

國立臺灣大學醫學院護理學系研究所



碩士論文

Department of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及
生活品質之成效

The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction
Program on Physical, Psychological and Quality of Life
in Breast Cancer Patients

劉盈苙

Ying-Yi Liu

指導教授：胡文郁 博士

Advisor：Wen-Yu Hu, Ph.D.

中華民國 103 年 12 月

December, 2014

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及
生活品質之成效

The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction Program on
Physical, Psychological and Quality of Life in Breast Cancer
Patients

本論文係 劉盈苙君 (R00426016) 在國立臺灣大學護理
學系、所完成之碩士學位論文，於民國 103 年 12 月 03 日承下
列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

胡文郁 教授

(指導教授)

胡文郁

黃俊升 教授

黃俊升

溫宗堃 博士

溫宗堃



致謝

這段學習過程即將告一段落，未來會是一個新的開始，猶記六年前在臨床工作時，踏入臨床研究護理師學分班，經由學分班的學習，對臨床試驗及研究產生興趣，毅然決然轉換至臨床研究進行工作實務，過程中持續修習研究相關課程訓練，並順利進入本校研究所之研究護理師組進修，臨床研究學習過程中的收穫，奠定未來對護理及臨床研究貢獻的能力；回顧研究所學習三年半的歷程，由衷感謝胡文郁 教授及黃貴薰 老師，安排優秀的課程提供我們專業上的學習，教導我們在臨床研究實務理論及應用，並時時刻刻提醒我們維護護理專業的權益及以護理角度提供病患全人照護。

正念減壓課程是經由指導教授 胡文郁老師介紹的輔成療法，一開始接觸學習認為對自我身心有所助益，進而想提供曾在臨床試驗中接觸的乳癌病人應用此輔成療法，並學習設計一個臨床研究的經驗，故促成此主題的產生；執行研究論文過程中，最感激是指導教授 胡教授文郁，不辭辛勞且耐心地指導論文方向，提供豐富的研究經驗與學識，並展現對研究精益求精的精神及對人慈悲關懷的態度，是學生我值得學習的最佳典範。此外，感謝台灣正念工坊執行長陳德中 心理師，在忙碌行程中撥冗擔任此研究的專業授課講師，讓學員及我真實學習正念減壓課程，不勝感激。

本研究承蒙兩位口試委員：台大醫院外科部黃俊升 教授及法鼓佛教文學院溫宗堃 博士在研究期間提供諸多不同專業領域的寶貴意見及指導；感謝黃教授提供其門診讓研究能順利招募受試者，感謝台大醫院乳癌個管師宛榆及美君護理師協助轉介乳癌病人，感謝乳癌防治基金會及新店慈濟醫院癌症中心廖姓護理師協助宣傳課程訊息，讓此研究得以順利招募受試者及完成研究。

感謝胡教授助理蕙竹、書儀及黃教授助理馨予，不厭其煩幫忙協調相關事務；感謝貴薰老師及博苒老師不斷給予支持鼓勵，提供我繼續堅持的力量；同學慧娟、嘉貞及仕蘋學姐，很高興研究期間有您們提供寶貴意見及鼓勵，求學期間互相切

磋及扶持，同時在求學的好友筑棋及盈君，感謝您們在課業之餘，能夠互相分享心情及經驗，倍感窩心。

這三年半中需兼顧多重角色的壓力，最重要支持力量是我的家人，感謝我的爸爸在學業期間幫忙照顧及疼愛我的女兒，更感激先生讓我在經濟無虞的狀況下完成學業，且在忙碌工作中勝任對女兒的照料並對女兒百般用心呵護，而寶貝女兒在求學過程當中到來，更是讓我堅持研究路程的動力，讓我在扮演多重角色下學習正念減壓的難忘經驗。

一個研究的成功，最偉大是參加本研究乳癌病人們的貢獻，您們無私貢獻您們的經歷，並配合參與此研究，過程中體驗覺察自我的喜怒哀樂並分享經驗，都是我們美好的回憶，謝謝您們讓這研究順利完成，這份榮耀是屬於我們大家的。正念減壓學習經驗，讓我重新思考對人生的看法，也學習獨立設計完成一個研究的過程，並體驗研究倫理困境的解決之道，未來在臨床研究領域中，持續精進護理專業及研究領域的才能，並且將正念減壓的學習經驗分享給他人。

盈苡 謹誌於

臺灣大學護理學研究所

December, 2014

中文摘要



研究背景：乳癌為全球女性最常見的癌症，發生率逐年增加，隨著醫療處置的進步，其存活率可達 90%，雖存活率雖高，但在常規輔助治療結束後，病人邁入疾病緩解期及存活期，五年及十年復發率分別為 13.1%與 21%，常出現疲憊、體力下降、憂鬱、害怕疾病復發及睡眠困擾之情形，會影響其生理、心理、社會、靈性及健康生活品質。從系統性回顧及統合分析結果，指出正念減壓課程有助於改善乳癌患者之生、心、靈、社會、生活品質、正念及生物指標等問題。

研究目的：探討乳癌病人生理、心理、生活品質及正念的情形，以及評價乳癌病人接受正念減壓課程後，在生理、心理、生活品質及正念之成效。

研究設計：採單組多次重複性測量之前驅性實驗研究設計。

研究方法：本研究對象來源為「北部某家醫學中心」以及透過乳癌相關團體各式網站公告招募乳癌病人，共 17 人，介入處置為「八週正念減壓課程及一日練習」，內容涵蓋「身體掃描、靜坐及瑜珈」；測量工具為「一般疲憊量表(GFS)、中文版匹茲堡睡眠品質量表(C-PSQI)、中文版情境特質焦慮量表(C-STAI)、害怕疾病復發量表(FORS)、WHO-5 幸福指標(WHO-5 well-being index)、乳癌患者生活品質測定量表(FACT-B)及止觀覺察注意量表(MAAS)」於前後測進行評量，第三、七週以 GFS、STAI-S、CES-D 及 WHO-5 進行評量，第五週增加 C-PSQI 及 MAAS 進行評量；研究資料採 Wilcoxon 符號排序檢定之無母數統計及廣義估計方程式進行統計分析。

研究結果：16 位乳癌病人接受八週正念減壓課程後之結果分析顯示：(1) 乳癌病人於治療期及緩解期之生活品質中度偏良好，但在「疲憊、焦慮、憂鬱及害怕疾病復發」均為中度困擾；幸福感偏低且睡眠品質不佳；止觀覺察注意程度中度偏低。(2) 接受正念減壓後，得分降低之變項為疲憊($P=.023$)、情境焦慮($P=.006$)、特質焦慮($P=.005$)及憂鬱($P=.009$)，生理及心理症狀獲得改善；得分增加之變項為幸福感($P=.003$)及生活品質($P=.005$)，有提升之傾向；(3) 接受正念減壓後，睡眠品質

($P=.076$)、害怕疾病復發 ($P=.065$)及正觀覺察注意($P=.258$)得分改變情形，均未達統計上顯著差異之水準。

結論：正念減壓課程對乳癌病人在生理、心理、靈性、生活品質及正念有所助益，除了建立本土實證資料外，此成效可應用於未來醫護人員之培訓課程，教導醫護人員依病人個別需求引導其學習正念減壓，並提醒醫護人員於客觀評估個案亦能注重病人當下的主觀感受。

關鍵字：乳癌、正念減壓、疲憊、睡眠品質、焦慮、憂鬱、生活品質

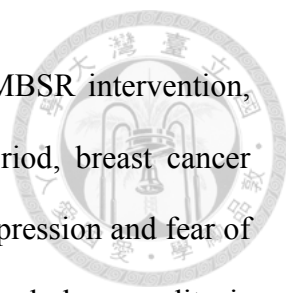
Abstract

Background: Breast cancer is the most common cancer among women in the world. It's incidence rate has been increasing yearly. With the progress of medical treatments, the survival rate could be 90%. Although the survival rate is high, after the routinely adjuvant therapy, patients who went into remission and survived had a relapsed rate of 13.1% and 21% within 5 and 10 years respectively. The usual symptoms are fatigue, decreased physical strength, depression, fear of cancer recurrence, and sleep disturbance. These symptoms affect patients' physical, psychological, social and, spiritual status, and health related quality of life. Systematic reviews and meta-analysis results show that MBSR helps them improve their physical, psychological, social, and spiritual status, health related quality of life, mindfulness, and biomarkers.

Aim: To explore breast cancer patients' physical and psychological status, health related quality of life, and mindfulness, and to evaluate their effects on patients after receiving MBSR.

Design: One-group multiple repeatability measurement pilot experiment was used.

Methods: A total of 17 subjects were recruited from a medical center in northern Taiwan and from announcements on various websites that recruit breast cancer patients through breast cancer related groups. They underwent an "eight-week MBSR and one full day practice" intervention which included body scan, sitting meditation, and yoga. The measuring tools are GFS, C-PSQI, C-STAI, FORS, WHO-5 well-being index, FACT-B and MAAS. In the third and seventh week, we used GFS, STAI-S, CES-D and WHO-5 measurement tools, and in the fifth week C-PSQI and MAAS were added. Wilcoxon sign-rank test was used for non-parametric statistics and GEE used for statistical analysis.



Results: After 16 breast cancer patients received the eight-week MBSR intervention, the results show that: (1) During the treatment and remission period, breast cancer patients' quality of life is moderately good while fatigue, anxiety, depression and fear of recurrence are moderate disturbances; sense of well-being is low and sleep quality is bad; and mindful attention awareness is moderately low. (2) After receiving mindfulness-based stress reduction, the low scoring variables are fatigue ($P=.023$), state anxiety ($P=.006$), trait anxiety ($P=.005$) and depression ($P=.009$), which indicate an improvement in physical and psychological symptoms. The high scoring variables are sense of well-being ($P=.003$), and quality of life ($P=.005$), which indicate a tendency to be upgraded. (3) After receiving mindfulness-based stress reduction, there wasn't a statistical significant difference in sleep quality ($P=.076$), fear of recurrence ($P=.065$) and mindful attention awareness ($P=.258$).

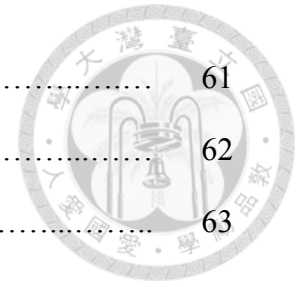
Conclusions: MBSR benefits breast cancer patients' physical, psychological and spiritual status, health related quality of life and mindfulness. Apart from establishing local evidence-based data, MBSR's effectiveness can also be applied to training courses for medical staff. Medical staff can teach MBSR to patients according to their individual needs. Moreover MBSR can remind medical staff to pay attention to patients' present feelings when objectively assessing them.

Key words: Breast cancer, Mindfulness-based stress reduction, Fatigue, Sleep quality, Anxiety, Depression, Quality of life

目 錄



口試委員會審定書.....	i
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iv
英文摘要.....	vi
第壹章 緒論	
第一節 研究動機與重要性.....	1
第二節 研究目的與假說.....	4
一、研究目的.....	4
二、研究假說.....	4
第三節 名詞定義.....	5
第貳章 文獻查證	
第一節 乳癌疾病概述.....	6
第二節 乳癌病人面臨生理、心理、社會及靈性之衝擊.....	14
第三節 乳癌病人於緩解期常見之衝擊.....	21
第四節 正念減壓課程介紹.....	25
第五節 正念減壓課程於乳癌患者之臨床應用.....	31
第六節 概念架構.....	42
第參章 研究方法	
第一節 研究架構.....	44
第二節 研究設計.....	47
第三節 研究對象選樣與場所.....	50
第四節 樣本數.....	51
第五節 研究工具及信效度檢測.....	52
第六節 正念減壓課程介入處置之課程介紹.....	59



第七節	研究步驟與流程.....	61
第八節	資料統計及分析方法.....	62
第九節	倫理關注.....	63
第肆章 研究結果		
第一節	本研究對象之基本資料及屬性分析.....	65
第二節	研究對象之各結果變項前後測變化.....	71
第三節	研究對象之各結果變項八週介入期間的連續變化.....	91
第四節	研究對象參與正念減壓課程之經驗分享.....	122
第伍章 討論		
第一節	應用正念減壓課程介入處置於生理因素之成效.....	130
第二節	應用正念減壓課程介入處置於心理因素之成效.....	133
第三節	應用正念減壓課程介入處置於生活品質之成效.....	137
第四節	應用正念減壓課程介入處置於止觀覺察注意程度之成效.....	139
第五節	正念減壓課程介入處置之文化與安全性的考量.....	141
第陸章 結論與建議		
第一節	研究結論.....	143
第二節	研究貢獻.....	143
第三節	研究限制與未來研究建議.....	145
參考文獻		
	中文部份.....	148
	英文部份.....	150
圖目錄		
圖 2-4-1	正念機轉(Mechanisms of mindfulness)概念圖.....	26
圖 2-4-2	行動統合機轉(Meta-mechanisms of action)概念圖.....	26
圖 2-5-1	文獻檢索流程圖.....	32



圖 2-6-1	本研究概念架構圖.....	43
圖 3-1-1	研究設計.....	45
圖 3-2-1	研究期間收案流程圖.....	48
圖 3-7-1	研究期間收案步驟與流程圖.....	61
圖 4-3-1	研究對象八週整體疲憊程度平均值變化趨勢.....	92
圖 4-3-2	研究對象八週整體睡眠品質平均值變化趨勢.....	96
圖 4-3-3	研究對象八週整體情境焦慮程度平均值變化趨勢.....	98
圖 4-3-4	研究對象八週整體特質焦慮程度平均值變化趨勢.....	101
圖 4-3-5	研究對象八週整體憂鬱程度平均值變化趨勢.....	107
圖 4-3-6	研究對象八週整體害怕疾病復發程度平均值變化趨勢.....	108
圖 4-3-7	研究對象八週整體幸福感程度平均值變化趨勢.....	111
圖 4-3-8	研究對象八週整體乳癌患者生活品質狀況平均值變化趨勢.....	114
圖 4-3-9	研究對象八週整體正念減壓課程的各項量表平均值變化趨勢.....	120
圖 4-3-10	研究對象應用八週正念減壓課程的各項量表整體平均值及變化趨勢圖.....	121
圖 4-4-1	個案應用八週正念減壓課程的各項量表得分值及變化趨勢.....	126
表目錄		
表 2-1-1	乳癌 TNM 分期系統(AJCC 7 th , 2009).....	10
表 3-6-1	正念減壓課程課程大綱.....	59
表 4-1-1	本研究對象之人口學特性	66
表 4-1-2	本研究對象之疾病狀態與治療.....	68
表 4-1-3	本研究對象之健康行為狀況.....	70
表 4-2-1	研究對象一般疲憊量表 GFS 前後測得分狀況及差異變化.....	72
表 4-2-2	研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前後測得分狀況及差異情形..	73
表 4-2-3	研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前測及後測得分情形.....	74

表 4-2-4	研究對象情境焦慮量表 STAI-S 前後測得分情形.....	78
表 4-2-5	研究對象情境焦慮量表 STAI-S 前後測得分狀況及差異情形.....	79
表 4-2-6	研究對象特質焦慮量表 STAI-T 前後測得分情形.....	80
表 4-2-7	研究對象特質焦慮量表 STAI-T 前後測得分狀況及差異情形.....	81
表 4-2-8	研究對象憂鬱量表 CES-D 前後測得分情形.....	82
表 4-2-9	研究對象憂鬱量表 CES-D 前後測得分狀況及差異情形.....	83
表 4-2-10	研究對象害怕疾病復發量表 FORS 前後測得分狀況及差異情形..	84
表 4-2-11	研究對象 WHO-5 幸福指標量表前後測得分狀況及差異情形.....	85
表 4-2-12	研究對象 FACT-B 乳癌患者生活品質測定量表前後測得分狀況及 差異情形.....	87
表 4-2-13	研究對象止觀覺察注意量表 MAAS 前後測得分狀況及差異情形..	90
表 4-3-1	分析基本屬性與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素	93
表 4-3-2	分析疾病狀態與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素	94
表 4-3-3	分析健康行為與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素	95
表 4-3-4	分析疾病狀態與不同時間點對研究對象睡眠品質的差異與相關因素	97
表 4-3-5	分析健康行為與不同時間點對研究對象睡眠品質的差異與相關因素	97
表 4-3-6	分析疾病狀態與不同時間點對研究對象情境焦慮程度的差異與相關 因素.....	99
表 4-3-7	分析健康行為與不同時間點對研究對象情境焦慮程度的差異與相關 因素.....	100
表 4-3-8	分析基本屬性與前後測對研究對象特質焦慮程度的差異與相關因素	102
表 4-3-9	分析疾病狀態與前後測對研究對象特質焦慮程度的差異與相關因素	103
表 4-3-10	分析基本屬性與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素	105
表 4-3-11	分析治療狀態與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素	106
表 4-3-12	分析健康行為與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素	107

表 4-3-13	分析基本屬性與前後測對研究對象害怕疾病復發程度的差異與相關因素.....	109
表 4-3-14	分析治療狀態與前後測對研究對象害怕疾病復發程度的差異與相關因素.....	110
表 4-3-15	分析基本屬性與不同時間點對研究對象幸福感程度的差異與相關因素.....	112
表 4-3-16	分析治療狀態與不同時間點對研究對象幸福感程度的差異與相關因素.....	113
表 4-3-17	分析基本屬性與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素...	115
表 4-3-18	分析治療狀態與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素...	116
表 4-3-19	分析健康行為與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素...	116
表 4-3-20	分析基本屬性與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素.....	118
表 4-3-21	分析治療狀態與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素.....	119
表 4-3-22	分析健康行為與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素.....	120
表 4-1-1	個案應用八週正念減壓課程之經驗分享内容與分析討.....	127
附錄		
附錄一	應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表.....	167
附錄二	同意授權使用一般疲憊量表之 e-mail 紀錄.....	183
附錄三	同意使用中文版匹茲堡睡眠品質量表 C-PSQI 之授權書.....	184
附錄四	同意授權使用中文版情境特焦慮量表 C-STAI 之 e-mail 紀錄..	185
附錄五	同意使用一般疲憊量表之中文版 CES-D 之授權書.....	186
附錄六	同意授權使用 WHO-5 well-being 量表之 e-mail 紀錄.....	187

附錄七	同意授權使用 Chinese FACT-B 量表之 e-mail 紀錄.....	188
附錄八	同意授權使用 MAAS 量表之 e-mail 紀錄.....	189
附錄九	本研究之研究受試者說明暨同意書.....	190
附錄十	研究工具.....	198
附錄十一	臨床試驗/研究許可書.....	212
附錄十二	臨床試驗/研究計畫變更案之簡易審查核准函.....	213
附錄十三	臨床試驗/研究計畫變更許可書.....	215
附錄十四	研究者參與正念減壓課程之心得分享.....	216



第壹章 緒論


第一節 研究動機與重要性



癌症已成為威脅全球健康的重要議題，根據美國癌症協會於 2008 年國際癌症機構調查，全球癌症新發生個案超過一千兩百萬人次，預估至 2030 年全球將會高達約兩千一百萬癌症新發生個案(American Cancer Society, 2011)；根據衛生福利部統計處資料顯示，自民國 71 年起，惡性腫瘤迄今仍為臺灣國人十大死因之首，綜觀民眾癌症發生及死亡情形，呈現逐年上升趨勢，影響國人健康甚鉅 (衛生福利部統計處，2012)。

乳癌是全球女性最常見的癌症，占有女性癌症的 16%，根據 2004 年 WHO Global Burden of Disease 報告顯示，估計有 519,000 名婦女於 2004 年因乳癌而死亡 (WHO, 2011)；在我國，民國 99 年，女性乳房惡性腫瘤發生率排名為女性第一位，個案數占全部惡性腫瘤發生個案數之 10.65% (衛生福利部國民健康署，2013) ，民國 101 年於女性乳房癌位居癌症及女性癌症死亡原因第四名(衛生福利部統計處，2012)；乳癌發生率逐年增加，隨著醫療處置的治癒，其存活率逐年增加，根據 Surveillance Epidemiology and End Results, SEER(2013)於 18 個地理區域進行調查 2003 至 2009 年五年相對存活率為 89.2%；在許多國家五年存活率亦可達 80~95%(Zainal, Booth, & Huppert, 2012)；根據研究顯示，年輕女性罹患乳癌比老年患者具有較高的局部復發率(Locoregional recurrence, LRR)，經十年追蹤，進行局部治療者的局部復發率為 15.1~19.8% (P=0.05)，在第一期乳癌病人之局部復發率，如有進行化療者為 13.5%，無化療者為 27.9% (P=0.04)(Beadle et al., 2009)；在我國研究，五年及十年復發率分別為 13.1%與 21%，而年齡每多一歲，則會下降 4%的復發風險(HR=0.96；95%CI=0.91-1.00)(鄭雅心，2012)，由此可知，乳癌對婦女健康及其健康生活品質是一重大威脅。


乳癌病人經歷診斷期、治療期、緩解期及復發期的過程，各階段會面臨不同的困擾，經歷治療上帶來生理上的不舒適(Cimprich et al., 2005)、心理上的困擾及



情緒失調等議題(Boehmke & Dickerson, 2006)，亦面臨到社會及靈性層面的衝擊；乳癌病人存活率高，在常規輔助治療結束後，邁入疾病緩解期及存活期，常見的困擾為疲憊、體力下降、憂鬱、害怕疾病復發、睡眠困擾之總總情形而影響到整體健康生活品質，對乳癌病人皆是生活適應上的一種挑戰(Bower et al., 2000; Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci, & Lyman, 1998; Byar, Berger, Bakken, & Cetak, 2006; Cella, Davis, Breitbart, & Curt, 2001; Lengacher et al., 2012a)。

目前乳癌治療方式有手術治療、化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療、標靶治療、臨床試驗及姑息性治療(NCCN, 2013)，病人因接受治療導致身心不舒適、生活上的改變、心理上的不平衡及對自我認知的改變；現今有許多輔成療法(Complementary and Alternative Medicine, CAM)搭配正統治療，提高癌症的治癒率或改善身心症狀，而乳癌婦女參與輔成療法通常與其心理困擾增加有相關聯(DiGianni, Garber, & Winer, 2002)，在乳癌病人參與的輔成療法是具有成效的，如：鬆弛法、想像療法、按摩、芳香、催眠療法、藝術療法、食療及團體治療等...(Burstein, Gelber, Guadagnoli, & Weeks, 1999; J. Henderson & Donatelle, 2004; Lengacher et al., 2002)，其他針對癌症病人的輔成療法包含心理治療、心理輔導、針灸(張根湖, 2006)，輔成療法皆是讓長期存活的病人，學習與疾病共處，並有技巧性的調整壓力，面對治療及提高生活品質；研究證實，輔成療法在改善身心症狀是重要且具有成效的，現今正念減壓課程在國外研究結果，亦是具有效果且成效佳。


二十世紀中後期起，西方醫學界開始接受東方文化中的身心一體思維，開啟身心醫學、行為醫學、輔成與另類療法的研究領域，在醫療領域中，身體與心理被視為同個個體，整體健康為全人的照護，包含生、心、靈及社會的完整照護。正念禪修(Mindfulness Meditation)此傳統方法，逐漸成為心理治療及許多醫學研究的焦點，此方法提供人們減少痛苦，鼓勵發展正向感，如：察覺、洞察力、智慧、慈悲及泰然處之的感受及技巧(Baer, 2005; Kabat-Zinn, 2003)；現在所接觸到的正念介入都是從 1979 年美國卡巴金博士創立的正念減壓(Mindfulness-Based Stress



Reduction, MBSR)發展出來的，正念減壓課程為後續各種正念介入措施的基礎，例如用以預防憂鬱症復發的正念認知療法(Mindfulness-Based Cognitive Therapy)、正念藝術治療等等(胡君梅，2013)。正念減壓課程(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)為西方醫療理念配合東方禪修方法進行約三十年，主要修習身體掃描(Body scan)、坐禪(Sitting Meditation)及正念瑜珈(Hatha Yoga)三種正念修習方法，介入時間約六至八週，每週一次，每次約 1.5 至 2.5 小時，以小組方式進行，國外研究結果顯示對病人的身心症狀是有改善成效的。2010 年開始引進我國訓練培養，首先以高壓力環境下的第一線照護患者的醫護人員進行介入措施進行評估，有許多醫院、機構及學校舉辦工作坊評估成效，希望能藉由此輔助治療法來協助國人十大死因棘手的疾病，讓病人運用自我內在的身心力量，培養正念觀念，面對並處理疾病帶來的困擾、壓力及生活上的變化，察覺自身感受並與疾病和平共處，達到身心合一的正念感受，進而達到推廣的作用。

筆者藉由文獻查證，以關鍵字搜尋「乳癌(Breast Cancer, Breast Neoplasms, Breast Tumor)」及「正念減壓課程(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)」，搜尋 1982 至 2013 年，醫療護理相關電子資料庫之中、英文文獻進行臨床實證研究成效探討，28 篇量性研究，正念減壓課程成效顯示是有助於改善乳癌患者之生、心、靈、社會、生活品質、正念及生物指標的問題；乳癌病人治療後存活率高，需長期面對生理的不適、心理情緒困擾與正常生活的調適，這些困擾影響其整體健康生活品質，進而影響其疾病的進展及身心狀況。

目前我國鮮少有實證資料可支持應用於病人上，國內研究，黃佑寧(2013)進行正念減壓團體與乳癌患者之效果研究，研究採單組前後測準實驗研究法，顯示介入處置後其憂鬱及生活品質方面有顯著改善。而此研究，筆者藉由應用正念減壓課程，在面對東西方不同的文化差異下，探討此輔助療法是否有所成效的差異及對我國乳癌病人應用的成效，採用單組類實驗研究之前驅性試驗，進行實證研究，建立本土實證資料。此研究針對乳癌病人於治療期或緩解期之穩定病情，在正念



減壓課程介入後，探討各層面之改善狀態，包含：(1)生理層面，如疲憊及睡眠品質、(2)心理情緒困擾，如焦慮、憂鬱、害怕疾病復發層面、(3)健康生活品質層面，如幸福感及生活品質、(4)正念層面：止觀覺察注意情形，評估個體的覺察注意集中力。如能夠證實應用措施的實用性，進而推廣於護理臨床照護上的應用，為病人開發新的輔助療法，提高其健康生活品質，並建立本土護理實證資料；並能經由證實正念減壓課程的實用性，未來能設計依照疾病或症狀之特異性，發展出簡易及可即性的護理照護措施指引。

第二節 研究目的與假說

一、研究目的

依據研究動機與重要性，本研究目的為：

- (一)、瞭解乳癌病人，其生理(疲憊、睡眠品質)、心理(焦慮、憂鬱、害怕疾病復發)、生活品質(幸福感及生活品質)及正念的情形。
- (二)、評價乳癌病人接受「正念減壓課程」後，在「生理、心理、生活品質及正念」之成效。

二、研究假說

綜合上述目的，本研究假說為：

- (一)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「疲憊程度」無顯著差異。
- (二)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「睡眠品質」無顯著差異。
- (三)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「焦慮程度」無顯著差異。
- (四)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「憂鬱程度」無顯著差異。



- (五)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「害怕疾病復發程度」無顯著差異。
- (六)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「幸福感」無顯著差異。
- (七)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「生活品質」無顯著差異。
- (八)、實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「正念程度」無顯著差異。

第三節 名詞定義

- 一、乳癌病人：此研究定義為乳癌依照 AJCC 7th 分期為零至三期之病人，診斷種類無限制，正接受或已接受過常規治療，包含外科手術治療、化學治療或放射線治療。
- 二、正念減壓課程：正念減壓課程為八週標準的正式修習方法，基本課程內容包含身體掃描、坐禪及正念瑜珈三種技巧，及學習生活上非正式的正念學習，培育正念。
- 三、生理：此研究探討生理層面，包含疲憊及睡眠品質的情形。
- 四、心理：此研究探討心理層面，包含焦慮、憂鬱及害怕疾病復發的情形。
- 五、生活品質：此研究探討乳癌病人健康相關生活品質，包含幸福感、生理健康狀況、社交及家庭健全狀況、情緒穩定狀況、功能健全狀況以及乳癌附加關注事項。
- 六、正念：此研究探討正念層面，瞭解個案止觀覺察注意能力及能否接受自己的行為並覺察當下的內或外在的經驗及感受，測試注意力及覺察不集中的頻率。



第貳章 文獻查證

第一節 乳癌疾病概述

乳癌是女性最常見的惡性腫瘤，以下由乳癌之流行病學及病因、乳癌分期與種類及乳癌治療三大部份進行概述。


一、乳癌之流行病學及病因

(一) 流行病學

乳癌是全世界於女性癌症中最為普遍的疾病，佔所有女性癌症的 16%，根據 2004 年 WHO Global Burden of Disease 報告顯示，估計有 519,000 名婦女於 2004 年因乳癌而死亡，不論發生於已開發或開發中國家，大多數(69%)乳癌死亡率發生在開發中國家(WHO, 2011)；根據 American Cancer Society 對美洲調查，於 2013 年估計有 232,340 例婦女被診斷為浸潤性乳腺癌新病例，及有 64,640 例原位乳腺癌，估計 39,620 名婦女死於乳腺癌，佔女性癌症死亡之第二位，僅次與肺癌(American Cancer Society, 2013)。

在我國，根據衛生福利部統計，台灣乳癌發生率於過去二十五年中有超過約五倍快速成長，由 1980 年為十萬分之 12.7，於 2010 年十萬分之 63.16，自民國 92 年，台灣乳癌已超過子宮頸癌，成為女性惡性腫瘤發生率之第一(Chang, Kuo, & Wang, 2008)；民國 99 年，女性乳房惡性腫瘤個案數佔全部惡性腫瘤發生個案數之 10.65%，發生率排名女性為第一位，當年初次診斷為女性乳房惡性腫瘤者為 9,655 人，年齡標準化發生率為每十萬人口為 63.16 人，發生年齡為 45 至 54 歲比例較高(衛生福利部國民健康署，2013)，民國 101 年於女性乳房癌位居癌症及女性癌症死亡原因第四名，標準化死亡率為每十萬人口為 11.6%，平均死亡年齡為 59.3 歲(衛生福利部統計處，2012)。

乳癌發生率逐年增加，隨著醫療處置的治癒，其存活率逐年增加，根據 Surveillance Epidemiology and End Results, SEER(2013)於 18 個地理區域進行調查



2003 至 2009 年五年相對存活率為 89.2%；在許多國家五年存活率亦可達 80-95%(Zainal et al., 2012)；而年輕女性罹患乳癌比老年患者具有較高的局部復發率(Locoregional recurrence, LRR)，研究針對 668 位病人，其中 652 為年輕女性，進行回顧性研究，整體追蹤中位數為 114 個月，經十年追蹤，進行局部治療者其局部復發率結果顯示，執行乳房保留手術者、單除乳房切除術及乳房切除術輔助放療比例分別為 19.8%、24.1 及 15.1%($P=0.05$)，在第一期乳癌病人，三組局部復發率無顯著差異($P=0.56$)，但如有進行化學治療，在局部復發率的結果顯示，化療者為 13.5%，無化療者為 27.9%，是有顯著意義($P=0.04$)(Beadle et al., 2009)；在臺灣，有研究針對 1996 年 1 月至 2010 年 12 月經醫師診斷的 219 位乳癌病人為研究對象，進行復發情形追蹤分析，追蹤期有 31 位發生復發狀況，復發時間中位數為 36 個月，五年及十年復發率分別為 13.1%與 21%，而年齡每多一歲，則會下降 4%的復發風險($HR=0.96$ ； $95CI=0.91-1.00$)，無接受荷爾蒙治療病人的復發風險是有接受荷爾蒙治療者 2.4 倍($HR=2.4$ ； $95CI=0.2-0.87$)(鄭雅心，2012)；由此可知，乳癌對婦女健康及其未來健康生活品質皆是一重大威脅。

(二) 病因

乳癌疾病的形成涵蓋眾多因素，已知因子包含家族史及遺傳基因、飲食習慣、內源性及外源性荷爾蒙、體重等因素的影響，以下針對重要致病因子進行簡述。

1. 家族史及遺傳基因

家族遺傳是重要危險因子之一，約有 15%患者有家族遺傳史，來自母系之乳癌遺傳；根據研究顯示若有一個一等親罹患乳癌則乳癌風險增加 1.8 倍，若兩個一等親則為 2.9 倍；約有 5%至 10%與遺傳性基因突變相關，常見基因改變為 BRCA1、BRCA2，為乳癌發生之相關遺傳基因，若婦女帶有這些基因，終身罹患乳癌機率高達 80%(American Cancer Society, 2013)。



2. 飲食習慣

飲酒及食用過多紅肉會增加賀爾蒙受體陽性(Hormone receptor-positive)乳癌發生(Cho et al., 2006)；飲食中的高脂肪攝取回增高體內雌激素濃度，研究發現油脂的攝取與乳癌發生率為正相關(Chang et al., 2008; Cho et al., 2003)；其他物質如維生素、礦物質、抗氧化劑、植物性荷爾蒙、咖啡及抽菸則無足夠證據顯示與乳癌發生相關(林璟宏，2011)。

3. 賀爾蒙因素

賀爾蒙因素包含內源性及外源性因素的影響；在內源性荷爾蒙部份，女性暴露在雌性素的時間長短，會影響乳癌的發生，初經年紀小於 12 歲及停經為 55 歲以後是增加罹患乳癌的危險因子(Chang et al., 2008)。有關外源性荷爾蒙的研究，包含口服避孕藥的使用及停經後婦女使用之荷爾蒙補充劑，在 Women's Health Initiative(WHI)研究有關停經後婦女使用之荷爾蒙補充劑，使用雌激素和黃體素合併療法，會增加乳癌發生的風險(HR0.77, 95% CI 1.01-1.54)，而使用四年後乳癌罹患率增加 26%(Chang et al., 2008; Chlebowski et al., 2003; 林璟宏，2011)。

4. 體重

體重與身體質量指數(body mass index, BMI)與乳癌有明顯相關，停經後罹患乳癌機率隨著BMI增加而增高(Trentham-Dietz et al., 1997); Eliassen, Colditz, Rosner, Willett, and Hankinson (2006)針對停經後婦女，未使用荷爾蒙補充劑，在停經後體重若增加十公斤以上，乳癌發生的風險會增加 18%。

5. 其他

其他因素包含種族、或之前因其他癌症進行胸部放射線治療、未生育子女或高齡產子、一側曾罹患乳癌的人、乳房切片有不正常細胞增生等因素皆有可能影響(American Cancer Society, 2013)。



二、乳癌分期與種類

(一) 乳癌 TNM 分期

依據美國癌症聯合協會(American Joint Committee on Cancer, AJCC)2009 年修訂第七版 TNM 系統，根據腫瘤大小(T)、淋巴結轉移情形(N)及有無遠端轉移情形(M)進行分期。乳癌分為四期：第零期，即原位癌，癌細胞局限於乳腺管基底層或腺葉內；而第四期為無論腫瘤大小及腋下淋巴結，如有遠端轉移皆為屬之(Edge, 2010)；乳癌分期簡述如下及表 2-1-1。

T1：腫瘤小於 2 公分

T2：腫瘤於 2-5 公分

T3：腫瘤大於 5 公分

T4：任何大小之腫瘤蔓延至胸壁或皮膚

N0：腋下淋巴結無轉移

N1：腋下淋巴結有 1-3 顆轉移

N2：腋下淋巴結有 4-9 顆轉移

N3：腋下淋巴結有 10 顆以上轉移，或有鎖骨下淋巴結轉移、或有內乳淋巴結轉移。

M0：無遠端轉移。

M1：有遠端轉移，無論腫瘤大小及腋下淋巴結皆為第四期。



表 2-1-1、乳癌 TNM 分期系統(AJCC 7th,2009)

分期	腫瘤大小(T)	淋巴結轉移情形(N)	遠端轉移情形(M)
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1*	N0	M0
Stage IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
Stage IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

註：Tis, 原位癌；N1mi, 淋巴結微轉移(micrometastases in lymph nodes)；*表示 T1 包含 T1mi；**表示 T0 或 T1 腫瘤，如淋巴結含微轉移 micrometastases 被排除 IIA，歸類於 IB。



(二) 乳癌種類

乳癌有很多種類，其中有些種類少見，乳癌常見發生病變的地方於乳腺管，而乳房腫瘤可能是多種乳癌結合在一起，以下以 American Cancer Society (2013) 定義乳癌之種類進行介紹。

1. 乳管狀原位癌(Ductal carcinoma in situ, DCIS)：常見之非侵入乳癌，病灶只限於乳腺管內，尚未擴散到乳房其他組織，罹患此期癌症婦女幾乎都可治癒。
2. 乳小葉原位癌(Lobular carcinoma in situ, LCIS)：發生在分泌乳汁的腺體小葉，但未擴散至乳房小葉壁之外，罹患 LCIS 會增加婦女日後罹癌機率。
3. 浸潤性乳腺管癌(Infiltrating ductal carcinoma, IDC)：最常見乳癌，約占 75%，此癌症源發於乳汁通道或乳管，穿透管壁，侵入乳房其他組織，癌細胞可能擴散至乳房以外的器官。
4. 浸潤性乳小葉癌(Infiltrating lobular carcinoma, ILC)：源自乳小葉或乳腺，可能會擴散至乳房以外的器官，約占 5 至 10%。
5. 其他：少見之乳腺癌，例如發炎性乳癌(inflammatory breast cancer, IBC)、三陰性乳癌(Triple-negative breast cancer)、Paget 氏疾病等...

三、乳癌治療

American Cancer Society 對乳癌進行概述，乳癌治療根據作用和時間，治療可分為局部與全身性治療及輔助與前導性治療。局部治療目的於治療腫瘤，例如手術及放射線治療；全身性治療則是透過血液或口服方式，經全身擴散到乳房以外的癌細胞，例如化學治療、荷爾蒙治療。若患者在手術後似乎沒有癌細胞的情況下接受更多治療，稱為輔助治療(Adjuvant therapy)；所謂前導性治療(Neoadjuvant therapy)是於手術前接受全身性治療(多為化學治療)，目的為縮小腫瘤；以下以乳癌治療方針進行概述(American Cancer Society, 2013；尹祚芊等，2008；林李府、



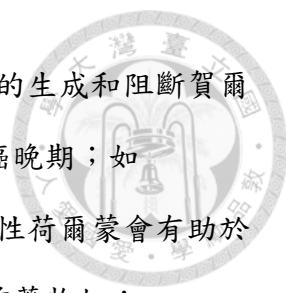
莊岳泉、吳逸驩、黃文彥及趙祖怡，2009)。

(一)手術治療：大多數乳癌婦女會接受手術治療主要乳房腫瘤，目的切除癌細胞，並且進行手術確認癌細胞是否有擴散至腋下淋巴結；手術方式是依照患者的分期及腫瘤大小來決定，目前常用主要方式有兩種，一為改良式全乳房切除術(Modified radical mastectomy)及乳房保留手術(Partial mastectomy)，額外還有單純性全乳房切除術(Total mastectomy)；其他乳癌手術包含腋下淋巴結切除術、前哨淋巴結切片及重建或乳房植體手術。

(二)放射線治療：放射線治療是用穿透力強高能量光線(X光)作用於腫瘤部位以消滅癌細胞，此種治療在乳房保留手術之後，可殺死乳房、胸壁或腋下殘留的癌細胞，通常會合併抗癌藥物治療，增加療效；並且可緩和性治療造成疼痛或阻塞的轉移病灶。

(三)化學治療：化學治療是一種全身性治療，目的是殺死手術或放射線治療後仍潛伏於體內的癌細胞，而合併化療較單一化療療效較好；目前常見的治療處方有CMF(Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-FU)、FEC(5-FU, Epirubicin, Cyclophosphamide)、FAC(5-FU, Adriamycin, Cyclophosphamide)、EC(Epirubicin and Cyclophosphamide)、AC(Adriamycin and Cyclophosphamide)；而Taxan類藥物(如Pacitaxel and Docetaxel)通常於 Anthracycline 類藥後使用或同時使用，對淋巴轉移患者及荷爾蒙接受體陰性者較有效。

(四)標靶治療：標靶治療針對癌細胞持有的生長因子或接受體加以阻斷，藥物可以是大分子單株抗體或小分子化學物質；目前乳癌常見基因中 Erb2(Her-2/neu)腫瘤基因過度表現者，使用已上市之單株抗體藥物為 Trastuzumab(商品名 Herceptine)，可阻斷蛋白質作用，使乳癌細胞停止生長；其他標靶藥物如 Lapatinib 及 Bevacizumab。



(五)賀爾蒙治療：荷爾蒙治療是全身性治療，是藉由抑制賀爾蒙的生成和阻斷賀爾蒙與接受體的結合，用來降低術後癌症復發的風險，或治療乳癌晚期；如ER(Estrogen receptor)及PR(Progesterone receptor)為陽性患者，女性荷爾蒙會有助於乳癌生長，故需要阻斷雌激素作用或降低濃度來進行治療；目前藥物如：Tamoxifen、Fulvestrant、芳香酶抑制劑類藥物。

(六)臨床試驗：隨著時代的進步，醫療團隊可能會針對患者目前的癌症類型進行臨床試驗，而臨床試驗是在審慎嚴謹的控制下，對患者進行研究試驗，評估新治療是否安全及有效，測試新的預防、診斷或治療癌症的方法。

第二節 乳癌病人面臨生理、心理、社會及靈性之衝擊

乳癌病人於罹病過程會經歷診斷期、治療期、緩解期及復發期，會因疾病期別、治療的方式息息相關，多重因素造成其生理、心理、社會及靈性層面複雜變化及困擾，以下經各層面所會經歷的困擾進行詳述。

一、生理層面衝擊

乳癌病人於確立診斷後，依照疾病侵襲的嚴重程度，即開始個人化的醫療處置。治療方針為手術治療、化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療及標靶治療，依照個人疾病型態及嚴重性進行評估並計畫治療方針；乳癌患者在經歷不同階段的治療中，伴隨而來的是治療中引發生理副作用及身體調適的情形。病人罹病過程中與生理症狀困擾共存，進而影響生活品質，生理症狀困擾會因診斷治療的階段及處置有關，例如：診斷後的衝擊、接受化學或標靶治療引發的副作用、進行手術後之區域不舒適及副作用、荷爾蒙治療及荷爾蒙改變的症狀等...(Cimprich et al., 2005)。

(一) 診斷後的衝擊

Cimprich (1999)研究針對七十四位初診斷乳癌病人於治療前進行生理、認知及情緒困擾的調查，結果顯示最明顯之生理症狀困擾為失眠、疲憊、注意力不集中，而五十五歲以下較年輕乳癌病人以食慾不振及嘔吐症狀較年長者為顯著。


(二) 治療方針引發的症狀困擾

目前乳癌治療方針有手術治療、化學治療、放射線治療、荷爾蒙治療及標靶治療，根據不同的治療會有其副作用及造成生理上的困擾，如以下治療方針不同進行概述：

1. 手術治療：在追蹤的研究中乳癌患者經歷手術切除後，影響的症狀包含手術部位疼痛、感覺失調、水腫及肌肉無力(Tasmuth, Von Smitten, & Kalso,

1996; Thompson et al., 1995)；針對台灣乳癌患者進行乳房切除手術研究中，學者針對三十九位新診斷乳癌進行女性乳房切除手術後第二天至第四週進行追蹤，研究發現術後症狀為食慾減少、對自我外觀不滿程度增加，嘔吐、疲憊及失眠先降低再增加；傷口的疼痛、咳嗽、胸壁緊、虛弱、開刀側麻有改善(Wang, Lee, Chang, & Lin, 2005)。

2. 化學治療：化學治療所引起的生理上之副作用，主要取決於所接受的化學藥物治療種類，各種呈現副作用的嚴重性會因個人而有所不同；乳癌患者因輔助性化療引起普遍常見的困擾症狀為疲憊(Fatigue)，其他的生理症狀包含腸胃道系統如嘔吐、掉髮、食慾不佳、便秘及腹瀉，感覺神經系統如手足症候群，更年期的症狀如失眠；研究顯示，乳癌病人常見的疲憊症狀常與疼痛、焦慮、憂鬱、睡眠障礙及更年期的症狀有所關聯，而降低生活品質(Byar et al., 2006)。乳癌病人輔助性化學治療常用多種組合配方，主要包含烷基化藥物(Alkylating agents)、抗代謝藥物(Antimetabolites)、抗腫瘤抗生素類(Tumor antimicrobials)、有絲分裂抑制劑(Mitotic inhibitors)等...，呈現的副作用包含骨髓抑制、噁心嘔吐、神經毒性、體重增加、卵巢功能衰竭、心毒性、認知功能缺損、疲憊及影響生活品質(Wood, Shapiro, & Recht, 2001)。
3. 放射線治療：乳癌病人在接受放射線治療過程中通常不會有感覺，放射線治療的副作用可分為早期及晚期副作用；早期副作用是於放射線治療療程中出現的副作用，常見為疲倦、局部皮膚反應、食慾不振、胸部緊迫感、噁心嘔吐感、咳嗽有痰；晚期副作用包含患側手臂淋巴水腫、臂神經叢病變、心臟功能受損、放射性肺炎、肋骨骨折等...，手臂淋巴水腫通常與腋下淋巴清創手術有關約 4%，若加上淋巴照射治療，發生手臂淋巴水腫機率會增加至 13%(Wood et al., 2001; 尹祚芊等， 2008; 黃品逸及顏上惠， 2008)。

- 
4. 賀爾蒙治療：乳癌病人依照其荷爾蒙接受體是否為陽性表現，才會決定是否給予賀爾蒙藥物治療，副作用以臉潮紅、盜汗、月經不規則、陰道出血分泌物或乾燥、搔癢、腸胃不適、體重增加為常見，其他副作用包含潛在血脂心臟血管致死率及血栓性疾病機會增加、骨骼影響、憂鬱情緒及眼睛毒性，而停經後婦女使用 Tamoxifen 罹患子宮內膜癌的潛在致癌率機率較高(Wood et al., 2001; 尹祚芊等，2008)。
 5. 標靶治療：針對乳癌病人於美國癌症醫學會證實賀癌平(Trastuzumab)用於術後輔助性治療是具成效的，其副作用主要是心臟毒性，單純使用 Trastuzumab，有約 5%病人會發生心衰竭，與蒽環類(Anthracyclin)藥物合併使用，心衰竭比例是 27%，與紫杉類(Taxane)藥物合併使用時，約有 13% 產生心衰竭(Seidman et al., 2002; 林孝府等，2009)。

二、心理層面衝擊

乳癌病人罹病過程經歷診斷、治療到預後，不僅影響生理層面，其所導致心理層面受到極大困擾及情緒失調，包含身體心像困擾、對疾病的不確定感、情緒困擾如焦慮憂鬱、害怕疾病復發的感受、創傷後症候群及幸福感降低等心理議題(Boehmke & Dickerson, 2006)。

(一) 身體心像困擾

身體心像對於女性乳癌病人是心理衝擊之一，在婦女身體心像感受方面，乳房為女性特徵之一、女性自我認同的象徵及社會文化對女性建構的意義，由此可知，女性乳房對整體身體心像具重要性；對於手術後失去乳房的衝擊，婦女會想像失去乳房將會影響兩性關係及社交生活，而產生焦慮、沮喪、害怕甚至休克的感覺，甚至有感到不再完整的感受(J. B. Brown, Carroll, Boon, & Marmoreo, 2002；方素瓔、邱幸嬋及徐畢卿，2011；李作英、周桂如、穆佩芬、李惠玲及葉美玲，

2012)。

Alder and Bitzer (2003)研究指出，104 為罹患乳癌的 29 位個案是需要表達其性方面及身體心像的諮詢，且其焦慮及憂鬱的狀態較嚴重；在國內研究，質性訪談分析發現，乳癌婦女在意女性特徵喪失的外觀改變，而在手術後希望能有替代方案，包含乳房重建手術或配戴義乳，以降低身體外觀的改變(Fang, Balneaves, & Shu, 2010)；這些經驗讓乳癌女性患者在罹病及治療後，必須重新調整自我評價，在性別及社會角色關係的生活中，必須調整以乳房作為女性特質且自我認同的象徵，並且接受整體身體心像改變的事實，而這樣的過程往往會使乳癌女性患者陷入矛盾情緒中，造成心理上的困擾(Kasper, 1994; 方素瓔等，2011)。

(二) 不確定感

Mishel 於 1988 年提出疾病不確定感理論，認為疾病不確定感是一種認知狀態，是指個人缺乏能力決定或判斷相關事件的意義與價值，在疾病相關的不確定感可能發生以下四種狀況：(1) 於對於病情瞭解程度模糊不清時、(2) 面對複雜的治療計畫及照護系統時、(3) 缺乏對疾病診斷或疾病嚴重性的認知、(4) 無法預測未來病程及預後的情形(Mishel, 1988；向肇英、李介至、李韻雯及鄭素月，2012)。

乳癌是全身性疾病，患者罹患乳癌之後，所面臨的是針對個別性進行多樣性的治療，而各種治療所導致的副作用，會造成患者身心不適，當對治療副作用看成治療失敗的表徵時，不確定感即為產生，而不確定感所伴隨而來的是焦慮、憂鬱、害怕、擔憂及無望等心理困擾。疾病不確定感因素與疾病知識、社會支持以及基本屬性有所相關，在不確定感之研究，針對 92 位乳癌進行研究，研究結果顯示影響疾病不確定感的重要因子包含患者的手術方式、自覺疾病嚴重度、教育年數、現在病史、社會支持及化學治療知識等因子(李美雲、蕭正光、許淑蓮、張宏泰及徐南麗，2002)；2004 年針對 78 位乳癌病人不確定感程度及相關因素探討，結果顯示整體的不確定感處於中高程度，不明確性比複雜性高，而在基本特質與



不確定感無顯著相關，在疾病特性中，有復發之乳癌病人其不確定感顯著高於無復發者(簡淑娟、黃珊、韓彤珍、郭美玲及余芳娥，2005)。

(三) 情緒困擾

乳癌病人於治療過程中，除了產生生理症狀的不舒適及對疾病的不確定感，在每個治療階段過程中，經歷著複雜的心理情緒上困擾；乳癌病人於治療後，持續常見的心理情緒困擾為心理壓力、焦慮、憂鬱、害怕疾病復發及延續生理的不舒適而影響生活品質(Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997; Lengacher et al., 2009)。

女性乳癌普遍常見於心理上的困擾，目前已有許多心理上的困擾症狀陸續被發表；乳癌病人發生於臨床上憂鬱之盛行率為 11~20%，發生焦慮混亂之盛行率為 16%(Lueboonthavatchai, 2007; Zainal et al., 2012)；Hegel et al. (2006)針對新診斷罹患乳癌病人中，將近 47%有困擾或精神上的失調，憂鬱症盛行率為 11% (60%有中度至重度憂鬱)以及 10%有創傷後壓力症候群；這些情緒及心理上的困擾對其生活品質及心情上造成影響，進而影響到未來疾病的進展及治療上的情形。

在害怕疾病復發部份，研究一致性預測，與年齡有直接的相關，年輕女性較害怕疾病的復發(Mast, 1998; Vickberg, 2003)；乳癌病人於緩解期時，與疾病共處，疾病導致的心理困擾及害怕疾病復發的長期困擾高達 60%~90%，害怕疾病復發的高盛行率對於心理及生理困擾是長期影響的；害怕疾病復發是一種複雜的現象，包含焦慮、害怕、擔心及認知的感受，害怕疾病復發通常來自身體症狀的困擾及心理的困擾，而降低生活品質(Lengacher et al., 2012a; Lengacher et al., 2011a)。

三、社會層面衝擊

乳癌病人在不同階段，在疾病診斷期間、治療期間以及治療結束後的持續生活及照護上，將面臨到不同的社會問題衝擊，以下以醫療照護、社交互動、家庭



互動及性生活型態層面進行探討。

(一) 醫療照護層面

乳癌病人於診斷期間心理感受包含不確定罹病之擔憂與害怕，需要乳癌相關訊息、儘速知道診斷結果(Shaw, Wilson, & O'Brien, 1994)；有研究指出，針對疑似乳癌預計執行乳房切片的問卷調查結果，希望醫療專業人員提供協助為教育相關資訊、縮短等待時間、情緒支持及讓家屬參與其中；針對診斷期間，乳癌患者希望得到照護與支持為確認診斷結果、瞭解疾病與治療狀況及安心的照護(廖美南及陳品玲，2006)；由此可知在病人診斷治療期間需要醫療團隊的支持來協助決策並減輕焦慮感。

(二) 社交互動層面

乳癌病人於結束治療完成後，會受到生理的副作用及疾病的限制，擔心面對未來的生活型態，擔心無法持續參與社交活動如運動、擔任志工，擔心面對職業生涯的挑戰，而影響與他人之間的社交互動及關係(Beatty, Oxlad, Koczwara, & Wade, 2008; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004)，目前有許多支持團體協助乳癌患者分享生活經驗及互相支持，在不同的階段中，是需要親近朋友提供情緒上的支持(廖美南及陳品玲，2006)。

(三) 家庭互動層面

乳癌病人被診斷疾病後，對於自我的角色定位是具有衝突矛盾的感受，而有質性研究指出，患者罹病過程中，希望得到支持，而在與丈夫或小孩之間關係會感到有困難及壓力(Beatty et al., 2008)；另一研究顯示，乳癌病人於診斷期間心理感受包含：否認與震驚、自我掌控性的無奈、不確定感與害怕、角色期待的失落及重燃希望的喜悅；在角色期待的失落部份，婦女視照顧小孩、家庭為天職，夫妻互相依賴是維繫家庭重要因素，而乳癌病人會擔心無法兼顧家庭照顧以及擔心

無法照顧小孩，對於自己可能無法繼續扮演母親與妻子角色而感到難過，這樣的經歷過程，病人仍是希望親友可以在旁陪伴，配偶協助尋求醫療專家的幫助及陪伴就醫，對處於否認階段的病人會對未來抱著希望的(O'Mahony, 2001；廖美南及陳品玲，2006)。

(四) 性生活型態影響層面

乳癌病人多為女性，在罹病之後進行持續性的治療，手術治療不僅影響其對自我身體心像的困擾，其他輔助性治療也會影響與另一半的親密關係及影響性生活形態(Altschuler et al., 2008)；而輔助性治療如化學藥物治療可能會影響生育功能，賀爾蒙治療可能提早停經，或其他因素導致性功能障礙，間接影響生活品質(Hickey, Peate, Saunders, & Friedlander, 2009; Peate, Meiser, Hickey, & Friedlander, 2009)。

四、靈性層面衝擊

全人的照護不僅僅是生、心、社會的議題，在靈性及文化上的衝擊，更是需要重視的一環，每個人所堅持的信念及信仰會因個人生活經歷賦予的義意皆有所不同，而許多研究顯示，在癌症病患有靈性的寄託，對生活上有意義、禱告或宗教的參與是有助益的(Meraviglia, 2006)。當人面對生命中重大壓力事件感到無助時，會尋求宗教的慰藉，當出現不確定感時，藉由宗教的寄託得到支持的力量(廖美南及陳品玲，2006)。

第三節 乳癌病人於緩解期常見之衝擊

綜觀乳癌病人經歷各期所經歷的生理、心理、社會及靈性層面困擾，隨著乳癌病人存活率高，當乳癌病人結束常規治療期，邁入緩解期及存活期，依然面對不同的困擾；根據研究發現，乳癌病人於完成輔助治療後，感到疲憊、體力下降、憂鬱及長期睡眠品質差而影響到整體健康生活品質(Bower et al., 2000; Byar et al., 2006; D. Cella et al., 2001)；Haghighat, Akbari, Holakouei, Rahimi, and Montazeri (2003)研究針對 112 位乳癌病人，包含正在治療及已進入追蹤期者，進行疲憊預測因子探討，結果顯示，疲憊與憂鬱、正使用 Tamoxifen 治療、過去接受乳房切除術及焦慮有相關聯；本章節依照研究收案對象為常規照護後(包含手術治療、化學治療或放射線治療)者，於疾病緩解期常見的困擾及症狀以生理、心理、健康生活品質層面進行探討。

一、生理層面

乳癌病人於緩解期及追蹤階段面臨之生理層面困擾，因其癌症期別及治療方式而有所不同症狀及程度；例如：手術治療或放射線治療所影響的患側手臂造成水腫或麻木症狀，以及放射線治療或輔助性化學治療影響到生理的疲憊，而疲憊或其他因素導致睡眠障礙知問題；如以下依照常見症狀進行概述。

(一) 疲憊

疲憊(Fatigue)為癌症病人最困擾的症狀，研究報告顯示癌症病人疲勞的頻率範圍在治療期間及治療後介於 25~75%(Servaes, van der Werf, Prins, Verhagen, & Bleijenberg, 2001)。Broeckel et al. (1998)研究顯示，在乳癌病人完成術後輔助化學治療的幾週和幾個月內疲勞症狀仍然存在，針對 3-36 個月以下的 61 位乳癌倖存者有進行輔助性化療治療者比上 59 位無癌症病史女性者有較更嚴重的疲憊症狀($P<0.01$)，因疲憊導致生活品質更差($P<0.05$)，且睡眠品質差、更年期症狀及心理失調相關聯；Bower et al. (2000)針對 1,957 位乳癌倖存者在診斷後一年至五年中，

進行疲憊多因素分析，有三分之一的乳癌病人有嚴重的疲憊感，且伴隨高程度的憂鬱、疼痛及睡眠障礙。



(二) 失眠

當乳癌病人結束輔助治療後，面對未來的生活，會因生理的疲憊而影響其睡眠品質及造成睡眠障礙(Bower et al., 2000; Broeckel et al., 1998)。Davidson, MacLean, Brundage, and Schulze (2002)研究針對癌症病人進行睡眠困難之探討，其中乳癌病人 302 位，失眠發生率為 37.8%；Savard, Simard, Blanchet, and Ivers (2001)對 300 位經放射線治療後非轉移性乳癌病人進行失眠調查，有 19%符合失眠診斷標準，大部份的個案(95%)，失眠是慢性的症狀，有 58%患者因罹病而加重其睡眠困難情形；Colagiuri et al. (2011)研究針對 3,343 丹麥之原發性乳癌病人於手術後三至四個月進行睡眠品質的測量，結果顯示，57.9%的婦女有睡眠困難的情形，而睡眠困難情形與有較多的憂鬱症狀及較差的身體功能之顯著預測因子相關聯。

(三) 手臂問題

乳癌病人進行手術後，因其不同的手術方式會產生患側身體症狀，本國研究，針對 130 位乳癌婦女，探討手術後兩年內的症狀困擾，在身體困擾部份，手術患側手臂發麻及手術部位感覺異常之手臂問題較大(陳美芳 & 馬鳳歧, 2004)；Shimozuma, Ganz, Petersen, and Hirji (1999)針對 277 名早期乳癌病人進行前瞻性研究，測量術後生活品質調查，並且根據手術治療方式來比較身體與治療相關的問題，進行改良式根除性乳房切除術(Modified radical mastectomy, MRM)及乳房保留手術(Breast conserving treatment, BCT)於術後一年追蹤症狀，麻木感(胸壁、腋窩或手臂)及緊、牽引或伸張感(手臂或腋窩)症狀皆是持續高比率；在乳癌病人有進行放射線治療或淋巴照射治療之晚期副作用會產生手臂淋巴水腫的情形(黃品逸及顏上惠, 2008)。



二、心理層面

乳癌病人於緩解期及追蹤階段面臨心理層面的困擾，可能對疾病感到不安或困惑，會導致生理上的疲憊或失眠而影響生活品質，常見的情緒困擾為憂鬱症狀及害怕疾病復發，以下進行概述。

(一) 憂鬱

憂鬱是癌症病人所關注的症狀，乳癌病人於緩解期常見的情緒困擾為憂鬱，針對在診斷後一到五年的病人追蹤發現，病人感到疲憊是與憂鬱及疼痛為影響的因素(Bower et al., 2000; Byar et al., 2006)；研究顯示，在治療後的第一年有很高的比率(10~25%)有憂鬱症，而憂鬱症狀往往影響到病人後期追蹤治療的情形及生活品質(Fann et al., 2008)；Christensen et al. (2009)研究針對 4,917 位接受標準治療之早期乳癌病人於術後三至四個月進行憂鬱症狀及相關因子調查，結果顯示，有憂鬱症狀及憂鬱症(13.7%)罹病率增加，但與罹病前的因素，如社經地位與精神狀況相關因子較大，而身體機能、吸煙、飲酒及身體質量指數亦是與憂鬱症狀有相關聯。

(二) 害怕疾病復發

害怕疾病的復發是複雜的現象，對生理及心理造成長期的困擾；乳癌病人於緩解期，與疾病共處，Mast (1998)研究指出乳癌病人診斷五年後，約有 70%仍害怕疾病可能會復發，Lengacher et al. (2012a)指出，害怕疾病復發導致心理長期困擾高達 60-90%，包含焦慮、害怕及擔心的感受，導致生活品質降低；Vickberg (2003)研究指出，約有 55%乳癌病人有中至高程度的害怕疾病復發，而害怕復發的考量為，恐懼死亡、進一步的治療、情緒困擾及身體功能造成的限制；在本國研究，針對 130 位乳癌婦女，探討手術後兩年內的心理困擾呈現混亂及困惑為主要困擾，仍擔心疾病會復發，故對未來感到困惑及不確定感(陳美芳及馬鳳歧，2004)。



三、健康生活品質層面

乳癌病人五年存活率高達 80-97%，眾多研究指出，在常規輔助治療結束後，邁入緩解期及追蹤階段，面臨到生理與心理層面的困擾，而產生不同的症狀，影響其整體健康生活品質(Berglund, Bolund, Fornander, Rutqvist, & Sjöden, 1991; Bower et al., 2000; Byar et al., 2006)；Ganz et al. (2002)針對乳癌倖存者進行調查，於最初診斷的五至十年後的進行生活品質追蹤，共有 817 位婦女完成調查，有 763 位處於無病期，過去沒有進行系統性輔助治療者比有進行系統性輔助性(化學治療、Tamoxifen 或兩者一起使用)者有較好的生活品質(身體機能， $P=0.003$ ；身體角色功能， $P=0.02$ ；身體疼痛， $P=0.01$ ；社會功能， $P=0.02$ ；一般健康狀況， $P=0.03$)，根據多變量分析結果，過去進行化學治療者具統計上顯著的預測有較差的生活品質($P=0.003$)，由此可知，輔助治療對於診斷五至十年後會對身體健康狀況有不利的影响。

綜合以上乳癌病人面臨治療結束後，邁入緩解期之生理及心理困擾，長期直接影響到整體的健康生活品質，故首先需瞭解乳癌病人的困擾及影響因子，發展適合的措施協助病人面對疾病狀況及未來生活，降低其困擾，進而促進其長期的健康生活品質。

第四節 正念減壓課程介紹及概念

正念減壓課程(Mindfulness-based stress reduction program, MBSR)是 1979 年美國卡巴金博士(Jon Kabat-Zinn)於美國麻州大學附屬醫院設立減壓門診，以患者為實務對象，結合西方身心醫療理念與東方禪修傳統之輔助療法，教導協助患者運用自我內在身心力量，以正念內觀修習處理壓力、焦慮、疼痛與疾病，並學會與疾病共處之道，促進自我的身心健康，並培育「正念」(Kabat-Zinn, 1982, 1990)；卡巴金博士於 1995 年將減壓門診擴大為正念醫療健康中心，持續推廣此療法，逐漸成為心理治療、醫學研究及學校企業機構等團體作為減少壓力相關研究的焦點(Kabat-Zinn, 2005/2012)。

一、正念的概念與機轉

卡巴金博士於 2003 年將「正念」(Mindfulness)定義為「以一種不加批判的態度，刻意的留心於此時此刻」(Kabat-Zinn, 2003)。需心境專一，是一種修習的方式，與現代生活息息相關，此相關性並非與宗教有必然關係，而是探索自身對世界的觀點及其中的定位與覺醒，與自己及世界和諧相處並培養感謝之情，認清自我，使我們與自己產生連繫(Kabat-Zinn, 2005/2012)；

「正念」的機轉及內涵包含三部份：(1)意圖(Intention)：刻意的(On purpose)；(2)注意(Attention)：在當下(In the present)；(3)態度(Attitude)：不批判(Non-judgementally)，此三個正念內涵非獨立的階段，是屬於一個循環相互交織且同時發生的整體概念機轉，以檢視正念的建構為中心發展正念，觀察自我內在及外在的積極變化，強調是藉由自己內在專注的能力，密集地注意此時此刻當下的每一瞬間，注意身心的感覺和想法而不加以主觀評論，仍能保持正念，讓意識充滿、深入、蛻變以調和身心靈藉而減除壓力(Bishop, 2002; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006；李明川及林孟薇，2009；釋宗白，2011)。歸納以上正念機轉的概念圖如下圖 2-4-1 所示。

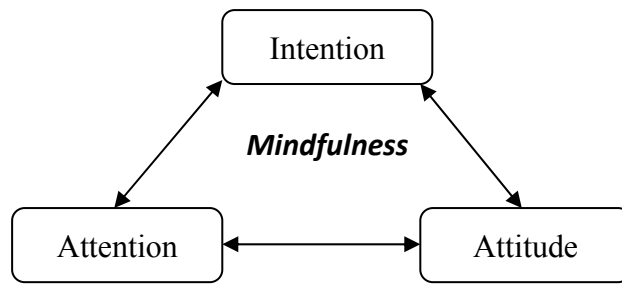


圖 2-4-1 正念機轉(Mechanisms of mindfulness)概念圖(Shapiro et al., 2006)

培養正念的內涵，需有具體的行動來改變行為及形成正向的結果，在行動的統合機轉為重新感知(Reperceiving)，且凌駕於額外且直接的機轉，包含四部份：(1)自我調節(Self-regulation)；(2)價值澄清(Values clarification)；(3)認知、情緒及行為的適應性(Cognitive, emotional, and behavioral flexibility)；(4)揭露(Exposure)，行動統合的機轉讓正念的想法及行動，藉由重新感知、自我調節、澄清價值，並且瞭解自我對認知、情緒及行為的適應程度，適當的揭露實現，導致行為的改變及正向的結果(Carmody, Baer, LB Lykins, & Olendzki, 2009; Shapiro et al., 2006)。歸納行動統合機轉的概念圖如下圖 2-4-2 所示。

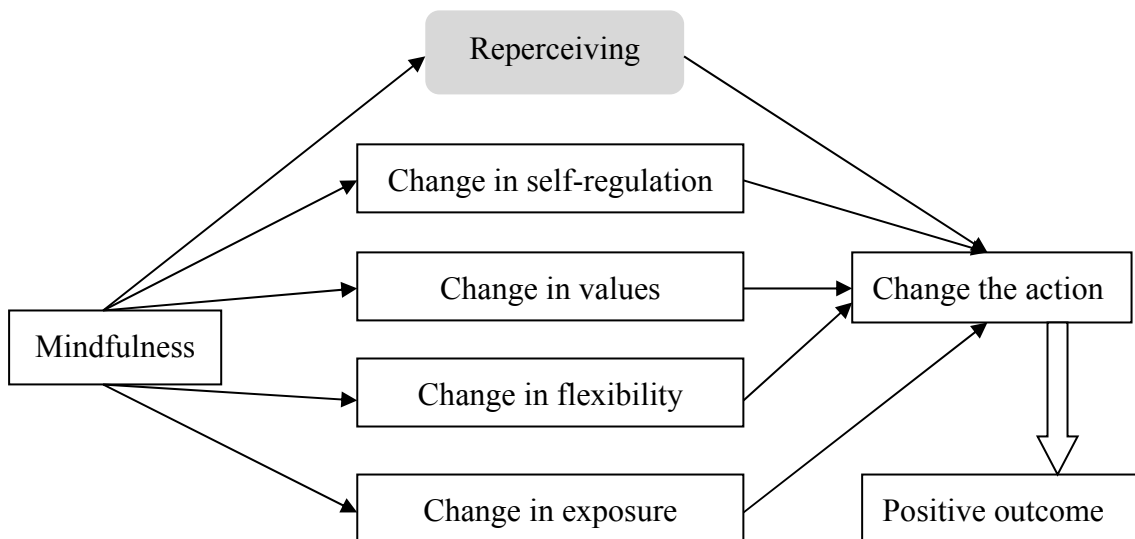


圖 2-4-2 行動統合機轉(Meta-mechanisms of action)概念圖



二、正念減壓課程培養的態度

參與 MBSR 需培養良好的態度包含七項：(1)不作批判(Non-judging)：不對自己的情緒、想法、病痛等身心現象作價值判斷，只是純粹察覺；(2)保持耐心(Patience)：當瞭解並接受自我察覺的感受，對當下的各種身心狀況保持耐心的共處、接受，感受此時此刻保持平衡；(3)初學之心(Beginner's Mind)：以赤子之心面對每一件身、心事件的發生；(4)信任(Trust)：信任是一種信心及信念，信任自己，信任當下，接納此時此刻所有察覺到的經驗，將會發現當下是值得我們充分信任的，相信自己的智慧與能力；(5)無為不強求(Nonstriving)：察覺當下的感受，而非強求達到某種目標或治療目的，學習自願簡樸反制欲望及衝動，單單置身於此，讓自己有機會去發現「少其實很多」；(6)接受現狀(Acceptance)：停止去改變超出自我控制能力的範圍，願意真實的接受當下自己的身、心現象，接受念頭及想法；(7)放下一切(Letting go)：讓自己別再依附任何事，包含任何想法、事物、事件或欲望，並且是要以自覺得決定，分分秒秒察覺當下的感受，完全接納當下所展現的(Carlson & Speca, 2011; Kabat-Zinn, 2012)。

三、正念減壓課程實務操作

(一) 課程形式及條件

正念減壓課程的活動設計、頻率、時間及期間均有差異；完整的課程需為續六到十週的團體訓練課程，而近期標準課程設計包含完整八週共 26 小時的課程，每週一次約 2 至 2.5 小時，額外加上於第六週假日全天 6 小時靜坐課程(Jon Kabat-Zinn, 1990)；早期有些課程設計八到十週，每週一次 2 小時，加上額外一天整天訓練，共 20 至 24 小時的課程(Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988; Kabat-Zinn et al., 1992; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985)。目前眾多文獻及團體設計約八到十週，大團體不超過上限人數為三十人，每週一次為時 2 至 2.5 小時，授課者多大多數為心理師主導，或是由受過 MBSR 指導訓練者來主導(Baer, 2003;

Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001)。



(二) 課程內容設計

課程內容為正式正念修習方法(Formal mindfulness meditation methods)，基本課程包含身體掃描(Body scan)、坐禪(Sitting meditation)及正念瑜珈(Hatha yoga)，修習三種主要修習技巧，學習團體課程中所教導的察覺及注意周遭情緒感受及動機，並藉由團體組員兼支持性互動，並藉由實際練習培育正念，且教導非正式正念練習為生活中的正念，提供居家使用引導錄音帶，每日利用至少 45 分鐘課堂所學的正式修習及 15 分鐘練習生活中的正念，並且練習學習寫日誌，強化居家練習(Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2005/2012)。以下介紹三種主要修習技巧詳細說明(Baer, 2005; Chiesa & Serretti, 2009)：

1. 身體掃描(Body scan)：參與者需要背部平躺或坐在舒服的椅子上，閉上雙眼，集中注意力掃描及感受身體的每個部份，漸進式的由腳至頭部，並且藉由呼吸意識或放鬆運動來注意而不批判的感受身體，而非放鬆自己的肌肉；身體掃描提供參與者集中注意力的技巧、有自信開放的及不批判的技巧，參與者可隨時使用此技巧，包含休息時、心中迷惘時、疼痛或有情緒狀態時；身體掃描較費時，一次約四十五分鐘，而前四週會進行較密集的練習，並且提供引導錄音帶配合練習。
2. 坐禪(Sitting meditation)：坐禪通常採坐於椅子上或椅墊上，採舒服的姿勢，並且保持警覺性及放鬆，坐禪無關身體採取什麼姿勢，是「心」在坐禪，專注於此時此刻；參與者第一步是要專注於呼吸上、腹部的調節，即使心中感到不安或身體不舒適，也要配合呼吸的氣息，當情緒出現時，需要去察覺它，感受它而不批判，將注意引回腹部起伏或鼻端的呼吸，坐禪可以幫助穩定情緒；坐禪約在第二週開始教授，持續維持練習，每次時間維持



可為 10 至 45 分鐘。

3. 正念瑜珈(Hatha yoga)：哈達瑜珈，即為正念瑜珈，其中包含呼吸練習，簡單的舒展，皆是加強和放鬆肌肉骨骼系統；正念瑜珈姿勢是將身體刻意朝向身體極限前進，探索身體的空間伸展，當身體移動、伸展及呼吸停止時，將焦點轉移置身體的伸展，培養正念意識，此姿勢是溫和且緩慢的，並注意當下此時此刻的身體感覺、感受壓力、情緒或疼痛以及感受呼吸；通常於第三週開始教授。

除以上三種主要修習的練習，其他正念減壓課程包含：葡萄乾體驗(Raisin exercise)、行禪(Walking meditation)、日常生活培育正念(Mindfulness in daily life)，將正念修行融入日常生活中。

四、正念減壓課程於臨床實務上的應用

正念減壓課程可讓參與者學會如何運用自我的能力，有效處理壓力、增加放鬆功能、減少疼痛與處理疾病的問題(Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998)，早期卡巴金博士開設減壓門診，是以患者做為實務對象，協助患者以正念修習處理壓力、焦慮、疼痛及慢性疾病，並學會共處之道；1982 年卡巴金博士發表第一篇關於「正念減壓療程」與長期性疼痛(Chronic pain)的臨床研究，蒐集 51 位對傳統臨床照護沒有疼痛改善的慢性疼痛患者，包含下背痛、肩頸部疼痛、頭痛、臉部疼痛、狹心症、非心臟方面的胸痛及腸胃道疼痛患者，進行為期十週的課程，65%的病患疼痛指數降低 33%以上，此 33%以上的病患當中，有 50%表示指數降低大於 50%，除此之外，在情緒障礙也有改善，並於追蹤期間顯示穩定的狀況(Kabat-Zinn, 1982)。

至 2010 年，已有超過三百篇以「正念減壓課程」或「正念修行」為主題的研究發表，普遍能增進身體健康，輔助生及心疾病療效；陸續幾年來的研究除了針對慢性疼痛患者探討之外，對於心理、情緒障礙及壓力等問題有顯著的幫助；Roth and Robbins (2004)指出目前 MBSR 課程運用在下列疾病患者身上，而各自患者有

不同的生理或心理疾病，包含牛皮癬、纖維肌痛症、器官移植、高血壓、背痛、癌症、心臟病、氣喘、長期性疼痛、皮膚病、壓力性腸胃疾病、睡眠失調、焦慮、憂鬱、恐慌、失眠、熱潮紅及偏頭痛等等...不同的疾病。

正念減壓課程於臨床實務上的健康效益，許多量性研究顯示有顯著的改善效果，結果指標如下：(1)降低疼痛感(Chiesa & Serretti, 2011; Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, Burncy, & Sellers, 1986)；(2)減輕非疼痛狀態下的情緒困擾，如焦慮、憂鬱、壓力或混亂(Bränström et al., 2010; Carlson & Garland, 2005b; Carlson et al., 2001; Ledesma & Kumano, 2009; Shapiro et al., 1998; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000)；(3)降低全身性的焦慮及恐慌失調(Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995)；(4)促進正向心理症狀、增進同理心及擴充精神的熱誠(Shapiro et al., 1998)；(5)改善睡眠及提升生活品質(Carlson & Garland, 2005b; Ledesma & Kumano, 2009; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003)；(6)對生理指標有助益，改善生命徵象，如改善呼吸、降低脈搏及血壓，降低壓力賀爾蒙及增進免疫功能 (Carlson, Speca, Farris, & Patel, 2007; Lengacher et al., 2011b; Witek-Janusek et al., 2008)。

由以上研究指出，正念減壓課程於臨床上的應用，是具有正向的回饋，能讓健康人或不同疾病的參與者自身使用自然的能力改善其生、心、靈上的困擾。

第五節 正念減壓課程於乳癌患者之臨床應用



一、文獻搜尋策略及結果

(一) 檢索策略

正念減壓課程於乳癌患者臨床上應用，文獻搜尋資料庫，由 PubMed、PsycInfo、PsycArticle、Cochrane library 及 Airiti Linrary in Chinese(華藝線上圖書館-CEPS 中文)電子資料庫進行文獻檢索，根據正念減壓課程於 1979 年代後開始蓬勃發展，且卡巴金博士於 1982 年發表第一篇文章(Kabat-Zinn, 1982)，故檢索年限為 1982 年 1 月至 2013 年 7 月，語言限制為英文及中文文獻，設立關鍵字搜尋為：(1) 乳癌(Breast Cancer, Breast Neoplasms, Breast Tumor)、(2)正念減壓課程(Mindfulness-Based Stress Reduction Program, MBSR)，檢索策略為((Breast Cancer OR Breast Neoplasms OR Breast Tumor [Title/Abstract])) AND (Mindfulness-Based Stress Reduction OR MBSR [Title/Abstract])。

納入條件：(1)研究設計：隨機對照試驗(Randomized controlled trial, RCT)、非隨機對照試驗(Non-randomized controlled trial)、類實驗性研究(Quasi-experimental trial)、前後測試驗(Pre-post test)皆納入；(2)研究族群需涵蓋乳癌患者；(3)結果指標包含：生理、心理、社會、靈性、正念、生活品質及生物指標皆納入。排除條件：(1)系統性文獻回顧、統合分析、個案報告、眾論及已文獻發表之論文；(2)研究族群未針對參與正念減壓課程者做分析；(3)無全文資料。

經由關鍵字進行資料庫檢索後，以人工方式閱讀摘要，並搜尋查閱相關文獻之參考資料，增加檢索的精確度及完整性，依照納入排除條件及刪除重覆文獻，篩選閱讀及分析。

(二) 檢索結果

文獻檢索結果，量性研究經由納入排除條件篩選後為 28 篇，研究對象針對乳癌患者為 17 篇，研究對象為異質性病患包含乳癌患者為 11 篇，詳見附錄一。隨

機對照試驗(Randomized control trial, RCT)共 13 篇、類實驗研究法單組前後測(Quasi-experimental study one group pre-post test design)共 11 篇、類實驗研究之實驗控制組前後測(Quasi-experimental study control group pre-post test design)為 3 篇、質量混合性研究單組前後測為 1 篇(Mixed method pre-post test design)。如下圖 2-5-1 文獻檢索流程圖。

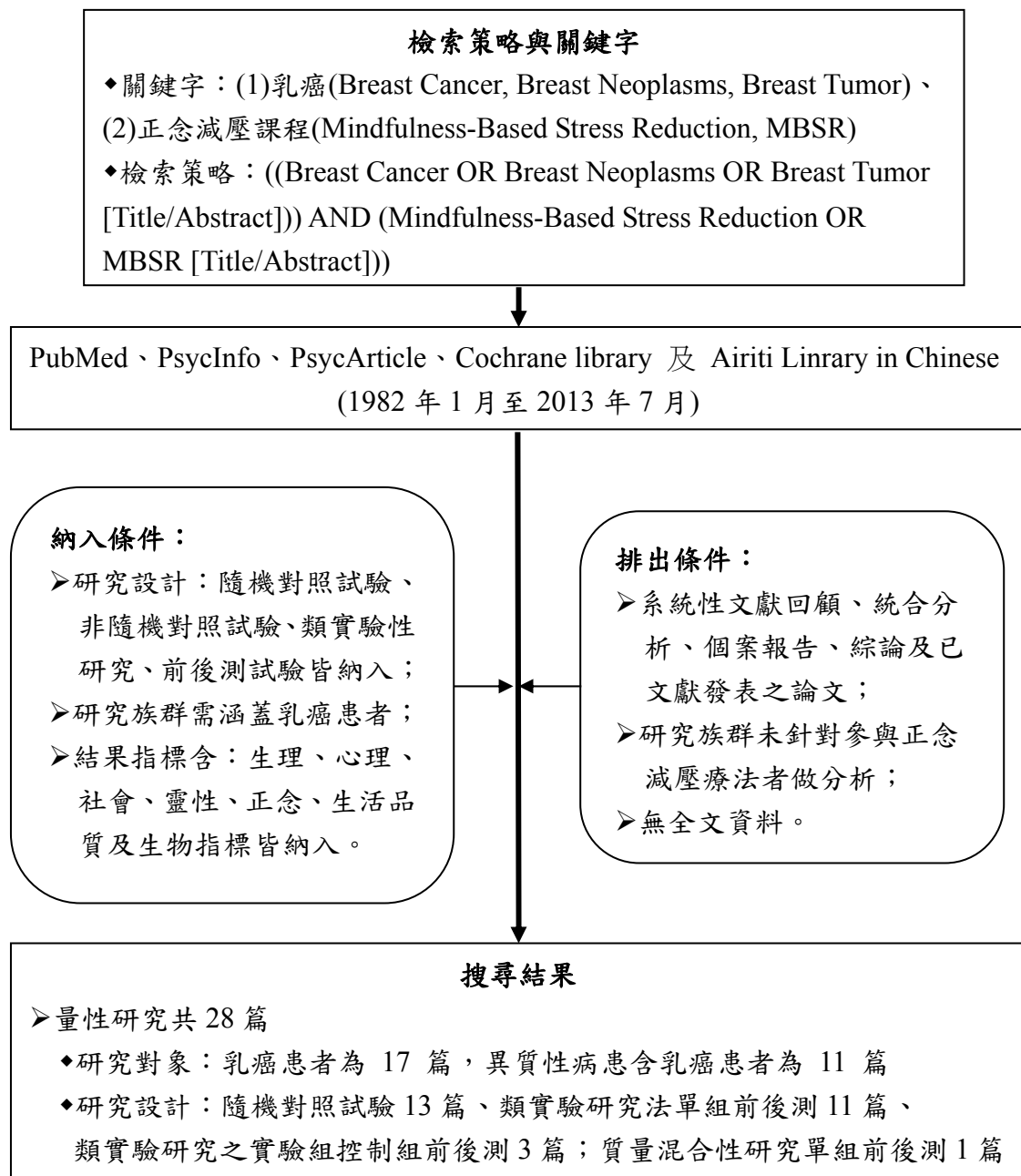


圖 2-5-1 文獻檢索流程圖



二、正念減壓課程於乳癌患者臨床應用之量性研究結果

量性研究共 28 篇，以下以研究對象特性、研究介入措施設計及結果指標成效(指標包含生理、心理、社會、靈性、正念、生活品質及生物指標)進行探討。

(一) 研究對象特性

研究參與人數範圍為 13 至 336 人，研究參與者多為女性，研究環境為醫院、社區機構、癌症中心及研究機構為主，國家分布美國 13 篇、丹麥 2 篇、加拿大 11 篇、英國及荷蘭各 1 篇。

研究對象於針對罹患乳癌患者為族群共 17 篇，多為零至三期的患者，有 3 篇為可接受任何期別的乳癌存活者；異質性族群包含乳癌患者文獻共 11 篇，4 篇為早期零至二期的乳癌或大腸癌患者，7 篇為無限制癌症種類及期別。研究對象納入條件皆需已於規定期間內接受過其疾病之外科或內科治療(含化學治療、放射線治療)，唯獨 1 篇限制為未接受全身性化學治療患者；大多文獻之排除條件如有被診斷之精神方面障礙皆予以排除，文獻若探討有關生物指標如免疫、壓力的情形，需排除有自體免疫疾病或使用類固醇藥物情形。

(二) 研究及介入措施設計

此 28 篇量性研究文獻，隨機對照試驗共 13 篇(Andersen et al., 2013; Carlson et al., 2001; Henderson et al., 2012; Henderson et al., 2013; Hoffman et al., 2012; Lengacher et al., 2012a; Lengacher et al., 2009; Lengacher et al., 2011b; Lengacher et al., 2012c; Lerman, Jarski, Rea, Gellish, & Vicini, 2012; Shapiro et al., 2003; Specia et al., 2000; Würtzen et al., 2013)、類實驗研究法單組前後測共 11 篇(Brown & Ryan, 2003; Carlson & Garland, 2005b; Carlson et al., 2007; Carlson, Specia, Patel, & Goodey, 2003; Carlson, Specia, Patel, & Goodey, 2004; Kieviet-Stijnen, Visser, Garssen, & Hudig, 2008; Lengacher et al., 2011a; Lengacher et al., 2012b; Matousek & Dobkin, 2010; Matousek, Pruessner, & Dobkin, 2011; Tacón, Caldera, & Ronaghan, 2004)、類實

驗研究之實驗控制組前後測為 3 篇(Garland, Carlson, Cook, Lansdell, & Specca, 2007; Matchim, Armer, & Stewart, 2011; Witek-Janusek et al., 2008)及質量混合性研究單組前後測為 1 篇(Dobkin, 2008)。

正念減壓課程之課程設計的持續時間、頻率及內容，介入時間最短為六週，最長為八週，每週一次，每次時間範圍為 1.5 至 2.5 小時，以小組方式進行，每組約為 10 至 30 人，提供介入措施者多為受過正念減壓課程且有證照的臨床心理師或治療師，課程內容主要修習三種正念修習方法，包含身體掃描(Body scan)、坐禪(Sitting meditation)及正念瑜珈(Hatha yoga)，並教導正念融入行為及生活中，以及外加一天的三至八小時的密集靜修，並提供居家使用課程引導錄音帶或光碟供參與者練習，指導者會指派每週作業，每日利用至少 45 分鐘課堂所學的正式修習及 15 分鐘練習生活中的正念，並學習寫日誌，強化居家練習。

(三) 正念減壓課程對乳癌患者之成效

藉由文獻指出，正念減壓課程於乳癌患者之應用，能改善生理指標，如生命徵象及生理症狀如疲憊或睡眠狀況的改善；心理層面，如壓力、焦慮、憂鬱及擔心疾病復發等情緒困擾亦可改善；社會層面，能促進其對疾病的適應能力及增進個人面向；靈性層面，能提升靈性福祉程度及舒適感；正念層面，能增進正面的想法及能量；並能整體提升生活品質，增加幸福感；生物指標層面，檢測腎上腺皮質醇(cortisol)及免疫情形，顯示增加免疫力及對抗壓力；以下以各項結果指標做詳細文獻探討論述。相關研究文獻一覽表詳見附錄一。

1. 生理層面：

探討生命徵象部份，Carlson et al. (2007)針對 59 位早期乳癌及直腸癌患者(乳癌患者占 83.1%)，進行八週正念減壓課程進行單組前後測、六個月及一年追蹤，收縮壓($P < 0.05$)及脈搏($P < 0.05$)有顯著降低的情形；Matchim et al. (2011)類實驗研究法進行前後測及一個月後追蹤，針對 36 為早期乳

癌患者，實驗組(N=17)及對照組(N=17)接受八週正念減壓課程後，生命徵象指標含血壓、脈搏、呼吸有降低改善情形($P<0.05$)。


探討生理症狀部份，Lengacher et al. (2012c)隨機對照試驗，針對 84 為零至三期乳癌患者進行生理症狀群探討，實驗組實驗組(N=41)及等待名單常規照護對照組(N=43)進行六週正念減壓課程後進行前後測，結果顯示，實驗組比對照組於疲憊($P=0.001$)及睡眠障礙($P=0.009$)有顯著改善。

探討睡眠品質部份，Shapiro et al. (2003)隨機對照試驗，針對乳癌第二期患者探討睡眠品質，實驗組六週正念減壓課程(N=31)及自由選擇對照組(N=32)進行前後測，結果顯示，兩組每天寫睡眠日誌對於睡眠品質是有提升的，在實驗組的睡眠品質比對照組有顯著的改善；Carlson and Garland (2005b)進行八週課程單組前後測，對象為 63 位異質性癌症患者，59%為乳癌患者，顯示整體睡眠障礙顯著較低($P<0.001$)，睡眠品質得到改善($P<0.001$)；Andersen et al. (2013)隨機對照試驗，針對乳癌第一至三期患者探討睡眠品質，實驗組為八週正念減壓課程(N=168)與常規照護(N=168)，實驗組睡眠問題指數於試驗結束後($p=0.05$)及第六個月追蹤期嗜睡睡意部份($p=0.02$)，較控制組低，表示給予措施後睡眠品質有顯著的改善。

其他文獻中，於正念減壓課程介入後，探討其生理症狀及身體機能是有改善(Dobkin, 2008; Hoffman et al., 2012; Kieviet-Stijnen et al., 2008; Lengacher et al., 2009; Matousek & Dobkin, 2010; Matousek et al., 2011)。

2. 心理層面


大多文獻探討心理層面，包含情緒狀態、情緒困擾如壓力、焦慮、憂鬱及擔心害怕疾病復發等面向；探討情緒狀態及壓力部份，Carlson et al. (2001); Speca et al. (2000)兩篇為隨機對照試驗，針對相同族群前後測結果及六個月追蹤結果進行探討，對象為 90 位多種期別之異質性癌症患者(乳癌患者 39 位)，實驗組為七週正念減壓課程(N=53)與等候名單對照組



(N=37)進行前後測及六個月追蹤，於介入措施結束後，實驗組情緒障礙分數比對照組有明顯降低情形($P<0.01$)，情緒問題包含憂鬱、焦慮、生氣及混亂降低且顯得更更有活力，表示實驗組有顯著改善情緒障礙，整體而言，實驗組之壓力症狀是下降的，在第六個月追蹤期，於居家練習後，情緒障礙及壓力狀態仍是有所改善的。

探討情緒困擾中的焦慮及憂鬱狀態部份，Würtzen et al. (2013)隨機對照試驗，針對 336 位第一期至三期的乳癌患者，實驗組為八週正念減壓課程(N=168)與對照組(N=168)進行前後測、六及十二個月追蹤，結果顯示，於前測的有較高的焦慮及憂鬱，在介入措施後，焦慮憂鬱降低的幅度顯著較大，在意向治療分析顯示，於十二個月追蹤，組間差異焦慮為($P=0.0002$)及憂鬱(SCL-90, $P<0.0001$;CES-D, $P=0.0367$)，顯示實驗組於追蹤期，焦慮及憂鬱狀況是比對照組有改善情形；Hoffman et al. (2012)隨機對照試驗，針對 229 位第零至三期乳癌患者，實驗組為八週正念減壓課程(N=114)與對照組(N=115)進行前後測及第十二週追蹤，結果顯示實驗組於第八週的情緒狀態如焦慮、憂鬱，及第十二週生氣情緒比對照組顯著改善。

探討害怕疾病復發部份，Lengacher et al. (2012a); Lengacher et al. (2009)兩篇為隨機對照試驗為相同族群，對象為第零至三期乳癌患者，共為 82 至 84 人，實驗組為六週正念減壓課程(N=40 及 N=41)與常規照護對照組(N=42 及 N=43)進行前後測，結果顯示，實驗組於六週介入措施後，其害怕疾病轉移之感知壓力是有顯著改善的($P=0.03$)，實驗組比上對照組害怕轉移調整平均差為(9.3 vs 11.6)，表示實驗組比對照組於害怕轉移的壓力是有顯著降低的；Lengacher et al. (2011a)研究單一組前後測，針對 17 位第零至三期乳癌患者，進行八週正念減壓課程，結果顯示介入措施結束後，總擔心復發($P=0.01$)及復發關注的問題($P<0.04$)，其害怕復發情形是有顯著改善的。



在其他文獻中，顯示正念減壓課程介入措施執行後，於心理層面是有改善，包含情緒狀態、情緒困擾如壓力、焦慮及憂鬱(Brown & Ryan, 2003; Dobkin, 2008; Garland et al., 2007; Henderson et al., 2012; Henderson et al., 2013; Kieviet-Stijnen et al., 2008; Lengacher et al., 2012b; Lerman et al., 2012; Matchim et al., 2011; Matousek & Dobkin, 2010; Matousek et al., 2011; Tacón et al., 2004)。

3. 社會層面

社會層面部份，以患者對癌症的心理調適、應對健康傷害的問題情形、行為應對及一致感進行探討。Tacón et al. (2004)單一組前後測，針對 27 位乳癌患者進行八週正念減壓課程，探討對癌症的心理調適(包含戰鬥的精神、無奈絕望、焦急與全神貫注、宿命、逃避與否認)及健康心理控制，結果顯示，在正念減壓介入措施後，是有顯著及有益的變化($P < 0.5$)；Dobkin (2008)針對 13 位乳癌患者探討正念減壓課程介入後，結果顯示在應對健康傷害問題中的緩和因應是有改善的；Matousek and Dobkin (2010)單一組前後測，針對 59 位乳癌存活者進行八週正念減壓課程，結果顯示，介入措施後在患者在應對健康傷害的問題及一致感是有顯著差異的($P < 0.0001$)。

Henderson et al. (2012); Henderson et al. (2013)為隨機對照試驗，兩篇文獻為相同族群，針對 164 位乳癌早期患者進行討論，而於 2013 年再針對相同族群中有執行放射線治療患者進行探討，介入處置共分為三組，實驗組為八週正念減壓課程($N=53$)，對照營養教育課程組($N=52$)及常規照護組($N=58$)，結果顯示，針對總群體於正念減壓課程介入措施後，在應對疾病(dealing with illness)中之認知應對及一致感中的具有意義感比其他組有顯著意義；針對此群體中執行放射線治療患者進行分析，其應對疾病中之行為、認知、迴避應對及一致感中的具有意義感比其他組有顯著意義，在

癌症治療功能評估中的社會家庭福祉是比其他組有增加的。

Lengacher et al. (2011a); Lengacher et al. (2009)研究中，一篇為單一組前後測，一篇為隨機對照試驗，針對乳癌第零至三期患者探討醫療結果之社會支持(medical outcome social support)，結果顯示，兩篇於介入措施後，皆無顯著的意義。


4. 靈性層面

Garland et al. (2007)研究為類實驗研究，實驗及控制組進行前後測，對象共 104 位異質性癌症患者，乳癌患者為 58 位，介入處置由患者自由選擇，實驗組為八週正念減壓課程(N=60)，對照組為癒合創造性藝術課程(N=44)，探討其慢性疾病治療功能評估中靈性福祉，包含生活中的意義及目的，結果顯示，實驗組於靈性福祉比對照組有顯著改善(P=0.029)；Henderson et al. (2012); Henderson et al. (2013)兩篇文獻為相同族群，對象為 164 位乳癌早期患者，於 2013 年文獻再針對相同族群中有執行放射線治療患者進行探討，兩篇文獻研究結果，參與正念減壓課程介入後其癌症治療功能評估之靈性福祉之改善皆比對照組有顯著上的意義；Kieviet-Stijnen et al. (2008)單組前後測，對象為 47 位異質性癌症患者，乳癌患者為 40%(N=17)，進行八週正念減壓課程後，結果顯示，其正向情緒之樂衷於生活中是有顯著上的意義(P=0.017)。

Lengacher et al. (2011a); Lengacher et al. (2009)研究中，兩篇皆為單一組前後測，針對乳癌第零至三期患者探討靈性層面，包含來自宗教的靈性程度、強度及舒適度，結果顯示，兩篇於介入措施後，皆無顯著的意義。

5. 正念層面

正念層面以正念覺察注意量表(Mindful attention awareness scale, MAAS)之相關研究進行探討，主要內容是詢問個體注意力與覺察不集中的頻率，來表示個體正念、正觀特質的程度(張仁和、林以正及黃金蘭, 2011)。



Brown and Ryan (2003)發展正念覺察注意量表(Mindful attention awareness scale, MAAS)，進行一系列研究，其中研究之一為單組前後測，針對早期乳癌(N=32)及大腸癌(N=9)進行八週正念減壓課程，測量其生活品質、情緒障礙、壓力症狀及正念覺察之前後測，結果顯示，介入措施後其 MAAS 分數有顯著的增加，MAAS 的增加與情緒障礙及壓力症狀降低是有相關聯的($P<0.01$)；Dobkin (2008)針對 13 位乳癌患者探討八週正念減壓課程介入後，測量其 MAAS，結果其正念(Mindfulness)是有增加的($ES=-0.52$)；Matousek and Dobkin (2010)針對 59 位乳癌存活者進行八週正念減壓課程前後測，結果顯示，其正念(Mindfulness)是有顯著改善的($P<0.0001$)。

Witek-Janusek et al. (2008)實驗及控制組前後測，針對 66 位新診斷早期乳癌患者，八週正念減壓課程為實驗組(N=38)，及無介入措施之控制組(N=28)，進行 MAAS 測量，結果顯示，於前、中、後及第四個禮拜追蹤期，並無顯著差異($P>0.05$)。

6. 生活品質層面

Lengacher et al. (2009)為隨機對照試驗，對象為 84 位第零至三期乳癌患者，實驗組(N=41)為六週正念減壓課程及對照組(N=43)為常規照護，於介入措施結束後，實驗組比上對照組生活品質是有顯著改善的，包含身體機能($P=0.01$)、角色限制-身體健康($P=0.03$)、能量($P=0.02$)及總身體健康($P=0.05$)；Lerman et al. (2012)為隨機對照試驗，對象為 68 位罹患女性癌症生存者，乳癌患者含 48 位，實驗組(N=48)為八週正念減壓課程及對照組(N=20)為常規照護等候名單組進行前後測，結果顯示，於介入措施後，於生活品質層面，實驗組比對照組有顯著提升($P=0.005$)；Hoffman et al. (2012)為隨機對照試驗，對象為 229 位乳癌第零期至三期的患者，實驗組(N=114)為八週正念減壓課程及對照組(N=115)為等待名單組，進行前後測及第十


二週追蹤，結果顯示生活品質層面，於後測及追蹤期，實驗組比對照組有顯著提升($P < 0.001$)。

在其他文獻中，顯示正念減壓課程介入措施執行後，於生活品質是有所提升及改善的(Carlson et al., 2007; Carlson et al., 2003; Carlson et al., 2004; Kieviet-Stijnen et al., 2008; Lengacher et al., 2011a; Lengacher et al., 2012b; Witek-Janusek et al., 2008)。

7. 生物指標層面

Carlson et al.於 2003、2004 及 2007 發表三篇研究，為類實驗研究單一組前後測，三篇文獻為相同族群，對象為 59 位早期乳癌及大腸癌患者，乳癌患者占 83.1%($N=49$)，接受八週正念減壓課程，進行前、後測、第六個月及第十二個月追蹤，研究結果顯示，在介入措施後，整體健康生活品質有顯著改善，在淋巴細胞(Lymphocytes)及細胞亞群(Cell subsets)的總數量無顯著變化，T 細胞產生的介白素-4(Interleukin, IL-4)增加及干擾素- γ (Interferon-gamma, IFN- γ)降低，但殺手細胞(Natural killer, NK)產生的介白素-10(Interleukin, IL-10)是降低的，此免疫數據的結果是與從憂鬱症狀至正常是有相關聯前後一致的(Carlson et al., 2003)；於介入措施前後，檢測唾液皮質醇(Salivary cortisol)、脫氫表雄酮(Dehydroepiandrosterone, DHEAS)及褪黑激素(Melatonin)，唾液皮質醇於測量時間點時，每天測量三次為早上八點、下午兩點及晚上八點，結果顯示，生活品質的提升與午後皮質醇降低有相關聯，但與早晨及晚間無關聯，在壓力症狀及情緒的改變與賀爾蒙無關聯(Carlson et al., 2004)；在第六個月及一年追蹤期間，其整體壓力症狀是有顯著改善，皮質醇值降低，在過去一年的免疫模式，Th1 cytokines (細胞促炎因子, Pro-inflammatory)持續下降，皮質醇及免疫模式的改變可降低壓力及情緒失調(Carlson et al., 2007)。

Witek-Janusek et al. (2008)實驗及控制組前後測，針對 66 位新診斷早




期乳癌患者於介入措施之前、中、後及一個月追蹤期共四段時間，測量免疫功能及血液皮質醇，八週正念減壓課程為實驗組(N=38)，及無介入措施之控制組(N=28)；在前測評估中，兩組週邊血液單核細胞之殺手細胞活性(NK cell activity, NKCA)及干擾素- γ (IFN- γ)是下降的，IL-4、IL-6、IL-10及血中皮質醇是增加的；隨著時間，實驗組重組建立其NKCA及Cytokine逐漸產生，而控制組在NKCA及IFN- γ 減少及IL-4、IL-6、IL-10產生；此外，實驗組比上對照組，其皮質醇值是降低的，並改善生活品質及增加因應能力。

Lengacher et al. (2011b)隨機對照試驗，對象為82位第零至三期乳癌患者，實驗組(N=40)為六週正念減壓課程及對照組(N=42)常規照護，於介入措施前、第二週及第六週(結束課程後)進行週邊血液免疫檢驗，結果顯示，實驗組更能促進Th1型的有絲分裂，並激化T cell (Th1; Interferon)有絲分裂進而快速恢復。

其他有關皮質醇研究文獻，Matchim et al. (2011)研究結果顯示參與正念減壓課程後測量，實驗組比控制組，早晨皮質醇(Morning cortisol)是有顯著差異的，於第一個月追蹤則無差異；Matousek et al. (2011)研究結果顯示，參與正念減壓課程後測量皮質醇，皮質醇覺醒反應(Cortisol awakening response)是呈現增加的；Lengacher et al. (2012b)研究中，正念減壓課程為第一、三、六週，測量患者及照顧者之皮質醇，於第一、三週有降低的情形($P<0.5$)，但於第六週無降低。

第六節 概念架構



本研究概念架構之研擬，主要根據正念機轉及行動統合機轉為理論，綜合前述文獻回顧為依據，乳癌病人應用正念減壓課程，培養其自我意圖、注意度及態度之內涵，進行自我重新感知，改變自我調節、調整適應度及適當的揭露並實現，讓行為改變，使生理(疲憊、睡眠品質)、心理(焦慮、憂鬱、害怕疾病復發)、生活品質(幸福感、生理健康、社交家庭健全、情緒穩定、功能健全、乳癌附加關注)及正念(止觀覺察注意情形)得到正向改善；此外，外在變項會影響病人的感知，導致行為及結果變項有所差異，例如：(1)年齡、教育程度、婚姻狀態及宗教等人口學特質，(2)診斷、疾病型態、癌症分期及癌症治療情形等疾病狀態，(3)咖啡及茶類攝取、飲酒量、運動型態及頻率、睡眠情形及健康活動等健康行為狀況。本研究之概念架構如圖 2-6-1 所示。

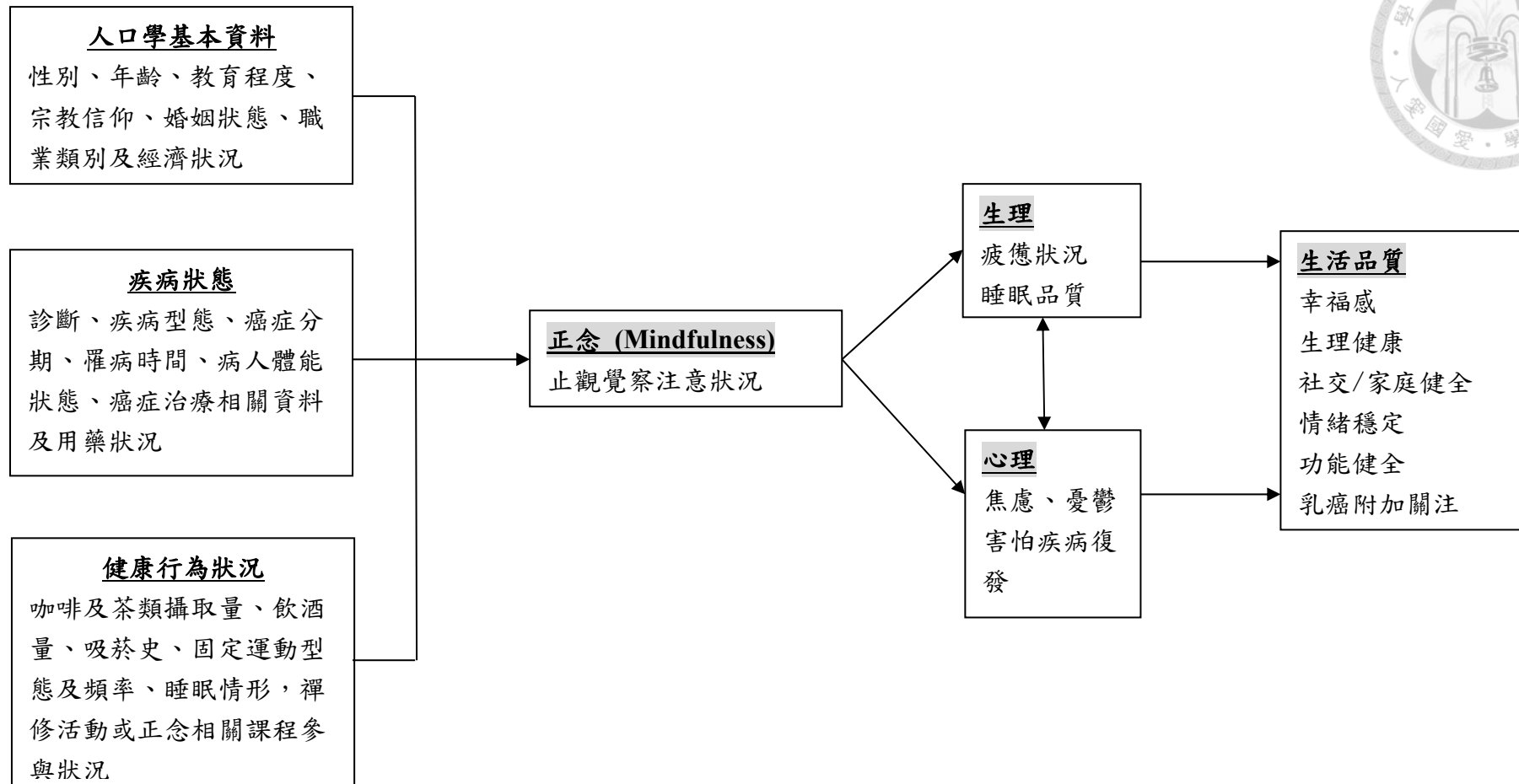


圖 2-6-1 本研究概念架構圖



第參章 研究方法

本研究採用實驗性設計、量性研究方法、單組多次重複性測量之前驅性研究設計，進行前測、重複測量及後測設計，探討乳癌患者應用正念減壓課程後，改善生理(疲憊、睡眠品質)、心理(焦慮、憂鬱及害怕疾病復發)、生活品質(幸福感、生理健康、社交家庭健全、情緒穩定、功能健全、乳癌附加關注)及正念(止觀覺察注意)之成效。以下以研究概念架構、研究設計、研究對象選樣與場所、樣本數、研究工具及信效度檢測、正念減壓課程介入處置之課程介紹、研究步驟及流程、資料統計及分析方法、倫理關注進行詳述。

第一節 研究架構

本研究主要目的為測量乳癌患者接受「正念減壓課程」(實驗組)後，其生理、心理、生活品質及正念之成效(如下圖 3-1-1)。

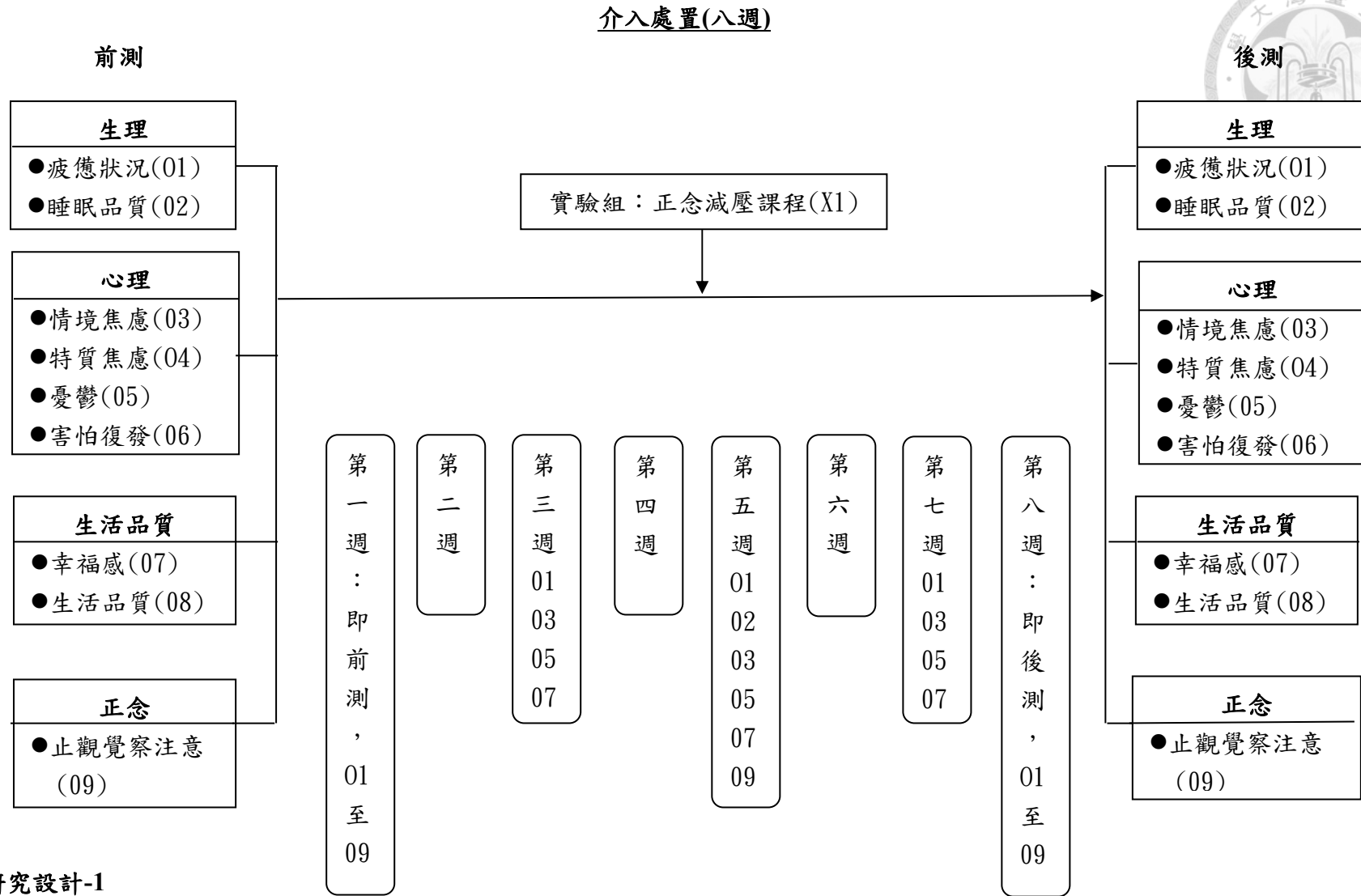


圖 3-1-1 研究設計-1



備註說明：

1. 處置：實驗組(X1)接受正念減壓課程。
2. 時間：實驗組接受八週正念減壓課程，每週一次，每次 2 至 2.5 小時，另配合課程安排一日練習及個案居家練習每天約 45 分鐘。
3. 註：X1：指「正念減壓課程」；
O1：指實驗組之「疲憊狀況」；
O2：指實驗組之「睡眠品質」；
O3：指實驗組之「情境焦慮」；
O4：指實驗組之「特質焦慮」；
O5：指實驗組之「憂鬱情形」；
O6：指實驗組之「害怕疾病復發」；
O7：指實驗組之「幸福感」；
O8：指實驗組之「生活品質」；
O9：指實驗組之「止觀覺察注意」。
4. 測量工具之時間點說明：
 - (1) 第一週：即前測(課程開始前一週至第二週上課前測量)，測量疲憊、睡眠品質、情境及特質焦慮、憂鬱、害怕疾病復發、幸福感、生活品質及止觀覺察注意情形。
 - (2) 第三週及第七週：重複測量疲憊、情境焦慮、憂鬱、幸福感。
 - (3) 第五週：重複測量疲憊、睡眠品質、情境焦慮、憂鬱、幸福感及止觀覺察注意情形。
 - (4) 第八週：即後測(課程結束後一週內測量)，測量疲憊、睡眠品質、情境及特質焦慮、憂鬱、害怕疾病復發、幸福感、生活品質及止觀覺察注意情形。

圖 3-1-1 研究設計-2(續)

第二節 研究設計



一、研究設計

本研究採用實驗性設計，量性研究方法之前驅性研究，測量正念減壓課程於乳癌病患應用上之生理、心理、生活品質及正念的成效。本研究選用平行設計(Parallel design)、開放式(Open-label)、單組實驗性設計進行介入處置分析，研究流程分為前測期、重複測量及後測期，介入處置為八週的正念減壓法課程。

二、試驗進行方式

本研究為實驗性、量性研究設計；探討生理、心理、生活品質及正念狀況；試驗進行方式，研究計畫通過人體倫理委員會審查後，聯繫相關人員，即開始招募受試者；研究對象同意參與此研究並簽署受試者知情同意書後，給予填寫基本資料及屬性問卷，安排課程及受試問卷填寫之時間；由於第一堂課為行前說明會及正念減壓課程介紹，故納入受試者的期限為第二週上課之前。

變數之測量時間點共分為三期，研究前測、重複測量及後測：(1) 研究前測：時間點為第一週課程開始前一週至第二週上課前，需填寫完整的量表(GFS、PSQI、STAI、CES-D、FORS、WHO-5、FACT-B、MAAS)；(2) 重複測量：每兩週測量一次，共三次，時間點分別為課程之第三週(GFS、STAI-S、CES-D、WHO-5)、第五週(GFS、PSQI、STAI-S、CES-D、WHO-5、MAAS)及第七週(GFS、STAI-S、CES-D、WHO-5)課程前測量部份量表；(3) 研究後測：時間點為第八週課程結束後，一週內需完成完整量表之填寫(GFS、PSQI、STAI、CES-D、FORS、WHO-5、FACT-B、MAAS)。如下圖 3-2-1 為研究期間收案流程圖。

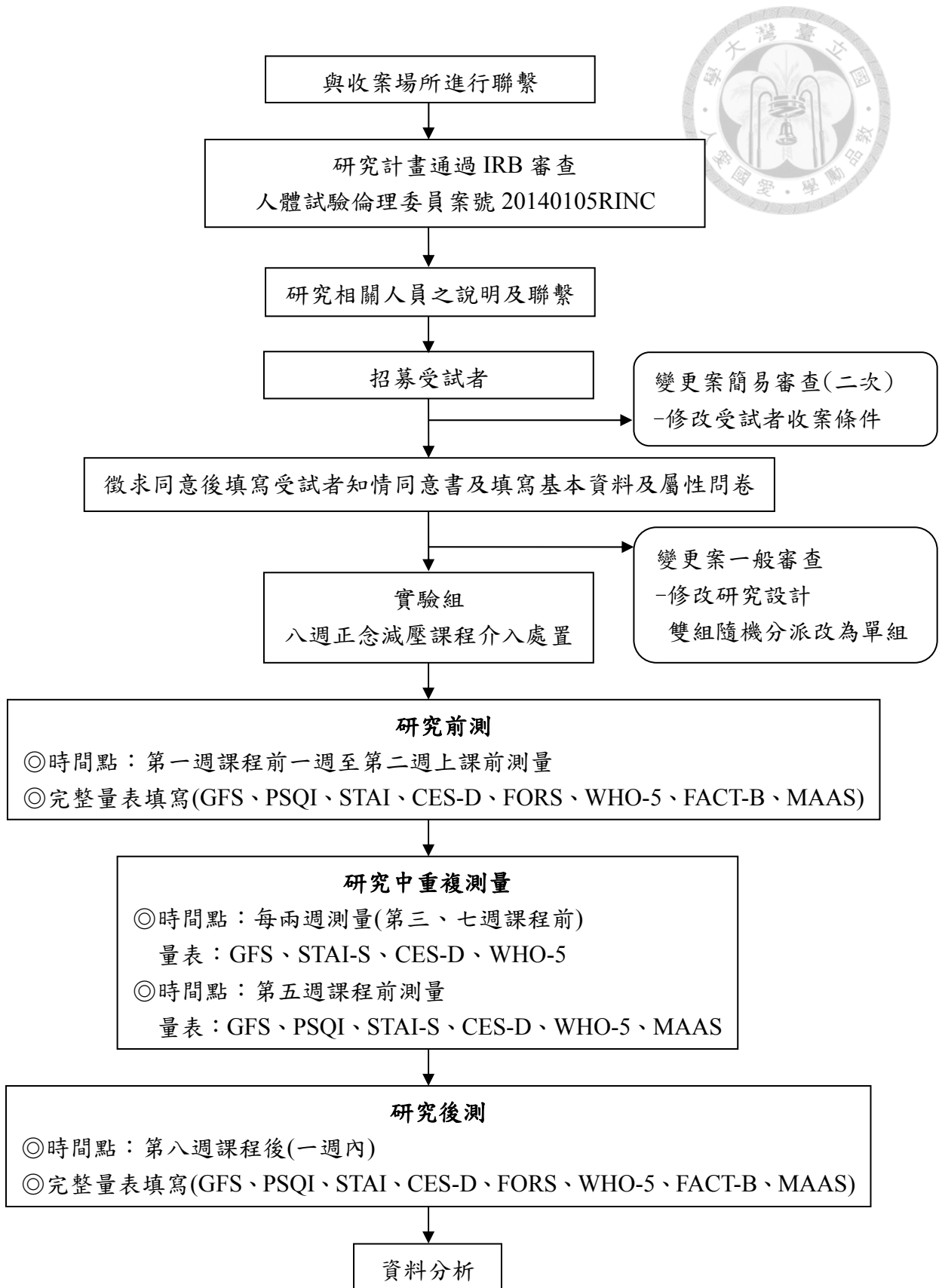


圖 3-2-1 研究期間收案流程圖

第三節 研究對象選樣與場所

本研究採立意取樣及滾雪球取樣方式，於北部某醫學中心之乳癌相關門診、乳癌相關團體及各式網站，進行研究對象的資料蒐集及招募，選樣標準細則如下：

一、納入條件：

- (一) 診斷為乳癌之患者。
- (二) 受試者為 20 歲以上，意識清楚，且可以國台語溝通者。
- (三) 若正接受化學藥物治療者，需評估受試者體力是否可負擔，或主治醫師同意參與。
- (四) 美國東岸癌症臨床研究合作組織評量標準之病人體能狀況(Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status, ECOG)需 ≤ 1 。
- (五) 同意參與本研究之受試者，經由告知後並簽署知情後同意書者。

二、排除條件：

- (一) 有明顯之精神疾病診斷病史且目前服藥治療者。
- (二) 主治醫師判定不適宜參與本研究者。

三、招募研究樣本方式

本研究招募研究樣本方式說明如下：

1. 研究者首先向收案機構提出申請，經收案單位同意後，配合遵守各單位的研究倫理規範。
2. 研究者親自向收案單位之主治醫師、護理長、護理師、個案管理師及乳癌團體等之單位相關人員說明本研究目的及選樣標準，請其同意並協助轉介個案。
3. 研究者會定期與相關人員聯繫及配合，確定其門診時間或團體衛教之時



間，進行收案，以增加收案人數的機會。

4. 研究者親自至門診或團體課程後進行收案，並於院內公佈欄張貼招募受試者海報，以及於乳癌團體相關網站張貼招募受試者資訊。
5. 篩選適合納入條件之研究對象後，與其接觸過程中，研究者會先向符合標準之研究對象詳細說明本研究目的、內容及方法，進行知情告知，取得研究對象口頭參與研究同意後，簽署受試者同意書，告知其介入處置的分配及時間安排，並選擇合適的地點，進行基本資料之問卷填寫。
6. 收案後，研究者持續提供研究對象之相關研究訊息，連繫課程時間，直到實驗組介入處置結束後一週內需測量後測問卷，將結果進行分析，並告知個案研究結果及進行近況追蹤才結案。

第四節 樣本數

本研究依據先前之應用正念減壓課程於乳癌病人心理健康之療效統合分析文獻研究結果進行樣本數的估算，分析共九篇研究，八篇探討壓力、七篇探討憂鬱及四篇探討焦慮，結果顯示，探討壓力效果量(Effect size, ES)=0.710，憂鬱 ES=0.575，焦慮為 0.733，於探討心理健康層面數於偏高差異效果(Zainal et al., 2012)；故考量先前研究結果進行樣本數估算，步驟如下說明。

一、研究假說：

H0：實驗組在接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其生理、心理、生活品質及正念無顯著差異。

H1：實驗組在接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其生理、心理、生活品質及正念有顯著差異。

二、使用 G-power 3.1.7 版，計算步驟如下：

1. 比較單組前後測差異，故檢測設定使用 t tests，分析方式設定 Difference from constant means (One sample case)。
2. 使用雙尾檢定(Two tailed test)。
3. 設定為較大療效大小，故效果量設定為(Effect size d, ES)=0.8。
4. 設定 $\alpha=0.05$ 。
5. 設定檢力(Power)=80%。

結果：故計算結果，總樣本數需 15 位。

三、流失率樣本估算及處理

由於本研究需進行為期八週，並有五次問卷測量，考量到受試者可能會有缺席狀況，故設定要實際參與至少五週課程，如未達五週以上予以剔除不納入分析，而如有缺席狀況會以電話聯絡並寄發問卷予以填寫；本研究避免因剔除、退出或失訪造成研究成效評估之障礙，研究流失率控制在 15%內，當 power 為 0.8 時，樣本數目由原先 15 位提升 15%後，總樣本數至少 17 位。

第五節 研究工具及信效度檢測

本研究為量性研究，藉由參考國內外研究資料，量性研究之測量工具以設計結構式問卷為主，內容包含「研究對象基本資料及屬性」、「一般疲憊量表」、「中文版匹茲堡睡眠品質指標量表」、「中文版情境-特質焦慮量表」、「流行病學研究中心之憂鬱量表」、「害怕復發量表」、「WHO-5 幸福指標」、「乳癌患者生活品質測定量表」及「止觀覺察注意量表」進行資料收集，問卷內容分別陳述如下：

一、研究者基本資料及屬性

本研究基本資料分為三個層面，為人口學基本資料、疾病狀態及健康行為狀況；人口學基本資料之蒐集包含性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀態及職業別；疾病狀態包含診斷、疾病型態、癌症分期、罹病時間、病人體能狀態(ECOG performance status)、癌症治療相關資料及用藥狀況；健康行為狀況包含咖啡及茶類攝取量、飲酒量、吸菸史、固定運動型態及頻率、睡眠情形，是否平時有進行禪修活動或曾參與過正念相關課程。

二、一般疲憊量表(General Fatigue Scale, GFS)

本量表由 Meek, Nail, & Jones (1997)發展，主要測量整體疲憊程度、困擾及對日常活動的影響；此問卷是一份自我填寫問卷，內容共七題，四題為病人自我陳述今天、大多數日子、過去 48 小時及過去一週之疲憊的最高程度，其他三題探討疲憊強度、疲憊造成的困擾及疲憊對日常活動的干擾程度。量表採嚴重度進行計分，採用 1-10 分序位尺度計分，1 分為「無疲勞」，10 分為「非常疲勞」，總分共 70 分，分數越高代表疲憊程度越高(周繡玲、朱基銘及唐婉如，2008)。

此量表有良好的內在一致性，信度 Cronbach's α 為 0.92；於乳癌及肺癌病人之應用有良好內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.95$)(Barsevick et al., 2004)。周繡玲 et al. (2008)將此量表翻譯成中文，在八個測量疲憊時間點，具有良好的內在一致性，(Cornbach's $\alpha=0.96-0.98$)。本研究將此量表於乳癌病人之應用，信度 Cronbach's α 為 0.95，具有良好內在一致性。

三、中文版匹茲堡睡眠品質指標量表(Chinese version of Pittsburgh Sleep Quality Index, C-PSQI)

本量表(C-PSQI)是由匹茲堡睡眠品質指標量表(PSQI)翻譯而來，PSQI 是由 Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989)發展設計適合臨床病人普遍使用的睡眠品質指標量表，此問卷是一份自我填寫問卷，測量過去一個月內睡眠習慣，內容涵蓋七大構面：(1)睡眠品質(Sleep quality)、(2)睡眠潛伏期(Sleep latency)、(3)睡眠時數(Sleep duration)、(4)睡眠效率(Habitual sleep efficiency)、(5)睡眠困擾(Sleep disturbance)、(6)安眠藥物的使用(Use of sleeping medicine)及(7)白天功能障礙(Daytime dysfunction)。此七大概念共 19 題自評問題，及不列入計分之額外 5 題詢問室友是否為睡眠呼吸症候群的高危險群，只做臨床參考價值，故此研究不納入討論；內容共 19 題，評分範圍為 0 至 3 分，0 分為「毫無困擾」、3 分為「最嚴重」，將七個概念加總，總分範圍為 0 至 21 分，分數越高代表睡眠品質越差；結果判讀是以七項概念總得分，以平均分數 5 分判別睡眠品質良好與否的分界點，等於小於 5 分表示睡眠品質良好，大於 5 分表示睡眠品質不良。

PSQI 量表之研究，針對共 168 位個案(52 位健康無睡眠問題之個案、54 位憂鬱病人及 62 位睡眠失調病人)分為三組進行長達 18 個月測試，結果顯示，其七向概念之整體具有良好的內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.83$)(Buysse et al., 1989)；Carpenter and Andrykowski (1998)針對共 472 位病人，包含骨髓移植者、腎臟移植者、乳癌者(N=102)及良性乳房疾病者(N=159)進行檢測，結果顯示，有高度的內在一致性之信度及建構效度(Cornbach's $\alpha=0.8$)；故此量表有良好的信效度，於測量睡眠品質是一可信賴之研究工具。Tsai et al. (2005)研究團隊進行中文版匹茲堡睡眠品質指標量表(C-PSQI)之翻譯，並且進行信效度檢測，其針對居住社區具有原發性失眠之成年人進行檢測，CPSQI 整體內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.82-0.83$)，間隔 14 至 21 天的重測信度整體內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.85$)，C-PSQI 具有良好信效度。本研究將此量表於乳癌病人之應用，信度 Cronbach's α 為 0.706。

四、中文版情境-特質焦慮量表(The Chinese version of the State-Trait Anxiety Inventory, C-STAI)

本量表是 Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970)三位教授共同編訂的兩個量表，目的在於測量情境焦慮(State anxiety)及特質焦慮(Trait anxiety)。所謂情境焦慮某一個人不同情境或時刻，有不同強度的焦慮感受，是一種暫時性的焦慮狀態，可能感到緊張、憂鬱、擔心及不安的感受；而特質焦慮，屬於個人較穩定且持久的焦慮傾向，即個人知覺到威脅性情境時不同的反應強度。情境焦慮對一個人的經驗較短暫，當個人察覺壓力或威脅降低時，情境焦慮可能降低，然而當壓力持續一段時間，可能會轉變為特質焦慮的傾向。此兩量表起初為研究一般健康正常人的焦慮現象編制的研究工具，後來應用於臨床患者測量焦慮情形也具有成效(鍾思嘉及龍長風，1984)。

本量表區分為情境與特質兩部份量表，各部份為 20 題，總題數共 40 題，屬於個人自我填寫問卷；計分方式以 Likert 四分法計分，範圍由 1 至 4 分；在情境焦慮部份，1 分為「一點也不符合」、2 分為「有一點符合」、3 分為「頗為符合」及 4 分為「非常符合」；特質焦慮部份，1 分為「幾乎沒有」、2 分為「有時」、3 分為「常常」及 4 分為「幾乎都是」四等級進行回答；題目有反向題計分，情境焦慮部份包含十題，特質焦慮包含七題，兩個次量表部分，總分數範圍為 20 分至 80 分，分數越高代表其焦慮程度越高，20 至 39 分代表輕度焦慮，40 至 59 分代表中度焦慮，60 至 80 分代表高度焦慮；此量表具有良好的內在一致性，Cronbach's α 值為 0.86-0.95(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; APA, 2013)。

鍾思嘉及龍長風 (1984)針對原著量表加以修訂及翻譯為中文版情境與特質焦慮量表，隨機抽樣以國中生進行信度檢測，情境焦慮 Cronbach's α 值為 0.898，特質焦慮 Cronbach's α 值為 0.895。本研究將此量表於乳癌病人之應用，情境焦慮 Cronbach's α 為 0.951，特質焦慮 Cronbach's α 為 0.896，皆具有良好內在一致性。

五、流行病學研究中心之憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)

本量表是由 Radloff (1977)所發展的，測量個體過去一周內憂鬱症狀的頻率，憂鬱症狀包含生理症狀、情緒、行為及認知思考部份；此量表共有 20 題，屬病人自我填寫問卷，量表作答方式為四點量表，有正向及反向題目，第 4、8、12 及 16 為正向題需反向計分，計分範圍由 0 至 3 分，四種不同頻率的選項，0 分為「很少或不曾發生」、1 分為「偶而發生」、2 分為「經常發生」及 3 分為「幾乎天天發生」，總分介於 0 至 60 分，分數越高代表憂鬱症狀頻率越高。此量表適用於青少年及成人，成人之分數切分點為 16 分，15 分以下無憂鬱情形，16 分以上有憂鬱情形。

此量表研究顯示，內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.85-0.90$)，於 2 至 8 週間的再測信度為 0.51-0.67(Radloff, 1977)；Hann, Winter, and Jacobsen (1999)針對乳癌病人及健康婦女進行檢測，兩組整體內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.85$)，乳癌病人及健康婦女 Cornbach's α 分別 0.89 及 0.87，具有良好信度及建構效度，在 2.5 週後兩組所得在測信度各為 0.57 及 0.51($P<0.001$)。中文版 CES-D 是由 Chien & Cheng (1985)翻譯修訂而成。本研究使用中文版 CES-D，將此量表於乳癌病人之應用，信度 Cronbach's α 為 0.939，具有良好內在一致性。

六、害怕復發量表 (Fear of Recurrence Scale, FORS)

本量表為自製擬訂結構式量表，參考 Vickberg (2003)發展的關注復發量表(The Concerns About Recurrence Scale, CARS)及 Herschbach et al. (2005)發展的害怕惡化量表(Fear of Progression Questionnaire, FoP-Q)擬訂而成；CARS 量表主要測量乳癌病人關注復發的情形，此量表於乳癌病人的測量具有良好內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.87$)；FoP-Q 其原先目的為測量慢性疾病患者所擔心害怕疾病惡化，此量表具有良好內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.70$ ，再測信度為 Cornbach's $\alpha=0.77-0.94$)。

本研究為自製擬訂結構式量表，將此量表於乳癌病人之應用，信度 Cronbach's α 為 0.928，具有良好內在一致性。

七、WHO-5 幸福指標(WHO-Five Well-Being Index)

WHO-5 幸福指標主要是測量個人主觀的幸福感及生活品質面向，此量表由 WHO Collaborating Centre in Mental Health 發展制定的，最後制定版本為 1998 年第二版，已被證實是可以衡量憂鬱情緒的工具，是一份簡短、自填的問卷，涵蓋五題積極正向的題目，包含正向情緒(良好的精神狀態、心情感到平靜及放鬆感)、活力(精力充沛、醒來感到清爽及充分休息)及日常生活中感興趣的事(WHO: Regional Office for Europe, 1998)；計分範圍由 0 至 5 分，0 分為「從來沒有」、1 分為「有時候」、2 分為「少於一半的時間」、3 分為「一半以上的時間」、4 分為「大部分的時間」及 5 分為「全部的時間」，原始分數範圍為 0 到 25 分，將原始分數乘以 4，以百分比分數判讀，0 分代表可能是最差的生活品質，100 分代表可能是最佳的生活品質，原始分數如低於 13 分顯示幸福感低落或五題中有任何一題出現 0 到 1 分，建議施測憂鬱症量表。

此量表在測量憂鬱的病人之應用，具有良好的內在一致性及外在效度(Heun, Bonsignore, Barkow, & Jessen, 2001)。國內學者 Lin et al. (2012)將此量表進行台灣版之中文翻譯，並進行信效度檢測，WHO-5-TW 版本隨機選樣 242 位社區樣本進行檢測，具有良好的內在一致性(Cornbach's $\alpha=0.94$)，且具有良好的效度，並且可應用於臨床上非精神障礙的檢測。本研究將此量表於乳癌病人之應用，Cronbach's α 為 0.95，具有良好內在一致性。

八、乳癌患者生活品質測定量表(Breast Cancer Version of the Function of Assessment of Cancer Therapy, FACT-B)

本量表原先為 Functional Assessment of Cancer Therapy(FACT)於 1987 年至 1992 年發展及驗證癌症治療功能評估其生活品質狀態，針對癌症病人進行驗證測試，制定為 FACT-general (FACT-G)，一般性功能評估包含生理健康、功能健全、社交家庭健全及情緒穩定的指標，在應用於癌症病人(N=466)有其內在效度具有良好一致性(Cornbach's $\alpha=0.89$)(Cella et al., 1993)；在一般性功能評估(FACT-G)發展後，其陸續發展以疾病特異性之病人癌症診斷次量表。

目前量表發展到第四版，乳癌患者生活品質測定量表(Breast Cancer Version of the Function of Assessment of Cancer Therapy, FACT-B)包含 FACT-G 及乳癌病患之特異性之附加關注事項，FACT-G 為 27 題，乳癌附加關注事項為 10 題，共 37 題，計分方式採 Likert scale 5 分法，0 分為「一點也不」、1 分為「有一點」、2 分為「有些」、3 分為「相當」及 4 分為「非常」；其共分為五個面向：(1)生理健康狀況(Physical well-being, PWB)共七題，均為反向題，分數範圍為 0 至 28 分；(2)社交/家庭健全狀況(Social/Family well-being, SWB)共七題，均為正向題，分數範圍為 0 至 28 分；(3)情緒穩定狀況(Emotional well-being, EWB)共六題，有正及反向題，分數範圍為 0 至 24 分；(4)功能健全狀況(Functional well-being, FWB) 共七題，均為正向題，分數範圍為 0 至 28 分；(5)乳癌附加關注事項(Breast cancer subscale, BCS)共十題，有正及反向題，分數範圍為 0 至 40 分；以上 FACT-G 總分為 PWB、SWB、EWB 及 FWB 的總合(範圍為 0 至 108 分)，FACT-B 為 FACT-G 及 BCS 總合(範圍為 0 至 148 分)，分數越高代表其健康相關生活品質越佳；FACT-B 於乳癌病人應用上(N=295)，其內在效度具有良好一致性(Cornbach's $\alpha=0.9$)(Brady et al., 1997; Cella, Hahn, & Dineen, 2002)。本研究將此量表於乳癌病人之應用，Cronbach's α 為 0.913，具有良好內在一致性。

九、止觀覺察注意量表(Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

本量表由 Brown and Ryan (2003)發展設計的止觀覺察注意量表(Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)，測量正念，主要瞭解個體能否接受自己的行為並覺察當下的內在或外在的經驗及感受，並且測試個體注意力與覺察不集中的頻率；內容共 15 題，題目皆為反向題，量表作答方式六點量表，評分範圍為 1 分至 6 分，1 分表示「幾乎總是」描述符合真實經驗、2 分表示「非常頻繁」、3 分表示「有些頻繁」、4 分表示「有些不常」、5 分表示「非常不常」及 6 分表示「幾乎從未」符合此真實經驗，分數越高代表正念、止觀覺察特質越高。

本量表針對大學生及一般成人族群，進行驗證性因素分析，在學生族群內在一致性 Cronbach's $\alpha=0.82$ ，而在一般成人族群，量表題目與潛在因素有顯著相關，Cronbach's $\alpha=0.87$ ，具有良好內在一致性(Brown & Ryan, 2003)；針對癌症病人族群(N=122)，MAAS 平均分數為 4.08 ± 0.74 ，與社區組比較分數較低，Cronbach's $\alpha > 0.67$ ，測量癌症病人之心理特質與單一之因素結構是有效度的(Carlson & Brown, 2005a)。

張仁和等(2011)獲得原作者同意中文翻譯，藉由專家進行翻譯為中文版「止觀覺察注意量表」(CMAAS)，並於北部某大學學生共進行三項研究(N=157 / 204 / 116)，進行量表施測，檢測量表信效度；研究一結果顯示，進行探索性因素分析，得到單一因素結構，量表能有效預測心理適應指標；研究二進行驗證性因素分析，重覆驗證與心理適應指標有顯著關聯；研究三間隔兩個月施測，具有良好的再測信度；研究顯示中文版「止觀覺察注意量表」具有良好信效度。本研究將中文版量表於乳癌病人之應用，Cronbach's α 為 0.836，具有良好內在一致性。

第六節 正念減壓課程介入處置之課程介紹

正念減壓課程之介入處置分為三階段，為課程準備期、設計課程期及辦理教育課程執行期，以下進行說明。



一、第一階段：準備期

1. 聯繫收案單位的相關人員，說明收案計畫。
2. 確認講師，講師需具備有 MBSR 師資專業訓練。

二、第二階段：設計課程期

1. 與講師討論課程安排的型式、頻率與時間來舉辦；。
2. 與講師討論課程內容，基本課程活動內容包含坐禪(Site meditation)、身體掃描(Body scan)、瑜珈(Yoga)三項課程，並參考正規課程設計及乳癌病人常見的問題來設計課程內容大綱；並提供教材及影音片，讓學員在家自行練習並記錄，配合指派之練習作業及心得分享；教育課程大綱如下表。

表 3-6-1 正念減壓課程大綱

週數	主軸	觀念	課程內容及方法
說明會	◆說明計畫及課程內容介紹、講師介紹		
第一週	◆正念減壓課程簡介 ◆乳癌正念團體暖身介紹	◆正念相關名詞解釋 ◆培育正念的七種態度	◆葡萄乾體驗 ◆身體掃描
第二週	◆壓力概述：一個人感知的角色	◆探索壓力經驗：壓力與壓力源 ◆專注力培養要訣	◆立式瑜珈 ◆坐式呼吸練習
第三週	◆內心傾向與情緒調適	◆愉悅事件與身心連結	◆打坐姿勢教學 ◆臥式瑜珈
第四週	◆乳癌病友之疲憊、壓力、焦慮、憂鬱及睡眠	◆不愉悅事件與身心連結 ◆與自我的關係 ◆與困難感受為友	◆靜坐 ◆內心對困難感受觀察
第五週	◆乳癌病友之壓力察覺	◆身體感受、情緒、認知及行為，以及此四	◆正念禪坐

		者間之關係	
第六週	◆身心應對壓力圖解	◆應對(reaction)及反應(response)	◆正念行走(行禪) ◆新的健康習慣(生活禪)
第七週	◆如何正確回應外境與挑戰良好人際關係	◆(執行)Doing 及(存在)Being	◆正念傾聽 ◆正念人際關係 ◆座位交換練習
第八週	◆邁向喜悅新生活	◆後續練習計畫及自我照顧 ◆探索專業應用的可能性 ◆回顧、心得分享、總結與未來展望	
全日練習	◆一日練習	◆探索艱辛禪 ◆止語密集修習	
備註：以上大綱僅供參考，實際授課時會依現場情況彈性調整			

三、第三階段：辦理教育課程執行期

此階段為招募符合納入排除條件且有意願參加的受試者，篩學合格者，說明研究內容、受試者同意書、課程相關的時程及內容，能全程配合者，進行前測的問卷填寫及處置，並於課程安排的時間進行，於課程結束後進行後測的問卷填寫及處置；此正念減壓課程為期八週，外加一天四小時全日練習，共 24 小時。

第七節 研究步驟與流程

本研究通過人體倫理委員會後，進行收案至達到收案人數，因第一週課程內容為行前說明會及正念減壓課程介紹，收案期限為課程第二週之前皆可納入。並同時與講師聯繫安排授課時程及內容，正式授課時程為期兩個月，授課結束後進行結果分析；研究結束後，會以電話聯繫實驗組受試者進行近況詢問。

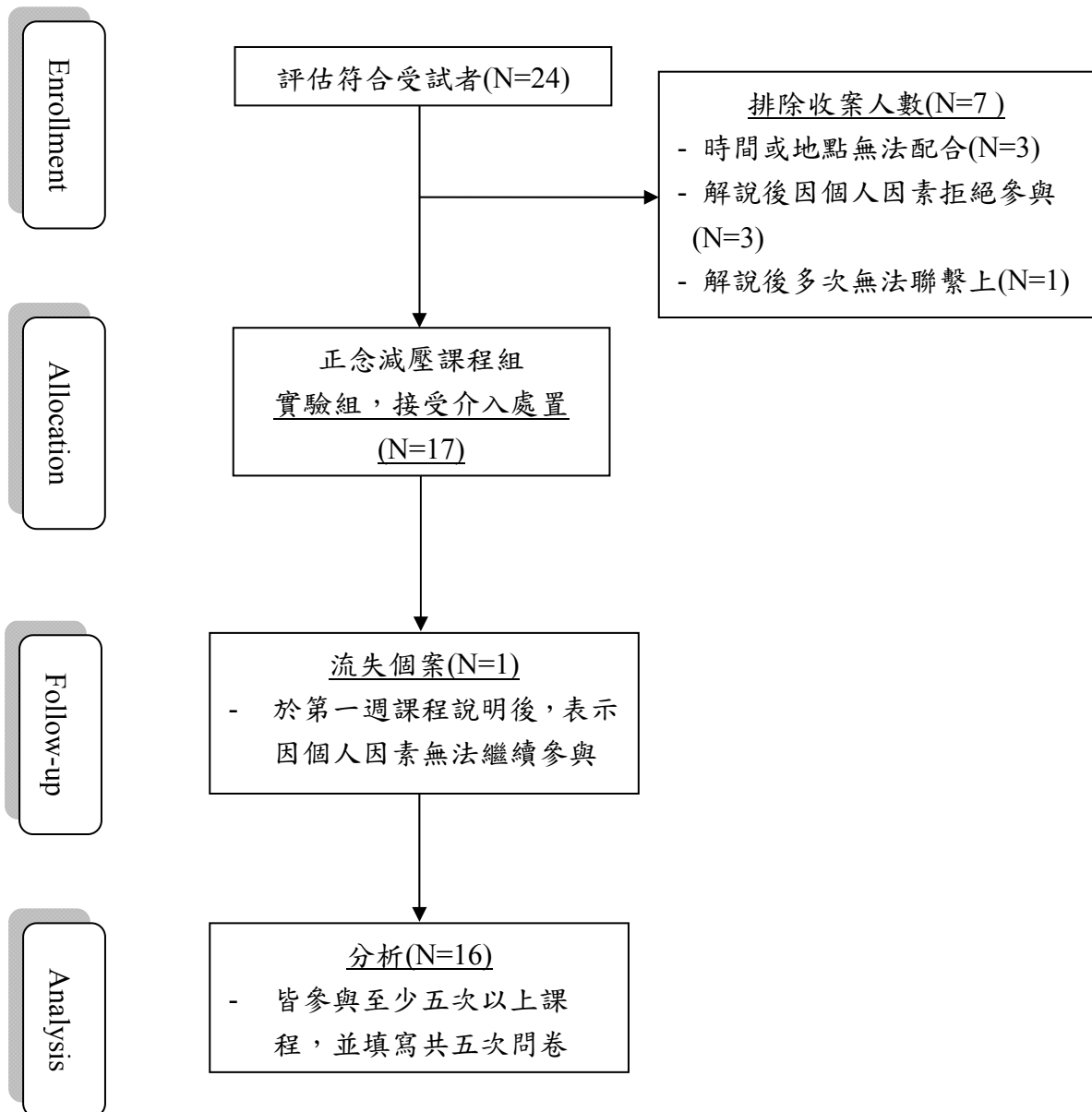


圖 3-7-1 研究期間收案步驟與流程圖

第八節 資料統計及分析方法

本研究於量性資料部份，採用 SPSS 電腦統計軟體進行分析處理，將每份回收問卷進行匿名及編碼，以 $P\text{-value} < 0.05$ 為達統計顯著意義之判斷標準。依據各別變項之性質分為以下之統計方法：

一、描述性統計：

- (一) 以百分比(Percentages)、平均值(Mean)、標準差(Standard deviation)、最大值(Maximum)及最小值(Minimum)，描述受試者「基本資料及屬性」：人口學基本資料、疾病狀態及健康行為狀況。
- (三) 以百分比(Percentages)、平均值(Mean)、標準差(Standard deviation)、最大值(Maximum)、最小值(Minimum)，描述受試者前測及後測的研究相關變項，包含「疲憊程度」、「睡眠品質」、「焦慮程度」、「憂鬱程度」、「害怕疾病復發程度」、「幸福感」、「生活品質」及「正念程度」的狀況。

二、推論性統計：

- (一) 無母數統計之 Wilcoxon 符號排序檢定(Wilcoxon signed ranks test)：分析實驗組給予介入處置後其對生理、心理、生活品質及正念的前及後測有無差異。
- (二) 重複測量(Repeated measures)：使用廣義估計方程式模式(Generalized estimating equation models; GEE)，分析在不同時間點的問卷測量，測量依變相平均值的差異性及各變項相關性因素分析。

第九節 倫理關注

本研究之倫理關注層面，將研究過程中的倫理議題詳細記載於計畫書及同意書中，並通過收案機構之人體倫理委員會審查，審查通過給予同意臨床試驗證明書後開始施行，收案機構之人體試驗倫理委員會案號為：20140105RINC，審查通過之臨床試驗許可書詳見附錄十一。

本研究依照世界醫學會制定赫爾辛基宣言，醫師及研究人員，在人體試驗進行時之倫理指導原則，應以受試者利益置於科學及社會利益之上；本研究之主持人及研究人員需依照我國「人體試驗管理辦法」內容規定：計畫主持人最近六年曾受人體試驗相關訓練三十小時以上；研究人員最近六年研習醫學倫理相關課程九小時以上；依照醫療機構規定，研究主持人及研究人員於四年內至少完成一小時財務利益衝突課程。有關本研究過程中之倫理關注及考量，簡述如下：

一、尊重自主原則

人為獨立的個體，受試者具有自主權，應尊重受試者自行決定是否參與研究或試驗，在參與研究之前，研究者需充分告知與研究相關的事項；受試者在知情下，需出於自願，有決策能力並做出選擇及決定，取得受試者同意，此為「知情同意」。本研究納入受試者會進行充分告知之後，讓受試者瞭解並出於自願參與，知情後填寫同意書。

二、行善原則及不傷害原則

行善原則是平衡治療所帶來利益和風險，不傷害原則是指治療引起之傷害不應與治療所得之利益不相當；根據藥品臨床試驗準則規定，試驗進行前，應權衡對個別受試者及整體社會之可能風險及預期利益。為了保障受試者基本的安全及權力，人體試驗及研究需經過人體試驗委員會核准，充份保障受試者。本研究經過人體試驗委員會核准，評估研究帶來的利益與風險，並給予受試者適當的照護。



三、公平正義原則

公平正義原則是指公平分配利益及風險，不得因進行人體試驗及研究而剝削弱勢族群，受試者應備受平等對待，不得任意排除符合受試條件且因參與研究而受惠的個案。本研究依照納入排除條件篩選受試者，並且依照研究設計，給予受試者應有的權力及照護。

四、隱私保密原則

隱私包含一切個人的資料，研究者應對受試者相關的資料、病情等需保有隱私，並進行保密，不與其他人透露相關訊息。本研究將受試者的相關資料會以代號及姓名首字呈現，為顧及病患隱私，於訪談及填寫問卷的過程中，會安排安靜且獨立的地方，保護受試者隱私；研究相關資料，包含同意書、研究問卷會放置於有上鎖的櫃裡，確保資料的機密性。



第肆章 研究結果

本研究主要研究目的為瞭解乳癌病人其生理、心理、生活品質及正念的情形，並評價乳癌病人應用「正念減壓課程」介入處置後的成效，進行前驅性研究，單組前、重複測量及後測分析該處置的成效。本研究結果，依研究目的及假說依序加以說明正念減壓課程介入處置之成效分析：第一節為本研究對象之基本資料及屬性分析，第二節為研究對象之各結果指標前後測變化，第三節為研究對象之各結果變項八週介入期間連續變化，第四節為研究對象參與正念減壓課程之經驗分享。

第一節 本研究對象之基本資料及屬性分析

本研究進行分析的樣本數共 16 位，皆為女性，診斷為乳癌，平均年齡為 45.57 歲(標準差 \pm 9.95)，癌症期別為第零至第二期，平均罹病時間為 25.56 月，56.3%的受試者已罹病時間為 0 至 6 個月，有兩位受試者再次經歷乳癌的復發；於正念減壓課程介入期間，有三位受試者正執行化學藥物治療，有三位正執行放射線治療及一位正執行標靶藥物治療；本研究針對受試者之人口學特性、疾病狀態與治療及健康行為狀況進行分析，如表 4-1-1、4-1-2 及 4-1-3。

表 4-1-1 本研究對象之人口學特性

變項	人數	百分比	範圍	平均值(±S.D)
年齡(years)			26.0-67.7	45.57(±9.95)
50 歲以下	13	81.3		
50~65 歲	2	12.5		
65 歲以上	1	6.3		
教育程度				
不識字	0	0.0		
國小	1	6.3		
國/初中	1	6.3		
高中/高職	1	6.3		
專科	2	12.5		
大學	7	43.8		
碩士以上	4	25.0		
宗教信仰				
無	6	37.5		
佛教	5	31.3		
道教	2	12.5		
回教	0	0.0		
基督教	2	12.5		
天主教	1	6.3		
一貫道	0	0.0		
民間信仰	0	0.0		
其他	0	0.0		
婚姻狀態				
未婚	2	12.5		
已婚	11	68.8		
離婚	2	12.5		
同居	0	0.0		
分居	1	6.3		
其他	0	0.0		

表 4-1-1 本研究對象之人口學特性(續)

變項	人數	百分比	範圍	平均值(±S.D)
職業類別				
退休/無	4	25.0		
軍公教	2	12.5		
工/商	4	25.0		
自由/家管	5	31.3		
服務業	0	0.0		
學生	0	0.0		
其他	1	6.3		
自覺全家庭收入經濟狀況				
低收入戶	0	0.0		
貧窮	1	6.3		
勉強	2	12.5		
小康	13	81.3		
富裕	0	0.0		

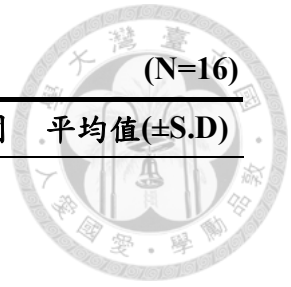


表 4-1-2 本研究對象之疾病狀態與治療

(N=16)

變項	人數	百分比	範圍	平均值(±S.D)
已罹病時間(月)			2-171	25.56(±44.63)
0-6 月	9	56.3		
7-12 月	1	6.3		
13-24 月	2	12.5		
25 個月以上	4	25.0		
癌症期別				
第零期	1	6.3		
第一期	7	43.8		
第二期	8	50.0		
ECOG performance status				
0	16	100.0		
1	0	0.0		
乳癌復發				
有	2	12.5		
無	14	87.5		
*癌症外科手術				
無	0	0.0		
有	16	100.0		
*化學治療				
無	8	50.0		
有	8	50.0		
目前執行化學治療				
無	13	81.3		
有	3	13.8		
*放射線治療				
無	9	56.3		
有	7	43.8		
目前執行放射線治療				
無	13	81.3		
有	3	13.8		

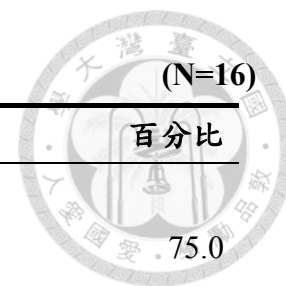
表 4-1-2 本研究對象之疾病狀態與治療(續)

(N=16)

變項	人數	百分比	範圍	平均值(±S.D)
*標靶藥物治療				
無	14	87.5		
有	2	12.7		
目前執行標靶治療				
無	15	93.8		
有	1	6.3		
*賀爾蒙藥物治療				
無	8	50.0		
有	8	50.0		

表 4-1-3 本研究對象之健康行為狀況

變項	人數	百分比
咖啡攝取量		
無	12	75.0
一天一杯	4	25.0
一天兩杯以上	0	0.0
茶類攝取量		
無	10	62.5
一天一杯	5	31.3
一天兩杯以上	1	6.3
飲酒量		
無	15	93.8
一天一杯	0	0.0
一天兩杯以上	1	6.3
吸菸史		
無	14	87.5
有	2	12.5
固定運動		
無	5	31.3
有	11	68.8
睡眠情形，目前使用安眠藥狀況		
無	9	56.3
有	7	43.8
曾參與禪修或正念活動情形		
無	16	100.0
禪修活動	0	0.0
正念相關課程	0	0.0



第二節 研究對象之各結果變項前後測變化

本部分研究設計主要觀察試驗前及試驗後的結果，故採用無母數統計之 Wilcoxon 符號排序檢定(Wilcoxon signed ranks test)進行檢定前後測的差異，以下將各結果變項，包含疲憊程度、睡眠品質、情境焦慮、特質焦慮、憂鬱程度、害怕復發程度、幸福感程度、生活品質及止觀覺察注意程度共九項，依序說明。

一、研究對象 GFS 疲憊程度的前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，瞭解其整體疲憊程度、困擾及對日常活動的影響，使用一般疲憊量表(General fatigue scale, GFS)針對 16 位乳癌病人進行測量；結果顯示，研究對象「在過去一週，所感覺到疲勞的最高程度」及「一般來說，我的疲勞強度」變項於正念減壓課程後比前測有改善的情形， $(Z=-2.498, P=.013)$ 及 $(Z=-1.999, P=.046)$ ，具有統計上顯著差異；在疲憊對於研究對象的困擾程度及每日活動的影響量的變項，「一般來說疲勞對我的困擾程度」及「一般來說，疲勞對我的每日活動的影響量」變項於正念減壓課程後比前測有改善的情形， $(Z=-1.979, P=.048)$ 及 $(Z=-1.993, P=.046)$ ，具有統計上顯著差異。

研究對象前測的整體疲憊程度平均得分為 40.56(標準差=14.11)，後測的整體疲憊程度平均得分為 31.5(標準差=13.81)，比較整體疲憊程度的前後測差異結果顯示，於正念減壓課程介入後，整體的疲憊程度是有改善 $(Z=-2.278, P=.023)$ ，具有統計上顯著差異，如下表 4-2-1。

表 4-2-1 研究對象一般疲憊量表 GFS 前後測得分狀況及差異變化 (N=16)

變項內容	前測	後測	Z 值	P 值
	Mean(SD)	Mean(SD)		
1. 今天我的疲憊程度是	5.06(2.59)	4.25(2.44)	-1.303	.192
2. 在大多數日子裡我的疲勞程度是	5.19(1.97)	4.31(2.30)	-1.586	.113
3. 在過去 48 小時，我所感覺到疲勞的最高程度是	6.31(2.47)	5.19(2.69)	-1.704	.088
4. 在過去一週，我所感覺到疲勞的最高程度是	7.06(1.88)	5.13(2.47)	-2.498	.013*
5. 一般來說，我的疲勞強度是	5.63(2.00)	4.25(1.95)	-1.999	.046*
6. 一般來說疲勞對我的困擾程度是	5.63(1.91)	4.06(2.50)	-1.979	.048*
7. 一般來說，疲勞對我的每日活動的影響量是	5.69(2.50)	4.31(1.89)	-1.993	.046*
整體疲憊程度	40.56(14.11)	31.5(13.81)	-2.278	.023*

二、研究對象 C-PSQI 中文版匹茲堡睡眠品質指標量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，瞭解其過去一個月內睡眠品質及習慣，使用中文版匹茲堡睡眠品質量表，針對 16 位乳癌病人進行測量，結果指標涵蓋七大構面。結果顯示，整體總睡眠品質指標量表分數的前測平均得分為 10.44(標準差=2.97)，平均分數以五分判別睡眠品質良好與否，結果顯示只有 1 人睡眠品質良好(6.3%)，於後測平均得分為 8.81(標準差=3.49)，有 3 人睡眠品質良好(18.8%)，整體總睡眠品質前後測無統計上顯著差異($Z=-1.776, P=.076$)。

睡眠品質七大構面之前後測差異情形如下：(1)主觀睡眠品質於正念減壓課程介入後較前測有統計上顯著差異($Z=-2.530, P=.011$)，表示正念減壓課程後，研究對象主觀睡眠品質比課程前較良好；(2)日間功能失調包含日常生活保持清醒的狀態及需打起精神完成應做的事情帶來的困擾，在正念減壓課程介入後較前測有統計上顯著差異($Z=-2.121, P=.034$)；(3)睡眠遲滯期、睡眠總時數、習慣性睡眠效率、睡眠干擾程度及使用安眠藥的情形此五項變項，於前後測無統計上顯著差異，如下表 4-2-2 及 4-2-3。

表 4-2-2 研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前後測得分狀況及差異情形 (N=16)

變項構面名稱	前測	後測	Z 值	P 值
	Mean(SD)	Mean(SD)		
Global PSQI score	10.44(2.97)	8.81(3.49)	-1.776	.076
C1 主觀睡眠品質	2.13(0.62)	1.63(0.62)	-2.530	.011*
C2 睡眠遲滯期	1.69(0.79)	1.69(0.87)	.000	1.000
C3 睡眠總時數	1.31(0.79)	1.31(0.70)	.000	1.000
C4 習慣性睡眠效率	1.00(0.97)	0.63(0.72)	-1.656	.098
C5 睡眠干擾	1.75(0.68)	1.44(0.51)	-1.508	.132
C6 使用安眠藥	1.06(1.34)	1.00(1.41)	.000	1.000
C7 日間功能失調	1.50(0.89)	1.13(0.72)	-2.121	.034*

註：C= component；component 每小題 0-3 分，global PSQI score= C1-C7 總分。

表 4-2-3 研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前測及後測得分情形

(N=16)

變項構面名稱	前測				後測			
	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序
Global PSQI score		5-15	10.44(2.97)			3-14	8.81(3.49)	
睡眠品質良好(= <5)	1(6.3)				3(18.8)			
睡眠品質不良(>5)	15(93.8)				13(81.3)			
C1 主觀睡眠品質		1-3	2.13(0.62)			0-2	1.63(0.62)	
非常好(0 分)	0(0.0)				1(6.3)			
好(1 分)	2(12.5)				4(25.0)			
不好(2 分)	10(62.5)				11(68.8)			
非常不好(3 分)	4(25.0)				0(0.0)			
C2 睡眠遲滯期		0-3	1.69(0.79)			0-3	1.69(0.87)	
#2.您在上床後，通常躺多 久才能入睡		0-2	0.94(0.68)			0-2	0.94(0.68)	
≤ 15 分(0 分)	4(25.0)				6(37.5)			
16-30 分(1 分)	9(56.3)				5(31.3)			
31-60 分(2 分)	3(18.8)				5(31.3)			
>60 分(3 分)	0(0.0)				0(0.0)			
#5a.無法在 30 分鐘入睡		0-3	1.88(1.09)			0-3	1.88(1.09)	
從未發生(0 分)	2(12.5)				3(18.8)			
每週 <1 次(1 分)	4(25.0)				2(12.5)			

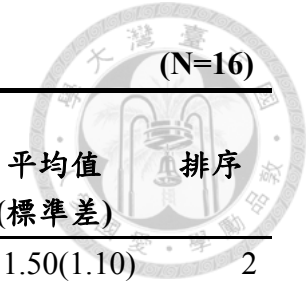
表 4-2-3 研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前測及後測得分情形 (續)



(N=16)

變項構面名稱	前測				後測			
	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序
每週 1-2 次(2 分)	4(25.0)				6(37.5)			
每週 ≥3 次(3 分)	6(37.5)				5(31.3)			
C3 睡眠總時數		0-2	1.31(0.79)			0-2	1.31(0.70)	
>7 小時(0 分)	3(18.8)				2(12.5)			
>6 ≤7 小時(1 分)	5(31.3)				7(43.8)			
≥5 及 ≤6 小時(2 分)	8(50.0)				7(43.8)			
<5 小時(3 分)	0(0.0)				0(0.0)			
C4 習慣性睡眠效率		0-3	1.00(0.97)			0-2	0.63(0.72)	
≥85%(0 分)	6(37.5)				8(50.0)			
84%-75%(1 分)	5(31.3)				6(37.5)			
74%-65%(2 分)	4(25.0)				2(12.5)			
<65%(3 分)	1(6.3)				0(0.0)			
C5 睡眠干擾		0-3	1.75(0.68)			1-2	1.44(0.51)	
#5b.半夜或清晨起來		0-3	2.13(1.09)	1		1-3	1.94(0.77)	1
#5c.需要起床上廁所		0-3	1.94(1.24)	2		0-3	1.44(1.03)	3
#5d.呼吸不順暢		0-3	1.19(1.11)	5		0-3	0.50(0.73)	8
#5e.咳嗽或大聲打鼾		0-3	0.94(1.06)	7		0-3	0.87(1.03)	7
#5f.感覺很冷		0-2	0.69(0.79)	8		0-2	0.50(0.63)	8

表 4-2-3 研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前測及後測得分情形 (續)



變項構面名稱	前測				後測			
	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序
#5g. 感覺很熱		0-3	1.50(0.97)	3		0-3	1.50(1.10)	2
#5h. 作惡夢		0-3	1.25(1.18)	4		0-3	1.00(1.03)	5
#5i. 疼痛		0-3	1.13(1.26)	6		0-3	1.13(1.26)	4
#5j. 其他狀況		0-2	0.13(0.50)	9		0-2	0.94(0.93)	6
C6 使用安眠藥		0-3	1.06(1.34)			0-3	0.19(0.75)	
從未發生(0 分)	9(56.3)				10(62.5)			
每週<1 次(1 分)	1(6.3)				1(6.3)			
每週 1-2 次(2 分)	2(12.5)				0(0.0)			
每週≥3 次(3 分)	4(25.0)				5(31.3)			
C7 日間功能失調		0-3	1.50(0.89)			0-2	1.13(0.72)	
#7. 當你在開車、用餐、從事日常社交活動時，有多 少次覺得難以保持清醒 狀態		0-3	0.81(0.98)			0-2	0.75(0.78)	
從未發生(0 分)	8(50.0)				7(43.8)			
每週少於 1 次(1 分)	4(25.0)				6(37.5)			
每週 1-2 次(2 分)	3(18.8)				3(18.8)			
每週 3 次或以上(3 分)	1(6.3)				0(0.0)			



表 4-2-3 研究對象匹茲堡睡眠品質量表 PSQI 前測及後測得分情形 (續)

變項構面名稱	前測				後測			
	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序	人數(百分比)	範圍	平均值 (標準差)	排序
#8.要打起精神來完成您應 該做的事情對您有多少 困擾		0-3	1.50(1.03)			0-2	1.19(0.75)	
完全沒有困擾(0 分)	3(18.8)				3(18.8)			
只有很少困擾(1 分)	5(31.3)				7(43.8)			
有些困擾(2 分)	5(31.3)				6(37.5)			
有很大困擾(3 分)	3(18.8)				0(0.0)			

註：C= component；component 每小題 0-3 分，global PSQI score= C1-C7 總分。

三、研究對象 C-STAI 中文版情境-特質焦慮量表前後測得分情形及差異狀況

(一) 研究對象 STAI-S 情境焦慮量表前後測差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，瞭解情境焦慮(State anxiety)情形，使用中文版情境-特質焦慮量表，針對 16 位乳癌病人進行測量；情境焦慮為某人在不同情境與時刻，有不同強度的焦慮感受。結果顯示，整體情境焦慮前測平均得分為 48.31(標準差=13.82)，屬中度焦慮，後測平均得分為 38.31(標準差=10.89)，屬輕度焦慮，表示在正念減壓課程結束後整體的情境焦慮程度較前測是有所改善($Z=-2.745, P=.006$)，具有統計上顯著差異，如下表 4-2-4 及 4-2-5。

在情境焦慮量表前後測的變項內容中，七題反向計分題「我現在覺得安全」、「我現在覺得舒適」、「我現在覺得有自信」、「我現在覺得舒暢」、「我現在覺得滿足」、「我現在覺得高興」、「我現在覺得愉快」及一題正向計分題「我現在覺得後悔」，後測結果較前測結果是有所改善的，具有統計上顯著差異，如表 4-2-5。

表 4-2-4 研究對象情境焦慮量表 STAI-S 前後測得分情形 (N=16)

變項名稱	前測			後測		
	人數 (百分比)	範圍	平均值 (標準差)	人數 (百分比)	範圍	平均值 (標準差)
整體情境焦慮		27-69	48.31 (13.82)		20-58	38.31 (10.89)
STAI-S 總分						
輕度焦慮	6(37.5)			8(50.0)		
中度焦慮	5(31.3)			8(50.0)		
高度焦慮	5(31.3)			0(0.0)		

表 4-2-5 研究對象情境焦慮量表 STAI-S 前後測得分狀況及差異情形 (N=16)

變項內容	前測 Mean	排序	後測 Mean	排序	Z 值	P 值
1.我現在覺得平靜	2.56	10	2.31	3	-1.155	.248
2.我現在覺得安全	2.75	8	2.06	10	-3.051	.002*
3.我現在是緊張的	1.75	19	1.56	15	-.749	.454
4.我現在覺得後悔	1.69	20	1.19	20	-2.060	.039*
5.我現在覺得輕鬆自在	2.88	4	2.44	1	-1.732	.083
6.我現在覺得不如意	2.06	13	1.44	19	-1.709	.088
7.我現在就會為可能發生的不幸而擔憂	2.06	13	1.63	13	-1.461	.144
8.我現在覺得安逸悠閒	3.00	2	2.31	3	-1.933	.053
9.我現在覺得焦慮	2.06	13	1.69	12	-1.292	.196
10.我現在覺得舒適	2.88	4	2.19	8	-2.653	.008*
11.我現在覺得有自信	2.88	4	2.31	3	-2.165	.030*
12.我現在覺得焦急	2.06	13	1.56	15	-1.890	.059
13.我現在覺得神經質	2.00	17	1.88	11	-.416	.677
14.我現在覺得戰戰兢兢的	2.13	11	1.56	15	-1.592	.111
15.我現在覺得舒暢	2.94	3	2.31	2	-2.887	.004*
16.我現在覺得滿足	2.75	8	2.13	9	-2.332	.020*
17.我現在覺得擔憂	2.13	11	1.63	13	-1.947	.052
18.我現在覺得激動且急躁不安	1.81	18	1.56	15	-.660	.509
19.我現在覺得高興	3.06	1	2.31	3	-2.652	.008*
20.我現在覺得愉快	2.88	4	2.25	7	-2.352	.019*
整體情境焦慮程度	48.31		38.31		-2.745	.006*



(二) 研究對象 STAI-T 特質焦慮量表前後測差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，瞭解其特質焦慮(Trait anxiety)情形，使用中文版特質焦慮量表，針對 16 位乳癌病人進行測量；特質焦慮為個人穩定且持久的焦慮傾向。結果顯示，整體特質焦慮平均得分為 48.75(標準差=8.87)，後測平均得分為 42.44 (標準差=9.17)，皆屬中度焦慮，後測結果顯示在正念減壓課程結束後整體的特質焦慮程度較前測是有所改善，亦研究對象整體特質焦慮程度是有降低的情形($Z=-2.793, P=.005$)，具有統計上顯著差異，如下表 4-2-6 及 4-2-7。

在特質焦慮量表前後測的變項內容中，三題反向計分題「我覺得愉快」、「我很快樂」、「我感到安全」、及二題正向計分題「我容易疲倦」、「我有想哭的感覺」，後測結果較前測結果是有所改善的，具有統計上顯著差異，如表 4-2-7。

表 4-2-6 研究對象特質焦慮量表 STAI-T 前後測得分情形 (N=16)

變項名稱	前測			後測		
	人數 (百分比)	範圍	平均值 (標準差)	人數 (百分比)	範圍	平均值 (標準差)
整體特質焦慮		37-62	48.75 (8.87)		26-60	42.44 (9.17)
STAI-T 總分						
輕度焦慮	1(6.3)			4(25.0)		
中度焦慮	11(68.8)			11(68.8)		
高度焦慮	4(25.0)			1(6.3)		

表 4-2-7 研究對象特質焦慮量表 STAI-T 前後測得分狀況及差異情形 (N=16)

變項內容	前測 Mean	排序	後測 Mean	排序	Z 值	P 值
1.我覺得愉快	2.75	4	2.31	4	-2.333	.020*
2.我容易疲倦	2.75	4	2.38	3	-2.121	.034*
3.我有想哭的感覺	2.06	16	1.56	20	-2.309	.021*
4.我希望我能像別人一樣快樂	2.75	4	2.56	1	-.832	.405
5.我不能很快下決心，以致錯失良機	2.00	19	1.69	19	-1.667	.096
6.我覺得安靜休閒	2.75	4	2.25	5	-1.780	.075
7.我是冷靜、沉著且鎮定的	2.81	2	2.56	1	-1.155	.248
8.我覺得困難重重，以致難於克服	2.00	19	1.94	14	-.302	.763
9.我太擔憂一些無關緊要的事	2.25	13	2.13	12	-.816	.414
10.我很快樂	2.88	1	2.25	5	-2.640	.008*
11.我容易把事情看得很難	2.31	12	2.25	5	-.333	.739
12.我缺乏自信	2.13	15	1.94	14	-1.134	.257
13.我感到安全	2.81	2	2.19	11	-2.673	.008*
14.我嘗試著避免面對危險與困難	2.44	10	2.25	5	-1.000	.317
15.我覺得憂鬱	2.19	14	1.75	18	-1.732	.083
16.我很滿足	2.69	8	2.25	5	-1.706	.088
17.一些無關緊要的念頭困擾著我	2.06	16	1.94	14	-.707	.480
18.我對失望很介意，以致難以釋懷	2.06	16	1.94	14	-.816	.414
19.我是個穩定的人	2.63	9	2.25	5	-1.897	.058
20.一想到最近與自己有利害關係的事時，我就會緊張或煩亂	2.44	10	2.06	13	-1.613	.107
整體特質焦慮程度	48.75		42.44		-2.793	.005*

四、研究對象 CES-D 流行病學研究中心之憂鬱量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，測量其過去一周內憂鬱症狀的頻率，針對 16 位乳癌病人，使用流行病學研究中心之憂鬱量表進行測量。結果顯示整體憂鬱量表前測平均得分為 22.19(標準差=11.85)，成人分數切分點為 16 分，15 分以下無憂鬱情形有 6 人(37.5%)，16 分以上為憂鬱情形有 10 人(62.5%)，整體憂鬱量表後測平均得分為 15.56(標準差=9.32)，8 人(50%)有憂鬱情形；後測結果顯示在正念減壓課程結束後整體的憂鬱程度較前測是有改善的，亦憂鬱程度有降低情形($Z=-2.617, P=.009$)，具有統計上顯著差異，如表 4-2-8 及 4-2-9。

在憂鬱量表前後測的變項內容中，三題正向計分題「即使有親友的幫忙，我還是無法拋開煩惱」、「我覺得寂寞」、「我覺得悲傷」及兩題反向計分題「我對未來充滿希望」、「我是快樂的」，後測結果較前測結果是有所改善的，具有統計上顯著差異，如表 4-2-9。

表 4-2-8 研究對象憂鬱量表 CES-D 前後測得分情形 (N=16)

變項名稱	人數	百分比	範圍	平均值(標準差)
整體憂鬱量表總分(前測)			3-43	22.19(11.85)
無憂鬱(15 分以下)	6	37.5		
憂鬱(16 分以上)	10	62.5		
整體憂鬱量表總分(後測)			1-32	15.56(9.32)
無憂鬱(15 分以下)	8	50.0		
憂鬱(16 分以上)	8	50.0		

表 4-2-9 研究對象憂鬱量表 CES-D 前後測得分狀況及差異情形

(N=16)

變項內容	前測 Mean	排序	後測 Mean	排序	Z 值	P 值
1.原來不介意的事，最近竟然 會困擾我	1.00	14	.50	16	-1.795	.073
2.我的胃口不好，不想吃東西	.69	19	.50	16	-1.732	.083
3.即使有親友的幫忙，我還是 無法拋開煩惱	1.06	13	.63	13	-2.333	.020*
4.我覺得我跟別人一樣好	1.44	2	1.06	5	-1.513	.130
5.我做事無法集中精神	1.13	9	1.19	1	-.272	.785
6.我覺得悶悶不樂	1.19	6	.94	7	-.973	.331
7.我做任何事都覺得費力	1.06	12	.81	9	-.921	.357
8.我對未來充滿希望	1.44	2	.88	8	-2.460	.014*
9.我認為我的人生是失敗的	.94	15	.75	11	-.707	.480
10.我覺得恐懼	1.19	6	.81	9	-1.730	.084
11.我睡的不安寧	1.38	5	1.13	3	-.731	.465
12.我是快樂的	1.69	1	1.13	3	-2.496	.013*
13.我比平日不愛說話	.94	15	.44	18	-1.780	.075
14.我覺得寂寞	1.13	9	.63	13	-1.999	.046*
15.人們是不友善的	.56	20	.31	20	-1.190	.234
16.我享受了生活的樂趣	1.38	4	1.00	6	-1.732	.083
17.我需要痛哭	.94	15	.69	12	-1.155	.248
18.我覺得悲傷	1.13	9	.63	13	-1.999	.046*
19.我覺得別人不喜歡我	.75	18	.38	19	-1.604	.109
20.我缺乏幹勁	1.19	6	1.19	1	-.277	.782
整體憂鬱程度	22.19		15.56		-2.617	.009*



五、研究對象 FORS 害怕復發量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，測量其害怕復發的程度，針對 16 位乳癌病人，使用自製擬定的害怕復發量表進行測。結果顯示，整體害怕疾病復發程度前測平均得分為 15.00(標準差=7.73)，後測平均得分為 11.69(標準差=5.85)，顯示在正念減壓課程結束後整體的害怕復發程度之前後測，在統計上無顯著差異 ($Z=-1.848, P=.065$)；變項內容「我害怕乳癌疾病可能會復發的程度」，前後測結果顯示，正念減壓課程介入後，害怕疾病可能會復發的程度降低，統計上具有顯著差異 ($Z=-2.149, P=.032$)，表示仍害怕復發，但並無常常思考復發狀況及導致情緒不安，故整體害怕復發程度未顯著差異改善。如下表 4-2-10。

表 4-2-10 研究對象害怕疾病復發量表 FORS 前後測得分狀況及差異情形 (N=16)

變項內容	前測	後測	Z 值	P 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		
1. 我常常思考乳癌疾病復發對 我的可能性頻率為	5.13 (2.87)	3.88 (2.16)	-1.937	.053
2. 我害怕乳癌疾病可能會復發 而導致情緒不安的程度是	4.44 (2.66)	3.69 (1.89)	-1.094	.274
3. 我害怕乳癌疾病可能會復發 的程度是	5.44 (2.73)	4.13 (2.00)	-2.149	.032*
整體害怕疾病復發程度	15.00 (7.73)	11.69 (5.85)	-1.848	.065



六、研究對象 WHO-5 幸福指標量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，測量其個人主觀的幸福感及生活品質程度，針對 16 位乳癌病人，使用 WHO-5 幸福指標量表進行測量；結果顯示，五個變項指標包含「我感到情緒開朗且精神不錯」、「我感到心情平靜和放鬆」、「我感到有活力且精力充沛」、「我醒來感到神清氣爽並有充份休息」及「我的日常生活中充滿讓我感興趣的事物」，於正念減壓課程結束後，前測及後測在統計上皆有顯著差異；整體幸福指標百分比分數前測平均得分為 48.00(標準差=22.01)，後測平均得分為 64.75(標準差=17.11)，表示病人於正念減壓課程後其幸福感是有增加的情形，統計上具有顯著差異($Z=-2.961, P=.003$)；如下表 4-2-11。

表 4-2-11 研究對象 WHO-5 幸福指標量表前後測得分狀況及差異情形 (N=16)

變項內容	前測 Mean (SD)	後測 Mean (SD)	Z 值	P 值
1. 我感到情緒開朗且精神不錯	2.5	3.56	-2.952	.003*
2. 我感到心情平靜和放鬆	2.75	3.56	-2.810	.005*
3. 我感到有活力且精力充沛	2.13	3.19	-2.951	.003*
4. 我醒來感到神清氣爽並有充份休息	2.19	2.88	-2.299	.022*
5. 我的日常生活中充滿讓我感興趣的事物	2.44	3.00	-2.179	.029*
整體幸福程度	12.00 (5.50)	16.19 (4.28)	-2.961	.003*
整體幸福程度(百分比)	48.00 (22.01)	64.75 (17.11)	-2.961	.003*

七、研究對象 FACT-B 乳癌患者生活品質測定量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，測量其生活品質情形，針對 16 位乳癌病人，使用乳癌患者生活品質測定量表進行測量。生活品質包含五個構面，生理健康狀況前後測無統計上顯著差異($Z=-1.595, P=.111$)；社交/家庭健全狀況之生活品質於正念減壓課程介入後，有提升的情形，前後測具有統計上顯著差異($Z=-2.035, P=.021$)，變項內容中，「我滿意家人之間對我疾病的溝通方式」及「我覺得與我的伴侶親近」此兩項在正念減壓課程介入後，有改善的情形，統計上具有顯著差異($Z=-2.111, P=.035$)及($Z=-2.486, P=.013$)；情緒穩定狀況之生活品質於正念減壓課程介入後有提升的情形，前後測具有統計上顯著差異($Z=-2.279, P=.023$)，變項內容中，「我擔心我的狀況會惡化」此項在正念減壓課程介入後，有改善的情形，亦課程結束後擔心狀況惡化的程度降低，統計上具有顯著差異($Z=-2.932, P=.017$)；功能健全狀況之生活品質於正念減壓課程介入後有提升的情形，前後測具有統計上顯著差異($Z=-2.014, P=.044$)，變項內容中，「我滿足我現在的生活品質」此項在正念減壓課程介入後，有提升的情形，統計上具有顯著差異($Z=-2.070, P=.038$)；乳癌之疾病附加關注狀況之生活品質於正念減壓課程介入後有提升的情形，前後測具有統計上顯著差異($Z=-2.746, P=.006$)，變項內容中，「我擔心其他家人也會得到跟我同樣的疾病」及「我擔心壓力會影響到我的疾病」此兩項在正念減壓課程介入後，有提升的情形，亦擔心程度降低，統計上具有顯著差異($Z=-2.486, P=.013$)及($Z=-2.506, P=.012$)，如下表 4-2-12。

乳癌患者整體生活品質前測平均得分為 85.69(標準差=25.39)，後測平均得分為 99.72(標準差=21.58)，表示正念減壓課程介入後，整體的生活品質較課程介入前好，具有統計上顯著差異($Z=-2.819, P=.005$)。

表 4-2-12 研究對象 FACT-B 乳癌患者生活品質測量表前後測得分狀況及差異情形

(N=16)

變項構面名稱	前測			後測			前後測差異分析	
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序	Z 值	P 值
PWB 生理健康狀況	18.69	6.79		21.00	6.58		-1.595	.111
GP1 我精神不好	2.25	1.24	5	2.75	1.07	4	-1.358	.174
GP2 我有反胃噁心的情形	3.50	.90	1	3.44	1.09	2	-.175	.861
GP3 因為我的身體狀況，我有困難達到家人的需求	2.88	1.26	3	3.19	1.05	3	-.921	.357
GP4 我有疼痛	2.44	1.46	4	2.63	1.03	7	-.711	.477
GP5 我對治療的副作用感到困擾	2.13	1.59	6	2.75	1.57	4	-1.398	.162
GP6 我覺得身體不適	2.06	1.44	7	2.69	1.20	6	-1.742	.082
GP7 我因病被迫要臥床休息	3.44	.96	2	3.56	1.09	1	-.541	.589
SWB 社交/家庭健全狀況	16.06	5.60		18.59	6.070		-2.305	.021*
GS1 我覺得與我的朋友親近	2.06	1.06	5	2.63	.885	4	-1.642	.101
GS2 我從我家人獲得情緒上的支持	2.25	1.24	3	2.50	1.265	6	-1.508	.132
GS3 我從我朋友獲得支持	2.50	1.03	2	2.81	.834	3	-1.508	.132
GS4 我家人已接受我的疾病	3.00	1.16	1	2.94	1.181	1	-.333	.739
GS5 我滿意家人之間對我疾病的溝通方式	2.06	1.34	5	2.56	1.315	5	-2.111	.035*
GS6 我覺得與我的伴侶親近	2.31	1.35	4	2.94	1.389	1	-2.486	.013*

表 4-2-12 研究對象 FACT-B 乳癌患者生活品質測定量表前後測得分狀況及差異情形(續)

(N=16)

變項構面名稱	前測			後測			前後測差異分析	
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序	Z 值	P 值
EWB 情緒穩定狀況	16.38	6.11		19.06	3.96		-2.279	.023*
GE1 我感到悲傷	2.56	1.09	4	3.00	1.03	5	-1.933	.053
GE2 我滿意自己處理疾病的方式	2.50	1.03	5	2.88	1.03	6	-1.508	.132
GE3 我逐漸失去對抗我的疾病的希望	3.44	1.09	1	3.75	.58	1	-1.667	.096
GE4 我覺得緊張	2.75	1.39	2	3.13	1.03	3	-1.200	.230
GE5 我擔心死亡	2.75	1.39	2	3.13	.96	3	-1.513	.130
GE6 我擔心我的狀況會惡化	2.38	1.46	6	3.19	.75	2	-2.932	.017*
FWB 功能健全狀況	15.00	5.35		17.25	5.52		-2.014	.044*
GF1 我能夠工作 (包括在家的 工作)	2.63	.89	2	2.88	.89	2	-1.081	.279
GF2 我滿意我的工作 (包括在 家的工作)	2.06	1.18	4	2.31	1.35	4	-.688	.491
GF3 我能夠享受生活	2.19	1.05	3	2.69	.87	3	-1.945	.052
GF4 我已接受我的疾病	2.94	.85	1	3.13	1.04	1	-.791	.429
GF5 我睡得好	1.38	.96	7	1.94	1.12	7	-1.889	.059
GF6 我依然享受我以前常做的 有趣的事	2.06	1.12	4	2.00	1.37	6	-.265	.791
GF7 我滿足現在的生活品質	1.75	1.29	6	2.31	1.25	4	-2.070	.038*

表 4-2-12 研究對象 FACT-B 乳癌患者生活品質測定量表前後測得分狀況及差異情形(續)

(N=16)

變項構面名稱	前測			後測			前後測差異分析	
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序	Z 值	P 值
BCS 疾病附加關注狀況	19.38	6.62		23.81	6.63		-2.746	.006*
B1 我呼吸時曾有氣不足	2.25	1.39	4	2.81	.981	2	-1.931	.053
B2 我在意自己的衣服穿著	1.69	1.25	8	2.19	1.05	8	-1.517	.129
B3 我有一側或兩側的手臂腫脹或疼痛	2.94	1.29	1	3.25	.78	1	-1.098	.272
B4 我覺得自己是性感的	1.06	.77	9	1.25	1.00	10	-.586	.558
B5 我對失去頭髮感到困擾	2.44	1.86	2	2.81	1.60	2	-.954	.340
B6 我擔心其他家人也會得到跟我同樣的疾病	1.94	1.61	7	2.56	1.37	5	-2.486	.013*
B7 我擔心壓力會影響到我的疾病	.56	.81	10	1.50	1.46	9	-2.506	.012*
B8 我對體重的改變感到困擾	2.00	1.67	6	2.31	1.45	7	-.589	.556
B9 我能夠覺得自己像個女人	2.31	1.13	3	2.69	1.01	4	-1.396	.163
P2 我感到身體的某些部位有疼痛的症狀	2.19	1.38	5	2.44	.96	6	-.884	.377
一般生活品質總分(FACT-G)	66.31	20.09		75.91	16.08		-2.535	.011*
乳癌患者生活品質總分(FACT-B total score)	85.69	25.39		99.72	21.58		-2.819	.005*

註：PWB=Physical Well-being; SWB=Social/Family Well-being; EWB=Emotional Well-being; FWB=Functional Well-being; BCS=Breast Cancer Subscale; FACT-G(General)=PWB+ SWB+ EWB+ FWB; FACT-B(Breast cancer)=FACT-G+BCS.

八、研究對象 MAAS 止觀覺察注意量表前後測得分情形及差異狀況

研究對象參與正念減壓課程介入處置前後，測量其正念及測試個體注意力覺察不集中的頻率，針對 16 位乳癌病人，使用止觀覺察注意量表進行測量；結果顯示整體止觀覺察前測平均得分為 57.31(標準差=9.80)，後測平均得分為 60.25(標準差=11.57)，顯示在正念減壓課程結束後整體的止觀覺察注意程度與未介入前相比並無改善，在統計上無顯著差異($Z=-1.131, P=.258$)；在變項內容中，「我常被過去跟未來占據心思」，前後測於統計上有顯著差異($P=.39$)，如下表 4-2-13。

表 4-2-13 研究對象止觀覺察注意量表 MAAS 前後測得分狀況及差異情形(N=16)

變項內容	前測	後測	P 值
	Mean	Mean	
1.有些情緒可能早已發生，但我卻過了一段時間後才覺察到它們。	3.25	3.94	.088
2.我會因為粗心大意、不專心或心不在焉，而打破或打翻東西。	4.19	4.19	.913
3.我覺得持續專注於當下發生的事情是很困難的。	4.06	3.94	.724
4.我通常一路直奔到目的地，而沒有注意一路上的種種景物。	4.00	3.94	.963
5.我不容易注意到身體上的緊繃或不舒適的感覺，除非這種感覺嚴重影響到我。	3.50	3.69	.403
6.別人才告訴我某人的名字，我馬上就把它忘記了。	3.06	2.94	.603
7.我做事情常像反射動作一樣，而沒有意識自己到正在做什麼。	3.75	3.94	.477
8.我倉促完成許多活動，但卻沒有真正關注它們。	3.69	3.81	.660
9.我太專注於想要達到的目標，因而沒完整考慮自己正用什麼作法來達成目標。	3.69	4.00	.281
10.我會不自覺地做著事，而沒有注意自己正在做什麼。	4.06	4.19	.627
11.我會邊聽別人說話，同時邊做其他事。	3.69	3.88	.679
12.我會不自覺地騎車前往某處，然後才去想自己為何前來。	5.00	5.13	.608
13.我常被過去跟未來占據心思。	3.25	3.87	.039*
14.我發覺自己會做事心不在焉。	3.63	3.94	.334
15.我會不自覺地吃著零食。	4.50	4.87	.193
整體止觀覺察注意程度	57.31	60.25	.258

第三節 研究對象之各結果變項八週介入期間的連續變化

本研究採廣義估計方程式(Generalized estimating equation, GEE)對縱貫性資料的平均值所建立的迴歸模式進行分析，covariance matrix 採 robust estimator, working correlation 採 exchangeable 的分析方法，作為分析研究對象在八週的正念減壓課程介入處置進行期間的各結果指標的連續變化。依變項為疲憊程度、睡眠品質、情境焦慮程度、特質焦慮程度、憂鬱程度、害怕疾病復發程度、幸福指標程度、生活品質及正觀覺察注意程度共九項結果變項；並以單變項迴歸分析，分別調整人口學基本屬性資料、疾病狀態與治療及健康行為狀況之變項的效應後，針對不同時間點之結果變項檢定其改變的差異量及各變項相關性因素分析；分析結果如下依序說明。



一、正念減壓課程介入處置對疲憊程度的影響

本研究將疲憊作為依變項，研究對象於介入處置八週後，調整人口學基本屬性之變項進行分析，在第三週、第五週、第七週及後與前測相比較，疲憊程度是皆有下降的情形，具統計顯著差異，介入處置變化趨勢如圖 4-3-1 及表 4-3-1。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，在第三週、第五週、第七週及後與前測相比較，疲憊程度是皆有下降的情形，具統計顯著差異；罹癌時間每增加一個月，分數降低.19 分，疲憊程度較下降($\chi^2=7.00, P=.008$)；乳癌復發者較未復發者疲憊程度增加 25.27 分，具有統計顯著差異($\chi^2=9.46, P=.002$)；目前正在接受化學治療者比目前未接受化學治療者，疲憊程度增加 11.54 分，具有統計顯著差異($\chi^2=4.26, P=.039$)，如表 4-3-2。

當調整健康行為狀況之變項進行分析，在第三週、第五週、第七週及後與前測相比較，疲憊程度皆有下降情形，具統計上顯著差異；咖啡攝取量，攝取越多者比無攝取者疲勞程度增加 9.83 分，具統計顯著差異($\chi^2=15.45, P=.000$)，茶類攝取量部分，有攝取者比無攝取者，疲勞程度下降 11.43 分，具統計顯著差異($\chi^2=34.61, P=.000$)；研究對象之固定運動型態包含健走、瑜珈、健身車、太極、輕量運動及柔軟運動，結果顯示，固定運動者較無運動者疲憊程度下降 13.78 分，具統計顯著差異($\chi^2=45.53, P=.000$)；使用安眠藥者較無使用者疲憊程度增加 4.76 分，具統計顯著差異($\chi^2=14.10, P=.000$)，如表 4-3-3。

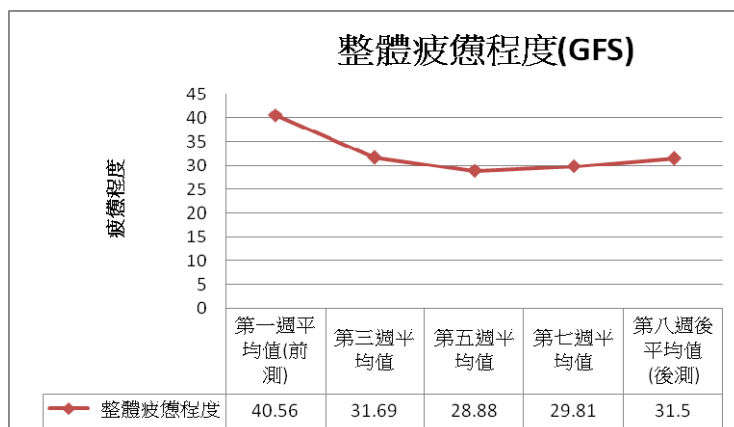


圖 4-3-1 研究對象八週整體疲憊程度平均值變化趨勢

表 4-3-1 分析基本屬性與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	58.53	32.90	-5.96	123.01	3.16	.075
測量週期						
第三週 vs. 前測	-8.88	3.32	-15.38	-2.37	7.15	.007*
第五週 vs. 前測	-11.69	3.45	-18.44	-4.93	11.50	.001*
第七週 vs. 前測	-10.75	3.73	-18.06	-3.44	8.32	.004*
後測 vs. 前測	-9.06	3.88	-16.67	-1.46	5.45	.020*
年齡	-.424	.517	-1.44	.588	.68	.411
教育程度	-.578	3.70	-7.84	6.68	.02	.876
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	.98	5.36	-9.52	11.48	.033	.855
道教	9.05	7.42	-5.48	23.59	1.49	.222
基督教	-5.96	5.58	-16.90	4.98	1.14	.286
天主教	-14.91	10.95	-36.36	6.55	1.86	.173
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	2.78	4.24	-5.52	11.09	.43	.511
離婚	28.94	15.52	-1.47	59.36	3.48	.062
分居	4.62	8.45	-11.93	21.18	.30	.584
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	15.73	5.93	4.10	27.35	7.03	.008*
工/商	10.97	6.31	-1.40	23.34	3.02	.082
自由/家管	7.86	5.99	-3.89	19.60	1.72	.190
經濟狀況	-2.18	3.53	-9.10	4.75	.38	.538

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-2 分析疾病狀態與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	43.87	3.67	36.68	51.06	142.95	.000
測量週期						
第三週 vs.前測	-9.31	3.71	-16.59	-2.03	6.29	.012*
第五週 vs.前測	-11.95	3.58	-18.96	-4.94	11.17	.001*
第七週 vs.前測	-11.38	3.96	-19.14	-3.63	8.27	.004*
後測 vs.前測	-9.84	4.05	-17.78	-1.91	5.91	.015*
罹癌時間	-.19	.07	-.34	-.05	7.00	.008*
癌症分期	-8.38	4.65	-17.49	.73	3.25	.071
乳癌復發(vs.無)	25.27	8.21	9.17	41.37	9.46	.002*
化學治療(vs.無)	9.35	6.36	-3.11	21.81	2.16	.141
目前接受化療	11.54	5.59	.58	22.49	4.26	.039*
放射線治療(vs.無)	4.74	5.01	-5.09	14.56	.892	.345
目前接受放療	-5.77	4.09	-13.79	2.25	1.99	.158
標靶治療(vs.無)	25.06	6.09	13.13	36.99	16.95	.000*
目前接受標靶	-15.24	5.09	-25.21	-5.27	8.98	.003*
荷爾蒙治療(vs.無)	2.22	3.48	-4.61	9.05	.41	.524

表 4-3-3 分析健康行為與不同時間點對研究對象疲憊程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	59.60	7.18	45.53	73.66	68.97	.000
測量週期						
第三週 vs. 前測	-12.27	2.25	-16.67	-7.87	29.88	.000*
第五週 vs. 前測	-16.01	2.33	-20.58	-11.45	47.21	.000*
第七週 vs. 前測	-16.03	2.64	-21.81	-11.45	39.56	.000*
後測 vs. 前測	-14.62	2.69	-19.88	-9.35	29.60	.000*
咖啡攝取量(vs.無)	9.83	2.50	4.93	14.73	15.45	.000*
茶類攝取量(vs.無)	-11.43	1.94	-15.23	-7.62	34.61	.000*
飲酒量(vs.無)	-4.06	5.30	-14.45	6.34	.58	.444
吸菸史(vs.無)	4.14	5.72	-7.08	15.36	.523	.470
固定運動(vs.無)	-13.78	2.04	-17.79	-9.78	45.53	.000*
使用安眠藥(vs.無)	4.76	1.27	2.28	7.25	14.10	.000*
正念活動參與情形	0					



二、正念減壓課程介入處置對睡眠品質的影響

本研究將睡眠品質作為依變項，研究對象於介入處置八週後，調整疾病狀態與治療之變項進行分析；罹癌時間每增加一個月，分數降低.11 分，睡眠品質較佳，具統計顯著差異 ($\chi^2=14.17, P=.000$)；癌症分期較嚴重者，其睡眠品質分數降低 4.8 分，品質較好，統計顯著差異($\chi^2=16.43, P=.000$)；乳癌復發者較未復發者分數增加 15.27 分，品質較差，具有統計顯著差異($\chi^2=25.31, P=.000$)；目前正在接受化學治療者比目前未接受化療者，分數增加 6.58 分，具有統計顯著差異($\chi^2=30.78, P=.000$)；曾接受放射線治療者比未接受過放射線治療者，其分數增加 2.68 分，品質較差，具統計顯著差異($\chi^2=18.53, P=.000$)；介入處置變化趨勢如圖 4-3-2 及表 4-3-4。

當調整健康行為狀況之變項進行分析，在第五週及後測分別與前測相比較，睡眠品質於統計無顯著差異；茶類攝取者者較無攝取者分數下降 1.16 分，品質較佳，具有統計顯著差異($\chi^2=4.08, P=.043$)；固定運動者較無運動者睡眠品下降 3.46 分，品質較好，具統計顯著差異($\chi^2=15.41, P=.000$)；使用安眠藥者較無使用者睡眠品質增加 1.92 分，具統計顯著差異($\chi^2=4.67, P=.031$)，如表 4-3-5。

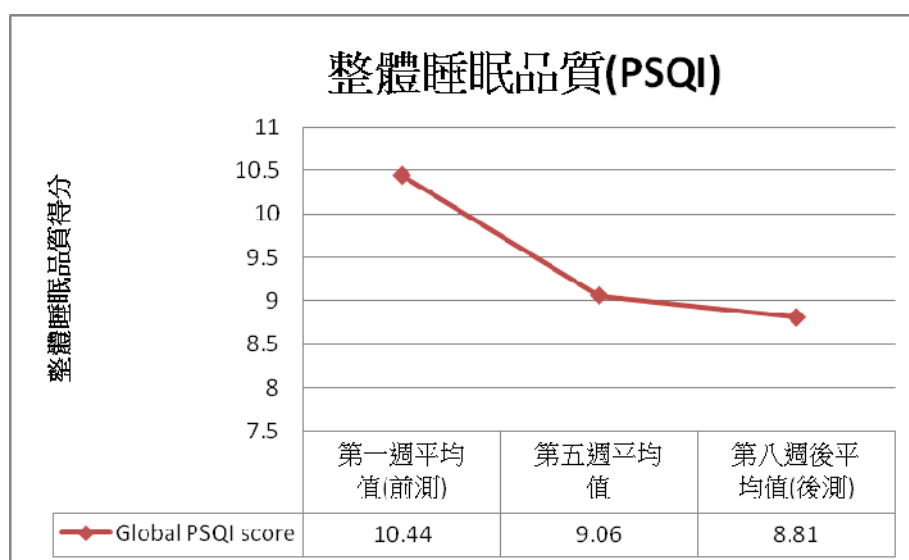


圖 4-3-2 研究對象八週整體睡眠品質平均值變化趨勢

表 4-3-4 分析疾病狀態與不同時間點對研究對象睡眠品質的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	12.44	.89	10.70	14.18	196.42	.000
測量週期						
第五週 vs.前測	.25	.00	.25	.25		
後測 vs.前測	-4.584E-17	.00	-4.584E-17	-4.584E-17		
罹癌時間	-.11	.03	-.16	-.05	14.17	.000*
癌症分期	-4.80	1.18	-7.12	-2.48	16.43	.000*
乳癌復發(vs.無)	15.27	3.10	9.20	21.33	25.31	.000*
化學治療(vs.無)	2.40	1.85	-1.22	6.03	1.69	.193
目前接受化療	6.58	1.19	4.26	8.91	30.78	.000*
放射線治療(vs.無)	2.68	.63	1.46	3.90	18.53	.000*
目前接受放療	.54	.31	-.07	1.14	3.04	.081
標靶治療(vs.無)	11.65	1.03	9.63	13.68	127.25	.000*
目前接受標靶	1.88	1.03	-.14	3.90	3.32	.068
荷爾蒙治療(vs.無)	-2.48	.17	-2.82	-2.15	208.91	.000*

表 4-3-5 分析健康行為與不同時間點對研究對象睡眠品質的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	15.53	2.00	11.61	19.44	60.35	.000
測量週期						
第五週 vs.前測	.98	1.21	-1.38	3.34	.66	.416
後測 vs.前測	1.877E-16	.78	-1.53	1.53	.00	1.000
咖啡攝取量(vs.無)	-1.45	.97	-3.37	.45	2.24	.134
茶類攝取量(vs.無)	-1.16	.57	-2.28	-.04	4.08	.043*
飲酒量(vs.無)	-1.58	1.05	-3.64	.47	2.27	.132
吸菸史(vs.無)	.076	.97	-1.83	1.99	.006	.937
固定運動(vs.無)	-3.46	.88	-5.18	-1.73	15.41	.000*
使用安眠藥(vs.無)	1.92	.89	.18	3.66	4.67	.031*
正念活動參與情形	0					



三、正念減壓課程介入處置對情境焦慮程度的影響

本研究將情境焦慮作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，其第三週、第五週及第七週與前測相比，情境焦慮分數皆有降低情形，表示較前測焦慮程度下降，達統計顯著差異，介入處置變化趨勢如圖 4-3-3；癌症分期越嚴重，其焦慮程度分數降低 16.64 分，統計顯著差異 ($\chi^2=4.81, P=.028$)；目前正在接受化學治療者比目前未接受化療者，分數增加 16.89 分，具有統計顯著差異 ($\chi^2=7.74, P=.005$)，如表 4-3-6。

當調整健康行為狀況之變項進行分析，在第三週及第七週與前測相比較，情境焦慮分數皆有降低情形，表示較前測焦慮程度下降，達統計顯著差異；使用安眠藥者較無使用者分數增加 3.72 分，焦慮程度較高，具統計顯著差異 ($\chi^2=51.36, P=.000$)，如表 4-3-7。

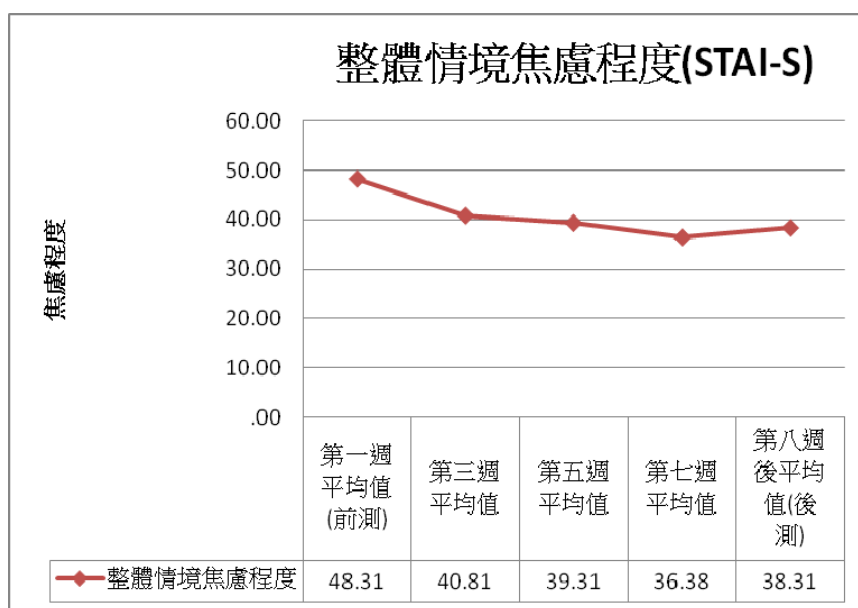


圖 4-3-3 研究對象八週整體情境焦慮程度平均值變化趨勢

表 4-3-6 分析疾病狀態與不同時間點對研究對象情境焦慮程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	55.70	5.12	45.65	65.74	118.12	.000
測量週期						
第三週 vs.前測	-11.99	1.39	-14.72	-9.26	74.07	.000*
第五週 vs.前測	-6.50	1.11	-8.68	-4.31	34.03	.000*
第七週 vs.前測	-13.49	1.28	-16.00	-10.98	111.01	.000*
後測 vs.前測	5.932E-13	1.38	-2.70	2.70	.000	1.000
罹癌時間	-.06	.085	-.226	.105	.513	.474
癌症分期	-16.64	7.59	-31.51	-1.77	4.81	.028*
乳癌復發(vs.無)	5.11	9.90	-14.3	24.52	.27	.606
化學治療(vs.無)	18.31	9.45	-.21	36.84	3.75	.053
目前接受化療	16.89	6.07	4.99	28.78	7.74	.005*
放射線治療(vs.無)	.79	4.97	-9.00	1-.53	.025	.874
目前接受放療	2.40	4.12	-5.67	10.47	.34	.560
標靶治療(vs.無)	7.61	7.41	-6.91	22.12	1.05	.304
目前接受標靶	8.84	5.12	-1.19	18.88	2.98	.084
荷爾蒙治療(vs.無)	-.11	4.88	-9.67	9.46	.00	.983

表 4-3-7 分析健康行為與不同時間點對研究對象情境焦慮程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	43.57	5.76	32.28	54.86	57.18	.000
測量週期						
第三週 vs. 前測	4.61	.94	2.77	6.45	24.21	.000*
第五週 vs. 前測	-.30	.53	-1.34	.75	.31	.575
第七週 vs. 前測	-2.00	.75	-3.47	-.52	7.13	.008*
後測 vs. 前測	-2.052E-15	.31	-.61	.61	.00	1.000
咖啡攝取量(vs.無)	.378	2.10	-3.75	4.50	.032	.857
茶類攝取量(vs.無)	-3.98	2.07	-8.03	.079	3.69	.055
飲酒量(vs.無)	-.954	3.65	-8.10	6.19	.069	.794
吸菸史(vs.無)	6.69	4.43	-1.99	15.38	2.28	.131
固定運動(vs.無)	-2.37	2.07	-6.42	1.69	1.31	.253
使用安眠藥(vs.無)	3.72	.52	2.70	4.73	51.36	.000*
正念活動參與情形	0					



四、正念減壓課程介入處置對特質焦慮程度的影響

本研究將情境焦慮作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本特性之變項，後測與前測相較，分數降低 6.31 分，表示後測焦慮程度降低，具統計顯著差異($\chi^2=20.66, P=.000$)；宗教信仰部分，信仰基督教者較無宗教者分數下降 10.49 分，特質焦慮程度較低，具統計上顯著差異($\chi^2=9.10, P=.003$)；婚姻狀態部分，已婚者較未婚者分數下降 17.38 分，特質焦慮程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=33.15, P=.000$)；職業類別部分，軍公教較無職業者分數增加 19.90 分，特質焦慮程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=26.67, P=.000$)，自由業及家管較無職業者分數增加 8.43 分，特質焦慮程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=4.01, P=.045$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-4 及表 4-3-8。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，後測與前測相比，分數降低 6.52 分，表示後測焦慮程度降低，具統計顯著差異($\chi^2=8.77, P=.003$)；罹癌時間每增加一個月，特質焦慮分數降低.20 分，具統計顯著差異($\chi^2=10.24, P=.001$)；癌症分期越嚴重，其焦慮程度較輕微者分數降低 18.64 分，統計顯著差異($\chi^2=28.09, P=.000$)；乳癌復發者較無復發者分數增加 19.57 分，特質焦慮程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=6.67, P=.010$)；有執行化學治療者較無執行者分數增加 24.48 分，特質焦慮程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=14.69, P=.000$)；有執行標把藥物者較無執行者分數增加 15.32，特質焦慮程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=4.60, P=.032$)，如表 4-3-9。

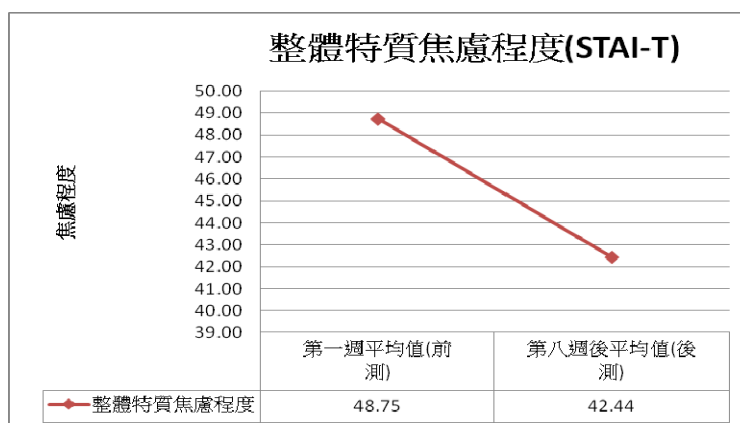


圖 4-3-4 研究對象八週整體特質焦慮程度平均值變化趨勢

表 4-3-8 分析基本屬性與前後測對研究對象特質焦慮程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	87.06	17.80	52.17	121.95	23.91	.000
測量週期						
後測 vs. 前測	-6.31	1.39	-9.03	-3.59	20.66	.000*
年齡	-.27	.34	-.93	.39	.65	.42
教育程度	.08	2.01	-3.86	4.02	.00	.968
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	1.31	3.48	-5.51	8.12	.141	.71
道教	5.30	4.34	-3.22	13.82	1.49	.222
基督教	-10.49	3.48	-17.31	-3.68	9.10	.003*
天主教	-3.84	7.18	-17.91	10.23	.29	.593
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	-17.38	3.02	-23.30	-11.47	33.15	.000*
離婚	-2.14	10.64	-22.98	18.71	.04	.841
分居	-8.21	6.62	-21.20	4.77	1.54	.22
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	19.90	3.85	12.35	27.45	26.67	.000*
工/商	4.23	4.51	-4.62	13.08	.88	.349
自由/家管	8.43	4.21	.18	16.69	4.01	.045*
經濟狀況	-5.16	3.04	-11.11	.80	2.88	.090

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-9 分析疾病狀態與前後測對研究對象特質焦慮程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	65.25	1.94	61.42	69.82	1115.05	.000
測量週期						
後測 vs. 前測	-6.52	2.20	-10.84	-2.21	8.77	.003*
罹癌時間	-.20	.06	-.32	-.08	10.24	.001*
癌症分期	-18.64	3.52	-25.53	-11.75	28.09	.000*
乳癌復發(vs.無)	19.57	7.58	4.72	34.42	6.67	.010*
化學治療(vs.無)	24.48	6.39	11.96	37.00	14.69	.000*
放射線治療(vs.無)	1.56	3.55	-5.04	8.52	.193	.661
標靶治療(vs.無)	15.32	7.15	1.31	29.33	4.60	.032*
荷爾蒙治療(vs.無)	-3.50	3.97	-11.29	4.29	.78	.38



五、正念減壓課程介入處置對憂鬱程度的影響

本研究將憂鬱程度作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本特性之變項，將第三週、第五週、第七週及後測與前測相較，分數有降低情形，表示每週與前測相比憂鬱程度降低，第五週、第七週及後測具統計顯著差異；宗教信仰部分，信仰佛教、基督教及天主教者較無宗教者分數降低，具統計顯著差異；婚姻狀態部分，已婚者較未婚者分數下降 16.95 分，憂鬱程度較低，具統計上顯著差異($\chi^2=63.96, P=.000$)；職業類別部分，軍公教較無職業者分數增加 21.19 分，具統計上顯著差異($\chi^2=37.38, P=.000$)，自由業及家管較無職業者分數增加 11.61 分，具統計上顯著差異($\chi^2=15.76, P=.000$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-5 及表 4-3-10。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，將第三週、第五週、第七週及後測與前測相較，分數皆有降低，表示每週與前測相比憂鬱程度降低，具統計顯著差異($P=.000$)；罹癌時間每增加一個月，分數降低.16 分，具統計顯著差異($\chi^2=6.58, P=.010$)；癌症分期越嚴重，其憂鬱程度之分數降低 17.77 分，統計顯著差異($\chi^2=24.35, P=.000$)；乳癌復發者較無復發者分數增加 24.66 分，憂鬱程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=12.40, P=.000$)；有執行化學治療者較無執行者分數增加 20.24 分，具統計顯著差異($\chi^2=17.72, P=.000$)，且目前正在執行化學治療者較無正在執行者分數增加 11.14 分，具統計顯著差異($\chi^2=10.65, P=.001$)；有執行標靶藥物者較無執行者分數增加 15.03 分，具統計顯著差異($\chi^2=5.06, P=.025$)，如表 4-3-11。

當調整健康行為狀況之變項進行分析，將第三週、第五週、第七週及後測與前測相較，分數皆有降低，表示每週與前測相比憂鬱程度降低，第五、第七週及後測與前測相比，具統計顯著差異；攝取茶類者較無攝取者分數降低 6.09 分，憂鬱程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=8.85, P=.003$)，有飲酒較無飲酒者分數降低 6.55，具統計顯著差異($\chi^2=7.42, P=.006$)；固定運動者較無運動者分數降低 5.51 分，憂鬱程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=3.89, P=.049$)；使用安眠藥者較無使用者分數增加 7.91 分，憂鬱程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=125.52, P=.000$)，如表 4-3-12。

表 4-3-10 分析基本屬性與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	46.63	18.78	9.81	83.45	6.16	.013
測量週期						
第三週 vs. 前測	-2.25	2.00	-6.17	1.67	1.26	.261
第五週 vs. 前測	-5.13	2.26	-9.56	-.69	5.13	.024*
第七週 vs. 前測	-8.00	1.99	-11.90	-4.10	16.16	.000*
後測 vs. 前測	-6.63	2.05	-10.64	-2.62	10.49	.001*
年齡	-.018	.31	-.62	.59	.00	.954
教育程度	1.27	1.94	-2.54	5.08	.43	.513
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	-7.41	2.72	-12.75	-2.07	7.39	.007*
道教	.70	3.97	-7.08	8.48	.03	.860
基督教	-17.85	2.80	-23.34	-12.35	40.52	.000*
天主教	-16.24	5.28	-26.59	-5.90	9.47	.002*
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	-16.95	2.12	-21.11	-12.80	63.96	.000*
離婚	4.34	8.55	-12.41	21.09	.26	.612
分居	6.88	5.04	-3.01	16.76	1.86	.173
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	21.19	3.30	13.71	26.66	37.38	.000*
工/商	-.84	3.77	-8.23	6.55	.05	.823
自由/家管	11.61	2.93	5.88	17.34	15.76	.000*
經濟狀況	-5.46	1.85	-9.10	-1.83	8.69	.003*

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-11 分析治療狀態與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	28.98	2.43	24.21	33.75	141.93	.000
測量週期						
第三週 vs.前測	-2.50	.01	-2.51	-2.49	211570.08	.000*
第五週 vs.前測	-.50	.00	-.51	-.50	15920.492	.000*
第七週 vs.前測	-5.5	.00	-5.51	-5.49	1822364.55	.000*
後測 vs.前測	3.94	.01	3.48	3.50	311029.99	.000*
罹癌時間	-.16	.06	-.28	-.04	6.58	.010*
癌症分期	-17.77	3.60	-24.83	-10.71	24.35	.000*
乳癌復發(vs.無)	24.66	7.00	10.93	38.39	12.40	.000*
化學治療(vs.無)	20.24	4.81	10.82	29.67	17.72	.000*
目前接受化療	11.14	3.41	4.45	17.82	10.65	.001*
放射線治療(vs.無)	.39	3.37	-6.22	6.99	.013	.909
目前接受放療	3.58	2.72	-1.76	8.92	1.73	.188
標靶治療(vs.無)	15.03	6.68	1.93	28.13	5.06	.025*
目前接受標靶	9.16	5.98	-2.55	20.87	2.35	.125
荷爾蒙治療(vs.無)	-.10	2.81	-5.62	5.41	.001	.971

表 4-3-12 分析健康行為與不同時間點對研究對象憂鬱程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	37.84	6.03	26.02	49.66	39.38	.000
測量週期						
第三週 vs. 前測	-1.84	1.11	-4.02	.33	2.76	.097
第五週 vs. 前測	-6.79	1.73	-10.19	-3.39	15.32	.000*
第七週 vs. 前測	-9.79	1.08	-11.90	-7.67	82.30	.000*
後測 vs. 前測	-6.83	1.08	-8.94	-4.71	40.04	.000*
咖啡攝取量(vs.無)	.51	2.27	-3.94	4.96	.05	.822
茶類攝取量(vs.無)	-6.09	2.05	-10.10	-2.08	8.85	.003*
飲酒量(vs.無)	-6.55	2.41	-11.27	-1.84	7.42	.006*
吸菸史(vs.無)	5.63	3.00	-.25	11.50	3.52	.060
固定運動(vs.無)	-5.51	2.79	-10.99	-.04	3.89	.049*
使用安眠藥(vs.無)	7.91	.71	6.52	9.29	125.52	.000*
正念活動參與情形	0					

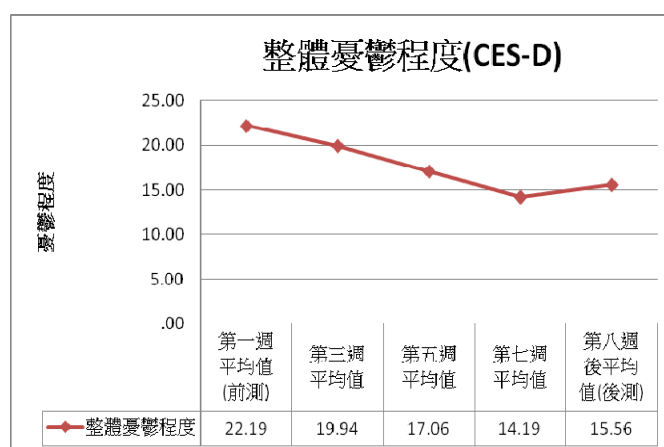


圖 4-3-5 研究對象八週整體憂鬱程度平均值變化趨勢



六、正念減壓課程介入處置對害怕疾病復發程度的影響

本研究將害怕疾病復發程度作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本屬性之變項進行分析，後測與前測相較，分數降低 3.31 分，表示後測較前測害怕疾病復發程度降低，具統計顯著差異($\chi^2=7.26, P=.007$)；年齡每增加一歲，其害怕疾病復發分數增加.99 分，具統計顯著差異($\chi^2=14.68, P=.000$)；教育程度越高其害怕疾病復發得分增加 7.54 分，具統計顯著差異($\chi^2=17.01, P=.000$)；宗教信仰部分，信仰道教及天主教者較無宗教者害怕疾病復發程度是增加的，具統計顯著差異；婚姻狀態部分，已婚者及離婚者較未婚者分數降低 10.22 分及 30.38 分，害怕疾病復發程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=12.89, P=.000$)及($\chi^2=14.25, P=.000$)，而分居者較未婚者分數增加 12.01 分，具統計顯著差異($\chi^2=5.35, P=.021$)；經濟狀況較佳者其害怕疾病復發程度分數降低 12.06 分，具統計顯著差異($\chi^2=26.45, P=.000$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-6 及表 4-3-13。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，後測與前測相較，分數降低 2.73 分，但不具統計顯著差異($\chi^2=2.71, P=.099$)；癌症分期越嚴重，其害怕疾病復發程度降低 11.38 分，統計顯著差異($\chi^2=11.13, P=.001$)；目前正在執行化學治療者較無正在執行者分數增加 15.62 分，具統計顯著差異($\chi^2=9.30, P=.002$)；目前執行標把藥物者較目前無執行者分數增加 12.94 分，具統計顯著差異($\chi^2=6.47, P=.011$)，如表 4-3-14。

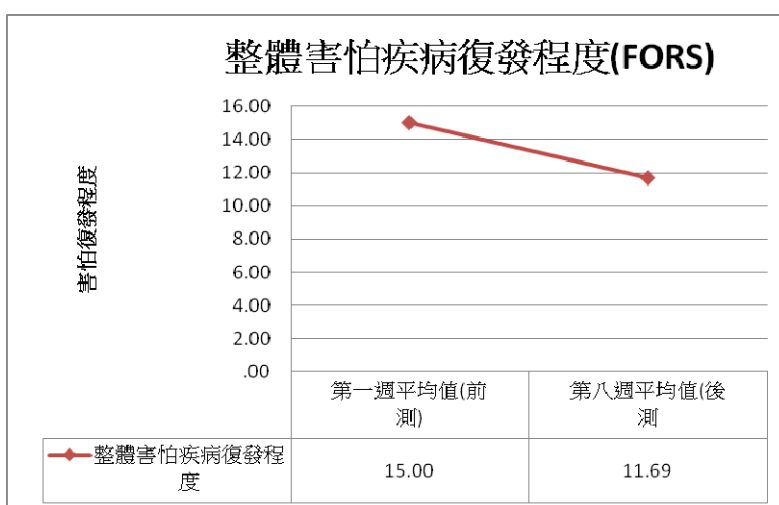


圖 4-3-6 研究對象八週整體害怕疾病復發程度平均值變化趨勢

表 4-3-13 分析基本屬性與前後測對研究對象害怕疾病復發程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	-17.06	15.89	-48.20	14.09	1.15	.283
測量週期						
後測 vs. 前測	-3.31	1.23	-5.72	-.90	7.26	.007*
年齡	.99	.26	.48	1.49	14.68	.000*
教育程度	7.54	1.83	3.96	11.12	17.01	.000*
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	-1.20	3.49	-8.03	5.64	.12	.731
道教	16.67	3.25	10.29	23.04	26.27	.000*
基督教	-3.84	3.51	-10.71	3.03	1.20	.273
天主教	14.04	5.37	3.51	24.56	6.83	.009*
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	-10.22	2.85	-15.80	-4.64	12.89	.000*
離婚	-30.38	8.05	-46.15	-14.61	14.25	.000*
分居	12.01	5.19	1.83	22.19	5.35	.021*
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	2.96	3.96	-4.80	10.73	.56	.454
工/商	-11.21	3.29	-17.65	-4.76	11.62	.001*
自由/家管	2.44	3.89	-5.18	10.07	.40	.530
經濟狀況	-12.06	2.35	-16.66	-7.47	26.45	.000*

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-14 分析治療狀態與前後測對研究對象害怕疾病復發程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	21.09	2.70	15.80	26.38	61.07	.000
測量週期						
後測 vs. 前測	-2.73	1.66	-5.99	.52	2.71	.099
罹癌時間	.06	.06	-.06	.17	.88	.348
癌症分期	-11.38	3.41	-18.06	-4.70	11.13	.001*
乳癌復發(vs.無)	-6.78	6.20	-18.93	5.38	1.20	.274
化學治療(vs.無)	6.53	4.98	-3.23	16.28	1.72	.190
目前接受化療	15.62	5.12	5.58	26.66	9.30	.002*
放射線治療(vs.無)	2.01	3.08	-4.02	8.04	.43	.513
目前接受放療	.12	2.95	-5.67	5.91	.002	.967
標靶治療(vs.無)	-1.53	4.76	-10.85	7.79	.10	.748
目前接受標靶	12.94	5.09	2.97	22.92	6.47	.011*
荷爾蒙治療(vs.無)	4.04	2.79	-1.42	9.50	2.10	.147



七、正念減壓課程介入處置對幸福感程度的影響

本研究將幸福感程度作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本特性之變項進行分析，將第三週、第五週、第七週及後測與前測相較，分數皆提升，表示每週與前測相比幸福感提升，具有統計顯著差異；宗教信仰部分，信仰基督教者較無宗教者分數提高 20.13 分，具統計顯著差異($\chi^2=12.68, P=.000$)；婚姻狀態部分，已婚者較未婚者分數提升 12.85 分，幸福感程度較高，具統計顯著差異($\chi^2=8.62, P=.003$)，而分居者較未婚者分數降低 42.55 分，幸福感較低，具統計顯著差異($\chi^2=21.88, P=.000$)；職業類別部分，軍公教及家管較無職業者分數降低 30.43 分及 23.85 分，具統計上顯著差異($\chi^2=21.80, P=.000$)及($\chi^2=15.47, P=.000$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-7 及表 4-3-15。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，將第三週、第五週、第七週及後測與前測相較，分數皆提升，表示每週與前測相比幸福感提升，皆具統計顯著差異 ($P=.000$)；罹癌時間每增加一個月，其幸福感程度分數提升.42 分，感覺較幸福，具統計顯著差異($\chi^2=16.00, P=.000$)；乳癌復發者較無復發者分數降低 50.05 分，幸福感程度程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=13.42, P=.000$)；目前正在執行化學治療者較無正在執行者分數降低 12.60 分，具統計顯著差異($\chi^2=4.97, P=.026$)，如表 4-3-16。

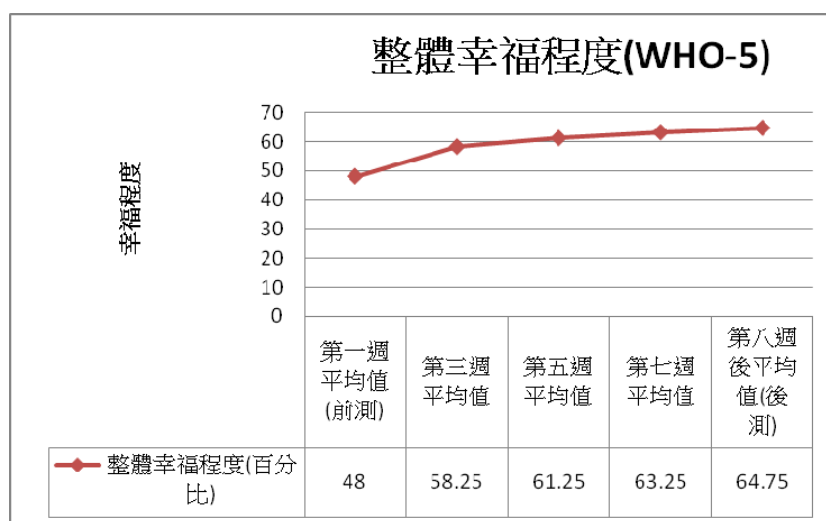


圖 4-3-7 研究對象八週整體幸福感程度平均值變化趨勢

表 4-3-15 分析基本屬性與不同時間點對研究對象幸福感程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	54.11	31.86	-8.32	116.56	2.89	.089
測量週期						
第三週 vs.前測	10.25	3.34	3.71	16.79	9.44	.002*
第五週 vs.前測	13.25	4.18	5.02	21.48	9.97	.002*
第七週 vs.前測	15.25	3.75	7.90	22.60	16.54	.000*
後測 vs.前測	16.75	4.29	8.35	25.15	15.28	.000*
年齡	.16	5.74	-.97	1.28	.08	.784
教育程度	-4.08	3.55	-2.69	11.21	1.45	.229
宗教信仰(vs.無)						
佛教	2.09	5.60	-8.89	13.07	.14	.708
道教	-7.32	7.17	-21.38	6.73	1.04	.307
基督教	20.13	5.65	9.05	31.21	12.68	.000*
天主教	9.80	11.56	-12.85	32.45	.72	.396
婚姻狀態(vs.未婚)						
已婚	12.85	4.38	4.27	21.43	8.62	.003*
離婚	-25.98	17.57	-60.41	8.46	2.19	.139
分居	-42.55	9.10	-60.38	-24.72	21.88	.000*
職業類別(vs.無、其他)*						
軍公教	-30.43	6.52	-43.22	-17.67	21.80	.000*
工/商	-4.50	6.59	-17.41	8.42	.47	.495
自由/家管	-23.85	6.07	-35.74	-11.97	15.47	.000*
經濟狀況	4.26	3.55	-2.69	11.21	1.45	.229

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-16 分析治療狀態與不同時間點對研究對象幸福感程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	43.80	47310.64	-92.683.35	92770.95	.000	.999
測量週期						
第三週 vs.前測	6.00	.01	5.99	6.02	1040638.99	.000*
第五週 vs.前測	8.01	.01	7.99	8.02	1842157.83	.000*
第七週 vs.前測	8.01	.01	7.99	8.01	1812863.43	.000*
後測 vs.前測	4.01	.01	3.99	4.03	228368.39	.000*
罹癌時間	.42	.10	.21	.62	16.00	.000*
癌症分期	2.00	5.13	-8.05	12.06	.15	.70
乳癌復發(vs.無)	-50.05	13.66	-76.83	-23.27	13.42	.000*
化學治療(vs.無)	-4.04	47303.30	-92716.80	92708.73	.000	1.000
目前接受化療	-12.60	5.65	-23.68	1.53	4.97	.026*
放射線治療(vs.無)	5.74	5.72	-5.48	16.96	1.00	.32
目前接受放療	2.50	4.14	-5.62	10.61	.36	.55
標靶治療(vs.無)	-9.88	10.08	-29.64	9.87	.96	.327
目前接受標靶	-17.77	9.74	-36.86	1.32	3.33	.068
荷爾蒙治療(vs.無)	7.30	5.02	-2.54	17.13	2.11	.146



八、正念減壓課程介入處置對生活品質的影響

本研究將生活品質作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本特性之變項進行分析，後測與前測相較，分數提升 14.03 分，表示後測較前測整體生活品質有提升，具統計顯著差異($\chi^2=13.67, P=.000$)；宗教信仰部分，信仰道教者較無宗教者生活品質降低 25.99 分，具統計顯著差異($\chi^2=5.14, P=.023$)；婚姻狀態部分，已婚者較未婚者分數提升 14.73 分，生活品質較佳，具部分統計顯著差異($\chi^2=3.72, P=.054$)，分居者較未婚者分數降低 34.77，較差的生活品質，具統計顯著差異($\chi^2=4.75, P=.029$)；職業類別部分，軍公教與無職業比較，分數降低 45.32，具統計顯著差異($\chi^2=16.27, P=.000$)；經濟狀況較佳者其生活品質分數提升 25.60 分，具統計顯著差異($\chi^2=11.44, P=.001$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-8 及表 4-3-17。

當調整疾病狀態與治療之變項進行分析，後測與前測相較，不具統計顯著差異($\chi^2=1.40, P=.237$)；癌症分期較嚴重者者其生活品質提升 30.98 分，具有較佳的生活品質，統計顯著差異($\chi^2=4.71, P=.030$)，如 4-3-18。

當調整健康行為狀況之變項進行分析，後測與前測相較，分數提升 21.55 分，表示後測較前測整體生活品質有提升，具統計顯著差異($\chi^2=56.44, P=.000$)；茶類攝取者及飲酒者較無攝取者分數提升 19.15 分及 18.13，具統計顯著差異($\chi^2=5.70, P=.017$)及($\chi^2=6.23, P=.013$)；固定運動者較無運動者分數提升 21.42 分，生活品質較佳，具統計顯著差異($\chi^2=14.41, P=.000$)；使用安眠藥者較無使用者分數降低 18.08 分，生活品質較差，具統計顯著差異($\chi^2=39.41, P=.000$)，如表 4-3-19。

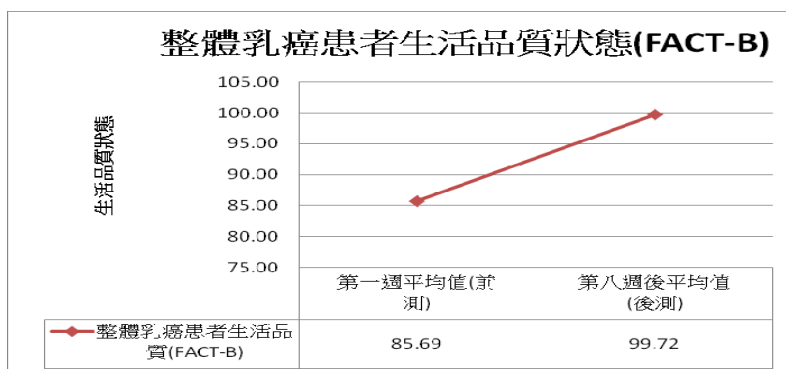


圖 4-3-8 研究對象八週整體乳癌患者生活品質狀況平均值變化趨勢

表 4-3-17 分析基本屬性與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	17.47	56.43	-93.13	128.07	.10	.757
測量週期						
後測 vs. 前測	14.03	3.80	6.59	21.47	13.67	.000*
年齡	.09	.94	-1.75	1.94	.01	.922
教育程度	-4.24	6.01	-16.01	7.53	.50	.480
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	-2.02	9.83	-21.28	17.24	.04	.837
道教	-25.99	11.46	-48.46	-3.52	5.14	.023*
基督教	17.07	9.42	-1.38	35.53	3.29	.070
天主教	-2.53	17.24	-36.32	31.27	.021	.884
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	14.73	7.63	-.23	29.68	3.72	.054
離婚	-9.60	27.93	-63.34	45.14	.12	.731
分居	-34.77	15.96	-66.04	-3.49	4.75	.029*
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	-45.32	11.23	-67.34	-23.30	16.27	.000*
工/商	-13.89	12.49	-38.38	10.60	1.24	.266
自由/家管	-13.17	11.37	-35.44	9.11	1.34	.247
經濟狀況	25.60	7.57	10.77	40.43	11.44	.001*

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-18 分析治療狀態與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	78.20	106939.38	-209519.14	209675.54	.000	.999
測量週期						
後測 vs.前測	.01	.01	-.01	.03	1.40	.237
罹癌時間	.36	.23	-.10	.82	2.34	.126
癌症分期	30.98	14.27	3.00	58.95	4.71	.030*
乳癌復發(vs.無)	-34.38	27.28	-87.86	19.09	1.59	.208
化學治療(vs.無)	-34.22	106939.38	-209633.56	209561.12	.000	1.000
目前接受化療	-21.66	13.94	-48.99	5.67	2.41	.120
放射線治療 (vs.無)	-10.44	15.08	-40.00	19.12	.479	.489
目前接受放療	3.20	11.16	-18.68	25.08	.082	.774
標靶治療(vs.無)	-37.47	11.16	-18.68	25.08	.082	.774
目前接受標靶	-11.29	22.62	-55.62	33.04	.249	.618
荷爾蒙治療 (vs.無)	-3.67	12.33	-27.84	20.51	.09	.766

表 4-3-19 分析健康行為與前後測對研究對象生活品質的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	47.99	17.50	13.68	82.29	7.52	.006
測量週期						
後測 vs.前測	21.55	2.87	15.93	27.17	56.44	.000*
咖啡攝取量(vs.無)	-14.24	7.54	-29.01	.53	3.57	.059
茶類攝取量(vs.無)	19.15	8.03	3.42	34.88	5.70	.017*
飲酒量(vs.無)	18.13	7.26	3.89	32.36	6.23	.013*
吸菸史(vs.無)	-14.13	10.10	-33.92	5.66	1.96	.162
固定運動(vs.無)	21.42	5.64	10.36	32.47	14.41	.000*
使用安眠藥(vs.無)	-18.08	2.88	-23.72	-12.43	39.41	.000*
正念活動參與情形	0					



九、正念減壓課程介入處置對止觀覺察注意程度的影響

本研究將止觀覺察注意程度作為依變項，研究對象於介入處置八週後，當調整人口學基本特性之變項進行分析，將第五週、後測與前測相較，不具統計顯著差異；年齡每增加一歲，分數下降.78分，具統計顯著差異($\chi^2=5.43, P=.020$)；教育程度越高其分數下降 6.72 分，表示專注力及覺察力程度較低，具統計顯著差異($\chi^2=12.66, P=.000$)；宗教信仰部分，信仰佛教、道教及天主教者較無宗教者分數較低，具統計顯著差異；婚姻狀態部分，已婚者及離婚者與未婚者分數提升 14.17 分及 38.74 分，具統計顯著差異，分居者與未婚者分數降低 12.69 分，具統計顯著差異；職業類別部分，軍公教較無職業者，分數降低 7.25 分，工商及自由家管較無職業者，分數增加 10.95 分及 11.55 分，皆具統計顯著差異；經濟狀況較佳者其分數提升 14.70 分，具有統計顯著差異($\chi^2=30.98, P=.000$)，介入處置變化趨勢如圖 4-3-9 及表 4-3-20。

當調整疾病狀態與治療之變項，將第五週、後測與前測相較，不具統計顯著差異；罹癌時間每增加一個月，分數提升.28分，具統計顯著差異($\chi^2=6.84, P=.009$)；癌症分期越嚴重，其分數提升 14.48 分，統計顯著差異($\chi^2=8.74, P=.003$)；乳癌復發者較無復發者分數降低 27.16 分，具統計顯著差異($\chi^2=4.73, P=.030$)；目前執行標把藥物者較無執行者分數降低 17.03 分，具統計顯著差異($\chi^2=6.76, P=.009$)，如表 4-3-21。

當調整健康行為狀況之變項，將第五週、後測與前測相較，不具統計顯著差異；吸菸者較無吸菸者分數降低 14.58 分，具統計顯著差異($\chi^2=19.31, P=.000$)，如表 4-3-22。

表 4-3-20 分析基本屬性與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	66.70	17.46	32.48	100.92	14.59	.000
測量週期						
第五週 vs. 前測	.13	1.65	-3.12	3.37	.01	.940
後測 vs. 前測	2.94	1.79	-.56	6.44	2.70	.100
年齡	-.78	.33	-1.43	-.12	5.43	.020*
教育程度	-6.72	1.89	-10.43	-3.02	12.66	.000*
宗教信仰(vs. 無)						
佛教	-16.67	3.36	-23.26	-10.08	24.59	.000*
道教	-23.63	4.33	-32.1-	-15.15	29.84	.000*
基督教	-3.05	3.75	-10.40	4.30	.66	.416
天主教	-37.10	7.19	-51.19	-23.02	26.65	.000*
婚姻狀態(vs. 未婚)						
已婚	14.17	3.03	8.23	20.10	21.89	.000*
離婚	38.74	11.09	17.00	60.48	12.20	.000*
分居	-12.69	5.78	-23.02	-1.36	4.82	.028*
職業類別(vs. 無、其他)*						
軍公教	-7.25	3.36	-13.84	-.67	4.65	.031*
工/商	10.95	4.03	3.06	18.84	7.39	.007*
自由/家管	11.55	3.70	4.29	18.81	9.72	.002*
經濟狀況	14.70	2.64	9.52	19.87	30.98	.000*

註: *職業類別「無、其他」, intercept(B) set to zero because this parameter is redundant.

表 4-3-21 分析治療狀態與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	40.17	2.06	36.14	44.19	381.90	.000
測量週期						
第五週 vs.前測	.13	2.96	-5.68	5.93	.002	.965
後測 vs.前測	3.17	3.19	-3.08	9.43	.989	.320
罹癌時間	.28	.11	.07	.49	6.84	.009*
癌症分期	14.48	4.90	4.88	24.09	8.74	.003*
乳癌復發(vs.無)	-27.16	12.49	-51.63	-2.68	4.73	.030*
化學治療(vs.無)	-13.59	8.93	-31.09	3.91	2.32	.128
目前接受化療	-1.07	7.00	-14.78	12.64	.023	.879
放射線治療(vs.無)	-8.85	6.58	-21.73	4.04	1.81	.179
目前接受放療	3.40	5.11	-6.62	13.42	.44	.506
標靶治療(vs.無)	-7.06	10.65	-27.94	13.81	.44	.507
目前接受標靶	-17.03	6.55	-29.87	-4.19	6.76	.009*
荷爾蒙治療(vs.無)	9.19	5.87	-2.32	20.69	2.45	.118

表 4-3-22 分析健康行為與不同時間點對研究對象止觀覺察注意程度的差異與相關因素

變項	B	SE	95% CI		Wald Chi-Square	P
			Lower	Upper		
截距	35.46	7.17	21.41	49.51	24.47	.000
測量週期						
第五週 vs.前測	.22	2.98	-5.62	6.06	.005	.941
後測 vs.前測	2.70	3.38	-3.92	9.32	.64	.42
咖啡攝取量(vs.無)	6.62	4.17	-1.55	14.78	2.52	.112
茶類攝取量(vs.無)	.73	2.83	-4.82	6.28	.067	.796
飲酒量(vs.無)	8.22	2.64	3.06	13.39	9.72	.002*
吸菸史(vs.無)	-14.58	3.32	-21.08	-8.08	19.31	.000*
固定運動(vs.無)	3.56	3.73	-3.75	10.88	.91	.340
使用安眠藥(vs.無)	4.73	3.19	-1.52	10.98	2.20	.138
正念活動參與情形	0					

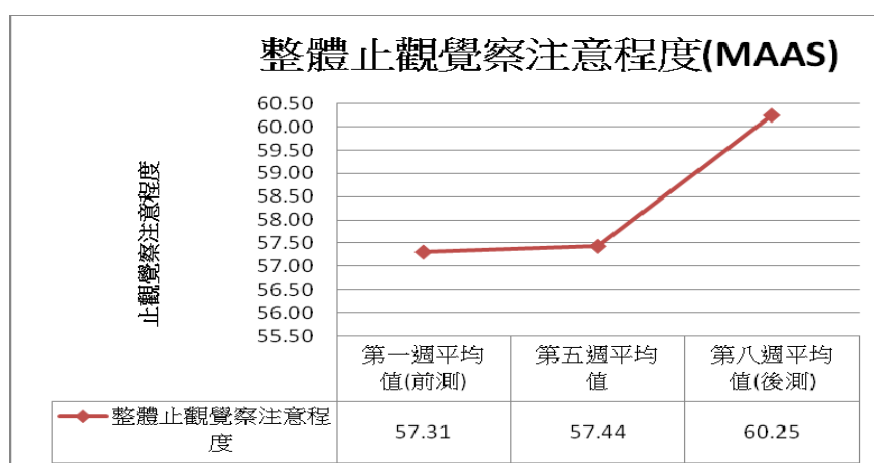
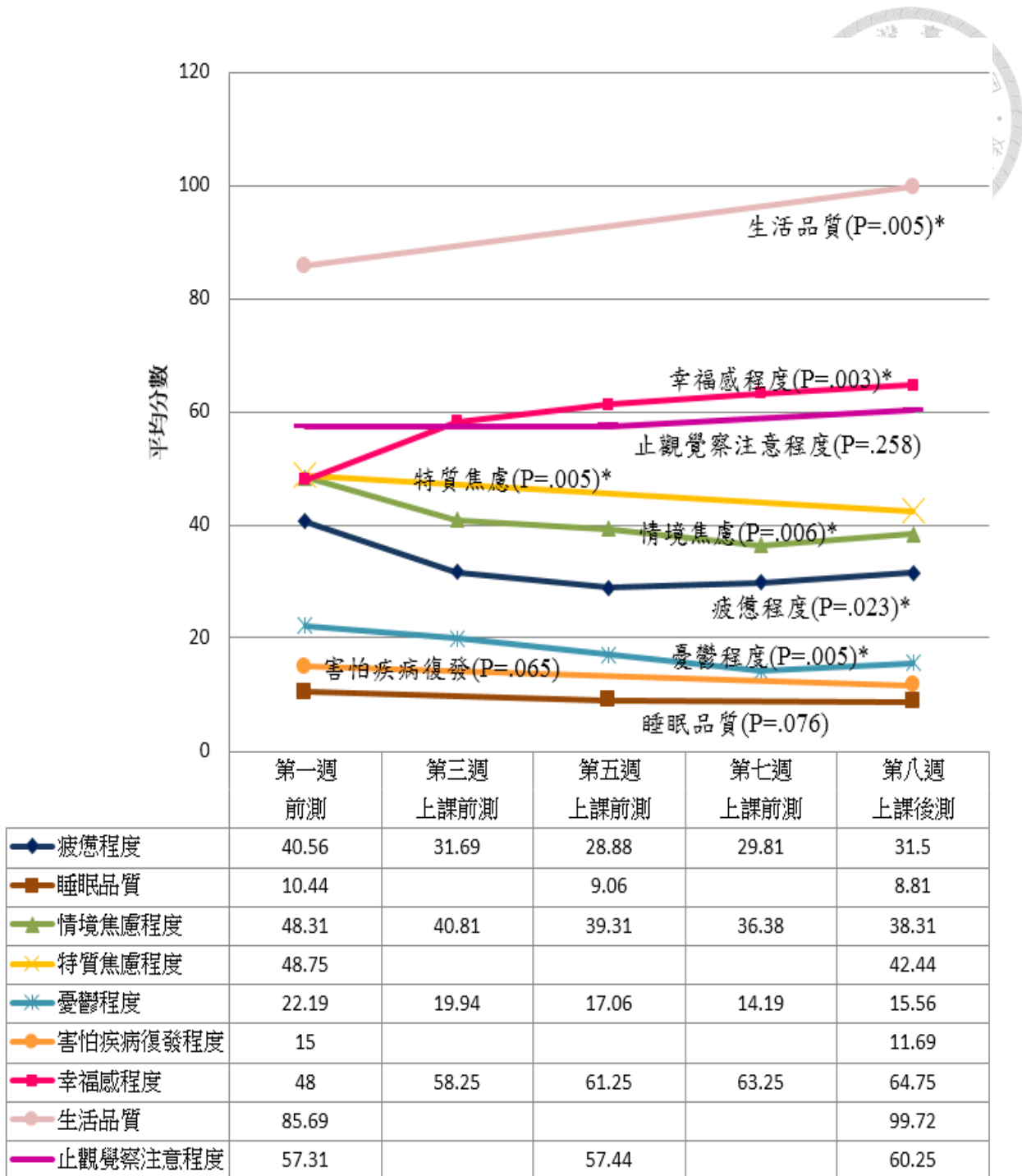


圖 4-3-9 研究對象八週整體止觀覺察注意程度平均值變化趨勢



註：本研究共有九個變項進行分析，每個變項為獨立計分，計分方式及總分皆為不同，因本折線圖呈現各變項的在不同時間點的變化趨勢，各折線曲線互相獨立不衝突，故依原先各變項的平均值呈現。

圖 4-3-10 研究對象應用八週正念減壓課程的各週量表整體平均值及變化趨勢圖

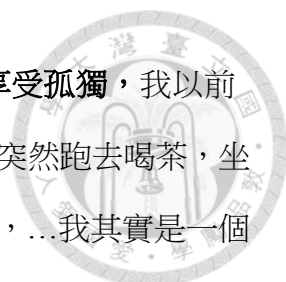
第四節 研究對象參與正念減壓課程之經驗分享

本研究主要探討乳癌病人於正念減壓課程介入處置後的成效，正念減壓課程於每週課堂結束前後皆會有團體討論分享的時間，研究者進行田野研究法，參與觀察並融入課堂討論及分享，並經由研究對象同意，分享其心得及經驗；以下為研究對象經歷八週正念減壓課程的經驗分享，歸納出三個重要的學習回饋：(1)活在當下：體驗活在當下的意義及感受，更能夠接受當下發生的人事物及身心反應、(2)自我覺察：能藉由身體覺察，包含身體掃描、靜坐及呼吸調節等活動來覺察自我身、心的狀態，覺察後能試著釐清念頭、學習與不舒適共處及接受當下的感受，並能更一進步的了解自我、(3)認識自我：能在學習的過程當中，以客觀角度跳脫主觀情緒經驗，重新檢視自我，無論是正向或負向的回饋，能試著釐清念頭及感受，啟動感知及內在的療育力量，來認識自我。以下由此三項重要回饋來陳述個案的經驗分享，並且以一位學員的案例進行分析探討。

一、應用正念減壓課程於研究對象之學習回饋

(一) 活在當下

經驗分享一，D女士(47歲已婚，家管)：「...在這三四個禮拜，我一直試著**體驗活在當下**，我遇到瓶頸，第一個瓶頸是不能有雜念，不能去想未來，不是不能，就是說把它拉回現實，可是我會去想到我未來的點我該做什麼、我要策畫什麼，我開始不安，我沒有辦法，我沒有辦法不去想我未來要做什麼，後來我想到兩個字『**相信**』，你相信上天所有的安排，當我安排到那個點的時候，上天會讓我作正確完美的抉擇，到第二個第三個禮拜，...**接受所有的當下**，我覺察到了，覺察了，自然就接受，慢慢的相信與接受，在把我的思緒拉到當下。」、「我覺得瑜珈修行中扮演很重要的角色，它啟發了我更深的自我覺察，讓我體會到活在當下的感覺，還有它讓我知道，原來活在當下就是要接受在你此刻所發生的人事物。」，藉由D女士的分享，體驗活在當下的感受，需要保持耐心的與身心和平共處，信任自己並相信自己的智慧是有能力處理的，並且接受現狀，亦能自在的活在當下。



經驗分享二，B 女士(46 歲已婚，商業)：「我發現我現在還可以享受孤獨，我以前沒有辦法坐在哪裡喝茶，我一定要等人，...我會坐不太住，昨天我突然跑去喝茶，坐著發呆，我覺得那個當下覺得滿美的...。」、「我在課程上的最大收穫，...我其實是一個沒有辦法跟自己相處的人，長期都沒有辦法，... 我滿喜歡老師講的話：『過了就過了』，我可以靜下來跟自己相處，什麼都不做，而且很享受這樣的感覺，這是我以前都沒有辦法的...。」，藉由 B 女士的分享，在正念減壓課程應用後，學習與自己獨處及維持耐心面對自己，體驗此時此刻當下的處境。

(二) 自我覺察

身體掃描及覺察之經驗，分享三，D 女士(47 歲已婚，家管)：「我去感受身體的酸、麻還有緊的感覺，開始跟身體在一起的時候，會感覺到在這過程當中呼吸是感覺非常非常的均勻的，像絲一樣的那麼細那麼的柔，心情會非常非常的平靜，透過這樣的身體覺察以後，我把它應用在生活上。」回家練習正念飲食體驗分享：「無所求，你所求的全部都會端到你的盤子裡，...吃飯不是一件單獨的事，是一個長久以來的慣性，經過葡萄乾體驗之後，嘗過它的甜滋味以後，發現在吃飯的時候，閉者眼睛感受發現口水、牙齒和舌頭三個之間互相交融合作的感覺...，因為我有了身體覺察之後，有時候會拿書報作其他事物，回想到甜滋味，會把書報放到旁邊，進行正念飲食。」，藉由以上 D 女士的分享，正念減壓課程的學習，應用於身體及飲食的自我覺察，讓自我的身心保持耐心、無為不強求，並且願意如實的關照當下身及心的狀況。

經驗分享四，A 女士(41 歲離婚，軍公教)：「...不是說我的生活只有快樂沒有憂愁，而是說當我遇到不開心或悲傷的事情時候，我開始懂得去觀察自己，以往我只是知道我生氣了然後我想發洩、想要找人來罵，開始從內心觀察我自己，好像我自己是別人一樣，觀察自己為什麼在生氣，當我知道我為什麼在生氣的時候，反而能迅速的轉念過來，讓我的情緒可以在比較短的時間回復到正常，不知道是不是覺察或覺醒，比較快可以體察到內心的東西，會很快的醒過來，原來其實它是我的一個想法，但是其實不存在，...以



前有一個想法產生，我會希望我不可以，慢慢發現這是壓抑的想法，但現在課堂學習之後，容許它發生或存在，比較容易釋懷，當我接受，就容許它發生，反而情緒可以更快釋懷。」，藉由以上 A 女士的分享，在正念減壓課程的學習過程中，學會觀照自己的身與心，純粹的關照，當關照到不好的情緒時，讓自己知道有此情緒的存在，試著將其情緒抽離出來，擺脫關心反映，當接受了現狀，並放下覺察當下發生的身、心事件。

(三) 認識自我

經驗分享五，A 女士(41 歲離婚，軍公教)：「這個課程我學到最大的是**觀察自己和接受自己**，...這兩年的巨變，在我平順的人生中對我來說是人生很大的衝擊，可是我覺得我很幸運的是，在人生過程當中，不可能要求人生中是圓滿的，是怎麼去接受不圓滿的自己，這個課程中讓我重新認識自己，是可以去接受失敗，瞭解自己人生深層的東西時候，即使不完美，但這是你的人生經驗，會去接受這樣的事情...，當你願意接受的時候，原來之前是不原諒自己的，在這個過程中，會試著原諒自己，接受不完美...，去接受它，然後開始面對。」，此個案藉由正念減壓課程的學習應用，重新認識自己，並且學會接受、不強求、學會放下及勇於面對。

經驗分享六，I 女士(44 歲已婚，家管)：「我這兩個禮拜不太好，說不上哪裡不太好，...哭不出來，可能是藥的反應吧! ...就讓它在這裡，就這樣吧!這不代表我沒有好好的去學正念，或許這是正念給我的另外一個回饋，這是我從來沒有承認我是一個弱者，我從來沒有認清楚我是個很弱的人，其實我就是一個普通人而已...。」，此個案正經歷化學藥物治療的療程，在治療及正念的學習過程中，個案不斷的檢視自我及重新認識個體，並且持續學習接受遇到的事物、挫折並試著找到平衡及出口。

經驗分享七，C 女士(45 歲已婚，商業)：「瞭解接受自己，在面對身體、心理及情緒覺察，課程帶予我身體、心理的正念生活智慧，**面對人生轉化，擁抱接受各種人生挑戰**，看見自己，找回自己，心安住；這課程讓我了解恐懼、焦慮、悲傷...，都只是當下身心反映，人除了接收好的會使人愉悅外，原來不好的，其實創造不同的勇氣和力量。」，

此個案經歷正念減壓課程後，進行自我察覺，重新檢視自我，並且在不同的情境下，更有積極及正向的力量去面對。

經驗分享八，G女士(44歲已婚，商業)：「主要的收穫是思想的轉變，特別是在逆境的時候，透過正念，會冷靜的對待和客觀的去接受，讓我成功的解決一些問題，對外來的生活也充滿了希望，我現在認為人活著不在乎你身體承受多少痛苦，也不在乎你物質品質的高低，這些都是外在的因素，決定不了你的生活，最主要的在你的思想，樂觀的去面對一切。」，此個案在正念減壓課程學習好，對於重新檢視及探討對如何生活的看法，以一個赤子之心來面對生活，並重新找回生活的熱誠及希望。

綜合以上學員寶貴無私的分享自身學習經驗與心得，八週正念減壓課程在不同人身上的應用方法有所不同，端看個人的經驗及當下身體或心理感受而去細細體驗，體驗並學習基本課程，將正念融入生活中，讓個人尋找適合自己的方式，去應對人生面臨的事物、察覺身體的知覺感受或情緒上的波動；經由正念的學習後，個人不僅僅是單只有正面的能量，也讓個人重新檢視自己的人生及發現自我內在的另一面，當有負面的情緒能量時，自我能進行無檢擇的覺察，不批判、不強求且相信它，並試著接受它，亦允許所有的事物如期所似的存在，事情或態度可能就會慢慢的有所改變。藉由學員的分享內容是本研究最珍貴的部分，不斷的自我察覺及檢視自身並學會接受，他人自然會接受「你」這個部分，而傾聽並重視他人的感受，將有助於瞭解他人並建立良好的溝通及人際關係。



二、應用正念減壓課程的成效之案例分析

個案簡介：J女士，46歲已婚，職業為老師，診斷乳癌第二期，已執行癌症外科手術切除單側部分乳房，正執行化學藥物治療中，教育程度為碩士，無宗教信仰，平日無規律運動，未參與過正念、禪修相關課程，偶而使用安眠藥助眠。以下藉由J女士參與八週正念減壓課程各週的經驗分享內容，配合各週量表得分值及變化趨勢圖來進行探討，如表 4-4-1 及圖 4-4-1。

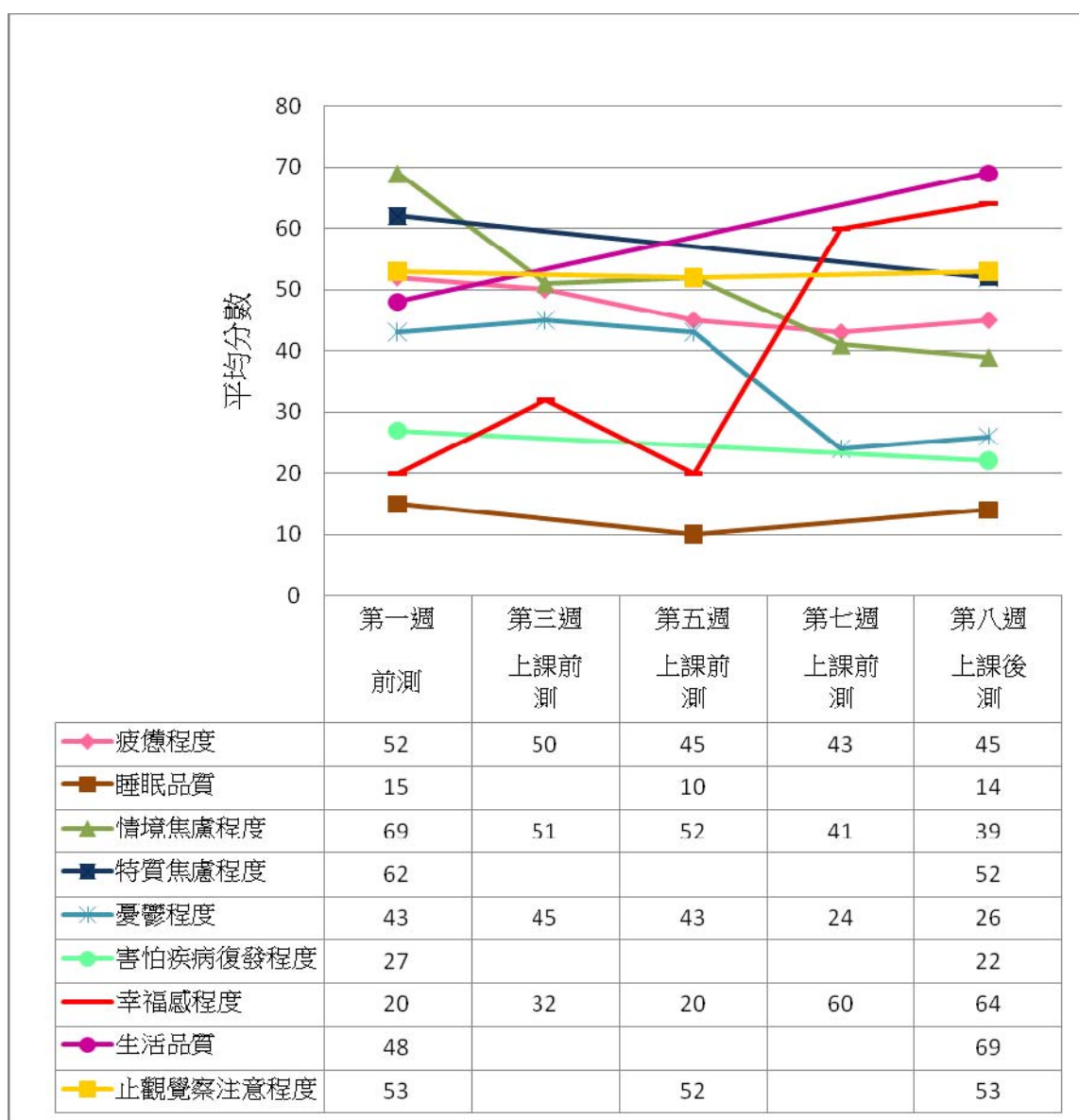


圖 4-4-1 個案應用八週正念減壓課程的各週量表得分值及變化趨勢

表 4-4-1 個案應用八週正念減壓課程之經驗分享内容與分析探討

週數	學習經驗分享内容	分析
第一週	<p>「...我從確診到開刀也不到十天的時間，也感覺到我早就會生病了...，我的治療過程非常不順利，...開第一次刀，沒有切乾淨再開一次，我開始做化療，人工血管沒有一個護士可以插進去，第一次化療插了一個小時，第二次插了 40 分鐘...；我在家裡覺得活的很沒有意思，不想吃、不想喝也睡不著，我覺得像我這種八爪女，不習慣接受別人的幫忙，...我這輩子都是在照顧別人，很少被照顧...。」</p> <p>「每次該化療的時候，就會被我先生抓到台大去，每次都吃了好多止痛藥才進去，可是都沒有效，我覺得衰到不像話，因為我頭髮掉光一個禮拜，人家叫我戴假髮，我不常戴，出門才戴，戴了兩三個小時，頭就爛掉，今天早上去開刀，頭一個小洞感染...，戴個假髮也會出事；我覺得我的運氣一直很不好，我覺得這個疼痛是那麼真實，但是身邊的人一直說，因為你不夠勇敢...，這對我很不公平，我覺得我是個很好得老師，很多事情，哪裡是你想太多你就得癌症？哪裡是你不想就會好起來？所以我覺得應該有別的方法，可以讓我變好...。」</p>	<p>個案於正念減壓開課前，接受手術及化藥物治療，治療的歷程使個案飽受身體上的疼痛與心理上的煎熬，重新回想為何會生病及過去的生活，對治療過程感到無奈，對人生感到絕望，影響到整體的身心狀況及生活品質；</p> <p>由圖 4-4-1 顯示，在第一週的前測，疲憊程度偏高，處於高度焦慮及憂鬱狀態，在幸福感程度及生活品質有明顯低落的情形。</p>

表 4-4-1 個案應用八週正念減壓課程之經驗分享內容與分析探討(續)

週數	學習經驗分享內容	分析
第二週	<p>「剛才在練身體覺察時候，練到腹部的時候就睡著了，約略睡了三分鐘，突然又醒過來，覺得全身都好痛喔，因為我的人工血管時時刻刻都在痛，覺得做了這個練習變的更痛，腰也痛...，這個練習，有一點輕鬆，輕鬆到你會睡著，但在放輕鬆的時候，對你身上小小地方的疼痛又覺得特別的敏感，我還在跟我的身體還在作戰當中，還沒取得一個和諧的平衡狀態，其實我還滿喜歡這樣的感覺，我想有一天我不會再疼痛我覺得舒服的時候，我想就成功了。」，</p>	<p>此週的練習為配合回家作業的身體掃描進行練習，因個案的身體有疼痛存在，藉由身體掃描，去察覺身體每個部位的感受，並察覺了身體某些部位的疼痛；個案帶著初學之心去面對及持續學習中。</p>
第六週	<p>「我覺得把注意力放到別人身上，我比較不會覺得自己我很慘，...，不是看到別人悲劇自己高興，而是我不是最慘，有人比我還慘，那我還有一點點的力量去安慰別人，不要把注意力那麼放在自己身上說我很慘我很慘，也要回饋老師那一句『我允許它存在』，...例如痛，...慢慢的跟痛和平相處，允許它存在，現在慢慢覺得沒有那麼痛了。」</p>	<p>本週個案藉由課程學習慢慢接受並觀照當下自身及心的狀況，並且在當下保持耐心的與疼痛和平共處，且個案能發揮慈悲心關心他人；藉由圖 4-4-1 可看出疲憊程度及情境焦慮程度在第五週有緩慢下降的趨勢，表示有逐漸改善的情形。</p>

表 4-4-1 個案應用八週正念減壓課程之經驗分享内容與分析探討(續)

週數	學習經驗分享内容	分析
第八週	<p>「...很想死，...第一週來上課，那天我也是哭的很傷心，這次哭帶著喜悅感到不捨，老師的身體掃描及腹式呼吸都有點效，再去打針沒有叫那麼大聲...，我覺得沒有那麼悲觀，不用再交代後事，現在可以計畫未來，而且還懷抱著對明天的希望，希望這個療程結束之後，我還會有燦爛的未來，今天不是個結束，而是個燦爛的開始。」</p>	<p>個案在八週的正念減壓課程中，持續進行化學藥物治療的療程，在八週的課程學習及此團體的支持下，個案學習與疼痛及不舒適共處，願意如實的接納自我，進而改善與先生的關係，並對他人展現慈悲之心及對未來懷抱著希望；由圖 4-4-1 顯示，其焦慮及憂鬱程度在第五週之後有明顯降低的情形，幸福感程度及生活品質明顯的提升。</p>
	<p>「原本我在切除部分乳房又剃光頭後，自我形象低落，不願出門見人，厭惡自己...，否定原本的工作成就和人生價值，身體的感官知覺也喪失了一部分，...我很震驚，以為人生從此黑白了，經過兩個月的練習，我有進步了，...慢慢的找到和疾病奮鬥的方法和勇氣，也改善和老公的關係，恢復身體部分的知覺，對未來也比較有樂觀的期待，願意計劃未來...。」</p>	

由個案 J 女士的經驗分享，從課程前對治療及人生感到絕望，到正念減壓課程學習過程中，個案依然需要承受化學藥物治療帶來身心上的不舒適，在課程學習後，其整體身心狀況漸漸的改善，慢慢的可以接受自我身體心象，找回身體的感官知覺，學會與疼痛及不舒適共處，且有餘力對他人發揮慈悲心及關懷，並與先生重新整合建立良好的溝通關係，對未來再度充滿希望及熱誠，明顯提升了整體的生活品質；由此經驗顯示，正念減壓課程改善了負面的現象，並帶來正面的能量。


第五章 討論

本研究為一實驗性設計、量性研究方法、單組多次重複測量之前驅性研究設計，採立意取樣及滾雪球取樣方式選取乳癌病人為研究對象，研究對象接受八週的正念減壓課程外加一日練習之介入處置，並以問卷測量疲憊程度、睡眠品質、焦慮程度、憂鬱程度、害怕疾病復發程度、幸福感程度、生活品質及止觀覺察注意程度之結果指標，作為評估此介入處置的成效。本研究對乳癌病人之瞭解，乳癌病人於治療期及緩解期常見的困擾為疲憊、睡眠品質不佳、焦慮呈現中度焦慮、有憂鬱的症狀及幸福感降低，並影響整體生活品質，而生活品質中仍會害怕死亡及疾病的復發，止觀覺察注意力的程度屬於中等。本研究結果顯示，乳癌病人參與八週正念減壓課程介入處置後，其疲憊狀況、情境焦慮程度、特質焦慮程度、憂鬱程度、幸福感程度及生活品質是有明顯改善，在睡眠品質、害怕疾病復發程度及止觀覺察注意程度是無明顯改善。本章節依研究目的及假說，說明正念減壓課程介入處置前後測的成效，並依人口學基本特性、疾病狀態與治療及健康行為狀況，探討結果變項差異性，以及說明本研究正念減壓課程的安全性。

第一節 應用正念減壓課程介入處置於生理因素之成效

本研究探討應用正念減壓課程對於乳癌病人疲憊程度及睡眠品質之生理因素的成效，研究結果顯示，正念減壓課程可以降低乳癌病人疲憊程度，而整體睡眠品質未達顯著改善。


疲憊為癌症病人最困擾的症狀，癌症病人疲勞頻率範圍在治療期間及治療後介於 25~75%(Servaes et al.,2001)，本研究對象疾病狀態中有 13 位罹病時間於三年以下，且涵蓋正在做輔助治療或已治療完畢者，整體的疲憊程度在正念減壓課程介入後，推翻研究虛無假說一：『**實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「疲憊程度」有顯著差異**』，研究結果顯示，整體疲憊程度是有下降改善的情形，具統計顯著差異，此結果與應用正念減壓課程於乳癌病人之隨機對照試驗研究結



果相同(Lengacher et al., 2012c)；本研究其他可能影響原因為本研究對象中有三位正進行化學治療及三位正進行放射線治療的療程，治療療程的連續性可能會影響整體每週疲憊程度的變化，而經由重複測量的結果顯示，每週與前測疲憊程度仍皆有下降的情形。本研究目的為瞭解正念減壓課程介入後於乳癌病人應用的成效，結果顯示，職業類別為軍公教者，可能因工作的型態及個人特質屬自我要求高的因素，疲憊程度較無工作者高，而曾復發者疲憊程度增加，正在進行化學治療者因藥物的副作用比目前未接受化學治療者疲憊程度增加，在健康行為狀況，固定攝取茶類或飲酒者及有固定運動型態者疲憊程度較低(在此飲酒者為非酗酒者)，使用安眠藥者疲憊程度增加。

乳癌病人有多重的因素包含生理上的疲憊、憂鬱的情緒等可能皆會影響其睡眠品質(Bowel et al.,2000; Broeckel et al.,1998; MacLean., 2002;Colagiuri et al., 2011)，本研究整體的睡眠品質在正念減壓課程介入後，驗證研究虛無假說二：『**實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「睡眠品質」無顯著差異**』，研究結果顯示，整體睡眠品質前後測無統計顯著差異，此研究結果與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果不同(Shapiro et al., 2003; Carlson et al., 2005b., Andersen et al.,2013)；在本研究的整體睡眠品質平均值，於前測、第五週及後測的平均值有逐漸下降趨勢，但於前後測及重複測量分析，不具統計顯著差異。本研究目的為瞭解乳癌病人的情形及正念減壓課程應用的成效，研究對象中有 7 位服用安眠藥協助睡眠，而多數乳癌病人睡眠品質不良，最常出現的睡眠干擾因素為「半夜或清晨起來」、「需要起來上廁所」及「感覺很熱」；結果顯示，乳癌復發者睡眠品質較差，而正在接受化療者、已接受化學治療者及已接受標靶治療者，可能因治療的因素影響導致其睡眠品質較差，在健康行為狀況，有固定攝取茶類者、固定運動者睡眠品質較佳，使用安眠藥者睡眠品質較差。

研究中整體睡眠品質前後測雖未有顯著差異，但在「主觀睡眠品質」及「日間功能失調」此兩變項具統計顯著差異，而研究對象主觀睡眠品質有改善，如研




究對象課程中的個案之經驗分享一，C女士(45歲已婚，商業)：「以前我有買一張治療床，我不吃安眠藥...，在上完課第二週之後，開始沒有用那張床，跟先生說那張床可以搬走了，因為我不需要這個，**當我靜下來的時候，覺得睡眠自己會來找我**」、經驗分享二，N女士(44歲，家管)：「靜坐，覺得自己是一座山，很有安全感，很喜歡靜坐完的感覺...，要睡覺，做完走到房間那一剎那，腳步是會很輕盈，我作了一件好像很有回饋，做了一件愛我自己的事情，就算是還要吃藥，以前睡覺都要煎魚煎很久才能夠睡著，現在大概五分鐘，躺下來，就抓自己的呼吸，很快就能睡著」，藉由以上的分享內容得知，此量表整體客觀的評估睡眠品質雖未有顯著改善，在研究對象的主觀感受是有改善的，但未達到良好的睡眠品質，故傾聽及瞭解個案的主觀感受是必須被重視的

第二節 應用正念減壓課程介入處置於心理因素之成效

本研究探討應用正念減壓課程對於乳癌病人的情境特質焦慮程度、憂鬱程度及害怕疾病復發程度之心理因素的成效，研究結果顯示，正念減壓課程可以降低乳癌病人焦慮及憂鬱程度，而害怕疾病復發程度未改善。

乳癌病人面對治療或疾病的進展時會出現情緒的困擾如焦慮或壓力等情形，於治療期及緩解期最常出現及所關注的情緒困擾為憂鬱(Bower et al., 2000; Byar et al., 2006; Christensen et al., 2009; Fann et al., 2008; Hegel et al., 2006; Lueboonthavatchai, 2007; Zainal et al., 2012)，本研究針對情境焦慮、特質焦慮及憂鬱之心理因素進行分析，在正念減壓課程介入後推翻研究虛無假說三：『實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「焦慮程度」有顯著差異』及研究虛無假說四：『實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「憂鬱程度」有顯著差異』；研究結果顯示，研究對象的整體情境焦慮程度於前後測有統計顯著差異，從中度焦慮下降為輕度焦慮，特質焦慮程度於前後測亦有統計顯著差異，特質焦慮程度整體有下降改善情形，仍屬於中度焦慮，此研究結果，與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果相同(Würtzen et al., 2013; Hoffman et al.; Lengacher et al., 2009; Lengacher et al., 2011a; Lengacher et al., 2012a; Tacón et al., 2004)；研究對象的整體憂鬱程度前後測有統計顯著差異，於後測憂鬱程度有降低的情形，此研究結果，與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果相同(Henderson et al., 2012; Lengacher et al., 2009; Lengacher et al., 2011a; Matousek et al., 2010; Würtzen et al., 2013)。


本研究目的為瞭解乳癌病人焦慮、憂鬱的情形及正念減壓課程應用的成效，在人口基本屬性方面，如有信仰佛教、基督教及天主教者憂鬱程度較低，信仰基督教者其特質焦慮程度較低，故宗教的影響可能帶給個人心靈上的寄託及平靜，已婚者特質焦慮及憂鬱程度較低，軍公教及家管自由業者特質焦慮及憂鬱程度較高，可能與個人特質及職業特性有關；在疾病治療狀態中，癌症分期較嚴重者焦



慮及憂鬱程度較低，可能原因為較嚴重者其治療方向明確，而癌症分期較輕者，年紀較輕，且有各種治療方針的考量導致猶豫不決或心理上的不安，乳癌復發者其特質焦慮及憂鬱程度較高；有化學治療者特質焦慮及憂鬱程度較高，且目前接受化學藥物治療者其情境焦慮及憂鬱程度較高，可能與治療療程及藥物的副作用有關，執行標靶藥物者其特質焦慮及憂鬱程度較高；在健康行為狀況，有固定攝取茶類或飲酒者及有固定運動者憂鬱程度較低，使用安眠藥者焦慮及憂鬱程度較高，其可能與較差的睡眠品質有關。

乳癌病人害怕疾病復發會導致長期的心理困擾，包含害怕、焦慮、恐懼死亡等而影響到生活品質(Lengacher et al,2012a; Vickberg, 2003)，本研究針對害怕疾病復發程度進行分析，在正念減壓課程介入後驗證研究虛無假說五：『**實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「害怕疾病復發程度」無顯著差異**』，研究結果顯示，研究對象的害怕疾病復發程度前後測無統計顯著差異，此與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果不同(Lengacher et al., 2009; Lengacher et al.,2012a)，可能原因為本研究為參考文獻之自擬式問卷，單純詢問研究對象害怕復發的程度並未詳細探討害怕復發的考量因素而有所影響。

本研究目的為瞭解乳癌病人害怕疾病復發程度情形及正念減壓課程應用的成效，在前測平均分數為 15.00 分，後測為 11.69 分，整體害怕疾病復發程度仍有降低情形；變項「我害怕乳癌疾病可能會復發的程度」，前後測具有統計顯著差異，程度有降低的情形，在「我常常思考乳癌及病復發對我的可能性頻率」及「我害怕乳癌疾病可能會復發導致情緒不安的程度」此兩個變項前後測未有顯著差異，表示乳癌病人仍害怕疾病復發，但還沒有導致常常思考及情緒不安的情形；基本屬性部分，教育程度越高較害怕疾病復發，已婚者及離婚者害怕疾病復發程度較低，而分居者害怕疾病復發程度較高，可能因素為害怕疾病復發而失去了家庭而導致，經濟狀況較好者較不害怕疾病復發；癌症分期較嚴重者害怕疾病復發程度較低，目前正在執行化學治療者及目前執行標靶藥物者較害怕疾病復發。



本研究對害怕疾病復發的改善之情形，如某研究對象於課程第五週的經驗分享，E女士(50歲離婚，文教業)：「最近有些不理性的恐懼存在...之前看到姐妹分享治療的痛苦，回想到兩年前診斷的自己的恐懼，加上最近同事比我早一年診斷乳癌，可是前兩天走了，我是第二個，又有另一個辦公室診斷出腦部有腫瘤，同是接二連三的診斷，會有很大的掙扎，那件事情還沒發生，就算發生也不一定是事實，不理性的恐懼，就像我當初診斷出來，好像快死了，但對我來說當我跌進去的時候會比較深，現在是還好，還會跳開，目前有意識到那是不理性的，但那種恐懼還是不時的跳出來一下」，於課程第六週正念行走及呼吸練習的經驗分享：「...我把我的身體跟我的靈魂分開了，我把我的身體跟我這件事分開了，我的身體其實已經開始衰敗了，有病變了，它也許已經不像以前年輕那麼好了，不知道還能陪我多久，最終會分開，最終會體會死亡...，可是當我把這些抽離的時候，好像那些病痛、那些難過、那些不舒服，對我來說已經比較遠了，好像到一個比較超然的位置，這個超然讓我比較能接受人生的生老病死」，於課程第八週經驗分享：「假如我有一天我一定會再生病，不知道生什麼病，也許會再復發，這就是人生，也有可能會老死...，多年後的我，我學了這個課之後，會有另一個我跳出來，在這個角度看著它，『○○，你的身體病了，○○，你很不舒服，你的身體很不舒服，可是，○○，你的精神是自由的，你還可以感受呼吸、感受你的心跳、感受外面的鳥兒、感受外面的陽光』」，由此個案三次的經驗分享，表示把身體跟靈魂分開，即身與心分開，不再繼續跟身體的痛苦打轉，純粹的關照身體，表示個案可以透過客觀的角度跳脫主觀的情緒經驗，站在客觀角度來經驗身體的變化，不加入情緒或認知的判斷，其來越能跟自己的身體親密，越能感覺情緒變化，而看清楚當下身體的變化；藉由此個案的分享經驗，從一開始未發生的不理性恐懼的想法存在，深刻的體會到害怕復發或死亡可能是生理或心理內在的恐懼，當恐懼產生時，可能包含念頭的想法及情緒，想法可能伴隨著害怕恐懼的感覺，在正念的學習當下，去體驗恐懼的本身，並且試著以客觀的態度來看待自己及恐懼，而正念從經

驗裡造成轉化，去經驗它身體變化跟情緒感受，讓個體清楚知道這些變化及感受是如何產生的，學習釐清念頭，不因應著情緒走，不急著反映，不評價本身，回到如實覺初的狀態，啟動內在療育的力量，試著學習接受人生的生老病死及與疾病共處。



第三節 應用正念減壓課程介入處置於生活品質之成效

乳癌病人合併生理、心理、社會及靈性等的困擾，可能會影響其幸福的感受，而在治療期間或常規輔助治療之結束後，仍面臨到生理及心理等不同層面的症狀而影響整體生活品質(Berglund et al., 1991; Bower et al., 2000; Byar et al., 2006; Ganz et al., 2002)，本研究針對幸福感程度及生活品質進行分析，在正念減壓課程介入後推翻研究虛無假說六：『實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「幸福感程度」有顯著差異』及虛無假說七：『實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「生活品質」有顯著差異』；研究結果顯示，研究對象的幸福感程度於後測是增加的，且前後測具統計顯著差異，此研究結果，與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果相同(Hoffman et al., 2012)；研究對象在後測的生活品質是有改善的，表示生活品質較好，此研究結果與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果相同(Carlson et al., 2007; Henderson et al., 2012; Hoffman et al., 2012; Lengacher et al., 2009; Lerman et al., 2012)。

本研究目的為瞭解乳癌病人治療期與追蹤期的幸福感程度及生活品質，並探討正念減壓課程應用的成效；研究結果顯示，研究對象的幸福感程度，每週與前測相比較，皆具有統計顯著差異，表示介入措施後，幸福感每週皆有提升的情形。研究對象生活品質變項構面之生理健康狀況前後測未有顯著差異，在社交及家庭狀況、情緒穩定狀況、功能健全狀況及疾病附加關注狀況前後測皆有顯著差異，整體生活品質有提升；在社交及家庭狀況中，前後測具有顯著差異，且改變程度最高的變項為「我覺得與我的伴侶親近」，其次為「我滿意家人之間對我疾病的溝通方式」，表示越容易與伴侶親近及越滿意與家人之間的溝通方式；在情緒穩定狀況中，「我擔心我的狀況會惡化」此變項在前後測具有顯著差異，表示介入處置後擔心的惡化程度有下降的情形；在功能健全狀況中，「我滿足現在的生活品質」此變項在前後測具有顯著差異，於介入處置後較能自我滿足當下的生活品質；在乳癌疾病附加關注狀況中，「我擔心壓力會影響到我的疾病」與「我擔心其他家人也

會得到跟我同樣的疾病」，在前後測具有顯著差異，在介入處置後擔心的程度降低。

本研究目的預瞭解乳癌病人的生活品質情形，在社交及家庭狀況中前後測平均得分最高為「我家人已接受我的疾病」，情緒穩定狀況中前後測平均得分值最高為「我逐漸失去對抗我的疾病的希望」，功能健全狀況，前後測平均值得分最高者為「我已接受我的疾病」，乳癌疾病附加關注狀況中，前後測平均得分值最高為「我有一側或兩側手臂腫脹」，平均得分值第二高為「我對失去頭髮感到困擾」，此些變項於前後測統計上無顯著差異，但得分較高，表示個案可能有存在這些問題，但介入處置後未能達到良好的改善，例如：對抗疾病的希望及身體心象的問題對乳癌病人可能造成生活上的困擾，在家人及自我已接受疾病的方面，分數皆偏高，表示前後測對於疾病接受度都是正向的。

綜合以上結果，乳癌病人在正念減壓課程介入後生活品質改善的部分，在「擔心」及「滿足」的心理層面感受，前後測較有改善；而在對未來疾病的希望及現存的問題如身體心象，前後測較無改善。


本研究預瞭解乳癌病人於介入處置後對生活品質及幸福感的影響，在基本屬性方面，信仰基督教者幸福感程度較高，已婚者幸福感程度較高，分居者幸福感程度及生活品質較差，可能因分居者的親人於國外，未能分享或傾訴治療的狀況，而感到孤獨及幸福感低落，職業類別之軍公教幸福感程度及生活品質較差，可能與個人特質導致的心理困擾因素相關；在疾病治療狀態及健康行為狀況，乳癌復發者幸福感分數較低，目前正在執行化學治療者幸福感分數較低，可能與治療的療程與副作用有關，癌症分期較嚴重者生活品質較佳，可能因治療後其對於健康生活型態更加注重，有固定攝取茶類或飲酒者及固定運動者生活品質較佳，有使用安眠藥者生活品質較差。

第四節 應用正念減壓課程介入處置於止觀覺察注意程度之成效

本研究針對止觀覺察注意程度進行分析，在正念減壓課程介入後驗證研究虛無假說八：『實驗組接受「正念減壓課程」介入處置前及後測，其「止觀覺察注意程度」無顯著差異』，研究結果顯示，研究對象在正念減壓課程介入後，止觀覺察注意程度及個體的注意力與覺察不集中的頻率是無顯著改善的，此研究結果，與 Witek-Janusek et al. (2008)研究結果相同，與其他應用正念減壓課程於乳癌病人之研究中結果不同(Brown et al., 2003; Mastousek et al., 2010)，探討無顯著改善的可能原因為，此研究為前驅性研究研究人數較少，以及測量覺察注意力程度是一種較緩慢改變的狀態，是需要長久時間學習及培養的部分。

本研究目的為瞭解乳癌病人止觀覺察注意程度及正念減壓課程應用的成效，整體前測平均得分為 57.31 分，第五週平均得分為 57.44 分，後測平均得分為 60.25 分，分數有逐漸提升，表示注意力有逐漸專注的情形，但在統計上無顯著差異；變項內容中，「我常被過去跟未來占據心思」，前測平均得分為 3.25 分，後測為 3.87 分，表示介入處置後，與前測相比，較不易被過去跟來未占據心思，即注重此時此刻及當下，具統計顯著差異；針對研究對象進行分析，有信仰宗教者分數較低，已婚者及離婚者分數較高，罹癌時間越長或癌症分期越嚴重分數較高，乳癌復發者分數較低，吸菸者分數較低；此結果的可能影響因素為測量止觀覺察注意程度此量表為主觀感受，屬於較細微的變化，在測量的尺度變化不夠敏感，因個人主觀感受的不同在族群測量上有差異及結果測量的改變幅度不大。

本研究對止觀覺察注意程度的改善之情形，如研究對象課程中的個案之經驗分享，可呼應「較能夠去控制不被過去或未來占據心思」，並重視當下的感受，例如經驗分享一，B 女士(46 歲未婚，商業)：「上禮拜要回診，我滿恐懼的，我知道我在害怕，我就對自己說，那個害怕應該是要留到那天，而不是今天不是現在要害怕的...就把它切斷，不屬於現在這個時候」，此經驗顯示正念減壓課程介入後，較能控制不被未來事物占據心思；經驗分享二，C 女士(45 歲已婚，商業)：「...治




療結束後，還會一直回想自己是怎麼生病的，...還是會一直想這個問題，走不出來，在死胡同裡...即使那些痛苦都已經結束，好像自己都沒有真正面對，上了這個課以後，我才覺得我自己看見自己，那種痛也過去了，苦也過去了，原因也是過去了...」，此經驗顯示正念減壓課程介入後，較能控制不被過去事物占據心思；止觀覺察注意量表測量注意力集中程度，及對生活中身旁事物是否留意，多位研究對象的分享對身旁事物會多些注意及留意，例如：「...現在會注意我家陽台的盆栽，會注意那一點點小小的葉子，感覺很開心」、「原先很多東西都會不知不覺的過去了，現在覺得這個東西也很美好，以前沒有感受到生活的幸福，現在每一個小事情也能細細的感受」，雖本研究的量表前後測未有顯著的改善，但經由正念減壓課程的介入讓研究對象重新檢視自己的生活及留意身旁的些微事物，活在當下，學會覺察、相信並接納。

第五節 正念減壓課程介入處置之文化與安全性的考量

正念減壓課程的文化考量方面，面對東西方不同文化下，在納入受試者階段，原先設定納入進行常規治療後的乳癌婦女，但大多已進入緩解期，並已回歸職場，必須兼顧家庭生活，有意願參與但不易配合完整八週的正念減壓課程，此為面臨到東西方文化上差異的挑戰，故於研究過程中修改受試者的納入條件；在研究結果顯示正念減壓課程的應用成效與國外結果大致相同，表示此介入處置亦適用於本土的乳癌病人。

正念減壓課程為介入性處置，基本課程活動內容包含靜坐、身體掃描及瑜珈三項課程，於安全性考量方面，國外的相關研究，並未出現參與者有不良反應；此研究的研究對象納入包含已進入追蹤期者及正在進行輔助治療者，包含化學治療、放射線治療或標靶藥物治療，故在課程當中，正執行化學藥物者可能正經歷化療療程的副作用，導致體力可能無法負荷，研究者會先評估學員的身體狀況，並提醒學員依照自己的體力可負荷的範圍參與活動並適時休息；因研究對象皆為乳癌手術後的病人，故在瑜珈動作中，有需要伸展的姿勢，亦會提醒學員依照自己的手臂可伸展現度進行活動；此研究課程中，無學員有不良反應的情形，正念減壓課程活動是具安全性的。因正念減壓課程屬於病友互相支持的團體小組，於課程後，為避免團體小組因課程結束後，因聯繫減少而導致失落感，建議於課後可固定舉辦團體活動及聚會，並提供互相聯繫的橋樑，讓病友可彼此互相支持及分享生活事物。

綜合以上研究對象應用正念減壓課程介入處置後改善了生理、心理及生活品質之成效，在睡眠品質、害怕疾病復發程度及正觀覺察注意程度雖於統計無顯著差異，但經由每週觀測平均值有逐漸改善以及研究對象的主觀經驗分享，正念減壓課程的介入對於個案實質層面以及心理層面是具有幫助的；探討生活品質的成效時及研究對象分享罹病經歷時的陳述，普遍還是會擔心狀況會惡化以或擔心死



亡，並且注重外貌及身體心象，例如：掉髮及乳房切除，此部分本研究雖未深入探討，但於課堂中學員的分享，經由課程的學習及身體掃描，讓個案能自我察覺、與它和平共處並且試著接受或放下，自然而然能緩解心中不舒適的感受。本研究在探討健康行為狀況與各結果變項時，發現固定服用安眠藥者，在生、心及整體生活品質較無服用者差，可能與本身情緒影響及使用安眠藥而期待有所作用，影響整體身心狀況；在固定攝取茶類及固定運動者，對於生、心及整體生活品質是有助益的，故維持健康的生活型態有助於整體身心狀況。

整體而言，正念減壓課程的應用對於生理、心理、靈性、生活品質及正念是有改善的成效，本研究結果測量為量性測量，在研究對象的主觀感受的分享，仍自覺有所改善，故在醫療及護理應用上，在客觀的評估個案的同時，注重個案當下的主觀感受，並且經由傾聽、評估及接納是非常值得重視的，有助於真正瞭解個案的狀況及促進良好的醫病及護病溝通。

第陸章 結論與建議

第一節 研究結論

本研究採實驗性設計、量性研究方法、單組多次重複測量之前驅性研究設計，以一般疲憊量表、中文版匹茲堡睡眠品質指標量表、中文版情境-特質焦慮量表、流行病學研究中心憂鬱量表、自擬式害怕復發量表、WHO-5 幸福指標量表、乳癌患者生活品質測定量表及止觀覺察注意量表進行前測分析，讓研究對象參與八週正念減壓課程，分別在第三週、第五週、第七週課程前進行量表重複測量，在第八週課程結束後以相同量表進行後測，以評核應用正念減壓課程對乳癌病人生理、心理、生活品質及正念的成效，重要研究結果如下：

- 一、乳癌病人於治療期及緩解期之生活品質中度偏良好，但在「疲憊、焦慮、憂鬱及害怕疾病復發」均為中度困擾；幸福感偏低且睡眠品質不佳；止觀覺察注意程度中度偏低。
- 二、應用正念減壓課程可以改善乳癌病人生理層面的狀況，如疲憊程度。
- 三、應用正念減壓課程可以改善乳癌病人心理層面的狀況，如焦慮程度、憂鬱程度。
- 四、應用正念減壓課程可以改善乳癌病人幸福感程度及生活品質。
- 五、應用正念減壓課程未能改善乳癌病人睡眠品質、害怕疾病復發程度及止觀覺察注意程度。

第二節 研究貢獻

乳癌病人在經歷治療期及緩解期，會因疾病期別、治療方式及副作用等多重因素造成生理、心理、社會、靈性及生活品質等層面的複雜變化及困擾，故須瞭解乳癌病人所面臨的困擾，並探討乳癌病人在介入處置後的成效，讓醫護人員可以依照疾病或症狀的特異性，發展並教導簡易及可即性的護理措施，並希望病人能經由正念減壓課程活動應用於面對未來與疾病共處及人生的自我覺察及學習。以下說明本研究結果在學術研究、臨床實務及護理教育的應用。





一、護理研究應用

國內鮮少有正念減壓課程相關實證資料可支持應用於病人上的研究，故本研究應用正念減壓課程，在面對東西方不同文化下的差異，探討此輔助療法在乳癌病人應用的成效；本研究採實驗性設計、量性研究方法、單組多次重複測量之前驅性研究設計，瞭解乳癌病人於治療期及緩解期面臨的困擾，並以評核正念減壓課程於乳癌病人生理、心理及生活品質的成效。本研究在收案過程之納入受試者條件有東西方文化上的差異，而本研究與國外研究結果大致相同，表示正念減壓課程的應用可能在東西方文化下並無太大差異，此研究為前驅性研究，可做為未來相關研究的參考，期盼未來能在其他研究中建立本土隨機分派實驗對照研究以及質性研究的探討。

二、護理臨床實務應用

正念減壓課程基本三項課程為靜坐、身體掃描及瑜珈，其它課程包含正念飲食、正念刷牙及正念行走，課程需配合調節呼吸的練習進行察覺；此介入處置可作為預防性措施，如同拉梅茲生產法，醫護人員可在一開始接觸個案初期，個案當下可能具有清醒的學習力及病程還未有變化時，教導其正念減壓課程的方法，當個案需要時可自行應用及醫護人員可協助引導緩解期不舒適的感受；此介入處置亦可作為護理照護措施，當醫護人員評估或感受個案不舒適的情形時，在執行醫護處置時可搭配合此輔助措施，教導其配合呼吸及靜坐，或配合呼吸進行身體掃描，來進行自我察覺，覺察當下的感受，不作任何批判並且接納它；本研究結果讓醫護人員可以提供教導當個案有疲憊、或其他生理因素導致有情緒反應時或心理困擾時的措施之一，而此方法屬於簡單、經濟實惠且具可即性的方法，也可讓個案未來面臨到任何狀況都可藉由此方法來因應，並且可進一步去學習更完整的正念減壓課程。



三、護理教育應用

正念減壓課程目前在本土持續推廣中，並且廣為不同領域、不同職業類別或不同疾病中，在護理教育當中，醫護人員是第一線接觸個案的人員，在高壓力的醫療環境中充斥著可能導致醫護人員有生理、心理上的困擾而影響整體生活品質，故建議可在學習醫護教育或臨床工作上時，開辦此課程讓醫療人員學習並幫助自己；當有健康的醫護人員，在執行臨床業務中，亦能以更開放的心態協助並教導個案。此研究為本土前驅性研究，驗證正念減壓課程的成效，研究成果可應用在未來護理教育的通識課程之外，未來研究相關內涵亦可提供實證醫學與護理作進一步的研究與教材的範例。

第三節 研究限制與未來研究建議

為了建構本土的「正念減壓課程」於乳癌病人應用的成效，本研究參考國外文獻，提出研究問題與假說，並參考乳癌病人可能面臨的困擾，來進行成效評估，此為前驅性研究，在設計研究及執行研究期間，有限制存在，可能影響研究結果推論及應用，以下將進行說明提出建議，提供未來相關研究的參考。

一、納入之研究對象及介入時間方面

本研究參考國外文獻，原先納入第一期及第二期病人，並已做完輔助常規治療者，然而在收案過程中，發現當進行治療後的乳癌婦女，大多已進入緩解期，並已回歸職場中，並須兼顧家庭生活，有意願參與但不易配合完整八週的正念減壓課程，大多能配合並有意願參加者，可能是正在接受治療或剛治療完畢者，且暫時離開職場進行休養者，而若需要再等待招募，可能即將回到職場，故修改納入受試者條件，更能符合我國文化上的需求；本研究為八週正念減壓課程，每週為 2 至 2.5 小時，外加一日練習時間，課程時間須先安排好，讓預先想要參與者安排時間並配合參加，故時間的訂定導致無法長時間進行招募，故本研究採病人自

行有意願參與並時間可配合者加以納入，故可作為未來研究設計及納入受試者條件之考量。


國外文獻中，納入的乳癌病人條件皆為需完成輔助常規治療者，鮮少納入剛確診、即將或正進行化學藥物治療者，而本研究對象納入條件原先設定需做完輔助常規治療，招募過程中，有多位剛確診需進行治療或即將面臨化學藥物治療者有意願參與，原先研究人員參考國外文獻並考量病人的安全性故不予以納入，但傾聽有意願參與者的說明，而瞭解到剛診斷並即將面臨或正在化學藥物治療者所面臨的壓力、心理困擾及衝擊非常大，故研究者重新檢視安全性的問題，並將與個案說明研究活動須評估自我能力的範圍參與，修改受試者納入條件，且經由研究倫理委員會的通過後進行收案。

藉由以上本研究面臨納入研究對象的情形，建議未來收案納入條件，不需限定個案的期別及治療狀況，可依照個案有需求者而訂定，而介入時機亦可依照個案需求及當下身體能負荷的程度而定，較難利用一個時間切點來訂定；建議可納入剛確定診斷者、開刀後或化療前的個案進行參與的可能性，未來需要更多研究證實及探討。

二、研究設計及結果指標方面

本研究原先設計為雙組實驗之隨機分派研究設計，在實際招募受試者時，發現於本國執行雙組隨機分派試驗於臨床執行時，乳癌病人對隨機分派的接受度與國外研究有文化上的差異，且目前在本國應用正念減壓課程於乳癌病人上未有足夠的資料證實其成效，故此研究參考國外研究及與正念減壓專家進行討論，建議本國針對乳癌病人先進行國內單組前驅性研究，研究於乳癌病人應用的適用性，作為未來實施此類型研究的參考，在文化考量上，更符合我國的實際狀況，故將此研究設計修改為單組實驗之前驅性研究設計。

本研究參考國外文獻，釐清乳癌病人常面臨的困擾，並依據正念減壓課程的文



獻搜尋，訂定出共九項結果指標；正念減壓課程共八週，課程為漸進式學習的課程，且為團體課程，每週課程尾聲會有團體分享的時間，學員會分享學習的經驗及感受，因正念屬於主觀感受細微的變化，故建議未來研究可以質量性研究併重，客觀評估的同時，配合深入探討學員的經驗及感受。

研究工具部分，需仔細評估在正念減壓課程介入後檢測的適用性，本研究使用中文版匹茲堡睡眠品質量表，量表變項構面較客觀，而學員檢測結果主觀睡眠品質有改善，故未來在修習正念減壓課程評估睡眠品質，亦配合學員的經驗感受來併行探討；在中文版止觀覺察注意量表部分，因覺察注意力屬於緩慢細微改變的部分，建議在正念減壓課程介入後，測量時間可為每週測量，亦更能夠測量出止觀覺察注意程度的變化。


本研究礙於時間及人力之慮，僅在北區某醫學中心及乳癌各式網站進行受試者招募，由於課程時間需事先安排以利有意願者參與，研究進行收案期間僅招募共 17 位病人，1 位退出，最終為 16 位病人參與研究並進行分析，樣本數不夠大，僅作前驅性研究參考，建議未來相關研究可進行多中心或多團體跨院合作計畫等，招募更多受試者，並且執行雙組隨機分派研究，建構本土具推論性的實證資料。

參考文獻



中文文獻

- 方素瓊、邱幸嬋、徐畢卿 (2011)·以物化理論看乳癌婦女切除乳房後的身體經驗·
護理雜誌, 58(4), 75-80。doi: 10.6224/jn.58.4.75 [The Experience of Women after Breast Cancer Mastectomy: Objectification Theory Perspective. *The Journal of Nursing*, 58(4), 75-80. doi: 10.6224/jn.58.4.75]
- 尹祚芊、吳秋文、梁穎、連金延、陳康敏、陳淑慧· · · 蔡宜芳等 (2008)·*乳癌抗癌治療自我照顧手冊*·台北市：台北榮民總醫院一般外科。
- 向肇英、李介至、李韻雯、鄭素月 (2012)·乳癌婦女的不確定感及相關因素之探討·*新臺北護理期刊*, 14(2), 23-31。[Uncertainty and Related Factors among Breast Cancer Women. *New Taipei Journal of Nursing*, 14(2), 23-31.]
- 李美雲、蕭正光、許淑蓮、張宏泰、徐南麗 (2002)·乳癌患者不確定感及影響因素之探討·*志為護理-慈濟護理雜誌*, 1(3), 57-65。[A study of breast cancer patients' uncertainty and impact factors. *Tzu Chi Nursing Journal*, 1(3), 57-65.]
- 李明川、林孟薇 (2009)·正念減壓(MBSR)在睡眠障礙上的運用·*諮商與輔導*(281), 12-14。
- 李作英、周桂如、穆佩芬、李惠玲、葉美玲 (2012)·初診斷乳癌婦女其壓力感受·*腫瘤護理雜誌*, 12(2), 25-36。[Stress Perception of Newly Diagnosed Breast Cancer Women. *The Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 25-36.]
- 周繡玲、朱基銘、唐婉如 (2008)·肺癌病人化學治療期間疲憊型態-縱貫性研究·*腫瘤護理雜誌*, 8(2), 33-43。
- 林孝府、莊岳泉、吳逸驥、黃文彥、趙祖怡 (2009)·乳癌治療的新趨勢·*腫瘤護理雜誌*, 9(S), 19-35。
- 林璟宏 (2011)·*急速增加的台灣年輕女性乳癌：臨床病理及腫瘤生物學研究*·台北市：臺灣大學臨床醫學研究所學位論文。

- 
- 胡君梅 (2013)· 正念介入的效用· *諮商與輔導*, (327), 7-11。
- 張根湖 (2006)· 輔成治療及另類療法於癌症之運用· *北市醫學雜誌*, 3(1), 82-91。
- 張仁和、林以正、黃金蘭 (2011)· 中文版 [止觀覺察注意量表] 之信效度分析· *測驗學刊*, 58, 235-260。 [Psychometric properties of the chinese translation of mindful attention awareness scale (cmaas). *Psychological Testing*, 58, 235-260.]
- 黃品逸、顏上惠 (2008)· 放射線治療在乳癌的使用· *中華民國癌症醫學會雜誌*, 24(2), 121-126。
- 黃佑寧(2013)· 正念減壓團體於乳癌患者之效果研究· 未發表碩士論文，臺北市：國立台北教育大學心理與諮商系研究所。
- 廖美南、陳品玲 (2006)· 婦女於乳癌診斷期間之經驗· *腫瘤護理雜誌*, 6(2), 19-29。
[Women's Experience during the Diagnostic Periods of Breast Cancer. *The Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 19-29.]
- 衛生福利部統計處(2012)· 民國 101 年死因統計年報· 取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2425&doc_no=13717
- 衛生福利部國民健康署(2013, 5 月 6 日)· 99 年癌症登記報告· 取自 <http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/Stat/StatisticsShow.aspx?No=201305060001>
- 陳美芳、馬鳳歧 (2004)· 乳癌手術後婦女症狀困擾與因應策略之相關性探討· *護理雜誌*, 51(4), 37-44。doi: 10.6224/JN.51.4.37
- 鍾思嘉、龍長風 (1984)· 修訂情境與特質焦慮量表之研究· *中國測驗學會測驗年刊*, 31, 27-36。
- 簡淑娟、黃珊、韓彤珍、郭美玲、余芳娥 (2005)· 乳癌患者之不確定感及其相關因素之探討· *腫瘤護理雜誌*, 5(2), 1-13。
- 鄭雅心 (2012)· 乳癌術後存活病患復發之心理社會因子探討· 高雄市：高雄醫學大學公共衛生學研究所論文。
- 釋宗白 (2011)· 正念意涵及其在諮商／心理治療的轉化機制· *輔導季刊*, 47(2),



英文文獻

Alder, J., & Bitzer, J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer:

How does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? *Archives of women's mental health*, 6(2), 91-97. doi: 10.1007/s00737-002-0151-5

Altschuler, A., Nekhlyudov, L., Rolnick, S.J., Greene, S.M., Elmore, J.G., West, C.N., . . . Emmons, K.M. (2008). Positive, negative, and disparate—women's differing long-term psychosocial experiences of bilateral or contralateral prophylactic mastectomy. *The breast journal*, 14(1), 25-32. doi: 10.1111/j.1524-4741.2007.00521.x

American Cancer Society. (2011). *Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition*.

Retrieved from <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/globalcancerfactsfigures/global-facts-figures-2nd-ed>

American Cancer Society. (2013, February). Breast cancer. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003090-pdf.pdf>

American Psychological Association (2013). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Retrieved from <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>

Andersen, S.R., Würtzen, H., Steding-Jessen, M., Christensen, J., Andersen, K.K.,

Flyger, H., . . . Dalton, S.O. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: Results of a randomized trial among danish breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(2), 336-344. doi: 10.3109/0284186X.2012.745948


Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and

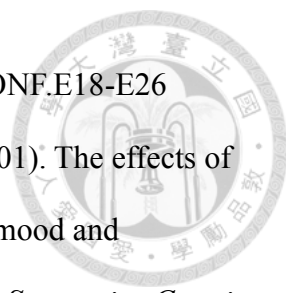
empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143. doi:

10.1093/clipsy/bpg015

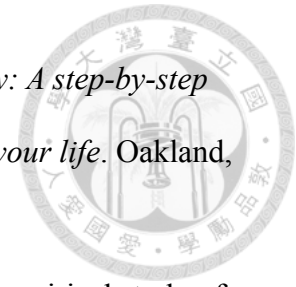


- Baer, R.A. (2005). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. USA: Academic Press.
- Barsevick, A.M., Dudley, W., Beck, S., Sweeney, C., Whitmer, K., & Nail, L. (2004). A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. *Cancer, 100*(6), 1302-1310. doi: 10.1002/cncr.20111
- Beadle, B.M., Woodward, W.A., Tucker, S.L., Outlaw, E.D., Allen, P.K., Oh, J.L., . . . Yu, T.-K. (2009). Ten-year recurrence rates in young women with breast cancer by locoregional treatment approach. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics, 73*(3), 734-744. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.04.078
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T.D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations, 11*(4), 331-342. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x
- Berglund, G., Bolund, C., Fornander, T., Rutqvist, L.E., & Sjöden, P.-O. (1991). Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology, 27*(9), 1075-1081.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine, 64*(1), 71-83.
- Boehmke, M.M., & Dickerson, S.S. (2006). *The diagnosis of breast cancer: Transition from health to illness*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 18*(4), 743-743.

- 
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients—a randomized study. *Annals of Behavioral Medicine, 39*(2), 151-161. doi: 10.1007/s12160-010-9168-6
- Brady, M.J., Cella, D.F., Mo, F., Bonomi, A.E., Tulsky, D.S., Lloyd, S.R., . . . Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology, 15*(3), 974-986.
- Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B., Horton, J., Balducci, L., & Lyman, G.H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 16*(5), 1689-1696.
- Brown, J.B., Carroll, J., Boon, H., & Marmoreo, J. (2002). Women's decision-making about their health care: Views over the life cycle. *Patient Education and Counseling, 48*(3), 225-231. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00175-1
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 84*(4), 822. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Burstein, H.J., Gelber, S., Guadagnoli, E., & Weeks, J.C. (1999). Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *New England Journal of Medicine, 340*(22), 1733-1739. doi: 10.1056/NEJM199906033402206
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research, 28*(2), 193-213.
- Byar, K.L., Berger, A.M., Bakken, S.L., & Cetak, M.A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life.

- 
- Oncology Nursing Forum*, 33(1), E18-E26. doi: 10.1188/06.ONFE18-E26
- Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9(2), 112-123. doi: 10.1007/s005200000206
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581. doi: 10.1097/01.PSY.0000074003.35911.41
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (dheas) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00054-4
- Carlson, L.E., & Brown, K.W. (2005a). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of psychosomatic research*, 58(1), 29-33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.04.366
- Carlson, L.E., & Garland, S.N. (2005b). Impact of mindfulness-based stress reduction (mbsr) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International journal of behavioral medicine*, 12(4), 278-285.
- Carlson, L.E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K.D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (mbsr) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behavior and Immunity*, 21(8), 1038-1049. doi: 10.1016/j.bbi.2007.04.002

Carlson, L., & Speca, M. (2011). *Mindfulness-based cancer recovery: A step-by-step mbsr approach to help you cope with treatment and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.



Carmody, J., Baer, R.A., LB Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology, 65*(6), 613-626. doi: 10.1002/jclp.20579

Carpenter, J.S., & Andrykowski, M.A. (1998). Psychometric evaluation of the pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research, 45*(1), 5-13. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00298-5

Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., . . . Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology, 11*(3), 570-579.

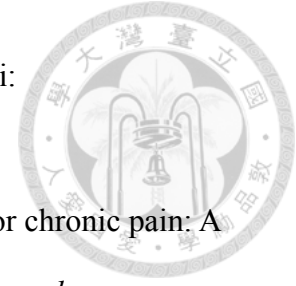
Cella, D., Davis, K., Breitbart, W., & Curt, G. (2001). Cancer-related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a united states sample of cancer survivors. *Journal of clinical oncology, 19*(14), 3385-3391.

Cella, D., Hahn, E.A., & Dineen, K. (2002). Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research, 11*(3), 207-221.

Chang, K.-J., Kuo, W.-H., & Wang, M.-Y. (2008). The epidemiology of breast cancer in taiwan. *Journal of Oncology Society, 24*(2), 85-93.

Chien, C., & Cheng, T. (1985). Depression in taiwan: Epidemiological survey utilizing ces-d. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica, 87*(5), 335.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The journal of*



- alternative and complementary medicine*, 15(5), 593-600. doi:
10.1089/acm.2008.0495
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(1), 83-93. doi: 10.1089/acm.2009.0546
- Chlebowski, R.T., Hendrix, S.L., Langer, R.D., Stefanick, M.L., Gass, M., Lane, D., . . . Thomson, C.A. (2003). Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 289(24), 3243-3253. doi:
10.1001/jama.289.24.3243
- Cho, E., Spiegelman, D., Hunter, D.J., Chen, W.Y., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., & Willett, W.C. (2003). Premenopausal fat intake and risk of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(14), 1079-1085. doi:
10.1093/jnci/95.14.1079
- Cho, E., Chen, W.Y., Hunter, D.J., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Hankinson, S.E., & Willett, W.C. (2006). Red meat intake and risk of breast cancer among premenopausal women. *Archives of Internal Medicine*, 166(20), 2253. doi:
10.1001/archinte.166.20.2253
- Christensen, S., Zachariae, R., Jensen, A.B., Væth, M., Møller, S., Ravnsbæk, J., & von der Maase, H. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months post-surgery in a nationwide cohort study of danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast cancer research and treatment*, 113(2), 339-355. doi:
10.1007/s10549-008-9920-9
- Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22(3), 185-194.

Cimprich, B., Janz, N.K., Northouse, L., Wren, P.A., Given, B., & Given, C.W. (2005).

Taking charge: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 14(9), 704-717. doi: 10.1002/pon.891

Colagiuri, B., Christensen, S., Jensen, A.B., Price, M.A., Butow, P.N., & Zachariae, R.

(2011). Prevalence and predictors of sleep difficulty in a national cohort of women with primary breast cancer three to four months postsurgery. *Journal of pain and symptom management*, 42(5), 710-720. doi:

dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.012

Davidson, J.R., MacLean, A.W., Brundage, M.D., & Schulze, K. (2002). Sleep

disturbance in cancer patients. *Social science & medicine*, 54(9), 1309-1321. doi:

dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00043

DiGianni, L.M., Garber, J.E., & Winer, E.P. (2002). Complementary and alternative

medicine use among women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(suppl 1), 34-38. doi: 10.1200/JCO.2002.07.176

Dobkin, P.L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work?

Complementary Therapies in Clinical Practice, 14(1), 8-16. doi:

10.1016/j.ctcp.2007.09.004

Edge, S.B. (2010). *Ajcc cancer staging manual*. New York: Springer.

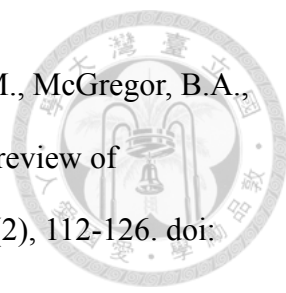
Eliassen, A.H., Colditz, G.A., Rosner, B., Willett, W.C., & Hankinson, S.E. (2006).

Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 296(2), 193-201. doi:

10.1001/jama.296.2.193

Fang, S.-Y., Balneaves, L.G., & Shu, B.-C. (2010). "A struggle between vanity and life":

The experience of receiving breast reconstruction in women of taiwan. *Cancer nursing*, 33(5), E1-E11. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181d1c853

- 
- Fann, J.R., Thomas-Rich, A.M., Katon, W.J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B.A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. *General hospital psychiatry*, 30(2), 112-126. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.10.008
- Ferrell, B.R., Grant, M.M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology*, 6(1), 13-23.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39
- Garland, S.N., Carlson, L.E., Cook, S., Lansdell, L., & Speca, M. (2007). A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*, 15(8), 949-961. doi: 10.1007/s00520-007-0280-5
- Haghighat, S., Akbari, M.E., Holakouei, K., Rahimi, A., & Montazeri, A. (2003). Factors predicting fatigue in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 11(8), 533-538. doi: 10.1007/s00520-003-0473-5
- Hann, D., Winter, K., & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the center for epidemiological studies depression scale (ces-d). *Journal of psychosomatic research*, 46(5), 437-443.
- Hegel, M.T., Moore, C.P., Collins, E.D., Kearing, S., Gillock, K.L., Riggs, R.L., . . . Ahles, T.A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-2931. doi:

DOI 10.1002/cncr.22335



Henderson, J., & Donatelle, R. (2004). Complementary and alternative medicine use by women after completion of allopathic treatment for breast cancer. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10(1), 52.

Henderson, V.P., Clemow, L., Massion, A.O., Hurley, T.G., Druker, S., & Hébert, J.R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast cancer research and treatment*, 131(1), 99-109. doi: 10.1007/s10549-011-1738-1

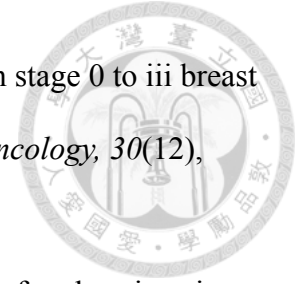
Henderson, V.P., Massion, A.O., Clemow, L., Hurley, T.G., Druker, S., & Hébert, J.R. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy. *Integrative cancer therapies*. doi: 10.1177/1534735412473640

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., . . . Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the fear of progression questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 58(6), 505-511.

Heun, R., Bonsignore, M., Barkow, K., & Jessen, F. (2001). Validity of the five-item who well-being index (who-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(2), 27-31.

Hickey, M., Peate, M., Saunders, C., & Friedlander, M. (2009). Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Human reproduction update*, 15(3), 323-339. doi: 10.1093/humupd/dmn064

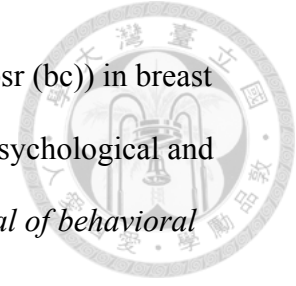
Hoffman, C.J., Ersser, S.J., Hopkinson, J.B., Nicholls, P.G., Harrington, J.E., & Thomas, P.W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood,




- breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to iii breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1335-1342. doi: 10.1200/JCO.2010.34.0331
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47. doi: 10.1016/0163-8343
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 2(3), 159-774.
- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of behavioral medicine*, 11(4), 333-352.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2012) · 當下，繁花盛開 (雷叔雲譯) · 台北縣：心靈工坊文化事業股



- 份有限公司(原著出版於 2005)。
- Kasper, A.S. (1994). The social construction of breast loss and reconstruction. *Women's health (Hillsdale, NJ)*, 1(3), 197-219.
- Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Education and Counseling*, 72(3), 436-442. doi: 10.1016/j.pec.2008.05.015
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571-579. doi: 10.1002/pon.1400
- Lengacher, C.A., Bennett, M.P., Kip, K.E., Keller, R., LaVance, M.S., Smith, L.S., & Cox, C.E. (2002). *Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B., Klein, T.W., . . . Barta, M. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (mbsr) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1261-1272. doi: 10.1002/pon.1529
- Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Barta, M., Fitzgerald, S., Moscoso, M.S., Post-White, J., . . . Budhrani, P. (2011a). Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors. *Journal of Holistic Nursing*, 29(2), 107-117. doi: 10.1177/08980101110385938
- Lengacher, C.A., Kip, K.E., Post-White, J., Fitzgerald, S., Newton, C., Barta, M., . . . Johnson-Mallard, V. (2011b). Lymphocyte recovery after breast cancer treatment and mindfulness-based stress reduction (mbsr) therapy. *Biological research for nursing*. doi: 10.1177/1099800411419245
- Lengacher, C., Shelton, M., Reich, R., Barta, M., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., . . .



- Carranza, I. (2012a). Mindfulness based stress reduction (mbsr (bc)) in breast cancer: Evaluating fear of recurrence (for) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (rct). *Journal of behavioral medicine*. doi: 10.1007/s10865-012-9473-6
- Lengacher, C.A., Kip, K.E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P.B., Groer, M., . . . Le, N. (2012b). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185. doi: 10.1177/0898010111435949
- Lengacher, C.A., Reich, R.R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M.M., Barta, M., . . . Budhrani, P. (2012c). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: An examination of symptoms and symptom clusters. *Journal of behavioral medicine*, 35(1), 86-94. doi: 10.1007/s10865-011-9346-4
- Lerman, R., Jarski, R., Rea, H., Gellish, R., & Vicini, F. (2012). Improving symptoms and quality of life of female cancer survivors: A randomized controlled study. *Annals of surgical oncology*, 19(2), 373-378. doi: 10.1245/s10434-011-2051-2
- Lin, C.H., Lee, S.M., Wu, B.J., Huang, L.S., Sun, H.J., & Tsen, H.F. (2012). Psychometric properties of the taiwanese version of the world health organization-five well-being index. *Acta psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/acps.12040
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *JOURNAL-MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND*, 90(10), 2164.
- Mast, M.E. (1998). *Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal,*

- 
- and emotional distress.* Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Matchim, Y., Armer, J.M., & Stewart, B.R. (2011). Effects of mindfulness-based stress reduction (mbsr) on health among breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research, 33*(8), 996-1016. doi: 10.1177/0193945910385363
- Matousek, R., & Dobkin, P. (2010). Weathering storms: A cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *Current Oncology, 17*(4), 62.
- Matousek, R.H., Pruessner, J.C., & Dobkin, P.L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (car) following participation in mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer. *Complementary therapies in clinical practice, 17*(2), 65-70. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.10.005
- Meek, P., Nail, L., & Jones, L. (1997). *Internal consistency reliability and construct validity of a new measure of cancer treatment related fatigue: The general fatigue scale (gfs).* Paper presented at the Oncol Nurs Forum.
- Meraviglia, M. (2006). *Effects of spirituality in breast cancer survivors.* Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry, 17*(3), 192-200. doi: 10.1016/0163-8343(95)00025-M
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- National Comprehensive Cancer Network.(2013). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Breast cancer version 3.* Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf



O'Mahony, M. (2001). Women's lived experience of breast biopsy: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(4), 512-520. doi:

10.1046/j.1365-2702.2001.00493.x

Peate, M., Meiser, B., Hickey, M., & Friedlander, M. (2009). The fertility-related concerns, needs and preferences of younger women with breast cancer: A systematic review. *Breast cancer research and treatment*, *116*(2), 215-223. doi:

10.1007/s10549-009-0401-6

Radloff, L.S. (1977). The ces-d scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, *1*(3), 385-401. doi:

10.1177/014662167700100306

Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: Findings from a bilingual inner-city patient population.

Psychosomatic Medicine, *66*(1), 113-123. doi: 10.1097/

01.PSY.0000097337.00754

Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., & Ivers, H. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer.

Sleep, *24*(5), 583.

Seidman, A., Hudis, C., Pierri, M.K., Shak, S., Paton, V., Ashby, M., . . . Keefe, D.

(2002). Cardiac dysfunction in the trastuzumab clinical trials experience.


Journal of Clinical Oncology, *20*(5), 1215-1221. doi: 10.1200/JCO.20.5.1215

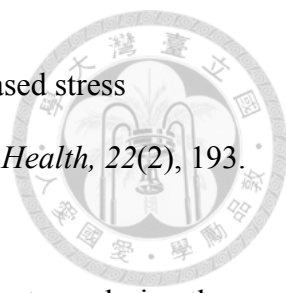
Servaes, P., van der Werf, S., Prins, J., Verhagen, S., & Bleijenberg, G. (2001). Fatigue

in disease-free cancer patients compared with fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Supportive care in cancer*, *9*(1), 11-17. doi:

10.1007/s005200000165

Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress

- 
- reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581-599.
- Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M., & Schwartz, G.E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of psychosomatic research*, 54(1), 85-91. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00546-9
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386. doi: 10.1002/jclp.20237
- Shaw, C.R., Wilson, S.A., & O'Brien, M.E. (1994). Information needs prior to breast biopsy. *Clinical Nursing Research*, 3(2), 119-131.
- Shimozuma, K., Ganz, P.A., Petersen, L., & Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast cancer research and treatment*, 56(1), 45-57.
- Specia, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613-622.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*: Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*: Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Surveillance Epidemiology and End Results.(2013). *SEER Stat Fact Sheets: Breast*. Retrieved from <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>

- 
- Tacón, A.M., Caldera, Y.M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health, 22*(2), 193. doi: 10.1037/1091-7527.22.2.193
- Tasmuth, T., Von Smitten, K., & Kalso, E. (1996). Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *British journal of cancer, 74*(12), 2024.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology, 13*(3), 177-189. doi: 10.1002/pon.710
- Thompson, A., Air, M., Jack, W., Kerr, G., Rodger, A., & Chetty, U. (1995). Arm morbidity after breast conservation and axillary therapy. *The Breast, 4*(4), 273-276. doi: 10.1016/S0960-9776(95)80003-4
- Trentham-Dietz, A., Newcomb, P.A., Storer, B.E., Longnecker, M.P., Baron, J., Greenberg, E.R., & Willett, W.C. (1997). Body size and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology, 145*(11), 1011-1019.
- Tsai, P.-S., Wang, S.-Y., Wang, M.-Y., Su, C.-T., Yang, T.-T., Huang, C.-J., & Fang, S.-C. (2005). Psychometric evaluation of the chinese version of the pittsburgh sleep quality index (cpsqi) in primary insomnia and control subjects. *Quality of Life Research, 14*(8), 1943-1952. doi: 10.1007/s11136-005-4346-x
- Vickberg, S.M.J. (2003). The concerns about recurrence scale (cars): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine, 25*(1), 16-24.
- Würtzen, H., Dalton, S.O., Elsass, P., Sumbundu, A.D., Steding-Jensen, M., Karlsen, R.V., . . . Johansen, C. (2013). Mindfulness significantly reduces self-reported



- levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 danish women treated for stage i–iii breast cancer. *European Journal of Cancer*. doi: 10.1016/j.ejca.2012.10.030
- Wang, S.-Y., Lee, C.-W., Chang, Y.-C., & Lin, C.-C. (2005). Symptom distress changes during first postoperative month in newly diagnosed taiwanese breast cancer patients: A longitudinal study. *Cancer nursing*, 28(4), 263-269.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K.R., Chroniak, C., Durazo, R., & Mathews, H.L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 22(6), 969. doi: 10.1016/j.bbi.2008.01.012.
- Wood, A.J., Shapiro, C.L., & Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(26), 1997-2008. doi: 10.1056/NEJM200106283442607
- WHO: Regional Office for Europe (1998, February). *Wellbeing Measure In Primary Health Care/ The Depcare Project*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- World Health Organization. (2011, October). *Breast cancer prevention and control*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>
- Zainal, N.Z., Booth, S., & Huppert, F.A. (2012). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.3171

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Henderson et al (2013) USA	RCT	Early-stage (stage I~II) breast cancer patients.	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Newly diagnosis (within the previous 2 years) stage I or II BC undergoing R/T.</p> <p>(2) Between 20~65 years of age.</p> <p>(3) ECOG 0~2.</p> <p>(4) Spoke English.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) A previous diagnosis of cancer in the past 5 years, except non-melanoma skin cancer.</p> <p>(2) Current chronic substance abuse.</p> <p>(3) Past or present psychiatric or neurologic disorder.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR(n=53)</p> <p>(2) NEP (nutrition education program) (n=52)</p> <p>(3) UC(usual care)(n=58)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1)Baseline(recruitment into the study)</p> <p>(2)After completion of the interventions (4 months from beginning the intervention).</p> <p>(3)At 12 months and 24 months from beginning the intervention.</p>	<p>(1) Primary outcome: psychological variables included cancer-specific QOL, coping mechanisms.</p> <p>(2.1) Secondary outcome: emotional distress include anxiety, depression , self-esteem, resilience to stress and adversity.</p> <p>(2.2)Subjective social support, and personality dimensions</p>	<p>(1) FACT-B</p> <p>(2) DWI</p> <p>(3) BDI</p> <p>(4) BAI</p> <p>(5) SCL-90-R</p> <p>(6) RSE</p> <p>(7) UCLA Loneliness Scale.</p> <p>(8) Mini-MAC</p> <p>(9) SOC</p> <p>(10) CEC</p>	<p>(1) 120 women underwent R/T, 77completed treatment prior to the study, and 40 had R/T during the MBSR intervention.</p> <p>(2) Women who actively received R/T while participating in the MBSR intervention experienced a significant (P<0.5) improvement in 16 psychosocial variable compared with the NEP and UC ,or both 4 months.</p>
Wu`rtzen et al (2013) Denmark	RCT	Breast cancer stage I~III	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Stage I~III breast cancer.</p> <p>(2) Aged 18-75 years.</p> <p>(3) Diagnosis within the previous 3-18 months and who had undergone surgery.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Diagnosis of cancer within the previous 10 year.</p> <p>(2) Ongoing treatment for major psychiatric disease, severe medical conditions.</p> <p>(3) Inability to speak or write sufficient Danish.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR(n=168)</p> <p>(2) Usual care (n=168)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline.</p> <p>(2) After the intervention.</p> <p>(3) After 6 and 12 months follow-up.</p>	<p>(1) Sleep quality</p> <p>(2) Psychological distress</p> <p>(3)Hot flushes</p>	<p>(1) Medical Outcomes Study sleep scale</p> <p>(2) SCL-90-R</p>	<p>(1) ITT analyses showed differences between groups in levels of anxiety (p = 0.0002) and depression (SCL-90r, p < 0.0001; CES-D, p = 0.0367) after 12 months.</p> <p>(2) Graphical comparisons of participants with higher levels of anxiety and depression at baseline showed a significantly greater decrease in the intervention group throughout follow-up and no differences among least affected participants.</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Andersen et al (2013) Denmark	RCT	Breast cancer stage I~III	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Stage I~III breast cancer. (2) Aged 18-75 years. (3) Diagnosis within the previous 3-18 months and who had undergone surgery.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Women with a diagnosis of cancer within the previous 10 year. (2) Ongoing treatment for major psychiatric disease, severe medical conditions. (3) Inability to speak or write sufficient Danish.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR(n=168) (2) Usual care (n=168)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline. (2) After the intervention. (3) After 6 and 12 months follow-up.</p>	<p>(1) Anxiety (2) Depression</p>	<p>(1) SCL-90-R (2) CES-D</p>	<p>(1) The analysis of changes in sleep quality showed statistically significant between-group differences in sleep problem index II between baseline and post-intervention (p=0.05) and in somnolence between baseline and the 6-month follow-up (p=0.02), indicating a greater improvement in sleep quality in the MBSR group than in the control group. (2) After the 12-month follow-up, there was no significant between-group effect of MBSR on sleep quality in intention-to-treat analyses.</p>
Lengacher et al (2012) USA	RCT	Stage0~III breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Primary stage 0~III breast cancer. (2) Completed treatment within the prior 18 months. (3) Able to read and speak English.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1)Stage IV breast cancer. (2)Mastectomy. (3)Sevre psychiatric diagnosis. (4)Breast recurrence.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 6-week MBSR(n=40) (2) Usual care group (n=42), (waitlisted control group) were offered the MBSR program after the initial 6-week study period.</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline (2) Within 2 weeks following the 6-week MBSR or control period.</p>	<p>(1) Psychological status and quality of life: perceived stress, depressive symptoms, state anxiety, trait anxiety, and aggregate mental and physical health. (2) Fear of recurrence (cancer)</p>	<p>(1) CARS (2) STAI (3) CES-D (4) LOT-R (5) PSS (6) MOS SF-36 (7) MOS social Support survey</p>	<p>Change the outcome problems mediated the effect of MBSR on 6-week change: (1) Fear of recurrence problems in perceived stress (p=0.03) and state anxiety (p=0.04). (2) Physical functioning in perceived stress (p=0.02) and trait anxiety (p=0.05).</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Lengacher et al (2012) USA	Pilot study, one group, quasi- experi- mental, pre- post test.	Patients previously diagnosed with advanced-sta ge breast, colon, lung, or prostate cancer and their caregivers.	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Women and men aged 21 years or older diagnosed with Stage III or IV breast, colon, lung, or prostate cancer.</p> <p>(2) Had completed surgery.</p> <p>(3) Were undergoing treatment with radiation and/or chemotherapy.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Cognitive deficits.</p> <p>(2) Severe psychiatric diagnosis.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>6-week MBSR</p> <p>(1) Patient (n=26) - Patient of breast cancer (n=8)</p> <p>(2) Caregivers (n=26)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Questionnaire: baseline and final intervention.</p> <p>(2) Cortisol and IL6: pre and post MBSR class sessions at week 1,3,6.</p>	<p>(1) Perceived stress</p> <p>(2) Depression</p> <p>(3) Anxiety</p> <p>(4) Physical and psychological symptoms</p> <p>(5) QOL</p> <p>(6) Cortisol and immune</p>	<p>(1) PSS</p> <p>(2) CES-D</p> <p>(3) STAI</p> <p>(4) MSAS</p> <p>(5) MOS SF-36</p>	<p>(1) Patient improvements in stress and anxiety ($p < .05$); caregivers' psychological and QOL also improved but were not statistically significant.</p> <p>(2) Both patients and caregivers had decreases in cortisol at weeks 1 and weeks 3 ($p < .05$) but not at week 6.</p> <p>(3) Similar to cortisol levels at Week 6, salivary IL-6 levels were lower overall (before/after an MBSR-C session), compared with Week 1 for patients and caregivers.</p>
Hoffman et al (2012) UK	RCT	Stage 0~III breast cancer.	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Stage 0~III breast cancer.</p> <p>(2) Aged between 18 and 80 years.</p> <p>(3) Within 2 months to 2 years after surgery, chemotherapy and radiotherapy.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Stage IV breast cancer.</p> <p>(2) Men.</p> <p>(3) Did not speak English.</p> <p>(4) Suffered from substance misuse, suicidal thoughts, or current psychosis.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR (n=114)</p> <p>(2) Wait-list controls (n=115)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline (weeks -2 to 0)</p> <p>(2) Weeks 8 to 12</p> <p>(3) Weeks 12 to 14</p>	<p>(1) Mood states</p> <p>(2) Physical, social, emotional, and functional well-being.</p> <p>(3) Endocrine-specific subscale that measures menopausal symptoms, including hot flushes, vaginal dryness, and loss of libido.</p> <p>(4) Improvement in quality of life or well-being.</p>	<p>(1) POMS</p> <p>(2) FACT-B</p> <p>(3) FACT-ES</p> <p>(4) WHO-5</p>	<p>(1) There were statistically significant improvements in outcome in the experimental group compared with control group at both 8 and 12 weeks (except as indicated) for POMS total mood disturbance (and its subscales of anxiety, depression [8 weeks only], anger [12 weeks only], vigor, fatigue, and confusion [8 weeks only]).</p> <p>FACT-B, FACT-ES, (subscales of physical, social [8 weeks only], emotional, and functional well-being), and WHO-5.</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Lerman et al (2012) USA	RCT	Female cancer survivor (include breast, ovarian, colon cancer...)	<p>*Inclusion: Who had planned or ongoing hormonal therapy ,or who were on maintenance chemotherapy ,were accepted.</p> <p>*Exclusion: (1) They had not completed their cancer treatments. (2) Have significant psychiatric symptomatology.</p>	<p>*Treatment(N) (1) 8-week MBSR(n=48) -70.8% (n=34)breast cancer (2) UC=Waitlisted control group (n=20) -70% (n=14) breast cancer</p> <p>*Measured time pre-post intervention test</p>	(1) Symptoms (2) Quality of life (3) Symptoms of stress	(1) SCL-90-R (2) EORTC QLQ-30 (3) SOSI	(1) The treatment group improved significantly on the EORTC QLQ-30 (P=0.005);on SOSI subscales(p=0.005) and SCL-90-R subscale(p<=0.023) (2)The control group did not improve on any of these measures(p>0.2)
Lengacher et al (2012) USA	RCT	Stage 0~III breast cancer.	<p>*Inclusion: (1) Stage 0~III breast cancer. (2) Treatment received(radiation treatment only or radiation treatment and chemotherapy) and completed within 18 prior to study enrollment.</p> <p>*Exclusion: (1) Stage IV breast cancer. (2) Mastectomy. (3) Server psychiatric diagnosis. (4)Breast recurrence.</p>	<p>*Treatment(N) (1) 6-week MBSR(n=41) (2) Usual care group (n=43), (waitlisted control group) were offered the MBSR program after the initial 6-week study period.</p> <p>*Measured time (1) Baseline (2) Within 2 weeks following the 6-week MBSR or control period.</p>	Presence of symptoms and symptom clusters	MDASI	(1)MBSR(BC) group showed statistically-significant reduction for fatigue(P=0.001) and disturbed sleep (P=0.009) and improved symptom interference items, compared to the control group. (2)For the between-group comparisons, 11 of 13 symptoms and 5 of 6 interference items had lower means in the MBSR(BC) condition than the control condition.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

<p>Henderson et al (2012) USA</p>	<p>RCT</p>	<p>Early-stage (stage I~II) breast cancer patients.</p>	<p>*Inclusion: (1) Newly diagnosis (within the past 2 years) stage I or II BC. (2) Between 20~65 years of age. (3) ECOG 0~2. (4) Planned to maintain residence in the study area for at least 2 years. (5) Have working home telephone and were willing to be contacted. *Exclusion: (1) A previous of cancer in the past 5 years, except non-melanoma skin cancer. (2) Current chronic substance abuse(either drug or alcohol). (3) Past or present psychiatric or neurologic disorder current psychosis.</p>	<p>*Treatment(N) (1) 8-week MBSR(n=53) (2) NEP (nutrition education program) (n=52) (3) UC(usual care)(n=58) *Measured time (1) Baseline(recruitment into the study) (2) After completion of the interventions (4 months from beginning the intervention). (3) At 12 months and 24 months from beginning the intervention.</p>	<p>(1) Primary outcome: psychological variables included cancer-specific QOL, coping mechanisms. (2.1) Secondary outcome: emotional distress include anxiety, depression , self-esteem, resilience to stress and adversity. (2.2)Subjective social support, and personality dimensions</p>	<p>(1) FACT-B (2) DWI (3) BDI (4) BAI (5) SCL-90-R (6) RSE (7) UCLA Loneliness Scale. (8) Mini-MAC (9) SOC (10) CEC</p>	<p>The MBSR intervention appears to benefit psychosocial adjustment in cancer patients. (1)ITT analyses: significant difference between MBSR and NEP at the 2-year point (P = 0.04) on active cognitive coping. (2)The difference between MBSR and NEP at the 4-month point on SCL-90-R-Depression became marginally significant (P = 0.06 as opposed to P = 0.05 in the multivariable model) (3) At 4 months, patients in the MBSR group had significantly greater overall improvement than UC and NEP controls on a number of outcome: spirituality subscale of the FACT, active cognitive coping, with trends toward more active behavioral coping and less avoiance coping. Other between-group contrasts that emerged as marginally or significantly better in the MBSR group at 4 months included: depression and unhappiness paranoid ideation and anger and hostility, meaningfulness, anxiety, and emotional control.</p>
---------------------------------------	------------	---	--	--	--	--	---

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Lengacher et al (2011) USA	RCT	Stage 0~III breast cancer.	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Primary stage 0~III breast cancer.</p> <p>(2) Completed treatment within the prior 18 months.</p> <p>(3) Able to read and speak English.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Stage IV breast cancer.</p> <p>(2) Mastectomy.</p> <p>(3) Severe psychiatric diagnosis.</p> <p>(4) Breast recurrence.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 6-week MBSR(n=40)</p> <p>(2) Usual care group (n=42), (waitlisted control group) were offered the MBSR program after the initial 6-week study period.</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline</p> <p>(2) Within 2 weeks following the 6-week MBSR or control period.</p>	(1) Immune recovery with emphasis on lymphocyte subsets, T cell activation, and production of T-helper 1 (Th1; interferon [IFN]-g) and T-helper 2 (Th2;interleukin-4 [IL-4]) cytokines.	Peripheral blood samples	<p>(1) Women who received MBSR(BC) had T cells more readily activated by the mitogen phytohemagglutinin (PHA) and an increase in the Th1/Th2 ratio.</p> <p>(2) Activation was also higher for the MBSR(BC) group if <12 weeks from the end of treatment and women in MBSR(BC) <12 weeks had higher T cell count for CD4.</p> <p>(3) MBSR(BC) promotes a more rapid recovery of functional T cells capable of being activated by a mitogen with the Th1 phenotype.</p>
Lengacher et al (2011) USA	Non-RCT, Single-group, quasi-experimental, pre-post test design	Stage0~III breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Aged 21 years or older, and 0~ III breast cancer</p> <p>(2) Had undergone lumpectomy, completed adjuvant radiation therapy and/or chemotherapy and were at end of treatment to 1 year post treatment.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Stage IV BC.</p> <p>(2) History of mastectomy.</p> <p>(3) Current severe psychiatric diagnosis.</p> <p>(4) Receiving treatment for recurrent breast cancer.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>8-week MBSR (n=17)</p> <p>*Measured time</p> <p>Pre-and post-intervention.</p>	<p>(1) Psychological (fear of recurrence, perceived stress, anxiety, depression)</p> <p>(2) Psychosocial (optimism, social support, spirituality),</p> <p>(3) Symptoms.</p> <p>(4) Quality of life.</p>	<p>(1) CARS</p> <p>(2) PSS</p> <p>(3) STAI</p> <p>(4) CES-D</p> <p>(5) LOT-R</p> <p>(6) MOS social Support survey</p> <p>(7)Epidemiological research and addresses</p> <p>(8) SF-36</p> <p>(9) MSAS</p>	Paired t tests indicated significant improvements fear of recurrence, perceived stress, anxiety, depression, and QOL through MBSR participation.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Matousek et al (2011) Canada	One group MBSR, pre- post test.	Breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) 18 years or older. (2) Had finished medical treatment for breast cancer. (3) Had no known endocrine disorders related to cortisol.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>Patients with a concurrent psychiatric disorder.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR(n=33) (2) Assess the CAR sample (n=33)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Pre-and post MBSR for questionnaires. (2) The CAR was assessed on 3 days pre-and 3 days post-MBSR as a biological marker stress</p>	<p>(1) Psychosocial measures (stress ,depressive symptomatology, medical symptoms). (2) The CAR level change.</p>	<p>(1) CES-D (2) MSCL (3) PSS (4) Salivette sampling device.</p>	<p>(1) A significant effect on the CAR was found, with cortisol levels showing a prolonged increase after awakening at the post-MBSR assessment period. (2) This was accompanied by significant improvements in self-reported stress levels, depressive symptomatology, and medical symptoms(P=0.0001). (3) The change in medical symptoms was negatively correlated with the AUC at study onset (r=-0.52, p< .002).</p>
Matchim et al. (2011) USA	Non- RCT, a quasi- exper- imental ,pre- post test control group design.	Early-stage (0~II)breast cancer survivors.	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Aged 18 years or older. (2) Stage 0~II BC with a minimum of 3 months after completing active treatment. (3) Able to speak and understand English. (4) No active psychological disorder.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Had previously practiced meditation within 1 year before participation in the study. (2) Had taken antihypertensive medication during participation in the study.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>8-week MBSR (n=19)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline (2) MBSR program completion. (3) At 1 month after the program.</p>	<p>(1) Physiological Outcomes (HR,RR,BP) (2) Psychological outcomes:(self-reported symptoms of stress, mood disturbance, and mindfulness state.) (3) Cortisol level</p>	<p>(1) POMS (2) C-SOSI: (3) FFMQ: (4) Physiologic al measures. (5) Cortisol level (Salivary cortisol)</p>	<p>(1) The intervention group demonstrated statistically significant improvement in physiological and psychological outcomes including reduced HR,RR,BP and increased mindfulness state at the level of p= 0.05 to p =0.001. (2) The effects of MBSR on reducing stress in this sample were statistically significant on the physiological outcome (morning cortisol) at the measurement after the intervention completion, but this effect was not sustained at 1-month follow-up.</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Matousek, & Dobkin (2010) Canada	One group MBSR, pre- post test.	Breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) 18 years or older. (2) Had finished medical treatment for breast cancer. (3) Had no known endocrine disorders related to cortisol.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>Concurrent psychiatric disorders.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>8-week MBSR(n=59)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Recruitment into the study. (2) After completion of the intervention</p>	<p>(1) Outcomes (stress, depression, medical symptoms)</p> <p>(2) Process variables (mindfulness, coping with illness, sense of coherence).</p>	<p>(1) PPS (2) CES-D (3) MSCL (4) CHIP (5) SOC (6) MAAS</p>	<p>Participants reported significant reductions in stress ($p < 0.0001$), depression ($p < 0.0001$), and medical symptoms ($p < 0.0001$), and significant improvements in mindfulness ($p < 0.0001$), coping with illness ($p < 0.0001$), and sense of coherence ($p < 0.0001$).</p>
Lengacher et al (2009) USA	RCT	Stage0~III breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Primary stage 0~III breast cancer. (2) Completed treatment within the prior 18 months. (3) Able to read and speak English.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Stage IV breast cancer. (2) Prophylactic mastectomy prior to the current treatment. (3) Severe psychiatric diagnosis (4) Treatment for recurrent breast cancer.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 6-week MBSR(n=41) (2) Wait-list control group ,usual care (n=43)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline (2) Within 2 weeks following the 6-week MBSR or control period.</p>	<p>(1) Psychological (fear of recurrence, perceived stress, anxiety, depression)</p> <p>(2) Psychosocial (optimism, social support, spirituality),</p> <p>(3)Symptoms.</p> <p>(4)Quality of life.</p>	<p>(1) CARS (2) PSS (3) STAI (4) CES-D (5) LOT-R (6) MOS social Support survey (7)Epidemiological research and addresses (8) SF-36 (9) MSAS</p>	<p>(1) Compared with usual care, subjects assigned to MBSR(BC) had significantly lower (two-sided $p < 0.05$) adjusted mean levels of depression (6.3 vs 9.6), anxiety (28.3 vs 33.0), and fear of recurrence (9.3 vs 11.6) at 6 weeks, along with higher energy (53.5 vs 49.2), physical functioning (50.1 vs 47.0), and physical role functioning (49.1 vs 42.8).</p> <p>(2) In stratified analyses, subjects more compliant with MBSR tended to experience greater improvements in measures of energy and physical functioning.</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Witek- Janusek et al (2009) USA	Non- RCT, pre- post test control group design.	New diagnosed with early stage breast cancer	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Early stage breast cancer and who did not receive systemic chemotherapy.</p> <p>(2) The majority of these women had small lesions (< 1 cm) and uninvolved axillary nodes.</p> <p>(3) Women with larger tumors or with positive axillary nodes were included if their treatment did not include chemotherapy</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Had an immune-based disease.</p> <p>(2) Incapable of reading and writing English.</p> <p>(3) Diagnosed with psychoses, anxiety disorders or cognitive impairments.</p> <p>(4) Substance abusers.</p> <p>(5) Taking corticosteroids, anxiolytics or antidepressant drugs.</p> <p>(6) If they were already trained in MBSR.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 8-week MBSR(n=44) - self selected to either MBSR or non-MBSR.</p> <p>(2) Non-MBSR control group (n=31)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Pre MBSR: at least 10 days after surgery and prior to adjuvant therapy, as well as before the MBSR start-up.</p> <p>(2) Mid-MBSR: 4 weeks after MBSR began.</p> <p>(3) Completion of MBSR.</p> <p>(4) At-4 weeks post MBSR.</p>	<p>(1) Immune (isolation of peripheral blood mononuclear cells, M NKCA,PBMC for cytokine production, ELISA for cytokine.)</p> <p>(2) QOL</p> <p>(3) Coping effectiveness</p> <p>(4) Cortisol</p>	<p>(1) Quality of Life Index Cancer Version III</p> <p>(2) JCS</p> <p>(3)Demographic, Health and Medical History Form</p> <p>(4) MAAS</p>	<p>(1) Over time women in the MBSR group re-established their NKCA and cytokine production levels.</p> <p>(2) In the Non-MBSR group exhibited continued reductions in NKCA and IFN gamma production with increased IL-4, IL-6, and IL-10 production.</p> <p>(3) Women enrolled in the MBSR program had reduced cortisol levels, improved QOL, and increased coping effectiveness compared to the Non-MBSR group.</p> <p>(4)MAAS showed no significant change(P>0.05)from T1-T4.</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Dobkin (2008) Canada	Mix-method ,quantitative and qualitative. (non-RCT, one group MBSR, pre-post test)	Breast cancer survivors	*Inclusion: (1) Completed treatment for breast cancer within the past year or two. (2) Half had undergone all three types of treatment (chemotherapy, radiation therapy, surgery).	*Treatment(N) 8-week MBSR(n=13) *Measured time Pre-intervention and post-intervention.	(1) Quantitative outcome: depression, medical symptom , stress and process outcome included coping, orientation to life, Mindfulness. (2) Qualitative data: explore potential mechanisms underlying changes.	(1) CES-D (2) MSCL (3) PSS (4) CHIP (5) SOC (6) MAAS (7) Interview (focus group)	(1) Finding showed MBSR group increased in the use of palliative coping and mindfulness. (2) The women experienced decreases in perceived stress and medical symptoms. (3) Depressive symptoms also decreased; yet this result did not reach statistical significance (p = 0.136). (4) Qualitative themes were reported as: acceptance, regaining and sustaining mindful control, taking responsibility for what could change, and spirit of openness and connectedness.
Kieviet-Stijnen et al (2008) Netherlands	One group , pre-post test.	Multiple cancer	*Inclusion: Multiple cancer of any type and stage.	*Treatment(N) 8-week MBSR(n=47) - Breast cancer patient:40% (n=19) *Measured time (1) Pre and post-intervention. (2) 1year follow-up.	(1) Overall quality of life (2) Physical symptoms (3) Mood states (4) Joy in life (5) Social desirability (6) Experienced meaning in life, this scale was self-developed.	(1) VAS (2) RSC (3) POMS (4) HDI (5) MC-SDS	(1) The results show that directly after the training patients reported a better quality of life, more joy in life, less tension, and fewer physical symptoms. (2) A year after the training a decrease was also found in depression, anger, vigor and total mood disturbance. No changes could be established for meaning in life and fatigue.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Garland et al (2007) Canada	Non- RCT, pre- post test control group design	Multiple cancer	*Inclusion: (1) Over the age of 18. (2) Diagnosed with cancer. (3) Able to understand English.	*Treatment(N) Patient self selected and chose which program. (1) 8-week MBSR(n=60) -BC 56.7%(n=34) (2) 6-week healing through the creative arts (HA) program(n=44) -BC 54.5% (n=24) *Measured time Pre-intervention and post-intervention.	(1) Post-traumatic growth (2) Spirituality (3) Stress (4) Mood disturbance	(1) PTGI-R (2) FACIT-Sp (3) SOSI (4) POMS	(1) Participants in both groups improved significantly over time on overall post-traumatic growth (p=0.015). (2) MBSR group improved on measures of spirituality more than those in the HA (p=0.029). (3)MBSR group showed more improvement than those in HA on measures of anxiety(p=0.038) , anger(p=0.004), overall stress symptoms (p=0.041),and mood disturbance (p=0.023).
Carlson and Sheila (2005) Canada	One group , pre- post test.	Multiple cancer	*Inclusion: (1) No restrictions placed on the type or stage of cancer or on the prognosis of participants. (2) Have a basic command of the English language in order to complete the questionnaire package at both the start and the completion of the program.	*Treatment(N) 8-week MBSR(n=63) - Breast cancer patient 59% *Measured time Pre-intervention and post-intervention.	(1)Sleep quality (2)Symptoms of stress (3)Mood states	(1)PSQI (2)SOSI (3)POMS	(1)Overall sleep disturbance was significantly reduced (p < .001) and participants reported that their sleep quality had improved (p < .001). (2)There was also a significant reduction in stress (p < .001), mood disturbance (p = .001), and fatigue (p< .001). (3)The associations among these changes and implications for improving quality of life of cancer patients are discussed.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Carlson et al (2007) Canada	Non- RCT, Single- group, quasi- Exper- imental ,pre- Post test design	Early stage breast cancer and prostate cancer outpatients	<p>*Inclusion: (1) Age 18 years or older. (2) Stage 0~II breast or early stage (localized to the prostate) prostate cancer at any time in the past. (3) Minimum of 3 months since surgery.</p> <p>*Exclusion: (1) Treatment with C/T or R/T currently or within the past three months.</p>	<p>*Treatment(N) 8-week MBSR (n=59) - Breast cancer patient 83.1% (n=49)</p> <p>*Measured time Pre and post Intervention, and at 6- and 12-month follow-up.</p>	(1)Demographic and health behaviors (2) QOL (3) Mood, stress symptoms (4) Salivary cortisol levels, immune cell counts, intracellular cytokine production. (5) Blood pressure and heart rate	(1)Demograp- hics, medical history, and health behaviors form (2) EORTC QLQ-C30 (3) POMS (4) SOSI (5) Immune and cortisol (6) BP	1 year follow up results: (1) Significant improvements in overall symptoms of stress were maintained over the follow-up period. (2) Cortisol levels decreased over the course of the follow-up. (3) Immune function improved. (4) Systolic blood pressure and heart rate decreased.
Carlson et al (2004) Canada	Non- RCT, Single- group, quasi- Exper- imental ,pre- Post test design	Early stage breast cancer and prostate cancer outpatients	<p>(2) A concurrent DSM-IV axis I mood, anxiety or psychotic disorder. (3) A concurrent autoimmune disorder. (4) Past participation in an MBSR group.</p> <p>*Carlson et al.(2007) and Carlson et al.(2004) same group.</p>	<p>*Treatment(N) 8-week MBSR (n=59) - Breast cancer patient 83.1% (n=49)</p> <p>*Measured time pre-and post-intervention</p>	(1)Demographic and health behaviors (2)QOL (3)Mood, stress symptoms (4)Salivary cortisol levels and melatonin. (5)Blood sample for DHEAS.	(1)Demograp- hics, medical history and health behaviors form (2) EORTC QLQ-C30 (3) POMS (4) SOSI (5) Hormone assays and blood sample collected.	(1) Significant improvements were seen in overall QOL, symptoms of stress, and sleep quality. (2) No significant improvements were found in mood disturbance. (3) Improvements in quality of life were associated with decrease in afternoon cortisol, but not with morning and evening. (4) Changes in stress symptoms or mood were not related to changes in hormone levels. (5) No overall changes in DHEAS or melatonin were found, but nonsignificant shifts in DHEAS patterns were consistent with healthier profiles for both men and women.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Carlson et al (2003) Canada	Non- RCT, Single- group, quasi- Exper- imental ,pre- Post test design	Early stage breast cancer and prostate cancer outpatients	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Age 18 years or older. (2) Stage 0~II breast or early stage (localized to the prostate) prostate cancer at any time in the past. (3) Minimum of 3 months since surgery.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Treatment with C/T or R/T currently or within the past three months. (2) A concurrent DSM-IV axis I mood, anxiety or psychotic disorder. (3) A concurrent autoimmune disorder. (4) Past participation in an MBSR group.</p> <p>*Carlson et al.(2007) , Carlson et al.(2004) and Carlson et al.(2003) same group.</p>	<p>*Treatment(N) 8-week MBSR (n=59) - Breast cancer patient 83.1% (n=49)</p> <p>*Measured time pre-and post-intervention</p>	<p>(1) Demographic and health behaviors (2) QOL (3) Mood, stress symptoms (4) Immune parameters (counts of NK, NKT, B, T total, T helper, and T cytotoxic cells, as well as NK and T cell production of TNF, IFN-,IL-4,and IL-10)</p>	<p>(1)Demograp- hics, medical history and health behaviors form (2) EORTC QLQ-C30 (3) POMS (4) SOSI (5) Immune assays.</p>	<p>(1) Significant improvements were seen in overall quality of life, symptoms of stress, and sleep quality. (2)No significant changes in the overall number of lymphocytes or cell subsets, T cell production of IL-4 increased and IFN-decreased, whereas NK cell production of IL-10 decreased.</p>
Tacón et al (2004) USA	Non- RCT, one group MBSR, pre- post test	Breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Diagnosis of breast cancer. (2) No display of symptoms contradicting participation (3) Physically able to attend or be transported to program sessions. (4) Physician approval.</p>	<p>*Treatment(N) 8-week MBSR (n=27)</p> <p>*Measured time Baseline and MBSR program completion.</p>	Stress, anxiety, mental adjustment to cancer and health locus of control	<p>(1)Self-rated stress (2)STAI (3)MAC (4)MHCL</p>	<p>(1) Findings indicated significant decreases in pre-to-post stress(P<0.001) and state anxiety levels(P<0.001). (2)Results showed significant and beneficial changes for mental adjustment to cancer and health locus of control scores(P<0.5).</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Shapiro et al (2003) USA	RCT	Stage II breast cancer survivors	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Female. (2) Age 18–80. (3) Speak English (4) No current diagnosis of mental illness. (5) Have a history of Stage II breast cancer. (6) Currently in remission. (7) Within 2-year post-treatment.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>(1) 6 week MBSR(n=31) (2) FC group(n=32), was presented as an opportunity for participants to “freely choose,” which stress management techniques to engage in each week.</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline (2) 1-week,3and 9-month post-intervention.</p>	<p>(1)Psychological measures:mood state,depression,worry,anxiety,functional assessment of cancer treatment of breast,control and sense of coherence. (2)Examined the effects on sleep complaints.</p>	<p>(1)POMS (2)BDI (3)PENN (4)STAI (5)FACT-B (6)SCI (7)SOC (8)Sleep diary</p>	<p>(1) Significant improvement on daily diary sleep quality was found in both MBSR and free choice; neither improved on sleep efficiency. (2) Greater mindfulness practice was associated with higher sleep quality.</p>
Brown and Ryan (2003) Canada	Non- RCT, Single- group, quasi- exper- imental ,pre- post test design	Early stage breast cancer and prostate cancer outpatients	<p>*Inclusion:</p> <p>(1) Age 18 years or older. (2) Stage 0~II breast or early. stage prostate cancer at any time in the past. (3) Minimum of 3 months since surgery.</p> <p>*Exclusion:</p> <p>(1) Treatment with C/T or R/T currently or within the past three months. (2) A concurrent DSM-IV axis I mood, anxiety or psychotic disorder and a concurrent autoimmune disorder. (3) Past participation in an MBSR group.</p>	<p>*Treatment(N)</p> <p>8-week MBSR (n=41) - Breast cancer patient(n=32)</p> <p>*Measured time</p> <p>(1) Baseline were completed 1 week prior to the start of the intervention. (2) Within 2 weeks following the 8-week intervention.</p>	<p>(1) Physical functioning and symptoms. (2) Mood disturbance (3) Symptoms of stress (4) Mindfulness (development of the MAAS)</p>	<p>(1) EORTC QLQ-C30 (2) POMS (3) SOSI (4) MAAS</p>	<p>(1) Significantly decrease on stress, SOSI score showed a significant drop over the intervention period t(40) =3.27, P<0.01. (2) Neither MAAS nor POMS scores showed a significant change. (3) The increase of MAAS was associated with the decrease of the POMS and SOSI(P<0.01).</p>

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Carlson et al (2001) Canada	RCT	Multiple cancer	*Inclusion: Any patient having received a confirmed diagnosis of cancer at any time was eligible to participate.	*Treatment(N) (1) 7-week MBSR(n=53) -Breast cancer patient (n=25) (2) Wait-list group(n=37) -Breast cancer patient (n=14) *Measured time Before and after the intervention and 6 months later. *Same group from Speca et al.,(2000)	(1)Mood states (2)Symptoms of stress	(1)POMS (2)SOSI	(1) Patients' scores decreased significantly from before to after the intervention on the POMS and SOSI total scores and most subscales, indicating less mood disturbance and fewer symptoms of stress, and these improvements were maintained at the 6-month follow-up. (2) More advanced stages of cancer were associated with less initial mood disturbance, while more home practice and higher initial POMS scores predicted improvements on the POMS between the pre and post-intervention scores.

附錄一 應於正念減壓課程於乳癌病人之相關研究一覽表(續)

Study/ State	Design	Participant	Inclusion / Exclusion criteria	Treatment(N) / Measured time	Main outcome measured	Measures	Results
Speca et al (2000) Canada	RCT, wait- list contrill -ed clinical trial	Multiple cancer	*Inclusion: Who had a diagnosis of cancer at any time.	*Treatment(N) (1) 7-week MBSR(n=53) -Breast cancer patient (n=25) (2) Wait-list group(n=37) -Breast cancer patient (n=14) *Measured time pre and post- intervention.	(1)Mood (2)Symptoms of stress	(1)POMS (2)SOSI	(1) After the intervention, patients in the treatment group had significantly lower scores on total mood disturbance ($P<0.001$) and subscales of depression, anxiety, anger, and confusion and more vigor than control subjects. (2) The treatment group also had fewer overall symptoms of Stress; fewer cardiopulmonary and gastrointestinal symptoms; less emotional irritability, depression, and cognitive disorganization; and fewer habitual patterns of stress. (3) The treatment group overall reduction in total mood disturbance was 65%, with a 31% reduction in Symptoms of Stress.

附錄二 同意授權使用一般疲憊量表之 e-mail 紀錄



寄件人：chl@mail.oit.edu.tw

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 9 月 4 日下午 11:25

主旨：RE: 想請求您的許可使用 GFS 量表於台大護理系所之學術研究

盈苙:

我無使用害怕復發問卷，我將疲憊量表寄給你，有何問題可再問我。

繡玲

附錄三 同意使用中文版匹茲堡睡眠品質量表 C-PSQI 之授權書



臺北醫學大學
TAIPEI MEDICAL UNIVERSITY

August 30, 2013

Dear Ying-Yi Liu,

Thank you for your recent inquiry regarding the Chinese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (CPSQI). I would be happy to give you permission to use the CPSQI in your research, entitled "The Efficacy of Mindfulness-based Stress Reduction on Physical, Psychological and Health related Quality of Life in Breast Cancer Patients". I strongly advise you to contact the original author of the PSQI, Dr. Daniel J. Buysse at the University of Pittsburgh Medical Center, to inform him your intent to use the CPSQI in your research.

Good luck in your research endeavors.

Sincerely,

Pei-Shan Tsai

Pei-Shan Tsai, RN, Ph.D
Professor
College of Nursing
Taipei Medical University
250 Wu-Hsing St.
Taipei, Taiwan 110

No.172

附錄四 同意授權使用中文版情境特焦慮量表 C-STAI 之 e-mail 紀錄



寄件人：scchung@163.com

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 9 月 3 日下午 06:25

主旨：RE: 想請求您的許可使用 C-STAI 量表於台大護理系所之學術研究

盈苙：

同意。請聯絡樑○○老師：0952XXXXXX。

附錄五 同意使用一般疲憊量表之中文版 CES-D 之授權書



研究工具使用同意書

本人 鄭泰安 同意，「臺灣大學醫學院護理學系所」劉盈
苙，使用本人所發展之「CES-D 量表」之中文版量表於其「應
用正念減壓療法於改善乳癌病人生、心及健康相關生活品質之
成效」中。

中華民國 102 年 9 月 2 日

附錄六 同意授權使用 WHO-5 well-being 量表之 e-mail 紀錄



寄件人：Susan Søndergaard [Susan.Soendergaard@regionh.dk]

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 9 月 10 日下午 08:45

主旨：**VS: We'd like to request your permission to use your concerns about WHO-5 well-being questionnaire for our study in Taiwan.**

附件：WHO-5_Chinese_PR_juni_2009.pdf (497 KB) ; WHO-5-Taiwanese.pdf (191 KB)

Dear Ying-yi Liu,

I'm back again. It turns out that we actually do have a Taiwanese version of the WHO-5!

The translation is described in this article: Lin C-H et al: Psychometric properties of the Taiwanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 331–332. Please find the Taiwanese WHO-5 attached as well.

Best regards

Susan Søndergaard

Fra: Susan Søndergaard

Sendt: 10. september 2013 14:09

Til: 'r00426016@ntu.edu.tw'

Cc: 'PSO@euro.who.int'; Per Bech

Emne: VS: We'd like to request your permission to use your concerns about WHO-5 well-being questionnaire for our study in Taiwan.

Dear Ying-yi Liu,

As you may see from the below, your mail requesting permission to translate the WHO-5 Well-Being Index into Chinese has been forwarded to Professor Per Bech's Research Unit, as he is the copyright holder.

I am pleased to be able to provide you with a (People's Republic) Chinese version of the WHO-5. Here is the article in which the translation into Chinese is described: *Volinn E et al. West China Hospital set of measures in Chinese to evaluate back pain treatment. Pain Medicine 2010;11:637-647*. We hope the attached Chinese version is appropriate for use in Taiwan. If there are any problems in this connection please let us know so that we can start on a discussion of a new translation process.

With my best regards
Søndergaard

Susan

附錄七 同意授權使用 Chinese FACT-B 量表之 e-mail 紀錄



寄件人：Jason Bredle [jbredle@facit.org]

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 8 月 25 日上午 05:44

主旨：**Traditional Chinese FACT-B**

附件：FACT-B_TCHI_Final_Ver4_NI_~1.doc (127 KB)；

FACT-B_TCHI_Final_Ver4_NI_~2.pdf (190 KB)；License for TCHI FACT-B.docx (181 KB)；doc01_Administration Guide~1.doc (43 KB)；doc06_ScoringFACT-B v4-REV~1.doc (32 KB)

Hi Ying-yi,

I've attached the Traditional Chinese FACT-B questionnaire along with the scoring materials and a letter of permission. Please let me know if I can do anything else for you.

Kind regards,

Jason

Jason Bredle

FACIT.org

+1.773.807.9094



附錄八 同意授權使用 MAAS 量表之 e-mail 紀錄

寄件人：Kirk Warren Brown [kwbrown@vcu.edu]

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 8 月 25 日上午 05:44

主旨：**RE: We'd like to request your permission to use your Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) for our study in Taiwan.**

Hi Ying-Yi,

Yes you are welcome to use the MAAS for your study. You can find the scale, along with background normative and other information, on the 'Resources' page of my Lab website, the link for which is below. The 'Publications by topic' page has papers related to the validation of the MAAS. See especially Brown and Ryan (2003).

In case its helpful to you, there is a Chinese version of the scale based on a translation done in mainland China. The authors are Deng et al (2012) and a pdf of the paper is also on my website.

All the best with your research,

Kirk

寄件人：Lin Yicheng [yicheng0824@gmail.com]

收件人：r00426016@ntu.edu.tw

日期：2013 年 8 月 25 日下午 09:13

主旨：**Re: 想請求您的許可使用 CMAAS 量表於台大護理系所之學術研究**

盈苙：

歡迎妳使用中文 MAAS 量表

其實，使用於學術研究並不需要經過我們的同意
敬請多多利用！

祝一切順利！

以正

附錄九 本研究之研究受試者說明暨同意書



研究受試者說明書

您被邀請參與此臨床研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問，請您經過慎重考慮後方予簽名。您須簽署同意書後才能參與本研究。

中文計畫名稱:應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及生活品質之成效

英文計畫名稱:The Efficacy of Mindfulness-based Stress Reduction Program on Physical, Psychological and Quality of Life in Breast Cancer Patients

執行單位:台灣大學醫學院護理學系所

委託單位/藥廠:無

經費來源:無

主要主持人:胡文郁
轉 88428

職稱:教授

電話:(02)2123456

協同主持人:劉盈苙

職稱:碩士生

電話:0921156646

※二十四小時緊急聯絡人:劉盈苙

電話:0921156646

受試者姓名:

性別: **出生日期:**

病歷號碼:

通訊地址:

聯絡電話:

法定代理人、輔助人或有同意權人之姓名:

與受試者關係:

性別: **出生日期:**

身分證字號:

通訊地址:

聯絡電話:

一、藥品、醫療技術、醫療器材全球上市現況簡介:

本研究不涉及藥品、醫療技術及醫療器材，本研究為非侵入性之介入措施的應用，探討正念減壓課程此輔助療法應用的成效。

正念減壓課程(MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction program)是 1979 年美國卡巴金博士(Jon Kabat-Zinn)於美國麻州大學附屬醫院設立減壓門診，以患者為實務對象，結合西方身心醫療理念與東方禪修傳統之輔助療法，主要修習身體掃

描(Body scan)、坐禪(Sitting Meditation)及正念瑜珈(Hatha Yoga)三種正念禪修方法，教導協助患者運用自我內在身心力量，以正念內觀禪修處理壓力、焦慮、疼痛與疾病，並學會與疾病共處之道，促進自我的身心健康，並培育「正念」；卡巴金博士於 1995 年將減壓門診擴大為正念醫療健康中心，持續推廣此療法，逐漸成為心理治療、醫學研究、學校企業機構等團體作為減少壓力相關研究焦點。

至 2010 年，已有超過三百篇以「正念減壓療程」或「正念修行」為主題的研究發表，普遍能增進身體健康，輔助身、心疾病療效；陸續幾年來的研究除了針對慢性疼痛患者探討之外，對於心理、情緒障礙、壓力等問題有顯著的幫助；研究指出，目前參與 MBSR 療程運用在下列疾病患者身上，而各自患者有不同的生理或心理疾病，包含牛皮癬、纖維肌痛症、器官移植、高血壓、背痛、癌症、心臟病、氣喘、長期性疼痛、皮膚病、壓力性腸胃疾病、睡眠失調、焦慮、憂鬱、恐慌、失眠、熱潮紅、偏頭痛等等...不同的疾病。

正念減壓課程於臨床實務上的健康效益，眾多量性研究顯示有顯著的改善效果，結果指標如下：(1)降低疼痛感；(2)減輕非疼痛狀態下的情緒困擾，如焦慮、憂鬱、壓力或混亂；(3)降低全身性的焦慮及恐慌失調；(4)促進正向心理症狀、增進同理心及擴充精神的熱誠；(5)改善睡眠及提升生活品質；(6)對生理指標有助益，改善生命徵象，如改善呼吸、降低脈搏及血壓，降低壓力賀爾蒙及增進免疫功能。正念減壓課程於臨床上的應用，目前國外研究顯示具有正向的回饋，能讓健康人或不同疾病的參與者自身使用自然的能力改善其生、心、靈上的困擾；國外研究結果顯示對病人的身心症狀是有改善成效的。

2010 年開始引進我國訓練培養，首先以高壓力環境下的第一線照護患者的醫護人員進行介入措施進行評估，有許多醫院、機構及學校舉辦工作坊評估成效，希望能藉由此輔助治療法來協助國人十大死因棘手的疾病，讓病人運用自我內在的身心力量，培養正念觀念，面對並處理疾病帶來的困擾、壓力及生活上的變化，察覺自身感受並與疾病和平共處，達到身心合一的正念感受，進而達到推廣的作用。

二、研究目的：

(一)瞭解乳癌病人，其生理(疲憊、睡眠品質)、心理(焦慮、憂鬱、害怕病復發)、生活品質(幸福感及生活品質)及正念的情形。

(二)評價「正念減壓課程」對乳癌病人生理(疲憊、睡眠品質)、心理(焦慮、憂鬱、害怕病復發)、生活品質(幸福感及生活品質)及正念之成效。



三、研究之主要納入與排除條件：

(一)納入條件(符合下列條件者，適合參加本試驗)：

- 1.診斷為乳癌之患者；
- 2.受試者為 20 歲以上，意識清楚，且可以國台語溝通者；
- 3.若正接受化學藥物治療者，需評估受試者體力是否可負擔，或主治醫師同意參與；
- 4.美國東岸癌症臨床研究合作組織評量標準之病人體能狀況(Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status, ECOG)需 ≤ 1 。
5. 同意參與本研究之受試者，經由告知後並簽署知情後同意書者。

(二)排除條件(若有下列情況者，不能參加本試驗)：

- 1.有明顯之精神疾病診斷病史且目前服藥治療者；
- 2.主治醫師判定不適宜參與本研究者。

四、研究方法、程序及相關檢驗：

(一)研究方法：

本研究為了驗證應用正念減壓課程於改善乳癌病人之生理(含疲憊程度及睡眠狀況)、心理(焦慮、憂鬱及害怕疾病復發程度)、生活品質(幸福感及健康相關生活品質)及正念情形的成效；本研究預計收案至少 17 位，研究為單組實驗性設計，我們將安排您參加八週的正念減壓課程及問卷填寫。

(二)研究之介入措施介紹：

正念減壓課程為期八周，每週一次，一次約兩小時至兩個半小時，於課程間額外安排一天進行一日練習，約四至六小時，教育課程大綱如下表：

週數	主軸	觀念	課程內容及方法
說明會	◆說明計畫及課程內容介紹、講師介紹		
第一週	◆正念減壓課程簡介 ◆乳癌正念團體暖身介紹	◆正念相關名詞解釋 ◆培育正念的七種態度	◆葡萄乾體驗 ◆身體掃描
第二週	◆壓力概述：一個人感知的角色	◆探索壓力經驗：壓力與壓力源 ◆專注力培養要訣	◆立式瑜珈 ◆坐式呼吸練習

第三週	◆內心傾向與情緒調適	◆愉悅事件與身心連結	◆打坐姿勢教學 ◆臥式瑜珈
第四週	◆乳癌病友之疲憊、壓力、焦慮、憂鬱及睡眠	◆不愉悅事件與身心連結 ◆與自我的關係 ◆與困難感受為友	◆靜坐 ◆內心對困難感受觀察
第五週	◆乳癌病友之壓力察覺	◆身體感受、情緒、認知及行為，以及此四者間之關係	◆正念禪坐
第六週	◆身心應對壓力圖解	◆應對(reaction)及反應(response)	◆正念行走(行禪) ◆新的健康習慣(生活禪)
第七週	◆如何正確回應外境與挑戰良好人際關係	◆(執行)Doing 及(存在)Being	◆正念傾聽 ◆正念人際關係 ◆座位交換練習
第八週	◆邁向喜悅新生活	◆後續練習計畫及自我照顧 ◆探索專業應用的可能性 ◆回顧、心得分享、總結與未來展望	
全日練習	◆一日練習	◆探索艱辛禪 ◆止語密集修習	
備註：以上大綱僅供參考，實際授課時會依現場情況彈性調整			

(三)研究程序：

經由您同意並簽立知情同意書後，於課程前會通知您上課的時間及注意事項，並且會於課程前、課程期間及課程後進行共五至六次的問卷填寫，問卷填答時程、時間及內容如下：

1.徵求同意後填寫受試者知情同意書、基本資料及屬性問卷，時間約為 10 分鐘。

2.研究前測(第一週課程前一週至第二週上課前測量)：一般疲憊量表、匹茲堡睡眠品質量表、情境-特質焦慮量表、流行病學研究中心憂鬱量表、害怕復發量表、WHO-5 幸福指標、乳癌患者生活品質測定量表及止觀覺察注意量表，時間約為 35 分鐘。

3.研究期間重複測量(第三週及第七週課程前)：一般疲憊量表、情境焦慮量表、流行病學研究中心憂鬱量表、WHO-5 幸福指標，時間約為 10 分鐘。

4.研究期間重複測量(第五週課程前)：一般疲憊量表、匹茲堡睡眠品質量表、情境焦慮量表、流行病學研究中心憂鬱量表、WHO-5 幸福指標及止觀覺察注意量表，時間約為 20 分鐘。

5.研究後測(課程結束後一週內測量)：一般疲憊量表、匹茲堡睡眠品質量表、情境-特質焦慮量表、流行病學研究中心憂鬱量表、害怕復發量表、WHO-5 幸福指標、乳癌患者生活品質測定量表及止觀覺察注意量表，時間約為 35 分鐘。

五、剩餘檢體處理情形：

本研究無採集剩餘檢體，無剩餘檢體處理之疑慮。

六、可能產生之副作用、發生率及處理方法：

(一)正念減壓課程為小型團體之課程教學，課程內容會以小組分享及討論進行，如您在參與的過程當中，如感覺與他人分享感受及經驗會感到不自在，我們不勉強您分享，您僅可傾聽他人的感受。

(二)正念減壓課程的活動中包含瑜珈的課程，如您因手術後的手臂無法自在伸展，請您依照您身體的可伸展限度進行活動；並且依照您的體力可負荷範圍，進行課程活動。

(三)如您正執行化學治療或放射線治療，請依照您的體力可負荷範圍，進行課程活動，活動進行中，有任何的不舒適，不須勉強，請立即休息並告知研究人員會協助處理，必要時與研究者及醫師討論是否繼續參與課程。

七、其他替代療法及說明：

如果您因個人因素無法參與本研究，針對正念減壓課程，目前有不同的單位部門開立與此課程相同或類似的工作坊及教育課程；針對改善您緩解期及存活期的疲憊、睡眠狀況、焦慮、憂鬱、害怕疾病復發、幸福感、生活品質及正念情形，其替代療法會依照您個別的需求性及興趣有所不同，與正念減壓相關的課程及資訊包含正念課程、正念書籍、禪修或瑜珈的練習。

八、研究預期效益：

本研究預期效益為能瞭解乳癌病人其生理(含疲憊及睡眠狀況)、心理(焦慮、憂鬱及害怕疾病復發)、生活品質及正念的情形；透過實驗性介入處置進行研究，應用八週正念減壓課程改善乳癌病人之疲憊、睡眠狀況、焦慮、憂鬱、害怕疾病復發程度，並且提升幸福感、生活品質及正念程度，進而使乳癌病人之整體生活品質提升。藉此研究評估應用措施的實用性，來建立本土護理實證資料，進而推

廣於臨床照護上的應用，為病人開啟新的輔助療法，未來能設計依照疾病或症狀的特異性，發展出簡易的照護指引，而將照護指引教導給病人。

九、研究進行中受試者之禁忌、限制與應配合之事項：

研究中無特別禁忌及限制；但期望您參與於八週之正念減壓課程能盡量勿缺席，並且至少能參與五次以上的課程，並配合填寫研究相關問卷。

十、機密性：

臺大醫院將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表研究結果，您的身分仍將保密。您亦瞭解若簽署同意書即同意您的原始醫療紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保臨床研究過程與數據符合相關法律及法規要求。上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。

十一、損害補償與保險：

- (一)如依本研究所訂臨床研究計畫，因而發生不良反應或損害，本醫院願意提供專業醫療照顧及醫療諮詢。您不必負擔治療不良反應或傷害之必要醫療費用。
- (二)您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上的任何權利。

十二、受試者權利：

- (一)研究過程中，與您的健康或是疾病有關，可能影響您繼續接受臨床研究意願的任何重大發現，都將即時提供給您。
 - (二)本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含研究之利益及風險評估、受試者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為患者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：(02)2312-3456 轉 63155。
 - (三)為進行研究工作，在研究事項上您必須接受計畫主持人或協同主持人：劉盈苙女士的照顧。如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在臺大醫院醫學院護理學系的研究主持人 胡文郁女士聯絡(24小時聯繫電話：(02)2123456 轉 88428)。
- 本同意書一式 2 份，研究人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。計畫主持人或協同主持人：劉盈苙 已回答您有關研究的問

題。
(四)本研究預期可能衍生之商業利益：本研究預期不會衍生專利權或其他商業利益。



十三、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師與研究人員對您的醫療照顧；若您退出研究後，您的資料將被銷毀，不會使用您的資料，請您放心；計畫主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

主要主持人、協同主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人/協同主持人簽名：

日期：西元 年 月 日

研究受試者同意書

受試者：_____，已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受為臨床研究計畫的自願受試者。

受試者簽名：

日期：西元 年 月 日

法定代理人簽名：

日期：西元 年 月 日

* 受試者為無行為能力(未滿七歲之未成年人者或受監護宣告之人)，由法定代理人為之；受監護宣告之人，由監護人擔任其法定代理人。

* 受試者為限制行為能力者(滿七歲以上之未成年人)，應得其本人及法定代理人之同意。

輔助人或有同意權人簽名：

與受試者之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

日期：西元 年 月 日

* 受試者因精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足，而受法院之輔助宣告者，應得輔助人之同意。

* 受試者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之。前項有同意權人為配偶及同居之親屬。



見證人 1：
名)

(簽名) 見證人 2：

(簽

見證人 1 身分證字號：

見證人 2 身分證字號：

聯絡電話：

聯絡電話：

通訊地址：

通訊地址：

日期：西元 年 月 日 日期：西元 年 月 日

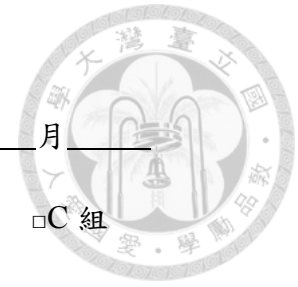
*受試者、法定代理人、輔助人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關受試者同意之討論。並確定受試者、法定代理人、輔助人或有同意權之人之同意完全出於其自由意願後，應於受試者同意書簽名並載明日期。研究相關人員不得為見證人。

*若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。

附錄十 研究工具

編號：_____ 實施週數：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日

組別：E組 C組



基本資料及屬性問卷

此部份是想瞭解您個人資料，請您於勾選合適的答案，這些資料僅供本學術研究使用，絕不對公開，請您安心作答！請您回答下列問題，如有其他請說明部份請註明，若不清楚，請詢問研究人員，感謝您！

第一部份：個人基本資料

1. 出生日期：民國_____年_____月
2. 性別：女性 男性
3. 教育程度：1.不識字 2.國小/小學 3.國/初中 4.高中/高職
5.專科 6.大學 7.碩士以上
4. 宗教信仰：1.無 2.佛教 3.道教 4.回教
5.基督教 6.天主教 7.一貫道 8.民間信仰
9.其他,_____
5. 婚姻狀態：1.未婚 2.已婚 3.離婚 4.同居
5.分居 6.其他,_____
6. 職業類別：1.退休/無 2.軍公教 3.工/商 4.自由/家管
5.服務業 6.學生 7.其他,_____
7. 自覺全家庭收入經濟狀況：1.低收入戶 2.貧窮 3.勉持
4.小康 5.富裕

第二部份：疾病狀態(以下可由研究者協助填答)

8. 癌症診斷：_____
9. 診斷日期：西元_____年_____月



10. 癌症分期(AJCC 7th) : 0 1 2 3 (A B C)

11. ECOG performance status : 0 1

12. 癌症治療 : 1. 癌症外科手術 (期間 : _____)
2. 化學治療 (期間 : _____)
3. 放射線治療 (期間 : _____)
4. 其他 : _____

13. 疾病相關治療藥物 : _____

第三部份：健康行為狀況(以下可由研究者協助填答)

14. 咖啡攝取量 : 1. 無 2. 一杯/天 3. 二杯以上/天

15. 茶類攝取量 : 1. 無 2. 一杯/天 3. 二杯以上/天

16. 飲酒量 : 1. 無 2. 一杯/天 3. 二杯以上/天

17. 吸菸史 : 1. 無 2. 有, 請說明 _____

18. 固定運動型態及頻率 : 1. 無 2. 有, 請說明 _____

19. 睡眠情形, 有無使用安眠藥 : 1. 無 2. 有, 請說明 _____

20. 禪修或正念活動參與狀況 : 1. 無 2. 禪修活動, 請說明 _____

3. 正念相關課程, 請說明 _____

一般疲憊量表



說明：下列題目是相關於您的疲勞程度。請仔細閱讀每個題目的敘述，1分為無疲勞，10分為非常疲勞，將你感到情況程度用數字代表，並將它圈起來。

1.	<u>今天</u> 我的疲勞程度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.	在 <u>大多數日子</u> 裡我的疲勞程度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	在 <u>過去 48 個小時</u> ，我所感覺到疲勞的最高程度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	在 <u>過去一週</u> ，我所感覺到疲勞的最高程度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	一般來說，我的疲勞強度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	一般來說疲勞對我的困擾程度是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.	一般來說，疲勞對我的每日活動的影響量是
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

匹茲堡睡眠品質表



說明：下列問題是要調查您過去這一個月來的睡眠習慣，請您以平均狀況回答以下每一個問題。

1. 過去一個月來，您晚上通常幾點上床睡覺？_____點_____分
2. 過去一個月來，您在上床後，通常躺多久才能入睡？_____分
3. 過去一個月來，您早上通常幾點起床？_____點_____分
4. 過去一個月來，您每天晚上真正睡著的時間約多少（這可能和您躺在床上所花的時間不同）？_____小時_____分

下列問題請選擇最適合您的答案，在適合的選項內打勾，並回答所有問題。

	從未發生	每週少於 1 次	每週 1-2 次	每週 3 次 或以上
5.過去一個月來，您的睡眠有多少次受到下列干擾				
a.無法在 30 分鐘入睡				
b.半夜或清晨醒來				
c.需要起床上廁所				
d.呼吸不順暢				
e.咳嗽或大聲打鼾				
f.感覺很冷				
g.感覺很熱				
h.作惡夢				
i.疼痛				

	從未發生	每週少於 1次	每週 1-2次	每週3次 或以上
j.其他情況請說明：_____。 _____。				
6.過去一個月來，您有多少次 需要藉由藥物(醫師處方或成 藥)來幫助睡眠?				
7.過去一個月來，當您在開車、 用餐、從事日常社交活動時， 有多少次覺得難以保持清醒 狀態?				
	完全沒有 困擾	只有很少 困擾	有些困擾	有很大困 擾
8.過去一個月來，要打起精神來 完成您應該做的事情對您有 多少困擾?				
	非常好	好	不好	非常不好
9.過去一個月來，您對您自己的 睡眠品質整體評價如何?				

情境特質焦慮量表－情境焦慮(STAI-S)



說明：以下是一般人用來描述自我感受的句子，請仔細閱讀各題句子，然後根據您現在的感受(此時此刻的感受)，圈選符合您此時此刻感受的答案，沒有對與錯，不必在每一題上花太多時間。

		一點也不符合	有一點符合	頗為符合	非常符合
1.	我現在覺得平靜	1	2	3	4
2.	我現在覺得安全	1	2	3	4
3.	我現在是緊張的	1	2	3	4
4.	我現在覺得後悔	1	2	3	4
5.	我現在覺得輕鬆自在	1	2	3	4
6.	我現在覺得不如意	1	2	3	4
7.	我現在就會為可能發生的不幸而擔憂	1	2	3	4
8.	我現在覺得安逸悠閒	1	2	3	4
9.	我現在覺得焦慮	1	2	3	4
10.	我現在覺得舒適	1	2	3	4
11.	我現在覺得有自信	1	2	3	4
12.	我現在覺得焦急	1	2	3	4
13.	我現在覺得神經質	1	2	3	4
14.	我現在覺得戰戰兢兢的	1	2	3	4
15.	我現在覺得舒暢	1	2	3	4
16.	我現在覺得滿足	1	2	3	4
17.	我現在覺得擔憂	1	2	3	4
18.	我現在覺得激動且急躁不安	1	2	3	4
19.	我現在覺得高興	1	2	3	4
20.	我現在覺得愉快	1	2	3	4

情境特質焦慮量表－特質焦慮(STAI-T)



說明：請仔細閱讀各題句子，後根據您平時、大部份時間的感受，圈選符合您感受的答案，沒有對與錯，不必在每一題上花太多時間。

		幾乎 沒有	有時	常常	幾乎 都是
1.	我覺得愉快	1	2	3	4
2.	我容易疲倦	1	2	3	4
3.	我有想哭的感覺	1	2	3	4
4.	我希望我能像別人一樣快樂	1	2	3	4
5.	我不能很快下決心，以致錯失良機	1	2	3	4
6.	我覺得安靜休閒	1	2	3	4
7.	我是冷靜、沉著且鎮定的	1	2	3	4
8.	我覺得困難重重，以致難於克服	1	2	3	4
9.	我太擔憂一些無關緊要的事	1	2	3	4
10.	我很快樂	1	2	3	4
11.	我容易把事情看得很難	1	2	3	4
12.	我缺乏自信	1	2	3	4
13.	我感到安全	1	2	3	4
14.	我嘗試著避免面對危險與困難	1	2	3	4
15.	我覺得憂鬱	1	2	3	4
16.	我很滿足	1	2	3	4
17.	一些無關緊要的念頭困擾著我	1	2	3	4
18.	我對失望很介意，以致難以釋懷	1	2	3	4
19.	我是個穩定的人	1	2	3	4
20.	一想到最近與自己有利害關係的事時，我就會緊張或煩亂	1	2	3	4

流行病學研究中心憂鬱量表(CES-D)



說明：請選擇一項最能代表您在過去一星期內的生活感覺或行為表現的答案，圈選最能代表您感覺或行為的分數。

		沒有或極少(每週一天以下)	偶而發生(每週1-2天)	時常(每週3-4天)	經常(每週5-7天)
1.	原來不介意的事，最近竟然會困擾我	0	1	2	3
2.	我的胃口不好，不想吃東西	0	1	2	3
3.	即使有親友的幫忙，我還是無法拋開煩惱	0	1	2	3
4.	我覺得我跟別人一樣好	0	1	2	3
5.	我做事無法集中精神	0	1	2	3
6.	我覺得悶悶不樂	0	1	2	3
7.	我做任何事都覺得費力	0	1	2	3
8.	我對未來充滿希望	0	1	2	3
9.	我認為我的人生是失敗的	0	1	2	3
10.	我覺得恐懼	0	1	2	3
11.	我睡的不安寧	0	1	2	3
12.	我是快樂的	0	1	2	3
13.	我比平日不愛說話	0	1	2	3

		沒有或極 少(每週一 天以下)	偶而發生 (每週1-2天)	時常 (每週3-4天)	經常 (每週5-7天)
14.	我覺得寂寞	0	1	2	3
15.	人們是不友善的	0	1	2	3
16.	我享受了生活的樂趣	0	1	2	3
17.	我需要痛哭	0	1	2	3
18.	我覺得悲傷	0	1	2	3
19.	我覺得別人不喜歡我	0	1	2	3
20.	我缺乏幹勁	0	1	2	3

害怕復發量表(FORS)



說明：以下是評估您可能會擔心乳癌疾病復發的頻率及程度，復發的意思可能是乳癌疾病的惡化，或身體其他部位有新的發現；請依照您的感受，**圈選**符合您的程度及狀況。

1.	我常常 思考 乳癌疾病復發對我的 可能性 頻率為									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	從未想過					總是在想				
2.	我 害怕 乳癌疾病可能會復發而 導致情緒不安 的程度是									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	沒有情緒不安					總是情緒不安				
3.	我 害怕 乳癌疾病 可能會復發 的程度是									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	沒有害怕					總是害怕				

WHO-5 幸福指標(1998 年版)



說明：請針對以下五個句子，**圈選**出在過去兩週中最接近您的感受。請注意數字越高代表愈幸福。例如：如果在過去兩週內，有一半以上的時間，您感到愉悅且很有精神，請在數字 3 的格子中打圈。

	在過去的兩週內	全部的 時間	大部分 的時間	一半以 上的時 間	少於一 半的時 間	有時候	從來沒 有
1.	我感到情緒開朗且精神不錯	5	4	3	2	1	0
2.	我感到心情平靜和放鬆	5	4	3	2	1	0
3.	我感到有活力且精力充沛	5	4	3	2	1	0
4.	我醒來感到神清氣爽並有充份休息	5	4	3	2	1	0
5.	我的日常生活中充滿讓我感興趣的事物	5	4	3	2	1	0

乳癌患者生活品質測定量表 FACT-B(第四版)



說明：以下是那些跟您有同樣疾病的人所認為重要的一些陳述。請在每一行圈選您過去 7 天能表達適合您的感受及答案。

	<u>生理健康狀況(PWB)</u>	一點 也不	有一 點	有些	相當	非常
GP1	我精神不好	0	1	2	3	4
GP2	我有反胃噁心的情形	0	1	2	3	4
GP3	因為我的身體狀況，我有困難達到家人的需求	0	1	2	3	4
GP4	我有疼痛	0	1	2	3	4
GP5	我對治療的副作用感到困擾	0	1	2	3	4
GP6	我覺得身體不適	0	1	2	3	4
GP7	我因病被迫要臥床休息	0	1	2	3	4

	<u>社交/家庭健全狀況(SWB)</u>	一點 也不	有一 點	有些	相當	非常
GS1	我覺得與我的朋友親近	0	1	2	3	4
GS2	我從我家人獲得情緒上的支持	0	1	2	3	4
GS3	我從我朋友獲得支持	0	1	2	3	4
GS4	我家人已接受我的疾病	0	1	2	3	4
GS5	我滿意家人之間對我疾病的溝通方式	0	1	2	3	4
GS6	我覺得與我的伴侶 (或我主要支持者) 親近	0	1	2	3	4
Q1	<u>不管你近期的性生活的程度，請回答下面的問題。</u> <u>如果你不願回答，請在這裡註明打勾 <input type="checkbox"/> 然後跳到下一部分。</u>					
GS7	我對我的性生活感到滿意					

	<u>情緒穩定狀況(EWB)</u>	一點 也不	有一 點	有些	相當	非常
GE1	我感到悲傷	0	1	2	3	4
GE2	我滿意自己處理疾病的方式	0	1	2	3	4
GE3	我逐漸失去對抗我的疾病的希望	0	1	2	3	4
GE4	我覺得緊張	0	1	2	3	4
GE5	我擔心死亡	0	1	2	3	4
GE6	我擔心我的狀況會惡化	0	1	2	3	4

	<u>功能健全狀況(FWB)</u>	一點 也不	有一 點	有些	相當	非常
GF1	我能夠工作 (包括在家的的工作)	0	1	2	3	4
GF2	我滿意我的工作 (包括在家的的工作)	0	1	2	3	4
GF3	我能夠享受生活	0	1	2	3	4
GF4	我已接受我的疾病	0	1	2	3	4
GF5	我睡得好	0	1	2	3	4
GF6	我依然享受我以前常做的有趣的事	0	1	2	3	4
GF7	我滿足我現在的生活品質	0	1	2	3	4

	<u>疾病附加關注狀況(BCS)</u>	一點 也不	有一 點	有些	相當	非常
B1	我呼吸時曾有氣不足	0	1	2	3	4
B2	我在意自己的衣服穿著	0	1	2	3	4
B3	我有一側或兩側的手臂腫脹或疼痛	0	1	2	3	4
B4	我覺得自己是性感的	0	1	2	3	4
B5	我對失去頭髮感到困擾	0	1	2	3	4
B6	我擔心其他家人也會得到跟我同樣的疾病	0	1	2	3	4
B7	我擔心壓力會影響到我的疾病	0	1	2	3	4
B8	我對體重的改變感到困擾	0	1	2	3	4
B9	我能夠覺得自己像個女人	0	1	2	3	4
P2	我感到身體的某些部位有疼痛的症狀	0	1	2	3	4

止觀覺察注意量表



說明：以下問題，是陳述您的日常生活經驗狀況。使用 1 至 6 分計分法，請您根據您真正反應的經驗，**圈選**您目前經常或不常出現的經驗。

		幾乎 總是	非常 頻繁	有些 頻繁	有些 不常	非常 不常	幾乎 從未
1.	有些情緒可能早已發生，但我卻過了一段時間後才覺察到它們。	1	2	3	4	5	6
2.	我會因為粗心大意、不專心或心不在焉，而打破或打翻東西。	1	2	3	4	5	6
3.	我覺得持續專注於當下發生的事情是很困難的。	1	2	3	4	5	6
4.	我通常一路直奔到目的地，而沒有注意一路上的種種景物。	1	2	3	4	5	6
5.	我不容易注意到身體上的緊繃或不舒適的感覺，除非這種感覺嚴重影響到我。	1	2	3	4	5	6
6.	別人才告訴我某人的名字，我馬上就把它忘記了。	1	2	3	4	5	6
7.	我做事情常像反射動作一樣，而沒有意識自己到正在做什麼。	1	2	3	4	5	6
8.	我倉促完成許多活動，但卻沒有真正關注它們。	1	2	3	4	5	6
9.	我太專注於想要達到的目標，因而沒完整考慮自己正用什麼作法來達成目標。	1	2	3	4	5	6
10.	我會不自覺地做著事，而沒有注意自己正在做什麼。	1	2	3	4	5	6
11.	我會邊聽別人說話，同時邊做其他事。	1	2	3	4	5	6
12.	我會不自覺地騎車前往某處，然後才去想自己為何前來。	1	2	3	4	5	6
13.	我常被過去跟未來占據心思。	1	2	3	4	5	6
14.	我發覺自己會做事心不在焉。	1	2	3	4	5	6
15.	我會不自覺地吃著零食。	1	2	3	4	5	6

附錄十一 臨床試驗/研究許可書



國立臺灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C

National Taiwan University Hospital

7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C

Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究許可書

許可日期：2014年3月14日

倫委會案號：201401051RINC

計畫名稱：應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及生活品質之成效。

試驗機構：臺灣大學醫學院

部門/計畫主持人：臺灣大學護理學系暨研究所 胡文郁教授

計畫文件版本日期：

計畫書：2014/1/16

中文摘要：2014/1/16

同意書：2014/1/19

問卷：2014/1/15

其他文件：

海報：2014/2/8

宣傳單：2014/2/8

上述計畫業經2014年3月3日本院C研究倫理委員會第50次會議審查同意，符合研究倫理規範。

本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

本臨床試驗/研究許可書之有效期限為1年(自2014年3月14日至2015年3月13日止)，計畫主持人須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題，並應於到期日至少6週前提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

主任委員

何弘能

附錄十二 臨床試驗/研究計畫變更案之簡易審查核准函



正本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002臺北市中山南路7號
承辦人：呂芷茵
電話：02-23123456#63998
傳真：02-23951950
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所胡文郁教授

發文日期：中華民國103年4月17日
發文字號：校附醫倫字第1033701818號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如文

主旨：有關 台端所主持之「應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及生活品質之成效」（本院案號：201401051RINC）臨床試驗計畫變更案乙案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，業經本院C研究倫理委員會審查，同意核備，並提第52次會議報備追認，詳如說明，請 查照。

說明：

- 一、本院研究倫理委員會同意變更後文件版本日期如下：
 - (一)計畫書：Version 2, 2014/3/27。
 - (二)受試者同意書：Version 2, 2014/3/27。
 - (三)招募受試者廣告文宣品-宣傳單：Version 2, 2014/3/27。
 - (四)招募受試者廣告文宣品-海報：Version 2, 2014/3/27。
- 二、隨函檢附招募受試者之廣告文宣品樣張1份，並請持許可公文正本及擬張貼或發送之海報或招募文宣品至本會用印。
- 三、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

正本：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所胡文郁教授

副本：本院研究倫理委員會（含附件）

院長 黃冠棠 請 假
副院長 何弘能 代為執行

附錄十二 臨床試驗/研究計畫變更案之簡易審查核准函(續)



正本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：100臺北市中山南路7號
承辦人：李宜芳
電話：02-2312-3456轉63595
傳真：02-2395-1950
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所胡文郁教授

發文日期：中華民國103年5月7日

發文字號：校附醫倫字第1033702162號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

裝

主旨：有關 台端所主持之「應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及生活品質之成效」（本院案號：201401051RINC）純學術臨床試驗計畫變更案乙案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，業經本院C研究倫理委員會審查，同意核備，並提第53次會議報備追認，詳如說明，請 查照。

說明：

訂

一、本院研究倫理委員會同意修正後文件版本日期如下：

（一）計畫書：Version 3, 2014/4/25。

（二）受試者說明暨及同意書：Version 3, 2014/4/25。

二、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

線

正本：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所胡文郁教授

副本：本院研究倫理委員會

院長黃冠棠

附錄十三 臨床試驗/研究計畫變更許可書



國立台灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C

National Taiwan University Hospital

7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C

Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究計畫變更許可書

許可日期：2014年7月7日

倫委會案號：201401051RINC

計畫名稱：應用正念減壓課程於改善乳癌病人生理、心理及生活品質之成效。

部門/計畫主持人：臺灣大學護理學系暨研究所 胡文郁教授

變更文件版本日期：

計畫書：Version 5, 2014/5/31

中文摘要：Version 3, 2014/5/31

同意書：Version 5, 2014/5/31

上述計畫變更案業經2014年6月23日本院C研究倫理委員會第54次會議審查同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

主任委員

何弘能



附錄十四 研究者參與正念減壓課程之心得分享

本人雖為研究者，但在課堂當中，仍一起融入參與其中；對我來說，未發生或可能將要發生的事情，是一種莫名無形的恐懼，這種恐懼會使的好一陣子心思無法平靜，生活緊繃，而影響到整個生理導致不舒適，而以前的我總是會猜想未來可能會發生的不好的事情，往往事實證明，它只是你的念頭、想法，它有可能不會發生，或者根本不會發生，而學習此課程之後，當有這些念頭產生時，藉由靜坐及配合呼吸，並配合身體掃描察覺身體上的變化，並覺察心理上的感受，釐清這種念頭與想法對當下的影響，而接受這樣的感受，並且停止去想還未發生的事情，我可以接受這樣的恐懼，努力試著不讓恐懼占滿整個心思及影響腦部的思緒，這部分仍在努力學習當中，但至少，目前能夠學習覺察並試著接受。

當將正念融入生活中，更能留意當下做的每一件事情，不是盲目的只是單純的作一件事情而不自覺，且更能注意身邊及外在事物的細微變化，讓生活不只是庸碌，而是觀察並感受身邊的美好事物，慢慢的能控制及察覺自己的情緒，這對於自我內在培養具有很大的幫助，在認識自我的當下，也較能與身旁的家人朋友有良好的溝通與相處。