

# 精神疾病照顧者專線： 精神疾病家屬同儕支持的在地實踐經驗

謝宜恩、鄭龍驊、范軒昂

## 壹、前言

精神疾病不僅影響精神疾病當事人（下稱當事人）個人的生活，也帶給家庭或當事人周遭人際網絡許多衝擊。現行精神醫療或社福資源在提供服務時，也時常將家屬納入服務計畫中。然而，王育慧（2016）指出，雖然精神醫療與社福相關專業，已有看見家屬的種種需求，但家屬仍在照顧現場持續孤身奮鬥；而在實務工作中，專業者承認家屬的照顧負荷，但另一方面仍持續「暗示」家屬應該增加溝通技巧、照顧知能，否則會影響當事人的「病情」。這些觀察，顯示家屬的處境在專業介入之後仍有其困難。

財團法人伊甸社會福利基金會精神疾病照顧者專線（下稱專線）透過「家屬同儕支持」的理念，企圖以不同於精神醫療與社福專業制度的方式，提供家屬支持服務與相關權益倡議。臺灣本土關於「家

屬同儕支持」的相關實踐在各地零星紮根（如臺灣同志諮詢熱線辦理的同志父母諮詢專線（註1）等），卻仍未見精神疾病照顧者的支持團體遍地開花（註2），也未有較系統性的研究。

筆者們為專線的工作人員與志工，參與工作範圍包括協助第一線接線服務、家屬同儕接線志工督導、相關議題倡議工作等，亦透過各種例行行政會議、個別與團體督導、年度志工關懷、焦點團體等方式瞭解家屬同儕志工的想法與感受。本文整理筆者們於專線進行服務與倡議的經驗，並納入工作中與家屬同儕共同討論出的觀點，進行反身性的初步分析。於初稿寫成後，亦供志工與工作人員閱讀以參採修改意見。期待本文對於精神疾病照顧者專線的初步分析，得以提供家屬同儕支持的未來研究作為參考與對照，並作為未來服務發展的基礎。

## 貳、家屬同儕支持的國際與在地經驗

### 一、家屬同儕支持

Shor與Birnbaum（2012）定義家屬同儕（Family Peers）為：「曾經或現在是精神疾病家庭成員的父母或照顧提供者，並且提供同為精神疾病的照顧提供者支持或建議」，也指出家屬同儕提供共同經驗與支持，提供與接收同儕支持的雙方能建立基於共同經驗之上的平等關係。並針對以色列的「精神疾病家屬專線（Family Peer Support Helpline）」的研究，也發現家屬同儕所提供的生命經驗（life experience）、彈性（flexibility）與匿名性（anonymity）補強了正式資源的服務，而能在精神疾病家屬與專業人員互動上遇到困難時，成為家屬的替代資源。

而Hoagwood等人（2010）針對美國兒童精神健康家屬支持計畫的研究，則辨識出五項家屬支持計畫提供的要素，分別為資訊性、指導性、情緒性、工具性，以及倡議性。在他們所研究的支持計畫中，最多的是由專業者領導，其次是由家屬同儕領導；而由專業者與家屬同儕共同組成的團隊領導，則是較晚近才出現的模式。比起較著重於兒童心理健康相關技巧的專業者領導，家屬同儕領導的支持計畫較會著重在家屬的經驗、解決兒童教養的問題、情緒性支持，並且也更強調倡議性支

持，例如共同討論制度層面的阻礙等。

ORYGEN青年健康中心則透過「家庭幫助家庭」方案訓練家屬同儕支持工作者，並且雇用他們來提供家庭資訊與支持。在此方案中，家屬同儕支持工作者其中一項任務便是提供電話諮詢，並且提供家屬情緒支持與相關資訊。家屬同儕作為經歷過相同或類似經歷的「榜樣」，可以達到安慰作用、消除恐懼，並對現況抱有希望感。除此之外，也會向家屬解釋精神醫學系統，並鼓勵照顧者向專業人員提出自己的擔心（Leggatt, 2007）。

讓家屬敘述、整理照顧經驗，讓「過來人」有機會成為同儕，幫助其他也正在受苦的「自己人」，能讓家庭與家庭之間有機會產生彼此連結的可能，與其他曾經歷過相同或類似情況的家庭談話，也可以讓家庭照顧者得到安慰（Leggatt, 2007; 王育慧, 2016），以上可見家屬同儕支持可做為一種專業資源以外的補充。

### 二、臺灣精神疾病家屬同儕組織

在臺灣，精神疾病家屬亦有成立各種互助支持的組織，其多半以各縣市的「康復之友協會」為主要核心。而各地的康復之友協會以及其他家屬互助組織，又聯合組織成全國性的「康復之友聯盟」。截至2021年11月，康復之友聯盟的團體會員數為30個（註3），約略可見臺灣家屬互助組織的規模。

余漢儀（2001）研究精障病友／家屬團體的文章中指出，早期的康復之友協會多由各縣市當地醫療院所與精神科醫師發起，在1998年7月時，各協會的理事長與總幹事之家屬與專業人員（含醫師、社工、公衛、護理等）比例約占一比一，可見精神醫療從業人員在康復之友協會的催生與運作中皆相當具影響力，然家屬也占重要角色。以筆者們的經驗，目前各地的家屬互助團體運作狀況不一，有些組織暫停運作，有些則聚集在地家屬，積極提供自助資源。

受限於本文篇幅，本文僅介紹兩個家屬互助組織。「甘草園家屬聯誼會」（下稱甘草園）前身為蝴蝶蘭家屬聯誼會，原為台北市康復之友協會中家屬輪流帶領的互助會。是由家屬自發成立於2010年，每週固定聚會，以「友誼、關懷、支持、陪伴」作為宗旨，創造家屬之間彼此支援、共享資源的機會。

「臺灣家連家精神健康教育協會」（下稱家連家），則是同樣由精障者家屬組成。成員自2003年起陸續接受「家連家精神健康教育」，此課程原為香港浸會大學社工系趙雨龍老師根據香港之文化與地方特質，另行與當地的家屬及精神康復者合力編纂而成，並於2004年引進臺灣。家連家的家屬同儕成員以自助繼而互助、助人的方式，推動家屬教育、家屬人才培育，以及教材研修。

以上介紹的兩個團體，前者以家屬之間的支持來提供互助，後者則以專業者與家屬合力編纂而成的教材，由家屬同儕來進行教育，兩者皆在服務過程中體現了家屬同儕支持的精神。

## 參、精神疾病照顧者專線簡介

### 一、發展歷程

財團法人伊甸社會福利基金會附設台北市私立活泉之家（下稱活泉之家）自2004年起耕耘於社區，致力發展精神疾病當事人在社區中生活的工作方式。這十多年服務的過程中，看見了各式各樣不同的需要與待發展的服務。在陪伴會員的路上看見會員背後的家屬，也因此看見精神疾病照顧者照顧處境邊緣化的困境，便開始籌備為家屬開設的資源。

精神疾病照顧者專線成立於2015年，為臺灣第一支以「精神疾病家屬同儕支持」為服務核心理念的同儕支持專線。專線組織一群有心的志工夥伴共同自我培力、倡議發聲，開拓精神疾病家屬或家庭所需的服務，改變精神疾病經驗家庭的社會處境。

#### （一）籌備、試營運到正式開線（2015-2016）

活泉之家為了和家屬一起面對龐大的壓力及困境，與家連家及甘草園共同籌辦

精神疾病照顧者專線。籌備期間，活泉之家的工作人員與共同聚集的第一屆志工夥伴，在多個晚上齊聚在其中一位夥伴家，一邊吃飯，一邊討論專線籌備的事宜。

與其他許多服務的發展不同，精神疾病照顧者專線自始便是從草根需求長出，透過蒐集在地家屬需求，由伊甸基金會自籌經費與人力，以不受政府方案規範限制，開創了本支專線。

2015年11月專線開始試營運，12月正式開線，2位全職工作人員與10位志工輪流接線，接聽來自全臺灣的精神疾病家庭，並陪伴來電者一同討論困境、面對危機、承接情緒。2016年10月12日召開專線啟動記者會，近一年的接聽，已累積了1,000多人次的來電量。在接聽專線來電的過程中，專線成員更發現許多家屬的困境來自於制度性的阻礙，以此為基礎，開始思索如何發展更加多元的服務。

## （二）多元業務發展（2017迄今）

專線自2017年起開始發展專線接線諮詢以外的業務，以「不只是專線」為號召，六年來招募約70位志工，孕育多個志工工作小組，包含短期居住、藥物、當事人、宣廣、開放式對話、政策以及倡議小組，並發展多種行動與嘗試。其中，開放式對話小組在2020年申請衛福部心口司公彩回饋金的補助，自2021年1月起獨立成有三位正職工作人員、25位志工的敲敲話

行動入家團隊（註4），以開放式對話的精神進入面臨精神危機的家庭中服務。

專線更從接線服務中發現到家屬社群的需要，因此發展家屬團體、家屬聚會、分享會與課程等活動；同時也看見結構與體制的限制，定期舉辦記者會、參與公聽會，對外發聲；除此之外也在志工會議中挑選議題討論、與外界合作，進行對內培力。精神疾病照顧者專線發展至今已「不只是專線」，更試圖在需要中長出服務，在困境中提出倡議。

## 二、現行組織運作模式

專線現有4位正職工作人員，25位志工，主要有四項業務：接線、家屬社群經營、政策研究與倡議、宣廣教育與去污名倡導。專線工作者與志工社群一同發展至今，形成兩個工作小組：接線以及倡議小組。

### （一）接線業務

精神疾病照顧者專線秉持「以家人陪伴家人，由照顧者接聽照顧者」的原則，服務內容包含：照顧者情緒支持與協談、精神疾病相關知識提供、社會福利資源連結、照顧者課程與講座、照顧者支持與培力團體以及照顧者的政策與權利倡導。

專線的服務對象為精神疾病經驗者的家人與朋友，電話的服務時間為周一至周五的13：30-20：30，共有兩線，一個代

表號（02-2230-8830），由15位經培訓的接線志工輪流值班，每位志工平均一個月值兩個時段（13：30-17：30或是17：00-20：30），若該時段未有志工排班，即由工作人員輪流值線。

## （二）志工社群

自籌備起，專線便大量仰賴志工投入服務與倡議工作。我們相信社群的力量，認為服務與倡議並不僅只是專業工作者的特權，而致力於與志工夥伴一起思考服務的方向與專線的任務，一同看見精神障礙領域資源的缺乏，並建立一個對於精障社群有反思能力、能提供經驗並且一起行動的志工社群。

專線約兩年招募一次志工，志工須經歷約半年的第一階段全體志工共同參與的課程（精神疾病與精神障礙領域的資源地圖與觀點認識），並視各工作小組需求進行第二階段進階課程。志工完成培訓、演練與面談後，將簽訂一年志工契約，正式提供服務。各工作小組定期召開會議，討論與執行小組業務，並規劃與發展小組工作方向。

## （三）家屬社群經營

接線串聯來電與接電者兩端，但回到生活中，家屬仍是孤軍奮戰。我們希望家屬能從個人的照護走到社群的支持，相信照顧者能夠貢獻自身經驗、分享類似處

境、共享相同語言，而在這樣的互助中也能自助，形成自助與助人的良性循環。

目前較有規模的家屬自助團體中的成員多為父母，然而不同身分的家屬（如手足、伴侶等），勢必有著截然不同的經驗與處境。因此專線希望能形成多元的在地家屬社群，建立照顧者間的同儕支持網絡。計畫逐年進行不同家屬身分別的家屬聚會，推動各種不同主題、不同需求階段的培力平臺，並發展以需求為導向之延伸性服務。

## （四）政策倡議

從許多個人與家庭的處境中，更看見結構性改變的重要。專線於2016年成立宣廣小組，舉辦多個講座與分享會、發起社群行動（註5）；2018年轉型成政策小組，希望呈現個別家屬的經驗，反映的不只是各自的困難，而是系統性的缺失，並進一步影響政策制定；2021年正名為倡議小組，同時進行小組內部培力，以及對外的政策倡議。

專線每年都會聚焦當年度關注的主題舉辦記者會，為精神疾病家庭發聲。此外更透過演講、工作坊、手冊、雙週報等不同媒介，讓照顧者和當事人的生命歷程更為大眾所理解，去除精障污名所帶來的誤解與恐懼。

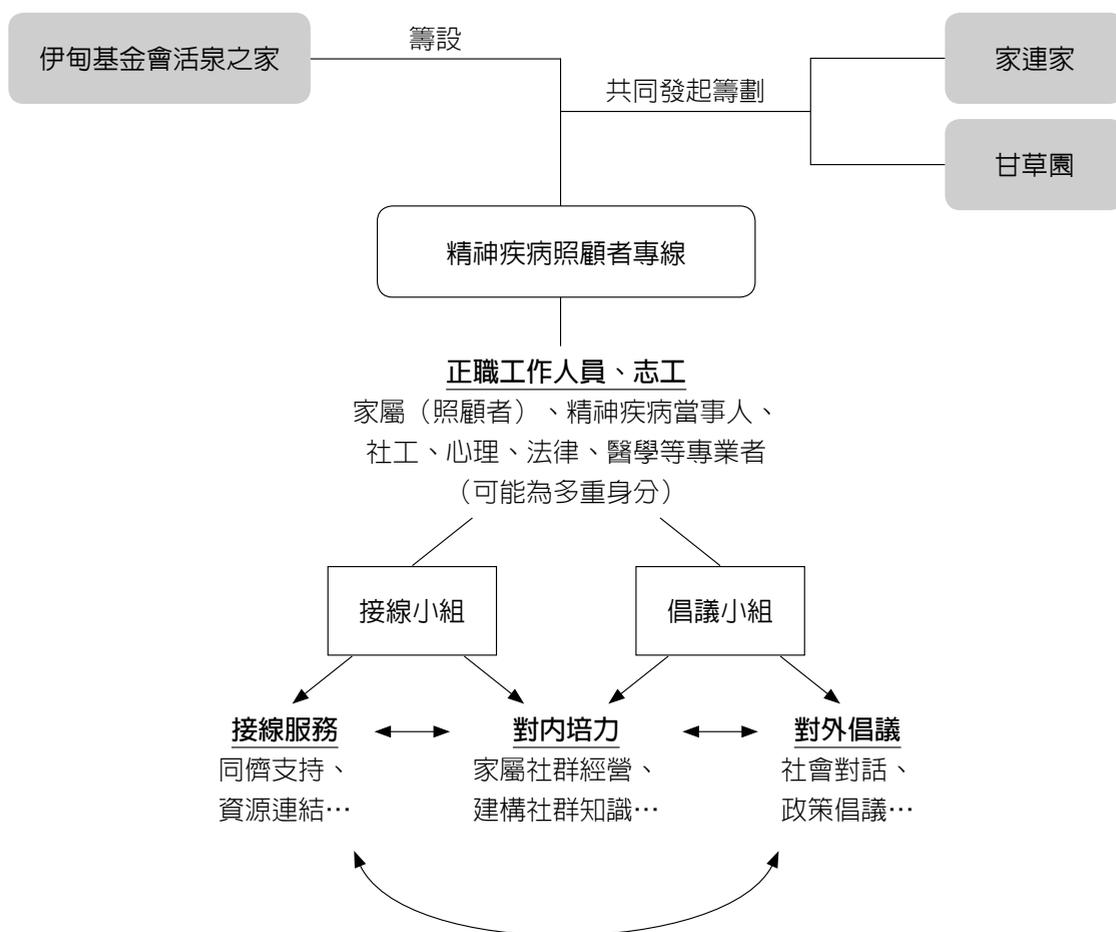


圖 1 專線組織架構與服務內容示意圖

資料來源：作者整理。

### 三、服務來電組成

自2015年試營運以來，專線總來電量約一萬二千多通（註6），雖為精神疾病「照顧者」專線，然精神疾病當事人未有專屬的接線服務，加上其他專線不易提供充足的時間談話，因此專線許多來電者仍為固定來電的當事人。

2019年3月到2021年9月的來電統計中，總共有1,442通家屬來電，其中885通為初次來電家屬。從中可以發現，專線初次來電家屬以女性為主（70%），來電身分中依序以父母（32.99%）、子女（18.19%）與手足（14.21%）最多，合計約占六成五。來電者年齡以21-30歲（10.6%）以及51-60歲（11.1%）為最多，主要集

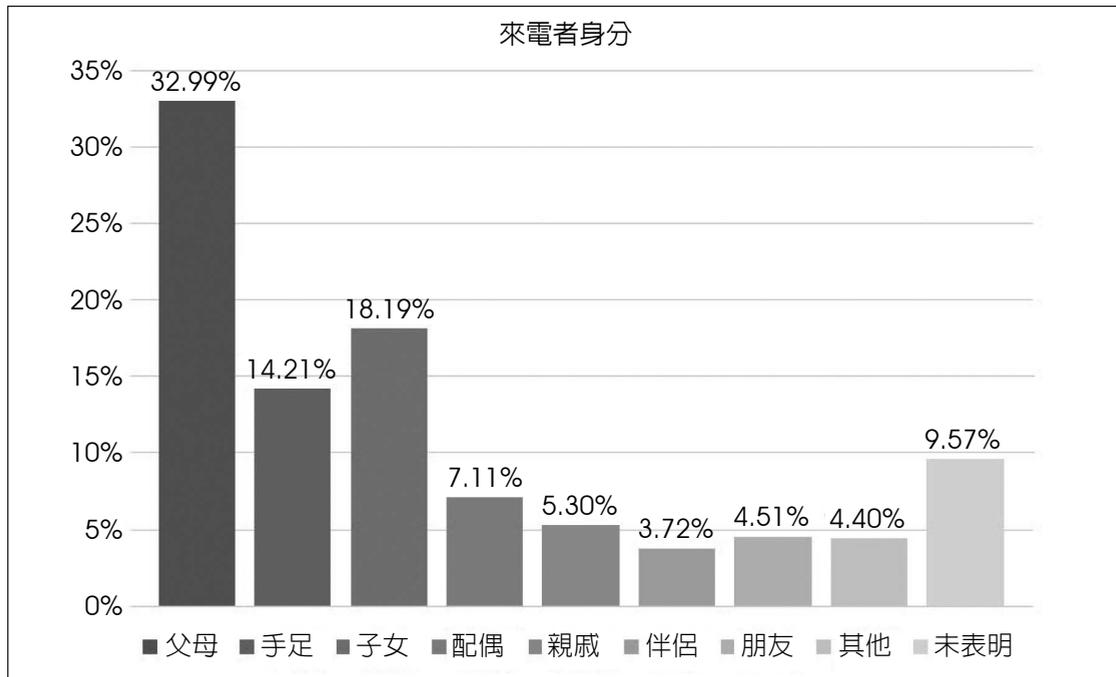


圖 2 2019 年 3 月到 2021 年 9 月間來電者身分別分佈

資料來源：作者整理。

中於雙北地區（臺北市23.3%、新北市24.5%）。來電者談論的當事人生病年限多落在0-5年間（30.3%），以思覺失調症為主（31.9%）。其中來電需求以討論相處議題為最高（36.9%），其次為就醫議題（28.5%）。

## 肆、服務經驗初步分析

### 一、草根發起的精神疾病照顧者同儕支持組織

臺灣目前服務量較多的其他求助熱線，多半是由政府部門或是專業人士發起

（註7），相較之下，精神疾病照顧者專線自始即是由臺灣在地的精神疾病照顧者自助組織——甘草園、家連家與伊甸基金會聯合籌備。有別於政府部門公辦或是委託民營的形式，精神疾病照顧者專線並非由上而下的設立，而是服務使用者端——有需求的家屬提出需要，由草根的家屬同儕串聯設立。

這樣由下而上的發動反應了專線的幾項特點，包含：

- （一）保持彈性：有時立意良善的服務設計，在福利輸送的標準化過程中，會與實際需求產生扞格。專線屬

未受政府方案規範的自籌案，同時仰賴與家屬社群共同檢視與發展組織，使得專線在服務發展、對話倡議上更具彈性。

- (二) 實踐家屬同儕支持：目前臺灣在福利輸送上，仍對提供者設立資格限制，包含學歷（如需為醫事人員、社工心理相關科系畢業）、證照制度（如社工師、諮商／臨床心理師等）。在此要求之下，尚未被認可、也仍未找到「制度化方式」的「同儕經驗」，未能在資源體制中取得正式身分，而無法充分展現其價值。由草根發起的專線，便能與社群討論，規劃培訓與檢核規範，實踐精神疾病家屬同儕支持。

## 二、參與者組成的多元身分

專線的參與者具有多元的身分組成。除了接線服務必須以家屬同儕（註8）來承接，另一個工作小組——倡議小組的志工中，也有包含精神疾病當事人，以及涵蓋社工、心理、醫學、法律等不同專業者。而負責統籌專線運作行政工作、也會深入參與服務與倡議工作的正職工作人員，也可能同時具備家屬、當事人與專業者等多重身分。

在精神疾病領域中，各專業者、疾病當事人、家屬以及人權倡議者從各自不同的視野與經驗出發，多年來對於公共政策

時常帶有不同的立場。而專線多元的參與者組成，以及尊重志工密切參與發展組織方向的文化，使專線可以在內部議題討論時，即針對不同的經驗與立場互相對話、反思，補充單一視野的不足。多元的觀點也讓專線在進行服務／倡議方向的設定以及社群經營時，能夠互相援引、補充，避免流於偏狹。

## 三、奠基於服務之上的對內培力與對外倡議

正如同Hoagwood等人（2010）指出，家屬同儕比起專業者所領導家屬支持服務，更加著重於倡議性的支持，並且會更強調系統性層面的阻礙（而非只是單一家庭所面對的困境）。由家屬同儕發起、同時有著多元參與組成的專線，也「不只是專線」。從起初成立，僅為提供精神疾病家屬一條可以諮詢、求助與抒發的專線，到藉由接線服務的累積，從中了解家屬的需求，看見個別家庭乃至於整體社群的需要，專線發展出不同的直接服務（家屬團體、不同身分別的家屬社群、危機行動入家團隊、精神疾病當事人聚會等），並且積極進行社會對話與倡議（定期發表文章與投書、籌辦記者會、講座與研討會、參與公聽會等）。

在同時發展倡議與服務的過程中，專線達成自我培力、社群互助到家屬／使用者經驗知識生產的照顧論述建構。從專

線的第一屆志工培訓歷程即可見，當時10位來自各領域、擁有不同照顧與倡議經驗的夥伴，藉由共學的過程，彼此授課、分享，摸索如何成為一個「社群」；到如今「大專線」（註9）共約60人的團隊，致力於透過家屬同儕、各專業工作知識，以及疾病經驗當事人的各方對話，進行「對內培力」：建構社群知識、貼近第一線家庭需求、創造與連結資源、拓展結構性視野、提升權利意識；以及「對外倡議」：精神疾病去污名、實際參與政策監督與制定。在服務中看見權益倡導，在倡議中落實服務精神，專線試圖在不同場域、層次及面向上並行倡議與服務，實踐兩種社會改變途徑。

#### 四、專業知識與家屬同儕知識的對話

專線「以家人陪伴家人，由照顧者接聽照顧者」的理念，提供照顧者心理支持與資源連結。我們常討論到「剛剛與來電者討論時，我揭露了自己的經驗、剛剛我沒有選擇揭露、剛剛我分享在社群中所聽到的一些經驗」，家屬同儕作為「過來人」、正處在經歷類似或相同經驗的生命階段，可以讓來電者感受到自己的經驗不是孤立的、而電話那頭接聽電話的人成為一種生命故事的參照點，消除「家醜不外揚」的恐懼感。同時也因為同儕分享，讓無可預期、擔心失控的生活，對於這些情況抱有「希望感」：有人是這樣處理的、

痛苦也是會過去的。

家屬同儕志工由於也是精神健康照護資源的使用者，提供非疾病管理式的衛教語言，揉合了在陪病場域中積累的使用經驗，會談間的敘述儘可能貼近取得資源場景的協談。舉例而言，當來電者談及申請使用緊急醫療服務過程，牽涉到警消人員、醫療人員的判斷，而接線者提供的是使用經驗時，什麼樣的福利服務是照顧者期待的服務項目、可以做什麼樣的表達，從而使得精神醫學、社會福利等已經專業建構化的語言與表述方式，獲得一種新的解釋方式。

有別於傳統助人工作者常用的技巧，例如同理心摘要、重述語意、聚焦及面質，實務現場中，Shor與Birnbaum（2012）指出，以色列的精神疾病家屬專線其成員組成為精神疾病當事人及家屬，著重在經驗分享與同儕支持的力量，肯認非專業形象的表達對實務工作有其貢獻。專線成員組成，擴及具專業工作者身分的家屬及當事人、專業工作者等多元身分，嘗試建立以「家屬同儕知識」作為會談關係的框架，豐富照顧現場的挑戰與人際關係的因應策略。也將具專業化的知識，轉譯成照護現場的語言，以提供給來電者作為思考自身家庭是否適用的實作知識（註10）。

## 五、多樣化的照顧歷程，多樣化的自助、互助與助人

專線將電話服務歷程命名為「從自助、互助到助人」，解構標籤及刻板印象的價值歷程，並讓家屬成為發聲的主體。首先，污名作為心理運作機制，一種是外在污名，涉及媒體觀點下的精神疾病當事人。自己眼中的家人，被指認為具攻擊性、危害公共安全等負面形象，並失去行為責任、失去公民資格的他者。另一種是內在污名，家屬刻意隱藏、淡化當事人疾病身分、病程、疾病危機程度；也伴隨精神疾病當事人病況不穩定，加深社會融合的困難，限制著家屬參加社會活動的動機，從而建構出因為自己做錯什麼、沒有做什麼，必須承擔照顧責任所產生的「罪咎感」。

來電者所敘說的家庭經驗，常涉及到在精神疾病的影響下，使得家屬在情感關係與當事人發生斷裂，例如相處議題、與不願意接受醫療處遇的家人如何溝通等等。陪伴的不同階段、照顧歷程，交織著家屬與當事人的關係中的需求，建構多樣的精神疾病經驗。而不同身分位置（如父母、手足、子女與伴侶），也會對於關係中的感受以及協助當事人進行醫療決策的方式造成不同的影響，從而發展出不同的需求以及殊異的人際因應模式。例如在伴侶的照顧關係中，因為沒有直接的血緣，

而常被他人簡化為一種可以「選擇」離開的關係。然而伴侶之間的情感羈絆，在不願割捨與放棄的責任中受苦掙扎，照顧的意願更難以被照顧者的親友理解。

當社會福利輸送目標能帶著以家庭系統的敏感度瞭解差異，尤其看見不一樣家庭位置與角色的家屬，深度情緒支持得以發生，並且針對關係中的人際距離提供較適切的資源，例如：瞭解取得照顧者身分的過程、自願及非自願的感受如何影響照顧決策、關係中照顧負荷程度與自我照顧的時間、如何進行家庭協商等。

藉由社群活動，如家屬成長團體、分享會，將這種面對污名中的自我痛苦經驗，透過生命經驗的交流與對話，家庭中「不足為外人道」、隱而不見的負面敘事得以被尊重與理解。志工的成長團體、工作坊，更一步發展同儕支持的力量，解構內在污名，例如一位志工說，當我回撥電話後，聽見對方生活朝向有力量的發展，自己也感覺到力量，讓自助、受助、助人的歷程漸進發生。

## 伍、服務限制與未來展望

### 一、發展更加完整的同儕支持

目前接線服務以工作人員與家屬同儕志工共同輪班，有時志工臨時請假或因家庭因素暫停排班，尚無法確保所有來電皆是由具有家屬身分或陪病經驗的同儕志工

提供。分析其中可能原因，許多志工都處在照顧歷程之中，並肩負多重家庭角色，時間有限或因應家人緊急狀況需要處理與安排活動。對此，專線也將定期招募接線志工，維持同儕志工的人數；持續與請假志工保持聯繫，支持家屬志工的照顧與陪病歷程；藉由在職訓練的自我整理，增進自我覺察與照顧，協助家屬志工舒緩照顧壓力，穩固全部皆由家屬同儕接線為未來發展目標。未來也計畫從資深志工中，挑選適合擔任種子接線志工的夥伴，進行種子志工的培訓，種子志工將與工作人員共同分擔督導接線志工的任務，發展更加完整的同儕支持。

## 二、深化服務、培力與倡議的連結

正如上文所述，專線參與者的多元身分與背景，形塑了專線多樣化的視野，亦使得奠基於服務的培力以及倡議得以發生。然而如何在多元並立的價值之中，持續深化對於議題的討論，勢必成為專線未來發展重要的挑戰。人力、時間與資源有限，究竟要發展更多的服務，支持每一個家庭與家屬，還是花更多心力作倡議，改變結構與體制，以長遠來說改善精神疾病家庭的困境，服務與倡議孰輕孰重，實屬現在專線發展的兩難。除此之外，目前專線在各工作小組與業務間的橫向連結仍較為缺乏，多半仰賴身兼不同業務的工作者串接。未來專線計畫藉由再設計小組間的

共同會議或活動，增加服務端與倡議端的溝通及連結，使倡議與培力落地，得以回應服務需求；也使服務提供者具備倡議意識，帶動來電者或家屬社群自我倡導。

## 三、關注家屬與專業工作者的競合

專線以「求助自助助人」為核心，希望能夠建立由家屬自發的同儕支持，然現教育訓練、會議規劃、組織發展等，仍多以工作人員安排為主。若全然交由提供志願服務的志工規劃，計畫有可能無法按時執行，且在討論時可能群龍無首，需花足夠的時間凝聚共識；但全由正職的工作人員規劃，將鞏固家屬與專業工作者的權力關係，削弱家屬的力量，喪失培力的精神。專業工作者的「管理」與家屬志工的「賦能」，兩邊的競合則是專線一直的挑戰，要不斷的平衡與再思考。

## 四、鞏固家屬同儕知識經驗的建構與傳遞

同儕的存在價值是專業工作者外，以一個具「主體」的視野，建基於精神疾病經驗的相互同「在」，因而有機會脫離傳統專家與病人的關係，穩固疾病之外的身分認同（註11），專線「家屬同儕知識經驗」的形成來自於接線、團體與聚會參與的經驗、來自於他們與疾病當事人長期相處經驗、反思社區精神照護的資源使用經驗。現行未來也將透過多元媒介，例如訪談照顧者的故事、自我敘說、繪本、圖文

書等創作形式，經由敘說與聆聽，形成家屬知識文件，並透過社群活動逐步建構跨越虛擬與實體等不同平臺的傳播，保存家屬在照顧現場的實踐知識。

## 五、深化照顧者同儕社群的經營

專線建立家屬同儕社群，目前以三種服務方式運行，分別是1.支持型服務：不同身分別的家屬帶狀聚會，2.個人成長型服務：家屬團體，以及3.知識資訊型服務：LINE家屬社群經營。不同身分別的家屬帶狀聚會，目前2021年已開辦手足聚會，明年將延續手足聚會，並且在2022年加開子女聚會、2023年加開伴侶聚會。而有些家屬無法長期參與帶狀聚會，因此開設家屬成長團體，讓他們能在照顧經驗中有更多的自我覺察，在團體中彼此支持、學習。同時因應現代化的網路潮流，除了電話與面對面式的服務，專線也成立了LINE的匿名家屬社群，希望提供曾參加專線所舉辦的活動的家屬／照顧者一個可以互相分享的園地，鼓勵成員在群組討論精神疾病相關議題與時事，以及與疾病經驗者的相處感受、心得或困境。

未來專線更計畫持續深化家屬同儕社群的經營，期盼藉由社群的力量，家屬同儕彼此支持，分享照顧的實踐知識，並進一步形成壓力團體，投身公共參與，改善精神疾病家屬的處境。

## 陸、結語

精神疾病照顧者專線作為由草根家屬同儕提出需求、由伊甸基金會協助籌措發起的家屬同儕支持組織，從電話諮詢服務出發，也更進一步發展家屬帶狀聚會等不同的服務方式。除此之外，更秉持著「以服務做倡議、用倡議做服務」的理念，將服務與社群經營中看見的家屬困境，轉化為對外進行制度性倡議、對內進行社群培力的力量，並得以相互對話。而專線含括精神疾病家屬、當事人，以及各專業者的多元組成，更是促成服務、倡議與培力能夠以更加多樣化的取徑發生的重要因素。在精神疾病仍有許多污名，並且資源連結仍有待持續進步的社會中，精神疾病照顧者專線為臺灣的精神疾病家屬同儕支持，提供了獨特的在地實踐經驗。

本文作為初探性研究，以作者實際參與精神疾病照顧者專線的服務與倡議經驗進行分析。如同國外對於精神疾病家屬同儕支持的研究，精神疾病照顧者專線亦可作為臺灣現行精神醫療與社福網絡的重要補充。透過家屬同儕支持的特殊性，補強了正式資源的服務，並且更能對制度性的阻礙提供反思與倡議。

綜觀目前針對精神疾病家屬同儕支持的研究文獻，仍較少討論到同儕支持所提供的幫助以及限制。對於不同位置的家屬同儕，其生命經驗可能產生什麼影響，也

較少有更加完整的檢視。而就作者所知，臺灣相關實踐經驗亦較為欠缺，少有能夠與國際經驗互相對話的研究。本文作為臺灣家屬同儕支持在地實踐經驗的初步分析，期待能為相關領域提供更多經驗與洞見。

（本文作者：謝宜恩為伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線社工組長；鄭龍驊為伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線志工；范軒昂為伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線個案管理員）

**關鍵詞：**同儕支持、照顧者、精神疾病、社會倡議、精神疾病照顧者專線

## 📖 註 釋

註1：社團法人台灣同志諮詢熱線協會（簡稱熱線）是全臺第一個全國性同志組織，同志父母諮詢專線是熱線服務之一，由同志父母親自接聽，招募曾經受過幫助的同志父母擔任接線員，陪伴其他同志父母經歷情緒變化的陪伴歷程，與提供討論方向。

註2：王育慧（2016）指出，臺灣真正有在運作的精神疾病照顧者支持團體可能不到十個。

註3：詳見社團法人中華民國康復之友聯盟（2022年2月）。〈團體會員相關資源一覽表〉。社團法人中華民國康復之友聯盟全球資訊網。[http://www.tamiroc.org.tw/ap/cust\\_view.aspx?bid=34](http://www.tamiroc.org.tw/ap/cust_view.aspx?bid=34)

註4：敲敲話行動入家團隊邀請（疑似）精神疾病經驗者、家屬及其社會關係中其他重要人物一同參與，在談話中注重每個人的聲音，一同討論如何因應家庭現在的困境。詳細服務請見：財團法人伊甸社會服務基金會（無日期）。〈敲敲話行動入家團隊〉。[https://www.eden.org.tw/branches\\_detail.php?detailId=JCUzNTkjIQ%3D%3D&rePageUrl=L2JyYW5jaGVzLnBocD8mY2l0eV9pZD0xJnBhZ2U9Mg%3D%3D](https://www.eden.org.tw/branches_detail.php?detailId=JCUzNTkjIQ%3D%3D&rePageUrl=L2JyYW5jaGVzLnBocD8mY2l0eV9pZD0xJnBhZ2U9Mg%3D%3D)

註5：瘋靡popularcrazy（2017年6月14日）。〈一起換大頭貼，支持〈怪怪的，也沒關係〉〉。Facebook。<https://www.facebook.com/popularcrazy/photos/a.117514475066711/891847944300023>

註6：截至2021年11月17日。

註7：例如安心專線是由衛福部設置的24小時專線、台灣生命線1969年由馬偕醫院引進、張老師專線由專家學者與熱心人士一同設立、113婦幼保護專線最初於1995年由當時的臺灣省政府社會處委託成立。

註8：接線志工的「家屬」身分招募限制為：精神疾病當事人的家屬、與當事人共同生活或是有照顧當事人的事實。

註9：含精神疾病照顧者專線之接線與倡議小組，以及原先屬專線下的工作小組——敲敲話行動入家團隊。

註10：如精神疾病照顧者專線曾撰寫〈《照顧者Q&A》他說有人要害他，怎麼辦？〉等一系列文章，詳見<https://reurl.cc/Zjd09A>。

註11：此段描述的概念出自意圖性同儕支持（Intentional Peer Support）。伊甸基金會「2019台灣推動精神障礙者社區服務模式」國際研討會，邀請意圖性同儕支持推動者Chris Hansen、資深工作者Leslie Nelson來臺演講，分享其所處身的社群理念及實踐經驗。文字整理自<https://www.youtube.com/watch?v=iERnPeM4YVY&t=275s>。

## 參考文獻

- 王育慧（2016）。《踏不出家門的專業——從「咱們」關係初探精神失序者（思覺失調症）的照顧經驗》（未出版之碩士論文）。國立陽明大學。
- 余漢儀（2001）。〈精障病友家屬團體與專業之權力互動——兼社工之介入策略〉，《臺大社會工作學刊》，5，1-51。
- Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D., & Hughes, R. (2010). Family Support in Children's Mental Health: A Review and Synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1), 1-45.
- Leggatt, M. S. (2007). Minimising collateral damage: Family peer support and other strategies. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S61-S63.
- Shor, R., & Birnbaum, M. (2012). Meeting unmet needs of families of persons with mental illness: evaluation of a family peer support helpline. *Community mental health journal*, 48(4), 482-488.