



吳盛璋 · 南玉芬 · 蔡玉仙 · 陳金華 · 龍紀萱

## 壹、前言

家庭是最適合兒少成長的地方，但家庭發展歷程中有許多變數，有些兒少無法在原生家庭中成長。早在西元 1973 兒童福利法第四條指出：「...其因家庭發生重大變故，而致兒童無法生活者，...採家庭寄養或家庭型態之機關教養方式，妥予安置。...」由此，家庭寄養成為失能家庭兒童安置的一個選項，時至 1983 年內政部公佈「兒童寄養辦法」，正式推動家庭寄養服務。依美國兒童福利聯盟（Child Welfare League of America）定義「寄養服務（foster care）是一種福利服務，為兒童原生家庭暫時或長期無法提供兒童所需的服務，同時親生父母不希望兒童被領養時，所提供兒童一個有計畫、有時間限制的替代性家庭的照顧」（1959；引自郭靜晃，2009；陶蕃瀛，2003）。

家庭寄養是暫時性的取代原生家庭，是一種替代性的兒童福利服務（Kadushin，

A. & J. Martin, 1988；引自馮燕，2012），是一個提供其正常發展的替代場所（鄧啓明，2000）。由於是暫時性的替代服務，負責安置之社工員應該有計畫的服務被寄養兒童的原生家庭，重建其家庭功能（陶蕃瀛，2003）。因此，寄養家庭是兒童返家的中繼站，社工要同時處遇寄養家庭與原生家庭。

然而自 1980 年代以來，需要被安置之單親家庭、經濟困難、兒童虐待、從事性交易之虞的兒童等逐年攀升。服務對象問題的多元，造成寄養家庭的照顧難度越來越高，所需要的專業知識、技術都需要越來越專精。本文是以一照顧白血病幼兒的寄養家庭為例，面對罹患重大疾病的寄養幼兒，寄養家庭需有能力面對疾病照護、有充足的人力、時間與經濟，是相當沉重的負荷。本文藉由個案管理方法的運用，希冀能解緩寄養家庭的困境，提供更全面的服務，並藉此引發閱讀者對此議題之關注。

## 貳、白血病家庭的需求及社會處遇

會成為寄養兒童除了原生家庭的功能、親職能力不彰外，也與兒童的身體健康有關。分析臺灣兒童寄養原因包括智能不足、生理殘障、情緒障礙、偏差與攻擊行為等（郭美滿，1991）。這類特殊的兒童因自身的狀況顯而易見，更難找到適當的寄養家庭。陶蕃瀛（2003）指出特殊需求幼兒不易找到寄養家庭安置，寄養家庭對於照顧特殊幼兒的意願並不高。寄養特殊幼兒會對自身家庭造成衝擊，也形成照顧者的壓力，還需因應不定時往返醫院治療，也需特殊的照顧知能，這對寄養家庭是沉重的責任與負擔。社工員應運用有效工作方法，如個案管理，協助寄養家庭照顧特殊幼兒。

### 一、白血病幼兒醫療與照顧需要

癌症（惡性腫瘤）占 1-14 歲十大死因的第二位（衛生福利部，2016），其中又以白血病最常見，是死亡率最高的疾病。臺灣兒童最常見的癌症是急性淋巴性白血病，整體的治癒率可達七成（葉凌鴻、羅方好、李文婕、郭亭伶、蔡佳玲，2015）。兒童癌症的治療方式差異性頗大，有化學治療、放射線治療和手術切除，可能採取單一或合併治療的方式，治療期間短至數月，長則達 2~3 年不等；白血病的治療計畫可分為引導緩解期、鞏固療法、再次引導緩解、脊髓液注射、維持

療法等階段（兒童癌症基金會）。不同的階段除了維持療法門診治療外，其他都需要住院治療，且治療都會引起幼兒身體、心理、情緒的負面反應，甚至是造成生命存活的風險。白血病童因感染會造成口腔黏膜改變、肌肉無力、出血，除了需要身體照護支持，還需情緒上的支持，故照顧有生命威脅的病童是相當具有挑戰性的（陳倩芳、李麗珠、郭碧照，2003）。面對白血病童的照護是隨著疾病的病程變化不斷的在轉換的，照顧者要因應也是相當沉重，也要不斷接受挑戰，壓力是很大的。

學齡前白血病幼兒也要兼顧其生理、心理發展需求，以及與照顧者產生正向的依附關係。幼年時期正值 Piaget 所指的「運思前期」，需藉由具體實物來思考，故幼兒常誤解住院或生病的原因，害怕身體完整性被破壞，而出現恐懼感，甚至會視住院為一種懲罰（Santrock, 2015）。學齡前期癌症幼兒面對治療的疼痛和恐懼，常伴隨大聲哭鬧、緊抓家屬不放、害怕看到醫護人員等行為，可能出現做惡夢、不安、哭鬧及退行性行為（葉凌鴻、羅方好、李文婕、郭亭伶、蔡佳玲，2015）。因此照顧者除了面對醫療介入外，還需面對幼兒因認知引發的情緒，並試圖以幼兒能理解的語言，進行溝通、安撫。最後，白血病幼兒定期追蹤，寄養家庭需提供必要的照顧和照護，以避免二次的傷害。

### 二、寄養白血病幼兒的家庭壓力

面對病童，寄養父母的處境與一般家庭父母是一樣的。當父母被告知孩子確定

診斷為癌症時，面對孩子癌症的不確定，對疾病資訊的薄弱，還需承受住院、治療中的各種壓力及失落，也需面臨家庭角色、功能及生活型態的改變、疾病預後的不確定，開始對相關訊息需求增加，以調適住院情境中的各種壓力源（LaMontage, Wells, Hepworth, Johnwon, & Manes, 1999），這些壓力是需要各種資源的協助的。

癌症治療過程中，常見發燒、嘔吐、掉髮、黏膜炎、出血、疼痛、不確定感等症狀，其中最可怕的是復發，這衝擊比初次診斷還要重大，更易對再次治療缺乏信心，及增加對未來的不確定感（Vivar, Canga, Canga, & Arantzamendi, 2009）。疾病復發亦衝擊相關人，包含面對日後治療的適應，家庭系統新的因應，與病童健康行為的調適（Besier et al., 2011，引自李郁雯、洪麗琴，2012）。癌症復發與治療是對幼兒及寄養家庭都是很沉重的壓力。

### 三、以個案管理服務寄養白血病幼兒之家庭

面對有多種需求的白血病幼兒，協助寄養家庭是社工很重要的職責，而個案管理是可以整合、協調各項資源介入的重要知識觀點。疾病管理被視為個案管理的基礎，以罹患特定疾病者為主要服務對象，整合其所需的多層次醫療照顧，對於慢性疾病個案、長期照顧病童，進行疾病照顧、住院以及強調品質的連續性照顧，以避免疾病惡化與復發（黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004）。從上述可得知，罹患白

血病後治療的繁瑣與壓力，是需要以統整的技巧，調節資源的介入。白血病除了院內治療外，居家照護也是很重要的階段。透過出院準備反應病童及家屬內外社會、情緒、醫療及心理上的需求與協助外，透過定期追蹤瞭解出院後的照顧（莫黎黎，2002，P.188，引自黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004）。個案管理除了為案家做好資源的連結與管理外，間接的目的在於協助社會工作人員有效處理其個案問題，有效連結協商相關服務的角色（黃源協、陳伶珠、童伊迪，2004）。為了扮演好個案管理的角色，個案管理的運作有其基本要素，包含：(1)界定個案；(2)預估和計畫；(3)協調和轉介；(4)服務的實施；(5)監督、評估和在預估（Kaplan, 1990）。妥善運用，將有助於提升服務成效。

寄養家庭在照顧白血病幼兒上充滿了許多的挑戰，無論是經濟、往返就醫、餐食及特殊照顧等都需要於同一時間中進行，因此需要個案管理協助連結及安排做適當的協助。

### 參、寄養家庭照顧白血病幼兒之案例探討

本文所述為實際案例，為顧及個案隱私與倫理原則，已經修改某些基本資料以及真實狀況。以下以承接縣市政府委託執行寄養安置服務之社工員角度，探討寄養家庭在照顧白血病幼兒的需求，以及應用個案管理模式規劃服務介入與輸送，以協

助寄養家庭達成處遇目標。

## 一、個案及原生家庭簡述

個案 33 週時早產，父母皆為中度智能障礙之未成年，出生即患有甲狀腺功能不全需服藥。初期，安置於出養機構，3 個月大時安置於寄養家庭，8 個月大時，確診為急性白血病。案母原本欲出養個案，但其監護人中案外祖父同意，案外祖母不同意，故中止。初期，案外祖母還曾多次探視個案，但漸感照料困難，便迴避機構聯繫。在保護個案生命安全為優先的原則下，安排至寄養家庭進行後續醫療與照護。

## 二、寄養家庭成員介紹

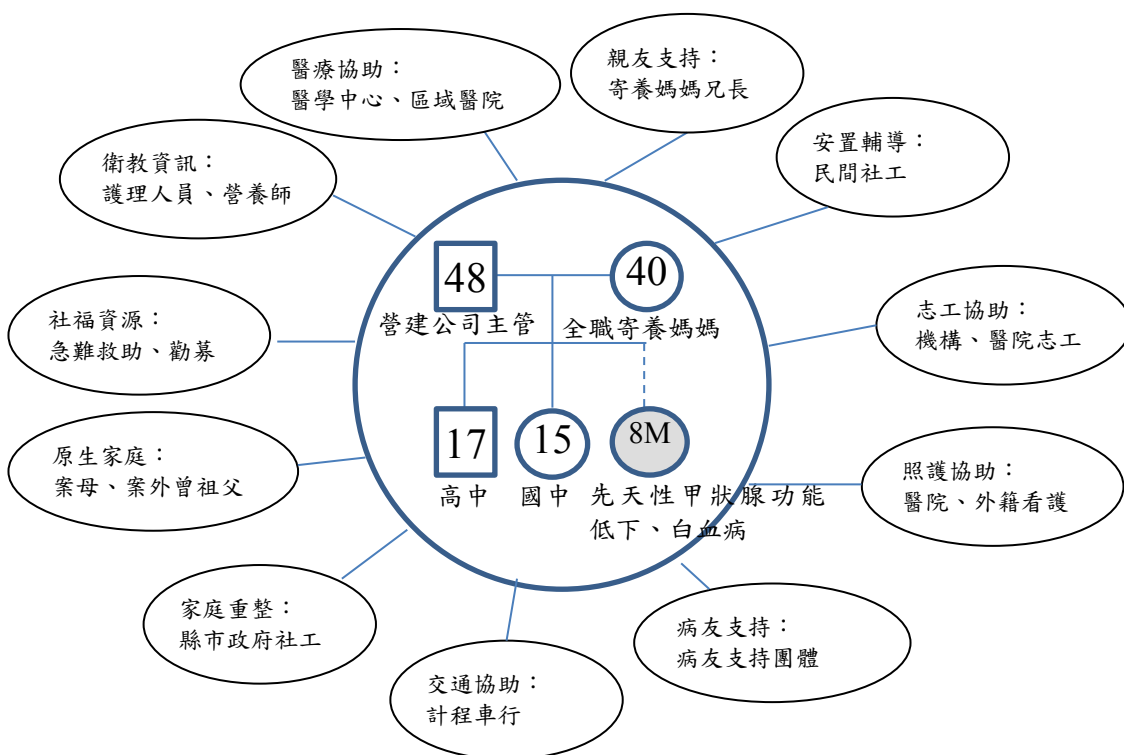
1.寄養媽媽：40 歲，全職寄養媽媽，領有保母證照，過去多照顧國小至少年階段的個案。因婚姻不受婆家祝福，與娘家較親近，與其中一位兄長為鄰居。

2.寄養爸爸：48 歲，為營建公司主管，原本多在外地工作鮮少返家，但寄養個案後，其對個案疼愛有加，為支援照顧的人力。

3.寄養哥哥：17 歲，就讀高中，生活獨立且自主，無須父母多費心。

4.寄養妹妹：15 歲，就讀國中三年級，準備升學考試。個性乖巧，需寄養媽媽給予協助與留意。

## 三、寄養家庭生態（資源）圖



## 四、問題與需求評估

### (一) 監護權人迴避延宕醫療決策

由於案母、案外祖父母對於個案出養想法不一致，原先以案外祖母意見為主，故先以委託安置為處遇目標。後因案外祖母對於個案不理不睬，且拒絕社工的聯繫，以至於未能及時回應醫療決策。社工除了評定原生家庭照顧的功能與意願外，亦需評定委託安置之適切性，讓個案後續醫療與照護得以順遂。

### (二) 寄養目標由短期轉變為長期的評估重啓

在與縣市政府所簽訂之寄養合約中載明，個案若安置前罹患重大疾病，並不符合寄養安置。但此個案是在寄養後才確診白血病，寄養媽媽可依法提出不予寄養，由縣市政府社工轉銜至專業的照護機構。故寄養目標從原先的短期安置，轉為長期安置與照顧，社工需重新評估寄養家庭的照顧意願，也需評估寄養家庭的能量、資源、身心狀況的準備程度，尚需思考引進其他體系與資源之可能。

### (三) 寄養家庭的照顧負荷

寄養家庭原本就有一對兒女，生活多能自理，然家庭運作基本功能尚需寄養媽媽獨撐，加上其女兒正準備升學考試，寄養爸爸又常在外工作，無法立即給予家庭協助，故若繼續安置個案，寄養家庭的經

營與運作，皆可能受到影響與失衡，社工也需考量與留意。

### (四) 個案白血病衍伸的照顧議題

#### 1. 寄養媽媽獨自在外地照顧個案

個案的醫療需至北部的醫學中心，故僅有寄養媽媽隻身前往照顧個案，照顧人力不足、生活近便性、熟悉性等顯得薄弱，需要其他支持系統介入協助。

#### 2. 病情變化對寄養媽媽內在的衝擊與壓力

個案前期發燒狀況不明時，寄養媽媽即已出現焦慮、臆測與不安；確診後需同時面對醫療的變化並兼顧照顧職責，還得承受個案可能死亡的壓力，其內在的調適與支持需要給予關注。倘若個案於照顧期間喪生，其替代性創傷議題亦需留意。

#### 3. 醫療知識與能力不足

個案先天患有甲狀腺功能不全之症狀，又罹患急性白血病，對其疾病的後續處置流程、風險，以及照護，過去並無此經驗與知識，故對於後續疾病的醫療照護上需要相關的知能。

#### 4. 跨院治療的協調與整合

個案同時患有兩項疾病，在用藥、治療之需求不同，且又涉及不同醫院，雙邊資料無法達到橫向整合，故需要聯繫與整合醫療團隊之介入，以達到個案治療之最佳療效。

#### 5. 醫療經費與資源

目前個案僅有寄養的費用支持，面對白血病治療衍伸的費用，包含看護費、交

通費、住宿費或相關手術之開支、特殊營養品、醫療器具等，簡直是杯水車薪，且方案經費是前年度編列的，面對個案新增的醫療費用，並無核銷項目。若勻支寄養的費用，將排擠其他服務對象之權益，對寄養家庭與機構都是一項挑戰。

### 三、個案資源分析

為了有效協助個案，也更能理解個案的處境，運用 SWOT 進行分析，以利個案管理之運用之。

首先，從個案與寄養家庭（內部系統）分析優勢與劣勢。(一)優勢：1.案母與案曾祖父雖親職功能不佳，但對於個案持續關心。2.個案目前受到完善之照顧，與寄養家庭發展正向依附。3.寄養家庭成

員自主性佳，凝聚力強。4.寄養媽媽之兄長與其為鄰，得給予協助。(二)劣勢：1.案外祖母擁有個案之監護權，但對個案不聞問且失聯，阻礙處遇計畫執行。2.短期安置轉為長期，寄養家庭面臨考驗。3.疾病照護知能與外地醫療照顧人力不足。

接著，從外在體系與制度面（外部系統）分析機會與威脅。(一)機會：1.安置後，政府提供後續的資源與支持。2.安置機構穩定的志工人力與支持體系。3.個案病況屬初期，治療預後成效大。(二)威脅：1.個案醫療所需費用與資源不足。2.依個案年齡與疾病型態，可轉銜照顧之機構少。3.個案須在外縣市就醫，照顧人力不足。個案資源 SWOT 分析整理如下表 1。

表 1 個案資源 SWOT 分析

	S 優勢	W 劣勢
	1.案母與案外曾祖父對個案持續關心 2.個案受到良好照顧與穩定的陪伴 3.寄養家庭成員自主能力佳，家庭凝聚力強 4.寄養媽媽之兄長與之為鄰，得以適時協助	1.外祖母迴避聯繫，未及時回應醫療需求 2.長期安置，寄養家庭的運作需重新調整 3.照顧人力不足，且缺乏照顧白血病幼兒的知能與經驗
外部環境	O 機會	T 威脅
	1.安置後受到體制的協助 2.穩定的志工人力與支持體系 3.及早診斷，可積極治療	1.費用與資源不足 2.可轉銜照顧之機構少 3.外地醫療，人力與資源輸送困難

### 肆、個案管理目標與執行

經由上述的分析得知個案面臨多重的問題，為因應個案多元的需求，寄養服務

的社工將以個案管理者的角色，進行處遇。以下將分別從短期、中期、長期階段進行陳述。

### (一)短期階段之計畫目標與處遇結果

短期階段是指個案發病確診後的三個月內，個案面臨最急迫之醫療介入，需住院進行相關療程。此階段目標包含：1.協助個案監護權移轉，將委託安置轉為緊急

保護安置。2.確認寄養家庭照顧意願與維持家庭運作。3.找尋轉銜之安置體系，預備替代性方案。4.面對個案病程之情緒輔導。5.提升照護個案之知能。6.確認醫療團隊合作機制。7.媒合看護人力。8.未來費用與資源之盤點。

表 2 個案管理之短期階段之計畫目標、執行處遇、負責單位進行時間

	計畫目標	執行處遇	負責單位	進行時間
短期階段	行政程序	1.申請委託安置轉為緊急安置 2.評估監護權移轉與否 3.尋找替代的安置機構	1.縣市政府社工 2.法律團隊 3.個管員、轉介單位	1.一個月內完成緊急安置程序 2.一個月內評估是否移轉監護權 3.一個月內確認可轉介之機構
	確認寄養家庭照顧意願與維持家庭運作	1.召開家庭會議確認寄養意願 2.討論寄養家庭運作及調配人力	1.個管員 2.寄養家庭	1.一周內完成 2.一個月後檢視、調整討論之內涵
	確認個案醫療計畫與照護需求	1.確認個案治療計畫 2.了解治療所需資源與費用 3.提升寄養媽媽照護知能	1.個管員 2.主治醫生、護理師、營養師、社工 3.寄養社工 4.寄養媽媽	1.一週內與醫師確認 2.一週內提供衛教資訊
	確認醫療團隊合作機制	1.整合各專業治療目標與時程 2.召開跨專業醫療團隊會議	個管員、主治醫師、小兒甲狀腺醫師、外科醫師、護理師、醫院社工師、營養師、縣市政府社工、寄養媽媽、原生家庭成員	兩週內確認合作機制，召開會議
	寄養媽媽之	1.轉介醫院志工定期關心	1.醫院社工	1.一週內轉介，一個

情緒輔導	2.媒合病友家屬支持團體 3.增加訪視頻率，協助寄養媽媽紓壓	2.醫院病友團體 3.醫院志工 4.個管員 5.寄養媽媽	月內志工開始陪伴 2.一個月內媒合病友支持團體 3.每周定期兩次訪視，並視狀況增加
治療期間之照顧人力引入	找尋可協助照護之人力	個管員、看護仲介、機構志工	1 週內完成人力找尋
未來費用與資源盤點	1.向縣市政府、醫院申請補助 2.評估設立個案補助專戶 3.媒合機構外部資源	1.縣市政府社工 2.醫院社工 3.個管員	1.一個月內 2.一個月內 3.一個月內

此階段處遇結果如下。

1.行政程序：縣市政府社工知會監護人個案病情，並請其簽署相關同意書，監護人皆不予以理會，故縣市政府社工遂以兒少權法，將其委託安置轉為緊急保護安置，由縣市政府暫代其監護權。而考量長期醫療需求與監護人之狀態，持續評估是否停止原生家庭之監護權。

2.寄養家庭在家庭會議後有所共識，表達繼續照顧個案的意願，由寄養媽媽擔任主要照顧者，寄養爸爸工作地點也調整，以就近提供協助。兩名子女表示生活能夠自理，期許寄養媽媽能專心照顧個案。另外，鄰近之寄養媽媽兄長也可協助。

3.因個案為急性白血病，治療須與時間賽跑，便快速進入化療階段。而個案的甲狀腺功能不全是在另一醫院就診，但因急性白血病常發作，以急性白血病治療為此階段之首要任務，由此醫院的小兒科協助甲狀腺功能監測，未達到跨院所治療計

畫之討論。後續團隊會議之召開，主要以主治醫師、個管員、寄養媽媽、護理人員討論為主。

4.照顧知能方面，透過醫院護理人員給予寄養媽媽相關衛教資訊以及照護知能，個案因年幼無法語言表達，藥物引發副作用，情緒也不穩，常處於哭鬧與不安，不易安撫。治療階段需嚴防感染，故對於其使用之物品、器具、衣著等清潔與消毒上皆須慎重，乳品、用具等有其限制，治療所需之營養品、用藥等也都大量投入，所費不貲。個管員先申請寄養機構的急難救助金，但僅能因應短期所需。而政府補助方案經費使用無彈性，僅能以個案協助為原則，無法擴及寄養家庭照顧上衍生的開銷；若勻支也會排擠其他支出，故個案長期就醫需求所需，將以開立專戶方式，募集所需費用。

5.寄養媽媽的情緒支持，個管員轉介醫院社工給予支持，安排醫院志工定期探視，也轉介病友家長支持團體等，並透過



社工室與院方協商，以個管員為討論窗口，簡化行政程序，縮減醫療決策時間，讓寄養媽媽專心個案照護。在住院期間，個管員增加訪視之頻率，提供支持並消弭內在不安與焦慮感。

6.照顧人力部分曾嘗試聘請醫院看護，但礙於個案所需之照護嚴謹，且病情緒不穩，導致雖有經費到位，但人力資源難尋，亦無符合可照顧此年齡、病症之替代安置機構。個管員也嘗試以跨縣市、跨機構方式協調其他寄養家庭或志工人力；但不同縣市、機構其補助基準不同、志工人力、交通難安排，並考量長期照顧需培養安全感，加上感染預防需嚴謹，並非臨時性人力可替代。後來找到一位鄰近寄養家庭之看護可長期協助，才解決住院期間

人力不足之困境。

## (二) 中期階段之計畫目標與處遇

個案住院約 3 個月後，完成第一階段化療，狀況已穩定，遂先暫停化療以免對個案身體負擔過大，讓個案返家觀察 6 個月，此階段為中期處遇階段。

由於化療導致個案免疫力降低，須注意感染風險，因此居家清潔是重要任務。再則，個案即將邁入周歲，正進入爬行與副食品飲食階段，寄養家庭照護策略也須變動。且個案返寄養家庭處，後續醫療追蹤也是一大要點，需與在地醫療資源合作。最後，寄養媽媽面對個案可能復發的病情，內在壓力的紓解也是處遇重點。

表 3 個案管理之中期階段之計畫目標、執行處遇、負責單位進行時間

	計畫目標	執行處遇	負責單位	進行時間
中長期階段	出院準備服務	1.處理出院前相關行政與費用 2.瞭解出院照護與病症觀察要點，以及回診時間與頻率 3.寄養家庭居家清潔與消毒	1.縣市政府社工、個管員、醫院社工師 2.主治醫師、護理師、營養師、寄養媽媽 3.寄養家庭成員	出院前幾天
	醫療追蹤機制	1.出院後照顧協助 2.協助回診交通與行政 3.定期與專業醫療團隊確認個案狀態	1.寄養媽媽、機構志工 2.個管員、計程車行 3.血液腫瘤主治醫師、個管員	1.居家協助、依需求安排志工 2.依回診頻率協助
	照顧者人力協助	媒合外籍看護	縣市政府社工、個管員、外籍看護仲介	出院一個月內
	寄養媽媽內在	1.轉介機構志工到宅關心	1.個管員、機構志工	1.出院後每周兩次

能量支持	2.參與病友家屬支持團體 3.寄養媽媽內在壓力紓解	2.病友團體、醫院社工、寄養媽媽 3.個管員、寄養媽媽	2.視活動辦理狀況參與 3.每周定期一次，視特殊狀況增加
在地醫療網絡合作	與在地醫院建構個案緊急醫療機制	個管員、區域醫院社工師、小兒科醫師	出院前兩周

中期階段此階段處遇結果如下。個案前三個月需每月回診一次，後則為兩個月回診一次。為避免感染，寄養媽媽每日數次以漂白水消毒居家生活環境、個案日用品，達到近乎無菌的狀態。因應個案年紀增長，副食品製作、採買需兼顧營養與無益生菌，已經會爬行的個案，活動範圍逐漸擴大，須時時刻刻關注。然個案歷經住院時的惶恐，關係建立不易，對外人的協助多呈現不安與哭鬧，影響其生理穩定性，僅能偶爾媒合志工協助，給予寄養媽媽喘息時間。因此整體照顧人力上，仍著重於寄養家庭內部成員的協助與調配。

期間，個案仍多次無故發燒而住院，聯繫就到在地區域醫院治療。住院期間，照顧人力議題再度浮現，多數看護缺乏對於幼兒之照顧經驗，無法有效安撫個案情

緒，人力也無法穩定。後來，媒合外籍看護才將照顧人力補齊。且為因應個案長期醫療的費用，支出仍須謹慎。

### (三)長期階段之計畫目標與處遇

個案在家照護 6 個月後，病情穩定，但顧及成長過程中可能復發，故仍需追蹤至 6 歲。此時個案邁入步行階段，活動範圍更擴大，飲食也逐步以一般主食為主，但因個案仍有感染之風險，家庭清潔維護持續進行。

介入後一年為長期處遇階段，此階段以因應個案發展所需，除原先醫療追蹤協助外，提供包含個案成長認知學習、寄養家庭休閒提供、並協助穩定照顧人力支持為處遇目標。

表 4 個案管理之長期階段之計畫目標、執行處遇、負責單位進行時間

	計畫目標	執行處遇	負責單位	進行時間
中長期階段	醫療協助追蹤機制	1.持續居家照顧協助 2.協助後續回診交通與行政協助 3.定期與專業醫療團隊確認個案追蹤狀態	1.寄養家庭成員、外籍看護 2.個管員、合作之計程車行 3.小兒血液腫瘤主治醫師、個管員	1.每日 2.依回診頻率協助 依照醫療團隊針對個案治療計畫討論

個案成長認知學習	1.持續提供個案成長所需之營養。 2.協助認知學習之器材。	個管員、寄養家庭	依個案發展階段給予
寄養家庭休閒提供	1.協助寄養家庭參與相關病友團體活動。 2.針對個案戶外活動需求以及降低感染風險，安排夜間戶外運動。	1.個管員、寄養家庭成員、個案 2.寄養家庭	1.不定期安排 2.每週至少一次
穩定照顧人力支持	協助外籍看護穩定照顧	縣市政府主責、社工員、外籍看護仲介公司	每月探訪一次
當地醫療網絡合作等為重點	持續與個案緊急醫療處置區域醫院合作	個管員、區域醫院社工、小兒科醫師	依需要協助

一整年間個案仍反覆發燒、出現不明瘀青、排便出血等，嗜中性白血球無法回歸至正常值，仍有感染之風險，平均每月至少一次至區域醫院住院治療，每次 3 天至兩週不等，也因為如此，每月需定期至醫學中心追蹤，所幸並無復發之跡象。回復常態生活後，個管員提供幼兒發展知能及學習所需，協助發展正向、安全的依附關係。而一年來也在此循環中，建構起寄養家庭照顧作息模式，而個案也在感染風險下度過每一次難關，並持續的穩健成長。外部支援之看護人力不斷轉換，一部份為語言隔閡無法在幼兒情緒安撫與關係建立上著力、其次為對於感染風險之照護知能不足，最後仍舊以寄養媽媽與其家庭成員為主要之照顧人力。

一年多以來寄養家庭已建構起醫療、

照護、生活常態的模式，其緊急需求已解除，故評估其個管處遇於此階段暫告一段落，回歸一般安置之個案工作。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

#### (一)寄養家庭照顧特殊幼兒知能不足

寄養家庭憑藉著對幼兒的愛心承擔起照顧之責，但特殊幼兒的需求與一般幼兒不同，無法以自身的生養經驗類推。寄養媽媽面對白血病從診斷、治療、復發、反覆入院，是承受相當大的壓力，照顧知能的不足，更顯得手足無措，也會引起自責。

## (二)以個案管理模式對特殊兒少之寄養工作，能有效連結網絡資源

照顧特殊兒少的寄養家庭實屬不易，要回應個案多重的問題需求，還得面對資源不足困境，社工運用個案管理模式能有效連接相關資源，適切地提供服務。以此案為例，跨縣市政府的合作、監護權的移轉、醫療資源的連結、照顧人力的引進、費用的募集等，都是仰賴個管員統籌、協調，讓各項資源能發揮其功效，使得白血病個案獲得妥適的照護。

## (三)社福個管員不易促成醫療資源的合作

特殊幼兒同時由不同科別或醫療院所服務，社工以個案管理者的角色嘗試介入整合，有其難度。個案出院轉至區域醫院就近協助，只能依靠主治醫師與區域醫師間私人情誼，後區域醫院醫師離職，該院的合作網絡就需重新建構。

## (四)特殊兒少照顧形成寄養家庭負擔

雖透過相關資源與經費找尋支援人力，但因個案年齡小與感染風險高，照顧事務瑣碎，導致不斷替換照顧人員。最後，寄養媽媽仍是主要照顧者，寄養爸爸請假協助，人力支援以家庭成員協調為主，也顯現特殊幼兒在照護人力數量、專業皆不足的窘境。

## (五)國內安置特殊醫療幼兒之機構不足

在短期處遇中，縣市政府社工曾嘗試找尋可替代之照顧機構，但因個案之醫療

需求與年紀，最終仍無法媒合適切機構。而前述曾提到個案並不符合簽約安置之類型，幸寄養家庭願意持續照護，以及寄養受託機構提供資源穩定寄養家庭，才讓個案得以獲得完善之照料。

## 二、建議

### (一)提升照顧特殊兒少的寄養服務知能

國內寄養兒少為身心障礙、發展遲緩、情緒及行為有困境的孩子不斷升高，也增加寄養父母、社工員的困難及挑戰。為因應個案需求，安置機構與社工員都應充實特殊兒少照顧知能，給予寄養家庭適切的協助，而政府與機構也需具備特殊幼兒寄養服務知能，規劃適切的寄養制度。

### (二)安置體系應增加對照顧特殊幼兒之資源

運用個案管理過程中發現國內可協助特殊幼兒的資源明顯不足。法源定義的幼兒是指未滿 12 歲，但這 12 年包括多種發展階段，社福機構抑或是醫療組織均以學齡前幼兒照顧為優先，忽略對於基本生理需求須仰賴他人照護之特殊新生兒。因此政府須重視特殊幼兒的資源給予與建置；另，寄養家庭已經出力照顧，對於有醫療照顧需求之寄養家庭經費使用宜保有彈性，使特殊幼兒能獲得完整服務。

### (三)政府單位應為個案管理者，促成跨縣市、跨專業的資源網絡合作

面對個案問題複雜、需求眾多，又涉

及社政法令的執行，縣市政府應為當然的個案管理者，出面召開協調會議。運用政府組織的公權力，敦促不同資源網絡間的合作、對話，尤其面對跨縣市之間的資源網絡聯繫與分配，同屬公部門的人員先行溝通協調，民間組織才可具體且適切提供給個案所需之服務。

（本文作者：吳盛璋為財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會附設宜蘭縣私立家扶希

望學園社工、亞洲大學社會工作學系碩士班研究生；南玉芬為亞洲大學社會工作學系助理教授為本文通訊作者；蔡玉仙為亞洲大學社會工作學系碩士班研究生；陳金華為亞洲大學社會工作學系碩士班研究生；龍紀萱為國立金門大學社會工作學系副教授）

**關鍵詞：**寄養家庭、白血病幼兒、個案管理

## 參考文獻

衛生福利部(2016)。104年死因統計年報。

<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1777-113.html>。

王玠、李開敏、陳雪貞（1998）。**個案管理**。臺北市：心理。

中華民國兒童癌症基金會。**衛教手冊資料**。檢索日期：2017/01/23。網址：

[http://www.ccfroc.org.tw/content\\_sub.php?id=151&level1ID=12&level2ID=1&level3ID=1](http://www.ccfroc.org.tw/content_sub.php?id=151&level1ID=12&level2ID=1&level3ID=1)。

李郁雯、洪麗琴（2012）。照顧一位急性淋巴性白血病復發病童之護理經驗。**志為護理—慈濟護理雜誌**，11(6)，108-118。

周怡君（2011）。身心障礙者服務的正常化與個別化原則之迷思與再省思：以「身心障礙兒童與少年安置寄養家庭委託服務方案」為例。**臺大社工學刊**，24，84-134。

洪毓鈴、陳季員（2010）。一位學齡前期白血病童住院反應與自主性行為。**高雄護理雜誌**，27(2)，77-87。

姚奮志（2015）。身心障礙者個案管理及生涯轉銜服務現況分析檢討與發展。**臺灣社區工作與社區研究學刊**，6(1)，77-137。

陳淑音、駱麗華（2000）。一位學齡前期白血病兒童家庭面對癌症與治療之心路歷程。**護理雜誌**，47(1)，86-92。

陳倩芳、李麗珠、郭碧照（2003）。照顧一位急性淋巴性白血病學齡期兒童的護理經驗。**中山醫學雜誌**，14(2)，381-390。

陶蕃瀛（2003）。**家外安置過程與寄養服務指標之研究**。內政部兒童局委託研究計畫成果報告。

郭靜晃（2009）。**兒童福利**。新北市：揚智文化。

- 張宏哲 (1997)。人類行為與社會環境。臺北市：雙葉書廊有限公司。
- 黃源協、陳伶珠、童伊迪 (2004)。個案管理與照顧管理。臺北市：雙葉書廊有限公司。
- 馮燕 (2012)。我國兒童提少年福利的發展。載於李瑞金主編，21 世紀臺灣蛻變的兒童及少年福利。臺中市：內政部兒童局。
- 葉凌鴻、羅方妤、李文婕、郭亭伶、蔡佳玲 (2015)。運用治療性遊戲協助一位學齡前期白血病兒童降低 Port-A 人工血管扎針之恐懼。長庚護理，26(4)，526-538。
- 蔡文瑾 (2014)。兒童少年保護社工人員家外安置決策準則與安置保護行為意向之相關性研究。東海大學社會工作學系【研究所】碩士論文，未出版，臺中市。
- 謝秀芬 (2003)。社會個案工作－理論與技巧。臺北市：雙葉書廊有限公司。
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochar, M. (2003). The world of the child: A world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 209-214.
- LaMontage, L. L., Wells, N., Hepworth, J. Y., Johnwon, B. D., & Manes, R. (1999). Parent coping and child distress behaviors during invasive procedures for childhood cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 3-12.
- Santrock, J. W. (2015). *Lifespan development* (15th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill Higher Education.
- Vivar, C. G., Canga, N., Canga, A. D., & Arantzamendi, M. (2009). The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 724-736.
- [http://www.ccforc.org.tw/content\\_sub\\_list.php?level1ID=12&level2ID=1](http://www.ccforc.org.tw/content_sub_list.php?level1ID=12&level2ID=1)