



婚姻暴力受虐婦女醫療處遇的社會工作才能之初探

——以高雄市婦女保護工作為例

李詩詠 黃源協

壹、前言

統計估算顯示，台灣地區的已婚婦女，約有一・七％至三五％曾遭受婚姻暴力（內政部，一九九三；王麗容，一九九四；現代婦女基金會，一九九七；彭淑華，一九九七；省社會處，一九九一、一九九四、一九九八a、一九九八b），民國八十七年六月

「家庭暴力防治法」的公佈與實施，以及其後各縣市家庭暴力防治中心的陸續成立，這些發展趨勢可說是政府對處理婚姻暴力問題之具體回應。婚姻暴力的預防與處遇是否能成功，除家庭暴力防治中心的積極運作外，關鍵乃在於相關部門是否能適當的整合，以建構工作團隊，這些部門包括社政、警政、司法、衛生、教育、戶政等相關單位。

社會工作可說是家庭暴力防治團隊不可或缺的一員，特別是當婚暴事件發生後，可能是站在第一線服務的醫務社會工作員，要如何與團隊的其它專業配合，以實質有助於對受虐者的服務或問題解決，不僅牽涉到受虐者的權益，同時也影響其它專業對社會工作的角色與功能之認定。何以諸多婚姻暴力受虐婦女在就醫過程遭受所謂的二度傷害、或無法取得一張完整詳盡的診斷證明書？社工應如

何扮演促進各相關部門間的連結與整合呢？社工應如何在各專業間，表現出其不可或缺的专业呢？最重要的是，在面對婚姻暴力可能呈現出紛雜且棘手的情境下，社會工作應如何表現，才能實質上有助於專業團隊對婚暴事件的處遇呢？

本研究旨在探討醫務社工員在處理婚姻暴力事件時，所應具備的知識、價值與技巧為何，才能使社工員獲致真正「社會工作才能」(Social Work Competence)的美譽；即社工員的能力的表現，乃在於工作上可看得到的成就(黃源協，一九九七)。也就是說，就婚姻暴力受虐婦女的就醫過程，社會工作專業應具備何種知識、價值與技巧，始能充分表現其才能，以獲得跨專業團隊實質的認可和合作關係，進而適當且妥善的解決案主所遭遇的問題。為達上述目的，本研究採質化研究方式，藉由第一手資料先行印證受虐婦女的醫療經驗，再透過醫療及社工專業人員的工作經驗，抽離出實務場域中，建構實現社會工作才能所應具備有關婚暴處遇之價值、知識和技巧。

貳、文獻分析

本研究將焦點置於「配偶虐待」，以區隔家庭暴力中可能指涉的不同家庭成員之間的虐待。此外，九五%的家庭暴力受害者是女性(周月清，一九九五b)，因此，本研究將婚暴受害者限定受虐婦女。以醫療領域而言，澳洲的研究指出，一四·一%到急診就醫的婦女隱藏其婚暴事實 (Roberts, O'Toole, Lawrence & Rachael, 1993)。美國研究指出二〇%~三三%使用急診服務的婦女曾被配偶或伴侶毆打 (Hamberger, Saunders, & Hovey, 1992)。為鑑別出潛在婚暴受虐者，已發展出如 Partner Violence Screen 等鑑別工具 (Feldhaus, Koziol-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein, & Abbott, 1997)。而在急診部門用特殊工具對受虐婦女的鑑別率高達五·六%至三三% (McLeer, Anwar, Herman, & Maguiling, 1989)。因此，美國急診醫學會於一九九五年宣布將家庭暴力鑑識與評估作為急診病患評估中的一部分 (ACEP, 1995)。總之，醫療專業在婚暴服務中具備獨特的干預機會。

然而，台灣的醫療領域卻長期忽略婚暴病患。研究指出，婚姻暴力受虐婦女所處的醫療環境極為不友善，受到個案自身觀念的限制、被拒開診斷書，以及開立診斷書時所受到的市會及冷漠態度等三類型態，是大部分受虐婦女可能受到的醫療處遇 (黃志中，一九九八)。而醫院社工部門在婚姻暴力防治的醫療領域這一環節中並未發揮功能，其只能處理資源部分、未能深入輔導或追蹤、轉介後

沒有後續或照會，對婚暴個案只有申請醫療補助時才留有個案紀錄 (周月清，一九九七)。因而，社工界在這個領域，仍須有相當大的努力空間。

社會工作界多年來致力於專業的被認可，民國八六年社工師法的通過，可說是對社工界一大的鼓勵與肯定。然而，在這值得慶賀的時刻，我們所應深思與反省的是：到底我們能有何具體成果的表現，以爭取社會對我們的認同？英國社工界在一九八〇年代的強調之「社會工作才能」的發展趨勢，頗值得做為我們的借鏡。這種轉變的主要是導因於社會大眾對社工的信心不足 (Brown, 1996)。以及職業訓練的不足及不連續性，專業訓練忽略實務技巧、學院標準的主控及大部分團體對工作人員資格的要求偏低。因此，在社工的教育和訓練上，轉變為以社會工作才能為主要的目標 (O'Hagan, 1996)。即一個嘗試和有特殊問題的案主溝通並涉入其生活的社工科系學生，必須先瞭解有關這類個案的相關文獻和研究 (知識)、知道如何回應可能產生的倫理議題 (價值)，並能說明並識別出可運用的回應及行動 (技巧) (CCETSW Paper 30, 1995, 引自 O'Hagan, 1996)。

這種著重「社會工作才能」的強調，其優點乃是因每種特殊領域的才能和標準，可幫助此領域的者對工作人員表現的評估有共識，使管理過程更客觀、不會因個人偏好而流於主觀；而基於此概念的訓練方法，不僅需透過價值和學習理論，也要先瞭解從實務工作抽

離的專業才能之本質 (Horwath & Morrison 1999)。總之，「社會工作才能」包括兩個主要概念：(1) 社工人員的工作表現須達到所要求的標準，需有可明確陳述、可具體展現並達成的目標；(2) 用於完成特定工作的所有技巧，應可被分類為可確認的要素，且可為觀察者所認知，以便能作為其成就的評估 (O'Hagan)。

「社會工作才能」的概念殊異於以往社工界所援用的「社會工作知能」。其不僅是學院內知識、價值的課程及職場工作技術上的學習，更不是只有畢業文憑或社會工作師證書。而基於上述概念的訓練方法，不僅需透過價值和學習理論，也要先瞭解從實務工作中汲取的專業才能之本質，因此其主要優點是較貼近職場及其使用者之需求，且為一透明化、較公平，以專業為目標的途徑。這樣的訓練確保持續地連結工作人員在職場的表現，且強調必須能因應工作職場上對知識、價值和技術之應用的需求。另外，「才能」也提供一個需求分析之訓練架構，課程設計的參考及相對於量化結果的學習評量 (Horwath et al, 1999)。

本研究以婚姻暴力受虐婦女為關懷對象，探究在醫療處遇過程中，在跨專業團隊工作下的社工員，為充分發揮社會工作的才能，其應具備哪些相關的價值、知識與技巧，以確實發揮社工員的功能，並協助案主問題的解決。

參、研究方法

本研究以高雄市為研究地域的探索性研究，研究者於研究期間（八七、八八、八九、九〇），藉由對高雄市基督教家庭協談中心（婦保會個案受理單位之一）的運作，進行長時間的觀察、公文檔案及婦保個案記錄的閱讀，以瞭解高雄市婦保工作的內容。綜合而言，研究資料蒐集來源與方法包括：

1. 直接觀察——藉觀察高雄市婦保個案受理機構的運作，做為訪談及資料分析的題材及輔助。

2. 書面文件——透過高雄市婦女保護聯合會報（簡稱「婦保會報」）的相關公文，以瞭解「會報」運作狀況中與研究目的相關部分。

3. 深入訪談——研究者以立意選擇和滾雪球選擇，運用深入訪談法，計訪問有豐富處理婚暴經驗的醫師五名、護理人員四名、醫務社工五名以及社區婦保機構社工人員六名，共計訪問十九名相關人員。

4. 團體討論法——本研究進行初期適巧「婦保會報」主任委員黃志中醫師與晚晴婦女協會共同主持一婚暴受虐婦女治療團體，其第四次團體主題即為因婚姻暴力而致的醫療經驗。因礙於團體的規定，研究者並未能參與該項討論。但事後經該會報的同意，研究者得將該次團體過程作為研究分析的材料。參與這次討論的受虐婦女團體成員共八名。

在分析方法方面，以「社會工作才能」的價值、知識與技巧為主軸，以歸納性分析法對資料進行分析；即將訪談錄音作成逐字稿，於逐字稿中標記概念，歸納同一概念文字，再給予中心標題。

最後分析聯繫關係，並以表格整理出研究發現與建議。

肆、婚暴受虐婦女的醫療經驗

一、受虐的經驗

受虐婦女在尋求醫療協助之前，往往經歷一段時間的忍受與掙扎的內心歷程。亦即，在就醫前便可能遭遇的肢體暴力、語言或行為上的生命威脅、精神虐待、長期失眠、瀕臨崩潰感等。

那幾次就是打得我有黑眼圈，他不讓我出去，整個黑眼圈，我也不敢出去，我就躲在裡面。然後它消的時候，我才能出去。（個案）

他也是這樣跟你講，妳敢讓妳ㄟ相告（台：上法院），妳ㄟ現在給妳沒證據，妳給我告，我要給妳精神虐待，讓妳這樣生不如死。現在刀子拿著，架在脖子，「熊熊」（台：突然地）「妳ㄟ要讓妳死！」（個案）他說他要給我精神虐待，說那些話差不多一個頭快爆掉了。：妳不知道，那語言刺激那腦，好像：妳的腦好像要裂開那種感覺，妳會感覺好像真的比死還痛苦。（個案）

我是常被我先生打沒錯，但我從來沒有要去驗傷，因為我沒有想到要離婚。（個案）

二、求醫的掙扎

受虐婦女在決定就醫前，往往經歷了一番掙扎及自我的壓抑，

且對接受醫療持著相當的疑慮和羞慚感，包括被打之後因有可見的傷痕而不敢出門、不甚信任醫療可以幫助她、或是已到醫療院所療傷但沒有勇氣說出受虐事實、有的則是因無可見的傷痕，且以為內傷不能驗傷，或者以為辦離婚才需要拿診斷書而未去就醫。

我跟最親近的人講，他都：沒給我支持了。ㄟ！醫生跟我一點血緣關係都沒有，我跟他又不熟悉（個案）。

有很熟識的醫生，不過那是純粹看病的，妳不可能把我們最痛苦的心事跟他講，不可能嘛！有時候我們要講，我們會想說第一點是不是他時間很長，可以聽我們講，還是說我們今天純粹要來心理治療，：心裡很痛，我想要治療。然後醫生是不是能配合妳，跟妳談，：所以我都是一直忍受下來。（個案）

不過妳去醫院，妳敢向醫生說妳被先生打？像我被先生打，我去到醫院，我都說，是撞到，我也不敢講。（個案）

就是當初都打外傷，妳知道嗎？別人看到都很明顯，他現在說：「妳很行，若出去人家看到都笑，他說，好！現在給妳打內傷，都用『揍』的，妳知道嗎？都用『揍』的！妳多行，妳多會驗傷，去驗啊！」（個案）

儘管如此，也有些姊妹具備較高的自我意識，譬如有的親朋好友不予支持，而能轉向正式社會支持系統求助；或是明白自己若不求救會出問題，而能勇敢地尋求醫療協助。

我為什麼會一直都活得很好？：我不會自殺是為什麼？因為我去求救，像我去看那個心理醫生，我去看的時候我就跟他說：「X醫師啊！我先講十分鐘給你聽我的狀況是怎麼樣，我為什麼會睡不著？狀況是怎麼

樣？：我不知道現在該怎麼處理！啊我今天來是要婚姻諮商，因為我先生有外遇所以我這樣子，我不怕人家笑」。（個案）

三、就醫的負面經驗

受虐婦女在求醫時，不管是隱瞞受虐事實或者是主動要求診斷書，所獲得的醫療處遇和對待往往因醫療人員而異。有被拒開診斷書的，有的醫師告知內傷不能驗的、或所開之診斷書內容過於簡單、草率，甚至有濫收診斷書費用者。而在態度上的回應，或否定其生理疼痛的主述或不認同精神虐待，或以勸合不勸離的回應形成另一種型態的「責難受虐者」。

我就是有那個念頭想離婚了，才會去找醫師。：不熟悉，我跑好幾家才找到這一個醫師。：他不開啊！我跑了三家還是四家，包括XX 也沒有。（個案）

有時候妳真正想去找一位，然後碰到的他就是說「喔！不好意思，我們沒在開，妳若要開，妳就要去那裡」，：我們就沒有信心，就想說啊頭一次碰到這些就這樣子，然後再去找的話會不會又碰到這樣子，就這樣下來就不想再去找了，把它忍受起來。（個案）

我曾被他打過，但是醫師也說沒辦法寫。說妳那內傷是裡面的，看不出來。（個案）

*以下為對話

團體Leader：妳曾經遇過醫師說這是內傷，不幫妳驗嗎？

個案：內傷我沒去驗啊！我都只有吃藥而已。

Leader：為什麼？

個案：他就說，內傷沒處驗，我們也想說...

Leader：妳也這麼想？

個案：對啊！

我那時也是被他打得，：用掃帚的柄，：打我打到破一半時，他還打我的頭。那整個頭都腫起來，整個頭都在燒，好像要燒去了，那結果去驗，去給醫師看，也是看妳腫起來而已，也不像她說的那樣，寫那個幾公分、幾公分，沒有嘛！（個案）

*以下為對話

個案：我曾經聽說有一個女人被丈夫打，啊跑出去，錢也沒帶，什麼都沒有，健保卡什麼都沒有，啊妳去給醫生看，啊妳沒錢，啊妳要怎麼辦？

個案：連吃個飯還要成問題。

個案：好多都好幾百塊好幾千塊，像這，真的都，真的很...

個案：因為我就曾經開兩千五的

個案：妳開兩千五，我開三千的就沒在講。

他罵妳，妳會痛嗎？他給妳恐嚇，有傷到妳的皮肉嗎？什麼是精神虐待？（個案）

我今天被丈夫打，打腰部這裡，這實在打下去很痛，但是這就當場看不出來。：我真的腰都舉不直，我這樣跟他說，：講我的感受給他聽，：他就幫妳寫一寫，：他就跟妳說：「我看就沒怎樣！」你看沒怎樣，不

過痛是痛在我的肉……（個案）

他說「夫妻嘛！好好溝通，不要吵架！」，他勸我就是了。……我是被打的ㄟ：「文不是我打，對不對？然後我也是，無可奈何啊！……」有話好說，為什麼要吵架，為什麼要打架，……我很委屈ㄟ！對啊！醫師跟我講這樣。（個案）

四、就醫的正面回應

在團體的分享中，有如上所述的「假專業之名、操弄權威」，但也不乏對就醫經驗有相當正面評價者；有些醫師不僅提供其醫藥上的治療，也主動告知可以開診斷證明書，甚至能夠提供情緒上的支持及同理，而這種主動介入的關懷與較深層的醫病關係建立，因著專業人員的敏銳度、關懷和適切的言語，不僅不會有所謂的「二度傷害」，甚且能帶給受虐婦女改變的契機。

我看家庭醫師科已經有七年了，稍微有一點感冒什麼小問題我就去醫院，……所以他一般的話他都知道。……我曾經有一次差點崩潰去的時候，去到那個地方，我坐下來，管他什麼，醫生牽著，我就是一直哭一直哭，哭很久，但是他也是很有耐性的，讓我這樣一直哭，……那就讓妳在那邊一直哭，因為他一翻妳的病歷起來，他知道我差不多十年前曾經發生過的事情，然後就這樣慢慢的比較會去，可能就像你說的就是說比較熟嘛！（個案）

像我去看那個醫生，……他很會去站在我們的立場，他會體會說，我們雖然沒有這個肉體的痛，但是我們的那個心的痛，所以他一直告訴我們，妳的底線到什麼地方，妳自己要設定好，因為妳超過那個底線以後，精神就會出狀況，……那妳現在應該要怎樣做。（個案）

就前述受虐婦女的就醫經驗而言，要受虐婦女勇於出面尋求協助，對多數人而言，並非是一件容易的事。其中所牽涉的問題是多層面的，有些是婦女主觀認定的障礙，例如，面子問題及直接證據不足或缺乏。有些障礙則是來自於他人所造成的，例如，醫護人員之不當的回應，或虐待者之威脅等。然而，若能真正勇於面對現實，以尋求醫療支援的受虐婦女，則必須是要鼓起相當大的勇氣。

伍、專業人員對受虐婦女處遇之經驗感受

一、專業人員對受虐婦女處遇後的感知

專業人員（包括醫護及社工人員）對婚暴受虐婦女錯綜複雜的感知，不僅僅來自個案（病患），也來自對社會、對正式社會支持網絡、對工作流程的認知以及對其專業角色的定位。除了一般人常有的對社會風氣的感嘆外，有女性受訪者提出因同為女性而「感同身受」其遭遇，並促使自己假設若遇類似情境應如何因應；也有受訪者指出，因著這樣的個案而對家庭形象改觀。另一部分則是來自對協助處遇後產生的負面感受，包括：

1. 來自受虐婦女的：因個案對醫護人員之協助的負面回饋，致醫護人員心灰意冷且產生麻痺感，譬如施虐者來院後反而責怪醫療處置太慢，受虐者只能沈默或跟施虐者回去（研究者認為這點更應探索實情且提供更多積極介入）。

2. 來自施虐者的：不認為施虐者能做什麼改變而生無力感。

3. 來自正式支持網絡的：醫護人員因婚暴個案重複就醫，而懷疑正式社會支持體系能提供多少實質協助。

4. 來自對專業角色的定位：醫護人員擔心自己的協助是否切合其需求。

5. 來自工作流程：因處遇流程繁瑣及原本繁重的工作量，加上此類個案的特殊性而有焦慮等負面情緒產生。

剛接到的時候對我來說是那種很shock的感覺，：多少讓我對婚姻的看法比較不是那麼完美，：接這種直接的暴力案子對心情都會有一些影響。（醫務社工員五）

如果我先這樣對我，我會怎麼樣，那會藉著她反想說，：應該怎麼處理。（護理人員一）

有的個案是那種一再、再而三來的。有些是先生來跟她求情，跪一跪後又回去了，然後又再被打又再來，：會覺得說，到底我們是有沒有去給她幫助啊！追蹤啊！：像我們轉給社服、女警隊、婦女保護那個啊！：還是因為個案她自己心理的原因，她不願意去配合我們，聯絡不上等等都不知道，：就會覺得說，這樣子到底值不值得我們再去幫她。

（護理人員三）

有一些你知道嗎？：人家打一打又都好了！：那時候她一進來就說是受暴虐婦女，結果他先生來了之後，就變成罵我們說我們醫療處置太慢啦怎麼樣。所以：之後比較麻痺。（護理人員二）

我不確定這樣做好還是不好，她不會後來就覺得很絕望，「啊算了！反正這個也是這樣，那下一個大概也是這樣，不能幫我什麼忙這樣」。但是我會跟她講說妳可以得到很多協助，因為這些地方她們都是在專門幫助這樣子的婦女，所以可以去。（醫務社工員一）

可能因為是醫院方面定的程序又有點繁瑣，然後有時候你會在處理上覺得很不順手，所以每次一碰到，有時候啦！：一碰到這種個案的時候，你就會很緊張。（護理人員三）

我們那時候就是晚上急診啊！很忙喔！再應付那個喔！你有時候會生氣了！因為為什麼？通通是那種的，小姐情緒很激動，很鬱卒！：都被病人帶動，：會說「那嫁人要做什麼？像這樣被人家打成這樣！」那種的情緒很不好。（護理人員一）

二、專業人員對婦女就醫經驗的詮釋

社工人員對受虐婦女就醫經驗的詮釋，可歸納為兩種面向：(1) 受虐婦女拒已身於醫療之外，例如，對一般外傷就自己處理，除非有嚴重外傷需緊急處理、或昏迷而經人送醫，或是暴力已導致長期精神心理壓力而不得不就醫，但就醫後仍對醫護人員「隱瞞受虐事實」、以及其他藉口解釋受傷原因；(2) 受虐婦女對己身權益的認知有

誤，例如「不知道要驗傷」、留下受虐證據以為將來需爭取權益時有所依據，或者是聽信坊間所言，「以為驗傷很貴」，而阻卻其就醫途徑。

在急診常常都會覺得，病人就躺在那邊，然後覺得我已經等了那麼久，為什麼醫護人員都沒有過來，：她們覺得醫護人員不是很忙，那她就覺得為什麼都不能過來看看她，：人家都叫她等一下，這是他們最常遇到的。我覺得不管是不是受暴虐婦女都是一樣。（醫務社工員一）

我會去了解她的那種醫療的過程，事實上有些婦女，：她自己都還會去隱瞞那些事情。像醫生有時候也會關懷問她怎麼會這樣子，她自己還是會說她自己弄傷的。那我自己也曾經會問她說，從醫生來講，那種傷跟別人給你弄傷，跟妳自己不小心弄傷其實是不一樣，她是說醫生可能知道，不過我這麼說了，醫生也就過了。（婦保機構社工員二）

有一種情形是她根本不知道驗傷，根本不知道說其實她可以先保留這樣的記錄。（醫務社工員五）

她知道要驗傷，可是她印象中很貴，可能甚至有二、四千塊，我也曾經遇到說她打電話說，她在X醫院那邊一張多少錢，：她打電話問我說是不是這個樣子。（醫務社工員五）

三、專業人員對二度傷害的解讀

醫療部門對受虐婦女的處遇，往往會遭到對案主造成二度傷害之指控，社工人員的解讀為，受虐婦女往往「自我價值感低」，

或精神狀況瀕臨崩潰狀態，較平常人更易因言語上的不當而退縮、受傷害；或因當下身心狀況導致無法確切表達其需求，易與醫護人員有認知上的衝突。此解讀固然不脫醫護人員敏銳度不足，但研究者認為，以此中立的評價去找出醫護人員敏銳度不足的原因，並提供適切的修正，而非一味指責，才能獲醫療專業認可或進一步可能的合作。

有很多案主其實已經在崩潰邊緣，就是當她已經鼓起這麼大勇氣去承認或是要求的時候，她的整個精神狀況很多時候都已經快不行了。：就是她已經受不了任何的一點點指責跟挫折。：以一個正常人來說，：妳可能就會直接說，畢竟是我花錢來看病，：如果說妳是一個比較不敢要求的妳也就算了！妳不會去很在意她們的一個眼神或什麼，：或是當妳不舒服妳就會表達，可是她們已經沒有這種能力了！：其實不管是警政、醫療，或是我們社工，她們都會覺得我們是可以救她們的，就是我們是比較高，是可以救她們的人。所以我們對她們的一個價值評斷對她們來說很重要。因為她們的自我價值感都已經很低了。（婦保機構社工員四）

陸、社工專業的定位

婚暴防治工作需要跨專業的團隊合作，在醫療領域中，相對於醫護人員之強勢的專業角色，社會工作應如何自我定位？醫護專業對社會工作的定位又為何？從專業間的交叉評價，可以更進一步瞭解「社會工作才能」的養成對未來社工專業的重要性。

一、醫務社工的自我定位

醫務社工的角色定位包括確認病患出院後的需要及安全、避免其受二度傷害、陪伴走過醫療過程、不需每個個案都開案或做深度輔導、彌補醫療人員在提供受虐婦女相關服務的不足、並排除醫療人員在處遇流程的困難，即為稱職的醫務社工角色；然亦有受訪者認為，其最大功能僅在處理醫療費用。

處理家庭暴力到現在需要作一些需要後置上面：安全上面有問題的都很少，…你提供一個相關的觀念給她，她們能夠自覺到「喔！原來我們是要這樣處理」的話，我覺得在這一方面在我醫院社工角色扮演應該算是圓滿的啦！（醫務社工員二）

我的角色是定在說不要讓她受到第二次就醫的傷害，…就是有人陪她走過醫療過程。（醫務社工員三）

她們大部分都有其他福利機構在幫忙，那後來我們就把我們的定位在說，她們來到醫院的這一段時間，我們是一個可以陪伴她走過這個醫療過程的人，…願意聽妳傾訴，願意幫助妳。…在等待的這個時間，我們社工員是一個陪伴她支持她的一個角色。（醫務社工員四）

我們把自己的定位改變，就是不把自己視為說在做完整的個案，我們是在做一個醫生功能上還不足的地方，我們補足。（醫務社工員四）

因為在急診大家都很忙呀！…在急診我是覺得一般小姐（意指護理人員）她是認為說，你只要把她們認為在整個醫療的過程中一些：沒有辦

法按照程序來作的那個困難排除掉，她們就很高興，她們根本就不會想要去了解你到底做什麼東西！（醫務社工員二）

社工方面可能最主要就是那些帳的方面，…流程方面阿長她們都會蠻清楚的，什麼帳多少錢啦！要蓋什麼章，要多少錢，然後跟她們講說這些錢不用報，可是她們比較不了解是有一些縣市有或沒有，…打電話去，喔原來是沒有補助的。（醫務社工員一）

二、醫護人員對醫務社工角色的定位

醫護人員對社工角色的定位除情緒支持、評估離院後安全性外，尚有簽帳業務、加強護理人員工作（意指護理人員也可以提供該服務）；而部分受訪者雖常照會社工協助處理婚暴個案，但並不清楚社工功能、或者混淆、重疊社工與其他專業之功能（如心理師）。

簽帳比較會麻煩到社服人員，給她一些相關資訊或是一些心理知識，我們的夜班護理長和白天就是我也都有在做，他們來只是加強這個部分吧！…白天除了我們很忙，才會從頭到尾都交社服，…我們可以做得到的都做，社服是來加強的。（護理人員二）

社服的，因為我沒有常常跟她們，我不曉得他們給她什麼，大部分應該也是一些那個吧！（相關資料）對！…我是覺得社服人員可能也是跟我們一樣吧！可能有一些深入的像法律問題、法律資訊，她想要離婚具備什麼樣的條件，她們可能也不大清楚吧！…或許我們社服的人可以跟社

會局的人有聯繫怎麼樣，可以持續一直在追蹤。……在院內我們給她的，可能跟他給的差不多吧！：我是覺得出院以後的問題才是蠻大的。（護理人員二）

我們社工現在所做的就是這一些了，可能輔導方面嘛！看她有沒有那方面的需要？需要幫助的？至少那個診斷書，社會局出那個一仟元，……很實際上的那個，然後它可能會給她電話還是什麼啦！她可能會去申訴或怎樣，我想應該是有可能這樣。（醫師三）

我們協助她，幫她澄清說，現在妳覺得妳到底需要的是什麼？：所以就是，心理師也可以做這個工作，社工也可以做這個工作。（醫師二）

三、醫護人員對社工專業的肯定程度

部分受訪者對社工專業持正面評價：信任此專業並肯定其敬業精神，認為社工人員有耐心有愛心；醫務社工與醫護人員的配合度高，遇婚暴個案，照會社工都能迅速處理。可惜正面評價不多，相反地在負面評價上，有相當多對此專業的存疑。如有受訪者提出因婚暴受虐者多為女性，而大多數社工亦為女性，是否影響其處遇的客觀性；年輕女性在工作時間及機動性可能有限制，例如無法配合急診室二四小時社工服務；社工的諮商輔導實力不足、專業承諾不足、對工作倦怠、計較工作時間、因職務限定而缺少整體家庭觀點的服務、再者因目前高雄市婦保機構接案的第一線工作人員多是志工，其能力有可議之處。

（一）正面評價

因為social worker方面，大概我們是全然的去信任他們啦！……就社工的特質來說，其實應該是比較沒有問題的。（醫師一）

我已經對這些社工很滿意了！當社工的一般來講已經要比別人多一些耐性、愛心了。我還是一直覺得，真正的力量應該是來自政府、來自於公權力、社會福利制度啊！……我覺得一定要有這個背景在，社工才有辦法去施展，才有辦法做事。（醫師五）

社工人員是我們最大的支持者，幾乎一CALL他們就好，也是馬上，很快就會過來。（護理人員三）

（二）存疑的評價

至於她們在處理這方面的問題，我們會比較擔心，……因為同為女性，……是不是她們在輔導的過程當中，會有一些偏了，不過基本上我們還是信任她社工專業。（醫師一）

我們急診室不是要有一個固定的社工員，社工員如果是年輕女孩子，有很多不方便的地方，那你要找的話，二四小時的常駐社工，大概非常的困難。（醫師二）

說實在你今天的婦保工作人員，我要轉介一個個案過來我不放心了！我要特別看看是誰，不是轉介到某個機構而是轉介給誰，因為很多人事實上沒辦法做得深入。（醫師四）

他可能是又沒有督導的……可能又沒有什麼 commitment……可能知道很多技巧可是實務又做得不太好的；那還有覺得很累的……如果在這樣的情況下那我們怎麼能期待這樣的體系能夠做好事情？可是這種最糟糕的情況其實是很可能發生在很多的社工員……（醫師四）

今天是婦保工作員，所以他向來也都沒有在處理孩子的問題，很少，不能說向來。就是注意一下，這樣而已！沒有 family 的觀點啦！……這樣的情況下，我們的社工員給個案提供什麼服務？我覺得很支離破碎，那變成說他以前那種服務是單一的，是危急的。（醫師四）

一個很重要的考驗就是，X X 醫院的社工員，那些剛畢業的，之前我十一點五〇分接到一位受虐婦女，請他們過來一起協助，他們臉色很難看，因為他們十二點下班；那下午五點多，他們也很難看，因為他們要下班。那我心裡面在想說，一個專業要讓人家看得起你，你要做出成績啊！你要讓人家覺得你是 professional 啊，一個有 professional，有 commitment 的人在那裡挑別時間，……你是覺得受虐婦女不應該這時間來嗎？（醫師四）

很多社區的社工人員，像志願團體，因為他們人力也是有限，他很多接案人員是志工，志工的訓練上，可能有一些盲點在那邊，她自己本身有這樣子的遭遇，所以，她處理的角度、立場上會有很大的一个偏袒，我們會擔心這樣子的問題。（醫師一）

雖然部分醫療人員將社工未能發揮所長之部分原因歸諸於體制不健全，但也暴露出社工人員仍未獲得醫療專業的普遍肯定。在此，研究者不以為需為此辯護，所關心的焦點是透過檢視實務場域中具體的工作細

節，找出社工員排他性的專業特質？並對往往各自發揮自由心證的社工實務，做一些歸納與整理。

柒、婚暴受虐婦女醫療處遇中的 社會工作才能

從研究分析中看到當受虐婦女一再因受虐進入醫療院所時，醫護人員對社會正式支持系統的懷疑，也看到醫護人員對醫務社工持有相當多的存疑評價。假使社工人員在爭取到「專業」之名後，仍以過去的經驗法則、自由心證從事社會工作，那麼這樣的「專業」是應被質疑的。假使社會工作沒有其特殊領域之具體可見的指標，工作員如何檢視其工作品質？而工作員對自身的檢視都無規可循時，如何去做所謂的社工管理？社會工作是否應規範出嚴謹的專業品質指標以獲得其他專業認可？因此，在婚暴服務領域中，研究者從社工及醫療實務界瀝取寶貴經驗，並歸納為社會工作價值、知識、技巧三部分（見表一至表三），並藉社工實務場域的田野觀察、與實務工作者對話及研究分析所得提出建議：

表一 社會工作價值內涵

社會工作價值		實務工作的現況、缺失	建議
對施虐者 價值態度	1 協助過程中避免情緒的加入 2 避免會談中的批判立場 3 避免社工人員自己的價值觀	1 對施虐者的憤怒 2 對施虐者的處遇沒有信心 3 面對施虐者就立即轉介出去	辦理在職訓練，邀請內外有施虐者處遇經驗的專業人員分享經驗
對受虐者 價值態度	1 「以個案為中心」抑或「以解決問題為目的」？ 2 「同理」她，但是協助她「價值澄清」 3 案主自決 4 理解案主理性、感情上的交錯 5 案主需要時間和空間 6 改變的契機基於安全感與信任感 7 不必要求自己改變每一位案主 8 價值中立 9 公私的區分	1 對個案有過高期待和苛求，形成另一個權威 2 不能理解受虐婦女為何不離開 3 對案主的不願意改變有挫折感且感情怨 4 無法包容對案主的不改變很無奈、無力感 5 急著要案主改變，帶著個案跑	1 經常自省與受虐婦女個案的關係是否適切 2 在職訓練中應包含對個案的價值澄清討論
從事婦 保（婚 暴）工作 應持的 基本價 值	1 價值要從經驗裡面去修正 2 人的價值與真正的兩性平等為何？ 3 歷史洪流中女性對自身的思考 4 對其他專業的價值態度？ 5 如何靈活運用既定的價值？ 6 是否應將社會運動的觀念放入工作中？ 7 對人的真誠關懷、開放的心胸 8 主動性 9 盡力而為	1 醫護人員對社工的存疑評價 a 女性角色是否影響中立 b 女性在工作機動性上的不便 c 社工證照是否能代表實力？ 2 社工專業承諾不足 3 對工作倦怠 4 計較工作時間	1 多閱讀女性經驗之書籍如「我痛「阿媽的故事」、 2 在職訓練中應包含社工人員對工作的感受分享、澄清 3 經常藉同儕討論分享接案經驗、互相激盪
社會工作 能否要求 饋？	1 人有權利選擇是否奉獻 2 需要合理而個別化的工作回饋	中午休息時間及接近下班時間即接案—社工員計較工作時間	社工界應重視工作員薪資福利問題

表二 社會工作知識內涵

社會工作知識		實務工作的現況與缺失	建議
應用 知識 議題	法律 相關 知識	1 社工對相關法律知識的欠缺影響會談的進行，或感覺無法提供受虐婦女實質的幫助 3 醫務社工—護理人員認為社工也不懂相關法律問題，無法做深入處理	1 社工員前訓練加強相關法律知識 2 聯合會擬定期舉辦個案討論，邀請律師參加，以案例加強法律知識
	醫療 相關 知識	1 無法判斷撰寫診斷證明書的責任是否依傷處歸屬不同專科？ 2 無法判斷醫生所講的對不對？ 3 無法判別身心症狀、精神疾病和婚姻暴力的關連性	1 社工職前訓練加強醫療相關知識 2 自我充實相關醫療知識 3 醫務社工 a 應主動參與醫療團隊之病例討論會 b 主動詢問醫護人員相關醫療知識，並需多方查證 c 多閱讀病歷，增加對醫療處置的熟悉度
社會 工作 基本 知識		1 醫務社工沒有接觸其他機構，不確知其功能 2 對高層次諮商理論的熟悉是否適切？	1 社工應主動瞭解服務地域內各相關機構功能 2 學校社工教育應多邀請實務界分享工作經驗
婚暴 議題 知識		1 受虐婦女症候群是否適用於每一個族群？ 2 在學校所學不足以應付接婚暴婦女個案處遇	1 學校教育應加強婚姻暴力議題之課程 2 保護性社會工作的相關研究尚待開發

表三 社會工作技術內涵

社會工作技術		實務工作現況、缺失	建議
工作的預備	<ol style="list-style-type: none"> 1 對專業的信心建立在足夠的經驗 2 多元化處遇模式的學習 3 從會談中學習案主的經驗 4 將案主經驗轉化為生活上的學習 	<ol style="list-style-type: none"> 1 醫務社工對自己的角色定位薄弱 2 介入程度要到哪裡？ 3 不甚確定處理的對不對？ 	醫務社工可將自我定位置於協助醫療團隊、陪伴受虐婦女走過醫療過程的支持角色
接案技巧	<ol style="list-style-type: none"> 1 一般社工技巧部分 <ol style="list-style-type: none"> a 關懷、溫暖、支持、真誠、接納的態度 b 勇敢 c 傾聽、安撫、整理案主情緒 2 醫務社工技巧部分 <ol style="list-style-type: none"> a 穩定案主的情緒 b 閱讀病歷、會談、記錄、轉介資源聯繫、團隊的搭配 	<ol style="list-style-type: none"> 1 志工接案的妥當性 2 社工遇精神心理個案則立即轉介 3 醫務社工 <ol style="list-style-type: none"> a 只限於幫個案處理繳費領藥 b 護理人員認為他們也可以做醫務社工提供的服務 c 和其他專業（如心理師）一樣 	<ol style="list-style-type: none"> 1 學校社工教育應邀請實務界分享工作處遇經驗 2 在職訓練之多元化、時間的選擇性宜高
會談技巧	<ol style="list-style-type: none"> 1 個案保密性的考量 2 個案安全性的考量 	<ol style="list-style-type: none"> 1 急診環境忙亂、空間不足 2 社工人員無法參與空間的規畫 	<ol style="list-style-type: none"> 1 醫院社工主管應爭取醫院內良好的會談空間 2 衛生主管單位確實查核急診室內受暴虐婦女診療室空間設施
會談內容	<ol style="list-style-type: none"> 1 提供福利 2 澄清觀念 3 澄清現在的困難 4 強化案主對資源運用的信心 	<ol style="list-style-type: none"> 1 缺少家庭觀點的服務 2 諮商輔導實力不足 	<ol style="list-style-type: none"> 1 培養會談的組織能力 2 會談時立即畫家庭圖
工作記錄	<ol style="list-style-type: none"> 1 個案記錄 <ol style="list-style-type: none"> a 一般撰寫方式—節錄 b 危機個案、特殊個案—開放式撰寫、儘量清晰 2 照會單 <ol style="list-style-type: none"> a 表現社工工作內容務必撰寫 b 照會單替代方式—寫在二號病歷紙 3 法院調閱社工記錄 <ol style="list-style-type: none"> a 撰寫記錄必須謹慎 b 避免成為被利用的工具 c 需經由主管批閱以公文送出 4 工作記錄需及早撰寫 5 個案記錄可附上診斷證明書 	<ol style="list-style-type: none"> 1 照會單不一定有填寫 2 累積個案記錄、延遲填寫 	<ol style="list-style-type: none"> 1 確實填寫照會回單 2 主管、督導應確實監督工作員紀錄之撰寫
陪同	<ol style="list-style-type: none"> 1 陪同的功能 <ol style="list-style-type: none"> a 陪伴就是一個力量 b 協助案主整理情緒 c 熟悉而可信賴的力量 d 避免二度傷害 2 志工亦可陪同就醫 	<ol style="list-style-type: none"> 1 社區社工無法陪同個案就醫，但亦未轉介受虐婦女給醫務社工 2 受虐婦女到一個機構要面對不同的人，缺乏熟悉而可信賴的力量 	<ol style="list-style-type: none"> 1 適時轉介醫務社工 2 現階段可請志工陪同就醫

轉介	<ul style="list-style-type: none"> 1 施虐者的輔導需加強 2 精神、情緒困擾個案須先有初步處遇 3 轉介目的應清楚告知案主 4 需瞭解受轉介對方的功能 5 建立關係、初步處遇後再做轉介 	<ul style="list-style-type: none"> 1 轉介目的為清楚告知案主 2 為建立關係即予轉介 3 社區社工 <ul style="list-style-type: none"> a 夜間轉介婦保單位無人接應 b 通報社會局只是為了申請補助 c 轉介社區社工後不一定開案，需要個案自行去求助 	<ul style="list-style-type: none"> 1 主管及督導應確實監督轉介工作 2 社政單位切實依個案及第一線工作者之需求規劃轉介系統
追蹤	有追蹤才會積極做後續處遇	醫務社工轉介個案後不做追蹤	主管及督導應監督員工後續追蹤工作
跨專業合作	<ul style="list-style-type: none"> 1 以尊重對方的專業為原則 2 建立私人情誼； 3 視合作對象的人格特質軟硬兼施 4 平時的倡導工作 5 一對一耐心地溝通協調 6 由上向下推動比較容易 7 以協調的角色請醫護人員配合 8 社區社工直接找醫護人員做溝通 9 社工專業要主動與其他專業互 10 耐心的溝通終究能形成改變 	<ul style="list-style-type: none"> 1 社工轉介案主給指定醫師，不會透過醫務社工 2 醫護轉業受虐婦女給社工，但不清楚其功能 3 醫務社工轉介資源給受虐婦女，但不一定清楚其功能 4 醫護人員懷疑轉介受虐婦女以後的協助工作有沒有效 	<ul style="list-style-type: none"> 1 在職訓練可考慮以跨專業形式個案討論會、培養共識及合作默契 2 醫務社工多參與婦保相關研討會 3 婦保聯合會報相關研討會、會議除醫療人員外，亦應邀請醫務社工參加
增強案主能力	<ul style="list-style-type: none"> 1 鼓勵爭取權益 2 澄清婚暴之傳統迷思 	帶著案主跑而未給予足夠的時間空間	提供個案足夠的信任和安全感，才是改變契機
倡導	<ul style="list-style-type: none"> 1 在醫院中倡導 <ul style="list-style-type: none"> a 取得醫療主管支持 b 自我推銷社工功能 2 針對醫療體系的倡導 <ul style="list-style-type: none"> a 舉辦研討會、座談會 b 積極促請主管單位執行 c 監督主管單位必要時訴諸媒體 	<ul style="list-style-type: none"> 1 醫務社工 <ul style="list-style-type: none"> a 自認不是醫療團隊的一員 b 認為社工在醫療體制下是卑微的 c 醫護人員常輪替，不常與其溝通 d 認為醫生的觀念很難改變 2 社區社工—未深入了解醫療體系的問題、僅以敵意視之 	<ul style="list-style-type: none"> 1 學校社工教育功能加強社工行銷技巧 2 舉辦跨專業在職訓練倡導社工功能角色
壓力管理	<ul style="list-style-type: none"> 1 常常思考當下的狀態 2 找出自己的抒壓方式 3 自我調適 4 不把工作情緒帶到整個生活 5 同事互相支援 6 同儕團體的討論 7 適時求援 8 尋找內在動機 9 看積極面 10 婦保領域內的支持網絡 	<ul style="list-style-type: none"> 1 醫療團隊的不配合形成壓力 2 個案與行政業務的壓力 3 新近社工員需面對多重的壓力 4 個案接不完形成壓力—社會環境結構性的問題 	<ul style="list-style-type: none"> 1 機構應考量第一線工作人員工作負荷能力適時調整工作人員工作內容、避免員工工作倦怠 2 依機構宗旨、定位機構功能、避免集所有工作於一身
時間管理	<ul style="list-style-type: none"> 1 個案代理制度 2 視優先次序與個案緊急性 	<ul style="list-style-type: none"> 1 安置機構有時間限制 2 快接近下班時間即不接案 	社政單位切實依個案及第一線工作者之需求規劃後送系統

捌、推展社會工作才能的建議

綜合上述實務工作者的經驗分享及意見提供，可見當前社會工作已不能再是「有提供服務就好」的半專業，而是需發揮具體的工作表現、有評估的標準要項，並需獲其他專業認可，基於此，「社會工作才能」的養成必須透過從研究、教育、實作、評鑑、推廣以及與相關專業持續的對話。以下即為本研究的建議：

一、社會工作才能項目的搜尋與整理

本研究僅為一探索性研究，期盼學術界與實務界應以其更豐富的學養和經驗發掘出更多實際的工作才能項目。

二、社會工作才能的評估

就社工專業本身，如何使其有專業之實，研究者建議應集思廣益，訂定一套系統性的評估方法，包括各領域通用的基礎社工檢核表、以及針對不同服務對象的特殊領域社工檢核表，以提供實務界評鑑社工師的工作表現；而社工才能項目的整合即能提供此一檢核制度的內涵。

三、學校社會工作教育

1. 社工系應邀請實務工作者，到校園與學生對話，協助其了解工作現場的真實歷程與感受；啟發其對未來服務領域的選擇。
2. 社工實習制度應能連結其未來服務領域的選擇，在實習過程中確定未來發展方向、儲備基本及特殊領域的知識、價值與技術。
3. 實習機構應羅列其工作所需要的社工才能項目，包括價值、

知識、技術，提供學生瞭解；並對其進入機構實習後所要學習的內涵有所預備。

4. 對於社工相關系所畢業生之選擇特殊工作領域，實務界可舉辦社工博覽會，詳列機構工作項目、時間、薪資福利、及必備條件及預備心態；而非任由學生自行往空缺席跳，而間接造成流動率高、或浪費人員培訓心力。

四、社會工作在職訓練制度

1. 切合實務工作者不同階段的需求，提供多元化進修內容。
2. 考量服務對象多面向而特殊的需求，辦理跨領域的訓練，譬如醫務社工與社區社工、婦保社工與兒保社工的聯合個案討論會，以及跨專業的個案討論會及網絡聯繫會議，如醫療界與社工界、社工界與輔導界。

五、社工專業內的對話

提供社工範疇內跨領域之聯繫協調機會。例如：對一個有婚暴情事的家庭，婦保社工員應與兒保社工員交換意見及協調工作任務；而對婚暴受虐婦女的醫療處遇，社區社工員應與醫務社工就服務流程和品質共謀對策。另外，新進社工人員是否適合承接保護性工作，有待社工界集思廣益；而承接保護性工作應具備的條件及前置工作經驗應為機構調配人力與工作任務的考量。

六、社工專業主動與其他專業對話

1. 思考婚暴防治網絡間連結的弱點，並開始積極付諸補救、修正與預防的行動，而跨專業之間的對話即是具體的兼具修正與預防

的行動。

2. 社工與醫護人員個別的工作情誼、醫療團隊平時的關係建立與角色倡導、透過可呈現的工作紀錄、在團隊中的自信與自我定位、在醫療場域中自我推銷工作內容與服務項目，呈現社工專業形象與實質功能。

3. 社工專業相關的協會、團體、機構、社政單位應以吸引醫療專業的誘因（諸如專科教育學分、在職訓練積分），透過研討會、防治論壇等活動安排對話機會，促進對彼此工作任務的瞭解，創造實質合作機會。

七、社工專業行銷

除了前述主動與其他專業的對話以外，一般社會大眾對社工專業的評價往往是工作推展的先決條件之一，因此，社工專業人員協會、醫務社工協會應加強以傳播、媒體行銷明確而強烈地陳述社會工作之功能、工作項目及接觸管道。

玖、結語

從婚暴受虐婦女本身的醫療經驗，及醫護人員、社工人員對其經驗的解讀，可以提供社工人員更清楚地瞭解在跨專業的婚姻暴力處遇中，對其服務對象及工作上合作夥伴的感知及看法，有助於在相對應的社會工作實務運作上，以瞭解、包容的態度針對其弱點，彌補應然與實然間的鴻溝。

實務運作的過程應是有規可循，並能提供評估的參考，且為團

隊中其他專業所認可，社會工作才能的建立可提供此一可依循的原則及標準。因而，社公教育與訓練過程中，即應依不同的服務領域，將社會工作才能中的三大要項，社會工作價值、知識、技巧，納入有制度的訓練架構或課程設計中，以培養專業素質一致的社會工作師，則社會工作符合其專業之實，將指日可待。

（本文作者：李詩詠為國立暨南國際大學社會工作碩士，現為美國加州Arcadio成人日間健康照護中心社工員；黃源協為國立暨南國際大學社會政策與社會工作系教授）

◎參考文獻：

一、中文部分

王麗容 一九九四 台灣地區婦女福利需求初探與政策芻議 社區發展季刊 六七 一五七～一六四

內政部 一九九三 台灣地區婦女生活狀況調查報告（民國八十一年五月一日至八十二年四月三十日） 台北 內政部

周月清 一九九五 婚姻暴力——理論分析與社會工作處置 台北

北 巨流出版社

周月清 一九九七 台北市婚姻暴力防治網絡之研究——現況及需求之

評估 台北市政府專題委託研究計畫成果報告

現代婦女基金會 一九九七 家庭暴力防治——預防篇 現代婦女基

金會季刊 二七～九

黃志中 一九九八 受虐婦女的求醫經驗 醫望雙月刊 二

五三三三三五

黃源協 一九九七 英國社會工作的緣起與發展——台灣社會工作的借鏡與啓示 社區發展季刊 七八 一四一—一五六

彭淑華 一九九七 台灣地區受虐婦女專業整合服務現況之探討 社會福利機構工作人員的觀點 社區發展季刊 七九 二六—三五

七

臺灣省政府社會處 一九九一 臺灣省婦女生活狀況調查報告——中華民國七十九年 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九三 臺灣省婦女生活狀況調查報告——中華民國八十一年 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 a 臺灣省福利服務指標——兒童、少年、婦女、老人、社會救助及殘障福利（中華民國八十六年） 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 b 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 c 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 d 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 e 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 f 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

臺灣省政府社會處 一九九八 g 臺灣省婦女保護熱線的認知與運用 調查報告 南投 中興新村 臺灣省政府社會處

二、英文部分

American College of Emergency Physicians(1995). Emergency medicine and domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 442-443.

Brown, H.C.(1996).The Knowledge Base of Social Work. In Vass, A.(Eds) (1996). *Social Work Competences-Core Knowledge*, Value

and Skills. London:Sage.

Browne, A.(1987).When battered women kill. New York: The Free Press.

Feldhaus,K.M.,Koziolclain,J.,Amsbury,H.L.,Norton,I.M.,Lowenstein,S.R.,& Abbott, J.T.(1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of American Medical Association*, 277:17, 1357-1361.

Hamberger,L.K., Saunders,D.G., & Hovey,M. (1992).Prevalence of domestic violence in community-Practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*, Vol.24, No.4, 283-287.

Horwath, J. & Morrison, T. (1999). Effective staff training in social care—from theory to practice. London: Routledge.

McLeer, S. V. & Anwar, R.A.H. & Herman, S. & Maguiling,K.(1989). Education is not enough :A systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 18, 651-653.

O'Hagan, K. (1996) .Social work competence: An historical perspective. In K. O. Hagan, (Ed), *Competence in Social Work* Praice,1-24. Jessica Kingsley Publishers.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.

Roberts, G. L. & O. Toole, B.I. & Lawrence, J.M. & Rachael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.