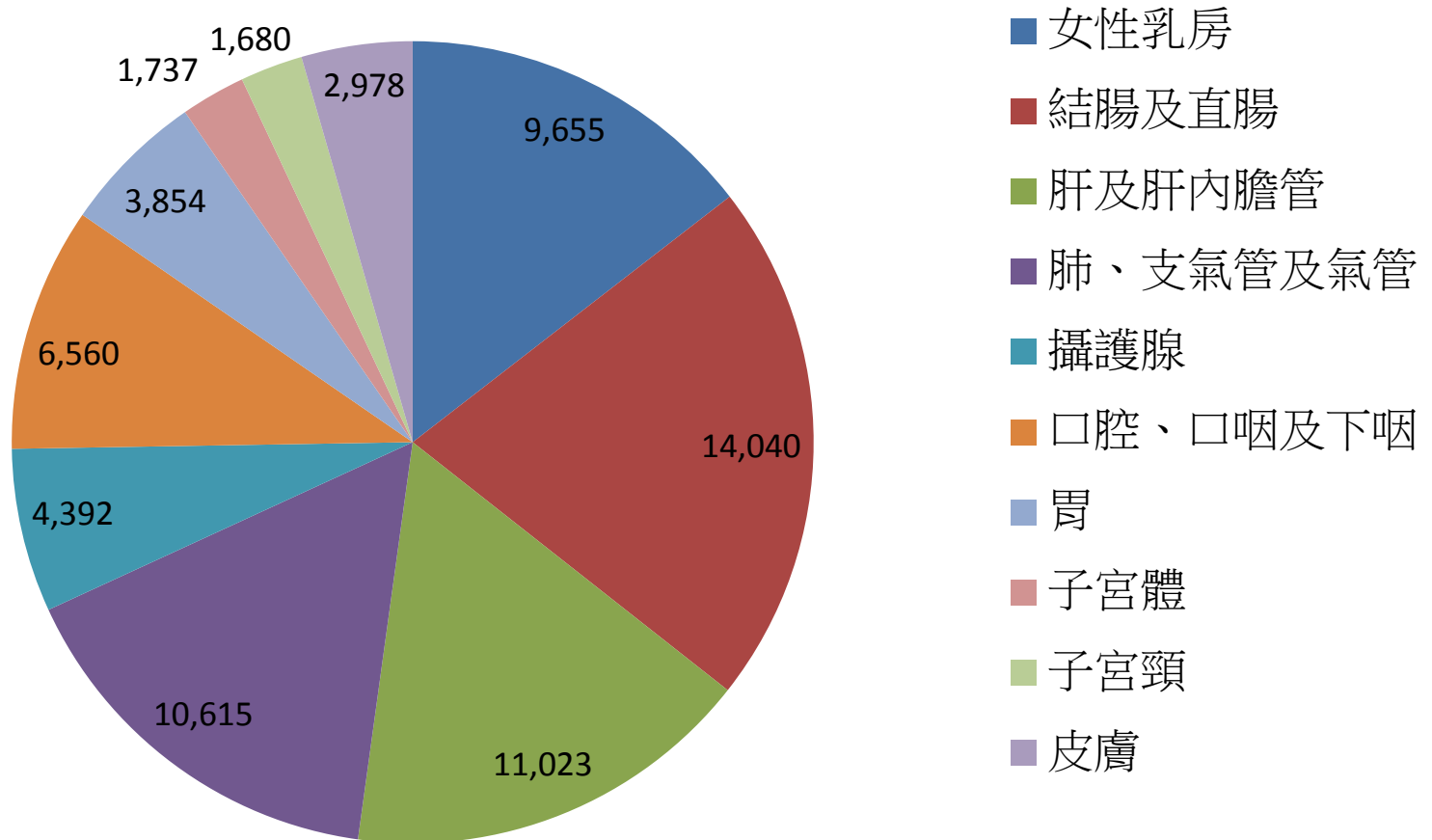


癌症患者的情緒狀態

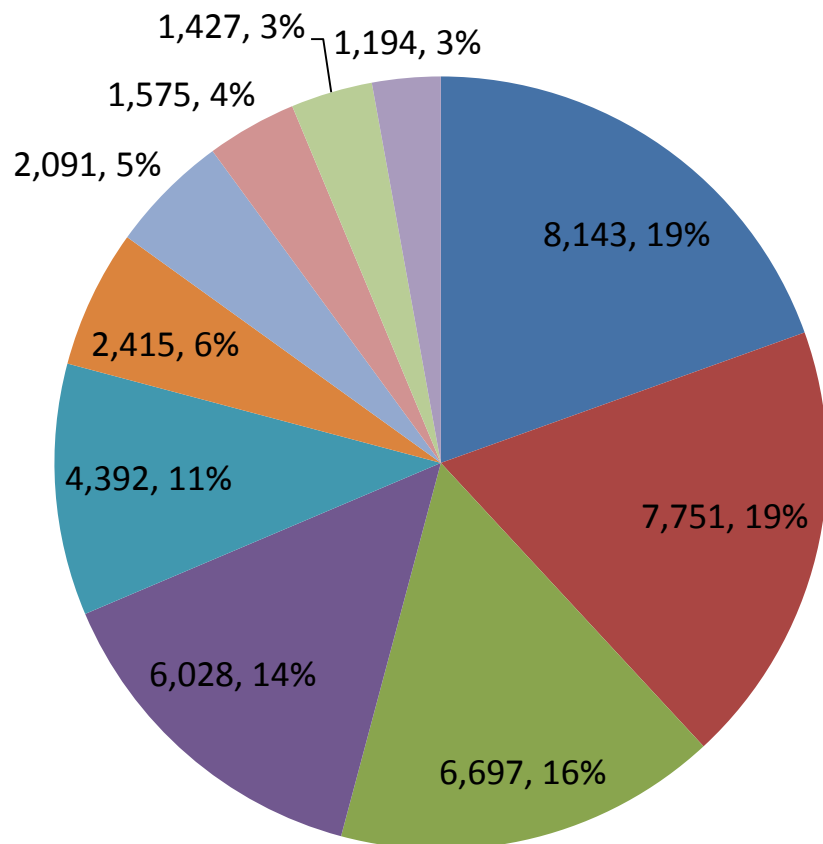
彰化基督教醫院

張正辰

十大惡性腫瘤申報發生人數及 發生率(全部, 99年)



男性



- 結腸及直腸
- 肝及肝內膽管
- 肺、支氣管及氣管
- 口腔、口咽及下咽
- 攝護腺
- 胃
- 食道
- 皮膚
- 膀胱
- 鼻咽

女性

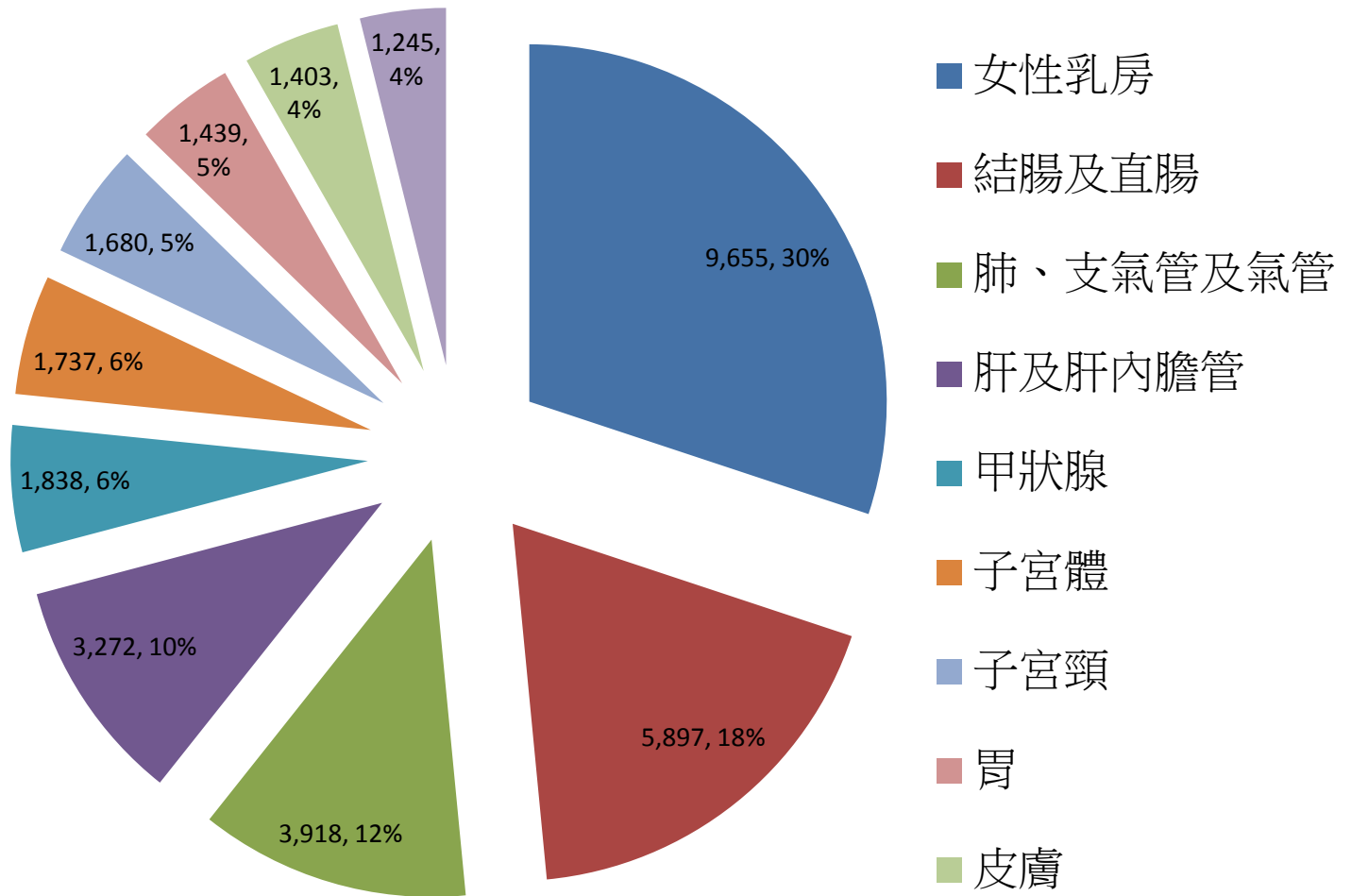


表1 台灣2011年癌症死因

排名	全國		男性		女性	
	癌症死因	死亡人數	癌症死因	死亡人數	癌症死因	死亡人數
1	肺癌	8,541	肺癌	5,740	肺癌	2,801
2	肝癌	8,022	肝癌	5,633	肝癌	2,389
3	大腸癌	4,921	大腸癌	2,875	大腸癌	2,046
4	女性乳房癌	1,852	口腔癌	2,308	女性乳房癌	1,852
5	口腔癌	2,463	胃癌	1,482	胃癌	806
6	胃癌	2,288	食道癌	1,415	胰臟癌	700
7	攝護腺癌	1,096	攝護腺癌	1,096	子宮頸癌	681
8	胰臟癌	1,607	胰臟癌	907	卵巢癌	445
9	食道癌	1,507	淋巴瘤癌	613	淋巴瘤癌	358
10	子宮頸癌	681	鼻咽癌	570	白血病	338
		32,978		22,639		12,416

註：2011年中人口數 計23,193,518人, 男性11,640,450人, 女性11,553,068人。

面對癌症時，人的心理歷程

罹癌心理過程

- 震驚期：迷惘、否認、逃避
- 憤怒期：生氣、遷怒、發洩
- 討價期：焦慮、幻想、猶豫
- 憂鬱期：絕望、退縮、孤立
- 調適期：接納、整合

“ Cancer is a very alienating and existential disease. I know of no other common disease that immediately causes so much fear, anxiety, depression, confusion, and a sense of impending disaster in a patient or his/her significant others when they hear the word cancer for the first time.”

By Murray Krelstein

- Depression may affect the course of illness in patients with cancer because it results in poorer pain control, poorer compliance, and less desire for life-sustaining therapy.
- Cancer development or mortality is influenced by coping, defensive style, or personality traits.

Psychiatric Disorders in Cancer Patients

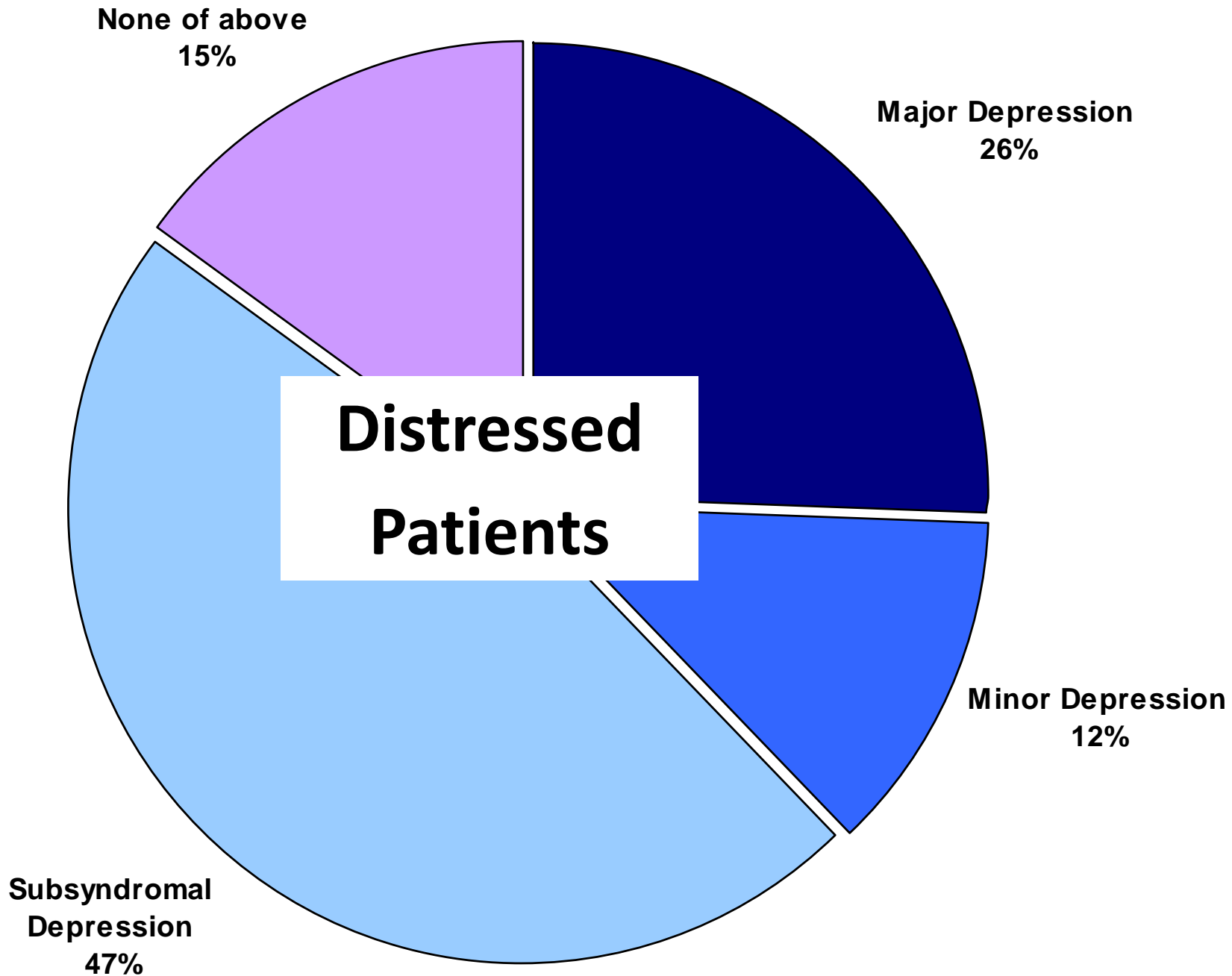
- the disease itself (ie, site, stage, clinical course, cancer treatments, and their complications);
- prior personality, coping style, and mental health;
- stage of life; social support; and cultural and religious background.

Epidemiology

- Half of all oncology patients have a clinical psychiatric disorder at any one time (Cull 1990)
- Affective disorders:
 - Women following breast surgery: 25% affective disorder (Fallowfield 1990)
 - Two year study of 600 patients: 20% affective disorder (Parle 1996)
 - Regional cancer attendees: 8% had MDD (Sharpe 2004a)
(Most were on no effective therapy for this)

Psychiatric problems in cancer patients

- Delirium 88% in terminally ill cancer p'ts
- MDD 16.5%
- Adjustment disorder 15%
- Anxiety disorder 10%
- Somatization (illness behavior)
- Sleep disorder
- Psychosis
- Psychosexual dysfunction



癌症罹病歷程

- 癌症是容易再發的疾病，疾病歷程並不因治療完成而結束，病人時常伴隨著不確定感，擔憂再發的可能性與未來的健康
- 癌症倖存者在罹病歷程中經歷急性期，擴展期及永久期的階段，估計約10年
- 急性期：診斷、治療時期，患者會出現生命有限的恐懼，從診斷當時持續到一年左右
- 擴展期：罹病1-5年左右，多數病患全心投注在治療與延緩發病，卻可能難以擺脫疾病復發的威脅性
- 永久期：罹病5-10年之間，需長期處在調適曾經罹患癌症的心理壓力

(Helgeson, Synydey, & Seltman, 2004; Mullen, 1985; Revenson & Pranicoff, 2005)

罹患乳癌婦女早期反應

- 約10-45%婦女在得知乳癌診斷後六個月時表現憂傷症狀
- 約30-45%婦女出現焦慮反應
- 從50對美國乳癌婦女與其丈夫所知覺的壓力研究發現：有50%婦女覺得診斷後、手術前是最煎熬、壓力感最大的時候，約有50%的丈夫亦持著相同的感知，另外44%夫妻覺得住院治療才是壓力感的高峰

(Gallagher, Parle, & Cairns, 2002; Northouse, 1989)

癌症的衝擊

- 癌症本身就是一個壓力源
- 當病人在面對癌症的宣判時，往往會經驗到悲傷、對未來的不確定感
- 罹患癌症面臨到生命威脅，對身體與心理都是一個極大的衝擊。剛獲知得到癌症、癌症復發、以及無法再進行治癒性的治療時，都是情緒障礙容易出現的時期
- 尤其在罹患癌症經驗的初期，來自於不熟悉、恐慌害怕以及在疾病診斷和治療過程中的各項侵入性療程，令人更感到焦慮和痛苦

面對癌症可能之表現——災難性創傷

- 當病人聽到醫師說明診斷的結果時，病人和家屬反應出創傷的表現：
- 「怎麼會這樣……？」、「怎麼會是我……？」、「這下慘了……」
- 「災難性的創傷」指的是，突如其來的事件經驗闖入個人的生命概念系統裡，不得不接受，但是卻無法用原有的生命概念系統來賦予意義並統合進來，導致無法繼續因應生活中的某些情況，甚至包括無法因應原先很容易因應的生活情況
- 「我變成沒有用的人了……」、「我變成只能依賴別人的寄生蟲了……」、「我就要死了……」
- 這種想在內心或說出來的話語，反映出因為罹患疾病所帶來的衝擊，導致自己與過去、未來的生命形成斷裂

- 患者往往會因為罹患嚴重的疾病，全盤否定自己過去的生命價值：
「我一定是沒有好好照顧好自己……我一定是錯了什麼」
「我一定是生活習慣不好，所以我是個一無是處的失敗者。」
- 也有全盤否定未來的傾向
「我沒有未來了……我就要死了……我想要作的事情都沒辦法做了。」
- 患者認為未來「完全沒有希望」，甚至恐懼未來會更淒慘，因而迫使病人一再重複反芻思考
「我會不會跟（誰、誰、誰）一樣，變成……，那樣子我就會……；我的工作……，我也無能為力……，那會變成……；……」

癌症治療過程心理反應-1

患病階段	心理反應	病人所面臨的課題
告知診斷	<ol style="list-style-type: none">1.震驚、焦慮、憂鬱2.無法置信、懷疑3.憤怒	<ol style="list-style-type: none">1. 接受診斷結果2.承受情緒變化3.做治療上的決定
治療初期	<ol style="list-style-type: none">1.喪失控制與自主能力2.失去身體完整性3.孤獨，喪失親密關係與性生活	<ol style="list-style-type: none">1.接受治療與治療副作用2.與醫療團隊建立信任3.重獲信任

癌症治療過程心理反應-2

患病階段	心理反應	病人所面臨的課題
緩解	<ol style="list-style-type: none">1.心存感激2.擔心復發與轉移，對身體敏感	<ol style="list-style-type: none">1.不安全感2.發展新的生活觀
復發	<ol style="list-style-type: none">1.震驚、焦慮、憂鬱2.否認3.失去希望與信任4.內心易受傷害5.尋找意義6.罪惡感	<ol style="list-style-type: none">1.對未來的不確定感2.接受惡化與死亡的可能性3.適應新情況的生活觀

癌症治療過程心理反應-3

患病階段	心理反應	病人所面臨的課題
末期	<ol style="list-style-type: none">1.死亡焦慮、憂鬱、氣餒2.否認3.失去控制4.害怕孤獨5.加重對醫療團隊的依賴6.退縮7.憤怒	<ol style="list-style-type: none">1.思考死亡2.哀悼失落3.接受面臨死亡的事實4.安排事務、與親友道別5.回顧人生、探索靈性議題

AT THE TIME OF DIAGNOSIS

- What interaction occurs between patient and physician?
- Most patients do not hear beyond the word “CANCER”
- Education session, pictures, different styles of learning, extra sets of “ears” (tape recorder)
- Forming a partnership
- “What questions should I ask?”
- “What would you do?”

AS TREATMENT COMMENCES

- Seek support and outlets (support group, family/friends)
- Writing in a journal
- Art
- Reflection/Praying
- Reading
- Other hobbies/activities

AS TREATMENT IS COMPLETED

- Coping with fear of recurrence:
- Accept fear, lessens over time (ways to manage anxiety)
- Don't worry in isolation (support groups)
- Partnership with physician, follow-up schedule, etc. (taking control)
- Be well informed (symptoms, timelines)
- Healthy lifestyle (diet, exercise)
- Reduce stress

Challenges in cancer patients

- Coping with physical symptoms and the illness
- Psychiatric symptoms (anxiety, depression)
- Social concerns
- Spiritual / existential concerns

Obstacles to diagnosis

Severe depression is under-diagnosed and undertreated

- Reasons
 - Lack of time
 - Difficulty recognising symptoms (Fallowfield 2001)
 - Normal, inevitable, appropriate response
 - Patients will not respond to treatment
 - Stigma of referral
 - Adverse effects from medication
 - Collusion due to fear of exacerbating distress

How do oncologists diagnose depression?

- Lawrie 2004
 - Palliative medicine
 - 73% routinely screened
 - 50% used a formal method
 - 10% used one question – are you depressed?
 - 27% used HADS
- Mitchell 2008
 - Oncology
 - 63% routinely asked about mood
 - 37% only occasionally asked

Diagnostic approaches

Inclusive approach	Include all symptoms
Exclusive approach	Delete all physical symptoms
Aetiologic approach	Clinician attempts to determine whether symptoms are due to cancer or depression
High diagnostic threshold	Patient must have at least seven symptoms
Substitutive approach	Physical symptoms replaced by non-somatic symptoms

Risk factors for depression in palliative care

Risk Factor	Gen Pop	Pall Care
Gender	M:F 1:2	Less clear (Stommel 1993)
Age	Higher <45	Higher in younger patients (Levine 1978)
Prior MD	Strong risk	More likely (Hughes 1985)
Social support	Associated	Associated
Functional status	Correlated	Probable
Pain	Causal?	Causal?
Cancer/treatment		CNS tumours Pancreatic Steroids

情緒溫度計：

情緒溫度計

我們想知道，您最近一星期的心理困擾有多大。
如果完全沒有困擾是0分，極度（端）困擾是10分，
請問：您這一星期來心情是幾分？



0無困擾

5

極困擾10

Our roles

- Often, we (healthcare providers) cannot control the disease or its consequences, but we can control how we interact with, communicate with, and care for patients and their families, in providing information and guidance in a caring and compassionate manner.

Suicide

- An enquiry into suicidal ideation should be made in anyone who is suspected of being depressed
- Increased risk
 - Malignant neoplasms
 - Head and neck cancers
 - Risk highest immediately following diagnosis
 - 40% of suicides within the first year

Pharmacological treatment

- Can provide quick symptom reduction
- 2-4 weeks action
- Psychostimulants?
- Efficacy in cancer established (Costa 1985)
- 1046 terminally ill patients
 - 10% prescribed antidepressants
 - 76% started within two weeks of death
 - »(Lloyd-Williams 1999)

面對癌症時，病人之需求

1. 訊息需求：解釋疑惑、獲得並了解病情、治療、預後、營養等之相關訊息
2. 生理需求：能獲得症狀、疼痛控制之處理等
3. 心理需求：心理情緒支持、了解焦慮或憂鬱、給予安全感及協助癌病適應
4. 靈性需求：討論死亡、尋求人生意義、希望寬恕及被愛
5. 社會支持需求：親情溫暖與朋友關懷、與專業人員有良好的互動及關係、適時給予經濟協助

家庭照顧於癌症照護的重要性

- 家庭原有獨特的傳統、價值、溝通型態和處理每天生活細節的方法被破壞。
- 癌症病人家屬常是主要照顧者，有尋求訊息和支持的特別需要。
- 病人在疾病末期面臨死亡之前數星期或數月即要為哀慟做準備，尤其是孩童。
- 一個有意義的人死亡，對遺族是一個受傷且獨特的經驗，對生活各層面均有影響。
- 哀慟輔導(bereavement care)及哀傷工作(grief work)是家屬從死亡失落中恢復的必要工作。

- 末期病人家屬憂心地告訴護理人員：

「我們不敢告訴他傷口狀況及病情，因為怕說了他就會失去意志，大姐說他現在就像站在懸崖邊的人，如果誰先告訴他，那誰就是推他到懸崖下的人」

癌症病人照護者(家屬)的負荷

— 心理或情緒方面

- 情緒緊張、無法放鬆
- 家屬不知如何告知病情的困擾
- 不確定感：擔心害怕病人因自己的疏忽而非預期性的死亡
- 希望自己對病人是有用的
- 與病人想法衝突：飲食、另類療法