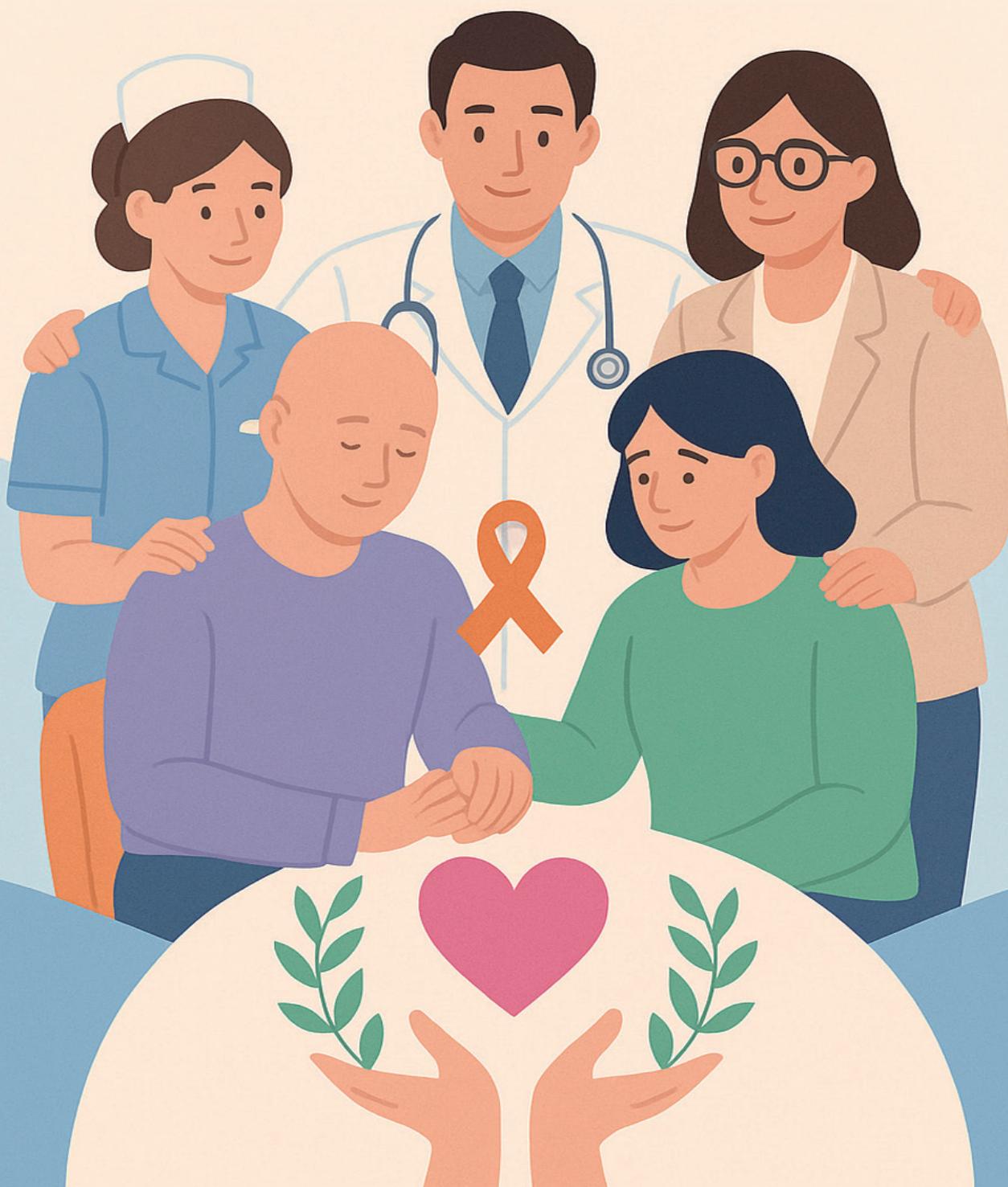


# 癌友及家屬 心理支持照護指引

## 一般性癌症

台灣心理腫瘤醫學學會 編著



# 癌友及家屬心理支持照護指引~一般性癌症

## 目錄

第一章 前言 .....	4
第一節 心理腫瘤學的背景與重要性 .....	4
第二節 癌症心理社會面向的概述 .....	5
第三節 指引的目標與適用對象 .....	6
第四節 使用本指引的建議 .....	7
第二章 情緒篩檢與轉介 .....	8
第一節 情緒篩檢的目的與重要性 .....	8
第二節 常用的篩檢工具與量表 .....	9
第三節 篩檢結果的解讀與分級 .....	11
第四節 轉介流程與跨專業合作 .....	13
第三章 憂鬱與焦慮的評估與處置 .....	17
第一節 憂鬱的評估 .....	19
第二節 憂鬱的處置 .....	20
第三節 焦慮的評估 .....	22
第四節 焦慮的處置 .....	23
第四章 癌症溝通與醫療決策 .....	25
第一節 有效溝通的原則與技巧 .....	25
第二節 與患者及家屬討論壞消息 .....	26
第三節 醫療決策中的心理支持 .....	26
第四節 文化與倫理考量 .....	27
第五節 案例分析與實務建議 .....	28
第五章 家庭成員的支持 .....	29
第一節 家庭成員在癌症照護中的角色 .....	29
第二節 評估家庭成員的心理需求 .....	30

第三節 提供家庭支持的策略.....	31
第四節 家庭衝突的調解與管理.....	32
第五節 照顧者的自我照護.....	32
第六章 兒童與青少年癌症病人的心理社會考量.....	34
第一節 發展階段與心理社會需求的差異.....	34
第二節 情緒評估與年齡適宜的工具.....	34
第三節 心理介入策略（遊戲治療、藝術治療等）.....	35
第四節 教育與社交支持.....	36
第五節 家庭與學校的協作.....	37
第六節 兒童癌症與家庭的溝通.....	38
第七章 癌症照護的困境與社會資源.....	41
第一節 癌症照護中的常見困境.....	41
第二節 社會資源的概述.....	43
第三節 改善策略與實務建議.....	45
第八章 總結與未來展望.....	48
第一節 指引核心內容回顧.....	48
第二節 未來展望.....	51
附錄一、關鍵問題與臨床建議.....	52
所有癌症病人是否應例行進行情緒篩檢？.....	53
癌症病人的情緒篩檢是否應當利用超簡短的量表，例如困擾溫度計（Distress thermometer, DT）？.....	58
所有情緒篩檢分數高的癌症病人，是否應當例行進行焦慮與憂鬱的評估？例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度？.....	60
所有焦慮程度或憂鬱程度高的癌症病人，是否應當例行轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談與藥物治療評估？.....	62
所有具有自傷風險的癌症病人，是否應當例行轉介給精神科醫師或心理師？.....	68
癌症病人具輕度到中度的焦慮與憂鬱，是否應由第一線癌症照顧團隊成員負責處理？.....	69

癌症病人使用抗憂鬱劑，是否應以其抗癌藥物的交互作用作選擇？.....	73
所有癌症照顧人員，是否均應接受癌症相關溝通訓練?.....	77
是否應該為所有的晚期癌症患者的家庭成員提供支持性照顧?.....	91
附錄二、 指引發展方法學.....	95
第一節 癌症病友及家屬心理支持照護指引實證指引方法學概覽.....	95
第二節 癌症病友及家屬心理支持照護指引發展組織.....	97
第三節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之主題與範疇.....	99
第四節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之系統性文獻回顧.....	100
第五節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之證據確定性評價.....	109
第六節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之品質評價.....	114
第七節 癌症病友及家屬心理支持照護指引應用之考量.....	116
附錄三、 參考文獻.....	118

# 第一章 前言

## 第一節 心理腫瘤學的背景與重要性

心理腫瘤學 (Psycho-oncology) 是一門跨學科領域，專注於癌症患者及其家屬在疾病各階段所面臨的心理、行為與社會挑戰。自 20 世紀 70 年代末開始興起，這一領域逐漸成為癌症照護中不可或缺的部分，反映了人們對癌症不僅是生理疾病的認知深化。癌症的診斷與治療往往帶來深遠的心理影響，從初診時的震驚與否認，到治療期間的焦慮與疲憊，再到存活階段的復發恐懼或生活重建，患者的心理健康與身體健康密切交織。若這些心理需求未被妥善處理，可能導致治療依從性下降、生活品質惡化，甚至影響整體預後。

研究顯示，約 30% 至 40% 的癌症患者在疾病過程中會經歷顯著的情緒困擾，例如憂鬱、焦慮或適應障礙。這些問題不僅影響患者本人，也波及家庭成員與照顧者，進而形成一個更廣泛的心理社會影響網絡。例如，患者的憂鬱可能導致家屬的情緒負擔加重，而照顧者的壓力反過來可能削弱對患者的有效支持。心理腫瘤學的價值在於，它不僅關注個體層面的情緒管理，還探索疾病對人際關係、社會角色與文化背景的影響，提供了一個全面的照護視角。

心理腫瘤學的重要性還體現在其對醫療系統的貢獻。隨著癌症治療技術的進步，存活率顯著提高，患者從急性治療轉向長期管理的比例增加。這意味著醫療團隊需應對更複雜的心理需求，例如癌症存活者的復發恐懼或治療副作用引發的慢性疲憊。此外，癌症照護的複雜性要求跨學科合作，心理腫瘤學作為

橋樑，整合腫瘤學、心理學、護理學與社會工作，幫助患者在身心挑戰中找到平衡。透過心理支持，醫療團隊不僅能提升患者的治療體驗，還能減輕醫療系統的負擔，例如減少因心理問題導致的非必要就診。

## 第二節 癌症心理社會面向的概述

癌症的心理社會面向涵蓋了患者在疾病旅程中遇到的多維挑戰，這些挑戰因癌症類型、治療方式及個人背景而異，但也具有一定的共性。首先，情緒層面的影響最為顯著。診斷時的不確定性可能引發焦慮，治療過程中的身體負擔（如疼痛、疲憊）則可能導致憂鬱，而存活階段的復發恐懼可能長期影響心理穩定。這些情緒問題並非孤立存在，而是與患者的社會環境密切相關。例如，經濟壓力可能因醫療費用而加劇，進而影響情緒健康；社交孤立則可能因身體形象改變或疾病污名而發生。

其次，癌症對家庭與人際關係的影響不容忽視。家屬常承擔照顧責任，但同時可能因壓力而出現情緒耗竭，甚至與患者產生衝突。兒童與青少年患者的情況尤為特殊，他們的心理需求與發展階段緊密相關，可能因治療中斷教育或社交而面臨額外挑戰。此外，癌症的心理社會面向還受到文化與性別因素的調節。例如，在某些文化中，癌症被視為禁忌話題，患者可能因害怕被標籤而隱藏情緒；性別角色則可能影響患者對治療後身體改變的接受度，如女性對乳房切除的感受或男性對性功能的擔憂。

癌症的心理社會影響還延伸至長期存活階段。隨著治療技術進步，許多患者進入「存活者」階段，但這並不意味著心理挑戰的結束。慢性副作用（如疲

憊、認知衰退)與生活重建的壓力可能持續存在，患者需重新定義自我價值與社會角色。這些面向共同構成了癌症心理社會議題的複雜圖景，凸顯了心理支持的必要性與多樣性。

### 第三節 指引的目標與適用對象

本指引旨在為癌症患者的心理照護提供系統化、以實證為基礎的建議，適用於所有癌別，不受疾病分期或治療階段限制。其核心目標包括：(一)促進情緒困擾的早期識別與有效管理，提升患者的心理健康與生活品質；(二)提供醫療專業人員實用的工具與策略，以應對癌症相關的心理社會挑戰；(三)強化患者、家屬與醫療團隊間的溝通與協作，確保照護過程以患者為中心；(四)為癌症存活性及照顧者提供長期支持，幫助他們適應疾病後的新生活。這些目標旨在建立一個包容性框架，讓心理支持成為癌症照護的常規環節。

本指引的適用對象涵蓋多個群體。首先，它主要服務於直接參與癌症照護的醫療專業人員，包括抗癌相關醫師、護理人員、心理師、社工及復健專家，他們是執行心理支持的關鍵角色。其次，非專科醫療人員(如基層醫師或社區健康工作者)也能從中受益，特別是在初步篩檢與轉介方面。此外，癌症患者及其家屬是間接受益者，通過了解指引內容，他們能更清楚自身的心理權益，並積極參與照護計畫。教育與研究領域的專業人員也可將指引作為培訓或學術參考，推動心理腫瘤學的發展。無論是臨床實務還是政策制定，本指引都希望成為跨領域合作的基礎工具。

## 第四節 使用本指引的建議

為確保本指引在臨床與實務中發揮最大效用，我們提出以下建議。首先，醫療專業人員應將指引視為靈活的參考，而非一成不變的規範。癌症患者的心理需求因個人、文化與疾病階段而異，因此應用時應結合具體情境進行調整。例如，一名年輕患者的心理支持可能需關注教育與社交重建，而老年患者可能更需解決慢性疼痛與孤獨感。其次，建議使用者在實踐前接受相關培訓，例如情緒篩檢工具的使用或溝通技巧的提升，以確保執行品質。醫療機構可組織工作坊或模擬訓練，幫助團隊熟悉指引內容。

跨學科合作是落實指引的關鍵。癌症照護涉及多個專業領域，醫療團隊應建立定期溝通機制，例如每月召開案例討論會，針對複雜患者制定聯合計畫。心理支持的實施應與醫療治療同步，例如在診斷或治療轉換時加入情緒評估，避免心理需求被忽視。同時，建議醫療系統將指引融入現有流程，例如在電子病歷中嵌入篩檢提醒，或設立專門的心理支持部門，提升可及性。

患者與家屬的參與同樣重要。醫療團隊應鼓勵患者表達需求與偏好，並提供易懂的資訊（如手冊或影片），幫助他們理解心理支持的價值。家屬的情緒狀態也應納入考量，因為他們的支持能力直接影響患者適應。對於資源有限的地區，指引可搭配社區資源（如患者團體）使用，以彌補專業服務的不足。最後，建議定期評估指引的應用成效，收集患者與醫療團隊的反饋，並根據新證據調整內容，確保其與時俱進。透過這些策略，本指引旨在為癌症心理照護提供實用且包容的框架，促進患者、家屬與醫療系統的共同福祉。

## 第二章 情緒篩檢與轉介

### 第一節 情緒篩檢的目的與重要性

情緒篩檢在癌症照護中是一項基礎性工作，旨在系統性地識別患者的心理困擾，為其提供及時且適當的支持。癌症的診斷與治療過程往往伴隨巨大的心理壓力，從初次得知病情的震驚與否認，到治療期間的焦慮與疲憊，再到存活階段的復發恐懼或生活重建，患者的情緒狀態在各階段均可能受到顯著影響。情緒篩檢的主要目的包括：（一）早期發現潛在的心理問題，如焦慮、憂鬱、適應障礙或創傷後壓力症候群（PTSD），以防止這些問題進一步惡化；（二）評估心理困擾的嚴重程度與影響範圍，為醫療團隊提供客觀依據以制定介入計畫；（三）促進患者與醫療專業人員間的對話，建立信任並提升照護的全面性與人性化。

研究顯示，約30%至40%的癌症患者在疾病過程中會經歷顯著的情緒困擾，而這些問題若未被識別與處理，可能帶來多方面的負面後果。例如，焦慮可能導致患者對治療的恐懼加劇，進而影響依從性；憂鬱則可能削弱患者的求生意志，甚至增加自殺風險。此外，未經管理的心理困擾還可能加重家屬與照顧者的負擔，形成一個惡性循環。因此，情緒篩檢不僅是對患者個體健康的關注，也是對整個支持系統的保護。透過定期篩檢，醫療團隊能在問題顯著化前採取行動，例如在治療初期捕捉因不確定性引發的焦慮，或在存活階段識別因復發恐懼導致的慢性壓力。

情緒篩檢的重要性也包括其預防與資源分配功能上。早期介入能有效降低心理問題演變為臨床診斷的可能性，例如將短期的適應困難化解於萌芽階段，避免其發展為重度憂鬱症，也能夠將已達憂鬱症、焦慮症的臨床個案，及時轉介與治療。同時，篩檢數據有助於醫療系統優化資源配置，將專業心理支持優先提供給高風險患者，而非採取一刀切的普遍介入，這在資源有限的環境中尤為關鍵。此外，情緒篩檢作為癌症照護的標準環節，能提升患者對醫療團隊的信任感，讓他們感受到心理需求被重視，從而增強治療參與度。對於癌症照護的多專業照顧而言，篩檢提供了一個統一的起點，讓心理支持成為與治療同等重要的常規。

## 第二節 常用的篩檢工具與量表

為確保情緒篩檢的準確性與效率，臨床實務中常使用一系列經過驗證的標準化工具，這些工具根據其設計目標與應用場景各具特色。以下為幾種廣泛應用的篩檢量表及其特點。「醫院焦慮與憂鬱量表」（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS）是一個由 14 個問題組成的工具，分為焦慮與憂鬱兩個子量表，每項得分從 0（無）到 3（嚴重），總分範圍為 0-21。HADS 的優勢在於其設計可避免癌症相關身體症狀（如疲憊或食慾下降）與心理症狀的重疊，特別適合癌症患者，且能在 5-10 分鐘內完成，適用於忙碌的臨床環境。研究表明，HADS 分項分數 8 以上提示存在潛在問題，15 以上則建議進一步評估（Wang, 2011）。缺點在於有版權，須付費，因此多用在研究，較少臨床使用。可參考圖 2-1。

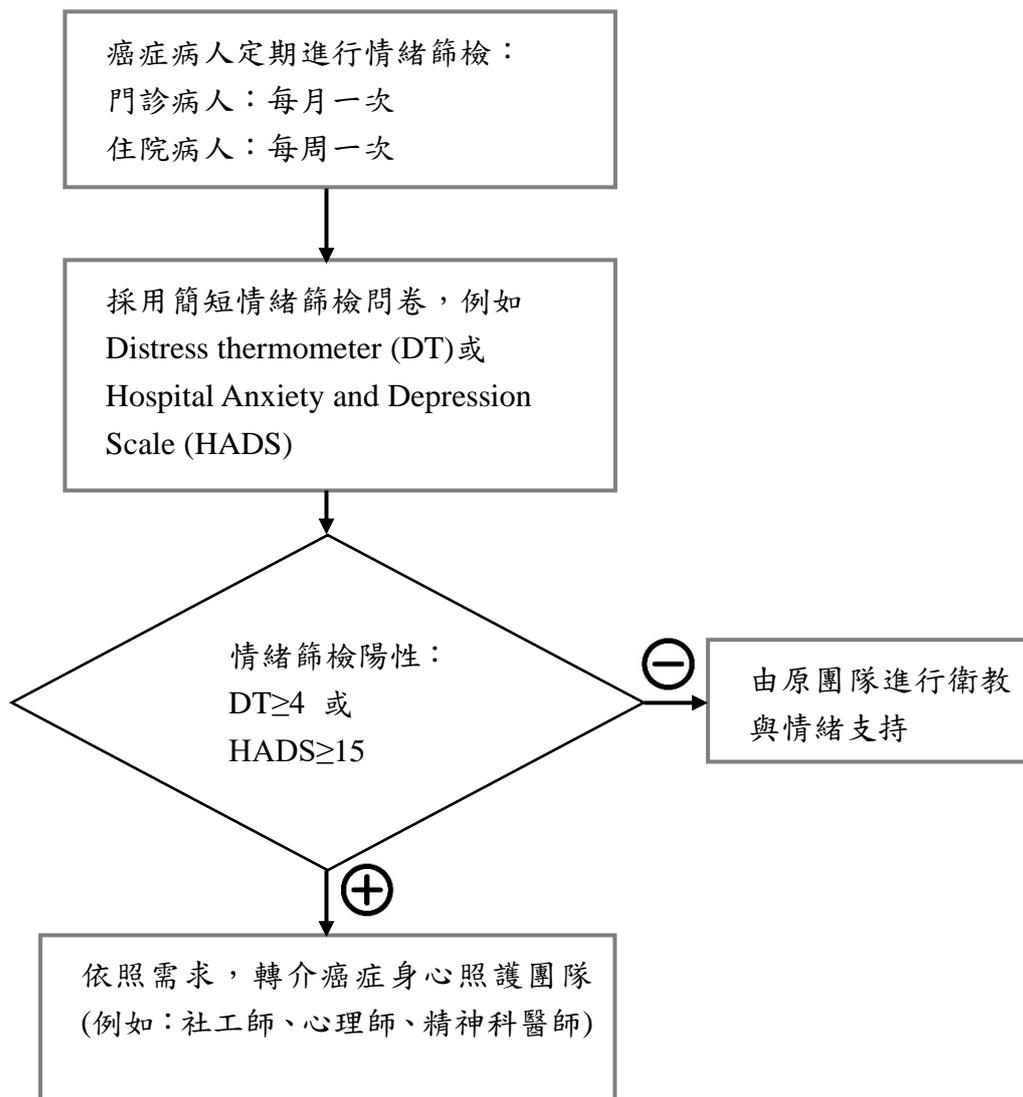


圖 2-1、情緒篩檢與轉介

「患者健康問卷-9」(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) 專注於憂鬱症狀的篩檢，包含 9 個問題，對應 DSM-5 的憂鬱症診斷標準，得分範圍為 0-27。分數 0-4 表示最小的憂鬱，分數 5-9 表示輕度憂鬱，10-14 為中度，15-19 為中重度，20-27 為重度 (Kroenke et al., 2001)。PHQ-9 簡單易用且敏感性高，特

別適合識別癌症患者的憂鬱傾向，例如因治療副作用或失落感引發的情緒低落。其缺點在於對焦慮的覆蓋有限，需搭配其他工具使用。「廣泛性焦慮疾患量表-7」（Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7）則針對焦慮設計，包含 7 個問題，得分 0-21，分數 0-4 表示最小的焦慮，分數 5-9 為輕度焦慮，10-14 為中度，15 以上為重度。GAD-7 適用於檢測癌症相關焦慮，如等待檢查結果或治療決策時的緊張不安（Spitzer et al., 2006）。

「困擾溫度計」（Distress Thermometer, DT）是一種單項視覺化工具，患者以 0（無困擾）到 10（極度困擾）評估自己的痛苦程度，通常搭配一份問題清單，涵蓋情緒、身體、家庭與靈性等面向。DT 的優勢在於直觀且快速，特別適合初次篩檢或語言能力有限的患者。分數 4 分或以上通常代表需關注（National Comprehensive Cancer Network, 2025b）。

### 第三節 篩檢結果的解讀與分級

篩檢結果的解讀是將數據轉化為行動的關鍵步驟，需結合量表分數、臨床觀察及患者自述，將心理困擾分為低、中、高三個風險等級。低風險通常指輕微或短期的心理波動，例如 PHQ-9 分數 9 分或以下、GAD-7 分數 9 分或以下，這類患者可能因診斷初期的不適應而感到壓力，或是其身體症狀、人際關係、經濟壓力尚未顯著影響日常生活。中風險患者顯示中等程度的困擾，例如 PHQ-9 分數 10-14、GAD-7 分數 10-14，這些問題可能干擾睡眠、工作或社交，但未達臨床診斷標準。高風險患者則表現為嚴重心理問題，例如 PHQ-9 分數 15 以

上、GAD-7 分數 15 以上、或伴隨自殺意念、幻覺等症狀，需緊急處理。可參考圖 2-2。

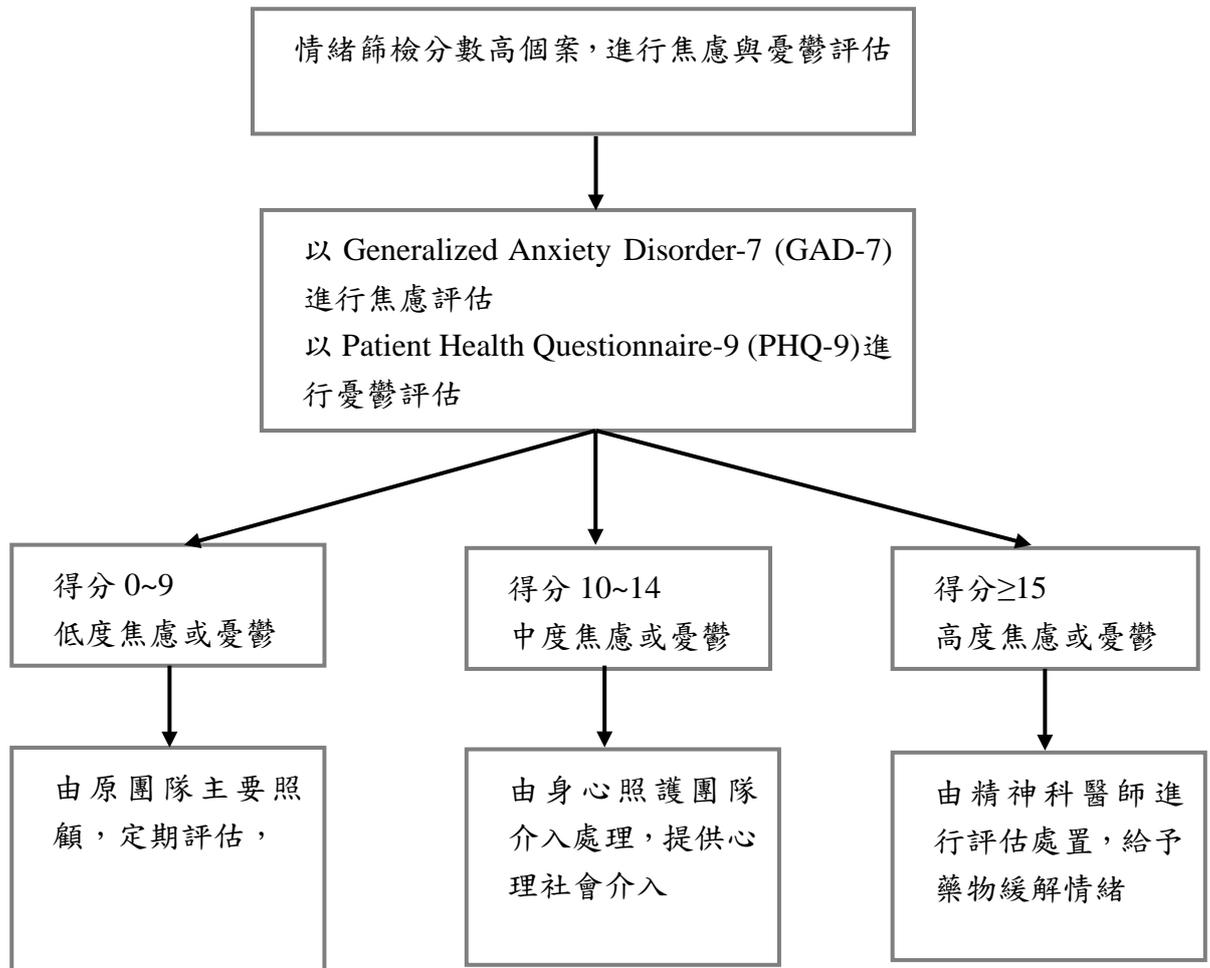


圖 2-2、分層照顧模型

解讀時需考慮癌症的獨特性。例如，化療引起的疲憊可能誇大憂鬱分數，需與患者對話區分其是否為情緒而非純粹生理問題。情境因素也應納入考量，例如治療階段、社會支持程度或近期生活事件（如親人離世）。分級應動態調整，例如一名患者在治療結束後的 DT 上升，可能反映復發恐懼加劇，需重新

評估。醫療團隊應避免單純依賴分數，而是將其作為起點，與患者討論結果，例如問「這個分數反映了您最近的感受嗎？」以確認主觀體驗。標準化的流程能提升一致性，例如設定明確閾值（如  $DT \geq 4$ ）並記錄於病歷，確保團隊間的共識。

#### 第四節 轉介流程與跨專業合作

根據分級結果，轉介流程應結構化且高效，以確保患者獲得適當支持。低度風險患者可由抗癌治療主責醫師或護理人員管理，提供基本情緒教育或簡單放鬆技巧，並安排後續追蹤。中度風險患者應轉介至心理師或社工，接受短期介入，例如支持團體、認知行為療法或焦慮管理課程。高度風險患者需立即轉介至精神科醫師或心理師，進行全面評估與治療，例如藥物治療或危機介入（如自殺預防）。轉介應在篩檢後限定時間內完成，並附上詳細資料，包括癌症類型、分期、治療階段及主要困擾，確保接收端快速響應。情緒篩檢後的轉介應設有標準作業流程，避免流於形式。

跨專業合作是轉介流程的核心。抗癌治療主責醫師負責啟動篩檢並統籌計畫，護理人員因與患者接觸頻繁，可監測情緒變化並促成轉介。心理專業人員提供深度支持，例如針對焦慮或憂鬱的心理介入或藥物調整；社工則協助解決社會問題，如經濟壓力或家庭衝突。建議醫療機構建立內部轉介網絡，例如指定個案管理師或使用電子轉介系統，提升效率。定期跨專業團隊會議能促進資訊共享，例如討論一名新診斷患者的情緒篩檢結果，制定聯合計畫。患者與家屬應參與轉介討論，了解目的與預期，例如「我們建議您與心理師談談，以幫

助您應對目前的壓力」，增強配合度。外部資源（如社區心理服務）也應納入流程，特別在資源匱乏地區。透過結構化的轉介與協作，癌症患者的心理需求得以系統化管理。

癌症病人身心需求評估、轉介、與分層照顧，除了參考美國國家綜合癌症網絡指引（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）的情緒困擾的臨床指引外，也可以參考馬偕醫院的分流機制：

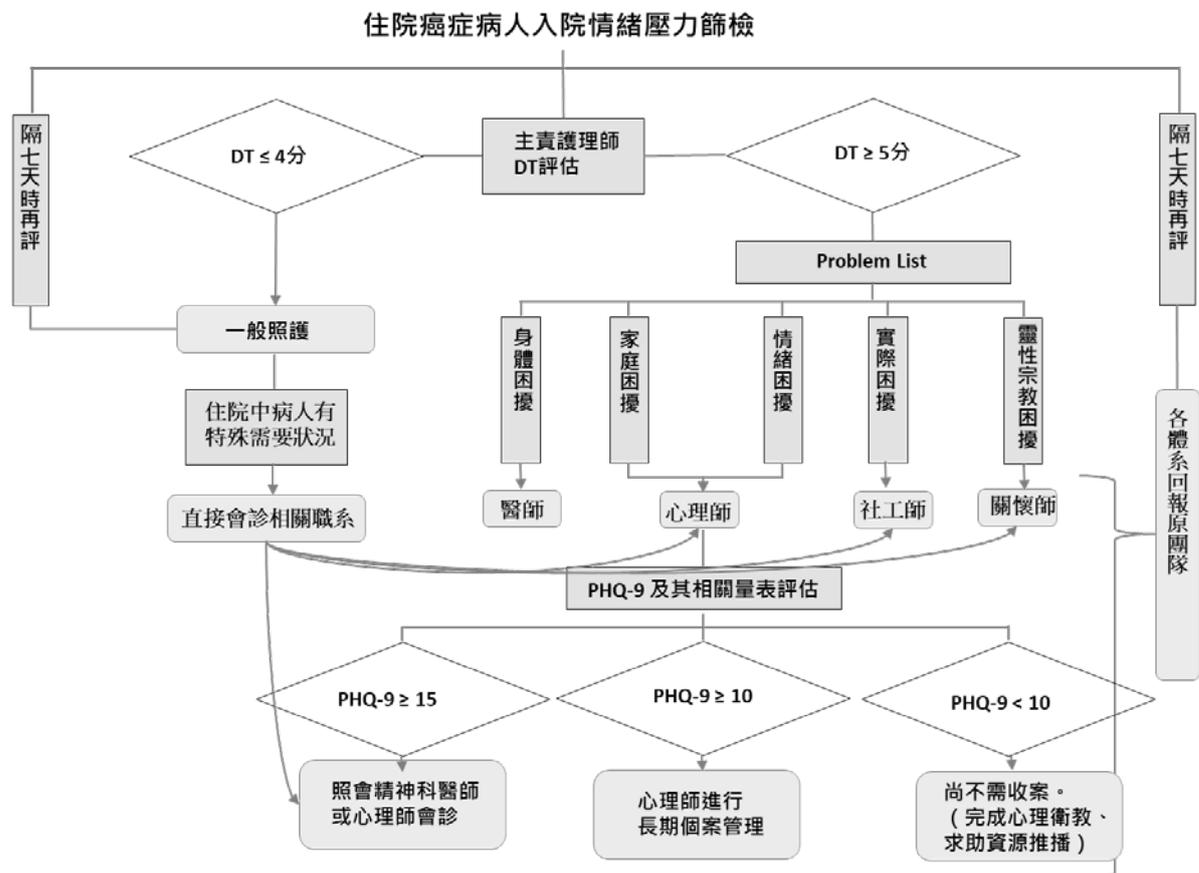


圖 2-3、住院癌症病人入院情緒壓力篩檢與轉介

癌症病人在不同階段，往往需要進行危機介入（Crisis Intervention），也就是在患者因疾病進展、治療過程或心理社會因素而遭遇突發性危機時，提供短期、密集且目標明確的支持與介入措施。癌症患者可能因診斷結果、病情惡化、治療副作用、復發、預後不確定性或社會經濟壓力等因素陷入心理或情緒危機，此時及時的危機介入能幫助他們穩定情緒、增強適應能力，並預防長期心理創傷。癌症病人常見的危機情境包括診斷初期的震驚與恐懼、治療階段的副作用與身體形象改變、病情惡化或復發時的絕望感、預後不確定性帶來的焦慮，以及社會支持系統崩潰（如家庭衝突或經濟負擔）所引發的孤立感。在臨終階段，患者可能面臨存在性危機，對生命意義產生深刻疑問。這些情境若未妥善處理，可能導致嚴重的心理困擾，甚至引發憂鬱或自殺意念。

危機介入的核心目標在於幫助患者穩定情緒、解決當前面臨的問題、連結必要資源，並增強其適應能力。首先，需評估危機的嚴重程度，包括生理層面（如疼痛、失眠）、心理層面（如焦慮、憂鬱、自殺風險）及社會層面（如家庭支持、經濟狀況）。接著，透過建立信任關係，提供安全感，例如以同理心傾聽患者的感受，避免批判性語言，並給予清晰的醫療資訊，減少因未知而產生的恐懼。情緒支持是危機介入的重要環節，透過承認並正常化患者的情緒（如告訴患者「確診癌症後感到害怕是很自然的」），鼓勵他們表達內心的痛苦，可借助藝術治療、日記或支持團體等方式。同時，需針對具體壓力源採取問題導向的介入措施，例如經濟困難者可轉介社會福利資源，治療副作用嚴重者則協調醫療團隊調整方案。認知行為技巧也能幫助患者挑戰負面思維，例如糾正「治療無效等於沒救」的錯誤認知。

制定短期應對計畫是危機介入的關鍵步驟，包括具體可行的行動方案（如每日放鬆練習、定期聯繫支持系統），並提供緊急聯絡方式（如心理諮商熱線或主治醫師的緊急聯絡管道）。為預防長期心理後遺症，必要時可轉介長期心理治療，如哀傷輔導或創傷治療，並鼓勵患者參與病友團體，以減少孤獨感。在特殊情境下，如患者出現自殺風險，需直接而謹慎地評估自殺意念，例如詢問「最近是否覺得活著太痛苦？」，並啟動安全計畫，必要時聯繫心理健康專業人員介入。若家庭系統出現危機（如照顧者負荷過重或臨終議題衝突），可召開家庭會議協調分工與溝通。此外，文化因素也需納入考量，尊重患者對疾病的靈性或文化信念，以提供更貼近其需求的介入。危機介入的成功往往依賴跨專業團隊的合作，包括醫療團隊（負責症狀控制）、心理師或社工（提供心理社會支持），以及必要時的宗教人員（處理靈性需求）。

### 第三章 憂鬱與焦慮的評估與處置

焦慮及憂鬱是癌症病人最普遍的心理問題，輕者可能以擔憂、不確定性、無助感表現，重則可演變成焦慮症及憂鬱症。焦慮及憂鬱除了影響情緒，也會增加身體的症狀（例如疼痛、噁心）並影響生活品質，並經常造成醫囑遵從性下降（Lin et al., 2017; Mausbach et al., 2015）、自傷/自殺風險增加，最終造成較差的預後（Arrieta et al., 2013; Pirl et al., 2012; Satin et al., 2009; Walker et al., 2021; X. Wang et al., 2020; Y. H. Wang et al., 2020）。

焦慮及憂鬱在所有族群當中高度盛行，根據 2015 年世界衛生組織統計，全世界約有 2.64 億人口有焦慮症，佔全世界人口的 3.6%；並有 3.22 億人口有憂鬱症，佔全世界人口的 4.4%。這些疾病同時是全球造成失能的主要原因之一（Friedrich et al., 2017），若不治療可造成身體、心理、社會功能的嚴重負面影響（Kissane et al., 2014）。然而，未經篩檢的情緒問題經常被臨床醫師低估並且鮮少被轉介給心理專業人員（如精神科醫師、心理師）（Keller et al., 2004; Passik et al., 1998）。

與癌症最為相關的焦慮表現為「害怕疾病惡化（fear of progression）」、「害怕癌症復發（fear of cancer recurrence）」、「死亡焦慮（death anxiety）」。研究顯示有高達 40~50% 的癌症存活者有中度到重度的「害怕癌症復發」（Simard et al., 2013）。輕度的焦慮可能在可自我調適的範圍裡，但嚴重的焦慮可能造成身心靈的失調，例如造成睡眠障礙、損害生活品質、催化憂鬱情緒，甚至失去求生意志（Grossman et al., 2018; Lebel et al., 2016）。

大約有四分之一的癌症病人有憂鬱症狀，是一般族群的五倍（Hartung et al., 2017）。憂鬱可發生在任何階段的癌症病人身上，包括已完成治療的癌症生存者（Niedzwiedz et al., 2019）。失志（demoralization）則是一種與憂鬱相關心理症狀，意指持續的精神痛苦使人失去求生意志，與生活品質有顯著的負相關性（Grassi & Nanni, 2016）。

有多篇文獻證實焦慮及憂鬱造成較差的預後（Arrieta et al., 2013; Pirl et al., 2012; Satin et al., 2009; Walker et al., 2021; X. Wang et al., 2020; Y. H. Wang et al., 2020）。代表性的研究如 2020 年 Wang 等人對 51 篇文獻一共涵蓋了 2,611,907 位病人進行了統合分析，顯示焦慮及憂鬱增加癌症病人的癌症死亡率及全死亡率（X. Wang et al., 2020）。（證據品質：高）

2004 年 Carlson 等人（Carlson et al., 2004）及 2005 年 Bultz 等人（Bultz & Carlson, 2005）提出的兩篇統合性文獻裡說明了心理介入措施可以降低癌症病人的情緒困擾，並節省因情緒困擾所造成的醫療浪費。相關具有明確證據力的文獻包括 2001 年 Koocher 等人對 101 位病人實施隨機分配對照試驗，結果顯示心理諮商並不會造成醫療成本的增加（Koocher et al., 2001）；另一篇則是 1999 年 Chiles 等人將 1967 至 1997 年間的 91 篇文獻進行統合分析，結果顯示心理介入措施約可節省 20% 的醫療支出（Chiles et al., 1999）。

## 第一節 憂鬱的評估

### 一、臨床症狀與診斷標準

憂鬱是癌症患者中最常見的心理問題之一，其臨床症狀可能因疾病背景而有所不同，但通常符合《精神疾病診斷與統計手冊》第5版（DSM-5）的診斷標準。主要症狀包括持續的情緒低落（至少兩週）、對日常活動失去興趣或愉悅感（快感喪失），並伴隨至少四項附加症狀，例如睡眠障礙（失眠或嗜睡）、食慾或體重變化、疲憊或精力減退、注意力難以集中、自我價值感降低、反覆想到死亡或自殺。癌症患者的憂鬱症狀可能與治療副作用重疊，例如化療引起的疲憊或食慾下降，因此需謹慎區分生理與心理因素。

在癌症情境中，憂鬱可能表現為對疾病的絕望感，例如患者認為「我永遠不會好起來」或「我拖累了家人」。存活者可能因失去健康身份或長期副作用而感到失落，例如內分泌治療導致的慢性疲憊。診斷時需評估症狀的持續時間與嚴重程度，並排除其他原因，如甲狀腺功能減退或藥物副作用（如類固醇）。醫療團隊應注意非語言線索（如眼神呆滯、語速緩慢）及家屬報告（如患者退縮或易怒），以全面了解病情。

### 二、評估工具與方法

憂鬱的評估通常結合標準化工具與臨床訪談。「患者健康問卷-9」（PHQ-9）是常用的篩檢工具，包含9個問題，得分0-27，分數5-9為輕度憂鬱，10-14為中度，15-19為中重度、20-27為重度，因其簡潔適合癌症患者。「醫院焦

慮與憂鬱量表」(HADS)的憂鬱子量表(7題,得分0-21)也廣泛應用,分數8以上提示潛在問題,其設計避免身體症狀干擾。「貝克憂鬱量表」(BDI)則更詳細(21題,得分0-63),適合深入評估,但需更多時間。

臨床訪談是不可或缺的補充,應詢問患者的症狀起因、持續時間及對生活的影響,例如「您最近是否覺得特別低落?」或「這些感受影響您的日常多久了?」訪談中需探討癌症相關壓力點,如疼痛、經濟負擔或社交孤立,並與家屬核實觀察。評估時應考慮文化差異,例如在某些文化中,患者可能以身體不適表達心理痛苦(如「全身無力」)。醫療團隊需定期重複評估,特別在治療轉換或疾病進展時,以捕捉憂鬱的動態變化。

## 第二節 憂鬱的處置

### 一、非藥物介入(心理治療、支持團體等)

非藥物介入是憂鬱處置的首選,特別適合輕中度患者或希望避免藥物的癌症患者。認知行為療法是最具實證支持的方法,幫助患者挑戰負面想法(如「我毫無價值」),並發展應對策略,例如透過行為激活增加活動參與。研究顯示,認知行為療法可顯著降低癌症患者的憂鬱症狀,療程通常為8-12週,每次約1小時,可線上或面對面進行。對於存活者,認知行為療法還能針對復發恐懼或身份失落提供結構化支持。

支持團體是另一有效策略,提供患者分享經驗與情感的平台,減輕孤立感。例如,癌症患者團體可討論治療副作用的共同挑戰,增強希望與歸屬感。團體

應由專業人員帶領，避免錯誤資訊傳播。其他非藥物方法包括正念減壓療法，透過冥想與呼吸練習改善情緒穩定，特別適合伴隨疲憊的患者；以及人際關係療法（IPT），聚焦於改善社交支持，適用於因疾病失去人際連結的患者。這些介入需根據患者偏好與能力調整，例如行動不便者可選擇遠距形式。

## 二、藥物治療與注意事項

當非藥物介入不足或患者呈現重度憂鬱時，藥物治療成為必要選擇。考量台灣可使用之藥物，首選建議 SSRI（如 Escitalopram、Sertraline），副作用低且與癌症藥物交互作用少，效果通常 2-3 週開始顯現，4-6 週後達到效果的高峰。另如 SNRI（如 Venlafaxine、Duloxetine）因為除了抗憂鬱的效果外，對於停經症候群之潮紅冒汗、化療引發周邊神經病變也有效果。而 Mirtazapine 除了抗憂鬱的效果外，對於癌症病人常有之噁心嘔吐、食慾不振以及睡眠的障礙皆有助益。

但考量部分抗憂鬱藥物會與抗癌藥物產生交互作用，例如乳癌病人使用內分泌治療（如 Tamoxifen）時，應避免 Fluoxetine、Paroxetine、與 Bupropion 等抗憂鬱藥物，以免降低抗癌效果。患者應被告知潛在副作用（如噁心、性功能障礙），並定期追蹤（如每 2-4 週），確保安全與效果。若出現自殺風險，需立即調整計畫並考慮住院。

## 第三節 焦慮的評估

### 一、焦慮類型與症狀辨識

癌症患者的焦慮類型多樣，包括廣泛性焦慮（對多方面的持續擔憂）、恐慌發作（突發的強烈恐懼）、特定恐懼症（如對針頭或檢查的恐懼）及復發恐懼（存活者的常見問題）。症狀包括生理反應（如心悸、盜汗、呼吸急促）與認知徵象（如過度擔憂、無法放鬆）。例如，新診斷患者可能因不確定性而焦慮，治療中的患者可能因副作用（如疼痛）而緊張，存活者則可能因定期檢查而恐慌。

辨識焦慮需關注其觸發因素與持續性。例如，短暫的檢查前緊張屬正常反應，但若持續數週影響睡眠或決策，則需介入。醫療團隊應注意癌症特定的焦慮表現，如對死亡的反覆思考或對治療失敗的過度恐懼，並與憂鬱區分（焦慮偏向未來擔憂，憂鬱偏向過去失落）。家屬反饋（如「他總是坐立不安」）也能提供線索。

### 二、評估工具與方法

「廣泛性焦慮疾患量表-7」（GAD-7）是焦慮評估的標準工具，包含7題，得分0-21，分數5-9為輕度，10-14為中度，15以上為重度，適用於癌症相關焦慮。「HADS」的焦慮子量表（得分0-21，分數8以上需關注）也常用，因其快速且避免生理症狀干擾。「困擾溫度計」（DT）搭配問題清單可初步識別焦慮來源，分數4以上提示進一步評估。

臨床訪談應詢問焦慮的具體內容與影響，例如「您最擔心的是什麼？」或「這些擔憂困擾您多久了？」需探討癌症相關壓力，如等待結果或治療不確定性，並評估生理症狀是否由疾病或藥物（如皮質類固醇）引起。定期評估（如每月）能捕捉焦慮的變化，特別在治療轉換或疾病進展時。

## 第四節 焦慮的處置

### 一、非藥物介入（放鬆技巧、認知行為療法等）

非藥物介入是焦慮管理的基石。放鬆技巧如深呼吸、漸進性肌肉放鬆或引導想像能快速緩解急性焦慮，例如檢查前的緊張，患者可每日練習 10-15 分鐘。認知行為療法是首選長期策略，幫助患者識別並調整誇大的恐懼（如「治療一定會失敗」），並透過暴露療法應對特定恐懼（如針頭恐懼）。研究顯示，認知行為療法對癌症焦慮的療效顯著，療程通常為 6-12 週。

正念療法透過專注當下減輕過度擔憂，特別適合存活者的復發恐懼。支持團體也能提供情感支持，減少孤立感。這些方法需個別化，例如行動不便者可使用線上課程，認知障礙者可簡化練習。

### 二、藥物治療與管理

藥物治療適用於中重度焦慮或非藥物介入效果有限時。SSRIs（如 Sertraline）是長期管理的首選，因其兼顧焦慮與憂鬱，劑量與憂鬱治療類似。

急性焦慮可使用 Benzodiazepine(例如 Lorazepam)、需要長期使用時，建議轉介精神科，避免依賴。

癌症患者的藥物管理需謹慎，例如避免與化療藥物的交互作用，並監測副作用（如嗜睡）。患者應了解藥物作用與停藥計畫，並定期追蹤，若焦慮伴隨自殺風險，需緊急轉介精神科。

## 第四章 癌症溝通與醫療決策

### 第一節 有效溝通的原則與技巧

有效溝通是癌症照護的基石，旨在幫助患者理解病情、治療選項並參與決策。其核心原則包括清晰性、同理心、以患者為中心及雙向互動。清晰性要求醫療專業人員使用簡明語言，避免專業術語。同理心則需展現對患者情緒的理解，例如說「我知道這些壞消息一時很難接受」，以建立信任。

以患者為中心的溝通尊重患者的價值觀與需求，醫療團隊應透過開放式問題（如「您對治療最在意什麼？」）了解其優先事項，如生存時間或生活品質。雙向互動鼓勵患者提問並確認理解，例如在介紹治療後問「您還有什麼不清楚的地方嗎？」技巧上，非語言溝通（如溫和語調、適當肢體語言）能增強情感連結，視覺輔助（如圖表展示治療效果）則有助澄清複雜資訊。研究顯示，有效溝通能降低患者焦慮並提升決策滿意度，特別在癌症的多樣治療選項中至關重要。

醫療團隊應展現同理心與主動關懷態度，不僅限於心理師，包含癌症治療主責醫師、中醫師、牙醫師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥師與個案管理師等皆應培養心理支持與溝通技巧，讓患者感受被重視與支持。

## 第二節 與患者及家屬討論壞消息

傳遞壞消息（如癌症復發或預後不佳）是溝通中最具挑戰的部分，需平衡真實性與支持性。SPIKES 模型是一個廣泛應用的框架，包含六步驟：（一）設置（Setting）：選擇安靜、私密環境；（二）感知（Perception）：詢問患者認知，如「您覺得目前情況如何？」；（三）邀請（Invitation）：確認資訊需求，如「您想了解多少？」；（四）知識（Knowledge）：簡潔傳遞訊息，如「檢查顯示癌症擴散了」；（五）情緒（Emotions）：回應反應，如「我明白這很令人不安」；（六）策略（Strategy）：提供計畫，如「我們會討論下一步選項」。

日本發展的 SHARE 模型則提供另一視角，強調情感支持與關係建立，特別適合重視和諧的文化背景。其四個要素為：（一）支持性環境（Supportive environment）：以溫暖、同理的姿態，保持眼神接觸並提供足夠的時間；（二）如何循序漸進告知（How to Break the Bad News）：深入了解患者的情緒與期望，如「您聽到這個消息後有什麼想法？」；（三）提供相關資訊（Additional information）：根據患者意願調整細節，例如「如果您想知道，我們可以談談治療可能性」；（四）再保證與情緒支持（Reassurance and Emotional Support）：確保患者明白並給予希望，如「我們會盡力支持您，您隨時可以問問題」。SHARE 模型注重情感聯繫，與 SPIKES 的結構化步驟互補，適用於多元文化患者。

## 第三節 醫療決策中的心理支持

癌症治療決策（如手術、化療或安寧照護）常伴隨心理壓力，包括不確定性、選擇後悔或對結果的恐懼。心理支持旨在減輕這些負擔並增強決策信心。

醫療團隊應首先協助患者釐清價值觀，例如問「您最看重什麼？」有些患者優先生存，有些關注舒適度。決策輔助工具（如表格列出治療的利弊）能結構化資訊，例如比較化療的存活獲益與副作用，研究顯示此類工具能降低決策焦慮並提升參與感。

若患者因壓力猶豫，心理師可介入。認知行為療法幫助患者處理非理性想法，如「選錯治療就無望了」，並透過模擬決策增強信心。短期諮詢則提供情緒宣洩空間，特別在選擇安寧照護等重大抉擇時。心理支持應與決策同步，例如在討論選項後立即提供諮詢，避免孤立感。家屬支持也需納入，例如教育他們如何鼓勵患者而非施壓。目標是讓患者感到被賦能，而非被決策壓迫。

#### 第四節 文化與倫理考量

癌症溝通與決策深受文化與倫理影響，醫療團隊需具備敏感性。文化上，不同群體對疾病的態度迥異。例如，在個人主義文化中，患者期望直接參與並獲取詳情；而在集體主義文化中（如日本或中東地區），家屬可能主導決策，要求先得知壞消息。醫療團隊應詢問「您希望如何參與？」並尊重規範，例如在宗教背景下避免提及死亡。語言障礙需透過專業口譯員解決，確保資訊準確。

倫理上，自主權要求患者在知情後自願選擇，知情同意應涵蓋風險、益處及替代方案，並以患者理解的方式呈現。若意願與建議衝突（如拒絕治療），應探索原因，如信仰或恐懼，而非強迫。對於無決策能力的患者，應依預立醫療決定或家屬代理，遵循最大利益原則。文化與倫理培訓能提升團隊能力，例如模擬多元案例討論，確保溝通尊重差異並符合倫理規範。

## 第五節 案例分析與實務建議

案例分析將理論轉化為實務。例如，一名 60 歲結腸癌患者面臨手術或保守治療的抉擇。醫療團隊以圖表比較手術的存活率（80%）與風險（感染），並問「您最希望未來如何？」得知她重視獨立性，建議手術並解釋恢復計畫。傳遞「癌細胞擴散」的壞消息時，醫師回應她的焦慮「這很難接受吧」，並以溫暖態度說「我們會陪著您」。心理師用認知行為療法減輕她的手術恐懼，家屬接受教育提供支持。她選擇手術，滿意度高。

另一案例涉及文化保守的患者，家屬要求隱瞞晚期診斷。團隊以 SHARE 探索家屬觀點，確認患者希望知情，遂溫和告知並安排宗教支持。實務建議包括：

- （一）培訓醫師使用 SPIKES 與 SHARE，提升技巧；
- （二）建立跨學科小組，整合腫瘤科與心理專業；
- （三）提供文化敏感性訓練，應對多元需求；
- （四）定期回顧溝通成效，根據反饋調整；
- （五）開發多語言資源，確保可及性。

這些措施讓溝通兼具科學性與人性化，提升癌症照護品質。

## 第五章 家庭成員的支持

### 第一節 家庭成員在癌症照護中的角色

家庭成員在癌症照護中承擔多重角色，是患者情感與實質支持的支柱。他們通常作為主要照顧者，負責日常生活的具體任務，例如為患者準備符合營養需求的膳食、管理複雜的藥物時間表，或協助行動不便的患者完成個人衛生。這些支持對於維持患者的身體機能至關重要，尤其在治療期間，例如化療後的虛弱階段。此外，家庭成員還提供情緒支持，透過陪伴與傾聽減輕患者的孤獨與焦慮。例如，一位配偶可能在患者接受放療時握著手，提供安穩感；父母則可能為青少年患者講述鼓勵的故事，幫助他們面對疾病的挑戰。研究顯示，強大的家庭支持能顯著降低患者的焦慮與憂鬱水平，並提升治療依從性與整體生活品質，尤其在癌症的長期管理中效果顯著。

家庭成員同時扮演醫療團隊與患者間的橋樑角色。他們可能記錄醫師的建議，例如化療週期的注意事項，或在患者因疲憊而沉默時，主動提出未被提及的症狀，如夜間疼痛加劇，確保醫療計畫更貼近患者需求。在治療決策中，他們也常參與討論，例如權衡手術與保守治療的利弊，提供患者可能忽略的家庭視角。然而，這些角色的履行並非毫無代價。特別在晚期癌症或存活階段，長期照顧可能導致家庭成員的身心疲憊，甚至引發角色衝突，例如同時照顧患者與其他家庭成員的需求。因此，醫療團隊需認識到家庭成員的多功能性，將其納入照護計畫的主體，而非僅視為外部資源，並主動了解他們的貢獻與潛在困難，以確保支持系統的穩定性。

## 第二節 評估家庭成員的心理需求

家庭成員的心理需求往往被忽視，但其情緒狀態直接影響患者福祉，甚至可能成為照護成敗的關鍵。常見的心理問題包括：焦慮，例如對患者病情惡化的持續擔憂，可能表現為失眠或過度查閱醫療資訊；憂鬱，例如因無法改變現狀而感到無望，可能導致退縮或失去生活樂趣；以及燒盡感，例如長期照顧導致的疲憊，可能伴隨易怒或健康惡化。例如，一位照顧晚期肺癌患者的子女可能因無法兼顧工作與照護而內疚，甚至出現頭痛或胃部不適等壓力症狀。評估這些需求需系統化進行，以識別潛在困擾並提供「針對不同需求的」支持。

評估方法結合標準化問卷與結構化訪談。「照顧者負擔量表」（Caregiver Burden Inventory, CBI）是一個全面工具，包含 24 題，分為時間壓力（如「我沒時間休息」）、情感負擔（如「我感到無力」）及社會影響（如「我無法與朋友聯繫」）等面向，得分範圍 0-96，分數 40 以上提示顯著負擔。「醫院焦慮與憂鬱量表」（HADS）則用於篩檢焦慮與憂鬱，分數 0-21，8 以上需關注，特別適合快速評估。訪談則更深入，例如問「您覺得照顧中最讓您壓力大的是什麼？」或「您最近有沒有感到情緒低落？」以了解具體壓力源，如經濟困難、患者痛苦的無力感，或與其他家屬的分歧。醫療團隊應定期評估，例如每 3-6 個月一次，並在患者病情變化時（如轉入安寧照護或復發）增加頻率。此外，應注意非語言線索，如疲倦的眼神、沉默或緊張的手勢，以全面掌握其心理狀態，並與患者的自述對照，確保評估的準確性。

### 第三節 提供家庭支持的策略

支持家庭成員需採取多層次策略，涵蓋教育、心理介入及實務協助，以減輕其負擔並提升支持能力。教育是基礎，能增強他們的應對能力。例如，醫療團隊可舉辦工作坊，解釋癌症的自然進展、常見治療副作用（如化療引起的噁心）及照護技巧（如如何協助患者翻身），讓他們了解患者的疲憊或情緒波動屬疾病影響，而非個人失敗。教育內容應簡單易懂，例如製作圖文並茂的手冊或短影片，涵蓋主題如「如何與患者談論病情」或「應對治療後的飲食變化」，並鼓勵提問與討論。研究顯示，知情的家庭成員更能有效支持患者，並因理解病情而減輕自身焦慮與無助感。

心理介入包括支持團體與個別諮詢。支持團體提供分享平台，例如一位照顧乳癌患者的丈夫可能在團體中訴說陪伴化療的疲憊，聽到相似經歷後感到被理解，進而重拾希望。團體應由心理師或社工帶領，每週或每月進行，線上形式則便利忙碌者參與，例如透過視訊討論「如何應對患者的低落情緒」。個別諮詢針對特定問題，例如認知行為療法幫助一位內疚的子女改變「我沒做好」的想法，或正念減壓療法教導一位焦慮的配偶透過冥想放鬆，每日 10 分鐘即可見效。實務支持則包括喘息照護，例如安排義工或專業照護員每週接手數小時，讓家庭成員休息或處理個人事務。這些策略需根據家庭需求個別化，例如年輕照顧者可能偏好線上課程，老年者則需要面對面指導。

## 第四節 家庭衝突的調解與管理

癌症可能引發家庭衝突，例如治療決策的分歧、照顧責任的不均或情緒壓力下的爭執。例如，子女可能希望積極治療以延長晚期癌症患者的生命，而配偶傾向安寧照護以確保舒適，雙方因立場不同而爭執；或者兄弟姐妹間因照顧時間分配不均而互相指責。醫療團隊應主動識別衝突徵兆，例如會議中的沉默、言語衝突或患者提到「家裡氣氛不好」，並迅速介入調解，以免影響患者的情緒穩定。

調解策略以家庭會議為核心，由中立專業人員（如社工或心理師）主持。會議開始可問「您覺得什麼對患者最好？」引導討論聚焦於患者福祉，而非個人立場。例如，一場會議中，醫療團隊解釋化療的存活獲益（可能延長3-6個月）與副作用（疲憊加劇），幫助家屬達成共識。會議應設定明確目標，如確定治療方向，並鼓勵情感表達，例如說「你們都很關心他，這壓力很大吧」，緩解緊張。短期解決方案包括分擔照顧任務，例如子女負責白天，配偶負責晚上；若衝突升級（如涉及財產或法律爭議），可轉介專業調解員或心理師。長期管理需追蹤，例如每月電話確認衝突是否緩解，並提供持續支持，確保家庭和諧支撐患者。

## 第五節 照顧者的自我照護

照顧者的自我照護是維持其支持能力的關鍵，因長期壓力可能導致身心耗竭，甚至影響健康。例如，一位照顧胰腺癌患者的妻子可能因連續數月無休而出現高血壓或情緒崩潰。自我照護包括生理與心理層面。生理上，醫療團隊應

鼓勵規律飲食、充足睡眠及運動，例如建議每日 30 分鐘散步或瑜伽，既減輕疲憊又提升心情。心理上，照顧者需學會設定界限，例如拒絕不必要的責任並尋求幫助，而不是獨自承擔所有壓力。自我評估工具如「照顧者自我照護量表」（得分 0-50，低於 30 提示需關注）能幫助他們認識需求，例如發現睡眠不足後主動調整。

實務策略包括時間管理與資源利用。例如，教導照顧者製作每日計畫，保留個人時間（如閱讀 30 分鐘或與朋友通話），並連結社區資源，如癌症協會的義工服務（提供陪伴或家務協助）或政府補助（減輕醫療費用）。心理技巧如深呼吸（每次 5 分鐘，緩解急性壓力）或正念練習（每日 10 分鐘冥想，提升情緒穩定）可由醫療團隊示範並鼓勵實踐。若出現燒盡徵兆（如持續低落、健康惡化），應轉介心理師進行認知行為療法或安排長期喘息照護，例如每月數天的專業替代。自我照護的目標是讓照顧者在支持患者的同時保持健康，形成可持續的支持循環。

## 第六章 兒童與青少年癌症病人的心理社會考量

### 第一節 發展階段與心理社會需求的差異

兒童與青少年癌症患者的心理社會需求因其發展階段而異，需根據年齡與認知能力量身定制支持。幼兒（0-5 歲）正處於依附與基本信任形成的階段，癌症治療（如長期住院）可能干擾與主要照顧者的連結，導致焦慮或退縮行為，例如哭泣不止或拒絕進食。他們的心理需求多集中於安全感與熟悉環境，例如熟悉的玩具或父母的陪伴。學齡期兒童（6-11 歲）開始發展自我概念與社交能力，治療可能引發對身體改變的困惑（如脫髮）或學業中斷的失落，他們可能擔心「我與別人不同」或「我會不會落後」。

青少年（12-18 歲）則面臨身份認同與獨立性的關鍵期，癌症可能打斷這一過程，例如化療限制社交活動，或身體形象改變（如手術疤痕）影響自尊。他們常表現出對控制感的渴望，例如質疑治療必要性，或因無法參加同儕活動而感到孤立。研究顯示，發展階段的差異直接影響情緒反應，例如幼兒更易出現分離焦慮，而青少年可能隱藏情緒以顯成熟。因此，醫療團隊需根據年齡特徵調整介入，例如為幼兒提供穩定感，為青少年提供決策參與機會，以滿足其獨特的心理社會需求。

### 第二節 情緒評估與年齡適宜的工具

情緒評估是識別兒童與青少年癌症患者心理困擾的基礎，需使用年齡適宜的工具以確保準確性。對於幼兒，傳統問卷因語言與認知限制而不適用，醫療

團隊常依賴行為觀察與父母報告。例如，「兒童行為量表」（Child Behavior Checklist, CBCL）由父母填寫，涵蓋焦慮、憂鬱及退縮行為，分數超出正常範圍提示需關注。此外，觀察幼兒的遊戲行為（如反覆摔玩具）或睡眠模式（如夜驚）能揭示潛在壓力。

學齡期兒童可使用簡化自評工具，如「兒童憂鬱量表」（Children's Depression Inventory, CDI），包含 27 題，得分 0-54，分數 19 以上表示顯著憂鬱，適合 6-11 歲兒童，因其問題簡單（如「我覺得自己很糟」）。焦慮評估則可用「兒童焦慮量表」（SCARED），41 題，得分 25 以上提示焦慮問題。這些工具需搭配訪談，例如問「你最近有什麼擔心的嗎？」以補充主觀感受。青少年可使用成人工具的改良版，如「貝克焦慮量表」（BAI）或「患者健康問卷-9」（PHQ-9），但需調整語言，例如將「工作」改為「學校」。訪談中可問「你覺得治療怎麼影響你的生活？」以探索隱藏情緒。

評估應定期進行（例如每 3 個月），特別在治療轉換（如開始化療）或復學時，並考慮文化背景，例如某些文化中兒童可能以身體不適表達心理壓力。醫療團隊需與家長及學校合作，確保評估全面且符合發展階段。

### **第三節 心理介入策略（遊戲治療、藝術治療等）**

心理介入策略需針對兒童與青少年的發展特徵設計，以促進情緒表達與壓力緩解。遊戲治療適用於幼兒與學齡期兒童，利用玩具與角色扮演幫助他們表達無法言語的情感。例如，一名 4 歲白血病患兒可能透過玩醫療玩具（如給玩偶打針）釋放對治療的恐懼。治療師可觀察遊戲主題（如反覆模擬住院）並引

導其重建控制感，研究顯示遊戲治療能顯著降低焦慮，療程通常為 6-12 次，每次 30-60 分鐘。

藝術治療適合各年齡段，特別對不擅言語表達者有效。學齡期兒童可透過繪畫或黏土創作宣洩情緒，例如畫出「生病的我」來處理身體形象困擾；青少年則可能用音樂或日記表達對未來的希望或恐懼。治療師可分析作品中的符號（如黑暗色彩表示憂鬱）並引導討論，每次約 1 小時，8-10 次見效。認知行為療法則更適合青少年，幫助他們挑戰負面想法（如「我永遠不會正常」），並學習應對技巧，例如透過放鬆練習管理檢查前的緊張。認知行為療法療程通常為 8-12 週，可線上進行。

其他策略包括正念練習（適合青少年，每日 10 分鐘冥想減壓）及家庭療法（改善親子溝通）。介入需個別化，例如行動不便者可改用桌上遊戲，確保參與度與效果。

#### **第四節 教育與社交支持**

癌症治療常中斷兒童與青少年的教育與社交發展，需針對性支持以減少長期影響。教育支持旨在維持學業連續性，例如住院期間安排床邊教學，由教師或義工提供簡單課程，如數學或閱讀，幫助學齡期兒童跟上進度。青少年則需協助準備考試或職業規劃，例如與學校協調線上課程或延長作業期限。醫療團隊應製作「教育計畫」，記錄治療對學習的影響（如化療導致的注意力下降），並與學校溝通，例如建議減少課業壓力。

社交支持則重建同儕連結。幼兒可透過住院時的玩伴活動（如團體遊戲）維持社交感；學齡期兒童「亦可透過住院時的玩伴活動，或參加癌症夏令營，與病友」建立友誼。青少年則需更多自主性，例如線上聊天群或校內支持團體，讓他們分享經驗並重建自信。研究顯示，社交支持能改善自尊並降低憂鬱。醫療團隊應確保活動安全，例如避免感染風險，並鼓勵家長參與，例如帶領孩子參加社區活動，以強化社交網絡。

## 第五節 家庭與學校的協作

家庭與學校的協作是支持兒童與青少年的心理社會發展的關鍵。家庭是首要支持系統，但父母可能因照顧壓力而忽略情緒需求，例如過度保護導致青少年感到無力。醫療團隊應教育家長，例如舉辦工作坊解釋「如何與孩子談疾病」或「辨識壓力徵兆」，並鼓勵開放溝通，例如問孩子「你今天感覺怎麼樣？」而非假設其需求。若家庭出現衝突（如治療決策分歧），可安排家庭會議，由心理師主持，確保孩子的聲音被聽見。

學校則需融入照護計畫，例如指定聯絡教師負責與醫療團隊對接，了解治療進度並調整期望，例如允許缺課或提供輔導。學校輔導員可監測情緒變化，例如發現青少年因脫髮退縮時提供支持。協作需定期溝通，例如每月更新會議，確保家長與教師了解孩子的心理狀態，例如「他最近因化療疲憊，需更多休息」。若孩子復學，應安排漸進計畫，例如先半天上課，並教育同學避免歧視，例如舉辦「認識癌症」講座。協作目標是讓家庭與學校形成穩定支持網，幫助患者適應疾病與成長。

## 第六節 兒童青少年癌症與家庭的溝通

溝通技巧訓練在兒童青少年癌症醫療照護中是相當重要性且不可或缺的部分。不僅幫助醫療人員在面對困難對話時更加自信與從容、提升病童及其家庭的醫療體驗並減少壓力與焦慮。藉由溝通技巧訓練，更可以連結醫療人員的專業技能與病童家庭的心理需求，促進更有效的溝通、提升病人及家屬的心理韌性，幫助醫療團隊在困難時刻提供更加支持性和人性化和同理心的照護。

Kaya 等人（2020）以系統性文獻回顧分析八篇兒童癌症醫療照顧人員執行溝通技巧訓練之文獻，研究主要聚焦於提升醫療人員與病童及其家屬進行困難對話的能力，例如討論不良預後、治療方案以及與哀傷家屬的溝通。訓練課程通常以模擬病人互動或角色扮演為核心，結合即時回饋和反思的教學方法，讓醫療人員能在安全的環境中練習與病人或家屬的實際溝通情境。有些訓練課程採用了結構化的溝通模型，例如 SPIKES 訓練模組，用於提供具體步驟來協助醫療人員處理複雜的對話場景。研究結果顯示，參與訓練的醫療人員普遍認為其溝通技巧、自信心以及同理心有所提升，尤其是在處理困難對話時更能有效應對。Frerichs 等人（2022）深入探討醫療人員在面對有未成年子女的癌症病人家庭時，溝通技巧訓練是必要的。文獻指出，醫療人員在與孩子進行溝通時，需考慮年齡與認知發展階段，調整所使用的語言與溝通方式；例如，對於年幼的孩子，可以透過簡單的語言、比喻或圖像來幫助理解父或母（家人）罹癌的疾病狀況，而對於青少年，則可以提供更深入的解釋，幫助他們了解疾病的本質及其對家庭的影響。同時，醫療人員應教導父母如何與孩子討論疾病，並建議他們避免過度簡化或過於複雜的表達，以確保孩子能夠在心理上逐步接受訊

息，而不會感到困惑或不安。此外，溝通訓練不僅能幫助父母更有信心地面對孩子的提問，也能提升孩子的心理韌性，減輕因父母罹癌而產生的焦慮和壓力。藉由訓練，亦可教導醫療人員如何協助家庭建立開放且支持性的溝通氛圍，讓孩子有機會表達自己的擔憂和感受。研究強調，適當的溝通技巧訓練，有助於促進家庭在疾病歷程中的整體應對能力，幫助每個成員在困難時期找到心理平衡與支持，不僅對醫療人員有價值，也為病人家庭提供實際的支持工具，讓父母和孩子能夠更好地適應疾病帶來的挑戰。Beckett 等人 (2025) 為提升兒童血液腫瘤醫療團隊成員癌症相關溝通能力，使其更有效地進行資訊傳遞、回應情緒需求並進行治療計劃討論，設計一系列溝通課程，並運用標準化病人模擬六個漸進式場景，涵蓋病情解釋、預後討論和治療選擇等主題；訓練結果顯示，參與者在清晰傳遞資訊、傾聽與應對情緒反應，以及進行困難對話溝通技能領域，以及自信心方面均有顯著提升。溝通訓練不僅能夠幫助醫療團隊成員提升溝通品質及技能，也能夠在面對癌症病童時更具有支持性和同理心，減輕兒童及其家庭的情緒壓力，促進他們對病情和治療計劃的理解和參與，同時也提升團隊成員的專業能力與自信。

在兒童青少年癌症的照護中，與病人及其家庭的有效溝通是建立信任、促進治療遵從性以及提供情感支持的核心。由於兒童青少年在認知、情感和溝通需求上與成年人有所不同，醫療團隊必須根據病人的年齡和發展階段，採取適齡化、個性化的溝通方式。同時，家庭在兒童青少年癌症治療中的角色亦非常重要，醫療人員應協助家長理解疾病及治療計劃，並支持其應對因病情帶來的情感和實際挑戰。建立開放、支持性、以家庭為中心的溝通環境，醫療團隊不僅能促進病童的身心健康、減輕家庭的焦慮和壓力，也能幫助病童青少年和家

人在疾病歷程中共同面對挑戰，提升醫病關係的長期信任和協同合作，並對整體照護品質產生正向影響。

## 第七章 癌症照護的困境與社會資源

### 第一節 癌症照護中的常見困境

#### 一、醫療資源不足

醫療資源不足是癌症照護的全球性挑戰，尤其在低收入地區與偏遠鄉村顯著影響診斷與治療的可及性。在發展中國家，專業醫療設施的匱乏是一大問題。例如，非洲某些國家每百萬人口僅有一台放療機，遠低於世界衛生組織(WHO)建議的標準，許多患者無法接受必要治療。即使在發達國家，資源分配不均也存在，例如美國農村地區的癌症篩檢與治療設施稀少，患者需長途跋涉至城市中心，增加經濟與身體負擔。此外，癌症專科醫師與護理人員的短缺導致診治延遲，例如一名肺癌患者可能因缺乏腫瘤科醫師而等待數月才開始化療，這可能錯過最佳治療時機，甚至惡化預後。研究顯示，醫療資源不足與較高的癌症死亡率直接相關，尤其在資源分配不均的地區。

昂貴的治療費用進一步加劇資源困境。即使在醫療體系較完善的國家，癌症藥物(如標靶治療或免疫療法)與長期住院的成本也可能超出患者負擔能力。例如，一輪免疫檢查點抑制劑的免疫療法可能花費數萬美元，對無保險或低收入家庭而言幾乎不可承受。即使有保險，部分昂貴藥物仍需自費，例如標靶治療每月可能耗資數千美元，這種經濟壓力可能迫使患者放棄治療，或選擇效果較差的替代方案。醫療資源不足不僅限制身體治療，也加重心理負擔，例如患者可能因無力支付而感到絕望，甚至影響家庭關係。

台灣因全民健康保險（健保）制度，醫療資源的可及性相對較高。健保涵蓋癌症診斷（如影像檢查）、手術及部分化療與放療費用，減輕患者經濟負擔。例如，一名乳癌患者的手術與術後化療多由健保支付，自費比例低。然而，偏遠地區（如花東地區）的醫療資源仍不足，例如放療設備集中於都會區，患者需跨縣市就醫，交通與住宿成本成為隱性負擔。此外，昂貴的新型藥物（如免疫檢查點抑制劑）僅部分納入健保，且需符合特定條件（如晚期且無其他治療選擇），否則自費金額高達數十萬台幣，對中低收入家庭仍構成挑戰。台灣的醫療人力也面臨壓力，例如腫瘤科醫師與護理人員不足，導致大醫院候診時間長，顯示資源分配仍需優化。

## 二、心理支持的缺口

心理支持的缺口是癌症照護中的另一重大困境。癌症患者常面臨情緒挑戰，如診斷初期的焦慮、治療期間的憂鬱，或存活階段的復發恐懼，但專業心理服務的供給遠遠不足。例如，在許多地區，心理師或精神科醫師的數量無法滿足需求，一名患者可能需等待數週甚至數月才能獲得諮詢，這期間情緒困擾可能惡化為重度憂鬱或自殺風險。研究顯示，約 30%-40% 的癌症患者在疾病某階段有顯著心理問題，但僅少數能接受專業支持，尤其在資源匱乏的社區，例如中國農村幾乎缺乏心理師，一名肝癌患者可能因焦慮失眠數月卻無處求助。

醫療團隊提供心理支持的能力也有限。腫瘤科醫師與護理人員通常專注於生理治療，缺乏時間或訓練處理複雜情緒問題，例如患者對死亡的恐懼可能被忽視，家屬的燒盡感也未獲重視。此外，心理支持的污名化擴大缺口。在某些

文化中，尋求心理幫助被視為軟弱或「丟臉」，例如部分亞洲社會，患者與家屬可能隱藏需求，甚至拒絕轉介心理師。這種缺口不僅影響患者的生活品質，也可能降低治療依從性，例如憂鬱患者可能拒絕化療，或因焦慮錯過回診檢查。因此，填補心理支持缺口需增加專業資源並改變社會觀念。

台灣的心理支持資源相較許多國家較完善，但仍存缺口。健保涵蓋精神科門診與部分心理諮詢費用，例如一名癌症患者可透過健保看精神科醫師開抗憂鬱藥，每月自費僅數百元。然而，心理師數量不足，尤其在非都會區，例如台東縣每 10 萬人僅約 1-2 名心理師，遠低於需求。醫療團隊的心理支持訓練也不足，多數腫瘤科醫師未接受情緒篩檢或基礎心理介入的系統培訓，導致患者的情緒問題常被忽視。文化上，台灣民眾對心理求助的接受度逐漸提高，但部分年長者或傳統家庭仍視其為禁忌，例如一名晚期患者家屬可能認為「找心理師是承認失敗」，錯失支持機會。因此，台灣需進一步擴大心理人力與教育。也應當鼓勵心理師接受癌症相關的身心歷程培訓，包含化療副作用、身體形象議題、角色變遷與生命意義重建等，有助於提升治療聯結與介入成效。

## 第二節 社會資源的概述

### 一、政府與非政府組織的支持

社會資源在緩解癌症照護困境中至關重要，政府與非政府組織（NGOs）是主要提供者。政府支持通常透過公共醫療保險與補助計畫實現。例如，在英國，國家醫療服務（NHS）提供免費癌症治療，包括手術、化療及心理諮詢；在加拿大，公共醫療涵蓋大部分癌症藥物。然而，政府資源的覆蓋範圍與效率因地

區而異。在低收入國家，公共醫療資金有限，例如印度公立醫院常因預算不足無法提供昂貴標靶藥，患者需自費或放棄治療。政府也可能資助預防與教育，例如美國疾病控制中心（CDC）推廣免費乳癌與大腸癌篩檢，提升早期診斷率；澳洲則提供免費子宮頸癌疫苗，顯著降低發病率。

NGO 補充政府不足，提供多元化支持。國際癌症研究聯盟（UICC）資助全球癌症防治，例如捐贈移動篩檢車給低資源地區；美國癌症協會（ACS）提供免費交通服務，協助患者往返醫院，並設立支持團體減輕心理負擔。地方性 NGO 更貼近社區，例如南非癌症協會提供免費義診與諮詢，印度癌症基金會則分發免費藥物與義工陪伴。NGO 的優勢在於靈活性，能快速回應需求，但資金依賴捐款，可能因經濟波動不穩定。因此，政府與 NGO 的協作能確保資源整合，例如共同資助癌症中心，提供長期支持。

台灣政府透過健保提供廣泛支持，除基本治療外，也涵蓋部分預防項目，如民眾免費的癌症篩檢，顯著提升早期發現率。然而，新型昂貴藥物（如免疫療法）納入健保的條件嚴格，例如需證明其他治療無效，限制了使用範圍。NGO 在台灣也活躍，提供免費營養諮詢與心理支持團體，幫助患者應對治療副作用與情緒壓力。

## 二、社區資源與患者團體

社區資源與患者團體是社會支持的基層力量，提供實務與情感協助。社區資源包括地方健康中心、宗教團體與義工網絡。例如，美國社區診所為患者提供免費營養諮詢或復健課程，幫助應對化療疲憊；教會或寺廟組織禱告會或募

捐，給予精神與經濟支持。義工網絡提供陪伴，例如在患者住院期間照顧其子女或協助家務，減輕家庭壓力。這些資源的優勢在於貼近生活，能快速回應個別需求，例如一名單親患者可能因義工幫忙接送孩子而得以安心治療。

患者團體專注於情感支持與經驗分享。例如，英國 Macmillan Cancer Support 的線上論壇讓患者交流如何緩解化療噁心，增強希望感；美國 Teen Cancer America 為青少年組織露營活動，幫助重建社交自信。患者團體還倡導權益，例如推動藥價改革或心理服務納入保險。這些團體多由存活者或家屬自發成立，例如一名結腸癌存活者可能創辦本地支持小組，成本低但影響深遠，是社會資源的重要補充。

台灣的社區資源以衛生所與宗教團體為主。衛生所提供健康講座與基本檢查，例如指導癌症患者飲食管理；廟宇或教會則常為患者募款，例如一名肝癌患者可能因社區捐助支付自費藥物。義工網絡由 NGO 或地方組織推動，例如安排義工陪伴住院患者。然而，這些資源多集中於都會區，偏鄉覆蓋不足。患者團體在台灣逐漸成長，例如「中華民國乳癌病友協會」提供線上與實體支持，讓患者分享經驗並減輕孤獨感。

### **第三節 改善策略與實務建議**

改善癌症照護困境需多面向策略，結合政策、醫療與社會資源。針對醫療資源不足，政府應增加基礎設施投資，例如在偏遠地區設立移動診斷車或小型放療中心，縮短就醫距離。國際合作能補充資源，例如 WHO 協助低收入國家引進低成本篩檢技術，如醋酸染色檢查子宮頸癌。醫療培訓計畫應擴大，例如資助護理人員學習癌症照護，或透過線上課程提升基層醫師能力。實務上，醫

療機構可採用遠距醫療，例如視訊會診，讓偏遠患者獲得專科建議，降低交通成本。

填補心理支持缺口需增加專業人力與公眾教育。政府可資助心理師培訓，並將心理服務納入公共醫療，例如每家癌症中心配備專職心理師，同時依照癌症病人量，設置心理師員額：年度新診斷癌症個案人數 $\geq 500$  人需聘僱 1 名專職心理師；每增加 2000 人再聘僱 1 名心理師；其中 50% 須為專職，其餘得為專責（方俊凱, 2023）。醫療團隊應接受基礎心理支持訓練，例如使用「困擾溫度計」(DT) 篩檢情緒困擾，並掌握傾聽技巧，如「我知道這很不容易，您想談談嗎？」。公眾教育則需打破污名，例如透過媒體宣傳「心理支持是癌症治療的一部分」，鼓勵求助。實務上，可設立心理熱線，提供 24 小時免費諮詢。

社會資源的強化需提升可及性與協調性。政府與 NGO 應建立資源數據庫，例如線上平台列出各地補助、交通服務與支持團體。社區資源可透過義工培訓提升專業性，例如教導基本護理知識。患者團體應與醫療機構合作，例如定期邀請醫師參與講座，解答治療疑問。鼓勵建立或支持病友團體，推動癌症經驗分享機制，善用同儕支持補足心理人力資源不足，並促進情緒表達與身心整合。

台灣可利用健保優勢進一步擴大資源，例如在加速新型抗癌藥物納入給付的同時，提高癌症病人精神科就醫與心理治療給付點數，同時也透過癌症醫院評鑑，提升對癌症病人心理照顧的重視。人力資源方面，政府可補助心理腫瘤專業人員訓練，並推廣第一線醫療人員的情緒篩檢訓練，介紹如何將 DT 納入常規檢查並成為轉介的依據。社會資源可強化整合，例如衛生福利部與 NGO 合作建立全國性資源平台，涵蓋補助與社區團體資訊；義工培訓可納入癌症心理支持課程，提升服務品質。患者團體可與醫院合作舉辦定期講座，增強影響力。

試點計畫如在社區設立綜合癌症支持中心，提供醫療與心理服務，若成功可推廣全國，打造更均衡的照護網絡。

## 第八章 總結與未來展望

### 第一節 指引核心內容回顧

本指引以台灣為主要論述背景，全面探討癌症心理腫瘤學的核心議題，從情緒篩檢、憂鬱與焦慮管理、醫療決策溝通，到家庭支持、兒童與青少年需求，以及社會資源的應用，旨在為癌症患者及其支持系統提供系統化、實證為基礎的心理照護框架。在台灣，癌症已連續「43年」位居十大死因之首，根據衛福部「2024年底公布2022年有13萬零293」人新診斷癌症，存活者人數持續增加。這使得心理支持不僅是醫療的補充，而是提升整體照護品質的必要環節。

指引強調早期情緒篩檢的重要性，例如使用「困擾溫度計」（DT）或「醫院焦慮與憂鬱量表」（HADS）識別患者的心理困擾，並透過跨專業合作（如腫瘤科與心理師的轉介）提供介入。針對憂鬱與焦慮，台灣醫療團隊可結合健保支持的藥物治療（如SSRIs）與非藥物介入（如認知行為療法），滿足患者需求。溝通與決策部分則聚焦於文化敏感性，例如尊重台灣家庭常見的集體決策傾向。家庭支持與兒童青少年照護則回應台灣高比例雙薪家庭與學業壓力的現實，提供喘息照護與教育支持策略。社會資源章節則整合健保與NGO資源，解決醫療與心理支持的缺口。這些內容共同構築了一個以患者為中心、涵蓋癌症全旅程的心理支持體系，旨在提升台灣癌症照護的全面性。

一個全面性的癌症心理照護指引應整合以下要素：

**1. 個人化分層照顧系統：**建立標準化但具彈性的分層照顧系統，依疾病期別、心理需求程度和個人意願提供不同介入強度，同時兼顧專業的系統性和患者需要的個人化體驗。無心理服務需求者，可進行簡短的心理衛生教育，以增進全民的心理識能。

**2. 全程持續性照護模式：**從確診、治療、存活到末期，甚至擴展至喪親家屬的悲傷輔導，建立無縫銜接的心理照護模式，特別關注目前較被忽略的治療後期和存活期病人。

**3. 多元照護環境與方式：**結合醫院與社區，門診與居家，實體與線上等多元照護模式，提高心理照護的可近性與接受度。同時創建適合深度心理工作的適當空間與設置。

**4. 健保給付與經濟支持：**積極爭取健保給付，並探索多元支付方式（如商業保險、基金會補助），降低病人與家屬的經濟負擔，提高心理照護服務的可及性。目前 15 到 45 歲的民眾，可以利用衛生福利部提供的「青壯世代心理健康支持方案」，於期間內獲得每人 3 次的免費心理諮商。

**5. 專業人員培訓與認證：**建立癌症心理照護的專業培訓與認證機制，確保專業人員具備對癌症病人的理解、同理心和合適的介入技巧，避免二度傷害。

#### **5-1. 第一線人員的課程訓練與持續教育：**

針對第一線醫療與社區照護人員（如醫師、護理人員、社工、心理師等），應規劃系統性的課程與持續教育訓練。課程內容包括：心理困擾篩檢工具

(如 DT、PHQ-9) 的使用與解讀、初步心理支持技巧、分層照顧與轉介的實務操作，以及如何建立同理與尊重的助人態度。透過訓練強化第一線團隊在不同階段介入心理照護的能力，不僅能提升指引的實用性與落實度，也能促進跨領域合作與資源整合。此類訓練建議納入現有醫療院所、社區據點，並透過政府或基金會補助方式協助偏鄉與資源缺乏地區之人員參與。

#### **5-2. 心理腫瘤專業人員的進階訓練與繼續教育：**

在分級照護 (Stepped care) 體系中，心理腫瘤專家擔負起高階介入與複雜個案處理的責任。為因應癌症病人在不同病程階段可能出現的多樣化心理困擾與精神症狀，建議針對臨床心理師、精神科醫師、心理腫瘤相關專業人員，發展進階層級的專業訓練課程與繼續教育模組。內容包括：複雜性哀傷處理、癌末病人精神疾患評估與藥物管理、家庭系統介入、文化敏感度與倫理議題、以及跨領域溝通與臨床協作技巧等。

**6. 多職類協作與病友互助：**整合醫師、護理師、心理師、社工師等專業資源，同時重視病友團體和志工系統的輔助作用，形成全方位支持網絡。

**7. 家屬納入照護體系：**將家屬視為照護目標的一部分，提供支持、資訊和教育，減輕其照顧負擔，同時關注主要照顧者的心理健康，以及後續哀傷適應歷程。

## 第二節 未來展望

在科技進步、政策變遷與跨國合作快速發展的背景下，未來的癌症心理支持照護將面臨前所未有的挑戰與發展機遇。這些挑戰包括：如何有效整合新興科技（如遠距心理治療與人工智慧輔助情緒篩檢），以提升照護的可近性；如何因應醫療資源分配不均的困境；以及在全球化的趨勢下，如何兼顧本土需求與文化敏感性。同時，這些變化也帶來了嶄新的契機，例如透過跨國合作引進先進的心理照護模式、運用大數據分析優化患者的心理健康管理，以及制定更具包容性的政策，提升社會大眾對心理照護的理解與接受度。為確保癌症心理支持照護的永續發展，必須從政策制定、臨床實務與研究推動等層面，提出具體可行的策略與建議，例如：（一）醫療機構應投資心理支持基礎設施，將專職於癌症病人的心理照顧人力列入癌症醫院評鑑；（二）衛福部應推動癌症心理照護，提高癌症心理照顧健保給付；（三）公眾教育需強化，提升接受度；（四）建立跨學科照護標準，例如參考美國 NCCN 模式，制定台灣版癌症心理照護指引，並定期更新；（五）試點計畫推動創新，並定額補助癌症研究計畫，以測試其可行性。

展望未來，台灣可利用健保與科技優勢，打造亞太地區的心理腫瘤學典範。例如，若遠距醫療與 AI 應用成熟，台灣可輸出技術至東南亞國家，分享經驗。同時，跨學科團隊的建立能提升照護品質，讓患者、家屬與醫療系統共創福祉。透過研究與實務並進，台灣的心理腫瘤學將邁向更人性化與精準化的境界，為癌症照護樹立新標竿。

## 附錄一、關鍵問題與臨床建議

表 9-1、關鍵問題與臨床建議一覽表

GRADE 建議等 級	關鍵問題	臨床建議內容
1A	所有門診癌症病人是否應在特定時間點進行情緒篩檢？	所有癌症病人應在初次訪視時接受情緒篩檢，並在其後定期、或者特定時機再次進行情緒篩檢（例如疾病治療後、疾病進展或者復發、治療產生併發症時、病人轉為安寧或末期照護時），以決定是否需要轉介給心理專業人員（精神科醫師、心理師等）並進行心理治療或精神藥物治療。
1A	癌症病人的情緒篩檢是否應當利用超簡短的量表，例如困擾溫度計 (Distress thermometer, DT)？	癌症病人的第一線常規情緒篩檢使用超簡短的量表，例如困擾溫度計 (Distress thermometer, DT)，可降低病人作答時的負擔並兼顧臨床實用的效益。
1B	所有情緒篩檢分數高的癌症病人，是否應當例行進行焦慮與憂鬱的評估？例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度？	如果病人的情緒篩檢分數較高，建議使用進一步的有效量表來評估情緒困擾的細節，例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度。
1C	所有焦慮程度或憂鬱程度高的癌症病人，是否應當例行轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談與藥物治療評估？	任何焦慮或憂鬱程度高的病人，或者病人具有明顯憂鬱/焦慮症狀，應立即轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談與藥物/非藥物治療評估。
1A	所有具有自傷風險的癌症病人，是否應當例行轉介給精神科醫師或心理師？	任何具有自傷（包含自殺）或傷人傾向的病人應立即轉介至心理專業人員（例如精神科醫師、心理師）。
2B	癌症病人具輕度到中度的焦慮與憂鬱，是否應由第一線癌症照顧團隊成員負責處理？	第一線癌症照顧團隊成員可能需要支持，以處理具輕度到中度焦慮與憂鬱的癌症病人。

1B	癌症病人使用抗憂鬱劑，是否應以其抗癌藥物的交互作用作選擇？	抗憂鬱劑使用時應考量其與抗癌藥物的交互作用，作為藥物選擇的重要依據。
1A	所有癌症照顧人員，是否均應當接受癌症相關溝通訓練？	建議所有癌症照護人員參與溝通訓練，此為提升照護品質的關鍵要素。
1B	是否應該為所有晚期癌症患者的家庭成員提供支持性照顧？	應提供結合心理、教育與靈性支持的多組成支持性心理社會介入，以協助晚期兒童或成人癌症病人的家庭成員減輕心理困擾、提升生活品質、促進靈性健康。

### 所有癌症病人是否應例行進行情緒篩檢？

Should all inpatient cancer patients be routinely screened for distress?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	所有癌症病人應在初次訪視時接受情緒篩檢，並在其後定期、或者特定時機再次進行情緒篩檢（例如疾病治療後、疾病進展或者復發、治療產生併發症時、病人轉為安寧或末期照護時），以決定是否需要轉介給心理專業人員（精神科醫師、心理師等）並進行心理治療或精神藥物治療。

所有的癌症病人皆在診斷、治療、甚至癌症治癒後承受了某種程度的心理困擾/痛苦（distress），當中有 20% 至 62% 的病人其心理困擾得程度需要心理專業的介入與支持（Funk et al., 2016; Krebber et al., 2016; Mehnert et al., 2018; Sun et al., 2022）。

然而，在未經常規情緒篩檢的情況下，抗癌治療主責醫師與護理師對於有

中度至重度情緒困擾的癌症病人，至少有 20-30% 的病人被低估而未能獲得適當的評估和轉介 (Keller et al., 2004; Passik et al., 1998)。(證據品質：中)

2010 年 Carlson 等人進行了涵蓋 1134 位病人的隨機分配對照試驗，結果顯示接受常規情緒篩檢並在需要時獲得心理社會資源轉介的病人，比未能獲得轉介資源者有較低的情緒困擾程度 (Carlson et al., 2010)。(證據品質：高)

上述研究提供了進行常規情緒篩檢並適當轉介的建議基礎，然而，也有實證顯示對立的結果。2019 年 Schouten 等人在 Cochrane 上發表涵蓋 26 篇、共 7654 人之文獻回顧，認為常規情緒篩檢對健康相關生活品質 (health-related quality of life, HRQoL) 的影響極低 (Schouten et al., 2019)。(證據品質：高)

2013 年 Mitchell 等人探討癌症病人的情緒篩檢會因為什麼因子而成功或失敗。本篇文獻回顧納入 24 篇研究，顯示篩檢陽性之後接受心理社會照護的癌症患者比例僅三分之一，篩檢必須與強制介入或轉診配套才會更有效 (Mitchell, 2013)。(證據品質：高) 2013 年 Braeken 等人的研究也顯示情緒篩檢本身若未搭配早期轉診，則並不能改善患者的健康相關生活品質結果 (Braeken et al., 2013)。(證據品質：高)

綜合以上證據，目前對於癌症患者的情緒篩檢主流意見為：早期、常規進行情緒篩檢有助於早期偵測、轉介並治療心理困擾，有助於降低後續的情緒困擾，同時提升癌症治療成效 (Carlson et al., 2010; Zebrack et al., 2017)。

同時，國外的指引提出對應的情緒篩檢建議。從 2005 年澳洲的癌症病人心理社會臨床指引、2014 年美國臨床腫瘤學會指引、2015 年加拿大癌症病人心理社會臨床指引、2021 年義大利癌症病人心理社會臨床指引、2023 年歐洲腫瘤學

會指引、至 2025 年美國國家綜合癌症網絡 (NCCN) 指引一致建議：所有癌症病人應常規接受焦慮及憂鬱篩檢 (證據品質：高；建議強度：強)，具體建議內容陳列如表 9-2 (Andersen et al., 2014; Caminiti et al., 2021; Grassi et al., 2023; Turner et al., 2005)。

表 9-2、各國指引中對癌症病人之情緒篩檢相關之臨床建議

指引	建議內容
Australia (2005) 澳洲的癌症病人心理社會臨床指引(Turner et al., 2005)	所有病人應對臨床上顯著之焦慮與憂鬱進行篩檢。 All patients are screened for clinically significant anxiety and depression.
ASCO (2014) 美國臨床腫瘤學會指引 (Andersen et al., 2014)	所有病人應在初次就診、適當的時間間隔、及根據臨床所需時進行憂鬱/情緒困擾篩檢，特別是在疾病或治療狀況發生變化 (即治療後、復發、進展) 以及過渡到緩和和臨終照護時。 All patients should be screened for depressive symptoms/distress at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated, especially with changes in disease or treatment status (ie, post-treatment, recurrence, progression) and transition to palliative and end-of-life care. 所有醫療照護提供者應在病人在病房中被診斷癌症時，常規執行情緒篩檢及焦慮症狀篩檢。 All health care providers should routinely screen for the presence of emotional distress and specifically symptoms of anxiety from the point of diagnosis on ward.

<p>Canada (2015) 加拿大癌症病人心理社會臨床指引</p>	<p>所有癌症病人應常規接受情緒困擾篩檢並使用清單了解造成情緒困擾的特定因素。</p> <p>All cancer patients should be routinely screened for the presence of distress and specific contributing problems/concerns (i.e. Canadian problem checklist).</p> <p>所有病人應於初次就診、適當的時間間隔、及根據臨床所需時進行憂鬱/情緒困擾篩檢，特別是在疾病或治療狀況發生變化（即治療後、復發、進展、過渡到緩和和臨終照護時）及其他會變得脆弱的時間點。</p> <p>All patients should be screened for distress at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated, especially with changes in disease or treatment status (i.e. post-treatment, recurrence, progression, transition to palliative and end-of-life care) and other points of vulnerability.</p>
<p>Italy (2021) 義大利癌症病人心理社會臨床指引(Caminiti et al., 2021)</p>	<p>應對癌症病人進行心理痛苦篩檢，並依照痛苦程度實施不同的解決方案。</p> <p>In patients with cancer, screening for psychological distress should be considered and different management programs should be implemented according to the level of distress.</p>
<p>ESMO (2023) 歐洲腫瘤學會指引(Grassi et al., 2023)</p>	<p>所有在不同階段的癌症病人應常規接受焦慮/憂鬱篩檢和評估。</p> <p>All patients with cancer should be regularly screened and assessed for anxiety/depression in all phases of illness.</p> <p>有必要進行焦慮和憂鬱症狀的篩檢和評估，以了解病人是否需要藥物或心理治療及適當進行轉介。</p> <p>Anxiety and depression ... it is mandatory to screen and assess psychological symptoms, to follow up if psychopharmacological or psychological treatment is required and to refer those who need specialist help.</p>

<p>NCCN (2025) 美國國家綜合癌症網絡指引 (National Comprehensive Cancer Network, 2025b)</p>	<p>在疾病的各個階段和所有環境下，都應及時識別、監測、記錄和治療情緒困擾。</p> <p>Distress should be recognized, monitored, documented, and treated promptly at all stages of disease and in all settings.</p> <p>篩檢應辨認情緒困擾的程度和本質。</p> <p>Screening should identify the level and nature of the distress.</p> <p>理想上，病人應在每次就診時接受情緒篩檢，作為以患者為中心的照護的標誌。至少，病人應在初次就診、適當的時間間隔、及根據臨床所需時接受情緒篩檢，特別是在疾病狀態發生變化時（即緩解、復發、進展、治療相關併發症）時。</p> <p>Ideally, patients should be screened for distress at every medical visit as a hallmark of patient-centered care. At a minimum, patients should be screened for distress at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated, especially with changes in disease status (ie, remission, recurrence, progression, treatment-related complications).</p>
--	--

綜合以上，現行證據支持癌症患者的情緒持續困擾造成較差的預後，常規情緒篩檢可以幫助臨床醫師正確辨認出具有情緒困擾並有心理社會介入需求的病人。然而，常規情緒篩檢必須搭配後續的轉介與心理社會支持，方能有效幫助病人的預後。

因此我們針對所有癌症病人是否應例行即在特定時間點進行情緒篩檢，提出臨床建議如下：所有癌症病人應在初次訪視時接受包含憂鬱及焦慮評估的情緒篩檢，並在其後定期、或者特定時機再次進行情緒篩檢（例如疾病治療後、

疾病進展或者復發、治療產生併發症時、病人轉為安寧或末期照護時)，以決定是否需要轉介給心理專業人員（精神科醫師、心理師等）並進行心理治療或精神藥物治療。（證據品質：高；建議強度：強）

### 癌症病人的情緒篩檢是否應當利用超簡短的量表，例如困擾溫度計（Distress thermometer, DT）？

Should cancer patients be screened for distress using ultra-short scales such as the Distress thermometer (DT)?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	癌症病人的第一線常規情緒篩檢使用超簡短的量表，例如困擾溫度計（Distress thermometer, DT），可降低病人作答時的負擔並兼顧臨床實用的效益。

關於篩檢工具的選擇，美國臨床腫瘤學會（ASCO）建議：情緒篩檢必須使用有效、可靠的方法進行，該方法具有可報告的分數，且具有臨床意義（既定的臨界值）（Andersen et al., 2014）。（證據品質：極低；建議強度：強）而臨床上經常被使用的篩檢工具包括：困擾溫度計（Distress Thermometer, DT）、病人健康問卷-2（PHQ-2）、埃德蒙頓症狀評估量表修訂版（ESAS-r）、廣泛性焦慮症量表-7（GAD-7）、病人健康問卷-9（PHQ-9）。

Mitchell 的研究顯示，超簡短的情緒篩檢工具，如困擾溫度計（Distress Thermometer, DT）雖只有一個項目的評估，但整體準確率不遜於有 14 個項目的醫院焦慮和憂鬱量表（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS），效率與

接受度也更高 (Mitchell et al., 2010)。困擾溫度計如圖 9-1。

Instructions: Please circle the number (0–10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

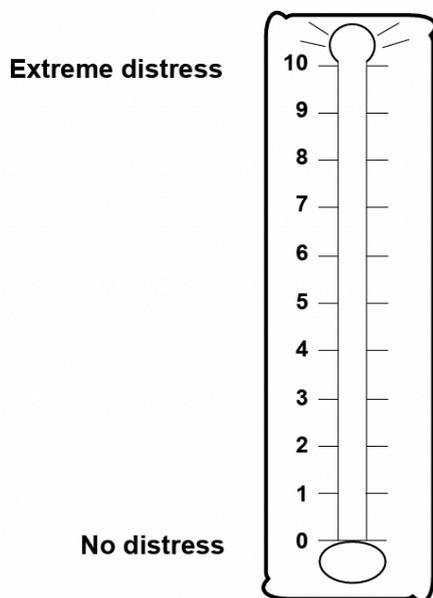


圖 9-1、困擾溫度計 (Distress Thermometer, DT) (2025)

承上，加拿大指引建議：常規情緒篩檢應使用簡短的量表，以降低病人作答時的負擔並達到臨床實用的效益 (2015)。(證據品質：高；建議強度：強) 而歐洲腫瘤學會 (ESMO) 認為：超簡短的情緒篩檢不能單獨用於診斷焦慮症或憂鬱症，但應該作為第一線篩檢工具 (Grassi et al., 2023)。(證據品質：高；建議強度：強) 歐洲腫瘤學會 (ESMO) 與美國國家綜合癌症網絡 (NCCN) 皆建議使用困擾溫度計 (DT) 作為常規情緒篩檢的工具 (Grassi et al., 2023; 2025)。(證據品質：高；建議強度：強)

多篇研究指出，困擾溫度計的分數以四分作為切割點，在敏感度 (sensitivity) 及特異度 (specificity) 的平衡上具有最佳評估心理社會困擾的表現，敏感度約為 81-89%，特異性約為 71-74% (Ma et al., 2014; Sun et al., 2021; Thapa et al.,

2024)。(證據品質：高)同時，困擾溫度計大於等於四分或五分對於評估自殺意念 (suicidal ideation) 也有著良好的表現：四分——敏感度 93%、特異度 52% (Thapa et al., 2023); 五分——敏感度 52%、特異度 84% (Chiang et al., 2022)。(證據品質：低)

與困擾溫度計具有相似便利性的病人健康問卷-2 (PHQ-2)，即病人健康問卷-9 (PHQ-9) 的最前面兩題，也可以搭配使用。一篇研究指出，PHQ-2 診斷重度憂鬱症 (major depressive disorder) 的敏感度和特異度分別為 2 分或以上時的 86% 和 78%，和 3 分或以上時的 61% 和 92% (Arroll et al., 2010)。病人健康問卷-2 (PHQ-2) 如表 9-3。

表 9-3、病人健康問卷-2 (PHQ-2) (節錄自社團法人臺灣憂鬱症防治學會 PHQ-9)

在過去兩個星期，有多少時候您受到以下任何問題所困擾？	完全沒有	幾天	一半以上 天數	幾乎每天
做事時提不起勁或沒有樂趣	0 分	1 分	2 分	3 分
感到心情低落、沮喪或絕望	0 分	1 分	2 分	3 分

**所有情緒篩檢分數高的癌症病人，是否應當例行進行焦慮與憂鬱的評估？例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度？**

Should all cancer patients with high scores in distress screening be routinely assessed

for anxiety and depression, using GAD-7 for anxiety and PHQ-9 for depression, for example?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1B	如果病人的情緒篩檢分數較高，建議使用進一步的有效量表來評估情緒困擾的細節，例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度。

現行指引建議：當病人的困擾程度較高（DT 分數 $\geq 4$ 、PHQ-2 分數 $\geq 3$ ），建議進一步的評估。（證據品質：高；建議強度：強）進一步的評估可以使用較詳細的量表來了解情緒困擾的細節，美國臨床腫瘤學會（ASCO）建議對焦慮及憂鬱分別可以使用廣泛性焦慮症量表-7（GAD-7）及病人健康問卷-9（PHQ-9）（Andersen et al., 2014），而美國國家綜合癌症網絡（NCCN）則建立了一份問題清單（NCCN problem list）（2025）。（證據品質：中；建議強度：強）

針對焦慮症狀，廣泛性焦慮症量表-7（GAD-7）是最普遍被使用及認可的量表。分數愈高，對廣泛性焦慮症的特異度與陽性預測值也愈高（10 分—特異度 82%、陽性預測值 29%；15 分—特異度 95%、陽性預測值 42%）（Spitzer et al., 2006）。有研究指出將 7 或 8 分作為臨界值，可以達到最佳的診斷精準度（Esser et al., 2018; Grapp et al., 2025）。（證據品質：中）

針對憂鬱症狀，2020 年 Levis 等人進行涵蓋 100 篇文獻的系統性回顧及文獻分析，提出針對重度憂鬱症（major depressive disorder），當使用 PHQ-2 作為初始篩檢，而後再使用 PHQ-9 進一步評估時，使用 PHQ-2 $\geq 2$  加上 PHQ-9 $\geq 10$  時

作為切分點，同時有最好的敏感度（82%）與特異度（87%）(Levis et al., 2020)。

（證據品質：高）此研究結果與 2014 年美國臨床腫瘤學會（ASCO）提出的兩步驟憂鬱篩檢流程不謀而合（Andersen et al., 2014）。

綜合以上，現行證據說明超簡短的情緒篩檢量表，如困擾溫度計（DT），在方便使用之餘也具有良好的篩檢準確率，適合作為第一線常規情緒篩檢使用。而廣泛性焦慮症量表-7（GAD-7）及病人健康問卷-9（PHQ-9）則在評估焦慮及憂鬱症狀的存在與嚴重度上有更為仔細。

因此，針對癌症情緒篩檢所該使用的工具，我們建議：所有癌症病人的第一線常規情緒篩檢可使用超簡短的量表，例如困擾溫度計（DT），可降低病人作答時的負擔並兼顧臨床實用的效益。如果病人的困擾程度較高（DT 分數 $\geq 4$ ），建議使用進一步的有效量表來評估情緒困擾的細節，例如使用 GAD-7 評估焦慮程度與 PHQ-9 評估憂鬱程度。

### **所有焦慮程度或憂鬱程度高的癌症病人，是否應當例行轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談與藥物治療評估？**

Should all cancer patients with high levels of anxiety or depression be routinely referred to a psychiatrist for a diagnostic interview and medication evaluation?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1C	任何焦慮或憂鬱程度高的病人，或者病人具有明顯憂鬱/焦慮症狀，應立即轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談與藥物/非藥物治療評估。

在前面的篇章已展示過對癌症病人進行情緒篩檢的諸多證據，並提及沒有實行轉介與心理社會介入的篩檢無益於預後。同時，縱使情緒篩檢的分數一定程度地與實際診斷焦慮/憂鬱具有關聯性，但正式的診斷仍仰賴精神科醫師的評估。

現行已有豐富證據支持癌症病人的心理社會介入措施對於減少癌症病人的情緒困擾及提升生活品質有幫助（Jacobsen & Jim, 2008）。認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）為非藥物心理介入措施的代表，也最經常被使用，被證實能有效降低情緒困擾（psychological distress）、憂鬱症狀（depressive symptoms）（Krueger et al., 2024; Schellekens et al., 2017; Stagl et al., 2015）。（證據品質：高）

精神科藥物治療也經常被使用於癌症病人的憂鬱及焦慮。抗憂鬱劑，例如血清素再回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI）可以有效改善癌症病人的憂鬱症狀。（Fisch et al., 2003; Holland et al., 1998; Rayner et al., 2010; Rayner et al., 2011）。然而，這些藥物在使用上同時需注意副作用及與其他藥物的交互作用關係，必須經由醫師評估後，依照個別狀況決定是否使用。

心理社會的藥物與非藥物措施將不會在這個篇章被仔細討論。依據前述證據，目前已知「心理介入措施（包含藥物與非藥物）」對於「減少病人情緒困擾」具有幫助，然而我們缺乏「轉介患者」與「減少病人情緒困擾」的直接相關研究結果；但由於實務上心理介入措施必須由精神科醫師評估後由醫師或者心理師執行，故我們在此將「轉介」一詞視為執行心理介入措施的代稱，同時是為情緒篩檢與實際預後中間的關鍵樞紐。

目前並沒有已建立的實證提供一個普世的基準告訴我們什麼樣、或達成什麼條件的癌症病人應接受轉介和心理介入措施，然而各國指引皆支持對焦慮與憂鬱程度高的病人轉介至精神科醫師，以進行診斷性會談、藥物或非藥物治療。詳細如表 9-4。(證據品質：低；建議強度：強)

表 9-4、各國指引中對癌症病人之憂鬱與焦慮之轉介相關之臨床建議

指引	建議內容
Australia (2005) 澳洲的癌症病人心理社會臨床指引(Turner et al., 2005)	<p>當焦慮問題變得嚴重時，需要專科治療。對於難以控制或解決的焦慮，建議由臨床心理師或精神科醫師進行評估。當急性焦慮狀態或恐慌阻礙或使治療複雜化時，建議及時照會。</p> <p>When anxiety problems become severe, specialist treatment is required. Assessment by a clinical psychologist or psychiatrist is recommended for people reporting intrusive or difficult-to-manage anxiety. Prompt consultation is recommended when an acute anxiety state or panic threatens to impede or complicate treatment.</p> <p>當擔心病人變得具有臨床上之憂鬱情形，建議由精神科醫師或臨床心理師進行評估。</p> <p>When concerned that a patient may be becoming clinically depressed ... assessment, preferably conducted by a psychiatrist or clinical psychologist, is recommended.</p> <p>所有承受嚴重心理痛苦的病人，可以藉由轉介至心理專業人員並接受介入措施而受益。</p> <p>Any patient experiencing severe psychological distress may benefit from referral to psychological specialists for interventions.</p>

<p>ASCO (2014) 美國臨床腫瘤學會指引(Andersen et al., 2014)</p>	<p>嚴重的憂鬱或焦慮需要馬上轉介給精神科醫師、心理師、內科醫師或受過同等訓練的專業人員。</p> <p>...severe depression/anxiety ... require immediate referral to a psychiatrist, psychologist, physician, or equivalently trained professional.</p> <p>若篩檢發現中度到重度或重度的症狀，病人應接受進一步診斷性評估，以辨識憂鬱/焦慮症狀的本質與程度，以及是否存在情緒障礙/焦慮症。</p> <p>If moderate to severe or severe symptomatology is detected through screening, individuals should have further diagnostic assessment to identify the nature and extent of the depressive/anxiety symptoms and the presence or absence of a mood/anxiety disorder.</p> <p>所有在 PHQ-9 中獲得嚴重憂鬱分數的病人，應被轉介至精神科醫師或心理師，用已建立或標準化的診斷性會談來評估和診斷憂鬱症。</p> <p>... referral to a psychiatrist, psychologist, ... all patients with a PHQ-9 score in the severe range ... using measures with established ... or standardized diagnostic interviews for assessment and diagnosis of depression.</p> <p>被認為具有嚴重焦慮症狀的病人，應接受焦慮症診斷的認定（例如使用 DSM-V，這中間會需要進行轉介）。</p> <p>A patient considered to have severe symptoms of anxiety ... should ... have confirmation of an anxiety disorder diagnosis ... (eg, DSM-V, which may require making a referral).</p> <p>建議臨床照護團隊將病人轉診以進行焦慮症的治療。</p> <p>It is suggested that the clinical team making a patient referral for the treatment of anxiety.</p>
--	--

<p>Canada (2015) 加拿大癌症病人心理社會臨床指引</p>	<p>任何有嚴重憂鬱表現的病人，需要立即轉介給精神科醫師、心理師、內科醫師或受過同等訓練的專業人員。</p> <p>Any patient who expresses ... severe depression ... requires immediate referral to a psychiatrist, psychologist, physician, or equivalently trained professional.</p> <p>所有在篩檢中獲得嚴重情緒困擾評分，或者有憂鬱和/或焦慮症狀的病人，應被轉介至精神科醫師或心理師。</p> <p>... referral to a psychiatrist, psychologist, ... all patients with a score on a screening tool indicative of severe distress or ... symptoms of depression and/or anxiety.</p> <p>臨床上出現明顯憂鬱或嚴重焦慮症狀的病人，應在開始藥物治療之前進行進一步診斷性評估（即 DSM-5），以辨識憂鬱症狀的本質與程度和是否存在情緒障礙/焦慮症。</p> <p>A patient with symptoms that are clinically significant for depression or severe anxiety, should, have a further diagnostic assessment to identify the nature and extent of depressive symptoms and the presence or absence of a mood disorder before pharmacological treatments are initiated (i.e. DSM-5)</p> <p>有中度情緒困擾且初步介入無效、及有嚴重情緒困擾的病人，需要轉介至心理社會專家，以進行高強度心理介入措施和/或藥物治療。</p> <p>Patients with moderate distress who do not respond to initial interventions, or those with severe distress, require referral to psychosocial specialists for high intensity psychological interventions and/or pharmacologic management.</p>
--------------------------------------	---

<p>ESMO (2023) 歐洲腫瘤學會指引(Grassi et al., 2023)</p>	<p>有必要進行焦慮與憂鬱症狀的篩檢和評估，以了解哪些病人需要心理藥物或心理治療並將需要的人轉介給專科醫師協助。</p> <p>Anxiety and depression ... it is mandatory to screen and assess psychological symptoms, to follow up if psychopharmacological or psychological treatment is required and to refer those who need specialist help.</p>
<p>NCCN (2025) 美國國家綜合癌症網絡指引</p>	<p>若篩檢顯示病人的情緒困擾是中度或重度（困擾溫度計分數大於等於四分），需要立即轉介至心理健康專業人員、社工或靈性顧問。</p> <p>If the patient's distress is moderate or severe (DT score <math>\geq 4</math>), ...A positive screen should prompt referral to a mental health professional, social worker, or spiritual counselor.</p>

除此之外，澳洲臨床指引同時建議，對具有產生憂鬱/焦慮之危險因子的病人也進行早期轉介，以降低他們在未來發展成更嚴重的疾病的機會（It is also recommended that people considered to be at risk for psychological problems are referred to specialized psychological services early in the course of treatment, as this may minimize the likelihood of their developing significant disorders.）。危險因子包括：年紀較輕、女性、單身（包括分居、離婚、喪偶）、獨居、子女年齡小於21歲、經濟狀況不佳、缺乏社會支持、婚姻或家庭關係不良、具有精神科病史、具有多重壓力性生活事件、具有酒精或其他物質濫用/成癮（Turner et al., 2005）。

（證據品質：低；建議強度：弱）

## 所有具有自傷風險的癌症病人，是否應當例行轉介給精神科醫師或心理師？

Should all cancer patients at risk for self-injury be routinely referred to a psychiatrist or psychologist?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	任何具有自傷（包含自殺）或傷人傾向的病人應立即轉介至心理專業人員（例如精神科醫師、心理師）。

針對具有自傷（殺）風險的病人，不限於癌症病人，三篇研究顯示曾有自傷意圖/行為的病人，接受精神科轉診可降低再次自傷的風險(H. Kim et al., 2022; J. Kim et al., 2022)。(證據品質：中)在非癌症的族群中，也建議對抱有自殺意念 (suicidal ideation) 的病人進行轉診 (Hua, et al., 2024)。(證據品質：低)

我們同樣缺乏對具有自傷風險的病人進行轉診之實證研究基礎，而各國指引建議所有具有自傷（殺）或傷人風險的病人，皆應立即轉診至精神科。詳細如表 9-5。(證據品質：低；建議強度：強)

表 9-5、各國指引中對癌症病人之自傷/傷人風險相關之臨床建議

指引	建議內容
Australia (2005) 澳洲的癌症病人心理社會臨床指引(Turner et al., 2005)	任何具有自殺風險的病人應立即照會精神科醫師。 Urgent psychiatric consultation should be considered for any patient who appears at risk of suicide.
ASCO (2014) 美國臨床腫瘤學會指引(Andersen et al., 2014)	具有自傷或傷人風險的病人，應立即轉診至精神科醫師、心理師、內科醫師或受過同等訓練的專業人員。 ... risk of harm to self and/or other, ... require immediate referral to a psychiatrist, psychologist, physician, or equivalently trained professional.
Canada (2015) 加拿大癌症病人心理社會臨床指引	任何具有自傷或傷人風險的病人，應立即轉診至精神科醫師、心理師、內科醫師或受過同等訓練的專業人員。 Any patient ... risk of harm to self and/or others ... requires immediate referral to a psychiatrist, psychologist, physician, or equivalently trained professional.
NCCN (2025) 美國國家綜合癌症網絡指引	病人被判斷對自身或他人具有危險性時，應被轉介至精神科。 Patients considered to be a danger to themselves, or others should be referred to psychiatry.

### 癌症病人具輕度到中度的焦慮與憂鬱，是否應由第一線癌症照顧團隊成員負責處理？

Should primary cancer care team be responsible for management of mild to moderate anxiety and depression?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
2B	第一線癌症照顧團隊成員可能需要支持，以處理具輕度到中度焦慮與憂鬱的癌症病人

對於癌症病人出現輕度到中度的焦慮與憂鬱，第一線癌症照顧團隊應承擔初步評估與管理的責任，但由於證據的確實性偏低，通常需要心理健康專科或

其他專業支持，以確保患者獲得全面且有效的照護。有 87 篇系統性回顧與統合分析調查癌症患者的憂鬱與焦慮盛行率及發生率，顯示憂鬱的盛行率範圍廣泛，從 4.7% 至 95%，平均約 32%，而焦慮的盛行率則介於 7% 至 88%，平均約 30%。其中，13 篇研究特別聚焦於輕度到中度的憂鬱與焦慮，這些症狀在癌症診斷初期、治療開始（如化療、放療或手術）或疾病進展時尤為顯著，常達到高峰。研究指出，癌症患者相較於一般人群，罹患憂鬱與焦慮的風險顯著增加，具體數據顯示相對風險（RR）或危險比（HR）分別為 1.11-1.57（憂鬱）和 1.27-1.43（焦慮），均具有統計顯著性。這些心理症狀不僅影響患者的情緒狀態，還可能干擾治療遵從性、生活品質，甚至與癌症預後（如全因死亡率、癌症特異性死亡率及復發風險）密切相關。然而，證據品質普遍偏低，大多數研究被評為非常低到低等級，主要受限於不一致性（inconsistency）、偏差風險（risk of bias）以及不精確性（imprecision）。因此，儘管基於系統性回顧或統合分析，僅給予弱推薦（weak recommendation），反映出對第一線癌症照顧團隊獨立管理此類症狀的信心有限。

NICE 指南（Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Recognition and Management，發行於 2010 年），為第一線團隊的角色提供了重要指引。指南建議，具備心理健康評估能力的初級照護者應負責評估任何嚴重度的共病憂鬱，包括輕度到中度症狀，並強調當這些症狀可能影響慢性疾病（如癌症）的管理時，應考慮早期藥物干預，並由專科心理健康服務進行密切監測。此外，若患者出現自殺風險，應立即轉介至專科心理健康服務。這些建議表明，第一線癌症照顧團隊（通常包括腫瘤科醫師、護理師及其他醫療人員）在識別

與初步管理輕度到中度焦慮與憂鬱方面扮演關鍵角色，但其能力可能受限於專業訓練不足或醫療系統資源的限制。因此，指南強調，團隊在管理此類症狀時可能需要額外支持，例如心理師、精神科醫師或社會工作者的參與，以補充其專業知識與資源。

在臨床實務中，第一線癌症照顧團隊應採取結構化的方法來應對輕度到中度的焦慮與憂鬱。首先，應定期篩檢患者的心理狀態，特別是在高風險時點，如癌症診斷、治療開始或疾病進展。建議使用標準化評估工具，例如患者健康問卷（PHQ-9）用於憂鬱評估，或廣泛性焦慮量表（GAD-7）用於焦慮評估，以確保症狀識別的一致性與準確性。在管理策略方面，團隊可提供非藥物干預，如傾聽與情緒支持、心理教育（幫助患者了解症狀與應對策略），或轉介至認知行為療法等證據支持的心理治療。此外，若症狀影響治療進展或生活品質，團隊應與精神科醫師合作，考慮抗憂鬱或抗焦慮藥物的使用，並特別注意癌症治療藥物與心理藥物之間的潛在交互作用。為確保照護連續性，團隊需要定期追蹤患者的心理狀態，密切監測症狀是否進展為中度到重度，或是否出現自殺意念等嚴重風險。

然而，第一線癌症照顧團隊在執行這些任務時面臨若干挑戰。首先，許多腫瘤科專業人員可能缺乏足夠的心理健康培訓，難以自信地識別或管理複雜的心理症狀。其次，醫療系統的資源分配可能限制了心理健康支持的可及性，例如心理師或精神科醫師的數量不足，或轉介流程不夠順暢。為應對這些挑戰，文件建議團隊應接受針對心理健康篩檢與初步管理的培訓，並與心理腫瘤專家

建立多學科合作機制。這種合作模式有助於制定個別化的照護計畫，確保患者在不同疾病階段獲得適切的心理支持。此外，醫療機構應考慮建立明確的轉介管道，以便在症狀加重或出現自殺風險時，迅速將患者轉介至專科服務。

憂鬱與焦慮對癌症預後具深遠影響，這進一步凸顯第一線團隊積極參與的必要性。根據統合分析數據，癌症患者若伴隨憂鬱或焦慮，其全因死亡率的危險比 (HR) 為 1.13-1.65，癌症特異性死亡率的 HR 為 1.21-1.29，均具統計顯著性。此外，憂鬱與焦慮還與乳癌復發風險增加 (Wang et al., 2020) 及神經膠質瘤患者的總生存時間縮短 (Shi et al., 2018) 相關。這些數據表明，未能有效管理輕度到中度的心理症狀，可能對患者的長期預後產生負面影響。因此，第一線癌症照顧團隊的早期介入，不僅有助於緩解患者的心理痛苦，還可能間接改善治療效果與存活率。

儘管如此，當前研究的局限性限制了推薦的強度。文獻多次指出，證據品質普遍偏低，部分研究存在不一致性、偏差風險或樣本量不足的問題。這些局限性導致無法強烈支持第一線團隊獨立承擔所有管理責任，尤其是在缺乏專科支持的情況下。此外，研究數據主要來自全球範圍，尚未充分考慮文化或區域醫療系統的差異，例如台灣的醫療環境可能因資源分配、患者健康識能或文化態度而有所不同。未來需要更多高品質的隨機對照試驗或前瞻性研究，特別是針對本土化醫療情境的分析，以驗證第一線團隊的管理效果並優化照護模式。同時，政策層面應重視心理健康資源的投入，例如增加腫瘤心理學專家的培訓或改善心理健康服務的可及性，以減輕第一線團隊的負擔。

總結而言，第一線癌症照顧團隊在管理癌症患者的輕度到中度焦慮與憂鬱方面承擔重要責任，應透過標準化篩查、非藥物干預及與專科的協作，提供初步支持並確保照護連續性。鑑於這些症狀對患者預後的顯著影響，積極的心理健康管理不僅有助於緩解情緒困擾，還可能改善整體治療成效。然而，受限於證據品質與資源限制，團隊需仰賴多學科合作與外部支持，並在實務中持續監測患者狀況，以防止症狀惡化。透過培訓、資源整合與政策支持，第一線團隊的角色可進一步強化，為癌症患者提供更全面的照護。

### 癌症病人使用抗憂鬱劑，是否應以其抗癌藥物的交互作用作選擇？

Should the use of antidepressants in cancer patients be based on their drug-drug interactions with antineoplastic medications?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1B	抗憂鬱劑使用時應考量其與抗癌藥物的交互作用，作為藥物選擇的重要依據。

癌症病人罹患憂鬱症風險高於一般族群，未妥善治療可能降低生活品質、治療遵從性以及惡化疾病的預後，抗憂鬱劑為中重度憂鬱症的主要治療選項，但部分藥物可能與抗癌藥物產生交互作用，影響療效或安全性 (Venkataramu et al., 2022)。以乳癌的內分泌治療藥物 tamoxifen 為例，該藥需經 CYP2D6 酶代謝為具活性的 endoxifen，若同時使用強效 CYP2D6 (cytochrome P450 2D6) 酶抑制劑 (如抗憂鬱劑 paroxetine、fluoxetine) 可能降低其治療效果 (National

Comprehensive Cancer Network, 2024)。因此，美國國家癌症綜合網絡 National Comprehensive Cancer Network, NCCN)、歐洲腫瘤內科學會 (European Society for Medical Oncology, ESMO) 指南與 UpToDate 均建議，對於使用 tamoxifen 的病人，應選用代謝交互作用較低的抗憂鬱劑，如 escitalopram、sertraline、venlafaxine 或 mirtazapine，以降低藥物交互作用的風險 (National Comprehensive Cancer Network 2024; Venkataramu et al., 2022)。

雖然目前針對抗憂鬱劑與抗癌藥物併用交互作用的系統性回顧數量有限，現有少數研究仍提供重要參考依據，可作為臨床審慎用藥之基礎。Bradbury 等人於 2022 年發表的系統性回顧涵蓋近 10 萬名乳癌病患資料，結果顯示多數研究未發現 tamoxifen 與抗憂鬱劑併用會增加乳癌復發或死亡風險 (Bradbury, Hutton et al., 2022)。該文為實證等級 Level 1B，並指出過度強調交互作用風險的臨床指引可能造成患者不必要的換藥與治療中斷，建議現有的癌症用藥指南應更精準反映可用證據。早期的整合回顧亦提供重要機轉與歷史觀點。Cronin-Fenton 與 Lash 於 2011 年發表的敘述性回顧與統合分析指出，tamoxifen 與強效 CYP2D6 抑制劑併用在整體研究中的相對風險為 1.14 (95% CI: 0.88–1.46)，無顯著影響，實證等級屬 Level 2B (Cronin-Fenton and Lash, 2011)。Kotlinska-Lemieszek 等人於 2019 年針對晚期癌症病人所用症狀控制藥物與抗憂鬱劑之交互作用進行系統性回顧，發現多起嚴重不良反應案例 (如 serotonin syndrome、橫紋肌溶解症)，特別與 SSRI 或 CYP3A4 (cytochrome P450 3A4) 酶抑制劑 (如 nefazodone) 併用有關 (Kotlinska-Lemieszek et al., 2019)。雖多為個案報告，實證等級為 Level 3，但仍提醒臨床應避免高風險交互組合。

NCCN Survivorship Guideline (2024) 對此問題提出的建議為，儘管目前實證尚無一致結論，若可行，應避免與 tamoxifen 併用強效 CYP2D6 抑制劑，並優先考慮代謝交互風險較低之替代抗憂鬱劑（如 venlafaxine、mirtazapine、低劑量 sertraline）（Kelly et al., 2010）。該建議屬「有共識支持之中等品質實證」，主要引用兩篇大型世代研究：Kelly (2010) 分析 2,430 名乳癌患者，發現 paroxetine 與 tamoxifen 併用的時間比例越高，與乳癌相關死亡風險越高（adjusted hazard ratio (HR): 1.91; 95% confidence interval (CI): 1.05–3.47）。相比之下，Haque (2016)則分析 16,887 名乳癌存活者，其中 8,099 人曾在 tamoxifen 治療期間併用抗憂鬱藥，未發現 fluoxetine 或 paroxetine 併用會顯著增加乳癌復發或對側乳癌風險（HR range: 1.06-1.20; 95% CI: 0.97-1.49）（Kelly et al., 2010, Haque et al., 2016）。兩者結論矛盾，反映目前 NCCN 指南，立場傾向風險預防原則而非禁止性建議。綜合而言，雖然目前並無一致結論顯示癌症用藥與抗憂鬱劑併用會導致臨床顯著不良結局，但臨床上仍應考量藥物代謝路徑與交互風險，進行個別化藥物選擇，維持病人癌症與情緒治療的穩定性。根據目前實證文獻與 NCCN 指南建議，針對癌症病人合併使用抗憂鬱劑時之臨床處理原則，歸納如下：

建議 1：對於接受 tamoxifen 治療之乳癌患者，應避免與強效 CYP2D6 抑制劑（如 paroxetine、fluoxetine）併用之抗憂鬱劑，因其可能降低活性代謝物 endoxifen 濃度。建議使用交互作用風險較低者，如 venlafaxine、mirtazapine、低劑量 sertraline（National Comprehensive Cancer Network, 2024；Cronin-Fenton and Lash, 2011）。

建議 2：目前並無一致實證顯示 tamoxifen 與抗憂鬱劑併用會顯著影響乳癌

復發或死亡風險，因此建議不應一律避免併用，應進行個別化風險評估（Bradbury et al., 2022）。

建議 3：對於使用 CYP3A4 代謝之標靶抗癌藥物（如酪胺酸激酶抑制劑 tyrosine kinase inhibitors, TKIs、mTOR 抑制劑, mammalian target of rapamycin inhibitors, mTOR inhibitors）之患者，應避免使用具強 CYP3A4 抑制作用之抗憂鬱劑（如 fluvoxamine、nefazodone），以降低潛在嚴重交互作用風險（National Comprehensive Cancer Network, 2024）。

建議 4：臨床使用時應搭配 Lexicomp、Micromedex 等藥物交互作用查核工具進行風險評估，並可與臨床藥師協同判斷最佳用藥組合（National Comprehensive Cancer Network, 2024）。

建議 5：若需更換原使用之抗憂鬱劑，應審慎考量病人之精神穩定性與藥物切換風險，以避免因過度換藥導致情緒狀態惡化或治療依從性下降（Bradbury et al., 2022）。

目前針對抗憂鬱劑與抗癌藥物併用的交互作用研究雖然有限，但已有初步系統性回顧與指引提供重要參考。對於使用 tamoxifen、TKIs 或 mTOR 抑制劑等藥物的癌症病人，選擇抗憂鬱劑時應審慎考量藥物代謝交互作用。根據現有文獻與 NCCN 指南，建議在可能情況下避免使用強效 CYP2D6 或 CYP3A4 抑制劑，並優先選擇交互作用風險較低之替代藥物，以維持癌症治療效果與精神健康穩定。臨床應採個別化風險評估與治療選擇，避免一體適用的禁忌性決策，並持續追蹤後續實證研究之更新。

## 所有癌症照顧人員，是否均應接受癌症相關溝通訓練？

Should all cancer caregivers receive cancer-related communication training?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	<p>建議所有癌症照顧人員參與溝通訓練，此為提升照護品質的關鍵要素。有效的溝通是癌症照護的核心，不僅能提升醫療品質，也能增進病人及其家屬的心理感受。溝通訓練應根據不同專業背景和臨床需求量身定制，內容應涵蓋同理心表達、處理壞消息、討論安寧照護目標等。針對兒童及家庭的溝通訓練，應強調家庭中心照護的理念，並提供醫療人員實用的技巧和工具，以應對父母罹癌對家庭造成的影響。訓練內容應涵蓋兒童的獨特需求、情緒反應以及家庭溝通模式。此外，應使用實證有效的方法評估訓練成效，並鼓勵醫療人員持續進修，以提供高品質的家庭中心照護。此外，訓練應包含實作練習，並使用實證有效的評估工具來檢視成效。同時，醫療機構應鼓勵並支持照顧人員參與持續的溝通技巧培訓，以確保能提供以病患為中心的全面照護</p>

在癌症醫療領域中，溝通技巧被廣泛視為高品質照護的核心。然而，醫療人員在日常臨床實踐中，經常面臨與病人及其家屬進行困難對話的挑戰，例如解釋複雜的病情資訊、討論預後或提供情感支持。為改善這些挑戰，溝通技巧訓練（Communication Skills Training, CST）已被發展並應用於醫療教育中，幫

助醫療人員提升其溝通能力，改善病人醫療體驗並促進病人的治療參與。

Moore 等人 (2018) 以系統性文獻回顧分析 17 篇隨機對照試驗 (RCTs)，評估 CST 對癌症醫療專業人員的影響，結果顯示，CST 能夠提升醫療人員的同理心，改善支持性溝通行為，並改善醫療人員只單純提供疾病現況或資訊，而忽視病人情緒需求的情況。Stiefel (2018) 分析 49 篇探討 CST 課程的核心組成部分與專家共識建議，總體而言，CST 對醫療人員的溝通能力 (同理心表達、清晰資訊傳遞、處理困難對話)、專業信心和心理韌性，以及醫病關係均有顯著的正向影響，總體建議癌症照護人員應接受 CST，因為 CST 不僅改善臨床溝通的品質，也能夠提升病人的治療體驗、參與度和滿意度。Caminiti 等人 (2021) 建議所有腫瘤科醫師都應參加基於科學證據的結構化溝通技巧訓練課程 (CST)，該訓練應至少為期三天，以有效提升溝通技巧。

美國臨床腫瘤醫學會 (American Society of Clinical Oncology, ASCO) (2017) 發表之「病人與臨床醫師溝通共識指引」中強調，所有癌症相關的臨床醫師，包括內科腫瘤科、外科腫瘤科以及放射腫瘤科的醫師，都應接受溝通技巧訓練 (Communication Skills Training, CST)。ASCO 指出在癌症照護歷程中，醫療團隊和病人間時常會有許多複雜且情感壓力大的對話，例如傳遞壞消息、討論預後及治療選擇等。許多臨床醫師缺乏正式的溝通培訓，這可能影響他們提供清晰、富有同理心且以病人為中心的照護能力。ASCO 認為藉由 CST 可以幫助醫師和醫療團隊建立與病人及其家屬的信任和融洽關係，同時可以傳遞病人容易理解和記憶的資訊，並且富有同理心地回應情緒反應，進而促進共同決策並鼓勵家庭參與照護過程。CST 培訓能夠幫助臨床醫師和醫療團隊提升自我覺察，認識到自己的情緒、偏見及溝通方式如何影響病人互動，而有效的 CST 不僅能

改善病人的治療結果，減輕病人和家屬的壓力，還能提升臨床醫師和醫療團隊的工作滿意度與心理健康。

歐洲腫瘤學學會（European Society for Medical Oncology, ESMO）（2024）發表「慢性癌症病人和照顧者之溝通與支持照護：歐洲腫瘤學學會臨床實務指引」，其認為目前癌症治療技術的進步，許多癌症病人的存活期大幅延長，癌症逐漸從急性疾病轉變為需要長期管理的慢性病，這使得在整個疾病歷程中與病人和照顧者進行有效溝通的重要性大幅提高。ESMO 在指引中表明慢性癌症病人面臨多方面的心理挑戰，包括疾病進展、治療副作用和生活品質下降，因此病人及其家屬對醫療團隊提供情感支持和心理照顧的需求愈加明顯；在癌症照護中，醫療人員常需處理敏感和情緒化的議題，如傳遞壞消息、傳遞希望、共同決策、討論預後和進行終末期照護，以及醫療錯誤、治療副作用以及補充和替代的治療選擇等，若缺乏良好的溝通可能導致病人的情緒壓力加重、治療依從性降低，甚至影響醫病關係。故 ESMO 發表該指引，主要目的是為醫療人員提供專業的實務方向，幫助在慢性癌症照護中更有效地與病人及其照顧者進行溝通與支持。

該指引同時整合多篇文獻與專家討論結果，發展「臨床溝通責任概念」（Conceptualizing clinical communication），目的在應對癌症照護中多層次的複雜性，提升病人與照顧者的溝通體驗，促進多學科團隊的協作，並為醫療機構提供標準化框架。透過明確的責任分工，該概要幫助醫療人員與病人進行有效溝通，協助病人做出知情決策並積極參與治療計劃。在癌症病人的治療歷程中，從診斷、治療到緩和醫療及末期照護的每一階段，都有不同的溝通重點。由於癌症治療通常由腫瘤科醫師、護理師及心理健康專家等多學科團隊共同提供，

因此清楚定義各角色的溝通責任是重要的，以避免資訊錯誤或不一致，並確保病人獲得整體性支持。在臨床溝通責任概念中，共分為三個面向：臨床人員、醫療團隊和醫療機構，在臨床醫師職責面向，需根據病人的文化、背景和偏好進行個人化溝通，提供明確的資訊並回應病人的情緒需求，並支援照顧者的心理健康和應對能力。腫瘤團隊的角色在於多學科協同合作，確保溝通與照護的一致性，同時提供專業培訓以提升團隊內的溝通能力。而醫療機構的責任則需要確保醫療人員獲得足夠的溝通技巧訓練，提供支持性環境以促進病人和照顧者的心理健康，並建立清晰的流程，幫助醫療團隊在治療過程中提供一致性支援。

ESMO 在形成指引的過程中發現，臨床溝通是一個高度主觀且情境化的過程，難以用傳統量化研究的框架來完全概括。因此，該指引中的建議是基於專家的專業判斷和質性研究（Level V），重點在於提供方向性和靈活性的指導，而非一成不變的規則。強烈推薦（grade A）針對臨床團隊人員應具備的基本知識和態度，此建議是普遍適用的，無需過多調整，而一般推薦（grade B）則需要結合臨床醫師對特定情境的判斷，這些建議需要根據個別情境進行靈活調整。證據等級和建議分級詳見表 9-6。

**表 9-6、 「歐洲腫瘤學學會臨床實務指引：慢性癌症病人和照顧者之溝通與支持照護」證據等級和建議分級表**

證據等級	
證據等級	說明
I	來自至少一項大型隨機對照試驗，具有良好的方法學（偏倚可能性低）或來自無異質性的高品質隨機對照試驗的系統性分析。
II	小型隨機試驗，或具有偏倚風險的大型隨機試驗（方法學品質較

	低)，或來自此類試驗或具有顯著異質性的試驗的系統性分析。
III	前瞻性隊列/世代研究。
IV	回顧性隊列/世代研究或病例對照研究。
V	無對照組的研究、病例報告或專家意見。
<b>建議分級</b>	
<b>建議分級</b>	<b>說明</b>
A	強有力的療效證據，具有顯著的臨床效益，強烈推薦。
B	有療效的強或中等證據，但臨床效益有限，一般推薦。
C	療效或益處不足證據，且益處不足以抵消風險或不良事件（如不良反應、成本等），可選擇性使用。
D	中等證據顯示無療效或有不良結果，一般不推薦。
E	強有力的證據顯示無療效或有不良結果，絕不推薦。

「慢性癌症病人和照顧者之溝通與支持照護：歐洲腫瘤學學會臨床實務指引」參考 2017 年 ASCO 共識指引中的文獻，並檢索 2016 年至 2022 年 9 月間發表的相關文獻，包括引用 ASCO 指引或其參考文獻的研究。納入的文獻需以英文發表，且內容涵蓋臨床醫師與癌症病人及其重要他人之間溝通的原創研究、指引及系統性文獻回顧。指引建議主要包含四大面向：(1) 臨床人員與病人之溝通、(2) 癌症照護的溝通、(3) 腫瘤臨床人員溝通培訓、(4) 癌症照護中的溝通研究，其各項具體建議概要詳如表 9-7。

**表 9-7、 「慢性癌症病人和照顧者之溝通與支持照護：歐洲腫瘤學學會臨床實務指引」具體建議概要（Stiefel 等人，2024）**

<b>1. 臨床人員與病人之溝通</b>		
1.1	病人的心理	1.1.1 臨床人員應注意病人在醫療過程中，往往會因心理和文化上的原因傾向於依賴醫師，而非為積極參與自身相關治療的決策過程[V, A]。

		<p>1.1.2 臨床人員應接受關於「作為一名病人的心理感受」的教育，並了解如何運用這些知識來與病人的溝通。[V，A]。</p> <p>1.1.3 依附理論（Attachment theory）可以作為一個有用的框架，幫助教育者和臨床人員在臨床溝通中，理解病人作為病人時的脆弱感，並以此為基礎進行更有效的溝通[V，B]。</p> <p>1.1.4 臨床人員應關注病人的心理狀態，特別是識別那些心理狀態與病況現實不符的病人（例如，明顯的否認），並根據病人的心理情況調整溝通方式。[V，B]。</p>
1.2	臨床人員的心理	<p>1.2.1 臨床人員應反思其職業動機、專業身份和對死亡的態度，並識別不確定性、無能為力、失望或失落的臨床情況中可能帶來的心理挑戰，以及這些挑戰如何影響其與病人之溝通方式[V，A]。</p> <p>1.2.2 醫療機構應為臨床人員提供時間和空間，使其能夠與同儕分享在治療病人時所面臨的挑戰，並透過與經驗豐富的心理腫瘤學專家進行定期督導，反思其態度、想法和情緒[V，A]。</p> <p>1.2.3 溝通訓練應涵蓋臨床人員在癌症照護中經常遇到的心理挑戰。[V，A]。</p>
1.3	生理-心理-社會-靈性綜合觀點	<p>1.3.1 臨床人員應了解病人（和親屬）對症狀的理解，關注病人如何身體症狀感受，了解病人的症狀表達可能傳達的不僅僅是疾病或生理問題，並準備好在必要時提供照護資訊或情感支持[V，B]。</p> <p>1.3.2 臨床人員應了解病人的基本生理功能、社會角色以及</p>

		<p>思想、情緒和行為的變化，以識別病人對疾病的心理適應不良，及需要專家介入的需求。[V，B]。</p> <p>1.3.3 癌症照護團隊應注意病人社交網絡與支持系統的變化，注意各項明顯的惡化情況，並識別需要專家介入的病人。[V，B]。</p> <p>1.3.4 臨床人員應尊重病人靈性/信仰，避免將自己靈性/信仰強加於病人[V，B]。</p>
<b>2. 癌症照護的溝通</b>		
2.1	獲取和提供資訊	<p>2.1.1 臨床人員應注意引導性提問的危險性，並了解開放式、聚焦式和封閉式提問的不同功能，並在諮詢過程中的適當地靈活運用這些提問方式[V，A]。</p> <p>2.1.2 臨床人員應謹慎管理資訊的提供，觀察病人在接收資訊時反應，以評估病人在何時以及以何種方式準備好接收資訊，並理解病人對資訊的感受。臨床人員應謹慎地管理資訊的傳遞，密切觀察病人在接收資訊時的反應，評估病人在什麼時間、以何種方式準備好接收資訊，以及他們如何感知和體驗所提供的資訊[V，B]。</p> <p>2.1.3 在對話中適當停頓，可以讓臨床人員感知資訊對病人的心理影響，並為病人提供機會進行反應、表達情緒、提出問題以及吸收所提供的資訊[V，B]。</p> <p>2.1.4 臨床人員應以結構化的方式傳遞資訊，避免使用醫學術語，並確認病人的理解程度。在適當的情況下，可以提供書面資料或插圖作為口頭補充資訊，特別是在為病人量身定制並在醫病臨床關係的背景下提供[V，B]。</p>
2.2	解釋選項	<p>2.2.1 臨床人員應意識到病人對治療利弊的評估可能與其不</p>

	並做出決定	<p>同，應尊重和理解病人，並應在適當的臨床情況下，準備好針對這些差異進行回應和處理[V，A]。</p> <p>2.2.2 臨床人員應注意到，病人可能因心理和文化因素而不容易表達自己的偏好[V，A]。</p> <p>2.2.3 當治療的臨床效益明確，並符合病人目標時，臨床人員將需要向病人推薦治療方案[V，B]。</p> <p>2.2.4 當存在不確定性（包括治療效益或風險的程度、或對病人的重要性）時，臨床人員應：承認這種不確定性；評估病人參與治療決策的能力和意願；並在最小必要的程度上引導決策，以確保該決策符合病人的價值觀和目標[V，B]。</p> <p>2.2.5 如果病人希望參與決策，臨床人員應確保病人了解臨床和實際上可行的選項及其後果，並協助病人對這些選項進行慎重考慮[V，B]。</p> <p>2.2.6 當臨床人員向病人推薦治療決定時，應鼓勵病人表達其反應，以檢查是否存在接受、誤解或擔憂[V，B]。</p>
2.3	回應情緒	<p>2.3.1 臨床人員應該了解病人情緒在溝通中的功能，即病人的情緒不僅是心理或生理的反應，還是一種表達需求、傳遞資訊或請求支持的溝通方式[V，A]。</p> <p>2.3.2 若臨床人員對病人情緒缺乏同理心，通常與其自身對情緒的不安有關，因此醫師應在訓練中，學習如何識別並處理自己的情緒以及病人的情緒[V，A]。</p> <p>2.3.3 臨床人員要適當回應病人的情緒，需先了解或探索引發該情緒的原因，再判斷適當的回應方式，例如傳遞希望、澄清醫療問題、表達同理心，或進一步探討深</p>

		層的關切[V, B]。
2.4	關係建立與支持	<p>2.4.1 醫療機構應為臨床人員提供時間反思與病人接觸的障礙，包括臨床人員自己未解決的問題，這些問題可能與病人的情況產生共鳴[V, A]。</p> <p>2.4.2 臨床人員應注意到，病人可能因其過往的關係經驗，無法輕易建立信任的醫病關係，應提供適當幫助，使病人感受到被重視，並能夠信任醫師[V, A]。</p> <p>2.4.3 為建立信任關係，臨床人員應確保與病人的臨床互動是高效的、具權威性的且認真負責的[V, B]。</p> <p>2.4.4 臨床團隊的所有成員都應該給予病人情感支持，這種支持應以傾聽和理解病人需求為基礎。不同團隊成員在提供情感支持時的角色和程度可以有所不同[V, B]。</p> <p>2.4.5 醫療機構應盡力確保照護的連續性。如果無法實現，機構與臨床人員應確保：病人在一個運作良好的團隊照護中感到安全；病人能夠識別負責其照護的主要醫師；並在需要時可以從團隊中獲得資訊與支持[V, B]。</p>
2.5	支持希望	<p>2.5.1 臨床人員應瞭解支持病人的希望是一個合作性的溝通過程，病人需要能夠信任醫師的照護[V, A]。</p> <p>2.5.2 臨床人員應準備好並具備識別和尊重病人對未來的希望的能力，同時也需注意病人不願討論未來的可能性。[V, A]。</p> <p>2.5.3 為了支持病人的希望，臨床人員不應只專注於臨床情境中的威脅性因素，而應同時強調能夠為患者提供的</p>

		<p>幫助[V, B]。</p> <p>2.5.4 逐步地將壞消息與適當的正向訊息，或與有關治療或照護的資訊配對傳遞，能幫助病人維持希望[V, B]。</p>
2.6	跨專業溝通	<p>2.6.1 臨床人員應確保相關專業人員之間進行及時且準確的資訊交流[V, B]。</p> <p>2.6.2 臨床人員應確保多學科團隊會議的組織，使相關專業人員能參與其中[V, B]。</p> <p>2.6.3 團隊成員應明確知道其在病人照護和需求溝通中的角色與責任[V, B]。</p>
2.7	慢性癌症與存活	<p>2.7.1 臨床人員應確保在癌症存活性照護計劃中，臨床團隊內部以及與病人之間清晰且及時的溝通流程[V, B]。</p> <p>2.7.2 臨床人員應確保病人接受與其健康相關的教育，例如病情監測（如定期檢查）或生活方式的改變（如飲食、運動等），以幫助病人更好地管理自己的健康[V, B]。</p> <p>2.7.3 團隊應明確指定成員負責監測並提供支持，以及回應病人在資訊、情緒和實際層面需求的問題[V, B]。</p>
2.8	與家屬或重要他人進行會議	<p>2.8.1 家庭會議應盡可能由兩位醫療人員共同主持，而非由單一臨床人員進行[V, B]。</p> <p>2.8.2 臨床人員應盡力識別並解決，因病人的疾病和治療而對個別家庭成員產生的需求，並注意可能損害病人或其他家庭成員適應疾病能力，以及支持病人照護的家庭動態問題[V, B]。</p> <p>2.8.3 當家庭動態影響病人適應或管理疾病和治療的能力，或損害家庭支持病人的能力時，應為家庭提供專家的</p>

		支持和介入措施[V, B]。
3	腫瘤臨床 人員溝通 培訓	<p>3.1 醫療政策應促進有利於臨床溝通的工作氛圍，並減少去人性化照護的風險[V, A]。</p> <p>3.2 溝通訓練的目的應在提高臨床人員對影響臨床溝通的內在因素（如其情緒和經歷）以及外在因素（如機構約束和社會主流觀點）的認識[V, A]。</p> <p>3.3 溝通訓練應涵蓋溝通中的關係層面，例如人際互動動態（如專制行為或對某些病人群體的偏見）、臨床人員的防禦性態度（如因焦慮而迴避病人情緒），以提升醫師溝通能力[V, A]。</p> <p>3.4 溝通訓練應使受訓者能(i) 根據病人的臨床和個人情境，明智地應用溝通技能；(ii) 意識到他們如何與病人、重要他人以及團隊成員建立關係，並能反思自身及其溝通行為[V, A]。</p>
4	癌症照護 中的溝通 研究	<p>4.1 應推動質性研究，特別是將臨床溝通行為與以下兩個方面建立關係的研究：(1) 醫師的目標是否達成，例如傳遞資訊或促進治療決策；(2)病人在溝通過程中的體驗，例如是否感到被理解、支持以及參與治療決策等[V, A]。</p> <p>4.2 未來針對癌症照護中溝通的研究，應聚焦於臨床人員的溝通或溝通訓練在真實情境下對病人的影響[V, A]。</p>

在癌症照護中，溝通是影響醫療效果和病人經驗的核心要素。該指引全面強調臨床人員在心理、生理、社會與靈性層面進行整合性溝通的重要性，並提出具體建議以提升醫病互動的品質與信任關係。透過針對病人需求的個性化溝

通、家屬參與的協作方式以及多學科團隊的有效協作，指引旨在促進病人的健康管理與心理支持。此外，強調溝通訓練與質性研究的重要性，進一步為提升臨床實務中的溝通能力提供實證基礎，最終改善病人與家屬的整體照護體驗。

### 溝通技巧訓練課程內容

溝通技巧在癌症照護中扮演關鍵角色，影響醫病關係的品質、病人的治療參與度以及心理健康。在文獻回顧中，許多研究指出溝通訓練課程對提升臨床人員的同理心、情緒管理與病人支持能力具有顯著成效（Stiefel et al., 2018; ASCO, 2017）。訓練課程內容需涵蓋如何應對困難對話、病人情緒反應的處理、壞消息傳遞及跨專業團隊合作等主題，並強調以病人為中心的互動策略。針對成人癌症族群和兒童癌症族群的不同需求，訓練課程應調整內容以達到更具針對性的效果，例如對成人患者的課程可專注於傳遞預後資訊、支持共同決策，而對兒童和家庭的課程則應重點強化以家庭為中心的溝通策略和情緒支持。同時，文獻也建議 CST 需注重臨床人員的內在情緒覺察與外在環境適應能力，並結合質性研究提供的實證基礎，幫助臨床人員靈活應對多樣化的溝通情境（ESMO, 2024）。茲整合文獻建議，針對成人癌症族群和兒童癌症族群之溝通訓練課程內容建議如表 9-8。

表 9-8、成人癌症族群和兒童癌症族群之溝通訓練課程內容建議

(Frerichs et al., 2022 ; Gilligan et al., 2017 ; Kaye et al., 2020 ; Moore et al., 2018 ; Stiefel et al., 2024)

成人癌症溝通訓練	兒童青少年癌症溝通訓練 (包括癌友子女溝通)
同理心表達，學習如何理解並回應病患的情緒，包括焦慮、恐懼、悲傷和憤怒。	以家庭為中心的照護，學習如何將兒童的家庭納入照護決策，並考量父母罹癌對兒童的影響，以及兒童罹癌對父母的影響。
處理壞消息，學習如何以尊重和同理的方式告知病患病情惡化、治療無效等壞消息。	與不同年齡層兒童溝通，學習如何根據兒童的年齡和發展階段，使用適當的語言和方式與其溝通
討論治療目標和選擇，學習如何與病患共同制定治療計畫，並協助病患理解各種治療方案的優缺點。	處理兒童情緒反應，學習如何理解並回應兒童對父母或是自身罹癌的恐懼、焦慮、悲傷和憤怒。
健康識能，學習如何以簡潔易懂的方式向病患解釋醫療資訊，確保病患理解治療方案和風險。	向兒童解釋病情，學習如何以兒童能理解的方式解釋癌症、治療和預後。
處理情緒反應，學習如何應對病患及其家屬的各種情緒反應，如否認、憤怒、沮喪等。	支持兒童參與照護，學習如何鼓勵兒童參與照護計畫，並提供其所需的資訊和支持。
處理複雜家庭互動，學習如何應對家庭成員間的衝突或分歧，促進家庭和諧的溝通。	促進家庭成員間的溝通，學習如何鼓勵父母與子女公開談論癌症，辨識家庭溝通模式，並提供支持性的溝通環境。
文化敏感性溝通，學習如何在不同文化背景下與病患溝通，尊重其文化價	應對父母的焦慮和罪惡感，學習如何回應父母對疾病的焦慮、罪惡感和憤

值觀和信仰。	怒，並提供心理支持。
醫病共享決策，學習如何鼓勵病患參與決策，確保病患能獲得所需的資訊和支持。	與青少年溝通的技巧，學習如何與青少年建立信任關係，並協助他們處理父母或自身罹癌對其生活帶來的影響。
跨專業團隊溝通，學習如何與其他醫療專業人員有效溝通，確保照護的連續性和一致性。	手足的需要，學習如何評估和回應手足的需要，並提供支持性的資源。
討論安寧照護目標，學習如何與末期病患及其家屬討論安寧療護，包括症狀控制、舒適照護和臨終關懷。	安寧緩和照護，學習如何與兒童及其家屬討論安寧緩和照護，包括症狀控制和臨終關懷。
	學校溝通，學習如何與學校合作，支持罹癌兒童的學業和社交發展。

溝通技巧訓練（CST）在癌症照護中的重要性已被廣泛認可。針對成人及兒童癌症族群的個性化需求，CST 能幫助臨床人員提升同理心、情緒管理能力以及應對困難對話的技巧，從而改善醫病關係、增強病人及其家庭的治療參與度與心理適應能力。特別是在面對複雜的臨床情境和多科整合需求時，CST 提供一結構化且實用的工具，幫助醫療人員在溝通中更加從容和高效。文獻結果一致支持，CST 對臨床人員和病人雙方均帶來正向影響。

針對臨床問題「所有癌症照顧人員是否均應接受癌症相關溝通訓練」，答案是肯定的。癌症照護中的溝通涵蓋病情解釋、治療選擇、情緒支持及家庭互動等多個層面，這些不僅涉及醫師，也包括護理師、心理健康專家和社工等多學科團隊成員。根據 ASCO（2017）和 ESMO（2024）的指引，CST 能提升

各角色在醫療團隊中的協作能力，促進病人的整體照護體驗。因此，所有參與癌症照護的臨床人員均應接受溝通相關訓練，以確保其能為病人及其家庭提供高品質的溝通和支持，從而最大化治療效果和病人的生活品質。

### 是否應該為所有的晚期癌症患者的家庭成員提供支持性照顧？

Should supportive care be provided to all family members of patients with advanced cancer?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1B	應提供結合心理、教育與靈性支持的多組成支持性心理社會介入，以協助晚期兒童或成人癌症病人的家庭成員減輕心理困擾、提升生活品質、促進靈性健康。

2021年義大利醫學腫瘤協會(AIOM)針對成人癌症患者心理社會照護的指南，整理2019年12月前的文獻發現，提供直接或間接支持性介入措施，可以有效減輕家庭成員的心理壓力(Caminiti et al., 2021)。指引指出直接介入措施能顯著降低家屬的短期心理壓力(Candy et al., 2011)。此外，對生命預期小於六個月的病人家庭成員進行「存在主義行為療法」，結果顯示介入12個月後，能有效改善家屬焦慮症狀和生活品質(Fegg et al., 2013)；因此，指引建議應為晚期癌症病人的家庭成員提供支持性介入措施。

#### 成人癌症患者家庭成員的支持性介入效果

進一步搜尋2020年後至今文獻，分別有1篇scoping review、2篇系統文獻

回顧符合本研究問題，分析 3 篇文章結果，除建議應提供支持性心理社會介入，以協助晚期成人癌症病人的家庭成員有效應對心理壓力和挑戰外，更進一步具體指出支持性介入措施能有效減輕家屬心理壓力、提升生活品質以及減少照護負擔。在心理壓力方面，家庭照護者在接受心理社會介入措施後，在短期內其焦慮、憂鬱情緒困擾顯著減少 (Becqué et al., 2023)。生活品質方面，透過教育和心理支持介入措施能顯著改善照護者的生活品質，尤其是在情感和社交層面 (Ahn et al., 2020)。死亡相關問題方面，死亡教育介入措施能幫助照護者減少死亡焦慮，提升對死亡的接受度，並幫助找到生命的意義 (Wang et al., 2024)。

#### **成人癌症患者家庭成員支持性介入措施**

介入措施包含心理支持、教育介入與死亡教育三類；心理支持包含敘事療法、認知行為療法、CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully)、提供情緒調適技巧，幫助照護者應對焦慮、憂鬱和壓力等 (Becqué et al., 2023)；教育介入措施部分，包含幫助照護者了解患者的症狀管理、溝通技巧以及自我照護策略 (Ahn et al., 2020)。死亡教育部分，例如透過提供關於生命意義和精神支持的討論，幫助家庭成員理解和面對病人死亡 (Wang et al., 2024)。整理醫療人員提供介入措施的方式，包含面對面會談、電話追蹤訪談和 eHealth 支持，部分介入措施再加上書面資料 (如手冊、工具包) 和影片等視聽資源 (Becqué et al., 2023；Ahn et al., 2020；Wang et al., 2024) 介入時間包含單次 1 小時到持續 2 年的長期追蹤計劃均有，追蹤頻率為每週或每兩週一次。建議臨床施行時，能考量病人及照護者的關係和家庭背景，整合心理、教育和靈性支持個別化介入措施，以提供全面性的支持，透過提供多樣化的支持方式 (如面對面、遠程

輔導和在線平台)，以符合不同照護者的需求。

### **兒童癌症患者家庭成員的靈性支持**

在兒童癌症病人部分，有 1 篇 scoping review 與本研究題目相關，其主要研究結果顯示，靈性照護在支持生命末期癌症病童父母的心理健康方面具有顯著作用。靈性照護可有效減少家長的脆弱感，提升心理韌性，並幫助他們更好地調適失去孩子的悲痛。此外，靈性支持幫助家長找到生命的意義，增強對未來的希望，並建立與孩子持續的聯繫。研究進一步指出，靈性照護能引導家長在經歷悲痛後重新找到生活的意義，促進心理和情感的恢復。(Petersen, 2020)

### **兒童癌症患者家庭成員的靈性支持介入措施**

靈性支持的主要形式包含：提供個性化的靈性輔導，包括探討信仰、祈禱和宗教社群的支持；幫助家長進行自我表達，例如記錄與孩子的美好回憶和希望（例如舉行儀式或完成紀念品）；與醫療團隊合作，整合靈性照護進入整體治療計劃，透過協助家長參與有意義的活動、支持性對話等，引導家長表達對孩子生命價值的理解與愛。靈性照護對於罹患癌症的兒童家長在臨終階段具有深遠的意義。它不僅在心理上提供支持，幫助減少情緒困擾，還能促進家長更好地應對悲痛，為他們在失去孩子後的生活找到新的意義與方向。

### **限制與未來研究方向**

然而，部分研究設計未臻完善，介入措施的長期影響尚未明確，且缺乏針對多樣病人族群的研究，建議未來研究應進一步探索介入措施長期效果，並提高研究品質，為不同背景的照護者提供具更多實證支持的有效介入措施。



## 附錄二、 指引發展方法學

### 第一節 癌症病友及家屬心理支持照護指引實證指引方法學概覽

本指引之發展採用建議、評估、發展與評價分級（Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations, GRADE）之證據至決策架構（GRADE Evidence to Decision frameworks）以及研究與評估指引評價（The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II, AGREE II）的方法。

GRADE 是一個國際公認的證據評估和建議制訂系統，其嚴謹性及透明度能確保臨床建議的品質。而 GRADE 之證據至決策架構則進一步完善了整個臨床指引的品質。GRADE 證據至決策框架包括制定問題、進行證據知情評估、產生結論等三個主要步驟。第一是制定問題的步驟，此步驟的重點是明確定義當前的健康問題，並識別可能的解決方案。本指引的專家小組會與技術團隊合作，根據具體情境、比較選項、主要結果以及決策的角度來制定問題。第二是進行證據知情評估，在這一步，證據至決策框架明確規定了評估可用證據的標準，包括研究證據以及其他因素，如資源需求和公平影響等。本指引的專家小組會總結相關證據，考慮額外資訊，並根據不同的次族群做進一步的考量與判斷。此步驟強調整體證據確定性的重要性，並測量潛在的益處與風險之間的平衡。第三步驟是產生結論，這一步重在綜合收集到的證據與資訊，做出知情的決策或建議。本指引的專家小組會平衡期望的效果與潛在的風險，考慮資源使用和公平影響，並理解小組成員間的意見，特別是分歧的觀點，然後才做最後出的結論。

另為確保本指引的整體品質，指引發展小組在規劃與最後的檢視時，皆採用 AGREE II 的框架。AGREE II 是一個旨在評估臨床指引品質的架構，幫助醫療專業人員評價臨床指引的有效性和可靠性。臨床指引是經由系統性發展，旨在協助醫師和病患在特定情況下作出適當的醫療決策。為了確保指引的品質，AGREE II 工具強調評估發展過程中的潛在偏差，以及內外部效度和可行性，並考量健康效益、副作用、醫療費用等多方面因素。該工具能夠評估臨床指引的報告品質及建議的品質，但不涉及指引對病人健康結果的直接影響。AGREE II 的評估標準大多基於理論假設，並經由多國研究員的討論發展而來，這些研究員擁有豐富的臨床指引開發經驗。因此，AGREE II 工具反映了當前領域內最新的知識，並為臨床指引的品質保證提供了一個科學且系統化的方法。

根據上述主要架構，本指引發展的行動開始於慎選專家小組成員（第二節），並在適當的專家會議中產生核心問題（第三節）；然後將問題分配至任務小組中進行系統性文獻回顧（第四節），以確保本指引是立基於過去相關的指引與證據體的基礎，並在審慎評價現有之證據體的確定性後（第五節），才做證據與實務考量的整合性判斷。最後，本指引發展工作小組在公告前，仍會小心嚴格地對每一個建議和整份指引的呈現做評價與補強（第六節）。整體步驟與方法之對應如圖 10-1。

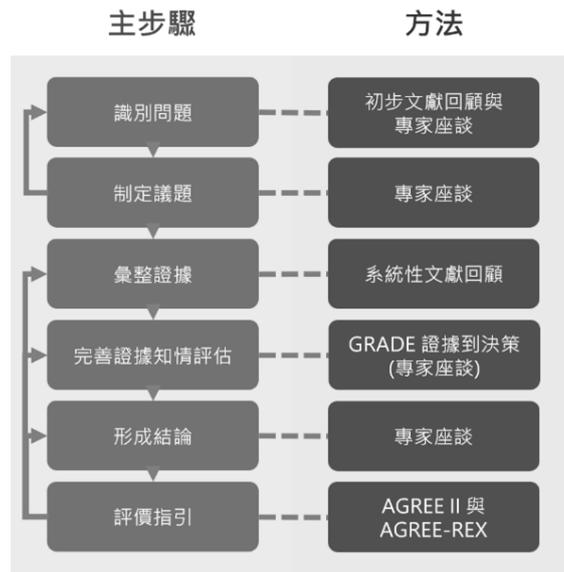


圖 10-1、指引發展流程與方法對應

## 第二節 癌症病友及家屬心理支持照護指引發展組織

為使癌症病友及家屬心理支持照護指引發展工作能順利推展，指引核心工作小組建構了包含審查單位、專家諮詢小組、指引發展指導小組、焦點訪談工作小組、文獻回顧工作小組、照護指引工作小組等的任務團隊。本指引的完整組織架構如圖 10-2。

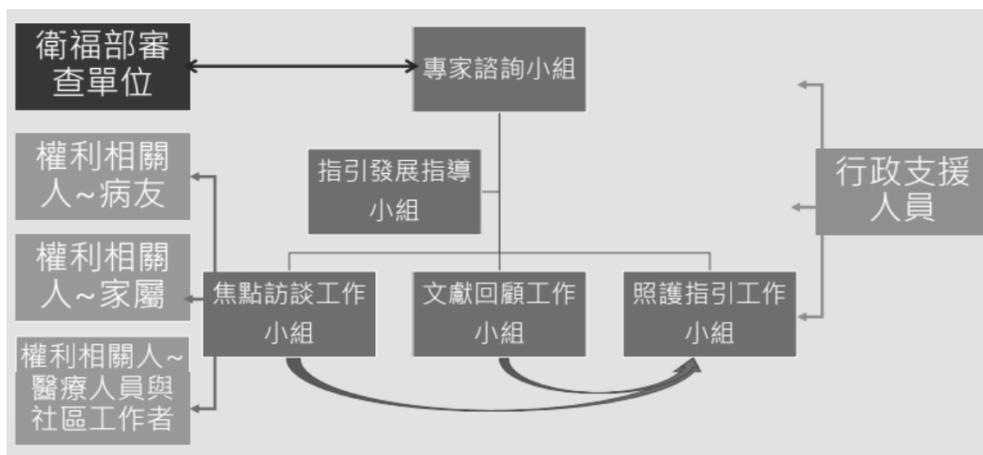


圖 10-2、癌症病友及家屬心理支持照護指引發展團隊組織架構

指引核心工作小組邀請了來自多個領域的專家，涵蓋腫瘤醫學、精神醫學、社會工作、護理及癌友相關團體等領域。這些專家委員的多樣背景和專業屬性為臨床指引的發展提供了廣泛的視角和深入的專業知識。在腫瘤醫學領域的專家能夠提供關於癌症防治、治療方案及臨床實踐的最新知識，確保指引能夠反映當前醫學研究和臨床實踐的最佳證據。精神醫學及心理腫瘤醫學專家則能夠關注病患心理健康，提供有關如何管理癌症患者的情緒與心理挑戰的專業意見，進一步強化臨床指引在全人照護方面的完整性。來自社會工作的專家，則能夠從社會支持和病患福祉的角度出發，提供如何改善患者生活品質及社會適應的建議。護理領域的專家則能夠針對臨床操作層面提供實用的建議，並確保指引能夠有效落實於日常護理實踐中。此外，來自癌友相關團體的專家能夠提供病患與病友的實際需求與經驗，幫助確保指引在病患視角下的適用性與可操作性。這些多元領域的專家委員相互協作，能夠確保指引發展過程中的綜合性與全方位視野，使得最終指引能夠全面涵蓋癌症防治的各個層面，並且能夠在實際臨床中發揮最大的效果。專家小組名單如下（表 10-1）。

表 10-1、癌症病友及家屬心理支持照護指引發展專家小組

姓名	職稱	代表領域
張金堅	乳癌防治基金會董事長	腫瘤醫學
宋詠娟	國泰綜合醫院血液腫瘤科主任	腫瘤醫學
鄭致道	台灣心理腫瘤醫學學會理事長	精神醫學／心理腫瘤醫學

方俊凱	亞太心理腫瘤基金會董事長	精神醫學／心理腫瘤醫學
李玉嬋	國立台北護理健康大學教授	心理
李宛霖	輔仁大學臨床心理學系助理教授	心理
李閏華	輔仁大學社會工作學系助理教授	社會工作
蘇怡庭	和信治癌中心醫院社會服務室主任	社會工作
唐婉如	長庚大學護理系教授	護理
李英芬	台灣安寧照顧協會理事長	護理
許怡敏	癌症希望基金會副執行長	癌友相關團體代表
伍淑瓊	中華民國乳癌病友協會秘書長	癌友相關團體代表
康以諾	考科藍臺灣研究中心副執行長	實證醫學專家

- 進行系統性文獻回顧的專家學者（依姓氏筆畫排序）：江孟冠、彭凡、李宜潔、周文珊、莊宇婕、郭淑柳
- 進行指引發展方法指導的專家學者（依姓氏筆畫排序）：康以諾
- 進行焦點團體的專家學者（依姓氏筆畫排序）：李宛霖
- 進行文稿審查的專家學者（依姓氏筆畫排序）：方俊凱、林帛賢、徐勝駿、莊永毓、鄭致道
- 校稿：林郁軒

### 第三節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之主題與範疇

指引主題的訂定，依照現有國內外指引的回顧整理，依照 GUIDED 原則來

選擇具重要性的關鍵問題，進行系統性文獻回顧。

<b>G</b>	現有指引 (Guidelines)	是否已有關於該主題的系統性回顧型指引？若有，請思考 ASCO(美國臨床腫瘤學會)指引能為現有指引帶來哪些額外價值。
<b>U</b>	不確定性 (Uncertainty)	對於擬訂指引的疾病狀況，目前可用臨床策略的相對療效是否存在不確定性或爭議？請考慮提供具體例子或對這些不確定性的評估。
<b>I</b>	影響 (Impact)	若發展該指引，並假設其能被妥善推廣，是否能對臨床決策、臨床結果產生重大影響，並/或降低臨床實務的變異？
<b>D</b>	差異 (Differences)	在處理特定疾病或醫療介入措施的臨床實務中，是否存在可感知或有文獻記載的差異？請評估或提供與臨床實務模式差異相關的參考資料，並思考是否存在因種族／年齡／地理／性別／費用等造成的差距。
<b>E</b>	證據 (Evidence)	是否有足夠品質良好的科學證據，支持發展一份實證導向的指引？若有，請提供相關參考文獻。即使缺乏證據也不代表該主題不適合作為指引議題(請參考 ASCO 共識方法學)。
<b>D</b>	疾病負擔 (Disease Burden)	該疾病的負擔或此項醫療介入的重要性是否足以支持發展指引？請考慮提供疾病負擔的估計(例如：發生率、盛行率、成本等)。

#### 第四節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之系統性文獻回顧

本指引先採用系統性文獻回顧的方法找出相關的指引，然後依照 GRADE 指引制定過程 (GRADE-ADOLOPMENT) 的規則，判斷是否更新本指引之議題

的證據。而更新證據的方式則繼續依照考科藍手冊的規範，完成每個應更新之議題的系統性文獻回顧，以客觀地評估現有證據，為指引建議提供堅實的基礎。其中，GRADE-ADOLPMENT 是一種系統化的方法，用於採納、調整或從頭開發臨床指引建議。GRADE-ADOLPMENT 在一般系統性文獻回顧的基礎上，強調納入對相關指引的審視與評估；亦即 GRADE-ADOLPMENT 仍要求發展指引的團隊應針對指引所關注的臨床問題，提出清晰、具體、可結構化的研究問題，並系統性地檢索多個資料庫，以確保納入所有相關的指引與研究證據。

本指引發展小組依照是否缺乏相關資訊或現有建議來判斷是否新增議題。當現有的指引無法對應本指引小組提出的議題時，則會開啟新的議題建議。當現有指引的內容涉及本指引小組提出的議題時，則會判斷現有之指引的建議與證據是否適用於臺灣的醫療狀況與癌症病友及家屬的情境，以此評估應採納或調整現有之指引的建議。若臺灣的醫療狀況及癌症病友及家屬的情境與現有之指引的建議相仿，則可採納建議；否則，則會對指引的建議做調整。除此之外，若新證據顯示需調整，本指引發展小組也會進行改動。

前述的系統性文獻回顧基本上是參考考科藍手冊 (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions) 的作法，意即考量證據來源 (以下第一點)、系統性檢索的策略 (以下第二點)、證據篩選原則 (以下第三點)、資料提取方法 (以下第四點)、初級證據的偏差風險評估 (以下第五點)、證據的整合 (以下第六點) 等。由於本指引有多個議題，上述項目謹說明原則，敬略細節如每個議題的結構化問題、關鍵字、佈林邏輯組合、篩選條件..... 等等。

## 一、證據來源

關於證據的來源，本指引的系統性文獻回顧採用考科藍手冊中的建議，透過多個資料庫進行廣泛且深入的證據蒐集。根據考科藍手冊，在資料庫的選擇上，以具有高度可信度和全面性的資料庫為主，以確保所蒐集到的證據具有高品質和廣泛的代表性。在此過程中，我們以 Cochrane Database of Systematic Reviews 和 CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials) 作為核心資料庫，這兩者提供了全球範圍內經過同行評審的系統性回顧和隨機對照試驗的重要資料，是支持臨床決策和指引發展的重要依據。除了 Cochrane 資料庫之外，Embase 和 Medline 也是必備的資料庫，這兩者涵蓋了大範圍的醫學研究與臨床試驗，尤其是與藥物及其他治療方法相關的研究。在這些資料庫中，將有助於發掘更多關於癌症病友心理支持照護的研究證據，尤其是在疾病治療過程中的多維度支持方法和治療效果評估方面。

考量到本指引的焦點是癌症病友及家屬的心理支持照護，心理學領域的專業資料庫將是我們檢索過程中的另一個重要部分。因此，針對與心理健康、情緒支持、精神治療等相關的議題，將進一步查閱 PsycInfo 資料庫。PsycInfo 是一個以心理研究為主的資料庫，涵蓋了大量關於心理治療、認知行為療法、情緒調適與社會支持等領域的研究文獻，有助於深入了解癌症病友及其家屬的心理需求、情感反應以及心理介入方法的證據。

## 二、檢索策略

本指引發展的文獻回顧小組在進行檢索時，基本上會秉持考科藍手冊中關

關鍵字選擇和布林邏輯應用的基本原則。首先，選擇關鍵字時會考慮到指引議題對應之研究問題的具體概念，確保每個關鍵字都能適當地反映文獻的核心概念。關鍵字會包括不同形式的同義詞和變異詞，以擴大檢索範圍，並增加檢索的敏感度。例如，若指引議題對應之研究問題是探討某類藥物的效果，就需要選擇該藥物的多個名稱及其相關術語。此外，布林邏輯中的「AND」、「OR」和「NOT」是有效篩選文獻的工具。使用「OR」可以形成「關鍵字組」，擴展同一概念的檢索範圍，找到「關鍵字組」內所包含之任一關鍵字的文獻；然後再使用「AND」限定個關鍵字組的交集，使檢索結果同時包含所有關鍵字組要反映的核心概念；而「NOT」則依實際檢索狀況，做為排除某些不相關的概念的一種策略。簡言之，本指引的文獻回顧小組會合理地運用布林邏輯符號，提高檢索結果的敏感度與精確度。

以「癌症病人使用抗憂鬱劑，是否應以其抗癌藥物的交互作用作選擇？」為範例，檢索策略可設計為將相關概念進行聯結。在這個範例中，關鍵字可以包括「癌症」或「腫瘤」與「抗憂鬱劑」或「抗憂鬱藥物」，並且添加「藥物交互作用」或「藥物相互作用」作為檢索條件。具體的檢索策略可採用布林邏輯中的「AND」來將這些關鍵字連接，確保檢索結果同時包含癌症病人、抗憂鬱劑以及藥物交互作用這些相關概念如下：

```
( "Cancer" OR "Tumor" OR "Cancer patients" ) AND  
("Antidepressants" OR "Antidepressant medications") AND ("Drug  
interactions" OR "Pharmacokinetic interactions")。
```

### 三、證據篩選原則

本指引發展的文獻回顧小組在證據篩選時，除了各議題之研究問題的排除條件外，基本上會依照研究問題的類型，選擇最合適之研究設計的證據。根據牛津 2011 年版之證據等級（Oxford Level of Evidence 2011）的概念，證據的篩選不僅依賴於研究設計的層級，還必須考慮問題的性質和範疇。因此指引發展的文獻回顧小組會以以下介紹之證據篩選的原則與策略，根據問題類型來決定納入研究設計的順序。

Oxford Level of Evidence（2011）的證據級別依照研究設計本身所反映之方法的嚴謹性，亦即研究設計類型本身之偏差（bias）控制程度的概念進行分級，通常會遵循以下順序：最高級（Level 1）的系統性回顧與隨機對照試驗（RCT），第二級（Level 2）的隨機對照試驗或準隨機對照試驗，第三級（Level 3）的非隨機對照的世代研究，第四級（Level 4）的個案對照研究或橫斷面研究，以及第五級（Level 5）的專家共識。

證據篩選應根據研究問題的類型來決定合適的研究設計。例如，在探討治療效果或介入措施時，會優先參考最高級的系統性文獻回顧，然後才是單一篇的隨機對照試驗（通常屬於第二級）。若都沒有上述類型的證據，本指引發展的文獻回顧小組才會蒐集世代研究或個案對照研究。這樣的選擇順序有助於提高納入證據的可靠性。又如，若是診斷性問題，本指引發展的文獻回顧小組對於此類問題，會優先考量納入前瞻性設計之診斷試驗所作成的系統性文獻回顧，若沒有相關的系統性文獻回顧，才會以單一前瞻性設計的診斷試驗研究為主。

#### 四、證據更新原則

本指引發展的文獻回顧小組在系統性文獻回顧的過程中，會持續留意證據發展的狀況，並判斷是否應更新證據。因為隨著新研究的發表，有可能會發生現有之系統性文獻回顧的結果被挑戰或補充。因此，當文獻回顧小組在進行系統性檢索與篩選時發現，某些在最新的系統性文獻回顧發表後才出現的研究，其結論與回顧中的結果相左或有所不同，便需要進一步研議是否更新證據。尤其當這些新研究所呈現的結論與既有回顧的結論相矛盾，或者提供了更為精確或不同的視角時，更新證據便顯得尤為重要。

此過程符合實證醫學實踐的動態性，強調了系統性回顧需持續監控新知識的發展。本指引發展的文獻回顧小組會對新研究進行詳細的品質評估，考量其研究設計、樣本數、偏差風險及方法學等方面，並根據這些評估結果來決定是否將其納入更新的回顧中。若新研究證實對結論有實質影響，則應及時調整回顧結果，以反映最精確、最新的證據。這樣的流程確保了本指引是在最新且完整的證據體的基礎上，做後續建議的判斷。

#### 五、初級證據評讀原則

當本指引發展的文獻回顧小組在系統性文獻回顧的過程中，沒有找到符合該議題之研究問題的系統性文獻回顧時，會納入初級證據，亦即有收案的研究，因此會對這些初級證據進行評讀。證據評讀原則是系統性文獻回顧中的一個重要步驟，其目的是評估納入研究的品質與偏差風險（risk of bias），從而確保最終結論的可靠性與有效性。不同的研究設計（如隨機對照試驗、觀察性研究、

診斷性研究等)有不同的偏差風險需要注意，因此證據的品質評估需依據研究設計的特點選擇合適的評估工具。以下介紹本指引擬使用之三種常見的偏差風險評估工具：RoB 2、Newcastle-Ottawa Scale (NOS) 和 QUADAS-2。

### (一) RoB 2 (Risk of Bias 2)

RoB 2 是專為隨機對照試驗 (RCT) 設計的偏差風險評估工具。它依據研究的不同階段 (如隨機化過程、處置過程、結果測量等)，將偏差風險劃分為五個領域，分別是：隨機分配的過程、處置偏差、測量偏差、缺失數據偏差和選擇性報告偏差。每個領域根據具體情況被評定為「低風險」、「高風險」或「不確定」，並最終給出整體的偏差風險評價。RoB 2 工具的優點在於其針對 RCT 的特性，能夠細緻地分析可能影響研究結果的各種偏差來源，對隨機化設計的 RCT 研究進行有效的偏差風險評估。

### (二) Newcastle-Ottawa Scale (NOS)

Newcastle-Ottawa Scale (NOS) 是專為觀察性研究 (如隊列研究和病例對照研究) 設計的品質評估工具。它通過三個主要領域進行評估：研究的選擇性、比較群組的可比性和結果的測量。在每一領域中，根據研究設計的具體情況進行評分。NOS 的總分為 9 分，分數越高表示研究品質越好。這種工具適用於評估觀察性研究的內部效度，尤其是在分析非隨機分配的群體時，能夠有效識別和控制潛在的偏差來源。這使得 NOS 成為評估隊列研究和病例對照研究的常見工具，尤其在缺乏隨機化試驗的情況下，為證據篩選提供了一個可靠的品質指標。

### (三) QUADAS-2 (Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies)

QUADAS-2 是專門用於診斷性研究的品質評估工具，旨在評估診斷試驗的偏差風險與應用的準確性。QUADAS-2 工具評估四個主要面向包含選擇偏差、性能測量偏差、結果偏差以及統計分析偏差。每個面向都根據研究設計的具體情況進行評估，並將風險標註為「低風險」、「高風險」或「不確定」。QUADAS-2 特別適用於評估診斷試驗中的各種偏差，能幫助本指引發展的文獻回顧小組釐清納入的研究對診斷性證據的品質。

### 六、初級證據整合原則

承本節第五點，當本指引發展的文獻回顧小組在系統性文獻回顧的過程中，沒有找到符合該議題之研究問題的系統性文獻回顧，而是納入初級研究做為參考時，如果有多份初級研究，且這些研究間的臨床狀況相仿，本指引發展的文獻回顧小組基本上會採取統合分析 (Meta-analysis) 的方式，做證據的整合。

當需要採取統合分析時，本指引發展的文獻回顧小組基本上會遵循以下幾個基本原則，以確保分析結果的可靠性和有效性，其中包括效果量、隨機模型、異質性和發表偏差等關鍵概念。首先，效果量是統合分析中的核心指標，用來量化研究結果的強度與方向。它衡量了某一處置或介入對結果變數的影響大小。效果量通常以不同的統計指標表示，如權重平均差 (weighted mean difference, WMD)、標準化均數差異 (standardized mean difference, SMD)、相對風險 (risk ratio, RR) 或勝算比 (odds ratio, OR)。若研究間的連續變項的量測工具與單

位皆相仿，本指引發展的文獻回顧小組基本上會以 WMD 為主，若不同研究採用不同單位的結果指標，則會採用 SMD。若類別變項的結果指標都是在臨床試驗或世代研究的設計中，本指引發展的文獻回顧小組基本上會採用 RR 做為統計量，以利應用上的理解與詮釋。

其次，隨機模型在統合分析中常用來處理來自不同研究的變異性，尤其當本指引發展的文獻回顧小組認定不同研究之間的效果量不僅由隨機誤差造成，還可能存在其他真實的差異時，統合分析就會以隨機模型為主。在隨機效應模型中，每個研究的權重會根據其樣本大小和測量精度來確定，這使得它能夠更好地反映異質性。當研究結果存在較大差異時，使用隨機模型可以得到更為保守且合理的統合結果。

第三則是異質性，指的是不同研究之間結果的不一致性，這是統合分析中需要特別關注的問題。異質性的來源相當複雜，例如可能來自不同的研究設計、樣本特徵、處置方法……等等。在統合分析中，本指引發展的文獻回顧小組基本上會計算  $I^2$  統計量來衡量異質性。 $I^2$  統計量是一個範圍從 0%（低異質性）到 100%（極高異質性）的指標。當  $I^2$  值較高時，表示研究結果存在顯著差異，這可能需要進一步探討異質性的來源。如果異質性過大，本指引發展的文獻回顧小組基本上會考慮進行亞組分析或敏感性分析來解釋異質性的原因。

第四是發表偏差，即只有具有顯著性結果的研究更可能被發表，這可能會導致研究結果的高估，這也是統合分析中常見的系統性偏差。本指引發展的文獻回顧小組在進行統合分析時，若初級證據達 10 篇以上，基本上會利用漏斗圖來檢測發表偏差，漏斗圖展示了不同研究效果量和標準誤之間的關係。在理想情況下，漏斗圖應該是對稱的，若存在發表偏差，這種圖形會顯示出不對稱的

形狀。此外，本指引發展的文獻回顧小組基本上也會採取 Egger 檢驗的統計方法來進一步檢測是否存在發表偏差。當本指引發展的文獻回顧小組檢測到發表偏差時，基本上會進行敏感性分析，排除偏差影響較大的研究，或者使用其他統計技術進行修正。

## 第五節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之證據確定性評價

本指引發展的文獻回顧小組獲得特定議題之證據體時，基本上會進行證據的確定性評價 (certainty evaluation)，此部分又會依照證據體的類型使用不同的方法。針對傳統的成對比較之統合分析 (head-to-head meta-analysis) 會採用 GRADE 的方式。若為網絡統合分析的證據，則會依據相對應的評價方式進行。

### 一、成對比較之統合分析 (head-to-head meta-analysis) 的確定性評價

本指引發展的文獻回顧小組針對成對比較之統合分析的確定性評價，採用 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) 的方法。此方法提供了一種用來評估證據品質和推薦強度的框架。這個方法的基本原則是根據各種降級和升級因素來評定證據的品質，從而幫助研究者做出更為精確和可靠的結論。根據 GRADE 系統，證據的品質可以被降級或升級，具體的標準取決於五個降級因素和三個升級因素。

首先，偏差風險 (Risk of Bias) 是影響證據品質的主要因素之一。如果納入的研究存在高風險的偏差，這些偏差可能來自隨機化過程、處置不當、選擇性報告或數據丟失等問題，這將導致研究結果的可靠性受損，因此證據的品質將

會被降級。例如，若大部分研究有高風險的偏差，證據整體的可信度將會下降。

另一個重要的降級因素是不精確性 (Imprecision)，指的是由於樣本量過小或事件數量過少所導致的效應估計不夠準確。當效應量的置信區間過寬，且無法提供足夠的精確度來得出清晰結論時，這種不精確性會降低證據的品質，尤其是當結果的置信區間無法排除無效或不顯著的情況。第三證據的不一致性 (Inconsistency) 也會影響統合分析的品質。如果來自不同研究的結果存在顯著的差異，並且無法合理解釋這些差異的來源，證據品質便會下降。高異質性通常表明研究之間存在顯著的不一致性，這可能由研究設計、樣本特徵或介入方法的不同所導致。第四則是發表偏差 (Publication Bias)，這也會影響統合分析證據的可靠性，發表偏差指的是研究結果顯著或具有正向結果的研究更容易被發表，這樣會使得文獻中存在偏差的結果，導致統合分析中效應的高估。因此，若存在發表偏差，證據品質會相應下降。最後，間接性 (Indirectness) 也是一個降級因素，當某項研究的結果與臨床實踐中的具體情境不符時，證據的品質會受到影響。例如，某些研究可能只針對特定人群進行，這些人群與問題目標人群並不完全相符，這樣的證據就具有較高的間接性，會使其品質下降。

然而，除了這些降級因素外，GRADE 系統也考慮了若干能夠提升證據品質的升級因素。當研究中顯示出大效應 (Large Effect) 時，這會強化證據的可信程度。若某項介入顯示出明顯的大幅度效果，即使在研究設計或樣本大小上存在某些缺陷，也可以因為效果過於顯著而升級證據品質。劑量反應 (Dose-response Gradient) 也是一個可以升級證據品質的因素，若某一介入呈現劑量—反應關係，即隨著劑量的增強，效果逐漸顯著，這將支持介入與效果之間的因果關係，從而使證據的品質得到提升。另一個升級因素是強大的協變關聯

(Strong Association with No Plausible Confounders)，如果研究顯示出介入與結果之間存在強烈的關聯，並且這一關聯不易受其他潛在混雜因素影響，這將使證據更加可靠，品質也會得到升級。

## 二、網絡統合分析 (network meta-analysis) 的確定性評價

在處理網絡統合分析的確定型評價時，當本指引發展的文獻回顧小組沒有資料檔，僅有網絡統合分析的文獻時，會採用 GRADE 網絡統合分析 (GRADE-NMA) 的方式；若本指引發展的文獻回顧小組有資料檔，則會使用網絡統合分析信心評價 (Confidence In Network Meta-Analysis, CINeMA) 策略。

### (一) 現存之網絡統合分析的確定性評價

如前述，當本指引的文獻回顧小組僅能獲得網絡統合分析的文獻，且無法取得原始資料檔時，將採用 GRADE 網絡統合分析 (GRADE-NMA) 方法進行評估。GRADE 系統在應用於網絡統合分析 (Network Meta-Analysis, NMA) 中，用來評價治療效果估計值的品質，透過四個主要步驟進行。首先，本指引的文獻回顧小組基本上會檢視每個直接比較和間接比較的治療效果估計值及其 95% 的信賴區間。直接證據來自不同研究之間直接比較，而間接證據則是基於共同比較項目 (如某些共同的治療手段) 推算出的效果。例如，若研究比較 A 與 B，而另一研究比較 B 與 C，則可推算出 A 與 C 之間的效果，這就是所謂的間接證據。這些直接和間接證據是網絡統合分析的基礎，能夠幫助本指引的文獻回顧小組理解各種治療之間的效果差異。

接著，本指引的文獻回顧小組基本上會對這些直接和間接比較的效果估計值進行品質評價。根據 GRADE 評核系統，證據的品質被劃分為四個等級：高、適中、低、非常低。這一評價依據證據的可信度進行，並根據證據的來源進行初步等級設定。隨機對照試驗（RCT）提供的證據基礎通常會被評為「高」等級，而觀察性研究的證據基礎則通常從「低」等級開始。隨後，依照偏差風險、不一致性、間接性、不精確性和發表偏差等五個降級因素來進行調整，或根據效果顯著性、可能的混雜因素增強估計可信度、劑量－反應關係等三個升級因素來提升證據等級。對於間接證據，本指引的文獻回顧小組基本上還會進一步考慮「不傳遞性」，即在不同研究之間若存在顯著的特徵或介入差異，則可能無法合理地推導出治療效果，這會進一步影響證據的品質。

第三步是呈現網絡統合分析的效果估計值，即綜合所有直接與間接效果後的統合估計。這一估計會展示每一成對比較的點估計及其 95% 信賴區間，這些結果會反映出治療效果的整體趨勢和不確定性。最終，本指引的文獻回顧小組會對整個網絡統合分析的效果估計值進行品質評價。如果只有直接證據或間接證據，則網絡統合分析的證據等級會依據該證據的品質來確定；若直接證據與間接證據同時存在，則推薦選擇證據等級較高的一方來決定網絡統合分析的證據等級。這樣的評價過程強調了直接和間接證據的連貫性，即檢查這些證據是否可以合理地合併。為此，本指引的文獻回顧小組基本上會使用統計方法檢查直接與間接估計之間的差異，進一步確認這些證據是否一致且可靠。

總結來說，本指引的文獻回顧小組會採用 GRADE-NMA 的框架，評價網絡統合分析中的治療效果估計值的品質。透過對直接與間接證據的細緻分析，以及對品質升降級因素的綜合考量，本指引的文獻回顧小組期望能確保最終的證

據評價既客觀又具有臨床意義，從而支持更為精確的指引建議。

## (二) 指引團隊執行之網絡統合分析的確定性評價

當本指引的文獻回顧小組能獲得特定議題之網絡統合分析的資料時，將採用 CINeMA 方法進行評估。CINeMA 是在 GRADE 系統的基礎上發展而來的一種網絡統合分析評價工具，它對於證據品質的評價涵蓋了風險偏差、不一致性、間接性、不精確性以及出版偏差等問題，但在界定和順序上進行了一些微調整。具體來說，CINeMA 將「風險偏差」重新命名為「研究內偏差」(within-study bias)、「不一致性」為「異質性」(heterogeneity)、以及「出版偏差」改為「報告偏差」(reporting bias)，並對這些問題的評價策略進行了調整。在評價的順序上，CINeMA 從研究內偏差的評估開始，然後依次評估報告偏差、間接性、不精確性、異質性和不連貫性 (coherence)，而後三者的評價需要設置臨床閾值來輔助判斷。

CINeMA 採用三個等級來表達證據品質的評價結果，除報告偏差外，其他面向分別以「毋需關注」、「一些關注」和「主要關注」來描述，報告偏差則採用「低度風險」、「一些擔憂」和「高度風險」來表達。在網絡證據的評價中，每個成對比較的總結評價則有四個等級：「高」、「中」、「低」和「極低」。針對不需要臨床閾值設置的評價面向，如研究內偏差、報告偏差和間接性，CINeMA 提供了明確的評價步驟。對於研究內偏差和間接性的評價，CINeMA 分為兩個步驟：首先評估每份研究的偏差風險和間接性，然後基於加權計算整體網絡證據中的偏差風險和間接性狀況，避免簡單的平均計算。這一評價過程可以基於「主體狀況」、「平均狀況」和「最高風險狀況」來進行判斷。

在不精確性、異質性和不連貫性這三個需要臨床閾值的面向，CINeMA 依賴臨床閾值來協助評估。對於不精確性，當信賴區間未跨越任何臨床閾值時，則認為不精確性「毋需關注」；當信賴區間跨越任何一側臨床閾值時，則為「一些關注」；若跨越兩側臨床閾值，則為「主要關注」。異質性的評價則根據成對比較的信賴區間（CI）和預測區間（PI）是否跨越臨床閾值來進行，並且若有異常情況，將提升其關注程度。對於不連貫性的評價，CINeMA 依賴於直接證據和間接證據的 CI 是否有交集，並根據臨床意義域來決定其關注程度。

總體而言，CINeMA 的評價方法不僅僅依賴於每個單一面向的評價，還強調了多個面向的綜合考量。降級原則基於「一些關注」和「主要關注」的數量來進行調整，每一個「主要關注」可能會導致證據信心下降兩級，而「一些關注」則可能導致下降一級。然而，因為某些面向（如不精確性、異質性和不連貫性）之間在統計上有關聯，因此本指引的文獻回顧小組基本上會綜合考量這些面向，避免重複降級。

## 第六節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之品質評價

本指引發展小組在癌症病友及家屬心理支持照護指引初稿完成時，採用 AGREE II（指南評估、研究與評價工具）進行整體指引品質的評價。AGREE II 是用於評估指南品質的工具，包含 23 項指標，能夠幫助開發、報告及評估實踐指南。根據指南文檔的結構和長度，使用 AGREE II 進行品質評估平均需要 1.5 小時，雖然對循證決策和醫療方法論之基本了解會有所幫助，但新的使用手冊使初學者也能自信地使用該工具。雖然不需要對指南的具體內容有專業知識，

但這樣的專業知識有助於更好地解釋評估結果。為了確保足夠的可靠性，本指引發展小組基本上是依照 AGREE II 手冊的建議，有兩至四名評估者參與每項指引的評估。

AGREE II 評估工具包含六個領域，並涵蓋 23 項指標，每個領域代表臨床指引品質的特定面向。這些領域包括：範圍和目的（涉及指引的目的、具體臨床問題及目標病患族群）、權益相關人的參與（關注指引是否能代表使用者的觀點）、發展的嚴謹度（描述證據搜尋、彙整步驟及建議的形成方法）、明確性和代表性（關於指引的語言及格式）、應用性（探討指引在組織、行為模式及費用上的問題）、以及編撰的獨立性（關於建議的獨立性及小組可能的利益衝突）。評估者應在評估前確認指引發展過程的相關資訊來源，如技術報告、已發表論文或政策報告，並充分閱讀指引及相關文件。

本指引發展小組基本上會採用四等第的方式對上述的每個項目進行評價，從「完全同意」到「完全不同意」。本指引發展小組基本上對每個評價會給出該等的理由。最後，本指引發展小組會計算該領域的得分，將每個項目的分數加總並標準化，計算結果顯示該領域得分占最大可能得分的百分比。在評估過程的結尾，本指引發展小組基本上會對指引進行整體綜合評價，這包括「強建議」、「建議（有但書或需修改）」、「不建議」和「不確定」等選項。這一綜合評價是基於本指引發展小組對每個標準的考量，對指引的品質進行總體判斷。

針對個別的關鍵問題與臨床建議，本指引採用的證據等級與建議強度等級如下（陳耀龍，2018）：

表 10-2：證據等級

標示	證據等級	證據等級說明
A	高	非常有把握估計值接近真實值。
B	中	對估計值有中等把握；估計值有可能接近真實值，但也有可能差別很大。
C	低	對估計值的把握有限；估計值可能與真實值有很大差別。
D	極低	對估計值幾乎沒有把握；估計值與真實值極可能有很大差別。

表 10-3：建議強度

建議強度	定義
1- 強建議	明確顯示介入措施利大於弊（進行此介入措施為強烈建議），或明確顯示介入措施弊大於利（不進行此介入措施為強烈建議）。
2- 弱建議	大致上可顯示介入措施利大於弊（進行此介入措施為弱建議），或大致上可顯示介入措施弊大於利（不進行此介入措施為弱建議）；但仍可能存在不確定性。

## 第七節 癌症病友及家屬心理支持照護指引應用之考量

本指引以癌症病友及家屬為主要對象，特別強調心理支持照護方面的處理原則，參考了國際知名學術團體與專家群所發表的相關指引和研究成果，並融合國內發表的研究文獻，根據臨床實務的實際情況進行調整。目的是提供癌症病友及其家屬在照護過程中能夠參考的最新建議，尤其著重於如何有效輔助處理病友在癌症治療過程中的心理議題，並為臨床照護者提供相應的指導。

本指引不會強調特定的標準治療方式，也不排斥其他未列入指引中的照護選項。其核心原則是基於目前臨床研究所得的最佳證據，並盡可能地彈性運用，

符合癌症病友及家屬在心理和生理上的實際需求。在實務應用過程中，應依照病友的個別需求和臨床環境來調整照護方案，並與病友及家屬進行充分溝通，做出最合適的選擇。

本指引旨在為健康照護人員提供參考，亦可作為醫學教育的討論素材。所提供的臨床建議並非硬性規範，並不取代臨床健康照護人員的專業經驗。在實際照護中，仍需要根據病友的個別情況，考慮專業經驗、環境因素及病友需求，進行靈活的處置選擇。為促進指引的應用與普及，建議由專業學會或醫療機構進行教育訓練及推廣，並發行相關的醫療人員的教育訓練手冊。

### 附錄三、參考文獻

- Ahn, S., Romo, R. D., & Campbell, C. L. (2020). A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. *Patient Education and Counseling, 103*(8), 1518–1530. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.012>
- Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R. A., Rada, G., Rosenbaum, S., & GRADE Working Group. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: A systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ, 353*, i2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Ostroff, J., & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology, 32*(15), 1605–1619. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611>
- Arrieta, Ó., Angulo, L. P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E. O., Alvarado-Luna, G., Martínez-López, D., & Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology, 20*(6), 1941–1948. <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2793-5>
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Falloon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *The Annals of Family Medicine, 8*(4), 348–353. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S., & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(4), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>

- Becktell, K., Rumler, S., & Tower, R. L. (2025). Successful development and implementation of communication skills simulation training within pediatric hematology-oncology fellowship education. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 47(1), 7–11.  
<https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000002959>
- Becqué, Y. N., van der Wel, M., Aktan-Arslan, M., van der Geest, I. M. M., Koldenhof, J. J., van der Heide, A., & Witkamp, F. E. (2023). Supportive interventions for family caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 32(5), 663–681.  
<https://doi.org/10.1002/pon.6126>
- Bradbury, M., Hutton, B., Beltran-Bless, A. A., Alzahrani, M., Lariviere, T., Fernandes, R., Ibrahim, M. F. K., Stober, C., da Costa, M. C. B., & Clemons, M. (2022). Time to update evidence-based guideline recommendations about concurrent tamoxifen and antidepressant use? A systematic review. *Clinical Breast Cancer*, 22(3), e362–e373. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.10.003>
- Braeken, A. P. B. M., Lechner, L., Eekers, D. B. P., Houben, R. M. A., van Gils, F. C. J. M., Ambergen, T., & Kempen, G. I. J. M. (2013). Does routine psychosocial screening improve referral to psychosocial care providers and patient-radiotherapist communication? A cluster randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 289–297.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.015>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*, 182(18), E839–E842.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: The sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440–6441.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.3259>
- Caminiti, C., Diodati, F., Annunziata, M. A., Di Giulio, P., Isa, L., Mosconi, P., Nanni, M. G., Patrini, A., Piredda, M., Santangelo, C., Verusio, C., Cinquini, M., Fittipaldo, V. A., & Passalacqua, R. (2021). Psychosocial care for adult

cancer patients: Guidelines of the Italian Medical Oncology Association. *Cancers*, 13(19), 4878. <https://doi.org/10.3390/cancers13194878>

- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007617. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007617.pub2>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S. A., Speca, M., Tillotson, L., & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297–2304. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601887>
- Carlson, L. E., Groff, S. L., Maciejewski, O., & Bultz, B. D. (2010). Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28(33), 4884–4891. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.27.3698>
- Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Chiang, Y.-C., Couper, J., Chen, J.-W., Lin, K.-J., & Wu, H.-P. (2022). Predictive value of the Distress Thermometer score for risk of suicide in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 5047–5053. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06801-4>
- Cronin-Fenton, D. P., & Lash, T. L. (2011). Clinical epidemiology and pharmacology of CYP2D6 inhibition related to breast cancer outcomes. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 4(3), 363–377. <https://doi.org/10.1586/ecp.11.18>

- Esser, P., Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H.-U., Faller, H., Koch, U., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., & Mehnert, A. (2018). 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. *Psycho-Oncology*, *27*(6), 1509–1516. <https://doi.org/10.1002/pon.4681>
- Fegg, M. J., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Hentrich, M., & Belka, C. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, *22*(9), 2079–2086. <https://doi.org/10.1002/pon.3260>
- Fisch, M. J., Loehrer, P. J., Kristeller, J., Passik, S., Jung, S.-H., Shen, J., Arquette, M. A., Brames, M. J., & Einhorn, L. H. (2003). Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: A double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(10), 1937–1943. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.08.025>
- Frerichs, W., Geertz, W., Johannsen, L. M., Inhestern, L., & Bergelt, C. (2022). Child- and family-specific communication skills trainings for healthcare professionals caring for families with parental cancer: A systematic review. *PLoS ONE*, *17*(11), e0277225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277225>
- Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *JAMA*, *317*(15), 1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>
- Funk, R. C., Cisneros, C., Williams, R. C., Kendall, J., & Hamann, H. A. (2016). What happens after distress screening? Patterns of supportive care service utilization among oncology patients identified through a systematic screening protocol. *Supportive Care in Cancer*, *24*(7), 2861–2868. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3099-0>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>

- Grapp, M., Bugaj, T. J., Terhoeven, V., Friederich, H.-C., & Maatouk, I. (2025). Screening for anxiety in patients with cancer: Diagnostic accuracy of GAD-7 items considering lowered GAD-7 cut-offs. *PLoS ONE*, *20*(1), e0316853. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316853>
- Grassi, L., & Nanni, M. G. (2016). Demoralization syndrome: New insights in psychosocial cancer care. *Cancer*, *122*(14), 2130–2133. <https://doi.org/10.1002/cncr.30022>
- Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos, G., Mosoiu, D., & Ripamonti, C. I. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, *8*(2), 101155. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>
- Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. (2018). Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, *32*(1), 172–184. <https://doi.org/10.1177/0269216317722123>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., Alderson, P., Glasziou, P., Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 395–400. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.012>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Rind, D., Devereaux, P. J., Montori, V. M., Freyschuss, B., Vist, G., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence—Imprecision. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(12), 1283–1293. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.012>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Woodcock, J., Brozek, J., Helfand, M., Alonso-Coello, P., Falck-Ytter, Y., Jaeschke, R., Vist, G., & GRADE Working Group. (2011). GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence—Inconsistency. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(12), 1294–1302. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.03.017>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Montori, V., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Djulbegovic, B., Atkins, D., Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence—Publication bias.

*Journal of Clinical Epidemiology*, 64(12), 1277–1282.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.011>

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Schünemann, H. J., Tugwell, P., & Knottnerus, A. (2011). GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 380–382.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.011>

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Montori, V., Akl, E. A., Djulbegovic, B., Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—Study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 407–415.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.017>

Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>

Haque, R., Shi, J., Schottinger, J. E., Ahmed, S. A., Cheetham, T. C., Chung, J., Avila, C., Kleinman, K., Habel, L. A., Fletcher, S. W., & Kwan, M. L. (2016). Tamoxifen and antidepressant drug interaction in a cohort of 16,887 breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 108(3), djv337.  
<https://doi.org/10.1093/jnci/djv337>

Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, 72, 46–53.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>

Holland, J. C., Romano, S. J., Heiligenstein, J. H., Tepner, R. G., & Wilson, M. G. (1998). A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 7(4), 291–300.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199807/08\)7:4<291::AID-PON361>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199807/08)7:4<291::AID-PON361>3.0.CO;2-U)

- Howell, D., Keshavarz, H., Esplen, M. J., Hack, T., Hamel, M., Howes, J., Jones, J., Li, M., Martelli, L., & Ali, M. (2015). *Pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and management of psychosocial distress, major depression and anxiety in adults with cancer*. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology.  
[https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/7.%20Pan\\_Canadian%20Guideline%20Screening%20Assessment%20Management%20of%20Psychosocial%20Distress%202015.pdf](https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/7.%20Pan_Canadian%20Guideline%20Screening%20Assessment%20Management%20of%20Psychosocial%20Distress%202015.pdf)
- Howick, J. (2011). *The Oxford 2011 levels of evidence*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Hua, L. L., Lee, J., Rahmandar, M. H., & Sigel, E. J. (2024). Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*, *153*(1), e2023064800.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
- Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. National Academies Press.  
<https://doi.org/10.17226/11993>
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *58*(4), 214–230.  
<https://doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Jeremy, A. C., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*(2), 204–220.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.204>
- Kaye, E. C., Cannone, D., Snaman, J. M., Baker, J. N., & Spraker-Perlman, H. (2020). The state of the science for communication training in pediatric oncology: A systematic review. *Pediatric Blood & Cancer*, *67*(10), e28607.  
<https://doi.org/10.1002/pbc.28607>
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., Herfarth, C., & Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric

morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Annals of Oncology*, 15(8), 1243–1249. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh318>

Kelly, C. M., Juurlink, D. N., Gomes, T., Duong-Hua, M., Pritchard, K. I., Austin, P. C., & Paszat, L. F. (2010). Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: A population-based cohort study. *BMJ*, 340, c693. <https://doi.org/10.1136/bmj.c693>

Kim, H., Kim, Y., Shin, M.-H., Park, Y.-J., Park, H.-E., Fava, M., Mischoulon, D., Lee, J.-H., Choi, K.-W., & Jeon, H. J. (2022). Early psychiatric referral after attempted suicide helps prevent suicide reattempts: A longitudinal national cohort study in South Korea. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 607892. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.607892>

Kim, J., Hong, S. H., & Hong, H. J. (2020). The impact of referral to mental health services on suicide death risk in adolescent suicide survivors. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 177–184. <https://doi.org/10.5765/jkacap.200028>

Kissane, D. W. (2014). Unrecognised and untreated depression in cancer care. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 320–321. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70345-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70345-1)

Koocher, G. P., Curtiss, E. K., Pollin, I. S., & Patton, K. E. (2001). Medical crisis counseling in a health maintenance organization: Preventive intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 52–58. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.1.52>

Kotlinska-Lemieszek, A., Klepstad, P., & Haugen, D. F. (2019). Clinically significant drug-drug interactions involving medications used for symptom control in patients with advanced malignant disease: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 989–998.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.006>

Krebber, A.-M. H., Jansen, F., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). Screening for psychological distress in follow-up care to identify head and neck cancer patients with untreated distress. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2541–2548. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3053-6>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krueger, E., Secinti, E., Stewart, J. C., Rand, K. L., & Mosher, C. E. (2024). Cognitive-behavioral and mindfulness-based interventions for distress in patients with advanced cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *33*(1), e6259. <https://doi.org/10.1002/pon.6259>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3265–3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Levis, B., Sun, Y., He, C., Wu, Y., Krishnan, A., Bhandari, P. M., Neupane, D., Imran, M., Brehaut, E., Negeri, Z., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect major depression. *JAMA*, *323*(22), 2290–2300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6504>
- Lin, C., Clark, R., Tu, P., Bosworth, H. B., & Zullig, L. L. (2017). Breast cancer oral anti-cancer medication adherence: A systematic review of psychosocial motivators and barriers. *Breast Cancer Research and Treatment*, *165*(2), 247–260. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4317-2>
- Ma, X., Zhang, J., Zhong, W., Shu, C., Wang, F., Wen, J., Zhou, M., Sang, Y., Jiang, M., & Liu, L. (2014). The diagnostic role of a short screening tool—The Distress Thermometer: A meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, *22*(7), 1741–1755. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2143-1>
- Mausbach, B. T., Schwab, R. B., & Irwin, S. A. (2015). Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, *152*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3471-7>
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, *27*(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>

- Mitchell, A. J. (2010). Short screening tools for cancer-related distress: A review and diagnostic validity meta-analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 487–494. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0035>
- Mitchell, A. J. (2013). Screening for cancer-related distress: When is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica*, 52(2), 216–224. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745949>
- Moberg, J., Oxman, A. D., Rosenbaum, S., Schünemann, H. J., Guyatt, G., Flottorp, S., Glenton, C., Lewin, S., Morelli, A., Rada, G., & Alonso-Coello, P. (2018). The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Research Policy and Systems*, 16, 45. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0320-2>
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- National Comprehensive Cancer Network. (2024). *Survivorship* (Version 2.2024). [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/survivorship.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf)
- National Comprehensive Cancer Network. (2025a). *Breast cancer* (Version 4.2025). [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf)
- National Comprehensive Cancer Network. (2025b). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Distress management* (Version 1.2025). <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431>
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Nikolakopoulou, A., Higgins, J. P. T., Papakonstantinou, T., Chaimani, A., Del Giovane, C., Egger, M., & Salanti, G. (2020). CINeMA: An approach for assessing confidence in the results of a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(4), e1003082. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003082>

- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). *The Oxford 2011 levels of evidence*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.  
<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (n.d.). *The Oxford levels of evidence*. Retrieved June 20, 2025, from <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence>
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Theobald, D. E., & Edgerton, S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(4), 1594–1600.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.4.1594>
- Petersen, C. L. (2020). Spiritual care: Minimizing the vulnerability of parents whose children with cancer face the end of life. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *37*(2), 105–115. <https://doi.org/10.1177/1043454219887509>
- Pirl, W. F., Greer, J. A., Traeger, L., Jackson, V., Lennes, I. T., Gallagher, E. R., Perez-Cruz, P., Heist, R. S., & Temel, J. S. (2012). Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: Effects of early palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(12), 1310–1315.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.3166>
- Puhan, M. A., Schünemann, H. J., Murad, M. H., Li, T., Brignardello-Petersen, R., Singh, J. A., Kessels, A. G., Guyatt, G. H., & GRADE Working Group. (2014). A GRADE Working Group approach for rating the quality of treatment effect estimates from network meta-analysis. *BMJ*, *349*, g5630.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.g5630>
- Qin, P., Stanley, B., Melle, I., & Mehlum, L. (2022). Association of psychiatric services referral and attendance following treatment for deliberate self-harm with prospective mortality in Norwegian patients. *JAMA Psychiatry*, *79*(7), 651–658. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1124>
- Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Higginson, I. J., & Hotopf, M. (2010). Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, CD007503.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007503.pub2>

- Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: Systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), 36–51. <https://doi.org/10.1177/0269216310380764>
- Schellekens, M. P. J., van den Hurk, D. G. M., Prins, J. B., Donders, A. R. T., Molema, J., Dekhuijzen, R., van der Drift, M. A., & Speckens, A. E. M. (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2118–2126. <https://doi.org/10.1002/pon.4430>
- Schouten, B., Avau, B., Bekkering, G. T. E., Vankrunkelsven, P., Mebis, J., Hellings, J., & Van Hecke, A. (2019). Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD012387. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012387.pub2>
- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., Brignardello-Petersen, R., Neumann, I., Falavigna, M., Alhazzani, W., & Akl, E. A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of Clinical Epidemiology*, 81, 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A. C., Tugwell, P., Moher, D., & Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
- Shi, C., Lamba, N., Zheng, L. J., Cote, D., Regestein, Q. R., Liu, C. M., Haas-Kogan, D., Wen, P. Y., & Broekman, M. L. D. (2018). Depression and survival of glioma patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 172, 8–19. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2018.06.016>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stagl, J. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Bouchard, L. C., Blomberg, B. B., Glück, S., Derhagopian, R. P., & Carver, C. S. (2015a). Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: A brief report of effects on 5-year depressive symptoms. *Health Psychology*, *34*(2), 176–180. <https://doi.org/10.1037/hea0000125>
- Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., Glück, S., Derhagopian, R. P., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2015b). Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*, *121*(11), 1873–1881. <https://doi.org/10.1002/cncr.29076>
- Stiefel, F., & Bourquin, C. (2018). Core components of communication skills training in oncology: A synthesis of the literature contrasted with consensual recommendations. *European Journal of Cancer Care*, *27*(4), e12859. <https://doi.org/10.1111/ecc.12859>
- Stiefel, F., Bourquin, C., Salmon, P., Achantari Jeanneret, L., Dauchy, S., Ernstmann, N., Grassi, L., Libert, Y., Vitinius, F., Santini, D., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2024). Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, *9*(7), 103496. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496>
- Sun, H., Liu, H., Zeng, H., Niu, L., & Yan, M. (2022). Distress Thermometer in breast cancer: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *12*(3), 245–252. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002960>
- Sun, H., Thapa, S., Wang, B., Fu, X., & Yu, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of the Distress Thermometer for screening distress in Asian patients with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *28*(2), 212–220. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09705-9>

- Thapa, S., Sharma, S., Gautam, N., Shrestha, S., Ghimire, B. R., Dahal, S., Maharjan, R., Subedi, S., Bhusal, B., & Koirala, R. (2024). Performance of Distress Thermometer: A study among cancer patients. *Journal of Nepal Health Research Council*, 21(3), 472–478. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v21i3.4719>
- Thapa, S., Sharma, S., Shrestha, S., Ghimire, B. R., Dahal, S., Maharjan, R., Subedi, S., Bhusal, B., & Koirala, R. (2023). Distress Thermometer score is useful for predicting suicidal ideation in patients with cancer. *JCO Global Oncology*, 9, e2300071. <https://doi.org/10.1200/GO.23.00071>
- Turner, J., Zapart, S., Pedersen, K., Rankin, N., Luxford, K., Fletcher, J., & National Cancer Control Initiative, Management Advisory Group. (2005). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 14(3), 159–173. <https://doi.org/10.1002/pon.897>
- Venkataramu, V. N., Ghotra, H. K., & Chaturvedi, S. K. (2022). Management of psychiatric disorders in patients with cancer. *Indian journal of psychiatry*, 64(Suppl 2), S458–S472. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_15\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_15_22)
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 115(22), 5349–5361. <https://doi.org/10.1002/cncr.24561>
- Walker, J., Mulick, A., Magill, N., Symeonides, S., Gourley, C., Burke, K., Stanway, S., Oram, S., Toynbee, M., van Niekerk, M., & Sharpe, M. (2021). Major depression and survival in people with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 83(5), 410–416. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000942>
- Wang, G. L., Hsu, S. H., Feng, A. C., Chiu, C. Y., Shen, J. F., Lin, Y. J., & Cheng, C. C. (2011). The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 20(6), 639–646. <https://doi.org/10.1002/pon.1952>
- Wang, T., Cheung, K., & Cheng, H. (2024). Death education interventions for people with advanced diseases and/or their family caregivers: A scoping review. *Palliative Medicine*, 38(4), 423–446. <https://doi.org/10.1177/02692163241238900>

Wang, X., Wang, N., Zhong, L., Wang, S., Zheng, Y., Yang, B., Zhang, J., Lin, Y., & Wang, Z. (2020). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Molecular Psychiatry*, 25(12), 3186–3197.  
<https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>

Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J. J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W. Q., Qiao, Y. L., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1487–1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

World Health Organization. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

Zebrack, B., Kayser, K., Bybee, D., Padgett, L., Sundstrom, L., Jobin, C., & Oktay, J. (2017). A practice-based evaluation of distress screening protocol adherence and medical service utilization. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(7), 903–912. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0120>

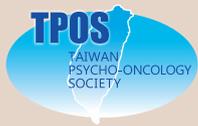
方俊凱 (2023)。從病人的需求談癌症治療團隊的心理師人力。諮商與輔導, (448), 18-20。  
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16846478-N202303300018-00007>

康以諾。(2023)。系統性評價網絡統合分析之策略。台灣實證醫學學會會刊, 14(1), 77–87。  
<https://tpl.ncl.edu.tw/NclService/JournalContentDetail?SysId=A2024010339>

康以諾、陳可欣。(2022)。簡介評價網絡統合分析結果可信度的方法。榮總護理, 39(2), 198–205。  
[https://doi.org/10.6142/VGHN.202206\\_39\(2\).0008](https://doi.org/10.6142/VGHN.202206_39(2).0008)

衛生福利部國民健康署。(2023)。111年癌症登記報告。  
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4809&pid=18699>

陳耀龍。(2018)。化知識為行動: *GRADE* 於系統性文獻回顧與臨床指引之應用，123-124。



Taiwan Psycho-Oncology Society  
台灣心理腫瘤醫學學會



衛生福利部  
Ministry of Health and Welfare  
促進全民健康與福祉