

國立臺灣大學社會科學院社會工作學系



碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis

安寧療護社會工作者的悲憫經驗與因應

**Compassion Experience and Coping Strategies
among Palliative Social Workers**

葉翎

Ling Yeh

指導教授：熊秉荃 博士

Advisor: Ping-Chuan Hsiung, Ph.D.

中華民國 109 年 8 月

Aug 2020

謝誌



撰寫碩士論文是繁瑣而且勞累的過程，但是因為有許多人協助，例如一開始研究就幫忙穿針引線的每一位家人、朋友、同學和素昧平生的陌生人，還有一路參與研究歷程的重要他人，我還是覺得受幸運眷顧的日子比慌張的時間多一些。

我要先感謝願意參與這項研究的每一位社工前輩。在我們短暫相逢的一個多小時中，您的真誠相待讓我倍感溫暖。醫務社工這個行業是從極為邊緣的位子，歷經社工前輩們數十年耕耘和爭取，才能讓越來越多的社會工作者在醫院中發揮專業才能，讓健康照護能逐步拓展到社會心理服務。很多理論知識需要經過多年實務練習才能領會，也由於助人工作需要不斷與人對話、連結情感，有時候甚至需要社工的生活歷練、生命階段正好相呼應時，才能夠將理論內化、得心應手。我沒有特別詢問社工們參與研究的原因，但從言談間我感覺到的出發點與悲憫或同理心概念中的「利他精神」有關，有些時候他們希望自己的實務經驗能幫助我完成碩士論文，來回聯繫的過程總是鉅細靡遺地補充相關資訊；有時則是希望自己在職場受創的經驗能幫助其他社工不用再經歷痛苦的歷程，短短的訪談濃縮了社工們在服務領域的辛酸和收穫，還有對於將來可能進入相同領域的工作者的疼惜與祝福。訪談您們不只讓我更認識安寧療護，也讓我更相信每個人都能將自己的特質轉化為助人工具。

和指導教授秉荃老師的師生緣始於大三選修課，沒有想到就這樣一路延續至研究所。很謝謝老師給我許多發揮空間跟支持。因為老師反覆追問許多研究細節，引導我整合自己對健康照護和自我照顧的觀點，我才能更周延地呈現研究參與者經歷的故事。我對這篇研究的執著，有一部分就是來自老師多年來在健康照護領域的熱忱與堅持，聽著老師苦樂參半地分享一路走來開拓社會心理服務的歷程，才能讓我重新把翻閱多次的文字資料當作有溫度的故事看待。

同時是質性研究授課教師和口試委員的 Ciwang，讓我對質性研究有更深厚的認識。主題分析法雖然是相對基礎的質性研究方法，可是能夠熟悉還有操作整個過程，如果沒有老師課堂上的討論以及提點，研究的過程可能會變得照本宣科、極其無趣，所幸總是能在半閒聊半討論的過程中獲得新的觀點。

開始探索安寧療護領域時讀的就是口試委員蔡佩真老師寫的文章，很榮幸最後能有機會向老師學習。謝謝老師分享自己當安寧社工的經驗，給我許多關鍵的提點和鼓勵，老師對安寧療護的深厚情感也感染了我詮釋資料的方式。

經常見面的戰隊同仁、跨屆碩班好友們和助教，能夠和你們一起玩耍、吃飯、抱怨跟互相支持，都是我非常珍惜的記憶。因為有你們的陪伴，我才能在日復一日的研究生活中仍然保持自己的樣子。

最後，要特別感謝一路都支持我的爸爸、媽媽跟妹妹。雖然多數時候，我並沒有分享自己研究的進展，但是你們無條件地在生活各個層面給我支持，太久沒見面時總會記得問我回家的時間，是我能夠順利完成論文、拿到學位的重要動力。

葉翎 2020.08.18

摘要

悲憫疲憊意指由於助人工作者長期付出同理心（empathy），卻無適當途徑紓解自身因應案主苦難時所產生的壓力，因而造成工作者願意付出的同理心程度日益減少，最後終致不願或不能同理病人的狀態。自 Figley（1995）正式提出悲憫疲憊以來，國外已有研究探討悲憫疲憊對安寧照顧者、精神醫療社工、醫務社工、醫師、安寧療護社工、安寧療護專業工作者等的影響，但臺灣的研究多來自護理領域，或是針對整個安寧療護團隊。

本研究採立意取樣，考量不同的安寧體系、不同年資以及職位，邀請 5 位曾於或現於安寧療護體系服務的社會工作者參與半結構式訪談。以主題分析法分析訪談資料後發現同理心是研究參與者建立專業關係的關鍵，但是悲憫和同理心這兩者在概念上的些微差異，卻也讓安寧社工的悲憫經驗與過往研究有差異。悲憫指的是承接以及緩解他人苦難的能力，本次研究參與者的經驗中有部份確實與悲憫他人的歷程相關，但若加上同理所強調的「感受他人整體狀態」、「區別自身與他人的經驗」以及外在工作環境對工作者的影響後，才能更全面呈現安寧社工經驗的實務困境及收穫。

本研究的研究參與者多能以情緒覺察、個人網絡資源應對因同理心而生的情緒，但是過高的工作量、斷裂的安寧經驗傳承還有未臻健全的督導制度依然是安寧社工調適或預防悲憫疲憊時的困境。因此本研究建議：（一）跳脫病床比的限制，以實際工作量安排安寧社工的職務內容、（二）管理安寧社工的人員應有一定時數的安寧訓練，以使管理人員理解安寧服務並制定符合實況的規則、（三）建立醫院內部完整的安寧經驗傳承機制以及（四）增設督導管道以回應安寧社工同理他人還有團隊合作的工作需求。

關鍵字：同理心、悲憫、悲憫疲憊、安寧療護、社會工作者

Abstract

Compassion fatigue is seen as a cost of empathizing with others, especially when helping professionals continually work with clients' suffering and while lacking proper coping strategies to relieve the resulting stress or emotions. When helping professionals undergo compassion fatigue, their capacity to empathize reduces. Ever since Figley(1995) proposed the theory of compassion fatigue, there have been increasing research among various professions. The concept has been mostly studied by nursing professions and explored with the experiences of the entire palliative care teams in Taiwan. This, therefore, results in an absence of insights of palliative social workers.

With purposive sampling, five social workers specialized in palliative care were interviewed using a semi-structured interview guide. Thematic analysis was then performed to analyze verbatim transcripts. Results suggested that the concept of compassion could only partly explain their experiences when providing palliative care services. The overall work experiences of palliative social workers include their compassion experience toward their clients and supportive and stressful situations in their work context. The empathetic tactics used by palliative social workers are "opening oneself to other's experience" and/or "distinguish between self- and other-oriented experiences."

Most of the time, research participants adopted the concept of emotion awareness and relied on their personal network to soothe the emotions after empathizing with others. But further steps should still be taken to fully support palliative social workers:

- (1) It is suggested that the job duties of palliative social workers should be reallocated in line with their actual work-load;
- (2) The administrators of palliative care departments are recommended to also complete training relating to palliative care so that they could implement reasonable policies;
- (3) The administrators should set up mechanisms for passing down the experiences of senior staff;
- (4) Palliative social workers should be able to access their supervisors when needed.

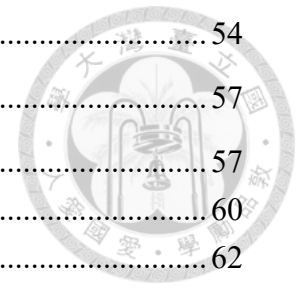
Keywords: empathy, compassion, compassion fatigue, palliative care, social workers

目錄

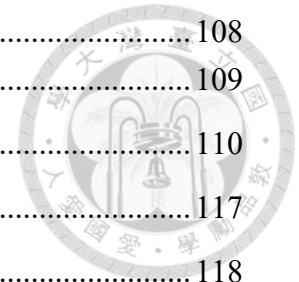
第一章、 緒論	1
第二章、 文獻探討	3
一、 名詞解釋	3
二、 臺灣安寧療護起源	4
三、 臺灣安寧療護工作者的工作內容	5
四、 悲憫疲憊概念起源：照護的代價	7
五、 悲憫疲憊的預防與療癒	11
六、 悲憫疲憊與相似概念	12
七、 悲憫疲憊的爭論：必然的照護代價？	13
八、 安寧社工與悲憫疲憊的關聯	15
九、 小結與研究問題	17
第三章、 研究方法	18
一、 招募方式、抽樣方法與研究參與者	18
二、 資料蒐集方法	19
三、 資料分析方法	20
四、 研究的信實度與真實性	24
五、 研究倫理	26
六、 研究者反身性	28
七、 訪談大綱	30
第四章、 研究分析與結果	32
一、 研究參與者簡介	34
A	34
B	36
C	38
D	39
E	40
二、 大致工作內容	41
三、 過去經歷對安寧社工實務樣貌的影響	43
(一) 生命經歷	43
(二) 求學與工作經歷	45
四、 建立專業關係以及核心理念	46
(一) 專業關係的開始：同理	46
(二) 尊重案主的步調與決定	52



(三) 生死兩相安	54
五、 安寧工作的特殊情境	57
(一) 照顧議題經常是會談切入點	57
(二) 安寧服務的時間壓力	60
(三) 矛盾的祝福	62
(四) 案主社經地位影響服務層面	63
六、 悲憫疲憊	66
(一) 直覺想法	66
(二) 免於悲憫疲憊的可能途徑	71
(三) 工作環境中的助力	76
(四) 工作環境中的阻力	80
七、 體制樣態和安寧服務理念的矛盾	85
(一) 人員流動難以達到深耕	85
(二) 安寧強調全人卻處在破碎的體系	88
(三) 安寧的高成本遇上醫院營利目標	89
八、 調適管道	91
(一) 個人因應途徑	91
(二) 體制中既有的協助	92
九、 可行的體制調整方向	94
(一) 專責或專任的難題	94
(二) 工作分工以及管理文化的調整	96
(三) 將主管安寧的工作者納入安寧培訓體系	98
(四) 設立針對安寧的督導	98
十、 小結	101
第五章、 討論與建議	103
一、 研究討論	103
二、 研究建議	105
(一) 分配適當的業務量	105
(二) 安寧主管應受相關安寧訓練	106
(三) 建立院內安寧社工經驗傳承的機制	106
(四) 增設安寧的督導管道	107
三、 研究限制	108
(一) 研究參與者中較少帶有主管職的工作者參與	108



(二) 未招募到悲憫疲憊程度較為嚴重的安寧社工	108
(三) 研究設計僅能呈現部分歷程	109
參考文獻	110
附錄一、研究參與者招募海報（文字檔）	117
附錄二、研究參與者同意書	118



圖目錄

圖 1 研究者整理後自繪 Figley 悲憫疲憊模型.....8

圖 2 前置因子與後果的悲憫疲憊模型.....10

資料來源：傅家芸、陳幸眉（2011）。悲憫疲憊之概念分析。《護理雜誌》，58(2)，98-103。

圖 3 Stamm 專業生活品質模型.....11

資料來源：Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale. 取自

<https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>

表目錄

表 1 研究參與者簡介（研究者自繪）19



第一章、緒論



從大學到研究所，晃眼之間也讀了近七年的社會工作。社會工作為了要回應人終其一生可能面臨的轉折，因此針對處於不同生命階段的群體，發展了諸多專業領域。在初學社會工作的前兩年，多元而細碎的學科分類著實讓我感到困惑，也經常沒辦法將不同課程中的知識整合到自己的思考架構中。

大三那年上了醫務社會工作的課程後，我突然覺得原先模糊的知識體系開始變得清晰，我一直以為會有這樣的感受，是因為醫務社工在大多數人的第一印象，是比較有「結構」、「固定工作內容」的社工專業¹。但在往後四年透過課程和實習的自我覺察，我才發現真正的原因無關乎這個專業的發展狀態，而是因為我本來就對人的生老病死有所疑問，接觸醫療體系變成我尋求答案的歷程之一。尋求解答讓我充滿熱忱，同時也感受到除了分門別類的專業領域外，社會工作有一個很重要的目標是要貼近人群、關懷人群。我一邊學習醫務社會工作者必備的技能，一邊也覺得我能夠更貼近自己的生命經驗，並因為更了解這些經歷帶給我和家庭的影響，而能更自然地關心身邊的家人。醫務社會工作還有安寧療護對於我而言具有兩個重要的意義，一是專業能力的培養，二是個人成長的開端。

若要簡單描述我對於安寧療護的理解，我認為除了學習當一個有哲學觀點、對生命意義有所看法的社工外，我還需要學習如何與案主談論與他相關的臨終庶務、如何與他一起整理生命歷程，也需要找到與團隊、案主的重要他人協調臨終醫療計畫的方式（蔡美惠、溫信學，2001）。在眾多實務工作技巧中，有一個核心能力從我大一入學時就不斷被提及，幾乎每一個老師都會強調「同理心（empathy）」的重要性。同理心指的是能夠與案主的想法、感受甚至

¹ 我認為因為有不同的比較基準點，所以其實難以界定什麼是比較有「結構」的專業。從一個學生的觀點出發，一門課會不會讓人覺得能夠理解，和選定的教材、老師授課方式、學生投入程度等等，而有不同的感受。

是生命意義產生共鳴的能力（鄭維瑄，2017）；透過同理的溝通，也就是貼切地說出案主話語背後隱含的意思，社工能夠與案主建立更貼近的連結（林萬億，2015）。同理的互動不只是一個更理想的溝通模式，同時也更能幫助社工看見案主獨特之處，並依此規劃個別化的服務（謝秀芬，2011）。如果運用在安寧療護領域，我認為安寧社工需要同理的除了有疾病本身帶來的痛楚，也有面臨死亡時的不確定感、悲傷、遺憾，但或許還有對生死兩方的祝福、對生命的頓悟，又或是感謝此生能和許多人互有牽絆。

和臨終患者互動的過程中，社工可能因此擴充自己對生命的想法與視野，但安寧工作因為「患者會死亡」產生的時限壓力，有時讓社工害怕休假，這些常態出現的死亡情境，除了考驗社工如何在短時間內整理哀傷並投入下一段服務關係外，也考驗他們如何不在工作中涉入過多私人情感，特別是當病人與家屬的故事勾起了社工自身喪親經驗的時候（李閏華，2010）。工作中過大的壓力或創傷經驗，可能在社工試著對病人的苦痛感同身受時，造成替代性創傷（李玉嬋，2008）。這些經驗有可能阻礙社工繼續同理自己的服務對象，又或是讓他們必須選擇離開安寧療護這個工作領域。

這是我所理解的安寧療護、同理心和社會工作。同理心作為社會工作其中一個核心概念，每每接觸新的知識、不同的個案都會讓我對於這個詞語有新的理解，而有幸與實務工作者對談的過程中，我一遍又一遍看到社會工作者進入他人生命末期時所展現的真心。除了紀錄社工的真心外，我認為許多辛勞、幽微之處以及應對途徑，也應該被更多人理解、閱讀和珍惜。因此，我希望藉由這份碩士論文，紀錄安寧療護社會工作者身處的工作情境、瞭解同理他人可能帶給社工的負擔，而又是什麼機制能讓社工把負擔轉換成陪伴的動能。

第二章、文獻探討



本章首先簡短定義常用名詞，回顧台灣安寧療護社會工作的發展概況、社會工作者具體工作內容。本研究意欲討論同理他人對安寧療護社會工作者的影響，因此將探討以同理心為核心發展的接著概念「悲憫疲憊（Compassion Fatigue）」並介紹相關研究發展，最後提出研究問題。

一、名詞解釋

（一）安寧療護

安寧療護（hospice care）最初傳入臺灣時，仍專指提供給生命末期病人的臨終照護（end-of-life care），當醫學逐漸發展出更多舒緩的醫療方式後，緩和醫學（palliative medicine）、安寧緩和療護（hospice palliative care）或緩和療護（palliative care）則更全面地指稱當一個病人得知自己生命受到威脅時，醫療單位能緩和病人症狀的服務（李閏華，2013）。本文的安寧療護一詞採取涵蓋緩和（palliative）的定義，並將研究場域集中在住院安寧療護服務、安寧共同照護、甲類安寧居家療護以及乙類社區安寧照護之中。

（二）安寧療護社會工作者

本研究指稱之安寧療護社會工作者（簡稱安寧社工）意指於住院安寧療護服務、安寧共同照護、甲類安寧居家療護以及乙類社區安寧照護體系中服務的社會工作人員。

（三）安寧療護專業人員

本研究指稱之安寧療護專業人員，意指於住院安寧療護服務、

安寧共同照護、甲類安寧居家療護以及乙類社區安寧照護體系中提供安寧服務的專業工作者，如：醫師、護理師、社會工作者、心理師、物理治療師、藥師、長期照顧工作者、靈性照顧人員等。



(四) 同理心 (empathy)

指能夠理解和貼近他人的經驗、情緒及價值體系，但也能夠區隔他人與自身經驗的不同，並以對方狀態為出發點以言語、行動或其他方式回應對方。

(五) 悲憫疲憊 (compassion fatigue, CF)

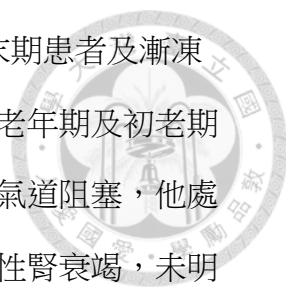
意指由於安寧社工長期付出同理心 (empathy)，卻沒有適當途徑抒發自身因應病人的苦難時所產生的壓力，因而造成工作者願意付出的同理程度日益漸少，最後終致不願或不能同理病人的狀態。

(六) 悲憫滿足 (compassion satisfaction, CS)

本研究指稱之悲憫滿足一詞，將採用 Bride、Radley 與 Figley (2007) 的說法，亦即因為能夠做好工作、確實幫助他人，而感到愉悅的一種狀態。

二、臺灣安寧療護起源

1990 年，馬偕紀念醫院淡水分院設立全臺灣第一家安寧病房，同時運用捐款成立了安寧照顧基金會，臺灣開始在醫療體系中提供住院安寧療護服務；1993 年，康泰醫療教育基金會則正式開始以居家護理的模式提供服務 (賴允亮，1998)。1996 年，健保局試辦安寧居家療護，2000 年通過試辦安寧住院療護方案以及安寧緩和醫療條例，並正式將安寧療護納入健保



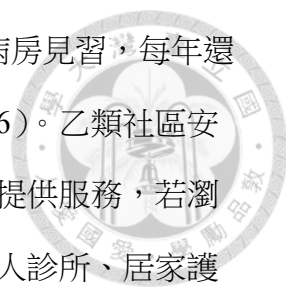
給付（衛生福利部，2009），原先的服務對象僅包含癌症末期患者及漸凍人，至 2009 年開始擴大服務八大類非癌症末期的患者：「老年期及初老期器質性精神病態」、「其他大腦變質」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」及「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」（衛生福利部，2018），2011 年啟動「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」（衛生福利部，2011），至 2014 年增設乙類社區安寧照護²，希冀能增加民眾在地善終的機會（衛生福利部，2014）。

三、臺灣安寧療護工作者的工作內容

臺灣目前明列在衛生福利部中央健康保險署的安寧服務有住院安寧療護、安寧共同照護、甲類安寧居家療護和乙類社區安寧照護，除了乙類社區安寧照護未明定需編列社工人力外，其他三類的服務項目都需有社工參與。

住院安寧療護由在特定的安寧病房中提供服務，團隊成員通常包含醫師、護理師、社工師、心理師、宗教師和志工等等，臺灣至今辦理住院安寧療護服務的院所共有 78 家（衛生福利部中央健康保險署，2019d）。安寧共同照護則是在醫院中的一般病房提供服務，由安寧團隊與原病房團隊共同規劃有助於紓緩症狀的服務內容，目前共有 158 家醫院提供此一形式的服務（衛生福利部中央健康保險署，2019a）。甲類安寧居家療護則是由醫院中的安寧醫療團隊進入社區中提供服務，目前計有 119 家醫院提供這一類服務（衛生福利部中央健康保險署，2019c）。此三類的安寧社工需要參

² 2019 年，乙類社區安寧照護被監察委員江綺雯、瓦歷斯·貝林、田秋堃提案糾正，糾正案文提及乙類社區安寧照護的專業人員訓練時數不足，訓練完成後未實際執業的比例過高，傷害台灣安寧療護的品質。糾正案文：<https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=134&s=6866>

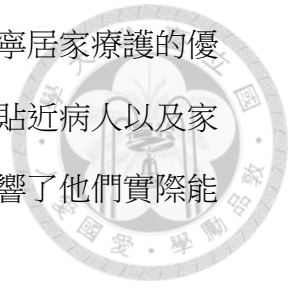


與安寧療護教育訓練八十小時以上，其中包含 40 小時的病房見習，每年還另需接受繼續教育 20 小時（衛生福利部中央健保署，2016）。乙類社區安寧照護則是由住家附近的基層醫療院所的醫療團隊到家中提供服務，若瀏覽衛福部所公布的院所名單，可以發現目前有衛生所、私人診所、居家護理所等共計 333 家單位提供服務（衛生福利部中央健康保險署，2019b），提供此類服務的醫師及護理師須接受 13 小時安寧教育訓練以及臨床見習 8 小時，並由辦理安寧緩和醫療的醫院擔任後援醫院（衛生福利部中央健保署，2016）。

安寧療護教育訓練以及實務操作經常強調「五全照顧」和「四道人生」。五全照顧意指安寧療護重視完整的身、心、靈照顧（全人），並以病人與家屬需求為中心設計服務（全家），照顧時間則從收案直到案主過世後的喪親輔導（全程）；為了要提供全面的照顧，會由不同背景的安寧療護專業人員（全隊）共同提供服務，服務形式也透過安寧居家照護延伸至社區之中（全社區）（臺北榮總員山分院，2019）。四道人生則是趙可式教授提出的道謝、道歉、道愛和道別，安寧服務希望協助病人與家屬互相表達內心想法，讓雙方的生命能留下更多情感與意義（方俊凱、蔡惠芳，2018）。

一般來說，安寧療護社工會協助病人整理自己的生命歷程，讓他們看到自己在病痛中的韌力和生命價值，也會協助病人與家屬調適因為死亡漸近而產生的心理壓力與情緒反應；在社會適應層面，亦會考量家庭是否會因為家庭成員生病及去世，而在經濟來源、生活照顧、教育資源、休閒活動等等層面有所變動，並依此連結適當資源；有些社工還會負責安寧療護志工的管理以及向社會大眾介紹安寧療護的理念（李閏華，2013）。但在不同安寧療護服務體系中的社工，面對截然不同的工作環境及挑戰，例如：住院安寧療護服務和安寧共同照護雖然都是在醫療院所內提供服務，但是前者有固定的病房而且服務的方案或空間都已經有一定的規模，而後者則是要在原有的一般病房中，由兩個團隊共同討論服務的形式，若要進行會

談或特殊的活動都要特別協調病房空間運用。又例如：安寧居家療護的優勢之一是能夠觀察實際的家庭互動，理論上應更能規劃最貼近病人以及家屬的服務，但實際執行時，社工卻也感受到接案的時間影響了他們實際能提供的協助（江穗燕、林育如、潘彥辰與尤雅芬，2016）。



四、悲憫疲憊概念起源：照護的代價

悲憫疲憊最初被用於形容護理人員須不斷回應患者需求而產生的結果。Joinson（1992）認為護理人員會傾向於將患者需求放在第一位，這種忽略自身需求的工作型態讓護理人員更容易陷入悲憫疲憊（*compassion fatigue*），作為一種耗竭的特殊形式（*a unique form of burnout*），護理人員會承受一系列生心理的症狀。

有別於 Joinson 的現象敘述，Figley（1995）提出了更具體的定義。他認為當專業工作者（*caring professions*）間接經歷創傷經驗，例如：當他們感受了案主因重大意外而產生的情緒時，大多會很希望好好協助案主，但單獨處理案主創傷經驗的無力感，也可能會使他們感到消沈、情緒疲乏或以其他不同以往的方式呈現，他原稱此情況為耗竭的一種形式（*a form of burnout*）、次級創傷的一種形式（*a form of secondary victimization*）³，但同時他也認為悲憫疲憊（*compassion fatigue*）一詞會減少專業工作者的烙印，悲憫一詞則貼近他們的工作本質，最終便改以悲憫疲憊稱之。悲憫的定義是「承受苦難」（*The meaning of compassion is to bear suffering*），專業工作者透過同理案主的處境，做出更符合案主實際需求的評估和處遇，但也因此須將自己同理案主而產生的感受置於一旁，若長期忽略自身感受而

³ 在 Figley（2002）一文中，他將 *secondary traumatic stress* 視為 *compassion fatigue* 的同義詞，於 p.1435 中的段落 “In the first example, Jane is experiencing secondary traumatic stress reaction called *compassion fatigue* associated with both her mother and her client.”

未有適當的應對方式則會進入悲憫疲憊的狀態，讓工作者承受苦難的能力降低，因此減低工作者同理他人的程度（Figley，2002）。

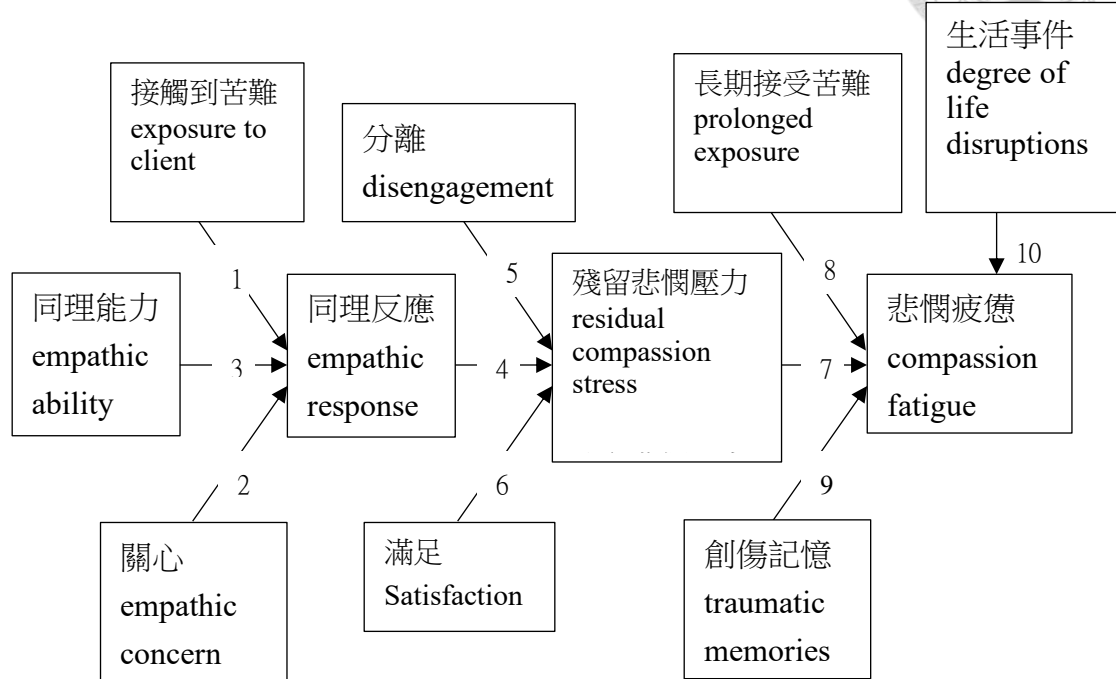


圖 1：研究者整理後自繪 Figley 悲憫疲憊模型

資料來源：

(1) Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.

(2) 楊琳琪、林采蓉、余月里、楊禮謙、蔡素華、洪志秀（2012）。醫院護理人員的悲憫疲憊及其因應策略。《護理雜誌》，59(3)，93-99。

圖 1 為 Figley 最初提出的模型，臺灣則由楊琳琪等人（2012）取得同意後翻譯為中文。同理能力（empathic ability）讓專業工作者能夠注意到他人承受的痛苦，而當專業工作者接觸到案主因苦難而累積的情緒（exposure to client）⁴，以及自己內心有一股動機想要回應案主的需求時

⁴ 楊琳琪等人（2012）翻譯為接觸到苦難（exposure to client），應是因為 Figley 原文的假設為“experiencing the emotional energy of the suffering of clients through direct exposure.”

(關心, empathic concern), 工作者會產生同理反應 (empathic response), Figley (2002) 認為如果沒有同理的過程則少有機會引發悲憫疲憊, 但工作者也就沒有機會真正看見案主的需求並提供更高品質的服務。

Figley (2002) 所指的同理反應是專業工作者願意透過同理的理解 (empathic understanding) 試圖減輕案主的痛苦, 也因此專業工作者會聽到、感受到案主所經歷的所有情緒, 「間接」承受案主承受的痛苦; 這些痛苦即便在會談過後, 都有可能繼續影響專業工作者, 因此被稱為殘留悲憫壓力 (residual compassion stress)。分離 (disengagement) 和滿足 (sense of achievement) 是兩個可能減少悲憫壓力的方式, 前者是專業工作者能夠將前一個工作中所體會到的情緒與下一個工作或是私人生活切割, 後者則是工作本身帶給專業工作者的正向回饋。如果悲憫壓力不斷累積, 則不論專業工作者花再多心力試圖分離和獲取成就感, 都有可能進一步發展成悲憫疲憊 (compassion fatigue), 而長期接受苦難 (prolonged exposure)、創傷記憶 (traumatic recollections)、生活事件影響 (life disruption) 則會增加悲憫壓力發展成悲憫疲憊的風險。處於悲憫疲憊狀態的專業工作者則會出現較多關於生理症狀的抱怨、工作表現下降、較易怒、無法專注、無法再協助案主的痛苦 (Coetzee & Klopper, 2010)、較容易感到焦慮、做惡夢 (Kapoulitsas & Corcoran, 2015)。

傅家芸與陳幸眉 (2011) 以概念分析的方式引用 27 篇悲憫疲憊期刊論文與書籍文章後, 提出前置因子與後果的悲憫疲憊模型, 此模型的概念大致與 Figley 的概念相似, 只是特別強調能夠從悲憫疲憊回復到充滿悲憫的狀態, 同時也建議悲憫疲憊雖說是照護病人下的產物, 難以避免, 但能事先被注意、預防及改善。與社會工作領域最為相關的研究是汪淑媛

(2014) 翻譯的「助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表⁵」, 他認為助人工作

⁵ 憐憫疲乏與悲憫疲憊同義。此期刊論文的題目雖為「替代性創傷」, 但內文提及「與重大創傷受害者一起工作的專業助人工作者, 會感染類似受害者的創傷, 包括絕望感、憤怒、恐懼、惡

者因為同理他人而累積的衝擊，應該透過自我覺察才有療癒的可能性。

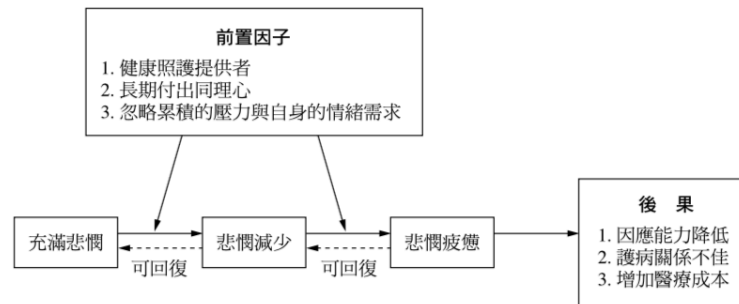


圖 2：前置因子與後果的悲憫疲憊模型

資料來源：傅家芸、陳幸眉（2011）。悲憫疲憊之概念分析。《護理雜誌》，58(2)，98-103。

最後，經常與悲憫疲憊同時出現的是悲憫滿足（Compassion Satisfaction, CS），此一概念最初應是出現在 Stamm（2010）發展的專業生活品質模型以及其相應的量表（Professional Quality of Life Scale, ProQOL）。專業生活品質指的是專業工作者如何從工作環境（work environment）、個案所處的環境（client environment）和個人環境（Person environment）三大要素評價他們整體的工作表現，當工作者滿意自己的工作表現並樂於繼續付出時，即為悲憫滿足的狀態；當工作者過度暴露在案主的創傷經驗中，會使他們經歷悲憫疲憊的狀態，並呈現出諸如疲憊（exhaustion）、挫折和憤怒等情緒；而他也強調工作者的任職機構若提出一些預防計畫能有效提升工作者的悲憫滿足。

夢、擔心個人的安全等，統稱替代性受創（vicarious traumatization）或次級創傷（secondary traumatic stress），源自工作者對服務對象創傷事件與情節的同理投入，以及助人者或照顧者與服務對象之間的情感連結，乃是與創傷者一起工作不可避免的職業風險。」內文並引用多篇 Figley 的著作及量表。

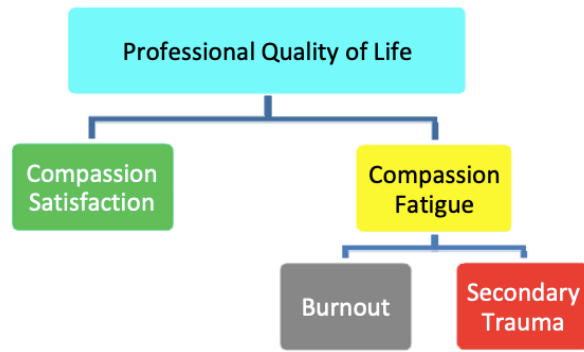


圖 3：Stamm 專業生活品質模型

資料來源：Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale. 取自 <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>

但 Stamm 將悲憫疲憊描述成耗竭與次級創傷的結合體，除了與 Figley 最初發展的定義有出入外，也並未非常清楚地解釋他如此定義的原因，反而讓悲憫疲憊的概念更加模糊，而上述的概念模型也幾乎都沒有解釋悲憫疲憊的發展歷程（Coetzee & Laschinger, 2018）。

五、悲憫疲憊的預防與療癒

在個人調適的層面，如果助人工作者能夠學習自我肯定、重視自身需求、與個人親友網絡有所聯繫、運動還有同儕及資深人員互相支持能預防與療癒悲憫疲憊（Kapoulitsas & Corcoran, 2015；蔡佩渝等人，2015）。

機構能夠提供給助人工作者的協助則可能有：體察個人差異並適時調整工作內容（蔡佩渝等人，2015）、透過督導制度建議實務技術、討論情緒對於社會工作者的影響、討論受創經驗的開放氛圍、工作環境中規劃給工作者的復原空間還有提供額外休假都是有幫助的策略（Joubert, Hocking, & Hampson, 2013）。

六、悲憫疲憊與相似概念



針對專業人員身心狀態的討論，還有另外兩個經常被提及的概念——反移情（countertransference）和耗竭。反移情雖然也討論專業人員因為案主而引發的感受，但是這些感受與專業人員的原生家庭、個人關係的經驗相關，和悲憫疲憊源自於同理心的反應不同（Figley, 2002）。當一個人容易有較為激烈且不同以往的情緒反應、變得比以前還要固執或做事效率變得低落時，他很有可能已經陷入耗竭的狀態（Freudenberg, 1974）。這個現象後來發展成三大主軸：情緒耗竭（emotional exhaustion）、去個人化（depersonalization）和成就感低落（reduced feelings of personal accomplishment）。情緒耗竭指的是當專業人員感覺自己的情緒似乎被工作榨乾；去個人化則是工作者開始對案主產生負面態度；而工作者在耗竭狀態時，也傾向於自我評估無法勝任工作或是效率低下的，這三個面向都能透過 Maslach Burnout Inventory（MBI）這個施策工具測量（Maslach & Jackson, 1981）。Freudenberg（1974）最初提出耗竭的構想時，就已經觀察到幾點可能的成因：單位主管無法回應下屬的期待、超量的工作負荷等，而後續的研究更指出，工作者和督導間若能充分溝通，有助於減少耗竭發生；但若工作者較沒經驗、未婚、較年輕或身處一個較不結構化的工作場所，則較可能產生耗竭（Gillespie & Numerof, 1991）。有研究較不贊同以個人特質當作耗竭的主因，他們認為模糊的專業角色、不同專業間的價值衝突和過多的工作量才是最主要的危險因子（Lloyd, King, & Chenoweth, 2002）。

耗竭和悲憫疲憊確實有重疊的概念，這兩者都有可能導致照護品質下降，但耗竭主要仍然是來自於慢性的外耗損，例如：過高的工作量；但悲憫疲憊強調內在本質，亦即人的同理傾向所產生的結果。而 MBI 被期待能廣泛運用於不同領域的專業工作者之間，近年的研究也更加強調外在工

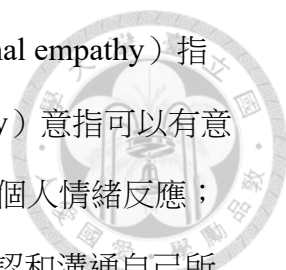
作狀態對於耗竭狀態的影響；相反的，悲憫疲憊則是更容易發生在與重大創傷案主工作的專業工作者身上。因此，也有文獻指出在應用悲憫疲憊的限制在於：它原先並不期待被廣泛運用在不同領域的健康照護者身上，因為不同領域的健康照護者面臨迥異的工作情境(Sinclair et al., 2017)。

七、悲憫疲憊的爭論：必然的照護代價？

Figley (1995) 提出悲憫疲憊的模型後，陸續有學者將此概念應用在不同類型的助人工作者身上，如：安寧照顧者 (Keidel, 2002)、精神醫療社工 (Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007)、醫務社工 (Badger, Royse & Craig, 2008)、醫師 (Nimmo & Huggard, 2013)、安寧療護社工 (Quinn-Lee, Olsen-McBride & Unternerger, 2014)、安寧療護專業工作者 (Hotchkiss, 2018) 等。雖然都應用在不同族群，在研究假設上也稍有差異，但是這些研究都強調「同理」他人「創傷經驗」而造成負向的壓力跟症狀。

早期同理心的定義強調工作者試圖理解和回應案主的感受與想法，但不著重工作者如何在專業關係中處理自身感受，關係文化取向 (relational-cultural approach) 相關理論出現後，才從工作者單向同理的型態漸轉為案主與工作者雙方投入的過程，工作者要有能力正視還有仰賴自己因為同理案主而生的情緒，同時考量雙方在種族、性別、社經地位等因素對同理心還有專業關係造成的影響 (Freedberg, 2007)。

至今同理心的各家學說大致都涵括兩個部分，一是工作者會專注體會案主整體的情緒與經驗，二是透過不斷練習得以區分自我與他人的經驗，除了真誠接納案主所有的主觀經驗外，也能夠正視還有調適自己因為同理而生的情緒與想法，自由在雙方經驗中轉換視角，並設下界線不強加自身價值觀到案主身上 (Gerdes & Segal, 2011)。也有學者彙整更細微的四個面




向：(1) 情感性/情緒性同理心 (affective empathy/ emotional empathy) 指能夠感受他人情緒；(2) 認知性同理心 (cognitive empathy) 意指可以有意識地轉換理解他人經驗的距離，不會因為同理他人而觸發個人情緒反應；(3) 行為性同理心 (behavioural empathy) 則是與他人確認和溝通自己所理解的內容是否精確；(4) 道德性同理心 (moral empathy) 的意思則是發自內心想要理解他人並且有緩解他人痛苦的意願 (Jeffrey, 2016)。

綜合而言，同理心不是上對下的「幫」，也不是由工作者角度出發的指導角色，而是工作者主動改變觀看、參與事件的位置，從遠處移轉至與案主更為親近的地方，和案主一同面對生活中的大小事、重視案主的需求；當然工作者與案主在過程中磨合生命經歷、面對關係與情感的方式等等差異之處時，的確可能讓工作者感到不快、有負擔，但是工作者正視雙方差異以及自身的不適，因而調整服務位置的過程，是實踐同理心很重要的一步 (鄭怡世、蕭琮琦、張縉鏐、周千郁，2015)。工作者須要透過練習，才能在同理時保持適當距離卻又能貼近案主經驗，除了個人努力內化這個同時區辨和連結的能力外，實際能提供服務的時間、能沈澱想法的時間與空間、職場文化如何看待情緒表達、有什麼樣的前輩可以效仿等因素都會影響工作者發展同理能力 (Krishnasamy, Ong, Loo, & Thistlethwaite, 2019)。

在 Jeffrey (2016) 的觀點中，悲憫和道德性同理心是近似的概念，兩者皆包含對工作者在道德層面的要求以及發自內心的利他精神，但是悲憫可能並不像同理心有這麼多複雜的程序，例如：感受他人整體狀態、區別自身與他人。悲憫特別強調敏感於他人的苦難且有意願協助他人擺脫痛苦，而充分感受他人整體狀態並不是悲憫的要件，但在悲憫的同時如能做到區分自己與他人的經驗以及良好工作環境有助於工作者維持他們的悲憫 (McNally, Charlton, Ratnapalan, & Dambha-Miller, 2019)。

綜合而言，Figley (1995) 最終採用悲憫疲憊一詞，是因為他強調工作者因為看見他人苦難萌生替他人緩解苦難的意願，因此在悲憫疲憊模型中



特別列出「接觸到苦難」，但也因為他同時列出了「同理能力」以及「同理反應」，會使他人質疑悲憫疲憊的現象，因為同理心是強調感受各式各樣的狀態，而不像悲憫強調承擔苦難、緩解苦難。Nilsson（2014）就認為同理心和悲憫對專業社會工作者並不全是負面影響，也不一定會引發悲憫疲憊。Ledoux（2015）也指出悲憫疲憊的核心概念「悲憫」未被充分討論，護理人員是不是真的出自悲憫的動機而想要更投入自己的工作尚未被證實。而 Wagaman, Geiger, Shockley, & Segal（2015）的研究中，雖然並未批判悲憫疲憊⁶是源自於同理心的理論假設，但研究建議當社會工作者在同理他人時，若能夠以清楚的自我-他人意識（self-other awareness）區分專業界線、能夠與案主共享各式情感或是能夠調適自己的情緒，則能降低悲憫疲憊的風險，情緒在此扮演的角色並不像 Figley（1995）所假設的必然是苦難的化身。

八、安寧社工與悲憫疲憊的關聯

即便悲憫疲憊此一概念仍處於爭論階段，我仍認為應該繼續研究與討論。首先，同理心是臺灣社工教育中經常被提及的概念，悲憫疲憊的核心概念正是探討同理過程中可能帶給工作者的影響。一篇國外的研究發現，約有一半以上參與研究的安寧社工⁷是中、高等程度的悲憫疲憊，其中工作超負荷量（work overload）的程度增加、過去 12 個月有憂鬱診斷時，有較高程度的悲憫疲憊；但同時他們也有半數以上的人處於中、高等程度的悲憫滿足，當社工的悲憫滿足程度越高時，悲憫疲憊的程度就越低；這個研究最重要也是最特別之處，是社工的同理心程度並未與悲憫疲憊有顯著關聯，這點與 Figley（2002）最初發展概念時，認為悲憫疲憊是因為專業工

⁶ 原文使用 Secondary Traumatic Stress，與 compassion fatigue 同義。

⁷ 這些社工專門負責臨終階段的服務。

作者付出同理能力而引發的現象非常不同，理論上應該是同理程度越高，就會有越高程度的悲憫疲憊，此篇研究的作者認為研究結果之所以不顯著，是由於過往多數的研究都以負責安寧業務的護理師為研究對象，並未考慮社工教育的獨特性，或許社工重視移情、反移情和專業關係界限的訓練方式，是幫助社工維持適當情緒界限的關鍵（Pelon，2015）。臺灣的研究現況同樣也以護理領域出版的成果為多，即使是以整個安寧療護團隊作為施測對象，安寧社工所佔的比率也遠低於護理人員，因此更需要進行安寧社工的研究，以此凸顯安寧社工實際的工作內容以及其所帶來的影響。

研究發現，臺灣醫務社會工作發展專業成長期中⁸，主要讓社工人員備感壓力的是未來生涯發展機會受限，如：社工升遷不易、缺乏專業認同以及任職機構缺少關於社會工作服務的長期計劃，而他們的社會支持主要仍來自個人人際網絡，如：同事、朋友，由督導提供的社會支持則較不顯著；在整體的職業倦怠感中，低於 30 歲的工作者顯著高於 31 歲以上的工作者（楊蓓，1989）。台灣專注於探討安寧療護專業人員壓力問題的研究，最早見於蕭仁釗（1998）以 Cartwright 與 Cooper 之架構分析安寧病房專業人員的壓力源，不過並未將各個專業職類獨立討論；後有蔡佩真（2011）針對 38 家安寧病房專業人員⁹的耗竭狀況和人力維護做的研究發現，安寧專業工作者工作時經常接觸的人員當中，前三名的壓力來源是同事、院方及主管，病人與家屬反而帶給專業人員較少的壓力，北部及中部地區醫院的情緒耗竭程度顯著大於位於東部的醫院，而有宗教信仰或是年紀較長的工作者¹⁰則有較低的情緒耗竭，社工人員的情緒耗竭程度位於第四，排在心理師、護理人員和醫師之後。

⁸ 引用秦燕於〈醫務社會工作定位、工作內容與學生實習〉一文中的分類，1981-1990 年為專業成長期（秦燕，2011）。

⁹ 護理人員占總受試人數的 69.8%，醫師 9.8%，社工人員 6.8%，牧靈人員 3.4%，心理師 0.9% 以及其他人員 9.4%。

¹⁰ 在婚姻狀態的分析中發現，未婚者的耗竭程度亦高於已婚者、離婚者還有寡居者，但可能也源於未婚者的年齡通常也較低，因此有較高层次的情緒耗竭。

這些相關研究皆有助於我們了解生涯發展、同儕、醫院地域等帶給社會工作者的影響，但仍少有研究從社工內在運作的因素做為出發點設計研究，我認為若要提出更有利於安寧社工預防悲憫疲憊的方式，也需要進一步理解他們在工作情境中產生了什麼樣的心理反應，以及他們慣常運用的調適方法帶來的結果。

九、小結與研究問題

根據以上的文獻探討，我將以 Figley（2002）最初始所提出的定義與模型進行研究設計，並提出以下五個研究問題：

1. 在安寧社工的主觀經驗中，如何描述同理他人的經驗？
2. 在安寧社工的主觀經驗中，如何描述悲憫疲憊？
3. 安寧社工所特有的工作情境，讓安寧社工的悲憫疲憊有什麼樣的特性？
4. 在個人層面的調適途徑中，安寧社工慣常採用哪些方式因應悲憫疲憊？
5. 他們調適過程的哪些時間點，希望有主管、任職機構等外界助力提供資源？

第三章、研究方法



本研究考量臺灣的社會工作領域尚未普遍使用悲憫疲憊此一概念，且也尚未有足夠專門針對安寧療護社工作相關探討的文獻，因此選用質性研究。考量安寧體系、服務年資以及工作職位進行立意抽樣後，以半結構式深度訪談徵集 5 位安寧社工的意見。

一、招募方式、抽樣方法與研究參與者

我以下列文字介紹研究內容以及目的，並透過自己的社群網絡招募受訪者：

「同理」在一個社會工作者從學習到實際執業的歷程中，一直都扮演很重要的角色。同理是一種需要投入高度心力的溝通方式，也是一個在學理上與他人建立理想專業關係的途徑。我關注安寧療護工作者在同理服務對象的過程中，可能對於自身身心狀態產生的影響、調適的途徑以及在安寧療護工作環境中能做的適當調整。（詳見附錄一）

由於目前臺灣並沒有針對安寧療護社工的悲憫疲憊研究，因此在招募條件中，考慮一般熟稔工作內容的時間約是一年左右，只要是任職或曾任職於住院安寧療護、安寧共同照護、甲類安寧居家療護或乙類社區安寧照護體系的社會工作者，且滿一年者，皆符合研究參與者的條件。

我於 2020 年 3 月至 5 月期間，共邀請 5 位服務於不同安寧體系的安寧療護社工參與訪談，他們的安寧年資分別是 2 年以下、2~5 年間以及 5 年以上。因為這 5 名研究參與者的經歷都有很特殊之處或許會讓人很容易辨認，例如：擔任主管職、甫離職、轉換安寧單位等等，因此最後我決定以 A~E 的代碼方式代表他們，而不以化名代替，避免化名又參雜研究參與者的特質或我對他們的想法，因而增加他們被辨識出的風險。我認為提供年

資是使讀者理解研究參與者的資歷對他們提供服務的影響，但同時為了避免過於具體的數據揭露研究參與者的身份，因此選擇 2 年與 5 年這兩個區間呈現。



表 1：研究參與者簡介（研究者自繪）

研究參與者	安寧體系	安寧服務年資	工作職位
A	主要服務安寧病房，參與安寧共照會議、安寧居家訪視。	5 年以上	安寧病房社工
B	安寧病房	2 年以下	安寧病房社工
C	安寧病房	2~5 年間	安寧病房社工
D	主要服務安寧居家，偶爾負責安寧共照。	2~5 年間	安寧居家社工兼任 主管
E	安寧共照及安寧居家	5 年以上	安寧共照社工

二、資料蒐集方法

我以半結構式進行深度訪談，原先預計當面訪談所有研究參與者，但因時值 COVID-19 疫情高峰期，A、D 與 E 的訪談改用通訊軟體視訊進行。我閱讀第一位研究參與者 A 的逐字稿後發現有些訊息需要澄清而邀請他進行第 2 次訪談，其餘每位研究參與者皆僅訪談 1 次，每次訪談由 50 分鐘至 90 分鐘不等。訪談前，我皆會再詳細說明研究內容、研究參與者的權益、後續研究進行的方式等，取得研究參與者的同意後錄音，於訪談後自

行謄打逐字稿，並邀請受訪者透過逐字稿確認內容無誤或補充語意不足之處。



三、資料分析方法

本研究採用主題分析法分析訪談資料。主題分析法的特長是能夠辨識出文本中的主題，並找出各主題間合理的關聯性 (Maguire & Delahunt, 2017)，我認為透過主題分析的此一特性，以及主題分析清楚的編碼方式，能夠更精準辨識社會工作者所敘述的工作情境，以及此一工作情境如何與悲憫疲憊的概念產生關聯。

形成質性編碼的過程，需倚靠研究者的相關知識、解讀文本隱含意義的能力，有時候甚至需仰賴研究者對於相關聯意涵的直覺，為了使分析過程盡可能依據架構進行以利後續的反思和撰寫，資料分析過程將遵循 Vaismoradi、Jones、Turunen 與 Snelgrove (2016) 的架構，我將具體步驟依照他們的說明整理如下，並援引少部分其他學者的說法作為補充：

(一) 初始階段 (initialization phase)：採用開放性編碼 (open-coding)

主題分析法非常強調熟悉文本，因此第一步是讓自己沈浸在文本中。我先將原始訪談錄音檔謄寫為逐字稿，在反覆閱讀完整逐字稿時標示關鍵訊息、因閱讀而產生的想法、數度被受訪者提及、與研究問題相關或與我的先備知識理解相異的重點內容等。反覆閱讀與標示，直到沒有新的編碼出現為止。同時也還不加入研究者個人的詮釋，但會詳實將我的想法寫入研究日誌中，作為後續階段以及研究者反思時的參照內容。

我在這一階段的編碼採用開放性編碼，因為目前臺灣還沒有針對安寧療護社工做詳細的悲憫疲憊研究，因此我並不想要使用先前已有的理論架構作預設的編碼，而是希望盡可能使用此次訪談文本中的資訊。運用前 3

份訪談逐字稿¹¹作開放性編碼並刪除重複、相似的編碼後，我共以約 400 個編碼進入下一步驟的建構階段。



(二) 建構階段 (construction phase)：從編碼中逐步產生主題

建構階段的程序有分類 (classifying)、比較 (comparing)、標籤 (labelling)、翻譯與音譯 (translating and transliterating) 和定義與描述 (defining and describing)，我先將前三份逐字稿中所得的 400 多個編碼整合成編碼簿初稿，再運用此編碼簿初稿完成後續兩份逐字稿的編碼。分析後續兩份逐字稿時，新增了約 30 多個編碼，此 30 多個編碼再加入編碼簿初稿進行後續五個程序後，完成編碼簿定稿。詳述如下：

1. 分類

首先，將前一階段的編碼依據相似性歸類。

2. 比較

重新審視前一步驟形成的編碼分類，詳細查看是否有編碼應該調整所屬分類。

3. 標籤

將足以代表受訪者原意的單詞、語句作為標籤，標示出每個編碼分類中的重要大意，這一階段建議能盡量以語句作為標籤，以充分描述分類的核心意義。

¹¹ 我共訪談 A 兩次，但合併為同一份逐字稿。

4. 翻譯與音譯

這個步驟的用意是希望標籤可以透過適當的文字敘述，以方便讀者了解研究者在分類過程的思路；其中特別針對雙語翻譯提出實作建議，例如：若需翻譯 A、B 語言，請兩個雙語專家分別從 A 翻至 B 以及 B 翻至 A，再從中找出最適當的描述方式。本研究可能遭遇的情況為社工使用閩南語、客家話等常見的臺灣方言敘述某情況，若其中有我不確定該如何翻譯成中文的部分，將請教嫻熟該語言的專家。

本次的研究參與者大多使用中文進行訪談，僅有 A 與 C 在敘述案主故事時，因為案主慣用語言為閩南語，因此以閩南語陳述案主當時的對話或想法。但在以閩南語敘述後，研究參與者會再以中文敘述意思，因此我並沒有再針對內容作翻譯與音譯。

5. 定義與描述

這一步驟根據標籤產生主題、給予各個主題明確定義，並思考主題間的關聯性。

(三) 修正階段 (rectification phase)：運用主題回應研究問題

我以編碼簿定稿進行修正階段的程序。在這一階段，我借助研究問題以及以下的三個程序反思編碼簿的分類是否得當，並將原先超過 10 項的主題合併為 7 個主題，分別為：「安寧社工業務內容」、「過去經歷對安寧社工實務樣貌的影響」、「社工個人特質」、「社工服務理念」、「安寧服務具體服務過程」、「悲憫疲憊」、「體制樣態和安寧服務理念的矛盾」以及「體制因應方式」。



1. 融入與抽離 (immersion and distancing)

主題分析的修正有賴於研究者不斷轉換和文本間的距離，除了融入文本以充分了解受訪者的觀點外，希望研究者可以稍微抽遠距離，以旁觀者的觀點 (outsider perspective) 檢視自己先前設下的編碼與主題。在此步驟可用下列問題作為參考提問 (Maguire & Delahunt, 2017)：

- (1) 這個主題放在此處合理嗎？
- (2) 我的訪談資料支持這個主題嗎？
- (3) 我是否硬性將某些資料放入某個主題中，而不是從資料中生成一個主題？
- (4) 這些主題是否有重疊之處？有沒有哪些主題其實可以合併為同一類？
- (5) 主題之間有哪些子主題？
- (6) 我所蒐集的資料中，還存在尚未被辨認的主題嗎？

2. 借助相關知識 (relating themes to established knowledge)

第一階段形成編碼時，相關知識或許會因為希望達到開放性的編碼，而被暫時擱置，但這時候可以重新運用相關知識檢視編碼與主題是否被過度詮釋。

3. 穩定框架 (stabilizing)

這一步驟需要研究者更詳細描述主題與子主題間的關聯，以及運用主題和子主題解釋文本的現象，同時做適當的調整。

(四) 最終階段 (finalization phase)：闡述合理的故事

經過前三個階段反覆循環的閱讀、修正與定義，我在最終階段時已經非常清楚主題、子主題之間的關聯性，並且對照研究問題、現有文獻、訪談文本，將各個主題串連並形成「條理清晰且可信 (coherent and plausible)」的故事。我在闡述故事時，特別強調安寧社工服務案主的經歷，以及社工個人與他們的工作職場的互動關係，引用安寧社工個人經歷時，我盡可能融入敘述職場環境、案主背景等的故事脈落，希望讀者注意到環境帶給社工的影響，例如：與同事/主管間的互動如何影響社工同理案主、職場的慣例或規範如何影響社工同理案主等。



四、研究的信實度與真實性

本研究將採用 Guba (2001) 所列出的指標，檢驗研究的信實度基準 (trustworthiness criteria) 和真實性基準 (authenticity criteria)，並以 Manning (1997) 的說明補充真實性基準：

(一) 信實度

1. 透過研究設計增加可信性 (credibility)

可信性指的是當不同人看到研究者詮釋的資料時，認同這個詮釋貼近原意、現況，例如：受訪者認同研究者的整理與分析充分反映他的發言內容。

我預計在抽樣時即納入變異案例分析 (negative case analysis) 的設計、多次邀請受訪者針對內容進行成員檢核 (member checking)、建立研究日誌記錄自我的省思，不斷正視研究者的反身性 (reflexibility) 以提高可信性。

2. 透過厚實的描述（**thick description**）增加可轉移性（**transferability**）

我在研究成果中挑選最合適的段落，呈現安寧社工面對的工作情境以及因之而來的心境轉折，讓讀者藉由完整的背景脈絡判斷是否可以將研究成果推論至自己的經驗中。

3. 藉由研究日誌提升可靠性（**dependability**）與可驗證性（**confirmability**）

我運用研究日誌詳實紀錄研究細節，例如：研究對象招募的進度、資料留存的方式、編碼分類的轉變、定義主題的理由等等，亦在逐字稿中加註受訪者的表情、聲音、肢體動作等。

當我用研究日誌盡可能紀錄整體的研究細節，有助於事後檢驗研究方法與思考過程的可靠性。研究日誌和逐字稿的紀錄，則有助於我呈現詮釋結果，有足夠的內容讓讀者判斷原始資料與詮釋結果間的關聯，達到可驗證性（**confirmability**）。

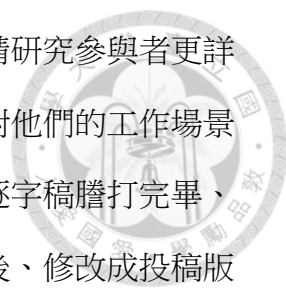
（二）真實性

1. 透過研究日誌提升公平性（**fairness**）

我的研究日誌亦詳實整個資料分析過程的思路轉變，以作為最後撰寫成果時檢視自己是否公平呈現不同安寧社工的觀點，以及他們受訪時各自反覆提及的重要面向。

2. 本體的真实性（**ontological authenticity**）

在訪談聯繫階段或訪談開頭，我藉由表明研究目的、自身立場以及未來可能的發表平台，讓研究參與者在分享經驗前，有足



夠資訊選擇分享的內容。而在訪談中，透過邀請研究參與者更詳細描述他們的工作情境，也讓我在分析時更針對他們的工作場景詮釋，而不是硬性套用既定理論或自身想法。逐字稿謄打完畢、分析結果初稿完成後、分析結果最終版本完成後、修改成投稿版本前，我皆提供稿件給研究參與者審閱，並與他們討論是否詮釋得當。

3. 教育的真實性 (educative authenticity)

藉由徵集主管級安寧社工的意見，希望能夠讓主管職以及非主管職這兩類在工作場所中經常有所交集的工作者，能夠分享自身的立場以及經驗。

4. 催化的真實性 (catalytic authenticity)

研究參與者皆同意我將本研究改寫為期刊論文投稿，以使更多相關人士可以公開閱覽、討論以及從事後續研究。

5. 策略的真實性 (tactical authenticity)

本研究除了呈現研究參與者的心境轉折，也著重呈現外在工作環境對他們的影響還有現行體制的可行調整方案。我希望透過研究過程的討論，讓研究者看到自身努力、工作環境對他們的影響，以及改變現況的可能性。

五、研究倫理

(一) 取得研究參與者的知情同意

由於悲憫疲憊談論的是工作者感受他人悲痛後的影響與調適，

受訪者回憶時必須再度回想沈重的經歷，因此在訪談前提供研究參與者大致訪談方向、訪談流程、可能發表的平台等，並清楚告知他們有隨時停止參與研究的權益後，才開始正式的深度訪談。



(二) 確保匿名與保密原則

由於國內的醫療機構經常都會發展特有的專案名稱或是服務形式，即便院所眾多仍可能使受訪者透過這些資訊而被辨認出來。因此在呈現受訪資料時，我認為性別、過往工作的單位、安寧社工所主責的一般科別病房、工作地區、醫院層級、服務方案名稱、研究參與者的一些習慣動作等，並不是了解研究參與者處境的必要資訊，也不影響研究的信實度和真實性，因此全數以代號或模糊化處理。

請研究參與者確認逐字稿的過程中，有些段落讓他們擔憂暴露自己的身份，我也將這些段落加註在研究參與者同意書的備註欄，並以不引用或是經研究參與者同意後的描述方式引用。

(三) 確保研究參與者獲知詮釋結果的權利


如「本體的真實性」段落中所述，我在多個重要階段將研究成過提供受訪者審閱並再次與他們釐清我所詮釋的意思，是否與他們所表達之意義相符。

六、研究者反身性

首先，我目前僅在醫院實習兩次，一次是腫瘤科加上安寧居家服務，而另一次則是在精神科。而帶領我的社工督導都未兼任主管職務，多數時候我都是以不具備主管身份的社工角度認識業務內容，因此我認為自己較會以一個「被管理者」的角度看待現有體制。與身兼主管職的受訪者 D 對談時，雖然曾問及他身為主管的考量，但對於管理者所負擔的績效壓力以及職務內涵較沒有深刻體會。第二，也正因為我未有全職工作的經歷，一個基層社工與同事、主管間的關係如何影響他的工作表現，以及社工如何詮釋這些關係網絡對他的意義，我都要特別仔細確認研究參與者的語意，以及分析時不帶入太多自己對於工作的想像。

第二，如緒論中所言，投入安寧療護領域與我自身生命經驗相關。這些經歷讓我體會關係中愛恨並存的難解，但當一個人能有另一人試圖了解他的處境時，往往就是關係轉變的開始，也更有機會在無常的生命中留下少一點遺憾。「同理」是我在社會工作中看見的核心元素，實習時曾經相遇的案主讓我或多或少能夠理解研究參與者談及的同理過程，但透過研究日誌反思，我也發現自己的分析有一度太專注於同理過程，而後再加上安寧工作本質、醫療體制相關規定等等影響，才能將安寧社工實際面對的工作處境完整呈現。有三位研究參與者提及他們是因為個人生命經驗因此開始從事安寧服務工作，若是考量我個人也經歷過喪親的歷程，其實我對於他們生命經驗與工作選擇的關聯性有很多好奇，但站在研究者的立場，最後我還是選擇將訪談焦點放在同理心、悲憫疲憊以及職場環境的討論之中，而非研究參與者如何轉化喪親經驗為服務理念的過程。

第三、不論是研究參與者個人的狀態或是整體工作環境的現況，都沒辦法用線性思考歸納來龍去脈，這對於我而言是研究與寫作的一大挑戰。透過研究日誌的紀錄，我發現自己會猶豫該如何呈現 A 面對的職場環境，但又不會讓他在我的描述下變成一個好像只會抱怨的工作者，所以我在內



文段落選擇引文時，即便有其他研究參與者有相似經驗，我還是選擇放入 A 因為生命經驗選擇安寧工作還有工作中額外付出的段落，以及他在轉換新單位遇到管理風格較為公正的管理者後，他在工作中的委屈馬上就被安撫的情境。又或是如 B 是唯一一個在研究中明確經歷悲憫疲憊的安寧社工，但因為我看待社工工作的觀點本來就涵括個人以及環境的交互影響，因此我盡可能呈現在 B 的工作處境中，他已經很努力調適自己當下的狀態，但是不斷同理他人的難處、安寧團隊合作中的壓力，使他還是歷經痛苦的歷程，但他仍很勇敢地辭去工作並且在旅行中找回自己的工作信念。

最後，我在實習經驗中發現自己也並不是那種典型的、大眾想像中很有愛心、熱忱跟散發溫暖的社工。但是我仍然重視案主應該在社工服務中獲得保障的權益，也有自己擅長的工作方式與會談步調。對我而言，沒有哪一種形象的社工是最標準、最好的助人者樣貌。因此當 C 說他並不覺得社工應該要很有愛心跟很正向時，其實感到非常有共鳴。而我也忠實呈現 C 透過陪伴與豐富的實務經驗，協助許多案家度過別離，而且也因為這份工作有所觸動。D 在訪談中給我的感覺和 C 比較類似，感覺上比較冷靜、善於分析，但當他和我分享自己不會因為案主過去的事蹟評斷案主時，我覺得在那份冷靜之下其實下了很多功夫。對於案主的故事產生感受還有評價是非常直覺的反應，但是 D 能夠透過專業訓練、專業理念要求自己暫時忽略個人觀感，而只專注在案主的狀態、案主的需求，對我而言是對自己要求非常嚴謹的社會工作者。



七、訪談大綱

(一) 工作內容

1. 您好，請您簡述您曾經/現在待過的安寧療護工作單位？以及您大致的工作內容？

(二) 同理與悲憫疲憊的關聯

1. 在您的工作經驗中，您透過什麼方式更理解案主（家）的背景/故事/處境？
2. 當您對案主（家）的敘事產生「感同身受」的感覺時，你當下會是什麼樣的狀態？
 - 2.1 什麼樣的敘事，特別讓您感同身受？
 - 2.2 當您和案主（家）的敘事有共感時，自己的狀態、情緒是什麼？
 - 2.3 您如何回應這些特別讓您有共感的敘事？
3. 在您的經驗中，會不會有一些時刻察覺自己即便很努力，但仍然不想要理解案主（家）的處境？
4. 當您察覺自己「不想理解案主（家）」時，您會形容自己是什麼樣的社工？
 - 4.1 當您的狀態是「一個想要理解案主（家）的社工」，您會如何形容自己？
5. 您會如何調適自己「不想理解案主（家）」的狀態？

(三) 調適管道

1. 在您工作的過程中，有哪些事件的發生可能會紓緩較為負面的感受？
2. 您如何調適自己在工作中遇到的困難，例如方才所提及的某情況？
 - 2.1 您在工作中遇到困難時，除了您自己努力調適外，您還希望得到什麼樣的協助嗎？
 - 2.2 您在工作中遇到困難時，得到多少來自主管、任職機構的支持？

2.3 您的主管、任職機構知悉您所面臨的困難時，通常會給什麼樣的回應？

2.4 您希望您的主管、任職機構提供什麼樣的協助嗎？

(四) 結尾

1. 很謝謝您願意分享這麼多的工作經歷，請問您還有沒有任何想到需要補充或回應的部分？



第四章、研究分析與結果

從 2020 年 03 月 31 日至 2020 年 5 月 3 日止，我共訪談 5 位在安寧療護領域有工作經驗的安寧社工。本章節將先介紹研究參與者的大致工作內容，以及他們的工作樣貌受到生命經驗、工作經驗還有求學歷程的影響。

在「建立專業關係以及核心理念」的段落，首先回應第一個研究問題，彙整了研究參與者以同理心建立專業關係的過程，從「看見案主的需求」、「與案主有同步的感受」到「共鳴後的區別與啟發」。接著再闡述「尊重案主的步調與決定」會如何協助研究參與者規劃服務內容，段落最後則介紹安寧社工如何達到生死兩相安的服務目標。

「安寧工作的特殊情境」彙集了研究參與者經常提到的工作情境。「照顧議題經常是會談切入點」介紹照顧議題在社工會談中扮演的角色，同時也提及獨居、在宅往生的照顧困境。「安寧服務的時間壓力」及「矛盾的祝福」則紀錄了研究參與者面對案主死亡的心境轉折。段落末尾的「案主社經地位影響服務層面」則發現案主的生活型態、家庭動力會影響家中的醫療決策，而研究參與者需要根據案家的情況調整會談方向與照顧計畫。

「悲憫疲憊」是本研究的核心討論議題。研究參與者的「直覺想法」回應前第二和第三個研究問題，也就是安寧社工如何描述悲憫疲憊，以及安寧社工的悲憫疲憊有什麼特性。「免於悲憫疲憊的可能途徑」回應第四個研究問題，主要探討安寧社工如何以個人力量調適悲憫疲憊。「工作環境中的助力」與「工作環境中的阻力」則為第五個研究問題鋪陳，彙整安寧工作環境中的安寧團隊、安寧主管、社工同儕、案主還有督導管道等如何影響研究參與者。「體制樣態和安寧服務理念的矛盾」同樣紀錄外在環境對研究參與者的影響，但是將範圍擴大到醫療體系的規定與安寧理念的扞格。

「調適管道」與「可行的體制調整方向」回應第五個研究問題，也就是主管與任職機構可以如何協助安寧社工。調適管道分為「個人因應途徑」與「體制中既有的協助」，前者是補充安寧社工曾經嘗試過的調適管道，後者是肯定

體制中諸如足夠的專業裁量權、安寧療護相關課程有效協助研究參與者預防或療癒悲憫疲憊。可行的體制調整方向則在「專責或專任的難題」和「工作分工以及管理文化的調整」中記錄安寧社工對於調整工作量的想法，以及「將主管安寧的工作者納入安寧培訓體系」會如何影響管理的方式。最後在「設立針對安寧的督導」此一段落，彙整研究參與者對於修改現行督導制度的想法。

一、研究參與者簡介



A

A 表示他曾在 A¹ 醫院主責超過五年的安寧業務，目前在 A² 基金會擔任社工。在 A¹ 醫院服務時，他依照會接安寧病房會談，並參與安寧共照諮詢會議、安寧居家訪視、遺族活動與追蹤、安寧病房例行活動、院內及社區的安寧宣導、DNR 意願書註記、安寧志工管理與訓練還有各項安寧相關會議。同時間，他還需要接一般科別病房的照會、社工室的行政業務（含分擔留職停薪者的業務、週末值班輪值）、醫院評鑑業務，以及不定時的器捐業務、急診室的大量傷患 333 業務。

A 覺得自己會進入安寧領域工作是「老天的安排 (A-165)」，原先 A¹ 醫院徵的是另一業務的社工，最後因為職務調整所以由 A 接任安寧。A 因為至親需要安寧照顧時，安寧服務才剛萌芽，他的親人因為沒有辦法獲得妥適的照顧，讓他的心裡一直有遺憾。他藉由幫助以及陪伴進入安寧體系的人，療癒自己的悲傷也突破自己想法的框架。

A 很強調要從案主的生命脈絡中了解他們的外在行為以及決策過程，才能真正做到安寧服務的全人照顧；但他的經驗讓他覺得整個醫療體系都是以任務解決為優先，且醫院的分科制度還是把案主拆解成一個又一個的問題。

隨著經驗累積以及他在各項安寧業務累積一定成果後，有些團隊成員開始主動照會 A，也給予他很正向的回應，但是 A 自己的社工主管卻仍然對他的工作抱持懷疑態度，有些社工同儕由於不理解安寧工作也嘲諷 A。

他工作中的困頓並不是來自同理案主，因為他經常覺察、反思自己的感受，並以此理解案主的哪些部分牽動自己的情緒。雖然 A 個人透過宗教還有靈性療法舒緩自己的壓力，詢問安寧領域前輩的意見，也願意自費到外尋求專業督導，但長期業務量過重導致懷孕的他身心出現嚴重不適。雖

然對安寧有很深厚的情感，A 最後還是很不捨地離開安寧工作，投入其他
社工職場：「坦白說我那時候要離開安寧的時候，我非常捨不得。而且那是
上山下海都去耶，你知道有時候 FB 打卡都還跳出來，哪一年跟阿長，颱
風天還去看個案，然後兩個人坐火車去看個案。(A-544)」



B

B 曾經在 B¹ 醫院擔任一年多的安寧社工，負責安寧病房以及兩個較大的一般科別病房。在安寧病房時，他依照會和案主與家屬會談、負責舉辦病房團體活動、家族支持團體、例行節慶活動、遺族追蹤，同時也負責志工管理以及督導、參與安寧病房團隊會議。他同時也負責督導志工，除了在志工督導會議與他們一同討論陪伴病人的方式之外，志工在每日例行關懷發現有未照會社工，但是可能需要社會心理服務的病人，他們也會將消息傳遞給 B，讓社工進一步評估開案服務的必要性。

在 B¹ 醫院原先的安寧社工離職後，社工室主管因為看重 B 先前工作經驗有志工管理的能力，再加上他已經完成安寧訓練以及對安寧很有興趣，就讓 B 接任安寧病房的工作。B 認為主管在他接受安寧病房的初期，給他很關鍵的業務指導及協助，例如：一開始還不熟悉時，主管陪著他一同參加志工督導會議。同一時間，社工室的同儕也能和 B 討論基本的個案處遇，等到有比較複雜的安寧服務議題時，B 才會找忙碌的主管討論。

B 在工作時，很願意理解案家的家庭故事，以及每個家庭成員的立場。他經歷悲憫疲憊的經驗並不是因為服務安寧病房的病人，而是當他正處於思考容易導向負面結果的時期，卻正好服務一位在一般病房的憂鬱症患者。B 覺得之所以會感到「被掏空」，是因為那位案主不斷散發的負面情緒牽動了他慣於負向思考的習慣，讓他不斷同理案主的過程中，感覺不到案主有可能改變，而只是社工自己一廂情願地付出。

工作一段時間後，因為 B 自覺好像失去了他當社工的信念，所以毅然決然辭職離開。透過旅途的所見所聞以及靈性療法，他這樣歸納他的社工信念：「其實我一直在追尋的就是，人性那個真，還有人跟人互動的那個真誠，還有最重要的是，為什麼繼續做社工，還有選擇社工這個工作，就是，我希望這個社會上，人跟人的互動都是很良善的，那我就是個種子，把這些良善帶進來，那盡可能可以帶給人，然後讓他們可以散播出去，這

就是我真的找到所謂的信念。(B-443)」找回信念後，他又回到 B² 醫院擔任一般科的醫務社工。再次從事社工工作的過程中，他覺得自己的想法變得比較正向，也不再那麼苛求自己的工作成果。



C

C 歷經 3 個安寧病房，我們的訪談集中在他第一次接觸安寧工作的 C¹ 醫院，還有他隨後待了近 2 年的 C² 醫院，C³ 醫院則因為僅任職時間較短且沒有印象特別深刻的案主，因此只佔訪談中極小的部分。在 C¹ 醫院時，他除了依照會接安寧病房會談外，還負責腫瘤科病房以及社區的業務。在 C² 醫院則是專任安寧病房的社工，負責在安寧病房中逐床會談以及病房中相關業務。

他在 C¹ 病房接觸安寧前，雖然已經累積了十年的社工經歷，對於規劃一般的個案處遇沒有困難，但他也說當時一邊受安寧訓練、一邊在安寧病房應用這些安寧知識時，對他來說仍然是相當的挑戰。例如：在安寧病房中相對資淺而且身兼多職的他，其實沒有辦法影響 C¹ 醫院較重視心理師、藝術治療師的文化，所以他的角色就被侷限在資源連結還有經濟處遇；安寧訓練中提及的「陪伴」也是經過一段時間後才漸漸領悟，在 C² 醫院的服務是他安寧服務技巧成熟的時間。

C 聽完悲憫疲憊定義後的直覺反應是這樣的理論邏輯太極端，再思考了一下後提到自己比較類似的感受是「倦怠感」。C 說這種倦怠感是因為工作一段時間後，事情應該如何處理大致都有一定的流程，每天就是規律地打卡上下班、完成這些既定業務。當他處於倦怠期時，案主的生活像是分隔開來的問題，他會熟悉地連結相應資源，但是並不會再產生特殊的感受。只有當 C 遇到比較「投緣 (C-358)」的案家時，因為與他們交流而有所觸動、得到成就感，他才脫離倦怠的感覺，也讓自己多接觸表面問題下，更富有感受性的部分。

D

D 在安寧共照以及甲類安寧居家服務超過兩年的時間，他是因為輪調還有科室人力分配的考量而開始負責安寧業務，業務內容以安寧居家為主，安寧共照只有極少部分。前期他同時擔任科室主管，負責督導整個社工室業務；而他未擔任主管時，也輪調過好幾個一般科別病房。

聽到「社工同理案主有沒有可能產生負面影響」的提問時，D 幾乎是立即反應：「我覺得能夠感同身受是比較正面的情緒啦！(D-117)」因為當他知道案主在想什麼的時候，才會知道案主真正的需求，也才能規劃適當的服務。D 認為以開放的態度建立專業關係是社工的基本價值，他認為當社工給案主更多空間選擇服務形式、不隨意評價案主過去的生活時，會讓案主更願意說出自己的想法，也會促進家庭內坦誠的對話，並增加修復關係的機會。

在 D 還同時擔任科室主管的期間，有時候經歷不同角色間的衝突。例如：作為主管，他需要監督科室業務的績效，但同樣身為提供直接服務的工作者，他也知道每個案主及服務情境都有其獨特性，有時候很難要求每個服務案適用相同標準。但他也能從自己擔任服務提供者的經驗出發，盡可能給自己所督導的同仁更多決策空間，因為他也期待主管能信任他的專業判斷。

E

因為自身喪親經驗還有大學時期的安寧病房實習，E 一直以來的志向都是要在安寧領域工作。而在我們訪談時，E 已經在同一間醫院服務了五年以上，他同時負責一般科別病房、安寧共照以及甲類的安寧居家。安寧共照的業務首先由主治醫師確認病人意願且也符合健保相關的規定後，就協調安寧共照的團隊共同規劃後續的照顧。安寧居家則由醫師或護理師照會後，社工才前往會談。E 原先也負責安寧志工管理，但在醫院成立安寧病房後，這項業務就移交給安寧病房社工。

E 認為同理是他在實務工作中「蠻重要的技巧 (E-251)」¹²，同理案主可以幫助他看見案主以及家屬的情緒，也能讓他了解情緒背後的緣由。如果聚焦討論安寧服務的話，同理可以進一步幫助 E 看見案主的優點，進而傳遞家庭中較正向的片段給各個成員，就有更大的機會達成安寧服務強調的四道人生。E 也特別提到他考量專業關係的深淺、自己的身心狀態以及當天應該完成的工作量等因素，調整他同理程度的深淺。

安寧工作有時候的確會需要投入較多的時間和資源，例如：當 E 在協助案主完成生命最後的心願時，往往要將原先的會議、工作排程調整至其他時間，短時間內只專注在準備心願完成的規劃。但 E 覺得正是因為需要花更多心力投入服務規劃以及了解案家，他才能收到遺屬更真摯的回饋，案家的故事也因此在他生命中留下痕跡。

超過五年的工作歷程中，他發現自己從一開始沒有辦法拒絕其他安寧團隊成員對於社工角色的期待，到今天可以分辨哪些事項真的是病人的期待，而哪些可能是團隊成員的焦慮；也從一開始找不到自己在團隊中的定位，到現在能夠肯定自己所提供的服務是其他人無法取代的。

¹² E 稍微遲疑是不是應該用「技巧」來描述同理，但訪談當下並沒有想到更好的詞。

二、大致工作內容

如同前述的研究參與者介紹所述，除了 C 曾經專任安寧病房而沒有其他業務外，其他研究參與者負責安寧業務的同時，也要負責一般科別病房、志工管理或是主管職務。與案主及案家會談是安寧工作的重要內涵，差別是安寧社工逐床會談或是依照團隊照會安排會談，在以照會制度為主的醫院，安寧社工也仰賴安寧志工提供更多詳細資訊。

B：應該是說志工有的時候，他不會在督導會議就提出來，他可能，像我們上病房，常常去病房巡一下、巡一下，他就會抓著我跟你講，那這時候我就會直接去看（病人）。是大概這個形式，那志工跟我們就是會直接接觸，直接討論的，不會像是團隊那麼制式的照會，等於是他跟我們討論，我覺得有需要就會過去看這樣。那如果覺得是，還是比較關懷層面的或是陪伴等等，我可能會跟志工討論一下，可能他（志工）的角度他覺得他還可以再多做點什麼，或是從他的角度，他（志工）還可以再怎麼樣陪伴他們（病人）這個部分。（B-32）

所有研究參與者都需要參與團隊相關會議討論照顧計畫，例如：社心會議討論（A-39）。另外，視案家的需求參與家庭會議，會議中可能請醫師更詳細地解釋病理、協調照顧計畫等等（B-199）。除了回應案家需求外，社工更可以藉由家庭會議示範提問，讓家屬知道自己可以在醫療計畫中處於更主動的位置，社工的參與實質改變了家屬與醫療團隊的話語權分配。

B：所以其實我常常會問一些早就知道的東西，但我覺得對醫療團體來說是很笨的東西，但我會故意問，因為我要讓他們知道「這個家屬不知道」，而且我會讓家屬覺得說你看這個連醫院的人都在問了，所以我們（家屬）再問出其他

的東西，不會很奇怪，不會讓人家瞧不起。因為我覺得在台灣的一些思維裡面，大家還是不太敢問，所以我會故意扮演這個角色。(B-163)

D 的工作集中在居家安寧，他認為實際到案主家中訪視能夠拓展他的評估面向。而 B 也提到訪視除了了解真實需求外，更有助於增強專業關係(B-362)。

D：恩，我覺得居家安寧可以看到比較多這個個案他的整個生活歷程可以看到比較多，因為其實如果在醫院，你只能看到他在醫院呈現的那部分，當然你走到他的家裡面、進到他的生活的時候，你可以不只是透過他的語言表達，其實你觀察他整個家裡面，你可以觀察到的是更多面向的。(D-57)

健保對於居家安寧社工訪視給付的規定是每週一次。不過在實務操作中，E 的醫院則還是以案家的需求為主調整訪視頻率。

我：那像居家的案的話，他訪視，同一個案他訪視的頻率會是多少？

E：誒這其實真的很看案家的需求耶，健保他有他的規定啦！就是護理師一個禮拜最多可以去兩次，然後社工一個禮拜最多可以去一次，其他職類的人員也是一個月最多去一次。醫生我忘記，我記得好像也是兩次，但其實需求的話，我們都會跟家屬說，如果你真的一開始剛從醫院回家的話，你特別擔心，你覺得護理人員要去到兩次，那當然我們都可以協助。但如果漸漸你沒有這麼多擔心了，而且病況也比較穩定了，那你可以改成一個禮拜一次，甚至是最後變成一個月幫你換一次管路，其實居家安寧這邊也都 ok 這樣子。他就是沒有一個很硬性的規定啦！(E-75)

E 任職的醫院與民間協會有一些常態合作，提供手工藝、芳療等等課程，讓案主有更多元的活動參與。原則上，若案主需要轉入安寧病房，就由 E 將相關資訊移交安寧病房主責社工，但如果考量要維持穩固的專業關係，E 也接受由他繼續服務。

我：那那個安寧共照的團隊，會跟原本醫院內的安寧的社工合作嗎？

E：我們醫院安寧病房的社工，他就是主責安寧病房然後跟血液腫瘤科吧！就是其實我們台灣的安寧病人主要還是以癌症的病人為主，所以他是主責這兩個病房，那當今天譬如我的安寧共照的病人，他有這個需求進入到安寧病房，那我可能會跟安寧病房的社工去交班這個個案。那去討論是說，比如說，如果是我跟家屬建立比較好的關係，那我就覺得那我其實可以繼續服務沒有關係，不然我們可能就會轉給安寧病房的社工去介入這樣子。（E-22）

三、過去經歷對安寧社工實務樣貌的影響

過去生命經歷影響工作者的工作動機，而求學和工作經歷則影響了工作者在安寧領域能夠提供什麼類型的服務。

（一）生命經歷

有一部分的研究參與者是因為工作輪調進入安寧領域，而有特定理由的社工通常是因為自身生命經驗引領他開始這份工作。A 和 E 選擇安寧的動機都來自喪親經驗，A 在幫助與陪伴他人的過程中，好像也能療癒自己的遺憾。

A：後來那個主任就問我說，啊我們 A⁸ 單位的社工沒有缺，那

如果是安寧你要嗎？我就說「ok 呀，我很願意（欣喜）。」我覺得那時候的狀態就有點算是，因為自己的遺憾，所以會很想去幫助跟陪伴，然後當然就是在過程裡面，你要說有療癒自己嗎？我覺得，也是。(A-165)

生命經歷除了影響職業選擇外，也會影響社工的工作理念。例如：A 不輕易批評案主的決定，因為他的原生家庭歷經許多波折，所以他很能理解看起來沒有意願改變的案主，是被生活環境限制了選擇。

我：所以您是比較站在案主自己的角度去想，想他為什麼這樣？

A：對，然後外加我覺得我自己的生命經驗也是這樣，我就是 18 歲之後都是靠自己的人，所以我知道說當今天，為什麼那叫娼嫖，或是你是對價關係的去換，或是用所謂的同居伴侶的關係去換，本質是一樣的喔，就是在線的社工有非常少用這樣的視野去看到個案的樣貌，都會用自己有限的生命經驗的框架去看待別人，去批評、抱怨甚至是貼標籤，所以我才會變得跟體制是格格不入的。(A-290) 我認同可以有分析，就是 worker 需要去分析，因為有分析才有辦法處理，可是不是分析完就去批判跟貼標籤。(A-568)

又例如 E 的喪親經驗，使他預想案主在未來可能遭遇的歷程，並透過社工服務盡可能減少案主未來的遺憾。

E：很有可能是我自己本身有這類的喪親的經驗，所以我大概能夠知道說，在我這個喪親的經驗裡面，什麼東西對我來說，我的

日後人生是很重要的，所以我可能會去提醒我的病人或是家屬這件事情，或者是我盡可能不希望他們在往後的人生裡面有一些遺憾。

(E-392)



(二) 求學與工作經歷

過去的求學與工作經歷同樣影響研究參與者的工作方式。E 評估自己的經驗「沒有所謂醫護的背景或知識，你去做病情解釋這一塊，有時候我們真的沒辦法講得很明確或是很好，反而會誤導病人 (E-100)。」但他仍透過案主的用語是否過於隱晦來確認案主對病情的理解，例如：「我肚子發炎、腸子發炎 (E-88)」就不像是對末期疾病的形容。如果案主的理解並不確切，E 會再與醫師或是護理師討論更合適的病情解釋模式，或是委託護理師向主治醫師轉達再次解釋病情的必要性。而相對來說，由於 A 求學時期是醫護相關背景雙修社工系所，所以他有足夠的醫療基礎支持他向病人解釋病情，而醫護人員也因為認可他的醫療知識而樂意與他合作。

A：所以我進到醫院去，所以我是一個非典型的社工啦！可是護理人員就跟我講一句話「跟你講喔，比跟其他人講有用，而且你都知道我們到底在幹嘛。」然後甚至我真的會去解釋醫生在解釋的東西，因為我們會用病人聽得懂的語言去說明，那這樣他簽下那份 DNR 他才會安心啊，所以某程度上，我聽完醫生在講醫療處置的東西，或是他現在的狀況，然後我再解釋一遍給病人，病人也會覺得很清楚。護理人員也覺得，因為護理人員比較容易用他們的專業去講，那其實就還是會有距離感，可是我在形容的東西就比較圖像化、比較生動，他就可以理解他接下來的醫療走向跟處置是什麼。

所以我會覺得，醫務社工的某些價值其實應該要放在這個地方。(A-

328)



四、建立專業關係以及核心理念

(一) 專業關係的開始：同理

同理心是悲憫疲憊理論的核心概念之一，因此 5 位工作者分享許多他們在實務過程累積的想法。原先的訪綱是以「感同身受」、「理解案主處境」等比較概略的詞語詢問，我也發現一開始詢問時，研究參與者不一定能馬上聯想到最貼切的敘述。但若進一步詢問他們印象深刻的案主，就能讓研究參與者比較具體形容同理這個概念。依據每個訪談的內容脈絡以及社工的習慣用語，在訪談中除了「同理」和「感同身受」這兩個詞語外，B 也會用「有相似情緒」形容他與案主的關係，C 則特別提到了「陪伴」的重要性，以及一個好的陪伴會是什麼樣子。同理心帶來的影響，一開始幾乎都是讓社工看見案主的需求，並且讓研究參與者有更多機會建立理想的專業關係。「與案主有同步的感受」還有「區隔自己與案主的經驗」，則穿插在專業關係中的不同時間點出現。

1. 看見案主的需求

社工的會談雖然有特定目的，建立的也是專業上的關係，但是案主的感受或許還是和一般生活中的人際相交有可以類比之處。B 以此為出發點設想案主的立場，如果一開始對談就讓人感受到評論的眼光，案主或許不會想再說更多。B 知道面對一個相同的情境，每個人可能有非常不同的反應，所以會選擇當傾聽者，讓案主可以詳盡地敘

述自己的情況。



B：我會試想，如果我是個案他本人，那他今天跟我講這些事情，我如果又帶著一些世俗的眼光，我帶著一些評論，我不認為他會願意繼續再跟我講下去。而且對我的信念來說，每個人都有他的故事跟經歷，我不會說，比方說有些團隊，甚至我以前的同事，有一個小孩他媽媽突然死了，他哭都沒哭，然後他們就會覺得說「你怎麼那麼不孝順？」而且醫療團隊最愛這樣子。但你不知道他們之間是什麼關係，就我會，我反而回推的是：我想要知道他們之間到底發生了什麼事而演變成這樣？我覺得凡事有因就有果，有果就有因啦！我覺得應該是這些想法。而且就，應該是說我跟個案的互動，我可能都丟一兩個問題，我就讓他們一直講，我就當傾聽的角色，我比較是屬於這樣子的。(B-343)

除了了解案主需求外，同理他人更能夠讓社工深入了解不同家庭成員的想法，也可能促進家庭之中的對話。D 就在訪談中反應能夠感同身受帶來的是正向情緒，因為他不用以自己的心思揣度案家所需的協助，又能找到方式讓案家的互動更直接、更坦承。

我：那您覺得您身為社工的角色，您在裡面投入了不管是專業知能、或是您個人做了哪些事情會讓他們願意開始對話。

D：願意開始對話，我覺得剛開始一定是不願意開始好好大家坐下來講的。所以其實我們剛開始都是先個別深入瞭解看看每個人的想法，他當時為什麼要離開這個家裡面，然後他現在為什麼想要回來找這個家庭的原因。有時候他們不願意直接去對話，所以有時候我們會需要透過社工幫忙傳達另外一邊他的一個想法。那當然我們也會試著

讓彼此之間，是有一些直接對話到的機會。(D-162)

對 E 而言，同理程度隨著專業關係的變化、工作者當下的狀態而轉變。他透過「生命回顧」了解末期病人面對疾病的歷程、拼湊家庭紛爭對於案主的影響。E 不只是同理案主的處境，同時也在實踐社工領域經常提及的優勢觀點，藉由案家的述說，尋找本來就存在於案家的助力。

我：比較正向的部分是什麼？

E：恩，我還蠻喜歡透過生命回顧去了解這個病人，過去是怎麼樣的人，在他還沒有生病的時候，這可以讓我，大概窺探他是什麼樣個性的人，大概怎麼樣的會談模式或者是說什麼樣的內容他會是喜歡的。或者是我可以透過生命回顧去肯定他不同角色之間的優點，譬如說他作為一個親職的角色，他作為一個子女的角色、他作為一個工作者的角色，他是不是都做的，當然裡面總能拿到一兩點不錯的吧！應該沒有人這麼爛，總有一兩點就是還不錯，你可以拿出來肯定他們不管是家庭或者是他個人的付出。(E-265)

當然不是所有關係都能夠透過同理，達到社工心中理想的狀態。但是面對一些排拒安寧服務的案主時，同理至少是說服他們進入服務的起始點。因為在理解案主的需求後，就能針對案主最想達成的治療目標，慢慢加入一些安寧理念，鬆動案主原本的想法。

我：聽起來也是他比較希望能控制他最後疾病的醫療。

E：對，他很想掌握他可以掌握的事情。那他們很多人就很擔心說，如果我今天被貼上安寧的標籤了，我是不是就會被認定了，我就

是沒有辦法做任何事情，任何決定的人了，以後我就要麻煩我的家人照顧我，那甚至是說我以後就出不了院，我沒有辦法做我想做的事情。所以，通常這樣的狀況，我們都會先去了解說他擔心什麼？他到底在害怕什麼？有什麼是我們可以再跟他澄清的？或是哪一些是我們可以暫時跟他做一些保證的？看可不可以得到一些效果，去取得他的信任。(E-131)

2. 與案主有同步的感受

在理解需求之後，C 提及的是「陪伴」。他並沒有特指陪伴能夠達到的目的，不過在他的經驗中，陪伴指的是能跟上案主的整體狀態，讓案主感受到另一個人「他的focus 都是在你身上，而且他會讓你覺得，他製造的氛圍就是你可以安心的氛圍，你就是要給病人這個感覺 (C-602)。」C 是經過很密集、較長時間的實務工作累積後，才覺得自己能真正陪伴病人。

可是真的在安寧病房的訓練之下或工作之下，你慢慢的成熟之後，你開始學會做陪伴這件事情，我覺得陪伴才是最難的事情，因為沒有什麼會談技巧，你沒有什麼，你就是要在那個當下跟那個病人在一起，你要讓他覺得你跟他在一起的那個陪伴，我覺得其實對我來說，才是最困難的事情。(C-539)

而 A 提到比較特別的是他認為同理還是和案主站在對立面理解同一件事情，但是他是全心全意進入案主的角色，感受在案主的時空背景中會有什麼樣的感受。

A：對於我來說「同理」是工作者跟個案是對立面的關係，但我工作的方法是踩踏進個案的位置，感受個案的感覺。如果有心理劇的話，我覺得我在他訴說的當下是嘗試體會他的角色以及那個時空下的主流文化、社會意識的壓迫，當然這方面也需要有豐富的史觀。

3. 共鳴後的區別與啟發

研究參與者皆提到如果案主的經歷與他們自身生命經驗、工作經驗相似時，特別覺得有共鳴。但在共鳴之外，他們認為工作上更重要的還是從案主的角度理解一個事件為什麼發生？事件之前累積了哪些背景因素？這些事件與背景因素如何影響他們做決定？有時候從案主的經歷，他們也對自己的生活經驗有新的想法與感受。

我：所以也是比較透過了解他們更多的背景，一方面知道他們的狀態，我覺得聽起來好像跟你自己的經驗也可以有所區分是這樣嗎？

B：我不會完全用自己的經驗套在他們身上，然後就去批評他們，說你們活該啊，倒不至於這樣子。我反而會去聽他們講他們的，說可能為什麼這個長輩他會這樣做，為什麼其他小孩會這樣想，然後各自的想法是什麼，然後當然如果大家還是願意來醫院的話，我們當然還是會做一個比方說家庭會議，盡可能地讓他們去調節他們彼此的關係，當然這是盡力啦！不可能所有都盡善盡美，這種我就會比較有共鳴。那針對這個部分我也可以多了解，比方說各自他們的想法是什麼，然後在，因為我以前會一直不諒解我奶奶，甚至我完全不想去看他，可是現在我就會覺得說，那也是他的選擇，那他有他那個選擇，是他可能是從小他教育灌輸的觀念，那可能也不是他單方面就是，自己可能單獨生來的喔。我覺得某一層面也是那個年代的女性也很可

憐，就是被傳統思維綁架得很嚴重，所以某一層面也比較可以去理解
這些事情。(B-132)



A 對案主的同理，並不受專業關係深淺的影響。A 遇過非常排斥與社工談話的案主，他也因為案主的排拒感到挫折，但他仍然從有限的資訊中看到其他可能的原因，而且也從與案主的相處故事中「破框」，讓自己對人生有不同的想法。

A：然後我就會更覺得其實人生你應該學著，我覺得那一個時間點，那應該是 101 還 102 年發生的事情，然後我就會覺得因為以前的我很不愛自己，我是屬於那種殉道者型的人，我會犧牲奉獻我自己，即便工作多，我也會換取別人的認同。就是屬於討好型的角色。然後面對我的感情的部分也是這樣，所以我就覺得你看他討好了別人一輩子，當討好得不到他要的，就轉為變成控制型的人格，那你為什麼不回到自己身上去愛自己呢？所以我就覺得那個東西是破了我的框。

我：喔～因為回頭再看看自己的生活會覺得有一些地方，可以有不太一樣的方式。

：對，因為你看你處心積慮、用盡心機，你還是走了啊，你留下那麼多的錢，你花不到。(苦笑)你給了你最不必要的那個男人，而且其實講白了，那些錢應該是。我覺得他內在最大的渴望是「我希望這些錢是跟這個男的一起花」，結果你看這個錢是留給這個男人跟別的女人花。所以我就覺得恩，就是他讓我重新去省思我自己可能在面對生活，或是面對伴侶關係的時候的那個控制的東西，或是自己內在的不安全感。

我：那那時候你們發現說，他不跟你談，他只跟最大咖的醫生談的時候，你那時候心裡的想法或是感受是什麼？

：我當然會覺得很挫折啊，而且那時候也不知道問題是什麼，然後覺得你就是那麼看不起我的專業嗎？(A-208)



(二) 尊重案主的步調與決定

由於安寧服務強調全人照顧，所以服務面向非常寬廣，不同團隊成員可能會對同一位案主提出不同的服務計畫，除了透過團隊會議討論整體共識外，對案主的基本了解同樣扮演關鍵角色，了解案主不只能更容易回應案主需求，有時候也是協助團隊成員修正服務的指標。

C：然後因為我們跟他很熟，我們就想說他其實沒有什麼很虔誠的宗教信仰，但是他突然要受洗這件事，我們會覺得有點問號，所以我們有去問了一下說「阿姨我們聽說你要受洗耶，聽說你那個今天要受洗是不是？」那阿姨就「咳（嘆氣）」他嘆口氣，我就說「怎麼了？」，他說「沒有。」他知道對方很真心，他知道對方也是很真心在關懷他，阿他突然就說要受洗，他就不好意思拒絕，可是他又覺得好像哪裡怪怪的。可是就覺得答應了，他就有點是趕鴨子上架，他就覺得可能他們真的對她蠻好的，他就會覺得「恩？可是我真的要受洗嗎？」他就會在那中間掙扎。(C-276)

以 B 先前任職的醫院為例，尊重案主的決定體現在宗教的選擇。這間醫院以 B² 宗教為最主，大多數安寧志工也以信仰該宗教，但是就 B 的觀察，志工主要是以宗教元素作為傳遞祝福的媒介，例如：以宗教典籍的話語祝福病人，但是志工不會將說服他人信仰此宗教為目的。安寧病房中設有宗教室，並不是特別為哪一種宗教設置，而是可以依照病人或家屬的需求設計；唯有在資源連結的部分，受限於安寧病房團隊成員

對宗教的認識有限，有些宗教的宗教人員或是宗教儀式，需要由病人或家屬自行連結。



B：所以我們對其他不同的宗教，我們也是很尊重的，我們不會說「誒你們在我們這邊不能拜那個，或是你們不可以拿出來」，甚至是我們會覺得說你們有沒有需要找你們的宗教人員到醫院來，我們都是很尊重的。然後我們的宗教室，我們的安寧病房有一間宗教室，也可以配合他們需要的去放他們要的宗教的音樂這樣子，包容性算高啦！但確實我們，如果你要找宗教人員的話，我們就比較只能找 B² 宗教的，我們就沒有認識其他宗教的人員可以幫他們介紹過來，那個可能就要請他們自己找。(B-

109)

不只是宗教信仰，安寧服務有一些立意良善的目標，例如：四道人生、疼痛控制等等，但是最重要的還是案主的需求以及接受度，社工應該營造的是開放的氛圍，讓案主在生命末期能真正做到心中的想望。

D：我覺得不要有一個預設目標就是，我就是要他們可以達到某個目標，因為那個目標可能是我想要的，但是並不是他們想要的，那我覺得應該是，比較開放的一個態度來讓兩邊的家屬，他們其實可以比較表達他們真實的，不管是真實的情緒、真實的反應也好，而不是說誒，我其實預設一個目標就是要他們和解，所以我不管做什麼事情都是要一直導向他們和解。我覺得應該不是這樣子的。

面對始終不願意有更多交流的案主時，B 和 E 也都會多給案主一些考慮的時間，譬如 E 尊重案主現在不想要接受安寧服務的決定，但若案主再度入院，他還是會再次詢問案主是不是轉換了想法。而 B 以多去幾

次的方式讓案主熟悉自己，並且努力協助案主獲得目前需要的資源；他並不會責怪案主封閉自己的世界，反而會因為無法進入案主的世界而質疑自己的能力。



應該自認，我比較沒有碰到（不想理解案主）這個狀態，我也很好奇，我很想要知道每個人背後的故事，我可能比較不會說不想要去理解他們什麼的，但我比較怕是，一直都還不願意說的人，或是完全隔絕在外，你怎麼問他都不願意說的，我比較怕這種。那這時候，我之前的自己，我就會一直哭、一直懷疑自己說「是不是你會談技巧很差啊？是不是可能哪邊又沒做好啊之類的」這種狀態，比較會是那種狀態。(B-402)

(三) 生死兩相安

安寧服務時常提到四道人生：「道謝、道愛、道歉、道別」，最終都是希望達到生死兩相安的目標。實踐四道人生的過程，不只讓案家有更多內在力量面對死亡，同時也讓社工在過程中獲得許多正向回饋。

E 服務許多罹患肝臟部位癌症的病人，因此案主在病程末期經常處於半昏迷或昏迷狀態，所以 E 會在病程早期就提醒案主「你有沒有什麼想交代的事情？其實你應該要先做的，不然我會很擔心你會不會留一些遺憾下來。(E-283)」或是居中幫不同家庭成員牽線討論「那可能去引導病人去說一些什麼，那再去跟他討論，沒有可能有機會是晚上兒女都來醫院的時候，你們有一個小小的時間，你願意跟他們講一講？(E-385)」E 著重於引導案主表達自己的感謝之情，一方面是因為 E 的經驗中，道謝比道歉來得容易，另一方面他也希望案主在受病痛折磨的生命末期，能夠至少得到家人的肯定。

E：那我會覺得有時候安寧真的在你人生的最後了，真的要叫病人去懺悔他做過哪些罪孽的事情，好像也不是那麼容易。所以就換個角度去肯定他這輩子他有哪些付出，然後進而可能去討論說他有沒有想要感謝的人，或者是他這一輩子裡面，他有沒有特別想要謝謝的人，或者是對不起的人，那當然就也可以連結到，上課也會教嘛，什麼四道人生，對。其實我覺得有時候安寧真的是，最後給人生一個比較正向的肯定吧！去讓他看見自己這輩子到底有哪些付出，或許這些付出很微小，大家平常不會提，但或許那些對他來講是非常重要的。(E-271)

安寧服務除了症狀控制、情緒抒發外，協助安寧病人完成他的願望也帶來很真摯的情感反應。C 透過病房內的陳設再加上輔助媒材，讓案主的身影、聲音、心願留存在家人心中。案家的感受非常深刻，也將心裡的感謝一一回饋給社工，在與案家相交的過程中，也能看見社工的真情流露。

C：就是她有時候都會講她要做什麼給她小孩，她想要留什麼，然後包括想要留漂亮照片給她的小孩，我們就在 C 醫院的安寧病房花園，有一個戶外的花園，我們就去花園拍照，我們還找專人幫他修圖，修圖之後洗出來就弄成像卡片的形式，我們幫她做很多很多的事情。她先生就在跟我們講說很謝謝我們幫她做很多事情，然後我們還幫她錄音，就是她想要跟她小孩講的話，然後每一個人都有一個不同的錄音還有照片之類的、卡片之類的，我們幫她做很多這樣的事情。她先生就在細數這些部分就是說，這個過程中我們幫她做一些事情，她真的很感謝我們，我哭得比她先生還，他先生沒哭，是我在哭，畫面真的蠻微妙的。(C-464)

有時候社工協助案主與家人對話，希望完成的是比單純留下身影更深刻的任務，也就是讓家庭成員之間能消抹較為灰暗的經驗。「和解」不只讓家庭放下沈重的回憶，也讓社工有正向的感受。



D：我覺得那個過程裡面，我們可以做到的，就是讓他們可以比較達到一個和解啦！這是一個和解的過程。那過程當中，我們花了蠻多的時間讓雙方其實，讓個案和他的家人之間有蠻多對話的機會，那當然最後結果至少病人他是離開了，但對家屬來說，他們覺得至少他可以放下過去這個心結，我覺的對家屬來說，或是對我來說是好的。(D-157)

邁向生死兩相安的過程中，當然並不會總是碰到令人動容的情感，也經常會遇上難以拆解的家族糾葛。正視自己為某些家庭成員惋惜之餘，社工也明瞭家族樣貌是不斷累積而成的，因此他不用二分法評論案家，而是盡可能在錯綜複雜的關係中尋求相對圓融的解方。

B：應該是說在醫院裡面，每一個歷程都會碰到，比方說一般病房就會我講的前面那段，然後比方說加護病房或是安寧病房，看到他往生，遺產的部分，然後最後大爆發等等這些，那甚至安寧病房可能後期探視或照顧的部分就是後面的延伸嘛，你遺產誰拿到了，誰要來照顧，或是這個長輩怎麼分配等等這樣的東西，我覺得都是很連貫的東西，是你在醫院常常會碰到的。而且醫院真的常常碰到遺產，誰還在爭遺產，我看了就真的很為長輩心酸啦！但我覺得每個家族一定有他的互動的一個過往經驗在，你也沒辦法去說誰對誰錯，只能盡可能在當下把事情做一個盡可能圓滿的，當然不可能說有完美，就是 for 我們的病人延伸出去的圈圈這樣，盡可能去做。(B-151)

五、安寧工作的特殊情境



(一) 照顧議題經常是會談切入點

由於生理狀況衰退，很多案主於病程末期已無法負荷長時間會談，社工僅能透過家屬描述得知案主較為正向的樣貌，並據此拉近案主與家人的關係，讓生命最後一段旅程有更多親情連結。

E：那當然有一些病人他真的是屬於那種，到他人生最後，他都可以跟你好好會談的，我真的有遇過。那他可能就可以做比較多的工作，那不然我的很多安寧病人，我反而都是跟家屬工作，從家屬口中，我去得知病人可能是什麼樣的人，然後去引導他們去陪伴病人，走人生最後一段路。讓他們看見，這個病人雖然有非常多非常多的缺點，但總有一、兩點是可以拿出來，大家在這段時間裡面，稍微可以比較額，開啟一個你願意好好陪伴他的理由啦！不然有的病人真的太爛了這樣，這輩子沒做過幾件好事。(E-285)

透過同理照顧者的辛勞，通常照顧者也更願意透露他們有哪些家庭成員、照顧細節、家庭經濟來源等等 (B-71)，而居家安寧的訪視中，從照顧議題著手更是建立關係的竅門。因為在居家安寧的情境中，有時候服務的是外院轉來的新案，要在初次見面且較短的時間內建立專業關係，連結照顧相關的福利資源是社工很重要的角色，同時也是開啟專業關係很好的話題 (E-190)。因為照顧資源是很多案家迫切需要的喘息途徑，同時資源連結也是社會工作者非常擅長的。

我：那通常是一開始會，您會選擇跟他談什麼？可以談的事情很多，您通常會從什麼地方開始切入？您的習慣。

D：因為，我們其實當團隊進去的時候，這個時候第一次訪視，護理師那邊他會很清楚的講我們整個照顧上的歷程，所以其實我們切入的部分會先從不管是病人或家屬，他們比較想要後續整個照顧上面的，對生活帶來的衝擊，或是他們想要什麼樣的照顧，應該是會從這個部分開始著手。

我：就是說他希望達到的，

：譬如說他希望照顧的方式啦，當這個情境裡面，他需要的協助啊，他可能遇到什麼樣的挑戰啦！那我覺得這個部分算還蠻好切入的。

(D-97)

以臺灣目前還是很仰賴家人照顧的情境，即便可以申請長照資源，但是考量末期病人的體力狀況，照顧獨居者還是有一定的困難度。除了連結正式的社會福利資源外，社工也仰賴社區中的非正式資源以建立更完善的照顧網絡。

我：您說獨居的喔？為什麼特別受限獨居較難提供服務這個條件？

D：因為以居家安寧來說好了，他可能需要的是病人以外，需要照顧者的介入，所以當自己一個獨居的人來說的話，他可能很多時候沒有其他人可以提供他協助。譬如說：他疾病沒辦法自己下床的，那不管是進食、醫療用藥或是整個生活沒有其他人可以協助的時候，這時候變成說居家安寧他沒有辦法服務到位，也在居家安寧服務的服務上面他就會受限了。

我：像這種獨居的案例您會怎麼安排服務？

D：我覺得可能每個遇到的狀況不一樣，像我這種狀況可能不是很

多啦！我們之前曾經有遇過是獨居的個案，後來是有找到隔壁的鄰居、鄰近的，或是對個案來說是可以信任的人，然後這個人他也願意擔任一個照顧者的角色，但是他的照顧者的角色就不像家屬一樣那麼全時地提供協助，這時候我覺得其他的社會資源，包括像社福中心的資源，我覺得這個部分就會變得很重要。那就是用其他的社會資源來把他的服務建構起來。(D-277)

如果是社區機構的長期住民，在選擇臨終地點時也會受限。雖然案主已經知道自己現在需要的是緩和治療，也會希望能在長住的機構中往生，但是如果機構沒有適合的場地或是沒有意願讓案主在機構中往生，社工還是安排案主回到醫院內處理臨終事宜。

D：我們在服務的過程裡面，我們都會跟他討論到可能人真的要離開的時候，他希望在醫院離開、希望在什麼樣的環境離開，其實機構裡面有一些住民，因為他們可能在機構住很久了，其實他也明白那個他再送到醫院的意義不大，因為就不需要再做一些積極上面的治療了，但是對機構來說，他沒有辦法允許病人在他的機構離開。尤其是以現在來說，台北以市區的來說，機構的床數會比較多，然後佔地比較小，然後他沒有辦法一個很好的空間可以讓這個個案在他那邊離開，然後做一個很好的安排這樣子。這個部分我覺得就會受限。

我：反正如果機構沒有辦法的話，就是安排他再回到醫院裡面。

D：對，就跟我們在家裡一樣，可能我們最後走掉的時候，就還是得要回到醫院，再從醫院到往生室這樣子。(D-304)

(二) 安寧服務的時間壓力



末期疾病的發展常會有戲劇性的變化，有時候是醫師推論僅剩較短的存活期後，病人還是活過了很長一段時間，但有時候迎來的有可能是沒有預期的衰退。正因為無法完全預測疾病發展，案主猶豫該做哪些醫療決定是很常見的事。當案主因為一個決定而經歷非必要的急救，社工會設想他在過程中所承受的身體疼痛，因而覺得惋惜。

E：如果我跟他接觸個沒兩天，他突然就死了這樣的話，我有時候會覺得生命怎麼這麼脆弱這樣子，然後或者是說有些病人，他本來簽了DNR，就是那個不要急救的同意書或意願書，但我說實話，有些病人簽完又把它撤回，就這真的，有些病人可能來來回回玩了好幾趟，他把它撤回，可是在撤回的一兩天，他可能真的就心跳就停止，他就被壓胸、被電擊，像那樣的狀況之下，我至今還是會覺得很可惜，會覺得「啊！病人又受苦了。」這樣。(E-173)

面對案主很明顯的衰退跡象，預期中的死亡可能已經近在眼前，為了爭取更多時間理解案主的臨終事務安排，社工有時候也需要正面突破的勇氣。

A：那我也比較直接，我會把對方內心裡面對我的擔憂，或是對我的不信任全部都講出來，所以徹底地破壞之後再重建，其實那個信任是可以很快就再建立起來，因為他就知道「就是沒有人可以幫他解決這些事情」，那他現在此時此刻能夠相信的就是我。譬如那時候他就想得很天真，但我就很直接跟他講說「妳知影妳就是要死了嗎（閩南語）」因為這太難建立關係，他都叫我走開什麼什麼啊，我就跟他說「你可以聽我講

嘛？妳知影妳可能我這個年過完我就看不到你了耶，妳知影嗎？（閩南語）」「哪有可能，你跟我騙肖耶。（閩南語）」「你的病情就是已經這麼嚴重了，你不要跟我說不可能（閩南語）」然後，他就反正一開始還是否認，我就說「你要跟我說，你家裡面還有哪些人（閩南語）」「沒，沒人了啦（閩南語）」「沒人了，那要怎麼處理？（閩南語）」即將要死亡這件事情，我們還是要用這種很決絕的手段去告訴他。（A-364）

雖然已經知道從事安寧工作經常面對死亡，但是生命突如其來地消逝，依然讓社工花上許多時間調適。安寧社工除了在第一時間承接遺屬爆發的情緒，還因為來不及瞭解案主真正的需求、對於案家的狀況也不甚熟悉，所以自責於自己無法提出安撫案家的方案。

B：從一般病房下來安寧病房到往生，然後家屬不能接受，然後我又沒有碰到病人本人，可能是之後才來的這種，那種就會比較難處理，甚至是可能剛下來沒多久，然後病人在晚上的時候走了，然後家屬大崩潰。可是之後可能打電話聯絡他們也不太接，那那種我就會覺得比較碰壁，就是怎麼處理都不太對。可能就要花比較多時間去想說，恩，我不是在前端哪邊沒有做好，因為我以前是會非常責任歸咎自己的那種人，就是發生事情會先覺得，就是哪裡沒做好、哪裡做錯了，然後發生這些事，就類似這樣的狀態，我就會覺得很痛苦，就會覺得說一定是自己前面沒有做好，如果前面有想到什麼等等的這種，這種我就會很痛苦，好像活在自己的泥淖裡面。（B-189）

C 至今仍印象非常深刻因一名突然死亡的案主而調適許久。案主是一名 30 多歲的女子，懷有身孕但同時被診斷出慢性骨髓性的白血病。她在遵循醫生的建議接受基本的化療，堅持數個月後才進行骨髓移植。在

案主順利生產並出院調養後，C 一直以為自己再接到電話時，會去幫案主做骨髓移植前評估。但再接到電話時，卻聽到案主已經往生的消息。C 曾經在個案研討會上提過這個讓他掛心許久的案主，可是他仍然花了兩年的時間才有了能夠說服自己的答案：他認為在服務的過程中因為看到案主對未來的期待，對於她想生下健康的孩子、更換骨髓移植的時間而被觸動，因此當她驟逝，C 自己同時也承接了來自案主的遺憾。

C：我其實主要要講的是「諛我有點不太理解，為什麼我這麼的，他的離開對我來說這麼難過」，因為他不是我第一個往生的個案，可是唯獨對那個病人，我就是非常非常放不下。那之後前輩們就是講了很玄妙的話，就說「其實你心裡知道為什麼」，我大概想了兩年都沒想出來。後來才覺得說，可能真的對他很有期待，可是他的期待跟我們的期待一起落空了。你就會覺得「他才剛生完，他寶寶才一個月而已，可是他離開了」，可能又看到她先生在掉眼淚那個樣子，就覺得很於心不忍這樣，然後就會覺得他怎麼會都還沒有接受到治療就離開了，就是我覺得那個遺憾變成是在我們身上，他突然離開，沒有完成的那些治療、沒有完成的那些他想要的未來的那個遺憾，那個感受就是在我們身上，想到的時候就會覺得天啊真的很難過，大概就是那個難過蠻久了，而且是他往生後幾年想起來，還是會覺得有一點難過的。那個難過是遺憾啦！（C-439）

（三）矛盾的祝福

面對突如其來的死亡是一回事，但是要和長時間相處、已經產生情感的案主道別又是另一個難題。C 從案主相對健康照顧她到臨終前身體感官都已經不甚靈光的時期，一方面雖然祝福案主從此不用再受身心的

折磨，但是真摯的情感連結與思念還是牽動社工。



C：其實我都離開（原先服務的醫院）四年多了，那個阿姨往生也至少有五年的時間了，前陣子才看到回顧而已啊，看到回顧的時候就覺得誼，印象還很深刻。然後還是會覺得啊，那個難過就會變成比較像是還蠻想的。因為我還記得那時候我在裡面寫說，就是，你照顧他那麼久，你其實真的很捨不得，因為他就是真的很像你自己的家人，所以他走的時候，其實你很矛盾是，他終於...

我：不再受苦了。

C：解脫了，對。因為他到後來，病程到後來，因為他之前有段時間他都是可以走的，我們每次辦病房活動，我都會叫他出來參加，他參加過我各種病房活動，他只差不能跳舞，他什麼都能做。我就覺得，你陪伴這麼久，可是後來他越來越辛苦的時候，他終於不用再受苦了，他終於可以離開了，但一方面又覺得天啊，以後就見不到了。

那個真的是陪伴很久的一種思念的難過啦，的那個不捨啦！（C-

463）

（四）案主社經地位影響服務層面

除了醫院原本著重的服務項目有所差異，案主的社經地位也會影響安寧社工的服務內容。原先在 C¹ 醫院以經濟補助為主的 C，在來到較少貧窮家戶的 C² 醫院後，轉而偏重情緒、靈性層面的服務。

C：就是 C⁶ 縣市你知道嘛？沒有什麼窮困，窮困有啦！但是不多啦！對啊。所以 C² 醫院說真的我很難得遇到需要我經濟補助的，你工作面項就會有一點不一樣了。你要給病人的東西，你要協助就會比較是

靈性方面的一些協助，情緒或靈性那些部分，或者是心願完成，或者是遺願的處理。(C-198)



而在 E 的經驗中，通常高社經地位的人因為過往對自己生活主宰程度較高，當照顧計畫慢慢轉換為不那麼積極的緩和治療，以及漸漸成為被照顧者時，他們會不太習慣自己從主動轉換成被動接受的角色。因此，E 仍然是透過理解案主的疑慮，並從細微安排中讓案主覺得自己仍然有能力決定自己什麼時候要轉換整體的治療方向，而不是過著完全失控的生活。

我：剛剛提到那些高社經地位的人，會特別拒絕，也是因為他們自己覺得沒有到那個階段嘛？還是他有什麼特別的你觀察到的因素？

E：通常我們會接到這種照會，都是家屬都簽了安寧，可是病人就是一直說他不要。或者是有時候護理師會照會我們說，「誒這個病人一直很拒絕，你要不要去了解一下？」所以，我可能就會去跟病人會談說，當然也是從關心他開始嘛，然後接下來去了解他說，他知不知道他的狀況，那他如果知道他的狀況這麼差，他為什麼不要？或者是他有什麼擔心？那，其實我覺得在台灣裡面，安寧這兩個字對很多人來說，就是要等死。所以其實他們高社經地位，可是相對的他們就是很想要做一些努力，那這時候我們可能就會用換一個角度的方法去告訴他們說，安寧不是什麼都不做，就讓你在這邊等死的地方。你還是可以做一些不是以抗癌為主的治療，對，那還是有可能的，或者是說他有一些症狀上的部分，我們可能會讓藥師，安寧的藥師等等之類的來想辦法，來讓他比較舒服，讓他信任這個體制，再去跟他討論說安寧到底對他有什麼樣的好處。但通常這種高社經地位的人都會覺得，他很想主宰一些自己的狀況，所以我之前通常遇到會拒絕的都是教授，

教授，然後很有錢很有錢的那種企業家。然後，或者是那種老師，老師也蠻容易拒絕的。(E-108)



E 漸進說服案主接受安寧服務時發現：改善生理症狀是影響案主意願的關鍵。雖然他也試著加入家人的意見，但是因為過往家庭動力經常也是以案主的意思為主，所以家人的聲音通常也不是影響案主意願的關鍵因素。

E：看可不可以得到一些效果，去取得他的信任。通常如果在生理狀況有改善啦！病人通常都比較可以覺得「誒，這個安寧真的是可以協助到我的。」那他們才會覺得，那好像可以試一試耶，通常高社經地位的人都是這樣子，就是你要先給他一點甜頭，讓他了解「喔！好像不錯。」這樣。

我：那如果這個過程家屬有來參與一起來討論，會讓這個病人本身比較容易接受嗎？

E：恩～我覺得有時候高社經地位的這一些人啊，反而因為他太相信自己了，或者是他們可能在家裡就是以他的意見為主，所以其實反而他的家人比較多是一種陪伴的角色。所以通常反而會是我們私底下先跟家屬會談完，先了解家屬大概一致的共識是什麼？然後，通常這個時候都會說，誒你可不可以說服他不要再這樣下去了？你可不可以說服他說就安寧吧！不要再這麼堅持，大家都捨不得看他受苦這樣子。那我們就會以一個好，我們捨不得自己的家人受苦的前提下，那我們來看看解決病人他一些擔憂的時候，他有沒有辦法接受安寧這樣。

(E-136)

六、悲憫疲憊



了解研究參與者的工作內容以及對同理的想法後，我提出悲憫疲憊的定義如下：「助人工作者同理個案是工作很大的動力或是初衷，過程中他可能聽到非常創傷經驗的個案故事，助人工作者等於間接經歷對個案特別嚴重的創傷事件，因為你聽到個案說我真的很痛苦、痛苦的情節以及想案主經歷這件事的感受和對案主人生觀的影響等等。助人工作者當然要消化聽到創傷事件的情緒，譬如說正向的改變或是助人工作者有方式消化這些情緒，助人工作者就能一直願意同理他的案主。但是如果長期下來，助人工作者沒有正向的回饋或是足以讓他調適情緒的機制，他可能選擇『我不要再同理那麼多了』，因為我每次都要聽很多充滿創傷的故事，然後又要再經歷一次消化不了情緒的歷程。所以助人工作者進到他不願意或是不能同理的狀態。」聽完大致定義以及釐清定義中的疑惑後，研究參與者再根據他們自己的想法回應。

(一) 直覺想法

B 是唯一一個非常肯定自己有類似經驗的研究參與者，但他的情境卻不是發生在安寧病房，而是在一般科別病房遇到憂鬱症患者。因為憂鬱症的症狀表現就是散發較多負面情緒，而當時適逢 B 自己狀態比較不穩定的時期，因此連帶也把他的狀態往下拖，產生一種「被掏空」的感覺。由於這樣沒來由被掏空的感受來得很頻繁，B 已經沒有辦法再說服自己依靠社工信念堅持在工作崗位上，一段時間後他決定辭職旅遊，重尋自己當社會工作者的信念。

B：恩會有啊，我覺得我比較常有這種感受大概是碰到憂鬱症的個案。你會覺得，尤其是我以前思想也很負面，然後我就會一直被他們抓到泥淖裡面。因為他們永遠在負面的情緒裡面。

我：因為他的症狀就是這樣。

B：對。然後你就會覺得感覺就快要被他們掏空了。因為我必須得說，我自己以前真的思想太負面，狀態可能也不是那麼好，所以你就會像，就會像你剛剛講的，就會，那個對我來說就是被掏空的感覺，然後我需要花非常大的時間跟精力再去調適自己。那個沒有辦法說多久，因為有時候太頻繁，你會覺得說可能那一陣子好像在烏雲裡面，就會這樣子，但我覺得到底怎麼撐過來的？我覺得就是靠，對我來說，我就是靠我當一個社工的信念，靠那個信念支撐下來的，但我也必須說，就是這種感覺偶爾他會來得很頻繁，我覺得也不是因為個案接觸的多，就是可能也是自己的狀態，就是可能沒訪幾個個案，你就覺得好像快要被掏空的感覺，所以這也就是為什麼我之後直接辭職去旅遊的原因。我覺得，我需要去想想，因為一直以來都是社工這個信念帶著我走下來繼續去做這份工作，但我也很質疑自己說，你是真的想當社工一輩子嗎？所以我必須得去找我自己的答案，所以也是因為這樣，我才直接去離職出去旅行。那旅行中當然找到答案，所以我回來才會繼續做這份工作。(B-

246)

關於定義中社工與帶著創傷的案主相處時，可能引發社工自身的情緒，D認為大部分進到安寧服務中的案主都有比較負面的狀態，但因為工作歷練讓他知道如何提供相應的服務協助案主，且也如他一再強調的核心理念：「了解案主的背景，就是提供自己規劃服務的良善基礎」，同理案主是一個很正向的行動，因此案主是不是有重大創傷並不會對他造成太大的影響。

D：說真的我們服務的個案，會到醫院來，在他的人生裡面都是負面的狀況，就譬如說你剛剛說家暴啦，或是初罹癌一些負面的情緒。那我覺得在跟個案的工作過程裡面，其實我們可能因為有一些工作經歷，會讓我們知道說這方面的個案會有什麼樣的需要。因為每一個個案他都是獨特的，所以我今天這個個案有需要，不代表我另外一個個案會有需要。所以我們才會需要透過比較多跟個案的一個會談過程去理解他真正的需要是什麼，那我覺得不會因為他本身有一些負面的狀態，所以導致讓我們有一些負面的情緒什麼的，我覺得這倒是還不會。畢竟我們接觸到的人其實幾乎都是會有這些負面的狀態啦！（D-140）

A 則是針對消化同理案主而產生的情緒回應。他認為自己唯有一次因為受到工作量過大、個人生活發生重大事件、案主的經歷與他過於相似等緣故影響，而處在「burnout」的狀態中。他說自己雖然每次與不同案主會談，都以心理劇的方式充分融入案主的故事，在結束時再藉由「去角」的技術讓自己脫離案主的經驗、情緒、感受等，但是當時志工大哥的生命故事與自己的生命經驗有太多重疊之處，再加上眾多因素同時影響，讓他不堪負荷。

A：因著上面描述在工作時我的狀態會比較偏向心理劇的方式進入對方的情境角色，所以當會談結束後，其實我往往都可以很快地「去角色」，唯一一次讓我無法去工作的是我以前的安寧志工大哥他癌症末期，在我的病房往生，那個時間點上剛好我自己家裡也發生一些張力比較大的事件，所以那時候我整個人的身心狀態非常的不穩定，所以大哥要求要辦「生前告別式」時，整個活動的安排設計都是護理長，而我則是負責處理他的太太跟女兒跟他和解的部分，對於他即將要死亡的這件事情，我很清楚當時我的身心狀態是無法再負荷，又加上評鑑的工作量、社工室

內部的政治角力壓力，所以那時候就整個人身心 burnout。(A-662)

面臨案主死亡是安寧工作有別於其他科別的情境，C 因為清楚知道生命本就無常，有遺憾的感受是再正常不過的事，所以並沒有因為反覆送走案主而不願意再同理他人。但是他說一個比較接近的「倦怠感」是他聽完悲憫疲憊的定義後，最直覺聯想到的感受。

C：對我來說，我沒有印象深刻到，當然你說有沒有過你剛剛講的那個情境是，可是那或許不見得是創傷，可是他可能是一個病人他突然的離開可是突然離開的衝擊，衝擊那個是會有，當然講到衝擊或遺憾是會有的，那可是他其實也不至於會就是會覺得有什麼事情沒有做完，好像沒有到那個程度。因為，你不太可能，我覺得有時候工作久了，很多病人你會知道，你沒有辦法幫他做到所有的事情，他或許也不需要你幫他做到所有的事情，所以那個未完成的遺憾那個部分，對我來說相對比較少，因為我的認識是這樣啦！(中略)我覺得尤其是安寧病人，他們的狀況太不一定了，很多病人是我今天在會談，隔壁床那個今天還自己下床，自己去魚池看魚，還在那邊走來走去散步，他第二天就死了，這樣的狀況其實很多。在這個生命不可預測的狀況之下，遺憾這件事情本來就存在。所以，他還到不會造成所謂的因為到創傷，到以至於我不想要去做同理或怎麼樣，這個經歷我沒有過啦，但我有過真的是有的時候是有點倦怠，那個倦怠是對什麼事情都沒有感覺了。(C-377)

C 認為不一定有特定事件導致他進入倦怠狀態，有可能只是來自日復一日規劃類似的服務內容，當社工處於倦怠狀態時，每天就是規律地完成打卡上下班的任務，雖然他依然依照案主的狀態規劃服務、不損及他們的權益，但是案主的生活就會被拆解成不同的問題解決步驟。

C: 每個經濟問題，1~10 個經濟問題，他們長得其實都一樣。經濟問題，我就問說你是醫療費、看護費還是你出院安置的問題，還是你需要急難救助，就這些類別。就變成是每個個案，經濟問題、家庭問題、照顧問題、出院問題等等等等，我就只是這些人，這些個案，我不會把它當作一個、一個人來看，我就只是把他看成一個、一個問題而已，他們就是問題而已。喔他們今天來照會，他是經濟，啊他是看護，另外一個是回家有一些問題，那個是找不到家屬，他們都會變成問題了，那我就是問題解決而已，那，你不會對他，你不會想要說花很多時間去跟他聊一些什麼，你只是獲取必要的資訊，完成這個工作。可是這樣的部分，我覺得有時候到也不見得是，真的是因為有一個什麼樣的事件發生，導致這樣子。(C-359)

E 則提及如果不斷同理案主，但是卻沒有因此鬆動案主原先的想法或是沒有解決案主的難題時，的確有做白工的挫敗感。E 會安慰自己同理本來就是這份工作應該達到的標準，或是在他較為忙碌時調整自己同理案主的深淺。他的工作習慣也促使他每隔一段時間就反觀自己的工作方式，並以此覺察是不是迴避去理解案主的某些議題，以及迴避的原因是什麼。

E：喔～我覺得當然會在，當然做這種工作的時候，有時候真的會有像是在做白工的感覺。但，確實就是有時候會蠻挫折的，但恩～就像你剛剛講的，可能你剛剛講的，今天個案量沒那麼多的時候，我有比較多的喘息時間，我就會覺得「啊～那也沒差啦！往好處想是我做很深入，對得起我自己這樣。」當然如果你今天案量很多，在一個比較有壓力的狀態之下，可能就會像我剛剛講的，我就會做選擇性的同理的層次，我就沒有打算要了解這個病人或家庭這麼多東西，我可能也不會做這麼深入

的生命回顧。那這樣的狀態可能我後續，我過一段時間了，我比較閒下來，然後去回想我過去那一段時間的工作狀態，我自己會比較遺憾說「阿！其實那時候可能某個家屬有拋了某一個議題給我，可是我選擇性，我不接。」對，「我選擇性我迴避了。」那我迴避的理由有很多，譬如說我真的太累了，或者是那個議題，我自己作為工作者，我也沒有準備好跟你討論，我覺得這都是有可能的。(E-329)

(二) 免於悲憫疲憊的可能途徑

A 欣喜進入安寧領域的動機是因為他自身的喪親經驗，除了前述以「去角」應對因會談產生的情緒外，他還能夠很敏銳覺察自身情緒的起點為何，並反思自己的生活其實有別的方式可以選擇，同理過後得以「破框」，也可以說是很正向的收穫。

我：那在服務個案的過程中，會常常讓您想起您親人過世的經歷嗎？

A：是還好，只是我會覺得恩，那個狀態裡面會是，因為我是一個反思能力很高的人，所以我覺得是每一個來到你身邊的個案，我總是我會去覺察我的情緒，譬如說，我如果面對這個個案，我不想走進去他的房間，我不想跟他多談，那那個情緒的點來源是什麼？對。那我會去試著去做釐清，我覺得是那個過程是讓你，我們常常講說「來到你身邊的每一件事情，其實都是在幫助你往內看看你自己」，對，所以我覺得他們的存在讓我覺得在破我自己的框。不見得是在梳理我的悲傷，可是我覺得是他讓你可能一些糾結悲傷的點，其實是被破框的。(A-173)

D 則認為如果社工具備並實踐「不隨意貼標籤」的專業知能，自然而然就不會因為案主的故事引發負面情緒。

D：那再來我覺得應該是要去，就是你不要去很聽到說，諛某一個人中間有做了一些過去他可能做了一些負面的事情，你就因此這樣去排斥他，因為我覺得那畢竟是他人生的過去的事情了，所以我覺得這個部分社工應該學會的是接納這些部分，然後盡可能去貼近每一個案家的生活、每一個人他的人生，我覺得那個比較像是你剛剛前面提到的「感同身受」的一個感受。(D-169) 恩(思考)，我覺得，不容易的部分是因為你要不能夠去排斥，不能夠去認為這是不好的事情，這個可能是普羅大眾覺得他可能做了一些不好的事情，所以我就給他一個負面的印象在。我覺得首先要有這樣子的一個概念之後服務比較不會有那種什麼負面的情緒在啦！對。那但是我不知道是不是大家都可以在服務個案的過程中，要先有這樣子的一個認知在。(D-188)

E 表示理想中的安寧理念與現實層面勢必有落差，例如：當需要訪視的個案量過大、團隊業務較多或工作者自身狀況較差，他會就當下狀態調節同理程度，所以他也不至於因為同理過多或是偶爾達不到理想目標就進入悲憫疲憊的狀態。

E：可能我真的比較會選擇性地去處理我，可能做同理這件事情的深淺，如果我自己本身那段時間，我自己狀態也沒這麼好，我就會選擇做很淺層，就是任務取向的工作。對，那我狀態比較好，或者是我覺得我那一陣子個案量很少，我覺得我非常具有能量，我就會做比較多我覺得，我心裡面期待安寧應該有的照顧。但我也很老實說，真的不是每一個安寧病人都有緣份做到書上說的那些，那麼好的安寧的照顧，因為這真的太取決這個團隊有多少能量去協助他。(E-342)

社工除了調整心態及培養專業知能外，有時候是與案主的緣分，讓

社工從倦怠中恢復。在日復一日的工作日常中，有些案主的確讓社工特別有成就感，因而在庶務中看見亮點，才重新開始挖掘、感受更深層的事物。



C：可能今天你再遇到某一個事件或某一個，誒其實病人很講緣份，有些病人就是跟你很投緣、家屬跟你很投緣的時候，或許你會再燃起那個，阿就是我今天做了這件事，或是今天我跟他的互動上，這個過程是會讓我自己有點成就感的，那或許那個東西就會再回來一點，你會願意多花一點時間去了解，表面那些問題以外的，其他的感受性的部分。(C-

393)

除了有緣分的案主，當主管給社工更多專業裁量權，讓社工有權提供有效的服務，社工自然會從有意義的工作中獲得成就感，並減少悲憫疲憊的風險。

E：我們的主管給我們比較自由的裁量權，讓我們社工可以彈性地去使用。那當然還是要報備啦！但這個報備都是比較容易的，不會讓你覺得說，我會不會報備了，然後沒有辦法得到我應該要給這個家庭的一些協助，倒是還好。(E-432)

最後，E 提到安寧工作的本質，也是其他研究參與者或許沒有直言，但是卻隱含在訪談內容中的特點：雖然疾病和邁向死亡的歷程非常折騰人，但在追求生死兩相安的過程中，進入安寧服務的案主還有社工無形中會促成「善」與「平安」，案主的生命故事帶給他人啟發，社工的服務連結了外在資源及發掘案家故事的潛藏優勢。如同 A 提及難以建立關係且否認自己會死亡的案主時，他還是強調如果考量案主成長的時空

背景，作為不被社會認同的同性戀者，「他是很厲害、很偉大的 (A-406)。」B 看見「每個人都是他非常獨特的個體，那有非常非常多種的可能在這世界上，那你要學會去跟他們共存，然後去尊重跟了解不一樣的狀態是怎麼樣 (B-408)。」C 會很期待那個堅強、開朗的案主能夠完成他期待中的藍圖；D 面對案主可能帶來負面經歷的態度是：「因為我覺得那畢竟是他人生的過去的事情了，所以我覺得這個部分社工應該學會的是接納這些部分。(D-179)」

如果不考慮外在環境的影響，雖然安寧社工面對常態的別離，但是直擊案主所展現的生命韌力、家人真摯的情感流動，或許是安寧工作中本來就帶有的復元因子。

E：那我會覺得你在這個場域做久了，你就會發現說，有太多的工作都會消磨你所有對生命的熱情，但安寧不會。對，因為安寧他們總會有相對比較感人的故事會出現，就像我剛剛講的，我比較會連結正向的生命經驗，那這些正向的生命經驗就是給我們這些工作者覺得說，不管多糟的一個狀態，我們都還是有一點點的事情是比較有希望的。對，但也因為有的病人，你真的像，我的病房是有太多藥酒癮的病人了，那個就是有時候你去工作的時候，就是消磨你所有的熱情，就會覺得「errr~我們花公帑養一堆這種人。」這樣。對。那安寧其實相對，我真的覺得一個比較溫柔的場域啦！對，然後他的步調也真的比較慢，他讓你有比較多的時間，去做比較深入的工作。(E-467)

從研究中可以發現同理是研究參與者建立專業關係的關鍵，安寧社工先是同理案主的情緒、家庭關係、生命經歷等等，才從案主的主觀經驗中規劃相應服務。研究參與者也會借助同理過程中的感受與資訊，催

化家庭對話或鬆動案主想法。同理過後，研究參與者則透過分析、自我覺察等方式區隔案主與自身的經驗。

B 是本研究中，唯一一位非常肯定自己因為同理他人而進入悲憫疲憊的研究參與者。他因為在一般科別病房服務憂鬱症患者時，不斷同理、接收來自案主的憂鬱情緒卻看不到案主的變化，再加上當時個人狀態較為低落，因此即便他努力在工作中區分案主與自己的經驗，他還是因悲憫疲憊離職。E 也因為同理案主但無法改變他的想法而有挫敗感，但他會視自身狀態調節同理他人的程度、接受安寧團隊有能量較不足的時刻，因此讓這股挫敗感不會持續發展成悲憫疲憊。

同理案主創傷確是觸發悲憫疲憊的關鍵之一。但研究參與者如何看待創傷事件也影響同理後的反應。例如：D 認為進入安寧服務的案主多帶著創傷，但他秉持著「同理以了解案主需求」還有「不貼個案標籤」的服務理念，案主的生命故事對 D 而言並不會引發負面情緒，反而是他規劃服務的基礎，所以也未進入後續一連串導致悲憫疲憊的歷程；又如同 C 已經接受生命逝去還有留下遺憾的可能性，所以未因為不斷面臨死亡情境而經歷悲憫疲憊，C 的倦怠感來自重複發生的工作內容，與悲憫疲憊所提及因同理引發的負面影響有所差異，但是因為與案主相處而生的情感交流、工作成就感是讓 C 不再倦怠的關鍵。

本研究歸納同理的過程是以「看見案主的需求」、「與案主有同步的感受」以及「共鳴後的區別與啟發」三大階段區分，其中較特別的是 A 描述同理還是與案主站在對立面，而他是用與案主融為一體的方式感受對方的生活，但於此同時，A 也非常強調融入後要將自己與案主的經驗分離，才能確實分析案主的處境並協助他們減輕生活困頓。他從案主的經驗反思自身限制，也從實務工作中獲得新的生活觀，因此能避免因為服務案主而進入悲憫疲憊；唯有一次因為案主生命經歷與他過於相似，沒有辦法順利將雙方經驗分隔看待時，A 才將規劃服務的主導權交給其

他團隊成員。但 A 所面對的挑戰來自過高的工作量、工作場所的政治角力，多數時候理解他人狀態並未對 A 造成負擔，但來自外界的壓力卻讓他進入耗竭狀態。

與進入安寧服務的案主接觸時，E 曾因為案主經歷急救承受疼痛而覺得惋惜、D 因為案主突然離世而承接了案主原先對生活的期待以及無法達成的失落感，這些間接經歷的傷痛本來有可能增加安寧社工悲憫疲憊的機會，但我也透過訪談發現安寧服務因為追求生死兩相安而促成很多正向經歷，也許在不考慮外界環境的影響下，安寧工作的本質與目標還是為安寧社工的內在帶來許多療癒經驗。

(三) 工作環境中的助力

前述段落多在談論研究參與者同理他人的內在轉變，除了已提及主管給予更多裁量權對於社工服務有正向影響外，如果工作環境中有以下這些因素，讓社工有時間反思及統整自己的經驗、增強工作的成就感及意義感，也較有可能避免社工落入悲憫疲憊。

1. 安寧團隊的合作默契

安寧工作很仰賴團隊合作，當整個團隊都很願意為共同目標合作時，既能了解更多案主的實際情況，同時工作者也因此被灌注更多工作動力。例如：D 所服務的醫院會透過事前規劃釐清每一次的訪視目標，同時也一起規劃社工可以會談的空間 (D-65)；B 遇到的居家護理師很樂意讓他額外跟著居家訪視團隊一同出訪，還有團隊中的心理師也很願意提供諮商輔導的協助 (B-458)。

2. 醫院設有正式的督導管道



除了 A 自費到院外運用督導資源，其他社工都提到院內設有正式的督導或是個案研討的機會。身為主管的 D 負責督導科室同仁，每兩週社工們共同討論個案的處遇，而他自己雖然負責督導業務，但他還可以諮詢更高層的主管。

我：因為您有當過主管的經驗，我想要問的你們同儕提出安寧這類的問題時，大概會是哪一類型？

D：大家會提出來討論的議題喔，其實我們例行性兩週會提出來討論，大家就會把手上服務的案子做一個比較初步的說明，讓大家知道說我們哪一個案子進行到什麼地方，接下來可能會怎麼樣子進行。那其實我們，比較多會去討論到的事情會是恩，譬如說我可以在找哪一些資源進來，譬如說我在哪些事情上面可以怎麼做，這些我覺得是大家彼此之間會提出來的討論，或是哪一些服務怎麼樣嘗試去做，大家覺得這樣做好不好。(D-204)

E 則是提到醫院聘請院外督導，協助他整理自己當下的工作狀態，以及不同狀態對案主造成的影響。

E：但我們醫院也有請外聘的督導來給我們，就是工作者一些工作上的，不能說指導啦！但就是檢視一下你工作的狀態怎麼樣，然後有時候也會去跟督導討論說，那我這樣的工作狀態到底好嗎？會不會影響到我日後服務其他病人。去跟督導討論我這個狀態到底是正常還是不正常，或者是常態還是不是。(E-395)

3. 主管給予額外工作支持

在安寧病房工作的 B，雖然本職工作並不需要訪視，但是受到他先前工作經驗的影響，當他認為出外訪視對案主有所助益時，他會向主管提出這個要求，而主管也會非常肯定 B 的作法。同樣 D 也很肯定主管授權他規劃服務，這兩位受到主管支持的受訪者，就少了許多 A 敘述他因為想要實踐安寧理念而多做的安寧宣導場次、推動更多 DNR 簽署，卻仍遭到主管否定時的憤怒和無奈。

我：不過這是你額外再去提出來的一個方式。

B：對。但應該是說，我一直以來，可能我第一份工作的影響，我都很有家訪的魂，我會很主動跟我主管說，哪一個個案我可能會想去家裡看，不只有安寧的病人我會這樣，有些一般病房我也會，或甚至他去機構安置，我會去確認那個機構的品質等等那些，那我就會跟我們主管提說「可不可以讓我去訪視？」我主管都還蠻支持我的啦！所以就
會用這種方式。(B-328)

4. 同儕支持

團隊或其他職類成員的同儕支持，提供的大多是基本個案方法討論或是情緒支持，例如：病人剛撤回 DNR 就碰上緊急急救時，E 的同儕會安慰他「人各有命 (E-179)」或是當他坦承自己並沒有接住案主想說的話題時，同事會說「也沒辦法啊，你當下就是沒有想到嘛 (E-403)」。如果像是 C 的資深安寧同儕，除了提供情緒支持外，也能提供安寧專業相關的建議，有點類似非正式的督導資源。

C：因為你知道他就真的是臉上寫著溫暖兩個字的人。然後他就會開始聽你講，全辦公室不管什麼職類都會做這種事，心理師、社工或其他的護理，每個都是轉過去「學姊我跟你說」，每個人都會這樣，他就是坐在最後面然後說「恩，好。」所以我覺得他也算是一種同儕，但在安寧這塊他真的是很資深的前輩，有時候真的比醫生還要專業。我們那時候那個醫生開藥還會問他，然後他就會跟他說「你是醫生你可以自己決定，你覺得好就好。」(C-578)

平等的辦公室氛圍讓同儕之間做到非常具有支持功能的分工協調，分工的考量是出於體貼同儕的狀態，讓彼此有機會以較不消耗個人能量的方式提供服務。

E：恩～我們自己單位，我說實話，恩～我們有，我們真的比較年輕，就是我們大家彼此真的，我們不像有一些地方，他是有分學姊或是比較，可能對他們來說輩份的分別非常大的，那我們其實辦公室的人相對來說，都還蠻友善的。所以大家有時候，甚至是你自己今天有一些議題，你沒有辦法接這樣類型的個案，你都有辦法去跟同事討論說「不然這個個案你幫我接，你的哪一個個案我幫你接起來」去做交換。對，其實我覺得同事之間這樣比較彈性的互相支持，其實對你來說，有時候真的是會讓你比較有能量啦！(E-420)

5. 案主正向回饋

同理案主的真實需求並提供切中需求的服務後，案主及案家的轉變是非常顯而易見的。雖然提供更深度的服務會花費比較多時間和心力，但是相對也會收到案主更真實的感謝，這些感謝經常是支持社工

繼續前進的動力之一。



E：或是說我把這個個案做得比較深，其實你會得到蠻多回饋的。可能不是當下，但可能是病人死了之後，家屬回想說「誒，過去這段在住院的日子，有社工，或是有安寧這個團隊，其實對他們來講差很多」等等之類的，你就會覺得說，誒做這件事是有意義的。我覺得真的是有一些比較正向的回饋或肯定，會讓你願意，把這個工作再做下去。(E-359)

其實大家相對都會蠻記得自己的安寧病人，比起其他奇奇怪怪的病人來說。對啊。

我：就感覺他還是留了一部分的故事在你自己的生命裡。

E：我覺得會耶，然後也會覺得啊這些東西其實，恩，這樣講真的還蠻制式化，就是他們真的教了我們不少東西啦。雖然這聽起來真的是蠻客套的，但是這是事實。(E-481)

(四) 工作環境中的阻力

相對於有助於社工的因素，有時候醫療場域中對社工角色的定位和工作分配，讓社工難以專注在安寧工作中，或難以提供對案主有實質幫助的服務。

1. 社工角色邊緣化

社工本來就不是醫療體系中的主導者，但與此同時，其他職類也有類似的社會心理層面服務、職權與分工，所以當醫院文化比較倚重某一職類，而社工相對這些成員資淺時，在團隊中的聲音就會比較邊

緣化 (C-157)，有時候可能也如 E 所說，「社工有時候在醫療裡面，很多人都沒有辦法做超過兩到三年，他們可能就會離職，很大一個部分，可能來自於他們真的有很多（找不到定位的）挫折感 (E-516)」。



2. 其他成員對社工角色有不同期待

初入安寧職場時，因為沒有那麼深厚的醫療知識，社工可能會懷疑自己的能力，也可能因為經驗不足，而沒有基準點判斷來自團隊的要求是不是社工的責任。

我：那 E 一開始你有提到說，其實社工在醫院的定位比較像行政人員，那這個行政人員的角色會很影響你跟團隊之間的溝通嗎？譬如說跟醫師啊或是跟護理師。

E：我覺得當然一開始你剛進到這個場域去工作的時候當然會有點差別，因為有太多醫療術語，有太多醫療上的症狀，你可能都不熟悉，因為畢竟我們就是沒有受所謂的這些教育嘛，雖然我們可能有上醫務社工，可是也沒有教你這些疾病可能會有什麼樣的狀況。就算你去醫院實習了，你有可能工作到的地方是另一個病房，那又是完全不一樣的事情。所以一開始你當然會，有可能是自己自卑吧！就會覺得自己好像什麼都不會，然後很容易被別人牽著鼻子走的感覺。(E-438)

如果案主突然死亡，社工需要承接案家的情緒反應以及團隊期待社工能夠安撫家屬的壓力。但與案主相處時間較短的影響，社工非常難在毫無資訊的困態找到同理家屬的著力點。

B：然後另外一種無形的壓力是，團隊又很期待說你為家屬做點什麼。譬如說「他沒辦法善生，家屬情緒崩潰成那樣」，但團隊無形的壓力就來了，團隊期待你去做點什麼，可是我，應該是我覺得很無力，我沒辦法做點什麼。所以那種無形的壓力整個卷在一起，就會是我覺得很痛苦的狀態。(B-363)

若考慮更大範圍的外在環境，整體的醫療照顧方針大多由醫護背景的高層主管訂立，並沒有納入社工的觀點，因此可能在實務上遇到窒礙難行的情況，某種程度也是用醫護的觀點架空社工專業的判斷與所需資源。但在爭取更合理的執行方式時，C 得到的回應是「我們現在在幫你規劃要往一個專業的路走，你不要自己去侷限 (C-45)」，但事實上 C 想反應的是很多安寧病人的體力已經不堪負荷，要案主或照顧者離開病床，繞到位於病房另一側的會談室會談非常不符合安寧病人的狀態。幾次為自己爭取更合理的工作方式卻不被接受時，讓 C 懷疑自己已經超過十年的醫務社工資歷以及在前一間醫院的安寧資歷是不是真的有價值。

C：因為你的長官是醫護背景，可能是護理部的副主任，可能是醫院的副院長，不是醫生就是護理師，你的長官是這樣的情況之下，那會有一些專業上的衝突，因為他們的專業真的跟社工有落差，那這個衝突就會比較難去做一個處理，會比較是這方面的啦！有一陣子會讓我產生非常大的疑惑，就會覺得「不是啊，其實我也蠻資深的啊。」

(C-86)

即便是同一專業背景的主管或同事，當他們與安寧社工並沒有相同的安寧理念時，安寧社工推動的業務既不被認可，還可能遭受許多質疑。



A：我在推所謂的DNR的時候，以前叫ACP嘛，那現在是又多一個東西，那最早期我是跑在最前面的，我那時候還被醫院質疑，包括我的主管，我的主管直接把我抓去噲說「你憑什麼講這個？」你憑什麼跟病人講這個，醫生都沒有說他要簽這個，你為什麼叫人家簽？你就知道我自己的主管在專業知能的能力有多弱。(A-120)可是卻被我自己的醫務社工主流是排斥的。對啊，「我們就做好我們社工的工作就好了啊，你幹嘛去學醫生的東西？那個到時候你講錯，醫療糾紛都要怪你耶。那是醫生要解釋的，你管他聽不聽得懂？」對。這就是體制內的狀況。(A-340)

3. 一般醫務佔據許多時間

除了C曾經專任安寧病房社工外，其餘研究參與者都需要兼任其他業務。以負責最多業務的A為例，他負責安寧病房、兩個內科病房、200人的志工業務、長照C據點到宅沐浴業務、輪值週末值班、醫院評鑑業務準備，偶爾還有器捐業務、急診室的大量傷患333業務等。雖然A同理案主、與案主會談並沒有困難，也願意自費到外尋求督導資源，可是過大的工作量，以及不友善的職場氛圍還是讓他不堪負荷，最後決定離開安寧職場。

A：我覺得我跟個案工作上面，反而是沒有壓力。因為每個社工養成背景是不一樣的，我現在回到A¹基金會，可是我以前最早的第

一份社工工作，就是同一個 A¹ 基金會當中輟服務的人，我也有去 A² 福利諮詢專線，所以法規我夠熟。所以，不管是直接或者是間接，我的實務能力都是強的，所以面對個案上面，我沒有所謂太大的壓力，我反而是面對體制跟同事之間的相處，是最勞心、最耗竭的。

就是，體制內沒有去做這樣的 support。然後就是存在著：能者多勞、勞者必亡這樣子。(A-74)

A 因應整體業務過多的方式，讓他更需要仰賴團隊成員的協助，可是並不是所有的團隊合作都能依照社工所期待的方式進行，例如：整體業務過多讓他沒有辦法依照護理長的期待逐床訪視病人，他只能請護理師初步評估並把比較高創傷、複雜的個案照會給他，但又衍生出護理人員和社工社心議題的評估不一定相同，而流動率高也讓團隊之間好不容易建立起的默契又回到原點。

A：評鑑中要求是每一床看到社心紀錄，評鑑的理想化是基本社心紀錄由護理人員填寫，遇到困難的就派給社工，或是每週進行社心會議討論。但我所在的醫院端，護理長希望每一床都有社心紀錄，所以一開始要求我每一床都要去訪，但到後面我實在無法負擔，所以就嘗試教值班的護理人員接新病人的時候，先貼一個初步的社心記錄範本做修改，真的有問題的再照會我。但就會發現，護理人員良莠不齊，每個人社心能力不同，特別是流動率，又更換新護理人員時，又要再一輪的適應，然後同樣的爭執問題又會發生：社心就是社工人員要做呀！護理人員也要做，要社工要幹麻？(A-38)

除了 A 提及適逢評鑑讓他業務量增多外，B 同樣也反應評鑑雖然使醫院需要強化院內缺失之處，但卻增加了大量文書作業。

B：但我覺得評鑑確實有它的好處啦！他不是完全是不好的東西，他確實有它的好處，但他背後帶來太多可怕的東西，我覺得確實他可以帶著一間醫院去進步，看到你缺失的地方，看到有一些不足的地方，可以怎麼再去多改善一點，可是評鑑這個東西對上面的主管來說，他們一定放得很大，所以他相對要，他不會知道你實際工作層面的東西，所以他會要你做非常大量的文書作業，我覺得 loading 是在這邊。但必須得說這整個東西他可能有幾分之幾也是有好處的，但確實增加的文書工作量很龐大。(B-297)

七、體制樣態和安寧服務理念的矛盾

當考慮更廣層面的體制樣態時，人力常態輪調、醫院以營利為目的、破碎的體系設計這些因素，可能難以達成安寧服務理念，因此造成社工工作上的困難與挫折感。

(一) 人員流動難以達到深耕

安寧社工不只有和案主談談情緒、連結照顧資源的線性工作，因為生活涵蓋非常寬廣的議題，社工必須要能應對生活中所有的庶務。

A：社工是社會的醫生。我們專門解決社會問題，可是我們很好笑，我們只跟你說，我們的專業是偏個案會談什麼什麼，方向擺錯了，社會的醫生是在處理別人生活的問題，生活有沒有很多元？食、衣、住、行、育、樂你要懂耶。你不是只跟我說「喔我只重視他心靈的問題」，不好意思那是心理學。法規你要懂，而且不是只有社福法規，燃料稅、牌照稅、遺產稅務繼承你都要懂，經濟學的東西都要懂。(A-595)

從生活庶務到近乎哲學式的服務概念「陪伴」，A 是從過往不同性質的工作累積而成，C 則是在兩間醫院安寧病房歷經不同服務型態後才漸漸體會。有些服務環節是需要透過實務經驗不斷累積，才能真正了解意涵並隨機應用概念，例如：接受安寧訓練時，講師用了許多方式講授 C 提及的「陪伴」，但是 C 發現要學會這件事情，只能從實務操作中慢慢感受，他覺得「要有點時間，要有點經歷，我覺得你慢慢每個人都會越做越好 (C-582)。」C 也談到他印象非常深刻的案主，除了因為他們的專業關係維持很長一段時間外，C 當時已經比較能夠掌握陪伴的要點，所以他也能夠非常切合這名案主的步調，而案主也很信任他們的陪伴。

C：他覺得他現在也看不到我們 (C 與共同前往會談的心理師) 了，他可能時間也沒有很多了這樣子，而且就是他現在越來越累了，就是他到後期之後。我們就說「沒關係你就休息，我們在這裡陪你」，然後他就伸手，我們兩個就是握著他的手，握著他的手，我們就也都沒有講話，然後就陪著他大概半個小時這樣。就是熟的程度是真的到他聽我們的腳步聲就知道是誰來了，然後就放心休息，讓我們在旁邊這樣。所以那個病人真的是照顧了很久，印象很深刻的。(C-517)

安寧服務非常強調團隊合作，但安寧社工本來就不是醫療體系的主導者、也相對接受較少醫護相關訓練，因此又更需要累積年資和服務成果，讓團隊成員熟悉社會工作的服務範疇，社工才有能力及聲量影響團隊決策，例如：工作一段時間後，醫師開始指定家庭會議需要社工協助安撫家屬情緒 (E-458)。

E：其實大家都大概知道說，如果工作一段時間，相對的你在這個團隊裡面，你大概可以幫忙什麼，團隊也相信你可以幫忙什麼的時候，其實

你自己也不會覺得好像就是一個局外人。(E-445)(中略)

我：那你會怎麼形容譬如說，恩，你一開始當安寧社工比較資淺的狀態，跟你現在其實是一個比較熟練也很知道自己能夠幫上團隊什麼，你會形容自己是什麼樣的社工啦？就是以前跟現在？

E：以前喔，就是一個，我也不知道怎麼形容我自己耶。但以前就真的很菜，就是應該是會被欺負的那種吧！就是旁人在跟你說什麼，你都會覺得「好好好，是是是，這都是社工的工作。」可是，可能工作一段時間，你就會開始懂的分別說，這是病人的需求嗎？還是團隊的需求？如果這是團隊的焦慮，這是團隊的需求，我反而是反過來問團隊說「你為什麼覺得他有這樣的需要？」對，因為有時候反而是團隊在為病人擔心，而不是病人本身跟團隊講的，「諛他有這樣的需求」。(E-488)

安寧社工需要時間改變不同專業背景的人的想法，但是有些醫院的常態性輪調，或許並沒有等到社工累積足夠的信任度，就已經更換了服務單位。另外，安寧服務通常只設立單一人員負責，人才流動也可能會導致醫院內找不到可以諮詢的資深安寧前輩，導致經驗傳承和督導的困難。

A：所以我會覺得在醫院當安寧 worker，真的比較辛苦的是，你在自己的內在團隊是找不到像這樣的前輩有一個指引或是依循，或是可以做個督的。那即便有，也會被醫院內部的體制搞到就是，彼此互相不信任，因為同事之間會鬥，就會彼此不服啊；因為醫院，我跟你講，醫院是最多社工師的地方，所以他就會覺得你也是師，我也是師啊。(A-227)

(二) 安寧強調全人卻處在破碎的體系



A 從工作經歷、求學經歷談到破碎的體系，其實讓安寧服務的全人觀點難以實行。因為現在的分科制度讓社工可能只專精某些領域，但實際上卻要處理綜融的問題。部分的醫院透過常態輪調，希望讓社工熟悉各科別的業務，但另一方面也衍生前述安寧經驗難以累積的難題。

A：你看我對分科社工這件事情，其實我是不認同的。社工本來就是綜融的一個東西，你要強調的是跨域，而不是在分科了。那你沒有，那就回到醫療啊，所以為什麼有時候，我覺得這個制度很好笑的就是，這個制度就是回到醫療體制啊。你是肝膽腸胃科醫師，你是什麼科醫師，所以我只會看肝膽腸胃，我不會看肺部。所以他們很鄙視家醫科醫生，但是很妙的是，家醫科醫生跟精神科醫生往往卻又都是安寧醫師的主導。因為他強調的是全人。那你社工是不是應該要強調的是全社會，一個家庭的組成他所遇到的問題，會只是兒童問題、婦女問題、還是醫療問題嗎？這些都是他通通會遇到的問題啊。可是如果你沒有跨域的知識，然後你又不太願意跨域的合作，就是我看到社工界是文人相輕，從我的老師的那一代開始就是這樣。(A-603)

另一個較為零散的部分來自不同安寧團隊成員的合作。安寧病房的團隊成員雖然各有專長，也被期待能夠合作並服務案主不同層面的需求，但在三個文化相異的安寧職場工作過的 C 表示，很多安寧病房都共同面對「重複會談」的問題。雖然安寧服務的重要目標是和病人談論靈性議題，但當每個專業人員都想要談論這麼深層的主題，團隊卻不一定詳細討論應該如何分工時，病人就面臨重複敘述的情況。C 偶爾會同心理師和案主會談，但並沒有完全解決重複會談的情形，各有專長的團隊

成員該如何達到理想的全人照顧，而不讓案主在有限時間內重複討論一樣的需求，就需要更多專業人員的反思與協調。



C：就是他們就是各種專業，大家都要跟病人談社心靈的狀況，我那時候有一度，其實這個問題到 C 醫院的時候其實還是有恩，我自己會覺得其實有的時候，會很打擾。喔！還有志工，志工也會跟你聊靈性，everyone 都要跟你聊靈性，那病人每天其實蠻忙的，這麼多人要去看他。所以後來，有一陣子我會覺得這個重複性很高，那這個重複性很高，對病人跟家屬到底是幫忙還是打擾，那當然如果這個中間團隊的合作是成熟有默契的，那或許，的確在安寧病房大家會有很多的資源，大家可以去做分工。(C-105)

(三) 安寧的高成本遇上醫院營利目標

如果不想要社工角色只侷限在福利資源連結、經濟評估的話，就需要更紮實地提供貼近案主靈性層面的服務，例如 C 所言「我們陪伴時間夠長，那或許你可以協助他的部分就比較會是偏向在，面向就會比較不一樣，會偏比較是靈性方面的陪伴，那可以做的事情當然還是會有點差啦！(C-227)。」又或是協助案主完成生命最後的心願是非常常見的安寧服務，但安排這一類的服務就需特別注意安寧病人病況急轉直下或是突然往生的可能性，因此要在短時間內排除其他工作內容，密集投入人力和資源。

E：其實你要做這件事情，你真的要非常有能量，因為你可能要中斷你所有的工作，他是非常有時效性的，因為安寧病人他們病況的變化通常都很大，有可能今天清醒，明天又不清醒。所以我們通常往往會希望這

個你想要完成這個夢想的話，可能這一兩天我們就要去執行，對。那當然如果你，當然目前我個人還是會排除萬難，如果病人有告訴我說他想要做這件事情，然後我們團隊也都覺得這個 ok，他的病況 ok 穩定，家屬也都覺得 ok，我目前都還有辦法就是排除萬難去說，譬如說「那就明天早上，一早就去吧！」這樣子。(E-352)

比起可以設立許多自費項目的科別，安寧服務要投入大量人力與資源，和多數醫院以營利為目標的經營方針相斥。因此即便社工實際投入每一床安寧病人的心力，通常比 1 床普通病房的床位還要多，有些醫院仍未減低社工負責的床位。或許某些醫院做了很有效益的社工人力分配，但犧牲的可能是實際的醫療照顧品質，或是讓負責安寧業務的社工承受過大的工作壓力。

A：安寧本身在醫院體制裡面，又算是虧錢的，就是他要做很多，那但是他能夠賺錢的部分，沒有像別人開一台刀，或是用自費就可以賺更多。他沒有什麼自費啊，因為我就沒有要積極治療，可是我付出的，譬如說人力³跟物力配比就會高很多 (A-91) 因為你看嘛，我可以這樣子，我可以用專任的方式，你看我兩個內科樓層的病房，就多少床位了，至少有沒有 40 個床位，那你安寧病房怎麼樣多收，開 15 床好了，可是你人力比，1:5，所以像我們那時候就等於一個安寧病房配一個 worker，那我就六個床在做翻床啊，所以你看，如果我又兼多少個，怎麼樣算這個人力比來說都划算。但是有量就沒有質啊，有質就沒有量啊，那醫院當然會覺得他要賺錢，他要量啊，他的質只要達到那個評鑑的時候低標就好了。(A-491)

¹³ A 後來補充他指的是護理比 1:5，再加上社會心理服務的人員、宗教師。

八、調適管道



(一) 個人因應途徑

研究參與者透過自學靈性療法支撐自己 (A-257)、下班後放空沈澱 (B-198)、培養自身興趣 (B-225)、親友給予正向支持 (B-225)、同事互相給予情緒支持 (B-214)、或是與同儕討論處遇方式 (B-50、C-77)，調適自己在服務過程中遭遇的困難。

C：其實比較多還是同儕會居多，或是自己的大學同學，因為他們可能都是不同領域，但至少都是社工，你覺得有一些個案有什麼的事情的時候，他們可能相較是比較可以理解的，如果是其他人可能相對比較沒有那麼容易，因為他們相對比較沒有那麼好了解這些內容，所以比較多，當然同事關係好的話，會跟同事做這樣的討論，再不然就是同學，同事或同學，主管倒是還好 (C-610)。

B 辭職旅遊的期間，更投入許多時間和心力研究靈性療法，並花費可觀的費用才真正讓自己找回做社工的信念，並調適到自己認為可以回來繼續從事這個行業的狀態。

B：我真的覺得是他把我救回來的。就很特別的經驗，那我必須得說，旅行加上最後那個經歷，才是我回來為什麼又繼續做社工。(B-436)

安寧需要面對時間壓力，有時候社工真的也只能讓自己盡量接受「並不是所有事情都能在自己預期的時限內完成」。

E：那如果有時候真的，有緣啦！就是有緣啦，有時候那個病人住比較長，或是進出醫院比較頻繁，對，我可能有機會就會在某一次的訪視裡面，「誒，好像之前你有跟我提過什麼樣的狀況，你有想要再多說一點什麼嗎？」去看他有沒有願意講吧！那有時候時間過了，他就是不想講，那我就呈現一種「啊～反正我也做啦！那你不跟我提，那就算了。」

這樣子。(E-407)

(二) 體制中既有的協助

雖然每間醫院的職場文化和體制設計不同，但是最直接影響安寧社工的應還是直屬的社工主管，B 的主管雖然因為忙碌而沒有辦法提供固定的安寧督導時間，但在 B 初接任安寧工作時，他還是提供適當的引導與訓練，讓 B 較從容地熟悉安寧工作。

另外，當社工主管或是醫院高層給安寧社工更多空間作專業裁量，以及給予明確的權責指示時，社工能感覺到自己被支持，同時也有機會改變社工室既有的人力分配、資源分配，不會為了要提供較高品質的服務，而讓社工背負太多工作。

我：您現在有辦法想到一個例子，主管支持您比較多空間發揮的一個案例嗎？

D：有啊！我其實比較印象深刻的是，我們曾經協助一個個案，協助他的一個圓夢計畫。那這個個案他已經臥床很久了，他其實想要的只是回到他年少的時候，曾經在某個廟宇當志工的，想要回去那個地方看。那我們主管其實就蠻讓我去跟外面接觸，或是跟團隊來討論，就是我不需要事事過問他說「我可不可以這麼做？」「我可不可以這麼做？」，而是他就讓我放手去做。我其實中間過程就是跟團隊討論，我想要怎麼做，然

後跟外面的，譬如說我就跟這個廟宇接觸，我想要跟其他單位接觸這樣子，我覺得那個部分還算是蠻好的發揮，然後他給我一個底線就是說「如果說要到對外，譬如說你需要到應付媒體這個部分，你可能需要讓醫院知道一下，因為總是要醫院有所準備就好了」。至於在個案的專業服務上面，他倒是不會限制我太多。如果我需要其他資源的時候，可能我經費上面有需要，或是我需要其他同仁的支援的時候，其實他也都可以讓我跟其他人協調，也都 OK 的。(D-300)

由於 D 同時身兼主管，所以他一方面很清楚第一線社工的困境，並推己及人將自己希望被管理的方式，用同樣方式來回應他督導的社工；而另一方面，他也考量現實條件的缺漏，盡可能減低社工同仁的負擔。

我：對，如果您從主管的角度來看的話，您通常都是以什麼樣的角色或是什麼樣的理念來看待同仁提出來討論的問題，您覺得當一個主管，您是用什麼樣的心情跟角色去應對您的下屬？

D：我覺得那個角色，因為我們除了是一個主管之外，也是一個工作者。所以我會知道說，可能他到底需要什麼。譬如說我自己很需要一個可以服務的空間，所以我自己知道，所以我會給同仁蠻多一個自主的機會，就是蠻放手讓他們去做的。然後，當然其實以現況來說，譬如說我明明知道我們機構裡的人其實是不太夠的，那這個時候，這個部分我們就只能盡力的去減少這樣的負荷，但因為受限於整個環境的關係，沒有辦法做到那麼 100 分這樣子。

而當主管比較認可安寧社工的經驗時，社工也相對較容易在團隊中推動新的照顧方案。

C³ 醫院的主任、安寧的主任，他可能因為過往他的團隊合作經驗，他對社工就會有比較多的期待跟認可，所以如果我們去做一些建議，基本上會是被採納的。所以我覺得這是每一個病房的文化跟特性不一樣，社工的角色就會不一樣，所以我覺得很難有一個什麼一致的改變會比較好。(C-641)

有 3 位研究參與者都蠻肯定現行安寧培訓課程對實務能力的助益，A 認為 40 小時的基本安寧訓練已經足夠 (A-470)，而另外兩位研究參與者則認為這一系列的培訓課程幫他們預備安寧服務很重要的核心理念，例如 D 提及安寧訓練會強調「開放的態度 (D-181)」或是如 C 所說：

C：在那段過程中，一直在學的東西其實是陪伴。重新學了就是同理跟陪伴這件事情，沒有什麼技巧。(C-496)

九、可行的體制調整方向

(一) 專責或專任的難題

針對過去的安寧服務經驗，工作量過大、自身安寧理念在體系內難以得到同儕還有上級支持的情況，A 認為讓安寧社工和精神科社工一樣轉換為獨立單位，並以「專任」聘用，以和一般醫務體系區隔，讓安寧社工能夠在獨立體系內專注於符合安寧理念的服務。不只是聘任體系，招募的時候應該強調需要「完成安寧訓練」資格的社工應徵，而不是只從內部找沒有太強意願的社工，完成訓練後就負責安寧業務 (A-457)。

我：假設從您的經驗來看，這個安寧病房是您工作的場所，如果可以怎

麼調整的話，您覺得會對工作者本身，譬如說提升他有覺得自己受到支持啊之類的，會希望做哪些體制上的調整？

A：我覺得就是把它變成專責專任，像精神科一樣。先從最正規的那個就是社工室這種，跟一般的醫務社工做出區隔，把他分開來，然後走自己的培訓體制，他一定要跟所謂的一般醫務社工做區隔，就是要像精神科那個專業體系一樣。那我覺得只會有更多的人陣亡，你被後面那些一般醫務社工很煩瑣的東西去弄掉。(A-433)

不過，比起設立專責或是專任職位，B 著重整體的工作負荷。如果是現行每間醫院大多約 10~12 床的安寧病床床位加上安寧志工管理的業務內容，他認為搭配床位較少的小型一般科別，會讓他的工作負擔降低但又不會過於單一化。

B：就我以前就是 loading 太大，所以我負荷太大。那如果你說要單純接安寧的話，如果是我，我不想。我希望有另一個科可以搭配，就互相喘息的概念。我會做醫務社工，我也是覺得接觸不同的人、形形色色的人，對我來說也是一種挑戰跟讓我生活或是工作上又更豐富、更多元一點。所以如果給我選，我會希望就安寧搭配另一個科，也不要完全安寧。因為通常一般醫院，安寧都 10~12 床，然後對我來說，我覺得有點無聊，因為我個性比較急。當然安寧卻是要管志工啦！所以那一塊 loading 比較大。所以我覺得安寧再搭配一個小科會比較剛好。(B-376)

曾專任安寧病房的 C 則提出除了專責或專任之外，主管背景也會影響社工工作內容。當社工專任在安寧病房又遇上以醫學背景為主要考量的長官時，安寧社工很容易因為只有單一個人而直接承受不合理的要求，但是回歸到一般社工室時，直屬的主管通常還是社工背景的人員，

所定立出來的要求通常也比較符合社工實務上的需求。



C：那時候就會一直很被要求這個東西啦，他就說，那是不是看護理紀錄、看什麼，那時候長官就會有很多的想法，那個就會稍微比較為難一點，因為當你只做這件事的時候，他們就會要求你很多東西。有時候就會有蠻離奇的工作內容啦，就是跟安寧或許沒有什麼相關的，不過那是指那特定單位的關係，那但是，後來我離職之後，再接的人他就回歸社工室了，就比較不會有我剛剛講的那些狀況，就會減少。因為變成是回歸社工室的單位，他們變成要去做一般的，也要做一般的科別跟業務的情況下，他相較下就比較不會被要求說，你現在是專職你要給我們什麼什麼，那些對社工來說是有點不合理的，或者我們被規定說一定要去會談室會談，但實際上我們在臨床工作，尤其是安寧病人。(C-21)

(二) 工作分工以及管理文化的調整

原先在 A¹ 醫院因為主管管理方式而備感疲憊的 A，在新的工作單位經歷了主動幫忙額外事項，但遇到同事因為分配麵包物資而刻意刁難的事件。新的主管卻不指責 A 額外負擔工作，而是進一步詢問那名同事希望得到的回應是什麼。雖然同事的處理方式讓他覺得憤怒，但主管的回應反而讓他的情緒可以稍微緩和一點。

A：可是這裡我就會發現，我以前的主管跟我現在的主管，處理事情的差異性就很大，因為我以前的主管一定就會把我叫過去了，你怎麼會這樣分麵包，阿你要怎樣怎樣，這樣要細心一點啊，或者是就會去附和那種人。但我現在的這個主管，他（同事）不是提出來這個點嗎？那我這個主管就回應他說「所以你想表達什麼？」

(我大笑)

A：然後坐我後面的同事就閉嘴了。

我：就主管沒有在那邊跟著他起舞。

A：對。所以我就覺得，哇！真的是同一種類似的事件，兩個主管處理的方式、態度差很多，真的就會讓那一個人就是，我沒有辦法去保證他（同事）會不會回觀他自己，但我覺得他（主管）的提問是好的。(A-

831)

B則是談到社工室之外更高層的主管層級，他希望高層單位不要因為有權力地位的人介入，就改變醫院歷來的標準或是干涉專業人員的處遇，讓社工的專業評估形同虛設。

B：整個醫院體制要有很明確的規範，而不要朝令夕改或者是不一樣的人有不一樣的標準。應該是說，我以前服務的醫院很容易會因為誰有什麼關係，然後就會要求我們的處遇不一樣，我們主任不會，我們主任會挺我們，可是有的時候也是他無能為力的事情，是更高層的主管，所以施壓下來，你變成有種感覺是你是傀儡，你已經沒有辦法發揮你的專業了，我們試著要fighting過，可是就沒有辦法，就只能屈就於整個機構跟整個院部的理念，或者他們想要有點不一樣的什麼光環什麼東東的，那這個時候你會覺得，你沒有一套標準，你不知道什麼時候你可以為這個個案做什麼，或者做這些東西，你明明覺得這是他需要的，但上面的人不見得會認同。甚至是會指責你，會質疑你，那我覺得這對我們來說是非常大非常大負面的壓力，而且是你不知道什麼時候突然又發生這種事情，就沒有一個工作的準則。(B-286)



(三) 將主管安寧的工作者納入安寧培訓體系

A 有感於是否有同儕及主管支持影響安寧社工，他認為安寧社工的培訓體系應該要獨立於醫務社工的脈絡之外，並融入安寧工作需要具備的核心能力。

A：安寧社工需要獨立出既有的醫務社工脈絡，另一個部分是現有的醫務社工主管，即便去受了訓，但個人特質、生命脈絡、靈性能力依舊會影響他，是不是具備這樣的專業。而在職訓練我覺得可以分「技能面向」跟「個人覺知反思面向」，技能部分會談技巧、悲傷團體的如何操作、跨團隊溝通能力；個人覺知反思部分就比較個督或是個研了… (A-

452)

除了第一次訪談提到主管不一定有能力以適當的方式管理安寧社工的業務外，有些主管或許對安寧的核心議題並沒有足夠的了解，因而沒有辦法理解甚或督導安寧業務。第二次訪談時，A 也提到現行評鑑制度並沒有針對主管的相關進修訂立規定，是目前安寧相關規定中的缺漏。

我可以必須說全台灣所有醫院的社工室主任的專業知能都是弱的，他們甚至面對死亡議題都是抗拒的，因為他們抗拒，所以他們交給別人去做。(A-90)

(四) 設立針對安寧的督導

A 提及 A¹ 醫院雖然想要符合評鑑中安寧社工在職進修的規定，但又

希望接受院內補助督導費用的社工簽立不合理的勞動條約，所以 A 只好長期自費到院外尋求專業督導。



我：所以就是那段很長的時間裡面，都是您自己去做一些諮商嗎？或是一些調適的管道？因為聽起來機構內是沒有提供任何正式的資源給您？

A：恩，應該說他會讓你去參加安寧照顧協會的課程，可是他有一個合約規定派訓就是超過 3600，你就必須要簽半年的合約。就是勞動條件的不對等。可是又綁，你每年甲類的就一定要上 20 個小時在職訓練課程，這是要申報的為了我的時數，那個條款是很不 ok 的，你簽那一張，你就要賠三個月的薪水耶，如果你提前離開的話。(A-54)

A 也在訪談中提及流動率讓許多工作場合中沒有資深人員能擔任安寧督導，因而「衍生成也是很任務導向的安寧病房 (A-424)」。他建議相關單位可以公告合格的安寧督導名單，而醫院可以各自編列補助外部督導的預算，讓需要外部督導的社工可以申請補助，並尋求合格的督導協助。除了讓因為不同原因而離開安寧領域但是又有足夠經驗的安寧人才回流之外，仍然在擔任安寧社工的人也能透過申請正式的院內補助資源，並獲得最直接與安寧相關的督導經驗。

A：那如果你說我需要個別性的外督，就是編預算，讓我們這樣有經驗的前輩再回去跟你做個別的。像我現在除了私人基金會社工外，我還有兼行動社工這樣，那我們就可以把我們這種長期在外頭工作的一些，看到的面向去給內部，應該這麼說，專責專任可能只有一個，可是他如果需要外督資源的時候，可以開出我們這樣的講師名單，他也可以去找我們這樣的人，我們就可以回去做個別個訓，或是對整體的醫務人員加社工一起做的督導訓，我覺得這樣就夠了。(A-442)



除了該以什麼形式提供督導資源外，B、C、E 都提及雖然能夠與同儕討論基本個案處遇或是尋求情緒支持，但面臨需要處理較深層安寧議題時，他們還是會選擇找有安寧經驗的資深前輩或主管討論，也許是如 C 在與護理師前輩討論時，前輩提及「但是學姊也有在講說，他可以給我們的東西恩，如果在社工專業方面有限，的確也是這樣。因為你有些社工的專業問題的話，你除了跟同儕討論，或是偶爾跟同儕聊一下，你要多進步是比較沒有的。(C-78)」或是安寧社工會因為醫院的團隊配置而影響參與不同團體的困難度，例如：主要針對一般科別的社工設立的督導機制，對於安寧社工來說是難以觸及的資源。

我：那在那邊 (C¹ 醫院安寧病房) 的時候會有一些督導機制嗎？

C：沒有，C¹ 醫院的社工室有，可是他們，我剛去的時候有參加過一兩次，可是他們主要督導的對象還是社工室的社工，到後來我們就默默被遺忘了。畢竟那時候就是不同單位啦！業務也互不相干，所以就變成是他們的督導制度比較難參與，那我們在醫療科的話，基本上你工作的團隊都是醫護人員，那醫護人員在不同專業的情況下還是很難。(C-70)

B 和 D 雖然都能夠找單位主管督導，但是 B 在另一個工作經驗中發現：明定固定的督導時間，並尋求外部督導的形式對紓緩他悲憫疲憊的現象比較有幫助，因為外部督導「可帶給我們更多不一樣的外面現況的內容 (B-283)」。D 同樣也期待除了內部督導外，醫院還能設置外部督導的機制，因為內部督導比較著重在行政督導，但有時候社工會期待有更多臨床技巧專業的討論。

我：那時候會希望請到外部督導，希望達到的成效是什麼？你們想像說

請外部督導來，可能會達到什麼院內督導無法達到的成效？

D：院內督導其實來的時候，他不只是背負專業的，他其實是有蠻多行政上的督導，我覺得行政上的督導也會影響到我們在專業上的服務。因為譬如說，有時候可能他會考量到的是，我是不是可以花這麼多的時間在處理一個個案上面，或是他的考量就會是以績效為出發點。(D-223)

十、小結

綜合上述訪談結果分析以及研究問題，社工用「被掏空」、「作白工」來形容悲憫疲憊的狀態，或是以「倦怠感」、「Burnout」描述自己因為工作內容、工作環境影響所產生的困境。當然也出現另一面的想法，研究參與者認為悲憫疲憊理論過於極端，或是認為同理會帶來較為正向的影響，所以悲憫疲憊不太可能發生。

雖然 B 所提及的悲憫疲憊案例是來自一般科別病房的憂鬱症患者，但和 E 所提及的案例相同，當研究參與者不斷同理他人卻無法改變案主的行為或決定時，比較可能出現「被掏空」還有「作白工」的感受，但是透過反思及覺察自身情緒、調整同理程度的深淺、區別自己與案主的經驗，則會減低同理可能帶來的負向影響，甚至在這個過程中，研究參與者還發現自己對過往的生命經驗、現在的生活狀態有了新的詮釋及想法。

談及安寧服務的特殊工作情境，例如：進入安寧服務體系的案主通常都帶有創傷、安寧服務需要不斷面對案主死亡、照顧議題或末期病人的心願完成是服務介入重點等等，並不必然帶給安寧社工負面的影響，還需要考慮安寧社工當時的身心狀態、所抱持的工作理念、應對死亡的態度以及在社工在安寧團隊中的角色。研究參與者認為當社工能夠做到「不隨意貼案主標籤」自然不會因為要同理案主的過往經歷而有負面情緒，又或是當社工能慢慢接受生命本就無常時，就比較不會害怕理解案主期望後卻沒有時間達成的遺憾。當面對照顧議題或是其他案主的需求時，如果社工有足

以應對的專業知能、足夠的經驗或是充分被授權的服務規劃空間時，因為服務規劃回應了案主的需求，同理案主的過程因此也有了正向回饋。

研究參與者個人調適的過程中，工作同儕還有親友給予情緒抒發的空間仍然扮演很重要的角色。而研究參與者也肯定團隊有合作默契、醫院設立的正式督導機制、主管給予工作上的支持、安寧照顧協會訓練課程，對於他們提供案主服務還有調適自己的狀態很有幫助。

針對安寧社工工作量過大的現況，研究參與者認為透過搭配較小的一般科別病房或是改成安寧病房社工專任，會是調整工作量的可能途徑。另外，如果機構能調整部分督導制度，例如：引進外部督導、設定固定督導時段、提供督導費用補助、開立合格的外部督導名單等等，能夠更健全現有督導管道，也有可能促進安寧人才回流到醫療體系中。而在培訓安寧社工的過程中，除了實際負責安寧業務的社工需要接受培訓以外，安寧社工的主管也應該要有安寧進修的相關規定，社工及主管才較能夠針對安寧服務內容進行實質討論。

以上是研究參與者提及的幾項個人調適途徑，還有他們希望主管、任職機構能夠提供的資源。但無論是安寧社工或是他們的主管，都同樣面對體制的挑戰：醫院人員常態輪調導致安寧經驗難以累積、安寧服務需要投入大量成本但卻面臨以營利為主的醫院目標、處於破碎的體系設計卻要提供全人服務。或許是多虧了安寧工作追求圓滿、減少遺憾的本質，會讓案主與社工都在無形中促使人趨進更美好的目標，因此還是讓部分研究參與者願意延長自己在安寧領域工作的時間，又或是讓另一部分的研究參與者藉由同理以及服務案主獲得許多正向回饋。

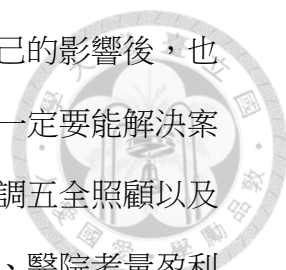
第五章、討論與建議



一、研究討論

我的研究分析發現，雖然以悲憫疲憊此概念設計的訪綱意欲探討同理他人創傷經驗可能帶來的負擔，以及安寧社工可能因此處於較負面的狀態。但是，研究參與者多數時候對於同理案主的想法卻很正向，也僅有 B 非常肯定自己曾在不斷同理一位憂鬱症患者卻無實質服務成果時感到悲憫疲憊。研究參與者雖然分享了許多辛苦之處，但是談及印象深刻的案主時，多數時候還是記得案主帶給他們的改變，或案主讓人覺得欽佩的地方。這些正向經驗與 Figley (2002) 發展悲憫疲憊模型時，假設同理他人很容易帶給工作者負面影響的觀點非常不同，我認為這樣的差異有三個原因。

首先，悲憫一詞聚焦於承擔和緩解苦難經驗，但是同理心談論的卻是理解他人整體狀態，而不一定特指苦難 (McNally, Charlton, Ratnapalan, & Dambha-Miller, 2019)。悲憫一詞闡述部分助人工作者的工作動機，但是同理心一詞更能涵括所有助人工作者在服務過程中實際經歷的過程，例如：提及他花時間了解高社經地位的案主需要生活的控制感、B 和 D 在協調過程中了解不同家庭成員對於事件的觀點。對研究參與者而言，某些類型的同理過程不一定會造成他們極大的負擔，他們所受的安寧專業訓練也能讓他們有能力針對案主需求提出服務計畫。第二，如 C 所言安寧社工的訓練奠基於同理能力，而非限於悲憫他人的經歷，本研究的研究參與者在服務過程雖然也呈現了了解並緩解他人苦難的工作經驗，但除了重視案主需求外，他們也會看見案主的優勢、區分案主與自己的不同、尊重案主轉換觀點的步調、正視並接納工作環境中不利於安寧社工提供服務的因素等，這一點與 Joinson (1992) 和 Figley (1995) 最初只強調工作者把案主需求放



在第一位的假設有所差異。研究參與者加入外在環境對自己的影響後，也有助於他們適時調整對服務成果的期待，而不會強求自己一定要能解決案主所有的困境。最後，臺灣實行安寧療護服務以來不斷強調五全照顧以及四道人生，縱使研究參與者提及體系破碎、會談重複性高、醫院考量盈餘成本縮減人力等等問題，但這樣的服務目標仍然促使安寧社工以整體的視野評估案主和提供服務，而不僅僅聚焦於苦難經驗或案主的缺憾，在同理過程中自然就會減少反覆接觸苦難經驗的機會。

實行五全照顧與四道人生是希望能夠達到生死兩相安，研究參與者服務時經歷家庭成員互相理解的歷程、收到遺屬對社工的感謝、案主故事給社工新的生活觀點等等，這些工作中的正向回饋緩解他們同理他人的潛在壓力，這一點與 Figley (2002) 悲憫疲憊模型中所提的滿足相呼應，都是助人工作者免於悲憫疲憊的重要因子。另一個免於悲憫疲憊的重要因子是分離 (Figley, 2002)，或是社工所談論的專業關係界線、情緒界限 (Pelon, 2015)。研究參與者提到他們會尊重案主步調、不貼案主標籤、會談後去角等等，都讓工作者能夠確實將自己與案主的主體性分開看待，但雙方的特質與生命經歷仍得到充分尊重，因此在會談中所體會的情緒並不會毫無限制地被帶入下一個會談或私人生活中。

那麼即使安寧社工的工作內容比較接近同理心的定義，而不只是強調苦難經驗的悲憫，安寧社工的工作方式多數時候能夠緩解同理他人的壓力，安寧工作的本質也讓社工與案主的相處充滿正面回應，為什麼安寧社工還是會在工作中感受到如 **burnout**、被掏空、失去信念、倦怠感、作白工的狀態，甚至會因此而離開安寧職場呢？可能的因素如下：

第一，安寧社工在醫療體系中並不是主導者，因此有時因為醫院文化、個人年資、工作職權等原因，讓社工無法在醫療體系中發揮專業能力、承擔合理的團隊角色、獲得同儕或主管的支持，自然難以在工作中獲得成就感、滿足感。第二，安寧社工過多的工作量除了造成他們生理及心

理層面的疲憊感外，也壓縮他們整理自身經驗的時間，當工作者沒有足夠時間區分自己與案主的經驗，或是覺察自己的經驗可以如何更深化對案主的理解時，會讓社工難以回復較為理想的狀態，也較難透過工作內容獲得正向回應。

面對自身狀態或工作職場的困境，研究參與者多會透過個人網絡尋求情緒支持，但研究參與者也提及希望工作負荷量能夠調降、上級主管能更尊重社工的專業判斷、強化針對安寧的督導體系等。設立這些機制的主要目的是期待能增加安寧社工整理自身經驗的時間，並降低外在環境阻礙安寧社工同理案主的機會。當安寧社工能夠維持適當的界線，但還是能透過理解案主並從安寧工作中獲得成就感時，自然能夠維持自己同理他人的狀態，或是能夠有更多能量承接他人的苦難經驗。

二、研究建議

（一）分配適當的業務量

安寧社工需要深入了解案主的故事，才能真正同理案主，並且與團隊共同商討符合案主需求的服務。而另一部分的心力，則需要覺察自己的情緒、整理助人經驗、尋求督導建議等等，才能自我照顧、調整工作狀態。若再加上一般科別病房的業務還有安寧志工管理，安寧社工所負擔的工作量遠遠超過實際分配到的病床數。

研究參與者表達當工作過於忙碌時，他們會沒有足夠時間整理自身經驗，或是只能運用策略縮短理解案主的時間。沒有時間整理經驗不只是影響服務品質，更會讓工作者承受身心負擔。而縮短與案主相處的時間，雖然能夠完成工作，但卻會因為無法掌握案主全面的狀況，而難以提供貼切的服務還有獲得工作上的成就感。

因此，本研究建議分配安寧社工的工作量時應跳脫病床比的限

制，而從實際工作量重新思考合理的工作負荷。分配方式或許可以是更改成專任制度，或是負責安寧業務的社工仍須負責一般科別病房，但配置規模較小的科別。



(二) 安寧主管應受相關安寧訓練

研究參與者提出各醫院不同的職場文化，對於社工角色的期待也有差異，事實上很難針對諸如工作分配、團隊合作模式等制訂一致的規範。但如果主管對於安寧服務有所理解，或是主管也必須接受安寧相關課程，或許會對安寧服務實際運作的方式更加理解，也能對於安寧社工的狀態更有敏感度，而可以在適當時機以主管權責提供協助。

(三) 建立院內安寧社工經驗傳承的機制

透過本次研究發現，不論是先前經驗多麼豐富的社工，對於應該如何陪伴進入安寧服務的案主，都是不斷學習的歷程；安寧社工需要更長的培訓時間還有經驗，才能比較熟練跟自在地達到自己心中理想的安寧服務。部分醫院現在實行定期輪調的制度，本意是希望院內的社會工作者熟悉不同科別的業務，但是太過頻繁的輪調頻率或許阻礙安寧社工累積經驗，也在每次輪調都需要經歷安寧團隊的磨合，又讓社工在醫療團隊中更加邊緣化。

降低安寧社工輪調的頻率或許是一個解決方式，又或是參考 Zaleski 等人 (2016) 針對社工系學生的研究結果，許多學生在學習如何同理時，會將社會工作系所的教授、實務領域中的督導當作學習對象。在輪調前若有較長的交接期，在此期間不只是將行政業務還有案主資訊傳達給下一位接任的社工，還讓接任者能夠實際觀摩安寧社工如何提供服務，也許在觀摩過程中，接任者能夠更清楚

該如何同理末期病人的處境以及可以如何將自己的情緒與案主作適當區隔，透過院內制度建立常態的同儕支持網絡。另外，也透過同儕經驗傳承，讓接任者能夠更熟悉安寧團隊的風格與病房文化。



(四) 增設安寧的督導管道

從研究參與者的分享得知，督導制度可以解決他們在臨床安寧工作遇到的許多困難，但是他們也發現安寧服務的情境難以於一般社工科室的督導時引起大家共鳴。而若院內僅提供內部督導時，又比較著重行政督導，較少提供新的服務觀點。

我建議增設針對安寧的外部督導管道，以回應安寧社工實務指引的需求。透過由醫院聘請外部督導讓醫務工作者諮詢，既協助工作者，也呈現自我調適、整理內在本來就是工作的一部分 (part of the job) (Back, Steinhauser, Kamal, & Jackson, 2016)。Back 等人 (2016) 從復元力 (resilience) 觀點提出保持健康的專業界線、情緒管理、找到工作的意義，這些均呼應研究參與者的經驗；而在工作要求的向度，給予工作者一定的決定權、給予好的工作表現合理回饋 (rewards)、調整合理的工作量也是本研究的參與者提及的正向機制。

透過設計適當的督導內容，除了能具體增進社工的同理能力或悲憫之後區隔他人經驗的能力外，也能改善新進社工與團隊磨合的困難：

1. 訓練同理能力

透過與受督社工討論他們想要進行的主題，像是：如何應對困難的倫理難題，並且邀請他們談論參與團體的新發現，包括對於自己的觀點、對同事的觀察，還有分享他們最

喜愛的團體活動，社工除了學習實務技巧，也自然練習了同理的概念（Gotea & Bódi, 2017）。



2. 訓練團隊合作

提供系列課程給較不熟悉醫療團隊合作方式的社工，或是剛納入社工服務的單位，例如：講授跨專業團隊照顧計畫範本、標準化病人服務規劃、書寫反思筆記（reflective writing）等等，根據 Jones 等人（2014）課後調查 165 位社工的意見，他們在這個課程後能夠促進同事提供更融入文化觀點的服務、發展更易於合作的服務模式還有規劃有助於理解社工角色的課程。

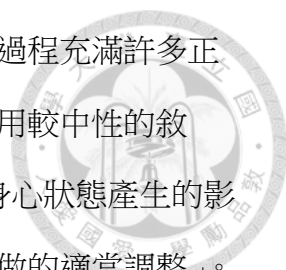
三、研究限制

（一）研究參與者中較少帶有主管職的工作者參與

本研究除了探討安寧社工個人因應途徑外，還希望探討主管、任職機構提供的協助。但最終考量研究參與者的意願以及各項條件，僅訪談了一名曾任主管職位的安寧社工，對於理解醫院管理方式、督導制度設計的過程了解有限。再者，醫院中有不同層級的主管會與安寧社工接觸，例如：本研究中，擔任主管的 D 同時負責安寧業務；C 的主管有醫師或護理師背景。而有些單位的主管可能並不會接觸安寧業務，僅負責行政督導，本研究並未納入這些主管的想法。

（二）未招募到悲憫疲憊程度較為嚴重的安寧社工

也許在社工重視情緒覺察、安寧工作本身追求平安的本質



下，安寧社工的確如本研究中所發現，同理的過程充滿許多正向影響。但一開始研究參與者的招募文宣中使用較中性的敘述：「同理服務對象的過程中，可能對於自身身心狀態產生的影響、調適的途徑以及在安寧療護工作環境中能做的適當調整」。雖然意在回應本研究的初探性質，希望能夠納入安寧社工多元的經驗，但也因此有可能遺漏掉悲憫疲憊程度較高的安寧社工。

（三）研究設計僅能呈現部分歷程

本次研究使用半結構式深度訪談，訪談結果呈現研究參與者的實際工作內容、心境轉折、應對途徑還有可能的調整方案。但若針對安寧社工的心境轉折，例如：從初入職到成為較有經驗的工作者、情緒覺察和個人經驗對照的範例、從悲憫疲憊到復元的經歷等等，單次訪談僅能呈現部分經過，也難以完整納入錯綜複雜的外在工作職場。

（四）研究者對於健保制度規定不夠熟悉

透過研究參與者的分享，我得知一部分安寧社工的工作型態還有醫院經營考量的成本，和現今健保制度的規定有關聯。但我僅能就研究參與者所分享的條文內容作相關分析，而無法在一份研究內涵括整體健保體系的給付原則以及對醫療體系的影響。

參考文獻



中文部分

- 方俊凱、蔡惠芳（2018）。病房中的家庭會議：誠實面對，勇敢接受。載於方俊凱、蔡惠芳（著），**傾聽情緒：罹癌長輩與家屬的心理照顧**（110-119頁）。臺北市，博思智庫。
- 江穗燕、林育如、潘彥辰、尤雅芬（2016）。從醫院到社區、末期病人照護模式中社會工作師角色的反思-以臺大醫院金山分院為例。**社會工作實務與研究學刊**，**3**，23+ 25+ 27-37。
- 李玉嬋（2008）。醫療場域助人工作者的失落與悲傷調適～直視病痛折磨與死亡威脅下的粹鍊與超越。**諮商與輔導**，**276**，45-51。
- 李閏華（2010）。安寧療護社會工作者喪親輔導經驗的敘說分析：工作者個人素質因素的探究。**安寧療護雜誌**，**15(3)**，290-307。
doi:10.6537/TJHPC.2010.15(3).2
- 李閏華（2013）。**安寧療護社會工作**。台北市：洪葉。
- 汪淑媛（2014）。替代性創傷是助人工作者不可避免之風險？。**社區發展季刊**，**147**，136-154。
- 林萬億（2014）。以個人為對象的社會工作。載於林萬億（著），**當代社會工作：理論與方法**（415-456頁）。臺北市：五南。
- 秦燕（2011）。醫務社會工作定位、工作內容與學生實習。**社區發展季刊**，**136**，76-85。
- 傅家芸、陳幸眉（2011）。悲憫疲憊之概念分析。**護理雜誌**，**58(2)**，98-103。
- 楊琳琪、林采蓉、余月里、楊禮謙、蔡素華、洪志秀（2012）。醫院護理人員的悲憫疲憊及其因應策略。**護理雜誌**，**59(3)**，93-99。



楊蓓（1989）。台灣地區醫療社會工作人員工作壓力、社會支持與職業倦怠之研究。《中華民國公共衛生學會雜誌》，**9(1)**，14-28。

臺北榮總員山分院（2019）。安寧簡介。取自

<https://www.ysvh.gov.tw/ysvh/hospice/index.htm>

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**，163-179。

蔡佩渝、蔡佩真、鄭適芬、陳昱仔、郭麗馨、劉泳輝（2015）。頭頸癌症照顧者的替代性創傷。《安寧療護雜誌》，**20(3)**，285-295。

蔡美惠、溫信學（2001）。淺談安寧療護社會工作。《榮總護理》，**18(4)**，381-387。

衛生福利部（2009）。今(98)年 9 月 1 日起，新增八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付。取自

<https://www.mohw.gov.tw/cp-3162-27145-1.html>

衛生福利部（2011）。今(100)年 4 月 1 日起，新增「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-25500-1.html>

衛生福利部（2014）。「在地善終」不再遙不可及，健保自 103 年元月起，新增社區安寧療護服務納入健保給付。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-2638-22574-1.html>

衛生福利部（2018）。「安寧療護」智慧人生的選項。取自

<https://www.mohw.gov.tw/fp-206-40683-1.html>

衛生福利部中央健保署（2016）。乙類安寧居家療護收案及申報作業。取自

<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=乙類安寧居家療護+收案及申報作業&ie=UTF-8&oe=UTF-8#>

衛生福利部中央健保署（2019a）。辦理安寧共照服務之院所名單（108.10.25 更新）。取自

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=57EF6EC5BCAB7609&topn=5FE8C9FEAE863B46&upn=4CE4DCEE47BD6425

衛生福利部中央健保署（2019b）。辦理安寧居家(乙類)之院所名單 & 24 小時諮詢專線（108.10.25 更新）。取自

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=77271979199200A0&topn=5FE8C9FEAE863B46&upn=211AE875B9C05C0D

衛生福利部中央健保署（2019c）。辦理安寧居家(甲類)之院所名單 & 24 小時諮詢專線（108.10.25 更新）。取自

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=56BA5E522F215808&topn=5FE8C9FEAE863B46&upn=A13E1064AD055167

衛生福利部中央健保署（2019d）。辦理住院安寧療護之院所名單（108.10.25 更新）。取自

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=FDEA69A72EC8765A&topn=5FE8C9FEAE863B46&upn=61AD5CAC87F3B67D

鄭怡世、蕭琮琦、張縉鏐、周千郁（2015）。同理中的跨越：以臺灣

Wraparound 方案親代與子代夥伴服務經驗為對象的研究。臺大社會工作學刊，31，165-216。

鄭維瑄（2017）。社會個案工作的專業關係。載於曾華源（主編），社會個案工作（108-141 頁）。臺灣：洪葉。


蕭仁釗（1998）。安寧療護專業人員之壓力問題。安寧療護雜誌，10，21-26。

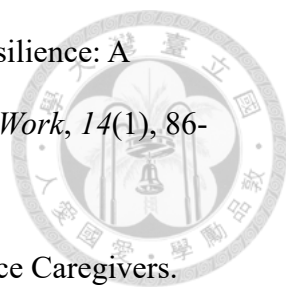
賴允亮（1998）。台灣安寧療護的現況及展望。應用倫理研究通訊，8，17-25。

謝秀芬（2011）。助人的專業關係。載於謝秀芬（著），社會個案工作：理論與技巧（85-116 頁）。臺北市，雙葉。



- Back, A. L., Steinhauser, K. E., Kamal, A. H., & Jackson, V. A. (2016). Building resilience for palliative care clinicians: an approach to burnout prevention based on individual skills and workplace factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 284-291.
- Badger K., Royse D., & Craig C.(2008). Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63–71. Doi :10.1093/hsw/33.1.63
- Bride, B.E., Radey, M. & Figley, C.R.(2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. Doi: 10.1007/s10615-007-0091-7
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Coetzee, S. K., & Laschinger, H. K. (2018). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: A n integrative literature review. *Nursing & health sciences*, 20(1), 4-15.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C.R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In C.R. Figley (Eds.), *Compassion Fatigue: coping with secondary traumatic disorder in those who treat the traumatized* (pp.01-20). New York, Taylor & Francis Group, LLC.
- Freedberg, S. (2007). Re-examining empathy: a relational—feminist point of view. *Social Work*, 52(3), 251-259.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- 
- Gerdes, K. E., & Segal, E. (2011). Importance of empathy for social work practice: Integrating new science. *Social Work, 56*(2), 141-148.
- Gillepie, D.F., & Numerof, R.E.(1991). Burnout among Health Service Providers., *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 18*(3), 161-171.
- Gotea, M., & Bódi, D. C. (2017). Development of Professional Skills in Social Work through Programs of Educational and Support Supervision Case Study-"House of Hope" Brasov. *Revista de Asistentă Socială*(2), 41.
- Guba, E.G., & Lincoln Y.S.(2001). *Guidelines and Checklist for Constructivist(a.k.a. fourth generation) Evaluation*. Retrieved from http://www.dmeformpeace.org/sites/default/files/Guba%20and%20Lincoln_Construc%20tivist%20Evaluation.pdf
- Hotchkiss J.T.(2018). Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 35*(1), 1-10. Doi: 10.1177/1049909118756657
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine, 109*(12), 446-452.
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing, 22*(4), 116-118.
- Jones, B., Phillips, F., Head, B. A., Hedlund, S., Kalisiak, A., Zebrack, B., . . . Otis-Green, S. (2014). Enhancing collaborative leadership in palliative social work in oncology. *Journal of social work in end-of-life & palliative care, 10*(4), 309-321.
- Joubert, L., Hocking, A., & Hampson, R. (2013). Social work in oncology—Managing vicarious trauma—The positive impact of professional supervision. *Social Work in Health Care, 52*(2-3), 296-310.

- 
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work, 14*(1), 86-101.
- Keidel, G.C. (2002). Burnout and Compassion Fatigue among Hospice Caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 19*(3), 200-205.
- Krishnasamy, C., Ong, S. Y., Loo, M. E., & Thistlethwaite, J. (2019). How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical teacher, 41*(11), 1220-1231.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of advanced nursing, 71*(9), 2041-2050.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of mental health, 11*(3), 255-265.
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education, 9*(3).
- Manning, K. (1997). Authenticity in Constructivist Inquiry. *Qualitative Inquiry, 3*(1), 93-115.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.
- McNally, P. J., Charlton, R., Ratnapalan, M., & Dambha-Miller, H. (2019). Empathy, transference and compassion. *Journal of the Royal Society of Medicine, 112*(10), 420-423.
- Nilsson P. (2014). Are Empathy and Compassion Bad for the Professional Social Worker?. *Advances in Social Work, 15*(2), 294-305.
- Nimmo A. & Huggard P. (2013). A Systematic Review of the Measurement of Compassion fatigue, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress in

- Physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013(1), 37-44.
- Pelon, S.B.(2015). *Compassion fatigue in hospice social work: Potential moderating factors* (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://d.lib.msu.edu/etd/3653>
- Quinn-Lee L., Olson-Mcbride L., & Unterberger A. (2014). Burnout and Death Anxiety in Hospice Social Workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10, 219–239. Doi: 10.1080/15524256.2014.938891
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
- Sprang G., Clark J. J., & Whitt-Woosley A.(2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280. Doi: 10.1080/15325020701238093
- Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale. Retrieved from <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
- Vaismoradi, M., Jones, J., Turunen, H., & Snelgrove, S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 100-110.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60(3), 201-209.
- Zaleski, K., Araque, J. C., Finney, K., Harper, B., Lewis, J., Amit, M. S., & Castronou, J. (2016). Empathy in social work education. *Contemporary Behavioral Health Care*, 2(1), 48-53.

附錄一、研究參與者招募海報（文字檔）



大家好，我是目前就讀國立臺灣大學社會工作學研究所三年級的學生葉翎，由本系熊秉荃教授指導碩士論文：「安寧療護社工的工作創傷：悲憫疲憊的意義與因應途徑」。

分享的圖檔以及本文文末敘述了我的研究以及訪談參與者的招募條件，若您有意願受訪或有意願了解研究的相關細節，懇請您透過臉書私訊、電子郵件或是電話與我聯繫，我非常樂意與您分享更多研究的規劃，或與您進一步討論訪談的安排！若是您身邊有於安寧療護領域工作的社會工作者，也懇請您能幫忙分享此招募訊息！感謝您閱讀這個招募訊息以及後續所有的協助！

◇ 研究簡介

「同理」在一個社會工作者從學習到實際執業的歷程中，一直都扮演很重要的角色。同理是一種需要投入高度心力的溝通方式，也是一個在學理上與他人建立理想專業關係的途徑。我關注安寧療護工作者在同理服務對象的過程中，可能對於自身身心狀態產生的影響、調適的途徑以及在安寧療護工作環境中能做的適當調整。

◇ 徵求 3 至 5 名訪談參與者

1. 現任職/曾任職於住院安寧療護、安寧共同照護、甲類安寧居家療護或乙類社區安寧照護體系的社會工作者。
2. 在上述安寧領域任職一年（含）以上。（不限於同一服務單位。若於不同單位任職，則將服務年資相加滿一年以上）
3. 專任或是兼任該職務皆可。

◇ 訪談方式

1. 預計訪談 1 次，1~2 小時。若有需補訪之內容，至多訪談 2 次。
2. 徵求您的同意後，會以錄音器材錄下訪談內容。
3. 訪談地點：以參與者方便及安心的地點為主。

訪談資料僅用於學術發表，並會隱去足以辨識參與者的資訊，在撰寫及分析過程中皆會與參與者分享階段性成果，以確認資料呈現的方式能使您信任。

◇ 訪談回饋

預計每次完成訪談後，將致贈車馬費 300 元作為答謝。（若您希望以其他方式回饋，亦請您不吝提出！）

（文末附上聯繫方式）

附錄二、研究參與者同意書



_____ 社工您好，

我是國立臺灣大學社會工作學研究所三年級的學生葉翎，目前由所上熊秉荃教授指導並撰寫碩士論文「安寧療護社工的工作創傷：悲憫疲憊的意義與因應途徑」。

我的研究欲了解安寧社工如何更貼近自己所服務的病患，以及服務過程中帶給安寧社工的影響。我預計訪談 1~1.5 小時的時間，全程會以錄音器材**錄音**，錄音內容僅作為研究者繕打逐字稿、分析資料之用。逐字稿會在分析後引用適當段落以支持研究論述及結果，但您的姓名、個人資料以及可能透露您身份的資訊（例如：特殊的服務方案名稱）會以代稱方式取代，以維護您及您工作單位的權益。

而在逐字稿謄打完畢、分析結果初稿完成後、分析結果最終版本完成後以及未來若根據此碩士論文修改成學術投稿版本前，皆會再與您確認所撰寫之內容真切表達您的原意。

本次訪談，您有權利決定是否回答問題以及回應的深度，亦有權利隨時選擇終止，且沒有義務告知我原因。若您對本研究有任何疑慮，歡迎隨時提出與我討論。

再次誠摯歡迎並感謝您參與本研究。

同意受訪參與此次訪談並於此碩士論文中使用訪談內容

其他備註事項：

受訪者：_____ (請簽名)

研究者：葉翎

日期： 年 月 日