

# 癌症病人的服務

## 對社會工作人員的挑戰

◀ 謝 美 娥 ▶

### 壹、前言

「醫師，我是不是得了癌症？我還可以活多久？」，「醫師，我的病為什麼都沒什麼起色？我是不是得癌症？」病人聲聲的呼求，句句的詢問，在病房裏，是屢見不鮮的事。而許多醫護人員，在面對病人提出類似的問題時，其回答常常是：「不要疑神疑鬼的，你只要安心靜養，遵照醫院的治療計劃，很快就會出院的！」

癌症：一般人聞之色變。一聽到癌病名字，立即聯想到死亡。不錯，癌病一直是現今醫學界的挑戰，也是未來醫學界努力克服的目標之一。以現在醫學的進步，也只有三分之一的癌病患者得到治癒的機會，其他約有三分之二的患者，在診斷確定後，於不等的時間內，因癌症或相關病症引起死亡。其他雖未死亡者，也經年累月提心吊膽着。有的就心病症再復發，有的則雖經過根治性手術或放射線治療，藥物治療，仍一方面擔心再發。一方面飽受外科手術後形體改變，引起之社會心理適應壓力之摧殘或放射線治療後的副作用影響。例如：乳癌患者做乳房切除術，子宮癌患者做子宮體或附件之切除術，鼻咽癌者做的下頷手術。其一方面擔心身體功能是不是繼續保有，再方面由於形體改變，使患者的自我概念（self-concept）受到影響；至於放射線的治療，則患者可能會有急、慢性的反應，如噁心、嘔吐、白血球數下降、食慾不振、組織纖維化等現象。（註一）

由此，我們可以了解到人一旦患了癌症，其面臨的經濟、身體、心理、社會各方面的壓力是多麼鉅大。站在社會工作專業者立場，筆者並無意對癌症的各方面問題進行討論，而僅想站在社會心理層面，希望提供一些意見，作為社會工作專業同僚的參考。

有關癌症患者的社會心理問題和社會工作人員之處遇等，筆者分為四大部分探討。

- （一）癌症病人應不應該被告知，他、她得了癌症？
- （二）社會工作人員的角色，社會工作人員如何處理癌病患者的社會暨心理問題？分別從個案工作、團體工作和社區資源

利用討論。

(三) 處理癌症病人問題的社會工作人員，其身心的壓力來源有那些？

(四) 社會工作人員如何應對這些壓力？如何從工作中找到調適之道？

## 貳、應否將病情告訴癌症病人？

在醫療專業裏，關於是不是把診斷告訴癌症病患，其意見有很大的差異。比較一致的看法是均同意把診斷結果告訴病人的家屬。至於病人本人方面，則仍舊議論紛紛。有的專業人員認為：病人有權利知道有關他的病情和診斷的完整資料（一九七三年美國醫院協會 American Hospital Association 曾發表病人權利宣言 Patients' Bills of Right，其中一條提到這一點）（註二）。有的則認為：病人不必知道其診斷結果。如有名的外科醫師 William Oster 說過：「病人不必知道我皮包中所有的藥物，同樣的，他也沒權利知道一切在我心中的事實。」（註三）

所以提出這個問題的同時，我們就持正、反兩方面意見之理由分別申述。不贊成把診斷結果告訴病人者，所持之理由：

(一) 把癌症告訴病人，會讓病人情緒更加負擔，一般病人的反應是痛苦或憂鬱，如此會破壞他對殘餘生命去維持具有創發性的、生產性的生活之能力。也就是說，病人得知癌症診斷後，會惶惶不可終日，痛苦萬分，極度憂傷，而使他對後來的生活不具興趣。

(二) 大部分的癌症患者並不知道其患病實情（即使未表達出來）。病人想知道的是好的消息，而醫療工作人員自然應該尊重這個願望。

贊成把診斷與預後告訴癌症病人者之理由：

(一) 對癌症病患隱瞞事實，終究是不可能的。病人有自覺，他也會和其他的人溝通，從交談中會得到一些真相的暗示。

(二) 當病人正在懷疑其診斷開始對一些病兆特別注意，逐漸地，有一些自覺

之同時，如果又極力地不適當以樂觀的言辭來隱瞞他，將會造成他的不信任、仇恨與對人的情感隔離。病人是需要信任醫護工作人員，並得到親友的支持，以作為忍受疾病的原動力，若病人覺察到這些人欺瞞他，他就更感無力，更加痛苦。

(三) 實際觀察中，有些病人在知道其診斷後，仍舊能過着有意義而充實的生活。這些在知道其真實情形後，表現出對未來日子，仍可以過得更有價值和更自在。

(四) 外行人對疾病常有某種程度的情緒反應，當病人懷疑得了癌症，而卻被告之以相反的結果，通常使他們把焦急恐懼等情緒反應隱藏起來；如果把真相告訴病人，則醫療工作人員與病人之間可以公開討論這些恐懼的感覺，而用更理性的態度來瞭解自己的疾病。（註四）

大部分的調查顯示，病人絕大多數贊成要告訴他事實。Kelly 和 Friesen 在一九五〇年做的調查，發現於癌症檢查門診病人七四九個當中，有99%認為他們應該知道真相。那些已檢查出為癌症者，並已告知真相的病人中有89%同意該知道其真相。那麼不願意知道其真相的佔多少呢？Aiken-Swan & Eason 在一九五九年統計，一三一位坦白被告知診斷結果為癌症的病人中，7%對醫師懷恨在心，4%的病人會一直有情緒上的困擾。Celle 等於一九六〇年研究一〇一位病人，發現病人和家屬一同被告知真相的家屬，雖然在剛開始時情緒困擾似較大，可是，追蹤調查後發現，病人死亡後，那些病人被隱瞞事實而只告訴家屬們者，遺族的情緒困擾比前者大。（註五）

當醫療人員決定不告訴病人時，應該重新評估一些事實。通常，我們對癌症病人有不同的治療方法（外科切除術、放射線治療、化學藥物治療等，治療後也經常有一些特殊的反應），這種隱瞞，病人很快就會知道的，紙包不住火，在被病人發現後，醫療人員如何向病人解釋呢？決定告訴或不告訴病人時，可以由醫師單獨做決定嗎？醫師可以處理病人的心理創傷嗎？那些病人是可以告訴真相的，那些不可以？有沒有標準可循？我們應該自問，當我們很人道地否定事實真相時，是不是我們對死亡有着不足感、無力感？這是不是我們一種痛苦的自我防衛方式？

臨床上，現在的問題並不在『應該告訴病人』或『不應該告訴病人』。而是如何在適當的時候告訴那些可以承受打擊而仍可過有意義日子的病人。對於專業人員來說，應該有一個標準來指引他們。這個標準宜求個別化的判斷，而不可以當作放諸四海皆準的根據；應該經由醫師、心理技術、精神醫學家、社會工作人員一併討論後，根據病人和家屬的心理需求所作的揭露，而不是教條式的、機械式的坦白。

接下來，就談談解釋診斷時的建議。不同年齡層的病人，就同樣疾病常有不同的反應，因此考慮解釋時，年齡是一個不可忽略的要素。

左列的建議，主要是來自紐約市布朗克斯市立醫院（Bronx Municipal Hospital Center）根據經驗對乳癌患者所做的觀察。筆者整理如左：

（一）對於年齡較輕（三五〇歲左右），預後情況較有希望，治療可能需要花相當長時間的病人，應該告訴他們真相。但有一點需要確定，即病人對疾病的觀念很正確。首先告訴她，她並不會死，其次告訴她，仍需要不斷地觀察。

一般來說，這個年齡層的人，不論男女大部分較明智，有思考力，對自我的概念較佳，積極地參與社交活動。這類病人，隱瞞事實，常引起其懷疑，再三對相反結果的保證，反而無效。他們通常求生慾望與動機強烈。告訴他們真相，反而能够使他們面對問題，繼續過滿意的生活。由於這個年齡層的人，多半有其他人依賴他們生活，所以告訴他們事實，可以使他們有計畫安排其子女的生活。

（二）對於年齡輕，病況嚴重的人（即預後差），病人愈來愈疼痛，痛的時間也愈來愈長，劇痛的症狀，使他們更加不安和無希望，對這類病人，處理方式有兩種：

1. 病人若強烈想知道其診斷，則可以告知；若病人並不想知道，告知，徒增其不安與失望。

2. 對某些人來說，未知或不確定的事情會增加其不安與情緒耗竭不振，不確知表示對未來完全失去控制，這類病人往往最難處理，因為病情本身也使他們有失去控制的感覺，所以告訴與不告訴，均有同樣的結果。對這類病人，可

以採取的方式是：和病人分擔對疾病真實的了解、感受與其預後，並不告訴他們其診斷和最後結果（final product）。

（三）對七〇歲以上的人，知道病情並沒有治療上的價值，告知事實，徒增不安與焦慮，病人本身也很少要求知道真相。

對癌症病人解釋預後時，通常要告訴病人，病情將演變成慢性的，隨時有發病的危險，但這卻不一定表示一定致命。（註六）

總而言之，我們切忌和癌症病人玩心理遊戲，而應衡量其心理動力，方決定如何告訴他（她）。不告訴病人，並不是以相反結果欺騙，只是在溝通方法上應特別注意。在決定告訴病人後，則可以由資深主治醫師、社會工作人員和家屬一起來扮演這個惡魔的角色。

### 叁、社會工作人員的處遇

病人對於疾病診斷的反應，是相當主觀的，和預後之現實狀況往往不發生關係（註七）。也就是說，一個人的價值，深深影響他對疾病的反應。因此，社會工作人員在病人患病過程中扮演一個非常重要的角色，社會工作人員必須對疾病影響做心理暨社會的評估，以更切合實際的協助病患：

在醫療機構裏，社會工作人員的角色，可以分為五大項。（註八）

第一：社會福利的角色。

第二：醫療團隊的角色。

第三：社區健康服務的角色。

第四：醫療行政的角色。

第五：教育的角色。

第一項和第二項可以說是醫療社會工作人員的工作主體，其中更包括了結合社區資源，為貧困、急難患者作經濟、其他物質及知識性的補助；轉介個案、協同服務；協助患者的家庭做有關家庭、職業、學業、照護、法律、轉院等諸問題解決；促進病人醫療福利；提供或協助社會心理評估（social-psychological assessment）及技術，促成醫療——心理——社會之完整治療；輔導病人

之疾病適應及家屬協同治療的觀念；協助病人社會、心理復健；協助參與醫療的計畫及追蹤；說明病情、鼓勵就醫等等。

對癌症病人的服務，也要做到上面的要求，始能有所助益。

接下來，筆者願就社會工作的三大方法為模式，為處理癌症患者之社會工作員提供參考的架構。

(1) 個案服務 (Casework service)：假如社會工作員個案負擔量 (case load) 不是很多，而且癌症患者比較是急性時；病人相當退縮、拒絕與他人接觸；或體力無法支持，無法離開病房參加團體時，則可以使用個案工作服務法。事實上，在臺灣現階段的大部分醫院之社會工作服務，也是以個案工作法為主要的工作方法。

個案工作，特別是社會暨心理治療派的個案工作法，強調案主的自我抉擇權和接納 (self-determination & acceptance)。

Florence Hollis 的社會暨心理治療派，認為對個案做服務之前，應有所謂的社會暨心理研究 (psychosocial study)，對案主 (或病患) 做深入的瞭解後，再依據這個瞭解而做治療計劃 (註九)，見 Florence chap 14。在醫療機構裏頭，比較完整而為許多社會工作員作為診斷之架構，乃所謂「四個R的社會診斷」。這個診斷架構是挑雷穆斯 (Bertha L. Doremus)，在一九七六年提出的。這是對病患的社會角色 (the patient's social roles)、病患對疾病的情緒反應 (emotional reaction)、人際關係 (interpersonal relationships) 以及其他實際的資源 (practical resources) 四方面所做的評估。

由於這個模式有相當大的實用效果，筆者特別摘錄如左：

一、病患的個別化：病患價值觀的考慮 (視他或她為一完整，而獨立的個人)

二、病患疾病的分析：

(一) 技術資料 (對可能造成永久傷害的診斷與預測)

(二) 社會文化的影響

(三) 社會的應用性 (見\*)

三、疾病對病人及其環境社會影響之分析

(一) 病人或其家庭對他/她的問題或目標的知覺

(二) 社會體系的回顧

1. 角色 (roles) 以及社會功能：生活方式 (背景、能力和過去對處理問題的表現)。

2. 反應 (reactions)：對疾病或生活現狀的反應 (對處理問題的感覺、態度和動機)。

3. 關係 (relationships)：他/她在社會環境內的諸關係 (他/她和那些人有何種關係)。

4. 資源 (resources)：他/她處理問題的資源。

a 經濟的 (支付醫療費用的來源)

b 環境的 (社區、住處安排、身心的安全性)

c 制度的 (職業的、教育的、社會的機構)

d 個人的 (家庭、朋友、參加的社交團體)

四、醫療暨社會診斷 (整個印象與計劃)

(一) 評估透過四個R呈現的問題

(二) 醫療、個人、人際、外在的情況

(三) 決定處理措施及人選 (註十)

\*指可見度：病人的疾病是不是可以以肉眼一眼看出，如：是殘障或心臟病。

危急度：病人是不是認為其疾病造成身體或情緒的危機，而急於求醫。

長期性：疾病情況是否為慢性且漸進式的？

預測性：疾病情況是否需要長期繼續的治療 (如糖尿病) 或治療後可以完全康復？

在對於病人的疾病和社會心理情況做了評估之後，接下來就是要選擇使用處理的方式了。

Mary E. Richmond 把個案治療的方法，簡單的劃分成直接的 (direct) 和間接的 (indirect) 治療。前者是把社會工作員的心靈影響案主

的心靈 (the influence of mind upon mind)，後者是改變案主的人或物理環境。精神分析學家 Grete Bibring 在一九四七年，認為所有治療法，包括個案工作在內，其治療方法不外乎（建議、情緒疏解，立即影響（即環境操縱）、澄清與解釋。Lucille Austin 在一九四九年認為對個案的治療，若以改變案主的行為為目的，應命名為「心理治療」，並將之分為三種方法，支持性治療法 (supportive therapy)、領悟性治療法 (insight therapy) 以及經驗性治療法。(註十一) 此處，我們則採取這個分法。

支持性治療法是使用心理支持的技術，其目標乃是預防自我功能脆弱的患者，進一步的崩潰。也就是說，是在維持其適應模式。領悟性治療法是透過轉移情境中發生的情緒經驗，產生領悟性 (insight) 來改變或增加自我的能力。主要是使用解釋的技術 (interpretative techniques)，引導病患去了解他／她的感受和隱瞞於反應的潛意識動機。也就是修正適應的模式。經驗性治療法，其實是上兩種方法的混合使用，主要是發展和運用「關係」，來作為矯正情緒經驗的技術。

對於一九五三 FSA 提出新的個案工作治療分類法，分為「支持性個案工作」和「領悟性治療法」。癌症患者，社會工作員較常運用支持性的個案工作法。此法主要技術為：環境的操作、再保證、說服、直接勸告和輔導、建議、邏輯的討論、專業權威的運用及直接的影響。

1. 環境的操作：是指對環境的治療（如修正環境因素）或透過環境資源或機會，對病人進行協助。
2. 再保證：社會工作者給予病人的能力、成就、需要和內心感受等方面明確地表示他的同情與關心與瞭解，以減低其焦慮感和罪惡感。
3. 說服：工作員遊說病人採取或不採取某種行動或治療計劃。(註十二)
4. 直接勸告和輔導：社會工作員運用其專業判斷和專業權威，對病患不適當之行為加以勸告，促其終止該項行為。(註十三)
5. 建議：工作員可將解決的途徑建議給病患，讓他／她自我抉擇。(筆按：工作員的建議必須符合病患的利益，其建議只是作為激發案主思想其他策略的技術之一，切不可過早建議)

6. 邏輯的討論：工作員引導案主對困難、問題和解決的途徑做合理的討論，協助其對現實環境做客觀評估。

7. 直接影響：工作員使用各種不同的方法，試圖激起案主採取某種行動，使用此技術，工作員必須有理解他充分了解何者對案主有益，工作員必須自我審查 (self-examination) 並儘可能由案主自我引導。(self-directive)

(二) 團體工作法：我們發現恐懼、焦慮和孤單的感覺，在與同樣經驗這些感覺的人分享起來，會減低這些感受對人的影響。國內大型醫院已逐漸增加團體工作的方法（例如：彰基、長庚、馬偕醫院等等）。使用團體工作，有許多優點，例如：團體成員經驗到彼此的相屬感，以現實檢驗自己的看法並矯正曲解的看法，自由表達各種感受，有機會成為影響他人的人，角色彈性化及領悟個人的盲點等。(註十四)

由於團體工作法在國內日漸盛行，接下來筆者就介紹對癌症病人的團體工作法。

在醫院裏面，使用團體工作法，不是相當容易的事。特別是癌症病人。它是死亡率相當高的一種病因。

設計癌症病人所適宜參與的團體，從成員出入控制區分，有所謂開放式 (open-ended) 或關閉式團體。從成員身分來區分，有由病人組成的團體、家屬組成的團體以及病人和家屬一起參與的團體。從癌病種類分，則有各式各樣的癌症病人團體，（例如：直腸癌團體、子宮頸癌團體等）。其他可從性別、年齡等個人資料劃分的各種團體。鑑於國內大部分醫院社工員，以科別劃分工作範圍，所以比較可行的方法，可以以科別來作為團體分類方法，例如婦產科方面癌症病人或家屬、小兒科癌症病人或家屬等。筆者建議醫院若尚在團體工作啟蒙階段，則可先以年齡和科別作為分類的方法。至於成員，除小兒癌病可組純由家屬為成員的團體，其他則鼓勵家屬和病人一起參加。

開始時，以開放式團體較為實際（因為病人常有死亡或安排就療情形，較難實行關閉式的團體。團體則以提供資料、相互支持及促進病人與家庭成員的溝通為目標。）



前面已提過，病人和家屬常玩心理遊戲，避免談到有關疾病的事。若在病人和家屬一起參與的團體，儘管有缺點（如：有些病人在有家人同在時，就比較不敢自由表達其感受），但仍有不少優點。（例如：促進病人、家屬間的互動，病人可以從其他病人的家屬學習，而家屬也可以從其他病人學習）。因此我們深信，給予其一起參與的機會，可以減少彼此間隔離的感覺。

關於團體內容，Edith M. Johnson 和 Doretta E. Stark 於一九七七年於明尼蘇達大學附設的 Masonic 紀念醫院，對癌症病人設計了開放式團體的方案，其內容為：（註十五）

1. 提供醫療、護理資料：由社會工作員，分別和醫師及護士共同組成。介紹癌症的認識，說明現代對癌症產生的理論（如：環境因素、病毒、抽煙、化學物累積刺激），簡單討論各種治療法（外科手術、化學藥物治療、放射線治療和免疫療法），討論治療和追蹤的重要等等。
2. 自由討論：提供機會給病人和家屬予討論，分享其憤怒、否定、害怕、焦慮和悲傷的感受。透過分享而學習到更多的對應問題的策略。
3. 提供社會暨心理資料：

a 病人和家屬的調適。由兩個社會工作員帶領。處理疾病對病人和家庭的影響層面，如何適應住院生活？如何適應其角色的改變？如何處理身體功能受損，相貌改變帶來的自我意象之改變、生活方式的改變等等。

b 信仰：由牧師與社工人員共同主持。重新驗定其信仰、價值，從宗教與哲學面探討其有力面與軟弱面。

c 癌病與營養：由營養師與社會工作員共同主持。提供認識營養之重要性及所需的特別飲食，幫助矯正不正確的飲食觀。

d 活動與鬆弛：由兩位職能治療師和一位社工人員主持。討論運動與放鬆運動的原則，益處與限制。

團體工作方法不可以被濫用，更不可以因為其他醫院已在做團體工作而匆忙跟進，忽略審視本身的訓練與醫院的考慮。在此特別提醒專業同道。

(三) 社區資源的利用：癌症患者由於長時期的診療，往往需要經濟上的協助

，社會工作員可以協助其向醫院或其他基金會申請經濟補助。有的癌症病人接受放射線治療，須在醫院附近租賃房屋，必要時，社工人應協助遠地病人安排租賃。有些癌症病人治療告一段落後，回到原居地，社工人應提供社區診所資料，協同對病人做追蹤服務等等。

## 肆、社會工作員的情感耗竭

社會工作員的角色是協助案主處理問題，而一旦案主面臨的問題是極為棘手，社會工作員難以處理。或者，換一個角度來說，工作的壓力和親友的死亡，均會帶給一個人情緒、生理健康重大的影響，當一個人的工作必須對將要死亡的人做親近的身體、情緒之支持時，其壓力就更大了。社會工作員就是這麼一個角色。情感耗竭，小從些微的挫折感、焦慮感和憂鬱到嚴重的情緒反應。雖然說，社會工作員可以由協助病人面對生命威脅事件、促進家屬成員彼此的更了解等獲得報償，但帶來壓力的情境實在太多了。特別是處理、協助癌症病人的社會工作員（護士、醫師等亦不例外），其面臨的壓力更大。

其面對的壓力大致可以分為五種：

一、情感耗竭的症狀：社會工作員感到無助感，逐漸變得冷漠，無法對病人同理心，精神上覺得倦怠不堪。由於產生這些症狀，他們變得更加罪惡感。

二、對工作價值的懷疑：病人通常無法給予正向或支持性的回饋，在此之下，又無法從其他治療小組得到支持（大家都面臨困境），只得獨力奮戰，他們常會自問：「我這樣做，究竟有什麼代價？值不值得繼續做下去？」

三、無力感加罪惡感：工作員常不太實際地假設他／她必須付起病人全部的福祉。而一旦病人沒有起色，他／她更覺得自己的無力。常見的問題是：對此病人，我到底該負多少責任？」

四、保護政策的實施帶來的壓力：許多情況下，對病人的病情必須加以隱瞞，因此，他們在病人面前無法談到任何有關病情的資料，甚至避諱談到其他病人的情形，免得增加病人的疑慮。也就是前面已提過的「心理遊戲」。此情況下，工作員想多幫助病人疏發其感受，又擔心「不小心」洩露秘密，因而更增加情緒上的壓力。

五、難應付的病人：癌症病人常會有憤怒、否定的情緒反應，這些反應常對着工作人員表現出來，雖然這些反應有其原動力，但亦難免使工作人員在工作上又加重一層壓力。

## 伍、處理情感耗竭的對策

照顧癌症病人的醫療團隊小組，都會面臨到上述的壓力。社會工作人員雖也有同樣的壓力，但在處理對策時，他／她必須負起帶領者的角色與任務，也就是說，儘管他／她也有着壓力，他／她必須能夠處理，同時也帶動醫療團隊小組處理這些情緒。接下來就談一談可能地處理策略。

- 一、培養嗜好或個人娛樂方式以求疏解鬆弛。
- 二、有機會接觸其他疾病病人，藉此獲得回饋。
- 三、工作同仁間的互相支援。
- 四、指定參與其他工作項目：例如：配合做行政工作、研究工作等。
- 五、培養幽默感。
- 六、短暫地離開工作崗位：為了促進工作效力，有時候個人的需要並不能太被低估。
- 七、分享無助感。
- 八、限制情感的投資：即保持適度距離，避免太過度地投入。（註六）

## 陸、結語

在病房裏，癌症病人往往是最為棘手的病人之一。不僅是病狀引起病人身體的疼痛，更多的是癌症病人的情感需求，更不容忽視。而處理癌症病人的工作人員同樣也有情緒反應的時刻，我們希望所有工作人員能竭盡所能照料癌症病人，站在人道上，筆者也呼籲：工作人員的情緒需求也不應被忽略，惟有充滿希望、有衝勁的工作人員，癌症病人才能得到更多地協助，惟有受到鼓舞，彼此支持的工作人員才會有更多的癌症病人得到應得的照顧。

### 參考資料：

- 註一：鍾昌宏著 認知癌病 陶聲洋防癌基金會編印  
民國六十七年四月 第八十一頁。

註一：Encyclopedia of Social Work, "Patients' Bills of Right"  
P542-P543

註三：葉英莖、文榮光、胡海國著 臨床心身醫學——照會精神醫學  
大林出版社 民國六十八年，第二〇〇頁。

註四：Rosalind Tablon and Herbert Volk., "Revealing Diagnosis and Prognosis to Cancer Patients", in Differential Diagnosis and Treatment in Social Work, Francis J. Turner ed, The Free Press, New York, 1976, pp. 394-402

註五：同註三，第二〇〇頁。

註六：同註四。pp.400-401

註七：Neil F. Bracht, Social Work in Health Care: A Guide to Professional Practice The Haworth Press: New York 1978 pp. 113

註八：尤信昌 許安和主講 「醫療社會工作在醫院所擔任之角色與關係」  
中華民國醫務社會工作人員研習會講稿

註九：Florence Hollis, Casework: A Psychosocial Therapy Cha 14.  
註十：Bertha L. Doremus, "The Four Rs: Social Diagnosis in Health Care," Health & Social Work, Vol. No. 4, Nov 1976, pp. 127.

註十一：詳見註四 Cha 4。

註十二：李保悅 社會工作會議之原則與技術 文化大學出版 第三十二頁。

註十三：廖榮利 動力個案工作 第一六七頁。

註十四：謝美娥 團體輔導對低收入社區青少年人際困擾改變之影響  
國立臺灣大學社會學研究所碩士論文 民國六十七年，第十六—十七頁

註十五：詳見 Edith M. Johnson Doretta E. Stark, "A Group Program for Cancer Patients and Their Family Members in an Acute Care Teaching Hospital" Social Work in Health Care, Vol. 5(4), Summer 1980 pp 335-350.

註十六：Gerald P. Koocher, "Adjustment and Coping Strategies among the Caretakers of Cancer Patients," Social Work in Health Care, Vol. 5(2), Winter 1979 pp145-151.