

頭頸癌心理腫瘤臨床照護指引

編輯委員(依姓氏筆劃排列)

王宏銘 林口長庚醫院血液腫瘤科主任

李清池 高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部醫師

李閏華 輔仁大學社會工作學系助理教授

張雅嵐 林口長庚醫院腫瘤個案護理管理師

莊永毓 和信醫院身心科醫師

陳佳宏 三軍總醫院血液腫瘤科醫師

台灣心理腫瘤醫學學會



<本計畫經費由國民健康署菸品健康福利捐支應>

目錄

一、前言-----	3
(一)心理腫瘤照護之重要性-----	5
(二)頭頸癌發病率及致死率-----	5
(三)頭頸癌病人情緒篩檢、評估與轉介-----	6
二、頭頸癌病人常見的心理暨精神症狀-----	15
(一)憂鬱-----	15
(二)失志症候群與自殺-----	16
(三)物質使用障礙-----	18
(四)創傷後壓力症-----	20
(五)身體障礙造成的壓力-----	21
(六)經濟議題造成的壓力-----	23
(七)人類乳突病毒造成的壓力-----	23
(八)主要照顧者負荷-----	23
三、頭頸癌心理腫瘤介入階段-----	24
(一)診斷時期-----	24
(二)治療開始-----	26
(三)治療中間-----	27
(四)治療完成-----	28
(五)回復日常／恐懼復發-----	30
(六)疾病進展(復發或轉移)-----	32
(七)疾病晚期-----	33
四、頭頸癌心理腫瘤照護服務議題-----	35
(一)病情溝通與決策共享-----	35
(二)藥物治療-----	38
(三)認知行為治療-----	42
(四)病友團體-----	42
(五)其他心理支持介入方法-----	42
(六)主要照顧者支持-----	42
(七)癌症治療團隊的支持-----	43
參考文獻-----	44

一、前言

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

隨著癌症研究的不斷突破，新的化學藥物，標靶藥物及免疫藥物不斷地快速進行研發和使用，臨床治療計劃繼續精進，提高了治癒率，降低了復發率和死亡率，治療癌症成為病人及其醫療團隊的主要目標，而在癌症診斷、治療和復原過程中，病人和其照顧者心理健康的照護有時就會被忽視。但是，他們心理健康問題卻持續存在，威脅治療的結果和整體預後。過去 50 年來，癌症病人的情感、精神和心理層面的需求對癌症治療有重要的影響，促使心理腫瘤學領域的發展。心理腫瘤學主張在選擇精確治療癌症時，同時應考慮個人的心理、文化和語言挑戰，許多支持癌症病人的途徑，從因應壓力的教育，發展到新的生物行為療法。為了落實此一多專業學科的使命，對癌症治療中個體的心理健康需發展指引與框架，納入整個癌症治療的處置變得更重要[1]。

頭頸癌病人病程各時期之心理腫瘤照護要點如下圖(圖 1)所示，請參照本指引章節三：頭頸癌心理腫瘤介入階段(P.24-34)：

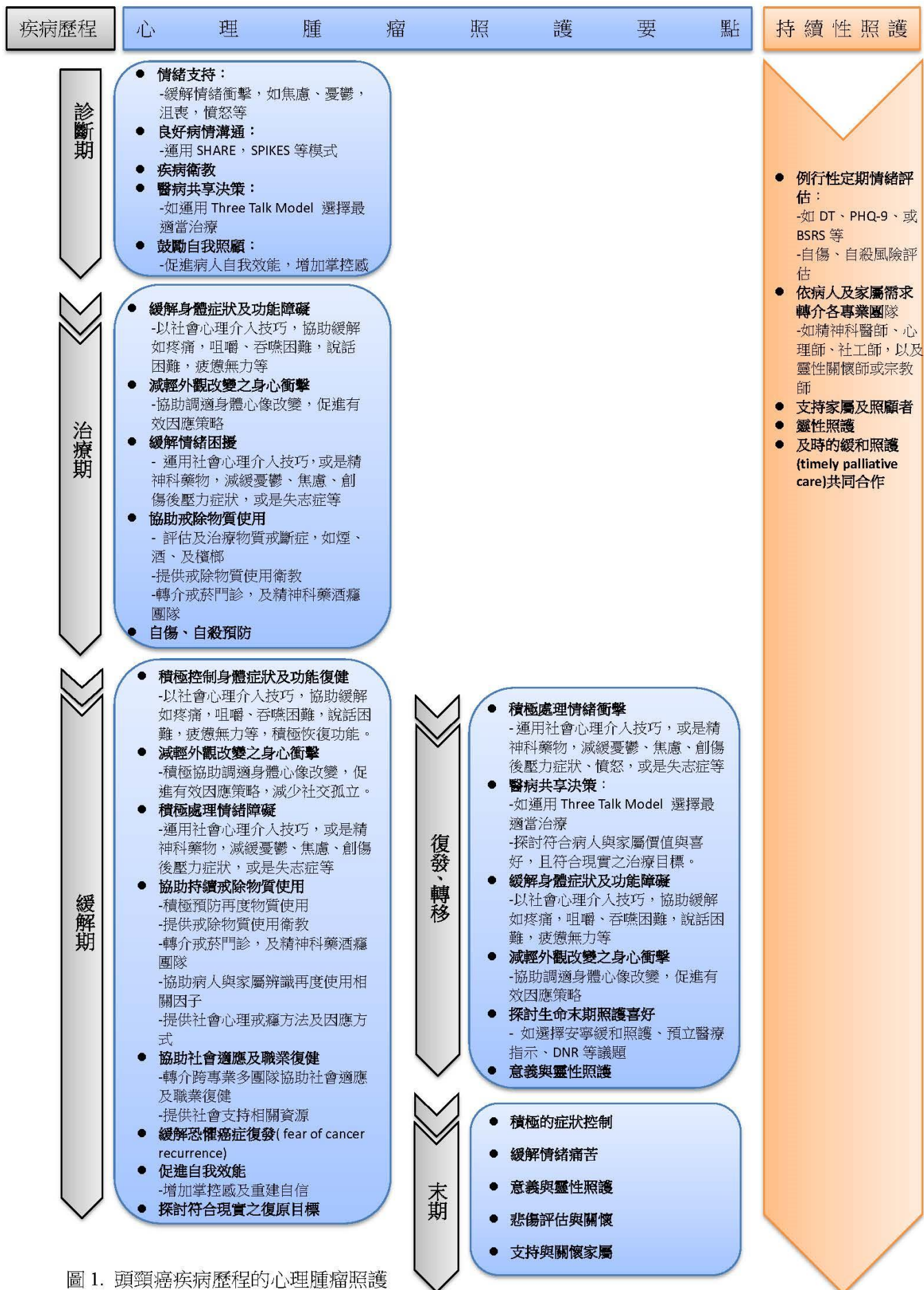


圖 1. 頭頸癌疾病歷程的心理腫瘤照護

(一)心理腫瘤照護之重要性

心理腫瘤醫學(Psycho-Oncology)又稱心理社會腫瘤醫學(Psychosocial Oncology)，探討橫跨癌症病人的生理、心理、社會、以及靈性層面，主要針對以下兩議題[2]：

1. 癌症造成病人、家屬、及醫療人員在癌症各階段的情緒反應為何、與對家庭、經濟、社會的衝擊，以及如何因應與照護。
2. 心理、社會、行為等因子如何影響癌症治療、病人的生活品質與預後。

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

1. 服務範圍涵蓋癌症各階段：從癌症篩檢，診斷期，治療期，緩解期，乃至轉移與復發，和生命末期。
2. 跨專業團隊服務的醫學專科模式：包含所有與癌症治療相關的專科。
3. 透過跨專業團隊，提供全人照護：範圍涵蓋癌症病人與家屬身體、心理、社會、靈性等層面的需求，包括病人的情緒篩檢、社會心理層面的介入、協助醫病溝通、建立良好醫病關係、癌症各時期的情緒調適衛教、家屬的哀傷輔導等。
4. 結合政府、醫界與社會的力量，破除社會大眾對於癌症的恐懼與迷思，達到提高民眾的身心健康識能，促進健康的生活型態，早期預防、早期發現與早期治療的目的。
5. 心理腫瘤學關心癌症病人、家屬以及醫療人員的情緒安適，適時提供心理社會專業協助，以避免身心耗竭。

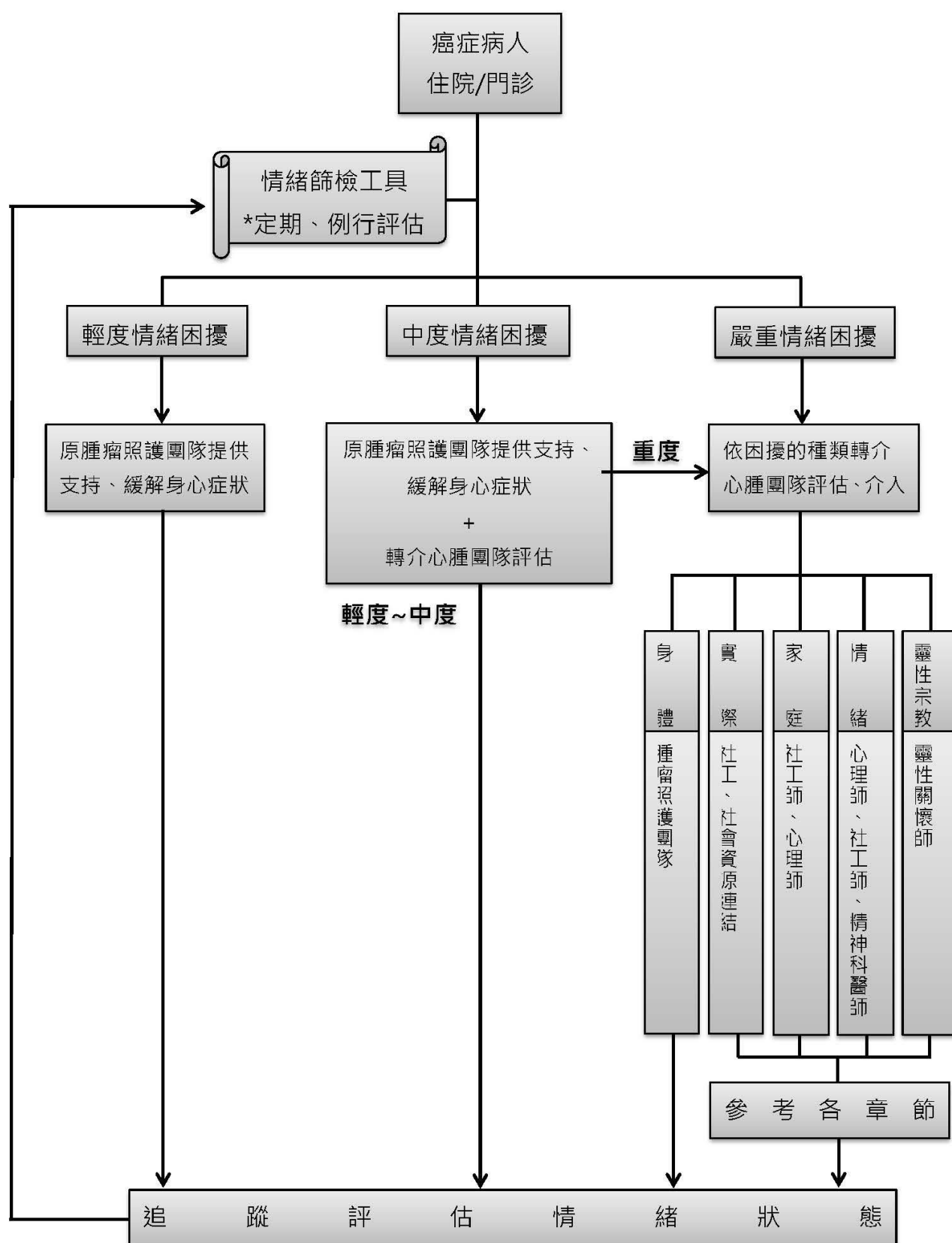
(二)頭頸癌發病率及致死率

頭頸癌 (Head and Neck Cancers, HNCs) 大多是鱗狀上皮癌，估計每年導致全球約 380,000 人死亡[3]。其涵蓋的部位包括：唇、口腔、咽、喉、篩竇和上頤竇及唾液腺等。主要以口腔癌最常見，其次是口咽癌及下咽癌。台灣頭頸癌好發的族群為男性、勞工階層、不重視健康飲食型態者與生活習慣不良(有抽菸、喝酒或嚼檳榔習慣)者，導致台灣的口腔癌罹病率以男性為主。根據2017年癌登年報，高居我國男性十大癌症發生率第四位。而口腔癌也是2019年癌症死因的第四位。顏面損傷和腫瘤向外突出生長的位置，被認為是頭頸癌

病人痛苦的主要原因之一[8-10]。且因頭頸癌病人多為中壯年男性，一般來說，常常是負擔家庭經濟之主要來源，因此罹癌之後對整個家庭的衝擊也大，心理社會照護更顯重要。

(三)頭頸癌病人情緒篩檢、評估工具與轉介

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



(圖 2) 情緒篩檢及轉介照護流程參考圖

1. 情緒篩檢工具：

自陳式工具-**困擾溫度計(Distress Thermometer, DT)**為一項簡短、快速且容易解釋的檢測工具，通常用來篩檢高度心理困擾的病人[21](請見下頁圖 3)，此工具為美國國家綜合癌症網絡(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)因應癌症病人的心理困擾與全人照護需求而發展出來的。表格中的第一部分是 0~10 評分量表，受試者根據過去一週所感受到的心理困擾主觀自評，分數越高表示心理痛苦或困擾程度越高。第二部分是病人困擾來源表(Patient Problem List, PPL)，包含實際問題、家庭問題、情緒問題、靈性宗教問題，與身體問題等五個面向問題。當 DT 的切截點(cut-off point)大於或等於 4 分時，即符合臨床上明顯心理困擾的特性，此時則需要進一步依據病人的問題困擾向度，轉介適當的心理社會資源協助[5]。在臺灣，DT 的信效度與切截點已受到實證研究支持，包括對於初步篩檢癌症病人的憂鬱症、焦慮症、和失志，皆有一定的敏感度與特異性[6.7]。

<h1 style="margin: 0;">困擾溫度計</h1> NCCN 授權版																																																																																																																																																			
<p>(一) 在最近一星期，您的心理困擾程度有多大？請在下圖中圖選適當數字（從0 到 10）</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>	<p>(二) 在最近一星期，您是否有下列的問題，請務必在每個項目勾選「是」或「否」</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">是</th> <th style="width: 5%;">否</th> <th style="width: 45%;"><u>實際的問題</u></th> <th style="width: 5%;">是</th> <th style="width: 5%;">否</th> <th style="width: 30%;"><u>身體的問題</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>照顧小孩方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>外觀方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>居住方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>沐浴或穿衣方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>保險／經濟方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>呼吸方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>交通方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>小便方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>工作或就學方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>便秘</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>治療方式的決定</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><u>家庭的問題</u></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腹瀉</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>和小孩相處方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>進食方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>和伴侶相處方面</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>疲倦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>擔心不孕</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腫脹感</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>家人健康的議題</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>發燒</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><u>情緒的問題</u></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>行動方面</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>憂鬱</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>消化不良</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>害怕</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>記憶力或專注力方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>緊張</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>嘴巴破皮</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>難過、傷心</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>噁心</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>擔心</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>鼻子乾或鼻塞</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>對日常活動失去興趣</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>疼痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><u>靈性或宗教的問題</u></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>性生活方面</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>皮膚乾或癢</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>睡眠方面</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>物質濫用</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>手或腳有刺痛感</td> </tr> </tbody> </table>			是	否	<u>實際的問題</u>	是	否	<u>身體的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	照顧小孩方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外觀方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居住方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	沐浴或穿衣方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保險／經濟方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	交通方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	小便方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	工作或就學方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療方式的決定						<u>家庭的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹瀉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	和小孩相處方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	進食方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	和伴侶相處方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	擔心不孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腫脹感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家人健康的議題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	發燒			<u>情緒的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行動方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	憂鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	害怕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	記憶力或專注力方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緊張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嘴巴破皮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	難過、傷心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	噁心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	擔心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼻子乾或鼻塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	對日常活動失去興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>靈性或宗教的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	性生活方面				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚乾或癢				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠方面				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	物質濫用				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手或腳有刺痛感
是	否	<u>實際的問題</u>	是	否	<u>身體的問題</u>																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	照顧小孩方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外觀方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居住方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	沐浴或穿衣方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保險／經濟方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	交通方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	小便方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	工作或就學方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便秘																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療方式的決定																																																																																																																																																	
		<u>家庭的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹瀉																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	和小孩相處方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	進食方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	和伴侶相處方面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疲倦																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	擔心不孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腫脹感																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家人健康的議題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	發燒																																																																																																																																														
		<u>情緒的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行動方面																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	憂鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化不良																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	害怕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	記憶力或專注力方																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緊張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嘴巴破皮																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	難過、傷心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	噁心																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	擔心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼻子乾或鼻塞																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	對日常活動失去興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>靈性或宗教的問題</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	性生活方面																																																																																																																																														
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚乾或癢																																																																																																																																														
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠方面																																																																																																																																														
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	物質濫用																																																																																																																																														
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手或腳有刺痛感																																																																																																																																														

(圖 3) 困擾溫度計(Distress Thermometer，DT)

簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRs-5)，是由臺大李明濱教授等人所發展，又名「心情溫度計」，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具，可幫助醫療人員具體地了解病人情緒困擾的程度，並依據得分結果作適當的處遇，目前廣泛地運用在自殺防治工作中。此量表包含五題症狀之題組，「自殺意念」題項單獨評估，以高於或等於 6 分最為篩檢之切割點。

簡式健康量表是讓病人回想最近一星期（包含評估當天），感到困擾或苦惱的程度。BSRS-5 總分 ≤ 3 分，可排除自殺危險，建議可先詢問症狀的有無，有者再確定嚴重性，題目內容如下：

最近一週以來，您是否有...

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1.睡眠困難	0	1	2	3	4
2.感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4.感覺憂鬱，情緒低落	0	1	2	3	4
5.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6.有過『自殺』的念頭	0	1	2	3	4

#若 BSRS-5 小於等於 3 分，可排除自殺危險，不須詢問第 6 題。

#可先詢問症狀的有無，有者再確認嚴重性。

BSRS-5 分數說明：

BSRS-5 總分為 0-20 分，依據得分可分為幾個等級

- <6 分:正常範圍，表示身心適應狀況良好;
- 6-9 分:輕度,宜做壓力管理,建議找家人或朋友談談，抒發情緒;
- 10-14 分:中度,宜做專業諮詢，建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢;
- 15 分以上:重度,需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科診療。

第六題（有無自殺意念）單項評分。 本題為附加題，本題評分為 2 分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

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

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

病人健康量表-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

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

2. 其他評估工具

癌症病人的疾病因應、生活品質、以及失去意義感，也是重要的指標，在此另外介紹三個評估工具：

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

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

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

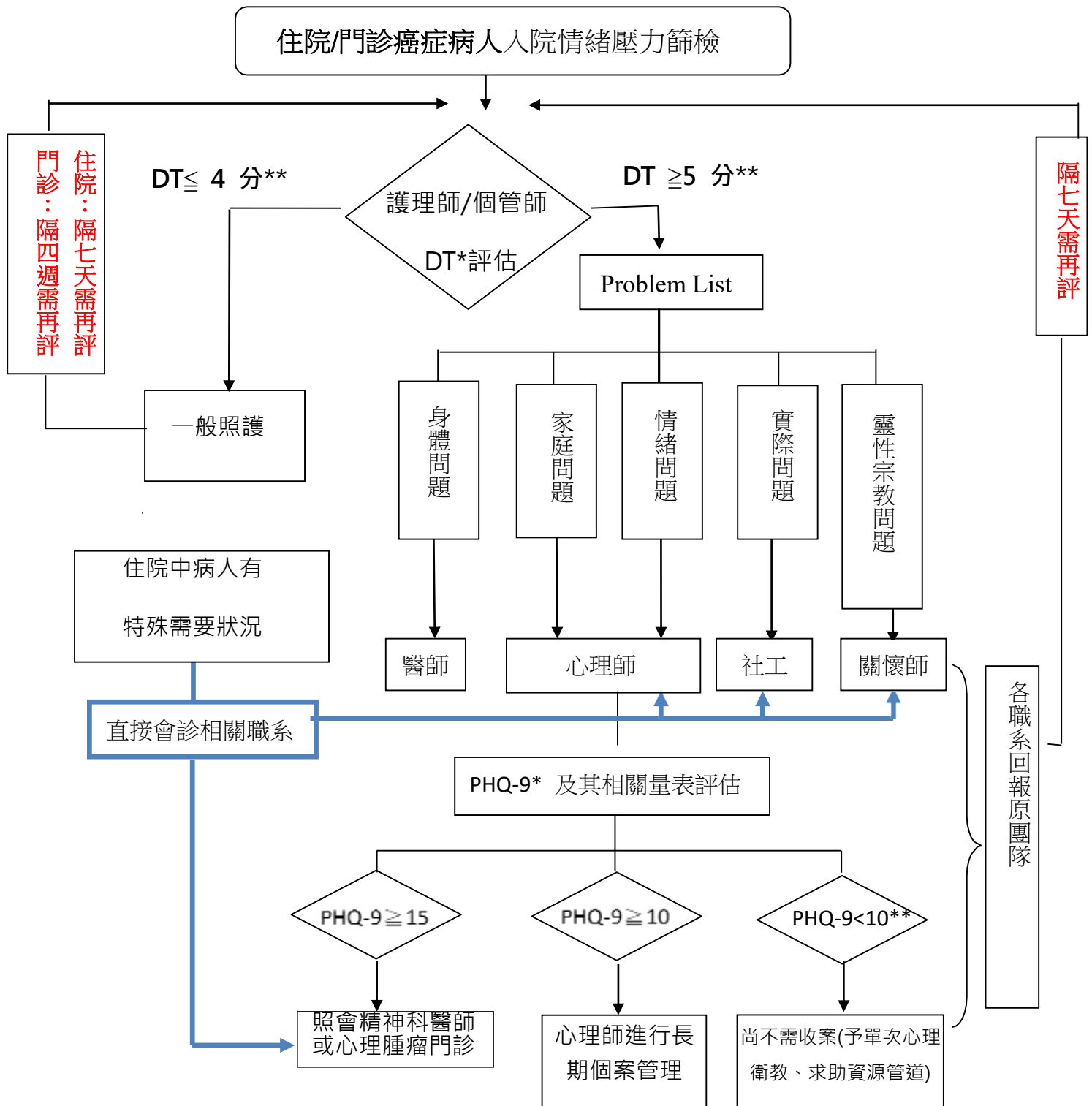
- (一) 身體功能 (Physical Functioning),
- (二) 因身體健康所引起的角色限制(Role Physical)
- (三) 身體疼痛程度(Bodily Pain),
- (四) 整體健康狀況(General Health),
- (五) 活力狀況(Vitality),
- (六) 社會功能(Social Functioning),
- (七) 因情緒問題所引起的角色限制(Role Emotional)
- (八) 心理健康(Mental Health)。

歐洲癌症生活品質核心問卷 The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ- C30)與癌症治療功能評估量表(Functional Assessment of Cancer Therapy: General, FACT-G), 並有針對頭頸癌生活品質的次量表(FACT-HN)。

3. 轉介流程：

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

(圖4) 癌症病人心理腫瘤服務參考流程



說明:此流程為最理想型心理腫瘤照護服務流程，僅為參考。

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

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

二、頭頸癌病人常見的心理暨精神症狀

頭頸癌發生的部位，造成顏面損傷和功能障礙，被認為是頭頸癌病人痛苦的主要原因之一[8-10]。生活的基本功能，例如說話和咀嚼吞嚥功能的變化對頭頸癌病人的心理健康和生活品質，產生很大影響[11]。在所有癌症中，精神障礙和自殺率高[12-13]。頭頸癌發病的人口學特性和健康行為風險因素，需在提供心理腫瘤照護時納入考慮[1]。近年來，人類乳突病毒陽性頭頸癌出現較年輕的病人，是頭頸癌心理健康的一個獨特的挑戰[1]。

一般來說，頭頸癌病人的焦慮憂鬱等情緒困擾的盛行率約在20%到60%[56]。台灣的研究顯示接受手術的口腔癌病人照護需求未獲滿足與較高的情緒困擾有關，相關的因素是癌症期別、焦慮、憂鬱、身體功能以及年齡[57]，另一篇研究則顯示高情緒困擾的病人，與過去有憂鬱症、家庭困擾、身體問題有關[58]。頭頸癌病人的情緒困擾明顯高於其他癌症的病人，且頭頸癌病人較少獲得心理腫瘤專業人員的協助[59]。一個台灣針對癌症住院病人的情緒困擾研究也顯示約30.7%頭頸癌病人有顯著情緒困擾，經分析OR=2.43[60]。研究也發現口腔癌的存活者其憂鬱的預測因子與信仰、喝酒、來自家庭的社會支持相關。與其他癌症相比，精神疾病在頭頸癌病人中比例較高，包括憂鬱、焦慮、創傷後壓力症和自殺，特別是發生在腫瘤分期在T3或T4階段以及咽或喉的頭頸癌病人身上[8]。

(一) 憂鬱

憂鬱症(Major Depressive Disorder, MDD)的發病率高達15-50%。相關的危險因子有：

- 身體功能變化
- 唾液功能障礙和飲食問題
- 慢性疼痛
- 缺乏情緒支援和社交網路
- 迴避的應對方式
- 缺乏開放性討論癌症的家庭等[1.14-16]。

慢性疼痛也會導致焦慮和生活品質和休閒活動顯著降低[15]。此外，逃離接觸/迴避因應策略，如酒或菸的使用，在頭頸癌的病人中很常見，與較差的存活率和較高的心理困擾有關[17]。

在術前有中度至重度憂鬱症狀的頭頸癌病人，其術後功能顯著降低、止痛劑使用增加及治療完成率降低及住院時間延長[19]。

頭頸癌的病人在診斷時出現憂鬱症比率可高達40%，在診斷後3年內仍可達30%，頭頸癌病人憂鬱症症狀的峰值發生在診斷後2~3個月[20-21]。萬一出現疾病復發時達到最高，在存活超過5年的病人身上則會降低[22]，但與一般人口比較仍然高[63]。

憂鬱症在癌症疾病過程中可能難以診斷和治療，因為憂鬱症狀和癌症治療的副作用相仿，包括睡眠障礙、缺乏能量與食慾降低[8]。因此住院和門診應該對憂鬱症有例行的評估，也可以與焦慮的評估同時進行，此外與健康相關的生活品質調查問卷，也常包括篩選情緒變化，都可以作為評估是否有憂鬱的參考。

在臨床上若已達到憂鬱症，應轉介精神科評估與提供適切的治療，例如抗憂鬱藥物，社會心理介入，以及提供病人及家屬衛教與支持等，並須評估自殺風險。

(二) 失志症候群與自殺

1. 失志症候群(Demoralization)：

癌症病人的「失志症候群」(demoralization syndrome)，包含存在的絕望(existential despair)、無望感(hopelessness)、無助感(helplessness)、與生命意義與目的之失落(loss of meaning and purpose of life)。

失志症候群的診斷準則：

1. 存在的痛苦(existential distress)：失去生活的意義與目標，失去希望
2. 悲觀的態度，無助感，被困住感，專注自己的失敗，缺乏有價值

的未來。

3. 對於適應不同情境的動機下降。
4. 社會疏離、孤立、缺乏支持感。
5. 此現象持續超過 2 週。

失志症候群與憂鬱症的比較：

1. 失志症候群偏向心理機轉調適困難後的反應；憂鬱症偏向神經生理機能下降的反應。
2. 失志症候群的感知理解功能比較近於一般人；憂鬱症的感知理解功能變得比較遲鈍。
3. 失志症候群與憂鬱症兩者可以單獨存在，也可共存。
4. 失志症候群與憂鬱症的癌症患者都有自殺的風險，但失志症候群患者的自殺風險更高。

失志症候群的預防與治療：

1. 臨床上提供常態性的心理腫瘤醫學服務，一般被相信有助於預防失志症候群的發生。
 2. 增加病人的意義感與存在價值，甚至能夠促進創傷後成長(post traumatic growth, PTG)，就有可能治療未合併憂鬱症的失志症候群。若合併憂鬱症，則需要考慮合併使用抗憂鬱劑。[61.62]
2. 自殺：

在臺灣男性頭頸癌屬於自殺風險較高的癌症病人[64]。頭頸癌病人自殺的危險因子：

1. 初診斷後。
2. 對身體外觀與功能產生嚴重影響。
3. 性別差異(男性較高)。
4. 個人經濟或社會支持資源不足。
5. 醫護人員無法發現癌症病人的情緒障礙。
6. 失志症候群
7. 憂鬱症

研究顯示，癌症診斷後的第一個月內是自殺風險最高的時候，其後6個月雖然風險程度稍遞減，但仍比一年後高。其中唇癌、口腔癌以及咽喉癌是風險較高的癌症部位[65]。因此對於頭頸癌病人，常規定期的情緒困

擾以及自殺風險評估是必要的。

自殺危機處理

1. 病人有自殺意念，尚無自殺計畫或行為：
 - A. 第一線醫療人員須立即給予情緒支持，
 - B. 盡速會診社工師(或心理師)進行自殺風險評估，
 - C. 會診身心科醫師。
 - D. 團隊盡快為病人建立起情緒支持網絡(如聯繫家人)，避免病人有過度的無助、無望感。
2. 病人有自殺計畫或已經有行為出現：除了上述的處理模式
 - A. 應立即啟動自殺防治機制，
 - B. 最快速度會診身心科醫師，評估與診斷是否有憂鬱症或失志症候群，必要時給予藥物治療。
 - C. 盡速聯繫家屬，須隨時有人24小時陪伴
 - D. 移除周邊危險物品

(三)物質使用障礙

根據國民健康署的資料顯示，自 1999 年至 2016 年，台灣男性頭頸癌的發生率呈現上升的趨勢，頭頸癌的主要危險因子為飲酒、吸菸、嚼檳榔[4]。由於菸草和酒精的使用，讓上呼吸道與消化道上皮細胞暴露在誘發細胞病變的毒性分子中，導致頭頸癌及食道癌的發生[1]。因此在癌症診斷時對病人進行菸和酒精使用情形的調查是重要的，以便協助後續治療方針。

3. 吸煙

在頭頸癌研究中，吸菸比酒精有更高的發生率。頭頸癌病人無家人、就業困難、缺乏醫療保險和財務經濟窘困的比例也較多，表示他們較少有心理支持資源，較少有宗教信仰，可以想見吸菸者的頭頸癌病人在治療後，曾經歷更多困難[1.24.25]。

癌症診斷時期，頭頸癌病人常見情緒障礙，若之前他們有吸菸的習慣，治療期間會持續吸菸[26]。治療後憂鬱症發病率會升高，而使病人持續吸菸的風險增加[27]。如果病人有家人支持，可能有較高機會戒菸，但是社會孤立會明顯影響吸菸持續的行為[28]。當病人對復發有恐懼時，便會持續吸煙[29]，然而繼續吸菸導致存活率下降，增加原發性腫瘤復發與繼發性腫瘤生成的風險，並增加治療藥物的毒性，也增加憂鬱和疼痛[30]。

與持續飲酒的人相比，已戒菸者的焦慮明顯較少[31]。研究顯示可考慮優先治療情緒障礙，徹底執行戒煙計畫，並提供心理和社會支援，防止與吸菸有關的不良後果。

4. 飲酒

頭頸癌病人通常伴有喝酒史，估計多達一半的病人在診斷後繼續飲酒[32]。而頭頸癌病人有酗酒與嚴重憂鬱症狀，和整體生活品質有明顯的負相關[33]。因此酒精成癮的病人應戒酒。

5. 檳榔

有關檳榔對健康之危害，世界衛生組織設立之國際癌症研究總署（IARC）早在1987年即綜合各國研究結果，認定「嚼含菸草的檳榔」或「同時吸菸與檳榔」對人類有致癌性，致癌部位主要在口腔、咽喉及食道。2003年，IARC又邀集台灣代表在內的16位多國學者，依據新有的研究證據，作出了「檳榔子屬第一類致癌物」，證實即使不含任何添加物的檳榔子也會致癌。

物質使用的戒除：

酗酒和吸菸增加頭頸癌發生的風險，且與憂鬱症狀有共病現象，21%的受訪病人中有兩個或兩個以上共發生性問題。戒菸已被證明可以改善酒精影響，並改善情緒[34]。

1. 於病史評估時，應確實了解物質使用量，以及最近一次使用的時間，以便於給予適當的預防及治療措施。

2. 適當治療戒斷症狀如尼古丁或酒精戒斷症狀。
3. 轉介戒菸門診，使用尼古丁替代療法或藥物治療菸癮；轉介酒藥癮門診治療酒精依賴。
4. 提供菸酒檳榔造成危害，以及戒除之後的益處之衛教，增加戒除的動機。
5. 與家屬合作，營造無菸酒檳榔的環境
6. 轉介戒除菸酒檳榔之團體治療。
7. 提供戒除使用的自我調適方法。以檳榔為例，如下表：

【如何拒絕檳榔】

口訣	方法
投桃報李法	當身邊恰巧有食物時，用它取代檳榔回請對方。
安身立命法	以自己身體不適作為理由加以拒絕。
哀兵致勝法	以會引起某人（如妻子、小孩）的不悅為藉口而拒絕。
虛與委蛇法	一時找不到可以推拒的理由，就採用拖延戰術，先躲過這次再說。
走為上策法	立即找個藉口離開現場。
自我解嘲法	若因拒絕嚼檳榔而招對方嘲笑，不妨順勢也拿自己開玩笑，以緩和氣氛。

(四)創傷後壓力症狀(posttraumatic stress symptoms, PTSS)

癌症診斷和治療是令人有高度壓力的事件，對許多病人及其家人來說可能就是創傷。研究顯示，與頭頸癌疾病相關的變化，使頭頸癌病人特別容易受到創傷後壓力症狀的影響[35]。對頭頸癌病人倖存者及家屬的調查發現，與癌症相關的創傷後壓力症狀(posttraumatic stress symptoms, PTSS)在診斷後可能持續多年，33.4%的病人認為自己有症狀，11.8%的病人符合 PTSS 表現。

PTSS 危險因子

1. 病人的因應策略：例如否認、物質使用、行為脫離、發洩、自責等。

2. 在診斷時使用幽默的策略因應癌症，在診斷後 6 個月內與較高的 PTSS 顯著相關。

使用簡短的問卷有助於及早提供心理支持，鼓勵更適切的因應的策略，如解決問題、放鬆、目標設定、溝通和社會支持網絡的發展等[8]。

(五)身體障礙造成的壓力

頭頸癌病人的顏面損傷、說話困難、咀嚼吞嚥困難、營養攝取困擾、腫瘤傷口疼痛等問題，造成身體功能喪失和生活品質下降，這些也都可能與憂鬱症和其他精神疾病的病因和影響有關[19]。在癌症治療過程中，憂鬱的頭頸癌病人，更有可能在治療期間和治療後，生活品質降低、長時間住院，以及自理能力下降。憂鬱病人完成治療計劃可能性降低，亦因疲勞和其他合併症而致失能，而且繼續使用吸菸和飲酒等不適切的因應[19]。

顏面的損傷

顏面的毀損與明顯的傷口，是造成病人痛苦的原因之一。吞嚥困難與咀嚼或說話的障礙，也影響病人心理健康與日常生活功能。頭頸腫瘤手術治療的主要目標是清除惡性腫瘤，以延長存活期。遺憾的是，手術通常伴隨著嚴重的頭頸部外觀改變，並對病人的非腫瘤部位也產生巨大影響。外觀改變，給病人帶來明顯的困擾，降低他們的社會生活品質。

在手術前，外科醫師必須與病人及其家人就預期的術後外觀改變、重建方案、及預期的功能障礙等結果，進行徹底討論。經過充分準備術前討論，關注社會心理需求，可以減少顏面損傷帶來的壓力[36]。

溝通和吞嚥功能障礙

頭頸癌的治療方法可能導致溝通和吞嚥功能障礙，臨床醫師要考慮這些功能障礙，對病人的心理健康和生活品質的影響，同時亦要了解這些功能障礙對於病人的日常活動影響的程度，以及病人因應上述變化的能力[37]。例如：口腔癌治療後的吞嚥能力和憂鬱是吞嚥困難特定健康相關生活品質最重要的因素。吞嚥運

動的訓練可以改善情緒性吞嚥困難的生活品質，因此，整體照護計畫應包括教育性的介入措施，管理吞嚥障礙及因應情緒困擾[66]。

疼痛問題

在頭頸癌病人中進行的研究顯示，疼痛在診斷時有 50% 的病人出現此症狀，在治療期間為 81%，在腫瘤治療後為 70%。而且在 30% 的病人中，治療期間的疼痛嚴重程度，還高於治療前的疼痛程度[38]，因此適當的疼痛控制是重要的。

癌因性疲憊症

癌因性疲憊症(Cancer-related fatigue,CRF) 於頭頸癌病人中相當常見，約有 45–90% 的存活者有此症狀。癌因性疲憊症不僅在接受治療中，如正在進行放射治療時會出現，治療後也可能持續數個月或是數年之久，是相當令人困擾的症狀。癌因性疲憊症嚴重時會影響生活品質與情緒，而且通常即使有充足的休息也不見改善[67]。

相關因子有[68]：

1. 較晚期的期別
2. 身體功能較差者
3. 疼痛
4. 情緒困擾
5. 睡眠障礙
6. 貧血
7. 營養狀態較差
8. 甲狀腺功能低下

治療方式通常以非藥物治療[69]，例如：

1. 多模式運動計畫(multimodal exercise and walking programs)
2. 能量保存法(restorative approaches)
3. 支持性表達性治療(supportive-expressive psychotherapy)
4. 認知行為治療(cognitive-behavioral psychosocial interventions)

(六)經濟議題造成的壓力

經濟困難在頭頸癌病人中尤為常見，因為病人多為家中經濟重要支柱，並且許多病人及其家人這方面的需求未獲得適當的協助[39]。可以使用評估工具，例如困擾溫度計中的問題清單，了解病人需求，預防病人及家人陷入經濟困境，以協助病人和其家人能夠面對頭頸癌治療與維持生活。因此可轉介個案師或社工師協助病人及家屬尋找醫院內外可用之社會支持資源，如相關非營利癌症協會或基金會等。

(七) 人類乳突病毒造成的壓力

人類乳突病毒陽性之頭頸癌已知是由性行為傳播，其危險因子有：年輕時第一次性行為時間或大量的伴侶，以及大麻使用的頻率[40]。然而危險因子的探討，可能讓病人對性行為、過去關係和配偶忠誠的猜疑，因而產生焦慮情緒，也可能使病人及家人除了罹癌之外，帶來更多的壓力[41]。

與病人及家屬說明人類乳突病毒陽性時，應以中立不帶批評及非汙名化的方式(non-stigmatizing fashion)，例如可舉例子宮頸癌的病人中也有高比例是屬於人類乳突病毒陽性的事實，並說明潛在可能感染伴侶的風險。說明時建議要慢慢說明，並以適合病人及家屬教育與文化背景的語言及方式解說。[70]

(八)主要照顧者負荷

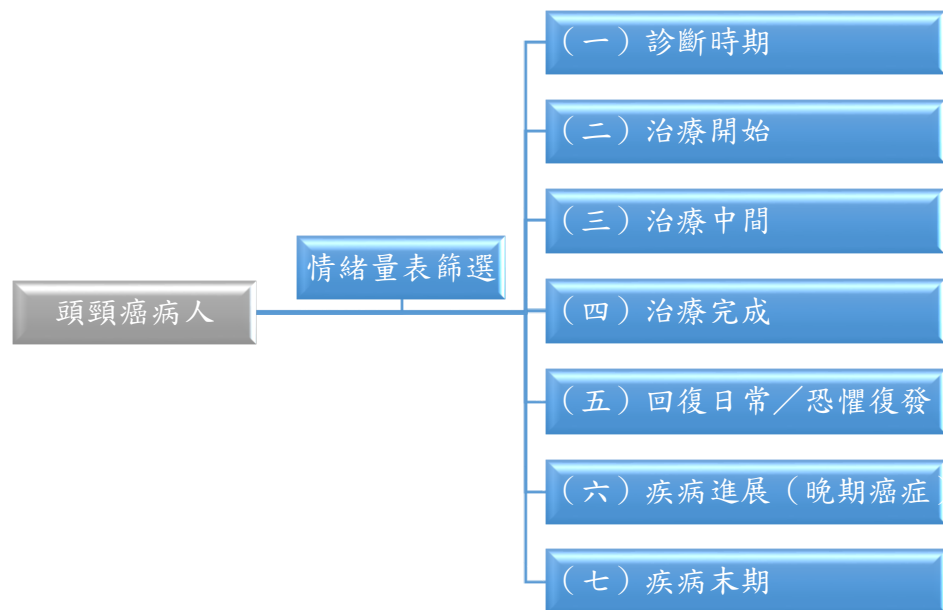
主要照顧者的定義是與病人有密切關係的人(如配偶、家庭成員、密友)。

頭頸癌的心理社會照護需求較為複雜，且因病人大都是男性，在台灣的文化背景，男性病人較不容易與人主動訴說困擾。因此頭頸癌病人的主要照顧者的身心負擔也較大。主要照顧者有 19% 在病人診斷 6 個月時符合創傷後壓力症狀，這與主要照顧者對治療益處低、病人有許多癌症相關症狀、以及主要照顧者迴避的因應策略有關[42]。

因此提供主要照顧者心理教育與支持措施，如喘息服務，讓主要照顧者與病人都有更好的身體和情緒健康是重要的。臨床照護人員應幫助頭頸癌的主要照

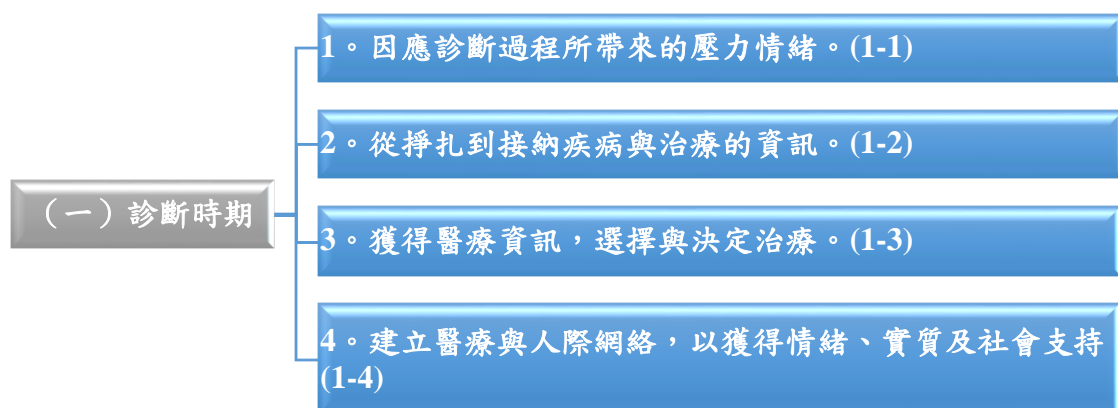
顧者及病人提高他們的社交技巧、表達情緒及尋求支持。參與行為改變計畫及衛生教育可降低憂鬱，減少對於社交的恐懼及避免社交的互動，提升身體的功能。
[71-73]

三、頭頸癌心理腫瘤介入階段



圖三 頭頸癌病人歷經階段

(一)診斷時期 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖四 診斷時期之心理腫瘤照護

(1-1)因應診斷過程所帶來的壓力情緒。

- 1.運用會談協助適當抒發情緒。
- 2.使用情緒量表協助評估。
- 3.適時使用治療失眠、抗憂鬱與焦慮藥物。
- 4.提供心理諮商與治療，例如，認知行為治療及放鬆冥想方法等。
- 5.遇有自殺意念者，及早轉介精神專科診療。

(1-2)從掙扎到接納疾病與治療的資訊。

- 1.運用病情告知原則傳遞疾病與治療的資訊。
- 2.運用醫病共享決策討論治療選擇。
- 3.運用同理心支持討論病情與治療的情緒壓力。

(1-3)獲得醫療資訊，選擇與決定治療。

- 1.運用病情告知原則傳遞疾病與治療的資訊。
- 2.運用醫病共享決策討論治療選擇。
- 3.運用同理心支持討論病情與治療的情緒壓力。

(1-4)建立醫療與人際網絡，以獲得情緒、實質及社會支持。

- 1.評估病人醫療、社會福利、家庭、經濟、工作、信仰、人格等背景。
- 2.盤點病人及家屬內部與外部資源。
- 3.強化病人與家屬可以使用的內在與外部資源。
- 4.頭頸癌醫療團隊應建立追蹤機制，保持病人與醫療系統之間的連結。

(二)治療開始 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖五 治療開始時期之心理腫瘤照護

(2-1)了解治療計畫。

- 1.運用醫病共享決策討論治療選擇。
- 2.提供適合且有利於了解治療計畫的資訊。
- 3.溝通時使用適當且易於了解的文字或圖像輔助。

(2-2)調整壓力心情。

- 1.運用會談協助適當抒發情緒。
- 2.使用評估量表協助評估。
- 3.適時使用治療失眠、抗憂鬱與焦慮藥物。
- 4.提供心理諮商與治療，例如，認知行為治療及放鬆冥想方法等。
- 5.遇有自殺意念者，及早轉介精神專科診療。

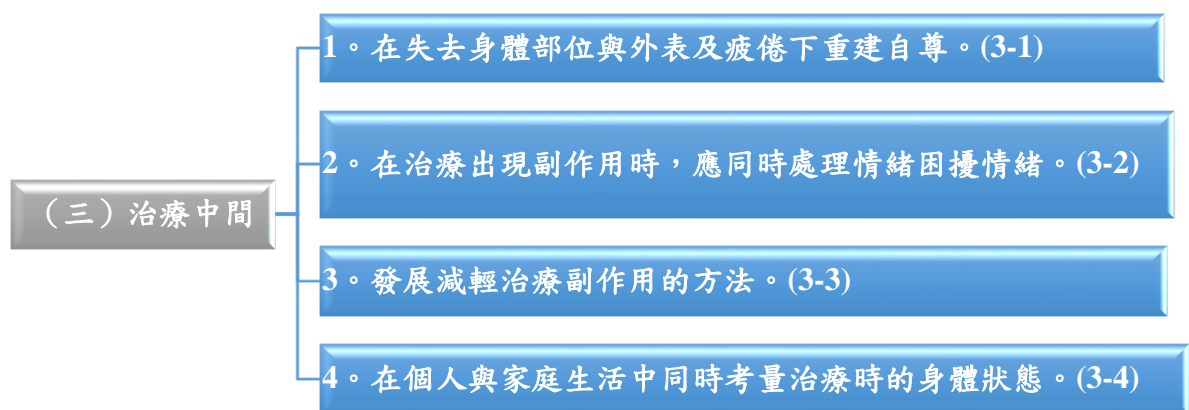
(2-3)準備應付治療的影響。

- 1.協助了解治療會帶來的身體影響。
- 2.協助認識治療引起的副作用。
- 3.準備適合且易於閱讀的資訊。

(2-4)告知親友治療需求和期望獲得支持。

- 1.評估親友的協助，例如情感支持、身體照護、就醫陪伴、醫療決策等。
- 2.討論所需的親友支持形式與安排，並尊重其意願。
- 3.建議與家人一起討論治療需求。
- 4.必要時，邀請家人參與家庭會議。
- 5.若無親友，可轉介社工師連結社會資源。

(三)治療中間 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖六 治療中間時期之心理腫瘤照護

(3-1)在顏面損傷、身體功能改變及疲倦下重建自尊。

- 1.討論外表與自我尊嚴、自我價值的關聯。
- 2.依照顏面改變的程度進行心理重建。
- 3.如果焦慮與憂鬱的程度影響生活，給予適當的藥物治療或轉介身心科診療。
- 4.協助保持對治療的希望與信心。

(3-2)在治療出現副作用時，應同時處理情緒困擾。

- 1.告知可能發生的副作用，並有效控制副作用。
- 2.提供充足的醫療資訊討論治療持續的必要。

- 3.提供心理支持，減少中斷治療的情形，必要時轉介身心科診療。
- 4.遇有自殺意念者，及早轉介精神專科診療。

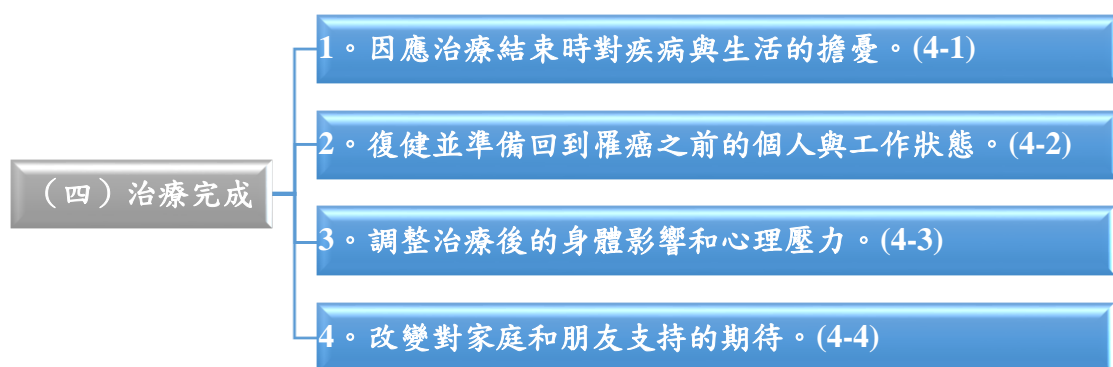
(3-3)發展減輕治療副作用的方法。

- 1.非藥物治療減輕副作用與藥物治療同等重要。
- 2.協助發展調適心情的方法，例如，放鬆、休息、休閒等。
- 3.提醒保持日常生活的健康飲食、調整適合的進食方式，攝取足夠的營養、充足睡眠、規律運動。
- 4.戒除菸酒檳榔。

(3-4)在個人與家庭生活中同時考量治療時的身體狀態。

- 1.評估病前以及目前的生活或工作所需身體的能力，漸進式的調整能夠達成的身體能力。
- 2.必要時可請求接受他人協助，但同時保持維持自理的生活機制。
- 3.跨專業團體的介入，例如職能治療師、物理治療師、語言治療師、呼吸治療師、傷口照護師、及營養師等。

(四)治療完成 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖七 治療完成之心理腫瘤照護

(4-1)因應治療結束時對疾病與生活的擔憂。

- 1.治療接近完成之前，討論疾病對生活與工作的影響。
- 2.協助了解返診追蹤計畫，保持與治療團隊的連繫。
- 3.評估心理壓力程度與自我價值影響的程度。
- 4.遇有自殺意念者，及早轉介精神專科診療。

(4-2)復健並準備回到罹癌之前的個人與工作狀態。

- 1.復健所需跨專業團體的介入，例如職能治療師、物理治療師、語言治療師、傷口照護師、營養師、與社工師等。
- 2.依照顏面改變的程度進行心理重建，討論回歸社會的挑戰因應。
- 3.提供身心障礙、重返職場等社會福利資訊，適時轉介所需資源。
- 4.提供病友團體的資訊，鼓勵參與並從中獲得支持。
- 5.提供病友自我身心照護資訊。

(4-3)調整治療後的身體影響和心理壓力。

- 1.協助顏面改變後的心理壓力調適，哀悼喪失的外表與身體能力，如吞嚥、張口困難、口乾或說話功能。
- 2.如果焦慮與憂鬱的程度影響生活，給予適當的藥物與非藥物治療。
- 3.討論因顏面改變造成未來不便時的因應方法。

(4-4)改變對家庭和朋友支持的期待。

- 1.協助討論親友在治療期間的協助照護，逐漸規劃將照護改變成生活的自理。
- 2.若身體改變影響日常生活，重新調整如何獲得家人或相關社會資源協助。
- 3.鼓勵參與病友團體相互支持及學習。
- 4.協助保持對治療結果的希望與信心。

(五)回復日常／恐懼復發 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖八 回復日常／恐懼復發時期之心理腫瘤照護

(5-1)哀悼身體與生活不再回到從前的失落。

- 1.協助討論生命失落事件及其影響。
- 2.協助發展悲傷情緒的哀悼因應方法，例如抒壓、宣洩、認知建構等。
- 3.協助面對病友同儕復發的情況。
- 4.協助面對生活中無法如以前做得到的事情時調適沮喪和無助感。

(5-2)因應面對可能復發的恐懼。

- 1.定期評估心情狀態。
- 2.協助保持對治療結果的希望與信心，鼓勵定期追蹤回診。
- 3.追蹤檢查前應多關注病人心理情緒變化。
- 4.若焦慮與憂鬱程度影響日常生活，建議可轉介精神科或藥物治療。

(5-3)因應他人對自己的評價與社會污名化。

- 1.依顏面與身體改變程度與醫療團隊討論重建計畫。
- 2.若身體改變影響日常生活，發展向他人解釋與溝通之方法。
- 3.討論別人投以異樣眼光時之社交應對，並可轉介社工師或心理師尋求協助。

(5-4)建立新的自我概念和正向的自我形象。

- 1.討論疾病影響自我概念的程度。
- 2.討論如何維持自我形象與尊嚴。
- 3.訓練以合理的方式進行自我評價與統整。

(5-5)發展自我的能力和控制力。

- 1.協助討論並增強自我因應疾病與健康能力的策略。
- 2.討論持續控制身體因疾病或治療造成障礙的方法。(可參閱相關協會、基金會等資訊)
- 3.定期回診時與醫療團隊人員諮詢身體功能改變情形的治療方法。

(5-6)持續和他人建立支持性的關係。

- 1.協助轉介參與病友團體。
- 2.若與家人及朋友溝通困難時，安排夫妻、家庭會談。
- 3.協助與醫療團隊人員保持良好治療關係。

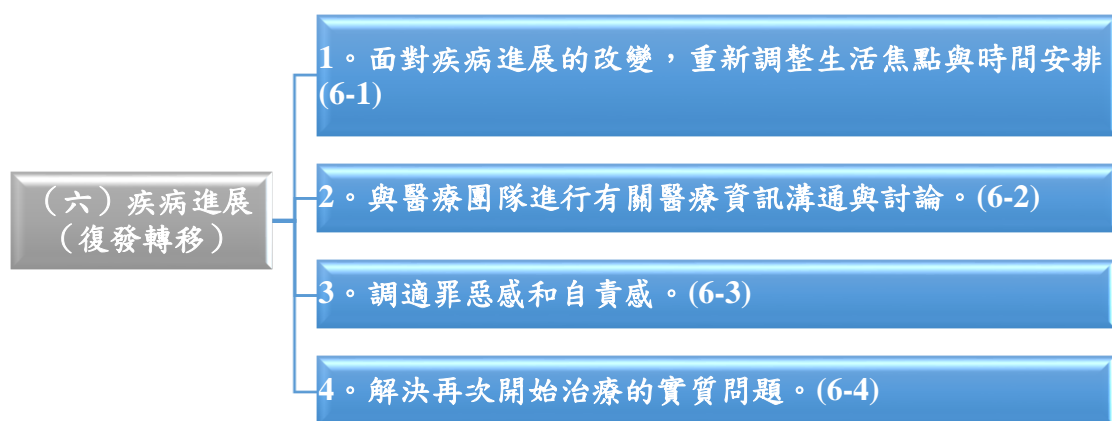
(5-7)重獲日常生活樣貌。

- 1.維持營養攝取與復健計畫。
- 2.鼓勵回復日常生活與工作。
- 3.肯定保持運動與休閒活動。

(5-8)統整價值觀、人生目標和改變優先順序。

- 1.協助討論人生意義。
- 2.協助人生目標排序。
- 3.協助生命回顧。

(六)疾病進展(復發或轉移)(請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖九 疾病進展時期之心理腫瘤照護

(6-1)面對疾病進展的改變，重新調整生活焦點與時間安排。

- 1.協助面對疾病進展的事實。
- 2.協助調整生活與時間安排，與家人協調如何獲得支持與資源。

(6-2)與醫療團隊進行有關醫療資訊溝通與討論。

- 1.運用病情告知原則傳遞疾病與治療的資訊。
- 2.運用醫病共享決策討論複雜治療選擇。
- 3.溝通時使用適當且易於了解的文字或圖像輔助。
- 4.運用同理心支持討論病情與治療的心情。

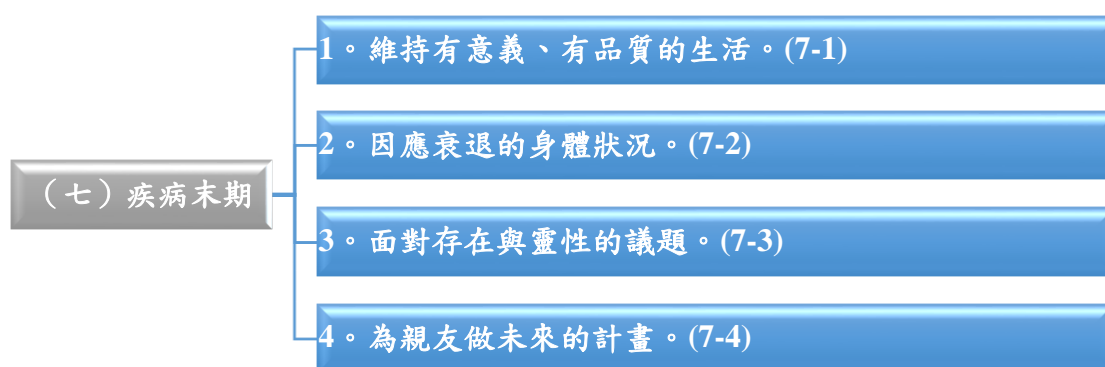
(6-3)調適憤怒、罪惡感和自責感。

- 1.協助討論疾病進展的失落及其影響。
- 2.協助發展疾病無法控制時自責情緒的哀悼因應方法，例如抒壓、宣洩、認知建構等。
- 3.協助面對生活中無法如以前做得到的事情時調適沮喪和無助感。
- 4.運用會談協助適當抒發情緒。
- 5.使用壓力、憂鬱量表協助評估。
- 6.適時使用治療失眠、抗憂鬱與焦慮藥物。
- 7.提供心理諮商與治療，例如，認知行為療法及放鬆冥想方法等。
- 8.遇有自殺意念者，及早轉介精神專科診療。
- 9.心腫團隊提供支持原治療團隊成員的挫折與失落。

(6-4)解決再次開始治療的實質問題。

- 1.依需要轉介治療所需的財務與社會資源協助。
- 2.討論再次往返醫院治療與生活及工作的需求如何獲得支持。

(七)疾病晚期 (請參照圖 1 之疾病歷程照護要點)



圖十 疾病晚期之心理腫瘤照護

(7-1)維持有意義、有品質的生活。

- 1.協助決定末期治療方向。
- 2.討論有意義的生活日程規畫。
- 3.了解日常生活關切的需求如何獲得滿足。

(7-2)因應衰退的身體狀況。

- 1.提供有效地症狀控制，包括非藥物與輔助療法。
- 2.若身體損害影響日常生活，重新調整如何獲得家人或相關社會資源協助。
- 3.協助處理無助與無望的情緒。
- 4.建議會診緩和醫療團隊共同照護。

(7-3)面對存在與靈性的議題。

- 1.協助生命回顧。
- 2.協助探詢與統整人生意義。
- 3.協助討論並轉介適當信仰力量。

(7-4)為親友做未來的計畫。

- 1.協助向親友表達情感。
- 2.協助討論善終準備事宜。
- 3.討論後事規劃。
- 4.提供悲傷關懷。

四、頭頸癌心理腫瘤照護服務議題

(一) 病情溝通與決策共享

在癌症的各個階段，包括初被診斷時，或治療後再度復發或轉移，或停止抗癌治療時，病人、家屬，以及病人希望被告知的對象，皆需明確的說明，以了解病情狀態。醫療團隊清楚地告知病情，除了可以提供病人與家屬對於疾病進展及治療資訊，且能協助其調適因為癌症與其變化帶來的生理、心理、社會與靈性等相關問題。

1. SPIKES 模式及 SHARE 模式：

因頭頸癌病人因疾病因素或是治療後的影響，導致語言功能障礙、聽力受損等因素，醫療團隊可善加利用圖片、手寫板等工具協助溝通。並須有耐性等待病人寫字或是利用發聲器說話完畢，再作適當回應，並放慢說話速度，以利溝通。

目前被各國醫界廣泛使用的病情告知模式有兩種：SPIKES 模式及 SHARE 模式，以下為兩種常用模式[43]。

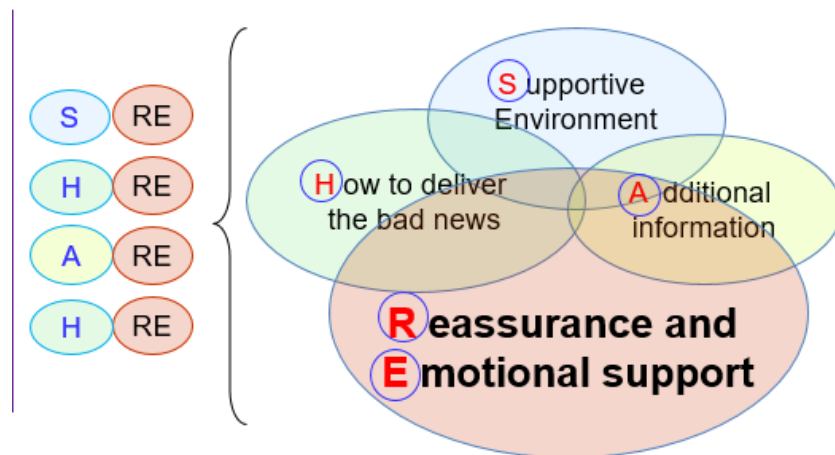
(表 1) SPIKES 與 SHARE 兩種癌症病情告知模式的比較

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

在台灣，台灣心理腫瘤醫學學會推廣的病情告知模式為 SHARE model，為四大構面：設定支持性的環境(Supportive environment)、告知壞消息(How to deliver

the bad news)、提供附加資訊 (Additional information)與提供再保證及情緒支持 (Reassurance and Emotional support)，簡稱為 SHARE model，另設計出以角色扮演之訓練方式，使學習後確實有助於其病情告知之能力。

告知的歷程與要素



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

以病人為中心，協助病人了解醫療的資訊及治療選項間的利弊、引導病人表達自己的喜好和想法以協助病人做出醫療決定。以 Dr. Elwyn 發展的 Three talk model 最為簡明[44]，包含三大步驟：

1. 團隊溝通(team talk)：邀約病人參與決策過程，讓病人明白他是自己身體的專家，故其重要性等同於醫師的專業知識，雙方為夥伴關係，故病人需共同考量，並積極參與決策。
2. 選項溝通(option talk)：提供病人關於治療選項的相關資訊，透過病人決策工具(patient decision aid，PDA)輔助說明，團隊成員和病人討論治療選項的實證依據，著重於詳細分析治療之間的利弊及風險。
3. 決策溝通(decision talk)：醫師協助病人探索、建構和整合個人對治療的偏好，並與病人共同做出最適合且可行的治療決定，過程中，醫師應對病人的喜好保有高度的好奇心與尊重。

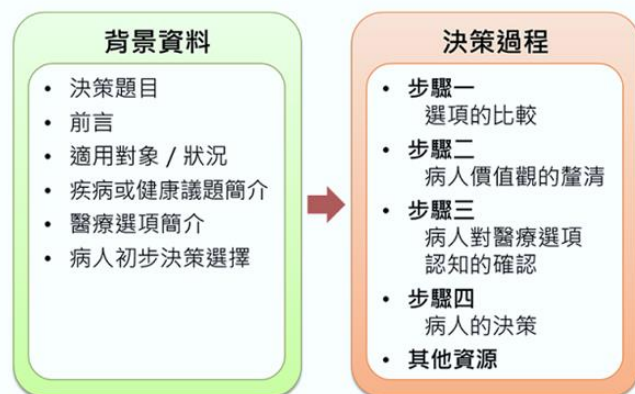
上述三個步驟中又各細分為 4-6 個重要元素，以下表格為詳細說明。

(表 2)Three talk model

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

決策輔助工具 (PDA) 的內容有什麼？

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



(二)藥物治療

一般來說，常用的精神藥物包含抗憂鬱劑、抗精神藥物、抗焦慮劑與安眠藥物。

1. 抗憂鬱藥物：

選擇性血清素回收抑制劑(SSRIs)，由於與其他抗憂鬱劑的安全和副作用問題，被認為是安全治療癌症病人的憂鬱用藥。SSRIs 包括citalopram、escitalopram、fluoxetine、paroxetine、和sertraline。Citalopram hydrobromide。SSRIs的副作用最常見的包括性功能障礙、嗜睡、體重改變、失眠、焦慮和頭暈。其他較新的抗憂鬱劑，如bupropion、venlafaxine、mirtazapine，也用於癌症病人。有些抗憂鬱劑也有抗焦慮、治療恐慌症等效果。臨床醫師必須權衡副作用，以及與化療藥物或病人使用的其他藥物的相互作用。

2. 抗精神病藥物：

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

不論是抗憂鬱或抗精神病藥物，都必須考量到藥物的副作用及交互作用。

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

3. 抗焦慮劑與安眠藥物：

此類藥物用於病人焦慮、治療酒精戒斷症或是出現睡眠障礙時，抗焦慮藥物多為 benzodiazepine，如 Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam, Fludiazepam, Diazepam 等。因為抗焦慮劑有嗜睡、鎮靜、肌肉鬆弛無力、步態不穩等

副作用，使用時須考慮藥物副作用與病人身體症狀，選擇較合適的藥物。

多數的抗焦慮劑因為有嗜睡、鎮靜的副作用，因此臨床也常用於失眠。助

眠的藥物除了 Benzodiazepine 類藥物之外尚有 Z 類(Z drug)的藥物，如

zolpidem, zopiclone, Zaleplon 等(表 3)。可以依照病人失眠的型態，如入睡

困難型、易中斷或是早醒等選擇短、中、長效藥物。並須提供病人及家屬

衛教，預防跌倒以及少數可能在服藥後出現複雜行為的可能。

抗焦慮劑與安眠藥物皆以緩解症狀為主，因此以有效最低量，短期使用為

原則。若需長期使用，則建議轉介至精神科醫師評估。

(表 1) 抗憂鬱劑的作用、副作用及酵素系統代謝

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

備註：[74-78]

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

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

(表 2) 抗精神病藥物的副作用[79]

抗精神病藥物		<u>Aripipra-</u> <u>zole</u>	<u>Chlorpro-</u> <u>mazine</u>	<u>Halo-</u> <u>peridol</u>	<u>Olanza-</u> <u>pine</u>	Risperidone	<u>Quetia-</u> <u>pine</u>
副作用	鎮靜	+	+++	+	++	+	++
	EPS	+	+	++++	+	+	0
	抗膽鹼副作用	0 to +	+++	+	++	+	0 - +
	姿勢性低血壓	+	+++	+	++	+	++
	QTc 延長	0	0	+	0	+	0
	體重增加(長期使用)	+	+++	N/A	++++	+	+++

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

抗膽鹼副作用:口乾，視力模糊，排尿困難

(表 3) 抗焦慮劑與安眠藥物 [79]

藥物比較						
			適應症			
藥物	Peak (hrs)	T _{1/2} (hrs)	抗焦慮	鎮靜/安眠	抗癲癇	代謝路徑
Long half-life						
Clobazam	1-3	11-77	yes		yes	Liver/oxidation
Clonazepam	1-2	18-50	yes		yes	Liver/ nitro-reduction
Diazepam	0.5-2	20-80 (40-100) ³	yes		yes	Liver/oxidation
Fludiazepam	1-3-	10-30(23)	yes	yes		Liver/oxidation

Flurazepam	1-3	47-100		yes		Liver/ oxidation
Intermediate-to-long half-life						
Flunitrazepam	1.3-1.9	16-35		yes		Liver/ oxidation
Intermediate half-life						
Alprazolam	1-2	6.3-26.9	yes			Liver/ oxidation
Estazolam	2	8-28		yes		Liver/ oxidation
Lorazepam Ativan 0.5mg/tab	2-4	10-20	yes	yes		Liver/ conjugation
Anxicam 2mg/vial	-			yes	yes	
Short half-life						
Brotizolam	15-30 min	3-8		yes		Liver/ oxidation
Triazolam	15-30 min	1.5-5.5		yes		Liver/ oxidation
Midazolam Dormicum 7.5mg/tab Dormicum 15mg/amp	-	1.8-6.4		yes		Liver/ oxidation
Non-Benzodiazepine						
藥物	Onset of action	T1/2 (hrs)	適應症			Active metabolite
Zolpidem	rapid	1.5-2.4		失眠		No
Zaleplon	rapid	1		失眠		No
Zopiclone	rapid	5-7		失眠		No

(三)認知行為治療

認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)是一種短期的治療，旨在透過改變病人的想法、行為或兩者，來改變不適應的情緒反應。CBT 與心理衛教、放鬆訓練等，對於頭頸癌的情緒困擾有效果。CBT 還與吞嚥療法結合，治療吞嚥困難(cognitive behavioural therapy techniques with swallowing therapy) [47]。有需要時可轉介精神科醫師、心理師或社會工作師，給予相關的心理治療。

(四)病友團體

醫院或社區病友支持團體有助於應對疾病和治療的日常生活，提升社會支持與自我效能和健康。社交網絡幫助提高喉癌病人的應對能力，臨床醫師和臨床工作人員應鼓勵病人參與這些團體，向病人提供當地病友團體資訊，並鼓勵病人尋求支援，提高其心理健康[48]。

(五)其他心理支持介入方法

1. 正念減壓用於接受放射治療的頭頸癌病人，發現緊張焦慮的程度在研究過程中顯著下降[49]。
2. 討論管理治療副作用的心理衛教，人際溝通技能培訓，以促進適應和改善自我照顧，對於治療期間的症狀緩解，對身體、心理、社會功能的恢復有助益。
3. 復健計畫能改善與頭頸癌相關的吞嚥困難、疲勞、聽力損失以及疼痛和僵硬。
4. 營養計畫也應當積極介入，因為營養不良是頭頸部癌症病人發生憂鬱症狀的危險因素[50]。

(六)主要照顧者支持

癌症病人通常需要主要照顧者的支持，主要照顧者是影響病人疾病治療的因素之一。這些照顧者，通常是朋友和親戚，也會經歷許多情感和身體方面的挑戰，包括情緒困擾，憂鬱和焦慮[51]。頭頸癌病人的主要照顧者情緒困擾率為 20–38%[52]。影響主要照顧者的心理健康的因素有：

1. 病人疾病特徵(如診斷階段、病人功能狀態和病人需求)
2. 主要照顧者個人特徵
3. 資源(如社會人口因素和社會支持)的功能[53]。

診斷後 6 個月是主要照顧者出現嚴重情緒困擾較多的時間[53]，此時主要照顧者對病人癌症復發的恐懼程度很高，與情緒困擾呈現正相關[54]。在病人與其配偶配對的研究中，發現病人使用人工營養管路和病人體力較差者，配偶情緒困擾程度較高⁵⁵。因此提供主要照顧者心理與社會支持是重要的。

(七)癌症治療團隊的支持

頭頸癌病人心理照護的過程，先是評估了解過去精神病史、因應疾病的策略、社會支持系統、健康行為和個人經歷，再針對病人提供個人化照護。這對癌症治療團隊來說是不容易的挑戰。然而癌症照護必須涵蓋頭頸癌與治療相關生理與心理壓力因素，如病人與家屬對疾病和治療的選擇、預期的負面手術後果，包括外貌和身體形象影響，人際關係、病程的不確定性、對日常生活的干擾、溝通問題、對復發的恐懼、對被汙名的困擾、存在與靈性因素、財務問題、以及資訊不足等[1]。

值得注意的是，頭頸癌照護團隊必須面對病人與家屬的痛苦，並會經歷一些病人正在經歷的負面情緒。看著病人疲憊、焦慮、憂鬱和自殺意念，醫療團隊也在過程中一起面對著，造成如耳鼻喉科、口腔外科等專業倦怠的風險高[1]。心理腫瘤的介入可以提供協助，處理團隊面對經歷頭頸癌病人創傷經驗，以減輕臨床工作造成的壓力，避免身心耗竭(burnout)。

參考文獻

1. Mei C & Sargi Z Mental health in head and neck cancer. In CE Fundakowski (Ed.), *Head and Neck Cancer: Psychological and Psychosocial Effects*, 2020;59-82. Switzerland: Springer.
2. Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R. *Psycho-Oncology* 3rd edition: Oxford University Press.; 2015.
3. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol.* 2017;3(4):524–48.
4. 國家衛生研究院。酒精對於頭頸癌風險及存活之影響。國家衛生研究院電子報，820期。2019，<https://enews.nhri.org.tw/archives/2527>。
5. O'Driscoll, Corner, Bailey. The experience of breathlessness in lung cancer. *European Journal of Cancer Care.* 1999;8(1):37-43.
6. Fang C-K, Chang M-C, Chen P-J, Lin C-C, Chen G-S, Lin J, et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support Care Cancer.* 2014;22(12):3165-74.
7. Wang G-L, Hsu S-H, Feng A-C, Chiu C-Y, Shen J-F, Lin Y-J, et al. The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology.*
8. Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ. A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2009;7(6):397–403.
9. Moschopoulou E, et al. Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Support Care Cancer.* 2018;26(9):3003–11.
10. Rhoten BA, Murphy B, Ridner SH. Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral Oncol.* 2013;49(8):753–60.
11. De Boer MF, et al. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: a review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;120(3):427–36.
12. Anguiano L, et al. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012;35(4):E14–26.
13. Threader J, McCormack L. Cancer-related trauma, stigma and growth: the ‘lived’ experience of head and neck cancer. *Eur J Cancer Care.* 2016; 25(1):157–69.
14. Wu YS, et al. Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:1029–36.
15. Cramer JD, Johnson JT, Nilsen ML. Pain in head and neck cancer survivors: prevalence, predictors, and quality-of-life impact. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;159(5):853–8. <https://doi.org/10.1177/0194599818783964>.

16. Horney DJ, et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2011;33(1):65–71.
17. Morris N, et al. The relationship between coping style and psychological distress in people with head and neck cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 2018;27(3):734–47.
18. Irwin M, et al. Reduction of immune function in life stress and depression. *Biol Psychiatry*. 1990;27(1):22–30.
19. Barber B, et al. Depression and survival in patients with head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;142(3):284–8.
20. Humphris GM, Ozakinci G. Psychological responses and support needs of patients following head and neck cancer. *Int J Surg*. 2006;4(1):37–44.
21. Hammerlid E, et al. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *Br J Cancer*. 1999;80(5–6):766–74.
22. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985;313(4):270–3.
23. Klimkiewicz A, et al. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part II. Pathogenesis and treatment. *Psychiatr Pol*. 2015;49(2):277–94.
24. Cigarette Smoking and Tobacco Use Among People of Low Socioeconomic Status. Available from: <https://www.cdc.gov/tobacco/disparities/low-ses/index.htm>.
25. Sterba KR, et al. Smoking status and symptom burden in surgical head and neck cancer patients. *Laryngoscope*. 2017;127(1):127–33.
26. Chen AM, et al. Tobacco use among long-term survivors of head and neck cancer treated with radiation therapy. *Psychooncology*. 2014;23(2):190–4.
27. Karnell LH, et al. Persistent posttreatment depressive symptoms in patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2006;28(5):453–61.
28. Penedo FJ, et al. Perceived social support as a predictor of disease-specific quality of life in head-and-neck cancer patients. *J Support Oncol*. 2012;10(3):119–23.
29. Van Liew JR, et al. Fear of recurrence impacts health-related quality of life and continued tobacco use in head and neck cancer survivors. *Health Psychol*. 2014;33(4):373–81.
30. Duffy SA, et al. Pretreatment health behaviors predict survival among patients with head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 2009;27(12):1969–75.
31. McDermott MS, et al. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):62–7.
32. Sivasithamparam J, et al. Modifiable risk behaviors in patients with head and neck cancer. *Cancer*. 2013;119(13):2419–26.

33. Potash AE, et al. Continued alcohol use in patients with head and neck cancer. *Head Neck*.2010;32(7):905-12.
34. McCarter K, et al. Smoking, drinking, and depression: comorbidity in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Cancer Med*. 2018;7(6):2382–90.
35. Posluszny DM, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms in newly diagnosed patients with head and neck cancer and their partners. *Head Neck*. 2015;37(9):1282–9.
36. Kahue C, Seim NB & Mannion K. Disfigurement. In CE Fundakowski (Ed.), *Head and Neck Cancer: Psychological and Psychosocial Effects*, 2020;83-106. Switzerland: Springer.
37. Ebersole B & Moran K. Impact of communication and swallowing dysfunct. In CE Fundakowski (Ed.), *Head and Neck Cancer: Psychological and Psychosocial Effects*, 2020;107-126. Switzerland: Springer.
38. Mirabile A. The impact of pain. In CE Fundakowski (Ed.), *Head and Neck Cancer: Psychological and Psychosocial Effects*, 2020;145-156. Switzerland: Springer.
39. Graboyes EM, Gupta A & Sterba KR. Financial impact of cancer treatment. In CE Fundakowski (Ed.), *Head and Neck Cancer: Psychological and Psychosocial Effects*, 2020;173-186. Switzerland: Springer.
40. D’Souza G, et al. Moderate predictive value of demographic and behavioral characteristics for a diagnosis of HPV16-positive and HPV16-negative head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2010;46(2):100–4.
41. Waller J, et al. Women’s experiences of repeated HPV testing in the context of cervical cancer screening: a qualitative study. *Psychooncology*. 2007;16(3):196–204.
42. Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Illness perceptions and coping predict post-traumatic stress in caregivers of patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2016;24(10):4443–50.
43. 唐婉如, 方俊凱, 莊永毓. 癌症病情告知教育. *台灣醫學*. 2013;17(2):141-8.
44. Elwyn G. The three talk model of shared decision making. *Shared Decision Making in Health Care*: Oxford University Press; 2016. 78-85.
45. Stein MB. Approach to treating posttraumatic stress disorder in adults. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorderin-adults>.
46. Lazure KE, et al. Association between depression and survival or disease recurrence in patients with head and neck cancer enrolled in a depression prevention trial. *Head Neck*. 2009;31(7):888–92.
47. Patterson JM, et al. Feasibility and acceptability of combining cognitive behavioural therapy techniques with swallowing therapy in head and neck cancer

- dysphagia. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1.
48. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther*. 2004;42(10):1129–48.
 49. Pollard A, et al. Individualised mindfulness-based stress reduction for head and neck cancer patients undergoing radiotherapy of curative intent: a descriptive pilot study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2):e12474.
 50. Britton B, et al. Heads Up: a pilot trial of a psychological intervention to improve nutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(4):e12502.
 51. Vanderwerker LC, et al. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23(28):6899–907.
 52. Longacre ML, et al. Psychological functioning of caregivers for head and neck cancer patients. *Oral Oncol*. 2012;48(1):18–25.
 53. Sherwood PR, et al. The influence of caregiver mastery on depressive symptoms. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(3):249–55.
 54. Hodges LJ, Humphris GM. Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psychooncology*. 2009;18(8):841–8.
 55. Verdonck-de Leeuw IM, et al. Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *Laryngoscope*. 2007;117(2):238–41.
 56. Wu Y-S, Lin P-Y, Chien C-Y, et al. Anxiety and depression in patients with head
Yosuke Kubota, Tatsuo Akechi, and Toru Okuyama. Effectiveness of a brief psycho-oncology training program for general nurses: a preliminary study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2018, 48(6) 594–597
 57. Chen SC, Liao CT, Lin CC, Chang Joseph TC, Lai YH. (2009) Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Oncology* 45 ,815–820
 58. Luke Buchmann, MD; John Conlee, PhD, MSW; Jason Hunt, MD; Jayant Agarwal, MD; Shelley White, MSW. Psychosocial Distress is Prevalent in Head and Neck Cancer Patients. *Laryngoscope*, 123:1424–1429, 2013.
 59. Susanne Singer, PhD,¹ Oliver Krauß, PhD,² Judith Keszte, MSc,¹ Gregor Siegl, BA,¹ 2012
 60. Yu-Jie Chiou, Nien-Mu Chiu, Liang-Jen Wang, Shau-Hsuan Li, Chun-Yi Lee, Ming-Kung Wu, Chien-Chih Chen, Yi-Shan Wu, Yu Lee. Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016;12 2765–2773.
 61. Fang CK, et al.: A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support Care*

- Cancer 2014; 22:3165-74.
62. Lee CY, Fang CK, et al.: Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support Care Cancer* 2012; 20:2259-67.
 63. Huang, W.-K., Juang, Y.-Y., Chung, C.-C., et al. (2018). Timing and risk of mood disorders requiring psychotropics in long-term survivors of adult cancers: A nationwide cohort study. *Journal Of Affective Disorders*, 236, 80–87.
 64. Lin PH, Liao SC, Chen IM, Kuo PH, Shan JC, Lee MB, & Chen WJ. Impact of universal health coverage on suicide risk in newly diagnosed cancer patients: Population-based cohort study from 1985 to 2007 in Taiwan. *Psycho-Oncology* 2017; 26 : 1852–1859.
 65. Shun-Mu Wang, Jung-Chen Chang, Shu-Chuan Weng, Ming-Kung Yeh , Chau-Shoun Lee. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *International Journal of Cancer* 2018;142: 1986–1993.
 66. Chen, S. C., Huang, B. S., Chung, C. Y., Lin, C. Y., Fan, K. H., Chang, J. T., & Wu, S. C. (2018a). Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2919-2928. doi: 10.1007/s00520-018-4148-7
 67. Naomi D. Dolgoy , Patricia O’Krafka, Margaret L. McNeely. Cancer-related fatigue in head and neck cancer survivors: Energy and functional impacts. *Cancer Treatment and Research Communications*. 2020; 25:100244-100215.
 68. Nautiyal, et al.: Fatigue assessment in head and neck cancer patients. *Asian J Oncol* 2015;1:44-8.
 69. Kangas, M., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2008). Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychological Bulletin*, 134(5), 700–741.
<https://doi.org/10.1037/a0012825>
 70. Carole Fakhry, Gypsyamber D’Souza. Discussing the diagnosis of HPV-OSCC: common questions and answers. *Oral Oncol*. 2013 September ; 49(9): 863–871. doi:10.1016/j.oraloncology.2013.06.002.
 71. Chen, Huang, Hung, Lin, & Chang, 2019 , Ya-Lan Chang 2019] °
 72. Chang, Y. L., Huang, B. S., Hung, T. M., Lin, C.Y., & Chen, S. C. (2019). Factors influencing body image in post-treatment oral cavity cancer patients. *Psycho Oncology*, 28(5), 1127-1133. doi: 10.1002/pon.5067.
 73. Ya-Lan Chang · Jing-Fang Zhong · Yu-Fen Lin · Chao-Hui Wang · Shu-Chu Lee. Patient Health Education and Case Management in Head and Neck Cancer Patients. *Chang Gung Nursing* 2019; 30(2): 168-177.
 74. *J Clin Psych* 2003;64[suppl 13]:5-12. *Mayo Clin Proc* 2001;76:511-27.

75. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2018;14 567–580.
76. Annals of Oncology 2018;29: 101–111.
77. Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei) 2019; 33: 13-9.
78. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs 2004, 14th Ed.
79. Drug Facts and comparisons (2016), Up to Date (2018).