

社會福利資源與醫療整合提供癌症病人的全人照護服務——以亞東醫院癌症資源中心為例

熊蕙筠、林錚宜、林庭蓁

壹、前言

衛生福利部公布癌症已連續40年蟬聯國人10大死因的首位，因著醫療科技的進步，癌症存活率漸增，尤其近幾年來免疫治療出現後，讓癌症成為一種「可控制之慢性病」。癌症存活率提升但癌症或治療對病人身心社會的衝擊仍然存在，病人及其家人的需求亦趨複雜。提供心理社會支持不僅限於提供關懷、心理諮詢或宗教靈性的支持，更包含經由衛教指導、連結資源與提供關懷後，協助因應或減緩疾病所帶來的衝擊，如疼痛、掉髮、食慾、經濟等。然而，未必支持照護需求皆能獲滿足（Cheng et al., 2014; Lam et al., 2016; Liao et al., 2012）。除了提供症狀緩解與副作用之處置護理之外，更需提供資訊或衛教指導、運用資源提供心理社會支持與自我療癒、連結社會資源維繫所需的社會、經濟與家庭功能（Cardoso et al., 2013; Ganz et

al., 2013）增進癌症病友及家屬的心理社會支持，整合服務資源且提供領航服務，已成國際癌症照護的發展趨勢。

政府積極推動癌症病友服務，2007年委託財團法人癌症希望基金會開拓醫療機構型式的癌症資源單一窗口，由衛生福利部國民健康署補助醫療機構成立癌症資源中心服務。自2010年開始，癌症資源中心開始納入《癌症醫療品質提升補助計畫》中，截至2022年為止，共有104家醫療院所設置，提供癌症教育、團體支持、康復服務、資源連結等服務。

衛生福利部國民健康署《全方位癌症資源中心服務策進計畫》中規範癌症資源中心應聘用一名專責人員，由護理及社工人員運用院內與社區各項資源，對癌症病友和家屬提供相關資訊與支持資源，以協助其即時獲得篩檢、心理社會支持、診療、追蹤、回歸社區或是安寧療護等癌症服務。亞東醫院於2010年參與正式成立

「癌友資源中心」，計畫在整合癌症資源的策略下，由社工師、志工及結合各癌別醫療團隊，提供心理社會支持與資源領航，期能協助病人解決生活的衝擊與壓力。亞東醫院癌症資源中心以社工人員為主體的福利服務輸送和資源整合為觀點，運用完整的全人照顧概念提供癌友在癌症治療過程中更具即時性、多元性和持續性，本文整理本院近10年的癌友服務經驗，作為醫務社工社群之參考，期盼未來醫療機構能與社區有更緊密的合作，使資源可有效連結與利用，提供癌症病友完善且持續的服務。

貳、癌症病人及家屬的心理社會支持需求

一、複雜的疾病適應問題

治療期間病人可能感受各類的症狀困擾，如疲憊、疼痛、口炎口乾、失眠、排便問題、失落、焦慮、憂鬱，或飲食、外觀、性功能議題等（陳美碧等人，2002；Farthmann et al., 2016; Lai et al., 2003; Pan et al., 2011; Tang et al., 2011）。這些生理與心理的議題可能進而影響社會的功能，而面臨角色功能改變（Liao et al., 2012）；這些生理與心理社會的衝擊，需要協助與支持以維護病患與家屬的生活品質；過去研究發現，常見的癌症病友需求包括癌症與治療資訊、症狀控制、求醫資

訊或諮詢、心理靈性支持、日常生活照顧（蔡麗芬等人，2002；賴虹均，1998；Kuo et al., 2015; Sanson-Fisher et al., 2000; Shieh et al., 2012）。在治療結束後的存活階段，還常見復發恐懼、健康飲食與運動等健康生活型態、就業等問題（林思敏，2013；Fang & Lee, 2016; Koutoukidis et al., 2015; Mehnert & Koch, 2013），如乳癌治療結束而於門診追蹤的病人仍可能感受到復發、身體心像、自我調整以因應治療副作用或合併症的困擾（Fang & Lee, 2016）；生活品質受到衝擊，如結直腸癌或鼻咽癌存活者的生活品質比健康對照組低（Fang et al., 2002; Sánchez-Jiménez et al., 2015）；甚至病人可能面對就業議題或失去工作而影響家庭生計（林思敏，2013；Mehnert & Koch, 2013）。家屬也有類似的需求，如國內研究發現頭臉頸癌或結腸直腸癌的家屬有較多的復發恐懼、病患照護、求醫、癌症與治療資訊的需要；且社會支持的議題是家屬照顧負擔的危險因子（Lin et al., 2016; Shieh et al., 2012）。

二、以全人照顧概念為基礎，擴展醫療服務範圍與社區連結，提供多樣化服務

隨著住院日縮短，治療漸趨門診化，存活率的提升，病友與家屬的支持已漸走出醫療機構的地域限制，彰顯出持續性支

持且多層面的資源整合性照護服務的重要性。全人醫療涵蓋生理、社會、心理及經濟層面的醫療；照顧全人需整合性的健康照護。全人照護不僅強調生病後提供以病人為中心之醫療照護，也要在生病前提供正確有效的預防方法。在照護病人時，應該把病人視為整體，以病人的需要，包括生理、心理、靈性以及社會各方面看成一體性，尊重並回應病人的需求和價值以作為所有的臨床決定導向，對於疾病的長期照護，以及對生命終點的安寧照護也都要列入考量（鄭昌錡，2019）。

癌症病患與家屬的需求未獲滿足，支持的不足或限制更可能影響癌症照護的成效，如治療延遲或中斷問題。病患與家屬可能因情緒與精神的困擾，生活壓力增加，進而產生社會功能或家庭經濟的衝擊。依據病友或家屬的需求，可將相關的癌症照護服務與資源分為經濟資源、交通運輸旅居、人、用品活動類的疾病治療與心理社會支持資源、居家照顧資源、溝通與資訊等（Shelby et al., 2002）。相關疾病治療與心理社會支持的資源可包含人、用品與活動。其中人力照護方面包含專業疾病治療的醫護團隊、社工、心理諮詢等，亦可包含社區民眾與類似經驗其他病友的服務等。提供物資、代替用品或協助康復療育的生活用品也是重要的心理社會支持資源，包含協助恢復或復健的用品，如假髮、義乳、營養品、清潔用品、復健

用品、長照設備等。而活動類的照護服務則可包含病友會、戒菸、篩檢、讀書會、學習營或療癒活動。常見的療癒活動包含氣功、運動、烹飪、音樂、動手做等。溝通與資訊方面的照護服務則可包含文字印刷品或影音光碟方面的資訊提供，就醫就診的溝通與資訊服務等（邱秀渝等人，2016）。癌症診斷與治療對病患及其家庭帶來的生理困擾及生活品質的衝擊是持續的；需要運用資源，發展問題解決的方法進行自我管理，才能因應疾病與治療所產生的身心社會衝擊。

因此，國際學者呼籲，不但須加強癌症病人與家屬治療期間的心理與社會支持（Jacobsen & Andrykowski, 2015），更不能忽視癌症存活者持續性的需求（Stanton et al., 2015）。當多數癌症病人的長期治療經由門診診治型式或完成治療回歸社區時，需要醫療機構與社區間合作的服務模式，長期提供癌症的心理社會支持服務。

參、亞東醫院癌症資源中心服務現況

一、癌症資源中心組織及服務

亞東醫院癌症資源中心為癌症防治中心品質計畫一環由社工室執行，有社工師三名，分別負責癌症資源中心服務、明倫營養暨社會支持及淑宜的幸福小棧方案；一組志工由癌症病友、家屬組成，協

助訪視關懷及資源中心服務窗口；駐點護理師定時駐點提供個別衛教諮詢；以「癌症病友照護資訊系統」做為服務紀錄與管理，提供病友及家屬長期性的服務，過程中橫向合作互相轉介各癌別專業醫師、個管師、營養師、心理師、護理師等醫療團隊；另外，如病友及家屬有營養諮詢需求，癌症資源中心可以轉介並補助營養諮詢費，同時針對清寒個案提供特殊個案補助用品，例如一般或腫瘤配方營養品、左旋麩醯胺酸等，幫助病人有更好的體力維持治療；與醫療團隊也維持緊密互動，藉由定期參與整體照護小組會議，進行跨專業的服務整合與檢討，於每年底以「360

度績效評值問卷」方式針對醫療團隊、病友及家屬與癌症服務組志工之回饋，進行服務成效評估（圖1）。

癌症資源中心現行服務項目包括提供社會福利諮詢、衛教諮詢、營養諮詢、心理支持、醫療輔具資訊、康復用品（如頭巾、毛帽或營養品）、索取衛教手冊和單張、圖書借閱、理髮服務等，另外，也會定期辦理衛教講座和舉辦社團或病友活動，共計有九大類服務（圖2），透過生理、心理、社會及靈性的多元面向，提供病家更完善的照顧，協助病友可在治療結束後順利回歸到社區生活。

亞東癌症資源中心由社工室執行，



圖 1 癌症服務核心內涵

資料來源：研究者自行整理。

社工人員需具備社工師執業執照，曾於具備醫院實習或醫院工作經驗，執業期間需定期參與「全方位癌症資源中心服務策進計畫」受訓課程，同時有科內相關社工能力分級訓練制度，定期個別督導與團體督導，持續提升相關專業能力；癌症資源中心選用社工人員的原因，因社工師核心專業能力是同理溝通的能力、助人自助的使命、團體工作技巧、社區資源的運用能力、組織病友團體，及有別醫療人員相對獨立的身分，社工專業自主性容易讓病人、志工及社區資源信任以利發展醫社合作，建立醫院與社區整合服務模式，開拓並整合社區中的資源，方便病友與家屬取

得。

「癌症資源中心」適切了解病友在治療路上所需資源，透過癌友與家屬跨專業的團隊服務、提供正確衛教資訊、社會資源和康復用品的轉介、病友及家屬支持性服務及辦理多元課程與社團活動，自2010年起到2022年服務共計33,571人次（圖3），期盼能讓病友及家屬在面對癌症治療的路途上有更多力量。

另外，每年執行癌友關懷全程支持方案，從新診斷、治療期、追蹤期、復發期到臨終期，全程陪伴與協助病友和家屬順利渡過各個階段，分別辦理癌症主題衛教講座、病友及家屬支持團體、心理



圖 2 癌症資源中心現有服務項目

資料來源：研究者自行整理。

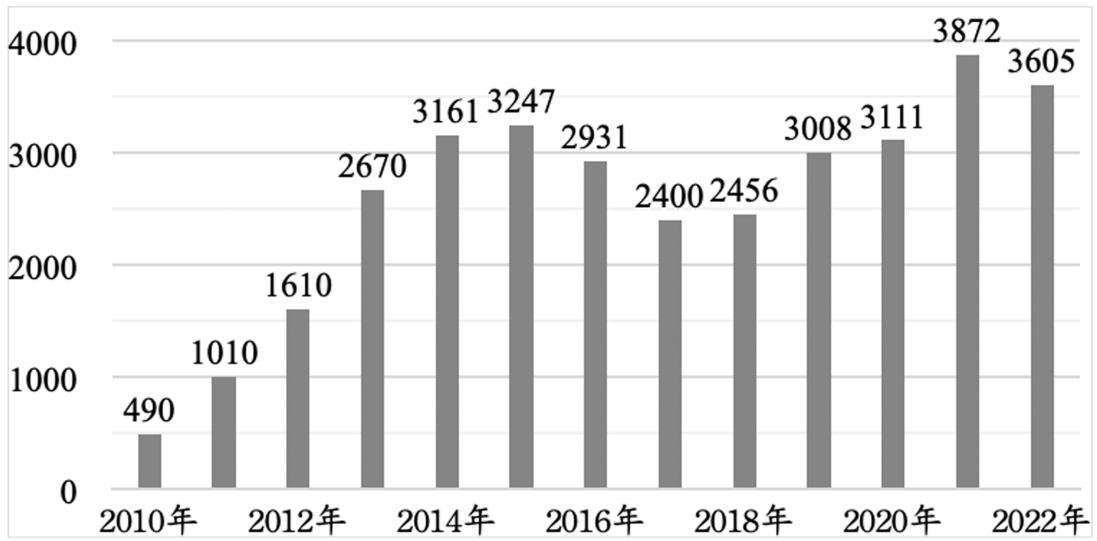


圖 3 癌症資源中心社工歷年服務人次

資料來源：研究者自行整理。

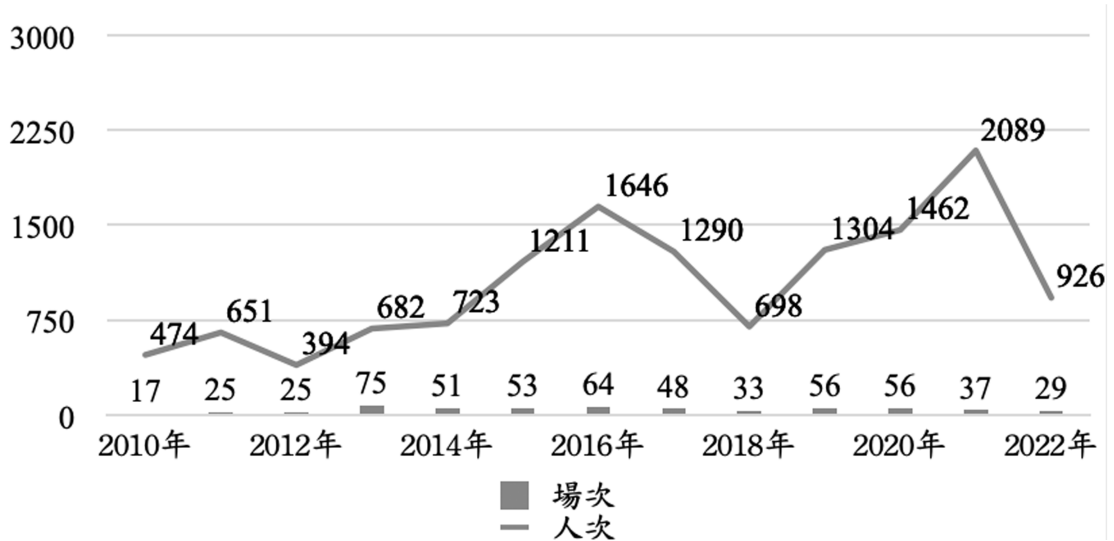


圖 4 歷年癌友關懷全程支持方案活動辦理場次及參與人次

資料來源：研究者自行整理。

成長團體、分享會及社團活動，自2010年起至2022年已辦理569場癌友關懷活動共13,550人次參與（圖4）。

同時也廣泛使用YouTube影片宣導、印刷衛教出版品、宣導禮品、Facebook粉絲專業及直播等方式宣導服務，2020年疫情三級警戒期間為不中斷服務經營，故成立「亞東癌友服務LINE@」，提供線上諮詢服務，透過與跨團隊合作，定期推播衛教文章及活動訊息、協助公告醫院政策、宣傳與癌友家庭相關福利諮詢，並提供一對一諮詢，以多元的方式提升服務可近性及癌症照護服務的整合性，2020年至2022年現存好友人數總計1,582人（圖5）。

同時，在管理方面，癌症團隊分別

由醫師、癌症防治中心秘書、各癌別個管師、社工師、心理師、藥師、復健師及護理師組成，由社工師協助於第一線回覆諮詢問題，若遇病友或家屬所求助問題需團隊協助，則轉介團隊其他成員提供服務，共同協助病家面對疾病與解決問題，2020至2022年諮詢問題統計如圖6所示。

「360度績效評值問卷」是癌症資源中心每年底針對醫療團隊、癌症服務組志工、病友及家屬進行的服務成效評估方式，該問卷分為六個面向，分別為第一，環境適切性，指空間環境與設備是充足且合適；第二，可信度，指團隊、病友志工、病友及家屬對癌症資源中心提供的服務內容有了解、有信心且願意使用；第三，同理性，指服務人員態度都能保持親

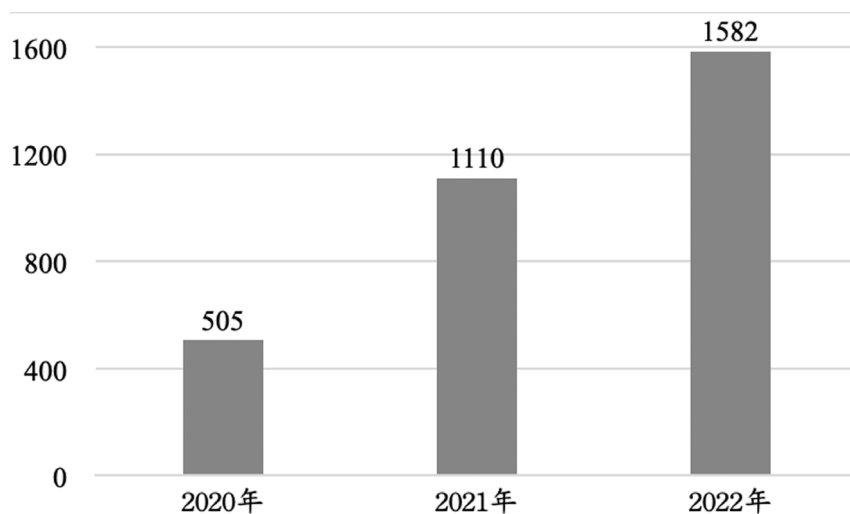


圖 5 亞東癌友服務 Line@ 現存好友人數

資料來源：研究者自行整理。

亞東癌友服務LINE@諮詢問題(人次)

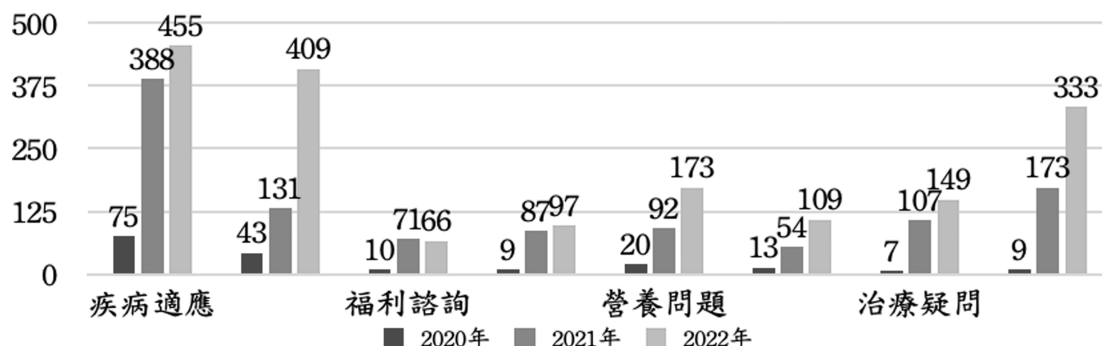


圖 6 亞東癌友服務 Line@ 諮詢問題

資料來源：研究者自行整理。

| 評估面向 | 定義 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
|---------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 一、環境適切性 | 資源中心的位置、空間、設備是合適充足的 | 91% | 91% | 91% | 93% | 98% | 98% | 95% |
| 二、可信度 | 對服務內容了解、願意使用且有信心 | 93% | 92% | 92% | 94% | 96% | 97% | 95% |
| 三、同理性 | 隨時親切有禮、積極主動試著了解服務對象的需要 | 93% | 92% | 93% | 94% | 99% | 99% | 97% |
| 四、即時性 | 能提供服務對象即時的服務 | 92% | 91% | 92% | 93% | 99% | 99% | 97% |
| 五、互動性 | 服務時以讓人容易理解與接受的方式使人願意經常互動 | 91% | 91% | 91% | 92% | 97% | 96% | 96% |
| 六、助益性 | 服務提供對於服務對象是有幫助的 | 93% | 91% | 93% | 94% | 99% | 99% | 98% |
| 平均 | | 92% | 91% | 92% | 93% | 98% | 98% | 97% |

圖 7 「360 度績效評估問卷」服務滿意度分析

資料來源：研究者自行整理。

切有禮、能積極主動了解服務對象的需求；第四，即時性，指服務人員能及時提供服務對象需要的服務；第五，互動性，服務人員提供的服務讓人容易理解與接受，使人願意經常與其互動；第六，助益性，服務提供對於服務對象來說是有幫助的。

此問卷抽樣的方式以不記名方式，藉

由滾雪球抽樣針對不同對象設計個別化的機制。首先，針對醫療團隊，是以每年度多專科核心成員做為代表，由社工師及個管師協助於團隊會議中提供問卷給醫師、個管師、心理師或營養師來填寫；再者，針對癌症服務組志工，則由社工師提供給當年度於癌症資源中心服務的志工夥伴填寫；最後，針對病友及家屬，則由社工師

及癌症服務組志工於診間及癌症資源中心隨機針對前來諮詢的病友及家屬提供問卷。

自2016至2022年，共計回收1,354份問卷，進一步分析每年的服務滿意度平均均達90%以上（圖7）。

二、癌症資源整合與運用

（一）結合社會資源協助個案

廣義來說任何可能促進身心健康與主觀幸福感歷程都可以視為社會支持（social support），社會支持可以分為情緒支持、實際支持與資訊支持，許多研究顯示指出能夠緩衝壓力，並與存活率、身心疾病等議題有關（Cohen & Wills, 1985; House et al., 1988）。

另有研究指出，透過資源整合提供服務，癌症資源中心所提供資源是能有效的協助病人及家屬（引自顏沛滋等人，2016）。正如其名稱所言，癌症資源中心是協助整合院內及院外與癌症有關的資源提供給病友及家屬，除了希望病友可以安心接受正規的治療，更從醫療、護理、心理、復健、營養、社會等各層面延伸，期待能夠提供病友及家屬完善的服務，順利完成治療與回歸社區生活。

而從癌症資源的角度出發，依據協助的方向又可分為三大要素，分別為人力資源、物力資源和財力資源三大類，人力資源於辦理各式癌症主題課程時，需匯集院

內或院外相關專業人力、病友團體或民間單位的力量共同推行，物力資源如假髮、頭巾、毛帽、營養品、復健球或衛教資料等則仰賴政府及民間單位或善心人士的提供，財力資源如醫療費用補助、急難救助與營養品補助等，善款可能來自醫院基金、政府或民間單位及善心人士捐贈（圖8）。

根據癌症希望基金會整理全國癌症資源網資源，經統計選取服務區域為全國性、臺北、新北、基隆或桃園各項癌症資源總計55間單位提供資源，以提供服務項目可分為營養品補助、住宿地提供、交通補助、康復用品、喪葬補助、經濟補助、照顧人力、病友經驗交流與關懷及各式諮詢（如衛教、營養與保險），其中以經濟補助為最多間，共有26間單位提供（圖9），若遇癌友有經濟補助、營養品補助、就醫交通補助、康復用品補助、職業媒合或獎助學金等需求之個案，癌症資源中心社工可以透過此資源清單提供相關諮詢服務管道，或經專業評估需求後，逐案以社工轉介單轉介病友至政府或民間單位，整合癌症資源網，提供癌友完善且全方位的服務。

在臨床實務上常會碰到癌友因治療導致外觀上的改變（如掉髮）、副作用產生的不適（如食欲不振、口腔或腸胃道黏膜破損及口腔乾澀等）對癌症治療感到挫敗，進而產生退縮恐懼的心理反應，抗拒

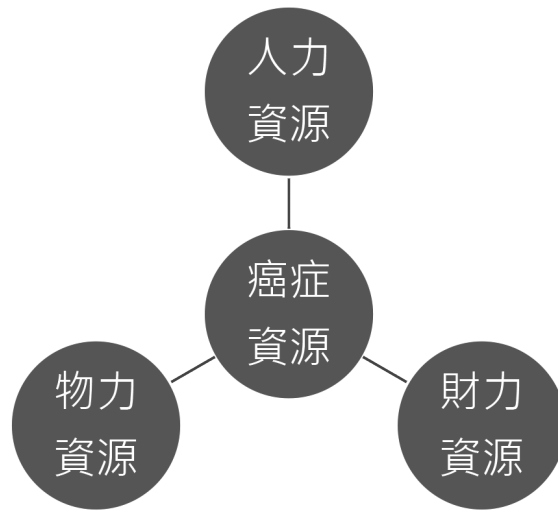


圖 8 癌症資源類別

資料來源：研究者自行整理。

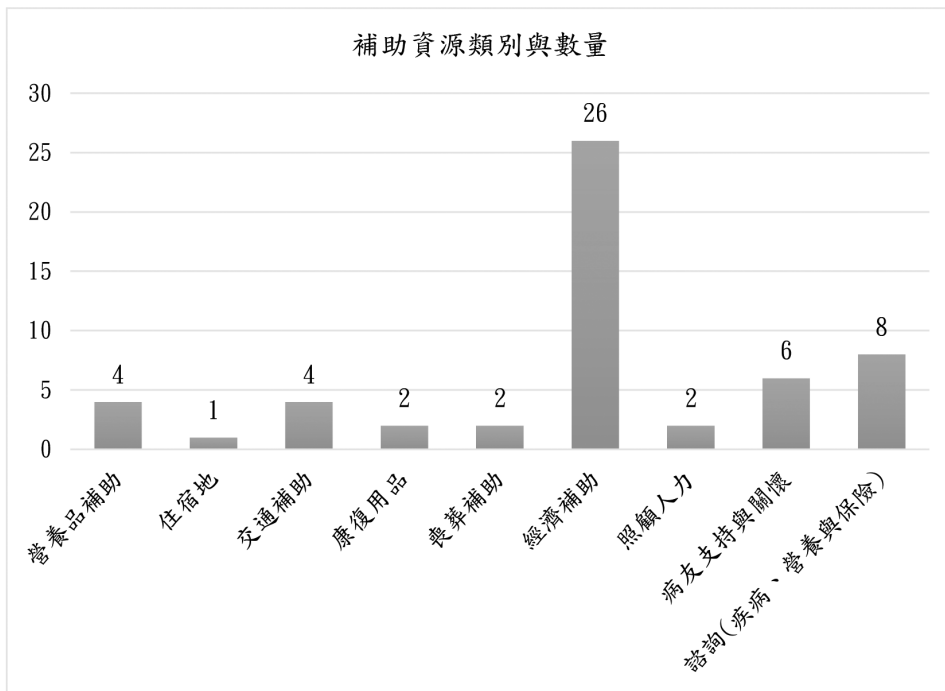


圖 9 補助資源類別與數量

資料來源：研究者自行整理。

治療，最後影響治療成效。

因此，在服務過程中，採取實務給付（in kind）對於癌友及其家屬而言，更甚於現金給付（in cash）為導向的服務輸送方式，進一步分析2013至2022年各項資源使用情形（如圖10），病友團體總計有14,017人次，社福資源總計有4,173人次，而康復用品則有12,594人次，從圖10中可以看出，病友團體及康復用品的諮詢和使用情形幾乎都是排行前兩名的統計，可以推論病友和家屬在診斷後，面對不熟悉的醫療用語、醫療團隊及因疾病而產生的不確定感，在此階段會有各種情緒變化，因此更需要有相同經驗的人陪伴在側及提供經驗分享，協助找到自我在面對疾病的適

應方式，而面對治療過程可能會產生的外觀改變，則會需要有頭巾、毛帽、帽子或假髮等物品的使用需求，治療所產生的副作用，則可能會有營養品補充的需求。

（二）癌症資源運用分析

病友或家屬可能藉由自行求助、醫護轉介或是院內外宣傳的方式前來癌症資源中心尋求協助，再由主責癌症資源中心業務的社工師進行需求評估，並依照病友或家屬的需要協助連結院內及院外的資源來提供服務，而根據服務需求建構三大支持要素，可分為資訊、支持和資源三大類，獲得正確資訊（了解疾病、治療、副作用、照護等）、心理支持（接受罹癌的心

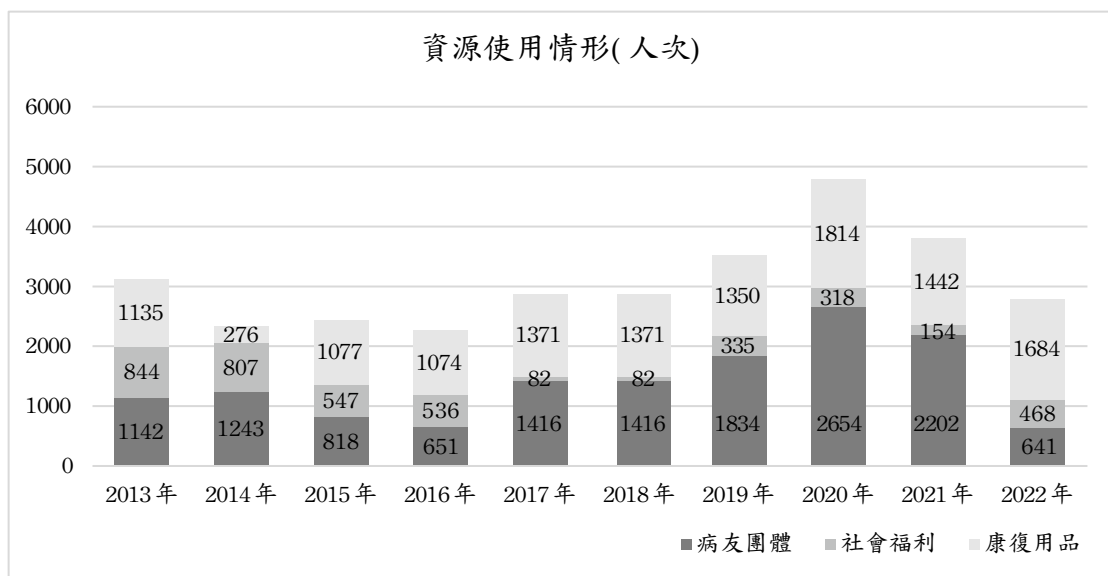


圖 10 資源使用情形

資料來源：研究者自行整理。

理衝擊)及社會資源(適應經濟與生活的改變)。

首先,資訊的部分可分為衛教資料與課程、活動訊息、簡易的疾病衛教及簡易營養衛教的諮詢或癌症相關照顧資訊等。再者,支持的部分則分為提供病友和家屬疾病適應與情緒支持、安排志工協助於門診、化療室或病房進行關懷訪視,最後,資源的部分為提供及轉介院內或院外各項癌症資源,舉凡經濟或醫療費用補助、營養品補助、照顧資源媒合或康復用品轉贈及書籍借閱等。

國民健康署(2019)統計顯示,政府推動癌症資源中心10年來所提供的服務前三名,分別為:尋求社會資源的轉介服務(占43%)、癌症資訊(占33%)及心理支持(占24%),符合癌友需求,期待癌症資源中心扮演醫院和社區間橋樑的角色,協助串聯醫院和社區的資源網絡,提供全人、全程、全方位、全隊與全社區的癌症照護,提供一條龍與一站式的直接和轉介服務。

然而,進一步分析亞東醫院癌症資源中心資源整合與運用情形可以發現,本院提供的服務占據前兩名的分別是社會資源與心理支持,這部分與國民健康署(2019)的報告不同(圖11),而根據陳碧鳳等人(2004)的研究指出,癌症治療所產生的副作用、日常生活功能角色的狀態與疾病型態(如期別或腫瘤特性)會對

心理層面(如罹癌造成的衝擊或治療過程產生的不適等)造成影響,而癌症治療所產生的副作用、年齡及性別則會對社會層面(如病家所在環境的支持系統)造成影響,可見疾病適應對於病友及家屬具有一定影響力,於治療過程中是需要時刻被關注的焦點。

若以SWOT分析理論來看,選擇聘任社工背景的專業人員於癌症資源中心駐點的內在優勢為工作者本身已具備找尋社福資源與會談的專業與能力,於個案工作的過程中,除了與病友及其家屬共同討論因疾病問題而衍生出的特殊議題,也應引導雙方說出自我的感受與想法,提高彼此的疾病適應能力,順利渡過此一階段療程,未來復歸正常的社區生活,關注的面向將不只聚焦在生理層面,更將擴大到病友及家屬的心理、社會及靈性層面。

綜合以上資源連結與整合,提供全人、全家、全程、全隊與全社區照護內容,有關五全概念運用說明如下:

第一,全人,主要以病人為中心,提供身、心、社、靈整體的需求照護,生理層面,近三年提供疾病或營養衛教約占整體服務量的三成;心理與靈性層面,近三年提供病友經驗分享、情緒支持及靈性關懷約占整體服務量的三成;社會層面,近三年連結各項資源與補助約占整體服務量的四成。

第二、全家,在疾病適應中除了病人

照護以外，也重視家庭成員各方的需求，以整體性方式評估問題需求，深入了解多元服務視角，社工師每人每年開案評估約50案。

第三、全程，依照不同的疾病病程設計六大類主題活動，包括：癌症衛教相關主題課程、病房關懷、診間舒壓活動、病友及家屬心理支持團體，以及病友志工教育訓練，分別於診斷期、治療期、康復期、復發期、臨終期安排多元課程，每年舉辦將近55場次的活動。

第四，全隊，在癌症病友及家屬的照護領域，團隊成員以醫師、護理師、藥師、癌症個管師、營養師、心理師、社工師、復健師及宗教師組成，近三年由醫師

轉介至癌症資源中心病友占半數，癌症個管師轉介占近四成；而由癌症資源中心亦提供免費營養諮詢，近三年轉介65位初診斷病友，獲得一對一專業營養諮詢和衛教；若病友或家屬有情緒或疾病適應上的問題，則轉介心理師提供心理諮詢服務，近三年轉介30位病友或家屬，獲得情緒支持。

第五，全社區，將服務從醫院推展到社區，與政府及民間單位合作，逐案評估病友及家屬的需求，連結各項補助資源或康復用品轉贈及借用，每年約有65個家庭能獲得進一步的協助。

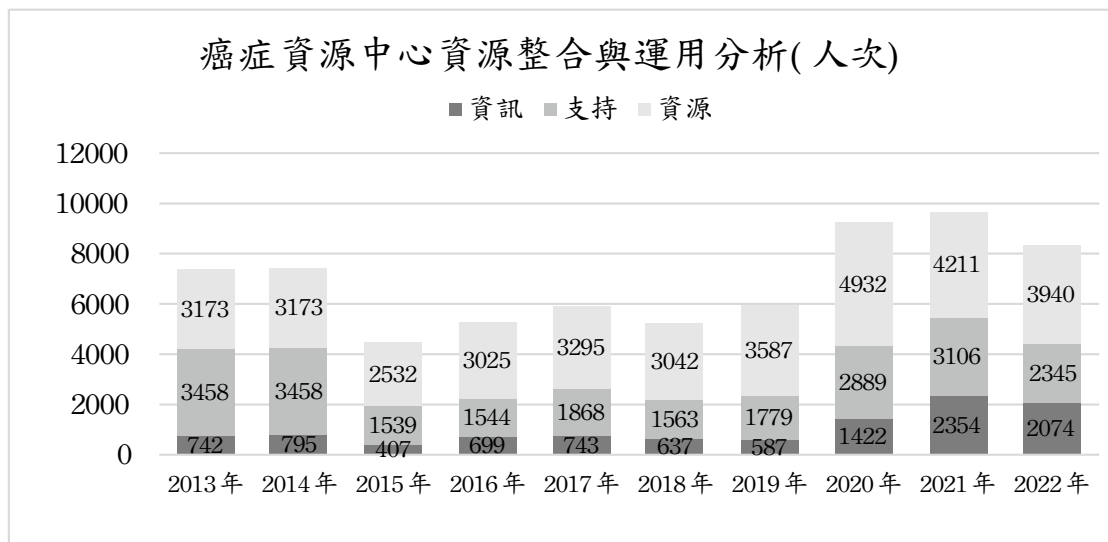


圖 11 癌症資源中心資源整合與運用分析——以亞東醫院為例

資料來源：研究者自行整理。

(三) 結合陳淑宜癌症基金首創成立「癌友社會復健幸福小棧商店」

癌症醫療品質及治療技術不斷發展，再加上衛生福利部透過各種篩檢，期望能對癌症早期發現早期治療，因此各癌別存活率都明顯延長，實證資料及專家皆提到癌症存活者（cancer survivor）照顧的重要性，因此，除繼續增進癌症病人自我照顧能力與自我效能，對於慢性副作用或延遲反應持續提供照顧外，癌症資源中心需從疾病治療照顧系統，延伸至長期復健、復原的照護。

昆士蘭癌症協會一份對1,000例癌症存活者的研究發現，員工在確診罹癌後很長一段時間內都會遭遇諸多困難，近半數接受調查的癌症存活者在工作中受到消極影響。在遭遇工作難題的癌症存活者中，

12%遇到就業歧視，10%在工作中受到不良對待，7%受到工資削減，近6%感到自己找不到工作的原因在於罹患癌症（國際抗癌聯盟，2014）。重返職場困境之一，與工作相關的影響因素，主要來自於職場工作要求、缺乏無障礙環境所導致的就業阻礙（Knott, 2014）。

「淑宜的幸福小棧」透過販售健康輕食和手工藝品，讓癌友在自製自銷和管理營運的過程中，獲得職業技能、生活收入、拓展人際網絡、提升自我效能，以及增加社會參與，以達到癌友的心理社會復健之目的。與婦女會、救國團職訓班合作協助弱勢癌友習得一技之長，重返社會就業，商店已協助65位學員完成職訓，40位學員參加小棧店務，31位學員順利轉職。

SF-36健康量表的分析數據，幸福小

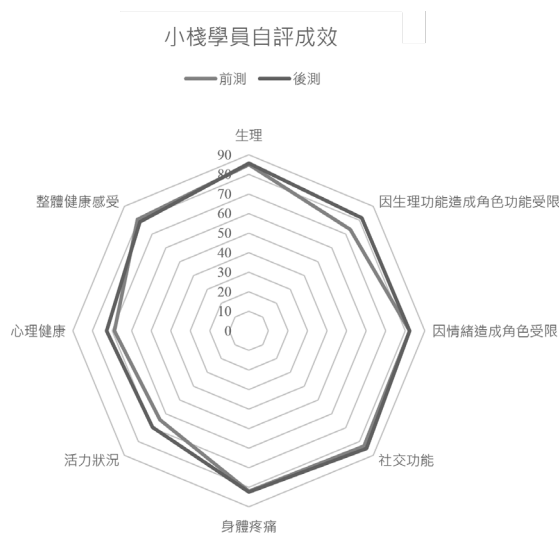


圖 12 SF-36 健康量表成效分析

資料來源：研究者自行整理。

棧五大指標前後測，參與計畫之癌友以問卷前後測自評，自參與前到參與培訓至實際參與店務運作至今進行成效評估，小棧學員在「因生理功能造成角色功能受限」、「活力狀況」、「社交功能」、「心理健康」四個面向有比較明顯的進步（圖12）。

病人生活質素的提升，在心理、社交、生活支援方面能力感的提升，能協助更積極面對疾病。正向心理學之父Martin Seligman強調的觀點：「良好的心理健康不僅是沒有疾病的描述，還必須是生命體現豐盛（Flourishing）的狀態」。幸福感（well-being）有不可或缺的五種元素，簡稱PERMA：正向情緒（Positive Emotions）、全心投入（Engagement）、人際關係（Relationships）、生命意義（Meaning）、成就感（Accomplishment），而此方案即是期盼病友減少社會孤立感，提升自我價值，一起經營商店，一同追求幸福。

（四）癌症資源中心連結明倫基金會推動「跨院際頭頸癌營養暨社會支持方案」

頭頸癌及食道癌發生的位置是眾多生活機能（嗅覺、味覺、說話、吞嚥……等）集中的部位，因此病友在接受治療後，可能會產生容貌改變，吞嚥咀嚼困難、發聲說話有障礙等問題。病友本身除

了要面對死亡的恐懼感，還要面臨治療後的副作用，如口乾、味覺改變、口腔粘膜發炎或咀嚼困難等不舒服的生理變化，面對如進食、咀嚼、吞嚥、說話等重要器官失能的威脅。殷秋明（2012）研究針對口腔癌患者術後營養狀況之研究，56%的患者進食軟食，61%食量降低，57%的患者體重下降大於5%，36%於就診時即存在營養不良。

除此之外，在社會心理方面，要面對工作衝擊、家庭角色改變、家庭經濟壓力、死亡焦慮、擔心復發、面臨身體毀形與功能喪失等問題。特別是這些癌症病友的平均好發年齡為50歲左右，比其他癌症約年輕了10歲，而此時的青壯年男性是職場主力及家中主要的經濟支柱，一旦罹癌，大多對本身及家庭造成極大的衝擊。Chen（2012）訪談口腔癌病友之生活經驗，發現「對於生存的關注」開始擔心未來狀況，身上似乎綁個未爆彈；「人際關係的限制」口語能力受損，限制說話能力，流口水、流涎阻礙社會活動；「自我再建構」口癌患者必須接受自己的新面孔，擔心別人會被自己嚇到。

亞東醫院首創頭頸癌營養暨社會支持方案結合癌症資源單一窗口，針對合約醫院正在接受化學或放射線治療之頭頸部相關癌症，如口腔癌、口咽癌、下咽癌、主唾液腺癌、鼻咽癌、食道癌、喉癌，且經評估後需要使用營養品之個案提供免費營

養品，其中又以「口腔癌」占服務人數為最大宗。透過治療期間提供營養品及窗口護理師或社工人員定期關懷和適時衛教，以維持化、放療治療期病人之體重，協助病友或家屬之疾病照顧認知並適時連結社會資源，完整方案流程圖如圖16，期盼透過服務的過程提供情緒支持與疾病衛教（表1），協助持續完成治療。

根據2012至2022年統計顯示，亞東醫院診斷且登記頭頸癌的病友共有3,286人，平均每年診斷人數近300人，癌症資

源中心共服務1,244人，平均每年服務113人，服務涵蓋率達38%（圖13），根據衛生福利部國民健康署歷年癌症年報統計顯示頭頸癌近五成病友會進行放射線治療，可見約有近半數頭頸癌病人會面臨進食功能受到影響，方案針對進行放射線治療致使口腔潰瘍且影響吞嚥功能之病友提供營養品支持、情緒支持、疾病衛教和經濟補助等，支持病人度過治療期，歷年服務涵蓋率近四成。

癌友常因恐懼治療或不知如何求援，

表 1 針對頭頸癌病友各治療期所提供之服務統整表

| 治療歷程 | 治療初期 | 治療中期 | 治療完成—恢復期 |
|------|--|--|---|
| 衛教 | <ul style="list-style-type: none"> • 癌衛教手冊 • 疾病適應 | <ul style="list-style-type: none"> • 舉辦頭頸癌術後照護衛教講座—營養及復健運動 | <ul style="list-style-type: none"> • 定期於社群平臺發佈衛教文章 |
| 資源 | <ul style="list-style-type: none"> • 社會福利資源 • 營養轉介 | <ul style="list-style-type: none"> • 每間醫院每年定額補助提供營養品，每週一次定期領取營養品共7次，84罐市價約5000元 • 另，經濟貧困中低收入戶另有1次24罐暖流專案，共108罐 | <ul style="list-style-type: none"> • 復健轉介 • 癌友再就業及職場適應—轉介院內淑宜幸福小棧 |
| 關懷 | <ul style="list-style-type: none"> • 情緒支持 • 心理調適輔導 | <ul style="list-style-type: none"> • 每週關懷測量心情溫度計並紀錄體重 • 心理調適輔導 | <ul style="list-style-type: none"> • 心理調適輔導 • 舉辦病人及家屬聯誼分享活動 |

資料來源：研究者自行整理。

因而延誤或中斷治療，亞東癌症資源中心透過主動關懷，積極與醫療團隊合作，提供頭頸癌病友營養照護、衛教資訊、心理諮商和資源連結等服務，完成治療比率由85%提升至94%，方案完治率平均達90%，資源中心加值主動關懷提升完成治療率，各年度完治率（圖14）。

（五）跨院際方案與七至八家醫院簽約合作

院內方案推行至今成效良好，後推廣與中南部七至八家醫院合作「跨院際頭頸癌營養暨社會支持方案」提供營養支持，

如高雄長庚、彰基、高醫、臺大雲林、奇美永康、臺東馬偕、義大癌醫等，皆為統計確診頭頸癌前五名之縣市，跨院際方案同時透過各醫院癌症資源中心為據點，提供社會支持、情感支持和衛教認知資訊，透過此方案強化資源輸送，各區頭頸癌病友連結資源，發揮各區癌症資源中心間緊密合作效益，擴大方案內容後，統計至2022年共服務3,947人（圖15），同時提供頭頸癌病友營養支持維持體重，且在治療期間內分次領取建立情感連結提供情緒支持，順利度過治療期，補助弱勢頭頸癌病友，方案完整服務流程如圖16。

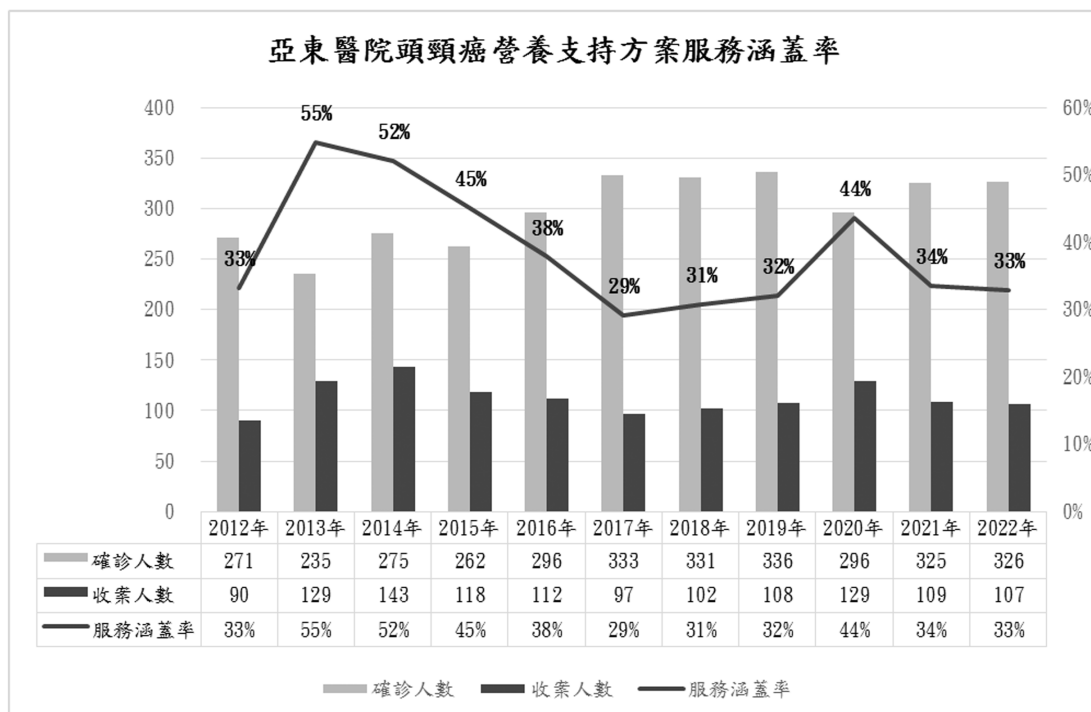


圖 13 亞東醫院頭頸癌營養支持方案占初診斷病人之服務涵蓋圖

資料來源：研究者自行整理。

歷年亞東醫院收案完治率

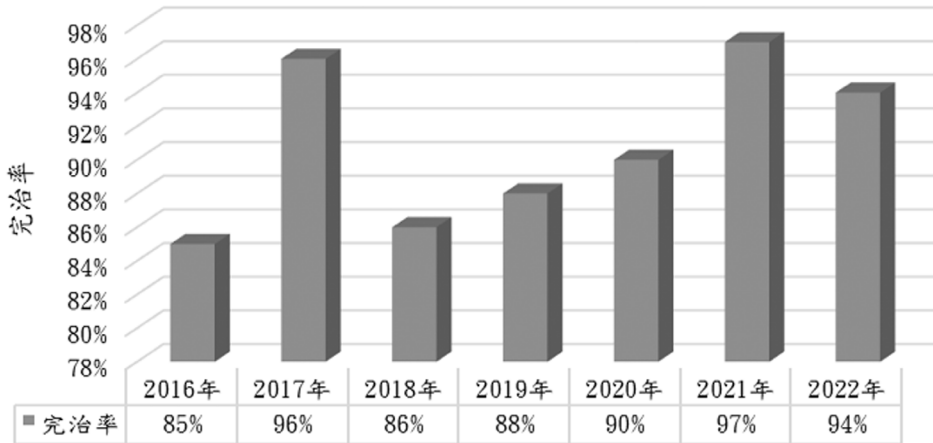


圖 14 歷年亞東醫院方案完治率

資料來源：研究者自行整理。

歷年跨院際歷年收案人數

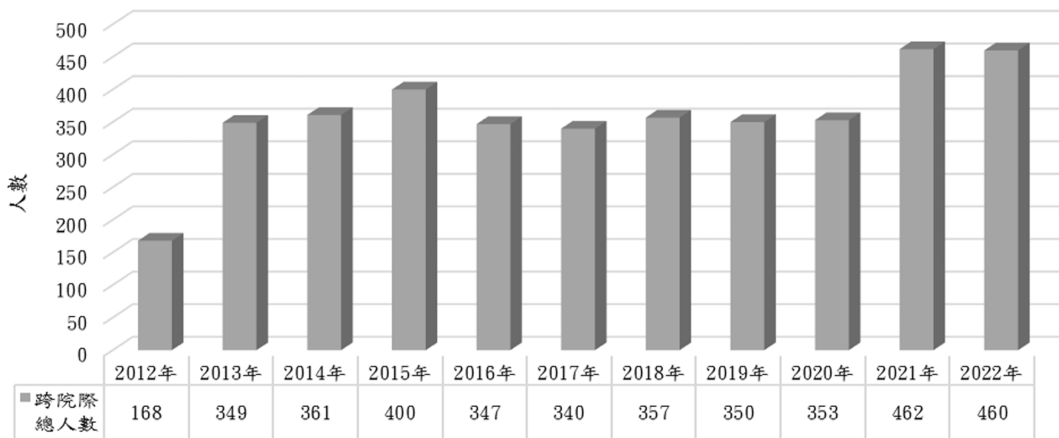
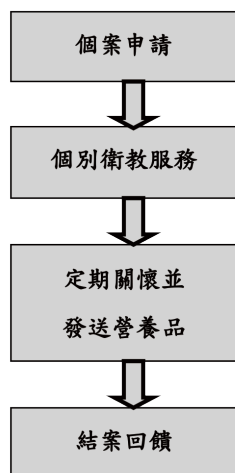


圖 15 歷年跨院際本方案歷年收案人數

資料來源：研究者自行整理。

【個案服務流程圖】



【流程說明】

1. 合約醫院提出申請，審核通過後寄發營養品兌換券及衛教手冊、認知前、後測等相關資料。
2. 合約醫院完成認知前測、心情溫度計提供個別衛教服務。
3. 合約醫院定期關懷癌友、逐次紀錄病人體重後發予營養品兌換券，並完成服務紀錄。
4. 最後一次營養品兌換券發放前，除例行之服務紀錄外，需完成認知後測、心情溫度計及菸酒檳榔使用狀況。
5. 回傳個案之完整服務紀錄後結案。

圖 16 頭頸癌營養暨社會支持方案流程圖

資料來源：研究者自行整理。

肆、結語

癌症治療是一條漫長又辛苦的旅程，病人在其中需面對癌症的襲擊和治療的重擔，面臨龐大且陌生的醫療訊息和未知的疾病適應，更顯得無所適從；癌症資源中心設立宗旨是為了讓癌症病友及家屬有一個快速、簡易、暢通的直接服務管道與空間，扮演著整合「資訊」、「支持」、「資源」的單一窗口角色，以服務為導向的理念提供心社靈的關顧與社會心理支援，達到全人治療（Holistic Care），透過病人及家屬的參與和病患自我管理及正面積極參與態度（Active Participation），發掘社區資源與推動社區融合促進醫社合作（Community Partnership），專業人員

結合醫療團隊、整合社會資源，提供病家專業的醫療諮詢、正確的癌症相關資訊、以及經濟補助或生活輔助用品的申請等服務，讓來到單一窗口的病友及其家屬能獲得有品質且符合需求的照護服務。

亞東醫院癌症資源中心2010年至今已走過13個年頭，服務癌友及其家屬近13萬人次，致力於陪伴罹癌後徬徨的癌友及家屬們經歷這段漫長的抗癌之路，除了診斷初期和治療期的疾病適應需求，後續康復的追蹤期亦是黃金階段，癌症資源中心仍然持續提供服務；近年來更結合科技，運用網路資源，建構完整的資訊系統，擴展資源可近性，朝向社區資源及領航照顧系統的結合，病友及家屬透過癌症資源中心服務度過漫長治療期，服務更延伸至長期

復原，提供重返社會生活的支持，讓病友及家屬的日常生活不因疾病而感到孤立與挫折。

衛生福利部國民健康署持續推動癌症資源中心建立以癌友及其家屬為核心，醫院癌症資源中心為樞紐，提供完整且全面的資源連結與整合，並致力於提供全程、全方位、全隊與全社區的服務內容，實現以服務為導向的心社靈全人癌症照顧。

（本文作者：熊蕙筠為亞東紀念醫院社工室主任；林錚宜為亞東紀念醫院社工師；林庭蓁為亞東紀念醫院社工師）

關鍵詞：癌症資源中心、癌症、醫務社工、全人照顧、社會福利資源、醫療整合

📖 參考文獻

- 林思敏（2013）。《臺灣癌症診療品質認證對癌症照護可能影響之探討》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/jwc77r>
- 邱秀渝、王正旭、謝政毅、蘇連瓔、戚繼玲、呂嘉玲（2016）。〈由癌症病友支持的領航談台灣癌症資源中心的服務〉。《腫瘤護理雜誌》，16，5-20。<https://doi.org/10.3966/168395442016101603001>
- 殷秋明（2012）。〈口腔癌患者根治手術前後營養狀況分析〉。《中國口腔頰面外科雜誌》，10（1），78-80。
- 國民健康署（2019年9月12日）。〈癌症資源中心十年有成～服務突破百萬人次 照護網絡覆蓋全台〉。衛生福利部。<https://www.mohw.gov.tw/cp-4253-49285-1.html>
- 國際抗癌聯盟（2014）。《帶癌工作——支持帶癌生存的員工重返工作崗位》。https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/UICC_BUPA_WorkingWithCancer_Mandarin_Screen.pdf
- 陳美碧、謝麗鳳、林惠蘭、李淑貞、林純如、蔡欣玲（2004）。〈癌症病人之生活品質及其預測因子〉。《榮總護理》，21（4），352-362。<https://doi.org/10.6142/VGHN.21.4.352>
- 蔡麗芬、郭美玲、陳淑卿、張碧容（2002）。〈癌症病人住院期間之需求及其相關因素探討〉。《長庚護理》，13（2），116-125。[https://doi.org/10.6386/CGN.200206_13\(2\).0002](https://doi.org/10.6386/CGN.200206_13(2).0002)
- 鄭昌錡（2019）。〈從全人醫療談全方位的全人照護教學〉。《林口總院醫教電子報》，171。https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/ebmlink/36100/enews/me_epaper_108-11.htm
- 賴虹均（2008）。〈癌症患者的憂鬱症〉。《腫瘤護理雜誌》，8（1），1-11。[https://doi.org/10.6880/TJON.200806_8\(1\).01](https://doi.org/10.6880/TJON.200806_8(1).01)

- 顏沛滋、劉景萍、蘇妝鈞 (2016)。〈癌症病人治療旅程中的陪伴者～癌症資源中心服務〉。《腫瘤護理雜誌》，16 (2)，21-30。https://doi.org/10.3966/168395442016101603002
- Cardoso, F., Bese, N., Distelhorst, S. R., Bevilacqua, J. L., Ginsburg, O., Grunberg, S. M., Gralla, R. J., Steyn, A., Pagani, O., Partridge, A. H., Knaul, F. M., Aapro, M. S., Andersen, B. L., Thompson, B., Gralow, J. R., & Anderson, B. O. (2013). Supportive care during treatment for breast cancer: Resource allocations in low- and middle-income countries. *Breast*, 22(5), 593-605. https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.050
- Chen S. C. (2012). Life experiences of Taiwanese oral cancer patients during the postoperative period. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 98-103. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00914.x
- Cheng, K. K., Darshini Devi, R., Wong, W. H., & Koh, C. (2014). Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 3-9. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.005
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
- Fang, S. Y., & Lee, K. T. (2016). "From patient to survivor:" Women's experience with breast cancer after 5 years. *Cancer Nursing*, 39(3), E40-E48. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000283
- Farthmann, J., Hanjalic-Beck, A., Veit, J., Rautenberg, B., Stickeler, E., Erbes, T., Földi, M., & Hasenburg, A. (2016). The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2603-2609. https://doi.org/10.1007/s00520-015-3073-2
- Ganz, P. A., Yip, C. H., Gralow, J. R., Distelhorst, S. R., Albain, K. S., Andersen, B. L., Bevilacqua, J. L., de Azambuja, E., El Saghir, N. S., Kaur, R., McTiernan, A., Partridge, A. H., Rowland, J. H., Singh-Carlson, S., Vargo, M. M., Thompson, B., & Anderson, B. O. (2013). Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *Breast*, 22(5), 606-615. https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.049
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. https://doi.org/10.1126/science.3399889
- Jacobsen, P. B., & Andrykowski, M. A. (2015). Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, 70(2), 134-145. https://doi.org/10.1037/a0036513

- Knott, V., Zrim, S., Shanahan, E. M., Anastassiadis, P., Lawn, S., Kichenadasse, G., Sukumaran, S., Karapetis, C., & Koczwara, B. (2014). Returning to work following curative chemotherapy: A qualitative study of return to work barriers and preferences for intervention. *Support Care Cancer*, 22, 3263-3273. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2324-y>
- Koutoukidis, D. A., Knobf, M. T., & Lanceley, A. (2015). Obesity, diet, physical activity, and health-related quality of life in endometrial cancer survivors. *Nutrition Reviews*, 73(6), 399-408. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuu063>
- Kuo, C. Y., Liang, S. Y., Tsay, S. L., Wang, T. J., & Cheng, S. F. (2015). Symptom management tasks and behaviors related to chemotherapy in Taiwanese outpatients with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 654-659. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.012>
- Lai, Y. H., Chang, J. T., Keefe, F. J., Chiou, C. F., Chen, S. C., Feng, S. C., Dou, S. J., & Liao, M. N. (2003). Symptom distress, catastrophic thinking, and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer Nursing*, 26(6), 485-493. <https://doi.org/10.1097/00002820-200312000-00008>
- Lam, K. K., Li, W. H., Chiu, S. Y., & Chan, G. C. (2016). The impact of cancer and its treatment on physical activity levels and quality of life among young Hong Kong Chinese cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.007>
- Liao, M. N., Chen, S. C., Chen, S. C., Lin, Y. C., Hsu, Y. H., Hung, H. C., Wang, C. H., Chen, M. F., & Jane, S. W. (2012). Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), E380-E389. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E380-E389>
- Lin, C. R., Chen, S. C., Chang, J. T. C., Fang, Y. Y., & Lai, Y. H. (2016). Fear of cancer recurrence and its impacts on quality of life in family caregivers of patients with head and neck cancers. *The Journal of Nursing Research*, 24(3), 240-248. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000169>
- Mehnert, A., & Koch, U. (2013). Work satisfaction and quality of life in cancer survivors in the first year after oncological rehabilitation. *Work*, 46(4), 407-415. <https://doi.org/10.3233/WOR-131676>
- Pan, L. H., Tsai, Y. F., Chen, M. L., Tang, R., & Chang, C. J. (2011). Symptom distress and self-care strategies of colorectal cancer patients with diarrhea up to 3 months after surgery. *Cancer Nursing*, 34(1), E1-E9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181e3ca21>
- Sánchez-Jiménez, A., Cantarero-Villanueva, I., Delgado-García, G., Molina-Barea, R., Fernández-Lao, C., Galiano-Castillo, N., & Arroyo-Morales, M. (2015). Physical impairments and quality of life of colorectal cancer survivors: A case-control study. *European Journal of Cancer Care*, 24(5), 642-649. <https://doi.org/10.1111/ecc.12218>

- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88(1), 226-237. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000101\)88:1<226::aid-cnrcr30>3.3.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000101)88:1<226::aid-cnrcr30>3.3.co;2-g)
- Shieh, S. C., Tung, H. S., & Liang, S. Y. (2012). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 223-231. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01453.x>
- Stanton, A. L., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, 70(2), 159-174. <https://doi.org/10.1037/a0037875>
- Shelby, R. A., Taylor, K. L., Kerner, J. F., Coleman, E., & Blum, D. (2002). The role of community-based and philanthropic organizations in meeting cancer patient and caregiver needs. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), 229-246. <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.4.229>
- Tang, P. L., Wang, C., Hung, M. F., & Lin, H. S. (2011). Assessment of symptom distress in cancer patients before and after radiotherapy. *Cancer Nursing*, 34(1), 78-84. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f04ac8>