

國立政治大學社會工作研究所

碩士學位論文

心理衛生社會工作者與照顧者相互期待之角色內涵探討

A Study on Mutual Expectation of Mental Health Social Workers and
Caregivers



指導教授：宋麗玉 博士

研究生：蔣瀚霆 撰

中華民國 一〇六 年 六 月

謝 誌

經過四年的研究所課程與校外社群的參與研習，能夠完成這篇論文需要感謝的人有很多。首先要感謝從醫院到社區每位受訪者寶貴經驗的真誠分享、對我未來執業深切的祝福，以及大力協助我尋找受訪者的社會工作者或照顧者朋友貴人們，由於你們的牽成，讓我能研究過程認識許多第一線饒富理想的社會工作者與積極生活的照顧者，使我對未來踏進實務工作更加有了信心。再來要感謝指導老師宋麗玉老師，感謝您這幾年來的辛勤指導與耐心鼓勵，使我不論是身為研究案助理或是指導學生，都能有適切的方向；感謝口試委員施教裕老師，老師您口試時以信、精進、慚、愧、無貪、無瞋、無癡、輕安、不放逸、行捨、不害等十一善所的期勉，伴隨著以往諄諄教誨的哲學觀點對我身心靈的個體化啟發十分受用；感謝口試委員萬心蕊老師的殷切提攜，老師您總是恰到好處的提問，諸如口試時「我關注的不是紙本的內容，而是你這個人」的回饋，深蘊人文溫暖、直指人心地讓我有機會能夠覺察、澄清自己當下的狀態，也從多元的角度讓我的論文內容能夠更加完整。

此外，感謝政治大學社會工作研究所的所有師長、同學們的親切熱情相處與思想上的感動激盪，如宋老師於優勢觀點社會工作第一堂課時「優勢觀點，把人放在事情前面」的提醒，或是質性研究課堂時同學分享其參與行動研究年會的收穫「能力不是透過專業與知識長出來的，是來自承擔，在在意的過程中不斷生產知識，能力在其中長出來的」都讓我謹記在心，課堂內外的學習讓我從化學系所跨領域到社會工作學習的過程能有超出預期的學習成長與省思的機會。此外，我要感謝社群團體夥伴的支持，不論是在參與翻轉社工學生聯盟、於伊甸活泉之家實習、接觸家連家精神健康教育協會的家屬教育課程，或是擔任精神疾病照顧者專線的接線志工，還是參與「social approaches to mental distress」讀書會聚會交流的期間，各種跨領域經驗對話、權益倡導的機會讓我能夠認識到社會工作的多元可能，並能從台灣在地家屬團體與心理衛生各場域社會工作者身上體認到何謂朝向更平等、互助和相互學習的夥伴關係為基底的工作方式，開拓了我對心理衛生社會工作的視野，成為本論文能夠成形的重要基礎。最後，要感謝我的家人們尊重我學業與人生規劃的選擇，並感謝知心伴侶湘婷一路上的種種陪伴，讓我能論文書寫或生活、工作各種事宜應對失措之餘能夠適時休息，並能在濃密的情愛中得到滋養，相信我們未來生活仍會相互扶持，一同邁進。

瀚霆
2017 年 初夏

中文摘要

本研究探討心理衛生社會工作者與精神病患照顧者工作之中相互期待的角色內涵、影響角色期待之因素或歷程，以及相互期待之認知、行動如何修正與調整。本研究採質性研究深度訪談法，採立意抽樣選取研究對象，對三十九位受訪者（二十六位心理衛生社會工作者、十三位精神病患照顧者）進行半結構式訪談，主要研究發現如下：

1. 精神病患照顧者的照顧內容和與角色立場：

- (1) 照顧內容：症狀因應、社區生活
- (2) 照顧態度：積極主動、合理期待、自我照顧
- (3) 與其他家屬互動：聚會交流、自助助人、權益倡導

2. 照顧者樣態與社會工作者對照顧者之角色期待：

- (1) 所見樣態：積極參與、消極參與、不當期待、家庭動力不穩
- (2) 對照顧者之角色期待：配合服務、適度支持、個別化期待、如個案需要協助
- (3) 影響因素：社經認知條件、家庭文化因素、疾病照顧經驗、社區環境、社工接觸經驗

3. 社會工作者與照顧者之工作方法，與照顧者對社會工作者的角色期待：

- (1) 工作方法：傾聽陪伴支持、協作釐清期待、衛教家屬團體、家庭動力工作、社區資源連結、權益倡導協調
- (2) 指導原則：聚焦正向改變、以個案為中心、重視家庭經驗、尊重照顧知識、抱持覺察開放的態度
- (3) 照顧者對社會工作者之角色期待：教育引導、家庭陪伴、權益倡導
- (4) 影響社會工作者角色因素：個人因素、專業教育、組織因素、結構因素

4. 照顧者與社會工作者關係：夥伴關係、工作關係、彈性關係

5. 照顧者與社會工作者相互角色期待調整方式：

- (1) 照顧者對社會工作者期待調整：接受現況、調整期待、自立自強
- (2) 社會工作者對照顧者期待調整：接納現況、調整期待、擇善固執
- (3) 社會工作者挫折因應方法：經驗回饋、自我照顧、團隊支持

最後，研究者結合上述研究結果，嘗試繪製出心理衛生社會工作者與照顧者相互角色期待內涵與影響因素之概念架構圖，並提出本研究限制與建議，提供照顧者、心理衛生社會工作者和政策制定者、未來研究者參考，期冀本研究有助於減少照顧者可能產生的失望，甚至進而奠定一個基於夥伴關係的服務方式。

關鍵字：心理衛生社會工作、精神疾病照顧者、角色期待、工作關係

Abstract

The purpose of the study was to explore the content of mutual role expectation for mental health social workers and caregivers, the factors influencing role expectation, and the adjustment process of role expectation. This study used purposive sampling to select thirty-nine participants (twenty-six mental health social workers and thirteen caregivers), conducting in-depth interviews by using a semi-structured interview outline. The major results of the study include:

1. Care content and role of caregivers:

- (1) Care content: symptom management, community life promotion.
- (2) Care attitude: proactive, reasonably expected, self-care.
- (3) Interaction with other caregivers: family support group and gathering, help others and self-help, advocacy.

2. Caregiver pattern and role expectation of caregivers:

- (1) Caregiver pattern: actively participated, passively participated, improperly expected, unstable family dynamics.
- (2) Role expectation of caregivers : service adherence, moderate support, individual expectation, potential client.
- (3) Factors influencing role expectation: socioeconomic and cognitive conditions, family and cultural factors, caring experience, community environment, the experience of contacting social worker.

3. Working methods and role expectation of social workers:

- (1) Working methods: listening and accompanying, cooperating to clarify expectation, group psychoeducation, family systems therapy, mobilizing community resources, advocacy and negotiation.
- (2) Guiding principles: focus on positive changes, case-centered, attention to family experience, respect for caring knowledge, open-mindedness and self-awareness.
- (3) Role expectation of social workers: educator and guide, family supporter, advocate.
- (4) Factors influencing role expectation: personal factors, professional education, organizational factors, structural factors.

4. Professional relationship: partnership, working relationship, elastic relationship.

5. Adjustment process of role expectation for caregivers and social workers :

- (1) Role expectation of caregivers adjusted by social workers: accepting the status quo, adjusting expectation, self-reliance.
- (2) Role expectation of social workers adjusted by caregivers: accepting the status quo, adjusting expectation, persisting.

(3) Frustration coping methods: experience feedback, self-care, team support.

Based on above findings, researcher drew out the depiction of mutual role expectation for mental health social workers and caregivers, as well as the factors influencing role expectation, proposing the study restrictions and suggestions on policy making, partnership-based approach for mental health social workers and caregivers, and further research.

Keywords: mental health social work, caregivers of people with mental illness, Mutual role expectation, professional relationship.



目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究緣起與動機	2
第二節 研究目的與問題	5
第三節 名詞解釋	6
第二章 文獻探討	8
第一節 精神病患照顧者對心理衛生專業之需求、期待	8
第二節 心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待與工作內涵	15
第三節 文獻小結	32
第三章 研究方法與設計	33
第一節 研究方法	33
第二節 研究設計	34
第三節 研究嚴謹性	39
第四節 研究倫理	41
第四章 研究分析	43
第一節 對精神病患照顧者的角色期待與影響因素	43
第二節 對心理衛生社會工作者的角色期待與影響因素	71
第三節 照顧者與心理衛生社會工作者之間的關係與相互角色期待	112
第五章 結論與建議	122
第一節 研究結論	122
第二節 研究限制與建議	137
參考文獻	141
附錄	151

表次

表一、各場域社會工作者的角色，以及對照顧者之工作內涵	29
表二、心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待內涵.....	31
表三、受訪照顧者基本資料	36
表四、受訪社會工作者基本資料	36
表五、精神病患照顧者的照顧內容和與角色立場	47
表六、照顧者樣態與社會工作者對照顧者之角色期待	57
表七、影響照顧者角色之因素	69
表八、心理衛生社會工作者與照顧者工作方法與角色立場	92
表九、精神病患照顧者與社會工作者的相處感受與角色期待	99
表十、影響心理衛生社會工作者與照顧者工作角色與立場之因素	110
表十一、精神病患照顧者與心理衛生社會工作者之間的關係	116
表十二、照顧者與社會工作者對彼此期待的調整方式	120

圖次

圖一、心理衛生社會工作者與照顧者相互角色期待內涵與影響因素 121



第一章 緒論

「請問你要怎麼跟康復者工作呢？」這是我參與精神疾病照顧者專線志工培訓¹時，照顧者詢問我的問題。當下我不知如何回應，即便我過去參加過家連家精神健康教育課程，以及在社區福利服務中心—伊甸基金會附設活泉之家實習等經驗，然並無與當事人與照顧者工作的實際實務經驗，原本要說出的話語，要給出的承諾遂吞了回去。事後專線社工才和我說明，問這問題的照顧者，本身是家屬團體的領導人，這二十餘年來接觸各位置的社會工作者不時有失望的感受，問我這個準社工也是在確認有沒有進一步一起工作的可能。他也曾感嘆地說到，在學校有聯絡簿，促進親生溝通，怎麼當孩子生病住院了，沒有聯絡簿來促進醫病關係，來促進照顧者與社會工作者的溝通？為什麼這麼多年的觀察所見，照顧者和社會工作者常不是合作關係？為什麼明明家人陪伴時間最長，但許多照顧者彷彿託孤似將危機處理與各種照顧知能仰賴社會工作者，只想到送醫要喘息？為什麼工作者自詡專家要指導，認為照顧者什麼都不懂，但一來沒有提供心理衛生教育與資源包，二來沒有進一步計畫以能於黃金時間處遇之？直到現在，我還是不知道怎麼回答這個問題，而這個經驗也讓我開始想知道心理衛生社會工作者是怎麼與照顧者工作，以及社會工作者與照顧者雙方相互期待的角色內涵是什麼？其中會有什麼因素或歷程影響相互期待之認知、行動的修正與調整。這個探問，也是為了日後從事心理衛生社會工作得以參考，期冀可以理解與照顧者工作應有之角色，並減少照顧者會產生的失望，以建構一個基於夥伴關係的服務方式。

1 「精神疾病照顧者專線」是伊甸基金會附設活泉之家從 2015 年 12 月 1 日起開辦，以「家人陪伴家人，以照顧者接聽照顧者」，對精神疾病經驗者的家人或朋友提供服務，由資深的照顧者志工進行情緒支持與協談、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。詳見：<http://depl10.pixnet.net/blog/category/3856882>。

第一節 研究緣起與動機

心理衛生 (mental health) 是指在認知、情緒的安適 (well-being)，沒有心理疾病 (mental illness) 或精神疾病 (psychiatric disorders)，更是指一個人能夠理解自己的能力、能調適生活壓力、有生產力地工作、對社區有所貢獻 (張如杏、楊添圍、張玲如，2016)。我國自精神衛生法立法通過後，政府對心理衛生的做法以法令明確規範，這是社區精神醫療建制的濫觴，但也將心理衛生議題窄化為精神疾病的預防與治療 (第三級預防) (張如杏、楊添圍、張玲如，2016)，因而心理衛生社會工作 (mental health social work) 在我國指涉的多為精神醫療社會工作 (psychiatric social work)，在本研究中兩者視為可相互替換的同義詞。

根據精神疾病統計資料 (楊玉欣，2015；社團法人台北市心生活協會，2015；衛生福利部，2014；衛生福利部，2015；衛生福利部，2016)，我國目前領有身心障礙證明的慢性精神病患者約有 12.4 萬人，然實際上精神疾病患者人數由全民健康保險統計資料可知，全台每年有 239 萬人到精神科、身心科就診，其中較嚴重之思覺失調症、情感性精神病患者計有 34.7 萬人；104 年領有健保重大傷病卡之慢性精神疾病患者有 20.5 萬人；105 年全國各直轄市、縣市衛生局關懷的精神病人共約 14.2 萬人；從 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查得知，有 83.47 % 精障者居住於家宅，有 16.00% 居住於教養、養護機構。自 1986 年台灣開始實施去機構化以後，約有八成以上的患者必須仰賴家人或親友提供長期性的照顧，家庭成了患者出院後的安置場所，家屬則成為主要照顧者，更是居家照顧的關鍵性角色 (鄭泰安，1985，引自梅黎晞，2006)，然社區沒有足夠的資源給予慢性精神病患者使用時，照顧者在經濟及照顧雙重壓力減輕的誘因下，將慢性精神病患者再次送回到醫療機構，或再隨著各個醫療院所治療時間限制，而不停在精神醫療院所中就診醫療 (洪千惠，2006)，很多照顧者幾乎沒有見過醫生、護士以外的醫療專業人員 (鄭舒文，2006)。

精神疾病不僅影響著個人健康、社會角色、職業生活等，更影響家庭系統內的成員，得面對疾病出現在家庭生活中，各自有其角色任務相互調適與改變 (陳姿廷，2013)。要承擔起照顧者角色，對家屬而言尚需經歷角色轉移 (role transition) 的過程，個人在過程中會經歷到自己與新角色期望的不協調之處，藉此改變自己符合角色期望，角色轉移過程的順利與否會影響個人對新角色的投入程度，若照顧者對未來將提供的照顧準備越充分，在整個照顧過程中對於面臨的照顧問題與相對產生的壓力應付會朝向正向結果。當照顧壓力遽增，照顧者會傾向引入正式服務來舒緩角色間緊張，如 Schumacer 等人 (1998) 認為照顧品質

是照顧者、被照顧者與照顧情境之間互動的結果；照顧者面向代表的品質內涵包括：必要的知識、技能與資源、於照顧經驗中建立起常規、賦予照顧意義或感受快樂的過程等（引自陳正芬，2013）。龔千逢（2011）也指出在沉重的照顧負荷和繁瑣的照顧工作之中，若有醫師、護士、社工、心理諮商師和家屬團體志工等專業人員能提供訊息傳遞、情緒、醫護等面向支持。

面對精神疾病的發生，照顧者非常期望醫療可以解決自己的受限和所愛之人治癒的問題（Karp 著、林秋芬等譯，2010），但照顧者對於治療的期望卻在心理衛生體系感到挫折、迷惑，缺乏有關的疾病訊息、缺乏有幫助的問題管理方法，以及未能在危機時充分得到幫助。照顧者的需求包括資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持（王珮靜，2015）。對於社會工作者的角色期待，除上述需求滿足的情感性與工具性期待外，在態度上則應有關於各種情況與相關影響的淵博知識，能傾聽並做出適當的反應，能嫻熟於使人說出心裡話而不會感到不快，能和睦相待而非威逼，以及能做到知情同意地評估（Manthorpe, Moriarty, Rapaport, Clough, Cornes, Bright and Iliffe, 2008）。照顧者更有對於心理衛生體系權力位置的期待，能在服務輸送過程中有更多參與、與社會工作者加強合作關係，能被尊重，有明確、一致的資訊反饋與教育課程等方案，以有效地履行其作為一個照顧者的角色，以及成為治療／復健行為的合作夥伴（Evavold, 2003）。

心理衛生系統將照顧者期望為扮演病患照護、支持性照顧提供者的角色，能提供病患日常生活所需、獨立發展等方面之情感與工具性支持，能督促病患服藥與復健、分擔醫療復健的責任，也是病人攻擊的對象、保護人、權益倡導者、利益關係人等，但一方面家庭被視為壓力源，是治療時必要的評估項目，甚至是需要被治療改變的對象（Riebschleger, 2001）。社會工作者抱持不同的家庭工作理論，其工作可能會探索案主精神病背後的家庭成因，針對家庭系統進行輔導治療；可能會幫助案主和其照顧者互相溝通，鼓勵他們重新塑造新的生命意義；可能會把家庭視為個人因應疾病的資源，以家庭為中心進行資源連結、強化因應能力；或從權利倡議的角度出發，和照顧者與案主一起爭取合理、合情、公開、公平的權益、待遇與服務（葉錦成，2011）。

我國心理衛生社會工作者從微觀層面開始與病人和家庭工作，再到社區與組織間工作、以及巨觀層面的心理衛生政策參與（張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。精神科醫院社工在

團隊中被賦予與照顧者溝通的責任，相關工作有：協助照顧者對於病人罹病和住院的接受與適應、協助醫師與照顧者之間的溝通、提供照顧者與病人社會診斷與處遇、協助出院計畫與資源連結（溫信學，2014；Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004；謝依君，2014；張如杏、楊添園、張玲如，2016），具體的工作內容受所處醫院的工作量或文化氛圍、團隊對社工的期待有所不同（翁維希，2014）。

對於任職於社區復健相關機構的社會工作者如何與照顧者工作，社區復健中心的社工員促成照顧者陪伴精障者時所需要的嘗試空間與彈性，若與照顧者無法順利溝通，則以精障者為服務焦點，由其本身向家庭進行回饋，或藉由不同家庭間的經驗分享，讓照顧者自我覺察（吳姍紋，2015）。康復之家的社工員，則由於精障者多為缺乏資源及家庭支持者，會做為中介者，搭起住民與照顧者間溝通的橋樑，進行家庭關係緩衝與協調（朱淑怡，2007；吳宛珣，2014）。會所模式的社工員，並無直接與照顧者一起工作，但有研究顯示會員參與會所對照顧者能有喘息、更好的家庭溝通、家庭關係改善、較少擔憂與希望感更強等間接好處（Pernice-Duca, Biegel, Hess, Chung and Chang, 2015）。至於精神疾病社區關懷訪視計畫的社工員，則要以服務對象與其家庭於中心，鼓勵與教導照顧者有合作性的治療態度，以強化家庭支持功能，修補、維持與重新建構其社會支持網絡（李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜，2008；萬心蕊、黃薇蓁，2014）。

筆者肯定 Fox 等人（2015）研究指出照顧者、專業人員、服務使用者三角關係在復元中扮演關鍵角色，照顧者若在服務過程中有機會和團隊成員共享資訊，此正向經驗將鼓勵照顧者與專業人員之間的直接溝通，使照顧者對自己作為照顧者的知識和能力持有信心，而非完全依賴於專業人員，這歷程中照顧者能被視為經驗知識的專家，也影響專業人員與之互動的態度。但由上述文獻回顧可以得知，目前我國心理衛生社會工作與照顧者，對彼此的角色期待並不清晰。從醫院到社區各實踐場域，照顧者對服務體系感到失望、挫折，期有更多參與以及更平等之權力關係，但對社會工作者應有的期望行為、權利與義務尚無研究有具體陳述；而對於社會工作者如何看待照顧者，雖有社會工作者與照顧者工作方法的整理，對於照顧者之角色期待亦無具體陳述。

第二節 研究目的與問題

本研究探討心理衛生社會工作者與精神病患照顧者工作之中相互期待的角色內涵，包括會有什麼因素或歷程影響相互期待之認知、行動的修正與調整。根據上一節之研究緣起與動機，本節進一步提出研究問題與形成研究目的。

壹、研究目的

- 一、透過心理衛生社會工作者與照顧者之工作角色與經驗分析，瞭解心理衛生社會工作者與照顧者工作之相互角色期待內涵與工作方法。
- 二、歸納心理衛生社會工作者與照顧者工作中，影響雙方相互期待之認知、行動的修正與調整的因素或歷程。
- 三、探討這些研究發現對心理衛生社會工作者的啟示，並形成社會工作者與照顧者工作之建議與策略。

貳、研究問題

- 一、心理衛生社會工作者對自己與照顧者的角色期待為何？
- 二、角色如何在服務中展現？其角色知覺歷程與如何調整此期待？
- 三、照顧者對不同服務場域心理衛生社會工作者的期待與實際工作經驗為何？
- 四、有哪些因素或歷程會影響相互期待之認知、行動的修正與調整？
- 五、從醫院到社區等不同類型的服務場域，心理衛生社會工作者對與精神病患照顧者工作實際執行的工作方法與策略是什麼？

第三節 名詞解釋

壹、心理衛生社會工作者

心理衛生社會工作者是較深入和專門性的治療性社會工作專業人員，採取社會工作、精神醫療與心理衛生的專業知識與技術，運用在精神病患與照顧者身上，以達到精神疾病防治暨心理衛生之服務。所需扮演的角色與工作內容就是運用社會工作的理論與方法來預防與治療社會心理障礙或情緒性疾病，包括：（1）對精神病人進行社會心理預估（psychosocial assessment）及提供處遇；（2）對病人及照顧者進行支持性、教育性、治療性之個案、婚姻、家庭、團體工作；（3）開發、運用社會資源，創造有利於病人治療、復健之環境；（4）參與初級預防之心理衛生教育訓練工作等（李錦鳳，2010；溫信學，2014）。本研究將針對於醫院、社區復健中心、康復之家、會所模式、精神疾病社區關懷訪視計畫等場域實踐之心理衛生社會工作者進行研究。

貳、精神病患照顧者

對精神疾病患者之照顧者而言，照顧並非僅止於生理層次，並非只是責任壓力、情緒調適、生活協助等任何一部分，更是基於照顧者與患者之親屬及照顧關係，以及照顧者對患者的關照（caring）與承諾，以及患者奇異的生活世界，與社會對照顧者照顧的主流價值觀與期待，形成照顧者在照顧中既是操煩又是牽掛的複雜經驗（郭芬如，2013）。然很多人都將自己視為朋友、父母、兒子或女兒，「直到被告知時，才知道自己是個照顧者」（Reepper et al., 2008, 引自 Tew, 2011），照顧者的角色承擔尚需經歷角色轉移的過程，個人在過程中會經歷到自己與新角色期望的不協調之處，藉此改變自己符合角色期望（陳正芬，2013）。根據身心障礙者家庭照顧者服務辦法第二條可知，家庭照顧者，指的是身心障礙者家庭內主要照顧身心障礙者之配偶、直系血親、直系姻親或共同生活之家屬。本研究參考陳玟玲等人（2014）對主要照顧者的定義：「主要照顧者為承擔病患治療性活動和生活照顧工作與責任且共同生活者」，將招募過去一年內至少與精神病患共同生活六個月，並參與治療性活動和生活照顧工作與責任，且曾接觸過精神醫療與社區復健等機構心理衛生社會工作者之照顧者。

參、角色期待

Lyon (1993) 論及角色研究時認為，建立角色是一個在社會關係中為我們自身建構位置的過程（引自 Payne, 2005）。角色 (role) 意指人們所處「地位 (status)」所制定的行為模式，是一連串學習行動或與外界互動時的行為表現；地位是指在社會結構中所佔據的一個位置，可依據地位取得的方式區分為「歸屬地位」(ascribed status, 即地位的取得是由天生、出生身份所決定的，如性別、種族) 與成就地位 (achieved status, 即地位的取得是靠個人後天努力，如社會工作者等) (陳奎林, 2005; 簡春安、趙善如, 2010)。一個人對自己在某特定場合中應該如何表現的看法，稱為角色知覺 (role perception)，由於有此知覺，個人方能表現出相對應的行為 (陳碧君, 2003)。角色期待 (role expectation) 是指社會對於具有某一地位者，所抱持的一系列期望行為、權利與義務之看法，也是重要他人對於個人社會地位之行為表現的要求與期待。此重要他人係指與該角色有密切關係或重要關係的他人，對於心理衛生社會工作者，案主、照顧者、醫師等其他工作者均為其重要他人，因其對社會工作者所持的角色期待使社會工作者了解本身處於何種地位，且應表現出何種行為，以符合他們的期望。而由於個別地位可能有各種相關角色，此即角色組 (role set)，面對不同他人會有不同的行為模式，如一個社會工作者面對案主、同事、照顧者、上司可能會有不同行為模式 (陳奎林, 2005; 簡春安、趙善如, 2010)。

Major (2003) 提出六階段過程，通過對角色和角色變化來揭示案主的角色問題：
(1) 明確新角色將來的要求；(2) 定義角色組，即將涉及的他人與角色內容；(3) 認清由當前角色製造的障礙以及與新角色的衝突；(4) 對新角色進行詳細商討：誰做什麼，何時何地做；(5) 力求角色整合，如通過製作時間表以明確誰做什麼、何時做或創建備份 (6) 當反饋表明需要進行改變時，對角色進行重新討論 (引自 Payne, 2005)。角色承擔尚需經歷角色轉移的過程，個人在過程中會經歷到自己與新角色期望的不協調之處，藉此改變自己符合角色期望，角色轉移過程的順利與否會影響個人對新角色的投入程度；對於角色無法得到社會支持而造成適應問題的個案，可施行適當的個人或團體處遇，處理角色問題最好的場域是在團體中，因團體可使當事者去經驗他的角色轉換，可在團體中解釋、練習如何有效的扮演其角色 (簡春安、趙善如, 2010; 陳正芬, 2013)。

第二章 文獻探討

第一節 精神病患照顧者對心理衛生專業之需求、期待

壹、家庭與照顧者對精神病患的重要性

家庭有感情維持、自尊、精神支持、經濟供給、日常生活照顧、社會化、休閒娛樂和教育功能等八種功能，人最初的社會關係是從家庭衍伸，成為個人建構自我認同的一個重要機制（梅黎晞，2006）。台灣文化是屬於一種集體性、相互依賴的家庭文化，當家中有身體孱弱的家人時，健康的家人多被賦予和期待承擔起照顧的義務和責任（吳慧菁、林萬億、張莉馨、唐宜楨，2012）。自1986年台灣開始實施去機構化以後，當精神患者離開療養院所，返回社區後，約有八成以上的患者必須仰賴家人或親友提供長期性的照顧，家庭成了患者出院後的安置場所，家屬則成為主要照顧者，更是居家照顧的關鍵性角色（鄭泰安，1985，引自梅黎晞，2006）。當病人的主要照顧者為家屬，而社會又無足夠資源支持精神病人時，病人的利益與家屬的利益，似乎無法避免地被綁在一起，而呈現出精神醫療照顧是以家庭、家屬為主的照顧體系的現況（吳錦喻，2004，引自吳姍紋，2015；吳慧菁、林萬億、張莉馨、唐宜楨，2012）。

家庭成員是慢性精神病患最長時間的互動對象，家庭亦為慢性精神病患最主要的支持系統，家人對疾病的知識程度或是反應皆會影響慢性精神病患適應狀況（吳佳音，2009；林鍾淑敏，2002）。家庭一方面是病人的照顧者與支持者，同時也可能是壓力源，是治療時必要的評估項目；家庭甚至可能是需要被治療改變的對象，家屬或許是病人攻擊的對象、保護人、權益倡導者、利益關係人，精神疾病與家庭的關係更為錯綜複雜（張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。Bemheirn 與 Lehman 指出家庭如能扮演支持性的關係、適當表達情緒氣氛，可以減緩精神疾病的污名傷害與負面效應，提升病患對疾病的接納，以增進其疾病適應（Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004）；Spaniol 等人（2002）認為家人支持病患康復的因素包括有人可以提供支持、鼓勵與機會；胡孟菁（2013）指出家庭與親人帶來的支持影響力，可能是情感性精神疾病個案存活的理由、恢復身心健康的動力，是復元的重要基石；林慧婷（2014）指出家庭功能越佳者，思覺失調症患者復元程度越高。陳信佩（2007）指出當家庭提供容身之處，對精障者有著相當大的安心用但也並非每個家庭都有能力及資源去幫助家庭中罹患精神疾病的家人。

貳、照顧者之角色樣態

對華人文化的照顧者而言，照顧是一種家族的責任，並非只是責任壓力、情緒調適、生活協助等任何一部分的單一切分，或是對照顧負荷的單純指涉而已，更是基於照顧者與病患之親屬及照顧關係，以及照顧者對病患的關照與承諾，以及病患奇異的生活世界，與社會對照顧者照顧的主流價值觀與期待，形成家屬在照顧中既是操煩又是牽掛的複雜經驗（Ramsay and Guy, 2010；郭芬如，2013）。疾病進入家庭之後，精障者由於疾病關係失能，整個家庭的照顧關係與權力關係產生變動與拉扯，照顧者對於疾病的認知、疾病的瞭解程度與對疾病的看法，均影響處理疾病的方式，雖「由誰照顧」牽涉到家庭中的哪位成員與生病的家人關係最為親近，或誰最有能力提供照顧，但在華人文化傳統中，女性卻擁有照顧的「優先權」，照顧工作常被視為女性的責任與義務，由母親、長女、未出嫁的女兒、媳婦等承擔照顧責任（陳玉婷，2015）。

陳玉婷（2015）研究主要照顧者從家人生病、尋求協助、逐步改變到成為助人者的生命歷程，指出照顧者與精障者的照顧關係有強、弱兩種界線，界限弱者義無反顧投入照顧，照顧成為生活的重心，情緒也隨被照顧者之狀況起伏，若同時還須面對其他家庭成員照顧的需求，則往往也忽略了照顧自己，使照顧負荷增加；界限強者秉持該送醫就送醫原則，較能切割與精障者之間的情感糾葛，當精障者抗拒就醫時，也能夠堅持自己的立場，雖與精障者間可能有立場上的衝突，但經互相磨合這樣的照顧模式似乎對彼此而言都能夠接受，也讓精障者情況維持穩定。郭芬如（2013）則指出，照顧的各種複雜性（包含家屬的責任、承諾、認知、情緒、以及與精神障礙者之親屬關係）皆影響著照顧者如何認知自我與如何詮釋照顧經驗。如精障者的照顧者之親屬關多為父母、配偶，照顧者是健康手足的人數與比例占少數，又因精障者單身比例高，以父母為主體的照顧經驗較多。父母照顧精神障礙者如同親子互動方式，具備黏密、感性與雙向互惠的情緒互動，精障者與父母因為照顧需求與互依共生的關係上，讓家庭生命發展週期停滯，也看見照顧者與被照顧者雙重老化的現象。而身為手足的照顧者，面對生病手足的照顧議題，有較多理性與客觀思維，並較採問題解決取向思考現在家庭碰到的問題，但較無法有雙向與更親密的互動，傾向單向的付出、不求任何的回報，期待生病手足配合治療、復健與規律生活，減少因疾病再造成照顧的困擾（陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之，2015）。

照顧者角色的承擔，對家屬而言尚需經歷角色轉移的過程，會考量包括對照顧者這個角色內容的期望、賦予的意義與照顧技巧與知識的準備度等因素，個人在過程中

會經歷到自己與新角色期望的不協調之處，藉此改變自己符合角色期望（陳正芬，2013）。照顧者就如同人類學家一般必須建構理論，以初學者的身分開始自己的照顧工作，分析歸納牽涉到持續性的理論修正過程，直到能找到與新觀念相謀合的解釋為止，以便能夠讓那些受到精神疾病影響而變的混亂不堪的家庭生活，變得更有秩序（Karp 著、林秋芬等譯，2010）。除患者本身個人成就降低，因功能下降，失去原本家庭角色與功能，需由其他家庭成員替代精神病患本來在家庭中之角色，因此產生角色混亂（role confusion），如子女扮演父母的角色、父母親年邁時仍需扮演主要照顧者之角色等之外，照顧者最常與專業人員表達自己不知道該如何因應慢性精神病患當下的情緒、行為以及家庭不可避免擴大衝突的情形，也不知道該如何協調整個家庭對未來的計畫，此皆可見因不清楚如何與慢性精神病患互動，而在緊密關係產生謾罵與衝突所造成之照顧壓力（Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004；陳姿廷，2013）。如黃鳳嬌（2008）訪談 7 位思覺失調症患者之家庭排除經驗指出，家屬雖在初期就醫願意承擔照顧責任，但在照顧過程中引發的多元問題（如家庭關係的改變、連帶承擔外界對精神疾病的汙名態度、患者的問題行為及其不易理解的生病世界等）、家中生病成員疾病復發與無社會支持系統或資源介入下，均帶給家屬極大心理負荷與壓力，而考慮將患者排除於家庭之外，安置於機構（引自王珮靜，2015）。

健康家庭成員必須試著與罹病的家人建立起適當的責任界限，並管理在照顧過程中所預期出現的各種情緒，對照顧者最複雜的問題就是如何在必要的幫助、努力取得控制，以及培養獨立性等問題之間取得正確的平衡點（Karp 著、林秋芬等譯，2010）。Karp 於其書中呈現了照顧者與家人間關係的四個重疊、交錯、多重變化的關係面向：

- （1）希望與學習：精神疾病對家庭成員而言是新的，且照顧者非常期望醫療可以解決自己的受限和所愛之人治癒的問題。
- （2）修正期望：大部分照顧者必須面對一個事實就是精神疾病不會消失。這個承認，會對生病的家人和他們自己兩者形成新的期望。
- （3）評估責任：決定責任的程度關鍵因素是照顧者持續評估患者有多少能力可以解決自己的問題，以及就義務而言自己又該應承擔多少責任。只要患者努力幫助自己，照顧者總是感到他們應該要繼續去幫助患者。
- （4）保有自我：在照顧的過程中由於自己的健康與心理狀況不斷地妥協於承諾與耐力之間（Karp 著、林秋芬等譯，2010）。

然在照顧過程並非全然充斥壓力與負面經驗，精障者也會促成家庭成員成長，如影響職涯選擇、成為一個更好的父母、更有耐心、同理心與創造力，並更能溝通少評斷

(Coldwell, Meddings and Camic, 2011)。Schwartz 與 Gidron (2002) 研究指出精障者父母在他們晚年時認定繼續擔任親屬可以增進自我價值與目標，感到自己正在達成一項生命的任務（引自張正璋，2013）。Coldwell 等人 (2011) 則將精障者貢獻家庭的要素詮釋為「貢獻行為」與「機會」兩部分，機會將促成貢獻發生，當貢獻被家庭察覺後會影響機會的再產生，形成一個正增強的循環過程。前者包含提供實質支持、提供情緒支持、增強家庭關係等。當精障者的症狀有一定控制，比較能進一步考慮貢獻，而做出貢獻也能讓他們覺得對自己的症狀更有控制性，兩者相輔相成。

家庭外的關係可以協助精障者與家庭成員重新詮釋困難情境，注入正向可能，如郭芬如 (2013) 提到，若照顧者能明白照顧歷程要有同行者、亦有師者與嚮導，照顧者能和精障者有一同歸屬的群體，能在其中彼此支持、參照，得以不孤單，且家屬團體能擔當了照顧者與醫療體系間的緩衝角色，去彌補兩方間的知識、情緒差距，安撫照顧者、解釋現狀、協助下定安排決策等等，讓照顧者得以安然。簡嘉惠 (2013) 指出，照顧者在接觸家屬團體及家連家教育課程後，開始有了意識的覺醒及知識的累積，得在家屬團體的鼓勵與支持下展開助人的行動，使照顧者心中長出了希望以及找回對自我的認同，也與家中患者有了更人性化的互動模式、找到最適合的相處方式，其照顧模式除了穩定服藥，更擴大於支持、耐心、包容等人際互動上的改變。Tew (2011) 亦進一步指出，朋友和家人等照顧者要能妥善處理照顧歷程浮現的議題和諸多感覺，須依靠更大網絡的夥伴關係提供可維持支持的體系，系統中的成員關係 (membership) 使人能夠因應可能造成心理衛生困難的壓力與挫折。

參、照顧者對心理衛生專業之角色期待

當一個精神病人急性症狀發作時進入急性醫療體系，在急性症狀被緩解後出院，接獲出院通知的病人和家屬繼續面對的是生活結構的重建與社會角色的再適應，此時病人和家屬需要長期而連續的支援作為「正常生活」的後盾，然他們進入的卻是功能分化之下的精神醫療體系 (郭婉盈，2007)，照顧者通常很難了解專家為什麼會反對他們的意見，好像心理衛生專業領域有「近視」現象，照顧者往往居於資訊流通的邊緣地帶 (Karp 著、林秋芬等譯，2010)。起初照顧者帶著對治療的期望來到心理衛生體系，中間夾雜情感的需求、害怕、還有對心理衛生干預有限的知識，這時若他們面對一些態度不清、也不多說些什麼的醫療人員，會感到挫折、迷惑。照顧者只能成為提供接案內容的資源，專業人員問照顧者答，沒有回饋。他們要求的資訊或指導 (如疾病的知識與預後、藥物與各種安排的用途) 可能被認為是冒犯治療者的權威，是過度保護病人而被拒絕

(Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004)。而余漢儀(2001)更是以家屬最怕聽到醫護人員說的一句話：「出院時還好好的，怎麼一回家就變成這樣？」來凸顯照顧者長久以來就被期望扮演病患照護的角色，甚至分擔醫療復健的責任。這和以往研究顯示照顧者心理衛生體系不滿意的說法相仿。

Holden 與 Lewine (1982) 的研究中有三成照顧者認為和專業人員接觸對他們並沒有什麼幫助，整體而言有 74% 的人對服務不滿意，如未提供診斷與治療的需求、模糊與迴避的反應、不願意給予明確的診斷、在病患回到社區的轉換期未給予支持、未協助尋求社區資源、未給予關於如何因應病患症狀與問題行為的建議等，他們更指出「如果專業人員心裡先預想：患者會生病是因為有不稱職的父母，這種想法是很危險的，因為自己會不由自主的流露出鄙視的態度」。Hanson 等人 (1992) 指出有時社區心理衛生方案的專業人員會對照顧者有不當期待，將照顧者視為機構照顧人力的延伸，期待照顧者可以控制當事人的病情，單方向要求家庭配合專業服務計畫。Biegel、Song 與 Milligan (1995) 研究發現，照顧者覺得專業人員並未積極地將他們含括在對病人的治療當中，對照顧者本身的協助也相當少。Leggatt (2002) 指出家庭常常為因專業人員的保密協定而被排除在治療和照顧計畫之外，也提到心理衛生專業人員並無針對如何與照顧者、家庭工作接受相關培訓。Weimand 等人 (2011) 提到照顧者與心理衛生體系互動時感到其生活語言受專業語言排除、不被信任的無力感。而 Outram 等人 (2015) 針對思覺失調症家庭照顧者陪診經驗研究，發現受訪者大多數 (83%) 沒有受過任何心理衛生教育，他們希望獲得更多有關症狀與如何因應的資訊。上述研究照顧者舉出的主要問題是缺乏有關的疾病訊息、缺乏有幫助的問題管理方法，以及未能在危機時充分得到幫助。一方面在心理衛生專業人員互動中感覺受到忽視，另一方面也認為既有家族治療等處遇方案並不支持其照顧者角色。

照顧者的需求、想從專業體系得到什麼協助，是專業人員干預目標的線索 (Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004)。謝宏林 (2000) 指出照顧者對專業人員的期待，包含提供足夠的疾病相關知識、詳細解釋有關病患的治療計畫、處理病患的問題行為的技巧與建議、急性症狀或暴力行為等危機問題時協助、告知相關的資源訊息等。葉人豪等人 (2009) 指出照顧者的需求包括訊息需要、家事處理的需要、生理需要、心理需要、靈性需要、社會資源與經濟需要、喘息照顧的需要。王珮靜 (2015) 更是將照顧者需求依照照顧者支持服務種類分為資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育

支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持等六大向度。當照顧者知道病名、症狀、病徵以及如何因應日常生活問題的資訊，可以提供照顧者認知體系，讓他知道有哪些治療的方式可以選擇、有哪些處理技巧，也知道哪些行為患者可以控制，哪些他自己沒有辦法控制，而不會因而不會因為不了解而加重病人的病況，造成混亂，繼而就可能的預後狀況來發展合理的期望並計畫未來（Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004）。Evavold（2003）訪問精神病患照顧者與心理衛生專業人員接觸經驗的研究指出，照顧者期待在心理衛生服務中和專業人員加強合作關係，此合作要能符合三個關鍵要素：（1）承認和尊重家庭成員和他們對於病人的知識：心理衛生專業人員必須承認和尊重家庭成員的判斷，並支持他們的努力。專業人員需要加強家庭的優勢，並有可能提供精障者與其他家庭個性化的服務；（2）後勤資源（Logistics）：物質資源會影響照顧者的承諾，適時的協助，如交通安排和財政援助是重要的；（3）資訊共享：為了讓照顧者與其他家庭成員能在決策中達到充分參與，家庭成員必須具有完整的即時資訊，這資訊也關於社區資源、支持團體，和治療方法的多元選擇。對此，照顧者需要明確、一致的資訊反饋與優質的家屬教育課程，讓他們能夠一起合作於精障者的治療與復健，而不是阻礙，以有效地履行其作為一個照顧者的角色。

Perreault 等人（2012）指出照顧者與心理衛生體系服務提供者合作是照顧者滿意度最顯著的預測因子。而 Andrew 等人（2009）針對照顧者與專業人員合作關係內涵進行研究，發現照顧者與專業者對合作與此責任的認識不足，之所以缺乏照顧者的積極參與，與照顧者與專業人員的權力不對等有關，但也和照顧者於心理衛生系統的位置是模糊的，而使專業者對照顧者應有的權力感沒有概念，以及專業人員關於精障者的對待與照顧者有利益衝突有關。此研究建議心理衛生系統放入照顧者的角色，以及對專業人員進行如何與照顧者合作的教育訓練。Fox 等人（2015）針對照顧者探究其對復元意義認知的研究，肯定照顧者、專業人員、服務使用者三角關係在復元中扮演關鍵角色，提到照顧者若在服務過程中有機會和團隊成員共享資訊，此正向經驗將鼓勵照顧者與專業人員之間的直接溝通，使照顧者對自己作為照顧者的知識和能力持有信心，而非完全依賴於專業人員，這歷程中照顧者能被視為經驗知識的專家，也影響專業人員與之互動的態度。呂又慧、梁瓊宜（2016）亦指出社會工作者能理解照顧者希望家人能回歸社會被接納的期待，但他們常常感受到當家屬有機會與醫療或社福體系——所謂專業的服務銜接時，原來流轉於照顧者內面對家人發病混亂不得不承接的壓力或情緒，就不自覺地被轉嫁及投射到社會工作者身上，期待社會工作者能夠好好處理與解決，這凸顯出社

會文化普遍呈現出對專業者「全能角色」的期待，認為稱職的專業者，必須有能力處理與防止精障服務使用者生活中各種問題的發生。且家屬的壓力與情緒亦往往透過對專業關係的認定，再製專業與服務使用者關係中「使能者 VS. 失能者」邏輯。以上文獻均顯示照顧者在服務規劃、實施與評估過程潛在的參與空間。另外，針對於社會工作者的期待，Manthorpe 等人（2008）訪問老年人對社會工作者的觀感，其希望社會工作者應有關於各種情況與相關影響的淵博知識，能傾聽並做出適當的反應，能嫻熟於使人說出心裡話而不會感到不快，能和睦相待而非威逼，以及能做到知情同意地評估。上述對心理衛生體系的期待無不環繞著增添當事人與照顧者的參與，能成為治療／復健行為的合作夥伴。

肆、小結

照顧者角色對家屬而言並非自然可以符合角色期望，尚需經歷角色轉移過程，健康的家庭成員必須試著與罹病的家人建立適當的責任界限，並管理在照顧過程中所預期出現的各種情緒。照顧者的需求包括資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持等等，若照顧者能知道病名、症狀、病徵以及如何因應日常生活問題的資訊，較能就可能的預後狀況來發展合理的期望並計畫未來，且物質資源會影響照顧者對任何任務的承諾，適時的協助，如交通安排和財政援助是重要的。

照顧者認為專業人員需要加強家庭的優勢，並有可能提供精障者與其他家庭個性化的服務。照顧者若在服務過程中有機會和團隊成員共享資訊，此正向經驗將鼓勵照顧者與專業人員之間的直接溝通，使照顧者對自己作為照顧者的知識和能力持有信心，也影響專業人員與之互動的態度。照顧者對於心理衛生社會工作者的角色期待，除上述需求滿足的情感性與工具性期待外，在態度上則期待社會工作者能有關於各種情況與相關影響的淵博知識，能傾聽並做出適當的反應，能嫻熟於使人說出心裡話而不會感到不快，能和睦相待而非威逼，以及能做到知情同意地評估；照顧者另外也期待能在心理衛生服務輸送過程中有更多參與、能與專業人員加強合作關係，這一方面是期待其照顧經驗知識能被尊重、努力能被支持，另一方面則是期待有明確、一致，關於社區資源、支持團體和治療方法的多元選擇之資訊反饋與教育課程等方案，以有效地履行其作為一個照顧者的角色，以及成為治療／復健行為的合作夥伴。

第二節 心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待與工作內涵

心理衛生議題有三級預防概念：(1) 初期預防（促進健康），對健康人口群的普及性預防、對高風險族群的選擇性預防、對高風險且具初期症狀者進行指標性預防；(2) 次級預防（早期診斷早期治療），針對診斷有精神疾病者進行早期診斷及治療；(3) 三級預防（限制障礙），對於復發的慢性病人改善生活品質，提供適當治療、復健（張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。我國精神醫療模式深受西方精神醫療模式之影響，自西元1990年11月23日精神衛生法立法通過後，政府對心理衛生的做法以法令明確規範，其主要目的是讓病情穩定的個案，在離開醫院與回到社區之間有過渡時期，慢慢適應社會生活，以降低疾病重複發作，預防旋轉門症候群現象的發生，並明定了精神醫療服務包括了門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健（社區復健中心及康復之家）及居家治療，開始重視精神疾病患者照護品質及保障精神疾病患者的權益，但也將心理衛生議題窄化為精神疾病的預防與治療（第三級預防）（王舒慧，2013；高麗芷、周美華，2004；溫信學，2014；陳怡伶，2010；張如杏、楊添圍、張玲如，2016），因而心理衛生社會工作（mental health social work）在我國指涉的多為精神醫療社會工作（psychiatric social work）。

目前台灣對精神疾病患者能提供相關服務的機構包括衛生所、醫療院所、社政單位及康復之友協會等，醫療院所提供居家治療、門診服務、急診服務、日間留院、全日住院、康復之家、社區復健中心及護理之家等服務，社政單位還有社區家園、身心障礙者資源中心、身心障礙福利服務中心、精神障礙者會所等福利據點，勞正亦有庇護性工作坊、支持性就業等（王厚中、羅素貞，2011；熊德筠、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐，2010）。社會工作實施會隨不同的組織、合作結構以及環境情境，形成不等的符號意義，進而引發不同的感受與詮釋，而可能導引出角色的型態差異（萬東茵，2007），在醫院和社區服務之專業人員，因其組織結構與工作模式不同，前者採醫療復健模式，以醫院為中心，其對象是症狀嚴重或剛出院之病人，所應用之資源為醫療系統，社會工作者較採取專家之專業角色，而後者採社區復健模式，是以社區為中心之以個案管理，其對象適合症狀穩定者，所應用之資源為非醫療資源，專業人員於社區和個案的關係是彼此合作者，以使其在疾病的復健過程中逐漸恢復正常化生活的角色（張如杏、楊添圍、張玲如，2016；謝佳容、蕭淑貞，2006）。在不同的場域，社會工作者有不同的工作方法與角色期待，本節將依次整理醫院端、社區端心理衛生社會工作者與照顧者的工作內涵，以及心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待。

壹、醫院端心理衛生社會工作者與照顧者的工作內涵

精神科的工作特質屬於團隊工作，其運作是以醫師為主，其他專業被視為精神醫療聯盟（psychiatric alliance），基於對精神疾病預防治療的理論，將專業知識與技術運用在疾病預防治療。團隊包含精神科主治醫師、精神科住院醫師或專科護理師、護理師、臨床心理師、職能治療師、以及社會工作師，每個人在團隊中各司其職，以家庭為單位服務精神障礙的個人與家庭，更深一層的意義是陪伴精神障礙者的家庭走過障礙的歷程，進而達到復元（recovery）階段（張如杏 2009；陳姿廷，2013；翁維希，2014）。醫院內所提供的精神醫療服務，包括（溫信學，2014；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）：

（一）急診（emergency）：

急診係針對症狀比較混亂、或有緊急醫療處理需要的病人，提供 24 小時醫療處理，避免病人自己跟家人在病症發作時受到傷害。

（二）住院治療（inpatient）：

住院治療包括急、慢性住院，先由醫生評估患者情況後，根據病人病情安排急、慢性封閉式病房、加護病房、半開放式病房、慢性開放病房等，進行全日住院治療。在住院期間，醫生與醫療團隊會與病患討論、評估、監控，以決定藥物與心理治療方式。若評估病患有害自己或他人的風險時，可能會被持續或間歇地密切監護，在無法自我控制時，亦可能暫時接受保護性身體約束或藥物協助。住院病患可在病情許可下，與醫生討論離開醫院（出院）。

（三）日間住院（day hospital）：

日間住院是精神疾病患者回歸社區的橋樑，結合精神科專科醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師和社工師等專業人員，讓精神症狀穩定的病人，白天到日間留院接受各式復健治療，夜間則回歸家庭或社區適應一般生活，不僅可減低照顧者白天的照顧壓力，並且可使病人在不與社會脫節的情況下逐漸改善其功能。日間留院的治療目標著重於：（1）促成病人建立積極生活的目標；（2）強化病人獨立生活的能力，如家事能力、金錢支配以及外出交通能力、休閒生活安排、自我服藥訓練等；（3）提升病人解決問題的技巧訓練；（4）增進病人自我了解與培養良好人際互動能力；（5）培養工作習性與技能。

（四）門診（outpatient）：

門診提供疾病評估診斷、藥物治療、病情諮商、心理治療、家族治療、職能治療、障礙鑑定等服務。社工人員亦參與個別或家族治療等治療性工作、提供支持性處遇，並為個案找尋適當的社會資源，以改善病人所面對的社會性與物理性環境。

社會工作是醫療機構中唯一以社會功能為工作中心焦點的一項專業，在團隊中社會工作者向來被賦予與照顧者溝通的責任。其工作過程可分為三個階段（溫信學，2014；謝依君，2014；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）：（一）診斷工作階段：社會工作者與照顧者會談，了解病人者生病的社會心理因素及照顧者反應，蒐集並分析資料，協助評估門診／急診病人或照顧者決定是否繼續接受治療，以提供團隊診斷與治療目標參考；（二）治療工作階段：提供個別或團體方式之精神疾病、藥物、照顧等方面的心理衛生教育，或提供情緒支持，參與治療性工作如個別或家族治療，支持性或諮商性的處遇，以達到支持、教育與問題解決的功效；（三）復健工作階段：發揮病人潛在能力，重建適當的家庭與社區生活，預防疾病的再發生。精神疾病患者自入院時，社會工作者的評估與介入處遇便已經開始進行，案主出院安置計畫將以出院返家作為工作服務的導向，以增權與復元的觀點，提供個案多元選擇，促進個案在返家過程能留在社區發展其自力生活能力，以減輕照顧者的照顧負荷。

社會工作者扮演的角色與功能包括（尤幸玲，1993，引自陳奎林，2005；鄭夙芬，1998，引自溫信學，2014；Bemheirn&Lehman 著、楊連謙等譯，2004；謝依君，2014；翁維希，2014；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）：

（一）協助照顧者對於病人罹病和住院的接受與適應：

包括對醫療環境的熟悉、對療程與疾病的了解、照顧者角色的定位與生活安排、照顧者的情緒處理、照顧者對病人態度的調整等，以降低病人及其照顧者的不確定與不適應感。和病人一樣，照顧者的病識感也是要一步一步建立的，當照顧者可以區辨疾病導致的「行為」與生病的這個「人」、知道親愛家人的本質可能不變、知道了以目前的醫學上處理相關疾病的方式，以及如何以不同方式繼續關愛家人，並調整對他的期待，照顧者才能保有正向希望感地繼續支持與陪伴。

（二）協助醫師與照顧者之間的溝通：

照顧者專業知識不足或住院引起的照顧焦慮等，又加上醫師較偏向醫療方面的解釋，甚至無暇與照顧者溝通，因此醫病之間常產生認知上落差，藉由社會工作者具有較具人文取向的社會心理關懷與專業的溝通技巧，可作為醫病之間潤滑與媒介，減少醫病間摩擦。

（三）提供照顧者與病人社會診斷與處遇：

藉由對社會工作者對於病人的人際、家庭、社會資源、社會支持等社會因素之診斷，可以提供相關的家庭婚姻諮商或治療，協調家庭關係，以及家庭衛教，讓照顧者可以抒發情緒和得到支持、學習疾病的相關知識，進而能有效照顧病人。並協助其建立社會資源系統，延續處遇效果，以使病人的治療更為完整。

（四）協助出院計畫與安置：

在病人急性期出院時，社會工作者的主要角色是協助訂定適合病人的個別性出院計畫，包括門診追蹤、服藥、復健，甚至就業就學等項目，都是出院計畫的重點，同時也要讓照顧者及相關人員均能了解並予以協助配合，以降低病人復發的機會；若需要長期機構安置，社會工作者則可透過資源的運用，協助照顧者尋找合適的管道。

（五）開發或結合資源：

當精神醫療社會工作專業服務由醫院轉向社區時，工作領域更為擴大，要為病友創造更多社會資源，將社區資源與病人暨照顧者的需求、期待相互結合，就成了社工專業的主要工作任務，普遍活動有社會資源的發掘與運用、志願工作人員之招募與訓練，以及社區慈善資源的勸募與徵信等三項。

社工與照顧者之間具體的工作內容受所處醫院的工作量或文化氛圍、團隊對社工的期待有所不同。若團隊期待社工能有治療功能，便會透過門診轉介方式使社工施行夫妻治療或家族治療以對家庭關係與家庭互動進行處遇。在門診返家後，社工持續保有與病人照顧者定期見面會談關係，協助病人回到社區中更為穩定，或是及早發現不穩定時能住院。但假使醫療團隊期待社工身負病人出院的責任，則社工主要工作將在於與照顧者確認出院日期，以及出院後相關精神醫療資源之轉介（翁維希，2014）。

貳、社區端心理衛生社會工作者與照顧者的工作內涵

慢性精神病患出院返家後，若無人協助其安排日常生活、就醫、就業等問題，經常會造成病人生活鬆散、疾病復發及無法復歸社會等問題，形成病人的重複發病住院、功能再次退化、個人或家庭成為封閉系統的惡性循環（宋麗玉，2000）。世界衛生組織（WHO，1996）給社會心理／精神復健的定義為：「社會心理復健是一個促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，它涉及增進個人的能力與改變其環境，使有精神障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健的目標在達到個人與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。」（Anthony et al., 2002，引自宋麗玉，2005）。

依據衛生署於1998年和內政部針對精神疾病患者照顧體系權責劃分所達成的共識，社區復健的案主屬於第四類，是精神症狀穩定、局部功能退化、有復健潛能、不需全日住院，但需積極復健治療者。依「全民健康保險醫療費用支付標準」第五部第二章第六點指出，應包括一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、會談治療、一般行為治療、家庭治療、護理指導及相關服務。想要在離開醫院以後進入復健單位，除了藉由醫療單位的轉介以外，許多患者也會透過新聞報導、親友介紹或自行尋找得知相關資源的訊息（蘇舜君，2014）。在社區復健的過程，社會工作者應該協助個案實踐舉凡家庭（作為父母、子女、姊妹等角色與責任）、工作（作為工作上的僱員的角色與責任）、朋友（如幫助朋友、支持和照顧各方面的角色和責任）、市民（包括對城市、國家、社會的責任）等責任，不會因為其慢性化而失去生活的其他角色，且能避免和真實社會脫離，可以擁有完整的生活經驗—精神復健的任務，是在最少醫療專業介入的強況下，增加患有精神疾病失能者的功能，使他們能成功且滿足地生活在他們所選擇的環境（Deegan, 1988，引自溫信學，2014；葉錦成，2011）。

一、精神復健機構

由現行國內社區精神復健機構的服務提供項目可知，社區精神復健中心通常較著重於社交技巧訓練與職業訓練，而康復之家則以提供精障者另一個居住的選擇為主，較強調獨立生活訓練（劉素芬，2011）。

（一）社區復健中心（日間型機構）

社區復健中心在社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等復健治療，且讓病人能維持正常作息，利用白天到社區復健中心參與復健訓練課程，以提升生活功能、環境適應能力，因而能夠儘早適應社區環境，獨立面對未來生活。在社區復健中心中的社會工作者，被期待著擁有一個可以隨時支持的角色，其服務內涵包括：（1）獨立生活與自我照顧訓練，如購物訓練、烹飪活動、禮儀訓練、家事處理等；（2）人際行為與社交技巧訓練，如溝通技巧訓練、生活討論等；（3）生活安排與社區生活輔導，如體能活動、休閒娛樂、搭車訓練等；（4）職前治療與求職技巧訓練，如工藝訓練、代工訓練、技能訓練等；（5）職前評估與求職技巧訓練，如職業性向測驗、工作團體等；（6）就業諮詢與工作輔導轉介，如社區就業轉介安置服務（吳姍紋，2015；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。

社區復健中心社會工作者要扮演的是協助精神病患者和外界的連結，在看待慢性精神病患時，主要的觀點與看法在於服務的對象是完整的個人，而非只有病人角色，這服務對象可以擁有他的決策能力，原本因醫療化而受限過去經驗的不足，而不願意、不敢或未曾思考自己想要的生活樣貌，藉服務提供過程充權，促進慢性精神病患自我覺察與決策的能力（吳姍紋，2015）。萬東茵（2007）指出，社會工作者在社區精神復健中心，扮演了顧問指導型、幕後支援型、伙伴共生型、開創領導型等多元的角色，即便有著相似的專業養成與醫院工作經驗，之所以影響成為這些不同角色的主要原因有以下五點：（1）工作可投入的時間（專兼職）、（2）職務地位（職稱）、（3）組織態度、（4）專業界線、（5）外環境間關係等，當機構愈走向社區化，社工角色的行動觸角便越多，角色特質越顯彈性與多樣化，專業框架的界線較模糊；若機構偏收容性質，朝向結構化與形式化，角色行動發揮就越受限。

家庭在陪伴慢性精神病患時需要有嘗試的空間與彈性，社會工作者與家庭工作時，首先要和家庭建立願意連結的關係。社會工作者透過家庭訪視、非正式方式促進與照顧者的情感與關係，在介入時切入家庭最關切的議題，並協助家庭透過不同角度，察覺與辨識慢性精神病患現況的能力，使照顧者較願意促進與社區復健中心的連帶關係。這個「關係」並非是結果，而是與家庭工作連續性的互動過程，這樣的關係影響著社會工作者是否要將家庭納為與慢性精神病患復健的共同合作對象，若短期間無法與家庭成員共同合作時，社會工作者則會協助調整家庭對慢性精神病患復健服務的錯誤認

知，如社會工作者認定社區復健中心為復健場域，但有部份家庭期待為托育場所。社會工作者若與照顧者無法順利溝通取得共識，則將以慢性精神病患為服務焦點，協助病患自己向照顧者表達自身意見和感受，由慢性精神病患本身向家庭進行回饋，或藉由不同家庭間的經驗分享，讓家庭自我覺察（吳姍紋，2015）。

（二）康復之家（住宿型機構）

康復之家為一種「中途之家」（half-way house），亦有人稱為社區住所（Community Residence），是病人出院後至返回社區的橋樑。當病人因家庭因素而必須獨力生活或因病情需要而需訓練其獨立生活的能力，則可藉醫院和家庭之間暫時性、半保護性、支持性的居住環境，在專業人員的指導下，透由住民間的同儕情誼、相互支持，以及團體生活規範和紀律，訓練住民在最少限制的環境中學會如何在「家」中生活，學習適時、適度、適當地表達自己，摸索出人際互動的模式，能有良好的自我了解，促進其與外界的連結與社交技巧，以在社區獨立生活。且在集體生活中人際衝突在所難免，在工作人員的引導、教育及支持下，任何的生活情境均能成為一種關係成長與衝突處理的學習議題，這有助於住民學習到除了家人以外的人際互動，有助於其未來重返家庭或社區，而對其復元扮演了再社會化的學習機制（姚敏貞，2005；朱淑怡，2007；陳菽芬、林麗瑞、李易駿，2013；吳宛珣，2014；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。

精神復健不只是著重病情控制與管理，而是個人整體的發展，由於棲身於康復之家的精障者多為缺乏資源及家庭支持者，其所面臨的問題不僅僅是住居的需要，尚有就醫、就業、精神復健、家庭關係的重建，社會參與、體適能訓練與維持病情穩定訓練等多樣性的需要，康復之家於此須扮演多元的角色，必須涵蓋多面向的專業領域，包括社會工作、心理諮商、職能治療、醫療照護等等（謝佳容、蕭淑貞，2006；朱淑怡，2007；林勝偉、林慧珠，2013）。隨著評鑑制度的強化，各個康復之家也逐漸形成了一套結合機構負責人、督導、專業人員與專任管理員的團隊工作模式，由康家（專任或兼任）的專業人員負責復健計劃的擬定、執行與評估，每週於固定時間在康家中主持治療團體、會談或職能復健等相關工作；而專任管理員則是負責協助、並且在每日的日常工作中持續推動（林勝偉、林慧珠，2013）。所提供之服務內容大致和評鑑標準之規定相仿：（1）制訂適宜的獨立生活訓練計畫（包括個人衛生及禮儀、居家環境整潔、正常的飲食與作息、人際溝通、休閒生活安排、財務自主管理、簡易烹煮訓

練、衣物清洗與整理、社區相關設施及資源之使用與運用等)、(2)定期個別會談、(3)應執行職業復健訓練或就業輔導、(4)應能適切處理住民突發性緊急醫療及異常事件、(5)建立住民病識感及藥物自我管理訓練、(6)定期召開生活討論會、(7)定期召開家屬座談會(江一平,2009)。

社會工作者在康復之家實際的工作有:(1)開案、結案評估;(2)個別會談;(3)團體、活動帶領;(4)與居民共同擬訂復健目標,配合獨立生活訓練;(5)管理員之督導、訓練;(6)支援管理員工作;(7)緊急事件處理;(8)行政事務之協調處理;(9)工作計畫之研擬等(張玳菱,2007),另於每週定期與所有住民召開生活座談會了解其生活上的需要與問題並加以處理,平時亦給予個別之諮商會談,協助住民解決有關生活適應及病情變化上所有的問題(陳金玲、劉蓉台、葉英瑩,1984,引自吳宛珣,2014)。康復之家的工作人員對住民而言是協助者、引導者的角色,扮演精障者邁向復元的中介角色,催化復元的發生;而對照顧者而言則是中介者,搭起住民與照顧者間溝通的橋樑(朱淑怡,2007;吳宛珣,2014)。然由於目前評鑑基準規定,康復之家聘請社工、職能復健、護理等全職人力時,需要具備一年以上的精神醫療背景才能擔任,此人力標準造成康復之家尋找全職人力時的困擾,但變通先採取兼職人力充任,則會因兼職社工工作時間有限,所從事的工作內容僅為撰寫住民的社會工作接案紀錄、帶領社交技巧團體,其他居中為精神障礙者與家屬之間橋樑、或透過家屬座談會使家屬瞭解精神障礙者在康復之家的情形,或協助精神障礙者家屬走進家庭生活脈絡等工作角色較不易獲得明顯發揮(江一平,2009)。

二、會所模式 (clubhouse model)

我國目前除了上述社區復健服務之外,伊甸基金會與台北市康復之友協會等社會福利團體,亦由歐美國家引進強調由精障者自主自助的會所模式。會所模式之服務哲學,是「從病人到人」,期望社會工作者能視精障者為「人」,而非「病人」,與精障會員「肩並肩」工作,建立夥伴關係、並尊重會員自願性(呂又慧、梁瓊宜,2016)。在會所中精障者就是「會員」,接受會所提供的設施與服務,而原先具治療專業的人員在會所中稱為「職員」,兩者不再是管理員與被管理者的關係,變成一個同儕關係,共同努力來維持會所的運作。對障礙者而言,他們要尋找的是一種可以自我決定的公民權(citizenship),需求及服務由自己界定,不是非障礙者的他人。會所模式這種社會復健模式強調的是同為精神疾病患者的自助團體,由精障者定義他們自己的需求和

目標，以及經營所需的服務（Pernice-Duca, Biegel, Hess, Chung, Chang, 2015；呂又慧、戴雅君，2011；劉素芬，2011；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。文獻裡將職員與會員的關係比喻為家人關係和工作關係（Vorspan, 1985，引自林修雯，2008），家人關係在於彼此互相扶持、鼓勵獨立自主和提供強大後盾支持；工作關係則是因為彼此像同事般互相學習，注重要完成的事，也關注彼此關係的深化。在會所中的社會工作者可以被期待展現的專業主體，不是一個「很有辦法」的專家身分，而是能夠和服務使用者一起工作，一起創造一個空間、互為主體地找到意義，為彼此帶來自信和價值感，而不是「解決問題而已」（呂又慧、梁瓊宜，2016）。

「工作」這名詞在會所被賦予新的意義，指涉包含一切對他人有助益的事務，以「工作日」為主軸的服務設計，將對於他人、或所有意義的事務設計成一系列的安排，形成如同一般職場的工作環境與氛圍，其中會務工作會盡可能設計成無法一人完成，致使工作人員努力邀請會員一同參與協作，這過程讓會員有機會經驗到自己「被需要」，經驗到原來自己可以作主，嘗試依著自己狀態、興趣、內心渴望等自主地選擇，讓會員可以透過結構性的工作安排來規劃、練習與準備將來再度與社會及職場接軌的工作環境（呂又慧、戴雅君，2011；曾淑欣，2011）。然會所若只有工作日，便形同封閉的日間機構，另有就過渡性就業之設計，將工作的地點從會所移至一般職場，從無薪改為有酬（曹寶玉，2014），其「缺席遞補機制」認為勞動是集體性的，當有人無法上線工作時，將職場的空缺視為會所全體一同承擔責任，其精神在於從嘗試中累積信心，可解決精障者因症狀起伏，導致無法穩定出席工作的限制，讓會員減輕單獨面對工作職場的壓力。在此自願與自主參與會所運作的背後，透露出會所的價值及哲學，即精障者需要「被看見」，不是他的疾病程度，而是他與生具來的潛能及擁有的資源在工作中被相信可以為社群付出、甚至給予協助的，他們不是需要被解決的問題或只能接受專業援助的案主（呂又慧、戴雅君，2011；曾淑欣，2011）。

至於會所與照顧者的工作關係，林奕如（2009）指出由於會所在定位上，是服務會員的機構，社會工作者與照顧者的聯繫屬於被動接招的姿態，通常是在會員有了一些不穩定的狀況時，才會延伸到和家屬的聯繫，或是在個別想望討論、評估會員的狀況時，方和家屬接觸作為一個資訊的補充來源。雖會所服務並無直接與照顧者一起工作，但 Pernice-Duca 等人（2015）的研究指出五點會員參與會所對家人的間接好處：

- （1）減輕家庭支持網絡的壓力、焦慮與負擔。照顧者能在家人去會所時喘息，可以暫

時離開當事人，免於提供「直升機式」持續的工作性或情緒性支持，且此時更是照顧者可以自我照顧與維繫、強化其社會關係，恢復原本的工作、愛好等的時光，而非因照顧而孤立；（2）有更好的家庭溝通。參與會所後會員的溝通有所改變，溝通意願與彈性變高；（3）改善家庭關係。在會所要求尊重，這文化會帶回家而減少大呼小叫或其他不尊重的回應方式，且在共享新的技能、發展任務時增加合作關係，而有新角色—「我發現我又能把它當兄弟了」，一位手足這樣說；（4）快樂，少擔心。當事人的開心會影響家人，且當事人因參與會所而更能照顧自己乃至發展生命任務時，也讓家人較不用替他擔心；（5）希望感更強。看到當事人有地方可以去，家人對心理衛生系統有更積極看法，願意相信系統有助於心愛的家人因應精神疾病，而不是力不從心。但此研究中，照顧者也有提到當事人參與會所後的改變對家人或其家庭制度造成衝擊，家人之間有感到緊張、衝突或擔憂，或關係中有緊張的相互作用，不過總體是持正面態度的。

三、精神疾病社區關懷訪視計畫

為了實踐國內精神衛生法與身心障礙者權益保障法的立法宗旨，並且給予全方位的個案管理與資源連結，針對社區精神疾病患者，行政院衛生署於 2006 年開辦精神疾病社區關懷訪視計畫，設置單一窗口的精神疾病個案管理中心，由衛生護理人員負責對出院的精神病患做分級列管，試圖以個案管理架構為執行之工作模式，並委託民間團體提供社區個案照顧訪視服務，增聘社區關懷訪視員，定期到宅訪視或電話訪視，以追蹤從急性病房出院後的精神病患之社區適應，減少精神疾病病情惡化而再度住院，並且協助接受門診醫療、持續服藥，促使出院後的精神病患繼續接受不同程度的治療、復健與照顧。在過程中除病情穩定之外，也可連結醫療、就業、福利資源，強化精神病患的轉銜，協助案主可以獲得需要的服務，期待強化社區照顧體系，加速精神障礙者社區生活適應（熊德筠、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐，2010；吳慧萍，2012；張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。

社區關懷訪視員為執行社區關懷訪視計畫，承辦各縣市衛生局派案服務之專業工作者，資格上須符合 18 小時以上初階或 12 小時進階訓練資格，且具備社會工作、護理、職能治療、心理科系相關畢業，而所負責服務對象乃非住院及非接受機構照顧服務（如社區復健機構、康復之家、日間照顧/訓練機構、庇護工場、長期療養機構、護理之家等），且其需符合下列標準之一的精神疾病患者：（1）二週後即將出院的醫院住院個案，經出院準備計畫評估需個案管理服務者；（2）生活面臨多重問題且無法自行解決者；（3）家庭/社會支持系統

薄弱，需重建社會支持及資源系統者；（4）病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者者；（5）獨居者；（6）主要照顧者為 65 歲以上者；（7）經強制住院之出院病患；（8）家中有二位以上精神疾病患者；（9）其他經衛生主管機關轉介之個案（王麗雲，2010；吳慧萍，2012）。此計畫於 2011 年起合併為「整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫」，其業務範圍包含社區精神病人、自殺、藥癮、酒癮、家暴及性侵害等個案的管理服務（吳慧萍，2012）。

萬心蕊、黃薇蓁（2014）指出社區關懷訪視員之工作是要以服務對象與其家庭於中心，修補、維持與重新建構其社會支持網絡，連結娛樂、醫療、社會福利、家族、支持團體、工作、學校、宗教、鄰里、朋友等系統。李錦彪等人（2008）彙整社區關懷照護服務有接受藥物治療、感覺生活有意義、獲得家人支持、整合性醫療服務等四大內涵：（一）接受藥物治療：期待透過身體及精神症狀評估，達到穩定症狀與防止疾病復發之目標；（二）感覺生活有意義：主要以達到與個案建立良好關係為目標，提升病患的活動參與及價值感；（三）獲得家人支持：目標為鼓勵及教導合作性的治療態度，強化家庭支持功能；（四）整合性醫療、護理與社會服務的需求：建立社區資源網絡，各項照顧資源達到連結。筆者在去年「精神疾病照顧者專線」志工培訓時，某次分享提及社區關懷訪視工作與服務對象與家屬的關係有三種：（1）官方關係：工作者定位他們是國家公權力的代表，以公事公辦的態度服務對象進行調查，訪問其病史，以監督有無穩定用藥；（2）專業關係：工作者除上述藥物管理外，評估服務對象或家庭需求，提供專業服務或經濟、就業等資源連結；（3）陪伴關係：對某些服務對象或家屬，工作者更像定期到宅關心或聊天互動的朋友，用比較貼近他們生活的語言與自然態度互動。特別是面對社區中最沒有資源，醫院與機構所接觸不到的人而言，有時社區關懷訪視員是他們在生命中空白與寂寞唯一的出口，是不可或缺的社會角色，最貼近底層的陪伴。然根據熊德筠等（2010）的研究顯示社區關懷訪員卻經常因訪視經驗不足或缺乏機構充分支持、負責區域太大舟車勞頓，負荷感過重而離去、更換訪員的情形，也有訪員表示縣內相關資源不足、轉介困難、被拒訪或被認為是詐騙集團等情形。

參、心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待

Riebschleger（2001）舉行焦點團體與訪談共 96 位心理衛生工作者，整理出四種心理衛生工作者如何看待家庭、照顧者圖像：（一）照顧者作為支持性照顧提供者（supportive caregivers）。照顧者對病患而言是有助益的，照顧者是工作者在處遇上的潛在盟友。照顧者能提供心理衛生工作者關於病患的資訊，能為病患倡議，能支付醫藥費，提供病患日常生

活所需、獨立發展等方面之情感與工具性支持，能督促病患服藥與復健；（二）非支持性的煽動者（unsupportive agitators）。失功能家庭會擾動患者，乃至可能鼓勵精神疾病之成形，造成更多衝突與危機。相關行為包括有虐待或物質濫用行為，對病患或工作者使用有敵意的批評語言，鼓勵病患離奇、妄想的行為，授權病患採取不恰當行為，對病患教養過於寬鬆或控制，持續在服務輸送過程遠離病患，將所有病患的行為歸因於精神疾病等，以及試圖讓病患維持疾病以持續領取社會福利等；（三）痛苦者（in pain）。照顧者搭乘著情感過山車（emotional roller coasters），生活在內疚、富怒、羞恥、尷尬、不滿、失望、恐懼和憤怒等情緒的循環中，從而感到耗竭，無力於接觸心理衛生體系、提供妥適的照顧，與調應精神疾病對家庭的影響；（四）不知情者（uninformed）：照顧者對症狀、藥物等治療方法知識並不了解，甚至對此抱有抗拒而阻礙合宜的因應，對此類照顧者尤需要專業人員提供支持與衛教。但 Riebschleger 也指出參與此研究的工作者多數並未將照顧者視為心理衛生專業團隊的合作夥伴，他們容易聚焦於家庭缺點，而將照顧者二分不是好的就是壞的照顧者，只有 37 位工作者熟悉關於家庭的優勢觀點與復原力模型。

葉錦成（2011）認為社會工作理應以不同角度、取向和方法幫助精障者與其照顧者，他參考 David Howe 的多元社會工作介入模式，由主觀和客觀的取向、激進改變（radical change）和規律（regulation）延伸出四種不同社會工作面對精障者和其照顧者的精神醫療社會工作家庭介入手法：（一）修補式。著重修補案主的問題、治療案主的病態和缺陷，探索案主精神病背後的家庭成因，如問題的溝通模式、過分激烈的情緒表達（high EE）等，治療案主的精神病以輔導案主家庭的問題為主幹，採用不同類型的家族治療模式，如結構家庭治療、系統家庭治療、策略家庭治療、婚姻輔導、家庭式的心理教育等；（二）意義尋索式。社會工作者不僅聆聽照顧者在案主患病後，對家庭的期望、對精障者的要求和有關責任改變產生的無奈情緒和失落意義，也幫助案主和其照顧者互相溝通，諒解對方在患病與康復過程中各種面對的困難、主觀感受、難過事項，讓他們在互相諒解、互相支持、互相鼓勵中重新塑造新的生命意義、看法、力量與希望；（三）意識覺醒式。社會工作者致力提高精障者對社會以及對自己處境的覺醒，讓案主與照顧者明白自身應有的權利，也明白社會人士對精神病的歧視才是精神康復最大的挑戰，以及協助案主重新建構自己的內在主觀感受和思維，並重新建構自己的病發、患病、治療和康復故事之自我敘事，而採用新的角度和取向去看新的事物和處境，不要把責任等歸咎於精障者和其家庭因素身上；（四）改革式。社會工作者找出現存社會中對精障者與其照顧者的不公平、歧視、壓迫現象和情況，組織有關人士形成倡導和權益團體，將親身經歷、看法、遭遇等作為參考、依據，對有關政策、法例與服務指

出不足之處，並監督有關當局和機關作出恰當改變。此和王增勇（2011）認為對「家庭照顧者」的關切與重新詮釋，是社會變革的具體行動方案相仿，將「照顧者」視為「潛在性案主」而關切他們及其需求被社會與家人置於長期性忽略的處境中，而鼓勵其自覺與發聲，並爭取福利資源的分配正當性。這樣不只是解開了「照顧者與受照顧者」，「優勢與弱勢」二元性對立的思維方式，更翻轉了「家庭義務」與「勞動人權」的意識格局。

Evavold（2003）從家庭系統理論提到三種社會工作者對於家庭與病患之間關係的看法。第一種是家庭作為個人因應疾病的資源，這個觀點假定家庭在當事人的發病中並無角色，但通常是由家庭判斷是否一組特定的症狀會獲得醫療的關注，以及參與後續的處遇方案之決策。在當事人罹病後，家庭可能會進行護理照顧、經濟支持、安排醫療照顧方案，與雇主協商等所有實際支持活動。家庭的支持對特定醫療方案執行的成功與否也佔有關鍵要素。心理衛生社會工作者依此觀點，從兒童與家庭、人格發展等人類行為與社會環境理論與實證研究結果，認為家庭提供先天遺傳和後天照顧，基因不容易後天改變，但家庭照顧可以透過學習轉化為保護因子（張如杏、楊添圍、張玲如，2016）。第二種著眼於家庭的特徵（Family characteristics）與服務決策歷程，認為家庭的特性會影響與心理衛生服務輸送系統的關係，假設家庭特徵會影響服務使用行為。也指出，病友、照顧者求醫看診、篩選服務機構的過程中使用者不是全然被動無知，是主動的尋求病症解決方式與病因之釋惑過程，若能尊重使用者的知識，體認照顧者不僅僅是一位被衛教及順從配合醫療者，可成為攜手合作的夥伴協力者將有助於診療的成效（李松泰，2013；成令方，2008）。

第三種觀點則認為家庭因素是特定疾病臨床表現之決定因素，這種觀點涉及家庭對於精神疾病的反應模式，建議在服務輸送過程涉入家庭，以達更加有效的預防、診斷、治療和復健計劃。此觀點的起因可追溯於自西元 1950 年代至 1960 年代開始的一系列從家族治療、精神分析取徑認為家庭可能是精神疾病患者的影響因素，主張「生病的個人」不應該是問題的來源，反而視其為家庭問題的「代罪羔羊」，如家中患有精神疾病的成員（identified patient, IP）是整個家庭失衡或功能不良的表徵，其症狀乃維持家庭功能的平衡，病人是因為家庭需要而生病，他是家庭的犧牲者，這包含高度情感表達的照顧者（high Expressed emotion, high EE）、Gregory Bateson 於西元 1956 年提出的雙重束縛家庭（double bind theory）等理論，指向病的徵狀是問題家庭的表徵，把其他的家庭成員視為有問題的嫌隙（Goldenberg & Goldenberg 著、吳婷盈等譯，2012；Bradshaw 著、鄭玉英等譯，2006），上述把家庭成員視為一個「有問題、無能、結構紊亂、界線不清」的一群人的觀

點迄今仍深深影響助人工作者（王育慧，2016），但若助人工作者對照顧者的想像固著於認定「好」的照顧者應該是溫和而理性的，在充滿愛與鼓勵的環境下才有健康的希望，當照顧者沒有盡到「管理」好病人的症狀行為的責任時，助人工作者易將照顧者「不配合表現（醫囑）」與病者「與病人高頻次反覆入院的症狀」連結起來，以做為臨床判斷的線索（李涓琳、余安邦、林家興，2008），如 Yalon（2001）指出有些心理健康專業人員有探測病人弱點的病理嗅覺，以懷疑的態度看待病人的正向特質，將仁慈、寬大、勤勉等化約變成精神病態行為的反應，這斷絕了專業關係裡原有支持、鼓勵的傾向（引自張正瑋，2013）。Coldwell 等人（2011）認為實務工作者應相信家庭有資源可以讓病友貢獻，並讓這些原本就有的資源浮現，促使病友與照顧者一同討論如何支持病友、並點出照顧者與病友貢獻的時刻，將可以讓貢獻多被家庭與團隊認同與認識。實務者也應學習如何不批評、不過度介入地與照顧者、精障者互動，讓會談建立在病友與照顧者的能力與優勢上。

此外，隨著 20 世紀以來後現代主義對於差異性、多元主義的強調（黃秀香，2003），也有部分助人工作者不再採取上述盛行的病理觀點，改以社會建構主義、敘事理論、社會建構主義等理論基礎發展工作方法，認為家庭系統不可能有外來獨立的觀察者，參與者會同時影響系統與被系統影響。助人工作者期待在臨床上創造一個治療環境，在此環境中助人工作者能和家庭成員一起分享在家庭方面的主觀經驗，包括理念、知覺、信念和詮釋，家庭成員在探索新的訊息時這個家庭可以任意創造對現實的新知覺，嘗試將病態故事轉化為新的敘事（Goldenberg & Goldenberg 著、吳婷盈等譯，2012）。如北歐芬蘭科普達斯醫院對於嚴重精神病人所採取的開放式對話（open dialogue），以家庭為中心，以三人團隊方式進入精障家庭與之協作，在評估與處遇過程肯定所有網絡成員的重要性，在某位親屬或轉診機構初次通報病人的 24 小時內便立即進行介入，長時間（如第一次發作的危機可能延續二到三年）動員病人和其家人（親屬）的社會支持網絡，透過「對話」的力量，協助照顧者與病人透過討論問題，進而對自己生命擁有更多自主權，從而緩解精神疾病病發與家庭危機的影響（約 85% 的病友可以恢復到充分就業，和約 80% 以上的人可以回到生活中，最少藥量五年內沒有再發）（Fox, Ramon, and Morant, 2015; Anderson & Gehart 著、周和君等譯，2010; 黃玉珠、王育慧，2015）。北歐學者 Odegard 與 Bjorkly（2012）亦從助人工作者與照顧者如何看待「問題」處理的角度進行討論，提醒助人工作者在實務工作中區辨不同的家庭狀態，有的家庭需要專業人士指引方向，但有的家庭卻需要自己的能動性被支持。萬心蕊、劉蓉台（2011）也提到後現代思潮下，心理衛生社會工作在使用優勢觀點、朝向充權實踐的過程中，工作關係中的權力被重新分配，社會工作者不再是往單向教導和治療的專

家角色，將照顧者視為精神疾病的促發者、病人永遠就是病人，而轉變為社會工作者與當事人、照顧者採雙向溝通的協同關係，將見面的程度、頻率、議程、目標由雙方一起決定，使用雙方各自的專精、優勢、知識和技術，一起辨識、評定和解決問題。

肆、小結

我國各領域心理衛生社會工作者之角色，與對照顧者的工作內涵整理如下表二。於醫院端，精神科醫院社工在團隊中被賦予與照顧者溝通的責任，相關工作有：協助照顧者對於病人罹病和住院的接受與適應、協助醫師與照顧者之間的溝通、提供照顧者與病人社會診斷與處遇、協助出院計畫與資源連結（溫信學，2014；Bemheirn & Lehman 著、楊連謙等譯，2004；謝依君，2014；張如杏、楊添圍、張玲如，2016），具體的工作內容受所處醫院的工作量或文化氛圍、團隊對社工的期待有所不同（翁維希，2014）。於社區端，社區復健中心的社工員促成照顧者陪伴精障者時所需要的嘗試空間與彈性，若與照顧者無法順利溝通，則以精障者為服務焦點，由其本身向家庭進行回饋，或藉由不同家庭間的經驗分享，讓照顧者自我覺察（吳姍紋，2015）。康復之家的社工員，則由於精障者多為缺乏資源及家庭支持者，會做為中介者，搭起住民與照顧者間溝通的橋樑，進行家庭關係緩衝與協調（朱淑怡，2007；吳宛珣，2014）。會所模式的社工員，並無直接與照顧者一起工作，但有研究顯示會員參與會所對照顧者能有喘息、更好的家庭溝通、家庭關係改善、較少擔憂與希望感更強等間接好處（Pernice-Duca, etc., 2015）。至於精神疾病社區關懷訪視計畫的社工員，則要以服務對象與其家庭於中心，鼓勵與教導照顧者有合作性的治療態度，以強化家庭支持功能，修補、維持與重新建構其社會支持網絡（李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜，2008；萬心蕊、黃薇蓁，2014）。

表一、各場域社會工作者的角色，以及對照顧者之工作內涵

	醫院	心理復健中心	康復之家	會所模式	社區關懷訪視計畫
社會工作者的角色與功能	社工在團隊中被賦予與照顧者溝通的責任。具體工作內容受所處醫院工作量或文	較著重於社交技巧訓練與職業訓練，社工主要是協助精神病患者和外界的連結，促	較強調獨立生活訓練，社工協助住民解決有關生活適應及病情變化問題，扮演精障	社工將會所精神落實於日常生活操作，使會員逐漸相信自己也有解決問題的能力，	社工有促使精神病患接受藥物治療、感覺生活有意義、獲得家人支持、整合性醫療服務等四大內涵。

	化氛圍、團隊對社工的期待有所不同。	進慢性精神病患自我覺察與決策的能力。	者邁向復元的中介角色。	能從「病人」回到「人」的社會位置。	
與照顧者的工作內涵	社工協助照顧者接受與適應病人罹病和住院、協助醫師與照顧者溝通、提供照顧者與病人社會診斷與處遇、協助出院計畫與資源連結。	社工促成照顧者陪伴精障者所需要的嘗試空間與彈性，或藉由不同家庭間的經驗分享，讓照顧者自我覺察。	社工做為中介者，搭起住民與照顧者間溝通的橋樑，進行家庭關係緩衝與協調。	社工並不強調與照顧者一起工作，對照顧者能有喘息、更好家庭溝通、家庭關係改善、較少擔憂與希望感更強等間接益好處。	社工以服務對象與其家庭於中心，鼓勵與教導照顧者有合作性的治療態度，以強化家庭支持功能，修補、維持與重新建構其社會支持網絡。

資料來源：研究者自行整理。

在我國，照顧者是病人的保護人、行為監護人、權益倡導者、利益關係人等，如我國精神衛生法規定，照顧者參與病患強制處置的責任與義務包括協助就醫與擔任保護人，保護人的責任與義務包含協助診療、辦理住院、維護病患權益、於申請強制住院時表達意見、協助辦理出院以及參與擬定出院計畫等（趙雋康，2011）。心理衛生社會工作者對照顧者的期待，會因社會工作者對家庭與病患之間關係的看法，以及社會工作者所持家庭工作介入之理論觀點而有所不同，研究者參考劉玲君（2014）對精神障礙者復元歷程以不同知識典範的比較架構，整理出三種心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待內涵，如表三所示（Evavold, 2003；Riebschleger, 2001；王增勇，2011；張如杏、楊添圍、張玲如，2016；李松泰，2013；葉錦成，2011；劉玲君，2014；萬心蕊、劉蓉台，2011）：

第一種是實證典範－疾病哲學，旨在消除症狀的生理原因和失能的部分，社會工作者探索案主精神病背後的家庭成因，輔導案主處理家庭的問題。一方面視照顧者扮演病患照顧、支持性照顧提供者的角色，能提供病患日常生活所需、獨立發展等方面之情感與工具性支持，能督促病患服藥與復健、分擔醫療復健的責任；另一方面家庭也被視為壓力源，是治療時必要的評估項目，甚至是需要被治療改變的對象。第二種是詮釋典範－反歧視哲學，視精神疾病為身體的一部分，學習接受和應對，社會工作者聆聽照顧者的期望與照顧之意義，幫助案主和其照顧者互相溝通，相關工作以個人不同需求

為前提，討論出適合其需求的計畫。將家庭作為個人因應疾病的資源，尊重照顧者的經驗知識，體認照顧者不僅僅是一位被衛教及順從配合醫療者，可成為攜手合作的夥伴協力者。第三種是批判典範－生態哲學，視精神疾病是一種社會結構與制度排除與擠壓下的結果，重視環境結構和改變及改變不平等的權力關係，及解放弱勢，社會工作者強調與照顧者採雙向溝通的協同關係，聚集精障者與照顧者，協助成員重新建構敘事，並倡議應有權利、待遇與服務，如將照顧者視為「潛在性案主」，關切他們的需求，鼓勵其自覺與發聲，並爭取福利資源的分配正當性。

表二、心理衛生社會工作者對照顧者的角色期待內涵

	實證典範－疾病哲學	詮釋典範－反歧視哲學	批判典範－生態哲學
基本假設	實證典範重視影響精神障礙現象的因果線性發展關係。精神疾病是惡性因素，必須消除症狀的生理原因和失能的部分。	詮釋典範重視精障者對其在社會文化汙名化現象之主觀詮釋。視精神疾病為身體的一部分，學習接受和應對。以個人不同需求為前提，討論出適合其需求的計畫。	批判典範重視環境結構和改變及改變不平等的權力關係，及解放弱勢。視精神疾病是一種社會結構與制度排除與擠壓下的結果。強調社會倡議的角色。
家庭工作介入手法	修補式的心理衛生社會工作，社會工作者探索案主精神病背後的家庭成因，治療案主的精神病以輔導案主家庭的問題為主幹，採用不同類型的家族治療模式。	意義尋索式的心理衛生社會工作，社會工作者聆聽照顧者的期望與照顧之意義，幫助案主和其照顧者互相溝通，重新塑造新的生命意義、看法、力量與希望。	意識覺醒式、改革式的心理衛生社會工作，社會工作者聚集精障者與照顧者，協助成員重新建構敘事，並倡議應有權利、待遇與服務。
社會工作者對照顧者的角色期待	照顧者扮演病患照護、支持性照顧提供者的角色，能提供病患日常生活所需、獨立發展等方面之情感與工具性支持，能督促病患服藥與復健、分擔醫療復健的責任	家庭作為個人因應疾病的資源，尊重照顧者的經驗知識，體認照顧者不僅僅是一位被衛教及順從配合醫療者，可成為攜手合作的夥伴協力者	社會工作者強調與照顧者採雙向溝通的協同關係，另一層次是將照顧者視為「潛在性案主」，關切他們的需求，鼓勵其自覺與發聲，並爭取福利資源的分配正當性。

資料來源：研究者整理，引自 Evavold, 2003；Riebschleger, 2001；王增勇，2011；李松泰，2013；葉錦成，2011；劉玲君，2014；萬心蕊、劉蓉台，2011

第三節 文獻小結

慢性精神病患的照顧者常和心理衛生體系接觸，病程中很少只看過一個醫生或只去過一醫院，有可能碰過不被尊重或覺得沒有被幫忙的情形，時間久了，照顧者對患者的期望會比較實際一點，對心理衛生社會工作者的期望也會改變，不過很少是變好，對每個案例來說，要發展彼此期待的關係，就得去處理他過去不愉快的經驗（Karp 著、林秋芬等譯，2010）。因而和病人一樣，照顧者的「病識感（insight）（英文也可翻譯為覺察與洞見）」也是要一步一步建立的，病識感與其缺乏往往不是「全或無」而是連續體的現象，也涉及疾病的辨識（recognition）、對於異常心智或精神方面事件標定為「病態性」的能力（attribution）以及對於醫療的順從（compliance）等範疇（李舒中，2012），助人工作者不應因會談中照顧者剛開始時的敵意和防衛感而驟下結論，盡量去感受他們所受的痛苦和迷惑，在防衛中評估他們適應的潛能。專業人員要讓照顧者有正確的期望，不要認為治療者是全能的、權威的、或道德判斷者，而是把助人工作者當作是一起工作的夥伴（Karp 著、林秋芬等譯，2010）。

由上述文獻整理可知，國內外對心理衛生社會工作者與照顧者相互期待之角色內涵相關研究，已勾勒出照顧者對社會工作者相互的角色期待，但由於社會工作實施時，會隨著不同的組織、合作結構以及環境情境，導引出角色的型態差異，針對我國社區精神醫療建制，既有文獻僅可得知從醫院到社區不同場域之社會工作者與照顧者的工作內涵，並無法知悉各場域之社會工作者是如何看待照顧者、對照顧者有何角色期待，亦無法同時得知照顧者與不同場域社會工作者之接觸經驗與角色期待。本研究將透過心理衛生社會工作與照顧者之工作角色與經驗分析，瞭解心理衛生社會工作者與照顧者工作之相互角色期待內涵與工作方法，從中歸納心理衛生社會工作者與照顧者工作中，影響雙方相互期待之認知、行動的修正與調整的因素或歷程，並冀望本研究發現能對心理衛生社會工作有所啟示。

第三章 研究方法與設計

本研究欲透過心理衛生社會工作者與照顧者之工作角色與經驗分析，瞭解社會工作者與照顧者工作之相互角色期待內涵與工作方法，從中歸納影響雙方相互期待之認知、行動的修正與調整的因素或歷程，以及探討這些研究發現對心理衛生社會工作的啟示，並形成相關工作之建議與策略。本章分為四節加以說明：第一節為研究方法，本研究以質性研究深度訪談法來探索研究問題；第二節為研究設計，依序說明研究對象與選樣、研究工具與步驟，以及資料分析方法；第三節說明研究嚴謹性，第四節則說明研究倫理。

第一節 研究方法

本研究為探討心理衛生社會工作者與照顧者相互期待之角色內涵探討。簡春安、鄒平儀（2004）指出質性研究是把現實社會看成一個複雜的現象，而這複雜的現象是由多層面的意義與想法組成的，其適合運用的條件有以下五點：一、進入一個不熟悉的社會系統；二、在一個不具控制和正式權威的情境中；三、研究概念仍低度開發，相關理論建構仍不完全；四、需描述複雜的社會現象，需案主的主觀理念，以及實際參與者客觀印象的表現時；五、適於定義一個新概念和形成新的假設。本研究基於以下原因而採取質性研究（胡幼慧，2008；畢恆達，2008；潘淑滿，2003；簡春安、鄒平儀，2004）：一、議題仍屬初步建構階段。國內既有文獻僅可知從醫院到社區不同場域之社會工作者與照顧者的工作內涵，尚無法知悉各場域之社會工作者是如何看待照顧者、對照顧者有何角色期待，亦無法同時得知照顧者與不同場域社會工作者之接觸經驗與角色期待。二、意義詮釋為主軸。本研究著重在探討社會工作者與照顧者間之角色知覺歷程與如何調整此期待，涉及角色期待對雙方的主觀意義與價值。三、適用在不具控制和正式權威的情境中。研究者須建立尊重、平等、不具控制的環境，透過雙向式的互動使參與者能充分表達自己的觀點與經驗。

潘淑滿（2003）指出質性研究中三大資料收集方法為觀察法、訪談法、檔案分析法。本研究為涉及社會工作者處遇模式的客觀經驗與社會工作者與照顧者於歷程中之角色知覺主觀感受，研究者難以用觀察法及檔案分析法做為資料收集之方法，須透過訪談了解社會工作者與照顧者的思想、情感、價值觀念和認知運作規則，以順利地呈現複雜的社會現象。本研究以「深度訪談法」做為資料蒐集方法，深度訪談是研究者與受訪者間「特定目的」的會話，焦點為受訪者以在地語言表達自身的經驗感受（王仕圖、吳慧敏，2005），亦重視研究者與受訪者雙向交流、平等互動、彈性調整與積極傾聽（潘淑滿，2003）。其訪談「深度」

有四個層次的意義（Johnson, 2002, 引自王仕圖、吳慧敏, 2005）：一、尋求受訪者對每日活動、事、地所持有之理解與看法；二、探索潛藏在表層觀點下所蘊含的意義，以理解該經驗本質；三、揭露與反省一般普通常識的假設、作法和討論方式；四、捕捉及表達對某些活動、事件、文化物件的多元觀點。

為將受訪者生活情境脈絡中的事件與行動相互串連，以形成完整圖像與獲得重要訊息（潘淑滿, 2003），本研究以半結構式訪談方法進行，在訪談前根據研究問題與目的設計訪談大綱，並於訪談過程謹記 Minichiello 等人（1996）之提醒：豐富的回應來自於問受訪者一些含「如何（how）」、「何時（when）」、「什麼（what）」等開放式的問題，而不是問一些無法回答的「為什麼（why）」問題」（引自王仕圖、吳慧敏, 2005）。研究者依訪談自然情境對題項順序做出彈性調整，允許留白、保留空間給彼此，以避免工具性處理訪談，期能突破結構化與單向問答的限制，獲得彼此的理解、超越與解構常識、重構多元觀點等深度意義。訪談策略則參考 Minichiello 等人（1996）指出的三類提問，先進行描述性提問，讓受訪者描述某人、事件、地點、人物或經驗，從對方經驗陳述中獲得大體方向感，之後採更細微之結構性提問，確認回答的範圍都能被充分提及，藉此資訊發現受訪者如何架構或組織其經驗知識之方式，最後是對比式提問，讓受訪者從他們自己的世界出發，進行事件或情境的比較，及討論這些情境的意義（引自王仕圖、吳慧敏, 2005）。

第二節 研究設計

壹、研究對象

質性研究不同於量化研究，對於訪談對象的選取，並不以代表性為核心，重視訪談對象能否提供深度和多元資料為原則，故通常不採用隨機抽樣來選取樣本，而以相關理論的需要、研究資訊的豐富性，來選擇訪談對象及樣本數（許育光, 2000；潘淑滿, 2003）。本研究採取立意抽樣選取研究對象，充分運用研究者已知之資料、快速取得符合特殊目的之研究對象、以及在控制下形成理想之樣本名單（Monette, Sullivan and DeJong, 2005, 引自胡孟菁, 2013），同時為增加抽樣來源的多元性，研究者亦採滾雪球抽樣的策略，將本研究目的、受訪者應具備的條件等資訊告知田野中關鍵報導人或守門員，再由他們從其社會網絡推薦其他合適之受訪人選。由於研究主題涉及社會工作者與照顧者相互期待之角色內涵，攸關此二角色間之互動關係，以個體為主的研究方式難以蒐集到雙方互動型態之資料，故採取配對訪談，研究者同步邀請適合的社會工作者與照顧者，再由社會工作者介紹符合標準

的照顧者，或由照顧者介紹符合標準的照顧者，以同時了雙方對關係的主觀詮釋，並能展現雙方互動之型態，拓展研究的深度與廣度（陳冠伶，2010；顏珮名，2014）。

一、精神病患照顧者

面對精神疾病出現在家庭生活中，不同社會位置的照顧者，如父母、子女、手足及配偶等，各有其情感、經濟與實際分工上所表現的獨特作用，影響著照顧者如何認知自我與如何詮釋照顧經驗。為增添對照顧者社會位置差異與心理衛生社會工作者相互角色期待內涵影響之認識，本研究受訪對象須符合下列原則：（1）過去一年內至少與精神病患共同生活六個月，參與治療性活動和生活照顧工作與責任；（2）現有或曾經接觸過精神醫療與社區復健等機構心理衛生社會工作者之照顧者。受訪對象為經醫院、社區復健中心、康復之家、會所、家屬團體等機構轉介，符合本研究受訪條件之父母、手足、配偶或子女照顧者各 1-2 位，並邀請其推薦有接觸經驗之心理衛生社會工作者。

二、心理衛生社會工作者

本研究之研究對象須符合下列原則：（1）目前正在心理衛生機構從事社會工作業務；（2）現有或曾經提供精神病患照顧者服務；（3）在心理衛生機構服務年資在一年以上，且有意願接受訪問之社會工作者。研究者考量到自身對於研究對象族群的熟悉度以及人力、時間的有限性，將從既有認識之中、北部等地區之（精神科專科或綜合）醫院、社區復健中心、康復之家、會所模式等心理衛生機構社會工作者邀請協助推薦條件合適之社會工作者以及照顧者配合研究，期每位受訪照顧者能配搭醫院、社區復健中心、康復之家、會所等複數場域之心理衛生社會工作者，社會工作者訪談人數由照顧者狀況而定。

本研究之研究對象包含 13 位精神病患照顧者以及 26 位心理衛生社會工作者，共計 39 位研究參與者進行研究（參見表三、四）。其中照顧者，除 Cb、Cd1、Ce5、Ce6 等 4 位由工作人員介紹外，多為家屬團體參與者，照顧身分為子女者有 3 位、1 位為手足、2 位為配偶及 7 位為父母，照顧對象所患疾病以思覺失調症為主（10 位）、其次為躁鬱症（3 位），照顧時間從 4 年到 36 年不等，除 3 位居住於中部外，均居住於北部，共有 10 位女性、3 位男性，平均年齡為 55 歲，教育程度從國小到研究所以上

均有。而社會工作者所服務機構，有 5 位任職於社區復健中心、5 位為社區關懷訪視方案訪員、4 位於康復之家、3 位如會所等社政單位，以及 9 位於醫院就職（5 位於精神專科醫院、4 位於綜合醫院精神科），社工年資分佈於 1 年半到 20 年間，平均年資 7.2 年，服務地區分佈於北、中區 4 個不同縣市，其中有 20 位為女性、6 位男性，其教育背景有 21 位社會工作本科系，5 位為非本科系，教育程度有 16 位為大學畢業、10 位為研究所以上。

表三、受訪照顧者基本資料

編號	照顧身分	疾病類別	罹病時間	居住地區	性別	年齡	教育程度	宗教信仰	受訪日期
Ca1	子女	思覺失調症	32 年	北部	女	33 歲	大學	無	105.10.09
Ca2	子女	思覺失調症	33 年	北部	女	47 歲	大學	無	105.10.19
Ca3	子女	思覺失調症	14 年	北部	女	53 歲	研究所以上	無	105.11.01
Cb	手足	思覺失調症	19 年	北部	女	49 歲	研究所以上	無	105.10.20
Cd1	配偶	思覺失調症	36 年	北部	男	64 歲	專科	無	105.10.19
Cd2	配偶	思覺失調症	35 年	中部	女	63 歲	國中	佛教	105.10.26
Ce1	父母	躁鬱症	12 年	北部	男	67 歲	大學	無	105.10.18
Ce2	父母	躁鬱症	31 年	北部	女	60 歲	大學	無	105.10.20
Ce3	父母	思覺失調症	15 年	北部	女	60 歲	國中	佛教	105.11.09 105.12.08
Ce4	父母	思覺失調症	20 年	北部	男	67 歲	國中	民間信仰	105.11.10
Ce5*	父母	躁鬱症	11 年	中部	女	49 歲	國小	一貫道	105.11.28
Ce6*	父母	思覺失調症	4 年	中部	女	53 歲	國中	民間信仰	105.11.28
Ce7	父母	思覺失調症	17 年	北部	女	56 歲	專科	佛教	105.12.10

*備註：照顧者 Ce5、Ce6 與下表社會工作者 Wa3、Wa4 為訪談配對組。

表四、受訪社會工作者基本資料

編號	服務機構	職稱	服務年資	服務地區	性別	年齡	教育程度	宗教信仰	受訪日期
Wa1	社區復健中心	社會工作人員	2 年半	北部	女	30 歲	大學本科系	無	105.10.27 105.10.28
Wa2	社區復健中心	專任管理員	8 年	北部	女	30 歲	大學本科系	無	105.10.28
Wa3	社區復健中心	社會工作人員	4 年	中部	女	27 歲	大學本科系	民間信仰	105.11.28
Wa4	社區復健中心	負責人	16 年	中部	男	46 歲	研究所本科系	佛教	105.11.28
Wa5	社區復健中心	負責人	14 年	北部	女	41 歲	大學本科系	無	105.11.30
Wb1	社區關懷訪視方案	關懷訪視員	4 年半	北部	女	32 歲	研究所本科系	民間信仰	105.10.17
Wb2	社區關懷訪視方案	關懷訪視員	3 年	北部	女	38 歲	大學非本科系	道教	105.10.28
Wb3	社區關懷訪視方案	關懷訪視員	2 年	北部	女	26 歲	大學非本科系	道教	105.11.14

Wb4	社區關懷訪視方案	關懷訪視員	4 年半	北部	女	29 歲	大學非本科系	無	105.11.19
Wb5	社區關懷訪視方案	關懷訪視員	8 年	北部	男	41 歲	大學本科系	無	105.12.06
Wc1	康復之家	負責人	20 年	北部	男	67 歲	研究所本科系	佛教	105.10.07
Wc2	康復之家	社會工作師	2 年	北部	女	37 歲	研究所本科系	基督教	105.10.18
Wc3	康復之家	社會工作員	4 年	北部	女	52 歲	大學本科系	佛教	105.11.02
Wc4	康復之家	社會工作員	12 年	北部	男	38 歲	大學本科系	天主教	105.11.30
Wd1	社政單位	社會工作員	1 年半	北部	女	28 歲	大學本科系	無	105.11.13
Wd2	會所	主任	9 年半	北部	男	37 歲	大學非本科系	基督教	105.11.21
Wd3	會所	督導	7 年	北部	女	29 歲	研究所非本科	無	105.12.27
We1	專科醫院	社會工作師	5 年	北部	女	49 歲	大學本科系	基督教	105.11.09
We2	綜合醫院	社會工作師	10 年	北部	女	45 歲	大學本科系	基督教	105.11.14
We3	綜合醫院	社會工作師	5 年	北部	女	28 歲	研究所本科系	一貫道	105.11.15
We4	專科醫院	社會工作師	1 年半	北部	女	26 歲	大學本科系	無	105.11.26
We5	專科醫院	社會工作師	11 年	北部	女	33 歲	研究所本科系	無	105.11.26
We6	綜合醫院	社會工作師	4 年	北部	女	27 歲	大學本科系	民間信仰	105.11.29
We7	專科醫院	主任	9 年半	北部	男	32 歲	研究所本科系	無	105.12.07
We8	專科醫院	社會工作師	4 年	北部	女	30 歲	研究所本科系	無	105.12.10
We9	綜合醫院	社會工作師	13 年	北部	女	37 歲	研究所本科系	基督教	105.12.21

關於本研究尋找研究對象之過程，研究者同時向自己所熟悉的家屬團體與中、北部心理衛生醫療、復健機構專業人員聯繫，以摘要式研究說明及參與同意書向照顧者、社會工作者重點式介紹本研究目的及研究過程，並邀請其提供適合訪談之照顧者與社會工作者，研究者或透過社會工作者與受訪者約訪談時間，或自行與受訪者聯繫、確認訪談時間。訪談時間約一至兩小時，訪談期間進行全程錄音，為實質答謝您參與研究之貢獻，於訪談結束後餽贈新臺幣 200 元禮金，逐字稿謄寫完後以紙本或 E-mail 方式寄返確認。

貳、研究工具

一、研究者本身

在質性研究中，研究者本人是一個「研究工具」，此研究工具的靈敏度、精確度和嚴謹程度對研究的質量至關重要（陳向明，2002）。謝國雄（2007）提出「以身為度」的概念，認為研究者應善用自己的視聽嗅味觸之感官來感受田野的脈動，並在知道報導人全面的同時，也讓報導人認識自己的各個層面，建立分享與互惠的關係。研究者過往研究所多有涉略精神醫療、社區復健課程之訓練，亦於會所模式之社區復健機構實習，並定期參與東吳大學社會工作學系萬心蕊老師所帶領之精神困擾社會取向讀書會，擔任精神疾病照顧者專線志工，與照顧者共事，以及積極參與精神領域相關學術研討活動，此為本研究之基礎。研究者目前未曾於精神醫療或社區復健機構任職，此對本研究之優點在於研究者不會因自身工作經驗或是

價值觀，於研究訪談過程影響與評價受訪者的表述，然限制是研究者可能會缺乏對受訪者表述之相關工作情境的敏感度。故研究者在訪談前，會閱讀相關文獻，與熟識之實務社會工作者互動，以增加自身對研究主題的敏感度，並在訪談過程中透過澄清、再次詢問等方式，瞭解受訪者所欲表達的想法，此外，若訪談內容有不清楚之處，則會在文獻檢閱後再次訪談受訪者，以降低研究者經歷對訪談與研究資料敏感度可能較為缺乏的限制。

二、訪談大綱

訪談進行前，研究者徵求受訪者同意，簽訂參與研究同意書（詳見附件一），確保研究參與者之權益，並寄出訪談大綱（詳見附件二）供參酌。研究者根據文獻回顧內容與研究問題擬出半結構式訪談大綱，並根據研究參與者對題目的了解程度以及回答內容作因應，包括靈活調整題項的順序、口語的解釋，隨機適時修正訪談的問題甚至方向（陳向明，2002），分成心理衛生社會工作者與照顧者兩個版本，均按照以下訪談架構進行：

- （一）工作經驗與方法：描述社會工作者與照顧者實際工作感受、工作方法、特殊互動經驗。
- （二）角色期待：心理衛生社會工作者與精神病患照顧者對自己與彼此的想像、行為表現的要求與期待、在不同服務輸送場域中角色如何展現，以及不同場域角色知覺如何調整、有哪些因素或歷程會影響相互期待之認知、行動的修正與調整。
- （三）反思與回饋：反思社會工作者與照顧者工作中所遭遇的滿意或困難之處，以及回饋任何對現行政策與實務有關的想法與意見。
- （四）基本資料：性別、年齡、教育程度、宗教信仰，照顧者包括所照顧對象的疾病類別、程度、罹病期間與家庭成員，社會工作者則包括職稱、從事心理衛生相關領域之工作年資、在現機構服務之年資等。

參、資料處理與分析

潘淑滿（2003）指出質性資料分析主要由三個要素組合而成，包括：資料化約、展現、結論，在資料處理與分析之前，應訂定一套具有系統的資料管理步驟，以便在資料處理與分析過程中，能提升引用資料的品質。訪談完成後，研究者將錄音檔轉譯為文本逐字稿，接著根據研究目的與問題，將研究所得之原始資料進行系統化、條理化，然後用逐步集中和濃縮的方式將資料反映出來，最後對資料進行意義解釋（陳向明，2002）。本研究以主題分析的方式分析資料，Ezzy（2002）定義主題分析為一種研究者嘗試從蒐集資料中以系統性的觀察與紀錄定義出主題的過程，主題分析的編碼程序和紮根理論同樣包含開放編碼、主軸編碼，

以及選譯性編碼等三個步驟，所不同處在於主題分析並不像紮根理論以建構理論為目的。此外，趙淑珠（2005）指出在進行對偶研究時，需留意關係間的型態、規則與權力進而了解其互動內涵。本研究對心理衛生社會工作者與精神病患照顧者進行配對訪談，在每組參與者的個別主題分析完成，亦以照顧者的社會位置作為單位，試圖對照顧者之社會位置對與社會工作者相互期待之角色內涵可能造成的影響進行比較。上述三層次編碼方法依序為（潘淑滿，2003；林本炫，2005；胡孟菁，2013）：

一、開放編碼：研究者透過反覆閱讀文字逐字稿，以逐行分析方式從中標示與研究問題相關的、受訪者強調的、一再重複的、在地的用語等關鍵字句、關鍵事件，依此簡化資料與命名、發展概念。

二、主軸編碼：研究者將所整理出的概念進行比較與分類，有系統地整理概念與概念間之關係，排除層次較低的概念，將具有相同性質之概念加以群聚、累積，形成更高層次且抽象的類別，並建立類別之間關係，得出研究的幾項主軸。

三、選擇性編碼：在主軸編碼的基礎上，研究者釐清與研究主題相關性較高之內容，進行資料的選擇，接續建立最具分析與解釋力的「核心類別」及其次類別，做最後案例資料與概念架構的整合，以此作為詮釋研究問題的根據。

第三節 研究嚴謹性

Lincoln 與 Guba (1984) 指出社會科學研究評估指標所關心的，是研究過程對測量與研究結果的真實性、應用性、一致性和中立性等考量，並提出檢視檢視質性研究嚴謹性之確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability)、可確認性 (Conformability) 等指標，其中可靠性、可確性相當於量化研究的內在信度與外在信度，而確實性與可轉換性分別相當於量化研究的內在效度與外在效度（引自潘淑滿，2003）。本研究檢核之內容整理如下（姚美華、胡幼慧，2008；潘淑滿，2003）：

壹、確實性

即為內在效度，表示研究者蒐集資料的真實程度，也就是說研究者可真實觀察到其所想要觀察的，以及所蒐集到的資料能反映研究參與者的真實狀況。研究者透過參與研究同意書徵求受訪者同意，在自願下與受訪者進行雙向交流、平等互動、彈性調整與積極傾聽之一對一面訪，訪談中研究者不以自己主觀立場引導受訪者的表達內容，亦針對受訪者所表達的關鍵議題或感受，反覆進行澄清與確認，並排除他人誘導或干擾的影響，使受訪者能充分表

達自己的觀點與經驗。研究者於訪談結束後，將錄音內容及研究筆記轉騰為逐字稿，將逐字稿與受訪者進行核對，以確認此逐字稿有明確表達出該想法與感受後，方進行譯碼，以免資料失真。

貳、可轉換性

即為外在效度，意指研究者能將受訪者傳達的陳述、感受與經驗有效地轉換成文字描述。本研究充分告知研究過程之細節，對受訪者相關背景加以描述，研究者並在訪談過程觀察受訪者之情緒與非語言訊息，透過錄音與筆記的方式，將訪談過程所收集之語言、非語言之資料有效轉換成文字，忠實紀錄訪談情境與內容，力求逐字稿能完整重現訪談過程，以利讀者了解受訪者本身思考脈絡與感受，得能自行判斷研究結果與自身情境脈絡的適用性。

參、可靠性

即為內在信度，意指研究者運用有效的研究工具與策略，獲得具穩定性、一致性之可靠資料。本研究將採用一臺以上之錄音設備並統一以逐字稿整理錄音檔，同時研究者也採開放、傾聽與敏感之態度面對所有受訪者，並「懸置」個人主觀觀點，隨時提醒自己不應以主觀意識影響資料蒐集，盡量在研究中呈現訪談內容之原來語意。另外，研究者需清楚描述從資料搜集、進入研究場域過程、訪談大綱的內容、受訪者的選擇乃至於訪談進行的方式和狀況等整個研究過程，以供判斷資料的可靠性。

肆、可確認性

即外在信度，又稱研究的客觀性，指的是要能公開而客觀的呈現資料分析與觀察結果，及提供所有正反訊息與處理過程，盡可能減少偏見的影響。在訪談過程中，研究者針對受訪者表達資訊，反覆透過澄清、回應及確認，了解受訪者所表達的議題與感受，不涉及研究者的觀點與立場。於訪談後，研究者在資料編碼與分析過程自我省思與反覆檢測是否為中立，以確認研究結果是否真實而非研究者自身的判斷與想像。

第四節 研究倫理

研究倫理是指研究者在整個研究過程中，必須遵守研究社群對於研究行為的規範與要求，這些規範提供研究者進行研究的指引，以及協助研究者在面臨困境時能做適當的選擇（潘淑滿，2003）。本研究中因涉及直接與照顧者及心理衛生機構任職的工作人員進行訪談，且研究者本身亦為研究工具，涉及了職場倫理議與互動關係之權力關係、義務及倫理議題，須謹慎考量，以避免對受訪者造成傷害。本研究規範研究者所採取策略與依循之倫理守則說明如下（陳向明，2002；潘淑滿，2003；簡春安、鄒平儀，2004）：

壹、告知後同意

受訪者應被充分告知與其權利相關的訊息以利其做出選擇。在邀請社會工作者參與訪談之際，研究者提供訪談大綱與參與研究同意書予受訪者者閱讀，使其清楚知道研究目的、研究過程、研究的風險與收穫、資料處理的保護措施、中途退出的權利、研究者的身分等。在訪談正式進行前，研究者再次簡要告知受訪者本研究的相關訊息，確保研究參與者自願參與以及了解其權利，若確有同意請受訪者簽署受訪參與研究同意書。在整個訪談過程中，受訪者可以根據個人意願決定接受或不接受訪談，同時也可以根據自由意願決定表露的程度，若出現任何身心不適或顧忌，亦有權利隨時終止錄音或訪談。

貳、保密或隱私

為保障受訪者及其任職機構不會因訪談而遭受任何形式之傷害，受訪者所提供之經驗分享與相關訊息包括：人名、地名、任職機構、服務年資、職稱、特定單位等，以及任何可辨識出研究參與者及其任職機構之訊息都將經過保密處理，採以代號、服務年資約略化以維護研究參與者之隱私。除了研究用途，如研究者謄寫完逐字稿後，以紙本或 E-mail 方式寄送給受訪者做再次的資料保密確認外，不對外洩漏受訪者基本資料和訪談內容等研究資料，完成研究之後，將會全數銷毀錄音檔資料與任何有關訊息文件，以維護研究參與者之權益。若未來研究資料能有進一步之貢獻或將徵詢研究參與者的同意後使用。

參、避免傷害與風險

研究進行前研究者明確告知受訪者，在受訪過程若涉及敏感資訊的討論，或有痛苦經驗在訪談中被挑起，其有權利選擇或決定公開的程度，如暫時關閉錄音檔案，研究者亦會對受

訪者的情緒或反應做當下處理。另外，研究者本身身份與角色與受訪者較無利害關係或業務往來，可使研究關係較單純，保護受訪者之權益。

肆、誠信與互惠

研究者從受訪者的經驗中提取研究有效的資料，而受訪者由研究者身上往往也可獲得有形或無形的回報，研究雙方應為互惠關係。故研究者除對受訪者真誠相待與口頭感謝、肯定外，亦提供受訪者適當之訪談費或實質禮品，並有責任誠實報導研究發現，在研究完成後，將所完成之論文寄送給受訪者，並與受訪者及社會大眾共享研究成果。



第四章 研究分析

本章依據訪談資料進行研究分析，分為三節加以說明：第一節分析對精神病患照顧者的角色期待與相關影響因素，分別由照顧者所陳述的照顧內容，以及社會工作者所見的照顧者樣態，萃取出照顧者的角色期待；第二節分析對心理衛生社會工作者的角色期待與相關影響因素，分別提及社會工作者對照顧者的工作方法，以及照顧者與社會工作者相處經驗；第三節則進一步分析照顧者與社會工作者之間的關係，以及對彼此角色期待如何轉變。

第一節 對精神病患照顧者的角色期待與影響因素

角色期待是指社會對於具有某一地位者，所抱持的一系列期望行為、權利與義務之看法，也是重要他人對於個人社會地位之行為表現的要求與期待（陳奎林，2005；簡春安、趙善如，2010），本節從照顧者自陳的照顧內容以及社會工作者所談及的照顧者樣態與所期待的角色內涵進行分析（概念統整表見表五、六），並論及其相關影響因素（概念統整表見表七）。

壹、精神病患照顧者的角色內涵

一、精神病患照顧者的照顧內容與角色立場

（一）照顧內容

照顧者的照顧目標在於使病患得到適切醫療服務，能在社區獨立生活，故照顧者會進行症狀因應，以及協助病患適應社區生活。

1. 症狀因應

症狀控制是大部分照顧者均不時強調的照顧內容，為了使病患能得到適切的醫療照顧，照顧者逐漸學習如何因應氣候變化，或觀察藥物副作用的影響，在定期陪同就醫的過程中如實協助醫病溝通，並在日常生活中靈機應變可能發生的症狀復發與危機事件，維持生活品質。

（1）疾病管理

「最主要的照顧內容應該是帶他就醫。」(Ca3-1)

「你就會比較能夠應付我媽媽遇到的狀況，比較有能力有自主去處理。有時候像藥物的部分，我們也比較知道什麼藥的使用情況、他會怎麼樣，那跟醫院溝通的過程你也比較能夠把自己看到、觀察到的跟他說。」(Ca3-3)

「要如是表達，如實的表達。你要錯用、錯看，就會勉強醫生誤判。」(Ce1-11)

「就醫的就是陪診，看到他有需要再補充，加強跟醫生溝通的話我就會去做這方面不足的地方，因為他畢竟他是病人，他不會講得很清楚。」(Ce2-1)

(2) 危機處理

「見招拆招，沒有一定的答案，不可能每次都一樣，沒辦法預設什麼立場，或這次來的時候要用什麼方法這樣，每次的都是要你的靈機一動。不是每個人都可以用同樣的方法。你跟他不熟，他的底線在哪裡就不清楚，就像兩個人跳舞，一個前一個後，是要向前還是向後你自己最清楚，這個也沒辦法去傳授或什麼，你自己才最清楚。」(Cd2-1)

「當有狀況的時候呢，他如何對話、跟他相處？看到孩子這麼兇惡的眼神動作，跟粗暴的摔東西，或拿不該拿的東西出現的時候，這個狀態下我們家裡面都曾經發生過，雖然不是常常，但最糟糕的時候曾經發生過。對應方式真的是要靈機應變，沒有辦法用所謂演練的方式去做到。如果你沒有最一般的知識、常識，跟所謂對應方法，不是長期累積下來的，真的會讓家屬招架不住。」(Ce1-1)

2. 社區生活

為使病患能成功地在社區獨立生活，照顧者除了讓病患能有三餐溫飽、生活無虞外，亦會在日常生活陪伴病患學習自我照顧，乃至進一步協助其規劃生涯發展，以及運用社區復健機構，希望病患能走出自己的路。

(1) 生活自理

「如果我作為母女的角度去看，我覺得就是讓我媽媽很開心、三餐溫飽，讓她有事情去做，讓她在她的一生中能夠得到成就，有成就感的東西。」(Ca1-5)

「就是生活食衣住行啊，都有陪伴啦，應該講陪伴吧。」(Ce2-1)

「真的要獨立，因為我覺得即使賺很少的錢也沒關係，至少自己有一個工作啦，就會比較有自信。」(Ce7-6)

(2) 復健推動

「個人心態要衡量，一關一關磨練，要對自己孩子有信心，不要一直在日間留院，要讓學員有一個成長，要對社會還有利用空間，學習社會人情。」(Ce3-6)

「復健很重要，真的要出來，在家裡會退化啦，然後沒有在外面走也不知道現在的趨勢是到怎麼樣。」(Ce5-9)

「陪著他再去學，讓他在有一些自信，看能不能就自己有錢，買自己喜歡的，有喜歡做的事。」(Ce7-7)

(二) 照顧態度

對於照顧態度之期待，照顧者認為有積極主動、合理期待與自我照顧等三方面。照顧者會藉由主動參與家屬團體、詢問社會工作者等方式學習精神疾病照顧相關知能，但在照顧過程中也認識到病患本人社區獨立生活的必要性，而練習如何適度支持，避免過度介入，並在與社會工作者互動過程中學習適切表達，同時以運動、信仰等各種方式自我照顧，維持生活品質與照顧之間的平衡。

1. 積極主動

「因為接觸精神疾病，我有點像是我先去做基本了解，才來跟家人講。我覺得這件事情應該是全家人一起來努力，所以我花比較多的時間是在跟家人在面對這疾病上面的了解跟怎麼處理這事情，等於是說中間者的角色。」(Ca2-4)

「我是覺得家屬自己要去充實自己，先去了解一些事情」(Ce2-4)

「社工給我們的，不見得每一家都適合每一家，應該將我們的事情拋來社工去讓他給我們方法，我的感覺是這樣子啦。比如說每個個案需求不一樣，我都跟家屬講你的需求講給社工聽，要講出來，不是社工給你的，他給你的不見得你適用。」(Ce2-8)

「站在我孩子的立場，我覺得只要能讓我孩子能夠進步都OK，我覺得我是很配合的，只要我時間上允許我都會出席。」(Ce7-9)

2. 合理期待

「我們家屬課程裡面都有提到怎麼樣去放手讓他成長，因為像我們談到善待自己的時候，就會特別提說你一定要先，就是說你自己的怎麼樣自己的生活會比較好，就是你應該是快樂的來源，不是綁在這個生病小孩的身上，我們是覺得應該盡量要切割出來啦，你應該對他有一些信任，你才有辦法在溝通上面比較相信他是可以獨立去完成一些事情，他還是有自我照顧的能力」(Ca3-9)

「家屬你說跟工作人員互動，其實要教育耶」 「當人家要來幫忙你的時候要怎麼去表達。」

「什麼樣的活動你可以講什麼話。」(Ce4-7)

「以前是牽著他走，怕他走失掉，跑掉啊，現在是慢慢放手，然後他現在是走上前面，我走在後面，這樣比較安全，他發生什麼狀況我們才知道。」(Ce5-11-12)

「因為覺得有時候要要求自己啊，因為人跟人有時候自己也要要求，不能單方面叫人家付出啊。我們不能一直要求說老師你要怎樣你要怎樣，我的孩子我們自己有沒有盡力，不是孩子丟給你，你通通要幫我帶好。我覺得這樣子大家能夠成長，這種小孩子才會進步得快，我覺得啦。」(Ce7-10)

3. 自我照顧

「我覺得我一定要先處理我自己下來，我才有辦法處理他。我自己有比較好的狀態，比如說我固定每個禮拜我會抽一天兩天陪我妹運動，我一開始是用鼓勵的，我給你錢你跟我一起去運動，可是現在不用，因為他有瘦下來，他有享受到，而且他有動機，而且他會問我說什麼時候還要去跑步。我們變成會比較自在的相處，而不會像以前好像很努力、很氣憤、很什麼，我覺得比較鬆一點，因為我覺得我沒辦法跟這麼多對抗。」(Cb-6)

「為了他我就佛教，會做功課，時間不一定，他現在也都吃素，因為一開始發病的時候有遇到一個居士說可以叫他吃素。」(Ce3-12)

(三) 家屬互動與自助行為

本研究受訪照顧者多有家屬團體參與經驗，他們在聚會交流過程中與其他照顧者彼此扶持學習，甚至在機構擔任志工，或在家屬團體擔任講師自助助人，除了體會到助人的成就感，分享中亦能知悉彼此照顧知識的寶貴，而能回饋到自家照顧中，且照顧者也意識到權益倡導的重要，積極為精障族群的權益努力。

1. 聚會交流

「有家屬聚會的時候我媽媽偶爾會去，一個情緒的出口、聯絡感情，因為她有認識幾個家屬，相處的還不錯。」(Ca2-5)

「有點是家屬支持的一個對象，比如說我媽媽有什麼樣狀況時我就會打到家屬團體去詢問一下怎麼樣的處理方式。」(Ca3-1)

「去上那個課回來就有了解這個就是疾病，不然本來連孩子都不知道會這樣，原來這些症狀就是疾病，我常常會疑問這到底是個性還是疾病，現在跟兒子在談才知道說這個是疾病，才會有這些動作這麼怪異。」(Cd2-5)

2. 自助助人

「你可以知道很多人的狀況之後，再回頭看家裡的情況，似乎沒有這麼嚴重，你對他的包容度會更廣一點，因為你比較清楚他的一些狀況了，你在談話的當中，當然也透過那個課程，因為你一直在帶這個課程的過程你會更了解每一堂所要帶的主要的目的跟用意是什麼，那你就會一直在回想怎麼去，或者是說當你遇到狀況的時候，你就會去想到在課程上、教材上面，他所帶出來的想法是什麼，我怎麼去應用在這上面。所以回過頭來會讓我跟我媽之間的關係會比較好一點。我會比較是從原本救助者的角色，到怎麼樣變成一個可以助人的角色」(Ca3-3)

「我會很難婆，住院的時候有的家屬很無助，我就跟他說你去找你的社工，我知道我會跟他講啦，教家屬怎麼自己去做。」(Ce2-8)

「有時候剛好有陪同啦，去幫忙，陪同他們一起去，說好聽一點是志工。也是老師帶，我們在後面順便照顧一下下。」(Ce5-2)

3. 權益倡導

「我們家屬自己到底做了些什麼事情？我們有沒有真的很認真地去關注我們的議題，然後給予比較明確的，反汙名，還是要從家屬自己的認知開始，如果我們能勇敢地站出來，這就是我們沒有汙名自己的表現」「如果你自己認為這個疾病沒什麼大不了，那你就應該勇敢地站出來去幫他講話。」(Ca3-6)

「只要你在這種領域裡面，就像你有生存權，你有就養權，你生病時有被人照顧的基本人權」
(Ce1-4)

表五、精神病患照顧者的照顧內容和與角色立場

類屬	次類屬	屬性	面向	Ca 子女	Cb 手足	Cd 伴侶	Ce 父母	
一、照顧內容與角色立場	(一) 照顧內容	1. 症狀因應	(1) 疾病管理	V(1, 2, 3)		V(1, 2)	V(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	
			(2) 危機處理	V(3)		V(1)	V(1)	
		2. 社區生活	(1) 生活自理	V(1, 2, 3)			V(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	
			(2) 復健推動	V(1, 2)	V	V(1)	V(1, 2, 3, 5, 6, 7)	
		3. 家屬團體	(1) 聚會交流	V(2, 3)		V(2)	V(2, 5, 6, 7)	
			(2) 自助助人	V(3)		V(2)	V(1, 2, 3, 5, 6, 7)	
	(3) 權益倡導		V(3)			V(1)		
	(二) 照顧態度	1. 積極主動			V(2)	V	V(2)	V(1, 2, 3, 7)
		2. 合理期待			V(3)	V		V(1, 2, 4, 5, 6, 7)
		3. 自我照顧				V		V(2, 3, 7)
	(三) 家屬互動與自助行為	1. 聚會交流			V(2, 3)		V(2)	V(2, 5, 6, 7)
		2. 自助助人			V(3)		V(2)	V(1, 2, 3, 5, 6, 7)
		3. 權益倡導			V(3)			V(1)

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者（Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7）。

二、照顧者樣態與社會工作者對照顧者之角色期待

(一) 照顧者樣態

從社區復健中心、社區關懷訪視方案、康復之家、社政單位、醫院等場域之心理衛生社會工作者訪談內容中，可見不同場域的社會工作者在與照顧者工作的過程中接觸過許多類型、有各種議題的照顧者，本研究發現照顧者有積極參與、消極參與、不當期待與家庭動力不穩等四個樣態。可惜的是，大部分社會工作者表示配合服務的照顧者實為少數，也可能是因為照顧較妥善、症狀較輕微的病患較無須使用醫療與社區復健資源，或是社會工作者在訪談時對於負面經驗的記憶較為深刻之故，所分析的積極參與、消極參與、不當期待與家庭動力不穩等四個方面中，正面經驗較少。

1. 積極參與

積極參與的照顧者妥善照顧，態度上配合服務，能夠與社會工作者協作照顧，甚至進而能擔任志工，自助助人。

(1) 妥善照顧

「一般來講，家屬對康家的態度，對康家人員的態度其實會蠻有禮貌的，因為他們有照顧的需求，康家幫他們擋掉了很多的苦難，讓他們可以有自由過他們原本的日子。」(Wc2-1)

「有些比較明理的家屬可以理解我們的狀況跟合作的方式。是你在衛教的時候他也會主動提問，我們是可以對話的，可以溝通的，他也可以把你幫他的評估跟分析聽進去，比如說每一種出院準備計畫選擇的好處與壞處比較可以接受，信任你的專業判斷這種。這種在合作上也會比較順利，這其實是多數。」(We3-15)

(2) 自助助人

「我們很喜歡讓老人家來機構裡面幫你當志工，用他的生命經驗，可能他會包粽子，應景就變成我們康家整個社會結構中的一環。資源的圈圈，或是他本來有去參加外面一些服務的單位，像讚美操，基督教的，或是慈濟，他可以帶他的那些人過來做志工，或是帶我們的住民跟他去做志工之類的。對他來講也是一個重新參與社會的另外一個層面」(Wc4-10)

「跟我一起帶自助團體的志工，他是兄弟，他就很有規劃，他就是把照顧當作一個企業管理，責任分工，也是摸了20-30年啦才摸出來誰要負責什麼工作，可能像媽媽就負責疼愛小孩，管理就是我這個哥哥來，那其他也些人要勸家人的時候，可能是手足、小朋友或叔叔，誰負責住院的時候去探望他，誰負責給錢，他們是整個家族才撐得起一個病友，也有這一種，也是花了很多精力去摸索。」(We7-2)

2. 消極參與

消極參與的照顧者無力配合服務，或對服務亦無期待，有三種可能，第一種是照顧者無病識感，對精神醫療的概念不佳，或是業已費盡心力而無力配合服務；第二種則是照顧者與病患關係疏離，家庭支持差，對社會工作者有所抗拒；第三種照顧者雖然形式上會配合服務，但並未有改變動機，不願意受社會工作者打擾。

(1) 無知、無力照顧

「有些家屬真的之前已經試了很多辦法，可是就真的無力，家屬自己也無力，感到真的也沒辦法。或是會有遇到的家屬是真的都沒有病識感，家屬自己本身也對這種疾病沒有辦法接受跟認同的時候，就是個案不需要吃藥，所以他也不會去協助，可能有些個案是不吃藥的狀況下，我們請家屬協助配合回到家盯他吃藥，可是卻是家屬勸他不要吃藥，或是家屬說不要吃這麼多藥或什麼之類的」(Wa1-2)

「大部分家屬大概呈現兩種狀況，第一種家屬其實本身對於醫療的觀念不好，甚至我有遇過個案認為自己好吃藥，好好打針會好，但家人，媽媽叫我不打針、不要吃藥，說會傷身體，這是一種，家人的狀況不好；另外一種家人是，他長期以來沒有，不太知道有哪些方法可以面對。」(Wb5-7)

「目前很少遇過很積極的，他們大部分是我曾經很積極想要幫他們幹嘛，可是推不動，推不動之後我又有工作，又有家裡的事情，我已經無力了，他想要只要不要鬧到我就好了，很多時候就變得這樣。」(Wd1-11)

(2) 疏離、抗拒服務

「我覺得疏離的一定有，畢竟個案的狀況反覆的不好，他跟家屬可能很難是好的連結，我覺得家屬很容易呈現一個半放棄的狀態，這你處理就好了啊？為什麼我要出面協助？」(Wb3-5)

「有過怎麼聯絡就是聯絡不到家屬，直接告訴我，他還可以告訴我表示我還聯繫的到，就是你要送哪裡隨便你，就不要再來煩我了。」(We2-7)

「有時候我覺得他變成疏離，的確是他有部份是跟醫院的工作人員夥伴相處不愉快，而造成他的疏離。有的是他本來就是不理這個個案，已經被這個個案煩的不行。」(We4-7)

(3) 配合、消極參與

「你可能會遇到有些家屬很願意跟你談，然後你跟他做一些衛教他也好像都有在聽，可是很奇妙的是，他不一定有遵照醫囑。他了解但是他堅持。」(Wb3-3)

「通常家屬，大部分除了特別積極那種，就是消極的，聽聽就過的那種，或是他就敷衍你那種，但是他又不會拒絕，他就是用這種方式，他們認為可以讓你知難而退，除非個案狀況讓

他們困擾到不行，不然他們大部分是不會想要被打擾，他們的事情就自己處理，不想被打擾」(Wb4-11)

「routine 的你也不知道要做什麼啊，那種超級老病人，家屬都 routine 了我們也很難，也不需要，因為他也不想改變」(We7-7)

3. 不當期待

對服務抱持不當期待的照顧者，不利服務推動，對社會工作者造成相當程度壓力，亦有三種可能，第一種照顧者可能對病患過度保護，不願承擔病患復健復元過程可能經歷的風險；第二種照顧者過度介入服務過程，態度強勢，情緒張力較大；第三種照顧者則會濫用資源，對福利有所依賴，將社會工作者工具性看待。

(1) 寵溺、過度保護

「有不希望他們的家屬好的啊，就是可能他今天雖然表面上希望他的小孩可以做一些復健訓練，可是當他發現他小孩不再依賴他的時候，他會出手介入，擔心自己這個父母角色不再被需要，就先讓他停止受訓一段時間。」(Wa2-4)

「有家屬是過度保護的那種，也有家屬過度溺愛。就是他做什麼都不要讓他做好了，他只要來就好了，不一定要讓他做什麼。被過度溺愛就是表面上好我會罵他，但回去還不都是一樣，行為模式並沒有改變啊，不斷溺愛這個小孩，或是用固定模式在教導小孩」(Wa3-2)

「你不能夠漫無止盡地給他他想要的，那這樣子他沒有需求目標，因為家裡都無止盡地供給，他幹嘛要有動機去工作，所以我們會跟家屬講條件交換嘛，你要拿零用錢，你要去打電話或你要做什麼，你必須乖乖白天去做這件事情，然後回來才能夠得到這樣的東西。但家屬很多一開始覺得不錯後來就心軟了，當家屬一心軟我們的效果就幾乎全軍覆沒了。」(Wb5-16)

「寵溺，當然這個過程我有跟家屬講，可是家屬給我感覺是他還是想要這樣做，有時候我事後在想是不是家屬覺得在寵愛的過程才會得到他自己的價值？然後我就覺得說這樣整個狀況其實對家裡是不好的，家人只會越來越累，因為其實只會無限上綱要更多的東西」(Wd1-9)

(2) 強勢、過度介入

「碰到很強勢，很多東西會做很多主導，反而影響我們的服務對象自己的生活統整的家屬。」(Wc1-2)

「有一種是配合度高，但是他們對醫療其實甚至會介入，就是過度介入的家屬，這樣就會影響一些醫療的進行，這種是比較關心的啦。那過度介入的話還包括情緒上，我有遇到一些情緒非常激動的家屬，連談都很難談，他對個案的情緒，很生氣或是憎惡啊，甚至對醫療會有情緒。」(We1-3)

「保護過度的，通常是父母，就是會很斤斤計較說你護士對他很兇，對我安檢可能怎麼樣怎麼樣，就是很挑別的，然後會一直打電話問說我兒子今天有沒有吃飯，我兒子早上幾點起床，我兒子幾點睡覺，我兒子有沒有偷吃餅乾？」(We4-7)

(3) 濫用、福利依賴

「以前有一個，但是所謂的難搞是說他對於社工跟福利有很多的期待，因為本身也是經濟很困窘的，那但是他的期待會是 for，他認為我現在需要這個，那你如果聲稱要幫我的話，就要幫我做這個。完全被工具性地看待啊。」(Wa5-5)

「台灣這個狀況其實還蠻多，就是其實他有去看病，有領手冊，但是家人不會覺得說他真的是生病了，而是享受手冊帶來的福利，有額外的福利或看病比較不用錢，簡單來說就是家人其實也沒有病識感」(Wb4-4)

「也有依賴感非常重，常常會打電話來跟我們抱怨個案的狀況，什麼意見都要問我們，這種家屬比例不多，可是你光一兩個就非常累」(Wb4-6)

4. 家庭動力不穩

最後一種樣態與家庭動力有關，有的家庭處於高張力狀態，照顧者與病患間關係緊繃，涉及家庭系統重組或情緒勒索議題，使照顧者長期耗損心力；有的家庭則照顧意見分歧，使照顧決策膠著；亦有照顧者過度犧牲奉獻，疏忽自我照顧與家庭其他成員的福祉。

(1) 家庭張力高

「很多家屬長期處於一個緊繃的狀態，他們心理動力不是那麼夠，我也不會太期待我這樣做的當下會有什麼太多的效益，因為當雙方都長期處於緊繃的狀態下真的是難的」(Wd1-2)

「真的是高張力很緊繃的，可能孩子一個眼神就想要摔椅子，然後父母可能就會大哭，他們也有他們的陰影。尤其是當他們的位階跟權力要被孩子拿走的時候，他們其實會慌亂，就是重組這個角色的位置的時候很明顯，或是當孩子越來越大，孩子越來越退縮，可以他們夫妻

之間又會有一個互推別人去靠近孩子的那個動力，就是我關心孩子啊，可是我又怕孩子會發作。就會把責任怪罪到另外一方身上，這個也很多。」(We8-8)

(2) 家庭意見分歧

「或是家庭裡面有爸爸媽媽很多成員，有的成員是覺得對他就是要繼續去看醫生，有的成員就是說不用他就是卡到陰，就是家屬的意見很分歧，像這種的狀況也很多。」(Wb4-4)

「還有一種是主要照顧者沒有一致，不確定哪一個可以決定，雖然有很多人，但沒有一個人決定，那這樣的意見就會很多，那這樣子會造成一些困擾，或是一堆人都有意見，但沒有人要出頭說由我來決定。」(We1-3)

(3) 卑微、犧牲奉獻

「小孩你要放手跟成年人放手的程度又不一樣，你就會看到很多卑微的爸爸媽媽，其實真的很心疼他們。我記得有碰過一個單親媽媽，他就是一個事業很成功的女強人，會上新聞的什麼，然後他是非常的俐落，但是只要他一談到他的孩子就會一直哭，一直拜託我們，甚至一直想要送禮物，很希望我們可以多幫忙他，很卑微的媽媽。」(We8-9)

「父母就真的很多就放棄了，或者是他們很希望能夠繼續努力，但是把家裡都毀了，比如說家裡完全都為了這個孩子生存，自己的生活品質或家裡的環境就不管，都放棄了，就是跟在孩子的屁股跑。」(We8-10)

(二) 對照顧者之角色期待

社會工作者對於照顧者的角色期待，可由配合服務、適度支持、個別化期待與照顧者亦是個案，需要協助等四個方面來說明。

1. 配合服務

社會工作者期待照顧者能有積極主動之態度，能對醫療與社區復健相關照顧知能有所認識，在生活中督促用藥與協助復健參與，並對服務有適當期待，與社會工作者能相互尊重地合作，這將有利於病患的預後與社區生活穩定程度。

(1) 態度積極主動

「家裡主動的時候整個家裡動能也會起來。」(Wd1-11)

「家族治療認為應該是家庭他們覺得他們自己有需要，是他們自己跟我們約時間，而不是我們跟他約時間，不是被動過來的，是他們主動過來的。所以就是說如果我們一直跟他規定，他們也不見得有那個意願，最重要的是他們家裡有沒有起那個動機想要來協助這個病人，如果有的話這樣進行會比較順利。」(We1-11)

「家屬他們願意去了解這個疾病，去學習相關的知識，尤其是在溝通的部分，然後也願意讓他們生病的家人也願意去嘗試，我覺得其實這些所具備的因素，其實是比較有利於我們的病人他們日後的病情穩定，跟他們回歸到社區生活所需要。所以你問我說你希望家屬是長成什麼樣子的，所以我覺得在這個部分讓我想到的是病人需要的是什麼樣的家屬。」(We9-5)

「參與最重要的是家屬的態度的部分，他們會要去學習怎麼樣地去了解他在這邊復健的狀況，而且是跟主動地常常去跟工作人員討論，因為也就是這個過程裡面我們才能去看到說病人他回到家庭裡面，他整體的狀況有沒有改善。」(We9-8)

(2) 配合協助服務

「他們應盡到最基本就是督促他們定期的回診、規則的服藥，這個是最基本的。」(Wb2-5)

「如果家裡的人願意配合，成功的機率會提升到多很多。」(Wb2-6)

「我們都是期待家屬在態度，至少在病人面前我們態度立場是要一致，這樣也比較容易跟病人去談說未來的安排。」(We3-2)

「應該說家屬當然非常重要啊，對我們立場來講，因為回家之後他如果能有一個家屬在旁邊，某種程度上的協助，對他來說，絕對是有很好的幫忙嘛。」(We7-4)

(3) 對社工適度期待

「還有每個人的主體性跟那個動能，他是一個實踐很強的主體，剛好連到我這樣的一個實踐主體工作者，我們兩個就會成為在一起協作這件事情上面的那個夥伴，彼此都沒有工具化誰，我覺得這真的會形成就是戰友。」(Wa5-19-20)

「其實我們真的不是個案的重要他人，我們跟他一點關係都沒有，其實個案最渴求的是他的家屬。所以我覺得家屬對我們訪員的界定，我覺得就是一個外來的幫助者的角色，然後希望他們可以比較放心地信任我們。」(Wb4-20)

「就是尊重啊，跟我們合作就是態度尊重就好，聽不懂沒有關係，對於疾病的理解、接受度也沒有關係，因為這是他們的歷程，本來就要走個三五年才漸漸接受疾病事實，但是不要把在家裡那種無力感的情緒肆無忌憚地發洩在工作者身上，其實這樣就很感恩了。本來精神疾病就是很慢性的過程，你又要去接家屬這種情緒，就會很不想跟他工作但不得已跟他工作，所以與家屬工作就是這樣，你只要不要太針對我們發脾氣，我覺得基本上就是好的。」(We3-9)

2. 適度支持

社會工作者認為照顧者應提供適度支持，除了提供接納的家庭環境之外，宜適時調整對病患之期待，與病患適度分化，因身為照顧者並非要將病患的生活完全加諸於自己身上，或成為社區中的醫療或復健工作人員，要認清病患最終需有社區獨立自主的能力，而設法維持生活平衡，學習善用社區資源，能將自己先照顧好，如此方能健康地陪伴病患繼續順利地踏上人生的旅程。

(1) 與個案適度分化

「自己的生活，而不是把他的生活加到他的家人身上」(Wa4-2)

「當家人真的認清這一塊，他必須個案是要脫離家庭，將來能夠自己生活，我自己其實個案非常建議個案去住康復之家，因為我覺得住康復之家不只是個案穩定，因為家人很難，你康復之家有全職的工作人員這些人他才能看著個案的狀況。那其實很多康復之家的個案他白天去工作啊，那你覺得家人的狀況之下不太可能像醫療資源這麼完善地介入在這邊，而且再者家人也需要喘息，家人在顧個案的時候他自己的生活品質都沒有了。」(Wb5-17-18)

「我本來覺得生病這件事情，當事人他自己也要有責任啦，我的信念會是在這裡，家屬是陪伴的，所以我不會太給家屬太大的照顧期待。雖然他們我們很能在衛教、學習的過程中說家屬很重要，但是我覺得是也剝奪掉當事人對自己身體健康的責任。」(We5-2)

「我不會對他們有特別期待會成為更好的照顧者，他們就把他們最真實的樣子給我看，我知道他們可以做到哪裡，讓他們能力範圍內可以做多少事情，這樣就好了。」(We5-11)

「我們的家屬因為有些是 longterm 的，我們常常會鼓勵他們反而是照顧自己。我覺得我比較是屬於那種大家每個人可以選擇自己想要過的生活方式與姿態，所以我不會鼓勵家屬做一個好的照顧者，因為我通常會覺得要先把自己照顧好，因為我遇到的就是自己也照顧不好的家屬，可是一一直很努力要當照顧者，那反而就是照顧跟自己都一團糟。」(We7-11-12)

(2) 放手、調整期待

「我會覺得家屬的角色是說，我沒有要求家屬要多開明或多接受精神醫療，但是我會希望家屬能夠知道他不會陪個案一輩子，他一定要能夠知道個案將來會離開家屬，有面對生活自己的一天，那家屬有沒有辦法讓個案在你沒辦法陪伴他的時候，他能夠自己生活下去，我會不斷地跟家屬講這些。把他拉進現實，面對現實的狀態。」(Wb5-17)

「不管是太疏離或緊密的交流，其實都不利。也就是讓這個生命可以自己承擔自己該承擔的東西、家屬該扮演的角色。」(Wc1-5)

「他們回到真的以前照顧孩子的那個角色，而不是很疲憊地父母已經切割一條界線那個狀態上，所以他們回到以前，也許還沒生病之前，他覺得他可以給孩子什麼的那個狀態，而不是現在我覺得已經自己畫一條界線了。」(Wd3-27)

「還是要看這個家屬整體的支持度啦，他的處理的方式，但這是跟議題有關，如果這個小孩的議題他就是要獨立，那你說家人太多的協助，反而是反效果，但是有些病人真的只是家屬能多提醒他一點，他也許病況會好。」(We7-4-5)

(3) 家庭穩定接納

「我覺得就是說每個人，一個正常的個案都是要學習與他人合作，他也都背負一些他在家裡面的其實不正確的觀點或傷害，其實他可能沒這麼糟，可是他的家讓他覺得很糟。」(7)

「回到病人的家庭，當他家庭的動力是混亂的時候，他也是很亂的。那他今天來到康家，就是需要一個簡單分明的人際關係。」(Wc2-9)

「期待的是家庭的氛圍是比較安全、和緩，比較接納的環境」(We6-13)

3. 個別化期待

亦有社會工作者認為對照顧者不應有特定的角色期待，或是從需求出發，或是對家庭的想法落在家人間彼此都能自在相處的動態平衡，試著深入認識照顧者間不同版本的照顧故事，盡量尊重不同的照顧者樣態，保有傾聽的彈性。

「這個家是會流動的那種狀態。我覺得他們沒有一定特定的樣子，那就是那個家他們可以用什麼樣的方式在這樣的環境下存活下來，就是當這個家當他們用原本卡卡的方式過生活的時候，那他們是不是有其他的機會可以用比較舒服的方式過生活。我覺得那個舒服是他們知道他們可以彼此都更自在。如果他們能自在相處，他們的那些所謂吵架，就不會變成所謂的問題了。」(Wa3-9)

「我們不會覺得有不好的家屬，而是萬一他也反映出來我們人的愚昧跟無知怎麼辦？或許我們在講不同階段，也或許可能每個人在不同階段也會表現出不同的姿態。」(Wa4-11)

「每個家屬有每個家屬的差異性，就是他們人的狀態，跟人的樣子。」(Wa5-10)

「我覺得一個家庭可能有不同的故事版本。你會看到某個家屬有各自的辛苦的時候，你就不會拉的這麼緊，對，那這時候家屬的角色在我的想法裡會變得很多元、很模糊，因為變得很多元以致於我覺得他不應該有怎麼樣的角色。因為他要扯一個點就會扯很多，變得很散，就像水彩你去噴就會噴很多點，你也不能說哪個點比較重要，因為好像都很重要。你可以發現走線性原則的跟個案互動時彈性會少很多，這沒有彈性會綁著自己跟個案。我覺得社區長的跟課本不一樣。」(Wb1-15)

「核心我覺得都沒有變，就是到底他的需求是什麼，還是先去看他的需求，即便你說可以分類好了，也不會這麼快地馬上就認定他一定是哪一個，就是先聽。只是說你說不同階段，的確他們會有他們的議題，就像你看看每個家庭到不同的發展歷程他就是會有個不同的重點，比較不會去帶著一個框架。」(We2-8-9)

4. 如個案需要協助

社會工作者認為照顧者也可能是隱形個案，是需要協助的一方，而在服務過程提供照顧者支持性服務。

「因為有可能，講直白一點家屬可能是隱形個案，然後會員只是被放出來比較明顯的個案，只是可能拿了手冊，但是有時候家屬是隱形的個案，所以我覺得沒有太多的這兩邊的服務方式的不同，只是說頻率啦，因為來的比較是會員那當然服務會比較多，但服務方式跟家屬也可能沒有太多的不同。」(Wd3-10)

「我覺得是把家屬看成也是需要協助的一方，那當然就是家屬跟病人都需要了解疾病，所以病人是住院治療，那家屬等於在院外也需要治療，他們不是用藥，他可能會有家屬團體，那他們主要照顧的人，我們也是說他們也要注意到自己的身體狀況，很多家屬因為照顧病人到自己也需要吃藥。」(We1-12)

「就算是家屬，我還是會把他當作案主，我不會特別當家屬只能是照顧者。重點是他後面的那個事件，所以就很多類型，很多不同類型的家屬就會運用到不同的角色。」(We7-12)

表六、照顧者樣態與社會工作者對照顧者之角色期待

類屬	次類屬	屬性	面向	Wa 社區復健中心	Wb 社區關懷 訪視方案	Wc 康復之家	Wd 社政單位	We 醫院
二、照顧者樣態與角色期待	(一) 照顧者樣態	1. 積極參與	(1) 妥善照顧	V(2, 3, 4, 5)	V(4, 5)	V(1, 2)		V(3, 6)
			(2) 自助助人			V(4)	V(3)	V(7)
		2. 消極參與	(1) 無知、無力照顧	V(1, 4)	V(2, 5)	V(1)	V(1, 3)	V(3, 7)
			(2) 疏離、抗拒服務	V(5)	V(3, 4)	V(1, 3)		V(1, 2, 4, 6)
			(3) 配合、消極參與	V(1, 2, 3, 4, 5)	V(3, 4)	V(1, 3)	V(2)	V(5, 6, 7)
		3. 不當期待	(1) 寵溺、過度保護	V(2, 3, 5)	V(3, 4, 5)	V(2, 3)	V(1, 2)	V(8)
			(2) 強勢、過度介入	V(1, 3)	V(3, 4)	V(1)		V(1, 2, 3, 4, 8, 9)
			(3) 濫用、過度期待	V(1, 2, 3, 5)	V(2, 4)		V(1, 3)	V(3, 4, 6, 8)
		4. 家庭動力不穩	(1) 家庭張力高	V(1)	V(1, 2, 4)	V(3)	V(1, 3)	V(4, 8)
			(2) 照顧意見分歧		V(4)	V(3)		V(1)
			(3) 卑微、犧牲奉獻					V(8)
		(二) 對照顧者角色之期待	1. 配合服務	(1) 態度主動積極	V(1, 3)			V(1)
	(2) 配合協助服務			V(1)	V(2)	V(1, 4)		V(1, 3, 4, 7, 9)
	(3) 對社工適當期待			V(1, 5)	V(4)	V(4)		V(3, 5, 6)
	2. 適度支持		(1) 與個案適度分化	V(4)	V(5)		V(3)	V(5, 7)
			(2) 放手、調整期待		V(5)	V(1, 2)	V(2, 3)	V(3, 7)
(3) 家庭穩定接納					V(2)		V(6)	
3. 個別化期待			V(3, 4, 5)	V(1, 3)	V(3)	V(2, 3)	V(2, 7, 8)	
4. 如個案需要協助						V(3)	V(1, 7)	

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

貳、影響照顧者角色因素

從文獻中可知，照顧的各種複雜性，包含家屬的責任、承諾、認知、情緒、以及與精神障礙者之親屬關係等，皆影響照顧者如何認知自我與如何詮釋照顧經驗（郭芬如，2013），可能影響照顧者角色之因素，從照顧者與社會工作者的經驗中可得出社經認知條件、家庭文化因素、疾病照顧經驗、社區環境，以及社工接觸經驗等五方向，以下分別說明。

一、社經認知條件

對於社經認知條件，有經濟條件、教育背景與術語使用等三面向影響因素。對此，照顧者提及照顧過程由於經濟困窘，在工作與照顧之間的心力平衡造成頗多困擾。社會工作者則指出當照顧者奔波於生計時，或其背景較為弱勢，可能會影響其對病患的支持度；若照顧者有較高教育水準，可能對精神醫療的理解較深入，較有病識感，也較能主動查詢相關資源，而能少走冤枉路，提供適當的照顧，不過也有社會工作者表示，亦有部分高社經背景，如職業別為醫師或律師的照顧者可能會不信任社區關懷訪視員、會所或醫院社會工作者的專業。此外，也有工作者特別提到術語使用的影響，有時照顧者與工作者之間會有對精神症狀是採用醫療或是俗民視角的認知差異，且社會工作者常用術語對照顧者可能過於文言與非直觀，需要注意。

（一）經濟條件

「比較不容易的是，我覺得家屬他就覺得他很忙都在工作啊，可能沒有辦法幫他這麼多，我工作一天都已經很累了，我只要不要再聽到他煩我就好，就是我不想多做什麼。」(Wa1-14)

「貧窮是一個。貧窮讓他沒有能力啊，貧窮他自己工作忙碌，他也不是不關心他，就是工作沒辦法排好，要為生活打拼，那會是影響因素。」(Wc1-8)

「有些是弱勢家庭，新移民或是高風險，甚至是一些經濟弱勢，或者是後來父母有因為一些意外受傷，甚至父母親在帶孩子的過程中可能有些精神疾病，不管是焦慮症、躁鬱症、憂鬱症，還有些癲癇，都有碰到過。在這樣的環境下他們照顧孩子會更加的辛苦。」(We8-1)

「挫折方面是經濟上的壓力，那時候沒辦法得到社會的資源，我們就是每天都在著急，有想了一些方法，比如說賣房子啊，去解決掉。」(Ca1-9)

(二) 教育背景

「有些比較不一樣的，應該說是知識較高的家庭，比較馬上能進入接受他的精神醫療這塊，求神問卜階段可能比較沒有這麼多，那個時間比較沒有那麼多，他們可以很快地到精神科就醫，接受這樣的疾病跟症狀，然後去協助，接受他的小孩是生病的狀態。我覺得跟他的教育背景會有不一樣。」(Wa1-1)

「我覺得台北的照顧者，有一種類型是知識水準會比較高，所以他們那種類型的照顧者是會非常鄙視訪員說，可能一方面因為訪員年紀都比較偏輕，所以他們就會覺得說你要搞什麼，你又沒有照顧過這樣的人，你怎麼會比我們懂。所以有時候跟他們訪視的過程，是在排解他們那種，就是接受他們的怨氣的那種感覺，像這種就是要有比較長的關係，因為他們對我們不信任的就是程度很高。」(Wb4-3)

「教育程度、社經地位，就跟他們理解力有關係，台北市很多家屬教育程度很高的，他們除了跟你會談，也會主動查詢很多資源，主動去上課之類的，但我們這邊有很大一部分家屬社經地位比較低的，或是做工的、勞力的，然後可能還要打兩份工的那種，本身教育程度比較低，那他可能來跟你談也比較疲累的狀況，那你講的衛教的東西他可能很難理解」(We3-8)

「特別像是當醫生或律師的這種，蠻容易的，或是他們會覺得自己就是要下 order 給你，而且很多常常是老師，就像老師在教你要怎麼跟我孩子互動」(We8-17)

(三) 術語使用

「語言的不一樣吧，語言除了國語、台語之外，還有那個他們對於某些認知的點，就是對於某些家屬來說，他就是認為他就是魔神仔或什麼啊，或是他有些既定家裡的習慣，不一定是宗教東西他們堅持，那好啊你們有這樣的習慣，我們只好尊重你。有時候醫療上的術語對家屬來說，他們會有一種鬼打牆的理解，不知道在講什麼，或是還在他固定的認知裡覺得他就是在鬧啊，可能訊息完全進不進去的那種狀態也有。」(Wa3-10)

「語言使用很重要，其實有時候我們平常有在做的事情，可是家屬就覺得我們沒有在做，或不知道我們在幹嘛，可是有時候就是要換成他們的語言提醒他們，他們也是可能聽不懂，或沒放在心上，就說沒有。」(We5-14)

二、家庭文化因素

對於家庭文化因素，有照顧者於家庭所佔的位置、家庭衝突與社會汙名等三項影響因素。首先，對於家庭位置而言，當照顧者是父母，基於傳統性別角色分工，由女性進行照顧工作之故，主要照顧者多為母親，有時會出於子女生病的虧欠感而過度補償，較不易適度放手讓子女學習獨立生活；此外，為了不影響其他子女，父母可能會將照顧責任一肩扛下，而使得其他健康手足或其他親屬對於病患照顧知能之接觸較為不足，然由於在父母的生命歷程中，其心力可能隨年齡越來越少，必須在有限的資源中有所調整。若是配偶照顧者，特別是女性，則可能因媳婦在家族的位置與話語權有無，影響其照顧決策之自主權。

至於手足照顧者，由於他們通常在年輕的時候較少參與照顧事宜，在父母老化而逐漸接手照顧時，手足可能也已中老年，或有自己的家庭，多會提供適度支持，然相對於父母多數將照顧視為天職，健康手足對到底要支持到什麼程度時有困惑；有人可能會不離不棄，也有人不負責，與其家族凝聚狀況有關，有時手足照顧者的照顧動力來自其父母的期望。對於子女等晚輩照顧者，其生命狀態處於眾多期待壓力之下，除了照顧長輩外，可能有婚姻、有小孩需要照顧，其照顧態度抱持較多問題解決成分，然由於是晚輩，相對於父母與手足，可能在推動復健事宜上較不易取得長輩配合。

上述描述與文獻大致相符，父母照顧者與病患為較為黏密、感性與雙向互惠的情緒互動，而手足照顧者，面對生病手足的照顧議題，有較多理性與客觀思維，並較採問題解決取向思考現在家庭碰到的問題，期待生病手足配合治療、復健與規律生活，減少因疾病再造成照顧的困擾（郭芬如，2013；陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之，2015）。其次，社會工作者與照顧者提及當照顧者與病患本身有較多衝突，或家庭系統較為紊亂、訊息流動較不通暢時，可能使照顧關係較為疏離，會增加照顧負擔。另外，社會中對精神疾患的各種汙名亦是影響照顧者角色之因素，照顧者可能因為家醜不可外揚等想法延宕求助或減少社交生活。

（一）家庭位置

「我覺得有一直很願意在這個位置上的人，我感覺這個人通常是媽媽，爸爸好像是很想關心，但就是在關係外面關心，就是主要照顧者是媽媽，爸爸是三不五時進來講幾句話，但有時這幾句話就會刺激到個案，可是他的這個刺激其實也是關心。」(Wb1-8)

「如果你在醫院針對這個 key person 去收集訊息的時候，你往往收集的是不準確的，他可能會告訴你說他手足處不好，哥哥姊姊不想關心，但如果你去跟哥哥姊姊接觸，會發現其實不是這樣子的。所以照顧者好像他會有種把這個病人圈起來的心情。換到母女關係，媽媽是照顧者的時候，我很常看到他們把自己的這個責任看得任重道遠，他們會覺得不用讓其他手足了解太多，因為他們就是不懂啊，然後，我覺得這是蠻特別的部分。」(Wc2-2)

「上一代照顧者跟手足照顧者，跟下一代照顧者，他們的生命狀態是完全不同的。下一代照顧者可能自己有婚姻，有小孩，還有他是眾多期待壓力下的一環，上一代照顧者可能面對到的問題是他怎麼不會去影響他其他孩子，但在他的生命歷程裡，他又是一個在資源上只會越來越少的狀況，他必須在有限資源裡去做一個調整，讓他多做一點情緒支持，他可以常來，因為他有多一點時間，相對地對他來講也可以變成他生活中展現意義的一環。」(Wc4-9-10)

「很明顯的是結婚的狀態吧，配偶那塊我是可以非常同理到，所以我通常在跟配偶聯絡的時候都會更客氣，就是告知，我就不會再說你要幫我看一下他的用藥什麼。」(We5-12)

「我覺得如果是母子或父子之間，如果小孩是生病，那個照顧就會真的變成是一種責任，他比較不會，他就覺得可能還有一些是罪惡感，我把小孩生成這樣子。那會看到他們對小孩是很想幫忙，然後所以在那個界線上面就是會比較不容易掌握，讓小孩學習獨立，這就是親子之間。如果是手足之間，如果一樣有些切點來講，手足通常在年輕的時候比較少來我們這邊，因為那時候會是父母會cover，所以當我們會接觸到手足的時候他可能已經中老年，所以手足的支持度相對就沒那麼好，像我們那個志工是特例，他是真很願意幫助弟弟的，大部分很多時候的是想幫也不一定有力啊，因為就各自分家了，除非我自己真的很有能力，所以手足比較通常容易怨啦，然後就會好像這跟我沒有關係吧，這是我的責任嗎，我應該要怎樣怎樣的，但感情好的手足還是願意提供基本的幫忙，他們不至於到完全不願意，因為還是有感情的，所以只要那個幫忙不要太過頭，他們都還願意幫，可是如果你要他全部去承擔或是你完全不給他任何方向，或是不給他任何一點支持，那他承擔起來會很辛苦，所以他也是需要一些幫忙，那這個是手足之間。那如果親子生病的是媽媽呢，父母那一塊，這樣的照顧者其實他比較，我覺得是比較希望多一點點問題解決啦，他比較不會是那種責任感，或是也不會有怨，但是他就是想辦法把這個問題好好地解決，因為他們也是自己的生活要過，但這個家人又需要被照顧，那他們可能就會需要些資源，可能需要些補助啊，因為他們通常都比較年輕嘛，所以他們也會知道自己的權益啊等等的，他會想知道這些，那該怎麼樣讓這個家屬，如果可以回家，那他可以試試看，那有沒有一些機構的照顧，他們也覺得是需要的。」(We7-3)

「子女對父母比較不敢要求，因為我們的角色畢竟是子女，所以當我們希望他比如說他至少做好不好退化，可以保持運動或是注重衛生這件事情，用子女的角度要求他就很難，很矛盾的啦，因為你是我爸爸應該可以不用我們跟你講，就會自己去做，但就是會變得反過來就是我們像是要教子女小孩去教他做這件事情，我覺得角色有一點尷尬，這個地方的溝通方式就會很尷尬。對啊！你不能用強迫，感覺你才是爸爸，他是小孩。」(Ca2-9)

「因為我生病是媽媽的關係，所以我不用去顧慮到他往後的生活、經濟這些的壓力的層面，我就比是小孩生病的還少了這樣的負擔，就小孩生病的父母親，他們關心的議題會是在他們的就業、小孩的婚姻，以及他們父母親年老之後小孩的生活，所以他們關係的議題是這麼部分。我關心的議題是他的情緒的穩定，就是因為症狀發作可能干擾其他人的情況可以降低，不要產生一些社會問題。手足比較複雜一點，他們可以不離不棄，也可以不用負責，也可不用投入太多的關係，所以我覺得他們之間的關係有點難說明。我覺得手足之間會在於，因為主要照顧者還是父母親，所以在於父母親怎麼樣給這個手足之間的關係，他們還是會牽扯到父母的期望，像我們認識的幾個一直在照顧手足的這個，基本上心裡都來自於對父母親的交代。我們觀察其他也是，像我一起來上課的，為了手足的其實很多是不想媽媽這麼辛苦，所以他們想要了解這個是什麼樣的疾病，是什麼樣的狀況，可以幫忙一起分擔這樣一個責任。手足的關係觀察起來還有一點複雜，可能要看他家族凝聚的狀況。」(Ca3-3)

「單純一個家屬你可以自主權地處理的話，應該會相安無事，因為我是一個媳婦，我沒有自主權，所以我就會有很多無奈，跟很多的無助。」(Cd2-1)

(二) 家庭衝突

「住民本身跟家屬有太多的衝突的時候，也會影響到家屬變得疏離。」(Wc1-8)

「我覺得照顧者有一個很大議題的是家庭裡面很難有順暢的溝通，我個人覺得這個議題是非常大的！以前我真的覺得我有點是媽媽的角色，從生長的過程裡面，我好像佔到某個位置，好像就是你會想要自己有能力承擔這一切，所以你有某一些角色是錯位的。我覺得那個照顧者其實很少有人跟他們談，你們是不是一直把自己放在錯誤的位置，去認為自己很有能力地能去把所有角色吃下來，但其實你無能為力，因為我只是撐在那邊。」(Cb-7)

「他們一直都認為是娶了我之後變成這樣。不要亂就很好了。」(Cd2-2)

(三) 社會汙名

「華人對心理諮商，對疾病這種正確的知識就不夠，一直汙名化就覺得這是汙名，或是覺得家醜不可外揚啊，所以全世界的人都不可以知道，所以我們去就是那個外人，你就是想讓全世紀都知道我們家有這個狀況，他們就是要把我們昇華到想要害死他們家人，你們要讓全世界都知道我們家很丟臉。因為沒有外人啊，我們就是第一個進去的外人，不是大好就是大壞。」(Wb4-21)

「他這種病我也怕人家知道，精障很多家人都這樣啊，不敢讓人家知道，都不敢講出來，左鄰右舍都沒有人知道，親戚從來都不知道，所以所有的苦都自己承擔下來。」(Cd2-3)

「剛剛生病的時候是很辛苦，因為這種病是病又不是病，比起那個白血症人家會關懷啦，那這種病人家聽了就會覺得怪怪的，不敢去關懷你，讓人家知道的話會講東講西，現在到現在沒有人知道是這種病患，早上他跟人家講話沒有跟他們講到他是這種情形。」(Ce3-1)

三、疾病照顧經驗

對於疾病照顧經驗，有病程病況、慢性化、支持網絡薄弱，以及照顧知能有無等四方面影響因素。首先，病患的疾病狀況、疾病歷程會影響照顧者面臨的照顧議題內涵，如對於初發病病患的照顧者而言，其表現上可能較為焦急，對精神醫療與社區復健系統認識不深，而隨照顧時間拉長，照顧經驗累積後，照顧者會較有病識感，對病患期待隨因病患功能狀況調整，所需處理議題可能轉為病況穩定、自我照顧以及復健安排等。此外，照顧者對病患發病前後期待落差如何因應，也會影響其照顧判斷。其次，當病患長期於醫院或復健機構接受服務，但功能未明顯進步，然照顧者對此習以為常之際，有可能有慢性化之虞，在相對隔離的機構環境中部份照顧者與病患的關係逐漸疏遠，未能提供適切的支持，而不利病患順利在社區獨自自主生活。最後，照顧者所擁有的照顧知能多寡，如是否有參與家屬教育課程或家屬團體交流、對精神醫療是否有所瞭解亦是影響因素。

(一) 病程、病況

「其實跟各個個案的疾病狀況、疾病歷程有關，他來的歷程是到什麼地位大部分就會是那個狀態。假如今天來的是 fresh case，初次發病，家屬是比較焦急，甚至急著想把他帶離這個地方。一個 fresh 的，他的議題可能就不是放在接下來要被怎麼安置，需要的是一個安定可以去跟他去面對，如果從醫療的角色來看他們可能會期待我花一點時間讓他們可以去理解

這個疾病是什麼，然後可以彼此就可以有些了解，讓他接下來的醫療處遇計畫可以配合，至少讓個案可以穩定住院下去，可是相對於已經四十年、三十年的家屬，通常會出面是爸爸、媽媽、家長，然後他自己老了，自己照顧自己也開始有些困難，然後他為他的孩子擔心，或是他已經沒有辦法那麼清楚地，或是那麼穩定的，也累了，這時候他可能需要的是接下來我可能需要怎麼樣子做，有一個比較能夠安心，那也許只是需要有一個人在旁邊跟他談，跟他討論，給他意見，詢問他的其他子女能不能幫上他這個忙的。」(We2-9)

「家屬應該是比較能夠接受疾病的時候，那他們對病人的期待就會改變，那也要看病人的功能狀態，有一些退很多的，家屬也可以調適的話，就可以著重在自我照顧訓練這部分，獨立能力的訓練。晚期可能是功能真的退化很多了，因為那種真的比較規律服藥、預後良好的其實家屬也開心，很多也不常來，那對於狀態比較不好的那種，家屬的期待會變得朝向安置，那個病人通常比較沒有病識感，可能會造成家人跟社區的困擾，常入院就是會期待你可以把他送到越遠越好，你就要先去接他的情緒」(We3-4)

「這也跟他們發病的年限、年紀有關，有時候可能才剛發病，家屬這樣是難免的。因為像我們都會去評估是否 high EE 啊，或情緒涉入太多什麼，我會去看他的發病的時間。」(We6-4)

「有一個複雜是說，會依著小孩子時間點，比如說你生病是 18 歲，或 30 歲，或他現在是 50 歲，他們的樣態會不一樣，18 歲問的問題是會不會好啊，會不會怎麼樣啊，還有一點希望，30 歲就會覺得好像比較有點現實，能不能就不要出問題，或者是維持現況，可以自理就好了。那慢慢到了 50、60 的時候，就會覺得，就開始想我該怎麼辦，我走了。所以他們每一個時期關注的議題不一樣，他們自己的那個責任感是一樣的，或是我要照顧這個人是一樣的，但是他的每個人每個階段的期待又不太一樣」(We7-3)

「對於說能夠做到多少家屬願意放手，其實我覺得那是看彼此對於目標的討論，跟後續出院之後病人的疾病穩定程度，還有說他們目標的執行程度。」(We9-6)

「我覺得隨著不同的疾病階段，所展現出來的是互動模式也會不同。通常在初期住院一定都會非常的焦慮，然後對工作人員就會比較多的，就是我們工作人員比較常說的 high EE，從另外一個角度來看，那個支持度很強啊！但怎麼樣讓他的家人比較安心，比較安然地接受治療，其實在後續，因為有信任的關係，醫療人員說什麼家屬比較容易聽得進去。」(We9-9)

(二) 慢性化

「庇護性的東西是要有計畫性的作為，如果待過久，他所謂上進心跟他個人計畫沒有給予一種目標，沒有辦法催化他提升，那進步就少了，任何庇護性的地方就不能待久。」(Ce1-4)

「病房工作真的是一個隔離的環境，把家屬跟個案的關係還更拉開一點，這個是很明顯。如果在日間病房這個就會很明顯，我有時會覺得，我一開始到日間病房的時候會覺得心酸酸的是說，因為是一個很老的單位，個案托在那邊復健也拖了十年、二十年，那他們跟家庭的關係，可能是經歷過之前的生病，那有些家庭關係很淡，淡到有時候聽其他同事報告，或自己在接觸的家屬，他可能對個案就像室友的關係。」(We5-11)

「我認為家屬面臨一個很大的問題是，我們有很多生存條件要考量，要取得平衡，所以呢選擇是醫院不是最好的，可是我們不得不的情況下，只能讓他選擇去醫院。就是我們又要照顧媽媽，我們又要工作，那我們怎麼辦？我們只能把他放在醫院，他可以固定去，最起碼有一個人可以固定看著他，我可以分配時間給我媽媽，我可以好好工作。那這樣被擺在那邊久了他就真的被擺在那邊，可是他被擺在那邊久了不代表他現在的狀況就需要被擺在那邊，當我們家庭結構已經改變，像我媽媽已經走了，我想要回頭處理他的問題的時候，他反而納悶說怎麼會想要來處理這個問題。就是我覺得他們沒有跟著家庭的生命週期走。」(Cb-5)

(三) 照顧知能

「我覺得那個放手其實對家屬而言是非常相對不容易的事，其實家連家的這個課程對他們來說很有幫助，因為其實會讓他們對於知識，疾病的知識，是比較逐步的墊高，他們對疾病的不可控制性相對地是比較小的，其實他們對疾病的認知是夠的時候，那他們也去學習到怎麼樣去跟病人溝通，怎麼樣用引導的方式、開放的方式，而不會去要求一定要朝著家屬期待的方面。你問我說那個放手是什麼，我覺得其實是看到病人他們的強項。」(We9-5-6)

「以剛開始接觸的話，因為沒有經驗的關係，會比較多，對社工員會比較多的是提問，比如說吃藥上面他若遇到什麼不舒服的狀況，或者是說他在生活上有些不是我們的期待的時候，問他怎麼去處理這些事情，就是我們去問他，然後他給我們一些，或建議我們來家屬聚會，可以跟其他家屬交流經驗。那久了以後，他畢竟只是一個社工人員，跟他接觸也可能只有幾個小時而已，那回到家裡後真正相處還是我們家人，所以我們還是要學習怎麼跟他溝通，然後有一些生活上遇到的問題我們還是要想辦法自己練習怎麼處理。」(Ca2-5)

四、社區環境

對於社區環境，有社區資源多寡與地區接納程度差異等兩個方面。首先，許多照顧者表示在照顧過程感受到社區資源有限的困擾，如缺乏除醫生與社區機構之間的中介單位可以緊急處理症狀復發之危機狀況，而使照顧者設法啟動強制送醫，或是雖照顧者有協助復健意願，但由於機構可及性不足而無法受惠，更是有照顧者提到社區衛教宣廣並未落實，且機構在既有配置上無法滿足照顧需求。其次，曾有跨縣市工作經驗的社會工作者提及不同地區遇到的照顧者有不同樣態，如在北部等較為都市化地區，社區關懷訪視員要與照顧者建立關係較為困難，而一樣是在北部，不同行政區因發展過程的社經條件或與精障者的接觸程度不同，對精障者較為接納的行政區較易開展工作。

(一) 社區資源

「住院的時候才會有社工，但是若你去門診很難。大部分都是困在他不去就醫怎麼辦的情境，那通常也很悲傷的是你就讓他出一次事吧，你出了一次事之後才有機會強制住院，可是要怎麼去控制損傷的範圍，又能達到強制住院的效果？這部分很困惑著大家。」(Ca3-7)

「出院之後有什麼康復之家可以訓練，但他不要去，你們就沒有招了。那有辦法請人帶他去嗎？我們的家庭是覺得要是有人帶他去，錢我們出沒關係啊。」(Cd1-8)

「我是這次到台北去才知道有這麼多資訊，不然我在台中的時候我不知道有這麼多資訊，我全部都是我自己土法煉鋼，完全沒有資訊」(Cd2-1)

(二) 地區差異

「我覺得就跟他們本來就比較疏離有關，台北對於陌生人，因為我們對他們來講是陌生人，就是對陌生人的疏離感很重，就是你去就是一個陌生人突然說要關懷這個生病的人，我為什麼要相信你的不信任感很重。那南部他們就是很熱情啊，好啊好啊我們聊天啊什麼的，這是我們家最近自己種的東西，也會給訪員。有一定的人情味至少可以討論，那個對談的方式會比較隨興一點，可能很像晚輩在叮嚀長輩，伯伯你要注意什麼喔，你要小心喔不然會怎麼樣，他們就是比較會接受。但在台北的話，台北民眾可能會覺得你很弱智，或是你幹嘛要這樣講話之類的，他沒辦法接受，這種只能跟榮民伯伯講。」(Wb4-14)

「我之前服務的區域是士林、北投，士林、北投的精障者一般來說是台北市最多的，所以一般民眾對精障個案的接納度是比較高的，士林、北投也是全台北最多精神醫療機構的地方，

民眾接納度是最高的，他們太常看到精神病患。那你在大安、信義就很難，民眾很排斥啊，現在康復之家我目前有看到外面有掛招牌的好像不超過五家，大部分都隱匿起來，就是很希望不要給民眾覺得觀感不佳，那大部分開的都是做了很多睦鄰的事情啦，可能他開在這棟大樓幾樓，他就要想說幫忙打掃這棟大樓啊，要讓民眾接納好一點。」(Wb5-9)

「家屬屬性是我換工作之後感動最大的地方，我覺得區域性對我衝擊很大，以前我在新北市的時候，可能窮，或沒辦法參與跟社工工作的人很多，就是很長時間我會用電話先會談，那如果他們沒辦法來，或說他們因為家境的困難，他們要去忙工作不方便請假，我都不太會勉強他們，那可是我在北市之後，我發現到家屬的參與、討論，只要醫生約，或是我約，他們可能夫妻來，全家來，這個比例算是很高，至少一半以上的人會願意來，我覺得很棒。就會覺得照顧工作的參與度，區域特性有差。」(We5-1)

五、與社會工作者接觸經驗

除上述照顧者的社經認知條件、家庭文化因素、疾病照顧經驗、所處社區環境差異之外，照顧者與社會工作者以往經驗會影響照顧者日後如何與社會工作者發展合作關係。首先，社會工作者指出部分不易工作的照顧者可能在過往接受服務過程中有不滿或挫折經驗。其次，社會工作者指出照顧者對社會工作者問題解決的角色期待，雖可以使照顧者配合服務，但此關係基礎可能會阻礙夥伴關係的建立。最後，社會工作者認為照顧者與社會工作者之間關係的深度會影響照顧者的表現，如當社會工作者人力頻繁流動時，照顧者難以與社會工作者培養穩定的合作關係，而若順利建立穩定的合作關係，照顧者更能從服務過程獲益，然也可能因為關係的緊密而使部分照顧者過度依賴，箇中的界線拿捏需要有所覺知。

(一) 需求滿足

「如果對於工作者一直很不滿的家屬，我就覺得他其實會覺得在工作者協作的過程裡面，一直可能會有哪些的差異沒有被處理的。」(Wa5-10)

「家屬難搞我覺得比較是其次。其實我覺得家屬難搞，有一部分也是我們沒辦法去滿足他們的需求，所以他們就會變成難搞的型態讓我們搞他」(We4-13-14)

(二) 專業期待

「有些家屬會想從我們這邊得到一些訊息。但有些家屬或個案會排斥我們。」(Wb1-9)

「我覺得跟家屬很難做到夥伴，對方還是覺得你是個社工啊，你應該知道比較多，你應該怎麼樣。這是一個不管怎麼樣，認識社工的人會覺得說他是醫療場域的工作者，是專業人員，本來就會有一些期待。」(We3-10)

「病人還比較有機會我覺得，他們雖然叫你老師，但是很多事情是很願意跟你討論的，你跟病人的話就看你要用什麼方式，你要用引導的，就不要直接給答案，不要指導他，他就比較可以做到夥伴關係，但是家屬的部分他就會很期待你給他一個答案，從你身上找不到答案就會期待從其他團體中其他家屬能不能給他答案。」(We3-12)

「在醫療的場域裡面，想要跟他們在一起，或是夥伴關係，但是他們有些是反而是這樣期待，他反而期待你要給他們什麼，因為他會覺得來醫院，醫院不就是這樣。就是你一直想跟他們平起平坐，就像我們家屬團體也試過說不要穿白袍，就是都不穿白袍這樣下去帶，但是他們還是會用社工，那我們想問些什麼方法，或是希望達到我們回答的這個態度，我覺得這個東西只要在醫療裡面就會很難避免，雖然我們很盡力想要不要，但是他們就是會覺得我們的立場比較權威，我們應該要給他們什麼，他們也需要。」(We6-11)

(三) 關係深度

「可能這個社關走了，這個累積就不見了。我覺得家屬跟這個關係的累積有關，這個流動是衛政也流動，社政也流動，所以那些東西，人一旦流動機構的文化會稍微改變，就是等於要重新適應。」(Wb1-4)

「如果說他們的情緒高不高，我覺得跟你跟他建立的關係也有影響耶，如果你讓他真的很放心，他們其實很容易情緒會滿出來之類的」(We8-12)

「比較好的經驗就會一直結不了案，我覺得比較可怕是他們會變成很依賴你。」(We8-15)

表七、影響照顧者角色之因素

類屬	屬性	面向	Wa 社區 復健 中心	Wb 社 區 關 懷 訪 視 方 案	Wc 康 復 之 家	Wd 社 政 單 位	We 醫 院	Ca 子 女	Cb 手 足	Cd 伴 侶	Ce 父 母
貳、 影響 照顧	一、 社 經 認 知	(一) 經濟條件	V(1)		V(1)		V(3, 4, 8)	V(1)			V(3)
		(二) 教育背景	V(1)	V(2, 4)		V(3)	V(2, 3, 8)				
		(三) 術語使用	V(3)				V(5)				

者角 色之 因素	條件										
	二、 家庭 文化 因素	(一) 家庭位置		V(1)	V(1, 2, 4)	V(2)	V(1, 5, 7, 8, 9)	V(2, 3)	V	V(1)	V(1)
		(二) 家庭衝突			V(1)		V(3)		V	V(1)	
		(三) 社會汙名		V(4)		V(2)			V	V(1)	V(1, 2, 3, 5)
	三、 疾 病 照 顧 經 驗	(一) 病程病況			V(1, 2)		V(2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)				
		(二) 慢性化			V(1)		V(4, 5)		V		V(1, 2, 7)
		(三) 照顧知能					V(5, 7, 9)	V(2)		V(1)	V(1, 2)
	四、 社 區 環 境	(一) 社區資源						V(3)		V(1, 2)	V(1, 4, 5, 6)
		(二) 地區差異		V(4, 5)	V(4)		V(3, 5)				
	五、 與 社 會 工 作 者 接 觸 經 驗	(一) 需要滿足	V(5)	V(4)			V(3, 4, 5, 7)				
		(二) 專業期待		V(1)			V(3, 6)				
		(三) 關係深度		V(1)			V(8, 9)				

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者（Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7）以及26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

第二節 對心理衛生社會工作者的角色期待與影響因素

心理衛生社會工作者是較深入和專門性的治療性社會工作專業人員，採取社會工作、精神醫療與心理衛生的專業知識與技術，運用在精神病患與照顧者身上，以達到精神疾病防治暨心理衛生之服務。從社區復健中心、社區關懷訪視方案、康復之家、社政單位、醫院等場域之心理衛生社會工作者與照顧者訪談內容中，可見各種因應不同家庭需求的工作方法，本節將針對社會工作者與照顧者工作的角色內涵、照顧者與社會工作者相處感受與角色期待進行分析（概念統整表見表八、九），並論及其相關影響因素（概念統整表見表十）。

壹、心理衛生社會工作者的角色內涵

一、心理衛生社會工作者與照顧者之工作方法與角色立場

（一）工作方法

在工作內容方面，可由傾聽陪伴支持、協作釐清期待、衛教家屬團體、家庭動力工作、社區資源連結，以及權益倡導協調等六個方面來說明。

1. 傾聽陪伴支持

社會工作者作為一個陪伴者，大多強調傾聽的重要，重視與照顧者接觸的溝通品質，以達確實同理與對照顧者所處系統有更全面瞭解，並在服務過程中提供情緒支持，緩解照顧者的情緒張力，然當照顧者遭遇挫折或需要休息時社會工作者亦會提供鼓勵、安排喘息，乃至適時等待，讓照顧者不再硬撐、孤立無援地面對照顧困境，以期讓彼此能在各自所能承擔的責任承諾下取得較為自在的工作關係。

（1）傾聽增加了解

「我們會珍惜每一次的機會。就是當我們做到深度到了我們就做到深，廣度他需要夠就先給廣度，看當下的狀況是怎麼樣。」(Wd3-4-5)

「以他想談的東西為出發點，如果對他來說他覺得病史已經很煩他不需要問，那我不會再去問他，我的重點是放在兩個部分，第一個我可能第一次接案不太了解，所以我要透過你更了解他，然後是你跟他照顧相處的困難是什麼，我會讓他知道說這次治療到一個段落，我想剛開始的時候先跟你聊一聊接下來要做哪些努力。」(We2-6)

「我想關心他平常生活是什麼樣子，這會蠻影響他在處理這件事情的。我就會想說怎麼抓一個彼此狀況比較好的時間，才能有比較好的會談，時間可以短，次數可以少。如果你硬約他來，其實他也聽不進去，就會想說我又應付了這場，我覺得兩邊都在應付就沒有意義了。」(We8-20)

(2) 提供情緒支持

「照顧者能量很低的時候大部分是在處理他的情緒，然後有時候只能先處理家屬的情緒，然後有時候要同時處理家屬跟個案的情緒，因為他們兩個之間也會有些張力。」(Wb1-2)

「有時候家屬有很多辛苦的地方，或是有很多情緒需要有人承接，家裡其他成員沒有辦法，或許在負面的循環裡其他家屬也沒能量去承接他，那我就會多接一點家屬情緒。」(Wb3-1)

「家屬不是接受治療，是病人接受治療，可是家人的情緒還一直停留在他們送進來的那個狀態，那這個時候變成我們要處理家屬的情緒，那我們經常就是在做這樣的工作。」(We1-8)

「有時候搞不好這次就是聽家屬就是個支持，那知識上要的那些資料他說病歷上都有，我也看得出來。那我自己會有個感受就是如果我在一開始的時間跟他關係建立夠，那後來做什麼都好辦，所以我反而覺得前面建立關係是很大的重點。」(We2-7)

(3) 鼓勵、喘息陪伴

「我覺得你要讓家屬覺得你是一個陪伴者，你不是一個拉著他走的人，不是一個推著他走的人，也不是一個專家。我比較喜歡跟家屬講就是說，我也沒有不太一樣，只是因為我做這個看過很多跟媽媽一樣經驗的人，我看過別的媽媽遭遇過什麼，那我把這個狀況告訴媽媽你當時做了什麼，有些人做了有效也許一起討論分享，也許別的媽媽經驗對你來說是一個有效的經驗也不一定，我比較喜歡用這樣的方式在跟家屬溝通。」(Wb5-18-19)

「照顧者他們都希望報喜不報憂，你多跟他們講更有厚度的，這個人的變化，不論是不是進步，你可以報告說他昨天煮飯還今天還怎麼，我覺得對家屬都是一個動能。」「讓他這一秒鐘比較好過，我覺得是喘息，他有一秒或一個下午是覺得這個人真的變好了」(Wc2-5)

「我會跟家屬說你們先休息一下，因為我覺得他們真的已經很累了，然後我就說我能做到是這塊，接下來的你們就不用太擔心，我先來處理，會慢慢有改善的」(Wd1-11)

「我覺得比較期待的就是也是陪伴照顧者，就是去看到他們比較疲累，比較脆弱的狀態，然後讓他們也覺得這個談是放心，是安心的，不用在我們面前非常的堅強，或是非常的就是尋求幫助，我說尋求幫助不是一定要為會員才來尋求幫助，我指的是他們自己需要什麼，我們去看他們自己需要什麼，還是會想看看他本身的力量是什麼、他發生什麼事、他的改變是什麼，家屬一定會跟著改變，隨著年齡，隨著會員狀況不同，他一定會跟著改變，可是還是會想知道他的改變我們可以做些什麼，我們可以陪著他做些什麼，或是可以給他的是什麼，或是我們服務裡面其實是缺乏了什麼，或是為什麼家屬都需要我們沒辦法給。」(Wd3-16)

「我最常做的是喘息，因為有時候我自己，因為我自己一直都是在醫院工作，我真的覺得把個案送來住院某個程度上我們還是在幫這個家庭在做喘息。」(We5-7)

「如果這個家屬是長期照顧快 burnout 的，那我就是一個支持者，支持著他去好好地休息。」(12)「有些是跟他一起工作，一起去感受那種無力吧，就是病人好像改變不大，要一直重複，那也好鼓勵他們照顧自己，再來你也體會到那個困難之處，他們沒有不想不好，他們沒有不想做好，但是不管怎麼做好就是這樣子，就是停在那邊。」(We7-15)

「我覺得如果有必要也會希望孩子可以住久一點，讓家人可以趁孩子不在的這段時間在家裡重新整理自己，也重新做一個真正的喘息，因為孩子在醫院絕對是安全的，如果有什麼事情我會告訴你，可是那件事情也不會像是家中這麼危險的事情。所以我會希望他們在這段時間好好把握，不管是修復夫妻的關係，或是多一點彼此陪伴的時間，跟照顧自己的情緒，因為他們的未來還是更長的路要走，孩子會回去，所以我覺得這一塊還蠻重要的。」(We8-7)

2. 協作釐清期待

社會工作者在與照顧者協作照顧的過程中，會不時與照顧者以家屬座談會或個別會談的方式核對工作目標，如領航員般，將服務不斷聚焦於病患之治療或復健，讓照顧者對服務有適當的期待，同時也避免因過度期待導致期待落差，當照顧者過度期待時，社會工作者亦會澄清工作界線。在服務過程中，社會工作者會邀請照顧者協助復健，與照顧者一起討論合宜的照顧策略，協助照顧者增加對病患的了解，或請照顧者督促病患配合復健計畫，亦會與照顧者彼此會就照顧相關資訊進行交流，當照顧者抗拒時會維持基本的資訊宣達。

(1) 核對工作目標

「有點像一個協助他們釐清他們未來該走方向，協助他們釐清的人。領羊的人，希望家屬可以具體講清楚他們希望個案將來是什麼樣子。我們應該和他們講清楚我們可以提供什麼，也可以減低工作人員的工作量，也減少家屬對我們的不當期待。」(Wa1-10)

「我們會核對家屬的限制，跟我們對於這個家人要做的事情我們的共識，去核對是這個現在我們要帶到哪裡去，他現在要改變的是什麼，他現在要長的是什麼，那你做了這個之後你的限制在哪裡，那這個東西我能不能補進去？這些都是互相連帶影響的，就是彼此都會把彼此拉得更緊一點是說，他們很努力做到他們的極限，我們也在知道的那個過程裡面，我工作者也會心疼，那個心疼裡面工作者也會因為家屬的那個投入之後自己也會選擇要跳進去，那個跳進去的過程中工作者一定要有一個角色是很清楚我們在做這些行動，跟這些計畫，跟這些方向的過程裡面我們在幹嘛。今天這個社員要長一個什麼樣的能力，跟藥物是什麼樣的關係，我們在走什麼歷程，我覺得工作者要知道，而且不斷地跟家屬核對」(Wa5-12)

「服務目標要說得更清楚。一旦你沒辦法達成他的要求，你沒有事先講清楚這個你沒辦法做到，他覺得你可以做到，或者你答應他可以做到但是後來沒做到的，你真的在他心中的印象就會打超級大折扣，那這樣真的你要服務難度就很高。我覺得工作的原則就是講清楚，然後不要給他不合實際的期待。然後很明確地告訴他你的能力能夠提供的是什麼，到哪裡，明白地讓他知道，一旦他有不合理的期待，要立刻讓他知道，不要覺得說我可以試試看，或是好像羞於啟齒，可是一旦羞於啟齒，他有不合理的期待出現之後，你要再，就像你去買很多東西，人家裝很多給你，然後他把他抽走，你的感覺就不同。」(Wb5-23)

「有時候也會讓他認識說社工在幹嘛，所以有時候期待也是我們在接觸過程中讓他知道社工是做什麼，不然不了解，他們也不會有什麼期待。我們跟他介紹，這部分的家屬就是在前1/2，就是還蠻配合，又很尊重我們的家屬。」(We3-3-4)

(2) 澄清工作界線

「可能做比較久了知道限制是什麼的時候，可能你很誠懇跟他說這個我們就是做不到，或我們的職責是什麼，我們提供的東西是什麼，很抱歉。對方多半也都可以理解。」(Wb4-27)

「比方說他問說你學什麼的，我就會用我知道的方式去同理他，讓他感覺到這個被同理的感覺，而不會是用過去的專業去來說服他，因為我覺得這樣某部分是滿足他的需求，那你滿足了一次可能就會有第二次。當然我不否認有些人會覺得那是一種建立關係的方式，但是我覺

得這個建立關係的方式對我來說不是長久之計，因為一旦你今天滿足了他的需求，他知道你在精神科待很久，他對你信任度很夠，那下一刻他可以用另外一個條件來框架你看你有沒有達成，你是不是能夠提供這個服務的，你夠不夠格，那與其這樣，我就是要讓他，我們讓會員理解現實狀況，我們也要讓家屬理解現實狀況。」(Wd3-25-26)

「坦白講我們也付不了什麼責啊，最後的人生還是他們自己要承擔啊，我們只是做某一個工作，很難幫別人人生負責。」(We7-5-6)

(3) 邀請協助復健

「當本身服務對象能在社區的環境裡面被支持了以後，他自然家屬原來的負荷就會被減輕，所以我們最常會跟家屬在談的是我們怎麼樣去 push 他開始走出來。我們會開始跟他們舉例說，那如果他每天都在家裡面 24 小時，每天在家裡面大眼瞪小眼，家裡面衝突就會很多，那可是至少他每天可以出來四個小時、六個小時、八個小時，那其實就用分母 24 小時這樣下去乘，那在無形當中慢慢就會把相處上一些空間開始被撐開來。」(Wa4-1)

「我們也會跟他討論，有點像照顧技巧啦，你可以怎麼樣陪病人復健，跟他說來這邊復健的好處，有工作訓練等等的，讓家屬知道讓他在家裡也同樣的話去鼓勵病人。日間病房會要去安撫這些家屬的情緒，然後不斷提醒他當初為什麼要送病人來這邊復健，然後也會讓他看到說病人這幾年也有哪些進步，幫助他看到」(We3-6)

「社工在精神科存在的目的在，我覺得慢慢發現是怎麼協助病人融入這個社會，然後在家屬這塊也是幫助他對病人的了解」(We7-8)

「我們設定了一個訓練計畫，家屬的執行程度，那我們這邊中間也會去，我們管理師也非常的用心，他們會設計聯絡簿，為了家屬的配合度跟參與度。白天我們是可以做得到，但是怎麼樣可以讓整個訓練的計畫可以徹底的執行，晚上家屬要怎麼樣去配合，跟我們一起同步來執行」(We9-8)

(4) 聯繫資訊交流

「如果家屬一直拒絕，我們也遇不到個案的話，通常我們的作法就是會給一些資訊，那如果他們還是很堅持，可能就是會先結束那個訪視的關係，但定期會給一些資訊。」(Wb4-3)

「一般跟家屬工作就是開開聯繫，讓家屬知道他在這邊復健的狀況、復健進步的情形，跟家屬作報告，頂多這樣的聯繫就 OK 了。我覺得社工與家屬工作頂多基於一個關心子弟或親屬

在這邊復健的狀況需要家屬協助，或什麼樣需要跟家屬溝通，我們協助溝通了解，增進彼此的了解就夠了。」(Wc1-6)

「碰到比較多的是他們都已經年齡比較大的康復者，常常碰到的是下一代的照顧者，我們要協助幫他拉起他實際的狀況是什麼，要怎麼去跟這群家屬在他們的期待裡面告訴他，我們事實上很希望能帶他們出去，可是他們的能力你必須要注意到什麼事情，你得要先告訴他，因為他們年紀不太一樣，所以他們的期待會不同。」(Wc4-13)

「其實中間只要病人有病程的變化，我們也會主動打電話跟家屬做確認，比如說當家屬的病情相對穩定了，我們就是會主動聯絡家屬，看他們後續他們的想法是什麼，那跟我們這邊所評估到的跟提供的建議是什麼。所以什麼樣子說讓病人、家屬跟我們醫療這三方，可以比較能對出院計畫比較中立的協商吧。」(We9-2)

3. 衛教家屬團體

社會工作者負有教育者的角色，會以家屬教育課程、家屬支持團體或會談的方式進行精神疾病因應衛教，開拓照顧者社區復健全人觀視野，建立照顧者的照顧知能，避免疾病再次復發，雖照顧、家庭議題本無標準答案，但照顧者在團體經驗交流討論的過程中能夠有所反思與成長。而對於症狀的詮釋，不見得會全然套入精神醫療的病理觀點，社會工作者亦會協助照顧者看到舉凡溝通互動關係、個體特質差異等其他可能。另外，對醫院社工而言，溝通醫病關係是重要的工作方法，社工在醫院會居中協調照顧者與醫療團隊的溝通，不過對於社會工作者是否會與醫師一起與照顧者協談，並無一致的作法。

(1) 衛教照顧知能

「我們很大一部分是幫家屬建立一些精神疾病的衛教、藥物的使用與叮嚀，甚至可能會詢問家屬需不需要參加一些照顧者的團體，會邀請他們參加。就是對於疾病啊、藥物，跟增加他們的病識感」(Wb2-6)

「會建立家屬自己的知能的倉庫。」(Wb4-12)

「病識感其實是從服藥，還有說他的生活也因為了疾病的一些打亂，所以是在中間跟疾病的一些磨合期，會產生這樣的病識感。我覺得家屬也是在這中間，跟病人一起面對疾病跟他生活很大的變動這些的，產生的這些病識感。協助家屬一來真的看到說他的家人真的生病了。生病之外也要讓他們知道這個疾病會有怎麼樣的症狀，怎麼樣讓他看到疾病對日後的生活產

生什麼樣的影響，及家屬要怎樣看到說他之後有怎麼樣的症狀，以及有可能那是一個前驅的症狀，能夠避免掉下一次的再復發。我覺得社工很重要的是帶著家屬一步一步地去看，而不是完全都歸因說這個疾病導致他的復發，這個是一個結果，但是結果發生之前還是有很多的因素會去影響這樣的疾病產生。所以我覺得那個教育其實是透過每一次的住院的來來回回，然後我們再去跟他討論的過程裡面，所得的一個結果。」(We9-4)

(2) 家屬團體交流

「我會讓他來上些家屬的課程，因為我覺得家屬課程對他們來講是重要的，因為有的時候很多家屬是自己一個人在照顧，他可能不知道怎麼照顧，那跟他們講發現其實不只是我一個耶，然後就不會這麼悲傷，我覺得光這件事情就會減少一點難過。」(Wd1-11)

「很多這麼照顧的事情、家庭的議題本來就沒有標準答案，那在這個過程中聽他們討論，就會成長，這是很好的經驗。」(We3-15)

「我現在都要偷吃步就是利用別的方式，比如說鼓勵他們來家屬座談會啊、支持團體啊，用別的力量來幫忙他們，那也是另外一種方式」(We7-11)

「我覺得在團體裡面，跟做病房做，會有很不一樣的經驗，因為在團體裏面很多同樣經驗的家屬，其實他們更能夠彼此去看見彼此哪一些的共同、哪一些的不同，他們可以從彼此的討論經驗裡面學習一些好的 model，我覺得那其實是團體裡面可以帶給家屬的。」(We9-6)

「我們也會帶家屬團體，因為我覺得這個家屬團體也幫忙我看到說其實家人對疾病的態度跟認識，皆會影響到說跟病人的互動模式。透過這些團體的討論，也就是把說過往大家跟生病病人互動的經驗，再一次的去拿出來，再去看看一些些可以對生病家人比較好的互動模式，怎麼樣是可以幫助到生病的家人，除了疾病穩定之外，當然家屬更期望說他們在工作、學業，或者是說其他的部分上面，更能夠有他們自己獨立的空間性。」(We9-6)

(3) 反映多元可能

「可能家屬會開始覺得他在亂吼亂叫，可是我們後面開始會慢慢跟家屬在講，他為什麼這樣子用吼叫的方式，其實有時候是面臨到他失語，他想要表達但不知道怎麼說出來。所以包括我們在這個地方會開始去試，比如說讓他開始用畫的，讓他開始用唱的，不同的方式去做表達的時候，他的反應是什麼？然後這些反應，這些我們觀察到的東西跟家屬原本的經驗有衝突的時候，那他們開始會看到不一樣的可能。」(Wa4-3)

「比方如你孩子就是覺得他有某一種特殊能力，他這麼覺得，甚至我們要不要去認他就是真的有，跟家屬他如果這個經驗被用醫療，或這是非理性的，這不是真的去框的時候，是這裡面其實就存在著人類對於精神現象的差異，這個精神現象的差異又加入了所謂的社會包袱好了，或社會眼光，跟我覺得他的確就會讓照顧者他沒有一個辦法去靠近他的家人。我們要做的是，讓這個當事人看到這個差異，他有沒有辦法回過頭來知道這個差異之後，他也去幫忙，第一個是幫忙他的家人補這個，但很難，至少他可以負一個責任是，他任何的經驗他必須在世俗裡面被接受，他不能超越他在世俗裡面該有的責任，跟他要知道他有他做為人的一個限制的時候，他才能夠他做為一個人有他的限制，他才有辦法去 catch 到他家人擔心的是什麼，他家人不能負擔的是什麼，恐懼的是什麼。」(Wd2-10)

「我們都會跟他們明講，這可能不是病人原本的個性問題，這已經不是疾病了。他就會說怎麼這麼難溝通，是不是還沒有好，是不是還有症狀什麼的。我就會直接跟他很明講，對我覺得已經工作久了之後，這個真的還蠻明顯的，就是你要跟家屬分辨說他怎麼樣是病，怎麼樣是他原本的個性，或他原本的教養，或你們的互動關係本來就是這樣，而不是說他生病之後就好像突然變了，或是突然變了這麼糟，可是可能你以前去問他們以前就是這樣相處。就會把它放大，他就是因為生病才這樣，其實並沒有，你以前也沒有在照顧他啊，那你現在一生病了，你就要大家都來照顧他，我覺得也是不合理的。」(We6-9)

(4) 溝通醫病關係

「家屬對藥物或醫療有些意見，希望醫師跟他們說明的話，那這個居中的協調也是由社工來做聯繫。必要時社工比如說還需要企圖了解說家屬對於那個醫療上面有什麼經驗或誤解的話，社工就要另外約家屬繼續了解，再告訴團隊。」(We1-4)

「我的會談都會有住院醫生跟我一起，很少單獨會談。」(We5-16)

「我不會特別找醫生，我覺得我只要自己就可以跟他談好好的，可以自己處理。我反而覺得我跟醫生的時候比較難談，而且甚至我會覺得會花比較多的心力，因為我想問的跟醫生還是不太一樣，所以就變成我要先聽完醫生怎麼講的我才講話。那當然如果我 hold 不住的話就會跟團隊說，然後如果他們真的需要的是疾病解釋的話，我可能沒辦法解釋，我就會願意約醫生過來，初評的話我會盡量是自己評，看完醫生的病歷然後再自己評。」(We8-18)

4. 家庭動力工作

對於照顧者的家庭溝通相處議題，社會工作者會設法協助其建立適當的相處模式，增加照顧者與病患之間的正向相處經驗，修復與維持照顧者與病患之間關係，一方面使病患在機構服務過程中得以穩定症狀、提升社區獨立生活能力，進而有能力自行面對與照顧者之間的關係，甚至使被照顧者能夠翻轉角色，對家庭有所回饋。另一方面也使照顧者學習善用機構，能夠欣賞病患的優勢，相處方式從權威地單方面命令，到能夠討論，乃至機構能夠退位，照顧者能妥善照顧，能夠拿捏涉入病患生活，人我之間適當的距離。在復健上，社會工作者會引導照顧者與病患釐清彼此的期待，強化社區資源系統，使照顧者在復健過程能有適當的參與，乃至讓照顧者有能力在社區中協助病患復健。此外，社會工作者也會反映家庭動力，讓照顧者可以拉遠距離，以較為客觀的方式觀看自家的互動模式，有所覺知，讓照顧者與病患之間的想法流通更加順暢。

(1) 建立相處模式

「因為他們可能回去沒有這麼多談話，所以在這邊的時候會希望他們可以說出來，讓個案也可以清楚爸爸對他的期待是什麼，那你可以做什麼，你覺得你可以負責的部分是什麼，彼此該給彼此的一些責任跟承諾。希望兩個可以把話說清楚。」(Wa1-6)

「可能有些家屬真的不知道怎麼跟他講，他不是故意把錢丟給你，他只是他覺得你處理得很好，你就繼續去做沒關係，可是殊不知他已經失去了爸爸這個角色，社工已經吃掉了爸爸的角色了，那這樣子是不 OK 的，那我就會收掉一些自己的角色，把我的角色退一點出來，不一定要溝通，可能讓他們去做。就可能你帶他們去就好了啊，我在旁邊看，就只是陪伴他們的過程。因為我覺得他們有時候只是需要一點空間跟時間去練習他們相處。」(Wa3-3)

「未來還是他跟他的家屬一起要過他們的後半輩子，他自己來決定他們要怎麼過，我們提供各種方法協助，都沒有辦法去取代他們自己的關係。讓他們自己去發展他們的關係，我們只是讓我們服務的對象有能力去面對。可能他沒準備好，要逃走，我們也鼓勵他逃開，如果他現在不想面對，那就逃。逃開也會讓他自己獨立起來，讓自己可以自己修復自己，不會收到家屬的干預，我們的目的是這邊。」(Wc1-1)

「照顧的很好，讓他很穩定，就可以修復他跟家屬之間的關係，跟他的父母或子女、手足之間的關係會修復，這個會影響。照顧者與我們的住民會有更好的互動關係」(Wc1-9)

「當彼此之間真的有相處機會以後，才有機會去辨別關於彼此的情緒，我們首先得要相讓那麼相處模式長出來，就是等於是機構退後，他們之間的關係長出來，某種相處模式，有機

會相處。在機構裡面我們用演練的方式，用角色扮演的的方式，讓他們互相之間都可以看到彼此的做法有些不一樣，雖然每個人的家庭、跟親人之間的關係長的不太一樣，但是他們可能就觸類旁通，學到不一樣的東西。找到一個漂亮的距離，能夠讓他們去相處，我自己是蠻相信如果你距離拿捏著漂亮的話，那關係就大概會比較漂亮。」(Wc4-6)

「當他們兩邊都發現自己改變的時候，他們的關係可能變成是一個權威式，到最後會變成朋友，或是一直在調整，不會只有會員改變，媽媽也跟著調整，那個東西我覺得就是真的很珍貴，他的調整跟改變的樣貌不同。讓他們直接看到說他們對孩子的愛是多麼的重要，他們就是要承認自己在孩子中是重要的，才能進行下一步關係上的修復或是調整，如果他們都搞不清楚，不覺得我對孩子重要，那他們其實就先做了一個切割了。」(Wd3-26)

「如果他們能夠平衡，自己能夠生活，其實就不需要我們了。我常常覺得結案最好就是我自己已經變成一個電燈泡，我也不需要幹嘛，那時候就是最好的結案狀態。」(We8-21)

(2) 引導照顧方式

「我會在過程中說這次爸爸要不要一起來參與，讓他知道說他可以有個機會讓他來試試看，我們可以直接告訴他我們這次能夠做到的極限是這樣，那剩下來要麻煩你幫忙。」(Wa3-11)

「我們會跟家屬討論要怎麼做才可以讓個案穩定的服藥，或是面對什麼問題的時候你們要怎麼處理，緊急狀況怎麼處理，或是有什麼樣的資源可以介入，培養家屬可以自己處理，自己去解決，我比較傾向這種，我比較不喜歡你想要什麼我就給你，會帶著家屬哪邊好像有什麼資源，那這些 dm 單張就給你們看，那有些相關你就可以跟那邊的人討論。」(Wb4-12)

「工作人員不能被家屬拉著，應該是工作人員要去牽引家屬，來實現的。因為家屬他們的想法，有的相信是這個人這輩子就這樣子了，他們常是這樣地想，所以他給予關懷、送食物送東西，其實都在加固這個模式，這是個孩子，是受助者，永遠都站不起來。雖然我們工作人員也不是百分之分相信他有可能獨立，但我們必須這樣相信並朝這個目標前進。」(Wc2-8)

「我們拓展家屬願意退一步，或是在強化社區的資源系統，能夠去處理越來越多因為他們重新回到社區去碰到的問題。我們要讓他們在社區生活，我們就先需要一方面先去拓展包含家屬照顧者方面的信心與可能性。同時我們也要去做的是，和住民一起工作，讓他知道的是你想要在社區生活，但是他的條件是什麼，把社會的規範內建、內化到他自己選擇的生活型態裡面，這個都是一個長期的習慣建立。再來就是我們要跟周圍的社區，在最大的可能性上面，

拓展他們能夠接受這一群人，看見這一群人的優點，事實上更多是看見這群人無害之處，所以可以有存在於這個社區的空間。」(Wc4-4)

「我覺得在方向上一樣是要讓照顧者知道如果你希望自己的孩子，有一天你百年之後，孩子怎麼辦？如果一樣會有這個擔心，跟他有辦法去看到其他可能性的話，那在去從那個可能去跟媽媽，去跟當事人做一個工作計畫。」(Wd2-8)

(3) 反映家庭動力

「他們很需要支持，你這些社會學的想像去描述出一個他們生活的意思和圖像，讓他們知道別人是這樣看他們家庭的關係跟動能，會有一點點治療的效果。」(Wc2-1-2)

「如果硬要選邊站，我就會用第三者的角色說我看到背後的心情跟想法是什麼，你有沒有看到，做一個，因為有很多時候是在吵情緒這件事情，那如果讓雙方更了解彼此背後的想法，可能會比較好一點」(Wd1-2)

「就是不管回到家屬或回到會員，我覺得是把問題回到他們自己個別身上，看他們對這件事情，這個互動的看法，也許這個線是圓的，也許這個線是抖動的，或是這個線是斷掉的，他們怎麼樣去看這個線的修復，他們彼此再去磨合，我們就不會做一個串聯的角色，或是要做一個硬是要把他湊起來的角色。」(Wd3-3-4)

「應該在一些協助他們溝通、理解、協調這個部分比重比較大一點。我覺得跟我在，可能現在對家屬跟個案有一個相信，我覺得他們還是有能力去處理他們自己的問題，那只是在這麼慌亂，而這種慌亂不是他個人內在本身的慌亂，是關係之中的慌亂之中，而讓他們沒有辦法去看到自己內在的那個部分，所以我的角色應該是協助他們看到他們本來就有的東西在那邊，還有一部分是也許他們真的不知道的部分，那我就直接告訴他們那是什麼。」(We2-9)

「我會把他們化為一個反映，或是讓他們去想說如果是這樣的狀態你們的做法、想法會是什麼，就是反問他們。或是把這些東西先想過一遍，然後引導他們說出來，就是會把一些自己比較感覺到的東西再丟回去給他。」(We8-13)

5. 社區資源連結

對於社區資源連結，社區復健機構的社會工作者表示，社區單位應和社區民眾有所交流，藉由機構與一般大眾的直接交流，藉由敦親睦鄰的活動操作，藉由讓機構成為社區中心理衛生服務據點，減緩照顧者於社區中因社會汙名所受到的阻力，且社會工作者作為病患與社區

生活接軌的橋樑，亦會連結不同種類的支持系統。社區關懷訪視員與醫院社會工作者則會進行資源盤點，介紹可近的社區復健資源種類與應照顧者需求轉介服務單位，以及在社區進行衛教宣廣。當照顧者面臨經驗困境時，醫院社會工作者會協助申請相關補助，社會工作者亦表示有時為了讓醫療、復健工作可以順利進行，補助申請是實用的策略。此外，部分社會工作者會邀請照顧者參與機構活動，創造正向互動機會。

(1) 連結社區資源

「我覺得在社區要經營一個空間，還有一個議題是就跟社區民眾的，怎麼被他們認識，跟怎麼跟他們維繫這樣的關係。透過直接，不管是我們夥伴跟客人直接接觸，客人跟我們直接接觸，我覺得我們就會成為這個社區的一個小店面，大家都會知道。」(Wa5-5)

「我反而是 bridge，是這個個體如何跟他的支持系統，不是只有家屬，跟社會，跟社區，搭建起跟資源間互動的橋樑這個我們做很多。家屬只是他這麼多的關係裡面的一環，所以他的社會支持系統是豐富的，不是只有家屬，家屬對他的影響力是比較低的，那他的獨立性就更大，他就更有機會好起來。不是只把他鎖在跟家屬的關係而已。」(Wc1-8)

「你得要讓他們看見可能性的一面，那這個讓他們看到可能性的一面就要做很多事情，比如說你要以一個工作者的身分去連結社區資源，然後帶著他們去做很多有的沒有的事情，那時候最常做的事情大概像是掃街啊、服務社區，或是參與某一些社區正在舉辦的活動，包含一些志工。機構在這個社區裡面有沒有辦法慢慢扮演一個開拓性的角色，我覺得這個是很另外一個思維，那如果說本身這個單位有這樣的空間的話，而且是一個敞開空間的，他可能針對目前有一些在社區裡面有一些心理衛生需要的單位，心理衛生需要的社區能夠提供一些善意，或付出什麼樣子的關於照顧跟相處的經驗，那這個事實上也會變成在社區裡面是一個蠻有價值跟意義的地方，那可能間接變成某一種心理衛生社群的某一個基礎的點，就像是你是一個友善老人的，友善兒童的社區的照顧的點。」(Wc4-11)

「我覺得我模式是這樣，就是一開始我會先跟家屬跟個案想辦法去釐清，先去評估他們對於這個疾病的照顧資源知道的有哪些、知道的是什麼，通常會從家屬那邊先去做，因為個案剛住院的時候他狀況比較不穩定，那馬上第一時間跟他們工作，有時候家屬在這邊是有些誤解的。如果有能力的家屬我就會鼓勵他會去參觀、去看，那這個中間比如說跟他談完兩個禮拜，就再追蹤他看的結果怎麼樣，如果沒有能力的家屬我會協助他們直接跟機構聯繫，我就會跟他討論，依他的意願性、他的考量。」(We2-3-4)

(2) 申請經濟補助

「經濟困難的部分是一定會協助，只要在合理的範圍下我們會協助。那如果有動機的話，又沒有說清楚明白，我們也是很困難去協助他們。」(We1-10)

「錢變成我們一個工具，去跟家屬建立關係。有時候社工變成說有這個資源，變成用這個資源去引誘家屬跟我們合作，我就觀察到我們有些同事是這樣。一個是家屬很不好工作，你就用這個，剛好也是他有符合補助，你就會用這個東西去引誘他去跟你合作。」(We4-11)

「在給資源跟給補助這塊我自己還蠻嚴的，我會希望他自己去做，他自己去聯繫，我會給他清單，然後看他做得怎麼樣，他真的做的太差我才會慢慢地介入。補助也是，我會先讓他們從一般的社會局那個可以申請到的長期福利身分開始，然後才會到醫院的補助，因為我覺得你要為自己負責，那你住院前是怎麼過的，你不能要求說住院之後就要由我們幫你做。以前有些社工會希望我們要把全部都連絡好再給家屬，後來我覺得只要覺得大概的方向，然後看他們做不好，或是沒有做到，再去後面幫忙解決就好。我都相信他們是有能力的，我也會這樣告訴對方。這個也是一個教育耶。而不是覺得這件事情好像很簡單，我沒有錢啦，然後補助就會給你就有錢，我自己賺錢都不容易了。」(We8-19)

(3) 邀請家屬參與

「我們會把家屬兜在一起，他們一起去做麵包。因為一方面他也不放心他家人放在這邊就沒問題，他也會有分離的焦慮，可是我又不能讓他一直綁在我們服務對象旁邊，這樣子他反而沒辦法獨立，所以只好我們另外找事情讓他們做。慢慢地家屬會經驗到他過去沒有經驗到的東西。至少先能夠先有體驗，那個體驗開始被豐富之後，接下來我們不斷去拋各式各樣的媒介和機會，讓每個人開始在這裡面他覺得他可以做某些事情，能夠有些參與。每一個人不同的狀態我覺得能夠做的是盡可能地邀請，我覺得就像我們在邀請我們的服務對象開始參與這樣的活動、這些環境一樣，其實家屬也需要這樣的空間啊。」(Wa4-12)

「讓家屬多些相處，一起過一段美好的早晨，然後風花明媚，這是我們社區工作的理念想要這樣做。當有住民需要家屬，家屬比較疏離的，我們會因為我們服務對象的需求而來鼓勵家屬更介入活動，這是有的。」(Wc1-8)

「有時候要辦很多的家屬座談會，我們就必須創造一些共同生活經驗，例如說共同做些手工藝品。這會變成像是親子活動，我們的目的是想要去建立他們之間關係的連結。」(Wc4-3)

6. 權益倡導協調

最後，社會工作者會進行權益倡導工作，一來是面對不同系統期待，社會工作者是照顧者與機構、團隊間重要的緩衝劑，適時協調合理照顧資源，勇於表達社會工作專業對照顧者家庭評估的意見，二來，社會工作者會協助照顧者，乃至整個家庭對外發聲，鼓勵其爭取自己的權益。

「以社工要跟照顧者工作的關係裡面，首先你要做的是跟機構之間的緩衝劑，因為我不太認為社工是機構代表，他可能也要折衷地站在家屬的立場，在個案的立場去做一點表達，目的是讓一個合理的照顧的體系跟制度可以生成。」(Wc4-14-15)

「我的期待是會讓整個家庭的人去對外發聲，不會只有會員自己去發聲。因為我們現在會出去外面做社會宣廣，會有蠻多的討論，會有一些去汙名化的一些澄清跟一些想法的呈現，那其實未來或是他們家屬跟會員自己本身可以去做這塊，我覺得這是更真實的，擴展的效益會更大，不會只是去汙名化而去汙名化，是整個家庭呈現出去的樣貌會變成怎麼樣」(Wd3-4)

「社工還要敏感度高一些，提供你評估到或觀察到這個家庭有什麼樣的需求，這個需求不是你自已覺得就好，是要跟團體裡面說，我們的責任就是要把你看到的、觀察到的，你知道、評估到的就是告訴團隊。」(We1-14)

(二) 工作指導原則

心理衛生社會工作者與照顧者的工作，除了較為具體的工作方法外，有聚焦正向改變、以個案為中心、重視家庭經驗、尊重照顧知識，以及態度覺察開放等五種工作指導原則。

1. 聚焦正向改變

對於聚焦正向改變的社會工作者而言，他們相信改變是可能的，重視個體的優勢與潛能，會在提供支持與關懷的過程中留心正向改變的契機，引導照顧者將注意力從挫折與失望中轉移到曾經的成功經驗，並從之設想具體可操作的小改變，而面對不符合期待的狀況，亦不會直覺性地立即否定，而是盡可能從對方所堅定的信念裡找出可以工作的可能，肯定對方努力背後的用心。

「我會覺得我們能夠遇見，一定會產生一點點不同，或許不是我這個角色期盼的不同，但一定會有些不一樣。我覺得凡走過必留下痕跡。」(Wb3-8)

「我很喜歡焦點解決，強調主要的好處，讓他接納在面對藥物副作用，或面對個案吃藥不舒服這件事情，還可以做些什麼。我們盡量讓他從發現一些小改變，促進他有一些可以感覺到正向的經驗。盡可能從他所堅定的信念裡面去找出可以工作的可能。其實關懷訪視員就是要提供關懷，所以我們關懷的對象不限於個案，我們很大的服務家屬目標是，服務案家讓案家有力量去照顧個案，而不是我們自己去照顧個案。我不斷做的就是去肯定媽媽所做的每一件事情背後的用心。我一定要讓他看到成功經驗，我覺得案家才有改變的動機。我覺得那個動機你給他憑空，你跟他講有效，你找專家來說有效，他都沒有辦法接受，但他自己覺得好像有效。」(Wb5-14)

「你就要給予他肯定嘛，所以這次你有學到了什麼之類的給他一點肯定，家屬是很需要肯定的。優勢觀點就是用在這種小地方，你可以幫他們紓解一點無力感，自己也會。」(We3-17)

2. 以個案為中心

部分社會工作者以病患個體為中心，當有需要時才會與照顧者工作。

「如果我覺得這個家屬不能給個案力量，或是什麼的話，我就是直接跟個案工作，後來我大部分都是跟個案工作，因為我覺得跟家屬沒有用，我不想要浪費力氣，我頂多就是教他們一些危及的時候怎麼處理，就會比較可惜。」(Wb4-14)

「談到家屬的話，是因為康家本身不會有與家屬互動，但是我們比較沒有餘力去跟家屬工作。我們的做法是以服務對象為主，所以怎麼讓服務對象能力起來、統整起來，恢復自己的生命負責，讓自己可以站的起來，是我們主要的工作，不管他是屬於家理年輕的、老的，或手足之間的，我們也都是以服務對象為主來協助他，讓他可以自己為自己的生活負責，為自己行為負責，也就是可以獨立。」(Wc1-2)

「對我而言很明確的都還是以個人為主，但是以住民為主，必須要用機構的資源去生出照顧他的模式，所以和機構一起工作一點會是一個方法。」(Wc4-16)

3. 重視家庭經驗

第三種指導原則是重視家庭經驗，與照顧者工作的姿態立基於照顧者之家庭動態，會應照顧者的經濟條件、生活條件等不同狀況調整工作策略，設法對家庭有充分瞭解，並將工作目標放在如何讓照顧者能夠妥善支持病患。

「我覺得復元過程不只是這個個案的復元過程，而是這整個家在面對病這件事情，他們怎麼看病，或是怎麼說去看個人。我覺得那個是我會看到這個家裡，會想要更認識這個家裡的需要，覺得自己可以在裡面想要更多投入扮演一些角色，但是同時在過程有一度時間覺得哇我自己介入過多了，吃掉人家角色，在過程中就要拉鋸說我跟那個家屬之間應該要一起承擔的比例和配重」(Wa3-11)

「我們也會開始去了解，家屬主要在乎他的家人，在生病以後面對的主要困難是什麼？家屬都需要有一些資訊跟資源。」(Wa4-1)

「我的經驗是跟家屬工作多，大概 60%都是把心力放在家屬身上。我個人的做法是放心力在家屬，因為以我們的服務狀況來講，真正獨居沒有家屬的個案，他大概是兩種狀況，一種是他的狀況很好，那這樣很好的個案不會落到我們手裡，那狀況真的很差的個案他也不會在我們手裡，他就在醫院，就急性，所以我們服務的個案絕大部分都是有家屬的，那家屬真的是影響成敗的關鍵，所以真的是花很多心力就是做家屬，讓家屬來 support 個案。」(Wb5-17)

4. 尊重照顧知識

第四種原則為尊重照顧知識，社區關懷訪視員與會所等社政單位的社會工作者強調平等關係的重要，相信照顧者是照顧的專家，其經驗經驗值得學習，此態度同時亦會讓照顧者得到支持，有益於夥伴關係的建立。

「用家屬的方式弄進去，因為家屬可能會比較知道要用什麼樣的方式。社關的角色應該要試著努力脫掉專業的東西吧，那個立場應該就像剛剛講的，要去相信家屬跟個案在他們面對疾病或面對關係的過程中一定比我們專家，他一定是專家，我覺得要相信這個東西，帶著這個立場與角色有上對下的關係的那個東西，就沒辦法進行。」(Wb1-12)

「本來就不是治療，其實我們是被泡進去裡面的。我覺得在醫院的那種治療關係是個案跟家屬來到你的主場，我們是去人家的主場。家屬甚至知道資源在哪邊，要怎麼跟不同資源對話，有時候這個東西是跟個案和家屬學的，這真的我的有的經驗跟工作方式是跟他們學的。」(Wb1-13)

「照顧者是可以從他身上學到很多東西的。我可能有時會很佩服個案本身或者是照顧者就是一種我覺得他們久病成良醫的，很配合他們用自己的方式維持住一個狀態。」(Wb3-8)

5. 抱持覺察開放的態度

最後一種原則為態度覺察開放，社會工作者認為與照顧者工作應是保持覺知與真誠的實踐者，學會分辨自己的情緒是來自自己或是他者的議題，擁有接受不同可能的開放心胸，並隨著工作經驗的累積而發展自己的助人模式，卻不囿於過往的工作經驗所形成的視框，能有個別性地拿捏適宜的工作步調，懂得相信與等待，不應將社會工作者角色一昧抬高為權威，而不察助人慾望有時可以變向消弭照顧者的主體性，亦不能將社會工作者物化成工具，這可能會導致照顧者過於依賴而無法享有平衡的生活。

「讓自己覺得可以多一點彈性吧，因為我覺得我常常是非 A 即 B 的狀態，非常二元對立的那種，不是好就是糟糕，對別人的眼光很在意，覺得自己沒有彈性，覺得一定要做到某種程度，覺得所有事情一定要在自己的掌握中的那種極致狀態，開始我人生中開始有一點光譜。中間其實還有很多色彩、顏色的可能性，也許現在還沒有到光譜那麼厲害，只有到可能有單色，黑白中間開始有紅色、綠色、黃色，或是藍色之類的，但是藍色跟紅色之間開始漸漸出現多了個紫色，就是那個顏色是我透過事件一個一個慢慢地出來，也許他可能會有不一樣的可能性，我不一定要這樣的方式才能達到這樣的效果。那我會不會因為我的好，壓迫到對方，我也許可以讓自已用更放鬆的方式去處理一些事情。」(Wa3-8)

「我覺得那個目的應該開始改成我們開始更有覺知的在這裡面跟自己，跟這個環境，跟其他人保持這樣的覺知、這樣的敏感，跟這樣的行動。比如說我已經壓到別人的線了，我自己還白目白目的不知道，這才是麻煩的。那別人壓到我的線的時候我能不能夠真誠地去反應告訴他？我覺得這個也是困難的。可是在我現在的工作經驗裡面會發現到那幾乎是建立信任關係很重要的基礎。我覺得怎麼樣把我們也開始當成個人，而不是當成某個神或當成某個工具，那個東西其實才會更有意義的，讓我們彼此的關係開始有一些轉化。」(Wa4-5)

「助人工作者，我覺得背後需要的可能是蠻高的自我覺察的能力，而且這個東西應該被，一直被培養的，一直被成長的，因為當你自我覺察能力，不覺得你有需要去看自己的時候，你看不到那個背後，你停不下來。先停下來看看自己發生什麼事，看著他們這樣的自己發生什麼事，然後再進一步去做更多的活動，或是更多的協助或是陪伴」(Wd3-5)

「老話一句，避免太快地給出建議，然後也是先覺察到自己受到過去經驗的影響之後，乾淨，讓自己乾淨，能夠真的能夠去同理家屬的時候，再去做這個服務，我覺得比較不是說已經進到這個場面我們要怎麼去跟家屬工作，我比較在乎的是先整理好自己，可以了，我們再去提

供這樣的服務，做這樣的事，不要把自己先 on 到那個框框、那個職稱，我非得怎麼樣不可，這樣對彼此來說都沒有太多的好處，或是太多的優勢，或是太多的可以做的事情」(Wd3-27)

「心臟強一點吧。抗壓性，就是不要把他們的負面情緒，不要去全盤接收他們的負面情緒，因為那個不是對你，是對別人的，只是發洩在你身上。把無力感跟那些負面情緒想一個方法把他們阻隔掉之後，你才有力量繼續工作下去」(We3-17)

「我覺得要怎麼理解家屬的失望也蠻重要的，所謂的成功，我覺得是很多失望累積起來的，因為很多時候那個期待確實沒辦法滿足啊，但是對家屬來說就會解讀是失望，所以就像有些時候家屬跟我批判別人的時候，我都會很小心。重點是改變，社工的重點又不是讓家屬喜歡你，或是不被家屬討厭。」(We7-13)

「我覺得人有覺察、覺醒的時候才能夠往前走，所以怎麼樣去協助說我們病人跟家屬還有我自己的覺察，我覺得那個其實是更重要的。」(We9-10)

「我們很容易用過往的經驗去看待今天每一個所遇到的家屬，我們很容易會去歸納歸因，那也因為這個歸納跟歸因，其實也讓我們有一個框架跟束縛，所以你今天沒有辦法用一個全新透徹的觀念再去跟家屬互動，所以就比較學術來看，就是個別性，我覺得個別性不是真的只是一個文字，他是真的實用於實務上裡面，如果你今天真的是回歸到原點，再重新用一個不同的，完全沒有帶著過去的經驗、過去的束縛，再去跟這個家庭互動，那我覺得更能夠去看到不同的面向。其實你的經驗是透過每個人投射出來的他自己所 catch 到的東西，那個其實不是一個中立，你的問話是否中立也影響到你收集來的訊息。我覺得不是再去用他們所收集到的，去證實那個答案與否，如果你是用開放的或中立性的，那個可能性就會很不一樣。」(We9-12)

(三) 挫折因應方式

心理衛生社會工作者在工作過程不時會遭遇挫折，社會工作者表示經驗回饋、自我照顧，以及團體支持等三種挫折因應方式。

1. 經驗回饋

持續累積的成功經驗、不時照顧者或病患的正向回饋，使社會工作者在面對挫折時仍能維持服務熱忱，願意相信自己工作的價值，且當社會工作者對業務熟悉後，對於潛在的困難有了預期心態，便能逐漸不再受限於挫折的負面情緒中。

(1) 關係滋養

「怎麼調整喔？看看成功的案例就好啦！不然那火苗真的都沒有了。」(Wb2-9)

「我覺得最大一部分的收穫是來自家屬或個案某一些不經意的反應，你就會覺得說服務個案這件事情也是很有價值，當你看到個案有小的變化的話。就會讓你比較願意相信自己工作的價值，真的是跟這個人有實際建立關係，比較好一點的關係。」(Wb4-18-19)

「訪員這個工作有大部分是相當，第一線的工作啦，我覺得是很有實質的回饋，就是你雖然沒有比較好的福利薪資條件，但是事實上你可以很明確地看到你服務的案家有改變，我覺得這個是讓你可以一直在這個崗位就是能夠持續下去的動力。」(Wb5-2)

「做那個家庭會談、家族治療，可以看到一個家庭的改變或介入，我覺得那個很感動。他可以在你會談空間中你看到一些進步跟改變，而且那個個案的穩定性後來有看到，我會覺得那個是很愉快的。」(We5-9)

(2) 業務熟悉

「我覺得從家屬那邊感受到的壓力還 OK，因為覺得我們其實有時候做了夠久了，你大概知道該怎麼做的時候，那個困難好像真的會少一點，因為你就很清楚知道會遇到哪些類型，然後哪些你應該怎麼樣去互動跟工作，問題的困難度可能會是會有，但是你自己感受到的壓力或挫折就變少了。」(We7-15)

2. 自我照顧

對於自我照顧的部分，有的社會工作者會設定工作界線，讓自己有狀況整理的時間，有的社會工作者會持續自我覺察，回歸初衷，練習辨識情緒的來源與更加清楚的真誠表達，或是接受工作的限制，避免過度自我要求與自我批判，也有的照顧者會培養休閒興趣或宗教信仰支持。

(1) 公私時間分明

「我是真的用心在跟他們相處，雖然我還蠻重視自己的個人時間，就是有時候休息時間就是我自己的時間，我覺得我需要一個時間是我自己獨處，然後我要處理他們的情緒，還有我自己的情緒，我才可以更好地去，不然我可能會帶著那些情緒再來面對他們」(Wa2-11)

「以前，前一兩年被影響的狀況比較多啦，真的是有些精神疾病的家庭的故事蠻慘的，回去也會難過什麼的，以前比較會，現在比較接受這個事實了，你複製了這種無力感就沒有繼續力氣去服務下一個病人家庭啦。」(We3-8)

(2) 持續自我覺察

「不斷地自我譴責一定也有，也會不斷地在檢討自己是怎麼樣，會讓自己先緩一下，當下知道自己內心無數在罵自己幹幹幹，然後自己想一想我自己到底在幹嘛，然後我覺得那個是可能要再更抽絲剝繭去看他的脈絡，也看自己的脈絡的那種我這個人到底是什麼東西勾動我，到底是有哪個點讓我真的過不去，在他身上他真的是這麼白目嗎？還是說他也有他不知道如何說的痛苦感。好啊，做人還是要內在的修行啊。可以很清楚地表達自己的狀態，同時對方可以接受我們可以在一起也許可能有其他的關係發展。我覺得在這邊他們在復元，我們自己也在復元，應該助人工作都是這樣吧，我覺得吧。」(Wa3-7-8)

「我自己是很喜歡楊蓓的，他有講過助人工作者的自我照顧，我覺得他的理念對我來說也很重要是，最重要的自我照顧其實是要知道為什麼你要做這個工作，因為你有很多東西如果這個根源沒有處理好，所以你剩下的東西都就是會一直出來，所以我們還是要一直問說為什麼你要留下的這件事情。我覺得對社工來說我們可以有一個覺察的東西放在心裡面，那其實就會比較安定。」(We7-16)

「我常常自己走路回家，就是大概走路回家一個小時吧，就邊走路邊想，還蠻好的沉澱，然後你也可以去做一個釐清，為什麼我會有這樣的投射，這個是來自於什麼，就會自己去分析。想了以後心裡是會覺得蠻舒服的，然後下次看到他的時候甚至有時候也可以很坦誠地去面對他們這樣的態度。」(We8-13)

(3) 培養休閒興趣

「有時候會嘗試去旅行吧，就是一些可以增加一些新的能量的事情。」(Wb3-8)

「私底下當然真的會安排一些休閒活動，我每個禮拜都會去看一次電影，每個禮拜固定，大概禮拜三或禮拜四的晚上，因為比較便宜，一個人，然後下班的時候就會去看一下。」(Wb5-28)

(4) 宗教信仰支持

「我有宗教信仰，就是我覺得這部分就處理了很大的。我的信仰告訴我該怎麼做，我就怎麼做。」(We2-10)

3. 團隊支持

社會工作者也能從工作團隊的情緒支持、與不同單位的社會工作者經驗交流的過程，以及機構提供的督導與教育訓練，或外部督導中獲得因應挫折的能量。

(1) 同儕討論互動

「好像可以從同儕之間，或者是不同單位的工作者去聊或是去談論的話，或許可以幫助自己眼界更寬一點。或是不同環境條件下的人，這個知識基礎不同的人。或許可以提供更多不同的資訊或是看法。」(Wb3-9)

「訪員這個工作不會讓你覺得非常不好，也不會讓你覺得非常的好，如果同儕可以互相扶持的話，還蠻容易覺得這份工作還不錯，因為至少有什麼困難大家可以一起處理，然後自己的知能、專業知能又可以提升的話，其實還蠻好的。」(Wb4-18)

「我們訪員之間很常聚餐，我們多到一個禮拜應該一次以上啦，我們非常常聚餐，我們在辦公室中午也一起吃，我們的支持系統很好，我們訪員間真的很好，真的大家是很融合的，我沒有遇到一個工作同事之間的互動這麼好，跟同事之間真的什麼事都可以講，大家都很溫暖，不會有傷害，連訪案都可以一起去。」(Wb5-28)

「抱怨啊。那團隊也會一起討論也都有情緒支持的效果。」(We3-8)

「我還是會在護理站或住院醫生的小房間 complain 一下，我覺得其實我們在精神科團隊大家都還可以互相支持，他們也都可以理解說我們在說什麼。我覺得就是因為你會知道說大家都是可以理解你的狀況，如果你真的有困難就提出來，所以我覺得還OK。」(We6-7)

(2) 教育督導訓練

「我們的支持系統很好，而且我們都會有團體，我們每個月都會有團體，我們會在團體中大講特講，我覺得那是很棒的舒壓跟增進彼此之間的關照。」(Wb5-28)

「我這邊不錯的是有督導制度常常個督、常常團督，所以我們會在經常性做個案研討，然後大家用各種不同角度來看個案，很棘手的個案在研討之內大家就會給你很多建議，其實中間的學習，真的每個人的做法會不一樣。也有在同事彼此之間的學習。還有教育訓練，我們會蠻常有這個訓練的，一個月至少有兩次。例行性的什麼個督或是團督或是教育訓練我們很經常在做，我們也會申請繼續再教育學分。」(We1-14)

「其實有一個好的督導會很重要，像我自己會去找外部督導，外面的老師來講我工作遇到的狀況。他的身分是我的督導，我請他來當我的督導，那個東西會比所謂的放鬆或是所謂的舒壓來得好是因為他面對問題，幫你解決，需要去看到你背後的一些議題，那我覺得是比較好的自我照顧。」(We7-16)

表八、心理衛生社會工作者與照顧者工作方法與角色立場

類屬	次類屬	屬性	面向	Wa 社區復健中心	Wb 社區關懷訪視方案	Wc 康復之家	Wd 社政單位	We 醫院
一、 工作方法與 角色立場	(一) 工作方 法	1. 傾聽 陪伴支 持	(1) 傾聽增加了解	V(1, 4, 5)		V(3)	V(3)	V(1, 2, 8)
			(2) 提供情緒支持	V(1)	V(1, 3, 4, 5)	V(2, 4)	V(3)	V(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
			(3) 鼓勵、喘息陪伴	V(1, 3, 4, 5)	V(5)	V(1, 3)	V(1, 3)	V(1, 5, 6, 7, 8, 9)
		2. 協作 釐清期 待	(1) 核對工作目標	V(1, 2, 5)	V(2, 4, 5)		V(1, 3)	V(1, 3, 4, 6, 7, 9)
			(2) 澄清工作界線	V(3)	V(4, 5)		V(3)	V(3, 4, 7, 8)
			(3) 邀請協助復健	V(1)	V(1)		V(1, 2)	V(3, 7, 9)
			(4) 聯繫資訊交流	V(1)	V(4)	V(1, 3, 4)	V(1)	V(4, 6, 9)
		3. 衛教 家屬團 體	(1) 衛教照顧知能	V(2)	V(2, 4, 5)	V(3, 4)		V(1, 3, 5, 6, 7, 9)
			(2) 反映多元可能	V(4)			V(2)	V(6)
			(3) 家屬團體交流	V(1)			V(1, 3)	V(1, 3, 7, 8, 9)
	(4) 溝通醫病關係				V(1, 3, 4)		V(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)	
	4. 家庭 動力工 作	(1) 建立相處模式	V(1, 3)	V(1)	V(1, 3, 4)	V(1, 3)	V(1, 5, 6, 7, 8, 9)	
		(2) 引導照顧方式	V(3, 5)	V(1, 4)	V(2, 4)	V(2)	V(6, 8, 9)	
		(3) 反映家庭動力			V(2, 3)	V(1, 3)	V(2, 4, 6, 8, 9)	
	5. 社區 資源連 結	(1) 連結社區資源	V(5)	V(1, 2, 4, 5)	V(1, 4)		V(2, 4, 5, 8)	
		(2) 申請經濟補助					V(1, 4, 5, 8)	
		(3) 邀請家屬參與	V(4, 5)		V(1, 4)	V(2)		
	(二) 工作指 導原則	1. 聚焦正向改變			V(3, 5)	V(3)	V(3)	V(3, 9)
		2. 以個案為中心		V(1)	V(1, 4)	V(1, 3, 4)		V(4, 5, 6, 7)
		3. 重視家庭經驗		V(3, 4)	V(1, 2, 5)		V(3)	V(1, 2, 4, 8)
		4. 尊重照顧知識			V(1, 3)		V(2, 3)	
		5. 抱持覺察開放的態度		V(3, 4, 5)	V(4)	V(2, 3, 4)	V(2, 3)	V(2, 3, 4, 7, 8, 9)
	(三)	1. 經驗	(1) 關係滋養	V(2)	V(2, 4, 5)		V(1)	V(1, 3, 4, 5)

挫折因 應方式	回饋	(2) 業務熟悉		V(4)			V(7)
	2. 自我 照顧	(1) 公私時間分明	V(2)				V(3)
		(2) 持續自我覺察	V(3)	V(3)			V(5, 7, 8)
		(3) 培養休閒興趣		V(3, 5)			
		(4) 宗教信仰支持					V(2)
	3. 團隊 支持	1. 同儕討論互動		V(1, 3, 4, 5)			V(3, 6, 7, 8)
2. 教育督導訓練			V(4, 5)			V(1, 7, 9)	

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

二、精神病患照顧者與社會工作者的相處感受與角色期待

(一) 相處感受

照顧者與社會工作者的相處感受，可由正面與否來說明。正面經驗的部分，照顧者表示，社會工作者適時支持陪伴、指導照顧知能，以及機構對病患的妥善照顧令人感到安心，能對病患的生活復健狀況能有更具體踏實的認識，也減少照顧負擔。此外，社會工作者會藉由協助回診、與醫師溝通等方式協助照顧，機構對病患的照顧也讓照顧者能有喘息、自我照顧的時間。

1. 正面經驗

(1) 有效支持陪伴

「社關有時候甚至願意帶我媽媽去看醫生、回診，對我來說是一個很大的幫助，因為平常要工作不可能一直要為了我媽媽請假。我覺得第二個比較窩心的是他讓我覺得，不是一個人去面對精神疾病，其實雖然身為家屬，但我對精神疾病她的發病或感受比較強烈一點，那我覺得社關在這個時候讓我覺得一個專業的幫助，因為他可能已經看過很多人都是這樣子，然後他可能有時候會從比較客觀的角度去安撫我。第三個是在之前要轉院的時候，無法拿捏到底媽媽是否是藥的問題或什麼需要轉院，那我覺得他也很願意跟我一起討論就醫的，覺得真的是幫助很大。」(Ca1-2)

「有時候他甚至會打破我一些可怕的想像，比如說有時候我接電話的時候，我媽媽會說他今天晚上被打了，或是說有人要害他，但是雖然我知道他生病，但當我一聽的時候還是會覺得很可怕，但康家那邊的生活輔導員就會跟我說媽媽最近過得怎樣，有時候會幻想自己昏倒但其實沒有，他們就是站在一個平衡的角色。」(Ca1-7)

「我覺得社工碰到熱心的話，你會覺得說願意幫忙，很有幫忙，他會，有些社工很給你很多好的他們的經驗，告訴我們家屬。」(Ce2-3)

「這邊的社工真的是很棒，他們都很用心在照顧，一個人的習性會什麼的，都要針對每個人的習性在做調整，對他們。」(Ce5-16)

(2) 社工協助照顧

「社工那時候的角度比較是，有點像是幫忙看著，畢竟他主要的服務範圍是針對吃藥的狀況不錯，然後願意繼續投入社會工作的人，所以他比較是for青壯年的人吧，那我爸那時候進去其實年紀有點大了，他再工作的可能性是不高的。」(Ca2-2)

「他要回診的時候他帶他兒子自己回診，我帶我女兒去回診，要不然就是社工他們帶回診的，大部分啦是社工帶他們，那有的是訓練到可以的話，他是可以慢慢放手這樣。跟醫生溝通現在的狀況是怎樣，都是社工他們帶的。」(Ce5-15)

「我們家那個是每個月回診，社工都會寫資料說他這個月的情形。這個月的復健情形寫寫，所以我就比較輕鬆，因為我也不知道他的復健情形啊。我們是都寫紙條啦，我兒子十二月又要回診了，就要跟社工說帶他去。」(Ce6-15)

2. 負面經驗

關於負面經驗，照顧者首先是提到曾遭遇社會工作者服務態度不佳，像是社會工作者並未盡責、態度不用心，乃至反移情與給予不當詮釋。其次，照顧者提及既有服務有限，服務之間並不連續，如老人精神醫療、長期照顧目前國內資源較為匱乏，從醫院到社區的復健接軌亦未完善，以及對屢次就醫或不同專業別的重複詢問感到無奈。再者是照顧者認為部分社會工作者對家屬過度期待，如雖期待照顧者妥善照顧，但並未有照顧知能衛教等配套作為支持，或是在家屬團體運作過程中社會工作者為組織方向有所干涉，特別當照顧者亦有社會工作者身分時，若提供服務的社會工作者以同樣是社會工作者應當如何表現的姿態來檢視照顧者，將使其過度負擔。

(1) 服務態度不佳

「他根本不清楚脈絡，就是他們不想要再多了解病人他的狀況，就是說他也沒有定期花時間去跟他的個案會談，他也沒有定期去確認他的狀態，我覺得他就在那個體制裡面扮演一個名

稱叫社工的工作人員，可是其實他沒有做這些事情。我覺得最大的遺憾是我覺得他不把我們的在乎當在乎，那天我妹有急性症狀，但他把我妹打藥打針之後，讓我妹自己回來，但打完針之後會昏沉他卻讓他自己回來，可是他沒有告訴我們他有打了針，他也沒有告訴我們說會讓他自己回來，所以我就很生氣，所以在他的紀錄裡面就寫了家屬情緒怎麼樣，又開始對我們有這樣的描寫。我們之前就有告訴他說你有打針一定要告訴我們，不要讓他自己回來，可是他就會覺得我們是一個高焦慮的家屬，還有他覺得我們是角色衝突的家庭，他聽完你講的一些東西之後，我覺得沒有被幫助，反而被更多的診斷、問題診斷，可是我覺得我沒有看到社工動工什麼啊！你不要講評估，資訊的需求都沒有。」(Cb-2)

「有的社工就懶懶的。我們家屬就說，看你的運氣啦。」(Ce2-3)

「近三年，之前就是有醫院看到沒有醫院，幾乎所有醫院都住過了，就是被排擠啊，被排斥，不好照顧啦。讓我們不知道為什麼工作人員會給家屬臉色看，比如說就是瞪你一眼啊，就很莫名其妙，對家屬有時會嗤之以鼻的樣子。」(Ce3-2)

(2) 有限服務不連續

「我覺得老人精神這塊還是缺了一塊。我之前想要申請一些居家照顧，政府的分級方式就是你是不是低收入戶，或是你是不是經扶，如果是的話，能提供這些服務，當然那價差很大，那因為我們家我有工作能力，反正我們家就是沒有辦法申請，變成我們申請的時候自費，但那時候實在是付不出來」(Ca1-8)

「醫院的日間留院，大部分的家屬會選擇讓小孩出院後直接在日間留院，那如果可以待就一直待一直待，有的人一待就可能好幾年，但家屬希望是他可以出去工作，可是日間留院讓他可以跟社會接軌這塊做的很有限，還是要回到社區的復健工作坊比較可以做到位。台灣做社區復健這塊地機構比較少。」(Ca2-9)

「他每次要住院的時候，因為入院一定會有社工介入，社工就會問。不過我對那個感覺是比較不好，每次換了醫院社工就會來問，重複在問，問到最後你會覺得說，又到最後心裡會比較煩，而且那個記憶已經很久遠了。應該是我們第一次被問的最詳細，因為第一次我們的感覺是說自己的親人這樣子希望能找出一個到底是什麼原因，我們會很鉅細靡遺地講清楚，但到最後，如最近萬一太太又要回去住院，我們就會覺得稍微簡單講一點大概就好，不會講太詳細。」(Cd1-1)

「主治醫師來問，住院醫生又來問，第三個又社工來問。我以家屬的立場會覺得你問這麼多做啥？對我一點幫助都沒有。就會今天問一次應該有社工、住院醫生大家一起來問，坐在旁邊自己寫這樣就好了，為了三次三個人來問，家屬會很煩。需要知道你們要怎麼樣來幫我，對這個疾病個案有幫助的，我很願意跟你配合。」(Ce2-11)

「孩子病這麼久很少遇到社工好好跟我談長遠怎麼打算，幾乎沒有。」(Ce4-3)

(3) 對家屬過度期待

「不知道社工是不是心裡有期待家屬應該承擔照顧者的角色，卻沒有教這些照顧者要怎麼去照顧自己的病人。就好像覺得這之間會有點落差。」(Ca1-6)

「應該是說他很期待家屬可以自己成長，或是自己handle一些事情，從社工的角度來看的時候會希望他應該要更好、更茁壯，家屬可能在這部分的能量又不是這麼明顯，那可能家屬會覺得社工是不是干預太多。」(Ca3-5)

「那些工作者會不會也會覺得說你自己就是工作者，我在他眼中，用他的專業素養，就是你自己是工作者了還是照顧者，怎麼還這樣。我覺得是另外一種的不公平啊！我不曉得！所以我覺得家裡有這樣的病人，你其實沒有辦法，我覺得我沒有辦法太鬆，我也沒有辦法跟人家太輕鬆的相處，隨便說一個，比如說我很輕鬆地講一句話，但到後面就會被做某一層的檢視，會被更高要求。你是個工作者你怎麼跟他關係這樣？你工作者你怎麼沒有多盡一點力？你是工作者你怎麼沒有意識？你是工作者你怎麼...那又回到照顧者，照顧者會說你照顧者要回去探索家庭經驗，照顧者你要努力他的狀態，太累了吧！」(Cb-6)

(二) 角色期待

照顧者對社會工作者的角色期待，有教育引導、家庭陪伴，以及權益倡導等面向。

1. 教育引導

照顧者肯定家屬教育的重要，認為社會工作者應為衛教提供者，一方面認為當照顧者學習過系統性的照顧知能，有助於照顧者與社會工作者溝通，也讓照顧者能有成長的機會，另一方面認為社會工作者應對社區大眾進行衛教，充實社區民眾對心理衛生的正確認識。照顧者也認為社會工作者應為復健引導者，妥善運用其心理衛生的工作經驗與專業判斷，為照顧

者進行適切的資源連結，且能與照顧者一起討論如何因應照顧困境。對此，有照顧者強調社會工作者應將工作聚焦於病患的復元目標，不應僅讓機構成為照顧者喘息、替代照顧的據點。

(1) 衛教提供者

「社工應該要想辦法他要解決他的問題，其實要從家屬教育開始，那我們已經有這樣很完整的系統化課程，對於將來他們要跟家屬溝通，也會有共同的一些話題。社工的期待就是希望能夠介紹一些家屬的課程，協助家屬成長。」(Ca3-9)

「你要是說你們的角色是這樣，就要慢慢教育民眾，教育民眾說原來，就像你把孩子送到孤兒院，送去孤兒院不是永遠都在孤兒院，住在孤兒院就是有些縣市政府有個機制是說這個孩子讀到高中、讀到大學之後，會補助他去就業，有這樣的機構，是不是社區上有某些類似這種可以介紹看看，讓他能夠慢慢去接觸這個社會，因為他脫離社會太久了。」(Cd1-5)

「我覺得說，是不是能夠透過這個教育課程跟大家的家屬互動，是不是他們能有更好的方法，然後能夠幫助我的孩子。」(Ce7-12)

(2) 復健引導者

「工作者好像比較需要他們的專業方面的支持。他比較知道，比如說要怎麼找資源、社會有什麼團體，我覺得這個專業的部分或是他在心理衛生方面他有什麼樣的經驗或專業判斷。然後我覺得心理壓力的支持是很重要的部分。就是一起討論媽媽的疾病吧，或當我有遇到狀況可以有人一起去釐清是不是我太緊張，還是說真的需要去有點作為。」(Ca1-6)

「如果可以把他串聯的很好的話，連結到社區去，我想家屬他們訊息比較充足，很清楚知道自己的下一步或者是資源的來源有什麼樣的管道，當他清楚之後我覺得他們比較不會慌，也不會怎個都只能靠藥物或什麼，不會覺得自己很孤單的在對抗這樣的一個疾病，如果他們有很多的訊息從醫院社工來的話，可以幫助他們將來復健的路可以比較好走一點。」(Ca3-7)

「如果是在醫院的話，當然是希望社工可以提估資訊，如果社工可以主動當然是最好。希望社工不要交差了事之心態。這些家屬真的很無助。」(Cd2-8)

「你能完成你的工作，但你不能讓這些家屬把你當成白天的保姆。」(Ce1-3)

「就是說，我希望當有第一次住院的開始，我們能被醫生關照到的時候，給予所謂，一個什麼樣的包裝，一套東西給你說你孩子可能會面對的問題，你要有什麼心理準備與東西該留意的。這樣省了政府跟社會資源，這些生病的孩子跟家人很大很大的幫助。」(Ce1-5)

2. 家庭陪伴

照顧者認為社會工作者站在傾聽者或討論者的角色，提供情緒支持，適時給予鼓勵。當照顧者與病患有所衝突時，社會工作者亦能減緩衝突的強度，協助家庭能有較為暢通的溝通條件。照顧者亦肯定社會工作者分擔照顧，維持喘息時間，以及居中協調照顧者與病患之間期待的幫助。

(1) 陪伴支持者

「他站在一個傾聽者的角色，或是一個討論者的角色，我覺得是平等沒有壓力。用一種輕鬆的角度和我說唉啊媽媽生這個病啊，你就擔待一下就好了，就是讓他講，用一種輕鬆的角度，這樣也讓我覺得情緒被支持到。他在現場時好像比較可以舒緩很多的動能，不管是照顧者或是病人。」(Ca1-5)

「當家人被告知是身心疾病時，從否定到沮喪，到無助，到接受，這些過程還要接受社會的評判眼光，這時社工或有經驗的家屬是可以給溫暖的。」(Cd2-8)

(2) 替代照顧者

「就是覺得比較像分擔照顧的角色。」(Ca1-1)

「有一方面是喘口氣，有一方面是讓他在那邊有一個專業的人至少可以幫我們看有沒有什麼狀況需要注意。因為家屬還是會有一些盲點，那也會有些過多的期待，社工也會扮演讓我們換個角度去看這件事情來安慰家屬，這對我們來講是很好的出發的地方。他也會幫忙去勸我爸，比如說叫他多動一動，或者是說請他在個人衛生上面幫忙注意一下，就用機構還有其他人可能會聞到他身上的味道啊來勸他要常常洗澡啊，所以會有點像是居中協調的角色，請我爸爸去做他個人衛生，或做一些運動。」(Ca2-3)

「有人來照顧他希望有人來替守一下啦，喘息，我們能要喘息。那其實我讓他來這邊，對我跟先生是種喘息。」(Ce2-10)

「我真的是很感謝有機構。他來這邊我們的生活比較穩定，不然之前真的是嚇得要死。」(5)

「他每天有地方可以來，就像在上班。獎勵金是鼓勵他們出來啦，不是要賺他們的錢，他若是出來說真的我們的生活壓力也比較少，要去菜市場、要去辦東西，便多方便，不會被困著。」(Ce6-7-8)

3. 權益倡導

最後是期待社會工作者能為權益倡導者，協助照顧者因應經濟困窘，以及為病患與其照顧者向社會環境發聲，讓他們能夠順利得到專業資源的支持。

「我覺得經濟方面算，提供一個經濟的角色，還有我覺得某種程度是幫這些病患發聲，就是幫這些病患跟社會環境發聲，讓他們能夠得到專業的支持。」(Ca1-5)

「溫良恭儉讓，有點像這個樣子，然後也避開衝突，然後不能主動去抓你要的東西，就是一個非常有禮貌的工作者，可是我覺得有時候工作不是在講禮貌，我覺得你沒有太多的主動性或積極度的時候，我覺得很多東西就沒了耶。」(Cb-11)

表九、精神病患照顧者與社會工作者的相處感受與角色期待

類屬	次類屬	屬性	面向	Ca 子女	Cb 手足	Cd 配偶	Ce 父母
二、與社會工作者相處感受與角色期待	(一) 相處感受	1. 正面經驗	(1) 有效支持陪伴	V(1, 2, 3)			V(2, 5, 6, 7)
			(2) 社工協助照顧	V(2)			V(3, 5, 6)
		2. 負面經驗	(1) 服務態度不佳	V(1)	V		V(1, 2, 4)
			(2) 有限服務不連續	V(1, 2, 3)		V(1, 2)	V(2, 3, 4, 6, 7)
	(3) 對家屬過度期待		V(1, 3)	V			
	(二) 角色期待	1. 教育引導	(1) 衛教提供者	V(1, 2, 3)		V(1)	V(7)
			(2) 復健引導者	V(1, 2, 3)		V(1, 2)	V(1, 2, 4, 5, 6, 7)
		2. 家庭陪伴	(1) 陪伴支持者	V(1, 2)	V	V(1, 2)	V(1, 2, 4)
			(2) 替代照顧者	V(1, 2)	V		V(2, 5, 6, 7)
		3. 權益倡導		V(1)	V		V(1)

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者(Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7)。

貳、影響社會工作者角色因素

對於可能影響社會工作者角色之因素，共有個人因素、專業教育、組織因素，以及結構因素等四方面，以下分別說明。

一、個人因素

個人因素有工作態度、同理家庭狀況、家屬配合度，以及事情急迫性等四種影響因素。

(一) 工作態度

工作態度的部分，社會工作者認為社會工作是要當作職業、事業或志業，要純粹做制式工作或用心盡責，攸關個人選擇，而服務深度的多寡和當下動能是否足夠、以往的服務經驗，以及社會工作者擅長領域有關，照顧者對此則認為社會工作者應注意情緒管理，不應將服務挫折投射到照顧者身上。

「訪員還是看良心啦，可以純粹就是制式的做電話，就是很制式的做你也可以完成工作，你可以做很廢，你也可以做很好。有時候看訪員的狀況吧，狀況比較好的時候就是真的什麼東西都很順，個案的狀況你也很有耐心去跟他周旋，狀況不好的時候真的很想揍他。」(20)

「另一個是你在服務別的個案家屬給你的經驗。比如說最近累積的家屬經驗都是很差的，自然而然你在面對新家屬的時候是會比要畏縮一點。」(Wb4-25)

「我覺得社工，有些人一直講要追求社工的價值，或是理念，可是不要忘記我們社工拿的是錢，他有工作者他的職業道德。有學者說社工你可以把它當作一種職業，或事業，或志業，志業的話就是有沒有信仰的人，或是志同道合的人。我覺得我沒有把他當作職業去投入，我或多或少還是有些事業，可以沒有到那個高的事業，要爬到某個位置。以前那個老師就會跟在職的同學講說，如果你覺得把社工工作當作一個職業的話，那你領的那些錢有沒有做到那些事情，再跟我講。就是叫我們去省思我們現在的工作狀況。」(We5-10)

「我相信每個社工都有不同關注的專長，是不太一樣，像是對於家屬的議題如果我是家暴專長的，我可能就會專攻這一塊，或是我是藥酒癮專長的話，我就會這一塊。」(We7-9)

「有些工作人員會把這些不好搞、不能得罪的家屬，在面對他們的這些情緒可能轉移到別人身上，這是我這20年來最心痛的，被掃到颱風尾。」(Ce4-6)

(二) 同理家庭狀況

同理家庭狀況的部分，社會工作者提到當所服務的照顧者身處資源弱勢，或是其處境和社會工作者過往經驗有所交通時，可能會給予較多的協助或是較多體諒，但有時當預設立場太強烈時，亦有使服務停滯不前的風險。

「如果家屬他本身是弱勢啦，你當然會希望能提供他資源多一點。」(Wb5-23)

「我一開始就是很佔在家屬的立場，因為我真的覺得照顧者很辛苦。由於我家裡以前也有那種，不是精障，而是那種長期臥病在床的那種，那種都很累，就是你躺在那邊就已經很累，如果有人一天到晚跟你練肖維那會更累。」(Wd1-16)

「我覺得負面的話其實是回到工作者本身的家庭經驗，比方說我覺得我一樣有我很負面的家庭經驗，我會去把我自己在家庭遇到的困難不會去投射，這太難了。比較擔心工作者只是單純投射自己的經驗責怪，沒有看到每個家屬長成這樣子一定有他的原因。」(Wd2-11)

「其實我很能同理那些照顧者他們要照顧，我覺得這跟我過去經驗有關，可是我有時候覺得這會預設立場太強，所以有時候會讓我不太想動，就是我會很預設說他們可能會很不要管這件事，或是他講到一句話我就會想得很遠了。」(We4-14-15)

「因為我自己原生家庭本來就是一個中低階層的，我爸爸是勞工，所以我覺得那家庭要度過其實是很辛苦的。我會非常同理家屬開銷真的真大，而且經濟有困難的你讓他拿6、7千塊出來很辛苦，所以我能幫忙的，反正社工權力裁量這麼大就多幫一點。」(We5-15)

(三) 家屬配合度

至於家屬配合度，當社會工作者表示當照顧者有資源依賴、懷有敵意、頻繁投訴、界線模糊等較負面的樣態時，會抑制深入工作的動能，而若照顧者態度上能夠尊重，能夠配合服務、主動聯繫，乃至肯定社會工作者的努力，則會使社會工作者願意盡可能設法協助。

「理所當然、覺得社會大眾欠他的那種，我就沒有辦法接受。比較多是觀念上的，有時候會讓我覺得要服務上會很難。有些是會到處投訴的那種家屬，我們也會對他的服務受影響，不敢去對他做多，就會有距離，可能一不小心說錯什麼話就被他抓到把柄，他可以馬上要投訴你。像我之前就有家屬說電話錄音中，為什麼他不能來到這裡接受服務什麼之類的，就會讓我們覺得不想服務他」(Wa1-7)

「有時候我會覺得我會在這個個案做很用力，也跟家屬有關係。因為家屬會告訴你他試了多少多少方法可是就沒有辦法，可是你就會看到他還在那邊撐，你會知道家屬有時候很累、很生氣，可是他在累跟生氣的時候還是會撐出一點空間，會想盡辦法。」(Wb1-4)

「如果是謾罵的那種，會罵你髒話的，或對你有敵意的，那真的很可怕，一方面你光要進入這個案家就要心理建設很久，可能在門外就是你要呼吸超多次才敢按門鈴，或是你一進去之

後就會很緊張想要趕快離開，我覺得他態度很惡劣的時候會讓人很想要結束這個訪談的關係，這個影響最多，其他剩下的我覺得都可以慢慢地來處理。」(Wb4-26)

「配合度高的家屬我們就會跟著他很配合，你會覺得說更想要協助他，那如果說干預太多的家屬，這個也是會影響到我們一些卻步，但是還是盡力協助。」(We1-8)

「他們的態度，他們對這件事情想要投入的心力吧，我覺得多少會影響到我，因為畢竟我的時間就是這麼少，所以每個家屬雖然我都知道他們的問題很多，但是還是會容易因為比較積極的家屬覺得還是難免會比較多花一點時間。」(We8-12)

「看家屬的態度啦，會影響社工的服務一個，每個人都是一樣嘛，有一些鼓勵、有一些肯定，讓他們有一些成就，當然社工在付出上面就會覺得很值得。那如果我們的態度是有也可以，沒有也可以，當然社工對他們來講就只能把他當作一份工作。」(Ca3-9)

(四) 事情急迫性

最後，當處遇情境涉及危機處理，或是病患重複住院，乃至是否有緊急交辦工作時，均會使社會工作者調整與照顧者工作的心力。

「如果個案有些自傷傷人之虞的時候，很容易讓我把那個互為主體的關係又拉走，馬上就要緊急介入，就那個張力會讓我馬上跳掉。或是當他有社區干擾的時候，就是里長、里幹事一天到晚在陳情的時候。」(Wb1-14)

「工作久了也是會很煩啊，就是開始有點在選吧我覺得。比如說這一個可能家屬也好談啊就多談個幾次。但有些你就知道以前家屬就這樣子，就是好住院就住院，那出院就出院，那其實這樣也就 OK 啊，可能會談個一次就好了。或者是也可能有些是因為也知道他住好幾次了，所以會調整那個跟個案的關係。」(We6-4)

「事件的急迫性，就是他最近有沒有一些緊急他需要處理的事件，我們也許就會變得比較強硬要去做些什麼事情，好比說他住院時間已經到了，或是他有一些緊急需要外診的狀況，或是病人的情緒因為他不來很焦慮，有一些環境上面也會影響我們要接續跟他接觸」(We7-9)

二、專業教育

社會工作者與照顧者認為社會工作理論與實務結合、對社會工作的專業社會期待，乃至心理衛生系統並未針對照顧者設計服務等三項因素，會影響社會工作者的服務。

(一) 理論實務結合

理論與實務結合的部分，若理論於實務結合不佳，如有社區關懷訪視員指出其教育訓練在理論上以問題解決為主，多著重精神病理處理，強調嚴謹專業界線的臨床心理訓練，但在貼近家庭的社區場域這並不能符合實務上關係建立的需求，康復之家社會工作者提到實務工作需要不斷試誤，有時坐下釐清抽象動機，不如起而實作，而有的醫院社會工作者指出其機構家族治療教育訓練系統並不完善，這影響社會工作者於實務中使用家族治療的信心。但若機構提供充足的教育訓練，則能確保社會工作者擁有適當的專業知能，更能完成工作任務。

「我們在裡面從來不提藥物以外的東西，即便你在分析一個關係都是用問題解決的東西，問題解決對我來講是上對下，我是個專家所以要來解決你的問題。但我覺得在實際上，這種東西在我訪視的過程是很斷裂的，我其實沒辦法帶一個問題解決的眼光進到一個家庭，因為即便我在訪視前我有想過三、四列點，進到場域裡面完全是兩件事情。可能上次是處理什麼事情，這次進去又是不一樣的事情。」(Wb1-10)

「說奇怪社會工作這麼強調說這個個體是不是真心的，我會覺得說你就做下去，然後看他有沒有一個變化的可能，那很多復健計畫其實就需要不斷嘗試。你在康家的社工角度上就像玩遊戲一樣拿來組合用看看。可能一個人他先煮飯後掃廁所，或先煮飯後掃地，哪樣他的感覺好像整個人起來了，那這樣就 OK 啊，你幹嘛管他是不是真的想掃地或幹嘛的，如果你要管這個的話，你會越來越做不出什麼成效。」(Wc2-4)

「市政府給我們很大的後盾，就是我們有很專業的督導，醫師、心理師、社工師等等之類所有的人。其實我們不只這樣的，我們什麼學派各方面的其實我們的老師都有，那因為我們很密集，我們訪員的部分就真的是每個禮拜都有團督上課，你其實能在很短的時間內學到很多原本你在外面沒辦法學到的東西。」(Wb5-13)

「醫生有來做督導，醫生會做督導通常是他自己個案，他自己門診的病人，那需要做家族治療就轉介，由社工做，但是醫生在那邊隨時指導，會有一些提點。」(We1-10)

「我們也有做一些讀書會或工作坊的演練，但是你說要開始做如果沒有一個督導還真的沒有辦法。你剛開始做你也不知道你做的到底好不好，或是你要找人討論的時候你要找誰，這跟沒有督導有關。因為你總是要經過那個你才敢去做，不然你隨便就說自己在做家族治療，自己也會覺得很心虛，可是我們也才 chart 兩次，服務一個病人這樣子。」 (We6-6)

「我們這裡還蠻好的是我們一個月都有請比我們更資深的前輩來督導我們，其實前輩也有帶我們去看說不同，因為每個月我們都會有個案討論會，前輩會教導我們怎麼樣從不同的角度跟觀點來看一個病人跟他身旁的這些生態系統。」 (We9-4)

(二) 專業社會期待

社會工作者認為雖專業工作者享有一定社會資源，專業的本身讓照顧者值得信任，但社會上對專業人員應為問題解決負責的期待，卻可能造成社會工作者，一昧助人但忽略服務對象需要機會學習成長，且專業工作者工具理性的形象亦有限制社會工作者與照顧者間夥伴關係形成的可能，使社會工作者難以真誠，不易進入照顧者的經驗世界。

「因為專業而獲得一個社會位置而有了社會資源，但是同時你會因為專業，你得承接社會投影你的社會責任。我覺得之前在社工的角色裡面碰到跟家屬的合作裡面，大家對於那個問題需要被解決，如果一個聲稱專業的社工出來，或是哪個醫療人員出來，會把那個問題能夠被解決的期待放在他身上，但是那中間有太多要被更細緻的辨識是，那個責任的層次。」 (Wa5-7)

「我好像很容易卡在那個角色不應該說什麼話，會覺得好像那些話不能講。」 (Wb3-7)

「我覺得新人可能會擔心關係沒辦法建立，他會覺得我一但沒辦法回答出來，他就不會信任我，我就玩完了，有一種詭異的害怕，但其實不會啦，也不會怎麼樣，因為你訪員的限制就是這麼多，可能做久了就比較能處理這個東西。」 (Wb4-27)

「我覺得社工員有時候，他誤會自己要上什麼角色。我覺得人都是免除不了一個誘惑，就是人喜歡講道理，喜歡扮賢德的人。」 (Wc2-4)

「有時候是工作人員自己一種覺得我要幫助他，我應該一定可以，因為我學過這種多專業，我有這麼多知識，我一定可以。但我覺得很多助人工作者會有個盲點，其實我們自己是會有不能的，不會的，我們必須去承認這一點，才不會就變成是教條式的建議。」 (Wd3-4)

「有時候專業人員他有他自己的角色，他有自己的包袱，甚至白袍穿上來更是，我覺得就是進入很白話的一個世界裡，我覺得那個才也是一個真正的平等，而不是我好像專家的角色站在上面，然後我試著降低我的角度用白話跟你溝通，但其實你好像也還是在上面，我覺得他們其實都感受得到。」(Wd3-23)

「我們是否可以做到一開始他會信任一個陌生人，這個看起來又跟專業有關，若是他相信你的專業，他一下子就會信任你。那就很矛盾啊，一下子不希望自己是專業的，一下是又希望自己是專業的，這真的要更資深的社工的經驗來去協調這樣的角色。」(We1-13)

「台灣人對於所謂的專業，專業本身都會帶著某種期待去看這個角色，可是我覺得這也會網綁這些工作人員，用自己網綁自己說，就是要很專業。」(Cb-8)

(三) 服務非針對家屬需求而設計

照顧者指出既有心理衛生服務並未針對照顧者需求設計，使得社會工作者並不需要在服務時向照顧者負責，且有時照顧者為了使病患享有更多服務而需要競爭有限資源。

「我一直有個感覺是我們要裝可憐或怎麼樣。有時候碰到這些社工我會有種感觸，到底我要怎麼樣，當家屬跟家庭狀況要差到什麼程度才算是需要被照顧？然後我剛才有想到說，如果一個照顧者他有一定經濟能力或者是說他是一個大人，他可以跟別人討論狀況，那他需要的好像不是資源或資料的提供，他比較需要的是情緒上面、情感方面的」(Ca1-3-4)

「我哪裡過的太好了！我為什麼要在別人面前講我過的不好呢？」(Cb-7)

「在這些人他們職務上早就設計好，那是他們職務上針對社會工作者對服務對象的設計內容，而他們沒有必要對家屬這塊付任何責任，這是因為以前環境使然，或者是因為工作職務上使他們感覺是這樣。」(Ce1-8)

三、組織因素

組織因素的部分，有組織經營氛圍、不同系統期待，以及不同場域屬性等影響因素。

(一) 組織經營氛圍

社會工作者表示機構長官、督導的經營態度是否支持社會工作者，會影響社會工作者心力的投入程度，如對社區關懷訪視員而言，當有社會事件發生時，若長官不由分明地懲處盡

責的社會工作者，將嚴重耗損社會工作者的士氣，而在社區與醫療機構，當部分經營者只希望社會工作者作好文書作業，或機構主管難以溝通、搞小團體，不願承擔復元過程可能的風險，均會使社會工作者感到無力。

「遇到好的長官真的很重要，會拯救訪員的生涯。不然如果連長官都不照顧你，不挺你的話，個案只要有什麼需求，上面就會把訪員推出去，訪員完全做不長久。」(Wb4-18)

「大部分老闆會希望你就把文書做得很漂亮，因為督考可以用，健保可以用，其他的並不是他要關心的，但當然也有關心的老闆啦。」(Wc3-9)

「主管涉入太多的細節，反而會讓第一線的人沒有足夠空間嘗試，我覺得嘗試是重要的，不要怕失敗。不想承擔任何的失敗，那就不會有任何的成功。有時社工跟督導是互相衝突的，內耗會非常非常嚴重。真的督導是什麼樣的人，能不能帶領社工一起有能力，一起覺得被支持的這件事情很重要。」(Wd1-6)

「很多同事都很認真想把東西做好，可是他去否定那些同事的努力是在自討苦吃，你就是花自己的時間把他做好。所以其實這樣會變成說我們科室的動力就會很低落，就是你做的太好就會眼紅。變成說大家在一個危險的平衡上面，不敢太出頭，把該做的事情做好。一個你很難理解他的做法的主管，會讓整個工作的氣氛或動能很明顯地停滯不前。」(We4-10)

(二) 不同系統期待

社會工作者指出，可能會因為治療或復健團隊中的專業競合，或要服務機構或家庭需求的責信衝突限縮服務能量。

「我在這邊做事情會有遇到一些比較覺得自己兩難的地方，社工是社工，心理是心理的，然後 OT 是 OT，所以在精神科領域又好像 OT 是比較大的，比較熱門的，所以後來就覺得好像社工在這裡面被看成有愛心就好，打雜就好，就是處理雜事。可是我覺得每個專業都會有每個專業的擅長，分工很好，但不是用這樣子，好像我們做的是不值得的。」(Wa2-2)

「家屬有時候會希望我們工作者多做一點，組織可能會希望少做一點」(Wa4-14)

「與其說是家屬本身給我的壓力，不如說是專業團隊給我的壓力比較大。應該是說家屬要的跟團隊要的有衝突的時候，我夾在中間會有壓力。有時候很難，尤其是面對到尤其是醫師角

色很權威的時候，幾乎都是他在 order 你就是要限期內請他出去，我覺得這樣是有壓力的，我會想辦法讓他們彼此理解但有時候很難。」(We2-10)

「在病房工作我覺得比較困難的是團隊的工作，就是跟醫生、護士上面的工作，有時候意見會很不一樣，會覺得說好像自己淪為趕人家出院的角色。」(We4-1-2)

「你的重點也不會單純是你跟他的關係啊，你還有來自醫院醫生那邊希望你做什麼事情啊，然後團隊別人可能會有什麼事有些判斷啊」(We7-4)

(三) 不同場域屬性

醫院或社區的不同場域屬性會影響社會工作者如何表現，如在相對封閉、強調治療與時效性的醫院環境，便無法像社區般為重視個體生命發展的開放系統，協作上不易形成貼近的夥伴關係。而一樣是社區機構，有社會工作者表示社區復健中心服務的個案由於多數與照顧者同住，將較於康復之家，社會工作者會更持續、直接面對個案的家庭動力關係。此外，跨機構的工作經驗會影響社會工作者姿態的選擇，如當社會工作者熟悉醫院重視時效性的管理邏輯後，到會所等較高自由度的機構，其工作方法勢必需要有所調整。

「在社區，我們在這裡生活，你的家人在這裡生活，我們也在生活這個區域，我覺得我們這個系統是很開放的系統。可是在醫院的社工，在那個系統，不見得會有那個靈活度跟貼近性啊。每個人生命的困難，社區資源大家聚在一起能夠因為有這些不同的條件、不同的人，能夠時實近時遠的在這些困難裡面有協作的機會，那那個協作的過程裡面彼此就是，就要夠把自己真實的狀態，就是夠坦誠啦，要夠坦誠。」(Wa5-16)

「社區復健中心會比較多，他們學員是住在家裡，然後要跟家屬一起工作，他們是面對這樣的情況，跟我們狀況不一樣。當一起工作的時候，學員往往都是糾結在家庭的動力關係裡面，可是另一個家庭的學員有各自的家庭動力狀況，他們帶著各自的家庭動力背景來到復健中心互相激盪，激盪下來讓他產生新的能力，回去面對他的家屬」(Wc1-7)

「以前在醫院的工作環境會發現，日間或是慢性的會員其實你更容易去忽略他，所謂忽略他是看起來他們比急性的好、穩定、情緒控制好，可是他另外一個淡漠，也可能意味他今天求救訊息都可能發不出來。甚至有的醫生會說你不應該寫他進步的地方，你應該寫他現在不 OK 的地方，因為我們要申請一些經費，那為什麼我不能寫他好的地方，證明這個醫療是有效的不行嗎，就一定要寫他現在不好的地方，這個事蠻吊詭的，所以我覺得確實這些東西會

耗費掉很多心力，所以有些醫護人員可能只好寫一點點他們看到的症狀，但其實寫不出來。你有時候看這個病歷你有可能不知道這個人是誰，因為都太不像了，就是為了寫而寫。有時候一般新進工作人員有時候會覺得他要規範他，因為習慣嘛，醫院院所就是要規範，就是要什麼，就是要行為契約等很多東西。」(Wd3-14)

「醫院，其實被養得觀念就是很要高高在上。我們現在跟老一輩的人要討論一些處理個案的方法，他們不一定看得慣，或是他們覺得你不需要做到這些事情，也有可能。」(We8-14)

四、結構因素

對於影響社會工作者角色的結構因素，可從行政書面作業、案量與勞動條件、社區資源有限，以及跨系統連結不足等四個方向來說明。

(一) 行政書面作業

在行政書面作業方面，社會工作者表示，為了符合健保或督考的服務紀錄等文書要求，需要花費大量時間進行書寫，這會影響到原本服務的深度與廣度。

「如果人家要看的是好的紀錄，那你就知道這個人絕對做的不多，因為他其他時間都在趕紀錄啊。現在覺得是服務紀錄，以紀錄為中心。機構就是要你寫的多，他沒有要你做的多，他沒有要你太認真，但是你的東西一定要出來，因為委員要看。」(Wa2-6)

「我覺得也是寫給委員看，為了健保需要才寫。」(Wc3-2)

「我覺得 paperwork 有他的好處，他的好處是 paperwork 也許是可以讓新進的工作人員或是說新手，剛進入這個專業，助人專業工作領域的人有一個思考的方式，一個形成，就是累積一些字庫，他以後要抽用比較容易，所以我覺得量啦，量多其實就沒辦法。」(Wd3-15)

「有些時候社工會被paperwork趕著跑，能夠給家屬的時間就被切掉了。有些時候不做也許是因為真的沒辦法做，是因為被行政綁住了，或被其他事情綁住了，而miss掉你了。」(We7-13)

(二) 案量、勞動條件

社會工作者與照顧者表示案量大，勞動條件差，會影響工作質量，如有社區關懷訪視員表示，當自殺防治與精神障礙訪案業務合併後，過高的案量與不同的工作方法轉換，使社會

工作者難以負荷。康復之家的工作人員則指出，當機構聘用兼職人力，有限的工作時間會局限社會工作角色的發揮。

「有時候工作量很大，畢竟我們還有自己的家庭要顧，所以如果工作量太大的話，會覺得有些個案能先放著就先放著，不可能每天我都弄到八點才下班。紀錄每天追著你跑，然後服務個案的品質也會下降，時間也會被縮短，本來可能這個人能給他 20 分鐘現在就只有 10 分鐘。就是工作量的部分會有影響。」(Wa1-7)

「精自合併之後，我一開始以為是我沒有能力，後來發現是無能為力。兩邊都沒做好。我以前精障我很貼的個案我覺得都會在這種張力來來回回轉換裡，連我原本很貼的個案都放掉了。自殺單多了之後我個案量會爆，而且我發現原精關在結自關的時候會結很慢，因為我們都用做精的方式去做自殺。非常耗損，有時候做精障也在做危機處理而已。在精關轉到精自合併的那些關懷訪視員身上我都可以看到這樣的東西，我覺得這個東西不只是我，而且我覺得精自合併之後進來的人自己也會說，自殺跟精障真的很不一樣。」(Wb1-12)

「我們台南很單，訪視品質真的很糟，一天就訪 30 個，然後我們一個月可能就出去 3 次到 4 次就 120 案，就訪完了，可是很累。而且你有的個案太倉促訪視會變成你沒辦法設定服務目標，就只是純粹追蹤。台北就真的做很深，你可能一天訪兩三個案就大耗能之類的，我們可能去就是一個小時，有時候更久一點，可能我們在這個案家待了半個小時到一個小時之後我們會要找里長，等於是串這個個案的各方面，所以等於你一個早上就沒了，或兩三個小時就不見，因為你一直在外面跑，所以蠻耗能的。」(Wb4-23)

「我覺得台北市堅持的這個部分，真的是讓我們量是穩定的部分，那真的服務的效果我個人覺得是很明顯的，真的能做個案上。」(Wb5-23)

「在康家我真的施展不開來，因為兼職的身分，一周兩天你做其他事情就已經滿了，會變成跟家屬的工作其實都是負責人在做。」(Wc2-2)

「會覺得社工好像因為個案實在太多了，每個地方沾一點沾一點」(Ca1-6)

「我現在看到你們這些人，薪水真的是太少了。」以我來講有時候要公平一點啦，待遇的問題也是個問題，人常常說的，我領多少錢就是做多少事情，這是很現實的問題。你今天如果說他的薪水比一般人家還豐富的三倍五倍，那當然他會很盡力地去做他想要做的事情。不好意思要求他啦，因為他的薪水只是那樣而已，手上又有 100 多個患者，我一天一個就好了，

根本沒辦法負擔。他的心態上可能有的困難，我是在揣測啦，所以他變成說我就不要做了，我把你問一次就歸檔好了，我就沒有必要繼續去給你追蹤你到底現在」(Cd1-6)

(三) 社區資源有限

當可連結的社區資源有限、人力配置不足時，不論是單位自行吸收，又或是篩選個案，皆限縮社會工作者進一步工作的可能。

「沒有單位可以轉，如果說你根本轉不出去，根本沒有單位可以安置的時候，那其實會碰到的是這群人就是被屏除在外，只能由醫院進行吸收這樣子的人照顧上面的負荷，所以會影響到的是在他們照顧方面非常的不人性。」(Wc4-2)

「老了的話，就變成是慢性醫院，或是精神護理之家。有時候會覺得在這種轉介工作會有點為難的是，因為像康復之家不收 60 歲以上的，那通常 60 歲以上的慢性醫院也不一定收，那就只有住精神護理之家。那精神護理之家我之前有轉介過一個失憶的住精神護理之家，那邊的社工跟我講說，他如果以後有內外科問題的話我們就會把他請出去，到一般的護理之家，但其實一般的護理之家或養老院，他們又不收精神科，所以我就每次問這個問題我會很為難，就是說真的沒有地方去啊，那家屬有問題我該怎麼回答他們？」(We4-1)

(四) 跨系統連結不足

最後，是跨系統連結不足，社會工作者表示既有的工作方式較少落實跨單位、系統的網絡串聯，即便是資源清冊也不一定即時更新，無法達到更完整的服務。

「其實我會覺得我們算是好像都是遇到了，才會自己才會跟他們聯繫、連結，不會有一個共同的平台可以一起互相認識，別的領域他們可能會跟合作的夥伴可能定期會開會。可能我們有遇到個案是家暴，他們要開聯繫會報才會去，變成說很零散的，各自有各自的網絡，各自有各自的連結，這比較可惜，因為你跟網絡也是要建立關係，可是都要從頭來。」(We4-4)

「我自己的工作習慣是會自己做資源手冊跟清單，工作者不能太懶惰，就是你自己要更新隨時做那個康家啊資源手冊清單，我每年都會花一點時間做這件事情。」(We5-6)

表十、影響心理衛生社會工作者與照顧者工作角色與立場之因素

類屬	屬性	面向	Wa 社區復 健中心	Wb 社區關懷 訪視方案	Wc 康復之 家	Wd 社政 單位	We 醫院	Ca 子 女	Cb 手 足	Cd 伴 侶	Ce 父 母
貳、 影響 社工 角色 因素	一、 個人 因素	(一) 工作態度	V(2, 3)	V(4)			V(2, 5, 7)			V(1)	V(4, 5, 6)
		(二) 同理家庭狀況		V(5)		V(1, 2)	V(3, 4, 5, 7, 8)				
		(三) 家屬配合度	V(1)	V(1, 2, 4, 5)		V(2)	V(1, 5, 6, 7, 8, 9)	V(3)			V(4)
		(四) 事情急迫性		V(1)			V(6, 7)				
	二、 專業 教育	(一) 理論實務結合	V(4)	V(1, 5)	V(2)		V(1, 4, 6, 9)				V(2)
		(二) 專業社會期待	V(2, 4, 5)	V(3, 4)	V(2)	V(1, 3)	V(1, 8)		V		
		(三) 服務非針對家屬需求而設計						V(1)	V	V(2)	V(1, 4)
	三、 組織 因素	(一) 組織經營氛圍		V(4)	V(2, 3)	V(1)	V(4, 8)				
		(二) 不同系統期待	V(2)		V(3)		V(2, 4, 5, 7, 8)				
		(三) 工作場域屬性	V(5)	V(4)	V(1, 2, 4)	V(3)	V(5, 8)	V(1)	V		V(2, 4)
	四、 結構 因素	(一) 行政書面作業	V(2, 3)	V(5)	V(3)	V(1, 3)	V(3, 5, 7, 8)	V(1)			V(1, 2)
		(二) 案量、勞動條件	V(1)	V(1, 4, 5)	V(2, 4)		V(2, 3, 5)	V(1)			V(1, 2)
		(三) 社區資源有限			V(3, 4)		V(4)	V(3)		V(1)	V(1)
		(四) 跨系統連結不足					V(4, 5)				

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者（Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7）以及26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

第三節 照顧者與心理衛生社會工作者之間的關係與相互角色調整

上述兩節闡述對照顧者與社會工作者各自的角色期待與影響因素，本節將說明照顧者與社會工作者之間的工作關係內涵，以及當期待不符時照顧者與社會工作者會如何調整（概念統整表見表十一、十二）。

壹、照顧者與社會工作者之間的關係

照顧者與社會工作者之間的關係，有夥伴關係、工作關係與彈性關係等三種種類。

一、夥伴關係

夥伴關係的部分，照顧者與社會工作者在復健工作的推動上能夠互相協助，有時社會工作者支持陪伴的過程中能有相互滋養、相互影響的主體經驗，而且社會工作者在關係中強調真誠，與不斷自我覺察與核對彼此的工作目標與責任分擔，讓關係不會單方面傾斜，甚至照顧者與社會工作者之間的關係彷彿親友般親近、位置平等。

（一）相互滋養協助

「我覺得家屬跟我，我會把家屬當成一個協同的關係。家屬常常幫我很多的忙。我會說是協同是因為，這是一個互相影響的過程。」(Wb1-10)

「我覺得跟某些照顧者會演變成互相支持的關係耶，照顧者分享他的照顧經驗，可能很感動我給我能量，當我把這些東西回饋回去，那他可能同時也獲得一些東西，我還蠻喜歡這種有點像是彼此支持的關係。」(Wb3-8)

「我覺得被滋養的經驗主要是優勢觀點團體，我在當 coleader 的時候，家屬可以有些整理他的經驗或他的反思，或是他的智慧分享出來，在一些優勢觀點的作業或是指導語的引導下他可以講出來，你也會收穫很多，在中間也會感動。我也曾經在優點團體裡面聽到哭，我覺得那種狀態真的大家是平等的，完全都是站在一起的感覺，也會有家屬回應說感謝你的眼淚啊什麼的，我是真的有跟他們站在一起的。」(We3-15)

「跟家屬真的很多情感都很好，我覺得跟他們之間都很像夥伴，或是生命中一起努力的人。有時候會放下社工師跟治療師的角色，我想為你們打氣，陪你們走過這段歷程。」(We8-14)

(二) 責任妥善分擔

「彼此都能在自己承擔的責任跟承諾，然後我們可以一起前進的狀態下那個是最完美的、最好的，不一定是完美啦，最能夠一起呼吸的狀態吧。輕鬆自在吧。真誠，盡可能地達到共識嗎，我覺得彼此承諾啦，達到共識不見得比較好，就是彼此有承諾在，有形無形的是，然後如果好一點可以跟家屬一起呼吸前進吧。」(Wa3-10)

「那個動態過程能夠一直協作，我覺得有一種很高的自覺是不把自己的恐懼跟擔憂壓迫，成為壓迫別人的壓迫。那個進步我們都會彼此核對說那個進步是多細微。我覺得能夠跟家屬能有這個關係講這個話是因為我已經近乎類家人的這個角色，你做的我其實也在跟他一起生活的這個過程中我也在扛啦，就是當扛完之後我覺得我講的這些東西我就有那個基礎，當你做為一個家屬，你其實這些是有問題的時候，我就會直指出來了。」(Wa5-16)

「如果可以每個人可以自己去想可以付什麼責任，會比較有助於理解。因為怪別人都很容易啊，我也可以怪家屬，家屬也可以怪我，都想要改變別人，因為那是最容易的，但是其實還是可以有自己可以去改變的地方，自己有責任，家屬也有責任，他絕對不是單方面只是因為我在工作中，我就要付絕對的責任。」(We7-13)

「有像夥伴的關係，就是我比較多是引導他們，我覺得我可以當一個引導的角色，然後去引導一些小方向。」(We8-14)

(三) 親近位置平等

「志工媽媽年紀有點大，會把我們當成自己的小孩，當時我要結婚的時候還會跟我說你要結婚了婚宴要注意些什麼東西，會分享。我覺得會超過只是工作人員或專業人員的關係，會有點像是親人，長輩對你的關懷，像隔壁阿姨一樣關懷的感覺。」(Wa1-3)

「我覺得那個互為主體就是，就是他們不再是一個工作者跟家屬的關係，還是有啦，但好像那一刻他們原本是在講不同的一件事情，後來突然之間講同一件事情」(Wb1-10)

「比較願意跟我說，然後感覺也沒有這麼防衛了家屬，也許剛開始我沒有看出他的防衛，前面那年發現他的防衛是用這樣的方式擋著你的，後來是慢慢發現就是彼此用蠻真實的樣子在，我作為我個人，然後家屬也作為他的個人，他自己的樣子，在互動。」(Wb3-4)

「社關給我的感覺比較像朋友，比較願意跟我多討論事情，之後的相處就會比較多事情想要跟他一起討論。」(Ca1-8)

「大家都很有認識啦，就像在家裡面一樣，兄弟姐妹。」(Ce5-10)

二、工作關係

亦有社會工作者與照顧者強調專業界線的拿捏，認為照顧者與社會工作者應彼此尊重，社會工作者的公私生活應分明，照顧者不應對社會工作者投射情感而過度依賴，要有自己的主體性。社會工作者指出提供服務的本身並不需要立基於對受助對象的愛，宜理性地協助個案建立生活的結構，針對社會工作目標提供專業建議，並認為社會工作者應持有平等相待、就事論事的工作態度，但這並不代表需要因服務—受助關係中有位階不平等的本質而在外在形式上企圖貼近，甚至批判專業。

(一) 公私界線分明

「也有看過很多社工的行事風格就是比較官方、規章，條件就是條件，這就是界線不能，底線不能被踩到，不然就不行工作。」(We1-13)

「我給電話也不會每個都給啊，我也是會說我要跟你關係夠我才會給你電話，而且我都會講很清楚，就是會希望你不要在沒事的時候打給我，這個還是很重要，因為就是彼此尊重嘛，比你只是強調開放還要來的重要。」(We7-6)

「我坦白講，工作人員也不必備對當事人服務而言取得感情。幾乎我會告訴這些家屬說，你們對工作人員不要投射情感，你也不要對醫護人員跟醫生投射太多情感，為什麼？他應該做的。但是如果建立友誼是可能的，是照顧是情感嘛，那你要慢慢去建立啊，不要用這一個出發點去」(Ce1-10)

(二) 理性任務中心

「我比較健康的看待我真心是提供服務，我不是愛這個人，我不是要替他做點什麼的人。」

「也許這是家屬的需求，但是我覺得這不會是住民的需求。住民最大的需求，也許他沒有想要被當家人，他是想要社交生活、交朋友，那個才是復健的真義。這很有趣，復健不是要製造另一個家人給他，復健是要幫他有社交、有朋友。」(Wc2-6)

「我是期待一個比較專業的角色，然後可以給他一點專業建議，可是同時也不會很冰冷，我會跟他討論我接下來要做些什麼，就是會比較理性，在家屬面前就是要提供資源，討論一些處遇計畫，那計畫我覺得必須要調整，我也可以再調整，不會一個處遇計畫就是這樣硬梆梆地到終點，就是彈性很大。」(Wd1-12-13)

「專業關係，就是工作上，因為工作服務你們家，也是短期的關係。」(We3-12)

「我覺得位階其實是看每個人自己對於所處環境投射出來的心態跟心境。當我覺得說是平等的時候，我覺得那也是要看說醫療人員他自己本身用什麼樣的心態去跟病人家屬做互動，所以我覺得那是每一個人所投射出來的心態，所創造出來的就是不一樣的氛圍跟狀態。因為我覺得這是我有的專業，當然我勢必要提供我的專業，不然你今天來我們醫療要幹嘛？但是我不會因為說你覺得我有太過於權威，所以我把白袍脫掉，不會，我覺得那個不是所謂的外在，而是我覺得是怎麼樣去透過你的態度所散發出來的互動經驗。」(We9-11)

三、彈性關係

社會工作者認為照顧者與社會工作者的關係是彈性的，社會工作者的角色姿態取決於照顧者的需求以及其樣態，因為社會工作者在照顧者、病患的三角關係中，應為中介者，要逐漸連結兩端，讓照顧跟家庭關係回到照顧者與病患之間的平衡關係，即便不需要社會工作者的介入，也能在社區享有適宜的生活品質。

「我們怎麼樣把這個照顧跟家庭關係，回到家屬跟他之間的關係身上，而不是裡面還要有一個中介者。我們比較像是，假設有三個點，剛開始是卡住家屬跟住民中間，變成是一個代言人，我們去左右連結他們，之後一個理想的關係應該是我們都是三角形中的一個點，就等於說整體已經形成一個結構了，不會因為中間把我們這個機構拿走後，家屬跟住民之間就沒有東西連結的，這樣才能夠去形成家屬跟住民之間的那條線。」(Wc4-5)

「我覺得關係是彈性的，那是說他需要什麼我就會變成那樣的角色，但是如果以我個人特質來講，我可能站在一個指導、給方向的人會容易很多，但是那不代表說我期待跟他們的關係這樣，我還是回到看他們需要什麼。假如今天有的家屬社經地位很低，真的連找資源能力都沒有，那我當然指導的角色會多一點」(We2-9)

「我比較會看他的狀況去做因應，就是會依照他個別的狀況，可能他是過度期待，我覺得就會比較多傾聽了解。那如果比較不願意出院的，就會比較用強勢的態度去跟家屬說要怎麼樣，因為我有試去比較溫和同理的，比較沒有用，就變成是說你會被看成是說弱者，他們可能會攻擊你，想要合作，用比較同理的他就會抗拒，就會攻擊你。就變成你要變成有個權威的樣子。就變成你要調整自己的態度去講。」(We4-13)

「會因著他當下的狀況而轉變我的角色吧。他們雖然是家屬的身分，但對社工來說他們都是需要我們服務的案主啊，不會只是單純的家屬。」(We7-12)

表十一、精神病患照顧者與心理衛生社會工作者之間的關係

類屬	屬性	面向	Wa 社區復健 中心	Wb 社區關 懷訪視 方案	Wc 康復 之家	Wd 社政 單位	We 醫院	Ca 子女	Cb 手足	Cd 伴侶	Ce 父母
壹、 專業 關係	一、 夥伴 關係	(一) 相互滋養協助	V(1)	V(1, 3)			V(3, 8)	V(3)			
		(二) 責任妥善分擔	V(3, 4, 5)		V(3)		V(7, 8)				
		(三) 親近位置平等	V(1, 3)	V(1, 3)			V(1)	V(1)			V(5, 6, 7)
	二、 工作 關係	(一) 公私界線分明		V(4)			V(1, 5, 7)				V(1)
		(二) 理性任務中心	V(1)		V(2)	V(1)	V(3, 9)	V(1)			
	三、彈性關係				V(4)		V(2, 4, 7)				

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者（Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7）以及26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

貳、對彼此角色期待的調整方法

一、照顧者對社會工作者的期待調整方式

當照顧者與社會工作者相處時面臨角色期待落差時，會有三種調整期待的方式，第一種是接受現況，照顧者雖對社會工作者的表現感到失望，但僅是被動地期待未來能遭遇更有協助能力的社會工作者，對此挫折以做家事、藝術或宗教等方式設法自我照顧。第二種照顧者會轉念，以自己經驗揣測社會工作者之所以不符合期待的原因，設法同理社會工作者的難處而非選擇批判。最後一種照顧者則選擇自立自強，會自行尋找其他管道求助。

(一) 接受現況

「不符合我的期待，會比較冷漠一點吧，乾脆不理。」(Ca1-8)

「這麼多年來，就像我剛才說的氣死沒雙條命。就是點點滴滴啦。所以你說怎麼樣讓自己解決，讓自己紓壓，總歸一句就是你就認了，就是佛家說的遇到事情，遇到困難你就面對它，放下它，然後去解決它，你碰到就是要自己親自去體會啦。」(Cd1-10-11)

「就是算了，運氣壞，希望下次不要再碰到他。我是一個很nice的，不會去為難人家，因為每個人的形式風格不一樣。」(Ce2-10)

「無奈，真的很無奈，調解壓力來講，盡量把時間，大部分時間其實在努力照顧自己。遇到壓力的時候我會冷靜一下，我家有一個佛祖啊對著祂唱題，然後把心裡的委屈懺悔，然後甚至唱題有時候會掉眼淚啊什麼的。不然就是出去買菜、買東西啊，去書店晃一晃，或去讀書館晃一晃，又是一尾活龍！或是地下街那邊圖書逛一逛。」(Ce7-11)

(二) 調整期待

「你們第一次碰到這家屬的時候你也會覺得不知道怎麼樣去協助才可以幫助他，比較沒有經驗的社工會這樣子。無頭蒼蠅，他們會覺得情緒，都沒辦法講到重點，有時候一直繞繞繞還是沒有講到重點，我也有碰到。」(Ce2-11)

(三) 自立自強

「我自己再去找其他人。像我媽媽之前有次在家的時候他連自己煮三餐都不會，我也沒辦法自己準備，所以我找了一個民間的組織。」(Ca1-8)

二、社會工作者對照顧者的期待調整方式

當社會工作者與照顧者工作時遭遇角色期待落差時，會有接納現況、調整期待與擇善固執等三種期待調整方式。

(一) 接納現況

第一種社會工作者會接納現況，相信改變的可能，而選擇等待適當介入時機，並設法增加對照顧者的認識，重新去理解照顧者之所以未能配合服務背後可能的原因，不斷調整工作策略。

1. 等待時機

「怎麼調整我的期待嗎，以我來說我脾氣不太好，我就是會想掐死他們，死家屬為什麼你們不能配合一點，可惡。可是就會知道他們真的，我覺得是自己內心是會知道說沒有人想要他們不好，就是他們每一個人送來這邊他都一定會希望他們不要比現在更糟，或也許可以比現在多前進一點，只是我覺得可能都在等待一個時機點去觸發那個可能性。因為我覺得也許個案準備好了，那家屬還沒準備好，那就是因緣還沒具足。」(Wa3-5)

「他遇到困難就會來找我。不用先給自己先去設想。東西一直在變，不用強求。」(Wc3-11)

2. 增加認識

「剛開始進入的時候會覺得天啊我怎麼會這樣，可是後來我就會覺得說心情放在這方面沒有用，因為你放太多對整個工作狀況沒有幫助，那我就會去想說為什麼家屬會這樣想。反正我大概是改方法，可是不會把這些挫折太放在心上，不會太干擾到我。」(Wd1-16)

「如果是遇到這種比較麻煩的話，我會試著去理解啦，我覺得我現在還是可以去理解家屬他們的立場，跟為什麼家屬會這樣，大部分可以這樣，因為我覺得這是一個過程吧，還沒接受或是他們覺得煩死了就是醫生之前也沒有幫他們調藥，所以他們情緒很多啊，或是可能護理師之間有一些狀況就把氣出在我們身上，我覺得其實都還算可以理解啦。」(We6-7)

(二) 調整期待

第二種社會工作者會調整期待，有的社會工作者會下修期待標準，有的社會工作者則為重新省思，不再堅持工作成果一定要如預期發展，設定工作深度之停損點，避免單方面要求照顧者有特定表現，亦有社會工作者在評估風險後選擇肯定個人選擇，但若照顧者的作為會傷害病患的利益，則會積極介入，以免照顧者的不當干預影響到病患的成長。

1. 放低期待標準

「知道他們病況很穩定，好像可以比較稍微接受，他們至少來到這裡還是有幫助，對社區還是有幫助，對家屬來說一定也是有減輕的部分，至少他們是可以穩定的。」(Wa1-8)

「大絕招就是，我就覺得說好啦他照顧他也很累了，而且他生病也不是他願意的，他其實也是這個疾病的受害者，所以長期以來他也被壓抑這麼久，那今天是剛好我來他有一些出口，某種程度來說我也是提供服務，所以也不要覺得非得要這樣不可。」(Wb5-23)

「我自己有時候是很不耐煩的，我很討厭家屬跳針，就是問他這個問題，他一直跟我講 B，我問了 A 這個問題 3 次，他還是一直跟我講 B，我就會放棄。或是我會嘗試進入他的語言跟他講，但如果他講不出來我就會放棄，我很耐煩對這個。那調整的話，我覺得他就是沒辦法回答你的問題，他的敏感度或他的覺察，就是聽不懂嘛，那你幹嘛勉強他一定要達到你要的答案呢？所以我就想說算了，我就彈性很大，跳開就好了。」(We5-12)

2. 調整工作界限

「後來調適的部分是，我心裡會和自己說我已經做到我該做的事情，那他的要求已經超出我覺得應該做的工作範圍。」(Wa1-9)

「坦誠告訴他我們現在的作法，其實我們工作要件，法理情，面對個案的時候，當個案很想做的時候就是情理法，我們基於情我們能做多少，超過也沒關係，最後才是不要踰越啦。可是你在執行陳情案或什麼事情的時候要從法規來看，告訴個案你因為違反什麼我們不得已必須要怎麼樣一起來處理某些事情。把我們有可能可以做的，不違反法規的部分然後就是基於情面的部分我們可以多做些什麼跟他說。但是不能做的東西就要讓他知道這個我們真的有經驗是違反法規，長官講過我們這部分被要求的沒有辦法，真的好抱歉，這個不在我們的服務範圍裏面，很坦白地告訴他。當你覺得這個東西是有些疑慮沒辦法過去的，你就讓他走在法規的線上，那你想多做一點，你就讓他走到情感的線上。」(Wb5-28)

「有時候我覺得做的太過於積極也會讓人家覺得好像我們是要求他們一定要務必配合我們醫院的計畫，那時候其實家屬就投訴我，那時候我會覺得蠻挫敗的。可是從另外一個角度想，或許他覺得目前現階段他只要想要的是這個。」(We9-10)

3. 肯定個人選擇

「有時候碰到照顧者很番的時候，我們有時會反而會很氣餒。可是我們漸漸會釐清楚，生命某個都有錯綜複雜長成的樣子，那個樣子只要理解就好，就接受就好了。然後他可能不理解我們盡量讓他理解，或可能家屬關注的面向可能不同，我們盡量去滿足他關注的面向，可是以保護我們服務的對象為主，假設服務對象不受影響的狀況下，我們把他當作付錢的人，永遠都是對的，就不跟他去講道理、計較，就是給他同理、支持他的狀況，去面對，我們不必特別去語言上指導或幹嘛。」(Wc1-10)

「如果他們的期待跟我的不一樣的時候，以前我可能會蠻在意的，現在我好像還好，因為我現在會覺得說就好像是你對自己的責任，或是說這是你自己的人生，你有這樣的選擇的話我會尊重你，那如果你願意跟我一起討論的話我們再來談這件事情我會怎麼想或怎麼的，才會去特別地說。然後如果期待不一樣的話，基本上只要不會危及到他的疾病，或是他的用藥那些的話，其實我不會那麼地覺得我要去改變他，那服藥啊、對就醫的態度那些我會比較強硬，我會堅定地告訴他們他有病要醫，就還是必須要送他來。每個人有自己的人生責任，所以我已經不會把那些責任納在自己身上。」(We8-20)

「不管是哪一種類型的家屬，你站在他的位置上面你就能夠去理解他的狀態，早期好像就會對家屬覺得我花了這麼多的心力，你為什麼不配合我，我會有比較多的情緒，讓家屬也會感到說一些壓力。事後我覺得我其實我已經做了我能夠做的，那家屬有他們自己對於他所屬環境的考量，做了最後的決定，我再三確認了，也再一次去重申一些的可能跟危險性，他還是如此堅持他的想法，那我也只能祝福他。我覺得做我能夠做的，不會說我的工作有覺得有對不起家屬或病人。」(We9-9)

(三) 擇善固執

最後一種社會工作者會擇善固執，基於對社區復健理念的相信與實務累積的實踐智慧，持續設法說服照顧者配合服務。

「我就會一直想說服他，想盡各種方式說服，會跟她說我想到的辦法，我覺得爸爸需要人幫他排藥，你可不可以一起來幫這個忙？用這種方式跟她說」(Wb1-14)

「我會希望說能夠有朝一日可以改變他，我還是做我該做的事。我覺得社工有時候在賭，可是我們常會賭贏，我們執行常發現我們的直覺是正確的。」(Wc2-8)

「我還是不斷地跟媽媽講同樣的事情，不斷地提醒這件事情就很重要。」(Wd1-9)

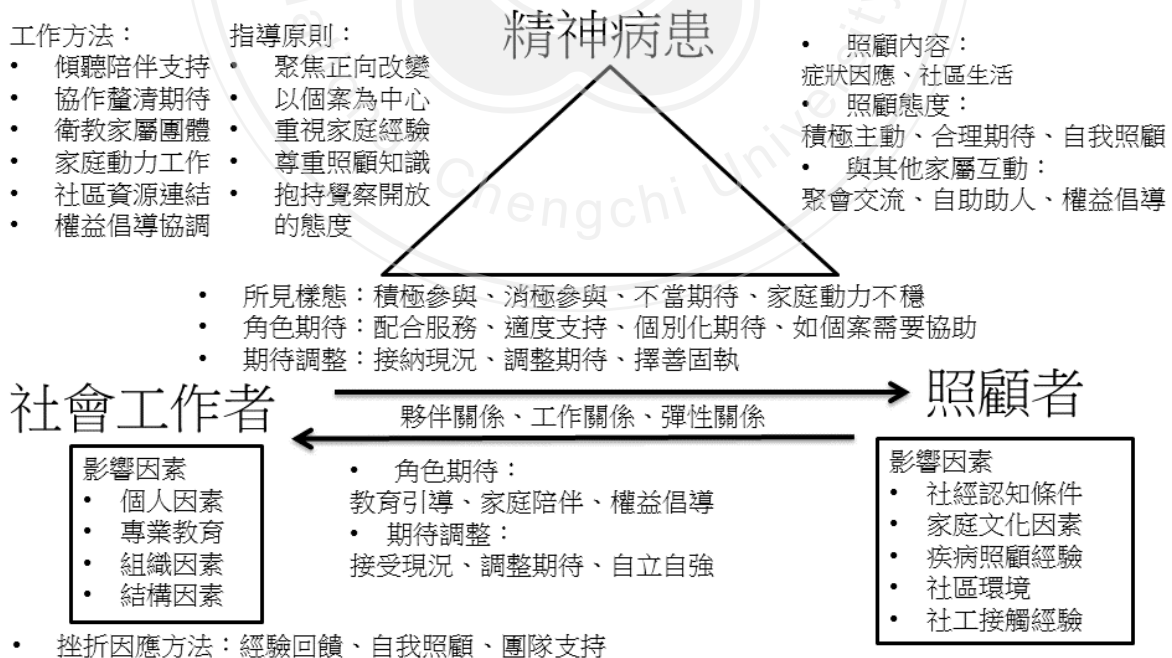
表十二、照顧者與社會工作者對彼此期待的調整方式

類屬	次類屬	屬性	面向	Wa 社 區 復 健 中 心	Wb 社 區 關 懷 訪 視 方 案	Wc 康 復 之 家	Wd 社 政 單 位	We 醫 院	Ca 子 女	Cb 手 足	Cd 伴 侶	Ce 父 母	
貳、 期待 調整 方式	一、對工 作者期待 調整	(一) 接受現況							V(1)		V(1, 2)	V(2, 3, 4, 7)	
		(二) 調整期待										V(2)	
		(三) 自立自強							V(1, 2)				
	二、對照 顧者期待 調整	(一) 接納現況	1. 等待時機	V(3)		V(3)	V(1)						
			2. 增加認識	V(4)	V(1)		V(1)	V(6)					
		(二) 調整期待	1. 放低期待標準	V(1)	V(5)			V(1, 5, 6, 7)					
			2. 調整工作界限	V(1)	V(5)			V(6, 9)					
			3. 肯定個人選擇			V(1)		V(8, 9)					

	(三) 擇善固執	V(1)	V(2)	V(1)					
--	----------	------	------	------	--	--	--	--	--

註：概念統整表揭示本研究各受訪照顧者與社會工作者之訪談內容是否有提及特定概念，表中打勾處後括號內數字表示有提到此概念的受訪者編號，上表包含13位精神病患照顧者（Ca1-3、Cb、Cd1-2、Ce1-7）以及26位心理衛生社會工作者（Wa1-5、Wb1-5、Wc1-4、Wd1-3、We1-9）。

綜合研究分析之結果，研究者將本研究概念架構圖繪製如圖一所示。文獻指出照顧者、專業人員、服務使用者之三角關係在復元中扮演關鍵角色（Fox, Ramon, and Morant, 2015），本研究聚焦於照顧者與社會工作者之間的相互角色期待，社會工作者與病患之間的關係並非本研究重點。概念圖可分為兩個部分，三角形左右兩側是照顧者與社會工作者的角色內涵以及影響因素的說明，右上方為照顧者的照顧內容、照顧態度，以及家屬互動與自助行為，右下方為影響照顧者角色表現的因素，左上方為社會工作者與照顧者工作的工作方法與指導原則，左下方為影響社會工作者角色表現的因素，另有社會工作者工作時遭遇挫折時的因應方法。概念圖中央描述社會工作者與照顧者之間的相互角色期待，箭頭中間揭示照顧者與社會工作者之間的三種關係種類，從社會工作者往照顧者的向右箭頭表示社會工作者所見的照顧者樣態、對照顧者的角色期待，以及當期待有所落差時會如何調整，而從照顧者往社會工作者的向左箭頭表示照顧者對社會工作者的角色期待、期待落差時的調整方法。



圖一、心理衛生社會工作者與照顧者相互角色期待內涵與影響因素

第五章 結論與建議

在最後一章，研究者根據前四章之內涵，結合既有文獻，提出整體討論、結論與限制，並對於社會工作者與精神病患照顧者工作之實務策略、未來研究之方向提出具體建議。

第一節 研究結論

本研究運用質性研究深度訪談法，對三十九位受訪者（二十六位心理衛生社會工作者、十三位精神病患照顧者）進行半結構式訪談，本節將闡述心理衛生社會工作者與精神病患照顧者工作之中相互期待的角色內涵、影響角色期待之因素或歷程，以及相互期待之認知、行動如何修正與調整，並對社會工作者與照顧者工作應有之角色與工作模式提出建議與策略，期冀本研究有助於減少照顧者可能產生的失望，甚至進而奠定一個基於夥伴關係的服務方式。

壹、對精神病患照顧者的角色期待與影響因素

一、對精神病患照顧者的角色期待

整體而言，照顧者的照顧目標在於使病患得到適切醫療服務，能在社區獨立生活。本研究受訪照顧者除了與社會工作者的接觸外，多有家屬團體參與經驗，和既有文獻提及照顧者能於家屬團體中彼此支持，學習照顧知能與尋找適合的相處方式，進而自助助人（郭芬如，2013；簡嘉惠，2013）相仿，他們獲益於家屬教育課程與照顧者間的相互扶持，關注的焦點不僅止於親屬的照顧，資深照顧者們一一踏出家門擔任講師，或組織家屬團體一同倡議。在症狀因應上，照顧者們會定期陪同就醫，隨時應變症狀復發與危機事件，他們並藉由主動參與家屬團體、詢問社會工作者等方式逐漸養成精神疾病照顧相關知能，並在與社會工作者互動過程中學習適切的表達。除了疾病護理，照顧者更是期望病患能恢復社會功能，他們向社區復健機構尋求協助，陪伴病患學習自我照顧以及規劃生涯發展；在照顧過程中，照顧者們也意識到與罹病的家人建立起適當的責任界限，在必要的幫助、努力取得控制，以及培養獨立性等問題之間取得一個正確的平衡點的必要，他們不斷練習如何適度支持，避免過度介入，同時以運動、信仰等各種方式自我照顧，維持生活品質與照顧之間的平衡。

從社會工作者對照顧者的描述中，可以整理出有積極參與、消極參與、不當期待與家庭動力不穩等四種樣態，這與既有文獻整理的支持性照顧提供者、非支持性的煽動者、痛苦者、不知情者等四種多有類同（Riebschleger, 2001），社會工作者大多表示願意配合服務的照顧者實為少數，這也可能是因為照顧較妥善、症狀較輕微的病患較無須使用醫療與社區復健

資源，或是社會工作者在訪談時對於負面經驗的記憶較為深刻之故。社會工作者期待照顧者能主動配合服務，能對醫療與社區復健相關照顧知能有所認識，在生活中督促用藥與協助復健參與，並對服務有適當期待，與社會工作者能相互尊重地合作；社會工作者亦認為照顧者對病患應提供適度支持，在維持具有接納性的家庭環境之虞，更要認識到病患最終需有社區獨立自主的能力，照顧者並非社區中的醫療或復健工作人員，毋須將病患的生活完全加諸於自己身上，應學習善用社區資源，將自己先照顧好。但部分強調優勢觀點或將照顧者視為合作夥伴的社會工作者較不聚焦於家庭缺點或將照顧者二分，認為對照顧者不應有特定的角色期待，他們有的是從照顧者需求解決的角度出發，或認為照顧者可能是隱形個案，需要協助，有的則是認為家庭是具個別性的，試圖尊重不同的照顧者樣態，保有傾聽的彈性。

二、影響照顧者角色因素

本研究發現有社經認知條件、家庭文化因素、疾病照顧經驗、社區環境，以及社工接觸經驗等五種照顧者角色影響因素。

（一）社經認知條件

社經認知條件有經濟條件、教育背景與術語使用等三面向影響因素。當照顧者經濟困窘，或其背景較為弱勢時，生計奔波與照顧之間的心力如何平衡影響照顧者對病患的支持度。較高教育水準的照顧者可能對精神醫療的理解較深入，較有病識感，也較能主動查詢相關資源，提供適當的照顧，但社會工作者亦表示部分高社經背景的照顧者並不信任社工專業。此外，有時照顧者與社會工作者之間會有對精神症狀是採用醫療或是俗民視角的認知差異，社會工作者常用的術語對照顧者也可能過於文言與非直觀，如 Weimand 等人（2011）指出，照顧者有時會感到其生活語言受專業語言排除、不被信任的無力感。

（二）家庭文化因素

照顧者於家庭所佔的位置、家庭衝突與社會汙名等三項家庭文化因素影響照顧者的角色表現。台灣文化是屬於一種集體性、相互依賴的家庭文化，當家中有身體孱弱的家人時，健康的家人多被賦予和期待承擔起照顧的義務和責任（吳慧菁、林萬億、張莉馨、唐宜楨，2012），且照顧工作常被視為女性的責任與義務，母親、長女、未出嫁的女兒、媳婦等（陳玉婷，2015），使得精障者的照顧者多為父母、配偶，照顧者是健康手足的人數與比例占少數，又因精障者單身比例高，以父母為主體的照顧經驗較多（郭芬如，2013）。本研究發現，當主要照顧者為母親時，有時會出於子女生病的虧欠感而過度補償，較不易適度放手讓子女

學習獨立生活，而浮現雙重老化困境，亦可能出於不影響其他子女的考量而將照顧責任一肩扛下，使其他健康手足等親屬對照顧議題較不熟悉，和既有文獻所云，父母照顧者與病患為較為黏密、感性與雙向互惠的情緒互動，父母照顧者與病患緊密相依使家庭生命發展週期停滯，也看見照顧者與被照顧者雙重老化現象的描述相符（陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之，2015）。當健康手足在父母老化而逐漸接手照顧時，有時手足照顧者的照顧動力來自其父母的期望，由於手足可能也已中老年，或有自己的家庭，多會提供適度支持，然相對於父母可能將照顧視為天職，健康手足對到底要支持到什麼程度時有困惑，有人可能會不離不棄，也有人不負責。而若是配偶照顧者，特別是女性，則可能因媳婦在家族的位置與話語權有無，影響其照顧決策之自主權。對於子女等晚輩照顧者，其生命狀態處於眾多期待壓力之下，除了照顧長輩外，可能有婚姻、有小孩需要照顧，其態度有較多問題解決成分，然由於是晚輩，相對於父母與手足，可能在推動復健事宜上較不易取得長輩配合。

對於上述家庭位置差異可能導致的照顧樣態不同，若從關係界線強度來分析，如陳玉婷（2015）認為關係界限較弱的照顧者會義無反顧投入照顧，使照顧成為生活的重心，情緒容易因被照顧者狀況而起伏，若同時面對其他家庭成員的照顧需求，往往忽略照顧自己，使照顧負荷增加；關係界限較強的照顧者則秉持該送醫就送醫原則，較能切割與病患之間的情感糾葛，當病患抗拒就醫時，也能夠堅持自己的立場。可見普遍來說父母、配偶照顧者的關係界線較弱，而手足、子女的關係界線較強。不過本研究亦發現手足照顧者的樣態並未能完全支持既有文獻所認為的手足照顧者以較多理性與客觀思維思考照顧議題，傾向單向的付出（陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之，2015）的描述，健康手足的照顧樣態與其家族凝聚狀況有關，當照顧者與病患本身有較多衝突，或家庭系統較為紊亂、訊息流動較不通暢時，可能使照顧關係較為疏離，增加照顧負擔，這符合既有文獻的描述，照顧者對照顧的信念會影響其行為表現與負荷強度，其將照顧視為「本分和義務」或「認命」，和照顧者與被照顧者間的關係緊密程度有關（龔千逢，2011）。龔千逢在其論文中指出，除了父母照顧者多將照顧視為天職外，一樣是晚輩照顧者，關係緊密者可能會認為照顧年邁重病父母是身為兒女的基本責任，而願意無條件付出，而關係緊繃或疏離者的照顧，則可能迫於無奈或其他不願意之因素，而將照顧視為認命的負荷。

照顧者可能因為家醜不可外揚等想法延宕求助或減少社交生活，這和既有文獻相符，當社會對精神病患的刻板印象、歧視或烙印較高的時候，照顧者連帶承擔外界對精神疾病汙名態度的影響，可能會選擇逃離環境，而使社會支持和資源介入相對減少，更容易讓照顧者甚

至整個家庭蒙受被隔離的負面感受，進而加深照顧者本身無法與社會保持友善的互動和交流，帶給照顧者極大心理負荷與壓力（黃鳳嬌，2008；龔千逢，2011）。但汙名的影響是可以克服的，當照顧者能主動接近資源與倡導應有權利時，照顧者與社會的連結可能恢復甚至增強，本研究便有照顧者指出，「反汙名，還是要從家屬自己的認知開始，如果我們能勇敢地站出來，這就是我們沒有汙名自己的表現。如果你自己認為這個疾病沒什麼大不了，那你就應該勇敢地站出來去幫他講話。」(Ca3-6)，足見去汙名工作的重要性。

（三）疾病照顧經驗

病患的疾病狀況、疾病歷程會影響照顧者面臨的照顧議題內涵，如初發病病患的照顧者可能較為焦急，對精神醫療與社區復健系統認識不深，而隨照顧時間拉長，照顧經驗累積後，照顧者會較有病識感，對病患期待隨病患功能狀況調整，所需處理議題可能轉為病況穩定、自我照顧以及復健安排等，照顧者對病患發病前後期待落差如何因應，也會影響其照顧判斷。上述發現與既有文獻相仿，隨著病況的變化，照顧者與被照顧者間關係有希望與學習、修正期望、評估責任、保有自我等四個重疊、交錯、多重變化的關係面向，照顧者雖期望醫療可以解決疾病議題，但大部分被照顧者的疾病並不會消失，照顧者逐漸接受這個事實，並持續評估患者有多少能力可以解決自己的問題，以及照顧者應該，且能承擔多少責任（Karp著、林秋芬等譯，2010）。而當病患長期於醫院或復健機構接受服務，但功能未明顯進步，照顧者對此習以為常之際，有可能有慢性化之虞，在相對隔離的機構環境中部份照顧者與病患的關係逐漸疏遠，未能提供適切的支持，而不利病患順利在社區獨自自主生活。

（四）社區環境

社區環境有社區資源多寡與地區接納程度差異等兩方面影響因素，照顧者表示社區資源有限，所在區域社區資源匱乏、可及性不足，使面對症狀復發等危機狀況時除了住院醫療外，並無其他可供使用的選擇，即便照顧者有協助復健意願，但未能順利滿足其照顧需求，更有照顧者提及過往就醫過程所接受的社區衛教宣廣、服務轉介並未落實，不易在最需要時知悉對應的相關資源。既有文獻指出，當社區資源不足，照顧者在經濟及照顧雙重壓力減輕的誘因下，會將慢性精神病患者再次送回到醫療機構，或再隨著各個醫療院所治療時間限制，而不停在精神醫療院所中就診醫療（洪千惠，2006），很多照顧者未見過醫生、護士以外的醫療專業人員（鄭舒文，2006）。社會工作者並指出不同地區的社區特性不同，對精神病患接納程度不同，接觸的照顧者亦有不同樣態，如在北部等較為都市化地區，社區關懷訪視員要

與照顧者建立關係較為困難，而一樣是在北部，不同行政區因發展過程的社經條件或與精障者的接觸程度不同，對精障者較為接納的行政區較易開展工作，此發現在以往文獻並未提及。

（五）與社會工作者接觸經驗

照顧者與社會工作者以往經驗會影響照顧者日後如何與社會工作者發展合作關係。既有文獻指出，當照顧壓力遽增，照顧者會傾向引入正式服務來舒緩角色間緊張（陳正芬，2013），龔千逢（2011）亦指出在沉重的照顧負荷和繁瑣的照顧工作之中，專業人員能提供訊息傳遞、情緒、醫護等面向支持。照顧者對社會工作者抱持著問題解決的角色期待，若與社會工作者有正向的接觸經驗，社會工作者適時支持陪伴、指導照顧知能，或是機構對病患的妥善照顧，能使照顧者對病患的生活復健狀況能有更具體踏實的認識，也減少了照顧負擔，讓照顧者能有喘息、自我照顧的時間，如 Perreault 等人（2012）指出照顧者與心理衛生體系服務提供者合作是照顧者滿意度最顯著的預測因子。但受訪社會工作者亦指出部分不易工作的照顧者可能是在過往接受服務過程中有不滿或挫折經驗，如所接觸社會工作者服務態度不佳，社區服務不連續，照顧需求未被滿足，可能會將此經驗複製面對不同的社會工作者，且當社會工作者人力頻繁流動時，照顧者不易與社會工作者培養穩定的合作關係，也會影響照顧者與社會工作者建立關係的意願。

貳、對心理衛生社會工作者的角色期待與影響因素

一、心理衛生社會工作者的角色內涵

本研究訪談社區復健中心、社區關懷訪視方案、康復之家、社政單位、精神專科或綜合醫院等場域之心理衛生社會工作者，整理出六個方面與照顧者工作的角色內涵、工作方法，分別有傾聽陪伴支持、協作釐清期待、衛教家屬團體、家庭動力工作、社區資源連結，以及權益倡導協調等，本研究拓展了既有文獻對工作內涵的討論。首先，社會工作者作為一個陪伴者，強調傾聽的重要，重視與照顧者接觸的溝通品質，提供情緒支持，緩解照顧者的情緒張力。其次，社會工作者在與照顧者協作照顧的過程中，會不時與照顧者核對工作目標與澄清工作界線，如領航員般，與照顧者一起討論合宜的照顧策略，將服務不斷聚焦於病患之治療或復健，讓照顧者對服務有適當的期待，此與既有文獻相符，照顧者的病識感往往並非全有或全無，需要一步一步建立，專業人員要讓照顧者有正確的期望，勿認為治療者是全能、權威、或道德判斷者，而是把社會工作者當作一起工作的夥伴（Karp 著、林秋芬等譯，2010；李舒中，2012）。

第三，社會工作者負有教育者的角色，會以家屬教育課程、家屬支持團體或會談的方式進行精神疾病因應衛教，開拓照顧者社區復健全人觀視野，建立照顧者的照顧知能，社工在醫院亦會居中協調照顧者與醫療團隊的溝通。既有文獻提到，當照顧者知道病名、症狀、病徵以及如何因應日常生活問題的資訊，可以提供照顧者認知體系，讓他知道有哪些治療的方式可以選擇、有哪些處理技巧，也知道哪些行為患者可以控制，哪些他自己沒有辦法控制，以免照顧者因不了解而加重病況或造成混亂，能發展合理的期望並計畫未來（Bemheirn & Lehman著、楊連謙等譯，2004）。

第四，對於照顧者的家庭動力議題，社會工作者除了會反映家庭動力，讓照顧者能以較為客觀的方式有所覺知外，社會工作者會設法協助其建立適當的相處模式，增加照顧者與病患之間的正向相處經驗，修復與維持照顧者與病患之間關係，甚至使被照顧者能夠翻轉角色，對家庭有所回饋，Coldwell等人（2011）研究指出，當精障者的症狀有一定控制，比較能進一步對家庭提供貢獻，而做出貢獻也能讓他們覺得對自己的症狀更有控制性，兩者相輔相成。社會工作者亦會引導照顧者與病患釐清彼此的期待，強化社區資源系統，使照顧者在復健過程能有適當的參與，乃至讓照顧者有能力在社區中協助病患復健。再者，社會工作者作為病患與社區生活接軌的橋樑，會進行資源盤點，應照顧者需求轉介服務單位，並表示社區單位應和社區民眾有所交流，藉由機構與一般大眾的直接交流，藉由敦親睦鄰的活動操作，藉由讓機構成為社區中心心理衛生服務據點，減緩照顧者於社區中因社會汙名所受到的阻力。當照顧者面臨經驗困境時，醫院社會工作者會協助申請相關補助，社會工作者亦表示有時為了讓醫療、復健工作可以順利進行，補助申請是實用的策略。最後，社會工作者會進行權益倡導工作，一來是面對不同系統期待，社會工作者是照顧者與機構、團隊間重要的緩衝劑，適時協調合理的照顧資源，勇於表達社會工作專業對照顧者家庭評估的意見，二來，社會工作者亦會協助照顧者，乃至整個家庭對外發聲，鼓勵其爭取自己的權益。

社會工作者在與照顧者工作過程有聚焦正向改變、以個案為中心、重視家庭經驗、尊重照顧知識，以及抱持覺察開放的態度等五種工作指導原則，聚焦正向改變的社會工作者相信改變是可能的，重視個體的優勢與潛能，會在提供支持與關懷的過程中留心正向改變的契機，引導照顧者將注意力從挫折與失望中轉移到曾經的成功經驗，並從之設想具體可操作的小改變，而面對不符合期待的狀況，亦不會直覺性地立即否定，而是盡可能從對方所堅定的信念裡找出可以工作的可能，肯定對方努力背後的用心，這和Coldwell等人（2011）的研究相符，他們認為實務工作者應相信家庭有資源可以讓病友貢獻，並讓這些原本就有的資源浮現，促

使病友與照顧者一同討論如何支持病友、並點出照顧者與病友貢獻的時刻，實務者也應學習如何不批評、不過度介入地與照顧者、精障者互動，讓會談建立在病友與照顧者的能力與優勢上。

採取第二種原則的社會工作者以病患個體為中心，當有需要時才會與照顧者工作。第三種指導原則是重視家庭經驗，社會工作者會應照顧者的經濟條件、生活條件等不同狀況調整工作策略，設法對家庭有充分瞭解，並將工作目標放在如何讓照顧者能夠妥善支持病患。尊重照顧知識的社會工作者則強調平等關係的重要，相信照顧者是照顧的專家，其經驗經驗值得學習，此態度同時亦會讓照顧者得到支持，有益於夥伴關係的建立，此原則和既有文獻對後現代思潮下心理衛生社會工作發展趨勢的討論相符，社會工作者不再是單向教導和治療的專家角色，將照顧者視為精神疾病的促發者，而轉變為社會工作者與當事人、照顧者採雙向溝通的協同關係（萬心蕊、劉蓉台，2011），Fox等人（2015）亦指出，照顧者與專業團隊成員共享資訊的正向經驗能使照顧者對自己作為照顧者的知識和能力持有信心，而非完全依賴於專業人員，這歷程中照顧者能被視為經驗知識的專家，也影響專業人員與之互動的態度。

最後一種原則為抱持覺察開放的態度，社會工作者保持覺知與真誠的態度，分辨自己的情緒是來自自己或是他者的議題，如社會工作者 We7 所云，「要怎麼理解家屬的失望也蠻重要的，重點是改變，社工的重點又不是讓家屬喜歡你，或是不被家屬討厭」，他亦提到「最重要的自我照顧其實是要知道為什麼你要做這個工作，我覺得對社工來說我們可以有一個覺察的東西放在心裡面，那其實就會比較安定」，研究者認同社會工作者所強調心先安住方能立命的重要，引言內文雖乍聽略嫌刺耳，稍有不夠溫暖親切之虞，但箇中關係界線如何覺知地進退拿捏，盡是多年累積起來的生命經驗。此外，在此原則下，社會工作者不囿於過往的工作經驗所形成的視框，擁有接受不同可能的開放心胸，個別性地拿捏適宜的工作步調，北歐學者 Odegard 與 Bjorkly（2012）指出，助人工作者在實務工作中應區辯不同的家庭狀態，有的家庭需要專業人士指引方向，但有的家庭卻需要自己的能動性被支持。

在本研究中，照顧者對社會工作者的角色期待，主要有教育引導、家庭陪伴，以及權益倡導等三個面向，照顧者肯定教育者角色的重要性，期待社會工作者教導照顧者系統性的照顧知能，提供照顧者學長成長的機會，並確實引導復健者，妥善運用其心理衛生的工作經驗與專業判斷，為照顧者進行適切的資源連結，且能與照顧者一起討論如何因應照顧困境，不僅讓機構成為照顧者喘息、替代照顧的據點，亦認為社會工作者應對社區大眾進行衛教，充

實社區民眾對心理衛生的正確認識。照顧者並認為社會工作者站在傾聽者的角色，提供情緒支持，適時給予鼓勵，能在照顧者與病患有所衝突時減緩衝突的強度，協助家庭能有較為暢通的溝通品質。有部分照顧者期待社會工作者能為權益倡導者，協助照顧者因應經濟困窘，以及為病患與其照顧者向社會環境發聲，讓他們能夠順利得到專業資源的支持。上述發現，除權益倡導的部分文獻中較少提及外，大致發現和文獻相仿，照顧者期待社會工作者有關於各種情況與相關影響的淵博知識，能提供足夠的疾病相關知識與資源訊息，滿足照顧者的情感性與工具性需求，在態度上亦期待社會工作者能傾聽並做出適當的反應（Manthorpe, Moriarty, Rapaport, Clough, Cornes, Bright and Iliffe, 2008；謝宏林，2000），並能在服務輸送過程與社會工作者加強合作關係，能被尊重，有明確、一致的資訊反饋與教育課程等方案，以有效地履行其作為一個照顧者的角色（Evavold, 2003）。

二、影響社會工作者角色因素

綜觀可能影響心理衛生工作者與照顧者工作角色之因素，本研究整理出個人因素、專業教育、組織因素，以及結構因素等四方面，其中研究者認為較具影響性的因素為個人因素，雖社會工作者的工作動能受限於組織或結構限制，社會工作者對體制失望，對派系鬥爭感到厭倦，社會工作者仍能做好自己的本分，立身行道作為後進的榜樣，如萬心蕊、劉蓉台（2011）所云，具有成就較正義和公平的社會的企圖心、使命感，雙焦點地關心個人及結構關係之間的互動，關心權力、壓迫、不公平，在實務上仍能就有限條件不斷地觸碰界限，盡可能有所作為，即便做的是再微小的抵抗，社會工作者在各種壓力中也要撐出空間的願意，蘊養著正向改變的契機。

（一）個人因素

共有工作態度、同理家庭狀況、家屬配合度，以及事情急迫性等四種個人影響因素。對於工作態度，社會工作者指出工作深度是要僅做制式工作或用心盡責，攸關個人選擇，也和當下動能是否足夠、以往的服務經驗，以及社會工作者擅長領域有關。而對照顧者家庭狀況的感同身受，能夠使社會工作者與照顧者工作時更加投入，給予較多的協助或較多體諒，但有時社會工作者可能囿於預設的視框，能使服務停滯。此外，社會工作者普遍表示當照顧者有資源依賴、懷有敵意、頻繁投訴、界線模糊等較負面的樣態時，會抑制深入工作的動能，而若照顧者態度上能夠尊重，能夠配合服務、主動聯繫，乃至肯定社會工作者的努力，則會使社會工作者願意盡可能設法協助，但李滄琳等人（2008）認為助人工作者應對自己對照顧者的想像與判斷保持謹慎態度，以免當照顧者未扮演溫和、理性，能維持充滿愛與鼓勵的環

境的「好」的照顧者時，快速將照顧者「不配合表現」與病者「與病人高頻次反覆入院的症狀」連結起來，做為臨床判斷的線索。如Holden與Lewine（1982）研究中提到，「如果專業人員心裡先預想：患者會生病是因為有不稱職的父母，這種想法是很危險的，因為自己會不由自主的流露出鄙視的態度」，本研究便有照顧者表示曾遭遇工作態度不佳、情緒管理不當的社會工作者。最後，當處遇情境涉及危機處理，或病患重複住院，乃至有緊急交辦工作時，均會使社會工作者心力因而有所調整。

（二）專業教育

理論與實務結合、對社會工作的專業社會期待，乃至服務非針對家屬需求而設計等專業教育相關三項因素，會影響社會工作者的服務。職前、在職教育訓練充足與否，攸關社會工作者是否能擁有適當的專業知能，如社會工作者若在專業訓練過程缺乏自我探索與覺察之學習，即便工作年資增加，社會工作者仍可能在服務時不合宜地受過往個人經驗影響，或不恰當地使用投射、移情等術語定義所服務對象的言行。對於不同場域的社會工作者，由於服務目標不同，其專業教育養成應有所調整，以切合實務現場的需求，然有受訪社會工作者指出教育訓練著重精神病理處理，強調嚴謹專業界線的臨床心理訓練，未能符合社區實務上關係建立的需求。

雖然專業工作者享有一定社會資源，專業的本身讓照顧者值得信任，但社會工作者也指出社會上對專業人員應為問題解決負責的期待，與工具理性的形象塑造，卻可能使社會工作者忽略服務對象需要機會學習成長，限制社會工作者與照顧者間夥伴關係形成的可能，此發現和既有文獻相仿，社會工作者常感受到照顧者對醫療或社福體系專業工作者能夠好好處理與解決問題的「全能角色」期待投射（呂又慧、梁瓊宜，2016）。此外，照顧者於心理衛生系統的位置是模糊的，而使專業者對照顧者應有的權力感沒有概念（Andrew, Farhall, Ong and Waddell, 2009），照顧者指出既有心理衛生服務並未針對照顧者需求設計，使得社會工作者並不需要在服務時向照顧者負責，且有時照顧者為了使病患享有更多服務而需要競爭有限資源。

（三）組織因素

社會工作者表示機構長官、督導的經營態度是否支持社會工作者，與機構內部氛圍是否和睦，會影響社會工作者心力的投入程度，若主管並未落實行政與專業督導，難以溝通，未依社會正義、當事人利益考量地干涉第一線社會工作者的專業裁量權，造成工作團隊的士氣

低落，或保持多一事不如少一事、棒打出頭鳥的職場文化，僅希望社會工作者完成文書作業，不願承擔復元過程可能的風險，均會限縮社會工作者的服務能量，使得社會工作者為了生存而將理想熱情磨平。

此外，研究者在進行之前原認為社會工作者所處機構的不同場域特性、工作目標以及與精障者家庭生活處境的距離遠近，會影響社會工作者與照顧者工作所扮演的角色、工作方法與指導原則。如社會工作者於醫院被賦予與照顧者溝通的責任，協助照顧者對於病人罹病和住院的接受與適應、協助醫師與照顧者之間的溝通、提供照顧者與病人社會診斷與處遇、協助出院計畫與資源連結，故其指導原則將以實證疾病哲學為主，視照顧者扮演病患照護、支持性照顧提供者的角色，亦視家庭為壓力源，是治療時必要的評估項目，甚至是需要被治療改變的對象；而社會工作者在社區復健機構，做為中介者，搭起住民與照顧者間溝通的橋樑，進行家庭關係緩衝與協調，促成照顧者陪伴精障者時所需要的嘗試空間與彈性，就職於精神疾病社區關懷訪視計畫的社會工作者以服務對象與其家庭於中心，鼓勵與教導照顧者有合作性的治療態度，以強化家庭支持功能，修補、維持與重新建構其社會支持網絡，故在社區的社會工作者以詮釋反歧視哲學或批判生態哲學為主，社會工作者幫助案主和其照顧者互相溝通，將家庭作為個人因應疾病的資源，尊重照顧者的經驗知識，體認照顧者不僅僅是一位被衛教及順從配合醫療者，可成為攜手合作的夥伴協力者，乃至將照顧者視為潛在性案主，關切其需求，鼓勵其自覺與發聲，並爭取福利資源的分配正當性。

但經實際訪談大量社會工作者後發現，雖不同場域的屬性會影響社會工作者如何表現，如在相對封閉、強調治療與時效性的醫院環境，便無法像社區般為重視個體生命發展的開放系統，協作上不易形成貼近的夥伴關係，如有會所社會工作者提到，當熟悉醫院作業的新進人員來到會所等較高自由度的機構時，其工作方法勢必需要有所調整。然本研究發現，從醫院到社區的不同場域受訪社會工作者，其工作方法與指導原則並未有截然二分的傾向。整體而言，除了社會工作者因在醫療院所接觸初發病或病況不穩定之精障者較多，所能服務之時程較短，較多任務導向之情緒支持與醫病關係溝通，在社區復健機構因較貼近家庭之社區生態系統，較重視邀請家屬參與，社會工作者於社區關懷訪視方案因所服務之照顧者多為被動求助，且須家庭訪視而較密切涉入照顧者與精障者之家庭動力外，社會工作者之指導原則並未如研究者所預期般有明顯場域差異，社會工作者在實務上採用的是多種知識典範，即便是同一場域，社會工作者的異質性是大的，社會工作者可能同時視照顧者扮演病患照護、支持

性照顧提供者的角色，但也體認照顧者不僅僅是一位被衛教及順從配合醫療者，可成為攜手合作的夥伴協力者，或將照顧者視為潛在案主或能自覺爭取福利資源分配正當的權益倡導者。

若以葉錦成（2011）提及的修補式、意義尋索式、意識覺醒式與改革式等四種與家庭工作方法作為參照，本研究受訪社會工作者以意義尋索式的工作方法為主，社會工作者聆聽照顧者在案主患病後，對家庭的期望、對精障者的要求和有關責任改變產生的無奈情緒和失落意義，也幫助案主和其照顧者互相溝通，而較不強調修補式社會工作者的治療角色，社會工作者雖在家庭動力評估時會探索案主精神病背後的家庭成因，如問題的溝通模式、過分激烈的情緒表達，但僅有部分教育訓練完備之醫院社會工作者會針對家庭系統進行輔導治療，至於意識覺醒式乃至改革式的倡導角色，則以會所社會工作者方特別強調。

（四）結構因素

除了上述各人因素、專業教育、組織因素外，結構因素，如行政書面作業、案量與勞動條件、社區資源有限，以及跨系統連結不足等深刻地影響著社會工作者的角色表現。社會工作者需分配大量時間完成符合健保或督考要求的文書作業，使得提供給個案、照顧者的服務質量受限。社會工作者與照顧者均表示高案量與低勞動條件，如自殺防治與精神障礙訪案業務合併後過高的案量，使得社區關懷訪視員難以負荷，康復之家的工作人員亦指出，兼職社會工作者的聘用基礎，局限社會工作角色的發揮。再者當可連結的社區資源有限、人力配置不足時，不論是單位自行吸收，又或是篩選個案，皆限縮社會工作者進一步工作的可能。最後，是跨系統連結不足，社會工作者表示既有的工作方式較少落實跨單位、系統的網絡串聯，即便是資源清冊也不一定即時更新，無法達到更完整的服務。

參、照顧者與社會工作者之間的關係與相互角色調整

不論是照顧者或社會工作者，需經過適當的學習與準備，方能成功扮演其角色與發揮角色功能，陳正芬（2013）將照顧者從病人出院前至回家後，分成角色進入、角色協商以及角色安定等階段，亦提及不論是照顧者或社會工作者，在承擔其角色的過程中不免經歷到自己與新角色期望不協調之處，會逐漸改變自己以符合角色期望，角色轉移過程的順利與否會影響個人對新角色的投入程度。然本研究並未能從研究資料得出如上述階段論線性時間的照顧者角色進步想像，社會工作者指出雖照顧者的狀態是個旅程，但仍具有流動性，照顧者實際上並不易分類，需求與狀況是混雜的，且社會工作者與照顧者之間的互動更是受限於彼此的

投射，需要覺知於當下，不要被以往的認識所囿。對於照顧者與社會工作者之關係，研究者觀察到有夥伴關係、工作關係與彈性關係等三種水平關係類別。

夥伴關係是照顧者與社會工作者連結最緊密的一種類別，社會工作者在關係中強調真誠，不斷自我覺察與核對彼此的工作目標與責任分擔，讓關係不會單方面傾斜，照顧者與社會工作者在復健工作的推動上能夠互相協助乃至相互滋養，甚至照顧者與社會工作者能彷彿親友般親近、位置平等。後現代家族治療學者 Gregory Bateson 認為社會工作者之涉入必然造成系統連動改變，不僅社會工作者的存在與作為對於服務對象的改變是影響因子，社會工作者亦會因其介入系統之影響而改變，是雙向的改變（Bateson 著、章明儀譯，2003）。對於當社會工作者與照顧者之間為夥伴關係，社會工作者並非純然是專業知能的擁有者，得依線性時間邏輯進行處遇、評估，而能謙卑地在服務過程以彼此為主體進行試誤協作。工作關係則是指社會工作者與照顧者尊重彼此的公私生活界線，社會工作者理性地針對工作目標提供專業建議，照顧者亦不對社會工作者投射情感以免過度依賴。最後，有的社會工作者認為照顧者與社會工作者的關係是彈性的，社會工作者的角色姿態取決於照顧者的需求以及其樣態，因為在照顧者、病患與社會工作者的三角關係中，社會工作者應為中介者，要逐漸連結兩端，讓照顧跟家庭關係回到照顧者與病患之間的平衡關係，即便不需要社會工作者的介入，也能在社區享有適宜的生活品質。

本研究發現當照顧者對社會工作者角色期待有所落差時，會有三種個人期待調整的方式，第一種是接受現況，照顧者被動地期待未來能遭遇更有協助能力的社會工作者，而選擇以家事、藝術或宗教等方式自我照顧。第二種照顧者會轉念，設法同理社會工作者的難處而非選擇批判。第三種照顧者則是自立自強，自行尋找其他管道求助。受訪照顧者除Cb曾因社會工作者態度不佳而要求醫院更換社會工作者外，均未與社會工作者就期待調整進一步溝通。前兩種方式與龔千逢（2011）描述照顧者兩種紓解照顧壓力的自我照顧方式相仿，照顧者會透過轉念將壓力事件進行重構與再解釋，看見自身與他人優勢，並藉此能有心境上的調適和轉換，使相關的負荷被轉變成其他積極正向的感受而重新形構。照顧者或是情境轉換，藉由擔任志工、上社區大學、擔任講師等因素，暫時離開壓力情境，讓身心能夠獲得解放和休息，亦可重新思考自我角色意義和定位。

面對所服務的照顧者與其期待落差時，社會工作者會有接納現況、調整期待與擇善固執等三種期待調整方式，第一種社會工作者會接納現況，相信改變的可能，而選擇等待適當的

介入時機，並設法增加對照顧者的認識，重新去理解照顧者之所以未能配合服務背後可能的原因，而不斷調整工作策略。第二種社會工作者會調整期待，如下修期待標準，或重新省思，不再堅持工作成果一定要如預期發展，設定工作深度之停損點，避免單方面要求照顧者有特定表現，亦有社會工作者在評估風險後選擇肯定個人選擇，但若照顧者的作為會傷害病患的利益，則會積極介入，以免照顧者的不當干預影響到病患的成長。最後一種社會工作者會擇善固執，基於對社區復健理念的相信與實務累積的實踐智慧，持續設法說服照顧者配合服務。若社會工作者在工作過程中遭遇挫折，可行的方式用罄，則會以成功經驗回饋、自我照顧，以及團體支持等三種方式因應，以維持服務熱忱，願意相信自己工作的價值，社會工作者並指出當對業務熟悉，便能逐漸不再受限於挫折的負面情緒中。

肆、小結

研究者從去年 10 月開始訪談至今已逾半年，隨著研究進展，與許多中、北部優秀的心理衛生社會工作者以及各地家屬團體或機構參與密切的照顧者相逢。研究者記得以前在會所模式機構實習，曾就與會員工作關係應如何拿捏向實習督導請教，他當時說道，「一致的你不是要用語言揭露，而在你在過程中有平安、滿足、幸福的感覺嗎？這比較靠近自己」，並指出關係需要學習，社會工作者須不斷學著放下助人的慾望，才能夠讓精障者真實「人」的樣態有機會出來，且別因自己在覺知上的模糊傷害他人。雖當時實習督導是針對與精障者工作提供的建議，但研究者認為上述話語在論及如何與照顧者工作時亦十分適切。從醫院到社區，研究者越覺得一樣是「專業」社會工作者，社會工作者彼此長得好不一樣，其對於工作目標是治療、復健、陪伴，所見精障者與其照顧者的圖像，社會工作者的角色與立場，乃至何謂專業有著迥異的詮釋。研究者觀察到社會工作者與照顧者接觸的種種面向相較於以往相關文本之內容更為立體、多層次；研究者最初的發問：「對於照顧者與心理衛生社會工作者接觸過程中持續未遇良人，在系統中碰壁，找不到出口之疲憊、困惑與失望該如何面對？或在實務上能否有不失望的接觸經驗之可能？」在訪談中逐漸有了答案。

社會工作的助人無法離開自身，是要透過整個人的狀態去與他人同在，而發生改變（陳柏蓁，2014），研究者認為社會工作實務之所以值得投入，是因為社會工作者在這個關於「人」的專業中追求著人類更美好的生活與價值，社會工作是在學習以「人」工作，永遠在練習、學習人與人如何彼此成就，並理解到各自為人，均並不完美，可以一同向前，拿起各自的責任。對於心理衛生社會工作者應如何與照顧者工作，研究者認為，助人工作的基本功在於澄清初衷，社會工作者首重自我覺察、釐清工作界線習慣之養成，在與家庭工作前社會

工作者宜先行處理原生家庭議題，並持續對自己對照顧者的想像與判斷保持謹慎態度，且應不時自省「你的角色是控制別人人生，還是教導別人如何重新有效地控制他們自己的人生？」（Corey & Corey著、黃慈音等譯，2013，頁8），並應有個人化的自我照顧管道，在非工作時間自我充實，定時省思自己當下遭遇的議題，以能將心安住，不會輕易動搖，如社會工作者Wd3指出「先把自己顧好。並不代表你不愛他們或是你不提供服務給他們，而是你把自己顧好才更有時間跟心力去陪伴」。其次，社會工作者應相信改變是可能的，學習如何不批評、不過度介入地連結照顧者、精障者之兩端，在提供支持與關懷的過程中肯定對方努力背後的用心，讓會談建立在能力與優勢之上，引導照顧者將注意力轉向正向改變之可能，設法協助其建立適當的相處模式，增加照顧者與精障者之間的正向相處經驗，修復與維持照顧者與精障者之間的平衡關係，即便不需要社會工作者介入，該家庭也能在社區享有適宜的生活品質。

再者，社會工作者應在平等對待下主動告知服務資源、向照顧者清楚表達其角色功能，以及適時教導照顧者照顧相關知能，並在與照顧者一起討論如何因應照顧困境的過程中與照顧者核對工作目標與澄清工作界線，讓照顧者對服務有適當的期待，而不是誤以為社會工作者是全能的權威，能將社會工作者當作是一起工作的夥伴。此外，社會工作者應保持能改變的彈性，擁有接受不同可能的開放心胸。施教裕老師在研究者論文口試時亦指出，專業是要回到自然以變應變，社會工作者不應越學越到角色框架裡面，如機器人般死板沒有彈性。研究者認為社會工作者Wa3對於照顧者圖像的色彩比喻，「二元對立的非黑即白之外，能夠看見灰色，逐漸看到照顧者的不同可能，像是紅色、藍色、綠色，紅色和藍色之間還有紫色，那個顏色是我透過事件一個一個慢慢地出來，也許他可能會有不一樣的可能性，我不一定要這樣的方式才能達到這樣的效果」很值得參考。社會工作者在實務工作中應就不同的家庭狀態調整不同的角色姿態，個別性地拿捏適宜的工作步調，參考但不囿於過往工作經驗所形成的視框，在社會工作者與照顧者不將彼此工具化的基礎下，社會工作者甚至能與整個家庭維持彼此動態平衡、自在呼吸之責任承諾的夥伴關係，使雙向復元成為可能。

最後，研究者認為社會工作的靈魂是社會正義，社工是以消滅自己為職志的專業，因為那代表了社會的運作生態健全，人們得以不再需要協助，心理衛生社會工作專業價值之所在於社會性的強調，社會工作者以心理衛生專業知能為基礎，應雙焦點地關心個人及結構關係之間的互動，將社會結構壓迫、社會網路與社會角色復歸，以及結構層面介入的必要納入權益倡導工作考量，社會工作者除作為照顧者與不同系統間的橋梁，適時協調資源與緩衝關係外，亦會協助精障者、照顧者與相關社群發聲爭取權益。對此，研究者認為梁瓊宜（2014）

對專業社會工作者的建議足以借鏡：社會工作者若要協助他人有能力回應他自己的生命，更重要的是社會工作者要先能回應自己的生命，有三個態度，其一是能在實務工作現場練習去工作化視框，視身心障礙者為獨特完整的主體，情感和理性併具，如其所是地貼近理解；其二在實踐過程中不斷努力真誠面對自我，認識並願意視這個工作是一個生命與工作合一的肉身行動實踐；其三，在經驗到實踐現場裡體制對人的壓迫、扭曲時，願意持續面對，並對它展開批判考察，設法在結構限制性條件裡設計對話與行動，推動改變。



第二節 研究限制與建議

壹、研究限制

一、受訪者選擇之限制

本研究採取立意抽樣選取研究對象，研究者同時向自己所熟悉的家屬團體與中、北部心理衛生醫療、復健機構專業人員聯繫，邀請其提供適合訪談之照顧者與社會工作者，各受訪13位照顧者以及26位社會工作者，照顧者的部分，除Cb、Cd1、Ce5、Ce6等4位由社會工作者介紹，多為家屬團體參與者，僅有照顧者Ce5、Ce6與社會工作者Wa3、Wa4達到配對，由於多數照顧者參與家屬團體，與社會工作者的接觸另有家屬教育團體的協作經驗，其照顧經驗和內涵之發現可能與未參與家屬團體的照顧者不同。此外，本研究在滾雪球尋找受訪者的過程中，發現受訪之照顧者曾和社會工作者有正向接觸經驗者較少，而社會工作者雖曾與照顧者有正向的工作經驗，但或許是對工作成果持較謙虛之態度，並未推薦照顧者受訪，有配對者亦較少針對其接觸經驗進行描述，使得本研究中無法未能如預期地呈現照顧者與社會工作者配對式、跨場域的經驗對照，使研究結果的外推性受限。

二、研究者本身之限制

研究者過往雖積極涉獵精神醫療、社區復健相關議題，亦曾於會所模式之社區復健機構實習，擔任精神疾病照顧者專線志工，與照顧者共事，然並無於精神醫療或社區復健機構實際社會工作任職經驗，這可能使研究者對受訪社會工作者所表述工作情境敏感度受限。此外，在訪談過程，部分照顧者曾將研究者視為專業的社工師，詢問社會福利資源分配，或社會工作應有角色功能等議題，研究者不時會囿於自己身為準社會工作者應有的教育性或治療性角色，而企圖進行衛教、社會資源連結，或對受訪者進行資訊蒐集與需求評估。對此研究者時時提醒自己作為研究者的定位，盡可能真誠並簡要地給予正面回應、不作指導性建議，並盡量讓大部分發言的時間留給受訪者，以免研究信度下降。

貳、研究建議

本研究針對照顧者與社會工作者的相互角色期待進行探討，除研究問題本身外，亦有詢問受訪照顧者與社會工作者「您認為與精神病患照顧者工作時，機構或社會工作者有何可再調整或加強之處？」、「請問您對現行精神衛生政策與實務有何建議？」等問題，對於心理衛生社會工作者與照顧者工作實務與政策，以及未來研究有以下建議：

一、對實務之建議

(一) 對角色內涵之實務建議

心理衛生社會工作者採取社會工作、精神醫療與心理衛生的專業知識與技術，運用在精神病患與照顧者身上，以達到精神疾病防治暨心理衛生之服務。首先，對於社會工作者如何期待照顧者，研究者認為應先認識本研究所歸納出積極參與、消極參與、不當期待與家庭動力不穩等四種照顧者樣態，以及社經認知條件、家庭文化因素、疾病照顧經驗、社區環境、與社會工作者接觸經驗等六種影響照顧者角色之因素，拓展對照顧者多元狀態的認識，且社會工作者每次與照顧者、家庭互動時仍須具有彈性的態度去傾聽其心聲，時時整理自己，保持嶄新、不受限於過往經驗與認知的視框，如此方能將焦點不再僅侷限於家庭缺點，更能看見改變的可能。

其次，對於社會工作者應如何進行與照顧者工作的角色設定，社會工作者建議依照照顧者的需求，運用本研究所整理出與照顧者工作有傾聽陪伴支持、協作釐清期待、衛教家屬團體、家庭動力工作、社區資源連結，以及權益倡導協調等六種工作內容，以達到心理衛生工作者於工作崗位上被賦予的協助照顧者與不同系統溝通與資源連結、進行家庭關係緩衝與協調，強化家庭支持之功能，並促成照顧者陪伴精障者時所需要的嘗試空間與彈性之功能。此外，社會工作者宜核對照顧者的能力與限制、對復健目標的共識，以及社會工作者對工作關係的承諾程度，以此調整所採取的角色姿態。如有的照顧者深陷挫折、對未來應如何照顧感到迷惘，需要社會工作者清楚表達其功能，主動告知服務資源與教導照顧者照顧知能，並適時針對工作目標提供專業建議、展現權威給予信心，此時社會工作者亦應盡可能肯定對方的用心，與照顧者一起討論如何因應照顧困境，指引方向與傾聽了解，找出可以工作的可能。而若照顧者逐漸累積照顧知能、與社會工作者間有信任的關係基礎，社會工作者宜與照顧者建立夥伴關係，適時支持照顧者的能動性，不斷自我覺察與核對彼此的工作目標與責任分擔，讓關係不會單方面傾斜，照顧者與社會工作者在復健工作的推動上能夠互相協助乃至相互滋養，甚至照顧者與社會工作者能彷彿親友般親近、位置平等，逐漸連結兩端，建立妥善的照顧模式。

(二) 對調整機制之實務建議

對於照顧者與社會工作者彼此如何調整期待，研究者認為持續的學習與成長是必要的，建議照顧者可藉由參與家屬團體的過程對社會工作服務範疇與如何與社會工作者溝通有基礎認識，並在爭取合理對待過程中保持誠懇踏實的態度，避免不當投射與過度情緒反應。研究

者猶記得起初得悉自己親屬罹患精神疾病時，由於自己曾修習精神社會工作等課程，對心理衛生議題有了系統性的認識，即便精神障礙對我而言從社會工作的其中一個案主群，一瞬間變成自己切身相關的議題，在震驚之餘仍能妥善進行照顧安排，並主動參與家連家精神健康教育協會的家屬教育課程，透過認識精神疾病、誰能明白我（溝通技巧）、認識精神科藥物、危機處理、善待自己重整生活、康復的疑惑與希望、權益與倡導、學以致用等八堂課程，和其他照顧者相互支持和經驗對照，且後續亦參與精神障礙照顧者專線的志工培訓，有機會聆聽與台灣在地家屬團體與精神醫療、復健各領域社會工作者的經驗進行對話，參與權益倡導、去汙名運動，此過程對研究者的照顧者身分具有重要的支持效果。

而對於社會工作者如何調整與照顧者工作之間的期待落差，研究者建議，社會工作者應接納現況，在澄清工作界線、風險評估後確認個人選擇，但同時相信有改變的可能，設法增加對照顧者的認識與之所以未能配合服務背後可能的原因，並根據照顧者需求、服務目標不斷積極溝通與調整工作策略，選擇等待適當的介入時機，以在照顧者與社會工作者彼此安全、自在的氛圍下互動。此外，研究者曾參與東吳大學社會工作學系萬心蕊老師舉辦的社區心理衛生另類服務說明會、進行「social approaches to mental distress」讀書會聚會交流，從中接觸到另翼心理衛生社會工作團體的各種在地實踐行動，認識到以異於階級式，貼近建立朝向更平等、互助和相互學習的夥伴關係為基底的工作方式，在過程中除了認識第一線的饒富理想的社會工作者外，也開拓了研究者對心理衛生社會工作的視野，有了社會取向的關懷。對此，研究者建議，學校教育應重視職前自我探索，使社會工作者得以在與家庭工作之前先行處理原生家庭議題，並在工作之餘，社會工作者亦應有個人化的自我照顧管道，定時省思自己當下遭遇的議題，並持續進修學習、尋找跨單位社群團體之支持，以維持服務熱忱、強化專業知能，進而能將實務經驗與理論結合，更有效能地進行服務。

二、對政策之建議

（一）關注照顧者需求，邀請照顧者協作

既有心理衛生服務並未針對照顧者需求設計，對於照顧者於心理衛生系統中的定位模糊，研究者建議心理衛生服務宜進行適當之再設計，社會工作者應支持整個家庭，持續關注照顧者的家庭變化，針對其照顧需求提供適切協助，如提供喘息服務、辦理衛教活動指導照顧知能、教育照顧者如何與社會工作者互動、辦理家屬支持團體、協助拓展照顧者社會支持網絡等，且機構應加強對個案和照顧者的充權與邀請照顧者協作，相關服務方案或政策再設計與操作過程擴大照顧者參與，如社會工作者Wd2認為「照顧者不會只是一個陪評委員，他可以

做政策的制定者，我們去培力他們能夠在自己的需要上面去跟政府爭取，然後他們也懂得甚至跟政府打交道。政府他的施政眼光裡面本來就有整個家庭的概念，我覺得他就不需要我們花這麼大的力氣」，以確實協助照顧者。

（二）強化社區資源連結，改善社會工作者勞動條件

完整的精神治療模式應提供精神病患連續性照顧，除了急性的精神醫療外，亦需充實精神復健設施，提供症狀穩定、局部功能退化、具復健潛能、不需全日住院、但需積極復健治療的病患，能獲得持續性、完整性之社區復健服務（洪千惠，2006），社區資源有限、衛教資料普及度低，使照顧者除住院醫療外，鮮有其他可供使用的選擇，即便照顧者有轉介復健機構之意願，常未能順利滿足其照顧需求，不易在最需要時知悉對應的相關資源。對此，研究者建議政府提昇社區資源獨立設置的數量及可近性，發展精神障礙者高齡化照顧政策，並建立單一服務窗口整合不同系統資源，加強社區心理衛生資訊傳播，落實心理衛生服務體系轉介。此外，現下心理衛生社會工作者業務量繁忙、文書作業繁重，限制社會工作者深化服務之動能，相關單位應補足各場域服務適切人力需求，調整社會工作者薪資待遇，並應參酌在地實務經驗與照顧者實際感受檢視評鑑基準之可行性，使文書作業確實回應服務需求，以改善社會工作者勞動條件，使社會工作者有條件提供良好服務品質。

三、未來研究之建議

本研究為照顧者與社會工作者相互角色期待內涵之探索性研究，廣泛討論照顧者與社會工作者的角色內涵與彼此角色期待，然並未能如預期邀請照顧者與社會工作者進行配對研究。建議未來研究落實受訪者配對邀請，針對本研究發現的角色內涵與影響因素進行主題性深入描繪和比較分析，進一步釐清社會工作者與照顧者相互角色期待變化的關鍵歷程，建構相關之理論模型，以回應政策和實務需求，充實本土化服務經驗。

參考文獻

西文文獻

- Andrew, Farhall, Ong and Waddell (2009). Perceptions of mental health professionals and family caregivers about their collaborative relationships: A factor analytic study. *Australian Psychologis*, 44(2), 94-104.
- Biegel, Song and Milligan (1995). A comparative analysis of family caregivers perceived relationships with mental health professionals. *Psychiatric Services*, 46 (5), 477-482.
- Coldwell, Meddings and Camic (2011). How people with psychosis positively contribute to their family: a grounded theory analysis. *Journal of Family Therapy*, 33(3), 353-371.
- Evavold (2003). Family Members of the Mentally Ill and Their Experiences with Mental Health Professionals. Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy In Environmental Design and Planning. (<http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-04252003-103632/unrestricted/DISSERTATIONEVAV.pdf>)
- Ezzy (2002). *Qualitative analysis: Practice and innovation*. New York: Routledge.
- Fox, Ramon and Morant (2015). Exploring the Meaning of Recovery for Carers: Implications for Social Work Practice. *British Journal of Social Work* , 45(suppl_1), i117-i134.
- Hanson and Rapp (1992). Families' perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 181-197.
- Holden and Lewine (1982). How Families Evaluate Mental Health Professionals, Resources, and Effects of Illness. *Schizophrenia Bulletin* . 8(4), 626-33.

- Leggatt (2002). Families and mental health workers: the need for partnership. *World Psychiatry, 1(1)*, 52–54.
- Manthorpe, Moriarty, Rapaport, Clough, Cornes, Bright and Iliffe (2008). There Are Wonderful Social Workers but its a Lottery: Older Peoples Views about Social Workers. *British Journal of Social Work, 38(6)*, 1132–1150.
- Odegard and Bjorkly (2012). The Family as Partner in Child Mental Health Care: Problem Perceptions and Challenges to Collaboration. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 21(2)*, 98–104.
- Outram, Harris, Kelly, Bylund, Cohen, Landa, Levin, Sandhu, Vamos and Loughland (2015). We didnt have a clue: Family caregivers experiences of the communication of a diagnosis of schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry, 61(1)*, 10–16.
- Payne (2005). *Modern Social Work Theory* (3rd ed.). Lyceum Books Inc., U.S.
- Pernice-Duca, Biegel, Hess, Chung and Chang (2015). Family Members' Perceptions of How They Benefit When Relatives Living with Serious Mental Illness Participate in Clubhouse Community Programs. *Family Relations, 64(3)*, p446–459.
- Perreault, Tardif, Provencher, Paquin, Desmarais and Pawliuk (2005). The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly, 76(4)*, 297–315.
- Ramsay and Guy (2010). Mainland Chinese Family Caregiver Narratives in Mental Illness: Disruption and Continuity. *Asian Studies Review, 34(1)*, 83–V.
- Riebschleger (2001). What do mental health professionals really think of family members of mental health patients? *American Journal of Orthopsychiatry, . 71(4)*, 466–72.
- Spaniol, Wewiorski, Gagne and Anthony (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14(4)*, 327–336.

Tew (2011). *Social approaches to mental distress*. Basingstock: Palgrave Macmillan.

Weimand, Hedelin, Hall-Lord and Sllstrm (2011). Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities: Relatives Experiences with Mental Health Services. *Mental Health Nursing*, 32(11), 703-10.

中文文獻

王厚中、羅素貞 (2011)。精神分裂病患者家屬之困境與處遇:臨床觀點探討。載於謝春滿 (2012) 編著, *2011 家庭福祉—開啟多元助人專業之對話*, 192-202, 大仁科技大學。

王舒慧 (2013)。精神分裂症者疾病歷程:患者及家屬觀點之分析。朝陽科技大學社會工作系碩士論文。

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。國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文。

王增勇 (2011)。家庭照顧者做為一種改革長期照顧的社會行動。 *台灣社會研究季刊*, 85, 397-414。

王麗雲 (2010)。慢性精神疾病患者優勢模式家庭個案管理之行動研究。國立高雄師範大學復建諮商研究所碩士論文。

王珮靜 (2015)。社區精神康復者在康復歷程中主要照顧者之支持服務需求及資源使用之調查。國立政治大學輔導與諮商碩士學位學程碩士論文。

王仕圖、吳慧敏 (2005)。深度訪談與案例演練。於齊力、林本炫編著, *質性研究方法與資料分析* (二版)。嘉義:南華社教所。

江一平 (2009)。康復之家社區精神復健服務之研究。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

朱淑怡 (2007)。康復之家精障者的復元內涵探討。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。

- 成令方 (2008)。醫病關係的新視角：醫「用」關係。取自成令方、傅大為、林宜平編，*醫療與社會共舞*。臺北：群學。
- 宋麗玉 (2000)。促進社區精神復健服務之使用——一個實驗方案結果之呈現。*社會政策與社會工作學刊*，4 (1)，157-197。
- 宋麗玉 (2005)。精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點。*中華心理衛生學刊*，18 (4)，1-29。
- 余漢儀 (2001)。精障病友家屬團體與專業之權力互動兼論社工之介入策略。*臺大社會工作學刊*，5，3-51。
- 余郡蓉 (2010)。透風的小鋼珠——從精障就服員到運動者。輔仁大學心理學系碩士論文。
- 李栩慧 (2005)。抵抗異化：醫院精障就業輔導員的行動反思。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 李涓琳、余安邦、林家興 (2008)。倫理主體的型塑、顯現與流變：以精神病患家屬為例。取自余安邦，*本土心理與文化療癒——倫理化的可能探問*。台北：中央研究院民族學研究所。
- 李舒中 (2012)。精神疾病「病識感」(insight)的社會分析：一個民族誌的觀察。*考古人類學刊*，73，101-148。
- 李錦鳳 (2010)。精神醫療社會工作者工作壓力與因應策略之研究。長榮大學社會工作學系碩士論文。
- 李松泰 (2013)。精神障礙者家屬參與醫療決策現象分析。南華大學非營利事業管理學系碩士論文。
- 李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜 (2008)。社區精神病患關懷照顧計畫初探。*精神衛生護理雜誌*，3 (1)，20-27。李雅敏、林宏熾 (2008)。成年就業精神分裂症患者康復經驗之研究。*復健諮商*，2，49-75。
- 呂又慧、戴雅君 (2011)。社區精神復健的另類服務：以新北市慈芳關懷中心的「會所模式」為例。*社區發展季刊*，136，308-330。
- 呂又慧、梁瓊宜 (2016)。從病人到人——專業關係再建構？精障會所工作者之主體生成歷程。*臺大社會工作學刊*，33，129-170。

- 社團法人台北市心生活協會 (2015)。截至 104 年 2 月，精神衛生相關統計資料數據統計。
取自 http://www.heartlife.org.tw/editor_ndoc/editor_docview.asp?id=25
- 周和君、董小玲、馮欣儀 (譯) (2010)。合作取向實務：造成改變的關係和對話 (原作者：Harlene Anderson、Diane Gehart)。臺北：張老師文化。
- 林本炫 (2005) 紮根理論研究法評介。於齊力、林本炫編著，質性研究方法與資料分析 (二版)。嘉義：南華社教所。
- 林奕如 (2009)。探索台北 My House 機制與網絡-兼論會員的康復。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 林鍾淑敏 (2002)。走在荊棘路上-精神分裂症青少年病患的疾病經驗與適應歷程。國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
- 林修雯 (2008)。在會所遇見精神障礙者——一個社工的轉向。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 林秋芬、宋旻諺、王迺燕 (譯) (2010) 同情的負荷：精障之照顧者的愛與礙 (原作者：David A. Karp)。台北：洪葉文化。
- 林勝偉、林慧珠 (2013)。康復之家日常工作場域的結構：以北部地區康復之家為例。跨界：大學與社會參與，3，c1-27。
- 林慧婷 (2014)。精神分裂症患者家庭功能與復元之相關性研究。國立臺北大學社會工作學系碩士論文。
- 林萬億 (2013)。當代社會工作：理論與方法。台北：五南。
- 吳佳音 (2009)。慢性精神病患就業成功預測因素：專業人員觀點。國立臺灣師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 吳婷盈、鄧志平、王櫻芬 (譯) (2012)。家族治療概觀 (原作者：Herbert Goldenberg、Irene Goldenberg)。臺北：雙葉。
- 吳慧萍 (2012)。臺灣地區精神疾病社區關懷訪視員角色壓力與工作倦怠之初探。國立臺北大學社會工作學系碩士論文。吳慧菁、林萬億、張莉馨、唐宜楨 (2012)。「精神疾病強制鑑定審查會」運作之探討：以社工委員為例。東吳社會工作學報，23，9-45。
- 吳宛珣 (2014)。康復之家住民生活與適應歷程之研究：以北市一間康復之家為例。輔仁大學社會工作學研究所碩士論文。

- 吳姍紋 (2015)。社區復健中心社會工作者之工作策略與反思。靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。
- 洪千惠 (2006)。慢性精神病患從醫院回歸社區—為何回家是一條漫長的路。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 胡孟菁 (2013)。優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討—穿越生命隧道之旅。國立政治大學社會工作研究所碩士論文。
- 高麗芷、周美華 (2004)。臺北市社區精神復健中心。北市醫學雜誌, 1 (4), 503-511。
- 姚敏貞 (2005)。都會社區精神復健機構「康復之家」住民生活品質之影響因素探討。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 姚美華、胡幼慧 (2008)。一些質性方法上的思考。載於胡幼慧 (主編), 質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例 (二版)。臺北市: 巨流。
- 翁維希 (2014)。如何擺放?—從醫院端的看見。於蜂巢社區復健中心主辦, 走鐘人生之玩真的一瘋 WORKER 論壇。桃園市: 蜂巢社區復健中心。
- 郭芬如 (2013)。精神障礙者家屬之照顧經驗。國立臺灣師範大學社會工作學研究所碩士論文。
- 郭婉盈 (2007)。在生活世界中實踐專業的慢性療養院社工。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 陳向明 (2002)。社會科學質的研究。臺北: 五南。
- 陳柏蓁 (2014)。我在社會工作教育裡擺盪、現身與尋根。國立臺灣師範大學社會工作學研究所碩士論文。
- 陳碧君 (2003)。基隆市政府主計人員角色衝突之研究。國立政治大學行政管理碩士論文。
- 陳奎林 (2005)。精神醫療社會工作專業角色與困境探討—實務工作者的觀點。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 陳信佩 (2007)。家庭是療癒的聖杯嗎? 精神分裂症患者對家庭關係解讀與家庭支持需求之研究。輔仁大學兒童與家庭學系碩士論文。
- 陳怡伶 (2010)。精神復健機構的評鑑制度與專業實踐: 建制民族誌之分析。國立臺灣師範大學復健諮商研究所碩士論文。

- 陳正芬 (2013)。我國長期照顧體系欠缺的一角：照顧者支持服務。社區發展季刊，141，203-213。
- 陳玉婷 (2015)。精神障礙者主要照顧者從受助者到助人者的生命經驗。國立臺北大學社會工作學系碩士論文。
- 陳菽芬、林麗瑞、李易駿 (2013)。精障者社區就業歷程之個案研究。台灣社區工作與社區研究學刊，3 (1)，23-59。
- 陳姿廷 (2013)。運用優勢觀點於家屬團體之經驗分享—以北部某醫院精神科日間病房為例。中華團體心理治療，19 (4)，27-44。
- 陳玟玲、楊燦、賴家欣、李昭憲 (2014)。精神分裂患者主要照顧者照顧負荷及其相關因素初探。美和學報，33 (2)，13-28。
- 陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之 (2015)。臺灣精神障礙者手足照顧經驗之初探：以父母照顧經驗做對照。臺大社會工作學刊，31，55-103。
- 陳冠伶 (2010)。共譜圓舞曲~非自願案主思維下少年工作之探究與反思可以參考。國立臺灣師範大學社會工作學研究所碩士論文。
- 章明儀 (譯) (2003) 心智與自然：統合生命與無生命的心智生態學 (原作者：Gregory Bateson)。臺北：商周出版。
- 梁瓊宜 (2014)。解凍中的工作者~邁向反映實踐之路。輔仁大學心理學系碩士論文。
- 曹寶玉 (2014)。重返社區之路：會所模式中的過渡性就業。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 梅黎晞 (2006)。精神分裂症病患對家庭維繫的衝擊—從配偶角度探討。國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。
- 張玳菱 (2007)。社工新人無法拋置的生命經驗——我在康復之家從事精神社會工作的反思。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 張如杏 (2008)。嚴重情緒障礙學生自我決策及其家庭參與在轉銜服務歷程之探討—以又一村情障班個案為例。國立臺灣師範大學特殊教育學研究所博士論文。
- 張如杏 (2009)。台灣精神醫療社會工作專業發展與危機。臺灣社會工作學刊，6，119+121-145。

- 張正璋 (2013)。互為照顧者：老化中的父母與精神障礙子女。國立臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 張如杏、楊添園、張玲如 (2016)。精神疾病與醫療發展 精神醫療社會工作理論與實務：兼述心理衛生社會工作。臺北：洪葉。
- 許育光 (2000)。敘說研究的初步探討—從故事性思考和互為主體的觀點出發。輔導季刊，36 (4)，17-26。
- 曾淑欣 (2011)。會所模式下精障者邁向獨立生活的歷程—以伊甸活泉之家為例。國立臺灣師範大學社會工作學研究所碩士論文。
- 黃秀香 (2003)。後現代思潮對現代社會工作實務理論與處遇的影響及反思。社區發展季刊，104，321-341。
- 黃玉珠、王育慧 (2015)。伴我路遙遙—家屬及公衛護理師照護社區精神病患之現況與困境。護理雜誌，62 (4)，26-33。
- 黃慈音、謝艾美、楊雅嵐、陳嘉茵、林淑娥、魏心敏、林佩瑾 (譯) (2013)。助人工作者的養成歷程與實務 (原作者：Marianne Schneider Corey & Gerald Corey)。臺北市：心理出版。
- 楊玉欣 (2015)。楊玉欣立法委員「強制住院的病患數減少，不是因為他們都好了」質詢簡報：精神病患社區照顧及居住問題。取自 <https://www.facebook.com/yangyuxing/photos/a.1066647153355178.1073741879.460623490624217/1066647230021837/?type=3&theater>
- 溫信學 (2014)。醫務社會工作。臺北市：洪葉。
- 楊連謙、郭葉珍 (譯) (2004)。家屬與精神病患 (原作者：Kayla F. Bernheim & Anthony F. Lehman)。臺北市：合記。
- 葉人豪、葉玲玲、黃光華、陳快樂、邵文娟、陳宏 (2009)。社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討。精神衛生護理雜誌，4 (1)，1-8。
- 葉錦成 (2011)。精神醫療社會工作：信念、理論和實踐。台北：心理。
- 趙雋康 (2011)。家屬參與精神病患強制處置之經驗。中國醫藥大學護理學系碩士論文。
- 趙淑珠 (2005)。從獨舞到雙人舞。應用心理研究，25，1 - 3。

- 潘淑滿 (2003)。 *質性研究：理論與應用*。臺北：心理。
- 鄭玉英、趙家玉 (譯) (2006)。 *家庭會傷人—自我重生的新契機* (原作者：John Bradshaw)。臺北：張老師文化。
- 萬心蕊、劉蓉台 (2011)。 後現代思潮中精神醫療社會工作發展的另類可能。 *社區發展季刊*，136，232-250。
- 萬心蕊、黃薇蓁 (2014)。 心理衛生社區服務輸送現象與社區工作應用 (二) 社區關懷訪視現況與應用。論文發表於台灣心理衛生社會工作學會「2014年台灣心理衛生社會工作專業發展研討會—從入院到返「家」談心理衛生社會工作者的角色與價值」。臺北：台北市立聯合醫院松德院區。
- 萬東茵 (2007)。 社區精神復健之社會工作角色探討—以中部地區為例。亞洲大學社會工作學系碩士論文。
- 畢恆達 (2008)。 詮釋學與質性研究。載於胡幼慧 (主編)， *質性研究：理論、方法及本土女性研究實例* (二版)。臺北市：巨流。
- 劉素芬 (2011)。 社會功能與社區慢性精神病人復元之相關性研究—以社區復健中心與康復之家為例。 *臺大社會工作學刊*，23，137-180。
- 劉玲君 (2014)。 以詮釋觀點探討精神障礙者的復元歷程。國立臺北大學社會工作學系碩士論文。
- 熊德筠、林靜蘭、林冠品、李玫昭 (2010)。 出院準備概念於精神病患照護的應用。 *護理雜誌*，57 (2S)，58-64。
- 熊德筠、林冠品、林宛蓁、張素蓮、祝年豐 (2010)。 精神病患社區持續性照護—以中部某縣為例。 *護理雜誌*，57 (3)，69-78。
- 鄭舒文 (2006)。 精神障礙者家屬領導者參與社會運動之主體經驗。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 衛生福利部 (2014)。 身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=470

衛生福利部 (2015)。精神疾病防治工作說明及討論報告。取自

http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%96%BE%E7%97%85%E9%98%B2%E6%B2%BB%E7%A7%91_0050202002.pdf

衛生福利部 (2016)。身心障礙者人數統計資料。取自

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198

謝宏林 (2000)。精神分裂症家屬主要照顧者期待病患長期安置之相關因素探討。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

謝依君 (2014)。綜合醫院端的精神醫療社會工作服務—處理疾病瘋癲，得以回家生活或者安置。論文發表於台灣心理衛生社會工作學會「2014年台灣心理衛生社會工作專業發展研討會—從入院到返「家」談心理衛生社會工作者的角色與價值」。臺北：台北市立聯合醫院松德院區。

謝國雄 (2007)。四位一體的田野工作：《茶鄉社會誌》的例子。於謝國雄、高穎超、李慈穎、吳偉立、劉怡昀、劉惠純、鄭玉菁、葉虹靈、林文蘭等編著，*以身為度、如是我做*。臺北：群學。

簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法。臺北：巨流。

簡春安、趙善如 (2010)。社會工作理論。臺北：巨流。

簡嘉惠 (2013)。從受助者到助人者的可能—探討新北市康復之友協會之精障家屬的充權歷程。輔仁大學社會工作學系碩士論文。

顏珮名 (2014)。精神障礙者職場友誼發展歷程之探究。國立臺南大學諮商與輔導學系碩士論文。

龔千逢 (2011)。初探情感性精神病患身為疾病照顧者之家庭生活適應歷程。國立政治大學社會工作研究所碩士論文。蘇舜君 (2014)。精神疾病患者復元經驗與歷程的探究。國立臺灣師範大學社會工作學研究所碩士論文。

謝佳容、蕭淑貞 (2006)。台灣社區精神復健機構的服務現況與展望。*精神衛生護理雜誌*，1 (2)，45-54。

附件一 參與研究同意書

參與研究同意書

親愛的受訪者您好：

我是國立政治大學社會工作研究所的學生，非常感謝您願意接受我的訪談。本研究為「心理衛生社會工作者與照顧者相互期待之角色內涵探討」，旨在探討心理衛生社會工作者與精神病患照顧者 工作之中相互期待的角色內涵，包括會有什麼因素或歷程影響相互期待之認知、行動的修正與調整，以利未來形成相關工作之建議與策略，您的參與將使本研究更具有價值。為確保您瞭解自身權益保障與研究進行方式，須正式徵得您參與本研究之同意。

一、研究進行方式

(一) 訪談時間約一至兩小時，訪談期間將進行全程錄音，以利未來謄寫逐字稿與資料分析。研究者將視實際需要，擇日以電話或面對面之方式與您進行補充訪談。

(二) 研究者謄寫完逐字稿後，將以紙本或 E-mail 方式寄送給您做再次確認，您可刪改或補充文本資料。研究結束後將全數銷毀錄音檔與任何有關訊息文件。

二、您的權益保障

(一) 隱私與保密：文本中任何有關辨識您真實身份與個人隱私之資料，包括人名、地名、任職機構、服務年資、職稱、特定單位等，都將經過保密處理，採以代號、服務年資約略化方式處理，研究者將確實保密，徵求您同意前絕不傳散或公開。

(二) 中止錄音或訪談：您有權拒絕回答您不想回答之問題，若有任何身心不適或顧忌，可隨時終止錄音或訪談。

(三) 分享研究成果：您想進一步瞭解研究成果，研究者未來可採書面或口頭方式與您共同分享。

(四) 回饋禮金：為實質答謝您參與研究之貢獻，於訪談結束後將餽贈新臺幣 200 元禮金。領取者：(簽名)。

國立政治大學社會工作研究所

指導教授：宋麗玉

研究生：蔣瀚霆敬上

本人確實知悉上述研究進行方式與權益保障，並同意參與本研究：

研究參與者/受訪者：(簽名) 中華民國年月日

研究者/訪談者：(簽名) 中華民國年月日

附件二 訪談大綱

訪談大綱（心理衛生社會工作者版）

一、工作經驗與方法：

- (一) 您在機構中的職務、工作內容為何？
- (二) 就您在工作場域中所接觸的精神病患照顧者的經驗，您怎麼看待他們？
- (三) 您在工作中，和精神病患照顧者所建立的是怎樣的一種關係？特殊的互動經驗為何？
- (四) 請問您如何與精神病患照顧者工作？有何經驗與感受？

二、角色期待：

- (一) 您認為心理衛生社會工作者與精神病患照顧者 工作時的角色與立場為何？
- (二) 您認為有哪些因素或歷程會影響您與精神病患照顧者 工作時的角色與立場？
- (三) 您認為精神病患照顧者與您工作時，應有的角色行為表現為何？
- (四) 您認為有哪些因素或歷程會影響精神病患照顧者的角色行為表現？
- (五) 若照顧者與您的期待不同，您在工作時會如何因應或調整與其關係與工作方法？

三、反思與回饋：

- (一) 您在精神疾病照顧者工作的經驗中，是否曾遭遇挫折與壓力？是什麼原因導致壓力？
- (二) 針對上述挫折與壓力，您會採哪些因應或克服方式？
- (三) 您認為與精神病患照顧者工作時，機構或工作者有何可再調整或加強之處？
- (四) 請問您對現行精神衛生政策與實務有何建議？

四、基本資料：

- (一) 服務機構：醫院、精神復健中心、康復之家、會所模式
- (二) 職稱：社會工作員 社會工作師 督導 其他（請註明）
- (三) 服務年資：年 月
- (四) 性別：女 男
- (五) 年齡：民國 年次
- (六) 最高學歷：社會工作科系：專科 大學 研究所以上 非社會工作科系：專科 大學 研究所以上（非社會工作科系請註明系/所別）
- (七) 宗教信仰：基督教 天主教 佛教 道教 一貫道 一般民間信仰
回教 無信教 其他（請註明）
- (八) 同住家庭成員：獨自居住 父母 子女兄弟 姊妹 祖父母 配偶或伴侶 其他（請註明）

訪談大綱（精神病患照顧者版）

一、照顧與接觸經驗：

- (一) 您與照顧對象的親屬關係、照顧內容為何？
- (二) 您和心理衛生社會工作者所建立的是怎樣的一種關係？、特殊的互動經驗為何？
- (三) 請問您與精神醫療、社區復健等不同場域工作者接觸時有何經驗與感受？
- (四) 如果可比較，您感受到不同社會工作者與您接觸時有何相似、相異之處？

二、角色期待：

- (一) 您認為照顧者與心理衛生社會工作者接觸時的角色與立場為何？
- (二) 您認為有哪些因素或歷程會影響您與心理衛生社會工作者接觸時的角色與立場？
- (三) 您認為心理衛生社會工作者與您工作時，應有的角色行為表現為何？不同社會工作者與您接觸時有何相似、相異之處？
- (四) 您認為有哪些因素或歷程會影響心理衛生社會工作者的角色行為表現？
- (五) 若工作者與您的期待不同，您在接觸時會如何因應或調整與其關係與立場？

三、反思與回饋：

- (一) 您在與工作者接觸經驗中，是否曾遭遇挫折與壓力？是什麼原因導致壓力？
- (二) 針對上述挫折與壓力，您會採哪些因應或克服方式？
- (三) 您認為機構或社會工作者在與您工作時，有何可再調整或加強之處？
- (四) 請問您對現行精神衛生政策與實務有何建議？

四、基本資料：

- (一) 照顧對象的疾病類別：憂鬱症、躁鬱症、思覺失調症、其他（請註明）
- (二) 罹病期間：自 年 月～自 年 月
- (三) 福利身份（可複選）：低收入戶 中低收入戶 特殊境遇家庭 高風險家庭 身心障礙者 其他（請註明）
- (四) 性別：女 男
- (五) 年齡： 民國 年次
- (六) 最高學歷：社會工作科系：專科 大學 研究所以上 非社會工作科系：專科 大學 研究所以上（非社會工作科系請註明系/所別）
- (七) 宗教信仰：基督教 天主教 佛教 道教 一貫道 一般民間信仰 回教 無信教 其他（請註明）
- (八) 同住家庭成員：獨自居住 父母 子女 兄弟 姊妹 祖父母 配偶或伴侶 其他（請註明）