



肺癌心理腫瘤臨床照護指引

編輯委員(依姓氏筆劃排列)

方俊凱 馬偕紀念醫院精神醫學部/安寧中心主任
李英芬 馬偕紀念醫院護理部副主任
余忠仁 臺大醫院新竹生醫分院院長
莊永毓 和信醫院身心科醫師
許思婷 臺北醫學大學附設醫院腫瘤個案護理管理師
陳育民 臺北榮民總醫院胸腔部部主任
陳晉興 臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院副院長
陳煌麒 高雄小港醫院癌症中心主任
楊格政 門諾醫院癌症中心臨床心理師
鄭致道 和信醫院身心科副主任
戴明燦 三軍總醫院血液腫瘤科主任

台灣心理腫瘤醫學學會



<本計畫經費由國民健康署菸品健康福利捐支應>

目錄

一、前言.....	3
(一) 心理腫瘤照護之重要性.....	5
(二) 肺癌病人之心理負荷.....	5
(三) 心理社會因素與肺癌發病率及致死率.....	8
(四) 肺癌病人情緒篩檢與轉介.....	8
(五) 臨床照護模式要點.....	13
二、肺癌病人常見的心理暨精神症狀.....	16
(一) 焦慮、憂鬱.....	16
(二) 認知功能障礙.....	18
(三) 物質使用障礙症.....	19
(四) 疼痛問題.....	20
(五) 失志症候群.....	21
(六) 癌因性疲憊.....	22
三、肺癌心理腫瘤介入階段.....	23
(一) 肺癌篩檢期及初期.....	23
(二) 肺癌晚期.....	25
(三) 肺癌存活者.....	26
四、肺癌心理腫瘤照護服務議題.....	28
(一) 病情溝通與決策共享.....	28
(二) 藥物治療.....	31
(三) 心理支持技巧.....	35
(四) 靈性照顧.....	37
(五) 悲傷調適.....	39
參考文獻.....	42

一、前言

本指引為促進肺癌之臨床心理腫瘤照護而發展，為能有助於各醫療院所之腫瘤臨床照護人員臨床使用，對象可為醫師、護理師(含專科護理師、個案管理師等)、社工師、心理師、靈性關懷師等。

隨著癌症研究的不斷突破，新的化學藥物，標靶藥物及免疫藥物不斷地快速進行研發和使用，臨床治療計劃繼續精進，提高了治癒率，降低了復發率和死亡率，治療癌症成為病人及其醫療團隊的主要目標，而在癌症診斷、治療和復原過程中，病人和其照顧者心理健康的照護有時就會被忽視。但是，他們心理健康問題卻持續存在，威脅治療的結果和整體預後。過去 50 年來，癌症病人的情感、精神和心理層面的需求對癌症治療有重要的影響，促使心理腫瘤學領域的發展。心理腫瘤學主張在選擇精確治療癌症時，同時應考慮個人的心理、文化和語言挑戰，許多支持癌症病人的途徑，從因應壓力的教育，發展到新的生物行為療法。為了落實此一多專業學科的使命，對癌症治療中個體的心理健康需發展指引與框架，納入整個癌症治療的處置變得更重要。

肺癌連續十年蟬聯國人癌症死因首位，佔所有癌症死亡人口的近 20%，五年存活率僅約 27.3%。而年齡標準化發生率排名第二，僅次於大腸直腸癌，且有超過半數患者在確診時已為晚期，已發生局部轉移或是遠處轉移。雖然肺癌標準化死亡率每年下降，我國近十年(98-107 年)標準化死亡率自每十萬人口 25.9 人逐年降至 22.8 人，降幅達 12%，但肺癌發生率仍呈上升狀態。同時，肺癌罹患年齡下降，男性十年來從 72 歲下降至 68 歲，女性則由 67 歲下降到 65 歲。肺癌的高發生率、高復發率，及高死亡率均代表其不容忽視的重要性。

肺癌病人病程各時期之心理腫瘤照護要點如下圖(圖 1)所示，請參照本指引章節三：肺癌心理腫瘤介入階段(P.23-27)：

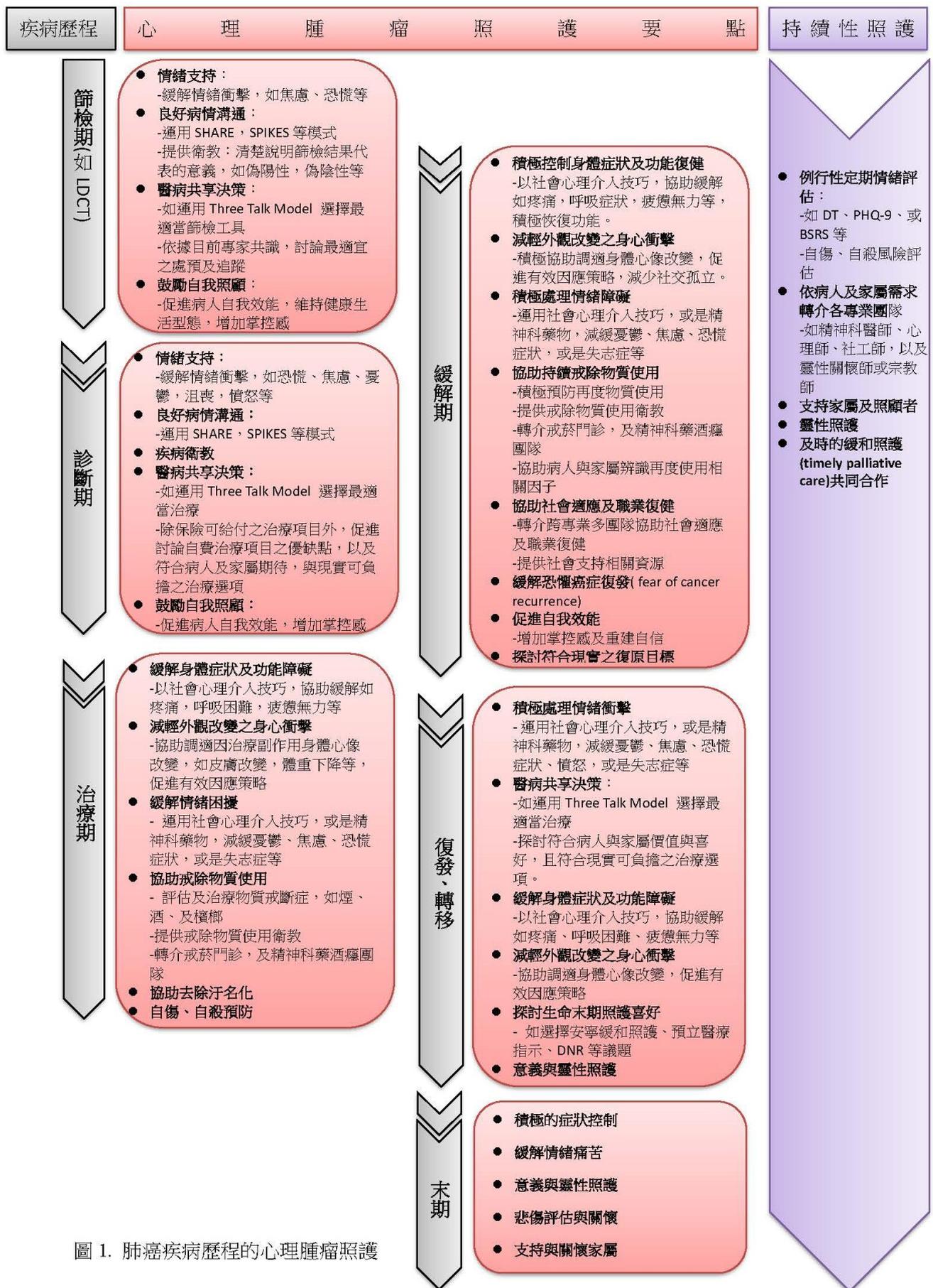


圖 1. 肺癌疾病歷程的心理腫瘤照護

(一)心理腫瘤照護之重要性

心理腫瘤醫學(Psycho-Oncology)又稱心理社會腫瘤醫學(Psychosocial Oncology)，探討橫跨癌症病人的生物、心理、社會、以及靈性層面，主要針對以下兩議題[1]：

1. 癌症造成病人、家屬、及醫療人員在癌症各階段的情緒反應為何、與對家庭、經濟、社會的衝擊，以及如何因應與照護。

2. 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。

心理腫瘤學重視癌症各階段病人、家屬、和醫療人員的心理社會需求，包含了以下特性：

- (1) 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。
- (2) 跨專業團隊服務的醫學專科模式：包含所有與癌症治療相關的專科。
- (3) 透過跨專業團隊，提供全人照護：範圍涵蓋癌症病人與家屬身體、心理、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、家屬的哀傷輔導等。
- (4) 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。
- (5) 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。

(二)肺癌病人之心理負荷

1. 汙名化

重點提示

如何減少肺癌病人的汙名化

- 正確的資訊：在台灣肺癌病人有 53%是不吸菸者
- 正確的社會大眾衛教宣導
- 肺癌支持團體

一般來說，肺部的症狀比其他癌症多，預後較差，汙名化也較嚴重[2]。然而，過去 30 年來人們對於肺癌的認知和心理反應都已有所改變，人們以前視之為致命的疾病，現在卻隨著醫學和科學的進步，大眾已對肺癌有更多的認識，也相信肺癌治療是有效的。再者，因為越來越多非吸菸者被診斷出肺癌，且研究發現基因遺傳是影響肺癌的潛在因素之一，人們加諸在吸菸者身上的汙名便逐漸降低。

在臺灣，肺癌病人有相當高的比例並未有吸菸史，然而，由於過去各種公共衛生宣導都導向吸菸與肺癌的關聯，因此未吸菸的肺癌患者常被貼上汙名化的標籤，而使在心理的調適上，遇到更大的挑戰[3,4]。隨著社會大眾越來越認識肺癌，也有更多相關的支持團體出現，對於現今的肺癌病人來說，相較 30 年前有較多的支持[5]。

2. 經濟負擔

根據 108 年全民健保惡性腫瘤醫療支出「排名前十大癌別之醫療費用支出統計表」，肺癌治療費用高居所有癌症之首，癌症治療費用突破千億大關，其中又以肺癌花費 164 億元最高，每人平均醫療費用達 22.8 萬元。

雖然全民健保負擔大部分的費用，但是住院病房差價、內視鏡手術或達文西機械手臂手術的自費項目、基因檢測、其他部分負擔、以及未涵蓋在全民健保的自費藥物，都可能造成病人相當的經濟負荷，由於標靶藥物治療、早期診斷、以及其他治療的進步，延長了肺癌病人的存活，同時也增加治療期間及費用，值得重視。

經濟負擔造成癌症病人的壓力，被稱為癌症治療的財務毒性(Financial toxicity)，包括客觀上的意外費用支出、以及主觀上的心理困擾，並不僅出現於低收入家庭，除了增加病人的焦慮與憂鬱外，也有可能導致病人醫療依從性下降、治療中斷、以及生活品質下降[120]。

包含社工師、護理人員在內的醫療團隊，應能主動探詢病人的經濟負擔，協助處理醫療保險與補助，同時臨床人員要能夠針對治療的費用、其必要性及價值，與病人進行討論。

3. 心理困擾(emotional distress)

重點提示

肺癌病人心理困擾

- 佔所有不同癌症別病人群中比例高
- 台灣肺癌病人的心理困擾發生率為 44%
- 14%肺癌病人為環境適應障礙
- 5-15%肺癌病人符合憂鬱症診斷

心理困擾相關因素

- 年紀較輕
- 女性
- 日常執行功能較差者
- 疼痛
- 疲倦
- 呼吸困難易出現恐慌症狀

一般來說有近三分之一的癌症病人承受著嚴重的心理困擾[6,7]，而肺癌病人的心理困擾發生率為 43~62%，佔所有不同癌症別病人群中最高的比例[6-8]。台灣肺癌病人的心理困擾發生率為 44% [9]，與過去國外研究的結果相近。19%肺癌病人的心理困擾嚴重度，已符合精神疾病的診斷標準，其中，有 14%肺癌病人為環境適應障礙，而有 5-15%肺癌病人符合於憂鬱症診斷等[10-12]，需要進一步精神科藥物的協助。

人口學變項和臨床特性與心理困擾有著顯著的相關性。例如，年紀較輕、女性和日常執行功能較差的癌症病人，傾向有高程度的心理困擾[8, 13]。愈多的問題困擾來源，在心理困擾程度上也愈高[14, 15]。在針對肺癌病人心理困擾的研究中發現，生理上，以疼痛和疲倦為病人心理困擾主要的來源[8, 16]，並以疼痛與疲倦是最能預測心理困擾的危險因子[8]。同時，過去研究指出與沒有呼吸困難的病人相比，有呼吸困難的患者出現恐慌症可能性高達兩倍以上，這些研究發現皆指出，常發生呼吸困難的肺癌病人將有更高恐慌症狀發作的風險性[17, 18]，且需要進一步轉介專業心理衛生人員的協助。

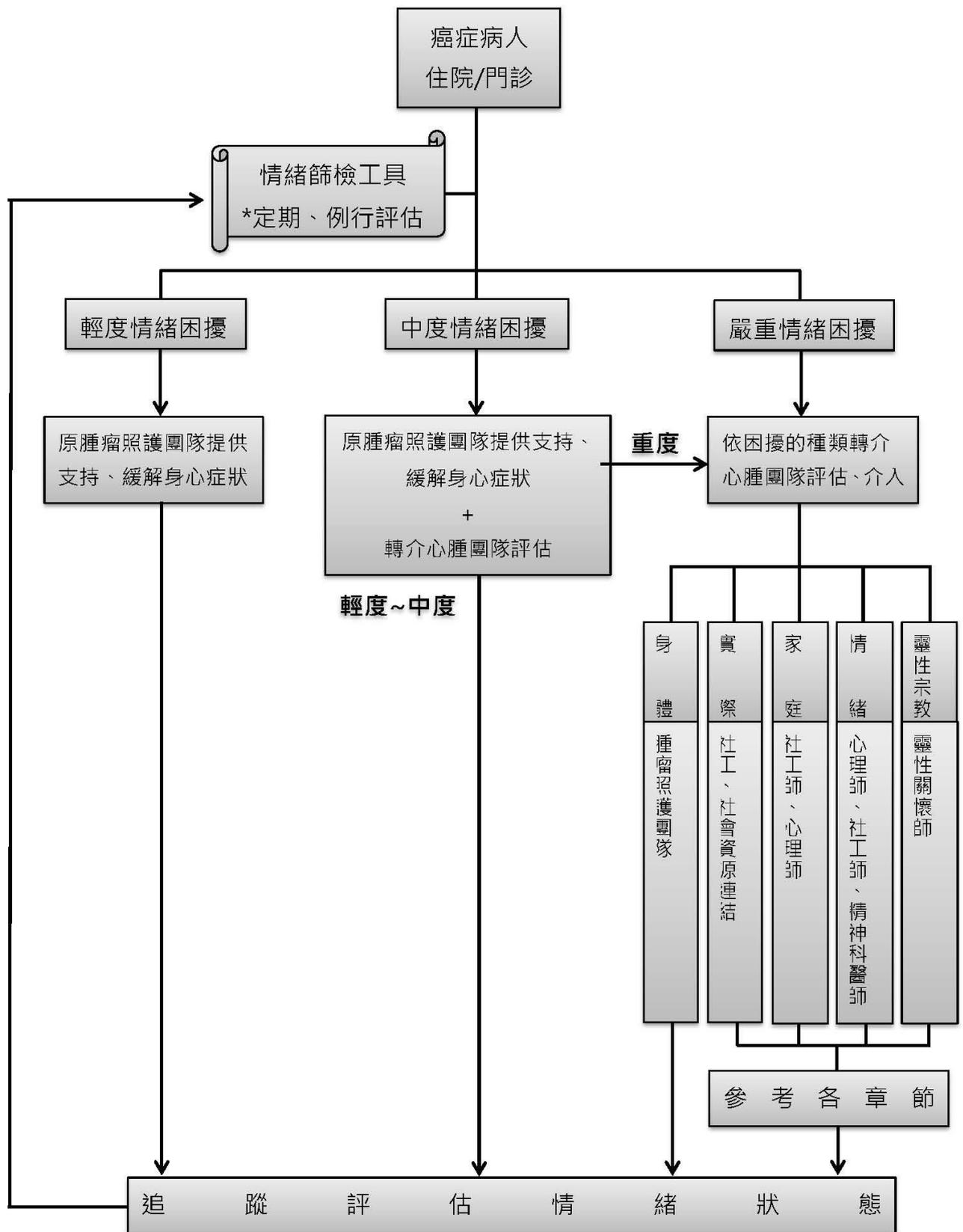
(三)心理社會因素與肺癌發病率及致死率

心理社會因素是否會影響癌症的發生率和／或存活率一直以來都是心理腫瘤學者很想知道的問題，而其中乳癌、子宮頸癌和肺癌是最常被探討的癌症。學者們在 1950-1960 年代以回溯性研究探討患者發病前的人格特質，在 1980 年代則是著重於心理神經免疫學的研究[19]。

Faller[20]的一份研究顯示，情緒壓力和因應政策在對於肺癌患者的存活率有顯著的獨立影響，然而這份研究採自然式觀察法，其因果關係無法確認，因此這些因素之間的關聯性尚須更深入的研究。

(四)肺癌病人情緒篩檢與轉介

建議病人應有例行性定期的情緒篩檢，使用情緒篩檢工具了解病人的情緒狀態，並依照嚴重度不同有適宜的處預與轉介相關心腫照護團隊或資源，並有後續追蹤。建議情緒篩檢及轉介照護流程參考圖(請見下頁圖 2)：



(圖 2) 情緒篩檢及轉介照護流程參考圖

除了困擾溫度計為大多癌症中心採用的篩檢工具，癌症病人的疾病因應、生活品質、以及失去意義感，也是重要的指標，介紹測量工具如下：

1. 自陳式工具-困擾溫度計(Distress Thermometer, DT)：

為一項簡短、快速且容易解釋的檢測工具，通常用來篩檢高度心理困擾的病人[21](請見下頁圖 3)，此工具為美國國家綜合癌症網絡(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)因應癌症病人的心理困擾與全人照護需求而發展出來的。表格中的第一部分是 0~10 評分量表，受試者根據過去一週所感受到的心理困擾主觀自評，分數越高表示心理痛苦或困擾程度越高。第二部分是病人困擾來源表(Patient Problem List, PPL)，包含實際問題、家庭問題、情緒問題、靈性宗教問題，與身體問題等五個面向問題。當 DT 的切截點(cut-off point)大於或等於 4 分時，即符合臨床上明顯心理困擾的特性，此時則需要進一步依據病人的問題困擾向度，轉介適當的心理社會資源協助[17]。在臺灣，DT 的信效度與切截點已受到實證研究支持，包括對於初步篩檢癌症病人的憂鬱症、焦慮症、和失志，皆有一定的敏感度與特異性[22, 23]、DT 篩檢所有肺癌病人，對情緒困擾和自殺意念的發現是有幫助的。[119]

困擾溫度計

NCCN 授權版

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

(圖 3) 困擾溫度計 Distress Thermometer (DT)

身心困擾的轉介：以問題為依據	
身體的問題	聯繫癌症治療團隊
實際的問題	社工師、社會支持資源連結
家庭的問題	社工師、心理師
情緒的問題	心理師、社工師、精神科醫師
靈性或宗教的問題	靈性關懷師

2. 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。

3. 失志量表(Demoralization Scale, DS)：

為 Kissane DW 在 2004 發展的量表。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，失志症候群與癌症病人自殺有高度相關。

4. 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) 心理健康及生活品質(Mental Health and Quality of Life)。

5. 其他量表：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)與癌症治療功能評估量表(Functional Assessment of Cancer Therapy: General, FACT-G)。

(五) 臨床照護模式要點

1. 初段：衛教，促進心理腫瘤健康識能：

- 書寫衛教資料、拍攝衛教短片，透過包含書面資料(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，可以自助的解決方法，以及何時需要求助、可求助的管道資源等。
- 癌症資源合作，或病友會活動，提供衛教演講與座談，教導病友及家屬身心調適的方法。
- 參與醫護團隊的在職教育課程，解說癌症病人與家屬常見的身心困擾，甚麼是情緒篩檢，如何提供初步的情緒支持，及何種狀況應該轉介心理腫瘤團隊、和如何成功地轉介。

2. 次段：篩檢與初步轉介：

- 篩檢與轉介，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。
- 對於由醫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，並提供醫護人員如何後續處理的諮詢。
- 參與醫護團隊的團隊會議及個案討論會，提供心理腫瘤醫學的觀點，協助身心議題的照護計畫及施行。
- 協助癌症治療團隊成員的身心調適，減少身心耗竭。

3. 參段：身心專業團隊處遇：

- 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。

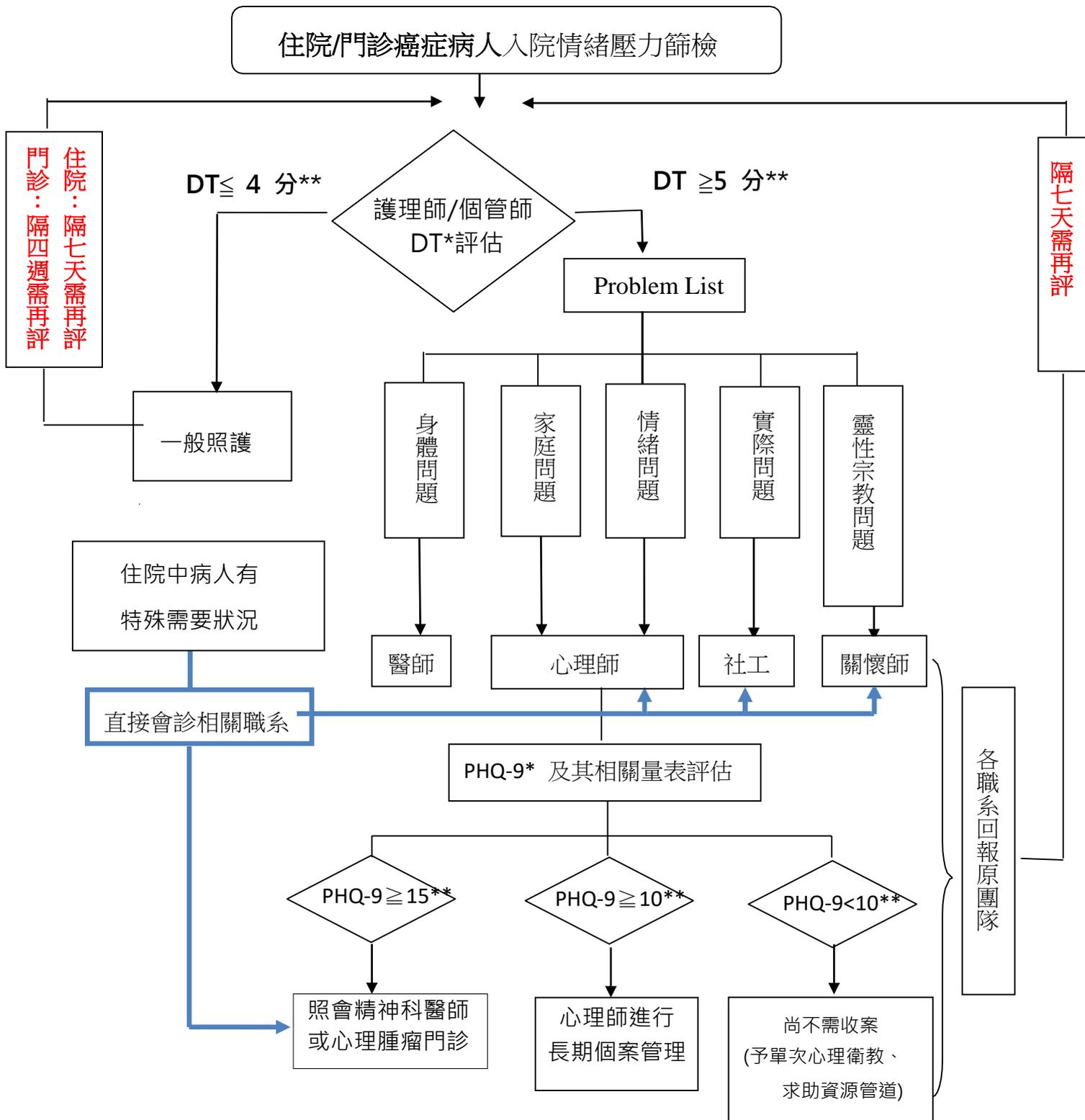
- 身心與家庭社會問題較複雜者，組成多專業團隊，如協同社工師，或需連結政府或社區資源，共同協助病人與家屬。
- 對於出現精神症狀的病人或家屬，適時轉介精神科，接受適當的治療，並協助與癌症治療科橫向聯繫，訂定最適宜的治療計畫。

4. 與行政單位協同合作：

- 建議組成多專業之心腫服務功能小組，參與癌症中心行政會議。
- 在行政會議中，心理腫瘤團隊可以先由各種數據的分析，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，讓各單位對於心理腫瘤服務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，以及與各癌症治療團隊的個案討論，應可以讓上述的各級服務模式，能順利推展。

目前台灣心理腫瘤醫學學會，利用癌症病人初診斷數量與心理衛生專業人員人力配置比，提出了四種臨床照護模式的建議，提供各醫院運作參考。本文以最理想型心理腫瘤照護服務模式為主要參考建議(請見下頁圖 4)，其他照護模式可依各醫院人力、病人數不同參照調整，詳見本會 2018 年發展之心理腫瘤醫學照護指引(簡明版)。在臨床照護服務上，由於針對癌症病人情緒困擾的篩檢，不僅可以幫助臨床醫療人員早期辨識高心理困擾程度的癌症病人，更能了解其迫切的需要，故使臨床工作者更能即時地提供適當的治療或轉介相關的心理或社會資源的支持，藉由團隊合作提供更適切的醫療照顧。

(圖4) 癌症病人心理腫瘤服務參考流程



說明:此流程為最理想型心理腫瘤照護服務流程僅為參考。

*困擾溫度計 (Distress Thermometer, DT)、病人健康狀況問卷 (PHQ-9)為參考篩檢之量表。

**DT與PHQ-9 之分數切分點，可依照各醫院人力與病人特性是實際臨床情況調整。

二、肺癌病人常見的心理暨精神症狀

研究顯示[24]，平均每四位肺癌患者當中就有一位曾在抗癌過程中經歷憂鬱或其他心理社會問題。新確診的肺癌患者中確診為精神疾患的雖然不多，但出現潛在的精神或心理社會問題及症狀者(如：酒精或香菸濫用、悲傷、恐懼、驚嚇、出現死亡的念頭、失眠、性慾降低、從事工作或興趣的意願降低等等)卻非常普遍[25]。除了上述的症狀之外，情緒化、消極接受身體之不便、廣泛性焦慮、害怕復發也都是肺癌患者可能出現的心理症狀[26]，肺癌病人的自殺率也高於其他癌症[115,116,117,118]。美國肺癌診斷病人之標準化死亡比為 4.95(1973-2009 區間)，高於一般族群。若以時間區分，診斷三個月內自殺率顯著高於三個月後(標準化死亡比 13.4VS 3.8)；以病人特性區分，男性、老年、高惡性、轉移、未接受治療者，有較高自殺率，但仍有一半以上自殺肺癌病人，其癌症屬局部(loco-regional)或潛在可治癒(potentially curable) [119]。

肺癌治療也可能為患者帶來諸多的不適以及心理社會問題，例如，可能引發的生理症狀有：疼痛、呼吸困難、噁心嘔吐和神經性毒素；精神心理的潛在症狀為：認知變化、飲食障礙、疲倦、睡眠障礙與心理壓力。另外，社交互動改變也是常見的症狀之一[27, 28]，晚期癌症病人中，渴求死亡者，通常有較多症狀困擾、較差的身體功能和社會支持。透過緩和照顧，可以降低晚期肺癌病人的自殺率，因為該治療專注在症狀緩解、生活品質和心理情緒支持[118]。

(一) 焦慮、憂鬱

心理腫瘤照護要點可應用 Step care 模式，依照情緒篩檢出的情緒困擾嚴重度，依照輕、中、重，而有不同程度的介入方式，例如下圖：

分級照護模式(step care model) 以憂鬱、焦慮為例：



研究中發現，肺癌病人術後第二週的癌症病人有 77% 出現憂鬱情緒，位居眾多癌別之首[29]，可能原因為肺癌的死亡率高，以及通常以預後差為人所知，故在得知肺癌的診斷後，往往伴隨著恐懼和沮喪的情緒。

隨著治療的過程，心理困擾往往有延續或惡化的趨勢[32]。一年內接受抗癌治療的肺癌患者，結果發現有 35.9% 的患者有高程度的憂鬱[33]。若是診斷後發現不可手術的病人，情緒困擾可能更為嚴重，在治療前有 33% 的病患有憂鬱症狀，且超過 50% 的人症狀會持續[37]，上述現象與病人在治療後出現的生理症狀(如疼痛、疲勞和呼吸困難等)具相關性，且罹癌後的生活功能下降，甚至連帶影響就業及經濟狀況，同時必須承受肺癌之汙名化以及預後差的事實，容易導至在情緒適應上有一定的困難度。

肺癌病人的焦慮和憂鬱常與肺癌治療產生的身體症狀，例如化療後的疲勞、睡眠障礙及頭暈[38]、術後疼痛[29, 36]，以及氣切和呼吸困難[36]間存在相關性，另外，年紀較輕者(<50 歲，50-69 歲)、女性、單身、低收入[39]、在職者、吸菸者[39, 40]，以及晚期肺癌者[40]皆會提高肺癌病人憂鬱的風險[41]。女性有較高的憂鬱風險，可能導致之因素如下:其較低的社經地位、多重角色、情緒導向的因應技巧...等[42]。在心理社會因子方面，功能喪失[29, 40, 43, 44]和汙名化[33, 45]與焦慮和憂鬱之間存有高度相

關性，且進一步影響到肺癌病人的生活品質[43, 46]、造成照顧者的心理困擾[47]。有些研究顯示，肺癌病人的憂鬱症狀與增加其死亡率相關[48]，尤其當病人有較多肺癌症狀，以及缺少社會支持時，此相關性更為顯著[39]，憂鬱是癌症病人自殺的危險因子[118]，因此憂鬱評估與及早治療能有效降低自殺風險。

(二) 認知功能障礙

重點提示

- 評估認知功能，及早轉介
- 預防、積極處理謔妄
- 治療可恢復之病因，如藥物，腦轉移
- 提供認知復健
- 衛教病人、家屬因應方式

在轉移性的疾病，如小細胞肺癌和肺小細胞肺癌，體質性或個別器官的症狀很常見，如疲勞、體重減輕、骨頭疼痛，其中也包括認知改變。肺癌病人在治療後常出現認知功能障礙的症狀。化療對於認知功能的負面影響已被發現，又稱「化療腦」(chemobrain)，通常伴隨著在各方面認知，例如記憶力、判斷力、語言能力或空間感等等，有輕度到中度的改變。研究顯示肺癌病人在心理認知功能的測驗，發現化療後一個月的小細胞肺癌或尚未化療的非小細胞肺癌病人，有 20~30% 的肺癌患者中符合認知障礙的標準，此結果顯示認知功能同時受到腫瘤本身以及化療影響，文獻中也指出，佔台灣肺癌比例約 85% 的非小細胞肺癌患者，在長期語言記憶的表現上，較小細胞肺癌者及健康者差[50]。

放射治療對肺癌病人認知功能也有影響。約 20%-40% 的癌症患者會併發腦轉移腫瘤，而肺癌病人則佔了約 40~50% 的腦轉移病人，10~20% 的非小細胞肺癌者在診斷時就被發現已有腦轉移的跡象[51]。腦部的放射治療因此普遍，也伴隨著認知功能障礙的風險。根據文獻，同時進行化療和照射預防性的全腦照射(Prophylactic cranial irradiation, PCI) 的小細胞肺癌者，在治療三個月後較僅作化療的病人有較差的語言流暢度表現，且腦部多處灰質量減少，以及白質處出現變化，故在思考及消化資訊的速度

也因此減緩[52]。也有文獻指出，放療對認知功能中的語言記憶能力、執行功能的受損皆有相關，同時也可能出現步態改變和錐體外症候群，如肌肉張力異常、類巴金森氏症、肢體僵硬或靜坐不能等[53]，認知障礙，特別是譫妄發生，也會造成病人衝動性抑制下降並提高自殺風險。

(三)物質使用障礙症

重點提示

- 清楚的物質使用病史探詢
 - 使用量、最近一次使用時間等
- 預防、積極處理戒斷症狀
- 增強戒除物質使用動機
 - 衛教繼續使用的壞處
 - 衛教戒除的益處
- 動機式晤談
- 認知行為治療
- 轉介戒癮團隊追蹤

早期大眾則會將肺癌病人與吸菸作聯想，眾多肺癌研究發現肺癌與主動和被動吸菸(如二手菸、三手菸)有高度相關[54, 55]。然而，近年來的研究則發現更多其他物質與罹患肺癌有相關性，例如，不論在台灣或歐美國家，統整後發現肺癌除了與主被動吸菸有關，也與暴露在職業環境的化學物質(如接觸化學物質砷，石棉，鉻酸鹽，氣甲基醚，鎳，多環芳烴)、下廚排放的油煙，以及空氣汙染相關[55, 56]。依性別的不同，與肺癌相關的物質因素也大不相同。以台灣女性為對象，則發現女性肺癌發生的主因與環境因素及遺傳因素皆有關聯，其中的環境因素指出，烹飪油煙為掌控早期發病者肺癌的發生率趨勢之主因[58]。

除此之外，從第五版精神疾病診斷與統計(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, DSM-5)中的物質使用障礙症(Substance Use Disorder)之角度，以最常見的菸草使用障礙症(Tobacco Use Disorder)為例，研究發現在有吸菸史的肺癌病人中，九成以上符合菸草使用障礙症，同時，八成以上屬於中度和重度菸草依賴者，在這些中重度依賴者中又有八成以上曾試圖戒菸3次以上[59]。然而，即便知道抽菸對身體健康

的影響，甚至知道會增加肺癌的復發率，仍發現有近期吸菸史的非小細胞肺癌的患者，將近一半的肺癌患者仍會在術後恢復抽菸的習慣[60]。對於吸菸者來說，大多數的人在青年時期就開始吸菸。吸菸不只是一種「習慣」[61]，因為尼古丁的成癮性非常高，100個人試著戒菸的人之中，只有五個人在一年內不需要他人協助即可自行戒菸。使用藥物療法和行為諮商療法戒菸，則可以使戒菸率加倍[62]。現實上，有些醫護人員根本不想和肺癌病人談及他們使用香菸的狀況，因為不想讓病人感到有壓力或困擾。當然，這便會讓吸菸者無法接受戒菸治療，也沒辦法預防前吸菸者復發的可能。除菸草的使用以外，研究指出每天攝取 30 公克以上酒精的人會較無飲酒之人，些許的增加罹患肺癌的風險[63]。另外，此關係與酒類選擇也有相關性，其表示飲用啤酒較其他酒類，增加罹癌機率的現象更為顯著[64]。

(四)疼痛問題

疼痛可能發生在癌症的任何階段，研究指出，積極的緩和醫療能幫助病人活得更好、更久 (11.6 個月 VS 8.9 個月，增加 30% 存活率)，其中緩和醫療包括疼痛控制、精神支持與相關症狀緩解，譬如噁心或嘔吐等[136]。

癌症疼痛以頭頸癌的病人發生率最高，為七成，而肺癌也占了 55%[128]。突發性疼痛會帶給病人惡性循環，可能導致病人因疼痛無法進食，進而導致惡病質的產生；此外，疼痛也會影響病人的情緒，導致 depression。臨床上最擔心的就是病人因為疼痛導致 cachexia 使得療程 delay，或者因為 depression 導致病人放棄治療[121]。突發性疼痛若沒處理好，反而增加住院(36.9 vs 22.5%)及門診回訪率(56.3 vs 37.1%)，整體醫療成本進而提升[129]。

NCCN guideline 中提出，疼痛管理是癌症治療裡必要的一部分，所有的病人必須在每次診療時篩檢疼痛；有疼痛的必須量化疼痛且由病人形容疼痛；疼痛必須定期反覆評估。70%- 90%的癌症疼痛可以藉由口服藥物獲得緩解。

早在 1996 年世界衛生組織(WHO)發佈疼痛控制準則，之後許多研究分析顯示 NSAIDs、弱鴉片藥物、NSAIDs+弱鴉片藥物治療癌症疼痛效果沒有差異；歐洲腫瘤醫學

會(ESMO)也提出無證據顯示弱類鴉片藥物的有效性；第二階梯藥物療效僅持續 30-40 天；弱類鴉片藥物存在“天花板效應”(ceiling effect)；多數學者建議取消 WHO 第二階梯藥物，目前臨床上多採用 ESMO 的建議。目標是將疼痛控制在 NRS 分數<3 分與頻率每天<3 次。

(五) 失志症候群

自 21 世紀起，癌症病人的失志現象開始被重視，肺癌病人的失志現象尤其需要被重視。失志(demoralization) 是一種情緒不安感(dysphoria) 的狀態，特徵在感受到沒有活力(disempowerment)與徒勞無功(futility)，最常在有精神疾病與嚴重身體疾病的人出現。失志的核心現象，是對於適應的持續失能(persistent inability to cope)經驗，會感到「無助」(helplessness)，「無望」(hopelessness)、「無意義」(meaninglessness)，主觀的「無能」(incompetence) 與失去「自尊心」(self-esteem)。不論在臨床實務或研究上都有許多文獻，此現象在不同文化背景之下，其盛行率亦有所不同。台灣本土研究發現，肺癌病人若出現失志症候群，病人容易出現自殺意念，甚至比出現憂鬱症有夠高的自殺風險(Fang et al., 2014)。因此，臨床工作者應該對肺癌病人是否有失志症候群有所警覺[126-127]。

失志症候群的診斷準則(表一)目前有明確指標，評估量表有不同的版本，但以中文版失志量表(Demoralization Scale-Mandarin Version, DS-MV)最為通行。失志量表有 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)。失志量表的計分法是每題 0-4 分，總分以 30 分為分界，30 分以上為高失志(high demoralization)。台灣肺癌病人以中文版失志量表施測的平均值恰好為 30.81 ± 13.59 (Fang et al., 2014)，所以可知有半數的肺癌病人可能有失志症候群的困擾，因此，醫療人員對於治療不順利的病人，需要對病人是否有失志症候群多加留意。

(表一) 失志症候群的診斷準則

	ICD 系統	DSM 系統
提出者	Fava 等, 1995	Clarke 與 Kissane, 2002
診斷準則	<ol style="list-style-type: none">1. 是一種感覺的狀態，病人對自己或他人的期望意識到失敗，或是無法適應有壓力的問題；病人經驗到無助、無望、或放棄。2. 這種感覺持續且廣泛存在(至少一個月)。3. 這種感覺與疾病或症狀加劇有密切的關係。	<ol style="list-style-type: none">1. 存在的痛苦(existential distress)之症狀：失去生活的意義與目標，失去希望。2. 悲觀的態度，無助感，被困住感，專注個人的失敗，缺乏有價值的未來。3. 對於適應不同的動機下降。4. 社會疏離，孤立，缺乏支持感。5. 持續此現象超過 2 週。
症狀持續時間	1 個月	2 週

(六) 癌因性疲憊

癌因性疲憊症 (cancer-related fatigue, CRF) 是癌症病人最常面臨的症狀、困擾之一，往往對於生活品質造成很大的衝擊影響；但在臨床上，癌症患者很少主動提及疲憊症狀，故導致癌因性疲憊症的問題很容易被忽略，而無法得到適當處置。在肺癌病人有 57%-100% 病人有疲憊症狀[122]，多合併憂鬱或睡眠障礙出現，共病，營養不良，藥物，疼痛，或活動減少都是造成或加重原因[123]，早期的肺癌在經歷過手術或輔助化放療，肺功能呼吸的影響，藥物作用是造成疲憊主因[124]，晚期肺癌，可能因癌症治療影響大腦功能，感染，貧血，肺功能惡化，都與肺癌續發性癌因性疲憊有關，在肺癌相關的癌因性疲憊評估中，要考量評估的是診斷與發生時間點，疾病的復發或是轉移，追蹤時期長短，或是否已經到疾病晚期，Brief Fatigue Inventory (BFI) 是在肺癌臨床試驗中最常用來評估肺癌之癌因性疲憊症狀與嚴重程度[125]，適當的癌因性疲憊評估不只是研究，也是臨床照護及介入治療前所必需。

三、肺癌心理腫瘤介入階段

一般認為，認知行為療法、心理衛教、身心療法(mind-body)、運動、支持或安寧緩和療護為肺癌最主要的心理社會介入政策[2]。認知行為技巧如果配合症狀治療，能夠減緩化學治療所引起的噁心和嘔吐、疼痛、呼吸困難所帶來的焦慮感等症狀。而身心療法則能舒緩情緒壓力，提升生活品質與希望，讓病患更知道如何應對、拿回自己生活的主權。

(一)肺癌篩檢期及初期

照護要點 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)

肺癌篩檢期：

- 對未知的焦慮提供支持
- 檢查結果偽陽性、偽陰性的清楚說明
- 鼓勵病人與家屬提問他們所在意的議題
- 提供緩解焦慮不安的自我照顧方法
- 衛教持續追蹤與健康生活等自我照顧技巧

肺癌初期：

- 清楚的病情溝通
- 善用醫病共享決策模式討論治療方案
- 積極控制噁心嘔吐、疼痛、呼吸困難等症狀
- 例行篩檢焦慮、憂鬱等情緒症狀
- 及早轉介心腫服務團隊

適用於肺癌初期心理社會治療模式：

- 認知行為療法
- 學習放鬆技巧
- 正念減壓
- 心理衛生教育
- 伴侶及家庭治療

在篩檢期以及初診斷肺癌患者即將開始接受治療時，

1. 提供充分資訊：

癌症治療團隊應提供關於此疾病充分的資訊，包括：療程計畫、(如何面對)副作用、病患在療程中可做的貢獻、病患可能會出現的恐懼和其他問題。醫護人員應該盡量給予患者所需的資訊，同時注意實施衛教時的速度與節奏。

2. 良好的溝通技巧：

醫護人員要有良好的溝通技巧，好的醫病溝通能滿足患者較多的需要，且讓病人與醫護人員在治療期間所做的決定建立共識。

研究顯示肺癌患者相較於其他癌症病人，其生理症狀(最常見的是疼痛、呼吸困難、疲倦和咳嗽)較多，未被滿足的需求也較多，研究指出在肺癌初期(開始治療一個月內)，病人和伴侶分別有三~四成有心理困擾，在治療後的三個月和六個月追蹤時發現，當病人缺乏正向社交互動和支持、行為退縮，以及將轉移自我注意力作為調適方式和被伴侶認為疾病調適時缺乏幽默感時，病人的心理困擾較高[66]。

病人的悲傷程度則會隨著療程和康復的進展而有所變化。大部分的患者在診斷初期就需要心理社會治療，為了要及早發現需協助的病人，可運用 DT (distress thermometer) 做情緒篩檢與追蹤。然而，要開始提供心理社會治療仍會遇到很多挑戰，因為要落實篩檢與追蹤計畫已經不容易，而病人能否配合接受心理社會介入更是個挑戰，畢竟心理社會治療對病人來說可能是一種汙名化[67]。

目前研究發現，心理社會治療已證實對於增進癌症患者的身心健康、適應和應對能力有所幫助，亦能減少病人的情緒困擾程度。在心理腫瘤領域中，最常見的心理社會治療方法有認知行為療法、學習放鬆技巧、心理衛生教育、伴侶及家庭治療等。認知療法著重於改變患者看待與解讀事物的方式，藉此影響其行為和情緒的反應，常見的方法如認知重組、為患者的消極思考帶來正向改變、分散或改變患者的注意力等等。放鬆技巧則是行為療法的其中一個重要技巧之一，幫助病患在壓力下控制自己的生理與心理反應。

根據上述提到的身體和功能上的損失，活存者的介入措施以預防保健和改善治療後的生理症狀為主。針對吸菸者，研究顯示醫療人員給予的戒菸建議和訓練可大幅增加戒菸成功率，故加強肺癌相關醫療人員此觀念是相當重要的[88]，除此之外，呼吸復健課程則能幫助肺癌術後的病人增加其生活和運動能力，並改善其呼吸困難的症狀，研究指出每週 3~5 次 30 分鐘的運動，在達到 50~70% 的儲備心律(heart rate reserve, HRR)的情況下，與降低特定癌症(乳癌、大腸癌、攝護腺癌)的死亡率有關，故可合理的建議肺癌

病人在體力許可下，進行體能運動，以改善治療後帶來的不適和維持身體保健。許多研究建議術後的初期肺癌患者，可以進行美國癌症協會(American Cancer Society)、NCCN，以及美國運動醫學會(American College of Sports Medicine)推出的運動指引，包括每週至少 150 分鐘的中度運動(例如:走路 5 公里、簡易家事、投籃與非競爭性的羽球或排球等等)或者 75 分鐘的強度運動(例如:快走 7 公里、慢跑 8 公里、爬山、騎單車或游泳等等)，並建議分散在一週進行[87]。

(二)肺癌晚期

照護要點 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)

肺癌晚期：

- 減輕呼吸困難、疲勞，以及焦慮等常見症狀
- 討論其症狀經驗
- 依症狀做意義和目標探索
- 提供疾病資訊
- 及早轉介緩和團隊
- 提供自我照顧技巧
- 漸進式肌肉放鬆訓練
- 認知行為療法
- 正念減壓、冥想
- 團體治療

適用於肺癌晚期社會心理治療模式：

- 尊嚴治療
- 意義中心取向治療
- LED 模式
- Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) 模式

隨著疾病進展，癌症晚期病人往往不僅承受生理症狀的折磨，心理困擾同樣如影隨形且與生理痛苦交互影響，進而嚴重影響生活品質。

針對呼吸困難、疲勞，以及焦慮等肺癌晚期病人常有的症狀，可給予病患心理衛教，其措施包括認知、心理和行為三個部分，例如：1. 加深病人對疾病預備的資訊、提供自我照顧的建議和漸進式肌肉放鬆的訓練，2. 與病人討論其症狀經驗，3. 依症狀做意義和目標探索。

研究結果指出病人的呼吸困難、疲勞，以及焦慮症狀有明顯改善[68]。也可以電話或遠距通訊執行心理教育措施[69]、運動及放鬆訓練[70, 71]、針對呼吸困難的行為治療[72]，以及冥想[73, 74]，皆有助於減緩和改善肺癌晚期病人的呼吸困難、焦慮和憂鬱等身心症狀，並在整體體力、情緒、和生活品質上皆有助益。

除此之外，針對癌症病人，支持性及緩和療護服務(Supportive and palliative care services, SPCS)是整體照護服務中不可或缺的一環，支持性照護(Supportive care)主要著重症狀處理，不論是在經歷抗癌治療期間或生命末期皆可執行和加以輔助。而當病情進展，癌症晚期病人最常接觸的則是緩和(安寧)療護(Palliative care)，除了症狀處置外，緩和醫療也以維護病人生活品質為目標給予治療[75]。若即早在抗癌過程中作介入，有利於作即時的診斷更新和症狀處理、連貫的心理社會支持和諮商[76]。研究指出及早開始對轉移性非小細胞肺癌病人的緩和療護，能使健康相關生活品質和情緒有顯著的進步，也減少臨終前的侵入性療護，與接受一般的腫瘤照護的病人比起來也有較長的存活率。此種介入的重點是管理症狀、加強應對技巧、加深病人對疾病和預後的認知[77]。

然而，肺癌病人比其他癌症病人有更多未被滿足的需求。研究發現肺癌患者平均有 15.6 個需要支持性照護的需求未被滿足，其他癌症病患則只有 10.9 個[78]。病人未轉介到緩和醫療的主要阻礙之一，是由於病人及家屬常認為安寧緩和醫療是無其他治療選擇下不得已的去處。因此，應協助病人及家屬明白，不需在腫瘤治療和緩和醫療間作抉擇，而讓他們了解到可以同時從兩邊治療與照顧皆獲得益處，並使生命長度和生活品質最佳化 [76]。

(三)肺癌存活者

照護要點 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)

肺癌存活者照護要點

- 處理害怕復發(fear of cancer recurrence)
- 減少因罹癌感到罪惡，以及汙名化
- 持續戒除物質使用、促進健康生活型態

美國國家癌症存活者聯盟(National Coalition for Cancer Survivor-ship, NCCS)認為存活者照護必須在診斷的那一刻就開始著手,並延伸至整個病程,包括治療後的康復時間。根據 NCCS 的建議,以非小細胞肺癌為例,存活者常面臨的問題如下[80]。

1. 生活品質受治療後的身心靈狀態影響

肺癌存活者的生活品質廣泛地受治療後的身心靈狀態影響。研究指出,針對健康相關的生活品質(Health-Related Quality Of Life, HRQOL),在肺癌術後的兩年後,病患之 HRQOL 的分數較相符年齡及性別之族群低,且 HRQOL 在診斷後 1~6 年的存活者在生理方面的生活品質有較低的分數[81],此現象與診斷後的持續抽菸、年老者和獨居者之間具相關性[82, 83]。另外身體和角色功能上受到限制也有關係。

2. 心理困擾高

在心理社會層面,有至少 40% 以上的非小細胞肺癌存活者感到心理困擾,較其他癌症別病人高出許多。與害怕復發、因罹癌感到罪惡,以及因吸菸與肺癌的高度相關而遭受不公平的責備和感到羞恥有關,尤其在罹癌前已戒菸數年者和從未吸菸者身上更為明顯[84]。然而,診斷後的存活時間拉長,心理困擾似乎有稍緩的趨勢。研究發現,71% 的存活者有希望感,一半的人將罹癌視為正向的經驗,例如:形容癌症所造成的變化使他們明白「生命是個禮物」,因此他們能「格外珍惜生命中的每件小事」,更讓他們「努力充實自己的生命」;然而,仍有五分之一左右的存活者仍感到情緒困擾且為功能上的諸多限制所苦[83, 85, 86]。另外,有研究指出非小細胞肺癌病人的就業率從治療前的 69.63% 降到治療後的 38.7%,此下降程度為各癌別之首,也進一步限制了肺癌病人往後的治療選擇和品質。

因此介入措施以預防保健和改善治療後的生理症狀為主。

1. 針對吸菸者,醫療人員給予的戒菸建議和訓練可大幅增加戒菸成功率[88]。

2. 呼吸復健課程則能幫助肺癌術後的病人增加其生活和運動能力,並改善其呼吸困難的症狀,可合理的建議肺癌病人在體力許可下,進行體能運動,以改善治療後帶來的不適和維持身體保健。

四、肺癌心理腫瘤照護服務議題

臨床人員於照護肺癌病人治療各階段期間，包含其初診斷、治療後或再復發/轉移，以及晚期治療時期，可運用諸多的心理腫瘤照護服務模式給予心理支持，以下將介紹病情溝通與決策共享、藥物治療、心理支持技巧、靈性照顧及悲傷調適之議題。

(一)病情溝通與決策共享

在癌症的各個階段，包括初診斷時，或治療後再度復發或轉移，或停止抗癌治療時，病人、家屬，以及病人希望被告知的對象，皆需要透過醫療團隊成員明確的說明，以了解病情狀態。醫療團隊清楚地告知病情，除了可以提供病人與家屬對於疾病進展及可接受之治療資訊，且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，由此可知，在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。

1. SPIKES 模式及 SHARE 模式：

因癌症診斷常伴隨有病人對其之迷思、恐懼、且難以接受等負面情緒，於臨床工作的醫療人員如何以循序、結構式、且能兼顧病人心理反應之溝通模式，即成為需要重視及學習之課題，除上述所述之溝通基本技巧外，病人與家屬在得知病情當下之情緒衝擊是尤其需要被關注的。目前被各國醫界廣泛使用的病情告知模式有兩種：

SPIKES 模式及 SHARE 模式，比較如表 1[88]。

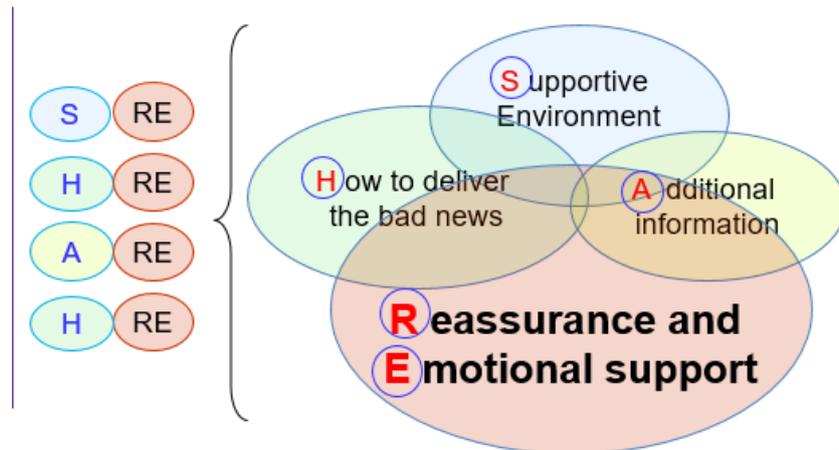
表 1 SPIKES 與 SHARE 兩種癌症病情告知模式的比較

	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	1-2 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

在台灣，台灣心理腫瘤醫學學會推廣的病情告知模式為 SHARE model，有四大構面：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。

告知的歷程與要素



2. 醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)：

指透過醫病兩方維持夥伴的關係，醫師以病人為中心，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和想法以協助病人做出醫療決定。以 Dr.Elwyn 發展的 Three talk model 最為簡明[89]，三大步驟如下：

1. 團隊溝通：指邀約病人參與決策過程，讓病人明白他是自己身體的專家，故其重要性等同於醫師的專業知識，又因在 SDM 過程中雙方為夥伴關係，故病人

需在醫療決策的過程中共同考量，並積極參與決策。

2. 選項溝通：指提供病人關於治療選項的相關資訊，透過病人決策工具(patient decision aid, PDA)輔助說明，醫師或團隊成員和病人討論治療選項間的實證依據，此階段著重於協助病人詳細分析治療之間的利弊及風險。
3. 決策溝通：指醫師協助病人探索、建構和整合個人對治療的偏好，並與病人共同做出最適合且可行的治療決定，過程中，醫師應對病人的喜好保有高度的好奇心與尊重。

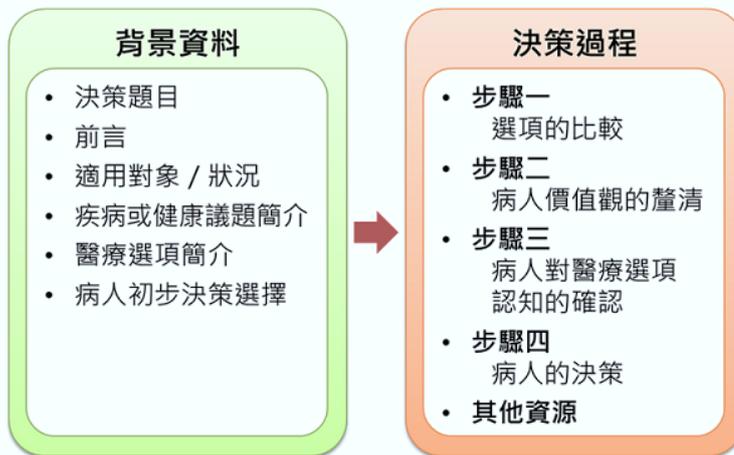
上述三個步驟中又各細分為 4-6 個重要元素不等，以下表格為詳細說明。

(表 2) Three talk model

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

決策輔助工具 (PDA) 的內容有什麼？

一個結構化的完整決策輔助工具的結構分為「背景資料」、「決策過程」兩大區塊（如下圖）。閱讀順序通常會由背景資料到決策過程，讓病人可以在整個過程中循序漸進的了解為何需要去考慮這個決策、決策需要的相關醫療資訊、釐清個人價值觀，並且最後做出決策。



(二) 藥物治療

在抗癌期間，精神藥物(Psychotropic drugs)通常用來改善癌症病人的睡眠問題、減緩焦慮憂鬱的情緒，以及生理上的症狀控制，如噁心、疲倦、疼痛等。一般來說，常用的精神藥物包含抗憂鬱劑、抗精神藥物、抗焦慮劑與安眠藥物。

1. 抗憂鬱藥物：

整合分析(meta-analysis)研究指出，抗憂鬱劑可改善癌症帶來的憂鬱症狀[90]。根據台灣心理腫瘤學會推出的心理腫瘤指引[91]，常見的抗憂鬱藥物包括三環或環形抗憂鬱劑 (TCA)，如 imipramine；選擇性血清素接受器回收抑制劑 (SSRI)，如 citalopram、escitalopram、fluoxetine、fluvoxamine、paroxetine、sertraline；選擇性血清素正腎上腺素接受器回收抑制劑 (SNRI)，如 venlafaxine、duloxetine、milnacipran 等；選擇性正腎上腺素多巴胺接受器回收抑制劑 (NDRI)，如 bupropion；去甲基腎上腺素特異性血清素抗憂鬱劑 (NaSSA)，如 mirtazapine。有些抗憂鬱劑也有抗焦慮、治療恐慌症等效果。

2. 抗精神病藥物(泛指Dopamine 多巴胺受體拮抗劑)：

通常用於譫妄的病人，臨床上較普遍使用的為第一代抗精神病藥物(如Haloperidol)和第二代抗精神病藥物(如 Risperidone, Olanzapine, Quetiapine)。

不論是抗憂鬱或抗精神病藥物，都必須考量到藥物的副作用及交互作用。

- 抗憂鬱劑的常見副作用包含抗膽鹼作用(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。(表 1)
- 當病人使用到肝臟CYP 450 酵素系統代謝相關的藥物時，則必須注意交互作用的產生，例如癌症病人的惡病質和低白蛋白皆會加成交互作用。(表 1)
- 抗精神病方面藥物則要注意少數藥物可能引發顆粒性白血球缺乏(agranulocytosis)，如 Clozapine、心電圖異常(QTc 延長)、引發姿勢性低血壓，以及代謝症候群(如糖尿病，高血脂)，故癌症病人須避免使用或加強血液及慢性病監測。(表 2)

3. 抗焦慮劑與安眠藥物：

此類藥物用於病人焦慮、治療酒精戒斷症或是出現睡眠障礙時，抗焦慮藥物多為 benzodiazepine，如 Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam, Fludiazepam, Diazepam 等。因為抗焦慮劑有嗜睡、鎮靜、肌肉鬆弛無力、步態不穩等副作用，使用時須考慮藥物副作用與病人身體症狀，選擇較合適的藥物。多數的抗焦慮劑因為有嗜睡、鎮靜的副作用，因此臨床也常用於失眠。助眠的藥物除了 Benzodiazepine 類藥物之外尚有 Z 類(Z drug)的藥物，如 zolpidem, zopiclone, Zaleplon 等(表 3)。可以依照病人失眠的型態，如入睡困難型、易中斷或是早醒等選擇短、中、長效藥物。並須提供病人及家屬衛教，預防跌倒以及少數可能在服藥後出現複雜行為的可能。抗焦慮劑與安眠藥物皆以緩解症狀為主，因此以有效最低量，短期使用為原則。若需長期使用，則建議轉介至精神科醫師評估。

(表 1) 抗憂鬱劑的作用、副作用及酵素系統代謝

類別	藥物	回收抑制			接受體阻斷			肝臟 CYP 450 酵素系統抑制			
		SRI	NRI	DRI	Hist	Musc	Alpha1	2D6	2C19	1A2	3A4
SSRIs	Fluoxetine	+++	-					**	*		*
	Fluvoxamin	+++	-					*	**	**	
	Sertraline	+++	-	+		-	-	*	*	*	*
	Paroxetine	++++	+	+		++		**	*	*	*
	Citalopram	++	-					weak	weak	weak	
	Escitalopra	++	-					weak	weak		
TCA s	Amitriptylin	+++	++	-	++	++++	++	*	*		
	Nortriptylin	++	++++	-	+	+	+				
NDRI	Bupropion	-	-	+				*			
SNRI	Venlafaxine	++	-								
	Duloxetine	++	-					*			
NaSSA	Mirtazapine				++++	-	-				
Others	Agomelatin	+								weak	
	Vortioxetin	++						weak			

備註：[130-134]

SRI= serotonin reuptake inhibition; **NRI**= norepinephrine reuptake inhibition; **DRI**= dopamine reuptake inhibition **Drug Class**: **SSRI**= selective serotonin reuptake inhibitor; **TCA**= tricyclic antidepressant; **NDRI**= norepinephrine dopamine reuptake inhibitor; **SNRI**= serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; **NaSSA**= noradrenergic and specific serotonergic antidepressant.

(+) to (++++) = increasing potency; (-) = weak effect; blank = no effect

**potent; *moderate

(表 2) 抗精神病藥物的副作用[135]

抗精神病藥物		<u>Aripipra-</u> <u>zole</u>	<u>Chlorpro-</u> <u>mazine</u>	<u>Halo-</u> <u>peridol</u>	<u>Olanza-</u> <u>pine</u>	Risperidone	<u>Quetia-</u> <u>pine</u>
副作用	鎮靜	+	+++	+	++	+	++
	EPS	+	+	++++	+	+	0
	抗膽鹼副作用	0 to +	+++	+	++	+	0 - +
	姿勢性低血壓	+	+++	+	++	+	++
	QTc 延長	0	0	+	0	+	0

	體重增加(長期使用)	+	+++	N/A	++++	+	+++
--	------------	---	-----	-----	------	---	-----

N/A = not available, EPS: Extrapyramidal symptoms 錐體外症候群

抗膽鹼副作用:口乾, 視力模糊, 排尿困難

(表 3) 抗焦慮劑與安眠藥物 [135]

藥物比較						
藥物	Peak (hrs)	T _{1/2} (hrs)	適應症			代謝路徑
			抗焦慮	鎮靜/安眠	抗癲癇	
Long half-life						
Clobazam	1-3	11-77	yes		yes	Liver/oxidation
Clonazepam	1-2	18-50	yes		yes	Liver/nitro-reduction
Diazepam	0.5-2	20-80 (40-100) ³	yes		yes	Liver/oxidation
Fludiazepam	1-3-	10-30(23)	yes	yes		Liver/oxidation
Flurazepam	1-3	47-100		yes		Liver/oxidation
Intermediate-to-long half-life						
Flunitrazepam	1.3-1.9	16-35		yes		Liver/oxidation
Intermediate half-life						
Alprazolam	1-2	6.3-26.9	yes			Liver/oxidation
Estazolam	2	8-28		yes		Liver/oxidation
Lorazepam Ativan 0.5mg/tab	2-4	10-20	yes	yes		Liver/ conjugation
Anxicam 2mg/vial	-			yes	yes	
Short half-life						
Brotizolam	15-30 min	3-8		yes		Liver/oxidation

Triazolam	15-30 min	1.5-5.5		yes		Liver/oxidation
Midazolam Dormicum 7.5mg/tab Dormicum 15mg/amp	-	1.8-6.4		yes		Liver/oxidation
Non-Benzodiazepine						
藥物	Onset of action	T1/2 (hrs)	適應症			Active metabolite
Zolpidem	rapid	1.5-2.4		失眠		No
Zaleplon	rapid	1		失眠		No
Zopiclone	rapid	5-7		失眠		No

(三)心理支持技巧

重點提示

適用於癌症晚期的心理治療：

- 意義中心取向 (Meaning-Centered Group Psychotherapy)
- 尊嚴治療 (Dignity Therapy)
- 面對癌症與活出意義治療 (Management Cancer and Living Meaningfully Therapy, CALM)
- 接受與承諾治療 (Acceptance and Commitment Therapy, ACT)

由於肺癌晚期病人往往承載著大量且複雜的心理壓力和負擔，要達到心理舒適對病患來說是格外有挑戰性的，也是腫瘤醫療專業人員共同努力之所向。一般來說，針對癌症病人常見的心理支持，可針對適用時機大致分為兩類：癌症全時程和癌症晚期。

1. 癌症全時程：

不受限於疾病階段的心理治療通常以幫助病人疾病適應、解決問題和保持希望為目標，主要有：

- 支持性心理治療 (Supportive Psychotherapy)
- 認知行為取向 (Cognitive-Behavioral Therapies)
- 希望思維模式取向

- 問題解決取向(Problem-Solving Approach)
- 焦點解決心理諮商(Solution-Focused brief therapy, SFBT) [91]

2. 癌症晚期：

在適用於癌症晚期的心理治療方面，則是以生命意義探索為導向，包括以下：

- 意義中心取向 (Meaning-Centered Group Psychotherapy)
- 尊嚴治療取向(Dignity Therapy)
- 面對癌症與活出意義治療(Management Cancer and Living Meaningfully Therapy, CALM)
- 接受與承諾治療(Acceptance and Commitment Therapy, ACT) [91]

以 CALM 為例，CALM 以關係、依附和存在主義理論為基礎，與病人討論下列四個主題以幫助癌症晚期病人：

- (1)症狀處理並協助與腫瘤團隊溝通
- (2)與重要他人的關係之改變
- (3)靈性幸福感與人生意義和目標
- (4)末期照護和臨終計畫的討論(未來、希望和死亡)

通常為期三個月，在此三個月中由心理腫瘤背景之心理師或身心科醫師執行 3 至 6 次 45~60 分鐘的會談。研究指出 CALM 主要提供了癌症晚期病人豐富且以病人為中心的效益，可歸類為下列五點：

- (1)安全的環境以反思癌症晚期的經驗
- (2)允許病人談論瀕死與死亡
- (3)協助處理癌症晚期症狀並定位醫療目標
- (4)解決關係緊張
- (5)在醫療系統中「被視為一個全人(be seen as a whole person)」的機會[92]

3. 肺癌家屬、照顧者的照顧：

肺癌家屬、照顧者的照顧負荷與情緒壓力是相當大的，就如同肺癌病人，其家屬、照顧者的也會面臨汙名化、焦慮憂鬱，以及擔憂病情惡化，與經濟問題等負擔。一些研究顯示，肺癌家屬、照顧者面對疾病預後的不確定性，病人身體功能衰退，必須花大量時間照顧病人又要兼顧照顧家庭角色，以及必須學習照顧病人身體症狀的技能，等等都是造成家屬、照顧者的主要壓力源[114]。因此肺癌團隊與心理腫瘤團隊也須照顧家屬、照顧者。

重點包括教導家屬、照顧者：

- (1) 自我照顧、癌症的疾病適應和居家症狀處置
- (2) 提供清楚且合理的建議，並給予多項選擇，鼓勵其作決定和自我表達
- (3) 教導問題解決方法，如何有效溝通並調整和維持個人的支持性關係
- (4) 教導與病人以合作方式來適應癌症的技巧：例如，共同解決問題、關係維持的方法，以及對抗憂鬱及焦慮的認知行為處置(如：認知重建 cognitive reframing 和放鬆技巧)。
- (5) 教導如何減少其過度保護病人的行為，也避免與病人負面互動(如：嘮叨、批評)，並從旁支持病人達到自我照顧的目標[69]。

(四)靈性照顧

重點提示

- 評估靈性困擾
- 協助符合靈性需求
- 達成靈性照護目標

1. 定義：

當越接近死亡，常引起病人投入靈性的反思[95-97]。一般常將晚期或臨終病人的靈性照顧定義為[98]：

- (1) 神聖的旅程(a process and sacred journey)

- (2) 人的根本或生命原則(the essence or life principle of a person)
- (3) 究竟真理的經驗(the essence of the radical truth of things)
- (4) 存在的意義與信念(a belief that related a person to the world, giving meaning to existence)
- (5) 超越的存在意義(any personal transcendence beyond the present context of reality)
- (6) 個人對於生命意義與目標的探索(a personal quest to find meaning and purpose in life)
- (7) 個人與天、上帝、神或宇宙的關係(a relationship or sense of connection with Mystery, Higher Power, God, or Universe)

2. 常見靈性困擾：

靈性照護協助病人辨識內在資源，如自我信念系統(personal belief systems)，並使病人「超越」(move beyond)，尋找療癒自我的方式[99]。

研究發現影響死亡恐懼最重要的因素是靈性因素，亦即靈性困擾程度。臨床表現以「失去努力方向的心理症狀」、「無名的害怕表現」及「失去勇氣去面對的作為」等最多[100]。

一份台灣針對肺癌晚期患者的質性研究，肺癌晚期病人常見的靈性困擾為：

- 個人的人生觀、價值與信念體系受到干擾、
- 個人所感受的人間愛受到干擾、
- 個人與神的關係受到干擾、
- 害怕面對死亡。

3. 靈性需求面：

- 協助其接受患病真相並爭取存活希望、
- 協助個人建立清楚的人生觀、價值與信念體系、
- 滿足個人所需的人間愛、

- 建立與上天（神）和好關係並獲福氣、
- 協助其平安面對死亡。

而歸納出影響靈性需求未獲滿足之因素包括：

- (1) 家屬方面：因害怕病患無法接受患病真相及面對死亡、或病患因病情需要保護隔離，無法提供靈性支持。
- (2) 個案方面：不願意談、或因醫療處置或生理障礙無法口語表達其靈性需求、或因對上天（神）不相信或沒信心，阻礙其靈性需求之滿足。
- (3) 醫護人員方面：因怕觸及病患隱私、或宗教觀不同、缺乏相關靈性照護知識、工作時間或自我準備不足，而無法滿足病患靈性需求[101]。

4. 靈性照護目標：

達到痛苦的消除、生命力的提升，積極的方面是心性的成長和心智的成熟。靈性照護依循著病情告知、接受死亡、感應靈性的存在、依持方法的結構。

- 有形的準備：
如生命回顧、生命意義的歸納和肯定、後事交代以及與親屬間的道別。
- 無形的來生：
死亡準備需從病人、家人和醫療團隊三方面著力，以病人為中心，使病人產生內在力量，來超越死亡的恐懼[103]

(五) 悲傷調適

重點提示

- 及早告知及準備
- 及早轉介緩和醫療團隊
- 妥善症狀控制
- 例行評估及辨識悲傷高風險者
- 提供悲傷調適關懷服務
- 提供後續追蹤及關懷

病人必須承受症狀的痛苦和死亡將至的恐懼，而家屬和照顧者則承受(目睹)至親疾病變化的過程，以及無能為力的事實，悲傷調適在癌症晚期的歷程中，無疑是重要的

課題。

有研究探討影響肺癌病人照顧者悲傷調適之因子，將肺癌病人之照顧者情境以壓力歷程模版(Stress Process Model)中的四個階段[110,111]來討論：

1. 主要壓力源(肺癌病人的生心理症狀及需求，如疼痛、呼吸困難、疲憊、噁心嘔吐、焦慮與憂鬱等等)、
2. 第二壓力源(表示因主要壓力源而影響到照顧者的生活，如照顧者於家中角色的變動、照顧者對於病情接受困難)、
3. 調節因子(外在資源是否充足，如照護品質、緩和安寧醫療資源)，
4. 複雜性悲傷症狀(Complicated Grief Symptoms)(緊張、長期情緒困擾和功能損害)。

發現家庭衝突和照顧者自身角色和心理困擾導致難以悲傷調適[112]，此外較低的照護品質與較大的悲傷程度有關[106]。研究指出病人、家屬(照顧者)，及照護肺癌晚期的臨床醫療人員的建議如下[113]：

1. 病人及家屬，不論現在處於抗癌或試圖延長生命的治療期間，將緩和醫療納入治療計畫
2. 對正處於臨終的肺癌晚期病人，建議需將緩和醫療團隊納入治療計畫以供隨時給予幫助
3. 對肺癌晚期病人，建議醫療人員定時給予症狀評估及簡易生活品質量表
4. 臨床醫療人員在病患逝世後，與病患之親友的溝通仍延續下去
5. 對於肺癌病人及家屬，醫療人員可主動採取以下措施：
 - (1) 告知親友死亡可預期在近幾週發生
 - (2) 在死亡越逼近時，提前預警家屬
 - (3) 提供有效之緩和治療，聚焦在靈性、現存、生理以及實際面的考量
6. 建議照護肺癌晚期之家屬，在承受照護負擔及悲傷調適的期間時，仍要保有健康之生活型態

7. 建議臨床人員尊重，並對病人及家屬悲傷調適的方式與文化信仰保有敏感度

最後，了解到悲傷的過程為多向度的悲傷狀態，過程中悲傷的反應會有強有弱，頻率不一，且反應可能來回出現或同時發生，並非一個階段進行完後才進入下一階段的運作模式，因此，悲傷調適的目標並非放置於所有瀕死的病人或家屬(照顧者)皆能和平無懼地面對死亡，或將完全接受死亡當作是合理的目標，而是應將目光聚焦於增加其接受程度、減少哀傷、減輕痛苦，並向病人及家屬(照顧者)說明增加死亡接受度，將可能帶來的益處[104]。

參考文獻

1. Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R. *Psycho-Oncology* 3rd edition: Oxford University Press.; 2015.
2. Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: interventions to improve well-being. *Lung cancer: Targets and Therapy*. 2017;8:79.
3. Brown Johnson CG, Brodsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *J Psychosoc Oncol*. 2014;32(1):59-73.
4. Chambers SK, Baade P, Youl P, Aitken J, Occhipinti S, Vinod S, et al. Psychological distress and quality of life in lung cancer: the role of health-related stigma, illness appraisals and social constraints. *Psycho-oncology*. 2015;24(11):1569-77.
5. Weiss T, Weinberger M, Schwerd AM, Holland J. A 30-year perspective on psychosocial issues in lung cancer: how lung cancer “Came out of the Closet”. *Thoracic surgery clinics*. 2012;22(4):449-56.
6. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*. 2004;90(12):2297-304.
7. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 2001;10(1):19-28.
8. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2007;55(2):215-24.
9. 邱玉菁. 癌症病人自殺意念與心理痛苦, 憂鬱, 失志之相關性研究. 2012.
10. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer*. 2001;92(10):2609-22.
11. Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Akizuki N, Nagai K, Nishiwaki Y, et al. Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer*. 2000;89(5):1172-9.
12. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, et al. Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *The Lancet Oncology*. 2014;15(10):1168-76.
13. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005;103(7):1494-502.
14. Bevans M, Wehrlen L, Prachenko O, Soeken K, Zabora J, Wallen GR. Distress screening in allogeneic hematopoietic stem cell (HSCT) caregivers and patients. *Psycho-oncology*. 2011;20(6):615-22.
15. Loscalzo MJ, Clark KL. Problem-related distress in cancer patients drives requests for

- help: a prospective study. *Oncology (Williston Park)*. 2007;21(9):1133-8.
16. Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*. 2003;12(7):694-708.
 17. O'Driscoll, Corner, Bailey. The experience of breathlessness in lung cancer. *European Journal of Cancer Care*. 1999;8(1):37-43.
 18. Shin JA, Kosiba JD, Traeger L, Greer JA, Temel JS, Pirl WF. Dyspnea and panic among patients with newly diagnosed non-small cell lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(3):465-70.
 19. Bernhard J, Ganz PA. Psychosocial issues in lung cancer patients (Part 1). *Chest*. 1991;99(1):216-23.
 20. Faller H, Bülzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(8):756-62.
 21. Holland JC, Jacobsen PB, Riba MB. NCCN: Distress management. *Cancer Control*. 2001;8(6 Suppl 2):88-93.
 22. Fang C-K, Chang M-C, Chen P-J, Lin C-C, Chen G-S, Lin J, et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22(12):3165-74.
 23. Wang G-L, Hsu S-H, Feng A-C, Chiu C-Y, Shen J-F, Lin Y-J, et al. The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*. 2011;20(6):639-46.
 24. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, Krasnik M, Johansen C. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer*. 2005;47(3):293-300.
 25. Ginsburg ML, Quirt C, Ginsburg AD, MacKillop WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. 1995;152(5):701-8.
 26. Looijmans M, van Manen AS, Traa MJ, Kloover JS, Kessels BLJ, de Vries J. Psychosocial consequences of diagnosis and treatment of lung cancer and evaluation of the need for a lung cancer specific instrument using focus group methodology. *Support Care Cancer*. 2018;26(12):4177-85.
 27. Bernhard J, Ganz PA. Psychosocial issues in lung cancer patients (Part 1). *Chest*. 1991;99(1):216-23.
 28. Bernhard J, Ganz PA. Psychosocial issues in lung cancer patients (Part 2). *Chest*. 1991;99(2):480-5.
 29. Hong JS, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Supportive care in cancer*. 2014;22(2):453-9.
 30. Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML. Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol*. 2013;31(21):2724-9.
 31. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening

in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung cancer*. 2007;55(2):215-24.

32. Li S, Wang Y, Xin S, Cao J. [Changes in quality of life and anxiety of lung cancer patients underwent chemotherapy]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*. 2012;15(8):465-70.
33. Ostroff JS, Riley KE, Shen MJ, Atkinson TM, Williamson TJ, Hamann HA. Lung cancer stigma and depression: Validation of the Lung Cancer Stigma Inventory. *Psychooncology*. 2019;28(5):1011-7.
34. Polański J, Chabowski M, Chudiak A, Uchmanowicz B, Janczak D, Rosińczuk J, et al. Intensity of Anxiety and Depression in Patients with Lung Cancer in Relation to Quality of Life. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1023:29-36.
35. Handy Jr JR, Asaph JW, Skokan L, Reed CE, Koh S, Brooks G, et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery?: Outcomes and quality of life before and after surgery. *Chest*. 2002;122(1):21-30.
36. Park S, Kang CH, Hwang Y, Seong YW, Lee HJ, Park IK, et al. Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer†. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49(1):e16-21.
37. Hopwood P, Stephens RJ, Party BMRCLCW. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of clinical oncology*. 2000;18(4):893-.
38. Zhang X, Zhang X. [Somatization Symptoms in Lung Cancer Patients and Correlative Analysis between Anxiety, Depression and Somatization Symptoms]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*. 2017;20(7):473-8.
39. Sullivan DR, Forsberg CW, Ganzini L, Au DH, Gould MK, Provenzale D, et al. Depression symptom trends and health domains among lung cancer patients in the CanCORS study. *Lung Cancer*. 2016;100:102-9.
40. Morrison EJ, Novotny PJ, Sloan JA, Yang P, Patten CA, Ruddy KJ, et al. Emotional Problems, Quality of Life, and Symptom Burden in Patients With Lung Cancer. *Clin Lung Cancer*. 2017;18(5):497-503.
41. Hung MS, Chen IC, Lee CP, Huang RJ, Chen PC, Tsai YH, et al. Incidence and risk factors of depression after diagnosis of lung cancer: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(19):e6864.
42. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):486-92.
43. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol*. 2000;18(4):893-903.
44. Walker MS, Pohl GM, Houts AC, Peltz G, Miller PJE, Schwartzberg LS, et al. Analysis of the psychological impact of cancer-related symptoms on patients with non-small cell lung cancer. *Psychooncology*. 2017;26(6):755-62.

45. Criswell KR, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Personal responsibility, regret, and medical stigma among individuals living with lung cancer. *J Behav Med.* 2016;39(2):241-53.
46. Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal of Oncology Nursing.* 2012;16(3):264-9.
47. Siminoff LA, Wilson-Genderson M, Baker Jr S. Depressive symptoms in lung cancer patients and their family caregivers and the influence of family environment. *Psycho-oncology.* 2010;19(12):1285-93.
48. Sullivan D, Ganzini L, Duckart J, Lopez-Chavez A, Deffebach M, Thielke S, et al. Treatment receipt and outcomes among lung cancer patients with depression. *Clinical Oncology.* 2014;26(1):25-31.
49. Jim HS, Phillips KM, Chait S, Faul LA, Popa MA, Lee Y-H, et al. Meta-analysis of cognitive functioning in breast cancer survivors previously treated with standard-dose chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology.* 2012;30(29):3578.
50. Simó M, Gurtubay-Antolin A, Vaquero L, Bruna J, Rodríguez-Fornells A. Performance monitoring in lung cancer patients pre- and post-chemotherapy using fine-grained electrophysiological measures. *Neuroimage Clin.* 2018;18:86-96.
51. Schouten LJ, Rutten J, Huveneers HA, Twijnstra A. Incidence of brain metastases in a cohort of patients with carcinoma of the breast, colon, kidney, and lung and melanoma. *Cancer.* 2002;94(10):2698-705.
52. Simó M, Vaquero L, Ripollés P, Gurtubay-Antolin A, Jové J, Navarro A, et al. Longitudinal Brain Changes Associated with Prophylactic Cranial Irradiation in Lung Cancer. *J Thorac Oncol.* 2016;11(4):475-86.
53. Marsh JC, Giolda BT, Herskovic AM, Abrams RA. Cognitive sparing during the administration of whole brain radiotherapy and prophylactic cranial irradiation: current concepts and approaches. *J Oncol.* 2010;2010.
54. Jinot J, Bayard SP. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders: Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and ...; 1992.
55. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest.* 2003;123(1):21S-49S.
56. 廖國盟, 陳建仁. 肺癌之流行病學特徵、危險因子及防治策略. *中華公共衛生雜誌.* 1997;16(5):375-95.
57. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and Updating the Evidence on the Health Consequences of Cigarette Smoking. *American Journal of Epidemiology.* 2014;179(4):403-12.
58. 吳佩芬. 台灣女性肺癌發生趨勢分析及其相關因子及重要預後因子探討: 高雄醫學大學; 2005.
59. Paik S-H, Yeo CD, Jeong J-E, Kim JS, Lee SH, Kim SJ, et al. Prevalence and analysis of

- tobacco use disorder in patients diagnosed with lung cancer. *PLoS One*. 2019;14(9):e0220127.
60. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non–small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2006;15(12):2370-7.
 61. Alberg AJ, Brock MV, Ford JG, Samet JM, Spivack SD. Epidemiology of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013;143(5):e1S-e29S.
 62. Fiore M. Treating tobacco use and dependence: 2008 update: Clinical practice guideline: Diane Publishing; 2009.
 63. Freudenheim JL, Ritz J, Smith-Warner SA, Albanes D, Bandera EV, van den Brandt PA, et al. Alcohol consumption and risk of lung cancer: a pooled analysis of cohort studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;82(3):657-67.
 64. Bandera EV, Freudenheim JL, Vena JE. Alcohol consumption and lung cancer: a review of the epidemiologic evidence. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2001;10(8):813-21.
 65. Ryan LS. Psychosocial issues and lung cancer: A behavioral approach. *Seminars in Oncology Nursing*. 1996;12(4):318-23.
 66. Carmack Taylor CL, Badr H, Lee JH, Fossella F, Pisters K, Gritz ER, et al. Lung cancer patients and their spouses: psychological and relationship functioning within 1 month of treatment initiation. *Annals of Behavioral medicine*. 2008;36(2):129-40.
 67. Cirila A, Smrdel Š. NU02. 01 Preparing Patients for Treatment. Providing Psychosocial Support for Lung Cancer Patients Preparing to Enter Treatment. *Journal of Thoracic Oncology*. 2017;12(1):S197-S8.
 68. Chan CW, Richardson A, Richardson J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):347-57.
 69. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer*. 2015;121(1):150-8.
 70. Adamsen L, Stage M, Laursen J, Rørth M, Quist M. Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2012;22(6):804-15.
 71. Quist M, Adamsen L, Rørth M, Laursen JH, Christensen KB, Langer SW. The impact of a multidimensional exercise intervention on physical and functional capacity, anxiety, and depression in patients with advanced-stage lung cancer undergoing chemotherapy. *Integrative cancer therapies*. 2015;14(4):341-9.
 72. Greer JA, MacDonald JJ, Vaughn J, Viscosi E, Traeger L, McDonnell T, et al. Pilot

- study of a brief behavioral intervention for dyspnea in patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(6):854-60.
73. Lehto RH, Wyatt G, Sikorskii A, Tesnjak I, Kaufman VH. Home-based mindfulness therapy for lung cancer symptom management: a randomized feasibility trial. *Psycho-Oncology*. 2015;24(9):1208-12.
74. van den Hurk DG, Schellekens MP, Molema J, Speckens AE, van der Drift MA. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative medicine*. 2015;29(7):652-60.
75. Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(3):659-85.
76. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(25):4013-7.
77. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA internal medicine*. 2013;173(4):283-90.
78. Li J, Girgis A. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2006;15(6):509-16.
79. Duggan KJ, Wiltshire J, Strutt R, Boxer MM, Berthelsen A, Descallar J, et al. Palliative care and psychosocial care in metastatic non-small cell lung cancer: factors affecting utilisation of services and impact on patient survival. *Support Care Cancer*. 2019;27(3):911-9.
80. Vijayvergia N, Shah PC, Denlinger CS. Survivorship in Non-Small Cell Lung Cancer: Challenges Faced and Steps Forward. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13(9):1151-61.
81. Möller A, Sartipy U. Long-term health-related quality of life following surgery for lung cancer. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 2012;41(2):362-7.
82. Poghosyan H, Sheldon LK, Leveille SG, Cooley ME. Health-related quality of life after surgical treatment in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review. *Lung cancer*. 2013;81(1):11-26.
83. Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brecht ML, Evangelista L. Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2002;20(13):2920-9.
84. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *Bmj*. 2004;328(7454):1470.
85. Sarna L, Grannis FW, Coscarelli A. Physical and psychosocial issues in lung cancer survivors. *Oncology: Springer*; 2006. p. 1881-900.
86. Sarna L, Evangelista L, Tashkin D, Padilla G, Holmes C, Brecht ML, et al. Impact of

- respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. *Chest*. 2004;125(2):439-45.
87. Medicine ACoS. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
88. 唐婉如, 方俊凱, 莊永毓. 癌症病情告知教育. *台灣醫學*. 2013;17(2):141-8.
89. Elwyn G. The three talk model of shared decision making. *Shared Decision Making in Health Care*: Oxford University Press; 2016. p. 78-85.
90. Laoutidis ZG, Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):140.
91. 台灣心理腫瘤醫學學會. 心理腫瘤醫學照護指引<簡明版>. 台北: 衛生福利部國民健康署; 2018.
92. Nissim R, Freeman E, Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2012;26(5):713-21.
93. 陳慶餘. 緩和醫療的原則. *台灣醫學*. 1997;1(2):186-92.
94. WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines: World Health Organization; 2002.
95. 陳慶餘. 癌症晚期病人本土化靈性照顧模式. *台灣醫學*. 2004;8(5):664-71.
96. Field MJ, Cassel CK. Approaching death: improving care at the end of life. *Palliative care: Transforming the care of serious illness*. 2010:79-91.
97. Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death. *Archives of internal medicine*. 2008;168(9):912-8.
98. Burkhardt MA. Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic nursing practice*. 1989;3(3):69-77.
99. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. Review: The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 2010;24(8):753-70.
100. 陳慶餘. 某緩和醫療病房癌症晚期病人住院時死亡恐懼之表現及轉機. *安寧療護雜誌*. 2014;19(2):125-37.
101. 蕭思美. 晚期肺癌病患在治療期間的靈性困擾與需求之探討: 國立臺灣大學; 2004.
102. 黃鳳英, 宗惇法師, 陳慶餘, 惠敏法師. 台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查. *安寧療護雜誌*. 2001;6(3):16-26.
103. 陳慶餘. 癌症晚期病人死亡恐懼之臨床情境: 臨床佛教宗教師參與靈性照顧. *台灣醫學*. 2014;18(1):115-25.
104. Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):435-7.

105. Hultman T, Reder EAK, Dahlin CM. Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: the national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative and hospice care. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2008;57(4):323-39.
106. Kramer BJ, Kavanaugh M, Trentham-Dietz A, Walsh M, Yonker JA. Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2011;62(3):201-20.
107. Ersek M, Miller SC, Wagner TH, Thorpe JM, Smith D, Levy CR, et al. Association between aggressive care and bereaved families' evaluation of end-of-life care for veterans with non-small cell lung cancer who died in Veterans Affairs facilities. *Cancer*. 2017;123(16):3186-94.
108. Connor SR, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(3):238-46.
109. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA oncology*. 2015;1(6):778-84.
110. Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH, Whitlatch CJ. *Profiles in caregiving: The unexpected career*: Elsevier; 1995.
111. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*. 1990;30(5):583-94.
112. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1208-18.
113. Griffin JP, Koch KA, Nelson JE, Cooley ME. Palliative care consultation, quality-of-life measurements, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2007;132(3):404S-22S.
114. Catherine E. Mosher, Heather A. Jaynes, Nasser Hanna, Jamie S. Ostroff. Distressed family caregivers of lung cancer patients: an examination of psychosocial and practical challenges. *Support Care Cancer*. 2013 February ; 21(2): 431–437. doi:10.1007/s00520-012-1532-6.
115. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4209-16.
116. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer* 2005; 92: 995-1000.
117. Chung KH, Lin HC. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 107-14

118. Sullivan, D. R., Forsberg, C. W., Golden, S. E., Ganzini, L., Dobscha, S. K., & Slatore, C. G. (2018). Incidence of Suicide and Association with Palliative Care among Patients with Advanced Lung Cancer. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(11), 1357–1359.
119. Urban D, Rao A, Bressel M, Neiger D, Solomon B, Mileschkin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest*. 2013 Oct;144(4):1245-1252.
120. Carrera, P.M., Kantarjian, H.M. and Blinder, V.S. (2018), The financial burden and distress of patients with cancer: Understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 153-165.
<https://doi.org/10.3322/caac.21443>"
121. Nathaniel P. Katz, Kavita L. Gajria, Alicia C. Shillington, Judith J. Stephenson & Qing Harshaw (2017), *Postgraduate Medicine*, 129:1, 32-39, *Clin Oncol* 2011; 23: 393–398, Breakthrough Cancer Pain Survey Fact Sheet. American Pain Foundation; 2012.
122. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12(Suppl 1):4–10.
123. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*. 2007; 55:215–224.
124. Huang X, Zhou W, Zhang Y. Features of fatigue in patients with early-stage non-small cell lung cancer. *J Res Med Sci*. 2015;20(3):268–272.
125. Minton O, Stone P. A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Ann Oncol*. 2009;20: 17–25.
126. 方俊凱(2013)。癌症病人的失志症候群。台灣醫學，17：2，頁 149-154。
洪曉琪、陳虹汶、張義芳、楊育正、劉建良、謝瑞坤、呂宜興、陳裕仁、王蒼恩、蔡麗雲、劉珣瑛、方俊凱(2010)。癌症病人失志量表中文版之信效度檢測。內科學誌，21：6，頁 427-435。
127. 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.
128. Van den Beuken-van Everdingen MH, et al. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1437-49.
129. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014 Jun;14(3):459-64.
130. *J Clin Psych* 2003;64[suppl 13]:5-12.*Mayo Clin Proc* 2001;76:511-27.
131. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018;14 567–580.
132. *Annals of Oncology* 2018;29: 101–111.
133. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)* 2019; 33: 13-9.
134. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs* 2004, 14th Ed.
135. *Drug Facts and comparisons* (2016), Up to Date (2018).
136. *N Engl J Med* 2010; 363: 733- 42