

醫務社工在 SARS 醫療院所服務中之角色與定位

—以臺北榮總為例

溫信學

前言

自 2003 年 4 月嚴重急性呼吸道症候群（簡稱 SARS）在台灣地區開始爆發傳染後，對整體的社會民眾均帶來極大的創傷與衝擊，無論是感染病患、疑似病患或有醫療就診需求者，在求醫的過程中，均面臨有別以往的就醫經驗；而對於醫療機構來說，也同樣必須去面對與改變舊有的醫療服務模式。對屬於醫療團隊中的醫務社會工作者，在這次的疫情事件中之定位、功能與角色，是一次最直接的檢驗與呈現。下文將試圖從醫務社會工作之特質與任務、SARS 對醫院服務之衝擊層面、社會工作者之角色功能以及從生態系統取向與科層組織的觀點，來分析醫務社工在醫療體系中之定位。

一、醫務社會工作之特質與任務

醫務社會工作是在醫療衛生保健工作中所實施或配合的社會工作，是社會工作者運用社會工作知識與技術於醫療衛生機構，從社會暨心理層面來評估並處理案主

的問題，係醫療團隊中之一員，共同協助病患及家屬獲致身心平衡（莫藜藜，2002）。

在傳統的醫療照護模式中，醫務社會工作的主要任務在於處置案主的個人情緒、疾病適應與就醫態度等問題，目的在促使其與環境能建立良好的互動關係。但隨著實務經驗的發展，逐漸加入了預防照護的觀念，也就是積極地去為案主爭取、維護最佳的療遇環境、維護合理的就醫權益與防範可能面臨的醫療風險事故。

而醫務社會工作的功能與任務，根據加拿大衛生署（Health Division, Statistics Canada）及 Herbert & Levin（1996）所提出的見解，可歸納為五項。（摘引自莫藜藜，2002：122）

（一）診斷與預估：對病人及其家庭需求與問題的診斷，建議解決問題的計畫。

（二）諮商與輔導：協助病人及家屬處理各項行為、情緒的改變，包括危機諮商、心理治療等。

（三）尋求與整合資源：尋求和安排社會資源的活動。

(四)倡導的工作：促使醫院內部在對病人服務的政策、措施、服務程序方面的改善，和醫院外相關組織的改善，包括組織架構、工作流程的修正，以符合病人和家屬的最佳利益。

(五)諮商與協調：與醫院內的或社區機構的員工聯繫，討論病人及其家屬如何獲得預防疾病、照顧病人等資訊。

如從社會工作所應用的模式與處遇焦點分析，就包括了個案工作、團體工作、社區工作，多半會從微視觀點為切入點，再逐漸擴大服務範圍。理想上，是要能藉由專業評估後，再提供整合性的服務計畫。然而，就實務層面來說，個案工作與團體工作應是實施主力，社區工作的推展則與醫療機構的規模及屬性有較大的關連性。

二、SARS 對醫院服務之衝擊

(一) SARS 的特殊性與影響層面

嚴重急性呼吸道症候群在爆發初期，對醫療專業人員與一般社會大眾來說，都是一種全新與未知的疾病，而這種疾病的蔓延與傳染，卻擴大成為一次的災難事件。「災難」與日常急難不同之處，即在於無法單靠動用更多人員、裝備及補給來處理。通常，災難產生的需求會超過單一組織的負荷能力，迫使他們必須與其他機構分擔工作及共享資源。災難也會改變原有的組織架構、行政流程，產生新的工作與程序，使平常非負責災難因應的參與者積極投入。由於在災難環境中所面臨的複雜性與挑戰性，機構能否發揮功效的重要因

子乃在彈性及臨場的應變能力。重要的是，參與其中的成員必須非常清楚自己的角色與職責，並能掌握可能持續面對的風險與事故。

由於 SARS 疫情在爆發的初期階段，所呈現出的特殊性包括：

(1)傳染途徑的不明確，而形成集體恐慌。

(2)因應的措施與手段的爭議，例如是否要強制量體溫、戴口罩、管制人員出入等。

(3)資源競爭造成的不公，因為參與救治工作者的專業度高，所需各項物資的匱乏，而產生醫事人員與一般社會大眾相互競爭防護物資的困境。

基於前述理由，筆者就實務經驗所見，從心理層面與社會層面來簡述 SARS 所產生的衝擊。

(1)心理層面

對 SARS 病患而言：無論是確定病患、疑似病患及其家屬，一經發現與通報，馬上就面臨被隔離的處境，各項生活行為立即性的被中斷、阻止與剝奪（如被迫離職），所產生的心理感受包括：害怕、擔憂、哭泣、恐懼死亡、憤怒等負向情緒。

對醫院內的醫事人員而言：每一位病患及家屬，都成為潛在的可能懷疑對象，立即的就改變了以往醫護人員與患者的互動模式與醫療計畫，例如，不和病患做近距離接觸、詳細詢問就醫史。並隨著醫院內隔離病房的增設，SARS 病患的持續湧入，醫院必須加派照護人力，無論是被指派、要求或自願者，他們在心理上，或多

或至少都一樣會有擔憂、不敢向家人說明、積極任事、願意接受挑戰等情緒的更迭。

對醫務社工者而言：台北榮總社工人員，是採取主動介入，即每位被收治的病患都開案，藉由間接性的電話訪談與物資服務，深刻的感受到病患與家屬最直接的情緒與需求，一方面要擔任情緒的支持者；另一方面，亦會對於是否身處在一個安全的工作場所感到擔心。

(2)社會層面

疏離與懷疑改變互動模式：SARS 改變了人與人的互動方式與距離，口罩的戴上，無形中拉起了一條警報線，人際互動減少了，冷漠與懷疑增加了，集體性的恐慌，促使人們開始去反省個人的生活方式與衛生保健。在疫情初期，防備與防範成為生活重心，但在疫情後期，關心與包容則成為支持力量。

不可分割的生活連結：社會大眾開始意識到，原來任何的生活形態都是相互連結，無論從日常的食衣住行育樂，到生老病死的歷程，只要任何一個環節的疏失，都可能影響他人。所以居家隔離、院內隔離便從開始的排斥抗拒，轉變到最後的接受配合。

(二)醫院的因應措施與管制作為

逛醫院、貨比三家，向來是傳統民眾的就醫模式，尤其越大型的醫院，幾乎可用門庭若市來描述求診的病患狀況，人一多、擁擠，自然在管染控制上就會有很大的漏洞。SARS 正是給予傳統就醫模式的考驗與提醒，下面就兩個部分加以說明。

(1)院內員工

所有員工都自發或被動提升各項防護要求，落實分級防護的措施，依照與 SARS 患者的接觸程度，機動性調整防護配備，隨時規劃與更新感染控制的動線。並對醫院內部的設施、設備、用品、用具都進行大規模的清理消毒工作。

對台北榮總社工人員來說，因為要協助隔離患者日常生活物資的供給、入院、出院、轉院、身故等事項的處理，故會近距離的進入隔離區域，以及支援醫院的防疫工作（協助量體溫），所以，防護的配備就相當得多，包括：雙層口罩、護目鏡、面罩、頭罩、手套、防護衣等。當然，每日兩次的體溫測量，更是不可避免的。

(2)院外顧客

醫院開始管制行動動線、限制陪伴就醫的家屬人數、減少與停止門診診數，要求到院的外來顧客，都要配合各項防疫要求，包括測量體溫、戴口罩，對求診者更是會積極詢問就醫史、疾病史與接觸史，務必將可能的感染降到最低層度。也提供慢性長期病患的藥品郵寄服務，以減少來院可能面臨的感染風險。

三、醫務社工在 SARS 急難事件之因應與復原中的角色與限制

(一)危機管理

Drabek 及 Hoetmer (1991) 指出，綜合性緊急事件處置 (Comprehensive Emergency Management, CEM) 提供了一個包含所有危難及所有層級政府機關的架構，它包含緩和、預備、因應、及復原等四個階段，是為了要事先而有效地處理災難 (陳

難（陳錦宏等，2001）。

緩和（Mitigation）包括任何可以降低或消除災難發生機率為目的的活動。

預備（Preparedness）則致力於預防災難之起因、加速災後之應變、及減少財產損失等。

因應（Response）行動發生於災難前、災難中、及災後。如救難、設置隔離負壓病房、設置發燒篩檢站、專責醫院及指揮中心。

復原（Recovery）包括短期及長期的工作。

就此次事件而言，醫務社會工作者實際上面臨著下述三項挑戰。

第一、工作環境的危機：由於持續進入醫院求診者及家屬眾多，在任何一個場所的近距離、非預期性接觸，都極有可能在防護措施未完全或未標準的情況下，遭受被傳染的可能，特別是病房內的服務，例如急診室、呼吸治療科病房、感染科病房、胸腔科病房或其他病房，因此，身心都會承受較高的壓力。

第二、資訊取得的困難：特別是在疫情爆發初期，有關 SARS 疾病資訊的正確性、相關部門的因應措施、救助資訊，都在不清晰、不一致與隨時改變的條件下，來為個案提供服務，直接的反應是難以通盤完整的規劃處遇內容。

第三、人力調配問題：長期以來，醫院的社會工作人員都還擔負志工服務安排的任務，醫院在許多事物上也都仰賴志工人力的支援。但對照當發生屬於天災性質的災難事件（如地震、水災、空難），多半

會有許多志工人員積極投入；但是因為 SARS 疫情的特殊性，其所需要的醫療救援人員與後勤人員，皆須具備專業化的基本要求，而志工人員便有別以往的期待，在考量他們亦可能曝觸於感染環境下，立即的將志工服務全數停止，這時原本由志工襄助的工作就需回歸到院內原有同仁身上，人力調配就成唯一大問題。

故從危機介入與危機管理的角度而言，危機狀態是有時間性的，解決問題的對策必需視疫情不同的發展階段而定，因此，如何有效地將各種資訊、資源、服務進行有效管理與運用，就成為決定是否能順利掌控問題的關鍵因素。據此，台北榮總社工人員在第一時間，即以任務分組的方式，區分為：

(1)關懷組：主要在分案、設計個案紀錄表與評估表、確認個案工作的服務方式，隨時掌控病患病情、需求與家屬服務。

(2)物資組：配合同仁接觸到個案的狀況，向社會大眾募集各項物資與防護配備，規劃物流管控、物資分配與輸送的工作。

(3)資訊組：收集各種政府部門與 SARS 個案有關的資訊，並製作關懷週報，每週將最新及時的資訊、情緒舒壓等內容印載，分送至每位隔離病患手中，共持續出刊八期。

(4)行政組：由單位主管擔任協商窗口，將與病患權益有關或需服務事項，與院內其他單位協調，並反映給上級長官研商考量。

綜而言之，對照與前述之論點，我們

在「緩和階段」措施，是立即停止志工服務，降低可能遭受感染的人數。在「預備階段」，盡可能要求同仁做好自我防護，保留最佳體能與心情狀態，來因應後續將面對的危機處遇。在「因應階段」，社工人員分工分組，打破建制全員接案，相互支持，並建構服務網絡與社會支持網絡。在「復原階段」，除持續對 SARS 個案進行追蹤服務外，並分梯次進行志工的在職教育訓練，建立其正確的防疫衛教觀念，同時，將各項危機處遇的工作模式與流程，文件化與作業標準化，以因應未來可能面臨的風險事件。

(二)需求評估

Bradshaw 曾提出有四種需求評估的向度：1.規範性需求：指經由專家認定或行政人員所界定的需求；2.感覺性需求：個人感覺有需要，但未必表達讓外界人士知悉；3.表達性需求：個人將感覺受到的需要表達出來的需求；4.比較性需求：指經由與他人比較之後，發現的需要或需求的差距。在以上四種需求中，比較性需求和表達性需求不一定是真的需求，但往往是最常被反映出來的心聲，而感覺性和規範性需求卻是最容易受到忽略的。對醫務社工人員來說，因為受到隔離的個案，無論是就年齡、居住地、疾病史、病況、家庭狀況等背景因素均差異頗大，故在進行需求評估時，較著重在規範性需求與表達性需求兩個向度上。

規範性需求，著重在評估每一案主的共同需求有哪些事項，例如：日常生活用品的供給、換洗衣物、衛生用品。同時社

工人員考量個案在進入隔離病房後，可能產生的擔憂情緒，乃募集社會資源，以「平安包」的方式，將各項物品裝置於內，並事先運用至病房，使案主得以在第一時間就獲得基本需求的滿足。所以，我們是以整體性需求及物資消耗比率，作為徵募資源的依據。

表達性需求，則是每一位社工人員在與個案會談中，由案主主動告知或社工員詢問後，所產生的需求項目。其特色為個別差異大，有的著重在物質性需求，有的則是期盼精神層面需求的滿足。社工人員在根據所建構社會資源網絡來盡可能的供給案主之期待。

(三)社會工作處遇目標

處遇目標的訂定將影響社會工作作法與介入程度。在新興專業主義裡，社會工作者所發展出的去專業化（deprofessionalization）強調要站在專業角度下尊重人性的情況來影響案主、組織，使得案主或組織在最自然的情況下感受到引領與啟發，而並非拋棄本身的专业。

在此思維中，我們對 SARS 個案的處遇目標，乃是以「案主為中心導向」，以協助案主回復原有正常生活為目標。因此，社工人員依案主的需求順序原則，先以「安頓案主身心狀態」、「連結案主家庭系統」與「建構社會資源網絡」為主軸，並配合案主的病況發展階段，來調整與修正我們的方向。

特別在疫情爆發初期，個案及其家屬均被隔離，此時，社會工作者扮演非常重要的資源聯繫者與訊息傳遞者的工作，主

要在使個案能獲得家人的支持，甚至運用充權（empowerment）去激發家屬表達對個案的愛與關懷，直接促成更緊密的家庭互助關係。

（四）社工人員之角色

在社會工作專業化發展的趨勢中，其中一個日趨明顯的特徵就是——「綜融性角色」的展現，它符合社會工作所強調的彈性化、藝術化、多元化的服務方式。在 SARS 病患的服務中，醫務社會工作的角色，根據前述之工作內容與服務型態，可區分為下列五者。

（1）資源動員者：因個案在住院期間都是處於被隔離狀態，特別是許多人都在未有任何心理準備下，被送至隔離病房，立即的就會有日常物品需求產生（如換洗內衣褲、刮鬍刀、衛生護墊、盥洗物品等），所以，社工人員便要動員各種社會關係來取得物資。而在物資支持網絡的建構上，需注意物資供給的適當性、充足性、穩定性，在這方面，民間大型的宗教性組織便提供很好的協助。

（2）行政支援者：社工人員必須隨時瞭解院內攸關病患就診的各項規定，包括出入院的動線管控、人力支援的調配問題，出席與召集各項會議，迅速地提供支援服務。

（3）服務協調者：病患在醫院內期待能獲得的協助就是「治療」（cure）和「關照」（care）。對 SARS 隔離患者而言，他們無法有親友在旁陪伴照料、醫護人員也都是最簡短的時間內為他們服務，故對他來說，最想瞭解的事情就是病情變化以及治

療計畫，而社工人員即可扮演代言人與協調溝通的任務，與醫療團隊成員進行討論，提供適當的資訊給予案主，並盡可能將家屬的關懷、物資的提供與案主做有效的結合。

（4）心理諮商者：情緒的不斷轉變、面對不知名的恐懼，是多數早期病患會有的徵兆，而社工人員則扮演相當重要心理諮商與支持的角色，透過電話與個案進行深度會談，也與家屬進行討論，請他們藉由書信、文字、語言來鼓勵支持案主，舒緩個案的焦躁感受、陪伴他們度過無聊的時間。

（5）個案管理者：醫務社會工作的一項服務就是「出院準備計畫」，而 SARS 個案可說自他們一入院，社工人員就開始進行這樣的服務。過程中則運用個案管理的方式，替案主將後續的服務內容進行預先的詢問、接洽與安排，尤其對於需繼續居家隔離者，或有工作、經濟、交通等問題者，更是藉助有效的溝通、協商，才能為案主進行良好的服務計畫。

整體而言，對 SARS 的服務計畫，可說是連續性、系列式與套裝式的工作模式，社會工作的角色是不斷交替與調整，就實務工作者的立場，我們期待能將「專業的助人者」這樣的認知發揮到極致。

四、醫務社工在醫療救援體系中之定位

在傳統的概念中，對政府部門的印象多是僵化、無效率、反應緩慢。對台北榮總這樣的公立醫學中心來說，當遭遇到這

麼突發性、重大性的 SARS 疫情事件時，其下的社工部門是要如何去定位與自處？如何去展現其專業功能？以下個人將從生態系統與科層組織的觀點，嘗試描述參與期間與所觀察到的心得。

(一)生態系統觀點

生態系統可說是具備綜融性 (generic) 與折衷式 (eclectic) 的社會工作論點。依據人與環境間的互動關係為特質，來分析與理解個人所處的複雜網絡力量，如何正向地影響個人及行動的場域，也就是人在環境中的「調和能力」(goodness of fit)。Bronfenbrenner (1979) 將生態系統區分為四個層層相扣的巢狀結構，即微視系統 (microsystem)、中介系統 (mesosystem)、外在系統 (exosystem) 與鉅視系統 (macrosystem)。用以描述人際活動在不同的層級系統下所可能產生的交互反應與影響 (鄭麗珍, 2002: 251-260)。

醫院內的社工部門，就個別社工人員是隸屬於微視系統，個別地與個案進行會談與互動；社工部門則是處在中介系統中，因為它是不斷地在「醫院與個案間」進行穿梭服務，也就是一方面將案主的需求狀況反映讓院內其他部門或長官知道，另一方面，也將執行醫院所賦與或期待的職責。又因本院收治的病患持續大量湧入，相關的醫療同業社工部門亦不斷詢問我們的服務對策與方式，意味著我們也受到鉅視系統的影響，一種來自專業的期待與關懷。由此可以顯示出，在不斷交流 (transaction) 的系統下，社工專業服務的執行，有賴於對專業的自我覺醒與充沛的

社會支持。

(二)科層組織觀點

醫院內部醫療活動的進行主要是沿著醫療專業與科層管理兩個主要原則來設計的，主要著眼於醫療專業的標準和組織對其成員的監督與管理。亦即如同社會學家韋伯 (Max Weber) 所說的，以理性為基礎的科層組織漸漸成為現代社會的主要組織方式，科層組織是指有一群專職且有專長的成員所組成的機構。其具備五項特徵：有權威性的規則制度、有權威層級體系的建立、用人唯才的原則、專職職位的設立與文件檔案制度化 (張荳雲, 2002: 238-241)。

在這種觀點下，社會工作部門乃屬於醫院的內部組織之一，其功能任務、角色都有一定的界定。但在此次的救援體系中，社工部門是以「主動性 (proactive)、積極性」的心態與作法，將社會工作所能提供的服務先於醫院的要求而行，亦即嘗試突破科層組織中「由上而下」的指揮管道，而是「由下而上」的表露社工部門所能提供的服務內容。當然，在救援體系的位階中，醫務社會工作是夾處在「專業者」與「行政者」之間，本質上，社工人員是在執行倫理規範要求下的助人專業活動，但在組織架構中，卻是屬於行政部門而非專業部門，角色上的尷尬，直接的會影響社工者所能執行的業務。

就此次 SARS 醫療救援體系分析，在疫情爆發初期，臺北榮總社會工作部門自我定位在「間接性先鋒者」，也就是不進入隔離病房但直接接案每一位因 SARS 住院

的病患，全盤掌握其病徵與需求，連結資源網絡。而進入疫情中期，社工部門被醫院期許為「後援系統」，必須肩負部分的行政庶務工作，例如為到院人士測量體溫、處理外界捐贈之部分物資。

這樣的過程，如同研究科層化的研究者所言：組織科層化的發展將造成「行政原則」抬頭，只重視生產力、效率及行政管理，但卻也造成「職業原則」的失落。專業人員在服務過程中失去了自主權、原創力與控制權。這樣的發展使得專業人員的工作步調和服務性格被迫屈從於外在行政環境的控制（張荳雲，2002：245-247）。

易言之，社工部門在醫療救援體系中，如從下述兩個面向進一步討論。第一面向：服務介入的程度（直接服務到間接服務）；第二面向：社會工作的工作性質（行政工作到專業服務）如附圖一。醫務社會工作可定位在中心者的位置，無論行政或專業工作、直接服務或間接服務都執行了同等重要的工作，也呼應先前所提到的綜融性社會工作的實務取向。當然這樣的界定也代表著醫務社會工作會面臨「服務行

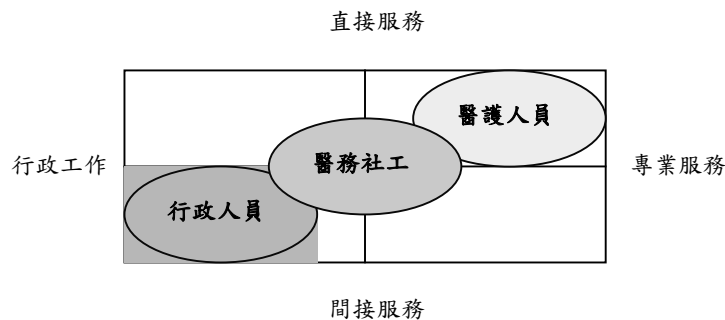
政化」與「助人專業化」的兩難拉距，此則有待體系內與體系外的社會工作者更努力的去展現高專業知能與技術，來突破這樣的困局。

五、檢討與結語

回顧 SARS 疫情的發展，可以體認到集體性的恐慌不僅具有感染性，更深深影響人與人的互動關係。對從事醫務社會工作者而言，必須去省思突發性的疫情，將隨時檢視社會工作的服務機制與能力，平時是否已有危機處遇的規劃設計。因此，個人在檢視的過程中，提出下列看法。

第一、就醫行為的問題：民眾逛醫院而造成院內感染，是 SARS 在台灣擴散的主因，雖然在疫情期間，民眾都儘可能的減少到醫院求診，但在台灣經世界衛生組織宣布自疫區除名後，暴增的求診病患正快速的浮現，然而個人的衛生習慣是否已養成？醫院的感染管控機制是否有效地被執行？仍有待時間的考驗，多一分防備，就少一分犧牲，可預見地，社會大眾仍須努力。

第二、特殊病患的就醫權益問題：在



圖一 醫務社會工作在醫療救援體系之定位（作者自繪）

醫院的病房設計中，感染科、呼吸治療科與胸腔科多設有負壓隔離病房，用來診治包括愛滋病患者、開放性肺結核患者，但在疫情爆發之初，爲了將患者安置在負壓隔離病房，在極短的時間內，就將原有的病患移出或使其出院，他們直接的成爲 SARS 疫情的受害者，同時他們缺乏適當地求醫後續管道，在實務經驗中，發覺有些病患就此失去聯繫，似乎在「就醫權」天平的兩端，仍有待更合理的抉擇與保障。

第三、組織參與的問題：社會工作部門在醫院體系中，向來被視爲是消費部門而非生產部門，在醫院「準營利化」(quasi-profit)的趨勢下，其定位與功能不斷地在專業與行政間擺盪。而在社會工作已證照化的發展下，唯有積極地使醫務社會工作師成爲醫院體系內的專門技術人員，才能有效提升服務範疇與擴展專業位階。

在進入後 SARS 時代的此刻，無論是社會大眾，亦或是專業人員，都應該對自

然界的各種事物，心存敬畏之心。SARS 短暫性的傷害與陣痛，只不過是在提醒我們，這是個「危機社會」與「風險社會」，人們必須持續地做好自我照顧工作，組織必須建構危機的因應機制，這樣我們才能達至「物種平等」的境界。

至於對醫療院所內的社會工作部門而言，未來更應規劃各項的緊急事件標準應對作業程序 (emergency events standard coping operation procedure)，以因應隨時可能突發的特殊事件。同時，以更主動積極的作爲，讓組織內的高層更進一步認知到社會工作在醫療服務中的預防性與專業性功能，將社會工作的專業才能鑲嵌在整體的醫療團隊之中，一方面提升專業地位，另一方面則使求醫患者都能獲得最佳的照顧與支持。

【致謝：本文內容得自臺北榮總社會工作組全體社工同仁的經驗累積，在此特別對她們的辛勞與貢獻以感謝。】

(本文作者現任臺北榮民總醫院社工員)

參考書目：

- 張荳雲 2002 醫療與社會：醫療社會學的探索 台北 巨流出版社。
- 莫藜藜著 2002 醫療福利 台北 亞太出版社。
- 陳錦宏等著 2001 災難與重建——心理衛生實務手冊 台北 心靈工坊文化出版社。
- 鄭麗珍、宋麗玉、曾華源、施教裕等著 2001 社會工作理論—處遇模式與案例分析 台北 洪葉出版社。