

醫務社會工作中 的 家庭取向工作模式

劉 瓊 瑛

壹、前 言

社會工作一向以「人在情境中」(Person in situation)為重點，強調「個人與其社會環境之間的關係」。「家庭」正是每一個人從小生長於其中，最親近且最重要的一個社會環境；因此以家庭為關注重點或處理對象的「家庭取向工作模式」(Family-centered practice)遂成為社會工作實務的一個常用處遇模式。「家庭取向工作模式」所要達成的最主要目標在於充實生活品質，以及增強個人與其生態環境之間的適應性平衡；藉由個人及家庭功能的改變、大環境提供資源及機會以滿足家庭的各種需求等方式來加強個人的能力、動機並增強環境的滋潤性，促使個人與家庭或家庭與大環境之間取得平衡狀態(Hartman, 1983)。

醫療領域對「家庭」的重視是由精神醫學界在一九五〇年代末期發現家庭對精神分裂症病患的影響之後才開始的；之後醫療界雖然也有一些零星的相關研究，但家庭因素真正獲得醫學界的重視則是在六十年代末家庭醫學(Family Medicine)興起後才開始。家庭醫學和家族治療的結合，促成了一「整合性及以家庭為基礎」的醫療照顧取向(a holistic and family-based approach to health care) (Campbell, 1986)，因而有能力提供更完整且有效的健康照顧，並貫徹「生物——心理——社會」的理念基礎。

社會工作參與醫療照顧系統是從美國麻省總醫院於一九〇五年聘用社會工作員開始。我國則在民

國十年時，北平協和醫院首先創立社會服務部。民國三十八年政府遷臺，省立臺北醫院首先設立社會服務部。社會工作在醫療照顧機構的實施目標是以社會工作專業的知識、方法及理念，協助病人家屬在疾病治療過程中，減低非醫療因素的干擾，以便能順利接受適當的醫療服務，早日離院返回社區、恢復其社會的角色或功能；也就是在實踐下列六項專業理念：(一)維持醫療的公平性；(二)保障病人的權益；(三)維持適當、有效的醫療關係；(四)降低疾病對家庭造成的破壞程度；(五)降低非醫療因素對疾病治療過程的干擾，協助患者儘速取得適當的醫療服務；(六)重視生理——心理——社會模式的整體服務觀念(陳武宗，一九九一) (Bracht, 1989)。而家庭取向的工作模式正能用以實踐上述的專業理念和目標的達成。

貳、家庭與健康、疾病的關係

「健康」和「疾病」是醫療照顧系統的重點，二者的定義隨著年代、觀念的不同而有所變化，繼而也影響醫療服務的方向。因此在探討家庭與健康、疾病的關係之前，宜先對二者的定義有所認識。世界衛生組織(WHO)於一九四八年提出「健康是一種生理上、心理上或社會上完全安寧美好的狀態；而不僅僅祇是沒有疾病或虛弱」的著名定義；它強調積極的健康，且從生理、心理及社會三方面談起。此外有關「疾病」的探討，也擺脫完全由生理因素着手的醫療觀點，而強調生理、心理及社會三方面因素交互作用的結果及其影響。因此要瞭解

及處理健康疾病的問題不再只能從一些身體檢查或生化檢驗就夠，藥物或各種生化的治療也不再是唯一的治療模式，唯有生理、心理和社會面的並重，才能符合現代的整體醫療 (Holistic care) 觀點。

Denver (1980) 的研究指出：影響健康的因素有四大類：(一)生活方式 (四三%)；(二)遺傳因素 (二七%)；(三)環境因素 (一九%)；以及(四)醫療照護的貢獻 (一一%) (江東亮，一九八二年)。

其中前三類與我們生長於其中的家庭有很密切的關係。因此近三年來，家庭與健康、疾病的關係成爲社會學、流行病學、心身醫學和心理學的熱門研究主題，家庭更成爲醫療專業人員提供服務的主要對象。

家庭影響疾病的發生，而疾病也同時改變了家庭 (Campbell, 1986)。從許多實證研究和臨床觀察可以肯定家庭對其個別成員的健康狀態有很重要的影響力量，而某一成員的疾病常會對其他家人、家人關係及家庭功能產生不利的影響。生病期間，家庭是情緒、資訊和物質支持的主要來源，足夠的支持可以提高病人的幸福感、增加對疾病的免疫力、促進康復、甚至降低死亡的可能性；相反地，不足的支持力量常對病患的健康有不利的影響。

我們可以從兩方面來探討家庭與健康疾病的關係：(一)影響個人健康狀態的家庭因素；(二)疾病對家庭的影響。

一、影響個人健康狀態的家庭因素

一個人健康危險的暴露特質與家庭背景有很大

的關係，從生物學的觀點，家庭提供了疾病的基因特質；從社會環境的觀點，家庭則提供了罹患某些疾病的主要社會環境 (胡幼慧，一九九一)。以下分四個因素來加以討論：

(一)遺傳因素：有一些疾病是由家族傳遞或因具有某些基因特質而得病，如亨氏舞蹈症 (Huntington's chorea)、地中海型貧血症、母親爲B型肝炎帶原者或家族性高血壓等。

(二)家庭的社會化因素：家庭透過社會化過程而影響到其成員的健康狀態，如一個人的衛生習慣、生活型態、對症狀的辨識能力及反應態度，以及使用醫療服務設施的習慣等都是經由家庭學習而來，且對個人的健康狀態有重要的影響。家人之間常有相似的飲食習慣，肥胖的父母也常有肥胖的子女，抽煙、喝酒等行爲也常是在模仿及家人增強之下養成的習慣。

(三)環境的資源和風險：社經地位和社會文化因素會影響家庭和外在環境的互動情形，如家庭所能獲得資源的多寡或暴露於不利環境條件的可能。例如高社經地位的女子，往往在入學前受到良好保護而急性病罹患率低，直到入學後急性病感染機會才升高。然而社經地位低的家庭，其子女的感染高率在入學之前便因各種不良托兒環境而產生 (胡幼慧，一九九一年)。

(四)心理健康因素：家庭影響個人的心理健康狀態並進而影響生理健康，譬如有些研究指出家庭中的情感氣氛與失落事件和癌症的發生有關。家庭的因應模式 (Family Coping Styles) 也影響個人

I Type A 個性的形成。家庭也是一個人發展人際關係和社交技巧的重要場所，若家庭的支持不夠或功能不良，個人無法適當發展這些社交能力，常較容易生病、不孕或有較高的死亡率 (Eil, 1990)。家庭生活壓力事件 (如壓力程度排首位的配偶死亡) 也大大影響一個人的健康狀態 (Holmes & Rahe, 1967)。相反地，正向的家庭事件却可改善老年人的憂鬱症狀 (Krause, 1988)。

二、疾病對家庭的影響

無論急性或慢性的嚴重疾病都會對家庭造成影響，打破原有的平衡，並引起角色、經濟地位、社會和情境上的改變。卓春英 (民國七十五年) 曾就家屬的情緒方面、經濟方面、日常生活及子女照顧四方面探討疾病對家庭的影響：突來的嚴重疾病常會造成家屬的震驚、否認和害怕失去親人的情緒反應；醫療費用常會造成家人的經濟負擔；生病危機對家屬日常生活的安排影響很大；而子女常會被突如其來的生病危機所驚嚇而出現適應不良問題。

黃珮玲 (一九九一) 亦指出疾病對家庭四大功能的影響：

(一)生理功能改變：指家庭中的生殖功能及照顧養育家庭成員的功能，例如當病人是母親時，家中有關飲食、清潔及撫育的功能都會受到影響而品質降低。

(二)心理功能改變：某些疾病帶給家庭成員自尊心的受損，如精神病患或 AIDS，常會使家人困窘或羞恥而影響社會生活。此外疾病也會影響家庭的

溝通和表達方式且改變家人的互動關係。

(三)社會功能改變：因疾病的侵襲而影響家庭與外在社會網絡的關係；譬如一個原本外在界限僵化的封閉型家庭，一旦家人生病就不得不接受醫療機構、社會福利系統等家庭以外體系的介入，此種現象常使家庭產生不安、失去平衡的狀態。

(四)經濟功能改變：家庭經濟來源者若受到疾病的侵犯，不僅原有收入斷絕，還須有足夠金額應急以應付醫療費用及不時之需，因而出現明顯的經濟壓力。

此外，在疾病發生的進行性過程中，如診斷前、診斷期、治療期和復健期，家庭也會隨之受到不同的影響。在診斷前階段，病人雖出現某些症狀，但家人並未覺察，因而發生摩擦或誤會；有些疾病，如絕症或精神疾病，在確定診斷之前，家人常有否認及退縮的情緒反應。在診斷及治療階段，對家庭而言是一危機期，家庭的反應會隨疾病種類、嚴重度及對治療結果的期望不同而異，譬如癌症病人要接受何種治療方式，常使家人面對困難的抉擇而產生很大心理壓力。在復健階段，若疾病變成慢性或殘障狀態，家庭面臨無法回復過去「正常功能」的壓力，以及未來的不確定感，同時長期照顧也易給家人疲憊和威脅感，影響彼此之間的和諧關係，甚而與外界的互動關係。陳武宗（一九八七）指出此階段可能出現的適應問題包括：情緒問題、角色調整問題及家庭溝通問題。

叁、家庭取向工作模式的意義、

目的及內容

近一、二十年來，社會工作發展出各種不同的家庭取向工作模式，譬如心理暨社會（Psychosocial）、溝通（Communication）、行為（Behavioral）、問題解決（Problem-Solving）、任務中心（Task-centered）、適應系統（Adaptive systems）、危機調適（Crisis Intervention）、生態系統（Ecosystems）等。這些模式的共同點均在強調個人行為和家庭價值觀、結構和過程之間的關聯，處理的對象可能是個人或整個家庭系統（Elli & Northern, 1991）。

醫務社會工作者採行家庭取向工作模式有兩個主要目標：其一，協助病患及家人應付疾病所帶來的壓力；其二，增加適應和決策能力以有效處理疾病所帶來的問題，並能滿足病患及家人的各種需求。

「家庭對壓力的適應」一直是家庭研究者感興趣的主題，其中Hill的ABCX家庭危機理論（一九五八）模式相當具有代表性，並由McCubbin發展成「Double ABCX」模式（一九八三）及更進一步的「T-Double ABCX」模式（一九八七）。在ABCX模式中解釋家庭危機(X)的產生與否，乃依壓力事件(A)、家庭面對壓力事件的資源(B)、家庭對壓力事件的界定(C)、三者之間彼此互動的情形而定。家庭中所發生的壓力事件，其嚴重程度並不會絕對影響危機的產生，危機的產生是因為家

庭中缺乏足夠資源以有效解決此壓力事件，而且家人對該壓力事件的看法與解釋使得整個家庭無法維持原來的平衡（Homeostasis），而且缺乏有效的因應能力（coping mechanism）以應付壓力事件。醫療社會工作者可以用這個模式來評估及處理家庭面對疾病壓力時所發生的問題。當家中有人生病了，家庭成員能對疾病有充分的瞭解和正確的看法，同時能運用現存資源或尋求外界網絡資源的支助，學習有效能力以因應因疾病而產生的各項問題，那麼疾病的發生就不再是「危機」，或者反而成為家庭的一個「轉機」！

家庭為應付壓力、解除危機所需具備的能力和資源可稱為「家庭的適應資源」(Family adaptive resources)，可分成三種：

(一)個人資源：指家庭成員的經濟能力、認知和問題解決能力、身心的健康狀態以及個人的人格特質。

(二)家庭系統的資源：指家庭是否具有能促進成員之間良好互動關係的特性，如穩定性、凝聚力、適應性、支持性、滋潤性、開放性、民主性和完整性；而這些特性的培養則建立在以下十個指標：清楚而開放的內在界限，外在界限（internal & external boundary），有彈性的家庭角色，合理且均衡的權力分配，有效的問題解決能力，具體清楚的家庭規則，良好的溝通模式，充分且適當的情感投入及表達，滿足個別成員和家庭整體的家庭目標，足以促進家庭功能的家庭優點（劉瓊瑛，一九九一）。

(三)社會支持：指家庭成員之間彼此關懷的情感方面支持，家庭成員自我肯定的自尊支持，以及社會網絡的支持 (social network support)，包括親戚、朋友、親人、鄰居、社團、治療性團體或自助團體 (self-help group) 等。

醫務社會工作者的家庭取向工作內容就是在協助家庭成員建立各項能力以達到以下十個目的：(Ell & Northen, 1991)

(一)建立一種支持性的氣氛，使病患家人之間能夠了解並接受彼此的需求和感受。

(二)提供病患家人所需要的資料，包括病患的疾病狀況、治療方式、以及疾病對個人及家庭生活的可能影響。

(三)減輕家人各種負面感受，如焦慮、罪惡感、低自尊、無助及無望感。

(四)鼓勵家人積極參與病患的照顧。

(五)開放並促進進家庭成員之間以及家人與其他重要關係人之間的溝通。

(六)協助家人之間以及家人與社會網絡之間重新建立並加強正向的關係。

(七)建立家人足夠的彈性以因應必要的角色更換，並發展出執行新角色的合宜能力。

(八)協助每一位成員在一個具有凝聚力 (cohesive) 的家庭中同時具有自主性 (autonomy) 及分化性 (differentiation)。

(九)幫助家人增加問題解決的能力以處理病患的疾病或殘障問題。

(十)引導病患家人發覺自己所具有的資源，並提

供其所需要的外在資源，包括社會網絡、社區的醫療資源及各種社會福利資源。

以下分別介紹醫務社會工作者常採用的家庭取向工作模式：

一、危機調適 (Crisis Intervention)

這是最常被採用的一種模式。前面我們提到疾病很可能變成家庭的一個危機，而危機調適可以說是當家庭因某成員的疾病而失去穩定或不平衡時，用來改變病患及家庭心理社會功能的一種積極干預模式；它的主要目標在於降低壓力所帶來的立即影響，幫助病患及家人以一種適應的方式來建立有效因應能力。醫療機構中有許多狀況適合採用危機調適的方式來協助家庭：一些急性的嚴重疾病：如中風、嚴重車禍，被診斷為絕症，死亡及瀕死階段，產下畸形兒的父母，住院經驗——特別是小孩子——常帶給家人許多不可預期的壓力。

危機調適的治療原則：(1)強調危機發生後的立即處理，強調壓力的減輕和恢復危機發生前的原有功能；(2)採用直接主動的態度，支持、澄清及問題解決的各種技巧在短時間內協助個案建立有效的因應方式；(3)現實導向，幫助澄清認知感受，提供正確認知及情緒支持。危機調適的三個重要任務在於協助：(1)對危機情境有正確的認知看法；(2)處理因危機所引起的強烈情緒反應；(3)尋求並運用適當的人力和機構資源。

〈案例〉七十六歲的王先生，診斷為癌症末期。因病思情緒憂鬱，醫生只向其家人(王先生的女

兒、女婿及二十六歲的孫女)解釋病情，而未直接告知王先生。王先生的心情越來越低落，拒絕談話及進食；家人探訪時也只談些想讓他愉快一些的話題，而絕口不提與疾病有關的內容。家人開始害怕面對他，但又為自己的這種想法感到羞愧。王先生的女兒透過醫師介紹前來與社工師會談，希望能改善此種狀況。社工師建議家人直接有機會與王先生討論病情。在家庭會談中，透過社工師的協助，王先生陳述他自己對病情的看法以及怕家人放心而絕口不提的心情……。經過直接的表達後，家人及王先生都能卸下武裝的面具而開始尋求更適宜的方式來應付這個難過時刻！

二、家庭治療 (Family Therapy)

做為家庭治療主要理論基礎的系統理論 (System theory) 最能說明疾病和家庭的關係。從系統理論來說，一個人生病，社會功能或角色都會改變，這種改變會影響到整個家庭，家庭治療者就在幫助家庭成員成功適應因疾病所帶來的變化 (金蔚如，一九八八)。

家庭治療興起於一九五〇年代，以整個家庭為治療單位，注重家庭成員間的互動關係和溝通問題，以促進家庭功能的健全發揮為目的。一個功能不好或有問題的家庭面對疾病所帶來的衝擊常有一觸即垮的問題；譬如家庭成員內在界限僵化的疏離型家庭 (Disengaged family)，家人生病常面臨支持不夠，得不到其他家人協助的困境；而一個混亂型家庭 (Chaotic family) 常缺乏足夠的問題

解決能力以因應疾病所帶來的問題。這些功能不良的家庭都需要透過家族治療以積極改善家庭的動力關係 (Family Dynamics)。

家庭治療發展至今已形成多種派別，每一派別各有其理論根基，重視不同的家庭層面。以下簡略幾種常見的派別在醫療機構的運用情形：

(一) 結構派家庭治療 (Structural Family Therapy)

米紐契 (Minuchin) 所創，認為家庭問題的產生多來自失功能的家庭結構，如次體系的界限過份疏離或糾纏不清，跨代聯盟、親職化小孩 (Parental Child) 等現象，因此重組家庭結構成爲其治療重點。譬如父親因車禍成爲植物人，長年臥床，母親肩挑嚴父慈母的雙重角色，身爲老大的兒子被期待代替父親角色，是母親傾吐心事的對象，也同時協助母親管教弟妹，這種「親職化」造成他的角色過份負擔而適應不良；處理重點在於協助母親找到適當的支持來源及可分擔親職責任的合宜人選，並幫助老大由雙親次系統 (Parental Subsystem) 重新組合至手足次系統 (Sibling Subsystem)。

(二) 溝通派家庭治療 (Communication

Family Therapy)

代表人物有薩提爾 (Virginia Satir) 和傑克森 (Jackson) 等人，主要方法是協助家庭經由溝通的過程，幫助成員表達自己，促進彼此真誠的溝通，使家庭趨向穩定和平衡。譬如因罹患腦性麻痺而造成智能不足的小孩，父母及其兄弟都以一種

過份保護的態度照顧他，並縱容及袒護他過份要求的行爲 (demanding behavior)，但家人之間從來不曾共同討論他的發展遲緩問題以及如何安排適當的安置，並視爲一種禁忌 (taboo)。經由社會工作者的協助，在幾次的聯合家庭會議之後，父母及孩子學習到直接且有效的溝通模式，彼此開始能分享內心真正的感覺，敢於描述對病人的擔憂及不滿，兄弟也陳述出被父母疏忽的抱怨。之後，父母能夠聽見孩子的看法及意見，孩子也能瞭解父母的態度和行爲，全家有了更親近的凝聚力，並願意共同面對問題以找到對病人最合宜的安置方式。

三、家屬團體 (Group Work With

Families)

早在一九〇七年，Dr. Pratt 就在美國的麻省綜合醫院運用團體方式協助肺結核病患及其家屬，處理他們羞恥、頹喪的情緒，並藉團體中的友情及彼此情緒的支持以提高治療的動機。而社會團體工作方法則是在二次世界大戰以後，開始廣泛運用于醫療機構；國內則可能是民國六十年彰化基督教醫院社工部在內科所舉辦的「病患家屬座談會」爲先驅。

醫院中的團體類型可分爲病人團體及家屬團體，按照不同的疾病分類，如「啓智父母營」、「乳癌病患及家屬的知心團體」、「神經外科加護病房家屬座談會」等。以病患家屬爲對象，運用團體工作方法協助他們以達到五個功能：

(一) 教育功能：提供與疾病有關的必要知識和技

術，以對疾病有正確的認識，並學習照顧病患的適當態度與方法；此即所謂「教育性團體」，如「醫學講座」。

(二) 情緒支持功能：提供團體成員彼此之間的情緒支持，以解除家屬因疾病而產生的壓力，此即所謂「支持性團體」。

(三) 危機處理功能：協助家屬解除所面臨的各項危機。

(四) 問題解決功能：如人際關係衝突的處理，家屬與醫療人員之間關係的協調，家屬與病患之間相處問題的討論等。

(五) 治療功能：提昇或改善家屬的心理暨社會功能。

同一個團體可能同時兼併多種功能的達成。此外，自助團體 (Self-help group) 也是用來幫助家屬的一種流行模式。這是病患或家屬，基於共同的問題和需要，藉着一起聚會溝通討論，以便幫助自己也幫助別人的團體，「自助」亦即「互助」。自助團體形成之前，常需由醫院社工師在其主持的團體中，鼓勵成員產生共識，一起計畫成立自助團體，參與並執行團體的發展事宜，如「精神病患家屬自助團體」——「康復之友協會」等。

肆、結 論

基於疾病與家庭之間的重要關係與影響，假如病患是醫護人員的主要照顧對象，那麼醫務社會工作者的案主對象應該把家屬也包括進來，而不只是重視病患情緒及適應問題而已，舉凡因疾病所引起

，家屬的心理、情緒、適應及互動關係，更是社會工作者的服務內容。從秦燕等人（一九九一）的研究發現：針對醫務社會工作的十八項基本工作項目以及三十六項的有關項目與病患家屬的協助有關的項目，按照執行的排序來看：

基本工作項目」包括：排列第五位的「協助與醫療、住院相關費用之經濟補助申請」（資源提供）；排列第七位的「提供病患與家屬相關的醫療資訊（教育性）；排列第十位的「協助病患出入院安置計畫（資源提供）；排列第十三位的「協助及處理病患不良家庭關係」（協調及治療性）；以及排列第十七位的「教導家屬如何照顧病患」（教育性）共五項。

「其他有關之工作項目」包括：排列第七位的「參與並籌劃為病人及家屬所舉辦之團體活動（教育、支持及治療性）；以及排列第十二位的「主持病人及家屬之團體」（教育、支持及治療性）共兩項。

由這個工作現況調查研究可發現醫務社會工作者在對家屬的協助方面，已經確實扮演教育、支持、治療及資源提供等角色，且能分別以個案及團體的工作方法來提供服務。但若從執行百分比來看，對「家屬的協助服務」都低於對病患個人問題之處理」。針對案主一人直接提供服務是社會工作中傳統且熟悉的個案工作方法，但隨着系統理論、家庭取向的觀念產生，社會工作者應該更提昇對病患家屬服務的廣度與深度，才能貫徹「心理暨社會治療」（Psycho-social treatment）的意義。因此

「家庭取向工作模式」應是每一位現代醫務社會工作者所應依據及執行的工作理念！

參考資料

- 江東亮（一九八二），什麼是健康呢？中華民國公共衛生學會雜誌，一五（1），十二～二九頁。
- 卓春英（一九八六），疾病對病人及家屬的影響。中華民國醫務社會服務協會七十五年刊，十七～十八頁。
- 金蔚如（一九八八），醫務社會工作，五南圖書公司，臺北。
- 胡幼慧（一九九一），社會流行病學，巨流圖書公司，臺北。
- 秦燕等（一九九一），醫療院所社會服務部門工作現況評估研究，臺中榮民總醫院社會工作室社會工作組。
- 陳武宗譯（一九八七），重病患者及其家屬的社會心理問題與輔導。中華民國醫務社會服務協會七十六年年刊，四四～四五頁。
- 陳武宗（一九九一），醫務社會工作導論——從八十年代醫院社會工作的發展談起，八十一年度臺灣地區醫務社會工作人員基礎班在職訓練講義。
- 黃珮玲（一九九一），疾病對家庭的衝擊。心理學與心理衛生（下冊），四四九～四七〇頁，華杏出版公司，臺北。
- 莫藜藜（一九九二），社會團體工作在醫院中之運用。東吳社會學報，一，九五～一二八頁。

劉瓊瑛（一九九一），建立有效的家庭互動。親職教育二八一～三三五頁，華杏出版公司，臺北。

- Bracht, N. F. (Ed.) (1989) *Social Work in Health Care* N. Y.: The. Hawarth Press.
- Campbell, T. L. (1986) *Family impact on Health: A Critical Review and Annotated Bibliography*.
- Ell, K. & Northen, H. (1990) *Families and Health Care: Psychosocial Practice*
- Walter de Gruyter, Inc. New York.
- Hartman, Ann & Laird, Joan (1984) *Family-centered Social Work Practice* The Free Press.
- Hill, R (1958) Generic features of families under stress *Social Cosework*, (49) 139-150.
- Holmes, T. W. & Rahe, H. (1967) The Social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, (11), 213-218.
- Krause, N. (1988). Positive life events and depressive symptoms in older adults. *Behavioral Medicine*, (14), 101-112.
- （本文作者現任臺大醫院兒童心理衛生中心技正）