

蔡佩真

壹、前言

安寧療護(Palliative care)已是全球化的健康照護趨勢，在國際間被視為基本人權，並在世界各國蓬勃發展(Gwyther, Brennan, Harding, 2009)。安寧療護高度發展的國家，都是已開發國家，如英、美、瑞士、瑞典、比利時、加拿大、芬蘭、日本、新加坡、紐澳等國(Clark & Wright, 2007)，經濟發展越快，人民生活水準越高，對於『善終』的期待也高，國家越重視安寧療護的推動，越能在國際間凸顯國家的醫療人權與醫療水準。臺灣安寧療護的發展自 1980 年代迄今已經二十餘年，根據衛生署(2011)的資料顯示目前全臺灣已有 45 家醫院設有安寧病房，全臺灣安寧床位數 610 床，各醫院的醫療團隊竭力照顧病人，回應全人、全家、全隊的需要。行政院已於 2011 年 1 月完成「安寧緩和條例」的修法，確保末期病人表達醫療意願的權益。即將組成的衛生福利部應該在未來健康照顧政策的推動上繼續關注重症照護與

生命末期照護的品質。

安寧療護專為生命遭受威脅的病患和家屬提供身、心、社會、靈性所需要的照護，醫療團隊盡可能使病患能減少痛苦並活出尊嚴，確保在臨終過程和哀慟期間的全程照顧，提供家屬支持與喪慟關懷。安寧療護提供高品質的四全照顧，需要仰仗專業的醫療團隊才能實踐安寧療護的理想，這些安寧病房的團隊成員長期用愛心真誠陪伴病人，不只付出專業技術，更是付出情緒勞務用心用情地深度介入臨終的過程，使安寧療護團隊成為最有人情味的醫療服務單位。好的醫病關係與深度的服務品質向來是安寧療護所標榜的特色。然而，目前各安寧病房接受評鑑時都呈現出工作人員過度勞累、情緒壓力大，甚至護理與社工業務經常調換新人的現象，造成安寧醫療團隊無法穩定地永續經營。究竟安寧團隊的服務感受如何？是哪些因素影響工作人員的耗竭？組織因素與個人特質是否呈現不同的壓力與耗竭狀況？本研究針對全省安寧病房的醫療團隊成員進行問

卷調查，透過實證研究，本研究目的如下：

- 1.了解臺灣安寧團隊成員的人力配置與人力資源狀況。
- 2.探討安寧病房臨床工作成員的工作壓力與耗竭狀況。
- 3.透過研究發現，促成各醫院研擬教育訓練與支持方案，提供醫療團隊及時的情緒支持，維護專業人力資源，使安寧療護服務穩定而持續地推行。

貳、文獻探討

一、耗竭

情緒耗竭是指個人長期在工作壓力下，從事關於高度人際接觸的工作所產生的疲乏反應(Wright & Cropanzano, 1998)，當個人被賦予許多的要求，而無法負荷時，便會出現情緒資源耗盡的現象，並產生去人性化(depersionalization)與個人成就感降低的現象(Maslach & Jackson, 1984)。尤其安寧工作者主要的工作是在處理病人複雜的問題，與人互動越直接、越頻繁、且持續時間長，又長期處在高壓力、高度情緒負擔的狀況下，很容易崩潰(Cordes & Dougherty, 1993)。因為安寧工作團隊所付出的心理成本是在於內在資源的匱乏與耗盡，需要不斷的耗費心力來換取工作表現，如果這個過程持續下去，最後團隊成員內在資源就會被榨乾，而陷入耗竭的窘境，使原本應有的熱情活力與感動都漸漸耗損(Grandey, 2000)。

造成耗竭的原因有很多，包含工作與家庭衝突、溝通滿意度、人格特質、社會

支持等因素。其中，工作與家庭衝突和工作耗竭是呈顯著正相關(邱淑琴, 2002)；而溝通的滿意度也會影響耗竭，員工溝通滿意度越高時，工作耗竭程度越低(毛筱豔, 梁應平, 2005)。耗竭成因跟人格特質也有關, Baker, Van Der Zee, Lewig 和 Dollard (2006)指出人格特質中的情緒穩定性可以預測情緒耗竭。而神經質可以預測情緒耗竭及非人性化(Zellars, 2004)。最後，耗竭成因跟社會支持也有關，缺乏社會支持對情緒耗竭有直接影響，且來自主管的情緒性支持最能預測工作倦怠(Prins, 2007)。Halbesleben (2006)也指出社會支持變項中的同事支持可以預測情緒耗竭。

二、人力資源之維護

工作者因長期與病人互動而產生不同層面與程度的負面情緒效應，對組織或個人工作的表現有很深的影響，包括個人身心健康狀態、工作績效、離職率、曠職率等(Wright & Cropanzano, 1998)。員工一般的因應做法多採自力救濟方式紓解；如請假、迴避、退縮等讓自己置身事外，減少接觸時間，或藉助社會支持，找同事、主管聊天，以降低孤立感(Maslach, 1982)。當員工具有高度的工作投入，或具備良好的調節他人情緒能力時，會形成緩解作用，使員工在從事情緒勞動工作時，可減少情緒資源的耗損，進而減輕情緒耗竭的嚴重度(Grandey, 2000)。

如果組織能夠結合內外部資源而給予工作者適切的支持，則有助於減低個人在資源耗損所產生的工作倦怠

(Brotheridge & Lee, 2002)。組織的支持能夠使安寧病房的工作團隊認同自己的機構，人力資源的維護與管理措施有助於改善工作者的情緒效應，即在於能提昇明確的角色認同；認同程度愈高，對好的感覺愈具有正增強與負減弱效果，對提昇工作績效與工作滿意度亦有正面效果(Rafaeli & Sutton, 1987; Ashforth & Humphrey, 1993)。本研究也希望透過實況調查，以作為各安寧病房人力資源維護措施之參考。

參、研究方法

一、樣本來源與施測過程

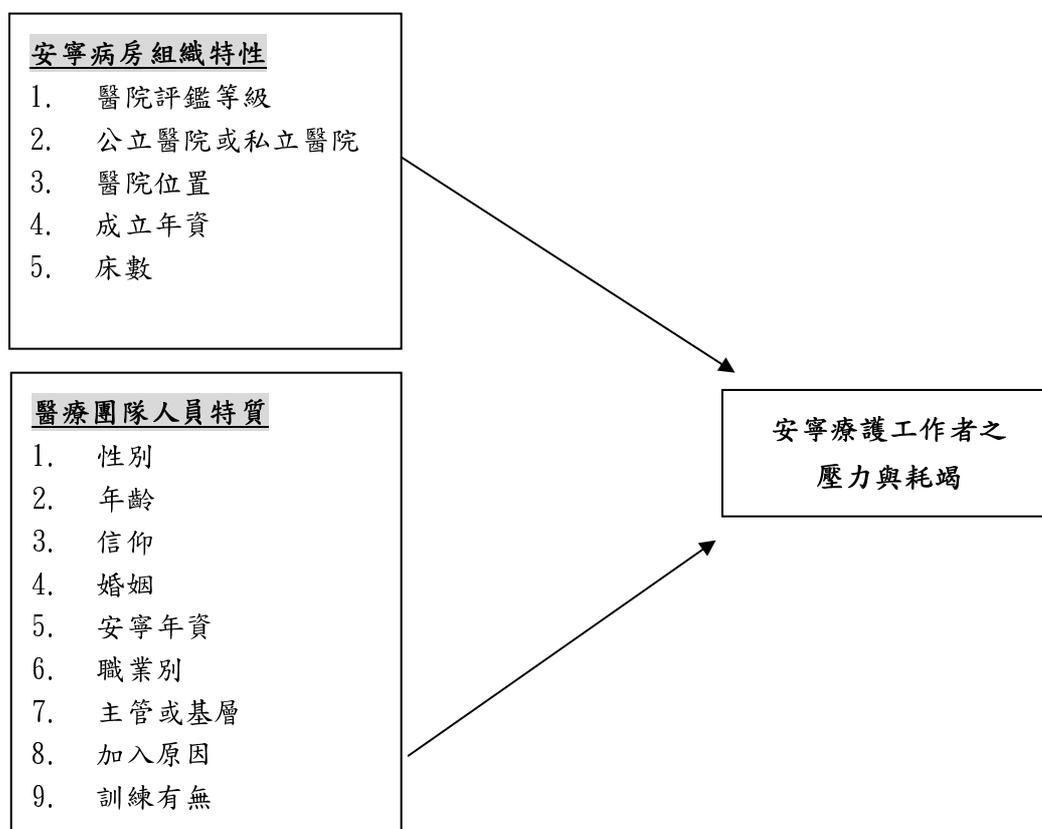
本研究之研究對象為全省 38 家安寧病房主責之醫師、護理師、社工師、宗教師、心理師等專責醫療團隊成員。母群體的計算方式是以 2008 年臺灣全部安寧病房的床位數推算，38 家安寧病房共約 609 床，推估全臺灣從事安寧病房的人力配置至少有 609 位的專責護理人員、38 名以上的專責主治醫師、38 位的安寧病房專責社工人員，總計全省母群體至少 685 人，本研究針對此母群體人數進行全省安寧病房郵寄問卷的普查。研究計畫經中山醫學大學附設醫院人體試驗委員會審查同意執行 (IRB 編號：CS08073)。

郵寄問卷收件者為各醫院安寧病房主任，由病房主任擔任研究守門員，決定是否參與本研究，如果各安寧病房主管同意，則由主治醫師將問卷交由護理站分發

給願意填寫之醫護人員。為了提升問卷回收率，研究者的策略是先透過與每家醫院安寧病房的主管接觸，特別是與各安寧病房主治醫師及護理長事先做好溝通，說明研究價值及資料處理與保密，資料處理時盡量維護各醫院安寧病房的尊嚴與形象，以取得主管同意與合作意願。其次，本研究製作一份誠懇的問卷說明書，確實完成知情同意過程，說明函清楚載明：研究者、研究單位、研究目的與價值、研究期程、主持人聯絡方式，並且保證資料處理絕對是以匿名的方式來進行，受試者所填寫的資料絕對不會外洩，資料的處理過程絕對保密，日後的報告也不會讓人辨識出其特徵。此外，問卷的填寫也絕對尊重受試者的自主權，維護 IRB 的精神。經過說明函的解釋之後，若是受試者同意填寫問卷，則請其填好問卷以後交回護理站，由護理站統一寄回本問卷。郵寄問卷等候期歷經三個月的期間，最後共有二十二家醫院寄回問卷，回收有效問卷 235 份，回收率占母群體之 34.3%。

二、研究架構與假設

本研究目的探討全臺灣安寧病房醫療團隊成員的人力配置及他們的壓力與耗竭狀況。擬驗證之假設為：不同醫院的組織特質與不同的受試者個人特質會影響壓力與耗竭狀態。



三、研究工具與資料分析法

本研究問卷的制訂乃參考國內外之文獻，並依據研究目的自行設計郵寄問卷，內容包括：受試者基本資料 16 題，安寧療護工作之情緒耗竭狀態 9 題，加上 3 題開放性問句。其中關於「耗竭狀態」的測量則參考 Maslach 與 Jackson (1986)的「工作倦怠量表」(Maslach Burnout Inventory, 簡稱 MBI)，再參酌林尚平、吳建明、湯大緯(2006)之研究而加以補充修改。初期間卷設計經由六位學者專家進行專家效度分析，針對問卷結構、內容、語句進行修改。而後針對問卷進行項目間一致性信度檢定

後，信度係數良好，測試後的內在一致性 Cronbach'α 為 .87。

肆、研究結果

一、安寧病房組織特質

研究參與者來自臺灣 22 家醫院，共 235 份有效問卷，服務的所在醫院位置遍布全臺灣北中南東，50.6%來自北部，其次是南部占 24.7%，中部 18.3%，東部的安寧病床分布本來就比較少，只收到 15 份問卷。至於醫院的等級方面，回收的問卷最多來自區域醫院 61.2%，其次是醫學中心 29.7%，地區醫院則占 9.1%。樣本的結構

與母群體的結構相似。這 22 家醫院中有 68.1%為私立醫院，31.9%為公立醫院；安寧病房的成立年數方面，平均的成立年數是 6.51 年，成立十年以上歷史悠久的安寧病房占三成，其次是二年內設立的新病房

占 26.4%，成立六至九年的病房占 26%。臺灣安寧病房的規模方面，平均的病床數 15.31 床，其中有五成安寧病房的規模是在 11 至 15 床之間，26 床以上的大規模病房則占一成左右。

表 1 安寧病房組織特質次數分配表 (N=235)

變項名稱	分類	次數	百分比	平均值	標準差
安寧病房位置	北部	119	50.6		
	中部	43	18.3		
	南部	58	24.7		
	東部	15	6.4		
醫院層級	醫學中心	69	29.7		
	區域醫院	142	61.2		
	地區醫院	21	9.1		
公私立醫院	公立醫院	75	31.9		
	私立醫院	160	68.1		
安寧病房成立年數	2 年內	62	26.4	每間醫院	3.94
	3-5 年	41	17.4	平均成立：	
	6-9 年	61	26.0	6.51 年	
	10 年以上	71	30.2		
病床數	6-10 床	43	18.4	每間醫院平	7.30
	11-15 床	115	49.1	均病床數：	
	16-20 床	51	21.8	15.31	
	26 床以上	25	10.7		

二、安寧療護團隊成員基本特質

安寧療護團隊成員中，護理人員占七成，其次有 23 位醫師(9.8%)，社工人員 16 位(6.8%)，牧靈人員 8 位，心理師 2 位。目前全省安寧病房配置心理師的病房還很稀少，因此樣本的團隊配置頗符合母群體

的結構。在樣本的職稱方面，4.3%是安寧病房的科主任，6.4%是護理長，其他多為基層工作者。

醫療團隊成員調派來安寧病房的原因有 45.2%是自己爭取來安寧病房服務，36.1%是出於院方指派，10.9%是基於業務輪替而來此單位服務。絕大部分都已經受

過安寧病房的相關訓練，特別有 92.6% 的人上過安寧基金會所辦理的安寧療護入門課程，其次是接受各家醫院自己內部的訓練(47%)，二成的人接受過安寧基金會所辦理的安寧療護進階課程，平均每個人接受安寧相關訓練的種類約 4 種（詳見表 2）。

九成受訪者是女性；絕大部分是大專以上程度；年齡方面極為分散，其中 21-25 歲者占 13.7%，26-30 歲占 26.1%，31-35

歲占 25.6%，顯然半數以上的安寧團隊成員年齡集中在 26-35 歲之間，而 40 歲以上居於中、高齡之醫護人員約占二成。這些安寧療護團隊成員在安寧療護病房的服務年資方面，每個人的平均服務年資是 4.08 年，其中服務一年以內的新人占 23%，服務 1-3 年者占 33.6%，服務 3-5 年 11.9%，服務 5-7 年 10.6%，7-10 年 14%，服務 10 年以上者占 6.8%。

表 2 安寧病房醫療團隊成員特質次數分配表 (N=235)

變項名稱	分類	次數	百分比	平均值	標準差
性別	男	20	8.5		
	女	214	91.5		
年齡	21-25 歲	32	13.7		
	26-30 歲	61	26.1		
	31-35 歲	60	25.6		
	36-40 歲	30	12.8		
	41-45 歲	24	10.3		
	46-50 歲	13	5.6		
	51 歲以上	14	6.0		
婚姻狀況	未婚	110	47.0		
	已婚	115	49.1		
	離婚	6	2.6		
	寡居	3	1.3		
教育程度	高中	12	5.1		
	專科	84	35.7		
	大學	120	51.1		
	碩士	16	6.8		
	博士	3	1.3		
職業別	醫師	23	9.8		
	護理	164	69.8		
	社工	16	6.8		
	心理師	2	0.9		

變項名稱	分類	次數	百分比	平均值	標準差
信仰	牧靈人員	8	3.4		
	其他	22	9.4		
	基督教	43	18.6		
	天主教	10	4.3		
	道教	14	6.1		
	一貫道	8	3.5		
	佛教	61	26.4		
	無	83	35.9		
服務年資	其他	12	5.2		
	1年內	54	23.0	每人平均	45.45
	1-3年	79	33.6	服務年資：	
	3-5年	28	11.9	48.91個月	
	5-7年	25	10.6	(4.08年)	
	7-10年	33	14.0		
	10-15年	12	5.1		
	15年以上	4	1.7		
工作來源	院方指派	83	36.1		
	自己爭取	104	45.2		
	業務輪替	25	10.9		
	其他	18	7.8		
職稱	科主任	10	4.3		
	護理長	15	6.4		
	基層工作者	209	89.3		
受過安寧療護 相關訓練	有	232	98.7		
	無	3	1.3		
相關訓練課程 (複選)	院內的自訓課程	108	47.0	每人平均接受	
	安寧入門課程	213	92.6	相關訓練種	
	安寧進階課程	203	21.1	類：4.17	
	臨床見實習	144	15.0		
	院際研討會	116	12.1		
	學校課程	51	5.3		
	其他相關講座	125	13.0		

三、安寧療護工作之情緒耗竭狀況

受訪者在情緒耗竭的程度是以 1 分至 5 分來代表，大部分的受訪者約落在 2 分多，平均值最高的項目是第四題「工作一整天之後，我感到精疲力盡」，平均值 3.22。最低的是第七題「我經常想外調其

他單位」，平均值只有 2.07，成員並沒有強烈異動的動機。顯然，這群還在職場上的安寧醫療團隊成員沒有呈現嚴重的情緒耗竭，只是在體力與精力上比較耗損，而且也沒有強烈的意念要調離安寧病房或逃離這份工作。

表 3 安寧療護工作情緒耗竭狀況次數分配表(N=235)

題 目	非常 不同意	不同意	同意	很同意	非常 同意	總計 人數	平均值 (標準差)
	1 人數 (百分比)	2 人數 (百分比)	3 人數 (百分比)	4 人數 (百分比)	5 人數 (百分比)		
我覺得我過度努力工作了	7 (3.0%)	70 (30.2%)	105 (45.3%)	30 (12.9%)	20 (8.6%)	232 (100%)	2.94 (0.95)
我覺得情緒常常繃的很緊	5 (2.1%)	86 (36.8%)	95 (40.6%)	32 (13.7%)	16 (6.8%)	234 (100%)	2.86 (0.92)
我的工作讓我感到情緒耗竭	6 (2.6%)	92 (39.5%)	96 (41.2%)	25 (10.7%)	14 (6.0%)	233 (100%)	2.78 (0.89)
工作一整天之後，我感到精疲力盡	4 (1.7%)	41 (17.6%)	116 (49.8%)	43 (18.5%)	29 (12.4%)	233 (100%)	3.22 (0.94)
每天早上想到要面對一天的工作，就覺得無精打采	14 (6.0%)	140 (59.8%)	58 (24.8%)	12 (5.1%)	10 (4.3%)	234 (100%)	2.42 (0.85)
安寧療護這份工作讓我感到挫折	16 (6.8%)	143 (61.1%)	61 (26.1%)	13 (5.6%)	1 (0.4%)	234 (100%)	2.32 (0.70)
我經常想外調其他單位	44 (19.0%)	137 (59.3%)	40 (17.3%)	9 (3.9%)	1 (0.4%)	231 (100%)	2.07 (0.75)
我想逃離這份工作	41 (17.7%)	143 (61.9%)	38 (16.5%)	5 (2.2%)	4 (1.7%)	231 (100%)	2.08 (0.76)

四、情緒耗竭狀態之差異分析

情緒的耗竭容易造成人員異動，以下擬分別探討不同的安寧病房組織特性以及不同的安寧團隊成員個人特質在其情緒耗竭狀態所呈現的差異狀態。

(一) 安寧病房組織特性與安寧工作者情緒耗竭之差異分析

不同的安寧病房所在位置的安寧工作

者在情緒耗竭狀態上有顯著的差異，也就是臺灣地區北中南東四大區域的安寧病房工作者有顯著的情緒耗竭差異，北部最高，東部最低，經過 Scheffe 事後比較，明顯看出北部醫院安寧病房的情緒耗竭大於東部醫院的安寧病房，而中部安寧病房的情緒耗竭也顯著大於東部地區。而其他的安寧病房組織特性如：醫院等級、成立年資、病房床數規模並未造成耗竭的差異(詳見表 4)。

表 4 安寧病房組織特性與工作者情緒耗竭狀態之差異分析

變項	分類	人數	平均值	標準差	t/F	P 值	Scheffe 法 事後比較
醫院等級	醫學中心	69	20.5474	4.8369	0.216	0.806	
	區域醫院	142	20.8300	4.7603			
	地區醫院	21	21.3225	5.6959			
公私立醫院	公立醫院	232	20.7905	4.8551	-1.589	0.113	
	私立醫院	160	21.1145	4.7762			
醫院位置	北部	119	21.3266	5.0937	4.443**	0.005	北部>東部
	中部	43	21.0877	4.8001			
	南部	58	20.4616	4.1932			
	東部	15	16.6667	3.3310			
成立年資	2年內	62	20.7581	5.2563	0.354	0.786	
	3-5年	41	21.2572	4.1485			
	6-9年	61	20.2928	5.4860			
	10年以上	71	20.9155	4.2787			
床數	6-10床	43	20.1522	4.2460	1.855	0.138	
	11-15床	115	21.1391	5.1740			
	16-20床	51	21.3289	4.2604			
	26床以上	25	18.9635	5.1580			

Note: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(二) 安寧團隊成員特質與其情緒耗竭之差異分析

安寧醫療團隊成員不同的個人特質在情緒耗竭的狀態上的確是有顯著差異，尤其是在：年齡、婚姻、信仰、職業別等方面的特質。有信仰的人其情緒耗竭狀況明顯低於無信仰者，宗教信仰的確是一個保護因子。在年齡方面，年紀最輕的一組（21-25 歲）成員的情緒耗竭最高，而年紀越大，情緒耗竭越低，特別是年紀最大的一組（50 歲以上）的耗竭狀態最低，經過 Scheffe 事後比較，21-25 歲的醫療工作者之情緒耗竭明顯大於 50 歲以上的工作者。似乎顯示出剛畢業的年輕人來到安寧病房工作比較容易感到挫折、疲累、想逃避、壓力大，而年紀較長的醫療工作者對於安寧療護工作較熟習且有信心，也習慣於生老病死的場景，在醫院工作大半輩子了，有較多支持系統，有一套自己的情緒照顧方式，年紀大一點的醫療團隊成員耗竭狀態就顯得比年輕人低（詳見表 5）。

此外，在團隊成員的職業類別上也出現情緒耗竭的顯著差異，也就是醫師、護

理師、社工人員、心理師、牧靈人員有顯著的差異，以平均數來看，心理師的耗竭狀態最高，其次是護理人員，而後是醫師，牧靈人員的耗竭程度是最低的。也許是因為各家安寧病房仍未普遍設置心理師的編制，心理師在安寧療護工作的業務摸索與角色定位的發展都需要耗費心力，所以情緒耗竭狀態高。其次是護理人員的耗竭程度也很高，這可能跟她們需要長時間照顧病人，對於病人也有更多情感的涉入，加上人力的緊縮而導致實質的體力負荷加重，因此護理人員的耗竭狀態是不容忽視。

比較意外的是醫療團隊成員的不同婚姻狀態在情緒耗竭方面呈現顯著差異，未婚者的情緒耗竭狀態高於已婚者以及離婚與寡居者，尤其是喪偶寡居者的情緒耗竭程度最低。這個現象可能是因為未婚者的年紀大多較輕，社會歷練與生涯歷練較為缺乏，加上缺乏親密伴侶密切的支持，所以遭遇工作挫折與壓力時，能夠承受的能力比已婚者低。而喪偶的寡居者自己曾經歷過喪親之痛，面對安寧病房日日上演的生死離別有面對的經驗，因此相對地，其耗竭的狀態就低很多（詳見表 5）

表 5 醫療團隊人員特質與情緒耗竭狀態之差異分析

變項	分類	人數	平均值	標準差	t/F	P 值	Scheffe 法 事後比較
性別	男	20	20.7886	5.3171	0.029	0.977	
	女	214	20.7553	4.8151			
年齡	21-25 歲	32	23.0938	5.5028	3.256**	0.004	21-25 歲 > 50 歲以上
	26-30 歲	61	20.4918	4.5630			
	31-35 歲	60	21.6833	4.8029			

	36-40 歲	30	20.0257	4.4589		
	41-45 歲	24	19.8655	3.2044		
	46-50 歲	13	19.1188	6.6964		
	50 歲以上	14	17.6654	3.3338		
信仰	有	148	20.2438	4.5986	-2.194*	0.029 有 < 無
	無	83	21.6906	5.1639		
婚姻	未婚	110	21.3777	4.8542	3.056*	0.029
	已婚	115	20.4336	4.7861		
	離婚	6	19.8333	3.0605		
	寡居	3	13.6667	4.9329		
安寧年資	2 年內	99	20.7080	4.6749	0.026	0.994
	2-5 年	62	20.7507	5.2060		
	5-10 年	56	20.9245	4.9244		
	10 年以上	16	20.6875	4.7430		
職業別	醫師	23	20.3913	4.4080	3.584**	0.004
	護理	164	21.4058	4.8297		
	社工	16	19.4857	4.0279		
	心理師	2	23.5000	10.6066		
	牧靈人員	8	15.5000	3.9641		
	其他	22	19.0494	4.3233		
職級	科主任	10	20.3000	4.7387	0.063	0.939
	護理長	15	20.6515	3.9027		
	基層工作者	209	20.8260	4.9249		
加入原因	院方指派	83	21.5033	5.4962	1.356	0.257
	自己爭取	104	20.4742	4.7331		
	業務輪替	25	20.8000	3.6742		
	其他	18	19.2398	3.5759		
教育程度	大學以下	12	18.2953	3.6720	2.080	0.127
	大專	204	20.9944	4.8486		
	碩博士	19	19.9474	5.1042		
訓練有無	有	232	20.7915	4.8685	0.544	0.587
	無	3	19.2573	1.4038		

Note: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

五、安寧療護工作之壓力狀況

在本次的問卷調查中詢問到醫療團隊的壓力狀況，43.5%的人並不認為「照顧癌末病人讓我感到的壓力很大」，受訪者回答的平均值是 2.66，顯示醫療團隊在針對病人的臨床照顧上有中等程度的壓力感受。從受訪者接受安寧療護訓練的情形看來，他們大多受過安寧基金會所辦理的入門課程(92.6%)，各醫院的自訓課程(47%)及安寧進階課程(21.1%)、臨床見實習和院際研討會，每人平均接受相關訓練種類約 4 種，因此照顧癌末病人的確不會是困難的挑戰。

詢問醫療團隊成員的壓力來源時，本次問卷調查是讓樣本群從病人、家屬、自

己、主管、院方、同事等六項目中加以排序，按壓力大小從第一位排到第六順位，第一順位占六分，第六順位占一分，結果發現壓力來源以來自「同事」之壓力為最高(Mean=4.11)，其次為來自「院方」壓力(Mean=3.91)，第三名的壓力源是來自「主管」(Mean=3.56)，第四順位壓力源是從「自己」而來(Mean=2.94)，值得注意的是來自病人的壓力較小(Mean=2.79)，而壓力來源最小者為從家屬來的壓力(Mean=2.59)。可見面對病人和家屬所從事的安寧療護直接服務並不會難倒醫療團隊之成員，病人和家屬都不是主要的壓力源，但是壓力最大的源頭居然是來自同事關係和院方所給的壓力，此現象值得管理階層加以重視，詳見表 6。

表 6 醫療團隊成員的壓力源

壓力源	順位 1	順位 2	順位 3	順位 4	順位 5	順位 6	平均值
	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	
病人	41 (17.4)	69 (29.4)	29 (12.3)	32 (13.6)	16 (6.8)	15 (6.4)	2.79
家屬	58 (28.0)	52 (25.1)	45 (21.7)	25 (12.1)	23 (11.1)	4 (1.9)	2.59
自己	69 (32.5)	19 (41.5)	52 (24.6)	23 (10.8)	25 (11.8)	24 (11.3)	2.94
主管	25 (13.1)	28 (14.7)	37 (19.4)	37 (19.4)	44 (23.0)	20 (10.5)	3.56
院方	26 (14.8)	24 (13.6)	18 (10.2)	29 (16.5)	29 (16.5)	50 (28.4)	3.91
同事	9 (5.0)	24 (13.4)	23 (12.8)	41 (22.9)	47 (26.3)	35 (19.6)	4.11

以變異數分析醫療團隊人員特質與壓力感受上呈現顯著的差異，Scheffe 事後比較顯示：「無信仰者」的壓力比「有信仰者」及「信仰的有無」二特質在照顧病人的壓力感受上呈現顯著的差異，Scheffe 事後比較顯示：「無信仰者」的壓力比「有信仰者」大，詳見下表 7。

表 7 醫療團隊人員特質與壓力感受之差異分析

變項	分類	人數	平均值	標準差	t/F	P 值	Scheffe 法事後比較
性別	男	20	2.80	0.89	0.779	0.437	
	女	211	2.65	0.79			
年齡	21-25 歲	32	2.63	0.87	0.418	0.866	
	26-30 歲	59	2.73	0.74			
	31-35 歲	60	2.70	0.67			
	36-40 歲	30	2.73	1.01			
	41-45 歲	23	2.52	0.79			
	46-50 歲	13	2.46	0.88			
	50 歲以上	14	2.57	0.94			
信仰	有	146	2.58	0.77	-2.114*	0.036	無>有
	無	83	2.81	0.85			
婚姻	未婚	108	2.68	0.84	1.421	0.244	
	已婚	114	2.68	0.77			
	離婚、寡居	9	2.22	0.67			
安寧年資	2 年內	97	2.71	0.68	0.437	0.727	
	2-5 年	61	2.62	0.88			
	5-10 年	56	2.61	0.82			
	10 年以上	16	2.81	1.11			
職業別	醫師	23	2.83	0.83	1.548	0.176	
	護理	162	2.70	0.80			
	社工	15	2.33	0.62			
	心理師	2	2.50	0.71			
	牧靈人員	8	2.13	0.83			
	其他	22	2.64	0.85			
主管或基層科主任	主任	10	2.70	0.67	0.067	0.935	
	護理長	15	2.73	1.10			

變項	分類	人數	平均值	標準差	t/F	P 值	Scheffe 法事後比較
加入原因	基層工作者	206	2.66	0.78	0.889	0.448	
	院方指派	83	2.73	0.77			
	自己爭取	102	2.62	0.83			
	業務輪替	25	2.80	0.82			
	其他	17	2.47	0.80			
訓練有無	有	229	2.67	0.80	12.698***	0.000	
	無	3	2.00	0.00			

六、支持與人力資源的維護

根據本研究問卷的開放式問題分析，共整理出受訪者從事安寧療護過程所期待的支持來源與支持的內容如下，以下心聲可作為安寧病房人力資源維護之參考：

(一) 期待獲得支持的來源

1. 長官的支持

有 51 位受訪者提到這份工作需要長官的支持，包括：「院長支持」「希望主管能支持，鼓勵我們盡我們所能幫助病人及周圍的人，而非只是空口白話，開會一堆沒用的」、「長官不要要求論文或研究」、「上級長官真正的支持與了解安寧工作」、「院方的肯定」、「院方的重視」、「上級的干擾若能減少，就是一種支持」、「主管的鼓勵及肯定」「院方提供的支援，例如志工、人力、金錢」、「院方能不擔心被健保局核刪，全力支持」，其中也有對護理部主管的特別期許「護理部之主管的認同及鼓勵」「護理部主任對人力支持」。

2. 同事的支持

同儕之間的相互支持也是研究對象特別強調之處，有 49 人提到他們需要「團隊互相的讚許及鼓勵」「特定資深安寧同仁之認同」「同事間真誠的對待」、「同事間相處和諧」、「互相支持關懷」、「渴望醫師、心靈、社工的支持」、「同伴間有一致的共識相互切磋勉勵情緒打氣」「同理支持，我討厭我的同事用那種你什麼都不會的態度，特別是資深護理人員，以及以為自己照顧最好，以及情緒化的同事，那麼壓力很大」「團隊間誠實開放性分享個案，以病人家屬為重的照顧團隊」「團隊合作的精神很重要」「同事們能更多投身這份志業中」「團隊合作的精神」「同樣在安寧界工作的社工支持」。

3. 家人的支持

有 24 位受訪者在問卷中提到需要家人的支持，由於醫療工作極其忙碌，工作時間較長，安寧工作者很需要家人的體諒與支持，以專注於臨床服務。

4. 病患與家屬的肯定

從服務對象得到肯定與回應，可以使

團隊成員獲得激勵與滿足感，其中有 16 為研究對象提到期望得到「家屬的正向回饋」「病人及家屬的肯定而非批評和挑剔」「由家屬或家人口中聽到能進入安寧接受照顧是有福的，即是最大的支持」。

5.其他支持

如同儕醫院的支持、社會大眾支持、非安寧工作者的認同和協助。

(二)期待獲得之支持內容

1.教育訓練

專業知識與技巧訓練可以提昇工作者的效能，因此回收的問卷中，很多安寧的團隊成員期待得到「充足的教育訓練」「專業訓練與指導」「任務交流、知識的充實」「榜樣的學習典範」「院外標桿學習（見習）」「督導」「如何提升護理照顧的品質」「自我照護的訓練」「處理醫療爭議之訓練」「陪伴哀慟家屬之哀傷輔導」「靈性照護」「醫療倫理的抉擇」等訓練課程的安排。其中關於病人靈性照護的訓練是很多團隊成員共同提出的教育訓練需求。

2.情緒支持

長期介入於臨終與瀕死的照顧，醫療團隊非常需要情緒上的支持，研究對象表示很需要情緒調適與壓力調適，也需要心靈的支持，期待「有傾訴的對象，除了分享也做情緒整理」，渴望「心靈成長」「成就感」「情緒支持、精神支持、鼓勵」、 「心靈感動的分享觸發自己的心靈泉湧」，提供「方向、指引、勇氣」「要更多的禱告尋求神的愛才有能力愛患者」。

3.人力資源

有 13 位研究對象提到病房工作量很大，人手不足，時間永遠不夠用，每天晚下班，極需要「人力支援」「健全的跨專科團隊，合宜的人力」。

4.休假與休息

人力資源的維護是需要「準時下班」、「老闆同意放假」、「好好放假」、「時間及戶外活動可藉著出外走走，接觸戶外來放鬆緊繃的心情，也需要獨處時間，來做深層的內心省思」、「其他時間的娛樂，因每天工作都太晚下班」、「放鬆」。

5.其他

財力支援如「金錢」、「特殊單位加給」，以及「醫院（公部門）行政與制度」「行政資源，如病人後送及安置、中途之家等」「健保局審核放寬一些」「安全、信任的工作環境」。

安寧療護這份工作需要工作者勞心勞力地長時間工作，對團隊成員的能力、智力、體力、精力、耐力都是很大的考驗，因此團隊工作者特別需要受到醫院主管、醫療制度與工作環境的支持，也需要學習自我關照。尤其各家醫院都在經營管理的壓力之下，緊縮人力，導致員工無法準時下班或是休假，工作時間過長，業務複雜度又高，實在需要更多資源與支持。本文期待透過安寧醫療工作者的意見調查與心聲的表達，呼籲衛生福利部能重視安寧工作者的壓力狀態與人員耗損，適時在各項資源的提供上回應人力資源的需要，有穩定的醫療工作者，才有永續的服務品質，方能實踐對於國人健康維護與善終的承諾。

(致謝：本研究感謝中山醫學大學附設醫院專題研究計畫經費獎助(CSMU96-OM-B-011)，並感謝各院安寧工作者百忙中之協

助，使研究得以順利完成，特此致謝。)

(本文作者蔡佩真現為中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系副教授)

📖 參考文獻

- 毛筱豔、梁應平(2005)。員工溝通滿意度、工作壓力與工作倦怠關係之研究以在臺外籍勞工為例。北商學報，7，1-19。
- 吳宗祐、鄭伯壘(2003)。組織情緒研究之回顧與前瞻。應用心理研究，19，137-173。
- 邱淑琴(2002)。由自我決定理論探討工作與家庭衝突之關係：以高雄市高中職教師為例。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 衛生署(2011)。參加安寧住院療護院所名單(100/07/15)。於衛生署(上網日期：8月18日)。網址：[http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/15131_1_健保特約醫院安寧病床登記情形100.07.15\(全球資訊網\).xls](http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/15131_1_健保特約醫院安寧病床登記情形100.07.15(全球資訊網).xls)
- Adelmann, P. K. & Zajonc, R. B. (1989). Facial Efference and the Experience of Emotion. *Annual Review of Psychology*, 40, 249-280.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88-115.
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. A., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-35.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 57-67.
- Clark, D., & Wright, M. (2007). The international observatory on end of life care: a global view of palliative care development. *Journal of Pain & Symptom Management*, 33(5), 542-546.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and An Integration of Reserch on Job Burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Erickson, R. J. (1992). When emotion is the product Self, society, and (in) authenticity in a postmodern world (Dissertation Abstract). *Dissertation Abstracts International*, 52(10-A), 3730.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110.

- Gwyther, L., Brennan, F., & Harding, R. (2009). Advancing Palliative Care as a Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 767-774.
- Halbesleben, J. R. (2006). Social comparison and burnout: The role of relative burnout and received social support. *Anxiety, Stress & Coping*, 19(3), 259.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkely, CA: University of California Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of Burnout among a National Sample of public Contact Workers. *Journal of Health and Human Resource Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall.
- Prins, J. T. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12(1), 1.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of Management Review*, 12, 23-27.
- Van Maanen, J., & Kunda, G. (1989). Real feelings: Emotional expression and organization culture. In L. L. Cummings & B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (pp. 43-103). Greenwich, CT: JAI Press.
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 486-493.
- Zellars, K. L. (2004). Experiencing Job Burnout: The Roles of Positive and Negative Traits and States. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(5), 887-911.