

社區復健與社會政策銜接概述： 頭頸癌為例

梁佳穎 · 林郁舒

壹、我國社區復健起源

目前我國「社區復健」模式常用於精神與老人服務領域，經過文獻資料得知「社區復健」包含於社區照顧的概念中。精神領域起於 1940 年代末，美國即因為長時間去機構化與發展重複住院之替代方式為始，直至 1970 年代去機構化運動逐漸受到重視後，更於 1963 年通過社區心理衛生中心法，其宗旨是強調社區需要具備照顧精神病患居民的責任，並鼓勵讓聯邦、州、地方政府皆能參與其中。自此，臺灣亦跟隨近期世界精神醫療趨勢，發展了社區精神醫療模式（謝佳容、蕭淑貞，2006）。回顧我國法律於 2007 年制定之精神衛生法第六條便界定社區精神復健乃指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等復健治療；社區治療乃指為避免病人病情嚴重惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式（精神衛生法，2007

）。另外 1995 年慢性精神病納入身心障礙後，即可適用身心障礙權益保障法第二十三條明定醫院應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫，應包括下列九項：(1)居家照護建議、(2)復健治療建議、(3)社區醫療資源轉介服務、(4)居家環境改善建議、(5)輔具評估及使用建議、(6)轉銜服務、(7)生活重建服務建議、(8)心理諮商服務建議、(9)其他出院準備相關事宜，以銜接出院後於醫療院所或是社區中就醫相關事項（身心障礙權益保障法，2015）。

此外，在老人服務領域方面，由於人口老化速度極快之因亦發展照顧管理模式，照顧管理（care management）乃是源自美國 1970 年代的「個案管理」（case management）。1990 年英國官方出版之社區照顧白皮書政策導引（Caring for People-Policy Guidance）正式採用「照顧管理」名稱（我國長照十年計畫，行政院，2007）。論及我國「長期照顧」起源，1986 年時「中

老年疾病防治四年計畫」起，陸續有相關政策推出，雖然乃以醫療觀點來規畫長期照顧，然而陸續採用照顧管理模式進行之。提及「長期照顧管理中心」之設置起源，則可推至「老人長期照護三年計畫（1998-2001，衛生署，現改為衛生福利部）」為起始，2007年「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」以延用「長期照顧管理中心」與晉用照顧管理專員執行照顧管理業務，並且統一採用ADL（基本日常生活活動能力；巴氏量表），與IADL（工具性日常生活活動能力）為主要評估失能程度之工具，依據評估結果銜接居家專業服務（護理、復健、營養等）、社區照顧、日間照顧、機構式等服務，其中復健治療以居家式或是社區式提供。地方性質之社區復健則由臺北市「社區復健方案」於2004年10月由臺北市衛生局推動，動員臺北市聯合醫院復健科與相關科及健康服務中心，並結合台北市物理師治療公會及臺灣職能治療學會共同推動社區復健工作，設立我國第一個在衛生所門診部結合民間資源的「社區復健門診暨保健中心」，積極提升臺北市民慢性疾病之自我管理的效能、慢性疾病的自我照顧、生活品質及心理社會安適狀態。於2009年引進增進自我效能之「自我效能模式之社區復健方案」於慢性復健相關病人之教育，並推廣自我效能模式在社區慢性復健相關疾病病人之應用（曾彥儒、徐執翎、陳孝賢、徐宛鴻、高木榮，2011）。前述即為臺灣社區復健脈絡。

貳、我國社區復健評估

我國社區復健介入模式立基於「以社區為中心」。此模式著重於輸送復健服務至個案居住之社區、提升個案於社區中之參與、提倡通用設計應用（註1），並促進社區包容不同能力之個體，整合健康促進、預防與環境改造等概念（Scaffa, 2013），提供下述4項服務：(1)社區定點式服務、(2)居家復健服務、(3)居家無障礙設備設施評估、(4)輔具評估。社區復健對於個案、照顧者、醫療社政體系均有影響，期望目的有三：(1)協助個案盡可能參與日常生活功能、工作與休閒娛樂，適應功能現況與居家環境，促進安適感；(2)減輕家屬照護負擔，提升生活品質；(3)減輕醫療照護負擔，有效運用急性復健資源（王昱人，2009；陳輝宇，2013）。

我國社區復健由職能治療師、物理治療師、語言治療師依其所屬法規提供服務。以職能治療師為例，職能治療師遵從職能治療師法（2015）實行業務如下8項：(1)職能治療評估、(2)作業治療、(3)產業治療、(4)娛樂治療、(5)感覺統合治療、(6)人體肢體使用之訓練及指導、(7)副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導、(8)其他經中央主管機關認可之職能治療業務。整體而言，各職種治療師於進行社區復健業務時，執行範疇可包含下述5項：(1)預防：藉社區巡迴講座與醫療團等方式，提供基礎預防概念。(2)評估：評估患者現況、復原潛能、需求、特性，居家

與社區環境，服務次數等。(3)治療：給予個案衛教、徒手治療、居家環境改造、輔具建議、日常生活時間安排等。(4)追蹤：追蹤個案於社區中功能執行狀態與社區參與情形。(5)諮商教育：藉由諮商與衛教提升個案與家屬自我照護能力、環境改善概念與執行（陳輝宇，2013）。

目前，社區中既有照顧體系與資源含括衛生醫療體系、社會服務體系、勞工行政體系、政府其他相關體系與民間團體等（陳惠姿等人，2009）。治療師執行社區復健時，除依照個案所處問題擬定復健目標與治療方針外，也需考量政策、制度與資源配置等建制，遵循相關評估內容與處置。以下列舉數例探討治療師於社區復健角色中執行評估與現況，含「我國長期照顧十年計畫—以臺北市為例」、「職業災害預防與職災勞工職業重建補助」、「身心障礙者職業重建」、「民間社會福利機構—以財團法人陽光社會福利基金會為例」。

一、我國長期照顧十年計畫—以臺北市為例

長期照顧十年計畫辦理下，臺北市衛生局長期照顧管理中心（2015）統籌接受個案之主動求助或轉介，再轉介至衛生局委外承辦訪視服務計畫合約單位，如臺灣職能治療學會、台北市物理治療師公會、台灣復健醫學會與其他醫院及護理所等，由各單位之治療師篩選、評估與治療符合資格個案。

社區治療師依服務對象需求，篩選二類如後：(1)居家復健服務對象與(2)社區輔

具與無障礙照護對象。其一，居家復健服務對象需(1)設籍臺北市。(2)符合長照十年計畫之個案：A.65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上之身心障礙者（需具有身心障礙手冊）並經日常生活活動功能（ADL）評估日常生活需他人協助失能者。B.獨居列冊且工具性日常生活活動功能（IADL）評估失能者。(3)非長照十年計畫之個案：A.經 ADL 評估失能者。B.經上述 ADL 或 IADL 評估無失能，但具有失智症身心障礙手冊或失智症評估量表評估，日常生活需他人協助失能者。其二，社區輔具與無障礙照護對象需(1)個案設籍且實際居住臺北市。(2)A.65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上之身心障礙者（需具有身心障礙手冊）並經 ADL 評估日常生活需他人協助失能者。B.獨居列冊且 IADL 評估失能者（臺北市府衛生局，2015）。

治療師篩選符合資格對象後，依「長期照顧服務個案評估量表」進行評估與擬訂未來治療計畫隨後進行介入。此份量表內容涵蓋：個案基本資料、健康狀態評估（意識、皮膚狀況、進食與營養評估、疾病史、溝通功能、輔具使用、肌力與關節活動度評估）、日常生活功能評估（巴氏量表、複雜性日常生活活動量表）、認知功能評估（簡短智能問卷）、心理行為功能評估、居家狀況/環境安全評估、家庭照護功能評估（需求與支持系統評估）、社會資源使用評估、與照護計畫（衛福部，2013）。

二、職業災害預防與職災勞工職業重建補助

依據「職業災害勞工保護法」第 10 條及相關辦法(2014)，職災發生後，各縣市職災勞工個案主動服務計畫(FAP)管理窗口會先行評估與擬訂計畫，再轉介各區職災重建或工作強化中心提供工作能力評估與強化、職務再設計等。雖然目前各強化中心評估工具不同，但據筆者經驗國內最常使用功能性能力評估與莫帕工作樣本系統(簡稱 Valpar)做為職業評估工具，其目的皆為促進個案順利回歸職場。當個案無法順利回歸職場時，則轉由職業重建中心進行職業輔導評量，包含就業諮詢、職務再設計、職業訓練，並進行就業媒合等促進復工(楊玫瑩，2010)。

治療師亦可提供之復健內容涵蓋協助雇主參與職災勞工復健，前往個案工作地進行職場訪視、工作分析，針對工作環境進行改造，並依個案需求量身訂做輔具(楊玫瑩，2010)。

三、身心障礙者職業重建

根據身心障礙者權益保障法第 33 條與相關辦法(2015)，身心障礙者可接受職業輔導評量、職業訓練、就業服務、職務再設計、創業輔導等職業重建內容。治療師於社區中可擔任三種角色，如下述：(1)職業重建訓練人員：進行工作能力評估與強化；(2)職業輔導評量人員：進行職業輔導評量；(3)職業重建個案管理員，進行就業轉銜、職業重建諮詢、資源連結等。

四、民間社會福利機構－以財團法人陽光社會福利基金會為例

陽光社會福利基金會以服務顏面損傷與燒傷者為主，服務對象以口腔癌與燒傷患者為大宗。其會內包含職能治療師、物理治療師等人員。依據筆者經驗，基金會服務流程為區域中心社工接受政府單位、醫院、個案與家屬等尋求協助後，評估復健需求並照會治療師，再由治療師依據頭頸癌損傷進行功能評估並給予機構復健與諮詢、居家訪視、輔具提供等服務(陽光基金會，2015)。

總結前述而言，目前社區復健之服務對象約可概括為 5 類：(1)失能；(2)個案與其家屬有復健動機；(3)非昏迷狀態，可遵從口語指令；(4)受限於居家，如獨居、交通運輸困難；(5)未接受醫院復健治療。服務對象可擴及不同疾病與功能損傷個案，包含中風、失智、肢體重建者等等，服務需求頗高，足見社區復健發展之重要性(陳惠姿等人，2009)。

然而，我國社區復健於執行上人力、評估轉介流程等發展上仍有諸多落差，如後述(1)人力：A.培育上多偏重醫療模式，少社區復健參與學習。B.願意投入社區之治療師數量不足。C.社區治療師品質良莠不齊。D.法規與制度限制治療師服務與投入社區工作；(2)社區復健評估轉介流程具散在性與高重疊性，且缺少連續性。醫院與社區間、政府各部門間、政府與社區間、政府與民間資源缺乏連結，使社區復健治療師難以提供個案高度連續性之轉銜服

務。且社區復健評估工具之選用與成果統計仍待檢視，缺乏本土化居家復健介入成效之實證（陳惠姿等人，2009）。如本段前面所提之人力議題，社工人員亦為社區復健團隊之一員，兩者業務執行有少部分重疊，比如皆運用團體動力等方式進行，但並非熟悉彼此的操作方式與專業理論，因此難免會彼此設限業務執行，導致部分專業功能無法發揮。

參、我國頭頸癌病患之診療方式與人數推估

頭頸癌意指上呼吸道黏膜惡性腫瘤，侵襲範圍含鼻腔、副鼻竇、口腔、咽、喉等構造（Locati, Lim, Patel, & Pfister, 2009; Sharma & Kies, 2008）。據 2012 年國健局癌症登記報告，當年初次診斷為口腔、口咽與下咽癌發生個案數為 7,047 人；主唾液腺癌共計 287 人；鼻咽癌共計 1,578 人，可推估一年頭頸癌發生人數約為 8,912 人，其中又以口腔、口咽與下咽癌占臺灣十大癌症發生率之第六順位（衛福部，2015）。

論及頭頸癌之危險因子包含：(1)攝取菸、酒、檳榔、(2)不良口腔衛生、(3)蛀牙與不當假牙、(4)病毒，如單純疱疹病毒、Epstein-Barr 病毒、人類乳突瘤病毒、(5)不良口腔衛生等（和信治癌中心醫院，2001）。我國因為盛產檳榔，且高勞力輸出工作者常以檳榔為社交媒介物，進而增高罹患頭頸癌之風險（Militsakh et al., 2010；郭淑珍，2008；郭淑珍、丁志音，2005）。

頭頸癌常見臨床表徵為產生不明因素麻痛出血、持久不癒的潰瘍腫塊、張口困難、吞嚥困難、構聲改變等（和信治癌中心醫院，2001）。確診臨床治療分期、侵襲部位後，參照美國 National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 擬定治療決策，多以實行手術治療、放射線治療與化學治療為主。然而頭頸癌本身與診療方式，常造成骨骼肌肉、外觀、飲食、溝通吞嚥功能等損傷，進而造成活動與社區參與限制（梁佳穎，2014）。

惡性腫瘤被視為慢性病之一。頭頸癌隨之功能損傷會與個案共存。推估社區復健需求量除了需考量罹病人數外，也需考量因病所導致的失能年限（陳惠姿等人，2009）。因此考量頭頸癌個案社區復健需求，除衡量每年初次確診罹癌個案數外，也應考量失能年限。以口腔癌與鼻咽癌為例，其平均餘命分別為 9.58 年與 12.59 年（Chu, Wang, Hwang, & Chang, 2008）。進一步檢視生活品質調整後的存活壽命 (quality-adjusted life expectancy, QALE)（註 2），另有研究以南部某醫學中心為研究樣本指出男性口腔癌與鼻腔癌個案 QALE 分別損失 13.54 與 13.75 健康年，對照年齡與性別配對常模 QALE 損失風險為 0.40 與 0.26（Hung, Lai, Chen, Su, & Wang, 2015）。綜合每年初次確診人數與 QALE 推算，足見我國頭頸癌個案亟需接受社區復健，藉此增進功能恢復與維持生活自理，甚至回歸職場，儘早由病人角色轉銜至社區適應角色（Hewitt, Greenfield, & Stovall, 2005）。

肆、頭頸癌病患面臨困境

目前臺灣頭頸癌患者多為藍領階級，由於患部在頭頸、臉部，當歷經病灶切除、重建手術之後，經常引起臉部外觀的改變，若再歷經放射線治療與化學治療後，患處外觀也因膚色改變、皮瓣攣縮與纖維化等況，再度產生變化，使得頭頸癌病患不僅要面臨治療過程副作用所產生的疼痛、口乾、口瘡、感染、吞嚥困難等況，尚需面對身體形象的改變，都將使頭頸癌病患在面對社會時產生衝擊，進而引發憂鬱、人際退縮、情緒低落與不易重返職場之窘況，也往往影響了頭頸癌病患的生活品質，也因此頭頸癌病之社會心理調適議題值得被重視。下文探討之。

一、不確定感

癌症屬於慢性疾病，諸多文獻指出接受治療之病患存活 5 年以上之機率高。然而當病患確診罹癌時，在治療方面，對於疾病治療的治療方式、後續的繁複檢查、治療效果、預後、甚至面對死亡的壓力等況，都無法明確掌握；在家庭與社會層面方面，自我照顧能力、經濟、工作、照顧人力以及疾病影響生活之程度等，皆難以推測與想像，前述情形易致充滿不確定感。另外，即使醫護人員願意詳細地回答病患的疑問，往往病患也因甬得知罹病的衝擊，以及對於醫療與疾病缺乏基本認知而難以適當地提問，導致不確定感時時存在癌症患者與其家屬的生活中（陳伊倩、

簡姿娟、洪秀吉，2012）。

二、外觀結構改變

以口腔癌為例，發生的部位在頭頸明顯部位，無法以衣物掩飾，手術會導致頭頸部位生理功能缺損，包括：張口、咀嚼、進食與說話，如臉部皮瓣手術，甚至明顯地造成臉部外觀的改變，影響與他人的互動，社交受到影響。因此口腔癌病人術後不僅僅是疾病本身對生命的威脅及治療所造成身體的不適，更有身體外觀改變的心理衝擊與壓力之況（陳淑卿，2007）。亦可能使患者個人對自己的外觀產生負向的感受。

三、溝通能力與方式改變（病人溝通）

頭頸癌病灶切除部位多位於上下唇、舌頭、喉部，此組織與發音、構音有關，若歷經皮瓣重建後亦可能導致發音越加模糊，顯示說話功能已經喪失。其中溝通能力改變之處包括聲音的音調、在吵雜環境中的音量、談話時必須相當花力氣、能夠唱歌、口腔/喉部/頸部常感到不適。因此當病患使用說話方式溝通無法達到預期效果時，將以手勢、臉部表情或是筆談等方式來取代說話溝通（陳美慧、賴裕和，2007）。

四、體力衰退

癌症生存者（註 3）中，受到下述五種症狀影響導致身心理功能衰退與困擾：(1) 癌因性疲憊，即由於癌症本身或是相關治療對於身心理所引發持續性與主觀的疲憊感覺，且嚴重程度異於一般性疲憊，非

藉由休息與睡眠即可緩和。(2)疼痛，主因為癌症本身或治療導致的組織受損如器官切除、化療引起的末梢神經病變等況。有研究指出即使已經完成療程的癌症病患，仍有 33% 遭受疼痛之苦，而頭頸癌生存者發生比例卻高達 40%。(3)認知功能障礙，癌症本身與治療均會引起認知功能障礙，推測可能與化學治療、賀爾蒙治療、憂鬱情緒與失眠等有關。(4)性功能障礙/不孕，導因於癌症或相關治療對器官造成損害，或是治療過程中情緒產生變化，引起性功能障礙。另外在手術、放射線治療與化學治療，可能產生暫時性或永久性不孕之後遺症，比如化學治療可能導致女性暫時性閉經或是停經期提早到來，男性接受手術或放射線治療，則需面對生理結構的改變與賀爾蒙變化等況。(5)精神與情緒困擾，即使療程結束，癌症生存者仍生活於疾病與死亡的恐懼之中，其中女性、低社經階層與頭頸癌患者更是憂鬱的高危險群（李昕宜、許玉娟、陳佳慧，2013）。

五、經濟與實質損失

(一) 經濟條件不佳

經濟條件與健康狀況關係密切，以筆者服務口腔癌病患為例，該病症好發於中下勞動階層，且患者多數為家庭內的主要經濟來源，此特定現象便說明了口腔癌病患更容易因為罹癌事件而造成個人及其家庭的重大打擊。根據衛福部國健署 2012 年《癌症登記報告》顯示在口腔癌（口腔、口咽、下咽）男性之 35-59 歲之當中，平

均每 10 萬人即有 873.2 人罹病，女性則為 53 人，男性為女性 16.47 倍。另資料數據亦顯示自 60 歲起罹患人數即逐漸下降，顯示口腔癌好發於青壯、中壯年時期（衛福部，2015）。

此外，若提及復發，2007 年相關研究以 862 名口腔癌患者進行分析，性別方面男性為 814 例（94.4%），女性 48 例（5.6%），男女比為 16.96 比 1；年齡分布以 50~59 歲最多，有 260 例（30.2%），其次是 40~49 歲（255 例，29.6%）。已婚者則有 765 例（88.7%）；無職業的有 370 例（42.9%）；教育程度在國小（含）以下的有 492 例（57.1%）；無職業者復發情形較嚴重（ $p < 0.001$ ）；教育程度在國小（含）以下復發比例較高（ $p = 0.002$ ）。

(二) 實質損失

沉重的經濟負擔，2008 年研究指出口腔癌之每個病例終生健保財務負擔為 910,000 元（Chu, Hwang, Wang, Chang, 2008），此乃健保醫療支出而已，並無涵蓋患者因配合治療所需的停職損失、交通費用、營養費用、未來失業無薪之況與家庭照護負擔，癌症治療隱性成本巨大，以罹癌後就業狀況為例，過去國內學者研究結果也顯示接受癌症治療達 3 個月以上患者復工比率僅介於 40.1 至 94.4% 間（方圓媛，2010；李雅婷，2012）；而陽光基金會（2011）則特別指出頭頸癌中口腔癌患者約 7 成患者無法復工；即使復工，待遇薪資仍比罹癌前減少 3 倍，平均薪資僅餘 7,481 元。另在家庭照顧負擔方面，廖謹筠

(2013) 指出頭頸癌照護者容易因原有家庭收入銳減而不足以支撐日常生活與醫療花費，使經濟負擔顯著負向影響照顧者的生活品質。因此，因接受治療導致無法負擔家計或是家人對其角色功能已經失去期待時，可能直接衝擊與家人間的關係，或導致家人之間的角色功能改變。

六、社交活動減少

術後外觀改變造成的顏損與體力減弱皆會影響社交意願。另有研究指出在溝通方面病人無法唱歌及改變音調，並且在吵雜的環境中無法發出足夠的音量，可能與手術方式有關。此外在溝通經驗方面，以「因為溝通困難，必需放棄活動」及「口腔/喉部/頸部感到不舒服」二項顯示困難程度愈高，愈會放棄活動，進而影響生活品質及社會互動(陳美慧、賴裕和，2007)。

七、醫療、社會支持與重返職場困難

頭頸部/口腔腫瘤存活者因術後口齒不清、外觀改變、飲食困難多僅能以軟質或流質食物為主、肩頸關節活動度受限或是酸軟無力等症況，使其難以負荷或是減少勞力工作之能力，導致尋求工作難度增加，加深家庭負擔。林東龍於 2013 年口腔癌相關研究指出多數醫院所制訂的治療準則都著重在癌症期別和治療方式選擇的說明，完全未涵蓋後續所需的職能復健服務。以當時口腔癌醫療團隊成員而言，也僅包含腫瘤相關專科的醫師和護理人員，並未看到復健與相關醫學等專業角色。明顯的，口腔癌強調疾病治療、存活率，以

及照護品質，未將積極治療後所面臨重返工作問題納入治療計畫中考量。使癌症治療計畫造成斷層。若欲等到癌症存活者完成治療後，面臨重返工作障礙時才開始思索該問題時，往往已來不及，癌症存活者只能被迫接受無法重返工作是因個人能力不足或不符合工作要求。

八、工作福利相關政策之影響

查閱我國相關法律條例，如勞工保險條例第 6 條被保險人資格，第三章保險費；全民健康保險法第 27 條關於保險費繳納部份，均與工作薪資有關。另外於保險給付方面，如全民健康保險法中癌症為重大傷病，患者有「免除部分負擔」的權益，勞保有傷病、失能與死亡給付，然而在現實生活中發現由於頭頸癌患者工作性質與薪資較不穩定，原先即無力繳交社會保險費用，導致確診之後亦無法獲得社會保險的協助。

另外在衛生福利與勞政的連結產生就業服務政策的疏漏部分，有研究指出此乃亦為正式之社會支持不足之處；其中在社會政策部分，即當癌症存活者因疾病治療導致工作能力產生改變，協助其適應工作要求或尋求合適的新工作機會，除職能復健的協助外，亦需要職業重建等就業服務方案協助，然而目前職業重建的服務只針對身心障礙者與勞工，不必然包含罹患重大傷病的罹癌存活者(林東龍，2013)。

此外，勞動部方面亦提供諸多服務，比如增進弱勢勞工生活照護之失業勞工子女就學補助等，或者是擴大失業給付乃為

提供廣大受僱勞工更周全的就業安全保障。

就業保險法於 98 年 5 月 1 日修正施行，考量中高齡及身心障礙失業勞工，失業期間較長，而且不容易找工作，因此修正延長失業給付請領期間，申請人離職辦理退保時已年滿 45 歲或領有身心障礙手冊者，最長發給 9 個月等項，皆與工作福利、身心障礙有關。無異，頭頸癌患者容易因此被排除（勞動部，2015）。

伍、社區復健於頭頸癌照護實務應用與落差

社區復健在服務頭頸癌個案部分，可以增進個案日常生活功能、工作、休閒娛樂之參與。社區復健於評估後可執行之介入如下分述。

一、實務應用面

(一)日常生活功能

1.飲食吞嚥功能：吞嚥姿勢與安全技巧訓練；吞嚥肌群肌耐力與協調性訓練；依食物流速、軟硬度、大小進行食物分級；提供進食輔具，如單向吸管、長吸管、缺口杯；提供張口器。

2.溝通社交功能：臉部表情、溝通肌群之肌耐力與協調性訓練；提供溝通輔具，如溝通板、電動式或氣動式人工發聲器。

3.皮膚、黏膜清潔照護功能：口腔清潔照護；傷口、瘻管自我護理訓練、疤痕

預防。

4.社區移行功能：大腿前外側皮瓣、腓骨皮瓣術後行走訓練；肩頸關節活動度訓練以達開車、騎機車所需肩頸關節角度。

5.日常生活活動安排訓練：使用能量節省、工作簡化原則（Cooper, 2006; Stubblefield & O'Dell, 2009；歐陽來祥，2015）。

(二)工作

1.負重功能：肩頸關節活動度和抓握能力訓練。

2.溝通社交功能：如上述。

3.職業重建：工作能力評估及工作強化；職業輔導評量；職務再設計；就業輔具評估與設計；心理輔導與社會適應（梁佳穎，2014；歐陽來祥，2015；簡文榕，2008）。

(三)休閒娛樂

1.休閒活動安排訓練：減少再次使用檳榔等社交媒介物動機。

2.溝通社交多元化功能：如上述。

3.培養保健習慣與合宜運動量（周佩琳，2013；歐陽來祥，2015）。

二、現實落差面

筆者在臨床實務經驗中，也認為社區復健於頭頸癌實務應用性頗高，然而，社區治療師受限於頭頸癌個案既有照顧體系與資源配置影響，從事社區復健比例卻較其他中風、肢體創傷者為低，原因如下述。

(一) 僅以長照觀點進行資源提供，排除頭頸癌患者

現行多數社會福利資源皆以長期照顧觀點出發提供復健服務。以長期照顧十年計畫為例，個案需經 ADL（巴氏量表）與 IADL（複雜性日常生活活動量表）評估為失能者或領有身心障礙手冊方能接受服務；然而，此兩種量表卻難以反應出頭頸癌個案疾病特別性之生理功能損傷，致使部分頭頸癌患者被排除於長期照顧十年計畫之外。另外，因溝通功能受限而領有身心障礙手冊之個案，又受限於各縣市輔具資源中心中，社區復健專業少有提供此群個案溝通輔具、人工發聲器之經驗，而難以給予適切之溝通輔具評估、衛教與提供。

(二) 將問題個人化

若再以「職業災害預防與職災勞工職業重建補助」、「身心障礙者職業重建」計畫來看，頭頸癌個案雖多因使用職場之社交媒介物（檳榔、菸酒）而成爲罹癌高危險群，然而接觸檳榔、菸酒等社會媒介物常被歸屬爲自我選擇危害健康行爲，未能符合此計畫中職業病與職業傷害對象資格。又個案領有身心障礙手冊方能接受身心障礙者職業重建服務。因而社區復健專業難以提供此群多屬中壯年男性之頭頸癌患者回歸職場工作強化、職務再設計、工作分析等服務（林東龍，2013）。

(三) 尚待更多民間資源投入

我國民間社會福利機構中，提供社區

復健於頭頸癌目前以陽光社會福利基金會爲主，顯示以頭頸癌爲對象之社區復健資源缺口大，尙待發展。

陸、建議

一、資源配置納入癌症族群

(一) 建請相關之工作福利法規納入癌症失能族群

頭頸癌病患正值中壯年齡，且爲社會勞動人口與家庭經濟支持來源，然而其因爲評估工具、法令等，不易取得福利身分與服務，若是病患罹病前在生活上即存有困難，那麼爲了面對治療而導致工作中斷、家庭照顧人力身心負荷、社會與家庭角色中斷、營養、醫療、交通等費用支出增加等情形，都需要社政資源來補充生活所需之經濟缺口。建議勞政、健保、職災等與工作福利有關法規將癌症病患納入，致此，即可造福到頭頸癌病患與其家庭，避免因病徒增生活危機。

(二) 調整勞動人力運用服務方式與身分資格

依據 104 年 8 月勞動部施政績效論之，目前我國加強人力運用方式，以促進青年與婦女就業、活化中高齡及高齡勞動力與協助弱勢者就業爲主。然而癌症患者卻常因病導致生理功能折損之況，因此就業服務體系需要將癌症患者、癌症生存者獨立出來，使其擁有符合取得服務之資格避免受到歧視或遭遇困境，而可以保有原

先之工作或是取得職訓、職業再設計、創業輔導與職業重建之服務。

二、培育社區復健人力與環境

如前文所述，為協助癌症病患重返社會，仰賴社區復健大量介入，而我國社區復健發展尚有落差，治療師投入社區服務人數尚不足，遑論於社區中服務癌症患者。因此如何讓治療師進入社區，以結合生活與治療，仍需相關教育、法規與制度之扶植。另外，在癌症復健專業上，除參與醫事人員派訓、在職進修、癌症復健治療人員培訓課程外，治療師更需學以致用，面對社區甚至職場領域，突破臨床實務推行之窒礙、擴大轉介來源、讓其他專業認識癌症復健資源、增加復健介入成效分析等重要引援，才能進一步擴展服務範疇至癌症患者中。

三、各團隊專業人員適性發揮

頭頸癌病患服務人員包含醫療與社政等多元專業人員，彼此的教育、專業背景不同，自然地在專業術語、學理知識不同。因此，若是對彼此專業內涵僅是粗淺概念認識而已，比如社工與職能治療皆採用團體方式服務，實際上團體目的卻不同；職能治療乃是透過團體動力達治療性療效，社會工作則是運用團體動力達到團體目標。根據筆者經驗在團隊運作中容易有下述幾項情形，比如，質疑對方的專業不足、停留在舊觀念中不知道其他專業技能發展現況、難以善用團隊成員的優勢與技能、專業界線拿捏不當等況。為了減少前述事

宜，需充分溝通與討論、專業分享、互相學習、放下質疑的心、尊重注意彼此的專業關係與界限，以使團隊服務發揮效果，達致協助病患的目的。

四、持續醫療照護連續性

(一) 醫療整合與持續

根據實務經驗，頭頸癌患者轉移或復發時有所聞，因此除了扶助個案重返社區之外，為延長與維護其在社區的生活品質，需使復健醫療持續。癌症照護最終需要社區、醫院、政府共同整合資源。

(二) 身障輔具提供

針對頭頸癌患者社區復健除現有服務外，更需進一步避免漏接。針對持有身障手冊且有輔具需求者：由醫院癌症資源單一窗口整合輔具中心資訊並推廣展示輔具如溝通板等。同時，輔具中心若能更熟捻頭頸癌患者輔具需求，則更可以發揮中心成效。

(三) 職業重建資源配置

頭頸癌患者社區復健除現有服務外，更需進一步針對重返工作需求者，研訂相關政策以提供頭頸癌患者職業重建服務。

前述醫療照護在執行上，為避免壓縮其他類別身心障礙者與職業病、職業傷害勞工資源，建議社會政策擬定通盤考量各需求者之「每單位健康人年花費成本 (cost per qaly)」進行資源整合與配置。

總結而言，由前文可以得知在癌症醫

療症狀控制較多，復健較少。期待未來癌症復健能於社區中提供全面服務，拓展預防介入、症狀控制、社區融合，提升個案日常生活、職業與休閒娛樂參與度。

(本文作者：梁佳穎為財團法人陽光社會

福利基金會南區中心職能治療師；林郁舒為財團法人陽光社會福利基金會南區中心社工員。)

關鍵詞：社區照顧、社區復健、頭頸癌

註釋

註 1：通用設計：能被大眾與身心障礙者所使用的產品，無需再經過改良或設計方能使用。需符合 7 項原則：(1)公平使用；(2)彈性使用；(3)簡易與直覺使用；(4)明顯的資訊；(5)容許錯誤發生；(6)省力；(7)適當的尺寸與空間使用。

註 2：生活品質調整後的存活壽命 (quality-adjusted life expectancy, QALE)：為一種健康計量方法，使用生命表之各時間點存活率，再乘以生活品質後加總估計，數學公式為 $SE[QOL(t/xi)]S(t/xi)dt$ 。其單位為健康人年。

註 3：癌症生存者：根據美國國家癌症研究院 (National Cancer Institute, NCI) 的定義當人們被確診罹患癌症時，無論是治療中或是已被治癒，在生命旅程結束前，都稱為癌症生存者 (引自李昕宜等，2013)。

參考文獻

方圓媛 (2010)。口腔及口咽癌患者於治療後身體活動狀況探討。(碩士)，臺灣大學護理學研究所，臺北。

王昱人 (2009)。社區失能者使用居家復健之相關因素探討：以臺北縣為例。(碩士)，國立臺灣大學，臺北。

行政院 (2007)。長期照顧十年計畫。

李昕宜、許玉娟、陳佳慧 (2013)。癌症生存者之困擾症狀。臺灣醫學，18(3)，355-360。

李雅婷 (2012)。頭頸部癌症術後存活者身體功能，症狀嚴重度與就業現況相關性之探討。(碩士)，臺灣大學護理學研究所，臺北。

身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則，2014。

身心障礙權益保障法，2015。

周佩琳 (2013)。頭頸癌存活者之健康信念、自我效能與健康行為、生活品質之相關研究。(碩士)，長庚大學，桃園縣。

和信治癌中心醫院 (2001)。征服頭頸癌。臺北：天下生活。

- 林東龍（2013）。衛生福利與勞政漏接：男性口腔癌存活者重返工作之分析。社會政策與社會工作學刊，17(1)，41-87。
- 梁佳穎（2014）。頭頸癌患者之功能表現與復工狀況探討。國立成功大學，臺南。
- 郭淑珍、丁志音（2005）。民眾如何看待健康教育訊息：談嚼檳榔的計程車司機。臺灣公共衛生雜誌，24(3)，239-253。
- 郭淑珍（2008）。健康行為形成的生命歷程探討：以計程車司機嚼檳榔行為為例。臺灣公共衛生雜誌，27(5)，385-398。
- 郭淳芳（2008）。身心障礙者就業權益保障--從身心障礙者權益保障法談起。就業安全，7(2)，31-37。
- 陳伊倩、簡姿娟、洪秀吉（2012）。癌症病患不確定感之照護策略。秀傳醫學雜誌，11(3，4)，137-143。
- 陳美慧、賴裕和（2007）。頭頸部癌症病人溝通與生活品質之探討。榮總護理 24(2)，151-162。
- 陳淑卿（2007）。口腔癌病患手術後之生活經驗。腫瘤護理雜誌，7(2)，13-23
- 陳惠姿、李孟芬、曾煥裕、毛慧芬、李世代、陳桂英、...張瓊慧（2009）。長期照護實務（3 ed.）。我國：永大書局。
- 陳輝宇（2013）。臺灣居家與社區式物理治療服務輸送模式發展之研究－以長期照顧十年計畫為例。（碩士），國立成功大學，臺南。
- 曾彥儒、徐執翎、陳孝賢、徐宛鴻、高木榮（2011）。臺北市慢性病患之社區復健照顧模式。北市醫學雜誌，8(4)，122-130。
- 勞動部。2015。http://www.mol.gov.tw/policy/2097/2511/。
- 陽光基金會（2011）。口腔癌患者之就業處境調查。
- 楊玫瑩（2010）。職業災害重建協助勞工看見新希望。我國勞工季刊，24，48-53。
- 精神衛生法，2007。
- 臺北市政府衛生局（2015）。臺北市政府衛生局長期照顧資訊網。from
http://subweb.health.gov.tw/longterm_care_web/home.asp
- 廖謹筠（2013）。頭頸癌患者女性主要照顧者其正向照顧經驗、創傷後成長與壓力因應歷程之關係。（碩士），長庚大學職能治療學系，臺北。
- 歐陽來祥（2015）。頭頸部腫瘤語言和吞嚥復健手冊。臺北：華藤。
- 衛福部（2013）。服務個案評估量表及申請書。from
http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAH/DM1_P.aspx?f_list_no=581&fod_list_no=1405&doc_no=3415
- 衛福部（2015）。民國 101 年癌症登記報告。臺北：衛福部 Retrieved from

- <http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/Stat/StatisticsShow.aspx?No=201504290001>.
衛福部國健署 (2012)。癌症登記報告。
- 謝佳容、蕭淑貞 (2006)。臺灣社區精神復健機構的服務現況與展望。精神衛生護理雜誌，1 (2)，45-54。
- 簡文榕。(2008)。社會排除或自我抉擇？罹患口腔癌者之社會參與分析。(碩士)，高雄醫學大學，高雄市。
- 職能治療師法，2015。
- 職業災害勞工保護法，2014。
- Chu, P. C., Wang, J. D., Hwang, J. S., & Chang, Y. Y. (2008). Estimation of Life Expectancy and the Expected Years of Life Lost in Patients with Major Cancers: Extrapolation of Survival Curves under High-Censored Rates. *Value in Health*, 11(7), 1102-1109.
- Cooper, J. (2006). *Occupational therapy in oncology and palliative care* (2 ed.). England: John Wiley & Sons.
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2005). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2005/From-Cancer-Patient-to-Cancer-Survivor-Lost-in-Transition.aspx>.
- Hung, M. C., Lai, W. W., Chen, H. H., Su, W. C., & Wang, J. D. (2015). Comparison of expected health impacts for major cancers: integration of incidence rate and loss of quality-adjusted life expectancy. *Cancer Epidemiol*, 39(1), 126-132.
doi: 10.1016/j.canep.2014.12.004
- Locati, L., Lim, S. H., Patel, S., & Pfister, D. G. (2009). Evaluation and treatment of head and neck cancer. In R. Winters & B. Barry (Eds.), *Cancer rehabilitation principles and practice* (pp. 291-302). New York: Demos Medical Publishing.
- Militsakh, O., Chi, A., Alberg, A., Cannick, G., Ford, M., Carpenter, M., ... Day, T. (2010). Head and neck cancer prevention. In W. M. Koch (Ed.), *Early diagnosis and treatment of cancer: head and neck cancer*. Philadelphia: Saunders.
- Scaffa, M. E. (2013). Occupational therapy interventions for organizations, communities, and populations. In B. A. Schell, G. Gillen, M. Scaffa & E. S. W. a. S. s. o. t. Cohn (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (pp.342-351). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sharma, A. K., & Kies, M. S. (2008). Pocket guide to neck dissection classification and TNM staging of head and neck cancer D. G. Deschler & T. Day (Eds.), Retrieved from

<http://www.entnet.org/EducationAndResearch/upload/NeckDissectionPart1.pdf>

Stubblefield, M. D., & O'Dell, M. W. (2009). *Cancer rehabilitation: principles and practice*.
New York: Demos Medical Publishing.