

醫療社會工作在慢性疾病的照顧管理

童伊迪、賴金町

壹、前言

非傳染性疾病（non-communicable diseases, NCDs），近年來成長快速，已成為全球重大健康威脅，根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）2014年全球非傳染病報告，非傳染病已占全球死亡人數之68%，其中超過40%為70歲以下的過早死亡（引自賈淑麗等人，2018）。依據國民健康署2015年成人預防保健服務資料顯示，全國超過181萬人接受服務，其中罹患高血壓約為20.7%、高血糖9.1%、高血脂28.0%。比較2005～2008年及2013～2016年兩次國民營養健康狀況變遷調查，40～64歲國人高血壓與高血糖盛行率，也從2005～2008年20.2%、10.9%增加至2013～2016年29.7%、12.4%（國民健康署，2018；潘文涵，2017）。我國2022年國人十大死因統計，所有病因死亡人數為208,438人，依癌症死亡51,927

人、心臟疾病23,668人、嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）14,667人、肺炎14,320人、腦血管疾病12,416人、糖尿病12,289人、高血壓性疾病8,720人、事故傷害6,953人、慢性下呼吸道疾病6,494人、腎炎、腎病症候群及腎病變5,813人，其中慢性疾病占總死亡人數之83%（衛生福利部統計處，2023），呼應非傳染病成為全球重大健康威脅疾病。

慢性疾病是當代醫療保健最大的挑戰，慢性疾病可能對於病患造成不可逆的損傷或障礙，需要穩定的治療與照護，對於個人與家庭造成長遠影響。慢性疾病患者的照顧管理，能充分落實以全人照顧為基礎之社會福利與醫療整合服務。本文將從慢性疾病的治療與現況、慢性疾病對病患及家庭的影響、社會工作在照顧管理中的處遇等面向來思考，醫療社會工作者在慢性疾病患者照顧管理可行作為與發展。

貳、慢性疾病的治療與現況

英國一項大型橫斷性研究指出，有42%的研究對象罹患一種慢性疾病（如高血壓、糖尿病、腎臟疾病、慢性阻塞性肺病等），23%的人罹患多重慢性疾病。其中65歲以上者有66%罹患多重慢性疾病（Barnett et al., 2012）。近年來同時患有多重慢性疾病的人口不斷增加，疾病治療的複雜程度隨之提升，不僅影響個人的健康和生活品質，更耗費大量的醫療成本和支出。研究指出罹患慢性疾病的主要原因是健康的生活行為，其中缺乏身體活動、吸菸和酗酒等是常見的危險因素（賈淑麗等人，2018）。

研究顯示，雖然65歲或65歲以上人群的醫療保健費用是為年輕人費用的三到五倍，但55至64歲人群所經歷的慢性健康問題，會造成老年階段功能大幅衰退。這個年齡層的成年人中有42%患有高血壓，而其中56%未符合推薦的身體活動指南。12.5%的人被診斷出患有第二型糖尿病，這是與肥胖相關的一個重要因素。這些統計數據表示，預防或延緩老年人的疾病和失能不僅可以提高個人的生活品質，還可以減少醫療保健費用（Schmall & Schmidt, 2016）。

醫療系統在治療單一和合併多種慢性疾病時，尚未有對慢性疾病的綜合管理。如罹患高血壓和腎臟病的患者，因

為每種疾病都需要被持續照護。如老年病人患有焦慮和憂鬱症，是對功能喪失和認知障礙的反應，使問題複雜化，與一般人群相比，患有慢性疾病的老年人看醫生、開處方和住院的頻率更高。他們更有可能經歷照顧能力不足、健康結果下降、反覆住院、照顧人員壓力大、對照顧不滿意以及服務成本高等問題。照顧管理是一種全面且以個案為中心的方法，用於面臨持續健康威脅者，照顧管理者與個案一對一合作，以幫助他們管理慢性疾病或失能，對於個案的照顧與關注是全面的，協調醫療端與照顧端的轉銜並為個案提供直接的協助，重視患者的生活品質、安全、日常生活狀況（黃源協等人，2023）。

相關研究指出，慢性疾病是導致死亡和失能的主要原因，因此慢性疾病成為首要的國民健康問題，因慢性疾病造成日常生活受到嚴重影響，健康行為和醫學進步也有助於延長壽命，也延緩了疾病的發作，使人們在生命中的最後幾年才進入衰弱和慢性疾病的狀況。慢性疾病是症狀和痛苦的體驗，指的是個人、家庭和醫療保健提供者如何看待和應對疾病（Lubkin & Larsen, 2013）。慢性疾病在1949年被慢性疾病委員會確定為一項或多項的損傷或偏離正常狀態，包括永久性、身體有損傷的障礙者、非病理性改變、需要康復或長期照護（Mayo, 1956; 引自Schmall & Schmidt, 2016）。障礙不僅取決於疾病的

種類及嚴重程度，也會對個人和家庭造成重大的影響。慢性疾病被定義為疾病狀態或損傷的不可逆的存在、累積或潛伏和涉及整體人類環境的支持性照護與自我照顧、功能維持和預防進一步障礙（Lubkin & Larsen, 2013）。

只有對慢性疾病進行有效管理和協調照顧，才能實現更長且有品質的生活，避免依賴和失能的生活方式。抽菸、過度飲食和飲酒、缺乏運動、心理壓力以及暴露於有害物質的工作環境會影響健康，這些因素與慢性疾病引起的疾病、失能和過早死亡有關。鼓勵積極的健康行為和適應慢性疾病是重要的，評估和照顧協調是社會工作者面對慢性疾病患者及其照顧者的重要工作。慢性疾病照護需要轉換觀念，不僅關注急性症狀的治療，鼓勵患者發展自我照顧的技巧也重視其自我概念和自尊。慢性疾病的療癒（healing）不是只有治癒（curing）或消除疾病的症狀，是一種身體—心靈—精神系統的轉變獨特的過程（Schmall & Schmidt, 2016）。

慢性疾病患者需要長期、穩定的往返醫院治療、服藥、病患生活習慣的調整與疾病適應，長久而言，對病患並非易事，尤其是同時罹患多種慢性疾病或是年長患者。目前在醫療系統針對慢性疾病的綜合管理較為不足，病患可能面臨醫療服務不連續和缺乏服務協調的困境。如同時患有高血壓和慢性腎病的病患通常不易

治療，每種疾病同時需要不同的醫療照護持續進行。美國醫學研究所（Institute of Medicine, IOM）在2003年將照顧協調確定為在六個面向以加強病人照顧的策略，包括安全性、有效性、以病人為中心、及時性、公平性和效率。社會工作可以而且確實代表了重要的照顧協調資源，在此類模型中經常扮演主要角色。不協調的照顧效率低下，因此成本更高，特別是慢性疾病的治療時，許多社區缺乏足夠的慢性病預防資源，這些資源包含在協調照顧模式中。也凸顯社會工作照顧管理介入的重要性。IOM在2007年訂定三項原則，旨在老年人慢性疾病照顧管理：

- 一、統籌照顧老年人健康需求，預防保健應與社會服務同時提供。
- 二、服務要更有效能，應以協調、綜合的方式在整個醫療保健機構中提供多科別的服務。
- 三、照護者應該促進老年病患及其家人成為慢性疾病照護的積極夥伴。

慢性疾病健康狀況和社會心理健康相互關聯，三個重要特徵（Schmall & Schmidt, 2016）：

- 一、很多嚴重疾病的發病軌跡都是從急性病症穩定治療後變成慢性疾病，期間會出現惡化、緩解、生活能力改變和整體功能下降。
- 二、晚期慢性疾病（advanced

chronic illness) 通常會對病人及其家屬造成壓力。

三、患有晚期慢性疾病的老年人口增加，意謂更加依賴家庭成員照顧，將需要進行居家生活照護規劃。

IOM強調在設計和提供醫療保健服務時必須考慮社會心理因素。健康和疾病取決於生理、心理、行為和社會因素之間的動態相互作用。影響健康狀態的社會因素包括 (Institute of Medicine et al., 2007)：

- 一、社會經濟地位 (Social-Economic Status, SES)。
- 二、交通可近性。
- 三、住宅。
- 四、服務可近性。
- 五、特定群體是否易受歧視 (種族、性別、階級)。
- 六、社會或環境壓力源。

IOM曾在1986年提出慢性疾病照護模型 (chronic care model)，採專業支持團隊與病人合作的架構，以改善慢性疾病照護。從多方面的專業介入提高醫療專業人員 (包括社會工作者) 在管理患有各種慢性疾病病人方面的績效。當合作角色存在障礙時，醫療照護和社會關懷流程就會變得複雜。Findley (2014) 提出以生態系統觀點的應用在慢性疾病照護模式 (表1)，並強調將社會工作角色與其他醫療專業人員合作。此模型的應用，

為社會工作者強調與環境的關係，即病患與醫療系統間的關係，不同照護主題由不同系統面向介入，以充分達到照護目標與協調的目的。同時，Gitterman與Germain (2008) 認為若能採取互惠觀點 (reciprocal perspective) 即醫療人員以互惠的態度面對病患，減少探究疾病原因，而是關注在疾病對於個人、家庭的影響。例如若病人不遵守規定的藥物治療方案，互惠觀點則建議關注在病人所處環境中的資源，如何鼓勵病人穩定治療與服藥 (引自Schmall & Schmidt, 2016)。

約翰霍普金斯大學的研究人員開發了一種引導式照護模型 (Guided Care Model, GCM)，以改善患有多種慢性疾病的老年人的生活品質和資源利用率 (Schmall & Schmidt, 2016)。GCM使用慢性照護、疾病管理、自我管理、個案管理、生活方式改變、轉銜照護、照護人員教育和支持、老年評估和管理的原則。引導式照護模型的團隊成員包含：與慢性疾病患者相關科別的醫師、社工師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、社區照護成員等。研究顯示，GCM提高了照顧的品質，降低了醫療成本，並慢性疾病患的滿意度。GCM的臨床活動包括 (Schmall & Schmidt, 2016)：

- 一、評估：初步評估包括醫學、功能、認知、情感、社會心理、營養

表 1 慢性疾病照護模型和生態系統觀點

慢性疾病照護	工作重點	社會工作介入
支持病人自我照護	參與自身醫療保健管理的患者	微觀系統
健康系統 / 照護組織	重視品質和系統變革的環境，以促進高品質的照護	中視系統
照護內容設計	重視以實證為基礎的介入，照護團隊定期會議討論	鉅視系統
落實照護決策	與患者、專業人員參與照護指南，分享照護決策	鉅視系統
臨床資訊系統	監督患者概況，以評估團隊和照護系統的成效	鉅視系統
社區資源	幫助病人獲取社區照護資源，建立社區照護系統的合作夥伴關係	鉅視系統

資料來源：Findley（2014）。

和環境。評估工具有老年憂鬱量表、CAGE酒精成癮量表。案主被要求列出他或她改善生活品質的優先事項。

二、計畫：以電子病歷系統評估患者醫療概況，規劃慢性疾病的身心靈照護指南。

三、慢性疾病自我管理：鼓勵和教導患者在管理慢性疾病的自我效能。

四、監督：至少每月通過電話監測患者，以解決任何問題並回答問題。

五、輔導：動機性訪談用於促進病人參與照護並加強對行動計畫的遵從。

六、協調照顧機構：協調家庭、急診室、醫院、長期照護機構間的照護轉換。

七、教育和支持照顧者：與家屬、其他成員一起工作，透過個人或團體來教育和支持照顧者。

八、評估社區資源：為患者確定合適的社區資源，參考可用的社區資源而不重複服務是目標。

參、慢性疾病對病患及其家庭的影響

適應慢性疾病是一個動態過程，患有慢性疾病的病患和家庭成員同時面臨著現在和未來的挑戰。家庭要能回應病患疾

病的需求，同時還要因應疾病治療與控制過程的複雜性和不確定性。以家庭為中心的處遇，著重於生命階段和人際關係，幫助病人遵從複雜的治療規劃，並幫助病患在應對不斷變化的健康狀況的同時，度過每一天的生活。生命週期對於理解個人和家庭發展至關重要，艾瑞克森在1959年假設，生活以可預測的順序展開，在預期的進化過程中，慢性疾病的診斷和獨立性的喪失等重大事件會在某個時間點發生。生活在很大程度上是為了期待和準備這種進化而計畫的。開始、過渡和結束預計會在一個人生命中的特定時間展開。個人、家庭和慢性疾病的共存有不同發展任務的階段，非預期事件，如慢性疾病的診斷，可能會扭曲「正常」的生活軌跡以及家庭生命週期的節奏（Schmall & Schmidt, 2016）。

家庭生命週期的概念並非新的概念，莎士比亞（William Shakespeare）的戲劇《皆大歡喜》（As You Like It）描繪了個人從出生到死亡的生命發展階段。Haley在1976年提出了六個家庭生命週期階段，涉及家庭經常經歷的不同情感和身體發展過程（引自Schmall & Schmidt, 2016）：

- 一、建立獨立性。
- 二、建立對夫妻關係的承諾。
- 三、養育第一個孩子。
- 四、與成為青少年的孩子一起居住。

五、孩子進入成年（Launching the children）。

六、對晚年生活的再投入（Reinvestment in later life）。

並非所有家庭都以相同的方式出現生命週期階段，生命階段是流動的，沒有嚴格的界限，涵蓋了生活的情感、智力、身體、社會和精神方面。從病患的個人生命發展階段和其整體家庭的生命週期階段來思考慢性疾病的發病是很重要的。一個家庭成員的疾病和障礙會嚴重影響另一個家庭成員的發展目標。例如年紀較輕的人罹患危及生命的疾病，可能會影響他或她的伴侶想要為人父母的願望。每個家庭成員的適應方式和適應能力與其自身的發展階段、性格、信仰體系，以及在家庭中的角色直接相關。在生命歷程的任何階段，人類發展都不會在家庭系統之外獨立展開。

慢性疾病差異很大，有些是進行性的，隨著時間的推移變得更糟（如脊髓肌肉萎縮症），或者是持續存在且相對穩定的（如糖尿病）。如果疾病是進行性的，且疾病的結果使病患原本的獨立功能迅速下降，那麼家庭成員可能會發現他們的角色正在迅速改變，因為他們要適應病人不斷變化和不斷增加的照護需求。疾病的不確定的狀態使家庭照顧者始終處於焦頭爛額的第一線，並阻礙了恢復正常的嘗試。評估家庭在面對疾病需求時，家庭本身如何去適應及其應變的能力變得至關重要，

例如持續至醫院就診、每日藥物治療、飲食限制、能力的喪失，甚至是家庭成員經歷的艱難角色轉變。

與致命疾病不同，慢性疾病不一定會終結生命，儘管它們會改變生活，在某些情況下甚至可能會縮短預期壽命。慢性疾病可能需要從危機狀態轉變為慢性狀態，當家庭能夠融入慢性疾病與其家庭生活階段一致的日常活動時，就會從疾病生命週期的危機階段過渡到慢性階段（Schmall & Schmidt, 2016）。然而，這並非家庭不需要繼續改變它的步調，例如在照顧有嚴重失能的腦性麻痺兒童時，家庭責任和任務需要根據兒童不斷變化的醫療狀況和照護需求進行轉變。因此，當孩子和家庭處於不同的生命週期階段時，家庭應對和適應可能會有所不同。家庭在某一階段處理日常事件的應對策略也可能不同。以社會工作者的專業思維其臨床工作處遇可以整合個人、家庭週期、疾病進程等面向，鼓勵家庭思考他們現在的生活與過去的差異，未來可能會發生的轉變。當急性危機階段解除，疾病的性質朝向慢性且長期性時，幫助家庭成員設想，如何讓病患及其家庭成員在職場、人際關係、社交娛樂等能穩定與降低影響。

肆、社會工作在照顧管理中的處遇

社會工作者在照顧管理的功能即針對病患多元複雜性的需求，須藉由醫療專業人員共同與協調解決，透過社會工作者以照顧管理來整合醫療過程中斷裂不一致的資源，促進病患的醫囑遵從率，以提升治療成效與生活品質。慢性疾病的治療階段從最初的危機發展到慢性疾病的長期維持期，可能進展到臨終末期。Rolland（2012）根據影響家庭系統的四個層面對慢性疾病進行描述：診斷、病程、結果和失能程度。慢性疾病的診斷（可能比實際診斷早幾個月）通常會迫使個人和家庭進入與個人生命週期中不同步的過渡期。例如，成年早期重要任務是透過追求個人目標來建立自己的獨立性，使自己獨立於家庭之外。成年早期通常不是人們預期被診斷出患有慢性疾病並搬回家尋求所需支持的階段。在最初的危機階段，探索影響家庭疾病的敘述和因應策略。當出現嚴重的健康問題時，可以預見的是，人們會想知道為什麼是我，或為什麼是我們的家人、為什麼是現在，會做出解釋來幫助理解經驗（Schmall & Schmidt, 2016）。

慢性疾病患者其家庭成員對慢性疾病生病這件事的看法，與他們對深受疾病影響的看法宜分開評估（Schmall & Schmidt, 2016）。能幫助家庭成員及病患

客觀檢視生病這件事，建議可以採中立的方式進行對話，邀請每位家庭成員分享他或她的觀察想法。對話可以這樣進行：「我們所有人都對生活中發生的事情如何或為何發生有想法，但我們常常沒有機會談談這件事。我很想知道我們每個人對〇〇罹患第二型糖尿病有何看法。」回答將能凸顯出個人對醫療狀況的理解，以及他們自己對事情發生原因的看法。關鍵是幫助家庭成員探索不同的見解，同時提供澄清、接受不同的觀點並促進家庭的凝聚力。在家庭應對慢性疾病的發作和疾病發展的過程中，要有能力支持家庭，通常也需要對家庭核心信念進行敏感的探索，包括家庭成員如何定義他們自己。社會工作者幫助家人理解疾病，同時幫助他們增強韌性與合作。

慢性疾病的照顧管理思維其臨床方法結合了個人、家庭和疾病生命週期的觀點，作為鼓勵家庭設想他們生活的不同層面的一種方式（黃源協等人，2023）。人際關係、家庭、工作和娛樂可能會隨著家庭成員疾病的進展而發生變化。這些因素受個人功能獨立程度或失能程度的影響。一旦急性危機階段解除，疾病的性質朝向慢性且長期性，社會工作者可以陪伴慢性病患者及其家屬思考以下的問題（Schmall & Schmidt, 2016）：

一、預計在接下來的六個月到一年內，會有哪些個人、家庭或疾病的

重要轉變？兩年後又會如何？

二、你／妳認為此時你／妳的孩子／自己／伴侶的正常發展任務是什麼？

三、這些重要的轉變如何受到健康狀況的影響？

四、此時誰的生活可能受到的影響最大？宜考慮所有家庭成員，包括年幼的孩子。

這些問題多少解決了家庭成員在其生命週期計畫中的各種狀況。因此了解個人和家庭的期望相當重要，因為它可以深入了解家庭動力、種族和文化習俗，以及在未來過渡期間影響決策制定的潛在信念。當未來不明確時，例如當癌症處於緩解期時，探索假設性問題是有益的，例如如果你的手足明天將完成療程，每個人在下週的計畫會有什麼不同？這問題引出了個人和家庭生命週期任務受疾病影響的程度，他們會就每個面向如何受到疾病的積極或消極影響進行對話。理解個別家庭成員對應疾病發生的事情以及將來會發生什麼的看法是無可替代的。

社會工作者要盡善慢性病患者照顧管理的工作，在處遇、資源服務協商前的評估工作非常重要，缺乏完整的評估，將無法達到服務管理與協調的目的。社會工作者面對慢性病患者照顧管理的評量，不僅侷限在病患本身，還須納入其家庭成員。照顧管理在慢性疾病對家庭系統的影響

響評估含括：

- 一、病情的診斷、過程和結果。
- 二、個人失能的程度。
- 三、家庭信仰體系。
- 四、患有疾病的家庭成員在家庭中

扮演的角色。

- 五、治療方式和疾病症狀、病程和影響個人履行其既有角色能力的限制。

表 2 健康照顧的社會整體評估表

1.人生階段

- 病患處於什麼發展階段？
- 他們心理社會功能？
- 他們在成功度過這個人生階段並為下一個階段做準備時面臨哪些挑戰？

2.健康狀況

- 病患的疾病、失能、健康狀況 / 或面臨問題是什麼？
- 他們對自己的狀況了解多少？
- 疾病如何影響他們？
- 病患如何表達對他們情況的擔憂？
- 個人應對這種健康狀況的適應能力如何？
- 病患與醫療人員的互動情況如何？

3.家庭 / 其他支持

- 哪些家庭及如何支持患者？
- 誰可以協助病患進行日常生活？
- 病患依賴誰？

4.種族 / 族群 / 文化成員

- 病人屬於哪個種族 / 民族 / 文化群體？
- 是否涉及性別或性認同問題？
- 對疾病的治療有何影響？

5.社會階層

- 病人的社會經濟地位和教育背景？
- 對疾病的治療有何影響？

6.職業

- 病患的健康狀況如何影響病患的職業？
- 職業相關因素是否影響身體狀況？

7.財務狀況

- 健康狀況如何影響病人的財務狀況？
- 目前有哪些收入維持？
- 是否有足夠的財務支持？

8.福利和權利

- 醫療保險是否可以支付醫療費用？病患將承擔哪些費用？
- 病人有資格獲得哪些福利？

9.交通

- 病患如何就醫？
- 病患是否需要交通服務？

10.住宅

- 病患目前的居住情況如何？
- 病患是否能夠住在現有房舍？或需要替代住所？
- 房屋是否需要修繕？是否已經安排？

11.心理認知和功能

- 病患是否能夠參與醫療決策和未來計畫？
- 病患是否能辨識時間、地點和人？
- 病患是否有法定代理人？
- 病患是否能夠遵循醫囑治療和照護？
- 病患尋求協助的能力為何？

資料來源：引自Schmall & Schmidt（2016）。

慢性疾病對患者有不同的影響，病患對這種情況的適應程度也大不相同。社會工作的評估和處遇需考量了病患的心理動力及疾病的具體特徵，慢性疾病對病患的影響。Carlton在1984年提出健康照顧的社會整體評估表（Social Status Examination in Health Care），為社會工作者提供了評估病患當前狀況及可能需要的服務和介入措施的基礎。健康照顧的社會整體評估表如表2（引自Schmall & Schmidt, 2016）。

照顧管理能因應慢性疾病治療中日益嚴重的問題，協調在參與病患照護的兩個或多個工作者（包括病患）之間有意識地組織病患照顧活動，以促進提供適當的醫療服務（黃源協等人，2023）。目前臺灣醫療領域社會工作者較少著重於慢性疾病患者的照顧管理，建議醫院社會工作者、長照系統的社會工作者、身心障礙社福機構社會工作者、發展遲緩兒童早期療育社會工作者等，皆可成為慢性疾病患者照顧

管理的推手。上述單位的社會工作者會經常面對慢性疾病患者，從兒童到年長者，社會工作者非僅著眼於短期的個案工作。納入服務對象的過去與未來，案主個人、家庭與社會，延伸為照顧管理的工作，符合社會工作專業精神與服務對象的福祉。以病人和家庭的生理心理社會需求來擬定持續服務的照顧協調計畫，評估過程分析導致健康不良或可能阻礙病人參與疾病管理計畫的因素。社會工作者在協調、資源管理和倡導方面的價值取向與專業知識使他們特別適合作為照顧管理的角色。病患和家庭的需求可以透過（Schmall & Schmidt, 2016）：

- 一、對慢性疾病患者的功能障礙、疼痛、憂鬱、焦慮等評估。
- 二、倡導提供符合文化背景的慢性疾病管理計畫，同時協調醫療機構和非傳統環境中針對服務不足人群提供照護。
- 三、對於弱勢和服務資源較不足的人群（低收入戶、缺乏社會支持的家庭等）應和社區資源發展合作的策略，如加強外展服務等措施。
- 四、對病患進行評估和預後教育，並遵守醫療規定。

隨著對醫療技術的進步，多數慢性疾病可穩定控制，病患和家庭管理慢性疾病的責任增加了。大多數病人為了遵從規定的治療方式，失去獨立的能力、受疾病

病程的影響以或改變他們的行為，使生活的各個面向受到了挑戰。遵從醫囑對治療成功有直接影響，也能減少疾病病程的影響。不遵從醫囑會導致疾病併發症的增加、住院率的增加、治療費用的增加以及破壞原本的生活方式、家庭功能和應對的技巧。

病患與醫療專業人員、家庭成員和社區支持系統合作的能力及意願，對於慢性疾病照護至關重要。例如心血管疾病病患的遵醫囑治療涉及飲食、定期運動、藥物服用、血壓和血脂監測、定期回診，可能對於就醫可近性較不方便地區的病患而言也是必要的。對於糖尿病，需要嚴格遵守飲食計畫、定期運動、定期進行血糖檢測（甚至每天多次），通常也需要與藥物同時進行。第一型糖尿病需要每天注射胰島素或使用胰島素幫浦。對於腫瘤病患，能遵從自我用藥、監測血糖高低和進行健康的自我保健行為等，有助於減緩疾病惡化和減少潛在併發症。如上述慢性疾病其疾病控制方法不一，社會工作者在進行服務對象的照顧管理時，不僅期許案主要遵從醫囑，更須關注病患案主在面對慢性疾病所遭遇之困境或限制。可與醫療團隊成員，共同商議對於病患可近性高的疾病治療方針，協助病患排除治療障礙，俾利病患有良好的慢性疾病控制。

Schmall與Schmidt（2016）認為慢性疾病患者及其家人的健康信念有助於促進

病患對於醫療的遵從性。健康信念模型（Health Blief Model, HBM）解釋態度和行為與遵從性行為的關係。根據HBM，個人採取建議的健康措施取決於對疾病嚴重程度的感受、個人評估採取行動後可減少多少的威脅，以及對遵從建議所會遇到的障礙。獲得對慢性疾病的控制感的正向結果與個人的整體身體健康狀況有關，人們會將責任歸因於自己（稱為內部控制），如個人行為或特徵，而非命運或運氣等不可控制的力量（外部控制）。認知和學習理論是結合環境、認知和情緒來理解健康行為的變化，改變健康行為的必要條件是認知到某些生活方式可能是有害，需要藉由行為的改變來幫助變好，並且自己也有意願採取新的行為，提升自我效能。這種自我效能是慢性疾病病人遵從醫療方案所需的自我管理行為的重要預測指

標（Schmall & Schmidt, 2016）。社會工作者在進行服務對象的照顧管理時，不能忽視病患案主對於疾病是否已有正確知識或訊息，疾病教育相當重要。可與醫療團隊成員討論說明病患的需求，並安排相關人員進行疾病衛教的工作，或邀請病患參加病友團體，幫助病患獲取正確資訊甚至是合宜的社會支持。

教育和情感支持是讓病人願意積極行動的催化劑，包括醫療遵從。Auslander與Freedenthal（2006）提出了一種系統的認知行為遵從諮詢方法（systematic cognitive-behavioral adherence-counseling approach），適用的病人包括第一型糖尿病兒童、糖尿病控制不佳的青少年和診斷為第二型糖尿病的成年人。諮詢模型由四個不同的階段組成（表3）（引自Schmall & Schmidt, 2016）。

表 3 諮詢模型四階段

階段1

評估病患及其家庭社會心理需求

- 健康信念
- 生活方式和日常生活
- 診斷前的心理狀態
- 社會支持系統
- 過去的治療滿意度和遵醫囑行為

階段2

根據必要的治療擬定照顧管理計畫，促進病患對計畫的理解，提供病患機會表達感受，充分讓病患對照顧計畫能參與有關決策。

階段3

治療目標被轉化為具體的、可實現的病患行為目標，促進病人自我管理策略，並對可能影響治療遵從性的高風險情況進行評估。鼓勵家庭參與，並強調家屬共同責任，增進病患社會支持的能力。

階段4

為照顧管理計畫的長期成功制定策略，包括確定病患維持對醫療方案的遵從性和維持積極健康行為所需的技巧。

資料來源：引自Schmall & Schmidt（2016）。

上述照顧管理模式可提高病人對複雜醫療的遵從性，建立在病人社會背景的影響之上，如健康的個人和文化信仰、過去就醫經驗等。主動解決潛在的醫療遵從性障礙，可做為新診斷出慢性疾病患者的預防策略。

伍、結語

慢性疾病是一種不可復原、積累、潛伏或損害的疾病狀態（Lubkin & Larsen, 2006；引自陳秀蓉等人，2020），對個人健康、心理與造成持久且嚴重的後果。在面臨全球人口快速老化、非傳染性疾病威脅漸增的時代中，慢性疾病不僅影響個人的健康，也影響社會生產力，更消耗大量的醫療資源，造成難以估計的社會成本（賈淑麗等人，2018）。評量慢性疾病患者的需求與困境，建立病患與團隊的合作互惠關係，有助於提升治療成效。慢性疾病照顧管理模式，考量在醫療系統、社

區、機構、照護服務等不同角色與不同層級的需求，強調以病患為中心的服務措施規劃，鼓勵病患積極參與自我健康照護管理（陳俐安等人，2020；童伊迪，2020；黃源協等人，2023；劉秀珍，2022）。顯見醫療社會工作者的專業知能，能及時回應慢性疾病個案需求的特殊性，對於慢性疾病照顧管理的重要性不言而喻。

慢性疾病經常對病患個人及其家庭造成長遠影響，適應疾病是一個動態過程，病患有良好的疾病控制才有較佳的生活品質甚至延長壽命。醫療社會工作者若能提供慢性疾病患照顧管理，有助於病患的疾病控制、延緩疾病惡化。慢性疾病的照顧管理將統整、協調病患所需醫療服務與社會福利資源，關注病患生理、心理及社會各層面間的互動，重視慢性疾病患者的全人照顧。照顧管理能幫助身陷困境的病患個案及其家庭，讓他們重新建立生活秩序與生命目標，俾利病患及其家人擁有安適的生活。

（本文作者：童伊迪為國立臺北大學社會工作學系副教授；賴金町為社團法人台灣福田社會福利發展協會秘書長）

關鍵詞：慢性疾病、照顧管理、醫療社會工作

參考文獻

- 國民健康署（2018年11月15日）。《2005-2008臺灣國民營養健康狀況變遷調查結果》。2023年12月12日檢索自<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=1767>
- 陳秀蓉、鄭逸如、吳治勳（2020）。〈慢性病患者病後生活變動、罹病情緒、預期控制、自我照顧與憂鬱的關係：疾病調適雙路徑探討〉。《中華心理學刊》，62（1），31-50。
[https://doi.org/10.6129/CJP.202003_62\(1\).0002](https://doi.org/10.6129/CJP.202003_62(1).0002)
- 陳俐安、黃貞惠、顏妙芬（2020）。〈跨理論模式於慢性疾病管理的應用與挑戰〉。《源遠護理》，14（2），5-10。
[https://doi.org/10.6530/YYN.202007_14\(2\).0001](https://doi.org/10.6530/YYN.202007_14(2).0001)
- 童伊迪（2020）。〈我的美麗與哀愁——醫院社會工作才能的省思〉。《台灣醫學人文學刊》，20（1&2），35-53。
- 黃源協、陳伶珠、童伊迪（2023）。《個案管理與照顧管理》（第三版）。雙葉。
- 賈淑麗、邱紋絹、陳潤秋（2018）。〈慢性疾病防治現況與未來〉。《護理雜誌》，65（5），13-19。
[https://doi.org/10.6224/JN.201810_65\(5\).03](https://doi.org/10.6224/JN.201810_65(5).03)
- 劉秀珍（2022）。〈以病人為中心之多重慢性疾病整合照護經驗分享〉。《中華民國糖尿病衛教學會會訊》，18（1），26-29。
- 潘文涵（2017）。《國民營養健康狀況變遷調查（102-105年）成果報告》。衛生福利部國民健康署。
https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/11145/File_12788.pdf
- 衛生福利部統計處（2023年6月12日）。《111年死因統計結果分析》。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-83733-80fb9ab8-ea2d-4e3e-ba06-f70f28aca036.html>
- Allen, K. M., & Spiter, W. K. (2016). *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends*. Sage.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Findley, P. A. (2014). Social work practice in the chronic care model: Chronic illness and disability care. *Journal of Social Work*, 14(1), 83-95. <https://doi.org/10.1177/14680173134753811>

- Institute of Medicine, Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting (Eds.). (2007). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. National Academies. <https://doi.org/10.17226/11993>
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2013). *Chronic illness: Impact and intervention*. Jones and Barlett Learning.
- Rolland, J. S. (2012). Mastering family challenges in serious illness and disability. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4th ed., pp. 452-482). Guilford.
- Schmall, S., & Schmidt, A. (2016). Chronic illness: Issues and interventions. In K. M. Allen & W. J. Spitzer (Eds.), *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends* (pp. 175-211). Sage.