

創建與傳承：脊髓損傷同儕 醫療訪視員培訓課程

洪心平 · 鄭旭博 · 翁英欽 · 余郡蓉

壹、方案緣起

全臺灣專門提供脊髓損傷者（以下簡稱傷友）直接服務的民間單位共有 24 個，其中北部地區鄰近共有 4 個：基隆市脊髓損傷者協會、新北市脊髓損傷者協會、台北市脊髓損傷者協會以及脊髓損傷基金會（以下簡稱本會）。各組織服務或因願景、定位、區域、資源而各有異同，其中「同儕醫療訪視」是共同服務。「同儕醫療訪視」，指的是由受傷較久或完整經理脊髓損傷重建歷程的傷友們，到各醫療院所訪視新傷友或會員，以期達到同儕支持與鼓勵，並實質協助連結所需資源，減少新傷友及家屬因獨自摸索導致錯誤嘗試、花費，影響黃金復健及重建期，回歸社區及社會生活之效果。對於傷友族群而言，「同儕醫訪員」是第一線接觸及協助新傷友家庭的基礎、重要服務。

儘管「同儕醫療訪視」是行之有年的共同服務，整理過往經驗，往往有執行上不足的部分。例如：不同單位醫訪員重複

打擾同一傷友，或較偏遠的醫療院所無醫訪員前往探視。此外，各協會的醫訪員培訓並不透明且未系統化，往往是依自身經驗執行，造成醫訪服務品質參差不一外，亦出現醫訪員助人訓練與界限不足導致心理耗竭，或因無職涯發展藍圖而流失，導致經驗傳承與實質人力出現斷層。

於民國 106 五月份北部脊髓損傷團體進行合作共識會議，6 單位共同決議辦理「北北基聯合醫訪培訓」，每月舉辦一次，北區脊髓損傷單位邀請相關服務人員或有興趣從事醫訪工作之會員參與。由本會蒐集各單位意見後進行規劃，透過試辦，後續建立醫訪服務模組，並由脊髓損傷聯合會推廣至各地脊髓損傷協會。期待達到減少重複打擾新傷友家庭、服務錯誤引導、醫訪員流失與斷層等問題。

貳、本方案要解決的問題

一、醫訪員專業知能

目前各醫訪員大多憑藉自己重建經

驗來引導家屬，醫學知識不夠細緻、正確及與時俱進，然而脊髓損傷者會因受傷部位、後遺症、受傷年齡、家庭及社經背景與區域資源差異，有不同需求及處遇方向，錯誤引導反而會讓新傷友家庭走冤枉路，且造成醫訪員以為自己協助方式正確，甚至錯誤口耳相傳給其他新進醫訪員，難以接受調整。

本案安排主題課程、師徒制觀摩實作以及個案研討。主題課程不只建立一訪員的脊髓損傷專業知識，避免以自身經驗出發提供錯誤知識，同時也建立醫訪員的助人專業，避免醫訪員與個案彼此影響，最後導致情緒耗竭。師徒制觀摩實作以及個案研討則是嘗試將資深醫訪員過去自身經驗累積出來的實務互動，傳承給未來的醫訪員，也避免全為知識傳授型的課程，讓學員難以想像實際互動會發生的狀況。

專業知能評估則透過設計醫訪員核心職能評量、醫訪員培力問卷以及醫訪滿意度調查三個量化指標，並搭配質性訪談，了解在培訓不同階段醫訪學員不足之處以及所需協助。

二、醫訪員助人專業培養及職涯發展

醫訪員第一線接觸新傷友及家屬的各種負面情緒，若無足夠自我覺察、助人認知及界限，常陷入自身過往痛苦經歷難以自拔，或很快過度負荷而消耗。另外現在機制中，醫訪員只有無薪義務服務或成為多元就業開發專案一年全職聘用兩種選擇，無薪難以吸引更多人才投入，一年一聘制無法新舊傳承，新人須上線後再自行摸索，稍有累積後又面臨方案結束，資深

醫訪員無提升管道，整個北北基醫訪員斷層嚴重。

本案提出醫訪員分級制度，讓資深醫訪員或是職能已達到一定程度之醫訪員可擔任經驗傳承的角色，增加職涯發展性。同時嘗試建立彈性派工制度，根據本會觀察，過往合作醫訪員會因身體或各種突發狀況，導致無法長期穩定擔任職務，但是可透過更加彈性的派工制度，讓醫訪員有更多參與的機會。

參、脊髓損傷同儕協助之重要性

一、傷友同儕的示範與鼓勵效果

脊髓損傷族群 / 團體是完全由傷友自主規劃建立的，在臺灣眾多身心障礙團體中，積極且活動力強，同儕間相互扶持與影響力是關鍵因素。傷友同儕助人者與醫護人員最大的差異，在於同儕是以傷友心理、生活需要、自主需求、環境等整合性考量進行協助、協同；而醫院通常只著重在傷友疾病、生理層面，相當程度忽視其他部分需要。在立場、觀點、態度、介入方法上均有極大差異，也對傷友產生截然不同作用與影響。

桃園市脊髓損傷潛能發展中心（以下簡稱桃潛中心）自民國八十八年成立後，便辦理脊髓損傷者生活重建訓練，是充分發揮傷友同儕互助精神的範例，麥麗蓉（2012）研究指出，桃潛中心延續早年「帶傷友走出來」的精神，經營並扮演醫院、社會與家庭之間的橋樑，有別於傳統醫院醫療復健方式，是以同儕訓練方式，讓傷

友有機會與其他傷友生活在一起，透過所設計的課程，提供傷友自我照顧、心理重建、環境改善、職前及社會適應等各種短期訓練。

該重建訓練重要性在於傷友之間經驗的傳遞，將原本可能需要數年甚至數十年的適應期，有可能縮短為幾個月的時間。其奇妙之處在於傷友們彼此之間的感通，那種生命中經歷重創磨難的經歷，很快就可獲得理解與安慰，使傷友們能安然地在同儕老師帶領下，逐一去完成個人所設定的目標。對於帶領者本身亦是傷友，對傷友們有很好的示範與鼓勵的作用。

二、助人者培訓及督導機制的重要性

美國針對乳癌患者的同儕輔導團體研究 (Giese-Davis, Bliss-Isberg, Carson, Star, Donaghy, Cordova, Stevens, Wittenberg, Batten, & Spiegel, 2006) 發現，同儕輔導員能確實有效的降低新患者的心理創傷症狀。然而研究也發現有新患者心理創傷越高，同儕輔導員自身的憂鬱與心理創傷也越高的趨勢。研究討論，部分輔導員沒有穩定出席督導會議可能是影響主因。督導會議不只釐清同儕輔導員們遇到的個案狀況，同時也會處理輔導員們與個案接觸，而重新回想並經歷自身創傷經驗等。

針對精障者的質性研究 (Mowbray, Moxley, Thrasher, Bybee, McCrohan,

Harris, & Clover, 1996) 也發現，同儕輔導員面臨無法有效改善個案處境的挫折，以及無法清楚區分自身角色為輔導員、病友、還是患者的困境。以上研究皆強調同儕輔導員並非以自身經驗與其他病友、傷友分享即可，有目的性的培訓課程以及督導機制才能讓同儕輔導發揮最佳效果。

就北北基脊髓損傷醫訪概況統計，在 106 年 1-9 月間就進行了 1,740 人次醫訪，相當於每月 193 人次、每天 7 人次的同儕醫訪直接服務，密度相當高，也間接說明若訪視員未能接受專業訓練與督導，無法覺察自身掙扎、焦慮及各種界限混淆問題，除了無法專業深化、自我耗竭外，更可能錯誤引導新傷友及家庭。

傷友同儕之間彼此生命感通、互相參照與集體重建的經驗，可幫助新傷友早日走出陰霾，然而對同儕助人者的培養、持續督導與支持，是脊髓損傷族群當今所面對的重要課題，本會透過本案運作，跨出第一步嘗試，期待未來能分享傳承給更多單位。

肆、方案內容

一、方案流程

本案執行內容如圖 1，培訓成員將經歷評估開案、每月培訓、分級認證三部分，並依據分級認證結果進行彈性派工。

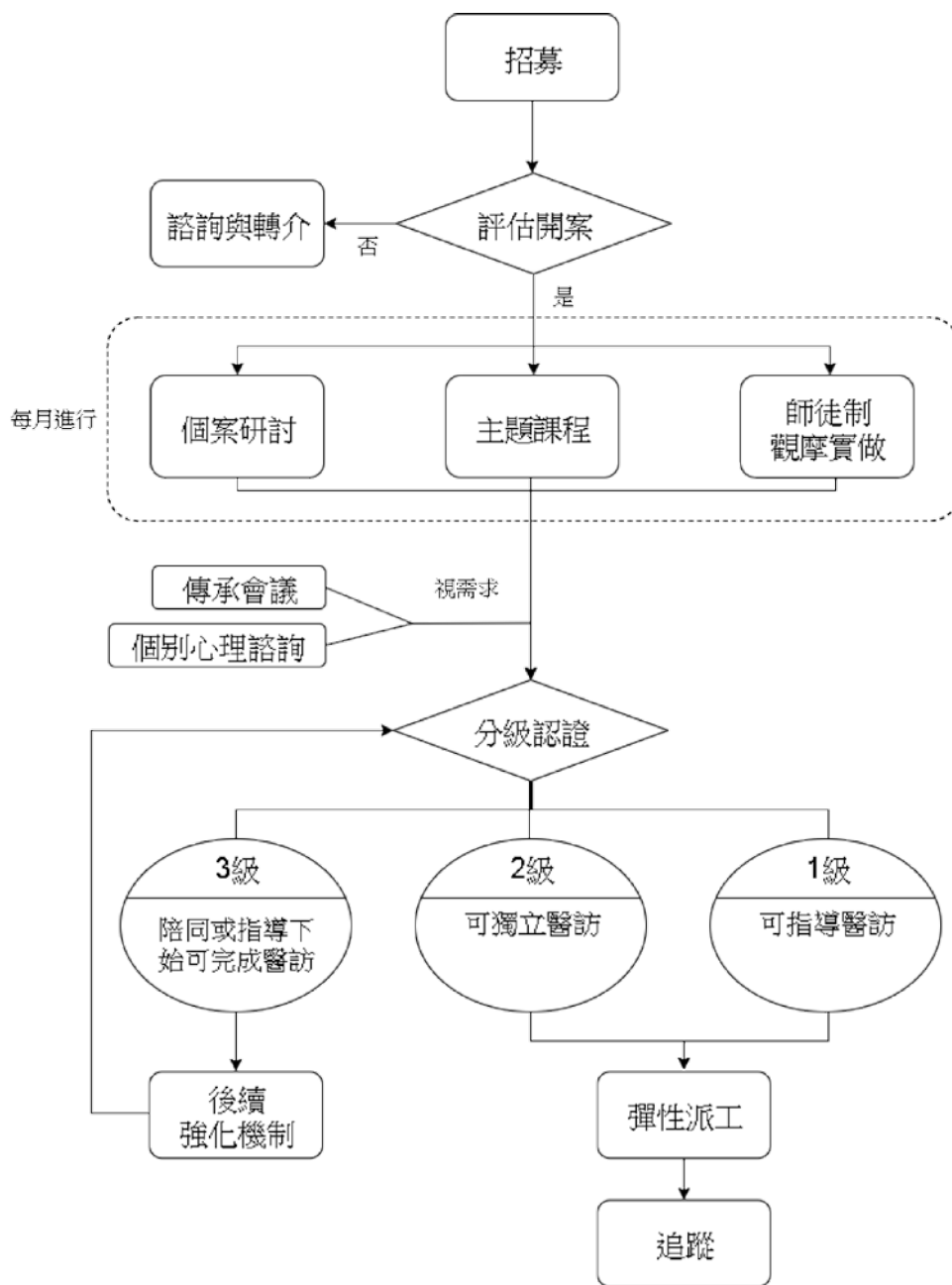


圖 1：醫訪培訓方案流程

(一) 招募

透過合作單位、活動、電訪、家訪、醫訪、社群網站等方式共同宣傳，招募交通能力尚可、身心較穩定，對醫訪有興趣

之傷友。

共招募 16 位傷友，1 位晤談後無意願參訓，1 位因泌尿感染住院無法參與，共 14 位參加培訓。整理如表 1、表 2。

表 1 培訓學員性別分布

性別	人數	百分比
男性	10	71.4
女性	4	28.6

表 2 培訓學員損傷部位

損傷部位	人數	百分比
頸髓	9	64.3
胸髓	4	28.6
腰髓	1	7.1

(二) 評估開案

本案桃潛中心多元就業開發方案專職醫訪員職務說明書、資深醫訪員及各協會幹部訪談等資料，建立「醫訪員核心職能評估表」，作為開案指標及分級認證標準，全表共分六大向度—交通能力、體能狀態、專業知識/學科、專業技能/術科、工作態度、工作品質/績效指標等，共計 25 題、總分 100 分。

開案指標以交通能力、體能狀態、工作態度等三類為主，共 17 題、滿分 68 分。評估分數 34.0 分以上(具發展潛力)，即符合開案標準。

(三) 主題課程與個案研討

每月一次，每次 3 小時，前半段進行案例分享/個案研討，後半段規劃主題式專業知識單元，透過輕鬆、活潑、可操作、多演練方式，讓傷友增加自我覺察，並學習跨領域之助人知識與技能。

主題課程規畫同理心、助人專業、脊髓損傷知能及現有服務、社會福利等課程。隨培訓進行，也依據學員需求有所調

整。因此後期也納入個案管理、會談技巧等課程。

個案研討採資深醫訪員先進行個案報告，再由外聘講師帶領團體討論，初期由資深醫訪員報告、中後期由醫訪種子報告醫訪實習遇到的新傷友。

主題課程自 107 年 1 月至 12 月共進行 12 次 24 小時，173 人次參與。個案研討共 12 場次、12 小時之團體培訓，共 173 人次參與。

(四) 師徒制觀摩實作

由資深醫訪員擔任實習老師，而專案人員會視狀況安排陪同，以了解每位參訓者、實習老師的學習、實做、搭配情形，關注需要支援、後續強化或彼此間溝通調整之處。

觀摩實作採漸進方式進行：

1. 醫訪見習，觀察實習老師醫訪，换位思考與討論。
2. 醫訪實習，實習老師協同或補位醫訪。
3. 獨自醫訪，實習老師視情況補位。

每次見實習後，專案人員會與實習老師機動討論每位傷友學習進度與遭遇問題，再適時提供調整。

年中醫訪種子開始選擇一名個案進行個別服務計畫，更深入服務個案的同時，也實際執行了解服務目標制定、報告撰寫等實務狀況。

師徒制觀摩實作共進行 103 場次，407 人次參與。

(五) 分級認證

使用與開案指標相同之「醫訪員核心職能評估表」，做為分級認證標準，實習老師及專案人員進行主要評估，傷友也以同樣表格及標準進行自評，共計 25 題、總分 100 分。期中期末各進行一次評估，評分後，傷友與專案人員共同討論自評與他評的分數落差與可改進的部分。

評估標準除職能評估外，亦納入主題課程時數，個案研討以及見實習參與等進行統整。50.1-70.0 為三級醫訪員，仍需資深醫訪員陪同指導完成醫訪。70.1-85.0 為二級醫訪員，可獨立進行醫訪。85.1 以上為一級醫訪員，可獨立進行醫訪外，亦可指導醫訪。

全年共 14 位傷友參加，2 位成為一級醫訪員，3 位成為二級醫訪員，9 位三級醫訪員。

二、成效分析

(一) 職能提升

「醫訪員核心職能評估表」除了使用於開案評估外，也於方案期中及期末各進

行一次。主要採取實習老師評估。於 107 年 4 月份進行期初評估，11 月份進行期末評估。

以相依樣本 t 檢定檢驗期初評估與期末評估平均計分達顯著差異， $t(11)=2.22$ ， $p<.05$ ，期初平均評分： $M=2.76$ ， $SD=.31$ ，期末平均評分： $M=2.55$ ， $SD=.36$ 。期末評分顯著高於期初評分，顯示經過培訓後，學員的醫訪職能確實有顯著的提升。

(二) 知識提升

對於脊髓損傷的知識是醫訪員的基礎，由於脊髓損傷因損傷部位及損傷屬性不同，個人經驗差異甚大，有足夠的認識將避免醫訪員以自身經驗出發，給予錯誤建議。於 107 年 7 月進行第一次脊髓損傷知識測驗，107 年 12 月進行第二次脊髓損傷知識測驗。

以相依樣本 t 檢定檢驗第一次測驗與第二次測驗，達顯著差異， $t(10)=-9.16$ ， $p<.001$ ，第一次測驗： $M=57.64$ ， $SD=4.18$ ，第二次測驗： $M=72.00$ ， $SD=5.93$ 。第二次測驗顯著高於第一次測驗，顯示經過培訓後，學員的脊髓損傷知識確實有顯著的提升。

(三) 培力問卷

本案另一個目的為降低醫訪員長期疲勞，但由於學員們仍在學習中，並非全職醫訪員，尚未有疲勞的狀況產生。本案將降低疲勞的構念調整為培力，並參考現有的社工培力問卷 (Fran,1993)，翻譯並改編後，將問卷內容調整以符合醫訪工作。於

107年8月進行前測，12月進行後測。

針對本案改編之醫訪培力問卷共18題進行信度分析，分析結果顯示其Cronbach' salpha 內部一致性係數為.97，具可接受之信度。

以相依樣本 t 檢定檢驗前測與後測，未達顯著差異， $t(10)=-1.80$ ， $p=.11$ ，前測：M=3.88，SD=.80，後測：M=4.26，SD=.48。顯示雖然後測分數略高於前測，但未達統計顯著差異。

(四) 滿意度

原規劃前後測滿意度調查，但由於醫訪的對象有來自通報、轉介和醫訪員主動到醫院關懷新受傷傷友，而新傷友每28日需要轉院流浪，所以醫訪員見實習不一

定能遇到關懷同一位傷友，因此無法進行同一人的滿意度前後比對。

滿意度調查修改為一次性調查，以電訪方式進行，詢問有受過醫訪並留下聯絡資訊的傷友或家屬。共訪問20位。

以中位數3作為檢定值，檢驗各項滿意度，結果如表3。各項滿意度都顯著大於3，反向題也顯著小於3。

以獨立樣本 t 檢定檢驗傷友及家屬感受，其中被關心、有幫助以及造成困擾等項目上，有顯著差異。結果如表4。顯示在資訊部分，家屬跟傷友皆受到同等幫助，但在心理及關懷層面，家屬感受性較強。主因可能為接受醫療訪視之傷友多處於受傷初期，接受自身致殘事實，可能還需要時間及更長期的關懷。

表 3 醫訪滿意度單一様本 t 檢定

	t	df	p
照護資訊	6.44	19	.00
自立生活資訊	6.17	18	.00
經濟補助或輔具資訊	7.08	17	.00
獲得想要的資訊	7.65	18	.00
了解脊髓損傷	7.65	18	.00
被關心	12.57	19	.00
有幫助	8.30	19	.00
造成困擾	-5.11	19	.00

表 4 醫訪滿意度家屬及傷友感受差異

	身分	N	M	SD	t(傷友 - 家屬)	df	p
被關心	傷友	12	4.42	0.67	-3.02	11	0.01
	家屬	8	5.00	0.00			
有幫助	傷友	12	4.17	0.83	-1.79	18	0.09
	家屬	8	4.75	0.46			
造成困擾	傷友	12	2.08	1.38	2.72	11	0.02
	家屬	8	1.00	0.00			

伍、整體結論

本案主要希望透過培訓，增加未來有志於擔任同儕醫療訪視員之傷友的專業以及助人知能，期望以此提升醫療訪視品質並減少醫療訪視員的疲勞及耗損。

透過核心職能評估、脊髓損傷知識測驗、醫療訪視培力問卷以及醫療訪視滿意度問卷四個工具，評量本案之成效。結果顯示，在核心職能及專業知識上皆有顯著提升。以上可知，本案安排之主題課程、師徒制觀摩實作以及個案研討，在職能提升以及知識提升上確有其效果。師徒制觀摩實作的制度本身，即嘗試解決資深醫訪員經驗未能有效傳承的問題。學員及資深醫訪員對於傳承以及逐步見實習的方式，皆表達正向肯定。

醫訪員培力雖略微提升但未達統計顯著，可能由於學員們尚未擔任過全職醫訪員，還未有全職醫訪員將面臨到的狀態，同時參加培訓的學員們皆有熱誠，因此在問卷上較難以看出差異。

而透過電話訪問接受過醫療訪視的傷友或家屬，獲得普遍的滿意。家屬在心理關懷上的滿意度高於傷友，顯示脊髓損傷者需要更加長期的關懷介入。醫訪員醫訪新傷友時，可能第一次或要經過數十次，醫訪員才能從破冰、建立關係、提供服務、深度關懷（個別服務計畫），以及後續轉介

銜接服務等。

根據 107 年度的評估結果，本會也於 108 年規劃建立傷友資料庫系統，每一次醫訪員會將訪視記錄（含傷友基本資料、該次需求評估、該次處遇概況等）登錄雲端表格。此關懷服務過程可能數個月或一年半，新傷友也會經歷過數位醫訪員關懷訪視、經歷十餘所醫療院所轉進與轉出、經歷不同的服務方案等，如果沒有資料庫進行記錄、追蹤與統計，將難以做好醫訪員之間的銜接服務、估該次需求而做出適切的服務。此計畫將建立新傷友資料庫系統，協助醫訪員追蹤、評估和轉介/銜，讓新傷友得到適切的處遇。

107 年之醫訪員培力同樣並未達到顯著的提升，因此 108 年也預計新增自主學習脊髓損傷知識，透過 107 年參與學員帶領 108 年參與學員共同建立學習小組之方式，將同儕自助助人精神再深化，使同儕自主學習成長、不斷提升自己的精神傳承予同儕助人者。

（本文作者：洪心平為財團法人脊髓損傷社會福利基金會副執行長；鄭旭博為財團法人脊髓損傷社會福利基金會研發部研究員；翁英欽為財團法人脊髓損傷社會福利基金會研發部社工員；余郡蓉為財團法人脊髓損傷社會福利基金會研發部副主任）

關鍵詞：脊髓損傷、醫訪員、專業知能、助人專業、職涯發展、同儕協助

📖 參考文獻

麥麗蓉(2012)。脊髓損傷者主體性知識的探究：一個以「排便問題」進行協同探究的實例。應用心理研究，53，95-129。

- Frans, D. J. (1993). A Scale for Measuring Social Worker Empowerment. *Research on Social Work Practice, 3*(3), 312-328.
- Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Carson K, Star P, Donaghy J, Cordova MJ, Stevens N, Wittenberg L, Batten C, & Spiegel D. 2006. The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psychooncology, 15*, 1014-1022.
- Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S, Bybee D, McCrohan N, Harris S, & Clover G. 1996. Consumers as community support providers: Issues created by role intervention. *Community Mental Health Journal, 32*, 47-67.