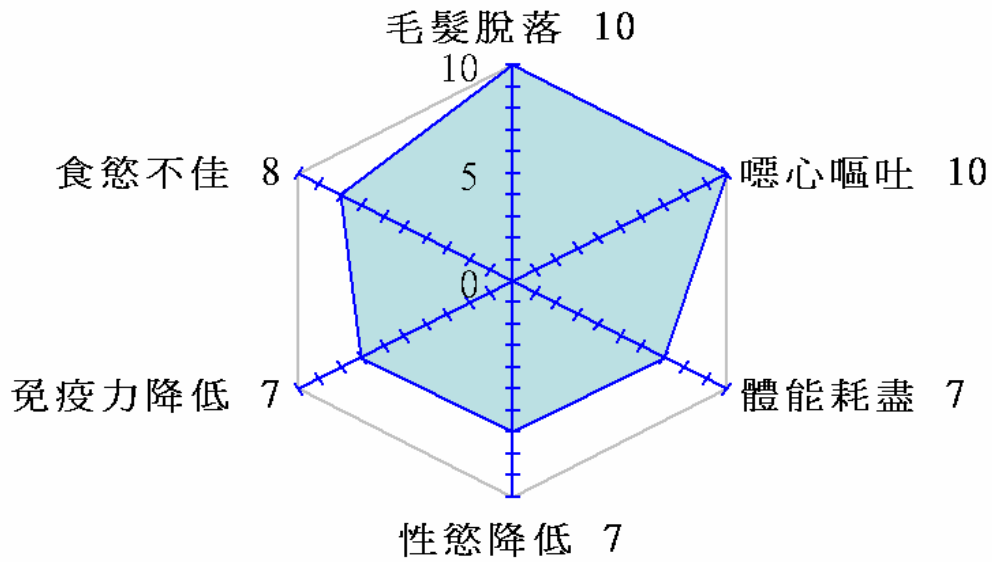
小茹接受乳房切除手術後，雖然曾痛哭不已、失落萬分；但由於小茹她原具有的正面思考心態，讓她更積極、更努力的渡過這段低潮，也如此更促使其提早尋找到重建之路。在癌療的過程中，造就出她更堅忍不拔、毅力過人的精神；同時她還能將經驗與病友們分享，並且為病友們服務，給予醫療保險理賠事宜的實質協助，減輕了病友們經濟上的負擔。

而秀秀接受乳房切除手術後，造成乳房兩側外觀大小不對稱，因秀秀原本的乳房是E罩杯，現在一邊有一邊沒有，那落差非常的大，沒有了乳房，秀秀形容那日子真的很痛苦，那如果說是小小的，那還好，但一邊是零，一邊則是很大，總覺得就是器官不見了，那種感覺是非常的不舒服。她認為這是女人本來就該有的東西，現在少了一個就不完整了，秀秀真的很不能接受。秀秀就是一直沒有辦法坦然面對，因為秀秀認為它總是個缺陷。由於外科手術切除乳房，改變了乳房部位原來的生理結構，使得乳房兩側的外觀大小不對稱且形成不雅的疤痕。

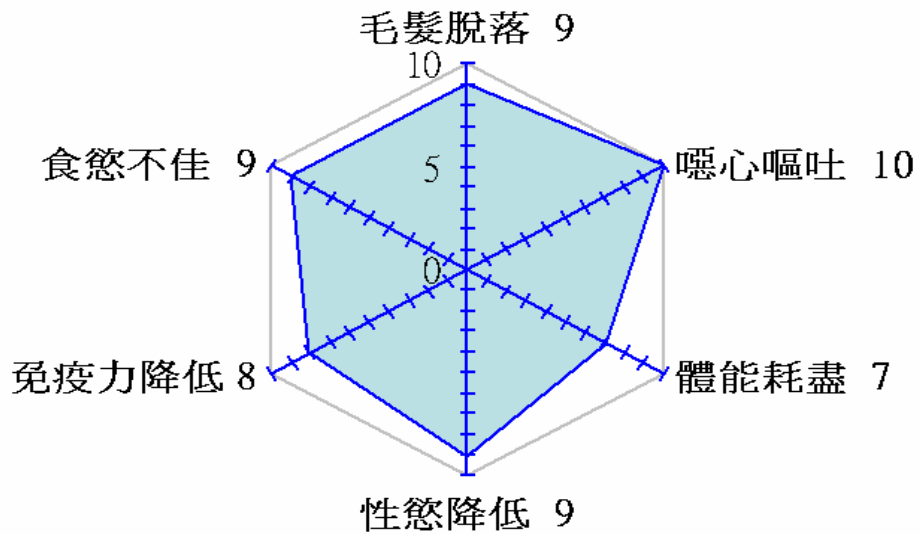
(二) 化學治療與生理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各為49分(81.6%)與52分(86.6%)，秀秀自評的總分高於小茹的自評總分約3分(5%)，兩者對於化學治療過程的打擊都是屬於高程度的嚴重影響。

化學治療的影響---小茹



化學治療的影響---秀秀



小茹與秀秀經歷化學治療的過程，都是相當辛苦且轉折的。化學治療對生理層面的影響，以脫髮的傷害較為嚴重。而噁心、嘔吐，全身不適的症狀也會出現，造成虛弱疲累。

就小茹而言，她爲了治療癌症可以忍受身體上百般的煎熬痛苦，但對嚴重脫髮的現象就非常的在意且難過，曾一度痛哭數日、難過極至。因小茹一直認爲她擁有一頭非常美麗的長髮，也是她引以爲傲之處；雖然如此，小茹經過一番調適後，由光頭加戴假髮到剪成俏麗的短髮過程中，她也能坦然的面對它了。

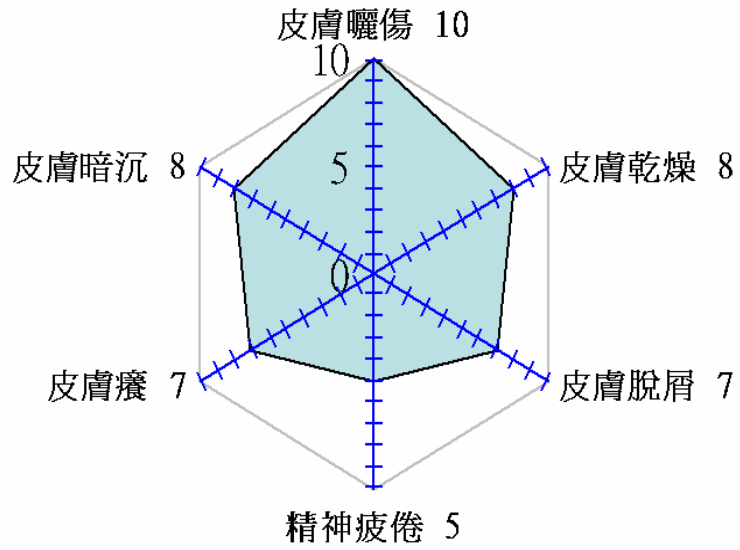
在秀秀這部分，秀秀經歷相當辛苦且煎熬的化療外，另外，還同時進行荷爾蒙治療，整過過程，秀秀形容說：「**真的是比死還難受啊！**」；所以，秀秀期待以後抗癌藥物的使用能夠愈來愈好，副作用也愈來愈少，也就是說愈不痛苦的愈好，譬如：噁心、嘔吐，全身都感到不舒服…，所以，秀秀真的很期待在抗癌用藥過程中，能如同安寧病房的照護，一樣有尊嚴的被對待，這種治療方式，給秀秀很不好的感受，秀秀只能告訴自己：「**我要活就要忍，忍過了就是我的了。**」

化學療法的副作用，最危險的副作用就是免疫系統暫時性的抑制問題。而噁心和嘔吐的情形是很普遍的現象。化學療法讓多數人覺得體能耗竭，但是通常在化學療法結束一個月後，精力就會回覆正常值。而生質（fertility）的問題乃進行化學療法，會使月經不規律或造成停經，例如：秀秀就有停經情況發生。而年輕的女性在治療結束後，月經（menstruation）往往就會重新開始，四十歲之後，在化學治療後更有可能會不孕。有些女性會經歷更年期症狀，例如：陰道乾燥和熱潮紅，性生活受到影響，性慾降低，性生活調適也較差。毛髮的脫法是一種很令人苦惱的副作用，大約在開始進行化學療法後三週開始出現。並非每個人的頭髮都會完全脫落，可能會發現自己的頭髮只是變得比較稀疏。

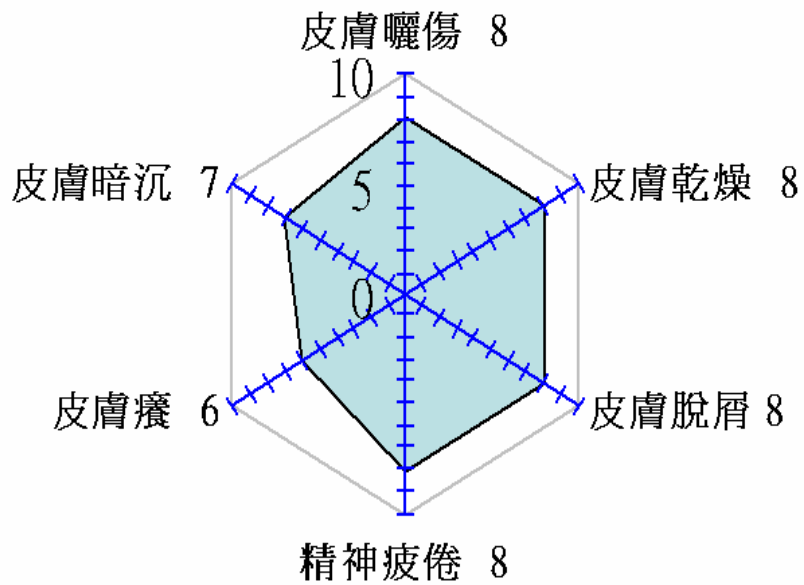
（三）放射線治療與生理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各爲45分(75%)與47分(78.3%)，秀秀自評的總分高於小茹的自評總分約2分(3.3%)，兩者對於放射線治療過程的打擊都是屬於中高程度的嚴重影響。

放射線治療的影響---小茹



放射線治療的影響---秀秀



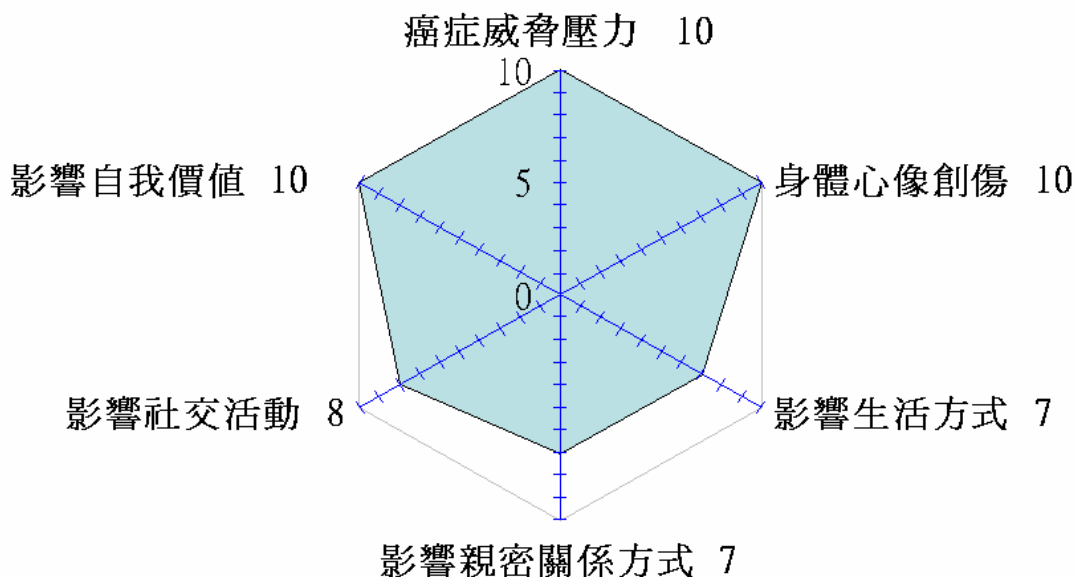
小茹與秀秀呈現的症狀主要是皮膚的反應問題。症狀有如「曬傷」般的皮膚，膚色變得比較暗也變得比較乾燥及覺得癢，也會造成皮膚的潰爛，但都不是永久性的，當放射線治療的療程結束，她們皮膚的情況就改善許多，雖然如此，而過程並沒有像化學治療那樣的不舒服。放射線療法主要的短期副作用是皮膚的反應，當進行治療，可能會覺得很疲倦，但是，頭髮並不會脫落，也不太可能會覺得噁心。那個部位可能會感到「曬傷」，變得乾燥、鱗片般剝落或覺得癢。膚色往往也會變暗，但這並不是用永久性的。也可能會因小血管破裂而起一些小紅斑。放射線療法的長期副作用比較麻煩，但很少發生。

二、乳癌治療、重建過程與心理層面的影響

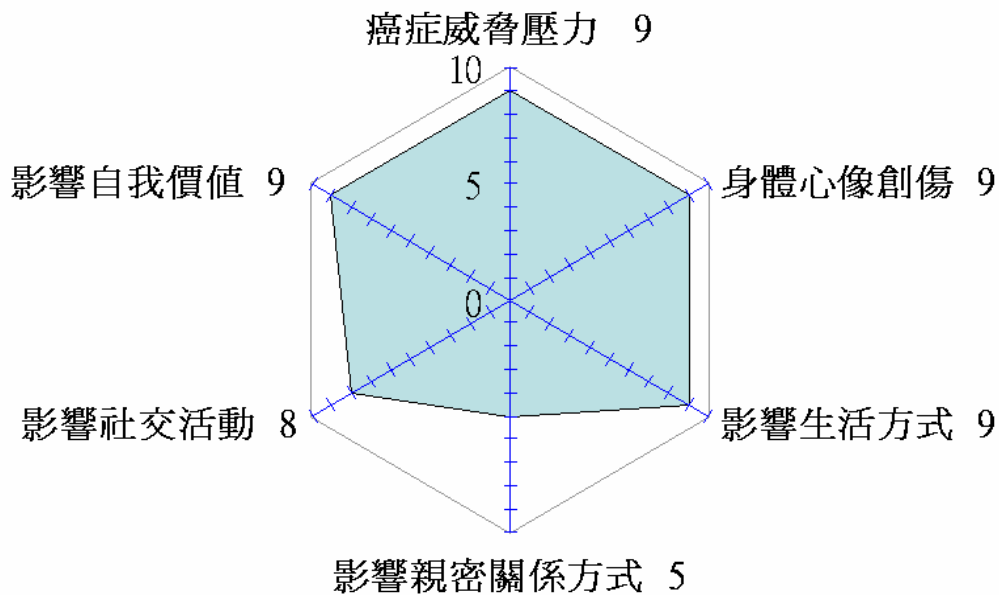
(一) 乳房切除手術與心理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各為52分(86.6%)與49分(81.6%)，小茹自評的總分高於秀秀的自評總分約3分(5%)，兩者對於乳房切除手術的打擊都是屬於高程度的嚴重影響。

乳房切除手術的影響---小茹



乳房切除手術的影響---秀秀



小茹由於其原具有的正面積極思考模式，造就出她在不斷復發、重複轉移的癌療過程中，展現出堅忍不拔且毅力過人的精神，再再的令醫療及研究團隊人員都為之動容與敬佩，

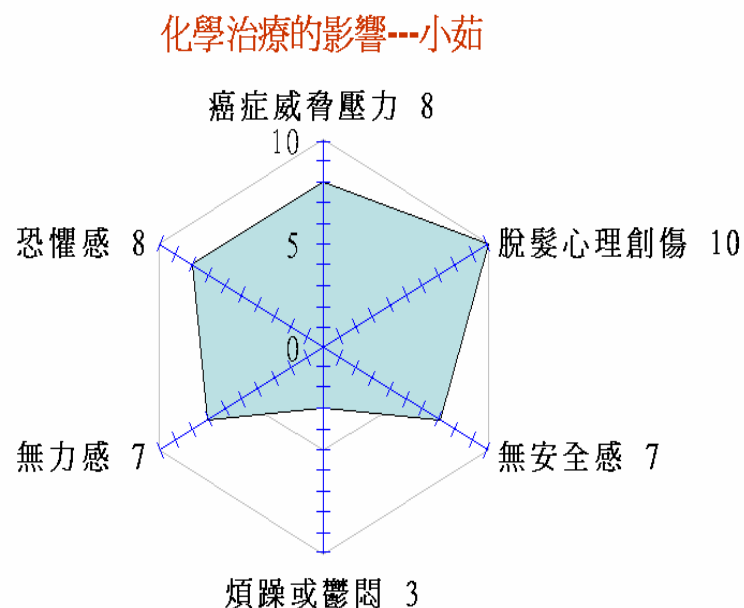
秀秀由於接受外科手術切除乳房，使得乳房兩側外觀大小不對稱，落差非常的大，秀秀的失落情形相當明顯，一付自卑又自憐的心態。從此秀秀就一直躲在家裡，把自己關閉起來，造成了她足不出戶，封閉自己長達有四年多的時間，而且秀秀從來不看她失落的那一邊，也從來不願意讓她先生沒有看到她乳房不見的樣子，當兩人在一起時，秀秀常會拒絕，如此一來，也已影響了夫妻間的生活，因為切除乳房後，秀秀就是一直沒有辦法坦然面對，她認為這是女人本來就該有的東西，現在少了一個就是不完整了，秀秀真的是無法接受。秀秀真的不願意讓她先生看到，如此這樣竟也長達有四年的時間，因為秀秀認為它總是個自卑。秀秀就一直活在她自己的世界裡面，因為她不願意走出來。

乳癌患者接受乳房切除的手術也受到許多妨礙心理平衡因素的影響，如：一、手術前幾乎沒有時間做好心理準備。二、乳房切除術所切除的不僅是患者身體的一部分而已，同時亦是女性不可或缺的外在性徵之一。手術後，患者常有自尊低落，自我懷疑的情緒反應出現。三、

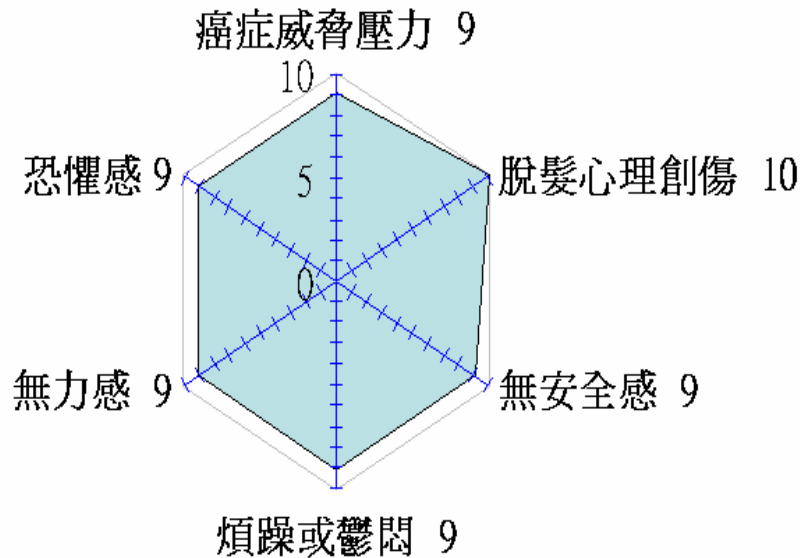
乳房切除部位的外觀是「醜陋」的，手術留下的不只是一道明顯的刀疤，也造成患者最隱私的身體部位的劇烈改變，包括了外觀與觸感。四、切除乳房同時也意謂著本身患有惡性腫瘤，並伴隨著「生死未卜」等未知的可怕後果。五、害怕不被另一半（伴侶）接納。乳癌之治療因涉及婦女的身體形像，除手術後身體復健外，心理復健與壓力調適亦為重要課題，當女性因乳癌切除乳房時，乳房的喪失，意味著將失去哺乳的功能，女性的魅力、性生活樂趣、甚至乳癌疾病本身也帶給病人癌症的焦慮。乳癌婦女會在意自我影像與身體心像的改變，並努力的做掩飾。不論原本是否滿意自己的乳房，覺得是自我認同的一部份，失去乳房，就等於失去身體的一部份，它不只是身體改變，也意味著自我內在深層的改變。在社交上，婦女自認為身體是醜陋的或美麗的，會影響自我價值，也會影響親密關係及社交活動，即使切除了病變，心理仍存在著心像的改變。造成身體完整性的破壞、身體的不適、接收身體變化後的社會負向訊息，也會進一步影響乳癌婦女的生活方式及社會功能，而自覺社會支援高者，其心理適應則會較好。

(二) 化學治療與心理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各為43分(71.6%)與55分(91.6%)，秀秀自評的總分高於小茹的自評總分約12分(20%)，兩者分數影響差距甚大。小茹對於化學治療過程的打擊都是屬於中程度的影響，而秀秀對於化學治療過程的打擊都是屬於高程度的嚴重影響。



化學治療的影響---秀秀

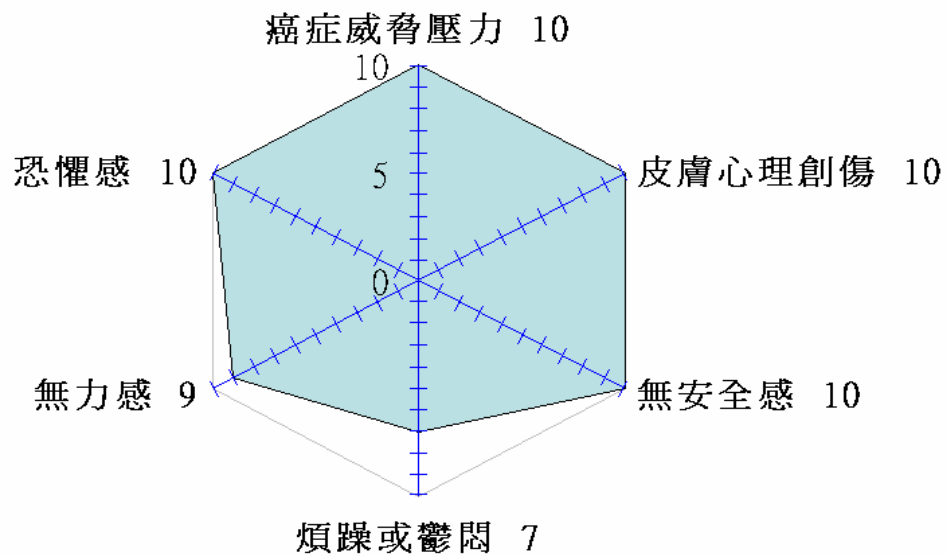


化學治療對心理層面的影響，以脫髮的心理作用創傷較為嚴重，例如：小茹對脫髮的心理創傷就非常嚴重，她曾哭了一段時間，也調適了一陣子；尤其是在失去一邊乳房之後，又更加難受。但是若能瞭解這並非是永久性的脫髮，可事先買一頂假髮預作準備，這樣可以幫助許多乳癌患者應付得更好，例如：秀秀爲了化學療法作準備，就預先將頭髮全部剃光，而且買一頂假髮就直接戴上。另外也可爲化學療法預先作準備，因爲所有不舒服的可能性，加上罹患癌症的壓力，乳癌患者在情緒和心理方面都是很沉重的負擔。如：可爲身體過勞預作準備，要充分休息，飲食完善，補充礦物質及維他命等。而在情緒方面，也可以採取主導權，將化學療法視爲自己選擇用來打擊惡性腫瘤的強力武器，如此會發現這樣是很有幫助的（陳敏銓，2001）。

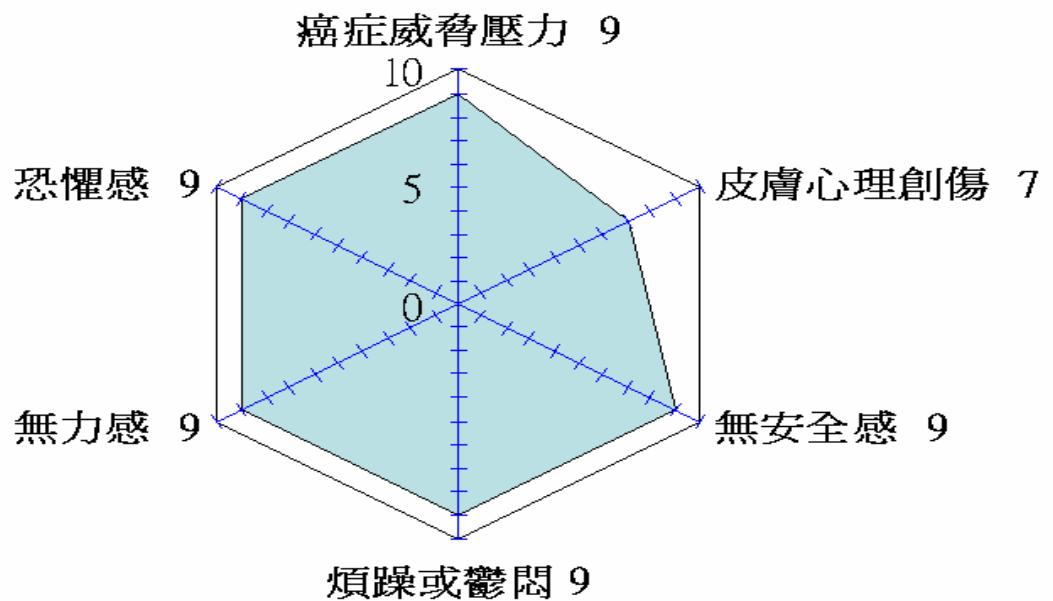
(三) 放射線治療與心理層面

小茹與秀秀的自評總分顯示各爲56分(93.3%)與53分(88.3%)，小茹自評的總分高於秀秀的自評總分約3分(5%)，兩者對於放射線治療過程的打擊都是屬於高程度的嚴重影響，尤其以小茹的自評總分56分(93.3%)竟然超過90%以上，由此可見放射線的治療過程之影響頗爲鉅大。

放射線治療的影響---小茹



放射線治療的影響---秀秀

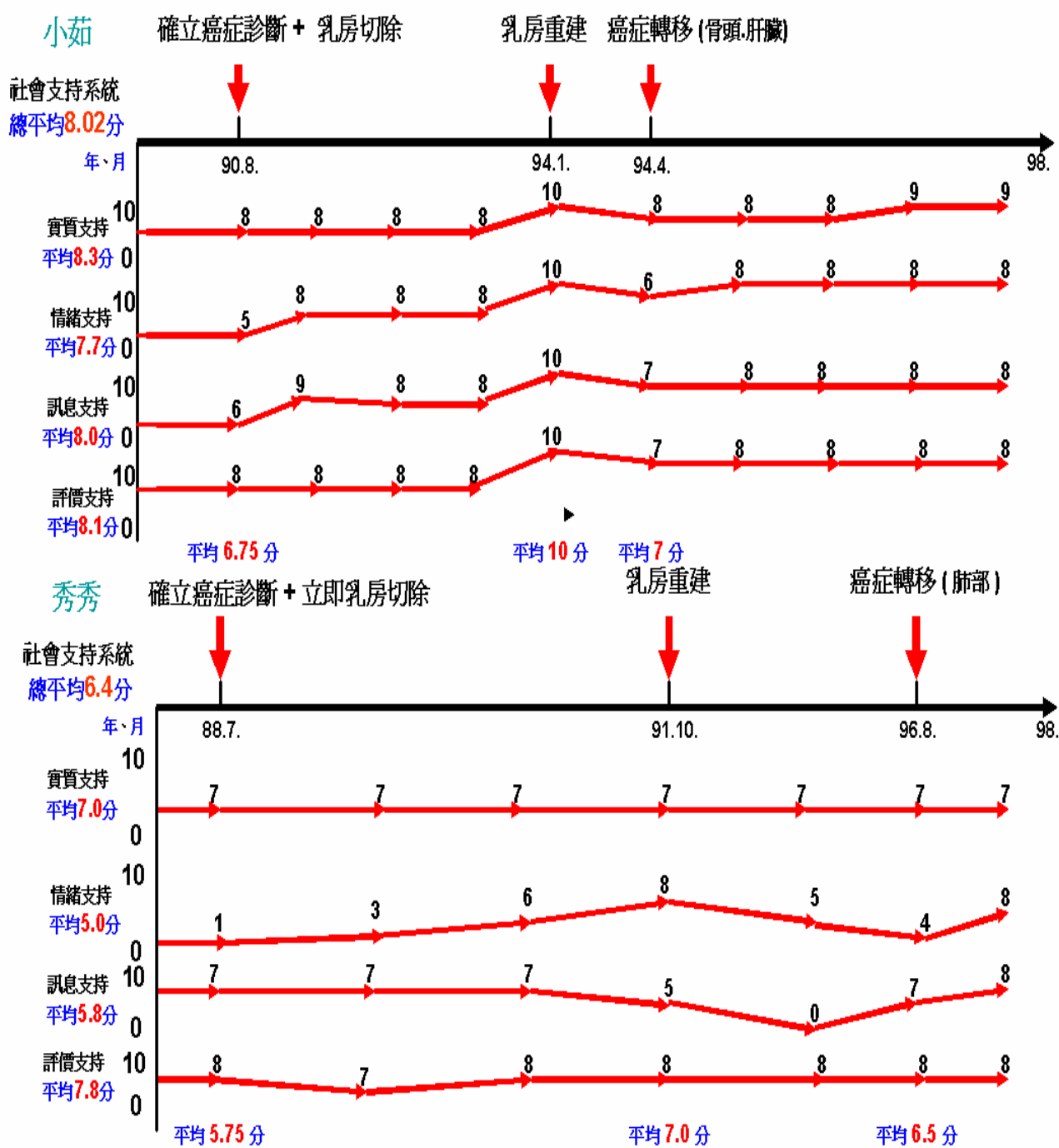


小茹的皮膚對放射線極為敏感，因此也極易受損，就會有紅腫的情形出現，也常會乾燥脫皮。小茹接受放射線治療的過程並不會覺得特別不舒適，當治療結束，會對自己說各種療程與

活動又是一個階段的結束了。也調適自己身心的改變，或許會覺得失去某種依靠，失去生病前原來的自己，雖偶會感到很難過但它是正常的，情感宣洩有一個出口或是當的調適是很有幫助。

秀秀這部分，秀秀經歷相當辛苦且煎熬的放射線治療外，另外，還同時進行荷爾蒙治療，整個過程，秀秀形容說：「真的是比死還難受啊！」，這種治療方式，給秀秀很不好的感受，秀秀只能告訴自己：「我要活就要忍，忍過了就是我的了。」

三、乳癌治療、重建過程與社會支持層面的影響



Northouse,(1985.1989)認為乳癌對一個人的影響是多面的，包括身體、心理和社會各方面，而且是獨特性的、個別的，從發病開始一直持續地影響著患者。患者從一發現胸部腫瘤開始就要面對一連串的壓力：診斷、手術、治療等，這些壓力無疑的必帶來患者許多的反應，這些反應除相互影響外且深深地影響患者往後的生活。

本章針對兩位診斷為乳癌患者作切除乳房並有復發轉移現象且加上輔助療法與接受重建手術的人生體驗與生命歷程，就以社會支持類型 (Cohen & W ill,1985)：實質支持、情緒支持、訊息支持及評價支持等四個主題與簡易的評分方式（十分法），予作比對探討。

(小茹)

項目	確立 癌症	乳房切除	化學治療	放射治療	乳房重建	癌症轉移 (骨頭,肝)	化學治療	化學治療	化學治療	化學治療	平均分數
實質支持	8	8	8	8	10	8	8	8	8	9	8.3
情緒支持	5	8	8	8	10	6	8	8	8	8	7.7
訊息支持	6	9	8	8	10	7	8	8	8	8	8.0
評價支持	8	8	8	8	10	7	8	8	8	8	8.1
平均分數	6.75	8.25	8	8	10	7	8	8	8	8.25	8.02

(秀秀)

項目	確立癌症診斷 立即乳房切除	化學治療	放射線治療	乳房重建	意外懷孕 + 催產 + 剖腹手術 + 大出血	癌症轉移 (肺部)	平均分數
實質支持	7	7	7	7	7	7	7
情緒支持	1	3	6	8	5	4	5
訊息支持	7	7	7	5	0	7	5.8
評價支持	8	7	8	8	8	8	7.8
平均分數	5.75	6	7	7	5	6.5	6.4

社會支持類型的評估結果，其總平均分數各為：小茹（8.02分）秀秀（6.4分）。

社會支持屬於一個多層面概念，包含：社會處境、知覺到社會支持、行動化支持、社會支持的使用等。社會支持定義為個人透過人際網絡獲得情感慰藉與有益的資訊。根據上述文獻，本研究以實質支持、情緒支持、訊息支持及評價支持，作為社會支持此項變數的因子。而本研究評估如下：

實質支持

小茹在實質支持項目平均分數達8.3分，在此項目小茹容易達到獲得實質資源的協助，如：配偶金錢資助、一般保險補助等。尤其是在小茹作乳房重建手術時，由於這筆醫療費用相當龐大，因為有一般保險金的補助，其醫療的經濟上就沒有負擔，所以在實質支持項目的曲線上，「乳房重建」的部分就有明顯的上升（10分）。而在作「化學治療」也有上升的趨勢（9分），因為使用昂貴及抗癌療效較好的標靶藥物，醫療經濟上一樣沒有負擔，仍由一般保險補助。小茹在實質支持這部分是屬於可以獲得實質滿足需求的狀態，因為小茹沒有這方面的匱乏和顧慮，而且家人們也都是全心全意的照顧和支持她。

秀秀在實質支持項目平均分數達7分，在此項目秀秀來自配偶的全力支持和金錢的資助，所以秀秀容易達到獲得實質資源的協助。而在實質支持項目的曲線上，一直保持在7分的平均曲線上，所以秀秀在實質支持這項目的需求是可以獲得實質的滿足狀態，因為秀秀沒有這方面的顧慮，而且還一直都得到先生全心全力的支持、贊助與照顧。

情緒支持

小茹在情緒支持項目平均分數達7.7分，故在此項目小茹是屬於容易達到情緒支持的資源協助，如：配偶、家人、師姐、朋友、與病友們等。但小茹對於「初步診斷癌症」（5分）和「癌症復發轉移」（6分）時，這兩部分卻造成小茹在情緒支持的獲得上，明顯的低分落差，實際上小茹在情緒也曾呈現低落與沮喪的氛圍。情緒支持這項目的平均成績，是小茹在社會支持的四個項目中，所有項目的平均分數中，為表現最為低分的一項（平均分數7.7分）。

秀秀在情緒支持項目平均分數才只有5分而已，在此項目秀秀雖然得到很多情緒支持方面的協助，如：配偶和家人等，但由於秀秀個人的人格特質是屬於較負面和消極的傾向，所以，當秀秀遇到挫折時，如：診斷癌症（1分）、乳房切除（1分）、癌療煎熬（3分）與

復發轉移（4分）等等。在每一個時期中，這些挫折都會讓秀秀的情緒相當的低落，即使是經過宗教的力量、一段長時間的封閉與療傷或擁有來自家人豐厚的親情關愛，都無法讓秀秀走出憂傷、自卑及退縮的困境。唯有在接受乳房重建手術後，秀秀在情緒支持項目的曲線上，才能呈現8分的高點，所以秀秀在情緒支持這項目的需求只是單一事件的部分獲得滿足，而其他大部分則都出現相當低落及沮喪的情境，主要也是因為秀秀的人格特質，間接的造成了情緒支持這方面的表現非常的低分，也成為秀秀在社會支持的四個項目中，呈現出最低分的支持項目。

訊息支持

小茹在訊息支持的項目，其平均分數都維持在8分左右的水準上。小茹對於「診斷癌症」（6分）和「癌症復發轉移」（7分）時，醫師這兩部分的病情告知造成小茹在訊息項目的獲得上，明顯的不足。而小茹在「乳房重建手術」訊息支持的項目，可達10分的滿分，如此可見，小茹在接獲乳房重建手術訊息、某些忠告或教導某項技能，確實能夠幫助小茹解決問題，同時提高配合治療計畫的意願及追蹤。

秀秀在訊息支持的項目平均都可維持在7分左右的水準，包含有：「癌症診斷」、「乳房切除」、「癌療過程」、「乳房重建」與「復發轉移」等；但其中過程卻因為發生醫學上罕見的案例（意外懷孕、催產、血崩、剖腹手術）而造成秀秀認為在這方面訊息的獲得上幾乎是等於零，因為就連醫師們也承認這是非常少見的案例。也因此造成訊息支持這項目的平均分數降到5.8分的低標。

評價支持

小茹在評價支持項目平均得分為8.1分，為社會支持四個項目中第二高標的分數。只有在「癌症復發和多處轉移」的這個單項較其他部分低一分（7分），主要是因為在「癌症復發和多處轉移」的過程中，由於身體上的不適、痛苦與復發轉移的陰影存在所造成的，雖然一路上都有親人的陪伴和照顧，但小茹仍給於這部分的成績較其他部分略低一分，其他部分的分數都能維持在8-10分的水平上，而小茹在「乳房重建」的部份，其給分的標準仍如同上述三項社會支持都是給於最高分（均達滿分10分），等於都是給予最高標，也就是給予「乳房重建」最大的認同、支持與肯定。

秀秀在評價支持項目平均得分為**7.8**分，是社會支持四個項目中最高的分數。乳房對女人的重要，可能連女人自己都難以想像。秀秀乳房重建之後，不但讓秀秀經歷一段不可能的任務—「化療停經後懷孕」，主要是由於進行乳房重建手術後，重新擁有了乳房，也擁有了新生的力量，原本已因化療而停經，竟還能再度懷孕；重新擁有了乳房，也給了秀秀重新面對生命的熱情，原本因為罹癌而斷絕所有的人際網絡，只肯接觸家人的她，漸漸恢復乳癌手術前的生活，不但願意出門，甚至還會到醫院當志工；如此一來，讓她結束了自我隔絕的日子且能抬頭挺胸的重新面對新的人生。而在只有「化療」這個部分的較其他部分低一分，主要是因為在「化療」的過程中，由於身體上的不適與痛苦造成，雖然一路上都有親人的陪伴、照料和支持，但秀秀仍給於這部分的成績較其他部分低一分，而其他部分的分數都維持在8分的水平上。

綜合以上結果，在社會支持的四個項目中，所有項目的平均分數中，實質支持項目的表現，為小茹的所有項目中最高分的一項，其平均分數是**8.3**分。在此項目小茹是容易達到獲得實質資源的協助，如：配偶金錢資助、一般保險補助等。尤其是在小茹作乳房重建手術時及在作「化學治療」時，因為醫療費用昂貴，而醫療經濟上小茹一樣沒有負擔。所以小茹在實質支持這部分是屬於可以獲得實質滿足需求的狀態。

在社會支持的四個項目中，所有項目的平均分數中，評價支持項目的表現，為秀秀的所有項目中最高分的一項，其平均分數是**7.8**分。秀秀主要是由於進行乳房重建手術後，重新擁有了乳房，也擁有了新生的力量，原本已因化療而停經，竟還能再度懷孕；秀秀自己認為與她乳房重建後的心境改變有關，心情愉悅帶動身體的狀況愈來愈好。而為她做乳房重建手術的主治醫師，也認為或許真的是因心情改變，而帶來正面的影響。重新擁有了乳房，也給了秀秀重新面對生命的熱情，原本因為罹癌而斷絕所有的人際網絡，漸漸恢復乳癌手術前的生活；如此一來，讓她結束自我隔絕的日子且能抬頭挺胸的重新面對新的人生。

而在社會支持的四個項目中，所有項目的平均分數中，情緒支持項目的表現，同時是小茹和秀秀在所有項目中為最低分的一項。小茹情緒支持項目的平均分數是**7.7**分，秀秀在情緒支持項目的平均分數才只有**5**分而已，在此項目小茹和秀秀雖然得到很多情緒支持方面的協助，如：配偶、家人和朋友等，小茹和秀秀都已經擁有一個「有愛的家」，她們也期盼未來日子裡，每一天都能夠在家與老公、小孩和家人們好好的相處。但因乳癌治療過程是不舒服且會

讓人精疲力竭的，同時癌症復發轉移的陰影也一直存在，而且外觀上的問題更是嚴重的影響了她們，乳癌對一個人的影響是多面的，包括身體、心理和社會各方面，而且是獨特性的、個別的，從發病開始一直持續地影響著患者。患者從一發現胸部腫瘤開始就要面對一連串的壓力：診斷、手術、治療等，這些壓力無疑的必帶來患者許多的反應，這些反應除相互影響外且深深地影響患者往後的生活。乳癌患者的問題則包括有身體心像改變、性生活困擾、工作困擾，角色功能 功能及人際關係障礙等。

第二節 研究結論

在生命中我們都會遭遇到病與苦，而面對人間種種的不完美，只要有信心和願力便可從絕處中找到出口。小茹和秀秀的生命故事就給了這樣的啓示。壹、乳癌復發轉移患者在面對癌症的負面情緒與想法：一、當面對診斷癌症及復發轉移時的打擊是非常大的，故會產生程度嚴重的負面情緒。二、當經歷了化學治療和放射線治療的過程，其心理上的壓力往往會超過生理上的壓力。三、本文經由患者自己評分的方式能完全表達出其情緒的表現，其中以確立癌症診斷時的情緒為最差。貳、在乳房切除後身心方面的調適：在乳房切除後的調適過程中，她們一直都處於低潮階段，她們的人生將變成黑白，而有一個機會可以使她們的人生拉回到彩色，那就是接受乳房重建手術。叁、癌症復發轉移並需要接受化學及放射線療法的抗癌過程是漫長、煎熬且非常辛苦的。肆、選擇乳房重建手術前、後的轉折與心路歷程：她們在漫長的癌症治療過程中一直在盼望、一直在等待、也一直很堅持終於恢復又成爲一個完整的女人了。她們始終認爲作乳房重建手術是相當值得的而且也一直非常肯定它的價值與幫助。她們相信它可以讓她們重新活過來！它真的讓她們重新活了過來，它也讓她們重新的走出來了！伍、家人及社會支持的程度：她們經過八到十年長時間的的治療，如果沒有家人的支持，她們是走不過來的，如果沒有家人的支持，她們可能走向不同的路去了，這種痛苦非一般人能夠體會的，沒經歷過的人是不能了解的，雖然像是被判了死刑，但人生仍然可以從黑白變回彩色，故社會應該給這些乳癌患者多一些支持與關懷。陸、自我的期待及對生命意義價值的看法：她們經歷苦難的洗鍊能深入思考苦難、疾病、痛苦和剩餘的生命意義，在人生的態度上也有了更好的轉變，如：小茹與癌症好好共處，積極接受重建和不間斷治療，秀秀起初消極的封閉自己，後來也走出了屬

於自己人生的春天。她們同時也深懷著感恩的心，在自己受苦之餘能鼓勵大眾要有共同面對疾病的正向心態，期望降低人世間重覆的病苦與折磨。

第三節 研究建議

壹、對未來研究之建議

一、研究對象：本研究以兩位被診斷為乳癌患者作乳房切除且加上輔助療法與接受重建手術，並有復發轉移現象的個案為研究參與者，本文的研究對象只有兩位個案可能稍嫌少了些，因有些患者會走不同於這兩位研究對象走過的路，故可增加研究對象以避免有偏頗之虞。因研究者使用質性敘事研究方法，並採對照分析方式進行做議題探討、希日後能收集更多的相關個案或不同疾病者予以研究。

貳、對現況社會之建議

一、研究者個人覺得社會應該多接納乳癌病人失去女性第二性象徵的心理衝擊，予以鼓勵在身體功能與病情許可下，恢復或形塑其原來的身形樣貌，且從身體、心理與社會三方面，多給予正面的力量與關懷。針對議題背後所轉化的重點卻也是目前乳癌患者面臨的問題，未來乳癌患者日漸增加且又日趨年輕化，呈現出人們所擔憂乳癌問題的挑戰與其衍生的相關問題，而如何讓乳癌患者能夠安心地在面臨相關的照護問題上，提供一個更具有人性化和高品質的醫療照護網絡，這是政府、社會、個人在乳癌患者照護上要在加倍努力的方向。

二、善用同理心：能設身處地體會病人所承受之痛苦，給予尊重與接納，用真誠的態度來對待可進一步去感受彼此的用心；進而進入分享與關懷，如此才能真正的進入病人的內心，了解病人的苦痛。

第四節 未來研究發展的方向

本研究針對診斷為乳癌作乳房切除且加上輔助療法與接受重建手術的患者為研究對象，其中部分議題論及乳癌患者因為接受了重建手術，走出了生命也重新人生。目前參考西方大多數乳癌病人的經驗，如果在病情許可的情況下，她們都是可以接受立即性或延遲性的乳房重建手術。在腫瘤醫療團隊中，整形外科也占有一席重要的地位，因此，如何重建乳房？該採用矽膠、食鹽水或自體脂肪移植？這些考慮不僅是整形醫生與病人的決定，更要告知腫瘤醫療會議，在

會中通過治療的決定，在美國平均有 40-55%的乳癌病人都接受了各式的重建手術，而且比例一直還在增加中，它不被視為是項美容手術，它是乳癌治療的重要項目之一。美國國會更通過「婦女權利法案」，要求保險公司需給付乳癌病人接受乳房重建及平衡雙峰外觀所需的醫療費用。相對於台灣，每年發現超過六千名的乳癌患者，其中完成乳房重建手術的仍屬少數，一來、健保不給付乳房重建手術的醫療費用，乳癌患者必須自付差額；二來、乳房重建的資訊並不普及；三來、男性沙文主義充斥；四來、專攻乳房重建手術的整形外科醫生人數不足。日後或許可以針對這些醫療問題而涉及到人更深層的部分之議題，有多面向的認識瞭解或研究探討，致而能夠對這些乳癌患者付出更多的關懷和實質的幫助。

第五節 研究反思

相信本文可以將希望、美好注入眾多人的生命中，而對於身處困境的人們更是一大鼓勵，感佩於她們堅強的韌性，曾將其比喻成疾海中的孤舟，但實際上，她們卻更像挺立於黑暗大海中的燈塔，指引載浮載沉落難者的一條明路。人生的道路雖是崎嶇難行，但她們仍充滿堅韌的生命力，勇往邁進。當本文發表時，對她們而言不僅是開啓生命樂曲中的另一幕，希望也是可以啓發其他人的。

文本採用敘事做為研究方法，在於它的本身無法將人作切割，因為面臨的是整體生命，這是敘事讓人動容的地方。研究者在他人的生命故事依照敘說故事構成一面鏡子，最後透過故事的脈絡加以詮釋，符合敘事的方式來與他人互動。而在文本中研究者看見了也感受到研究參與者，指導教授和研究團隊的想法，由於大家的集思廣益而成就了這篇論文。研究者最在意的是研究參與者的配合與反應，在研究訪談一開始，就已事先告知研究參與者有關此篇論文的相關內容與訪談方向，研究參與者抱著真誠、坦白、開放的心與她們討論，而兩位研究參與者在整個過程中也都能非常的配合和接受研究者內心剖析的訪談方式與內容。進入論文的第四章節才發現是論文真正的學習，不斷地訪談、閱讀、逐字稿的謄寫、分析與整理意義單元等，雖然書寫過程生澀困難，我很高興選擇敘事研究作為我論文研究方法，雖然習慣科學思維量化模式卻做了最不擅長的研究，每次重新拿起文本閱讀時，都會發現問題躍入紙上，淺而易見自己為何沒發覺？不過也是因為這樣的學習過程才發現研究的樂趣。雖然反覆修改數次，呈現出目前

的面貌，仍有它不完美的地方，而在研究的過程中如何學習、成長，並將自己及研究參與者的態度帶領至生活和工作領域中，這就是做研究的重點。當自己反思完成這篇論文時，對研究參與者與研究者的意義是什麼時？對於研究參與者的意義而言，期待透過本論文，讓別人了解她們是如何走過來的、爭取與回應事件，讓她們更瞭解和貼近自己內心的真實的想法；學習如何讓自己與社群相處的更融洽與自在；領悟家人是如何全力支持著她們！對於研究者的寫完這本論文的意義又是什麼？我想從一開始想瞭解診斷為乳癌作乳房切除且加上輔助療法與接受重建手術的患者背後支持生存的意義與心聲是什麼？到最後透過用敘事的手法，探討這兩位乳癌的個案，這之中的轉變有很多，也給研究者的思考空間擴展無限大，讓研究者深深的反思「我」是何等的幸運，是一個所謂社會眼中「正常的人」或「健康的人」，在半年前，當我得知我的癌症指數的血液報告疑似有問題時，一下子我彷彿就已經是被判了死刑，當下的心情很掙扎而且也是非常的低落……，尤其是在感覺來日不多的情況下，由不得你苟且與逃避時！唉！雖然哭泣數日但也同時沉澱了思緒將近兩個星期，由於還想多做些事情，故仍需繼續勇敢的面對它…！當時也曾向秀秀般一直思考自己還剩下多少生命時間的問題？醫生表示，他也無法知道到底還有多久的生命？我認為最重要的是要讓心情保持愉悅，生命過得有意義，再配合醫生的治療，也許還可以活得長長久久吧！說實話，若不是曾經多走過這一遭，我真的很難更貼切的去體會出被傷害、被遺棄的感覺；所以我學會更懂得尊重每一個生命的獨特性，學習到讓彼此去聆聽、瞭解；當人與人之間增加關懷與尊重時，如此才能真正的進入彼此的世界。

另外，研究者的職業角色是護理人員，主要在醫院的手術室單位服務，自己也常在反思在工作場域時，是不是能夠適時的展現出護理的專業，給予病患更多的照顧、關懷與包容、接納，尤其是看到類似的乳癌病患，是否能夠反省並站在病患的角度，來觀照事物；運用同理心來體驗病患的痛苦，這是對研究者在工作職場上得到的正面意義與收穫。

在爬格子的過程中另一個重點，那就是研究者本身存在的關切，論文的書寫不在學術上的利益追求，而是內心深切的體悟，在科學理性的工作中去慢慢體悟到人的有限性與死亡的相容度。目前論文雖然暫時已告一個段落，但我深信所有人的生命故事仍舊繼續上演著，我的學習之路還是不能停止的……

參考書目

中文部分

- 丁興祥、張慈宜、賴誠斌譯(2002)。生命史與心理傳記學-理論與方法的探索。臺北：遠流。
- 丁肇鳳、史麗珠(2006)。乳房切除術後的手臂復建運動方案。腫瘤護理雜誌，6(1)，19-27。
- 王健興、洪學義、陳明庭(2002)。以組織擴張器及人工植入物對乳癌患者進行乳房重建。中華整形外科醫誌，11(1)，71-77。
- 王貴霞、劉哲銘、呂志得(2005)。乳癌病患的困擾及擔心問題。北市醫學雜誌，2(9)，71-77。
- 宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍(2002)。社會工作理論—處遇模式與案例分析。臺北：洪葉。
- 余德慧(1991)。中國女人的生涯觀—安家與攘外。臺北：張老師出版社。
- 余德慧(1998)。生活受苦經驗的心理病理：本土文化的探索。本土心理學研究，10，69-115。
- 余德慧，顧瑜君(1999)。父母眼中的離合處境。應用心理研究 2000年6月。臺北：五南。
- 李麗燕(2001)。化學治療後乳癌婦女的性功能影響因素探討。未發表的碩士論文，臺北市：臺北醫學大學護理學研究所。
- 李靜雯(2002)。乳癌病患手術後一個月之症狀困擾、情緒狀態之改變及相關性。臺北醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 李美雲(2002)。乳癌患者不確定感及其相關因素探討。未發表的碩士論文，慈濟大學護理學研究所，花蓮。
- 李奉儒(2005)。質性教育研究之基礎。黃光雄主譯。質性教育研究，臺北：濤石文化。
- 李燕蕙(2006)。「人」在心理學與哲學之間。應用心理研究，32，4-6。
- 李燕蕙(2007)。紮根—詮釋現象學—敘事之對話。南華大學生死學研究所第七屆「現代生死學理論建構」學術研討會。
- 林淑玲、李麗娜(2004)。門診護士協助一位乳癌病患手術後身心社會重建之護理經驗。高雄

護理雜誌，21(2)，79-92。

林永昌(2006)。乳癌的治療。於桃園縣衛生局主辦，九十五年乳癌及子宮頸癌防治研習會。

桃園縣：林口長庚醫院。

林惠文、顏啓華、應宗和(2006)。乳癌的篩檢與診斷。基礎醫學，21(12)，352-358。

林佳佑(2008)。乳房問卷(Breast-Q)-乳房重建(手術後)版中文化及相關因素探討。長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，桃園縣。

胡幼慧(1996)。轉型中的質性研究:演變、批判和女性主義研究觀點。質性研究，7-26。臺北：巨流。

胡志家(2005)。憂鬱傾性、親密關係與乳癌術後婦女身體意象關係之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，臺北市。

侯明鋒(2003)。瞭解乳癌的外科診斷及治療。癌症新探，26，26-28。

莊玟玲、金繼春(2002)。一位初診為乳癌婦女的需求。醫護科技學刊，4(2)，126-135。

梁雲(2003)。乳癌放射治療近況。癌症新探，26，36-38。

郭文宏、張金堅(2006)。乳癌。台灣醫學，10(4)，403-413。

黃綺烽、鄭明輝、陳煥棠、魏福全、陳訓徹、羅永豐等(2004)。皮膚保留乳房切除後立即以自由式深下腹動脈穿透枝皮瓣重建乳房。中華整型外科醫誌，13(4)，244-252。

陳海焦(1996)。乳癌婦女接受乳房切除手術後身體改變的經驗。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，臺北市。

陳秀勤、王秀紅(1997)。血液腫瘤住院患者的希望、社會支持與人口學特性之相關性探討。護理研究，5(6)。p487-498。

陳訓徹(2006)。乳房的診斷。桃園縣衛生局主辦，九十五年乳癌及子宮頸癌防治研習會。桃園縣：林口長庚醫院。

陳月枝、劉淑娟、穆佩芬、趙可式、盧孳豔、徐亞瑛等(2000)。護理研究方法。臺北：護望。

陳敏鏞(2001)。癌症護理學。臺北：華杏。

陳鼓應(2003)。存在主義。臺北：台灣商務印書館。

- 陳佳汶(2005)。乳癌病患在乳房切除後選擇重建與否及其健康相關生活品質之分析。高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 陳怡琦(2006)。比較乳癌婦女接受乳房切除及乳房重建手術前後生活品質及相關因素之探討。長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，桃園縣。
- 陳淑真(2007)。乳房切除接受乳房重建手術之經驗歷程。長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，桃園縣。
- 曾玉華、王令瑋(1998)。乳癌之放射線治療。臨床醫學，2(3)，274-281。
- 翁開誠(2002)。覺解我的治療理論與實踐：通過故事來成人之美。應用心理研究，16，23-69。
- 高淑清(2000)。現象學方法及其在教育研究上的應用：質的研究方法。高雄：麗文。
- 張春興(1989)。張氏心理學辭典。臺北：東華。
- 張春興(2001)。現代心理學。臺北：東華。
- 張金堅(2004)。乳癌化學治療新趨勢：標靶療法和免疫療法。健康世界，85-88。
- 張景年(2004)。乳癌的防治。聲洋防癌之聲，春季號，7-12。
- 張秀如、余玉眉(2007)。身體觀點-體現與身體心像。護理雜誌，54(3)，77-81。
- 曾煥棠(2005)。生死學探索入門。臺北：華騰。
- 傅偉勳(1998)。死亡的尊嚴與生命的尊嚴-從臨終精神醫學到現代生死學。臺北：正中。
- 傅偉勳(1998)。學問的生命與生命的學問。臺北：正中。
- 雷德(1992)。乳癌之放射線治療。醫學繼續教育，2(1)，23-24。
- 葉坤輝、鄭安理(1998)。癌症化學治療之適應症。台灣醫學，2(3)，305-311。
- 廖子淇(2003)。鐵漢柔情：中產階級新岳父大人的心路歷程。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，未出版。
- 楊鴻儒(1991)。向癌症挑戰。臺北：書泉。
- 楊志新(1999)。乳癌的放射性輔助治療。當代醫學，26(4)，16-17。
- 楊育莉、林幸道、劉家銘、侯明峰、賴春生等(2003)。以橫向腹直肌肌皮瓣覆蓋侵犯性乳癌之切除後具大缺損。中華整型外科醫誌，12(1)，43-49。
- 楊榮宗(2003)。雲想衣裳：女性乳癌患者與社會性別演出、身體意像。台灣社會研究季刊，

49(3), 49-95。

鄧旗明(2003)。**雙峰患者生命意義之探討**。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義。

劉向援(1986)。**接受乳房根除手術之乳癌婦女：住院期間有關[身體心像改變]與[調適行爲]之探討**。國防醫學院護理學系研究所碩士論文，未出版，臺北市。

劉自嘉(2002)。**乳癌治療近況。聲洋防癌之聲**，91年冬季號，11-16。

劉瑞靈、丘周萍(2002)。**協助一位接受乳癌切除手術婦女心理衝擊之護理經驗**。**護理雜誌**，49(5)，96-102。

劉慧芬(2003)。**乳癌婦女接受乳房全切除手術前後身體心像的改變及因應行爲**。陽明臨床護理研究所碩士論文，未出版，臺北市。

潘淑滿(2003)。**質性研究理論與應用**。臺北：心理。

蔡佩珊(2003)。**影響乳癌婦女術後心理適應相關因素之探討**。輔仁大學社會工作學系碩士論文，未出版，臺北市。

蔡友月(2004)。**臺灣癌症患者的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力**。**臺灣社會學刊**，33，51-108。

鄭明輝(2001)。**乳房的身體心像重建-乳房重建**。於福爾摩沙乳房重建協會主辦，乳癌的身體心像重建醫療講座·桃園縣：林口長庚醫院。

鄭明輝(2003)。**珍愛生命的果實--談乳房大小事**。臺北：東佑文化。

鄭明輝(2006)。**乳房重建的最新趨勢**。**長庚醫訊**，33(1)，14-15。

鄭素月、楊莉婭、陳品玲、賴裕和(2000)。**乳癌術後病人手臂運動執行現況之探討**。**護理雜誌**，47(1)，33-42。

鄭素月、賴裕和、張利中、吳齊殷(2002)。**探討乳癌病人的症狀困擾、自我效能、社會支持與生活品質之關係**。**新臺北護理期刊**，4(1)，9-21。

鄭淑華(2006)。**乳癌存活性者身體心像、憂鬱狀態與性生活調適之探討**。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，臺北市。

孫淑芳(2008)。**老榮民與大陸配偶的老年婚姻關係之敘說**。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。

- 孫美華、劉雪娥(2000)。身體心像紊亂之概念分析。**護理雜誌**，47(5)，77-82。
- 蕭淑敏(2004)。比較接受改良式乳房切除及乳房重建婦女之生活品質及其相關因素的探討。
國防管理學院護理研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 鍾美玲、顧乃平、吳肖琪、趙祖怡、陽琪等(2001)。乳癌婦女治療後婚姻調適及其相關因素探討。**護理研究**，9(2)，137-145。
- 謝家明(2005)。乳癌的預防—針對中高危險群。**聲洋防癌之聲**，夏季號，27-32。
- 簡淑娟、黃珊、韓彤珍、郭美玲、余芳娥等(2005)。乳癌患者之不確定感及其相關因素之探討。**腫瘤護理雜誌**，5(2)，1-13。
- 顏錦珠(2002)。東南亞外籍新娘在台生活經驗與適應歷程之研究。**國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文**，未出版，嘉義。
- 顏郁晉(2005)。社區醫院在乳癌防治所扮演的角色。**聲洋防癌之聲**，春季號，15-19。
- 蘇正熙(2005)。乳癌的荷爾蒙治療。**臨床醫學**，55(2)，84-90。
- 國家衛生研究院(2002)。**Brest Cancer**。臺北市：國家衛生研究院癌症研究組臺灣癌症臨床研究合作組織及中華民國乳房醫學會。
- 國家衛生研究院(2004)。**乳癌診斷與治療共識**。臺北市：國家衛生研究院癌症研究組臺灣癌症臨床研究合作組織。

翻譯書籍

- 王勇智、鄧明宇(譯)(2003)。Riessman, Catherine Kohler 著。**敘說分析**。臺北：五南。
- 伍育英、陳增穎、蕭景容(譯)(2006)。David Capuzzi & Douglas R.Gross 著。**諮商與心理治療理論與實務**。臺北：麗文文化。
- 成顯聰、王作虹(譯)(1990)。Paul Tillich 著。**存在的勇氣**。臺北：遠流。
- 李奉儒、高淑清、鄭瑞隆、林麗菊、吳芝儀、洪志成、蔡清田等(譯)(2001)。Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. 著。**質性教育研究：理論與方法**。嘉義：濤石。
- 尙新建、杜麗燕(譯)(1992)。Schmide, J. 著。**梅洛龐帝：現象學與結構主義之間**。臺北：桂冠。
- 易之新(譯)(2000)。Jill Freedmen & Gene Combs 著。**敘事治療**。臺北：張老師。

- 易之新（譯）（2003）。Yalom, I.D. 著。存在心理治療（上、下兩冊）。臺北：張老師。
- 高淑清、連雅慧、林月琴（譯）（2004）。Van Manen M. 著。探譯究生活經驗：建立敏思行動教育學的人文科學。嘉義：濤石。
- 黃光雄（譯）（1998）。Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. 著。質性資料：質性教育研究理論與方法。嘉義：濤石。
- 趙可式、沈錦惠（譯）（1995）。Frankl, V.E 著。活出意義來：從集中營說到存在主意。台北：光啓。
- 廖世德（譯）（2001）。Micheal White & David Epston 著。故事、知識、權力。台北：心靈工坊。
- 蔡昌雄（譯）（2007）。George S. Lair, Ph.d. 著。臨終諮商的藝術。臺北：心靈工坊。
- 劉震鍾、鄧博仁（譯）（2000）。Robert Kastenbaum 著。死亡心理學。臺北：五南。

外文部份

- Ananian, P., Houvenaeghel, G., Protiere, C., Rouanet, P., Amaud, S., Moatti, J. P., et al. (2004). Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 11(8), 762-711.
- Andrade, W. N., Baxter, N., & Semple, J. L.(2001). Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107(1), 46-54.
- Aonymous(2005). Implants not implicated in cancer recurrence. *USA Today*, 134, 2725.
- Arora, N. K., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., McTavish, F., Cella, D. F., Pingree, S., et al. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer*, 92, 1288-1298.
- Bredin, M. (1999). Mastectomy, body image and therapeutic massage: A qualitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1113-1120.

- Brown, D. L., & Borschel, G. H. (2004). *Michigan manual of plastic surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bruner, J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1990) *Acts of meaning*. Cambridge, MA:Harvard University press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T.(1990). *Body image: Development, deviance, And change*. New York: Guilford Press.
- Chapman, R. L. (2008). Dictionary. *Encyclopedia Americana*. Retrieved April 21, 2008, from Grolier Online. <http://ea.grolier.com/cgi-bin/artcle?assetid=0126920-00>
- Cohen S. & Syme S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. London: Academic.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist view it. In R. S. Valle .& M. King (Eds.), *Existential- phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Cronstron – Beskow , S. (1982). Coping Strategies in death Camps. *The International Journal of Logotherapy* , 92 –96.
- Denzin, N. K. (1989) .*Interpretive interactionism*. Sage Publication, Inc.
- Erikson , E. H. (1964).*Insight and Responsibility* , New York : Norton.
- Erikson , E. H. (1976). Reflections on Dr.Borg’s life Cycle. *Daedalus* , Spring,105. 1-28.
- Erikson , E.H.(1994). *Vital involvement in old age*. (Reissued) New York : Norton.
- Fan, J., Wang, L., Wang, X. J., Wu, J., Lu, J. S., Di, G. H., et al. (2006) Breast-conservation therapy in east part of China: A retrospective cohort study. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology*, 132(9), 573-577.
- Fehring R. J., Miller J. F. & Sha C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-671.
- Fentiman, I. S., & Hamed, H. (2006). Breast reconstruction. *Int J of Clin Pract*,

60(4), 471-474.

Fridfinnsdottir E. (1997). Icelandic women's identification of stressors and support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.

Fung, K. W., Lau, Y., Fiddling, R., or, A., & Yip, A. W. (2001). The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ Journal of Surgery*, 71(4), 202-206.

Garvey, P. B., Buchel, E. W., Pockaj, B. A., Casey, W. J., Gray, R. J., Hernandez, J. L., et al. (2006). DIEP and pedicled TRAM flaps: A Comparison. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(5), 1711-1718.

Glynn L.M., Christenfeld, N. & Gerin W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 234-242.

Golden-Kreutz, D., & Anderson, B. (2004). Financial problems linked to depression in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(1), 10.

Goodwin, J. S., Satish, S., Anderson, E. T., Nattinger, A. B., & Freeman, J.L. (2003). Effect of nurse case management on the treatment of Older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1252.

Greene, F. L., Page, D. L., Fleming, I. D., & Fritz, A. (2002). *AJCC Cancer Staging Manual*. (6th ed.). Abstract Retrieved April 30, 2007, from <http://www.amazon.com/gp/reader/0387952713/ref=sib>

Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, Women and children*. New York: Routledge.

Harris, J. R., Lippman, M. E., Morrow, M., & Osborne, C. K. (2000) *Disease of the breast*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Hart, D. (1996). The psychologic outcome of breast reconstruction. *Plastic Surgery Nursing*, 16(3), 167-171.

Henriksen, T. F., Fryzek, J. P., Holmich, L. R., McLauhlin, J. K., Krang, C., Karlsen, R., et al.

- (2005). Reconstructive breast implantation after mastectomy for breast cancer: Clinical outcomes in a nationwide prospective cohort study. *Archives of Surgery, 140*(12), 1152-1162.
- Hoover, S. J., & Kenkel, J. M. (2002). Breast cancer, cancer prevention, and breast reconstruction. *Selected Readings in Plastic Surgery, 9*, 1-40.
- Hoskins, C. N., & Haber, J. (2000). Adjusting to breast cancer. *American Journal of Nursing, 100*(4), 26-33.
- Houssami, N., Cuzick, J., & Dixon, J. M. (2006). The prevention, detection, and management of breast cancer. *Medical Journal of Australia, 184*(5), 230-234.
- Howard, M. A., Polo, K., Pusic, A. L., Cordeiro, P. G., Hidalgo, D. A., Mehrara, B., et al. (2006). Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: Incidence and treatment options. *Plastic and Reconstructive Surgery, 117*(5), 1381-1386.
- Johansson, K., & Albertsson, M. (2001). Arm lymphoedema, shoulder mobility and muscle strength after breast cancer treatment - a prospective 2 year study. *Advances in Physiotherapy, 3*, 55-66.
- Karki, A., Simonen, R., Malkia, E., & Selfe, J. (2004). Postoperative education concerning the use of the upper limb, and exercise and treatment of the upper limb: Cross-sectional survey of 105 breast cancer patients. *Support Care Cancer, 12*, 347-354.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J. M., Kreshka, M. A., Donnelly, P., McCoy, R., et al. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *The Breast Journal, 7*, 25-33.
- Kronowitz, S. J. (2004). Irradiation after immediate tissue expander / Implant breast reconstruction: Outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients. *Women's Oncology Review, 4*(3), 231-233.

- Kubler - Rose.E. (1969). *On Death and Dying* . New York.Macmillan.
- Leavy R. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of community psychology, 11*, 3-21.
- Lieblich, A.Tuval- Mashiach, R, & ZIBER,T. (1998) .Narrative Research. Thousand Oaks:
Sage Publications.
- Lin, K. Y., John, F. R., Gibson, J., Long, M., Drake, D. B., & Moore, M.M. (2001). An outcome study of breast reconstruction: Presurgical identification of risk factors for complication. *Annals of Surgical Oncology, 8*(7), 586-591.
- Lincoln,Y.S.,& Guba,E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newburry Park,CA:Sage.
- Love, S., & Lindsay, K. (2002) · 乳房聖經下冊 · 台北：天下。
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum, 25*, 555-562.
- Moran, S. L., Herceg, S., Kurtelawiez, K., & Serletti, J. M. (2000). TRAM flap breast reconstruction with expander and implants.*AORN Journal, 71*(2), 353-368.
- Morimoto, M., Tamura, A., Ichihara, T., Minakawa, T., Kuwamura, Y., Miki, Y., et al. (2003). Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patient with breast cancer. *Nursing and Health Sciences, 5*, 275-282.
- Morrow, M., Scott, S. K., Menck, H. R., & Mustoe, T. A. (2001). Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: A national cancer database study. *Journal of the American College of Surgeons, 192*(1), 1-8.
- Motwani, S. B., & Strom, E. A. (2004). Low complication rates are achievable after postmastectomy breast reconstruction and radiation therapy. *Women's Oncology Review, 4*, 303-304.
- Muniz da Costa Vargens, O., & Bertero, C. M. (2007). Living with breast cancer: Its effect on the life situation and the close relationship of women in Brazil. *Cancer Nursing, 30*(6), 471-478.

- Nano, M. T., Gill, P. G., Kollias, J., Bochner, M. A., Malycha, P., Winefield, H. R., et al. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ Journal of Surgery*, 75(11), 940-946.
- NCCN (2005). *Breast cancer treatment guidelines for patients*. The National Comprehensive Cancer Network: Version 7. Abstract Retrieved March 29, 2007, from <http://www.nccn.org>
- Neill, K. M., Armstrong, N., & Burnett, C. B. (1998). Choosing reconstruction after mastectomy: A qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum*, 25(4), 743-750.
- Nissen M. J., Swenson, K. K., & Kind, E. A. (2002). Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 547-553.
- Neville K. (1998). The Relationships among uncertainty, social support, and psychological distress in adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15(1), 37-46.
- Patton, M. (1990) .*Qualitative evaluation and research method* (2nded.) .Newbury Park, CA:Sage.
- Polkinghorne, D. E. (1988) .*Narrative Knowing and the human science*. Albany, N.Y. : State University of New York.
- Porter, G. A., & McMulkin-Tait, H. (2004). Practice patterns in breast Cancer surgery: Canadian perspective. *World Journal of Surgery*, 28(1), 80-86.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(24), 585-593.
- Pusic, A., Thompson, T. A., Kerrigan, G. L., Sargeant, R., Slezak, S., Chang, B. W., et al. (1999). Surgical options for early-stage breast cancer: Factors associated with patient choice and postoperative quality of life. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(5), 1325-1333.
- Riessman, C.K. (1993) *Narrative Analysis*. .Newbury Park, Calif.:Sage Publication.
- Ross, A. C., Rusnak, C. H., Hill, M. K., Naysmith, J. D., Taylor, S. L., Dunlop, W. E., et al. (2000).

An analysis of breast cancer surgery after free transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap reconstruction. *The American Journal of Surgery*, 179(5), 412-416.

Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., E. & Wyatt, Ganz, P. A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429.

Smith, J. K. (1983). *Quantitative versus qualitative research: An attempt to clarify the issue. Educational Researcher*, 12 (3), 6-13.

Salzberg, C. A. (2006). Nonexpansive immediate breast reconstruction using human acellular tissue matrix graft (AlloDerm). *Annals of Plastic Surgery*, 57(1), 1-5.

Sarbin, T.R. (1986) . *Narrative Psychology* . N.Y. : Prager.

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.

Schover L. R., Yetman R. J., Tuason L. J., Meisler E., Esselstyn C. B., Grundfest-Broniatowski S. & Dwden R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.

Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patient: Relation between the hospital anxiety and depression scale and European organization for research and treatment of cancer care. Quality of life questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.

Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.

Stanton, A. L., Krishnan, L., & Collins, C. A. (2001). Form or function? Part 1. Subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated

with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy. *Cancer*, 91(12), 2273-2281.

Thomas, S., & Greifzu, S. P. (2000). *Breast reconstruction*. *RN*, 63(4), 40-45.

Veiga, D. F., Sabino Neto, M., Ferreira, L. M., Garcia, E. B., Veiga Filho, J., Novo, N. F., et al. (2004). Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *The British Association of Plastic Surgeons*, 57(3), 252-257.

Wellisch, D. K., Jamison, K. R. & Pasnan, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy : The woman's perspective. *American Journal of psych : atry*. 135 (5) , 543-546.

Wilkins, E. G. (2003). Stage of breast at diagnosis among women with cosmetic breast implants. *Womens Oncology Review*, 3(3), 251.

Wyatt, G. K., Donze, L. F., & Beckrow, K. C. (2004). Efficacy of an in home nursing intervention following short-stay breast cancer surgery. *Research in Nursing & Health*, 27, 322-331.

Yalom, M. (2002) · 乳房的歷史 · 台北：先覺。

Youssef, A. A., Parker, P. A., Walker, S. E., & Robb, G. L. (2005). *Autologous breast reconstruction compared to expander/implant: Prospective analysis of body image, quality of life, and psychological outcomes*. Poster session presented at the meeting of the Quality of Life, Houston. Zeigler-Hill, V., & Showers, C. J. (2007). Self-structure and self-esteem stability: The hidden vulnerability of compartmentalization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 143-159.

網頁資料：

中華民國乳癌病友協會(2006) · 乳癌病友支持團體角色與功能問卷調查報告 · 2007年01月21日取自 <http://www.tbca-npo.org.tw/toknow-info-data.php?idx=5>.

行政院衛生署(2008a) · 民國95年死因統計上冊統計表 · 2008年04月20日取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書205/上冊/index.htm>

行政院衛生署(2008b, 04月11日)·國民健康局「93年級94年癌症登記報告」出爐·2008年

04月22日取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200804110001>

行政院衛生署(2008c)·民國95年衛生統計系列(三)公務統計年報·2008年04月20日取自

<http://www.bhp.doh.gov.tw/statistic/統計年報/95.htm>

附錄：

- 一、 受訪同意書 (如附件)
- 二、 訪談記錄格式 (如附件)
- 三、 試驗申請計劃書 (如附件)
- 四、 人體試驗同意臨床試驗證明書 (如附件)
- 五、 社會支持評量表 (如附件)
- 六、 訪談大綱(如附件)
- 七、 逐字稿分析文本 (如附件)

附錄(一)

受訪同意書

一、試驗主題

乳癌復發轉移病患接受化學,放射線治療與重建手術經驗歷程之生命敘說

The Life Narrative of Journey of Breast Cancer Patients Receiving Mastectomy, Chemotherapy, Radiation and Reconstruction with Metastasis

二、簡介

本研究針對癌症患者的人生體驗與生命歷程，予作深度的瞭解與探討，目的是在於對癌症患者罹病的歷程與其思想間相互的影響，並期待能分析出癌症患者個人的生命意義及存在的意識價值，同時也希望能深入人性的層面與性格特質的剖析，也就是在反映癌症患者人生的生命議題，如：表現對生存在狀態的感受與認同；所以存在與生命意義的關係，相對的就顯得特別的密切。本研究雖具有哲學的氛圍與意涵，其實也都是在關注人現實生活的困境；希望能凸顯出對人類生存的關懷與對自我存在價值的肯定及反思。

三、試驗目的

本研究以罹患乳癌經治療後又再度復發且有作重建手術經驗的患者為主要研究對象，除了對您的生命歷程加以介紹外，還會對您的生命歷程予深入研究，試圖從您的生命歷程中找出女性擁有生命的成長軌跡及生命觀。

四、試驗方法與程序說明

研究者預計於醫院以外的地點進行收案與訪談，訪談地點則尊重您的意願與方便來選擇決定，但須在安靜不受干擾的環境中進行。約計每 1-2 週進行一次訪

談，每人 2-4 次（依訪談內容增減次數），每次約 60-90 分鐘。每次訪談後，立即將訪談錄音內容謄寫成逐字稿，而成為一份閱讀和分析的文本。再由閱讀文本中去分析您的個人經驗及自我的故事，主以整體內容中的時間軸或關鍵事件軸的方式，整理出您的主題重組故事。也藉由訴說訪談故事的意涵，將被說出來的內容加以編輯和賦予新的型態，而轉變成一混合性的故事，也成為一「虛構的文件」。由於您的個人生命經驗會以不同的方式重新拼貼及組合。故研究者會針對您的生命敘說的故事，予做深化描述、內容分析、統整與反思。

五、可能產生之副作用及危險

敘事研究是以人作為研究的對象，而基於對人的關懷及對人存在價值的基本瞭解，無論是苦痛或難題，希望把人生的過程努力掙扎的部分都能據實的呈現出來，讓生命的故事留下紀錄。而在您的生命故事敘說過程中，我們雖然以人性關懷的對待為基礎，試圖讓您生命故事很有尊嚴和意義的呈現。但有可能會發生一些風險，可能會觸及到您的個人隱私與權益、在生理或心理上也可能因此而會受到的某些程度的傷害，包括：造成經驗再現生理上、心理上的不愉快或恐懼、揭露您個人內心深處所不願接觸的事件，或是一些尷尬、不舒服的感覺…等，此時您可隨時選擇中斷或退出本研究。而關於您所提供的訪談資料，研究者保證不隨意公開，僅供研究者與指導教授分析討論。而此研究論文的撰寫與報告，預期將來是作為公開發表的文章。當需要討論或引用這些資料時，研究者都會將您個人的基本資料（包括姓名、住址、電話等）

保密並以匿名方式呈現。故在此也要徵得您的同意再作論文的發表。

六、預期試驗效果

藉由您的生命故事敘說，能使您自己的生命歷程經驗主觀的敘說及使個人主體發出聲音，研究者會試著更深入地去了解您生命中重要階段的生活世界，以充分得知您觀察到、經驗到及感覺到的生命故事，研究者從而探索您的生命經驗對於您個人生命的塑造力及生命意義與價值。

進行訪談時，除了採取自由敘說的方式外，會跟著您的感覺走，在故事中尋找火花，以發現可以深度的談下去時，再用各種提問的方式提出問題做為催化劑，在過程中使問題顯得具有的獨特意義，而從另一角度去思考生命意義時，更有其生命重寫的意義價值。

七、緊急狀況之處理

研究參與者或立同意書人有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與試驗。受訪過程中，若您感到任何的不適，將立即中止(問卷或訪談)，並提供必要之協助。

八、受試者(研究參與者)權益

1. 費用負擔

受試者(研究參與者)無須負擔試驗費用。

2. 損害賠償

- 請受試者(研究參與者)務必注意，人體試驗中往往會有未知的風險，可能造成某些的損害。您的同意加入試驗意味著您瞭解並願意承擔這些風險。如果是因為試驗造成您的損害，研究(試驗主持人)者將依

法負損害賠償責任。

3. 保護隱私

- 一個試驗代碼將代表您的身分，此代碼不會顯示您的姓名、身分證字號、住址。
- 對於您受訪的結果及診斷，研究者將持保密的態度。除了有關機關依法調查外，研究者會小心維護您的隱私。

4. 受試者（研究參與者）或立同意書人有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與試驗。

最後，再次誠摯地感謝您對本研究的貢獻，也因為您的真誠分享，使我們對您的生活經驗有更深一層的了解與認識，在研究過程中，如果有任何疑慮，請隨時跟研究者許瓊月（0966-798-484）聯繫。

受試者（研究參與者）： _____ 病歷號： _____

立同意書人： _____（簽名） 日期： ____年____月____日

與受試者（研究參與者）之關係： _____

見證人： _____（簽名） 日期： ____年____月____日

試驗主持人（研究者）： _____（簽名）日期： ____年____月____日

附錄(二)

訪談記錄格式

文本分析----生命歷程敘說

編碼	文本 (轉錄逐字稿)	關鍵字	意義單元

附錄(三)

試驗申請計劃書

(一) 試驗主題

乳癌復發轉移病患接受化學,放射線治療與重建手術經驗歷程之生命敘說

The Life Narrative of Journey of Breast Cancer Patients Receiving Mastectomy, Chemotherapy, Radiation and Reconstruction with Metastasis

(二) 背景及研究目的

本論文企圖對人生體驗與其生命歷程，予作深度的瞭解與探討，目的在對於罹病歷程與其思想相互的影響，探討經驗歷程與生命意義及存在的價值，希能深入人性深層、性格特質深刻剖析。亦即在反映人生議題，表現對人存在的感受；所以存在與生命意義的關係，也顯得特別的密切。由於具有相似的氛圍與哲學意涵，其皆在關注人的現實生活困境，如此，更能凸顯出對人類生存的關懷與人對自我存在的反思。

本論文主以兩位罹患乳癌經治療後又再度復發患者為研究對象，除了對其生命歷程的加以介紹外，還將對其生命歷程深入研究，試圖從其生命歷程中找出女性擁有生命的成長軌跡及其生命觀。

(三) 試驗方法

預計每 2-4 週進行一次訪談, 約計每人 4-6 次, 每次約 1-2 小時。

每次訪談後立即將訪談錄音內容謄寫成逐字稿，成為閱讀和分析的文本。不斷閱讀文本中分析逐字稿，蒐集研究參與者多重個人經驗與自我故事，以整體內容中時間軸或關鍵事件軸的方式，整理出主題重組故事。藉由訴說訪談故事的意涵，

將被說出來的加以編輯和賦予新的型態，轉變成一個混合性的故事，針對故事做內容分析，深化描述、統整、反思再重新觀看。

(四) 可能傷害及處理

質性的敘事研究是以人作為研究的對象，是基於對人的關懷，對人存在價值的基本瞭解，無論是苦難或死亡，把人活過的過程努力掙扎的部分呈現出來，讓生命留下紀錄。將研究參與者以人性關懷的基礎對待，讓其生命故事很有尊嚴和意義的呈現。因此在作研究時須特別注重研究倫理的實踐(一) 尊重個人意願：徵得當事人的同意，以書面簽署研究參與同意書，尊重更要融入研究過程中。在研究進行中即使徵得同意，當事人亦可隨時終止參與。(二) 確保研究參與者的個人隱私與權益：保障同意接受研究者，進行研究時遵守匿名及私密性原則，以更改姓名保障被研究者隱私。

(三) 不危害研究對象的身心：在研究進行過程中，不會受到生理或心理上的傷害，包括造成身體受傷、長期心理上的不愉快或恐懼等。倫理非表象，真正的倫理是在研究過程中人性的關懷。(四) 遵守誠信原則：向研究者參與者說明研究的方法和進行的方式，錄音要事先向其說明清楚，同意之後使用。(五) 文本資料內容請研究參與者檢證。(六) 詮釋、分析的資料經過研究參與者同意，論文未定型前請研究參與者過目。

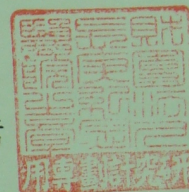
受試者或立同意書人有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與試驗。受訪過程中，若感到任何的不適，將立即中止(問卷或訪談)，並提供必要協助。

長庚紀念醫院人體試驗倫理委員會
同意臨床試驗證明書

地址：105 台北市敦化北路 199 號
傳真：03-3196102
聯絡人及電話：蘇盈嘉 03-3196200 轉 3706
電子郵件信箱：violet1202@adm.cgmh.org.tw

查「乳癌復發轉移病患接受化學，放射線治療與重建手術經驗歷程之生命敘說」臨床試驗計畫案(本院案號97-1568B，試驗期間為97年10月21日起至98年8月20日止)，已於97年10月21日經本院人體試驗倫理委員會審查通過，同意由林口手術室護理組許瓊月護士、顯微重建外科鄭明輝醫師依所提計畫進行臨床試驗。特此證明。

財團法人長庚紀念醫院
人體試驗倫理委員會謝燦堂主席



中 華 民 國 9 7 年 1 0 月 2 2 日

【主持人須知】

- ※自 98 年 1 月 1 日核准之新案，依規定繳交期中及結案報告，未繳者不得再申請新案。
- 一、應完全熟悉試驗藥品／醫療材料或醫療技術在試驗計畫書、最新主持人手冊及其他由試驗委託者提供的相關資訊中描述的使用方法。
 - 二、應明瞭並遵守『藥品優良臨床試驗準則』和衛生署相關法規要求，善盡保護受試者之責任，並配合相關主管機關的查核。
 - 三、應確保所有協助人體試驗的相關人員對試驗計畫書及試驗藥品／醫療材料或醫療技術有充分的了解，以及他們在人體試驗中相關的責任和工作。
 - 四、試驗主持人應負責所有人體試驗相關的醫療決定。
 - 五、在受試者參加試驗與後續追蹤期間，試驗主持人應確保對受試者任何與試驗相關的不良反應，包括重要實驗室檢查值等，提供充分的醫療照護。當試驗主持人察覺試驗期間受試者有疾病需要醫療照護時，必須告知受試者。
 - 六、主持人須遵照『嚴重藥物不良反應通報辦法』及『藥品優良臨床試驗準則』之規定，於時效內完成通報。
 - 七、試驗主持人應依本院『人體試驗作業管理準則』規定繳交期中報告及結案報告，案件審議如有必要時須配合於會議列席報告。
 - 八、執行院區應與呈准之計畫書一致，有可能之收案地點應在原計畫書中載明；試驗執行院區若有任何修改或新增，則應送修正案審查，於接獲書面核准函後始可執行。
 - 九、人體試驗倫理委員會同意之試驗期間到期但是試驗繼續進行，應立即提出展延。
 - 十、受試者同意書使用原則須遵照『藥品優良臨床試驗準則』之規定。
 - 十一、其餘未竟事宜，請參照本院『人體試驗作業管理準則』辦理。

附錄(五)

社會支持評量表

(小茹)

以下表格需麻煩您協助填寫之，謝謝您！（敬請採用 1-10 的分數紀錄之。謝謝！ 1-10 分之意：為低分到高分的分布情況）

項目	診斷 水泡囊腫	確立 癌症診斷	乳房切除	化學治療 三週一次 (小紅莓 + 紫杉醇)	放射治療 28 次	乳房重建	癌症轉移 (骨頭)	化學治療 三週一次 (紫杉醇)	化學治療 三週一次 (紫杉醇+ 健澤)	化學治療 每週一次共 服三週再隔 兩週(溫諾平)	化學治療 三週一次 (紫杉醇+標 靶治療藥物)
實質支持											
情緒支持											
訊息支持											
評價支持											

社會支持類型主要分為四類 (Cohen & Will, 1985)：

- 一、實質支持：(Jacobson, 1986)認為最直接也最容易獲得的一種資源，包括：提供金錢或任何種類可以協助個人直接解決問題的，這是指提供服務或物質幫助他人解決實際問題。
- 二、情緒支持：Tolsdorf(1976)認為這種社會支持是一種具有鼓勵、溫情、愛或情感的支持。
Leavy (1983)指出這種支持包括關心、信任和同理心。
- 三、訊息支持：Leavy (1983)認為訊息支持是給予某些忠告、訊息或教導某項技能來幫助解決問題。
- 四、評價支持：Cohen 等人(1985)把它與情緒支持加以區分，評價支持意指個人感受到肯定、回饋、尊重的程度。

附錄(五)

社會支持評量表

(秀秀)

以下表格需麻煩您協助填寫之，謝謝您！（敬請採用 1-10 的分數紀錄之。謝謝！ 1-10 分之意：為低分到高分的分布情況）

項目	確立癌症診斷 + 立即乳房切除	化學治療 三週一次 (小紅莓 + 紫杉醇)	放射線治療 28 次	乳房重建	意外懷孕 + 催產 + 剖腹手術 + 大出血	癌症轉移 (肺部)
實質支持						
情緒支持						
訊息支持						
評價支持						

社會支持類型主要分為四類 (Cohen & Will, 1985)：

- 一、實質支持：(Jacobson, 1986)認為最直接也最容易獲得的一種資源，包括：提供金錢或任何種類可以協助個人直接解決問題的，這是指提供服務或物質幫助他人解決實際問題。
- 二、情緒支持：Tolsdorf(1976)認為這種社會支持是一種具有鼓勵、溫情、愛或情感的支持。
Leavy (1983)指出這種支持包括關心、信任和同理心。
- 三、訊息支持：Leavy (1983)認為訊息支持是給予某些忠告、訊息或教導某項技能來幫助解決問題。
- 四、評價支持：Cohen 等人(1985)把它與情緒支持加以區分，評價支持意指個人感受到肯定、回饋、尊重的程度。

附錄（六）

訪談大綱

- 一、請您描述您罹患乳癌的治療過程與感受。
- 二、當您發現癌細胞有復發及轉移的現象時，請問您的心情如何？
- 三、當您接受化學治療及放射線治療的過程中是辛苦且漫長的，那您是否可從這段生病治療的歷程中走出來；甚至可以回到您正常的生活步調？
- 四、請問您在罹癌期間有沒有支持您的想法、理念或其他重要的關鍵人、事或物？
- 五、接受乳房重建手術之前、後，您和您的家人的態度與心情又是如何呢？
- 六、當您完成您的心願，作了乳房重建手術後，您的心情如何呢？
- 七、在種種不同治療歷程的各項經驗與感受中，請您敘述在這段歷程中，您個人有何期待與盼望？

附錄（七） 逐字稿分析文本

文本分析－重點摘要

【小茹的故事】

文本：轉錄逐字稿的重點摘要內容，主要是依據訪談大綱的內容為主軸作成文本的分析。

編碼：數字前 1-2 碼為年，3-4 碼為月，5-6 碼為日，7-8 碼為問題的問句或回答的內容。

代號：A - 小茹，C - 研究者。

()：表示說話者的動作、表情或反應之輔助說明。

編碼	文本（逐字稿轉錄）	關鍵字	意義單元
97102401C	請您描述一下您當初罹患乳癌的情形與感受。		
97102401A	回想起剛罹癌的無助與痛楚...在剛罹病的那段時間裡...嗯...心裡方面很痛苦也很失落.....雖然有去門診作檢查。但當時什麼都還不是很懂，只要想到還有兩個年幼小孩，還需人照料，他們都還在上小學而已呀！當下就根本不曉得要如何渡過...？我是在九十年八月十三日接受乳房切除手術；而第一次乳房門診檢查，大約是在乳房切除手術的前一年，大概是在八十九年七月左右。當時因為發現我的左腋下處，有一顆感覺熱熱的而且長得像青春痘般大小的小硬塊，於是就到台北 M 醫院一般外科 A 醫師門診檢查。檢查結果是水泡囊腫，A 醫師說：「不用切除，99%是好的」。這是第一次看乳房門診及作超音波檢查的經驗，感覺上還蠻樂觀的。但經過半年的時間，自己在檢查乳房時，確確實實有摸到一顆小顆、完整而且還會疼痛的圓形腫塊。（小茹用手示意在左邊乳房的內側上方處是長腫瘤的部位）所以，又到醫院門診去作檢查，經由 A 醫師安排到 M 醫院的 X 光科作乳房穿刺檢查。這次一樣是一個人到醫院檢查，但不一樣的是，自己已經隱隱約約的感覺到工作人員在互相討論乳房穿刺的結果及乳房抽取物是不	無助、痛楚、水泡囊腫、樂觀、乳癌、第二期、乳房切除疼痛	危機感出現

好的東西。你知道嗎？病人是敏感的，我可以察覺到是不好的結果。在作乳房穿刺時，雖然已經有使用了局部的麻醉藥，但在靠近胸壁處仍然覺得很痛；因感覺非常疼痛，我就一直哭，也因為疼痛而又感覺到好無助，這是我第一次察覺到有一種危機感出現了。之後，拜託檢驗科同事看結果的報告，同時同事也協助我安排到另一位乳房外科 B 醫師門診，繼續做檢查。記得是在 B 醫師門診時，確實診斷是“癌症”，當下立刻詢問出我的乳癌是屬於浸潤性且多發性的乳管癌，屬第二期末期，所以，一定要作乳房全切除的根治手術，當被醫師正式宣佈罹患乳癌的時候，我哭得很厲害，當場就在診間大哭起來！幸好那一次門診有我妹妹陪伴我一起去。不然，真的不知如何承受？…當情緒稍穩定些又詢問 B 醫師是否只要切掉癌細胞就可以了嗎？因為當時真的不知道為何一定要全部切除掉乳房？之後，又到其他醫院檢查，包括有 K 醫院及 H 醫院等等不同的乳房外科醫生；如此的連續門診檢查，答案卻都是如此一致的結果。

97102402C 請您描述一下您罹患乳癌治療的過程與感受；如：化學治療及放射線治療等，可否敘說一下？當時的心情如何？

<p>97102402A 我本人生性樂觀，是牡羊座，雖然血型是 A 型，多愁善感型的，但我一直都很喜歡快樂；雖然罹患癌症，但我都沒有想太多，只是一心的相信醫師。曾經想過醫師們沒有講太多的病情，其實這樣也有它好處的一面，而我也認為，如果醫師們說了太多的病情，事實上，我真的也會擔心、害怕…！所以，我自認我自己的確有許多的問題未曾釐清過。不過，我仍會上網或是請教醫師與乳癌治療或重建相關的醫療資訊，而我的醫療認知程度只要有五成的一定程度，我就可以接受了！我不必要全部都懂；雖然，我搜尋的資料也有它一定的限度在，所以，就是如此這樣囉！因為我認為只要能與癌症好好共處，好好的對待</p>	<p>一心相信、擔心、害怕、釐清、接受、好好共處、好好對待、自卑、忍耐</p>	<p>全面配合治療，一心相信並好好的共處與對待</p>
---	---	-----------------------------

它，要它不要作怪，如此這樣，我也就足夠了！其實我對癌症的治療一直都有信心，當八月份作乳房切除手術後，我在九月份就開始接受一連串的化學療法，總共進行了有六次「小紅莓」療程及四次「紫杉醇」療程，每三星期作一次，一直進行至隔年的四月底才全部完成。「小紅莓」化療可以用健保給付，但「紫杉醇」是要自費的，一針是五萬元，總共花費了十五萬元；緊接著下來是在四月到五月間繼續作放射線治療，每天都要照射，連續照射二十八天，在五月份的時候已造成皮膚表面有燒焦現象，也會噁心及身體上的疼痛產生，這部份是因為換藥時，曾使用生理食鹽水摩擦到而感到疼痛。如此的折騰，人也就變得更加的自卑了。當噁心的問題嚴重時就會嘔吐，即使是使用一顆高達七百元好的抗癌藥物，對噁心、嘔吐的問題仍然是無效，所以，這段期間食慾也不好，常用禁食、忍耐、吃少一點或只喝安素補充等這些方式來減輕療程的不舒服，但也曾經因為吃不好造成白血球不夠，而延遲了療程的正常進行。雖然如此，我仍對癌症的治療有信心。

97102403C 請問當您接受化學治療及放射線治療的過程中是辛苦且漫長的，您的生活是否因此有所改變？那您是否可從這段生病治療的歷程中走出來；甚至可以回到您正常的生活步調？

97102403A 我是很樂觀看待並能與我的乳癌細胞好好的共處；就像癌療期間，我曾經一度可以回到工作職場上，但是，當我的體力又漸漸轉為虛弱時，我則又辭掉工作，但我並不會因此就灰心、失望或放棄，我仍然可以樂觀處之，因為，我相信我一定還有機會可以再回到我的工作職場上。

97103104C 請問為何您會想作乳房重建手術？那您對乳房重建的手術看法又是如何？

樂觀、好好共處
重回工作
職場

97103104A	<p>針對乳房重建手術的期待與接受，是非常值得一提的部分。當我接獲乳房重建手術的第一個訊息是來自 H 醫院門診的護理人員，在五月底，我結束所有的癌症療程之後，我仍然要每三個月回診一次，不知道經過多久時間就改成每半年回診一次，因為，我不用吃抗生素或荷爾蒙之類的藥物，而且那時追蹤的癌症指數結果，是呈現正常的。故我一直一心希望能夠作乳房重建手術，不論採用任何方法都可以，當時癌症指數正常後，在九十三年七到八月間找整形外科 C 醫師諮詢有關重建手術的資訊，一直到九十四年一月底，大約是在過年前，我終於完成了我的乳房重建夢想。因為，我一直想變回我是一個完整的女人。所以，這樣自從乳癌發病作了乳房切除手術後，再經過化學療法及放射線療法，整個治療過程控制穩定到能夠作乳房重建手術，期間總共歷經了三年多的時間。到現在為止，我始終認為我作乳房重建手術是相當值得的，而且我也是一直非常的肯定它對我的價值與幫助。</p>	<p>期待、接受、值得、肯定、價值、幫助</p>	<p>有價值的乳房重建手術</p>
97103105C	<p>請問您接受乳房重建手術之前、後，您和您的家人的態度與心情又是如何呢？當您完成您的心願，作了乳房重建手術後，您的心情如何呢？</p>		
97103105A	<p>我一直盼望能夠早日作乳房重建手術，在癌症治療的過程中一直在等待，其實，家人們包括：老公、媽媽、兄弟姐妹們…等，他們都認為應該先把病養好比較重要，並未表示支持，但因我個人一直很期待也很堅持，所以，就如願完成了，當時我的心情是非常的高興也很滿足，因為，我恢復又成為一個完整的女人了。</p>	<p>支持、期待、堅持、如願、高興、滿足</p>	<p>一個完整的女人</p>
97111206C	<p>當您得知您的癌症復發轉移的病情告知時，請問您的心情如何？請問您又如何的因應？</p>	<p>完整</p>	
97111206A	<p>我的病情一直不是很穩定，它一再的重覆又復發，而且這已經是第二次的轉移了，當我接受這一連串冗長且不舒服的化學治療與放射線療</p>	<p>重覆、復發、轉</p>	<p>我是個癌症病人？</p>

法過程，這期間的辛酸與煎熬，真的不知道該如何向外人說？記得是在作乳房重建手術後，出院不久就感覺腰痛不適，經 C 醫師轉介復健科做復健時，初步懷疑是椎間盤突出的症狀，後來，也接受 X 光及骨頭掃描等檢查，才證實是癌細胞復發轉移了。那段期間，雖然控制癌症指數正常，但我仍須每半年回一般乳房外科 B 醫師的門診追蹤檢查，而作進一步掃描則是由 B 醫師決定的，經過兩週後，確定是癌細胞轉移到胸骨、脊椎及肋骨，肝臟也有幾處轉移了。這次我整整哭了一星期的時間那麼久！而且是無時無刻的一直在哭啊！我心想我都已經這麼的努力熬過難辛又漫長的癌療過程，怎麼會在才剛剛做完乳房重建手術後就又發生復發轉移呢？為何會變成如此這般？我是不是要走了？我是不是已經嚴重到不行了？經乳房外科 B 醫師建議仍繼續作化學療法，因為癌症指數 Ca153 指數已經升高到達 Ca380 的高點，而此次施打抗癌藥物也有所改變，改用俗稱的「溫諾平」加「白金」的抗癌藥物，每三周注射一次，方式是第一週要住院施打混合的化療藥物，第二週只要在門診單獨注射「溫諾平」藥物即可，到了第三週就可以休息一下。總共需要十二次，如此的療程花費將近有一年的時間。其實，在第一次接受「紫杉醇」化療的時候，大約是納莉颱風過後的第二週，當時掉髮的情況非常得多，而當掉髮時，我才突然驚醒到「我是個癌症病人」；也終於能體會到電視上連續劇演出的癌症病人的心情，那時候，我又哭了！我真的無法接受大量掉髮的情形，它讓真的我非常的傷心，因為，我真的是非常的愛美，我可以認真到為了漂亮，為了某種目的，我可以很認真的去執行它，來達到我的目的，或許這跟我的個性有關。所以，這一次復發轉移的結果又要繼續打化療藥物；當時，我就拒絕了「紫杉醇」藥物，因我不想再大量掉髮，之後，經過與醫師討論，B 醫師配合作了改變，同時也建議

移、努力
熬過、傷
心、存在
、沉重、
樂觀

注射不同於上次化療的抗癌藥物，而改採用「溫諾平」與「白金」這兩種抗癌藥物。其實，做化療時雖然會掉髮，但我只希望不要掉太多的量，少量的掉髮我是可以接受的。而另一種「白金」藥物，會產生很厲害的噁心、嘔吐等不舒服症狀，約每三十分就會嘔吐一次，我竟然連膽汁都能吐得出來，使用了止吐藥也沒有效果。雖然如此，但我仍然堅持忍受它，並且接受它，因為，只要不要讓我大量掉髮就可以了。另外，有一次剛好回去看放射科D醫師門診，D醫師敏銳的發現到我的坐姿不對勁，而建議我進一步做斷層掃描檢查，才又發現了“脊椎骨盆腔”的骨質被癌細胞侵蝕到骨質了，有點類似“骨質疏鬆症”般的症狀，這有如八十歲的老人同樣的“骨質疏鬆症”了！之後，我仍然接受了血液腫瘤科E醫師建議繼續施打抗癌藥物，而“紫杉醇”這抗癌藥物仍被我拒絕，因我還在擔心會大量掉髮；故E醫師又建議我改採用不掉髮的住院化療方式，但它是屬於自費的化學治療療程—“微脂體小紅莓”。雖然，最後，我仍舊接受一般外科B醫師的建議繼續施打“紫杉醇”加“健擇”合併的抗癌藥劑，這期間又長達了整整有一年（九十五年八、九月至九十七年一、二月止）的時間，療程與之前相同，也是採一、二、三週方式，每三週一次，共需要十四次。現在我的癌症指數(Ca153)仍居高在150左右，正常人的癌症指數(Ca153)應該是在30以內。這種方式的每一個療程，都會讓我疼痛一週左右，也會噁心、嘔吐、發燒…等等不舒服的副作用，所以，當我遇到一連串癌療的瓶頸或困境時，醫生都會建議我要休息一陣子，再繼續作下一個療程。雖然，癌細胞都一直不定的反覆，也不斷的復發轉移循環著，但我還是能夠很樂觀看待它，並且能與我的癌細胞好好相處。其實，我的個性是我如果知道一件事的結論對我而言是好的，過程只需要簡單大概說明一下，我就可以接受了，我不需要知

道的太多；不論是有什麼副作用或其他後果，我的預期心理是可以事先準備好的，所以，只要能跟我解釋最快的方法和最有效的方法就可以了，而其中的過程發展如何，我全然都可以忍耐，就像這次我罹癌接受所有的癌療過程一樣。我曾經問過我自己，就是說，我這麼配合醫生，作了這麼多的治療，為什麼還是不能把它消滅掉？它還是存在著？為什麼它消滅不了，連醫生也都回答不了；我有時候會一直問自己這種問題，可是，這還是沒有答案的啊！相信去問任何人一樣都是沒有答案的啊！有嗎？沒有吧！我從來沒有解決過這個答案，雖然如此，我心理的調適就是告訴我自己說：接受它，面對它，繼續的治療它，就這樣啊！其實，醫生跟我說癌細胞有轉移的現象時，當下，就在那時候我是很慌、很亂，心想怎麼會跑到那麼多的地方去呢？第一次癌細胞轉移的時候，我哭了三天，第二次轉移我是哭了整整一個禮拜，兩次的不同就是如此的轉變！我想怎麼會那麼糟糕呢？！我的身體怎麼會那麼脆弱？！我是不是沒有好好的照顧它？可是，我覺得我真的是很認真的在過日子啊！而且，我也沒有做什麼不好的事情！當下的心情還是比較沉重，過了一個禮拜就慢慢轉好了。不然，我還能怎麼辦？就只能聽醫生的話，治療期間就儘量保持樂觀的態度去面對它。其實，我一直有問過醫生，那該怎麼辦？醫生說繼續做化療、施打抗癌藥之類的療程，反正，就是要聽話照做呀！醫生講甚麼時候來打藥，我就甚麼時候來打藥。然後，就是認真的把自己照顧好，就這樣子囉！之前，我就說過，我一直覺得我不會比別人早走，

97112707C 請問您在罹癌期間有沒有支持您的想法、理念或其他重要的關鍵人、事或物？您的支持力量來自哪裡？

97112707A 從九十年至九十七年以來，我已經治療了有七年多的時間了，其中也
乳房重 生命中最
包括乳房重建手術在內，在這期間曾經重新返回原來的工作職場，大
建手術 大的喜悅

<p>約有三年的時間，種種的經歷迄今，都歷歷在目，包含：乳房切除手術的疼痛與失落、癌療過程的煎熬與不適、掉髮的衝擊與復發轉移的陰影等等。由於我很愛漂亮，其中曾因為外觀改變的部分，造成我非常難過的心情與自卑的心態。外觀改變的問題的確影響我很大，雖然，我曾經埋怨過，但經過一段時間的沉澱與調適後，我相通了一些想法，我應該要謝謝我的媽媽，我又沒缺手缺腳，老公對我也不錯，孩子們也很好，我還要埋怨什麼？我覺得它總是會過去的，它只不過是一個過程，它不是一個結果，這是我心靈上豐富的來源，也是我支持力量的來源。當一個人，如果沒有了愛，也沒有家人的支持，我認為這比得到癌症還要糟糕。說實話，我還算是個幸福的人，雖然我生病了，而我的媽媽，我的先生，我的家人，甚至於我的兄弟姐妹們，大家都對我非常非常的好，所以，我覺得非常的幸福。我所有的支持力量，不只是來自我個人，也包含了周遭所有的人與環境的力量，他們都給我很多正向的支持與照顧。而自己也以此支持的力量去成就我生命中最大的喜悅，而我生命中最大的喜悅又是什麼呢？是付出、是愛，就讓我為這「生命的喜悅」而努力吧！</p>	<p>、外觀改變、埋怨、過程、結果、心靈豐富</p>	
97112708C	<p>請問您可否敘述一下，您在罹病期間如何讓自己快樂的方法？</p>	
97112708A	<p>在我接受化學治療及放射線治療的抗癌過程中，是辛苦且漫長的…若要叫我說出如何從這段生病的歷程走出來，甚至，可以再度就業且回到原來的工作職場上？其實跟我個人的個性本質有關，我有一項興趣是我很喜歡與人互助及分享各項事物。當我再度回到工作職場時，我仍然充滿了活力與熱忱；除了繼續服務我原來的基本客戶群外，我還能夠在病友之間，熱心的付出及努力幫助許多病友，解決她們有關保險理赔的業務問題，同時也減輕了她們醫療經濟上的部分負擔，我覺得其實很多事情都是互相的！有捨才有得，我不認為，我捨了，我就</p>	<p>個性、互助、分享活力、熱忱、付出、捨得、開心</p> <p>有捨才有得，要懂得分享</p>

	<p>一定要有所得，我覺得如果這個得，只要是對方有得到；雖然，不一定是我得，我仍然會覺得很開心，因為我得到的是開心，這樣也算是有捨有得呀！這樣不是也很好嗎？當然我更希望能夠分享給更多的人知道更多不同的人生經驗。</p>		
97121509C	<p>請問您在種種不同治療歷程的各項經驗與感受中，請您敘述一下在這段歷程中，您個人對您的未來有何期待或盼望？</p>		
97121509A	<p>對於治療的結果，我個人也是會有所期待與盼望的。我一直很希望我會好，曾經一度不能接受自己為何會得到這種病？治療到現在為止，雖然並未符合我的期待與盼望，但目前我是可以接受了，而接受的理由是：一、我不認為我會很快的就走。二、當我走的時候不要太辛苦。三、當看見其他病友比我的病情更嚴重時，我反而更珍惜現在的生活。四、除非，我已經是臥病在床，須人服侍時，不然，我仍會保持現狀活蹦亂跳的生活。</p>	<p>希望會好、接受、珍惜</p>	<p>有期待與盼望</p>
97121510C	<p>如果現在可以放下、走人的話，請問您準備好了嗎？為什麼？ 請問您是否想到這個問題？可否描述一下？</p>		
97121510A	<p>自從我罹患乳癌後，其實，我一直會存在著一些個人的想法，譬如：我常會想：「我沒那麼快就走！」因為，我希望能多與家人小孩相處、把小孩子都照顧得很好；同時，我還要再多學習人生中其他的功課。而且，我也常常在想：「“得癌症”並不等於“死亡”啊！」；同時，也會想到：「人最後的死亡，也並不盡然都是死於癌症啊！」。以上諸如此類的想法，一而再、再而三的出現在我的腦海裡…只要每次想到或說出來的時候，它們都可以再次的治療了我的心。至於其他的問題，復發、轉移及一連串的治療過程，我只要能夠忍耐、接受與配合，並且也能與它好好共處，我相信我可以的走過來。</p>	<p>相處、照顧、好好共處、走的過來</p>	<p>沒那麼快就走！</p>
97122911C	<p>請問您有沒有想過想跟家人說些什麼話或留下什麼的回憶？譬如：照</p>		

97122911A	<p>片、聲音或影片等。</p> <p>其實，我是要把握每一天跟家人相處的機會啊！如今，我很幸福已經擁有一個充滿愛的家，它是非常的健全，也是非常的豐沛；所以，我覺得我沒有什麼特別要交代的事了！至於跟家人說些什麼話或留下什麼的回憶，其實平常都有照片留念，當然也希望家人們都能夠有平順的生活及過美好的人生。</p>	相處、愛、豐沛、美好	把握生活的每一天
-----------	---	------------	----------

文本分析－重點摘要

【秀秀的故事】

文本：轉錄逐字稿的重點摘要內容，主要是依據訪談大綱的內容為主軸作成文本的分析。

編碼：數字前 1-2 碼為年，3-4 碼為月，5-6 碼為日，7-8 碼為問題的問句或回答的內容。

代號：B - 秀秀，C - 研究者。

()：表示說話者的動作、表情或反應之輔助說明。

編碼	文本 (逐字稿轉錄)	關鍵字	意義單元
97102801C	請您描述一下您當初罹患乳癌的情形與感受。		
97102801B	八十八年七月某日晚上洗澡時，我發現我右邊的乳房有凹陷的現象，另一邊乳房是正常的，兩邊都沒有疼痛的感覺，只有發現右邊乳房有凹陷的現象，一開始就只是這樣的情況，也沒有其它的不舒服或症狀。跟我先生討論後，他要我到大醫院去作檢查，之後，就選擇到 T 醫院的乳房外科看門診，A 醫師幫我安排隔一天住院；其實，當時，看門診時都還沒做過任何的檢查；而直接安排住院的時候，心情上就覺得很不對勁。A 醫師表示如果檢查是良性的話，等於只是做個檢查就可以出院；那如果是惡性的話，就可能需要考慮動手術。於是，我就同意醫師安排住院檢查的做法。那一天早上，我還是一個人自己去辦住院，我跟我先生說我一個人可以的，於是，我就自己一個人去醫院接受檢查了；此外，也跟我先生講說如果沒事的話，隔天早上就可以來接我出院。結果住院一天，作了乳房穿刺檢查，做完檢查之後，當晚就可以知道結果，而那時的病房護士小姐問我說：「你自己來嗎？你要不要打電話叫你的家人陪你來？」，我回答她說妳講這樣子，我就懂妳的意思了！此刻我的心情已經明白到檢查結果應該是不好的東西。當護士小姐回答說是惡性腫瘤時，我就到公共電話打電話給我媽媽，告訴她這個結果，那時候，我就在公共電話那邊哭得唏哩嘩啦	凹陷、惡性腫瘤、癌症、年輕	為什麼會是我得到癌症呢？

的，一個小時後所有的人都到醫院，我先生帶我小孩、我媽媽，我的兄弟姊妹全部都到齊了。我會很難過的原因是因為我還年輕，我才四十歲呀！第二天的早上，我就直接被送入手術室，安排第一台刀，做了乳房全切除的手術。開完刀後也同時知道了真正的結果，它的確是個惡性腫瘤。從知道確立診斷結果是乳癌，到進入手術室作乳房全部切除手術，這情況來得太快，也太突然！就連讓我考慮的機會都沒有，我竟然連寫遺囑的機會及時間都來不及呀！這段期間，非常的倉促、急迫，同時也令人感到非常的錯愕與驚嚇！算算整個發生的過程，竟然是不到十個小時的時間！我的生活一向都很正常，而且，也沒有罹患癌症的家族遺傳，可是，為什麼會是我得到癌症呢？而且，那時候，我還很年輕，不過才四十歲而已，那為什麼會是我呢？

97102802C 請您描述一下您罹患乳癌治療的過程與感受；如：化學治療、賀爾蒙治療及放射線治療等，可否敘說一下？

97102802B 我在做化學治療的那段時間，真的好痛苦，現在，想起來心裡還是會怕。做化學治療的副作用，對我而言，它是個很可怕的經驗，它造成我極度的不舒服，像是有噁心、嘔吐、食慾不好、倦怠與和腸胃的功能變差等情況發生，而且，還會大量的掉髮。針對化學治療掉頭髮的問題，回想起來，我覺得我算是很勇敢，我在還沒掉髮之前，就先買了一頂假髮，然後，去了一家不認識的美髮院，要求美髮的工作人員把我的頭髮全都剃光，她們問說為什麼？我回應說我覺得我的頭髮被燙壞變很醜，所以，想把它全部都剃光，然後，那工作人員就拿一個紅袋子給我說，要落髮需要包十塊錢紅包，於是，我就包了一百元的紅包給工作人員，等到剃光頭髮時，我就直接戴上假髮了。化學治療的過程中，我不是只有頭髮沒有了，我身上所有的毛也都沒有了。反正，我身體上所有不舒服的反應，真的都讓我感到比死還難受啊！現

痛苦、忍過了就是我的了
可怕、
副作用
、比死還
難受

在的時間點跟以前的時間點不一樣了，我希望做化療時，抗癌藥物的品質能提高，而它的副作用則要降低，也就是希望化療過程中的品質，能夠愈來愈好。也就是說愈不讓人痛苦的抗癌藥是愈好，譬如：這些噁心、嘔吐及腸胃方面不舒服的副作用，都能夠有效的降低。所以，我真的很期待在使用抗癌藥物的過程中，可以像安寧病房的照護，被有尊嚴的對待；現在醫院設立安寧病房的目的，就是希望病人可以走得很舒服也很有尊嚴。所以，我希望做化療的時候，真的能夠做到有尊嚴。不然一定會有人願意犧牲性命，也不願意配合做化療，因為，做化療的過程，真的是非常的痛苦。如果，當有人做化療到一半時，而要放棄的話，我願意去鼓勵他，鼓勵他再苦也要撐下去，要活就要忍，忍過了就是自己的了。雖然，我自己也很害怕，但現在我一定鼓勵他繼續做下去，因為，做下去才有活命的機會，如果，不堅持做下去，那就沒有活命的機會了；要走出化療這一條路來，真的，並不是那麼的好走！而在放射線治療方面的副作用，它會造成我的皮膚非常的乾燥，就如同燙傷般的傷口，有時候，也像曬傷的皮膚般，很容易龜裂及受傷，嚴重時也會造成皮膚的潰爛。我在接受這兩種癌症治療的方式時，它們都給我非常不好的感受與痛苦，而我也只能告訴我自己：「我要活就要忍，忍過了就是我的了…」。

97111003C 請問您自發病到化學治療、賀爾蒙治療和放射線治療結束時，期間也關閉了自己長達有四年之久的時間，當時的心情如何？請問當您接受化學治療及放射線治療的過程中是辛苦且漫長的，您的生活是否因此有所改變？

97111003B 罹癌的這段期間，我的生活有了不一樣的影響及改變。我變得不喜歡出門，連社區的人都不來往了，也會避開所有認識的人。而將自己一直關在家裡面。所有人的問候或關心，都變成我的壓力來源。乳房切

罹癌影響、壓力來源、斷

日常生活有不一樣的影響及

	<p>除後，我斷絕一切所有的人際關係；親戚朋友要來看我，我也都不願意，全部都推託給我先生去處理，我全然不管，只要躲在家裡，也都不出門。全天二十四小時，通通躲在家裡，不出去就是不出去，日子就是過得非常的不快樂、不開心…一直過著封閉自己，不快樂的生活。</p>	<p>絕、封閉 自己</p>	<p>改變</p>
<p>97111004C</p>	<p>當您經過漫長的癌療過程後又得知您的癌症復發轉移的病情告知時，請問您的心情如何？請問您又如何的因應？</p>		
<p>97111004B</p>	<p>癌療過程總共有五次外科手術、一次化學治療和一次放射線治療；到現在為止，是採用純粹服藥治療及定期三個月追蹤一次。之前，就是八十八年作一次乳房重建手術，接著又做了三次胸部的手術，而作一次人工血管植入手術後，立即就去做化療，總共動了五次手術。做了一年半的化療，主要是用小紅莓跟紫杉醇的抗癌藥物，接著做的放射線治療，一週五次，需連續做五週，共做了二十五次。之後，就改用口服抗荷爾蒙藥物方式繼續治療控制，五年後就停藥了，停藥以後只需要定期回門診追蹤；但是，一直到了九十六年復發轉移後才又開始服藥，一天吃兩顆，目前還在口服藥物治療中。原治療到九十三年時已停藥，而現在，等於是經過了三年的時間又復發。這段定期追蹤期間，我一直都在 T 醫院檢查，任何需要檢查的項目，都會檢查，目前我的癌症指數都控制在正常的範圍內。有一次回診時，醫師發現我的 X 光有問題，他說：「肺部有一點黑點」，所以，建議做核子共振和電腦斷層的檢查，做進一步的追蹤，結果發現癌細胞確定已轉移到肺部了，大約有 0.3 或 0.5 公分大小，而治療癌細胞復發轉移的方法是：先停用抗荷爾蒙藥物及作卵巢摘除手術。手術時，醫師尋遍整個腹腔，卻找不到我兩側的卵巢，不管卵巢是否已經萎縮或已經摘除，但 T 醫院的醫師們卻又檢查出且確定我卵巢的功能仍然是正常在運作，同時也一直在分泌荷爾蒙，雖然，他們也轉介會診其他的腫瘤科</p>	<p>復發轉 移、卵巢 摘除手 術、恐懼 、難過、 哭泣、不 放棄</p>	<p>要忍耐， 才有活命 的機會。</p>

醫師，但所有的醫師都不知道真正的原因為何？他們也表示從來也沒碰過如此的案例，所以，就幫我注射抗荷爾蒙針，促使我的更年期能夠提早來臨，一方面是希望能抑制乳癌細胞不要成長的太快，而能控制住病情。在一連串癌療的過程中，我的身心是非常的煎熬且難過，相對的，心情上也較重建手術之前來得更加的低落，除了癌療過程的辛苦外，說實在話，還有對生命的未來充滿了一些恐懼。當癌症轉移的病情告知時，對我而言，震撼並不大，雖然，震撼不太大，可是心情上，確實也被影響了，感覺是不太好，有難過、有哭泣，但我沒有在別人的面前哭過，尤其是不會在我先生、孩子及高齡母親的面前哭，我怕他們會傷心、難過和擔憂。曾經有用過電話與朋友哭訴一下而已，我比較會暗自哭泣，這期間大概維持有一個星期左右，我相信時間是會治療一切的，因為我還要面對許多的事物，我從來沒有放棄過自己，因為我要活下去，為了我的家庭，我要忍耐，我相信，只要忍過了就是我的，雖然，我曾經放棄過我的社交圈，但我還是會為我的家庭而努力的。有些病友作了一、二次化療就想停止，我還是會一直的鼓勵她們：「要忍耐，才有活命的機會。」，這也就像是在鼓勵我自己一樣。

97112505C 請問為何您會想作乳房重建手術？那您對乳房重建的手術看法又是如何？

97112505B	<p>在乳房重建之前，有一天，我剛好看到報紙醫療篇報導有關乳房重建的訊息，所以，我就上網再去查乳房重建的相關資料，後來，就去看 C 醫師的門診。我覺得 C 醫師人很好，他能慢慢的為我講解說明，大概談了一兩個小時。後來，當第二次再去門診的時候，我就已經決定要做這項手術了。由於之前作乳房切除手術的外科醫師，他們不贊同我做乳房重建，所以，也就不會給我們這方面的訊息，就像 T 醫院也</p>	<p>醫療報導、乳房重建、討皮痛、自信、不再退縮、自</p>	<p>改變自己 有自信的 走出來。</p>
-----------	---	--------------------------------	-------------------------------

	<p>是一樣不會給我這方面的訊息。如果，我沒有改變我自己的話，我是走不出來的。我對乳房重建的手術看法是，雖然乳房重建手術是討皮痛，但是，我還是覺得很好，因為「它」讓我找回了我生病以前的自信，「它」使我敢讓我的先生看我的身體，它讓我勇敢的回到社交圈，不再退縮、自卑。四年來，我跟我先生兩個人在做那件事情的時候，我的衣服永遠是穿著的；我不願意讓他看到我少的那一邊，因為我很自卑又自憐。</p>	卑、自憐	
97112506C	<p>請問您接受乳房重建手術之前、後，您和您的家人的態度與心情又是如何呢？當您完成您的心願，作了乳房重建手術後，您的心情如何呢？</p>		
97112506B	<p>當初我要做乳房重建手術時，我們家裡所有的人，沒有一個人同意，他們都認為：「命能保住就很好了，何苦再去動一次手術？」。只有我先生同意，他說：「只要妳做的任何決定，我都會支持妳，萬一有什麼不測，我也不會怪妳！」，之後，我就接受了乳房重建手術，當時，手術時間需長達十二個小時之久，而我先生在手術室外面，也陪了我整整十二個小時，一直等候我從手術室出來到達顯微手術加護病房，他才放心。我先生真的對我很好，很支持我、照顧我。乳房重建對我而言，它讓我重新活過來了，不再是一付自卑又自憐的心態；也因為乳房重建，我才能夠走得出來。在過去四年的歲月中，我是很少離開家的，主要是因為我不願意走出來；當我重建好了以後，我就能夠開始和我以前的朋友聯絡；我的朋友認為我常搬家、換電話，就好像失蹤了一樣。當我重新出發了以後，我開始做法拍屋買賣的工作、也做一些我想要做的事情和一些我比較擅長的事情，一直到現在，我過得好快樂、好自在；當然，我感到很有自信，不再是一個長年躲在家裡，把自己隱藏起來的人了，這種的感覺真的很好！</p>	命保 住、支 持、照顧 、快樂、 自在	重新活過 來了

97121607C	請問您會建議其他病友去做乳房重建手術嗎？		
97121607B	我會鼓勵病友們去做乳房重建手術，我也曾擔任門診的志工，協助罹患乳癌的姐妹們接受這項乳房重建手術，讓她們能夠「走得出去」、「活得過來」！所以，我非常的非常的肯定乳房重建手術它存在的必要與價值。你可知道？把自己關在屋子裡，整整有四年多的時間，那種暗無天日的日子確是不好過呀！現在，如果有機會，我會想更進一步的建議政府機關，能夠將乳房重建這項手術的費用納入健保給付的範圍內。雖然目前還沒有列入健保給付，我會努力與病友們去做義賣活動，來幫助需要重建的病友們。	鼓勵、肯定、存在價值	「走得出去」、「活得過來」
97121608C	請問您在罹癌期間有沒有支持您的想法、理念或其他重要的關鍵人、事或物？您的支持力量來自哪裡？		
97121608B	在罹癌治療的過程中，支持我的力量主要是來自於我的先生、小孩；因為我不想把我幸福的家庭白白拱手讓給別人；而我還有一股另外的支持力量，它是來自於我的媽媽，因為我不想比我的媽媽早走，這些支持的力量，到目前為止，一直都存在著，它也一直維繫著，有如形成一個強大的保護罩，一直保護著我、支持著我，想想我是何等的幸福呀！	支持力量、拱手讓人、幸福	支持的力 量，有如 形成一個 強大的保 護罩
97123109C	請問您可否敘述一下，您在罹病期間如何讓自己快樂的方法？		
97123109B	在罹癌治療期間，需要有正確的心態和想法，首先是要能面對疾病，再來就是要接受它，並且盡量減短療傷的過程，在未來的日子，我已經準備好了，我將以親身的經驗去分享給有相同病痛的病友們，如此，我就能夠真正的用同理心去體會、關懷及付出，當然我相信我會感受到更多不同人生的喜悅。	正確心態、分享、同理心、關懷、付出	同理心關 懷享受人 生的喜悅
97123110C	請問您在種種不同治療歷程的各項經驗與感受中，請您敘述一下在這段歷程中，您個人對您的未來有何期待或盼望？		

97123110B	<p>我對我未來人生的期待有幾點，一、當日子到來的時候，我能夠一路好走，就像睡覺的時候，就無牽掛的走，都不要有任何的痛苦。二、我希望我的家人他們都過得很好，人生的路走得平順。三、我期待及希望跟我同樣有病痛的人，也能夠過得自在、快樂。四、跟我有同樣病痛的病友，有些家境經濟並不是很好，所以，我希望能夠幫忙爭取到乳房重建手術費用可以納入健保的給付。五、我希望外界社會大眾能夠重視我們這一群病人的存在。</p>	<p>期待、無牽掛、無痛苦、自在、快樂</p>	<p>人生的路走得平順能夠過得自在、快樂</p>
97123111C	<p>如果現在可以放下、走人的話，請問您準備好了嗎？為什麼？請問您多久想到這個問題？復發時想到嗎？可否描述一下您曾經說過的已經準備好的事情嗎？也就是我們現在一般人說的身後事。</p>		
97123111B	<p>如果現在可以放下、走人的話，我已經準備好了。每個人早晚都會走，每個人早晚都會去面對死亡，這個問題，我已想了十年了，每天都在想，想了很多，曾經詢問 T 醫院醫師：「我的存活率有多少？」，醫師回答說：「一般乳癌病人的存活率是 40% 與 60%，你的狀況還不知是偏向 40% 或是 60%？」。然後我先生告訴我說：「如果你每天一直都在想著死亡的問題，那你就會偏向 40%」。現在，我可以選擇放下也準備好了，主要是因為有一位男性友人曾開導過我，讓我有所領悟。一般我不喜歡和別人討論我的病情，也不喜歡一般人關心我的病情，只有在患有同樣疾病的病友們，我才會跟他們討論、溝通。這一位男性友人曾經因為被誤診為罹患大腸癌，他由這個經驗的轉折而漸漸的看開了生死，也體認了人生的無常，由於他爸爸也是因為大腸癌過世，等於有家族史的病例，當時他才 35 歲，結婚五年一直都沒有小孩，後來經過人工受孕才得到一個孩子，就在此刻醫生宣布他得了癌症，當時他跟他太太兩人抱頭痛哭、悲傷不已，之後就展開了一系列的檢查和診療，然而後來才發現原來是誤診，誤會一場，他跟他太太</p>	<p>死亡、無常、無奈、受苦、放下、身後事</p>	<p>人生就是無常，要懂得接受與放下</p>

經過了這次痛苦的體認，他跟我分享，安慰我說：「我如果多活 20 年，也不過是多留 20 年，我說不定是在受苦也不一定喔！」，由此我真的有所頓悟。人生就是這樣的無常，所以，要把生死看開；我也有生病的經驗，所以，我更要把人生看開；生病到現在已經有十年了，畢竟還是要去接受，而且要懂得如何去跟癌症共處，如此才能夠快樂些，人生已經有太多的無奈了，而我又能如何呢？我曾經說過我已經準備好我的事情，也就是我們一般人現在常說的身後事。我希望自己能將自己的身後事都安排好，我真的都已經安排好了呀！譬如：東西都分配好給三個小孩，墓園的選擇…等，我想用我自己的方式去安排，我希望選擇像某禮儀公司的處理方式，儀式進行也由禮儀公司安排就可以了；不要喧鬧，要莊嚴；不要複雜，愈簡單愈好；因為，我過的生活也是一樣的簡單。其中我會要求一個重點是我不希望跟老人們住在一起，譬如：我已經選好了三芝鄉的萬安墓園的塔位，同時我也立好了遺囑，這些身後事的安排，我先生和小孩們全都清楚，但是我沒有讓我的母親知道。

98010912C 請問您有沒有想過想跟家人說些什麼話或留下什麼的回憶？譬如：照片、聲音或影片等。

98010912B 其實我得病後，我真正得到的是更多、更好，包括：媽媽、先生、孩子、兄弟姊妹和許多好朋友。到此我的一生過得也是足夠了，我從來沒有煩惱，當然也希望這種幸福能夠一直延續下去。我想跟我的家人說的話，就是希望他們都過得很好，人生的路走得平順；至於想要留下什麼回憶，其實，我們全家已經拍下全家福的沙龍照了，如此的方式就足夠留下一些美好的回憶了。

回憶、美好、足夠
已真正得到更多的幸福