

行政院國家科學委員會專題研究計畫 期末報告

疑似乳癌婦女手術認知與醫療自主決策之探索和促進方案-
-疑似乳癌婦女醫療自主與手術決策過程之探討(第2年)

計畫類別：整合型
計畫編號：NSC 99-2629-H-010-001-MY2
執行期間：100年08月01日至102年07月31日
執行單位：國立陽明大學護理學系暨研究所

計畫主持人：許樹珍
共同主持人：蔡慈儀、梁德馨
計畫參與人員：博士班研究生-兼任助理人員：洪毓婷

公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

中華民國 102年10月31日

中文摘要：目前資訊和心理支持可提升疑似乳癌婦女的照顧品質，但仍缺乏促進婦女手術認知和減低不確定感、和了解其自主決策情境等的相關研究。本兩年單一整合性研究計劃採質量性合併交叉研究法，由整合性的多領域、多重觀點及層面來收集資料。計畫以類實驗研究方法為主軸，疑似罹患乳癌將要接受手術治療的婦女為研究對象，分兩組：一為控制組接受一般照顧模式；另一為實驗組於術前提供乳房腫瘤手術說明輔助資訊衛教手冊和個別護理諮詢，樣本數每組 60 位收案，共 120 位參與本研究。本研究 120 位乳房腫瘤婦女有 65 位選擇乳房保留手術 (54.2%)；49 位選擇乳房全切除手術 (40.8%)；6 位選擇乳房全切除合併重建手術 (5%)。「年齡」的差異會顯著地影響術前選擇手術方式。決策角色偏好有 54.2% 選擇主動角色，34.2% 選擇被動角色；實際決策角色有 58.4% 選擇主動角色，26.7% 選擇被動角色；決策角色之結果與其他國內外研究結果顯得比較主動。另外，類實驗性研究資料分析顯示實驗組措施有效，兩組手術前不確定感控制組 50.2，實驗組 50.78， $P=0.715$ 沒有顯著性差異。實驗組不確定感前、後測，分別是 53.13 及 50.78， $P=0.016$ 達顯著差異。手術資訊具備度方面，控制組與實驗組分別是 4.6 分與 8.27， $P=0.000$ 顯示達顯著性差異。可見手術前提供書面乳房腫瘤手術輔助資訊能提升婦女手術資訊具備度的目的，資訊具備度增加可能有降低不確定感效果。建議醫療單位製作提供符合病人需求的書面資訊，協助病人面對疾病增進疾病適應並提升照護品質。相關的質性研究個別訪談和團體訪談亦各自完成 31 及 25 名，共 56 名參與深入及互動式的對談，使用紮根理論、焦點團體法來收集和分析資料，藉以了解本地疑似罹患乳癌婦女術前的心境關注、資訊需求和感受，分析結果包括：1) 自我身體變異的覺察與承擔、2) 病情告知的衝擊與手術的決定、3) 錯亂與變調的生活與生命樂章、4) 疾病身體的對峙抗戰或共存共舞。病者面臨多重的身體感知、心理情緒、社會文化與日常生活上種種生命與人際互動的挑戰與調適，婦女需要適當的醫療診治和社會支持的介入協助。本研究能深化解析研究對象之心路歷程和決策困境，對決策分析路徑圖的完成已有很好的根基，未來並企圖繼續將相關知識擴大使用電子網絡資訊系統(e-health)，推廣相關醫療健康決策資訊的普及化，以協助本土在手術決策期間的乳癌婦女能更充分滿足其醫療自主的需求及促進其健康決策的能力。

中文關鍵詞：疑似乳癌、不確定感、知情同意、自主決策、手術資訊輔助衛教、網路教育

英文摘要： Currently, little is known about the effect of educational strategies on women's cognitive-psychological and autonomous decision-making status for breast surgery during the breast cancer diagnostic process. An exploratory and quasi-experimental design with one control group and two experimental groups were applied in this integrated research plan. In the quasi-experimental design, the control group (N=60) will receive the routine care, and the participants in experimental group (N=60) will obtain a health education pamphlet regarding breast cancer treatment and individual nursing consultation. In our study, 54.2% breast tumor women chose breast conserving treatment, 40.8% chose modified radical mastectomy and 5% chose breast reconstruction before surgery. Younger and higher educational women would significantly influence their choices in decision-making role. Participants' levels of breast surgery knowledge in the experimental group (mean=8.27, SD= 1.635) was significantly higher than those in the control group (mean= 4.6, SD=2.346), $P=0.000$. The post-test (mean=50.38) of the experimental group women's uncertainty was significantly lower than pre-test (mean 53.13), $P=0.016$. It concluded that providing written surgery information to women with breast tumor before operation can significantly improve their knowledge level of breast surgery, and decrease their uncertainty.

The quantitative methods of grounded theory and focus group were applied in this study to explore and understand the suspected breast cancer women's illness experiences and their decision-making process of receiving breast removal surgery. We conducted 31 in-depth individual interviews and focus groups interviews with 25 participants. The results are including: 1) body's self-awareness and carry-on, 2) the impact of illness truth disclosure and surgical decision-making, 3) turmoil and change in life, 4) ill body's fighting and coexistence. It is hoped the study findings can not only provide insight but also continuously develop better teaching material, i.e.

internet educational material, and fulfill the needs regarding women' s desire for using medical information, supporting their emotional status, and facilitating their contemplation of surgical options.

英文關鍵詞： Suspected breast cancer, uncertainty, informed consent, decision-making, autonomy, internet education

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫

期中進度報告

期末報告

(計畫名稱)

疑似乳癌婦女手術認知與醫療自主決策之探索和促進方案—

疑似乳癌婦女醫療自主與手術決策過程之探討

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 99-2629-H-010-001-MY2

執行期間：99年08月01日至102年7月31日

執行機構及系所：國立陽明大學護理系

計畫主持人：許樹珍

共同主持人：蔡慈儀、梁德馨

計畫參與人員：洪毓婷、張翠樺、張鍾鈺、蔣淑如

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 1 份：

移地研究心得報告

V 出席國際學術會議心得報告

國際合作研究計畫國外研究報告

處理方式：除列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

列涉及專利或其他智慧財產權， 一年 V 二年後可公開查詢

中 華 民 國 102 年 10 月 31 日

中文摘要

目前資訊和心理支持可提升疑似乳癌婦女的照顧品質，但仍缺乏促進婦女手術認知和減低不確定感、和了解其自主決策情境等的相關研究。本兩年單一整合性研究計劃採質量性合併交叉研究法，由整合性的多領域、多重觀點及層面來收集資料。計畫以類實驗研究方法為主軸，疑似罹患乳癌將要接受手術治療的婦女為研究對象，分兩組：一為控制組接受一般照顧模式；另一為實驗組於術前提供乳房腫瘤手術說明輔助資訊衛教手冊和個別護理諮詢，樣本數每組 60 位收案，共 120 位參與本研究。本研究 120 位乳房腫瘤婦女有 65 位選擇乳房保留手術 (54.2%)；49 位選擇乳房全切除手術 (40.8%)；6 位選擇乳房全切除合併重建手術 (5%)。「年齡」的差異會顯著地影響術前選擇手術方式。決策角色偏好有 54.2% 選擇主動角色，34.2% 選擇被動角色；實際決策角色有 58.4% 選擇主動角色，26.7% 選擇被動角色；決策角色之結果與其他國內外研究結果顯得比較主動。另外，類實驗性研究資料分析顯示實驗組措施有效，兩組手術前不確定感控制組 50.2，實驗組 50.78， $P=0.715$ 沒有顯著性差異。實驗組不確定感前、後測，分別是 53.13 及 50.78， $P=0.016$ 達顯著差異。手術資訊具備度方面，控制組與實驗組分別是 4.6 分與 8.27， $P=0.000$ 顯示達顯著性差異。可見手術前提供書面乳房腫瘤手術輔助資訊能提升婦女手術資訊具備度的目的，資訊具備度增加可能有降低不確定感效果。建議醫療單位製作提供符合病人需求的書面資訊，協助病人面對疾病增進疾病適應並提升照護品質。

相關的質性研究個別訪談和團體訪談亦各自完成 31 及 25 名，共 56 名參與深入及互動式的對談，使用紮根理論、焦點團體法來收集和分析資料，藉以了解本地疑似罹患乳癌婦女術前的心境關注、資訊需求和感受，分析結果包括：1) 自我身體變異的覺察與承擔、2) 病情告知的衝擊與手術的決定、3) 錯亂與變調的生活與生命樂章、4) 疾病身體的對峙抗戰或共存共舞。病者面臨多重的身體感知、心理情緒、社會文化與日常生活上種種生命與人際互動的挑戰與調適，婦女需要適當的醫療診治和社會支持的介入協助。本研究能深化解析研究對象之心路歷程和決策困境，對決策分析路徑圖的完成已有很好的根基，未來並企圖繼續將相關知識擴大使用電子網絡資訊系統(e-health)，推廣相關醫療健康決策資訊的普及化，以協助本土在手術決策期間的乳癌婦女能更充分滿足其醫療自主的需求及促進其健康決策的能力。

關鍵字：疑似乳癌、不確定感、知情同意、自主決策、手術資訊輔助衛教、網路教育

Abstract

Currently, little is known about the effect of educational strategies on women's cognitive-psychological and autonomous decision-making status for breast surgery during the breast cancer diagnostic process. An exploratory and quasi-experimental design with one control group and two experimental groups were applied in this integrated research plan. In the quasi-experimental design, the control group (N=60) will receive the routine care, and the participants in experimental group (N=60) will obtain a health education pamphlet regarding breast cancer treatment and individual nursing consultation. In our study, 54.2% breast tumor women chose breast conserving treatment, 40.8% chose modified radical mastectomy and 5% chose breast reconstruction before surgery. Younger and higher educational women would significantly influence their choices in decision-making role. Participants, 54.2% breast tumor women chose breast conserving treatment, 40.8% chose modified radical mastectomy (mean=1.635) was significantly higher than those in the control group (mean= 4.6, SD=2.346), P=0.000. The post-test (mean=50.38) of the experimental group women's uncertainty was significantly lower than pre-test (mean 53.13), P=0.016. It concluded that providing written surgery information to women with breast tumor before operation can significantly improve their knowledge level of breast surgery, and decrease their uncertainty.

The quantitative methods of grounded theory and focus group were applied in this study to explore and understand the suspected breast cancer women's illness experiences and their decision-making process of receiving breast removal surgery. We conducted 31 in-depth individual interviews and focus groups interviews with 25 participants. The results are including: 1) body's self-awareness and carry-on, 2) the impact of illness truth disclosure and surgical decision-making, 3) turmoil and change in life, 4) ill body's fighting and coexistence. It is hoped the study findings can not only provide insight but also continuously develop better teaching material, i.e. internet educational material, and fulfill the needs regarding women's desire for using medical information, supporting their emotional status, and facilitating their contemplation of surgical options.

Key Word : Suspected breast cancer, uncertainty, informed consent, decision-making, autonomy, internet education

Key Word : Suspected breast cancer, uncertainty, informed consent, decision-making, autonomy, internet education

目錄

一、前言.....	1
二、研究目的.....	1
三、文獻探討.....	2
四、研究方法.....	8
五、結果與討論（含結論與建議）.....	14
參考文獻.....	17

一、前言

乳房在不同的歷史、時代和地域，或對個人而言，均有其特殊文化的象徵意義。乳房扮演著女性身體形象和婦女角色及功能上重要的特徵，當女性被診斷為疑似乳癌需做切除手術時，不僅個人需面對疾病和治療過程的苦痛，也意味著哺餵功能、女性魅力和性生活樂趣的喪失等多重壓力，這些反應甚至會與害怕死亡做聯結（楊，2003；林、李，2004；賴，2007；Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher, 2007）。全世界每年發生將近 130 萬個新診斷乳房腫瘤案例，死於此疾病的人數約有 458,503 人，死亡率為 10 萬分之 13.7，是全世界婦女死亡原因的第二位（World Health Organization, 2010）。根據行政院衛生署 2010 年統計資料顯示，台灣約有 1700 人死於乳癌，乳癌的標準化死亡率為每十萬人口 11.0 人（行政院衛生署，2011）。臨床上乳癌治療大多以手術為主，根據衛生署 2003 年的統計有 89.48% 的乳癌婦女接受手術治療。在臨床上，病患在尚未確立診斷時，若腫瘤小於 2 公分，有三種手術治療方式：乳房保留手術、乳房全切除手術及乳房全切除手術合併重建手術，接受此三種手術之婦女在研究統計上雖然復發率有所不同，但可以達到相同的存活率（Fisher et al., 2002; Mandelblatt, Kreling, Fgeuriedo, & Feng, 2006; Yang et al., 2008）。醫師會在手術之前，告知病患此三種手術方式，讓病患去決定手術方式，然而在手術前卻尚未確立診斷，疑似乳癌的這段期間，對罹病婦女而言是個挑戰，其多是以複雜的心情去參與治療的決策，也可能因為罹患乳癌的不確定感發生焦慮、擔憂、害怕、無望、憂鬱等心理困擾而裹足不前。乳癌的診斷與治療程序冗長且繁瑣，研究顯示乳房腫瘤婦女在發現疑似乳癌的病灶後患者通常都會經歷到高度的焦慮與不確定感（黃、顧、毛、盧，1996；莊、金，2002；Liao, Chen, Chen, & Chen, 2008；Liu, Li, Tang, Huang, & Chiou, 2006）。

某些研究提出診斷前病患高度的資訊需求，確切相關資訊的提供可以減低情緒的壓力，增進婦女對疾病的適應（Graydon, Galloway, Palmer-Wickham, Harrison et al, 1997; Liao, Chen, Chen & Chen, 2007；李、郭，2000；劉、丘，2002）。乳房是女性身體的一部份，女性需要擁有某種程度的自我和身體自主權，臨床上常有婦女向護理人員表示，「其實我並不願意進行乳房全切除手術，但沒有人問過我的感覺，也沒有人在乎我的決定，這樣的感覺有如被判刑一樣」，婦女們表示，身邊的人和醫生決定了她的命運。誠如林、潘（2001）以女性身體自主的觀點來探討醫病互動過程，因為醫療知識不對等，女性病患缺乏自信，學者認為身體自主權除了決策權以外，應該同時以「增加醫療資訊獲得」及「醫療參與」兩個向度來看。

二、研究目的

本研究企圖在本土醫療照護及社會文化體系下，對疑似罹患乳癌之婦女進行其心理行為研究與相關教育訓練，當婦女面臨醫師下完初步疾病診斷，即將被送入手術室前，她們遭逢何種的認知與情緒困境，她們又該如何選擇及決定採用何種的乳房腫瘤切除手術，究竟經驗何種的決策歷程和模式，我們又該如何有效地幫助她們度過危機。本研究的總目標在了解、研發和設計一套能促進婦女對乳房腫瘤切除手

術認知和醫療自主決策能力的教育改善方案。

三、文獻探討

(一) 乳房腫瘤手術與輔助資訊的需求

Derdiarian(1987)提出個體在資訊缺乏時會產生資訊的需求，尤其是當需要做決定時對於資訊的需求更為明顯，在個體自覺生命受到威脅時，則會出現尋求訊息的行為。例如，對婦女來說，初被診斷為乳癌的事件是一重大的壓力事件，此時對於資訊的需求就非常地迫切，此時只有個體能夠獲得足夠的資訊，才能發展出適切的期待，所以資訊需求的產生可以增進病人對於疾病的瞭解，進而引導病人有正向的感受，然後才能讓個體做出有利於自己的抉擇 (Rees & Bath, 2000)。Chalmers, Thomson, & Degner (1996)指出資訊可以激勵個人對疾病產生正確的感受、增進自己的控制力及對疾病的預測性，並因此可以減輕焦慮。

國內乳癌婦女相關文獻中，僅發現一篇以衛教為措施之類實驗性研究設計，向、賴、吳、陳、黃 (2001)提出衛教可以改善初次診斷為乳癌婦女焦慮及術後疼痛的成效。研究採縱貫式前後測類實驗法，針對台北兩家醫院一般外科病房中，診斷 I、II、III 期乳癌且接受乳房切除手術之婦女採方便取樣隨機分配收案；研究分為實驗組及控制組各組 12 人，實驗組於術前一天、術後第一、二、三天及出院前一天，共五個時間點給予衛教並收集資料，控制組則接受病房常規性照顧。Liao, Chen, Chen, & Chen (2007)在臺灣地區，針對 127 位剛被告知需要接受乳房切片檢查的婦女進行一個縱貫性的問卷調查，結果顯示疑似罹患乳癌婦女在疾病的診斷期，尤其是確定診斷前時期，承受了強大的心理壓力，其中乳癌婦女對疾病和治療方面的資訊支持需求，遠高於情緒支持的需求。乳癌婦女會尋求相關資訊以減低疾病引發的負向衝擊，資訊缺乏則增加不確定感。由於台灣地區的婦女特別重視醫師的指示，希望醫師能夠提供更多與疾病相關的資訊，但是大部分病患都反應，醫師沒有足夠的時間為病患提供資訊。因此，如何在乳房腫瘤病患的手術前，使用便利、有效率的方法，提供疾病及治療相關的資訊，以降低疾病不確定感進而增進病患疾病的適應，是一個我們應該關心的課題。

Kerrigan (1993) 等人在美國測量病患是否會因為接受過多細節之資訊而造成焦慮，結果發現給予病患細節之資訊不僅沒有增加病患焦慮，反而還會降低潛在之醫療糾紛。年輕者與教育程度較高者，比年長者與教育程度低者有較多的渴望得到更多的疾病相關資訊，且希望有更多的決策參與 (Bilodeau, & Degner, 1996)。較多的疾病相關資訊可使病患偏好更主動的進行決策 (Cyran, Crane, Palmer, 2001; Degner & Sloan, 1992; Halkett, Arbon, Scutter, Borg, 2007; Sutherland, Lewellyn-Thomas, LockWood, Tritchler, & Till, 1989; Sainio, Lauri, 2003)。

(二) 乳房腫瘤婦女情緒與調適

國內發表乳癌婦女的相關文獻，大多為護理領域內所發表的質性研究。早在十六年前國內護理研究雜誌發行的第一卷，呂、金、黃(1993)即以低結構性訪談南部三十位婦女接受乳房切除二個月後期間的因應行為，經內容分析法後歸納其五類因應

行為：震驚、逃避、焦慮、憂傷、及憤怒的情緒反應行為，尋求資源行為、身體心像再定向行為、身體及社會功能的評價行為及自我控制行為。另一篇質性研究文章則以現象學方法，企圖瞭解乳癌病患術後的關注點及需求(李、郭，2000)，研究結果發現，住院乳癌病人術後關注點包含四大範疇：健康、家庭、回顧及規劃、和自我概念；乳癌婦女的四大需求則包括：(1)找尋罹患乳癌疾病的源頭；(2)尋求日後自我照顧的訊息(3)尋求宗教慰藉；(4)找尋社會支持。其他則多為個案研究(莊、金，2002；劉、丘，2002；林、李，2004；賴，2007)。這些個案報告其研究目的均強調乳癌對婦女而言，乃為重大的心理衝擊，其心路歷程需要被了解，護士並可擔任協助其身心社會重建之重要角色。研究結果均提出婦女有強烈情緒如焦慮、恐懼及身體心像紊亂之困擾存在；文章亦強調個案有知識缺乏、資訊渴求的問題存在(莊、金，2002；劉、丘，2002)，乳癌婦女亦有無力感和社交隔離之需要，需協助其身心社會的適應力(林、李，2004；賴，2007)。

國內乳癌量性研究之發表，仍不乏為護理領域所發表之研究文章，切入的角度運用「羅氏適應理論」的觀點解析(陳、馬、郭、石，1999；林、李，2004；賴，2007)。陳惠美等人(1999)研究運用羅氏適應模式，探討乳癌術後婦女的身心社會調適及相關因素，涵蓋生理功能、自我概念、角色功能以及相互依賴等四個構面之調適。作者以「乳癌婦女身心社會調適量表」測量北部三所醫院的122位乳癌婦女，研究結果顯示：(1)乳癌術後婦女之身心社會調適狀況呈現「輕度障礙」之程度，在各層面調適中心相互依賴調適最佳，自我概念調適最差。(2)乳癌術後婦女最常發生的身體症狀依序為「手術側手臂發麻」、「疲倦」、「手術部位感覺異常」。(3)乳癌術後婦女之身體症狀與生理功能調適、自我概念調適、角色功能調適、相互依賴調適及整體身心社會調適各構面，均呈顯著負相關。社會工作領域的碩士研究論文中，有一篇同樣以婦女的心理社會適應狀態為題，洪(2007)以臺灣北部某一醫學中心乳房外科門診之中年期乳癌術後婦女以及參加幾所醫院乳癌病友團體活動之成員為調查對象，有效問卷共計219份。該研究藉由乳癌婦女的個人基本屬性變項、疾病特性變項、身體意象量表、身體症狀困擾量表來測量心理社會適應狀態。其心理社會適應層面包括健康照顧方面、工作環境適應、家庭環境適應、性關係適應、延展家庭關係、社交環境適應與心理困擾等七個層面的適應狀態。研究結果發現其受訪之乳癌婦女中為第二期乳癌、未復發過、接受根除型乳房切除術者、接受化學治療者比例最高。乳癌術後婦女的整體生理困擾不嚴重，但得分最高的前五項症狀包括睡眠改變、疲倦、虛弱、手術側手臂發麻、手術側手臂活動度受限制。乳癌術後婦女的身體意象感受是介於「一點也不在意」至「稍微在意」之間，其中最在意的項目包括「會特別注意自己的外表」、「對自己的疤痕外觀不滿意」、「乳癌或治療會降低身體的魅力」；研究並發現乳癌婦女的年齡在45歲以下、手術後一個月內者、接受乳房切除後重建者均對身體意象的感受較為在意。乳癌婦女整體心理社會適應是介於「輕度障礙」至「中度障礙」間，家庭環境適應及心理困擾的適應最好，性關係的適應最差。

不少乳房腫瘤研究提出婦女在確定診斷前承受著高度的不確定感(Liao, Chen,

Chen, & Chen, 2008;柯、鍾、許、張，2002; 黃等，1996)。因其能簡要地勾勒乳癌婦女的處境狀況，並與術前資訊缺乏的認知狀態息息相關，故本計劃選定其為重要研究概念。

乳癌婦女疾病不確定感

不確定感是指個人無能力去決定有關於疾病相關之過程、治療等情況 (Mishel,1988)。不確定感在疾病中的定義是與認知狀態相關，來自於對於認知不充足、事件或情形的意義不瞭解，也與不確定的診斷、無法預期的治療效果與結果、生理的耐受與心理不適感是相關的，且感到生命的威脅 (Mast, 1998)。Mishel(1981)研究疾病不確定感在病患住院及恢復期產生壓力反應中的角色，發現不確定感是使病患產生壓力反應的來源之一，是一種認知的狀態，是一個人無法對疾病相關的事件組織意義而產生。疾病的不確定感以四個形式表現：1、模糊不清：(ambiguity) -病患不清楚疾病的狀況。2、複雜性 (complexity) -病患在醫療照護體系或治療計畫等方面，得到繁多或不一致的說明，導致對事件難以了解。3、缺乏資訊 (deficient information) -病患對診斷、治療與預後相關的資料獲取不足。4、無法預測 (unpredictability) -病患因缺乏對疾病的認知，以致無法預期未來事件。

Mishel (1988) 指出患者在感受到潛在的健康問題及身體功能惡化時，不確定感會增加。Hilton (1988) 認為不確定感是因訊息缺乏所產生的一種認知狀態。作者研究乳癌婦女的不確定感，結果發現乳癌婦女對於疾病過程、治療方式、治療有效性、復發機會、存活年限感到不確定，當乳癌病人經驗到不確定時，會出現不敢想像未來，覺得生命受到威脅，安全感降低，無法做決策以及不信賴他人的狀況。羅等 (2004) 指出不確定感是疾病壓力的最大來源，也是影響疾病經驗、治療預後以及個人和家庭適應疾病程度的最主要因素。

黃等人(1996)採立意取樣、透過結構式問卷，針對 60 位乳房手術切除後 3-10 天，及 60 位化學治療中的乳癌婦女，探查乳癌婦女之希望狀態及其與人口學特性、疾病特性、不確定感、社會支持的相關性。研究結果發現化學治療組的乳癌婦女希望狀態低於手術組，其與不確定感、化學治療次數、病程長短呈負相關；與教育程度、社會支持呈正相關，而不確定感的分數中，以「不知道自己的疾病預後會怎樣」的得分最高，顯示乳癌婦女極度擔心自己疾病預後，也對疾病相關訊息感到質疑。柯等人 (2002) 使用 Mishel 疾病不確定感以及 Jalowiec 調適策略二份量表，研究 67 位乳癌婦女手術前自覺不確定感與調適策略相關性，研究結果發現，乳房腫瘤婦女在術前可能承受中等程度以上的不確定感，且 41 歲以上的婦女不確定感程度高於 40 歲以下，即使是術前被診為良性腫瘤的婦女，也因為心裡的懷疑和疑問而引發不確定感，所以不確定感程度並不會因手術前的良性診斷而有顯著的降低。Liao 等學者(2008)發表乳房腫瘤婦女在診斷期和手術前都有高度的焦慮和不確定感，兩者呈中度到高度的正相關，不確定感中又以模糊不清的程度較高，而不確定感是影響乳癌婦女疾病適應、希望感和生活品質的重要因素。研究也發現，台灣婦女疑似乳癌不確定感的預期因子有：年齡大於 50 歲、已婚、低教育程度、沒有每個月例行做乳房自我檢查、沒有良性腫瘤經驗及自認為可能是惡性腫瘤患者不確定感較高。Mishel

(1988) 研究提出可信賴的權威、社會支持及教育可有效的減低疾病的不確定感。不確定感究竟如何影響決策偏好，以及人際互動或不同的教育策略又是如何可有效地減低疾病的不確定感，在文獻上較少討論，在臨床上會觀察到病患因為感到不確定而無法進行手術決策，希望由醫師決定。

(三) 醫療自主與手術決策

大部分罹患早期乳癌（乳癌第一期或第二期）的婦女，臨床上有三種手術方式可以選擇，原因是這三種手術方法針對治療沒有轉移性的乳癌，均可以達到相同的存活率 (Yang et al., 2008; Mandelblatt et al., 2006)，然而局部復發率、手術後的外觀、後續照護等卻有相當程度的差異性，治療的選擇應該配合病患的價值觀和喜好，選擇對自己最好的方式。但前提是在做治療決定時病患必須對該疾病和治療方式已有相當的瞭解 (Whelan et al., 1999; Lantz et al., 2005)。

美國乳癌婦女約三分之二接受乳房保留手術，三分之一接受乳房切除手術，選擇乳房切除的原因主要是擔心疾病復發，選擇乳房保留則主要是為了美觀 (Cordeiro, 2008)。因為切除乳房嚴重影響外觀，容易造成婦女負面的身體心像，以及生活上的不便利如穿衣服及手臂問題等 (Curran et al., 1998; Fung et al., 2001; Chen et al., 2008)。國外文獻回顧研究發現接受乳房保留手術的婦女有較好的身體心像

(Curran et al., 1998; Fung et al., 2001; McCready et al., 2005; Nissen et al., 2000)，較少發生手臂的問題 (Curran et al., 1998) 而其他身心社會功能上，長期而言，與接受乳房保留手術的婦女並沒有顯著的差異 (Fung et al., 2001; McCready et al., 2005; Nissen et al., 2000; Parker et al., 2007)。Fagerlin 等人 (2006) 在底特律與洛杉磯地區，針對接受過一種手術治療的早期乳癌婦女隨機抽樣調查 (N=1844)，調查結果發現這些接受乳癌手術的婦女 74% 接受乳房保留手術，12.4% 接受乳房切除及重建手術，13.5% 只單純接受乳房切除手術，其中只有少於一半的病人知道兩種手術的存活率完全相同，少於五分之一的病人知道兩種治療的復發率不同。顯示仍有許多婦女在資訊不足的情況做了手術選擇，這確實是一個醫療提供者應該關注到的問題。

東方婦女的調則查發現，香港婦女 47% 以為乳房切除是唯一治癒早期乳癌的方法，經過資訊提供後再調查，選擇乳房保留手術的比率由 29% 升高為 49% (Chua, Mok, Kwan, Yeo, & Zee, 2005; Yau et al., 2009)。1994-2007 年期間香港地區的中國乳癌婦女接受乳房保留手術的比率，30% 接受乳房保留手術，70% 接受乳房切除手術 (Yau et al., 2009)，與研究者在臺北地區的一所醫學中心臨床上粗略統計結果非常接近。相較之下，這些地區早期乳癌婦女切除乳房的比率偏高很多，資訊缺乏可能是原因之一。加拿大學者 Bilodeau & Degner (1996) 測量乳癌病患之決策偏好，研究結果為 43% 偏好「被動角色」，37% 偏好分享決策，在實際臨床經驗則為 57% 「被動角色」，19% 為合作決策之角色，其研究結果提出婦女們認為在實際上無法達到所希望角色之原因在於婦女沒有得到具體相關的資訊，且學者也認為雖然護理人員為第二重要之提供訊息者，但也需要多瞭解病患實際上對疾病訊息瞭解及接受情形，才能夠幫助病患。Beaver & Booth (2007) 於英國測量癌症婦女面對醫療決策為 47.2% 偏好「被動角色」，在實際決策為 58.25% 偏好「被動角色」，作者表示，結果呈現並不是所有的

病患都希望去參與治療決策，但從研究過程中得知，許多病患並沒有被給予選擇去進行決策。香港測量乳癌病患有 59% 偏好「合作決策」(Lam, Fielding, Chan, Chow, & Ho, 2003)。

在台灣的一篇碩士論文研究以乳癌婦女決策偏好為主要對象和概念，蘇(2007)使用問卷來選取全台灣地區之「乳癌病友團體」，共發出 800 份問卷，去除無效問卷後，共 346 份問卷納入分析，在偏好角色研究結果發現以偏好「合作角色」最多，有 45.88% 希望和他人一起決定，其中又以包括自己、家人與醫師共同決定最多(76.62%)，自己與醫師共同決定佔 18.83%，而影響決策因素為「有家族病史」及「學歷在專科、大學以上」較偏好主動角色；在病患在實際參與治療程度方面，以外科手術而言，有 49.37% 覺得與自己所希望的相近，有 24.37% 病患覺得參與度少於期望。作者表示可能是由於被給予作決策資訊太少，或是被給予時間不夠而導致，也可能是由於我國在文化上仍趨向保守，即使有機會能夠自己全權做決定，仍然會希望聽取他人意見或與別人討論後再做決定。國內針對決策偏好之研究大致停留在乳癌之決策偏好與實際情形與影響因素，瞭解國人在決策時多為與醫師形成合作角色，但在臨床上，仍發現有矛盾之處，是否真有如研究所言為「合作角色」？病患是否有接受到資訊？是否可以瞭解資訊內容？這是本研究所質疑欲探討的，另外疑似乳癌婦女在尚未確定診斷前，許多的不確定感與心理反應，可能會使病患有可能呈現不同之決策偏好與困境，理想與實際間究竟是如何轉換？經驗了什麼樣的決策歷程？這樣的問題須採用質性研究的方法和結果來回答。

在國外文獻方面，Reaby (1998) 研究澳洲 95 位乳癌婦女選擇乳房全切除術之質性探討，有個案表示選擇乳房全切除術可使自我確定癌症已經離開身體的感覺、不想拿身體來冒險等因素，另有個案表示此手術是醫師直接告知必須進行此手術，但沒有給予選擇權及討論，而感到存疑；當醫師告知病患有乳房保留手術可選擇時，有 34% 之病患拒絕，主要有兩個因素：(1) 病患認為乳房全切除術才是可以根治乳癌有效的方法，(2) 病患接受此手術之決策主要來自醫師，有些病患避開決策之討論。Kenny, Quine, Shiell, Cameron (1999) 質性訪談澳洲 40 位早期乳癌病患之治療決策之經驗，結果發現一些醫師並沒有和病患討論決策的問題，治療決策是非常複雜的過程，且需要給予病患充分資訊和選擇。另一篇澳洲文章，學者訪談 18 位早期乳癌病患在醫療決策上之現象探討，成為決策經驗代表的五個主題為：挑戰、做好準備、活下來、分享挑戰、質詢未來(Halkett, Arbon, Scutter, & Borg, 2007)。Allen, Petrisek, & Laliberte (2001) 訪談美國 19 位乳癌病患，年齡約 50 歲，整理出四個項目，分別是：(1) 女性出現不確定感(2) 婦女拒絕醫師之父權主義(3) 婦女渴望訊息(4) 她們想要在決策上擁有更多的角色。日本也於 2008 年針對醫療決策採質性研究法之探討，訪談 24 位癌症病患後提出兩個重要的觀點為：「誰做決策？」「決策過程之滿意度？」，另作者將決策分為五類：病患主動決策、醫師選擇、病患委任醫師決策、被強迫需做決策、放棄決策，其中前三項有較好的決策過程滿意度，後兩項則呈現差的滿意情形(Watanabe, Takahashi, Kai, 2008)。

從生物和解剖學的角度來看，女性與男性身體有其必然的差異，然從歷史發展

上而言，真正的問題不在於差異是否被承認，而是差異如何被想像、被納入考慮，以及何處的差異會被認為是需要指出的。從另一個角度來說，問題在於差異的不確定性如何被納入生物醫學實作中，以及如何在各個參與爭議的行動者中，達成看似可信的解決共識（Lacquer, 1987）。Epstein（2004）強調身體特質和社會位置如何被理解會影響醫療結果和彼此處遇及對待的方式。Hirschauer（1991）以人類學深描方式考察外科手術的科技工作儀式，研究不僅提供手術操作細節的描述，作者並從患者身體與外科醫生身體的互動進行觀察、描述、和解釋，試圖提高對象的可見性和意義，例如病者在進入開刀房時身體須換上手術病人服、保持無菌、上麻藥等規定步驟來控制身體，如此人體成為客體對象，病者身體好像是個虛擬參與者，去除了人格與個性，只是被器官所表稱，身體亦被麻醉與無菌所控制和限制，因此也排斥病者能主動參與操作，然而麻醉效果也使病人免於面對自己覺得羞辱的一面，這同時也保護醫生免受羞辱或罪惡感。作者亦將外科醫療團隊與環境被描繪為緊密分工和等級制度組織，越靠近病人愈為核心，以外科醫生為主，分層遞減出去，並成員各自有自己專職該負責的部份，在密閉監視下工作，外科醫生的「手」有領導、協助、儀器化和管理運轉的功能，每個人都是鑲嵌在工作的齒輪，團隊若有故障就會威脅整體，而病者的身體是外科醫生的焦點，必須緊密結合醫學解剖區域的知識，逐步實踐相關步驟和技能。另一篇文章，Berg & Harterink（2004）談及醫學實務下病歷記載與身體的關係，醫學上經常透過種種的實作技術使身體變得具體化，在此「具體化」所指的一是個過程，一個擁有身體的過程，身體會透過種種醫療技術、醫療記錄，還有醫療人員所共同打造的，而醫療記錄在此扮演了一個非常重要的角色，其在病人的身體與醫療診斷之間扮演了一個中介者的角色，然而作者認為病患的身體實際上是一個無法預期的多樣型態且跨領域的過程所組成。

一篇社會學領域的質性研究文章，楊(2003)以訪談法瞭解女性乳癌患者切除乳房之經驗。研究結合「身體意象概念、身體社會學、醫學社會學、女性主義、法國社會理論」詮釋女性乳癌患者切除乳房後身體改變及如何修飾外表的經驗。該研究指出這些論點雖然可以提供敏銳的批判分析，但也有一些限制，例如女性主義提出的正規乳房概念，固然可以解析醫學科技、醫學論述、女性乳癌病人如何受到正規乳房身體意象的影響。但是，並不是所有戴義乳、接受乳房重建的病者都是受到正規乳房身體意象的制約，其他社會文化建構的身體意象，例如宗教、年齡的論述也有其影響力。作者強調女性身體不只是鑄刻身體馴化技術的文本，也是能感覺的、活生生的身體，此身體所感受的疼痛也是乳癌婦女抵抗社會對其身體馴化的重要因素。現代西方的醫學倫理強調病患自主，國外之醫病關係已從父權模式進展到目前醫師與病患共同參與協商決策之模式（Kremer, Ironson, Schneiderman, & Hautzinger, 2007）。反觀國內在手術前輔助病患決策手術的情形，張菊惠、胡幼慧、張珣（1998）以質性研究探討婦女在子宮切除手術前，決策過程的型態多是由醫師隱藏疾病之相關資訊，雖然病患表示希望知道疾病相關的資訊，卻不敢多問。受訪者表示，自己在無法得知自己的疾病情況下，接受乳房切除術、化學治療等一些未知的侵入性醫療時，對她們來說更是具有莫名的恐懼（林、潘，2001；郭，2008）。國內學者，林、

潘（2001）以質性研究探討乳癌病患醫療決策之參與情形，提出女性乳癌病患的身體自主可由「醫療資訊獲得」、「醫療參與」、「治療方式選擇與決定」三個向度所建構，病患通常是被動接受醫師的意見承受手術治療，呈現被動參與及專業支配的影響，而女性乳癌病患在訪談中也顯露出其要求一種控制感，可以掌握自己身體任何變化的權力慾望，然而在無法獲取充分醫療資訊時，會希望醫師多提供一些與疾病相關的知識，作者也認為在專業知識的支配下，醫師與病患之間仍存有落差，這些落差往往限制了乳癌病患在醫療體制下對自主權的執行。

從上述文獻可察覺本土臨床情形仍與國外有差異，雖然在文獻已經有諸多探討，皆表示病人權利的重要性，但歷經這麼多年，自主性的展現與否，或因縱身在陌生的醫療體制下，婦女如何看待疾病、身體、醫療手術治療、和如何掌握和展現自己的掌控權恐怕仍是一大問題。

四、研究方法

本兩年研究計劃採質量性合併交叉研究法，實施策略是由整合性的多領域、多重觀點及層面來收集資料。研究總目標為測試乳癌手術資訊輔助衛教手冊對疑似乳癌手術婦女不確定感、知情同意、和決策型態的有效性，因此研究計畫的主軸採用類實驗研究方式，在此目標的研究設計下同時合併使用紮根理論、與焦點團體法，包含乳癌婦女的身心情緒狀態與決策經驗歷程等生活經驗的瞭解，與對手術及教育資訊的感受等。

<量性研究>

（一）研究設計

總計畫以類實驗研究方法為主軸，以疑似罹患乳癌將要接受手術治療的婦女為研究對象，以配對採樣將對象共分為兩組。控制組只接受一般的照顧模式。實驗組則於手術前提供乳房腫瘤手術說明輔助資訊之衛教手冊和個別護理諮詢。比較兩組婦女對手術認知程度、不確定感程度、知情同意過程的滿意度、以及婦女醫療自主決策偏好與困難之差異。

研究並將同時合併使用紮根理論與焦點團體法的質性研究方法來收集和分析資料，除自我填寫或訪問之結構式問卷外，將再使用半結構式深入訪談與焦點團體會談，了解本地疑似罹患乳癌婦女手術前的心境關注和資訊需求等，深入探討選擇乳房手術方式的決策過程之經驗內涵，以完成決策分析路徑圖。

（二）研究場域

在台北市某醫學中心一般外科的三個病房。

（三）研究對象與抽樣

本研究主要採用類實驗方法，為了避免發生實驗組與控制組在病房發生相互交流的干擾，將符合納入條件並同意參與研究的患者，在第一年研究進行前半期收案的受試者編入控制組，在研究進行後半期收案的受試者編入實驗組。

研究對象納入條件：

影像學檢查發現可能為乳房惡性腫瘤，將要住院接受手術治療的女性病患。

乳房腫瘤小於或等於 3 公分。

年齡在十八歲以上。

病患本身意識清楚有決策能力者。

病患有（中文）識字能力，能以國、台語溝通者。

研究對象排除條件：

- 1、乳房腫瘤大於 3 公分。
- 2、精神狀況異常接受過精神科醫師診療者。
- 3、不適合接受保留手術的病患。
- 4、聽力或視力障礙者。
- 5、外籍病患。
- 6、已加入其他研究計畫病患。

本計畫量性研究收案對象共 120 位婦女，年齡分佈自 30 至 89 歲，平均年齡為 54.37 歲 ($SD=11.29$)；經組別合併後，以 30 歲至 50 歲之組別人數佔最多，有 46 人（佔 38.3%）；其次是 51-60 歲，有 42（35%）；61 歲以上有 32 位（26.7%）。語言慣用情形，以國語佔多數，有 105 人（87.5%）；其次是台語，有 12 人（10%）；客語 2 人（1.7%）；其他 1 人（0.8%）。婚姻狀況，病患已婚者 103 人（85.8%）；其次是未婚者 7 人（5.8%）；其他（離婚與寡居）皆佔少數，共 10 人（8.3%）。在宗教信仰方面，有宗教信仰者 101 人（84.2%），其中以佛教居多，有 65 人（54.2%）；其次是道教 21 人（17.5%）；基督教與天主教有 15 人（12.5%）；無宗教信仰或其他有 19 人（15.8%）。教育程度方面，以高中、高職為 40 人（33.3%）最多；其次是大學為 22 人（18.3%）；識字、國小為 21 人（17.5%）；專科有 14 人（11.7%）；國中、初中 12 人（10%）；研究所以上有 8 人（6.7%）；不識字為 3 人（2.5%）。職業狀況方面，以家庭主婦/無業居多，有 59 人（49.2%）；其次是公司負責人/主管有 17 人（14.2%）；專業人員/教師有 17 人（14.2%）；一般員工 14 人（11.7%）；服務人員 13 人（10.8%）。家計負擔方面，最多為「不需要負擔家計」，有 60 人（50%）；其次是「需小部份負擔」，有 35 人（29.2%）。無過去病史者居多，有 102 人（85%）；婦科疾病者有 12 人（10%）；乳房手術（乳房良性切除）有 4 人（3.3%）；癌症（所有癌症）有 2 人（1.7%）。無家族史為 106 人（88.3%）；有乳癌家族病史者有 14 人（11.7%），其中姐妹佔較多有 7 人（5.8%）；其次是母親/阿姨/姑姑 5 人（4.2%）；祖母有 2 人（1.7%）。

（四）倫理考量

在研究過程中秉持著倫理觀，以保護研究對象為首要條件，避免其因研究而受到傷害，收案前，會先經過醫院之人體試驗委員會通過後，才開始進行收案，向每一位研究參與者說明此研究之目的及方法，在徵求同意後，簽署學術研究受試者同意書，方才進行訪談及資料收集。所有得到之個人資料均以匿名方式處理，僅供學術研究之用，絕不對外公佈個人資料，並且會簽訂保密條約。

（五）研究步驟

本研究已取得人體試驗委員會同意後，主要採用類實驗方法，在台北市某教學醫院一般外科病房，經患者的主治醫師同意，為了避免發生實驗組與控制組在病房

發生相互交流的干擾，將符合納入條件並同意參與研究的患者，在第一年研究進行前半期收案的受試者編入控制組，在第一年研究進行後半期收案的受試者編入實驗組一，收案人數為每組 60 人，最後完成收案 120 人。

(六)研究測量工具

1.病患基本資料表：

本表包括性別、年齡、婚姻狀況、教育背景、職業、宗教信仰、主要照顧者、手術別、主治醫師、影像學報告、過去病史、是否有定期乳房自我檢查，是否自認罹癌、發病經過、子女數、部分資料於病歷中收集，資料以編碼與暱名方式辨識避免洩漏病患的隱私。

2.婦女接受乳房手術資訊需求問卷：

依據文獻得知乳癌病患最想要獲得有關疾病和治療方面的資訊，如治癒的機率、疾病嚴重度和治療等，但是大部分病人希望由醫師提供醫療資訊，因此研究者將主要根據 Vogel et al.(2007) 調查乳癌病患資訊需求所使用的問卷內容改編成疑似乳癌婦女接受手術資訊需求問卷。內容包括：需要知道疾病有多嚴重和是不是有擴散、知道疾病治癒的可能性、知道各種可能的治療方式（如手術、化療、放療）、知道治療可能會有的副作用(如疼痛、外觀的改變)、知道治療是不是會影響到身體的感覺和性的吸引力、知道手術後在家裡要怎樣照顧自己以及是否有其他想要知道的醫療資訊？最後再請受試者排序出資訊需求的優先次序，問卷填答以研究者根據問卷內容一一說明的方式進行，再以開放式的問題收集受試者想要知道的其他資訊。目的在於瞭解本地乳房腫瘤婦女手術前資訊的需求以及她們最關注的議題，是否與西方婦女關注的議題不同。

3.手術治療認知測量

本量表主要測試個案對於乳癌疾病本身、治療、手術之相關資訊認知層度資針對文獻所指出重要之疾病相關概念，包括疾病之治療效果、治療方法、手術方式後之配套治療（放射線治療或化學治療）、副作用、自我身體照顧 (Graydon et al., 1997). ; Luker et al., 1995 ; Whelan et al., 1999)。藉由此量表以瞭解病患對於乳癌認知程度，進而瞭解認知程度與決策角色與決策困難之關係。評分方式由個案填寫 10 題乳癌手術治療認知測量，選項為「對」、「錯」、「不知道」，計分方式為 1，0，0；不知道也代表答錯，由個案自行勾選最適合的答案，再算出病患對於乳癌相關知識瞭解程度。

4.Mishel 疾病不確定量表中文版：

此量表預計使用許淑蓮博士於 1996 年根據 Mishel 疾病不確定量表，進行翻譯及修正而成的 Mishel 疾病不確定量表中文版，於 2008 由廖以南等為測量疑似乳房腫瘤婦女不確定感修訂而成的不確定感量表，將原有的 25 個項目去除與診斷後治療相關的項目，成為 17 個題目的不確定感量表，量表採用 Likert 1-5 分的計分法，最高分為 85 分，最低分為 17 分，內容效度 0.86，整體內在一致性係數為 0.87，不明確性因素部分的內在一致性係數是 0.89，複雜性因素部分的內在一致性係數是 0.72。本研究已獲得許淑蓮博士及廖以南等書面許可使用此量表。評分方式由個案

主觀對不確定感內之題目感覺來填寫量表，採 5-point Likert Scale 評分，「非常同意」、「同意」、「不知道」、「不同意」、「非常不同意」，計分方式為 5，4，3，2，1，由個案自行勾選最適合的答案。

5. 知情同意滿意度問卷：

Chen et al, (2008)問卷調查研究發現，治療決定前醫師與病患討論的越詳細，病患對於醫療的滿意度越高。此外，知情同意必須滿足的最基本條件就是在為病人進行手術以前，醫師必須提供病患醫療之建議，病患在被告知並了解醫師的建議後，簽署手術治療的同意書。所以「告知」是病人自主不可或缺的先決條件（李明濱，2006；戴正德，2007）。於是，是研究者將依據文獻中知情同意的原則和臨床觀察經驗，修訂一份知情同意滿意度問卷，共有七個項目，每一個項目最高分 7 分，最低分一分，以非常同意及非常不同意 7-point Likert Scale 評分，給受試者選擇，內容包括，簽同意書前我已瞭解有三種常用的手術方式治療早期乳癌的效果相同、簽同意書前醫師已為我充分的說明三種手術選項的差別、簽同意書前我已瞭解三種手術方式手術後身體外表可能的改變、簽同意書前我已瞭解接受手術可能達到的效果、簽同意書前我已瞭解我有自己選擇手術方式的權利，我對於手術前醫護人員提供與手術相關的知識感到滿意、我對於手術前簽同意書的過程感到滿意。答題將強調以強調受試者在知情同意過程中是否有獲得足夠資訊，以及對於知情同意過程的主觀滿意程度為主。

6. 乳房腫瘤手術決策與意願調查：

研究者將參考 Beaver & Booth (2007) 研究癌症病患資訊需求與自己決定治療方式所使用的問卷和本土臨床觀察改編，藉以調查受試者希望由誰來做醫療決策，與實際做決策者的狀況來填答，並將設計部分開放式問題，由研究者詢問，再將受試者的回答紀錄於問卷上。

(1) 手術決策方式：主要參考 Degner & Sloan (1992) 之醫療決策五張卡片量表之概念（依照 Degner & Sloan (1992) 之概念圖）五個題項來調查病患之醫療決策偏好情形，決策偏好結果分為「主動角色」、「合作角色」及「被動角色」三種類型，來探討病患針對乳房手術之決策偏好；蘇俊嘉（2006）之病患參與治療決策之偏好問卷及 Davidson (1999) 之研究皆有探討決策偏好，且更進一步探討病患在實際上的參與治療角色為何？是否和原本所想的角色相同？Davidson (1999) 之研究中顯示有 29% 偏好與實際是不相同的，故在本研究中，將問卷加入偏好與實際題項，以區辨此差異（Davidson, Brundage, & Feldman-Stewart, 1999）。評分方式：此題項因使用 Degner & Sloan (1992) 之醫療決策五張卡片量表，故選項分為「自己全權做決定」、「考慮他人意見後，由我做出最後決定」、「考慮他人意見後，共同做出最後決定」、「他人在考慮我的意見後，由他人做出最後決定」、「他人全權做決定」，計分方式為 5，4，3，2，1；於手術偏好及實際偏好皆使用此計分方法。

(2) 期望得到誰的意見/影響你做決策最重要的人另外參考在 Gilbar. O, & Gilbar. L 於 2008 年研究中顯示病患在經歷決策過程時不是只有自己和醫師參與而已，另

外還有丈夫、伴侶、父母、其他家庭成員及朋友有參與決策之機會(Gilbar. O, & Gilbar. L, 2009)。故問卷予以加入「他人」這部份，並讓病患去圈選「他人」對自己決策之影響力，以更多方面測量病患之醫療決策中「他人」之影響因素關係。期望得到誰的意見/影響你做決策最重要的人：在此題項列出許多與個案相關之周圍人物，讓個案去選擇在上題所出現的「他人」為哪些人？並使用 7-Point Likert Scale 評分，使得更可快速瞭解「他人」之影響程度。

- (3) 影響您決定手術方式的重要因素：主要參考 Collins 等人於加拿大研究早期乳癌病患有以下之因素會影響個案選擇手術決策之因素，包括：(i) 移除乳房可以使內心平靜、(ii) 避免放射線療法、(iii) 嘗試認為可能的、(iv) 降低復發風險、(v) 醫師認為適合的、(vi) 降低治療時間、(vii) 保留乳房 (collin et al., 2009)；藉以此因素來測量本土乳癌婦女是否有考慮以上之因素。此題項讓個案圈選影響個案決定手術方式的重要因素為何，使用 7-Point Likert Scale 評分，7 分為「非常重要」，1 分為「非常不重要」，讓病患可選擇其分數以區分，可瞭解其這些重要因素之程度上的差異。
- (4) 決策困難：另外想再加以探討影響病患決策之困難因素，決策背後往往有其重要影響的原因及考量因素，此部份主要參考國外 Lam 等 (2003)、Frncher et al., (2009) 等之研究結果，包括病患可能反應缺少時間和資訊、其他人顯著意見影響病患之決策、病患在決策時覺得很難去了解資訊的內容、希望有更多時間去吸收資訊等，故將其納入研究問題。此題項讓個案圈選在考慮要選擇哪一種手術方式的過程中，感受到什麼困難，同樣採用 7-Point Likert Scale 評分，7 分為「感受到非常困難」，1 分為「沒有感受到困難」，讓病患可選擇其分數以區分，可瞭解其這些造成決策困難之因素對於個案之差異。
- (5) 需要什麼樣的幫助：此部份為自擬之選項，主要是希望知道病患是否還需要其他協助。此題項有四項，「親友的安慰」、「醫師對於疾病及治療更詳細的解說」、「護理人員的指導和說明」、「詳細的手術相關說明資料」，讓病患去勾選是否有需要這些項目，另有「其他」，此為開放式之題項，可讓病患自由填寫。此問題為開放式之題目，讓個案可以寫出對於未來其他婦女之建議。
- (6) 其他建議：此問題為開放式之題目，讓個案可以寫出對於未來其他婦女之建議。

(七)、測量工具信效度檢測

1. 效度檢定：

內容效度 (專家效度)：問卷的擬定會經由多次小組討論問卷內容，多次進行修改，並邀請與本研究主題相關領域之專家學者，包括 4 位乳房外科專家、生物統計專家與護理實務工作者所組成，依本研究之目的與架構，協助確認問卷所包含之概念及面向是否完整，對問卷做修改與建議，評定量表各題項的相關性、重要性、及文化合適性，請專家給予意見加以討論修訂，建立專家效度指標採五分法來評量問卷中題目，並針對專家所給予之建議內容修改內容。評分標準如下 (Lynn, 1986)：1 分—非常不適當，表示此題與研究目的不相關，應與刪除。2 分—不適當，表示無法測出研究目的，需刪除，若要使用需作大幅度修改。3 分—尚可，表示此題與研

究目的相關，但需稍做修改。4分—適當，表示此題與研究目的相關與適用。5分—非常適當，表示此題非常相關，需要且不可省略的。

2.信度檢定：

內在一致性 (Internal Consistency)：本研究使用 Cronbach's Alpha (α) 來測內在一致性的指標，分析量表各層面與總量表的信度考驗，所謂信度 (reliability)，就是量表的可靠性或穩定性，在態度量表法常用考驗信度的方法為 L. J. Cronbach's Alpha 所創的 α 係數， α 係數介於 .65 至 .70 間是最小可接受值， α 係數值界於 .70 與 .80 之間相當好， α 係數界於在 .80 至 .90 之間是非常好，而本研究在前測時，將會徵求 10 位疑似罹患乳癌婦女針對問卷進行語意確認；語意確認後，進行問卷預試，並將資料進行因素分析，建立量表建構效度及內在一致性資料 (吳，2007)。

<質性研究>

(一) 研究設計

紮根理論法是由兩位社會學家 Glaser 與 Strauss 共同發表，紮根理論會持續出現的問題就是「到底發生了什麼事？」以及「什麼是受試者的主要問題？如何嘗試去解決？」，紮根理論並非以事實為目標，而是使用實際經驗資料將發生的事件概念化 (Glaser & Strauss, 1967)。本計畫主要採取以象徵互動論為主的紮根理論理由為：象徵互動論適合用來強調人們是活在一個充滿符號的環境中，人們是根據生活中特定的符號所給予的意義 (meaning) 來行動。Mead (1956) 強調「互為主體 (intersubjective)」的概念，意義是透過象徵和不斷的詮釋，才會在不同的人群間產生共同的反應。Burgess (1926) 認為民俗會影響家庭的互動，快速的社會變遷可能導致家庭的不協調。Thomas (1928) 強調社會情境不是完全決定於客觀的情境，也受到對情境的主觀定義與態度的影響，也就是說社會情境也會受個人詮釋的影響。除了個別深度訪談外，研究亦將採用焦點團體訪談質性研究之技巧，以獲得團體之參與者所定義的感覺與意見之相關資料，此團體主要焦點在於關於團體及討論的議題或主題 (Kitzinger, 1995)。焦點團體藉由團體促進參與者去思考及澄清他們所認知的，再經過與他人討論過後，達到自己的相互影響。參與者可以分享、衝擊與矛盾的觀點，關於他們的辨識與探索去改變實務上的經驗 (Thomas, MacMillan, McColl, Hale, & Bond, 1995)。

本研究使用紮根理論、焦點團體法來收集和分析資料，藉以了解本地疑似罹患乳癌婦女術前的心境關注、資訊需求和感受，深化研究對象心路歷程和解析決策困境，企圖完成決策分析路徑圖。

(二) 主要研究對象研究對象納入條件：與量性研究對象條件相同

(三) 抽樣：本研究採立意取樣與理論性抽樣。結果個別訪談對象共 31 位，收案年齡介於 34-70 歲之間，平均值為 53 歲，標準差為 8.89。行改良型乳房切除術者共 15 人佔 48%，乳房保留手術共 11 人佔 35%，行改良型乳房切除及乳房重建手術者共 5 人佔 16%。團體訪談對象共 25 位，收案年齡介於 43-82 歲之間，平均值為 58

歲，標準差為 9.28。行政改良型乳房切除術者共 8 人佔 32%，乳房保留手術共 12 人佔 48%，行政改良型乳房切除及乳房重建手術者共 5 人佔 20%。

(四) 資料收集

採取個別深入訪談及焦點訪談方式收集資料，訪談過程以錄音筆等錄音器材錄下受訪者所說之一字一句，並由訪談者在當場寫下訪談的相關記錄，完成訪談及研究摘記，訪談結束後由訪談者撰寫田野筆記並近期內將訪談逐字稿完成。質性研究個別訪談和團體訪談各自完成 31 及 25 名，共 56 名參與深入及互動式的對談。

(五) 資料分析

本研究個別或團體訪談或網頁內容的文本，主要以 Strauss & Corbin (1998) 所提到紮根理論質性研究策略之內容分析(content analysis)和持續性比較(constant comparison)進行資料的分析，意指把蒐集到的資料打散、加以概念化

(conceptualized)，再以新的方式將資料重新放在一起的操作化的過程，此程序是由「開放性譯碼」(open coding)、「主軸譯碼」(axial coding)、「選擇性譯碼」(selective coding) 所組成。在整個譯碼過程中順序是不斷循環的過程，經由比較、探問而發現新的概念及關係建構上的缺失，並持續使用理論性抽樣 (theoretical sampling) 進行資料的收集；而當新的個案所提供資料的分析結果，都已經為現有的分析結果所包含，而沒有新的概念、範疇及主題出現，達到飽和 (saturation)，就可以停止抽樣。

五、結果與討論 (含結論與建議)

本研究已制定乳房手術輔助資訊手冊，並完成 120 位乳房腫瘤受訪者收案，收集 120 位問卷，乳房腫瘤婦女手術前的資訊需求及尋求資訊的來源資料分析結果顯示在婦女術前資訊獲取來源方面，「資訊來自醫師」：控制組平均 6.32 分(90%)，實驗組平均 5.33 分(76%)， $P=0.007$ ；「資訊來自乳癌治療手冊」：控制組平均 1.97 分(28%)，實驗組平均 5.33 分(76%)， $P=0.000$ 達統計上顯著差異。不確定感方面，兩組比較沒有顯著差異，但實驗組的前、後測結果，前測平均分數 53.13 分，後測平均分數 50.38 分， $t=2.475$ ， $P=0.016$ ，達到顯著性差異。知情同意滿意度兩組沒有差異。手術資訊具備程度方面，兩組都未使用資訊輔助手冊的比較，控制組平均 4.60 分，實驗組前測平均 4.70 分， t 值-.257， $P=0.798$ 未達統計上顯著差異，控制組與實驗組資訊輔助手冊使用後比較，實驗組平均 8.27 分， t 值-11.34， $P=0.000$ 達統計上顯著差異。結果顯示資訊輔助手冊使用後，個案對於手術資訊的具備程度有顯著的升高，而患者之不確定感在實驗組的前、後測中也有顯著降低，推測手術資訊輔助介入措施可以達到提供手術資訊與降低不確定感的效果 (張翠樺，2009)。

乳房腫瘤婦女對於醫療自主與手術決策參與偏好與實際差異之現況及影響因素結果；有 65 位婦女選擇乳房保留手術 (54.2%)，49 位選擇乳房全切除手術 (40.8%)，6 位選擇乳房全切除合併重建手術 (5%)。統計分析「年齡」的差異會顯著地影響術前選擇手術方式，年齡較輕者較傾向乳房保留手術，年齡較大者則較傾向乳房全切除手術。這與國外許多研究結果相同，如 Degner et al (1997) 及其他相關研究指出，年輕越輕者，越期待自己做決策，年齡越大者則偏好被動角色，希望由醫師做決策 (Degner, &

Sloan, 1992; Halkett, Arbon, Scutter, & Borg, 2007; Lam et al., 2003; Sainio, & Lauri, 2003)。國外學者 Mastaglia, & Kristjanson (2001)研究澳洲 370 位 stage I 及 stage II 乳癌病患在手術決策之角色，研究結果顯示 54% 婦女由自己做決策，36% 婦女與他人分享決策，他人全權做決策僅 7.9%。這與本研究結果為主動角色最多相似，但被動角色上顯然與本土婦女相差甚多，在東西方婦女之手術決策角色，仍呈現不同之特色。研究中婦女對手術決策偏好與實際手術結果均呈現兩極化，以主動角色為首 (54.1% 及 58.4%)、被動角色居次 (34.2% 及 26.7%)，此與其他國內外相關文獻之結果多為「合作角色」有所不同，推測可能因為研究設計之收案時間點及對象特色不同而有所差異，本研究主要於乳房手術前夕收集資料，並以處於早期診斷的疑似乳房腫瘤婦女為對象。本研究中婦女平均年齡較輕，而資料分析也顯示樣本內婦女年齡較輕及教育程度愈高者，亦愈傾向主動角色。另外，研究中有將近七成 (83 位) 的婦女感受到其實際手術決策有按照自己之偏好意願進行。另外，其他約三成的 37 位決策角色有轉變的婦女中有 28 位婦女 (75.6%) 的手術偏好是從被動變為主動、合作角色，這其中的 18 位婦女 (64.3%) 是有取得乳房腫瘤手術輔助資訊手冊，統計上亦達顯著意義，可以推測資訊的給予接收對改變婦女決策角色佔有重要的影響力 (張鍾鈺, 2009)。這結果與國外研究推論獲得較多疾病相關資訊可以使病患偏好更主動的決策相近 (Cyran, Crane, & Palmer, 2001; Degner & Sloan, 1992; Halkett, Arbon, Scutter, Borg, 2007; Sutherland, Liewellyn-Thomas, Lockwood, Tritchler, & Till, 1989; Sainio & Lauri, 2003)。

本研究收案期間，研究現場中的醫師會在手術前告知病患手術相關事項尊重並給予婦女手術方式的選擇，在手術同意書有註明，讓病患清楚自己要進行什麼手術。相較於張菊惠、胡幼慧、張珏 (1998) 及林欣怡、潘淑滿 (2001) 研究結果提出醫師會在尚未清楚告知病患病情時，就替病患決定手術方式大有不同。然而本研究中許多乳房腫瘤婦女所面臨的挑戰仍不可免，尤其是在尚未診斷是良性或惡性之腫瘤時，經由質性研究的探索，結果發現婦女所面臨的處境包括：1) 自我身體變異的覺察與承擔、2) 病情告知的衝擊與手術的決定、3) 錯亂與變調的生活與生命樂章、4) 疾病身體的對峙抗戰或共存共舞。病者面臨多重的身體感知、心理情緒、社會文化與日常生活上種種生命與人際互動的挑戰與調適，婦女需要適當的醫療診治和社會支持的介入協助。

研究中量性資料分析結果除年齡及教育程度外，亦顯示有家族史者較偏好主動與合作角色，沒有家族史者，愈偏好被動角色；有家族史者可能有較多疾病方面提供與分享的經驗和認識，促使其對手術決策意願較偏好主動角色。本研究婦女之決策角色，較呈現兩極化之情形，決策偏向主動角色之婦女表示：「乳房是自己的，當然由自己來決定」，然選擇被動角色的婦女則有 32 人 (26.7%)，其中有婦女們表示：「乳房對她們來說，要讓男性來診治，本來就無奈和不便，但只能相信醫師」，不少婦女表達自己在疾病醫療方面的無知和生命的無常，似乎只能顯現被動與聽天由命的心情。周宏學 (2009) 強調儘管現代社會強調兩性平等，在傳統觀念下的婦女顯得比較內向，情感的表現及壓力的釋放比較害羞及壓抑，在兩性關係之中仍是屬於

較弱勢的一方。Schou, Ruland, & Karesen (2002) 建議當醫師期待婦女做決策時，必須要先評估她們對於決策角色偏好之狀況，再予以提供其所需。本研究中少部份婦女表示她們並不想參與決策，也不見得都能了解醫學術語和程序，過多的訊息可能會使她們更加焦慮與緊張，只要醫師替他們決定就好，對於資訊及病情不需要太清楚知道。Mendick, Young, Holcombe, & Salmon (2010) 研究乳癌病患在治療過程中發現病患對自己的決策缺乏自信，且會希望遵循醫師的指示與建議，雖然大家都知道自主是很重要的，但卻很難自如地去執行，個人的決定有可能是片面之想法，仍還是會強力受到醫療社會的文化與環境之影響。研究中將近 83 位 (69%) 婦女感受到手術決策之意願有按照自己所期待之角色，感受到執行醫療之自主權，如文獻查證所言，自主亦包含有能力去辨認個人的「渴望」與「偏好」，經由自己的思考與意願，引發行動進行決策 (Beauchamp & Childress, 2009; Gillon, 1985)。質性研究資料中也不乏傾聽到有婦女表達本身對醫療訊息和程序掌握不足，間接涵射對醫療權威不滿的抱怨。

Denger et al (1997) 研究中 1,012 位乳癌婦女實際上有 42% 達到所偏好之角色；Schou, Ruland, & Karesen (2002) 研究之 194 位 55% 乳癌婦女有達到她們所偏好之角色，其表示可能醫師回應婦女所渴望參與的需求，並提供手術資訊和選擇的機會。本研究 120 位婦女於「期望得到他人意見」與「影響你決策最重要的人」最多為醫師，平均值為 6.16~6.21 (7 分為滿分)，顯示醫師為婦女們進行手術決策時最重要之他人。第二名為丈夫，平均值為 2.83~3.01 分。這與國外之研究結果不相似，Gilbar & Gilbar (2009) 進行以色列 57 位乳癌婦女決策過程之探討，結果其影響決策最重要的人之順序為自己、醫師與丈夫，且醫師與丈夫是一樣重要的。Hershman et al (2009) 與 Guadagnoli, & Ward (1998) 皆指出健康人員會影響病患的治療決策，包括健康醫療者之性別、訓練專長、畢業年資、手術資歷等。本研究結果大致與 Robin (2009) 研究 18 位處於乳癌診斷期間之美國婦女類似，作者表示若是醫師建議施行乳房全切除手術，她們會遵從醫師的建議，若是醫師沒有給予建議，她們會覺得乳房全切除是讓她們較安心的手術方式，因為不需要擔心癌症復發及放射線治療的問題。Lam (2003) 研究對象為香港的婦女，提出知道醫師偏好的治療方式對她們來說是很重要的。本研究中婦女一樣有此文化之影響，有些婦女表示在看門診之前，會先去詢問打聽，先了解醫師之作風，與治療的形式，經由他人的介紹後，再進入到醫療院區進去診治。本土婦女除表示資訊來源主要為醫師、丈夫外。在婚姻狀況與家族史的部份，受訪者表示一旦被家屬知道，就會有許多親戚來提供意見，有時會使她們感到負擔。本土家庭的觀念與聯繫相當緊密，進行醫療考量與選擇時，家屬很自然的就會進入決策一環 (朱建民、葉保強、李瑞全, 2005; Beach, Duggan, Cassel, & Geller, 2007)。Tasi (2005) 表示面對重大決策，家屬的介入是中國傳統之文化特徵，病患即使具備自主決定的能力，但在重視家庭觀念、價值、和諧以及孝道的考量下仍會影響其決策。

Charles, Gafni, & Whelan (1999) 則表示醫病關係的主體不只有醫師與病人，也夾雜著第三方，不論是參與陪同或意見表達，這些都會對整個醫療過程造成影響。

Robin (2009) 以質性研究探討診斷期間之乳癌腫瘤婦女手術決策，研究結果表示已婚婦女通常會以先生當成第一線支持者，且先生的關切點為在手術中做抉擇，選擇可以治癒妻子的疾病，同時又能使妻子感到較舒服的治療方式。本研究之量性結果顯示除了醫師為期待及影響之重要人物之外，質性探討中更發現丈夫的態度和言詞對婦女有相當大的影響力，尤其年輕的伴侶，性生活和配偶關係仍是生活中調適變化的重要部分，會在乎手術後外觀、功能、和心態及互動。有先生表達：「假若乳房全切，那還能看嗎？」立即引來婦女極端的情緒反應。年齡相差較大，更崇尚靈性精神生活層面的伴侶，在互動和應對上則顯的衝突較少。

Mastaglia, & Kristjanson(2001)測量乳癌病患之決策困難，同樣認為足夠的時間與資訊的條件下，個體才有辦法進入到決策過程之內。Lam et al (2003) 之研究結果顯示較少參與決策的婦女會更加抱怨缺乏時間與資訊不足感到決策困難者多為被動角色。本研究婦女之認知狀態中之不確定感與決策困難中「認知不足」、「時間太倉促」、「醫師不幫我做決定」相關。Mast (1998) 提醒不確定感與個人認知狀態相關，對於認識不足或不確定的診斷、和無法預期的治療效果均相關。Bailey, Wallace, & Mishel (2007)等認為在臨床上應該增加病患的衛教、支持系統及不確定感的情緒管理。根據國際乳癌協會之早期乳癌手冊指出，在進行手術前至少需有一至兩週的時間，讓病患思考而做出手術決策，病患有權利獲得正確的相關資訊及與治療者進行討論，並且得到家人與朋友的支持，選擇最適合自己的手術治療方法 (National Breast Cancer Centre, 2008)。Landmark, Bohler, Loberg, & Wahl (2008) 在挪威針對 7 位新診斷為乳癌之婦女進行焦點團體訪談，結果發現婦女們有兩大主要需求，第一為資訊需求，第二為心理社會支持。本研究結果更顯示此時期的婦女遭逢人生重大的困境，並有許多尚未得到答案的問題，她們需要來自於健康專業者有效的資訊，家庭和社會更多的支持和關懷，未來研究和健康醫療政策面該提供她們更多的資源和方法去幫助她們全盤了解和掌握面臨的情況。

參考文獻

- 向肇英、賴裕和、吳志雄、陳美伶、黃采薇(2001)·探討衛教護理處置對乳癌婦女焦慮及術後疼痛改善之成效·*新臺北護理期刊*, 3(1), 91-102。
- 朱建民、葉保強、李瑞全 (2005)·*應用倫理與現代社會*·台北：空大。
- 行政院衛生署 (2011)·99 年國人主要死因統計(以 ICD-10 編碼)·取自：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=80728。
- 行政院衛生署網站 (2009 年 12 月 15 日)·癌症死亡率·2009 年 8 月 15 日取自
<http://www.doh.gov.tw/CHT>
- 李明濱 (1997)·病人自主與知情同意·*醫學教育*, 1 (4), 377-388。
- 李明濱(2002)·*病人自主與知情同意*·Paper presented at the 中國醫藥學院附設醫院醫學倫理研討會。
- 李靜芳、郭素娥(2000)·住院乳癌病人行乳房切除手術後的關注點和需求·*新臺北護*

- 理期刊，2(2)，31-39。
- 杜金錠、陳品玲、許雅(2004)·在臺灣現行健保給付制度下乳癌手術病人疾病不確定感及出院護理指導需求之初探·*腫瘤護理雜誌*，4(1)，1-13。
- 林欣怡、潘淑滿(2001)·醫病互動關係中的身體自主權—以女性乳癌病患為例·*東吳社會工作學報*，7，123-155。
- 林欣怡、潘淑滿(2001)·醫病互動關係中的身體自主權—以女性乳癌病患為例·*東吳社會工作學報*，7，123-155。
- 林美伶、吳詠葳、黃美智(2008)·由手術知情同意過程談華人社會文化對自主的意涵·*護理雜誌*，55(5)，69-72。
- 林淑玲、李麗娜(2004)·門診護士協助一位乳癌症患者手術後身心社會重建之護理經驗·*高雄護理雜誌* 21(2)，79-92。
- 柯薰貴、鍾信心、許淑蓮、張永源(2002)·乳房腫瘤婦女術前不確定感、調適之探討·*長庚護理*，13(1)，32-42。
- 洪久茹(2007)·乳癌婦女的心理社會適應狀態探討：以中年(35至64歲)女性為例·未發表之碩士論文，台北，臺灣大學碩士。
- 范瑞平(1997)·Self-determination VS Family-determination：Two incommensurable principles of autonomy·*Bioethics*，11(3)，309-322。
- 張菊惠、胡幼慧、張珏(1998)·子宮切除術前醫師告知內容之研究·*婦女與兩性學刊*，9，115-144。
- 張翠樺(2010)·輔助資訊對乳房腫瘤婦女手術不確定感和知情同意滿意度之成效(碩士論文)·取自
<http://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/g32/g3web.cgi?o=dncldr&s=id=%22098YM005563005%22.&searchmode=basic>。
- 張鍾鈺(2010)·乳房腫瘤婦女醫療自主與手術決策之探討(碩士論文)·取自
<http://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/g32/g3web.cgi?o=dncldr&s=id=%22098YM005602018%22.&searchmode=basic>。
- 莊玫玲、金繼春(2002)·一位初診斷為乳癌婦女的訊息需求·*The Journal of Health Science*，4(2)，126-135。
- 許麗齡(1999)·護理倫理—病人的自主性·*護理雜誌*，46(4)，57-61。
- 郭淑娥、唐秀治、高振益、唐婉如(2008)·探討影響醫師對乳癌病人病情告知之研究·*安寧療護雜誌*，13(3)，265-281。
- 陳映燁、李明濱(2000)·醫學倫理學之理論與原則·*醫學教育*，4(1)，3-22。
- 陳祖裕(2006)·醫療行為中常見的倫理議題--知情同意·*臨床醫學*，58(3)，231-234。
- 陳惠美、馬鳳歧、郭英調、石宜銘(1999)·乳癌術後婦女身心社會調適之探討-以羅氏適應模式為基礎·*護理研究*，7(4)，321-332。
- 黃人珍、顧乃平、毛新春、盧成皆(1996)·乳癌婦女之希望狀態及相關因素探討·*護理研究*，4(1)，35-46。
- 黃天麟(1997)·*東方與西方*·台北市：全壘打文化事業有限公司。

- 楊秀儀(2004)·溫暖的父權 vs 空虛的自主-到底法律要建立什麼樣的醫病關係·*應用倫理研究通訊*，21，19-24。
- 楊榮宗.(2003)·云想衣裳：女性乳癌患者與社會性別演出、身體意象·*台灣社會研究*，49，49-95。
- 廖士程、李明濱、李宇宙、吳佳璇、曾美智 (2005)·知情同意與術前矛盾之相聯·*醫學教育*，9(1)，80-89。
- 劉瑞靈、丘周萍(2002)·協助一位接受乳癌切除手術婦女心理衝擊之護理經驗·*護理雜誌*，49(5)，96-102。
- 賴淑華 (2007)·一位乳癌末期患者心路歷程改變之護理經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌* 6(2)，107-116。
- 戴正德(2007)·西方醫學倫理思維之共通性-中國歷史名醫事蹟中顯示的醫學倫理原則·*Chung Shan Medicine Journal*, 18, 359-372.
- 羅惠敏、徐南麗、邱慧汝、廖惠娥、劉欣怡(2004)·癌症病患症狀困擾與不確定感關係之探討·*慈濟護理雜誌*，3(1)，72-80。
- 蘇俊嘉 (2007)·病患參與治療決策之探討-以乳癌婦女為例·未發表之碩士論文，台北：台灣大學。
- American Cancer Society [ACS] (2009) .Breast Cancer, Retrieved December, 18, 2009, <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
- Beach, M. C., Duggan, P. S., Cassel, C. K., & Geller, G. (2007). What does 'respect' mean? Exploring the moral obligation of health professionals to respect patients. *J Gen Intern Med*, 22(5), 692-695.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2009) .Principles of Biomedical Ethics. New York : Oxford.
- Beaver, K., Booth, K. (2007). Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 409-416.
- Berg, M., Harterink, P. (2004) . Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice. *Body & Society*, 10 (2-3) , 13-41.
- Bilodeau, B. A., & Degner, L. F. (1996). Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum Online*, 23(4), 691-696.
- Bilodeau, B. A., & Degner, L. F. (1996). Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum Online*, 23(4), 691-696.
- Chalmers, Thomson, & Denger. (1996). Information support, and communication needs of women with family of breast cancer *Cancer Nursing*, 19(3), 204-213.
- Chen, J. Y., Tao, M. L., Tisnado, D., Malin, J., Ko, C., Timmer, M. (2008). Impact of physician-Patient Discussion on Patient Satisfaction. *Medical Care*, 46(11),

1157-1162.

- Chua, M. S., Mok, T. S., Kwan, W. H., Yeo, W., & Zee, B. (2005). Knowledge, Perceptions, and Attitudes of Hong Kong Chinese Women on Screening Mammography and Early Breast Cancer Management. *The Breast Journal*, 11(1), 52-56.
- Cordeiro, P. G. (2008). Breast reconstruction after surgery for breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 359(15), 1590-1601.
- Curran, D., Dongen, V., Aaronson, N. K., Kiebert, G., Fentiman, I. S., Mignolet, F.(1998). Quality of life of early stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast- conserving procedure: results of EORTC trial 10801. *European Journal of cancer*, 34(3), 307-314.
- Cyran, E. M., Crane, L. A., & Palmer, L. (2001). Physician sex and other
- Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1992). Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(9), 941-950.
- Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1992). Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(9), 941-950.
- Derdiarian. (1987). Information needs of recently diagnosed cancer patient. *Cancer Nursing*, 10(2), 107-115.
- Devettere, R. J. (2000) . Practical Decision Making In Health Care Ethics:Cases and Concepts. Washington, DC : Georgetown University Press.
- Epstein, S. (2004) . Bodily Differences and Collective Identities: The Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States. *Body & Society*, 10 (2-3) , 183-203.
- factors associated with type of breast cancer surgery in older women.*Arch Surg*, 136(2), 185-191.
- Fagerlin, A., Lakhani, Lantz, P. M., Janz, N. K., Morrow, M., Schwartz, K., Deapen, D., Salem, B., Liu, L., Katz, S.J. (2006). An informed decision? Breast cancer patients and their knowledge about treatment. *patient education and counseling*, 64, 303-312.
- Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R.G., Deutsch, M., Fisher, E. R., Jeong, J. H., Wolmark, N. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.*, 347(16), 1233-1241.
- Fung, K. W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., & Yip, A. W. C. (2001). The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of chineases women. *ANZ Journal of surgery*, 71, 202-206.
- Garden, O. J., Bradbury, A. W., Forsythe, J. L., & Parks, R. W. (2007). *Principles and Practice of Surgery fifth edition*. Spain: Churchill Livingstone Elsevier.
- Gary, H. L., Armando, E. G., Mark, R. S., Benson, A. B. (2005) . American Society of

- Clinical Oncology Guideline Recommendations for Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer . *Journal of Clinical Oncology*, 23, 7703-7720.
- Gillon, R. (1985) .Autonomy and the Principle of respect for autonomy. *British Medical Journal*, 290, 1806-1808.
- Graydon, J., Galloway, S., Palmer-Wickham, S., Harrison, D., Rich-van, L., Weast, P., Burlein-Hall, S., Evans-Boyden, B. (1997). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 59-64.
- Halkett, G. K., Arbon, P., Scutter, S. D., & Borg, M. (2007). The phenomenon of making decisions during the experience of early breast cancer. *Eur J Cancer Care*, 16(4), 322-330.
- Hilton, B. A. (1988). The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in mental health nursing*, 9(3), 217-238.
- Hirschauer, S. (1991) . Manufacture of Bodies in surgery. *Social Studies of Science*, 21 (2) , 279-319.
- Kenny, P., Quine, S., Shiell, A., & Cameron, S. (1999). Participation in treatment decision-making by women with early stage breast cancer. *Health Expect*, 2(3), 159-168.
- Kerrigan, D. D., Thevasagayam, R. S., Woods, T. O., Welch, I. M., Thomas, W. E-G., Shorthouse, A. J., Dennison, A. R.(1993) . Who's afraid of informed consent? *BMJ*, 306, 298-300.
- Kremer, H., Ironson, G., Schneiderman, N., & Hautzinger, M. (2007). "It's my body": does patient involvement in decision making reduce decisional conflict? *Med Decis Making*, 27(5), 522-532.
- Lacquer, T. (1987) Orgasm, Generation, and the Politics of Reproductive Biology, .Gallagher and T. Lacquer (eds), pp. 1–41.
- Lally, R. M. (2009). In the moment: women speak about surgical treatment decision making days after a breast cancer diagnosis. *Oncol Nurs Forum*, 36(5), 257-265.
- 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 Res Treat*, 80, 2, 171-180.
- 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 Serv Res*, 40(3), 745-67.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., Dirksen, S.R., O'Brien P.G., Bucher, L. (2007) . Medical-surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems. St. Louis : Mosby.
- Liao, M. N., Chen, P.L., Chen, M. F., Chen, S.C.(2007). Effect of supportive care on the

- anxiety of women with suspected breast cancer. *J Adv Nurs*, 24, 49-59.
- Liao, M. N., Chen, P.L., Chen, M. F., Chen, S.C., Chen, Y. H.(2009). Supportive care for Taiwanese Women With Suspected Breast Cancer During the Diagnostic Period: Effect on Healthcare and Support Needs.*Oncology Nursing Forum*,36, 5, 285-592.
- Liao, M.-N., Chen, M.-F., Chen, S.-C., & Chen, P.-L. (2008). Uncertainty and anxiety during the diagnostic peroid for women with suspected breast cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 274-283.
- Liu, L. N., Li, C. Y., Tang, S. T., Huang, C. S., & Chiou, A. F. (2006). Role of Continuing Supportive Cares. in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nurs*, 29(4), 273-82.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Alden, K.R., Cashion, K., Corbett, R.W.(2006). Maternity Nursing. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Mandebblatt, J., Kreling, B., Fgeuriedo, M., & Feng, S. (2006). What is the Impact of Shared Decision Making on Treatment and Outcome for Older Women with Breast Cancer? *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4908-4812.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum Online*, 25(3), 555-562.
- Matteson, P., & Hawkins, J. W. (1990). Concept analysis of decision making. *Nursing Forum*, 25(2), 4-10.
- McCready, D., Holloway, C., Shelley, W., Down, N., Robinson, P., Sinclair, S., Mirsky, D. (2005). Surgical management of early stage invasive breast cancer: a practice guideline. *Can J surgery*, 48(3), 185-220.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4) , 225-232.
- Nissen, M. J., Swenson, K. K., Ritz, L. J., Farrell, J. B., Pharm.D., L.Sladek, M., Lally, R. M. (2001). Quality of Life after Breast Carcinoma Surgery: A Comparison of Three Surgical Procedures. *American Cancer Society*, 91, 1238–1246.
- Parker, P. A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E. R.(2007). Short term and long term pychosocial adjust and quality of life in women undergoing different surgical procedure for breast cancer. *Annals of surgical oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Pierce, P. F., & Hicks, F. D. (2001). Patient decision-making behavior: an emerging paradigm for nursing science. *Nursing Research*, 50(5), 267-274.
- Reaby, L. L. (1998). The quality and coping patterns of women’s decision-making regarding breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 7, 252–262.

- Rees, C. E., & Bath, P. A. (2000). Meeting the information needs of adult daughters women with early breast cancer. *Cancer Nursing*, 23(1), 71-79.
- Ruhnke, G.W., Wilson, S. R., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Goldstein, M. K., Koenig, B.A., Hornberger, J.C., Raffin, T.A. (2000). Ethical Decision Making and Patient Autonomy : A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States. *Chest*, 118, 4.
- Stiggelbout, A. M., Molewijk, A. C., Otten, W., Timmermans, D. R., van Bockel, J. H., & Kievit, J. (2004). Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients' and physicians' views. *J Med Ethics*, 30(3), 268-274
- Sutherland, H. J., Llewellyn-Thomas, H.A., Lockwood, G.A., Trichler, D.L., Till, J.E. (1989) . Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med*, 82(5), 260-3.
- Takasugi, M., Iwamoto, E., Akashi-Tnaka, S., Kinoshita, T., Fukutomi, T., & Kubouchi, K. (2005). General aspects and specific issues of informed consent on breast cancer treatments. *Breast cancer*, 12(1), 39-44.
- Timby, B.K., & Smith, N.E. (2007) . *Introductory Medical-surgical Nursing*. Philadelphia : LWW .
- Watanabe, Y., Takahashi, M., & Kai, I. (2008). Japanese cancer patient participation in and satisfaction with treatment-related decision-making: A qualitative study. *BMC Public Health*, 8, 77.
- Webster's new dictionary of synonyms. (1984) .Springfield, MA : Merriam-Webster.
- Whelan, T., Levine, M., Gafni, A., Sanders, K., Willan, A., Mirsky, D., Schnider, D., McCready, D., Reid, S., Kobylecky, A., Reed, K. (1999). Mastectomy or lumpectomy? Helping women make informed choices. *J Clin Oncol*, 17(6), 1727-1735.
- World Health Organization (2010). GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information.(19/8/2011)
<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Yang, S. H., Yang, K. H., Li, Y. P., Zhang, Y. C., He, X. D., Song, A. L., Tian, J.H., Jiang, L., Bai, Z.G, He, L.F., Liu, Y.L., Ma, B. (2008). Breast conservation therapy for stage I or stage II breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Oncology*, 19, 1039-1044.
- Yau, T. K., Soong, I. S., Sze, H., Choi, C.W., Yeung, M.W., NG, W.T., Lee, A. W. (2009). Trends and patterns of breast conservation treatment in Hong Kong: 1994–2007. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 74 (1) , 98-103.

國科會補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：102 年 10 月 30 日

計畫編號	NSC 99-2629-H-010-001-MY2		
計畫名稱	疑似乳癌婦女手術認知與醫療自主決策之探索和促進方案— 疑似乳癌婦女醫療自主與手術決策過程之探討		
出國人員姓名	許樹珍副教授 洪毓婷 蔣淑如	服務機構 及職稱	國立陽明大學護理學院 國立陽明大學護理學系博士生 國立陽明大學護理學系碩士生
會議時間	2011 年 8 月 29 日至 2011 年 9 月 2 日	會議地點	英國倫敦
會議名稱	(中文)團體分析學會：第十五屆歐洲會議 (英文)GROUP ANALYTIC SOCIETY: 15th EUROPEAN SYMPOSIUM		
發表題目	(中文) 早期乳癌婦女團體介入措施探討 早期乳癌婦女支持性團體 早期乳癌婦女決策輔助與團體措施 (英文) (1) Exploration of group intervention on choice of women with early stage breast cancer to undergo breast surgery by Dr. Sheu, Shuh-Jen (2) Supportive group intervention for women with early-stage breast cancer (I) by Mrs. Chiang, Shu-ju		

(3) Effect of decision-aid and group intervention on decision-making by women with suspected breast cancer (II) by Ms. Hung, Yu-Ting
--

一、參加會議經過

本次國際團體治療研習會及學會年會的主題為”Cultures, Conflict & Creativity”。各國團體心理治療為專業皆由此 1952 年成立的學會年會獲益。該國際會議有超出五百人以上參加，來自上百個國家，每日行程安排有最新知識和重要學者演說，接著文章發表討論及小團體的深入互動，下午有中型的 workshop 和最後全體的大團體。我們三人包下一特別場，因為主題報告討論交流下，引起廣泛的討論。該國際會議有超出五百人以上參加，來自上百個國家，每日行程安排有最新知識和重要學者演說，接著文章發表討論及小團體的深入互動，下午有中型的 workshop 和最後全體的大團體。

二、與會心得

本研究由計畫總主持人帶領碩士生及博士生各一名，共三人前往英國倫敦參與 Group-Analytic Society 盛會，除實地參與團體分析相關的知識研習會和實作團體訓練課程，同時在會中報告本研究相關主題。

本研究預定對於疑似罹患早期乳癌婦女進行焦點團體訪談及團體衛教介入的方式，了解婦女在罹癌及手術抉策的心路歷程，給予需要的手術及乳癌醫療資訊及提供心理支持。故研究團隊至英國倫敦參與，於會中報告目前台灣乳癌婦女手術抉策的困難心境及系統性文獻回顧團體介入措施的有效性。並與與會學者進行對話、溝通、交流。

三、發表論文全文或摘要

Exploration of group intervention on choice of women with early stage breast cancer to undergo breast surgery

Sheu, Shuh-Jen

RPN, Ph.D., Associate Professor, School of Nursing, National Yang-Ming-University,
Taiwan

Surgery is sometimes carried out as a critical treatment for breast cancer, especially in the women whose cancer is in the early stage. They can choose various breast surgeries, including breast-conserving surgery (BCS), radical or modified mastectomy, and breast reconstructive surgery. However, women sometimes do not sufficiently participate in the decision to undergo surgery. When hearing a cancer diagnosis, most women are in

emotional turmoil, and some may also lack the necessary information to make optimal decisions regarding surgery.

This study examines the literature on group applications for women with early-stage breast cancer and field case studies to design a group intervention study that will help to determine whether participation in a group can help meet the desire of women better to understand relevant medical information; to improve their emotional state, and to facilitate decisions about surgical options. The goal is to collect expert opinions and develop guidelines and a reference to improve the quality of care of women with breast cancer globally.

Supportive group intervention for women with early-stage breast cancer (I)

Chiang, Shu-ju

Head Nurse, Outpatient Department Shin Kong Wu Ho-Su Memorial Hospital

Information and psychosocial supports have been demonstrated to improve the outcomes for women with early stage breast cancer. However, knowledge of the effect of participation in groups is limited. The aim of this report is to review systematically the literature on supportive group intervention, with a view to recognizing and meeting the needs on these women, especially with respect to understanding relevant medical information, emotional support, and facilitation of their decisions regarding surgical options. Individual and cultural factors that affect group interaction will be discussed.

Effect of decision-aid and group intervention on decision-making by women with suspected breast cancer (II)

Hung, Yu-Ting

RPN, PhD student, School of Nursing, National Yang-Ming-University, Taiwan

Group intervention has been recently found to be effective in reducing psychological distress and helping women cope with early-stage breast cancer. However, little is known about the potential effect of group dynamics and strategies on women's choices concerning types of breast surgery. A systematic review of group intervention and the literature on supporting decisions by women concerning surgery as a treatment for breast cancer between the years 1966 and 2011 will be presented. The searched databases include MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), the Cochrane Network, and the Airtiti Library.

To improve group design for women with early-stage breast cancer in Taiwan, this presentation will seek to facilitate dialogue and discussion among audience in the conference regarding cross-cultural factors and the possibilities of individual

psychodynamics on the group process.

Acknowledgement

The authors would like to thank the National Science Council of the Republic of China, Taiwan, for financially supporting this research under Contract No. NSC99-2629-H-010-001-MY2. John Schlapobersky and Ted Knoy are appreciated for their editorial assistance.

四、建議

該國際會議每日行程安排有最新知識和重要學者演說，接著文章發表討論及小團體的深入互動，下午有中型的 workshop 和最後全體的大團體。很能與外國人士交流，建議可以多參加這樣的會議。

五、攜回資料名稱及內容

我們三人包下一特別場，因為主題報告討論交流下，除引起廣泛的討論，更因此認識在場的臨床健康工作者，引領和介紹我們參觀當地的乳癌重建中心(Broomfill Hospital)，號稱全歐最大的乳房重建中心，其中有六位護理專職人員領導的診所，負責換藥、刺青、衛教等。另也參觀了社會慈善機構--社區乳癌婦女支持中心，此行可未收穫滿滿，交流甚廣。

六、其他

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2013/10/18

國科會補助計畫	計畫名稱: 疑似乳癌婦女醫療自主與手術決策過程之探討
	計畫主持人: 許樹珍
	計畫編號: 99-2629-H-010-001-MY2 學門領域: 性別研究
無研發成果推廣資料	

99 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：許樹珍		計畫編號：99-2629-H-010-001-MY2					
計畫名稱：疑似乳癌婦女手術認知與醫療自主決策之探索和促進方案--疑似乳癌婦女醫療自主與手術決策過程之探討							
成果項目		量化			單位	備註（質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等）	
		實際已達成數（被接受或已發表）	預期總達成數（含實際已達成數）	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	1	5	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	2	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	3	0	100%	人次	
		博士生	1	0	100%		
博士後研究員		0	0	100%			
專任助理		0	0	100%			
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
	研討會論文	4	0	100%			梁德馨老師於泰國曼谷 2010.12.10-11 參加第十屆國際生活品質研究研習會 10th Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS), 發表論文 Gender

本研究後期再由計畫總主持人帶領碩士生及博士生各一名，共三人前往英國倫敦參與

Group-Analytic Society 盛會，除實地參與團體分析相關的知識研習會和實作團體訓練課程，同時在會中報告本研究相關主題包括：

(1) Exploration of group intervention on choice of women with early stage breast cancer to undergo breast surgery by Dr. Sheu, Shuh-Jen

(2) Supportive group intervention for women with early-stage breast cancer (I)

by Mrs. Chiang, Shu-ju (3)

Effect of decision-aid and group

intervention on decision-making by women with suspected breast cancer (II) by Ms. Hung, Yu-Ting

該國際會議有超出五百人以上參加，來自上百個國家，每日行程安排有最新知識和重要學者演說，接著文章發表討論及

						小團體的深入互動，下午有中型的workshop 和最後全體的大團體。我們三人包下一特別場，因為主題報告討論交流下，除引起廣泛的討論，更因此認識在場的臨床健康工作者，引領和介紹我們參觀當地的乳癌重建中心 (Broomfill Hospital)，號稱全歐最大的乳房重建中心，其中有六位護理專職人員領導的診所，負責換藥、刺青、衛教等。另也參觀了社會慈善機構—社區乳癌婦女支持中心，此行可未收穫滿滿，交流甚廣。
		專書	0	0	100%	章/本
專利		申請中件數	0	0	100%	件
		已獲得件數	0	0	100%	
技術移轉		件數	0	0	100%	件
		權利金	0	0	100%	千元
參與計畫人力 (外國籍)		碩士生	0	0	100%	人次
		博士生	0	0	100%	
		博士後研究員	0	0	100%	
		專任助理	0	0	100%	
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)	本研究前期梁德馨老師於泰國曼谷 2010.12.10-11 參加第十屆國際生活品質研究研習會 10th Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS)，發表論文 Gender Divides of Awareness, Want, and Adoption in E-health Service and Their Impact on Quality of Life in Taiwan。後期 2011.8.29-9.2 由計畫總主持人帶領碩士生及博士生各一名，共三人前往英國倫敦參與 Group-Analytic Society 盛會，除實地參與團體分析相關的知識研習會和實作團體訓練課程，同時在會中報告本研究相關主題包括：(1) Exploration of group intervention on choice of women with early stage breast cancer to undergo breast surgery by Dr. Sheu, Shuh-Jen (2) Supportive group intervention for women with early-stage breast cancer (I)					

by Mrs. Chiang, Shu-ju (3) Effect of decision-aid and group intervention on decision-making by women with suspected breast cancer (II) by Ms. Hung, Yu-Ting

該國際會議有超出五百人以上參加，來自上百個國家，每日行程安排有最新知識和重要學者演說，接著文章發表討論及小團體的深入互動，下午有中型的workshop 和最後全體的大團體。我們三人包下一特別場，因為主題報告討論交流下，除引起廣泛的討論，更因此認識在場的臨床健康工作者，引領和介紹我們參觀當地的乳癌重建中心 (Broomfill Hospital)，號稱全歐最大的乳房重建中心，其中有六位護理專職人員領導的診所，負責換藥、刺青、衛教等。另也參觀了社會慈善機構--社區乳癌婦女支持中心，此行可未收穫滿滿，交流甚廣。

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與 (閱聽) 人數	0	

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

因本計畫的推動，藉以帶領研究生參與學習，截至目前為止已完成二份碩士論文，另一份碩士論文和博士論文正進行中。計畫過程中並有四人參與國際會議，有四篇英文論文的發表。相關文章正撰寫和投稿中...

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

本研究計畫在針對乳癌婦女，於手術前的心理及認知狀態已有清楚明確的了解，亦提出滿足乳房腫瘤婦女重要資訊和心理需求的相關資訊輔助手冊及建構初步網路資訊模式。研究已完成集結醫療文獻和專家，整理重要知識，擬出簡要的乳房腫瘤手術資訊輔助手冊，同時研究設計採類實驗性研究設計，控制組與實驗組各六十名，共一百二十名參與研究，資料分析已分析其相關手術決策及意願等因素，並初步顯示出該手冊對婦女在疾病及手術認知上有顯著的助益。相關的個別質性研究訪談和團體訪談亦各自完成 31 及 25 名，共五十六名參與深入及互動式的對談，能深化解析研究對象心路歷程和決策困境，完成很好的根基，並企圖將相關知識擴大使用電子網絡資訊系統(e health)，推廣相關醫療健康決策資訊，以協助本土乳癌婦女在手術決策期間，能更充分滿足其醫療自主的需求及促進其健康決策的能力。

本研究以多重回饋性的機制去檢驗和建立整體有效的教育內容和策略，以提昇婦女對醫療和其身體知識的瞭解，促進其自我身體掌控和社會地位的提升，為臺灣婦女在醫病關係、護病關係、抑或社會公民教育提供並創造一個更平等、尊重、友善溝通和教育成長的環境而努力。