

國立臺灣大學醫學院護理學研究所

博士論文

School of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Doctoral Dissertation



乳癌病人治療決策遺憾與生活品質之相關以及
正念扮演的角色：以序列解釋型混合研究

The Relationship Between Treatment Decision Regret and
Quality of Life Among Breast Cancer Patients and the
Role of Mindfulness:
A Sequential Explanatory Mixed-Methods Study

高玉玲

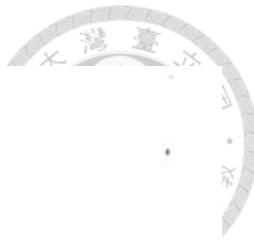
Yu-Ling Kao

指導教授：蕭妃秀 博士

Advisor: Fei-Hsiu Hsiao, Ph.D.

中華民國 114 年 7 月

July 2025



國立臺灣大學博士學位論文

口試委員會審定書

DOCTORAL DISSERTATION ACCEPTANCE CERTIFICATE
NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY

乳癌病人治療決策遺憾與生活品質之相關以及正念扮演的角色

：以序列解釋型混合研究

The Relationship Between Treatment Decision Regret and Quality of Life Among
Breast Cancer Patients and the Role of Mindfulness:
A Sequential Explanatory Mixed-Methods Study

本論文係高玉玲 (D06426003) 在國立臺灣大學醫學院護理學系研究所完成之博士學位論文，於民國 114 年 7 月 23 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。National Taiwan University College of Medicine School of Nursing

The undersigned, appointed by the Department / Graduate Institute of National Taiwan University College of Medicine School of Nursing on 23 July 2025 have examined a Doctoral Dissertation entitled above presented by Kao Yu-Ling (D06426003) candidate and hereby certify that it is worthy of acceptance.

口試委員 Oral examination committee:

高玉玲

(指導教授 Advisor)

林志綱

王國樺

王慶序

張念慈

誌謝



我終於畢業了！從 2017 年入學，歷經三次休學與 COVID-19 疫情衝擊，從 40+ 讀到 50+，從軍護上校主管到榮退國民，這段過程對我來說，是挑戰，也是恩典。感謝自己從沒放棄。為了完成學業，我一次次升級設備，入學時為方便閱讀選了 17 吋筆電；通過資格考後買了 14 萬的按摩椅慰勞自己與家人；為了分析資料，又換上 27 吋大螢幕，全力以赴的同時，也與老花與乾眼症共處。去年退伍後，我幾乎廢寢忘食地投入研究與投稿，更深刻體會自己的堅韌。有人說，56 歲是擔任 CEO 最好的年齡，56 歲的我選擇做自己人生的 CEO，圓夢取得博士學位。

當我回望這段漫長的博士旅程，最深的感謝獻給最敬愛的指導教授妃秀老師。記得博二那年理論課的期末報告，我以「計畫行為理論探討早期乳癌病人治療意圖與選擇」為題，首次體會到全神貫注、渾然忘我的心流體驗；口頭報告當天，妃秀老師的一句「這就是我要的 A+！」深深鼓舞了我，也成為我日後無數次低潮時的重要推力。這些年來，老師始終在我身旁，不曾強迫催促，而是用鼓勵代替壓力、用信任安撫不安。當我懷疑自己、想放棄時，老師總溫柔提醒我：「慢慢做，其實會快快到喔」、「放心，來得及」。這份溫暖的信任，成為我堅持到底的力量。老師不只是我的學術指導者，更是我生命旅途上的引路人，是我心中永遠的 A+++++。

感謝我的家人，爸爸每日的早安貼圖與「愛妳」的話語，是我每天的元氣來源；老公安穩陪伴是我最堅實的後盾。今年，大兒子從臺大電機所畢業取得碩士學位，他總是幫我解決電腦與系統上的疑難雜症；小兒子以優異成績從波士頓大學畢業，並獲得獎學金殊榮；這是屬於我們全家的光榮與喜悅。

也誠摯感謝所有教導我的師長們，您們的引領與鼓勵，豐富了我的學術視野與思考深度。感謝系辦惠玉姐與所有行政同仁。特別感謝我的口試委員—三總的俞院長與戴主任，國防醫學院的雯琦老師，以及系上的念慈老師，感謝您們撥冗審閱論文、細心提出建議，讓研究內容更加紮實與嚴謹，也讓這篇論文更臻完整。

也感謝在醫院協助的臨床同仁們，讓研究得以順利完成；最後，我要特別感謝所有參與研究的乳癌病人，願意分享寶貴且真實的生命經驗，讓這份研究更具深度與溫度讓這份研究更具深度與溫度，也為乳癌照護帶來重要的啟發與意義。

玉玲 謹誌

中文摘要



背景：乳癌治療選擇多元，病人在權衡治療效益與風險時，常產生治療決策遺憾。當病人面對後悔與遺憾的情緒時，可能會陷入負向自我責備。正念及自我疼惜可能成為保護因子，調節這些情緒對生活品質的影響。儘管已有研究探討這些保護因子在面對壓力時的中介調節作用，但針對乳癌病人及其治療決策遺憾感受的相關研究仍相對有限，這引發了本研究的動機。

目的：量性研究探討乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質之關係，並分析正念與自我疼惜在其中所扮演的中介角色。質性研究探討瞭解病人在治療決策歷程中產生遺憾感受的脈絡與主觀經驗。

研究方法：本研究採用序列式解釋型混合研究設計（Sequential Explanatory Mixed-Methods Design），第一階段以量性研究探討乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質之關係。第二階段以質性研究，進行主觀經驗的分析；此研究設計以量性分析了解主要變項的相關，再以質性分析了解變項相關的因果脈絡，期能全面理解病人在治療決策中的遺憾感受和想法，並提出具實證基礎的照護建議。本研究以北台灣某醫學中心及區域醫院之乳房外科及腫瘤科門診進行收案，研究對象為初次罹患乳癌第0、I、II期且已經完成手術治療、放射線治療、化學治療或標靶治療後36個月內且定期追蹤之女性病人。量性研究採立意取樣、問卷(基本資料表、治療決策角色量表、決策遺憾量表、生活品質量表、止觀覺察注意量表及自我疼惜量表等)收集資料及SPSS套裝軟體統計資料分析。質性研究採立意及滾雪球取樣；資料收集以基本資料表、決策遺憾量表及半結構式一對一訪談法並以主題分析方法進行資料分析。

研究結果：(一)量性研究：於2021年5月至12月收案138名，平均年齡為56.50歲；17.39%病人表示沒有治療決策遺憾，55.80%屬於輕度遺憾(得分=1-25分)，26.81%屬於中重度遺憾(得分≥26分)。病人在治療決策中的實際參與角色與其偏好

一致時，較不易產生遺憾。多元迴歸分析結果，較低的治療決策遺憾及較高的正念覺察與較高的 EORTC QLQ-C30 功能面向相關；較低的治療決策遺憾與較高的 EORTC QLQ-BR45 功能面向相關；乳癌病人的正念覺察在治療決策遺憾與整體健康狀況及 EORTC QLQ-C30 功能面向之間扮演部分中介作用，正念覺察在治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 症狀面向之間扮演完全中介作用。

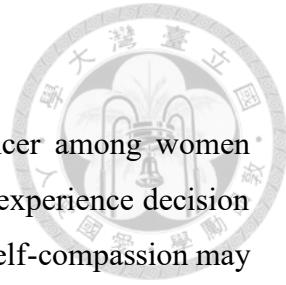
(二)質性研究：於 2025 年 1 月至 3 月收案 16 名，平均為 54.83 歲；在治療決策參與程度方面，「被動」有 6 位，「積極」有 10 位。根據治療決策遺憾量表 (DRS) 評分結果，共有 7 位(43.7%)表示沒有遺憾/後悔感受，另有 9 位 (56.3%) 表示遺憾/後悔。在治療決策影響因素中：共同的主題(themes)為信任醫療人員及經濟能力，另外，被動參與決策受訪者(n=6)的主題還有醫師權威、病人自認缺乏專業知識與家人支持；積極參與決策受訪者(n=10)的主題則是醫師專業建議、病人個人偏好(包含對身體心像的重視、對復發與死亡風險的擔憂、親密關係與子女的感受)、家人和朋友支持、過去家人治療的經驗及神明指示。治療決策遺憾/後悔的原因：沒有遺憾/後悔受訪者(n=7)的主題為生活未受影響、接受副作用及專注當下；有遺憾/後悔受訪者(n=9)的主題為生活功能受限、認知功能減退、外觀改變的心理影響、手術結果與預期有落差、藥物副作用影響、對未來病程的不確定感及自費治療費用高。

治療後因應方式：主題有信念(次主題:命運、轉念、順其自然/放下、感恩、樂觀)、專注當下的生活、自我照顧(次主題: 健康生活型態、愛自己行動及積極圓夢)、利他以及外在支持(次主題:家庭、社會、醫療及宗教等支持)。

結論/實務應用：結合本研究之量化與質性結果，顯示專注在當下生活的正念扮演保護因子能協助乳癌病人調適治療決策遺憾、面對治療副作用、生活改變及面對未來復發的擔憂。建議臨床照護人員於治療決策歷程與治療後生存階段導入正念覺察介入策略，以增強病人之心理韌性與整體生活品質。

關鍵詞：決策遺憾、乳癌、正念、生活品質、序列式解釋型混合研究

英文摘要



Background: Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer among women worldwide. Given the variety of available treatments, patients often experience decision regret when weighing treatment benefits and risks. Mindfulness and self-compassion may serve as protective factors that help regulate the impact of these emotions on quality of life. Although existing studies have examined the mediating and moderating roles of these protective factors in stressful situations, research specifically addressing their relevance to decision regret among breast cancer patients remains limited. This gap in the literature forms the basis for this study.

Objection: This study aimed to explore the relationship between treatment decision regret and quality of life in breast cancer patients and to examine the mediating roles of mindfulness and self-compassion.

Methods: A sequential explanatory mixed-methods design was adopted. The quantitative phase investigated the relationships among treatment decision regret, mindfulness, self-compassion, and quality of life. The qualitative phase further explored the context and subjective experiences of decision regret during the treatment decision-making process. The study is designed to first use quantitative analysis to understand the relationships among the main variables, followed by qualitative analysis to explore the causal context behind these relationships. The goal is to gain a comprehensive understanding of patients' feelings and thoughts of treatment decision regret, and to propose evidence-based care recommendations. Participants were recruited from the breast surgery and oncology outpatient clinics of a medical center and regional hospital in northern Taiwan. Eligible participants were women diagnosed with stage 0, I, or II breast cancer who had completed surgery, radiation therapy, chemotherapy, or targeted therapy within the past 36 months and were undergoing regular follow-up. The quantitative study used purposive sampling and questionnaires (including demographic data, Control Preference Scale, Decision Regret Scale, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR45, Mindful Attention Awareness Scale, and Self-Compassion Scale). Data were analyzed using SPSS. The qualitative study employed purposive and snowball sampling. Data were collected through demographic forms, the Decision Regret Scale, and one-on-one semi-structured interviews, and analyzed using thematic analysis.

Results:

1. **Quantitative Results:** From May to December 2021, 138 participants were recruited with an average age of 56.5 years. The mean decision regret score was 20.94 (SD = 15.34; range = 0–75). Among them, 17.39% reported no decision regret, 55.80% reported mild regret (score = 1–25), and 26.81% reported moderate to strong regret (score ≥ 26). Patients whose actual decision-making role matched their preferred role were less likely to experience regret. Correlation analyses showed that decision regret was negatively associated with overall health status and functional domains of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR45, and positively associated with symptom domains of the EORTC QLQ-C30. Multiple regression analyses revealed that lower regret and higher mindfulness were associated with higher QLQ-C30 functioning; lower regret was associated with higher QLQ-BR45 functioning. Further analyses demonstrated that mindfulness partially mediated the relationship between decision regret and both global health and functioning domains of the QLQ-C30, and fully mediated the relationship between decision regret and symptom domains of the QLQ-C30.
2. **Qualitative Results:** From January to March 2025, 16 participants were interviewed, with a mean age of 54.8 years. Among them, 6 had “passive” and 10 had “shared” decision-making roles. According to the Decision Regret Scale, 7 participants (43.7%) reported no regret, and 9 (56.3%) reported regret, including 7 with mild and 2 with moderate to strong regret—both of whom had passive decision-making roles. Factors influencing treatment decisions included trust in healthcare providers and financial considerations for all participants. Additional themes for passive participants ($n = 6$) included physician authority, perceived lack of medical knowledge, and family influence; for shared participants ($n = 10$), themes included medical advice, personal preference (concerns about body image, the risk of recurrence and death, and the feelings of intimate partners and children), support from family/friends, prior family experiences, and religious guidance. Themes related to reasons for no regret ($n = 7$) included: unaffected daily life, acceptance of side effects, and focus on the present. Themes for regretful participants ($n = 9$) included: physical limitations, cognitive decline, appearance-related distress, mismatch between surgical outcomes and expectations, medication side effects, uncertainty about future disease progression, and high out-of-pocket treatment costs. Post-treatment coping strategies were

categorized into five themes: (1) personal beliefs (subthemes: fate, cognitive reframing, letting go, gratitude, optimism); (2) living in the present; (3) self-care (subthemes: healthy lifestyle, acts of self-compassion, goal pursuit); (4) altruism; and (5) external support (subthemes: family, social, medical, and religious support).

Conclusion/ Implications: Integrating the quantitative and qualitative findings, the study demonstrates empirical support for the role of mindfulness as a protective factor in helping breast cancer patients cope with decision regret, treatment side effects, life changes, and concerns about recurrence. It is recommended that healthcare professionals incorporate mindfulness-based strategies into both the treatment decision-making process and survivorship care to enhance patients' psychological resilience and overall quality of life. The findings of this study also provide theoretical and empirical foundations for future research and intervention development.

Keywords: decision regret, breast cancer, mindfulness, quality of life, sequential explanatory mixed-methods study

目次

口試委員會審定書.....	iii
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
第一章 緒論	1
第一節 研究動機及重要性.....	1
第二節 研究設計與研究流程.....	2
第三節 量性研究-研究目的與假說.....	3
第二章 文獻查證	4
第一節 乳癌的疾病特性與治療方式.....	4
第二節 乳癌病人的治療決策經驗	6
第三節 遺憾理論	7
第四節 乳癌病人的治療決策遺憾現況及影響因素	10
第五節 乳癌病人治療決策遺憾與生活品質.....	13
第六節 正念與自我疼惜對遺憾及生活品質的影響	15
第三章 量性研究-研究方法	21
第一節 研究設計及研究對象.....	21
第二節 資料收集	21
第三節 研究工具.....	22
第四節 資料分析及統計	26
第四章 量性研究-研究結果.....	27
第一節 基本資料及臨床資料分析	27
第二節 治療決策遺憾分析.....	27



第三節 治療決策遺憾、正念覺察、自我疼惜與整體及乳癌特定生活品質之相關分析	28
第四節 影響整體與乳癌特定生活品質之主要因素的多元迴歸分析	28
第五節 正念覺察對治療決策遺憾與生活品質之中介分析	29
第五章 質性研究-研究目的與研究方法	35
第一節 研究目的	35
第二節 研究設計	35
第三節 研究對象選樣及招募	35
第四節 資料收集	37
第五節 研究者立場與反思	38
第六節 資料分析	39
第七節 嚴謹度	40
第六章 質性研究-研究結果	41
第一節 基本資料及臨床資料分析	41
第二節 治療決策影響因素	43
第三節 治療決策遺憾/後悔原因	50
第四節 治療後因應方式	54
第七章 討論	65
第一節 治療決策參與情形與影響因素	65
第二節 治療決策遺憾與生活品質之相關	66
第三節 正念於治療決策遺憾與生活品質及關係之角色	68
第四節 治療後其他相關因應方式	70
第八章 研究限制、建議與結論	72
第一節 研究限制	72



第二節 建議.....	73
第三節 結論.....	73
參考文獻	75
附錄一 基本資料表	91
附錄二 治療決策角色.....	93
附錄三 決策遺憾量表.....	94
附錄四 生活品質量表(EORTC QLQ-C30)	95
附錄五 生活品質量表(EORTC QLQ-BR45).....	97
附錄六 中文版止觀覺察注意量表	100
附錄七 自我疼惜量表.....	101
附錄八 質性研究研究工具	104

圖次

圖一 研究流程圖.....	3
圖二 研究架構	20
圖三 正念覺察對治療決策遺憾與整體健康狀況之部份中介分析.....	33
圖四 正念覺察對治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 功能之部份中介分析	33
圖五 正念覺察對治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 症狀之完全中介分析	34





表次

表一 EORTC QLQ-C30 各面向的計分方法	24
表二 EORTC QLQ-BR45 各面向的計分方法	25
表三 量性研究-基本資料及臨床資料表.....	30
表四 治療決策遺憾、正念覺察、自我疼惜與生活品質之相關分析	31
表五 影響整體與乳癌特定生活品質之主要因素的多元迴歸分析.....	32
表六 質性研究-基本資料及臨床資料表.....	42
表七 治療決策影響因素的主題	43
表八 治療決策遺憾/後悔原因的主題.....	50
表九 治療後因應方式的主題	54

第一章 緒論

第一節 研究動機及重要性

乳癌是全球女性發病率最高、且導致癌症相關死亡人數最多的癌症 (World Health Organization, 2024)。在台灣，乳癌同樣是女性癌症發病率的首位，且為女性癌症死亡率的第二名(衛生福利部國民健康署, 2025; 衛生福利部統計處, 2025)。其發病年齡高峰約在 45 至 69 歲，且有逐年年輕化的趨勢。近年來，由於診斷技術的快速發展、國家推動乳癌篩檢及女性健康觀念的改變，乳癌初次被診斷時大多屬於早期(衛生福利部國民健康署, 2023a)。隨著醫療技術的進步，乳癌病人的生存率持續上升，因此生活品質的維護成為日益重要的課題。在治療方面，醫療團隊參考美國國家癌症資訊網 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) 所訂定的診療指引，主要依據腫瘤大小、位置、有無淋巴結侵犯及影像學和病理學的特殊檢查結果，並考慮病人的年齡等因素 (Gradishar et al., 2017)。隨著化學治療、荷爾蒙治療和標靶治療新藥物的蓬勃發展，治療方法已由過去的單一手術發展為多元化的協同治療。儘管輔助治療能降低復發風險，但也伴隨著一些可能持續的副作用風險，因而治療選擇變得更為複雜和困難 (邱秀瑜, 2016)。

乳癌病人確診後，首先面臨的重大挑戰即是治療選擇：是否應進行乳房切除，還是選擇保留並加放療？隨著醫病共享決策 (Shared Decision Making, SDM) 的逐步推行，期望醫療人員能夠提供專業的資訊，並由病人分享其價值觀與偏好，使其能夠更積極地參與治療選擇，由醫病雙方共同決定最適合病人的治療方案；然而，儘管 SDM 的推行旨在提升病人的參與感與決策的合理性，實踐中仍面臨諸多困境與挑戰。研究發現病人形容乳癌治療決策的經驗如同賭博，即使做出了決定，仍需面對治療後不確定的結果，以及對復發或死亡的恐懼，甚至懷疑自己是否做出了正確的治療決策，進而產生後悔與遺憾 (Lam et al., 2005；林、黃，2021；邱秀瑜，2016)。綜觀乳癌病人治療決策遺憾的相關研究發現病人存在治療決策遺憾，但遺

憾的程度因不同研究設計而異，同時，治療決策遺憾也與病人在決策過程中的偏好及實際擔任的決策角色等多重因素有關 (Aarhus & Huang, 2020; Becerra Pérez et al., 2016; Szproch & Maguire, 2022; Liu et al., 2021; Wilson et al., 2017)。研究顯示，具有較高治療決策遺憾的乳癌病人，其生活品質和心理健康相對較差 (Köksal et al., 2023; Zhuang et al., 2022)。Zhuang 等人的研究發現，治療決策遺憾和自我污名化 (self-stigma) 與生活品質呈顯著負相關，這表明病人的生活品質會受到這些因素的影響。當病人面對後悔與遺憾的情緒或事件時，可能陷入負向自我責備。正念 (mindfulness) 及自我疼惜 (self-compassion) 或許可成為保護因子，調節這些情緒對生活品質的影響。儘管已有研究探討這些保護因子對於人面對壓力具有中介調節作用 (賴、蘇, 2015; 鄭、林, 2016; 邱柏菁, 2019)，但以乳癌病人為對象以及治療決策遺憾感受的相關研究仍然相對有限，這引發了研究者的研究動機，期望藉由此研究探討有助於醫療照護人員了解在乳癌病人治療決策遺憾的保護因子，強化治療決策遺憾的因應能力以提供更好的支持及整體的照護。

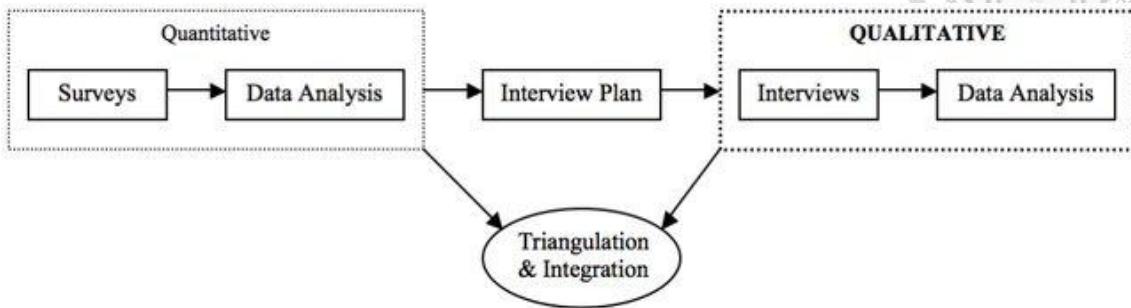
第二節 研究設計與研究流程

本研究採用序列式解釋型混合研究設計 (Sequential Explanatory Mixed-Methods Design)，先以量性研究探討乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質之關係，並分析正念與自我疼惜在其中所扮演的中介角色；再透過質性研究，深入理解病人在治療決策歷程中產生遺憾感受的脈絡與主觀經驗。

此一混合研究設計的核心理念在於，量性研究提供整體趨勢與結構性關聯，質性研究則補充其未能解釋的背景、情緒與主觀經驗。透過兩階段的資料收集與分析，有助於更全面掌握乳癌病人在治療決策過程中產生遺憾的心理歷程，並據以提出更具實證支持的照護建議。

本研究之執行流程如圖一所示。首先進行量性資料的收集與分析，以探討乳癌病人的治療決策遺憾、生活品質、正念、自我疼惜等變項之間的關聯；接著，依據

量性結果設計質性研究的訪談計畫，進行立意取樣與深度訪談，以深入剖析病人的主觀經驗與情緒歷程；最終綜合量質性結果進行三角驗證與整合詮釋(Gray, 2017)。



圖一 研究流程圖 (Sequential Explanatory Mixed-Methods Design)

第三節 量性研究-研究目的與假說

一、本研究目的探討

- (一)乳癌病人的治療決策遺憾的現況及其相關因素(人口學因素、疾病特性、決策角色)。
- (二)乳癌病人的治療決策遺憾與正念、自我疼惜及生活品質之相關。
- (三)乳癌病人的「正念」及「自我疼惜」於治療決策遺憾及生活品質相關扮演中介調節的角色。

二、本研究假設如下：

- (一)乳癌病人的人口學基本資料(年齡、教育程度、職業狀況、收入狀況、宗教信仰、婚姻狀況、家族史)與治療決策遺憾有相關。
- (二)乳癌病人的疾病相關資料(癌症期別、確診至今時間、手術類型、是否接受化學、放射、標靶、抗荷爾蒙藥物治療、完成所有治療至今時間、治療決策角色)與治療決策遺憾有相關。
- (三)乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質有負相關。
- (四)乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質之負相關，「正念」扮演中介調節角色。
- (五)乳癌病人的治療決策遺憾與生活品質之負相關，「自我疼惜」扮演中介調節角色。

第二章 文獻查證

第一節 乳癌的疾病特性與治療方式

一、乳癌的疾病特性

乳癌是全球女性中發病率最高且導致最多癌症相關死亡的癌症 (World Health Organization, 2024)，同時也是我國女性中發病率最高且致死率位居第二的惡性腫瘤（衛生福利部國民健康署，2025；衛生福利部統計處，2025）；根據衛生福利部國民健康署 (2023a) 的統計，台灣女性乳癌的發病年齡高峰約在 45 至 69 歲之間，這個年齡層的女性正處於職業生涯與家庭責任的雙重壓力下，乳癌的發病對她們的生活品質和心理健康都構成了巨大挑戰。乳癌是一種由乳房內異常細胞增生形成腫瘤的疾病，最初在乳腺管或乳腺小葉內形成，早期原位癌雖不危及生命，但當癌細胞擴散至鄰近組織或淋巴結，甚至其他器官（如肺、肝、腦及骨骼）時，就可能形成致命的轉移。其風險因子包括年齡增長、肥胖、飲酒、家族史等，其中女性性別是最強的風險因素；遺傳性基因突變，如 BRCA1、BRCA2 及 PALB-2，亦顯著增加罹患風險 (World Health Organization, 2024)。

近年來，隨著診斷技術的迅速進步、國家推動乳癌篩檢政策的實施以及女性健康意識的提升，乳癌在初次診斷時多數屬於早期階段。隨著影像技術、手術方法、病理學診斷及輔助治療的持續精進，乳癌病人的存活率顯著地提高；根據國內外統計資料，其存活率隨著癌症階段的進展而有顯著地變化。美國癌症協會指出，早期（第 0 期及第 1 期）乳癌的 5 年存活率接近 100%，與國內的數據一致，顯示出早期診斷和治療效果良好。第 2、3 期乳癌的 5 年存活率在台灣分別為 95.6% 及 80.5%，而美國資料指出區域性 (regional) 病變的乳癌，5 年存活率約為 86%，至於第 4 期（遠處轉移）乳癌，國內外的 5 年存活率均明顯地降低，分別為 39.4% 及 30%，突顯了晚期乳癌的預後不良。因此，早期檢測和治療對提高乳癌病人生存率至關重要 (衛生福利部國民健康署，2024b；American Cancer Society, 2024)。





二、乳癌的治療方式

乳癌的治療參考美國國家癌症資訊網(National Comprehensive Cancer Network, 2024)所訂定的診療指引，主要根據腫瘤的大小、位置、有無淋巴結侵犯，以及影像學和病理學的檢查結果，同時考慮病人的年齡等因素。治療方式涵蓋了多種方法，包括手術、化療、放療、內分泌治療、標靶治療、免疫治療及基因治療等。手術方面：乳房保留手術(breast-conserving surgery, BCS)和乳房切除術(mastectomy)仍是早期乳癌常見的治療選擇；最新的統合分析指出，接受乳房保留手術加輔助放射治療(BCS+RT)的早期乳癌病人，其整體存活率明顯優於接受乳房切除術的病人(Rajan et al., 2024)。化學治療則分為新輔助化療(neoadjuvant chemotherapy)、輔助化療(adjuvant chemotherapy)及救援式化療(salvage chemotherapy)，其中新輔助化療能幫助減少乳房切除的必要性，尤其在三陰性乳癌(TNBC)和HER2陽性乳癌中展現重要效果。放射治療在乳癌治療中亦扮演重要角色，對於早期乳癌，放射治療能幫助避免乳房切除；而對於晚期癌症病人，即使已接受乳房切除術，放射治療仍能減少癌症復發風險及降低死亡率。內分泌(荷爾蒙)治療，如tamoxifen或aromatase抑制劑，需持續口服5至10年，可將荷爾蒙陽性乳癌的復發風險降低近一半，雖然這種治療可能引起更年期症狀，但大多數病人能夠耐受。標靶治療方面，雙抗HER2藥物在HER2陽性乳癌的治療中顯著提高了病理完全緩解率；而免疫治療在轉移性三陰性乳癌中也逐漸顯現出臨床效益。此外，基因治療作為一種新興策略，在某些乳癌亞型中已顯示初步效果，未來可能進一步整合到臨床治療中(Wang & Wu, 2023；World Health Organization, 2024)。

總體而言，治療方式的持續發展為乳癌病人提供了更具針對性和有效的治療選擇，然而隨著治療技術的進步和多樣化，也帶來了新的挑戰，如治療決策選擇的困難、治療副作用的預防、緩解和處理，病人對治療方式的耐受性以及對療效的長期監控等方面，這些都需要在未來研究和臨床實務中進一步優化和改進。

第二節 乳癌病人的治療決策經驗



在臨床實務中，醫病共享決策 (SDM) 逐漸被提倡，醫療團隊提供專業信息，而病人則分享其價值觀、生活目標和個人偏好，雙方共同做出最適合病人的治療決策。然而，醫病共享決策的實施面臨挑戰，如將複雜的醫學知識轉化為病人和家屬可理解的資訊，以及病人確定罹癌後面臨恐懼與焦慮可能無法清楚表達自己的意願等(林、黃，2021)。乳癌病人面臨的治療選擇繁多，包括手術、化學治療、放射治療、荷爾蒙及標靶治療等，每一種選擇都有其特定的效益和風險，因此，乳癌的治療決策是一個複雜、困難且至關重要的過程。

治療決策不僅涉及癌症本身的治療，還包括對治療副作用的考量以及乳房切除後的重建治療等因素，這些決策不僅影響個人健康，還可能牽涉到其他角色或經濟能力等議題。Covvey 等人 (2019) 在探討腫瘤病人參與醫病共享決策的障礙與促進因素時指出，醫病共享決策過程中存在許多阻礙因素，包括對治療決策的不確定性、對副作用的擔憂以及醫師溝通不佳等；同時，也有促進因素，如醫師尊重病人偏好、積極行動以及使用決策輔助工具等。研究顯示，乳癌病人在治療決策過程中的參與程度因人而異，有些病人偏好主動參與，而另一些則依賴醫療專業人士或家人來做決定；即使參與度不高，對醫療專業人士的信任仍能帶來對決策結果的滿意感。此外，病人的文化背景和個人信念也會影響其是否選擇主導或依賴他人來做出治療決策。因此，提供充分的信息和情感支持對於病人做出知情且滿意的決策至關重要。信息不足或情感壓力過大，往往會導致病人對治療決策產生遺憾和不確定性 (Abdullah et al., 2013; Lam et al., 2005; Liu et al., 2024; Rutherford et al., 2017; Swainston et al., 2012)。

治療決策遺憾是一個常見但常被忽視的現象，當病人回顧過去的選擇時，可能會覺得應該做出不同的決定，這不僅影響心理健康，還可能對整體生活品質產生負面影響 (Advani et al., 2019; Köksal et al., 2023; Zhuang et al., 2022)。Abdullah 等人

(2013) 的質性研究顯示，乳癌病人的治療決策經驗可以分為四個階段：發現、確認、深思熟慮和最終決策。這一過程充滿了恐懼和焦慮，特別是面對是否進行乳房切除手術時，病人常感到極大的壓力。Landmark 和 Wahl (2002) 的一位病人描述道：「我要選擇是否要移除整個乳房或進行保留手術，這是多麼令人震驚的經歷。這完全取決於我，我覺得非常恐慌，試想，如果我做了錯誤的決定！我在手術前一晚做出的決定，我心悸且非常害怕。幾天後我開始懷疑自己的選擇，我怕我會後悔，我感到非常孤獨。」這反映了乳癌治療決策過程中病人常經歷的恐慌與孤立感。總結研究發現乳癌病人治療決策後會有治療決策遺憾的困擾，需進一步了解此一概念和研究此概念的測量方式。

第三節 遺憾理論

一、定義

根據韋氏字典 (Merriam-Webster Online Dictionary)，「遺憾」被定義為「由無法控制或修復的情況引起的悲傷；一種令人痛苦的情感表達」。國語辭典則將「遺憾」定義為「事情的本身或發展令人感到憾恨或不滿意」。遺憾是一種普遍且強大的情感，但直到 1980 年代才開始受到決策理論的重視 (Landman, 1987)。

二、相關理論

早期的心理學家 Kahneman 和 Tversky(1982)研究發現，研究對象在閱讀一則車禍意外故事後，常見的反應為「要是主人不要提早下班(或不要抄捷徑走)，就不會被撞」，由此提出「反事實思維」(counterfactual thinking)－即個體對不真實條件或可能性進行替換的一種思維過程，並由此延伸出後續關於遺憾的分類方式及相關研究。他們探討了不同類型的事件所造成的遺憾延續程度，包括「作為」的遺憾 (action regret) 與「未作為」的遺憾 (inaction regret)。前者指的是個體因實際做出某種行為而導致事件結果不如預期，希望當時不做該行為，例如：如果我當時不做乳房切除手術就好了；後者指的是個體因未把握時機做出某些行為而導致事件結果



不如預期，希望當時做出該行為，例如：如果我一發現胸部有硬塊就來看醫師就不會那麼嚴重了。Zeelenberg(1999)則認為「遺憾」是當我們意識到或想像現狀會因不同選擇而更好時，所產生的負面認知情緒。

Connolly 和 Zeelenberg(2002)提出了決策合理化理論 (decision justification theory, DJT)，主張在面對不滿意的決策結果時，個體傾向於檢視自己的決策或決策過程是否合理，當發現沒有正當理由解釋所做的決定時，遺憾便由此產生。該理論假設有兩個核心因素：與結果對比(outcome contrasts)和自責(self-blame)。之後，Zeelenberg 和 Pieters 在 2007 年整理了大量商業、經濟、健康及醫療決策等領域的遺憾相關文獻，提出「遺憾調適理論 1.0」(theory of regret regulation 1.0)及十個命題，對遺憾有了較完整的概念界定。Connolly 與 Reb(2005)認為，決策相關的遺憾是個體已做出或將要做出的選擇相關的負面情緒，其重點可能是選擇本身、選擇的結果或導致選擇的過程。在決策脈絡中，依目標不同，可能有以下三種遺憾類型：「結果遺憾」(outcome regret)：遺憾目標是決定的結果，例如，我對自己的癌症復發或手術後殘留的疼痛感到遺憾；「選擇本身後遺憾」(option regret)：遺憾目標是決策選項，例如，我後悔選擇做過的癌症治療；「過程遺憾」(process regret)：遺憾目標是選擇前的決策過程，例如，我後悔在治療選擇上草率而無知。此外，遺憾可分為「預期的遺憾」(anticipated regret)及「經驗的遺憾」(experienced regret)。前者指個案在決策前，預期不去做(或去做)會遺憾；後者則指個案做出決策後所產生的遺憾反應。人們在決策過程中，避免遺憾似乎是選擇的重要動機因素，人們希望防止未來因錯誤選擇而產生的負面情緒，因此傾向選擇較不會產生遺憾的方案(黃素妃，2007；Tyner & Freysteinon, 2022)。

總之，治療決策遺憾是一種複雜的心理現象，融合了情感和認知層面，當個體認為其他決策可能會帶來更好的結果時，便會產生這種現象(Landman, 1987；Zeelenberg & Pieters, 2007；Tyner & Freysteinon, 2022)。

三、決策遺憾的測量

Joseph-Williams、Edwards 和 Elwyn (2011) 以「decision」、「regret」及「measurement」關鍵字搜尋 5 個資料庫 1960 年至 2008 年發表的文章進行決策遺憾測量工具(特別針對健康決策)系統性文獻回顧，檢視 32 篇相關文章，其中 10 篇為發展及建構「decision regret」測量工具效度，22 篇為使用已開發量表；10 個測量工具中，2 個測量決策前的預期遺憾(anticipated regret)，分別用在捐血意圖及商業領域，8 個與決策後之決策遺憾(decision regret)有關，2 個運用在攝護腺癌病人、2 個以學生為研究對象及 3 個運用在行銷，其中，僅有一個量表在發展時同時以乳癌病人為研究對象(Brehaut et al., 2003)，研究結果指出現有的決策遺憾測量工具尚未充分發展，無法全面捕捉到該概念的複雜性。建議未來研究以改進這些測量工具，並強調有必要在不同研究情境下明確遺憾測量的目的，以增強其在決策研究中的應用效果。直至 2024 年已有四篇系統性文獻回顧分別探討醫療決策遺憾的程度及其影響因素(Becerra Pérez et al., 2016)、病人和醫師在外科手術治療決策中的決策遺憾(Wilson et al., 2017)、癌症病人決策遺憾的縱貫穩定性及其相關因素(Aarhus & Huang, 2020)及癌症病人治療後與決策遺憾相關因素(Szproch & Maguire, 2022)，這些研究的多樣性提供了對病人及醫師治療後決策遺憾的廣泛視角，涵蓋了從質性深入訪談到量性數據分析的各種研究方法，測量決策遺憾最常被使用的工具是 Brehaut 等人(2003)發展的決策遺憾量表(Decision Regret Scale, DRS)，此量表共計 5 題，要求研究對象反思自己的治療決定以評估病人對治療決策之遺憾程度(Advani et al., 2019; Hawley et al., 2008; Karuturi et al., 2019; Köksal et al., 2023; Lam et al., 2013; Lam et al., 2014; Lee & Knobf, 2015; Swanick et al., 2018; Zhuang et al., 2022)，另外還有 Clark 等人(2001)的遺憾問卷，部份研究使用了這些量表的改編版本或計分方式(Lee et al., 2019; Martinez et al., 2015; Sepucha et al., 2015; Spittler et al., 2012; Step et al., 2009; Taha et al., 2011; Wang et al., 2018)，或者在研究中，邀請參與者討

論他們的遺憾經歷，例如：「回顧過去，你會對治療做出什麼不同的選擇嗎？」”

Looking back, is there anything about your treatment that you would do differently? ”(Hack et al., 2006; Fernandes-Taylor & Bloom, 2011; Lantz et al., 2005; Leinert et al., 2020; Livaudais et al., 2013; López et al., 2014; Yamauchi et al., 2019)。

第四節 乳癌病人的治療決策遺憾現況及影響因素

文獻回顧顯示，癌症病人的治療決策遺憾在不同的研究設計中，呈現出不同的遺憾程度，並且與多種因素密切相關 (Aarhus & Huang, 2020; Szproch & Maguire, 2022)，以下分別說明。

一、乳癌病人的治療決策遺憾

多數的量性研究指出乳癌病人的治療決策遺憾現況範圍在 2.5%至 69%之間 (Advani et al., 2019; Fernandes-Taylor & Bloom, 2011; Lantz et al., 2005; Liu et al., 2025; Livaudais et al., 2013; Sepucha et al., 2015; Yamauchi et al., 2019)。這些遺憾主要集中在治療選擇方面，如手術類型的選擇、是否接受輔助治療或重建手術等；部分病人後悔在決策過程中未能獲得足夠的資訊或支持，從而對最終治療結果感到不滿，他們的遺憾往往涉及主要手術、輔助治療、重建手術，以及與醫生的溝通問題。此外，Fernandes-Taylor 和 Bloom(2011)研究顯示，病人對於未採取的行動，如未選擇某些治療或未尋求第二意見，感到的遺憾較對已做決策的遺憾更為普遍；另外，Liu 等學者(2024)採用描述性質性研究方法，深入探討了中國女性在面對乳房切除術時的決策過程和經歷，儘管大多數病人表示對自己的決策沒有遺憾，但少數病人對於未充分知情的決策過程感到不滿，這些情況可以作為探討決策過程中遺憾產生的潛在原因。

乳癌病人治療決策遺憾的程度，研究者綜整五個使用 Brehaut 等人(2003)發展的決策遺憾量表 (Decision Regret Scale, DRS) 的研究結果得知，治療決策遺憾平均得分介於 17.2 至 29.1 之間，根據 Sheehan 等人 (2007) 的分類標準，這些得分

顯示乳癌病人的遺憾程度屬於輕微至中等 (Karuturi et al., 2019; Köksal et al., 2023; Lee et al., 2015; Lam et al., 2013; Zhuang et al., 2022)。此外，兩項研究進一步分析了乳癌病人在「無遺憾」(DRS : 0 分)、「輕微遺憾」(DRS : 1-25 分) 及「中重度遺憾」(DRS : ≥ 26 分) 三種情況下的分布，結果顯示，分別有 12.3%、26.6% 和 61.2% 的病人經歷了不同程度的遺憾 (Zhuang et al., 2000)，另一項研究則顯示這三類遺憾的分布為 27.9%、58.2% 和 13.9% (Köksal et al., 2023)。

Aarhus 與 Huang (2020) 系統性文獻回顧探討癌症病人治療決策遺憾的縱向穩定性，發現關於治療決策遺憾隨時間變化的研究結果尚存不一致性：其中 20% 的研究報告顯示遺憾隨時間增加 (Martinez et al., 2015)，5% 的研究顯示遺憾隨時間減少，而 75% 的研究則未發現明顯的時間效應。這些研究結果顯示，雖然乳癌病人的治療決策遺憾通常穩定且輕微，但其程度和穩定性仍會受到時間和其他因素的影響。

二、乳癌病人治療決策遺憾的影響因素

乳癌病人的治療決策遺憾與多重因素呈現顯著相關性，系統性文獻回顧的結果顯示與遺憾相關的因素包括五大因素：

(一)社會人口學因素(sociodemographic factors)

包括年齡、性別、種族、教育程度和社會經濟地位等 (Liu et al., 2025)。研究結果顯示：年齡較大、教育程度或社會經濟地位較低的病人往往有較多的治療決策遺憾 (Advani et al., 2019; Karuturi et al., 2019; Lantz et al., 2005; Lee & Knobf, 2015;)；Step 等人 (2009) 却認為，年齡較大和教育程度較高的病人通常較少遺憾；Yamauchi 等人 (2019) 的研究報告指出，在 50 歲以前確立乳癌診斷的病人有較多的遺憾；此外，少數種族病人可能因語言障礙或文化差異而在決策過程中感到更多的遺憾 (Hawley et al., 2008; Karuturi et al., 2019; Lantz et al., 2005; Lee & Knobf, 2015; López et al., 2014; Martinez et al., 2015)。



(二)健康相關因素(health-related factors)

包括整體健康狀況、副作用、復發或新發生癌症等因素。研究結果顯示：那些經歷嚴重副作用、治療併發症或復發的病人通常有較多的治療決策遺憾(Fernandes-Taylor & Bloom, 2011; Hawley et al., 2008; Köksal et al., 2023; Martinez et al., 2015)，這種遺憾通常與治療對身體造成的負擔，以及對生活品質的負面影響有顯著地相關(Advani et al., 2019; Fernandes-Taylor & Bloom, 2011)。

(三)治療類型因素(treatment factors)

包括手術、化學治療、放射治療或荷爾蒙治療等(Liu et al., 2025)。研究結果顯示：某些治療，尤其是副作用風險較高或對病人身體或日常功能有重大改變的治療，更容易導致遺憾。例如，接受較侵入性的手術(如乳房切除術)的病人，如果結果不如預期，可能會產造成更大的遺憾(Advani et al., 2019; Karuturi et al., 2019; Lantz et al., 2005; Lee et al., 2019; Leinert et al., 2020; Yamauchi et al., 2019; Zhuang et al., 2022)。

(四)治療決策過程(decision-making process)

包括病人的參與程度、訊息的獲得、與醫療人員間溝通或信任及使用決策支持工具等(Liu et al., 2025)。研究結果顯示：與醫師溝通不良、有決策困擾、感覺未充分了解或未充分參與決策過程的病人更容易感到遺憾(Fernandes-Taylor & Bloom, 2011; Lam et al., 2014; Lee & Knobf, 2015; Livaudais et al., 2013; Zhuang et al., 2022)；增加病人對醫療人員信任程度、提供充份的資源或訊息、運用決策輔助工具、病人在決策過程中實際與偏好決策角色一致或以病人為中心的共享決策過程讓病人積極參與選擇治療，往往能降低遺憾的可能性(Lam et al., 2013; Lantz et al., 2005; Lee & Knobf, 2015; López et al., 2014; Sepucha et al., 2015; Step et al., 2009; Wang et al., 2018; Yamauchi et al., 2019)。Swainston 等學者(2012)採用詮釋現象學方法探討乳癌病人在診斷後一年內的治療決策過程經歷，研究結果指出許多女性在手術治療決策過程中採取了被動角色，這主要是因為她們對醫療團隊的信任以及對「擺脫癌症」

的強烈渴望。儘管她們的決策角色被動，但並不影響她們對健康的掌控感，且很少有病人在診斷後一年內經歷治療決策遺憾。這反映出決策過程中信任與支持的重要性，這些因素可能減少了乳癌病人的遺憾程度。此外，Liu 等學者(2024)的質性訪談研究發現，中國女性在進行乳房切除術決策時，受到情感反應、資訊不足以及家人與醫生的影響，這些因素在決策過程中對病人的治療遺憾有顯著影響，特別是資訊不足導致的決策衝突和術後需要多次輔助療法引發的財務壓力，往往增加了病人的遺憾。

(五)心理和社會因素(psychological and social factors)

包括焦慮、自我污名(self-stigma)及整體心理健康狀況等(Liu et al., 2025)。Lam 等人(2014)探討香港乳癌病人手術諮詢的應用情況，研究指出諮詢前HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)焦慮分數越高，病人在術後一個月的治療決策遺憾程度越高。Zhaung 等人(2022)探討中國乳癌病人研究發現治療決策遺憾和自我污名呈現顯著正相關。德國學者 Köksal 等人(2023)探究接受輔助放射治療的乳癌病人治療決策遺憾，結果顯示心理健康得分與決策後悔感之間呈現顯著負相關。

第五節 乳癌病人治療決策遺憾與生活品質

研究持續發現乳癌病人在治療決策中的治療決策遺憾與生活品質之間存在顯著的負相關。Fernandes-Taylor & Bloom(2011)在美國的研究集中於年輕乳癌病人，該研究以 723 名病人為初始對象，並在五年後訪談了其中的 449 名病人，探討她們對治療決策遺憾(訪談題目 Looking back, is there anything about your treatment that you would do differently ?)，及其對生活品質 (SF-36) 的長期影響。研究結果顯示，42.5%的病人在五年後對某些治療方面感到遺憾，這些遺憾與生活品質顯著相關，尤其是在主要手術、化學治療、放射治療、重建手術等方面的治療決策遺憾。

這些結果表明，治療決策不僅在短期內對病人有影響，其長期影響更為深遠，特別是當病人對所選治療方式感到後悔時，這種遺憾往往會導致生活品質的顯著降低。

Advani 等學者 (2019) 在美國以 421 位年長女性乳癌病人為研究對象，在她們被診斷為乳癌後的 6 年收集資料，探討她們在接受局部治療（如手術或放射治療）後的治療決策遺憾(測量工具:Decision Regret Scale)及其對生活品質(測量工具: BREAST-Q)的影響。研究發現，這些病人的治療決策遺憾與生活品質降低之間存在顯著地相關，尤其是在身體功能和心理健康方面，這種負面影響尤其明顯。

Zhuang 等學者 (2022) 以 448 名來自中國三所大學附屬醫院的乳癌病人為研究對象，在她們被診斷為乳癌後接受手術並完成輔助性化學治療或放射治療後進行資料收集，探討不同手術類型的乳癌病人在決策衝突、決策遺憾(測量工具: Decision Regret Scale)和自我污名(self-stigma)方面的差異，並分析這些因素對生活品質(測量工具: FACT-B)的影響。研究結果顯示，決策衝突、治療決策遺憾和自我污名與生活品質之間存在顯著的負相關，尤其是在選擇了乳房切除術的病人中，這些負面情緒的影響更為明顯。該研究進一步指出，決策過程中的不確定性和自我批判加劇了治療決策遺憾的影響，進而降低了病人的生活品質，導致她們在後續生活中承受更大的心理負擔。

Köksal 等學者 (2023) 在德國進行的研究，則以 172 名手術後接受輔助性放射治療的乳癌病人為對象，資料的收集是在病人完成放射治療後 14 個月至 4 年間進行的（中位數為 2.8 年）。該研究主要探討病人在接受輔助性放射治療後的治療決策遺憾(測量工具: Decision Regret Scale)及其對身體和心理健康(測量工具: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System)的影響。研究發現，雖然大多數病人表示他們的治療決策遺憾較低或沒有遺憾，但有些病人的治療決策遺憾與較低的心理健康顯著相關，特別是那些使用弧形強度調控放射線治療 (Volumetric Modulated Arc Therapy, VMAT) 的病人，以及那些在治療後發生新心

臟疾病的病人更容易表達較高的治療決策遺憾。這表明，輔助性放射治療雖然有效，但也可能帶來一些長期的副作用，影響病人的生活品質和心理健康。

總體而言，乳癌病人在治療過程中的治療決策遺憾對其長期生活品質具有顯著的負面影響。這些研究指出，不僅是治療決策過程中的不確定性和自我批判會導致遺憾，治療結果（例如未達預期效果或出現副作用）也成為治療決策遺憾的重要來源。無論是在美國、中國，還是德國進行的研究，都顯示這種遺憾對病人的身心健康有著深遠的影響，特別是在心理健康和生活品質方面。因此，在臨床實務中，為病人提供充足的資訊支持和情感關懷，以及幫助她們合理預期治療結果，是減少治療決策遺憾、提升生活品質的關鍵。

第六節 正念與自我疼惜對遺憾及生活品質的影響

遺憾通常被認為是負面的情緒，並且與生活品質降低有關；不過，後來的研究開始注意到遺憾其實也有正向功能，並且對個人心理狀態有影響，強調在面對遺憾時，個人態度的重要性 (Zeelenberg & Pieters, 2007)。國內學者鄭怡和林以正 (2016) 也提到，過去對於遺憾的研究多半集中在分析遺憾的事件類型或個人認知特性上，較少關注到個人在遺憾情緒中的自我對話過程，這種自我對話可能包括自我反省、自我批評或自我關愛，而這些因素對個人的適應能力和生活品質有很大的影響，尤其是自我批評可能會加劇遺憾情緒，進而降低生活品質，因此正念 (mindfulness) 及自我疼惜 (self-compassion) 這兩個保護因子被認為在調節或中介遺憾對生活品質的影響中扮演著關鍵角色 (賴 & 蘇, 2015；邱柏菁, 2019)。這一節將深入探討這兩個概念，並闡述它們如何在病人的遺憾及生活品質中發揮作用。

一、正念(mindfulness)

(一) 基本概念和測量工具

韋氏字典定義「正念」為「專注當下，並以非批判性地覺察思想、情緒和經驗」。國語辭典將其解釋為佛教用語，意指清楚了解當下心念。「正念」源於佛教冥想文

化，1921 年首次被翻譯為「mindfulness」。Henepola (1992) 認為，正念幫助我們回想應做之事並看清本質。Kabat-Zinn 推廣其為自我覺醒與世界和諧相處的修行，強調專注當下且不評判的實踐能增強對現實的覺察與接受 (Kabat-Zinn, 2001)。White (2014) 分析 59 篇文章，提出正念有五個定義性特徵，包括當下的經驗(experience of being present)、覺察的能力(awareness)、接受的態度(acceptance)、專注力(attention)以及是一個變化的過程(transformative process)。陳案羚等人(2016)將正念定義為專注當下，覺察內外環境，以接受和不評判的態度平靜應對情境，達到心靈安適。這些定義顯示正念是一種古老且具現代意義的概念，廣泛應用於促進心理健康與生活品質。

目前正念的測量工具頗多，常用的有止觀覺察注意量表(Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)(Brown & Ryan, 2003; Calson & Brown, 2005)與五因素(覺察、描述、不評價、觀察、不反應)正念量表(Five Fact Mindfulness Questionnaire, FFMQ)(Baer et al., 2006)。這兩個量表適用於癌症病人(Carlson & Brown, 2005)，且已發展出中文版本，被廣泛引用並具有良好的信效度(張等, 2011; 黃鳳英等, 2015)。

(二)「正念」與「遺憾」及「生活品質」之相關研究

Garland 等人 (2017) 提出「正念意義理論」(Mindfulness-to-Meaning Theory)，詳細闡述了正念特質 (Dispositional Mindfulness) 如何影響癌症存活者的心理狀態和生活品質。研究顯示，正念特質高的病人更能專注於生活中的正面經驗 (attention to positive experience)，並通過正向再評估 (positive reappraisal) 來應對壓力，進而提升當下的品味 (savoring)，找到生命意義 (meaning in life)，提升癌症相關的生活品質 (cancer-related quality of life, QOL)，並減少情緒困擾 (emotional distress)。雖然「正念」與「生活品質」之間的關係已被廣泛探討並證明具有顯著的情緒調節作用 (Lin et al., 2022)，但關於「正念」與「遺憾」之間的研究卻相對有限。目前僅有 Oviedo 等人 (2023) 進行了一項小規模的探索性研究，分析正念對遺憾情緒

的影響。在這項研究中，參與者首先回憶一段遺憾的經歷，然後參加正念課程，專注於平靜與自我反思。結果顯示，經過正念練習後，參與者的遺憾顯著減少，表示正念練習有助於緩解遺憾情緒。儘管該研究樣本量較小，但為未來更大規模的研究提供了有價值的初步證據。

基於「正念到意義理論」的觀點，正念能通過正向再評估減少負面情緒，而治療決策遺憾則類似持續的負面反芻(negative rumination)，導致病人反思過去的治療決策經驗並產生自責與心理困擾。然而，若病人能夠以正念態度看待過去的治療決策經驗時，遺憾或許可以得到轉化，從而減少其對生活品質的負面影響。例如，乳癌病人在治療選擇後可能產生遺憾，但透過正念練習，他們可以接納當時的決策是基於當時最佳資訊與條件所做出的選擇，進而減少自我責備與情緒困擾，並學會品味當下生活的正面感受。這些遺憾經驗亦可能經由正向再評估而被重構為成長的契機，協助病人在生活中尋找意義與方向，最終提升整體生活品質。儘管如此，目前相關實證研究仍不多，這部分有待更多研究來進一步釐清正念如何透過正向再評估歷程影響治療決策遺憾對生活品質的影響。

二、自我疼惜(self-compassion)

(一)基本概念和測量工具

「Self-compassion」源自佛學，其核心概念是對自身不足和失敗持非批判態度，並透過保護自己免受負面情緒影響來促進幸福感 (APA Dictionary of Psychology)。Neff (2003) 將其進一步定義為「對自己的苦難保持開放態度，以關愛和善待自己，不批判自己的不足和失敗，同時認識到這些經驗是普遍人類經驗的一部分」。Gilbert (2014) 則從進化心理學的角度，將「self-compassion」視為一種情感調節策略，強調在面對困難時透過自我安撫來減少焦慮和壓力，並提出自我疼惜涉及對痛苦的敏感關注及緩解痛苦的行動。儘管「self-compassion」在不同學科中有多種翻譯，如「自我關懷」和「自我悲愍」，本文選用「自我疼惜」一詞，以更好地反映護理



學領域的關懷理念。

自我疼惜在心理健康的研究中日益受到重視，主要涉及個體在面對困難和失敗時如何以同情和理解的態度對待自己。為了量化這一概念，Neff(2003) 開發「自我疼惜量表」(Self-Compassion Scale, SCS)，該量表涵蓋自我關愛、共同經驗感和正念三個維度，具備良好的信效度並已被廣泛應用和翻譯成多種語言版本(陳昱潔、陳，2019)。此外，Gilbert (2014) 從進化心理學的角度提出自我疼惜為一種情感調節策略，強調個體在面對痛苦時的自我安撫，其開發的「自我及他人疼惜投入與行動量表」(Compassionate Engagement and Action Scales) 中的自我疼惜部分，已在癌症病人的研究中顯示出其應用價值 (Hsieh et al., 2019)。

(二)「自我疼惜」與「遺憾」及「生活品質」之相關研究

儘管「自我疼惜」與「遺憾」的研究相對有限，Zhang 及 Chen(2016)及 Herriot 等學者(2018)的研究為我們提供了一些重要的見解。Zhang 及 Chen(2016)發現，自我疼惜有助於促進研究對象接受過去的遺憾，並由此促進個人成長。研究指出，擁有較高自我疼惜者在面對遺憾時，更能以寬容和接納的態度對待自己，從而減少自我批評，並將注意力轉向積極的改進和成長。Herriot 等學者(2018) 的研究進一步探討了自我疼惜如何影響老年人在面對與年齡相關的遺憾時的情感和生理反應。研究結果顯示，自我疼惜與遺憾強度呈負相關，這意味著自我疼惜較高的長者，其遺憾情緒較弱，並且這種情緒調節作用有助於減少與遺憾相關的生理壓力反應，如皮質醇分泌的降低。總而言之，這些研究強調了自我疼惜在面對遺憾的重要性，說明自我疼惜能夠幫助人們更好地應對過去的選擇及其後果。然而，值得注意的是，這些研究主要針對普通人群，而非癌症病人。因此，在乳癌病人中，自我疼惜是否能同樣有效地減少治療決策引發的遺憾，仍需進一步研究驗證。

「自我疼惜」在乳癌病人的「生活品質」中扮演著重要的角色，影響著病人的心理調適和整體健康。Przezdziecki 等學者(2013)研究發現，乳癌婦女的身體心像困

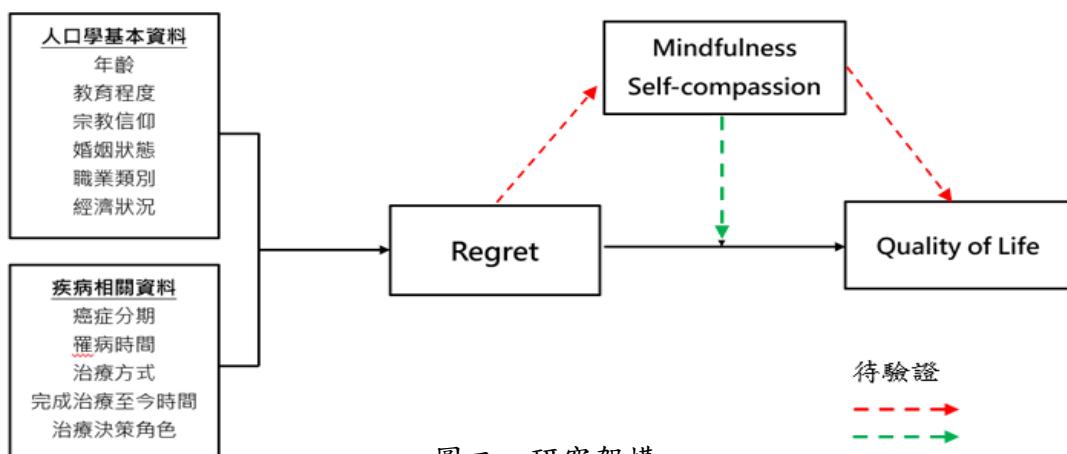
擾與心理困擾之間存在顯著關聯，而自我疼惜則能夠緩解這一負面影響，促進心理健康。Arambasic 等學者(2019)進一步強調了自我疼惜在長期乳癌婦女心理調適中的重要性，該研究顯示，依附焦慮(attachment anxiety)和迴避(attachment avoidance)與更高的心理壓力和癌症的負面影響顯著相關，而自我疼惜能夠減輕這些負面影響，提升心理調適能力。Abdollahi 等學者(2020)探討了感知壓力與自我照護行為之間的關係，發現自我疼惜能夠調節感知壓力對自我照護行為的負面影響，也就是說自我疼惜較高的乳癌病人能夠更有效地管理壓力，並積極參與自我照護行為，這對於提升她們的生活品質至關重要。最後，Masoumi 等學者(2022)的研究發現，自我疼惜在乳癌婦女的感知社會支持、情緒調節與心理健康之間起到中介作用，較高的自我疼惜有助於乳癌婦女在面對壓力和挑戰時更好地調節情緒，並充分利用社會支持系統，從而提升心理健康和生活品質。總結來說，這些研究一致認為，自我疼惜能夠以更寬容和接納的態度看待自己，從而減少自我批評及心理困擾、促進情緒調節、增強自我照護行為和充分利用社會支持，從而提升乳癌病人的心理調適與整體生活品質。

三、「正念」及「自我疼惜」與「遺憾」及「生活品質」之間的相關研究

目前並無探討「正念」及「自我疼惜」與「遺憾」及「生活品質」之間的相關研究，僅就「正念」及「自我疼惜」同時列為影響心理健康或生活品質的研究做說明。以癌症病人為研究對象的研究有兩篇：Garcia 等學者(2021)以 183 名(乳癌 43 人，前列腺癌 30 人、大腸癌 33 人，其他 77 人)在巴西醫院接受化療的癌症病人的研究顯示，正念與自我疼惜均與癌症病人的生活品質呈顯著正相關；Forti (2011) 的博士論文係以 133 位 0-3 期的乳癌病人探究正念、生活品質、述情障礙(alexithymia)及自我疼惜之間的關係，研究也發現正念顯著預測乳癌婦女的生活品質，儘管自我疼惜未顯示出顯著的中介作用，但正念在提升乳癌婦女的生活品質中仍具關鍵作用。在癌症照護者方面，Hsieh et al. (2019) 研究指出，正念特質和自我疼惜行動能

夠調節肺癌照顧者之壓力與憂鬱症狀之間的關係，其中自我疼惜行動被證明是更強的保護因素，有助於照護者減少憂鬱症狀，提升心理健康。而在普通人群中，賴志超與蘇倫慧(2015)也發現正念和自我療癒力(self-healing)顯著提升研究對象(科技大學學生)的心理適應，其中自我悲愍(self-compassion)在發揮正向的中介作用，幫助學生在壓力下保持心理健康。同樣地，鄭怡與林以正(2016)的研究顯示，研究對象(大學生)在面對後悔事件時，省思(reflection)之所以能夠帶來良好的適應，是以自我關愛(self-compassion)為中介歷程；另一方面，反芻(rumination)則是透過自我批評(Self-Judgment)使個體困於後悔情緒進而影響生活適應。這些研究共同結論是正念和自我疼惜對於不同群體的心理健康和生活品質有其重要作用，無論是在面對重大疾病、照護壓力或日常生活挑戰時，這些保護因素都能夠發揮積極的影響。

綜合文獻查證得知，乳癌病人面臨複雜且困難的治療決策時，偏好以合作角色參與，但實際參與的情形並非全然如此，因此偏好與實際參與兩者間的一致性也被認為是影響治療決策遺憾的重要因素，但究竟何者是主要因素，研究結果並不一致；病人接受治療後，結果是如預期所想，還是後悔遺憾？！國內外研究也不盡相同，後悔遺憾的認知與情感是如何透過病人本身的「正念特質」與「自我疼惜」保護病人，減少其對病人生活品質的影響，相關文獻相當有限，因此研究者提出研究架構如下圖



圖二 研究架構

第三章 量性研究-研究方法

第一節 研究設計及研究對象



本研究採橫斷式研究設計，以問卷調查收集資料。研究顯示乳癌各期別的治療方法不同，病人關注的議題及治療決策經驗也不同，與乳癌個案管理師討論，其表示乳癌第0、I、II期的病人當切片病理報告出爐後，首先面對的是乳房手術要選擇切除？還是保留？手術組織病理報告確定後，可能要面臨的是要不要接受化學治療等之困境。故本研究採立意取樣，以北台灣某醫學中心及區域醫院初次罹患乳癌第0、I、II期之女性病人為研究對象。至於研究者在何時收案較合適？治療中、治療後多久？綜觀治療決策遺憾的文獻查證，並沒有一致作法，有的在手術後三年內(Wang et al., 2018)，有的在確診後半年內第一次收案，間隔2-3年再次收案。因此，研究者考量研究主題為治療決策遺憾，宜在病人接受手術及後續所有治療後，但如果不限制病人治療結束後的時間，確實會有回憶偏差的影響，可能影響資料的可信度，因此與乳癌個案管理師討論後，決定在病人已完成手術治療、放射線治療、化學治療或標靶治療且定期追蹤的階段進行資料收集。選案條件如下：

一、納入條件

- (一)初次罹患乳癌且為第0、I、II期之年滿20歲婦女；
- (二)已經完成手術治療、放射線治療、化學治療或標靶治療後36個月內且定期追蹤；
- (三)知道自己得乳癌且能以國、台語表達填答問卷；

二、排除條件

- (一)任何其他癌症病史。
- (二)醫師建議不要參加研究或認知、精神殘疾者。

第二節 資料收集

研究者在北台灣某醫學中心及區域醫院之乳房外科及腫瘤科門診進行收案，採立意取樣，於病人回診時收集資料。本研究在進行前會先經行政程序取得該醫院

部門主管同意及醫院人體試驗倫理委員會(Institutional Review Board, IRB)審查通過(TSGHIRB No. : C202105040)。

本研究在徵詢符合收案條件病人參與前，計畫主持人或研究助理會先以口頭方式自我介紹及說明研究目的及所需訪談及填答時間，告知訪談及問卷填答採不記名方式進行，資料會以予保密並告知研究進行不影響目前治療及日後照護權益，參與過程有權力可隨時中途退出，無需任何理由，徵求病人同意。

第三節 研究工具

本研究採用問卷收集資料，包括基本資料表、治療決策角色量表、決策遺憾量表、生活品質量表、止觀覺察注意量表及自我疼惜量表等。

一、基本資料表(附錄一)

包括年齡、教育程度、職業／收入狀況、宗教信仰、婚姻狀況、家族史、疾病史(確診日期、癌症期別、手術類型、是否接受化學、放射或激素治療及何時完成所有治療等)。

二、治療決策角色量表(附錄二)

使用國內學者於2007年碩士論文「病患參與治療決策之探討-以乳癌婦女為例」採用的 Lam教授授權之問卷內容評估「病人對於參與治療決策之偏好」與「病人參與治療決策之實際情況」(蘇，2007)。

(一)病人對於參與治療決策之偏好：由於 Lam 等人(2003)曾測量中國女性乳癌病人在參與治療決策的偏好，將病人的偏好分為「主動」角色(希望自己全權決定)、「合作」角色(希望和他人一起做決定)及「被動」角色(希望別人替您做決定)等三類，與 Degner & Sloan(1992)的偏好角色序位尺度(ordinal role preference scale)，將病人參與治療決策的偏好程度分為主動、合作及被動三大類類似。

(二)病人實際參與治療決策的情況：將參與的程度分為「不被允許參與」、「少於所希望的」、「與所希望的相近」、「即使不知道該如何選擇，但仍需自己決定一



切」等四種。

三、決策遺憾量表(附錄三)

使用由Brehaut等人(2003)發展的決策遺憾量表(Decision Regret Scale, DRS)，評估病人對治療決策之遺憾程度。量表共五題，要求研究對象反思自己的治療決定，採五點計分法，第2、4題為反向題，進行反向編碼，分數範圍由1(非常同意)到5(非常不同意)，然後將五題的分數平均減1後乘以25，將分數轉換為0-100分，分數越高表示對決策愈遺憾。DRS已被證明為一項具有信度及效度之決策遺憾測量工具(Cronbach's α =0.81至0.92)。在這項研究中Cronbach's α 為0.91。

四、生活品質量表

(一)EORTC QLQ-C30(附錄四)

採用Aaronson等人(1993)發展的歐洲癌症研究與治療組織癌症病人生活品質問卷(European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Cancer patient 30 item, EORTC QLQ-C30)，國內有第三版中文問卷(季、楊、許、賴，2002；Chie, Chang, Huang & Kuo, 2003)，評估癌症病人一般生活品質，內容包括30題，其中29及30題有七個等級，分數為1到7分(非常差至極好)，其他問題皆為四個等級，分數為1到4分(完全沒有、有一點、相當多及非常多)。整份量表最後區分成十五個面向，分別有五個功能面向(身體、角色、情緒、認知及社會)、三個症狀面向(疼痛、疲倦及噁心嘔吐)、五個單一症狀面向、一個經濟困難面向及一個整體生活品質面向。功能面向分數愈高，代表生活品質愈好；症狀面向分數愈低，則代表生活品質越好。面向得分的計算係將各個面向包括的題目得分相加除以所包括的題目數，即可得到該面向的得分(Raw Score, RS)，即 $RS=(Q1+Q2+\dots+Qn)/n$ ，詳見表1。為了使各面向得分能相互比較，還進一步透過公式線性轉換，成為0-100的標準化得分(Standard Score, SS)，此外，轉換還有一個目的，即改變得分方向，因為此量表除了第29、30題外，均為反向題目(數字越大，

生活品質越差)，在計分規則中明確規定：功能面向、整體生活品質面向得分越高代表功能狀況和生活品質越好，對於症狀面向得分越高代表症狀越多，生活品質越差，因此，計算功能面向的標準化得分時還要改變方向，計算公式如下：

功能面向： $SS = [1 - (RS - 1)/R] * 100$

症狀面向和整體生活品質面向： $SS = [(RS - 1)/R] * 100$

表一 EORTC QLQ-C30各面向的計分方法

面向	代碼	屬性	題數	得分全距(R)	計分方法(RS)
整體生活品質	QL		2	6	$(Q29+Q30)/2$
生理功能	PF	功能	5	3	$(Q1+Q2+Q3+Q4+Q5)/5$
角色功能	RF	功能	2	3	$(Q6+Q7)/2$
情緒功能	CF	功能	4	3	$(Q21+Q22+Q23+Q24)/4$
認知功能	EF	功能	2	3	$(Q20+Q25)/2$
社會功能	SF	功能	2	3	$(Q26+Q27)/2$
疲倦	FA	症狀	3	3	$(Q10+Q12+Q18)/3$
噁心嘔吐	NV	症狀	2	3	$(Q14+Q15)/2$
疼痛	PA	症狀	2	3	$(Q9+Q19)/2$
喘	DY	症狀	1	3	Q8
失眠	SL	症狀	1	3	Q11
食慾不振	AP	症狀	1	3	Q13
便秘	CO	症狀	1	3	Q16
腹瀉	DI	症狀	1	3	Q17
經濟困難	FI	症狀	1	3	Q28

(二)EORTC QLQ-BR45(附錄五)

採用 Bjelic-Radisic 等人(2020)修改EORTC QLQ-BR23(European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -Breast cancer 23 item)而成的EORTC QLQ-BR45，是一個測量乳癌病人生活品質的量表，共有45題，其中23題來自EORTC QLQ-BR23，22題為新增，新增部份包含標的症狀及滿意度量表，提供更精確且全面評估新發展治療方式對乳癌病人生活品質的影響，其中，第44、45、46、74、75等5題為反向計分；面向得分的計算係將各個面向包括的題目得分相加除以所包括的題目數，即可得到該面向的得分(Raw Score, RS)，即

RS=(Q1+Q2+...+Qn)/n，詳見表2。為了使各面向得分能相互比較，還進一步透過公式線性轉換，成為0-100的標準化得分(Standard Score, SS)，此外，轉換還有一個目的，即改變得分方向，在計分規則中明確規定：功能面向得分越高代表功能狀況和生活品質越好，對於症狀面向得分越高代表症狀越多，生活品質越差，因此，計算功能面向標準化得分時還要改變方向，計算公式如下：

功能面向：SS=【1-(RS-1)/R】*100

症狀面向：SS=【(RS-1)/R】*100

表二 EORTC QLQ-BR45各面向的計分方法

面向	代碼	屬性	題數	全距 (R)	計分方法(RS)	反向 計分
身體心像	BI	功能	4	3	(Q39+Q40+Q41+Q42)/4	
未來預期	FU	功能	1	3	Q43	
性功能	SX	功能	2	3	(Q44+Q45)/2	v
性慾	SE	功能	1	3	Q46	v
乳房滿意度	BS	功能	2	3	(Q74+Q75)/2	v
治療不良反應	SYS	症狀	7	3	(Q31+Q32+Q33+Q34+Q36+Q37+Q38)/7	
掉髮	HU	症狀	1	3	Q35	
手臂症狀	ARM	症狀	3	3	(Q47+Q48+Q49)/3	
乳房症狀	BR	症狀	4	3	(Q50+Q51+Q52+Q53)/4	
荷爾蒙治療症狀	ET	症狀	10	3	(Q54+Q55+Q56+Q63+Q64+Q65+Q66+Q67+Q68+Q69)/10	
皮膚黏液症狀	SM	症狀	6	3	(Q57+Q58+Q59+Q60+Q61+Q62)/6	
內分泌性症狀	ES	症狀	4	3	(Q70+Q71+Q72+Q73)/4	

五、止觀覺察注意量表(Mindful Awareness Attention Scale, MAAS)(附錄六)

係由Brown和Ryan在2003年參考以往的文獻與訪問具有高度靜坐經驗的學者，編制出「止觀覺察注意量表」，以了解個體能否接受並覺察當下所有的經驗，以作為測量正念傾向特質的工具。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，分數越高代表正念覺察特質

越高(總分為15-90分)。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。張等(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。

六、自我疼惜(self-compassion)量表(附錄七)

係由Gilbert等學者在2017年發展而成，主要測量對自我及他人疼惜投入與行動的量表(The Compassionate Engagement and Action Scales)，包含分量表疼惜他人(compassion for others)、受他人疼惜(compassion from others)及自我疼惜(self-compassion)。本研究採用其中之自我疼惜(self-compassion)，包含兩個分量表：投入部份(engagement)包含敏感地關注痛苦(sensitivity to suffering)和參與痛苦(engagement with suffering)兩大因素，計有8題，而行動部份(action)則有5題，共計13題，採用1-10分的評量方式，其中1分表示「從未」，10分代表「總是」，分數愈高代表自我疼惜程度愈高，此量表具有良好的信效度。國內學者Hsieh等人(2019)曾將此量表翻譯為中文版，探討肺癌病人照顧者自我疼惜與憂鬱之關係，研究結果顯示此量表具有良好信效度。

第四節 資料分析與統計

研究者先檢視資料完整性，將資料編碼建檔，以SPSS套裝軟體，依研究目的及變項的屬性選擇統計方法。自變項包括年齡、確診年齡、教育程度、收入、工作狀況、婚姻、家族史、癌症期別、手術類型、是否接受化學、放射或激素治療、治



療決策的角色等。依變項包括治療決策遺憾及病人生活品質等。樣本數根據問卷題目數量而定，建議樣本數應為題目最多分量表題目數量的3-5倍，本研究以癌症病人生活品質量表(EORTC QLQ-BR45)45題為最多，預估為至少需135人。

一、描述性統計：主要以描述樣本之基本資料及量表得分，連續變項以平均值、標準差等方式呈現，類別變項則以次數、百分比等方式呈現。

二、推論性統計：用以瞭解自變項與依變項之間的關係，採用迴歸分析、相關檢定、t檢定以及單因子變異數分析(one way ANOVA)、中介分析。

第四章 量性研究-研究結果

第一節 基本資料及臨床資料分析

本研究收案時間為2021年5月至12月，共138名，研究對象的基本資料及臨床資料如表三所示，平均年齡為 56.50 ± 9.62 歲，年齡範圍在32至82歲之間；超過一半擁有學士學位(52.17%)並且處於就業狀態(55.8%)；大多數已婚(73.91%)且有宗教信仰(76.09%)；在臨床資料部份：超過70%的研究對象為第I、II期乳癌，所有病人都接受過手術，其中超過一半接受了乳房保留治療；完成治療時間平均為1.55年；60.14%的研究對象偏好在治療決策中扮演合作角色。77.54%認為她們的實際參與程度與她們希望的參與程度相符。有2.17%認為她們的參與程度遠低於她們希望的程度，另有20.29%表示她們被要求自行決策，儘管她們並不希望如此。

第二節 治療決策遺憾分析

研究對象之治療決策遺憾平均得分為 $20.94(SD=15.34, range 0-75$ 分)，其中17.39%病人表示沒有治療決策遺憾，55.80%屬於輕度遺憾(得分=1-25分)，26.81%屬於中重度遺憾(得分 ≥ 26 分)。另外，研究對象的治療決策遺憾與其實際與偏好決策角色是否一致有顯著差異($t = -2.480, p = 0.018$)，也就是說實際與偏好決策角色一致的病人，較不容易感到遺憾。

第三節 治療決策遺憾、正念覺察、自我疼惜與整體及乳癌特定生活品質之相關分析

表四顯示了治療決策遺憾、正念覺察、自我疼惜的參與與行動面向及共變項(如診斷時間、手術及完成治療的時間)與整體及乳癌特定生活品質之間的皮爾森相關檢驗結果。結果顯示，治療決策遺憾、正念覺察與自我疼惜行動與大部分的生活品質指標相關，而自我疼惜的參與與任何生活品質指標皆無關聯。另外，手術類型與 EORTC QLQ-C30 及 EORTC QLQ-BR45 功能得分相關($t = 2.120, p = 0.036$ ； $t = 3.871, p < 0.0010$ 。接受乳房保留治療(BCS)的病人其整體及乳癌特定功能得分高於接受改良根治性乳房切除術(MRM)的病人。病人的實際與偏好決策角色不一致與 EORTC QLQ-BR45 的功能得分較低相關($t = 2.696, p = 0.008$)。因此，手術類型與實際與偏好決策角色不一致被納入 EORTC QLQ-C30 及 EORTC QLQ-BR45 功能的多元回歸模型中。

第四節 影響整體與乳癌特定生活品質之主要因素的多元迴歸分析

表五顯示影響研究對象整體與乳癌特定生活品質之主要因素的多元迴歸分析結果。在控制了手術類型等共變數後，治療決策遺憾、正念覺察及自我疼惜行動解釋了 EORTC QLQ-C30 功能得分變異的 20.1%($F_{4,133} = 9.624, p < 0.001$)。具體來說，較低的治療決策遺憾($\beta = -0.211, t = -2.605, p = 0.010$)及較高的正念覺察($\beta = 0.300, t = 3.820, p < 0.0010$ 與較高的 EORTC QLQ-C30 功能得分相關。

治療決策遺憾、正念覺察及自我疼惜行動分別解釋了整體健康狀況和 EORTC QLQ-C30 症狀變異的 16.2% 和 13.8%($F_{3,134} = 9.830, p < 0.001; = 8.341, p < 0.001$)。其中，較高的正念覺察與較好的整體健康狀況($\beta = 0.323, t = 4.023, p < 0.001$)及較低的 EORTC QLQ-C30 症狀($\beta = -0.339, t = -4.168, p < 0.001$)相關。

在控制手術類型、治療決策遺憾及完成治療的時間等共變數後，治療決策遺憾、正念覺察及自我疼惜行動解釋了 EORTC QLQ-BR45 功能得分變異的 20.7%($F_{6,131}$

= 6.963, $p < 0.001$)。具體來說，較低的治療決策遺憾($\beta = -0.222$, $t = -2.671$, $p = 0.009$)與較高的 EORTC QLQ-BR45 功能得分相關。

治療決策遺憾、正念覺察及自我疼惜行動解釋了 EORTC QLQ-BR45 症狀變異的 10.4%($F_{3,134} = 6.286$, $p < 0.001$)。具體來說，較高的正念覺察($\beta = -0.334$, $t = -3.923$, $p < 0.001$)與較少的 EORTC QLQ-BR45 症狀顯著相關。

第五節 正念覺察對治療決策遺憾與生活品質之中介分析

如圖三和圖四所示，當治療決策遺憾對整體健康狀況和 EORTC QLQ-C30 功能面向直接影響顯著時($\beta = -0.219$, $p = 0.036$; $\beta = -0.194$, $p = 0.002$)，治療決策遺憾通過正念覺察對整體健康狀況和 EORTC QLQ-C30 功能面向的間接影響也顯著($\beta = -0.089$, $CI = -0.184$ 至 -0.019 ; $\beta = -0.051$, $CI = -0.117$ 至 -0.010)。這些結果表明，正念覺察在治療決策遺憾與整體健康狀況及 EORTC QLQ-C30 功能面向之間扮演部分中介作用。

如圖五所示，當治療決策遺憾對 EORTC QLQ-C30 症狀的直接影響不顯著時($\beta = 0.065$, $p = 0.242$)，治療決策遺憾通過正念覺察對 EORTC QLQ-C30 症狀的間接影響顯著($\beta = 0.049$, $CI = 0.011$ 至 0.107)。這些結果顯示，正念覺察在治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 症狀面向之間扮演完全中介作用。

表三 量性研究-基本資料及臨床資料表(n=138)

Variables	Number	Percentage
Age (mean/ SD)	56.50	9.62
Education		
≤ High school	66	47.83%
> Bachelor	72	52.17%
Employed status		
Yes	77	55.80%
No	61	44.20%
Religion		
Yes	105	76.09%
No	33	23.91%
Marital status		
Single	14	10.14%
Married	102	73.91%
Divorced	12	8.70%
Widowed	10	7.25%
Family cancer history		
Yes	78	56.52%
No	60	43.48%
Breast cancer stage		
Stage 0	36	26.09%
Stage I	56	40.58%
Stage II	46	33.33%
Surgery type		
Breast Conserving Surgery (BCS)	71	51.45%
Modified Radical Mastectomy (MRM)	67	48.55%
Types of treatments		
Surgery	138	100.00%
Chemotherapy	67	48.55%
Radiation treatment	90	65.22%
Target Therapy	13	9.42%
Hormone treatment	118	85.51%
Time since diagnosis(year) (mean/ SD)	2.00	0.35
Time since surgery(year) (mean/ SD)	1.92	0.37
Time since complete treatment(year) (mean/ SD)	1.55	0.47



表四 治療決策遺憾、正念覺察、自我疼惜與生活品質之相關分析

Variable	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Decision Regret	20.94	15.34									
2. Mindful Awareness Attention	4.69	0.86	-0.207*								
3. Self-Compassion/Engagement	50.28	12.77	-0.101	-0.054							
4. Self-Compassion/Action	33.67	8.08	-0.276**	0.135	0.566**						
5. EORTC QLQ-C30 Global health status/ QoL	70.47	19.69	-0.240**	0.369***	0.052	0.215*					
6. EORTC QLQ-C30 Functions	86.62	11.90	-0.317***	0.372***	-0.008	0.213*	0.399***				
7. EORTC QLQ-C30 Symptoms	14.95	10.39	0.168*	-0.368***	-0.031	-0.182*	-0.456***	-0.765***			
8. EORTC QLQ-BR45 Functions	43.83	13.26	-0.310***	0.214*	-0.049	0.105	0.226**	0.424***	-0.336***		
9. EORTC QLQ-BR45 Symptoms	15.93	9.92	0.141	-0.334***	0.091	0.011	-0.233**	-0.547***	0.615***	-0.337***	
10. AGE	56.50	9.62	0.132	0.158	-0.129	-0.160	-0.032	-0.014	0.082	-0.111	-0.058
11. Time since diagnosis(year)	2.00	0.35	0.035	-0.001	0.025	0.091	-0.082	-0.110	0.046	0.056	-0.013
12. Time since surgery(year)	1.92	0.37	0.052	0.013	0.009	0.083	-0.112	-0.120	0.029	0.068	-0.048
13. Time since complete treatment(year)	1.55	0.47	-0.018	0.073	0.063	0.100	-0.067	0.033	-0.039	0.186*	0.011

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

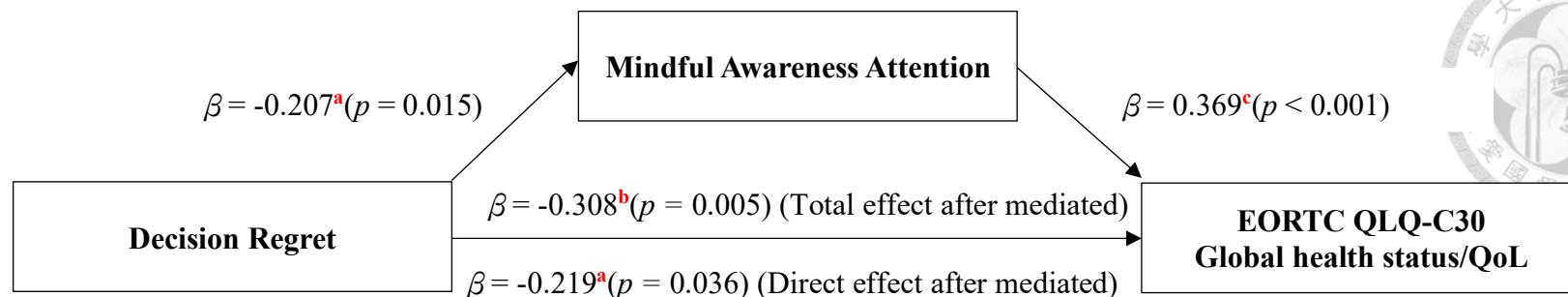


表五 影響整體與乳癌特定生活品質之主要因素的多元迴歸分析

	EORTC QLQ-C30 Global health status		EORTC QLQ-C30 Functions		EORTC QLQ-C30 Symptoms		EORTC QLQ-BR45 Functions		EORTC QLQ-BR45 Symptoms	
<i>R</i> ²	16.2% ***		20.1% ***		13.8% ***		20.7% ***		10.4% **	
	B(SE)	β	B(SE)	β	B(SE)	β	B(SE)	β	B(SE)	β
Covariates										
Type of Surgery	—	—	2.958(1.834)	0.124	—	—	7.006(2.060)	0.264***	—	—
MRM (reference group)										
BCS										
Decision-making role	—	—	—	—	—	—	4.110(2.551)	0.129	—	—
Incongruence (reference group)										
Congruence										
Time since complete treatment	—	—	—	—	—	—	5.439(2.179)	0.192*	—	—
Main factors										
Decision Regret	-0.175(0.106)	-0.136	-0.164(0.063)	-0.211*	0.044(0.057)	0.065	-0.192(0.072)	-0.222**	0.062(0.055)	0.097
Mindful Awareness Attention	7.383(1.835)	0.323***	4.152(1.087)	0.300***	-4.093(0.982)	-0.339***	1.749(1.211)	0.113	-3.753(0.957)	-0.325***
Self-Compassion Action	0.326(0.199)	0.134	0.165(0.117)	0.112	-0.152(0.106)	-0.118	0.008(0.131)	0.005	0.100(0.104)	0.082

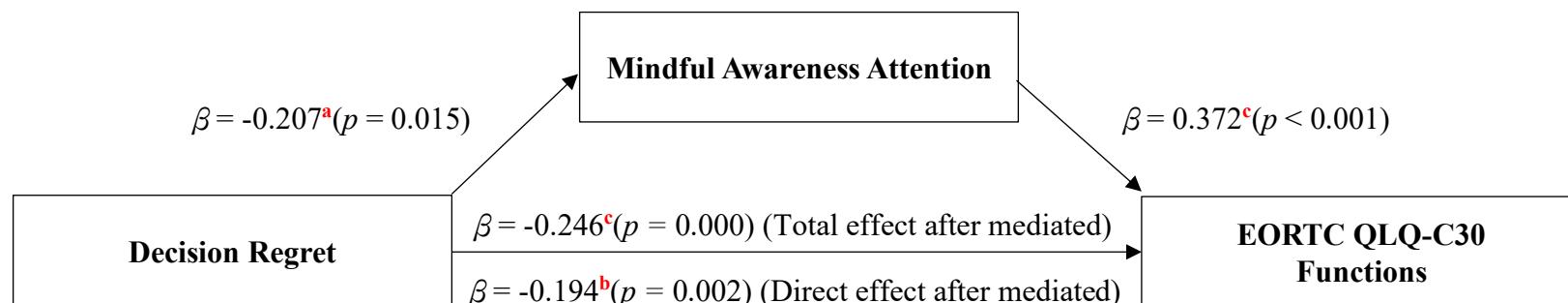
Note: MRM=Modified Radical Mastectomy; BCS=Breast Conserving Surgery

p*<.05 ; *p*<.01 ; ****p*<.001



圖三 正念覺察對治療決策遺憾與整體健康狀況之部份中介分析

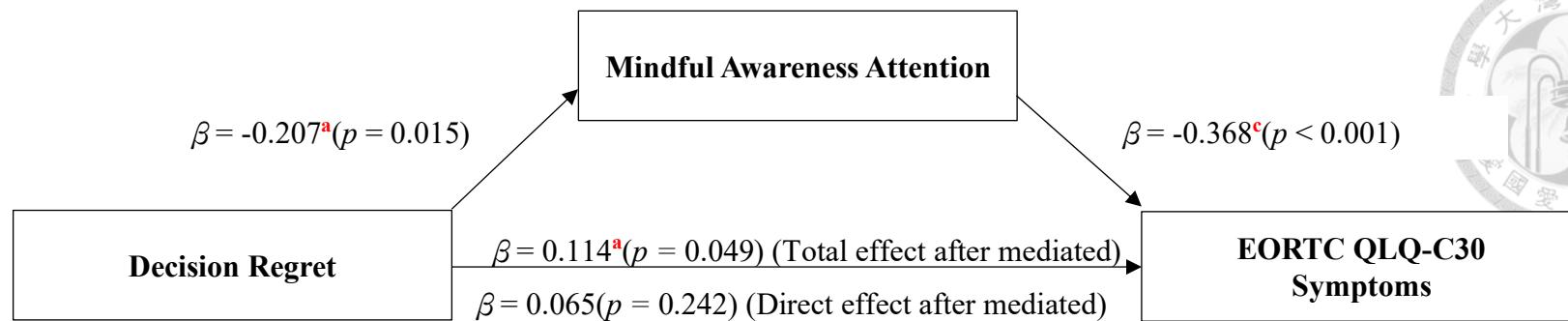
Indirect effect of decision regret to mindful awareness attention on Global health status/QoL was $\beta = -0.089$ (95%CI= -0.184 to -0.019)



圖四 正念覺察對治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 功能之部份中介分析

Indirect effect of decision regret to mindful awareness on EORTC QLQ-C30 Functions was $\beta = -0.051$ (95%CI= -0.117 to -0.010)

^a $p < 0.05$; ^b $p < 0.01$; ^c $p < 0.001$



圖五 正念覺察對治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 症狀之完全中介分析

Indirect effect of decision regret to mindful awareness on EORTC QLQ-C30 Symptoms was $\beta = 0.049$ (95%CI= 0.011 to 0.107)

^a $p < 0.05$; ^b $p < 0.01$; ^c $p < 0.001$

第五章 質性研究-研究目的與研究方法

第一節 研究目的

在量性研究中，研究者已探討並確認乳癌病人的治療決策遺憾與其相關因素（如人口學因素、疾病特性、決策角色及生活品質）之間的關係。此外，研究結果也顯示，乳癌病人的「正念特質」在治療決策遺憾與生活品質之間發揮了中介作用(Kao et al., 2025)。然而，量性數據無法充分解釋乳癌病人在治療決策過程中的主觀經歷和感受，亦難以呈現影響治療決策遺憾的細節與脈絡。透過質性研究，我們能更深入探討病人在治療選擇中所面臨的挑戰、壓力源及其應對方式，並了解病人如何形成或處理遺憾情緒。因此，本研究旨在深入了解早期乳癌病人在治療決策過程中的經驗、治療決策遺憾的主觀體驗與脈絡，以及其對生活的影响，並透過質性資料詮釋量化結果，以提供更全面的理解。

第二節 研究設計

本研究採用描述性質性訪談設計(descriptive qualitative interview study)，此研究方法常應用於量化研究之後，以質性訪談進一步從病人的主觀經驗中釐清並深入理解先前研究所發現之現象 (Doyle et al., 2020)。本研究延續先前的量化研究，旨在探討乳癌病人在治療決策過程中，以及形成治療決策遺憾的主觀經歷與感受。

第三節 研究對象選樣及招募

一、研究對象選樣

本研究採立意及滾雪球選樣 (Purposive and snowball sampling) 方式，招募北台灣某醫學中心及區域醫院中，初次罹患第0、I、II期乳癌之女性病人為研究對象。選樣條件參考本研究前期量性研究之納入與排除標準，詳列如下：

(一)納入條件

- 1.初次罹患乳癌且為第0、I、II期之年滿18歲婦女；
- 2.已經完成手術治療、放射線治療、化學治療或標靶治療後36個月內且定期追蹤；



3.知道自己得乳癌且能以國、台語表達訪談並同意過程錄音者；

(二)排除條件

1.任何其他癌症病史。

2.有認知、精神障礙者。

本研究預計收案數之原則如下：為確保樣本能涵蓋不同治療決策遺憾程度（無遺憾、輕度、中重度），將納入上述三種類型個案作為收案時的重要依據之一。根據乳癌病人治療決策經驗的質性研究結果，樣本數最少為8人(Abdullah et al., 2013)。本研究將以資料飽和為最終樣本數決定之依據，當訪談內容出現高度重複、無新主題或資訊時，即停止收案。

二、招募流程

本研究於通過 IRB 審核後(TSGHIRB No. : B202405221)，啟動研究對象之招募程序。研究者首先將於參與醫院之乳癌相關團隊會議中，向主治醫師、個案管理師及相關護理人員說明研究目的、樣本條件、收案流程與訪談安排，以建立共識並促進臨床協助招募之順利進行。本研究之招募方式包含以下四項策略：

(一)公告式招募：研究者將經 IRB 核准之招募廣告張貼於合作醫療機構相關門診區之公告欄，提供病人主動瞭解研究資訊之機會。

(二)候診區說明：研究者於門診候診期間，觀察可能符合納入條件之病人，主動上前說明研究目的、內容與受訪方式。若病人表示願意參與，研究者即當場說明研究同意書內容，並取得其書面同意。

(三)醫師協助轉介：以招募廣告文件向醫師說明，委請醫師向符合條件的病人說明：「有一項與乳癌治療決策相關的研究，邀請您參加。」若病人表示有興趣參與，研究者將進一步向病人詳細說明研究內容，並取得書面同意。

(四)個案管理師轉介：個案管理護理師於病人主動來電諮詢或進行新診斷一年內之電話追蹤時，針對符合納入條件之病人進行初步說明：「有一項與乳癌治療決

策相關的研究，誠摯邀請您參與。」若病人表示願意了解更多內容，個案管理護理師即轉介其姓名與聯絡方式予計畫主持人。主持人將親自聯繫病人，自我介紹並進一步說明研究內容，於取得口頭同意後安排訪談時間與地點，並於訪談進行時完成書面同意書之簽署。

第四節 資料收集

本研究採用半結構式訪談法進行資料收集。正式訪談於受訪者簽署同意書後進行，每位病人訪談時間至少 30 分鐘，並全程錄音。為了解受訪者的基本背景與遺憾/後悔情形，在訪談開始前先請受訪者填寫基本資料表及決策遺憾量表 (DRS; Brehaut et al., 2003)，如附錄八，以作為後續引導討論的重要依據。

一、訪談大綱

訪談問題係根據相關文獻與臨床經驗設計，並配合本研究核心議題（治療決策歷程、遺憾感受與生活影響）進行編排，主要訪談內容如下：

- (一)請您談談確定乳癌診斷後，接受了哪些治療方式？當初是如何決定的？
- (二)根據您所填寫的遺憾量表，您對治療決策是沒有遺憾/有遺憾，對於治療方式的決定您是滿意/不滿意的？什麼原因讓您沒有遺憾/有遺憾？（對於有遺憾的受訪者：是什麼時候開始這樣的感受，以及對您的生活有什麼影響？）
- (三)治療後，您能專注在當下的生活嗎？還是會常常陷入過去治療的過程或未來復發的恐懼？您是如何讓自己能專注於當下的生活？您會有多愛自己的想法或採取哪些實際行動來愛自己？

二、訪談步驟

訪談地點由受訪者與研究者共同協議，安排於醫院的空診間或會議室，或由受訪者選擇具有隱私性且感到舒適、方便的場所。訪談開始前，研究者會簡要說明訪談的目的與內容，重申資料保密原則，並取得書面錄音同意後，進行基本資料（出生年月日、學歷、婚姻狀況、子女數、癌症期別、確診與手術時間等）與決策遺憾



量表之填寫，接續展開正式訪談並全程錄音。在訪談過程中，研究者將致力於與受訪者建立良好關係，運用開放式提問、同理回應、澄清與摘要等溝通技巧，引導受訪者自然且真實地敘述其治療決策經驗與情感歷程。研究者亦將積極傾聽，蒐集語言與非語言訊息，以確保資料的深度與完整性。

鑑於本研究探討乳癌病人的治療決策經驗與治療決策遺憾，訪談中可能引發受訪者的情緒波動。研究者具備護理實務經驗及個人罹癌經歷，能以同理心陪伴與支持受訪者，並透過傾聽協助其表達與釐清情緒與正向經驗。若受訪者出現顯著情緒困擾，研究者將即時提供心理支持，並與其討論合適的因應方式，再依照其意願協助就醫或轉介資源，此外，研究者亦會詢問受訪者是否需要後續的電話關懷及其適合的時機，並依其需求進行追蹤。此追蹤過程所取得之資訊僅用於關懷受訪者，不納入研究資料分析，以保障其隱私與符合研究倫理。

第五節 研究者立場與反思

在質性研究中，研究者不僅是研究工具，更是資料蒐集與詮釋的關鍵參與者。其個人背景、價值觀與生命經驗皆可能影響對資料的理解與詮釋，故有必要說明其立場與反思，以強化研究的透明度與可信度。

研究者為 56 歲女性，已婚，有兩名兒子，具 30 年臨床護理經驗，曾於醫學中心與區域醫院服務，擔任外科病房護理長 3.5 年，期間照護乳癌病人與其他手術病人。現為護理博士生，曾修習「質性研究法專論」及「質性研究資料收集與分析」課程，具備質性研究的理論與實務訓練。研究者本身亦曾於 38 歲確診乳癌第 I 期，根據 NCCN 指引接受乳房手術與五年內分泌治療，並經與其夫婿（病理科醫師）討論後，拒絕腫瘤科醫師建議之化學治療。此親身決策經驗使研究者深刻體會乳癌病人在治療選擇中的情緒與壓力，亦為本研究的重要啟發來源。

研究者具備病人視角的「insider」與專業照護者的「outsider」雙重角色，有助於建立信任與同理，並在訪談中營造出安全、開放的敘說情境。大部分訪談中，研

究者均在傾聽完受訪者經驗後，適度分享自身歷程以促進對話。僅第一位病人因術後至今仍手臂不適，研究者先行分享術後復健經驗以表支持；亦有病人於研究者分享後補充自身曾向神明祈求與獲得聖杯啟示的關鍵決策經驗，顯示研究者適度揭露能引發更深層的反思與敘說。有受訪者更表示這是她「第一次與他人分享，感覺終於有人懂我了」，反映出訪談歷程的支持性與深度。

研究者全程透過書寫反思日誌，持續檢視自身假設、偏見與情緒反應，釐清詮釋來源，維持中立與開放立場。訪談採開放式提問，避免引導與價值判斷，致力於忠實呈現乳癌病人的決策經驗與情緒感受，以提升研究的可信度與可審查性。

第六節 資料分析

本研究採用主題分析（Thematic Analysis）進行質性資料處理。主題分析是一種具彈性且系統化的質性分析方法，可配合不同研究理論與取向使用，無論是語意層次或深層意涵的詮釋皆適用（Braun & Clarke, 2006）。此方法特別適合探索受訪者的主觀經驗、情緒反應與意義建構。由於本研究採解釋型序列式混合方法設計，質性階段的目的為補充與延伸量化發現，進一步詮釋乳癌病人在治療決策歷程中所的經驗、結果及遺憾感受。主題分析能從受訪者的敘說中歸納經驗主題，揭示其背後的意義，有助於整合質與量的資料，深化研究結果的理解。

資料分析依據 Braun 與 Clarke (2006) 提出的六個步驟進行：

- 一、熟悉資料 (Familiarization)：所有訪談均由研究者於訪談後兩週內親自謄打成逐字稿，並補充記錄語調、表情與訪談氛圍等非語言資訊，力求完整呈現受訪內容。研究者反覆閱讀逐字稿，初步標記潛在重點與感受，建立對資料的整體理解。
- 二、初步編碼 (Generating initial codes)：研究者針對與研究目的相關的語句進行開放式編碼，並以手動方式整理與歸納相似編碼，確保分析過程細緻而具一致性。
- 三、搜尋初步主題 (Searching for themes)：將相似或相關的編碼彙整，歸納出初步



主題與子主題。研究者依據研究問題及三大分析主軸（治療決策歷程、治療決策結果和治療決策遺憾的經驗、生活影響與調適策略）進行歸納與整理，逐步建構主題架構。

四、修正調整主題（Reviewing themes）：反覆比對主題與原始資料，確認主題的代表性與一致性，必要時調整、合併或細分，確保邏輯清晰與概念深度。

五、界定與命名主題（Defining and naming themes）：明確界定各主題的範圍與內涵，並給予能夠代表核心意義的主題名稱，使主題結構更具邏輯與表達力。

六、撰寫報告（Producing the report）：根據確立的主題結構撰寫研究結果，搭配具代表性的受訪語句佐證主題，並結合研究目的與相關文獻進行詮釋與討論。

為強化資料詮釋的多元視角與分析品質，研究過程中研究者與極具質性研究訓練的指導教授密切討論與反覆檢視，透過協同反思與交互確認，幫助研究者跳脫主觀視角，拓展對資料的理解與詮釋深度。

第七節 嚴謹度

本研究採用 Guba(1981)所提出的可信賴性（Trustworthiness）的用詞，其中包括可信度(Credibility)、可轉換性(Transferability)、可依賴性(Dependability) 及可確認性(Conformability)，分述如下：

一、準確性(Credibility)：本研究針對研究目的與問題設計半結構式訪談大綱，並由具臨床經驗與質性研究訓練之研究者進行訪談。每位受訪者的訪談內容皆於訪談後兩週內完成逐字稿謄打，並補充非語言表達（如語調、表情、停頓）以保留溝通脈絡。此外，資料分析過程中，研究者與指導教授反覆討論編碼與主題分類，藉由協同反思與持續比較法提升詮釋的真實性。

二、可轉換性(Transferability)：研究對象採立意及滾雪球選樣，涵蓋不同治療決策遺憾/後悔程度與年齡、婚姻、就業等背景，以呈現乳癌病人在治療決策歷程中的多元經驗。訪談內容忠實紀錄其個人主觀經驗，並透過具代表性的引言加

以呈現，期使讀者能判斷其在其他情境中的應用性。

- 三、可依賴性(Dependability)：研究過程保留詳細的訪談紀錄、逐字稿、編碼對照表與主題建構歷程。研究者亦在研究日誌中記錄當下的反思與重要決策，包含主題命名的討論歷程，讓後續研究者可依據此脈絡理解資料處理與詮釋脈絡。
- 四、可確認性(Conformability)：為避免研究者個人偏見干擾資料詮釋，本研究特別強調反思歷程。於「研究者立場與反思」一節中說明研究者背景與可能影響，並透過與指導教授共同檢視資料與詮釋，達到交互確認。此外，資料編碼與主題發展過程均保留原始依據，確保詮釋有跡可循。

第六章 質性研究-研究結果

第一節 基本資料及臨床資料分析

本研究於 2025 年 1 月至 3 月期間進行，共訪談 16 位乳癌病人(候診區 8 人，個管師/助理轉介 7 人，團體衛教 1 人)，研究對象基本資料如表六所示。受訪者年齡介於 30 至 70 多歲，平均為 54.8 歲；大多數具專科/大學以上學歷 (13 人)，其中 10 人目前仍在職，8 人已婚。在癌症期別方面，8 位受訪者診斷為第 1 期乳癌；自治療完成至受訪時的時間介於 0.2 年至 2.4 年，平均為 1.2 年；所有受訪者均接受手術治療，包括乳房保留手術(8 人)、改良式根除乳房切除手術(8 人)、預防性對側乳房切除手術(2 人)及乳房重建手術(3 人)。

在治療決策參與程度方面，6 位受訪者以聽從醫師意見為主被歸類為「被動決策參與」，10 位為和醫師討論自己的想法歸類於「積極參與決策」。根據治療決策遺憾/後悔量表 (DRS) 評分結果，受訪者的遺憾/後悔程度介於 0 至 35 分之間，共有 7 位(43.7%)表示沒有遺憾/後悔感受，另有 9 位 (56.3%) 表示遺憾/後悔，7 位為輕度遺憾/後悔，2 位為中重度遺憾/後悔且皆是被動決策參與。



表六 質性研究-基本資料及臨床資料表(n=16)

編號	年齡 (年)	教育程度	職業 狀況	婚姻 狀況	乳癌 期別	完成治療 至今時間 (年)	Treatment type						治療決策參與程度	治療決策遺憾/後悔 分數	程度		
							BCS	MRM	CPM	BR	CT	TT	RT	HT	被動	積極	
1	60+	專科/大學(含)以上	無	已婚	1	1.5	✓						✓	✓	✓	0	無
2	50+	高中(含)以下	有	離婚	1	0.3		✓						✓	✓	0	無
3	40+	專科/大學(含)以上	有	未婚	1	1.5	✓						✓	✓	✓	0	無
4	50+	專科/大學(含)以上	有	已婚	1	1.9		✓	✓	✓	✓	✓			✓	0	無
5	40+	專科/大學(含)以上	有	已婚	0	0.6		✓		✓				✓	✓	0	無
6	40+	專科/大學(含)以上	有	未婚	1	1.7	✓					✓	✓	✓	✓	0	無
7	60+	專科/大學(含)以上	有	未婚	2	1.2	✓				✓	✓	✓	✓	✓	0	無
8	60+	專科/大學(含)以上	無	已婚	2	0.7	✓				✓	✓	✓	✓	✓	5	輕度
9	60+	高中(含)以下	無	寡婦	1	2.4		✓					✓		✓	5	輕度
10	40+	專科/大學(含)以上	有	離婚	2	0.2		✓	✓	✓	✓			✓	✓	20	輕度
11	40+	專科/大學(含)以上	有	未婚	0	0.3		✓							✓	25	輕度
12	30+	專科/大學(含)以上	有	未婚	2	2.1	✓				✓	✓	✓	✓	✓	25	輕度
13	50+	高中(含)以下	無	已婚	1	0.9	✓				✓		✓	✓	✓	15	輕度
14	40+	專科/大學(含)以上	有	已婚	2	1.8		✓			✓		✓	✓	✓	15	輕度
15	60+	專科/大學(含)以上	無	已婚	2	0.5	✓				✓		✓	✓	✓	30	中重度
16	70+	專科/大學(含)以上	無	已婚	1	1.9		✓			✓	✓		✓	✓	35	中重度

註：BCS: Breast Conserving Surgery (乳房保留手術，乳房部分切除)

BR: Breast Reconstruction (乳房重建手術)

CPM: Contralateral Prophylactic Mastectomy (對側預防性乳房切除術)

CT: Chemotherapy(化學治療)

HT: Hormone treatment (荷爾蒙治療)

MRM: Modified Radical Mastectomy (改良式根除性乳房切除術)

RT: Radiation treatment (放射線治療)

TT: Target Therapy (標靶治療)

第二節 治療決策影響因素



表七呈現治療決策影響因素的主題。我們依據受訪者的描述，在決定治療方式的過程中，是否會主動和醫師表達自己的偏好、意見或想法，分為「被動參與」($n = 6$) 與「積極參與」($n = 10$) 兩類。被動受訪者多受醫師權威、缺乏醫療知識與家庭支持影響，傾向信任專業與他人判斷；而積極受訪者則展現個人偏好與主動與醫師溝通的態度，並參考親友意見及過往經驗，以及神明指示做出選擇。兩組皆提及信任醫師及經濟考量等共通因素。以下將先說明共同主題，接著再依照治療決策參與程度分組，分別逐一說明其影響主題與代表引文。

表七 治療決策影響因素的主題($n=16$)

治療決策參與程度	被動($n=6$)	積極($n=10$)
主題(Theme)	1. 醫師權威 2. 病人自認缺乏專業知識 3. 信任醫療人員 4. 經濟能力 5. 家人支持	1. 醫師專業建議 2. 病人個人偏好 3. 信任醫療人員 4. 經濟能力 5. 親友支持 6. 過去家人治療的經驗 7. 神明指示

一、共同主題

(一) 信任醫療人員

1. 被動治療決策參與程度

三位病人表示對醫療人員充分信任，因此選擇遵從醫囑，即使面對需自費的治療，也願意全然配合。例如：

看到他的時候我不知道可能就是有醫師緣吧，你就會覺得他就是你的醫生(P6).

醫生也算一個善知識，就跟著善知識走。(P15)

化療和標靶都要自付，我相信醫生不會亂講，我就只好住院做治療，乖乖刷卡付帳。我的觀念是想說每一個醫師或護理人員，他們在醫院服務也是很辛苦，我相信他們，跟病人所用的方法都是很正確的。(P16)

2. 積極治療決策參與程度



六位病人表示信任醫師或醫療團隊，因此依循其建議做出治療決策。這種信任讓病人感到安心，也促進治療合作。例如：

應該是醫生緣，如果你沒有醫生緣的話，你換到找名醫什麼也沒有用，對不對？

然後我就說我就是相信你。(P2)

我就很信任醫師，他也是我的貴人，也是我的福星。(P3)

我覺得是一個信任的問題，因為真的你看到媽媽的朋友都是給他治療的，你就會多少會比較安心一點。就是蠻信任醫院醫療團隊。(P12)

(二) 經濟能力

1. 被動治療決策參與程度

三位病人在討論治療決策時提及經濟因素，認為高額的自費醫療費用是一大負擔，需仔細衡量自身與家庭的經濟狀況後，才做出是否接受治療的選擇。例如：

我有去看醫療費用雙標靶裡面有一個要自費，一次就要六七萬，然後就對我來說就是一個負擔啦，然後我自己就要先算好我到底有沒有那個錢可以治療。(P7)

如果要花很多錢，我可能就不想治療了，因為我不想要造成家裡的負擔，又加上我沒有保險的。然後醫師就跟我說沒關係，我們就照你有健保你就去健保做(P14).我雖然是一般的家庭，我不是好野人(台語)，我也是沒辦法，也是咬緊牙根(P16).

2. 積極治療決策參與程度

四位病人表示治療與重建的經濟負擔是決策過程中的重要考量因素。例如：

自體(重建)手術的費用也會比較高。(P5)

我評估了一下，然後查了一下我的保險，我覺得我可以接受(標靶)，因為保險有 cover 費用。(P8)

二、分別主題-被動治療決策參與程度

(一) 醫師權威

在被歸類為「被動參與」的六位受訪者中，皆提及在治療決策過程中主要依賴



醫師的判斷與建議，因為醫師具有權威影響力。病人傾向將決策權交由醫師，認為其專業判斷是最可靠的選擇。例如：

我那時候沒有什麼懸念，就覺得醫師這樣的安排就是最好安排。(P6)

當下就依照醫生說要做什麼，我就做什麼這樣子，就聽醫生的。(P14)

醫生說什麼我就照著他做，叫我化療我就化療，叫我手術我就手術這樣。(P15)

他跟我建議，我看你出生年月日你年紀很大了，應該沒愛水(台語)，乾脆不要局除了，乾脆整個割掉一勞永逸，我就跟他說好啊！(P16)

(二) 病人自認缺乏專業知識

有五位病人表示自己缺乏醫療相關知識，因而在治療決策過程中較難主動參與或提出意見。他們多數選擇完全依賴醫師的判斷。例如：

我自己也沒什麼概念，沒有相關的醫學方面的知識，所以就信任醫生。(P15)

我從小到大幾乎都沒有生過病，所以我第一次進醫院第一次要做這樣的事情，我就完全沒有頭緒。(P7)

我又不懂，我又不是護理人員，都是醫生說了聽話照做。(P16)

如果要花很多錢，我可能就不想治療了，因為我不想要造成家裡的負擔，又加上我沒有保險的。然後醫師就跟我說沒關係，我們就照你有健保你就去健保做(P14).

我雖然是一般的家庭，我不是好野人(台語)，我也是沒辦法，也是咬緊牙根(P16).

(三) 家人支持

有一位病人提到在治療決策過程中，配偶的意見對其最終決定接受治療產生了關鍵影響。例如：

醫師他有建議嘛，然後我然後經過先生那些，然後就就接受治療。(P13)

三、分別主題-積極治療決策參與程度

(一) 醫師專業建議

所有積極參與決策的病人都表示，他們會參考醫師的專業建議，作為治療選擇



的重要依據。然而，相較於被動參與決策受訪者單純接受安排，他們在過程中展現出更高的資訊理解需求與參與意願，會進一步詢問醫療選項的利弊、請求醫療文獻佐證，甚至尋求第二意見，展現出主動理解與思考的態度。例如：

醫師大致上就跟我說明了一下，這個要切除，可以做部分，也可以做全切，但是基本上做部分就好了，做部分之後可以做化療可以做像放射治療等。我說好那部分切除，那化療要不要做？他說可做可不做，我是跟爸爸講說我不要做化療，我不要做化療，放療醫師是認為一定要，我們就接受。(P1)

我說可不可以，我連右邊一起切掉，醫師說不行，他說確診跟不是確診的切法又不一樣，但是你要切掉你，因為你這一邊沒有，除非你有很百分之八十幾以上的那種家族危險史，你才有可能做這種預防切除，不然就只能一邊這樣子。(P2)

我是 HER-2，然後那因為我的它不是有一個癌細胞分化的指數我是偏高的，所以醫生覺得說我算是 0 期，但是因為癌細胞分化的指數是快的，所以他覺得我應該會比較多變化，所以他會建議我就直接標靶加做紫杉醇化療。我就請他提供 paper 紿我看，他就跟我講說有一篇做回溯性的實驗，它是已經收集了整整十年，然後收集了上千個乳癌患者，都是跟我一樣 HER-2 的病人，然後都是早期，都是二期以前，都是 early stage 的，然後這些病人都同時接受紫杉醇加上標靶的治療，然後的治療是追蹤十年，這些病人都沒有，至少十年內都沒有任何的反覆，就是比如癌細胞轉移或幹嘛，至少可以維持十年。(P4)

A 醫院的醫師建議我先做化療加標靶，他說這樣子可以讓我的我的癌細胞看能不能縮小一點，再去做手術，那我覺得這麼大的事情看一個醫師不太方便。經過別人介紹了，找到 B 醫院的醫師就說，其實我的又不是很大，先做化療或標靶也不見得會讓它縮小到很多，他是建議我直接拿掉，然後再去做化療或標靶。(P8)

(二) 病人個人偏好

七位病人在治療決策過程中，清楚表達了自身的偏好與考量，包括身體心像、



復發及死亡的風險、親密關係以及子女的感受等，這些因素影響他們對治療決策的選擇。以下依序說明。

1. 在乎身體心像

有兩位病人關注手術後乳房外觀的對稱性與完整性，認為對自身心理與外貌形象有重大影響。例如：

我就會覺得說好像要做到兩邊，我覺得兩邊會比較滿意。如果後面要再後續做治療，就會變成等左邊的治療全部結束之後，右側再去做縮乳的動作。那這樣子這段過渡期間我就每天看著我兩邊不一樣，我覺得我心情應該會很不好。如果是依我的個性的話，我過了我就不會再有勇氣去做縮乳了。然後我想說我既然都要做，那就一次到位好了，不然的話，我覺得反正我顧一邊也是顧一邊，我顧兩邊，好像也是顧兩邊。就當我去隆乳一次好了，送自己一個禮物隆乳。(P10)

2. 考量復發及死亡風險

四位病人選擇全切手術是因為擔憂未來復發與再次手術的風險，盼望「一勞永逸」。例如：

我自己的身體我自己做決定，不用問家人或者是。我這個年紀我也不注重外表，我也不穿比基尼，所以我覺得沒什麼，雖然是說後來我爬文，有些文章說現在也不一定要全切，局切的話，然後配合幾次的化學治療，其實效果是一樣的，但是我是覺得一勞永逸，雖然不一定是一勞永逸的，但是對我的心理上面來講，我覺得我全部切掉，我覺得我感覺比較安心。醫生也是說OK，等於說我們兩個人的想法是接近的。我斬金截鐵就是我全切。(P2)

因為命是我自己的，孩子也蠻尊重我，我有跟醫師講出我的想法，乾脆就整個拿掉，當初還沒有擴散早期發現。我自己決定的，因為我想說就根除嘛，既然發現了，就把這整片就拿掉就好，就想說比較能夠徹底。放療或化療人會很不舒服，因為我也想說我才剛開始這個階段應該還不至於有什麼擴散或者什麼之類的。(P9)



左側預防性切除是我自己的決定，我那時候會覺得說第一個我真的很怕，我不想再來開第二次，所以前面二次嚇死我了，所以我覺得說我就想把它切除。我就可以好好利用這十年我女兒已經快 18 歲，我的人生任務就可以完成，不管將來不管十年後他會不會，就算轉移了，我也覺得我沒有遺憾，我有十年可以好好陪我女兒的時間，所以我就覺得說好，我就立刻決定要做這件事情。(P4)

3. 考量親密關係

有一位病人提到部分切除的選擇與考量對婚姻關係影響。例如：

我不想全切，我寧可留著部分，尤其他(醫師)是提到是說效益，復發的效益差別不大，全切跟部分切除的復發的效益，那個那個機率差別不大，那我個人比較是覺得說婚姻上的這個關係，我還是希望部份切除，這個部分是我自主，自主決定的，包括要不要化療也是我自主決定，先生沒有意見的。(P1)

4. 顧慮年幼孩子的感受

有一位病人提到考量外觀影響青春期女兒的感受。例如：

因為我還要考量到小孩，因為我有生女兒，他還會陪我洗洗澡或者是什麼的。我也很擔心他看到我的改變，我就想 5、6 年級慢慢的會有所謂青春期的部分，會覺得媽媽的跟其他人不一樣或者是什麼的。(P10)

(三) 家人朋友的支持

六位病人提到親友(如姊姊、學姐、同學、教會牧師等)過去罹病或經驗的建議，對其治療決策產生明顯影響。例如：

姊姊是醫療人員，之前有纖維囊腫手術拿掉，以她的例子告訴她不要怕。姐姐給我蠻多的一些意見。(P3)

我美國的一個學姐，她也是在美國密西根的一個醫院，也是乳房外科的護理師，他說美國很奇怪，不是很奇怪，就台灣跟美國可能風俗民情不同，美國只要發現單側有，醫生都叫你兩側全部切掉兩側重新做重建這樣子，對，這在美國是 piece



of cake，一件很小的事情，可是在台灣好像很少這樣子，對，所以他會覺得說你不是十年後又再來一次什麼左邊乳房要再來再切什麼之類的，所以他們都鼓勵我，還有我的好朋友也是說那就兩側全切。(P4)

乳癌十年的同學他說切乾淨，十年前的技術的時候，醫生都想幫你保留，然後就是說切部分就好，然後他就去放化療，之後前前後後進出了三次(手術)。我同學很好的拍照，他給我看了全切的傷口。(P11)

教會女牧師跟我分享的例子就是接受全切的人存活率比較比較高，然後沒有做全切除的，那其實沒有幾年之後他的進展就很快。(P5)

(四) 過去家人治療的經驗

三位病人因親人曾罹患癌症並接受治療（如化療或開刀），對治療過程的觀察深刻影響了自身的治療選擇與價值取向。例如：

我是說這個化療我不要化療。我個人是覺得我比較 care 家庭跟 care 先生忙碌的人，所以我覺得放療，如果做化療的話，尤其我爸爸還是 lung cancer，我哥哥也是 cancer 的患者，我哥哥是骨癌，我在看他做化療的過程非常的辛苦，我決定不做化療。(P1)

我其實一直在思考的是，會不會死？因為我已經有一個死掉的妹妹了，也是心臟長那個瘤 sarcoma。我心裡想的是我要怎麼改變心態人生，我沒有去想保留、什麼重建不重建的問題，所以我對生命更重視，而不是外貌的。所以我之後是在手術的前一天臨時改變心意跟醫生講說我要做傳統手術(不做重建只做乳房切除)。(P11)

(五) 神明指示

有兩位病人表示在做出治療決策前曾請示神明，並依據神明的指示選擇醫院、治療方式與重建方案。這種信仰提供她們心靈上的支持與安定感，強化了對決策的信心。例如：

我就問媽祖說，我到時候我去 A 醫院好還是 B 醫院在好？然後 A 醫院就一杯，

就聖杯，然後我就說我因為很慎重嘛，我就說那如果真的去 A 醫院，你可不可以給我三個聖杯，就立刻給我三個聖杯，你知道，然後我就說我要兩邊都切嗎？如果是你給我一個聖杯，就立刻一個聖杯，然後要不要重建就立刻聖杯，然後最後我就問說我是不是全部切完重建完我就會好了，然後又一個聖杯，你知道我當下，我那個當下我眼淚就掉下來了(泛淚激動)，你知道，因為我覺得從開始生病到治療，沒有人告訴你會好，對，你要怎麼做(哭泣)，你知道所以那當下我就整個一直哭你知道嗎？哭到學妹在旁邊他說你怎麼了？我說我現在沒有辦法跟你講，我就會覺得說好像有一個長輩在照顧你，然後他告訴你說你做任何決定都是對的，然後你將來只會越來越好了。(P4)

我還是相信醫師，因為我是佛教徒，有一個老師，然後老師會幫我們通菩薩，所以我在找醫生之前我有請求貴人。(P11)

第三節 治療決策遺憾/後悔原因

表八整理受訪者在治療結果中提及治療決策遺憾/後悔的原因，並依據決策遺憾量表 (DRS) 之評分，將 16 位受訪者區分為兩組：「無遺憾/後悔」組 (DRS 得分為 0 分，n=7) 與「有遺憾/後悔」組 (DRS 得分為 5–35 分，n=9)。以下將依照治療決策的遺憾/後悔程度分組，逐一說明其主題與代表引文。

表八 治療決策遺憾/後悔原因的主題(n=16)

治療決策 遺憾/後悔程度	沒有遺憾/後悔(n=7)	有遺憾/後悔(n=9)
主題(Theme)	1.生活未受影響 2.接受副作用	1.生活功能受限 2.認知功能減退 3.外觀改變的心理影響 4.藥物副作用影響 5.對未來病程的不確定感

一、治療決策遺憾/後悔程度-沒有遺憾/後悔

(一) 生活未受影響

五位病人認為治療對生活影響不大，術後恢復良好，副作用輕微，日常生活與



心理狀態皆穩定，因此不感遺憾/後悔。例如：

我覺得它已經拿掉了，這是第一個。第二個就是一年之後的追蹤，一年之後的追蹤也都是，這當中沒有任何其他的不舒服。那對於我的這個性生活也沒什麼影響，吃復乳納也沒什麼副作用，看起來好像就過去了，所以我就沒有什麼任何的遺憾這樣子。就很平順，也沒什麼後悔。(P1)

我的心理上面來講，我覺得我全部切掉，我覺得我感覺比較安心。我覺得差不多，可能是自己本身就自己做好心理建設，所以我覺得對我來講沒什麼影響，也沒有造成我生活上的影響。等於說我已經知道我要做怎樣，我會有怎樣的結果。(P2)

我覺得我還比較幸運，就算在早期的時候就發現。我還蠻高興自己做這個決定，主要是因為我現在的生活也沒有改變太大。手術的過程，還有復原的狀況都還不錯，我想這個應該也是這個過程讓我也有一些的信心。(P5)

(二) 接受副作用

兩位病人自評決策遺憾量表 (DRS) 為 0 分因為以治療結果來論，理性認為自己經過治療生命平安保住，對於副作用是為治療必經的過程。但感受上提到藥物或治療造成副作用的不適與外觀改變影響自信，例如：

自評沒有治療決策遺憾/後悔的受訪者提到「我知道有害處，可是這是 consequences，所有的藥是可以 cure，可是它也是會有副作用。」「我覺得以結果論來說的話是沒有遺憾的，可是如果以過程中來講，如果我自己沒有出去找這些資料的話，我覺得我會是一個處於很很擔~很害，就是好像什麼都不知道的狀況下，因為啊！(嘆了一口氣)因為醫院這邊的資訊不夠，資訊量不夠，不夠多不夠正確，也不能說不夠正確，我是說沒有及時的給予給予資訊的供給，對，這是我的想法，我覺得如果在這個過程中，我是自己去聽這些座談會，如果在手術或者治療期間醫院有提供給我這些資訊的話，我會覺得我會更好受一些」；但提到治療對頭髮原貌改變影響自信「在我的個性本來就是會比較往負面想啦，我就會覺得我的人生就是



~沒了！然後我就自己無敵無敵沒有自信，我到現在我的頭髮長成這樣，我都沒有自信，這不是我原來的頭髮，這是化療捲，我以前頭髮不捲的...我覺得 *I lost part of me. That part of me is no longer I can no longer find it back.*」 (P6)

自評沒有治療決策遺憾/後悔的受訪者提到「我知道任何的治療都會產生副作用，任何的藥物都會有副作用。」；同時也提到「我現在因為吃復乳納那個藥，頭髮也都沒有長出來，最嚴重就是骨鬆跟那個手僵直。」(P7)

二、治療決策遺憾/後悔程度-有遺憾/後悔

(一) 生活功能受限

六位病人其中兩位為中重程度的遺憾/後悔，提及術後或治療後的身體不適影響日常功能，包括手部活動受限、疼痛、步行困難或淋巴水腫等，這些症狀持續影響其生活品質，成為引發遺憾感受的重要因素。例如：

我不知道為什麼化療打了之後，我的這個腳會不舒服。我就覺得我好痛喔，我沒辦法好好走路，有時候這是對我來講是最大的困擾。(P10)

我就覺得我最近手好酸，然後手卡卡的，我伸不到後面去。活動會有一點受限制。像我穿衣服都很不方便，是有點卡住的感覺，要先穿這隻手。有時候晚上睡覺睡眠當中都能感覺到這點很酸。(P15)

(二) 認知功能減退

有一位病人，DRS 分數 35 分，中重度遺憾/後悔，提到治療後出現明顯的認知功能退化，包含記憶力與語言表達能力的下降。她將治療前後的差異視為明顯落差，認為這些變化造成生活與自我認同的影響，進而產生強烈的失落遺憾。例如：

我以前記憶非常好。開同學會同學都說我怎麼都會記得。做那個化療跟標靶以後就會類似瞬間漸忘，攏講不出來(台語)。治療以後真的有很多後遺症。我以前都嚇嚇叫(台語)都反應非常快，都馬上就可以講出來，現在有時候都想了半天講不出來，知道就講不出來名字。(P16)



(三) 外觀改變的心理影響

三位輕度遺憾/後悔病人提及外觀變化對自我形象與情緒造成顯著影響，儘管在治療過程中試圖以理性或正向態度面對，仍難以忽視乳房不對稱、掉髮、假髮不適等帶來的外在與心理衝擊，進而引發遺憾與自卑情緒。例如：

我們本身就是一個正常人，衣服看起來就是爾～有兩個，女生就是要兩個胸脯，你現在看起來，爾～這邊怎麼都全部都全平的，這邊是凸出來的，就會覺得那種(咋!)自卑吧！還是怎麼樣，應該是叫自卑吧！當我穿衣服的時候會覺得說，唉！就是有那麼一點遺憾。我個人覺得好像就是那麼的不對稱，就是那麼慘，就是少那麼一點點。(P9)

我去日本，沒有頭髮拍照就只能戴一個帽子，我不想戴假髮，但我總覺得我自己可以這個坎，我自己過得去，帽子戴起來就沒事了，我自己能，外圍的內心是這麼覺得。但是之後發現不是這樣子的，事情不是這樣子的，所以我大哭。所以我一直，我才知道，喔！原來這件事是我好像沒有認真去面對它，因為我總覺得我可以，但其實我發現我不行。我就覺得為什麼大家都可以美美的，為什麼我不行？(P10)

(四) 藥物副作用影響

有二位輕度遺憾/後悔病人提及化療、標靶與荷爾蒙藥物治療，所帶來的身體不適與心理負擔。例如：

害處的原因是你還是有不舒服的部分，比如說對你身體還是會產生後遺症。那我比較嚴重是那個嘔吐的部分。還會有噁心，吃東西吃不下，像那時候真的東西你嘴巴味道會變，你都吃不下，所以你說對於身體一定多少都還是有造成一些害處。所以我覺得壞處是有，因為你這個東西是等於傷害到你的身體。(P12)

我在吃泰莫西芬的藥，然後就會很多副作用，比如說全身很酸，然後MC現在MC是沒有來了，對，然後子宮內膜又變厚，每次都要追蹤檢查，對，然後醫生是跟我說可能要吃5到10年了，對，然後它有很多副作用，對啊。(P14)



(五) 未來病程的不確定感

有兩位病人輕度遺憾/後悔表示雖然目前狀況尚可，但因對未來不可預測，難以明確評斷所做決策是否正確，因此無法完全否定遺憾或後悔的可能。例如：

不到最後不到人生的最後，不到上天堂，你怎麼知道你做這個正確是不是最正確的決定。我覺得應該人生也沒有太多，沒有絕對的吧，我現在很好，中庸一點比較好。(P11)

後悔不後悔的話，我現在還是沒有辦法百分之百選擇「非常不同意」的原因是，因為其實我也不知道到底，我現在才第三年，就目前為止都是安然無事，我也沒辦法保證我之後會不會有什麼狀況。(P12)

第四節 治療後因應方式

在本研究中，所有受訪者皆未提及目前仍陷入過去治療過程，研究結果發現這和他們使用正向因應幫助自己減緩身心不適和專注當下的生活有關。表九彙整受訪者在治療後的因應方式，包含不同層面，例如專注當下的生活方式，以及實踐多愛自己的作法等。以下將逐一說明其意涵與代表性引文。

表九 治療後因應方式的主題 (n=16)

主題(Theme)	次主題(Sub-theme)
1.信念 Belief	1.1 命運 1.2 轉念 1.3 順其自然/放下 1.4 感恩 1.5 樂觀
2.專注當下的生活 Living in the present	
3.自我照顧 Self-care	3.1 健康生活型態 3.2 愛自己行動 3.3 積極圓夢
4.利他 Altruism	
5.外在支持 External Support	5.1 家庭支持 5.2 社會支持 5.3 醫療支持 5.4 宗教支持

一、信念



(一)命運

五位對治療決策有遺憾/後悔的受訪者傾向將生命歷程視為命中注定，常使用「上天」、「命，隨緣」及「到齡了」等詞語，穩定自己的情緒，緩解復發和死亡的憂慮，積極的生活。

其實我不會想那麼多啦，人生老病死這是難免嘛，什麼時候，上天什麼時候安排你離開，其實我覺得你只要把你手邊的事情該做的做完，該交代的交代清楚就好了，其他真的不重要。你該走的人生應該我覺得要及時行樂啦！所以你吃喝玩樂，該享受的，該玩的都用的差不多了，什麼時候生命要離開了都就無所謂了，嗯嗯~我不會很恐慌說會有再復發，即使再復發的話，只要不要太過份，我覺得我還是會接受治療。(P8)

我都告訴自己，碰到了就坦然面對，不會的，因為我覺得～什麼，「命裡有時終須有，命裡無時莫強求」，該怎麼樣該什麼時候走，反正我都還跟孩子講，真的哪一天覺得說佛祖要帶我走，我就走吧，沒什麼好遺憾的，因為我命該如此，我是這樣告訴自己，可能人生就是這個樣子，不要去抱怨，不要說講沒有的，這個都是對自己身體也沒有好處，對吧，該走就走(笑)。(P9)

我一直覺得我們倆(男友)氣色沒有很好，然後嗯~但至少沒有痛，也判斷是也不用吃藥，就與癌共處！因為老了多少都還是會有機能衰退的問題，就接受我現在這個樣子。(P11)

我覺得學佛以後可能(未來的復發)看得比較開吧！可能就比較隨緣吧，想說命中如此。我覺得我學佛以後對我的心情也有一點影響，然後就覺得就是這樣子的，反正，就這樣要知命當下。(P15)

我的觀念都很想的開，對生死那個觀點我是比較淡。我是認為說我們很幸運啊，父母給我們生出來，我們當人高人一等，不像其他的那些動植物，我已經很幸運了，我認為說我就是平常很會照顧自己，如果哪一天那個到齡了，該走了，就走啊，



不要不要有那種驚慌的那個想法，蝦ㄚ(台語)，就我我都是每天用平常心，不會不會去亂亂想說啊這是不是(台語)，哪一天又惡化又幹嘛幹嘛。(P16)。

(二)轉念

七位受訪者提到透過「轉念」來面對治療後的不安與身體變化，嘗試將負面經驗重新詮釋，賦予不同意義。他們透過換位思考、主動調整接收資訊或自我對話等方式，減緩想法和情緒的憂慮、穩定情緒與生活適應。

換個角度想，我切除，但是有人是隆乳嘛！換位思考，以我覺得其實它也就是身體的某一個器官而已，如果可以用另外一個東西來代替，其實也沒有不好，對，那你可以讓自己的生活品質，還有未來的生活可以，應該是說可以，最主要的是可以讓我的身體就是可以穩定下來。(P5)

這是上天對我的一個考驗，考驗我有沒有辦法去面對一個一個大的挫折，那要是挺過了，我說不一定再來就是風平浪靜可以順，很順利平穩的走完我這一生，那假如沒有挺過的話，也是不在此遭啦，最起碼我也感受到，一些他們這些病人在做化療當中的痛苦了。(P8)

我最近幾年要練習轉念，不要看那個不好的，可能就是要，這也是老師一直在教我，就是要轉念才能轉運的。我現在盡量不爬那些(手術完第一天看的HER2那些文章，讓我想死的那些)，因為手機會有大數據嘛，當你往看一些比較自然的醫學治療療法的東西，越看越多的時候跳出來都是這些，所以我們沒有那些憂慮，就過得蠻好的。(P11)

自己會想(擔心復發)，但就告訴自己說沒事的，我們就是，如果覺得哪裡不舒服，然後就去看醫生，然後就找出那個原因，對，如果說真的怎麼了，還是照這樣治療。(P14)

我是轉念，我都把它當做說是一個運，過運(台語)，平安就好，我都是這樣轉念。我就是給它想開啦，就好像說有的人想不開，什麼怪政府幹嘛，我就把它當做



一個一個，一個A，閩南語就說一個A，一個劫數。反正就是杜掉(台語)，閩南語說杜掉啊，碰到了。(P16)

(三)順其自然/放下

四位對治療決策沒有遺憾/後悔的受訪者傾向以「平常心」、「順其自然」或「放下」等因應，不去控制自己無法預知的未來包含復發，能接納過去的自己，專注於積極生活。

目前是沒有的(未來復發的恐懼)，我就很平常心。(P2)

我就還是會擔心，但是我都告訴我自己說沒有關係，我覺得就是順其自然，因為該來了就會來，然後該發生就會發生。(P4)

我就跟我自己講說，自己就是我要學習，我要學習，就是也許跟自己，總是覺得說我應該可以承受吧，就是跟自己講，不要給自己，學習放下，學習豁達，不是每一件事情都會如自己的意，我盡力就好了，就算跟過去的自己就是和解，就是說不管那些事，好的不好的就全部就是翻頁了...就是 *let it go*。(P5)

我就想說那我就要盡量的做，如果真的是怎樣(復發)，我也我也沒辦法對不對！反正就是盡力啦。(P7)

(四)感恩

八位受訪者表達了對自己身體、人生境遇、上天，親友、工作夥伴或醫療團隊的感恩之情，幫助自己面對困境，看到自己擁有的能力。

在洗澡的時候，都跟我的左胸講說謝謝你陪伴我將近50年，未來有另外一個好朋友會加入我的身體(笑呵呵)，我跟我的身體說希望你們不要排斥。(P5)

我告訴自己，能動我就要動，我不能休息，我能動是我的福氣，老天爺對我的厚愛。(P9)

我還蠻感謝他們(醫師、同事、好朋友)，如果沒有他們讓我一直往前走，我應該就會又往後走了，我可能又會跑掉了，逃跑。(P10)

我覺得我算是運氣蠻好的，我遇到蠻好的醫生…還有一些年輕病友社團裡面也很多人分享，也是蠻感謝他們。(P12)

當人高人一等，不像其他的那些動植物，我已經很幸運。我有一個觀念說醫生跟護理人員在醫院上班工作為病患服務，真的非常非常辛苦。我真的很欽佩他們。主任這裡這樣一直在追蹤，我也都覺得很敬重他，很感佩。(P16)

(五)樂觀

兩位受訪者以幽默或正向的信念來看待治療結果與未來可能的病程發展。

我還會拿這件事情來當做玩笑。例如我們同學有一個群組，大家湊在一起，出去玩、吃美食或者是路跑，我們8月份要去東埔寨路跑，聊天的時候大家就講說到時候整團被騙走什麼的，我說放心好了，我一定會被退回來，因為我是瑕玷品。我少了一顆奶，少奶奶什麼的，大家常常這樣子講。我妹妹還笑我，他說你這樣切掉，你少了重量，你跑步會比同學快兩分鐘。(P2)

你說會不會去憂愁說未來會不會復發？會！可是我會希望說可不可以等到真的可以，比如說醫療再更發達的時候(笑)，說不定那時候又有更好的藥之類的，對，我覺得我是抱著比較正向的態度，因為我覺得現在可能也就是醫療是越來越發達了。(P12)

二、專注當下的生活

八位受訪者表達「專注當下」的生活實踐，不僅幫助他們緩解對未來復發的焦慮，也成為維持身心穩定的重要方式。其中有三位仍在職場的受訪者提到，工作能幫助她們聚焦於每日任務，減少胡思亂想，並從中感受到生活的價值與意義。兩位退休的受訪者則透過手工筆畫或志工活動讓心思沉澱於當下的活動之中，並藉此修身養性、減少雜念。其餘三位受訪者則從日常飲食選擇、思維轉換與生活態度中培養「活在當下」的實踐。

我的個性是對於工作還是有一點熱情，雖然是說大家都社畜是工作有很多無



奈，然後什麼錢很少什麼之類，或者說什麼永遠事情多於錢，你應該給都都會有經歷過，可是我後來發現還是要有工作，會讓你覺得你活在當下，是有這麼一點有這麼一點意義的。(P12)

我現在在學手工筆畫，我覺得這就是讓我練習專注，然後修身養性的機會，讓自己靜下來慢慢的去畫它，所以也可以 focus 是在這個事情上，那也不會去想東想西的，想說我今天該做什麼，然後我身體哪裡不舒服什麼的，我覺得沒必要了，想這些沒用。(P8)

因為是 HER-2，所以我就會擔心，我就覺得說沒關係，就算將來哪一天轉移了，至少我已經，我就好好過我這十年。我就會覺得說，咋！人生真的是，我覺得難免會擔心，擔心轉移，但是我覺得還是把握當下好好過啦，對啊，真的，我們真的沒有辦法預計老天要給我們什麼樣的考驗。(P4)

有時候看到一些糕點，但是我知道它不甜，就是很想要嚐一口，然後就嚐一口，我不會吃全部，就嚐一口，那咋~我有時候會，不常啦，就這樣的狀況會發生(笑呵呵~)，然後我就說我不要吃，或者說好好吃一點點就好，就這樣子，可是我常跟我自己說我要我要保持現在的~這樣子的~生活的習慣，對，那我希望我可以避免復發這樣子，然後讓身體的狀況，我就有點類似就把它想成排毒(笑呵呵~)，對，那我~也因為這樣子我可以比較專注在當下。(P5)

因為我想要活命，所以我沒有去糾結那些治療對不對，因為我一直在往前看說我要怎麼活下去。(P11)

三、自我照顧

(一)健康生活型態

有 14 位受訪者提及在罹癌及治療後，開始更加重視身體的照顧與健康管理。這些行動包含飲食調整、尋求營養諮詢、避免環境荷爾蒙暴露、規律運動及生活方式等。



我以前就很懶的運動。因為吃復乳納的副作用，它會讓我的手僵直，也會讓我不能睡覺，會骨鬆，會便秘，還會皮疹，就是會癢到處癢，還有我有時候會頭痛，有時候也會噁心，但是我最嚴重就是骨鬆跟那個僵直，那我就靠著運動走路，我每天要走一萬多步。我現在也有去參加韻律班，因為我要讓我的肺我來訓練我的肺，我現在走路是說要訓練全身的血液循環，然後韻律是訓練我的肺還有骨鬆，因為韻律會跳躍會那個可以對抗骨鬆，還有增加那個肺活量。醫師有跟我講說要用均衡飲食，那我們教會有一個人是營養師的老師，他就跟我講說你可以吃地中海飲食，然後低溫烘培...我就運動、均衡飲食，喝水、喝大量的水，因為我裡面有很多化學藥劑，所以要把它排掉，然後還有規律的睡眠。(P7)

生病之前其實女兒說要找我出去玩，我會捨不得花錢，我就覺得退休金不是很多，我要是花光了，以後我還有一大段的歲月呢。那我現在是覺得說，我也不曉得我的日子哪一天會到哪一天終止，我就想算了沒關係，錢沒了就以後少花一點，趁現在還可以走路的時候就盡量出去走。比較肯對自己花錢吧。小孩子說要去哪裡玩，我就說好，就走了，大概一年就出去個三次或四次。(P8)

外帶東西的話，我就盡量不帶湯湯水水燙的...我不會去極端到說我就是開始我要做一個徹底很健康的人，因為畢竟有時候其實會還是不便不方便，那我會覺得說我好像沒有必要把自己生活搞得這麼這麼壓抑，所以我偶爾還是會使用塑膠的東西，但是就是盡量減少(環境荷爾蒙)。(P12)

(二)愛自己行動

有六位受訪者提及在罹癌經歷後開始學習將自己放在更重要的位置，傾聽、了解和表達自己的需求，透過保留個人空間、放下完美主義及減少對他人眼光的依賴等方式，展現出對自我的關注與疼惜。

我已經生病了，我想好好對待我自己，我想要有一個自己的空間。想要有一個自己可以喘息的空間。得乳癌之後我終於鼓起勇氣，跟我先生講說我想要買房子

(本來和婆婆住)。搬出來這兩年其實真的是很開心，我就覺得也很棒。(P4)

我覺得這也是某個部分是多愛我自己一點嘛，我替別人著想，其實某個程度就是犧牲我自己，我覺得是這個部分的調整，就是我現在的確就是當會陷入到有一些情境是需要多犧牲一些的時候，我的確現在是會停下來，我有需要嗎？那如果我付出了，我會不會沒有任何的埋怨，應該是說我願意做的情況就是我甘心樂意。先看到自己能夠承擔或者是自己的需求，而不會之前可能都是看到別人的需求。(P5)

我現在就會回家煮飯，回家煮飯主要是我要幫我弟準備便當，然後突然就想到說，耶～我還沒吃，對，那我是不要先吃，我那時候才頓悟到，我應該先照顧自己啊，我怎麼會一回家就在那邊忙那個便當盒。那時候我才發現說，我都老是忽略了自己，有沒有，我那時候才有這樣的感覺，然後我現在就會改變過來，先把自己，不是搭飛機，不是說你要先照顧好自己，你才能夠去照顧好嬰幼有沒有，如果有亂流的時候，所以我就終於明白什麼叫做先照顧好自己(笑)。(P7)

愛自己就會覺得我不想要再那麼完美主義了，對，就是還是會有一點，那是沒有辦法，那個是要時間，像我跟我同學聊天就說，因為小時候家裡很嚴格，所以你一定會負面思考，就是擔心這個，擔心那個，這個沒做完會怎麼樣，然後現在都，因為他也在更年期，我也在更年期，我們都共同覺得豁出去了，管它去死，你就拖拖，老板就去找別人了，不要那麼逼死自己。(P11)

以前的話我可能會比較在意，可能是旁人的眼光，我其實現在很少去，別人可能會講，我就是笑笑的這樣子，但其實我心裡面很明確知道說，就是我現在覺得我現在這樣子很好，對，你要說有時候老實說也有一點這麼的，咋！太做自己，但是我覺得現在我就能夠顧好我自己，我就覺得很了不起了。以前我是一個很活在別人看法下面的人，對，我個性是很在乎別人對我的評價等等的，現在真的比較有改善，我覺得反而是一個好的轉變。(P12)

多愛自己，就買自己喜歡的東西啊，然後真的，我覺得我現在以前我都會，因



為我現在有小孩，然後第一個我會想小孩子喜歡吃什麼，然後先買他的，但是現在不是，是我喜歡吃什麼，先買我自己的，我再問他你要吃什麼，就這樣子，現在變成我先愛自己。(P14)

(三)積極圓夢

一位對治療決策有遺憾/後悔的受訪者提及積極和女兒成長與圓夢。

我女兒很愛追韓團。所以我就跟我女兒，我們一場演唱會一個晚上的話，一個人7000元，一個晚上花了14000元，我們就去看了韓團的演唱會。就跟女兒我就覺得我們去圓一場夢吧。...想說跟女兒，就是多多點時間我們一起去玩。...我就會覺得我不曉得我的人生還會有多久？所以我就想好吧！既然你就說人生必去(日本嵐山賞楓)，好，我們就去了吧！...我也會害怕我自己，我不知道會不會就突然一個moment間就不見了或者是什麼的，我也會害怕。(P10)

四、利他

四位受訪者提到在經歷罹癌與治療後，願意主動關懷與幫助他人，包含分享自身經驗或安慰其他病人等。例如：

我覺得這種東西，尤其是生為同樣都是女生，如果我有這樣子我分享給大家，所以大家會注意一下，順便去呼籲人家說你要定期去做乳房攝影什麼的，提早發現提早做準備什麼的。我妹妹他們就覺得說，有我這個姐姐很好，都走在前面，都會跟他們分享。他們就覺得說，面對這個就會覺得說不那麼害怕。(P2)

他們來也是會焦慮不安這樣的害怕，但是我跟他講說沒關係，就一步步，換我跟他們說，就跟著醫生的腳步走就對了。我就說剛開始你們手可能會到某個角度，但沒有關係，就慢慢來慢慢練習，類似這樣子。(P10)

五、外在支持

(一)家庭支持

二位受訪者提及來自家庭成員的支持與陪伴，成為她們面對疾病與治療過程



中穩定心情的重要力量。例如：

有些人可能也會覺得說我為什麼可以這麼樂觀？老實說，因為其實家裡面給我的後援很多。我覺得多少還是跟我的家庭跟我的成長的環境，我覺得都還是也是蠻受影響的，對，包含可能就是家人，雖然他們會唸，他們也會講話，可是其實我覺得他們都還是算是尊重你，而且你會覺得說他們是真的是關心你，所以當初我會願意妥協打第二支標標，我也覺得說是第一個算是錢是他們出的，第二個是覺得說，我覺得他們，呃我的，我不能就是，我也是希望我可以，如果他們能夠心裡面好一點的話，我也讓他們心裡好受一點。(P12)

(二)社會支持

八位受訪者提及來自同事、朋友、癌友或雇主的支持，這些關係網絡提供了實質與情感上的協助，包括陪伴運動、參與支持性活動、安排旅遊，以及在工作上給予彈性與體諒。例如：

我都很努力的能參加就參加(線上睡眠瑜伽)，我覺得那個是我的一個堅持跟動力吧，那是我可以堅持下去的東西。...雖然是 online 的，雖然我們動作可能不標準，可是你會有一種期待。...明天就可以有正能量了，明天我就可以見到癌友，雖然我們平常交流不多，可是你知道你不是一個人那種感覺差很多。(P6)

有一個同事常常找我去運動，我就發現說我連想偷懶都不行。...工作上老板對我很好，就找了一個人來幫我在工作上幫我那我就可以全心去面對我的病情治療什麼的。(P7)

(三)醫療支持

所有受訪者皆持續接受醫療追蹤與照護，其中 14 人提及規律服用抗荷爾蒙藥物，7 人額外尋求中醫協助，如針灸、調理氣血或搭配中藥以改善藥物副作用與身體不適；另外，有一位 30 多歲未婚的受訪者接受停經針治療。

很不幸的得到了癌因性的憂鬱症。我現在在上海臺北兩邊跑，我在上海參加了



上海中醫院免費給那些學生當白老鼠，我參加了一個癌因性引發的抑鬱症的課題，所以我有空就會去針灸，我覺得還是有改善，我從之前一個禮拜 2-3 次那種憂鬱症的發作，到一個禮拜 1 次吧，有時候沒有，我逼我自己要法針灸。(P6)

中藥還要再吃個 3、5 年，然後中醫師就說這樣子跑出來的數據，復發率很低，然後我就想西藥需要吃 3、5 年，中藥也要吃 3、5 年，而且中藥有時候好燒錢。...我就覺得我已經對就是做，就是不要復發這件事已經有做努力了，我覺得我藥也吃了，就兩邊的藥都吃，然後我也沒有勇氣說喔~我不要！就是如果針對中醫的部分，因為有時中醫真的太貴了，我內心就有點退縮。...我又沒有勇氣跟他說我不要吃了。...這個是不復發的一條路之一，一個選擇之一，對！(P10)

我都會定期追蹤血液腫瘤科，那我會跟他說我會不舒服，我可能會心悸什麼不舒服，然後他就又把我幫我排檢查，然後但是檢查出來又沒怎麼樣。婦產科就是子宮內膜增生的部份，上一次有比較厚一點，然後我有去做刮除，現在是都恢復得很 OK，然後三個月我都要再去追蹤檢查。我是很聽話的病人。(P14)

(四) 宗教支持

兩位對治療決策有遺憾/後悔的受訪者提及透過宗教與靈性學習獲得心靈支持，進一步增強對自我狀態的覺察與情緒連結，強化內在靈性力量與自我身心的關懷。

宗教對我心靈支柱還蠻很大的。(問事之後)我會去比對我的現實狀況真的是這樣嗎？不是盲目的相信。我們上了一對一的課程之後才增加對自己很多方面的覺醒，靈性的覺醒這一塊，所以我才會去跟你說到，我會注意到感受抽痛那種東西，或者是愛自己的那種東西，就比較加強靈性的這一塊。...我“問事”的時候，菩薩稍微帶到，問我知不知道自己為什麼會生病？然後我說我知道是心情，他說對，你要把心情顧好喔，然後甚至我拿水去給菩薩加持的時候，菩薩再三叮嚀我注意心情，所以我現在比較 focus 在自己的心情，所以我才會注意到那個喜怒哀樂跟抽痛的連接度。(P11)

第七章 討論



本研究旨在探討乳癌病人治療決策遺憾與生活品質之間的關聯，並進一步檢視正念與自我疼惜在此關係扮演的角色。研究採用序列式解釋型混合研究設計，第一階段進行量化研究，結果顯示，治療決策遺憾與生活品質之間存在顯著的負向相關，並發現「正念覺察」在其中扮演部分或完全的中介角色作為保護因子。然而，「自我疼惜」並未呈現顯著中介效果。為深入詮釋量化結果背後的脈絡與經驗，本研究進行第二階段質性研究，主題分析結果顯示：在治療決策經驗上，受訪者可區分為「被動」與「積極」兩種決策參與型態；而治療決策遺憾的經驗則呈現「無遺憾/後悔」與「有遺憾/後悔」兩種主觀感受；面對治療後的調適歷程，不同決策參與經驗的病人皆展現出多元的因應方式，包含信念、專注當下的生活、自我照顧、利他和外在支持。這些主題展現了乳癌病人如何在疾病治療後的生命歷程中，尋求意義，並緩解遺憾感受對生活品質的影響。

本章將整合量化與質性兩階段結果，說明彼此如何相互呼應或補充，進而從理論與實務層面提出對乳癌病人治療決策照護的可能貢獻。

第一節 治療決策參與情形與影響因素

本研究之量性結果顯示，多數乳癌病人傾向在治療決策中採取與醫療團隊合作式角色 ($n=83$ ，60.14%)，且大部分病人認為其實際參與程度與原本期望相符 ($n=107$ ，77.54%)。進一步分析發現，病人偏好的決策參與角色、實際參與程度與其年齡及所選擇的手術方式之間，皆無顯著統計關聯。亦有研究指出，部分女性病人傾向不主動參與決策，且此傾向與其人口學背景或疾病階段並無顯著關聯(Liu et al., 2021)。質性訪談結果則顯示，10 位受訪者(62.5%)在治療過程中主動表達個人偏好，並積極參與決策；另有 6 位受訪者(37.5%)則傾向遵從醫師之被動參與。無論參與程度為積極或被動，兩組受訪者皆指出，治療決策過程中「信任醫療人員」與「經濟能力」為重要考量因素。在被動參與的受訪者中，多數表示由於自身缺乏



醫療專業知識，因此更傾向遵從醫師的治療，也會參酌家人的意見。積極參與決策的受訪者，則考量因素相對多元，包含對身體心像的重視、對復發與死亡風險的擔憂、親密關係與子女的感受，以及來自家人與朋友的建議；有部份受訪者亦提及，其治療選擇受到過往親人罹癌與治療經驗的影響。過去研究也指出，病人在進行治療決策時，最常優先考量的因素即為對醫師的信任 (Lawhon et al., 2021)，多數病人亦偏好採取共享決策模式，惟作者提到此模式在乳癌手術治療實務中，並未常規性實施 (Zheng et al., 2024)。整體而言，乳癌病人的治療決策受多重因素影響，包括：臨床因素（如醫師建議、病理特徵、家族病史等）、社會人口學特徵（如年齡、族群、教育程度、經濟條件、地理可近性等）以及心理社會因素（如復發恐懼、外觀在意程度、參與意願、重要他人影響及資訊掌握等）（郭淑珍與陳，2017；Angarita et al., 2020；Liu et al., 2021；Liu et al., 2024；Yi et al., 2016）。值得一提的是，本研究中出現一項較少文獻提及的文化脈絡：部分受訪者於治療決策過程中會依賴宗教信仰（如媽祖、菩薩等），透過求神問卜來決定就醫醫院、治療方式及是否進行重建手術。這種信仰不僅為病人提供慰藉，也強化其對「做對選擇」的信心與內在平靜，反映臺灣文化中宗教信仰在重大健康抉擇中的精神支柱角色。

第二節 治療決策遺憾與生活品質之相關

一、治療決策遺憾結果

根據本研究決策遺憾量表的結果，17.39% (n=24) 的乳癌病人表示完全沒有遺憾，55.80% (n=77) 表示有輕度遺憾，另有 26.81% (n=37) 經歷中重度遺憾，顯示超過半數病人對其治療決策存在某種程度的遺憾。相較於 Koksal 等人研究的中位數治療決策遺憾分數為 10.0 分，本研究為 25.0 分，且中重度遺憾的比例亦明顯較高 (26.81% vs. 13.9%)，可能與病人接受的手術類型差異有關。16 位質性受訪者中，7 位表示沒有遺憾（其中接受乳房保留手術者 4 人、切除手術者 3 人；參與決策被動者 2 人、積極者 5 人），其餘 9 位則表達不同程度的遺憾（乳房保留手

術者 4 人、切除者 5 人；被動參與者 4 人、積極者 5 人），與量化資料中逾半病人（56.25%）有遺憾的結果相符。與 Zhuang 等人研究比較，本研究中高度治療決策遺憾比例明顯較低（26.81% vs. 61.2%），可能原因包括乳癌期別及手術類型不同。本研究納入為第 0 至第 II 期乳癌病人，Zhuang 研究則涵蓋第 III 期病人。此外，乳房保留手術的比例亦有明顯差異（本研究超過 50%；Zhuang 研究為 21%）。已有研究指出，病人在罹患較晚期乳癌或接受侵入性治療，如乳房切除手術時，較容易產生高度治療決策遺憾。此外，當病人在做出治療選擇後仍感不確定時，也容易產生遺憾，並質疑所做決策是否為最佳選擇（Lee et al., 2019; Liu et al., 2025; Szproch & Maguire, 2022; Tyner & Freysteinsson, 2022; Wang et al., 2018; Yamauchi et al., 2019; Zhuang et al., 2022）。本研究亦支持既有研究所發現：當病人在治療決策中的實際參與角色與其偏好一致時，較不易產生遺憾（Liu et al., 2025; Wang et al., 2018; Yamauchi et al., 2019）。這些結果凸顯了尊重病人在治療決策中參與程度與其偏好一致的重要性，以降低治療決策遺憾的發生。

二、治療決策遺憾與生活品質

本研究的量化分析顯示，治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 的整體健康狀況與功能面向，以及 EORTC QLQ-BR45 的功能面向均呈現顯著負相關，顯示治療決策遺憾與病人整體及乳癌相關生活品質下降有關，與 Koksal 等人（2023）、Zhuang 等人（2022）、Advani 等人（2019）等研究發現一致。為進一步說明此關聯，本研究亦透過質性訪談探討病人的主觀感受與脈絡，進而補充與深化量性數據的結果。

質性研究結果發現，未表達遺憾者多認為生活未明顯受影響，或能專注當下做出理性選擇，並接受副作用作為治療的一部分。相對地，有遺憾的病人多提及副作用後遺症造成的生活困擾（如疼痛、淋巴水腫、認知退化）、外觀變化帶來的負向情緒（如自卑、失落），或因手術結果不如預期、高額自費費用與病情不確定性，而懷疑所選治療是否為最佳選擇。例如有病人提到因乳房切除導致身形不對稱，更

天穿著時常引起他人注目而感到尷尬；亦有病人因化療掉髮配戴假髮感到外觀「很假」、「很醜」，進而影響社交與情緒。這些敘述與既有文獻中治療決策遺憾的相關架構一致（Tyner & Freysteinsson, 2022；Chehade et al., 2024），指出遺憾的產生與治療結果（如副作用）、選項（如術式選擇）、過程（如資訊不足）等前因有關；亦呼應治療決策遺憾的兩大屬性：負向認知與情緒反應（如失落、自卑），以及反事實思考（counterfactual thinking），如「重建這件事是不是真的有它的必要性？如果可以再一次，我可能會考慮單側。」。此外，遺憾不僅是一種認知情緒反應，更可能引發負面後果，包括生活品質下降、心理困擾（Liu et al., 2025），甚至影響病人未來的決策參與與偏好。

本研究量化與質性資料相互印證，說明治療決策遺憾與生活品質間確實存在顯著負相關，凸顯臨床上應重視病人在治療決策過程中的參與與資訊支持，以及治療後副作用、身體外觀的改變以降低遺憾風險。同時也反映出目前常用的 Decision Regret Scale (Brehaut et al., 2003) 雖能評估對結果或選項的遺憾程度，卻較難捕捉病人對決策過程中主觀經驗（如資訊掌握、溝通品質、參與程度）的遺憾感受，未來可考慮發展更能反映決策過程品質的工具，以更全面了解病人遺憾經驗與其對生活品質的影響。

第三節 正念於治療決策遺憾與生活品質及關係之角色

本研究多元迴歸分析顯示，除了較低的治療決策遺憾程度外，較高的正念覺察也與較佳的 EORTC QLQ-C30 功能面向呈顯著相關。進一步的中介分析指出，正念覺察可減緩治療決策遺憾對整體健康狀態與功能面向的負面影響。治療決策遺憾與 EORTC QLQ-C30 痘狀面向間未呈現顯著直接關聯，然而中介分析結果顯示，正念覺察在其中扮演完全中介角色，亦即，當病人能透過正念覺察治療決策遺憾時，較不容易陷入主觀症狀的不適感受。最後，在 EORTC QLQ-BR45 痘狀面向，多元迴歸結果顯示，相較於治療決策遺憾，正念覺察對乳癌特異性症狀感受的影響更為

顯著，指出正念覺察有助於降低病人對乳房相關症狀的過度關注與主觀困擾。此結果亦呼應 Garland 等人(2017)所提出的「正念意義理論」(Mindfulness-to-Meaning Theory, MMT)，該理論認為正念是一種動態的心理歷程，透過一連串後續的認知與情緒歷程，包括覺察當下經驗、從壓力中抽離(decentering)、重新詮釋事件意義、品味當下生活及尋找價值與目標，促進個體的心理健康與復原力(Garland & Fredrickson, 2019)。在本研究中，正念覺察扮演治療決策遺憾與生活品質之間的中介角色之保護因子，亦即，具備較高正念覺察能力的乳癌病人，較能有效地處理因治療決策遺憾所引發的情緒困擾，進而提升整體健康狀態與功能表現。因此，當乳癌病人能專注於當下的生活經驗，便較不易陷入對過往治療決策的反芻(rumination)，進而透過正念歷程促進正向情緒轉化與心理韌性，最終提升其生活品質。

本研究亦透過質性訪談深入探討病人的主觀感受與脈絡，以補充與深化量性結果。在 16 位受訪者中，有八位提及「專注當下」的生活實踐，此作法不僅有助於緩解對未來復發的焦慮，也成為維持身心穩定的重要策略。其中有四位雖表達對治療決策的遺憾，然而透過專注當下，他們得以減輕遺憾所引發的情緒困擾，並逐漸調適身心狀態。一位治療決策遺憾程度輕度(DRS 20 分)的乳癌病人表示，雖然她在治療過程中經歷了嘔吐、噁心與味覺改變等副作用，並對未來是否復發感到不確定，也認為疾病治療所帶來的經濟負擔與身體損傷，是她無法完全否認遺憾感的原因。然而，她的敘述同時清楚展現，儘管遺憾仍在，她透過正念歷程幫助自己專注於當下生活並重新賦予生命意義。她表示：「我現在覺得我想做什麼就去做什麼。我覺得還是專注過現在生活。」她也強調，儘管工作與日常生活中的壓力持續存在，這些任務本身亦成為她「活在當下的一點意義」來源。她進一步以 2022 年底出國旅行的經驗為例，描述自己坐在一間陌生的咖啡館中，靜靜觀察人來人往時所產生的深刻體悟：「我可以從疾病中間拿回到一些自我的一些意識。」「那段治療時間，

我就覺得我的時間都不是我的，但現在我有身體的自主權了。」「我把自己的時間拿回來了。」這些陳述展現出她從罹病與治療的經驗中，逐漸重建自主感，並轉化為積極的生活態度。雖然她仍提及疾病所留下的持續性影響（如身體不適、對復發的憂慮與職場上的不安），但整體而言，她傾向以較正向的觀點理解並面對當前處境。她亦反思：「我以前是一個很活在別人看法下面的人，我個性是很在乎別人對我的評價等等的，現在真的比較有改善，我覺得反而是一個好的轉變。」這段話顯示她在經歷疾病與治療後，對自我與人生的理解已有所改變，不再如以往般過度依賴外在評價，而是逐漸轉向更為自主與內在的價值取向。此外，病人雖曾經歷 Tamoxifen 所引發的副作用（如熱潮紅、情緒波動、關節不適），但她透過正念歷程積極尋求改善方法，並藉由 Savoring（細細品味）的方式，逐步發展出對當下生活的接納與珍惜。例如她表示：「我的關節或者我的運動量還是沒有像年輕人這麼好，可是我覺得好像不太會到影響我的生活，就覺得還好。」即使仍有輕微副作用（如夏季容易覺得熱），她亦表示：「我覺得身體就很神奇，現在是覺得蠻和平共處，沒有太大的副作用。」整體而言，她主觀上認為目前的身體狀況已可接受，不影響日常生活，生活品質趨於穩定。即使病人持續承受身體與經濟負擔所引發的遺憾情緒，透過專注當下、放下對未來的焦慮，以及重新建構自我與生活的意義，仍能有效提升其主觀生活品質。這樣的過程與 Garland 等人(2017)提出的正念意義理論一致，也呼應本研究量化結果所揭示的現象：正念在治療決策遺憾與生活品質之間具有中介作用。透過本個案的敘說，進一步補強並深化了該心理歷程在實際生活中的實踐方式，展現質性資料在詮釋與補充量化結果中的關鍵價值。

第四節 治療後其他相關因應方式

在量性研究亦發現，自我疼惜並未在治療決策遺憾與生活品質之間發揮中介作用，而乳癌病人對當下生活經驗的正念覺察卻能有效緩解治療決策遺憾對生活品質的負向影響。自我疼惜意指個體對自身痛苦的敏感與關注，並試圖減輕或避免



這些痛苦(Gilbert, 2014)。研究結果指出，若僅引導病人積極面對其治療決策遺憾所帶來的痛苦，未必能有效減少其遺憾程度；相反地，協助乳癌病人培養對當下生活經驗的正念覺察，才是減緩治療決策遺憾對生活品質負面影響的重要途徑。質性資料亦呼應此結果，專注當下的生活可以直接幫助病人避免病人反覆陷入對過往疾病或治療決策的遺憾與情緒困擾之中。

除了專注於當下的正念，質性結果呈現病人四類的因應方式：

一、信念：病人常以信念作為面對疾病與生命無常的重要支持。在臺灣文化中，「命」的觀念普遍存在，部分病人將罹癌、復發與死亡視為命運安排，透過「命中注定」、「隨緣」、「上天安排」、「到齡了」等語彙來安頓情緒、緩解焦慮。本研究中，五位表達此類觀點者皆對治療決策有不同程度的遺憾，顯示此種信念主要作為情緒調節策略，並無法根除遺憾本身。Wang 等人(2020)指出，宿命論(Fatalism)常導致病人傾向被動接受診斷，不願主動參與治療，並與較差的治療決策品質有關。然而，在本研究中，部分抱持宿命信念的病人仍展現主動行動的態度，例如願意在未來若復發時接受治療，或願意與癌共處接納目前的身體狀況。此現象可呼應 Wu 等人(2020)所提出的「命運控制」(Fate control)觀點，雖然屬於外在控制信念，但「命運控制」因具備可預測與可調整的特性，可能同時引發逃避與主動的因應行為。

二、自我照顧：病人透過具體行動緩解身心不適與重建日常生活，多數病人開始重視飲食、運動、睡眠與環境衛生等健康生活型態，並主動參與健康管理，以維持身體機能與增強體力。此外，也有病人更關注自身情緒與心理需求，學習傾聽與接納自己。這些呈現和自我疼惜的行動相似，少部分會直接提到愛自己，亦有部分病人將罹癌視為人生契機，實踐和孩子的夢想。

三、利他行動：少數病人將抗癌經歷轉化為助人經驗，透過陪伴他人及參與分享，提升自我價值與生命意義，亦在互動中獲得心理支持。

四、外在支持：病人在治療後面對遺憾與身心困擾時，往往仰賴來自家庭、社會、醫療與宗教等不同面向的支持系統，作為重要的身心與情緒支柱。

本研究顯示乳癌病人雖普遍仍承受身心層面的遺憾與壓力，但透過多元因應方式，可有效緩解身心不適、穩定情緒，並避免過度反芻過往疾病或治療決策的不愉快經驗。這些策略雖無法消除遺憾本身，但有助於維持生活品質並支持其心理復原歷程。

第八章 研究限制、建議與結論

第一節 研究限制

本研究具有若干限制，需謹慎解釋研究結果。首先，研究對象為罹患早期乳癌（第 0 至第 II 期）之病人，且樣本皆來自華人社會，故研究結果不宜推論至晚期乳癌或其他族群（如不同種族、文化與醫療體系）之病人。未來研究建議納入不同癌症期別與多元文化背景的病人樣本，以提供對治療決策遺憾與生活品質更全面的理解。

其次，本研究採用橫斷式設計，無法釐清治療決策遺憾、正念、自我疼惜與生活品質之間的因果關係，且可能存在回溯性偏差。此外，治療決策遺憾並非靜態狀態，而是一種會隨著病人的生理狀況、認知功能或治療副作用影響而變化的動態歷程，橫斷式資料無法捕捉其變化軌跡與時間脈絡。建議未來研究採用前瞻性縱貫設計，持續追蹤病人從治療決策、治療歷程至後續生活的變化，以深入掌握治療決策遺憾的發展歷程、因應方式及其對整體與乳癌特定生活品質的長期影響，並進一步釐清正念於當下生活經驗中對遺憾感受的潛在緩衝作用。

儘管本研究存在上述限制，考量治療決策遺憾為一種可能持續存在於生存期的情緒反應，本研究結果仍能反映乳癌病人在治療後階段仍保有此類負面情緒與思維的情形。此外，就我們所知，本研究亦為首度探討正念覺察與自我疼惜於治療

決策遺憾與生活品質關係中可能扮演中介角色的研究，對未來相關實證研究具有參考價值。

第二節 建議

本研究結果有助於臨床照護人員理解乳癌病人在治療決策後可能產生的遺憾情緒及其相關心理歷程。為提升乳癌病人的照護品質與主觀生活滿意度，提出以下實務與研究建議：

首先，在臨床實務方面，建議照護人員於治療決策過程中評估病人對參與決策的偏好，協助提升其實際參與程度與個人偏好之間的一致性，並鼓勵病人清楚表達自身的價值觀與意見。此外，亦應關注病人在治療後所產生的治療決策遺憾程度，並評估其對整體與乳癌特定生活品質的影響。照護人員可於治療決策階段或治療後生存期，引導病人進行正念覺察練習，協助其覺察自身需求與感受，促進更貼近個人價值的決策歷程，進而減少遺憾情緒、強化心理韌性與正向調適，提升其生活品質。

此外，本研究亦反映出，目前常用的 Decision Regret Scale(Brehaut et al., 2003)雖能評估病人對治療結果或選項的不滿與遺憾，卻較難捕捉其對整個決策過程中主觀經驗（如資訊掌握、溝通品質、參與程度）的遺憾感受。建議未來可發展更能反映治療決策過程品質的評估工具，以更全面理解病人的遺憾經驗及其對生活品質的影響。

第三節 結論

本研究採用序列式解釋型混合研究設計，綜合量化資料與質性訪談結果，深入探討乳癌病人治療決策遺憾與生活品質間的關聯，以及正念與自我疼惜作為保護因子的中介角色。量性結果顯示，治療決策遺憾與乳癌病人的整體健康狀況、功能面向呈負相關，與症狀面向呈正相關；正念覺察可部分或完全中介治療決策遺憾對生活品質的影響，顯示其具備保護因子的功能。質性訪談資料補充指出，病人在治

療決策中參與程度不同，其中被動參與者多受到醫師權威、缺乏醫療知識等因素影響，傾向信任專業與他人判斷；相較之下，積極參與者則表現出個人偏好，主動與醫師溝通，並參考親友意見、過往經驗或神明指示做出決策。在治療後產生遺憾的病人，其原因包括生活功能受限、認知功能減退、外觀改變造成的心靈影響、手術結果與預期落差、藥物副作用、對未來病程的不確定感，以及自費治療費用過高；而未產生遺憾的病人則多因生活未受影響、能接受副作用或專注於當下的生活。面對治療後的困境與遺憾情緒，病人採取多元因應方式，包括以命運、轉念、順其自然、感恩與樂觀等信念、專注當下的生活、實踐自我照顧如健康生活型態、愛自己與積極圓夢，以及從家庭、社會、醫療與宗教等系統獲得外在支持，亦有展現利他的行動。結合本研究的量化與質性結果可見，病人專注當下生活所展現的正向歷程，與 Mindfulness-to-Meaning Theory 所強調「透過正念將痛苦經驗轉化為正向意義」的機制相互呼應，顯示正念具有實質的保護因子效益，可促進病人心理調適與提升生活品質。

綜合上述結果，本研究結果有助於臨床照護人員更全面理解乳癌病人在治療決策後所可能經歷的遺憾情緒與心理調適歷程，包含其在治療過程中的參與角色、對決策結果的主觀感受，以及面對副作用、生活改變與對未來復發的擔憂時，所動員的內在因應資源與外在支持系統。這些發現不僅有助於照護人員於臨床現場更敏銳地覺察病人的情緒反應與支持需求，也提供發展心理支持策略與提升病人生活品質的實務依據。建議照護人員可於治療決策階段及後續生存期，導入正念覺察練習，引導病人辨識並接納自身需求與情緒經驗，促進更貼近個人價值觀的治療選擇，進而降低決策後遺憾、強化心理韌性，提升其整體生活品質。此外，本研究結果亦可作為發展結合正念訓練之臨床介入策略，以及後續量性與質性研究設計的重要理論架構與實證基礎。

參考文獻



- 林欣蓉、黃俊升(2021)・早期女性乳癌手術之醫病共享決策・*台灣醫學*，25(2)，231-237。[https://doi.org/10.6320/FJM.202103_25\(2\).0008](https://doi.org/10.6320/FJM.202103_25(2).0008)
- 邱秀瑜(2016)・癌症病人的治療決策過程・*護理雜誌*，63(5)，12-18。
<https://doi.org/10.6224/JN.63.5.12>
- 邱柏菁(2019)・乳癌病人完成癌症治療後存活期之生活品質現況及其影響因素（碩士論文）・國立臺灣大學：台北市。
- 季瑋珠、楊志新、許駿、賴佳君(2002)・癌症病人特定疾病 EORTC 生活品質量表簡介・*台灣醫學*，6(2)，220-227。[https://doi.org/10.6320/FJM.2002.6\(2\).13](https://doi.org/10.6320/FJM.2002.6(2).13)
- 陳宗羚、周汎浩、王秀紅(2016)・正念之概念分析・*護理雜誌*，63(2)，113-119。
<https://doi.org/10.6224/JN.63.2.113>
- 陳昱潔、陳淑惠(2019)・台灣版自我慈憫量表：心理計量特性，心理健康意涵及跨世代的自我慈憫差異・*中華心理學刊*，61(1)，51-72。
[https://doi.org/10.6129/CJP.201903_61\(1\).0003](https://doi.org/10.6129/CJP.201903_61(1).0003)
- 郭淑珍、陳怡君(2017)・求醫行為與社會網絡：以乳癌病患為例・*人文社會與醫療學刊*，(4)，67-97。[https://doi.org/10.6279/JHSSM.2017.4\(1\).04](https://doi.org/10.6279/JHSSM.2017.4(1).04)
- 教育部重編國語辭典修訂本・取自
<https://dict.concised.moe.edu.tw/dictView.jsp?ID=40409>
- 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*，專刊，235-260。<https://doi.org/10.7108/PT.201104.0090>
- 黃素妃(2007)・遺憾之概念分析・*耕莘學報*，5，7-14。
- 黃鳳英、吳昌衛、釋惠敏、釋果暉、趙一平、戴志達(2015)・臺灣版五因素正念量表之信效度分析・*測驗學刊*，62(3)，231-260。
- 鄭怡、林以正(2016)・後悔與生活適應—自我關愛及自我批評之雙路徑中介效果檢

驗・教育心理學報，48(1)，77-89。<https://doi.org/10.6251/BEP.20150925>

賴志超、蘇倫慧(2015)・正念、自我療癒力與心理適應：自我悲愍與自我貶抑的中介效果・中華輔導與諮商學報，(42)，93-124。

衛生福利部統計處(2025，6月16日)・113年國人死因統計結果・取自
<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-82775-1.html>

衛生福利部國民健康署(2025，6月26日)・111年癌症登記報告・取自
[file:///C:/Users/User/Downloads/111%E5%B9%B4%E5%A0%B1_20250625%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/111%E5%B9%B4%E5%A0%B1_20250625%20(2).pdf)

衛生福利部國民健康署(2022a，12月23日)・乳癌防治・取自
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=614&pid=1124>

衛生福利部國民健康署(2024b，1月17日)・定期乳房X光攝影 有效守護您的健康 早發現早治療 乳癌存活率近 100%・取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-6656-77233-1.html>

蘇俊嘉(2007)・病患參與治療決策之探討-以乳癌婦女為例(碩士論文)・國立臺灣大學：台北市。

Aarhus, R. T., & Huang, E. (2020). Study structure may compromise understanding of longitudinal decision regret stability: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1507-1517. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.011>

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.

<https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>

Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psychology Oncology*, 29(5), 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>

Abdullah, A., Lim Abdullah, K., Yip, C. H., Teo, S. H., & Taib, N. A. (2013). The decision-making journey of Malaysian women with early breast cancer: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(12), 7143-7147. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7143>

Advani, P. G., Lei, X., Swanick, C. W., Xu, Y., Shen, Y., Goodwin, N. A., Smith, G. L., Giordano, S. H., Hunt, K. K., Jagsi, R., & Smith, B. D. (2019). Local therapy decisional regret in older women with breast cancer: A population-based study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 104(2), 383-391. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2019.01.089>

American Cancer Society (2024, January 17). *Survival Rates for Breast Cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html>

Angarita, F. A., Zhang, Y., Elmi, M., & Look Hong, N. J. (2020). Older women's experience with breast cancer treatment: A systematic review of qualitative literature. *The Breast*, 54, 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.11.009>

Arambasic, J., Sherman, K. A., & Elder, E. (2019). Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psychology Oncology*, 28(5), 1134-1141. <https://doi.org/10.1002/pon.5068>

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-

45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>

Becerra Pérez, M. M., Menear, M., Brehaut, J. C., & Légaré, F. (2016). Extent and predictors of decision regret about health care decisions: A systematic review. *Medical Decision Making*, 36(6), 777-790.

<https://doi.org/10.1177/0272989X16636113>

Bjelic-Radisic, V., Cardoso, F., Cameron, D., Brain, E., Kuljanic, K., da Costa, R. A., Conroy, T., Inwald, E. C., Serpentina, S., Pinto, M., Weis, J., Morag, O., Lindviksmoen Astrup, G., Tomaszweski, K. A., Pogoda, K., Sinai., P., Sprangers, M., Aaronson., N., Velikova., G., ... Bottomley, A. (2020). An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. *Annals of Oncology*, 31(2), 283-288.

<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.001>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
Brehaut, J. C., O'Connor, A. M., Wood, T. J., Hack, T. F., Siminoff, L., Gordon, E., & Feldman-Stewart, D. (2003). Validation of a decision regret scale. *Medical decision making*, 23(4), 281-292. <https://doi.org/10.1177/0272989x03256005>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of psychosomatic research*, 58(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>

Chehade, M., McCarthy, M. M., & Squires, A. (2024). Patient-related decisional regret:

An evolutionary concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(11), 4484–4503.

<https://doi.org/10.1111/jocn.17217>

Chie, W. C., Chang, K. J., Huang, C. S., & Kuo, W. H. (2003). Quality of life of breast cancer patients in Taiwan: validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(7), 729-735.

<https://doi.org/10.1002/pon.727>

Clark, J. A., Wray, N. P., & Ashton, C. M. (2001). Living with treatment decisions: Regret and quality of life among men treated for metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(1), 72-80. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.1.72>

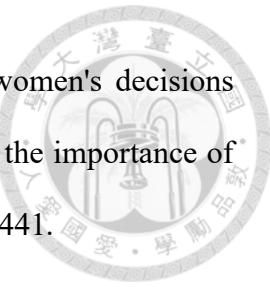
Connolly, T., & Zeelenberg, M. (2002). Regret in decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 212-216. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00203>

Connolly, T., & Reb, J. (2005). Regret in cancer-related decisions. *Health Psychology*, 24(4), 29-34. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.24.4.S29>

Covvey, J. R., Kamal, K. M., Gorse, E. E., Mehta, Z., Dhumal, T., Heidari, E., Rao, D., & Zacker, C. (2019). Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: A systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1613–1637. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04675-7>

Degner, & Sloan. (1992). Decision making during serious illness: what role do patients really want to play. *Journal of clinical epidemiology*, 45(9), 941-950. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90110-9](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90110-9)

Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443-455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>



Fernandes-Taylor, S., & Bloom, J. R. (2011). Factors influencing women's decisions about breast cancer treatment: The impact of treatment type and the importance of patient-centered care. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(4), 432-441.
<https://doi.org/10.1007/s11764-011-0192-3>

Forti, A. (2011). *Mindfulness and quality of life among breast cancer survivors: The mediating role of self-kindness and alexithymia* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Greensboro). ProQuest Dissertations Publishing.
https://www.proquest.com/docview/874151226?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20These_s

Garcia, A. C. M., Camargos Junior, J. B., Sarto, K. K., da Silva Marcelo, C. A., Paiva, E. M. C., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2021). Quality of life, self-compassion and mindfulness in cancer patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101924.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101924>

Garland, E. L., Thielking, P., Thomas, E. A., Coombs, M., White, S., Lombardi, J., & Beck, A. (2017). Linking dispositional mindfulness and positive psychological processes in cancer survivorship: A multivariate path analytic test of the mindfulness-to-meaning theory. *Psycho-Oncology*, 26(5), 686–692.
<https://doi.org/10.1002/pon.4065>

Garland, E. L., & Fredrickson, B. L. (2019). Positive psychological states in the arc from mindfulness to self-transcendence: Extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and applications to addiction and chronic pain treatment. *Current opinion in psychology*, 28, 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.004>

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12043>

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>

Gradishar, W. J., Anderson, B. O., Balassanian, R., Blair, S. L., Burstein, H. J., Cyr, A., ... & Goetz, M. P. (2017). NCCN guidelines insights: breast cancer, version 1.2017. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(4), 433-451. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0044>

Gray, J. R. (2017). Mixed Methods Research. In N. Burns & S. K. Grove (Eds.), *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed., pp. 310-328). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), 75-92. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>

Hack, T. F., Degner, L. F., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(1), 9-19. <https://doi.org/10.1002/pon.907>

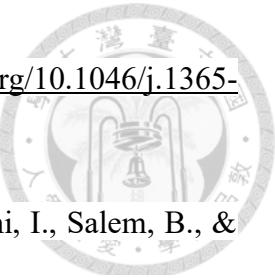
Hawley, S. T., Hamilton, A., Janz, N. K., Griggs, J. J., Alderman, A. K., Mujahid, M., & Katz, S. J. (2008). Latina patient perspectives about informed treatment decision making for breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 363-370. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.036>

Henepola, G. (1992). *Mindfulness in plain English*. Boston, MA: Wisdom.

- Herriot, H., Wrosch, C., & Gouin, J. P. (2018). Self-compassion, chronic age-related stressors, and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(6), 850-862. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9943-6>
- Hsieh, C. C., Yu, C. J., Chen, H. J., Chen, Y. W., Chang, N. T., & Hsiao, F. H. (2019). Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psycho-oncology*, 28(7), 1498-1505. <https://doi.org/10.1002/pon.5106>
- Joseph-Williams, N., Edwards, A., & Elwyn, G. (2011). The importance and complexity of regret in the measurement of good decisions: A systematic review and a content analysis of existing assessment instruments. *Health Expectations*, 14(1), 59-83. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00621.x>
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Mindfulness meditation for everyday live*. London, England: Piatkus Books.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1982). The simulation heuristic. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky(Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristic and biases*(pp.201-208). New York: Cambridge University Press.
- Kao, Y.-L., Dai, M.-S., Tsai, W.-C., & Hsiao, F.-H. (2025). The relationship between decision regret, quality of life, and mindfulness in early-stage breast cancer survivors. *The Breast*, 81, 104435. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2025.104435>
- Karuturi, M. S., Lei, X., Shen, Y., Giordano, S. H., Swanick, C. W., & Smith, B. D. (2019). Long-term decision regret surrounding systemic therapy in older breast cancer survivors: A population-based survey study. *Journal of geriatric oncology*, 10(6), 973-979. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.04.011>
- Köksal, M., Hoppe, C., Schröder, A.-K., Scafà, D., Koch, D., Sarria, G. R., Leitzen, C.,

- Abramian, A., Kaiser, C., Faridi, A., Henkenberens, C., Schmeel, L. C., & Giordano, F. A. (2023). Decision regret in breast cancer patients after adjuvant radiotherapy. *The Breast*, 68, 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2023.01.014>
- Lam, W., Fielding, R., Chan, M., Chow, L., & Ho, E. (2003). Participation and satisfaction with surgical treatment decision-making in breast cancer among Chinese women. *Breast cancer research and treatment*, 80(2), 171-180.
<https://doi.org/10.1023/A:1024568732213>
- Lam, W. W. T., Fielding, R., Chan, M., Chow, L., & Or, A. (2005). Gambling with your life the process of breast cancer treatment decision making in Chinese women. *Psycho-Oncology*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/pon.803>
- Lam, W. W. T., Chan, M., Or, A., Kwong, A., Suen, D., & Fielding, R. (2013). Reducing treatment decision conflict difficulties in breast cancer surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 31(23), 2879-2885.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2012.45.1856>
- Lam, W. W. T., Kwok, M., Chan, M., Hung, W. K., Ying, M., Or, A., Kwong, A., Suen, D., Yoon, S., & Fielding, R. (2014). Does the use of shared decision-making consultation behaviors increase treatment decision-making satisfaction among Chinese women facing decision for breast cancer surgery? *Patient Education and Counseling*, 94(2), 243-249. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.11.006>
- Landman, J. (1987). Regret: A theoretical and conceptual analysis. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 17(2), 135-160. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1987.tb00092.x>
- Landmark, B. T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of*

advanced nursing, 40(1), 112-121. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x>



Lantz, P. M., Janz, N. K., Fagerlin, A., Schwartz, K., Liu, L., Lakhani, I., Salem, B., & Katz, S. J. (2005). Satisfaction with surgery outcomes and the decision process in a population-based sample of women with breast cancer. *Health Services Research*, 40(3), 745-767. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00383.x>

Lawhon, V. M., England, R. E., Wallace, A. S., Williams, C. P., Williams, B. R., Niranjan, S. J., Ingram, S. A., & Rocque, G. B. (2021). "It's important to me": A qualitative analysis on shared decision-making and patient preferences in older adults with early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 30(2), 167-175.

<https://doi.org/10.1002/pon.5545>

Lee, S. Y. C. K., & Knobf, M. T. (2015). Primary breast cancer decision-making among Chinese American women: Satisfaction, regret. *Nursing Research*, 64(5), 391-401.

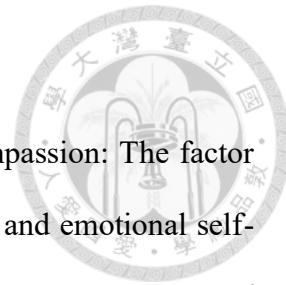
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000116>

Lee, W. Q., Tan, V. K. M., Choo, H. M. C., Ong, J., Krishnapriya, R., Khong, S., Tan, M., Sim, Y. R., Tan, B. K., Madhukumar, P., Yong, W. S., & Ong, K. W. (2019). Factors influencing patient decision-making between simple mastectomy and surgical alternatives. *BJS Open*, 3(1), 31-37. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50105>

Leinert, E., Kreienberg, R., Wöckel, A., Kühn, T., Flock, F., Felberbaum, R., Janni, W., Taylor, K., Singer, S., & Schwentner, L. (2020). Survivors of primary breast cancer 5 years after surgery: follow-up care, long-term problems, and treatment regrets. Results of the prospective BRENDA II-study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(3), 761-767. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05437-1>

- Lin, L.-Y., Lin, L.-H., Tzeng, G.-L., Huang, Y.-H., Tai, J.-F., Chen, Y.-L., Wu, C.-J., Chen, P.-H., & Hung, P.-L. (2022). Effects of mindfulness-based therapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(2), 432–445. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09862-z>
- Liu, J., Hunter, S., Zhu, J., Lee, R. L. T., & Chan, S. W. C. (2021). Decision-making experience related to mastectomy among women with breast cancer: An integrative review. *Cancer Nursing*, 44(6), E670-E686. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000981>
- Liu, J., Chan, S. W., Guo, D., Lin, Q., Hunter, S., Zhu, J., & Lee, R. L. T. (2024). Decision-making experiences related to mastectomy: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 1967-1983. <https://doi.org/10.1111/jan.15948>
- Liu, J., Hunter, S., Lee, R. L. T., Zhu, J., & Chan, S. W. C. (2025). Decision regret about treatment amongst women with early breast cancer: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 0, 1-25. <https://doi.org/10.1111/jan.16767>
- Livaudais, J. C., Franco, R., Fei, K., & Bickell, N. A. (2013). Breast cancer treatment decision-making: Are we asking too much of patients? *Journal of General Internal Medicine*, 28(5), 630-636. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2274-3>
- López, M. E., Kaplan, C. P., Nápoles, A. M., Hwang, E. S., Livaudais, J. C., & Karliner, L. S. (2014). Satisfaction with treatment decision-making and treatment regret among Latinas and non-Latina whites with DCIS. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.005>
- Martinez, K. A., Li, Y., Resnicow, K., Graff, J. J., Hamilton, A. S., & Hawley, S. T. (2015). Decision regret following treatment for localized breast cancer: is regret stable over time? *Medical Decision Making*, 35(4), 446-457.

<https://doi.org/10.1177/0272989X14564432>



Masoumi, S., Amiri, M., & Yousefi Afrashteh, M. (2022). Self-compassion: The factor that explains the relationship between perceived social support and emotional self-regulation in psychological well-being of breast cancer survivors. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(3), 341-349. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i3.10684>

Merriam-Webster Online Dictionary. retrieved from

<https://www.merriam-webster.com/dictionary/mindfulness?src=search-dict-hed>

National Comprehensive Cancer Network (2024, July 3). *Breast cancer*.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Oviedo, E. M., Snapp, S. B., Kazanecki, G., Pedigo, T. & Karadgon, F. (2023). *The Effects of Mindfulness on Regret: An Explorative Analysis*. GSU Research Day. 12. https://opus.govst.edu/research_day/2023/poster/12

Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872-1879.

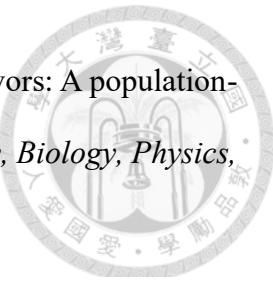
<https://doi.org/10.1002/pon.3230>

Rajan, K. K., Fairhurst, K., Birkbeck, B., Novintan, S., Wilson, R., Savović, J., Holcombe, C., & Potter, S. (2024). Overall survival after mastectomy versus breast-conserving surgery with adjuvant radiotherapy for early-stage breast cancer: Meta-analysis. *BJS Open*, 8(3), zrae040. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae040>

Rutherford, C., Mercieca-Bebber, R., Butow, P., Wu, J. L., & King, M. T. (2017). Treatment decision-making in ductal carcinoma in situ: A mixed methods



- systematic review of women's experiences and information needs. *Patient Education and Counseling*, 100(9), 1654-1666.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.009>
- Sepucha, K., Feibelmann, S., Chang, Y., Hewitt, S., & Ziogas, A. (2015). Measuring the quality of surgical decisions for Latina breast cancer patients. *Health Expectations*, 18(6), 2389-2400. <https://doi.org/10.1111/hex.12207>
- Sheehan, J., Sherman, K. A., Lam, T., & Boyages, J. (2007). Association of information satisfaction, psychological distress, and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 16(4), 342-351.
<https://doi.org/10.1002/pon.1067>
- Spittler, C. A., Pallikathayil, L., & Bott, M. (2012). Exploration of how women make treatment decisions after a breast cancer diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), E425-E433. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E425-E433>
- Step, M. M., Rose, J. H., Albert, J. M., Cheruvu, V. K., & Siminoff, L. A. (2009). Modeling patient-centered communication: Oncologist relational communication and patient communication involvement in breast cancer adjuvant therapy decision-making. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 369-378.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.010>
- Swainston, K., Campbell, C., van Wersch, A., & Durning, P. (2012). Treatment decision making in breast cancer: A longitudinal exploration of women's experiences. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 155-170. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02028.x>
- Swanick, C. W., Lei, X., Xu, Y., Shen, Y., Goodwin, N. A., Smith, G. L., Giordano, S. H., Hunt, K. K., Jaggi, R., Shaitelman, S. F., Peterson, S. K., & Smith, B. D. (2018).



- Long-term patient-reported outcomes in older breast cancer survivors: A population-based survey study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 100(4), 882-890. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.11.047>
- Szproch, A. K., & Maguire, R. (2022). A systematic review of the factors associated with regret post-cancer treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1844846>
- Taha, S. A., Matheson, K., Paquet, L., Verma, S., & Anisman, H. (2011). Trust in physician in relation to blame, regret, and depressive symptoms among women with a breast cancer experience. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(4), 415-429. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.582637>
- Tyner, T. E., & Freysteinsson, W. M. (2022). A concept analysis of decision regret in women with breast cancer. *Nurse Forum*, 57(1), 112-120. <https://doi.org/10.1111/nuf.12642>
- Wang, A. W.-T., Chang, S.-M., Chang, C.-S., Chen, S.-T., Chen, D.-R., Fan, F., Antoni, M. H., & Hsu, W.-Y. (2018). Regret about surgical decisions among early-stage breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 27(2), 508-514. <https://doi.org/10.1002/pon.4522>
- Wang, L., Geng, X., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2020). Treatment decision-making, family influences, and cultural influences of Chinese breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing method. *Supportive Care in Cancer*, 28(7), 3259-3266. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05161-w>
- Wang, J., & Wu, S. G. (2023). Breast cancer: An overview of current therapeutic strategies, challenge, and perspectives. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 15, 721-730. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S432526>

White, L. (2014). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-294. <https://doi.org/10.1111/jan.12182>

Wilson, A., Ronnekleiv-Kelly, S. M., & Pawlik, T. M. (2017). Regret in surgical decision making: A systematic review of patient and physician perspectives. *World Journal of Surgery*, 41(6), 1454-1465. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3895-9>

World Health Organization (2024, March 13). *Breast cancer*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Wu, W. C., Chen, S. X., & Ng, J. C. (2020). Does believing in fate facilitate active or avoidant coping? The effects of fate control on coping strategies and mental well-being. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6383. <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph17176383>

Yamauchi, K., Nakao, M., & Nakashima, M. (2019). Correlates of regret with treatment decision-making among Japanese women with breast cancer: Results of an internet-based cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 19(1), 86.

<https://doi.org/10.1186/s12905-019-0783-5>

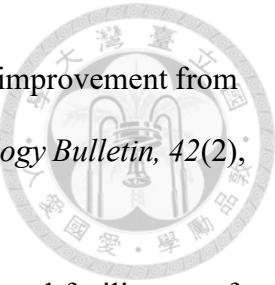
Yi, M., Joung, W. J., Park, E. Y., Kwon, E. J., Kim, H., & Seo, J. Y. (2016). Decision making experience on breast reconstruction for women with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(6), 894-904.

<https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.894>

Zeelenberg, M. (1999). The use of crying over spilled milk A note on the rationality and functionality of regret. *Philos Psychol*, 12, 325-40.

<https://doi.org/10.1080/095150899105800>

Zeelenberg, M., & Pieters, R. (2007). A theory of regret regulation 1.0. *Journal of Consumer psychology*, 17(1), 3-18. https://doi.org/10.1207/s15327663jcp1701_3



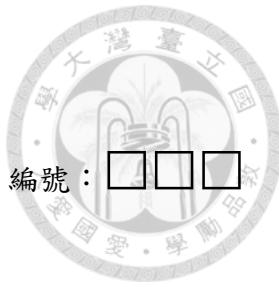
Zhang, J. W., & Chen, S. (2016). Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(2), 244-258. <https://doi.org/10.1177/0146167215623271>

Zheng, H., Yang, L., Hu, J., & Yang, Y. (2024). Behaviour, barriers and facilitators of shared decision making in breast cancer surgical treatment: A qualitative systematic review using a 'Best Fit' framework approach. *Health Expectations*, 27(2), e14019. <https://doi.org/10.1111/hex.14019>

Zhuang, H., Wang, L., Yu, X., Chan, S. W., Gao, Y., Li, X., Gao, S., & Zhu, J. (2022). Effects of decisional conflict, decision regret and self-stigma on quality of life for breast cancer survivors: A cross-sectional, multisite study in China. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10), 3261–3272. <https://doi.org/10.1111/jan.15250>

附錄

附錄一 基本資料表



編號：

填寫日期：民國 110 年 ____ 月 ____ 日

一、基本資料

(一) 人口學資料

- 1.年齡：民國 ____ 年 ____ 月出生
- 2.教育程度： 1.不識字 2.國小(含識字) 3.國中 4.高中
5.專科/大學 6.研究所以上 7.其他 _____
- 4.職業狀況： 1.農 2.工 3.商 4.軍 5.公
6.教 7.家管 8.學生 9.無 10.其他 _____
- 5.平均月收入： 9999 元以下 10000 元至 29999 元 3,000 元至 49999 元
50000 元至 69999 元 70000 元至 89999 元 90000 元以上
- 6.宗教信仰： 1.無 2.佛教 3.道教 4.基督教 5.天主教
6.無神論 7.回教 8.信有神但沒有特定宗教 9.一貫道
10.其他 _____
- 7.婚姻狀況： 1.未婚/單身 2.已婚/同居 3.離婚/分居 4.喪偶 5.其他 _____
- 8.您家族中是否有其他家人罹患癌症：
1.無
2.有，哪位親屬： _____ 哪個類型的癌症： _____

(二) 疾病的相關資料

- 9.您的癌症是屬於第幾期：
1.第零期 2.第一期 3.第二期
- 10.何時被診斷為乳癌？日期：民國 ____ 年 ____ 月

請翻頁，下頁還有題目！！



11.您接受的乳房切除手術方式為何：

- 1.乳房根除性手術(切除胸大肌)
- 2.改良型乳房根除手術(乳房全切除手術+腋下淋巴結根除廓清手術)
- 3.乳房保留手術(乳房部分切除)
- 4.乳房全切除手術(包含:乳房皮下切除術、乳房皮膚保留手術、乳頭保留手術)

12.您目前已接受過的治療(可複選)：

1.手術： 手術日期：民國_____年_____月

2.化學治療，藥名：_____

第一次化療日期：民國_____年_____月

最後一次化療日期：民國_____年_____月

3.放射治療

第一次放射治療日期：民國_____年_____月

最後一次放射治療日期：民國_____年_____月

4.標靶治療

第一次標靶治療日期：民國_____年_____月

最後一次標靶治療日期：民國_____年_____月

5.抗荷爾蒙藥物，藥名：_____開始服用日期：民國_____年_____月

持續服用中

停止使用，日期：民國_____年_____月

6.其他治療或藥物， 治療：_____ 藥名：_____

13.請問您何時完成所有治療(乳房切除手術，化學治療，放射治療等)：

民國_____年_____月

請翻頁，下頁還有題目！！



【填答說明】以下題目是想了解您當初在選擇乳癌治療方法時的參與情形。

請您依據當時的經驗來填寫，並在最符合您想法的□打「v」

一、您希望自己在選擇治療方法方面能有多少的參與？

- 1.您希望自己全權決定
- 2.您希望和其他人一起做決定
- 3.您希望別人替您做決定

二、您在決定治療方法時，有多少程度的參與？

- 1.您不被允許參與
- 2.少於您所希望的
- 3.跟您所希望的相近
- 4.即使您不知道該如何選擇，但您仍須自行決定一切

請翻頁，下頁還有題目！！

附錄三 決策遺憾量表



【填答說明】以下題目是想了解您對乳癌治療決策的感受與看法，請您仔細閱讀每一題，並在最符合您感受與看法的數字打「○」

	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意
1.這是正確的選擇	1	2	3	4	5
2.我對當時所做的選擇感到後悔	1	2	3	4	5
3.如果我可以重新做選擇，我會做相同的選擇	1	2	3	4	5
4.這個選擇帶給我許多的傷害	1	2	3	4	5
5.這個選擇是一個明智的抉擇	1	2	3	4	5

請翻頁，下頁還有題目！！

附錄四 生活品質量表(EORTC QLQ-C30)



EORTC QLQ-C30 (version 3) 台灣中文版

我們很希望瞭解有關您和您的健康狀況。請您親自回答以下所有的問題，圈選最合適於您的答案。
答案中沒有「對」或「錯」。您所提供的資料將完全保密。

受訪者代碼：_____ (由研究者依照順序編列或用姓名譯音英文縮寫)

您的生日：__年__月__日

今天的日期：__年__月__日

	完全 沒有	有一點	相當多	非常多
1. 您從事一些費力的活動，如攜帶重的購物袋或手提箱，是否有困難？	1	2	3	4
2. 您從事 <u>長距離</u> 步行，是否有困難？	1	2	3	4
3. 您在戶外從事 <u>短距離</u> 步行，是否有困難？	1	2	3	4
4. 您在白天是否需要待在床上或椅子上？	1	2	3	4
5. 您進食、穿衣、洗澡或上廁所需要別人幫助嗎？	1	2	3	4
在過去一星期內 (過去七天內) :		完全 沒有	有一點	相當多
6. 您在從事工作或日常活動上是否受到限制？	1	2	3	4
7. 您在從事嗜好或休閒活動上是否受到限制？	1	2	3	4
8. 您呼吸會喘嗎？	1	2	3	4
9. 您會感到疼痛嗎？	1	2	3	4
10. 您需要休息嗎？	1	2	3	4
11. 您睡眠會有困難嗎？	1	2	3	4
12. 您會感到虛弱嗎？	1	2	3	4
13. 您會缺乏食慾嗎？	1	2	3	4
14. 您會感到噁心嗎？	1	2	3	4
15. 您會嘔吐嗎？	1	2	3	4
16. 您會便秘嗎？	1	2	3	4

請接下頁



在過去一星期內（過去七天內）：

完全 有一點 相當多 非常多
沒有

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| 17. 您會腹瀉嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. 您疲倦嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. 疼痛干擾您的日常活動嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. 您會否難將注意力集中在一些事情上，
如看報紙或看電視？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. 您覺得緊張嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 您感到憂慮嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 您覺得容易發怒嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. 您覺得情緒低落嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 您會感到記憶困難嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. 您的身體狀況或醫療過程是否會干擾您的 <u>家庭</u> 生活？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. 您的身體狀況或醫療過程是否會干擾您的 <u>社交</u> 活動？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. 您的身體狀況或醫療過程是否會造成您財務上的困難？ | 1 | 2 | 3 | 4 |

以下問題，請在 1 到 7 之間圈選最適合您的答案。

29. 您如何評定過去一星期內（過去七天內）您整體的健康？

1	2	3	4	5	6	7
非常差						極好

30. 您如何評定過去一星期內（過去七天內）您整體的生活品質？

1	2	3	4	5	6	7
非常差						極好

版權所有，請勿擅用



EORTC QLQ - BR45

病人有時會表示他們有下列的症狀或問題。請您指出您在過去一星期內（過去七天內）經驗到這些症狀或問題的程度。請以圈選的方式選出最符合您答案的數字。

在過去一星期內（過去七天內）：

	完全沒有	有一點	相當多	非常多
31. 您覺得嘴巴乾乾的嗎？	1	2	3	4
32. 您覺得飲食的味道和平常不一樣嗎？	1	2	3	4
33. 您的眼睛有疼痛、刺激感、或流淚嗎？	1	2	3	4
34. 您有掉頭髮嗎？	1	2	3	4
35. 您如果有掉頭髮，才需回答此題： 您對掉頭髮感到懊惱嗎？	1	2	3	4
36. 您覺得生病或身體不適嗎？	1	2	3	4
37. 您有熱潮紅嗎？	1	2	3	4
38. 您有頭痛嗎？	1	2	3	4
39. 您覺得因為您的疾病或是治療而使您身體外觀上 比較沒有吸引力嗎？	1	2	3	4
40. 您覺得因為您的疾病或是治療而使您較為缺乏女 人味嗎？	1	2	3	4
41. 您覺得看自己不穿衣服的樣子是很不舒服的事嗎？	1	2	3	4
42. 您對自己的身體不滿意嗎？	1	2	3	4
43. 您擔心自己未來的健康嗎？	1	2	3	4

在過去四星期內：

	完全沒有	有一點	相當多	非常多
44. 您對「性」感到興趣嗎？	1	2	3	4
45. 您的性生活活躍嗎？ (有或沒有性交都包括在內)	1	2	3	4
46. 您享受性生活嗎？	1	2	3	4

[請繼續至下一页](#)

在過去一星期內（過去七天內）：

	完全沒有	有一點	相當多	非常多
47. 您手臂或肩膀有疼痛嗎？	1	2	3	4
48. 您的手臂或手部有腫脹嗎？	1	2	3	4
49. 您將手臂舉起或向旁邊移動有困難嗎？	1	2	3	4
50. 您患側乳房的部位有疼痛嗎？	1	2	3	4
51. 您患側乳房的部位有腫脹嗎？	1	2	3	4
52. 您患側乳房的部位有過度敏感嗎？	1	2	3	4
53. 您患側乳房的部位有皮膚方面的問題嗎？（例如：癢、乾燥、脫屑）	1	2	3	4
54. 您有過度流汗嗎？	1	2	3	4
55. 您有情緒起伏嗎？	1	2	3	4
56. 您有頭暈嗎？	1	2	3	4
57. 您的口腔有疼痛嗎？	1	2	3	4
58. 您的口腔有發紅嗎？	1	2	3	4
59. 您的手或腳有疼痛嗎？	1	2	3	4
60. 您的手或腳有發紅嗎？	1	2	3	4
61. 您的手指或腳趾有刺痛嗎？	1	2	3	4
62. 您的手指或腳趾有發麻嗎？	1	2	3	4
63. 您的關節有問題嗎？	1	2	3	4
64. 您的關節有僵硬嗎？	1	2	3	4
65. 您的關節有疼痛嗎？	1	2	3	4
66. 您的骨頭有痠痛或疼痛嗎？	1	2	3	4
67. 您的肌肉有痠痛或疼痛嗎？	1	2	3	4
68. 您的體重有增加嗎？	1	2	3	4
69. 體重增加對您來說是個問題嗎？	1	2	3	4

請繼續至下一页

在過去四星期內：**完全沒有 有一點 相當多 非常多**

70. 您的陰道有乾乾的嗎？ 1 2 3 4

71. 您的陰道有不舒服嗎？ 1 2 3 4

只有在您有性生活時，才需要回答以下兩個問題： 完全沒有 有一點 相當多 非常多

72. 在性行為過程中，您的陰道有疼痛嗎？ 1 2 3 4

73. 在性行為過程中，您的陰道有乾乾的嗎？ 1 2 3 4

在過去一星期內（過去七天內）：**完全沒有 有一點 相當多 非常多**

74. 您對手術後身體外觀的結果滿意嗎？ 1 2 3 4

75. 您對患側乳房（胸部區域）的皮膚外觀滿意嗎？ 1 2 3 4

附錄六 中文版止觀覺察注意量表

【填答說明】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

請翻頁，下頁還有題目！！



附錄七 自我疼惜(self-compassion)量表

當週遭事物變得不對勁，伴隨而來的挫折、失敗、失望或失落，讓我們感到苦惱時，我們可能會用不同方式來調適。在此，我們關注的是人們對自己疼惜的程度。我們將疼惜(compassion)定義為「能覺知自己及他人受苦的敏感度，同時帶有試圖減輕和預防受苦的承諾」。疼惜包含兩個層面，第一個層面是：有動力處理困難的事物/感受，而非試著逃避或壓抑它們；第二個層面是：能夠聚焦在對我們有幫助的事。就好比醫師面對他/她的病人，首先，有動力且將注意力放在苦惱的問題，並（學習如何）了解苦惱的原因。再來是能夠採取有幫助的行動。以下是一系列有關兩個疼惜層面的問題，請仔細閱讀每個陳述，想想看當您感到苦惱時，每個陳述的適用程度。請使用以下量尺，來評量每個題目並在最符合您的數字打「○」。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

第一部分-以下問題所詢問的是，當你經驗到苦惱時，你有動力面對苦惱的程度

當我對事物感到苦惱或心煩時...

1. 苦惱出現時，我有動力面對並處理它。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. 苦惱發生在我身上時，我留意到苦惱的感受，並對它很敏感。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. 我避免去想到我的苦惱，且嘗試轉移注意力，並把它從我心中趕出。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



4. 苦惱的感受或情境，讓我在情緒上受到影響。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. 我忍受苦惱中的各種感受。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. 我反思並弄清楚我的苦惱感受。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. 我無法忍受處在苦惱的狀況。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. 我接受、不批評、也不評判我的苦惱感受。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

第二部分-以下問題是關於你如何積極地用疼惜的方式，來調適苦惱的感受、念頭與情境。

當我對事物感到苦惱或心煩時...

1. 我直接把注意力放到對我可能有幫助的事物。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. 我思考並且找出有益的方式，來調適我的苦惱。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



3. 我不知道如何幫助我自己。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. 我採取行動，並做對我有幫助的事。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. 我創造支持、有助益及鼓勵的內在感受。

從未

總是

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

附錄八 質性研究研究工具



計畫名稱：以質性研究探索早期乳癌病人的治療決策及決策遺憾經驗

■ 介紹說明：

您好，我是臺大醫學院護理研究所的博士班學生高玉玲，非常感謝您願意參與研究，分享您的經驗。等下大約利用 30-60 分鐘跟您聊聊當初您確定乳癌診斷後，治療方式決定的經驗及感受。會先由我提出一些問題邀請您分享，這些問題沒有對或錯，請依照您的真實狀況或想法回覆即可，訪談過程會錄音，以便更準確地記錄您的分享。但您的資料錄製好後會匿名處理，且只有研究人員會接觸到錄音檔；若您有任何疑慮，隨時可中斷訪談或錄音，可以隨時告訴我。開始前，不知道有沒有什麼問題想先提出呢？若是沒有，我們即將開始訪談。

■ 基本資料：

年齡：_____歲 民國：_____年_____月出生	教育程度：	職業：
婚姻狀況：	子女數：	宗教信仰：
確定診斷日期： _____年_____月_____日	癌症期別：	癌症家族史：

■ 已接受過的治療(可複選)：

手術(含重建)：日期：_____年_____月_____日 手術名稱：	化學治療：
放射治療：	標靶治療：
抗荷爾蒙藥物：	其他治療：
完成所有治療日期：_____年_____月_____日	



■ 決策遺憾量表：

【填答說明】以下題目是想了解您對乳癌治療決策的感受與看法，請您仔細閱讀每一題並在最符合您目前感受與看法的數字打「○」

	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同
1.對我來說，它是正確的決定。	1	2	3	4	5
2.我後悔作出這樣的選擇。	1	2	3	4	5
3.如果我必須再做一次決定，我仍會作同樣的選擇。	1	2	3	4	5
4.這個選擇對我造成很多害處。	1	2	3	4	5
5.這個決定是明智的。	1	2	3	4	5

■ 訪談大綱：

- 1.請您談談確定乳癌診斷後，接受了哪些治療方式？當初是如何決定的？
- 2.根據您所填寫的遺憾量表，您對治療決策是沒有遺憾/有遺憾，對於治療方式的決定您是滿意/不滿意的？什麼原因讓您沒有遺憾/有遺憾？（對於有遺憾的受訪者：是什麼時候開始這樣的感受，以及對您的生活有什麼影響？）
- 3.治療後，您能專注在當下的生活嗎？還是會常常陷入過去治療的過程或未來復發的恐懼？您是如何讓自己能專注於當下的生活？您會有多愛自己的想法或採取哪些實際行動來愛自己？