

# 對傷殘、社會工作角色的新模式

余漢儀節譯

原文 Title: "A New Model of the Social Work Role in Relation to Disability" 本文節譯自 The Handicapped Person—A New Perspective for Organized & Edited by go Campling Social Workers? Published by RADAR, Produced by Ashstar Creative Studios, 9 N. Mews W.C. 1 Oct. 1981

作者簡介：麥克·奧立佛(Mike Oliver)在十七歲時因一次跳水意外而致四肢麻痺，但終於在一所少年感化院中擔任義務教員。在肯特大學(Kent Univ. of Kent)取得社會學學位後，他繼續攻讀博士班，目前他是全英國唯一的有關社會工作與肢體殘障的講師，也負責在肯特大學的資格試後的課程，他著有「有關傷殘者的社會工作」一書（即將出版，在BASW/MacMillan的「實用社會工作」選中集）

## 壹、前言

在論及社會工作的貢獻前，我們先要看看自希布(Seeborn)以來，對肢體傷殘所提供服務的發展；介紹有關傷殘的新觀點（姑且稱之為傷殘的社會模式）之前，我們先探討傷殘的個體模式；最後冀望能分出社工實務的社會模式。已往只有在保健系統（醫療社工）或志願組織中提供傷殘者及其家人協助，如傷殘兒童贊助協會(Invalid Children's Aid Association)及痙攣性患者協會(the Spastics Society)。少數地方性的政府醫療部門在五〇年代開始提供服務，員工主要是醫療社工員，有些是職能治療師；在希布之前的福利部門也提供肢體傷殘者服務，但大多都不受過訓練的社工員，除了物質援助、資料提供及住院療養外，也很少作其他的服務。

## 貳、社會服務部門的角色

希布的報告可說是個起點，它在七方面論述肢體殘障服務的建立：

- 一、迫切需要建立肢體殘障者的服務。
  - 二、對肢體傷殘後多面而複雜的問題性質及範圍的精確定義需要密集的研究。
  - 三、社會服務部應負責肢體殘障者及其家人的社會工作，提供職能治療、住宿及日間中心、假日及家庭協助、伙食、運送、看護服務等。
  - 四、更需有對殘障學者的協助，對殘障兒童及青年提供就業指導的技巧及時間性也須有更多的實驗及深思。
  - 五、有關服務的協調端賴團隊精神，目前想在各處來指定某一形態的機構來提供，是不切實際的。
  - 六、有賴更寬廣的訓練和眼光，社會服務部應着重在其家庭及社區的範圍內來協助傷殘者個人。
  - 七、若無志願團體協助，地方政府是不可能提供有效服務的。
- 根據這份報告，在一九七〇年頒佈的地方政府社會服務法案(Local Authority Social Services Act)，成立今日形態的社會服務部，而將

對殘障的七項建議納入一項國會法案中 (Parliament Act) —— 一九七〇年的慢性病及傷殘者法案 (the Chronically Sick and Disabled Persons Act)。很不幸的是，法案通過時，也有其他立法通過，使新的社會服務部有一大堆責任，在需求大幅增加，資源有限的情勢下，兒童、老人工作案例增多，年輕肢體殘障者似乎就理所當然的被忽視了。有很多殘障案主從未見過社會工作員，倒是職能治療師常取代其功能，發揮支持案主家人的作用。

建議二雖已立法促成，但所有地方政府各自進行調查，其正確性卻有疑問。大多調查僅顯示聯邦政府所估計傷殘人數的一半 (Harris, 1971)，且都已過期了。Warren, Knight & Warren 於一九七九年接續其原在 Canterbury 所作調查，發現有二三·四%的亡故，四·九%遷移他處，五·一%則在醫院或居家接受永久性照顧。在受試者的需要上也有相當大變化，某些人需更多協助，而某些人則減少。當然，這研究並不包括當時成爲傷殘者的樣本，所以，要想正確顯示某地區傷殘者的需要，顯然是件複雜而耗時的工作，有些人更認爲如此消耗財力，不如直接提供案主服務來得更有建設性。

建議三，更幾乎沒有部門敢宣稱如此的服務，受傷住宿及日間中心的養護更迭遭批評，主要因爲它們提供服務的內涵。其他像職能治療、飲食運送等也被批評未有合適的物資人力配合。

建議四，是由就業服務執行，在英格蘭及威爾斯區，每個政府教育部門都有就業服務專家爲殘障者服務，然而 Rowan (一九八〇、七一) 指出：在七八年七月，十八歲以下的年輕人有六%登記失業超過二六週，二·五%超過一年；相對的殘障失業人口登記則爲三〇%及一三%。大多數社會服務部不願指出傷殘青年職業以外的需要，主要是怕引起期望及需求激增。

希布建議五是針對改善服務間的協調，但 Blaxter (一九八〇) 及 Phelan 指出：「殘障服務中的協調特別顯得不足」。在地方志願團體和政府機構的關係，幾乎沒有研究探討過。Hatch (一九八〇、一〇五) 發現：志願團體雖能表示其需要，卻無法扮演一個積極督促者的角色。

要判斷自希布以來的進展是困難的，但由上列資料，我們可結論：雖然前頭還有很長一段路要走，但我們也有了一些成就。

## 叁、為殘障者的社會工作服務：

CCETSW 認爲在下列情況中應使用專業社工員：

- 一、基於個別性、團體或住宿性的，提供殘障者及其家人個人的社工協助。因爲殘障情況，案主常經歷特殊之困難，加內在或外在環境之壓力。
- 二、爲判斷案主及其家屬的整個境況及特殊需要。
- 三、在殘障者復健過程中儘可能協助，提供養護、支持、輔導協談等。
- 四、在社會工作的角度，督導、訓練替殘障者的社會服務人員，且儘可能使案主也加入這過程中。

五、協同其他專業人員一齊計劃、協調，以案主所居地爲根據，考慮及所有相關的社區因素，包括了居家支持性服務。

理論上聽來很不錯，但實際上社會工作者的角色卻非常有限。雖然殘障者急需社會工作者，但基於下述原因，社會工作者卻不願全心投入此一特殊團體工作：

- 一、將此類團體置於次要地位，對這行沒有工作展望。
- 二、對與此類團體工作的潛力缺乏瞭解。就像 Triechmann (一九八〇、四一) 所說的：「許多人認爲在肢體殘障圈內工作一定充滿挫折，因爲案主需要全天候照料，是充滿悲傷、沒有夢想的殘缺生活。事實上，恰恰相反，人類面對困境時的潛能是很驚人的（一向被我們低估）」，在肢體傷殘的復健中是令人欣慰的。」
- 三、由於已往差勁的有關殘障的教導，工作員認爲自己無能或不合適。
- 四、個人對殘障的恐懼。

但最主要的批評卻是，社會工作像其他專業一樣，採用了不正確的傷殘理論或模式——指「傷殘的個體模式」，包含醫療模式。以下就讓我們就先討論何以目前這種模式不適合。

## 肆、傷殘的個體模式 (The Individual Model of Disability)

此模式認為傷殘者所經歷的困難直接和他的傷殘有關，所以專業人員的職責就是要使傷殘者適應其本身的傷殘。首先是藉復健方案，使其儘可能恢復到身體正常一般的情況；其次即為心理調適，助其接受身體上的缺陷。雖然這兩方面都有可疑之處，但因為後者與社會工作最有關聯，我將專門討論此觀點之不當。

它先假設有一連串的心理調適機能會出現，（如借自「臨終及死亡」此領域的一些說法）假設傷殘者會經歷一種特別的損失，結果是沮喪，為了能接受後來這種「失落」，他們會經歷「悲悼」的過程，就像那些失去至愛者的人所經歷的「悲悼」一樣。唯有經歷如此過程，個人方能適應死亡或傷殘的狀況。在紐約大學醫院(New York Univ. Hospital)最近的一個研究中(Weller & Miller, 1977)，甚至發展出四肢傷殘者經歷的四個階段說：1. 震驚——對脊椎受傷的立即反應是嗚咽、歇斯底里，有時則有心理上種種幻覺。2. 拒絕——拒絕接受不可能完全復原的事實。3. 憤怒——常投射於其週遭身體活躍之人，因其對比將一直提醒傷殘者所失落的。4. 沮喪——這是對嚴重及永遠傷殘情況較真實及合宜的反應，且為欲達調適、復健的必經階段。

Albrecht (1976) 將此類及其他類似設計稱為「發展模式」(Developmental Model)，對其假設頗不以為然：

- 一、個人須逐步經歷所有階段，最後成爲全然社會化。
- 二、只有一條路徑經過這些階段。
- 三、可用操作式標準很清楚的指出個人在何種階段。
- 四、每一階段及全部歷程都有個時間性。
- 五、此階段無可逆性。

此模式不僅被用於「脊椎受傷」，在「失去視覺」這種情況也有類似想法(Fitzgerald (1970)) 就指出對失明的四個標準反應階段：不信、抗議、沮喪、恢復。對此模式有許多可議之處：1. 這類理論所引伸的觀點，都認為人是受臨到他身上之事所決定——只有經歷許多心理機能或一些固定的步驟才能達到對傷殘的調適。2. 調適似乎是個人的事，是傷殘者的問題，結果就忽略了家庭及社會情況。3. 此種解釋不適用於很多傷殘者的個別實況，特別是脊椎

外傷，他們未必會哀傷或經歷連串的調適步驟。

不僅有脊椎受傷者質疑，Clark (因戰爭而失明) 也說：「失明未必涉及個人智能及情緒，主要的改變是他和外界的關係，以前是他非常熟悉而無須思想的。」事實上，是我們用的字眼太曖昧，如描述一場戰禍爲「盲目的」來指出此事的暴烈，而失明者只覺得對他往昔所習慣的事物失去了視覺影像，只有當他陷入別人套在身上的模式時，才會覺得自己有如「在黑暗中」，在大眾用語中，「盲目」涵蓋了很多其他意義。

這種傷殘模式有兩個特點：(一)此種理論依附於心理上的假想，理論家想像成爲傷殘將像什麼，假設將是個悲劇，所以認爲這種遭遇將需要心理機能調整。很明顯的，這種心理上的想像未必是理論或研究的一個合宜起點，它只是一種價值判斷——假設傷殘是個悲劇，而非可以不同角度解釋的一種現象而已。(二)這類解釋是個別化，在政治意味上很方便。當傷殘者無法內化專業人員所訂的復健目標，或不斷困擾他當地的社會服務部時，他會被認爲是傷殘調適上有問題，而不會對現存的社會有所挑戰，復健者所訂的目標不會被質疑，至於福利部門無能提供適宜的協助更無人過問了。

雖然以上說明了一般人採用這種心理模式的理由，但為何還有些研究經驗似乎驗證這種理論的可信呢？事實上，這些理論是「自證」的，在方法學上而言，是將研究先制約，使他們認爲傷殘調適是困難的，然後研究者提出有關那困難的一些問題，所得到的答案即被認爲是有效的社會事實。這種思考範型(Paradigm)暗示了傷殘者應是悲傷或甚而悲劇性的，深刻於我們社會意識中，又經過刻板化的傳播媒介所強化。事實上，有很多四肢麻痺及失明者都能正常的生活調適本身是很平常的，根本不是一種困境；但除了 Ann Sheares 的書外，我並沒有發現其他假設傷殘爲正常現象的研究。

很多傷殘者並非透過學術界、心理學家或參與研究方案，而是在日常生活中與專業工作者的接觸將這種理論內化。更糟的是，專業期刊也散佈這種理論，在「職能治療」的一篇文章中，不止聲稱個人必須經歷震驚、拒絕、攻擊……化淨等過程，且案主須作很多調整——包括身體形象、角色形象、安全感的失落、自尊的失落等等。這種現象顯示了研究所認定及描述的心理機能及過程

本身就成爲研究結果。Trieschmann (一九八〇、四七)曾質問：某些專業者的出版物反映悲哀的必須性，是真的嗎？會不會只是專業者毫不質疑使用心理病的名詞及理論概念來描述人們對異常環境的正常反應？會不會是在描述根本不存在的現象？會不會是將傷殘案主放在一個進退失據的境況中？「若你有傷殘，你一定就有心理困擾，若你說你沒有心理困擾，這是一種拒絕反應——心理困擾！……有些傷殘者覺得是專業人員的受害者，他們寫文章描述對脊椎受傷的反應多半植基於理論而非事實。」

不論批評如何，個體模式仍然控制了傷殘的思考形態，是這一行裏多數人奉行的一套典範。

## 伍、傷殘的社會模式

這個新的思考範型只不過是將注意力由特殊個體的生理限制，轉移到物理及社會環境加諸於某羣人身上限制的方式；認爲「調適」是社會的一個問題，而非傷殘者個人的責任，整個社會願意調整多少它的模式和期望，以包容那些有傷殘的成員？又願意移去多少加諸於其上的種種障礙？「生理上的損傷」(physical impairment)與社會情況所稱的「無能」(disability)之間的差異是我們該瞭解的，所謂「損傷」是肢體部份或全部的欠缺，或有不完整的肢體、器官或身體機能；而「無能」則是由現存社會機構孤立、隔離生理有損傷者於充分的社會參與，所造成的活動上的不利或限制。所以生理上的傷殘就成爲一種特殊形式的社會壓迫。「傷殘的社會模式」這種思考範型，基本上影響了我們的世界觀及我們看問題的角度。以住屋爲例，「個體模式」會注意到傷殘者進出、使用廚房、臥室、浴室等所遭遇的問題，而「社會模式」則會探討住屋的設計是否適合居住者特定的需要，若環境的各類特質限制了(原可避免的)傷殘者的功能，那是「住屋無能」(housing disability)。

同樣的，愈是特別需要專業資訊以協助有意義的社會參與的傷殘者，他們所能得到的答案卻愈是令人困惑、複雜而曖昧不清的，在我們社會裏，資訊展示並取得的方式常常造成他們活動的受限，而被排除於社會生活的主流之外。

我們稱此現象爲「資訊無能」(Information Disability)

將此模式應用在工作上，也提供我們相當有價值的看法。在整個工作的世界中(建築物、機械設備、生產流程、職業安排，甚至社會科層)，是以追求最大利潤爲目的，特別是大規模的工業成長更將傷殘者排除於生產過程之外，而將健全個人嵌入生產體系內。我們不難瞭解，社會上將傷殘者視爲倚賴、無法獨立的說法，不是來自於他們因生理上限制而無法工作，主要是因爲我們現代生產組織的方式。

此一模式不再視傷殘者有毛病，重點由傷殘個體轉移到環境，當傷殘者不能操作某項工作時，或由於建築物設計不合適、別人不切實際的期望、生產組織的方式不妥等等。這個模式對社會工作有何涵義呢？在下節將討論這個問題。

## 陸、社會模式及其對社會工作之涵義

當我們想到近年來，社會工作者對一連串的主題，由性治療到社區工作，由兒童家庭到死亡，由青少年犯罪到心理病等的探討，有極多數量的出版；但就我所知，卻沒有一本有關社會工作對肢體傷殘的書，顯然的，社工專業無論在理論上或實務上都沒有予肢體傷殘持續的關注。但是，由另一方面來說，對傷殘採取錯誤模式的社工者因缺乏興趣而沒有擴大那錯誤模式的影響，毋寧說也是一種幸運。一般認爲理論僅以實務爲基礎，然而當實務工作者若已內化不當之模式時，要的實務來驗證理論無異是自招災厄，因爲這僅會導致殘障的個體模式在理論層次的強化，所以我們在考慮實務應用前，不厭其煩的想嘗試奠定其理論基礎。

由傷殘的個體模式轉到社會模式，並非就否定個案工作，它視個案工作爲一連串有效處置中的一環；它並不否認某些人或會爲其失去健全肢體而悲哀，只認爲這種觀點不該左右了社工者對問題的判斷。以下即爲一實例：

某人連絡當地的社會服務機構，請他們協助油漆天花板，但卻惹來一次長時間的個案訪視，而類似這種處置應是多年前他剛跌斷脊椎時才需要的。

同樣的，團體工作不僅專注於個人的需要，製造一個治療的環境，在其中個人及家庭能接受傷殘的存在；團體也可當作資訊庫，提供有關的特別福利、知識，何處、如何可得到特別服務；甚至於成爲自助的基礎，給個人自信，確認他們的無能並非來自肢體上的缺陷，而是由於社會上不適宜的組織安排方式。

以社區工作方法爲處置也是有驚人的潛力的，目前已有頗多地方團體注意到物理環境使人無能的方式，有無數的報告及指引已陸續出版。有些社區工作者已組織當地傷殘者的團體會議，肯定在地方建設上應將傷殘者的需要列入考慮等等，例如椎脊傷殘協會（Spinal Injuries Association）最近雇了一位工作人員，協助其成員透過三千位會員的集體智慧、經驗互相支持，也提供資訊來解決他們的問題。

無疑的，前已有些社工人員或部門指出，整個社工專業並未有系統的發展。出有關傷殘理論的觀點；而往後這幾年，如何兼併理論及實務來創造個體模式以外的另一種思考範型是非常重要的。只有當社會模式取代個體模式後，才能有效的滿足傷殘者的需要，對致力於這行的專業人員也才有吸引力。

## 柒、結 論

本文提到社工專業至今幾乎沒有注意到肢體傷殘，這或許也是社工之幸，因爲社工如同其他專業一般，採取了錯誤的傷殘個體模式。目前已有跡象顯示，由個體轉換到社會模式，這種轉變的有效主要因爲傷殘者個人及個別專業者的協助。現今應是社工這專業本身來參與，及社會工作者扮演關鍵角色的時刻了，與傷殘者工作，不再是使個體適應於私人的不幸，而是助其取得個人的、社會的、經濟的，及社區的資源來活得最完滿。

當論及轉換成社會模式對社會工作的涵義時，我們着重於目前一般的題材，有兩方面是很明顯的需要進一步的發展：所需要的社工技巧的種類，及整個組織結構的內涵。我們期望社工專業在未來幾年中會注意到它們。

## 培育孤苦兒童的溫牀

### 臺中、慈光、光音育幼院簡介

臺中市設有一所省立臺中育幼院及慈光、光音二所私立育幼院，共有三百多位貧困的孤兒接受他們的輔助，每年有無數的孤兒離開育幼院成長自立，成爲社會有用的中堅分子。

省立臺中育幼院設立於民國三十七年，創立迄今已有三十四寒暑，這期間撫育無數的孤苦兒童，如今許多過去的院童在社會上都得了地位及名望，對社會貢獻良多，不僅消極的替社會解決困難，更進一步的替社會預防了不少問題青年的發生。

慈光育幼院於民國四十九年由李炳南教授創立，院址在瑞光街九號，現任院長郭秀銘，目前該院內有三十四名院童，從幾個月大至高中都有，該院內有七位老師，負責院童們所有的生活，該院所撫育的兒童只要願意升學，該院一定供給學費，讓他們完成學業，不論是高中、專科或是大學，一直撫育他們能夠獨立生活爲止。

臺中光音育幼院是向上兒童福利基金會附設的機構，除了光音育幼院外，還有臺中育嬰院，光音育幼院在臺中市淡溝北巷六十一號，創立於民國三十八年，目前院內有四十三位院童，院內以家庭爲單位，每一個家庭有一個老師，共有家庭老師六位，現任院長劉昭惠。臺中育嬰院位於樂羣街一三四號，院長爲劉寶鏗，育嬰院設於四十二年，最初僅限於育嬰部分，自民國六十七年三月，劉寶鏗院長接任以後，積極著手策劃，六十七年七月設立了未婚媽媽之家，俾年輕涉世未深懷孕而無處可去的未婚媽媽棲身處所，自創設以來，幫助了許多未婚媽媽的困境，院內並自六十七年設立領養服務，不但幫未婚媽媽所生的小孩安置適當的家庭，同時也讓夫妻不能生育而渴望有小孩的家庭得償宿願，除此之外該院並設有育嬰部，採託嬰式幫助夫妻共同上班不能照顧小孩的家庭。