

癌症病人情緒壓力關懷方案之成效初探 ——以和信治癌中心醫院為例

邱秋員



壹、前言

一般社會大眾對癌症缺乏了解，罹患癌症就像是被判了死刑，往往談癌色變。癌症來得突然，常常讓病人及家屬不知所措。病人不僅需要承受身體的病痛，還要受到心理及社會的壓力；同時也帶給家屬極大的情緒壓力。如何協助家屬與病人結合成生命共同體，共同面對癌症，為病人建構安全的社會支持網絡是癌症照顧中不可缺少的重要服務。

美國杜克大學腫瘤臨床專家 Kerry Harwood 曾說：沒有人是生來就知道如何去面對嚴重的疾病，或解決因嚴重疾病所帶來的種種情緒。初診斷為癌症的感覺是一種新的經驗，就像是一個人進入一個沒有地圖沒有小徑不熟悉的新大陸之境一般。病人被介紹去認識新的語言、新的人、新的環境。

癌症專科醫院提供癌症病人的照顧是強調多科整合診治的醫療團隊照顧，社會工作同事也是多科整合診治醫療團隊的成員之一。

醫務社會工作的專業是從人在情境中(Person in situation)的反應來關心癌症病人，提供癌症病人的心理暨社會診斷(Psycho-social Diagnosis)與處遇(Intervention)；扮演提供病人社會支持的角色，為病人建構安全的社會支持網絡。

此方案是在和信治癌中心醫院執行，主要是利用量表篩選出可能具有情緒困擾高危險的病人，再以社會工作專業技術介入處遇，企圖讓病人可以在初被診斷為癌症時即可得到身、心、靈及社會的關懷照顧。

貳、緣起

2000 年 11 月，院長收到一位住院接受乳癌手術的病人之意見反應函，函中表示她住院時得到社工師帶領病友志工之探訪關懷很有助益。但是，根據她自己的經驗，如果我們能提前在門診病人剛得知癌症的診斷時，去關心、輔助她們，必能緩解許多病人和家屬等待過程的驚恐與不

安。院長將此位病人的意見反應函轉交社會服務室處理，同時指示：這是個值得考慮的建議，請與護理部及身心科醫師討論，看看我們能不能想出一個可行的辦法來提供這個服務。

接到這個任務後與護理部主任及身心科主任醫師先行討論，第一次的討論有初步的共識，認為是一項值得推展的服務。然而，與本院臨床研究室聯繫得知當時每月在門診初被診斷為癌症的病人數約有 250 名，其中有一半左右會留下來本院接受治療，即是約有 125 名的初被診斷為癌症的病人需要被關心，但以醫院當時的社工師人力配置是無法提供此項服務。將此結論向院長報告後，院長再次指示：若有捐款贊助社工師同事的薪資，就可多聘用社工師專門來從事此項服務。有了院長的建議與指示，筆者於是積極與捐款人聯繫、解說與說服。終於有位捐款人願意先捐新臺幣 100 萬元作為社工專業基金，於當年六月開始新聘用一名社工師同事。而於當年（2001 年）7 月 1 日開始在醫院門診執行，初被診斷確定為癌症且確定將在本院做治療的病人，在病情告知後，發給身心關懷問卷表『醫院焦慮憂鬱量表』（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, 臺灣中文版），此量表是由 Zigmond 和 Snaith (1983) 所發展，主要是針對癌症病人情緒層面的測量。分為焦慮次量表(HADS-A)及憂鬱次量表(HADS-D)。主要在測量病人之焦慮與憂鬱的程度，內容有 14 個題目，7 題測量焦慮，7 題測量憂鬱，評分方式每一題均採 Likert

計分法，以 0 到 3 分的 4 點計分，兩個量表分別計分；依序為無症狀（0 分）、輕微（1 分）、中度（2 分）及重度（3 分）症狀，分數愈高表示焦慮程度或憂鬱程度愈高。癌症病人填完問卷回收後，社工師評估問卷表，若達焦慮量表分數（A \geq 8）或憂鬱量表分數（D \geq 11）之標準，則列為高危險群，社工師會主動與病人連絡關心，給予危機諮商服務。三個月後會再發給問卷表再測試，評估病人之焦慮或憂鬱是否改善，必要時，持續再關心。

參、文獻探討

一般人知道得到癌症時的情緒反應是震驚、否認、憤怒、討價還價、接受等反應，面對這些情緒反應的處遇模式與理論，參考乳癌病人之特殊需求而發展出三階段的處遇模式（註 1）包括診斷、治療和恢復期；假設各階段的劃分是依其「特殊壓力」和「需求」以區別其適應和因應機制，這些階段的研究使治療者能深入了解病人的不同需求。

一、Fawzy 等(1995)指出：專門、適時符合不同時期病人的需求之介入，例如：初診斷病人強調用集中方法提供健康資訊、認知與行為技巧訓練及情緒、社會支持。處遇所依據之理論基礎假設為：

- 1.此模式乃是以危機處遇為基礎，基本的目標是協助病人回歸平衡並與新環境融合。

- 2.不同的婦女在各主要的疾病階段中有不同的需求，手術後支持性的提供能更

切合病人的需求。

3.能提供專業和支持性的環境讓病人有機會去發洩和表達情緒。

4.在各疾病階段，澄清醫療處置是重要的，能減輕在診斷和治療期間因對疾病的無知而帶來的壓力和困惑感。

5.病人能成功適應，乃是在各階段增強他們的控制感，並提供鼓勵和希望。

6.心理暨社會的支持必須被量身定作以符合病人的個別需求。

二、根據吳樹平(1986)的研究(註2)，社會工作在癌症病人手術前之處遇層面，可以有以下幾個要點：

1.評估病人與家屬是否清楚地瞭解疾病及各種治療方法，及治療所可能造成的生理與心理的影響。若發現有此方面之需要，則協助病人與家屬達到充分地了解。

2.對於具備高危險群特質的病人，早期地評估其狀況，並提供諮商服務，以使其減輕壓力程度，增進有效應對策略之使用，以達良好適應。

3.評估病人與家屬常使用之應對策略是否有效，若傾向於使用無效之策略，則提供輔導，教導有效策略之應用。

4.傾聽與支持，根據國外研究顯示：發現腫瘤後是壓力最重的時期，因此，病人與家屬均需要一個機會去傾洩其焦慮，此時，不論病人是否有家人支持，社會工作者均應扮演傾聽者的角色，接納其情緒，並予以再保證這些情緒均是正常的反應，以進行支持性的諮商。

5.提供相關的衛教單張，介紹醫院能提供的服務方案，以增進病人與家屬對醫

療體系、疾病資源等層面之認知，減輕身體功能控制、疾病嚴重性與不確定感等方面之壓力程度。

6.注意家屬及親友之需要，從家屬及親友的探訪形式，可以了解其社會支持體系與家屬及親友之需要。社會支持乃是指個體在需要時能倚靠、能感到被關心、尊重和愛的對象。一般而言，它包括了兩個基本因素：(1)認知到在需要時有足夠的依賴對象，(2)對所得到的支持之滿意程度。(註3)

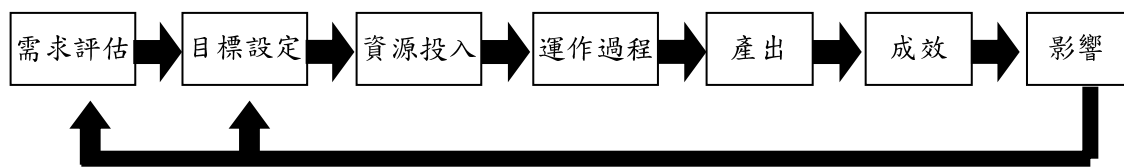
三、依據 Landmark 等(2002)的研究，社會支持的經驗是初診斷為乳癌的婦女與他人之關係為主要的中心議題，社會支持是病人與他人的關係之經驗，此種關係稱為互動(interaction)。可分為兩種團體的互動：1.與親密的親人及朋友之互動。2.與組織及機構的工作人員之互動。社會支持包括三個面向：1.情緒的(Emotional Dimension)；2.實用的(Practical Dimension)；3.資訊的(Informative Dimension)(註4)。情緒的面向包括愛、友誼與團結一致；實用的面向包括身體照顧的協助或幫忙做家事，尤其是在診斷後初期或手術後特別需要；資訊的面向包括：提供資訊、建議與諮商。這些面向形成彼此交互影響，研究結果顯示：婦女有這三個面向相關的社會支持會影響她們對乳癌因應的能力。

本院的核心價值是『以病人的福祉為中心』，提供身、心、靈及社會的整合照顧。醫生們將他們的技術專注在疾病的治療，少有顧及病人的社會心理需要，因此社會工作者開始在醫療服務中占一席之地，並

逐漸在其中扮演重要角色，主要的任務是在以往家庭醫生時代所關注的「因疾病而產生的日常生活難題」，協助醫生排除在治療過程中所遇到的障礙（註 6）。及早預防或治療對病人與醫療資源耗用都有好處；依據衛生署的統計資料，及早預防或治療對病人與醫療資源耗用可以減少支出。

肆、方案執行

一、方案服務的說明：以成效法的邏輯模式（logic model 如下圖）（註 7）之架構來撰寫此份方案。



二、需求評估

從住院接受乳癌手術之病人的意見反應函中具體了解，癌症病人在剛得知癌症的診斷時，情緒相當恐慌與不安，整個家庭的生活秩序都攪亂了，很需要專業人員的協助來緩解其驚恐與不安。從上述的文獻探討也得知，病人在剛得知癌症的診斷時，的確需要面對強烈的情緒衝擊，迫切需要被關心與情緒及社會支持。例如：初診斷為乳癌的婦女之社會支持的經驗是她與他人之關係，會影響她們對乳癌因應的能力。若能主動提供情緒關懷服務，將可以緩解她們和家屬在等待過程所引起的情緒驚恐與不安，進而增加她們的就醫安全感與增強她們面對癌症治療的信心。

三、目標設定

（一）方案的目標

1.從病人的立場，可以從社工師得到心理暨社會支持的服務，同時；社工師可成為病人與醫院間溝通其需求之管道，以減低其罹患癌症帶來的焦慮與不安，進而增強面對癌症治療之勇氣與信心。

2.從醫院提供整合醫療照顧的立場，增加心理暨社會的諮詢服務之介入，可提供醫療團隊成員更大的支持，分擔對病人與家屬之情緒照顧的服務；且落實本院【以病人福祉為中心】的核心價值，提供病人身體、心理、靈性及社會整合照顧之服務。

（二）方案的目的

1.建立“及早介入”的危機諮商處理模式。

2.增加病人治療順從性。

3.提升病人預後狀況。

4.建立良好的醫病關係。

5.增強病人社會支持系統。

6.確保醫療服務品質。

(三) 面對癌症病人之情緒反應的危機諮商處遇方法與目標，區分為診斷、治療和恢復期三階段（註 8），敘述如下：

1. 診斷期（有 8 個處遇目標）

(1) 在病人與社工師之間建立初步的專業關係。

(2) 讓病人能在早期便開始卸下部分情緒上的負擔。

(3) 確認病人了解醫生所告知的是疑似腫瘤或癌症。

(4) 檢視病人情緒上的反應以評估其目前和未來的因應能力。

(5) 開始基本預備的步驟去協助病人在情緒上和手術期間因應新的現實環境。

(6) 了解病人社會支持網絡的概況。

(7) 檢視家庭的溝通型態。

(8) 評估配偶了解的程度及其對疾病產生的情緒反應。

2. 治療期（有 3 個處遇目標）

(1) 讓病人能發洩情緒，以減輕他（她）的緊張，並提供一機會與他人分享所經歷的事物。

(2) 去檢視病人在手術後的需求，並著手他（她）們的出院準備計畫，及考量家庭的初步結構。

(3) 開始與社區資源做聯繫：例如：給予病友支持團體之資訊。

3. 恢復期（有 8 個處遇目標）

(1) 提供病人有機會去分享情緒和失落感。

(2) 替病人尋找重新扮演以前角色的方式，從而使他獲得獨立和自主權。

(3) 確認病人與他人的溝通管道，以及他對於接受幫助的態度。

(4) 為病人與醫護人員建立一個滿意的溝通路線。

(5) 提供關於病人合法權利和可利用的特殊服務項目的相關資訊。

(6) 準備病人下一階段的追蹤。

(7) 協助病人尋找加入支持性團體的機會。

(8) 尋找哪些仍然是我們可以掌握的部分並計畫未來。

四、資源投入

(一) 篩檢工具（量表）的運用

1. 『醫院焦慮憂鬱量表(HADS)』(Zigmond & Snaith, 1983)。

2. 『情緒溫度計』(Distress Thermometer, DT)，它是個單一問題，查問病人情緒壓力高度由 0-10 的衡量，有如疼痛量表。它在 1998 年被研發，1999 年被美國國家完整性癌症照顧網路(National Comprehensive Cancer Network)(NCCN)採用，放在情緒壓力處理之臨床指引的一部分(NCCN Practice Guideline for Distress Management)，本院於 2005 年 1 月 1 日開始是運用 NCCN2003 年之版本，目前已配合運用 2011 年之版本(NCCN Guidelines TM Version 1.2011 Distress Management)。

(二) 社會工作同事人力的投入

剛開始（2001 年）是 1 位社會工作同事開始投入，而後於 2007 年全面執行此項

方案時，隨著病人之需求增加而增加了 5 位社會工作同事。剛開始社會工作同事是每年須簽聘約一次，以社工專業捐款支付同事薪資，相關福利完全比照正式編制同事。2007 年醫院申請接受美國國際醫療品質評鑑(Joint Commission International) (簡稱 JCI)，正式將此方案納入為照顧病人的第六個生命徵象(Vital sign)(病人的第一個生命徵象是體溫、第二個生命徵象是脈搏、第三個生命徵象是呼吸、第四個生命徵象是意識、第五個生命徵象是疼痛)全面且定期偵測之時，社會工作同事工作量負荷重，經過人力評估提出報告後，人力資源部報准院長同意，這些約聘的同事於 2009 年 6 月 16 日正式納入編制。

(三)成立情緒壓力關懷方案行政小組

小組成員包括身心多科整合診治團隊召集人、身心科醫師、護理部助理主任、資訊部主任、臨床研究室組長、社服室主任、社工師；並定期召開會議，目的是訂定團隊成員的角色功能分配及討論執行過程之困境處理。

五、運作過程

(一)篩檢工具（量表）運用的演進

1. 病人填寫『醫院焦慮憂鬱量表(HADS)』(Zigmond & Snaith, 1983)問卷，約需花費 15 分鐘，運用期間為 2001 年 7 月 1 日至 2003 年 5 月 8 日。

2. HADS 問卷表結合『情緒溫度計』『Distress Thermometer』簡稱 DT (NCCN

2003 年之版本)，過度期間為 2003 年 5 月 9 日至 2004 年 12 月 31 日。

3. 『情緒溫度計』(Distress Thermometer) (DT)取代過去的篩檢工具『醫院焦慮憂鬱量表』(HADS)：2004 年 10 月 31 日情緒壓力關懷方案行政小組會議，討論決定以簡單、省時之情緒壓力篩檢工具『情緒溫度計』(Distress Thermometer) (簡稱 DT)。自 2005 年 1 月 1 日開始運用此篩檢工具，目前所使用的版本為 DT NCCN 2011 年之版本。

4. 配合醫院門診看診處方電腦化，將情緒溫度計(DT)納入電腦，對初診斷為癌症病人，病情告知後，醫師選取門診看診的電腦內之情緒溫度計測試病人。若病人之情緒壓力困擾分數(DT \geq 5)，則電腦即自動印出問卷表；填完問卷回收後，社工師即將病人列為高危險群，主動與病人連絡關心，提供危機諮商服務。

(二)篩檢對象之擴展

1. 門診初被診斷為癌症且確定將接受治療者：執行期間為 2001 年 7 月 1 日至 2007 年 4 月 1 日止。

2. 全面對本院初診、複診、及住院所有病人（即包括非癌症病人）：2007 年 4 月 2 日開始針對初診病人在護理人員初次問診時，同時關心病人最近一週的情緒壓力指數，複診病人則三個月再偵測一次。住院病人則在入院當天偵測一次，住院期間則是每週再一次偵測，病人最近一週的情緒壓力指數。

(三) 訂定與執行危機諮商服務標準作業流程(Standard operating procedure)

執行過程也依病人之需求、團隊成員之配合做修正，每次修正均透過情緒壓力關懷方案行政小組會議討論，達成共識後執行。

(四) 情緒壓力關懷方案的處遇方法包括

- 1.個案工作：電話會談、面對面會談、病友經驗分享、夫婦會談。
- 2.團體工作：連結參與病友支持團體。
- 3.轉介服務：需要時會診身心科醫師或連結社會資源。

連結病友支持團體目的是為病人建構社會支持網絡。病友支持團體的型態有很多種，(參考美國癌症協會 ACS 網站)，目前本院採用的型態為教育性的病友支持團體(Education intervention group)；有醫療專家參加，提供醫療資訊及情緒支持、發問與回答、相同癌症之病友分享其親身經驗，使病友覺得更有自我控制感。

1.個案工作

運用個案管理的模式；個案管理模式是使用循序性的助人過程(sequential helping process)：與案主一起工作、漸進式的自然協助過程。通常這過程包括與案主建立關係、完成一個整體性的評定、訂定服務計畫、取得服務、克服障礙、整合及檢視服務是否有效地被提供、和案主一起再度評估以決定是否要改變計畫或開始結案工作(註9)。本院的社工師與案主(病人)的關係，從社工師接案開始，後續病人或

家屬來醫院尋求心理暨社會之服務的聯絡窗口，均會由同一個社工師提供，因為癌症可說是一種慢性疾病，接受治療後仍須持續長期追蹤，所以，社工師與病人家庭之關係可說是一輩子的朋友。

2.團體工作

以乳癌病友支持團體為例說明如下：根據衛生署的資訊，乳癌已躍居臺灣婦女癌症發病率第二位。從本院臨床研究室之統計資料顯示，最近五年來乳癌病人年齡在 30-50 歲之人數占本院乳癌總人數之 69%。這年齡層之婦女是家庭的軸心且處於中年期，需面對中年危機且處在上有年老父母或公婆須服侍，下有年幼子女須照顧，又是事業發展的顛峰期之情境中，在維繫家庭的健全與社會的安定，占有舉足輕重的角色，故其罹患癌症後的調適是極需被關心的。

(1)文獻依據：皮庭格 Pettingale (1985 年)指出決定乳癌病人免於死亡或復發的最重要因素，是其心理適應，而社會支持也被認同為適應過程中的重要因素。其研究顯示參加癌症病友支持團體有很重要的好處，包括：可以讓自己感覺好些、發現新的生活目標、有更好的疼痛控制、結交新的朋友、改善情緒與了解家人的需要。支持團體對於獨居或身旁沒有親友陪伴的病友特別有幫助。美國教授 David Spiegel (1989 年)針對轉移性乳癌病人以兩年的時間接受結構式團體心理治療的研究結果，指出參加團體治療治療可以延長一倍的生命且生活品質提昇(提昇適應力)。Fawzy (1995 年)指出提供專門、適時符

合不同時期病人的需要之服務介入，例如：初診斷病人強調提供健康資訊、認知與行為技巧訓練及情緒社會支持。末期病人需要持續社會支持及告知適應的方法、生命的價值與優先順序及死亡與面對死亡的議題（註 10）。

(2)乳癌病友支持團體的發展過程如下：和信（孫逸仙）治癌中心醫院成立於 1990 年 4 月 1 日。乳癌病友支持團體是最早成立的；早期（1992~1994 年）：病友聯誼會，開放式團體，每個月一次，持續了兩年。中期（1995~1997 年）：教育性衛教團體，開放式團體，每週一次，六次後，每個月一次，持續了一年半。後期（1997~2004 年）：封閉式教育性、支持性、治療性團體，團體有開始有結束。每週一次，共十二次，為期三個月；每年辦兩次（屆），總計舉辦了 20 屆。在每次團體結束後一個月內，會舉辦一次團體成員回娘家的活動，邀請歷屆的團體成員一起參與，建構她們的社會支持系統與增強其社會支持力量。2005 年成立病友自助團體後，取名為『和信紫羅蘭關懷聯誼會』。由乳癌病友自行安排活動，醫院的乳癌多科整合診治團隊成員是此團體的顧問群，由團隊中的社工師為聯絡窗口。目前社會服務室也將此項服務納入年度工作計畫，每年安排兩位社工師共同協助紫羅蘭關懷聯誼會的活動，每季舉辦 1 次教育性的病友支持團體，每次參加之病人與家屬人數約為 150 位，從評估問卷的結果顯示很受乳癌病人與家屬的肯定。

(3)在此特別介紹深受乳癌病友肯定

的封閉式暨結構式之乳癌病友支持團體（每週一次，共十二次，為期三個月，總計舉辦了 20 屆）之運作情形：病人初被診斷為癌症，住院準備接受手術時，護理師衛教或社工師主動帶領病友志工探訪時，主動提供病友支持團體介紹單及回條（讓病人知道醫院有病友支持團體），病人若願意參加，就會將回條交回社會服務室，社會服務室將回條資料整理造冊，在舉辦團體的前一個月開始通知病友支持團體開始的時間地點。

團體目標：

- 1.情緒宣洩、彼此分享、自我情緒的探索。
- 2.與疾病及家人相處、人性溝通及家庭的成長。
- 3.存在與死亡、面質復發與死亡的威脅。
- 4.聯結社會支持系統。

團體規範：

- 1.每次團體聚會，不遲到，不早退。
- 2.若因故不能來參加，請於該次團體前告知。
- 3.團體中所分享的訊息，請確實做到保密原則。
- 4.尊重別人分享的內容，不隨意批評判斷。
- 5.團體進行過程中，請將手機、呼叫器關機。

團體進行方式：團體每次進行 90 分鐘（未包括會前會與會後會）內容包括：

- 1.沉澱（10 分鐘）；
- 2.一週回顧（50 分鐘）；

3.主題討論（20 分鐘）；

4.放鬆（10 分鐘）。

團體進行主題為：

1.團體與我：團體形成，彼此認識，分享罹患癌症心境及參加團體之期待。

2.生命轉機：罹患癌症似遇到暴風雨，帶來破壞也帶來甘霖。

3.自我覺察：覺察身體、情緒、呼吸、觸覺等變化。

4.情緒管理：接受自我情緒，做真實的自己。

5.家庭成長：體會家人間彼此尊重與相互扶持的界線，引用狗與主人的例子。

6.人性溝通：學習溝通表達方式；我看（聽）到、我感覺、我希望。

7.社會資源：需要與被需要的滿足，善用我們的社會支持系統。

8.生命火炬：討論死神是否已給我們發出通告？該如何珍惜有生之年？

9.積極視窗：從生活逆境中看到具有正向意義的狀況。

10.剛柔並濟：降低期待、減低焦慮，學習神射手的精神，面對復發。

11.驪歌初動：討論另一個死神的故事，團體即將結束的準備。

12.揚帆待發：超越現實的困境，發揮愛心，化小愛為大愛，重新得力開始新的人生旅程。

(4)病友之回饋：

1.接受治療中參加團體的成員表示：她們內心很踏實，因為有一群知心的密友陪伴，在治療過程，不但不覺得孤單，反而結交了新的朋友。

2.已結束治療參加團體的成員表示：她們在完成治療後，常會擔心復發或死亡，生活處在焦慮不安中，因為病友均有相同的心境，參加團體時藉著死神的故事，彼此分享內心的恐懼，可以達到共鳴與紓解壓力，提昇生活品質，走出癌症陰影，是心理復健的一大助力。

目前醫院的病友支持團體，除了乳癌以外，還有大腸直腸癌、甲狀腺癌、頭頸癌、血癌/骨髓移植等病友支持團體，約每季舉辦 1 次，也是由社工師整合各個多科整合診治團隊成員共同參與執行，以提供病友醫療資訊及情緒支持、發問與回答、相同癌症之病友分享其親身經驗，使參與之病友覺得更有自我控制感。

六、產出

此方案執行後於 2003 年開始由醫院資訊部協助建立轉介服務登錄作業系統(SOC001M)版本:1.9.11.1 及日報登錄作業系統(SOC002M)版本:1.10.1.1，作為搜集接受關懷的病人資料，以利統計分析方案執行狀況，結果如下表 1、圖 1 及表 2、圖 2 所列。

表1 2003年~2006年門診病人接受社工師關心之高危險群病人數占在本院治療之初診斷癌症之病人數之比例

	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
社工師關心之高危險群病人數	402 人	446 人	423 人	347 人
在本院治療之初診斷癌症之病人數	1,758 人	1,596 人	1,357 人	1,432 人
所占之比例	23%	28%	31%	24%

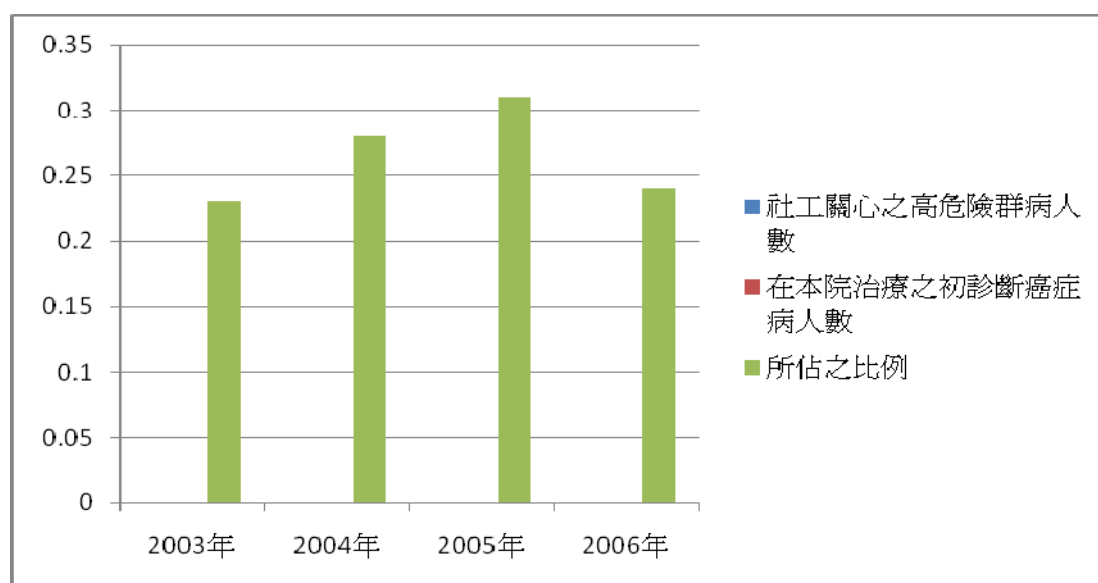


圖1 2003年~2006年門診病人接受社工師關心之高危險群病人數占在本院治療之初診斷癌症之病人數之比例

資料來源：從本室之轉介系統資料及本院資策部提供之本院治療初診斷癌症之病人數之資料計算得到。

表2 2003年~2010年情緒壓力關懷方案執行的狀況

	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年
門診人數	402	443	409	337	645	310	266	341
住院人數	0	3	14	10	312	486	319	208
合計人數	402	446	423	347	957	796	585	549

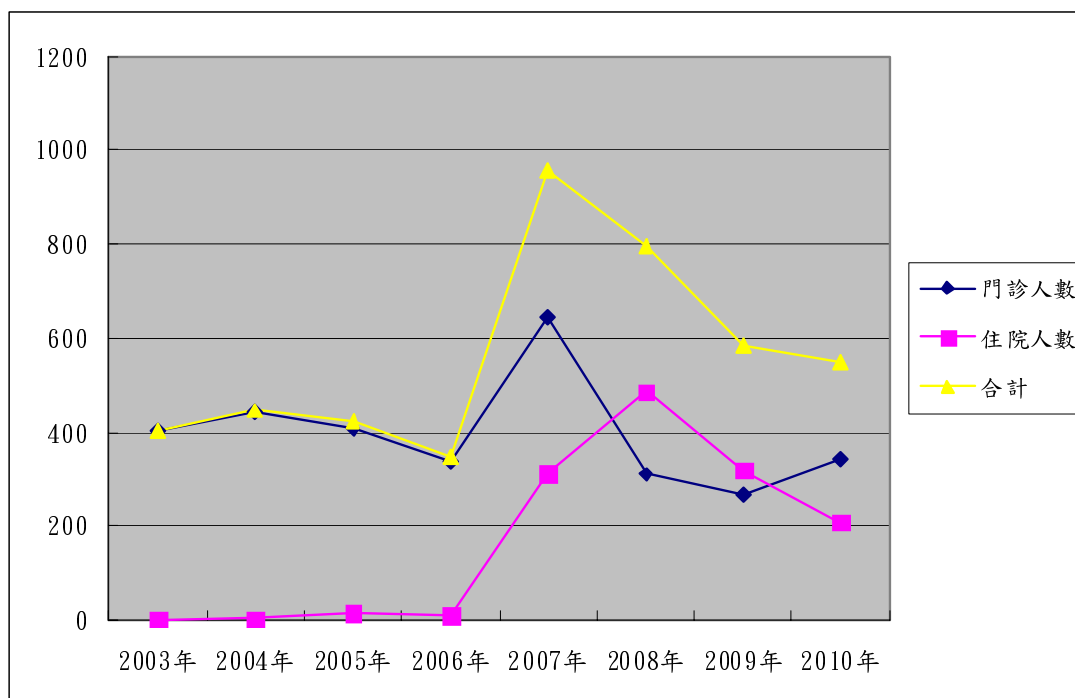


圖 2 2003 年~2010 年門診、住院病人接受情緒壓力關懷的病人數。

資料來源：社服室日報登錄作業系統(SOC002M)版本：1.10.1.1，個案查詢彙整得到。

七、成效

此方案在執行的第一年期間，每兩週召開一次情緒壓力關懷方案行政小組會議，針對執行的結果每年不斷地評估改善，以下針對方案執行過程的評估要點，舉例說明如下：

(一)以 2002、2003 年度情緒壓力關懷方案執行評估報告之摘要為例

1.修訂危機諮商的社會暨心理處遇服務流程

為了醫療團隊更有效率地關心病人因診斷為癌症所帶來的情緒衝擊，提早在病

檢科當病人之病理診斷確定時，就由資訊部將診斷為癌症的病人名單與門診預約單結合，在門診預約單顯示『發問卷』字樣，以提醒門診跟診護理師在病情告知後，將身心關懷問卷給病人填寫，當天填完收回問卷，也增列社工師為高危險群的病人服務的目標。若為高危險群者（焦慮分數『Anxiety』 $A \geq 8$ ，憂鬱分數『Depression』 $D \geq 11$ ），則在門診預約單顯示『會社工』字樣，以提醒門診跟診護理師聯絡社工師主動關心病人。為了讓問卷盡快傳回社會服務室，也在問卷的左上方加蓋『問卷填寫完後，請傳 B1 社會服務室』戳章。

2.在醫院的院務會議提出報告

執行的初期爲了讓全院的主治醫師及各部門主管了解與配合，2002 年分別在 1 月 18 日、5 月 17 日、9 月 18 日，有三次在醫院的院務會議提出報告，也在醫療品質策進會安排全國醫療院所參觀本院時（2002 年 12 月 12 日）作簡報。

3. 方案執行成果

(1) 成果分析一：從 2002 年 1 月至 2002 年 12 月回收的 613 份問卷中，55% 的病人有高焦慮的現象，20% 的病人有高憂鬱的現象，也就是在本院初被診斷爲癌症的病人接受 HADS 測試的病人，有一半以上是有高焦慮現象，有五分之一有高憂鬱的現象，這些是需要醫療團隊人員特別關心的一群病人。這些高危險群病人社工師會主動地接觸關心，尊重病人的需要與意願，予以個別諮商服務、個別連結病友志工、病友支持團體或身心科醫師共同關心，三個月後再測試，發現有 80% 的病人已不是高危險群，表示他們的焦慮或憂鬱現象獲得改善了。

(2) 成果分析二：從 2003 年 1 月至 2003 年 12 月回收的 720 份問卷中，56% 的病人有高焦慮分數，20% 的病人有高憂鬱分數，絕大部分有高憂鬱者也有高焦慮分數。有回收問卷的病人在接受心理暨社會的處遇，三個月後可以再填問卷評估者；在第二次問卷中，原來焦慮分數進入高危險群的病人有 103 位，其中有 56 位已不在高危險群，占 $56/103=54\%$ ，在第二次問卷中，原來憂鬱分數進入高危險群的病人有 43 位，其中有 33 位，已不在高危險群，占

$33/43=77\%$ ，也就是其中有 54~77% 已經不在高危險群。在我們接觸的病人中，其心理社會情緒壓力之盛行率，與西方國家相仿。對情緒壓力之早期偵測與處遇，是癌症病人完整照顧的極重要的一環。(3) 臨床服務病人的回饋

接受社工師主動關懷的高危險群病人均感到溫馨與感動！曾有病人表示：在徬徨無助的時刻有醫院的專業人員主動提供服務，讓他（她）們較放心，不再那麼不安，面對癌症不再那麼恐懼，知道醫院有一群醫療團隊的成員在爲他（她）們安排治療與追蹤計畫，讓他（她）們較有信心。另有病人表示：罹患癌症後，雖然生活品質受到衝擊，但因接受到社工師主動關懷的服務，日常生活還可正常運作，也因此更珍惜週遭親友、同事與醫院工作同仁關心的情懷，這是在別的醫院體會不到的。

(二) 癌症病人情緒壓力關懷方案過程評估 (品質改善管理)

PDCA 環（循環）或稱爲戴明環，是由 P（Plan，計畫）、D（Do，執行）、C（Check，檢查）與 A（Act，反應）所組成。該循環最早是由 Walter Shewhart 在 1920 年發展，之後在 1980 年代由戴明博士(W. Edwards Deming)發表而著名。是能使任何一項活動有效進行的一種合乎邏輯的工作程式，特別是在品質管制中得到了廣泛的應用。

1. 以 2004.03.21 評估報告爲例說明如下

PDCA CASE		管理上監測包括癌症病人的期待與滿意度－癌症病人情緒壓力關懷方案 PDCA(I)
DEPARTMENT		社會服務室
BACKGROUND		本院於 2001 年 7 月 1 日起開始針對門診初診斷為癌症且留在本院治療之病人，在病情告知後發給情緒壓力關懷問卷表『醫院焦慮憂鬱量表』（簡稱 HADS）（Zigmond & Snaith, 1983），填完問卷後社會工作師評估問卷表，若達焦慮或憂鬱標準（ $A \geq 8$ ， $D \geq 11$ ），則列為高危險群，社會工作師會主動與病人連絡關心，提供情緒壓力關懷服務。3 個月後會再發給問卷表，關心病人焦慮或憂鬱是否改善。
GOAL (OR PROBLEM) IDENTIFICATION		目標：落實『以病人的福祉為中心』之服務理念，使本院所提供之服務能符合初診斷為癌症病人之心理暨社會的需求。
PROCESS	Plan	實施癌症病人情緒壓力關懷方案滿意度調查
	Do	1. 對象：針對 2003 年 1 月 1 日起在本院門診初診斷為癌症且留在本院治療，其焦慮或憂鬱達到高危險群之病人，並接受情緒壓力關懷服務，滿 3 個月後再請其填寫第二次問卷表之病人。 2. 問卷發放方式：於病人來門診報到時即給予問卷在候診時填寫，填寫完立即回收，以提升回收率。
	Check	滿意度調查結果如下： 1. 2003 年 12 月共發出 85 份滿意度調查問卷，回收 34 份，回收率為 40%。 2. 整體的滿意度，受訪病人有 80%感到滿意，20%的病人表示尚可。 3. 病人的建議：希望能籌組病友團體，可藉此互相分享經驗。
	Act	1. 與各個多科整合診治團隊召集人討論，考慮增加各種癌友支持團體成立之可行性。故於 2004 年起即陸續成立大腸直腸癌、血癌、婦癌、頭頸癌、攝護腺病友支持團體，以期能增加其社會支持網絡。 2. 未來計畫：尋找更簡單、省事之情緒壓力篩檢量表【情緒溫度計】(Distress Thermometer, 簡稱 DT)，進行篩檢，以提升效率，預計於 2005 年 1 月 1 日開始運用之。

2.以 2006.12.31.評估報告為例說明如下

PDCA CASE		管理上監測包括癌症病人的期待與滿意度－癌症病人情緒壓力關懷方案過程評估--PDCA(II)
DEPARTMENT		社會服務室
GOAL (OR PROBLEM) IDENTIFICATION		目標：落實『以病人的福祉為中心』之服務理念，使本院所提供之服務能符合初診斷為癌症病人之心理暨社會的需求。經由病人的滿意度調查之意見反映，作為改善情緒壓力關懷方案的評估參考。
PROCESS	Plan	1. 2006 年起，將【情緒溫度計】(Distress Thermometer，簡稱 DT) 納入門診電腦診間醫令，提醒醫師在做各種醫療處置時，也關心病人之情緒壓力。 2. 持續執行癌症病人情緒壓力關懷方案滿意度調查。
	Do	1. 對象：針對 2005 年 12 月 1 日起至 2006 年 9 月 30 日止，在本院門診初診斷為癌症且留在本院治療，其情緒困擾指數達到高危險群 ($DT \geq 4$) 之病人，並接受情緒壓力關懷服務達 1 個月以上之病人，請其填寫滿意度問卷。2.問卷發放方式：請資訊部協助設計程式，連結符合條件之病人名單與預約掛號系統，於病人回診時，請病人服務中心之報到櫃臺人員協助發放問卷，報到時即給予問卷，在候診時填寫，填寫完後交回 B1 志工服務臺。
	Check	滿意度調查結果如下： 1. 2006 年 12 月共發出 152 份滿意度調查問卷，回收 37 份，回收率為 24%。 2. 整體而言，病人對情緒壓力關懷方案的滿意程度達 87%，較 2003 年之滿意度 79.4% 提昇 7.6%，較 2005 年之 90% 減少 3%，但病人的整體滿意度仍達 80% 以上；本年度針對 $DT \geq 7$ 但問卷未交回社服室之高危險群病人，社工師可經由電腦系統主動偵測並聯絡之，期待對高危險群病人之服務層面能更深入。
	Act	1. 2007 年將全面擴大對門診初、複診及住院病人關心其情緒困擾程度，將病人之情緒狀況視為第六個重要生命徵象(Vital sign)，定期偵測，並持續使用【情緒溫度計】做為篩檢的工具。 2. 未來計畫：當 $DT \geq 5$ (因全面實施病人情緒壓力篩檢，遺漏者減少且工作量遽增，經行政小組會議討論決議將 DT 分數調整為 5 分)時，護理人員即發給身心關懷問卷及身心科醫師所製作的【與疾病共處】衛教單張，社會工作者接獲護理人員通知或收到問卷後，即主動聯絡、關心病人，以落實對病人身、心、靈暨社之整合照顧。

八、影響

(一) 從病人的角度來看，可以得到社會支持力量以增加就醫之安全感

此方案之執行讓醫院的所有病人可以得到心理與社會支持的服務，以減低罹患癌症帶來的焦慮與不安；進而增強面對癌症治療之勇氣與信心。例如：曾有一位門診的頭頸癌病人得到社工師主動關心其情緒壓力，感到溫馨與有安全感，他也主動介紹將來醫院就診的其他初診病友與社工師認識，以增加其就醫之安全感。無形中由病人介紹病人來得到此服務，這是當初未預料到的果效與影響。

(二) 從整合醫療照顧的角度，支持醫療團隊成員且分擔其對病人與家屬情緒照顧之責

此方案之執行，增加社工師提供心理暨社會的諮商服務加入多科整合醫療照顧中，使醫師與護理人員能夠了解病人之家庭、社會背景，有效掌握病人家庭中之主要決定者，可提供醫療團隊成員更大的支持，分擔對病人與家屬之情緒照顧的責任。

(三) 促進醫病溝通關係

醫院制定政策對門診初、複診及住院病人全面執行，持續使用『情緒溫度計』做為篩檢的工具，關心病人情緒困擾程度，且將病人之情緒狀況視為病人第六個重要的生命徵象(Vital sign)後，定期偵測，社工師主動提供心理暨社會診斷與處遇，

與醫療團隊成員共同促進醫病溝通關係，落實為病人提供身、心、靈及社會的整合照顧服務。執行這 10 年來，此方案服務之果效，是社工師可以早期發現需要關懷的病人，早期提供心理暨社會的服務，很受醫院及多科整合診治團隊的肯定與重視，故當醫病溝通困難或醫病關係緊張時，醫護人員就會主動照會社工師，要求協助召開家庭會議解決，明顯減少醫療投訴或醫療糾紛事件之發生，達到促進醫病溝通關係的效果。

(四) 社工師之專業角色功能更提升

社工師主動關心病人之情緒壓力，在關懷過程，可提供病人之心理、家庭暨社會背景資料給醫療照顧團隊成員參考，尤其是醫師與護理人員很重視社工師在病歷上之紀錄。讓社工師的專業地位提升，在多科整合診治醫療團隊中占有一席之地。在社會服務室的年度工作報告也顯示因情緒壓力篩檢而接案的個案量占有所有個案量的一半。

伍、結論與建議

一、此方案之執行可代表落實本院『以病人的福祉為中心』核心價值的範例

此方案主要是利用量表篩選出可能具有情緒困擾高危險的病人，再以社會工作專業技術介入處遇，企圖讓病人可以在初被診斷為癌症時即可得到身、心、靈及社會的關懷照顧。也是，因著病人的意見反

應，重視病人心理暨社會需求之滿足，即使人力無法提供，仍不放棄，藉著社會資源的聯結與院內同事的努力，終於達成目標，這是很難得的實務工作經驗。

二、從協調到整合與合作(From Co-ordination to Collaboration)是個很寶貴的團隊合作經驗：參考美國肯塔基州市長行政助理暨青少年機構洪秀珍執行長，於 2007 年 2 月 27 日在臺北舉辦的社工專題座談指出：21 世紀的服務是強調整合的服務，原因是：整個大環境是處在問題的複雜性(More complex problems)、景氣不好(Less funding)、隔行如隔山(Learn from each other)之情境，故需要相互支持(Support each other)，團結才有力量(The collective power)。此方案的執行雖是社工師，但是整個方案的籌備、設計、執行、評估過程，均是以多科整合診治團隊的模式運作；從篩檢的量表之選取（醫師）、發放（護理師）、回收（社工師）、電腦資訊系統的介入（資訊部），甚至方案執行過程的偵測（臨床研究室），定期不間斷地召開行政協調會議。整個方案從無到有，進而茁壯，將病人之情緒狀況篩檢，視為病人第六個重要的生命徵象(Vital sign)，定期偵測，病人是最大的受益者，而多科整合診治團隊成員間的互動，情緒壓力關懷方案行政小組會議發揮了最大功用。

三、未來可進一步配合學術發展的一個研究方案

方案的目的是企圖建立「及早介入」

的危機諮商處理模式，增加病人治療順從性，提升病人預後狀況，建立良好的醫病關係，增強病人社會支持系統，確保醫療服務品質。整個運作過程，雖有團隊定期不間斷地召開行政協調會議做評估與改進，但是未能有紮實的研究設計去評估執行的確實果效，是一大限制。

四、對 2012 年衛生福利部的期待

國人十大死因，癌症連續 29 年均為榜首；在我們接觸的癌症病人中，其心理社會情緒壓力之盛行率，與西方相仿，美國的癌症病人接受『醫院焦慮憂鬱量表（HADS）』篩檢，有 20%~40% 為高危險群，其中只有少於 10% 的病人有接受到關心。加拿大癌症控制策略組織已於 2004 年 6 月開始將病人之情緒狀況篩檢，視為病人第六個重要的生命徵象(Vital sign)，定期偵測。癌症的診斷對病人產生很深刻的情緒衝擊，其共同的心理反應包括：對治療效果、未來、長期的副作用、癌症復發等之憂鬱感與不確定感。因此，社工師專業服務的介入，整合病人的社會支持系統，使其可從周遭之親友、病友、醫療人員得到支持，在診斷後及接續之治療期間是很重要的資源，可以幫助癌症病人在癌症經歷過程發現正向的意義（註 11）。情緒壓力之早期偵測與處遇，是癌症病人完整照顧極重要的一環。期待未來衛生與福利組織的整合，能運用政府組織之力量將癌症病人之情緒狀況篩檢，視為病人第六個重要的生命徵象(Vital sign)，在全國各醫療院、所全面執行偵測，以達成及早預防

或治療，對病人與醫療資源耗用可以減少支出之目標。

（本文作者邱秋員現為和信治癌中心醫院社會服務室主任）

註 釋

- 註 1：Dafna Sadeh-Tassa, Margalit Drory, Karni Ginzburg, Jona Stadler. Stages of Breast Cancer: An Israeli Psychosocial Intervention Model. *Journal of Psychosocial Oncology* 1999; 17(3/4)。
- 註 2：吳樹平，乳房切除婦女的壓力源、應對策略與心理社會適應之關聯性研究—以榮總臺北市病患為例。東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文，1986，頁 171-172。
- 註 3：同註 2，頁 35。
- 註 4：B. T. Landmark, M. Strandmark, A. Wahl. Breast cancer and experiences of social support, In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scand J Caring Sci*; 2002; 16: 216-223.
- 註 5：NCCN Practice Guideline for the Management of Psychosocial Distress, NCCN Proceedings. MAY. 1999. *ONCOLOGY*, 140-141.
- 註 6：莫藜藜，（醫務社會工作），李增錄主編，【社會工作概論】，臺北：巨流圖書公司，1997，頁 406。
- 註 7：W.K.Kellogg Foundation 著，趙佳音、中華社會福利聯合勸募協會合譯，劉淑瓊、陳文良校訂，【邏輯模式發展指南】，巨流圖書公司印行，2011，頁 10-15。
- 註 8：同註 4。
- 註 9：J. R. Ballew & G. Mink 著。王玠、李開敏、陳雪真合譯，（社會工作）【個案管理】，心理出版社印行，1999，頁 003。
- 註 10：The Rationale and Foundations Of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer, Molyn Leszcz, Pamela J. Goodwin, *International Journal Of Group Psychotherapy*, 1998, 48(2).
- 註 11：Maya J. Schroevers et al. Type of social support matters for prediction of Posttraumatic growth among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology* 2009; DOI: 10.1002/pon。

參考文獻

- 王玠、李開敏、陳雪真合譯，J. R. Ballew & G. Mink 著，(社會工作)【個案管理】，心理出版社印行，1999，頁 003。
- 吳樹平，乳房切除婦女的壓力源、應對策略與心理社會適應之關聯性研究－以榮總臺北市病患為例。東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文，1986，頁 171-172。
- 莫藜藜，(醫務社會工作)，李增錄主編，【社會工作概論】，臺北：巨流圖書公司，1997，頁 406。
- 趙佳音、中華社會福利聯合勸募協會合譯，W. K. Kellogg Foundation 著，劉淑瓊、陳文良校訂，【邏輯模式發展指南】，巨流圖書公司印行，2011，頁 10-15。
- B. T. Landmark, M. Strandmark, A. Wahl. Breast cancer and experiences of social support, In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. Scand J Caring Sci; 2002; 16: 216-223.
- Dafna Sadeh-Tassa, Margalit Drory, Karni Ginzburg, Jona Stadler. Stages of Breast Cancer: An Israeli Psychosocial Intervention Model. Journal of Psychosocial Oncology 1999; 17(3/4).
- Maya J. Schroevers et al Type of social support matters for prediction of Posttraumatic growth among cancer survivors. Journal of Psychosocial Oncology 2009; DOI: 10.1002/pon.
- NCCN Practice Guideline for the Management of Psychosocial Distress, NCCN Proceedings. MAY. 1999; ONCOLOGY, 140-141.
- The Rationale and Foundations Of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer, Molyn Leszcz, Pamela J. Goodwin, International Journal Of Group Psychotherapy, 1998; 48(2).