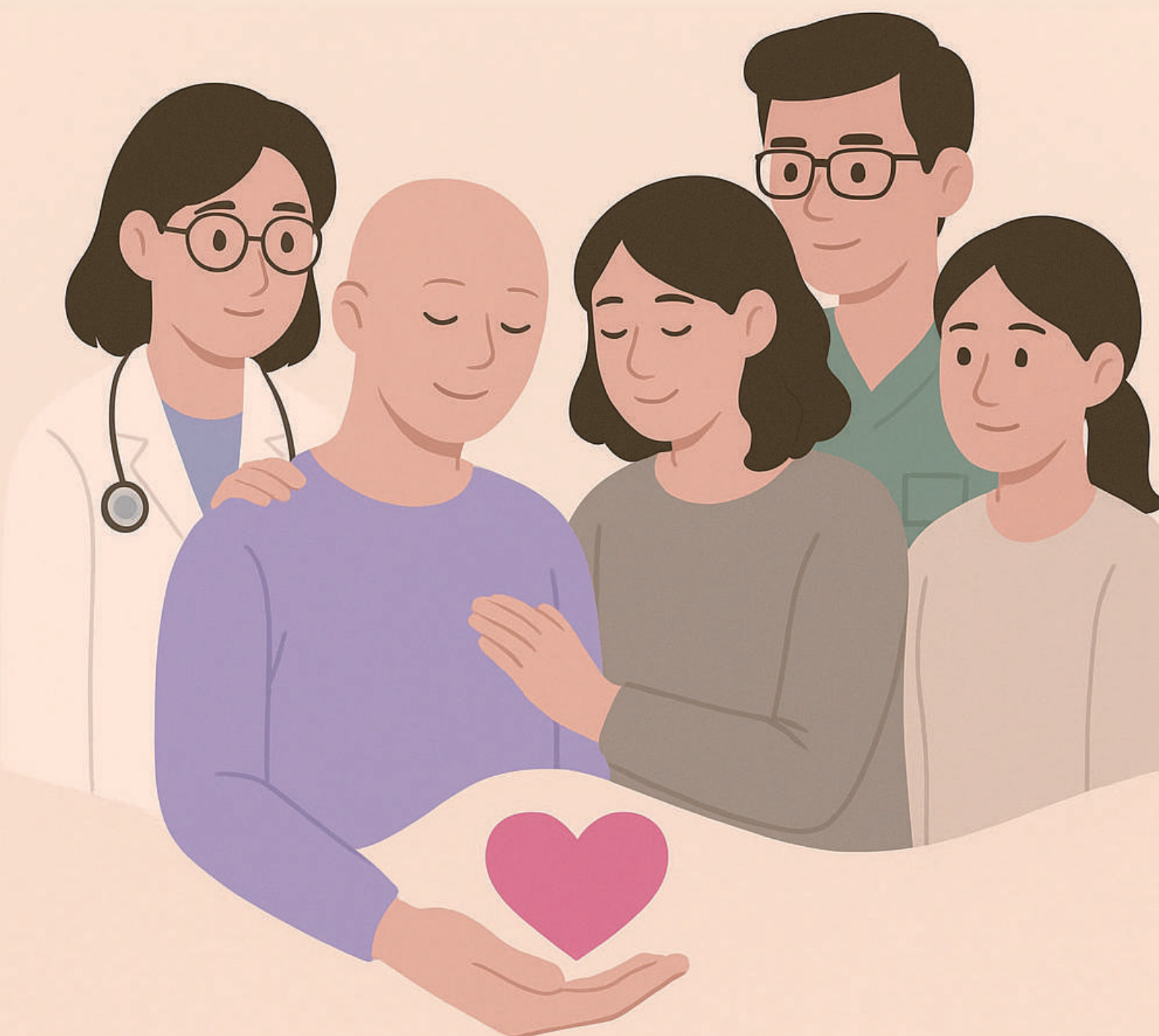


# 癌友及家屬 心理支持照護指引



## 乳癌篇

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~乳癌篇

## 目錄

第一章	前言	3
第一節	乳癌心理腫瘤學的重要性	3
第二節	乳癌患者的獨特心理社會需求	4
第三節	指引的目標與適用對象	5
第四節	使用本指引的建議	5
第二章	乳癌病人的情緒與心理評估	7
第一節	情緒篩檢的目的與工具	7
第二節	乳癌相關情緒問題的識別	8
第三節	風險分級與轉介流程	10
第四節	多學科團隊的協作	11
第三章	乳癌相關症狀與特殊需求的處置	13
第一節	乳癌治療副作用的評估與管理	13
第二節	親密關係與親友的支持	17
第四章	乳癌治療中的溝通與決策支持	20
第一節	治療選項的溝通技巧	20
第二節	與患者及家屬討論預後	21
第三節	醫療決策中的心理支持	22
第四節	文化、性別與倫理考量	23
第五節	案例分析與實務建議	25
第五章	乳癌存活者的長期照護	26
第一節	存活者的心理挑戰	26
第二節	長期荷爾蒙治療的影響與管理	28
第三節	存活者照護計畫的制定	29
第四節	心理支持策略	31
第五節	家庭與社區資源的應用	33
第六節	物質使用障礙的評估與處置	34
第六章	總結與展望	37
第一節	乳癌心理支持的核心回顧	37
第二節	當前挑戰與未滿足需求	37
第三節	新技術與個人化介入的潛力	38
第四節	未來研究與實務建議	38
附錄一	、關鍵問題與臨床建議	40
乳癌病人有失眠問題，是否應當提供乳癌病人的睡眠評估和睡眠衛教?		41

乳癌病人停經症候群當中的身心症狀(例如失眠、熱潮紅、性功能障礙)，是否應當轉介心理社會專家處理？ .....	44
乳癌治療團隊應評估病人對於身體意象的關切。 .....	46
乳癌病人有酒癮者，是否均應進行酒癮戒治？ .....	47
乳癌病人有菸癮者，是否均應進行菸癮戒治？ .....	49
乳癌病人進行預防性對側乳房切除，是否應照會心理社會專家？ .....	50
.....	
在開始治療前，是否應與所有育齡婦女的乳癌病人及其伴侶討論抗癌療法對生育力的影響？ .....	53
乳癌存活者之照顧計畫，是否均應當包含心理社會面向，例如處理害怕癌症復發、重新進入職場訓練、以及心理韌性培養等？ .....	55
附錄二、 指引發展方法學 .....	58
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	58
第二節 癌症病友及家屬心理支持照護指引發展組織 .....	60
第三節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之主題與範疇 .....	62
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 ....	63
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 ....	72
第六節 癌症病友及家屬心理支持照護指引之品質評價 .....	77
第七節 癌症病友及家屬心理支持照護指引應用之考量 .....	79
附錄三、 參考文獻 .....	81

# 第一章 前言

## 第一節 乳癌心理腫瘤學的重要性

乳癌不僅是一種影響身體健康的疾病，更是一場對患者心理與情緒的深刻挑戰。作為全球女性最常見的癌症，乳癌的診斷與治療過程往往伴隨著複雜的心理社會壓力，這使得心理腫瘤學（Psycho-oncology）在乳癌照護中扮演著不可或缺的角色。心理腫瘤學是一門跨學科領域，聚焦於癌症患者及其家屬在疾病各階段的情緒、行為與社會適應問題。對於乳癌患者而言，從確診時的震驚與恐懼，到治療期間的焦慮與疲憊，再到存活階段的復發恐懼與生活重建，心理健康的維護與身體治療同等重要。

研究顯示，乳癌患者中有 30% 至 50% 的人在診斷後的某個階段會經歷顯著的情緒困擾，例如焦慮、憂鬱或適應障礙。若這些心理問題未被及時識別與處理，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。此外，乳癌的治療往往涉及侵入性手術、化療、放療及長期荷爾蒙治療，這些過程不僅帶來身體上的負擔，也可能引發深刻的心理創傷。因此，心理腫瘤學不僅是對患者情緒支持的補充，更是提升整體醫療成效的關鍵環節。通過整合心理支持與醫療照護，我們得以更全面地回應乳癌患者的多元需求，幫助她們在疾病旅程中找到力量與希望。

## 第二節 乳癌患者的獨特心理社會需求

乳癌患者的心理社會需求具有鮮明的獨特性，這與疾病的性別傾向及治療特性密切相關。首先，乳癌患者以女性居多，這使得性別相關的文化與社會期待深深影響著她們的疾病經驗。乳房在許多文化中被視為女性特質與美的象徵，乳房切除術或乳房重建等治療選擇可能對患者的自我認同與身體形象造成深遠衝擊。這種身體形象的改變不僅影響個人自信，也可能波及親密關係與社交互動，進而引發孤立感或羞恥感。

其次，乳癌治療的長期性與複雜性進一步加劇了患者的心理負擔。例如，化療可能導致脫髮、疲憊與認知功能下降（俗稱「化療腦」），而荷爾蒙治療可能引發停經症候群，如潮熱與情緒波動。這些生理變化與女性生命階段的自然轉變（如更年期）交織在一起，使得乳癌患者在面對疾病時，常需同時處理多重身份的轉換——從健康者到患者，從照顧者到被照顧者。這種角色轉換可能帶來失落感與無力感，進一步凸顯心理支持的必要性。

此外，乳癌患者的心理需求還受到社會支持系統的影響。家庭、朋友與醫療團隊的支持程度，可能決定患者是否能有效應對疾病壓力。然而，在某些文化中，癌症仍被視為禁忌話題，患者可能因害怕被標籤或孤立而選擇隱藏情緒，這使得專業心理介入顯得尤為重要。總體而言，乳癌患者的心理社會需求不僅源於疾病本身，更與性別、身體形象及社會文化因素緊密交織，亟需針對患者獨特的心理社會需求提供個人化的照護策略。

### 第三節 指引的目標與適用對象

#### 一、本指引的目標

本指引旨在為乳癌患者的心理照護提供系統化、實證為基礎的建議，以提升醫療團隊在識別、管理與支持患者心理社會需求方面的能力。其核心目標包括：（1）促進乳癌患者情緒困擾的早期識別與介入；（2）提供針對乳癌相關特殊心理需求的處置策略；（3）強化患者、家屬與醫療團隊間的溝通與協作；（4）改善乳癌患者的整體生活品質與長期適應能力。通過這些目標，本指引希望成為乳癌照護中不可或缺的參考工具，助力患者在身心挑戰中獲得全面支持。

#### 二、適用對象

本指引的適用對象涵蓋多個群體。首先，它主要針對直接參與乳癌患者照護的醫療專業人員，包括腫瘤科醫師、護理人員、心理師、社工及復健專家等。其次，本指引也適用於與乳癌患者互動的非專科醫療人員，例如基層醫師或社區健康工作者，幫助他們初步識別患者的心理需求並進行適當轉介。此外，患者及其家屬亦可從中獲益，通過了解指引內容，她們能更清楚自身的心理權益，並積極參與治療與支持計畫。最後，本指引可作為教育與研究領域的參考，供培訓新一代醫療專業人員或設計相關研究時使用。

### 第四節 使用本指引的建議

為確保本指引能有效應用於臨床實務，我們提出以下建議。首先，醫療團隊應將指引視為靈活的工具，而非僵化的規範。乳癌患者的心理需求因個人背

景、文化差異及疾病階段而異，因此在使用指引時，應結合患者的具體情況進行個別化調整。其次，建議醫療專業人員在實踐指引前，接受相關培訓，例如情緒篩檢工具的使用或心理支持技巧的學習，以提升執行效果。

此外，跨學科合作是落實指引的關鍵。乳癌照護涉及腫瘤學、心理學、護理學等多個領域，醫療團隊應建立定期溝通機制，確保患者的心理需求與醫療計畫同步推進。例如，當患者因治療副作用出現情緒困擾時，腫瘤科醫師可與心理師共同制定介入計畫。同時，我們鼓勵醫療機構將指引融入現有流程中，例如在診斷或治療初期加入心理評估環節，以系統化地捕捉患者的潛在需求。

最後，使用本指引時應注重患者的主體性。醫療團隊應邀請患者參與討論，了解她們的價值觀與偏好，並以此為基礎提供支持。家屬的參與同樣重要，他們的情緒狀態與支持能力往往影響患者的心理健康，因此指引的應用應涵蓋家庭層面的考量。總之，本指引的價值在於其可操作性與包容性，通過靈活應用與團隊合作，我們期望為乳癌患者打造一個更人性化、更全面的照護環境。

## 第二章 乳癌病人的情緒與心理評估

### 第一節 情緒篩檢的目的與工具

乳癌患者在診斷與治療過程中常面臨顯著的情緒挑戰，這些挑戰若未被及時發現與處理，可能影響治療效果與生活品質。因此，情緒篩檢的目的在於系統性地識別患者的心理困擾，確保她們獲得適當的支持與介入。具體而言，情緒篩檢旨在：（1）早期發現常見的情緒問題，如焦慮、憂鬱或適應困難；（2）評估心理困擾的嚴重程度，以決定是否需要進一步介入；（3）為醫療團隊提供客觀數據，促進個人化照護計畫的制定。透過定期篩檢，醫療專業人員能在疾病的不同階段捕捉患者的心理變化，從而避免問題惡化。

為了有效實施情緒篩檢，臨床實務中常使用標準化的工具。常用的篩檢工具包括「醫院焦慮與憂鬱量表」（HADS）以及「困擾溫度計」（Distress Thermometer, DT）。HADS 適用於快速評估焦慮與憂鬱症狀，尤其適合癌症患者，因其避免了身體症狀與心理症狀的重疊。而 DT 是一種視覺化的單項工具，讓患者以 0 到 10 分評估自己的痛苦程度，並附帶問題清單（如家庭、情緒或身體問題），幫助醫療團隊快速了解困擾來源。這些工具應根據患者的語言能力、文化背景及臨床情境選擇，並由受過訓練的專業人員執行與解讀。情緒篩檢後應設有明確追蹤與轉介機制，必要時可連結心理師、社工師或社區資源。DT 分數達 4 分以上或 HADS 總分達 15 分以上通常提示需要進一步評估。建議導入「篩檢-轉介-追蹤」三段式流程，以提升照護連續性，避免流於形式。流程可參考圖 2-1。

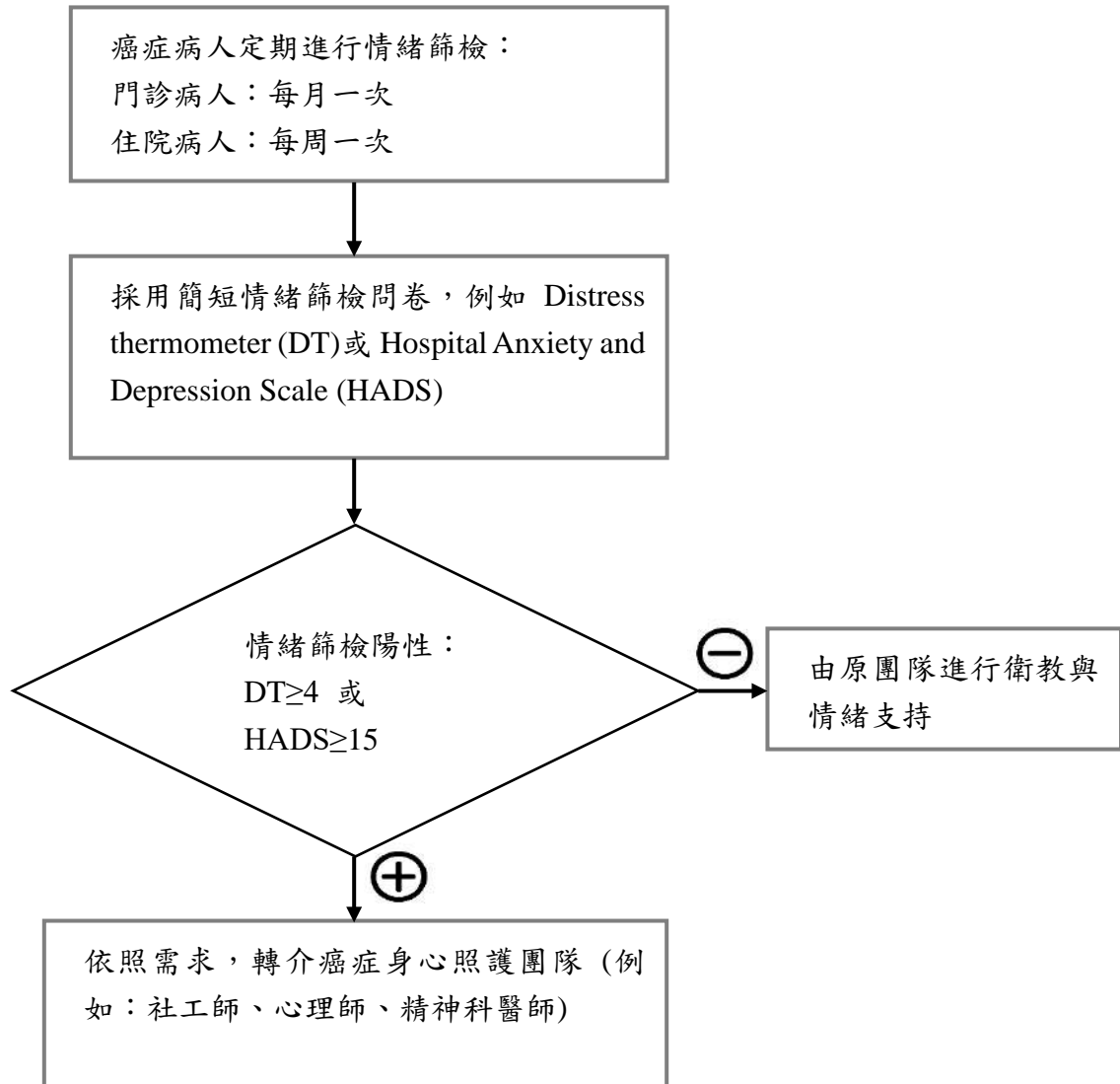


圖 2-1、情緒篩檢與轉介

## 第二節 乳癌相關情緒問題的識別

乳癌患者的情緒問題具有多樣性與階段性，常見的包括焦慮、憂鬱以及身體形象困擾。首先，焦慮在乳癌診斷初期尤為普遍，患者可能因不確定性、對治療的恐懼或對死亡的擔憂而感到緊張不安。例如，等待檢查結果或面對手術

決策時，患者可能出現失眠、心悸或過度思考等症狀。隨著治療進展，焦慮可能轉向對復發的恐懼，尤其是在治療結束後的存活階段。

此外，失眠亦為乳癌病人常見的情緒相關困擾之一，尤其與焦慮及憂鬱情緒密切相關。許多患者在等待檢查、接受治療或面對未來不確定性時，容易出現入睡困難、睡眠中斷或早醒等問題。失眠若長期存在，不僅會加重原有的心理壓力，也可能導致日間功能障礙、情緒不穩與治療依從性下降。因此，在進行情緒篩檢與心理評估時，應主動詢問患者的睡眠狀況，並納入風險分級與轉介的考量。

憂鬱是另一個重要問題，可能由疾病導致的失落感（如失去健康或乳房）或治療副作用（如疲憊、荷爾蒙變化）觸發。憂鬱症狀可能表現為持續的悲傷、對日常活動失去興趣或自我價值感降低。若未及時處理，憂鬱可能影響患者的治療意願，甚至增加自殺風險。此外，乳癌患者也常有焦慮症狀，特別是在重大治療轉換點（如從手術轉向化療）時，患者可能因難以接受新現實而出現情緒波動。

身體形象困擾是乳癌患者的獨特挑戰，尤其與乳房切除術、脫髮或體重變化相關。這些改變可能導致羞恥感、自我認同危機或社交退縮。例如，一名年輕患者可能因失去乳房而感到「不再完整」，進而影響與伴侶的親密關係。識別這些問題需要醫療團隊主動詢問患者的感受，並觀察非語言線索（如避免談論身體或過度掩飾外觀）。透過敏感的對話與系統性評估，才能全面了解患者的心理狀態。

### 第三節 風險分級與轉介流程

情緒與心理評估的下一步是根據篩檢結果進行風險分級，並啟動相應的轉介流程。風險分級通常分為三級：低風險、中風險與高風險。低風險患者可能僅表現輕微的壓力或情緒波動，透過簡單的支持性對話或教育即可緩解。中風險患者則可能有中度的焦慮或憂鬱症狀，影響日常生活但尚未達臨床診斷標準，這類患者可轉介至心理諮詢師或支持團體。高風險患者則顯示嚴重的心理問題，例如重度憂鬱、自殺意念或創傷後壓力症候群（PTSD），需立即轉介至精神科醫師或心理師進行專業介入。

轉介流程應明確且高效。首先，醫療團隊需根據篩檢工具的分數或臨床觀察，快速判斷風險等級。其次，轉介應包含清晰的溝通，確保接收端（如心理專業人員）了解患者的背景、當前治療階段及主要困擾。同時，患者與家屬應被告知轉介的目的與預期效益，避免誤解或抗拒。為提升流程順暢性，建議醫療機構建立內部轉介網絡，或與外部心理健康服務建立合作關係，確保患者能在 48 至 72 小時內獲得初步支持。依照風險等級的分層照顧模型，可參考圖 2-2。

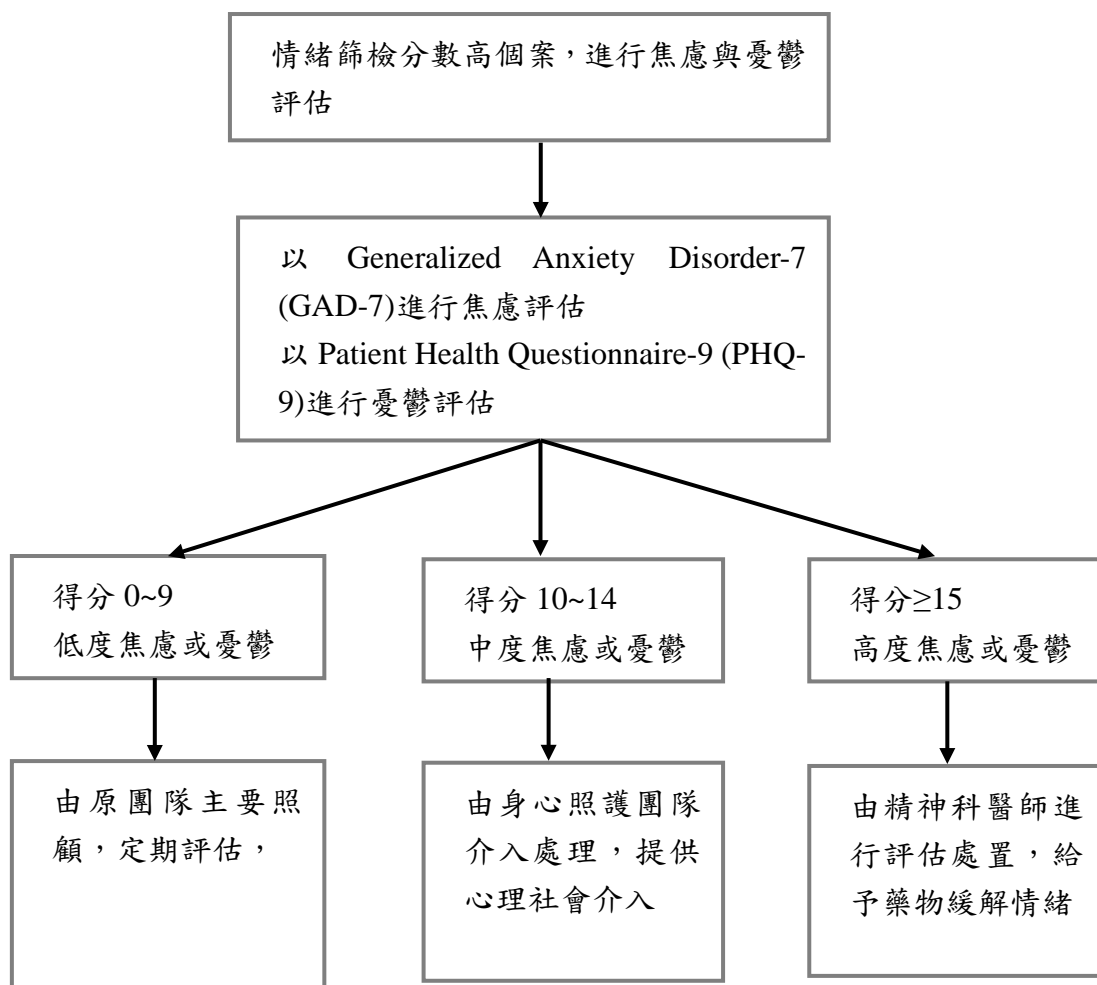


圖 2-2、分層照顧模型

#### 第四節 多學科團隊的協作

乳癌患者的心理評估與照護無法單靠某一專業完成，多學科團隊的協作至關重要。這個團隊通常包括腫瘤科醫師、護理人員、心理師、社工及復健專家，各成員在心理支持中扮演不同角色。腫瘤科醫師負責統籌治療計畫，並在診斷或治療轉換時啟動情緒篩檢。護理人員則因與患者接觸頻繁，適合觀察日常情緒變化並提供即時支持。心理師或精神科醫師專注於深度評估與介入，例如認

知行為療法（CBT）或藥物治療。社工則協助解決社會經濟問題，如醫療費用或家庭支持不足，而復健專家可幫助患者應對身體功能與形象的改變。

協作的關鍵在於資訊共享與定期溝通。建議團隊每月召開一次案例討論會，針對高風險患者制定聯合照護計畫。例如，一名接受化療的患者若出現憂鬱與身體形象困擾，腫瘤科醫師可調整治療方案以減少副作用，心理師提供情緒管理技巧，而復健專家設計運動計畫以提升自信。此外，團隊應確保患者的聲音被聽見，鼓勵她們參與決策過程。透過多學科的整合，乳癌患者的心理需求得以全面回應，從而提升治療的整體成效。

醫療團隊成員（包含主治醫師、心理師、社工師、個案管理師、護理師、及藥師）皆可透過溝通訓練與心理敏感度的提升，提供乳癌患者實質與情感上的支持。病友指出，簡單的一句鼓勵話語與耐心說明，往往能成為心理上的強心劑。鼓勵醫療人員接受乳癌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。增能訓練有助於提升治療聯結與介入成效。

## 第三章 乳癌相關症狀與特殊需求的處置

### 第一節 乳癌治療副作用的評估與管理

#### 一、停經症候群的評估與管理

乳癌治療中常見的荷爾蒙療法（如 tamoxifen 或 aromatase inhibitor）以及化療可能誘發停經症候群，尤其對於年輕患者或尚未進入更年期的女性。停經症候群的症狀包括潮熱、盜汗、情緒波動、睡眠障礙及陰道乾燥等，其中潮熱與情緒波動尤為突出。潮熱通常表現為突發性的身體發熱與出汗，特別在夜間可能干擾睡眠，進而加劇疲憊與情緒不穩。情緒波動則可能呈現為易怒、焦慮或低落，患者常描述自己情緒上下波動，這與荷爾蒙的急劇變化密切相關。

症狀辨識需仰賴患者的主觀陳述與醫療團隊的詢問。臨床中可使用標準化問卷，如「更年期評估量表」（Menopause Rating Scale, MRS），評估症狀的頻率與嚴重度。此外，醫療專業人員應注意症狀的潛在心理影響，例如潮熱導致的社交困擾或因情緒波動引發的家庭衝突。鑑別診斷時，需排除其他可能原因（如甲狀腺功能異常或藥物副作用），以確保處置能夠治療病因。

停經症候群的管理應採取階梯式策略，從非藥物介入開始，必要時輔以藥物治療。非藥物介入包括生活方式調整與心理支持。例如，患者可透過穿著透氣衣物、保持環境涼爽、或避免辛辣食物來減少潮熱頻率。放鬆技巧（如深呼

吸或漸進性肌肉放鬆)也有助於緩解情緒波動。認知行為療法(CBT)已被證實對改善睡眠與情緒穩定有效,特別適合偏好非藥物介入的患者。

當非藥物介入不足以緩解症狀時,可考慮藥物治療。然而,乳癌患者因荷爾蒙敏感性腫瘤的風險,通常不建議使用荷爾蒙補充療法(HRT)。替代方案包括選擇性血清素再攝取抑制劑(SSRIs)如 paroxetine 或 venlafaxine,這些藥物可有效減輕潮熱與情緒症狀,且不影響乳癌預後。gabapentin 是另一選擇,特別對夜間潮熱有效。藥物使用前需與患者充分討論潛在副作用(如嗜睡或口乾),並由腫瘤科醫師與內分泌科醫師共同評估適應症。

## 二、淋巴水腫的評估與管理

淋巴水腫是乳癌手術如腋下淋巴結清除或放療後的常見併發症,影響 5-65% 的患者。症狀包括患側手臂或手部持續性或間歇性腫脹,常伴沉重感。皮膚可能緊繃、硬化或呈橘皮樣改變。腫脹導致手臂靈活性下降,影響日常活動。淋巴液滯留增加蜂窩組織炎風險。評估方法包括量測患側與健側手臂周徑差異,差值大於或等於 2 公分具診斷意義。患者教育與自我監測如觀察腫脹或皮膚變化至關重要。鑑別診斷需排除深層靜脈栓塞或腫瘤復發。

非侵入性治療包括複合性物理治療,涵蓋手動淋巴引流、壓迫繃帶、多層包紮及運動療法,需由專業淋巴治療師執行。量身訂製的壓迫袖套每日穿戴可維持療效。皮膚護理需保持清潔與保濕,避免創傷如針刺或燙傷以降低感染風險。低強度抗阻運動如漸進式舉重結合壓迫衣可促進淋巴回流。藥物方面,抗

生素用於治療或預防蜂窩組織炎。對於頑固性淋巴水腫，可考慮外科介入，如淋巴靜脈吻合術或淋巴結移植，但適應症需嚴格評估。

### 三、化放療副作用的評估與管理

化療與放療常引起多系統不適，影響患者依從性與生活品質。常見症狀包括噁心與嘔吐、疲憊感、周邊神經病變、口腔黏膜炎與掉髮，評估需結合患者自述與臨床觀察，使用共同毒性標準分級症狀嚴重度。定期監測血液學指標如白血球計數與神經學檢查如振動覺測試有助於早期發現併發症。

噁心與嘔吐分為急性（治療後 24 小時內）或延遲性（24 小時後）。對於噁心與嘔吐，5-HT<sub>3</sub> 受體拮抗劑如 ondansetron、NK1 受體拮抗劑如 aprepitant 及 dexamethasone 聯合使用可有效預防。olanzapine 對延遲性嘔吐有輔助效果。非藥物方面，針灸或穴位按壓如內關穴可減輕症狀，進食少量多餐，避免油膩食物。

疲憊感常持續數週，可能會影響日常功能。疲憊管理上，規律的有氧運動如每日 30 分鐘快走可改善症狀，認知行為療法有助於應對情緒壓力。

methylphenidate 可試用於重度疲憊，但需謹慎評估。

周邊神經病變表現為手腳麻木、刺痛或灼熱感，影響精細動作。周邊神經病變以 duloxetine 為一線治療，gabapentin 或 pregabalin 可輔助緩解。物理治療如平衡訓練與職業治療有助於功能恢復，避免極端溫度刺激。

口腔黏膜炎導致口腔潰瘍或疼痛，影響進食與說話。口腔黏膜炎預防包括治療前口腔評估，維持口腔衛生，使用無酒精漱口水。治療方面，局部麻醉漱口水如 lidocaine 或含 benzydamine 漱口液可緩解疼痛，嚴重者可考慮低能量雷射治療。

化療引起的掉髮通常在治療開始後 1 至 3 週出現，影響頭髮、眉毛甚至全身毛髮。掉髮對患者的心理與社交影響深遠，常引發自尊下降或社交退縮。評估需了解患者對掉髮的心理反應。預防方面，頭皮冷卻療法使用冷帽降低頭皮血流，減少藥物對毛囊的損傷，但需依化療方案調整，患者需了解可能引起的不適如頭痛。心理支持包括提供假髮、頭巾或帽子選擇，協助患者適應外觀改變，心理諮詢或支持團體有助於緩解焦慮與憂鬱。毛髮恢復方面，化療結束後 3 至 6 個月毛髮通常開始再生，minoxidil 外用可促進毛髮生長，但效果因人而異。建議使用溫和洗髮精，避免燙染以保護新生毛髮。

## 第二節 親密關係與親友的支持

### 一、乳癌治療對性功能的影響

乳癌治療常對患者的性功能造成顯著影響。手術（如乳房切除術）可能改變身體形象，降低性自信；化療與荷爾蒙治療則可能引發陰道乾燥、性慾下降或性交疼痛。這些變化不僅影響生理功能，也影響親密關係。例如，荷爾蒙治療導致的停經症候群可能使患者感到「失去女性特質」，進而減少性行為。研究顯示，高達 75% 的乳癌患者在治療後報告性功能障礙（Goldfarb, 2009），這凸顯了相關介入的迫切性。

### 二、身體意象、親密關係及社會支持的關注

身體意象的改變是乳癌治療過程中影響親密關係及心理健康的核心因素。患者因手術導致的乳房切除或重建、治療留下的疤痕、化療引起的掉髮或體重變化，常常對自身外觀產生負面認知，甚至感到自卑或羞恥。這些情緒可能導致患者擔心伴侶的接受度，進而減少與伴侶的肢體接觸或情感交流，造成溝通障礙或關係疏離。部分患者可能避免親密行為，擔心伴侶對身體改變的看法，或因治療副作用如陰道乾燥、性慾下降而影響性生活品質。醫療團隊應主動開啟對話，透過開放且非評判性的方式，詢問患者對身體改變的感受、對外貌的自我評價，以及與伴侶的互動變化。心理諮詢或性健康專家的介入可協助患者重建自信，探索適應新身體意象的方式，例如使用假髮、特殊內衣或學習新的親密表達方式。對於性功能障礙，非荷爾蒙潤滑劑或物理治療如骨盆底肌訓練

可改善症狀，同時心理治療如認知行為療法能幫助患者與伴侶共同應對情感挑戰。

家屬教育在支持親密關係中扮演關鍵角色。伴侶往往需要更多資訊來理解患者的生理與心理變化，例如治療如何影響情緒或性健康。醫療團隊可透過衛教講座或書面資料，向家屬解釋乳癌治療的副作用及心理影響，幫助伴侶以同理心回應患者的感受。鼓勵伴侶參與治療過程，如陪同就診或參加支持團體，能增進雙方理解，促進情感聯繫。此外，醫療團隊應注意文化差異對親密關係討論的影響，例如某些患者可能因文化背景而難以公開談論性健康，需以更間接或表達關心並徵詢同意的方式提供支持。對於單身患者，身體意象改變可能影響其對未來親密關係的信心，醫療團隊可提供心理支持，幫助患者重建自我價值感，並連結至同儕支持資源，如乳癌倖存者團體，以分享經驗並獲得情感支持。

除了親密關係，角色功能與家庭事務分擔的支持對患者的心理復原同樣重要。乳癌治療期間，患者可能因疲憊、身體限制或頻繁就醫而無法維持原有的家庭責任，如家務、育兒或經濟支持。這種角色改變可能引發內疚感或壓力，尤其對習慣承擔主要家務的女性患者。醫療團隊應與患者及家人討論角色調整的策略，例如將家務分擔給其他家庭成員或尋求外部協助，如聘請臨時家務幫手。社工師可協助評估家庭需求，連結社區資源，如志工服務或財務補助，以減輕患者負擔。對於有年幼子女的患者，醫療團隊可提供親子溝通指引，幫助患者向孩子解釋病情，並安排心理支持以減輕子女的焦慮。透過家庭成員的共同參與，患者能感受到支持，減少因角色改變引發的心理壓力。

親友與同事的支持是患者心理與社交適應的重要支柱。親友的陪伴與理解能緩解患者的孤獨感，但部分親友可能因不熟悉乳癌而不知如何提供適切支持，甚至無意中以不當言論加重患者壓力，例如過分強調正向思考或忽略患者的真實感受。醫療團隊可提供親友教育，教導他們如何傾聽、提供實際幫助如代辦雜務或陪伴就醫，而非僅給予空泛的安慰。對於職場支持，患者可能因治療副作用如疲憊或認知功能下降而難以維持工作表現，進而擔心職場歧視或經濟壓力。醫療團隊可協助患者與雇主溝通，制定合理的工作調整，如彈性工時或遠距工作，並提供醫療證明以保障患者權益。職能復健專家可介入，幫助患者逐步恢復工作能力。對於需要長期休假的患者，社工可協助申請傷病補助或保險理賠，減輕經濟負擔。此外，職場支持團體或乳癌倖存者網絡能提供同儕經驗分享，幫助患者在職場中重建自信。

### 三、藥物、心理、與行為介入

性功能與親密關係的支持需採取綜合策略。藥物方面，局部雌激素（如陰道潤滑劑或低劑量雌激素環）可用於緩解陰道乾燥，但需在腫瘤科醫師評估風險後謹慎使用。非荷爾蒙潤滑劑或保濕劑是更安全的選擇。心理介入方面，性治療或伴侶諮詢可幫助重建親密感，特別是透過 CBT 處理身體形象困擾。行為介入則包括性教育與感官聚焦練習，鼓勵患者與伴侶探索非性交形式的親密互動。醫療團隊應確保介入尊重患者的價值觀與舒適度，並提供長期追蹤支持。

## 第四章 乳癌治療中的溝通與決策支持

### 第一節 治療選項的溝通技巧

乳癌治療涉及多種選項，包括乳房切除術、乳房保留手術、化療、放療及乳房重建，每種選擇對患者的身心影響不同。有效的溝通技巧幫助患者理解選項並做出符合個人利益的決策。醫療專業人員應以清晰簡潔的方式解釋每種治療的目標、過程及潛在後果，避免過多醫學術語。例如，說明乳房切除術時，可強調其降低復發風險的益處，同時坦誠提及術後可能的身體形象改變或淋巴水腫風險。對於乳房重建，醫療團隊應介紹即時重建與延遲重建的差異，討論外觀、功能預期及恢復時間。例如，即時重建可減少手術次數，但可能延長住院時間；延遲重建則允許患者有更多時間考慮，但需額外手術。

以患者為中心的溝通方式至關重要。醫療團隊需傾聽患者的價值觀與優先事項，例如部分患者重視保留乳房外觀以維持自信，另一些患者優先考慮治療徹底性以降低復發風險。開放式問題如「您對這些選項有什麼想法？」或「您最擔心的是什麼？」能揭示患者的心理需求與偏好。研究顯示以患者為中心的溝通可提高溝通的成效與健康預後（Epstein & Street, 2007）。非語言溝通如眼神接觸、溫和語調及適當肢體語言能增強信任感，特別在討論敏感話題如乳房重建或性功能影響時。醫療團隊應提供書面資料、圖表或視覺輔助工具（如 3D 模型展示手術效果），幫助患者在多種選項壓力下確認理解資訊並參與討論。

在台灣，文化因素影響溝通效果。部分患者因傳統觀念（如疾病羞恥感）不願公開討論乳房相關問題，醫療團隊需以同理心引導對話，避免直接觸及敏感話題。例如，可先詢問患者對治療的整體期望，逐步引入具體選項。語言障礙也需注意，特別對老年或教育程度較低的患者，醫療團隊可使用方言（如台語）或簡化語言，並搭配視覺輔助。研究顯示視覺輔助工具可提高患者對治療的理解度（McCaffery et al., 2012）。

實務建議包括定期培訓醫護人員的溝通技巧，強調文化敏感性與同理心。醫療機構可開發標準化溝通指南，涵蓋常見問題與回應範例，確保一致性。患者教育材料應翻譯成多語言（如中文、台語、客語）並提供線上版本，方便患者及家屬隨時查閱。

## 第二節 與患者及家屬討論預後

討論乳癌預後是一項挑戰，因其涉及不確定性並可能引發強烈情緒。醫療專業人員應以誠實且具同理心的方式進行，首先確認患者的資訊需求。例如，醫療團隊可問「您想了解多少關於未來可能的情況？」以調整討論深度。對於早期乳癌（I-II 期），可強調高存活率（如 5 年存活率約 90-95%）與治療進展帶來的希望（Harbeck & Gnant, 2017）。對於晚期病例（IV 期），醫療團隊需平衡真實性與支持性，避免過於悲觀或虛假樂觀。例如，可說明標靶治療（如 HER2 陽性乳癌使用 trastuzumab）顯著延長存活期，同時承認疾病進展的可能性。

家屬的參與對患者決策有重要影響，因其情緒反應可能增強或削弱患者的信心。醫療團隊應邀請家屬參與討論，解釋預後如何受腫瘤分期、亞型（如 ER/PR 陽性、HER2 狀態）及治療反應影響。使用具體數據時需搭配解釋，例如「五年存活率 90% 意味著 100 位患者中有 90 位在五年內無復發，但個人情況可能不同」。醫療團隊應準備應對情緒反應，如適當保持沉默讓患者消化資訊，或建議後續心理支持。研究顯示同理心溝通可降低患者焦慮並提高滿意度（Derksen et al., 2017）。

在台灣，家屬常在決策中扮演關鍵角色，特別在集體主義文化中，患者可能依賴家人意見。醫療團隊需確保患者意願不被家屬意見掩蓋，例如透過單獨會談確認患者真實想法。討論結束時，醫療團隊應確認患者與家屬的理解，鼓勵他們隨時提出疑問，並提供書面預後摘要，方便回顧。

實務建議包括建立預後討論的標準流程，涵蓋開場白、數據解釋及情緒支持步驟。例如，開場可說「我們會一起討論您的情況，並回答任何問題」。醫療團隊應接受同理心訓練，學習辨識患者與家屬的情緒線索。對於情緒反應強烈的患者，可轉介至心理師或提供支持團體資源。

### **第三節 醫療決策中的心理支持**

乳癌治療決策常伴隨心理壓力，如對未知的恐懼或擔憂選錯方向。心理支持幫助患者應對這些情緒並增強決策信心。醫療團隊應協助患者識別決策中的核心價值，例如生存率、生活品質或家庭責任，並以此引導討論。決策輔助工具（如表格比較治療選項的利弊）可提升患者參與感，減少焦慮。研究顯示使

用決策輔助工具能夠有效提升患者知識、風險認知準確性、價值觀與選擇一致性，並減少決策衝突與被動決策，促進患者參與，且不會增加焦慮、憂鬱或降低滿意度（Stacey et al., 2017）。

若患者因資訊過載或情緒困擾而猶豫，心理師可介入，透過認知行為療法或正念練習緩解壓力。例如，認知行為療法幫助患者挑戰非理性想法，如「選錯治療會致命」，從而提升決策信心。心理支持應與醫療討論同步，避免患者感到孤立或被催促。

在台灣，部分患者因文化因素（如避免衝突或信任醫師權威）不願表達疑惑，醫療團隊需主動邀請意見，如「您覺得這個選項適合您的生活方式嗎？」。對於經濟壓力大的患者，醫療團隊可連結補助資源，減輕決策中的財務顧慮。

實務建議包括將心理師納入腫瘤科團隊，確保每位患者在決策初期接受情緒篩查（如使用 Distress Thermometer）。醫療機構應提供多語言決策輔助工具，並定期追蹤患者決策後的心理狀態，確保持續支持。

#### **第四節 文化、性別與倫理考量**

乳癌患者的決策深受文化、性別及倫理因素影響。在某些文化中，乳房被視為女性身份的核心，切除術可能引發羞恥感或家庭壓力。醫療團隊需尊重這些觀點並提供文化敏感的建議。例如，在台灣的傳統文化中，部分女性擔心乳房切除影響婚姻或社交關係，醫療團隊可介紹重建選項並安排同儕支持團體，幫助患者重建自信。研究顯示特定族群在獲得的醫療照顧上仍面臨差異，這些

差異即使控制了社經地位、保險、疾病階段等因素後依然存在。患者的健康信念、價值觀、偏好及行為差異也加劇了這些不平等，影響症狀認知、就醫時機、溝通、治療理解及依從性，這都是臨床人員必須注意的面向（Betancourt et al., 2003）。

性別層面需特別關注男性乳癌患者，雖然其比例僅約 1%，但他們常因疾病的「女性化」標籤感到孤立。醫療團隊應提供針對男性乳癌患者的心理支持，例如連結男性乳癌支持團體，並避免使用女性化的語言。台灣的男性乳癌患者可能因社會期待（如堅強形象）不願表達情緒，醫療團隊需主動提供私密諮詢空間。

倫理上，醫療團隊應秉持自主權與知情同意原則，確保患者在充分理解選項後自願選擇，而非受壓力影響。當治療目標與患者意願衝突時（如拒絕標準治療），醫療團隊應探索背後原因，如宗教信仰或經濟限制，並尋求折衷方案，而非強加專業意見。例如，患者拒絕化療可能因擔心副作用，醫療團隊可提供低劑量方案或替代療法討論。同時，也應當採納「關係性自主」（relational autonomy）的觀點，意即個人的自主性並非單純來自個體本身，而是深受社會關係的影響（Entwistle et al., 2010）。在台灣，醫療倫理需考慮健保資源限制與家庭期望的平衡。醫療團隊應接受文化與倫理培訓，提升對多元背景的敏感度，並確保公平照護。實務建議包括開發文化敏感的患者教育材料，涵蓋台灣常見族群（如閩南、客家、原住民）的語言與文化特色。醫療團隊應記錄患者的文化背景與偏好，納入決策過程，並定期舉辦跨文化溝通工作坊。

## 第五節 案例分析與實務建議

案例分析將理論轉化為實務指導。例如，40 歲的陳女士確診早期乳癌（IIA 期），面臨乳房全切除或保留手術的抉擇。醫療團隊使用圖表比較兩者的復發率（乳房全切除術約 5%，保留手術約 7-10%）與外觀影響，發現她重視育兒能力，於是強調保留手術的短期恢復優勢（約 4-6 週對比切除術的 6-8 週）。討論預後時，醫師說明 95% 的五年存活率，並請心理師協助處理她的復發恐懼。家屬擔心外觀影響婚姻，醫療團隊安排重建諮詢，介紹即時重建的優勢與風險，並尊重她的文化背景（台灣傳統重視女性形象）。最終，陳女士選擇保留手術，決策滿意度高，術後 6 個月報告生活品質改善。

另一案例涉及 55 歲的王先生，確診男性乳癌（I 期）。他因疾病的女性化標籤感到羞恥，拒絕公開討論。醫療團隊提供私密諮詢，並強調治療的必要性（五年存活率約 98%）。透過心理支持，他接受乳房切除術並逐漸重建自信。

實務建議包括以下幾點。醫療團隊應接受決策輔助工具與同理心技巧的培訓，例如學習使用決策表格或模擬對話。醫療機構應建立跨學科小組，整合腫瘤科、心理學、社工及復健專業，確保全面支持。定期回顧溝通成效，根據患者反饋調整策略，例如收集滿意度問卷或舉辦焦點團體討論。台灣醫療機構可與乳癌病友團體（如中華民國乳癌病友協會）合作，提供同儕支持與文化敏感的資源。線上平台（如台灣癌症資源網）可作為輔助工具，提供患者與家屬即時資訊。

## 第五章 乳癌存活者的長期照護

### 第一節 存活者的心理挑戰

復發恐懼 (fear of recurrence, FOR) 是最常見且持續性的心理問題。研究顯示，約 30% 的乳癌存活者會經歷不同程度的復發恐懼 (Schapira et al., 2022)。即使醫療數據顯示復發風險低 (如早期乳癌 5 年復發率約 5-10%)，患者仍可能因輕微症狀 (如肌肉痠痛、疲倦) 或即將進行的檢查 (如乳房攝影) 而感到強烈焦慮。這種恐懼可能導致兩極化行為：過度警覺 (如頻繁要求不必要的檢查) 或迴避醫療追蹤 (如延遲或取消定期檢查)。兩者均可能影響早期發現潛在問題的機會。

案例：45 歲的林女士，診斷為 II 期乳癌，完成治療後 3 年，雖無復發證據，但每次檢查前數週便失眠、焦躁，甚至因害怕「壞消息」而考慮取消預約。她的醫療團隊透過認知行為療法 (Cognitive behavioral therapy, CBT) 幫助她辨識恐懼的觸發點，並教導放鬆技巧，顯著改善其焦慮。

建議：醫療團隊應定期以標準化量表，如 Fear of progression questionnaire (Mehnert et al., 2006; 詩藝瑄, 2020) 或 Fear of Cancer Recurrence Inventory (Simard et al., 2009) 評估患者的復發恐懼程度，並根據嚴重度提供心理介入，如 CBT 或正念療法。開放式問句 (如「您最近有什麼讓您特別擔心的事嗎？」) 能幫助患者表達隱藏的情緒。

癌因性疲憊 (Cancer-related fatigue, CRF) 是另一重大挑戰，影響約 30-60% 的乳癌存活者 (Bower, 2014)。癌因性疲憊不同於一般疲勞，其特點是持續性、難以緩解，且不受休息改善，可能持續數月至數年。癌因性疲憊的成因複雜，涉及治療引起的生理變化 (如發炎反應)、心理壓力及生活方式改變。患者常描述「腦霧」 (cognitive fog) 或缺乏動力，影響工作、社交及家庭角色。

非藥物介入是管理癌因性疲憊的首選，例如規律的有氧運動 (每周 150 分鐘中強度運動) 已被證實能顯著減輕症狀 (Mustian et al., 2017)。心理支持 (如支持團體) 及能量管理技巧 (如活動與休息的平衡) 也能改善症狀。若症狀嚴重，可考慮低劑量抗憂鬱劑或興奮劑 (如 methylphenidate)，但需權衡副作用。

從「患者」轉為「存活者」或「正常人」常伴隨心理掙扎。許多存活者難以適應社會對「康復」的期待，特別是在仍需應對治療副作用 (如淋巴水腫、性功能障礙) 時。年輕存活者可能面臨職場歧視或生育計畫受阻，而老年存活者可能因合併症 (如心血管疾病) 感到無力感。部分存活者報告「存活者內疚感」 (survivor's guilt)，對其他未存活的病友感到自責。

醫療團隊應主動與患者討論身份轉換的挑戰，並提供轉介至心理諮詢或職業復健服務。團體治療可幫助患者重建自我認同，並透過同儕支持減輕孤立感。

醫療團隊需系統性篩查心理問題，建議使用簡短量表 (如 PHQ-9 測憂鬱、GAD-7 測焦慮)。若發現中重度症狀，應轉介至心理健康專家。早期介入能避免問題惡化，例如短期心理治療可顯著降低焦慮與憂鬱的長期影響。

其他心理挑戰包括身份轉換的掙扎，從「患者」回到「正常人」並非易事，尤其當存活者仍需應對治療副作用或社會期待時。醫療團隊應主動識別這些問題，透過開放式問句了解患者的具體困擾。例如，問「您最近有什麼特別擔心的事嗎？」能揭示潛在情緒需求。早期辨識這些挑戰有助於制定針對不同挑戰的支持計畫，避免問題長期累積。

## 第二節 長期荷爾蒙治療的影響與管理

荷爾蒙治療（如 tamoxifen、aromatase inhibitors）是激素受體陽性乳癌存活者的標準療法，通常需持續 5-10 年，以降低復發風險。其副作用常顯著影響生活品質，導致治療依從性下降，研究顯示約 15-20% 的患者因副作用中斷治療（Aiello Bowles et al., 2012）。

停經症候群影響約 50-70% 的患者，特別在使用 aromatase inhibitors 時，症狀包括潮熱與盜汗（Harrington et al., 2017）。這些症狀可能干擾睡眠，進而加重疲憊與情緒波動。關節痛與肌肉僵硬影響約 30-50% 的患者，特別在 aromatase inhibitors 治療初期，可能限制日常活動。因 aromatase inhibitors 而增加骨質疏鬆風險，研究顯示 5 年治療後骨折風險上升（Eastell et al., 2008）。tamoxifen 對骨骼有保護作用，但僅限於停經前女性。性功能障礙如陰道乾澀、性慾降低影響約 40% 的存活者，常導致親密關係緊張（Baumgart et al., 2013）。荷爾蒙變化可能誘發情緒不穩或憂鬱，尤其在停經初期或合併其他壓力時。

管理策略需個別化。對於潮熱，可建議非藥物方法（如穿透氣衣物）或低風險藥物，選擇性血清素再吸收抑制劑（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor,

SSRIs)；關節痛可透過規律運動(如瑜伽或阻力訓練)改善靈活性，止痛藥(如 acetaminophen) 或 NSAIDs 可短期使用。若症狀持續，可考慮轉換荷爾蒙藥物(如從 aromatase inhibitor 改為 tamoxifen)。骨質流失需以骨密度檢查監測，每 1-2 年追蹤，同時補充鈣質與維生素 D，嚴重的個案可使用雙磷酸鹽(bisphosphonate) 來預防骨折(Hadji, 2008)。性功能障礙可使用非雌激素潤滑劑(如水性潤滑劑)或局部保濕劑緩解陰道乾澀，若性慾降低影響關係，可轉介至性健康諮詢師，結合心理治療(如 CBT)探討情緒與身體因素。情緒波動可透過正念療法或心理諮詢管理，若憂鬱症狀顯著，應考慮抗憂鬱劑並監測療效。

醫療團隊應在治療開始前詳細解釋副作用的預期、管理方法及治療的重要性。圖表或書面資料可增強患者理解。若患者考慮停藥，應進行個別化討論，評估復發風險(如根據 Oncotype DX 分數)與副作用的影響。例如，低風險患者可能縮短治療年限(如 5 年而非 10 年)。每 3-6 個月評估副作用與依從性，鼓勵患者報告問題，及時調整管理計畫。

### 第三節 存活者照護計畫的制定

存活者照護計畫(Survivorship Care Plan, SCP)是整合醫療、心理及社會需求的結構化工具，旨在幫助乳癌存活者順利過渡至長期照護階段。美國臨床腫瘤學會(ASCO)建議所有乳癌存活者在治療結束後 6 個月內接受存活者照護計畫(Runowicz et al., 2016)。乳癌存活者照護指引同時建議，第一線照護醫師應依患者年齡、診斷與治療方式個別化追蹤，治療後前三年每 3 至 6 個月一

次門診，之後每 6 至 12 個月，五年後每年一次，單側乳房切除者每年對健側乳房做乳房攝影，乳房保留手術者則雙側每年攝影，除非屬高風險族群否則不建議常規核磁共振影像檢查，無症狀者不需常規抽血或影像檢查偵測復發，應教育患者認識復發徵兆，並評估家族史如有遺傳風險則轉介遺傳諮詢，同時監測並鼓勵持續服用內分泌治療藥物；其他癌症篩檢依一般族群建議進行，若停經後婦女使用選擇性雌激素受體調節劑則每年婦科評估；應評估並管理長期與延遲副作用，包括外觀困擾、淋巴水腫、心臟毒性、認知障礙、心理困擾、疲勞、骨骼健康、肌肉骨骼症狀、疼痛與神經病變、不孕與性健康問題及提早停經或熱潮紅，並適時轉介專業治療；健康促進方面，應評估資訊需求並提供資源，鼓勵維持健康體重、規律運動（每週至少 150 分鐘中等強度或 75 分鐘高強度有氧運動，並每週 2 天肌力訓練）、高蔬果全穀低飽和脂肪飲食、限制酒精攝取及戒菸；照護協調上，應與腫瘤團隊合作取得治療摘要及存活性照護計畫，持續溝通並鼓勵家庭參與支持。

存活性照護計畫應詳細記錄手術類型（如乳房切除術或乳房保留手術）、放療劑量與療程（如 6 週、30Gy）、化療方案（如 AC-T）、荷爾蒙治療計畫（如 tamoxifen 20mg 每日，預計 10 年）及其他輔助療法（如 trastuzumab）。追蹤計畫明確檢查頻率，如每年乳房攝影、每 6-12 個月血液檢查、骨密度監測，應避免過度檢查以降低患者焦慮與醫療成本。晚期副作用管理列出潛在問題（如淋巴水腫、心血管風險）及預防與應對建議，如運動指引、營養諮詢或轉介至復健科。心理健康與生活方式指導提供心理支持資源（如支持團體、正念課程）、

戒菸計畫、運動建議及營養指導。社會需求列出財務援助、復職支持或家屬教育資源。

計畫需個別化，考慮患者的年齡、疾病分期、治療史、合併症及社會支持程度。年輕存活者（<40 歲）需特別關注生育保存（如卵子凍結）、心理適應及職場復權。老年存活者（>65 歲）需聚焦於合併症管理（如高血壓、糖尿病）、跌倒風險及功能維持。低社經地位患者需連結補助計畫或免費社區資源。存活者照護計畫應由腫瘤科醫師、基層醫師、護理師、心理師、社工等共同制定，確保全面性。腫瘤科醫師負責醫療追蹤，基層醫師負責整體健康管理（如慢性病控制）。患者參與至關重要，醫療團隊應鼓勵患者提出需求與目標（如希望復職或改善疲憊），以增強計畫的實用性。計畫使用簡單語言解釋內容，並提供書面與電子版，方便患者及家人參考。

醫療團隊在治療結束後的轉換期（通常 3-6 個月）提供存活者照護計畫，並安排專訪討論，確保患者理解後續路徑。計畫至少每年檢視一次，根據患者的身體狀況（如新發症狀）、心理需求或生活變化（如搬遷、退休）調整。例如，患者出現骨質疏鬆時需更新骨骼健康管理策略。部分患者因健康素養低或資源不足難以遵循存活者照護計畫，醫療團隊可提供口頭指導、視覺輔助（如日曆提醒檢查）或轉介至社工協助資源申請。

#### **第四節 心理支持策略**

支持團體提供安全空間，讓存活者分享經驗、減輕孤立感並學習應對策略。討論復發恐懼時，團體成員的共鳴能增強希望感與自我效能。團體可採線上

(Zoom、Line 等) 或線下形式，靈活適應患者需求。線上團體尤其適合偏遠地區或行動不便者。建議由心理師或受訓的腫瘤學護理師帶領，確保討論具結構性並避免錯誤資訊傳播。醫療團隊應建立本地或線上團體清單，並定期評估其品質。部分患者可能因害羞或文化因素（如不願公開討論疾病）猶豫參與，醫療團隊可先提供一對一支持，逐步引導其加入。

正念減壓療法 (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) 透過冥想、呼吸練習及身體掃描，幫助患者管理焦慮、改善睡眠並增強情緒穩定。MBSR 特別適合不願依賴藥物的患者。醫療團隊可提供短期課程 (8-10 週，每週 2 小時)，並搭配在家練習 (如每日 10 分鐘冥想)。線上 MBSR 課程 (如免費的 Palouse Mindfulness) 降低參與門檻。醫療機構可與認證 MBSR 教師合作，或培訓護理人員提供基礎正念指導。需篩選患者是否適合 (如重度憂鬱患者可能難以專注冥想)，並提供替代方案 (如認知行為療法)。

認知行為療法 (CBT) 也可針對特定問題 (如復發恐懼) 提供結構化支持。醫療團隊應根據患者偏好與資源，靈活推薦合適方案。認知行為療法透過辨識並改變負性思維 (如「我一定會復發」) 幫助患者管理復發恐懼或憂鬱。研究顯示 6-12 週的認知行為療法可顯著降低復發恐懼分數 (約 30%) (Butow et al., 2017)。認知行為療法可針對特定問題 (如睡眠障礙、性功能障礙) 提供結構化支持。認知行為療法可採個別或團體形式，線上認知行為療法 (如 Beating the Blues) 也逐漸普及，適合資源有限的地區。醫療團隊應將患者轉介至認證心理治療師，並確保認知行為療法與其他支持 (如藥物治療) 相結合。

其他策略如藝術與寫作療法（如繪畫、音樂或日誌寫作）能幫助患者表達情緒，特別適合不善言辭的存活者。寫「感恩日誌」可提升心理韌性（Sansone et al., 2010）。結合運動與心理支持（如瑜伽）的計畫能同時改善 CRF 與心理健康，每週 2 次瑜伽課程可降低焦慮約 20%（Danhauer et al., 2015）。對有宗教或靈性需求的患者，可轉介至靈性顧問或宗教團體，提供心靈慰藉。

## 第五節 家庭與社區資源的應用

家庭與社區資源在長期照護中不可或缺。家屬常是存活者的主要支持來源，但他們也可能因照護壓力而疲憊。醫療團隊應提供家屬教育，解釋存活者的心理與生理需求，並建議溝通技巧（如避免過度保護）。若家屬無法滿足支持需求，可連結社區資源，如相關協會的義工服務或復健計畫。

鼓勵乳癌照護機構與病友團體合作，建立病友志工制度與經驗分享小組。同儕支持常能彌補專業人力不足，且能以同理心與實際經歷提供心理撫慰與疾病資訊。

社區資源也包括許多乳癌相關基金會提供的康復課程、營養諮詢或職業復健，幫助存活者重建生活。例如，運動計畫能改善疲憊與骨骼健康，同時提升自信。醫療團隊應建立資源清單，並協助患者申請補助或交通支持，降低參與門檻。定期追蹤患者對資源的使用情況，並根據反饋優化推薦，能確保支持網絡的有效性。在台灣，部分患者因傳統觀念（如疾病羞恥感）不願尋求心理支持。醫療團隊應提供文化敏感的志工或諮詢，降低參與門檻。推動乳癌存活者

的長期照護納入國家健保政策，如補助心理治療或康復課程，確保資源平等分配。

## 第六節 物質使用障礙的評估與處置

### 一、乳癌病人物質使用風險（如止痛藥依賴、菸癮、酒癮）

乳癌患者因治療相關疼痛或心理壓力，可能面臨多種物質使用障礙的風險，包括對止痛藥（如鴉片類藥物）的依賴、菸癮及酒癮。手術後疼痛、骨轉移痛或神經病變痛常促使患者長期使用止痛藥，若未妥善管理，可能導致藥物濫用或成癮。菸癮在診斷前已有吸菸習慣的患者中尤需關注，因尼古丁常被用來緩解焦慮，但吸菸可能加劇治療副作用（如傷口癒合不良）並影響預後。酒癮則可能源於應對情緒困擾（如失眠或憂鬱），過量飲酒不僅干擾藥物代謝，也可能加重荷爾蒙治療的不適。風險因素包括既往物質使用史、慢性疼痛未受控、缺乏社會支持或長期心理壓力。醫療團隊應留意行為線索，如頻繁索取止痛藥、菸酒使用增加或隱瞞使用習慣。臨床上應保持敏銳度，禮貌詢問患者實際狀況，避免患者因感到不自在而迴避議題。

### 二、篩檢工具與介入策略

物質使用障礙的篩檢可採用標準化工具，如「類鴉片藥品風險工具」(Opioid risk tool, ORT) (Webster, 2005) 評估止痛藥依賴風險、「尼古丁依賴量表」(Fagerstrom test for nicotine dependence, FTND) (Heatherton, 1991) 篩檢菸癮，以及「酒精使用疾患確認檢測」(Alcohol use disorder identity test, AUDIT) (Bohn,

1995) 檢測酒癮。ORT 聚焦個人與家族物質使用史，FTND 評估吸菸依賴程度，AUDIT 則識別問題飲酒。臨床上則通常會採用更便捷的 CAGE-AID (CAGE Adapted to Include Drugs) (Brown, 1995) 進行篩檢，CAGE-AID 是一種簡短的篩查工具，用於識別酒精和藥物使用的問題，特別是潛在的物質使用障礙。它是由最初用於篩檢酒精依賴問題 CAGE 問卷改編而來，CAGE-AID 透過將問題擴展至涵蓋酒精以外的其他藥物 (如非法藥物或非處方使用的處方藥)，使其適用於更廣泛的物質使用問題。旨在快速識別可能存在酒精或藥物使用問題的個體，作為初步篩查工具，而非診斷工具。它適用於醫療情境，幫助臨床工作者發現需要進一步評估的對象。CAGE-AID 特別強調物質使用的行為影響，而非單純聚焦使用量或頻率，從而降低受試者的防禦心理，增加篩查的接受度。CAGE-AID 問卷包含四個簡單的問題，每個問題以「是」或「否」作答，涵蓋終身使用經驗。問題中的「飲酒」被改編為「飲酒或藥物使用」，以包括非法藥物及非醫療用途的處方藥。具體問題如下：

1. 你是否曾經覺得應該減少你的飲酒或藥物使用？ (Cut down)
2. 是否有人因為批評你的飲酒或藥物使用而讓你感到惱怒？ (Annoyed)
3. 你是否曾經因為自己的飲酒或藥物使用而感到內疚？ (Guilty)
4. 你是否曾在早上第一件事就是飲酒或使用藥物？ (Eye-opener)

介入策略分為預防與治療。預防上，優先採用非鴉片類止痛藥 (如 NSAIDs) 或輔助療法 (如針灸) 管理疼痛，並積極推動戒菸與戒酒計畫。戒菸可顯著降低乳癌復發風險及其他癌症 (如肺癌) 的發生率，同時改善治療耐受性；戒酒

則減少肝臟負擔並降低酒精相關癌症（如肝癌）的風險，對乳癌存活性者尤為重要。具體措施包括尼古丁替代療法或 varenicline 戒菸，以及節制飲酒教育。若發現物質依賴疾患，止痛藥依賴可轉介成癮專科並使用 naloxone；菸癮與酒癮則結合藥物與行為療法（如動機式晤談）。心理支持團體有助建立替代應對機制，強化效果。

## 第六章 總結與展望

### 第一節 乳癌心理支持的核心回顧

乳癌患者的照護不僅限於身體治療，心理支持是提升整體療效與生活品質的關鍵支柱。本指引從前言到長期照護，系統闡述了乳癌心理腫瘤學的重要性及其應用。核心在於：（1）早期識別情緒困擾，如焦慮、憂鬱與復發恐懼，並透過標準化篩檢與多學科協作提供介入；（2）針對乳癌相關特殊需求（如停經症候群、身體形象困擾）制定個別化處置策略；（3）強化治療中的溝通與決策支持，確保患者在文化與性別背景下獲得尊重與賦能；（4）為存活者提供長期照護計畫，整合心理支持與社區資源。這些元素共同構建了一個以患者為中心、全面回應身心需求的照護框架。實證顯示，心理支持能顯著降低情緒負擔並提升治療依從性，凸顯其在乳癌管理中的不可替代性。

### 第二節 當前挑戰與未滿足需求

儘管心理支持已取得進展，乳癌照護仍面臨多重挑戰。首先，資源分配不均是一大障礙，許多地區缺乏足夠的心理師或支持團體，特別在鄉村地區或低收入社區，患者難以獲得專業幫助。其次，醫療團隊的培訓不足限制了指引的落實，例如部分醫師對情緒篩檢工具不熟悉，或缺乏文化敏感性，影響溝通效果。此外，患者的主動求助意願低也是一大問題，受限於癌症污名化或對心理支持的誤解，許多人選擇隱忍而非尋求協助。

未滿足需求包括對特定族群的關注，如年輕患者（需兼顧生育與職業復歸）、男性乳癌患者（面臨性別認同挑戰）及多元文化背景者（需克服語言與價值觀障礙）。長期荷爾蒙治療的心理影響、性功能支持及物質使用障礙的整合管理也尚未充分解決。這些挑戰呼籲更系統化的資源投入與政策支持。

### 第三節 新技術與個人化介入的潛力

新技術為乳癌心理支持帶來了革新契機。遠距醫療（Telehealth）能跨越地域限制，提供線上諮詢與支持團體，尤其在疫情後已被廣泛接受。人工智慧（AI）與穿戴式設備則可監測患者的情緒與生理狀態，例如透過心率變異性檢測壓力水平，並即時提醒醫療團隊介入。手機應用程式（如正念練習或症狀日記）也顯示出提升自我管理能力的潛力，特別適合年輕或熟悉科技使用的存活者。

個人化介入是另一發展方向。基因檢測與生物標記研究或許能預測患者對治療副作用的心理反應，例如荷爾蒙敏感性與情緒波動的關聯，進而調整支持策略。大數據分析可根據患者背景（如年齡、文化、疾病階段）生成客製化照護計畫，提高介入的精準性。這些技術若與傳統心理支持結合，有望大幅提升照護效率與滿意度。

### 第四節 未來研究與實務建議

未來研究應聚焦於以下領域：（1）評估新技術的長期效果，例如遠距醫療對存活者生活品質的影響；（2）探索特定族群的心理需求，如男性乳癌患者或少數族裔存活者；（3）開發更簡便的情緒篩檢工具，適用於資源匱乏環境；（4）

研究心理支持對預後的直接影響，如是否降低復發率或延長生存期。臨床試驗應納入多元樣本，確保結果具普適性。

實務建議包括：(1) 醫療機構應投資心理支持資源，如培訓跨專科團隊並建立轉介網絡；(2) 政策制定者應推動提高乳癌心理照護給付，涵蓋心理治療，減輕患者經濟負擔；(3) 鼓勵公眾教育，減少乳癌患者因特殊議題求助的污名，提升患者主動性；(4) 定期更新指引，納入新技術與研究成果，保持其前瞻性。透過研究與實務的雙軌並進，乳癌心理支持可望邁向更人性化、精準化的未來，為患者與家屬帶來更大福祉。

## 附錄一、關鍵問題與臨床建議

表 7-1、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	乳癌病人有失眠問題，是否應當提供睡眠衛教等非藥物介入	建議提供睡眠衛教及其他非藥物介入，特別是睡眠認知行為療法，以改善乳癌病人的睡眠品質與整體健康。
1B	乳癌病人停經症候群當中的身心症狀（例如失眠、熱潮紅、性功能障礙），是否應當轉介心理社會專家處理？	建議由心理社會專家處理乳癌病人停經症候群當中的身心症狀（例如失眠、熱潮紅、性功能障礙），例如採用認知行為療法。
1A	乳癌治療團隊應評估病人對於身體意象的關切。	提升乳癌病人對身體意象的觀感，有助於提高病人的治療順從性及生活品質。目前的隨機控制試驗多半有對病人的身體意象有正向的影響，故建議主要照顧之醫療人員應評估乳癌病人對身體意象的觀感或認知，提供合適之心理行為介入，並依臨床需求調整實施方法。
2D	乳癌病人有酒癮者，是否均應進行酒癮戒治？	雖然目前缺乏乳癌病人戒酒的相關文獻，由於酒癮戒治可以改善酒癮患者的精神與身體症狀，醫療人員可以建議有酒癮的乳癌病患進行酒癮戒治，促進健康。
1C	乳癌病人有菸癮者，是否均應進行菸癮戒治？	戒菸之乳癌病人的整體存活率比未戒菸之乳癌病人的整體存活率高，建議推動乳癌病人戒菸，以增進其壽命及改善整體健康。
2C	乳癌病人進行預防性對側乳房切除，是否應照會心理社會專家？	照會心理社會專家可能對接受預防性對側乳房切除的乳癌患者有所助益。
1B	在開始治療前，是否應與所有育齡婦女的乳癌病人及其伴侶討論抗癌療法對生育力的影響？	化學療法對卵巢功能有不良的影響，病患年齡較長增加卵巢功能低下的風險，化療併用性腺激素釋放素促進劑有助於預防及恢復乳癌病患因化療引起的停

		經。建議醫療人員及病患與家屬共同討論，決定恰當的治療方式。
1A	乳癌存活者之照顧計畫，是否均應當包含心理社會面向，例如處理害怕癌症復發、重新進入職場訓練、以及心理韌性培養等？	在乳癌存活者的照顧計畫中，應包含心理社會面向介入，例如包含處理害怕癌症復發、重新進入職場訓練、以及心理韌性培養等。

## 乳癌病人有失眠問題，是否應當提供乳癌病人的睡眠評估和睡眠衛教？

Should sleep evaluation and sleep hygiene education be provided to breast cancer patients with insomnia?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	<p>建議提供睡眠評估和睡眠衛教，特別是睡眠認知行為療法，以改善乳癌病人的睡眠品質與整體健康。</p> <p>睡眠認知行為治療為乳癌存活者失眠的一線治療，可顯著改善睡眠。建議搭配睡眠衛教，如維持規律作息、避免咖啡因與酒精、限制白天小睡等方式建立健康睡眠習慣。運動介入安全有效，建議規律從事如瑜珈、有氧運動等活動，可改善睡眠、提升日間功能，並減少內分泌治療相關的睡眠障礙。身心治療（如正念、放鬆訓練、瑜珈與催眠）可改善主觀與客觀睡眠指標。正念減壓計畫與針灸亦對特定睡眠困擾如血管舒縮症狀相關失眠具療效。</p>

失眠是乳癌病人最常見的臨床問題，其盛行率約為一般人的三倍，高達近

90%的乳癌病人曾經歷嚴重的睡眠障礙，病人在診斷、治療及存活過程中，會

經歷心理與生理上的痛苦，進而導致睡眠障礙的問題（Penberthy et al., 2023）。相關失眠的典型特徵包括入睡困難、睡眠維持障礙、總睡眠時間減少及早醒，並可能引發日間嗜睡、疲勞、專注力下降及生活品質降低（Divani et al., 2022）。此外，睡眠障礙不僅與癌症治療相關，也受到焦慮、憂鬱、疼痛及晝夜節律紊亂等多重因素影響（Nissen et al., 2024）。

根據歐洲腫瘤學學會(ESMO, 2023)的建議，提供有效的非藥物介入措施，如睡眠衛生教育，可幫助乳癌病人建立良好的睡眠習慣，並減輕癌症相關疲勞及精神困擾。此外，早期介入睡眠問題有助於改善整體健康狀況（Büttner-Teleagă et al., 2021）。因此，針對乳癌病人推行睡眠衛教及其他非藥物介入策略，將是提升其生活品質與身心健康的重要途徑。

歐洲腫瘤學學會（ESMO, 2023）在「成年癌症病人的失眠：ESMO 臨床實務指引」中指出，睡眠障礙與癌症治療方法有密切相關性，通常在被確立診斷後達到高峰，並可能在治療期間及存活期進一步改變或惡化。癌症病人的失眠不僅會增加精神與身體健康問題的風險，還可能形成疲勞、憂鬱及其他癌症相關症狀的惡性循環，長期影響可能導致感染風險、化療後症狀困擾持續存在，以及憂鬱和焦慮狀態，進而降低生活品質並提高死亡率。因此，提供有效的失眠介入措施對癌症病人及倖存者而言至關重要，能夠緩解相關症狀與後遺症，並改善其心理健康、身體狀況及整體生活品質。

其指引明確指出，認知行為療法（CBT-I）為治療乳癌倖存者失眠的標準方法。此外，運動被證實對正在接受治療的癌症病人及癌症倖存者既安全又有益，應根據個別病人的能力與需求，提供個人化的運動計畫作為失眠的介入措施。同時，睡眠衛生教育可幫助病人建立良好的睡眠習慣，減少入睡困難並維

持夜間睡眠，而避免不良習慣，如傍晚攝取咖啡因或酒精、白天過度小睡及作息不規律，亦是改善睡眠品質的關鍵。

Nissen 等人(2024)透過系統性文獻回顧分析 61 篇隨機對照試驗(RCTs)，在 160 項針對癌症病人及倖存者的研究中發現，有 67% 的癌症病人存在睡眠障礙。失眠成為慢性問題，不僅影響生活品質，還會增加多種身心健康風險，並與較差的預後結果相關。並指出，睡眠對癌症的影響可部分透過與免疫系統之間的雙向關聯來解釋，在針對癌症倖存者的失眠認知行為療法(CBT-I)研究中，13 項研究證實，CBT-I 產生正向影響的可能性比零假設高出 519 倍，介入後總體效果達到顯著效果量，且失眠嚴重指數 (ISI) 平均降低 4.6 分。此結果進一步確立了 CBT-I 作為癌症倖存者失眠的一線治療方法，顯示其在改善睡眠品質方面的有效性。

Cucciniello 等人 (2023) 的文獻回顧指出，治療失眠的主要方法通常以非藥物介入為主。研究顯示，養成良好的睡眠衛生習慣，例如在黑暗環境中睡覺、從事減壓活動（如閱讀或聆聽舒緩音樂），可有效預防睡眠障礙。此外，認知行為治療 (CBT) 透過結合放鬆技巧與睡眠衛生策略，能夠顯著改善乳癌病人的睡眠時間與品質，且效果持久。正念減壓計畫 (MBSR) 可透過冥想與瑜珈的結合，證實可提升睡眠品質，而針灸則能有效減少夜間血管舒縮症狀 (VMS) 相關的睡眠障礙。此外，運動對睡眠亦有正向影響，一項小型試驗顯示，規律運動可顯著減少接受荷爾蒙治療之乳癌病人的睡眠障礙頻率與嚴重程度，瑜珈運動可以顯著改善癌症病人的睡眠品質與日間的活動功能，研究結果支持多種非藥物介入方法在改善乳癌病人睡眠問題上的有效性。

Han 等人 (2023) 系統性文獻回顧與統合分析中探討了身心治療 (MBT)

對癌症病人主觀與客觀睡眠障礙的影響。結果發現正念、瑜珈、放鬆與催眠這四種身心治療對病人主觀睡眠障礙具有顯著的改善效果，在客觀睡眠指標方面，瑜珈能顯著降低入睡後覺醒時間(WASO)，而正念則對縮短入睡潛伏期(SOL)與延長總睡眠時間(TST)具有顯著效果。這些發現支持身心治療作為癌症病人改善睡眠問題的有效非藥物介入策略。

### 乳癌病人停經症候群當中的身心症狀(例如失眠、熱潮紅、性功能障礙)，是否應當轉介心理社會專家處理？

Should psychosomatic symptoms (e.g. insomnia, hot flashes, sexual dysfunction) in breast cancer patients with menopause syndrome be referred to a psychosocial specialist?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1B	建議由心理社會專家處理乳癌病人停經症候群當中的身心症狀（例如失眠、熱潮紅、性功能障礙），例如採用認知行為療法。

現有證據顯示，由於乳癌病人停經症候群之身心症狀之心理社會介入的定義範圍廣大含糊，我們採取廣義文獻搜索策略，但限定於治療程序比較一致的認知行為治療，計有四篇隨機控制試驗（Atema et al., 2019; Mann et al., 2012; Duijts et al., 2012; Im et al., 2019）、一篇單臂試驗（Hunter et al., 2009）及二篇系統性回顧（Tremblay et al., 2008; Chang et al., 2021）。在五篇試驗中，三篇採用面對面認知行為治療（Mann et al., 2012; Duijts et al., 2012; Hunter et al., 2009）（二篇隨機控制試驗 [Mann et al., 2012; Duijts et al., 2012] 及一篇單臂試驗 [Hunter et al.,

2009])，另二篇隨機控制試驗採用網路認知行為治療 (Atema et al., 2019; Im et al., 2019)。所有試驗皆指出認知行為治療明顯舒緩乳癌病人停經症候群之身心症狀；在系統性回顧中，兩篇皆指出認知行為治療有助於改善乳癌病人停經症候群之身心症狀，唯未進行量性分析 (Tremblay et al., 2008; Chang et al., 2021)。五篇試驗報告的治療效果指標最常用效果指標包括潮熱計分表 (Hot Flush Rating Scale) (Atema et al., 2019; Mann et al., 2012; Duijts et al., 2012)、性活動問卷 (Sexual Activity Questionnaire) (Atema et al., 2019; Duijts et al., 2012)、停經症狀 (Atema et al., 2019; Duijts et al., 2012) 及一般健康調查簡表 36 (General Health Survey Short Form 36) (Atema et al., 2019; Mann et al., 2012)，其他效果指標包括健康相關生活品質 (Health-related Quality of Life) (Duijts et al., 2012) 及女性健康問卷 (Women's Health Questionnaire) (Mann et al., 2012) 等。三篇試驗皆發現認知行為治療組比控制組明顯感受到潮熱與夜間盜汗及停經症狀的改善 (Atema et al., 2019; Mann et al., 2012; Duijts et al., 2012)。兩篇報告性活動的試驗中，其中一篇指出認知行為治療合併運動明顯改善病患的性活動 (Duijts et al., 2012)，另一篇未發現認知行為治療與控制組之間明顯的差別 (Atema et al., 2019)。在一般健康調查簡表 36 方面，其中一篇試驗指出認知行為治療明顯改善病患的社會功能、身體功能及一般健康狀況 (Mann et al., 2012)，而另一篇則未發現認知行為治療與控制組之間明顯的差別 (Atema et al., 2019)。

在證據品質評比方面，Tremblay 等人的系統性回顧所納入的研究品質確定性低 (Tremblay et al., 2008)，Chang 等人的系統性回顧所納入的研究品質確定性中等 (Chang et al., 2021)。截至 2025 年 4 月止，未見有新的介入試驗發表。

認知行為治療是治療程序相對比較一致的心理社會介入治療方法，也是醫療機構精神科常規治療方法。建議考慮認知行為治療作為改善乳癌病人停經症候群之身心症狀的方法之一。

### 乳癌治療團隊應評估病人對於身體意象的關切。

Primary care clinicians should assess for patient body image/appearance concerns.

修正臨床問題：心理介入對否對乳癌病人的身體意象有正向的影響？

Do psychological interventions confer positive influences on body image/appearance in breast cancer patients?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	提升乳癌病人對身體意象的觀感，有助於提高病人的治療順從性及生活品質。目前的隨機控制試驗多半有對病人的身體意象有正向的影響，故建議主要照顧之醫療人員應評估乳癌病人對身體意象的觀感或認知，提供合適之心理行為介入，並依臨床需求調整實施方法。

現有證據顯示，乳癌會導致乳房外觀變差，癌症治療後，病患乳房及身體其他部位的美觀程度可能也會下降。疾病與治療皆對病患的心理產生衝擊，可能導致治療順從性降低及生活品質下降。本研究旨在透過隨機控制試驗 (RCTs) 探討各種心理介入對乳癌病人的身體意象的正向影響。系統性搜索共識別 15 篇相關隨機控制試驗，介入方法包括健康教育 (Bandani-Susan et al., 2022)、舞蹈治療

(Barcelos de Souza et al., 2025)、催眠 (Barton et al., 2019)、正念/憐憫治療 (Chen et al., 2024; Kang et al., 2022; Pehlivan & Eyi, 2025; Sherman et al., 2018)、團體治療 (Esplen et al., 2018; Vos et al., 2007)、性諮商或治療 (Farnam et al., 2021; Kalaitzi et al., 2007)、認知行為療法 (Hummel et al., 2017; Soleymani Moghadam et al., 2024) 及心理社會介入 (Vos et al., 2006)。其中 5 篇因比較不同心理介入方法且無控制組而被排除 (Barton et al., 2019; Sherman et al., 2018; Vos et al., 2006, 2007; Boing et al., 2023)。

相較於控制組，心理介入顯著改善乳癌病人的身體意象 (Bandani-Susan et al., 2022; Barcelos de Souza et al., 2025; Chen et al., 2024; Kang et al., 2022; Pehlivan & Eyi, 2025; Esplen et al., 2018; Farnam et al., 2021; Kalaitzi et al., 2007; Hummel et al., 2017; Soleymani Moghadam et al., 2024)。符合本研究納入條件的 7 篇系統性回顧與統合分析顯示，心理治療 (Sebri et al., 2021; Lewis-Smith et al., 2018)、健康教育 (Lewis-Smith et al., 2018)、憐憫治療 (López-Contreras et al., 2024)、認知行為療法 (Zhao et al., 2023; Duijts et al., 2011)、團體治療 (Morales-Sánchez et al., 2021) 及性諮商或治療 (Paterson et al., 2016) 有助於提升乳癌病人的身體意象。

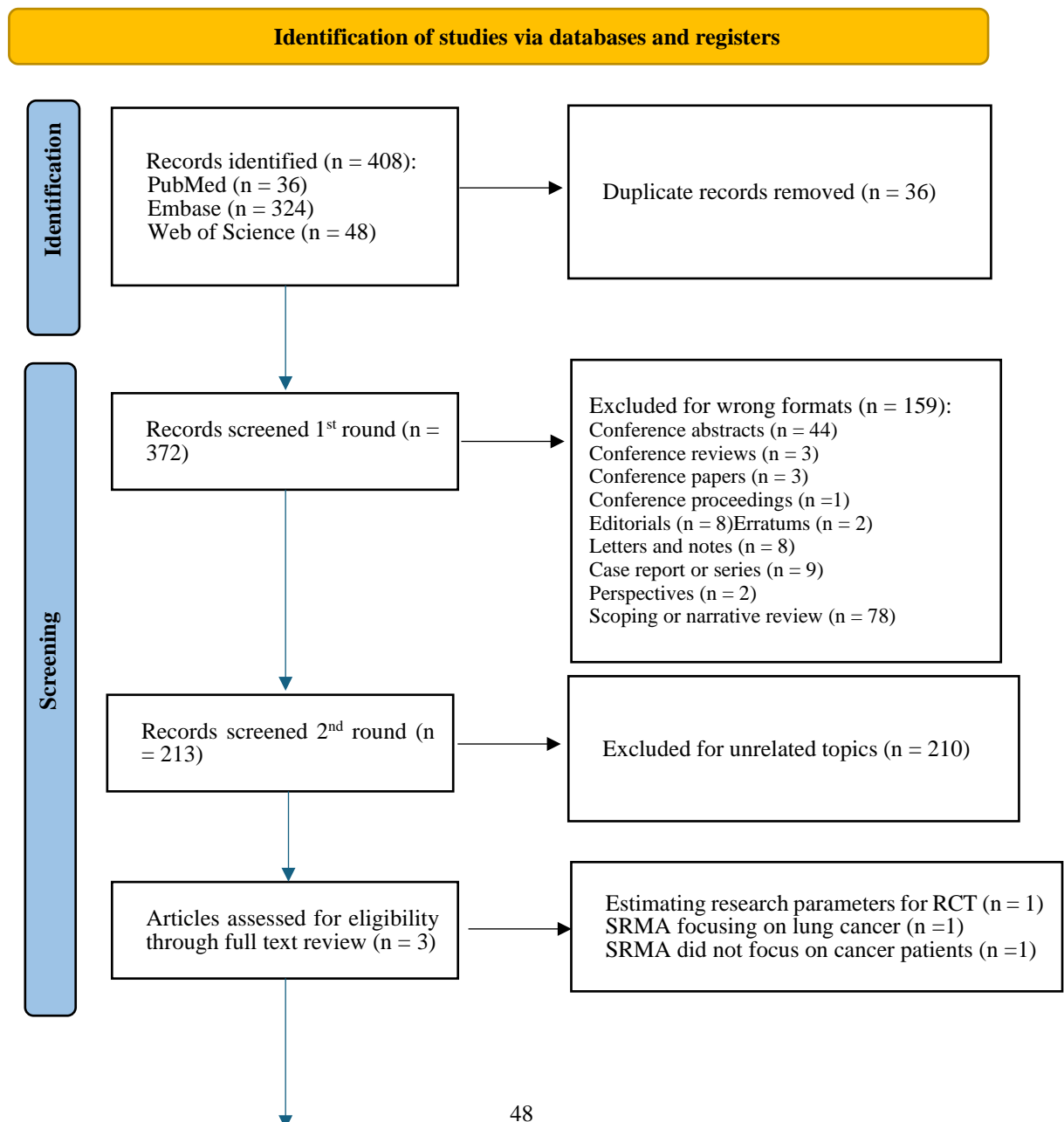
### 乳癌病人有酒癮者，是否均應進行酒癮戒治？

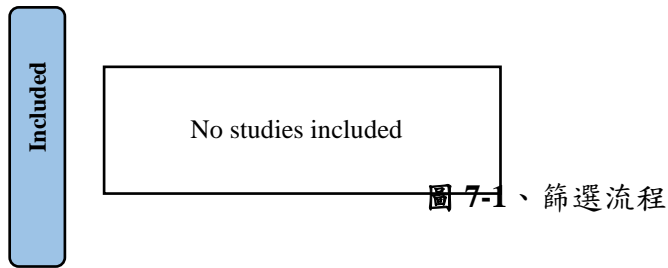
Should all breast cancer patients with alcohol use disorder undergo alcohol cessation?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
2D	缺乏文獻可用以直接問答臨床問題

本次搜索排除重複記錄及不符合之發表格式之后，絕大多數文獻在探討抽菸對增加各種癌症的風險的相關的命題，少見酒癮相關文獻；排除主題不相干的文獻、詳讀剩餘的三篇文獻 (Martinez, 2009; Zhang, 2005; Charlet, 2017)的內文後，確認沒有任何文獻可用以直接問答臨床問題。

建議：酒癮是癌症的已知風險。雖然目前缺乏乳癌病人戒酒的相關文獻，由於酒癮戒治可以改善酒癮患者的精神與身體症狀，醫療人員可以建議有酒癮的乳癌病患進行酒癮戒治，促進健康。





## 乳癌病人有菸癮者，是否均應進行菸癮戒治？

Should breast cancer patients with tobacco use disorder undergo smoking cessation?

重新定義臨床問題為：確立乳癌診斷之病人戒菸是有助於臨床結果？

Clinical question redefinition: Does tobacco cessation favor clinical outcomes in patients with a confirmed diagnosis of breast cancer?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1C	戒菸之乳癌病人的整體存活率比未戒菸之乳癌病人的整體存活率高，建議推動乳癌病人戒菸，以增進其壽命及改善整體健康。

抽煙增加乳癌發生的危險性，但確立乳癌診斷之病人進行戒菸是否有利於後續臨床結果則是另一個議題。本次搜索排除重複記錄及不符合之發表格式後，絕大多數文獻在探討抽菸對增加各種癌症的風險的相關的命題，相對少見確定乳癌診斷之病人進行戒菸之臨床效益。在排除主題不相干的文獻，發現乳癌診斷之病人戒菸之臨床效益相關的世代研究 4 篇（Passarelli et al., 2016; Parada et al., 2017; Warren et al., 2013; Tu et al., 2022）及系統性回顧與統合分析研究 2 篇

(Wang et al., 2016; Seibold et al., 2014)，沒有適用的隨機控制試驗。

在本研究所納入的文獻中，4 篇世代研究 (Passarelli et al., 2016; Parada et al., 2017; Warren et al., 2013; Tu et al., 2022) 的分析顯示乳癌診斷之病人進行戒菸者，其整體存活率高於未進行戒菸之乳癌病患。在目前可尋得的 2 篇系統性回顧與統合分析研究，Wang 等人的系統性回顧與統合分析研究 (Wang et al., 2016) 所納入的十幾篇文獻只有 2 篇世代研究之樣本為乳癌病患，且其中一篇探討抽煙增加乳癌發生的危險性，而非確定乳癌診斷之病人進行戒菸之臨床效益 (Seibold et al., 2014)，實質上只有 1 篇世代研究符合作者在分析中定義的乳癌診斷之病人進行戒菸之臨床效益 (Passarelli et al., 2016)；Del Riccio 等人的系統性回顧與統合分析研究 (Del Riccio et al., 2023) 所納入的文獻包含 3 篇 (Passarelli et al., 2016; Parada et al., 2017; Warren et al., 2013) 符合本研究主題的世代研究。

### 乳癌病人進行預防性對側乳房切除，是否應照會心理社會專家？

Should breast cancer patients undergoing prophylactic contralateral mastectomy be referred to psychosocial specialists?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
2C	照會心理社會專家可能對接受預防性對側乳房切除的乳癌患者有所助益

本次研究總共發現九篇相關的報告，包括二篇回溯性研究報告 (Altschuler

et al., 2008; Manahan et al., 2017)、一篇質性研究 (Patenaude et al., 2008) 和四篇系統性回顧與統合分析報告 (Ager et al., 2016; Carbine et al., 2018; Lostumbo et al., 2004, 2010; Srethbhakdi et al., 2020)。系統性回顧與統合分析報告所納入文獻皆為觀察性研究。

四篇系統性回顧與統合分析報告皆指出對側預防性乳房切除術 (contralateral prophylactic mastectomy, CPM) 對不同層面的心理社會有正向及負向的影響。Ager 等人 (2016) 探討患者報告因素 (patient-reported factors) 及心理變數如何影響女性早期乳腺癌患者決定 CPM 及對 CPM 的滿意度, 發現病患對乳癌的恐懼是接受 CPM 最常被提及的原因, 其次是對外觀的考量, 例如對乳房對稱性的追求; 大多數女性對 CPM 表示滿意, 有部分女性則因身體形象受損、美容效果差、併發症、性認同感降低、情緒問題以及感到對追蹤不切除乳房/CPM 效果的教育不足, 而感到不滿意。Srethbhakdi 等人 (2020) 評估乳癌病患接受 CPM 後之生活品質, 結果顯示病患對手術有高決策滿意度, 低決策後悔度, 並對外觀效果及重建結果的滿意度高。整體而言, CPM 之後病患之乳房相關及一般生活品質都高, 但選擇手術後進行乳房重建的女性生活品質更佳。接受 CPM 和未接受 CPM 的病人, 其憂鬱、壓力及對身體形象的負面影響皆顯而易見, 而接受 CPM 的病患對癌症復發的恐懼感較高。Carbine 等人 (2018) 及 Lostumbo 等人 (2004, 2010) 為同一研究團隊, Lostumbo 等人在 2004 年 (Lostumbo et al., 2004)、2010 年 (Lostumbo et al., 2010) 及 2018 年 (Carbine et al., 2018) 各發表一篇系統性回顧, 2004 年的報告中納入九篇探索預防性乳房切除 (prophylactic mastectomy, PM) 之心理社會指標, 2010 年納入十六篇, 2018 年納入二十篇; 三篇回顧在心理社會方面的結論一致, 即患者對

接受預防性乳房切除術的決定表示高度滿意，但對美容效果的滿意度不一致，且未分析 CPM 對病患產生的心理社會影響。

三篇回溯性研究報告（Altschuler et al., 2008; Manahan et al., 2017; Patenaude et al., 2008）的研究成果顯示 PM 會對病患造成不同層面的心理社會困境。Altschuler 等人（2008）以郵寄方式調查 PM 對乳癌病患的社會心理影響，回收率為 71%，48%的病患同時回答封閉式與開放式問題，進一步分析發現，其中大於 70%的病患表示對手術滿意，但在開放式問題回復負向反應，其中預防性雙側乳房切除（bilateral prophylactic mastectomy, BPM）的病患（52%）的負向反應比 CPM 病患（26%）高。Manahan 等人（2017）比較 CPM、BPM 及治療性乳房切除（therapeutic mastectomy, TM）病患的術前與術後生活品質，發現 CPM 的病患術後的心理社會健康狀態明顯改善，但其他兩組病患沒有改善。Patenaude 等人（2008）對接受 BPM、CPM 及考慮接受 PM 的女性進行質性訪談，分析指出超過一半曾接受 PM 的女性推薦術前心理諮詢，其中近 2/3 認為術後心理諮詢會有所幫助；所有正在考慮進行 PM 手術的女性認為心理諮詢有助於決策和手術準備；三組女性皆指出和曾接受 PM 的女性交談有情緒和資訊價值。

在系統性回顧文獻之證據品質評比方面，五篇系統性回顧與統合分析報告所納入文獻皆為觀察性研究，研究品質確定性低。

建議：根據目前證據顯示，CPM 在心理社會的衝擊雖比 BPM 及 TM 低，綜觀之，醫療提供者對接受 CPM 病患之恐懼、美觀、治療效果與併發症、癌症復發、性認同感、情緒問題及衛教不足等問題，仍有進一步探索的必要性。雖然目前沒有直接檢驗心理社會介入治療對接受 CPM 的乳癌患者之試驗或系統

性回顧與統合分析報告，照會心理社會專家可能對接受 CPM 的乳癌患者有所助益。

### 在開始治療前，是否應與所有育齡婦女的乳癌病人及其伴侶討論抗癌療法對生育力的影響？

Should the impact of the anticancer therapies on fertility be discussed with all women with ABC of childbearing age, and their partners, before the start of treatment ?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1B	化學療法對卵巢功能有不良的影響，病患年齡較長增加卵巢功能低下的風險，化療併用性腺激素釋放素促進劑有助於預防及恢復乳癌病患因化療引起的停經。建議醫療人員及病患與家屬共同討論，決定恰當的治療方式。

治療癌症所使用的化學療法、放射療法、免疫療法、標靶療法及混合療法等，除了破壞病灶，可能會影響到鄰近器官或系統性的影響其他遠端器官。乳房在解剖學上並不歸類為生殖系統，但在治療乳癌的過程中，生殖系統可能是受影響最大的系統，也是臨床上醫療人員及病患共同關心的關鍵議題。在乳癌治療中，常被關注的生殖系統問題包括化療引起的不孕、停經（化療開始後停經，及提前停經）、活產/流產、早產及新生兒加護等等。

本研究廣泛的系統性搜索接受化學療法、放療療法、免疫療法、標靶療法或混合療法對女性乳癌病患的生育能力及胎兒健康相關文獻，發現相關論文多為世代研究。納入本研究的世代研究聚焦於化學療法，研究指標包括不孕率（Rushton et al., 2022; Trivers et al., 2014; Letourneau et al., 2012）、分娩率

(Rushton et al., 2022)、卵巢功能 (Rushton et al., 2022; Letourneau et al., 2012; Abusief et al., 2012; Koga et al., 2017; Reh et al., 2008; Silva et al., 2019)、早發性卵巢功能低下 (Rushton et al., 2022)、化療誘發停經 (Letourneau et al., 2012; Abusief et al., 2012; Koga et al., 2017; Reh et al., 2008)、提早停經 (Letourneau et al., 2012)、懷孕率 (Assi et al., 2020; Ramírez-Torres et al., 2010)、活產率 (Ramírez-Torres et al., 2010; Nichols et al., 2025)、早產率 (Ramírez-Torres et al., 2010) 及出生後生長異常 (Maggen et al., 2022) 等等。

有關預防和治療卵巢功能的論文有 4 篇，主要研究指標為停經，包括 2 篇隨機人體試驗及 2 篇世代研究；2 篇隨機人體試驗比較性腺激素釋放素促進劑/化療和單獨化療 (Del Mastro et al., 2011) 及 ado-trastuzumab emtansine 與 paclitaxel/trastuzumab (Ruddy et al., 2021) 的影響，世代研究探索 paclitaxel 併用 trastuzumab (Ruddy et al., 2015) 及 tamoxifen (Shandley et al., 2017) 影響。

在系統性回顧與統合分析方面，我們納入 1 篇探討化療對乳癌病患的卵巢儲備量衝擊的論文 (Weidlinger et al., 2025) 及 2 篇探討性腺激素釋放素促進劑對恢復卵巢功能的效益的論文 (Munhoz et al., 2016; Vitek et al., 2014)。綜觀之，相關研究以卵巢功能為主要指標。

乳癌除了增加不孕和原發性卵巢功能低下的風險 (Rushton et al., 2022)，綜合納入世代研究的直接證據 (有控制組)，可歸納化療增加乳癌病患以下健康問題的風險：(1) 不孕 (Rushton et al., 2022; Trivers et al., 2014)；(2) 卵巢功能低下 (Rushton et al., 2022) 及 (3) 化療誘發停經 (Koga et al., 2017)。另有幾篇世代研究探索停經的影響因子 (Letourneau et al., 2012; Abusief et al., 2012; Koga et al., 2017; Reh et al., 2008)。

在預防和治療卵巢功能方面，Del Mastro 等的分析支持化療併用性腺激素釋放素促進劑可減低停經的風險 (Del Mastro et al., 2011)；Ruddy 等分析指出 28% 接受 paclitaxel-trastuzumab 輔助治療的乳癌病患在追蹤時間點時已經停經，作者進一步和過去資料比較發現 paclitaxel-trastuzumab 誘發停經的風險比 alkylator-based 的化療藥物低 (Ruddy et al., 2015)，而化療併用 tamoxifen 不會增加或減少停經的風險 (Shandley et al., 2017)。在影響因子方面，年齡較長增加接受化療的乳癌病患的卵巢功能低下的風險 (Letourneau et al., 2012; Abusief et al., 2012; Koga et al., 2017)。

在系統性回顧與統合分析方面，Ruddy 等的分析指出生育能力之生化指標在化療後明顯降低 (Weidlinger et al., 2025)；2014 年 Vitek 等的分析找不到性腺激素釋放素促進劑可促進化療後的停經恢復的證據 (Vitek et al., 2014)，之後 2016 年 Munhoz 等則指出性腺激素釋放素促進劑可促進早期乳癌化療後的停經恢復 (Munhoz et al., 2016)。

**乳癌存活者之照顧計畫，是否均應當包含心理社會面向，例如處理害怕癌症復發、重新進入職場訓練、以及心理韌性培養等？**

Should all survivor care programs for breast cancer include a psychosocial component, such as dealing with fear of recurrence, re-entry training, and resilience building?

GRADE 建議等級	臨床建議內容
1A	在乳癌存活者的照顧計畫中，應包含心理社會面向介入，例如包含處理害怕癌症復發、重新進入職場訓練、以及心理韌性培養等

癌症致死率高，且治療癌症會產生副作用，有些病人甚至會產生併發症，因此癌症存活者難免會產生心理健康問題。乳癌是婦女最常見的癌症，乳癌存活者的照護也應該涵蓋心理健康的照護。本次研究總共發現 43 篇相關試驗及 3 篇系統性回顧與統合分析。

臨床試驗方面的論文，依介入方式包括正念減壓(Bower et al., 2021; Jagielski et al., 2020; Lengacher et al., 2009, 2014, 2016, 2021; Peng et al., 2022; Reich et al., 2017)、認知行為治療(Burm et al., 2019; Gil et al., 2006; Imai et al., 2019; Lichtenthal et al., 2017; Mishel et al., 2005; van de Wal et al., 2017; van Helmond et al., 2020, 2023)、心理與衛生教育(Admiraal et al., 2017; Chan et al., 2017; Ganz et al., 2000; Jones et al., 2013; Kelley, 2004; Reese et al., 2019; Ulloa et al., 2015; Weis et al., 2020; Yanez et al., 2020)、心理/心理社會介入或支持(Angell et al., 2003; Akechi et al., 2023; Badger et al., 2020; Bidstrup et al., 2023; Ke et al., 2024; Lepore et al., 2011; Lucas et al., 2023; Ramirez et al., 2020a, 2020b)、團體心理治療(Esplen et al., 2018; Kirkegaard et al., 2023; Tauber et al., 2022)、團體支持(Chu et al., 2022)、藝術治療(Czamanski-Cohen et al., 2019)、冥想(Wren et al., 2019)、生存者故事(Thompson et al., 2021)、預後揭露(Mori et al., 2019)，及傳統復健(Jones et al., 2013)。

系統性回顧與統合分析方面的論文，依介入方法包括認知行為治療(Zhang et al., 2017)與支持性照護及心理社會介入/支持(Brown et al., 2021)，依研究指標包括癌症復發恐懼(Kim et al., 2025)。Zhang 等人(2017)納入 6 個研究，統合結果指出認知行為治療對生活品質及減低壓力對乳癌存活者沒有明顯的幫

助。Brown 等人 (2021) 納入 14 個隨機控制試驗，回顧分析指出心理社會護理可以改善生活品質。Kim 等人 (2025) 納入 9 個隨機控制試驗以及 3 個非隨機控制試驗，回顧分析顯示 10 個研究報告其介入方法 (包括認知行為療法、正念介入、接受與承諾療法[Acceptance and Commitment Therapy]及 CALM 心理治療[managing cancer and living meaningfully]) 可以減低乳癌存活者之癌症復發恐懼。

建議：含有心理社會成分的介入有助於改善心理社會面向的健康，尤其是針對癌症復發恐懼，建議納入照顧計畫。採用認知行為治療可能會因為設計內容不一樣而有不同的效益，應重新審視修正。

## 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 8-1。

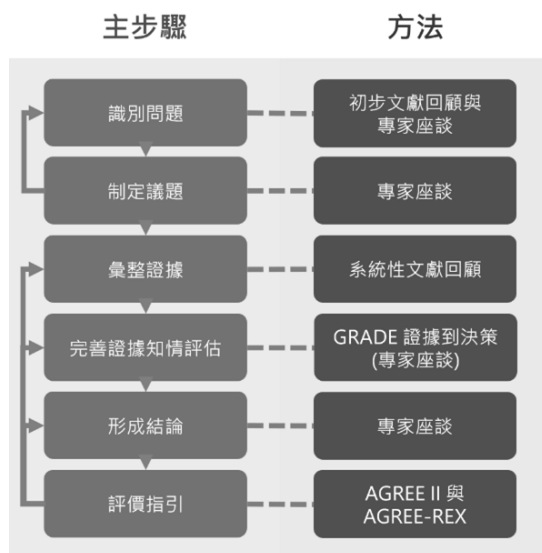


圖 8-1、指引發展流程與方法對應

## 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 8-2。

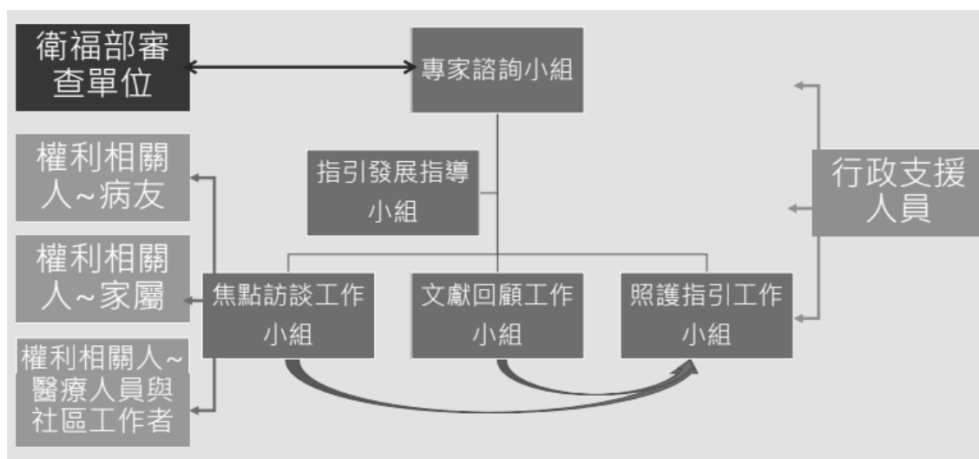


圖 8-2、癌症病友及家屬心理支持照護指引發展團隊組織架構

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、心理醫學、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。心理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 8-1）。

**表 8-1、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
李閔華	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）：李英芬、周文珊、莊宇婕、辜馨儀、郭淑柳、羅爾維
- 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。

G	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。
U	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。
I	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？
D	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。
E	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)。
D	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-ADOLPMENT) 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」限定各關鍵字組的交集，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是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有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、匯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 8-2、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 8-3、建議強度

建議強度	定義
1- 強烈建議	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

- Abusief, M. E., Missmer, S. A., Ginsburg, E. S., Weeks, J. C., & Partridge, A. H. (2012). Relationship between reproductive history, anthropometrics, lifestyle factors, and the likelihood of persistent chemotherapy-related amenorrhea in women with premenopausal breast cancer. *Fertility and Sterility*, *97*(1), 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.10.005>
- Admiraal, J. M., van der Velden, A. W. G., Geerling, J. I., Burgerhof, J. G. M., Bouma, G., Walenkamp, A. M. E., de Vries, E. G. E., Schröder, C. P., & Reyners, A. K. L. (2017). Web-based tailored psychoeducation for breast cancer patients at the onset of the survivorship phase: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, *54*(4), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.009>
- Ager, B., Butow, P., Jansen, J., Phillips, K. A., Porter, D., Rankin, N., Musiello, T., Boyle, F., Zdenkowski, N., Skandarajah, A., & Saunders, C. (2016). Contralateral prophylactic mastectomy (CPM): A systematic review of patient reported factors and psychological predictors influencing choice and satisfaction. *The Breast*, *28*, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.04.005>
- Aiello Bowles, E. J., Boudreau, D. M., Chubak, J., Yu, O., Fujii, M., Chestnut, J., & Buist, D. S. M. (2012). Patient-reported discontinuation of endocrine therapy and related adverse effects among women with early-stage breast cancer. *Journal of Oncology Practice*, *8*(6), e149–e157. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000543>
- Akechi, T., Yamaguchi, T., Uchida, M., Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., Sakurai, N., Miyaji, T., Mashiko, T., Horikoshi, M., & Kato, Y. (2023). Smartphone psychotherapy reduces fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: A fully decentralized randomized controlled clinical trial (J-SUPPORT 1703 Study). *Journal of Clinical Oncology*, *41*(5), 1069–1078. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00699>
- Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., & 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>

Altschuler, A., Nekhlyudov, L., Rolnick, S. J., Greene, S. M., Elmore, J. G., West, C. N., Herrinton, L. J., Harris, E. L., Fletcher, S. W., Emmons, K. M., & Geiger, A. M. (2008). Positive, negative, and disparate--women's differing long-term psychosocial experiences of bilateral or contralateral prophylactic mastectomy. *The breast journal*, 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00521.x>

Angell, K. L., Kreshka, M. A., McCoy, R., Donnelly, P., Turner-Cobb, J. M., Graddy, K., Kraemer, H. C., & Koopman, C. (2003). Psychosocial intervention for rural women with breast cancer: The Sierra-Stanford Partnership. *Journal of General Internal Medicine*, 18(7), 499–507. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20316.x>

Assi, H. I., Khoury, K. E., Mouhanna, J., El Hajj, R. H., Fares, Y., & Tfayli, A. (2020). Fertility in breast cancer survivors in the Middle East: A retrospective study. *The Breast*, 52, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.010>

Atema, V., van Leeuwen, M., Kieffer, J. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., Gerritsma, M. A., Kuenen, M. A., Plaisier, P. W., Lopes Cardozo, A. M. F., van Riet, Y. E. A., Heuff, G., Rijna, H., van der Meij, S., Noorda, E. M., Timmers, G. J., Vrouenraets, B. C., Bollen, M., van der Veen, H., Bijker, N., Hunter, M. S., ... Aaronson, N. K. (2019). Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 37(10), 809–822. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.00655>

Badger, T. A., Segrin, C., Sikorskii, A., Pasvogel, A., Weihs, K., Lopez, A. M., & Chalasani, P. (2020). Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers. *Psychology & Health*, 35(1), 87–106. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626395>

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., & 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>

- Bandani-Susan, B., Montazeri, A., Haghhighizadeh, M. H., & Araban, M. (2022). The effect of mobile health educational intervention on body image and fatigue in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Irish Journal of Medical Science*, *191*(4), 1599–1605. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02738-5>
- Barcelos de Souza, J. C., da Silveira, J., de Bem Fretta, T., Gil, P. R., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2025). What are the effects of free dance and dance therapy on self-esteem, anxiety, body image, and depressive symptoms of women undergoing breast cancer surgery? A randomized clinical trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *42*, 1159–1167. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2025.03.004>
- Barton, D. L., Brooks, T. M., Cieslak, A., Elkins, G. R., Clark, P. M., Baydoun, M., Smith, A. B., & Van Poznak, C. H. (2019). Phase II randomized controlled trial of hypnosis versus progressive muscle relaxation for body image after breast or gynecologic cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, *178*(2), 357–365. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05395-6>
- Baumgart, J., Nilsson, K., Evers, A. S., Kallak, T. K., & Poromaa, I. S. (2013). Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause*, *20*(2), 162–168. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31826560da>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., II. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, *118*(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Bidstrup, P. E., Johansen, C., Kroman, N., Belmonte, F., Durlaud, H., Dalton, S. O., Andersen, K. G., & Mertz, B. (2023). Effect of a nurse navigation intervention on mental symptoms in patients with psychological vulnerability and breast cancer: The REBECCA randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *6*(6), e2319591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.19591>
- Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, *56*(4), 423–432. <https://doi.org/10.15288/jsa.1995.56.423>

- Boing, L., de Bem Fretta, T., Stein, F., Lyra, V. B., Moratelli, J. A., da Silveira, J., Dos Santos Saraiva, P. S., Bergmann, A., Lynch, B. M., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2023). Can mat Pilates and belly dance be effective in improving body image, self-esteem, and sexual function in patients undergoing hormonal treatment for breast cancer? A randomized clinical trial. *Archives of Women's Mental Health, 26*(2), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01294-4>
- Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue—mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature Reviews Clinical Oncology, 11*(10), 597–609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
- Bower, J. E., Partridge, A. H., Wolff, A. C., Thorner, E. D., Irwin, M. R., Joffe, H., Petersen, L., Crespi, C. M., & Ganz, P. A. (2021). Targeting depressive symptoms in younger breast cancer survivors: The Pathways to Wellness randomized controlled trial of mindfulness meditation and survivorship education. *Journal of Clinical Oncology, 39*(31), 3473–3484. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.00279>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., & 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>
- Brown, R. L., & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal, 94*(3), 135–140.
- Brown, T., Cruickshank, S., & Noblet, M. (2021). Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(2), Article CD005634. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub3>
- Burm, R., Thewes, B., Rodwell, L., Kievit, W., Speckens, A., van de Wal, M., & Prins, J. (2019). Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors: Follow-up of the SWORD randomized controlled trial. *BMC Cancer, 19*(1), Article 462. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5615-3>

- Butow, P. N., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Fardell, J. E., & Thewes, B. (2017). Randomized trial of ConquerFear: A novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(36), 4066–4077.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.1257>
- Büttner-Teleagă, A., Kim, Y. T., Osel, T., & Richter, K. (2021). Sleep disorders in cancer—A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), Article 11696.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111696>
- Carbine, N. E., Lostumbo, L., Wallace, J., & Ko, H. (2018). Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*(4), Article CD002748.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub4>
- Chan, A., Gan, Y. X., Oh, S. K., Ng, T., Shwe, M., Chan, R., Ng, R., Goh, B., Tan, Y. P., & Fan, G. (2017). A culturally adapted survivorship programme for Asian early stage breast cancer patients in Singapore: A randomized, controlled trial. *Psycho-Oncology*, *26*(10), 1654–1659. <https://doi.org/10.1002/pon.4357>
- 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>
- Chang, Y. C., Hu, W. Y., & Chang, Y. M. (2021). Cognitive-behavioral therapy to alleviate treatment-induced menopausal symptoms in women with breast cancer: A systematic review. *Cancer Nursing*, *44*(5), 411–418.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000827>
- Charlet, K., & Heinz, A. (2017). Harm reduction—A systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction Biology*, *22*(5), 1119–1159. <https://doi.org/10.1111/adb.12414>
- Chen, Y., Liu, R., Xiao, J., Wang, Y., Yang, Y., Fan, H., Li, D., Xu, C., Yan, X., Chen, M., et al. (2024). Effects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, *72*, Article 102664.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102664>

- Chu, Q., Tang, M., Chen, L., Young, L., Loh, A., Wang, C., & Lu, Q. (2022). Evaluating a pilot culturally sensitive psychosocial intervention on posttraumatic growth for Chinese American breast cancer survivors. *Behavioral Medicine, 48*(4), 251–260. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1845600>
- Cucciniello, L., Garufi, G., Di Rienzo, R., Martinelli, C., Pavone, G., Giuliano, M., Arpino, G., Montemurro, F., Del Mastro, L., De Laurentiis, M., & Puglisi, F. (2023). Estrogen deprivation effects of endocrine therapy in breast cancer patients: Incidence, management and outcome. *Cancer Treatment Reviews, 120*, Article 102624. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2023.102624>
- Czamanski-Cohen, J., Wiley, J. F., Sela, N., Caspi, O., & Weihs, K. M. (2019). The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 37*(5), 586–598. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1590491>
- Danhauer, S. C., Addington, E. L., Sohl, S. J., Chaoul, A., & Cohen, L. (2017). Review of yoga therapy during cancer treatment. *Supportive Care in Cancer, 25*(4), 1357–1372. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3556-9>
- Del Mastro, L., Boni, L., Michelotti, A., Gamucci, T., Olmeo, N., Gori, S., Giordano, M., Garrone, O., Pronzato, P., Bighin, C., Levaggi, A., Giraudi, S., Cresti, N., Magnolfi, E., Scotto, T., Vecchio, C., & Venturini, M. (2011). Effect of the gonadotropin-releasing hormone analogue triptorelin on the occurrence of chemotherapy-induced early menopause in premenopausal women with breast cancer: A randomized trial. *JAMA, 306*(3), 269–276. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.991>
- Del Riccio, M., Vettori, V., Raimondi, S., Lorini, C., Masala, G., Cattaruzza, M. S., Mazzearella, L., Bonaccorsi, G., Masiero, M., Bendinelli, B., Curigliano, G., Pravettoni, G., Pastore, E., Gandini, S., & Caini, S. (2023). The clinical impact of continued smoking in patients with breast and other hormone-dependent cancer: A systematic literature review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 184*, <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2023.103951>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 63*(606), e76–e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>

- Divani, A., Heidari, M. E., Ghavampour, N., Parouhan, A., Ahmadi, S., Narimani Charan, O., & Shahsavari, H. (2022). Effect of cancer treatment on sleep quality in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of Pittsburgh Sleep Quality Index. *Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 4687–4697.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06767-9>
- Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *20*(2), 115–126.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1728>
- Duijts, S. F. A., van Beurden, M., Oldenburg, H. S. A., Hunter, M. S., Kieffer, J. M., Stuiver, M. M., Gerritsma, M. A., Menke-Pluymers, M. B. E., Plaisier, P. W., Rijna, H., Lopes Cardozo, A. M., Timmers, G., van der Meij, S., van der Veen, H., Bijker, N., de Widt-Levert, L. M., Geenen, M. M., Heuff, G., van Dulken, E. J., Boven, E., ... Aaronson, N. K. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: Results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(33), 4124–4133.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.8525>
- Eastell, R., Adams, J. E., Coleman, R. E., Howell, A., Hannon, R. A., Cuzick, J., Mackey, J. R., Beckmann, M. W., & Clack, G. (2008). Effect of anastrozole on bone mineral density: 5-year results from the anastrozole, tamoxifen, alone or in combination trial 18233230. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(7), 1051–1057.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2007.11.0726>
- Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, *25*(7), 741–745. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
- Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute.  
[https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc\\_monograph.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf)

- Esplen, M. J., Wong, J., Warner, E., & Toner, B. (2018). Restoring body image after cancer (ReBIC): Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *36*(8), 749–756. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.74.8244>
- Farnam, F., Khakbazan, Z., Nedjat, S., Razavi Dizaji, S., & Barjasteh, S. (2021). The effect of Good Enough Sex (GES) model-based sexual counseling intervention on the body image in women surviving breast cancer: A randomized clinical trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *22*(7), 2303–2310. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.7.2303>
- Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Zibecchi, L., Kahn, B., & Belin, T. R. (2000). Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the National Cancer Institute*, *92*(13), 1054–1064. <https://doi.org/10.1093/jnci/92.13.1054>
- Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., & Clayton, M. (2006). Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *13*(4), 286–294. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1304\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1304_3)
- Goldfarb, S. B., Dickler, M., Sit, L., Fruscione, M., Barz, T., Atkinson, T., Li, Y., Carson, J., Cardenas, H., Chiu, S., & Basch, E. (2009). Sexual dysfunction in women with breast cancer: Prevalence and severity. *Journal of Clinical Oncology*, *27*(15\_suppl), 9558. [https://doi.org/10.1200/jco.2009.27.15\\_suppl.9558](https://doi.org/10.1200/jco.2009.27.15_suppl.9558)
- Grassi, L., Zachariae, R., Caruso, R., Palagini, L., Campos-Ródenas, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Ripamonti, C. I., Santini, D., & ESMO Guidelines Committee. (2023). Insomnia in adult patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, *8*(6), Article 102047. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.102047>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., & 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>

- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., & 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., & 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., & 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., & 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., & 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>
- Hadji, P., Body, J. J., Aapro, M. S., Brufsky, A., Coleman, R. E., Guise, T., Lipton, A., & Tubiana-Hulin, M. (2008). Practical guidance for the management of aromatase inhibitor-associated bone loss. *Annals of Oncology*, *19*(8), 1407–1416. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdn164>
- Han, J., Cheng, H. L., Bi, L. N., & Molasiotis, A. (2023). Mind-body therapies for sleep disturbance among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, *75*, Article 102954. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102954>

- Harbeck, N., & Gnant, M. (2017). Breast cancer. *The Lancet*, *389*(10074), 1134–1150. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31891-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31891-8)
- Harrington, L. B., Blondon, M., Cushman, M., Kaunitz, A. M., Rossouw, J. E., Allison, M. A., Martin, L. W., Johnson, K. C., Rosing, J., Woods, N. F., LaCroix, A. Z., Heckbert, S. R., McKnight, B., & Smith, N. L. (2017). The cross-sectional association between vasomotor symptoms and hemostatic parameter levels in postmenopausal women. *Menopause*, *24*(4), 360–370. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000777>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, *86*(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Howick, J., & Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2011). The Oxford 2011 levels of evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Hummel, S. B., van Lankveld, J., Oldenburg, H. S. A., Hahn, D. E. E., Kieffer, J. M., Gerritsma, M. A., Kuenen, M. A., Bijker, N., Borgstein, P. J., Heuff, G., et al. (2017). Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning of breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(12), 1328–1340. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.69.6021>
- Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, *18*(5), 560–563. <https://doi.org/10.1002/pon.1414>
- Im, E. O., Kim, S., Lee, C., Chee, E., Mao, J. J., & Chee, W. (2019). Decreasing menopausal symptoms of Asian American breast cancer survivors through a technology-based information and coaching/support program. *Menopause*, *26*(4), 373–382. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001249>
- Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., Horikoshi, M., Furukawa, T. A., Kondo, N., Toyama, T., Yamaguchi, T., & Akechi, T. (2019). Smartphone problem-solving therapy to reduce fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: An

open single-arm pilot study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 49(6), 537–544. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyz005>

Jagielski, C. H., Tucker, D. C., Dalton, S. O., Mrug, S., Würtzen, H., & Johansen, C. (2020). Personality as a predictor of well-being in a randomized trial of a mindfulness-based stress reduction of Danish women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(1), 4–19. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1626524>

Jones, J. M., Cheng, T., Jackman, M., Walton, T., Haines, S., Rodin, G., & Catton, P. (2013). Getting back on track: Evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 117–124. <https://doi.org/10.1002/pon.2060>

Jones, L., Fitzgerald, G., Leurent, B., Round, J., Eades, J., Davis, S., Gishen, F., Holman, A., Hopkins, K., & Tookman, A. (2013). Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 315–325.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.08.017>

Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of Surgical Oncology*, 96(3), 235–240. <https://doi.org/10.1002/jso.20811>

Kang, D., Lee, J. K., Kim, N., Kim, S., Lee, S. K., Lee, J. E., Nam, S. J., & Cho, J. (2022). Effect of mind and body education on quality of life among young breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 721–729. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06459-4>

Ke, Y., Neo, P. S. H., Yang, G. M., Neo, S. H., Tan, Y. Y., Tan, Y. P., Ramalingam, M. B., Loh, K. W., Quah, D. S. C., Chew, L., Si, P. E. H., Chan, R. J., Hwang, W. Y. K., & Chan, A. (2024). Impact of a multidisciplinary supportive care model using distress screening at an Asian ambulatory cancer center: A cluster randomized controlled trial. *JCO Oncology Practice*, 20(9), 1207–1218. <https://doi.org/10.1200/OP.23.00505>

- Kelley, M. A. (2004). Culturally appropriate breast health educational intervention program for African-American women. *Journal of the National Black Nurses Association, 15*(1), 36–47.
- Kim, Y., Min, H. Y., & An, H. J. (2025). Fear of cancer recurrence interventions for breast cancer survivors in the 2020s: A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11764-025-01774-9>
- Kirkegaard, A. M., Dalton, S. O., Boesen, E. H., Karlsen, R. V., Flyger, H., Johansen, C., & von Heymann, A. (2023). Effects on long-term survival of psychosocial group intervention in early-stage breast cancer: Follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Oncologica, 62*(4), 422–428. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2203329>
- Koga, C., Akiyoshi, S., Ishida, M., Nakamura, Y., Ohno, S., & Tokunaga, E. (2017). Chemotherapy-induced amenorrhea and the resumption of menstruation in premenopausal women with hormone receptor-positive early breast cancer. *Breast Cancer, 24*(5), 714–719. <https://doi.org/10.1007/s12282-017-0764-1>
- Lengacher, C. A., Gruss, L. F., Kip, K. E., Reich, R. R., Chauca, K. G., Moscoso, M. S., Joshi, A., Tinsley, S., Shani, B., Cousin, L., Khan, C. P., Goodman, M., & Park, J. Y. (2021). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR(BC)): Evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine, 44*(5), 591–604. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00214-0>
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., Widen, R. H., Fitzgerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. E., & Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*(12), 1261–1272. <https://doi.org/10.1002/pon.1529>
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Miladinovic, B., Jacobsen, P. B., Cox, C. E., Goodman, M., & Kip, K. E. (2016). Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 34*(24), 2827–2834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>

- Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. S., Paterson, C., Ramesar, S., Budhrani, P., Carranza, I., Lucas, J., Jacobsen, P. B., Goodman, M. J., & Kip, K. E. Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: Evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(2), 185–195.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-012-9473-6>
- Lepore, S. J., Buzaglo, J. S., Lieberman, M. A., Golant, M., & Davey, A. (2011). Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *BMC Cancer*, *11*, Article 379.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-379>
- Letourneau, J. M., Ebbel, E. E., Katz, P. P., Katz, A., Ai, W. Z., Chien, A. J., Melisko, M. E., Cedars, M. I., & Rosen, M. P. (2012). Acute ovarian failure underestimates age-specific reproductive impairment for young women undergoing chemotherapy for cancer. *Cancer*, *118*(7), 1933–1939.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.26403>
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., & Harcourt, D. (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *27*(12), 2687–2699. <https://doi.org/10.1002/pon.4870>
- Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Slivjak, E. T., Roberts, K. E., Li, Y., Breitbart, W., Lacey, S., Tuman, M., DuHamel, K. N., Blinder, V. S., & Beard, C. (2017). A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*, *123*(8), 1424–1433.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.30478>
- López-Contreras, J. P., Sebri, V., Sarrión-Castelló, P., Martínez-Sanchís, S., & Cebolla, I. M. A. J. (2024). Efficacy of compassion-based interventions in breast cancer patients and survivors: A systematic review of randomized controlled trials. *The Spanish Journal of Psychology*, *27*, e31.  
<https://doi.org/10.1017/SJP.2024.31>
- Lostumbo, L., Carbine, N. E., & Wallace, J. (2010). Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, Article CD002748. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub3>

- Lucas, A. R., Pan, J. H., Ip, E. H., Hall, D. L., Tooze, J. A., Levine, B., Mohr, D. C., Penedo, F. J., Cella, D., & Wagner, L. I. (2023). Validation of the Lee-Jones theoretical model of fear of cancer recurrence among breast cancer survivors using a structural equation modeling approach. *Psycho-Oncology*, *32*(2), 256–265. <https://doi.org/10.1002/pon.6076>
- Maggen, C., Wolters, V., Cardonick, E., Amant, F., & Van Calsteren, K. (2022). Impact of chemotherapy during pregnancy on fetal growth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *35*(26), 10314–10323. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2128645>
- Manahan, M. A., Baltodano, P. A., Reinhardt, M. E., Xie, L., Muste, J. C., Tajamal, R., Mohan, R., Flores, J. M., Drogdt, C., Cooney, C. M., & Rosson, G. D. (2017). Psychosocial and aesthetic advantages of reconstruction after prophylactic mastectomy: A quality of life and aesthetic analysis. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, *33*(7), 483–492. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1602785>
- Mann, E., Smith, M. J., Hellier, J., Balabanovic, J. A., Hamed, H., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2012). Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, *13*(3), 309–318. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70364-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70364-3)
- Martinez, E., Tatum, K. L., Weber, D. M., Kuzla, N., Pendley, A., Campbell, K., Ridge, J. A., Langer, C., Miyamoto, C., & Schnoll, R. A. (2009). Issues related to implementing a smoking cessation clinical trial for cancer patients. *Cancer Causes & Control*, *20*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1007/s10552-008-9222-x>
- McCaffery, K. J., Dixon, A., Hayen, A., Jansen, J., Smith, S., & Simpson, J. M. (2012). The influence of graphic display format on the interpretations of quantitative risk information among adults with lower education and literacy: A randomized experimental study. *Medical Decision Making*, *32*(4), 532–544. <https://doi.org/10.1177/0272989X11424926>
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., & Koch, U. (2006). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen—Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF [Fear of progression in breast cancer patients—validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire

(FoP-Q-SF)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274–288. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274>

Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., Laney, I. C., Stewart, J., Porter, L., & Clayton, M. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14(11), 962–978. <https://doi.org/10.1002/pon.909>

Moberg, J., Oxman, A. D., Rosenbaum, S., Schünemann, H. J., Guyatt, G., Flottorp, S., & Alonso-Coello, P. (2018). The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), Article 45. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0320-2>

Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2021). Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1640. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041640>

Mori, M., Fujimori, M., van Vliet, L. M., Yamaguchi, T., Shimizu, C., Kinoshita, T., Morishita-Kawahara, M., Inoue, A., Inoguchi, H., Matsuoka, Y., Bruera, E., Morita, T., & Uchitomi, Y. (2019). Explicit prognostic disclosure to Asian women with breast cancer: A randomized, scripted video-vignette study (J-SUPPORT1601). *Cancer*, 125(19), 3320–3329. <https://doi.org/10.1002/cncr.32327>

Munhoz, R. R., Pereira, A. A., Sasse, A. D., Hoff, P. M., Traina, T. A., Hudis, C. A., & Marques, R. J. (2016). Gonadotropin-releasing hormone agonists for ovarian function preservation in premenopausal women undergoing chemotherapy for early-stage breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncology*, 2(1), 65–73. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.3251>

Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, C. R., & Miller, S. M. (2017). Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: A meta-analysis. *JAMA Oncology*, 3(7), 961–968. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.6914>

- Nichols, H. B., Ghanem, K. G., Anderson, C., Barnes, M. L., Staley, B. S., Tan, X., & Olshan, A. F. (2025). Pregnancy and pregnancy outcomes after adolescent and young adult cancer in the AYA horizon study. *International Journal of Cancer*, *157*(3), 455–467. <https://doi.org/10.1002/ijc.35383>
- 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>
- Nissen, E. R., Neumann, H., Knutzen, S. M., Henriksen, E. N., Amidi, A., Johansen, C., von Heymann, A., Christiansen, P., & Zachariae, R. (2024). Interventions for insomnia in cancer patients and survivors—A comprehensive systematic review and meta-analysis. *JNCI Cancer Spectrum*, *8*(3), Article pkae041. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkae041>
- Parada, H., Jr., Bradshaw, P. T., Steck, S. E., Engel, L. S., Conway, K., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I., Santella, R. M., & Gammon, M. D. (2017). Postdiagnosis changes in cigarette smoking and survival following breast cancer. *JNCI Cancer Spectrum*, *1*(1), <https://doi.org/10.1093/jncics/pkx001>
- Passarelli, M. N., Newcomb, P. A., Hampton, J. M., Trentham-Dietz, A., Titus, L. J., Egan, K. M., Baron, J. A., & Willett, W. C. (2016). Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis: Mortality from breast cancer and smoking-related diseases. *Journal of Clinical Oncology*, *34*(12), 1315–1322. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.9328>
- Patenaude, A. F., Orozco, S., Li, X., Kaelin, C. M., Gadd, M., Matory, Y., Mayzel, K., Roche, C. A., Smith, B. L., Farkas, W., & Garber, J. E. (2008). Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: Attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy. *Psycho-Oncology*, *17*(8), 831–843. <https://doi.org/10.1002/pon.1279>
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*, *39*(1), E39–E58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>

- Pehlivan, M., & Eyi, S. (2025). The impact of mindfulness-based meditation and yoga on stress, body image, self-esteem, and sexual adjustment in breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 48(3), 190–199.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001427>
- Penberthy, J. K., Stewart, A. L., Centeno, C. F., & Penberthy, D. R. (2023). Psychological aspects of breast cancer. *Psychiatric Clinics of North America*, 46(3), 551–570. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.010>
- Peng, L., Yang, Y., Chen, M., Xu, C., Chen, Y., Liu, R., Cao, X., & Li, M. (2022). Effects of an online mindfulness-based intervention on fear of cancer recurrence and quality of life among Chinese breast cancer survivors. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49, Article 101686.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101686>
- Puhan, M. A., Schünemann, H. J., Murad, M. H., Li, T., Brignardello-Petersen, R., Singh, J. A., & Guyatt, G. H. (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>
- Ramirez, A. G., Choi, B. Y., Munoz, E., Perez, A., Gallion, K. J., Moreno, P. I., & Penedo, F. J. (2020). Assessing the effect of patient navigator assistance for psychosocial support services on health-related quality of life in a randomized clinical trial in Latino breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer*, 126(5), 1112–1123. <https://doi.org/10.1002/cncr.32626>
- Ramirez, A. G., Muñoz, E., Long Parma, D., Perez, A., & Santillan, A. (2020). Quality of life outcomes from a randomized controlled trial of patient navigation in Latina breast cancer survivors. *Cancer Medicine*, 9(21), 7837–7848. <https://doi.org/10.1002/cam4.3272>
- Ramírez-Torres, N., Robles-Loria, A. J., & Arce-Salinas, C. (2010). Breast cancer and subsequent pregnancy. Infertility, death risk and survival. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(2), 85–93.
- Reese, J. B., Smith, K. C., Handorf, E., Sorice, K., Bober, S. L., Bantug, E. T., Schwartz, S., & Porter, L. S. (2019). A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors. *Journal of*

*Psychosocial Oncology*, 37(2), 242–263.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1510869>

Reh, A., Oktem, O., & Oktay, K. (2008). Impact of breast cancer chemotherapy on ovarian reserve: A prospective observational analysis by menstrual history and ovarian reserve markers. *Fertility and Sterility*, 90(5), 1635–1639.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.09.048>

Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H. S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C. E., Goodman, M., & Park, J. (2017).

Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: Immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 85–95.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005>

Ruddy, K. J., Schaid, D. J., Van Houten, H. K., Kemstine, K. H., Patel, T. A., Wickerham, D. L., & Ganz, P. A. (2015). Chemotherapy-related amenorrhea after adjuvant paclitaxel-trastuzumab (APT trial). *Breast Cancer Research and Treatment*, 151(3), 589–596. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3426-z>

Ruddy, K. J., Zheng, Y., Tayob, N., Hu, J., Dang, C. T., Yardley, D. A., Isakoff, S. J., Valero, V. V., Faggen, M. S., Mulvey, T. M., Mayer, I. A., Winer, E. P., & Tolaney, S. M. (2021). Chemotherapy-related amenorrhea (CRA) after adjuvant ado-trastuzumab emtansine (T-DM1) compared to paclitaxel in combination with trastuzumab (TH) (TBCRC033: ATEMPT Trial). *Breast Cancer Research and Treatment*, 189(1), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s10549-021-06267-8>

Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., & Cannady, R. S. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 34(7), 611–635.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.3809>

Rushton, M., Pudwell, J., Brock, K. K., & Baxter, N. N. (2022). Reproductive outcomes in young breast cancer survivors treated (15–39) in Ontario, Canada. *Current Oncology*, 29(11), 8591–8599.

<https://doi.org/10.3390/currenol29110677>

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Gratitude and well-being: The benefits of appreciation. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(11), 18–22.
- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., & 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>
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: A systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 611954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.611954>
- Seibold, P., Vrieling, A., Heinz, J., Obi, N., Sinn, H. P., Flesch-Janys, D., & Chang-Claude, J. (2014). Pre-diagnostic smoking behaviour and poorer prognosis in a German breast cancer patient cohort—Differential effects by tumour subtype, NAT2 status, BMI and alcohol intake. *Cancer Epidemiology*, 38(4), 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.05.006>
- Shandley, L. M., Spencer, J. B., Fothergill, A., Mertens, A. C., Manatunga, A., Paplomata, E., & Howards, P. P. (2017). Impact of tamoxifen therapy on fertility in breast cancer survivors. *Fertility and Sterility*, 107(1), 243–252.e5. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.020>
- Sherman, K. A., Przewdziecki, A., Alcorso, J., Kilby, C. J., Elder, E., Boyages, J., Koelmeyer, L., & Mackie, H. (2018). Reducing body image-related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: Results from the My Changed Body randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1930–1940. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.3318>
- Silva, C., Caramelo, O., Almeida-Santos, T., & Ribeiro Rama, A. C. (2019). Adverse reproductive health outcomes in a cohort of young women with breast cancer exposed to systemic treatments. *Journal of Ovarian Research*, 12(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s13048-019-0581-6>
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer

recurrence. *Supportive Care in Cancer*, *17*(3), 241–251.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>

Soleymani Moghadam, M., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, S. M., & Farshchian, N. (2024). An investigation of the effect of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on demoralization, body image, and sexual function in Iranian women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, *150*(3), 128.  
<https://doi.org/10.1007/s00432-024-05655-z>

Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C. C., Fobair, P., Carlson, R. W., & Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: A randomized prospective trial. *Cancer*, *110*(5), 1130–1138.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.22890>

Srethbhakdi, A., Brennan, M. E., Hamid, G., & Flitcroft, K. (2020). Contralateral prophylactic mastectomy for unilateral breast cancer in women at average risk: Systematic review of patient reported outcomes. *Psycho-Oncology*, *29*(6), 960–973. <https://doi.org/10.1002/pon.5379>

Tauber, N. M., Zachariae, R., Jensen, A. B., Thewes, B., Skyt, I., Elkjaer, E., Butow, P. N., & O’Toole, M. S. (2022). ConquerFear-group: Feasibility study with pilot results of a psychological intervention for fear of cancer recurrence delivered in groups. *Psycho-Oncology*, *31*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/pon.5772>

Thompson, T., Pérez, M., Yan, Y., Kreuter, M. W., Margenthaler, J. A., Colditz, G. A., & Jeffe, D. B. (2021). Randomized controlled trial of a breast cancer survivor stories intervention for African American women. *Social Science & Medicine*, *270*, Article 113663.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113663>

Tremblay, A., Sheeran, L., & Aranda, S. K. (2008). Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: A systematic review. *Menopause*, *15*(1), 193–202.  
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31805c08dc>

Trivers, K. F., Fink, M. K., Greene, S. M., Howell, C. D., Kushi, L. H., & McCarty, C. A. (2014). Estimates of young breast cancer survivors at risk for infertility in the

U.S. *The Oncologist*, 19(8), 814–822.  
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0016>

- Tu, H., Ye, Y., Huang, M., Xie, K., Chow, W. H., Zhao, H., & Wu, X. (2022). Smoking, smoking cessation, and survival after cancer diagnosis in 128,423 patients across cancer types. *Cancer Communications*, 42(12), 1421–1424. <https://doi.org/10.1002/cac2.12357>
- Ulloa, J. G., Hemmelgarn, M., Viveros, L., Odele, P., Feldman, N. R., Ganz, P. A., & Maggard-Gibbons, M. (2015). Improving breast cancer survivors' knowledge using a patient-centered intervention. *Surgery*, 158(3), 669–675. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.03.056>
- Vitek, W. S., Shayne, M., Hoeger, K., Han, Y., Messing, S., & Fung, C. (2014). Gonadotropin-releasing hormone agonists for the preservation of ovarian function among women with breast cancer who did not use tamoxifen after chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 102(3), 808–815.e1. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.06.003>
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & de Haes, H. C. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.01.006>
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & de Haes, H. C. (2007). Effectiveness of group psychotherapy compared to social support groups in patients with primary, non-metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(4), 37–60. [https://doi.org/10.1300/J077v25n04\\_03](https://doi.org/10.1300/J077v25n04_03)
- van de Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckens, A., & Prins, J. (2017). Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: The SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(19), 2173–2183. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5301>
- van Helmond, S. J., Lodder, P., van Woezik, R., de Vries, J., & van der Lee, M. L. (2023). CBT-based online self-help training to reduce fear and distress after cancer (CAREST randomized trial): 24 months follow-up using latent growth

models and latent class analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 57(9), 787–799. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac078>

van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., van Woezik, R. A. M., Lodder, P., & de Vries, J. (2020). No effect of CBT-based online self-help training to reduce fear of cancer recurrence: First results of the CAREST multicenter randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(1), 86–97. <https://doi.org/10.1002/pon.5233>

Wang, K., Li, F., Zhang, X., Li, Z., & Li, H. (2016). Smoking increases risks of all-cause and breast cancer specific mortality in breast cancer individuals: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies involving 39,725 breast cancer cases. *Oncotarget*, 7(50), 83134–83147. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.13366>

Warren, G. W., Kasza, K. A., Reid, M. E., Cummings, K. M., & Marshall, J. R. (2013). Smoking at diagnosis and survival in cancer patients. *International Journal of Cancer*, 132(2), 401–410. <https://doi.org/10.1002/ijc.27617>

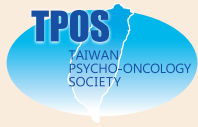
Webster, L. R., & Webster, R. M. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine*, 6(6), 432–442. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x>

Weidlinger, S., Stute, P., & von Wolff, M. (2025). High impact of chemotherapy on ovarian reserve in breast cancer survivors of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 82, 104514. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2025.104514>

Weis, J. B., Gschwendtner, K., Giesler, J. M., Adams, L., & Wirtz, M. A. (2020). Psychoeducational group intervention for breast cancer survivors: A non-randomized multi-center pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28(7), 3033–3040. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05076-6>

Wren, A. A., Shelby, R. A., Soo, M. S., Huysmans, Z., Jarosz, J. A., & Keefe, F. J. (2019). Preliminary efficacy of a lovingkindness meditation intervention for patients undergoing biopsy and breast cancer surgery: A randomized controlled pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3583–3592. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-4657-z>

- Yanez, B., Oswald, L. B., Baik, S. H., Buitrago, D., Iacobelli, F., Perez-Tamayo, A., Guitelman, J., Penedo, F. J., & Buscemi, J. (2020). Brief culturally informed smartphone interventions decrease breast cancer symptom burden among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29(1), 195–203.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5281>
- Zhang, B., Ferrence, R., Cohen, J., Bondy, S., Ashley, M. J., Rehm, J., Jain, M., Rohan, T., & Miller, A. (2005). Smoking cessation and lung cancer mortality in a cohort of middle-aged Canadian women. *Annals of Epidemiology*, 15(4), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.08.013>
- Zhang, M., Huang, L., Feng, Z., Shao, L., & Chen, L. (2017). Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: A meta-analysis. *Minerva Medica*, 108(1), 84–93. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.16.04528-6>
- Zhao, W., Chong, Y. Y., & Chong, Y. Y. (2023). Effectiveness of cognitive-based interventions for improving body image of patients having breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(4), Article 100213. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100213>
- 詩藝瑄 (2020)。害怕疾病惡化簡明量表中文版之信效度測試與現況探討—以頭頸癌病人為例 [碩士論文，國立臺灣大學]。華藝線上圖書館。  
<https://doi.org/10.6342/NTU202003598>
- 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。
- 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。
- 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。



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