

承辦編輯單位：台灣心理腫瘤醫學學會

指導補助單位：衛生福利部國民健康署

心理腫瘤醫學照護指引

<簡明版>

2018 年 第一版



- 目錄 -

目錄	1
心理腫瘤醫學照護指引<簡明版> 編輯委員	3
壹、總論：	
1	心理腫瘤醫學概述 4
2	心理腫瘤醫學服務評估工具 6
3	心理腫瘤醫學臨床服務模式 14
4	心理腫瘤醫學服務之轉介與合作 21
5	溝通技巧 24
6	醫病共享決策 28
貳、癌症病人常見的精神症狀：	
7	焦慮、憂鬱 33
8	認知功能障礙 40
9	物質使用障礙症 44
10	人格障礙症 47
11	失志症候群 50
12	心理腫瘤醫學的精神急症(含自殺風險與危機處理) 54
13	睡眠障礙的處置 57

參、心理腫瘤醫學的治療模式：		
14	藥物治療	62
15	非藥物治療 (心理社會治療)	67
16	簡易心理支持技巧	72
17	家庭評估與照顧	77
18	醫療人員的自我照顧	80
19	悲傷調適	85
20	靈性照顧	89
肆、其他：		
21	癌症照顧的倫理困境	92
22	安寧緩和醫療	95
23	善終	102
中文索引		104
英文索引		108

承辦編輯單位：台灣心理腫瘤醫學學會

指導補助單位：衛生福利部國民健康署

總編輯：

莊永毓 台灣心理腫瘤醫學學會理事長、和信治癌中心醫院身心科

方俊凱 馬偕紀念醫院總院

編輯委員：

方慧芬 臺北醫學大學附設醫院護理部

王欽毅 臺北榮民總醫院安寧療護科

李玉嬋 國立臺北護理健康大學人類發展與健康學院

李英芬 馬偕紀念醫院總院護理部

林帛賢 和信治癌中心醫院身心科

邱世哲 新竹馬偕紀念醫院放射腫瘤科

邱玉菁 馬偕紀念醫院總院精神醫學部

侯懿真 和信治癌中心醫院身心科

柯凱婷 馬偕紀念醫院總院精神醫學部

唐婉如 長庚大學護理系暨長庚醫院腫瘤科

陳如意 高雄榮民總醫院家庭醫學部暨安寧病房

陳冠宇 台北市立聯合醫院松德院區精神科

楊格政 門諾醫院癌症中心

劉文雄 高雄榮民總醫院婦女醫學部

劉景萍 馬偕紀念醫院總院癌症中心

蔡惠芳 三軍總醫院社會服務室

鄭致道 和信治癌中心醫院身心科

謝至銓 花蓮慈濟醫院家庭醫學部緩和醫療科

編輯秘書：林芝存、張春秀、謝佳雯

壹、總論

【1】心理腫瘤醫學概述

Introduction of Psycho-Oncology

癌症在台灣是十大死因的第一名。癌症病人、家屬與醫療人員，在疾病過程中都經歷情緒壓力，導致家庭生活的衝擊，因此癌症病人的自殺率比一般人口高。台灣近年在政府與民間的推動與努力之下，致力推動心理腫瘤學照護，努力成果也被「國際心理腫瘤醫學聯盟 (International Psycho-Oncology Society Federation, IPOS Federation)」肯定，將台灣的心理腫瘤學照護列為 4a 級(最佳為 4b)，表現令人稱羨。

■心理腫瘤學的定義：

心理腫瘤醫學(Psycho-Oncology)又稱心理社會腫瘤醫學(Psychosocial Oncology)涵蓋癌症病人的生物、心理、社會、以及靈性層面。主要關注以下議題：

- (一) 癌症如何造成病人、家屬、及醫療人員在癌症各階段的情緒反應與家庭、經濟、社會的衝擊，以及如何因應與照護。
- (二) 心理、社會、行為等因子如何影響癌症治療、病人的生活品質與預後。

■心理腫瘤學的特性：

- 一、 跨專業團隊服務(inter-disciplinary)的醫學專科模式(specialty)：包含所有與癌症治療相關的專科。
- 二、 服務範圍涵蓋癌症各階段
從癌症篩檢，診斷期，治療期，緩解期，乃至轉移、復發，和生命末期。
- 三、 透過跨專業團隊，提供全人照護
 - (一) 提供醫療人員癌症病情溝通技巧訓練，提升病情告知的品質。

- (二) 執行困擾溫度計評估，並建立心理腫瘤服務轉介流程。
 - (三) 發展有實證依據的評估工具，早期發現病人的心理社會問題。
 - (四) 依據實證研究建立本土數據，提供醫療政策制定的依據。
- 四、 結合政府、醫界與社會的力量，破除社會大眾對於癌症的恐懼與迷思，達到提高民眾對於身心健康識能，促進健康的生活型態，早期預防、早期發現與早期治療的目的。
- 五、 心理腫瘤學關心癌症病人、家屬以及醫療人員的情緒安適，適時提供心理社會專業協助，以避免身心耗竭(burnout)。

結語：

心理腫瘤學重視癌症各階段病人、家屬、和醫療人員的心理社會需求，透過跨專業團隊合作，提供全人照護，強調病情告知的重要性，以提升整體癌症照護品質。

參考文獻：

1. Jimmie C. Holland, William S. Breitbart, Paul B. Jacobsen, Matthew J. Loscalzo, Ruth McCorkle, Phyllis N. Butow : Psycho-Oncology 3rd Edition. 2015. Oxford University Press.
2. Luigi Grassi, Michelle Riba : Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective. 2012: 3-5. John Wiley & Sons.
3. Luigi Grassi, Michelle Riba : Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care: A Practical Manual. 2014:3-9. Springer.
4. Luigi Grassi, Daisuke Fujisawa, Philip Odyio, et al.: Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. Psycho-Oncology. 2016;25 (10): 1127-1136.
5. Thomas N. Wise, Massimo Biondi, Anna Costantini : Psycho-Oncology. 2013:20. American Psychiatric Pub.

【2】心理腫瘤醫學服務評估工具

Assessment Tools of Psycho-Oncology Service

癌症病人與家屬的身心狀態評估，對於心理腫瘤醫學的臨床照護、研究、與介入成效追蹤是十分重要的。過去的研究顯示，癌症病人的身心症狀，若沒有適當的評估工具，很容易被醫療人員與病人所忽略，進而影響癌症病人與家屬的身心安適與生活品質。本章節將介紹常見的心理腫瘤學服務評估工具。

■ 困擾(Distress)

一、 困擾溫度計(Distress Thermometer, DT) 表 1

由於焦慮、憂鬱已在一般社會中被汙名化，所以早在 1997 年美國國家癌症資訊網(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)由一群專家研究，提出了以困擾(distress)一詞來代表癌症病人在身體、心理、社會、以及靈性的整體困擾，並發展出一個簡單評估量表，列為標準照護指引的重要項目。在台灣，DT 的信效度與切截點(cut-off point)已經有實證的數據。此外，DT 所附的病人問題清單(patient problem list, PPL)，也可以作為轉介適當專業協助的依據。

■ 焦慮、憂鬱(Anxiety, Depression)

一、 醫院焦慮憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

HADS 廣泛用於測量癌症病人情緒狀態的量表，共 14 題：7 題與焦慮有關，7 題與憂鬱有關且題目著重於情緒症狀的檢測，不包含身體症狀。台灣 HADS 的信效度以及切截點(cut-off point)也有實證的數據可供參考。

二、 貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory,BDI)

BDI 共 21 題，為測量憂鬱的工具，也包含憂鬱的身體症狀。

三、病人健康量表-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) 表 2

PHQ-9 用來評估憂鬱情緒，共 9 題，內容含括憂鬱相關的九個症狀。台灣 PHQ-9 的信效度與切截點(cut-off point)已有實證的數據。另有更精簡只有 2 題憂鬱情緒的 PHQ-2。

四、簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)

是由臺大李明濱教授等人所發展，又名「心情溫度計」，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具，可幫助醫療人員具體地了解病人情緒困擾的程度，並依據得分結果作適當的處遇。目前廣泛地運用在自殺防治工作中。此量表包含五題的症狀題項，「自殺意念」題項為單獨評估，以高於或等於 6 分為篩檢之切截點。

五、台灣憂鬱量表(Taiwanese Depression Questionnaire, TDQ)

TDQ 是台灣發展出來，用於憂鬱症的篩檢以及評估，共 18 題。已有研究者用於癌症病人的憂鬱篩檢。

六、情境與特質焦慮量表(The State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

STAI 前 20 題是測量最近一週的焦慮狀態，後 20 題為評估焦慮特質。

七、廣泛焦慮症量表 The Generalized Anxiety Disorder scale(GAD-7)

GAD-7 原作為廣泛性焦慮症的篩檢，有研究者使用在癌症病人的焦慮評估，也具有信效度。

■生活品質(Quality of Life, QOL)

一、SF-36 生活品質量表(Health Survey Short Form, SF-36)

SF-36 生活品質量表是以健康為導向的生活品質問卷，可適用於各臨床病人及一般人口族群的自覺健康評估。有八個層面：

- (一) 身體功能 (Physical Functioning)，
- (二) 因身體健康所引起的角色限制(Role Physical)，
- (三) 身體疼痛程度(Bodily Pain)，
- (四) 整體健康狀況(General Health)，

- (五) 活力狀況(Vitality) ,
- (六) 社會功能(Social Functioning) ,
- (七) 因情緒問題所引起的角色限制(Role Emotional) ,
- (八) 心理健康(Mental Health) 。

二、 歐洲癌症生活品質核心問卷 The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

歐洲癌症研究及治療學會，簡稱(EORTC)，在 1993 年間就規劃出癌症生活品質核心問卷叫 EORTC QLQ-C30，第三版有中文及台語版，在核心版中特別著重在癌症病人的問題共 30 題，包括：

- (一) 身體功能(費力活動、長短距離步行、日常活動)
- (二) 角色功能(工作受限、休閒娛樂受限)
- (三) 情緒功能(緊張、焦慮等)
- (四) 認知功能(注意力及記憶力)
- (五) 社會功能(家庭生活社交活動)
- (六) 整體生活品質(身體狀況、健康狀況)

三、 癌症治療功能評估量表(Functional Assessment of Cancer Therapy: General, FACT-G)

FACT-G 生活品質問卷的計分方式是根據 Cella D.所出版的 FACT Manual 第四版的計分方式。總計分是由 FACT-G，即包含四個面向的分數加總：

- (一) 生理/健康狀況
- (二) 社會/家庭健全狀況
- (三) 情緒穩定狀況
- (四) 功能穩定狀況，的總分。

■癌症因應

- 一、 癌症心理適應量表(The Mental Adjustment to Cancer, MAC) 與簡短癌症心理適應量表(the shorter Mini-MAC version)。 MAC 原本有 40 題，之後發展出簡短版更適合臨床情境使用。中文版簡短癌症心理調適量表 (Mini-Mental Adjustment to Cancer scale-, Mini-MAC)已有信度及效度之研究。此量表包括有無助無望 (Helpless-Hopeless)、焦慮盤據 (Anxious Preoccupation)、奮戰精神 (Fighting Spirit)、認知逃避 (Cognitive Avoidance)及隨緣順命 (Fatalism)等五次量表，共 29 題。

■失志症候群 (Demoralization)

- 一、 Kissane DW 在 2004 發展出失志量表(Demoralization Scale, DS)。目前台灣取得授權並翻譯為中文版失志量表(Demoralization Scale-Mandarin Version, DS-MV)。此量表有 24 題，包含了 5 個面向，分別是：無意義感(loss of meaning)，情緒不安感(dysphoria)，沮喪感(disheartenment)，無助感(helplessness) 及失敗感(sense of failure)，用以具體描繪出失志的現象及自然病程，並已通過其效度及信度分析。

結語：

適當的服務評估工具，不僅可以協助臨床工作者早期發現需要協助的病人或家屬，評估的結果也可作為介入成效的追蹤與評值。可以促進臨床服務品質，並能更了解癌症病人與家屬之需求。目前，在台灣最多醫院使用的評估工具是困擾溫度計，若需臨床使用，可洽台灣心理腫瘤醫學學會。

參考文獻：

1. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8 (1): 77-100.
2. Chang JT, Chang CH, Juang YY, Hsiao JC, Lin CY, Huang SF, Huang YC, Kuan KH, Liao CT, Wang HM, Chen IH: Internal consistency of the traditional Chinese character version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck (FACT-H&N). *Chang Gung Med J.* 2008;31(4):384-94.
3. Esser P, Hartung TJ, Friedrich M, Johansen C, Wittchen HU, Faller H, Koch U, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Mehnert A: The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. *Psychooncology.* 2018;27(6):1509-1516.
4. Ho SM, Fung WK, Chan CL, Watson M, Tsui YK: Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psychooncology.* 2003;12(6):547-56.
5. Hung HC, Chen HW, Chang YF, Yang YC, Liu CL, Hsieh RK, Leu YS, Chen YJ, Wang TE, Tsai LY, Liu SI, Fang CK: Evaluation of the Reliability and Validity of the Mandarin Version of Demoralization Scale for Cancer Patients. *J Intern Med Taiwan* 2010; 21: 427-435.
6. Liu SI, Yeh ZT, Huang HC, et al. Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 96-101.
7. McHorney CA, Ware JE, Jr., Lu JF, Sherbourne CD: The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40-66.

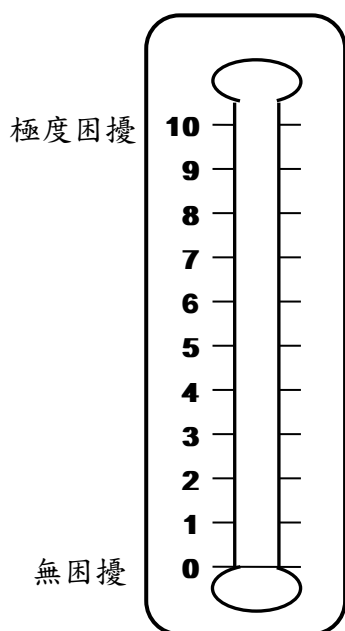
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006;166:1092-1097.
9. Tu CH, Hsu MC, Chi SC, Lin HY, Yen YC: Routine depression screening and diagnosing strategy for cancer inpatients. Psycho-Oncology 2014;23(9): 1057–1067.
10. Wang GL, Sheng-Hui Hsu, An-Chen Feng, Chiu-Yuan Chiu¹ Ju-Fang Shen, Yu-Ju Lin, Chun-Chiu Cheng: The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. Psycho-Oncology. 2011;20: 639-646.
11. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr. Scand 1983;67:361-70.

表 1. 身心困擾溫度計(Distress Thermometer, DT)

NCCN 授權版

困擾溫度計

(一) 在最近一星期，您的心理困擾程度有多大？請在下圖中圈選適當數字（從 0 到 10）。



(二) 在最近一星期，您是否有下列的問題，請務必在每個項目勾選「是」或「否」。

是	否	實際的問題	是	否	身體的問題
☐	☐	照顧小孩方面	☐	☐	外觀方面
☐	☐	居住方面	☐	☐	沐浴或穿衣方面
☐	☐	保險／經濟方面	☐	☐	呼吸方面
☐	☐	交通方面	☐	☐	小便方面
☐	☐	工作或就學方面	☐	☐	便秘
☐	☐	治療方式的決定	☐	☐	腹瀉
		<u>家庭的問題</u>	☐	☐	進食方面
☐	☐	和小孩相處方面	☐	☐	疲倦
☐	☐	和伴侶相處方面	☐	☐	腫脹感
☐	☐	擔心不孕	☐	☐	發燒
☐	☐	家人健康的議題	☐	☐	行動方面
		<u>情緒的問題</u>	☐	☐	消化不良
☐	☐	憂鬱	☐	☐	記憶力或專注力方面
☐	☐	害怕	☐	☐	嘴巴破皮
☐	☐	緊張	☐	☐	噁心
☐	☐	難過、傷心	☐	☐	鼻子乾或鼻塞
☐	☐	擔心	☐	☐	疼痛
☐	☐	對日常活動失去興趣	☐	☐	性生活方面
☐	☐	<u>靈性或宗教的問題</u>	☐	☐	皮膚乾或癢
			☐	☐	睡眠方面
			☐	☐	物質濫用
			☐	☐	手或腳有刺痛感

表 2. 病人健康狀況問卷-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

PHQ-9：過去二週中，你會覺得...	一點 也不	有幾天	超過 一半	幾乎 天天
1. 做事沒有興趣或樂趣？	0	1	2	3
2. 憂鬱（你會覺得心情低落或是鬱悶、或感到絕望？）	0	1	2	3
3. 睡眠問題（睡不著、易醒、睡太多）	0	1	2	3
4. 覺得疲倦或沒有體力？	0	1	2	3
5. 吃不下或吃太多？	0	1	2	3
6. 覺得自己不好？（覺得自己失敗或讓自己或家人難過、丟臉）	0	1	2	3
7. 注意力不集中（讀報、看電視）	0	1	2	3
8. 行動或說話慢，或比平常更明顯得坐立不安	0	1	2	3
9. 有死亡的念頭或想傷害自己	0	1	2	3

【3】心理腫瘤醫學臨床服務模式

Clinical Models of Psycho-Oncology Service

心理腫瘤醫學的臨床服務是需要跨專業團隊(interdisciplinary)的投入，以涵蓋癌症病人與家屬身體-心理-社會-靈性等層面的需求，包括病人的情緒篩檢、社會心理層面的介入、協助醫病溝通、建立良好醫病關係、癌症各時期的情緒調適衛教、到家屬的哀傷輔導等。

■ 形成心理腫瘤學臨床照護團隊

台灣在 2012 年起，國民健康署已經要求一定規模以上提供癌症治療的醫院，必須設有專責的心理師，癌症住院病人需有定期的情緒篩檢，並且有轉介精神科醫師、心理師、社工師、或靈性關懷師的機制。如果只依賴少數的心理師、精神科醫師、社工師，這樣的服務涵蓋範圍有限，而且無法與癌症照護團隊有密切的聯繫合作。

因此心理腫瘤學臨床照護團隊必須有來自醫院各部門的支持，各專業團隊的加入，例如第一線癌症照護的專業人員、護理人員、精神科醫師、心理師、社工師、以及資訊人員協助相關資料的電子化以利未來的分析檢討。

■ 臨床照護模式

由於心理衛生專業人員的人力有限，因此可以依照臨床問題的程度不同，有不同的服務模式。台灣心理腫瘤醫學學會提供四種臨床照護建議模式(圖 1-4)，可供各醫院參考、運作。

茲根據服務介入的層級，可以將介入內容分為三級：

一、初級介入：

(一) 書寫衛教資料、拍攝衛教短片，透過書面資料(如小手冊)、醫院癌症網站等平台，讓病人與家屬了解罹癌期間可能出現的身心困擾，自助的解決方法，以及何時需要求助、可求助的管道資源

等。

- (二) 與癌症資源窗口合作，或是參與各種病友會活動，提供衛教演講與座談，教導病友及家屬身心調適的方法。
- (三) 辦理癌症照護團隊在職教育課程，包含：解說癌症病人與家屬常見的身心困擾、情緒篩檢、提供初步的情緒支持，以及轉介心理腫瘤團隊時機、如何成功地轉介機制。

二、二級介入：

- (一) 接受照護團隊轉介，提供癌症病人及家屬心理腫瘤服務，並將評估與介入的結果回饋給原團隊。
- (二) 對於由照護團隊直接提供關懷的個案，或是不願接受轉介心理腫瘤團隊的病人或家屬，關心後續進展，並提供照護團隊後續處理的諮詢。
- (三) 參與照護團隊的團隊會議及個案討論會，提供心理腫瘤學的觀點，協助身心議題的照護計畫及施行。
- (四) 協助癌症照護團隊成員的身心調適，減少身心耗竭。

三、三級介入：

- (一) 有較嚴重情緒困擾或是調適障礙者，安排固定且較中長期的身心處遇計畫。
- (二) 身心與家庭社會問題較複雜者，組成跨專業團隊，共同協助病人與家屬。
- (三) 對於出現精神症狀的病人或家屬，適時轉介精神科，接受適當的治療，並協助與癌症照護團隊橫向聯繫，訂定最適宜的治療計畫。

■與行政單位協同合作

醫院各單位或許一開始不熟悉心理腫瘤照護團隊提供專業服務的內容與成效，因此在行政會議中，心理腫瘤照護團隊可以先由各種數據的分析，例如情緒篩檢的結果、需要協助的身心問題特性、心理腫

瘤服務量等，讓各單位對於心理腫瘤照護以及需求有概略的認識。

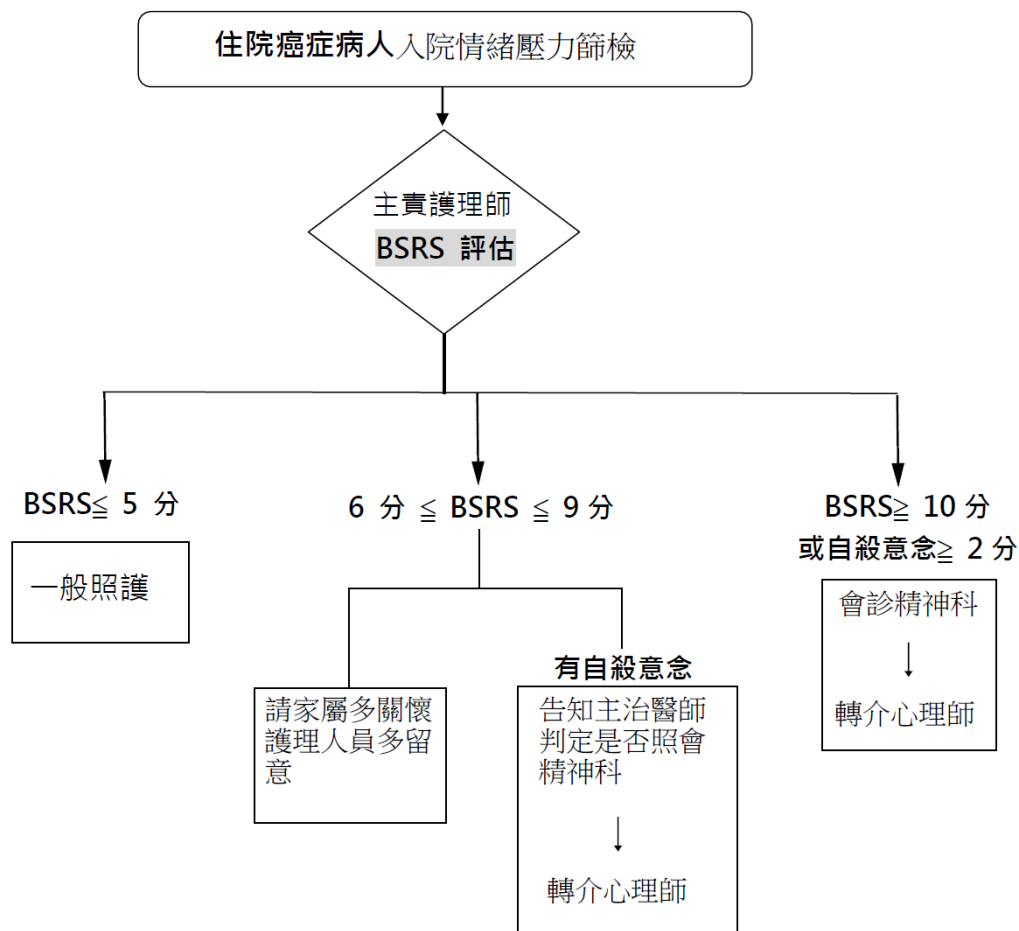
建議定期的品質改善檢討報告，訂定改善計畫 PDCA (Plan-Do-Check-Act)，透過與各單位協調溝通，以及與各癌症照護團隊的個案討論，應可以讓上述的各級服務模式，能順利推展。

參考文獻：

1. Bultz BD, Groff SL, Fitch M, Blais MC, Howes J, Levy K, Mayer C: Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology*. 2011;20(5):463-9.
2. Jimmie C. Holland, William S. Breitbart, Paul B. Jacobsen, Matthew J. Loscalzo, Ruth McCorkle, Phyllis N. Butow : *Psycho-Oncology* 3rd Edition. 2015. Oxford University Press.
3. Kristen C. Williams, Brittany M. Brothers, Marlena M. Ryba, and Barbara L. Andersen: Implementing Evidence-Based Psychological Treatments for Cancer Patients. *Psychooncology*. 2015; 24(12): 1618–1625.
4. Luigi Grassi, Michelle Riba : *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective*. 2012: 3-5. John Wiley & Sons.
5. Thomas N. Wise, Massimo Biondi, Anna Costantini : *Psycho-Oncology*. 2013:20. American Psychiatric Pub.

圖 1. 心理腫瘤學服務模式 A

心理腫瘤學服務模式標準作業流程-模式 A

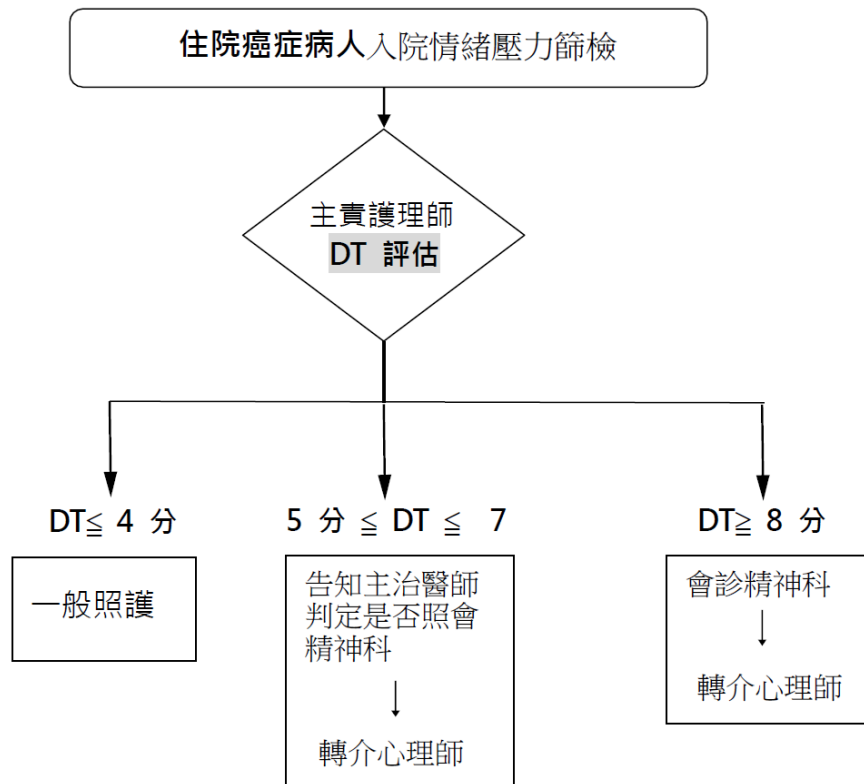


<評估工具為簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRs)>

說明：參與國民健康署「106 年醫院癌症診療品質精進計畫」5-12 分項醫院
或
每年新診斷癌症病人總數為 1000 人以下之心理腫瘤服務模式。

圖 2. 心理腫瘤學服務模式 B

心理腫瘤學服務模式標準作業流程-模式 B

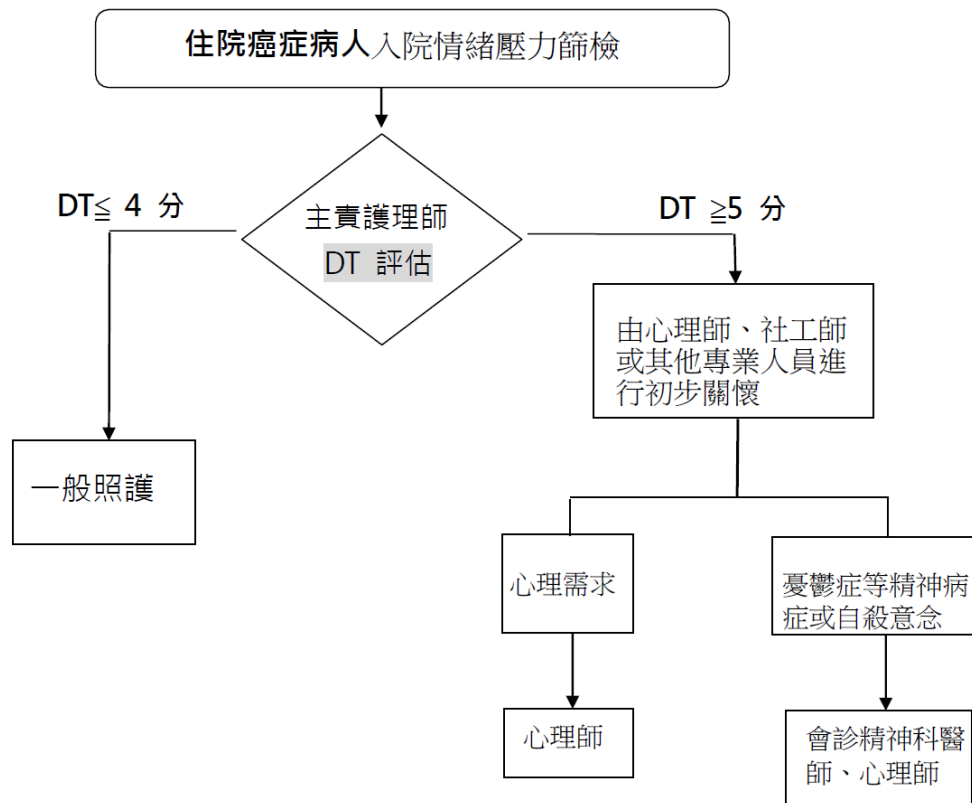


<評估工具為困擾溫度計 (Distress Thermometer, DT)>

說明：參與國民健康署「106 年醫院癌症診療品質精進計畫」5-12 分項醫院
或
每年新診斷癌症病人總數為 1000 人以下之心理腫瘤服務模式

圖 3. 心理腫瘤學服務模式 C

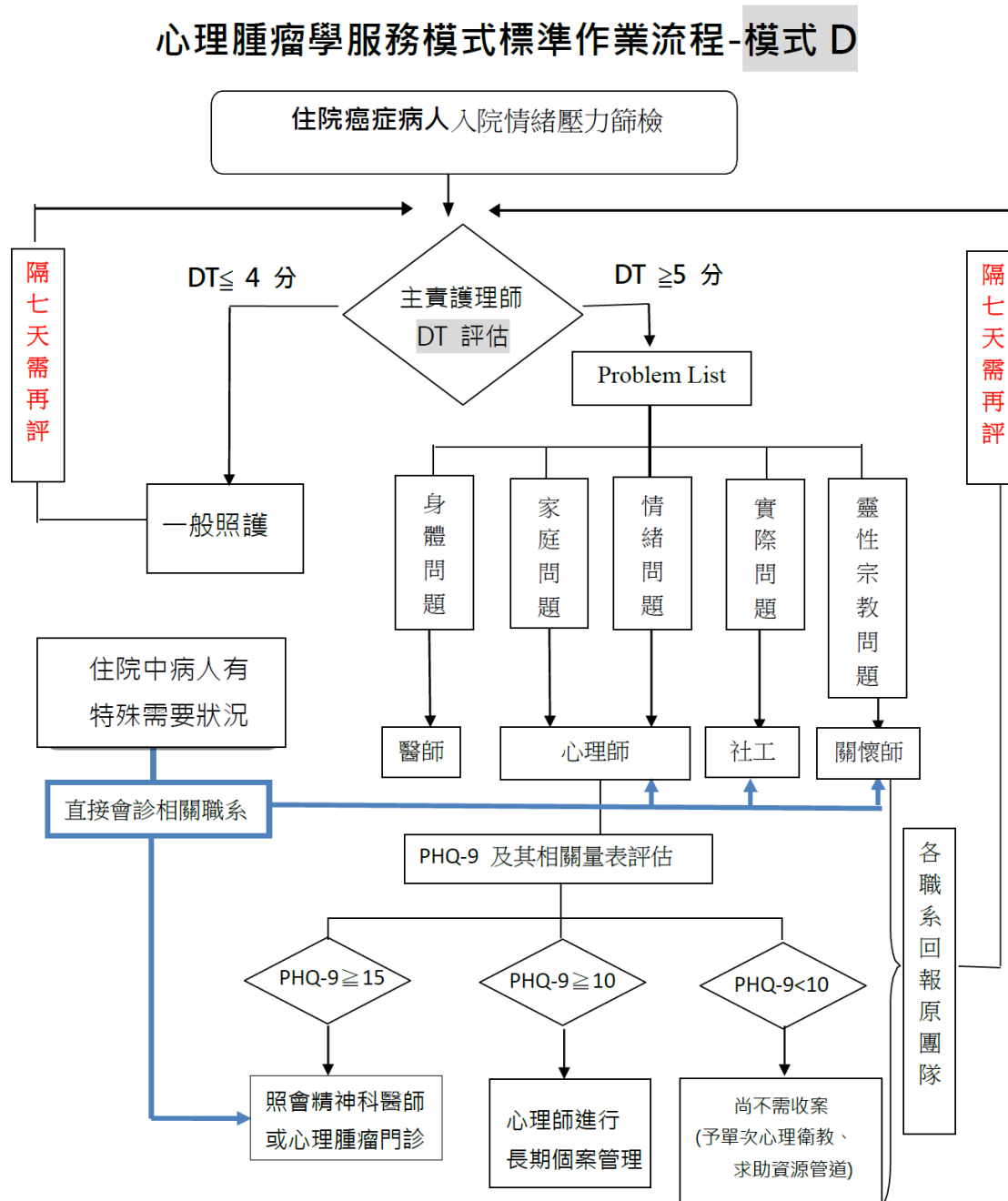
心理腫瘤學服務模式標準作業流程-模式 C



<評估工具為困擾溫度計 (Distress Thermometer, DT)>

說明：參與國民健康署「106 年醫院癌症診療品質精進計畫」1-4 分項之醫院
或
每年新診斷癌症病人總數為 1000 人以上【初建制心理腫瘤服務模式】

圖 4. 心理腫瘤學服務模式 D



<評估工具為困擾溫度計 (Distress Thermometer, DT)>

說明：醫院每年新診斷癌症病人總數 1000 人以上【理想型心理腫瘤服務模式】

【4】心理腫瘤醫學服務轉介與合作

Psycho-Oncology Service: Referral and Collaboration

心理腫瘤學服務的人力需求：良好的服務必須奠基於適當的人力，因此心理腫瘤學服務必須要有下列基本成員：護理師、心理師(臨床心理師或諮商心理師)、社工師、精神科醫師等。若有需要，可再加上靈性關懷師或是志工。台灣因有良好的癌症及安寧緩和醫療的發展，使心理腫瘤學服務的轉介與合作，可以在前者二大基石之下迅速的發展。

■癌症診療照護

台灣各醫院均已經有癌症委員會的組織，對全院癌症照顧的各種項目提供良好的管理。在癌症委員會的組織中，若能加上心理腫瘤學服務的相關編制，將能促進心理腫瘤學服務的轉介與合作。而就醫院型態，臨床服務發展策略建議如下：

一、臨床服務合作及轉介機制

(一)醫學中心的癌症委員會：建議成立專責心理腫瘤醫學服務的小組，成員包括所有可能涉及本服務的院內單位之同仁，訂定全院心理腫瘤服務的內涵、流程及轉介方式等，並定期追蹤檢討。

(二)區域醫院或地區醫院的癌症委員會：建議由精神科醫師與心理師列席參與，或納入正式委員，以共同討論癌症照顧相關議題。

二、聯合討論會：為促進心理腫瘤學服務之轉介與合作，心理腫瘤醫學服務成員在某些特殊議題或個案討論會參與癌症團隊的討論會，透過醫療團隊的合作，共同討論癌症病人照護議題，將有助於整體服務的提升。

■心理腫瘤學的六全照護

一、安寧緩和醫療的五全照護：台灣安寧緩和醫療有獨特於全球的服務哲學與模式，即所謂的五全照顧，包括：全人、全家、全隊、全程、全社區。詳述如下：

- (一) 全人：病人身體、心理、社會、靈性全方位的照顧。
- (二) 全家：病人的家人與照顧者也是醫療團隊照顧的對象。
- (三) 全隊：多元化的團隊成員偕同照顧。
- (四) 全程：提供病人與家屬全程照顧。
- (五) 全社區：從醫院到居家，甚至社區安寧療護，建立完整的社區服務體系。

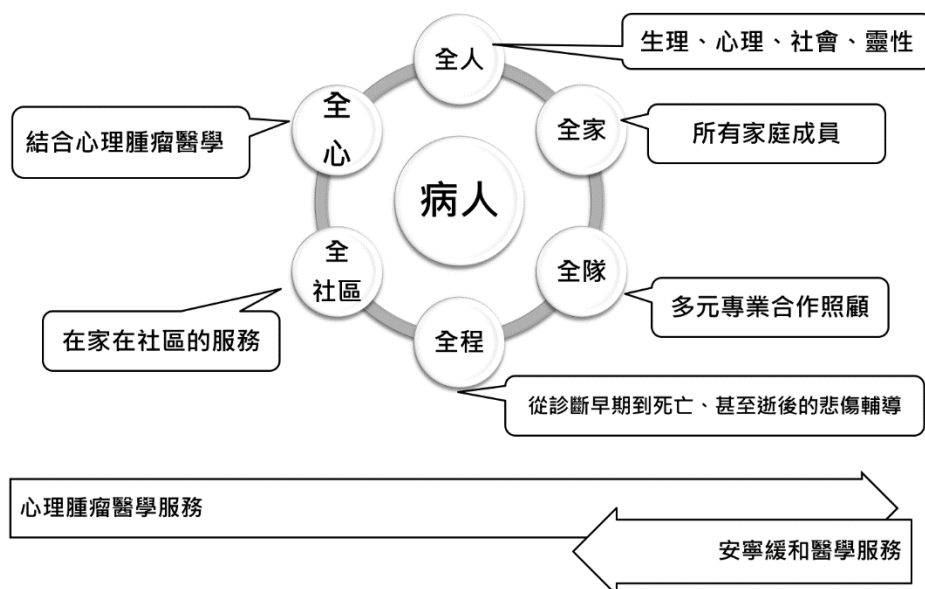
二、結合心理腫瘤學的照顧達到六全(圖 1)：馬偕紀念醫院在 2015 年提出結合心理腫瘤學服務，即第六全—全心，結合原本安寧緩和醫學強調的五全照護，以六全照護使癌症照顧更為完善。理由如下：

- (一) 全心讓全隊更有足夠的人力：結合心理腫醫學服務的團隊人力，讓原本安寧團隊只是專責非專任的相關專業可以更有人力資源來照顧病人。
- (二) 全心讓全程照顧無縫接軌：心理腫瘤醫學服務可以從疾病初診斷就開始展開服務，持續至疾病末期的安寧緩和醫學服務，自然能真正達到全程照顧的理想。

參考文獻：

1. 鄭致道、方俊凱：心理腫瘤學的現況與展望。當代醫學 2012；39：417-19。
2. Fang CK. Advancing progress in palliative care. The 20th World Congress of International Psycho-Oncology Society, Hong Kong, 2018.

圖 1. 結合心理腫瘤醫學與安寧緩和醫學服務的六全照護模式



【5】基礎溝通技巧

Basic Communication Skills

溝通是指兩位或兩位以上的人，以語言或非語言方式互相傳遞訊息、交換意見，建立同步的動態過程。醫療團隊與病人/家屬若能透過有效的溝通，不僅能明瞭病人/家屬的問題與需求，也能清楚地說明與疾病之診斷、處置、預後與照護，幫助病人/家屬得到適當的訊息、表達情感、減低醫療行為帶來的緊張與焦慮感，進而建立良好的醫病關係與達成治療的目標。反之，若溝通不良則可能導致病人與家屬對醫護專業之不滿與誤解，可見溝通能力是醫療照顧中重要的內涵，而溝通技巧也是醫療人員必須具備之核心臨床技能。

對於病人而言，因癌症帶來的衝擊，如何透過有效的溝通，增加癌症病人與家屬對於重要資訊的了解、治療的遵從性、減少精神困擾與抱怨、提升身、心、社、靈之完整照護，是癌症照顧的重要學習課題。

■基本的溝通技巧

醫病溝通之基本技巧，包括以下5個基本原則(CLASS)：溝通的準備(Context or setting, C)、傾聽的技巧(Listening skills, L)、情緒確認和探索的技巧(Acknowledgment and exploration of emotions, A)、處理策略(Management Strategy, S)及總結(Summary, S)。簡述如下：

一、溝通的準備

- (一)環境的準備(spatial arrangements)：隱私的環境、座位的安排。
- (二)身體語言、非語言行為(body language)：盡量保持身體放鬆。
- (三)眼神接觸(eye contact)：盡量保持眼神接觸。
- (四)適當的肢體接觸(touching the patient)：可碰觸病人可以接受的部位。
- (五)會談的開啟(commencing the interview)：確認病人知道會談者身份、要談甚麼。

二、傾聽的技巧

- (一)以開放性問題(open questions)詢問病人。
- (二)適當地保持沉默(silence)。
- (三)傾聽的過程要有適當的回應，如：“是..”、“嗯...”。
- (四)探詢病人想表達的意思(clarifying, ask-tell-ask)，並確實理解。
- (五)掌握時間。

三、情緒確認和探索的技巧

同理心的運用，要能確認病人經驗的情緒及引起病人情緒反應的原因，鼓勵病人多說一點自己的感受，特別是癌症病人常見之害怕、憂鬱、焦慮等情緒感受，並回應病人能理解其情緒反應。

四、處理策略

詢問病人，病人自己對病情，治療和預後的期望，尊重病人的看法，並給予真實之建議。

五、總結

每次溝通結束時，需總結此次溝通之重點，並詢問病人是否還有其他問題，與病人維持好的互動、促進彼此的理解。

■病情告知的溝通技巧

癌症病人之溝通議題中，壞消息之告知(Breaking bad news)為其中重要之一環。癌症病人在被診斷時，或治療後再度復發或轉移，或停止抗癌治療時，都需要醫療團隊成員給予病人與家屬、或病人希望被告知的對象，明確地告知病情，以便提供病人與家屬對於疾病進展及可接受之治療資訊，幫助病人與家屬了解病情狀態，並能協助其調適因為癌症與其變化帶來的生理、心理、社會與靈性等相關問題。

因著病人對於癌症診斷有其迷思、恐懼、且難以接受等負面情緒，醫療從業人員如何以循序、結構式、且能兼顧病人心理反應之溝通模式，即成為醫療界學習之課題。除上述所提之基本溝通技巧外，尤其要關注病人與家屬在得知病情當下之情緒衝擊，目前廣被各國醫界使用之SPIKES模式

及SHARE模式，下列引用唐、方及莊(2013)所整理之資料，幫助大家認識兩個常用模式(表1)。

表1. SPIKES與SHARE兩種癌症病情告知模式的比較

	SPIKES	SHARE
發展機構	美國MD Anderson Cancer Center	日本心理腫瘤醫學會 日本國立癌症中心東病院
發展依據	專家意見	實證研究依病人喜好發展而來
核心價值	以病人自主權為中心，在乎病人獲得詳細的資訊	顧慮東方文化全家參與的價值觀，在乎病人與家屬的情緒
告知所需時間	60分	10-15分
訓練時間	4-5天	2天或1天
師生比	1位師資: 5位學員	2位師資: 4位學員
可訓練之癌症別	5種(乳癌、攝護腺癌、淋巴癌、肺癌、黑色素癌)	26種癌(學員可以依專長選擇癌症別)
全球推廣的國家	美、英、德、中國	日本、台灣、中國、南韓

(唐、方、莊，2013)

台灣心理腫瘤醫學學會推廣的病情告知模式為SHARE model，此模式經由日本心理腫瘤醫學會與日本國立癌症中心東病院，經深度訪談571位病人及7位腫瘤科醫師後，整理其認為應注意的告知程序與醫療團隊要件，萃取出70項目，歸類為四大構面：設定支持性的環境(Supportive environment)、告知壞消息(How to deliver the bad news)、提供附加資訊(Additional information)與提供再保證及情緒支持(Reassurance and Emotional support)，簡稱為SHARE model，另設計出以角色扮演之訓練方式，學員學習後確實有助於其病情告知之能力，並於過程中學習適時提供情緒支持，值得繼續推廣給醫療團隊成員。

結語

現今醫療環境中，如何達成以病人為中心的溝通，並提供適合病人的醫療建議與照護，且能與病人共同進行醫療決策，已被視為醫療照護品質之表現，而善用基本溝通技巧與病情告知技巧，有助於醫病關係建立，進而真正幫助病人與家屬面對疾病與治療，故持續精進基本溝通，學習病情告知，都是從事癌症照護之醫療團隊必須不斷溫故知新的技能。

參考文獻：

1. 李玉嬋：常用的醫病溝通技巧。諮商與輔導 2008; 269: 51-58
2. 唐婉如、方俊凱、莊永毓：癌症病情告知教育。台灣醫學 2013;17:141-8
3. 唐婉如：發展進階護理師的癌症病情告知訓練。腫瘤護理雜誌 2016; 16: 87-97
4. Cumming, A. D. & Noble, S.I.R. Good medical practice. In Walker, B.R., Colledge, N.R., Ralston, S. H., & Penman, I.D.ed. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 21th ed. Elsevier. 2014: 1-16.
5. Hughes, M. Communication Issues for oncology nurses at difficult times. In Burke, C. C. Burke, CC. ed. Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care. 1st. ed. Pennsylvania: Oncology Nursing Society. 2009:159-183.
6. Tang WR, Chen KY, Hsu SH. et al.: Effectiveness of Japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling. Psycho-oncology 2014; 23; 259-65.
7. Tang WR, Fang JT, Fang CK, Fujimori M: Truth telling in medical practice: students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice. - 2013; 22; 1605-10.
8. Tang WR, Hong JH, Rau KM et al. Truth telling in Taiwanese cancer care: patients' and families' preferences and their experiences of doctors' practices. Psycho-oncology. 2017; 26; 999-1005.

【6】醫病共享決策溝通技巧訓練

Communication Skill Training : Shared Decision Making

醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)這個名詞最早在 1982 年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上被提出，醫病共享決策是以病人為中心，醫師和病人之間維持夥伴關係，醫師協助病人了解醫療的資訊及治療選項間的利弊、引導病人表達自己的喜好或想法並協助病人做出醫療決定。國際間已有不少共享決策的理論架構可做為溝通技巧訓練的參考，其中又以 Dr. Elwyn 提出的 Three talk model 最為簡明。

■ Three talk model 和測量工具：

雖然 SDM 的概念持續被提倡，卻缺乏明確的臨床指引，導致臨床應用受限。Dr. Elwyn 發展 Three talk model，目的是提出一個創新且實際可行的溝通模式，以利臨床應用，協助醫病雙方做出高品質的醫療決策。Three talk model 是由Dr. Elwyn領導各國跨領域專家經過不斷的討論並歸納過去研究發展而來，Elwyn等人認為 SDM 是一個商議(deliberation)的過程，此過程包含三個步驟。最初的模式於 2012 年提出，包含：選擇溝通(choice talk)、選項溝通(option talk)及決策溝通(decision talk)。而後Elwyn等人根據研究及臨床經驗，將模式作出部分修改，最大的改變為：(1)將選擇溝通(choice talk)修改為團隊溝通(team talk)，以及(2)將商議最後的結果允許於會談後再作出決定(decision)。2016 年起強調 SDM 的三大步驟為：團隊溝通(team talk)、選項溝通(option talk)、及決策溝通(decision talk)(見圖1) 三步驟分別說明如下：

一、首先為團隊溝通(team talk)，是指邀約病人參與決策過程，讓病人了解他是自己身體的專家，其重要性等同於醫師的專業知識，在 SDM 過程中雙方為夥伴關係，應共同考量醫療決策的重要性，並積極參與決策。

二、選項溝通(option talk)，是指提供病人關於治療選項的相關資訊，

這個階段醫師或團隊成員應使用病人決策工具(patient decision aid, PDA) 輔助說明，和病人討論治療選項間的實證依據，最核心的重點即是協助病人仔細分析治療間的利弊及風險。

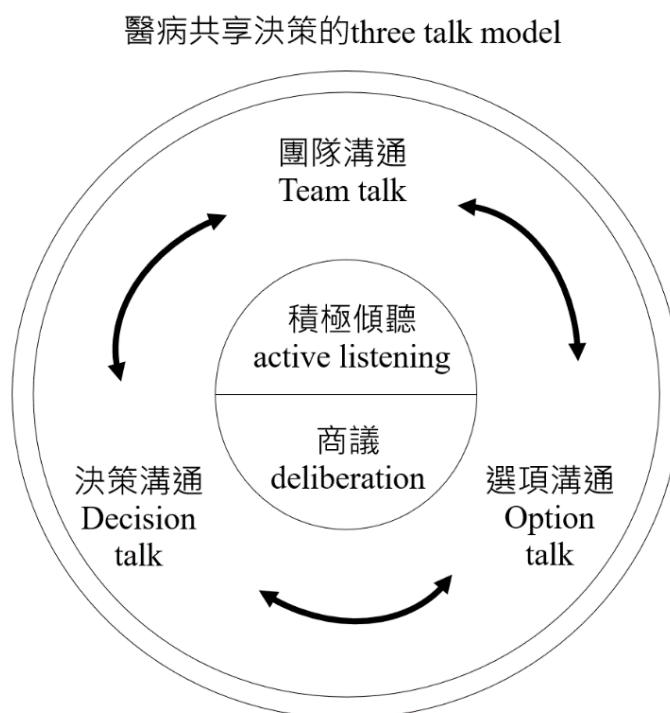
三、決策溝通(decision talk)，在此階段醫師要協助病人探索、建構和整合個人對治療的喜好，並與病人共同做出最適合且可行的治療決定，醫師在過程中應對病人的喜好保有高度的好奇心與尊重，Dr. Elwyn 認為這也是醫師最缺乏和最需要被訓練的階段。三個步驟中又各細分為 4-6 個重要元素不等 (表1)。

並非所有的臨床情境都需要執行 SDM，專家指出適合的情境包括：(1)當治療選項之間利弊相當時、(2)當治療的效果取決於病人的遵從性時、(3)當治療選項須在短期與長期結果之間進行權衡時、及(4)當病人執著於罕見的治療效果時。本學會認為共享決策也適用於重大疾病轉折點，如：癌症病人需要轉變治療方向；缺乏足夠證據支持最佳治療選項時；或病人及家屬主動提出討論的需求時。

結語：

治療選項的溝通是醫師最常執行的醫療業務之一，對於醫療人員而言，SDM 相關溝通技巧的訓練是必需的，不僅能培養醫師對於病人治療喜好的敏感度，也可以提升探索病人喜好或想法的溝通技巧。Three talk model 是在實證依據下發展完整的理論架構，可提供醫療人員在執行 SDM 的過程中運用有效的溝通技巧，以促進病人參與討論的意願。

圖 1. 2017 年的 Three talk model



概念圖修改自 Glyn Elwyn et al. BMJ 2017;359:bmj.j4891

表 1. Three talk model 的步驟及重要元素

步驟	重要元素
團隊溝通(team talk)	1. 建立合作 (establishing collaboration) 2. 聲明選擇 (declaring alternatives) 3. 解釋商議 (justifying deliberation) 個人喜好 (personalizing preferences) 不確定性 (uncertainty) 4. 觀察反應強化支持 (checking reaction, reinforcing support) 5. 延緩會談結束 (deferring closure)
選項溝通(option talk)	1. 了解認知 (check knowledge) 2. 列出選項 (list options) 3. 說明選項 (describe options) 4. 弊與利 (harms and benefits) 5. 提供決策輔助協助 (providing patient decision support) 6. 總結(summarising)
決策溝通(decision talk)	1. 聚焦於病人喜好(focus on preferences) 2. 引出和整合喜好 (elicit and integrate preferences) 3. 做出決策(moving to a decision) 4. 提供回顧

參考文獻：

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1361-1367.
2. Elwyn G. The three talk model of shared decision making. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R, eds. *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. 3th ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2016; 78-85.
3. Elwyn G, Lloyd A, May C, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns* 2014; 97(2): 158-164.
4. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012; 345: e6572.
5. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2): 93-99.
6. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Educ Couns* 2013; 93(2): 265-271.
7. Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, Ozanne EM. Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns* 2013; 93(1): 102-107.
8. Kassirer JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994; 330(26): 1895-96.
9. Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB. Shared decision making in ICUs: an American college of critical care medicine and American thoracic society policy statement. *Crit Care Med* 2016; 44(1): 188-201.
10. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci* 2016; 11(1): 114-124.

貳、癌症病人常見的精神症狀

【7】焦慮與憂鬱

Anxiety and Depression

焦慮與憂鬱是癌症病人常見的情緒障礙，以DSM系統的診斷標準據統計約9.8%~10.3%癌症病人出現焦慮(anxiety disorder)約20.7%~24.6%癌症病人出現憂鬱。臨床上執行病人情緒障礙的篩檢與評估，進而給予適當的支持與處置是必要的。

■ 正常與病態性的情緒，下列徵兆可供介入之參考：

- 一、 與所面臨的壓力不成比例時
- 二、 持續不變或逐漸惡化
- 三、 症狀改變的程度不被接受；
- 四、 功能的障礙。

當病人有正常的情緒困擾且需要專業團隊協助時，可提供情緒的支持；另當病人出現病態性的情緒，甚至符合精神病理學的表徵(如DSM診斷系統所定義的精神疾病)時，則需給予以實證醫學為根基的處置，必要時轉介身心科專業人員進一步評估與治療。

■ 焦慮症：

一、 臨床表現：

包含了心理與生理部分(表1)。當急性焦慮出現時，可能以恐慌發作(panic attack)的形式來表現。然而癌症病人焦慮症的成因除了是壓力所致之反應之情緒反應外，更需鑑別是否為生理因素所造成(如表2)。

表1. DSM系統-焦慮的臨床表現

心理部分	生理部分
-擔憂、憂慮、害怕與恐懼 -侷促難安 -過多且難以控制的擔心 -不確定性	-心悸或頻脈 -胸痛或胸悶 -呼吸困難或喘不過氣的感覺 -顫抖或搖動的感覺 -口乾、噁心、腹部不適 -頭暈、快昏倒的感覺 -身體異感,如麻或刺痛感 -身體感覺潮紅或發冷。

表2. 癌症病人焦慮的成因

病人罹癌前後所產生的共病精神症狀	如恐慌症、泛焦慮症、創傷後壓力症候群、幽閉恐懼症
癌症所致的壓力及適應過程產生焦慮情緒	病人面對初步診斷、復發、轉移與癌症末期告知壞消息之情緒反應，或適應障礙(adjustment disorders)
因疾病與治療衍生之焦慮症狀	貧血 (Anemia) 呼吸道疾病(肺炎、肺栓塞) (Respiratory distress, ex. pneumonia, pulmonary embolism) 充血性心衰竭/心肌梗塞 (Congest heart failure / Myocardia infarction) 甲狀腺亢進 (Hyperthyroidism) 高血鈣 (Hypercalcemia) 低血糖 (Hypoglycemia) 低血鈣 (Hyponatremia) 藥物 (ex. steroid, antiemetic)

二、臨床處置介入

1. 各式心理治療：如放鬆訓練、支持性心理治療、團體治療或個別心理治療。
2. 藥物治療(如表3)

表3. 治療焦慮症藥

Benzodiazepine類	Antidepressants類
Alprazolam	Fluoxetine
Clonazepam	Paroxetine
Diazepam	Sertraline
Lorazepam	Citalopram
Oxazolam	Escitalopram
	Venlafaxine
	Duloxetine

■ 憂鬱症：

1. 症常見臨床表現，依DSM診斷系統診斷憂鬱之症狀(表4)臨床上憂鬱症的照護，特別要重視癌症病人自殺的風險，其危險因子(表5)。
2. 癌症病人憂鬱的成因除面對疾病的所導致心理因素外，更要鑑別診斷各種生理因素所產生之憂鬱症狀(表6)。
3. 臨床上除積極處理導因外，另給予病人心理支持來緩解病人的身體症狀。病態性的憂鬱，可考慮非藥物的心理治療介入，以及抗憂鬱藥物的使用(表7)。另提醒臨床上抗憂鬱藥物的使用要特別注意與抗癌治療相關藥物交互作用(drug-drug interactions)(表8)。

表4. DSM 系統-憂鬱症臨床表現

1.憂鬱情緒
2.失去興趣或愉悅感降低

3. 體重、食慾明顯增加或減少(如1個月內體重變化量>5%)
4.失眠或嗜睡
5.精神運動性激動或遲滯
6.失去活力及勞累疲倦
7.無價值感或有不合宜罪惡感
8.思考能力與專注能力漸低，或是猶豫不決
9.有死亡想法、自殺意念或舉動

表5 癌症病人自殺風險的危險因子

分類	因素
社會人口因素	中老年 男性 單身、離婚、鰥寡者
精神疾病	罹癌前精神病史 憂鬱 焦慮 家族精神疾病病史與自殺病史
心理社會因素	支持系統薄弱 失去獨立性、感覺成為他人負擔
疾病因素	嚴重疼痛未緩解 疾病預後不佳 末期病人 初診斷的病人 治療期長的病人或特殊部位癌症
其他	曾自殺或過去有自殺意念者 有強烈自殺意念者

表6. 癌症病人憂鬱之成因

罹病情緒反應	對於初診斷、復發、轉移與疾病末期壞消息的調適反應，嚴重時產生適應障礙甚至是重度憂鬱
特殊部位癌症	腦癌、胰臟癌
疾病或治療而導致的生理變化	甲狀腺低下、庫賈氏症、電解質不平衡
藥物	類固醇、化療藥物(如 IL-2、-vinca-alkaloids、L-asparaginase、procabazine)等
症狀	難以緩解疼痛

表7. 抗憂鬱藥物

SSRIs	SNRIs
Fluoxetine Paroxetine Sertraline Citalopram Escitalopram	Venlafaxine Duloxetine Milnacipran
NaSSA	NDRI
Mirtazapine	Bupropion

表8 抗憂鬱藥物與抗癌藥物交互作用對照表

抗憂鬱藥物	影響程度	臨床使用建議
Venlafaxine	些許 (Minimal)	首選藥物
Mirtazapine	些許 (Minimal)	權衡利弊再使用
Citalopram	輕度(Mild)	權衡利弊再使用
Escitalopram	輕度(Mild)	權衡利弊再使用
Sertraline	中度(Moderate)	權衡利弊再使用
Duloxetine	中度(Moderate)	權衡利弊再使用
Paroxetine	嚴重(Severe)	避免使用
Fluoxetine	嚴重(Severe)	避免使用
Bupropion	嚴重(Severe)	避免使用

參考文獻：

1. Holland J, Greenberg D, Hughes M. Quick reference for oncology clinicians: the psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management. 2006: 179.
2. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12(2): 160-74.
3. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: Where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2010.
4. Stark DP, House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 2000; 83(10): 1261-7.
5. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst*

Rev 2015; (6): CD011006.

6. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 80-92.
7. Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 105-11.
8. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. Depression in cancer patients. *EJC Suppl* 2013; 11(2): 205-15.
9. Desmarais JE, Looper KJ. Interactions between tamoxifen and antidepressants via cytochrome P450 2D6. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(12): 1688-97.

【8】癌症病人常見的精神症狀~認知功能障礙

Common mental disorder in cancer patients~ cognitive impairment

認知功能障礙是癌症病人常見精神疾患，常造成病人身體、心理、生活品質、與醫療決策過程的影響，醫療人員應當熟悉癌症病人認知功能障礙的症狀，相關處置與預後的相關因素。能有效評估出癌症病人認知功能障礙，並給予適切的介入，下列評估工具可供醫療人員參考：

■ 認知功能的評估工具

一、MMSE (Mini-mental State Examination) 總分30分

類別	分數	評估項目
定向力	10	時間定向力 (5) 與 地點定向力 (5)
訊息登錄	3	目的是要受試者學習三樣東西，稍後要作為短期回憶的測試使用
注意力與計算力	5	請受試者由 100 減 7 等於？ 再減 7 等於？…連續進行五次
短期回憶	3	詢問受試者是否記得先前重述的三樣東西 (順序無所謂)
語言理解、空間概念、與操作能力	9	兩個一般常用物品的命名 (2) 請受試者重述一個句子 (1) 請受試者讀“請閉上眼睛”並做出動作 (1) 請受試者造一個句子並把它寫出來 (1) 請受試者抄繪兩個五邊型其交叉為四邊型的圖形 (1) 請受試者在聽完“用你的左手來拿這張紙，將它對折一半，然後交還給我”的題目後依序做出動作 (3)。

二、混淆評估方式(Confusion Assessment Method, CAM) 4 題

意識狀態的急性改變或反覆波動 (acute onset and fluctuating)

注意力缺損(inattention, distractibility)

思維紊亂(disorganized thinking)

意識清晰度的改變(altered consciousness)

三、臨床失智評分量表(Clinical Dementia Rating Scale, CDR)

評估記憶力、定向感、解決問題能力、社區活動能力、家居嗜好、和自我照顧能力。

■ 認知功能障礙型態

一、急性譫妄(acute delirium)與病程起伏、注意力缺損、與急性生理變化有關。可能導因如下：

D	Drugs, dehydration, detox, deficiencies, discomfort (pain)
E	Electrolytes, elimination abnormalities, environment
L	Lungs (hypoxia), liver, lack of sleep, long ED stay
I	Infection, iatrogenic events, infarction (cardiac, cerebral)
R	Restraints, restricted movement/mobility, renal failure
I	Injury, impaired sensory input, intoxication
U	UTI, unfamiliar environment
M	Metabolic abnormalities (glucose, thyroid), metastasis (brain), medications

二、慢性器質性腦病變(chronic organic brain syndrome)

三、癌症治療後認知功能異常

■ 影響認知功能相關因素

- 一、 疼痛、停經、疲倦
- 二、 腦癌、放射治療與認知功能障礙：急性期與慢性期(六個月以上)
- 三、 化學治療與認知功能障礙(chemo brain)：多因素模型，常見於血癌、乳癌病人。
- 四、 慢性精神疾患：焦慮、憂鬱

■ 治療指引

藥物治療
失智症藥物：Donepezil (reversible acetylcholinesterase inhibitor)
抗精神病藥物(Antipsychotics)
抗焦慮劑(Anxiolytics)
精神興奮劑(Psychostimulants)：Modafinil and methylphenidate
非藥物治療
放鬆訓練
衛教
職能訓練
認知訓練
生理回饋

參考文獻：

1. Duffy, J.D. and A.D. Valentine, MD Anderson Manual of Psychosocial Oncology. 1 ed. 2011: McGraw-Hill Education / Medical. 400.
2. Grassi, L. and M. Riba, Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective. 1 ed. 2012: Wiley-Blackwell.
3. Holland, J.C., et al., Psycho-Oncology. 2nd ed. 2010: Oxford University Press.

4. Mary-Ellen Meadows, PhD, ABPP. Cognitive function after cancer and cancer-related treatment. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on September 02, 2017.)
5. MMSE TDS 建議版 - 台灣臨床失智症學會
6. Geri-EM網頁: <https://geri-em.com/cognitive-impairment/causes-of-delirium/>

【9】物質使用障礙症

Substance use disorders

物質使用障礙症是當代社會常見的問題，癌症照護中也常見到癌症病人有物質使用障礙症。物質使用障礙症的因素與身體、心理與社會層面都息息相關，也經常影響到癌症病人的治療、情緒狀態、與預後，值得關注。

■ 物質使用障礙症評估

一、物質使用的問題

（一）控制困難

1. 使用的劑量比預期多
2. 無法戒除
3. 使用的時間比預期多
4. 渴求慾望

（二）社會功能

1. 角色義務
2. 人際困難
3. 活動減少

（三）危險使用

1. 傷害身體
2. 明知故犯

（四）藥理反應

1. 耐受性
2. 戒斷症狀

二、物質戒斷症狀(substance withdrawal)

■ 物質使用障礙症的種類

一、酒精(alcohol)

(一) 酒精與癌症的關聯性：口腔癌、咽喉癌、喉癌、食道癌；
(可能相關)乳癌、肝癌。

1. 基因型的影響
2. 吸菸的加乘效果

(二) 篩選問句：過去三個月，曾經使用五個單位的酒飲。

1. 各種酒精飲料的酒精含量
2. 男女酒精成癮的標準

(三) 酒精戒斷與治療

(四) 酒癮之藥物與非藥物治療

一、菸品(cigarette)

(一) 尼古丁成癮度測試（新版Fagerstrom量表）

(二) 尼古丁替代療法：口嚼錠、貼片、吸入劑、口含錠

(三) 非尼古丁戒菸藥物:戒必適 (Champix)、威博雋
(Wellbutrin)

四、鴉片類藥物(opioid)與其他非法藥物(illicit drugs)

五、精神用藥(psychotropic)

■ 影響物質使用障礙症的相關因素

一、 癌症疼痛

二、 焦慮、憂鬱

三、 擬身體化症狀

四、 人格疾患

五、 癌症病人家屬的成癮疾患

■ 治療指引

一、 藥物治療

(一) 抗精神病藥物(Antipsychotics)

(二) 抗焦慮劑(Anxiolytics)

二、 非藥物治療：戒菸、酒、檳榔方案。

三、 團隊介入

(一) 身心診療團隊

(二) 疼痛控制團隊

(三) 管制藥品小組

參考文獻：

1. 衛生福利部國民健康署《戒菸教戰手冊》
2. Duffy, J.D. and A.D. Valentine, MD Anderson Manual of Psychosocial Oncology. 1 ed. 2011: McGraw-Hill Education / Medical. 400.
3. Grassi, L. and M. Riba, Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective. 1 ed. 2012: Wiley-Blackwell.
4. Holland, J.C., et al., Psycho-Oncology. 2nd ed. 2010: Oxford University Press.

【10】人格障礙症

Personality Disorder

人格障礙症是很常見的精神疾患，癌症病人如果有人格障礙，經常會增加照顧的困難，及早辨認與合宜的處理可以減少因之所帶來的照顧困擾。

- 人格的定義：一個人，在不同情境裡會有不同的行為，但在其中，總是找得到一些共通的根本特質，這特質，就可以稱為人格 (personality)。
- 在癌症照護需要評估與了解病人的人格，因為：
 - 一、人格異常者對身體疾病與治療，可能會有不尋常的反應。
 - 二、異常人格對於壓力事件，可能做出不同的反應。
 - 三、當人格異常時，疾病的臨床表徵可能發生變化，不易診斷。
 - 四、異常人格所產生的行為，可能對其他人產生威脅或危險。
- 人格評鑑的基本架構，包括：社會關係、情緒、個人特質、態度、嗜好、信念以及標準等。
- 人格障礙之一般性診斷準則：
 - A. 一種有關內在經驗及行為的持續模式，與此人文化背景所預期者偏離甚遠。此模式表現於下列的領域：(兩種或兩種以上)
 - 1. 認知 (cognition)
 - 2. 情感度 (affectivity)
 - 3. 人際功能 (interpersonal functioning)
 - 4. 衝動控制 (impulse control)
 - B. 此持續模式在廣泛的個人及社會情境中，皆為無彈性且普遍存在。
 - C. 此持續模式造成臨床上重大痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能。

- D. 此模式相當穩定且為時甚長，其初發至少可追溯至青春期的早期。
- E. 此持續模式無法以其他精神疾患的表現或後遺症作更佳解釋。
- F. 此持續模式並非一種物質使用或一般性醫學狀況的直接生理效應所造成。

■ 人格障礙症的分類(DSM 分類)

A 型：以認知為主的人格障礙

- 1. 妄想型人格障礙症(paranoid personality disorder)
- 2. 孤僻型人格障礙症(schizoid personality disorder)
- 3. 分裂病型人格障礙症(schizotypal personality disorder)

B 型：以情感度與衝動控制為主的人格障礙

- 4. 反社會性人格障礙症(antisocial personality disorder)
- 5. 邊緣性人格障礙症(borderline personality disorder)
- 6. 戲劇性人格障礙症(histrionic personality disorder)
- 7. 自戀性人格障礙症(narcissistic personality disorder)

C 型：以焦慮與恐懼為主的人格障礙

- 8. 畏避性人格障礙症(avoidant personality disorder)
- 9. 依賴性人格障礙症(dependent personality disorder)
- 10. 強迫性人格障礙症(obsessive-compulsive personality disorder)

■ 人格障礙症的處理原則

- 一、適當的目標，慢慢的達成。
- 二、協助病人從經驗中學習。
- 三、設定病人與別人的界限。
- 四、增加病人自我強度。
- 五、減少誘發情緒的因素。
- 六、避免過多藥物的使用。
- 七、協助病人的家屬。

■ 專業人員反移情的自我調整

- 一、敏感病人的移情。
- 二、檢視自我內在的反移情。
- 三、團隊合作的重要。
- 四、了解病人優先於處理病人。
- 五、界限的拿捏需要有原則及彈性。
- 六、處理有困難時→再度評估人格。

參考文獻：

1. 方俊凱。辯證行為治療：蓄意自傷與自殺企圖的治療模式。諮商與輔導，2007;261:37-42。
2. 吳光顯，何志仁等譯。精神醫學(原著：Michael Gelder)。藝軒圖書出版社，2001。
3. 臺灣精神醫學會。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。合記經銷，2014。

【11】失志症候群

Demoralization Syndrome

癌症病人的「失志症候群」(demoralization syndrome) 一詞，最早由澳洲墨爾本 David M. Clarke 與 Kissane 學者提出，此包含存在的絕望 (existential despair)、無望感 (hopelessness)、無助感 (helplessness)、與生命意義與目的之失落 (loss of meaning and purpose of life)。

■ 失志症候群的盛行率與自殺風險：

- 一、根據國外文獻指出，癌症病人的失志症候群盛行率約 13.4% 至 49.1%。而台灣本土研究發現，沒有接受心理腫瘤學服務的癌症病人其失志症候群的盛行率在門診癌症病人達 49.1%，住院癌症病人達 42%(表 1)。
- 二、失志症候群的癌症病人有高度的自殺風險，並有尋求安樂死的可能性，因此在癌症診治時需特別關注。

表 1. 癌症病人失志的盛行率

作者	發表年分	診斷標準	盛行率	癌症別	國家或區域
Kissane, et al.	2004	DS ¹ ≥ 30	37%	未分類	澳洲
Grassi, et al.	2004	DCPR ²	28.6%	乳癌	義大利
Grassi, et al.	2007	DCPR	28.8%	未分類	歐洲
Mullane, et al.	2009	DS ≥ 30	13.4%	未分類	愛爾蘭
Mehnert, et al.	2011	DS ≥ 30	39.2%	未分類	德國
Lee, et al.	2012	DS-MV ³ ≥ 30	49.1%	未分類	台灣
Porcelli, et al.	2012	DCPR	37.0%	未分類	義大利

¹DS: Demoralization Scale; ²DCPR: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research; ³DS-MV: Demoralization Scale- Mandarin Version

本表摘自：方俊凱：癌症病人的失志症候群。台灣醫學 2013;17:149-54。

■ 失志症候群的診斷準則：

- 一、存在的痛苦(existential distress)：失去生活的意義與目標，失去希

望。

二、悲觀的態度，無助感，被困住感，專注自己的失敗，缺乏有價值的未來。

三、對於適應不同情境的動機下降。

四、社會疏離，孤立，缺乏支持感。

五、此現象持續超過 2 週。

■ 失志症候群與憂鬱症的比較：

一、失志症候群偏向心理機轉調適困難後的反應；憂鬱症偏向神經生理機能下降的反應。

二、失志症候群的感知理解功能比較近於一般人；憂鬱症的感知理解功能變得比較遲鈍。

三、失志症候群與憂鬱症兩者可以單獨存在，也可共存(表 2)。

四、失志症候群與憂鬱症的癌症患者都有自殺的風險，但失志症候群患者的自殺風險更高。

表 2. 以「失志量表」為工具的研究，癌症病人失志的盛行率*

	發表年份	個案數	無憂鬱	有憂鬱	有憂鬱	無憂鬱	高失志
			低失志	低失志	高失志	高失志	總比率
澳洲	2004	100	47%	6%	33%	14%	37%
德國	2011	516	56.2%	4.6%	19.6%	19.6%	39.2%
台灣	2012	234	47.2%	3.8%	21.7%	27.4%	49.1%

*三個研究均以 PHQ-9< 10 為無憂鬱情緒，PHQ-9≥ 10 為有憂鬱情緒，DS< 30 為低失志，DS≥ 30 為高失志。

本表摘自：方俊凱：概述失志症候群。安寧療護 2011;16:371-9。

■ 失志症候群的評估

一、評估工具「失志量表」由 David Kissane 於 2004 年發展，共有 24 題。「失志量表中文版」由方俊凱等翻譯並經信效度測試通過。失

志量表大於等於 30 分即代表有高失志。

二、失志量表的主成份分析有五個面向，包括：無意義感(loss of meaning)，情緒不安感(dysphoria)，沮喪感(disheartenment)，無助感(helplessness) 及失敗感(sense of failure)。

表 3. 失志量表的信度分析

	DS (Kissane, 2004) Cronbach's alpha	DS-MV (Hung, 2010) Cronbach's alpha
總量表	0.94	0.92
無意義感	0.87	0.84
情緒不安感	0.85	0.69
沮喪感	0.89	0.88
無助感	0.84	0.72
失敗感	0.71	0.63

■ 失志症候群的預防與治療：

一、預防：目前雖然沒有足夠的證據來顯示如何預防失志症候群的發生，但是在臨床上提供常態性的心理腫瘤醫學服務，一般被相信有助於預防失志症候群的發生。

二、治療：目前雖未有足夠的研究結果來支持如何治療失志症候群，但是根據既有的研究發現，若能增加病人的意義感與存在價值，甚至能夠促進創傷後成長(post traumatic growth, PTG)，就有可能治療未合併憂鬱症的失志症候群。若合併憂鬱症，則需要考慮合併使用抗憂鬱劑。目前被認為可以處理失志症候群的心理治療模式如下：

(一)認知存在團體治療(cognitive existential group therapy)：由澳洲 David Kissane 發展。

(二)尊嚴治療(dignity therapy)：由加拿大 Harvey Chochinov 發展。

(三)意義中心治療(meaning-centered psychotherapy)：由美國 William Breitbart 發展。

(四)平靜模式(CALM: Managing Cancer and Living Meaningfully)：

由加拿大 Gary Rodin 發展。

(五)存在認知治療(existential cognitive therapy)：由台灣方俊凱與李佩怡發展。

參考文獻：

1. 方俊凱、李佩怡：癌症末期併憂鬱症病人之心理治療：存在一認知模式初步建構。安寧療護 2008;13:411-30。
2. 方俊凱：概述失志症候群。安寧療護 2011;16:371-9。
3. 方俊凱：癌症病人的失志症候群。台灣醫學 2013;17:149-54。
4. 洪曉琪等：癌症病人失志量表中文版之信效度檢測。內科學誌 2010;21:427-35。
5. Fang CK, et al.: A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. Support Care Cancer 2014; 22:3165-74.
6. Lee CY, Fang CK, et al.: Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. Support Care Cancer 2012; 20:2259-67.
7. Li YC, et al.: Posttraumatic growth and demoralization after cancer: The effects of patients' meaning-making. Palliat Support Care 2015; 13:1449-58.

【12】心理腫瘤學的精神急症(含高自殺風險與危機處理)

Emergent Psychiatric Condition (Including High Suicide Risk and Crisis Intervention)

心理腫瘤學的精神急症可以分為兩大類：(一)、精神認知功能路徑(pathway)的急性失能(acute dysfunction)，包括原本的精神疾病的急性發作，以及譫妄(第 8 章)；(二)、精神認知內容(content)的存在危機(existential crisis)，進而導致高自殺風險。

■ 原本精神疾病的急性發作

一、常見的精神急症發作，包括情感性疾病，即雙極性情感疾病(bipolar disorders)與憂鬱症(major depressive disorder)，與思覺失調症(schizophrenia)。

二、癌症病人精神急症發作的原因：

1. 病人中斷服用精神藥物：包括病人自行停止服藥，以及腫瘤科醫師擔心藥物交互作用而建議停止服用精神藥物。
2. 精神藥物與抗癌藥物的交互作用，導致兩類藥物的作用都變差，引發原本穩定的病情發生變化。

■ 精神急症的治療處遇

一、避免藥物交互作用

肝臟會產生細胞色素 P450(cytochrome P450)這類的酶(enzyme)來代謝藥物，若兩個以上的藥物同時對某一種細胞色素 P450 有影響，則可能導致藥物濃度發生變化，引發病情不利的變化。為避免長期服用精神科藥物產生抗癌治療的影響，建議抗癌的精神藥物服用病人使用下列建議藥物：

- (一) 抗憂鬱劑：escitalopram、citalopram、venlafaxine、milnacipran、mirtazapine。

- (二) 抗精神病劑：sulpiride、amisulpiride、paliperidone。
- (三) 鎮定安眠劑：多數此類藥物會影響細胞色素 P450，但病人常有需求，因此建議劑量應在安全使用範圍內，避免病人過度依賴。

■ 癌症病人自殺風險

一、 癌症病人的自殺風險

癌症病人自殺死亡率除以一般人口自殺死亡率稱之為標準化死亡比(standardised mortality ratio, SMR)，美國癌症病人 SMR 約為 2 倍。根據研究發現，台灣自 1985 至 2007 年的統計發現，1985 至 1992 年的 SMR 為 5.55，1996 至 2007 年的 SMR 為 4.42，明顯高於其他國家。

二、 癌症病人自殺的危險因子包括：

- (一) 初診斷後。
- (二) 對身體功能產生嚴重影響的癌症。
- (三) 性別差異。
- (四) 個人經濟資源的不足。
- (五) 醫護人員無法發現癌症病人的情緒障礙。
- (六) 失志症候群
- (七) 憂鬱症

■ 癌症病人的自殺危機處理

由於癌症病人的自殺意念或自殺行為，通常是無法被診斷為嚴重精神疾病，因此多數不能以精神衛生法來執行強制住院治療。以下針對有無出現自殺行為建議處理方式。

一、 病人有自殺意念，尚無自殺計畫或行為

第一線醫療人員須立即給予情緒支持，建議盡速會診心理師或社工師進行自殺風險評估，必要時會診精神科醫師。團隊也需要盡快為

病人建立起情緒支持網絡，避免病人有過度的無助、無望感。

二、 病人有自殺計畫或已經有行為出現

除了上述的處理模式之外，應立即啟動自殺防治機制，並以最快速度會診精神科醫師協助評估與診斷是否有憂鬱症或失志症候群，必要時給予藥物處理。

(一) 緊急藥物可用針劑協助鎮定，包括：鎮定劑：lorazepam 或 midazolam。

(二) 抗精神病劑：haloperidol 或 olanzapine。

三、 長期心理腫瘤醫學服務團隊的支持：

自殺危機過後，並不能掉以輕心，反而更要繼續追蹤服務。因此，病人的個案管理師應給予特別留意；對於失志症候群的病人，心理師需考慮進一步給予心理治療；有憂鬱症或其他精神診斷的病人，則需要精神科醫師長期合併照顧服務。

參考文獻：

1. 方俊凱等：癌症病人的自殺學。安寧療護 2006; 11:263-72。
2. 李政洋等：癌症照顧的自殺防治。內科學誌 2011; 22:335-43。
3. Fang CK, et al.: A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. Support Care Cancer 2014; 22:3165-74.
4. Kim JH & Fang CK: Pharmacological Treatment of Psychotic Disorders (pp. 293-37). Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care (editors: Grassi L & Riba M). Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014.
5. Lin PH, Liao SC, Chen IM, Kuo PH, Shan JC, Lee MB, Chen WJ: Impact of universal health coverage on suicide risk in newly diagnosed cancer patients: Population-based cohort study from 1985 to 2007 in Taiwan. Psychooncology 2017 Nov; 26(11):1852-1859.

【13】睡眠障礙的處置

Management of Sleep Disturbance

癌症病人的睡眠障礙是很普遍的現象，據研究顯示有25%~59%的病人在癌症的病程中會出現睡眠的障礙。癌症病人失眠的問題不但常與疲憊、疼痛與憂鬱共同出現形成症狀群集現象(symptom clusters)，也對於病人的生活品質造成嚴重的影響。

■ 評估：

對於病人失眠的成因，依臨床評估區分成傾向因子、促進因子、維持因子(表1-3)。

- 一、傾向因子為病人於罹癌前即有的特質，如女性或是高度警覺特質，使病人罹癌後因為促進因子的出現容易開始失眠。
- 二、促進因子則是病人罹癌後與疾病本身與相關治療、心理反應與情緒問題有關的因素會促使病人開始出現失眠的現象。
- 三、維持因子則是在促進因子影響減少後扮演維持失眠問題的因素，與病人的不適當的睡眠行為與對於睡眠不正確的信念與態度息息相關。

■ 處置：

癌症病人失眠的治療首要是評估並辨識成病人失眠的原因，除對於病人給予衛教，讓其了解造成失眠的因素與預測的可能病程外，亦可移除可排除的因素(例如疼痛症狀的處理、停止造成失眠藥物的使用)等；接續建議病人非藥物治療是重要的。失眠的非藥物治療是以認知行為治療的各項介入(詳見表4)，旨在處理病人對於失眠不正確的想法(例如：失眠會嚴重地造成疾病惡化，癌症復發等)。於治療效果有限時，可考慮施予症狀治療的藥物(詳見表5)。

表1. 失眠的傾向因子 (Predisposing Factors)

女性 Female patient
年紀大 Older age
高度警覺特質 Hyperarousability trait
失眠的家族病史 Familial history of insomnia
失眠的個人病史 Personal history of insomnia
有精神科疾病的診斷 Presence of a psychiatric disorder

表2. 失眠的促進因子 (Precipitating Factors)

心理社會因素 Psychosocial disturbances：
癌症診斷或治療引起之心理壓力
罹癌後精神疾病疾病共病
疾病因素 Disease factors
腫瘤引起的免疫系統相關反應
癌症相關症狀：如疼痛，呼吸困難，疲憊，噁心，搔癢
停經症候群
治療相關因素 Treatment factors：
住院
手術
放射治療
化學治療
骨髓幹細胞移植
藥物 Medications：
鴉片類止痛劑
類固醇
發炎與免疫有關之物質(Interferon, Tumor necrosis factor, IL-1, IL-6)
止吐劑(Prochlorperazine, Metoclopramide, Granisetron)
抗雌激素藥物(Tamoxifen) and 抗雄激素藥物 (Leuprolide acetate,

Flutamide)

表3. 失眠的維持因子 (Perpetuating Factors)

不適當的睡眠行為 Maladaptive sleep behaviors：
在床休息時間過長
不規則的睡醒週期
打瞌睡
在臥房進行與睡眠無關之活動
對於睡眠不正確的信念與態度 Faulty beliefs and attitudes about sleep：
對睡眠需求有不切實際的期待
對睡眠困擾有錯誤的評估
對於白天的精神不佳有錯誤的歸因
對於失眠的原因有錯誤的概念

表4. 失眠的非藥物治療

刺激控制治療 Stimulus control therapy
睡眠限制治療 Sleep restriction procedures
放鬆訓練 Relaxation training
認知治療 Cognitive therapy
睡眠衛生衛教 Sleep hygiene education

表5. 失眠的藥物治療

Benzodiazepines：
Alprazolam
Lorazepam
Estazolam
Flurazepam
Flunitrazepam

Brotizolam
Z-drugs :
Eszopiclone, Zopiclon
Zaleplon
Zolpidem
Melatonin agonists :
Ramelteon
Tricyclic/quatracyclic antidepressants :
Amitriptyline
Doxepin
Nortriptyline
Orexin receptor antagonist :
Suvorexant
Antipsychotics :
Olanzapine
Quetiapine
Anticonvulsants :
Gabapentin
Pregabalin

參考文獻：

1. Berger AM. Update on the state of the science: sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(4): E165-77.
2. Dahiya S, Ahluwalia MS, Walia HK. Sleep disturbances in cancer patients: underrecognized and undertreated. *Cleveland Clinic journal of medicine* 2013; 80(11): 722-32.
3. Dickerson SS, Connors LM, Fayad A, Dean GE. Sleep-wake disturbances in cancer patients: narrative review of literature focusing on improving quality

- of life outcomes. *Nature and science of sleep* 2014; 6: 85-100.
4. Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *J Support Oncol* 2005; 3(5): 349-59.
 5. Harris B, Ross J, Sanchez-Reilly S. Sleeping in the arms of cancer: a review of sleeping disorders among patients with cancer. *Cancer journal* 2014; 20(5): 299-305.
 6. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, et al. Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO* 2013.
 7. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, et al. A Pan-Canadian practice guideline: prevention, screening, assessment, and treatment of sleep disturbances in adults with cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2013.
 8. Matheson E, Hainer BL. Insomnia: Pharmacologic Therapy. *Am Fam Physician* 2017; 96(1): 29-35.
 9. Pachman DR, Barton DL, Swetz KM, Loprinzi CL. Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2012; 30(30): 3687-96.

參、心理腫瘤醫學的治療模式

【14】藥物治療

Pharmacotherapy

精神藥物(Psychotropic drugs) 指的是可以改變情緒，思想，與行為的藥物，一般包含抗憂鬱劑、抗精神藥物、鎮靜藥物、與安眠藥物。癌症病人在診斷與治療甚至治療的復原期，產生精神症狀的風險皆高於一般族群，過去研究顯示約有 20~40%的病人有憂鬱焦慮症狀，有 10~20% 病人可符合憂鬱的診斷。整合分析(meta-analysis)研究指出，合併使用心理治療與精神藥物治療，對憂鬱症病人有最良好的治療效果。臨床上，精神藥物除了治療精神疾病適應症之外，也會應用於癌症治療常見症狀如噁心、疲倦、疼痛、失眠等的輔助治療。

■抗憂鬱藥物 Antidepressant

一、抗憂鬱藥物分類

- (一)三環或環形抗憂鬱劑 (TCA)：如 imipramine 等。
- (二)選擇性血清素接受器回收抑制劑 (SSRI)： citalopram、escitalopram、fluoxetine、fluvoxamine、paroxetine、 sertraline 等。
- (三)選擇性血清素正腎上腺素接受器回收抑制劑 (SNRI)： venlafaxine、duloxetine、milnacipran 等。
- (四)選擇性正腎上腺素多巴胺接受器回收抑制劑 (NDRI)：如 bupropion 等。
- (五)去甲基腎上腺素特異性血清素抗憂鬱劑 (NaSSA)：如 mirtazapine。

二、作用與適應症

- (一) 憂鬱症(major depressive disorder)

- (二) 廣泛性焦慮症 (general anxiety disorder)
- (三) 創傷後壓力症候群 (post-traumatic stress disorder)
- (四) 恐慌症 (panic disorder)
- (五) 強迫症 (obsessive-compulsive disorder)
- (六) 畏懼症 (phobia)

三、抗憂鬱藥物的選擇

各種抗憂鬱藥的療效並無特別差異，在藥物的選擇上，主要：(1)考慮其副作用；(2)考慮與其他藥物的交互作用。在臨床應用上，亦會利用不同抗憂鬱藥物產生的非主要作用來治療臨床症狀，例如利用 mirtazapine 的嗜睡作用治療失眠，或以 mirtazapine 的增加食慾作用來改善厭食。

四、常見抗憂鬱藥物副作用

- (一) 抗膽鹼作用 (anticholinergic effects)：口乾、視力模糊、排尿困難、便秘、記憶力減退，嚴重的話可能產生譫妄。
- (二) 鎮靜作用：Trazodone 具有較強鎮靜作用，多用於睡前，可協助入睡。
- (三) 心血管作用：姿勢性低血壓，心電圖檢查可見 P-R, R-S 間距延長，增加心律不整風險。
- (四) 性功能障礙：性慾減退、射精障礙。
- (五) 體重變化：體重增加 (mirtazapine)、體重下降 (fluoxetine)。
- (六) 顫抖：顫抖情形與劑量相關。
- (七) 癲癇：高劑量 bupropion 可能引發癲癇。

五、藥物交互作用

- (一) 抗憂鬱藥在肝臟代謝，與肝臟 CYP 450 酵素系統代謝相關的藥物，會產生藥物交互影響，可能抑制 CYP450 之抗憂鬱藥，

括：Fluvoxamine, Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram。而 Venlafaxine, Bupropion, Mirtazapine 則對 CYP450 之影響較小。

- (二) 癌症病人的惡病質(cachexia)、白蛋白過低(hypoproteinemia)、脫水(dehydration)、水腫(edema)可能使得藥物交互作用的反應更嚴重，臨床上應多關注藥物交互作用所產生的症狀。

■抗精神病藥物 Antipsychotic Medication

抗精神病藥物泛指 Dopamine 多巴胺受體拮抗劑。臨床上，抗精神病劑於癌症病人的應用，常用於的症狀控制與治療原有的精神疾病。

一、抗精神病藥物用於譫妄之治療：

- (一) 譫妄的藥物治療以抗精神病藥物為主，可能的學理機轉為降低 Dopamine/ cholinergic 的比例。也就是降低 Dopamine, 增加 cholinergic 可能改善病人譫妄。
- (二) 譫妄實際上為生理疾病非精神疾病，應找尋並解除引起譫妄的病因，常見有感染、電解質不平衡、使用含抗乙醯膽鹼成分藥物等，精神藥物使用時機建議為病人譫妄影響治療進行，如躁動拔管，血壓升高等時機。
- (三) 藥物的選擇上，考慮藥物副作用與藥物交互作用為主。第一代抗精神病藥物(如 Haloperidol) 易產生椎體外症候群，如僵硬，流口水，增加吸入性肺炎可能，但較少引發嗜睡情形，也較少的抗膽鹼效果(anticholinergic effect)。第二代抗精神病藥物(Risperidone, Olanzapine, Quetiapine) 提供較強鎮靜效果，與較輕微的椎體外路徑症狀，但有較強的抗膽鹼效果。
- (四) 建議劑量

Haloperidol 0.5-5 mg every 2-12 h.

Risperidone 1-3 mg every 12-24 h

Quetiapine 25-200 mg every 12-24 h

Olanzapine 2.5-20 mg every 12-24 h

二、抗精神病藥物在癌症病人使用須注意：

- (一) 少數藥物可能引發顆粒性白血球缺乏(agranulocytosis)，如 Clozapine,癌症病人須避免使用或加強血液監測。
- (二) 藥物可能引起心電圖上之 Q-Tc prolongation 間距延長。
- (三) 藥物引發姿勢性低血壓，增加跌倒風險。
- (四) 抗精神病藥物經常引發高泌乳激素症(hyperprolactin)。
- (五) 有些第二代抗精神病藥物長期使用會引發代謝症候群，增加糖尿病，高血脂情形，但若為謾妄的短期使用影響較小。
- (六) 癌症病人若必須長期使用抗精神病藥物，就需要考慮藥物相互作用導致的影響。

參考文獻：

1. Caraceni a. Drug-associated delirium in cancer patients. EJC SUPPL 2013;11(2):233-40.
2. Caruso R, Grassi L, Riba M. Psychopharmacology in psycho-oncology. Curr Psychiatry Rep 2013;15(9):393.
3. Grassi L., Riba M. (2014) Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care: General Issues. In: Grassi L., Riba M. (eds) Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care. Springer, Berlin, Heidelberg
4. James D, Alan V. (2010) MD Anderson Manual of Psychosocial Oncology. McGraw Hill Professional
5. Mehta RD, Roth Aj. Psychiatric consideration in the oncology setting. CA Cancer J Clin 2015;65(4):300-14.

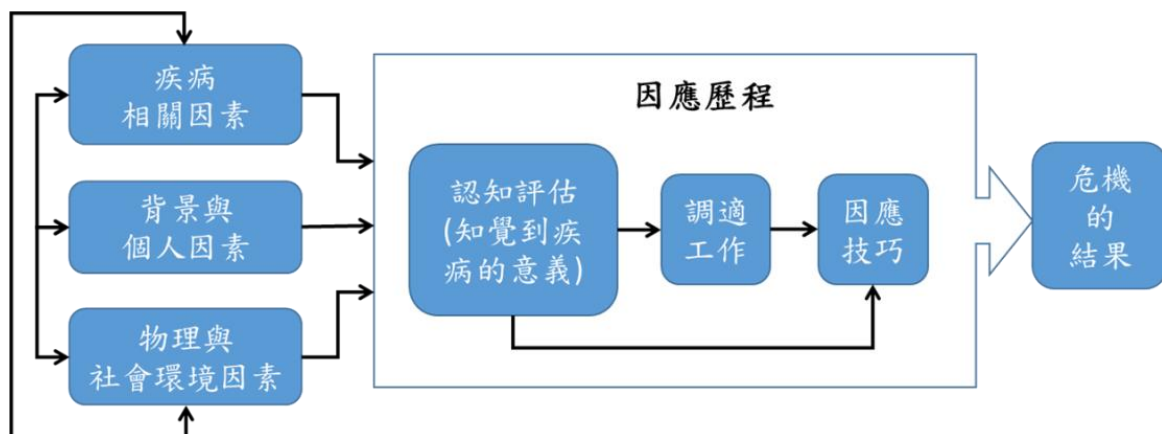
6. Thekdl SM, Roth a. Psychopharmacology in cancer. Curr Psychiatry Rep 2015;17(1):529.

【15】非藥物治療(心理社會治療)

Non-pharmacological Psychosocial Intervention

健康與疾病是生理、心理、社會力量相互作用的結果。適應(adaptation)是指為了建設性地調適生活處境所做出改變的歷程。癌症的心理社會介入，主要是為了改善病人及家屬照顧者，對疾病歷程的調適，或生活品質的維持與提升。

■ 嚴重疾病的調適與因應歷程



一、關於疾病或治療的工作：

- (一) 因應此疾病會產生的症狀與功能喪失
- (二) 調適治療此問題所需的醫院環境與醫療程序
- (三) 與醫療人員發展並維持良好之關係

二、關於整體心理社會功能工作：

- (一) 控制負面情緒與維持對未來正向的期望

(二) 維持一個滿意的自我形象與有能力感

(三) 保持與家人、朋友之良好關係

(四) 為不確定的將來做好準備

■ 實證研究的因應策略

心理-心理-社會健康照護模式

生理		心理		社會	
身體症狀	生理能力	認知-情緒	存在-意義	家庭關係	社會關係
疼痛問題 疲憊問題 睡眠問題 噁心嘔吐 便秘 咀嚼困難 吞嚥困難	行為自主 食慾降低 排便能力 感官能力 呼吸能力 性能力 形體改變	憂鬱 恐懼 悲傷 失志 負向信念 不確定性 失落意義 自主控制	自我概念 尊嚴與愛 存在價值 生命意義 死亡恐懼 死亡焦慮	角色改變 獨立依賴 家庭情緒 照顧負荷 家庭經濟 家庭生活	職場 學校 社區 醫療 適應問題
行為治療 放鬆訓練 冥想練習 認知行為 正念減壓 問題解決 壓力調適	疾病 治療 護理 營養 睡眠衛教 認知行為 生理回饋 問題解決 壓力調適	疾病 治療 護理 營養 睡眠衛教 認知行為 生理回饋 正念減壓 壓力調適	存在心理 意義治療 敘事治療 存在意義 生命回顧 懷舊療法	家族治療 薩提爾 人際溝通 認知行為 支持團體 資源提供 與轉介	薩提爾 人際溝通 認知行為 支持團體 資源提供 與轉介

一、疲憊

(一) 衡鑑：疲憊視覺類比量表，(VAS-F $\geq$ 4分)，排除生理因素後進一步評估。

(二) 介入策略：

1. 運動
2. 能量保存
3. 心理教育

4. 睡眠認知療法

二、 睡眠困難

(一) 衡鑑：

1. 睡眠日誌 (daily sleep diary)
2. 匹茲堡睡眠品質量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) $PSQI \geq 9$ 分，進一步評估。

(二) 介入策略：

1. 認知行為治療
2. 以刺激控制法、睡眠限制法為主要成分
3. 有入睡困難者：加入肌肉放鬆訓練
4. 有疲勞或睡眠品質差者：加入疲勞管理
5. 有憂鬱情緒者：加入認知重建

三、 癌症疼痛

(一) 衡鑑：

1. 整體性疼痛評估：臉譜量表(Face Rating Scale)
2. 疼痛晤談：評估生理損傷程度、疼痛的基準線、醫療情況、先前的治療情況、對醫療情況的知覺、對治療的期待、能力、資源、處理疼痛的不足之處、對生活其他面向的看法，以及個體的重要他人在個體因應疼痛上所扮演角色。

(二) 介入策略：

1. 行為治療
2. 生理回饋
3. 漸進式肌肉放鬆訓練
4. 冥想放鬆訓練
5. 呼吸訓練
6. 認知行為治療
7. 認知重建

8. 正念減壓療法

9. 音樂治療

四、噁心嘔吐

(一) 衡鑑：評估病人噁心嘔吐嚴重程度與期待

(二) 介入策略：心理衛教+肌肉放鬆

五、憂鬱/焦慮

(一) 衡鑑：醫院焦慮憂鬱量表 (Hospital anxiety and depression scale)

(二) 介入策略：

1. 提供心理衛教
2. 問題導向處理
3. 認知行為治療

六、失志

(一) 衡鑑：失志量表(DS-MV)>30分

(二) 介入策略：

1. 意義中心療法(meaning-centered therapy)
2. 尊嚴療法(dignity therapy)

心理社會治療介入對癌症患者及家庭，在面對癌症及治療歷程所造成的生理、心理、社會的影響，在調適上有其相當的助益。心理社會治療介入不僅可降低疾病症狀的負面影響，更可提升生活品質，降低醫療與社會成本。

參考文獻：

1. 方俊凱：概述失志症候群。安寧療護雜誌 2011；16(3)：371-379
2. 李詠瑞、馬素華、史麗珠等：音樂處置對癌症疼痛之成效。臺灣醫學 2002；6(5)：682-690
3. 林惠如、蔡松玲：老年癌症病人疲倦之評估與處置。腫瘤護理雜

誌 2015；15(2)：19-27

4. 林維君：癌症患者失眠的認知行為治療：系統性的文獻回顧。中華心理學刊 2010；52(2)：173-188
5. 黃惠美、郭素真、王靜慧等：建立成人癌症病人疼痛非藥物處置之臨床照護指引。榮總護理 2012；29(2)：145-158
6. 楊翠雲、陳美伶、王宏銘：肌肉放鬆於化學治療期間噁心嘔吐之成效。長庚護理 2003；14(04)：353-365
7. 鄭逸如、吳英璋、呂碧鴻：生物心理社會取向之壓力衡鑑與壓力調適之效果評估。應用心理研究 1999；3(秋)：191-217
8. 蔡兆勳、邱泰源、鄭逸如等人：癌末病人的疲倦控制。安寧療護雜誌 2002； 7(1)：33-43

【16】簡易心理支持技巧

Basic Psychological Support Skills

完整的癌症病人照護，包括適當的心理社會照護。面對癌症全時程不同階段的議題，透過心理照護的支持提供，可改善癌症病人的生活品質，使病人和家屬在疾病的各個階段保持意義和目標。本章節介紹各取向心理支持技巧，作為癌症照護各階段的運用：

■ 支持性心理治療 (Supportive Psychotherapy)

- 一、 適用時機：可為全時程癌症一般例行心理照護。
- 二、 適用議題：預先的癌症經驗和癌症的意義、罪惡感、害怕死亡、靈性與宗教、安寧緩和醫療照護
- 三、 核心重點：
 - (一) 與病人與家屬友善同盟關係的建立，以尊重、真誠的關係和病人與家屬共同探索自我、身體意象、角色改變等議題。
 - (二) 執行者需對疾病本身、相關治療有所認識與了解
 - (三) 接受病人否認的情緒
 - (四) 尊重病人第一次訪視當下意願與需求
 - (五) 看見並善用病人罹癌前的特質與優勢能力
 - (六) 讓病人敘說自己的生命故事
 - (七) 聆聽病人身體訊息的表達

■ 認知行為取向(Cognitive-Behavioral Therapies)

- 一、 適用時機：癌症全時程
- 二、 核心重點：挑戰對於癌症的災難化或自動化思考。
- 三、 核心問話重點：證據是什麼、探索可能的不同觀點、最糟糕的狀況是什麼、這麼想的影響是什麼、當朋友處在這種狀況時，我會怎麼告訴他/她？

■ 希望思維模式取向

一、 適用時機：癌症全時程

二、 核心重點：希望＝目標＋策略＋動能（意志力）。透過設立希望目標、找出策略、問題解決、維持動能（意志）等原則，建立希望感的思維。

三、 策略重點：

（一）「希望目標」的設定：出自病人本身、向上調高目標、向下調低目標、訂立小目標、訂立不同範疇的目標。

（二）「希望策略」的討論：

1. 辨認問題

2. 分析和辨認最佳選擇：優缺點分析、對他人的影響

3. 擬訂達到最佳的計劃：日程表的運用、行動、資源

4. 評估結果，維持彈性

（三）「動能與意志力」的維持與增進：

1. 動力的基礎：健康、運動、休息

2. 自我對話：辨識想法、正面自我鼓勵

■ 問題解決取向 (Problem-Solving Approach)

一、 適用時機：癌症全時程

二、 可能面臨的挑戰：

（一） 認知負荷過重

（二） 缺乏足夠或有效的情緒調節能力

（三） 處理情緒訊息的認知歷程偏誤

（四） 因無望感導致的動機低下

（五） 無效的問題解決策略

三、 克服挑戰的問題解決方法：

（一） 因應認知過載：視覺化、簡約化

- (二) 因應情緒調節受限：“Stop 停止，Slow 放慢，Think 思考和 Action 行動”（S.S.T.A.）
- (三) 因應認知偏誤與低動機：健康思維與正面意向的使用
- (四) 計劃性的解決問題

■ 意義中心取向 (Meaning-Centered Group Psychotherapy)

- 一、 適用時機:癌症晚期
- 二、 適用主題： 癌症意義、個人生命經驗（過去生活、現在、未來）、 態度、創造、經驗、轉化。

■ 尊嚴治療取向(Dignity Therapy)

- 一、 適用時機: 癌症晚期
- 二、 適用主題：

Illness-Related Concerns	Dignity-Conserving Repertoire	Social Dignity Inventory
症狀困擾：	尊嚴保存的觀點：	社會議題/關係動力對尊嚴的影響：
身體困擾 心理困擾 醫療的不確定性 死亡焦慮	自我的延續性 角色保存 生產與傳承 維持榮耀 希望感 自主與控制 接受 復原力/奮戰精神	社會支持 對他人造成負擔 善後事宜
獨立的層級：	尊嚴保存的施為：	
認知敏銳 功能能力	活在當下 維持如常生活 尋求靈性安適	

■ 癌症管理與生活意義治療 (Management Cancer and Living Meaningfully Therapy, CALM)

- 一、 適用時機：癌症晚期

二、 適用主題

- (一) 症狀管理與照護團隊的溝通：了解疾病和管理症狀、支持醫療決策、支持與醫療團隊的合作關係。
- (二) 自己與重要他人關係的改變：自我概念、照顧與被照顧、支持孩子與其他家庭成員。
- (三) 意義與目的的意義：生命敘事、疾病的個人意義。
- (四) 未來與死亡。

■ 接受與承諾治療(Acceptance and Commitment Therapy, ACT)

一、 適用疾病晚期，身體或心理症狀複雜且不易處理時。

二、 核心重點：

- (一) 不挑戰或改變病人在疾病晚期時痛苦的想法或情緒反應。
- (二) 鼓勵以個人價值出發的行動，教導正念、接受的精神，以實踐生活。
- (三) 鼓勵人們認識和接受心理體驗，增加解決問題的能力。

■ 焦點解決心理諮商(Solution-Focused brief therapy, SFBT)

一、 適用時機：癌症全時程

二、 核心重點：設定改變的具體目標、複製成功的例外經驗、嘗試他人的成功經驗、設定家庭作業、振奮改變的發生、維持信心與希望感。

參考文獻：

1. 李玉嬋等人(2006)。焦點解決諮商的多元應用。張老師文化
2. 何敏賢、何惠珠、朱梓慧(2007)。希望型思維模式個人心理小組組員手冊。香港：遺傳性腸胃癌資料庫。
3. 鄭逸如、侯懿真、范聖育、林維君(2016)癌症病人的心理治療。精

神醫學通訊，35卷，8期，8-12。

4. Fann, J. R., Ell, K., & Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1178-1186.
5. Jimmie C. Holland, William S. Breitbart, Paul B. Jacobsen, Matthew J. Loscalzo, Ruth McCorkle, and Phyllis N. Butow. *Psycho-Oncology*. Third Edition. New York: Oxford University Press ; 2015.
6. Moorey, S. I know they are distressed. What do I do now?. *Psycho-Oncology*, 2013;22(9):1946-1952.

【17】家庭評估與處遇

Family Assessment and Interventions

癌症的發生對於罹癌病人的家庭勢必帶來重大的衝擊，家庭對於病人的治療順從性與心理反應也會有深刻的影響。在擬定處遇計畫，協助整個家庭面對癌症這個重大的挑戰之前，一定要對家庭有完整的評估。

■ 家庭評估原則：

一、 家庭系統

- (一) “家庭”是一種以婚姻、血緣、收養、同居等關係為基礎，而形成的共同生活單位。
- (二) 家庭成員的生理、社會和情緒功能是極度相互依賴的，故系統某部分的改變，會在系統其它地方反映出來。
- (三) 家庭的互動與關係是高度互惠、模仿和重複的。

二、 家庭生命週期

- (一) 離家
- (二) 婚姻的結合
- (三) 有學齡及學齡前期子女的家庭
- (四) 有青少年子女的家庭
- (五) 空巢期
- (六) 家庭晚期

三、 家系圖資料收集

- (一) 基本資料：性別、排行、年紀、職業、婚姻或教育
- (二) 疾病史
- (三) 家庭重大事件
- (四) 角色功能：如主要決策者、照顧者及經濟支持者

四、 家庭角色的意義

- (一) ”角色”在家庭系統裡扮演各種不同的功能，在家庭評估裡角色的健全及明確，代表家庭的穩定度，並可作為預測面對危機時的抗壓性。通常家庭角色定位清楚者，在面對重大事件時，家庭的穩定度相對較高。
- (二) 每位家庭成員皆可能會扮演多個家庭角色功能。
- (三) “角色”有時也可作為家庭權力的參考。
- (四) 家庭問題的解決，在於成員本身對家庭中角色的承擔。

五、 家庭環境

我們可以用家庭生態圖的方式呈現對家庭環境的瞭解，包含：經濟活動、文化、宗教以及親朋好友等，可藉此引導出問題解決的方向。

■ 處遇原則：

曾有學者提出FOCUS的處遇建議：

一、 家庭的參與Family Involvement

包括：促進開放性溝通、鼓勵互相支持與團隊精神、指認家庭的資源、協助年幼的家庭成員

二、 樂觀的態度Optimistic Attitude

包括：執行樂觀的思維、分享負面想法與恐懼、維持希望

三、 有效的因應Coping Effectiveness

包括：處理壓力、鼓勵健康的因應與健康行為、協助照顧者處理疾病的需求

四、 減少不確定感Uncertainty Reduction

包括：獲得資訊、學習自我主張、學習與不確定感共存

五、 症狀處理Symptom Management

包括：症狀的評估、教導自我照顧的方法

參考文獻：

1. 修慧蘭譯。諮商與心理治療：理論與實務四版(原著：Gerald Corey)。雙葉書廊，2016。
2. 賴怡伶：從家人關係作為安寧照護癌症末期病人家庭功能之篩檢。
3. Monica McColdrick等：家庭評估與會談技巧。啟示出版2012。
4. Northouse LL等：A Family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. Oncol Nurs Forum 2002, 29(10):1411-9.

【18】醫療人員的自我照顧

Self -Care for Health Care Providers

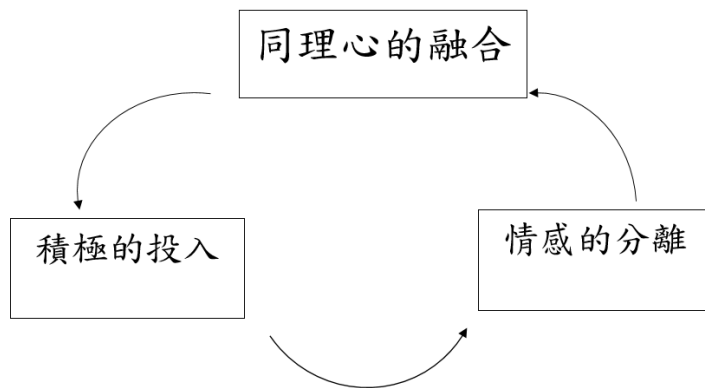
醫療人員在照顧過程，易因病人、家屬及臨床情境，產生慈悲疲倦與耗竭，繼而對其身、心、靈產生衝擊或壓力負荷；如救難人員等，因為工作特殊性，會經歷或見證不等程度類型的創傷，無論以何種方式介入創傷情境，助人者都會受到波及與影響。並在經歷創傷經驗後，可能會產生慈悲疲倦或工作耗竭的狀態，在身體、心理情緒、靈性層面產生短期或長期的影響，如：肌肉緊張、無法放鬆、慢性疲倦或麻木感等。如果醫療人員能夠於生活或工作中，持續對自我進行探索與學習自我照顧的方法，在靈性上轉化與更新，會讓自己在照顧中，學習照顧自己。

■ 醫療人員的關懷循環

Skovholt (2001) 提出醫療人員在助人關係中，最重要的概念是關懷，而進行關懷時，必須以同理心去感受他人，然後投入照護工作，最後必須再抽離。此過程又稱為助人者的關懷循環(The Caring Cycle)，它包括三個重要的要素：同理心的融合、積極投入和情感分離(圖1)。

- 一、 同理心的融合是指，助人者需要與被幫助者有情感上的連結，進入病人內心世界，學習用善良的一面融入他人的世界中，積極傾聽、敏銳察覺對方的情感及了解非語言的訊息，以了解個案的需求與問題。
- 二、 積極投入是指，助人者要專心一致地投入工作場域，並具備專業和技能，且照顧病人或家屬時，要保持合宜的治療性關係。
- 三、 情感分離和同理心的融合是相反的概念，是指醫療人員要適度地從與病人的關係中抽離出來。當醫療人員在與病人建立關係的同時，也要做關係結束的準備。當助人者無法適切地面臨治療性關係建立分離過程，容易導致關懷耗竭。

圖1. 關懷循環



■ 癌症照護醫療人員之壓力源

壓力是個人和環境的特定關係，當個人感受到此關係是有負擔或影響個人安適時，即可視為有壓力（Folkman and Lazarus, 1984）適當的壓力能提昇表現，但過度的壓力可能造成病人的痛苦。壓力會造成的生理反應可能包含：呼吸急促、心跳加速、冒汗、肌肉緊張、內分泌增強、疲倦、腸胃不適、食慾不振、失眠、頭痛、胃潰瘍、注意力不集中、月經失調等，在心理層面易有心情沉重、煩躁、易怒、緊張、焦慮、恐懼、沮喪、無力及無助等。

醫療人員在照顧癌症病人時，因為病情變化、治療反應與生活品質影響，還有病人與家屬對於疾病之因應與治療的期待等因素，使得癌症照護被認為是高壓力的工作環境。醫療人員的壓力源，分為環境與個人層面。

一、 環境中的壓力源：

- （一）病人與家屬：對疾病的因應、對照護的需求、對治療的期待、人格問題、溝通問題。
- （二）專業角色：角色的過度負荷、角色的衝突、角色模糊。
- （三）工作環境：團隊溝通、不適當的資源、不符合實際的組織目標等。

二、 個人層面：包括個人的年紀、教育程度、成長背景、之前的生命經驗與自我期待等。

■ 醫療人員的耗竭 (Burn Out)

耗竭 (burn out) 在助人者中是常見的，助人者可能發現自己的工作效率不彰，並且在自我價值或信念造成負向改變。耗竭也被視為是多面向的概念，是慢性壓力所造成的結果，通常是人在經驗情緒過度負荷或情緒耗盡感覺，產生不適當的因應策略，漸漸地個人成就越見低落，產生專業低自尊感。

■ 醫療人員的壓力調適

癌症照顧者如同傷口治癒者，長時間的癌症照護醫療人員需要不斷地在照顧經驗中學習如何處理因為工作帶來的悲傷，並從中獲得成長。李(2007)指出要先能學習關懷自己，才有餘力為別人做些什麼，因此，從事高度接觸”人”的工作，關懷他人與關懷自我之間要取得平衡，而關懷自我包括身體的健康、社會/情緒的健康、心理/精神的健康，與靈性/智能的健康。

李(2007)提出關懷自我的原則，包括：(1)覺察自己的身體、情緒、感受，省思自己對壓力的看法。(2) 經常更新自我，尋找滋養自我的途徑，讓自己的心靈常獲得更新，才能激發熱情、喜悅、和諧、快樂和成就感的情緒。(3)培養個人的自我，包括情緒的自我、幽默的自我、營養的自我、娛樂的自我、減壓放鬆的自我、靈性與宗教的自我。(4)雙向的關懷，體認關懷者也需要被關懷。

Larson和Bush(2006)也指出癌症照護醫療人員可以執行的自我照顧活動有：與同儕進行個案討論、參加工作坊、與朋友和家人分享、休假、有自己的嗜好、運動、發展靈性生活等。

李(2015)整理壓力的調適策略有：(1)確認壓力的存在，要能覺察壓力是否已經對自己造成傷害，並能思考那些因素造成壓力感受。(2)情緒抒發：找出自己最喜歡或最適合的情緒紓解方法，做適度的情緒發洩。(3)教育與訓練：強化自己的專業能力，提昇照護知能與待人處

事的技巧，讓自己更能面對困難處理之個案或情境。(4)建立社會性支持團體，能彼此分享與支持。(5)追求靈性生活：探尋不同事件帶來之意義，強化內在生命力與價值體系。

癌症照護被認為是可促使醫療人員經營個人成長與專業成就相結合的專科。面對癌症病人在疾病與治療進程變化時，需要有身心健康之專業人員提供合宜的照顧，因此鼓勵癌症照顧之專業人員要先能學習關懷自己，才有餘力照護病人及家屬。

參考資料：

1. 李皎正：關懷照護。台北市：永大出版社，2007。
2. 林綺雲：照顧者的失落悲傷與自我照顧。輔導與諮商 2009；283:50-56。
3. 張詩吟、李佩怡：安寧護理人員照護頭頸部癌末病人創傷性死亡的心理經驗與適應之質性研究。安寧療護雜誌 2012；17(3):261-273。
4. 湯瑪斯·史考夫·賀特：助人工作者自助手冊(劉小菁譯)。台北市：張老師文化，2001。
5. 蔡麗雲、李英芬：安寧緩和護理人員的壓力與調適。於安寧緩和護理學(5th ed.) 2015:4-1- 4-24。
6. Kyle D. Killian. Helping Till Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. Traumatology, 2008；14(32):32-44.
7. Larson, DG., & Bush, NJ. Stress Management for oncology Nursing. In psychosocial nursing care. 2006:587-601.
8. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
9. Stech, F. Looking after yourself. In Kinghorn, S. & Gaines, S. ed. Palliative Nursing. 2007: 261-272.

10. TM Skovholt, TL Grier, MR Hanson. Career Counseling for Longevity: Self-Care and Burnout Prevention Strategies for Counselor Resilience. *Journal of Career Development*, 2001;167-176

【19】悲傷調適

Grief Adjustment/ Coping with Grief

人生無法避免各種失落，失去身體健康或經歷生離死別，都可能引發悲傷反應，表現在生理、情緒、認知、行為上。若要協助癌症病人渡過悲傷做好調適，需要了解悲傷的影響因素，區分是常態性悲傷或複雜性悲傷；協助病人在經歷不同的悲傷調適歷程中，藉由不同的悲傷理論，完成悲傷任務，甚至從中發現意義，以轉化失落與調適悲傷。

■ 悲傷：因失去健康或生命的失落，而在生理、情緒及靈性上出現痛苦反應。

■ 悲傷反應：情緒面、身體面、思想面、行為面、文化面、和家庭面…等，不同層面上出現悲傷反應與因應

一、生理上：

胃部空虛、胸部緊迫、喉嚨發緊、對聲音敏感、不真實感、呼吸急促、窒息感、軟弱無力、缺乏活力、和口乾等症狀。

二、情緒上：

悲哀、憤怒、愧疚與自責、焦慮、孤獨、疲倦、無助、和麻木

三、認知上：

不相信、困惑、沈迷於對逝者的思念、感到逝者仍然存在、甚至產生幻覺。

四、行為上：

失眠、食慾障礙、心不在焉、社會退縮、夢到逝去的親人、坐立不安、過動、哭泣、舊地重遊、隨身攜帶遺物、和珍藏遺物等。

■ 悲傷調適

一、影響悲傷調適的要素

（一）失落(去世)的對象是誰

(二) 和失落的對象之間依附關係的本質

1. 依附關係的強度
2. 依附關係的安全感
3. 愛恨衝突的關係
4. 與逝者的衝突

(三) 死亡的形式

1. 自然死亡
2. 意外死亡
3. 自殺
4. 他殺

(四) 死亡地點

(五) 有無預警

(六) 過去悲傷的經驗

(七) 人格因素

(八) 社會因素：社會文化、宗教

二、複雜的悲傷

(一) 複雜的悲傷反應之原因

1. 與逝者關係的愛恨糾結
2. 失落發生的情境—意外、生死未卜
3. 過去的經驗：曾有困難的悲傷反應
4. 人格因素：抗壓能力不足、不能忍受依賴感覺的人
5. 社會因素：自殺、缺乏社會支持

(二) 複雜的悲傷反應形式

1. 永無止盡的慢性化悲傷
2. 延宕的悲傷—在事發時情緒反應不足，而在日後再度遭遇失落時，則產生過多的情緒反應
3. 誇大的悲傷反應
4. 假裝的悲傷反應—身心症

三、悲傷調適歷程與理論

(一) 階段論：各階段情緒反應並非必然發生，其發生的次序也可能有所改變。

1. 震驚
2. 否認
3. 討價還價
4. 沮喪
5. 接受

(二) 時期論：是一種時間的過渡。

1. 麻木僵化期
2. 渴求和搜尋期
3. 解組和絕望期
4. 重組或復原期

(三) 任務論：

1. 接受失落的事實
2. 經驗悲傷的痛苦
3. 重新適應一個逝者不存在的新環境
4. 將情緒活力重新投注在其他關係上

(四) 雙軌模式：雙軌並重

1. 關注生理、心理、與社會功能
2. 處理和逝者的關係連結

(五) 雙歷程擺盪理論：

1. 失落導向因應
2. 復原導向因應

(六) 意義重建心理治療

生命意義被解構與重構而發現意義的路徑：

1. 找到合理的解釋
2. 發現益處

3. 重塑自我認同

參考文獻：

1. 李玉嬋、李佩怡、李開敏、侯南隆、陳美琴、張玉仕等。導引悲傷能量：悲傷諮商助人者工作手冊，2012，張老師文化。
2. 李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫等。悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊，2011，心理出版社。
3. Robert A. Neimeyer。走在失落的幽谷-悲傷因應指引手冊，2007，心理出版社。

【20】靈性照護

Spiritual Care

癌症病人在面對疾病適應的過程，會經歷「奮力抵抗」、「無奈受困」到「接受新自我」的心理調適。病人從受苦經驗中體會個體與天、人、我、物間關係的重建與修復，從中獲得成長的力量，如生命有意義、有價值、有希望、能寬恕或被寬恕、接受生命有限等。

■ 靈性定義

- 一、 一個人思考存在意義，包含人內在豐富源頭和意識體會到存在的意義與價值。(趙可式，1998)
- 二、 靈性是一種價值觀、信念或經驗，由個體與自我、他人、及至高者之間的關係連結，發展出生命意義或創造希望。(鄭如芬等人，2014)

■ 靈性安適定義

- 一、 一種寧靜的感受，源自於個人生活靈性層面的滿足。
- 二、 靈性安適藉由愛、寬恕、信任達成人與環境中人、事、物的和諧及天人合一或自我超越的境界。
- 三、 從自己與他人生命的互動中學習及獲得。

■ 靈性安適特徵

- 一、 主觀認為具有幸福感：對目前的生活感到滿意愉快。
- 二、 肯定自我存在的價值：正向的接受個人生命的意義及目的。
- 三、 能以接納的態度面對其所有的關係：愛自己也愛別人，能自我突破與成長，真誠的對待任何的對象。

- 四、 有內在的資源能量：個人內在的能量來源、自我覺醒、自我意識、社會、或宗教的支持力量來源。

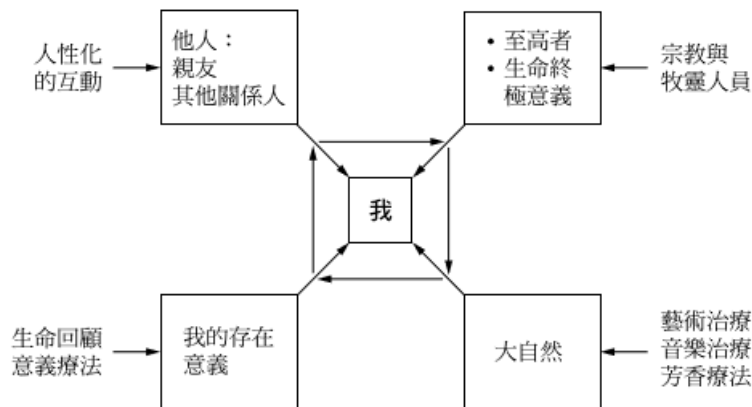
■ 靈性困擾

- 一、 與自己連結：表達缺乏希望、愛、生命意義等。
- 二、 與他人連結：表達孤獨感、拒絕與他人互動等。
- 三、 與藝術、音樂、文學、自然連結：對閱讀、藝術不感興趣。
- 四、 與個人內在力量連結：表達感到無望、受苦，失去希望。

■ 靈性照護

- 一、 照護可以降低孤獨感、焦慮憂鬱、生理不適，促進生命意義感
- 二、 靈性照護技巧與步驟
 - (一) 了解：了解病人情境、需求；建立友善信任關係。
 - (二) 同理：同理病人情境，不加以批判。
 - (三) 指引：帶領病人思考自己與與天、人、我、物之間相互關係，並藉由家庭會議、生命回顧方式，及四道人生的道謝、道愛、道歉、道別加上饒恕，完成重建與修復。
 - (四) 成長：個體在關係重建與修復後，能重新賦予生命正向意義。

■ 靈性臨床應用



圖一 靈性照護模式

資料來源:林沄萱、劉淑惠、陳清惠。靈性護理臨床應用.護理雜誌 2008，55 (3) ,69-74。

參考文獻：

1. 林沄萱、劉淑惠、陳清惠。靈性護理臨床應用.護理雜誌 2008，55 (3) ,69-74。
2. 陳秉華、邱仲峯、范嵐欣、趙冉、吳森棋.基督宗教靈性關懷者對臨終病人靈性照顧能力之質性研究.安寧療護雜誌.2016; 21(2):166-179.
3. 鄭如芬、林雅卿、黃百后、韋至信、孫嘉玲.癌症末期病人靈性照護模式.護理雜誌.2014; 61(6):93-97. doi:10.6224/JN.61.6.93
4. 楊均典、顏效禹、陳瑞娥:靈性安適之概念分析.護理雜誌.2010; 57(3):99-104. doi:10.6224/JN.57.3.99
5. 顧雅利:靈性照護理論實務應用與教育訓練(一版). 2010 台北:華杏出版社.
6. 顧雅利、陳昱穎.統整回顧 2010-2015 台灣護理靈性照護的文獻.安寧療護.2016;21(2):196-205.
7. Kalish N: Evidence-based spiritual care: a literature review. Curr Opin Support Palliat Care 2012;6(2): 242-246.

肆、其他

【21】癌症照顧的倫理困境

Ethical Dilemma of Cancer Care

醫療人員在癌症照護過程中，常面臨倫理困境的挑戰，如何妥善的處理倫理困境仰賴醫療從業人員的倫理素養，對倫理理論的認知，以及對倫理原則的靈活應用。

■ 常見倫理困境

一、病情告知相關：

- (一) 家屬要求隱瞞病情
- (二) 兒童病情溝通
- (三) 無法告知病情情況
 - 1. 病人自我放棄(waiver)
 - 2. 病人無自主能力
 - 3. 緊急的醫療狀況
 - 4. 治療的特權(therapeutic privilege)
 - 5. 文化的差異：自由/個人主義 vs. 社群主義

二、知情同意相關：

- (一) 臨床試驗的邀請與說明
- (二) 不當的知情同意方式

三、治療決策困境：

- (一) 不予與撤除維生醫療
- (二) 不必要的檢查與無效醫療

■ 處理原則

一、 癌症照護倫理困境的因應

- (一)倫理的問題通常是一種溝通問題
- (二)解決的方式通常都不是兩全其美的
- (三)以病人及家屬或照顧者為中心的決策
- (四)醫療團隊幫助分辨對或錯的一個決策過程

二、 注重醫學倫理思辨

- (一) 倫理：一種關係的科學，在於幫助一個人在每天無數的決定過程中，去做合乎人性的抉擇，來助益個人，並提升人類社會的和諧，造福人群，高舉德性而使公義及美、善的光芒永照。
- (二) 醫學倫理：屬規範性倫理學，包含於生命醫學倫理學(biomedical ethics)，探討醫療專業上關於生命倫理學或道德價值行為準則的學問，致力於使醫學更合乎人性，不但醫治病症，減除痛苦，也維護人類尊嚴。

三、 參考倫理思辨的理論：

(一) 效益論(Utilitarianism):

- 1. 主張行為的好壞取決於其是否能製造出幸福快樂的後果，而製造最大的益處與消耗最少的資源就是倫理最好的選擇。
- 2. 不傷害原則、行善原則

(二) 義務論(Deontology)

- 1. 行為本身的正當性及是否出於責任感的善良意志，才是判斷行為好壞的根據。
- 2. 自主原則、公平正義原則

四、 考量倫理決策的原則與規則

(一)倫理原則：

1. 自主原則
2. 不傷害原則
3. 行善原則
4. 公平正義原則

(二)倫理規則：

1. 誠實規則
2. 隱私規則
3. 保密規則
4. 守信規則

結語：

倫理是醫療從業人員的核心素養之一，當面臨倫理困境時，應考慮相關倫理理論與原則，才能更完善的做出因應。

參考資料：

1. 王英偉(2009)・安寧緩和醫療臨床工作指引。財團法人中華民國(臺灣)安寧照顧基金會。
2. 辛幸珍等譯，臨床倫理學-臨床醫學倫理決策的實務引導蔡甫昌編著，臨床倫理病案討論
3. 戴正德、李明濱編著，醫學倫理導論
4. Tom L. Beauchamp & James F. Childress, Principles of biomedical ethics , 5th ed. 2001

【22】安寧緩和醫療

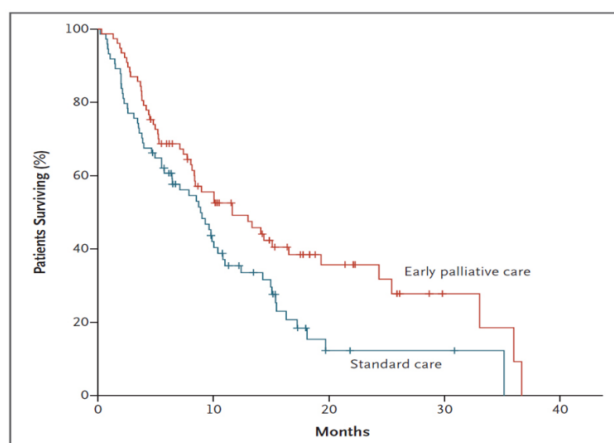
Hospice palliative care

當病人病情變化已至末期階段，除了感受到與日俱增的身體不適外，隨著體能的惡化與日常生活依賴性的增加，更有死亡的威脅，發生憂鬱、焦慮與自殺意念的比率也顯著提高。此外，病人靈性的課題、期望的生活品質及家屬的生活安排等，也都是末期病人需要協助的社會心理任務。因此，跨專業團隊成員須密切合作，提供病人心理情緒支持措施，協助病人面對死亡的恐懼，減輕病人的心理情緒困擾，增進家屬往後悲傷期的調適，協助病人達到善終。

■ 安寧緩和醫療轉介時機

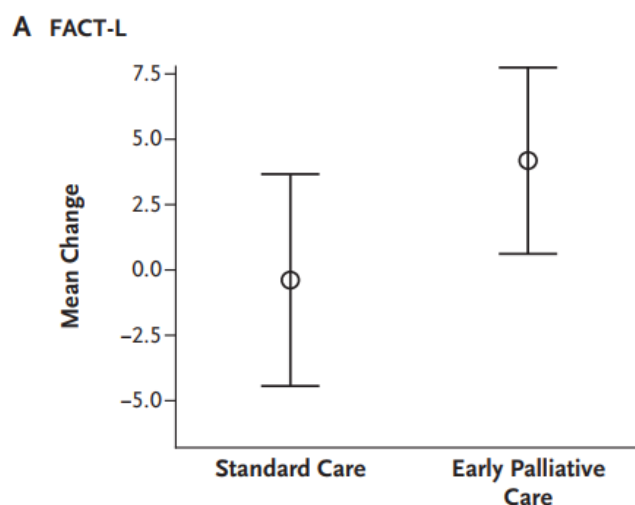
世界衛生組織倡議安寧緩和醫療介入應從初期預防到最後緩解痛苦的过程，以早期發現、對於疼痛以及其他身體、心理與靈性問題的完整評估與治療等方式，改善面臨威脅生命疾病之病人與家屬的生活品質。文獻也指出早期介入安寧緩和醫療，病人之生活品質會較佳、焦慮與憂鬱程度會較降低，甚至存活期會較長(圖 1-3)，而隨著病人自主權概念之興起，醫療人員應及早與病人討論在疾病歷程中介入安寧緩和醫療之時機，可藉由醫病共享決策協助病人及家屬進行決策。

圖 1. 轉移性非小細胞肺癌病人早期介入安寧緩和醫療之存活期比較



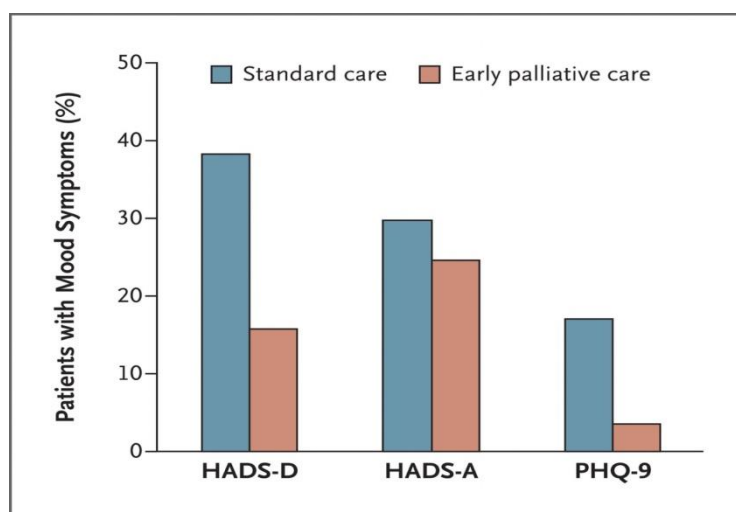
(引自 NEJM. 363(8):733-42, 2010 Aug 19)

圖 2. 比較介入安寧緩和醫療後病人之生活品質



(引自: Temel JS et al. N Engl J Med 2010;363:733-742)

圖 3. 比較介入安寧緩和醫療後病人之焦慮與憂鬱程度



(引自: Temel JS et al. N Engl J Med 2010;363:733-742)

■ 末期疾病的判斷

根據安寧緩和醫療條例，末期病人是指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。也有學者指出當用盡一切醫療手段，或如果不用維生措施時，死亡於近期內仍不可避免者都可謂是末期病人。

■ 末期階段疾病告知

華人對於死亡普遍存有忌諱，害怕談死亡，醫師要告知病人及家屬有關病情惡化，有其難度，但疾病末期階段之治療與照護目標是由病人、家屬和醫療團隊三方形成共識，因此，提供完整之病情資訊，方有利於病人和家屬之決策。

末期病人面臨之問題包括是否要接受心肺復甦術、接受維持生命治療措施(如：機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、抗生素、人工營養及流體餵養等)、轉介安寧緩和醫療，臨終照護等。對於病人和家屬來說，以上都是沉重與困難的議題，故醫療團隊在進行壞消息告知時，與病人/家屬溝通注意事項：

- 一、 與照顧者建立良好的醫病關係與信任關係。
- 二、 提供適當的空間讓病人/家屬表達情緒的安全空間。
- 三、 有機會讓病人/家屬討論彼此的期待。
- 四、 引導病人/家屬討論死亡之相關經驗與準備。
- 五、 協助病人與家屬之互動與溝通。
- 六、 說明疾病進展、瀕死症狀等相關訊息，並提供適當之支持。

■ 末期病人常見的心理、社會及靈性問題

常見的心理社會問題：擔心、害怕、恐懼、煩悶、罪惡感、生氣、否認、焦慮、失眠、挫折、沮喪、不快樂、無助感、憂鬱、譫妄、依賴、孤獨感、退縮、隔離、失能感、失去控制、擔心成為他人負擔、身體意象的衝擊、失志等。

常見的靈性議題：存在層面的議題(過去因何而來、現在為何而生、未來將何去何從)、個人的人生觀、生命價值與目的的探索、文化相關議題：宗教需求、尊嚴與自主權、涉及關係的關懷、未完成的生命任務、接受與預備。

■ 病人/家屬面對死亡之情緒反應之處置

Loney 和 Murphy-Ende (2009)彙整當癌症病人及家屬面對死亡時的情緒反應，並提出可執行之支持性措施，如下表 1 所列：

表 1. 病人/家屬面對死亡之情緒反應之處置

情緒反應	支持性措施
罪惡感與絕望	協助病人及家屬控制感
	加強家屬提供有助於病人的事
	鼓勵病人及家屬分享各種情緒，包括負向感受
	幫助病人及家屬整理並了解哪些是可以處理與不可控的事項
憤怒	傾聽病人及家屬對於病程進展中產生的失落、對未來的期待或憤怒感受
	保持中立態度
	理解病人及家屬的反應是悲傷的正常過程
	幫助病人和家屬找出可分享憤怒、又不具傷害性的方式
	對於病人及家屬將憤怒情緒發洩在醫療團隊的部分要明確設定界線
憂鬱	鼓勵病人及家屬表達對於瀕死引起之失落的情緒
	鼓勵病人盡可能維持日常生活
	允許病人可以為自己的死亡有哀傷的表達
	允許病人和家屬分享負向、難過的情緒，允許它們可以哭泣
	幫助病人和家屬發現在過程中有意義、正向的事物
	密切觀察病人是否有絕望、無望、自殺意念等現象，必要時要轉介精神醫學專科照護。

■ 臨終階段之處置

當病人病情狀態進展至臨終階段，需要讓家屬清楚醫療團隊以保持病人的舒適、維持病人的尊嚴與不縮短或延長死亡的過程為照護目標。此時

的心理靈性照護重點有：

- 一、 聆聽病人最後心聲。
- 二、 教導家屬如何與病人溝通。
- 三、 教導家屬如何陪伴病人的死亡過程。
- 四、 協助處理未了心願。
- 五、 協助家屬之間彼此溝通。
- 六、 協助潛在高危險哀傷
- 七、 協助家屬按病人原有的宗教信仰作死亡前的準備。
- 八、 協助病人處理良心上的不平安（如：人際衝突、恩怨）。
- 九、 協助病人肯定死後的歸宿。

在病人臨終階段，家屬照顧是安寧照護重要的一環，醫護團隊可以協助家屬學習臨終照顧事項，包含臨終病人的陪伴方式與舒適照護，以及協助臨終準備，引導家屬表達情緒並學習接納哀傷的各種反應。

■ 當病人過世時

一、 對家屬的照護措施包括：

- （一） 允許家屬與往生者獨聚片刻，讓家屬沈澱思緒。
- （二） 幫助家屬與重要親人聯絡，並協助處理其他相關事宜。
- （三） 幫助家屬接受現況，讓他們從悲傷中恢復。
- （四） 陪伴家屬共渡療傷止痛的過程。

二、 此時，不需要的建議為：

- （一） 請別對喪親者說你瞭解他的痛苦
- （二） 請別要喪親者盡快走出親人死亡的陰影
- （三） 請別告訴喪親者「每個人都會死，請節哀順變」
- （四） 請別在與喪親者談話的過程中，刻意地迴避談論亡者
- （五） 請別鼓勵喪親者連忙移除亡者房間的遺物，或做出重大的生活改變（譬如：轉校、離職或者搬遷）
- （六） 請別把彼此的哀傷做比較

- (七) 你允許喪親者擁有獨處的空間
- (八) 如果喪親者對亡者存有遺憾與自責，請別做道德的法官
- (九) 請別讓喪親者順應你所要求的方式哀悼
- (十) 一般來說，男性的哀傷反應較不外顯，女性則有表達哀傷的能力
- (十一) 喪親者過於專注在工作是無法忘記悲傷的
- (十二) 哀傷是不會隨著時間漸漸淡去的
- (十三) 死亡結束的只是生命，而非關係

結語：

癌症末期病人強調全人、全家、全隊、全程、全心、全社區之六全照護，醫護團隊若能在疾病末期階段，提供兼具身心靈照護品質之安寧緩和醫療，將可幫助病人與病家達到生死兩相安之善終目標。

參考文獻：

1. 馮以量(2016) 允許悲傷：最溫柔的療癒，台北：寶瓶文化
2. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. Temel JS; Greer JA; Muzikansky A, et al. New England Journal of Medicine. 363(8):733-42, 2010 Aug 19.
3. Loney, M., & Murphy-Ende, K: Death , Dying, and Grief in the Face of Cancer. In:Burke, CC. ed. Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care.1st. ed. Pennsylvania: Oncology Nursing Society.2009:159-183.
4. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. BMJ. 328(7452):1343, 2004 Jun 05.
5. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehota P, Nadler E, Arora NK, Lawrence W, Street RL Jr. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a

- systematic approach. *Social Science & Medicine*. 72(7):1085-95, 2011 Apr.
6. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 10(1):19-28, 2001 Jan-Feb.

【23】善終

Good death

當疾病到了盡頭，病人走到人生最後一程，「善終」(good death)的探索與實踐，對病人、家屬、醫療人員來說，都是無法迴避的議題，特別是對病人而言，更是生命尊嚴與生活品質的最後目標。

■ 善終定義

「善終」應被視為過程而非狀態，需依病人或家屬的期望，考量臨床、文化或倫理的差異性，使病人、家屬及醫療人員對死亡有所準備、滿足並尊重其期望，使得生理、心理、社會及靈性在臨終過程均處於安適祥和的狀態。

■ 善終屬性

- 一、 舒適：包括身、心、靈及環境的舒適，尤其是症狀能獲得控制使痛苦減至最低。
- 二、 尊嚴：指能被尊敬為一個完整的個體，並尊重個人或所處文化的價值、信念與儀式。
- 三、 保有控制感：包括末期病人對身體、認知與整個死亡過程的控制感。
- 四、 減少他人負擔，包括身體照顧、經濟。
- 五、 能繼續貢獻一己之力，提升自我價值。
- 六、 良好的溝通與關係。
- 七、 完成生命中的重要目標、願望或使命，並且做好死亡準備

■ 如何促進善終

- 一、 以病人的善終觀點為基礎：
 - (一) 順著病人的生命軌跡，強化病人在瀕死過程中繼續生活

與持續經驗存在等生活面向。

(二) 在照顧病人的過程中，依照病人的需求與意願，發現適當的時機促進臨終覺知。

二、 以四道人生的概念為參考：考慮適當時機以道謝、道歉、道愛、道別的四道人生作為協助病人與家屬善終的方法。

■ 善終品質

善終是一個抽象且具高度主觀性的概念，針對善終品質評估其內容應包括：舒適度、死亡準備及死亡情形、安詳、時間恰當性、人性尊嚴及價值等。

參考文獻：

1. 方俊凱、林子涵、畢世萱、李閏華、李佩怡：癌症末期病人的善終觀點。安寧療護 2017；22：288-309。
2. 陳亭儒、胡文郁、程紹儀、邱泰源：善終評量之反思。安寧療護 2013；18：76-88。
3. 程劭儀、邱泰源、胡文郁、郭斐然、王浴、周玲玲、陳慶餘：癌末病人善終之初步研究。中華家醫誌 1996；6：83-92。
4. 趙可式：安寧療護是普世價值且為護理的本質。護理雜誌 2015；62：5-16。

-索引-

中文(依筆畫排列)

人	人格異常	47
	人格評鑑	47
	人格障礙症	47、48
不	不傷害原則	93、94
六	六全照護	22、23、100
心	心理支持技巧	72
	心理治療	35、52、53、56、 62、72、76、79、87
	心理腫瘤服務量	15
	心理腫瘤學服務	6、17、18、19、20、 21、22、50
	心理腫瘤學照護	4
	心理腫瘤醫學	4、6、9、14、21、 22、23、26、52、 56、62
台	台灣心理腫瘤醫學學會	9、14、26
	台灣憂鬱量表	7
失	失志症候群	50
	失志量表	9、51、52、53、70
	失眠	36、57、58、59、 62、63、71、81、 85、97
平	平靜模式	52

末	末期病人	36、79、91、95、 96、97、100、102、 103
生	生活品質	4、6、7、8、40、 57、67、70、72、 81、95、96、102
同	同理心	25、80
存	存在的絕望	50
	存在認知治療	53
安	安寧緩和醫療	21、22、72、94、 95、96、97、100
	安樂死	50
自	自我照顧	41、78、80、82、83
	自殺風險	36、50、51、54、55
行	行善原則	93、94
困	困擾溫度計	5、6、9、12
抗	抗精神病劑	55、56、64
	抗憂鬱藥物	35、37、38、62、63
決	決策溝通(decision talk)	28、29、31
貝	貝克憂鬱量表	6
服	服務評估工具	6、9
泛	泛焦慮症量表	7
物	物質使用障礙症	44、45
非	非藥物治療	42、45、46、57、 59、67
哀	哀傷輔導	14
思	思覺失調症	54
個	個案討論會	15、21
倫	倫理困境	92、93、94

效	效益論	93
病	病人決策工具(patient decision aid, PDA)	29
	病人健康量表-9	7
	病情告知	4、5、25、26、27、 92
症	症狀群集現象	57
情	情緒障礙	33、55
	情緒篩檢	14、15
創	創傷後成長	52
善	善終	95、100、102、103
	善終品質	103
尊	尊嚴	52、68、70、74、 93、97、98、102、 103
	尊嚴治療	52、74
悲	悲傷反應	85、86、87
	悲傷調適歷程	85、87
無	無助感	9、50、51、52、97
	無望感	50、56、73
意	意義中心治療	52
溝	溝通技巧訓練	4、28
義	義務論	93
跨	跨專業團隊	4、5、14、15、95
團	團隊會議	15
	團隊溝通(team talk)	28、31、81
睡	睡眠行為	57、59
	睡眠障礙	57
精	精神急症	54
	精神藥物	54、62、64

認	認知功能障礙	40、41、42
	認知存在團體治療	52
憂	憂鬱症	7、35、51、52、53、 54、55、56、62
	憂鬱焦慮症狀	62
標	標準化死亡比	55
複	複雜性悲傷	85
適	適應	9、34、37、51、62、 67、68、83、87、89
	適應障礙	34、37
選	選項溝通(option talk)	28、31
	選擇溝通(choice talk)	28
壓	壓力調適	68、71、82
癌	癌症心理適應量表	9
	癌症全時程	72、73、75
	癌症病情溝通技巧訓練	4
	癌症篩檢	4
臨	臨床照護建議模式	14
	臨終照顧	99
簡	簡式健康量表	7
醫	醫病共享決策	28、95
	醫病溝通	14、24、27
	醫病關係	14、24、27、97
	醫院焦慮憂鬱量表	6、70
	醫學倫理	93、94
雙	雙極性情感疾病	54
靈	靈性安適	74、89、91
	靈性困擾	90
	靈性照護	90、91、99

英文 (A-Z)

C	Choice talk	28
D	Decision talk	28、29、31
O	Option talk	28、31
P	patient decision aid (PDA)	29
	PDCA	15
S	SHARE 模式	26
	SPIKES 模式	25
T	Team talk	28、31
	Three talk model	28、29、30、 31、32