

國立臺灣大學理學院心理學研究所



碩士論文

Department of Psychology

College of Science

National Taiwan University

Master Thesis

知覺污名、身體意象不滿預測憂鬱及創傷後壓力症狀之

序列中介效果：以八仙燒傷事故倖存者為例

The Serial Mediating Effects of Body Image Dissatisfaction and  
Perceived Stigmatization on Depressive and Posttraumatic  
Symptoms among Burn Survivors of the 2015 Formosa Fun Coast  
Water Park Burn Accident in Taiwan

簡苑玲

Yuan-Ling Chien

指導教授：陳淑惠 博士

Advisor: Sue-Huei Chen, Ph.D.

中華民國 108 年 4 月

April 2019

## 摘要

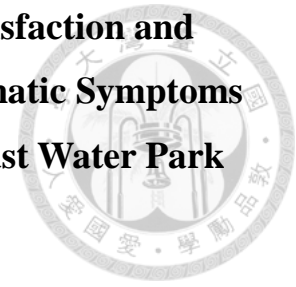


**目的：**憂鬱症及創傷後壓力症（Posttraumatic Stress Disorder [PTSD]）為燒傷後最為常見的心理疾患；另一方面，基於研究者自身經驗與臨床觀察，以及現存實徵研究的累積，顯示身體外觀改變及知覺污名為燒傷者產生心理適應困難的重要因素，其中認知行為觀點身體意象模型為目前應用最廣的觀點。實證研究發現身體意象不滿（Body Image Dissatisfaction [BID]）與知覺污名有顯著相關，身體意象不滿可顯著預測燒傷後憂鬱症狀，而對疤痕及外觀的擔憂可顯著預測 PTSD 症狀，且性別、疤痕可見度及外觀重要度可能扮演調節作用。有鑑於此，本研究擬以認知行為觀點身體意象模型為基礎建立研究架構，檢視：（一）知覺污名與身體意象不滿預測憂鬱及 PTSD 症狀的序列中介效果，與（二）性別、臉部是否燒傷、外觀重要度等變項是否有調節作用。**研究方法：**以八仙塵塵倖存者作為對象，評估時間點為事故後兩年（T1）與三年（T2），共 106 名完成兩波調查。參與者平均年齡為 23.97±4.1 歲，平均體表燒傷面積為 50.5±19.4%，有 61.3% 為女性。本研究透過量表蒐集資料，並以（一）相關法檢視變項間關係，（二）Process（Model 6）檢視序列中介效果，及（三）階層迴歸分析檢視調節式中介效果。**研究結果：**（一）相關法發現 T2 的憂鬱及 T1 的 PTSD 症狀皆與 T2 的 PTSD 症狀有顯著正相關，且 T2 的憂鬱及 PTSD 症狀皆和 T1 的憂鬱、知覺污名、身體意象不滿有顯著正相關。（二）Process（Model 6）分析發現，分別控制年齡、教育年數、燒傷面積、T1 的憂鬱或 PTSD 症狀後，T1 的主觀疤痕嚴重度透過知覺污名及身體意象不滿到 T2 的憂鬱症狀之關係為完全中介，且序列中介效果顯著；T1 的主觀疤痕嚴重度透過知覺污名及身體意象不滿到 T2 的 PTSD 症狀之關係為部分中介，然序列中介效果不顯著。（三）階層迴歸分析發現，臉部燒傷調節「主觀疤痕嚴重度影響知覺污名」及「知覺污名影響身體意象不滿」的關係，而外觀重要度調節「知覺污名影響憂鬱症狀」、「主觀疤痕嚴重度影響 PTSD 症狀」及「身體意象不滿影響 PTSD 症狀」的關係。**討論：**本研究以 Cash 的身體意象模型理論為基礎建立研究架構，結果發現在燒傷群體中，身體意象（態度成分）確實受到身體外觀改變（燒傷事件造成疤痕、主觀疤痕嚴重度）及人際經驗（知覺污名）之

影響，並使個體產生情緒症狀（憂鬱及 PTSD 症狀），此發現應有助於理解燒傷族群發展出心理症狀之病理機制。另外，針對疤痕與心理困擾間的關係，本研究結果發現臉部燒傷與否可調節知覺污名與身體意象不滿的關聯，較傾向支持可見假說。最後，本論文以研究的發現為基礎，討論臨床應用的角度，並提出未來研究方向的建議。

**關鍵詞：**主觀疤痕嚴重度、知覺污名、身體意象、PTSD、憂鬱、燒燙傷、八仙塵爆事件、序列中介效果、調節中介效果

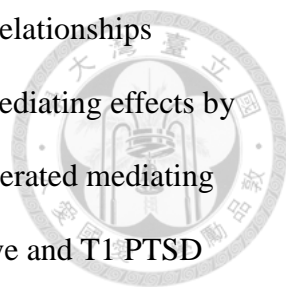
**The Serial Mediating Effects of Body Image Dissatisfaction and Perceived Stigmatization on Depressive and Posttraumatic Symptoms among Burn Survivors of the 2015 Formosa Fun Coast Water Park Burn Accident in Taiwan**



Yuan-Ling, Chien

**Abstract**

**Background:** Depressive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) are the most prevalent psychiatric disorders following burn injury. Based on personal experiences, clinical observations and existing research, body appearance changes and perceived stigmatization could play important roles in causing difficulties for burn survivors following the trauma. Among theories, the cognitive-behavioral approach on body image is the most widely used perspectives, and studies reveal that body image dissatisfaction (BID) was significantly correlated with perceived stigmatization (PS); BID could predict depressive symptoms after burn traumas, and concerns for scars/appearances could predict PTSD; furthermore, gender, scar visibility and appearance importance might play moderated roles in the links. Accordingly, this study aimed to investigate: (1) the serial mediating effects of PS and BID on the relationships between subjective scar severity (SSS) and depressive/PTSD symptoms; (2) the moderated mediating effects of gender, scar visibility (facial burned) and appearance importance on this serial mediating model. **Methods:** Participants were 106 survivors of the Formosa Fun Coast Burn Accident that occurred in 2015, with mean age  $23.97 \pm 4.1$  years, mean total body surface area burned (TBSA)  $50.5 \pm 19.4\%$ , and 61.3% females. A two-wave prospective design was conducted, collecting data at two years (Time 1 [T1]) and three years (Time 2 [T2]) after the accident. Self-report



scales were administered individually. The study examined: (1) the relationships between variables by Pearson's correlation analyses; (2) the serial mediating effects by Hayes' 2017 PROCESS macro for SPSS (Model 6); and (3) the moderated mediating effects by hierarchical regression analyses. **Results:** (1) T2 depressive and T1 PTSD symptoms were significantly positively correlated with T2 PTSD symptoms, and T2 depressive and PTSD symptoms were significantly positively correlated with T1 depressive symptoms, PS, and BID. (2) Process (Model 6) analyses indicated that, after controlling age, educational years, TBSA, and T1 depressive/PTSD symptoms, PS and BID fully moderated the relationship between SSS and depressive symptoms with significant serial mediating effect, while PS and BID can only partially moderated the relationship between SSS and depressive symptoms with no significant serial mediating effect. (3) Hierarchical regression analyses indicated that facial burned moderated the relationship between "SSS to PS" and "PS to BID", and appearance importance moderated the relationship between "PS to depressive symptoms", "SSS to PTSD symptoms" and "BID to to PTSD symptoms", respectively. **Discussion:** The results together suggested that, in burn patients, body image (especially the attitude component) was influenced by body appearance changes (e.g., scars after burn) and interpersonal experiences (e.g., PS), and in turns, led to emotional symptoms (i.e., depression and PTSD symptoms). These findings may help to understand the etiology of post-burn psychological disorders. Futhermore, the finding that facial burns can moderate the association between PS and BID also support the visible hypothesis. Finally, clinical implications and directions for future research are suggested.

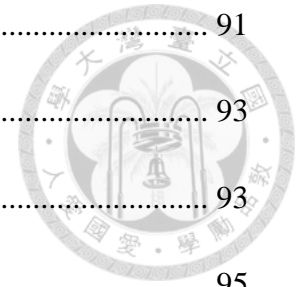
*Keywords:* subjective scar serverity, perceived stigma, body image, PTSD, depression, burn, Formosa Fun Coast Water Park explosion, serial mediacting effect, moderated mediacting effect

# 目 次



第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景：2015 年八仙塵燃事故 .....	2
第二節 燒燙傷及其影響 .....	4
第三節 燒傷者的身體意象不滿 .....	18
第四節 燒燙傷後之社會調適—知覺污名 .....	31
第五節 研究目的、研究架構與假設 .....	38
第二章 研究方法 .....	43
第一節 研究程序及研究參與者 .....	43
第二節 研究工具 .....	44
第三節 統計分析 .....	47
第三章 研究結果 .....	51
第一節 描述統計 .....	51
第二節 相關分析 .....	54
第三節 序列中介分析 .....	56
第四節 調節式中介分析 .....	61
第四章 綜合討論 .....	75
第一節 知覺污名與身體意象不滿的中介及序列中介角色 .....	75
第二節 性別、臉部燒傷及外觀重要性的調節中介效果 .....	82
第三節 對於燒傷後身體意象不滿的反思 .....	89

第四節 對於燒傷後知覺污名的反思 .....	91
第五章 結論 .....	93
第一節 研究貢獻 .....	93
第二節 研究限制與未來研究建議 .....	95
參考文獻 .....	97
附錄 研究工具 .....	111



## 表 目 次



表 1-1	研究假設.....	40
表 3-1	研究參與者人口學背景變項之百分比整理表.....	51
表 3-2	研究參與者基本資料與各量表得分描述統計.....	53
表 3-3	描述統計及相關矩陣.....	55
表 3-4	憂鬱症狀的序列中介模型分析結果整理表.....	57
表 3-5	PTSD 症狀的序列中介模型分析結果整理表.....	58
表 3-6	假設驗證結果摘要表.....	59
表 3-7	階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象 不滿影響憂鬱症狀之調節效果.....	63
表 3-8	階層迴歸分析結果—「臉部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及 身體意象不滿影響憂鬱症狀之調節效果.....	65
表 3-9	階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身 體意象不滿影響憂鬱症狀之調節效果.....	67
表 3-10	階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意 象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果.....	69
表 3-11	階層迴歸分析結果—「脸部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名 及身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果.....	71
表 3-12	階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及 身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果.....	73
表 4-1	補充分析—PSQ 分量表與 SWAP 分量表、憂鬱及 PTSD 症狀相關矩陣	78
表 4-2	補充分析—PTSD 症狀的序列中介模型間接效果摘要表.....	81



表 4-3 補充分析－「性別」對主觀疤痕嚴重度影響身體意象不滿度之調節效果

83



## 圖 目 次



圖 1-1：九則計算法.....	6
圖 1-2：燒燙傷治療過程.....	7
圖 1-3：身體意象模型.....	21
圖 1-4：身體意象模型：認知行為觀點.....	24
圖 1-5：研究架構（結果變項為憂鬱症狀）.....	39
圖 1-6：研究架構（結果變項為 PTSD 症狀）.....	39
圖 2-1：階層迴歸分析步驟圖.....	49
圖 3-1：階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象 不滿影響憂鬱症狀的調節效果.....	62
圖 3-2：階層迴歸分析結果—「臉部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及 身體意象不滿影響憂鬱症狀的調節效果.....	64
圖 3-3：階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身 體意象不滿影響憂鬱症狀的調節效果.....	66
圖 3-4：階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象 不滿影響 PTSD 症狀的調節效果.....	68
圖 3-5：階層迴歸分析結果—「脸部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及 身體意象不滿影響 PTSD 症狀的調節效果.....	70
圖 3-6：階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身 體意象不滿影響 PTSD 症狀的調節效果.....	72
圖 4-1：憂鬱症狀的序列中介模型分析結果.....	79
圖 4-2：PTSD 症狀的序列中介模型分析結果.....	80
圖 4-3：PTSD 症狀的序列中介模型分析結果（不控制 T1 的 PTSD 症狀）.....	81
圖 4-4：「性別」對主觀疤痕嚴重度影響身體意象不滿之調節作用.....	82

圖 4-5：「臉部燒傷」對主觀疤痕嚴重度影響知覺污名之調節作用（以憂鬱症狀為結果變項） .....	84
圖 4-6：「臉部燒傷」對知覺污名影響身體意象不滿之調節作用（以憂鬱症狀為結果變項） .....	85
圖 4-7：「臉部燒傷」對知覺污名影響身體意象不滿之調節作用（以 PTSD 症狀為結果變項） .....	86
圖 4-8：「外觀重要度」對知覺污名影響憂鬱症狀之調節作用 .....	87
圖 4-9：「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度影響 PTSD 症狀之調節作用 .....	88
圖 4-10：「外觀重要度」對身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節作用 .....	88

## 第一章 緒論



2015年6月27日晚間，臺灣新北市八仙樂園發生了震驚各界的粉塵燃燒公共安全意外事故，造成近五百人大面積嚴重燒燙傷，而我就是倖存者之一。當時我全身燒傷面積達70%，在現場等待近三小時才上救護車。抵達萬芳醫院急診室時，便立即被插管送入加護病房接受密集醫療照護，從換藥、清創、植皮、拍痰以及復健的反覆輪迴，到傷後第14天拔管自主呼吸、傷後第21天轉入燒傷加護病房、傷後第60天出院。9月中（傷後約兩個半月）時，即便我仍穿著全身壓力衣、仍需接受大量密集復健治療以預防疤痕攣縮，我已回到校園試圖繼續完成心理學的學程。即便我看似很快就回歸原本的生活常軌，他人也多半回饋我看起來適應良好，但我清楚知道對於創傷事件後種種複雜的感受，我只是避而不談罷了。回歸社會的過程中，最讓我在意及反思的兩大部分，一是身體外觀改變，二是他人異樣眼光。

燒傷後的皮膚，從受傷當下的腫脹、脫皮、死白色和大水泡，植皮手術後變得乾黑、細瘦、凹凸不平，到疤痕組織瘋狂增生時變得紅紫、凸起、僵硬、佈滿植皮痕跡的規律坑洞，身體外觀（皮膚）會隨著復原階段推進而不斷變化。時至今日，即便多數疤痕已穩定，轉而趨近膚色且摸起來較軟，但仍有部分皮膚因黑色素細胞死亡而無法擁有「正常」膚色，疤痕觸感也與未燒傷部分不盡相同。面對不斷變化且看似失控的疤痕、面對和過去自己不同的外觀、面對異於多數人的皮膚，同時還得承受疤痕無時無刻伴隨的緊繃、刺痛、搔癢，其實對自己的外觀並不滿意。對於外觀的滿意度其實也影響個人情緒的起伏，一方面和受傷前的自己比較，清楚自己無法回到過去的外觀而感到失落，另一方面和受傷當時的自己比較，明白自己的外觀已有大幅改善而感到欣慰。

另一部份，火燒確實造成外觀無法回復的改變。還穿著壓力衣抑制疤痕生長時，他人無法直接觀看到疤痕本身，但仍可以透過壓力衣及不協調的肢體動作，發現我是個異於常人的「傷者」；脫掉壓力衣後，四肢的疤痕便直接展露在眾人目光底下，或有同情、或有探詢、或有質疑。這些人際互動方式除了令人感到不舒服外，某種程度其實也提醒了我作為傷者，是難以融入大家的少數。偶爾在按

摩及護理疤痕時，疤痕也會作為創傷事件的提醒物，讓人想起受傷當時的情境，以及醫療過程中令人難以承受卻必須承受的一切。

上述傷後最令我感到在意的「身體外觀改變」及「他人異樣眼光」兩部分，事實上也是其他多數傷者曾表達出的困擾；此外，傷者在復原歷程某些時刻也會出現創傷後壓力或憂鬱相關症狀，例如：做惡夢、害怕火源、無助感、情緒低落及復健動機低落等。有鑑於我個人經驗，以及對其他傷者的觀察，我想以一個實徵研究來探討究竟在燒傷後，燒傷疤痕如何影響個體對身體外觀的滿意度，又是如何去知覺及詮釋他人的眼光？這兩個因素如何影響個體的憂鬱及創傷後壓力症狀？

檢視過去文獻，國外已有不少針對燒傷族群進行調查的研究，除調查心理疾患或症狀的盛行率、探討保護因子及風險因子外，也有部分文獻探討燒傷者的身體意象不滿及相關影響因素；然而，上述研究較少以理論為研究架構，檢視燒傷後到發展出心理病理症狀的過程。另一方面，國內雖也有針對燒傷族群的研究，探討護理照護模式與燒傷後適應情形，但多集中在 1990 年代，且多為個案報告或質性研究，心理層面的研究相當稀少。基於上述，本研究欲參考國內外理論模型，並以心理領域研究文獻為基礎，檢視從燒傷意外到產生心理症狀過程中，「身體外觀改變」及「他人異樣眼光」是否為影響燒傷倖存者心理調適的因素，並與現有學術成果比對。另外，也期望能藉由研究結果，進一步在臨床實務發展出能幫助傷者減少心理困擾及回歸社會的有效介入方案。

## 第一節 研究背景：2015 年八仙塵燃事故

2015 年 6 月 27 日晚上，位於新北市的八仙水上樂園裡舉辦了一場由「玩色創意國際有限公司」與「瑞博國際整合行銷有限公司」合作的「Color Play Party 彩色派對」。現場湧進數千名來自臺灣各地的年輕人及外國旅客，一同享受音樂、舞蹈與新奇的色粉，未料卻於活動尾聲發生臺灣有史以來傷亡人數最慘重的公共安全意外事故，造成 15 人死亡，484 人受傷。

活動場地為距離八仙水上樂園大門最遠的一座抽乾泳池，主辦人在距離地面約兩尺的游泳池深處搭建舞台，後方僅有一道斜坡做為活動出入口。自傍晚活動開始後，舞池裡擠滿上千名遊客，相互大把撒著主辦單位發放的彩色粉末，舞台上也不時有工作人員朝台下噴灑色粉。隨著活動進行，不僅泳池底積了一層厚厚的粉塵，空氣中也飄懸著高濃度的色粉。

由於這場活動預計於晚間九點結束，為炒熱氣氛，主辦單位於活動結束前在舞台兩側堆放大量色粉，並持二氧化碳鋼瓶將舞台上的色粉噴向舞池裡的遊客。晚間 20 時 32 分，噴灑出的色粉不慎接觸到舞台上的高溫電腦燈而起火燃燒，空氣中的高濃度色粉也一口氣被點燃，舞池裡瞬間成了火海（謝明宏、吳家汶、李雅晴、唐嘉穗、謝濬謙，2016）。燃燒的粉塵造成 400 度以上高溫，驚慌無措的人們倉皇推擠著往唯一的出口逃生，慌亂的腳步揚起地上堆積的粉塵，造成火勢持續擴大蔓延。儘管因粉塵燃燒速度快，火勢在 30 秒左右即消失，但由於現場是水上樂園，多數人僅穿著比基尼上衣或短褲，遊客的皮膚直接接觸到 400 度以上火源，造成大面積且嚴重燒燙傷。

根據衛生福利部「0627 八仙樂園粉塵暴燃專區」網站於 2015 年 8 月 13 日（距八仙事件已一個半月）公告之資料顯示，已有 11 人死亡，且仍有 263 人住院治療，其中 105 人住在加護病房，75 人仍處於病危狀態。據衛福部出版之電子書《不計代價全力搶救—八仙粉塵暴燃衛福總動員》，該事故共造成 15 人死亡、484 人受伤，平均燒傷面積 44%，燒傷面積 80% 以上有 21 人、40% 以上有 248 人（楊芝青、廖崑富、許雅惠、陳馨慧、王芄宣，2016）。

隨著臺灣產業改革及工業精緻化，加上對燒燙傷安全重視、各種預防宣導、醫療水平提升及治療方針進步等因素，臺灣地區嚴重燒燙傷的發生率及死亡率逐漸下降。簡戊鑑、白璐、邱文達、王先震、及高森永（2005）針對 1992 至 2001 年間衛生署生命統計及健保資料分析臺灣地區燒燙傷趨勢，結果顯示重大燒燙傷率、燒燙傷的死亡率及住院率逐年下降；而門診率則呈現上升趨勢。陳世翰（2015）的研究報告也指出，臺灣於 2010 年新診斷出 7630 位燒傷患者，其中需接受住院治療的患者僅佔 3.4%（共 263 名，男性佔 156 名）。上述兩篇研究皆認為應致力提升門診照護燒傷傷口的品質。然而，八仙塵燃這場意外事故瞬間造成 400 多人

燒傷，其中燒傷面積 40% 以上有 248 人，約莫是臺灣以往一整年住院燒燙傷患者的累積總量。可想而知該事件不只影響傷者的生理、心理、社會層面，也對整個社會帶來相當程度的衝擊。在政府端，各單位重新檢視緊急救災系統及應變資源的整合，各縣市政府也紛紛擬定大型群聚活動安全管理要點；在醫療端，收治該事件傷者的 53 間醫療院所遍佈全台各地，面對平日業務及意外湧入的大量燒燙傷患者，在醫療資源有限的情況下，對人力吃緊的醫護人員及醫院體系各單位不啻為一大挑戰。

## 第二節 燒燙傷及其影響

### 壹、燒燙傷定義及種類

皮膚是身體分布最廣且最大的器官，也是最外層的重要屏障，若接觸到高溫、化學物質、電流或輻射能量，便會導致皮膚或組織損傷。人體皮膚溫度達 47°C 時產生皮膚痛覺、溫度達 55°C 以上即會造成燒燙傷，且傷勢隨著與熱源接觸的時間及溫度高低成正比（何昭中，1994；陳姿吟，2018）。臨床上根據受傷形式，將燒傷分為以下幾種類型：火焰燒傷（flame burn，瓦斯爆炸、火災）、熱液燙傷（scald burn，熱液、蒸氣、熱油）、接觸燒傷（contact burn，接觸到熱鍋、汽機車排氣管）、化學灼傷（chemical burn，強酸、強鹼及糜爛性氣體）、電擊灼傷（electric burn，閃電、高壓電、家用電，分為電流燒傷、電弧傷及火花燒傷）、輻射灼傷（radiant energy burn，電烤燈、烤暖爐、曬傷）、摩擦灼傷（車禍導致大面積嚴重擦傷）及吸入性燒燙傷（火災時吸入高溫濃煙導致呼吸道灼傷，通常出現面部焦黑、鼻毛燒焦、聲音沙啞及呼吸困難等情形）（翁立窈，2018）。

### 貳、燒傷深度、面積及嚴重程度：

相較於一般常探討的創傷（意外、人際、天災），燒燙傷為性質較特殊的創傷，乃因燒燙傷不僅涉及到意外當下的驚恐，也常造成臉部或身體外觀損毀，並

且多半需要辛苦的**長期治療與復健**。一般而言，燒傷的**嚴重度**取決於燒傷深度與燒傷面積（翁立竊，2018；陳進茂，2015；Lawrence, 2012）。



## 一、 深度

一般採用「三度四分法」來分類。一度燒燙傷僅傷及表皮淺層，皮膚呈現發紅、腫脹、有明顯疼痛感，約3至5天（不超過7天）即可癒合，不會留下疤痕。二度燒燙傷又分成淺二度及深二度；淺二度傷及部分（未達三分之一厚）真皮層（partial thickness burns），皮膚呈紅腫、起水泡、有劇烈疼痛及灼熱感，約10至14天內即可癒合，可能不留疤痕或僅留下輕微疤痕。深二度傷及大部分真皮層及汗腺、毛囊等附屬組織，皮膚呈淺紅色、起白色大水泡、較不感覺疼痛，約2至4週可癒合，會留下明顯疤痕，需盡早接受植皮治療以避免傷口感染。三度燒燙傷則傷及全層皮膚（full thickness burns），皮膚呈死白色或焦黑色、乾硬如皮革、色素細胞及神經皆遭到破壞、疼痛消失，會留下肥厚性疤痕，傷口無法自行癒合而需仰賴植皮治療。四度燒燙傷傷及全層皮膚、皮下組織、肌肉及骨骼，呈焦炭狀，需仰賴皮瓣補植治療、電療，部分需截肢保命（L. S. Moss, 2010）。

## 二、 面積

燒燙傷面積大小是以其相對於全身體表面積的百分比來表示，只計算淺二度以上之傷口。計算燒燙傷的面積有以下幾種常見方法：

（1）手掌測量法（Palm Method）：為小面積燒燙傷時的簡易計算法，適用於成人及兒童，患者手掌（含五指合併部位）約相當於其身體表面積的1%。

（2）Wallace 九則計算法：早在1950至1960年代，Tennison、Pulask、及Wallace 便已訂立九則法（引自 Knaysi, Crikelair, & Cosman, 1968），適用於成人和十歲以上的兒童，頭頸部(head and neck)9%、兩上肢(left and right upper extremity)各為9%、前軀幹(anterior trunk)2個9%、後軀幹(posterior trunk)2個9%、兩下肢(left and right lower extremity)各為2個9%、會陰部(perinium)1%，合計100%（如圖1-1所示）。另外，若為五至九歲年幼兒童及嬰兒，因身體比例略有不同，適用Lund與Browder Chart(1944)做較精準的計算(引自陳進茂, 2015)。



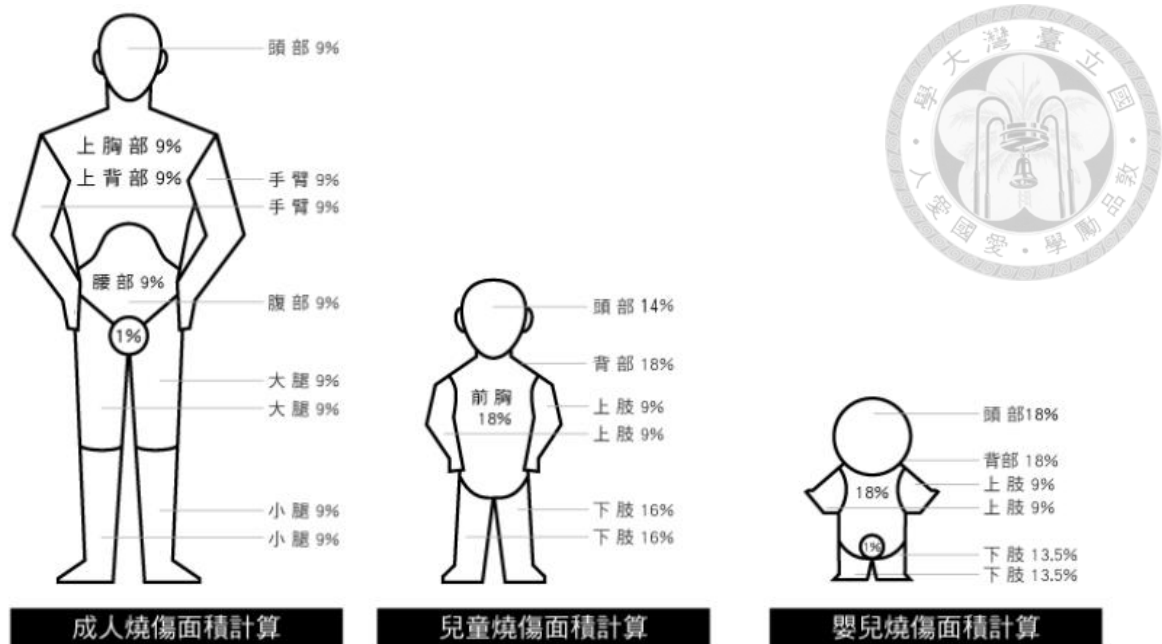


圖 1-1：九則計算法

資料來源：修改自陽光社會福利基金會（2019）。

### 三、 嚴重程度

分級部分，根據美國燒傷協會（American Burn Association [ABA]）發展之燒傷嚴重度分級系統（burn-injury severity grading system），可依患者的年齡、燒傷面積、部位、深度及原因，將燒燙傷嚴重程度分為輕、中及重度。輕度燒燙傷（Minor burn）指二度燒燙傷，成人小於 15% 體表面積、兒童小於 10% 體表面積；或三度燒燙傷，成人及兒童均小於 2% 體表面積。中度燒燙傷（Moderate burn）指二度燒燙傷，成人介於 15-25% 體表面積、兒童介於 10-20% 體表面積；或三度燒燙傷，成人及兒童均介於 2-10% 體表面積。重度燒燙傷（Major burn）指二度燒燙傷，成人大於 25% 體表面積、小孩大於 20% 體表面積；或三度燒燙傷，成人及兒童均大於 10% 體表面積。其他亦被歸類於重度燒燙傷的情形包含：頭頸、手足及會陰部遭到燒燙傷、合併其他疾病或吸入性呼吸系統傷害、遭受電傷或化學燒傷等（財團法人中華民國兒童燙傷基金會，2019）。

燒燙傷患者依照燒傷面積與深度不等而須接受不同層級醫療照顧，輕度燒傷可在急診或門診處理，中度燒傷需住院治療，重度燒傷則必須在有一定設備的燒傷中心加以嚴密的監測治療。下一個段落將說明燒燙傷後的治療過程。



### 參、治療過程

依據燒燙傷患者之醫療照護與傷口恢復歷程，燒燙傷後的復原階段可分為急性期、外科處置及術後期、復健期及重建期（如圖 1-2 所示）（中華民國職能治療師公會全國聯合會，2015）。



圖 1-2：燒燙傷治療過程

「**急性期**」，又稱入院期（Admission phase），指發生燒燙到送至加護病房接受急性照護的階段（傷後 48 至 72 小時），特徵為明顯的血管變化、生命徵象不穩定、有發生合併症（休克、呼吸衰竭）的危險，需經體液復甦（患者因血壓下降、各器官功能降低及意識不清，需經靜脈注射大量補充水分及電解質，可能的副作用包含肺積水、水腫或腎功能衰竭）或痂焦或筋膜切開術（當傷口位於四肢且呈現環狀，會影響肢體循環使末梢有冰冷、麻痛或腫脹感，需切開表皮減壓避免末梢組織壞死）等緊急處置以度過燒傷休克危險期。

「**外科處置及術後期**」，又稱關鍵期（Critical care phase），指燒燙傷患者生命徵象趨穩定，可以脫離加護照顧且傷口開始逐漸癒合的階段（傷後一至數週），但仍有敗血症、傷口感染風險，需接受嚴謹傷口照護（包含清創手術、植皮手術、水療、換藥）。另外，為降低水腫、避免新的植皮因過度活動而影響穩定性、維持關節活動度及預防疤痕攣縮，也需接受復健治療（包含擺位、副木介入、主被動關節活動）。

「復健期」，又稱休養期 (In-hospital recuperation phase)，指燒燙傷患者完成外科處置，傷口持續癒合至痊癒出院後的階段 (傷後數週至數月)，會面臨脆弱新生皮膚反覆長水泡、肥厚性疤痕 (hypertrophic scarring) 增生攣縮、關節活動度受限，或截肢、神經病變、異位性骨化 (heterotopic ossification) 等情形 (Stoddard, Ryan, & Schneider, 2014)，因此仍需持續接受換藥、復健治療及壓力治療 (穿戴壓力衣以抑制疤痕增生)，同時也需要面對燒傷後伴隨的痛、癢及外觀改變。

「重建期 (Rehabilitation phase)」，又稱重返期 (Reintegration phase)，指已出院的燒燙傷患者，經歷疤痕增生期，面臨疤痕攣縮、變形及功能受限等困擾，可能透過門診定期復健、尋求陽光基金會之協助，或至診所、醫院尋求整形重建手術的階段 (依照受傷部位及深度不同，可能需數年)。此時期患者需面對燒傷後造成的生理、心理及社會改變，為了達成重回生活 (恢復肢體功能及生活自理能力) 及社會 (學校、職場、人際互動) 的目標，可能需要接受重建手術 (全層植皮、皮瓣手術，將身體皮膚或組織從一個部位移到另一個容易發生嚴重攣縮、需有良好外觀或功能的部分，例如：腋下、顏面、手部、肘或膝關節)、心理治療 (學習與外觀改變帶來影響共處、社交技巧訓練、憂鬱或其他心理症狀的緩解) 或社福單位的協助 (求學、就職或生活補助)。

## 肆、 燒燙傷創傷在不同治療階段的心理社會適應議題

### 一、 為什麼燒燙傷是個創傷？

創傷事件 (traumatic event) 是指會對個體造成身心衝擊，常伴隨直接生命威脅、嚴重傷害或暴力的事件。創傷事件的本質為不可控制、難以預測、違反個體對自我及世界的假定 (林岱葳, 2018)，並可能摧毀個體得以正常生活的安全感及對日常生活的適應能力，其造成心理創傷的基底即是一種「極度恐懼、無助、失去掌控力和面臨毀滅威脅」的感覺，而倖存者的核心經驗則是權能喪失 (disempowerment) 和失去連結 (disconnection) (Herman, 2015/2018)。

雖然所有天然或人為災難造成的損傷都有其嚴重性，但燒傷災難（fire/burn disaster）的後續處置與復原相較之下更為複雜且艱辛（周焯智，2016）。燒傷是一種突發性，無法預測的創傷，會同時帶來生理及心理上極大壓力（Gullick, Taggart, Johnston, & Ko, 2014）。生理層面部分，燒傷本身與後續治療所衍生的疼痛是所有型式疼痛中最難以忍受的（周焯智，2016），其後遺症（如：傷口疼痛、疤痕刺癢、身體關節活動受限、外觀改變）亦需要長時間治療與復健；心理層面部分，儘管意外事件本身已經結束，傷者仍要反覆面對燒傷事故當下的衝擊與驚恐、漫長治療過程中的疼痛與隔離、復健過程無數次的挫敗感以及身體外觀的改變，這些都與憂鬱及焦慮症狀（如：悲傷、害怕、不敢和人互動、退縮等情緒反應）有顯著關聯（Van Loey & van Son, 2003），需要長時間的調適與復原。

皮膚做為身體第一層保護屏障，同時也區隔了外在環境及個體的內在世界；當皮膚毀損，個體身體及內在世界的邊界也遭受破壞，因此處於身心雙重的脆弱狀態。有鑑於燒傷後的復原之路漫長，且燒傷不僅破壞個體對外在刺激的保護屏障，也撼動個體對自我、社會和世界的假設（如：「我是好的」、「壞事不會發生在我身上」、「世界是安全的」等信念），因此 Gilboa、Friedman、及 Tsur（1994）認為燒傷可被視為是持續性創傷後壓力症（Continuous Traumatic Stress Disorder）。另外，過往研究亦發現約三成成年燒傷倖存者在燒傷事故過後仍表現出中度到重度心理和社會問題（Blakeney, Rosenberg, Rosenberg, & Faber, 2008）。基於上述，燒傷不僅只是身體受創，也應被視為一種複雜且困難的創傷，會對個案造成生理、心理及社會的全面影響。

## 二、 不同治療階段遭遇的心理社會適應議題

隨著醫學進步、手術技術改善、傷口照顧技巧提升及生命維持系統發達，使燒燙傷患者的死亡率大幅降低（Attoe & Pounds-Cornish, 2015）。重度燒燙傷患者存活率增高的另一面，意味著住院天數延長、患者本身在治療過程要承受更多身心靈痛苦、親友要承擔更多精神及物質方面負擔、以及更多出院後心理社會適應問題（何昭中，1994）。由於患者的生理變化會連帶影響其心理狀態，包含焦慮、憂鬱、角色改變、回歸工作和學校、身體意象議題、肢體功能下降等（Wiechman & Patterson, 2004），因此長期追蹤患者心理社會適應狀況是重要的。

燒傷患者會遭遇的心理社會適應挑戰因不同復原階段而有所差異，Steiner 與 Clark (1977) 研究 35 位燒傷病人後，將燒傷後之心理反應分為三期：(1) 生理緊急期 (physical emergency)：約為燒傷後 2 至 4 週，可能因代謝性酸中毒、內毒素、水分與電解質不平衡、知覺剝削等因素而出現妄想、譫妄、淡漠、不安等症狀。(2) 心理緊急期 (psychological emergency)：約為燒傷後 2 至 8 週，當死亡威脅減小、止痛藥物劑量下降且意識逐漸清醒後，患者開始要面對自體外觀變化、身體毀損、明顯疤痕及一連串痛苦治療。此時患者的反應及外界給予的支持十分重要，並且直接影響日後生理心理之健康；(3) 社會緊急期 (social emergency)：約在出院後一年內，由於傷後造成的生理限制、外觀改變，會影響患者回歸社會的調適狀況。

然而，近代多數學者並非以生理／心理／社會等層面來劃分復原階段，而是依照醫療照護與傷口恢復歷程的治療階段，將復原歷程分成急性期、適應期及復健與重新整合期 (吳其炘、李明濱，2004; 吳佳儀、李明濱、吳其炘，2015; 溫慧敏，2016; Blakeney et al., 2008; Lawrence, 2012; Wiechman & Patterson, 2004)。以下將分階段簡述：

1. **急性期**：從燒傷開始大約持續幾天，需面臨的生理衝擊包含生命徵象不穩定、休克、感染與疼痛；心理社會衝擊部分，剛入院時可能出現焦慮與驚恐、疼痛、難過與悲傷、解離、認知限制、罪惡感等反應，急性照護期時可能出現急性壓力反應 (對燒傷事件感到害怕、困惑、倖存者罪惡感)、崩潰、解離 (Blakeney et al., 2008)，以及過度警覺、麻木、譫妄 (意識狀態改變、注意力缺損、認知功能障礙、幻覺經驗等)、困惑、定向感混亂、溝通困難、睡眠困擾等情形 (Wiechman & Patterson, 2004)。

國外研究指出燒傷患者於住院首日最常出現睡眠障礙 (54.7%) 及重複侵入反應 (52.3%)，其他常見反應包括專注困難 (47.7%)、逃避燒傷相關想法／感受 (37.2%)、瞬間畫面重現 (32%) 及驚跳 (31.4%) (Ehde, Patterson, Wiechman, & Wilson, 1999)。另外，此時期常見心理症狀盛行率如下：譫妄 (19-57%) (Patterson et al., 1993)；憂鬱 (23-61%)、焦慮 (13-47%)、創傷後壓力症 (30%) (Wiechman & Patterson, 2004)。

2. **適應期**：從燒傷後的幾週到幾個月，需面臨的生理衝擊包含傷口癒合、疼痛控制（手術、換藥及物理治療等治療過程，即便是輕柔的觸覺也會因刺激到疼痛接受器而變成難忍的痛覺）、容貌與身體毀損（disfigurement）、擔心肢體殘障（吳佳儀等人，2015）。心理社會衝擊部分，此時患者開始意識到許多失落，包含親友遠離、失去心愛人事物、外觀改變、身體功能喪失等。預期的心理症狀可能包含憤怒、哀傷、憂鬱情緒、情緒快速轉換、罪惡感、睡眠困擾（Blakeney et al., 2008），以及創傷後壓力症、低落、疲倦、低自尊、無助、無望、精神運動緩慢或激動、退化行為及無理要求或身體心像紊亂等情形（溫慧敏，2016）。
3. **復健與重新整合期**：可能持續數年，需面臨的生理衝擊包含疤痕麻／搔癢／刺痛、移植部位疼痛、關節攣縮、皮膚感覺異常、對溫度過度敏感等情形（溫慧敏，2016）。若疤痕與攣縮發生在關節部位，會妨礙傷患的日常活動與工作。心理社會衝擊則包含家庭／人際問題（角色轉變）、職業／收入問題（回歸職場）、身體意象及性議題（Van Loey & van Son, 2003; Wiechman & Patterson, 2004）。預期的心理症狀可能包含調適困難、無助、創傷後壓力症、焦慮（包含恐懼反應）、憂鬱、罪惡、行為障礙、受害感等（Blakeney et al., 2008）。

## 伍、 燒燙傷相關心理疾患

燒傷患者需承受生理疼痛、身體功能受損、容貌毀損、明顯疤痕、多次手術以及長期辛苦的復健，也需要面對角色功能受損、哀傷、污名或經濟及法律議題，可能導致心理適應困難、增加罹患心理疾病的風險、影響短期及長期心理健康與生活品質（Attoe & Pounds-Cornish, 2015; Difede, Cukor, Lee, & Yurt, 2009）。郭婉吟(2017)以 2000 年至 2012 年燒燙傷住院個案與一般住院個案比較，相較之下，燒燙傷患者於一年後有較高的適應障礙症、焦慮症、躁鬱症、憂鬱症、睡眠障礙、物質相關疾患以及人格障礙發生率。由上述可知，燒傷後有相當大可能會出現心理相關疾患。

盛行率部分，過去研究指出燒傷後一年的心理疾病盛行率約為 39%，其中約 28% 在傷後一年期間出現新的心理疾病 (Ter Smitten, de Graaf, & Van Loey, 2011)，整體約有 20-78% 燒傷病人會有精神症狀的困擾 (吳佳儀等人, 2015)。常見的心理疾病包含睡眠障礙症、急性壓力症、創傷後壓力症、憂鬱症及初發的物質使用障礙症 (Difede et al., 2009; Ehde et al., 1999; Lawrence, 2012)，其中憂鬱及創傷後壓力症最為常見 (林岱葳, 2018)，且造成相當程度困擾與功能障礙 (Difede et al., 2009)。以下將分別簡短回顧燒傷後憂鬱及創傷後壓力症之研究。

## 一、 憂鬱症狀

根據 DSM-5 (精神疾病診斷與統計手冊第五版)，重鬱症 (Major Depressive Disorder [MDD]) 相關症狀包含：心情憂鬱、對活動降低興趣或愉悅感、體重減輕或增加、失眠或嗜睡、動作激動或遲緩、疲倦或無精打采、無自我價值感、思考或專注力降低、反覆想到死亡等。

針對燒傷患者的憂鬱症狀盛行率研究，國內護理領域曾以 BDI (Beck Depression Inventory, 貝克憂鬱量表) 測量燒傷後憂鬱症狀，平均得分為 13.38±11.59，整體屬於輕度憂鬱；其中 13% 為輕度憂鬱、13% 為中度憂鬱、24% 為重度憂鬱 (張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨, 2001)。Ter Smitten 等人 (2011) 根據 DSM-IV (精神疾病診斷與統計手冊第四版) 為判斷依據，發現燒傷一年後符合憂鬱症的人數約為 10% ( $n = 90$ )，Difede 等人 (2009) 亦指出燒傷後的憂鬱症比率為 4-54%。

在燒傷後憂鬱的病程方面，Van Loey 與 van Son (2003) 一篇回顧文獻納進九篇以 DSM-III-R (精神疾病診斷與統計手冊第三版修訂版) 為依據的診斷式晤談或 BDI 測量憂鬱症狀之研究，指出憂鬱盛行率於燒傷後 1 個月內為 2.2-27.7%、燒傷後 2 至 3 個月為 7.1-13.3%、燒傷後一年為 10.6-23.3%、燒傷後兩年為 22.6%。此外，Wiechman 等人 (2001) 以 BDI 為測量工具，追蹤發現燒傷患者於傷後首月有 54% ( $n = 151$ ) 出現中等至嚴重的憂鬱，此比例在兩年後仍高達 43% ( $n = 125$ )。綜合言之，國內外研究皆指出燒傷後出現憂鬱症狀的比率相當高，並隨著時間推進有逐漸升高再減緩的趨勢，且有慢性化趨勢。

部分研究以憂鬱症狀為預測變項，結果發現 41 名電灼傷患者在受傷平均 12.36 年後，其憂鬱症狀（BDI 得分）較高者較少回歸職場，並有顯著較多心理困擾（Grigorovich, Gomez, Leach, & Fish, 2013）。燒傷患者憂鬱症狀的預測因子部分，過往研究指出女性、臉部燒傷、傷前憂鬱皆是燒傷後產生憂鬱的危險因子（Van Loey & van Son, 2003），其中女性在燒傷後的憂鬱程度顯著高於男性（Farroha, McGregor, Paget, John, & Lloyd, 2013; Wiechman et al., 2001）；燒傷倖存者生理功能受限與否、疤痕可見與否，其憂鬱程度亦有顯著差異（Pallua, Künsebeck, & Noah, 2003）。另外，關於燒傷相關變項（住院天數、燒傷面積、燒傷部位）與憂鬱症狀的關聯，目前研究結果並不一致（Noronha & Faust, 2006），但相對而言較多研究發現燒傷相關客觀變項和憂鬱症狀並無相關（Wallis et al., 2006; Wiechman et al., 2001）。

## 二、創傷後壓力症狀

根據 DSM-5，創傷後壓力症（Posttraumatic Stress Disorder [PTSD]）包含四大症狀群：（1）侵入性症狀：不由自主、持續且重複經驗到與創傷事件相關的回憶、夢、解離反應，並在接觸到與創傷事件相關線索時產生心理苦惱或明顯生理反應；（2）逃避：創傷後持續逃避創傷事件相關刺激；（3）認知與情緒的負向改變：無法記得創傷事件的重要情節、對自己／他人／世界持續且誇大的負面信念或期許、對創傷事件的因果有持續扭曲的認知而責怪自己或他人、持續的負向情緒狀態或無法感受到正面情緒、感到疏離；（4）警覺性／反應性顯著：過度警覺或驚嚇、專注困難、睡眠困擾、易怒、不顧後果或自殘行為。

針對燒傷患者的 PTSD 盛行率研究，國內研究以 80 位八仙塵燃事故倖存者為對象，使用自編燒傷創傷事件量表（Impact of Events Scale for Burn [IESB]）測量燒傷後一年 PTSD 症狀，發現有 15%（ $n = 12$ ）在臨床上有 PTSD 的風險（得分  $\geq 35$ ）（許國正、陳雅琦、陳麗芬、呂慧芳，2017）。Su（2018）同樣以八仙塵燃事故倖存者為對象（ $n = 116$ ），使用 PDS-5（Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5，DSM-5 創傷後診斷量表）測量燒傷後兩年 PTSD 症狀，以 28 分作為切分點，發現有 12.9% 的參與者可能符合 DSM-5 的 PTSD 診斷。Ashfaq 等人（2018）以 IES-R（Impact of Event Scale-Revise，事件衝擊量表-修訂版）測量 PTSD 症狀，平均得



分為  $38.61 \pm 11.27$ ；發現有 63.7% 個案 ( $n = 80$ ) 報告有 PTSD 症狀，其中逃避症狀 67.5%、侵入症狀 65.5%、過度警覺症狀 45.0%。整體而言，重大燒燙傷後發展出 PTSD 症狀的比例約為 7-45% (吳其炘、李明濱, 2004; Dalal, Saha, & Agarwal, 2010; Sveen, Ekselius, Gerdin, & Willebrand, 2011; Ter Smitten et al., 2011)。

在燒傷 PTSD 的病程方面，Van Loey 與 van Son (2003) 一篇回顧文獻納進 12 篇以 DSM-III-R 為依據的診斷式晤談及 IES 來測量 PTSD 症狀之研究，指出 PTSD 症狀盛行率於燒傷後 1 個月內為 2.2-26%、燒傷後 2 至 4 個月為 8.9-53%、燒傷後一年為 13-45.2%、燒傷後兩年為 33-35%。McKibben、Bresnick、Wiechman、Askay、及 Fauerbach (2008) 大型兩年追蹤研究也發現燒傷後 1、6、12、24 個月的 PTSD 診斷估計比例分別為 35.1%、33.3%、28.6% 及 25.4%，顯示高達 7 成患者的診斷未隨時間消失。綜合上述，燒傷患者在一至兩年間的 PTSD 症狀或診斷比例並未明顯改善，顯示相當比例的患者呈現症狀慢性化 (Van Loey & van Son, 2003) 與遲發特徵 (Sveen et al., 2011)。

燒傷患者 PTSD 症狀的預測因子部分，過往研究指出疼痛、疤痕的可見度皆是燒傷後產生 PTSD 的危險因子 (Van Loey & van Son, 2003)，Hobbs (2015) 的回顧文獻指出，過往探討的變項包含人口學變項 (性別、年齡、婚姻狀態、教育程度)、燒傷相關變項 (燒傷嚴重度、燒傷類型、容貌毀損、燒傷部位)、心理因素 (初始壓力反應、因應風格、人格特質、社會支持) 及意外事件相關特質 (知覺生命威脅、意外責任歸屬、是否為災難) 等，其中女性、已婚、容貌毀損、逃避因應策略、燒傷前神經質特質、認為自己在燒傷事故有責任等因素與 PTSD 關聯較強，但年齡、教育程度、燒傷面積的研究結果則仍不一致。

## 陸、疤痕及主觀疤痕嚴重度

臨床及研究上經常以 TBSA (Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比，簡稱燒傷面積) 代表燒傷嚴重性，但研究者經驗及其他專業工作者的臨床觀察卻指出某些大面積燒傷患者未出現長期適應困難，某些小面積燒傷者卻產生心理困難，此現象呼應近代研究顯示客觀燒傷嚴重度與心理適應之間關聯不一

致的結果 (Attoe & Pounds-Cornish, 2015; Hobbs, 2015)，顯示在燒燙傷倖存者中，主觀變項對心理病理的預測效果優於客觀變項 (Van Loey & van Son, 2003)。有鑑於此，近十年來部分研究者開始以主觀疤痕嚴重度作為描述燒傷嚴重度的方式，而非使用過往常的燒傷面積或住院天數。以下將分段介紹燒傷後產生肥厚性疤痕的相關概念，以及近代主觀疤痕嚴重度相關研究。

## 一、 疤痕

前述燒燙傷的介紹有提到，當皮膚接觸到 55°C 以上高溫即可能造成燒燙傷，而燒傷深度達深二度以上即會產生肥厚性疤痕 (hypertrophic scar)。疤痕的成因是皮膚損傷後組織過度修復而引起膠原蛋白異常增生及沉積異常，並增生大量血管供給養分以幫助皮膚快速新生，產生皮膚彈性、顏色、供血汗組織排序等混亂，造成造型和外觀的永久缺損 (陳姿吟, 2018)。一篇系統性回顧指出，肥厚性疤痕盛行率約為 32-72%，可能的影響因素包含較暗的膚色、女性、年紀較輕、位於上肢或頸部的燒傷、多次手術、放大皮瓣的手術、癒合時間和燒傷深度 (Lawrence, Mason, Schomer, & Klein, 2012)。

疤痕通常於傷口癒合三個月後劇烈變化，不成熟的疤痕特徵為紅、凸、硬及攣縮，也常伴隨癢、痛、充血、感覺異常等現象；由於疤痕內纖維母細胞具有收縮特性，若是疤痕位於關節處或五官，經常因疤痕攣縮而影響關節活動功能或讓五官變型，需接受非侵入性 (復健、壓力治療、矽膠貼片、疤痕按摩) 或侵入性治療 (注射類固醇消疤針、重建手術) (Brown, Moss, McGrouther, & Bayat, 2010)。成熟後的疤痕顏色由紅紫轉淡，趨近膚色或褐色、外觀較平整、質地較柔軟、攣縮性也大幅降低，整個過程至少需一至兩年，且需伴隨大量復健、疤痕按摩或手術 (翁立窈, 2018)。

## 二、 可見疤痕與心理困擾

以燒傷部位做分類，疤痕又可分為兩種：(1) 可見疤痕 (visible)，位於頭部、頸部、下手臂、手部及腿下半部；(2) 不可見疤痕 (non-visible)，位於軀幹、生殖部位、上手臂及腿上半部 (Brown et al., 2010)。

針對疤痕與心理困擾間的關係，目前有兩大假說。一為可見假說（visible hypothesis），認為擁有可見疤痕者較容易因他人的污名化反應產生身體意象不滿；另一方面，隱藏疤痕假說（hidden scar hypothesis）認為當疤痕被隱藏時，個體較少有機會學習如何應對他人面對疤痕的反應，會因為擔心疤痕揭露後他人可能的反應而產生負向身體意象。目前並無足夠實徵研究驗證兩個假說何者較為正確（Herndon, 2017）。

### 三、 主觀疤痕嚴重度

過去一些燒傷領域回顧文獻指出客觀燒傷嚴重度（如：燒傷面積、燒傷部位）與心理適應之間關聯不一致（Hobbs, 2015），且燒傷疤痕嚴重度和可見度可能都不是足夠穩定的心理病理預測因子（Van Loey & van Son, 2003）；另一方面，T. P. Moss（2005）針對重建病人，發現「主觀嚴重度」和心理困擾有相關（ $r = -.38$ ）。基於上述原因，近年部分學者開始使用主觀疤痕嚴重度取代客觀燒傷嚴重度變項，用以預測心理困擾程度。以下將簡短回顧現有測量燒傷後主觀疤痕嚴重度的研究。

Lawrence 等人（2004; 2006），檢驗主觀疤痕嚴重度、疤痕可見與否和身體自尊及知覺污名的關係，並檢視外觀重要度的調節作用。主觀疤痕嚴重度部分共兩題，題目為「燒傷疤痕改變臉部外觀的程度（原文為 Rate the degree burn scarring has changed the appearance of your face）」、「燒傷疤痕改變整體外觀的程度（原文為 Rate the degree burn scarring has changed your overall appearance）」，採六點量尺（1-6 分；1 = 無改變，2 = 非常輕微程度改變，3 = 輕微程度改變，4 = 中等程度改變，5 = 嚴重程度改變，6 = 非常嚴重程度改變）；疤痕可見度為一題，題目為「當你身在公開場合，別人多常看得見你的燒傷疤痕」，採五點量尺（1-5 分；1 = 無改變，2 = 少數時候，3 = 有時候，4 = 多數時候，5 = 所有時候）。研究結果顯示，可見疤痕與身體自尊呈現顯著低度負相關（ $rs = -.19$  至  $-.27$ ），與知覺污名呈現顯著正相關（ $r = .23$ ），但與憂鬱無相關（ $r = .01$ ），另外，外觀重要度可以調節主觀疤痕嚴重度和身體自尊的關係（Lawrence, Fauerbach, Heinberg, & Doctor, 2004; Lawrence, Fauerbach, & Thombs, 2006）。

Brown 等人 (2010) 指出身體意象認知涉及個體主觀的評估，臨床上也清楚燒傷患者經常出現身體意象相關困擾，但患者評量的主觀疤痕嚴重度仍舊經常被忽略。因此該研究使用 MSS (Manchester Scar Scale) 作為客觀疤痕嚴重度，並詢問個案「你如何看待你的疤痕 (原文為 How would you rate your scar(s)?)」，採五點量尺 (得分 0-4 分，0 = 非常好，1 = 好，2 = 中立，3 = 普通，4 = 不好) 作為主觀疤痕嚴重度。研究結果顯示，心理困擾與客觀疤痕嚴重度無顯著相關，但與主觀疤痕嚴重度、疤痕可見度有顯著相關，且擁有非可見 (non-visible) 疤痕的患者經驗到較多的心理困擾。

Fearmonti、Bond、Erdmann、及 Levinson (2010) 的回顧文獻，整理出現存的五種主觀疤痕測量工具，包含 The Vancouver Scar Scale (VSS)、Manchester Scar Scale (MSS)、Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS)、Visual Analog Scale (VAS) 及 Stony Brook Scar Evaluation Scale (SBSES)。雖然不同量表的計分方式與評估內容不盡相同，但皆是請燒傷患者主觀知覺或評估其疤痕狀態，包含顏色、厚度、表面光滑度、質地、色素沉澱、血管、輪廓、扭曲程度或痛癢程度。Hoogewerf、van Baar、Middelkoop、及 Van Loey (2014) 等人以 POSAS 作為主觀疤痕嚴重度，結果顯示患者主觀評估的臉部疤痕嚴重度無法預測燒傷後六個月的自尊程度及憂鬱症狀，但早期憂鬱症狀與患者主觀評估的臉部疤痕嚴重度有顯著相關。

綜合比較上述測量主觀疤痕嚴重度的方法，Fearmonti 等人 (2010) 所整理的五項評估量表，雖包含個體對疤痕主觀的身體感受 (痛癢程度)，但較多仍是聚焦在個體對疤痕的知覺；Brown 等人 (2010) 僅使用一題問題，詢問個體對疤痕的主觀態度，請個案表達其整體評價；Lawrence 等人 (2006) 則使用兩題，雖然也是詢問個體對疤痕的主觀態度，但並未直接詢問其整體評價，而是請個案在認知層面將現在與過去的身體意象對照後，評估外觀被改變的程度高低。上述相關工具中，Lawrence 等人 (2004) 使用的工具有三題，符合計算內部一致性的最低要求，具有良好信效度，且題目詢問個體主觀評估改變程度及疤痕可見度，涉及主觀感受而不僅是針對實質疤痕的評估；另外，其團隊仍持續於後續研究中採用該問卷。有鑑於此，本研究擬採用 Lawrence 等人 (2004) 的研究工具。

整體而言，主觀疤痕嚴重度可較好的預測心理病理 (Herndon, 2017)，與社交舒適度、知覺污名、身體意象等變項亦有顯著關聯 (Lawrence et al., 2012)，且性別、疤痕可見與否及外觀重要度可能在主觀疤痕嚴重度與其他變項間扮演調節作用 (Lawrence et al., 2006)。

#### 小結：

根據本節回顧，憂鬱症及創傷後壓力症為燒傷後最為常見的心理症狀，多數研究聚焦於找出心理病理預測因子及彼此間的相關性 (Attoe & Pounds-Cornish, 2015)，並發現女性、容貌毀損 (臉部燒傷) 與燒傷後憂鬱症狀及創傷後壓力症狀有顯著相關，然年齡、教育程度及燒傷面積的預測效果仍不穩定；另外，過去研究亦發現主觀變項對心理症狀的預測效果優於客觀變項，且主觀疤痕嚴重度與身體自尊、知覺污名等變項間的關係，可能受到性別、疤痕可見與否及外觀重要度等變項之調節。

儘管過去研究試圖找出不少燒傷後心理病理的預測因子及調節作用，然而，目前較少研究以理論為架構，建構從燒傷到發展出心理不適症狀的過程與路徑。基於研究者自身經驗與臨床觀察，以及現存實徵研究的累積，顯示身體外觀改變及知覺污名為燒傷者產生心理適應困難的重要因素，但這兩變項與憂鬱症狀及創傷後壓力症狀的關係尚不明朗。有鑑於此，本研究擬以燒傷後最常見的憂鬱及創傷後壓力症狀為結果變項，控制預測效果較不穩定的人口學變項 (年齡、教育年數) 及燒傷相關變項 (燒傷面積) 後，檢視預測效果較好的主觀疤痕嚴重度對心理症狀的預測效果，同時檢視性別、臉部是否燒傷、外觀重要度等變項是否有調節作用。

### 第三節 燒傷者的身體意象不滿

身體意象是自我對外觀的主觀評估，會影響個體如何知覺自己及世界，並可能影響個體的自尊、情緒、行為及社交互動 (Burke, Schaefer, & Thompson, 2012)。

個體在不同人生階段，會因持有不同信念與價值觀，而對自己的身體產生不盡相同的身體意象。當身體意象受到衝擊（例如：因意外或疾病導致身體外觀或功能劇烈改變），個體在生理、心理、社會三層面的交互影響下，會改變對自身的看法而影響幸福感，可能導致心理社會適應困擾或影響生活品質（詹淑雅、劉芹芳、金繼春，2011; Cash, 2004）。一篇針對 79 位嚴重燒燙傷倖存者的一年追蹤研究中，以人口學變項、外觀重要度、身體意象不滿（body image dissatisfaction [BID]）及燒傷前社會心理功能預測傷後一年的身心健康狀態，結果發現 BID 為路徑分析中為最顯著的預測因子（Thombs, Lawrence, Magyar-Russell, Bresnick, & Fauerbach, 2008）。由此可知探討燒傷倖存者的身體意象相關議題是重要的。以下將依序探討身體意象概念的歷史演變、相關研究及目前在燒傷族群中的研究成果。

## 壹、身體意象概念的歷史演變

早在 1900 年代初期，神經心理學者為了瞭解各種身體知覺經驗，例如幻肢（phantom limb）、自體失認（autotopagnosia）、缺乏病識感（anosognosia）等現象，而開始研究身體意象（body image）（Cash, 2004）。此時期對於身體意象的概念仍單純以神經生理及身體知覺作為研究範疇（呂學超，2008）。

1920 年代，德國神經學家 Paul Schilder 對「身體意象」的概念演變有關鍵性的貢獻，首先採用心理學及社會學的理論框架，將身體意象的概念定義為：「個體在心中形成自己身體的圖像，也就是指身體在個體心中所呈現的方式（原文：The picture of our own body which we form in our mind, that is to say, the way in which the body appears to ourselves）。」（引自呂學超，2008）。根據 Schilder 的定義，他認為身體意象是由感覺神經系統、心理層面與社會層面互動而學習形成，是一個無法單獨存在的動態調適過程。

此後數十年，臨床心理學界以心理動力觀點探討身體意象，Fisher 為第一個探討身體邊界理論的學者，Shontz 則是將身體意象研究從心理動力觀點轉移聚焦到身體外觀的關鍵學者（Burke et al., 2012）。1990 年代，身體意象相關研究蓬勃發展，Seymour Fisher 整理出身體概念研究領域涵蓋九個領域，包含：對身體外觀的知覺和評價、正確知覺身體尺寸、正確知覺身體感覺、判斷身體空間位置、

清楚感知身體界線及其帶來的保護感受、身體感覺的扭曲經驗與心理病理／腦傷的關聯、對身體傷害／肢體障礙／外科手術的反應、對各種美化身體手段的反應、對身體性別認同的感覺與態度（呂學超，2008; Fisher, 1990）。

其中，護理領域學者 Price（1990）提出身體意象照護模型（A model for body-image care），認為個體對自己身體有動態的自我形象，並同時涵蓋三個層面：（1）真實面，指身體具體的容貌，受到先天基因和後天環境型塑，可能因創傷事件而造成劇烈改變；（2）理想面，指腦海中符合他人欣賞眼光的理想樣貌，受到社會和文化規範影響，包含體型、體重；（3）呈現面，指個體呈現於外在環境的樣貌，包含外在服飾及行為表現。

Cash 與 Pruzinsky（1990）則認為身體意象應包含兩個層面：（一）認知層面，指對自己身體的知覺及經驗；（二）情緒層面，指對自己身體外觀及機能滿意與否的感受。此外，Cash 與 Pruzinsky 亦整合不同觀點，提出「身體意象」概念應該包含以下七個特點：（1）身體意象是個體對身體經驗的知覺、想法、感受。知覺為個體對身體部位大小或形狀的圖像或評量建構，想法或認知為個體對身體或身體經驗的信念，感受為個體對身體外觀或身體經驗的滿意與否。（2）身體意象的建構是多向度的。身體經驗可能發生在意識、潛意識或無意識的狀況，包含個體對個人外觀、體型、身體功能、健康、疾病等知覺和態度，而態度又包含情感、認知和情緒三個面向。（3）身體意象具有變動性。身體外觀受到人和環境間的互動而變動，例如：情緒、身體外觀改變會影響個體對外觀的評價，或注意力轉移使個體對身體有不同程度的覺察。（4）身體意象與自我的感覺相互影響。身體意象的激發會影響個體對其他面向自我的知覺，例如：若對身體意象抱持負面態度，也容易認為自己的其他面向不好。（5）身體意象受社會影響。個體因社會規範、標準或人際互動而影響對自己的看法。（6）身體意象會影響訊息處理歷程及（7）個體行為（呂學超，2008; 商沛宇，2014; Cash & Pruzinsky, 1990）。

後續不少學者延續 Cash 與 Pruzinsky (1990) 的認知行為觀點，認為身體意象為多向度概念。Slade (1994) 進一步提出身體意象模型 (如下圖 1-3 所示)，認為身體意象至少會受到七個因素影響，包含：(1) 以往的身體經驗知覺、(2) 體重的改變、(3) 文化及社會型態、(4) 個體對體重及體型的態度、(5) 認知及情緒因素、(6) 個體精神病理狀況及 (7) 生理因素。

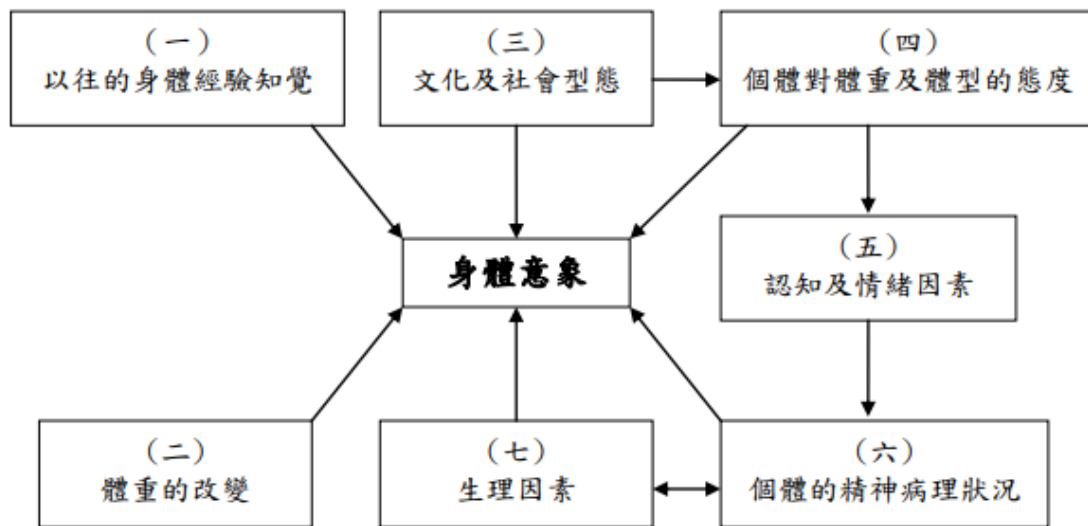


圖 1-3：身體意象模型

資料來源：翻譯自 Slade (1994)。

綜合以上的文獻，當代學者 (Cash & Pruzinsky, 1990; Slade, 1994) 對於「身體意象」的概念，可以整合成 Cash 與 Pruzinsky (1990) 提到的：「個體對自我外在外觀之內在心理表徵 (internal mental representation)」，「身體」更聚焦於外觀，而「意象」則指個體對外觀的觀點、想法和心理感受 (呂學超，2008)。整體而言，「身體意象」概念包含對身體的知覺成分 (perceptual component) 及態度成分 (attitudinal component)，而態度成分又涵蓋想法、情感和行為三層面 (Slade, 1994)。有鑑於此，現存身體意象概念的相關測量工具可大致分成兩類，一類是測量個體對身體的知覺，另一類則是測量個體對身體的態度；其中態度的測量包含四個成分：整體主觀滿意度、情感、認知、行為 (Grogan, 2016; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999)。



由於「身體意象」這個概念涵蓋許多面向，因此操作型定義必須清楚說明研究的是個體的知覺、態度、情感、認知或行為的哪個部分，且必須說明是針對特定身體部位或是整體外觀。本研究感興趣的研究變項並非個體對身體的知覺，而是個體對燒傷後的外觀（包含特定部位及整體）是否滿意，以及若個體對自我身體意象抱持負面態度（不滿）與心理病理症狀之關聯。以下將檢視與身體意象不滿的相關概念與理論。

## 貳、身體意象不滿

Thompson 等人（1999）整理出 1990 年代中期以前，與「身體意象」相關的用詞達十四種，其中與身體意象的態度層面有關的用詞有體重滿意度（weight satisfaction）、身體滿意度（body satisfaction）、外觀滿意度（appearance satisfaction）、外貌評價（appearance evaluation）。針對個體對身體／外觀／身體意象的不滿，目前研究常用的用詞有負向身體意象（negative body image）、身體意象不滿（Body image dissatisfaction）及身體意象紊亂（body image disturbance，國內護理領域的研究者將其翻譯成身體心像紊亂）（詹淑雅等人，2011; Burke et al., 2012）。雖然這些用詞經常交替使用，但有學者指出身體意象不滿只包含單一成分，且主觀感受與客觀評估可以有落差存在，但身體意象紊亂則包含身體意象不滿、強烈的情緒困擾及心理社會功能受損（Burke et al., 2012）。由於本研究聚焦於個體對身體意象的負向態度及評價，因此採用身體意象不滿（Body image dissatisfaction [BID]）一詞。

身體意象不滿是指個體對自己的身體抱持負向的想法和感受，與個體對身體尺寸、體型、肌肉質量、體重的負向評估，以及對個人真實身體與理想身體差距的知覺有關（Grogan, 2016）。國內護理領域學者整理身體意象不滿的特徵包含：（1）個體知覺到身體外觀或功能改變（知覺成分）；（2）個體對改變後的自己抱持負向感受（態度成分的感受層面）；（3）身體外觀及功能改變，與心理及社會因素交或作用後，個體產生負向行為（態度成分的行為層面）；（4）個體認為真實身體和理想身體心像兩者有落差（態度成分的認知層面）（詹淑雅等人，2011）。

過去認為導致身體意象不滿的前因可分為三部分：(1) 身體邊界因意外或疾病而遭受破壞，例如：截肢、皮膚毀損；(2) 身體的生理狀態或肢體活動功能發生改變；(3) 身體外表改變。而身體意象不滿造成的後果則分為行為（如：依賴、逃避、不願意注視或觸摸、隱藏身體某部位、性功能障礙）、心理（如：不滿感、低自尊或自我價值感、憂鬱、失落、焦慮、無力感、失去自我控制感）及社會（如：降低社交活動參與度）三部分（詹淑雅等人，2011）。由此可推論，皮膚可以視為身體的界線，當燒傷倖存者因燒傷事故導致身體邊界崩壞、身體功能及外觀改變後，會威脅到自我的完整與身體意象而產生身體意象不滿，進而產生心理社會適應困難，或發展出心理病理症狀；意即，身體意象不滿應扮演燒傷預測心理症狀之中介變項。

## 一、 身體意象不滿的研究觀點及理論

Burke 等人（2012）於《Encyclopedia of Body Image and Human Appearance》一書中的 Body Image 章節中，整理與身體意象不滿的研究觀點，主要分成以下四種：

- (1) 社會文化觀點（Sociocultural Approach）：檢視較宏觀的社會價值如何影響個體的價值觀及行為，例如：現存社會對美的標準為苗條的女性或擁有肌肉的男性，因此使不夠苗條或不夠健壯的個體對身體意象感到不滿。該觀點下著名的理論之一為社會比較理論（Social comparison theory）。
- (2) 人際觀點（Interpersonal Approach）：檢視較微觀的人際互動影響，包含個體與父母、同儕、親密關係伴侶或陌生人的互動。
- (3) 認知行為觀點（Cognitive-Behavioral Approach）：區分歷史或發展因素（historical or developmental influences）及新近事件（proximal events）對身體意象滿意與否的影響。
- (4) 女性主義觀點（Feminist Approach）：該觀點注意到身體意象不滿的現象在女性中顯著多於男性，可能和社會觀點如何看待女性及其身體有關，著名的理論之一為物化理論（objectification theory）。

在所有觀點中，以 Cash 從認知行為觀點提出的身體意象模式最廣為使用，且目前已有許多實徵支持採用此觀點的認知行為治療可以減緩社區及臨床個案的身體意象不滿度 (Burke et al., 2012)。有鑑於此，本研究擬以身體意象的認知行為觀點為基礎，試圖推測出燒傷倖存者從燒傷、產生身體意象不滿、最終導致心理病理症狀的可能路徑，作為本研究之研究架構。以下將簡介 Cash 提出的身體意象模式 (如下圖 1-4 所示)。

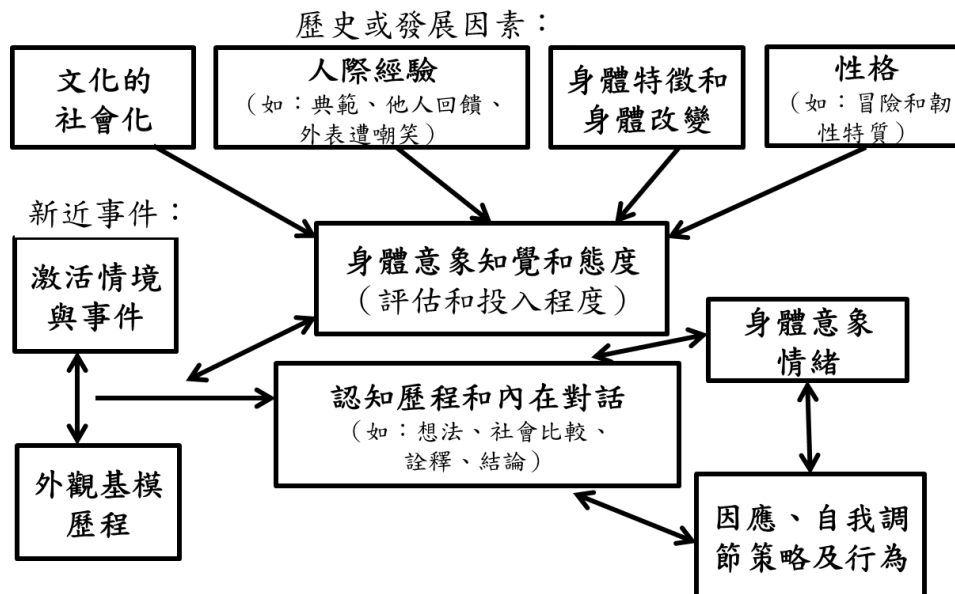


圖 1-4：身體意象模型：認知行為觀點

資料來源：翻譯自 Cash (2012)。

該模型以身體意象知覺及態度為核心架構，並將形塑身體意象態度的因素區分成歷史或發展因素 (historical or developmental influences) 及新近事件 (proximal events)。前者強調文化的社會化 (cultural socialization, 指文化規範下對身體的期待, 如：女性要陰柔苗條、男性要陽剛健壯)、人際經驗 (interpersonal experience, 指家人、同儕或陌生人的互動方式會影響各體形塑身體意象, 如：被嘲笑體重而對身體感到不滿)、身體特徵和身體改變 (physical characteristic and physical changes, 如：體重改變、老化、青春期、因意外或疾病導致身體外觀改變) 及性格 (personality, 如：完美主義) 對個體如何進行身體意象評估 (evaluation, 對身體滿意與否) 及投入程度 (investment, 知覺外觀對於整體自我評價的重要程度)

扮演重要角色，並會影響個體對其身體意象的認知、行為及情緒。後者是指近日生活事件和認知歷程，或活化或維持個體外觀基模的事件，如：站在鏡子前、收到與外貌相關的評論、感到身體被觸碰或衡量等；這些事件會引發個人與外貌相關的內在對話（包含對外觀的想法、社會比較、詮釋及結論），而這些內在對話在身體意象不滿的個體經常是自動化、不準確且負向的。即便個體抱持負向身體意象，也不會無時無刻都感到焦慮或憂鬱，而是在受到新近事件的觸發後，經由內在對話產生與身體意象相關的情緒，為了減緩不舒服感受，個體會進一步做出因應行為（如：減重、避免接觸人群）。

## 參、實徵研究：身體意象概念相關研究

### 一、研究脈絡

1980 年代，身體意象的相關研究聚焦於年輕女性及飲食疾患的關聯；1990 年代，學者開始關注不同社會文化對於身體意象的形塑，試圖找出身體意象不滿的影響及預測因子（黃曬莉、張錦華，2005），並將研究對象拓展至男性（McCabe & Ricciardelli, 2004）、青少年、孩童、不同性傾向族群，亦有部分護理領域學者探討不同疾病對身體意象造成的衝擊（詹淑雅等人，2011）；時至 2010 年左右，受到正向心理學的影響，近十年的研究除了持續研究身體意象不滿的前因及後果，部分研究轉而聚焦於運動習慣與各種促進正向身體意象的相關因素（Grogan, 2016）。

### 二、一般樣本

盛行率部分，近年一項美國研究指出，身體意象不滿的盛行率在成年女性約為 13.4-31.8%，成年男性約為 9.0-28.4%；與過去調查盛行率的研究相比，成人的身體意象不滿的盛行率有趨穩定或減少趨勢（約佔 1 至 3 成）。另外，儘管未達統計顯著，但研究結果顯示女性盛行率高於男性，而年紀較小（18-24 歲）及較長者（> 65 歲）對身體滿意度有較高的趨勢（Fallon, Harris, & Johnson, 2014）。

影響因素部分，Stice 與 Whitenton (2002) 以 496 位青少年女性為研究參與者，追蹤兩週後發現增胖、知覺到要維持苗條的壓力、將纖瘦體態內化成理想體型及缺乏社會支持等因素，都可以預測身體意象不滿的增加。雖然較多研究皆以女性為研究對象，但近年也有部分研究檢視男性在孩童期、青少年期及成年期的身體意象議題，結果發現社會文化因素也影響著男性，使部分男孩希望身材可以變壯、而青少年及成年男性亦會追求理想體型(如：倒 V 身型、肌肉線條)(McCabe & Ricciardelli, 2004)。一篇回顧文獻指出女性比起男性，更常使用外貌相關社會比較而有較多的身體意象不滿，且接觸纖瘦的媒體圖像頻率也與身體意象不滿感受有顯著關聯 (Myers & Crowther, 2009)。身體意象不滿可能導致厭食症、暴食症或慢性疾病 (如：因不願觸碰自己身體，而未及早因觸摸發現乳癌)，也可能產生壓力感受、低自尊及憂鬱 (Johnson & Wardle, 2005)。

### 三、 燒傷樣本

早在 1980 年代就有學者探討燒傷倖存者的身體意象相關議題(Noles, Cash, & Winstead, 1985; Orr, Reznikoff, & Smith, 1989)。以下將簡短回顧國內外以燒傷倖存者為研究對象的身體意象相關研究。

#### 國內研究

國內自 1990 年代起，開始出現以燒傷倖存者為對象的相關研究或學位論文，除了流行病學報告 (陳世翰，2015；簡戊鑑等人，2005) 外多為護理領域著作，探討個案護理經驗、燒傷急性期疼痛感受程度 (李德芬、林欣潔、吳佳玟、吳嘉純、林美珍，2004) 及睡眠品質 (劉孔群，2005)，出院後憂鬱 (張紀萍等人，2001)、焦慮 (張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨，2002)、心理社會適應 (周翠蘭，1997)、生活品質 (余文君，2014；張慈惠，1997) 及健康照護需求 (梁鈞瑜，2005)。

身體意象研究部份，多為護理領域的個案報告 (陳建璋、梁鈞瑜、張乃文，2018；陳碧霜，2006；詹淑雅、王琪珍、張嘉蘋、阮純茵，2000)，量化研究僅有四篇。

何昭中 (1994) 探討急性期燒傷患者人口學變項、燒傷相關變項、社會支持及身體心像 (包含身體功能、身體結構、身體感受、社會功能四個分向度) 之關係, 採用橫斷式研究設計 ( $n = 64$ ), 並使用「燒傷病人身體心像量表」與「燒傷病人社會支持量表」進行相關分析。燒傷病人身體心像量表為研究者參考燒傷量表 (Burn-Specific Health Scale [BSHS]) 與疾病衝擊量表 (sickness impact profile) 自行編製而成, 例題: 您對您受傷後的臉部外觀/身體/手腳不滿, 如果將來有疤, 您覺得疤痕將會影響自己和親人/朋友 (同學、同事) 的關係; 燒傷病人社會支持量表則是研究者參考過去不同學者們 (Cohen、Sarason 及陳惠絹) 編制的社會支持問卷後自行編製而成。請個案填寫受傷前後之身體心像, 結果顯示燒傷患者在急性期會有身體心像改變, 且與年齡呈現負相關, 與燒傷嚴重度、三度及三度燒傷以上之面積、燒傷總面積及頭頸/胸腹/手部燒傷均呈正相關。

張雪吟 (2003) 探討團體調適技能訓練是否能改善燒傷倖存者的身體心像、情緒和生活品質。研究設計將燒傷患者分成實驗組 14 人 (參加團體) 及對照組 15 人, 於團體前後進行前後測, 採用蔡秀鸞教授翻譯之身體心像量表 (The Stigma Scale, 共 11 題) 評估燒傷後的身體心像對個人的影響程度, 得分越高表示身體心像越負向, 例題: 燒傷倖存者應該將他們的疤痕遮蓋起來、我不喜歡看著復原的燒傷病人、疤痕應該被隱藏。研究結果顯示兩組燒傷患者身體心像和生活品質呈現負相關 ( $r = -.68$ ), 和焦慮 ( $r = .46$ ) 及憂鬱 ( $r = .48$ ) 呈正相關, 且團體對身體心像有顯著改善效果。

許國正等人 (2017) 以八仙塵燃倖存者為研究對象, 探討燒傷後一年生活品質及相關因素, 採用橫斷式研究設計 ( $n = 80$ ), 並使用「台灣燒燙傷健康量表精簡版表 (Adapted Chinese version of the Burn Specific Health Scale-brief [ACV BSHS-B], 共 38 題)」測量生活品質, 該量表包含簡單能力、情感、人際關係、性、身體心像及工作等六領域, 得分越高表示生活品質越好; 另外, 研究者參考 DSM-IV 中 PTSD 診斷準則, 自編「燒傷創傷事件量表 (Impact of Events Scale for Burn [IESB])」測量 PTSD 症狀, 該量表包含再度經驗、逃避、對外界反應麻木、過度警覺四類症狀, 得分越高表示出現 PTSD 症狀風險越大。研究結果顯示身體心像分向度得分與住院天數、手術次數呈顯著低度負相關 ( $r = -.26$ ), 與 PTSD

症狀呈顯著高度負相關 ( $r = .70$ )，並與整體生活品質總分及其餘分向度得分呈顯著中度正相關 ( $r_s = .55 - .89$ )，且男性 ( $n = 29$ ) 與女性 ( $n = 51$ ) 身體心像得分有顯著差異。

周彥慈 (2017) 碩士論文探討燒傷患者於復原期身體心像、自尊及社交焦慮間的關聯與影響因子，同樣採用橫斷式研究設計 ( $n = 87$ )，並使用身體心像量表、自尊量表及社交焦慮量表進行相關分析。研究結果顯示燒傷者之身體心像略偏負向，且與自尊、社交焦慮分別呈現顯著中度及高度正相關。

整體而言，可整理出燒傷後之身體意象略偏負向、與負向情緒 (憂鬱、PTSD、焦慮) 呈現正相關，且性別之身體意象有顯著差異。然而，臺灣地區針對燒傷患者身體意象的相關研究，在使用工具方面相當分歧，且測量的身體意象概念包含身體功能、社會功能、對疤痕的想法 (是否該被遮蓋起來)，並非單純測量對身體「外觀」滿意度與否的「態度成分」。另外，在研究設計方面，多為質性個案報告或橫斷式相關分析，並無追蹤後的前瞻式研究。

## 國外研究

Lawrence 等人 (1998) 發現多數測量身體意象的工具都是從飲食疾患相關研究發展出來，測量內容多為體重及體型，較少針對燒傷者直接測量身體容貌毀損 (disfigurement) 或異常 (deformity)，且多藉由測量外觀改變程度來推論個案的身體意象，並未直接測量到身體意象不滿。因此，研究團隊發展出外觀滿意量表 (Satisfaction With Appearance [SWAP])，專門測量燒傷患者的各身體部位滿意度 (主觀層面) 及知覺社會影響 (社會行為層面) (Lawrence et al., 1998)，一篇回顧文獻指出不少研究皆沿用此工具測量燒傷者身體意象概念 (Connell, Coates, Doherty-Poirier, & Wood, 2013)。

身體意象不滿變化部份，Thombs 等人 (2008) 發現燒傷者身體意象不滿得分平均在住院時為 27.8 ( $S.D. = 15.5$ )、傷後六個月為 30.0 ( $S.D. = 19.1$ )、傷後一年為 27.4 ( $S.D. = 17.2$ )；Ajoudani、Jasemi、及 Lotfi (2018) 亦發現類似結果，燒傷者身體意象不滿得分平均在住院時為 29.58 ( $S.D. = 13.64$ )、傷後六個月為 36.61 ( $S.D. = 15.05$ )、傷後一年為 32.19 ( $S.D. = 13.43$ )。整體而言，燒傷者的身

體意象不滿在出院後逐漸提高，並於一年左右下降與住院時期相似的程度，呈現倒 V 形狀 (Ajoudani, Jasemi, & Lotfi, 2018; Thombs et al., 2008)。其中性別、燒傷面積大小、外觀重要度等變項對燒傷者身體意象不滿的變化具有調節作用，女性、燒傷面積較大者身體意象不滿程度隨著時間增加，男性、燒傷面積較小者則隨著時間下降；自評外觀重要度高者，即便身體意象不滿程度呈倒 V 形狀，但其不滿程度仍高於外觀重要度低者 (Thombs et al., 2008)。

相關研究部份，過去兩篇研究使用身體自尊量表 (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults [BES]) 測量燒傷患者之身體意象，該問卷將身體自尊分為對自己體重 (BE-Weight)、外觀 (BE-Appearance) 及知覺他人對自己身體及外觀評價 (BE-Others) 滿意度三向度，分數越高表越滿意。研究結果顯示身體意象 (身體自尊) 中「外觀」、「知覺他人評價」兩個面向，和疤痕可見度呈負相關 (Lawrence et al., 2004)，和知覺污名及社交舒適呈中度負相關 (Lawrence, 2012; Lawrence, Rosenberg, & Fauerbach, 2007)。

過去研究亦發現主觀疤痕嚴重度 (Lawrence et al., 2006)、疤痕嚴重度及外觀重要度 (Ajoudani et al., 2018)、燒傷面積 (Al Ghriwati et al., 2017)、性別 (Orr et al., 1989)、因應方式 (Fauerbach et al., 2000)、社會適應程度及憂鬱 (Lawrence et al., 2004)、疤痕可見度及臉部燒傷 (Lawrence, 2012) 可以顯著預測 BID，其中外觀重要度亦可調節主觀疤痕嚴重度與 BID 的關係 (Lawrence et al., 2006)；另一方面，BID 可以顯著預測傷後兩個月心理及生理適應 (Fauerbach et al., 2000)、憂鬱症狀 (Al Ghriwati et al., 2017; Thombs et al., 2007)。較少有研究直接檢驗 BID 和 PTSD 的關連，但僅有的研究一致指出疤痕或外觀的擔憂可顯著預測 PTSD (Shepherd, 2015)。

除了相關及預測研究外，亦有不少研究檢驗 BID 的中介效果。Thombs 等人 (2007) 發現 BID 中介燒傷相關變項與憂鬱間的關係；Al Ghriwati 等人 (2017) 發現傷後六個月的 BID 中介性別、燒傷面積與傷後五年憂鬱間的關係；Ajoudani 等人 (2018) 發現傷後 6 個月的 BID 中介出院時社會支持與傷後一年社會參與程度間的關係。



整體而言，外觀滿意量表（SWAP）應可作為測量燒傷族群 BID 的代表性工具，因此本研究擬以此工具評估八仙塵燃事故燒傷倖存者之 BID，評估其對身體各部位及整體的滿意程度、知覺燒傷後的社會不適及影響。另一方面，可發現 BID 在不少研究皆證實扮演燒傷到發展出心理症狀的中介效果，除了可預測將來之憂鬱及 PTSD 症狀，亦可能受到性別、疤痕可見度及外觀重要度的調節作用。然而，即便國外針對燒傷者身體意象的量化研究較多、除相關設計外亦有追蹤研究、探討變項間的相關與中介效果，但多為以研究檢驗臨床觀察發現的重要變項間之關連，較少以理論為基礎建構燒傷到發展出心理症狀的病理路徑，且知覺污名與 BID 雖有顯著相關，但兩者對憂鬱及 PTSD 症狀的影響路徑尚不明朗。

### 小結：

整理上述文獻回顧內容，實證研究發現 BID 與知覺污名有顯著相關，可顯著預測燒傷後憂鬱症狀，性別、疤痕可見度及外觀重要度可能扮演調節作用，然而 BID 與知覺污名、PTSD 的關聯尚未有足夠實證研究檢驗彼此間的關聯。

另外，根據 Cash 以認知行為觀點建構的身體意象模型（圖 1-4，p.24），若檢視遠端歷史及發展因素對身體意象基模的形塑，可以發現過去經驗中外觀改變（燒傷後主觀疤痕嚴重度）及與他人的互動（過去他人對外表的回饋及評價）會影響到個體的身體意象概念；若檢視新近因素的促發效果，與他人互動時接收到的盯看、評價、不敢直視等行為（社交互動中知覺污名程度）會引發個體進行內在對話，並因負向對外觀之想法（如：我的疤痕很明顯）、社會比較（如：其他人的皮膚是完好的）、詮釋（如：燒傷後的皮膚與疤痕和別人不一樣，且不吸引人）及結論（如：疤痕讓我變得不吸引人）而產生負向情緒。整體而言，個體在經歷外觀改變後，會因知覺污名而產生身體意象不滿及負向情緒，變項間有發生先後時序；若負向情緒未有良好因應或自我調節策略／行為，可能進一步發展出憂鬱及 PTSD 症狀。

綜合上述，根據理論架構，本研究認為燒傷後個體，主觀疤痕嚴重度會經由知覺污名，引發身體意象不滿，進而導致憂鬱／PTSD 症狀。另外，整合實證研究，本研究認為性別、疤痕可見度、外觀重要度在序列中介效果應扮演調節作用。

#### 第四節 燒燙傷後之社會調適—知覺污名



##### 壹、知覺污名的概念與相關理論

污名 (Stigma, 部分研究者將其翻成烙印) 這個詞彙源於古希臘時代, 當時人們會以刀刻或烙印身體記號來標註罪犯、奴隸及被排斥隔離者等, 藉以區辨這些人的卑劣, 並提醒「正常人」應該迴避。Goffman 指出, 當陌生人出現時, 我們會依照其外表形成對他個人特性 (如: 狡詐、誠實) 和社會結構屬性 (如: 職業、收入) 的某些預期, 並形成對他的「社會地位」(social status); 藉由這些預期, 我們可以較不費力就知道該如何和眼前的人應對 (例如: 眼前的人看起來像商業人士, 似乎具有較高的社會地位, 便展現較恭敬的一面與他互動)。我們依賴這些既有的預期, 也將這些預期轉換成對他人的規範性期待 (normative expectation), 並要求對方應該要達成這些期待。然而, 這只是我們自己想像的「虛擬社會性身分」(virtual social identity), 對方的「真實社會性身分」(actual social identity) 可能無法達成我們的期待, 我們便將為達成的特性或屬性稱作失敗、缺點或污點。若以燒傷者為例子, 我們預期一般人應該要有「正常」的五官、皮膚或肢體功能, 當眼前的個體 (燒傷者) 不如預期, 我們便將其視為「不完整的」, 是一種較低等、無能、污名的狀態, 並合理化對燒傷者的各種偏見及歧視。另一方面, 燒傷者也會認為自己和較大的社會群體相比是「不一樣的」。時至今日, 污名這個詞彙並非指展現恥辱的客觀身體印記, 實際上污名是屬性與負面刻板印象之間的一種特定關係, 多半具有貶抑性 (Goffman, 1986/2010)。

Goffman (1963/2009) 將污名分成三類, 分別是身體的 (physical)、品性的 (conduct) 以及種族的 (tribal)。身體的污名是指對身體畸形或缺陷的憎惡, 如: 截肢、疤痕; 品性的污名是指個人性格的缺失, 如: 薄弱的意志、僵化或不可靠的信念、不誠實; 種族的污名是指對種族、國族、宗教的族類污名。另一方面, 又將污名依照可見性 (visibility) 分成兩類受污名者, 一是明顯貶抑者 (discredited), 其差異是大家當場就能立刻看出來、無法隱藏; 二是可能遭貶抑者 (discreditable), 其差異是在場的人不知道、無法立刻發現差異、可隱藏的。

污名化可以發生在社會、人際和個體內在等不同階層，Pryor 與 Reeder (2011) 建立污名的構念模型，將污名區分成社會污名 (public stigma)、自我污名 (self stigma)、關係污名 (stigma by association) 及結構污名 (structural stigma)，其中「自我污名」及「社會污名」兩種最常被討論 (Pryor & Reeder, 2011; Vogel, Bitman, Hammer, & Wade, 2013)。

社會污名 (public/social stigma) 是指人們對某些人的社會心理反應被當事者知覺成被污名化，社會污名包含認知、情緒和行為等層面。Link 與 Phelan (2001) 將社會結構的權力概念引入污名研究，認為污名形成的過程可被細分成四個階段：(1) 區辨與標籤 (distinguishing and labeling differences)：個體間本來就存在許多差異，但平時並不會被指認，當社會發生問題時，特定差異特性就會被挑選出來；(2) 從差異到好壞 (associating human differences with negative attributes)：當人們發現差異後，便會將差異連結到負面刻板印象；(3) 區分「我者」與「他者」 (separating “us” from “them”)：人們使用特定的差異特性做認知區隔，將群體區分成與自己相同的「我們」及「他們」；(4) 地位喪失 (status loss) 及歧視 (discrimination)：被貼上負面標籤的群體歷經社會貶低或自我貶低，並遭受社會排斥 (Link & Phelan, 2001)。

自我污名 (self-stigma) 則是指當事者被污名化後產生的社會心理反應，可能會將負向信念和感受內化，並引發自我負向感受、低自尊、自我照顧減少及社會退縮等問題。Goffman (1963/2009) 認為自我污名是從社會互動的過程中產生，個體會因為遭受他人排斥、貶低或嘲弄等偏見和歧視反應，將這些負面信念內化並影響自我概念。林政宏 (2017 年) 探討糖尿病患者自我污名與自我照顧行為的關連，文內提到個體形成自我烙印的過程有以下五個階段：(1) 污名化：因身體外觀或行為舉止與多數人不同，在社會互動中感受到被排斥或歧視；(2) 污名認知：在社會互動中，感受到他人的反應隱含對自己的污名；(3) 被污名感：因遭受污名對待而有困窘、羞恥的感受；(4) 污名：認為自己無法符合社會期待或觀點，可能出現低自尊、罪惡感；(5) 印象修飾：藉由語言及非語言的方式，修飾受污名的特點，讓他人對自己存有良好印象。

討論完污名的定義、分類、發展過程後，遭受污名的個體會採取什麼樣的因應方式？Goffman (1963/2009) 從印象管理 (impression management) 觀點切入，指出個體在印象修飾階段會使用隱瞞 (passing) 及遮掩 (covering) 兩種應對方式。隱瞞是可能遭貶抑者在社交場合中，表現出和一般大眾相似的行為，不讓他人發現自己與眾不同的特性 (例如：犯罪者不讓他人知道自己過去的犯行、同性戀為了不被發現性傾向而結婚)；遮掩是明顯貶抑者在其差異特性眾所皆知或明顯可見的情況下，想辦法以各種遮掩方式減少受辱感受 (例如：盲人戴眼鏡、燒傷者穿長袖遮蓋疤痕)。

## 貳、 燒傷倖存者面臨的心理社會適應困境—知覺社會污名

深二度以上燒燙傷口在癒合後極可能產生永久的肥厚性疤痕，疤痕位於臉部可能造成五官變型，疤痕橫跨關節可能導致功能受限或肢體變形，更嚴重的傷勢則可能得面臨截肢。即便是目前最好的外科整形手術技術也無法將皮膚表面修復成燒傷前的樣貌，皮膚排汗或平衡油脂的功能亦無法依靠手術恢復。燒傷患者得學習適應失去「舊有」的自己，一方面其身體意象及自我概念劇烈改變，另一方面也會因燒傷導致的「不完整」遭受污名對待。以下將探討大眾為何會表現出污名行為、傷者如何知覺污名反應，以及知覺污名與心理病理之關聯。

### 一、 為什麼他者會出現污名行為？

污名化 (stigma) 的起因是燒傷倖存者的行為表徵 (例如：外觀、肢體功能) 與整個社會的預期有所出入。當個體或群體擁有特殊的健康狀態，例如：愛滋病、精神疾患、癌症或外觀毀損，會因有別於正常健康人而遭受異樣的對待。劉瑋琳 (2014) 提到，污名化通常與身體外觀或構造改變、身體功能改變有關。許多文化都將外觀異於常人視為「醜陋的」或「邪惡的」(Lawrence, 2012)，因此面對具有可見差異或缺損的人，會因對疾病或燒傷知識不足或不正確，而產生偏見、排擠或歧視等污名化反應。污名化的經驗也讓個體承受責難、排斥、拒絕或負面評價，可能因而產生罪惡感、孤立焦慮、憂鬱、低自尊、社交逃避及退縮行為。

關於污名的功能，Phelan、Link、及 Dovidio (2008) 從社會心理學觀點與權力規範的角度切入，整合了 18 個探討偏見與污名的理論模型後，認為污名化的功能包含以下三點：(1) 利用或支配（目的為 keeping people down）。藉由對權力較低的人展現污名反應，以維持不同團體間的不平等；(2) 加強社會規範（目的為 keeping people in）。藉由污名化的展現與威脅，使內團體成員能更清楚團體規範，並確保成員因不想被污名而遵守規範；(3) 避免疾病（目的為 keeping people away）。從演化觀點談論，社會群體為了保護多數人不要染病而影響生存，會排除染病或異於常態的特體。

身體外觀 (physical appearance) 是人際互動中最容易被注意到且深具影響力的部分，具有外表吸引力者會接收到較好的社會對待 (商沛宇, 2014)，過去社會心理學領域的研究也發現外表是決定第一印象的重要因素，且可能因第一印象的固著效果 (在對他人形成第一印象時，先得到的訊息影響力大於後來得到的訊息) 及月暈效果 (對他人的評估會從片面的判斷擴散，並得出整體的印象)，進而影響我們對他人的行為。舉例來說，當燒傷倖存者嶄露身體疤痕時，可能給予他人「恐怖、可憐、醜陋」等負面第一印象，進而使他人不敢與其互動，或認為燒傷倖存者外觀以外的其他面向 (例如性格、工作能力、表達能力等) 也比較負向。

## 二、 燒傷者如何知覺污名？

燒傷倖存者的疤痕代表個體的身體經過劇烈創傷性改變，在復原階段，重新評估自己的身體意象變成適應歷程的首要任務，與此同時，燒傷患者也可能因為失去原本的外觀而經歷驚訝 (shock)、否認 (denial)、憤怒 (anger)、討價還價 (bargaining)、憂鬱 (depression) 到接受 (acceptance) 的哀傷反應歷程 (grief reaction)。

由於住院時期，所有人都將注意力放在如何使燒傷患者生存下來，在充滿社會支持與包容的醫療環境，身體意象改變對燒傷者而言不是最大的壓力來源。然而出院後，個體需要面對與經歷陌生人的污名化及歧視反應 (stigmatization and discrimination)，包含：盯看 (staring)、指指點點 (pointing)、呆愣反應 (startled

responses)、困惑 (confused behavior)、忽略 (ignoring)、逃避 (avoidance)、侵入性評論 (intrusive comments)、取暱稱 (name-calling)、嘲笑 (teasing)、霸凌 (bullying) 和歧視 (discrimination.)，使得部分傷者很難結識新朋友、維持舊有關係、約會或得到工作。當陌生人、親人或朋友帶著好奇心、恐懼或同情對待燒傷者時，部分傷者也會用這樣的方式對待自己，將負面信念內化形成自我污名。

依照 Goffman (1963/2009)《污名：管理受損身分的筆記》(Stigma: Notes on the management of spoiled identity) 一書對於污名的探討，當受到污名者置身在正常人之間，會覺得自己處於完全暴露隱私的威脅。以燒傷倖存者為例子，除了保持距離的盯看或指點會讓人感到不舒服外，其實某些「善意」的表達也會讓人不自在。陌生人好似只要是出於好奇、並表現出同情的姿態，就可以任意接近污名者，例如：隨意與傷者攀談或探問受傷相關事宜、提供當事者不需要也不想要的協助。此時會給傷者一種「我與常人不同」、「我的疤痕使我看起來像是弱者」的感受，探問也會使人有私領域被隨意侵入的感受。

知覺到污名後，受污名者可能表現出的反應包含：出於防衛性而表現出退縮或避免接觸（如：在公車上刻意滑手機、避免眼神接觸，營造個人空間避免被探問）、直接嘗試矯正缺點（如：視障者接受眼睛治療、燒傷者進行重建手術）、付出特別多努力來達成某種成就（如：雙腿不便仍透過特別訓練以完成騎車或某項運動）、也可能達成間接好處。心理層面，受污名者一方面擔心他人會根據污名來定義自己，一方面可能會覺得自己不夠真誠，像是演戲或裝做比較好的樣子。

### 三、 污名與負面情緒

Rooke 與 Birchwood (1998) 採用動物行為學的社會階層與權力觀點，提出具有理論意涵的說法來描述思覺失調症患者產生憂鬱情緒的機制，指出在以下三種情境特徵會使其產生憂鬱相關情緒：(1) 被迫接受次等角色，自尊遭受攻擊，個體將產生失落感 (loss)；(2) 經歷破壞個體階層、吸引力或地位的事件，個體將產生貶抑羞辱感 (humiliation)；(3) 當陷入懲罰折磨的情境，或是懷疑自身能否重建認同及歸屬感時，個體將產生挫敗感 (entrapment)。

當燒傷者經歷拒絕、排斥、誤解等污名化反應時，其實也在互動過程中被迫

接受較次等的角色，而燒傷事件確實破壞個體的外觀吸引力或社會地位，在復健的漫長過程中也經常會懷疑自己能否重新建立自我認同或得到歸屬感。Rooke 與 Birchwood 探討思覺失調患者因污名而產生憂鬱情緒的理論，其實也適用或貼合燒傷者的處境。



## 參、實徵研究

### 一、 國內研究

臺灣有不少探討精神疾病、生理疾病、污名感受及負面情緒的關聯。劉瑋琳 (2014) 使用羞恥與污名化量表 (Shame and Stigma Scale in Head and Neck Cancer [SSS]) 測量女性癌症病患污名化感受，並使用 IES-R 測量疾病衝擊程度，其中包含侵入性及逃避兩向度。研究結果發現污名化和焦慮 ( $r = -.06$ ) 及憂鬱 ( $r = -.02$ ) 無相關，但和疾病衝擊程度總分 ( $r = .32$ ) 及逃避反應向度 ( $r = .51$ ) 有顯著正相關。林政宏 (2017 年) 則採用自我烙印中文版量表 (Self-Stigma Scale-Chinese Version) 測量糖尿病患者污名化感受，將污名分成認知、情感與行為三層面 (共 39 題)，例題：因為我是糖尿病患者，所以我低人一等、我感到羞恥、我會避免與他人接觸。結果顯示自我烙印及自我照顧行為呈現顯著負相關。整體來說，不論是心理或生理疾病，當患者知覺到污名時，可能會出現 PTSD 相關症狀，或影響其行為。

然而，針對燒傷者知覺污名的研究相當少，僅少數幾篇護理領域的個案報告或質性訪談提及燒傷者會經歷的污名反應。莊文怡 (2018) 探討八仙塵燃事件女性傷者於燒傷後的生活衝擊及因應，整理訪談資料後整理出生活、學業等各方面的生活衝擊，其中與知覺污名相關的衝擊包含無法與過去同儕交往 (親友不斷詢問狀況確又無法同理感受)、求學困難 (同儕異樣眼光)、有疤痕的外表會影響和他人的互動 (難以接受孩童看到的反應、不喜歡外人目光直接注視)。

### 二、 國外研究

整體而言，臨床經驗認為 20-30% 燒傷倖存者會經歷身體意象及社會整合的議

題。然而 Lawrence 等人 (2006) 發現當時並無專門測量臉部或身體外觀異於常人的社交經驗，有鑑於此，其團隊發展出知覺污名量表 (Perceived Stigmatization Questionnaire [PSQ]) 及社交舒適量表 (Social Comfort Questionnaire [SCQ])，在歷經燒傷的成人及孩童族群中都有良好的信效度，也被翻譯並應用至其他國家文化。過去十年，一些標準化測量和結構訪談被發展用來測量擁有可見差異者的身體意象、知覺污名、社交舒適，累積研究結果發現知覺污名和低的身體意象、社交不適有中度相關 ( $r_s \approx .50 - .60$ ) (Lawrence, 2012)。

部分污名化研究聚焦在孩童時期燒傷者，結果發現 250 位傷者，約有 60% 報告在過去六個月內被霸凌，顯示外表相關的污名化是相當常見的 (Rimmer et al., 2007)。Wiechman 等人 (2001) 發現當疤痕是可見的，傷患得要忍受個人知覺到及實際上經驗到的疤痕相關污名感受。Gullick 等人 (2014) 的研究亦表示臉部燒傷的傷患，因燒傷後臉部的異樣及無法遮蔽，會經歷程度較大的情感創傷而使用退縮、與他人隔離的負面調適方式。

Sahni (2018) 一篇針對臉部創傷後心理衝擊的回顧文獻指出，歷經臉部創傷的個體有較高的焦慮及憂鬱得分，且約有 27% 會發展出 PTSD (Bisson, Shepherd, & Dhutia, 1997)。95% 患者擔心因容貌毀損而影響親人的未來、26% 擔心失去工作，其中女性較在意臉部毀損及有較高的焦慮。

#### 小結：

整體而言，燒傷後經歷污名是常見的情形，當疤痕位於可見部位 (尤其是臉部)，個體會經歷 PTSD、焦慮、憂鬱等情形，且相較男性，女性可能較在意外觀容貌毀損。雖然時至今日已有一些研究累積，但目前為止並沒有足夠實證證據發現燒傷倖存者比起非燒傷族群，經歷較多的負面身體意象或污名化行為，少數幾篇研究結果亦需要被重複驗證才能確認結論能否廣泛推論至燒傷族群。另外，身體意象不滿與知覺污名、PTSD 的關聯尚未有足夠實證研究檢驗彼此間的關聯。

由於國內外針對燒傷患者知覺污名的量化研究相對稀少，少數幾篇研究指出知覺污名可能與身體意象不滿及心理症狀有關。綜合本章的文獻回顧，研究者擬採用知覺污名量表測量燒傷患者在復原歷程知覺到的污名程度，並以 Cash 的認



知行為觀點身體意象模型為基礎建立本研究之序列中介模型，探討在控制可能的混淆變項（年齡、教育年數、燒傷面積）後，主觀疤痕嚴重度是否會經由知覺污名，引發身體意象不滿，進而預測一年後的憂鬱／PTSD 症狀。此外，本研究亦試圖檢視性別、疤痕可見度、外觀重要度在此序列中介效果是否扮演調節作用。

## 第五節 研究目的、研究架構與假設

### 壹、研究目的

綜合上述緒論整理可知，個體在燒傷後所產生的心理適應困難（例如：出現憂鬱及 PTSD 症狀）與多種因素有關，包含：年齡、教育程度、燒傷面積、主觀疤痕嚴重度、知覺污名及身體意象不滿，而不同性別、燒傷部位及個體對外觀重要度的判斷也可能扮演調節的作用。

現行研究有不少研究身體意象不滿與心理症狀間的關係，其中也有學者試圖探討人口學變項、燒傷相關變項、主觀疤痕嚴重度、外觀重要度等因素的中介或調節角色，以及各類變項對心理症狀的預測效果。此外，亦有學者以縱貫式研究了解燒傷倖存者的身體意象不滿之變化，但較少有學者直接針對身體意象的認知行為模型理論為基礎，提出燒傷到發展出心理症狀的可能路徑。另外，針對知覺污名相關研究，較少以燒傷族群為研究對象，除質性訪談或個案報告外，少數幾篇量化研究多半以燒傷部位、疤痕是否可見等角度切入，檢驗個體知覺的污名程度高低，但較少有研究以知覺污名程度作為中介變項，檢視其對身體意象不滿及心理症狀的影響。

身體意象不滿不只反映了燒傷者生理上的限制與受苦，亦與知覺污名一同反映了在面對自己與回歸社會的過程中心理層面的困難。本研究採前瞻式設計，以 Cash 的身體意象認知行為觀點為基礎，納入與燒傷倖存者心理適應相關研究所關注的重要變項，試圖檢驗個體從燒傷造成傷害，到發展出心理症狀的過程，究竟有那些因素產生影響。期許能透過本研究充實燒傷領域的研究成果，並能將研究發現應用於未來燒燙傷患者的心理復健介入策略。

## 貳、研究架構與假設

本研究以年齡、教育年數、TBSA 及 T1 (時間點一, 傷後兩年) 憂鬱或 PTSD 症狀為控制變項, 探討主觀疤痕嚴重度、知覺污名、身體意象不滿和 T2 (時間點二, 傷後三年) 憂鬱及 PTSD 症狀的關聯, 同時檢視性別、臉部是否燒傷及外觀重要度否調節上述變項間的關係。基於上述文獻回顧的結果與推論, 本研究提出的研究架構及變項間關係如圖 1-5 及圖 1-6 所示, 研究假設則整理於表 1-1。

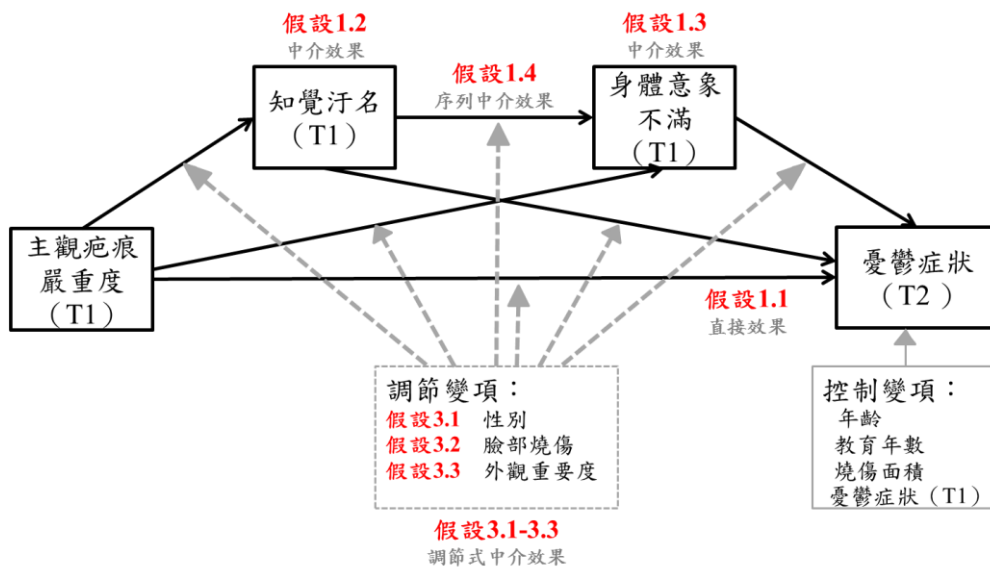


圖 1-5：研究架構（結果變項為憂鬱症狀）

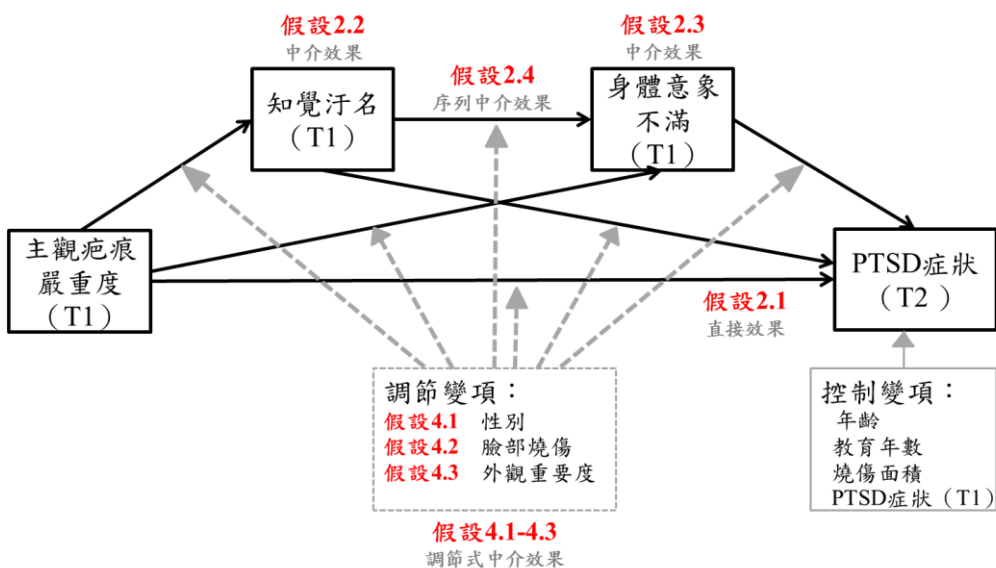


圖 1-6：研究架構（結果變項為 PTSD 症狀）

根據以上架構，本研究假設彙整如下：

表 1-1 研究假設



---

## 一、探討知覺污名及身體意象不滿對憂鬱症狀的序列中介效果

### 假設 1.1：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可正向預測一年後憂鬱症狀 (T2)。

### 假設 1.2：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 具有中介效果。

### 假設 1.3：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即身體意象不滿 (T1) 具有中介效果。

### 假設 1.4：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1)，再透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 與身體意象不滿 (T1) 具有序列中介效果。

---

## 二、探討知覺污名及身體意象不滿對創傷後壓力症狀的序列中介效果

### 假設 2.1：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可正向預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)。

### 假設 2.2：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 具有中介效果。

### 假設 2.3：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即身體意象不滿 (T1) 具有中介效果。

### 假設 2.4：

主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1)，再透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 與身體意象不滿 (T1) 具有序列中介效果。

表 1-1 研究假設 (續)



---

### 三、探討性別、臉部是否燒傷及外觀重要度的調節作用 (結果變項為憂鬱症狀)

#### 假設 3.1 :

「性別」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

#### 假設 3.2 :

「脸部是否燒傷」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

#### 假設 3.3 :

「外觀重要度」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

---

### 四、探討性別、脸部是否燒傷及外觀重要度的調節作用 (結果變項為創傷後壓力症狀)

#### 假設 4.1 :

「性別」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

#### 假設 4.2 :

「脸部是否燒傷」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

#### 假設 4.3 :

「外觀重要度」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

---



## 第二章 研究方法



### 第一節 研究程序及研究參與者

本研究為合作研究的一部份，資料取自長庚大學行為科學研究所蘇逸人老師主持之「燒傷倖存者的創傷後壓力症、不同創傷後調適軌跡及創傷後成長之預測因子：多波前瞻性研究」科技部三年期追蹤計畫。該計畫之研究參與者包含八仙塵塵燃燒事件之燒傷倖存者（以下簡稱八仙塵塵倖存者）及一般燒傷倖存者，分別於八仙塵塵倖存者燒傷後 18、24、36 個月及一般燒傷倖存者出院前、燒傷後 3、6、12、24、36 個月進行問卷追蹤。收納標準為%年齡 16 至 65 歲，並排除具顯著自殺傾向（有自殺意圖或計畫）、思覺失調症或其他精神病、認知功能（器質性腦傷者、中度至重度創傷性腦損傷）或教育程度（不識字或經說明後仍難以理解題意）無法回答問卷者。該計畫經長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會審查通過。

本研究僅鎖定八仙塵塵倖存者作為研究招募對象，採用便利抽樣，為兩波前瞻性設計，追蹤時間點包含事故後 24 個月（時間點一，T1，收案期間為 2017 年 6 月 26 日至 2017 年 10 月 30 日）及 36 個月（時間點二，T2，收案收案期間為 2018 年 6 月 26 日至 2018 年 9 月 15 日）。研究者透過研究海報、網路廣告、林口長庚醫院主治醫師或治療師轉介等方式招募，所有符合收案標準的個案，由研究助理人員聯繫，說明研究團隊背景、研究目的、保密原則、相關權益、研究程序及研究參與費用，並邀請個案參與研究。若為住院個案，由研究助理人員於林口長庚燒傷病房當面說明後，協助個案填妥知情同意書及領據，並給予問卷請個案填寫後收回；若非住院個案，則由研究助理人員以電話連繫後，郵寄知情同意書、領據及問卷，並請個案填妥後以回郵信封寄回，20 歲以下研究參與者須額外經由監護人同意。問卷內容包含基本資料、燒傷相關變項、主觀疤痕嚴重度、知覺污名、身體意象不滿、外觀重要度、憂鬱及創傷後壓力症狀（詳見第二章第二節研究工具，以及附錄），每次問卷填寫時間約需 40 分鐘。若有漏答，經研究助理人員以電話聯繫追問漏答題項，確認問卷填答完整後，以劃撥或郵寄現金袋支付 500 元研究參與費，部分參與者希望將研究參與費贈與陽光基金會或疤痕協

會，則研究助理人員會以參與者名義捐贈 500 元，並將捐款收據郵寄給參與者保管。

T1 收回 117 份有效問卷，T2 收回 106 份有效問卷；因統計分析需求，本研究僅納入完成兩波問卷的研究參與者共 106 名。在樣本組成上，女性 65 名(61.3%)，年齡介於 17-40 歲， $M = 23.97$ ， $S.D. = 4.1$ 、燒傷面積 (TBSA) 介於 1-92%， $M = 50.5$ ， $S.D. = 19.4$ 、住院天數介於 0-240 天， $M = 85.6$ ， $S.D. = 49.8$ 。

## 第二節 研究工具

本研究的完整問卷如附錄，以下根據研究架構，分別就控制變項(基本資料、燒傷相關變項)、預測變項(主觀疤痕嚴重度)、調節與中介變項(外觀重要度、知覺污名、身體意象不滿)及結果變項(憂鬱症狀、PTSD 症狀)做整理和介紹，逐一報告其工具來源、題項內容、向度、題數、反向題、作答形式(尺度)、計分方式、過去信效度證據，與本研究信度指標。

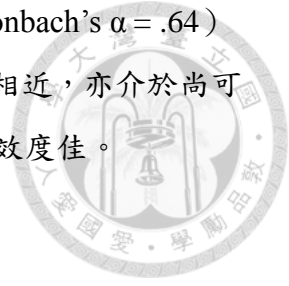
### 壹、基本資料及燒傷相關變項

收集研究參與者之基本人口學變項與燒燙傷相關資料，包含年齡、性別、最高學歷、教育年數、燒傷面積(TBSA)、燒傷部位、住院天數。

### 貳、主觀疤痕嚴重度

採用 Lawrence 等人(2006)的研究，評估個體對疤痕嚴重度的主觀評分，為 3 題的自陳量表(詳見附錄一)。本量表含兩個向度：(1) 為對外觀的主觀評分，例題：燒傷疤痕改變您整體外觀的程度、燒傷疤痕改變您臉部外觀的程度，採用李克氏六點量尺(1-6 分；1 = 無改變，2 = 很輕微，3 = 輕微，4 = 中等，5 = 嚴重，6 = 很嚴重)；(2) 對疤痕可見度的主觀評分，例題：當你身在公開場合，別人多常看得見你的燒傷疤痕，採用李克氏五點量尺(1-5 分；1 = 無改變，2 = 少數時候，3 = 有時候，4 = 多數時候，5 = 所有時候)。總分介於 3-17 分，分數越

高表示個體主觀感覺疤痕越嚴重度。整體內部一致性尚可 (Cronbach's  $\alpha = .64$ ) (Lawrence et al., 2006), 於本研究的內部一致性與原研究數據相近, 亦介於尚可程度 (Cronbach's  $\alpha = .62$ ), 再測信度佳 (一年  $r = .78$ ), 建構效度佳。



### 參、外觀重要度

採用 M. J. Mendelson、B. K. Mendelson、及 Andrews (2000) 研究所使用的身體領域重要度 (Body-Domain Importance) 問卷以評估個體認為外觀的重要程度。該問卷原為 9 題的自陳量表 (詳見附錄二), 採用李克氏九點量尺, 以 0 分為定錨點 (-4 - 4 分; -4 = 非常不重要, 4 = 非常重要), 並分為三個向度: 體重重要度 (imp-weight) (3 題)、外觀重要度 (imp-appearance) (3 題) 及他人觀點重要度 (imp-others) (3 題, )。由於本研究僅關注個體認為外觀及他人觀點的重要程度, 因此僅採納後兩個向度之題目共六題, 總分介於 -24 - 24 分, 相較分數低的個體, 分數越高表示個體認為外觀較重要。整體及分量尺內部一致性佳 (整體 Cronbach's  $\alpha = .64$ 、外觀重要度量尺 Cronbach's  $\alpha = .86$ 、他人觀點重要度量尺 Cronbach's  $\alpha = .87$ ) (M. J. Mendelson, B. K. Mendelson, & Andrews, 2000), 於本研究亦展現良好的內部一致性 (Cronbach's  $\alpha = .91$ )。

### 肆、知覺污名

採用知覺污名問卷 (Perceived Stigmatization Questionnaire [PSQ]) 評估個體的知覺污名行為。PSQ 為 21 題的自陳量表 (詳見附錄三), 採用李克氏五點頻率量尺 (1-5 分; 1 = 從未如此, 2 = 幾乎從不, 3 = 有時如此, 4 = 經常如此, 5 = 總是如此), 第 1、5、7、9、12、15、17、20 為反向題, 總分介於 21-105 分, 分數越高代表個體知覺污名程度越高。經因素分析顯示 PSQ 包含三個分量表, 如下: 缺乏友善行為 (第 1、5、7、9、12、15、17 及 20 題, 共 8 題)、困惑/盯看行為 (第 3、4、6、10、13、14 及 21 題, 共 7 題)、敵意行為 (第 2、8、11、16、18 及 19 及, 共 6 題), 整體與三個分量表的內部一致性佳 (Cronbach's  $\alpha = .93$ 、.91、.92、.88) 且聚斂與區辨效度均佳 (Lawrence, Fauerbach, Heinberg,



Doctor, & Thombs, 2006)。本研究資料展現良好的內部一致性 (Cronbach's  $\alpha = .87$ )，再測信度尚可 (一年  $r = .59$ )，建構效度佳。



## 伍、身體意象不滿

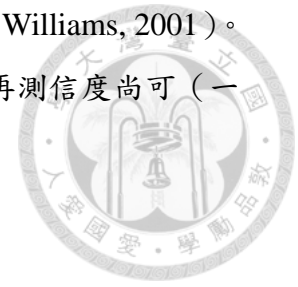
採用外表滿意量表 (Satisfaction With Appearance Scale [SWAP]) 評估燒傷倖存者對身體部位外表的不滿程度、因身體外觀引起的社交不舒適感受 (Lawrence et al., 1998)。SWAP 為 14 題的自陳量表，採用李克氏七點量尺 (1-7 分；1 = 非常不同意，2 = 不同意，3 = 有些不同意，4 = 中立，5 = 有些同意，6 = 同意，7 = 非常同意)，4-11 題為反向題，計分需先將所有題項定錨在 0 分 (各題得分減 1) 再加總，總分介於 0-84 分，分數越高代表個體對身體外觀的不滿程度越高。

經主成分分析指出 SWAP 包含四個因素，如下：臉部特徵的外表滿意 (第 4、5、6 及 7 題，共 4 題)、非臉部特徵的外表滿意 (第 8、9、10 及 11 題，共 4 題)、外表造成的社會不適 (第 1、2 及 3 題，共 3 題) 及知覺社會影響 (第 12、13 及 14 題，共 3 題)，整體的內部一致佳 (Cronbach's  $\alpha = .87$ )，再測信度尚可 (兩個月  $r = .59$ )，建構效度佳 (Lawrence et al., 1998)。鑒於本研究樣本中八仙傷者的事故特性，另加上一題測量對腳部外表的滿意度，構成 15 題版本 (詳見附錄四)，總分介於 0-90 分。SWAP (15 題版本) 於本研究資料展現良好的內部一致性 (整體及四個因素的 Cronbach's  $\alpha = .89$ 、 $.76$ 、 $.80$ 、 $.79$ 、 $.80$ )，再測信度佳 (一年  $r = .77$ )，建構效度佳。

## 陸、憂鬱症狀

採用病患健康量表 (Patient Health Questionnaire [PHQ-9]) 依據 DSM-IV 的憂鬱症診斷準則編寫題項，用以評估個體最近兩週的憂鬱症狀嚴重度。PHQ-9 為 9 題的自陳量表 (詳見附錄五)，採用李克氏四點量尺 (0-3 分；0 = 完全沒有，1 = 好幾天，2 = 一半以上，3 = 幾乎每天)，總分介於 0-27 分，分數越高代表憂鬱症狀嚴重度越高。PHQ-9 具良好內部一致性 (Cronbach's  $\alpha = .86 - .89$ ) 及再測信度 (48 小時  $r = .84$ )，並具適當聚斂與區辨效度，且敏感於症狀改變，可用於篩

檢憂鬱症診斷，切分點 5 分代表輕微憂鬱 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)。本研究資料亦展現良好的內部一致性 (Cronbach's  $\alpha = .92$ )，再測信度尚可 (一年  $r = .69$ )



## 柒、創傷後壓力症狀

採用 DSM-5 創傷後診斷量表 (Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 [PDS-5]) 評估 PTSD 症狀嚴重度。本量表經原作者 (Edna B. Foa) 同意授權使用，中文版已由蘇逸人獲授權且經由反向翻譯程序確認內容相等性。PDS-5 為 20 題的自陳量表 (詳見附錄六)，對應 DSM-5 PTSD 準則 B 至 D：侵入症狀群 (5 題)；逃避症狀群 (2 題)；負向認知與情緒改變 (7 題)；及喚起與反應性增加症狀群 (6 題)，採用五點量尺 (0-4 分；0 = 完全沒有，1 = 一週 1 次或更少 / 有一點，2 = 一週 2-3 次 / 有些，3 = 一週 4-5 次 / 非常，4 = 一週 6 次或更多 / 嚴重)，總分介於 0-80 分，分數越高代表創傷後壓力症狀嚴重度越高。整體及四項準則具良好內部一致性 (Cronbach's  $\alpha = .95$ 、 $.90$ 、 $.75$ 、 $.89$ 、 $.84$ ) 及再測信度 (10 日  $r_s = .90$ 、 $.85$ 、 $.73$ 、 $.86$ 、 $.86$ )，並具適當聚斂與區辨效度 (Foa et al., 2016)，於本研究資料亦展現良好的內部一致性 (整體及四項準則的 Cronbach's  $\alpha = .94$ 、 $.87$ 、 $.85$ 、 $.86$ 、 $.76$ )，再測信度佳 (一年  $r = .77$ )。

## 第三節 統計分析

本研究使用統計套裝軟體 Statistical Package for Social Science 第二十四版 (SPSS24) 進行資料分析，分析內容如下：

### 壹、描述統計

對樣本背景資料進行描述性統計分析，藉此瞭解樣本的組成特性，包含性別、臉部燒傷者、教育程度、職業、婚姻狀態的比例，並計算年齡、教育年數、燒傷面積及各變項量表的平均數、標準差。另外，研究者亦在正式分析前使用卡方檢

定及獨立樣本 t 檢定，檢驗 T2 有無追蹤到、性別、臉部是否燒傷等資料，在各量表的得分是否有差異。



## 貳、 相關分析

採用皮爾森積差相關 (Pearson's correlation coefficient) 計算變項間的相關係數，瞭解各研究變項的關聯方向及關聯強度，並使用信度分析檢視每個量表於本研究樣本的內部一致性信度及再測信度 (信度分析數據請見第二章第二節研究工具)。

## 參、 序列中介分析

本研究在統計工具上使用 Hayes (2017) 的 Process macro (model 6)，以瞭解在放入控制變項 (年齡、教育年數、TBSA 及 T1 憂鬱／創傷後壓力症狀) 後，再同時置入兩個中介變項 (知覺污名與身體意象不滿)，預測變項 (主觀疤痕嚴重度) 對結果變項 (T2 憂鬱／創傷後壓力症狀) 的直接效果是否顯著 (假設 1.1、2.1)，以及個別中介 (假設 1.2、1.3、2.2、2.3) 及序列中介 (假設 1.4、2.4) 的間接效果是否顯著。

Process macro (model 6) 為拔靴法 (bootstrapping)，藉由將 106 名樣本視為母群，重複抽取放回 5000 次後，創造出間接效果的參數分配，此參數分配的標準差即為間接效果的抽樣誤差，也就是拔靴標準誤 (bootstrapping standard error) (Efron & Tibshirani, 1994)。利用拔靴標準誤，將所建立的間接效果參數分配之 2.5<sup>th</sup> 與 97.5<sup>th</sup> 百分位數數值訂為上下界，以建立 95% 信賴區間 (Confidence interval, CI) (邱皓政, 2017)。解讀報表時，檢視 95% CI 是否涵蓋 0，藉以判斷中介效果是否顯著：(一) 若間接效果之 95% CI 包含 0 (不顯著)，表示無中介效果；(二) 若間接效果之 95% CI 未包含 0 (顯著)，而直接效果 95% CI 包含 0 (不顯著)，表示為完全中介效果；(三) 若間接效果之 95% CI 未包含 0 (顯著)，且直接效果 95% CI 亦未包含 0 (顯著)，表示為部分中介效果。

## 肆、調節式中介分析

調節式中介 (MoMe) 又稱作條件化間接效果 (conditional indirect effect) (Hayes, 2017; Preacher, Rucker & Hayes, 2007), 用以檢驗變項的中介效果是否成立, 以及中介效果是否會隨調節變項的不同狀況而變化。本研究採用階層迴歸分析 (Hierarchical regression analysis) 計算研究架構中各線段的標準化迴歸係數, 並驗證性別、臉部是否燒傷及外觀重要度等變項是否對變項間的關係有調節效果 (假設 3.1、3.2、3.2、4.1、4.2、4.3)。

在檢視性別/臉部是否燒傷/外觀重要度在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測憂鬱/創傷後壓力症狀 (T2) 的調節式中介作用部分, 詳細階層迴歸分析步驟如圖 2-1 所示, 步驟說明如下:

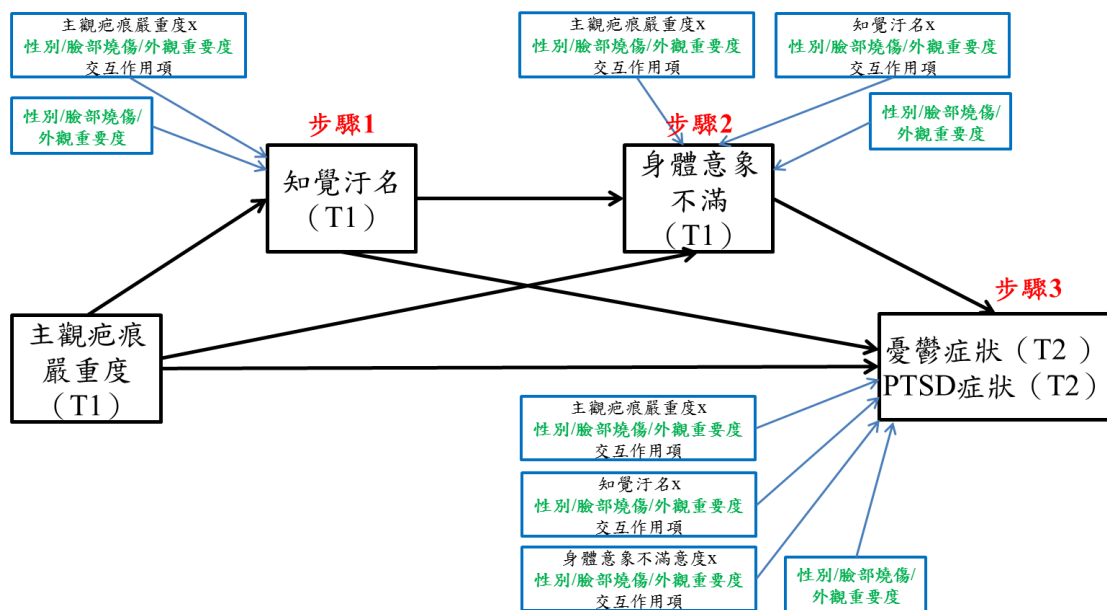


圖 2-1：階層迴歸分析步驟圖

步驟 1：以知覺污名 (T1) 為結果變項, 依序於第一層置入控制變項 (年齡、教育年數、燒傷面積、T1 憂鬱/創傷後壓力症狀), 第二層置入預測變項 (主觀疤痕嚴重度), 第三層置入調節變項 (性別/臉部是否燒傷/外觀重要度) 及交互作用項 (主觀疤痕嚴重度 x 性別/臉部是否燒傷/外觀重要度)。

步驟 2：以身體意象不滿 (T1) 為結果變項，依序於第一層置入控制變項 (年齡、教育年數、燒傷面積、T1 憂鬱／創傷後壓力症狀)，第二層置入預測變項 (主觀疤痕嚴重度)，第三層置入中介變項 (知覺污名)，第四層置入調節變項 (性別／臉部是否燒傷／外觀重要度) 及交互作用項 (主觀疤痕嚴重度 x 性別／臉部是否燒傷／外觀重要度、知覺污名 x 性別／臉部是否燒傷／外觀重要度)。

步驟 3：以憂鬱症狀／創傷後壓力 (T2) 為結果變項，依序於第一層置入控制變項 (年齡、教育年數、燒傷面積、T1 憂鬱／創傷後壓力症狀)，第二層置入預測變項 (主觀疤痕嚴重度)，第三層置入中介變項 (知覺污名、身體意象不滿)，第四層置入調節變項 (性別／臉部是否燒傷／外觀重要度) 及交互作用項 (主觀疤痕嚴重度 x 性別／臉部是否燒傷／外觀重要度、知覺污名 x 性別／臉部是否燒傷／外觀重要度、身體意象不滿 x 性別／臉部是否燒傷／外觀重要度)。

解讀報表時，檢視交互作用項對知覺污名、身體意象不滿、憂鬱症狀 (T2) 及創傷後壓力症狀 (T2) 的標準化迴歸係數是否達顯著水準，若  $p < .05$ ，即表示該調節變項對變項間的關係有調節效果，亦即具有調節式中介效果。

### 第三章 研究結果

#### 第一節 描述統計



本研究於時間點一 T1 (八仙塵燃事故後 24 個月) 收回 117 份有效問卷, 時間點二 T2 (事故後 36 個月) 收回 106 份有效問卷; 因統計分析需求, 本研究僅納入完成兩波問卷的研究參與者共 106 名。以 T1 為準。在樣本組成上, 女性佔 65 名 (61.3%), 整體樣本年齡介於 17 至 40 歲,  $M = 23.97$ ,  $S.D. = 4.1$ 。教育程度部分, 整體教育年數介於 10 至 21 年,  $M = 14.75$ ,  $S.D. = 1.98$ , 且大學/大專所占比例最高 (68.9%), 高中/職所占比例次高 (26.4%)。職業方面, 學生所占比例最高 (33.0%), 其次依序為無業 (32.1%)、全職工作 (22.6%)、兼職工作 (8.5%) 及其他 (3.8%)。婚姻狀態部分則絕大多數未婚 (97.2%), 人口學變項百分比整理如下表 3-1 所示, 描述統計整理如表 3-2 (p.53) 所示。

表 3-1 研究參與者人口學背景變項之百分比整理表 ( $n = 106$ )

	全樣本	女性	男性	<i>p</i> 值	臉部 無燒傷	臉部 有燒傷	<i>p</i> 值
<i>n</i> (%)	106 (100%)	65 (61.3%)	41 (38.7%)		64 (60.4%)	42 (39.6%)	
<b>教育程度</b>	28	22	6	<b>.049*</b>	18	10	<b>.523</b>
高中/職	(26.4%)	(33.8%)	(14.6%)		(28.1%)	(23.8%)	
五專	2 (1.9%)	2 (3.1%)	0 (0%)		1 (1.6%)	1 (2.4%)	
大學/大專	73 (68.9%)	39 (60.0%)	34 (82.9%)		42 (65.6%)	31 (73.8%)	
碩/博士	3 (2.8%)	2 (3.1%)	1 (2.5%)		3 (4.7%)	0 (0%)	
<b>職業</b>	34	24	10	<b>.147</b>	19	15	<b>.882</b>
無業	(32.1%)	(36.9%)	(24.4%)		(29.7%)	(35.7%)	
全職	24 (22.6%)	11 (16.9%)	13 (31.7%)		16 (25.0%)	8 (19.0%)	
兼職	9 (8.5%)	7 (10.8%)	2 (4.9%)		6 (9.4%)	3 (7.2%)	
學生	35 (33.0%)	22 (33.9%)	13 (31.7%)		20 (31.2%)	15 (35.7%)	
其他(休學)	4 (3.8%)	1 (1.5%)	3 (7.3%)		3 (4.7%)	1 (2.4%)	
<b>婚姻狀態</b>	103	65	38	<b>.055</b>	62	41	<b>1.000</b>
未婚	(97.2%)	(100%)	(92.7%)		(96.9%)	(97.6%)	
已婚	3 (2.8%)	0 (0%)	3 (7.3%)		2 (3.1%)	1 (2.4%)	

註：欄位內數值為人數，( ) 內數值為人數占女性、男性、臉部無燒傷、臉到有燒傷內百分比。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

在正式進行相關分析及調節式中介分析之前，進一步以卡方檢定及獨立樣本  $t$  檢定來檢視 T2 有無追蹤到、性別及臉部有無燒傷等群組，在人口學背景變項及各量表得分是否有顯著差異（女性、男性、臉部無燒傷、臉部有燒傷類別的人口學背景變項百分比如上頁表 3-1 所示，各量表得分平均數及標準差整理如下頁表 3-2 所示）。統計結果顯示，T2 有追蹤到 ( $n = 106$ ) 及無追蹤到 ( $n = 11$ ) 的樣本群在性別、臉部是否燒傷、教育程度、職業、婚姻狀態、年齡、教育年數、燒傷面積及各量表得分皆無顯著差異。

性別部分，男性 ( $n = 41$ ) 及女性 ( $n = 65$ ) 的樣本群在臉部燒傷與否 ( $p = .920$ )、職業 ( $p = .147$ )、婚姻狀態 ( $p = .055$ )、燒傷面積 ( $t(104) = .848, p = .398$ ) 及多數量表得分的分布皆無顯著差異，但在教育程度 ( $p = .049$ )、教育年數 ( $t = -2.4, df = 99.679, p = .018$ )、年齡 ( $t(104) = -2.086, p = .039$ ) 及外觀重要度 ( $t(103) = 2.352, p = .021$ ) 有顯著差異；進一步檢視，男性的教育年數 ( $M = 15.29, S.D. = 1.63$ ) 及年齡 ( $M = 25, S.D. = 4.59$ ) 顯著大於女性（教育年數  $M = 14.42, S.D. = 2.11$ 、年齡  $M = 23.32, S.D. = 3.64$ ），而外觀重要度 ( $M = 9.05, S.D. = 10.4$ ) 則顯著小於女性 ( $M = 13.57, S.D. = 9.01$ )。

臉部有無燒傷部分，臉部有燒傷 ( $n = 42$ ) 及無燒傷 ( $n = 64$ ) 的樣本群在性別 ( $p = .920$ )、教育程度 ( $p = .532$ )、職業 ( $p = .882$ )、婚姻狀態 ( $p = 1.000$ )、年齡 ( $t(104) = -.057, p = .954$ )、教育年數 ( $t(104) = .269, p = .788$ ) 及多數量表得分的分布皆無顯著差異，但在燒傷面積 ( $t(104) = -5.337, p < .001$ )、主觀疤痕嚴重度 ( $t(104) = -4.635, p < .001$ ) 及身體意象不滿 ( $t(104) = -2.731, p = .007$ ) 有顯著差異；進一步檢視，臉部有燒傷者的燒傷面積 ( $M = 61.57, S.D. = 15.64$ )、主觀疤痕嚴重度 ( $M = 11.43, S.D. = 2.85$ ) 及身體意象不滿 ( $M = 51.57, S.D. = 15.96$ ) 皆顯著高於臉部無燒傷者（燒傷面積  $M = 43.23, S.D. = 18.31$ 、主觀疤痕嚴重度  $M = 9.13, S.D. = 2.25$ 、身體意象不滿  $M = 42.88, S.D. = 16.08$ )。

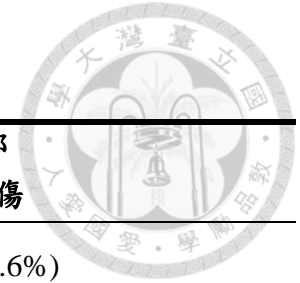


表 3-2 研究參與者基本資料與各量表得分描述統計 ( $n = 106$ )

	全樣本	女性	男性			臉部 無燒傷	臉部 有燒傷		
	$n(\%)$								
	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	$p$ 值		$M (SD)$	$M (SD)$	$p$ 值	
燒傷面積	50.50 (19.44)	51.77 (18.49)	48.48 (20.95)	.398		43.23 (18.31)	61.57 (15.64)	< .001***	
年齡 (年)	23.97 ( 4.10)	23.32 ( 3.64)	25.00 ( 4.59)	.039*		23.95 ( 4.08)	24.00 ( 4.17)	.954	
教育 (年)	14.75 ( 1.98)	14.42 ( 2.11)	15.29 ( 1.63)	.018*		14.80 ( 2.12)	14.69 ( 1.77)	.788	
憂鬱症狀 (T1)	7.82 ( 6.03)	8.14 ( 6.39)	7.32 ( 5.45)	.497		7.63 ( 5.92)	8.12 ( 6.25)	.682	
PTSD 症狀 (T1)	18.05 ( 13.7)	18.25 (13.55)	17.73 (14.24)	.852		18.08 (14.07)	18.00 (13.44)	.977	
主觀疤痕嚴重度	10.04 ( 2.74)	10.40 ( 2.91)	9.46 ( 2.35)	.086		9.13 ( 2.25)	11.43 ( 2.85)	< .001***	
知覺污名	52.34 ( 9.51)	53.08 ( 9.22)	51.17 ( 9.95)	.317		51.67 ( 9.75)	53.36 ( 9.16)	.375	
身體意象不滿	46.32 (16.52)	47.43 (14.95)	44.56 (18.80)	.386		42.88 (16.08)	51.57 (15.96)	.007**	
外觀重要度	11.85 ( 9.77)	13.57 ( 9.01)	9.05 (10.40)	.021*		10.97 (10.75)	13.22 ( 7.93)	.251	
憂鬱症狀 (T2)	5.70 ( 4.94)	6.23 ( 5.22)	4.85 ( 4.39)	.163		5.28 ( 5.22)	6.33 ( 4.47)	.285	
PTSD 症狀 (T2)	17.24 (13.68)	18.55 (13.96)	18.15 (13.11)	.213		17.67 (14.18)	16.57 (13.02)	.687	

註：T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



## 第二節 相關分析



依據 106 位研究參與者所填寫的量表總分進行相關分析，檢視控制變項（年齡、教育年數、燒傷面積、T1 的憂鬱及 PTSD 症狀）、預測變項（主觀疤痕嚴重度）、中介及調節變項（知覺污名、身體意象不滿、外觀重要度）及結果變項（T2 的憂鬱及 PTSD 症狀）的關聯方向及關聯強度，整理如表 3-3（p.56）所示。

預測變項主觀疤痕嚴重度和燒傷面積（ $r = .62$ ）、知覺污名（ $r = .40$ ）、身體意象不滿（ $r = .54$ ）皆有顯著中度正相關（ $ps < .001$ ），亦和控制變項 T1（事故後 24 個月）的 PTSD 症狀（ $r = .21$ ）與 T2 的憂鬱症狀（ $r = .22$ ）有顯著低度正相關（ $ps < .05$ ）。

中介變項知覺污名及身體意象不滿兩者間有顯著中度正相關（ $r = .52$ ， $p < .001$ ），且兩者皆和 T1（事故後 24 個月）的憂鬱及 PTSD 症狀（ $rs = .42 - .64$ ， $ps < .001$ ）有中度正相關，和控制變項燒傷面積有顯著低度正相關（ $rs = .25, .29$ ， $ps < .05$ ）。

調節變項外觀重要度和控制變項年齡（ $r = -.28$ ， $p < .01$ ）及教育年數（ $r = -.20$ ， $p < .05$ ）有顯著低度負相關，和 T1（事故後 24 個月）的憂鬱（ $r = .19$ ）及 PTSD 症狀（ $r = .22$ ）、身體意象不滿（ $r = .24$ ）則有顯著低度正相關（ $ps < .05$ ）。

結果變項 T2 的憂鬱症狀及 PTSD 症狀兩者間有顯著高度正相關（ $r = .76$ ， $p < .001$ ）；進一步檢視，T2 的憂鬱症狀和 T1 的憂鬱（ $r = .69$ ）與 PTSD 症狀（ $r = .66$ ）、知覺污名（ $r = .41$ ）、及身體意象不滿（ $r = .56$ ）皆有顯著中度正相關（ $ps < .001$ ），和控制變項燒傷面積亦有顯著低度正相關（ $r = .23$ ， $p < .05$ ）；另一方面，T2 的 PTSD 症狀和 T1 的憂鬱（ $r = .62$ ）與 PTSD 症狀（ $r = .77$ ）、知覺污名（ $r = .39$ ）、及身體意象不滿（ $r = .58$ ）皆有顯著中度正相關（ $ps < .001$ ），和控制變項教育年數則有顯著低度負相關（ $r = -.23$ ， $p < .05$ ）。

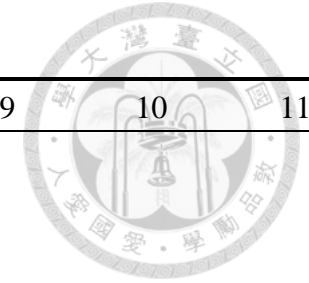


表 3-3 描述統計及相關矩陣 ( $n = 106$ )

變項	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 年齡 (T1)	—										
2. 教育年數 (T1)	.40 <sup>***</sup>	—									
3. TBSA	-.20 <sup>*</sup>	-.15	—								
4. 憂鬱症狀 (T1)	.11	-.01	.15	—							
5. PTSD 症狀 (T1)	.02	-.05	.13	.75 <sup>***</sup>	—						
6. 主觀疤痕嚴重度 (T1)	-.12	-.15	.62 <sup>***</sup>	.19	.21 <sup>*</sup>	—					
7. 知覺污名 (T1)	-.05	-.04	.25 <sup>*</sup>	.42 <sup>***</sup>	.43 <sup>***</sup>	.40 <sup>***</sup>	—				
8. 身體意象不滿 (T1)	-.07	-.17	.29 <sup>**</sup>	.52 <sup>***</sup>	.64 <sup>***</sup>	.54 <sup>***</sup>	.52 <sup>***</sup>	—			
9. 外觀重要度	-.28 <sup>**</sup>	-.20 <sup>*</sup>	.00	.19 <sup>*</sup>	.22 <sup>*</sup>	.14	.05	.24 <sup>*</sup>	—		
10. 憂鬱症狀 (T2)	.08	-.10	.23 <sup>*</sup>	.69 <sup>***</sup>	.66 <sup>***</sup>	.22 <sup>*</sup>	.41 <sup>***</sup>	.56 <sup>***</sup>	.10	—	
11. PTSD 症狀 (T2)	.01	-.23 <sup>*</sup>	.11	.62 <sup>***</sup>	.77 <sup>***</sup>	.12	.39 <sup>***</sup>	.58 <sup>***</sup>	.11	.76 <sup>***</sup>	—
平均數	23.97	14.75	50.50	7.82	18.05	10.04	52.34	46.32	11.85	5.70	17.24
標準差	4.10	1.98	19.44	6.03	13.76	2.74	9.51	16.52	9.77	4.94	13.68

註：T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### 第三節 序列中介分析



以 PROCESS (Model 6) 進行的序列中介模型分析結果，憂鬱症狀整理如表 3-4 (p.58)，創傷後壓力症狀整理如表 3-5 (p.59)，假設 1.1、1.2、1.3、1.4、2.1、2.2、2.3 及 2.4 的驗證結果摘要整理如表 3-6 上半部 (p.60)。

首先，以 T2 的憂鬱症狀為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度對 T2 的憂鬱症狀之直接效果不顯著 ( $B = -.311$ ，95%信賴區間為 $-.670$ — $-.049$ ， $p = .090$ )，假設 1.1 不成立。間接效果部分，T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的過知覺污名預測 T2 的憂鬱症狀的中介效果不顯著 ( $B = .050$ ，95%信賴區間為 $-.054$ — $.172$ )，假設 1.2 不成立。T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的身體意象不滿預測 T2 的憂鬱症狀，之中介效果顯著 ( $B = .238$ ，95%信賴區間為 $.074$ — $.462$ )，顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度影響 T1 的身體意象不滿，進而影響 T2 的憂鬱症狀，假設 1.3 成立。T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的知覺污名，再透過 T1 的身體意象不滿預測 T2 的憂鬱症狀之序列中介效果顯著 ( $B = .040$ ，95%信賴區間為 $.004$ — $.096$ )，假設 1.4 成立。整體而言，T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的知覺污名與身體意象不滿到 T2 的憂鬱症狀的關係為完全中介。

接著，以 T2 的 PTSD 症狀為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度對 T2 的 PTSD 症狀之直接效果顯著 ( $B = -1.175$ ，95%信賴區間為 $-2.049$ — $-.301$ ， $p = .009$ )，假設 2.1 成立。間接效果部分，T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的知覺污名預測 T2 的 PTSD 症狀之中介效果不顯著 ( $B = .122$ ，95%信賴區間為 $-.082$ — $.343$ )，假設 2.2 不成立。T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的身體意象不滿預測 T2 的 PTSD 症狀，之中介效果顯著 ( $B = .475$ ，95%信賴區間為 $.076$ — $.967$ )，顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度影響 T1 的身體意象不滿，進而影響 T2 的 PTSD 症狀，假設 2.3 成立。T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的知覺污名，再透過 T1 的身體意象不滿預測 T2 的 PTSD 症狀之序列中介效果不顯著 ( $B = .062$ ，95%信賴區間為 $-.005$ — $.190$ )，假設 2.4 不成立。整體而言，T1 的主觀疤痕嚴重度透過 T1 的知覺污名與身體意象不滿到 T2 的 PTSD 症狀之關係為部分中介。

表 3-4 憂鬱症狀的序列中介模型分析結果整理表 (PROCESS Model 6)

預測變項	B	Estimate (SE)	t	p	CI
知覺污名 ( $\Delta R^2 = .286, F = 8.006^{***}$ )					
常數	37.622	7.800	4.823	< .001 <sup>***</sup>	[22,146, 53.097]
年齡	-.161	.219	-.734	.465	[-.595, .274]
教育年數	.179	.446	.402	.689	[-.706, 1.064]
燒傷面積	-.015	.053	-.284	.777	[-.121, .091]
憂鬱症狀 (T1)	.572	.137	4.169	< .001 <sup>***</sup>	[.300, .845]
主觀疤痕嚴重度	1.217	.378	3.219	.002 <sup>**</sup>	[.467, 1.967]
身體意象不滿 ( $\Delta R^2 = .529, F = 18.568^{***}$ )					
常數	11.179	12.276	.911	.365	[-13.179, 35.536]
年齡	-.099	.311	-.317	.752	[-.716, .519]
教育年數	-.795	.633	-1.257	.212	[-2.050, .460]
燒傷面積	-.092	.076	-1.211	.229	[-.242, .059]
憂鬱症狀 (T1)	1.015	.211	4.812	< .001 <sup>***</sup>	[.596, 1.433]
主觀疤痕嚴重度	2.648	.563	4.703	< .001 <sup>***</sup>	[1.531, 3.765]
知覺污名	.370	.142	2.609	.010 <sup>**</sup>	[.089, .651]
憂鬱症狀 (T2) ( $\Delta R^2 = .558, F = 17.680^{***}$ )					
常數	-2.539	3.589	-.707	.481	[-9.662, 4.584]
年齡	.110	.091	1.218	.226	[-.069, .290]
教育年數	-.195	.186	-1.051	.296	[-.564, .173]
燒傷面積	.041	.022	1.858	.066	[-.003, .085]
憂鬱症狀 (T1)	.406	.068	5.954	< .001 <sup>***</sup>	[.271, .541]
主觀疤痕嚴重度	-.311	.181	-1.713	.090	[-.670, .049]
知覺污名	.041	.043	.971	.334	[-.043, .126]
身體意象不滿	.090	.029	3.067	.003 <sup>**</sup>	[.032, .148]
直接效果	B	Estimate (SE)	t	p	CI
	-.311	.181	-1.713	.090	[-.670, .049]
間接效果	間接效果量 (Effect)	拔靴標準誤 (BootSE)	拔靴 CI 下限 (BootLLCI)	拔靴 CI 上限 (BootULCI)	間接效果顯著與否
Scar→PSQ→PHQ	.050	.057	-.054	.172	不顯著
Scar→SWAP→PHQ	.238	.098	.074	.462	顯著
Scar→PSQ→SWAP→PHQ	.040	.024	.004	.096	顯著

註：n = 106。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。Boot = bootstrapping，拔靴法。SE = standard error，標準誤。CI = confidence interval，信賴區間。LL = lower limit，下限。UL = upper limit，上限。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。PHQ = Patient Health Questionnaire，病患健康量表，表個體憂鬱症狀嚴重程度。

\* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001.

表 3-5 PTSD 症狀的序列中介模型分析結果整理表 (PROCESS Model 6)

預測變項	B	Estimate (SE)	t	p	CI
知覺污名 ( $\Delta R^2 = .287, F = 8.032^{***}$ )					
常數	35.504	7.808	4.547	< .001 <sup>***</sup>	[20.014, 50.994]
年齡	-.082	.217	-.380	.705	[-.513, .348]
教育年數	.193	.446	.434	.665	[-.691, 1.078]
燒傷面積	-.001	.053	-.020	.984	[-.107, .105]
PTSD 症狀 (T1)	.250	.060	4.182	< .001 <sup>***</sup>	[.131, .369]
主觀疤痕嚴重度	1.145	.380	3.012	.003 <sup>**</sup>	[.391, 1.900]
身體意象不滿 ( $\Delta R^2 = .610, F = 25.789^{***}$ )					
常數	9.567	11.077	.864	.390	[-12.411, 31.545]
年齡	.008	.280	.029	.977	[-.548, .564]
教育年數	-.716	.576	-1.242	.217	[-1.859, .428]
燒傷面積	-.067	.069	-.978	.331	[-.204, .069]
PTSD 症狀 (T1)	.582	.084	6.950	< .001 <sup>***</sup>	[.416, .748]
主觀疤痕嚴重度	2.496	.513	4.866	< .001 <sup>***</sup>	[1.478, 3.513]
知覺污名	.286	.129	2.214	.029 <sup>**</sup>	[.030, .542]
PTSD 症狀 (T2) ( $\Delta R^2 = .665, F = 27.769^{***}$ )					
常數	15.487	8.575	1.806	.074	[-1.530, 32.505]
年齡	.309	.216	1.431	.156	[-.120, .739]
教育年數	-1.490	.448	-3.326	.001 <sup>**</sup>	[-2.379, -.601]
燒傷面積	.053	.053	.996	.322	[-.053, .159]
PTSD 症狀 (T1)	.611	.079	7.760	< .001 <sup>***</sup>	[.455, .767]
主觀疤痕嚴重度	-1.175	.440	-2.668	.009 <sup>**</sup>	[-2.049, -.301]
知覺污名	.107	.102	1.045	.299	[-.096, .309]
身體意象不滿	.190	.078	2.456	.016 <sup>**</sup>	[.037, .344]
直接效果	B	Estimate (SE)	t	p	CI
	-1.175	.440	-2.668	.009 <sup>**</sup>	[-2.049, -.301]
間接效果	間接效果量 (Effect)	拔靴標準誤 (BootSE)	拔靴 CI 下限 (BootLLCI)	拔靴 CI 上限 (BootULCI)	間接效果顯著與否
Scar→PSQ→PDS	.122	.106	-.082	.343	不顯著
Scar→SWAP→PDS	.475	.225	.076	.967	顯著
Scar→PSQ→SWAP→PDS	.062	.051	-.005	.190	不顯著

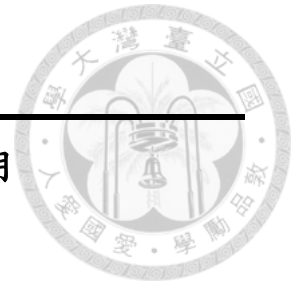
註：n = 106。PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。Boot = bootstrapping，拔靴法。SE = standard error，標準誤。CI = confidence interval，信賴區間。LL = lower limit，下限。UL = upper limit，上限。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。PDS = PTSD Scale-Self Report for DSM-5，PTSD 症狀量表-DSM-5，表個體 PTSD 症狀嚴重程度。

\* p < .05. \*\* p < .01. \*\*\* p < .001.

表 3-6 假設驗證結果摘要表

假設內容	結果
<b>一、探討知覺污名及身體意象不滿對憂鬱症狀的序列中介效果</b>	
<b>假設 1.1：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可正向預測一年後憂鬱症狀 (T2)。	不成立 (完全中介)
<b>假設 1.2：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 具有中介效果。	不成立
<b>假設 1.3：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即身體意象不滿 (T1) 具有中介效果。	成立
<b>假設 1.4：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1)，再透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 與身體意象不滿 (T1) 具有序列中介效果。	成立
<b>二、探討知覺污名及身體意象不滿對創傷後壓力症狀的序列中介效果</b>	
<b>假設 2.1：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可正向預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)。	成立 (部分中介)
<b>假設 2.2：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 具有中介效果。	不成立
<b>假設 2.3：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即身體意象不滿 (T1) 具有中介效果。	成立
<b>假設 2.4：</b> 主觀疤痕嚴重度 (T1) 可透過知覺污名 (T1)，再透過身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2)，即知覺污名 (T1) 與身體意象不滿 (T1) 具有序列中介效果。	不成立

表 3-6 假設驗證結果摘要表 (續)



---

**三、探討性別、臉部是否燒傷及外觀重要度的調節作用  
(結果變項為憂鬱症狀)**

**假設 3.1 :**

「性別」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

不成立

**假設 3.2 :**

「脸部是否燒傷」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

成立

**假設 3.3 :**

「外觀重要度」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後憂鬱症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

成立

---

**四、探討性別、脸部是否燒傷及外觀重要度的調節作用  
(結果變項為創傷後壓力症狀)**

**假設 4.1 :**

「性別」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

不成立

**假設 4.2 :**

「脸部是否燒傷」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

成立

**假設 4.3 :**

「外觀重要度」在主觀疤痕嚴重度 (T1) 透過知覺污名 (T1) 及身體意象不滿 (T1) 預測一年後創傷後壓力症狀 (T2) 的序列中介間接效果上, 具有調節式中介作用。

成立

#### 第四節 調節式中介分析



本研究以階層迴歸分析進行的調節式中介分析，檢視 T1 的主觀疤痕嚴重度經由 T1 的知覺污名及身體意象不滿對 T2 憂鬱/PTSD 症狀的序列中介效果中，性別、臉部是否燒傷、外觀重要度等三變項是否具調節效果。因此，步驟一以 T1 的知覺污名為結果變項，依序於第一層置入控制變項（年齡、教育年數、燒傷面積、T1 的憂鬱/PTSD 症狀），第二層置入預測變項（主觀疤痕嚴重度），第三層置入調節變項（性別/臉部是否燒傷/外觀重要度）及交互作用項（主觀疤痕嚴重度 x 性別/臉部是否燒傷/外觀重要度）；步驟二以 T1 的身體意象不滿為結果變項，依序於第一層置入控制變項（年齡、教育年數、燒傷面積、T1 的憂鬱/PTSD 症狀），第二層置入預測變項（主觀疤痕嚴重度），第三層置入調節變項（性別/脸部是否燒傷/外觀重要度）及交互作用項（主觀疤痕嚴重度 x 性別/脸部是否燒傷/外觀重要度）；步驟三以 T2 的憂鬱/PTSD 症狀為結果變項，依序於第一層置入控制變項（年齡、教育年數、燒傷面積、T1 的憂鬱/PTSD 症狀），第二層置入預測變項（主觀疤痕嚴重度），第三層置入中介變項（知覺污名、身體意象不滿），第四層置入調節變項（性別/脸部是否燒傷/外觀重要度）及交互作用項（主觀疤痕嚴重度 x 性別/脸部是否燒傷/外觀重要度、知覺污名 x 性別/脸部是否燒傷/外觀重要度、身體意象不滿 x 性別/脸部是否燒傷/外觀重要度）。

調節式中介分析結果整理成表格後，再依研究架構中各線段的標準化迴歸係數及調節效果繪出研究結果圖示，假設 3.1、3.2、3.3、4.1、4.2 及 4.3 的驗證結果摘要整理如表 3-13 (p.74)。

性別、脸部是否燒傷、外觀重要度對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名、身體意象不滿到憂鬱症狀的調節效果分別整理如圖 3-1 (表 3-7)、圖 3-2 (表 3-8) 及圖 3-3 (表 3-9)；性別、脸部是否燒傷、外觀重要度對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名、身體意象不滿到創傷後壓力症狀的調節效果分別整理如表圖 3-4 (3-10)、圖 3-5 (表 3-11) 及圖 3-6 (表 3-12)。





## 壹、 憂鬱症狀

憂鬱症狀部分，首先以「性別」作為調節變項（分析結果如圖 3-1、表 3-7）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名 ( $\beta = .361^{**}$ ,  $p = .004$ )，但性別並未調節兩者關係 ( $\beta = -.025$ ,  $p = .813$ )。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .356$ ,  $p = .001$ )，但 T1 的知覺污名無法顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .195$ ,  $p = .067$ )，且性別皆無調節效果 ( $\beta = .169$ 、 $.034$ ,  $ps = .068$ 、 $.741$ )。

若以 T2 的憂鬱症狀為依變項，結果顯示 T1 的身體意象不滿可顯著預測 T2 的憂鬱症狀 ( $\beta = .341$ ,  $p = .009$ )，但 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = -.199$ ,  $p = .073$ )、知覺污名 ( $\beta = .082$ ,  $p = .458$ ) 則無法顯著預測 T2 的憂鬱症狀，且性別皆無調節效果 ( $\beta = -.051$ 、 $.029$ 、 $-.008$ ,  $ps = .705$ 、 $.794$ 、 $.941$ )。

整體結果顯示性別並無調節效果。

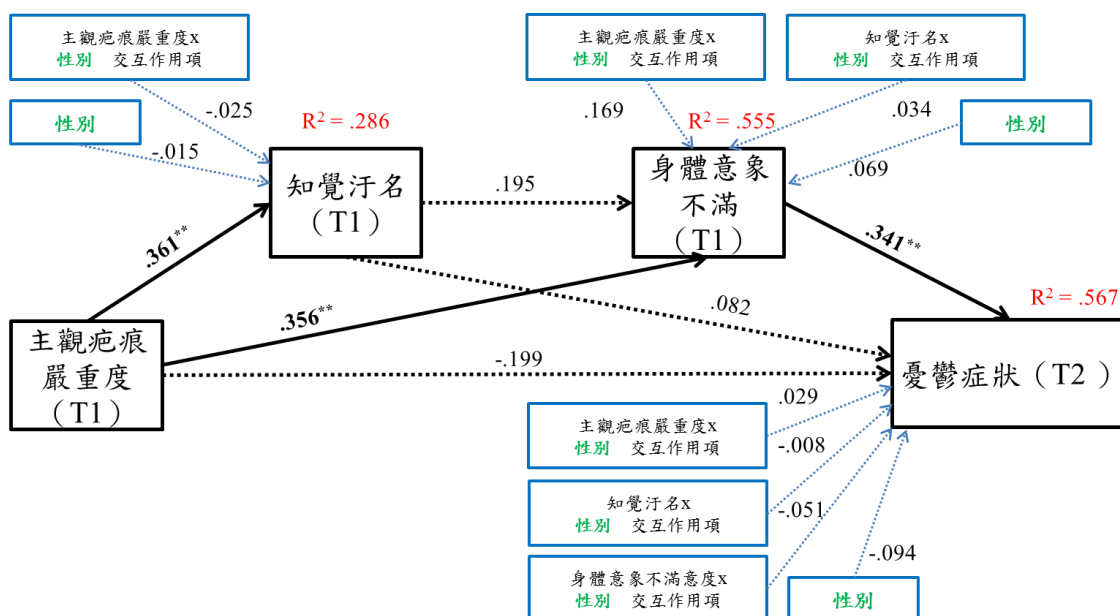


圖 3-1：階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-7 階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：憂鬱症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.063	-.069	-.067	年齡	-.031	-.039	-.024	-.029	年齡	.074	.074	.092	.101
教育年數	.012	.037	.039	教育年數	-.124	-.087	-.095	-.108	教育年數	-.102	-.101	-.078	-.057
TBSA	.178	-.031	-.031	TBSA	.192*	-.115	-.108	-.099	TBSA	.132	.126	.163	.164
PHQ (T1)	.396***	.363***	.367***	PHQ (T1)	.496***	.447***	.370***	.338***	PHQ (T1)	.660***	.659***	.496***	.483***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.350**	.361**	Scar		.513***	.439**	.356**	Scar		.010	-.172	-.199
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
性別			-.015	知覺污名			.213**	.195	知覺污名			.080	.082
Scar x 性別			-.025	<b>調節變項</b>					身體意象不滿			.300**	.341**
( $\Delta R^2$ )		(.074)	(.000)	性別				.069	<b>調節變項</b>				
整體 R <sup>2</sup>	.212	.286	.286	Scar x 性別				.169	性別				-.094
調整 R <sup>2</sup>	.181	.250	.235	PSQ x 性別				.034	Scar x 性別				.029
F 值	6.787***	8.006***	5.620***	( $\Delta R^2$ )		(.159)	(.032)	(.026)	PSQ x 性別				-.008
自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	整體 R <sup>2</sup>	.338	.497	.529	.555	SWAP x 性別				-.051
				調整 R <sup>2</sup>	.312	.472	.501	.513	( $\Delta R^2$ )		(.000)	(.057)	(.009)
				F 值	12.910***	19.773***	18.568***	13.277***	整體 R <sup>2</sup>	.501	.501	.558	.567
				自由度	(4, 101)	(5, 100)	(6, 99)	(9, 96)	調整 R <sup>2</sup>	.481	.476	.527	.517
									F 值	25.338***	20.074***	17.680***	11.203***
									自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	(11, 94)

註：T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PHQ = Patient Health Questionnaire，病患健康量表，表個體憂鬱症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

其次以「臉部燒傷與否」作為調節變項（分析結果如圖 3-2、表 3-8）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名 ( $\beta = .601, p < .001$ )，且臉部燒傷與否可顯著調節兩者關係 ( $\beta = -.296, p = .023$ )。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .607, p < .001$ )，但臉部燒傷與否並未調節兩者關係 ( $\beta = -.216, p = .060$ )。另外，T1 的知覺污名無法顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .023, p = .829$ )，但臉部燒傷與否可顯著調節兩者關係 ( $\beta = .257, p = .006$ )。

若以 T2 的憂鬱症狀為依變項，結果顯示 T1 的身體意象不滿可顯著預測 T2 的憂鬱症狀 ( $\beta = .391, p = .002$ )，但 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = -.240, p = .129$ )、知覺污名 ( $\beta = .065, p = .545$ ) 則無法顯著預測 T2 的憂鬱症狀，且臉部燒傷與否皆無調節效果 ( $\beta = -.166, .087, .075, ps = .182, .498, .499$ )。

整體結果顯示，臉部燒傷與否可調節「主觀疤痕嚴重度影響知覺污名」及「知覺污名影響身體意象不滿」的關係。

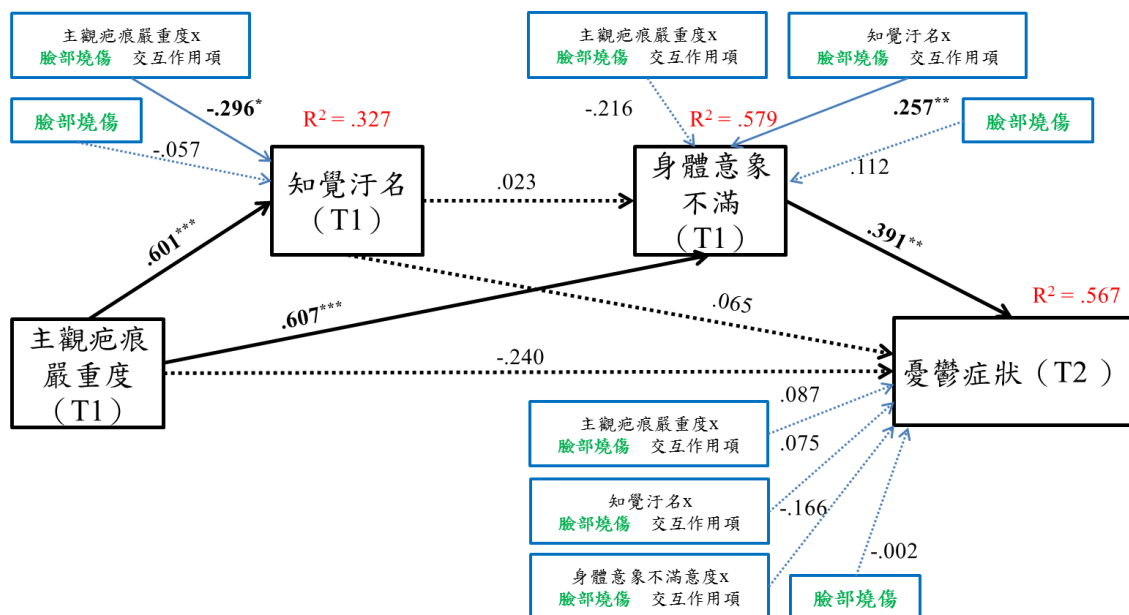


圖 3-2：階層迴歸分析結果—「臉部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-8 階層迴歸分析結果—「臉部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：憂鬱症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.063	-.069	-.048	年齡	-.031	-.039	-.024	-.044	年齡	.074	.074	.092	.109
教育年數	.012	.037	.049	教育年數	-.124	-.087	-.095	-.111	教育年數	-.102	-.101	-.078	-.083
TBSA	.178	-.031	-.023	TBSA	.192*	-.115	-.108	-.149	TBSA	.132	.126	.163	.174
PHQ (T1)	.396***	.363***	.340***	PHQ (T1)	.496***	.447***	.370***	.367***	PHQ (T1)	.660***	.659***	.496***	.496***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.350**	.601***	Scar		.513***	.439***	.607***	Scar		.010	-.172	-.240
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
脸部燒傷			-.057	知覺污名			.213**	.023	知覺污名			.080	.065
Scar x 脸部燒傷			-.296*	調節變項				.112	身體意象不滿			.300**	.391**
( $\Delta R^2$ )		(.074)	(.041)	脸部燒傷				-.216	調節變項				-.002
整體 R <sup>2</sup>	.212	.286	.327	Scar x 脸部燒傷				.257**	脸部燒傷				.087
調整 R <sup>2</sup>	.181	.250	.279	PSQ x 脸部燒傷				(.159)	Scar x 脸部燒傷				.075
F 值	6.787***	8.006***	6.793***	( $\Delta R^2$ )				(.032)	PSQ x 脸部燒傷				-.166
自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	整體 R <sup>2</sup>	.338	.497	.529	.579	SWAP x 脸部燒傷				(.009)
				調整 R <sup>2</sup>	.312	.472	.501	.539	( $\Delta R^2$ )		(.000)	(.057)	(.009)
				F 值	12.910***	19.773***	18.568***	14.650***	整體 R <sup>2</sup>	.501	.501	.558	.567
				自由度	(4, 101)	(5, 100)	(6, 99)	(9, 96)	調整 R <sup>2</sup>	.481	.476	.527	.516
									F 值	25.338***	20.074***	17.680***	11.177***
									自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	(11, 94)

註：T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PHQ = Patient Health Questionnaire，病患健康量表，表個體憂鬱症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

最後以「外觀重要度」作為調節變項（分析結果如圖 3-3、表 3-9）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名 ( $\beta = .365, p = .001$ )，但外觀重要度並未調節兩者關係 ( $\beta = -.128, p = .177$ )。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = .431, p < .001$ )、知覺污名 ( $\beta = .200, p = .018$ ) 皆可顯著預測 T1 的身體意象不滿，但外觀重要度皆無調節效果 ( $\beta = -.081, .019, ps = .324, .802$ )。

若以 T2 的憂鬱症狀為依變項，結果顯示 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .329, p = .001$ ) 可顯著預測 T2 的憂鬱症狀，但 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = -.191, p = .067$ )、知覺污名 ( $\beta = .105, p = .206$ ) 則無法顯著預測 T2 的憂鬱症狀。另外，外觀重要度僅調節「知覺污名影響 T2 的憂鬱症狀」的關係 ( $\beta = .178, p = .019$ )，對其他則無調節效果 ( $\beta = .091, -.158, ps = .335, .093$ )。

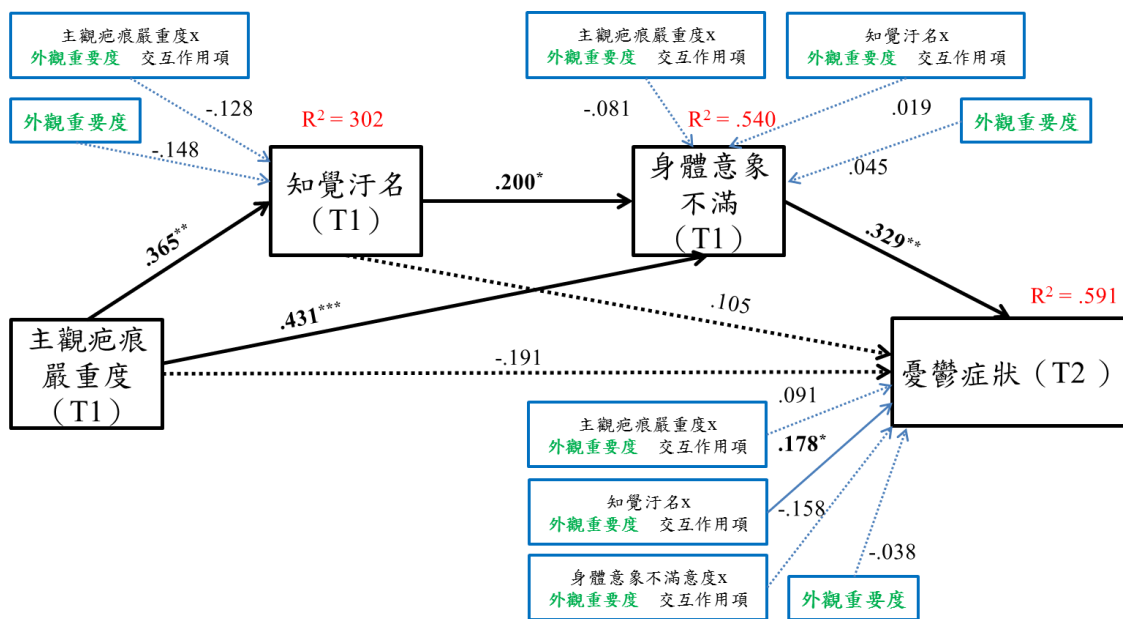


圖 3-3：階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-9 階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響憂鬱症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：憂鬱症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.070	-.074	-.097	年齡	-.046	-.053	-.038	-.014	年齡	.073	.073	.095	.086
教育年數	.008	.034	.027	教育年數	-.138	-.100	-.107	-.099	教育年數	-.103	-.103	-.075	-.086
TBSA	.170	-.034	-.069	TBSA	.176*	-.126	-.119	-.113	TBSA	.129	.125	.166	.175*
PHQ (T1)	.396***	.364***	.377***	PHQ (T1)	.503***	.456***	.383***	.360***	PHQ (T1)	.660***	.659***	.490***	.476***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.344**	.365**	Scar		.508***	.439***	.431***	Scar		.008	-.175	-.191
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
外觀重要度			-.148	知覺污名		*	.201*	.200*	知覺污名			.080	.105
Scar x 重要度			-.128	調節變項					身體意象不滿			.306**	.329***
( $\Delta R^2$ )		(.072)	(.022)	外觀重要度				.045	調節變項				
整體 R <sup>2</sup>	.208	.280	.302	Scar x 重要度				-.081	外觀重要度				-.038
調整 R <sup>2</sup>	.177	.244	.251	PSQ x 重要度				.019	Scar x 重要度				.091
F 值	6.583***	7.716***	5.988***	( $\Delta R^2$ )		(.157)	(.029)	(.010)	PSQ x 重要度				.178*
自由度	(4, 100)	(5, 99)	(7, 97)	整體 R <sup>2</sup>	.344	.501	.530	.540	SWAP x 重要度				-.158
				調整 R <sup>2</sup>	.318	.476	.501	.496	( $\Delta R^2$ )		(.000)	(.058)	(.033)
				F 值	13.122***	19.883***	18.424***	12.372***	整體 R <sup>2</sup>	.499	.499	.558	.591
				自由度	(4, 100)	(5, 99)	(6, 98)	(9, 95)	調整 R <sup>2</sup>	.479	.474	.526	.542
									F 值	24.918***	19.738***	17.474***	12.199***
									自由度	(4, 100)	(5, 99)	(7, 97)	(11, 93)

註：T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PHQ = Patient Health Questionnaire，病患健康量表，表個體憂鬱症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。  
 \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



## 貳、 PTSD 症狀

PTSD 症狀部分，首先以「性別」作為調節變項（分析結果如圖 3-4、表 3-10）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名（ $\beta = .358$ ， $p = .004$ ），但性別並未調節兩者關係（ $\beta = -.074$ ， $p = .496$ ）。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的身體意象不滿（ $\beta = .371$ ， $p < .001$ ），但 T1 的知覺污名無法顯著預測 T1 的身體意象不滿（ $\beta = .147$ ， $p = .136$ ），且性別皆無調節效果（ $\beta = .086$ 、 $.039$ ， $ps = .326$ 、 $.681$ ）。

若以 T2 的 PTSD 症狀為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T2 的 PTSD 症狀（ $\beta = -.194$ ， $p = .045$ ），但 T1 的知覺污名（ $\beta = .020$ ， $p = .832$ ）、身體意象不滿（ $\beta = .202$ ， $p = .080$ ）皆無法顯著預測 T2 的 PTSD 症狀，且性別亦皆無調節效果（ $\beta = -.156$ 、 $.060$ 、 $.077$ ， $ps = .104$ 、 $.515$ 、 $.504$ ）。

整體結果顯示性別並無調節效果。

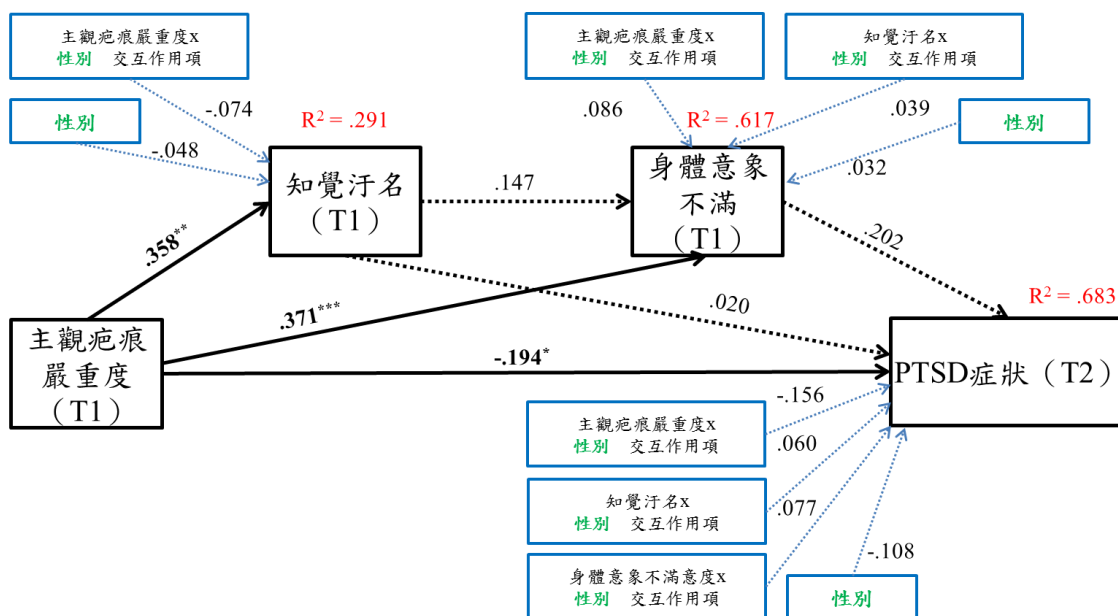


圖 3-4：階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-10 階層迴歸分析結果—「性別」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：PTSD 症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.028	-.035	-.029	年齡	.007	-.004	.002	.001	年齡	.087	.089	.093	.118
教育年數	.018	.040	.047	教育年數	-.111	-.079	-.086	-.095	教育年數	-.224**	-.231**	-.216**	-.215**
TBSA	.195*	-.002	-.001	TBSA	.200**	-.079	-.079	-.072	TBSA	-.005	.057	.075	.099
PDS (T1)	.404***	.362***	.383***	PDS (T1)	.604***	.544***	.484***	.456***	PDS (T1)	.753***	.767***	.615***	.645***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.330**	.358**	Scar		.468***	.413***	.371***	Scar		-.103	-.235**	-.194*
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
性別			-.048	知覺污名			.165*	.147	知覺污名			.074	.020
Scar x 性別			-.074	調節變項					身體意象不滿			.230*	.202
( $\Delta R^2$ )		(.065)	(.004)	性別				.032	調節變項				
整體 R <sup>2</sup>	.222	.287	.291	Scar x 性別				.086	性別				-.108
調整 R <sup>2</sup>	.191	.251	.241	PSQ x 性別				.039	Scar x 性別				-.156
F 值	7.196***	8.032***	5.759***	( $\Delta R^2$ )		(.130)	(.019)	(.007)	PSQ x 性別				.060
自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	整體 R <sup>2</sup>	.460	.591	.610	.617	SWAP x 性別				.077
				調整 R <sup>2</sup>	.439	.570	.586	.581	( $\Delta R^2$ )		(.006)	(.030)	(.018)
				F 值	21.530***	28.841***	25.789***	17.202***	整體 R <sup>2</sup>	.629	.635	.665	.683
				自由度	(4,101)	(5, 100)	(6, 99)	(9, 96)	調整 R <sup>2</sup>	.614	.617	.641	.646
									F 值	42.796***	34.834***	27.769***	18.433***
									自由度	(4,101)	(5, 100)	(7, 98)	(11, 94)

註：PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PDS = PTSD Scale-Self Report for DSM-5，PTSD 症狀量表-DSM5，表個體 PTSD 症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



其次以「臉部燒傷與否」作為調節變項（分析結果如圖 3-5、表 3-11）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名 ( $\beta = .549, p = .001$ )，但臉部燒傷與否並未調節兩者關係 ( $\beta = -.253, p = .057$ )。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .506, p < .001$ )，但臉部燒傷與否並未調節兩者關係 ( $\beta = -.136, p = .194$ )。另外，T1 的知覺污名無法顯著預測 T1 的身體意象不滿 ( $\beta = .004, p = .966$ )，但臉部燒傷與否可顯著調節兩者關係 ( $\beta = .236, p = .006$ )。

若以 T2 的 PTSD 症狀為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = -.399, p = .004$ )、身體意象不滿 ( $\beta = .341, p = .004$ ) 皆可顯著預測 T2 的 PTSD 症狀，但 T1 的知覺污名則無法顯著預測 T2 的 PTSD 症狀 ( $\beta = .143, p = .119$ )，且臉部燒傷與否皆無調節效果 ( $\beta = .181, -.098, -.069, ps = .105, .356, .470$ )。

整體結果顯示臉部燒傷與否調節「知覺污名影響身體意象不滿」的關係。

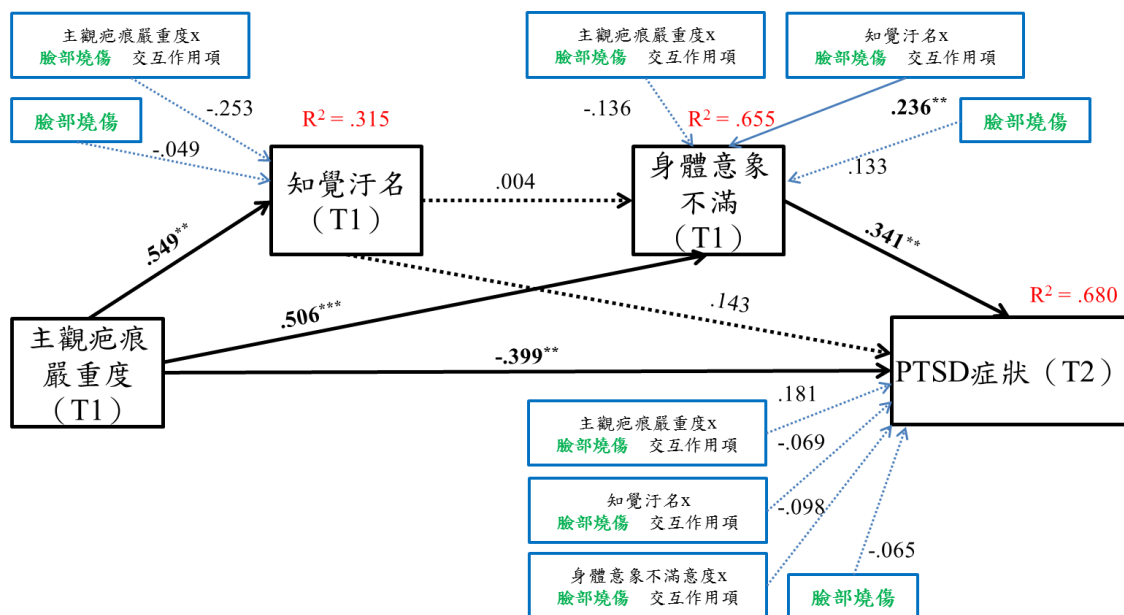


圖 3-5：階層迴歸分析結果—「脸部烧伤與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-11 階層迴歸分析結果—「臉部燒傷與否」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：PTSD 症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.028	-.035	-.018	年齡	.007	-.004	.002	-.021	年齡	.087	.089	.093	.112
教育年數	.018	.040	.050	教育年數	-.111	-.079	-.086	-.104	教育年數	-.224**	-.231**	-.216**	-.207**
TBSA	.195*	-.002	.003	TBSA	.200**	-.079	-.079	-.125	TBSA	-.005	.057	.075	.111
PDS (T1)	.404***	.362***	.325***	PDS (T1)	.604***	.544***	.484***	.482***	PDS (T1)	.753***	.767***	.615***	.592***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.330**	.549***	Scar		.468***	.413***	.506***	Scar		-.103	-.235**	-.399**
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
脸部燒傷			-.049	知覺污名			.165*	.004	知覺污名			.074	.143
Scar x 脸部燒傷			-.253	調節變項					身體意象不滿			.230*	.341**
( $\Delta R^2$ )		(.065)	(.028)	脸部燒傷				.133	調節變項				
整體 R <sup>2</sup>	.222	.287	.315	Scar x 脸部燒傷				-.136	脸部燒傷				-.065
調整 R <sup>2</sup>	.191	.251	.266	PSQ x 脸部燒傷				.236**	Scar x 脸部燒傷				.181
F 值	7.196***	8.032***	6.449***	( $\Delta R^2$ )		(.130)	(.019)	(.045)	PSQ x 脸部燒傷				-.069
自由度	(4, 101)	(5, 100)	(7, 98)	整體 R <sup>2</sup>	.460	.591	.610	.655	SWAP x 脸部燒傷				-.098
				調整 R <sup>2</sup>	.439	.570	.586	.623	( $\Delta R^2$ )		(.006)	(.030)	(.015)
				F 值	21.530***	28.841***	25.789***	20.242***	整體 R <sup>2</sup>	.629	.635	.665	.680
				自由度	(4,101)	(5, 100)	(6, 99)	(9, 96)	調整 R <sup>2</sup>	.614	.617	.641	.642
									F 值	42.796***	34.834***	27.769***	18.149***
									自由度	(4,101)	(5, 100)	(7, 98)	(11, 94)

註：PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PDS = PTSD Scale-Self Report for DSM-5，PTSD 症狀量表-DSM5，表個體 PTSD 症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

最後以「外觀重要度」作為調節變項（分析結果如圖 3-6、表 3-12）。若以 T1 的知覺污名為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度可顯著預測 T1 的知覺污名 ( $\beta = .345, p = .002$ )，但外觀重要度並未調節兩者關係 ( $\beta = -.124, p = .193$ )。

若以 T1 的身體意象不滿為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = .411, p < .001$ )、知覺污名 ( $\beta = .154, p = .046$ ) 皆可顯著預測 T1 的身體意象不滿，但外觀重要度皆無調節效果 ( $\beta = -.072, .014, ps = .335, .838$ )。

若以 T2 的 PTSD 症狀為依變項，結果顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度 ( $\beta = -.276, p = .002$ )、身體意象不滿 ( $\beta = .257, p = .006$ ) 皆可顯著預測 T2 的 PTSD 症狀，且外觀重要度皆有顯著調節效果 ( $\beta = .217, -.197, ps = .008, .016$ )，然而 T1 的知覺污名則無法顯著預測 T2 的 PTSD 症狀 ( $\beta = .087, p = .215$ )，外觀重要度亦未調節兩者關係 ( $\beta = .060, p = .351$ )。

整體結果顯示外觀重要度可調節「主觀疤痕嚴重度影響知覺污名」及「身體意象不滿影響 PTSD 症狀」的關係。

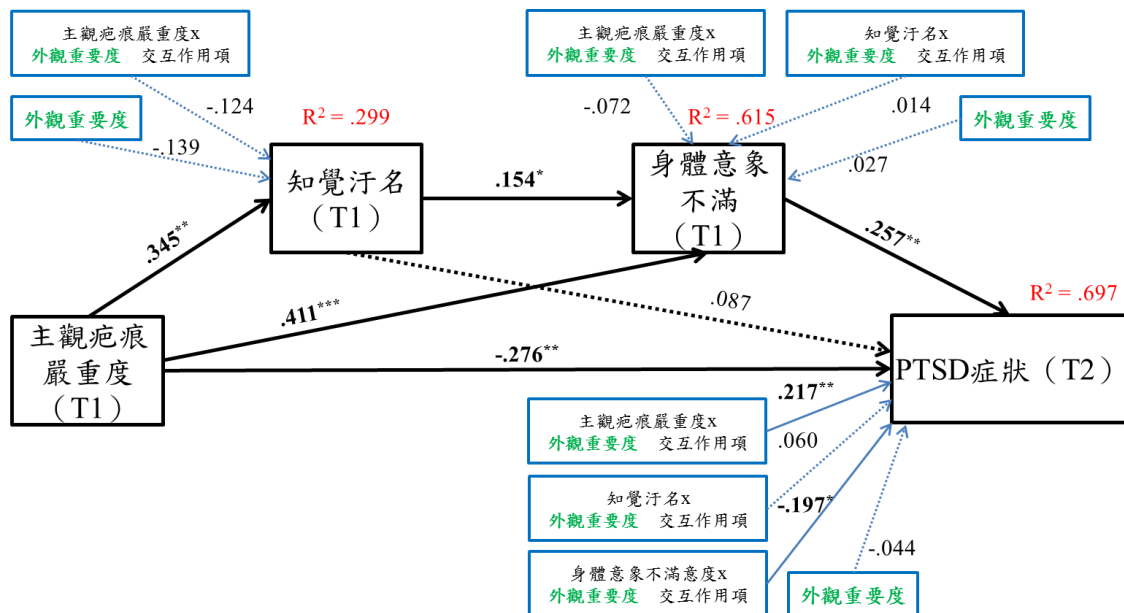


圖 3-6：階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀的調節效果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $\beta$  值。  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

表 3-12 階層迴歸分析結果—「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度經由知覺污名及身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節效果

結果變項：知覺污名				結果變項：身體意象不滿					結果變項：PTSD 症狀 (T2)				
變項	模式一	模式二	模式三	變項	模式一	模式二	模式三	模式四	變項	模式一	模式二	模式三	模式四
<b>控制變項</b>				<b>控制變項</b>					<b>控制變項</b>				
年齡	-.033	-.039	-.059	年齡	-.005	-.015	-.008	.007	年齡	.084	.087	.093	.080
教育年數	.014	.037	.031	教育年數	-.124	-.090	-.096	-.091	教育年數	-.226**	-.234**	-.216**	-.229**
TBSA	.189*	-.005	-.037	TBSA	.188*	-.089	-.088	-.087	TBSA	-.008	.055	.075	.095
PDS (T1)	.400***	.360***	.369***	PDS (T1)	.606***	.547***	.491***	.475***	PDS (T1)	.751***	.764***	.615***	.633***
<b>預測變項</b>				<b>預測變項</b>					<b>預測變項</b>				
Scar		.326**	.345**	Scar		.466***	.415***	.411***	Scar		-.106	-.235**	-.276**
<b>調節變項</b>				<b>中介變項</b>					<b>中介變項</b>				
外觀重要度			-.139	知覺污名			.157*	.154	知覺污名			.074	.087
Scar x 重要度			-.124	調節變項					身體意象不滿			.224*	.257***
( $\Delta R^2$ )		(.064)	(.020)	外觀重要度				.027	調節變項				
整體 R <sup>2</sup>	.216	.279	.299	Scar x 重要度				-.072	外觀重要度				-.044
調整 R <sup>2</sup>	.184	.243	.248	PSQ x 重要度				.014	Scar x 重要度				.217
F 值	6.869***	7.668***	5.900***	( $\Delta R^2$ )		(.130)	(.018)	(.006)	PSQ x 重要度				.060
自由度	(4, 100)	(5, 99)	(7, 97)	整體 R <sup>2</sup>	.461	.591	.609	.615	SWAP x 重要度				-.197
				調整 R <sup>2</sup>	.440	.571	.585	.579	( $\Delta R^2$ )		(.007)	(.028)	(.035)
				F 值	21.404***	28.652***	25.443***	16.884***	整體 R <sup>2</sup>	.627	.634	.662	.697
				自由度	(4, 100)	(5, 99)	(6, 98)	(9, 95)	調整 R <sup>2</sup>	.612	.615	.638	.662
									F 值	42.037***	34.276***	27.140***	19.478***
									自由度	(4, 100)	(5, 99)	(7, 97)	(11, 93)

註：PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。PDS = PTSD Scale-Self Report for DSM-5，PTSD 症狀量表-DSM5，表個體 PTSD 症狀嚴重程度。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



## 第四章 綜合討論



過去較少有學者直接針對身體意象的認知行為模型理論，提出燒傷到發展出心理症狀的可能路徑，亦較少有研究以知覺污名程度作為中介變項，檢視其對身體意象不滿及心理症狀的影響。有鑑於此，本研究採前瞻式設計，以 Cash 的身體意象認知行為觀點為基礎，納入與燒傷倖存者心理適應相關研究所關注的重要變項以形成研究架構，試圖檢驗在控制年齡、教育年數、TBSA 及 T1 的憂鬱或 PTSD 症狀後，知覺污名及身體意象不滿是否具有序列中介效果，同時檢視性別、臉部是否燒傷及外觀重要度否調節上述變項間的關係。以下延續文獻回顧、研究目的的脈絡，針對研究結果進行討論，主要分成四節來討論：(一) 知覺污名及身體意象不滿對預測憂鬱／PTSD 症狀的中介及序列中介效果；(二) 性別、臉部燒傷及外觀重要度的調節中介效果；(三) 對於燒傷後身體意象不滿的反思；以及 (四) 對於燒傷後知覺污名的反思。

### 第一節 知覺污名與身體意象不滿的中介及序列中介角色

#### 壹、身體意象不滿的中介效果

##### 一、身體意象不滿量表得分情形

本研究樣本在外觀滿意量表(SWAP)總分平均為 46.32，平均每題得分為 4.08 (因計算總分時將每題總分皆減 1 以定錨在 0 分，故還原每題得分時需再加回 1；量表評分每題 1 - 7 分)。Thombs 等人 (2008) 同樣以 SWAP 為工具，發現 79 位燒傷患者之身體意象不滿得分在住院時為  $27.8 \pm 15.5$ 、傷後六個月為  $30.0 \pm 19.1$ 、傷後一年為  $27.4 \pm 17.2$ 。因該研究採 14 題版本，經計算後平均每題得分為 2.99、3.14 及 2.96。兩者相比，本研究參與者的身體意象不滿程度較高，推測可能因平均燒傷面積 (本研究為 50.5%，遠大於該研究 16%) 及臉部燒傷比例 (本研究為 39.6%，大於該研究 35%) 不同，以及本研究的測量在事件後二年，亦多於該研究的測量時間，故而導致此差異。

相關分析部分，本研究結果顯示身體意象不滿與 T1 及 T2 的憂鬱症狀 ( $r_s = .52$ 、 $.56$ ) 與 PTSD 症狀 ( $r_s = .64$ 、 $.58$ ) 皆具有顯著中度相關 ( $p_s < .001$ )。張雪吟 (2003) 指出身體心像和憂鬱 ( $r = .48$ ) 呈正相關，許國正等人 (2017) 指出身體心像分向度得分與 PTSD 症狀呈顯著高度負相關 ( $r = .70$ )；本研究發現與過去國內研究結果相符，顯示負向身體意象確實與憂鬱及 PTSD 有顯著相關。

## 二、 身體意象不滿預測憂鬱及 PTSD 症狀的中介效果

對照表 3-4 (P.58) 及表 3-5 (P.59)，研究結果顯示在控制 T1 的憂鬱或 PTSD 症狀情況下，主觀疤痕嚴重度經由身體意象不滿預測憂鬱 (區間下限  $.074$ ，區間上限  $.462$ ) 及 PTSD (區間下限  $.076$ ，區間上限  $.967$ ) 症狀的中介效果皆達顯著，此點與研究假設相符。與過去研究對照，Fauerbach 等人 (2000) 發現身體意象不滿可以顯著預測傷後兩個月心理及生理適應；Al Ghriwati 等人發現身體意象不滿可預測憂鬱症狀，且傷後六個月的身體意象不滿中介性別、燒傷面積與傷後五年憂鬱間的關係；Thombs 等人 (2007) 亦發現身體意象不滿中介燒傷相關變項與憂鬱間的關係。另一方面，在身體意象不滿與 PTSD 症狀的關係上，過去研究雖指出與疤痕或外觀的擔憂可顯著預測 PTSD (Shepherd, 2015)，但較少直接驗證身體意象不滿與 PTSD 症狀之關聯。本研究結果除了與上述過去研究發現相符，亦直接驗證身體意象不滿可中介主觀疤痕嚴重度預測一年後 PTSD 症狀，顯示身體意象不滿確實對燒傷族群自燒傷到發展心理病理症狀的過程扮演重要角色。

## 貳、 知覺污名的中介效果

### 一、 知覺污名量表得分情形

本研究樣本在知覺污名量表總分平均為  $52.34$ ，平均每題得分為  $2.49$  (量表評分每題 1-5 分)，與發展量表時的燒傷樣本群得分情形相比 (平均每題得分女性為  $2.23$ 、男性為  $2.1$ ) 較高。近一步檢視樣本組成，Lawrence 等人 (2006) 採用的 361 位成人樣本，平均年齡 ( $44.1 \pm 13.6$  歲)、距燒傷時間長度 ( $18.5 \pm 15$  年)，與本研究樣本組成有明顯不同，推測可能因本研究樣本較為年輕 (較在意他人眼光)、距燒傷時間較近 (疤痕尚未完全成熟)，而使知覺污名程度較高。

相關分析部分，本研究結果顯示知覺污名與身體意象不滿具有顯著中度相關 ( $r = .54, p < .01$ )，Lawrence (2012) 針對燒傷倖存者知覺污名指出，知覺污名和較低的身體意象及社交不適有中度相關 ( $r \approx .50 - .60$ )，兩者發現一致。另外，關於知覺污名與憂鬱及 PTSD 的相關，本研究進一步進行補充分析，檢視知覺污名問卷 (PSQ) 三個分量表 (缺乏友善行為、困惑／盯看行為、敵意行為) 與外表滿意量表 (SWAP) 四個分量表 (外表造成的社會不適、臉部特徵的外表滿意、非臉部特徵的外表滿意、知覺社會影響)、憂鬱症狀及 PTSD 症狀的相關，結果呈現如下表 4-1 (P.78) 所示。

補充分析顯示，在知覺污名問卷的三個分量表中，以「困惑／盯看行為」分量表與憂鬱／PTSD 症狀的相關最高，和控制 T1 的憂鬱 ( $r = .43$ ) 及 PTSD ( $r = .47$ ) 症狀、結果與 T2 憂鬱 ( $r = .41$ ) 及 PTSD 症狀 ( $r = .31$ ) 皆有顯著中度正相關 ( $p < .001$ )。顯示困惑／盯看行為或許更能預測憂鬱及 PTSD 症狀。

## 二、 知覺污名預測憂鬱及 PTSD 症狀的中介效果

對照表 3-4 (P.58) 及表 3-5 (P.59)，研究結果顯示在控制 T1 的憂鬱或 PTSD 症狀情況下，主觀疤痕嚴重度經由知覺污名預測憂鬱 (區間下限  $-.054$ ，區間上限  $.172$ ) 及 PTSD (區間下限  $-.082$ ，區間上限  $.343$ ) 的中介效果皆不顯著，此點與研究假設不符。推測原因之一為憂鬱及 PTSD 症狀在兩個時間點的相關較高，因此將 T1 的心理病理症狀放入控制變項後，便解釋掉大部分 T2 心理症狀的原因。檢視表 3-4 可發現，T1 憂鬱症狀對 T2 憂鬱症狀的預測效果達顯著 ( $B = .406$ ，95% 信賴區間為  $.271 - .541, p < .001$ )；檢視表 3-5 也發現 T1 PTSD 症狀對 T2 PTSD 症狀的預測效果亦達顯著 ( $B = .611$ ，95% 信賴區間為  $.455 - .767, p < .001$ )，兩者皆為該模型中預測效果最好的變項。另一可能原因為憂鬱及 PTSD 症狀核心可能包含個體認知因素 (對自己／他人／世界抱持負面觀點、認知與情緒的負向改變)，但知覺污名測量的是個體知覺到他人對個體的污名化行為，並未針對個體對污名化行為的認知評估。未來或許可加入個體對污名化反應的認知、詮釋或感受，或許對憂鬱及 PTSD 的預測效果會更好。總而言之，關於知覺污名與憂鬱及 PTSD 症狀的關聯，有待未來更多研究的探討與累積。



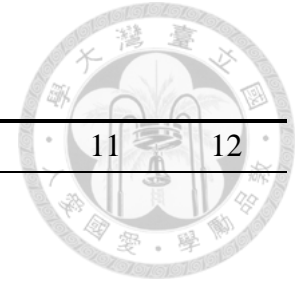


表 4-1 補充分析-PSQ 分量表與 SWAP 分量表、憂鬱及 PTSD 症狀相關矩陣 (n=106)

變項	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. PSQ 缺乏友善行為	—											
2. PSQ 困惑盯看行為	.282**	—										
3. PSQ 敵意行為	.316**	.615***	—									
4. PSQ 總分	.722***	.811***	.791***	—								
5. SWAP 社會不適	.212*	.447***	.263**	.400***	—							
6. SWAP 臉部滿意度	.351***	.328**	.326**	.435***	.350***	—						
7. SWAP 非臉部滿意度	.262**	.300**	.264**	.357***	.454***	.625***	—					
8. SWAP 知覺社會影響	.266**	.531***	.329**	.488***	.748***	.378***	.505***	—				
9. SWAP 總分	.346***	.490***	.369***	.521***	.768***	.765***	.846***	.794***	—			
10. 憂鬱症狀 (T1)	.253**	<b>.430***</b>	.275**	<b>.416***</b>	.474***	.320**	.411***	.481***	.523***	—		
11. PTSD 症狀 (T1)	.238*	<b>.468***</b>	.278**	<b>.427***</b>	.612***	.347***	.471***	.637***	.635***	.749***	—	
12. 憂鬱症狀 (T2)	.318**	<b>.410***</b>	.204*	<b>.413***</b>	.403***	.463***	.437***	.490***	.562***	.689***	.663***	—
13. PTSD 症狀 (T2)	.208*	<b>.381***</b>	.313**	<b>.386***</b>	.472***	.408***	.455***	.539***	.584***	.622***	.766***	.759***

註：PTSD = Post Traumatic Stress Disorder，創傷後壓力症狀。T1 為時間點一（燒燙傷事件後二年），T2 為時間點二（燒燙傷事件後三年）。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale，外表滿意量表，表個體身體意象不滿。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



### 參、序列中介效果

在控制可能混淆研究結果的變項(年齡、教育年數、燒傷面積、T1 憂鬱/PTSD 症狀)後，以 PROCESS (Model 6) 進行的序列中介模型分析結果，憂鬱症狀整理如下頁圖 4-1，PTSD 症狀整理如下頁圖 4-2。

對照研究結果章節表 3-4 (p.58) 及圖 4-1，研究結果顯示若以 T2 的憂鬱症狀為結果變項，T1 的主觀疤痕嚴重度經由知覺污名預測憂鬱症狀的中介效果不顯著(區間下限 -.054，區間上限 .172)，但經由身體意象不滿的中介效果(區間下限 .074，區間上限 .462)、及經由知覺污名再經由身體意象不滿的序列中介效果(區間下限 .004，區間上限 .096)皆達顯著。顯示在控制 T1 憂鬱症狀情況下，知覺污名與身體意象不滿兩變項可以解釋憂鬱症狀在一年間的變化量。

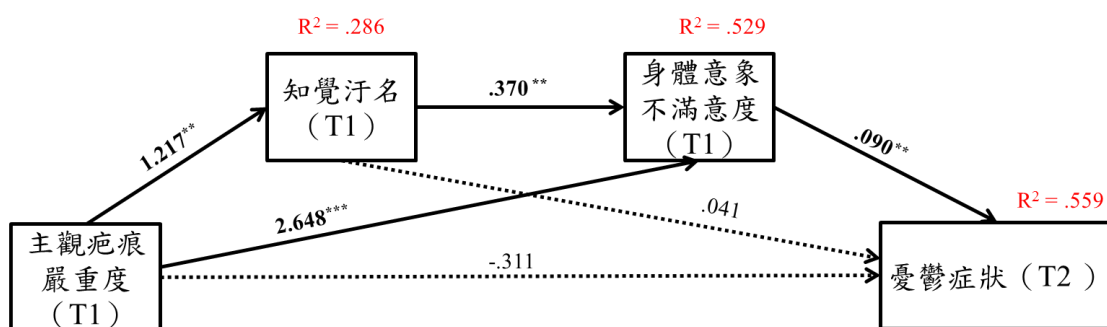


圖 4-1：憂鬱症狀的序列中介模型分析結果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為 B 值。  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

對照研究結果章節表 3-5 (p.59) 及圖 4-2，研究結果顯示若以 T2 的 PTSD 症狀為結果變項，T1 的主觀疤痕嚴重度經由知覺污名預測 T2 的 PTSD 症狀的中介效果(區間下限 -.082，區間上限 .343)、及經由 T1 的知覺污名再經由身體意象不滿的序列中介效果(區間下限 -.005，區間上限.190)皆不顯著，但經由 T1 的身體意象不滿的中介效果(區間下限 .076，區間上限 .967)達顯著。

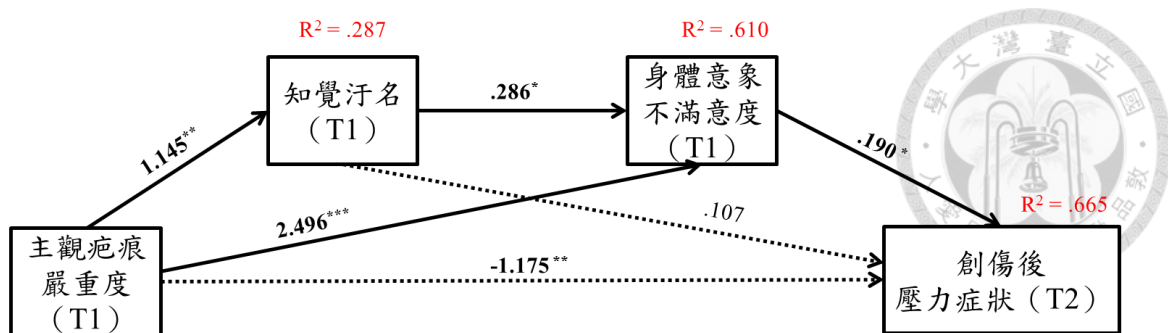


圖 4-2：PTSD 症狀的序列中介模型分析結果

註：圖中實線表該路徑達統計顯著，虛線表該路徑未達統計顯著；線段旁數值為  $B$  值。  
 $*$   $p < .05$ .  $**$   $p < .01$ .  $***$   $p < .001$ .

值得注意的是，對照表 3-5 (p.59)，Process (Model 6) 報表顯示 T1 的主觀疤痕嚴重度經由知覺污名再經由身體意象不滿預測 T2 的 PTSD 症狀的序列中介效果不顯著，但若檢視主觀疤痕嚴重度預測知覺污名、知覺污名預測身體意象不滿及身體意象不滿預測後續的 PTSD 症狀，三條線段皆達統計顯著。進一步檢視，序列中介的拔靴標準下限為  $-.005$ ，幾乎要達統計顯著；顯示序列中介效果可能存在，但其效果不似另外兩條中介路徑強，故在整體報表序列中介效果被其他路徑解釋掉。另一可能原因為控制變項 T1 的 PTSD 症狀與結果變項 T2 的 PTSD 症狀有高相關，因此將 T1 的 PTSD 症狀放入控制變項後，便解釋掉大部分 T2 的 PTSD 症狀的原因，使得序列中介效果在整體模型的解釋力降低。

由於本研究採用較嚴謹的做法，控制了 T1 的 PTSD 症狀，但表 3-5 (p.59) 可看出控制變項 (T1 的 PTSD 症狀) 對結果變項 (T2 的 PTSD 症狀) 有顯著預測效果 ( $B = .611$ ，95%信賴區間為  $.455 - .767$ ， $p < .001$ )，相關分析 (表 3-3，p.56) 也發現 T1 及 T2 的 PTSD 症狀達顯著相關 ( $r = .77$ ， $p < .001$ )。有鑑於此，研究者進行補充分析，試圖檢驗在控制可能混淆研究結果的變項 (年齡、教育年數、燒傷面積)，但不控制 T1 PTSD 症狀的情況下，序列中介效果是否存在。

以 PROCESS (Model 6) 進行的序列中介模型分析結果整理如下表 4-1 及圖 4-3。統計結果顯示知覺污名中介效果 ( $B = .354$ ，95%信賴區間為  $.001 - .842$ )、

身體意象不滿中介效果 ( $B = 1.396$ , 95%信賴區間為  $.712 - 2.266$ ) 及兩者的序列中介效果 ( $B = .474$ , 95%信賴區間為  $.159 - .913$ ) 皆達顯著。顯示序列中介效果確實存在。推測控制 T1 的 PTSD 時之序列中介模型可能因兩個時間點的 PTSD 症狀間具有高相關, 提高控制變項 (T1 的 PTSD 症狀) 對結果變項的解釋力, 而知覺污名及身體意象不滿的解釋量反而被削弱。

表 4-2 補充分析-PTSD 症狀的序列中介模型間接效果摘要表 (不控制 T1 的 PTSD 症狀)

直接效果	<i>B</i>	Estimate (SE)	<i>t</i>	<i>p</i>	CI
直接效果	-1.175	.440	-2.668	.009**	[-2.049, -.301]
間接效果	間接效果量 (Effect)	拔靴標準誤 (BootSE)	拔靴 CI 下限 (Boot LLCI)	拔靴 CI 上限 (Boot ULCI)	間接效果顯著與否
Scar→PSQ→PDS	.354	.218	.001	.842	顯著
Scar→SWAP→PDS	1.396	.397	.712	2.266	顯著
Scar→PSQ→SWAP→PDS	.474	.197	.159	.913	顯著

註： $n = 106$ 。PTSD = Post Traumatic Stress Disorder, 創傷後壓力症狀。Boot = bootstrapping, 拔靴法。SE = standard error, 標準誤。CI = confidence interval, 信賴區間。LL = lower limit, 下限。UL = upper limit, 上限。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire, 知覺污名問卷, 表個體知覺污名程度。SWAP = Satisfaction With Appearance Scale, 外表滿意量表, 表個體身體意象不滿。PDS = PTSD Scale-Self Report for DSM-5, PTSD 症狀量表-DSM5, 表個體 PTSD 症狀嚴重程度。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

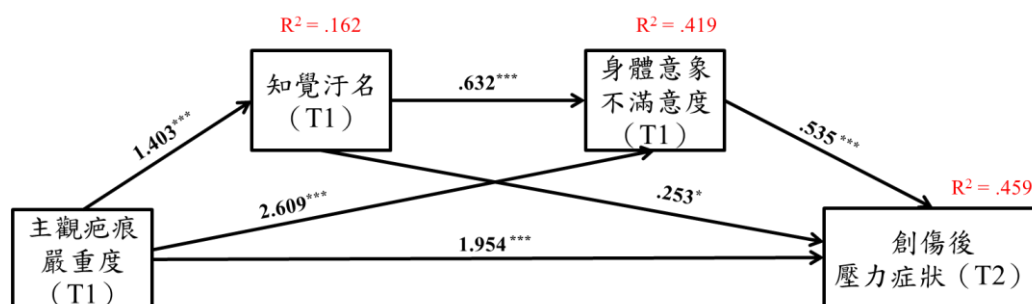


圖 4-3：PTSD 症狀的序列中介模型分析結果 (不控制 T1 的 PTSD 症狀)

註：圖中實線表該路徑達統計顯著, 虛線表該路徑未達統計顯著; 線段旁數值為  $B$  值。  
\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

## 第二節 性別、臉部燒傷及外觀重要性的調節中介效果



### 壹、性別

首先，根據結果分析圖 3-1 (p.62) 及圖 3-4 (p.68)，研究結果顯示性別在以憂鬱或 PTSD 為結果變項的序列中介模型上，對所有線段皆沒有調節效果。然而，前述提及控制變項 (T1 的憂鬱或 PTSD 症狀) 可能因和結果變項的關聯太強而影響研究結果。因此，研究者進行了補充分析，檢視在不控制 T1 憂鬱或 PTSD 症狀的情況下，性別是否具調節作用。

補充分析結果整理如下頁表 4-3 (p.83)，結果顯示性別及主觀疤痕嚴重度的交互作用對身體意象不滿有顯著解釋力 ( $\beta = .266, p = .007$ )，進一步繪製交互作用圖，如圖 4-4 所示。單純斜率檢定顯示：若性別為女性，主觀疤痕嚴重度對身體意象不滿有顯著解釋力 ( $b = 1.815, p = .008$ )；若組別為男性，主觀疤痕嚴重度對身體意象不滿同樣具有顯著解釋力 ( $b = 4.852, p < .001$ )。

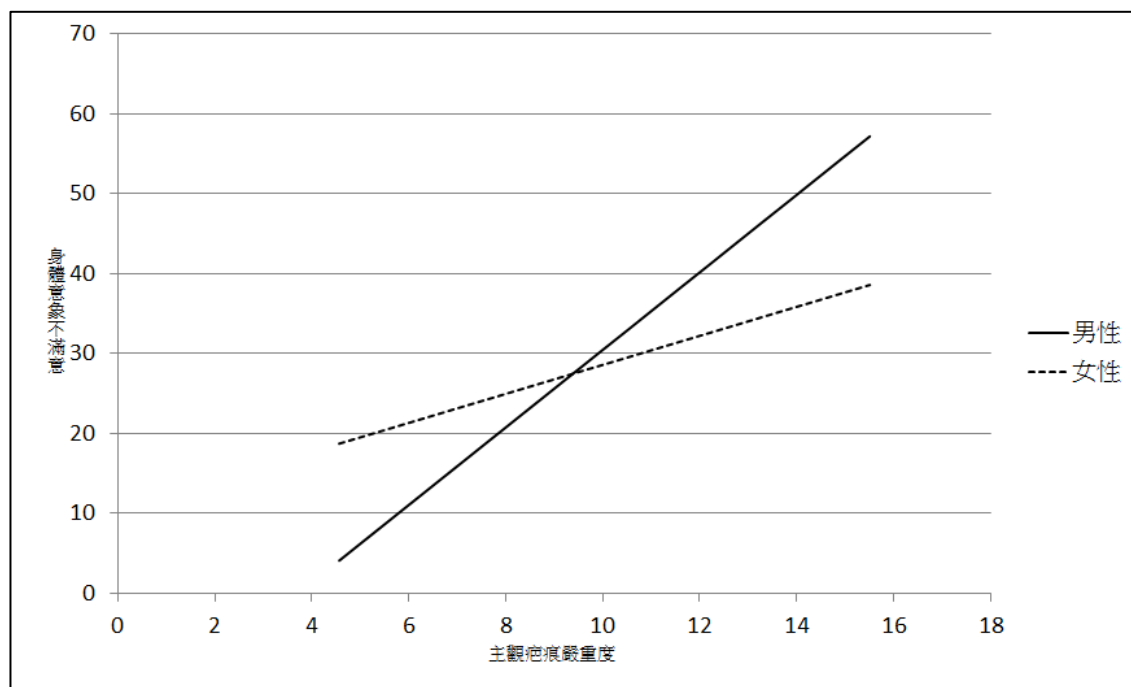


圖 4-4：「性別」對主觀疤痕嚴重度影響身體意象不滿之調節作用

由於過去文獻 (Al Ghriwati et al., 2017) 多指出女性較在意身體外觀改變，因此推測疤痕嚴重度與身體意象不滿的關聯應當較強；然而，繪製成交互作用圖後發現男性主觀疤痕嚴重度與身體意象不滿的關聯較女性強 (斜率較大)，這點與原先假設相反。造成此結果的可能原因受樣本特性 (本研究樣本男性的年齡及教育程度顯著大於女性) 或其他可能變項 (社會支持、體型變化、肢體功能) 的干擾，例如：男性可能較在意燒傷後造成之肢體功能限制，因此主觀認為疤痕較嚴重，同時對身體意象較不滿意。由於有其他可能第三變項，因此在解釋上必須特別謹慎，或許未來研究可進一步檢驗。

表 4-3 補充分析-「性別」對主觀疤痕嚴重度影響身體意象不滿之調節效果

變項	結果變項：身體意象不滿				
	模式一	模式二	模式三	模式四	模式五
<b>控制變項</b>					
年齡	.049	.031	.035	.030	.022
教育年數	-.148	-.104	-.113	-.118	-.114
TBSA	.279**	-.076	-.076	-.079	-.074
<b>預測變項</b>					
Scar		.579***	.432***	.438***	.301**
<b>中介變項</b>					
知覺污名			.364***	.365***	.358**
<b>調節變項</b>					
性別				.037	.059
Scar x 性別					.266**
PSQ x 性別					-.014
( $\Delta R^2$ )		(.205)	(.111)	(.001)	(.048)
整體 $R^2$	.103	.308	.419	.421	.469
調整 $R^2$	.077	.281	.390	.386	.425
F 值	3.916*	11.263***	14.450***	11.984***	10.693***
自由度	(3, 102)	(4, 101)	(5, 100)	(6, 99)	(8, 97)

註：TBSA = Total Body Surface Area，燒傷面積佔體表面積百分比。Scar = 主觀疤痕嚴重度。PSQ = Perceived Stigmatization Questionnaire，知覺污名問卷，表個體知覺污名程度。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

## 貳、臉部燒傷與否

根據結果分析圖 3-2 (p.64) 及圖 3-5 (p.70)，研究結果顯示臉部燒傷在以序列中介模型上有調節作用，進一步繪製交互作用圖，分別呈現如下圖 4-5 (p.84)、圖 4-6 (p.85) 及圖 4-7 (p.86) 所示。

首先，以憂鬱症狀為結果變項，臉部燒傷對「主觀疤痕嚴重度影響知覺污名」(圖 4-5) 的關係有調節作用。單純斜率檢定顯示：若臉部無燒傷，主觀疤痕嚴重度對知覺污名有顯著解釋力 ( $b = 2.089, p < .001$ )；若臉部有燒傷，則無顯著解釋力 ( $b = 0.611, p = .202$ )。顯示當個體臉部燒傷時，不論其主觀疤痕嚴重度高低，知覺污名都維持一定程度。推測在主觀疤痕嚴重度低時，因脸部燒傷者較容易遭他人汙名化反應，而使其知覺污名程度較無燒傷組高(呼應可見假說)；另一方面，在主觀疤痕嚴重度高時，由於脸部燒傷者有較多機會練習因應汙名化反應(例如：避免眼神接觸、忽略他人目光)，可能因此在社交互動中知覺污名程度較脸部無燒傷組低。

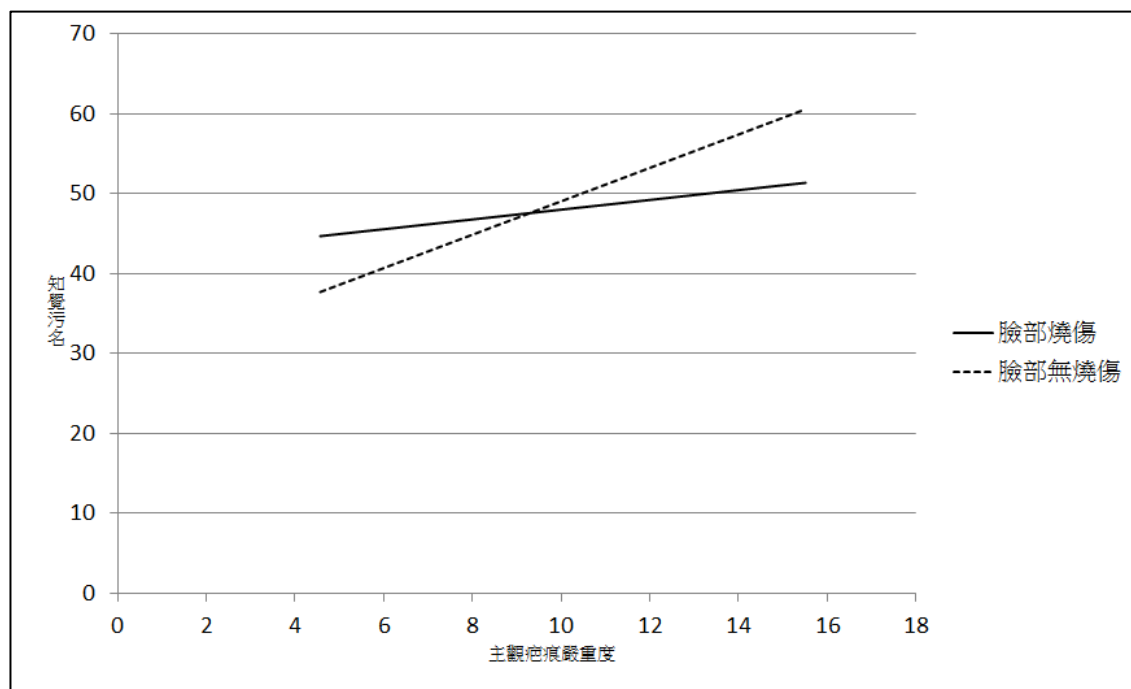


圖 4-5：「脸部燒傷」對主觀疤痕嚴重度影響知覺污名之調節作用  
(以憂鬱症狀為結果變項)

另一方面，不管是以 T2 的憂鬱或 PTSD 症狀為結果變項，臉部燒傷對「知覺污名影響身體意象不滿」(圖 4-6、圖 4-7)的關係有調節作用。單純斜率檢定顯示：若臉部無燒傷，知覺污名對身體意象不滿無顯著解釋力(憂鬱症狀  $b = 0.039$ ,  $p < .829$ 、PTSD 症狀  $b = 0.007$ ,  $p < .966$ )；若脸部有燒傷，則有顯著解釋力(憂鬱症狀  $b = 0.777$ ,  $p < .001$ 、PTSD 症狀  $b = 0.685$ ,  $p < .001$ )。顯示脸部燒傷(擁有可見疤痕)者，其知覺污名及身體意象不滿的關聯顯著較強，表示脸部有可見疤痕者較容易因知覺他人污名反應而產生身體意象不滿。

過去研究發現當疤痕位在脸部或是可見的，傷患得要忍受較多疤痕相關汙名感受 (Gullick et al., 2014; Wiechman et al., 2001)，有較高的焦慮及憂鬱程度，且約有 27% 會發展出 PTSD (Bisson, Shepherd, & Dhutia, 1997; Sahni, 2018)；本研究結果與過去研究相符，整體較支持「可見假說」。另一方面，此研究結果亦貼近 Cash 認知行為觀點的身體意象模型，即新近促發因素(如：於人際互動中感受他人盯看、評價、不敢直視等汙名化反應)會影響到個體的身體意象，因而產生負向身體意象及情緒。

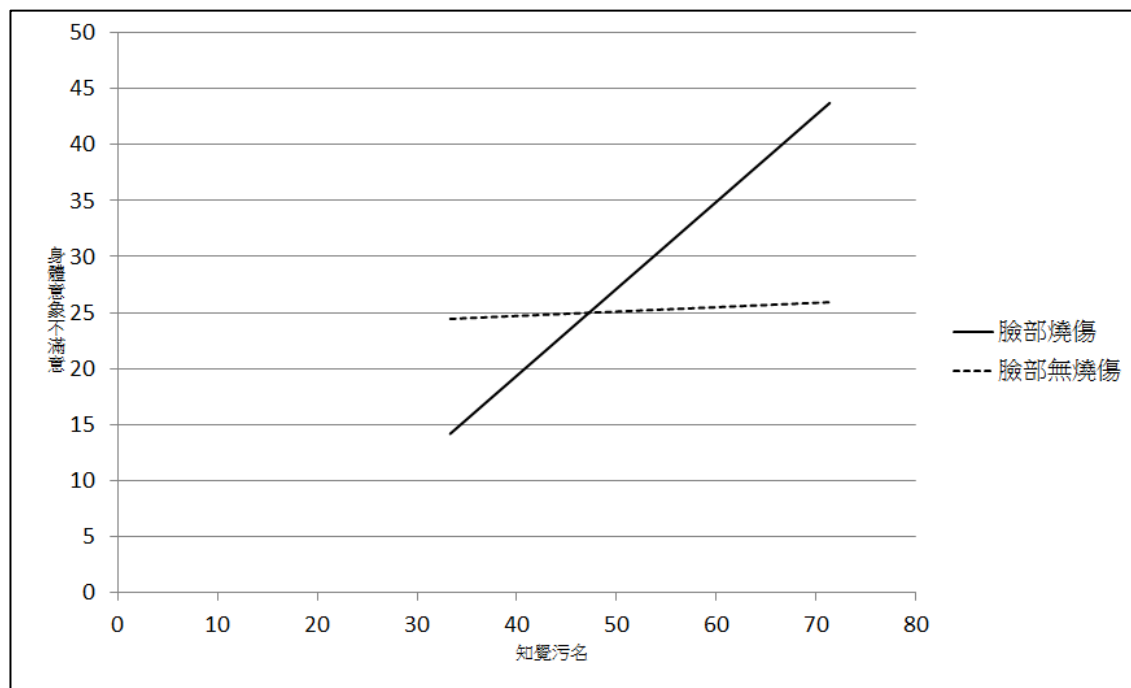


圖 4-6：「脸部燒傷」對知覺污名影響身體意象不滿之調節作用  
(以憂鬱症狀為結果變項)



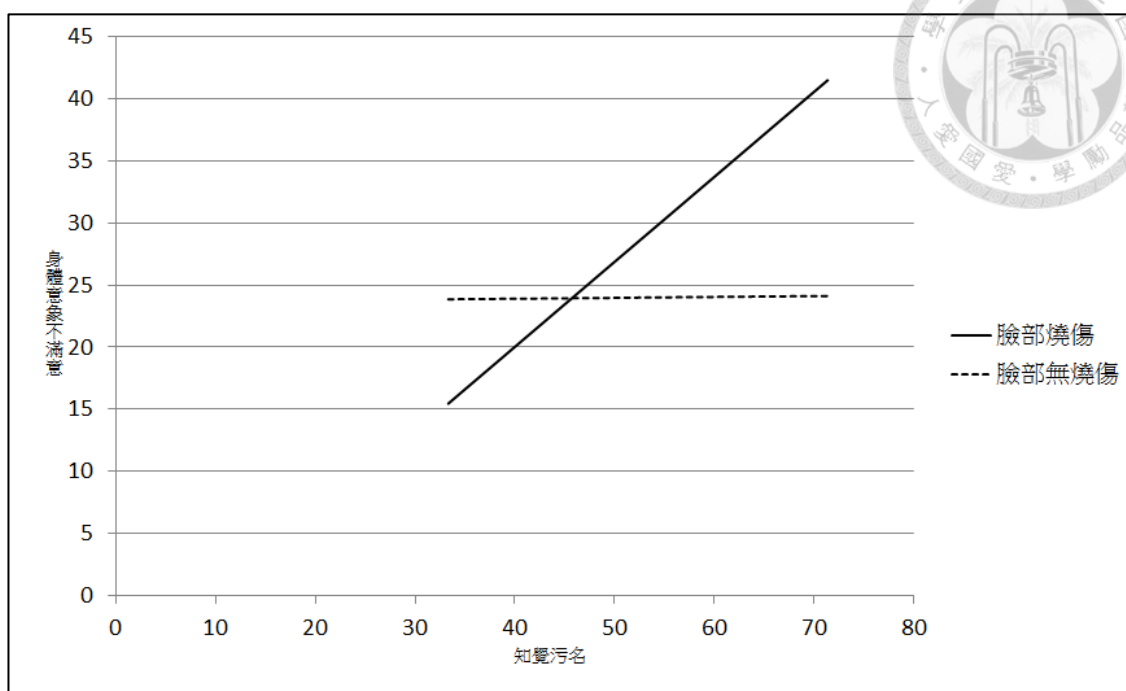
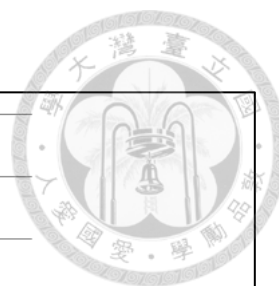


圖 4-7：「臉部燒傷」對知覺污名影響身體意象不滿之調節作用  
(以 PTSD 症狀為結果變項)

### 參、外觀重要度

根據結果分析圖 3-3 (p.66) 及圖 3-6 (p.72)，研究結果顯示外觀重要度在序列中介模型上有調節作用，進一步繪製交互作用圖，分別呈現如下圖 4-8(p.87)、圖 4-9 及圖 4-10 (p.88) 所示。

首先，以憂鬱症狀為結果變項，外觀重要度對「知覺污名影響憂鬱症狀」(圖 4-8) 的關係有調節作用。單純斜率檢定顯示：在外觀重要度高分組，知覺污名對憂鬱症狀有顯著解釋力 ( $b = 0.142, p = .019$ )；在外觀重要度低分組，則無顯著解釋力 ( $b = -0.033, p = .542$ )。整體顯示認為外觀較重要者，知覺污名與憂鬱症狀的關聯顯著較強。

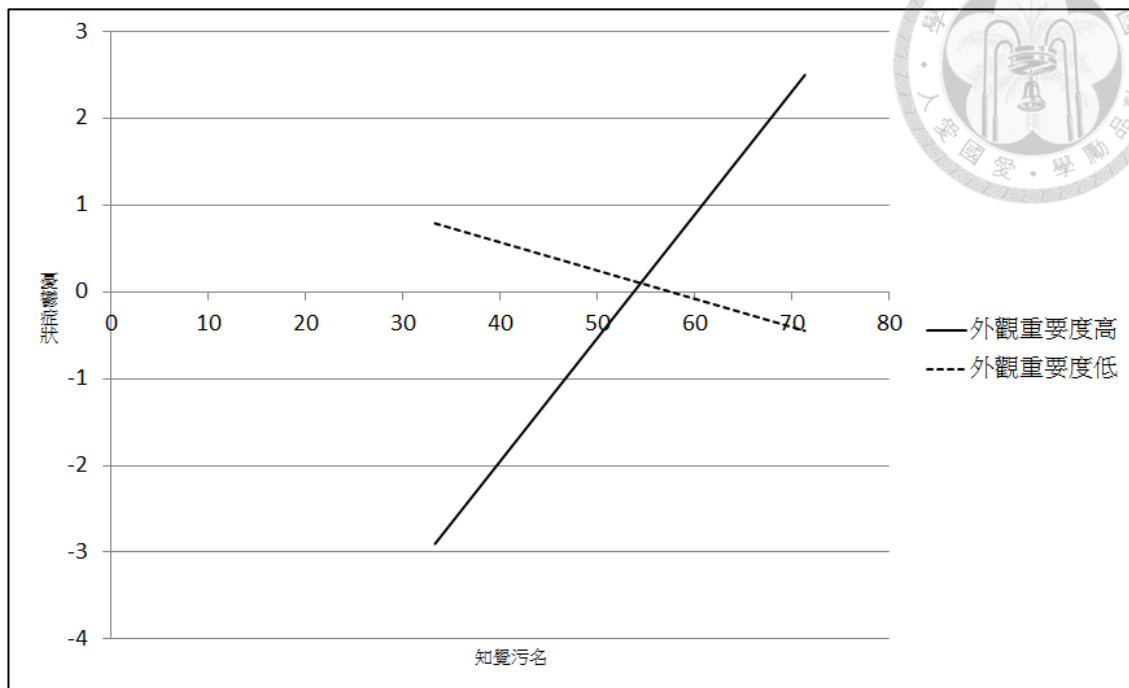


圖 4-8：「外觀重要度」對知覺污名影響憂鬱症狀之調節作用

另一方面，以 PTSD 症狀為結果變項，外觀重要度對「主觀疤痕嚴重度影響 PTSD 症狀」（圖 4-9）及「身體意象不滿影響 PTSD 症狀」（圖 4-10）的關係有調節作用。單純斜率檢定顯示：在外觀重要度高分組，主觀疤痕嚴重度及身體意象不滿對 PTSD 症狀皆無顯著解釋力（主觀疤痕嚴重度  $b = -0.359$ ,  $p = .492$ 、身體意象不滿  $b = 0.059$ ,  $p = .552$ ）；在外觀重要度低分組，則皆有顯著解釋力（主觀疤痕嚴重度  $b = -2.407$ ,  $p < .001$ 、身體意象不滿  $b = 0.377$ ,  $p < .001$ ）。顯示認為外觀較不重要者，主觀疤痕嚴重度及身體意象不滿亦與憂鬱症狀的關聯顯著較強。反過來說，也就是當個體認為外觀較重要時，不論主觀疤痕嚴重度或身體意象滿意度高低，其 PTSD 症狀都維持一定程度，未有明顯變化。

對照現有文獻結果（Lawrence et al., 2006; Thombs et al., 2008），本研究並未發現主觀疤痕嚴重度與身體意象不滿的關連受到外觀重要的調節，但發現所有主要預測變項（主觀疤痕嚴重度、知覺污名及身體意象不滿）與心理症狀間的關係，皆受到外觀重要度的調節。

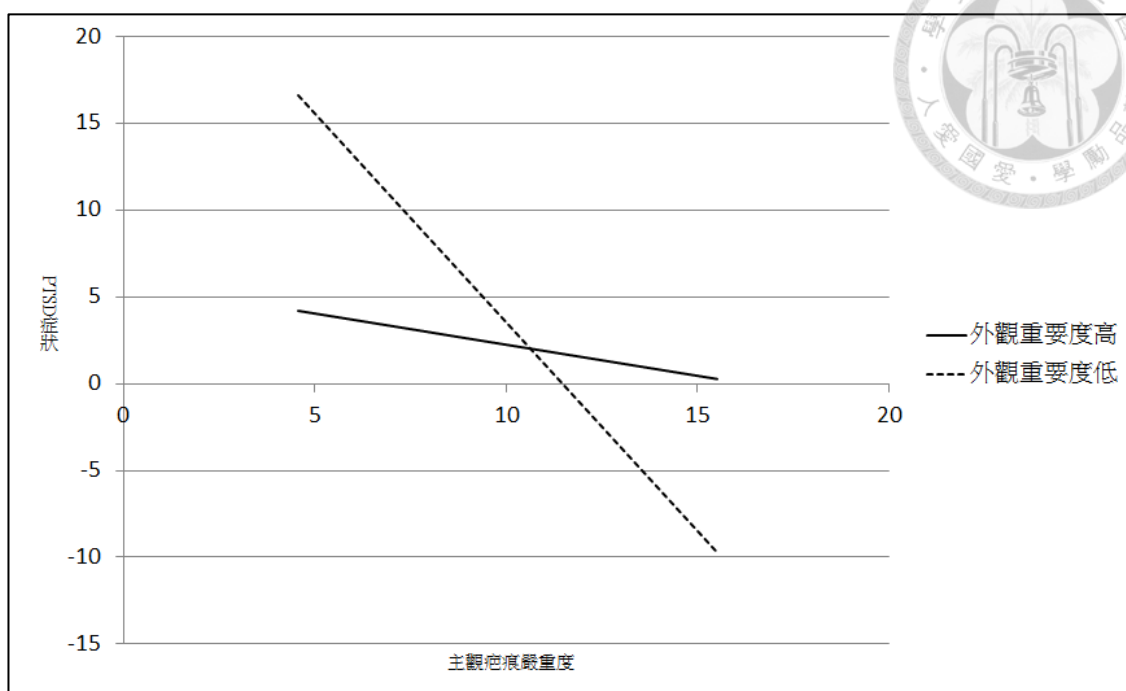


圖 4-9：「外觀重要度」對主觀疤痕嚴重度影響 PTSD 症狀之調節作用

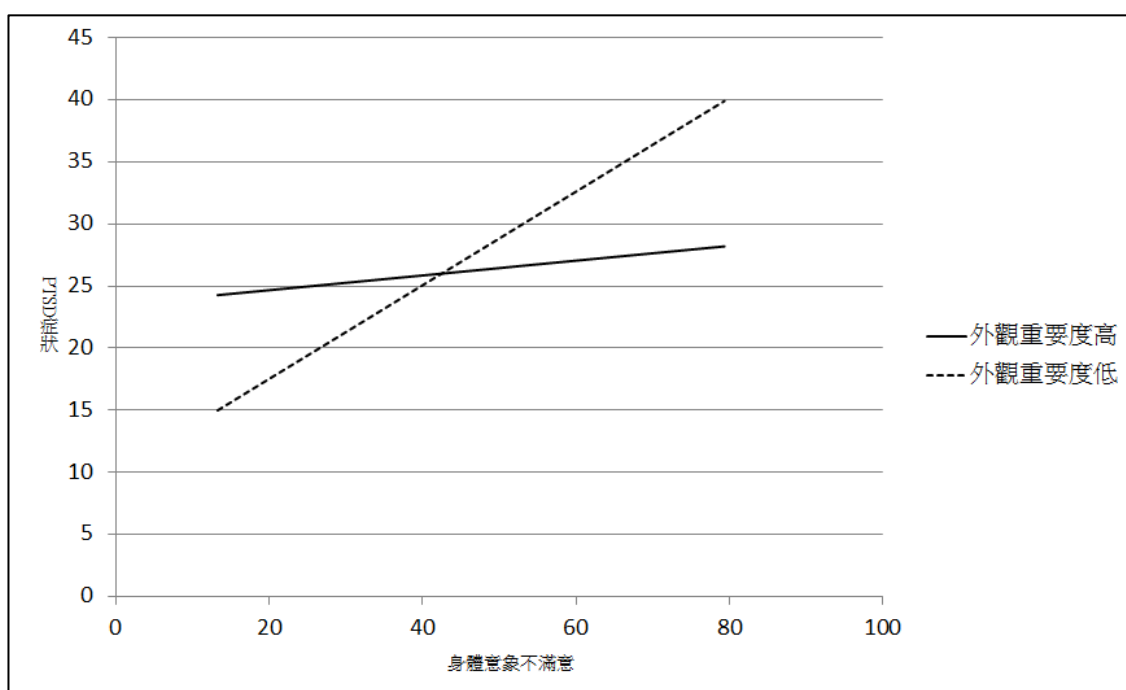


圖 4-10：「外觀重要度」對身體意象不滿影響 PTSD 症狀之調節作用

### 第三節 對於燒傷後身體意象不滿的反思

首先，第一個反思是，臨床上究竟是「負面身體意象預測憂鬱，還是憂鬱預測負面身體意象」？對照我自己的經驗，確實會因為看到猙獰的疤痕、皮膚的緊繃與痛癢、關節活動受限等因素，對身體有負面的評價，並因自己的身體外觀及功能而感到失落；另一方面，過去研究亦發現處在憂鬱狀態下的個體，傾向對自己的其他狀態做負面評價。不論是負面身體意象導致憂鬱情緒、或者憂鬱情緒使個體傾向對身體意象做負面解讀，在理論及研究上都各支持證據。由於本研究僅收兩個時間點，且未追蹤到傷後一年內身體意象變化劇烈的階段，未來研究或許可從燒傷倖存者出院後持續追蹤，以實證數據檢驗較支持哪一種論述。

第二，我認為燒傷者對燒傷後產生劇烈改變的身體抱持著何種看法，某種程度受到他人很大的影響。對照我自己的經驗，在住院時期，身邊的人曾經描淡寫的說「疤痕沒關係啦，遮起來就好」，雖然傳遞著「沒關係」的想法，同時也傳遞著「應該要被遮起來」的觀點，使我感到無所適從。一方面許多社會支持都告訴我要愛自己的身體、疤痕、外觀，但同時疤痕又被標示成醜陋的、要遮起來的。如果他人表現的言行透露出對疤痕的無知與恐懼，燒傷者也會因同樣的方式對待新的身體。

第三，關於燒傷後重新建構身體界線的歷程其實又可以區分成幾個階段。一開始會將疤痕視為是囚禁靈魂的外殼。如同八仙塵燃傷者陳寧（2018）於傷後兩年半出版的著作提及：

*「有意識的靈魂，被困在無法驅使的殼內」如果只能用一句話，為大面積燒燙傷的人生做註解，這句足矣。（陳寧，2018，頁 162）*

除了認為身體被疤痕困住外，我自己和部分傷友在受傷初期皆會將疤痕視作自己以外的他者，是必須奮力抵抗的猛獸。由於疤痕的收縮特性會造成疼痛與攣縮，需要做大量的復健來拉扯伸展，使傷者傾向將應該是身體一部份的疤痕（由

皮膚損傷後轉變而成)與自體本身切割開來,這個歷程與精神分析裡的「分裂」防衛機制雷同:疤痕是不好的、我是好的,兩者無法並存,因此將疤痕切割投射成外來的敵人,必須嚴陣以待。因此,燒傷者復原初期很多時候是帶著一定的距離在觀看、審視疤痕,甚至名正言順的憎惡疤痕外觀及造成的影響。

然而,不論是展露或是隱藏,疤痕都不被燒傷者視作是身體的一部份,也就遑論悅納「新的身體」。我自己的經驗是,直到有一天,物理治療師在我對著疤痕怒吼時,溫柔地撫摸、按摩張牙舞爪的疤痕,然後告訴我:「你對它生氣,疤痕會知道,會發炎得更厲害。你要安撫它,疤痕是為了保護你而長出來的,他很努力。」(林祺育等人,2018,頁21)。當下,治療師引導我仔細凝視與撫摸腳上的疤痕,感受每一處的軟硬、凹陷與凸起;藉著視覺與觸覺的重疊,同時賦予疤痕一個正向的意涵,從那一刻,疤痕似乎重新成為了我身體的一部份。

「我記得第一次看到燒傷後的雙腳,是燒傷後一個多月,在燒傷加護病房、第二次植皮手術後大約一周多。紗布打開的那個瞬間,乾癢又焦黑的兩隻腳裸露在外,他們終於變得纖細了,纖細到我懷疑自己能不能重新開始走路。然後從那一刻起,我再也想不到沒有受傷以前的腳長得什麼樣子。...

...我試圖把所謂「正常」的腳的樣子烙印在腦中、我試著去回憶正常的腳長的什麼樣子。可是不管我怎麼努力回想、或者想像,我已經想不起來受傷以前的腳到底長得什麼樣子了。」

上述兩段文字是我自己在復原歷程中寫下的隨筆,我認為在重新將疤痕視為身體一部份的同時,另一個重要且必須發生的感受是「失落」。失落的對象可能是失去原來的皮膚外觀,但更深層的意涵其實是失去原本傷前的獨立自主,以及對身體和生活的控制感。唯有承認某些失去的無法再恢復(無論經過多少手術及復健,皮膚都不可能恢復傷前的光滑及彈性、關節的活動角度也僅能恢復過往的九成),才不會持續將能量放在「明知道不可能,但還是希望可以回到從前」的深淵,而是確實往未來的方向邁進。

第四，會影響個體如何知覺燒傷後的新身體，可能的因素除了他人的反應外，也包含其他面向，如：體型、肢體活動功能受限，疤痕痛、癢、僵硬或其他不適，對身體的認知及感受也隨著重建手術及疤痕逐漸成熟而轉變。參照點也會影響個體對於目前身體現況的感受，舉例來說，若將目前的身體狀態與受傷前相比，會感到失落、悲傷、憤恨或不甘心，但若將比較參照點設定在受傷初期，則會明顯感受到自己與身體的「進步」，並產生欣慰、心疼、滿足等感受。

最後，疤痕在不同階段可能代表不同意涵。在受傷初期，疤痕可能做為意外事故的提醒物，在日復一日照顧疤痕的過程，除了反覆經驗傷口及疤痕的不適外，也會反覆想起受傷當下的驚恐及治療過程的痛楚。然而，時至今日，距離燒傷事件已近四年，多數時刻疤痕就像身體其他部分一樣自然存在，隨著疤痕的功能及外觀越來越趨近正常，加上認為疤痕是自己的一部份，似乎也就沒有這麼不滿了。甚至，某些時刻疤痕就是一個紀錄、烙印或勳章，可以讓我回想自己曾經這麼勇敢。疤痕的存在讓我深刻體認到，疤痕與自己都同樣努力才能到達今日的狀態，即便不完滿，但已足夠滿意。

#### 第四節 對於燒傷後知覺污名的反思

「後來在路上行走、乘車的各種時刻，都會有各種眼神，或輕或重的停留在我身上。讓人感到不舒服的情形其實不多，不過，大致上，可以分為三種：極度憐憫、小心臆測、不願直視。」(陳寧，2018，頁 174)

「時而一句：好可憐喔……，從那皺得像一團紙的口中說出，都會讓我瞬間黯然神傷。……傷者通常只有一個盼望，就是用盡全力掙脫這個叫做悲劇的暗殼，但也不需要在此不起来的整個過程中，時刻被提醒：你是可憐的。」(陳寧，2018，頁 175)

首先，目前臺灣沒有專門測量燒傷倖存者知覺污名程度的量表，本研究採用美國研究團隊的量表，將污名反應納入三個內涵：缺乏友善行為(8題)、困惑/盯看行為(7題)及敵意行為(6題)。或許因為受污名者罹患的疾病不同，以及

不同文化的差異，他人表現出的污名反應不盡相同，接收者的解讀與義涵也不一樣。具體來說，我自己及其他傷友的經驗，陌生人較少直接展現出敵意行為或是直盯著看，多半是若有似無的一瞥，隨即又轉開眼神。多半是幼稚園或更小的孩童會出於好奇或恐懼而說出「那個人怎麼了？」或「好可怕」，家長的反應亦多把小孩帶開、或斥責小孩，這些反應反而令人感到難受。

我試著分析接收到污名化反應後的內在歷程，我發現，當我因身穿壓力衣、肢體活動不便或疤痕而被另眼看待的瞬間，我似乎並不是一個有意識、感受與想法的人，而是隔著一定距離被觀看的物體。在那個時刻，陌生人與我之間並沒有關係。然而，若陌生人回以我社交性微笑、點頭示意、或者開口詢問，那麼我們之間有了交流，我又重新回到平等的、屬於人的位置上。

另外，部分陌生人以一種好奇、關心的姿態，認為只要表現出關懷的樣貌就可以隨意闖入我的領地，隨意問東問西（你八仙受傷的喔？）、給予意見（你的燒傷要用某種藥膏才會好，不然會留疤痕）甚或發表評論（你的疤痕怎麼這麼明顯，可以穿長袖遮起來阿）。但是，我們並不會這樣對待「其他正常人」。差異究竟在哪裡？

我想上述引用的段落提到他人憐憫的眼神，以及「好可憐」的語言，即便看似是種關心，某種程度也是「弱化」傷者，將其放在較低一等的位置。因此，我及其他傷友們似乎發展出各種因應的能力，一是弱化自己的存在感、築起防備的高牆，好讓他者的視線與探問無法隨意入侵；二是即便蘄露疤痕（面對無法隱藏的現況），先把自己防衛好、武裝好，就戰鬥位置。只要有人問，就可以迅速反應、作戰、反擊。

整體而言，污名化感受的核心還是在「被弱化」，有鑑於此，臉部平權、賦能、社交對談的練習應對才會顯得如此重要。即便身上帶著疤痕、即便它者可能帶著善意，但我們沒有滿足他人好奇心或優越感義務，且擁有拒絕探問的權力。

## 第五章 結論



### 第一節 研究貢獻

#### 壹、 理論與研究層次

首先，本研究試著回應 Cash 的身體意象模型理論，採用認知行為觀點理解燒傷倖存者從燒傷到發展出心理病理症狀的過程，結果發現在燒傷群體中，身體意象（態度成分）確實受到身體外觀改變（燒傷事件造成疤痕、主觀疤痕嚴重度）及人際經驗（知覺污名）之影響，並使個體產生情緒反應（憂鬱及 PTSD 症狀）。

其次，針對疤痕與心理困擾間的關係尚未定論，目前有「可見假說」（visible hypothesis）及「隱藏疤痕假說」（hidden scar hypothesis）兩大假說。本研究結果發現臉部燒傷與否可調節知覺污名與身體意象不滿的關聯，臉部燒傷者（擁有可見疤痕），知覺污名與身體意象的關聯較強。研究結果較傾向支持可見假說，亦即認為擁有可見疤痕者較容易因他人的污名化反應產生身體意象不滿。

第三，本研究採用前瞻性設計，用傷後兩年（T1）的知覺污名及身體意象不滿預測傷後三年（T2）的憂鬱及 PTSD 症狀，比起橫斷式設計，可以探討研究變項間在這段時間內的變化，且除了相關分析外也可做更強的預測及推論。

最後，本研究翻譯外表滿意量表（Satisfaction With Appearance Scale [SWAP]）及知覺污名問卷（Perceived Stigmatization Questionnaire [PSQ]），此兩種量表皆為針對燒傷患者族群發展設計。目前國內測量身體意象的工具多半採用 Cash(1990) 編制的多向度身體和自我關係量表（Multidimensional Body Self-relations Questionnaire [MBSRQ]），或依據此量表改編；測量污名的工具多半針對其他因心理（如：思覺失調症）或生理疾病（如：癌症、愛滋病）遭受污名化的族群發展，目前尚無專門測量燒傷患者知覺污名程度之工具。這兩量表可確實測量燒傷患者外觀滿意度及外觀毀損後知覺污名程度，在本研究中展現良好內部一致性及再測信度，應可在未來做為臺灣地區研究燒傷患者的有效工具。



## 貳、 臨床與應用層次

首先，研究者做為燒傷事故倖存者與心理學領域研究者，藉由自身經驗、理論以及實證研究，提出對身體意象變化與知覺污名的反思。由於臺灣地區針對燒傷患者心理領域的研究相對稀少，雖研究者自身的反思無法代表所有燒傷事故倖存者的想法及感受，但應可提供大眾或臨床工作者一些參考，試圖貼近燒傷者身心復原歷程可能會遭遇的困難。

另外，本研究結果發現不管在憂鬱症狀或 PTSD 症狀方面，知覺污名程度以及身體意象不滿確實有著序列中介效果，於理論層面驗證了認知行為觀點的身體意象模型。認知行為觀點不僅是目前最廣為使用的觀點，且已有許多實徵證據支持採用此觀點的認知行為治療可以減緩社區及臨床個案的身體意象不滿。因此，應該也可從認知行為觀點切入，理解燒傷族群心理病理症狀發展歷程以建立協助方案。

在臨床上，可早期或定期評估燒傷患者的主觀疤痕嚴重度、知覺污名程度以及對身體的滿意度高低，篩選出燒傷後對身體改變及適應社會有較高擔憂的族群，並及早介入協助，以降低未來發展出憂鬱或 PTSD 症狀之可能性。介入協助的方案可能包含：(1) 傷口及疤痕衛教，讓家屬及傷者對身體外觀未來的變化有所預期，減少茫然與不安感受；(2) 社會支持，耐心聆聽家屬及傷者的擔憂、同理其感受，減緩孤獨感及害怕；(3) 重建身體意象及認同，可藉由凝視、溫柔觸摸或按摩等方式，幫助患者重新確認與重建身體疆界，並透過視覺與觸覺重新與身體感受連結在一起；(4) 賦予疤痕正向意義，從將視為疤痕必須努力對抗的束縛，藉由重新詮釋，轉為將疤痕視為保護身體的盟友。將疤痕於從負面認知轉正面及賦予意義後，有助傷患接受「疤痕將永遠成為身體一部份」的事實，以及接納新的身體；(5) 社交技巧訓練，首先可列舉傷患出院後可能遭遇的陌生人反應，如：盯看、指點、缺乏微笑等，檢視個案對這些污名行為的認知詮釋，並擴展其認知解讀（如：他盯著看是因為疤痕很醜→他盯著看是因為很多原因，可能是好奇、關心、或者根本就不是在看著疤痕）。其次，可列出陌生人可能會有的反應或提問，事先練習該如何應對。

## 第二節 研究限制與未來研究建議



### 壹、 研究樣本

本研究的樣本為 484 位八仙塵燃事故倖存者當中的 106 位，平均年齡約 24 歲、職業多為學生、且平均燒傷面積為 50.5%。若與八仙塵燃事故所有燒傷倖存者相比，本研究參與者的燒傷面積有超過六成（68 名）大於 484 位傷者的平均燒傷面積（44%），多數燒傷面積介於 50 - 70%、在傷後兩至三年仍會至醫院進行治療或追蹤、且願意接受關心並參與研究。整體而言，在 484 位傷者間，本研究的 106 位參與者可能未涵蓋到燒傷面積較低（不需要繼續進行重建手術）、心理症狀較輕（燒傷的傷勢較輕）及較重（不願意接觸人群或接受協助）的兩端。

若與一般燒傷意外倖存者相比，本研究樣本年齡集中於成年早期（18 - 24 歲）、職業多為學生、教育程度多為高中職或大專以上、性別相當、燒傷面積大且集中，一般燒傷意外傷者則多為孩童或中年勞工階層、教育程度多為高中職（含）以下、男性多於女性且燒傷面積落差大。此外，八仙塵燃事故活動具有娛樂性質、且有可指認的肇事方，意外事件本身的性質也與一般燒傷意外（如：居家熱液燙傷、住家火災、職災）不同。因此，雖然樣本變異較小雖然聚焦討論，但要將研究結果推論至所有八仙塵燃事故傷者、一般燒傷意外或其他類型（如：恐攻、戰場）燒傷倖存者，須注意可以類推的程度。

未來建議可以採用一般燒傷意外傷者做為研究對象，也可檢視其他類型疾病（如：口腔癌、截肢、或會造成可見差異的疾病）傷者，檢驗認知行為觀點的身體意象模型理論是否仍適用、以及知覺污名與身體意象不滿的序列中介效果是否存在。

### 貳、 研究設計

在研究主題上，本研究僅納入知覺污名及身體意象不滿等測量負面認知及感受的變項，或許未來研究可加入正向變項（如：知覺社會支持、心理韌性、正向人格特質），探討對心理症狀是否有緩衝作用。

另外，礙於研究前置行政流程（撰寫研究計畫、申請經費、通過 IRB 審查、尋找適合招募研究參與者的管道）較費時，本研究僅能在燒傷後兩年及三年進行問卷調查。然而，燒傷患者的身體疤痕增生、肢體功能受限在燒傷後頭一年最為顯著，過去亦有研究發現燒傷患者的身體意象不滿在出院、傷後六個月及傷後一年有呈現倒 V 趨勢。未來研究若能追蹤到傷者出院、傷後一年內的變化，或許能對燒傷倖存者傷後的心理歷程與心理病理發展機制有更完整的探討。

最後，本研究採身體意象模型為基礎，認為身體意象態度可以影響負面情緒，但過去也有研究指出燒傷後初期之憂鬱程度可預測之後的身體自尊（因憂鬱情緒而對自己抱持較負面的認知及評價，因此擁有較高的身體意象不滿）。未來研究可採多點設計（至少三個時間點），並使用長期追蹤交叉延宕模式（cross-lagged panel modeling）來檢視身體意象不滿及憂鬱症狀間的關聯。

### 參、 研究工具

在測量身體意象部分，本研究使用的工具僅測量個體對身體外觀的滿意程度（態度）與知覺的社會影響，但燒傷患者可能會面臨肢體功能受限、因治療而改變體型等情形，而這些也會和外觀一同影響個體對自身的整體滿意度。

在測量知覺污名部分，由於八仙事故的特殊性，意外現場為具娛樂性質的收費場所，因此傷者除了背負燒傷後外觀改變帶來的污名外，也額外背負了「愛玩」、「活該」或「浪費醫療資源」等罵名。因此，本研究參與者知覺的污名反應，或許與一般燒傷事故傷者單純因外觀改變後知覺的污名反應內涵有所不同。此外，知覺污名量表是美國學者發明的，東西方文化底下的人在表達污名反應的行為可能有所不同。

未來研究或許可先藉由質性訪談，建構出適合華人文化或臺灣地區的知覺污名量表，或燒傷者身體意象相關量表。另外，由於這兩樣工具與其他研究用來測量燒傷者污名化及身體意象的工具不同，因此較難去比對兩者的得分表現，有待未來更多相關研究成果累積。

## 參考文獻



### 中文文獻

- 0627 八仙樂園粉塵暴燃專區 (2019):《病人收治情形 (0813)》。2019 年 3 月 4 日, 摘自 0627 八仙樂園粉塵暴燃專區網站  
<https://topics.mohw.gov.tw/0627ACCIDENT/cp-2751-7926-202.html>
- 中華民國職能治療師公會全國聯合會 (2015 年 6 月 30 日):《燒燙傷病人之職能治療》。2019 年 3 月 5 日, 摘自中華民國職能治療師公會全國聯合網站,  
<http://www.oturoc.org.tw/messDE.asp?ID=804>
- 余文君 (2014):《出院燒傷病人生活品質及其相關因素之探討-以某復健機構服務之病人為例》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。  
doi:10.6342/NTU.2014.01320
- 吳其炘、李明濱 (2004):〈燒傷之心身醫學觀〉。《北市醫學雜誌》, 1, 252-260。  
doi:10.6200/TCMJ.2004.1.3.02
- 吳佳儀、李明濱、吳其炘 (2015):〈燒傷之身心問題與全人照護〉。《台灣醫界》, 58 (8), 9-14。
- 何昭中 (1994):《燒傷病人急性期身體心像改變及其相關因素之探討》(未出版之碩士論文)。國防醫學院, 臺北市。
- 邱皓政 (2017):《多層次模式與縱貫資料分析: Mplus 8 解析應用》。台中市, 臺灣: 五南出版社。
- 李德芬、林欣潔、吳佳玟、吳嘉純、林美珍 (2004):〈燒燙傷病患的疼痛處置〉。《疼痛醫學雜誌》, 14 (2), 74-85。doi:10.29792/TTJP.200409.0006
- 呂學超 (2008):《大專男性追求肌肉發達的身體意象與自尊、生活品質之探索研究》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。  
doi:10.6342/NTU.2008.00692

周彥慈 (2017):《復原期燒傷病患之身體心像、自尊與社交焦慮》(未出版之碩士論文)。中山醫學大學,臺中市。

周煌智(2016):〈重大災難後燒傷病人的心理重建〉。《護理雜誌》,63(1),36-41。  
doi:10.6224/JN.63.1.36

周翠蘭 (1997):《出院後成人燒傷患者社會支持、因應行為與心理社會適應相關之探討》(未出版之碩士論文)。國防醫學院,臺北市。

林岱葳 (2018):《2015 年八仙樂園派對粉塵爆炸事故之燒傷倖存者的創傷後壓力症狀與創傷後成長預測因子探討》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學,臺北市。doi:10.6342/NTU201801805

林政宏 (2017):《青壯年第二型糖尿病自我烙印與自我照顧行為之相關性探討》(未出版之碩士論文)。國立成功大學,臺南市。

林祺育、陳依欣、張承騏、楊芷凌、詹閔鈞、鄭仔均...聯合報系願景工程採訪團隊 (2018):《結痂週記:八仙事件 他們的生命經驗,我們不該遺忘》。新北市,臺灣:時報出版。

高夫曼 (Goffman)(2010):《汙名:管理受損身分的筆記》(曾凡慈譯)。台北市,臺灣:群學。(原著重新發行版,出版於1986)

翁立竊 (2018):〈燒傷相關的基本概念〉。見蕭鳳儀、宋有礪(編):《燒傷復健期的處理:理論與實務》,頁2-21。新北市,臺灣:財團法人陽光社會福利基金會。

茱蒂絲·赫曼 (Judith Herman)(2018):《從創傷到復原:性侵與家暴倖存者的絕望與重生》(施宏達、陳文琪、向淑容譯)。新北市,臺灣:左岸文化。(原著修訂版,出版於2015年)

財團法人中華民國兒童燙傷基金會 (2019):《認識燒燙傷》。2019年3月4日,摘自財團法人中華民國兒童燙傷基金會網站,  
[http://www.cbf.org.tw/ugC\\_Know01.asp](http://www.cbf.org.tw/ugC_Know01.asp)

- 莊文怡 (2018):《嚴重燒傷倖存婦女復健期的生活衝擊及其因應經驗-以八仙塵爆婦女為例》(未出版之碩士論文)。國立臺北護理健康大學, 臺北市。
- 陽光社會福利基金會 (2019):《認識燒傷》。2019年3月4日, 摘自陽光社會福利基金會網站, <https://www.sunshine.org.tw/service/index/scald/burn-intro>
- 商沛宇 (2014):《女性身體意象之認知評估歷程初探》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。doi:10.6342/NTU.2014.02057
- 張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨 (2001):〈燒傷病人憂鬱及其相關因素之探討〉。《護理雜誌》, 48 (2), 37-48。doi:10.6224/JN.48.2.37
- 張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨 (2002):〈燒傷病人焦慮及其相關因素〉。《台灣醫學》, 6, 661-671。doi:10.6320/FJM.2002.6(5).04
- 張雪吟 (2003):《團體調適技能訓練對燒傷患者身體心像、情緒和生活品質之成效探討》(未出版之碩士論文)。國立臺北護理健康大學, 臺北市。
- 張慈惠 (1997):《燒傷病患生活品質及其相關因素之探討》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。
- 梁鈞瑜 (2005):《出院燒傷病患健康照護需求及其相關因素之探討》(未出版之碩士論文)。國防醫學院, 臺北市。
- 許國正、陳雅琦、陳麗芬、呂慧芳 (2017):〈八仙塵爆傷患受傷後 1 年生活品質及相關因素之探討〉。《長庚護理》, 28, 575-587。  
doi:10.3966/102673012017122804001
- 郭婉吟 (2017):《在台灣燒燙傷後的精神性後遺症》(未出版之碩士論文)。國立成功大學, 臺南市。
- 陳世翰 (2015):〈台灣燒傷現況分析〉。《台北市醫師公會會刊》, 59 (1), 25-29。
- 陳姿吟 (2018):《燒傷遮瑕修飾彩妝理論與實務》。台中, 臺灣: 中華職人產業文化推廣協會。

陳建璋、梁鈞瑜、張乃文 (2018):〈一位因粉塵爆炸導致嚴重燒傷病人之照護經驗〉。《長庚護理》, 29, 442-455。doi:10.6386/CGN.201809\_29(3).0010

陳進茂 (2015):《只會越來越好:真實記錄 21 位燒燙傷者的復健歷程》。臺北市, 臺灣:原水文化。

陳寧 (2018):《15 度的勇敢:塵燃女孩的 900 天告白寶瓶文化》。臺北市, 臺灣:寶瓶文化。

陳碧霜 (2006):〈一位嚴重燒傷身體心像紊亂患者之護理經驗〉。《嘉基護理》, 6 (1), 26-34。doi:10.29936/DMFCCHJN.200605.0005

黃曬莉、張錦華 (2005):〈台灣民眾的身體意象及其預測因子:人際壓力、媒體信任作為中介變項〉。《中華心理學刊》, 47, 269-287。  
doi:10.6129/CJP.2005.4703.05

楊芝青、廖崑富、許雅惠、陳馨慧、王芄宣 (2016):《不計代價全力搶救—八仙粉塵暴燃衛福總動員》。資料摘自衛生福利部 0627 八仙樂園粉塵爆燃專區網站, <https://topics.mohw.gov.tw/0627ACCIDENT/cp-2749-7829-202.html>

溫慧敏 (2016):〈迎向生命的曙光—淺談八仙塵爆事件〉。《護理雜誌》, 63 (1), 17-21。doi:10.6224/JN.63.1.17

詹淑雅、王琪珍、張嘉蘋、阮純茵 (2000):〈一位顏面燒傷婦女住院期間之身體心像改變及因應行為〉。《護理雜誌》, 47 (4), 31-39。doi:10.6224/JN.47.4.31

詹淑雅、劉芹芳、金繼春 (2011):〈身體心像紊亂之概念分析〉。《新臺北護理期刊》, 13 (1), 63-72。doi:10.6540/NTJN.2011.1.007

劉孔群 (2005):《燒傷病患急性期睡眠品質與其相關因素之探討》(未出版之碩士論文)。臺北醫學大學, 臺北市。

劉瑋琳 (2014):《女性頭頸癌病人的疾病衝擊及感受汙名化程度之現況探討》(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學, 臺北市。doi:10.6342/NTU.2014.02940

謝明宏、吳家汶、李雅晴、唐嘉穗、謝濬謙 (2016):〈粉塵之燃燒、爆炸與安全

防護—以八仙樂園事件為例〉。《護理雜誌》，63（1），5-11。

doi:10.6224/JN.63.1.5。

簡戊鑑、白璐、邱文達、王先震、高森永（2005）：〈台灣地區燒燙傷的趨勢及相關特性分析〉。《台灣公共衛生雜誌》，24（1），43-51。

doi:10.6288/TJPH2005-24-01-04



## 英文文獻

Ajoudani, F., Jasemi, M., & Lotfi, M. (2018). Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling. *Burns*, 44, 1141-1150. doi:10.1332/policypress/9781447334224.003.0006

Al Ghriwati, N., Sutter, M., Pierce, B. S., Perrin, P. B., Wiechman, S. A., & Schneider, J. C. (2017). Two-year gender differences in Satisfaction With Appearance after burn injury and prediction of five-year depression: A latent growth curve approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98, 2274-2279. doi:10.1016/j.apmr.2017.04.011

Ashfaq, A., Lashari, U. G., Saleem, S., Naveed, S., Meraj, H., & Waqas, A. (2018). Exploring symptoms of post-traumatic stress disorders and perceived social support among patients with burn injury. *Cureus*, 10, e2669. doi:10.7759/cureus.2669

Attoe, C., & Pounds-Cornish, E. (2015). Psychosocial adjustment following burns: An integrative literature review. *Burns*, 41, 1375-1384. doi:10.1016/j.burns.2015.02.020

Bisson, J. I., Shepherd, J. P., & Dhutia, M. (1997). Psychological sequelae of facial trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 43, 496-500. doi:10.1097/00005373-199709000-00018

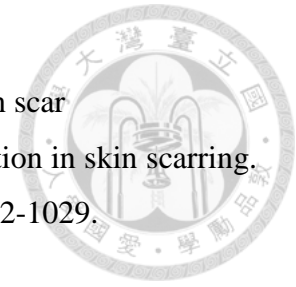
Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34, 433-440.



doi:10.1016/j.burns.2007.08.008

Brown B.C., Moss T.P., McGrouther D.A., & Bayat, A. (2010). Skin scar preceptions must be challenged: Importance of self-perception in skin scarring. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *63*, 1022-1029.

doi:10.1016/j.bjps.2009.03.019



Burke, N., Schaefer, L., & Thompson, J. K. (2012). Body image. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 365-371). Massachusetts, MA:Academic Press.

Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, *1*, 1-5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York, NY: Guilford Press.

Connell, K. M., Coates, R., Doherty-Poirier, M., & Wood, F. M. (2013). A literature review to determine the impact of sexuality and body image changes following burn injuries. *Sexuality and Disability*, *31*, 403-412. doi:10.1007/s11195-013-9321-9

Dalal, P., Saha, R., & Agarwal, M. (2010). Psychiatric aspects of burn. *Indian Journal of Plastic Surgery*, *43*, S136. doi:10.4103/0970-0358.70731

Difede, J., Cukor, J., Lee, F., & Yurt, R. (2009). Treatments for common psychiatric conditions among adults during acute, rehabilitation, and reintegration phases. *International Review of Psychiatry*, *21*, 559-569. doi:10.3109/09540260903344081

Ehde, D. M., Patterson, D. R., Wiechman, S. A., & Wilson, L. G. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, *25*, 587-592. doi:10.1016/S0305-4179(99)00050-9

Fallon, E. A., Harris, B. S., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, *15*, 151-158. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.11.007

Farroha, A., McGregor, J., Paget, T., John, A., & Lloyd, K. (2013). Using anonymized, routinely collected health data in wales to estimate the incidence of depression after burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, *34*, 644-648. doi:10.1097/BCR.0b013e31827e6363

Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Lawrence, J. W., Munster, A. M., Palombo, D. A., Richter, D., . . . Muehlberger, T. (2000). Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 576-582. doi:10.1097/00006842-200007000-00017

Fearmonti, R., Bond, J., Erdmann, D., & Levinson, H. (2010). A review of scar scales and scar measuring devices. *Eplasty*, *10*, e43.

Efron, B., & Tibshirani, R. J. (1994). *An introduction to the bootstrap* (1st ed.). Florida, FL: CRC press.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3-20). New York, NY: Guilford Press.

Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., . . . Knowles, K. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, *28*, 1166. doi:10.1037/pas0000258.supp

Gilboa, D., Friedman, M., & Tsur, H. (1994). The burn as a continuous traumatic stress: Implications for emotional treatment during hospitalization. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, *15*, 86-94. doi:10.1097/00004630-199401000-00017

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Simon and Schuster. (Original work published 1963)

Grigorovich, A., Gomez, M., Leach, L., & Fish, J. (2013). Impact of posttraumatic stress disorder and depression on neuropsychological functioning in electrical injury survivors. *Journal of Burn Care & Research*, *34*, 659-665. doi:10.1097/BCR.0b013e31827e5062

Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women*

and children. Oxfordshire, Oxon, United Kingdom: Routledge.

Gullick, J. G., Taggart, S. B., Johnston, R. A., & Ko, N. (2014). The trauma bubble: Patient and family experience of serious burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, *35*, 413-427. doi:10.1097/BCR.0000000000000030



Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Publications.

Herndon, D. N. (2017). *Total burn care* (5th ed.). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Health Sciences.

Hobbs, K. (2015). Which factors influence the development of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries? A systematic review of the literature. *Burns*, *41*, 421-430. doi:10.1016/j.burns.2014.10.018

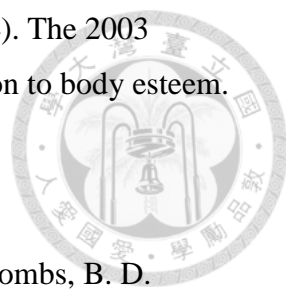
Hoogewerf, C. J., van Baar, M. E., Middelkoop, E., & van Loey, N. E. (2014). Impact of facial burns: Relationship between depressive symptoms, self-esteem and scar severity. *General Hospital Psychiatry*, *36*, 271-276. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.12.001

Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 119. doi:10.1037/0021-843X.114.1.119

Knaysi, G. A., Crikelair, G. F., & Cosman, B. (1968). The rule of nines: It's history and accuracy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *41*, 560-563. doi:10.1097/00006534-196806000-00008

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*, 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lawrence, J. (2012). Burn injuries: The social and emotional impact of scarring. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 300-306). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.

- 
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. (2004). The 2003 clinical research award: Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25, 25-32. doi:10.1097/00004630-200303002-00019
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Doctor, M., & Thombs, B. D. (2006). The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 18, 106. doi:10.1037/1040-3590.18.1.106
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., & Thombs, B. D. (2006). A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors. *Body Image*, 3, 101-111. doi:10.1016/j.bodyim.2006.01.003
- Lawrence, J. W., Heinberg, L. J., Roca, R., Munster, A., Spence, R., & Fauerbach, J. A. (1998). Development and validation of the satisfaction with appearance scale: Assessing body image among burn-injured patients. *Psychological Assessment*, 10, 64. doi:10.1037//1040-3590.10.1.64
- Lawrence, J. W., Mason, S. T., Schomer, K., & Klein, M. B. (2012). Epidemiology and impact of scarring after burn injury: A systematic review of the literature. *Journal of Burn Care & Research*, 33, 136-146. doi:10.1097/BCR.0b013e3182374452
- Lawrence, J. W., Rosenberg, L. E., & Fauerbach, J. A. (2007). Comparing the body esteem of pediatric survivors of burn injury with the body esteem of an age-matched comparison group without burns. *Rehabilitation Psychology*, 52, 370. doi:10.1037/0090-5550.52.4.370
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lund C, & Browder N. (1944) The estimation of areas of burns. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 79, 352-358.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic*

*Research*, 56, 675-685. doi:10.1016/S0022-3999(03)00129-6

McKibben, J. B., Bresnick, M. G., Wiechman Askay, S. A., & Fauerbach, J. A. (2008).

Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 29, 22-35. doi:10.1097/BCR.0b013e31815f59c4

Mendelson, M. J., Mendelson, B. K., & Andrews, J. (2000). Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: Is a competence× importance model needed? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 249-266.

doi:10.1016/S0193-3973(99)00035-0

Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159.

doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004

Moss, L. S. (2010). Treatment of the burn patient in primary care. *Advances in Skin & Wound Care*, 23, 517-524. doi:10.1097/01.ASW.0000390374.34201.c8

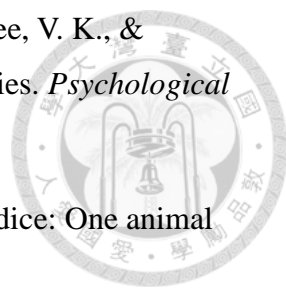
Myers, T. A., & Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 683. doi:10.1037/a0016763

Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 88. doi:10.1037/0022-006X.53.1.88

Noronha, D. O., & Faust, J. (2006). Identifying the variables impacting post-burn psychological adjustment: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 380-391. doi:10.1093/jpepsy/jsl014

Orr, D. A., Reznikoff, M., & Smith, G. (1989). Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 10, 454-461. doi:10.1097/00004630-198909000-00016

Pallua, N., Künsebeck, H., & Noah, E. (2003). Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns*, 29, 143-152. doi:10.1016/S0305-4179(02)00238-3

- 
- Patterson, D. R., Everett, J. J., Bombardier, C. H., Questad, K. A., Lee, V. K., & Marvin, J. A. (1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, *113*, 362. doi:10.1037//0033-2909.113.2.362
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, *67*, 358-367. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.022
- Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, *42*, 185-227. doi:10.1080/00273170701341316
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, *15*, 585-593. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x
- Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall, & C. J. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: Manifestations, Treatment, and Epidemiology* (pp.790-806.). North Carolina, NC: PMPH USA.
- Rimmer, R. B., Foster, K. N., Bay, C. R., Floros, J., Rutter, C., Bosch, J., . . . Caruso, D. M. (2007). The reported effects of bullying on burn-surviving children. *Journal of Burn Care & Research*, *28*, 484-489. doi:10.1097/BCR.0B013E318053D3E3
- Rooke, O., & Birchwood, M. (1998). Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*, 259-268. doi:10.1111/j.2044-8260.1998.tb01384.x
- Sahni, V. (2018). Psychological impact of facial trauma. *Cranial Maxillofac Trauma & Reconstruction*, *11*, 015-020. doi:10.1055/s-0037-1603464
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York, NY: Int. J. Univ. Press.
- Shepherd, L. (2015). A pilot study exploring the relationship between trauma symptoms and appearance concerns following burns. *Burns*, *41*, 345-351. doi:10.1016/j.burns.2014.07.001

- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 497-502. doi:10.1016/0005-7967(94)90136-8
- Steiner, H., & Clark, J. W. (1977). Psychiatric complications of burned adults: A classification. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *17*, 134-143. doi:10.1097/00005373-197702000-00008
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, *38*, 669. doi:10.1037//0012-1649.38.5.669
- Stoddard, F. J., Ryan, C. M., & Schneider, J. C. (2014). Physical and psychiatric recovery from burns. *Surgical Clinics*, *94*, 863-878. doi:10.1016/j.psc.2014.11.001
- Su, Y.-J. (2018). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among burn survivors two years after the 2015 Formosa Fun Coast Water Park explosion in Taiwan. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*, 1512263. doi:10.1080/20008198.2018.1512263
- Sveen, J., Ekselius, L., Gerdin, B., & Willebrand, M. (2011). A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *71*, 1808-1815. doi:10.1016/j.ySUR.2012.03.073
- Ter Smitten, M. H., De Graaf, R., & Van Loey, N. E. (2011). Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1–4 years after burn. *Burns*, *37*, 753-761. doi:10.1016/j.burns.2010.12.018
- Thombs, B. D., Haines, J. M., Bresnick, M. G., Magyar-Russell, G., Fauerbach, J. A., & Spence, R. J. (2007). Depression in burn reconstruction patients: Symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. *General Hospital Psychiatry*, *29*, 14-20. doi:10.1016/j.genhosppsych.2006.09.002
- Thombs, B. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 205-212.

doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exactimg beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.



Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 245-272. doi:10.2165/00128071-200304040-00004

Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 311. doi:10.1037/a0031889

Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G., Wind, G., & Jester, A. (2006). Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, 27, 734-741. doi:10.1097/01.BCR.0000238094.33426.0D

Wiechman, S. A., & Patterson, D. R. (2004). Psychosocial aspects of burn injuries. *British Medical Journal*, 329, 391-393. doi:10.1136/bmj.329.7462.391

Wiechman, S. A., Ptacek, J. T., Patterson, D. R., Gibran, N. S., Engrav, L. E., & Heimbach, D. M. (2001). Rates, trends, and severity of depression after burn injuries. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22, 417-424. doi:10.1097/00004630-200111000-00012





## 附錄



### 附錄一 主觀疤痕嚴重度

2. 燒傷疤痕改變您整體外觀的程度？

<sub>1</sub> 無改變      <sub>2</sub> 很輕微      <sub>3</sub> 輕微      <sub>4</sub> 中等      <sub>5</sub> 嚴重      <sub>6</sub> 很嚴重

3. 燒傷疤痕改變您臉部外觀的程度？

<sub>1</sub> 無改變      <sub>2</sub> 很輕微      <sub>3</sub> 輕微      <sub>4</sub> 中等      <sub>5</sub> 嚴重      <sub>6</sub> 很嚴重

4. 當你身在公開場合，別人多常看得見你的疤痕？

<sub>1</sub> 無改變      <sub>2</sub> 少數時候      <sub>3</sub> 有時候      <sub>4</sub> 多數時候      <sub>5</sub> 所有時候

### 附錄二 外觀重要度

說明：以下想瞭解你對於自己外表不同層面的態度。請對每題敘述的外表層面，圈選你認為的重要程度（-4 至 4）。答案沒有對錯，因為對自己外表的態度因人而異。

	非常 不重要								非常 重要
1. 我的外表。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
2. 我看起來的樣子。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
3. 我是好看的。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
4. 我的外表讓別人印象深刻。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
5. 讓別人被我的外表吸引。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
6. 讓別人認為我好看。	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

### 附錄三 知覺汙名



說明：您在生活中可能看到許多不同的人並與其交談。我們想了解別人多常以某些方式與您互動？請依照過去一年以來的情形，評定人們多常表現下列行為。

過去一年以來...	從未如此	幾乎從不	有時如此	經常如此	總是如此
1. 人們對我是友善的。	1	2	3	4	5
2. 人們侮辱我。	1	2	3	4	5
3. 人們避免看著我。	1	2	3	4	5
4. 當不認識的人看到我時，表現吃驚或受驚嚇。	1	2	3	4	5
5. 人們對我是友好的。	1	2	3	4	5
6. 人們不知道跟我說什麼。	1	2	3	4	5
7. 我不認識的人跟我打招呼。	1	2	3	4	5
8. 人們笑我。	1	2	3	4	5
9. 人們在我周遭時感到輕鬆。	1	2	3	4	5
10. 人們為我感到難過。	1	2	3	4	5
11. 人們找我的碴。	1	2	3	4	5
12. 我不認識的人對我友善微笑。	1	2	3	4	5
13. 人們不知道在我周遭如何表現。	1	2	3	4	5
14. 人們會「多看我兩眼」或轉身看我。	1	2	3	4	5
15. 人們對我是親切的。	1	2	3	4	5
16. 人們霸凌我。	1	2	3	4	5
17. 陌生人對我客氣有禮。	1	2	3	4	5
18. 人們取笑我。	1	2	3	4	5
19. 我不認識的人盯著我看。	1	2	3	4	5
20. 人們尊重地對待我。	1	2	3	4	5
21. 人們似乎因為我的樣子而困窘不安。	1	2	3	4	5

## 附錄四 身體意象不滿



說明：針對下列題目，請依據以下量尺圈選對你而言最正確的答案。

	非常不同意	不同意	有些不同意	中立	有些同意	同意	非常同意
1. 因為燒傷造成我外表的改變，我在家人面前感到不舒服。	1	2	3	4	5	6	7
2. 因為燒傷造成我外表的改變，我在朋友面前感到不舒服。	1	2	3	4	5	6	7
3. 因為燒傷造成我外表的改變，我在陌生人面前感到不舒服。	1	2	3	4	5	6	7
4. 我滿意我整體的外表。	1	2	3	4	5	6	7
5. 我滿意我頭皮的外表。	1	2	3	4	5	6	7
6. 我滿意我臉的外表。	1	2	3	4	5	6	7
7. 我滿意我脖子外表。	1	2	3	4	5	6	7
8. 我滿意我手的外表。	1	2	3	4	5	6	7
9. 我滿意我手臂的外表。	1	2	3	4	5	6	7
10. 我滿意我腿的外表。	1	2	3	4	5	6	7
11. 我滿意我胸部的外表。	1	2	3	4	5	6	7
12. 我的外表改變已經干擾到我的人際關係。	1	2	3	4	5	6	7
13. 我覺得我的燒傷難看不吸引人。	1	2	3	4	5	6	7
14. 我不覺得人們會想碰觸我。	1	2	3	4	5	6	7
15. 我滿意我腳的外表。	1	2	3	4	5	6	7

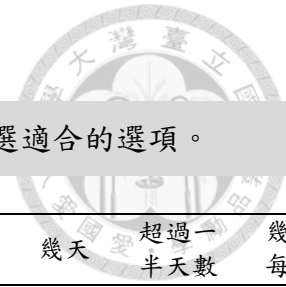
*Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ)*

©未經同意，請勿翻印使用。中文譯版已獲原作者  
John W. Lawrence Ph.D. 與 APA 之授權 (June-July, 2016)

Oct, 2016

中文版請洽長庚大學行為科學所蘇逸人  
Email: suyijen@ntu.edu.tw

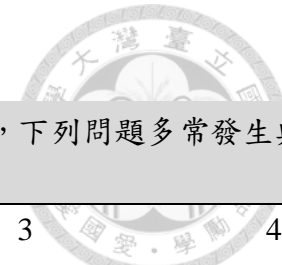
## 附錄五 憂鬱症狀



說明：在最近兩星期以來，您有多常受下列問題所困擾？請圈選適合的選項。

	完全 沒有	幾天	超過一 半天數	幾乎 每天
1. 做事提不起勁或沒有興趣。	0	1	2	3
2. 感到心情低落、沮喪或絕望。	0	1	2	3
3. 入睡困難、睡不安穩或睡眠過多。	0	1	2	3
4. 感覺疲倦或沒有活力。	0	1	2	3
5. 食慾不振或吃太多。	0	1	2	3
6. 覺得自己糟糕—或覺得自己很失敗或讓自己或家人失望。	0	1	2	3
7. 對事物專注有困難，例如閱讀報紙或看電視時。	0	1	2	3
8. 動作或說話速度緩慢到別人能察覺，或正好相反—煩躁或坐立不安、動來動去的情況明顯更勝平常。	0	1	2	3
9. 有不如死掉或傷害自己的念頭。	0	1	2	3

## 附錄六 創傷後壓力症狀



說明：下列是人們經歷創傷後有時出現的問題。請圈選最近一個月以來，下列問題多常發生與造成多大困擾。請依照八仙事故對以下問題進行評分。

	0	1	2	3	4
	完全沒有	一週 1 次以下/ 有一點	一週 2 至 3 次/有些	一週 4 至 5 次/ 非常	一週 6 次以上/ 嚴重
最近一個月以來...	完全沒有	一週 1 次以下 有一點	一週 2-3 次 有些	一週 4-5 次 非常	一週 6 次以上 嚴重
1. 關於此事件不想要且難受的記憶。	0	1	2	3	4
2. 關於此事件的惡夢或夢魘。	0	1	2	3	4
3. 重新體驗此創傷或感覺彷彿事件真的再次發生。	0	1	2	3	4
4. 當提醒想到此創傷時感覺情緒上非常難受。	0	1	2	3	4
5. 當提醒想到此創傷時出現身體反應（例如冒汗、心跳加速）。	0	1	2	3	4
6. 試圖逃避與此創傷相關的想法或感受。	0	1	2	3	4
7. 試圖逃避提醒你想到此創傷或是自創傷之後感覺更危險的活動、情境、或地方。	0	1	2	3	4
8. 無法記得此創傷事件的重要部份。	0	1	2	3	4
9. 更負面的看你自已、他人或世界（例如「我無法信任人」、「我是弱者」）。	0	1	2	3	4
10. 為所發生的事責怪自己或他人（傷害你的人以外）。	0	1	2	3	4
11. 經歷強烈的負面感受，如懼怕、驚恐、憤怒、罪惡或羞愧。	0	1	2	3	4
12. 失去興趣或不參與過去一向從事的活動。	0	1	2	3	4
13. 感覺與他人疏遠或切斷聯繫。	0	1	2	3	4
14. 有體驗正向感受的困難。	0	1	2	3	4
15. 舉止更煩躁或對他人有攻擊性。	0	1	2	3	4
16. 更加冒險或從事可能導致你或他人傷害的舉動（例如魯莽駕駛、嗑藥、無防護性行為）。	0	1	2	3	4
17. 過度警覺或戒備（例如檢查誰在你周遭、背對門時感到不安等）。	0	1	2	3	4
18. 提心吊膽或更容易驚嚇（例如某人在你身後走近）。	0	1	2	3	4
19. 專注的困難。	0	1	2	3	4
20. 入睡或維持睡眠的困難。	0	1	2	3	4
21. 以上這些困難對你的困擾有多大？	0	1	2	3	4
22. 以上這些困難對你平日生活的干擾有多大（例如關係、工作或其他重要活動）？	0	1	2	3	4