

# 醫 療 團 隊 及 社 會 工 作 師

## 在 其 中 的 角 色

秦 燕

### 一、前 言

醫務社會工作在協助病患及其家屬處理與疾病有關的社會、心理、經濟、家庭、出院計畫等問題，與其他領域社會工作最大差異之一，是需在多重專業的團隊合作下才能發揮功能。

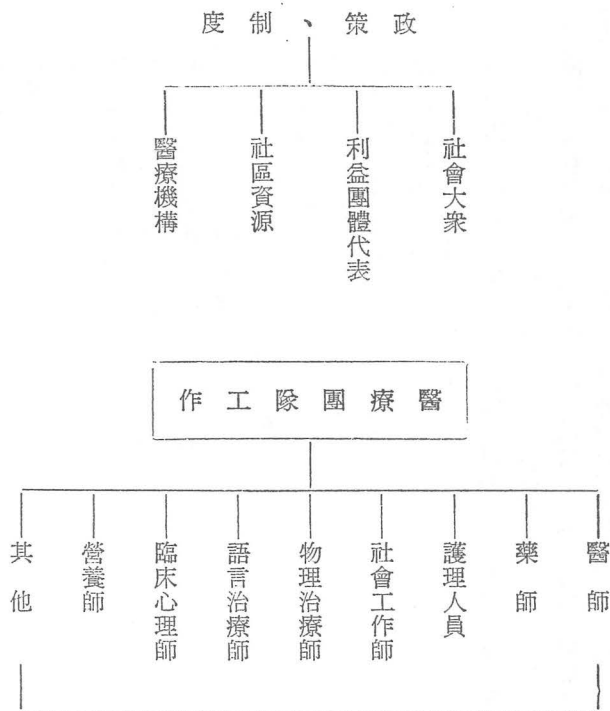
生、老、病、死是人生重大的關鍵與轉捩點，每個人都必需面臨。而在這些關卡中，往往需要向醫院及醫療人員求助，社會工作人員也在此時協助病人及家屬處理一些社會、心理的問題，不論它是致病因素或是疾病治療的影響。既然社會工作者處理的問題與疾病、治療有密切的關係，即不可能單獨做社會心理問題的診斷、計畫和執行。而醫療相關人員發揮各人專長，合作來為病患做疾病診斷，使之順利接受治療，盡快恢復社會的功能就是團隊合作的意義了。

### 二、醫療團隊工作的定義

廖榮利教授在醫療社會工作一書中指出，由巨視觀點來看醫療團隊工作，是指關係到整個醫療機構，如專業成員、病人及其家屬，以及社區資源的運作而言。通常由一個醫療機構而影響了整個醫療界，甚至於整個社會國家之全民健康保健的措施與制度。

微視面的觀點認為醫療團隊工作是指一群有職業特性的人在一個大組織下，各具有相異卻互補的資源與技巧，各自出現獨立卻相關的角色功能，他們之集合在一起是由於共同的標準和守則，他們提供某些資源是經由大家商議的策略，也是要達成團隊目標的行動（胡海國，一九八二）。

在醫療團隊中，往往包括醫師、藥師、護理人員、物理治療師、語言治療師、臨床心理治療師、社會工作者、營養師等，來自不同專業背景，各有獨特之技術與取向，運用其不同的專業知識與技巧，處理團隊共同之問題，同時不斷的溝通、審視、評估，並針對病人的需求提供較完善之醫療服務。



各專業間互相尊重以病人為合作目標  
達成全部治療

### 三、社會工作與醫學的差異

醫學的發展可追溯至中古世紀，醫生一直是主體，一直到十九世紀，才有護理專業的發展。醫事檢驗、藥劑、復健、放射技術也由醫師原有的工作中獨立出來而形成新的專業。社會工作在英國於一八九四年、美國於一九〇五年正式進入醫院中，而逐漸被接納成為專業團隊中的一員不過是近五十年的事。在中國，醫務社會工作的發展更晚，一直到民國七十六年醫院評鑑才將社會工作納入，正式肯定其在醫院的角色。社會工作以醫療領域中一個新的專業，在團隊中被主體專業接納，乃至無間配合，可能需要更多的努力，而先瞭解本身與主體專業間的差異是配合的前提。

Mizrachi & Abramson (一九八五)認為醫學與社會工作在專業訓練與社會化過程、專業知識及專業肯定、對病人角色權利看法、團隊工作看法等角色功能等均有差異。

#### (一)專業訓練，組織與社會化過程的差異

醫師的訓練中不注重感覺，社會工作的訓練則強調「自我」、「關係」，社會工作師被期待注重個人、情境的反應，認識專業的影響，發展自我警覺。醫師學習時為輪調體系，接觸不同的科別及病人，以便得到廣泛的經驗，並不努力建立穩固的醫師—病人關係。社會工作學生與新進人員的學習多為固定體系，與案主及督導發展穩定、支持及密切的關係，強調與案主的治療關係與學習經驗同等重要。在督導方面，醫師訓練偏向科層制的督導，社會工作督導則重視行政、教育及支持的功能。

醫學重在病理、疾病及治療技術的發展，較不重視社會價值，易將病人標籤化，社會工作注重個人及其整體環境的福利，強調價值文化，接納個別差異。

#### (二)專業知識專業肯定上的差異

醫學最主要的是病理生理學方面的知識，重視事實與結果，受到社會高度的專業肯定。社會工作的知識為行為科學方面，注重價值勝於事實，重視過程大於結果，社會給與專業肯定的程度為中低度。

#### (三)對病人角色，權利看法的差異

醫師常扮演決定者的角色，對於病人來說，他是有知識的專家，有道德的權威者，決定病人的治療要求病人完全配合。社會工作師則常扮演諮商者、服務提供者的角色，鼓勵病人的自我決定。

#### (四)對團隊工作看法的差異

醫師的專業規範重在自治自律及自我依賴，不願依靠其它專業人員，忽視他們的貢獻。社會工作師則強調支持，問題解決、團體動力及系統分析。

接受專業間的差異，願意協調配合是團隊工作的必要條件。

社會工作與護理方面則因為角色責任的重疊（對病人情緒、心理問題的處理及出院安置之後續照顧等問題），使得合作變得較困難，缺乏對彼此專業技巧、價值、目標的瞭解，在臨床上有衝突的情形。不過這兩個專業在越來越多彼此溝通與互動中，如在學校階段邀請對方專業人員演講。醫院中的個案研討會及正式會議中一塊討論，都可增進瞭解、減少分歧（Williams, etc, 1978）。

#### 四、醫務社會工作人員的角色期待

赫思那（Hanson）的看法，醫務社會工作人員的角色有：

- (1) 提供社會工作諮詢。
  - (2) 參與計畫、執行與決策。
  - (3) 提供對個案與家庭的個案工作服務。
  - (4) 提供團體工作的服務。
  - (5) 從事衛生保健有關的社會工作之服務。
  - (6) 從事與衛生保健有關的社會調查與研究。
  - (7) 參與衛生人力的教育訓練工作。
- 有的學者認為醫務社會工作人員的角色有：

- (1) 社會計畫的角色。
- (2) 提倡者的角色。
- (3) 臨床工作者的角色。
- (4) 社區組織者的角色。
- (5) 研究者的角色（謝孟雄，一九九〇）。

在團隊中，社會工作人員的角色為，以其專長能有效的掌握病人社會心理的狀態，可以提供團隊人員作為診斷及治療計畫的參考，增強案主的動機後，協助團隊成員執行治療計畫，去除病人社會心理因素方面的障礙，能很快的達成治療效果，社會工作人員並充分運用社會資源，提供或轉介案主解決問題的能力與資源。

然而，在一些文獻中顯示醫務社會工作者與其他醫療專業人員對醫務社會工作者的角色期待有所差異。稍早期的文獻顯示，醫務社會工作人員期待自己的角色較其他醫療專業人員的期待更多在於諮商、協談、心理治療、處理社會心理問題、情緒行為問題，而其他醫療專業人員則更多期待醫療社會工作人員在環境的操弄、工具性的工作如提供交通、安置於護理之家、提供具體服務如安排出院後照顧、轉介社區資源等。而近來的一些研究顯示，各專業都認為社區資源運用、轉介活動及家屬的社會環境問題評估和處置是醫務社會工作獨特的角色。也都同意醫務社會工作人員在對害怕、焦慮的病人及家屬提供溫暖、支持性的關係，針對情緒問題、社會環境問題做較深入的協談及治療計畫，但不同意這些是社會工作人員獨一的權責，而是與其他專業共同分享的權責（Lowles & Lefcowitz, 1992）。對於這些各專業間的界限重疊部分，也往往是造成困擾的地方，一方面希望更多的專業人員關心病患的需要困難，以分擔責任減輕負擔，一方面卻又擔心專業領域被侵犯不能彰顯各別專業的特長。

事實上，醫院中各專業受肯定、接納的程度並不同，也因此對於參與團隊運作動機強弱有別（Schlesinger, 1985）。例如醫師是被認定的專業（established profession），他們有些會認為團隊合作要花費額外的時間及行政成本，自主性也會受到影響，對於參與團隊運作意願低；而對於較少聲譽的專業（less prestigious profession），例如社工員，則視團隊合作為與其他專業接近、溝通的機會，可接近案主及提升學習。團隊間合作諮詢的文化及發展各專業間的一致性，有利於推動社會工作的服務計畫及執行，而樂於與團隊成員間的合作關係。

對於專業團體的認同亦影響團隊合作的關係（Mailick & Ashley, 1981），專業團體聯繫強的如醫師在專業團體的認同上，仍比醫療團隊合作文化化的考慮優先，他們憑藉著較高的專業威信，常成為團體目標的中心。近年來護理人員專業團體的能力增強，成員向心提高，也影響她們在團隊中的地位和合作模式。然而專業協會聯繫較弱的，則對成員行為的忠誠度、認同影響有限。在許多機構中，專業合作的過程對社會工作人員人員很有幫助，社會工作者常是發起合作者，勸服或是嘗試影響成員共商合作計畫，為了被合作團隊中較高地

位或權力之人所接受，專業團體間的聯繫變得較軟弱，當專業團體與合作團體的價值有衝突時，常會偏向團體。

## 五、團隊的過程

Lowe-Herranen 提出團隊過程有六個階段：

### (一) 相互認識期 (becoming acquainted)

團體的結構傾向於科層制，以專業地位較高者為領導者，領導者擁有最後的決策權。互動型態是委婉的、有禮貌的，非個人性的，儘量減低衝突的發生。個人生產力高但團隊之生產力低。

### (二) 嘗試錯誤期 (trial and error)

團隊成員開始去試驗彼此間的界限、角色衝突、角色模糊與角色負荷的結果。情緒是多疑的、善嫉的、有警戒範圍。

### (三) 集體猶豫期 (collect indecision)

角色衝突開始出現，但未直接加以處理，規範促使個別成員服從團體，暗地裏生氣，且團隊士氣低。

### (四) 危機期 (crisis)

焦點由照顧病人的問題轉至關注團隊內部過程上。成員開始去注視彼此在團隊中對照顧病人的知識與貢獻。情緒表達是開放性的，包括憤怒、失望、內疚等情緒與衝突的認知。

### (五) 決議期 (resolution)

此階段的特徵為開放性的溝通、領導力的塑造、決策與責任感。而第五階段與最後階段是團隊實際工作的開始。

### (六) 團隊持續期 (team maintenance)

對團隊任務的認識，將主要的焦點置於案主健康照護需求上。團隊內部的過程是配合著對相互有關之角色與功能的瞭解，以及經由衝突管理以解決專業間的競爭情形之能力，領導是多元化的。團隊行為的規範被強化、確認以及相互地接受，以促進工作的進展，積極從事資訊交流發展出共同的語言。團隊能積極地管理其內部衝突，成員能認知且尊重其他成員的觀點，以妥協與交涉的方法對複雜的事物設立處理與分析的優先順序。

Schlesinger 將團隊工作分為三個階段與前者有相通之處：

1. 個人為先（相互認識期、嘗試錯誤期）——團隊中成員的角色是以個人為先，專業次之，團隊成員第三。社會經濟角色、性別角色、種族文化角色都須注意。

2. 團隊規範發展（集體猶豫期、危機期）——團隊逐漸發展規範與文化，也可能產生對專業規範及忠誠的衝突。

3. 共同作決定（決議期、團隊持續期）——各專業提供必要資料，彼此諮詢，透過團體思考共同作決定。

## 六、自我行銷與促進團隊合作的途徑

以下是社會工作師加入團隊，促進與團隊合作關係的方式：

(一) 拜訪醫院主管及各科主任——瞭解他們對社會工作的期待，配合醫院政策及部門發展方向，強調社會工作的功能：例如運用社會資源給與貧困病患經濟補助，減少呆帳；協調醫病關係，增強病人及家屬對治療的瞭解配合預防醫療糾紛；疏導滯留病患，增加病床運用，減低住院平均日數等。

(二) 選擇重點科及重點工作——目前國內社會工作人員偏低，全面作好社會工作頗困難，選擇病人問題較多，社工功能易發揮，團隊溝通配合較順暢者作為發展重點，有了成績再擴展。

(三) 報表、工作整理與報告——社會工作臨床工作繁重，但不可輕忽工作成果的呈現，應定期由負責社會工作師將月報表、年報表送各科、部主任參閱並討論之。

(四)病歷的使用——病歷是醫療團隊正式書面記錄，社工師應有權查閱並於其中記載，宜包括家庭狀況、問題診斷、處置及計畫。

(五)查房、迴診——定期參加重點科查房，於查房中與醫護人員交換有關協助該科病人之意見。

(六)個案討論——社會工作員可參加醫師會之個案討論會，或由社會工作部門主動召開個案或實務研討會邀請相關之醫護工作人員參加，就相關之問題進行研討。

(七)專業間的教學——向醫師、護士、藥師、技術人員等演講有關疾病之社會與心理層面之知識。對實習及新進住院醫師及護理人員介紹醫療社會工作。邀請醫、護、藥、技等相關人員至本組向社工員介紹各領域之專業知識。

(八)團體工作——不論是治療性或教育性、支持性的團體，透過醫、護、技多重專業人員的參與，可增進彼此的瞭解與配合。

#### (九)合作研究計畫

(十)功能性的委員會——例如醫療糾紛審查委員會、人體試驗委員會，入院出院審查委員會、老年醫學委員會等。

(十一)非正式的溝通機會亦需掌握——忘年會、郊遊、院內各項競賽、迎新送舊，甚至院內餐廳用餐都是可增進個人及團隊認識的方式。

打入團隊的初期，拜訪醫院主管及各科主任、選擇重點科及重點工作、專業間的教學是不可少的工作方法；建立關係之後，病歷的使用、查房迴診、個案研討、社會工作成果整理與報表呈現是維繫在團隊中運作的方式；團體工作、合作研究計畫、加入功能性的委員會，可提升社會工作師在團隊中的功能；而非正式的溝通是任何階段都需要的。

## 七、結 論

現代醫學艱深複雜，診治病人已不能由一個專業來圓滿達成，而需要一組專業人員共同努力。醫務社會工作的推動也必須在團隊合作的前提之下，然而團隊工作潛藏著衝突與合作，社會工作師應肯定自己的角色功能，加強能力訓

練，並有敏銳的洞察力，尊重瞭解其他專業，及有溝通妥協的能力。

## 參考書目

- 胡海國 (一九八二) 精神科醫療團隊的運作實務心理衛生人員的角色。中華心理衛生學刊，1(1): 11-18。
- 廖榮利 (一九九一) 醫療社會工作。臺北：巨流圖書公司。
- Cowle, L. A. & Lefcowitz, M. J. (1992). Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Worker in Hospital Setting. *Health and Social Work*, 17(1): 57-65.
- Lowe, J. I. & Herranen, M. (1981). Understanding Teamwork: Another Look at the Concepts. *Social Work in Health*, 7(2): 1-11.
- Mailick, M. D. & Ashley, A. A. (1981) Politics of Interprofessional Collaboration: Challenge to Advocacy. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 62(3): 131-136.
- Mizrani, T. & Abramson, J. (1985) Sources of Strain Between Physicians and Social Workers. Implications for Social Workers: Implications for Social Work in Health care Settings. *Social Work in Health Care*, 10(3): 33-53.
- Schlesinger, E. G. (1985). *Health Care Social Work Practice - Concepts and Strategies*. New Jersey: Times Mirror Mosby College Publishing.
- Williams, C. C. & Bracht, N. F. etc. (1978) *Social Work and Nursing in Hospital Settings: A study of Interprofessional Experiences. Social Work in Health Care*, 8(3): 311-322.
- (本文作者現任臺中榮總社會工作組組長)