

醫療社會工作於腫瘤治療病患 的處遇與發展

童伊迪



壹、前言

臺灣在 2008 年當年度有 79,818 人癌症新確診者（國健局，2011），與 20 年前最大的不同在於癌症過去大多被當作不治之症，一旦被確診許多病患活不過 3~5 個月；如今醫療技術大幅突破與不斷發明的新藥，不少癌症治癒效果在提升，癌症被重新定義，視為需要長期控制的「慢性疾病」，等同於高血壓、糖尿病。「美國癌症協會」統計，全美超過 5 年存活的癌症病友高達 800 萬人。至於臺灣有多少 5 年以上的癌症存活者，目前沒有官方數字。但根據保守估算，累積至少有 30~40 萬人（王梅，2010）。美國腫瘤醫學界就曾經指出，歷史上從來沒有一個時代像現在一樣，有這麼多的癌症存活者（cancer survivor）。當病患被確認診斷為癌症往往衝擊其個體生活，常經歷發病、治療、緩解、穩定、復發、再治療的辛苦歷程，影響其日常生活、就學、就業、家庭與人際關係，雖然醫療科技的進步能減少死亡率與延長病患的生命，然而醫療處置常常令病患及其家屬

備受威脅與壓力。醫院中的醫療社會工作協助病患家屬處理因疾病引起的社會心理議題，促進醫病間的溝通使其順利接受治療，以提升醫療的效果。醫療技術延長癌症病患的生命，社會工作專業知能協助腫瘤病患發展疾病因應技巧，緩解其生心理上的不適，同時關注病患的生活品質與生命尊嚴。本文檢視疾病對身心狀況的影響、癌症病患及其家屬經歷的社會心理歷程及醫療社會工作可能的處遇，並探討國外腫瘤社會工作的發展與現況，以提供國內醫療社會工作者在腫瘤病患處遇之參考。

貳、疾病對身心狀態的影響

生病會引發重大壓力的生物心理社會反應，造成個人壓力而需費力去調適的重大生活事件就會需要個人動用能量去改變調適。心理學對健康的看法，不只是身體沒有疾病或不良訊號狀態。Antonovsky (1987) 認為一般常關注在使人保持安適（wellness）的狀態中，「生病-安適」是連續向度，兩端各是過

早死亡或高度安適，人們一面努力治癒疾病朝向健康安適狀態，也可能一面須在無法治癒疾病且健康功能日漸喪失時，致力於儘可能的安適以便與疾病共存（引自李玉嬋，2007）。除了以疾病的預防與治療來追求保有身體健康與心理安適狀態之外，也可以在健康受損下，努力調適疾病的症狀並因應功能喪失的困境，仍保有儘可能的安適。然而這就會是在醫學技術之外，需要仰賴其他方式，協助個人調整新生活型態與性格習慣這兩項社會心理因素，以因應健康危機狀況。

當個人因罹患癌症、慢性疾病等無法治癒、只能控制的疾病時，他對健康安適狀態的追求，就不可能是修復到他原先未生病前的高度安適狀態；退而求其次需要從與病共存的安適生活狀態著手，例如調整飲食習慣、生活作息、活動方式、社交範疇，甚至生活重心之優先次序等，來適應帶病生活。這些就不只是需要醫藥衛生知能來因應身體器官功能的改變狀態，更需要社會工作、心理諮商來協助其調整認知、情緒、行為系統，去適應生理狀態及其所牽動出家庭關係與經濟工作變化影響。在 Sarafino 1992 年的健康心理學（Health Psychology）就指出 Holmes 和 Rahel 在 1967 年發展的「社會再適應評估量表」（the Social Readjustment Rating Scale，SRRS），評量出「本人受傷或生病」是除了死亡或離異事件之外，排名第 6 名的重大壓力生活事件，而「家人健康狀況改變」則屬第 11 名的重大壓力生活事件（蕭仁釗等譯，1997）。個人若長期持續處在壓力下，身體會產生所謂的「一般適應症候群」（general adaptation syndrome，GAS）的三階段變化：

警戒期、對抗期、耗竭期，易累積壓力發生生理傷害甚至過勞死亡（引自李玉嬋，2007），另在身體增加負荷，造成疾病惡化的可能性就不難推知，甚至會造成情緒與行為的失控。因此可以理解疾病對個體的衝擊不僅是生理上的不適，還有社會心理面向的因應與適應。

參、癌症病患及其家屬的社會心理歷程

癌症的診斷總是令人震驚不已，主要與癌症對生命的威脅及對生活的整體層面有極大的衝擊有關。從 1970 年代的許多研究中發現，癌症對病患及家庭造成立即及長期的身體、情緒、社會心理及行為上的困擾（鄭凱云，1999；莫藜藜，1998；秦燕，2009）：

一、身體心像的改變

所謂身體心像的改變意指病患因疾病的本身與治療造成身體外觀或功能的變化，例如：體重驟減、頭髮脫落、乳癌病患切除乳房、大腸直腸癌病患裝置人工肛門等；或疾病治療造成角色功能的改變，像過去家庭的經濟來源者因生病無法再繼續扮演生計維持的角色。身體心像的改變容易造成病患自我概念及自尊的傷害，可能覺得自己沒有吸引力、不完整，影響其正常生活功能的運作。不管是哪一種癌症，病患的身體心像都會受到疾病本身或治療的影響，當病患的身體心像受到威脅時，病患通常會自我價值感低，失去對自己身體的完整性（physical wholeness），並對自己的社會角色缺乏認同感。

二、對未來的恐懼與不確定感

沒有一種癌症可以保證不會再復發或轉移，所以如何在恐懼與不確定的狀態下計畫未來，並與癌症共存，是癌症病患的重要挑戰。因為有復發或轉移的可能性，病患及其家屬無法預知未來生命的可能發展，因此，一旦被診斷為癌症，這一生都將被標籤為「癌症病患」，他們無法計畫未來、甚至下一秒，生命對他們來說是充滿不確定的。

三、人際困難

除了治療導致身體的疲倦外，疾病本身造成的心理與情緒反應亦會影響病患社會生活的角色與功能，進而造成社交孤立（social isolation）的情形。他們被動、甚至完全不活動，從正常活動中退縮出來。病患對疾病的心理情緒反應影響社會生活中的角色，進而產生社會孤立。癌症是一個具有烙印化（stigmatization）特性的疾病，病患從主要的生活角色中退縮，拒絕執行過去的社會角色，淡化過去的人際關係。

四、失控感

對生命失去控制的能力是癌症病患常經歷的情緒感受，這個感受在診斷後即出現。與正常人一樣，癌症病患也希望活得完整，並且發揮最佳的功能。然而，病患因為癌症可能的復發或轉移產生無法控制的感覺，他所經歷到的不僅是無法控制癌症，甚至無法控制其生命，無力感與無能感隨之產生。尤其失控感往往展現在「操控」外顯行為上，而家屬或主要照顧者常是病患控制的對象，其所代表的意義是，「我無法掌控生命，所

以我要儘可能，控制我所能控制的」。

五、依賴

癌症本身與治療造成的不舒服感會阻礙病患生活自理的功能，影響其獨立的能力，進而導致沮喪，引發自殺的意念或行為。診斷後，病患意識到永遠無法脫離「病患」這個標籤的同時，「依賴」這個議題亦隨即出現，其依賴的對象多為家庭成員中的主要照顧者。病患恐懼失去獨立的能力，亦擔心自己成為家庭的負擔。

六、死亡與瀕死（death and dying）

死亡與瀕死癌症病患最明顯的社會心理議題，即使是初期的癌症病患，亦會想到死亡，對病患而言，一旦被診斷為癌症，他們必須與癌症共存一輩子。死亡與瀕死的未知是最令人感到焦慮的，癌症診斷不同於其他疾病的部分即是它的不可預測性，對死亡的恐懼及所帶來的陰影常讓病患及家屬感到不安，也阻礙了疾病適應的進展。

肆、醫療社會工作處遇

癌症照顧領域社會工作處遇的基本原則必須以瞭解病患特定的癌症診斷和治療計畫，及病患的情緒和社會狀況為基礎，同時能讓病患和家屬直接獲得協助，幫助病患和家屬掌控感到無助與失控的情境。針對上述的原則，有以下的處遇策略（莫藜藜，1998；秦燕，2009；溫信學，2012；蔡佩真，2011）：

一、個案工作

醫療社工員面對腫瘤治療的病患常見的工作如協助醫療適應、出入院照顧、家庭人際議題、實質的經濟協助、情緒疏導與支持。從腫瘤的發現，進入漫長的治療階段，到曙光乍現的治療穩定期，或進入腫瘤復發階段，不同面向間的問題相互影響，病患的情緒變化複雜，社工員須瞭解其社會心理反應及產生的問題。家庭是患者重要的支持系統，家庭成員亦是個案工作的焦點，由於腫瘤病患就醫頻率增加，存活時間延長，長期照顧病患可能讓家庭承受經濟的負擔及體力上的耗竭。透過個案工作的諮詢與輔導緩解家屬的照顧壓力，促進家庭成員與病患間的對話，共同面對疾病所帶來的衝擊。

二、團體工作

團體工作對腫瘤病患和家屬是相當有助益的社工處遇，當病患及家屬在醫師確診後，如何因應他們生命中的意外危機並沒有準備，透過相同疾病的病友經驗分享、心理支持，減少對疾病的恐慌，更能適應問題情境與處理困難。病友團體的功能如疾病資訊的分享、治療適應經驗交流、情緒支持、醫病交流、病患自我成長與權益倡導等，幫助病患及其家屬，能獲得正確與正向的力量。透過團體工作讓罹患疾病的病人在自助、助人的歷程中充權，重新認識自己與肯定自己，改善個人的孤寂感，降低因罹病的失能感受。

三、資源連結及教育

腫瘤病患有多元的需求，如財務上的援助、交通、居家護理、居家照顧、輔具及醫療用品等，針對這些需求提供直接服務或訊

息，不只提供了他們所需的協助，而且也能減少病患心理和社會上的影響。如提供假髮資訊可以讓病患的形象和自信加分；協助經濟補助可以讓他們獨立自主；提供病患交通工具可以減少就醫障礙；提供喘息或居家服務可以減輕家屬的照顧壓力。在幫助腫瘤病患和家屬瞭解癌症診斷、有效使用醫療保險以及取得社區資源時，教育是重要的方法。將攸關病患福祉、疾病型態、治療方式、營養保健等正確知識，有組織有系統地傳達給病患或家屬，讓他們可以學習到正確面對疾病的認知態度與合宜的照護方式。

四、出院準備服務計畫

出院準備服務計畫是一種結合了社會心理、醫療及特定處遇而發展出的一套治療計畫，以符合病患的需要。在醫院中的出院準備服務計畫以個別病患為主，與社區資源連繫、協調的專業知識與技術、並結合醫療團隊工作人員與病人家屬共同合作，評估病人出院可能遭遇之內外在生理、心理與社會等多方面的問題與需求，有計畫的設計與安排合宜、延續性的照顧內容。同時協助病患及其家屬面對相關需求，培養調適與解決問題的能力，掌握所處社區可運用的正式與非正式資源，使得病患所接受到的服務具整合性與持續性的效果。

伍、國外腫瘤治療社會工作的經驗與發展

醫療社會工作發展於 20 世紀初，在 1905 年時 Dr. Richard Cabolt 提出：醫療的建議與

實用性間有其矛盾，醫療與病患間有一段距離存在，社會工作在填補此缺口。Cabolt 認為醫院的社會工作者在協助實現更正確的診斷及有效的處置計畫（Fobair et al., 2009）。最早的醫療社工員 Ida Cannon 在 1913 年出版的「醫院社會工作」（Social Work in Hospital）就清楚的說明「醫療社會工作者」（medical social worker）的角色（引自 Fobair et al., 2009）：

「在醫院社會工作者的眼中，病患不是一位被孤立與不幸的佔據病床角色，他是家庭與社區團體的成員，只因疾病而暫時改變。社會工作者協助移除病患環境中的障礙，透過成功的處遇，讓病患於自在的狀況下恢復往常的生活。」

1940 年代美國的醫療社會工作變成醫療組織中相當重要的角色，同時社會工作者協助癌症病患的角色亦開始受到重視。Holland（2002）認為社會工作者是伴隨醫師與護士的醫療照顧下首位致力關注腫瘤病患及其家庭的心理與社會問題的專業人員。1970 年代腫瘤社會工作開始蓬勃發展，原因在於健康照顧團隊中，除了必要的醫療處置外，病患的社會心理需求同時需要被關心與照顧。醫療社會工作針對腫瘤病患需求、資源與人際關係等的獨特知識皆有助於正向的治療結果。在 1980 年代一項研究對癌症病患的追蹤發現：在治療狀況下自然形態（natural patterns）的干預措施如團體處遇、自我催眠術、行為修正術皆是有助於醫療成效的干預方式。

在過去二百年罹癌病患存活率不斷的提升，這樣的趨勢也提醒專業人員重視腫瘤（註 1）治療實務。在美國 2007 年時有 1,444,920 新罹癌病患，成年罹癌患者 5 年存活率為

66%，部分腫瘤病患存活率遠超過這個數據。例如乳癌患者 5 年存活率為 88%（Jemal et al., 2007）。隨著癌症病患存活率的增加，癌症已經被重新定義為「慢性狀態」（chronic condition），癌症的照顧被界定為「連續性照顧」（continuum of care）或康復者（survivorship）（Burg et al., 2009）。癌症病患的存活率隨著醫學技術不斷增加，美國在 1971 年通過的全國癌症法案（The National Cancer Act），對抗癌症的行動計畫（War on Cancer）中強調在打擊癌症之餘，應該更關注病患的情緒與社會心理需求。腫瘤社會工作（oncology social work）其獨特的角色更加理解癌症病患在確認診斷時其面臨的各種身心壓力與照顧間的鴻溝，隨者癌症病患的增加，社會工作在腫瘤病患與癌症存活者的照顧知能上亦日益重要。腫瘤科社會工作者在癌症照顧的後續治療階段（post-treatment）需有更進一步的思考與處遇，特別是對癌症存活者的照顧相形重要。

美國現今的腫瘤社會工作已是高度發展的專業，腫瘤社會工作協會（Association of Oncology Social Work, AOSW）成立已近 30 年，教育、支持與研究的目標，以滿足腫瘤科社工員在癌症病患社會心理處遇的專業知能。將醫療社會工作的價值與實務延續在腫瘤社會工作的專業角色上，腫瘤社會工作是醫療團隊中的一員，其功能在協助病患及其家屬有效的使用健康照顧系統，並樂觀的發展疾病因應技巧，倡導病患的觀點及運用社區資源以發揮最大的功能（Fobair et al., 2009）。腫瘤社會工作的主要功能在於評估病患、家屬照顧的需求並提供處遇服務，協

助病患在生理、心理、人際與環境的適應與問題解決。

對癌症病患社會心理的支持在其因應問題、心理功能與在不同疾病階段的生活品質常有正面的影響效果 (Davis, 2004; Lillquist & Abramason, 2002)。加拿大社會與醫療服務單位提供民眾整合性服務輸送模式 (Integrated service delivery, ISD)，一種跨專業團隊與病患中心的服務模式，讓病患在單一地區同時使用多種不同的服務 (Gadalla, 2007)。Cwikel 和 Behar 在 1999 年針對 36 名腫瘤病患的治療經驗研究發現，有三分之一的癌症病患被診斷有高風險社會心理問題，但只有百分之十五至二十五的病患使用社會工作的服務。在 2003 年加拿大全國性的調查中發現只 8.2% 的腫瘤病患接受社會工作的服務。在這些研究要討論為何有這麼多有社會心理需求的癌症病患沒有尋求社會工作的協助？如果這個議題被證實，那就要思考如何減少服務尋求與使用上的障礙。Gadalla (2007) 的研究就發現年長的癌症病患使用社會工作服務的比例低於年輕的癌症病患，社會工作專業應致力於減少年長患者使用社會服務的障礙。病患、服務提供者與環境因素都會影響服務的使用，如健康照顧者的性別、教育程度、地區資源的可近性等。

Burg 等 (2009) 對癌症病患就醫歷程的研究中發現三大就醫障礙：醫療系統、環境障礙與個人障礙。除了醫療系統中缺乏醫療保險的問題外，在環境障礙上病患無法有品質的使用醫療照顧，如交通問題、語言問題、文化問題、因家中的幼童或老人缺乏照顧的牽絆。個人障礙的部分在於癌症病患對疾病

的挫折與恐懼，如因接受治療而導致工作不保，及缺乏疾病與治療訊息，而無法尋求正確適當的治療方式。美國腫瘤社會工作協會 (AOSW) 建議以社區為基礎的組織能有效減少癌症病患接受照顧的障礙，歸納五個議題如下：

一、提高社會工作服務的可近性

- (一) 連結多樣化的服務，如：電話、網路、翻譯服務。
- (二) 個別化的服務。
- (三) 發展病患引導系統 (navigation system) (註 2)。
- (四) 運用志願服務人力。

二、倡導

- (一) 提倡周全的醫療照顧 (universal healthcare coverage)。
- (二) 倡導重視醫療社會工作服務。

三、多元教育管道

- (一) 透過媒體、廣告的方式來教育民眾與宣導癌症防治的工作。
- (二) 透過外展服務至社區中提供相關資訊。
- (三) 提供多國語言的癌症治療教育資料。

四、減少財務問題的影響

- (一) 針對病患具體的需求，即時援助並且直接為病患服務。
- (二) 提供經濟補助予需要的病患。
- (三) 為家中有老人及小孩的家庭支援居家照顧 (homecare assistance)。

五、提升社會服務的品質

- (一) 讓病患獲得可近性高的社會工作協助，幫助他們克服障礙。
- (二) 醫院應聘僱足額的腫瘤社會工作者。
- (三) 加強教育醫療社會工作者於癌症照顧方面的知能。
- (四) 整合社會工作於健康照護系統並與醫護人員一同工作取代對立關係。
- (五) 進行研究來瞭解癌症病患的就醫障礙及解決方式。

在美國腫瘤社工員常依循三個理論架構工作：健康相關的生活品質（Health Related Quality of Life, HRQOL）、充權理論、優勢觀點。在生活品質部分常關注四個面向：生理健康、心理與情緒健康、心靈安適、社會幸福感。醫療人員重視的是癌症病患的生理健康，後三者則留給社工員來工作（Davis, 2009:45）。目前多數醫療照顧單位皆規劃病患引導員（patient navigators）的角色，由護理、社會工作或其他人員擔任。Davis 強烈建議病患引導（navigation）的角色應由社工員來擔綱，協助病患取得醫療與生活適應、尋求社區資源與權益倡導。另一個議題是腫瘤科社會工作者是否有適時的更新其知識與工作技巧以因應當今病患的需求，這樣的知識不僅在評定病患的需求，計畫合宜的服務以符合病患的需求才是重點。因為服務使用者的特徵在改變中，因此更應瞭解那些未尋求社會工作協助的腫瘤病患其原因，同時理解腫瘤病患需求樣貌的變化以期因應。在加拿大醫院社會工作部門其腫瘤病患已逐年增加（Gadalla, 2007），這也代表應有計畫的培訓足夠的腫瘤科社工員（oncology social

worker）以因應民眾的需求。

病患在面對癌症的診斷往往是焦慮與恐懼，然而由於醫院環境步調快速及病患眾多，醫院文化會迫使臨床實務再概念化（re-conceptualization），醫療社工員往往只有短少的機會協助病患與提供臨床處遇。醫療社工員必須在很短的時間內評估，並與病患建立關係與信賴感，時間的限制與病患的快速流動，讓社工員對病患只能進行短期的照顧（Caroff & Mailick, 1985; Snow, 2009; Gregorian, 2005）。面對腫瘤病患及其家屬，醫療社工員必須依循正確的價值並運用不同與有效能的短期處遇，醫療社工員的干預關注在病患當下因疾病而產生的問題或風險議題，相對探索長期的心理衛生等問題。Davis（2009:50）提醒腫瘤社工員在重視癌症存活者的健康與情緒的復原力時，主要照顧者的需求應同時重視。

陸、腫瘤治療社會工作的新興議題

病患一旦被確診為癌症時，往往經驗到失落的控制感（loss of control）。失落的控制感在治療與疾病的情境下、擾人與不適的醫療歷程、失去隱私等更容易被強化。Christ 和 Sormanti 在 1999 年針對 121 名社工員的臨終照顧（end-of-life care）經驗研究中發現社工員在教育、訓練與實務工作上的鴻溝在於實務工作者往往知道新的技術如催眠（hypnosis）或意象治療法（guided imagery）能有效的緩解病患疼痛、焦慮及其他臨終症狀，但因欠缺專業訓練或專精於此技術而無法運用於實務工作。Sulman、Savage 和 Way

(2001) 就指出當今醫院社會工作部門與社會工作者的焦點往往在協助醫院降低成本與減少病患住院天數，他們建議醫療社會工作者應該增加其專業技能並創新其關鍵角色在跨專業團隊、高風險個案篩選、出院計畫、問題導向的短期處遇等健康照護領域有所發揮。

社會工作在健康照顧領域面對病患照顧、疾病型態的改變、健康照顧的技術發展等新模式持續受到挑戰 (Gregorian, 2005)。傳統上腫瘤科社工員在第一線協助癌症病患以解決障礙取得資源，社會工作協助癌症病患或存活者 (survivor) 往往有多種方法，包含提供病患、主要照顧者、家庭或團體治療，教導存活者取得或維持基本需求 (如食物、住所、醫藥需求、交通等) 的自我倡導技巧 (self-advocacy skills)，協助存活者取得健康照顧資源。Cwikel 檢視四十名癌症病患接受腫瘤社工員協助的效益，研究發現不管是個別輔導或是認知行為團體的介入，社會工作的處遇都提升病患的希望與自我效能。病患認為在治療階段的社會工作輔導的正向結果優於診斷階段時的干預，同時病患也期待社會工作者能降低其孤獨感、疏離感與被烙印的負面經驗。

在 2005 年「從癌症病患到癌症存活者」(From Cancer Patient to Cancer Survivor) 一書的出版，也讓美國腫瘤社會工作協會開始建制癌症存活者 (cancer survivor) 的標準照顧流程、評估工具，以期有品質的干預策略 (Burg et al., 2009)。近來美國社會工作協會 (NASW) 發表的社會工作再投資計畫 (The Social Work Reinvestment Initiative) 中即強

調改善病患使用腫瘤社會工作服務的可近性，並從人力配置不足的問題著手，增聘社會工作專業人力、加強訓練與研究。

一、認知行為治療法

認知行為治療法 (cognitive behavior therapy, CBT) 相當適合社工員於實務上的操作，社會工作的目標與 CBT 的目標皆是關注案主的優勢與他們所處的環境。CBT 的工作方法如心理教育 (psycho-educational)、技巧教導、問題解決、協調原則都是社會工作常用的技巧 (Ronen, 2007)。Roche (2007) 的研究即發現社會工作帶領癌症病患的團體實務中，認知行為治療法的使用有助於提升病患的福祉 (well being)。在 Moorey 與 Greer 針對癌症病患的認知行為治療實驗中，在結束療程後發現隨機控制組 137 名原經驗疾病引起的負面情緒與高度心理壓力的癌症病患，其壓力顯著降低，焦慮減少、無助感也獲得改善，此正向的心理知覺至少維持四個月之久。在不少實證研究中也顯示針對癌症病患的放鬆訓練與意象引導，有助於降低心理壓力、減緩疼痛或不適症狀、解決睡眠問題，提升個人能量以改善生活品質 (Moorey & Greer, 2002)。Cohen (2010) 採用認知行為治療團體模式，協助癌症病患及其家屬因應其癌症與合併症的問題，透過六次團體工作的強調學習的過程與獲得的技巧幫助參與者辨識與改變令人挫折 (distressing) 的想法。CBT 團體工作的焦點有八項：(1) 辨識導致負面情緒的思考型態；(2) 將認知與行為技術運用於引發焦慮的情境；(3) 學習肌肉放鬆技巧；(4) 意象引導技術的操作；

(5) 即時的放鬆練習 (immediate relaxation)；(6) 生理回饋儀 (bio-feedback) 的合併使用；(7) 在家練習的要求 (practice at home)；(8) 書面教育資料 (leaflets) 與舒壓音樂 (CD) 的提供。

特別的是團體中同時採用生理回饋儀 (bio-feedback)，協助病患知覺當下生理警覺的狀態 (physiological alertness states)，進一步學習與運用有效降低壓力與挫折的方法。Cohen 強調在 CBT 團體模式中傳授因應技巧原則遠勝於治療的目的，特別是在電腦生理回饋儀的運用，反映參與成員個人的生理狀態如肌肉張力 (muscular tension)、脈搏 (pulse)、體溫 (temperature) 及膚電活動 (ElectroDermal Activity, EDA) 記錄。上述生理表徵作為成員個人層次在壓力與放鬆的改變指標，團體進行各種放鬆技巧的訓練，協助成員覺察、監控、調整自己的心理生理狀態，減緩焦慮與肌肉緊繃程度。在 Cohen 帶領的團體發現，生理回饋儀在團體進行中的應用，讓成員在團體歷程中觀察到個人生理的變化，有助於提升病患與家屬的參與興趣及動機。

二、催眠治療 (hypnosis)

Berkman 等 (1996) 強調健康照顧實務要提高病患因應的能力而非改善既存的心理問題或精神疾病。越來越多的趨勢顯示在健康照顧機構中，社會工作者如腫瘤社工的特定角色，意識到培訓特殊技巧以提供腫瘤病患 having 品質照顧的重要性。Snow 和他的同事進行腫瘤病患催眠治療的實驗計畫，她們在白血病患進行骨髓抽取檢驗 (bone marrow

aspirates and biopsies) 時，同時對病患進行催眠。實驗結果發現，短暫的催眠效果降低了病患因侵入性檢查所造成的不適與疼痛感，同時也提高治療醫師 (physicians) 與病患的滿意度 (Snow, 2009)。

三、意象引導 (guided imagery) 與放鬆訓練 (relaxation)

絕大多數的腫瘤病患都會面臨疼痛的問題，Glajchen (1995) 認為為促進癌症病患的尊嚴與生活品質，社工員應該要關心病患因癌症引起的疼痛問題。他提出社會工作在癌症病患疼痛管理的處遇策略：(1) 促進病患、家屬與醫療人員間的溝通；(2) 評估病患與家屬的資源、優勢與限制；(3) 運用環境資源發展醫療模式外的問題解決方法；(4) 提供持續的心理支持；(5) 發展認知行為團體、心理教育團體。意象引導與放鬆訓練亦能有效改善病患疼痛問題 (Glajchen, 1995)，採用意象引導技巧，減緩患者的生理不適與幫助其寧靜 (tranquility)，進入個人的想像空間 (imagination)，引導安靜與平和的氛圍，例如在每一次的團體進行，社工員會給參與者指令，要她們想像漫步在海邊、森林、噴泉旁、花園等的空間中。想像嗅覺、聲音等不同感官的體驗，再經由討論來覺察放鬆前後的不同感受，增強參與者的正向經驗。

柒、結語

罹患癌症就意味著死亡，但實際並非如此。隨著治療技術的進步，癌症患者的存活率增加，存活時間亦延長，有品質的生活在

癌症處遇上是重要的議題。醫療社會工作被訓練來辨識與協助有社會心理需求的癌症患者及其家屬，透過專業的知識在情緒、生活與有效面對管理各種議題，透過諮詢來確保個人或團體獲取適當之服務。社會工作者還能促進訊息之交換，教育的介入、自然的情緒支持。如同國外腫瘤治療社會工作的發展，研究者提出以下建議：

- 一、進行癌症病患的需求調查以瞭解其在不同疾病類型、疾病階段的社會心理需求。
- 二、排除障礙讓有需求的癌症病患都能即時獲得醫療社會工作的協助。
- 三、醫療社會工作知能與技術的豐富化與多元化，以期有效緩解病患身心理與生理上的不適。
- 四、醫院組織應增聘社會工作員額，以符合醫療市場腫瘤病患的需求。
- 五、透過社會工作專業團體提供實質的支持，並加強處遇工作的訓練與研究。

腫瘤社會工作須運用心理社會評估、跨專業團隊、支持性輔導、倡導等與癌症存活者、家屬及照顧者一起工作，協助其因應危機、尋求必要資源、合宜的治療與輔導。面對癌症病患和家屬的社會心理議題，需要多元的社會工作技術，因此知識、經驗和創意在病患照顧上扮演非常重要的角色。醫療社會工作者透過社會心理評估、謹慎的處遇策略如：個案工作、團體工作、連結社區的資源、教育、出院計畫等處遇，以提供病患及家屬完整的服務。醫療科技的進步延長了腫瘤病患的生命，也讓癌症存活者的生活品質日益受到重視，腫瘤照顧領域對醫療社會工作無疑是一項新興的挑戰。

（本文作者為中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系助理教授）

關鍵詞：醫療社會工作、腫瘤社會工作、癌症存活者

📖 註 釋

- 註 1：腫瘤分為良性腫瘤（細胞型態良好、非侵犯性、不會轉移）及惡性腫瘤（細胞分化不好、具侵犯性、會轉移），惡性腫瘤常被稱為癌症。
- 註 2：病患引導系統（navigation system）類似於國內自 2010 年起衛生署國民健康局補助醫院辦理「癌症資源單一窗口」服務，統整醫院內外資源扮演領航員的角色，提供新診斷癌症病人從確診、治療到回歸社區等各階段的服務，包括提供或轉介癌症照護或相關醫療資訊、情緒支持及社會資源諮詢等，以期協助罹癌病人與家庭能獲得完整的相關資源與支持服務。

📖 參考文獻

王梅（2010）。癌症治癒後玫瑰人生正開始，*康健雜誌* 134 期。2012 年 10 月 2 日，取自

- <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?id=5031263>。
- 李玉嬋 (2007)。醫療諮商的相關理論基礎-疾病適應相關理論。《諮商與輔導》，250，頁 47-55。
- 秦燕 (2009)。《醫務社會工作》。臺北：巨流。
- 國健局 (2011)。98 年主要癌症申報發生統計。www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?
- 莫藜藜 (1998)。《醫務社會工作》。臺北：桂冠。
- 溫信學 (2012)。《醫務社會工作》。臺北：洪葉。
- 蔡佩真 (2011)。安寧療護工作壓力、耗竭與人力維護。《社區發展季刊》，136，頁 164-180。
- 鄭凱芸 (1999)。罹癌之情緒與社會心理議題，載於國民健康局編著，*醫療社會工作癌症照顧領域實務手冊*，頁 24-40。臺北：行政院衛生署國民健康局。
- 蕭仁釗、林耀盛、鄭逸如譯 (1997)。《健康心理學》，Sarafino, E.P. 著，臺北：桂冠。
- Berkman, B. (1996). The emerging healthcare world: Implications for social work practice and education. *Social Work*, 41(5), 541-551.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news*. The John Hopkins University Press.
- Burg, M. A., Zebrack, B., Walsh, K., Maramaldi, P., Lim, J. W., Smolinski, K. M., Lawson, K. (2010). Barrier to Accessing Quality Health Care for Cancer Patients: A Survey of Members of the Association of Oncology Social Work. *Social Work in Health Care*, 49, 38-52.
- Caroff, P., & Mailick, M. (1985). The patient has a family: Reaffirming social work's domain. *Social Work in Health Care*, 10(4), 17-34.
- Christ, G., & Sormanti, M. (1999). Advancing social work practice in end-of-life care. *Social Work in Health Care*, 20(2), 89-98.
- Cohen, M. (2010). A model of group cognitive behavioral intervention combined with bio-feedback in oncology setting. *Social work in Health Care*, 49, 149-164.
- Cwikel, J. G. & Behar, L. C. (1999). Social work with adult cancer patients: A vote-count review of intervention research. *Social work in health care*, 29(2), 39-67.
- Davis, C. (2004). Psychosocial needs of woman with breast cancer: How can social workers make a difference? *Health & Social Work*, 29, 330-334.
- Davis, C. (2009). *Oncology Social Work Practice in the Care of Breast and Ovarian Cancer Survivors*. Nova Science Publishers.
- Fobair, P., Stearns, N., Christ, G., Hall, D. D., Newman, N. W., Zabora, J., Schnipper, H. H., Kennedy, V., Loscalzo, M., Stensland, S. M., Hedlund, S. (2009). Historical Threads in the Development of Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27:155-215.
- Gadalla, T. M. (2007). Cancer Patients' Use of Social Work Services in Canada: Prevalence, Profile,

- and Predictors of Use. *Health & Social Work*, 32(3), 189-195.
- Glajchen, M., Blum, D., & Calder, K. (1995). Cancer pain management and the role of social work: barriers and interventions. *Health & Social Work*, 20(3), 200-206.
- Gregorian, C. (2005). A career in hospital social work: Do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, 40, 1-14.
- Holland, J. C.(2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J., & Thun, M. J. (2007) Cancer statistics, 2007. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 57, 43-66.
- Lillquist, P., & Abramason, J. (2002). Separating the apples and oranges in the fruit cocktail: The mixed results of psychosocial interventions on cancer survival. *Social Work in Health Care*, 36(2), 65-79.
- Roche, V. (2007). Cognitive behavior therapy in medical setting. In Rohen, T. and Freeman, A. (eds), *Cognitive behavior therapy in clinical social work practice*(p571-590). NY: Springer.
- Ronen, T. (2007). Clinical social work and its commonalities with cognitive behavior therapy. In Rohen, T. and Freeman, A. (eds), *Cognitive behavior therapy in clinical social work practice*(p3-24). NY: Springer.
- Snow, A., Warbet, R. (2010). Hypnosis: Exploring the Benefits for the Role of the Hospital Social Worker. *Social Work in Health Care*, 49,245-262.
- Sulman, J., Savage, D., & Way, S. (2001). Retooling social work practice for high volume, short stay. *Social Work in Health Care*, 34(3/4), 515-332.