

# 心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係

## 以某醫學中心安寧團隊的 歷史經驗為例<sup>1</sup>

魏書娥<sup>\*</sup> 林姿妙<sup>\*\*</sup>

### 摘要<sup>2</sup>

就目前安寧緩和療護的發展現況而言，醫師、護理人員、社工師、宗教師以及志工是安寧緩和療護團隊核心的專業成員。心理學符合安寧緩和療護理念要求的整體性照顧原則，已被認可對安寧緩和療護具有重要的貢獻，但是心理師在安寧緩和療護團隊裡的角色地位仍無定論。在醫療全球化的趨勢下，

---

<sup>1</sup> 本文討論的安寧緩和療護團隊模式個案，其團隊社工師屬專責職務，心理師原是專任職務，但是已於2005年08月調整為專責職務，相對於台灣地區的安寧緩和療護團隊大部分尚未強調心理師專業角色，或是部分採行專責社工師，以及專責心理師的發展經驗而言，可以說是深具代表性的特殊歷史案例。本文係根據2005年12月10、11日在南華大學生死學研究所舉辦的「現代生死學理論建構」第五屆學術研討會宣讀論文修改而成，感謝各位提問人的寶貴意見，以及兩位匿名審查人的悉心指正。

<sup>\*</sup> 南華大學生死學系助理教授。

<sup>\*\*</sup> 南華大學生死學研究所研究生。

<sup>2</sup> 本文兩位作者的貢獻一致。本文部分撰寫過程亦包括在國科會補助計畫（NSC94-2412-H-343-002）執行期間之中，謹此致謝。

各地安寧緩和療護團隊如何實踐心理層面的照顧,端視其所在的組織環境與制度條件,而這也涉及心理師與社工師在安寧緩和療護團隊運作模式中的角色關係。本研究據此,採用健康照護團體的動態觀點,討論其運作機制的可行性與在台灣安寧緩和療護脈絡內部的未來走勢。

本研究採持續比較分析法(CCM)。我們以某醫學中心安寧病房社工師與心理師為訪談對象,在資料收集方面,除了半結構式開放問卷的訪談逐字稿外,還包括其相他關文獻、書面訪談以及田野觀察紀錄等。經由持續比較分析過程,我們發現該病房心理師與社工師的合作過程形成了「團隊運作默契」,而且可以發現,心理師加入安寧緩和療護團隊的核心成員可以促進團隊運作默契。基於這個成功的經驗,我們認為心理師也應該被整合為安寧緩和療護團隊的核心成員之一。

關鍵詞：心理師、社工師、安寧緩和療護團隊、團隊運作默契

# **The Role Relationships between Psychologist and Social Worker in the Hospice and Palliative Care Team:**

*a Case Study of the Hospice and Palliative Care  
Team in a Medical Center*

Wei, Shu-Er\* Lin, Tzy-Miao\*\*

## **Abstract**

So far as it has developed, physicians, nurses, social worker, chaplain and volunteers are the professionally core personnel of hospice and palliative care team. In order to embed in the globally medical systems and its cultural institutional varieties, it has developed varieties of the local care model. This article aims to explore the role relationships between psychologist and social worker in the hospice and palliative care team in perspective of the dynamic of a health care group, and to discuss its possible practice and developmental mechanism within the context of modern hospice movement in Taiwan.

In terms of constant comparative method (CCM), this study has been grounded on the semi-structured questionnaire transcribed interviews with a psychologist and a social worker of the same hospice ward in a

---

\* Assistant Professor, Dept. of Life and Death Studies, Nanhua University

\*\* Postgraduate, Institute of Life and Death Studies, Nanhua University

medical center, the associated literatures, manuscripts and the notes of field observation. It has been found that there exists the tacit understanding of team practice between psychologist and social worker, which is positive and helpful to the hospice and palliative care team. As result, we suggest the psychologist should be integrated as one of the professionally core personnel in the hospice and palliative care team due to their contribution to psychological care.

**Key words:** *psychologist, social worker, hospice and palliative care team, tacit understanding of team practice*

# 心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係

## 以某醫學中心安寧團隊的 歷史經驗為例

### 壹、前言

健康照顧團隊的組成基本上跟社區的整體照顧需求密切相關，Rubin與Beckhard（1972）探討影響健康照顧團隊服務效率的因素時，針對團體動態過程，分析了團體目標或任務、內部與外部角色期待、團隊決策、溝通模式、領導風格以及團體規範等相關層面的影響方式（1972: 322-328）。值得注意的是，他們觀察到團隊成員包括醫師、護理人員和來自社區的家庭健康工作者（family health workers）都會面對內外部角色期待落差的問題，也就是與哪些參考團體連結的考量。例如，對於健康照顧團隊的醫師來說，進入團隊等於是陷入與外部參考團體或是與不同內部參考團體連結的抉擇壓力（1972: 323-325）。

安寧緩和療護團隊也是健康照顧團隊，屬於跨科際團隊，也可能經歷團體動態的過程（Rubin & Beckhard, 1972: 317-323）。但其組成成員、工作場域以及工作目標或任務和社區健康照顧團隊大不相同，同時其團隊成員所要面對的內外部角色期待落差問題也有其特殊之處。《牛津緩和醫學教科書》

(*Oxford Textbook of Palliative Medicine*) 先後曾在第一版 (1993) 和第二版 (1998) 的「科際整合團隊」(The interdisciplinary team) 章節, 由Ajemian(1993: 17-21) 和Cummings (1998: 19-22) 對科際整合團隊的團隊組成成員角色加以探討, 基本上包括核心團隊成員與外展團隊成員兩大部分<sup>3</sup>。前者都明確提到了醫師、護理人員、社工師、宗教師以及志工, 後者視情況可能包括各類治療師, 例如物理治療師、職能治療師、音樂治療師、藝術治療師等, 或是營養師、牙醫師以及藥劑師等。值得重視的是, 雖然心理師尚未被普遍接受為安寧團隊的核心成員之一, 但是在同書當中, 另有探討與緩和醫療相關的其他健康照顧專業章節中, 卻舉出臨床心理學與上述各項外展成員的專業科別並列, 這樣的安排強調了臨床心理學功能在安寧緩和療護服務整體的不可或缺性, 但也似乎隱含著心理學專業可以被規劃在外展團隊成員的部分。至於擔任與發揮心理功能的, 應該是所有團隊成員都要具備的專業修養或者甚至應該是一項獨立的專業角色, 同書的相關章節卻沒有深入討論, 這塊模糊的空間值得我們進一步討論。

## 貳、安寧緩和療護團隊的運作模式

安寧緩和療護模式的所謂的「科際整合團隊」

---

<sup>3</sup> 但Lickiss, Turner和Pollock共同執筆的第三版的同一章節就沒有特別區分核心成員或外展團隊成員, 只強調照顧末期疾病病人的工作, 會隨著實際情況而有所調整(2004: 43)。其中, 可運用與需要的資源(個人與非個人的); 尤其是技巧與其他所需要的資格(能力)以及被認同合理與適當的目標等兩者, 在本文的解讀觀點下, 認為這樣的彈性空間有利於心理學專業, 藉由許多可能的方式深度參與團隊的運作脈絡當中。

(interdisciplinary team) 運作機制指的是依照護計畫的發展階段、計畫的目標或病人的特殊需要，而由不同的跨科際成員共同組合而成，但絕大多數仍是以醫師、護理人員、社工師、宗教師及志工等，作為團隊的主要成員，其他的科系則視需要時才加入，而且也只採用會診或是轉介的方式；前者屬於定期與病人接觸的核心成員，因此需要定期溝通來持續適應照顧計畫，而後者則是較少定期接觸或「有需要時」才接觸的外展團隊成員 (extended team)，他們也許只需保持聯絡 (Cummings, 1998: 19)。

即使外展團隊成員裡的心理師職務，在對病人以及家屬可以發揮的心理陪伴功能、對促進團隊合作的影響力、對增進團隊與其所在組織環境的溝通、對安寧緩和療護基礎研究的提升等各方面的表現，心理學者們已紛紛著述加以肯定 (Cathcart, 2004; Payne & Haines, 2002; Alexander, 2004; Mitchell, 1998)。但是，這些一致的肯定至今並沒有促成心理師直接進入團隊核心成員的學術共識，甚至美國心理學界長期致力於讓心理師專業能夠在安寧緩和療護領域被普遍承認，也只不過強調在與臨終病人有關的喪慟諮詢、緩和療護、專業人員訓練以及研究上發揮可以心理學的特長 (Hartman-Stein, 2001)，卻沒有具體強調成為團隊外展成員和成為核心成員的差異，以及其此差異所具有的重要義涵。在安寧緩和療護的實踐經驗中，不論是社工專業或是心理學專業，也都缺乏了心理層面與社會層面難以斷然切割而且時時相互牽動的具體討論，這些現象與問題值得社會學界深入分析。因此，本文藉由安寧緩和療護團隊作為健康照護團隊的動態發展觀點，主要集中探討團隊裡的心理師與社工師兩種角色各自所擔負的團隊功能，它們在執行角色功能時相互涉及的角色關係，以及評估其對團隊運作順利與否可能產生的潛在影響力。

站在團隊運作的立場，團隊服務效率的達成和團隊衝突的管理都是重要的議題（Ajemian, 1993: 21-2, 24-6; Cummings, 1998: 23-24; 26-28），它們也同時離不開團隊角色工作之間的各種表現與關係，角色定位、角色期待、角色模糊、角色衝突、角色負荷（Ajemian, 1993: 22-3; Cummings, 1998: 24-25）往往是浮現團隊服務成效與否的重要過程，而這裡強調的角色區隔首先是專業角色之間的差異，安寧緩和療護團隊提供的整體性關懷是以病人為中心的四大層面關懷：包含身體、心理、社會與靈性等。依照健康專業的相關性加以區分，安寧緩和療護基本上被分割<sup>4</sup>成由醫師與護理人員提供身體層面的照顧，社工師提供社會、心理層面的照顧，靈性層面主要由宗教師來參與關懷，而志工則是擔任輔助的工作（Ajemian, 1993: 20-1; Cummings, 1998: 21-3）。另一方面，由於受照顧者是一個完整的人，面對專業區分的各方照顧人力還是反映出整體的照顧需求，因而使每種專業角色又都背負著應該兼具多出專業角色以外的其他角色期待，這讓專業角色的行動者面臨角色緊張甚至角色衝突的心理壓力。例如醫師與護理人員等除了專業診斷與護理術語以外，病人與家屬期待聽到貼近生活用語的病情發展以及病房照顧，得到醫事人員的耐心傾聽與陪伴等，而這些「其他」角色期待卻剛好是現有專業分工體制下劃歸社工師、心理師、宗教師、各類治療師等專業工作內容的重要成份，來自病人與家屬的外部角色期待，可能進一步帶來這些專業角色之間的內部角色期待落差（Rubin & Beckhard, 1972: 323-325），引發角色模

<sup>4</sup> 當然這裡只是粗略區分，還有其他專業人員提供簡易的身體照顧，例如，職能治療師等。特別要強調的是心理與靈性層面屬於較為模糊的領域，安寧緩和療護的觀點認為所有的團隊成員都有可能涉及，只是更深層的心理與靈性照顧與關懷，交由社工師、心理師或宗教師負責較為恰當。



糊、角色衝突，甚至角色負荷的反饋質疑，形成團隊正常運作的障礙。這些角色期待落差經常發生在互動場域的直接接觸瞬間，團隊成員也相應感受到專業角色之間，往往面臨需要當下跨越專業界線的壓力，有些可能緣於個別專業人員的人格特質而加以克服，使得科技整合團隊的運作困境並未浮出檯面，但是大部分仍須經由專業訓練解除健康照顧團隊遭遇的角色緊張狀況以及內外角色期待落差（Ajemian, 1993: 25-6; Cummings, 1998: 26-7）。

關於健康照顧團隊遭遇的特殊運作方式，Cox曾經給予正面評價，並且認為不同專業角色之間並非全然壁壘分明，專業角色之間的界線模糊反而是維繫團隊凝聚，降低不同科系張力的特殊表現，結果可以營造出有效照顧臨終病人及其家屬的安寧緩和療護團隊。Cox將此現象稱為「不可避免的角色跨界」（the inevitable blurring of roles）（1980: 161）。他以美國康乃狄克安寧院志工發展方案為例，探討照顧臨終病人的新方式時，發現了強調跨科際合作的健康照顧團隊在臨終場域必須面對的特殊團隊運作方式。

相對於Rubin與Beckhard（1972）觀察的團隊醫師現象以及Cox（1980）觀察志工加入團隊的現象，本文的討論主軸則試圖將此團隊運作特色局限在社工師與心理師的角色關係加以討論，此討論的特殊性主要在於安寧緩和療護團隊裡心理師的專業地位目前尚無定論。

### 一、心理師在安寧緩和療護團隊中的紮根條件

Payne和Haines曾經明確地界定了心理師的專業服務範圍，包括對病人及其家屬的直接服務，教育與訓練，與外圍組

織層次的溝通支持以及心理學研究方法與理論取向的增進（2002: 403-5）。心理學對緩和醫療的正面效益無庸置疑，但是這些公認的貢獻在心理師確認其在團隊的角色地位時，似乎仍然必須面對若干困難。在前述《牛津緩和醫學教科書》第三版（2004）的臨床心理學對緩和醫療的貢獻（The contribution of clinical psychology to palliative medicine）單元中，Cathcart觀察到心理學介入安寧緩和療護領域遭遇了兩項困難，一方面在方法學上，評估緩和療護效益的思考仍待突破性的進展；另一方面在實踐工作上，也缺乏臨床心理師來擔任這項工作。這跟心理學研究仍聚焦在剛被診斷出或接受根治性治療的病人有關，即使已觸及對緩和療護病人的心理研究，但仍以癌症病人的需要為主（2004: 1073）。

另外，Cathcart提出的看法是「當人們得了重病而面臨心理挑戰時，並不意味著所有的病人需要去看心理師。臨床心理師的技術也許更適合運用於發展團隊其他成員的心理學技術」（2004: 1076）以致於他認為心理師除了可以對病人提供直接服務，對家屬提供團體治療服務以外，在團隊層次只局限於提供促進心理學意識、教授心理學專門技巧、督導特殊個案、增進團隊合作以及支持團隊決策與團結等項目，而且並沒有將喪親支持服務列入其工作範圍（2004: 1076-7）。

Alexander也認為對大多數的病人而言，安寧團隊的現有核心成員已可滿足心理與靈性照顧的需要（2004: 42）。不過，他根據在英國Kent當地一家區域醫院疼痛門診服務的研究發現，在它們的臨床心理師長達兩年對當地一家安寧院住院病人提供每週一天的轉介服務歷程，出現了轉介率提高，開立抗憂

鬱劑下降的現象<sup>5</sup>；相對而言，僅少數有精神疾病病史的病人需要特殊的精神科投入，但不到1%的病人會被轉介給精神科，而且這種轉介率隨著安寧團隊成員對於處理這類病人較有信心時，會逐漸下降（2004: 40）。

Alexander（2004）的研究肯定了安寧院的臨床心理師可以發展評估、治療與諮商的角色。但是，他也一樣強調不能以其所發揮的評估、治療與諮商功能來全面衡量心理師介入安寧緩和療護領域的結果。首先，臨床心理師與精神科醫師的差別之一，即是臨床心理師不能開立藥方；其次，Alexander支持Stedeford and Bloch（1979）與Ramsay（1992）的看法，認為大多數病人的疼痛緩解需求有一些身體與心理層面相互影響的症狀，要去具體衡量一種專業在跨科際團隊提供整體照顧的理念裡所能發揮的個別貢獻，是相當困難的（2004: 41-2）；再說，能夠作為有效評估介入功能的心理學工具實在有限，評估心理學介入的方法論更是有待努力的。換句話說，Alexander的研究還是停留在心理師作為心理學理念與安寧緩和療護哲學媒介所表現出來的臨床貢獻。他偏重的角度和前述其他學者一致，都是集中在以病人為中心的整體照顧隨心理師加入團隊而更完整，強化團隊意識到生理疼痛與心理疼痛甚至靈性需求的複雜關聯，並且讓團隊成員體驗到心理師可以分擔有效生理層面以外的照顧服務。Alexander沒有直接討論團隊成員之間的角色期待問題，也沒有具體回應心理師在安寧緩和療護團隊裡是否

---

<sup>5</sup> Alexander的研究結果跟Mitchell的發現互有出入，而這讓安寧團隊很多成員覺得驚訝（2004: 42）。依據Mitchell在愛丁保的Marie Curie安寧院（37床）的半年轉介服務經驗：「精神科醫師的介入，導致抗憂鬱劑使用的增加（38% - 55%），以及抗精神病用藥使用的上升（34% - 58%），而在類固醇與鴉片類用藥則下降。」（1998: 172）

應該被整合進核心成員，有趣地是，他卻不同於其他學者，特別指出了心理師未來可能在安寧院或是安寧緩和療護團隊擔任專職的工作（2004: 41）。這個看法似乎是回應了他在自己文章開頭就提出的英國安寧與專業緩和醫療服務國家委員會（NCHSPCS, 1996）<sup>6</sup>的建議，「心理師成為醫院緩和照護團隊的成員之一」（2004: 36）。

## 二、社工師在安寧緩和療護團隊中的角色地位

相對於心理師在安寧團隊裡的地位層級不明確，同樣在《牛津緩和醫學教科書》的「科際整合團隊」章節中卻可以很清楚地找到社工師在安寧緩和療護團隊裡位居核心成員之一。Ajemian和Cummings對社工師的工作範圍、介入方式以及面臨來自團隊其他成員的角色期待都有一致的看法。社工師在整體照顧的理念下主要擔負社會層面的服務，團隊成員的期待與社工師自己的角色期待一致，面對病人和家屬時社工師提供工具性服務、資訊性服務和情感性支持等具體服務；但是社工師自我期待的諮商角色<sup>7</sup>卻和團隊其他成員的期待有別（Ajemian, 1993: 19; Cummings, 1998: 20），形成Rubin與Beckhard（1972）觀察到的內外角色期待落差的現象。關於這個重要的差異，Ajemian和Cummings也一致沒有進一步討論，反而都只簡單強調社工師特別要與團隊成員相互協調，至於如何具體協調付之闕如。更不要說，諮商角色可能涉及團隊成員之間的溝通，或是Payne和Haines（2002）提到對團隊成員進行的教育訓

<sup>6</sup> National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services.

<sup>7</sup> 對照前述Alexander的研究結論，安寧院的臨床心理師可以發展評估、治療與諮商的角色。似乎團隊成員傾向於將諮商功能交付給心理師而不是社工師。

練、組織溝通與相關的理論研究活動。

另外，社工師在團隊中的角色地位即使明確無爭議，卻也可能遭遇被團隊其他成員取代的挑戰。由於心理與社會服務在各團隊的實踐方式各有不同，有現象顯示志工在社工人員相對較少參與的情況下，義工逐漸被賦予較多相關的工作，例如日本（謝英皆，1995）。也有趨勢顯示社會和心理服務可由心理師或是護理人員擔任，例如英國，社工人員因為某些原因，幾乎已經完全退出團隊回到了社區。但安寧院中的病患如果有社會心理方面的需求時，則可由臨床心理師或護理人員來負責（高瓊悅，2000）。除此之外，比較特別的是他們由臨床心理師、社工師、牧師、志工以及護理師來共同為喪親遺族做悲傷輔導（蔡佩真，2000）。由此看來，Cox（1980）觀察到在科際整合團隊裡出現的「不可避免的角色跨界」現象，似乎說明的是團隊內部的專業分工總是存在界線模糊的彈性，基於此彈性，有能力擔當的其他專業成員，在以病人為中心的服務宗旨下，才能適時地維持整體照顧環節裡的某項特定功能。同時，維持此彈性所要承擔的風險即是前述談及的「內外角色期待落差」的現象。以下，本論文將放在台灣的發展脈絡，觀察隨著安寧緩和療護團隊內社工師與心理師專業分工，所要面臨的「內外角色期待落差」與「不可避免的角色跨界」等現象，以及它們對整體性照顧服務帶來的可能影響。

### 三、安寧緩和療護團隊模式在台灣的發展

在台灣，就首先成立安寧病房的馬偕紀念醫院而言，其安寧緩和療護團隊的組成成員，是以醫師、護理人員、社工師、志工及院牧人員為核心成員，心理師不在團隊成員之列。其中社工師除了協助病患及家屬面對疾病與死亡的過程，調適疾病

與死亡伴隨而來的壓力之外，同時也必須瞭解病患家庭中的互動情形，增進成員正向溝通，適時尋求各方社會資源，協助解決難題，並在病患去世後，協助喪親者渡過哀傷期。除了工具性支持、資訊性支持和情感性支持以外，在教育訓練方面，社工師也承擔了部分職務（馬偕安寧療護史，1998: 30-34）。自此以後，台灣各醫院成立的安寧病房其服務團隊莫不以馬偕團隊模式為參照。團隊裡的核心成員少不了社工師，社工師所負責的工作涵括心理與社會層面，介入的方式廣及實質性支持、組織溝通以及教育訓練，可說扮演著非常重要的角色。

安寧團隊的組成成員在各方面都逐漸被確認。在學術研討方面，1992年11月財團法人中華民國安寧照顧基金會主辦了國內首次安寧照顧醫療人員研討會，會上廣受討論的「一組專業人員」，對象就是鎖定在醫生、護理人員、社工以及宗教人員，當時並未將心理師納入考量。在專業人員培訓方面，1993年5月同樣由安寧照顧基金會開辦的全國首屆安寧照顧訓練基礎班，以及1995年末由衛生署保健處正式參與而首辦的專業人員研修計畫，亦是以上述四種角色為其培訓對象（賴允亮，2004）。在醫療法規與醫事行政方面，衛生署於1995年及2000年推展的「安寧居家療護設置規範」以及「安寧療護病房設置基準」，更是完全以醫師、護理人員和社工為主要的人員設置考量，臨床心理師雖然也列入規範之中，但是屬於得視業務需要而設置之其他人員；換句話說，是屬於安寧緩和療護團隊的外展成員之一。

從歷年來安寧緩和療護經由醫院與非政府組織引導與啟發，隨後醫療行政機構推動修訂相關法律條文支持，並且逐步建立完整的醫療體制的過程來看，台灣的安寧緩和療護團隊模式發展，與歷年相關文獻中討論的基本模式幾無差別，醫師、

護理人員、社工師、志工及宗教人員都是安寧緩和療護團隊中不可或缺的成員，而心理師角色則為建議性質並未強制規範為核心成員。雖然如此，並不意謂著心理師在台灣的團隊模式裡只能在有特殊需要時才得以發揮功能，早期北部已有一家醫學中心安寧病房設有專責的臨床心理師，以及二位碩士班實習心理師來協助服務患者（吳英璋、許文耀、翁嘉英，2001）。這裡所謂「專責」的臨床心理師意指「非專職」的性質，所以，就正式職位的規劃而言，跟相關文獻分析的諸國模式類似，仍然停留在安寧緩和療護團隊的外展成員之一。不過，吳英璋等（2001）也認為二位碩士班實習心理師已相當於一位專職臨床心理師所能提供的服務。另外，北部以外則有一家醫學中心的安寧病房曾經正式聘用過專職安寧心理師，跟現有相關文獻提出的經驗相較，確實與眾不同，值得深入討論與分享。據此，本論文將透過分析一個歷史個案經驗，來討論隨著安寧緩和療護團隊內社工師與心理師專業分工，所要面臨的「內外角色期待落差」與「不可避免的角色跨界」等現象，以及它們對整體性照顧服務帶來的可能影響。

## 參、研究方法

本研究採持續分析比較法（constant comparative method），這種研究法是一個持續動態的過程，每個階段在一段時間後轉換到下一個階段，而在整個分析的過程中，前面階段保持運作，並提供下一階段的連續發展，直到分析結束為止（Glaser, 1965）。

### 一、研究對象

研究對象的選取依據理論取樣的原則，本研究是根據研究

問題以及訪談對象本身資訊的豐富性來決定最適切的人選(潘淑滿, 2003)。基於這個原則, 我們以某醫學中心安寧病房的心理師(L)及社工師(Q)為訪談對象, 並輔以心理師提供的相關文獻來加強資訊的豐富性。

L心理師是該病房的專職安寧心理師, 在未成為專職安寧心理師前, 即曾以心理科實習生的身分, 進入台北某醫學中心安寧病房實習, 並曾以研究生及志工的身分在其服務的安寧病房從事臨終心理與靈性之研究, 當時的志工管理者即是社工師。畢業當兵退伍後亦回到該病房持續相關研究, 由於該病房有心理師之職缺, 故而應聘成為專職安寧心理師, 至2005年7月底為止任職超過三年以上。

Q社工師不同於L是該病房的專職職位, 而是安寧病房的專責社工師, 所以負責的單位除了安寧病房之外, 還包括血液腫瘤科及耳鼻喉科病房的癌症患者。三個病房的差異主要是, 血液腫瘤科和耳鼻喉科的住院病人, 從初次診斷到末期皆有, 且大部分是尚可接受治療的患者, 而安寧病房的病人則多數知道自己已病情嚴重。

## 二、研究場域

北部以外的這家安寧病房所屬的醫學中心並不是位於都會地區, 應診病患的來源包括南部與東部, 原住民比例不低, 因而安寧團隊的主要服務對象也集中在非都市住民, 其擁有的社會經濟條件也相對比較弱勢。安寧病房的緩和療護團隊成員組成包括有醫師、護理人員、社工師、志工、行政人員及心理師等核心成員, 比較特別的是其志工人力資源充沛, 具組織性而且性質多元, 是安寧團隊提供整體性照顧服務相當重要的支柱。



### 三、資料收集

有關資料收集方面，在2004年4月13、14日的訪問行程中，我們首先參與了由L心理師所帶領的安寧病房專屬工作坊，「傾聽陪伴支持團體」，時間是從晚上七點到九點半（由於我們錯估行程的時間，導致遲到一小時）。參與成員包括醫生、護理人員、心理陪伴志工、家屬以及大學生志工等，將近二十人。14日參與旁聽早晨的交班會議，並作成兩日的田野觀察紀錄。其後，待心理師得空採用半結構式開放問卷進行訪談。此外，還包括後續書面訪談以及由心理師提供的相關文獻等。訪談地點在L心理師及Q社工師服務的安寧病房祈禱室。訪談當時，已徵得研究對象的同意才進行錄音，時間約一個半小時，訪談後並謄寫成逐字稿（其中Q社工師的部分由於部分錄音失敗，故訪談者隨即根據訪談筆記回憶整理出相關部分的訪談內容），內容都經研究對象確認無誤。另外，對逐字稿內容不明確，或是L心理師提供的相關文獻內的理念有不瞭解之處，則以書面訪談的方式做進一步的釐清。其中與Q社工師進行了兩次後續書面訪談，與L心理師則仍保持聯絡中，至文章完成階段共既已累積多次後續書面訪談。

### 四、資料分析

確認後的逐字稿則在經過編碼的初步階段，再藉由合併同類編碼形成不同的範疇，我們選取了「團隊運作方向」、「團隊運作過程」以及「團隊規範」等三個範疇。透過不斷比較編碼和範疇以及範疇和範疇之間的相關性，我們歸納成「安寧病房專職心理師的工作內容」、「安寧病房專責社工師的工作內容」、「心理師、社工師與團隊成員的運作機制」和「心理師與社工師的角色關係」作為持續分析比較的方向，並且暫時剔除

不相關的其他範疇與分析方向。

所有的資料都是在經過簡化、界定以及達到飽和之後，才將資料轉換成命題，並同時對照文獻內的相關段落所形成的命題。例如，社工師和心理師分別面對整合志工資源的運作方式。L心理師雖然在訪談當時提到與團隊的運作方式是靠團隊的運作跟默契，不是經過怎麼樣的規定，而是經過一段時間的運作之後，就自然都會有的方式。從表面上看，好像團隊對於角色的職責沒有規範，但從他提供的相關文獻資料來看，卻有著相當明確的角色任務說明。幾經比較與對照之後，我們將主軸命題鎖定在「心理師加入安寧緩和療護團隊的核心成員可以促進團隊運作默契」。

最後，再次針對「心理師與社工師的角色關係」下的所有範疇脈絡作比較，並將其他適切相關的範疇整合到文獻分析的參考大綱上，來回在理論大綱和文本主軸命題之間尋求更為明確的論述邏輯，直到理論飽和為止。在此過程中，我們還不斷的透過討論來釐清理論概念，例如「團隊規範」、「角色期待」、「不可避免的角色跨界」等。此外，我們也找出可能錯失的觀點加以檢示，並藉由持續比較來促進理論觸覺與拓展理論。

## 五、研究嚴謹度

本研究是針對特定個案所代表的安寧團隊組成成員模式，以及團隊運作過程的模式，探討新核心成員加入團隊運作的影響，以及此團隊運作模式對提升安寧緩和療護服務的示範作用。蒐集資料的過程將焦點集中在影響團隊模式的特定要素上，在本研究也就是個案團隊所屬的心理師與社工師的角色互動層面。關於互動關係以及彼此在團隊中的角色期待資料等，則藉由不斷有意識地反省歷程尋求分析文本的確實性、可

轉換性、可靠性和可確認性(胡幼慧、姚美華, 1996: 141-147)。

本研究首先透過參與觀察晚間工作坊與間接觀察晨間交班會議；當面與書面的訪談資料，並徵詢受訪者的訪問回饋，確認提問方向與回答方向並未互相偏離；加上運用電子郵件往返，以及相關文件檔案等不同性質的資料相互比對。此外，透過兩位作者在研究各階段的討論與釐清，並且不斷重回文獻脈絡，對照現行只明確列入社工師為核心成員的團隊模式，比對不同來源的資料以及與受訪對象保持聯繫等方式確認分析文本的確實性。

其次，原始資料的可轉換性，藉由採用受訪者用詞與貼近受訪者思考理路的文字表述，從錄音檔轉成逐字稿，並且揣摩訪談資料與現有文獻理念之間的差距，從漫無邊際的逐字稿來回凝聚焦點，儘量將受訪者有意或無意表達出來的行動意義、意圖定位與論述觀點整理成有組織，而且系統性的文字資料，尋求分析文本與文獻上既有概念與論題之間的連結。另一方面，剔除不直接相關的資料，使之暫時成為隱晦的文字資料，作為下一步比對文字資料內在理路的參照。

至於資料的可靠性，則根據研究過程不間斷地反省個案研究策略，增進研究者探討現有主流安寧團隊模式的深入程度，以及歸納出團隊運作新模式的判斷力，最主要的考量根據是，心理師得以進入安寧團隊的核心成員，其結構條件與角色範圍是否能在受訪者直接的口語表達，和間接的行動表達與身體語言之間充分展現。

最後，資料的可確認性，兩位研究者藉由前述各種不同的資料形式相互比對，確認受訪者的表達方向與研究者的理解方向並未相錯，而且是相互靠近的，整理成儘量周詳的文本加以保存備查。

## 六、研究倫理

本研究得以進行，曾經藉由公文申請程序，經過受訪對象所屬醫院的同意，乃至參與該團隊「傾聽陪伴支持團體」的運作及第一次邀請心理師作深度訪談時，心理師也有知會該團隊的醫師。實際訪談過程亦先徵得受訪者同意才錄音，訪談過程以及參與觀察過程，尊重受訪對象的要求，以不打擾病人為首要考量。資料轉譯與書寫過程，也儘量改寫可資辨認的特徵，並請受訪對象確認逐字稿內容無誤，分析與討論的部分也不斷對照受訪者發表過的作品，並參考受訪者對於分析與討論部分的想法適度修改內容。此外，研究過程中研究者也儘量自我提醒，避免使用研究者主觀的立場，去衡量受訪者所在機構的制度條件。

## 肆、分析與討論

在L心理師所提供的工作報告裡明確提到其所屬的安寧團隊成員，分別由醫師、護理人員（護理長、護理師、居家護理師、護佐）、社工師、心理師、志工以及行政人員（書記）共同組成。與Ajemian（1993: 17-21）和Cummings（1998: 19-22）的分析對照，幾乎等同他們兩人所說的核心團隊成員，唯一不同的是沒有直接提到宗教師<sup>8</sup>，應該是屬於外展團員的性質。另外，增加了心理師與行政人員，可以說是其團隊組成的一大特色。

---

<sup>8</sup> 根據田野訪談時從志工與心理師等人得知，該團隊雖然沒有特別設置宗教師一職，但是在病人或家屬有需要的時候，醫療團隊會商請宗教師介入，以提供服務，因為團隊共同認知宗教師的角色是其他人沒有辦法取代的。至於商請的宗教師包括牧師、神父以及精舍師父等身分，而且宗教師的來源不只是志工而已。

根據本文的討論主題，以下分別就專職心理師的工作內容、專責社工師的工作內容（請參見附表1）、心理師、社工師與其他團隊成員的運作機制，以及心理師與社工師的角色關係等四個面向分別加以分析與討論。

### 一、安寧病房專職心理師的工作內容

依據L心理師所提供的工作報告（2003）以及訪談內容來看，安寧病房專職心理師的工作內容包括了直接服務、教學與訓練以及研究與發展等三個方面。

#### 舖直接服務方面

包括對病人與家屬提供臨終階段的心理靈性諮商與陪伴、紓解其他成員的心理壓力以及促進團隊合作等。

1. 病人方面：主要在於提供病人所需的臨終心理諮商與心理照顧。內容包括尋求生命意義與希望、臨終的心理準備，陪同病人面對與適應臨終的情境，協助病人與家屬的家庭溝通以及談論生死議題，建立緩和醫療歷程的溝通，使病人的意向能夠獲得家屬與團隊更多的瞭解與支持。介入的方式包括了對病人個別進行疾病變化的心理調適諮商，協同志工為有意願的病人拍攝影像紀錄，協助心願達成，形成病友支持團體、協同居家護理師進行居家照顧，陪同宗教教師提供靈性諮商與照顧<sup>9</sup>，以及依病人的需求而協請志

---

<sup>9</sup> 靈性層面的確實內容以及靈性議題與心理學和宗教之間的關係，目前為止文獻上並無定論。值得注意的是，本文的心理師及其所屬研究團隊注意到不同宗教文化背景差異，可能左右心理學觀點與宗教觀點關於靈性意涵的詮釋與體驗，身非基督宗教為主流文化脈絡下的心理學觀點與宗教觀點之間的歧異性，可能大過基督宗教文化的脈絡，關於靈性層面跟心理學專業的關係因而有必要透過臨床陪伴的實踐場域，加以探索分析，尤其是建立本土的靈性經驗。因此本文的心理師有意識地把針對病

工給予幫助等。除了依心理師的專業角色提供臨終心理諮商之外，也統合或協同醫療照顧資源來滿足病人之所需，期能陪同病人從面對致命性疾病的混亂中作自我統合，對未來的生命產生方向和盼望。

2. 家屬方面：主要提供病床陪伴的心理諮商與教導臨終陪伴技巧，溝通協調家庭宿怨、統合家庭意見與轉化關係，對家屬進行病人臨終心理與靈性變化的衛教，協助家屬心理層面的調適與準備工作，抒解哀傷情緒，以及喪親後的哀傷心理輔導與關懷等。介入的方式包括在病房內不定期舉行病人家屬的支持團體，評估預期性哀傷與高危險群哀傷家屬，以及帶領喪親支持團體等。
3. 團隊合作方面：直接涉及團隊合作部分，心理師會參與病房的交班討論、個案報告、家庭會議以及團隊成員的個別討論等團體時間，以針對病人的心理現象提出建議與實務作法。書寫病例心理紀錄、提供病人心理與靈性改變歷程的訊息，深化醫療人員心理方面的知識，以便能對病人的心理照顧達成共識。提供病人心理需求評估，以增進團隊照顧的橫向聯繫等。心理師亦整合病房的人力資源，藉由提供更為完整的整體性關懷，來促進醫療照顧品質。間接涉及團隊合作部分，藉由參與處理病人及家屬的相關問題，減低醫療人員之工作壓力。

---

人、家屬與團隊成員的靈性變化認知列入其工作範圍，關於靈性陪伴，心理師明確地認為宗教師的角色有其無法被取代的範圍。此外，在本文的個案團隊經驗中因為心理師是確定的團隊核心成員，而宗教師只屬於外展成員，所以關於靈性議題上的角色混淆尚不致產生，但是若有心理師和宗教師都屬於團隊核心成員，則又另當別論。

### 簿教學與訓練方面

教學與訓練方面凸顯心理師所服務的安寧病房為立足點，開放式地提供專業知識，或是與安寧緩和療護相關的教學與訓練活動。

對病房內部，包括在每週三的晨間會議提出針對臨終照顧的心理議題的專題報告，負責病房新進成員有關臨終心理與靈性層面的教育訓練，帶領每週二晚間的「傾聽陪伴組支持團體」，負責病房內不定期的教學與訓練，協助病房建構心理與靈性層面的圖書資料，以及不定期依專業醫療人員所需而深入討論病人的心理與靈性問題等。對病房外部，則是以任職醫院安寧病房心理師的身分提供院內其他部門，或是院外其他民間機構與組織的教學與訓練，除了跟其他安寧病房進行專業上的理論與實務的交流外，也讓安寧病房與其所在的醫院進行有效的組織溝通，並且讓相關機構能夠認識到其任職醫院秉持的安寧緩和療護理念特色與作法。

### 包研究與發展方面

研究與發展方面強調藉由建立病患與家屬的特殊需求，累積本土照顧經驗，深入分析本土經驗與西方經驗的差異。

其落實的做法包括研究發展與製作教材和工作手冊。除了病患個案的逐一深入分析，研究主題還集中在全家照顧概念的家屬需求以及安寧志工，甚至醫療志工的深度臨終心理陪伴，研究方法是藉由家屬訪談以及帶領傾聽陪伴組支持團體的實務過程，蒐集與累積經驗加以深入分析，待有研究成果，則以任職醫院安寧病房心理師的身分，對外參與相關研討會發表研究論文。除此之外，亦製作臨終照顧的心理與靈性教材與工作手冊，開發臨終心理諮商的實務作法。

## 二、安寧病房專責社工師的工作內容

依據Q社工師的訪談內容來看，安寧病房專責社工師的工作內容包括了直接服務、教學與訓練以及研究等三方面。

### 舖直接服務方面

其包括對病人與家屬提供工具性服務以及資訊性服務，但不包含諮商服務，情感性支持也必須視情況而定。

1. 對病人與家屬提供的工具性服務項目包括出院的相關問題、經濟補助問題、照顧人力問題、醫療照顧措施的協調，以及會談與陪伴等。由於其服務對象的社會經濟條件多屬相對弱勢，因而在「出院的相關問題」方面，對於家庭功能不佳的病人提供出院準備之協助，例如後送單位的安置、其他社會資源的連結、相關醫療輔具的準備等。在「經濟補助問題」方面，主要是針對家境清寒者、單身獨居者，以及無人照顧者提供協助；運用的資源有保險、社會福利以及民間救助金等。在「照顧人力問題」上，當病人缺乏照顧的人力資源，或病人家屬由於長期照顧而處於耗竭狀態時，會替病人找尋個人網絡內可能運用的人力資源、請志工提供協助，或提供當地社區居家服務員之申請資訊。就一般狀況而言，「醫療照顧措施的協調」方面，社工師可說是病人、家屬與醫療團隊之間的溝通橋樑，當病人與家屬對於病情的感受與醫療團隊的診斷出現落差時，社工師可以從中提供醫療照顧措施的協調；例如，醫療團隊認為病人可以出院了，但病人與家屬卻還沒有調適到認為自己可以出院的程度時，社工師便成為兩者的溝通橋樑。社工師也會因應病人、家屬或家庭的需求而進行會談與陪伴，會談的重點則仍以經濟補助問題、照顧人力問題、醫療照顧措施為主。整體而言，由於必須同時負責三個單位



的社會工作，在病床數與時間有限的考量下，專責社工師只能先選取任務取向來進行，較少提供情感性支持。

2. 有關團隊合作方面，社工師與心理師一樣會參與病房的交班討論、個案報告、家庭會議、書寫病例心理紀錄、評估病人與家屬的社會需求、整合病房人力資源，提供醫療之外的協助。但社工師與心理師最大的差別，在於社工師是針對屬於社會工作的部分提供協助。其中，「個案報告」是以醫師和護理人員為主要參與成員，社工師偶會出席，也視狀況發言。家庭會議也是依狀況需要而共同參與，由於大部分家庭會議主題是以病情告知為主，多由醫師主持，邀請重要家屬或病人一起參加，因此，社工師礙於人力限制傾向於有需要社工幫忙協調時才參加，例如，照顧人力協調或是社會資源的提供等。

#### 簿教學與訓練方面

教學與訓練方面社工師只負責安寧志工<sup>10</sup>的職前與在職教育訓練課程的規劃，並不直接負責教學，而是以外聘其他專業人員對志工提供教學內容。同時，安寧社工師透過負責進階的職前與在職培訓課程規劃與支持等督導工作與安寧志工建立正式的關係。

#### 包研究方面

在研究方面，Q社工師表示並沒有從事研究的工作，但卻提到從學校畢業到進入醫療單位，乃至安寧病房，發現過去所

---

<sup>10</sup> 該院的安寧志工與醫院的其他志工一樣，是由社會服務室志工組負責統一招募，並且規劃一般基礎課程，通過此階段的志工，方可選填希望服務的單位。選填安寧病房的志工，才由安寧社工師進一步規劃相關訓練與督導。

學未必能直接運用到實務中<sup>11</sup>，反而有許多實務上的知識都是從病人身上學習的，所以他們都是給予社工師學習機會的老師。

### 三、心理師、社工師與其他團隊成員的運作機制

有關心理師與其他團隊成員的運作機制，根據上述L心理師的工作內容可以發現會牽涉到護理人員、社工師與志工。雖然他沒有直接提到醫師，但是根據我們的田野觀察以及訪談時，醫師也一同參與的經驗看來，他們理念一致，而且溝通順利。以下將分別從團隊運作方向、團隊運作過程，以及團隊規範等方向來說明。

#### 舖團隊運作方向 以病人為中心

L心理師的工作報告裡界定了其所屬團隊的微觀與巨觀特質，前者可以說是Ajemian（1993）和Cummings（1998）所謂的核心成員，包括專業人員、非專業人員、家屬以及病人等；後者可以說是Ajemian（1993）和Cummings（1998）所謂的外展成員，涵蓋了為此目標而共同努力的其他更為廣泛的專業人員及社會大眾（工作報告，2003）。就整體性照顧而言，團隊面臨的挑戰在於如何確認病人的需求屬性。就心理師的職責而言，由於病人的心理需求並非固定的，而是隨著整體因素一直在變，有時病人自己也不知道，而且每個人也都不一樣，因此需要心理師就其專業技巧與能力，主要分別在每週二傾聽陪伴

---

<sup>11</sup> 社工師自己解釋其主要原因在於許多相關文獻都是引自於國外，國外的理論知識往往與在地經驗有差距，與在地實務之間難以結合。此外，即使是找得到的國內相關文獻，也要考慮與區域性差異密切相關的社會文化差異，例如，花東地區有許多原住民，其社會文化特質和其他區域的不能完全等同。

團體會議以及每週三晨間交班會議場合，提供其他團隊成員有關病人的相關心理訊息，並提供適切的具體照顧建議（L，工作報告，2003；L，書面訪談，10/02/2005；L，書面訪談，10/4/2005）就提升團隊成員的心理層面服務而言，接近Cathcart（2004）對心理師的主張。

但是該團隊的心理師甚至擔負著比Cathcart（2004）所言更深層的任務。整個團隊充分共享病人是安寧團隊中重要成員的共識，和現有文獻相較，病人與家屬的能動性<sup>12</sup>（agency）被強調，不再只是等待團隊服務的對象而已。這個工作目標比起Ajemian（1993）、Cummings（1998）、Cathcart（2004）、Lickiss, Turner & Pollock（2004）、Payne & Haines（2002）以及Alexander（2004）等人文獻一致強調以病人需求為中心的看法更進一步。換句話說，以病人為師的態度提醒團隊確實意識到，由於病人以其生命展現出臨終過程中非常珍貴的靈性層面，讓專業照顧者能夠在更瞭解臨終處境的狀態下，進而貼近病人的真正需求，提升臨床問題的處理能力；此外，隨著心靈觀點的提升而減輕心理照顧的壓力，激發照顧者正向而積極的動力（工作報告，2003；L，書面訪談，09/09/2005；L-41-14 42-06）。以病人為師的照顧取向，反映出該團隊運用現有安寧相關文獻時有意識克服社會文化差異的嘗試。剛好也回應了社工師並非該團隊裡負責相關研究活動的主要人員。比較接近Alexander（2004）認為臨床心理師可以擔任評估、治療與諮商的角色。

就社工師的職責而言，在偶爾參與的個案報告會議、視狀況出席的家庭會議以及儘量出席的晨間交班會議中，針對前一

---

<sup>12</sup> 這裡的能動性指的是，病人和家屬藉由安寧緩和療護服務理念對於醫療極限的反思，可以某種程度地脫離傳統醫療組織的結構限制，也比較不受醫病關係權力模式的限制。

天每一床所發生的狀況做交班討論，過程中如果發現有屬於社會工作的部分，就會針對這幾床去提供協助（Q-02-23 02-24）。由於Q社工師必須兼顧三個病房，因此似乎和Ajemian（1993）以及Cummings（1998）提到，主要由社工師負責家庭會議的現象不同，因為該團隊召開家庭會議的主要目的在病情告知，進行的方式主要由醫師主持。

#### 簿團隊運作過程 協商、討論與遞補

以病人為中心，甚至以病人為師的理念，轉化到實際工作當中則是各類團隊會議的商量過程。該團隊的團隊會議包括每日晨間交班會議（每週三由心理師作心理專題報告）、每週二晚間的傾聽陪伴團體會議、家庭會議以及個案討論會議等，心理師鼓勵團隊成員藉由會議時段將大家的需求提出，並且共同針對「我們覺得重要的」需求順序尋求解決之道（L-13-13 13-15）。換句話說，團隊的決策過程是一個討論的過程，是匯集不同專業所看到病人與家屬的需求，來作為團隊運作的方向，而不是以任一專業權威為決策的主導者。

從L心理師的工作內容，我們可以看到他在實務中，幾乎接觸得到團隊的所有核心成員，例如，協同居家護理師至病人家中進行居家照顧、陪同師父一起對病人作靈性方面的諮商和照顧、參與處理病人及家屬的相關問題、與志工合作協助家屬作病人影像紀錄、在每週三晨間交班會議上或是個案討論會議上與醫護人員交換意見等等，都顯現出不同角色為了共同達成「以病人為中心」的目標，而相互遞補與支援的團隊合作關係。

從Q社工師的工作內容，我們可以看到他在實務中主要視病人的需求接觸到醫護人員，例如，家庭會議，或是隨病人的需求與志工訓練與督導跟心理師協商。另外，團隊核心成員與外展團隊成員的接觸，則是當病患需要其他專業角色的介入服

務時，由醫師開立照會單，必要時會請被照會的專業人員來共同參與晨間交班會議，一起討論（Q-03-06 03-09）。整個討論過程最重要的依據是以病人為中心的原則，心理師發揮的功能是提醒此原則，以便團隊成員之間形成一股互相遞補、互相支援與彼此回饋的正向循環。

#### 包團隊規範 平權與關懷

根據田野觀察的紀錄，可以發現該安寧團隊心理師所帶領的傾聽陪伴支持團體，參與成員包括團隊的醫生、護理人員、心理陪伴志工和家屬等核心成員，以及志工大學生等，將近二十人。在工作坊進行的過程中，安寧團隊的醫師總是靜靜的傾聽心理師與其他團隊成員之間的交流，即使說話，感覺也像是志工一樣，並沒有因其專業角色而散發出權威的氣息。護理人員、志工及家屬則隨其意願而述說特殊的服務概況或心得；過程中並沒有因為參與工作坊而有「說話」的壓力。當參與者談及服務病人與家屬的過程時，心理師並沒有直接的價值判斷，只是講解「小我陪伴」與「大我陪伴」之差別，讓參與者瞭解「用我的價值觀去陪伴不一定是對的」（L-30-25 31-01），以此來提供參與者另一個層次的觀點。整個過程雖然是由心理師來主導，卻沒有給人以上對下的權威感覺；反而令人感受到從傾聽中釐清問題盲點的支持。總而言之，這是一個平權的討論場域，整個過程雖然是由心理師來帶領，但他給人的感覺只是扮演一個會議主持人的角色而已。

傾聽陪伴支持團體不只是該團隊的正式會議之一，非正式的溝通方式也是這個會議的重要特質，我們的到訪也被團隊整體視為共同照顧的分工過程之一，因而讓我們親自體驗該團隊的凝聚力量。整體而言，從醫師張羅我們的住宿、志工關照晚餐、心理師等人招呼宵夜以及家屬分享照顧心得等等，不同的

團隊成員藉由個別的方式，共同營造出關懷的團隊規範。另外，團隊成員之間也不乏彼此照顧，例如慶生活動、或是志工關懷醫師生病煮了羅漢果等，心理師強調：「這是一個『愛』的環境，多少的愛心灌進才成就了這種氣氛。」(L-35-17 35-20)正式會議溝通的平權規範與非正式聯誼的關懷規範共同交織成傾聽陪伴支持團體的溝通基礎，在此基礎上化解了許多團隊運作時可能遭遇的障礙，或是減輕了許多團隊成員互相適應的社會心理成本。

#### 四、心理師與社工師的角色關係

舖由社工師的實務工作來看心理師與社工師的職務分工

一般而言，志工是由社工師所管理。然而，該病房的志工管理者，既非社工師，亦非心理師，而是社服室的志工領導。雖然如此，但社工師仍必須負責安寧志工的職前與在職教育訓練課程的規劃，以及支持等督導工作。不過關於安寧志工的督導問題，Q社工師表示：「會傾向與心理師來共同督導」(Q-05-20)。例如，心理師藉由他主持的傾聽陪伴支持團體，進行安寧志工的在職教育訓練課程。Q社工師對於L心理師在這方面的努力予以肯定，他認為安寧志工由於臨床服務確實必須面對臨終問題的心理衝擊挑戰，藉由心理師主持傾聽陪伴支持團體來轉化志工的陪伴觀點，確實可以發揮很大的作用(Q-05-20 05-23)。

簿由心理師的實務工作來看心理師與社工師的職務分工

針對同樣的志工督導問題，L心理師則表示，主持這樣的團體，主要是基於工作上的需要，心理師經常要和志工一起合作來對病人提供心理陪伴的服務，所以有需要建立一個相互交換心得的聚會。這樣的聚會除了可以作為情感上的支持團體，

讓志工分享心情和陪伴的成長經驗之外，同時也能促進陪伴經驗和知識上的交流，並且形成彼此合作上的共識與默契（L，書面訪談，10/02/2005）。

另外，我們針對L心理師的田野觀察、工作報告、書面訪談以及錄音訪談所得的分析資料，我們認為L心理師戮力於從臨床研究所得的成果，來深化照顧者的臨終心理照顧以及釐清靈性陪伴<sup>13</sup>的觀點。L心理師主持支持團體，藉由轉化志工的陪伴觀點來讓志工自我省察，藉此省察，透過持續提供服務的過程來逐漸形成正向的循環，進而回饋到志工自己的生命當中，由此持續正向循環與眾多因素所共同形成的回饋，來讓志工找到積極正面的臨終陪伴動力來看，我們認為由心理師來主持「傾聽陪伴支持團體」的更重要因素是，心理陪伴志工的服務有比較多的機會直接涉及到心理關懷與靈性層面的議題，故而加入了心理師的角色來因應整體需求。

由是觀之，在台灣多數的安寧社工師仍然必須同時承擔起心理與社會層面的照顧與教育訓練，對社工師而言其實是Ajemian（1993）和Cummings（1998）提到的角色負荷狀態。然而，在該病房社工師的角色負荷似乎有轉由心理師與社工師來分工負責的趨勢。換句話說，由社工師負責社會層面的照顧，而心理師則兼顧心理關懷與靈性層面的釐清，並適時邀請宗教師加入靈性關懷。以社工師的職務而言，減輕角色負荷是職務簡化與單純化的調整，就社工師的專業角色而言，則是專注於單項特殊工作類型，並藉由去複雜化使專業領域明朗化。很重要的是，在安寧緩和療護團隊裡職務的「簡化」與「去複雜化」<sup>14</sup>，並不是說社工師完全不用涉及臨終照顧的心理議題，

<sup>13</sup> 請參見註9。

<sup>14</sup> 社會學領域關於專業化的分析，就規範層次或是實踐層次而言，集中在

而是也能勝任但不是其專職工作內容，如此一來，減輕社工師在提供服務時必須同時扮演多重角色，卸除社工師負責多樣職務的工作負擔，也等於提供樹立心理師在團隊裡核心角色地位的可能條件。因此，心理師加入安寧團隊核心成員，一方面是減輕社工師複雜的工作負擔，另一方面也同時讓心理師與社工師彈性地互為主副角色，共同承擔社會與心理層面的照顧工作。

#### 包心理師與社工師的角色重疊

雖然社工師的職務去複雜化之後，由心理師與社工師分別負責心理與社會層面的照顧。但是從另一方面來看，這兩者的工作關係還是非常的密切的。社工師的服務重點雖然是在處理個案的相關社會脈絡底，釐清個案社會層面的需求，但在面對個案時，有時不免也要滿足個案的心理需求。相對而言，心理師雖然是針對社會脈絡底下的個人或是團隊提供心理層面的關照與諮詢，但在發揮其角色功能的過程中，難免也會涉及到

---

專業團體的社會自主性 (autonomy)、自我管制機制 (self-regulation)、團體內部的階層化與性別區隔以及與政治權威的關係等面向，並未就具體工作內容加以限定，也沒有討論到跨科技團隊合作時的專業競爭問題，因而本文關於個案團隊內社工師的工作範圍變動現象不直接採用「專業化」概念來說明，只採用「去複雜化」與「簡化」概念。另外，社工師的專業地位在安寧團隊中，無論是理念層次或是實踐層次都被確認在核心成員，本文在此強調的是安寧社工師的工作內容變動，會隨其所屬團隊對是否同時也確認心理師屬於核心成員而定，並不是以之作為其專業化成立與否的根據，本文使用「簡化」與「去複雜化」進一步分析其專業工作內容在性質上的變化，強調的是安寧團隊社工師的專業工作範圍不再只是非醫療專業的大雜燴；相對而言，心理師在本文個案的核心成員地位，與一般安寧緩和療護理念即使吻合，但在實踐層次卻是全球創舉，其在安寧團隊裡的專業地位從過去的不明確狀態，轉變為受到團隊成員的一致認可，其實是相當值得重視的心理師專業化擴展趨勢。



個案的社會問題。

這樣的情形也常發生在同時運用心理師與社工師的某醫學中心安寧病房。L心理師表示他常就臨床照顧方面的人力問題以及照顧資源的整合問題與社工師協調。例如，「有時候我跟社工師我們都會 譬如說有個病人沒有人照顧，那大家就會提出來，我們就專門找一個volunteer 比較regular來顧他，或者是某個太太在照顧上已經出現快要burn-out了，快要受不了，那我們是不是要找一個志工來，幫他代替一下，然後讓她回家休息」(L-14-03 14-09)。所以，在遇到病人缺乏照顧或家屬出現喘息照顧需求時，極有可能是心理師與社工師都同時會注意到，而且也會同時去處理的事情。此外，整合資源的社會工作與心理學方式也是密切相關的。L心理師表示有些志工的運用問題，是大家共同討論與共同決定的，討論的成員除了心理師與社工師之外，有時也包括醫師與資深志工。雖然多人共同討論，但取得共識之後，則由社工師來負責 (L-33-19 33-24)。Q社工師則表示，「當涉及社會層面時，大部分心理師會轉介給社工處理 只不過有時表面看起來是社會層面的問題，但底下實際是心理的調適問題」(Q-05-09 05-10)。當社工師避免不了要關懷心理調適的問題時，Q社工師也坦承，「會談提供的心靈陪伴<sup>15</sup>無法做到像心理師那樣的深層陪伴」(Q-02-19)。

在上述例子中，可見心理師與社工師的角色功能重疊性其實不在少數。但是，此重疊性往往是面臨病人與家屬的當下需求，而不得不相互越界執行的部分社工師或是心理師工作內容。正是這些必須滿足當下時間壓力的關係屬性，促使社工師和心理師兩種專業角色在安寧團隊的服務過程裡，形成了Cox

---

<sup>15</sup> 請參見註9。

(1980)在志工與安寧團隊其他成員之間,所發現的不可避免的角色跨界關係。這樣的角色關係分別對社工師或是心理師而言,並非屬於一種工作範圍劃分不清的認知狀態;相反地,兩者都清楚地意識到其自身的工作範圍界線,並且也都認知這是暫時的「越界」工作與服務,站在團隊的立場來看,卻是適時地產生兩種專業角色之間的互相遞補與支援的團隊效益,彌補了當下社工師或是心理師不在現場的缺憾。值得注意的是,這些遞補與支援的經驗也可能導致兩種專業角色之間的競爭關係。然而,我們從該團隊在遇到角色功能重疊時,已長期累積了共同討論與共同決定的經驗,並且對於工作的職責範圍亦有所規範來看,心理師與社工師在這裡所展現了相互遞補與支援的工作關係,可說是正向地發揮了整合社工師與心理師的團隊效益。

#### 宝心理師與社工師共同運作的方式

雖然,我們認為心理師與社工師在團隊裡展現了相互遞補與支援的合作關係,也不可避免地出現角色跨界的現象。但是這可能不一定代表團隊成員之間,甚至心理師與社工師之間完全不存在角色衝突現象,在Ajemian(1993)和Cummings(1998)兩人的文章討論到科技整合團隊裡出現的角色衝突現象,主要來自每一專業角色堅持自己專業貢獻的優位性,或是感受到自己的專業貢獻受忽視。對照本研究分析的個案經驗,L心理師和Q社工師「剛好都很有默契地表示」同樣看法,認為該團隊的運作過程不存在角色衝突現象。心理師表示,以我三年的臨床經驗來說,社工師和心理師的角色在安寧病房的照顧運作中,並「沒有」衝突存在。我們合作得相當好,也相當愉快(L,書面訪談,07/25/2005)。不過,在進一步談到整合志工資源來滿足病人與家屬需求的運作方式時,L心理師還是提到了一

段「自然」運作的過程，令人玩味非權威式的角色關係如何處理意見不一致的情形：那些需要就是說 透過一種 怎麼講 就是團隊的運作跟默契嘛，它不是經過怎麼樣的規定，可是我們運作一段時間就自然都會有這樣子的方式出來，所以大多數的需要都會被看到，然後就會找志工，需要時候就會彼此協調（L-14-09 14-13）。這段自然運作的過程，除了Ajemian（1993）和Cummings（1998）兩人提出的專業貢獻優位性堅持以及專業貢獻受忽視兩現象不明顯以外，我們的解讀有二，首先，或許L心理師想整體地說明在過往團隊成員的工作關係中，舉凡心理師和社工師之間，或是心理師和護理人員之間，甚至和其他團隊成員之間，即使有過磨合尋求解決衝突，但是經由許多臨床過程點滴累積下來的，最後仍是良性互動，而這長久累積的良性互動結果難以一語道盡，重新還原已發生過的點滴事件。換句話說，他所說的「團隊運作默契」是已經過濾掉不符合團隊順利運作條件，但基於許多有利於團隊運作的特定條件所凝聚成的良性互動模式。

其次，這跟專職心理師與專責社工師的職位差異有關，由於L心理師長時間出現在臨床場域，相對地，Q社工師並非如此，而是穿梭在三病房之間，因此一旦有協商的需要，社工師傾向於以尊重專業的態度面對（例如，對安寧志工的的心理照顧督導工作，或是坦承社工師心理陪伴的深度不及心理師），因而得以規避兩者在團隊中可能產生的角色衝突，反而慢慢醞釀成團隊默契。這層微妙的關係相信在配置有專職心理師與專職社工師的團隊模式裡，可以找到許多不同的現象。

另外，在L心理師所提供的資料（09/09/2005）中，其實有一份是「心理師在醫療團隊的角色」的說明。這份說明也佐證了心理師緣於工作特性屬於支持性質，因而也減少了他與其他團隊成員衝突的機會（L，書面訪談，10/02/2005）。例如，當

其他團隊成員發生工作低潮時，心理師的角色就是給予情緒支持，如果是因為幫不上病人的忙，就協助澄清一些東西，如果是人際或是勞務的問題，人際問題很難直接處理，勞務問題就是護理長的職責。由此可見，該團隊對於心理師的角色期待是溫暖而支持的。L心理師滿足了團隊對心理師角色的期待，以致於相對而言，他比較不會感受到團隊內部的角色衝突的困境。至於心理師與其所屬心理學專業團體的連結，由於他執行的角色內容遠遠多於專責心理師，或是外展團隊成員的角色內容，我們觀察到的是開創者與分享臨床心得的研究者，藉此專業角色使L心理師對心理學界能夠提供正面貢獻，沒有陷入在團隊角色成員與心理學專業團體之間的選擇壓力，也不至於因此導致心理師在安寧緩和療護團隊的面臨Rubin和 Beckhard (1972) 所說的內外角色期待落差的情形。

## 伍、結論

不論是心理師或是社工師所提供的具體的工作內容，並不是一開始就非常明確地被心理師、社工師或是整體團隊意識到，這是透過經由一個一個服務病人及其家屬的過程所建立的個案經驗裡逐漸摸索出來的，因而我們可以從包括醫師、護理人員、心理師與社工師以及志工等不同來源都接收到一致的訊息，那就是「以病人為師」的基本態度。在此基礎上，本論文可以歸納出深化臨終心理照顧及靈性陪伴的觀點、心理師角色在臨床照顧上日益重要、社工師角色的去複雜化、心理師與社工師不可避免的角色跨界關係等結論，並進而建議心理師也應該被列為安寧緩和療護團隊的核心成員。

## 一、深化臨終心理照顧及靈性陪伴的觀點

由於L心理師是台灣地區首位專職的安寧心理師，體認到各家醫療院所對於病人心理以及靈性部分的所知不多，以致很多人錯把心理層次的疏通，當作靈性的追求。他認為這麼一來，除了押著病人去完成照顧者的心智需求外，更重要的是病人的靈性現象被遺漏了，靈性需求既沒有盡到照顧者的視框，更不用說有靈性「陪伴」了（L，書面訪談，03/30/2005）。因此，L心理師（書面訪談，10/02/2005）表示有關心理需求方面，不建議太過實體化，因為以其經驗而言，這樣做經常會出錯，他認為與其將心理需求實體化，不如將它關係化，或是倫理化，也就是把病人和家人的關係考慮進來，他們的需要是共構的，這樣我們才能看到病人希望家屬可以放下的需求，但在倫理上家屬卻不能夠輕言放下的，心理師可能要針對這個差距調節家屬倫理上的重擔，才有辦法加以疏通。然而，這樣的觀點和既有文獻提供心靈照顧的觀點，「尋求生命意義」或「完成心願」等，還是有些差距的。以是之故，我們從L心理師的工作報告中，看到他戮力於增長團隊及其他醫療專業人員，乃至更廣泛的社會大眾都能夠具有臨終心理照顧及靈性陪伴的觀點。一方面可以作為醫療專業人員在提供一般心理關懷時的參考，另一方面更可作為其他科際團隊成員在評估是否應進一步轉介專業心理師的基本共識。

## 二、心理師角色在臨床照顧上日益重要

在文獻探討中，我們發現社工師在安寧緩和療護團隊中的角色是核心成員之一，相對而言，心理師在安寧緩和療護團隊中的角色尚未進入核心成員之一。對照本文的個案研究經驗發現身為核心成員的專責社工師，除了提供病人及其家屬有關社會層面的照顧之外，更需承擔起心理層面之關懷，有承受

角色負荷的傾向；相對地，專職心理師藉由引入深化心理與靈性照顧觀點，有效地分擔了心理照顧的服務，對團隊提供的整體照顧理念形成正面的效應，也對團隊合作的運作機制形成強化的效果。換句話說，心理師成為安寧緩和療護團隊的核心成員可以促進團隊默契，穩定整體照顧服務的品質。

就台灣的現況而言，該團隊的組成模式與運作過程雖然已是歷史經驗，但心理師法於2001年通過之後，心理師作為一項專業職務已被肯定，其所屬的專業團體也完成建制（林家興，2004），對於未來加入安寧緩和療護領域提供更明確的服務應該具有積極的意義。尤其是近年來，醫療保健模式已由單純生物醫學模式轉變為生物—心理—社會導向的醫療模式（謝博生，2003），為了實踐以病人為中心的醫療服務，心理師的專業角色在醫療領域將更為重要。某醫學中心安寧病房任用專職安寧心理師，不但首開了台灣安寧緩和療護團隊的先例，相較於國內外其他安寧醫療團隊以轉介方式或運用專責安寧心理師的方式來提供服務，也可說是全球安寧緩和療護運用模式的先驅。

### 三、社工師角色的去複雜化

台灣發展安寧緩和療護之初，在沒有積極運用心理師的情境下，社工師必須同時肩負起對病人與家屬提供社會與心理層面的照顧重責，並且在志工教育訓練方面亦扮演著重要角色（馬偕安寧療護史，1998：30-34）。然而，某醫學中心安寧病房運用專職心理師，與社工師共同分擔了社會與心理的照顧責任，減輕社工師提供服務時必須同時扮演多重角色的負荷。

然而，心理師與社工師共同分擔社會與心理的照顧責任，並不是指這兩種角色的職務混淆不清，反而是強調團隊服務品質的持續性與整體性。也就是說，心理師雖然針對心理層面提

供深層的陪伴，但心理問題不能不涉及到服務對象的社會問題。相對地，社工師針對表面上看起來是社會層面的問題，但其底層卻可能隱含著病人與家屬心理的調適問題。若單就社工師服務層面的職務而言，大多集中在出院、經濟補助、照顧人力，以及醫療照顧措施之協調等工具性支持與資訊性支持的服務層面。在教育方面，社工師則主要負責安寧志工的職前與在職教育訓練課程的規劃。同時，有關志工的督導，由於有些問題涉及到心理陪伴的議題則協同心理師來共同督導。

總而言之，屬於社會工作的部分還是由社工師來負責照顧，而屬於心理層面的感情支持則轉由心理師來提供關懷。這種整合了心理師的團隊運作模式，就社工師的職務而言，可說是進行了簡化的調整；職務簡化就社工師的專業角色而言，則是去複雜化。所謂的「簡化」與「去複雜化」，並不是說社工師完全不涉及臨終照顧的心理議題，而是在共同提供服務的過程中相互遞補與相互支援，讓團隊能夠正向地發揮整合社工師與心理師的整體團隊效益。

#### 四、心理師與社工師不可避免的角色跨界關係

由某醫學中心運用專職安寧心理師的實務經驗來看，心理師與社工師兩者之間確實存在著某些角色上的功能重疊，這是一種不可避免的角色跨界關係。Cox (1980) 認為「不可避免的角色跨界」可以調和界限，降低科系之間的張力，藉以建立有效照顧臨終病人及其家屬的安寧緩和療護團隊。根據我們的研究發現，該病房的心理師與社工師雖然呈現出不可避免的角色跨界，但這種角色跨界卻是建立「團隊運作默契」，引導團隊成員進行正向互動關係的重要基礎。

## 五、心理師成為安寧團隊核心成員的可能性條件

在此個案研究中的專職安寧心理師，其工作重點相當重視研究與發展。由該心理師從實務工作者的角度出發進行的研究來看，不但累積了相當的臨床研究成果，並藉由教學訓練而將此成果普遍的散播到專業人員、非專業人員及廣泛的社會大眾中，深化了照顧者在心理照顧與靈性陪伴上的觀點，而且也開發了臨終心理諮商的實務作法。而這些成果不但可運用在安寧團隊在面對臨終病人的心理照顧與轉介上，亦可提供其他醫療專業團體在面對進展性非惡性疾病病人的臨終問題時作為參考。對安寧緩和療護領域的學術研究而言，可說是一大拓展。

為此，我們雖然同意Cathcart（2004）的主張，心理師如果花時間在團隊成員的教學訓練上，可以讓更多病人從中獲得利益。但是在關於臨終病人得了重病面臨心理挑戰時，並不意味著需要去看心理師，則持保留態度。我們認為需要有專職的安寧心理師來就其專業技巧與能力，提供其他團隊成員有關病人與家屬在心理照顧方面的相關訊息。而這樣的整合，對於提升安寧緩和療護整體的照顧品質而言，能夠促發正向的整體效益。

另外，心理師在對其他團隊成員與其他照顧者提供心理照顧的相關教學訓練時，主要是讓他們能夠在臨床上運用。然而，這些教學訓練的基本材料，如果不是來自於在地化的臨床研究成果，如何能夠發揮教學訓練的真正效益呢？再者，對照顧者提供照顧也是安寧緩和療護的重要理念，尤其是對家屬的喪慟關懷。然而，現代心理學的相關研究，多以病人為主，少有涉及到其他層面的分析。如果缺乏這方面的實證研究，那麼如何能針對這些對象提供相應於他們所需的照顧與關懷呢？

某醫學中心安寧病房心理師，由於是該病房的專職心理



師，故而能以臨床所呈現的臨終現象做為研究的立基資料，將臨床現象透過理解轉化成理論，銜接實務與理論的關鍵連結，進而以此研究成果回饋給專業醫療團隊成員及其他照顧者，作為臨床上提供照顧時的觀點與共識。也讓團隊成員能夠藉由臨終照顧與靈性陪伴觀點的轉化，以及在此基礎上建立團隊成員彼此間的共識，在提升處理臨床問題能力的同時，也得以提高醫療照顧品質。因此，我們認為安寧緩和療護團隊不應該只是將心理師視為提供教學訓練的教育者，或有需要時才接觸的外展團隊成員。因為，專職安寧心理師的運用，是提升臨終心理學與臨終照顧實務的重要因素。以是之故，我們認為心理師也應該被列為安寧緩和療護團隊的核心成員。

## 六、一個在地模式的建立

安寧緩和療護團隊在不同的國度與區域運作時，會傾向因應當地的組織環境與制度條件去發展其在地化的照顧模式(魏書娥、許煌汶、林姿妙, 2004)。以醫生、護理人員、社工師、宗教師以及志工為主的專業組合模式，雖然仍是全球模式以及台灣地區安寧緩和療護的主要運作模式。但在台灣，基於整體之需求，某醫學中心已首開先例正式聘用專職安寧心理師。相對於發源自英美廣為流傳的主流模式，本研究分析的個案經驗，充分說明了心理學專業知識與技巧對於安寧緩和療護領域可能提供的服務範圍與具體方式，對科技整合團隊內部所具有的專業劃界可以發揮軟化界線與彈性互動的引導作用。

安寧緩和療護團隊不只是將心理師視為提供教學訓練時的教育者，或需要時才接觸的外展團隊成員，而是安寧團隊重要的核心成員，如此才能讓心理師在提供直接服務的同時，也能以臨床現象做為研究之基礎，將臨床所得的研究成果回饋給專業醫療團隊成員及其他照顧者，藉由在地化的研究成果，來

提高在地化的安寧緩和療護服務品質。這個台灣地區曾經出現過的特殊歷史經驗，剛好可以回應現代安寧緩和療護運動的重要開創者Saunders曾相當清楚強調的看法，在其他的文化脈絡裡應該尊重不同模式變異的可能發展。因為，「聖克里斯多夫安寧院（St. Christopher Hospice）只是一個適當照顧的案例，而非唯一該模仿的範例。」（1993: 6）。

誌謝：本論文的完成，首要感謝我們的研究對象Q社工師和L心理師，後者不但接受我們的錄音及書面訪談，更提供許多相關資料，讓我們能夠充實與豐富本篇論文的分析。也要感謝Q社工師和L心理師所屬的安寧團隊所有成員，他們熱誠的接待與心得分享讓本研究得以順利進行。此外，還要感謝天主教若瑟醫院腸胃科醫師許煌汶，以及中國醫藥大學醫學生許百慶兩人，協助收集相關文獻。

附表1 心理師與社工師工作內容對照表

製表人：林姿妙

職稱 工作內容	安寧「專職」心理師	安寧「專責」社工師
直接服務	臨終心理諮商與心理照顧	提供社會層面的服務
病人方面	尋求生命意義與希望 臨終的心理準備 使病人的意向獲得家屬、醫療團隊瞭解與支持 深層的心靈陪伴	出院的相關問題 經濟補助問題 照顧人力問題 醫療照顧措施協調 會談與心靈陪伴
家屬方面	臨終心理諮商與陪伴技巧的教導(病人臨終心理與靈性變化的教育) 溝通協調家庭陪伴關係與宿怨轉化 家屬心理調適與準備工作 透過陪伴引導家屬心靈成長 預期性哀傷關懷	出院的相關問題 經濟補助問題 照顧人力問題 醫療照顧措施協調 會談與心靈陪伴
團隊合作	對病人心理現象提出建議與實務作法 提供病人心理與靈性改變歷程的訊息 深化醫療人員心靈陪伴的知識 提供病人心理需求評估 心靈陪伴的人力整合	評估病 / 家社會需求 反應家屬之需求與困難 社會資源的提供 整合病房的人力資源 腫瘤與心連病房之間的照顧銜接
教學與訓練	提供臨終心理與靈性層面的教學與訓練	安寧志工課程之規劃
	臨終病房照顧心理議題專題報告 新進醫療的臨終心理與靈性教育訓練 主持傾聽陪伴支持團體 不定期的討論、教學與訓練 製作病人紀錄片 志工心靈陪伴的臨床實務與理論發展 於相關機構舉辦心靈陪伴專	負責社工師部分之教學 整合醫療團隊對志工訓練的計畫構想 包括職前與在職教育訓練課程的規劃,但並不需負責教學。

	業人員與志工之教育訓練	
研究與發展	建立本土化臨終心理與靈性 照顧模式	沒有從事研究與發展
	建立本土化臨終心靈陪伴模 式 發展、製作臨終心理與靈性 照顧教材 發展臨終心理諮詢的實務作 法	

註：由於要以表格來明確且清楚的顯示出心理師與社工師的工作內容是不容易的，因此，以上謹供參考。

## ◆ 參考文獻 ◆

- 林家興(2004)。心理師法的過去、現在與未來。上網日期:2005/9/12。  
網址: [http://www.eshare.org.tw/3\\_Book/Text.asp?Txt\\_ID=625](http://www.eshare.org.tw/3_Book/Text.asp?Txt_ID=625)
- 吳英璋、許文耀、翁嘉英(2000)。《臨床心理師現況分析與未來需求研究》(行政院衛生署八十九年度委託研究計畫研究成果報告, DOH89-TD-1185)。台北:台灣大學。
- 胡幼慧、姚美華(1996)。一些質性方法上的思考:信度與效度?如何抽樣?如何收集資料、登錄與分析?。在胡幼慧主編,《質性研究:理論、方法及本土女性研究實例》。台北:巨流。
- 馬偕紀念醫院(1998)。馬偕安寧療護史。台北縣:馬偕紀念醫院。  
上網日期:2005/9/12。網址:  
[http://www.mmh.org.tw/taitam/pea\\_edu/pea\\_edu0001.htm](http://www.mmh.org.tw/taitam/pea_edu/pea_edu0001.htm)
- 高瓊悅(2000,12月)。愛丁堡十日。《安寧照顧會訊》,39:21-23。
- 蔡佩真(2000,3月)。安寧與我,邂逅蘇格蘭。《安寧照顧會訊》,36:6-10。
- 潘淑滿(2003)。《質性研究:理論與應用》。台北:心理。
- 謝英皆(1995,3月)。從安寧照顧談教會醫療使命與異象,在中華民國基督教醫院協會年會專題演講。《安寧照顧會訊》,16:12-13。
- 謝博生(2003)。《一般醫學教育 後SARS時代的醫師培育》。台北:台大醫學院。
- 賴允亮(2004)。打造台灣安寧照顧系統。《安寧療護》,9(1):21-27。
- 魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004)。安寧緩和療護理念與醫學根源。《安寧療護》,9(4):407-416。
- Ajemian, I. (1993). The interdisciplinary team. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald(Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford. pp. 17-27.
- Alexander, P. (2004). An investigation of inpatient referrals to a clinical psychologist in a hospice. *European Journal of Cancer Care*, 13:

36-44.

- Cathcart, F. (2004). The contribution of clinical psychology to palliative medicine. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, & K. Calman (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Oxford. pp. 1073-8.
- Cox, M. S. (1980). The Connecticut hospice volunteer program. In M. P. Hamilton, & H. F. Reid (Eds.). *A hospice handbook: a new way to care for the dying*. Grand Rapids, Mich.: Eerdmans. pp.157-172.
- Cummings, I. (1998). The interdisciplinary team. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford. pp. 19-30.
- Glaser, B. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social problems*, 12: 436-45.
- Hartman-Stein, P.E. (2001). Psychologists trying overcome barriers to work with hospice patients. *The National Psychologist*, 10(4): 12-13.  
Retrieved August 13, 2005, from:  
[http://www.centerforhealthyaging.com/NatPsychArticles/July\\_August\\_2001.htm](http://www.centerforhealthyaging.com/NatPsychArticles/July_August_2001.htm)
- Lickiss, J. N., Turner, K. S., & Pollock, M. L. (2004). The interdisciplinary team. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, & K. Calman (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Oxford. pp. 42-6.
- Mitchell, J.R. (1998). Psychiatric involvement in an Edinburgh hospice. *Psychiatric Bulletin*, 22: 172-3.
- Payne, S. & Haines, R. (2002). The contribution of psychologist to specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(8): 401-406.
- Rubin, I.M. & Beckhard, R. (1972). Factors influencing the effectiveness of health teams. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(3): 317-35.
- Saunders, C. (1993). Introduction: History and challenge. In C. Saunders & N. Sykes (Eds.). *The management of terminal malignant disease*. (3rd ed.). London: Edward Arnold. (First published in the United Kingdom 1984). pp. 1-14.-(1997) *Hospices worldwide: A mission*

statement. In C. Saunders & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene*. New York: Springer Publishing Company. pp. 3-12.