

癌症照顧的自殺防治

李政洋¹ 陳虹汶² 李玉嬋³ 唐婉如⁴ 方俊凱^{1,5}

台北馬偕紀念醫院 ¹精神科 ²安寧療護教育中心 ⁵自殺防治中心
台北護理健康大學 ³生死教育與輔導研究所
長庚大學 ⁴護理系

摘要

癌症病人的自殺率較一般人口高出數倍。與各國相比，台灣癌症病人的自殺死亡率非常高。不同的癌症群在自殺的危險性上也有差異，高自殺率的癌症別相較於其他癌症病人有較高的心理痛苦指數與較低的生活品質。隨著疾病嚴重度的增加，自殺的危險性亦愈高。台灣與其他國家在不同癌症別病人自殺死亡人數排序上稍有不同，其中第一、二名與其他國家相仿，分別為肺癌與口腔癌，然而第三、四名卻是其他國家自殺死亡較低的乳癌及血液類腫瘤。個人經濟資源不足，醫護人員無法發現癌症病人的自殺意念，會增加自殺的危險性。由於癌症病人的憂鬱症、失志症候群，與自殺行為息息相關，因此需提升癌症病人情緒障礙的篩檢率，並積極介入處理病人的憂鬱及「失志」(demoralization)問題。建議以心理痛苦溫度計(Distress Thermometer, DT)、病人健康問卷(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)、中文版失志量表(Demoralization Scale- Mandarin Version, DS-MV)來進行癌症病人心理評估的初步篩檢。期待未來透過更多實證研究在政府相關政策支持下，發展可行的臨床路徑，達到癌症自殺防治的具體成果。

關鍵詞：癌症 (Cancer)
憂鬱 (Depression)
失志症候群 (Demoralization syndrome)
自殺防治 (Suicide prevention)

前言

自民國71年起，癌症一直是國人十大死因的第一位。近年來，癌症發生率不斷升高，對國人生命健康威脅日益增加，以民國97年為例，共有22,437名新病例、466,887名積極抗癌的個案¹、39,917死於癌症，佔總死亡率之

28.1%²。罹患癌症，是病人面對死亡威脅的一種情境。接受治療以延續生命，或是已至癌症末期，終需接受死亡，都是醫療場域中常見的情境。然而，有些癌症病人並不選擇多數病人面對死亡的模式，卻以自殺結束自己的生命，這樣的結局，總是令家屬與醫療工作者難以承受³。

研究文獻顯示，癌症病人的自殺危險性比起一般人口要高出許多³。在美國，根據1973至2002年的統計發現，30年間全美國癌症病人自殺死亡人數共5,838人，每年癌症病人自殺死亡率每十萬人為31.4⁴。反觀台灣，2002到2004年這三年癌症病人自殺人數共1,065人，死亡率高達每十萬人288.9，相較於一般族群在2002年的自殺死亡率(每十萬人13.59)，與2003年和2004年的自殺率(分別為14.16與15.31)，明顯高出許多，也比美國的情況嚴峻⁵。由此可知，台灣癌症病人的自殺現象亟需被重視，更應儘快找出自殺防治的具體對策。

癌症病人的自殺盛行率

研究顯示，癌症病人的自殺風險約為一般人的2到4倍⁶。有學者回顧39篇癌症病人自殺風險的研究發現，不具精神疾患的癌症病人其自殺意念發生率從0.8~71%不等，相較於一般族群的19.8%，癌症病人的自殺風險明顯高於一般人；而癌症病人自殺身亡相對於一般人口自殺身亡的標準化死亡比(standardised mortality ratio, SMR)更高達1至11倍⁷。其中，SMR最高的11是發生在美國(1973-2003)的兒癌病人長大成人之後⁸。

根據我們回顧近年來的研究，相較於世界重要國家的癌症病人自殺死亡率或標準化死亡比(表一)，台灣是目前癌症病人自殺死亡率非

常高的國家^{4,5,9-12}。由此可知，台灣癌症病人的自殺議題，不論在臨床實務或學術界，所得到的重視程度尚待提升。

癌症病人自殺的危險因子

Moscicki (2001) 指出自殺是起因於「危險因子」和「保護因子」對個體的內在與外在之交互作用，藉由認識危險因子與保護因子，將有助於自殺危險性的全面評估²²。再者，相較於一般族群的自殺相關因子，癌症病人的自殺相關因子有其特異性⁷，統整如下：

癌症病人憂鬱症與失志症候群。癌症病人憂鬱症的評估與診斷非常重要，因為憂鬱症是癌症病人自殺的重要危險評估因子¹³。然而憂鬱症的診斷及治療，在癌症病患的照護中卻常被忽略¹⁴。原因在於癌症病人的許多症狀或是因癌症治療所造成的副作用，如疲累、睡眠障礙、食慾低落等，與臨床使用的美國精神醫學診斷準則DSM-IV重鬱症(major depressive disorder)多所重疊，易造成診斷上的困擾，甚至不當認為重鬱症是癌症病人的正常反應¹⁵。如此一來不只延宕了治療時機，亦可能忽略了具有自殺意念的高危險群病人的篩檢。

Massie指出癌症種類與憂鬱的發生率有高度的相關，其中以口咽癌(22-57%)、胰臟癌(33-50%)、乳癌(1.5-46%)、肺癌(11-44%)等癌症類別有較高的發生率，而大腸直腸癌

表一：世界癌症病人自殺死亡率或標準化死亡比

國家	發表年份	作者	統計期間	癌症病人自殺死亡率 (/100,000)	一般人口自殺死亡率 (/100,000)	標準化死亡比 SMR*
歐盟	2003	Levi et al.	1995-1998	14.4 (男) 4.6 (女)	—	—
美國	2008	Misono et al.	1973-2002	31.4	16.7	—
英國	2009	Robinson et al.	1996-2005 (東南蘇格蘭)	—	—	1.45 (男) 1.19 (女)
澳洲	2009	MacFarlane et al.	1983-2002	—	—	1.78
南韓	2010	Ahn et al.	1993-2005	—	—	2.00 (全部) 3.45 (第1年)
台灣	2010	Chung et al.	2002-2004	288.9 (3年)	13.59 (2002) 14.16 (2003) 15.31 (2004)	—

*SMR: standardized mortality ratio (標準化死亡比)。

(13%-25%)、婦科癌症(12%-23%)、淋巴瘤(8%-19%)等癌症類別的憂鬱發生率則較低¹⁶。研究發現,憂鬱症病患發生癌症的風險也比一般人為高¹⁷。

然而,有些癌症病人雖然沒有憂鬱症,卻仍然有想死的念頭,例如有「失志症候群」(demoralization syndrome)的病人。失志(demoralization)意指對於存在痛苦(existential distress)及絕望的心理反應,程度可由輕微的沮喪(disheartenment)、意志消沉(despondency)到深度絕望(deep despair)¹⁸。澳洲學者Clarke與Kissane最早提出「失志症候群」的概念與相關理論架構,認為失志是由於病人面對壓力情境但無法有效處理,而產生無助感與無能感,最後進展成失去生存的意義與目的¹⁸。此心理反應常見於癌末期病人、長期處於內外科身體病痛的老人、或晚期癌症(advanced cancer)病人,他們在生理上的痛苦未獲得充分的解決,面臨老化依賴及死亡的威脅,會覺得生命不再有意義和希望,期盼死亡的到來,甚至產生自殺意念或要求安樂死¹⁹。

依據Kissane與Clarke所提出的論點,失志是不同於憂鬱症的診斷,兩者有可能獨立存在,亦有可能有同時出現¹⁸。在Kissane等人以100位癌症病人進行失志與憂鬱的趨異效度(discriminant validity)檢測,結果顯示有30-33%的癌症病人同時具有高失志與憂鬱的表現,而有7%-14%的癌症病人處於高失志但不符合臨床上憂鬱症的判斷²⁰。相較於國內在2010年以214位癌症病人進行失志與憂鬱的研究,結果顯示有22.9%的病人同時有失志與憂鬱的情形,23.4%的病人處於高失志但不符合臨床上憂鬱症的診斷情形¹⁹。從上述兩個研究可知,若臨床上侷限以DSM-IV診斷準則或未能有效評估病人的失志狀況,可能會有近四分之一的癌症病人的失志問題被忽略,導致社會退縮而產生自殺意念,甚或要求安樂死²¹。醫療人員必須同時對癌症病人的憂鬱症與失志症候群有足夠的敏感度,才能對自殺防治有所助益。

初診斷後的時間。目前大部份的研究顯示癌症病人的自殺危險性會隨著治療時間的進行

而逐漸降低^{7,23,24}。初診斷後的第一年是癌症病人較高的自殺危險時間²³⁻²⁵。此外,癌症診斷為復發或治療無效的第一年,亦是高自殺危險時間²⁴。同時,台灣亦有研究指出約有60~80%自殺癌症病人多發生於初診斷返家後的三個月內¹³。可以理解的是在這段期間,病人仍嚐試調適個人罹癌的衝擊,而出院後較少有機會接受醫療人員的支持,或是經驗到罹癌後再度回到工作崗位、家庭生活功能的困難與心理痛苦,都可能引發自殺意念或自殺行為。最近美國的研究發現,在1973-2005年間自殺的5875位癌症病人中,36%(n=2111)在癌症確診後一年內自殺,其中33.2%(n=701)更在診斷後一個月內就已經自殺²⁶。由此可知,癌症病人的自殺防治,應該從初診斷後就馬上開始。

對身體功能產生嚴重影響的癌症。研究顯示不同癌症群在癌症病人的自殺危險性上有明顯差異,隨著疾病嚴重度的增加,癌症病人自殺的危險性亦愈高^{7,23,24}。根據美國的統計發現,所有的癌症診斷類別中以肺癌(81.7/100,000)、胃癌(71.7/100,000)、與頭頸癌(53.1/100,000)此三類病人的自殺率最高⁴。其它研究亦顯示肺癌病人有較高的自殺率^{6,25},雖然目前無法確切得知相關原因,但上述癌症別的病人相較於其他癌症病人有較高的心理痛苦指數與較低的生活品質^{27,28}。此外,疾病特性造成身體心像或基本身體功能(說話、吞嚥、呼吸)的毀損,需承受身心痛苦,也可能是促成上述癌症別病人自殺的可能原因²⁸。針對以上觀點,當醫護人員提供良好的疼痛控制時,將有助於提升病人的生活品質與個人的控制感,進而減少自殺意念的產生²⁹。對於心理痛苦指數的早期篩檢與介入是否能降低自殺行為的發生,這部份將會在文獻後半段中進一步探討。

雖然台灣的癌症病人自殺死亡人數排序前一、二名(肺癌與口腔癌)與其他國家相仿,但是第三、四名卻是其他國家癌症病人自殺死亡人數排序較低的乳癌及血液類腫瘤,這個現象值得進一步深入探討⁵。

性別差異。過去國際上有多篇研究中顯示男性癌症病人自殺之危險性大於女性^{7,25,30},其

中一篇研究指出男性癌症病人之自殺危險性是一般族群的1.7倍，而女性癌症病人則是一般族群的1.4倍²⁵。隨著疾病的進展和疾病所伴隨的失落與失去控制感，逐漸讓男性癌症病人從家庭重要支柱角色中卸任，成為依賴者³⁰。角色的改變相較於女性癌症病人可能承擔更大的負擔與罪惡感。加上男性癌症病人多掩飾或壓抑個人的情緒、較少向他人傾訴或尋求協助³⁰，導致男性癌症病人的自殺和自殺意念高於女性癌症病人。然而，在台灣的狀況似乎有些不同，根據2002-2004的統計，從1,065位自殺的癌症病人中，男性佔55.5% (n=591)，女性佔44.5%⁵，與台灣一般人口的自殺死亡率相較之下的男女比例2.5:1 (2003年)³¹，男性的比例相對地低了許多。顯示女性罹患癌症之後，自殺風險亦隨之增加，因此台灣醫護人員應正視兩性癌症病人的自殺防治。

經濟資源的不足。國內的研究顯示癌症病人無職業或個人月收入不足時^{5,13}，會增加癌症病人自殺的危險性。對於癌症病人而言，重返社區工作不僅可維持生活經濟的主要來源，亦是回歸人際網絡獲得情感支持、增進個人自尊與認同的重要來源³²。因此，對於經濟困難與社會支持系統網絡較薄弱的癌症病人，醫護人員應進一步評估自殺的危險性。另外，根據最近的研究，發現個人月收入在新台幣20,000元以下的癌症病人，其失志量表中文版 (DS-MV) 的平均分數為 33.0 ± 14.1 ，而個人月收入在新台幣60,000元以上的癌症病人，其DS-MV平均分數為 20.4 ± 16.4 (post hoc study, $t=0.023$, $p=0.023$)，代表收入較差的癌症病人比較失志，而收入較好的癌症病人較無失志的現象³³，而高失志 (DS-MV>30) 與自殺的風險成正相關¹⁹。相似地，台灣2002-2004年分析癌症病人自殺的研究發現，月收入在15,841到25,000元的癌症病人，其自殺的風險也低於沒有收入的病人 (OR=0.70, $p=0.042$)⁵，與我們的研究結果所見略同。

醫護人員無法發現癌症病人的情緒障礙。根據日本Akechi等學者的研究發現，未被醫護人員發現的身體失能 (impaired physical

function) 及重鬱症 (major depression)，是引發癌症病人自殺的重要因素³⁴。美國加州的研究更發現，腫瘤護理人員普遍缺乏防治自殺的相關知識，也沒有足夠的技巧及時發現並處理癌症病人的自殺意念³⁵。台灣的研究發現，癌症病人自殺死亡與住院次數較低呈現正相關，經Lin等學者的詮釋，似乎與病人的痛苦未能及時被醫師發現，所以沒有安排住院有關¹³。因此，醫護人員如果缺乏評估癌症病人情緒障礙的能力就無法進一步發現病人的自殺意念，而避免不幸的發生。

癌症病人自殺防治的保護因子

所謂保護因子是指對危險因子形成補償與抗衡的效果，調節或減低危險因子對個案的影響³⁶。Rudd指出自殺的保護因子包括社會支持、適應與問題解決能力、認知具有彈性和接受專業的治療³⁷。Bonner認為決定個案是否採取自殺行為的關鍵端視個案是否有足夠的生存理由，即個案對生命的認知³⁸。研究指出未自殺者相較於自殺者，對生命擁有較正向的信念與期望³⁶。

Linehan (1983) 進一步研究生存理由與自殺行為之間的關係，針對18到65歲的成年人進行問卷調查，收集各種阻止他們採取自殺行為的理由，透過因素分析歸納出六個面向，分別為：1. 生存及因應的信念；2. 對家庭的責任；3. 對小孩的牽掛；4. 對自殺的恐懼；5. 對社會眼光的在意；及6. 對道德的禁忌等等，由此可知對於生命的正向信念或期待是自殺的保護因子之一，有助於避免自殺行為的發生³⁶。截至目前為止，針對癌症病人自殺保護因子的相關研究極少，目前國內僅有一篇以質性研究的方式，訪談十六位癌症病人探討支持他們繼續生存的理由，發現：1. 為了家庭的責任；2. 宗教的使命感；3. 為了維繫親人的關係；4. 為未完成的事；和5. 死亡的恐懼等等，都是支持癌症病人繼續活下去的理由³⁹。最近的研究發現，北台灣有自殺意念與企圖者可能透過參與宗教活動，尤其是基督教與佛教，而降低自殺的風險⁴⁰。對癌症病人而言，除了上述的保護因子之外是否有其他重要的保護因子呢？尚待進一步研究。

癌症病人高自殺風險的篩選

美國在2001年針對4496位癌症病人進行心理痛苦程度的調查，結果顯示35.1%的癌症病人有明顯的心理痛苦⁴¹。加拿大在2004年對2776位癌症病人的調查亦發現類似結果，37.8%的癌症病人有明顯的心理痛苦⁴²。將近三分之一的癌症病人有高度的心理痛苦，對病人的生活品質⁴³、持續接受治療的意願⁴⁴、日常生活功能與疼痛⁴⁵與都有負面的影響。

有鑑於此，美國國家綜合癌症網絡（National Comprehensive Cancer Network，NCCN）發展出一項簡易的評估工具，即「心理痛苦溫度計」。心理痛苦溫度計（Distress Thermometer, DT），是世界各國目前最常被用來檢測癌症病人心理痛苦的工具⁴⁶。根據NCCN對於心理痛苦（distress）的定義：指出心理痛苦是一種在心理、社會和靈性精神上的不愉快情緒經驗，此經驗將干擾個人對於癌症、身體症狀與治療上的有效因應。心理痛苦的範圍可從受傷害、悲傷和害怕等正常情緒到憂鬱、焦慮、恐慌、社會疏離、與靈性危機等異常的情緒困擾都屬之⁴⁷。

目前已有多篇的研究^{43,48-53}，針對DT於臨床篩檢的適用性進行評估（表2）。這些研究分別以具有良好信效度的量表與臨床意義的切截分數，作為效標依據，運用接受操作特性曲線（receiver operating characteristic curve，ROC）的分析方法來瞭解DT在不同切截點上，對於檢測符合臨床焦慮、憂鬱症診斷的準確性。ROC分析結果可接受的範圍是0.5~1，當檢驗結果愈接近1時代表此切截點有最佳診斷的準確性，即在臨床的篩檢上獲得最大的敏感度與準確性⁴³。根據表2的整理，各研究對於符合臨床上心理痛苦的DT切截點有不同的差異，切截點分數的範圍皆在4分以上，最高以7分為切截點，作為判斷依據。差異的可能原因也許與不同的研究方法，不同的研究樣本或疾病群（如初診斷乳癌病人或進行骨髓移植治療的癌症病人）、樣本數目大小的偏誤、ROC分析判斷方法或效標工具的不同，或者不同文化特性對於心理痛苦耐受的不同等因素有關，皆是影響DT切截點分數判定的可能原因。

台灣若與全球同步使用「心理痛苦溫度計」（DT），應以那一個分數切截點，是一個值得探索的議題。和信治癌中心醫院曾經以DT進

表2：心理痛苦溫度計（Distress Thermometer，DT）切截點的比較

研究作者 (年代)	研究對象 (國家)	效標量表工具 (切截分數)	DT切截點	ROC分析	敏感度	特異性
Akizuki et al. (2003)	275位不同癌症群病人 (日本)	精神科診斷性評估	5分	—	81%	61%
Hoffman et al. (2004)	68位不同癌症群病人 (美國)	BSI (≥ 63分)	5分	0.74	59%	71%
Ozalp et al. (2007)	182位不同癌症群病人 (土耳其)	HADS (≥ 15分)	4分	0.66	73%	49%
Shim et al. (2008)	108位不同癌症群病人 (韓國)	HADS (≥ 15分)	4分	0.75	83%	59%
Gessler et al. (2008)	171位腸癌病人 (英國)	HADS (≥ 15分)	4-5分	0.87	79%	81%
Hegel et al. (2008)	321位初診斷的乳癌病人 (美國)	PHQ-9 (≥ 10分)	7分	0.87	81%	85%
Wang et al. (2011)	103位會診精神科癌症病人 (台灣)	HADS (≥ 15分)	4分	—	98%	73%

BSI = Beck Scale for Suicide Ideation.

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

行臨床研究，已經有了初步成果⁵³，這對未來臨床的使用是很好的開始。

癌症病人自殺防治的策略

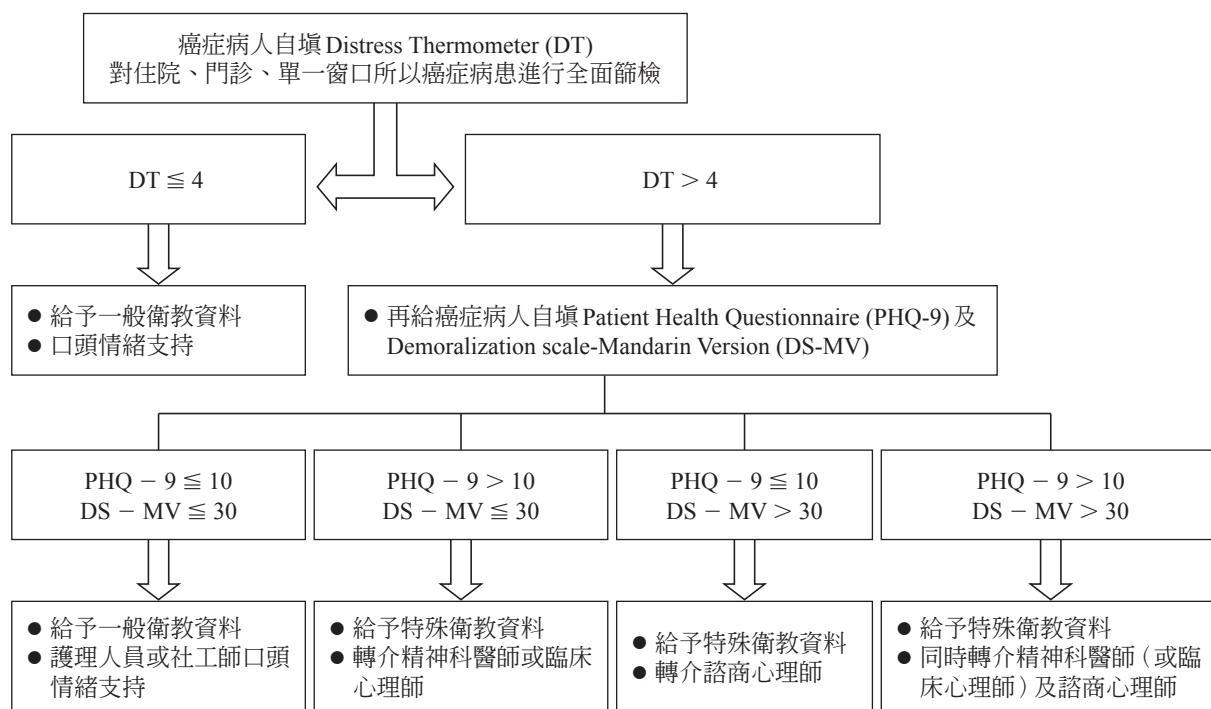
義大利的研究顯示，癌症病人自殺的原因不只是無法適應疾病所產生的心理問題，而是對整體心理壓力 (distress) 所產生的「生物心理的脆弱性」(bio-psychological vulnerability)，因此需要採取新的自殺防治策略⁵⁴。早在2001年，加拿大Monitoba大學精神科教授在Lancet Oncology雜誌中提到，要預防癌症病人自殺，必須要強化癌症照顧處理癌症病人的憂鬱，包括心理治療及精神藥物治療⁵⁵。然而，英國國家研究院 (National Cancer Institute) 以新聞稿的方式，在2008年特別發表癌症病人的自殺防治論壇，其中指出：對於癌症病人情緒障礙的篩檢率必須提升，且須處理病人的憂鬱症與「失志」(demoralization) 問題，因為失志與癌症病人的自殺行為有顯著的關係⁵⁶。

為發展臨床可行的自殺防治模式，運用簡易的自填問卷可能是較符合台灣現況的方式，如此可避免日後醫療機構增加額外人力的困擾，亦可避免增加臨床醫護人員之工作負擔。

因此我們建議使用下列三個簡易量表來進行癌症病人自殺危險性的初步篩檢：心理痛苦溫度計 (Distress Thermometer, DT)⁴⁷、病人健康問卷 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)⁵⁷、與中文版失志量表 (Demoralization Scale- Mandarin Version, DS-MV)^{19,20}。

病人健康問卷 (Patient Health Questionnaire, PHQ) 是翻譯自初步心理診斷工具量表 (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) 的自陳式問卷，用於初步判斷憂鬱或其他心理疾病的有效測量工具⁵⁸。台灣Liu以1954位病人進行中文版PHQ-9量表的信效度測試。發現當PHQ-9大於或等於10分時，對於DSM-IV重鬱症 (Major Depressive disorder) 診斷有86%的敏感性 (Sensitivity) 和93.9%的特異性 (Specificity)⁵⁷。由此可知，中文版PHQ-9量表有很好的信效度，適合作為篩檢癌症病人憂鬱程度的測量工具。

DS-MV是透過Kissane授權翻譯，以214位台灣癌症病人完成中文版失志量表的信效度檢測，發現良好的信效度。當DS-MV大於30分，表示病人有失志 (demoralized) 現象，適合作為癌症病人失志程度的測量工具^{19,20}。



圖一：癌症病人心理情緒服務的臨床路徑假設示意圖。

我們的假設是在癌症單一窗口、癌症個管師、或是針對癌症住院病人，全面使用DT篩檢病人的心理痛苦程度，再依狀況給予自填PHQ-9與DS-MV(圖一)，來發現需要進一步透過心理衛生專業人員來協助的癌症病人。此模式旨在發展確實可行的自殺防治模式，模式運作須再進一步透過實證研究來測試其敏感性和可行性。

結論

癌症病人自殺，不論是自殺獲救，或是自殺身亡，都會對病人的家庭與社會帶來重大的影響。台灣的醫療服務品質在全球備受肯定，特別是「全民健康保險制度」的推行，更受到國際學者讚揚。然而，台灣癌症病人的自殺死亡的數字卻暴露出非常嚴重的警訊，顯示台灣癌症醫療品質仍有加強的必要。如何有效降低癌症病人的高自殺死亡率，需仰賴更多實證研究，配合政府衛生主管機關的政策領導，設計確實可行的臨床路徑，才能達到癌症病人自殺防治的具體成效。

致謝

本文感謝雙和醫院精神科陳佳惠醫師、和信治癌中心醫院身心科鄭致道醫師、馬偕紀念醫院精神科吳書儀醫師、馬偕紀念醫院社會服務室張玉仕社工師、台北護理健康大學護理系林寬佳副教授的參與討論，以及台北護理健康大學生死教育與輔導研究所邱玉菁、葉北辰研究生協助蒐集資料。

參考文獻

1. 行政院衛生署。97年醫療統計年報。2008。
2. 行政院衛生署。癌症登記年度報告。2009。
3. 方俊凱、陳虹汶、賴允亮。癌症病人的自殺學。安寧療護 2006; 11: 263-72。
4. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4731-8。
5. Chung KH, Lin HC. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 107-14。
6. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4209-16。
7. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 1250-8。
8. Howard RA, Inskip PD, Travis LB. Suicide after childhood cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 731。
9. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 341-9。
10. MacFarlane E, Benke G, Del Monaco A, Sim MR. Cancer incidence and mortality in a historical cohort of Australian pest control workers. *Occup Environ Med* 2009; 66: 818-23。
11. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Moller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *Br J Cancer* 2009; 101: 198-201。
12. Ahn E, Shin DW, Cho SI, Park S, Won YJ, Yun YH. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19: 2097-105。
13. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology* 2009; 18: 1038-44。
14. Somerset W, Stout SC, Miller AH, Musselman D. Breast cancer and depression. *Oncology (Williston Park)* 2004; 18: 1021-34; discussion 35-6, 47-8。
15. Gross AF, Smith FA, Stern TA. Is depression an appropriate response to having cancer? A discussion of diagnostic criteria and treatment decisions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9: 382-7。
16. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004: 57-71。
17. Chen YH, Lin HC. Increased risk of cancer subsequent to severe depression--a nationwide population-based study. *J Affect Disord* 2011; 131: 200-6。
18. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 733-42。
19. 洪曉琪、陳虹汶、張義芳等。癌症病人失志量表中文版之信效度檢測。內科學誌 2010; 21: 427-35。
20. Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20: 269-76。
21. Strada EA. Grief, demoralization, and depression: diagnostic challenges and treatment modalities. *Primary Psychiatry* 2009; 16: 49-55。
22. Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research* 2001; 1: 310-23。
23. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004; 40: 1053-7。
24. Dormer NR, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust* 2008; 188: 140-3。
25. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer* 2005; 92: 995-1000。

26. Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology* 2011 (Article first Published online).
27. Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brecht ML, Evangelista L. Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2920-9.
28. Semple CJ, Sullivan K, Dunwoody L, Kernohan WG. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future. *Cancer Nurs* 2004; 27: 434-41.
29. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085-93.
30. Akechi T, Okamura H, Nakano T, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 2010; 19: 384-9.
31. 行政院衛生署。98年醫療統計年報。2010。
32. Steiner JF, Cavender TA, Main DS, Bradley CJ. Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer* 2004; 101: 1703-11.
33. Lee CY, Fang CK, Yang YC, et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. (submitted)
34. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32: 506-11.
35. Valente SM. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer Nurs* 2010; 33: 290-5.
36. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 276-86.
37. Rudd MD. An integrative model of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20: 16-30.
38. Bonner RL, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life Threat Behav* 1987; 17: 50-63.
39. 陳珍德。癌症病人生命意義之研究。彰化師大輔導學報 2002; 23: 1-48。
40. Fang CK, Lu HC, Liu SI, Sun YW. Religious Beliefs Along the Suicidal Path in Northern Taiwan. *OMEGA-J Death Dying* 2011; 63: 255-69.
41. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
42. Carlson LE, Angen M, Cullum J, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004; 90: 2297-304.
43. Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygur H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16: 304-11.
44. Han WT, Collie K, Koopman C, et al. Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psychooncology* 2005; 14: 318-30.
45. Dimeo F, Schmittl A, Fietz T, et al. Physical performance, depression, immune status and fatigue in patients with hematological malignancies after treatment. *Ann Oncol* 2004; 15: 1237-42.
46. Holland JC, Jacobsen PB, Riba MB. NCCN: Distress management. *Cancer Control* 2001; 8(6 Suppl 2): 88-93.
47. Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2003; 1: 344-74.
48. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97:2605-13.
49. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004; 13: 792-9.
50. Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology* 2008; 17: 548-55.
51. Gessler S, Low J, Daniells E, et al. Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psychooncology* 2008; 17: 538-47.
52. Hegel MT, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Moore CP, Ahles TA. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17: 556-60.
53. Wang GL, Hsu SH, Feng AC, et al. The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psychooncology* 2011; 20: 639-46.
54. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 78: 206-19.
55. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499-505.
56. Sharma SP. High suicide rate among cancer patients fuels prevention discussions. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 1750-2.
57. Liu SI, Yeh ZT, Huang HC, et al. Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 96-101.
58. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.

Suicide Prevention in Cancer Care

Cheng-Yang Lee¹, Hong-Wen Chen², Yu-Chan Li³,
Woung-Ru Tang⁴, and Chun-Kai Fang^{1,5}

¹*Department of Psychiatry, ²Hospice and Palliative Care Center,*

⁵*Suicide Prevention Center, Taipei Mackay Memorial Hospital;*

³*Institute of Life and Death Education and Counseling,
National Taipei University of Nursing and Health Sciences;*

⁴*Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University*

The risk of suicide in cancer patients is higher than that in the general population. As compared to other countries, the suicidal rate of cancer patients in Taiwan is much higher. Patients with certain cancer types, who have lower quality of life and more emotional distress, seem to carry higher suicide risk. There is an increased risk of suicide associated with cancer severity. Lung and buccal cancer patients carried the highest suicidal risk in Taiwan. Whereas breast and hematological cancers carried the third and the fourth highest suicidal risk, respectively, which carried lower suicidal risk in other countries. This finding is different from other countries. Socioeconomic hardships and suicidal ideation in cancer patients underestimated by both their nurses and physicians may relate to the risk of suicide. The screening rate of emotional distress in cancer patients must be elevated. Depression and demoralization in cancer patients are related to suicidal behavior. Depression among patients diagnosed with cancer should be treated, and demoralization also needs to be addressed. We suggest using Distress Thermometers, Patient Health Questionnaires, and Demoralization Scale- Mandarin Version to screen. We are hopeful that future research and government policies will develop the clinical pathway to suicide prevention in cancer care. (J Intern Med Taiwan 2011; 22: 335-343)