

急診社會工作臨床服務內涵之探究

溫信學

摘 要

醫療體系中的社會工作是臨床取向，直接面對就診病患和家屬，但隨著醫療權益觀念的倡導、新興法案的制訂、病患問題與需求更為多元複雜的情形下，本文以急診社會工作為主軸，指出在「案主為中心」的觀念下，從專業責任的三項實務服務取向：(1)支持性取向(support oriented)、(2)主動性取向(proactive oriented)與(3)協調性取向(coordinate oriented)，和法定責任中的責任通報服務與陪同偵訊服務，來檢視社會工作者其專業權能、角色地位和服務內涵。並就社會正義論點，以優勢觀點(strengths perspective)、種族敏感實務觀(ethnic-sensitive practice)、正義取向實務觀(justice-oriented practice)與充權實務觀(empowerment practice)來檢視急診社會工作的服務過程。文末並提出臨床社會工作專業服務建構上的限制和後援服務系統的困境，和可能的因應策略。

Abstract

In a medical system, clinical intervention is the major approach for social workers, which allows them to provide face-to-face services to patients and their families. Along with the advocacy of patient's medical right and new bill enactment, patient's problems and needs have become diverse and complex. This article aims at ER social work intervention, with the principle of "client-centered", examining social worker's roles, connotation of services and professional skills according to the following approaches: supportive, proactive and coordinative approach. Meanwhile, based on social justice point of view, it examines the delivery process of ER social work intervention from the perspectives of the following: strengths perspective, ethnic-sensitive practice, justice-oriented practice and empowerment practice. At the end of this article, it brings up the issues regarding limits of clinical social work services、short of back-up system and future possible strategies.

前言

我國在實施全民健康保險制度之後，整體的醫療環境與機能有了重大的改變，提供人民更便利性與親近性的醫療服務。醫療體系中的社會工作重視的是臨床實務取向，直接面對著就診病患和家屬，但隨著醫療權益觀念的倡導、新興法案的制訂、病患問題與需求更為多元複雜的情形下，醫療社會工作者其專業權能、角色地位和服務內涵在此情境下，會遭受何種的影響與挑戰？當前有哪些社會工作主要的思潮或理論觀點，對臨床醫療社會工作產生影響？本文將以急診社會工作的場域和服務內涵，來檢視前述問題。

壹、急診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。

從生態的觀點來觀察，急診室的物理環境和服務環境，相較於門診或住院病房，更容易顯現出緊張、快速、高壓力甚

至是混亂的情境，對處在期間的病患／家屬和醫護人員來說，容易因環境因素的變遷而干擾著醫療服務的品質，甚至會影響病患某些權益無法被維護（諸如隱私權、適當的空間等）。在此情境下社會工作的首要任務，是要能評估並指陳出，案主最迫切性的外顯需求和隱藏性需求為何？在現有的制度和規範下，可以提供案主或案家哪些資源。其次，根據評估結果，提供轉介服務（referrals），即試圖建構案主的資源網絡。

社會工作在醫院的急診室提供各種服務已有長久歷史，急診室往往需要為那些有緊急醫療病患提供迅速的服務。Bristow 和 Herrick（2002：28）指出急診室的社會工作者多半需提供以下的服務：社會心理評估、悲傷輔導與支持、受虐病患評估與轉介、出院準備服務、轉介社區資源、情緒支持、對病患或為病患進行教育與倡導服務。急診室經常會面臨許多重大創傷、瀕死病患，需要快速且有效率的提供評估與服務，社會工作者處於這種高度緊張的環境中，隨時都必須準備好去面對各種病患的需求。

急診醫療照護常為第一線面對緊急狀況病人之安危，然而，許多因素往往影響及病人之安全及性命。以病人為中心（patient-centered）之醫療照護模式，在1960年代就已被提出（Tryon PA and Leonard RC, 1966），然而在當時多偏向護理照護方面，隨著醫療環境的變遷，病人權益逐漸受到重視，加上醫療行為原本即是團隊合作的結果。以病人為中心之醫療照護無法僅侷限於護理照護，所有之醫療團隊成員，包括各級醫師、護理人員、醫

檢人員、社工人員及安全人員等皆應涵蓋於內。在國內，以病人為中心之醫療照護在 1984 年被提出（詹啓賢，1998）。臨床社會工作基本上是以「案主為中心」的工作模式，即視案主當下最重要與最迫切的需求，來進行專業的處遇或服務。

在醫療體系中，病患多因生理與心理疾病前來就診，當患者進入急診室，首先會接觸到醫師與護理人員，在檢傷診療過程中，如經病患主動告知或由醫護人員察覺到病患的傷勢、心理狀態有特殊情形（如受虐受暴、情緒問題、費用問題）時，多半會經由醫院內部的轉介系統通知社會工作人員協助處理病患的問題。另一方面，也可能經由社工人員主動的查房篩檢，而發現潛在個案需要協助，特別是根據各類法律規定所採取的法定介入服務。

在面對複雜的病患需求與問題下，Ponto 和 Berger（1992）研究指出，需要急診社會工作者介入之個案，可以區分為 5 大個案類型：(1)急性情緒病症者（an acute psychiatric episode），即懷疑因病患本身的自我傷害、憤怒攻擊或是急性情緒症狀病發所產生的身心病症。(2)急性生理危機者（an acute medical crisis），即長期患有身心症狀、長期依賴化學治療、或路倒遊民所產生的生理病症。(3)遭受家庭暴力或性侵害者（cases of domestic violence or rape）。(4)疑似遭受虐待或疏忽的兒童（包括性虐待）（child abuse or neglect）。(5)任何遭受身心嚴重創傷且有警察或其他機關介入者（any traumatic injury or illness），包括遭受攻擊傷害、性侵犯、家庭暴力、藥物濫用、酒精中毒導致暫時性的功能喪失者。

在國內，急診社會工作依臨床實務經

驗，大致將服務對象區分為：(1)高風險個案：指因身分或社經條件的弱勢，如獨居老人、經濟貧困者、路倒遊民，而需特別關懷服務者。(2)受虐個案：指遭受暴力攻擊、性侵害、虐待或疏忽，而導致生理疾病或致死者，常見如受暴婦女、受虐兒童等。(3)情緒失衡者：因人際關係失調、藥物濫用、自我認之偏差、罹患精神疾病，而有情緒失控或自傷行為者。無論其身分屬性或需求內容為何，社會工作需根據專業職責和法定責任，主動或經由轉介會診過程，介入案主在就醫期間甚至離院後的身心社會問題，以維護或增進案主的健康能力。

貳、急診社會工作之服務面向

本文就臨床實務觀點，從專業責任與法定責任 2 個視角來檢視急診社會工作的服務面向。

一、專業責任面向

臨床社會工作強調以案主為中心的福利理念，必須根據案主的整體性需求為其提供各項的專業服務，就急診患者的問題需求和社會工作的服務內容，下將其歸類為 3 種實務取向：支持性取向（support oriented）、主動性取向（proactive oriented）與協調性取向（coordinate oriented）。

(一)支持性取向（support oriented）

支持性取向的社會工作服務，即對於病患及其家屬，在急診室就診的過程中，當遇有各種生活需求及情緒適應上的問題時，連結各項資源，給予案主適當適時的協助和支持，目的在促使案主能在短時間內獲致身心的平衡狀態，及良好的治療或

休養資源，就其內容可歸整下述 4 項。

1. 實物支持 (tangible support)：社會工作者會針對案主的病情和留院治療的期限，審視其是否有充沛的自我照護資源，其中包括在行動上是否需要輔具協助，有無能力取得日常生活用品，是否需要代為聯絡相關人士等 (Dziegielewski, 2003)。通常缺乏足夠親友支持系統者 (如單身獨居、遊民)、高齡行動不便者，會有較高的實物支持需求。

2. 經濟補助 (financial assistance)：當面對經濟貧困就醫者時，社會工作者會評估其社經條件與身分資格，提供案主不同類型與程度的經濟費用補助，包括生活費用、交通費或醫療費用。多數醫院內部均設置有貧困病患醫療救助基金，可以提供部分就醫經費的補助或減免，社會工作者也會利用外部社會資源、福利團體或慈善組織，提供案主就醫期間或出院返家後的經濟協助。一般在急診室就醫病患因其在院期間較短暫，因此所衍生出的經濟需求額度多數不高，然特定身分者 (如未取得健保身分者、外國籍勞工等) 則會有較高的經濟需求；此外，特殊就醫者 (如遭受家庭暴力或性侵害者、路倒遊民) 則要根據各縣市政府之規定，協助取得經濟補助的資格和費用。

3. 病患支持 (patient support)：經由醫師醫療診斷後，某些病患會無法接受診斷結果或被要求的治療，而在情緒上會有不適應的症狀，如憂傷、哭泣、憤怒、逃避、拒絕等，社會工作者便會對病患提供身心支持與簡短諮詢服務。另外，對於受虐病患和災難事件的創傷者，則透過陪伴診斷驗傷和個別會談的方式，促使期能認知當

前的自我狀態，並協助案主獲致暫時性的情緒緩解。

4. 家屬支持 (family support)：急診社會工作的對象不僅限於病患而已，多數時候，案主家屬親友是次要的服務對象，特別當案主病情不佳或是面臨瀕死狀態時，家屬的情緒反應多是激烈或嚴重失落；而社經條件低落，無法理解醫療診斷或治療歷程者，社會工作者便成為重要的溝通與支持者。在醫療過程中，「知後同意」是一項重要的處置步驟與觀念，醫療方式的決定是需要病患和家屬參與期間 (如選擇手術或放棄治療)，重大性的決策會帶給家屬高度壓力和不確定性的感受，社會工作者適時的關懷與介入，可以增強家屬的心理因應能力。

(二) 主動性取向 (proactive oriented)

臨床社會工作強調主動積極的服務，在醫療體系的日常運作中，例行性的查房與主動篩檢高危險群病患，是醫療成員的責任，急診社會工作者在此工作情境中，主動性的發掘個案並配合醫療團隊的治療計畫，才能提供患者最佳的服務。臨床上經常採取的主動性取向服務包含：危機干預、出院準備服務、社會心理評估與諮詢服務。

1. 危機干預 (crisis intervention)：危機被定義為是一種在個人一般穩定狀態中所產生急性的情緒混亂，導致個人一般因應能力中所覺知到的崩潰。對於因災難意外事件導致身心損傷者，或遭受暴力創傷者，危機將引起失落感，急診社會工作者會積極地介入案主在醫療過程中，所可能產生的適應問題，透過失落感以辨識個人的壓力生活事件成因。危機干預的目的在

於緩解案主最急迫性的問題，包括因病理因素或社會因素所引發的困境。譬如一位受暴婦女因遭受嚴重傷害，無法返回家中，有緊急安置需求，急診社會工作就需通報主責機關協助安排安置事宜。

2. 出院準備服務 (discharge planning): Haddock (1991) 把出院準備服務界定為「合作的活動過程」。活動包括病人和健康提供者，他們在一起工作協助把個案從一個機構的健康照顧轉到另一個機構。Hartigan 及 Browe (1985) 則認為出院準備服務應以確保連續性照護為目標，幫助病患、或健康人及其家屬，在最佳時機、最適資源、最理想價格下，找到解決她們健康問題的最佳方案。故出院準備服務 (discharge planning) 是統合醫療、社會、財務資源，利用個案管理的原則，在病患住院期間，安排適當服務使病患及家屬能及時獲致適當後續照顧。(引自吳肖琪等，1997)。由於急診所提供的是短期性的醫療服務，對於需進一步接受專科治療、長期療養者或可出院返家的病患來說，在出轉院的過程中，經常會面臨許多的問題。臨床上，最常出現的就是病患對醫療的期待與醫師診斷間的落差，急診社會工作者經常被照會請求協助處理病患出轉院的事宜。病患之所以會產生疑慮或抗拒，多半肇因於擔心後續照顧問題、缺乏適當的支持系統、經濟匱乏、對疾病治療方式的錯誤認知或醫病關係不良所造成的現象。社會工作者便必須瞭解病患滯院原因，協助提供社區資源，擔任資源連結者的角色，社會工作介入出院準備服務的目標，就是希望能促使病患獲得連續性的照護，並排除在出轉院時所可能面臨的風險

事故。

3. 社會心理評估 (psychosocial assessment): 病患的病情經常是動態性的改變，案主的病識感與對自身照護能力的瞭解時而會有所不足，社會工作者會根據臨床的指標，針對特定疾病、特性病患屬性，進行社會心理功能評估，以發掘病患的潛在性需求。尤其對於高風險個案，更會透過持續性的評估歷程，瞭解案主的疾病史、就醫史、家庭史或生活史，較周延的掌握病患狀態，以協助病患獲得較為長期的各式服務。

4. 諮詢服務 (consultation service): 提供病患與家屬一般性的資訊，諸如相關手續之辦理、福利服務的訊息、社區資源與活動，或是在疾病適應上與照顧上需注意的事項。諮詢並不涉及治療面向，而是促使案主能在急診室的期間，對相關權益或服務方式有更詳盡的瞭解。

(三) 協調性取向 (coordinate oriented)

1. 增進良好的醫病溝通關係: 目的在促進病患與家屬和醫護成員間，形成良性的溝通模式，病患在醫療期間，就是期待能獲得適切地「治療」(cure) 和「照護」(care)。對急診患者與家屬而言，最想瞭解的事情就是病情變化以及治療計畫，但高專業的醫療科學，對於社經條件較差、認知能力較弱或是表達能力不足的病患與家屬來說，不一定都能與醫護人員建立良好的溝通關係。故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。

2. 為病患進行權益之爭取: 醫療是採取高度專業父權的治療關係導向，社會歧視與偏見仍會發生在醫護團隊中，尤其是

相對弱勢的貧困病患（如遊民、精神病患者、受暴者），很容易在醫療過程中遭到二度傷害，視病猶親反而是一種妄言。社會工作者有責任對醫護成員進行說明與溝通，教育團隊成員對弱勢病患與特殊病患均應秉持正確的服務觀點，維護他們的就醫權與獲得公平正義的對待。

二、法定責任面向

在民主社會下，人群間的互動與交流，基本上都必須在人權保障與相互尊重狀態下進行，社會工作在社會中的主要職責，即是在協助處理當人們面臨遭逢需求不足、權益受損或社會歧視時，提供必要的介入。近年來，隨著社會福利法規制定與修訂日趨完善，依據法規之規範來執行社會工作服務，反映出社會工作責任與權力二者間的關係更形密切。

法定責任成為臨床社會工作者所應為的約束性規範，亦即社會工作的介入必須吻合法律規範的正當性與社會倫理要求的適當性，在此脈絡下，社會工作者必須要更熟悉在法律範疇下可以參與的層面。在法律規範下社會工作者常以許多不同方式，運用專業技巧來協助司法體系，包括：與犯罪受害人及目擊證人會談，以提供資訊給調查人員及法庭；向律師諮詢有關陪審團中最理想的陪審員、與其他的心理衛生專家共事，以決定案主是否有能力出庭；而社會工作人員通常也會上法庭擔任證人或專家證人（Barker & Brmson, 2000, 引自林明傑、沈勝昂, 2004: 515）。

對醫務社會工作者來說，當案主的人身安全已受傷害或需進一步介入保護時，除由醫護人員提供醫療協助外，後續的通

報服務、資源協調，都應在法律和專業規範下，主動積極的提供協助。就臨床實務觀點，與急診醫務社會工作關連較為密切的福利法規，主要包括：兒童及少年性交易防制條例、性侵害犯罪防治法、家庭暴力防治法、兒童及少年福利法和身心障礙者保護法等。

因此，當社工人員接觸到受虐個案、家暴個案、性侵害個案或是發展遲緩個案，都應將該案件通報至相關中心或單位，同時，告知案主其享有的法律權益保障的範圍。基本上，相關福利法案對醫務社會工作的規範主要在責任通報服務與陪同偵訊服務上。

(一)責任通報服務

即社會工作人員應根據法律要求，當發現有特殊人口或事件發生時，必須向主責機構，以文書（件）、電傳通訊等方式通報，其目的希望在時間限制下，對當事人提供立即性、完整性的各類服務。

我國自家庭暴力防治法制訂，以及兒童及少年福利法的修正通過後，政府已確立了兒童少年不再屬於父母、家庭的「私產」，而是將兒童與少年視為國家的資產，必要時需由國家確保親權（parenting）的遂行，亦即應以國家的責任來保障兒童少年的權益。事實上，兒童少年遭受虐待責任通報制度是將醫學上對於兒童少年虐待診斷予以法典化的一種作為，賦予醫學上處理兒童少年虐待事件的法律上權力。醫師與醫療專業人員因為責任通報制度，而獲得法律上的權力來決定兒童少年虐待的施虐者與受虐兒童少年，並且對相關問題提出建議。

因此，責任通報制度的規範有 2 個主

要的目標：

第一、此種規定可以鼓勵那些經常與弱勢個案（如受虐兒少、受暴婦女）有接觸的專業人員，以及知道受虐受暴者處於危險情境的社會大眾，將他們的受虐待事件通報給相關專業機構知悉（例如家庭暴力暨性侵害防治中心）。

第二、法制化的責任通報措施，由於規範了處理的程序，可以有系統地將各種受虐受暴事件與對象轉介給專業助人者，或具公權力的政府人員進行干預。其主要的目標，除了短期協助個案獲得保護與資源協助外，長期而言，則是促使案主能重新恢復或建立健全的生活模式。

急診醫務社會工作者在進行通報時，與警政司法的調查工作並不相同，所知悉的相關資訊或驗傷證明，只要對於疑似的受虐兒童少年或家暴個案具備合理懷疑的理由就可以進行通報。即使當事人或陪同就診的家屬與友人表明不需協助，但基於法律規範的強制性，社工者仍要進行責任通報。急診醫務社會工作者在進行責任通報時，必須填具特定的通報表格，如遇特殊緊急狀況時，亦得以電話或電傳工具知會各防治中心或通報專線。但可在書面通報內容加註案主之拒絕主動介入的意思表達。

目前醫務社會工作者，根據法律規定，需進行的責任通報可區分為：兒童及少年受虐通報、家庭暴力事件通報、性侵害案件通報、身心障礙兒童通報與出生通報等。社會工作者在通報過程中，多被規範需在 24 小時內完成通報工作，主要的目的是希望能在整合的機制下，對個案提供最立即的服務。且需遵守保密原則，以為

個案之安全，尤其在醫院內部處理有關性侵害案件的醫療小組，社會工作者是當然成員，更加突顯社會工作的專業職能。

(二) 陪同偵查出庭

為保護案主在司法或警察體系在調查偵訊過程中，能夠獲得適當地情緒支持或必要的案件說明，社會工作者得依相關規定陪同案主接受偵查或出庭，亦即社會工作者在執行陪同者、代言者的角色。一般而言，陪同偵查有實限於時間急迫或個案的特殊性，有可能相關的警政司法人員就在醫療院所內實施偵訊，此時，社會工作者的陪同主要在給予個案充分的情緒支持與慰藉，另一方面，亦可擔任偵查過程中資訊提供的角色。

而當受暴受虐個案案件如進入司法審判階段，有時候為了案情審理之需要，司法機關會傳喚社會工作者出庭擔任專家或專家證人。我國已從民國 92 年 9 月 1 日開始實施刑事訴訟法新制，包括全面合議審判及交互詰問之當事人進行主義的新制。檢察官與辯方律師對於性侵害或家暴案件在法庭上的攻防辯論勢將更為常見，檢方與辯方將有同等的地位為其當事人辯護（法務部，2005）。因此，專家證人也有可能愈為檢、辯雙方所採用。而醫務社會工作者多會和受性侵害受害者或家庭暴力受虐個案有所接觸或提供服務，因此有必要進一步瞭解在此司法新制下，社工人員所必須準備的專業要件與態度。一般在法庭上社會工作人員有可能會擔任的證人類型包括：事實證人（fact/lay witnesses）、資訊證人（material witnesses）、特質證人（character witness）、專家證人（expert witness）等，均有其不同的目的與功能

(Barker & Branson, 2000, 引自林明傑、沈勝昂, 2004: 522-523)。此外, 社會工作者擔任專家證人所需要提供的任務包括, 口語表達(上法庭陳述)和書面表達(撰寫評估報告), 且社會工作者擔任事實證人時應將焦點放在該犯罪之社會脈絡部分(Andrews, 1991)。在上法庭之前, 須對該案件有深入的瞭解、做好充分之預備, 或預作演練。

綜上所述, 急診社會工作的服務從專業面向與法定責任面向檢視下, 可看出其間的主要角色就包括:

(一)個案管理與資源連結: 對於當事人之整體性的個案管理服務, 協調及整合各項資源以協助當事人之所需。譬如個案需緊急庇護、保護安置或心理情緒輔導等。

(二)溝通協調者: 在醫院內部, 社工人員要和醫護團隊成員有良好的溝通關係, 對外部的社政、警政或司法機關也要為案主建立請良好的溝通機制, 使案主權益不至被漠視或受損。

(三)舉發通報者: 執行社會福利法案之法定規定, 社會工作人員是保護受到傷害弱勢族群之通報者, 這也是專業倫理上的職責之一。但在執行過程中, 社工人員必須告知案主通報的目的與可對案主的協助程度, 及其法律層面上的意義。

(四)專家諮詢者: 如當個案案件必須進入司法調查審理程序時, 且需社會工作者擔任相關專家或專家證人, 以為案主相關問題或狀態進行說明。

(五)教育增權者: 弱勢案主容易因缺乏資源與權力, 而懼怕面對施暴者或司法警政、社會福利的介入, 醫務社會工作者透過陪同診療與專業會談的過程中, 可以增

強案主的自我認知態度, 告知與教育其應享的福利權益和司法保障範圍。

Ponto & Berger (1992) 指出急診社會工作者具有三大服務優勢:

第一、社會工作者在有限的服務時間下, 相較於其他的醫療團隊成員, 具備更廣闊使用資源的資訊知識, 以有效連結病患各項所需。

第二、由於社會工作者多為在診服務或待命服務(on call), 因此病患的問題可以獲得立即性協助, 減少其他醫療成員的負擔, 使他們能專注提供患者的醫療性服務輸送。

第三、社會工作者擁有更好的能力, 激發病患在離院返家或返回社區後的自我照顧能力, 而非僅限於提供物質性的協助。

然而, 急診社會工作在面對服務多元化、角色多樣化的期待下, 當前的專業訓練和服務場域是否能提供充沛的發展條件? 來對於有身心疾病與社會資源不足的弱勢個案, 提供適時性的服務, 下將進一步就理論觀點來討論。

參、急診社會工作實務與相關理論應用之檢視

當社會工作者在實務上宣稱要以「案主為中心」和「維護案主最大利益」為服務原則時, 其背後的意識型態乃是奠基在「社會正義」的觀點上, 也就是無論是從道德面、法律面或社會面, 都主張社會成員應享有某種標準的生活條件與資源, 一旦當資源匱乏或權益受損, 且當事者無法自行解決或自我主張時, 社會工作者的介入及反映出其必要性與正當性。

對於進入醫院急診室求診的病患而

言，不外乎面臨著不同程度的生理疾病、心理病因或創傷性傷害。社會工作者根據專業責任或法定責任給予不同的介入服務，尤其是對弱勢病患與家庭、高風險個案的協助更優先性。社會工作者的介入、服務輸送之安排，乃至資源提供多受社會正義觀點的影響。但要進一步探詢的是，社會正義觀點的意涵與價值，應用在實務工作上是否是清晰的？

社會正義一詞出現在 19 世紀中葉，二千多年前亞里斯多德首先將其界定為，「相同的狀況應該被相同的方式對待，不相同的狀況則以不相同的方式對待之」。Rawls 在他的《正義論》一書中，提出「正義即公平」(Justice as fairness) 的理念，要儘量地將自然及社會環境對人所造成的不平等消滅到最低程度，使大家在競爭的出發點上平等。揭示關於自由、平等、社會合作，以及人的潛在本質(張世雄，2001：27~62；古允文，2001：79~99；吳老德，2001：60~61)。當代的社會科學認為理論與實務應該透過實證研究的過程才能檢證其成果，社會工作在追求更專精的專業化過程中，可藉由重要的理論觀點，來檢視社會工作服務的內涵與發展。綜融多元取向為當前在審視社會工作實務很重要的基礎，當代許多學者均提出，各種理論可以共同萃取出重要的價值觀念，本文將就優勢觀點(strengths perspective)、種族敏感實務觀(ethnic-sensitive practice)、正義取向實務觀(justice-oriented practice)與充權實務觀(empowerment practice)來檢視社會正義此一概念在急診社會工作的服務過程中，能否為案主提供適當的服務。

一、優勢觀點(strengths perspective)

優勢觀點其主要的內涵就是社會正義取向的臨床實務觀，社會工作者若缺乏優勢觀點的認知，將容易遠離同理心的範疇，甚至會譴責受難者(blame the victim)。該論點主張，當阻斷了個人內在資源與外在資源的使用時，當事者將感受到相對剝奪感，故應該要去激發當事者內在的力量與資源(Swenson, 1998: 530)。

(Weick & Saleebey, 1995: 4) 在其後現代取向社會工作實務《A postmodern approach to social work practice》乙書中指出，優勢觀點就是說，「每個人都知道自己該做何事與能做何事(what people know and can do)」，社會工作者要讓個人擁有參與的機會，助人的角色就是在於使社區發展(community development)、團體充權(group empowerment)與個人復原(individual resilience)三者間轉形互動。

就急診社會工作者而言，在面對弱勢病患時，特別經濟貧困或情緒失衡者時，要設法協助案主，透過自我檢視與對話的過程，去發掘己身上擁有的能力和優勢，無論生理疾病的嚴重程度為何，個人均有力量可以去改善當前的生活困境。另一方面，社會工作者在資源有限性下，為讓資源效益最大化，並降低福利資源的依賴或不當使用，優勢觀點的應用，將可讓案主及家屬有更佳的自信與勇氣，去面對和克服其所處的生活情境。

二、種族敏感實務觀(ethnic-sensitive practice)

種族敏感實務觀點強調，在日常人際

生活中，種族和種族主義是具有重要的象徵意涵，主觀經驗與客觀經驗會建構出不同的態度，故實務工作者應敏銳覺察出文化差異所形成的意象為何（Devore & Schlesinger, 1996；McGoldric, Giordano & Pearce, 1996；引自 Swenson, 1998：530-1）。隨著社會多元開放，外來人口的增多，社會工作者在面對非本國籍或原住民案主時，必須擁有「文化中立」（culture-free）的態度，並且覺察主流社會價值文化對這些成員所造成的影響和衝擊為何。就急診實務而言，例如對於因工傷送至救治的外籍勞工、被雇主性侵害的外籍家庭幫傭、失業而自殺未遂的原住民等標的案主，社會工作者在他們就醫過程中，要敏銳檢視其反應和能力，甚至潛藏的問題與需求，以提供各種資源和服務。譬如提供受虐外籍配偶，其母國語言文字說明的福利服務資料單張，使其也能獲得適當的協助，尤其對於語言溝通受限者，更應積極扮演溝通倡導的角色，以符合社會正義觀點中所重視的平等主義原則。

三、正義取向實務觀（justice-oriented practice）

正義取向實務可視為是臨床活動模式（clinical-activist model）之一，例如對長期性貧困的病患與原住民，他們可能伴隨多重問題。Rawls（1971）從社會正義的觀點發展出二個原則：第一、基本的自由就是平等，因為一個正義的社會每位公民應有相同權利。第二、每個人享有公平的機會和社會資源，不公平的資源是不應被允許的。社會工作者就是要促成社會正義的實現，透過團體與社區活動的改變，擴大

案主在資源運用上的能力與程度（Swenson, 1998：531）。對急診社會工作者來說，無論是高風險／高危機個案，或是弱勢個案，在改善生理疾病後，都將面對更多更複雜的社會生活，特別是在資源分配與服務輸送的層面上，因此，為其倡導和代理便成為實踐正義的應為角色。

四、充權實務觀（empowerment practice）

充權實務觀點強調要減低因內外體系的壓迫，而直接或間接造成人民權利匱乏現象。「充權」一詞有許多不同的意涵界定，包括(1)「個人充權」，即提高自尊心，增強個人在與環境面、社會面、心理面互動時的效能。(2)人際間的充權，即促使個人與團體間能有更佳的合作與整合（Simon, 1994 引自 Swenson, 1998：533）。臺灣社會工作界提出充權的觀念也有一段時間，對臨床實務而言，身心遭受疾病或創傷者，很容易在醫療情境中，弱化自己的能力。特別是對於受虐個案，更要善用充權的概念，以支持性的服務模式，來促使案主能有自信、有能力去建構更好的生活條件。惟在對案主進行充權的歷程，應該如何操作化、系統化的運用，或是充權的範疇應符合哪些界線，目前實務界尚未見到較為明確的共識，也容易使得充權僅成為實務的流行語。

前述這些理論觀點的核心，就是希望能促成社會正義的實踐。社會正義以臨床觀點來看，就是期待能讓案主的優點、生活脈絡與資源得到滿足。能以案主為中心來思考他們的權益，不因種族、性別、社經條件、宗教信仰、能力或性傾向而有

所差異。意也意味著，臨床社會工作者要能充分認知到，案主在經濟上、心靈上、生理上、社會上所面臨的「相對剝奪感」和「期待獲致最低層次的資源提供」的感受。當然臨床社會工作也包括了教育與倡導的工作，就急診社會工作而論，無論是對病患／家屬，或是面對醫療團隊成員，均是希望在這病理取向的醫療情境中，能讓案主獲得適切的服務。

然而，社會正義取向的臨床社會工作，在日益強調「績效導向」、「照顧管理」、「醫療商品化」的發展趨勢下，社會工作的服務到底是符合案主最佳利益，亦或是維護醫院最佳利益，頗值得進一步探究。

肆、急診社會工作所面臨的實務困境與因應趨向

臨床社會工作者必須省思一個問題，有哪些案主所應需要的需求是無法在現行的服務輸送系統中被提供？雖然在觀念上都能理解主動性、全面性的介入服務，才能提供外顯個案和潛在個案的需求，但實務上的困境卻和理想上有愈來愈大的鴻溝，下從臨床社會工作專業服務建構上的限制和後援服務系統的困境二點說明之。

一、臨床社會工作專業服務建構上的限制

(一)專業服務人力的問題：目前受限於臨床社會工作者的人數供給量不足，復又在醫院成本考量的因素下，醫院部門的社工人力明顯不足。相較於急診室內的醫護人員數量，社工人力是受限制的，這對 24 小時全年無休，持續有人力在輪調的醫療服務團隊而言，社會工作服務是很難全時

提供服務。那些應由社會工作者來提供的服務，在夜間或假日人力空缺的時段中，誰又擔負替代性的角色功能？目前在急診多半是由護理人員擔綱。在這樣的脈絡下，便會引發出「到底什麼才是社會工作的專業服務」？所謂的專業應當要具備服務內容排他性愈高、服務內容區隔性愈強，則其專業化的程度也愈高。當急診社會工作的服務內容無法全由社工師擔綱，則會出現二種局面。

第一、由其他醫護人員取代服務，社會工作的重要性及影響性便不易提升，甚至會面臨專業服務行政化或去專業化的疑慮。

第二、其他人員無法完全提供病患適當地協助，因此，案主的需求將被延宕或漠視，甚至剝奪了案主原本可以獲知的各種服務、福利資訊。

(二)專業服務內容的問題：在以證據為基礎的實務工作發展下，專業人員提供給當事人的服務過程，均應透過記錄方式留存下來，最經常使用的方式即為書面紀錄。在民主社會中講究責信及權益，因此，紀錄是最原始、最重要的文書資料與證據。專業人員須謹慎、具體、清楚地寫下所有的處遇內容，對當事人與對自己而言均是保障；設若一旦有司法訴訟上的需要時，紀錄會是最直接且重要的參考資料之一。

但就醫務社會工作臨床的狀況來說，目前實務界並沒有一套共同標準的紀錄格式，紀錄的形式與陳述用詞也有落差，而這將影響到紀錄的出具，在司法證據或資料參考上的效力。不當或不翔實的紀錄描述，將會損及案主權益，但似乎目前在這

部分的專業著力有限。因此，對社工人員來說，對個案所進行的每項處遇與評估，都要力求紀錄的完整詳實，尤其接案時間、會談時間、紀錄時間與通報時間都不可輕忽，周延性的紀錄內容，對個案來說也是一種責信的展現。

(三)責任通報的兩難：指案主意願與法令要求造成的落差，當受虐受暴或弱勢個案進入醫療體系主要的目的多半是為了處理生理疾病或驗傷，與相對人的關係，或是準備如何去面對未來的生活狀態，不一定能有清晰的表述或想法。當社會工作告知案主將會把其案件轉通報防治中心或主管機關時，有時候會遭到案主的拒絕，縱然經過理性說明或是教育充權的過程，也不一定有效改變案主的意願，但是社工人員仍需依法通報，在這過程中，社會工作者將面臨案主意願與法令要求的落差。但在倫理原則的規約下，當案主有生命遭受威脅或進一步危難時，社會工作的積極介入是可以忽略案主的主觀意願。

(四)法定責任的兩難：指醫事人員與社工人員在認知與執行的差距問題。責任通報制度中所範定的人員，是擴及於醫院內所有的醫療團隊成員，但是在高度父權機制的醫療機構中，醫師往往是扮演著支配者的角色，當醫師在進行驗傷或診療過程，雖然察覺病患的傷勢或生理現象成因可疑，有時卻未積極主動進行通報。甚至，醫護人員對「通報」有所偏見，認為這是社會工作者的事情，是否通報與其無關。而社會工作者又面臨人力有限，甚至專業地位漸趨被行政化的情境下，也會有執行受限的感慨。而這樣的認知落差極有可能影響個案能否在第一時間內獲得公權力的

介入保護或後續服務。

二、後援服務系統的困境

(一)資源與資訊的不確定性：相關的受虐受暴案件在我們的社會是逐年增長，後援服務系統的連慣性與周延性，就會影響個案能否得到立即性、適當性與充沛性服務的關鍵因素。社政體系下的社會工作人力也是有侷限性，尤其要推展 24 小時的通報與介入服務，所需耗費成本將十分龐大。但在資源有限下，社會工作者也會面臨資訊與資源不足的困擾，當我們對於相關法律的要求與資源是否存在產生不確定時，是不容易提供個案適當的協助。

此外，隨著整體社會經濟發展的遲緩，在社會資源的募集和供給上，也出現退縮與不足的現象，尤其經濟弱勢的案主，仍然會面臨經濟壓力，社會工作者也因為對外在環境因素的不確定性，如經濟補助的範圍、安置長期照護機構的安排，而不敢給予病患適足的承諾。

(二)追蹤服務的限制性：就急診社會工作而言，轉介服務是經常在進行的工作項目，對於特殊與弱勢個案的協助與通報，都是在履行法律與專業的要求，但是後續性的追蹤服務，在現行的環境下，不易有效執行，尤其許多有身心社會症狀的病患，必須接受持續性的治療與照護。然而，醫療單位與其他機關間的合作，仍存在許多的疏漏和不連續的情形，對於重視整體性、連慣性的專業期待來說，實務上尚存有許多限制。

故針對上述的實務困境，本文提出可能的因應思考方向。

一、開拓在組織內部的正式參與機會

面對當前醫療生態與服務模式不斷變遷，對處在高度專業分工醫療體系中的社會工作者而言，其角色與功能必須要朝向更多元開創的視角思考。根據 Mizrahi & Berger (2001: 175) 針對 340 位美國醫務社會工作者所進行的一項研究調查提出，社會工作者必須要積極開創新的服務模式與服務領域，而非僅在爭取更響亮的工作職稱，未來社會工作者可以著重擔任個案管理、病患照護團隊與整合團隊的任務，透過跨團隊訓練的歷程，來拓展社會工作服務輸送的範疇。

其次，擴大參與機會的目的，在於能對其他醫護成員進行教育與宣導的工作，縮短對於社會工作服務認知的差距，並且能促進與說明弱勢病患除生理疾病外，尚會存有哪些重要又迫切的需求，而需要經由社會工作的社會心理評估歷程、配合相關法律規定與資源的使用，來增強病患身心功能的適應力，以期早日使病患回復到健康狀態。

參考文獻

- 古允文 (2001) 平等與凝聚：臺灣社會福利發展的思考，收錄於瞿海源、顧忠華、錢永祥主編，平等、正義與社會福利，79~99。
- 吳老德 (2000) 正義理論與福利國家，臺北，五南圖書公司。
- 吳肖琪、林麗嬋、鄒平儀 (1997) 出院準備服務計畫評估及出院準備服務理想服務模式之建構，行政院衛生署 86 年度委託研究計畫。
- 林明傑、沈勝昂 (2004) 法律犯罪心理學，臺北：雙葉書廊。
- 李少軍等譯 (2003) 正義論 (A theory of justice)，臺北：桂冠，譯自 John Rawls。
- 法務部 (2005) 檢察官的新挑戰，http://www.moj.gov.tw/chinese/g_25_detail.aspx?id=320
- 張世雄 (2001) 自由主意、社會福利與公民習性，收錄於瞿海源、顧忠華、錢永祥主編，平等、正義與社會福利，27~62。

二、建構服務網絡轉介互饋機制

跨專業、跨團隊的服務是明顯的發展趨勢，為案主建構服務輸送網絡、形塑支持系統也是社會工作所期待實踐的服務內容，為真正使弱勢案主及家庭，能夠獲得周延、有品質的服務，社會工作應試圖建構服務網絡轉介互饋機制，也就是不再只是單向的轉介或通報服務，不同部門間訊息的有效交流、及時傳遞，才都能落實社會正義和為案主謀求最大福祉的理念。

三、增進社工實務與理論觀點的連結

憑著感覺做的年代應該讓其逝去，臨床社會工作的服務模式，必須在更多理論觀點的應用、檢視、反省與修正的歷程中，建構出立論穩健的處遇方案。臨床工作者應被鼓勵與主動積極的進行實地研究，方此可縮短知識與實務的落差，形成更良善的助人專業活動。

(本文作者為臺北榮民總醫院社工師)

- 莫藜藜 (2002) 醫療福利, 臺北: 亞太出版社。
- 詹啓賢 (1998) 衛生醫療體系再造, 醫院雜誌, 32(6), 1~6。
- Andrews, A.B. (1991) Social work expert testimony regarding mitigation in capital sentencing proceedings. *Social Work*, 36(5), 440-445.
- Barker, R.L., & Branson, D.M. (2000) *Forensic social work : legal aspects of professional practice*(2nd). New York : Haworth.
- Bristow, D., & Herrick, C. (2002) Emergency department : The roles of the nurse case manager and the social worker. *Continuing care*, 21(2), 28-29.
- Cooper, M.G., & Lesser, J.G. (2002) *Clinical social work practice : an integrated approach*. MA : Allyn and Bacon.
- Dziegielewski, S.F. (2003) *The Changing Face of Health Care Social Work Professional Practice in Managed Behavioral Health Care*, 2nd Edition. New York : Springer Pub. Co.
- Mizrahi, T., & Berger, C. S. (2001) Effect of a changing health care environment on social work leaders : obstacles and opportunities in hospital social work. *Social Work*, 46(2), 170-182.
- Ponto, J. M., & Berger, W. (1992) Social work services in the emergency department : A cost benefit analysis of an extended coverage program. *Health and social work*, 17(1), 67-75.
- Soskis, C.W. (1985) *Social work in the emergency room* . New York : Springer Pub. Co.
- Stern, P. (1997) *Preparing and presenting expert testimony in child abuse litigation: A guide for expert witnesses and attorneys*. CA : Sage Publications.
- Tryon, P.A., Leonard, R.C. (1966) A clinical test of patient-centered nursing. *Journal of Health and Human Behavior* (7) 183-192.
- Swenson, C. R. (1998) Clinical social work's contribution to a social justice perspective. *Social Work*, 43(6), 527-537.