



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例

癌症病人自殺評估與防範

個案描述

案例一：

50 歲男性，一年前出現腹痛、腹脹、食慾不振、嗜睡等症狀，診斷為胰臟癌，接受手術治療及化學治療，隔年發現癌症復發且轉移至腹膜，醫師認為開刀治療無效，建議至腫瘤科門診追蹤治療。病人當天早上辦理出院後，中午在家服藥自殺。

案例二：

30 歲男性，剛被診斷為胃癌第三期，因疼痛、虛弱、嘔吐，日常生活需有人協助。平時與家人互動關係不佳，住院治療期間，主要陪伴者僅有一位，其他成員甚少探望，即便偶有其他親屬探視，談話內容也多所責備，導致病人情緒激動。過年期間家人探視，發生大吵，隔天早上病人趁主要陪伴者外出用餐，在醫院跳樓自殺。

問題分析

1. 病情進展、預後不佳，疼痛、失能程度增加、無望感及缺乏支持性的人際關係等，多重壓力下誘發病人憂鬱及厭世情緒。
2. 癌症照護中常忽略憂鬱症診斷及治療：病人通常無意願或不知道如何主動求助、非精神科醫療照護人員有時易將憂鬱症誤認為是癌症病人的正常反應。

背景說明

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心研究發現，「疾病因素」居自殺原因的第6位，有58.7%的自殺死亡者，其生前合併有重大傷病診斷，且比例隨年齡增長而增加，顯示在承受疾病所帶來的多重壓力下，可能誘發厭世及憂鬱的情緒。國外研究顯示，癌症病人發生憂鬱症的機率大約是20-25% (Miller & Massie, 2006)，可能和罹癌的種類有關(腹腔內癌症之憂鬱症發生率最高)，且隨著疾病的進展、疼痛及失能程度的增加，病人發生憂鬱症的比例也會逐漸升高；然而，憂鬱症的診斷及治療，在癌症病人的照護中卻常被忽視 (Lloyd-Williams, 2000; Sharpe et al., 2004; Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004)。故針對癌症病人加強篩檢憂鬱症，及早偵測、合適處理，是癌症照護的當務之急。

學習重點

1 癌症病人自殺評估

仔細評估癌症病人的自殺意念，以了解病人確有憂鬱的問題，或是表達希望症狀能被妥善處理的訴求。醫院焦慮及憂鬱量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) 特別適用於一般內科病人，此量表已被廣泛使用於癌症病人，作為篩檢憂鬱及焦慮之工具 (Walker et al., 2007)。癌症病人可能發生自殺的相關因素，包括：疾病預後不佳、末期



疾病、憂鬱及無望感、無法控制的疼痛、譫妄、過去精神科病史、過去曾有自殺史或有自殺的家族史、最近有朋友/伴侶過世，或社會支持不足等（Cainl, & Else, 1990）。其他危險因子包括男性、年紀大（五十到七十歲）、有疲倦症狀、罹患癌症別(如口腔及咽部癌)等。「無望感」則對自殺更具預測性（Kovacs, Beck, & Weissman, 1975）。癌症病人常用的自殺方式為服用止痛藥或過量鎮靜劑，而藥方往往來自於他們的醫師。男性比女性傾向使用較激烈的自殺方式，如跳樓或上吊。

2 增加癌症病人自殺危險性之因子

2.1 與心智狀態相關

2.1.1 自殺意念

2.1.2 有致命的自殺計畫或握有致命藥品

2.1.3 憂鬱與無望感

2.1.4 譫妄與去抑制（disinhibition）

2.1.5 出現精神病性特質，如出現幻覺或妄想

2.1.6 失去控制及具衝動性

2.1.7 不合理的思考

2.2 與癌症有關

2.2.1 無法控制的疼痛

2.2.2 末期疾病與不佳之預後

2.2.3 特定部位如口腔咽喉癌、肺癌、腸胃道癌症、生殖泌尿道癌症、乳癌

2.2.4 體力耗竭與疲倦

2.2.5 類固醇的使用（可能引發情緒變化）

2.3 與其他生理或社會因素相關

2.3.1 過去有自殺嘗試

2.3.2 有精神疾病史

2.3.3 物質濫用，如酒精濫用

2.3.4 最近有失落事件，如喪偶、失業

2.3.5 社會支持不佳

2.3.6 年紀大的男性

2.3.7 有自殺的家族史

註：引自 Massie M.J. & Popkin M.K.(1998). Depressive disorders. In Holland J.C. et al.(Eds),
Psychooncology (pp. 518-540) . New York: Oxford University Press.

3 癌症病人自殺預防

3.1 針對不適症狀做持續性的處理。讓病人了解，即使預後不佳，還是有許多方式能增進其生活品質。積極了解並治療特定症狀，例如疼痛、噁心感、失眠、焦慮、及憂鬱等。

3.2 支持病人的傷痛，同時協助他發掘人生意義，重新定位自己的角色。

3.3 提供靈性照護。

3.4 強化家庭功能。



3.5 推動支持性的人際關係和志工的協助。

4 癌症病人自殺處理

4.1 若病人有自殺危險，家屬及第一線醫護人員應清楚了解自殺危險徵兆，評估其嚴重性。

4.2 建議家屬或看護 24 小時陪伴，醫護人員則增加訪視頻率並定時訪視。

4.3 傾聽個案心理需求，給予希望與支持。

4.4 照會精神科醫師評估及處理。

4.5 判斷病人在當下環境是否安全，如移除環境危險物品，避免被當作自殺工具。

參考資料

1. 張瑋華、廖士程、李明濱(2009)·重大疾病與自殺·自殺防治網通訊，4(5)，2。
2. Miller, K., & Massie, M. J. (2006). Depression and anxiety. *Cancer Journal*, 12, 388-397.
3. Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R., Postma, K., Tulloh, A., et al. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: Screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer*, 90, 314-320.
4. Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology (Huntington)*, 18, 1021-1023.
5. Lloyd-Williams, M. (2000). Difficulties in diagnosing and treating depression in the terminally ill cancer patient. *Postgraduate Medical Journal*, 76, 555-558.
6. Massie, M. J., & Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. In J. C. Holland, W. Breitbart, P. B. Jacobsen, & M. S. Lederberg (Eds.), *Psychooncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University Press.
7. Conwell, Y., Caine, E. D., & Else, K. (1990) Suicide and cancer in late life. *Hospital Community Psychiatry*, 41, 1334-1339.
8. Kovacs, M., Beck, A. T., & Weissman, A. (1975). Hopelessness: An indication of suicide risks. *Suicide*, 5, 98-103.

投稿機構：大林慈濟醫院

撰寫者：鄭秀晶/職員、劉秀鳳/職員

校修者：台灣病人安全通報系統(TPR)工作小組