

南 華 大 學

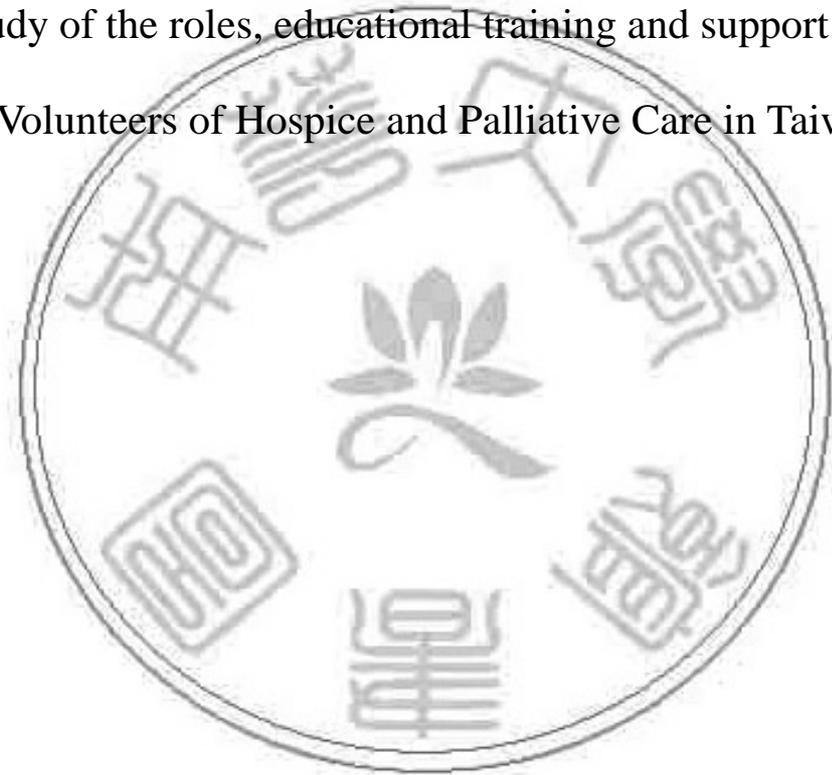
生死學系

碩士論文

臺灣地區安寧緩和療護志工角色 教育訓練及支持網絡之研究

The Study of the roles, educational training and support network of

Volunteers of Hospice and Palliative Care in Taiwan.



研 究 生：林姿妙

指 導 教 授：魏書娥博士

中 華 民 國 95 年 07 月 12 日

南 華 大 學

生死學研究所

碩 士 學 位 論 文

臺灣地區安寧緩和療護志工角色·教育訓練及支持網絡之研究

The Study of the roles, educational training and support network of
Volunteers of Hospice and Palliative Care in Taiwan.

研究生：林姿妙

經考試合格特此證明

口試委員：_____

魏書娥

李美玲

蔡品毓

指導教授：魏書娥

系主任(所長)：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 95 年 6 月 5 日

致 謝

感恩，是展現在整個研究歷程的，而不是論文結束後的這篇致謝文。這是研究者想對過程中所有人、事、物致意的肺腑之言。

研究之初，除了羞澀、沒自信之外，更大的感覺是害怕。面對逆境時，可能致使心情跌落谷底，覺得前途黯然艱辛。但也因此激勵自己，以作為一位臨終者，為達成生命最後遺願的心境，來對論文做最大的努力。正因為如此，所以乃至只提供一張訓練課程表，都能讓研究者感動得眼泛淚光告訴自己：要用心的做好研究，以回報協助者。故而，研究者不放棄任何可能將研究做得更好的希望與機會，從台北到屏東，從台中到花蓮的全省訪談，為的只是表達研究者的感恩之心，希望能對協助者有更具體的回饋。而盡己所能的搜集相關資料、以珍惜與尊重每份資料的態度去作分析、並深思詳慮的比較與深入探討，就是身為研究者最好的感恩與回饋方式了。

由於研究者並非社會工作專業人員，因此如果論文成果能夠貼近實務並提供參考的話，請參考者別忘了感謝世明、玉娟、侑書、秀芳、秀卿、秀惠、美惠、家鳳、耘賢、淑貞、惠芳、慈惠、瑞倫、靜芳、禮安、麗年，以及麗馨（以上以筆劃數順陳列）等，是他們的實際經驗凝聚成這個研究成果的。如果論文未臻完善，不能達到參考者的期許，那麼是研究者的個人能力不足，也是研究者必須向協助者致歉的。

指導教授魏書娥，是此篇論文的促發者，除了五度陪同訪談並環島一周之外，透過與老師一起研究與討論的過程，協助研究者提昇了研究觀點。其他師長的授業解惑也是非常重要的影響者。而我的先生煌汶，則是此篇論文的催化者，不但彌補研究者英文能力的不足，更協助修飾論文，讓論文讀起來能夠更為順暢。同學們猶如研究旅程中的加油站，在畢業之後仍不忘關懷與鼓勵依然在學的研究者。另外，百慶，讓你久等了！你上高中時，我上研究所，本來想一起畢業的，沒想到慢了一年；能和你及爸爸在書房鼎坐為學，必要時轉個身互相討論，是個溫馨而難忘的生命歷程。更重要的是感謝 阿彌陀佛及諸位法師，是個人研究及生命歷程中不可或缺的精神導師。並願以此獻給對我恩重如山的 父母、奶奶及已往生的爺爺。謹對所有協助者致敬及感恩！

摘要

臺灣地區 92 年度的死亡人數約有三分之二的人死於慢性病，其中以癌症為第一大死因。安寧緩和療護運動發微時期，是基於提升癌末病人及其家屬之照顧品質，故而整合志工。而由於社會結構的變遷與醫療的專業化現象，促使現代民眾缺乏認識臨終過程與學習臨終照顧的機會，當面臨醫療極限與隨之而來的死亡時，才呈現出人們對於這個切身問題的陌生與窘困。安寧志工角色的運用，對於面臨照顧窘境的患者及其家屬而言，可以提供輔助性的照顧與陪伴。然而，志工能否成為安寧團隊有力的輔助性角色，重要關鍵在於其相關的教育訓練過程。而通過教育訓練之後，有哪些要素可以支持安寧志工持續的提供服務呢？另外，由於安寧志工難免要面對臨終情境，當安寧志工提供臨終陪伴與照顧時，可能促發什麼樣的生命回饋呢？這是本研究所欲深入探討的。

本研究採深度訪談及紮根理論研究法。主要是以負責規劃安寧志工教育訓練課程的安寧社工人員作為分層立意抽樣的對象。在資料收集方面，除了半結構式開放問卷的訪談逐字稿外，還包括其相關文獻、書面訪談，以及田野觀察紀錄等。在歷經開放性譯碼、主軸譯碼、及選擇性譯碼等三個階段後，發現安寧志工隨其所處場域及情境的不同而扮演著各種不同的角色。在教育訓練方面，職前教育訓練會隨著安寧志工的服務過程而與在職教育訓練共同形成螺旋式向上循環成長的歷程。在此歷程中知識、技巧、態度，以及團隊運作默契也都會隨之提昇，其中也包括來自病人的「臨終整體性生死教育」回饋。然而，這樣的回饋，其實是透過持續服務及整體服務生態底下的支持網絡所共同形成的。而這個「整體性支持網絡」則是由來自個人、同儕、團隊成員、成就感、自我成長，以及大環境等六大支持要素所共同交織而成的。整體而言，教育訓練很重要的目的，是讓這個整體服務生態底下的支持網絡更為密實。而安寧志工的支持網絡越密實，成為資深安寧志工的可能性就越高，與團隊間的運作默契也會越好，越能成為高效能的安寧志工。這樣的研究結果，可以提供安寧團隊在規劃安寧志工教育訓練課程時之參考。

關鍵詞：安寧志工、教育訓練、整體性支持網絡、臨終整體性生死教育

Abstract

In Taiwan, the leading cause of death is cancer, and there were about two third of mortality subjects dying on chronic disease in 2003. In the incipient phase of the hospice and palliative care movement, the integration of volunteers is based on enhancing the quality of care for the terminal cancer patients and their family. Owing to the change of social structure and the phenomenon of medical professionalization, modern public lack the knowledge of dying process and the chance of learning about dying care. Therefore when we are facing the medical limitation and the coming death, we will feel so strange and awkward in these issues. The utilization of the hospice volunteers can provide the auxiliary care and sharing the journey to the terminal patients and their family. However, whether the hospice volunteers can become the efficient auxiliary of the hospice team, it depends on the related education and training course. Which kinds of important factors can support the hospice volunteers to provide their services continuously after passing the education and training course? Additionally, it is because that the hospice volunteers are hard to avoid facing the dying situation in their practice, what kinds of life feedback may be enlightened during their services? This study aims to explore these two subjects.

In-depth interview and grounded theory method were used as the qualitative method of this study. The social workers responsible for the conception of education and training of hospice volunteers were the subjects of the stratified intentional sampling. Besides the transcripts of interview by means of semi-structured open questionnaire, the associated references, the written interview, and the field observation records were also included in the data collection. After through the three stages of open coding, the axial coding, as well as the selective coding, we find that the hospice volunteers play the various roles according to the different field and situation. In the aspect of education and training, the pre-occupational education and training of the hospice volunteers following with their service forms the spiral-pattern upgrading

course together with their in-service education and training. The knowledge, the skill, the attitude, as well as the tacit understanding of team work will be promoted in this course.

Certainly, it has also included the feedback of holistic end-of-life death education from the patients. For all that, such promotion is actually through continuing services and forms together by the support network under the whole service ecology. But this “holistic support network” is interwoven together by the oneself person, the colleagues, the team members, the achievement feeling, the self-growth, as well as the macro-environment and so on six big support essential factors.

Generally speaking, the very important purpose of in-service education and training actually makes the support network under the whole service ecology much denser. The much denser of the support network of hospice volunteers is, the more possible to become senior and high efficient volunteers, and the tacit understanding within team work also can be better. Such study findings should be allowed to provide the hospice and palliative care team as reference of the conception of curricula of hospice volunteers.

Key words: hospice volunteers, education and training, holistic support network, holistic end-of-life death education

目 錄

第一章	緒 論	1
第一節	研究動機	1
第二節	問題陳述	4
第三節	研究目的	6
第二章	相關文獻探討	11
第一節	安寧緩和療護中的志工角色	11
第二節	安寧緩和療護志工的運用與管理	20
第三節	臺灣地區安寧緩和療護志工的發展概況	50
第三章	研究方法	67
第一節	研究方法的選擇	67
第二節	訪談對象的抽樣	67
第三節	理論觸覺	74
第四節	研究工具	80
第五節	譯碼程序	84
第六節	研究嚴謹度	88
第七節	研究倫理	91
第四章	分析與討論	93
第一節	住院安寧志工的角色	93
第二節	教育訓練(一)：安寧志工的篩選	117
第三節	教育訓練(二)：安寧志工的職前教育訓練	126

第四節	教育訓練(三)：安寧志工的適應與督導	166
第五節	教育訓練(四)：安寧志工的在職教育訓練	191
第六節	小結	199
第七節	安寧志工的支持問題	200
第五章	結論與建議	235
第一節	結論	235
第二節	建議	244
參考文獻		253
一、	中文文獻	253
二、	翻譯文獻	256
三、	網路文獻	257
四、	英文文獻	257
附表		263
表三-1	2002 年 6 月全民健康保險住院安寧療護整合性照護試辦醫院名單	263
表四-3-1	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「簡介安寧療護層面」的相關課程	264
表四-3-2	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「安寧志工角色層面」的相關課程	265
表四-3-3	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「身體照顧層面」的相關課程	266
表四-3-4	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「心理與	

	社會照顧層面」的相關課程 -----	267
表四-3-5	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「靈性照顧層面」的相關課程 -----	268
表四-3-6	1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況 「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程 -----	269
表四-3-7-1	各醫院規劃之安寧志工職前教育訓練課程總時數及培訓期概況表 「總時數」概況表 -----	270
表四-3-7-2	各醫院規劃之安寧志工職前教育訓練課程總時數及培訓期概況表 「培訓期」概況表 -----	270
表四-3-8-1	安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢 課程總時數由少轉多 -----	271
表四-3-8-2	安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢 課程總時數維持穩定的多 -----	271
表四-3-8-3	安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢 課程總時數由多轉少 -----	271
表四-3-9	安寧志工職前教育訓練各類課程總上課次數 時數對照表 總次數 順列表 -----	272
表四-3-10	安寧志工職前教育訓練各類課程總上課次數 時數對照表 總時數 順列表 -----	273
附錄	-----	274
	深度訪談同意函 -----	274
	研究程序說明書 -----	275
	深度訪談基本資料 -----	276
	深度訪談大綱 -----	277

圖目次

圖一	馬偕醫院 83、84 年度職前與在職教育訓練的目的與目標關係圖 ---	62
圖二	與安寧志工交相接觸而成的整體服務生態圖 -----	184
圖三	安寧志工的「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」圖-----	236

第一章 緒論

第一節 研究動機

近二十幾年來，人類的疾病種類正在轉型，表面上看起來醫療科技發達的社會，其實是籠罩在慢性疾病的陰影下。依據行政院衛生署統計，民國 92 年國人的主要死亡原因，前十大分別是惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、慢性肝病及肝硬化、肺炎、腎炎、腎徵候群及腎性病變、自殺、高血壓性疾病。其中除了事故傷害、肺炎及自殺之外，其餘皆為慢性疾病；在 129,878 的死亡人數中，屬於慢性病的死亡人數便高達 80,738 人，約佔每年死亡人數的三分之二，惡性腫瘤更以 27.10% 獨佔死亡因素之首，顯見這類疾病的臨終問題，已是目前臺灣地區民眾所要面對的普遍性問題。

生病，不只是一種角色，也是一種生活方式，它的影響範圍除了個人之外，還包括了全家大小的生活作習（張荳雲，1999）。尤其是當病人由獨立變成依賴時，除了當事人必須遭受能力喪失與時空失序的衝擊之外，其家屬也面臨著生理、心理，以及生活經濟上的壓力。乃至病人與家屬在關係上可能必須重新定位，而家屬在照顧上則可能因為資訊與技巧的不足而需要重新學習。這種現象隨著先端醫療科技的發展，提高了存活率，讓許多疾病趨向慢性化而益加明顯。

畢竟病人有其基本需求與特殊需求，一般醫院只提供了病人的特殊需求，因此，在以家庭為個人醫療與健康照顧第一線的現代社會中，滿足病人基本需求的責任便落在家屬身上，這往往導致家屬必須扮演著多重角色，其中包括病人和醫療人員之間的溝通者、翻譯者、訊息提供者，醫療照顧的協助者，病人情緒精神的支持者，以及住院生活的照顧者（張荳雲，2002）。然而，對於病人這些基本需求，許多核心家庭¹可能因為工作與人力資源不足而分身乏術。另外，換個角度來看，在這醫療設備科技化，診療過程專業化的社會中，一般人進入醫院猶如進入迷宮；如果罹患了慢性進展性疾病，必須長期依

¹ 以丈夫、妻子及未成年子女為核心所形成的家庭，或稱為小家庭（nuclear family）。

賴科技醫療控制病情時，更須置身於工具理性的科技叢林中，在恐懼之外多了一份不安；尤其是醫療性專業用語與數據化病情報告並非一般民眾所能理解，因此在求醫歷程中，往往帶給病/家無法瞭解疾病進展的語言隔閡。故而想要適應醫療環境與掌握相關資訊，病/家只有主動進入另一個新的學習歷程。

一個整體的個人，包含了身體、心理、靈性，以及社會層面。因此，病人在生命即將臨終之時，當然需要獲得包括以上四個層面的全人照顧。然而，家屬除了必須承擔起前述病人的基本需求之外，卻也可能面臨著自身整體性需求的匱乏。尤其是在照顧病人方面，即使是醫護背景出身者，或許比較純熟的也只是身體層面的照顧而已，心理與靈性方面的關懷就有鞭長莫及之困了。更遑論是其他的病人家屬，就連基本的身體照顧，都可能因為缺乏技巧而不知所措，或者是在短時間內便將體力耗盡，弄得全家人仰馬翻。而這主要是因為現代社會的臨終與死亡被約束以特定的方式發生在特定的場所，因此，雖然家庭是多數人們最熟悉與溫馨之處，但它已逐漸自家庭的領域裡退出，移往醫療院所（魏書娥，2003）。所以臨終照顧的缺乏技巧，多半是起因於小家庭沒有應付過家中有人生病臨終的情境；另外，除了大部份人都在醫院中過世以外，一般人也認為照顧是一種專業化的工作（高碧月，2000）。這種社會結構的變遷與醫療專業化現象，促使現代民眾缺乏認識臨終過程與學習臨終照顧的機會。因此，當面臨醫療極限與隨之而來的死亡時，心中的恐懼、不安與手足無措，才呈現出人們對這個切身問題在認知、情意與行為上的陌生與窘困。

從另外一個角度來看，其實這也是長久以來教育失衡的結果。雖然對現代人來說，受教育幾乎已成為一件必然之事；但是，早期的教育是施行「國家化」，因此教育行政體系採高度的中央集權制，在解除戒嚴之前的課程內容，呈現出泛政治化與泛道德化（羊憶蓉，1999）。而教育體系同時也反映了執政者所設定的國家發展目標，其中包括配合經濟發展的人力需求（Young, 1995，轉引自羊憶蓉，1999: 344）。因此，在政治、經濟目標決定教育目標的情境之下，教育的方向是著重在智育方面，缺乏與生命相關的課程。更何況現代社會多以個人的教育程度來選拔人才，故而莘莘學子除了基於權利與義務之外，接受教育的目的其實是寄望在「更上一層樓」的期許上（羊憶蓉，1999）。在這種以

升學為上的氛圍裡，與升學無關的課程大多成為有名無實的裝飾課程，更何況是被認為禁忌與遙不可及的臨終與死亡議題。

所謂「百年樹人的教育」，無可否認的，過去的教育除了培育出許多社會精英之外，同時也造就了經濟奇蹟；但反過來說，曾經忽略的教育方向，也會形成後遺症一一浮現，並成為當今社會的問題，在知情意行上對「生死」薰習的不足，導致民眾普遍的缺乏抗壓性，憂鬱症患者逐日增多；而有些則產生對生命的不夠尊重，造成殺人、自殺現象時而可聞，乃至在面對臨終與死亡時的無知與驚慌失措等等。尋根究源，多年來的教育失衡或許是其中的導因之一。這也是安寧緩和療護在台灣推動之初，除了必須宣導安寧療護理念之外，更需從基本的生死教育著手的原因。因此，生死教育便成了拓展安寧療護的教育活動（鈕則誠，1999），而安寧照顧的相關組織也成了首先帶動國內死亡教育的倡導者與推動者（張淑美，2001；趙可式，1999；吳庶深，1999）。

現代安寧緩和療護運動的興起，主要原因是基於不滿意醫療照顧的不周全，期望能提升對臨終病人及其家屬的照顧品質，故而興起了對高科技醫療體制缺乏人性考量的一種反制（吳庶深，2002）。安寧緩和療護為了滿足臨終病人及其家屬，在身心靈及社會層面的整體性需求，結合安寧照顧的相關人員及資源，以團隊合作的方式進行服務，提供臨終病/家一個尊重生命尊嚴與提高生活品質的善終環境。而安寧志工便是安寧緩和療護團隊中的成員之一。

在安寧志工的功能方面，Craig（1994）表示安寧志工是介於專業人員與遭遇即將喪親家屬之間的連結，並且經由實際需要的協助與提供情緒支持，在哀傷家屬的治療上擔任了重要的角色。在安寧志工的特質方面，Kavanagh（1983）則認為能在安寧療護成功地成為志工的人，似乎都具有某些常見的特質，這些特質包括：(1)他們肯定生命，並且享受其中；(2)他們不但不認為幫助他人或奉獻自己是很特別的事情，反而常常覺得這是一種榮幸；(3)他們能夠忍受生命當中的悲歡及所有的壓力，尤其是在臨終的時候。另外，Field and Johnson.（1993）在 *Volunteers in the British hospice movement* 中提到：英國安寧運動的成員以「情感的勞工」來形容安寧機構所具有的某些家庭特色，乃至認為志工可能是維持安寧身心靈照顧的重要代理人。

以上是國外的經驗，對於安寧志工所持的較為正向的評價。Craig 之說肯定了安寧志工在瀕死與死亡關懷上所具有的橋樑角色與實質作用；Kavanagh 肯定了安寧志工們對於生命以及他們奉獻的態度；而 Field and Johnson 則說明了安寧志工所具有的類家屬角色。總合這些作用、特質、與生命態度，安寧志工的出現，或許正呼應了醫療化與社會結構變遷後的現代慢性致命性疾病患者及其家屬的需求；當安寧志工將知情意行教育訓練，適切地轉化成關懷技巧與態度，並提供實際的協助時，或許正彌補了家屬在照顧上因為資訊、技巧、與人力不足所產生的照顧窘境。

第二節 問題陳述

接著將進一步針對「臺灣地區安寧緩和療護志工角色 教育訓練及支持網絡」的相關問題提出陳述。總體而言，包括臺灣地區安寧志工教育訓練發展概況尚待整理、臺灣地區安寧志工角色、教育訓練及整體性支持網絡間的關係尚待被有系統的聯結、臺灣地區安寧志工服務的在地化發展與現況尚待探討與研究，以及安寧緩和療護志工應以什麼樣的觀點來面對生命課題尚待釐清等，以下是就上述問題的逐一說明。

壹、臺灣地區安寧志工教育訓練發展概況尚待整理

教育訓練是臺灣地區安寧緩和療護運動的重要基礎之一。中華民國安寧照顧基金會自 1993 年起即展開團隊訓練，1995 年政府正式參與其中，與安寧照顧基金會及馬偕安寧療護教育示範中心，聯手推動為期五年的「專業人員研修計畫」，1999 年將核心課程修正為包含基礎、專業在職、以及專家師資的三階段研修課程，2000 年台灣安寧緩和醫學學會，進而以此為安寧緩和醫療的專業訓練標準課程（賴允亮，2004）。

然而，上述都是以專業人員為主，屬於非專業人員的志工並未被納入其中。因此，早期的志工培訓並未施予統籌規劃。也因為如此，所以與安寧志工相關的教育訓練課程，自 1994 年馬偕醫院首開安寧療護義務工作人員訓練方案計劃至今已經十幾年，其間有關

安寧志工的教育訓練課程，都是由各醫院視其所需而自行規劃（安寧照顧會訊編輯群，1998）。在此情境下，容或出現了各自為政與因應不同區域不同習俗的內容差異。縱觀相關文獻，臺灣地區歷年來安寧志工教育訓練課程的發展概況，尚未被整理出來。基於此，本研究將就十幾年來安寧志工教育訓練課程的發展概況穿插於適當的脈絡中，以凸顯出過去的發展在不同時空下所展現出的不同影響。

貳、臺灣地區安寧志工角色、教育訓練及整體性支持網絡間的關係尚待被有系統的聯結

雖然，教育訓練是非常重要的基礎之一，但是探討安寧志工服務的相關問題，如果只從教育訓練切入，很容易導致以偏概全的執見，而缺乏從制高點來探究安寧志工相關議題之間的整體性聯結。安寧志工是社會中的一種角色，屬於安寧團隊中的非專業「人員」。就社會學觀點而言，應以生活中「人」的角度來切入安寧志工的相關議題，比較容易有系統的建構出安寧志工的服務網絡。然而，安寧志工的角色對安寧志工而言，依其所處的不同場域，究竟扮演著什麼樣的角色呢？至今仍未有相關文獻對此加以深入的探討。故而，本論文擬以此為起點，進而探討教育訓練如何透過外化到內化的過程，將非專業的角色養成為具陪伴及照顧能力的安寧志工；乃至更進一層的分析出究竟有哪些因素支持著安寧志工，讓他們願意在無給薪的情境下為臨終病人、家屬及安寧團隊提供服務，並與專業人員共同建構以「善終」為標舉的臨終場域。

參、臺灣地區安寧志工服務的本土化發展與現況尚待探討與研究

安寧療護的基本原則是來自照顧場域經驗法則所抽象而成的，因此保有無限的彈性去適應各地與各式照顧單元所必須面臨的醫療資源與文化差異（魏書娥，2004）。故而自安寧運動成功登陸臺灣以來，科際間的學術研究無不強調本土化發展的重要性與必要性。安寧志工的教育訓練與培訓之後的臨床服務模式亦當不能例外；畢竟，能符合時空的需求，才是永續發展的基礎。安寧緩和療護發展至今，各醫院對於安寧志工的運用，依不同區域、不同信仰、與不同文化習俗，究竟發展出哪些本土化模式？其發展概況又是如何？實有待全盤的理解與說明，以便提供安寧志工管理者在實務運作與規劃教育訓

練課程時之參考。除此之外，或可提供大學通識教育與社區教育在規劃相關課程時的參考方向。

肆、安寧志工提供臨終陪伴與照顧可能促發什麼樣的生命回饋尚待釐清

安寧緩和療護運動在其發源地 英國發微之初，是先有理念再基於理念發展出基本原則，進而以此原則為準繩擬定出計劃與運作方式 (Saunders, 1997)。這是大多數穩固而健全的團體所必然要歷經的紮根過程。然而，安寧志工在臺灣是屬於舶來品，為了推展安寧緩和療護模式，故而需要安寧志工。換句話說，安寧志工是將西方醫療模式套用在臺灣醫療環境底下所產生的新角色。

在英國如果缺少志工角色，安寧機構乃至不能實施全面性的服務 (Field and Johnson, 1993)，其志工人數動輒數以百計，顯示出當地民眾對於安寧理念的認同度與參與度。反觀臺灣，就某些醫院來說，要招募安寧志工實屬不易，乃至至少到個位數。當然，這與社會長久以來普遍認為探病及接觸與死亡相關的人事物會帶來霉運、對於癌症不但不了解更將之污名化，以及與對於部分末期病人的形變感到恐懼有關。故而安寧基金會在發展之初，除了必須致力於安寧療護的推動之外，更須以宣導正向的生死教育為宗旨 (安寧照顧基金會，2004)。安寧理念與生死教育的共同宣導，使得二者在發展上呈現出彼此交織的狀態。而安寧志工在臨床上更是難免會碰觸到死亡的情境，對於這樣的生命課題，安寧志工應以什麼樣的觀點來回應與自我調適呢？安寧志工提供臨終陪伴與照顧可能促發什麼樣的生命回饋呢？這也是本研究所希望能夠深入探討的。

第三節 研究目的

所謂「他山之石可以攻錯」，自臺灣地區推展安寧緩和療護以來，國人曾以個人方式或團體的方式參與了多次的海外研習營，也帶回許多國外的資訊與經驗，這些經驗對於國內安寧志工方案之運作產生了莫大的影響。而透過國外參訪的文獻記錄，我們可以

發現在安寧緩和療護的發源地 英國，安寧機構非常依賴志工的服務，在安寧機構中，志工人數之多，常令參訪的國人產生欣羨之心。然而，這與當地的人文氛圍不無關係；換言之，英國長期以來本就具有志願服務的社會風氣。因此，志工人數多，便成為英國安寧緩和療護的重要特色之一，安寧志工在那裡可說是被普遍認同的一種角色。

然而，人文氛圍雖然可以約定成俗，卻也可以被人為的轉化。從表面上看起來，到醫院志願服務並非中國人的習性，更何況是擔任有死亡禁忌的安寧志工。然而，正如 Berger 和 Luckmann (1991: 88) 所說的：「行動者主要是證同於社會客觀化的活動，但當對活動進一步的反省時，整個情勢就微妙地轉變了。」換句話說，習性是可以被操作與轉換的。同樣的道理，到醫院志願服務雖然不是中國人的習性，但這種不是習性的習性是可以透過意識的薰染而被轉化的。

死亡²，是每個生命都無法捨離的事實，如何去面對這個真實的、不容逃避的生命課題，是每個人日常生活中非常嚴肅的功課。能否在無可避免的情境下，以較從容的態度來面對這樣的生命課題，端賴每個人平常的準備功夫。然而，由於社會結構的變遷與醫療專業化的現象，促使現代民眾缺乏認識臨終過程與學習臨終照顧的機會，更遑論是透過這種機緣來觸發個人對於生命的省思與引發對生命觀點的提昇！因此，當個人或重要意義他人面臨醫療極限與隨之而來的死亡時，不只顯示出心理層面的恐懼與不安而已，就身體層面而言，也可能由於失能而日顯沉重，導致當事者不知如何適應或照顧者不知如何照顧的現象。因此，在非特殊情境下，當個人或重要意義他人生命即將結束時，如何整體性³的為這一期生命劃下完美的句點，是值得我們特意去關切的。

就臺灣目前的醫療體制而言，安寧病房是個難免要去面對臨終情境的醫療場域。而安寧病人的特色之一，即是要面對有機體的逐漸失能；相形之下，照顧者⁴所要面對的，便是照顧失能有機體的勞力密集問題。社會結構變遷的結果，促使親族支持系統的疏離，而這對於必須承擔第一線照顧責任的家屬而言，往往由於人力資源不足而分身乏

² 尤其是個人的死亡或重要意義他人的死亡。

³ 所謂「整體性」，即包括身、心、靈及社會等各個層面。

⁴ 包括家屬與醫療人員。

術。安寧志工雖然是將西方醫療模式套用在臺灣醫療環境底下所產生的新角色，但志工角色之所以被引進安寧團隊，非常重要的目的之一，即是彌補人力資源之不足。因此，就臺灣社會體制而言，安寧志工也可說是因應社會變遷之後的新興角色。換言之，安寧志工所提供的服務，即是過去由親族所提供的照顧。過去社會中的親族透過臨終家人的照顧過程，得以從中學習死亡的相關議題，自然薰習了死亡教育。但社會結構變遷之後，家庭已逐漸失去了這個教育功能，而當臨終過程被移往醫療院所時，人們如果想真實的面對臨終議題，自當隨著臨終場域的轉換而進入醫療院所提供服務，透過服務的過程自他兩利。而這或許是因應社會變遷後，最佳的臨終照顧與教育模式之一。

只是，到安寧病房志願服務的習性，雖然可以透過意識的薰染而被轉化，但轉化的先決條件是這種自他兩利的志願服務能夠成為國人的共同知識倉儲⁵，形成普遍性的價值觀。如此，安寧志工的角色才能被客觀化與習慣化為一種趨勢。而要建構出志願到安寧病房提供服務的社會風氣，理當針對安寧志願服務作整體性的本土化研究，藉以因地制宜，作適當的推展與宣導。當人們對此自他兩利的服務愈具有共識時，就愈能夠促使安寧志願服務成為當地的人文氛圍。這也才不會對於國外人數充裕且發展完善的安寧志工方案，徒生欣羨之心，或將安寧志工方案推展不易的原因歸咎於受到人文氛圍所限，而忘了有心者亦可為之的可發展性。

然而，即使這種志願服務能夠形成一種人文氛圍，也只是提高了擔任安寧志工的動機而已，是否能夠帶來自他兩利的結果，其實是充滿了不確定性的。因此，機構要能夠協助志工將服務的動機轉為正向的行動，也就是強化安寧志工的知識與技能，而這就關係到安寧志工的教育訓練問題了。安寧志工既然是屬於舶來的角色，這種角色的相關教育訓練，一開始也難免要蓋上舶來的印記。因此，如果沒有對安寧志工的教育訓練作在

⁵ Berger 和 Luckmann (1991) 認為在語意的領域中，可以客觀化、保存及累積個人際遇與歷史經驗。累積的過程是依語意領域選擇的，並決定了個人和社會整體的經驗中，何者該保存、何者該遺忘。透過這個累積，知識的倉儲於是建立，而且適用於生活中的個人，代代相傳。爰此，我是生活在一個具備特殊知識體系的常識世界中。我與他人在生活中的互動，是受我們共同參與可援引的社會之知識倉儲的影響。Berger 和 Luckmann 進而表示角色與制度化均源自客觀化與習慣化。易言之，角色一旦成為一種共同的知識倉儲，它便具有行為相互定型化的特質。

地化的研究，那麼很容易導致方案規劃者只知其然而不知其所以然的現象，促使教育訓練過程，只被形式化為成為安寧志工的一個門檻而已。

而就服務的整體角度來看，如果只是針對教育訓練作本土化的調查研究，那麼很可能會出現管中窺豹所見不廣的現象。換句話說，我們可能透過調查研究，發現教育訓練對安寧志工的服務滿意度具有正相關。為了降低安寧志工的流失率，我們可能依此研究發現而去強化或提供更多的教育訓練機會，但結果卻不見得能夠避免安寧志工的高流失率。由此觀之，想要避免窺豹一斑的狹見，就應該針對安寧志工的服務方案作全盤性的研究。而這除了從最基本的角色問題切入，並進而探索此角色從外化到內化的教育訓練過程之外，亦當對於能夠維持安寧志工持續提供服務的支持系統，有整體性的探討。如此，才能透過強化整體性的支持系統，來穩固而紮實的促進安寧志願服務之拓展。

另外，從社會的角度來看，社會結構變遷之後的臨終問題，並不只是出現於安寧病人身上而已，這種臨終問題是擴及了整個社會的。更具體的說，安寧病人臨終前的身、心、靈及社會層面問題，同樣也會出現在其他逐漸失能的慢性進展性病人、家屬、醫療團隊以及社區照顧上。因此，研究者假設安寧緩和療護團隊運用志工的模式如果能夠被適當拓展的話，對於社會結構變遷後的臨終照顧與教育失衡問題之重整，應該具有正面的效益。基於這種「可能性」，故而以臺灣地區安寧緩和療護志工角色教育訓練及支持網絡作為進一步分析與探討的方向。除了將這個始發微的運作模式之整體研究成果，提供擴展其他可適用方案時的規劃參考之外，同時也希望能夠承繼安寧先鋒們的努力，而為建構安寧志願服務的人文氛圍略盡個人綿薄之力。

第二章 相關文獻探討

有關臺灣地區安寧緩和療護志工課程規劃的相關文獻，將先探討安寧緩和療護中的志工角色，再以國外的經驗來借鏡安寧緩和療護志工的運用與管理，最後才進而瞭解臺灣地區安寧緩和療護志工的發展概況。

第一節 安寧緩和療護中的志工角色

由於全球性的安寧緩和療護已經在不同區域發展出屬於不同文化與不同社會的療護模式，對於安寧志工的運用，自然也是因應當地的人文環境與制度條件去發展其在地化的運用模式。以下將略述安寧志工的源起、不同區域所呈現出的安寧志工角色，並對安寧志工的角色做進一步的確認。

壹、安寧志工的源起

談及安寧志工，其實各國的安寧先進們都是最具代表性的現代安寧志工。因為安寧緩和療護運動就是源自於許多先進們自動持續地貢獻他們的時間、才能及力量，創辦了安寧療護機構與療護計畫，藉以改善也許從來不知道有「安寧療護」的臨終者及其家屬們的照顧，所形成的社會運動（Cox, 1980；Kavanagh, 1983）。

論及安寧志工的源起，早在中世紀基督徒沿著朝聖旅途為旅行者設立招待所(hospices)時，當地人便會志願的對陌生病人提供協助（Saunders, 2004），可說是最初成形的安寧志工。但是就現代安寧志工而言，則首推 Saunders。當 1948 年 Saunders 認知到臨終者照顧的需求時，便在聖路加醫院當了七年護士志工，學習如何更有效的照顧他們（Kavanagh, 1983；Saunders, 2004）。1963 年，在旅美過程中，紐約一家癌症醫院志工服務所帶來的正向氛圍及同理心，對 Saunders 產生了鼓舞的作用（Saunders, 2002）。1967 年，於創辦聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice）時，便結合志工來為共同的目標而一起成長（Saunders, 1997；2002）。因此，這種依靠無給薪志工的運作方式，便成了英國安寧療護機構和正規官方機構的重要差別之一（Field & Johnson, 1993）。

雖然，安寧志工自古有之，非 Saunders 所首創，但是 Saunders 成功地結合了志工，使得志工為安寧緩和療護運動帶來了多樣性。這種多樣性或許是某些安寧機構比其他機構更容易在以高科技為主導的醫療環境中，形成「反傳統」思潮，成功地推動「整體性照顧」的理想與目標（Ajemian, 1993a；Field & Johnson, 1993）。也讓志工在隨之而起的許多安寧緩和療護方案中，成為不可或缺的角色之一（Cox, 1980；Field & Johnson, 1993；Kavanagh, 1983；Wilson, 2000），與醫師、護士、社工、宗教師等團隊成員共同參與了二十世紀全球性的安寧緩和療護運動。

貳、安寧緩和療護中的志工角色

安寧緩和療護為了提昇末期病人及其家屬的生活品質，而有大量人力資源及時間性與創造性上的限制負擔。因此，如 Saunders 所帶動的，在團隊中併入志工，以協助團隊滿足被服務者的各種需求（Ajemian, 1993b；Cummings, 1998b）。志工來自社區的各層面，包括健康照顧專業人員、商人、勞工、主婦、退休老人和學生等（Ajemian, 1993a）。Ajemian（1993b）肯定這些志工所帶來的貢獻，認為：「計劃在志工們成為團隊不可或缺的一部分時，運作得最有效率，可以達成協助醫護人員提供病人和家屬最好的生活品質目標」。雖然如此，但是並不是所有的安寧機構都對志工投以正向的肯定態度。

一、早期建構的安寧志工角色

Cummings（1998b）對於安寧志工這個角色的演化，表示：「很多計劃在開始時，只是聚集、組織志工來作募款、發展資源，以及與病人/家屬接觸；但是隨著時間的演進，志工在其中所扮演的角色，則是支持、補充及提升專業人員的照顧」。康乃狄克安寧院（Connecticut Hospice）的志工服務執行長於 1974 年參訪英國聖克里斯多福安寧院與聖路加護理之家後，認為這兩個機構的病人/家屬與專職人員都倚賴有品質的志工服務，並對其服務做了以下的說明：

志工的技術是用來使他們能夠與專職人員一起承擔照顧的工作與關係。例如，

一位專職護士與一位受過訓練的志工可以一起為病人洗澡及換床單。安寧療護已發展為專業與非專業人員之間信任關係成長的地方；在這裏病/家、志工與職員互相聯合在一起給予和接受關懷；而且這裏不可避免的角色模糊，可以減低科系之間的張力。安寧療護的職員覺得這種團隊工作的形式，是有效照顧臨終病人所必須的（Cox, 1980）。

這是康乃狄克安寧院志工服務執行長在考察、諮詢志工與督導後而有的體認。其中顯示出：能夠與專業人員一起承擔照顧工作的「有品質志工服務」是經過訓練的，而依據Saunders（2002）的資料也確認了聖克里斯多福安寧院於創辦前，即事先選派了具洞察力的專業人士來篩選、訓練及持續支持安寧志工，藉以保持安寧志工的活力。另外，從上述的體認中，也顯示出志工與專業人員的關係建立在「信任」的基礎上；而病/家、志工與團隊其他成員之間的組成，則是立基於「關懷」的需求（包括需要與被需要）；除此之外，科系之間並非壁壘分明的，「角色模糊」反而可以調和界限，營造出有效照顧臨終病人的安寧緩和療護團隊。值得注意的是，這裡所謂的「角色模糊」，是指「科系之間」的關係，顯然意指專業人員。然而，安寧志工也是團隊成員之一，那麼這種「角色模糊」的關係適不適用於非專業的安寧志工呢？是值得深入探討的。但是，如果將這種角色模糊的關係運用在彼此的「關懷」上⁶，那麼所營造出的照顧風格，或許就如安寧運動成員們所描述的「安寧機構具有家庭的某些特色」，而安寧志工則如「情感的勞工」，可能是維持安寧身、心、靈照顧的重要代理人（Field & Johnson, 1993）。

二、不同區域與文獻對於安寧志工角色的評估

由於不同國家、不同區域、不同團隊所發展出的安寧志工服務形態不盡相同，因此對安寧志工角色的評估也不盡相同。在美國，就康乃狄克安寧院的經驗而言，志工服務對安寧療護方案是重要的，奠定了安寧療護的基礎，從直接照顧、專業諮商、行政助手，到董事會的成員，幾乎每項服務都依賴志工的支持（Cox, 1980）；就愛荷華州 Des Moines

⁶ 將角色模糊運用在「關懷」上，而不是「專業治療」上。

的經驗而言，確認志工可以提升安寧療護的工作與內涵，並認為志工真實的出現就是一種才能，提供單純的人類同情心，代表著不可缺少的友善（Kavanagh, 1983）；而 Craig（1994）則認為安寧志工是專業人員與家屬、父母與孩子之間的橋樑，是失裂家庭復原的支架。在英國的安寧院，保守估計有 3 萬位志工在服務。在安寧療護的背景裡，可能很少工作不是被志工所服務的（Jackson & Eve, 1997）；雖然每位志工可能只是對機構提供了很小的貢獻，但是積沙成塔，這些個人的奉獻聚集一起，對安寧機構的運作是極其重要的（Field & Johnson, 1993）。在加拿大，Mount（1997）表示志工們不但豐富充實了病/家的生活，也充實了安寧緩和療護團隊成員的生活。他們為豐富的生命經驗帶來了創造性、清新、智慧、以及深度的人性。從以上的敘述，我們會發現這些地區都對安寧志工的角色持以高度的肯定，甚至可說是奠定了安寧緩和療護能夠持續經營的基礎。

然而，並不是所有的國家、所有的團隊都對安寧志工抱持著認同的態度，Field 和 Johnson（1993）雖然肯定了安寧志工的貢獻，但是也認為在達成提供良好品質的末期照顧目標上，主要的職責還是應該歸於受過訓練的醫護人員及有給薪的專業人員。而法國的專業人員於發展之初，則視安寧志工為入侵者（Salamagne, 1997）。哥倫比亞 Fundacion Omega 更是因為無法忍受安寧志工提供過多的服務，尤其是涉及專業的部分，而解散了安寧志工隊（Jaramillo, 1997）。另外，香港的安寧志工來源，則無法像英、美等地區般的充足與穩定（Chung, 1997）。因此，對安寧志工的依賴程度，則依當地的情況決定，甚至在同一個國家、同一個地區的不同團隊，也許也會發展出截然不同的志工運用狀態。

三、安寧志工的角色確認

安寧志工原本因安寧團隊需要應運而生，由於不同國家、不同團隊對於安寧志工的運用狀態不一，那麼，究竟是角色界定了安寧志工的服務範圍，或服務範圍界定了安寧志工的角色？

（一）安寧志工角色的服務範圍

若從哥倫比亞 Fundacion Omega 解散了安寧志工隊的經驗來看，其團隊應是以志工的角色來決定安寧志工的服務範圍。然而，若從康乃狄克安寧院為了能在全人照顧的

方案中，提供有效的服務，故而於界定安寧志工服務範圍之前，志工們會先去調查病人的相關資訊，確認所需的服務，藉此以填補健康醫療系統中的空隙來看，似乎是照顧對象所需求的服務範圍左右了安寧志工的角色。因此，當新的志工服務被病人、家屬及安寧療護所需要時，安寧志工的方案便會持續的更改。也因此可以從康乃狄克安寧院的志工從直接照顧者、專業諮商、行政助手，到董事會的成員等，看出其安寧志工角色的多樣性（Cox, 1980）。這種現象與 Fundacion Omega 因無法忍受安寧志工也希望作專業工作、協助部分訓練、以及直接幫助病人/家屬而解散安寧志工隊，形成了強烈的對比。

另外，服務範圍左右安寧志工角色的情形，也出現在Cummings (1998b), Stephany (1984) 與Kavanagh (1983) 的文獻中。就如前文所述的，Cummings表示安寧志工的角色演化，從發展之初的募款、與病人/家屬接觸等，逐漸擴展為支持、補充及提升專業人員照顧的角色。Stephany也認為：「當家屬的需要改變時，服務的項目也會因應需求而做調整」，而Kavanagh則提出了：「志工的角色可以被期望隨著方案的演變、新手的加入、以及每位工作人員的成長而作更動」。在此，Kavanagh除了肯定安寧志工的角色可以適合於住院、會診、居家或日間照顧等每個單位之外，更進而提出了成功的志工方案允許志工們插手界定他們自己角色的見解，並認為這有助於促進志工對其角色的責任挑戰及滿足感。

因此，某些區域對於具有專業能力的安寧志工，已彈性的修正了其所扮演的角色，這可以從同一文獻不同版本對安寧志工服務範圍的修正看出端倪。在第一版的《Oxford textbook of palliative medicine》 The interdisciplinary team 中 Ajemian (1993a) 除了認為安寧緩和療護計劃比較少用志工來直接提供病患照顧之外，並表示：「志工必須在他的角色與訓練範圍內工作，例如來當志工的護士不必去做特定的護士工作，例如給藥或換藥」。但是Cummings (1998a) 所修正的第二版 The interdisciplinary team ，便刪除了上述的聲明，更於第二版 Training of volunteers 的「直接服務」中，增添了「在居家或住院的場所擔任志工，義務從事於個人的專業角色」範圍，並於 The interdisciplinary team 的「直接服務志工」中強調：「病人能夠解雇 (dismiss) 或雇用 (hire) 志工，以保持其掌控自主」。

由此看來，安寧志工的的角色與服務範圍是相當具有彈性的，可依病人、家屬及安寧緩和療護方案的需求而做適當的縮減或擴展。

(二) 安寧志工的類別

從服務範圍界定安寧志工角色的角度來看，安寧志工的角色隨著服務範圍的擴大而逐漸分增成各種不同的類別。到目前為止，依據 Cummings (1998b) 的歸類，大多數安寧志工的角色是下列範圍的其中之一：

- (1) 對病人與家屬的直接服務：義務從事於個人的專業角色，在居家或住院的場所服務，作為志工。
- (2) 行政的支持：文書或辦公室的支持，募基金、董事會、其他行政領域的支持。
- (3) 公關工作和社區教育：演講者的部門、通訊。
- (4) 特殊興趣的志工：靈性照顧、喪慟關懷，音樂、木偶、寵物、藝術治療。
- (5) 作為顧問的志工。

雖然安寧志工隨著服務範圍的擴大而增加了不同類型的角色，但也不是毫無限制地拓展，Kavanagh (1983) 認為它受病人/家屬的需求，以及每個安寧緩和療護團隊的創新力所限制。換句話說，安寧志工所提供的服務是基於服務對象及方案本身的真正需求，而不是只源自於志工本身想要為病人/家屬做些什麼，或扮演什麼樣的角色。

總而言之，安寧志工的最大限度，應該是「非專業的志工絕不會作專業的工作」，也就是說，安寧志工必須在其志工角色的工作範圍和志工訓練內提供服務。「安寧志工只是提供另外的服務來協助家屬及提升各部門職員的工作，而不會取代健康照顧工作者的位置」，這或許是運用志工時，安寧團隊成員所應具有的共識 (Kavanagh, 1983)，也是避免如法國安寧志工被視為入侵者所應具備的溝通過程。

(三) 影響安寧志工角色的因素與問題

如上所述，不同的國家、不同的安寧團隊對於志工的運用有其不同的方式；由此可

見，其中其實隱含著某些影響志工扮演此一角色的因素與問題。

1、Ajemian (1993a) 和Cummings (1998a) 論述的三種因素

在影響安寧志工角色的問題上，Ajemian (1993a) 和Cummings (1998a) 略述了其中三種可能的因素：

(1) 志工的傳統角色：Ajemian和Cummings認為在一個特殊的團體裡，志工的傳統角色可能對安寧志工的角色產生了重要的影響。例如，在大部份的北美洲裡，醫療界很少有階級性，而且不論志工的性別、年齡如何，都能在不同的角色裡都受到歡迎。然而，在歐洲的大多數醫療界裡，所有的角色就顯得較為結構化，而且也界定得很清楚。因此，醫療人員會比較不習慣將志工視為團隊成員。

(2) 發展階段：安寧計劃的發展階段和其他團隊成員的組成概況，也會影響到團隊對於安寧志工角色的運用狀況。也就是說，當安寧緩和療護還處於發展初期時，由於專業人員較少，但為了能夠提供整體性的照顧，因此，安寧團隊會尋求有各種能力的志工來共同成就此一療護目標。然而，當計劃變得較大且被認定時，專業度增加的同時，便意味著某些安寧志工的角色也隨之改變了。

(3) 公會對於志工角色的界定：在強大的專業及非專業公會所界定下的志工角色，會導致此一角色變得比較沒有彈性。關於這點，Ajemian和Cummings認為如果大家除了有「志工並非取代，而是幫助健康照顧工作者」的共識之外，公會也能懂得緩和療護的哲學及目標，並一起去解決問題的話，任何潛在的衝突通常是可以避免的。

2、Field和Johnson (1993) 發現的三種問題

(1) 「編制外人員」的問題

類似安寧志工角色的認定問題，也確實反應在Field和Johnson (1993) 的研究上。Field和Johnson的研究雖然顯現出大多數安寧志工滿意於他們的工作，也覺得有得到安寧機構的足夠支持與重視，但也呈現出安寧志工除了要面對團體中人與人之間的正常壓力外，也會因為他們是無給薪「編制外人員」的身份 (unpaid 'supernumerary' status) 而遭遇到另外的問題，而這種現象尤其是反應在志工想要病人的資訊上，這也可能造成團

隊成員和志工之間的緊張關係。在病人資訊的提供上，就團隊成員而言，除了會擔心將敏感資訊傳達給志工時所面臨的信賴與倫理問題之外，由於安寧志工的運用可能使團隊成員的專業知識受到挑戰；而且，團隊成員與病人、家屬之間的關係，也可能受到志工的活動和他們所發展出來的關係所威脅，因此某些團隊成員會為了使志工能夠在其原位置上，並控制他們的活動，而試著去過濾所要給予志工的資訊。

就安寧志工而言，他們會覺得獲得較多的資訊，對提升他們的工作效率而言是必須的，而且志工也會因為缺乏資訊而有受挫的感覺。有些志工抱怨因為對病人身體問題上的資訊不夠充足，導致他們曾經無心地致使病人疼痛，例如，在協助病人坐車或離座時，可能會不當的抓住病人疼痛的手臂。除了資訊的問題之外，由於多數志工上線服務的時間是一周一次，因此有些安寧志工認為自己只是組織中微不足道的一部份，而當志工不覺得自己是機構中的一份子時，就很難去持續他們的奉獻與投入了。

(2) 理念薄弱時引發的問題

Field 和 Johnson 的研究也反應了「發展階段」所衍生的類似問題。由於安寧療護「整體性照顧」理念對於安寧緩和療護運動而言，是相當重要的核心理念。而且，志工之所以會被吸引到安寧機構服務，大部分也是出自於他們對於此種安寧理念的支持。在安寧緩和療護，志工服務為療護所帶來的多樣性，可能是某些安寧機構不但得以成功地維持「整體性照顧」，更能形成「反制度」思潮來對抗機構的官僚化或專業化的重要元素。然而，當安寧機構逐漸趨向成熟時，機構的成員也許就難以維持早期對於核心理念那種類似拓荒精神的熱心與奉獻。消長之間，商業組織管理或專業的命令與需求，於安寧理念變得薄弱時，便很容易在機構中獲得主權。而這種現象反應在安寧志工身上時，便會導致其參與動機與奉獻熱誠的鬆動。

(3) 機構擴大後衍生的等級制度問題

除此之外，「發展階段」所衍生的另外一個問題是「階級現象」。由於安寧機構的基本要素之一是非專制制度，但是，當安寧機構變得更大而且使用更多志工時，此種擴張便可能導致出現強大的等級制度或是志工邊緣化的危險。

以上所述的因素與問題都可能影響到安寧療護的志工角色，但並非所有的因素與問題僅只於此，亦非每個團隊都有同樣的狀況。由於人文環境與制度條件不盡相同；因此，可能出現的因素與問題，也是因團隊而異，不一而足，若要契合實況，則需個別探討。雖然如此，但可行的是安寧團隊在招募志工之前，若能界定好各種類型安寧志工的角色及其服務範圍，並能在釐清彼此的目的與動機時，也能致力於取得團隊、機構職員，乃至當地社區民眾對這些角色的共識與認同，或許可以掌控可能影響志工角色的因素與避免可能衍生的負面問題。

(四) 安寧志工角色的界定

許多安寧緩和療護都已經將志工整合為團隊中不可或缺的一部分。在安寧志工角色的界定上，Kavanagh (1983) 提出了兩點聲明：首先，志工不應該被視為用來補足工作人員或方案預算的廉價勞工 (cheap labor)；其次，志工並非安寧療護中的二級公民 (second-class citizens)，因為他們為工作帶來了豐富的才能，並給予安寧緩和療護人性化的面貌，在改善臨終者及其家屬照顧的目標上是不可或缺的。Kavanagh 所提出的二點聲明，表達了對安寧志工的尊重態度。這種態度或許是肯定志工價值，與激勵安寧志工協助醫療專業人員提供病人和家屬良好生活品質的開始。然而，若如果過份依賴志工的奉獻而缺乏適切的角色界定，可能導致專業人員備受志工的威脅，因此「並非取代而是幫助專業人員」的觀念是需要被強調的。

在不同的安寧團隊各有其文化因素、制度條件、運作模式，並發展出不同類別志工的狀況下，要界定安寧志工的角色，實有顧此失彼之虞。Doyle (2002c) 在 *Volunteers working in a comprehensive palliative care service* 中對綜合性安寧志工的角色作了以下的說明：「安寧志工，是去探視病人的人，在『志工指導方針』內，以其明確的意願去作病人想要他/她作的事情」。然而，Wylie, Dayringer 和 Davidson (1985) 表示：「安寧療護只有在團隊能夠將安寧的哲學思想原則運用於病人的需求時，才有可能」。另外，Field 和 Johnson (1993) 也歸納出安寧志工的四種特徵：具安寧療護理念、基於非等級制度、無給薪勞工、易遭受社會改變的影響等。

綜合上述所說，研究者試將安寧志工的角色做了以下的界定：

安寧志工，是基於安寧緩和療護理念，志願無給薪地在其志工類別中，依其團隊之「志工指導方針」及其志工類別之「服務範圍」，協助醫療專業人員為提升病人和家屬的生活品質而提供適切的服務。在此服務過程中，志工應清楚明白：「即使具有專業能力，從事於個人的專業角色，當下也只是屬於輔助性質；並非取代，而是協助健康照顧工作者」。然而，雖然是屬於無給薪的輔助性角色，卻非等級制度底下的次等成員，而是具有共同理想與共同目標的團隊夥伴之一。

值得注意的是，服務範圍於擬定後並非不可動搖的，它應該可以依病人、家屬、方案本身的需求，以及當地社會的演化而作適時的修正。然而，在修正之前若能做好溝通，並能取得整體成員的共識，或許是避免衝突的良方。

第二節 安寧緩和療護志工的運用與管理

一般而言，志工計畫包含招募、篩選、教育訓練、督導、支持、與繼續教育等人力資源管理的基本問題。若只為開發志工資源而隨性招募志工，很容易衍生其他問題，能考量各種因素而規劃適當的志工方案，才能產生高效能的志工服務（McCurley 和 Lynch, 2000）。當依賴志工的協助已經成為安寧緩和療護方案的重要特色時，人力資源的管理，更是運用安寧志工之前所需審慎籌辦的基本課題。

壹、安寧志工的招募與篩選

招募和篩選是運用志工時的重要工作，這對已經將志工整合為團隊中不可或缺一部分的安寧緩和療護而言，更是如此。是否需要特別的招募過程，或許依團隊而異，但許多相關的文獻都將「篩選」列為運用安寧志工之前的重要工作（Ajemian, 1993a；Chung, 1997；Cox, 1980；Cummings, 1998b；Doyle, 2002a；Field & Johnson, 1993；Mount, 1997）。

一、招募

招募安寧志工的難易度，受制於多重因素，其中最明顯的是文化氛圍。在某些具有強烈志願服務傳統的地方，要招募安寧志工並非難事，他們所要面對的問題是如何將以前的實務改換成適合安寧緩和療護的需要；然而，在沒有這種背景的地方，或許就比較難引起多數民眾的興趣（Cummings, 1998a）。在這些地方如何運用有效的招募策略，可能是機構首先要面對的課題。關於這點，Cummings（1998a）認為與社區和服務性社團溝通、與當地志工團體合作、廣播，以及請當地教會公告宣佈等，是有效的方式。

然而，不論是否具有志願服務的傳統文化，有些機構出現的狀況是可以提供招募時的參考。就 Field 和 Johnson（1993）LOROS 的研究而言，其機構於 1991 年時便已招募到將近 600 位的安寧志工，其招募方式，雖然部份是經由當地媒體對 LOROS 所作的宣傳廣告，故而刺激民眾成為志工的興趣，但主要還是經由口語的宣傳。因此，有很多安寧志工只是由於某些人要求他們作而積極地參與，當缺乏被要求持續提供服務的動機時，部分志工便有可能因此而流失；另外，過度的運用招募策略，有時也會產生負面的影響，例如以「郵件投擲」給私人家庭的方式，在英國將被視為侵犯隱私的行為。

而就某些機構的經驗而言，並不一定要運用到招募策略，尤其是當整個計劃已經眾所皆知時，或許連起初的招募也許是不需要的（Cummings, 1998a）。例如：在康乃狄克安寧院，其大眾服務部門會協調舉辦一整年的演講、教學及媒體宣導活動，因此有許多人經由這種教育宣導而申請擔任安寧志工，其人數之多乃至長期地出現候補名單；而康乃狄克安寧院為專業團體所作的宣導，更是吸引了健康照護專業與非專業人員（Cox, 1980）。另如：加拿大維多利亞皇家醫院的緩和療護團隊亦未主動的招募安寧志工，他們多是經由朋友、親屬或藉由媒體聽到安寧緩和療護，而自己選擇加入的社會各階層人士，其中個人失落的經驗往往更容易促使他們來參與這項服務（Mount, 1997）。

從上述的經驗，可以看出，當安寧緩和療護能獲得當地居民的認同時，對於志工的招募計劃便具有正向的帶動作用；尤其是當機構對大眾的教育能有所承擔時，往往也因此而拓展了該機構可運用的人力資源。

二、篩選

仔細的篩選安寧志工是計劃成功的重要因素之一 (Chung, 1997)。一個完好的志工篩選過程是對病人療護有直接的利益，而不是對有潛能的志工的障礙或威脅 (Doyle, 2002b)。由於通過篩選之後，往往伴隨著一系列的教育機會，因此，Doyle (2002a) 認為審慎的篩選將有助於避免機構成為訓練的代理部門，除了能善用志願服務之外，也確保所招募到的安寧志工是適任的。

然而，由於目前安寧志工服務範圍的多樣化，可能的角色也是相當不一。因此，在篩選之前，明白的界定他們的角色及服務範圍，應有助於釐清彼此的需求，並能對志工申請者的技能與興趣做初步的過濾；又直接服務的志工是為病人、家屬提供服務，在篩選上或許需要考量某些個人特質；當然，更重要的是確立目標。當志工的技能、興趣，乃至個人特質都能符合安寧緩和療護計劃的需要與期望，並能為共同的使命而奉獻己力時，或許已達成建構高效能志工的第一步。

1、服務範圍的確認

在各類安寧志工的角色中，最可能出現「角色模糊」狀況的是以非專業的身份為病人/家提供直接服務的志工，因此招募前先確認服務範圍是必要的。Stephany (1984) 也表示：「非專業的志工們想要明白地描述出，有關於他們與其他團隊成員、新進的志工以及互相之間的角色。」因此，他們製作了「為病人/家屬服務的建議方式」與「可能的問題範圍」來協助釐清非專業志工們的角色，茲將兩份目錄表單陳列於下頁 (表二-1、表二-2)。Stephany 認為這樣的目錄表單具有以下五種優點：

- (1) 對新進安寧志工而言，除了避免他們焦慮於不知如何補滿每週兩次，每次 3 小時的喘息服務之外，也有助於彌合介於理論與實務之間的差距。
- (2) 對病人及家屬而言，可以幫助他們去分辨機構能提供什麼樣的協助。
- (3) 有利於招募志工時，釐清彼此的需求。
- (4) 對其他專業人員而言，目錄具有適時地提醒他們運用安寧志工的作用，也了解其服務在安寧緩和療護中所具有的價值之處。

(5) 最後，除了給予非專業的志工們一個遵循的方向之外，也肯定他們所扮演的重要角色及應得的自尊。

當然，上列表單是依機構的運用志工狀況及病人/家屬的需求而做調整的；然而，明確的服務明細及事先言明的可能問題範圍，卻不只是讓提供直接服務的非專業安寧志工有所正名而已，更能為機構帶來深遠的利益。

表二-1 為病人/家屬服務的建議方式

- 1、 **個人的療護**：床邊沐浴、足部按摩、背部按摩、洗髮、指甲照護、刮鬍子、中餐餵食、鼓勵喝水、陪病人進食、用護唇膏潤滑乾燥的嘴唇、修指甲、教導放鬆、協助上下便桶、在床尾放垂足板，將毯子蓋在腳趾上。
- 2、 **病人的支持**：讓病人放心；握手；傾聽；安靜地在旁陪伴；陪病人談論家人、事業、休閒；鼓勵回憶往事；讚嘆病人過去的成就。
- 3、 **娛樂病人**：閱讀書本、放音樂、看錄影帶、閱讀報紙、交換說笑話、玩紙牌/骨牌、陪病人看電視、讓病人看你如何作縫紉、彈奏樂器等。
- 4、 **心靈的支持**：與病人作祈禱、大聲讀聖經、帶來教會服務的錄音帶、鼓勵病人談論他的信仰，尤其是他的恐懼或憤怒。
- 5、 **家政**：更換床單、作大量的清洗工作、折疊衣服、跑差事、接電話、為病人寫信。
- 6、 **家庭的支持**：為家人合照、提供喘息時間、在看醫生期間，暫時看顧小孩、允許家屬舒解情緒、給予信心、稱讚照顧得很好、排班定期訪視以及待在哪裡，讓家屬因此而知悉他們能夠依賴你。

製表人：Stephany (1984)

表二-2 可能的問題範圍

- 1、 鼓起勇氣去開始彼此的關係。當我們不知道被要求擔任任何種角色時，要走進一個陌生的家庭是有困難的。
- 2、 能夠讓病人獨處，如果他們希望這樣的話。允許舒適安靜。只有在這種情形，可以每一次帶一些東西來閱讀。
- 3、 有的病人/家屬一開始不認為他們需要志工。要給家屬時間來看看我們的承諾。
- 4、 當其他機構介入時，志工會覺得他們是多餘的人。即使其他機構有定期排班照顧，我們的承諾是不會改變的。
- 5、 家屬有時候會想要付費給志工，要有禮貌地拒絕，但是可建議捐贈予安寧院。
- 6、 建立訪視的時限。有些家屬暫時休息超過預定的時間，要再度強調志工所承諾的時間數量。
- 7、 要與不能說話的病人溝通是有困難的。用字母板及指物棒是有幫助的。
- 8、 輕微的家事雜務是沒有問題的，但是大多數家事的責任，應該要由家屬去承擔。當病人很老或臥病在床時，配偶是需要另外的協助。

製表人：Stephany (1984)

2、安寧志工的特質

招募一般志工，在個人特質上或許不需要做太多的考量。然而，直接服務的非專業安寧志工所面對的服務對象卻是處於生命最脆弱時期的病人及其家屬，因此，Saunders (2002) 引用了 Roget 分類詞典在 “Willingness” 標題下，對安寧志工的態度與特質所提出之「溫馴的馬 (willing horse)」、「過於投入作為一位行善者 (one who can become over involved as a ‘do gooder’)」與「易受他人利用 (someone of whom others may easily take advantage)」等警告，強調如果要讓所有的志工實現他們真正的潛力，那麼就必須特別小心地做好篩選、訓練及管理的工作。

從另外一方面來說，部分的學者及研究則顯示出：高效能的安寧志工具具有某些個人

特質(Caldwell & Scott, 1994 ; Kavanagh, 1983 ; Saunders ; 2002 ; Scott & Caldwell, 1996) Kavanagh (1983) 表示：能在安寧療護成功地成為志工的人，似乎都具有某些常見的特質，這些特質包括：(1)肯定生命，並且享受其中；(2)喜歡人們，不但不認為幫助他人或奉獻自己是很特別的事情，反而常常覺得這是一種榮幸；(3)能夠忍受生命當中的悲歡及所有的壓力，尤其是在臨終的時候。

另外，Caldwell 和 Scott (1994) 則在美國德州對 50 個安寧計畫方案做了一份有關高效力安寧志工人口統計學與人格特徵的實際調查研究，在此研究中，所有德州安寧機構員工的志工協調員，被要求去選出他們最支持及有效力的志工來參與這項研究。這些志工包括在專業領域服務的醫師、護士、社工、直接照顧病人的人等，或者是在任何其他領域志願服務者。Caldwell 和 Scott 對結果討論如下：

- (1) 大多數安寧志工都有參與當地的宗教活動。Caldwell 和 Scott 認為靈性的價值傾向於培育一種共有的感受及願意為他人負責的態度，故而能夠推動更多的志願服務。
- (2) 敏銳似乎是高效力安寧志工的基本特徵，尤其是能夠享受當下的時刻。這種特質的志工明白每一件事情的獨特性，因此會將焦點放在當時所服務的對象上，享受能運用他們所學得的；通常也能逐步地達成結論，並能於提供服務時接受當下的現實。
- (3) 合併敏銳和有同情心類型的人對直接經由敏銳而收集到的事實感興趣，而且會以比較主觀及個人的熱情來作決定。Caldwell 和 Scott 認為這種類型的人，如果他們的熱情投入在可以有效應用的具體情況下，會有較大的成就與滿意機會。
- (4) 由於末期疾病患者需要有人願意陪他講話及聽他說話，因此善於交際、易於溝通、行動導向、善於問候、喜歡有人們圍繞的工作環境、喜歡藉由他人的告知而學習新工作等外向特質的人是適合擔任安寧志工職務的。
- (5) 熱心、善於言談、平易的、誠實的、天生的合作者、積極的委員會成員、需要和諧及善於創造和諧、總是為人作好事、鼓勵與讚揚可以作得很好，以及他們的主要興趣是在於直接明顯會影響人們生活的事情上等，這些特徵彷彿是高效力盡職安寧志工的同義字。

除了上述的特質之外，Caldwell 和 Scott 的研究也顯示出：「較年老的志工比年輕的志工

是較具有效力的」。Caldwell 和 Scott 表示：這雖然有可能是因為較年老的志工合併有成熟及來自生活與喪慟經驗的同理心，但也可能是由於此研究是以「表現特質」為篩選對象的基準，而表現如何卻與服務時間的長短有關；或者，也有可能是因為退休的志工比較有時間去完成問卷調查，故而導致了這樣的研究結果。

總結上述的說法，所謂高效力安寧志工的個人特質，簡而言之，大約就如 Ajemian (1993a) 及 Cummings (1998a) 所說的六種直接服務的安寧志工特質：(1)個人的熱情、同情心、同理心；(2)不評判的態度，對不同的人生和世界觀的開放態度；(3)容易溝通，聆聽力佳，適應能力佳；(4)是團隊的成員；(5)情緒成熟；(6)判斷力與對保密的尊重；以及(6)對安寧緩和療護理念與目標的承諾等個人的特質。其中較大的差異是 Ajemian 和 Cummings 強調的「保密」與 Caldwell 和 Scott 的年紀較長者的生活經驗，對成為有效力的安寧志工是有幫助的。

3、確立使命

「定義機構使命時，與其描述機構服務內容，不如描述要解決什麼問題，更容易產生激勵效果。」這是 McCurley 和 Lynch (2000) 對有效的志工計畫方案所作的評論。若依此見，則除了釐清角色的服務範圍、慎選具高效力特質之志工外，更重要的是確立志工計畫的使命，如此方能促使志工來為共同的目標而共同成長。

對安寧志工而言，其有別於一般志工的點之一，在於大多數安寧志工的參與動機往往是受到安寧機構宣導的思想體系所影響 (Field & Johnson., 1993 ; Scott & Caldwell, 1996 ; Claxton-Oldfield, Jefferies, Fawcett & Wasylkiw, 2004) ; 也就是說，協助醫療專業人員提供病人和家屬良好的生活品質，達成兼顧身體、心理、社會及靈性的整體性個人關懷目標 (Saunders, 1997 ; Ajemian, 1993a ; Cummings, 1998a) 。因此，對大多數的安寧機構而言，或許招募志工時的問題不在於確立志工計畫的使命，而是機構如何真實地維持他們對於安寧理念的熱誠。因為當具體化的理念被更改時，安寧機構可能就很難招募到大量基於安寧核心理念而熱心奉獻的志工 (Field & Johnson., 1993) 。

雖然安寧理念促使人們投入安寧志工的行列，但是 Field 和 Johnson. (1993) 表示：

「一旦奉獻的原先熱情減退，例行工作和其中的滿意度會成為比原先進入安寧療護工作的感覺更為重要，維持了他在安寧療護的奉獻與投入。」另外，根據 Scott and Caldwell (1996) 的研究也顯示：「良好的訓練、相信安寧療護的使命、與職員的關係、覺得被尊重，以及個人的成就，是繼續作安寧志工的力量與動機。」就此觀之，雖然整合職員和志工們沿著一系列共有的核心目標和價值，對於志工的持續奉獻是重要的，但是招募之後的訓練與支持，對長期地運用安寧志工而言，也是不可忽視的。

4、篩選的因素

當確認了服務範圍、足堪參考的適當特質及確立目標之後，便是進一步的篩選。篩選的過程主要是確認志工申請者是否已經做好了準備？是否具有足以擔任其角色的技能？以及是否在短期之內還不適合擔任安寧志工？

對於在篩選面談的過程中，所需要考量的要素，Ajemian (1993a) 和 Cummings (1998a) 提出了以下幾點參考：

- (1) 特定的興趣、技能和嗜好。
- (2) 有意願去承諾。大多數的安寧計劃需要定期每周幾小時服務的承諾。
- (3) 健康狀況。是否有過任何威脅到生命的疾病？又如何改變他的人生觀？
- (4) 喪親或重大失落經驗。志工曾經歷過這種生命經驗，可以增進同理心與認知。但志工申請者如果仍有個人生命經驗的疼痛感受時，應該考慮讓他作行政服務，而不要作直接的病人照顧，以免把志工的需強加於病人身上。
- (5) 動機。志工為什麼想在這領域服務，為什麼選現在？有強烈個人因素在內的申請者，如傳教目的，不要雇用。

關於第(4)點「喪親或重大失落經驗」要素，Field 和 Johnson (1993) 以關懷的角度表示：「最近喪親者不適任於安寧志工。」因為，他們可能尚未走出自己的哀傷，所以也許沒有能力幫助他人，或者無法處理因被他照顧的臨終者所喚起的情感。而除了上述五點之

外，Ajemian 和 Cummings 也提到了社會支持的程度；因為，如果志工要得到滿足的話，是必須要有一個支持的家庭以及/或社會的網絡。另外，Cummings (1998b) 認為應避免將有個人目的、不是團隊成員、以及缺乏同理心、敏銳及成熟特質的志工，運用於直接與病人/家屬接觸的志工中。

由這些篩選因素看來，主要還是避免運用志工時，反而產生了負面影響。而為了做好篩選的工作，在法國，安寧志工申請者在被接受可以參與訓練之前，乃至必須經過心理學者的兩次面談 (Salamagne, 1997)；而 Cummings (1998b) 則提出了「職前教育訓練其實是進一步的篩選機制」看法。教育訓練過程雖然是讓志工有機會去熟悉未來工作的一種準備，但也是釐清彼此之期待與需求的另一個機會。

貳、安寧志工的職前教育訓練與相關實務

誠如上一節所述，職前教育訓練可說是一種篩選的機制，是在為未來的工作而作準備，但它同時也是安寧緩和療護志工計劃方案的重要基石。由於志工各有其不同的教育背景、生活經驗、以及生命歷程，因此，為了讓他們對安寧緩和療護的內容有個基本的共同了解，職前教育訓練實有其必要性與重要性 (Wilson, 2000)，也是確保志工能夠扮演好其角色及服務品質的關鍵之一 (Scott & Caldwell, 1996)。

一般而言，職前教育訓練分為基礎課程、進階課程及見習等三階段。基礎課程是讓他們為相關的工作作準備，進階課程則是為了直接的服務而學習 (Chung, 1997) 然而，這兩階段大多以理論知識為主，因此，當臨床上所面對的狀況似乎不同於訓練課程所描述的或不如預期時，志工仍會猶疑不定，故而適當的見習將提供他們有機會來確認自己是否真的願意成為一位安寧志工 (Ajemian, 1993b；Cummings, 1998b)；另一方面也是讓志工督導能夠持續評估志工申請者是否足以適任這個角色 (Doyle, 2002a)。總而言之，評估是雙向的，不論哪個階段，整個教育訓練計劃，可說是讓志工為他們自己的角色自信而作準備 (Ajemian, 1993b；Craig, 1994；Cummings, 1998b；Kavanagh, 1983；Scott & Caldwell, 1996)。接下來將進一步地探討職前教育訓練的相關事務。

一、「教育」(education) 與「訓練」(training) 的意義

在進入教育訓練課程的相關議題以前，首先分析「教育」(education) 與「訓練」(training) 兩個名詞的意義。這兩個名詞經常被拿來互相交換使用，但較少人去釐清它們之間有什麼不同，Doyle (2002a) 卻對此作了以下的說明：

「教育」是經由系統性的教導與體驗，來開發知性的、道德上的和社會的技能。它是一種比訓練更廣泛的概念。它給予：基礎的學問、哲理、知識、種種環境中可用的技能。其結果是一種廣泛的、可轉移但不易衡量的深層理解。

「訓練」是教導或學習特定的技能，尤其是經由實習的行為或過程。它為個人的特定工作或角色作準備。這些技能也許是可以轉移的，但其結果是相當謹慎與可測量的。

由此觀之，「教育」與「訓練」還是有細微的不同，但兩者在交互運用時，應該是可以相輔相成，彼此互為增長的。

二、教育訓練的目的與目標

一般而言，在教育訓練課程開始之前，還須定下規劃較長遠的目的 (objectives) 與近程的目標 (goals)；具體的目的讓機構或團隊有努力的方向；特定的目標足以作為近期內開始努力的工作 (Macduff, 2001)。如此方能依此而規劃相關的教育訓練課程，以期能達成符合預期的功能與技術 (Ajemian , 1993a ; Cummings, 1998a)。目的與目標的設立，主要是就機構或團隊現有的資源，評估病人/家屬的需求與目標，以及考量團隊的方案計畫而規劃出來的。值得注意的是：訓練計劃太過雄心勃勃及預期過高而不合乎工作的真實性，與那些不能供足夠的資訊給志工或沒有讓志工做好承擔任務的準備，卻有信心去完成所有的任務一樣是不適當的 (Cummings, 1998b)。

以 Doyle (2002a) 的 *The training and education of volunteers* 為例，他認為「確

保共同最低限度的學問基礎，以及對機構的思想體系、工作、價值與角色的普遍了解」是所有安寧團隊成員教育的主要目的之一；因此，安寧志工教育訓練的目的，包括：用以支持病人療護、確保療護水準與實務安全，以及確保機構適當的公共形象等。以是之故，在安寧志工的入門課程上，Doyle 認為應確保志工對於安寧緩和療護主要原則的了解；也就是說，應該對以下五種議題具有共同的、基本的認識：(1)注重生活品質，(2)全人的照顧，(3)包含臨終者及其相關者的照顧，(4)病人的自主權及選擇，以及(5)強調開放及感性的溝通等。除此之外，在信任、專業、及維持機構良好形象與名譽之下，還須確保安寧志工的教育訓練課程能夠達到下列的目標：(1)以合適的資訊與技能去保證所給予的是安全有效的實務，(2)維持工作與照顧的品質及水準，(3)保持與增進動機，(4)能夠有個人的發展，及(5)改善工作滿意度等。

不同方案對於目標的設立方式是不盡相同的。例如，Wilson (2000) 在 Hospice volunteer training: making the experience more meaningful 中所提到的訓練目標是：

- (1)知識：在入門課程對安寧療護主題的認知了解。
- (2)態度：尤其是有關覺知、敏感度及接受方面。
- (3)訓練團體內的團隊融合與結合。

其中有關態度方面，主要是期待志工能夠接受自我、接受他人以及具彈性與耐性。

這樣的目標，雖然看起來似乎與 Doyle 的目標有所差別，然而根據 Dein 和 Abbas (2005) 在英國 St Clare Hospice 針對安寧志工相關的壓力、因應方式以及對於可用的支持的認知所做的研究調查，結果顯示：安寧志工所提到的壓力包括：病人的死亡、病人的外貌損壞、以及當病人死後留下小孩會覺得哀傷等；而其因應策略則包括：(1)與病人保持一點距離，(2)求助於宗教信仰，(3)了解死亡是一種慈悲的結束，未必就是痛苦；因此，從 Dein 和 Abbas 建議為志工上有關於癌症症狀與徵兆的課程來看，其實 Wilson 在態度上的目標與 Doyle (1)、(2)點目標，在方向上可說是合而為一的。另外，從 Scott 和 Caldwell (1996) 的研究結果發現：當志工們覺得受到專業人員的肯定，及與志工協

調人員發展出不錯的關係時，會對志工的角色表達高度的滿意，也是他們願意持續提供服務的重要原因來看，Wilson 的第三點目標，與 Doyle 的(3)、(4)、(5)點目標，其實具有一而三，三合一之異同。

總而言之，目的與目標的擬定雖因方案的不同而略有出入，但幾乎所有方案都有一個共同的方向，也就是尋求志工對於安寧緩和療護的核心主題，能夠具有普遍的共識。其他的目的與目標，則依方案的發展而反映其所需的特別功能 (Cummings, 1998b)。因此，對於需求的溝通是必需的，而志工所需要的指導和訓練水準則與他們所承擔的角色責任成正比 (Cummings, 1998b)。當需求、角色責任，以及志工所具備的知識、態度與技巧緊密結合時，可運用的資源才能匯集在共同的目標上，發揮方案的最高效能。

三、職前基礎教育訓練課程

在某些地區，有兩種情況之下，安寧志工是不需要進一步的訓練，便可以從事志願服務的工作。第一，其本質是不需明確的準備或訓練，便能夠提供的服務範圍；第二，已具備足以堪任工作的技術與能力之志工，例如：律師、會計師、電腦專業人員、募款人員和園丁等 (Field & Johnson, 1993 ; Cummings, 1998b)。雖然如此，但仍然有三種課程是這類志工不可乏少的：(1)確認服務範圍，(2)攸關志工、專業人員及病人間信任與關係的規定(志工角色與志工倫理)，(3)安寧緩和療護的思想體系(Field & Johnson, 1993)。因為成功是需要對互相的期望、工作、責任作一明白的界定的 (Cummings, 1998a)。

除此之外，其他需具備明確的技術訓練或涉及到病人與親屬的直接服務工作，便需要更積極的訓練和準備 (Field & Johnson, 1993 ; Cummings, 1998b)。更進一步的教育訓練課程是為了保護病/家，避免讓他們暴露於不了解他們問題的人們中，也保護志工免於在毫無準備的狀況下就置身於疾病、臨終與悲傷之中 (Cox, 1980)。因此，適當的職前教育訓練課程是必須的。

(一)、職前教育訓練課程的週期與時數

教育訓練課程的週期與時數，參考三份文獻，茲列其規劃概況如下：

表二-3 不同文獻的教育訓練課程的週期與時數對照表

參考文獻	教育訓練課程的週期與時數
Kavanagh (1983)	為期 10 週，由每週兩堂 2 小時的課所組成(共 40 小時)
Lattanzi (1983)	包括兩個全天的課及 3~5 堂晚上的課，約 20~30 小時。
Cummings (1998b)	為期 6~12 週，每次 2~3 小時 (平均約 15~30 小時)

林姿妙根據 Kavanagh (1983)、Lattanzi (1983)、Cummings (1998b) 的資料製表

從上列的表中可見：其教育訓練課程的週期與時數依方案的不同而略有差異，但其總時數則平均約 30 小時。依據 Scott 和 Caldwell (1996) 對美國德州 (Texas) 安寧志工所作的問卷調查，也顯示出：德州的安寧志工認為良好的基礎訓練約需 30 小時的課程。另外，Wilson (2000) 表示：「漫長的上課，有時候會讓志工困惑，會關心到他們記不得每件事，而且會對他們在團隊角色的能力較沒信心。」這或許是值得執行者在規劃課程時參考的。

(二)、職前教育訓練課程的內容

「學習是在於改變我們對於周遭世界所看的及所想的方式，而終極的改變則是在於我們如何與那個世界互動」(Doyle, 2002a)。如何使提供直接服務的安寧志工成為關懷他人的團隊成員？或許除了慎選具高效力特質的志工之外，所能努力的方式之一，就是職前教育訓練的規劃與篩選。

雖然直接服務志工的角色性質是在照顧臨終的家庭成員與哀傷的家屬，而且他們往往也必須經歷多次的失落情境。然而，教育訓練的目的並不是在讓志工成為死亡與臨終的專家，而是強調每位病人/家屬的獨特性 (Kavanagh, 1983)；是期待志工能夠免於以自我為中心的關懷，能夠去傾聽而不是只建議、去接觸而不是光說不練、去打開他們的雙手而不是使病人/家屬受苦封閉 (Leete, 1994)。為了讓志工有適當的準備，以扮演好關懷他人的角色，許多方案都規劃了相關的教育訓練課程，比較參考 Cox (1980)；Kavanagh (1983)；Wylie, Dayringer and Davidson (1985)；Field and Johnson (1993)；Leete (1994)；Scott and Caldwell (1996)；Buckland (1997)；Gordon (1997)；Cummings

(1998b); Wilson (2000) 等文獻，將提及的相關課程列表如下：

表二-4 安寧志工相關教育訓練課程被規劃次數概況表

	相關教育訓練課程	參考文獻
1	安寧療護的哲學與歷史	Cox(1980);Kavanagh(1983); Wylie, Dayringer and Davidson(1985); Field and Johnson(1993); Buckland(1997); Leete(1994); Cummings (1998b); Wilson (2000)
2	安寧志工的角色與責任	Cox (1980); Kavanagh (1983); Leete (1994); Scott and Caldwell (1996); Buckland (1997); Gordon (1997); Cummings (1998b); Wilson (2000)
3	溝通/傾聽技巧	Cox(1980);Kavanagh(1983); Wylie, Dayringer and Davidson(1985); Leete (1994); Scott and Caldwell (1996); Buckland (1997); Gordon (1997); Wilson (2000)
4	末期疾病的身體層面 疼痛控制與症狀處置	Kavanagh (1983); Leete (1994); Scott and Caldwell (1996); Gordon (1997); Cummings (1998b); Wilson (2000)
5	對臨終的看法與感受 死亡與臨終的心理學 社會死亡和臨終的態度	Cox(1980);Kavanagh(1983); Wylie, Dayringer and Davidson(1985); Buckland (1997); Cummings (1998b); Wilson (2000)
6	哀傷與喪動的動態	Kavanagh (1983); Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Leete (1994); Scott and Caldwell(1996); Cummings(1998b); Wilson(2000)
7	靈性照顧 民族和宗教的背景	Kavanagh (1983); Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Leete (1994); Scott and Caldwell (1996); Cummings (1998b)
8	跨科際團隊成員的角色	Cox (1980); Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Leete (1994); Wilson (2000)
9	面臨死亡的家屬	Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Scott and Caldwell (1996); Cummings (1998b)

10	敏銳的訓練/自我覺察	Cox(1980); Kavanagh(1983); Wylie, Dayringer and Davidson(1985)
11	個人的壓力	Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Cummings (1998b)
12	喪葬的選擇	Leete (1994); Scott and Caldwell (1996)
13	愛滋病與其他末期疾病	Scott and Caldwell (1996); Cummings (1998b)
14	保密的重要	Leete (1994); Gordon (1997)
15	安寧療護的體制	Cox (1980); Cummings (1998b)
16	安寧療護的法律情況	(1)Scott and Caldwell
17	尋找社區內可用的資源	Kavanagh (1983)
18	了解常用的藥物	Kavanagh (1983)
19	居家護理的基本原則	Kavanagh (1983)
20	在家中往生該作什麼	Kavanagh (1983)
21	記錄	Kavanagh (1983)
22	閱讀	Cox (1980)

林姿妙根據 Cox (1980) 等資料製表

從上表中可以看出與安寧志工教育訓練課程相關的核心主題，包括：(1)安寧療護的哲學與歷史、(2)安寧志工的角色與責任、(3)溝通/傾聽技巧、(4)末期疾病的身體層面、(5)死亡與臨終的社會心理議題（偏重於個人對臨終的看法與感受）、(6)哀傷與喪慟的動態、以及(7)靈性照顧/民族和宗教的背景等。其中前三者更是核心主題中的重要課程，後四者則是整體性照顧的身、心、社會及靈性層面議題。

這些雖然是安寧緩和療護發展至今，幾乎沒有更易的核心主題；然而，值得注意的是 Wilson 於 2000 年刊登於《美國安寧緩和療護雜誌》(American Journal of Hospice & Palliative Care)中的 安寧志工訓練：讓經驗更有意義 (Hospice volunteer training: Making the experience more meaningful)，並未將靈性層面納入安寧志工教育訓練課程的核心主題。在這方面似乎可與 Field and Johnson(1993)的 英國安寧運動中的志工 (Volunteers in the British hospice movement) 相對照。在此研究中，Field 和 Johnson 提及志工或職員

對於「志工可能是維持安寧身、心、靈照顧的重要代理人」之說並不完全賞識，因為多數志工的工作被認為是當然的，在情感上也只是自然應對的部份而已。但是，另一篇刊登於《緩和醫療》(Palliative Medicine) 的 安寧志工的壓力：質性研究 (The stresses of volunteering in a hospice: A qualitative study)，Dein 和 Abbas (2005) 針對英國 St Clare Hospice 安寧志工所做的研究，則顯示出他們多數的滿意度是源自於安寧緩和療護運動的三項核心理念，也就是全人、全家、全隊的照顧。在全人整體性照顧的承諾方面，不只是照顧末期病人的身體，也強調心理、靈性方面的照顧。Dein 和 Abbas 並表示：「宗教也許是一項保護因素，可以幫助志工因應死亡與臨終的議題。」三份文獻對於志工與靈性層面的關係呈現出不同的觀點，這是本論文後文值得進一步探討的議題之一。

有關身體層面的課程，雖然部分文獻將「疼痛控制與症狀處置」列入了安寧志工的入門課程中 (Scott & Caldwell, 1996 ; Cummings, 1998b)，但是 Wylie, Dayringer 和 Davidson (1985) 在規劃跨科際團隊的訓練課程時，雖然表示「入門階段」是對所有安寧工作者，從醫師到志工都有需要的課程。但卻認為其中的「疼痛控制與症狀處置」單元直接涉及了專業人員的工作，因此並不期待志工參加。從這裡可以看出，志工已被整合為跨科際照顧團隊中不可缺少的一部分，即使尚未成為正式的安寧志工，所有參與學習的人都應感受到自己是有價值的、受人尊敬的、被需要的，而且是受歡迎的 (Doyle, 2002a)。然而，屬於科際團隊入門的課程，仍然規避了志工所不宜的部分。這也顯示出：安寧志工雖然被肯定會為工作帶來了豐富的才能及給予安寧人性化的面貌 (Kavanagh, 1983)，但是專業與非專業角色之間仍然有所區別。

另外，從表中可以發現 Kavanagh 規劃了許多與居家照顧相關的課程，這主要是此方案提供了相當多的居家服務，其中包括護士志工與非專業志工。護士志工的主要工作是教育，也就是教導家屬與病人如何正確的使用藥物及應注意的事項等，乃至當病人不能再自己吃藥時，提供家屬能夠有個喘息的機會，故而在此方案中規劃了較長的教育訓練時數 (40 小時)。而對照 Kavanagh 與其他方案的不同時，也可看出教育訓練課程依方案的發展而反應出其所需的特別功能之實例。

(三)、職前教育訓練課程內容的分類

從上述的課程中，可以發現安寧志工的相關課程內容林林總總，若要一股腦兒地傳授給志工，志工可能記不得每件事，而且漫長的上課，可能致使志工感到困惑，甚至對自己的角色能力失去了信心（Wilson, 2000）。因此，一系列的課程需要依內容的相關性編制成不同階段，好讓志工能夠依次學習，做好準備。

對於課程內容的類別，有幾種不同的分法。Wylie, Dayringer 和 Davidson (1985) 提出三個訓練階段：1、入門階段，2、進階階段，3、持續階段；此方案主要是針對整個安寧團隊成員而規劃出的三階段課程。其中「入門階段」是對所有安寧工作者，從醫師到志工都需要上的課程；「進階階段」是適合於跨科團隊中的專業人員領導者的課程；而「持續階段」則是定期的病人照顧會議，是為了所有團隊人員的持續訓練。由此觀之，此三階段中，與安寧志工比較有關的課程只有入門階段。雖然如此，但是此方案還是將志工納入要共同學習的對象（「疼痛控制與症狀處置」單元除外），主要是因為他們相信這樣的共同學習應該可以帶來好處。Lattanzi (1983) 在規劃有關安寧院的團隊訓練上，也特意安排了兩個週末全天的課程來強化團隊的互動及個人的投入，並共聚分享午餐及那段時光，以作為鼓勵團隊內的關係發展。

針對志工角色而做的課程分類有 Cummings (1998b) 的 *Training of volunteers* 及 Doyle (2002a) 的 *The training and education of volunteers*，分別簡述如下：

1、Cummings 將訓練計劃分成四種組成部分：

- (1)、介紹與定位：適合於所有的志工們，課程內容包括費用的付款等實務。雖然有些服務範圍也許不需要進一步的訓練，但卻有可能會被問到有關個人的問題，因此他們必須知道如何回應。這部分課程主要是讓志工們能夠產生信心。
- (2)、對直接為病人及家屬服務的志工訓練：為所有將直接與病人/家屬作服務的志工們提供比較廣泛的準備計劃。
- (3)、特殊直接服務的志工角色：焦點放在特殊興趣領域的志工們；例如，神職的志工、音樂/藝術/娛樂志工、以及喪慟支持的志工等。

(4)、督導、支持、與繼續教育：持續性的教育計劃，是作為改善知識的不足，及進一步的興趣和奉獻。

以上雖分為四部分，但其中大多數是包含有理論的教育及某些指導經驗的訓練。

2、Doyle 將教育和訓練分成法定、強制、以及自願等三部分：

(1) 法定的：除了地方與國家的工作法令及健康安全法規之外，也含括所有新進的志工、現有職員的更新，以及角色改變/發展時，必須讓每位志工都能明白，無法參加者，將意味著他們不能持續在那個角色上工作。

(2) 強制的：屬於機構所決定的要求。這是為了讓志工能夠符合機構最低限度的訓練標準或要求；也就是入門的課程計劃。

由於國外安寧志工的多樣性，因此 Doyle 認為除了一般的入門之外，還有三種不同的工作範圍/類別是必須要考量的：

(a) 非病人的範圍：例如，慈善商店、募基金或直接與民眾接觸的志工等。

(b) 與病人及家屬有所接觸的範圍：例如，居家療護、日間照顧、住院區、門診、運送病人的司機、咖啡館或餐廳的職員、喪慟支持、接待處、承包伙食、料理家務等等，只要是在病人範圍內工作，而且與病人或家屬（包括喪親的家屬）有長期規則性接觸的志工，都必須額外考量其課程。

(c) 以專業才能提供服務的志工：例如，護士、醫師、物理治療師、理髮師、另類的治療師、董事會成員等，這些志工除了必需要提出相關資格證明之外，也許還需具有為病人及緩和療護病人服務的特定資格。

(3) 自願的：不屬於機構的強制要求，是為了專業及/或個人的發展而承擔的教育訓練。

在這方面包括了三個方向：

(1) 提供另外的技能來加強志工的角色、工作或經驗。

(2) 在現有的技能上提升學習，例如：諮商或喪慟的課程。

(3) 無關於志工的角色與工作，但可以提升個人的技能及發展。

Doyle 認為一個完整的教育訓練包括進階課程的基礎及正式或非正式的學習，並能提供

參加課程的證明或具特定工作能力的資格證明。另外，教育訓練的機會來源，可能是機構本身，但也可以利用會議、協會或社團等外在的資源。

綜觀上述之分法，若以安寧團隊整體成員為對象而規劃的課程，其主要目的在於藉由共同學習來促進團隊的互動，並融合不同角色間的關係。而 Cummings 與 Doyle 之分法看似不同，究其原則其實是一致的，只是 Cummings 主要是以服務範圍來劃分課程，而 Doyle 則以編制課程的要素來分類，其中也規範了不同的服務範圍，可說是更為仔細劃分方式。換句話說，主要是基礎課程與進階課程，基礎課程是讓他們在相關的任務工作上作準備，而進階的課程則是讓他們在直接為病人/家屬的服務上作準備（Chung, 1997）；除此之外，便是開始提供服務之後的繼續教育與自願學習的相關課程，這部分與上線之後的督導、支持有著密切的關係。總歸其要，不離藉由教育與訓練來讓志工依次學習做好準備，並使服務工作得以成長與發展。

(四)、見習

入門課程是根基於對新工作或新環境所必須、應該與能夠知道的（Doyle, 2002a）。雖然所有參與學習的人都應被肯定為即將成為一位有價值的人，而且可以輔助專業人員提高服務的品質。但是，除非他們真正覺得自己已經準備好了，否則不應該被要求上線服務（Kavanagh, 1983）。見習，提供了評估是否已經做好準備的機會。

Cummings（1998b）認為作好緩和療護計劃的志工素質往往是自相矛盾的，因為他們必須既能自我管理，又能對適當的管理作回應；要能獨立思考，還要能作好一位團隊的成員；應該善於解決問題，又必需瞭解有很多解答是不存在的；在了解自己的信仰與價值的同時，也能夠對他人的信仰與價值保持開放的心態；除此之外，尚須了解自己的限度，並知道何時及何處去求助。Kavanagh（1983）則認為安寧療護訓練計劃不可能給予參與的成員具備成為好的安寧志工的品質，最好訓練計劃只是去確認與教育未來志工所能提供的品質，並自動去尋找志工們的個人能力。

雖然，在還沒有「準備好」的感覺時，志工不應被要求上線服務；但是，要等到覺得完全舒適並且不害怕時才出發，似乎是也不太可能。因此，「我想我可以，而且願意

去試看看」，或許就可以算是一種準備好的感覺了（Kavanagh, 1983）。與有經驗的照顧者一起工作，讓新上任的安寧志工能夠在觀察者的安全情況中，具有直接面對家屬的學習經驗，即是單獨上線以前，適應安寧緩和療護單位的另一階段準備；也是決定個人適合什麼種類的工作？為病/家作什麼服務？及確認個人能力與限制的時機（Cox, 1980）；這種訓練過程約需 2~5 個月（Cox, 1980）。Doyle（2002b）認為來自入門或其他課程的某些成果，到了這個時候才會比較明顯的被顯現出來。而依據 Scott 和 Caldwell（1996）針對志工的實際調查研究，也顯示出志工們認為新進的志工需要有經驗者的伴隨。

從上述的文獻中可以發現，見習階段具有以下幾種功用：(1)讓志工將理論與實務融合的過渡時期；(2)讓計劃案執行者有機會去發現志工的個人能力或是否適任；(3)讓志工申請者去確認自己是否已經做好準備；(4)提升新進志工的信心；(5)確保病人或家屬的安全。簡而言之，即適應與篩選，見習期結束時不適任與尚未真正準備好的志工，將會在這個時候被確認出來或自動退出。

(五)、特殊直接服務志工的教育訓練

在直接與病人/家屬接觸的志工範圍中，已發展出特殊興趣的服務範圍〔亦有以專業才能來義務提供的服務，例如：護士、醫師、物理治療師等（Doyle, 2002a），但不在本文討論範圍〕，例如靈性照顧，喪慟關懷，音樂、木偶、寵物、藝術治療等（Cummings, 1998b）。Cummings（1998b）認為這類志工應在具備作為緩和療護志工的訓練和經驗，而且熟悉末期疾病與預期失落的影響下，才以其興趣做新面向的考量。在此將針對神職的、音樂/藝術/娛樂及喪慟關懷志工等及其教育訓練略作探討。

1、神職的志工（pastoral volunteers）

對於某些安寧緩和療護機構/團隊而言，由於牧師很少能夠稱心如意的經常去探視病人。因此，在靈性層面有興趣的志工，在牧師的督導下，能夠延伸這方面服務。此類志工需要被篩檢的重點是有關個人的（personal）、情感的（emotional）與靈性的成熟度（spiritual maturity），以及任何他們已接受過的神職或宗教上的訓練。篩選出的志工，會另外給予他們在病人的神職照顧的訓練，這些課程包括以下幾種議題：

- (1)神職認同性和神職照顧的神學 (pastoral identity and the theology of pastoral care);
- (2)在非告解場所的神職照顧 (pastoral care in the non-confessional setting);
- (3)個人靈性資源的使用 (use of the person's spiritual resources);
- (4)靈性的診斷 (making a spiritual diagnosis);
- (5)死亡時的神職角色等 (pastoral role at the time of death)。

2、音樂/藝術/娛樂志工

這類的志工並不是可以單獨上線的，而是與治療師共同工作，在病床邊播放選好的錄音帶音樂，協助諮商心理師作放鬆的練習，或者是為病情穩定的病人作相關的介紹。而且，他們通常是必須個別地接受治療師的訓練與督導。

3、喪慟關懷志工

喪慟關懷志工的目標是提供喪親者友善的協助，直到哀傷緩解而且他/她能重新恢復正常工作與人際關係。大多數的喪慟療護計劃即使不全部是由志工所組成的，但是卻會依賴志工們的協助。而倘若這種喪慟療護是完全由志工們所組成的，為了維護療護的一定品質，專業的督導將是不可少的一部分。這類志工的訓練計劃特色，包括下列幾種：

- (1)、有關正常哀傷過程、哀傷工作的任務及如何去確認異常的哀傷等的知識。
- (2)、有關計劃與團體中可利用的專業資源知識；必須知道何時與如何轉介專業的協助。
- (3)、有關志工處於協助者與朋友之間的角色及支持、回顧與解決問題的相關知識。

以上三種以特殊興趣提供服務的志工角色及其教育訓練是改寫自 Cummings (1998b: 1223) 的 Training of volunteers。三者的共同點是：特殊興趣志工皆需經過相關的教育訓練及特殊專業人員的督導。其中，由於世界衛生組織 (World Health Organization, 2002) 已逐漸加強喪慟療護，除了 1990 年界定的「提供支持系統去幫助家屬在病人生病及他們喪慟期間作因應」外，2002 年更強調「運用團隊照顧方式來致力於病/家的需求，乃至喪慟諮詢輔導」；換句話說，喪慟療護已被接受成為安寧緩和療護不可或缺的一部分。因此，針對喪慟關懷志工將作進一步的探討。

Craig (1994) 表示：安寧志工與家屬發展出不同於專業人員的關係，經由實際需要

的協助與提供情緒的支持，在家屬的哀傷關懷上擔任了重要的角色。然而這裡主要是指即將遭遇喪失親人的家屬，而這種關係是否延續至喪親後呢？志工在提供喪慟支持方面，是受機構/團隊所處的社會、文化、經濟、政治脈絡影響很多的一個角色。雖然 Cummings (1998b) 認為這類的志工是必須具備某種程度的安寧緩和療護訓練和經驗基礎之後才考慮的另一層面發展，但是依據 Payne (2001) 針對紐西蘭安寧喪慟關懷志工角色所作的評估調查研究顯示：2/3 的志工有參加一般性的志工訓練，但是只有超過 1/3 (37%) 有接受過喪慟支持的訓練。顯見不同區域或機構對於喪慟關懷志工是否應接受進一層的培訓，具有不同的看法與做法。

雖然如此，但在 Payne 的研究中卻有另一層的發現：「在參與研究的對象中，雖有高達 96.7% 的志工認為他們是受到支持的，而且 92% 的志工覺得在這方面提供了有意義的服務；但是，卻有 50% 的志工認為他們的工作在情緒上是苦惱的。」這是否表示這 50% 的志工需要受訓練與督導，以確保他們所提供是既可支持喪慟者，又能讓志工抒解情緒的服務呢？在同一篇研究中，志工督導對於喪慟理論模式的回應，則呈現出以下的結果：「很多志工督導覺得很難回答喪慟的理論模式；有 7 位回答他們沒有使用任何明確的模式或理論；更有少數的志工督導持反對理論的立場，拒絕任何理論，而主張只是將每個人視為個體就是了。」顯示出喪慟支持在這裡出現了吊詭的現象；也就是說，既要有專業學問與技巧的要求，又要有人性化認知與敏感的態度，這無異是對所有參與者的一種挑戰 (Payne, 2001)。

縱然如此，或許有些仍是也可以也是必須努力的方向，如 Cummings (1998b) 針對喪慟關懷志工所提的：(1) 確認適當的界限：情感問題的預料及無關乎喪慟的，都不是志工的領域；(2) 確認計劃的效益：由志工們所提供的介入，對喪親者是安全與有助益的。除此之外，雖然志工不大可能具備像輔導員般的廣泛訓練，但對於喪慟關懷志工，如果能夠特別留意於篩選、訓練、督導及支持，或許是確保高服務品質的前置作業。尤其是當安寧療護擴大對於喪慟的照顧時，可能致使更多的志工投入其中，因此，喪慟關懷志工方案的發展更需特別小心地運籌帷幄。

(六)、資訊的整合

對於強調科際整合的安寧緩和療護來說，資訊的整合是重要的。與直接服務志工有關的資訊整合問題，包括服務對象的資訊取得與重要訊息回報給專業團隊。

雖然安寧志工已被確認為不可或缺的團隊成員，然而由於志工的專業角色，在資訊的提供上，有些機構、團隊或專業人員會擔心將敏感的資訊傳達給志工的信賴和倫理問題(Field & Johnson, 1993);另有些機構則特別強調保密的重要性(Gordon, 1997; Leete, 1994 ; Ajemian , 1993a ; Cummings, 1998a)。基於服務對象的特殊性，為了避免志工因資訊不足而對病人造成傷害，足夠的、適當的資訊確實是必須的。在康乃狄克安寧院，志工組長可以以志工代表的身份，參加所有的專業人員會議，而專業人員代表也可參與所有的志工會議；Cox (1980) 認為這樣不但可以促進彼此的溝通，也可以鼓勵積極的志工參與方案的計劃與發展。然而，另有一些機構/團隊的志工，是藉由其他途徑獲得病人與家屬的資訊 (Cummings, 1998b)。

有關報告與記錄的方式，將 Cummings (1998b) 的看法略作說明如下：在病人與家屬相關資訊的取得方面，大約有：(1)由志工協調員列席跨科際團隊會議，而將訊息傳達給志工們；(2)主要的護士準備簡短的書面報告來向志工說明，而且定期地與志工面談最新資訊；(3)在住院方面，擔任照顧的護士每天一開始即為志工們作口頭報告，並將這份報告製成錄影帶，以供將來上線的志工使用。另外，有關重要資訊的回報方面，主要是將任何可以更了解病人與家屬所關心的或所需求的重要訊息，回報給專業團隊。回報的方式有(1)記錄：將每一項介入作有系統的記錄(包括：日期、涉入的時間、介入的本質、任何重要的觀察等)，以供專業人員的利用；(2)口頭報告：如果是在病房，那麼對護士的口頭報告，將會成為團隊記錄的一部分；(3)每一個安寧緩和療護方案必須發展出他們對於志工如何作好系統性報告與記錄的方針。

安寧志工雖非專業人員，但在提升服務品質的原則下，相關資訊的整合是必須的。而從 Cummings (1998b) 的資料中，可以看出在有關志工對於相關資訊的整合上，護士與志工協調員扮演了較吃重的角色。

參、督導、支持、繼續教育訓練與評估

雖然志工能夠支持與從事安寧機構/團隊的照顧計劃，但是一個好的訓練計劃之建立，則在於機構是以什麼樣的態度來看待志工 (Kavanagh, 1983)。當志工正式提供服務之後，進一步的督導、支持、繼續教育訓練與評估是重要的。

一、志工的壓力與對志工的態度

對於與病人直接接觸的志工而言，也許會有某些壓力或不舒適的感覺，而這些是需要被機構或管理者「看到」，並提供支持的。在 Field 和 Johnson (1993) 於英國 LOROS 的研究中，志工們對於來自專業人員的支持和鼓勵，雖然大都認為足夠，但 Field 和 Johnson 仍認為志工有過於投入與病人/家屬接觸所帶來的苦惱的潛在問題，並認為多數志工只提供每週幾小時或兩週一次的服務，因此在情感方面或許比較容易被忽視。而 Dein 和 Abbas (2005) 在英國 St Clare Hospice 的調查研究，雖然顯示出安寧志工的壓力包括：病人的死亡、病人的外貌損壞、以及當病人死後留下小孩會覺得哀傷等，但其實大多數的志工認為他們的工作是沒有什麼壓力的。因為志工們認為他們與專業人員的工作關係良好，而且服務是被肯定的；另外，這些志工也幾乎一致地認為與專業人員談論各種議題，會幫助他們放輕鬆，而且有時候會覺得受到了重視。

如何具備好的機制去分辨志工是否過於投入，以及提供足夠的支持與因應系統，確實是管理者應提早顧及的問題。而 Dein 和 Abbas 的研究對象雖然多表示工作上沒有什麼壓力，有一點值得注意的是，其研究方法只使用了兩組共 17 位志工所組成的「焦點團體」(focus groups)，而且其中有很多並非直接照顧病人/家屬的志工。因此，其研究結果除了可以肯定志工與專業人員之間的融洽關係，可以為志工的服務帶來正向的效果之外，對於直接照顧病人/家屬的志工而言，是否真如研究結果所顯示的一樣「沒有壓力」，或許仍然未能提供足夠的有力證明。

雖然如此，另一份文獻提出「成功的志工計劃，除了知識 (knowledge) 之外還包括尊重 (respect) 與信賴 (confidence)」的看法；尊重是建立在了解之上，基於了解，

故能信任，能夠讓志工在不違反照顧病人健康所必需的專業標準上，自由、能幹、有創造力的從事安寧緩和療護的工作（Kavanagh, 1983）。另外，Cummings（1998）與Doyle（2002b）均認為「肯定」與「感謝」志工們的努力，對於發展有效的志工計劃而言是重要的。Cummings 更表示「感謝」是要從準備志工們將會遭遇到的問題開始。因此，在肯定志工們的奉獻之餘，還需傾聽與支持他們的工作。而與上面提到的「尊重」議題相關的是，Cummings 認為如果賦予志工的工作太少，或他們所從事的工作，是準備不全及沒什麼監督的話，志工們將會有不受重視（will not feel appreciated）的感覺。

綜觀上文所說的，安寧志工上線後（尤其是對直接服務志工而言），可能會面臨服務的壓力問題。然而，志工是否感受到壓力或壓力的輕重，與機構、專業人員或志工管理者對於志工所抱持的態度是相關的，而且這種態度也會影響到後續的督導、支持、與繼續教育問題。由此觀之，志工的管理，是從對志工所抱持的態度就已經開始了。

二、督導與支持的方式

一般而言，對志工督導、支持、與繼續教育訓練的方式，大約有定期與督導見面、團隊會議及志工會議，乃至年度的志工方案評估等。

上述的方式或運用的細節，各個機構/團隊未必一致。在康乃狄克安寧院，志工們在定期與督導見面時，除了可確認日常問題之外，亦可對部門程序的變動作建議（Cox, 1980）。Field 和 Johnson（1993）的研究中提到：「志工每周有 7 天可向臨床專業人員詢問、建議，或自由討論。」除此之外，Field 和 Johnson 更進而表示：「就如同他們會鼓勵照顧者經由個人或工作相關的問題，與科別中可能最有幫助的人員來討論，志工們也互相以這種方式來運作。」由此可見，志工在此機構中與職員之間的工作關係是非常密切的。團隊會議是安寧團隊內不同科別之間共同會議，多屬專業人員的會議，然而，Kavanagh（1983）與 Field 和 Johnson（1993）都曾提到藉由團隊會議來提供志工的持續教育與支持。

而屬於志工特有的會議則是志工會議，也是管理者較常運用的督導、支持方式之一。Cummings（1998）在 *Training of volunteers* 一文當中表示督導、支持和繼續教

育的目標，常是藉由個案回顧形式的定期志工會議來完成的；在此會議中，當志工們分享他們的經驗時，可以有充分的機會去做以下幾點的確認及支持：

- 1、去確認志工是否明白計劃的政策；
- 2、去回顧其順從性；
- 3、去支持鼓勵志工；
- 4、去確認需要更進一步教育的領域；
- 5、藉由認真地考量志工的需求，來確認志工角色在整個團隊努力中的重要性。

這是或許是比較偏向以管理者的角度來督導及支持的方式。另外，Cox（1980）則提到每年都會要求志工來對方案做評估，其目的是讓每位志工都有機會來提供建議，藉以改善入門、訓練、溝通與計劃的程序。Cox 並表示：「這種評估也是給志工有機會去要求工作位置的改變，以及表達他們對在職教育方案的特別興趣。」類似這種由志工來評估他們的訓練與工作經驗，Scott 和 Caldwell（1996）認為可以對加強訓練及留任志工的方式，提供有價值的觀點。另外，Field 和 Johnson（1993）也予以肯定，認為：「志工適當地被機構所諮詢，對於他們的動機和投入是重要的。」整體而言，像這種提供志工參與評估的機會，或許是比較偏向由志工自我督導，並在參與的過程中自然地傳達了機構的傾聽與支持的另一種管理方式。

如上所提的幾種督導與支持方式（或有其他方式未提及，如讀書會、支持團體等），並非每個機構/團隊都數種兼有而運用之。然而，不論以哪些方式來運作，其目的除了維持或提升安寧志工的服務品質之外，其實也是一種「機構中一份子」的氛圍展現；也就是說，志工是被「看到」與「聽到」的一群，而不是無薪的編制外人員。

三、繼續教育訓練

持續的教育訓練不僅可以維持安寧志工的能力與信心，往往也是志工們繼續提供服務的重要因素（Scott & Caldwell, 1996）。當志工反應出需求時，除了回以情感上的認同與支持之外，以立即的、滿意的方式提供成長教育訓練，是必需的，同時也是支持志工

奉獻很重要的一部份 (Field & Johnson, 1993)。

在成長教育訓練中，適時地更新課程內容是需要的。Doyle (2002b)認為更新課程能夠提供志工以下幾種學習的機會：

- 1、讓志工有機會去學習更多有關安寧緩和療護的服務；
- 2、去聽聞新的發展；
- 3、去獲得有關變動的例行工作的資訊；
- 4、以及去滿足新進成員的需要。

這些機會讓志工們在機構的發展，能夠跟得上時代，並幫助他們在所從事的工作上維持信心。換句話說，安寧療護職前教育訓練只是基礎而已，事實上學習過程是不能停止下來 (Lattanzi, 1983) 除了上述這些成長之外，Doyle 認為這樣的課程也可以為團隊帶來很多利益，例如：

- 1、幫助志工去覺得自己是團隊中有價值的一份子；
- 2、提供志工與專業人員溝通的方法；
- 3、給志工一個可以對專業人員發言及詢問關於職責問題的機會等。

關於第二、三點，Doyle 甚至表示：「有時候志工們所作的建議，不只是對專業人員與志工之間共同的工作提供了協助，同時也幫助了病人。」而 Scott 和 Caldwell (1996) 的研究則顯示：「除了從安寧療護工作所獲得的個人成就，是志工們仍然積極提供服務的強大動機之外，另一項重要因素是與團隊成員間的關係，當志工覺得受到專業人員的肯定，以及與志工協調人員發展不錯關係時，他們會對他們志工的角色表達高度的滿意。」這樣的調查結果，正好可以與 Doyle 相呼應。

另外，Scott 和 Caldwell (1996) 針對美國德州安寧志工所作的實際調查也顯示：安寧志工的需要包括：志工支持團體、持續訓練的機會，以及可以更了解其他志工的機會等。有關志工支持團體方面的需求，對其團隊已舉辦過定期支持會議的安寧志工而言，他們確認這是安寧計劃的力量；對其他志工而言，也覺得這能為他們的安寧團隊帶

來幫助。由此可見，安寧志工需要更多來自志工支持團隊的支持。有關持續教育訓練的需求，許多志工表達了對「哀傷與喪慟」、「搬運病人的更新課程」、「疼痛處置最新方式」，以及「對死亡與臨終的看法」等主題的需要。另外，Scott 和 Caldwell 根據其研究結果，建議持續教育訓練可以從(1)呈現更多的個案研究；(2)經驗的傳遞，例如訪視時有專業人員伴隨著；(3)志工經驗分享；(4)持續的更新訓練課程等方式來強調。由這些課程主題可以看出除了著力於支持之外，也是一種有助於志工們彼此了解與認識的訓練方式。

從上述的討論看來，授予教育訓練的來源，皆來自志工管理者的課程規劃。然而，Kavanagh (1983) 卻表示：「在每周一次的團隊會議、每月一次的志工會議以及在病人/家屬中，都是在持續著教育。」其中「在病人/家屬中也持續著教育」，似乎異於一般的學習途徑。然而，Kavanagh 有一段話是耐人尋味的：

我們不涉及抽象不變的宇宙全體。我們與臨終者及其家屬和朋友們生活在一起。我們不能回答他們所問的多數問題，然而，我們能夠說：「我們會與您同在」(We will be with you)。而且「與您同在」是對我們大家都有利的。我們去伸出援手，而我們卻發現收穫滿滿的。當我們疲憊而去時，我們獲得更新而離開。我們縱然是準備不足而去，卻是大豐收而離開。每次我們去的時候，似乎沒作到什麼事情，或是我們的出現似乎沒有任何差別，然而我們從每個其他人中學習到「支持」和「團隊」的真正含意。我們學習到我們的工作是不能夠以明顯的成功或失敗來衡量的。安寧療護是一種愛和服務的共有，它包含病人、家屬、朋友、志工及專業人員。它只能被看到部分，而不能被衡量的。

當仔細深思之後，那位隱身在病人與家屬身上的教育者便儼然現前。Kavanagh 曾在同一文中表示：「志工真實的出現就是一種才能，能對所有相關的人們或服務對象提供單純的人類同情心。」然而，若核對這句話與引文之間相互的關係時，就會發現：其實當志工真實的出現在病人與家屬面前時，才是真正遇見「生命老師」的時刻。

綜觀繼續教育訓練，雖然正式規劃的課程是提升服務品質、支持，以及藉以凝聚團隊核心力量的實際行動，而 Lattanzi (1983) 除了確認它所帶來的上述幾種學習機會與

利益之外，也進而表示那是一項福利。然而，支持志工在安寧緩和療護單位持續提供服務的重要因素，也可能是源自於內在的力量：覺得它是有價值的（Field & Johnson, 1993）。依據 Scott 和 Caldwell（1996）的實際調查，其實在持續擔任安寧志工的理由當中，有高達 96.2 % 的人是「相信安寧療護的使命」，Scott 和 Caldwell 將之詮釋為：「安寧志工會想要覺得與知道他們是有所不同的。」此說雖值得肯定，但其中或許隱含了「生命老師」所回饋的無形的、豐富的回報，而這正是另類的繼續教育訓練。

四、評估

一般而言，志工計畫需要審查評估其有效性。然而，安寧志工的工作是否也應該受到檢查和評估，以確保志工的付出是有效率與合乎成本的，以及他們的教育訓練是足夠的呢？

在上面 Kavanagh 的引言中，最後有一段話：「我們的工作是不能夠以明顯的成功或失敗來衡量的。安寧療護是一種愛和服務的共有 它只能被看到部分，而不能被衡量的。」另外，Field 和 Johnson（1993）表示：「由志工所提供的服務不一定比職員的便宜；然而，志工是不太可能會喜歡這種對他們工作的審核的，因為會被志工視為是質問他們對機構的價值。」Field 和 Johnson 並提出「如果審查評估的壓力，使得志願服務的工作轉換成為類似普通領工資的工作時，志願服務工作的吸引力和酬報，對志工而言將會降低」的看法。由此看來，對於志工的付出是否有效率與合乎成本的評估，並不被普遍地認同（包括志工與志工管理者）。

在有關「教育訓練是否足夠」的議題上，雖然多數志工討厭評估的理念，而且常常受到他們是被試驗的想法所限制。但是，基於(1)確保課程正確不離題；(2)志工對於來自課程與實務的教導與督導應提出回饋；以及(3)確認志工對於工作或環境的合適性等因素而言，持續性的評估對機構與志工而言都是必要與重要的。而評估的結果可能來自於三方面：(1)志工的回饋、(2)志工的知識、及(3)督導對於志工服務的評估等。其中，來自志工們的回饋，是讓他們有機會去對課程的品質、內容、傳授及用處作評論；除此之外，志工的回饋也可以對課程內容的用處及有效性，提供資料。評估方式包括書面評價

與志工會議等，而定期的志工會議，往往被利用來讓志工們針對有關的入門及進一步的訓練作評論（Doyle, 2002a）。關於這點，若以志工的感受而言，能夠適當地被諮詢，是一種來自機構的尊重與支持⁷。而對某些志工而言，機構所提供的教育的機會也是重要的參與動機之一（Doyle, 2002a）。

針對評估的議題，是否應對志工的運用成本提出評估呢？或許依所處的社會、文化、經濟、政治乃至機構等錯綜複雜的因素影響，而各有見仁見智的看法；而有關教育訓練上的成效評估，則普遍持以肯定的態度。但為避免給志工帶來過大的壓力而產生負面效果，因此，在滿足病人/家屬、機構及志工需要的前提下，評估的方式或許可以較彈性的進行，而來自志工的自我評估，或許是一種較為緩和的評估方式。

肆、結語

以上所討論的相關議題，正反應了安寧緩和療護因應不同人文環境與制度條件所發展出在地化與多樣化的志工運用與管理模式。縱然依方案的不同而略有差異，但總不離以成就安寧緩和療護的共同使命為目標，所推展出的一系列志工運用管理實務。而為了建構能協助專業人員達成共同使命的高效力志工團隊，對於直接服務的安寧志工而言，招募時首重的是篩選工作。因此，自招募以後到志工正式上線之前，整個過程不論是服務範圍的確認、安寧志工特質的考量、使命的確立、職前教育訓練，乃至見習等，無不是審慎篩選的流程之一。也就是說，除了尋求對於理念有個共識之外，能夠適應於安寧緩和療護的服務是很重要的。

當志工正式上線之後，督導與支持便如人之左右手，是成功管理的要素。但應如何督導？如何支持？以及該展現出什麼樣的氛圍呢？關於這點，機構、職員或志工管理者對於志工所抱持的態度便成了重要的也是關鍵性的方向舵。一般而言，安寧緩和療護機構/團隊在以維持或提升服務品質的原則下，對於安寧志工都會展開和善的雙臂，營造出「機構中一份子」的歸屬感，乃至與病人家屬等共同培養出「與您同在」的溫馨氛圍。

⁷ 參考 p45 「督導與支持的方式」。

而這種氛圍正是志工內在力量的來源，也是維持或提升服務品質的原動力。繼續教育訓練雖是督導與支持的相關實際行動，但也是機構、團隊專業人員與志工們皆認同「志工是機構中一份子」，以及志工對於家屬與病人承諾「會與您同在」的一種積極展現。

第三節 臺灣地區安寧緩和療護志工的發展概況

有關臺灣地區安寧緩和療護志工的發展概況，將先瞭解臺灣地區安寧志工角色的源起，再進而從國人參訪國外安寧緩和療護發展概況的記錄中，反觀臺灣地區在推展安寧志工服務時的在地條件與限制，最後就臺灣地區安寧志工教育訓練的相關文獻來作詳細的探討及發展概況之總說，以利後續研究之進行。

壹、臺灣地區安寧志工角色的源起

這主要從臺灣地區安寧緩和療護的制度化歷程，來瞭解安寧緩和療護模式源起的臺面下成因，及先進們推展此一社會運動的艱辛。有安寧緩和療護模式，才有安寧志工角色之需求，這是安寧志工角色源起的根本原因。

國際上已經將安寧緩和療護的發展狀況視為「已開發程度」與「精神文明」的二重指標（趙可式，2003a）。臺灣不但是世界上第 18 個設有安寧照顧服務的地方，更已逐漸將這種醫療模式加以制度化。能有如此的成果，不得不歸功於早期推廣安寧療護的先進們。若非這些先進們自願義務性地以拓荒者的精神，致力於推展安寧緩和療護的各項相關事務與活動，此一理念很難在已經客觀化的傳統科技醫療環境中，扭轉傳統西醫對於末期病人施以治癒與延長生命的醫療目標。

社會制度是人為的產物，雖然也可以被人為改變（Berger and Luckmann, 1991）。但是，習慣化與客觀化的醫療模式，不但會對人們的求醫行為產生導向的作用，同時也會左右照顧者對於臨終親人的醫療抉擇。而當治癒與延長生命已成為客觀化的目標時，醫療從業人員眼中的病人很容易成為「物化」的對象；也就是說，「人」是各個器官的組合物，「治療」則是針對各個器官功能的協調與修復（Lella, 1997）。這種「物化」現象，

讓醫療從業人員很難以「整體性」的眼光去看待病人的存在。換句話說，會容易忽略了病人是除了身體以外，尚且兼具著心理、靈性與社會需求的「整體性個人」。

人們的求醫行為、照顧者的醫療抉擇，與醫療從業人員的醫療模式所交織而成的客觀化現實，在醫療的世界中凝聚成彼此影響的關係，對於事件的處理則形之於制度化的流程。這些制度化的流程，若以病情輕重的處理方式來說明，往往是先在家療養，病情轉重時則住院治療，緊急時便送入加護病房。在「治癒」與「延長生命」的醫療決策之下，臨終病人接受 CPR（心肺復甦術）的急救，似乎也成了理所當然的例行醫療流程之一，而人們也總是在這種制度化的流程中就醫，很少去反思這些制度化流程是如何形成的？以及它合理嗎？

雖然 CPR 在 1960 年代發明時，挽救了無數的生命，成為醫護人員必備的醫療技術，但對於無可治癒的病人而言，卻是徒增其苦（趙可式，2003c）。雖是如此，但倘若「治癒」與「延長生命」是人們共同的意義，那麼一般人是不會去探索它的合理性的。因此，如果安寧療護理念只是社會中少數人們對於西方醫療科技理念的質疑，那麼這些質疑可能在社會持續主觀的意義互換過程中被修正了，或只凝聚成小型的象徵性共同體，幽然獨立於客觀化的醫療體制底下。

然而，制度的客觀性無論如何巨大，仍是人為的產物，當然也可以被人為的改變（Berger and Luckmann, 1991）。依據蕭新煌（2000）對基金會在台灣的發展歷史、現況與未來展望的研究顯示：「基金會的影響力是對社會從事新觀念的宣導與灌輸，對政府則發掘新問題，提醒政府注意。」就基金會對於臺灣安寧緩和療護的發展而言，也產生了這樣的影響力。安寧先進們藉由成立基金會（安寧、康泰、蓮花等基金會）來致力於安寧理念的宣導，及安寧專業與非專業人員的教育推展；以發掘新問題的方式來促使政府重視末期疾病病人的需求，進而大力地提供支持，並與民間團體共同推展具有改革與改良作用的安寧緩和療護運動。

這個新社會運動正邁入制度化與組織化的階段（魏書娥，2004）。目前，臺灣已完成了「安寧緩和醫療條例」的立法，為緩和醫療奠定了法源的基礎；而此法令亦由熱心安寧的人士所參與制定的（賴允亮，2004）。除此之外，臺灣的安寧緩和療護運動亦已

完成了安寧居家與住院療護的設置規範、納入保險給付試辦計畫、訂立品質保證的評鑑系統，以及安寧緩和醫學專科醫師的認證制度 等，可說已經逐步趨向於制度化。

從臺灣安寧緩和療護的制度化歷程來看，安寧先進們雖然不以「志工」名之，卻是名符其實的「志工」⁸。在先進們以拓荒者的精神來致力於安寧緩和療護的推展，才能轉化西方醫療科技對於臨終病人施以「治癒」與「延長生命」的決策，進而成就此一具有歷史意義的社會運動。

貳、國人參訪國外安寧緩和療護發展概況記錄

雖然，臺灣地區自 1980 年代即開始有安寧療護的概念⁹，但 1990 年馬偕紀念醫院成立安寧病房，成為第一家以「安寧」之名設立病房的醫院時，其實是鐘昌宏醫師於 1982 年自國外帶回安寧理念埋下種子之後的正式發芽。而從安寧緩和療護運動開始萌芽到 2000 年 5 月立法院通過安寧緩和醫療條例以及之後的逐漸建制期間，為了能夠提昇照顧品質以扭轉已經制度化、客觀化的傳統科技醫療流程，各團隊專業及非專業人員，或以個人遊學，或以團隊參訪模式到世界各地的安寧緩和醫療/療護院所借鏡，並將心得透過文字與國人分享。以下整理出國人參訪國外安寧緩和療護發展概況的記錄，焦點集中在與志工相關的敘述上。

安寧緩和療護在臺灣發展之初，吳庶深（1991，9 月）曾針對國內 57 家較具規模之醫療院所，作癌症末期照顧之現況調查，結果在「招募義工協助舉辦相關活動」項目上，於 17 份有效問卷中，只有 4 家是全面推行，7 家偶而推行，而有 6 家醫院是沒推行的。由此可見，志工之運用在當時尚未成為一般醫療機構所普遍運作的模式。而依據 1993

⁸ 例如，趙可式、鐘昌宏、賴允亮、陳榮基、陳慶餘等，及其他默默付出者。

⁹ 除了趙可式之外，還包括 1980 年代初期，台北榮總陳光耀、汪蘋等，即已引進安寧療護的概念（李懋華，2002，3 月）；鐘昌宏醫師於 1982 年將安寧照顧理念帶回了馬偕紀念醫院，只是當時並未獲得廣大共鳴（陳正克，2000）。1984 年，台北國軍陸軍 829 醫院於博愛樓設置 114 張床，專收由各軍醫院轉來之癌末病患，當時也有牧師或其他宗教團體前往為病患提供精神上的照顧（青年戰士報，1984 年 9 月精神之照顧（民生報，1985 年 8 月 26 日，引自杜明勳，1998）。22 日，引自杜明勳，1998）。1985 年 8 月，台北市立仁愛醫院設立了癌末病患專用病房，並強調心理與精神之照顧（民生報，1985 年 8 月 26 日，引自杜明勳，1998）。

年3月份安寧照顧會訊的「安寧照顧合約醫院綜合資料站」中各醫院對於工作推展上所面臨的瓶頸，顯示出人力的不足幾乎是所有安寧團隊的共同瓶頸。因此，從國人到國外參訪所帶回來與志工相關的資訊中，大多集中在驚歎國外人力資源之豐沛，而所謂的「國外」，其實主要是以英國為主。例如，早期安寧照顧基金會為推展教育工作，便請馬偕安寧照顧團隊的不同專業成員組成英國研習小組，包括醫師、護士、牧師、社工師，以及基金會執行秘書等共五人。其中，劉明麗（1992，12月）社工師在參訪了英國八家安寧機構之後，便表示這些機構擁有許多年長的義工，人數少者二百，多則五、六百人。另外，如王敬弘（1998，9月）、蔡佩真（2000，3月）、周希誠（2000，12月）、陳佩如（2000，12月）、高瓊悅（2000，12月）等也都帶回來相關資料，這些資料的參訪地點也是英國或蘇格蘭，志工人數則從一百多到九百多位。可見安寧緩和療護的發源地——英國，對於安寧志工的運用是多麼普遍，無怪乎 Field 和 Johnson（1993）會認為安寧志工帶給安寧療護運動的多樣性，可能是使得某些安寧機構比其他機構更容易成功的維持他們「反制度」思潮的原因。

雖然如此，但並不是全球所有的安寧緩和療護運作都得依賴志工才能成就，因為這是依在地的發展條件而定的。例如，賴允亮（1998，9月）在走訪英國及北歐安寧療護機構之後便表示英國的 St. Christopher's Hospice 的志工群特色是源自於英國的本土性，因為瑞典的 Ersta Hospice 就沒有運用志工，但是他們卻能夠在順應其國家醫療政策，及所屬機構的特色下，讓安寧療護成為一個例行而平穩的醫療行為，成本營運則是依照醫療衛生政策程序有制度的在進行；而且發展多年，所有醫療模式呈現出紮實穩定的狀態，一點都不混亂。因此，賴允亮頗有所感的認為各院所皆有因地制宜、因時制宜的方式，我們也應從臺灣的需求面著手，順應情勢訂定有效的方法及策略。

至於英國志工的本土特色是什麼呢？依據參與英國研習小組的基金會執行秘書鄭玲惠（1993，6月）所帶回來的資料顯示英國人幾乎從少到老都很踴躍的當志工，而且當志工是多數人生涯規劃之一；志工協調員（volunteer-coordinator）是機構內有給薪的員工，通常是富有志工經驗的人來擔任的，社工部門則是志工協調員的諮詢支援單位。鄭玲惠表示如果需要招募志工時，只要工作人員設計好方案計劃，有很好的訓練課程，而

且是志工可以做的事，志工協調員就會對外刊登啟事，並負責面談等篩選工作，通常不會被拒絕，而且來應徵的志工總是供過於求。而王敬弘則是於 1998 年 5 月參訪英國 St. Christopher's Hospice，得知該院有九百多位志工時，除了感到驚訝和羨慕之外，更認為志工所扮演的角色，是提供良好照顧品質的重要因素之一。

有關安寧志工的運用，蔡佩真（2000，3 月）敘述了英國 New Castle 的概況，她表示該機構擁有 100 多位志工，負責的工作包括照顧花園、開車接送病人、接待、販賣紀念品、電話關心病人或遺族、協助悲傷團體的進行等；志工管理員並不是社工師，而是具行政背景的工作人員。陳佩如（2000，12 月）則作了以下的敘述：在英國約有五萬名志工在安寧療護領域提供服務，而在 St. Columba's Hospice 則有 400 餘名志工協助機構各項日常行政及環境整理事務；至於志工的年齡限制，除了擔任司機者不能超過 75 歲之外，自 16 至 85 歲皆可。另外，周希誠（2000，12 月）則驚訝的表示：你能想像一個只有約 30 床的專業安寧療護醫院竟然有將近 400 名的志工嗎？從幫忙開車接送行動不易的病人，到協助專業理髮師幫病人理頭髮，以及陪伴日間安寧照顧的病人等等，應有盡有。周希誠認為這樣的運作條件，並不純粹起因於英國人比較有愛心或管理者的個人魅力，而是因為他們已經建立起由一個專業人員管理調度志工的有效制度了；除此之外，他們更已發展出「志工管理學」了。因此，如果說志工人數多便是提昇安寧照顧品質的重要因素，其實也不盡然，更重要的應該是如何建立有效的管理制度吧！

參、臺灣地區安寧志工教育訓練的相關文獻

安寧照顧基金會於 1992 年 4、5 月期間，為了推展安寧照顧服務，曾巡迴拜訪合約醫院加強觀念溝通，各醫院對於基金會的建議中，最熱切期待的是能夠提供更多安寧照顧的疼痛控制課程、臨床訓練，以及志工訓練等¹⁰。就安寧志工的教育訓練來說，1993 年 5 月所開辦的全國首屆安寧照顧訓練基礎班，參與受訓的學員也包括了志工¹¹；依據統計，該次教育訓練只有 17 位義工參與，佔總人數的 9%，是所有基本角色中人數最少

¹⁰ 資料來源：基金會拜訪合約醫院加強觀念溝通（1992，6 月）。《安寧照顧會訊》，5，第 1 版。

¹¹ 開辦全國首屆安寧照顧訓練基礎班（1993，6 月）。《安寧照顧會訊》，9，第 1 版。

的¹²。雖然如此，但安寧照顧基金會所舉辦的訓練班，主要目的在於訓練及儲備安寧照顧的專業工作人員，因此自首屆之後，並未將志工含攝在培訓對象中，而是由各醫院自行訓練的，內容則視各院需求而定，不過安寧照顧基金會可以提供講師費的贊助（安寧照顧基金會編輯群，1998，6月；王敬弘，1998，9月）。

就臺灣地區第一家安寧病房的馬偕醫院而言，該院安寧志工是由腫瘤組擴充工作而來的，在有感於志工人力與能力都需要提昇之下，故而於1994年向安寧基金會提出專案專款申請訓練義工，而李閏華（1996，3月）更依此經驗撰寫成「安寧療護義務工作人員訓練方案計劃」，此方案計劃除了參考了Ajemain（1993）、Cox（1980）、Kavanagh（1983）、Korda（1995）的方案內容之外，同時也評估了臨床所需而規劃成的。這個長達五個月的方案，是臺灣地區第一套有系統的安寧志工教育訓練模式，因此將此方案為主線，搭配其他相關文獻整理於下：

一、目的與目標

計劃目的

此計劃的目的在使安寧療護團隊工作更加完整，提供末期病患及家屬全人照顧，善用社會人力資源，以建立安寧療護義工工作計劃，並活潑安寧療護模式。

計劃目標

- 1、安寧療護義工透過訓練，能夠了解安寧療護義工的職責與角色功能相關知識。
- 2、安寧療護義工能夠運用相關知識與技能，進行陪伴性質與庶務性質之工作，減少病患、家屬的照顧負擔。
- 3、安寧療護義工能夠實際參與安寧療護團隊，輔助與分擔專職工作人員工作。

從上述的目的與目標看來，此方案是期待志工能夠協助該團隊達成安寧理念的照顧模式為出發點，在此出發點之下，希望志工能夠清楚了解自己的角色、服務範圍，以及應具備的相關知能。

¹² 刊頭報導（1993，12月）。《安寧照顧會訊》，11，1-3。

二、角色功能與服務範圍

李閏華（1996，3月）將安寧志工的角色功能，分為「陪伴性工作」及「庶務性工作」。「陪伴性工作」主要是能夠瞭解病人與家屬之心情及需要，並協助病人與家屬生活中簡易事務之處理。「庶務性工作」的內容則包括了接聽詢問電話、整理資料、接待病人家屬與訪客、環境維護與佈置等；雖然沒有直接去接處到病人，但是在擔任此項工作之前，應清楚知道安寧療護的意義、功能、流程及相關知識。

至於服務範圍，則歸類為五個範疇：(一)行政庶務、(二)情緒支持、(三)家事代勞、(四)簡單醫療照顧，以及(五)其他。其中，第四項簡單醫療照顧是需經護理人員指示才可以提供的服務，內容包括：協助翻身、移位、擺位、肢體運動、按摩、洗頭、洗澡等，其實即是日常生活中的「身體照顧」。另外，在行政院衛生署於2000年制定的「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」所附錄的十六種表格中，有2個是屬於志工的，一個是「直接病患照顧」的服務記錄，另一個則是「協助行政庶務」的服務記錄，這兩個表格中都詳載了服務項目，適用的對象都包括了居家服務、住院服務，以及日間照顧的志工。

有關行政院衛生署所制定兩種服務記錄表的服務範疇，大致如下：「直接病患照顧」記錄表包括身體照顧、情緒支持、家事代勞、居家服務，以及為往生病人所作的服務等五個種類。「協助行政庶務」則分為「直接服務」與「行政庶務」兩大類，直接服務即上述直接病患照顧記錄表中的服務內容，行政庶務則包括整理環境、文書處理、一般庶務、勸募活動、接送居家護士、運送病人所需器材，以及其他等。至於細部的服務項目可參考（表二-5）及（表二-6）。在這份「標準作業參考指引」中並沒有特別說明何以會分成兩種記錄表，但從表面資料可以看得出來「直接病患照顧」服務記錄表是用來細項說明直接服務的內涵，而「協助行政庶務」服務記錄表則主要是在於詳列行政庶務的服務內容。綜合這兩個記錄表，其實和李閏華（1996，3月）所歸類的五個範疇是一樣的。不過從這兩種記錄表的區分法看來，其實我們也可以將安寧志工的服務範圍區分為「直接服務」與「間接服務」，所謂的「間接服務」即是行政庶務的工作。

表二-5 行政院衛生署制定的「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」
安寧療護志工服務記錄 直接病患照顧

服 務 項 目		
直 接 服 務	身體照顧：	1、洗頭 2、擦身 3、洗澡 4、剪髮 5、肢體運動及按摩 6、修剪指甲 7、口腔護理 8、換尿布 9、陪伴治療或做身體各項檢查。
	情緒支持：	1、散步 2、談心 3、傾聽 4、讀書報 5、寫信 6、打牌 7、歌唱 8、美勞等
	家事代勞：	1、購物 2、舖床 3、辦理出入院手續 4、為病人準備餐點、食物 5、餵食 6、聯絡家屬 7、輔導課業
	居家服務：	1、替病家打掃房屋及整理環境、洗衣 2、送病人返家
	為往生病人：	1、擦身 2、更換衣物 3、化妝 4、助念或禱告 5、申請證明文件等
	其它：	

林姿妙根據行政院衛生署制定的「安寧居家療護 標準作業參考指引」表格資料所改製

表二-6 行政院衛生署制定的「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」
安寧療護志工服務記錄 協助行政庶務

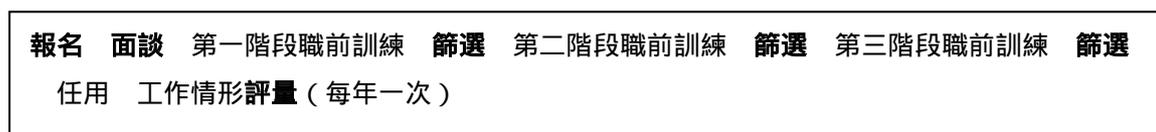
服 務 項 目		
直接服務	1、身體照顧 2、情緒支持 3、家事代勞 4、居家服務 5、往生服務	
行政 庶務	整理環境：	1、浴室 2、志工室 3、配繕室 4、休憩室 5、餐車區 6、花木保養 7、書刊、玩具等 8、庫房區 9、污衣室 10、準備室、治療室 11、往生室
	文書處理：	1、影印 2、傳送資料
	一般庶務：	1、接聽電話 2、音樂播放 3、床單、枕頭套整理 4、繕寫資料、卡片 5、引導參觀
	勸募活動：	1、協助募款 2、募捐物品
	接送居家護士	
	運送病人所需器材	
	其他	

林姿妙根據行政院衛生署制定的「安寧居家療護 標準作業參考指引」表格資料所改製

三、安寧志工的篩選

對於安寧志工的任用，李閏華（1996，3月）繪製了一個「安寧療護義工訓練任用流程」圖，其圖如下：

表二-7 安寧療護義工訓練任用流程圖



李閏華製（1996，3月）

從這個流程圖中，我們可以看出從報名到任用，必須歷經報名、一次面談、三次篩選，而且篩選並不就此結束，因為一年後還有評量。整個過程不論所用的名稱是報名、面談、篩選或評量，其實簡言之，都是屬於「篩選」的過程。

報名的篩選，主要是基本條件。李閏華（1996，3月）所設立的基本條件包括：1、國（初）中教育程度以上；2、年齡在 20~65 歲間；3、諳國、台語；4、對臨終照顧有興趣。而之所以將教育程度列為基本要件，主要是為了方便資料閱讀及填寫；年齡之限定，則是為了能夠有利於相關事務之協助，例如：臨終事宜之協助、治療運送之協助等。換言之，其實設定年齡的背後意義是期待志工的健康狀況是良好的。

受訓前的篩選標準包括：1、儀表態度；2、表達能力；3、人格特質；4、服務動機及參與意願；5、重大失落經驗處理。其中，人格特質之篩選是為了能夠有效的陪伴臨終病人與家屬，因此希望志工能夠具備成熟與獨立的人格特質。受訓期期間的篩選標準則包括：1、課程內容筆試；2、服務意願確認；3、學習成果報告；4、角色扮演技巧測試；5、實務工作狀況等五個評量歷程。在這個階段，為了客觀起見，評量的標準，並不僅是來自於安寧機構的評定，其中還包括了志工的自我評量。而且，任用後每一年也都有再評，以確定是否續任。因此，雖然李閏華（1996，3月）表示：「為檢核、評值課程內容及義工學習效果，於每一階段結束評估及篩選，至整個訓練結束後任用」，從表面看起來好像篩選到此便告一段落，其實從每年一次的工作評量看來，一年之後的「任用」與「評量」之間是形成循環的，篩選並不因任用而終止。

四、安寧志工的職前教育訓練

由於李閏華（1996，3月）將職前教育訓練視為篩選機制之一，而且就安寧志工是提供臨床服務而言，從認知、實際運作再到熟稔是需要一段時間的，因此認為職前教育訓練不宜過短，而長期培訓則包括以下四種好處：1、隨時檢核義工學習吸收程度；2、保持延續性服務工作之責任感；3、避免僅為一時有興趣了解之對象；4、增加義工間之歸屬及凝聚。因此，在1994年的安寧療護義工職前訓練課程中，規定了三個階段共88小時，為期5個月的課程。其中包括第一階段講座課程12小時，第二階段講座及小團體課程34小時，以及第三階段見、實習及小團體課程42小時。

在這長達5個月的訓練系統中，分為「知能」與「臨床工作」兩大方向。在「知能」方面，李閏華（1996，3月）依據目標分為知識、技巧、自我成長及調適等三個部分，而每個部分又分成數個主題，細目如下：

- (一) 知識層面：(1)安寧療護概念，(2)義工之角色及功能，(3)義工倫理，(4)臨床現況等。
- (二) 技巧層面：(1)與病人及家屬接觸、溝通之技巧，(2)諮詢技巧，(3)臨床協助技巧等。
- (三) 自我成長及調適層面：(1)了解自我人格特質，(2)生死觀，(3)悲傷調適，(4)面對感受等。

在「臨床工作」方面，李閏華（1996，3月）認為有四點是相當重要的：(一)具備相關的安寧療護知識，(二)如何和病人家屬及團隊相處，(三)學習得當的對談技巧，(四)學習自我覺察和調適。其中，李閏華特別強調對談技巧的重要性，這主要是讓志工學習了解與接納病人及家屬的難過。而自我覺察和調適的課程雖然也很重要，但李閏華認為志工與病人家屬在建立起良好關係之後，如何去覺察與調適因病人死亡而引起的投射、混淆、挫折、抗拒等情緒反應，是志工生涯中持續的課程，因此，在1995年第二次規劃職前教育訓練課程時，將屬於悲傷調適的課程挪到在職教育訓練中實施，以更符合志工的臨床需求，也因此1995年的職前教育訓練總時數共59個小時，比第一年足足少了29小時。詳細內容可參照下面的對照表。

表二-8 馬偕醫院 83、84 年度安寧志工職前訓練課程對照表

83 年度馬偕安寧志工職前訓練課程				84 年度馬偕安寧志工職前訓練課程		
課程內容	時數	授課方式	訓練階段	課程內容	時數	授課方式
安寧照顧概觀	1.5	講座	第一階段	* 馬偕醫院簡介	0.5	講座
安寧照顧的義工	1.5	講座		* 馬偕精神 / 義工倫理	1.0	講座
安寧照顧中的身體照顧	1.5	講座		* 義工心得分享	1.0	
安寧照顧中的社會心理照顧	1.5	講座		* 馬偕贊助會簡介	0.5	
癌病治療的延續性治療	1.5	講座		* 與病患接觸之技巧	1.0	
安寧照顧中的靈性照顧	1.5	講座		* 院內資源運用	0.5	
志願服務倫理	1.5	講座		* 如何協助住院病患	1.0	
醫務臨床工作者之人格特質	1.5	講座		* 同理心	2.0	講座
				* 團體規範	1.0	講座
				* 自我探索	1.5	
				* 各組工作內容、細則	1.0	
				緩和醫療照顧與癌症治療	3.0	講座
				身心靈照顧與義工服務	3.0	講座
			助人特質、歷程與生死觀	3.0	講座	
			病房與相關單位實務之介紹	3.0	講座	
助人歷程與概念	1.5	講座	第二階段	同理心與溝通訓練	24.0	小團體
安寧照顧基金會介紹	0.5	講座				
馬偕醫院贊助會介紹	1.0	講座				
馬偕醫院安寧病房現況	1.0	講座				
義工之臨床工作經驗分享	1.0	講座				
常見諮詢問題與回覆技巧	2.0	講座				
生命價值與死亡	3.0	講座				
同理心訓練	24.0	小團體				
臨床工作	21.0	見實習	第三階段	臨床工作	12.0	見實習
悲傷探索及調適	21.0	小團體				
第一階段講座課程：12 小時。			備註	「*」馬偕贊助會職前訓練課程	11 小時	
第二階段講座及小團體課程：34 小時。				安寧志工課程包括：	48 小時	
第三階段見習、實習及小團體課程：42 小時。				第一階段講座課程：12 小時。		
				第二階段小團體課程：24 小時。		
				第三階段見習、實習：12 小時。		
合計	88 小時			合計	59 小時	

林姿妙依據李閏華 (1996, 3 月) 兩個表格資料所改製

其實從上表可以看出，第二年的總時數之所以少了 29 小時，除了少了悲傷探索及調適的課程之外，臨床工作（見、實習）的時數也從 21 小時調整為 12 小時。另外，上表的授課方式中，「講座」是屬於概念、知識層面的課程，而「小團體」則是用以訓練技巧層面的。而從對照表中我們可以看出，在 1995 年的職前課程中，李閏華已將屬於概念、知識層面的課程規劃在第一階段，而屬於技巧層面的課程則被規劃在第二階段中，第三階段則依舊排列臨床的見習、實習。

五、督導與在職教育訓練

李閏華（1996，3 月）表示督導對志工的臨床工作是非常重要的部分，舉凡行政、教育及支持都可以透過督導的過程來完成。督導的工作方向有三：1、促使志工們發掘自己的盲點；2、讓志工清楚自己的責任；3、協助志工在發掘盲點與清楚責任之後，能夠藉由選擇採取改變的行動或發展個人所長以保持工作的持久性與穩定性。換句話說，督導的工作除了確保安寧志工的服務是符合方案目標之外，也要能夠更有系統、更有效力的執行志工方案。

至於督導的方式，則包括透過志工的服務記錄、個別督導分享討論、每雙月的工作檢討會、在職教育訓練或各種激勵方案等。其中，「服務記錄表」具有兩種作用：1、以督導的觀點來了解志工的工作流程及內容；2、讓志工與志工之間可以藉由記錄來銜接工作。「個別督導分享討論」與「每雙月的工作檢討會」則是督導得以藉以瞭解志工服務困境與評估在職教育訓練需求的方式。依據李閏華（1996，3 月）的觀察，心靈的成長是普遍出現的需求，尤其是面對病人與家屬的痛苦卻無法提供協助的無力感，以及對生命答案的茫然無措等。而「每雙月的工作檢討會」作用除了瞭解與評估之外，必要時如果能邀請團隊人員列席，共同面對及處理臨床工作的相關問題時，則能達成相互支持與教育的目的。

有關安寧志工的在職教育訓練，在馬偕醫院的這兩年方案中，規劃出的相關課程包括：1、癌症與安寧療護知識資訊的更新與加強；2、身體照顧，例如翻身、移位、擺位的技巧；3、與病人接觸的技巧；4、悲傷調適等課程。而李閏華（1996，3 月）表示在

職教育的目的包括：

- (一) 提供知識與技巧以便志工更能勝任工作。
- (二) 藉由在職教育激勵志工成長，甚至自我覺察，以使志工更長久穩定工作。
- (三) 雖然在職教育名為訓練，但義工相互支持、聯繫功能亦會伴隨訓練產生。

她同時也表示，在職訓練應先設立目標，重視志工發展任務需求，以提供符合且適當之教育。而從上述兩年方案經驗下的相關課程，我們可以看得出來，即是在此目的與目標下所規劃出來的。

如果在以此目的對照職前教育訓練的目標，其實即是「知能三目標」與「臨床工作四大重點」之融合。也就是說，不離「知識」、「技巧」、「自我成長及調適」三層面，以及「如何和團隊相處」。但相較而言，在職教育訓練的目的更加強在「知能」三層面上的增上與成長的作用，而「如何和團隊相處」方面，則以支持與聯繫的實務作法來促進志工與團隊之間的相處。另外，在職教育訓練所強調的「重視志工發展任務需求，以提供符合且適當之教育」目標，其實不就是「在使安寧療護團隊工作更加完整，提供末期病患及家屬全人照顧，善用社會人力資源，以建立安寧療護義工工作計劃，並活潑安寧療護模式」的職前教育訓練目的嗎！如果依照這樣比對下來，那麼在職教育訓練的目的與目標是回歸到職前教育訓練的目的與目標（如表二-9），只是在此歷程中，安寧志工的知能可能已經提昇了，與團隊之間的

相處與運作也可能更為順暢了。

而就整體而言，這兩年的方

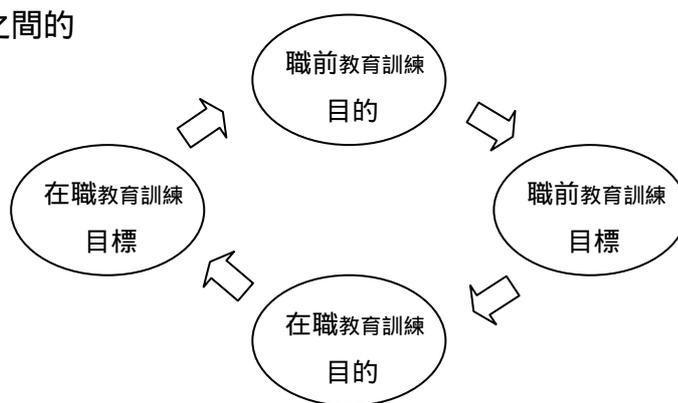
案，不論是職前或在職

的教育訓練課程，都

是以能夠協助該團

隊的運作為主

要的出發點。



圖一

馬偕醫院 83、84 年度職前與在職教育訓練的目的與目標關係圖
林姿妙依據李閏華（1996，3 月）的資料製圖

在此出發點下，在職「成長工作坊」的目標便擺在更深入的志工經驗交流、找尋服務的角色及定位、增加敏感度，以及得到挫折調適的新觀點。而「悲傷與失落的整理與調適」則是避免志工將一己的需要投射在服務對象上產生傷害，尤其是對於志工本身曾是病人家屬或有意從事追蹤家訪遺族的工作者，悲傷的知識與自我覺察的整理更是不可少的準備。至於每次在職教育訓練課程的規劃，則是以先前的教育評估結果做為修正的考量方向。而以此回溯到先前的「安寧療護義工訓練任用流程」圖，雖然基於每一年的工作情形評量而言，研究者認為不離「篩選」的過程，但就李閏華（1996，3月）的評估目的而言，最主要還是作為規劃在職教育訓練上的考量方向。

另外，在前述的督導方式中，有提到可以運用各種「激勵方案」，李閏華（1996，3月）表示在職教育、工作檢討會、聚餐、與同儕分享等，都可以去除一些壓力並互相砥礪，但真正的酬賞其實是來自心靈的方面，因此如何協助志工在逆境中自我統整，便成為激勵工作中相當重要的一部分。除此之外，由於心靈的酬賞可以藉由生命歷程中，正向而美好的事物來產生，因此李閏華表示協助病人心願的完成，往往成為志工工作的原動力，同時也讓志工的工作產生變化。而志工工作的開發，更是促使工作多樣化的主要成因，也是避免志工疲乏的激勵因素之一。是故，李閏華鼓勵志工可以配合機構目標自由發展，如此將可達成善加運用的計劃目的。以上是李閏華所提到的激勵方式，簡要言之，能夠激勵志工的方式包括以下幾種：1、協助志工作心靈上的自我統整；2、協助病人心願的完成；3、開發志工的工作以促使工作富多樣性；4、鼓勵志工自由發展，但是以配合機構的目標發展為原則。

六、安寧志工教育訓練的其他國內相關文獻

以上是以李閏華（1996，3月）的文獻為主的敘述。另外，台北榮民總醫院大德病房開辦時，有關志工的運作上是參考了馬偕、台大、慈濟，以及忠孝醫院的模式而展開的召募與訓練，當時負責統籌規劃與訓練的社工師蔡美惠（1999）也分享了他們的經驗。基本上台北榮總的規劃模式與馬偕醫院 1995 年的規劃模式呈現出同中有異的規劃方式。也就是說，台北榮總職前教育訓練的第一階段是以知識性的課程為主，共計 18 小

時，這與馬偕醫院是相近的。但蔡美惠（1999）只規劃了二個階段，內容包括：個人的自我探索、助人技巧訓練、志工服務守則與福利，以及臨床服務實習等。由這些課程看來，蔡美惠（1999）將李閏華（1996，3月）所規劃第二階段與第三階段課程合併為第二階段，除此之外，更加入服務守則及被李閏華挪至在職教育訓練的自我探索課程，讓職前的第二階段課程可以融合技巧、臨床服務實習、角色確認，及自我調適來一起進行。合計職前教育訓練的課程時數是54小時，為期6個月。在職教育訓練則與李閏華（1996，3月）的模式類似，著重臨床工作、團隊歸屬，及個人自我成長。但值得注意的是，李閏華（1996，3月）與蔡美惠（1999）都將身體照顧的技巧訓練課程列為在職的教育訓練，例如：美足護理、口腔護理、上下床（輪椅）搬運、協助病人洗澡洗頭等。

除了實務經驗者的二份文獻之外，國內有關安寧志工教育訓練的相關研究中，有蔡佳瑩（2001）的《安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究》、蘇秋雲（2002）的《安寧照顧志工照顧經驗及其生命意義之探討》、及陸金竹（2003）的《安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討》等三篇碩士論文。在蔡佳瑩（2001）針對安寧志工參與動機所作的研究中，以利他的動機為最強；在「工作滿足」取向中以「知識成長」的滿意度為最高；蔡佳瑩認為利他的動機也會夾雜著利己的部分需求，藉由實現利他的動機，來滿足個人利己的需求，而這也是維繫志願服務的重要關鍵。

陸金竹（2003）的研究，在服務動機方面和蔡佳瑩的研究結果很相近。也就是說，安寧志工的服務除了可以表達對社會關懷盡一份心力之外，並且可以從中學習到醫療、護理及生死相關的知識和技巧。在這份研究中，陸金竹針對安寧志工的基本特質、服務動機及服務現況之關聯性作了進一步探討，她發現：服務動機高的群組對悲傷輔導、生死教育、及輔助療法表達「非常需要」的人數比中、低群組的人數多。因此，陸金竹認為應該加強這三類在職訓練，以滿足服務動機高的群組需求，藉以留住人才並提昇服務動機較低者的服務動機。

而蘇秋雲（2002）的研究，則是以詮釋學與建構論的觀點來瞭解安寧志工的主觀感

受。她表示個人過去的生命經驗¹³，促使個人參與臨終關懷的志願服務；然而，臨終處境卻造成志工負向的心理情緒。此時，能否持續服務的關鍵在於是否能抒解負向的心理感受。因此，她建議以教育訓練來維繫志工；除此之外，也建議在陌生的臨終處境下，志工必須透過死亡教育來認識與了解臨終者的困境與死亡的意義。

在臺灣安寧志工教育訓練的其他相關文獻中，主要是以蔡美惠（1999）的實務經驗來與李閏華（1996，3月）的方案作一對照。而針對有提出安寧志工教育訓練需求的三篇碩士論文來瞭解臺灣地區安寧志工的需求概況。從蔡佳瑩（2001）與陸金竹（2003）的研究中可以瞭解「成長教育」對於穩定安寧志工的服務有著不可忽略的重要性，而蘇秋雲（2002）的研究則透露出生命課題是安寧志工在職教育訓練的重要議題之一。

肆、臺灣地區安寧緩和療護志工的發展概況之總說

以上從臺灣安寧緩和療護的制度化歷程，來瞭解先進們推展此一社會運動的艱辛，故而將先進們列為安寧志工。這除了是歸功於先進們大多義務性的以拓荒精神來致力於相關事務與活動的推展之外，也基於先有安寧緩和療護模式，才有安寧志工角色的需要性。而從國人參訪國外安寧緩和療護的發展概況來看，相較於安寧緩和療護的發源地英國，臺灣地區如果要依照他們的模式來推展，在人力資源上是遠遠不足的。因此，對於安寧志工的運作模式，各院除了順應局勢所訂定的方法及策略之外，也是必須因地因時而制宜的。雖然充沛的人力資源是提供良好照顧品質的重要因素之一，但是有效的管理制度也是不可少的，而安寧志工的職前與在職教育訓練則是與安寧志工的服務品質息息相關的。這裡主要是以臺灣地區第一套有系統的安寧志工教育訓練模式為主作詳細的探討，再對照其他相關文獻來作說明，以提供本研究作進一步分析與討論時之參考。

¹³ 特別是生命中的失落經驗。

第三章 研究方法

有關研究方法，將分研究方法的選擇、訪談對象的抽樣、理論觸覺、研究工具、譯碼程序，以及研究過程等六個章節來加以說明。

第一節 研究方法的選擇

本研究採深度訪談及紮根理論研究法並用的方式進行，深度訪談的逐字稿是做為立基資料的來源，而紮根理論研究法則是做為資料處理的原則，藉此以尋求研究成果的客觀性與實用性。而在研究的過程中也輔以田野觀察法及歷史比較法，之所以會借助於歷史比較法，主要是藉由概略的比較，來了解臺灣地區安寧緩和療護志工教育訓練的歷史淵源及不同區域之間的差異，進而培養研究者的洞見（insight）並促進理論觸覺（theoretical sensitivity）。除此之外，也將十幾年來安寧緩和療護志工的發展概況穿插於適當的脈絡中，以有利於深入的分析與探討，不囿於橫面的見解而失卻縱向的觀點。

第二節 訪談對象的抽樣

有關深度訪談的對象，首先說明選擇抽樣對象的考量，再針對具有豐富經驗，且被擬定為訪談對象的專業角色作預試訪談。在參考預試受訪者的建議之後，展開了不同階段的抽樣訪談之旅。

壹、抽樣對象的選擇

量化研究是藉由隨機抽樣來尋求最具代表性之樣本，質性研究雖不同於量化，但為了研究成果之客觀性與實用性，尋求最具代表性之樣本仍是必須的。本研究是針對臺灣地區安寧緩和療護志工教育訓練課程所作的研究，為了確認研究成果能夠代表臺灣地區的規劃概況，因此一開始深度訪談的對象是採取分層立意取樣（purposive sampling）；也

就是以 2002 年 6 月健保局所核定的十九家安寧住院療護整合性照護試辦醫院¹⁴中，負責規劃安寧志工教育訓練課程的安寧社工人員作為抽樣對象。至於各區域的抽樣人數，則是依據 2002 年臺灣地區安寧緩和療護病床服務量之多寡來決定的（行政院衛生署，2003）。依此方式，初步擬定各區域所要完成的訪談人數是台北區域 4 人、北區區域 2 人、中區區域 2 人、南區區域 2 人、高屏區域 1 人、東部區域 1 人，共計 12 人。

但實際運作時，由於在北區區域的兩家試辦醫院中，有一家醫院表示由於志工已在康泰或蓮花基金會接受過安寧志工的教育訓練課程了，因此沒有實際從事安寧志工的培訓工作，而另一家醫院則是拒絕接受訪談¹⁵。於是，將北區區域所預定的 2 個名額分散到其他區域，同時也加入一家雖然沒有被列入試辦醫院，卻名列臺灣地區前十家設立安寧病房的醫院。而基於資訊豐富性的考量，一開始的研究對象是鎖定為具有兩年以上實際經驗的安寧社工人員。

貳、預試訪談的對象及建議

在展開抽樣訪談以前，首先以 E 社工師作為預試訪談的對象。E 社工師曾在三家醫院任職，其中，參與了 D 與 E 醫院安寧病房的籌備計畫，並曾擔任 F 醫院的專責安寧社工師，以及 E 醫院的專職安寧社工師，共 4 年的安寧社會工作經驗。而且，期間亦曾就讀南華大學生死學研究所，預試訪談時剛從研究所畢業。E 社工師針對本論文作了以下幾點建議：

一、對於研究主題的建議

由於本研究一開始所擬定的題目是「臺灣地區安寧緩和療護志工『生死教育』訓練課程規劃理念之研究」，當時對於是否加上「生死教育」，仍猶豫不決。對此，E 社工師提供了她的看法：如果一定要放入生死教育，那麼它就成了重點，是貫穿整篇論文很重要的一部分。以此為出發點，那麼這個研究比較有力的方向，就是在原來的教育訓練基

¹⁴ 原核定 20 家試辦醫院，但當時基督教門諾會醫院的安寧病房一直處於暫時關閉狀態，因此未將該醫院列入抽樣的對象。十九家試辦醫院名單，請見附錄（表三-1）。

¹⁵ 該院安寧病房已取消。。

礎上還缺少什麼？以往安寧療護專業的相關課程，大多屬於技術性的，比較少是針對人文的。但是，就廣義而言，有些安寧志工的教育訓練課程，其實就是生死教育的部分內容了，只是有些還是有所不足的。例如，有很多教育訓練一直在強調「我怎麼去知道家屬的心裡是什麼？怎麼樣去幫助，怎麼樣去運用技巧」，很少是針對照顧者這部分去做規劃的，而這應該是這個研究比較有力，也比較關鍵的點。

有關是否在論文標題中加入「生死教育」，其實研究者一開始時之所以想將它加入標題，主要是預設了臨終與死亡情境的適應問題是支持安寧志工持續提供服務的重要因素。所以，雖然 E 社工師表示安寧志工生死教育訓練課程規劃理念的區域性差別不大，但由於本研究的抽樣範圍是「臺灣地區」，因此仍採取分層立意取樣的方式進行研究，也藉此印證它的差別性。

二、對於訪談大綱的建議

對於訪談大綱，E 社工師大約提供了三點建議：

- (一) 在擬定訪談大綱及正式訪談時要注意遣詞用字，盡量讓所提的問題可以產生開放性的對答效果，而不會只得到定式的答案而已。例如，「簡介工作概況」、「安寧志工人數有多少」、「成為正式安寧志工的考量標準」等，就比較沒有辦法藉由受訪者的自由表達來搜集豐富的資料。但是，如果訪談開始時能先請受訪者分享接觸安寧療護的機緣，那麼除了可以讓受訪者有個主體準備之外，也可以讓自己運用敏感度，適當的引入主題。
- (二) 可以提問的方向，例如：「目前志工職前訓練的安排是怎麼樣？」，這是本來就有的，那他說了以後，你就可以提出：「在這過程有沒有什麼困難？」的問題。
- (三) 另外，也可以提問：「安寧志工與其他醫療志工的差異性與特殊性是什麼？」，只要是環繞在這個主題上的材料，都會對你有幫助的。

三、對於抽樣對象的建議

有關抽樣對象方面，E 社工師的建議有兩點：

- (一) 有些醫院有兩年輪調一次的制度，流動率很大。在這種情況下，安寧社工師本來就

很少了，如果再針對經驗設限，那就更難找到訪談對象了。因此，E 社工師建議盡量去邀約，如果答應就趕快完成。

(二) 對於分層立意取樣的想法，E 社工師表示安寧志工生死教育訓練課程的規劃理念，其區域性差別應該不大，比較大的差別應該在於有沒有帶領的經驗。

針對 E 社工師所提供的建議，在擬定了半結構式的訪談大綱之後，展開了第一階段開放性的抽樣訪談。在研究方向上，一開始仍是以生死教育為主題所展開的訪談。另外，E 社工師雖然認為安寧志工生死教育訓練課程規劃理念的區域性差別不大，但由於本研究的抽樣範圍是「臺灣地區」，因此仍採取分層立意取樣的方式。

參、不同階段的抽樣訪談對象

一、開放性抽樣 (open sampling)

基於上述原則，雖然一開始是以具有二年以上實際經驗的安寧社工人員（以下簡稱社工師¹⁶）為抽樣的訪談對象。然而，這樣的設定會面臨幾個問題：1、安寧社工師的流動率，致使具有二年以上實際經驗者，不足以達成預期的分層立意取樣人數。2、如果以資深安寧社工師為研究對象，那麼會漏失新進安寧社工師的觀點。由此可見，這樣的設定並不適用於初期訪談對象的抽樣中。為了避免畫地自限，取消了二年以上實際經驗的設限，改為開放性抽樣。Strauss 和 Corbin (1997) 表示開放性抽樣的特色是開放而不做任何明確抽樣上的選擇；雖然如此，但仍需針對最能提供資料的人、地及情況來抽樣。因此，雖然取消了二年以上實際經驗的預設，但仍是以健保局所核定的十九家試辦醫院中的安寧社工師為主。

由於是採開放式的分層立意取樣，因此一開始是透過電話確認接受訪談的意願，當達到各區域的抽樣人數時即停止該區域的抽樣工作。在此方式下，包括台北區域 3 人、中區區域 2 人、南區區域 5 人、高屏區域 2 人等，共有 12 位社工師同意接受訪談。其

¹⁶ 社會工作師法已在 1997 年開始實施，取得社工師證照者名為「社工師」，未取得證照者名為「社工員」，為了方便稱謂及尊稱起見，統一名為社工師。因此，這裡的社工師稱謂，無關證照取得與否問題。

中有一位只願意接受電話訪談，一位同意書面記錄拒絕錄音。而基於預試訪談者的建議，因此，這一期除了台北區域一位 6 年以上的資深安寧社工師是最後訪談之外，所採取的方式是速戰速決。

此時，同意接受訪談的社工師雖然已經達到預期的 12 人，但基於以下幾個原因，故而展開另一期的邀約：

- (一) 就分層立意取樣的目標而言，台北區域與東部區域都還各缺少 1 人。
- (二) 第一期的受訪者中，有些是新進的安寧社工師，她們有感於相關資料有限，期望研究成果能夠回饋給她們。
- (三) 臺灣地區前三家成立安寧病房的醫院，在第一期的訪談中，只完成了一家。然而，就他們對於臺灣地區安寧緩和療護發展的代表性而言，理應不能少。
- (四) 受訪者中有人建議東部區域有位心理師負責安寧病房的「傾聽陪伴支持團體」，如果能夠完成訪談的話，應該有很大的助益。

基於以上原因，透過種種努力，終於成就了後續 3 位的訪談任務。除此之外，在這一期的訪談過程中，有位醫師也樂於參與我們的研究，算是現場即興式的抽樣訪談。而研究者在訪談之旅或參與安寧療護院際研討會時，如果遇到安寧志工，也不忘詢問該院的運作概況，這些則是未予記名的現場即興式抽樣對象。

二、關係及歧異性抽樣 (relational and variational sampling) 與理論性抽樣 (theoretical sampling)

在結束第一階段的開放性訪談之後，發現運用心理師的模式，在臺灣地區各安寧緩和療護團隊中實屬特異，尤其是心理師所提出的「安寧志工不宜走專業化路線」與「日常生活化陪伴」觀點一再的顯現出來。Strauss 和 Corbin (1997) 認為為了擴大在面向層次上所發現到的差異，可以進一步作有系統的或特意安排下的抽樣。基於理論發展的需要，由於心理師運作觀點上的歧異性，因此以心理師作為進一步理論性抽樣的對象。除了與心理師作更深層次的書面訪談之外，同時也回溯開放性訪談階段的逐字稿，就新的洞見重新搜尋相關資料與文獻，期能更深入探討這兩個概念底下的理論模式。

三、區別性抽樣 (discriminate sampling)

Strauss 和 Corbin (1997) 表示：「區別性抽樣是想藉抽樣明顯化範疇間的關係和現象裡的故事線，並予以驗證，以及填補尚未完全發展齊備的範疇」。當結束理論性抽樣後，雖然已可逐漸形塑出所謂「安寧志工不宜走專業化路線」與「日常生活化陪伴」觀點，是源自於背後的「整體服務生態」理念。也就是說能夠讓安寧志工產生服務動力的，是由同儕、團隊成員、成就感、自我成長，以及大環境等因素所共構而成的「整體生態」，而心理師在這個整體生態中，所扮演的角色主要是陪伴安寧志工能夠自我成長。具體言之，即是透過該心理師所主持的傾聽陪伴支持團體來疏通志工的疑惑，開發志工自我心靈成長的能量，將志工的陪伴經驗調整成正面積極的動力，陪伴安寧志工能夠一起持續的走下去。

然而，在心理師所負責的工作中，與安寧志工有關的，主要還是在於主持傾聽陪伴支持團體，至於安寧志工的運用，則必須與社工師相互配合。因此，如果缺少該團隊安寧社工師或其他專業人員對於運用心理師的觀點，那麼就難以驗證該心理師的整體生態理念，以及其專業角色對安寧志工在自我成長上所引發的效益性。為了彌補這方面的不足，除了再次回溯開放性訪談階段的逐字稿外，也透過心理師的轉介，邀請該院的安寧社工師接受訪談；並針對部分醫院確認後續發展概況。因而，回首為期四年的研究歷程，總共完成了 15 家醫院，合計 17 位有記名的訪談或深度訪談，包括台北區域 5 人、北區區域 0 人、中區區域 2 人、南區區域 5 人、高屏區域 2 人、東部區域 3 人。

以下將以不同的英文字母代表受訪者或服務的醫院，將受訪者的基本資料以及 2002 年 6 月健保局所核定的十九家安寧住院療護整合性照護試辦醫院各區域試辦醫院總數、預定訪談人數、實際訪談人數等列如表三-2 及表三-3 (基於研究倫理，為避免造成受訪者的困擾，因此，有關受訪者的代號僅以區域來呈現)。

表三-2 受訪者的基本資料

受訪者	性別	年齡	婚姻	宗教	學歷	社工年資 年/月	安寧年資 年/月	職別	安寧培訓 時數	志工 人數	服務項目
A	女	30~39	未	無	研究所	8年	1/6	專責	100以上	67	(行)(情)(家)(其) *(身)
B	女	30~39	未	民間信仰	大專	8/6	5/2	專責	100以上	50	(行)(情)(家)(簡)
C	女	30~39	未	無	大專	7年	3/6	專責	100以上	31	(行)(情)(家)(簡)
D	女	30~39	已	民間信仰	大專	7/3	1/9	專責			(行)(情)(家)(簡)
E	女	30~39	未	基督教	研究所	6/5	4年	專職	100以上	約50	(情)(簡)
F	女	39~49	已	基督教	大專	5/4	5/4	專責	100以上	約20	(行)(情)(家)(簡)
G	女	20~29	未	佛教	大專	2/1	1/3	專責	100以上	6	(行)(情) *(身)
H	女	30~39	未	無	大專	5/6	1/6	專職	100以上	44	(行)(情) *(身)
I	女	20~29	未	無	大專	3/6	2年	專責	100以上	11	(行)(情) *(身)
J	女	20~29	未	無	大專	1/4	1/4	專責	0~39	約24	(行)(情)(家)(簡)(其)
K	女	20~29	未	無	大專	1/5	1/5	專責	60~79	約15	(行)(情)(家)(簡)(其)
L	男	30~39	已	佛教	研究所			專職	心理師	約70	(行)(情)(家)(簡)(其)
M	男	30~39	已	佛教	研究所				醫師	同L	
N	女	20~29	未	天主教	大專	4/9	4/9	志工管理	0~39	56	(行)(情)(家)(簡)
O	女	30~39	已	無	大專	7/7	6個月	專責	0~39	37	(行)(情)(家)(簡)(其)
P	女	30~39	未	無	大專	11/7	7年	專職	100以上	57	(行)(情) *(身)
Q	女	20~29	未	佛教	大專	5/7		專責	80~99	15	(行)(情)(其)

註：

- 1、服務項目：(行) 行政庶務；(情) 情緒支持；(家) 家事代勞；(簡) 簡單醫療；(其) 其他。
- 2、Q所填寫的志工15人，是指當地的、固定只到安寧病房服務的志工。其實，該病房還有其他來自全省的、全院性的志工，每天固定有2位會到安寧病房，而且全年無缺。
- 3、在「服務項目」有***(身)**者，主要是在受訪者的基本資料中並沒有勾選「簡單醫療照顧」，但依據訪談內容，卻有提供洗澡、洗頭、剪髮等被李閏華（1996，3月）歸為簡單醫療照顧的服務內容。這可能與行政院衛生署制定「安寧居家療護 標準作業參考指引（HOSPICE CARE）」時，將這類服務內容是更名為「身體照顧」有關，故另以***(身)**來標示出箇中的演化。

製表人：林姿妙

表三-3 各區域安寧住院療護試辦醫院總數、預定與實際訪談人數及受訪者代號表

區域	試辦醫院總數	預定訪談人數	實際訪談人數/受訪者代號
台北區域	6	4	5 A B N O P
北區區域	2	2	0
中區區域	2	2	2 C K
南區區域	5	2	5 D E F G H
高屏區域	3	1	2 I J
東部區域	1	1	3 L M Q
共 計	19 家	12 人	共 15 家醫院，受訪人數 17 人

註：1、各區域試辦醫院是 2002 年 6 月健保局所核定通過的。
 2、字母排列順序是依照研究者的編碼的先後順序，無特殊含意。
 3、D 醫院非 2002 年 6 月健保局所核定的十九家安寧住院療護整合性照護試辦醫院之一，但名列臺灣地區前十家設立安寧病房的醫院。
 4、除了 L 是心理師，M 是醫師之外，其他皆為社工師。
 5、L、M、Q 為同一家醫院，統一以 L 為該醫院的代號。

製表人：林姿妙

第三節 理論觸覺

研究者在促進理論觸覺方面，可從個人經驗、專業經驗、文獻的搜集與閱讀，以及分析過程等四個部分來說明。依序敘說如下。

壹、個人經驗

Strauss 和 Corbin (1997) 表示理論觸覺的來源甚多，例如文獻、專業經驗、個人經驗，以及分析過程等，都可以成為提升研究者理論觸覺的管道。就這些來源而言，一開始研究者只是以曾經在 D 醫院擔任兩年半安寧志工的經驗投入了這個研究，雖然可以稱得上有些許個人經驗，但是等確定了研究方向之後，才發現研究者對安寧志工相關議題的所知相當有限。

就安寧緩和療護的源起與理念而言，許多資料總是提到「中世紀基督徒為旅行者設立的招待所」、「Saunders 創辦的聖克里斯多福安寧院」，以及「四全照顧」等。由於研究者只知其然而不知其所以然，再加上有著文化上的隔閡，這些源起故事及理念雖然已經聽得很熟悉，但感覺就像聽童話故事般的順耳而過，缺乏切身的體認。或許，研究者過去所擔任的安寧志工，只是將助人意識化為行動的一個歷程而已¹⁷，其實尚未做好幽谷伴行的志工角色。

而上述那些歷史源起故事及理念，就純粹作為一個安寧志工所應擁有的基本概念而言，是可以的。但是，如果要作為研究的理論觸覺，便覺得對那些普遍被描述的歷史源起故事及理念的理解不夠深入，不足以引發觸類旁通的研究敏感度。換句話說，研究者對於這個議題的個人理解度是非常匱乏的。

貳、專業經驗

而就研究者本為安寧志工而言，要探討安寧志工教育訓練課程的規劃概況，是既無專業養成，也無專業經驗。為了彌補專業上的不足，本研究在促進專業上的理論觸覺，可分以下幾個層次來說明：

一、以規劃安寧志工教育訓練課程之專業人員為訪談對象

在安寧團隊成員中，以社工人員作為抽樣對象，主要是基於資訊豐富性的考量（潘淑滿，2003）。依據「住院安寧療護設置基準」（2000）規定，安寧社工人員在正式成為安寧專業成員以前，必需接受 100 小時以上之安寧療護相關教育訓練（至少含 40 小時之實習），而且每年都必須接受相關訓練機構的繼續教育，並且領有證明。除此之外，一般安寧志工是由社工人員來負責招募、規劃教育訓練課程，以及督導管理。因此，若以資訊的豐富性來看，安寧社工人員的專業訓練與經驗，無寧為本研究方向中最具資訊豐富性的安寧團隊成員。而這也是研究者以訪談的方式來作為搜集相關資料的重要原因，透

¹⁷ 石世明（2005 年，11 月）表示「助人意識」是以「常人意識」尋思著「我當如何幫助病人？」這樣的助人意識很快就會被末期疾病的進展所解構，而導致志工置身在一個沒有角色的尷尬狀態，不但無助，而且難以自處。於是，這種常人狀態下的助人意識很快就因此而產生了挫折。

過雙向溝通的過程，傾聽受訪者的專業經驗，再將訪談內容的專業資料，藉由持續不斷的分析比較，來呈現出專業人員對於安寧志工教育訓練課程的規劃模式。

二、以半結構訪談大綱來彌補研究者缺乏專業上的養成經驗

雖然，以專業人員為訪談對象可以彌補研究者非專業者的缺陷，但這裡出現了一個問題：研究者既然不瞭解運用安寧志工的相關實務，如何能夠藉由提問來獲得與研究目的相關的豐富資料呢？為了避免訪談資料無法符合研究所需，或由於研究者缺乏專業經驗不知從何切入主題，因此運用半結構式的訪談大綱。訪談大綱則是參考《Oxford textbook of palliative medicine》第一版的 Training of volunteers in palliative care (Ajemian, 1993) 與第二版的 Training of volunteers (Cummings, 1998)，對安寧志工方案有個概略性的瞭解之後草擬而成的。另外，在展開正式的抽樣訪談之前，先請研究所畢業的資深安寧社工師針對訪談大綱提供意見，並作預試訪談。因此，正式的訪談大綱是融合了學術與實務專業者的觀點，並經指導教授確認之後才修正完成的。

三、以文獻探討的方式較深入的探索安寧緩和療護的起源及其理念

由於深感對安寧緩和療護的源起與理念不甚瞭解，不足以作為進一步研究的理論觸覺。是故搜集了近代安寧緩和療護創始者 Cicely Saunders 歷年來的文獻、西方醫學史、醫學教育，以及其他相關文獻等，在指導教授的鼓勵下，與指導教授及安寧專科醫師許煌汶共同以文獻探討的方式，更深入的瞭解安寧療護的興衰消長，貫通安寧緩和療護理念與醫學根源之間的關係，並以「安寧緩和療護理念與醫學根源」之名投稿於《安寧療護雜誌》¹⁸。對於這方面的努力，則是為了促進安寧緩和療護方面的理論觸覺。

四、以探討心理師與社工師的角色關係為題參與研討會，加強專業角色層面的理論觸覺

另外，本研究的訪談對象包括社工師、心理師以及醫師，而與安寧志工之運用比較息息相關的，主要是社工師與心理師。其中，又以 L 醫院心理師參與安寧志工的教育訓練，實屬臺灣地區唯一的特例。而心理師雖然參與安寧志工的教育訓練，但在志工的運

¹⁸ 魏書娥、許煌汶、林姿妙 (2004, 11 月)。安寧緩和療護理念與醫學根源。《安寧療護雜誌》，9(4)，407-416。

用上卻需與社工師相互配合。為了能夠更深入的了解這兩個專業角色與安寧志工之間的關係，故而參與了指導教授的研究「心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係」，並以此為題參與學術研討會¹⁹，聽取各方的意見，期能對受訪者的專業工作有更深一層的認知。這除了促進理論觸覺之外，其實就研究的過程而言，也是做另外兩個階段的「關係及歧異性抽樣」、「理論性抽樣」，以及「區別性抽樣」。

參、參與某安寧團隊以促發模式對照顧者提供照顧的讀書會

研究者亦曾與同學一起參與某醫院安寧團隊成員的讀書會，時間長達一年半。該讀書會的主題是「促發模式在臨終精神照顧中應用的探討」，時間是每星期二晚上 7:30 至 9:30²⁰。團隊成員的參與則是採開放式的，換句話說，是依據團隊成員的個人意願而自由參與的。因此，成員包括該團隊的專業與非專業人員，以及團隊成員之外的、對安寧緩和療護議題有興趣的院內職員或其他研究生。

雖然名為讀書會，但其實是以相關書籍的內容作為每一次所要討論的議題緣起而已，事實上，整個讀書會的進行，還是回歸到參與者的實務工作上，藉由分享、討論與分析，讓與會者透過自我省思而促發精神照顧層面之成長。值得注意的是，在此過程中，教授扮演相當重要的角色，如果沒有教授依據每位成員所分享的實務經驗去提出核心問題，刺激與會者去作進一層的省思、分析與探討，或許讀書會比較像是一般的座談會而已，未必能夠成為一種臨終精神照顧的促發模式。依據研究者的觀察，發現常參與該讀書會的幾位護理人員敏銳度很高，而且善於自我表達。當然，這樣的觀察結果，研究者的主觀性蠻強的，畢竟，這是需要透過實證研究才具有可信度的。然而，透過這一年半的薰習過程，也對研究者的理論觸覺產生了促發效果。

¹⁹ 魏書娥、林姿妙（2005，11月）。心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係——以某醫學中心的安寧團隊為例。《南華大學第五屆「現代生死學理論建構」學術研討會論文集》。嘉義縣：南華大學。會後已根據會場提問及兩位匿名審查者的意見修改投稿《生死學研究》，獲刊登於2006年即將出刊的第四期雜誌。

²⁰ 在無特殊狀況下是一星期一次，至於星期幾，則是可以依據教授或團隊成員的時間作適當的調整。

肆、文獻的搜集與閱讀

資料的搜集與閱讀，是從擬定研究方向開始到研究結束為止，都是持續進行的。這除了是基於紮根理論研究法在整個研究過程中，深度訪談、資料分析，以及文獻閱讀等，是以一個不斷交錯的方式形成螺旋向上攀升的模式之外（林本炫，2003），也是反應安寧緩和療護在臺灣地區的發展還處於方興未艾的階段，安寧緩和療護的發展隨著時間的推移而不斷的在變遷中，可能是更為制度化、在地化，乃至團隊的專業核心成員也可能會隨著經驗的累積而做適當的調整。

為了對安寧志工的相關議題有整體性的瞭解，在國外文獻方面，主要是以與安寧志工教育訓練有關的文獻為搜集與閱讀的方向。但也會搜集不同版本的同一篇文獻，藉由不同版本的比較，瞭解國外安寧志工運作模式的演進。例如，第一版的《牛津緩和醫學教科書》(Oxford Textbook of Palliative Medicine) 的 科際整合團隊 (The interdisciplinary team) 章節中，Ajemian (1993a) 認為安寧緩和療護計劃比較少運用志工來提供病患的直接照顧，除此之外，志工也必須在他的角色與訓練範圍內工作，即使是當志工的護士也不必去做特定的護士工作，例如給藥或換藥。但是，到了第二版，Cummings (1998a) 刪除了上述的聲明，並在「直接服務」中增添了在居家或住院的場所擔任志工，義務從事於個人的專業角色，同時也強調病人能夠解雇或雇用志工，以保持其自主權。顯示出安寧志工運作模式，並非一成不變的。當了解來龍去脈時，才能在不斷分析比較的過程中，以歷史性的遞變觀點來面對所有相關的資料。

在國內文獻方面，以歷年來的《安寧照顧會訊》、《安寧療護雜誌》，以及《蓮花會刊》搜集得最為完備的，一期不漏的搜尋了與安寧志工相關的資訊，也藉以瞭解每個安寧團隊的成立過程，人力資源之運用，以及教育訓練課程的規劃概況等。基本上，有關安寧志工教育訓練課程的文獻，國內只有李閏華 (1996, 3 月) 的 安寧療護義務工作人員訓練方案計劃 馬偕紀念醫院二年執行經驗，與蔡美惠 (1999, 5 月) 的 安寧志工招募、訓練與服務 以台北榮總運作模式為例。為了能夠更為廣泛的瞭解各家醫院對於安寧志工職前與在職教育訓練課程的規劃概況，是透過電話或信函的方式懇請各醫

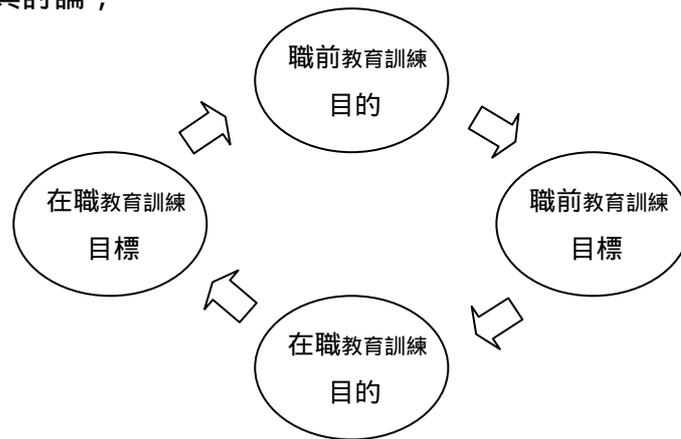
院提供相關課程表，並運用各種不同的比較方式來對這些課程表有更為具體的瞭解。例如，不同醫院的個別規劃時數比較、不同類別課程的總規劃時數與次數比較、各醫院規劃安寧志工教育訓練課程的趨勢比較等等，這無非是希望透過比較的過程，不論是寬廣面或縱貫面，都能夠對安寧志工的教育訓練課程融會貫通，以提昇資料分析與討論時的理論觸覺。

除了上述資料之外，也不定期的上政府和民間的相關網站，以保持對安寧緩和療護或志工方案後續發展的敏感度。另外，有關社會、心理、諮商、志工實務、生命議題等文獻，則以概略性閱讀重點瞭解的方式來進行，藉以促進可能伸展的研究觸角範圍。

伍、分析過程

Strauss 和 Corbin (1997):「事實上，研究者搜集資料之後的分析過程也是另一個提升研究者理論觸覺的管道」，以研究者的經驗而言，也確實是如此的。有很多時候是透過不斷的持續分析比較之後，才將相關的資料連結在一起，形成另一個範疇而被發展出來。乃至透過分析的過程，也有助於提昇文獻探討時的解析能力。例如，研究者在針對李閏華(1996, 3月)的「安寧療護義務工作人員訓練方案計劃——馬偕紀念醫院二年執行經驗」作文獻探討時，從開始到論文接近尾聲時，曾不只三次的想要完成這份文獻的探討，因為這是臺灣地區第一套有系統的安寧志工教育訓練課程方案，有其代表性。然而，雖然在幾次探討的過程中，乃至對部分內容已經一字不漏的抄錄下來，但結果不但無法做進一步的文獻探討，反而局限住對訪談資料的分析與探討，彷彿牛被拴繫在樹幹上，雖然想走卻走不出去，嚴重時曾連續幾天寫不出東西來。最後是先放下對這份文獻的探討，全心投入訪談資料及其他書面資料，才逐步的完成臺灣地區各醫院教育訓練課程的運作模式。當完成這部分資料的分析工作，再回頭看李閏華(1996, 3月)的方案時，發現自己已不再是被縛在樹上的牛了，而是如鳥般的從空中俯瞰大地，也因此才能夠將李閏華(1996, 3月)以直線敘述的職前與在職教育訓練的目的與目標間的關係，繪製成如右下圖的循環過程，瞭解彼此是息息相關而不相離的。更進一步看這整個循環過程，其實無非是以協助該團隊的運作為主要的出發點。回首來時路，從確定研究方向

到開始著手寫第四章的分析與討論，
這期間共有三年的時間
是透過各種研究
歷程來提昇
理論觸
覺的。



圖一 馬偕醫院 83、84 年度職前與在職教育訓練的目的與目標關係圖
林姿妙依據李閏華（1996，3 月）的資料製圖

第四節 研究工具

有關研究工具方面，包括相關文獻、半結構式訪談大綱、錄音機，以及研究者自身等。「相關文獻」與融合學術/實務專業意見的「半結構式訪談大綱」，已在前面提過了，接著將針對錄音機及研究者自身作說明。

壹、錄音機

研究者所運用的錄音機是 MD3，這是錄音效果相當好的錄音工具。其錄音效果之佳，乃至受訪者在填寫基本資料時，細微的讀音都能夠非常明晰的被轉錄出來，而那些讀音研究者在現場是聽不太清楚的。

MD3 雖然能夠清晰的錄下訪談過程的談話內容，但是它的缺點是無法片段式的重複聽。因此，在轉寫成逐字稿時，如果按暫停的力道不對時，很容易就跳回原點，必須重新來過才能繼續每個「暫停」時的逐字稿。正因為如此，所以當打完逐字初稿時，已經不知道歷經過多少個「暫停」與「重複聽」的歷程，更何況之後還有第二次與第三次的校稿！這雖然是 MD3 的缺點，但反過來說，其實也是它的優點，研究者透過這樣不斷的重複聽的歷程，很多訪談資料已逐漸的深烙在研究者心中。當進入分析與討論的歷程

時，有很多訪談資料自然浮現在腦中，產生觸類旁通的作用。

由於錄音機的最佳錄音效果，再加上研究者為了還原當時的訪談情境，因此將整個過程所發生的小插曲作註，並將受訪著的訪談內容口語化。例如以下這段訪談內容：

因為我是業務上面的督導，要面臨的就是志工在這個崗位上面，他們有時候界線不清，引起跟家屬病人之間的衝突，或者是跟團隊之間的衝突，甚至是志工跟志工之間的衝突，那個部分對我來講是最棘手的啦，就是 尤其是志工跟團隊之間，就是志工伙伴跟醫護人員啊，就是像剛剛你所提的，把自己視為是家屬，自己是病人的家屬的時候，那個立場就是共同來指責醫護人員，就是你怎麼沒有怎樣怎樣的時候，就已經有一點角色已經模糊掉，這個部分會是在病房裡頭很容易會發生的，對，那就是像我剛才提的，一方面我會跟阿長，如果有發現這樣的事件的時候，我們兩個會一起來處理這種衝突的事件，那甚至有時候比較複雜一點的時候，需要兩邊各別談了之後再安排互動的那個針對這個事件是不是要公開的去討論，在團隊的會議當中啊，或者是其他公開的場合去做一些澄清，對，這個部分是比較困難，也要比較小心，對對，因為很容易會有心結這樣子，對對對，這不會演 這的確 我相信在很多病房都在發生，對對對對對對(笑)，ㄉㄟ，所以我們病房也不例外，對啊 ㄉㄟ。(B-31-14~32-10)

透過口語化的逐字稿，更加強了志工界線不清所帶給團隊的困擾，也提醒研究者去注意這個範疇的發展。

或許是錄音佳，所以能夠將整個過程所發生的小插曲作註，並將逐字稿口語化。也因而如此，當受訪者在確認逐字稿內容時，因聽錯訪談內容而被修正的地方很少，甚至有位受訪者表示：看逐字稿的時候，彷彿又回到訪談當天的情境。而研究者之所以在了解 MD3 的缺點之後，仍堅持以 MD3 錄音，除了是運用它的優點之外，更重要的是「慎始」。換句話說，是起因立基資料的準確度考量。

貳、研究者自身

Glaser 和 Strauss (1967) 認為如果運用紮根理論研究法，那麼研究者在研究之初應該忽略與研究主題類似的文獻和經驗資料，以免被其他概念所「污染」(contaminate)，等分類的核心都出現後，再閱讀相關文獻(轉引自畢恆達，1996)。畢恆達(1996)解釋這主要是避免研究者的「主觀性」(subjectivity)「污染」了研究，因此研究者應該價值客觀中立、拋開所有的預設。另外，林本炫(2003)則表示紮根理論研究法的觀察/深度訪談、資料分析，以及文獻閱讀，是一個不斷交錯進行、形成螺旋型向上攀升的過程。而之所以如此，主要是避免依文獻所提出的研究架構受限於文獻的影響，導致研究者所觀察或訪談的內容，可能只是研究者先入為主的、想知道的，或想要驗證的方向，致使研究成果也可能只是由研究者個人所建構出來的。因此，林本炫(2003)認為紮根理論研究法通常採用無結構的訪談；而且，觀察/深度訪談、資料分析，以及文獻閱讀，在整個過程中是呈現出彼此相互對話的狀態，藉由對話與思考的結果，來成為下一次觀察或訪談的方向或主題，故而形成持續不斷循環的螺旋型向上攀升過程。

由上述的文獻可以看出，紮根理論研究法的基本原則是客觀的、避免預設的，而且最好是運用無結構的訪談方式。雖然研究者也希望能夠符合上述的原則，但這對研究者而言是有困難的。主要在於研究者的非專業角色，研究者對於安寧志工的招募及運用管理是一無所知，如果對這些基本流程都不知道的話，如何能夠提出問題？也因此才會如「理論觸覺」中所提到的，編制半結構式的訪談大綱。雖然如此，但其實在參考文獻以編制訪談大綱的過程中，並沒有針對文獻作深入的探討，只是略知招募安寧志工可能涉及的幾個大方向而已。當進入實際的訪談過程時，研究者其實是保持著傾聽與敏感的狀態，等受訪者的談話告一段落之後，才針對受訪者所敘述的內容提出進一步的提問，直到沒有其他疑惑才會另起一個問題。也因此，提問的過程未必會照著訪談大綱的順序進行，而且每位受訪者所提問的順序也不盡相同，因為這是依個案訪談內容不同的同而會有不同的調整，在訪談結束之前，研究者是不知道真正進行的程序的。雖然如此，但其中有一個例外，也就是在對 P 社工師作第二次訪談時，由於主要是針對第一次訪談的結果

提出釐清，因此是依據擬好的問題大綱所提問的。

而由於研究者在訪談進行的過程中，是保持著傾聽與敏感的狀態，因此雖然剛開始訪談的階段，曾試圖運用筆記的方式來記錄想提問的疑惑。但後來發現當運用這種方式的當下，研究者便無法觀察，更重要的是無法保持傾聽與敏感的狀態，有些焦點問題反而在這過程中一閃而過。這或許是同時賦予心智太多該處理的工作，反而導致心智的處理速度變慢。因此，為了避免研究者進入「當機」狀態，仗著 MD3 的幫忙全程記錄，使研究者得以全程處於傾聽與敏感的狀態。當然，這主要還是由於研究者的個人能力問題，就如功能未被提昇的電腦，無法同時賦予太多指令一樣。

然而，也因為如此，研究者才有辦法在過程中針對可能的線索來「搖紅旗」。Strauss 和 Corbin(1997)強調研究者必須對某些字和片語保持敏感，例如「從來不」、「一直是」、「每個人都知道是怎麼一回事」等，當聽到這些字或片語時，心理就要搖紅旗以示警戒，永遠不要把任何事情視為理所當然而不再深究。就本研究為例，如 N 社工師提到志工在病房提供悲傷關懷的一段訪談：

如果義工發現說，啊，這個媽媽非常的不能夠接受她的小孩這個 就是即將生命結束的這個事實的話，他發現如果她的情緒比較大的話，他通常都會轉介到安寧社工那個部分。可是因為說安寧社工他們現在是每一個 每一個 case 都接案啦，所以基本上他們就是一個這樣子一個模式在運作 (N-18-07~18-13)。

社工師所說的是平常運作時的固定模式，然而生命本是充滿著無常的，尤其是在臨終的場域，於是研究者以「在突發狀況下提供悲傷關懷時，志工應如何拿捏其非專業角色的界線？」，而由這個提問所帶出來的是另一段實際運用的概況。

總而言之，就紮根理論研究法的基本原則而言，本研究事先參考相關文獻以自編半結構式的訪談大綱，雖不盡理想。但這是基於研究者的非專業角色考量，欲促進其理論觸覺所作的決定。雖然如此，但在訪談過程中，研究者只是盡量扮演傾聽、提問及適時搖紅旗的研究工具而已。換句話說，是屬於發揮搜尋和探測豐富資料來源的研究工具。

第五節 譯碼程序

有關譯碼程序，將依照一般紮根理論研究法的開放性譯碼、主軸譯碼以及選擇性譯碼等，三個譯碼階段來加以說明。

壹、開放性譯碼 (open coding)

Strauss 和 Corbin (1997) 表示在紮根理論研究法中，概念是分析的基本單位，因此分析工作的第一要務就是把資料轉化成概念，也就是概念化 (conceptualizing) 資料；而概念的精確性和特殊性，則主要是透過不斷比較與問問題的譯碼分析程序所建構出來的。而持續分析比較法 (constant comparative method) (Glaser, 1965) 即是紮根理論研究法的基礎，因此在開放性譯碼階段，主要是以持續分析比較法來進行。也就是讓編碼 (coding) 與分析 (analysis) 保持在持續成長的狀態，過程中盡可能的將逐字稿編碼成所要分析的很多範疇；而且在編碼的過程中，持續不斷的與之前相同範疇中的現象或事件編碼作比較，以提供連續發展的參考。參考之後的行動，可能是成為下一位受訪者的訪談重點，也可能是作為進一步編碼的範疇，或者持續搜集相關文獻的焦點。而這尤其會發生在不同受訪者對同樣事件的處理有迥異性的作法時，便會藉由思索及進一層的相關資料來緩解衝突，並立基於資料將思考帶到最符合邏輯的結論。

例如，從第三位受訪者 (E 社工師) 的訪談中，得知該院安寧志工年齡最高者八十幾歲，而這與其他安寧團隊將年齡設限在 18 歲至 65 歲之間是不一樣的。於是在之後的訪談中便將年齡因素列為訪談的重點之一。結果 B、N、P 等三家醫院表示這主要是基於體力上的考量，因為安寧志工服務在體力的負荷上是比較吃重，年老志工可能體力上比較不行。另外，L 醫院則沒有針對安寧志工的年齡設限。由於研究者找不到適當的脈絡來解釋這樣的差異，因此暫將此歸為個案性差別。然而，在進一步以年齡問題來作文獻探討時，發現英國對於安寧志工的年齡設限比臺灣多數醫院所設定的 18~65 歲之間來得寬鬆；除此之外，英國由於安寧志工人數非常多，他們的運作模式是分組服務。基於此線索，於是再度以運作模式為另一範疇，持續的比較這些醫院之間的差異。比較結果

發現：A、B、C、D、F、G、I、J、O、P 等醫院都運用必須涉及直接服務的全方位服務模式，而E、L、N則為分組服務模式。但在N醫院的一年的行政服務是新安寧志工進入「直接服務組」的必經歷程，屬於評估志工是否能參與直接服務的觀察期，而且N社工師也認為年齡設限是基於體力考量，由此推論，招募直接服務安寧志工其實是該院很重要的一個目的，因此將N醫院運用分組模式的事實，以存而不論的方式處理。那麼在摒除了N醫院的差異之後，年齡與運作模式之間的關係就被凸顯出來了：由於分組服務包括間接服務，而間接服務未必會直接接觸到病人，比較不用考慮安寧志工的體力問題，因此比較不會針對年齡設限。而運用分組服務模式的先決條件是安寧志工的人數要充足；反過來說，服務模式的決策也會影響所能運用的人力資源，這正顯現出不同團隊會因地條件與決策發展出在地化的運作模式。

上述是略舉一例，說明將思考帶到最符合邏輯的過程。但就這個階段所發展出的開放性範疇而言，是先從確認「直接服務安寧志工」的性質之後，所展開的一連串編碼工作。這個階段由於是把句子、段落，都與予以分解並概念化，因此，剛開始時曾發生如Strauss和Corbin(1997)所說的由於名字太多而搞渾的現象，後來重新編碼，將同一類的現象歸在同一個名字底下。雖然如此，但由於這個階段是屬於開放性的，因此，仍然形成了大大小小的各種不同範疇。而這許多範疇，其實只是將資料分析到有個概念而已；而且也是屬於不確定的暫時性概念，因為隨著資料的累積，有的概念會被驗證，有的會被修正，乃至有些會因為不相關而被刪除。至於範圍的名稱，由於安寧志工的運用已形成一種專業，許多相關名詞都有其專業上既有的概念，因此在為範疇命名時，如果是屬於這類的範疇，便不再別出心裁，以免讀者不知所云或會錯意。

貳、主軸譯碼 (axial coding)

在開放性譯碼階段所形成的範疇，如果彼此之間沒有被聯繫整合起來，其實都只是被拆散了的個體而已，無法被有組織性的說明。進入主軸譯碼階段的工作，則是要將主範疇和它的副範疇中的資料重新整合起來。

有關主軸譯碼的發展，Strauss和Corbin(1997)建議可以運用所謂的「典範模型」

(paradigm model) 把副範疇 (subcategories) 和它們的性質 (properties) 聯結起來；也就是藉由產生現象 (phenomenon) 的因果條件 (causal conditions)、脈絡 (context)、中介條件 (intervening conditions)、策略 (strategies), 以及結果 (consequences) 來幫助我們能夠更清楚、更確切的瞭解現象。林本炫 (2003) 表示主軸譯碼的主要任務在於好好發展主要範疇, 具體作法則是發展範疇的性質和面向, 使範疇更為密實。參考上述所說, 研究者試圖從諸多範疇中, 有系統的聯結彼此的關係。

由於 L 心理師提到了安寧志工的服務「生態」, 為了瞭解這個生態, 研究者以此為核心, 回到開放性譯碼階段所發展出來的範疇中搜尋, 企圖找到不同範疇之間的相關聯結。初步聯結成的組合如下。首先, 由安寧志工「直接」與「間接」服務方式的不同性質來引伸出「分組服務」、「全方位服務」、「個案認養服務」等三種不同運作模式的範疇, 以及在這些模式底下提供服務的安寧志工的角色。另外, 由「直接服務安寧志工」的特殊性質, 演繹出後續「安寧志工的篩選」、「安寧志工的職前教育訓練課程規劃」、「安寧志工的適應、督導」及「安寧志工的支持問題」等一連串與運用安寧志工相關的各種不同策略, 而這種種策略無非是希望能夠透過這個歷程來「提昇安寧志工的知識、技巧、態度, 以及促進團隊的運作默契」。這些雖然是各種不同面向的範疇, 但其實每個範疇中都隱含著影響安寧志工服務生態的因素, 例如, 篩選因素的考量、課程的內容等。

以上概說相關範疇, 接著略述形成這些範疇的過程。其實這些範疇就專業者而言, 是再熟悉不過的了, 但是對非專業的研究者而言, 確是透過不斷比較分析, 交替運用了演繹與歸納兩種思維方式才組合而成的。換句話說, 是如 Strauss 和 Corbin (1997) 所說的, 先演繹出有關的陳述或指出可能的性質及面向, 再透過不斷的問題、分析比較, 以資料來驗證所演繹出的假設。其實, 在整個過程中, 研究者憑著打逐字稿及開放性譯碼階段的概念網作了一些假設, 但每個假設都一定回到逐字稿的整體訪談脈絡中去確認假設的正確性, 或搜尋其他相關資料來驗證假設的真實性之後才形之於文字的。而之所以如此小心翼翼, 主要是為了尋求研究成果的客觀性。

參、選擇性譯碼 (selective coding)

誠如 Strauss 和 Corbin (1997) 所說的：「要由繁雜資料中找到並決定一條故事線，真不是件容易的事，因為研究者過度浸淫於他的資料裏，以致於覺得樣樣都重要，而看不到一個貫穿大部份資料的線索。」這對初學的研究生而言，更是難上加難！基於時間的考量，這篇論文本來想運用訪談法及持續比較分析法來完成的。然而，透過和指導教授一起以「心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係」為題在研討會中發表的研討階段，不但促進了研究者的理論觸覺，更讓研究者「看見」主範疇並進而邁入選擇性譯碼階段。

林本炫(2003)表示進入選擇性譯碼階段，譯碼的重心在於範疇與範疇之間的關係，透過區別性抽樣來強化與確認初步所展現出來但不確定的範疇關係，並針對還沒有發展得很好的範疇來加以補強，直到理論性飽和為止。從主軸譯碼階段的範疇關係來看，我們會發現這些是站在招募方案的起始點來看每個歷程的關係與發展，但如果從置高點來俯瞰整個方案的運作，其實無非是在建構「安寧志工的整體服務生態」。換句話說，當安寧開始提供服務時，基本上安寧志工的整體服務生態雛型已被建構出來。然而，如何維持這個服務生態，或促使這個生態更穩定、更有效益的發揮其效能，則涉及到聯結成這個服務生態的各種成因，包括「個人」、「同儕」、「其他團隊成員」、「成就感」、「自我成長」、以及環繞著這個生態的「大環境」等因素。換句話說，是由這六大因素所共同交織而成的「整體性支持網絡」。

為了使這些範疇能夠更為紮實，除了以 Q 為區別性抽樣對象之外，同時也回溯前兩個階段的編碼，以搜尋被漏失的訪談內容；除此之外，更佐以其他相關文獻資料來檢驗構成「整體支持網絡」的不同範疇間的關係，以確認理論之邏輯性、精準性、及穩固性。而這來來回回往返於資料間以尋求驗證的過程，到論文結束為止，已不知經歷過多少次了。具體言之，這整個過程是為了讓「整體性支持網絡」的理論紮根於客觀的資料，讓客觀的理論能夠發揮實用的效果，以提供需要者參考。

第六節 研究嚴謹度

有關研究的嚴謹度，將分資料的確實性、可靠性、可轉換性，以及研究結果的可確認性等四方面（胡幼慧、姚美華，1996），來說明本研究的嚴謹度。

壹、研究資料的確實性

在尋求研究資料的確實性方面，研究者運用了以下幾種方式：

- 一、在訪談過程中，以前後不同的時段問同樣的問題，來確認資料的實在性。結果發現，這種方式不但可以確認資料，甚至可以因此而獲得更豐富的資料。
- 二、以多元化的資料來源還確認資料的可信度。因此，搜集的資料來源除了深度訪談之外，還包括各醫院的書面資料、未予記名的現場即興式抽樣資料、期刊資料、田野觀察資料、電子郵件資料等。
- 三、透過與指導教授及若瑟醫院許煌汶醫師²¹的討論與研究，不但確認了資料的實在性，更因研究觀點的提昇而搜集更進一層的相關資料。
- 四、盡可能的針對不同醫院、不同角色或不同年資的對象來進行訪談，並對每一份訪談資料，都以尊重其特殊性的嚴謹態度來做編碼工作²²。
- 五、運用最能確實搜集資料的研究工具。包括選擇錄音效果極佳的 MD3 以避免失去資料的準確度，及盡量讓研究者扮演搜尋和探測豐富資料來源的研究工具。
- 六、不但將逐字稿口語化，盡可能的還原訪談時的情境，更返復的確認逐字稿內容，至少三次以上；完成的逐字稿也經受訪者確認無誤。

貳、研究資料的可靠性

為了確認研究資料的可靠性，本研究主要以規劃或管理安寧志工的專業人員為深度訪談的對象。除此之外，研究者在整個研究過程中，也盡可能的去確認資料來源的正確

²¹ 許煌汶醫師在國外文獻的翻譯上，更提供了相當大的協助。

²² 除非無法確認該份資料的實在性，例如 K 社工師的訪談資料。

性。例如，在本研究初擬定方向時，曾詢問某安寧病房離職員工：是否有安寧志工職前教育訓練課程的規劃表？對方表示該院沒有安寧志工。2003年6月3日研究者以電話請各團隊安寧社工師協助研究，提供課程規劃表，該院安寧設工師表示沒有住院安寧志工，只有居家安寧志工。然而，就文獻資料記載，該團隊在成立之初，團隊成員即包含了義工，並設有義工室²³。另外，研究者趁參加該院所主辦的安寧研討會之便，詢問該院安寧志工，該安寧志工又表示：自安寧病房成立之初即有住院安寧志工的服務了。至於每份資料所提供的訊息何以差異性會如此之大？研究者也不知道，舉此例只是用以說明研究者對資料的確認過程。

另外，在所有受訪者中，由於K社工師只同意電話訪談，然而，由於電話錄音效果不佳，有很多段落的意思是不清楚的，雖然研究者曾試圖請受訪者確認逐字稿內容，但該醫院後來取消了住院安寧療護的服務，而且，該社工師也離職了。在其他職員不願意代為轉達訊息，及運用多種方式聯繫仍無功而返的情況下²⁴，基於無法確認逐字稿而放棄了進一步的譯碼工作。

參、研究資料的可轉換性

基本上，整個研究過程是如林本炫（2003）所說的：「深度訪談和資料分析及文獻閱讀是一個不斷交錯進行、成螺旋向上攀升的過程」。研究者雖然建構出安寧志工的「整體性支持網絡」，但其實在還沒有分析到理論飽和為止，研究者根本不知道研究成果是如何？而且也不知道什麼時候能夠完成研究。因為，有些原先確定無誤的資料，可能會隨著資料的補充與驗證而需作適當的修正。再說，所有的資料也必須達到飽和為止，才可以作進一步的文字陳述工作，乃至更進一層的深厚描述（thick description）。而在將文字資料被轉換成有組織、有系統的文字檔案以前，研究者對於每一個譯碼資料，都重新再

²³ 未了避免對該院造成困擾，所以沒有註明資料來源。

²⁴ 先以電話與該院社工室成員溝通，他們表示可以重新訪談，但無法代為轉達離職的員工。後來又到該院安寧病房尋求協助，發現志工已全數撤離病房，雖然有職員承諾代為轉達，在取得聯繫之後會提供該社工師的電話。但事後研究者雖曾一再詢問，卻仍無法取得聯繫，故而放棄。

回到逐字稿的脈絡中去確認是否掌握了受訪者的意含，以避免「譯碼」與「文字陳述」分屬不同階段，而出現了不同的詮釋，導致失之毫釐差之千萬的現象。因此，可以確認的是，這個研究結果是來自研究者盡可能的搜集並確認所有的相關資料，透過不斷持續分析比較而完成的。換句話說，這是以可靠性資料為基礎而建構出的理論。

肆：研究結果的可確認性

為了確認研究成果能具實用性，可提供需要者作為臺灣地區安寧志工教育訓練實務上之參考，本研究所採取的策略是：在主要資料的搜集上，是以具相關實務經驗的專業人員為訪談資料的來源，並以分層立意取樣來確認研究成果的可適用範圍。除此之外，在整個研究歷程中，也一再的注意安寧志工相關議題的發展趨勢，乃至必要時，也會針對特定的對象作進一步的確認工作。例如，2003 年 11 月 C 醫院社工師接受訪談時，正面臨資源重整所造成的志工流失現象，為了確認這種流失因素對醫院而言是帶來正向或負面的影響，又於 2006 年 5 月 11 日以電話追蹤該院的現況發展，因而確認出呈現出正向成長的趨勢。又如，為了瞭解 L 醫院取消輕裝上路模式之後的運作模式，亦於同一天再度以電話訪談 Q 社工師。這種種都是為了有利於深入的分析與探討，以不囿於橫面的見解而失卻縱向的觀點。

因此，這不但是藉由臺灣地區廣泛的安寧志工教育訓練課程規劃者的實務經驗來作為不斷持續分析比較的資料來源，在研究的向度上，更是跨越了時間性。因此，「安寧志工的整體服務生態」，是立基於臺灣地區本土經驗所建構而成的理論，其適用範圍自然是涵蓋了整個臺灣地區。但由於它的時間向度，促使研究成果在回饋到臺灣地區的實務上時，對提供參考而言，更具有說服力。

除此之外，這個研究成果更以李閏華（1996，3 月）的「安寧療護義務工作人員訓練方案計劃」作為相互比對。雖然李閏華（1996，3 月）並沒有提出「安寧志工的整體服務生態」理論，但其架構下所隱含的理念，其實是不離建構一個支持網絡密實化的安寧志工整體服務生態。透過這樣的比對，本研究理論在實用性上應該是可以被確認的。

第七節 研究倫理

本研究的深度訪談對象，有 12 位是透過電話邀約，在獲得受訪者同意後進行的；3 位藉由公文申請程序，經過受訪者所屬醫院同意而完成的；另 2 位是透過書面邀請，經受訪者的主管單位同意之後達成的。以上的訪談過程，都經受訪者本人的同意，並簽訪談同意書之後才完成訪談資料的搜集工作。訪談之前，提供「研究程序說明書」，讓受訪者事先瞭解自己的研究參與者身份。研究過程中，受訪者也有權隨時停止研究參與者的身份。在錄音騰寫過程中，受訪者除了確認逐字稿的內容之外，並協助研究者確認是否掌握了其訪談內容的真實意思。研究者亦遵守研究倫理，沒有將受訪者的名字及資料，呈現於任何資料之中，並採取不可辨識的方式來標示，除了保護受訪者的隱私與權益之外，也盡量避免以一見全而造成受訪者的困擾。研究結束後 1~2 個月內，研究者亦將對錄音帶進行消音的工作。

另外，資料的分析過程中，研究者也盡量放空自己，讓資料來說話。因此，即使已經將譯碼轉換成有組織、有系統的文字資料，但在更具可靠性的資料出現時，研究者也會重新回到相關的脈絡中，作進一步的確認及適當的修正。例如，在（表三-2）受訪者基本資料的「服務項目」中，對「簡單醫療照顧」及「身體照顧」的說明，即是對資料作進一步確認及修正的實例。

至於研究期間，每位受訪者的訪談日期、訪談時間，以及相關的說明，則如表三-4 所示。在此略作說明：在 19 次的訪談過程中，有五次是在指導教授的陪同下完成訪談的，其中三次指導教授是扮演著觀察者的角色；在對 H 醫院進行訪談時，由於該院限制只可以筆記不能錄音，因此指導教授以旁聽者的角色在旁作筆錄（二人一起筆記）；另外，在對 L 心理師與 M 醫師的訪談過程中，指導教授是一起進行訪談的。

表三-4 訪談過程明細表

受訪者	訪談日期	訪談時間	備註
E	2003 年 10 月 03 日	75 分	* 預試訪談
D	2003 年 11 月 14 日	75 分	
E	2003 年 11 月 17 日	75 分	
J	2003 年 11 月 20 日	70 分	
C	2003 年 11 月 21 日	75 分	
K	2003 年 11 月 21 日	75 分	* 電話訪談 * 錄音效果不佳
I	2003 年 11 月 22 日	75 分	
G	2003 年 11 月 25 日	75 分	
A	2003 年 11 月 28 日	65 分	
F	2003 年 12 月 03 日	62 分	
H	2003 年 12 月 11 日	110 分	* 指導教授陪同訪談 * 只能筆記不能錄音
B	2004 年 01 月 09 日	96 分	
L	2004 年 04 月 13 日	80 分	* 指導教授陪同訪談 * 傾聽陪伴支持團體
L & M	2004 年 04 月 14 日	85 分	* 與指導教授一起進行訪談 * 實錄 75 分
N	2004 年 04 月 19 日	65 分	* 指導教授陪同訪談
O	2004 年 06 月 24 日	115 分	* 指導教授陪同訪談
P	2004 年 07 月 07 日	65 分	
P	2004 年 07 月 12 日	35 分	* 指導教授陪同訪談
L	2005 年 7 月 18 日	書面訪談	* 持續進行
Q	2005 年 10 月 25 日	90 分	* 實錄 30 分

製表人：林姿妙

第四章 分析與討論

第一節 住院安寧志工的角色

安寧志工的角色從其服務範圍而分別出運用安寧志工的不同模式，及志工在其中所扮演的不同角色。因此，在討論安寧志工的角色時，依序將先簡介「安寧志工的服務範圍」及「安寧志工的三種運作模式」，在此前提下鳥瞰「安寧志工所扮演的多種角色」及「特殊直接服務的安寧志工角色」。

壹、安寧志工的服務範圍：「直接服務」與「間接服務」

舉凡可以輔助任何團隊人員共同為滿足病人/家屬的需求而提供服務，而且又是志工能力所及之處，全都可成為安寧志工的服務範圍，因此安寧志工的服務範圍可說是廣泛而多元的。在廣泛而多元的服務項目中，大約可粗分為「直接服務」與「間接服務」二大類。所謂「直接服務」，即進入病房直接面對病人或其家屬，提供相應於病/家所需之服務，因此也可稱為臨床服務；例如：幫病人洗澡、洗頭、按摩、翻身、擺位、剪頭髮、修指甲、美足護理、口腔清潔、情緒支持、陪伴，乃至往生後的遺體護理、遺族輔導計劃等。「間接服務」則為病房周邊的相關庶務，雖未針對病人或其家屬提供直接服務，但庶務性的處理能讓病房的運作更為流暢，與其他團隊成員共同營造出安寧病房特有的氛圍；例如：資料整理、寄發信件、接聽電話、家事代勞、膳食調理、環境整理、服務台的招待、病房之傳送事務、影印，以及節慶、義賣或研討會活動的協助等等。

以上「直接服務」與「間接服務」和李閏華（1996，3月）將志工服務項目歸類為行政庶務、情緒支持、家事代勞、簡單醫院照顧，以及其他等五個範圍，其實內容是大同小異的，只是在這裡為了方便後續的分析與討論，故而改以接觸方式來統攝不同的服務範疇。但這兩者與 Stephany（1984）所建議的個人的療護、病人的支持、娛樂病人、家政、以及家庭的支持等範疇的內容就略顯不同了，主要在於李閏華及本文所歸類的對象是住院安寧志工，而 Stephany 所建議的對象則是社區安寧志工主。因此，在 Stephany

的建議中少了行政庶務，但多了家政類的照顧工作，也就是居家安寧志工可能會接觸到的服務範疇，但這不在本論文的研究範疇，所以不作進一步的討論。

貳、安寧志工的三種運作模式：「分組服務」、「全方位服務」、「個案認養服務」

各醫院對於安寧志工的運用方式，由「直接服務」與「間接服務」的不同而顯現出個別的運用模式。這些運用模式包括「分組服務」、「全方位服務」，以及「個案認養服務」等三種模式，以下將分別說明：

一、分組服務模式

所謂分組服務即分為「直接服務組」與「間接服務組」(或稱為「臨床服務組」與「行政庶務組」)，分組服務的包括 E、L、N 等三家醫院。雖然同屬分組模式，但三家醫院的分組動機不盡相同。E 社工師表示：「可能有些志工他比較不是那麼適合去直接接觸，可能我們就在這群人裡面，覺得他可能更適合做這一些，那病房也有需要，就把他分到這一組 (E-21-11~21-14)。」在 N 醫院，一年的行政服務是新安寧志工進入「直接服務組」的必經歷程，亦是評估志工是否能參與直接服務的觀察期，N 社工師表示：「我們還有一個就是一年的行政服務，如果他在這一年的行政服務表現不是那麼理想的話，那我們通常就是會請他繼續留在行政服務的這個部分，不會讓他到直接服務的這個部分 (N-24-18~24-22)。」由此可見，對 E 與 N 醫院而言，分組具有篩選的作用。

L 醫院將安寧志工分組的主要目的則在於推動「輕裝上路」，所謂「輕裝上路」，主要是相對於一般安寧志工在上線之前必須先歷經一整套各層面的相關職前教育訓練課程及實習而言，L 心理師認為這樣的負擔太重了，既要會關心又要會評估，猶如戴了重裝備之後就走不動了，故而推行「輕裝上路」(L-10-19~11-05)。因此，這是運作模式的轉換，強調的是多樣化的安寧志工角色；也就是說，只要具有一技之長，便可在安寧團隊中被善巧的加以運用，同時滿足志工、病人，以及團隊的不同需求。間接服務的安寧志工雖未直接面對病人及其家屬，但是他們在病房的設想裡面他仍然是非常重要的，因為他與團隊共同經營了安寧病房的環境 (L-38-25~39-06)。以下就是 L 心理師對「輕裝

上路」的說明：

「輕裝上路」就是說我們就一天的訓練就好了，完了之後我們就分組，那有的就專門澆花，有的人是專門煮咖啡，有的人專門煮美食，有的專門攝影，有的專門在傾聽陪伴這樣子。那不同的組我們就不同的人來 training 這樣子，所以這個是分組的訓練，那分組的訓練，他們的服務也是分組的喔，譬如說有的人煮咖啡，你就專門幫我煮咖啡就好了，你可以不要接觸病人，你也不要進病房，不需要。種花的當然就更不用啦喔，那你煮美食的，我們就有請老師來，就開始教他做蛋糕，然後做小甜點，志工就很高興，就來做，做完之後可以分享給病人家屬吃，他們也很高興。那傾聽組就比較深入啦，那就是你們昨天看到的情況（即傾聽陪伴支持團體）(L-11-09~11-23)。

L 心理師強調：這樣的運作模式必須能夠與安寧病房的整體理念相契合，除此之外，亦須獲得整個團隊的認同。所謂的「認同」，並非想法上的認同，而是指醫療人員將志工付出的「需要」，與病人接受別人付出的「需要」，這兩者的「真正需要」能夠在適當的時機被聯結在一起（L-12-21~13-09）。這種「輕裝上路」的運作模式，相較於一般安寧志工的申請者必須通過一系列嚴謹的職前教育訓練課程，方可成為正式的安寧志工，雖然可說是卸下了重重的裝備，志工可以個別負責不同層面的服務；但是，對醫療人員而言，卻需要多些用心與具有相當的運作默契，方可共同營造出別樹一格的團隊氛圍。

其實，說它別樹一格，只是就臺灣地區的安寧志工養成過程而言。由於安寧緩和療護在臺灣發展之初，負責志工方案的專業人員即被灌輸「安寧志工教育訓練很重要」的觀念（B-08-08~08-11）。在依教奉行下，規劃一系列嚴謹的教育訓練課程已成普遍性的養成模式。然而，Field and Johnson（1993）和 Cummings（1998b）都清楚的表示有兩種情況之下，安寧志工是不需要進一步的訓練，便可以從事志願服務的工作。第一，其本質是不需明確的準備或訓練，便能夠提供的服務範圍；第二，已具備足以堪任工作的技術與能力之志工，例如：律師、會計師、電腦專業人員、募款人員和園丁等。這兩種

情況即「間接服務」與「專業安寧志工」，但主要還是屬於「間接服務」。這和 L 心理師所推展的「輕裝上路」模式是相近的。

而 Field and Johnson (1993) 認為這類安寧志工所應具備的三種課程：(1) 確認服務範圍，(2) 攸關志工、專業人員及病人之間信任與關係的規定（志工角色與志工倫理），(3) 安寧緩和療護的思想體系；和 L 醫院在 2002 年第六期安寧志工訓練時，規劃了：(1) 組織架構與團隊運作，(2) 志工角色介紹，(3) 病人家屬的心情，(4) 如何扮演好志工，以及(5) 安寧志工的經驗分享等 6 個小時的課程相較，雖然運作模式是相近的，但被認定為基本課程的方向則不盡相同，L 醫院並沒有特意去強調安寧緩和療護的思想體系。

二、全方位服務模式

所謂的「全方位服務」，也就是不分直接服務或間接服務，而能夠因應病/家及團隊的需求而提供相應於當時的服務。因此，大致而言，所有安寧志工都是有進入病房提供直接的臨床服務。實施全方位服務模式的醫院包括 A、B、C、D、F、G、H、I、J、O、P 等 10 家醫院。在這些實施全方位服務的醫院中，大約可分為二種狀況：(一) 發展穩定的全方位服務模式；(二) 考量當時狀況而實施全方位服務模式。

(一) 發展穩定的全方位服務模式：也就是說「全方位服務」已是該院既定的安寧志工服務模式。例如，P 社工師即表示：

安寧志工跟一般的志工，它是在更深入的，然後它強調的是一個全方位的服務，不是說：這個不是我的事，我不要做，它是考慮以人為需求出發點來考量的。所以安寧志工絕對是比一般志工來講，他的服務是比較深入，也比較廣，那他也不局限在某一個部分 (P-09-17~09-22)。

而當提到分組服務模式中的間接服務時，P 社工所作的回應是：「如果以你說的那個，就是可能只能放在志工隊的行政工作，他就不是在安寧裡面的志工 (P-11-25~12-01)。」P 社工師的說明，即是「全方位服務」已穩定發展的運作模式，安寧志工也因「全方位

服務」而顯現出它有別於一般志工的特殊性。屬於這種運作模式的有 A、B、O、P 等 4 家醫院。雖然如此，但在特殊情境之下，安寧志工還是可以選擇性的提供服務，這些特殊情境包括身體狀況不許可，心理或技能尚未準備好，例如害怕的或不會的工作；換句話說，安寧志工是可以「量力而為」地提供服務，而非「事不關我」地拒絕服務。其中，B 醫院是招募時強調全方位服務，但實際上線後會從現有的志工中分出活動組、教育訓練組，以及居家服務組等幾個大方向的組別，是偏向分組服務的醫院（B-27-18~28-17）。

（二）考量當時狀況而實施全方位服務模式：對於某些醫院而言，由於安寧志工的人數並非十分充足，因此要求全方位的、全能的服務，自然成了該院運用安寧志工的模式。例如，C 醫院的狀況即是如此：

我們基本上就是尊重他們的意願，可是因為我們現在志工的人數不多，可能難免還是「那個喜歡種花種草的，我們今天要洗澡，你是不是願意來幫病人洗澡？那我們就是還沒有辦法說讓他們的服務內容的區域分得很清楚，因為很有可能說他如果今天真的來只是在維護環境，雖然那本來就是他一開始來很強的意願在那個部分，可是他來的時間可能剛好有一床真的很需要有人幫忙洗澡，那我們也會邀請他過來，比較沒有辦法分得那麼清楚啦（C-18-09~18-19）。

除此之外，C 社工師也表示由於志工對於服務項目的選擇，可能因志工與志工之間的經驗交流及教育訓練的自我成長而增加其興趣與信心，因此，擔心一開始就依志工的興趣而分服務組別，會限制了志工提供廣泛服務的可能性（C-19-13~20-10）。

另外，J 及 H 醫院雖曾嘗試推行分組訓練及服務，但發現不盡理想，反而造成凌亂或後續的訓練及運用未能持續，故而改採全方位服務（J-03-12~03-14），或分組的部分改為招募具有特殊才藝的志工，配合病/家的需要來提供即時服務（H-10-23~11-01）。而 D、F、G 和 I 醫院則因為安寧志工的人數不足以分組運作，因此是以全方位服務為該醫院之運作模式。

三、個案認養服務模式

上述不論是分組服務或全方位服務，安寧志工多是以值班的方式來提供服務，也就是一星期值一次班，時間約 3 小時左右。然而，對末期病人而言，時間卻是很有限的。因此，H 社工師認為：「如果以值班方式來關懷病人，可能志工還沒有機會深入了解病患，病患就已經撒手人寰，很難有深入性的關懷（H-08-13~08-15）。」她進而表示值班制度底下的志工，多半是提供身體層面的照顧，心靈層面則較少涉及。而為了減少這些缺失，H 醫院在值班體制下，更輔以專責制。所謂的「專責制」，即長期的「個案認養」，藉此以提供病/家較為深入的關懷。H 社工師對「個案認養」方式的說明如下：

志工不一定每週來值一次固定班，也不是巡房式的關懷大多數末期病人，而是以專責關懷某位病人的長期認養方式來提供服務。服務的時間則視病人的需要而定，有的志工會主動於隔天就來提供服務，甚至部分認養的志工幾乎每天都到醫院來關懷末期病人及其家屬。關懷的期限，除了從認養開始的住院期間之外，還包括居家療護，以及往生後的遺族喪慟追蹤關懷（H-08-23~09-07）。

L 醫院也有類似 H 醫院的「個案認養」模式，但 L 醫院主要是針對沒有家屬照顧的病人，故而找一位專責的志工來定期來照顧這位病人（L-14-03~14-06）。

「全方位服務模式」與「個案認養服務模式」都是必須涉及直接服務的。B 社工師表示實施全方位服務是就現況而言，事實上，將安寧志工分組是未來的發展目標，因為將成熟的志工隊分組，除了可以組織化且提昇功能之外，不同興趣與不同專才的志工，也可以獲得不同的成就（B-27-18~28-17）。由此看來，採行全方位服務的重要原因是受限於志工人數不足。而這與文化氛圍不無關係，到醫療機構擔任志工本非中國人的文化傳統，更何況有死亡禁忌的安寧志工（J-39-23~40-03；O-04-24~05-08）。不像英國，當志工是多數人的生涯規劃之一，因此安寧機構的志工少則上百人，多則近千人，而且這麼多志工只為了照顧少數的幾位患者而已（劉明麗，1992，12 月；王敬弘，1998，9 月；

蔡佩真，2000，3月；周希誠，2000，12月；陳佩如，2000，12月；高瓊悅，2000，12月）。然而，文化氛圍並非短期可以轉化的，或許全方位服務模式還是會持續下去。

參、安寧志工所扮演的多種角色

關於安寧志工所扮演的多種角色，可以從三個角度來說明：一、團隊中的安寧志工角色；二、臨床上的安寧志工角色；三、志工個人生命中的安寧志工角色。

一、團隊中的安寧志工角色

團隊中的安寧志工角色可分為廣泛與多元的安寧志工角色；提供身體照顧的輔助性角色；提供心靈陪伴的輔助性角色；以及「全人」的志工角色等四個層面來說明。前三者，是就志工在團隊中的服務範圍來看；後者，是就團隊成員之一的角度來談。

(一) 廣泛與多元的安寧志工角色。對團隊而言，從較為廣泛的角度來看，由於安寧病房的家庭化設施，讓它有別於一般病房，少了醫院的氣息，多了居家的活動。例如，病人家屬有共同的客廳可供會客；病房多了魚兒、小鳥、盆栽或其他可以展現生命力的擺設；廚房偶爾傳來咖啡香、陣陣撲鼻的藥膳味、點心分享；每逢中西節慶的歡祝活動；為病人慶生 等等，所有的點點滴滴營造出安寧病房特有的氛圍，也豐富了安寧病房別具創意的服務，讓安寧志工的服務並不是只有照顧病人這件事情。然而，也正是這些豐富性，使得原本即需多樣性志工來滿足病人及家屬廣泛需求的同時，對於安寧志工角色的扮演也更趨多樣化，除了直接服務之外，還包括各種間接性的服務。因此，就整體而言，安寧志工的角色是廣泛與多元的。

(二) 提供身體照顧的輔助性角色。若從實務面的角度來看，尤其是對提供直接服務的志工而言，安寧志工是為了滿足病人需求而配合團隊提供服務的輔助性角色。所謂「輔助性角色」，就是以協助專業人員的立場來提供服務的。因此，安寧志工在為病人做任何直接肢體接觸時，理應有護理人員在場，志工只能在旁提供協助，不可獨立完成。若無護理人員或護理助理（護佐）在場，即使是資深志工，在提供服務之前，都必須經由專業人員的指示，確認病人當天的身體狀況是否適宜，方可提供該項服務。而這樣的「確

認」過程，即使是過去曾經提供過同樣的服務，在不同時間重複提供服務時，這種「確認」仍是不可少的。例如 B 社工師所作的說明：

美足護理大概護理人員會先做評估，那評估之後她會做簡易的提醒：告訴志工說現在這個病人，他可能要做美足護理的方式是什麼？那他需要的，有的病人喜歡精油或者是什麼的話，那需要的東西他們調配好的是什麼？那會準備好，儀器都弄好，護理人員都弄好，然後就請志工可能在旁邊先陪伴說說話，然後護理人員會先做一側，然後志工做一側，會先用這樣的方式，或者是有的比較資深熟練的志工，他們經過跟護理人員溝通之後，知道這個病人的狀態之後，被授權是同意，目前這個病人狀態是穩定的，所以你可以去進行，那志工才會自己去做，要不然志工是不會自己獨立去進行（B-20-15~21-02）。

除了美足護理之外，直接服務範圍中的洗澡、洗頭、按摩、翻身、擺位、剪頭髮、口腔清潔 等，都是必須依據專業人員的指示而提供的服務。之所以必須經由專業人員的指示，主要在於病人可能隱藏著特殊症狀，若隨意服務，可能帶來傷害，例如 I 社工師所舉之例：「譬如我們現在最常做的按摩來講的話，有些志工他如果沒有考慮到他 bone metastasis，那有可能會造成病人的傷害（I-21-13~21-15）」又如 L 心理師所說的：「那志工會幫病人做一些足部按摩，我們叫美足護理啦，但是這個東西要看，因為有時候他是淋巴水腫，志工是不適合去幫他按的（L-09-02~09-05）」因此，是否「依據專業人員的指示而提供服務」便成了安寧志工嚴守輔助性角色的防守線；換句話說，安寧志工是置身第一線之外的，未經指示而介入服務，即踰越了安寧志工的倫理。

（三）提供心靈陪伴的輔助性角色。安寧志工在心靈層面所扮演的角色是比較難以界定與評估的，雖然如此，但仍不離輔助性角色。具體言之，安寧志工不須解決問題，只須讓病人/家屬有被關懷的感覺即可。病人若有待解決的問題，是由專業人員與家屬來解決，而非由志工處理。因此，當志工遇到非能力所及或超出志工所應服務的範圍時，應當尋求協助或轉介給專業人員。例如 P 社工師對於志工的「陪伴」即做了以下的說明：

所以我常常也會跟志工講，不要想要去做問題解決，你只要做陪伴就好了，你如果真的能夠達到陪伴的效果，讓病人跟家屬感受到在那個當下他不孤單，這個人真的關心到你，關心到你的心情，你在受苦的心情，你很孤單的心情，那就夠了，你不用幫他解決問題。他今天有出院的問題的話，所以他要想辦法來跟醫生討論的，跟社工討論的，或跟其他人討論，跟他家人討論，但是不是你去幫他解決他的出院問題。所以在這個部分，我常常會這樣跟志工講，那我也會跟他們說，如果你覺得你沒有辦法應付的時候，你一定要求救，你可以找你志工的伙伴討論，你可以找社工討論，甚至你緊急馬上找護理人員來出來處理，這些都可以 (P-27-14~28-02)。

P 社工師表示，有些志工提供服務時抱持著「解決問題」的態度，例如：「他很悲傷，我要怎麼幫他抒發？」當「解決問題」成了「任務」時，志工便有無法達成任務的壓力 (P-27-06~27-14)；或自以為是的引導病/家，產生亂引倒帶的結果 (N-20-06~20-12)。因此，當志工面對病人家屬的悲傷情緒時，N 社工師做了以下的建議：「如果真的是沒有辦法，只有你一個的話，我們跟他強調一個肢體的陪伴，跟無言的陪伴，譬如說你就拉著他的手，或者是你就抱著他，其實這樣就夠了 (P-21-03~21-06)。」N 社工師認為這樣是比較能夠謹守得住志工角色的方式。由此觀之，安寧志工在心靈層面所扮演的輔助性角色，是不須解決問題的陪伴者角色；也就是說，是關懷者，而不是輔導者或治療者。

(四)「全人」的志工角色。以上三種角色，是就服務範圍來看，接著將就團隊成員之一的角度來看安寧志工的角色。P 社工師表示該院不只將安寧志工視為「志工」而已，更以尊重「一個人」、「團隊中的一份子」的態度來看待安寧志工 (P-08-02~08-04)。而所謂將安寧志工視為志工，即是有什麼事就找志工做，其服務的內涵可能超出了志工角色所規範的範圍之外，例如，比較像是護理人員所該負責的工作 (P-08-02~08-08)。因此，在 P 醫院，志工雖然有協助提供身體層面的照顧，但是在受訪者的基本資料中

是不勾選「簡單醫療照顧」的²⁵。以下是 P 社工師在說明「視志工為志工」與「視志工為一個人」的差別時，所作的部分說明：

差別就是：你什麼事情就找志工做，他就是當一個志工。那你如果把志工當人時你會考慮到他的情感，考慮到他的感受，你會考慮到他的權利，考慮到他也應該要做的義務，這些都包括在這裡面。所以志工不只是一個志工而已，他是一個人，在這個團隊裡面，他是有感覺的，他有思想的，他可以表達的，他可以說不的，是這樣的一個不一樣的觀念（P-08-13~08-20）。

由此可見，P 醫院對於安寧志工的角色定位非常清楚，不但要求志工在承諾成為一位志工時所應盡的責任、義務及所應遵守的志工規範之外，更顧及志工的個人狀況及權利，可說是從一個整體的、全人的角度來看待安寧志工在團隊中所扮演的角色。當然，其他的受訪者也曾傳達了類似的意涵，只是在這裡 P 社工師明確的點出了不只將安寧志工視為志工而已，更是以尊重一個人、團隊中的一份子的尊重態度來看待。其實，也就是 Kavanagh（1983）所聲明的：安寧志工不應該被視為用來補足工作人員或方案預算的廉價勞工，也不是安寧療護中的二級公民。

二、臨床上的安寧志工角色

臨床上的安寧志工角色將分「如朋友與家屬般的親密關係」、「親密關係所帶來的負面反應」，以及「外來的、陌生的干擾者角色」等三個部分來分析與探討，進而瞭解安寧志工上線時所扮演的角色，及可能遭遇到的相關問題。

（一）如朋友與家屬般的親密關係：臨床上的安寧志工角色顯現在志工與病/家的關係上。由於安寧志工是以家庭外在資源的角色介入病人的家庭，在建立的關係上，安寧志工具具有以下幾個優點：(1)安寧志工是無給薪的、(2)相較於專業人員而言，有較長的時間來陪伴與協助照顧病/家、(3)對病/家的服務是從最細微之處做起，例如：協助洗澡、

²⁵ 請參考 p.73 受訪者的基本資料中對*(身)註解。

洗頭、按摩 等、(4)與病/家的對話較不具有目的性，也就是說這是一種閒話家常的聊天過程。這些優點讓安寧志工有機會與病/家做較為深切的聯結，因此，大多數受訪者都曾表示安寧志工與病/家在關係的建立上，更勝於專業人員，甚至有些病/家願意與特別投緣的安寧志工談及生病歷程及其生命史。

正因為如此，心靈層面的接觸也可能較為頻繁，故而 C 與 P 社工師承認在心靈層面，安寧志工所扮演的角色是比較難以界定與評估的（C-22-20~23-06；P-24-25~25-06）。A、B 與 G 社工師則認為安寧志工與病/家的關係比較像是朋友或家屬（A-17-02~17-04；B-31-20；G-13-21~14-01）。而 O 社工師更進而表示有時候雖然病人往生了，但遺族與安寧志工的關係會轉化成更深的情誼，繼續保持連繫，以下是她的說明：

我們每年也都會有遺族大會，對，甚至有時候志工都跟那些遺族變成了莫逆之 就是比較深層的情誼啦，甚至孩子大了有時候都還會跟 因為有些是屬於十四、十五歲，那四、五年後孩子大概也都比較大一點了，都還會跟我們志工阿姨他們有連繫這樣子，我會覺得那個才是難能可貴的部分（O-68-22~69-03）。

類似這類較為親密的關係建立，雖然有助於安寧志工能夠順利的成為病/家的外在資源而提供陪伴、關懷與協助照顧，但其中也可能隱含著負面的連鎖反應。

(二) 親密關係所帶來的負面反應。安寧志工與病/家的關係過度親密，可能造成的負面反應包括以下幾種：

1、情緒的過度涉入：安寧志工在非服務時間繫念病人，乃至造成情緒過度涉入的現象，是一般顯而易見的，乃至其他團隊成員都可能發生類似的現象。這類的情緒須藉由自我覺察來抽離。但有些志工容易過度涉入而不自覺，例如 O 社工師即表示：「我們那些志工媽媽回家都還是在想這些事情，然後晚上還會打電話來跟我講：」（社工師名字）！我跟你講，那個什麼什麼（O-20-16~21-09）。」其實，情緒的過度涉入，不只是安寧志工的現象，也是其他團隊成員都可能發生的事情（O-21-13~21-19；P-24-25~26-02）。除此之外，志工也容易過度涉入病患的家庭糾紛中，例如夫妻、婆媳、父母與子女間的情

感或財務糾紛等。

2、自掏腰包支助病/家：B 社工師舉了一個案例：「像之前曾經有個志工他就是發現跟這個病人家屬接觸了很久，知道他們家境很有困難的時候，甚至自己自掏腰包給錢，真的生活很困苦，然後就給了錢這樣（B-18-08~18-12）。」社工師表示這樣的行為除了違反志工倫理之外，也容易讓病人家屬誤以為只要哭訴，便可獲得報酬。或許，就如 Cummings（1998b）提醒喪慟關懷的志工應該確認適當的界限，認為情感問題的預料及無關乎喪慟的，都不是志工的領域一樣，安寧志工也應該提醒自己回歸「不須解決問題」的陪伴者角色吧！

3、因志工倫理的界線不明而產生不同角色間的對立關係：另外，B 社工師也表示當志工不能謹守志工倫理時，容易引發人與人之間的衝突。這些衝突包括：家屬與病人、病/家與團隊、志工與志工，或志工與團隊之間的衝突（B-31-15~31-24）。尤其是志工容易將自己視為家屬，這是處理起來比較複雜而且棘手的模糊關係，因為志工容易與醫護人員產生對立關係，以下是 B 社工師所作的說明：

自己是病人的家屬的時候，那個立場就是共同來指責醫護人員，就是你怎麼沒有怎樣怎樣的時候，就有一點角色已經模糊掉，這個部分會是在病房裡頭很容易會發生的，對，那就是像我剛才提的，一方面我會跟阿長，如果有發現這樣的事件的事件的時候，我們兩個會一起來處理這種衝突的事件，那甚至有時候比較複雜一點的時候，需要兩邊各別談了之後再安排互動的那個針對這個事件是不是要公開的去討論，在團隊的會議當中啊，或者是其他公開的場合去做一些澄清，對，這個部分是比較困難，也要比較小心，對對，因為很容易會有心結這樣子（B-31-20~32-07）。

情緒的過度涉入、自掏腰包支助病/家，以及因志工倫理的界線不明而產生不同角色間的對立關係等，這三種反應是安寧志工在與病/家建立陪伴與關懷的親密關係時，所應特別留意的負面關係之發展。而這和 Saunders（2002）引用 Roget 分類詞典在“Willingness”

標題下，對安寧志工的態度與特質所提出的「過於投入作為一位行善者」與「易受他人利用」等警告是一致的。尤其是當過於投入行善與易受他人利用特質的志工遇到生命最脆弱時期的病人及其家屬時。Saunders (2002) 因此建議：如果要讓所有的志工實現他們真正的潛力，那麼就必須特別小心地做好篩選、訓練及管理的工作。這也是國人在運用安寧志工時，可以引以為參考的。

(三) 外來的、陌生的干擾者角色：雖然病/家、團隊與志工之間的關係可說是互惠的，一般而言，較少志工是被病/家所拒絕的。但是，有些病/家還是會婉謝志工的探訪，原因可能是需要安靜、不習慣陌生者的探視，或過多的探訪對病/家而言形成一種干擾。例如，D 社工師所說的：「有時候太多人去，對他們來講，其實也是一種干擾，不只是我們志工，其他工作人員也 院牧跟社工，如果兩個不同時間去，就是這樣吵他兩次，沒有辦法獲得很好的休息 (D-32-23~33-02)。」另外，有關病/家不習慣陌生人探視的部分，D 社工師則做了以下的說明：

因為我覺得我們鄉下地方，大家還是會蠻客氣的啦，對於志工的探訪，有時候家屬都會說：多謝喔，不用啦！或者說，這是我的親人，我應該有義務照顧他。

所以，有時候明明家屬已經很累了，還是會堅持在旁邊 (D-12-09~12-15)。

對於這種情形，A 社工師表示志工的服務是因應病/家的需求，「拒絕」表示病/家無此需求，志工應用心於其他有需要志工服務的病/家身上 (A-24-25~25-10)。但是，為了緩和第一次見面所帶來的陌生尷尬感覺，A 醫院有所謂的「病房茶水服務」，A 社工師對此作了以下的說明：

茶葉水有兩個目的，第一個是讓他有個機會去探視病人，第二個狀況是有些病人躺著，他沒有辦法起來刷牙漱口，那漱口水的味道又很噁，我們就會用茶葉水讓他漱口。那有些人他不喜歡喝白開水，他喜歡喝有一點點味道的，茶葉水也可以提供給他們有一點點味道的水，對。所以後來我們早班志工來

的時候，我們就告訴他們就泡一壺水，每一床去，就這樣的機會，一方面讓病人知道，二方面就是讓志工知道這床病人的狀況（A-08-15~09-01）。

「病房茶水服務」可說是安寧志工主動提供關懷與協助的仲介性服務，藉由茶水服務，讓病/家與安寧志工可以打開話匣子，乃至趁機介紹除了茶水之外，也可以幫忙洗頭、洗澡，或其他服務等，這就開始了志工與病/家的第一次接觸（A-09-09~09-13）。

Stephany（1984）在表列安寧志工可能遇到的問題中，對於這種外來的、陌生的角色，也列了三點來說明：一者，要走進一個陌生的家庭是有困難的，但還是要鼓起勇氣去開始彼此的關係；二者，如果病人希望獨處的話，可以安靜的陪伴，在這種情境下，可以每一次帶一些東西來閱讀；三者，有的病/家一開始不認為他們需要志工，要給家屬時間來瞭解志工的服務。雖然 Stephany 說明的對象是居家安寧志工，但是那種初次接觸陌生心境是類似的，而 A 醫院的「病房茶水服務」，除了可以避免志工成了外來的、陌生的干擾者角色之外，也可以促進志工提供服務的機會，其實是蠻恰當的仲介性服務。

另外，研究者於 2003 年 11 月 28 日，在非事先約定與未表明研究者身份的情況下到 B 醫院做觀察研究，看到有人推著老先生到客廳，坐躺在專為病人設計的舒適椅上，自己則靜靜的在旁看著報紙，研究者以為是女兒陪伴著年邁的父親，詢問之下才知道原來陪伴者不是女兒，而是志工。這或許可與 Stephany 認為當病人需要安靜時，志工可以閱讀作一呼應！其實，陪伴一定要對話嗎？一定要與病人談論家人、事業、休閒、回憶往事以及過去的成就嗎？是否不自顧自的做著自己的事情才算陪伴？有趣的是 Stephany 將「讓病人看你如何作縫紉」列在娛樂病人的方式中。或許，各種方式是否能達到陪伴的感覺，是依個案當下的需求而定，無法一概而論的。

三、 志工個人生命中的安寧志工角色

L 心理師的幾段話是值得深思的：

誰下班之後不想在家陪小孩，看電視，跟男朋友逛街，為什麼會 stable 來醫院當志工，這是一個 abnormal，對他們來講是 abnormal 才是(L-08-15~08-18)

就盡量創造這邊是好的環境，可是也有很多人就是會 withdraw，因為他家庭的關係，各種關係，就會沒有人來這樣子 (L-27-20~27-24)

可是你要知道志工在一個醫院裡面，他 cover 的層面很廣啊，志工有志工的人際關係啊，對不對？他在這裡有沒有交到朋友，他在這邊跟醫療人員相處怎麼樣？他陪伴你有疑惑，可是他可能也有成就感啊，他不是單獨只有問題這件事情取決於他能不能繼續下去，他在這邊是一個生態啊 (L-32-21~33-02)

上述的幾段話，談到了一個很重要的主題，也就是「志工個人生命中的安寧志工角色」。在第一段話中，L 心理師表示志工角色對志工來說，理應只是日常生活中的非正常角色而已。

然而，這其實也涉及到安寧志工的個人背景及參與動機；例如，近年來有較多相關背景的學生（如護理、社工、心理系等）投入安寧志工的行列，這些學生安寧志工的參與，多是以準備進入職場而預先學習為動機（B-34-22~35-10）；也有癌症病人擔任安寧志工，藉以調適個人的心情，無形中也可能拓展了個人資源與支持力量；或有退休人員與家庭主婦，他們的時間可能就較為自由或具有彈性（G-23-06~23-13、37-18~37-23）。諸如上述種種及其他未提及的情境，隨著個人背景及參與動機的不同，「安寧志工角色」在個人日常生活中所扮演的「非正常角色」自有輕重之不同。當然，將此角色扮演視為畢生志業的，亦有之。例如，A 社工師表示其他醫院有全職志工，一天上八小時，一星期上五天班（A-38-03~38-06）；而 O 社工師則表示該院的志工隊長是每天上班，甚至連晚上也還在服務，更要負責突發狀況的人力調度（O-52-03~52-12；O-51-04~51-04）。

但是，不論安寧志工角色在個人日常生活中所扮演的非正常角色是輕或是重，L 心理師提到了一個重點：志工的服務生態。L 心理師表示此「服務生態」是由多重因素所

構成的整體生態。而構成「整體生態」的多重因素包括：1、志工的人際關係，2、與醫療人員相處情況，3、成就感，4、解惑（自我成長），5、家人的支持等，這些不同因素所共同交織而成的「整體生態」支持著志工持續服務下去的意願。而在這些多重因素中，「志工的人際關係」和「與醫療人員相處情況」可能與志工的個人特質以及團隊的氛圍有關；「成就感」和「解惑（自我成長）」可能關係著志工個人的投入程度與理解力，以及團隊的教育訓練與帶領過程等；除此之外，家人是否支持，也可能是影響志工能否持續提供服務的重要因素之一。

由於 L 醫院重視來自家人的支持因素，因此該院對於課程的規劃理念，不乏是以安寧志工為主體性的考量所規劃出來的，認為安寧志工應該是先利益他的家人，才進而利益別人；當志工覺得已先利益了自己與家人時，自然會願意 offer 一些力氣來幫助別人，而家人也會支持他出來當志工。在此理念下所規劃出的課程，例如，優格 DIY、蛋糕製作、如何檢察自己的脂肪 等（L-20-16~21-14）。另外，為安寧志工所規劃的「傾聽陪伴支持團體」也是歡迎志工邀請家人來共同參與的，L 心理師認為這些都是可以提昇家人的支持度（L-33-06~33-13）。

Ajemian (1993a)和 Cummings (1998a) 也是重視來自家人或社會網絡對於安寧志工的支持度，但 Ajemian 與 Cummings 主要是針對面談篩選過程中應考量的方向所提出的提醒。這與 L 醫院以安寧志工為「主體性」來規劃相關的在職教育訓練課程，藉以協助安寧志工先能自利再利人，並間接的提昇志工家屬對志工持續服務的支持度，這兩者的出發點是有所不同的。因此，L 醫院規劃課程時所含攝的對象，更擴及了與志工息息相關的家庭，相信這也是左右志工個人生命中「安寧志工角色」之扮演的重要因素。

肆、特殊直接服務的安寧志工角色

所謂「特殊直接服務志工」是指所提供的直接服務涉及特殊的興趣與技能，或服務的範圍特別聚焦在該項服務上；例如，音樂/藝術/娛樂志工、靈性關懷志工、悲傷關懷志工等。以下將針對目前各醫院在特殊直接服務志工方面的運作概況，以及各醫院對於

發展特殊直接服務安寧志工的相關條件提出的看法與說明，分別陳述於下。

一、目前各醫院在特殊直接服務志工方面的運作概況

(一) 音樂/藝術/娛樂志工：

1、音樂志工

有關音樂方面，只有 F、G 及 I 社工師有提及。F 社工師表示該院曾經有位不敢看即將過世病人的志工，但其專長是拉小提琴，由於 F 社工師的理念是希望安寧志工能發揮其所長，因此同意這位志工經常可以拉著他的小提琴給病人聽，或參與音樂活動的策劃與協助 (F-12-10~13-01)。G 醫院於每星期四會固定的以唱詩歌的方式來奉獻給病人，表達帶有宗教性的靈性關懷；這雖然是屬於全院性的固定活動，但在安寧病房有特別的優惠，也就是獻唱的時間比其他病房還長 (G-30-21~31-08)。另外，I 社工師則表示該院為了能讓病人更為舒適，曾經嘗試引進醫學共振的音樂治療法，但由於這種治療法是以音樂片作為處方，因此，不同症狀必須搭配不同的或多種的音樂片，在經費太高、耗費時間、人力不足、訓練不夠，以及治療成效問題等多重因素的考量下，故而未積極的推展 (I-20-22~21-09；I-31-18~32-03)。

上述 F 與 G 醫院所運用的音樂志工，類似 Stephany (1984) 將彈奏樂器列為娛樂病人的方式，應該是屬於娛樂志工。但 G 醫院的娛樂性質較少，反倒是宗教靈性色彩較為強烈。而 I 醫院所提的「音樂」則涉及治療，偏向 Cummings (1998b) 所提到的以特殊興趣提供服務之志工，這類志工必須與治療師共同工作，不可以單獨上線，而且必須接受治療師的訓練與督導；他們所提供的服務，是在病床邊播放選好的錄音帶音樂，協助諮商心理師作放鬆的練習，或為病情穩定與來日方長的病人作介紹而已。雖然如此，但 Cummings 對這類志工的要求是嚴謹的，認為必須具備安寧志工的教育訓練與經驗，而且熟悉末期疾病與預期失落的影響，才以其興趣做為新面向的考量；換言之，是資深志工才可參與的服務，這與 F 醫院及 Stephany (1984) 將音樂視為娛樂病人的方式是有所不同的。

2、藝術志工。

有提供美術治療的只有 O 與 P 醫院，他們的共同點是由專業美術治療師來提供服務。O 社工師表示該治療師不屬於正式志工系統之內的 (O-31-09~32-08)；P 社工師則表示該院的美術治療師，是以專家出席費的方式聘請的，每星期出席團隊一個半天的工作天 (P-39-16~39-23)。但不論是 O 醫院或 P 醫院，都是沒有開放安寧志工來參與協助該項服務的。另外，H 醫院在安寧志工隊成立第一年也曾嘗試針對志工的興趣作分組訓練，但由於後續的訓練及運用未能持續，而且在臨床服務上難以達到理想成效，因此轉為招募具有特殊才藝的志工，當病人家屬需要時才適時的提供服務。例如，由具有手工藝專長的志工帶領病/家做工藝品，除了轉移病/家的情緒之外，同時也豐富住院期間的生活體驗 (H-10-19~11-01)。

O 醫院與 P 醫院的美術治療是屬於專業性質的，如果開放志工參與協助服務的話，即是 Cummings (1998b) 所謂的以特殊興趣提供服務之志工；而 H 醫院的特殊才藝志工，則偏向於娛樂志工。雖然在訪談對象中，沒有人提到如 Cummings (1998b) 所提的藝術志工，但從文獻資料中，卻可找到類似的志工服務：據呂素貞 (1999, 9 月) 表示，在其「藝術治療工作室」中，有一群能幹而慈愛的義工，其中有位擅長做布娃娃的藍媽媽用病人生前的絨布睡衣，為病人的小孩縫了一個非常可愛的大熊寶寶，讓這個小孩在夜裡彷彿可以抱著媽媽入睡一樣²⁶。其實，這類志工即是協助專業人員而提供的服務，他們應該未必要具備如 Cummings 所要求般的嚴謹培訓過程及相關的服務經驗，因為這是他們本具的技能，而且他們並未涉及直接服務。

(二) 靈性關懷志工

在靈性關懷志工方面，只有 J 醫院是較為積極的推展中，其他醫院多為宗教師或受過部分傳道訓練的牧師，他們是員工之一，類似靈性服務的社工人員，由於不是志工，因此沒有深入追問相關的服務模式。而由於 J 醫院是屬於教會醫院，因此，目前正在推展的是另外招募以該信仰為主之牧靈志工 (J-17-14~17-19)。對此，J 社工師表示牧靈安寧志工，在認定上是比較模糊的，主要在於牧靈安寧志工是由院牧部負責規劃，但在管

²⁶ 據 M 醫師表示，當時呂素貞在該團隊作研究 (2006/4/2)。

理上卻是由社工室來負責，因此這部分未來還有待調整與摸索（J-20-22~21-05）。

Cummings（1998b）認為之所以運用神職志工，是由於一般牧師無法經常去探親病人，因此才尋求有興趣的安寧志工將服務範圍延伸至靈性層面。雖然如此，但 Cummings 對於延伸這個層面的服務，除了和他所提的前幾類特殊興趣志工一樣，必須應有一般安寧志工的教育訓練與經驗，而且熟悉末期疾病與預期失落的影響之外，還必須具備幾個基本條件：1、在牧師的督導下推展；2、針對個人的、情感的，以及靈性成熟度上來作謹慎的篩選；3、另外給予神職或宗教上的教育訓練。這與 J 醫院所推展的靈性關懷志工是一樣的，而且 Cummings 所提出的課程也是以神學的相關議題為主，對照於 J 醫院是屬於教會醫院，這兩者可說是一致的。

雖然，在本研究中，並沒有其他的訪談資料明確的提到靈性關懷志工，但有趣的是安寧照顧基金會與馬偕合辦的一系列靈性人員專業教育中，參與的學員卻包含了不同信仰的臨床服務志工（陳明麗，2000，12 月）。而且，陳明麗（2000，12 月：19）也明確的表示「安寧病房中照顧病人的 team 成員都具有資格從事靈性照顧，協助病人心安。」Stephany（1984）也建議安寧志工可運用為病人作祈禱、大聲讀聖經、攜帶教會的錄音帶，以及鼓勵病人談論自己的信仰來為病人提供心靈上的支持。既然如此，那麼有需要特別發展出靈性關懷志工嗎？這是否是分組服務下所成立的組別之一呢？或者，只是因應宗教醫院之宗旨，故而特別成立了這樣的一個組別？由於這關係到服務動機及是否以病人為中心，是發展靈性關懷志工時所應釐清的問題。

靈性關懷志工所關懷的對象是病人，而不是只為特定的宗教提供服務。在全球化的趨勢下，宗教信仰也是呈現百家爭鳴的現象，在這種情境下，靈性關懷志工如何因應各種信仰或沒有信仰的病患，提供相應的靈性關懷呢？尤其是帶有宗教色彩的醫院，他們如何看待臨床上的不同宗教議題呢？就現況而言，幾乎所有宗教醫院的受訪者，對於安寧志工與病/家作不同宗教上的分享時，要是因應病/家的需求，基本上都會採取尊重的態度。然而，在此必須特別說明的是，這些訪談資料並非來自院牧部的成員，而且受訪者的宗教信仰也未必與該院一致。

雖然如此，但誠如陳明麗（2000，12 月）所說的：「我們每天不都是照顧著不同信

仰的病人嗎？我們不都關心他/她們心靈的平安與否嗎？即使他們是與你不同宗教，你可以不聞不問嗎？」因此，她表示自己在意的是對方的心靈平安嗎？至於宗教，則是其次。畢竟，在多元宗教的社會裡，安寧的靈性照顧及其需要是跨越宗教上的侷限的，這樣的關懷態度是值得參考的。

(三) 悲傷/喪慟關懷志工

在悲傷/喪慟關懷志工方面，只有 E、H、J、N、O 等 5 家醫院有發展這個層面的志工，這 5 家醫院的發展條件不盡相同。另外，L 醫院以其經驗認為安寧志工不宜走專業化路線，故而終止發展悲傷/喪慟關懷志工。以下將作進一步的說明：

1、由具有相關專長之志工發展而成的悲傷關懷志工

H 與 J 醫院的安寧志工中，有些具有相關的專業背景，例如，大專院校的輔導老師或曾在諮商協談機構、家暴中心等擔任長期的志工。由於這些志工本身所具有的相關背景，故而在較深入的關懷方面，會運用其專長（H-07-19~07-23；J-29-01~29-05）。這樣的志工接近 Doyle（2002a）所提到的「以專業才能提供服務的志工」。Doyle 認為這些志工應具備一些強制性的條件，除了屬於安寧志工的入門課程之外，還必須提出相關的資格證明，乃至還要有為病人及緩和療護病人服務的特定資格。相較於這些強制性要求，H 與 J 醫院的悲傷/喪慟關懷志工條件雖是比較接近的，但不同於 Doyle 的是：他們專業領域未必在病人身上。

另外，I 醫院雖然尚未發展悲傷/喪慟關懷志工，卻不反對與大學相關科系相聯結，使學生可以成為安寧團隊的人力資源，例如輔導系或其他相關社團（I-19-18~19-24）。這類悲傷/喪慟關懷志工，並不具備 Doyle 所謂「專業志工」的條件，反而比較像是提供機會讓學生有強化學習與技能的機會。對於這類志工，在運用上或許除了必需具備基本的入門課程之外，更要有相關的專業領導者來引導這群未具專業能力的學生志工，以避免未蒙其利先受其傷吧！而且負面影響的範圍可能擴及整體（包括服務者、被服務者、醫療機構，以及校方）。

2、以志工的「人格特質」及「與病/家建立的關係」篩選悲傷/喪慟關懷志工

發展這類悲傷/喪慟關懷志工的包括 E 與 H 醫院，他們的共同特點是必須經過社工師的評估（E-20-18~20-25；H-08-06~08-07）。E 社工師尤其強調志工的人格特質，篩選的方向則是考量其表達能力、情緒及穩定度等，E 社工師認為不須要特別分出特殊專長志工，只須篩選出不適合直接關懷的志工即可（E-19-13~19-16；E-20-18~20-25）。因此，E 醫院的悲傷/喪慟關懷志工，其實即是直接服務志工，只是其服務範圍可能涉及悲傷/喪慟關懷；是故，E 社工師特別強調是「關懷」而非「輔導」（E-16-13~16-15）。

這類悲傷/喪慟關懷志工與 Payne（2001）的研究對象有些類似，在 Payne 針對紐西蘭安寧喪慟關懷志工角色所作的評估調查研究顯示：2/3 的志工有參加一般性的志工訓練，但是只有 37% 有接受過喪慟支持的訓練。值得參考的是在 Payne 的研究中，雖有高達 96.7% 的志工認為他們是受到支持的，而且 92% 的志工覺得在這方面提供了有意義的服務；但是，卻有 50% 的志工認為他們的工作在情緒上是苦惱的。由於 E 社工師強調的是人格特質的篩選，因此這類志工是否有類似 Payne（2001）的研究結果 50% 的志工在工作上的情緒是苦惱的，或許需要進一步調查研究方可得知。

另外，視關係而定的部分，其運用方式則屬於個案式的任務取向，雖然如此，但人格特質的考量仍是不可少的（E-19-09~19-14），而 H 醫院在發展悲傷/喪慟關懷志工方面，則是「具相關專長」、「人格特質」，以及「與病/家建立的關係」三者同時運用，以個案認養的方式來提供較為深入的關懷（H-08-21~09-07）。這種以「關係」為主而篩選出任務取向的悲傷/喪慟關懷志工，或許正如 Craig（1994）所說的，安寧志工與家屬發展出不同於專業人員的關係，經由實際需要的協助與提供情緒的支持，在家屬的哀傷關懷上擔任了重要的角色。而 H 醫院的個案認養方式，除了扮演家庭外在資源的角色之外，更可藉由密切服務所建立起的關係，為病/家提供更深層的悲傷/喪慟關懷（非悲傷輔導）。

3、寄發慰問卡及電話關懷追蹤等悲傷/喪慟關懷志工

N 醫院與 O 醫院的悲傷/喪慟關懷志工，主要是以寄發信件、慰問卡、電話關懷追蹤，以及參與協助一年一次的追思會（悲傷輔導團體）為主（N-04-23~05-03；O-66-02~66-08）。O 醫院的在悲傷/喪慟關懷方面，對於特殊個案，除了定時電話追蹤之外，有時還會親自家訪傳達關懷（O-66-13~66-16）。O 社工師表示從事悲傷/喪慟關懷的安寧志工都有進修

相關的課程，而且課程與社工的訓練是很相近的；在志工提供關懷的過程中，社工師會藉由討論來確定志工是否適合持續悲傷/喪慟關懷的工作？在她的觀察中，發現安寧志工一直持續的在進步；因此，O 社工師讚嘆的認為或許安寧志工未來有與專業人員並駕齊驅的可能，因為有些資深安寧志工已經擁有啟動能量的「關懷之鑰」(O-66-24~68-17)。以下是 O 社工師的說明：

因為我覺得那個是要經驗累積的，你不可能憑空就會技巧啊，對，我真的覺得很多事情都是需要經驗，尤其是在這個領域的部分，有時候就是一點點的那種小技巧就可以讓那個陷在裡面的人走出來，或是豁然開朗這樣子，可是我覺得那個真的很多時候是需要時間跟經驗累積，你才有那樣的能量去啟動他 對方能量的鑰匙，對，我覺得那幾位志工媽媽他們已經開始有那一把鑰匙，而我可能連那個鑰匙的形都還不知道在哪裡。有時候啦，當然就是說我們可以藉由其他我們原本受的專業背景來補強我這一部分，可是我覺得跟他們那種直接實際去累積那種生死經驗的來講，我覺得還是有差別的(O-68-04~68-17)。

O 社工師說明了理論與實踐，以及專業背景與實際臨終關懷經驗之差異。「關懷之鑰」往往是由時間與經驗形塑而成的，資深安寧志工所累積的經驗可能比初接觸的專業人員還多，而這也點出了未來新任安寧社工師與資深安寧志工之間可能出現的問題。

4、以「安寧志工不宜走專業化路線」而終止發展悲傷/喪慟關懷志工

以上三種類型的悲傷/喪慟關懷志工，第一類屬於比較專業的，第二、三類屬於一般安寧志工，只是關懷的層面比較偏向悲傷/喪慟議題。不論哪一種，顯示出運用安寧志工來協助專業人員提供悲傷/喪慟關懷，是部分醫院所推展的。然而，值得注意的是，L 心理師雖然也認為這個層面的關懷正如一般安寧文獻上所顯示的：不但是需要的，而且是重要的，只因缺乏人力而無法因應需求而提供關懷；然而，他對於志工的投入卻持反對立場。因此，該院雖曾嘗試運用安寧志工來提供這個層面的關懷，但後來卻終止了，終

止的原因則是安寧志工不宜走專業化路線 (L-05-08~05-19) (所謂的「專業化路線」, 將在下個單元中作進一步的討論)。這種觀點與 O 社工師的讚嘆有些資深安寧志工已擁有「關懷之鑰」, 有著相當大的差異。

關於這點, 如果悲傷/喪慟關懷志工如 Cummings (1998b) 所分類的特殊興趣直接服務安寧志工, 他們不但具備相關教育訓練與經驗, 熟悉末期疾病與預期失落的影響, 而且有特殊專業人員來督導。那麼, 安寧志工的悲傷/喪慟關懷角色, 應該是屬於協助的而非專業的。然而, 或許為了確保服務品質, 在悲傷/喪慟關懷志工的運用上是需要特別小心地運籌帷幄, 以確保方案的安全性與效益性; 也或許正如 Jaramillo (1997) 針對 Fundacion Omega 經驗所說的: 有些情況變得無法管理, 所以只好解散志工隊吧! 只是值得深思的是, 當推展安寧志工參與悲傷/喪慟關懷時, 應當如何去確認服務的適當界限, 以確保安全性與效益性, 或許是另一個值得深入探討的議題。

二、發展特殊直接服務安寧志工的相關條件

(一) 具專業能力

在未發展特殊直接服務安寧志工的部分, 最被質疑的是志工的「專業性」, 尤其是悲傷輔導。A 社工師表示並非上過相關課程即可充任為特殊專長志工 (A-24-07~24-15); B 與 C 社工師則認為安寧志工的訓練課程都只是粗淺的概念, 不適合做深層的悲傷照顧 (B-54-13~54-23; C-20-24~21-02); 而 B 社工師更明白的指出安寧志工想要去治療別人, 是很危險的 (B-54-22~54-23)。另外, L 心理師針對所謂「安寧志工的專業化路線」作了以下的說明:

所謂「專業化」就是讓他們去上傾聽陪伴, 那個傾聽技巧啦、輔導技巧啦、助人的方法啦那些的, 想要把他們變成專業化的人 (L-05-19~05-21)。

那「非專業化」就是你們昨天聽到的, 我們在談的一些東西, 就是說陪伴的時候要怎麼樣, 那什麼是重點, 那你看我們志工一下去就是整個家庭在關心。像

昨天那個 (志工名), 他們要租房子, 趕快, 我開著車就帶他們去。那這種 daily life 的一種陪伴才是在臨終, 這個志工這裡面最重要的一種蠻本質性的東西 (L-05-22~06-04)。

從上面的說明, 可以發現這裡所謂「專業化」與「非專業化」的差別在於一個是「著重技巧與方法」, 另一個則是「掌握臨終陪伴的本質」。而所謂「臨終陪伴的本質」, 其實只是日常生活化的一種陪伴而已。

L 心理師表示早期是以理念來推動安寧療護, 服務也是以理念做為導向; 換句話說, 即是照著健康者的想法去做, 例如, 悲傷/喪慟輔導、音樂/藝術治療等特殊直接服務 (L-07-08~07-14) 因此, 該院曾經舉辦過悲傷輔導讀書會, 但後來發現它對病人來講並不那麼重要, 未必能符合臨床上的需求, 故而確定了安寧志工不太能夠走專業化路線的觀點 (L-07-14~07-22) L 心理師進而認為特殊直接服務有利於早期理念上的推廣, 但若長久運作, 應以日常陪伴與照顧為主; 然而, 日常陪伴與照顧, 較難成為推動安寧療護理念的標舉 (L-07-22~07-24) 由這些觀點, 可以看出理念與實務有時候是有些差距的, 然而, 理念不能獨立於實務之外, 也因此 L 醫院回歸到日常的陪伴與照顧。

(二) 其他相關條件

雖然安寧志工最被質疑的是「專業性」, 但它未必是阻礙特殊直接服務安寧志工發展的唯一因素。其實, 除了志工專業能力以外, 對於依志工興趣分組發展特殊直接服務, 歸納所有受訪者所提到相關條件, 還包括了: 1、安寧志工的人力與時間必須充足且穩定; 2、必須接受安寧志工的職前教育訓練; 3、必須自一般安寧志工中獨立出來並特別管理; 4、特殊興趣的直接服務安寧志工也必須遵守志工規範; 5、必須經過團隊嚴謹的討論與認可; 6、應針對人格特質作評估; 7、能接受團隊的運作方式並參與團隊的相關活動; 8、能認同安寧理念等。

以上關係最直接的應屬第一點。就如 C 社工師所說的:「國外一個安寧院就四、五百位志工, 他們工作內容可能分得很清楚, 即使修花草的沒有來, 也不會影響到要洗澡

的病人沒有人會洗，因為他們都已經排得很平均了（C-18-19~18-23）。」又如 L 心理師雖然報持著安寧志工不宜走專業化路線的觀點，但同時也表示不是不能推廣，只是這種服務要成功，必須是在客觀人力與時間都穩定的狀況下才能成就（L-08-10~08-12）。再對照 L 醫院視安寧志工為「日常生活中的非正常角色」，這似乎顯示出在這裡安寧志工呈現比較不穩定的狀態，而這或許也是 L 心理師認為將「持續性的工作」交由「非正常角色」來執行，是行不通的主要原因吧（L-08-05~08-19）！

相較於其他國家，有些安寧機構以特殊興趣所分出的組別就顯得較為多元，除了音樂、美術、娛樂、靈性、悲傷/喪慟關懷等志工之外，也有將興趣聚焦在木偶與寵物上的（Cummings, 1998b）。然而，從訪談結果所呈現出的相關條件來看，或許涉及專業性質的分組服務，不單是具專業能力或志工時間人力都充足且穩定的兩大問題而已，還有許多管理上的相關細節，是發展分組服務時所需事先顧及的。更確切的說，必須有一套更有系統、更有組織的安寧志工管理體系。

第二節 教育訓練(一)：安寧志工的篩選

第二節主要的討論議題在於「直接服務安寧志工的的特殊性」及「篩選安寧志工的考量因素」，由直接服務安寧志工的的特殊性顯現出篩選時的特殊考量，並由研究結果與國外文獻之比較分析，瞭解到篩選其實也涉及在地條件、文化氛圍，以及運作模式。

壹、直接服務安寧志工的的特殊性

安寧志工的篩選問題，主要聚焦於直接服務安寧志工的的特殊性。而臨終的相關屬性則是展現出直接服務安寧志工之所以有別於一般志工的的特殊性，也從這開展出一系列安寧志工從服務範圍、角色界定、志工篩選、教育訓練，乃至管理的特殊相關議題。所謂安寧志工的「臨終相關屬性」，主要是說志工是因應臨終病人及其家屬的正向需求，而成為安寧團隊的相關成員。而此特殊性，包括安寧志工可能身處與死亡相聯結的臨終場

域；其服務對象，也就是病人及其家屬，在此聯結下，可能面對著自己或至親的外貌改變、情緒失落等與生病及死亡相關的課題；除此之外，志工在其服務過程中，也可能涉及病人或家屬較為深廣的身、心、靈及社會層面的照顧問題。基於上述的特殊性，安寧團隊在發展志工方案時，也多有別於一般的志工方案。

貳、篩選直接服務安寧志工的考量因素

招募開展了安寧志工的運用方案；篩選開啟了志工申請者與團隊的接觸。由於安寧志工的運用方案與一般志工最大的差別在於臨床的直接服務，因此在篩選時，自然有別於一般志工。另外，基於間接服務安寧志工與一般志工的工作性質是類似的，比較不具有直接服務安寧志工的的特殊性，而特殊興趣的直接服務安寧志工則尚未被普遍運用，但只要其服務是必須與病人及家屬作直接接觸的，亦不離直接服務安寧志工的考量範圍，因此，以下將針對篩選直接服務安寧志工的考量因素，來呈現出各醫院的訪談研究結果。

有關各醫院篩選直接服務安寧志工的考量因素，在 13 份訪談資料中²⁷，若按照被提到的次數排列，依序是失落經驗的處理態度、人格特質、服務的承諾、參與動機、認同安寧志工的角色、志工背景、同一體系機構內之志工、身心狀態、家人是否知情與認同，以及自我評估等十個考量因素〔請參看下（表四-2-1）〕。接著將就此十個考量因素略作說明。

表四-2-1 篩選直接服務安寧志工的考量因素

順位	考量因素	提到次數	順位	考量因素	提到次數
1	失落經驗的處理態度	10	6	志工背景	5
2	人格特質	9	7	同一體系機構內之志工	5
3	服務的承諾	7	8	身心狀態	3
4	參與動機	6	9	家人是否知情與認同	3
5	認同安寧志工的角色	6	10	自我評估	3

²⁷ 扣掉 1 份未曾招募新志工的社工師訪談資料，1 份無法確認逐字稿，及 2 位與志工管理無直接關係者。

製表人：林姿妙

一、失落經驗的處理態度

由於在安寧病房難免會遇到悲傷的情境，而且志工也要有面對病人死亡的心理準備，因此，許多受訪者都強調自我調適能力的部分。然而，傷痛與失落調適能力的強弱，是不容易以明確的量表來評估的，故而只能從過去面對親友死亡或可能死亡的個人感受，去瞭解志工對於失落經驗的處理態度。在此脈絡底下，有 3 位受訪者表示親人剛過世或喪親半年內是暫時性的不適合擔任安寧志工。E 社工師以實例說明何以不適任：

我就遇過一個情況，就是說一個志工喪父，那她在同病房遇到一個父親在生病的女兒，她在陪伴的過程中，自己沒有處理的情緒一直出來。最後的情況是，情緒大過家屬，那時候家屬變成在處理他的情緒（E-24-21~25-03）。

由此可見，喪慟調適期上線服務，可能導致志工由於經驗連結而加重個人的悲傷，不但無法照顧病人及家屬的需求，更可能會增加病人及家屬的情緒負擔。而這樣的看法，和 Field 和 Johnson（1993）以關懷的角度表示：「最近喪親者不適任於安寧志工。」是一樣的。畢竟，如果沒有走出自己的哀傷，能否幫助他人尚且不論，卻可能使自己陷入哀傷的泥沼。然而，從理論與經驗上來看雖然似乎是如此，但也不是每位受訪者都抱持著一樣的看法。例如，A 社工師便認為喪親階段適不適合擔任安寧志工，是一種很主觀的經驗，因為這要視喪親經驗對志工衝擊的大小而定，以下是 A 社工師的經驗談：

我們有的是他媽媽去年年底往生的，然後因為他在我們病房得到一些照顧，所以他就回來當我們的志工。對，但是因為他媽媽往生的過程是很順利，很好。所以對他來講，那個悲傷的衝擊，相對而言，比較沒有那麼的痛，對，會悲傷，但是沒有那麼的痛。而且當他回來當志工的過程當中，表現得也非常的好，各方面的投入啊，還有就是對病人或家屬的體貼，都很好（A-29-01~29-09）。

是故，A 社工師認為這應該是 one by one 來談的。雖然如此，但為了避免發生處於喪慟期而不適任的狀況，A 社工師表示面談時還是會過濾的（A-28-17~28-24）。

二、人格特質

由於服務對象與服務範圍的多樣性，有些受訪者認為安寧志工並沒有人格特質的篩選問題，覺得這樣的篩選其實是蠻主觀的，或屬於次要的篩選標準。然而，當談到什麼樣的人比較適合擔任安寧志工的角色及志工的督導問題時，在 14 位受訪者中，有 8 位受訪者認為「主觀/主導性太強」的志工是需要被提醒與學習轉化的，其中有 1 位更強烈的表示：「主觀/主導性太強」是不敢錄用的志工特質，因為容易影響團隊氣氛，乃至造成裂痕（G-35-01~35-12）。雖然如此，但大致而言，多數的受訪者仍認為人格特質是可塑的。只是，在這些認為可塑的受訪者中，還是有 5 位覺得人格特質是屬於比較難以改變的部分。因此，有的受訪者考慮將此列為未來志工篩選的考慮因素；有的則在歷經溝通、提醒及訓練之後仍未見改善時，會考慮賦予庶務性工作，或搭配其他志工來作為彼此觀察提醒的夥伴。

在第一版的《牛津緩和醫學教科書》(Oxford Textbook of Palliative Medicine)的 科際整合團隊 (The interdisciplinary team) 章節中 Ajemian (1993a) 和 Cummings (1998a) 雖然沒有提到人格特質，但在第二版 Oxford textbook of palliative medicine 的 Training of volunteers 中，Cummings (1998b) 表示應避免讓缺乏同感與敏銳的，以及成熟度不夠的志工提供直接服務。而這些警語是由 Ajemian (1993a) 所撰寫的第一版 Oxford 教科書中所沒有的。顯示在篩選方面，也會隨著經驗的累積與發展階段的日趨成熟而作調整。因此，其他被列為考量的人格特質，如「容易焦慮」或缺乏「表達能力」等，在國內只有被 2 位受訪者提到。但依國外的經驗來看，或許將來會有更多安寧志工的管理者會將此列入考量因素，尤其是當安寧志工的人數越來越多時。

三、服務的承諾

有關服務的承諾，包括職前教育訓練（包括實習）的出席率，及之後值勤時的時數

承諾。一般而言，通過職前教育訓練，是成為安寧志工最基本的條件。在此前提之下，雖有 6 位受訪者提到服務承諾的問題，但有 2 個團隊（B、P）是以長期的職前教育訓練來篩選安寧志工；換句話說，他們藉由時間的考驗來淘汰動機與耐心不足的申請者。而所謂服務的承諾，主要是要求志工必須有「時數穩定」且「持續一年以上」的服務；除此之外，也有醫院要求服務時間必須符合醫院的需求。

四、參與動機

Cummings (1998b) 表示應避免讓有個人目的的志工提供直接服務。關於這點，臺灣地區也有類似的考量，主要是篩選掉「動機不正」的志工申請者，例如：意在推銷保險、直銷或葬儀社等商業行為。另外，有 2 位受訪者會過濾「目的性太高」的申請者，例如：希望能輔導臨終病人（A-23-17~24-07；L-27-09~27-13）。

五、認同安寧志工的角色

安寧志工的角色認同，除了對安寧療護有興趣之外，主要是就安寧志工的服務性質與類別來說。在提到角色認同的 5 家醫院當中，有 2 家醫院較為強調「全方位服務」的志工角色；也就是不分組別，不揀選服務範圍，而能夠因應病/家及團隊的需求而提供適當的服務（A-24-01~24-03；P-12-10~12-17）。

六、志工背景

和篩選比較相關的志工背景包括年齡、教育，以及身份等。以下分別序述：

(1) 年齡：

多數安寧團隊在招募志工時，年齡要求 18 歲以上。B、N、P 等三家醫院則設限在 18 歲至 65 歲之間，而之所以設上限，主要是基於體力上的考量，例如 P 社工師所說的：

體力上，負荷上也比較吃重一點，因為我們還是會有一些推床啊，或者說洗澡啊這些，年老的志工可能體力上比較不行（P-33-09~33-11）。

另有 2 家醫院並未針對安寧志工的年齡設限，因此，高則八十幾歲，小則國中二年級。

在 Ajemian (1993a) 和 Cummings (1998a) 所提出的參考因素中，並未將此列在篩選項目。而從國人參與國外研習營所帶回來的資訊，我們知道英國人幾乎從少到老對於當志工都很踴躍 (鄭玲惠，1993，6 月)，在 St. Columbia's Hospice 的志工年齡則是從 16 歲到 85 歲皆可 (陳佩如，2000，12 月)，顯示他們對於這類背景是較不設限的或是較為寬廣的，Kavanagh (1983) 甚至表示安寧志工只要真實的出現便是一種才能，因為他代表友善，提供單純的人類同情心。

而更有趣的是 P 社工師表示年老的志工可能體力上比較不行，Caldwell 和 Scott (1994) 卻認為年紀較大的生活經驗，對成為有效力的安寧志工是有幫助的。或許，將年齡設為篩選的因素，是實施全方位服務下難以避免的考量因素。因為，另有 2 家醫院並未針對年齡設限，而這 2 家醫院即是採分組服務模式。另外，在對志工背景較不設限，而且民情又是樂於當志工的助長下，人數之多，便足以依據各種不同興趣與專長而提供服務，在此情境下，招募時自然會將興趣與技能列為考量的因素。於是，藉由這兩種看似不相干的篩選差異，其實可以從中尋找出文化氛圍與運作模式的端倪。

(2) 教育程度

並非每位受訪者都有提及教育程度，但在提及的受訪者中，B、C、H、N、P 等五家醫院，或要求國小、國中以上，或沒有嚴格的要求，但共同特點是必須能夠寫字，作記錄，乃至必須看得懂家系圖。

(3) 學生志工

除了年齡與教育程度之外，比較特殊的是 A 社工師將「學生志工」列為過濾的對象。所謂的「學生志工」，是指尚在求學階段而自願服務的年輕志工。以下是 A 社工師的說明：

因為學生的話，應該說他們的世界比較單純，比較小，但是理想性太高。對這個世界看的東西又還不夠，然後一下子來碰觸這樣子的東西，當然不是每個

學生都這樣子，可是他們來碰觸的時候，我除了要擔心說他們丟給病人的是什麼東西之外，我同時會擔心病人或家屬給他們的東西，他們是不是可以承受得住？所以這是為什麼不用學生的原因，我必須要考慮雙方（A-23-04~23-16）。

類似的擔心也發生在 B 與 H 兩位社工師身上，但 B 社工師嘗試著去運用學生志工，H 社工師則讓學生志工擔任文書及 e 化工作，避免臨床直接服務（H-12-04~12-09）。而在運用學生志工的 4 個安寧團隊中，其共同點在於「必須通過職前教育訓練」（B-35-18；H-12-10；L-16-13~17-01；P-36-04~36-05）；除此之外，是否能夠「持續穩定的提供服務」，也是部分受訪者篩選學生志工時的重要考量因素。

七、同一體系機構內之志工

同一體系機構內之志工，含攝的範圍有本院之志工、具有一年行政經驗的志工，以及同一體系機構內對安寧有興趣之志工。至於何以限定同一體系機構內之志工方可申請轉為安寧志工或直接服務安寧志工？I 社工師作了以下的說明：

一般人很少能夠看得到身邊的人會有這麼痛苦的肉體，那我覺得如何去調適適應這樣子的肉體，是一個我覺得第一個要做的課題啦。所以，我們現在都是先讓他們從護理之家跟一般內科這邊先做起（I-25-04~25-09）。

以同一體系機構內之志工為篩選對象的有 B、E、I、N 等四家醫院。其中，E 社工師表示在該院比較沒有所謂的「面試」過程。也就是說，雖然有面談，但意不在篩選，只是讓對方瞭解服務性質、服務內容、以及安寧病房的可能需要等。正因為如此，所以相較於其他醫院，比較沒有針對口語表達、人格特質、參與動機，以及精神狀況來作進一步的篩選（E-21-22~22-12）。然而，這是 E 醫院的個別經驗。

B 醫院則是剛開始試辦從醫院大志工隊中挑選合適的安寧志工，試辦兩年後，將會視成果如何而做調整（B-24-10~24-23）。另外，上面雖然沒有將 H 醫院羅列於上，但其

實 H 醫院在招募第一期安寧志工時，基於重視專業的考量下，是由院內的資深志工甄選培訓而成的；但自第三期起，為了配合擴床計劃及服務項目之增加，便開始對外招募志工（H 醫院安寧志工雜誌，2000，創刊號）。基於從同一機構內篩選安寧志工的標準已取消，因此沒有將 H 醫院列入。

在這些機構中，N 醫院是以一年安寧病房行政服務的評估結果，作為篩選直接服務安寧志工的參考，N 社工師如是說：

當然，有時候會看走眼啦，所以我們還有一個就是一年的行政服務，如果他在這一年的行政服務表現不是那麼理想的話，那我們通常就是會請他繼續留在行政服務的這個部分，不會讓他到直接服務的這個部分（N-24-17~24-22）。

所以一年的行政服務，事實上即是觀察期，為了確保品質，一年的行政服務，成了 N 醫院篩選直接服務安寧志工的方式。在 Ajemian (1993a) 和 Cummings (1998a) 的考量因素中，雖然沒有將設定必須是同一機構內之志工，但他們在喪親或重大失落經驗中提到：如果志工申請者仍有個人生命經驗的疼痛感受時，應該考慮讓他作行政服務，而不要作直接照顧，以免把志工的需強加在病人身上，這與 N 醫院以一年的行政服務來篩選直接服務安寧志工是雷同的。而這樣的模式也是可以提供其他安寧團隊在運作安寧志工時之參考。

八、其他

其他包括「身心狀態」、「家人是否知情與認同」、以及「自我評估」等。在「身心狀態」方面，除了確認志工申請者的精神與心理沒有異狀之外，也考量到志工的體力是否堪於負荷（B-36-08~36-10）。

在「家人是否知情與認同」方面，三位提及的受訪者都不約而同的強調家人支持的重要性（B-34-04~34-14；H-12-20~12-20；J-39-14~39-19）在 Ajemian (1993a) 和 Cummings (1998a) 所提出的參考因素中，也有提到社會支持程度，這其實即是本研究所歸納出

的「家人是否知情與認同」。它們的共同目的都是關心到安寧志工的支持網絡；但相對而言，社會支持程度所含攝的範圍是更為寬廣了，他們表示如果志工要得到滿足的話，是必須要有家庭及社會的支持網絡。關於這點，與本研究抽譯出「安寧志工作整體服務生態」的支持網絡是一致的。

另外，在「自我評估」方面，主要是指職前教育訓練之後的雙向評估，除了來自團隊的評估之外，還包括志工申請者必須針對自己的狀況及意願來作進一步的評估，以確定是否進入更進一層的養成過程（F-05-18~05-21；J-07-08~08-01；H-04-16~04-1）。

但值得玩味的是：有關「篩選」的考量因素，一般而言，都視為是運用安寧志工之前的重要工作（Ajemian, 1993a；Chung, 1997；Cox, 1980；Cummings, 1998b；Doyle, 2002b；Field & Johnson, 1993；Mount, 1997；Salamagne, 1997）。Chung（1997）更認為仔細的篩選安寧志工是計劃成功的重要因素之一。然而，L 醫院與 P 醫院不約而同的採用自然篩選法，也就是讓志工自我篩選與淘汰，而沒有運用制式的考量標準，這可說是篩選模式中的異數；雖然兩者的自然篩選法是有所不同的（有關自然篩選法，之後還會詳細的分析與討論，在此不詳加敘述）。Doyle（2002b）表示一個完好的志工篩選過程是對病人有直接的利益，而不是對有潛能的志工的障礙或威脅；或許，自然篩選法即是不具障礙與威脅的篩選過程吧！也是一種名符其實的自我評估法。至於對病人是否有直接利益，或許需要深入研究方可得知。

由以上的探討，我們可以發現安寧志工的篩選，雖然約略有個制式的標準與考量方向，但不是固定不變的，它同樣也會依據經驗，以及隨著發展階段的演變而作調整。除此之外，篩選的方向也會因區域與團隊的不同而有所差別，乃至會呈現出該團隊的在地條件、文化氛圍與運作模式。雖然如此，但是安寧志工的篩選過程並不就此結束，因為另一階段的篩選機制正待起動，也就是安寧志工的職前教育訓練，而這才是即將步入自然篩選法的入門之檻而已。

第三節 教育訓練(二)：安寧志工的職前教育訓練

有關臺灣地區安寧志工的職前教育訓練，在此將先對臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃有一概略的瞭解之後，再針對職前教育訓練的各類課程與各層面課程作綜合比較，並從中歸納出臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢，最後再就職前教育訓練的目的/目標作進一步的分析與探討，藉以瞭解臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程之發展。

壹、臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃概況

為了瞭解臺灣地區安寧志工職前教育訓練的課程概況，研究者是從搜集歷年來臺灣地區各醫院的安寧志工職前教育訓練課程表切入，從中整理出各層面的相關課程，並進而與國外文獻相比較，藉以確認臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃特質。

一、歷年來安寧志工相關課程之書面資料概說

在安寧志工的相關課程方面，研究者搜集了 1997 年至 2003 年間臺灣地區安寧志工職前及在職教育訓練課程表。搜集的對象是以 2003 年 8 月以前，健保局所核定的安寧住院療護整合性照護試辦醫院為主的十九家醫院，以及一家雖未被列入試辦醫院，但卻名列臺灣地區前十家安寧病房的醫院，總共以二十家安寧病房作為搜集課程表的對象。搜集的結果，共有十八家醫院提供了共 55 份的相關資料。其中職前教育訓練課程表共有 39 份，分別由十八家醫院所提供；在職教育訓練課程表 16 份，分別由 7 家醫院所提供；另有 2 家醫院提供了 6 份靈性關懷宗教人員入門課程表及 1 份在職課程表。在此保留了靈性關懷宗教人員的入門及在職課程表，而將其他的資料，分為「職前」與「在職」兩部份，將搜集到的各醫院安寧志工相關課程做了一些整理，並在以下的不同脈絡中，分別呈現出來。在此要特別說明的是：由於並非每家醫院都無一缺漏的提供了歷年來的

課程表；因此，依此整理出來的資料，只是協助對歷年來安寧志工的相關課程，有概略之瞭解或做為進一步分析與探討時之參考。

二、1997 至 2003 年臺灣地區安寧志工職前教育訓練各層面課程之規劃概況

有關 1997 年至 2003 年間各醫院安寧志工職前教育訓練的規劃概況，在此將搜集到的書面相關資料，依據類別分成「簡介安寧緩和療護層面」、「安寧志工角色層面」、「身體照顧層面」、「社會心理照顧層面」、「靈性照顧層面」、以及「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」等六個範疇，並依年度順序列製成表（請參看附錄表四-3-1~表四-3-6）；英文字母分別以無規則的方式代表不同的醫院），希望藉由清楚羅列歷年來各醫院的規劃概況，而能對安寧志工相關課程之演進有基本的認識。因此，分類時並非有一公認的判準，只是依據研究者的理解作概略的分類，以利之後的分析與討論，以下將依序說明這六個範疇。

（一）簡介安寧緩和療護層面的相關課程

有關「簡介安寧緩和療護層面」的相關課程，再度分類為安寧療護發展史、安寧療護概論、電影賞析、安寧居家照護、醫病倫理，以及安寧緩和醫療條例等課程。其中安寧療護發展史的內容，含攝了安寧療護的歷史、現況、展望及在該醫院的發展概況；安寧療護概論的內容，則涵攝了安寧療護理念、癌末病患之整體疼痛、安寧療護之身心靈照顧、解讀善終 安樂死或安樂活等課程（請參看附錄表四-3-1）。

（二）安寧志工角色層面的相關課程

有關「安寧志工角色層面」的相關課程，分類為安寧志工角色、安寧志工服務倫理、安寧志工經驗分享、環境介紹、如何扮演好志工、紀錄撰寫，以及志工職前訓練等課程。其中，安寧志工角色的課程，包括了服務內容、助人者的心理準備~應有的人格特質、助人歷程與概念、助人的技巧與倫理等內容；而如何扮演好志工，則包括了自我了解與自我肯定，以及志工如何照顧癌末病人家屬等課程（請參看附錄表四-3-2）。

（三）身體照顧層面的相關課程

有關「身體照顧層面」的相關課程，在此將類似的課程歸納為末期病人身體症狀與照顧、癌末病人身體照顧的基本技術、輔助療法，以及瀕死症狀之認識等五個部分。其中，末期病人身體症狀與照顧，包含末期照顧常見的症狀及處理、安寧療護之身體照顧、安寧病患的疼痛控制、安寧療護之醫療照顧、身體正常與異常癥象之處理、安寧病人的生理需要與照顧、安寧病患的營養照顧等課程；癌末病人身體照顧的基本技術，包含了病人的舒適翻身擺位、口腔護理、病人的身體清潔、協助病患盥洗、如何使用洗澡機、輔助器具之使用等課程；輔助療法的內容，包含精油按摩、經穴按摩、身體按摩、美足護理等；而瀕死症狀之認識，則包含了臨終四十八小時之徵候與處置（請參看附錄表四-3-3）。在上述的分類中，比較令人疑惑的是「癌末病人身體照顧的基本技術」應該即是「安寧療護之身體照顧」，何以會被分為二？這主要是因為「安寧療護之身體照顧」比較偏向知識層面，而「癌末病人身體照顧的基本技術」，則屬於技巧之演練，故而將一分為二。

(四) 心理與社會照顧層面的相關課程

有關「心理與社會照顧層面」的相關課程，再分類為心理與社會照顧、病人家屬之心理需求與照顧，以及癌症病人的心路歷程等。其中，心理與社會照顧內容，包括心理照顧、社會照顧、癌末病患與家屬的互動、死亡壓力下之家庭溝通、安寧療護社會資源介紹、家庭社會系統評估、認識醫務社會工作等；病人家屬之心理需求與照顧，包括從家庭系統看親人的離去與適應、了解病患及家屬的心理動力等課程；另外，癌症病人的心路歷程，則囊括了癌末病患心理特質與溝通技巧、癌末病患的情緒壓力調適、如何賦予病人希望等課程（請參看附錄表四-3-4）。

(五) 靈性照顧層面的相關課程

有關「靈性照顧層面」的相關課程，再分為靈性照顧、不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗，以及靈性關懷宗教人員入門課程等。其中，不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗的內容包括「天主教、回教、佛教、基督教（宗教名稱以筆劃數來陳列）與風俗民俗信仰的靈性照顧及其喪葬風俗」、「靈性關懷與覺性關懷之異同」。其中比較特別的

是 H 醫院將「靈性關懷宗教人員入門課程」列為安寧志工的職前課程(附錄表四-3-5)。

(六) 臨床應用知識、技巧及情意調適層面的相關課程

有關「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程，再分類為同理心與溝通、如何接觸癌末病人及家屬、生死學概論、自我覺察與調適、悲傷輔導概念、常見諮詢問題與回覆技巧，以及病情告知等不同類別之課程。其中，同理心與溝通的內容包括溝通與初層次同理心、基礎同理心、溝通技巧 傾聽、基本助人技巧訓練等；如何接觸癌末病人及家屬的內容包括會談技巧、如何與病患建立關係等；生死學概論的內容包括生命價值與死亡、生命的歷程與面對死亡的態度、生命的探索等課程；自我覺察與調適的內容則涵攝了悲傷的自我探索及調適課程；悲傷輔導概念的內容包括悲傷關懷、輔導原則與技巧、角色演練等；而常見諮詢問題與回覆技巧的內容則包括值班遭遇到的問題討論（請參看附錄表四-3-6）。

以上「簡介安寧緩和療護層面」、「安寧志工角色層面」、「身體照顧層面」、「社會心理照顧層面」、「靈性照顧層面」、以及「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」等六個範疇的課程再加上臨床實習，即是 L 心理師在提到推動志工「輕裝上路」分組模式時認為成了安寧志工重裝裝備的「整套教育訓練課程」(L-10-20~10-24)。只是各醫院在規劃時，課程內容有或多或少的差異而已。而如果以此「整套教育訓練課程」相較於李閏華(1996, 3 月) 有系統的「安寧療護義務工作人員訓練方案計劃」，其實內容是大同小異的。比較大的差別應該是 H 醫院將「靈性關懷宗教人員入門課程」列為安寧志工的職前課程，以及是隨著發展階段的不同而具時代性的議題與具延展性的相關課程，例如：安寧居家照護、安寧緩和醫療條例、癌末病人身體照顧的基本技術、輔助療法、瀕死症狀之認識等。

三、臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃特質

相較於上述的「整套教育訓練課程」與在依據文獻 Cox(1980); Kavanagh(1983); Wylie, Dayringer and Davidson(1985); Field and Johnson(1993); Leete(1994); Scott and Caldwell(1996); Buckland(1997); Gordon(1997); Cummings(1998b); Wilson(2000)

等文獻所整理出的相關課程，大致上是一樣的，顯現出臺灣地區安寧志工的教育訓練，反應了世界潮流下的安寧志工課程模式。比較特殊的是 Kavanagh (1983) 將「了解常用藥物」列為課程之一，而這似乎超出了安寧志工的非專業角色。關於這點，或許可作兩種解釋：(一)「了解常用藥物」與「疼痛控制與症狀處置」一樣，只是讓志工對相關議題有個概略的瞭解；而安寧志工是否需要瞭解這些問題，或許依機構的不同而有各自不同的解讀標準，例如，Wylie, Dayringer 和 Davidson (1985) 便認為「疼痛控制與症狀處置」涉及了專業人員的工作，因此便表示不期待志工的參加。(二) 教育訓練課程是依該團隊的資源條件而發展與規劃的，在 Kavanagh (1983) 所提到的志工中，有些是護士志工，也就是具專業能力的護士安寧志工，而他們的工作之一即是教導家屬與病人如何正確的使用藥物及應注意的事項。相對而言，臺灣地區並未發展到足以運用專業護士安寧志工的階段，因此沒有將此課程列入。

另外，Kavanagh (1983) 不同於其他文獻的課程還包括「尋找社區內可用的資源」、「居家護理的基本原則」、「在家中往生該作什麼」等課程，這主要是該方案志工所提供的是居家服務，因此教育訓練課程自然會依方案的發展而反映其所需的特別功能。在本研究所整理出的歷年來臺灣地區安寧志工之相關課程中，也有安寧居家照護的課程，但此課程是自 1999 年起才被規劃進安寧志工的課程中。而這說明了以下兩種現象：(一) 隨著發展階段的日趨成熟及服務對象的需要，團隊也會針對志工的服務範圍作適當的延展。(二) 或許是由於早期安寧志工的人數不足以在服務範上作延展，也或許是團隊對於居家安寧志工方案的發展，報持著更為謹慎小心的態度，居家安寧志工方案是在住院安寧志工方案趨向成熟之後才逐漸開展的；因此，臺灣地區的安寧志工方案，可說是以住院安寧志工為基礎而發展起來的。

由以上的比較可以發現，臺灣地區安寧志工教育訓練課程的規劃，呈現出以下五種特質：(一) 反應了世界潮流下的安寧志工課程模式。(二) 對於安寧志工課程範圍的認定較為寬廣。(三) 依據在地資源條件而發展志工方案與規劃相關課程。(四) 隨著發展階段的演變與需要而作適當的調整。(五) 以住院安寧志工的課程為基礎而延展到居家安寧志工的部分。至於臺灣地區安寧志工教育訓練在反應出世界性安寧志工課程模式的架

構下，是否呈現出在地化的特質，則非這些簡單的書面資料所能看出來的，需要以訪談資料作進一步的探討。

貳、臺灣地區安寧志工職前教育訓練各類課程與各層面課程之綜合比較

有關臺灣地區安寧志工職前教育訓練各類課程與各層面課程，在此將先就國內各類課程與各層面課程作一綜合比較，再進而相較於國外文獻，藉以瞭解國內外安寧志工職前教育訓練在各類課程與各層面課程上的規劃差異。

一、國內各類課程與各層面課程之綜合比較

在安寧志工職前教育訓練各層面課程之規劃概況中，雖然將各類課程中分成六個層面，但其實這六個層面所包含的課程共有 30 種，以下將針對這 30 類課程的規劃次數及時數，做概況瞭解與綜合比較。當然，部分內容還可能在後續的討論中作為佐證資料。

(一) 各類課程的總規劃「次數」順序

就各類課程的總規劃次數而言，前十名依序是末期病人身體症狀與照顧、安寧志工角色、安寧療護發展史、心理與社會照顧、安寧志工服務倫理、靈性照顧、癌末病人身體照顧的基本技術、同理心與溝通、如何接觸癌末病人及家屬，以及安寧志工經驗分享等。十一至二十名為安寧療護概論、環境介紹、生死學概論、不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗、自我覺察與調適、病人家屬之心理需求與照顧、悲傷輔導概念、電影賞析、安寧居家照護，及常見諮詢問題與回覆技巧。其他尚有輔助療法、癌症病人的心路歷程、醫病倫理、瀕死症狀之認識、病情告知、安寧緩和醫療條例、志工職前訓練、會談紀錄撰寫、護理人員與團隊之運作，以及靈性關懷宗教人員入門課程等（附錄表四-3-9）。

(二) 各類課程的總規劃「時數」順序

若以各類課程的總規劃時數順序來看，同理心與溝通、末期病人身體症狀與照顧、自我覺察與調適、心理與社會照顧、悲傷輔導概念、安寧志工角色、安寧療護發展史、癌末病人身體照顧的基本技術、靈性照顧，及靈性關懷宗教人員入門課程等，依序為總開課時數的前十名。如何接觸癌末病人及家屬、安寧志工服務倫理、生死學概論、電影

賞析、安寧志工經驗分享、不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗、病人家屬之心理需求與照顧、安寧療護概論、環境介紹，及常見諮詢問題與回覆技巧等，列居十一至二十順位。二十一之後則為安寧居家照護、輔助療法、癌症病人的心路歷程、醫病倫理、瀕死症狀之認識、病情告知、安寧緩和醫療條例、志工職前訓練、會談記錄撰寫，以及護理人員與團隊之運作（附錄表四-3-10）。

（三）各類課程總規劃次數與時數之比較

綜觀各類課程的總規劃次數與時數，其中「同理心與溝通」與「自我覺察與調適」，雖然總規劃次數不多，但是就總時數而言，前者是最多的，後者則位居第三；換句話說，雖然並不是每家醫院都有開這樣的課程，但是對某些醫院而言，卻是非常重要的，因此規劃了相當多的時間在加強這方面的能力。倘若將此現象與 L 心理師所確認的「安寧志工不宜走專業化路線（L-05-08~05-19）」相對照，則呈現出值得令人玩味的意含。

「末期病人身體症狀與照顧」的課程，則是不論規劃總次數或總時數，都是屬一屬二的；也就是說，幾乎每家醫院都認為安寧志工應具有這方面的基本認識。雖然，安寧志工是屬於輔助性的非專業角色，有關身體層面的協助，應該稱為「簡單醫療照顧」或「身體照顧」不同文獻解讀不同²⁸。但不論以何種名稱來說明志工所協助的身體照顧，當臨終病人逐漸由獨立變成依賴時，面對的是身體由於失能而日顯沉重的問題，如果沒有具備一些基本的身體照顧技巧，是不知如何照顧日漸「沉重」的身體的。而這也是一般無相關背景的病人家屬，在照顧臨終親人時會因為缺乏技巧而不知所措，乃至在短時間之內便體力耗盡，弄得全家人仰馬翻的原因之一。更何況有些癌症症狀，在照顧時是必須特別留意的，否則很容易帶來傷害。因此，為了避免善意協助的動機，卻導致病人受傷的導因，具備熟稔的身體照顧技能，是有其必要性的。

另外，安寧療護發展史、安寧療護概論、心理與社會照顧、靈性照顧、安寧志工角色與服務倫理、癌末病人身體照顧的基本技術，以及如何接觸癌末病人及家屬等課程，則是安寧志工職前被教育訓練課程中常見的課題。

²⁸ 見 p.73「簡單醫療照顧」與「身體照顧」之說明。

(四) 各層面課程總規劃次數與時數之對照

若將各類課程依其六個層面而統計總規劃次數及時數，結果如下：(一)「簡介安寧療護層面」的相關課程，總規劃次數 93 次，共 124 小時 45 分；(二)「安寧志工角色層面」的相關課程，總規劃次數 120 次，共 137 小時；(三)「身體照顧層面」的相關課程，總規劃次數 98 次，共 154 小時 25 分；(四)「心理與社會照顧層面」的相關課程，總規劃次數 58 次，共 82 小時 50 分；(5)「靈性照顧層面」的相關課程，總規劃次數 45 次，共 104 小時 50 分；(6)「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程，總規劃次數 100 次，共 323 小時 30 分。

將上述之統計結果化為百分比，在總次數方面，由多到少，依序是「安寧志工角色層面」的相關課程，佔 23.3 %；「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程，佔 19.5 %；「身體照顧層面」的相關課程，佔 19.0 %；「簡介安寧療護層面」的相關課程，佔 18.1 %；「心理與社會照顧層面」的相關課程，佔 11.3%；「靈性照顧層面」的相關課程，佔 8.8 % (可參見表四-3-11-1)。若以總時數來做排比，「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程為 34.9%；「身體照顧層面」的相關課程 16.7 %；「安寧志工角色層面」的相關課程 14.8 %；「簡介安寧療護層面」的相關課程 13.4 %；「靈性照顧層面」的相關課程 11.3 %；「心理與社會照顧層面」的相關課程則為 8.9 % (表四-3-11-2)。以上雖然只是簡略的鳥瞰，但部分內容卻可能在後續的分析與探討中，作為佐證的資料。

表四-3-11-1 各層面職前課程總規劃次數、時數比率對照表 總次數順列表

	課程內容	總次數	比率	總時數	比率
1	安寧志工角色層面	120	23.3 %	137 小時 00 分	14.8 %
2	臨床應用知識、技巧及情意調適層面	100	19.5 %	323 小時 30 分	34.9%
3	身體照顧層面	98	19.0 %	154 小時 25 分	16.7 %
4	簡介安寧療護層面	93	18.1 %	124 小時 45 分	13.4 %
5	心理與社會照顧層面	58	11.3%	82 小時 50 分	8.9 %
6	靈性照顧層面	45	8.8 %	104 小時 50 分	11.3 %

	合 計	514	100 %	927 小時 20 分	100 %
--	------------	------------	--------------	-------------	-------

製表人：林姿妙

表四-3-11-2 各層面職前課程總規劃次數、時數比率對照表 總時數順列表

	課程內容	總次數	比率	總時數	比率
1	臨床應用知識、技巧及情意調適層面	100	19.5 %	323 小時 30 分	34.9%
2	身體照顧層面	98	19.0 %	154 小時 25 分	16.7 %
3	安寧志工角色層面	120	23.3 %	137 小時 00 分	14.8 %
4	簡介安寧療護層面	93	18.1 %	124 小時 45 分	13.4 %
5	靈性照顧層面	45	8.8 %	104 小時 50 分	11.3 %
6	心理與社會照顧	58	11.3%	82 小時 50 分	8.9 %
	合 計	514	100 %	927 小時 20 分	100 %

製表人：林姿妙

二、綜合比較國內外安寧志工職前教育訓練各類課程與各層面課程之規劃差異

前述是臺灣地區安寧志工職前教育訓練各類課程與各層面課程之綜合比較，若以此相較於 Cox (1980); Kavanagh (1983); Wylie, Dayringer and Davidson (1985); Field and Johnson (1993); Leete (1994); Scott and Caldwell (1996); Buckland (1997); Gordon (1997); Cummings (1998b); Wilson (2000) 等文獻所整理出的包括安寧療護的哲學與歷史、安寧志工的角色與責任、溝通與傾聽技巧、末期疾病的身體照顧、死亡與臨終的社會心理議題、哀傷與喪慟的動態，以及靈性照顧/民族和宗教背景等七種核心課程，基本上與依據臺灣地區歷年來課程表所歸納出的前十項課程差不多。但其中有幾點是值得討論的，例如：溝通與傾聽技巧、末期疾病的身體照顧，以及靈性照顧/民族和宗教背景等，以下將綜合比較國內外安寧志工職前教育訓練各類課程與各層面課程的規劃差異，並作進一步的分析與討論。

(一) 同理心/溝通與傾聽技巧與身體層面課程之規劃差異

首先來看同理心/溝通與傾聽技巧。這個課程在依據 Cox (1980) 等十份文獻所整理出的七種核心課程中，與「安寧療護的哲學與歷史」、「安寧志工的角色與責任」一樣，共有八份文獻提到，同屬核心中的核心課程，由此可見它在國外被強調與重視的程度。然而在國內，藉由總規劃次數與時數的綜合比較，發現雖然並非每家醫院的訓練方案都規劃了這樣的課程，但對某些醫院而言，確實是非常重視的。例如，N 社工師就一再的強調該院非常重視技巧層面的熟練，而且有嚴格的規定，至於人文層面的課題則是較少規劃的課程 (N-13-16~13-25)。這與 L 醫院強調日常生活化的陪伴，而不著重技巧與方法，正好形成強烈的對比。至於為何會有如此大的差異呢？依據 N 社工師的說法是：安寧志工課程的規劃方向，是依院方對於志工角色的需求而定的 (N-12-23~13-05)。而 L 心理師之所以推行「輕裝上路」的分組模式，不正是基於對病人的需求而重新對安寧志工所扮演的角色作適當的調整嗎！顯見雖然同樣是因應病人的需求而規劃課程方向，但團隊的認定態度是非常重要的。

其次是末期疾病的身體照顧課程。在本文所引用的十份國外文獻中，只有六份提到這方面的課程，與社會心理議題並列為第四順位。反觀國內，不論是從總規劃次數或總規劃時數去比對，末期病人身體症狀與照顧的課程，都是屬一屬二的，幾乎每家醫院都認為應具有這方面的基本認識與技能。這是否顯示出國外安寧志工對於身體層面的照顧不如臺灣呢？如果以此直接判斷，或許有囿於一隅之嫌。

其實，如果能將國外的首重溝通與傾聽技巧，次重末期疾病的身體照顧課程，而且志工人數之多足以以各種興趣與才能分組服務，相較於國內的機構大多強調涉及直接照顧的全方位服務模式，而且年齡限定在 18 歲以上 65 歲以下，以及課程強調身體層面的症狀與照顧等。這種種跡象所顯示出的是由於文化氛圍的不同，不但影響了安寧志工的運作模式、角色扮演，以及志工篩選之考量，更會左右課程的規劃方向。在國外，由於安寧志工分組服務的關係，可能未必會提供身體照顧，但有較多的機會涉及到陪伴的相關問題，即使是提供身體照顧者亦不例外。反觀國內，只要是全方位服務，大多難免要提供身體層面的照顧，因此，自然不得不加強這方面的課程，至於溝通與傾聽技巧，就如 L 醫院之例，端視團隊的認定態度而有所不同的。

(二) 靈性課程之異同

接著來看靈性照顧/民族和宗教背景的課程。在上述的十份文獻中，只有五份有提到有關靈性照顧的課題，Wilson(2000)更未將此納入他所提出的安寧志工核心主題之一。這與 Saunders(2004)強調「整體」的進路是基於了解到一個人是具有身體與靈性，兩者是不可分割的獨立個體，似乎有著很大的差異。而且，相較於安寧緩和醫療之所以不同於傳統主流醫學的特色之一，即是靈性照顧的議題(魏書娥等，2004，11月)。

對於靈性議題較少被提及的原因，或許有以下兩種可能：1、該地區民眾的信仰不但是是一致的，而且具有普遍的共識，因此不需要特別的強調靈性照顧議題，因為那本來就是他們互相關懷的模式。2、該機構不帶宗教色彩，而且強調「緩和醫療」，而非「安寧療護」。就西方醫學之父 希波克拉提斯的觀點來看，所謂「整體」指的是身體、心理與社會，並不包括靈性(魏書娥等，2004，11月)，既然沒有「靈性」的存在，自然沒有相關的課程。

就臺灣地區的醫療體制而言，雖然安寧緩和療護在發展之初，即強調身、心、靈與社會層面的整體性個人照顧，但在「安寧療護病房設置基準」中「不同宗教靈性等專業人員」是屬於得視需要而設置的專業人員。顯示出教會的信心療法自十六世紀以降，因醫學科學揭開序幕而逐漸被漠視之後，雖然在安寧緩和療護模式中有重新被重視的趨勢，但相較於另外三個層面而言，仍是國內外都一樣，都是敬陪末座，倒數而數的。這或許就是蔡昌雄(1999)所謂的「結構性劣勢」²⁹！但比較特殊的是 H 醫院將「靈性關懷宗教人員入門課程」列為安寧志工的職前教育訓練課程，因此就規劃的次數而言雖然只有 2 次，但總時數卻有 41 小時；雖然這或許是運用其他相關資源來作為安寧志工職前教育訓練的結果，但從這裡也可以看出該醫院對於靈性議題的重視。另外，J 醫院則是正在發展牧靈的安寧志工。由此觀之，靈性相關議題在醫療體制下，雖然仍屬於結

²⁹ 蔡昌雄(1999)認為相較於科技理性與技術科層化的醫療體系，以精神靈性為本位的臨終關懷，顯然是處於結構性劣勢下。

構性劣勢，在臺灣不同團隊對於靈性議題的重視程度也不盡相同，但是對某些醫院而言，卻是相當重要的一部分。

除此之外，從表四-3-5 中可以看出靈性課程中有一個課程是「靈性關懷與覺性關懷之異同」。何以會有兩種說法呢？就名稱上的分別，「靈性」是基督宗教的說法，「覺性」則是佛教的觀點。而之所以要分別靈性與覺性之間的差異，主要是由於臺灣地區屬於宗教多元化的國家，不同宗教或無宗教者對於靈性的定義有著不同的詮釋。基本上，「靈性」指的是人類與上帝之間的關係；然而，就佛教的觀點來看，與希波克拉提斯一樣的地方在於認為除了「身」、「心」之外，並無別出一個「靈性」，只是佛教不同於希波克拉提斯的是，對「心」的妙用有更為深入的說明，所以才會有「覺性」之說。因此，由於不同文化與不同宗教或無宗教者對於靈性的看法不同，靈性的定義至今仍是眾說紛紜，無一定論。而此議題如果要深入探討，已可另成專題，因此在此暫且打住，只是藉以說明由於臺灣地區的宗教早已呈現出世界潮流的多元現象，而此現象在引入安寧療護之後，不但在體制上要以「不同宗教靈性等專業人員」來因應不同的需求，並以「靈性『等』專業人員」來反應出安寧緩和療護由於尊重個人信仰而產生的宗教多元現象，除此之外，這種宗教教義上的衝擊也會回應在安寧志工的靈性相關課程上。

不過這對安寧志工的服務應該不致於產生衝擊性的影響，誠如 O 社工師所說的，雖然信仰不同，但安寧志工還是可以分享其他宗教病人的信仰理念與死亡觀，不會產生距離上的問題；而且，分享其他宗教病人的信仰理念與死亡觀，不但不需要對該宗教有特別的瞭解，相反的，在傾聽的過程中反而會累積對該宗教的基本認識；至於病人如果需要更深入的宗教關懷，那麼應該尋求協助的是不同宗教專業人員或其他相關資源，這已非一般安寧志工的服務範圍了（O-36-03~38-02）。以此相對於 L 心理師所提出的「日常生活的陪伴」，似乎有異曲同工之妙。由此可見，如果安寧志工能夠擯除宗教色彩，那麼在陪伴上不但不會受到教義上的衝擊，相較於宗教師而言，安寧志工反而因其角色的中立性而更容易在不同宗教病人/家屬之間提供適當的關懷。

參、臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃趨勢

這部分將先說明臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢，再進而針對這些規劃趨勢作分析與討論。

一、臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢

有關臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的規劃趨勢，研究者依據搜集到具有明細資料的課程目錄，將各醫院所規劃的安寧志工職前教育訓練課程總時數及培訓期，列製成二個概況表，藉以瞭解一般的規劃狀況。結果在 39 份資料中，不論是總時數或培訓期，各有 8 份是資料不齊全的，因此能列表比較的只有 31 份(附錄表四-3-7-1;四-3-7-2)，就各醫院所規劃之職前教育訓練「總時數」而言，少則 3 小時，多則 74 小時，乃至外加可選修的部分，高達 104 個小時。就各醫院所規劃之「培訓期」而言，從 1 天到長達 6 個月的養成培訓，不同的醫院各有其不同的規劃方式³⁰。研究者從這些資料中，歸納出各醫院對安寧志工職前教育訓練課程的規劃三種趨勢，包括「課程總時數多」、「課程總時數少」，以及「結合基金會來培訓安寧志工」，以下將作進一步的分析與討論。

(一) 課程總時數多

課程總時數多的趨勢中又分為「課程總時數由少轉多」及「課程總時數維持穩定的多」兩種，以下分別說明。

1、課程總時數由少轉多

課程總時數的規劃轉趨於多的醫院包括 A、C 和 I 醫院；也就是總時數由剛開始發展時的二、三十小時，轉為四、五十小時以上。而這三家醫院的共同特色是：(1) 團隊或安寧志工尚在發展階段³¹。(2) 朝向全方位服務模式發展³²。全方位服務模式是否

³⁰ 此總時數與培訓期，是依據課程表上的記錄計算出來的，因此和訪談時各受訪者提到的時數與培訓期或有些出入。

³¹ A 與 C 醫院的安寧團隊成立不久；I 醫院雖然成立較久，但由於志工人數偏少，因此就安寧志工的部分而言，其實是尚在發展階段。

³² A 醫院的安寧志工雖有 67 人，但全方位服務是該醫院所強調的；C 與 I 醫院則由於人數不足以分組，

是長期培訓的重要關鍵呢？以下將有更深入的探討。

2、課程總時數維持穩定的多

(1) 長期培訓的共同因素

維持長期培訓模式的包括 B、J、P、V 等四家醫院，這些醫院的課程總時數維持在四、五十小時以上。由於未訪談 V 醫院，因此以下是就 B、J 與 P 醫院的狀況加以說明，而他們的共同特點則是：a、台灣安寧緩和療護發展初期即已開始儲備安寧志工，換句話說八十六年或八十六年以前即展開招募工作³³。b、課程分三部分（階段），也就是包含基礎課程、見/實習及團體課程的「整套教育訓練課程」。c、實施全方位服務模式。d、以課程篩選安寧志工。e、培訓期 3~6 個月。

在這些共同點中，J 醫院在「實施全方位服務模式」與「以課程篩選安寧志工」方面是比較寬鬆的，畢竟該院曾經嘗試運用分組服務模式³⁴，因此如果強要灌上以課程篩選安寧志工之名，那麼主要是以志工參與意願作為篩選標準（J-07-08~08-02）。若探究其原因，或許和該醫院只有 24 位安寧志工，尚待進一步的拓展有關。但在 B 與 P 醫院方面，上述兩點則是既定的模式與篩選方向；也就是說，在招募志工時即已強調全方位服務³⁵。另外，在「以課程篩選安寧志工」方面，則是兩家醫院所共同強調的（B-16-11~16-19；P-28-07~28-10）。而與此緊緊相關的共同點則是長期的培訓，也就是第 5 點的「培訓期 3~6 個月」。以下將針對 B 社工師與 P 社工師對於以課程篩選安寧志工方面的理念，作進一步的說明。

(2) 「以長期培訓來篩選安寧志工」的理念

B 社工師之所以規劃長期的培訓，原因之一來自安寧前輩「志工在職訓練很重要」

故而不得不實施全方位服務模式。

³³ F 醫院雖然由於後來的書面資料記錄有些缺漏無法歸類，但其於八十六年規劃的安寧志工課程亦是 50 小時以上。

³⁴ 見 p.97。

³⁵ 雖然 B 醫院表示當安寧志工的運作趨向成熟時，會考慮分組服務（B-28-12~28-14），但截至訪談結束時，全方位服務仍是該院既定的模式。

的觀念灌輸 (B-08-08~08-11)。除此之外，由於 B 社工師之所以被指派到安寧單位，主要是因為其個人的喪親經驗，因此該社工師以其心路歷程，認為志工應該要有充分的訓練，才知道進入安寧領域之後要做些什麼 (B-08-11~08-19)。她更進而表示，安寧志工的服務的對象是處於人生最脆弱階段的一群人，他們需要有更體貼細微的照顧，因此志工必須自我裝備好，才知道如何去服務他人，如果只有服務動機而沒有好的裝備，除了容易使自己受傷害之外，也容易因無知而傷害了別人 (B-08-19~09-03)。是故，B 社工師除了以長期的職前培訓來讓志工消化教育訓練的內容之外，也透過這個歷程來過濾志工的服務動機、服務耐心、出席狀況、以及家屬的回應等，她認為這樣才能夠瞭解志工申請者是否能適任 (B-35-17~35-22)。而以其培訓的經驗而言，也確實有許多志工申請者在這個過程中，因失去了耐心或個人因素而流失了 (B-16-13~16-15)。

P 社工師的「以長期培訓來篩選安寧志工」理念，則有別於 B 社工師的來自前輩的叮嚀與個人喪親經驗的體會。P 社工師是秉持著「自然淘汰」的篩選方式。所謂「自然淘汰」，即 60 小時的職前教育訓練課程是排定的，通過此課程就具有成為安寧志工的基本條件。由於是否缺課的關鍵在於志工，因此整個過程可說是由志工來作自我篩選與自我淘汰的。以下是 P 社工師對「自然淘汰法」的說明：

自然淘汰法就是說，當然會跟他面談嘛，那基本上，因為你沒有辦法說跟你面談，我就幫你定生死，不可能嘛，因為我才見你第一次面，我又不是算命仙，對不對，我沒有辦法幫你定生死嘛，所以剛開始面談只是讓對方知道說我們要招志工的用意，我們期待來做安寧志工需要符合什麼樣的一個訓練內容，包括規定、包括什麼什麼 這些要讓對方知道，那包括說我們訓練的課程裡面，我們會有規範，你能不能達得到？那另外也會問對方：你為什麼要來參加安寧志工，你若對自己能夠承諾，如果通過訓練，你可不可以做滿一年？我們的面談大概是初次談這個部分。那他如果很願意來服務，那他就來了對不對，可是來了之後還要先訓練，那我們排的訓練要三到四個月的訓練，所以那個訓練時間都已經排定了，那你必須把你的時間都挪出來 (P-15-05~15-21)。

你能不能來遵守這個訓練的規範，這是比較最基本的，你如果說能夠達到，那至少已經六十分，對不對？所以我就說自然淘汰法就是在這裡(P-16-04~16-08)

換句話說，面談時的規範是確定的，不具任何彈性，即使是該院的資深一般志工，仍需配合該院的規範與排定的時間(P-15-21~16-01)。因此，整個訪談過程中，P 社工師一再強調 60 小時的職前教育訓練是成為該院安寧志工的最基本條件(P-28-07~28-10；P-43-03~43-05；P-43-16~43-16)。她更進而表示這「整套教育訓練課程」是各醫院招募訓練的指標，也是評鑑的標準，因為如果有受過這些課，基本上對安寧已經有個基本的理解與認識，也才能夠從事安寧服務(P-42-24~43-05)。除此之外，P 社工師認為服務能力的提昇是協助志工達成全方位服務目標的重要因素(P-59-11~59-18)。

(3) 長期培訓下的安寧志工特質

比較 B 社工師與 P 社工師的共同點，還包括兩位社工師都強調「人格特質」並非篩選時的首要考量因素，但兩者的理念不盡相同。B 社工師秉持著 a、人性本善，志願到安寧服務的人，善的成份更多； b、人或有不善之處，但那是可包容的，也是可塑的； c、人的能力有所擅長，亦有所短，應運用其長； d、安寧病房需要志工的地方很多，故需要多樣性的志工來服務(B-36-19~37-11)。基於此理念，因此 B 社工師不以志工的特質來做為篩選的標準。雖然如此，但她也表示能長期服務而不流失的志工還是有其特質，這些特質包括：a、有失落的經驗； b、對於「人」的關懷；以及 c、從付出關懷的過程中肯定自己等(B-37-11~38-05)。由此可見 B 社工師是比較不以志工的人格特質為考量的。

但 P 社工師的看法則是：人格特質是次要的篩選標準(P-16-04~16-12)。因此，P 社工師會在訓練過程中評估志工的人格特質，而評估的方向則是：a、志工申請者的合作性如何？ b、志工申請者的本位主義是否過強？她表示：

因為在安寧團隊裡面，我們不是以英雄取向的，是以一個團隊合作的方式，

希望每一個小鏢絲都扣在一起，它才有辦法發揮全隊的照顧，達到全人的照顧（P-16-12~16-15）。

P 社工師認為：英雄主義與自我本位強者，比較自以為是，但志工所想的未必是病人所要的，故而以此篩選安寧志工。雖然如此，但她提到如果能適時發揮與適時隱藏英雄主義的安寧志工還是可接受的（P-17-02~17-04）。除此之外，也認為英雄主義與自我本位強者，仍可藉由訓練來拓展志工接受他人想法的空間（P-16-22~16-02）。

另外，在提到安寧志工的人格特質時，P 社工師表示會投入安寧志工的人大約具有以下四種特質：a、本位主義低；b、合作性高；c、多具有宗教信仰；d、較有奉獻精神（P-14-08~14-16）。若以此特質和該社工師篩選安寧志工時的自然淘汰法與人格特質的篩選方向相對照，我們或許可以找出一些息息相關的訊息 願意配合團隊的規範。如果再以此對照該院志工的流失率³⁶，我們或許會直接的斷定：這是由於比較不穩定的志工申請者，在長期培訓的過程中已經以自然的方式淘汰掉了。然而，在探討流失率低的原因時，P 社工師卻只歸功於護理長與志工組長，對於自然淘汰法則是隻字未提。這或許是該社工師不願意居功，但以自然淘汰法過濾比較不穩定的安寧志工，應該也是重要的因素之一。

（二）課程總時數少

課程總時數少的趨勢中，又分為「課程總時數由多轉少」及「課程時數約 20 小時」，表面看起來是少，但其實規劃的方式不盡相同，以下將有更詳細的說明。

1、課程總時數由多轉少

課程總時數的規劃趨向於少的醫院包括 H 醫院與 L 醫院。L 醫院是由於推展「輕裝上路」的分組服務模式，捨棄所謂的整套教育訓練課程，故而課程總時數轉少，這

³⁶ 依據 P 社工師以其實際的統計數據表示該院 92 年的流動率是百分之十（P-19-23~19-24）而且，安寧病房成立七年只招收三期志工，第二次相隔 2 年，第三次相隔 4 年，其中第三期更是缺額不到 5 人，因此，招募的目的其實是為了注入新血輪（P-21-20~21-21；P-45-07~45-17）；由此可見，該院安寧志工的流失率非常的低。

在第一節已有作說明過了³⁷。雖然是輕裝上路，但也並不表示該院安寧志工不用上與安寧療護的其他相關課程，而是分組之後才於在職教育訓練中分組培訓，但由於分組所要強調的是多樣化與生活化，因此課程內容也以多樣化為訴求，換句話說，是以多樣化的課程來滿足多樣化的志工人材，藉由多樣化的志工服務來滿足病人的多樣化需求，而在這些多樣化的課程中，當然也包括一般的安寧志工教育訓練課程，只是整體而言更寬鬆、更具有彈性而已（L-20-13~21-14；L-22-09~22-22）。

H 醫院的時數轉少就比較特殊了，因為如從該院的歷年安寧志工「課程表」來看，在 88、89 年時，其職前教育訓練課程的總時數約 20 小時，但到了 90、91 年則轉為三個小時，從表面上看來是課程總時數轉少之例，但如果對照這兩部分的課程內容，其實前者是多了 88 年與 89 年的「南區安寧療護靈性關懷宗教人員入門課程」，約 20~21 小時，因此可說是結合其他層面的相關課程資源來達成培訓安寧志工之目的。然而，自 89 年該院開始對外招募第三期安寧志工起，該院的職前教育訓練事實上即維持著 3 小時左右，而這 3 個小時可只說是接受教育訓練之前的職前課程，並非一般所謂的安寧志工職前教育訓練課程。依據該院 89 年的《創刊號安寧志工雜誌》顯示，要成為該院正式安寧志工必須通過面試篩選、職前訓練，以及三個月的實習；在這段期間，除了直接到病房服務之外，尚須接受各項在職訓練及評估、考核，成績合格者，才可以成為安寧志工隊的正式成員之一；至於相關課程的時數，則是規定至少 20 小時。

另外，依據「訪談資料」顯示：安寧志工的職前教育訓練，事實上是以趙可式主講的康泰基金會 VCR 來作為培訓課程，總時數約 32~36 小時，為期一個多月，其間不能缺課，若因故無法出席，事後必須補課；請假堂數亦不得超過一定限度，而且每堂課後由社工師帶領討論，課程結束後會施行簡易的筆試（H-03-23~04-07）。見習，則是為期 3 個月，由資深志工、社工或護理人員帶領為病患及家屬服務，在見習期間不能單獨直接服務病患，見習結束後，須通過團隊的觀察評估，以及志工的自我省思與抉擇，如此才可以成為正式的安寧志工（H-04-12~04-18）。從這些職前教育訓練及見習時數來看，其

³⁷ 見 pp.94~95。

實要成為該院正式的安寧志工，至少必須通過 60 小時以上的養成過程。

由此觀之，雖然從課程表上來看，H 醫院的職前教育訓練時數只有 3 小時左右，但若以實際運作狀況來看，應該是藉由長期的觀察與評估來篩選安寧志工。而不同於 B 與 P 醫院的是，評估的對象除了包括志工本身之外，團隊的評估結果也是非常重要的關鍵。

2、課程時數約 20 小時

比較明顯顯現出職前教育訓練課程時數約 20 小時的是 E 醫院，這 20 小時左右的課程即是「整套教育訓練課程」中的基礎課程。而這和 H 醫院 89 年《安寧志工雜誌》所規定的「至少接受過 20 小時的安寧療護相關課程」正好可相呼應。而以此和歷年來各醫院的安寧志工職前教育訓練課程表相對照，結果發現在只規劃一個階段的課程中，其課程總時數，不約而同的都大約是 20 小時左右。由此或可推論，一般培訓安寧志工時，是以約 20 小時的時間來作概略的介紹。

至於約 20 小時的課程大約包含哪些呢？若以歷年來各醫院安寧志工的職前教育訓練，各類課程總規劃「次數」前十名來看，依序是末期病人身體症狀與照顧、安寧志工角色、安寧療護發展史、心理與社會照顧、安寧志工服務倫理、靈性照顧、癌末病人身體照顧的基本技術、同理心與溝通、如何接觸癌末病人及家屬，以及安寧志工經驗分享等³⁸。再以此對照 E 醫院第二期安寧志工職前課程內容³⁹，結果發現兩者是大同小異的，或許這些就是被普遍認定為安寧志工所應具備的基礎認知吧！

另外，在 E 醫院的第二期安寧志工職前訓練課程表中，共規劃了十個課程，其中與角色相關的就包括了三個，而這正好可以和許多受訪者都一再強調職前教育訓練的重點之一即是角色界定作相互呼應。尤其是倫理，許多受訪者強調的是協助志工去確認其輔助性的角色與服務範疇（A-12-20~13-0；B-17-09~17-16；D-04-15~04-17；E-08-03~08-05；F-17-11~17-15；G-22-19~22-22）。在此必須特別說明的是，該院雖然只規劃了一個階段的

³⁸ 見附錄表四-3-9。

³⁹ E 醫院第二期安寧志工職前訓練課程表，內容包括：癌末身體照顧、安寧病房簡介、實務操作（× 2）、安寧志工、癌末病患及家屬社會心理問題、安寧緩和醫療、志願服務倫理、悲傷關懷、常見諮詢問題、以及志工經驗分享等課程。

職前教育訓練課程，但事實上還是分三個階段的，只是第二、三階段被規劃於在職教育訓練中罷了（E-10-08~10-08）。而這和李閏華（1996，3月）在規劃第二年的課程時，依據第一年的經驗，認為自我覺察及調適是志工生涯中持續的課題，因此將第一年規劃於職前訓練的悲傷調適課程挪到在職訓練中實施，以期能夠更符合志工臨床工作之需求；兩者或許有著同樣的意含吧！

（三）結合基金會來培訓安寧志工

「我知道有一些 他們結合蓮花基金會，他們訓練課程是一直持續的。」這是 E 社工師對某醫院的運作情形之概說，雖然是來自他院社工師的說明，但也顯示結合基金會來培訓安寧志工，是職前教育訓練的運作模式之一。而首先以此模式來運作的即是馬偕醫院 83、84 年度第一套有系統的計劃方案，這個方案是結合安寧照顧基金會所規劃出的。台大與台北市立忠孝醫院在緩和病房剛成立時，安寧志工則分別是由蓮花基金會的會員所轉任而來與參加該基金會所舉辦的初階班課程結訓之後到該院實習而成立的（蓮花會刊，1995，10月；1996，4月；1997，6月）。桃園榮民醫院則表示他們並沒有培訓安寧志工，但志工都曾接受過康泰、蓮花基金會的培訓，雖然如此，但上線之前還是會以康泰基金會的相關錄影帶來加以說明（2003/06/03 日電話調查）。另外，中山醫學院 91 年度的安寧志工職前訓練，也因志工已經接受過蓮花基金會的基礎課程，故而職前只針對實務照顧來加強訓練。

由此可見，與志工培訓的相關基金會包括安寧照顧基金會、康泰基金會以及蓮花基金會等。但安寧照顧基金會在後續的發展中，主要是以專業人員為研修對象，並未針對志工來規劃相關的課程⁴⁰。雖然如此，但是還是有提供講師費以贊助各醫院，而培訓內容則視各醫院的需求而自行決定（安寧照顧基金會編輯群，1998，6月）。另外，安寧照顧基金會也開放志工參與牧靈人員的入門與進階教育訓練課程（C-36-04~36-13）。因此，其實專為安寧志工而規劃相關課程的外在資源，主要是來自康泰與蓮花基金會。然而，從安寧基金會開放志工參加牧靈人員的入門與進階教育訓練課程，以及 H 醫院以南區安

⁴⁰ 安寧照顧基金會自 1994 及 1995 年之後，直到 2003 年才又開辦安寧志工的培訓課程。

寧療護靈性關懷宗教人員入門課程為安寧志工的職前課程來看，不免令人有安寧志工與牧靈人員是否有某些相似之處的聯想。

對於外在資源的運用，C 社工師表示如果有像安寧基金會這種具公信力的機構來開辦志工課程，並給予證書，對志工而言會有不一樣的感受，對安寧團隊而言則有利於篩選的評估，能夠確認報名者已對安寧療護有某種程度的概念與認知（C-37-01~37-15）。另外，O 社工師則從成本效益來看，認為未來該院聯結財團法人基金會來共同培訓安寧志工的可能性非常大，而且這也是達到資源共享的最高原則（O-30-02~31-05）。由此可見，民間的財團法人基金會在臺灣地區安寧志工的教育訓練上，扮演著非常重要的角色，乃至有著不可或缺的貢獻，而這種結合外在資源以培訓安寧志工的模式，也有可能是未來的重要發展趨勢。⁴¹

二、安寧志工職前教育訓練課程規劃趨勢的分析與討論

以上針對各醫院安寧志工職前教育訓練「課程總時數多」、「課程總時數少」，以及「結合基金會來培訓安寧志工」等三種規劃趨勢作概略的說明。看起來好像各自為政，無一定法。但若相較於國內外所分類出的形式，其實不出國外所呈現出的分類，以下將進一步的來探討。

（一）長期培訓的分析與討論

P 社工師雖然強調 60 小時的職前教育訓練是評鑑的標準。但依據實際資料的考證，顯示「至少 60 小時之相關教育訓練」是行政院衛生署八十八年度委託財團法人天主教康泰醫療教育基金會研擬「安寧住院療護暨安寧居家療護標準作業參考指引」中，對「居家」安寧志工素質所作的要求，這份參考指引是屬於「草案」，並非正式的設置基準。事實上，依據「安寧療護病房設置基準」，志工是屬於「得視需要設置」的其他人員，而在「安寧療護病房品質評量標準」中，對於人力的素質則是要求「需接受過相關教育訓練且領有證明」，至於應有幾個小時的相關教育訓練？則無明確規範。換句話

⁴¹在以上三種規劃趨勢中，D、F、G 等醫院未被歸類，主要在於 D 醫院只招收一期安寧志工；F 醫院的課程時數有些記錄不齊全，無法作比較；G 醫院的第二期安寧志工方案則是尚待發展中。

說，志工並非安寧病房必備的設置基準。另外，在 1995 年「安寧居家療護設置規範表」中，並沒有提到得視需要而設置志工，更遑論相關的素質規範。雖然如此，但修正後的「標準作業」，行政院衛生署已於 2000 年以「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」之名出版。這份「標準作業參考指引」是提供各醫療機構開辦安寧住院及居家服務時能夠有所依從，除此之外，也提供衛生署在評鑑、稽核及確保品質上的參考。在這份標準作業中，「義工組織」被明確的列入人力配置之一，並有至少 60 小時相關教育訓練的人力素質要求。但值得注意的是，這份「標準作業」並未去區分這樣的規範是適用於住院安寧志工或居家安寧志工？不過，或許可以確定的是如 P 社工師所說的它會成為評鑑時的參考標準。

且不論「安寧療護病房品質評量標準」對志工素質是如何規範的，若以 60 小時相較於國外 Kavanagh(1983)引 Des Moines 規劃的 40 小時、Lattanzi(1983)建議約 20~30 小時、Cummings(1998b)則擬定 15~30 小時的課程等，看起來似乎是偏多的，但是如果扣掉見實習時數，其實與 Kavanagh(1983)的 40 小時是相近的，雖然在 Kavanagh(1983)的方案中，課程結束之後就會被要求上線，沒有所謂的見習，但他們在剛上線時會分派新進志工與資深志工一起工作，這其實與見習是雷同的。但必須說明的是 Kavanagh(1983)的方案是適用於專業和非專業兩種志工，而且涉及居家照顧。或許是適用對象與服務對象的不同，故而課程時數在規劃上是比較多的。然而，如果以此相較於臺灣地區以長期的教育訓練來培訓「住院」安寧志工，那麼臺灣地區的課程時數確實是偏高的。

另外，依據 Wilson(2000)顯示：「漫長的上課，有時候會讓志工困惑，會關心到他們記不得每件事，而且會對他們在團隊角色的能力比較沒信心。」就臺灣地區的經驗而言，是否有類似的經驗呢？這或許這是需要針對安寧志工來作進一步的調查，但從督導的訪談中，也可略探個中反應。以下是 B 社工師敘述此議題的部分內容：

我們大醫院的志工大概要上由政府志願服務法所規定的四十八個小時醫療保健

課程⁴²。，他們上完之後再跨到安寧這一組，就要再上專科訓練這樣子，一上下來就覺得半年以上，所以那時候一聽到安寧的訓練還要再撐個三、四個月左右，已經覺得：哇！怎麼要上那麼久的課才能夠服務呢（B-25-03~25-22）？

該院志工除了有為什麼要上那麼多課的疑惑之外，甚至有「不停的上課，沒有自己的時間，很煩！」的感覺，及「課程的時間拉得太長！」的抱怨（B-08-11~08-12；25-14~26-01；48-22~49-10）。由此觀之，在臺灣長期培訓對志工而言，也有類似 Wilson（2000）所提到的回應。而 B 醫院為了避免對志工的生活造成太多干擾，2003 年該院以三個整天的集中訓練完成基本課程；至於課程太多的問題，則以「基本時數規範」來因應，也就是改採時數底線，標明必修課程，其他提供志工有多樣的選擇（B25-14~26-01；48-22~49-10）。

在此，我們再回溯 B 社工師之所以規劃長期培訓課程的原因之一即是來自安寧前輩的觀念灌輸；並對照對安寧志工教育訓練要求非常嚴謹的「安寧居家療護 標準作業參考指引（HOSPICE CARE）」，雖是由趙可式所主持的計畫案，但卻是邀請國內 22 位安寧療護的行政及臨床工作者，作為專家共識，給予修正意見而定版的；最後再就臺灣地區某些醫院以長期教育訓練的方式培訓「住院」安寧志工，相較於國外文獻確實是比較多的的情況來看，國內的先進們與某些醫院對於安寧志工的服務，抱持著相當謹慎的態度。而這樣的謹慎態度雖然未必有所改變，但有的醫院在實施上則會依據志工們的回應而作適當的調整。而我們也可以藉由這種跡象來確認安寧緩和療護模式雖然是一種世界醫療趨勢，但在志工教育訓練課程的規劃上也會依先進們的態度而有所差別的。而這和臺灣地區在推展安寧志工的服務時，即是以全方位服務的模式來推展不無關係。在此運作模式下，或許可以確認長期培訓是確保服務品質的重要關鍵，至少運用單位已經盡到教育訓練的責任了。

⁴² 依據九十年一月二十日總統令公布的志願服務法對志工教育訓練的規定是分為「基礎課程」與「特殊訓練課程」二類，二類課程的時數都各作了 12 小時的規範。若以此計算，底線應是 24 小時。但由於特殊訓練課程則是由各目的事業機關或各志願服務運用單位依其個別需求自行訂定，而且志願服務工作內容說明及實習時數，得由志願服務運用單位依實際需要延長之。因此，B 醫院所謂的「四十八個小時醫療保健課程」，應該是該機構的個別方案。

(二) 規劃趨勢的分析與討論

相較於 Kavanagh (1983)⁴³、Lattanzi (1983)⁴⁴與 Cummings (1998b)⁴⁵的課程差異，Kavanagh (1983) 與 Lattanzi (1983) 比 Cummings (1998b) 多了敏銳的訓練課程；換句話說，Cummings (1998b) 的方案比較偏向知識層面，而 Kavanagh (1983) 與 Lattanzi (1983) 則多了以臨床應用技巧及情意調適為主的課程。就臺灣地區的長期培訓模式而言，主要是多了第二階段的課程，如以小團體方式來加強的同理心訓練、自我覺察，以及悲傷的自我探索等，而這些課程其實即是以臨床應用技巧及情意調適為主的敏銳訓練。至於在臺灣地區屬於第一階段的約 20 小時基礎課程，則是和 Cummings (1998b) 的方案比較相近的，也就是以基本概念為主的認知課程。

由國外的文獻來看，課程時數的規劃從 15~40 小時都有，那麼就時數的規劃上來說，應該規劃幾個小時比較適當呢？依據 Scott 和 Caldwell (1996) 對美國德州 (Texas) 安寧志工所作的問卷調查，顯示出他們認為良好的基礎訓練約需 30 小時。臺灣地區部分醫院的推行方式是在第一階段約 20 小時的基礎課程之後，即可上線實習，後續的課程則規劃在在職教育訓練中。對照 Scott 和 Caldwell (1996) 以及臺灣地區約 20 小時的第一階段時數，如果說 20~30 小時的課程是安寧志工的基礎課程，那麼 L 醫院所推行的「輕裝上路」模式，第一階段的課程是 6 小時，這樣的職前教育訓練課程是否不足呢？要下定論之前，我們應先就訓練計劃的劃分方式來看。

⁴³ Kavanagh (1983) 的課程包括：(1)與癌症病人的對話(2)學習自己信仰以外的宗教(3)尋找出在社區內病人與志工可用的資源(這對大多數的志工是相當大開眼界的) (4)研究癌症是什麼(5)了解常用的藥物及他們使用適當與否所預期的結果(6)掌握基本居家護理的原則(7)知道如果在家中往生該作什麼(8)哀傷與如何幫助(9)敏銳的訓練(10)安寧療護團隊的歷史(11)信任(12)記錄等。

⁴⁴ Lattanzi (1983) 的課程包括：(1)安寧療護的思想體系和進路。(2)疼痛與症狀的控制。(3)以家庭為中心的照顧。(4)了解臨終的過程。(5)最近的癌症治療與照顧。(6)跨科團隊合作及角。(7)個人化的/經驗上的演練。(8)喪葬實務/停屍間參訪之旅。(9)協助與溝通的技巧。(10)哀傷與喪慟。(11)照顧者的進路與關心。(12)照顧的靈性、心理/情感及社會的層面。

⁴⁵ Cummings (1998b) 的課程包括：(1)緩和療護的思想體系。(2)社會上對死亡和臨終的態度。(3)癌症的因應。(4)愛滋病與其他末期的疾病。(5)疼痛和症狀控制。(6)社會心理的動態。(7)靈性的動態。(8)面臨死亡的家屬。(9)志工的角色。(10)在計劃中介紹特殊的志工角色。(11)喪慟過程的了解。(12)個人的壓力。

在國外的文獻中，Cummings (1998b) 將訓練計劃分成四種組成部分：1、介紹與定位；2、直接服務志工；3、特殊直接服務志工；4、督導、支持、與繼續教育⁴⁶。以上四種，「介紹與定位」是適合於所有志工們的課程，包括間接服務與直接服務。對於間接服務的志工來說，Cummings (1998b) 認為也許不需要進一步的訓練，但為了避免被問到相關的問題而不知道該如何回應，因此這個部分的課程內容包括付款等實務。如果從這個角度來看，那麼「輕裝上路」的 6 小時職前課程，即是 Cummings (1998b) 所謂的介绍與定位課程了，但 L 醫院在這 6 小時中為安寧志工規劃了「組織架構與團隊運作」、「志工角色介紹」、「病人家屬的心情」、「如何扮演好志工」、「經驗分享」，以及「志工服務工作分組討論」等課程。從這些內容看來，並不包含 Cummings (1998b) 所提到的付款之類的實務。那麼少了這類課程，會不會影響志工扮演好其角色呢？或許，這就需要視院方對於間接服務志工的需求與期許而定了，這並非可以一概而論的。

另外，Doyle (2002a) 將教育和訓練分成法定、強制、以及自願等三部分。「法定」的課程包括政府法令、健康安全法規、新進志工與職員的更新，以及角色發展有所更易時的介紹課程；如果沒有辦法參加，表示他們不能繼續在那個角色上工作。「強制」的課程屬於機構所決定的要求，主要是讓志工能夠符合機構最低限度的訓練標準或要求；在這部份和 Cummings (1998b) 一樣的是 Doyle (2002a) 也將這部分的課程分成間接、直接與專業等三部分的課程規劃考量方向。「自願」的課程不屬於機構的強制要求，而是為了專業或個人的發展而規劃的教育訓練，這個部分其實即是被 Cummings (1998b) 歸類為督導、支持、與繼續教育的課程，有關這部分的課程將在後續的章節中另成主題來探討。但就以上的劃分方式來看，L 醫院第一階段的 6 小時課程即是 Doyle (2002a) 所說「強制課程」中的「間接課程」。

另外，依據九十年一月二十日總統令公布的志願服務法對志工教育訓練的規定，則是將相關課程作了「基礎課程」與「特殊訓練課程」的規範。基礎課程是由中央主管機關定之，特殊訓練課程則是由各目的事業機關或各志願服務運用單位依其個別需求自行

⁴⁶ 由於此段落主要在探視「介紹與定位」的課程，其他三個部分在其他脈絡中有各別的討論，因此在此不再多作冗詞（臺灣地區特殊直接服務比較不普遍，因此相關資料比較少）。

訂定；雖由不同單位來訂定，但時數都各作了 12 小時的規範。由此規範看來，基礎課程與特殊訓練課程即是 Doyle (2002a) 所歸類的「法定課程」與「強制課程」。而 L 醫院的 6 小時則是由機構所規範的「特殊訓練課程」。

如果以志願服務法的時數規範來看，6 小時的課程似乎是偏少的，但這只是該院的第一階段課程，後續還有第二階段的實習。相反的，如果以此相較於其他醫院安寧志工的第一階段課程約有 20 小時（不含實習），則又比「志願服務法」所規範的還多。雖然志願服務法對特殊訓練課程有「得由志願服務運用單位依實際需要延長之」的彈性規範，但由此也可以看出：相較於其他類別的志願服務者，安寧志工的養成過程確實是比較漫長的。然而，我們雖然可以從這個角色來說明安寧團隊對於志工服務所抱持的謹慎態度，但卻無法由此斷定 L 醫院只規劃 6 小時課程，是不夠慎重的作法，因為這是運作模式的差異，而且也是該院就其運作經驗所作的調整。反觀國外的規劃方式，也是以服務範圍的定位來規劃安寧志工的課程的。

以上是由時數規劃趨勢的觀點來討論，若以資源取得的觀點來探討，那麼就是第五種「結合基金會來培訓安寧志工」。關於這點，Doyle (2002a) 也表示教育訓練的機會來源，可能是機構本身，但也可以利用會議、協會或社團等外在的資源，而且，最好能提供參加課程的證明或具特定工作能力的資格證明，而這與國內部分醫院的期待是一樣的，尤其是當養成過程比較漫長的相對意涵即是成本較高時，結合外在資源以達到資源共享的最高原則，就有可能是團隊會試圖去運用的培訓模式了。

肆、臺灣地區安寧志工職前教育訓練的目的與目標

有關臺灣地區安寧志工職前教育訓練的目的與目標，本文將先就整體概況作一瞭解，再進而針對不同的目的與目標作更深層的分析與討論，藉以確認臺灣地區安寧志工職前教育訓練目的與目標的整體現象。

一、臺灣地區安寧志工職前教育訓練目的與目標

一般而言，課程方案是有其目的/目標的，就受訪者的訪談資料來作分析，共歸納出

十個標的，依被強調或提出的次數順位，包括：(一) 安寧療護基本概念與理念的認知與認同；(二) 安寧志工的角色界定；(三) 加強安寧志工的陪伴能力；(四) 實務上的認知與學習；(五) 保護作用 自我釐清與避免傷害；(六) 散播安寧理念；(七) 篩選安寧志工；(八) 招募安寧志工；(九) 建立團隊默契；(十) 注入新血輪等。除此之外，另歸類出一個處於摸索階段或沒有特定目標的規劃歷程。

其中，最被強調的是「安寧療護基本概念與理念的認知與認同」，共有八位受訪者提到了這點。「安寧志工的角色界定」、「加強安寧志工的陪伴能力」、「實務上的認知與學習」等三者呈現出均等現象，都約六、七次。三者約略相當的原因，主要在於有些內容在判定上是處於模糊地帶，可能與二者或多者息息相關，因此很難獨斷的只把它歸類於某一項，「保護作用 自我釐清與避免傷害」與「散播安寧理念」有五位受訪者提到；「篩選安寧志工」與「招募安寧志工」各四位。比較特別的是「注入新血輪」，只有一位是為此目的而規劃招募方案的。以下將進一步說明。

(一) 安寧療護基本概念與理念的認知與認同

「先給志工一個初步安寧的觀念，讓他們了解，這是我們的目的。」這是 D 社工師的一段訪談內容 (D-06-20~06-21)，也顯示多數的受訪者都認為安寧志工首先應具有安寧療護的基本概念，也就是包括安寧療護理念、發展及其內涵；尤其是安寧理念的認同，是許多受訪者都共同強調的。

在安寧理念方面，比較被提出來強調的是「以病人為中心」。B 社工師表示志工訓練所強調的目標之一是對人的尊重，也就是尊重人的差異性 (B-39-09~39-15)。M 醫師表示醫療的極限就是人文的開端，由人文的層面出發，從而見到病人的需求、志工的需求，乃至依此理念之內化而不斷類推擴大到所有接觸到的大小事情；以下是 M 醫師的訪談內容：

因為醫療的極限就是人文的開端，然後從人文的層面就會看到我們為這些病人所需要的，就會內化到所有的事情，包括對志工的時候，我們會想說志工

所需要的是什麼？而不是從我們這邊，因為一般的觀念裡頭，機構所想到的
是你們這些志工要做什麼？但是我們要內化到說，志工你們要什麼？我們去
替你們設想。我覺得安寧療護成功的地方是你要整個系統完全內化到說：我
們對所有的大小事情都跳到另外一個角度去想事情（M-34-13~34-22）。

另外，P 社工師以其多年的實際經驗表示：志工為病患提出的問題，多出於自己的想法
（P-17-24~18-03）。因此，訓練過程中，必須經常提醒志工，為病人提出問題時必須先澄
清「這是出於病人的需求？或只是自己的想法（P-19-10~19-13）？」她進而表示：「
我想任何人如果做安寧都同意說：病人的利益為最大利益，病人的需求為最高需求，對，
對（P-19-13~19-15）」因而，該院安寧志工教育訓練很重要的目標即是灌輸志工「以病
人為中心」的思考模式，訓練志工養成澄清「誰是真正需求者？」的習慣。以是之故，
當團隊成員出現糾紛時，「以病人的利益與需求為中心」的理念，便成為該社工師衡量
與裁決的標準（P-19-10~19-18）。

(二) 安寧志工的角色界定

安寧志工的角色界定是志工職前教育訓練很重要的目標之一，這在「課程時數約
20 小時」中已略加說明⁴⁷，而且有關安寧志工的角色問題，也已在第一節的地方詳加
分析與探討。因此，藉由教育訓練讓志工瞭解角色功能及服務內容，並殷殷叮嚀志工
遵守自己的界線，是多位受訪者切切期許能夠達成的目標。

(三) 加強安寧志工的陪伴能力

由於對於提供直接服務的志工而言，病房裡有大部份工作是在陪伴。而對於病/家的
關懷，可以從同理心與溝通技巧開始，因此不論職前或在職的教育訓練都規劃有同理心
的課程，而此課程的目的，即在於培養安寧志工的陪伴關懷能力（D-11-06~11-13）。雖
然末期疾病的病人與家屬多免不了哀傷，部分安寧志工的課程中也安排有悲傷輔導，但
E 社工師表示這比較屬於培養志工的陪伴能力（E-07-22~10-02）而 N 社工師則直指此課

⁴⁷ p. 144。

程的目的在探索志工本身的悲傷，而不是從事悲傷輔導服務；因此，若面對突發狀況，N 社工師建議運用「肢體的陪伴」與「無言的陪伴」，她認為這樣既能嚴守志工的倫理，也是很好的陪伴方式（N-16-14~16-23；20-25~21-06）。

雖然，規劃這些課程的目的是為了加強安寧志工的陪伴能力，但在課程數的規劃上有長、短之別。課程較長的，以小團體的方式來演練，課程數較少的，則主要是知識性的灌輸。但有趣的是部分社工師表示：雖然有上同理心技巧的課，但志工仍舊不知如何回應（G-16-07~16-10）；I 社工師將此現象歸咎於年齡或人格特質，認為該院的安寧志工多是媽媽型的，難免帶著個人的價值觀，無法完全的傾聽與接納，以下是部分訪談內容：

我在想說，以這樣子的帶領方式，適不適合於我們這一群媽媽。因為 嗯就像我們今年度，我們有請老師，以小團體的方式來帶領我們病房志工的同理心技巧，那我會發現說，即使我們上再多的課，甚至於我們做演練，媽媽他還是以那一套來勸 勸 勸（笑），就是沒有辦法做到完全的傾聽跟完全的接納，他還是多多少少會把自己的價值觀念帶進去，就是好像完全沒有辦法避免的（I-17-19~18-02）。

由於認為這類媽媽型的安寧志工，對於同理心技巧的學習比較難入門，因此表示「志工篩選」可能是未來努力的方向。B 社工師則由於志工所反應出的困難，而認為應該在在職訓練繼續不斷的加強同理心與溝通技巧的訓練（B-50-22~51-05）。

(四)實務上的認知與學習

安寧志工既然是在安寧病房提供服務，若缺乏相關知識與能力，則無法提供適當的服務，因此具備符合團隊運作的知能，應是團隊對志工的基本期待。在此期待下所規劃出的課程包括「基本認識」與「實作課程」（E-10-09~10-15）。就基本認知而言，包括瞭解病人家屬的問題與需要、瞭解社會資源等。就實作課程而言，包括一些基本方法與技

巧，例如身體照顧層面的翻身擺位、洗澡、洗髮、美足護理等；心理層面的同理心與傾聽（P-08-25~09-12）。C 社工師認為充實志工技巧的同時，其實也間接加強了志工的信心（C-14-16~14-20）。而這裡值得注意的是，當服務多元發展時，其課程方案的規劃也會朝向多元化（A-08-01~08-10）。雖然如此，但職前教育訓練主要還是在於「知識」與「技巧」層面的傳授，「態度」層面則由於需透過實際運用轉換而成，因此比較屬於在職教育訓練的目標（J-14-09~14-13）。

(五) 保護作用 自我釐清與避免傷害

「我們教了，你懂不懂是一回事，但是至少我們已經盡到告知的責任了。不要到時候進來，有什麼糾紛，你說當初沒有講。那我想對雙方會是一個傷害。」這是 A 社工師在強調職前培訓是安寧志工基本門檻的原因所作的解說（A-15-16~15-19）。因此，為了避免志工犯錯，基礎課程是必須的（I-07-06~07-08）。B 社工師更進而表示，強烈的服務動機需要有「求知欲」來自我裝備，如此才能利己利人（B-08-23~09-06）。

其實以上「安寧志工的角色界定」、「加強安寧志工的陪伴能力」、「實務上的認知與學習」等三項，都是屬於避免對病人或家屬造成傷害的課程，而「保護作用 自我釐清與避免傷害」則有保護志工的作用。主要的課程如自我探索、助人團體，以及悲傷輔導等課程，目的在於讓志工從內在作自我反省與整理，藉由志工的自我釐清來避免上線之後對病人、家屬、醫院、團隊，乃至志工本身造成可能的傷害。

(六) 散播安寧理念

當被問到有關志工培訓的「成本效益」時，五家醫院共六位受訪者都不約而同的將安寧志工的培訓當成安寧理念之散播，並表示「無法以成本計算效益」（B-21-18~22-06；F-35-08~35-20；I-33-03~34-24；M-24-12~24-24；L-25-07~25-09）。有的則認為藉由安寧志工來散播安寧理念，比團隊做推廣教育更具紮根效果（I-09-14~09-16；J-43-19~43-21；M-44-07~44-22）。而 I 社工師更進而表示安寧理念應該可以適用於一般病房，讓醫療環境有「家」的氛圍，但問題在於如何推展安寧理念（I-05-08~05-16）。

對於 B 醫院來說，由於職前教育訓練的目的之一，即是為了安寧理念之宣導，因此

除非如 SARS 之類的重大事件，否則每年都會訓練一批安寧志工（B-22-06~22-08）。也由於是以散播安寧理念為培訓目標，因此，對於某些醫院而言，培訓之後的志工大量流失並不會造成太大的困擾，也沒培訓之後留下多少志工才算成功的預設（B-21-18~22-06；F-35-08~35-20；L-25-07~25-09；M-24-12~24-24）。

(七) 招募安寧志工

如果說散播安寧理念是屬於普遍性的目標，那麼招募安寧志工則為根本目標，誠如 A 社工師對培訓目標所作的直接反應：留下來！

短期的目標當然是希望他們留下來，對啊，因為我覺得很辛苦的訓練了志工，然後，到最後他們就走掉了，而且還馬上就走掉了，這其實是給我們一個打擊，所以短期目標是希望他們留下來，那留下來，我們也才有空間去做人員的篩檢。否則譬如說，招了一百個，剩下十個，那這十個我們都不能篩了，對。可是如果它剩下八十個，我就比較有空間去篩選說我要留幾個下來，所以短期目標是希望他們留著。那再來講比較實際一點，可能就是希望他們至少要對安寧療護有概念，對（A-11-12~11-23）。

由此看來，根本目標其實是招募臨床安寧志工。J 社工師與 M 醫師雖然將散播安寧理念列為培訓目標之一，但也認為開辦課程是為了招募安寧志工。而有關培訓志工「很辛苦」，P 社工師的一段話正好可以和 A 社工師相呼應：

因為它要投入的時間成本很高，像我如果要招募志工，大概前後加起來要半年的時間，對，所以那在社工的整個直接服務上會受影響。所以那個招募，我個人也不傾向常常招募，但是你如果要招募的話，希望是能夠達到讓它的流失率降低，所以就要做一次可以休息個幾年這樣子（P-45-24~46-05）。

這樣「辛苦」的招募工作，和長期的培訓過程或許不無關係，A 醫院在課程的規劃上

是趨向長期培訓的。只是，令人費解的是，即使如 L 醫院的推行「輕裝上路」，但 L 心理師也認為培訓新志工必須花很多的精力，專業人員未必有辦法提供得出來；因此，雖然人力越充裕越好，但每次培訓就要付出很多代價，而這是 loading 是很重的工作（L-29-18~30-11）！H 社工師則基於安寧志工的養成不易，因此對於不是很適任的志工去、留問題，有時候也是會有猶豫不決（H-11-16~10-18）。由這種現象看來，其實招募安寧志工是非常根本的一個目的，只是許多受訪者都沒有特意去強調它罷了！

(八) 篩選安寧志工

E 社工師表示職前教育訓練的目的是「找到適當的人作適當的事(E-07-22~10-02)」！在培訓過程中，包括：課程結束後會的筆試、志工的參與意願、團隊的評估等，無非都是為了篩選。雖然有些受訪者未提及此目標，但即使是自然篩選法，其實也還是一個篩選的過程，只是或許可以說它是一種「柔性的篩選」方式。

(九) 建立團隊默契

第九項培訓目標是促進新志工與整個團隊的關係；換句話說，也就是建立團隊的運作默契（A-14-01~14-08；C-07-04~07-06；C-09-12~09-17；G-24-19~24-22）。因此，在課程的規劃上，不同層面的課程往往也分別由該院的不同專業人員來上，而這正是讓志工能夠初步的認識不同的專業人員及區分該角色的定位（N-39-03~39-18；N-39-22~40-05）。當然，藉由認識團隊專業人員或聚會聯誼的方式，不但是建立團隊運作默契的方式，同時也是培訓課程的目標之一。

(十) 注入新血輪

雖然招募安寧志工的工作是「很辛苦」的，但是還是有的醫院以「注入新血輪」為目標而招募安寧志工，只是到目前為止只有 P 醫院，而這在前文已經說明，不再另述⁴⁸。

(十一) 摸索階段或沒有特定的目標

⁴⁸ 請見 p.142，註 36。

雖然一般而言課程方案是有其目的/目標的，但 J 社工師與 O 社工師在初聞培訓目標時，直接反應卻是「規劃之前沒有先確立目標」⁴⁹。而 C、D 與 G 社工師在規劃課程時，則是參考其他團隊或基金會的相關課程所規劃出來的，例如：北榮、馬偕、耕莘、嘉基等醫院（以筆劃順列）及安寧基金會。因此，表面上雖然沒有特定的目標，但其實是以前人的目標為目標。

上述的社工師中，除了 C 社工師有三年的規劃經驗，但自認為尚在摸索階段之外，其他社工師只有規劃一次職前培訓課程的經驗。以下將 C 社工師參考其他醫院安寧志工課程資料的經驗，與參考安寧照顧基金會牧靈人員課程資料的經驗羅列於下：

1、參考其他醫院安寧志工課程資料：

因為像三年來，我其實在招募的志工的課程方面，一直在摸索，一直在參考別家醫院課程的模式。那在規劃的過程當中，可能會發現：其實別的醫院的模式，有時候在我們醫院用可能會有一些落差啦。一方面可能就是我們招募到的人數不是像北榮那麼多，那可能我要用比較小團體的方式來進行（C-07-21~08-12）。

2、參考安寧照顧基金會牧靈人員課程資料：

那因為之前我們剛開始招募的第一年，就是比較匆促，那我們的課程規劃，基本上就是參考安寧照顧基金會對牧靈人員訓練的一個模式，然後再加一些就是我們覺得他們在臨床上會運用到的一些身體照顧技巧，我們那時候是比較著重在身體照顧的技巧方面，至於說溝通或是靈性方面，我們那時候還沒有說特別把這樣的課程納進去，對。那在第二年跟第三年，因為志工也反應出他們的需求，就是說除了身體照顧方面，他們還希望說可以再瞭解怎麼樣跟病人、怎麼樣跟家屬去討論一些心理或是靈性的一些問題。那我們就慢慢的把這樣的課程

⁴⁹ J 社工師之後還是有提出幾點；O 社工師則是沒有招募新志工的經驗，而且該院也多是與基金會合作，因此她所說的「沒有先確立目標」是指在職教育訓練（J-06-25~07-01；O-25-20~27-01；O-28-06~28-09）。

加進去，對。那我是覺得可能在今年的時間，我們的整個志工的一個課程的訓練是比較有一個雛型出來了。我覺得主要就是溝通，還有就是心理跟靈性方面的課程，我們今年就是把它列為重點（C-07-21~08-12）。

C 社工師的經驗談，有二點是值得深思與參考：1、各家醫院因其在地條件與需求的不同，必須呈現出不同時空底下的在地化課程。如果從這個角度來看，那麼安寧志工的教育訓練很難以制式的方案，一成不變的來規範相關的課程。誠如 P 社工師所說的安寧志工是活著的生命體，具發展性與變異性，因此不能硬性規定制式化的教育訓練課程（P-44-16~44-17）。不同區域、不同醫院的安寧志工特性，自然也是必須考量的在地條件與需求。2、相較於牧靈人員，安寧志工在課程規劃上比較偏重身體照顧層面的課程，至於心理與靈性層面的課程仍是志工所需求的課程。

另外，G 社工師從參考前人資料的經驗，說出了她的二種感受：1.相關文獻很少；2.不知如何擬定課程的方向與目標（G-39-05~39-10）。這或許與沒有規劃經驗有關，但也許可以說明：雖然早期有李閏華（1996，3月）的「安寧療護義務工作人員訓練方案計劃」可以參考，但在在地條件與需求的不同下，這一套有系統的計劃方案，未必能夠適用於每一家醫院，而這正好可與上述的「很難以制式的方案，一成不變的來規範相關的課程」作一呼應。當然，這種感受也會隨時空因緣而改變的，尤其目前正是安寧志工相關課程蓬勃發展的時代，除了各醫院的培訓課程、康泰基金會歷年來的傳愛種子列車，乃至蓮花基金會自 2005 年起已開辦了「安寧志工學苑」（生命，2005，7月）。

二、臺灣地區安寧志工職前教育訓練目的與目標的分析與討論

在這個部分將先從遠近目的與目標的不同來看臺灣地區安寧志工職前教育訓練，再以不同層面目標與目的之設定來瞭解臺灣地區對於安寧志工課程規劃的方向，並從中確認在整體性中是否有個別差異之存在，乃至進而分析目標與目的之間的相互關係。

（一）以遠、近的目的與目標來看臺灣地區安寧志工職前教育訓練

Macduff（2001）認為教育訓練的目的與目標有遠近之別，基本上目的（objectives）

的設立是較長遠的，可以讓機構或團隊有一個可具體努力之方向，而目標（goals）則是屬於近程的，足以作為近期之內便可以開始努力工作的特定規劃。如果以此區分法來看，那麼「散播安寧理念」則是臺灣地區安寧志工職前教育訓練課程的目的；「安寧療護基本概念與理念的認知與認同」、「安寧志工的角色界定」、「加強安寧志工的陪伴能力」、「實務上的認知與學習」、「保護作用 自我釐清與避免傷害」、「篩選安寧志工」、「招募安寧志工」，以及「建立團隊默契」則是教育訓練課程的目標；而「注入新血輪」則是當志工方案已經趨於成熟之後，為了讓方案可以穩定持續發展的規劃目的與目標。「目的」的設立涉及「目標」之確認，而以「目標」為準所展現出的課程規劃方案，則是影響志工方案是否能夠達成「目的」的方向舵，與「目的」有著密不可分的關係。

然而，Doyle（2002a）對於安寧志工教育訓練課程的計劃方案，卻沒有針對目的與目標之間的關係來作區分，因此在有關方案的目的方面，只表示應確保共同最低限度的學問基礎，以及對機構的思想體系、工作、價值與角色的普遍了解；至於對於課程的規劃，則主要是必須確認用以支持病人療護、確保療護的水準與實務的安全，以及確保機構適當的公共形象等。如果以此目的對照於 Macduff（2001）的區分法，那麼就目的的部分而言，Doyle（2002a）的重點比較偏向此方案所培訓出的志工如何能夠輔助團隊提供整體性的個人照顧。換句話說，方案的運作範圍主要是以該機構為主。

然而，就臺灣地區而言，安寧緩和療護的思想體系與進路，相較於傳統醫療，在臨終者的照顧態度上有著很大的差異。因此，某些醫院對於安寧志工，除了有基本理念上的認知與認同期許之外，更將散播安寧理念列為課程方案的目的之一。但 Doyle（2002a）所編的志工手冊（Volunteers in hospice and palliative care: A handbook for volunteer service managers）是來自美國，該地區的安寧緩和療護社會運動，依據 Siebold（1992）之說已步入分裂階段⁵⁰，而臺灣地區則是處於建立階段，尤其是本研究的受訪者多是經歷了各

⁵⁰ Siebold（1992）引用 Mauss（1975）的社會運動理論，將安寧療護的社會運動分成早期、結合、建立、分裂，以及消失等五個階段。「早期階段」是個模糊未統合的事件產生了對特別的社會形勢的興趣，此時並沒有運動的準則或控制，沒有正式的組織；唯一的團體是特別安排而形成的。「結合階段」是當此運動有領導者的出現，團體之間互相結合，並成立正式的組織去解決問題時，它就是進入了結合的階段。而「建立階段」則是此社會運動經歷到它最大的普及，法規已被制定，而且傳統的官僚制度也注

團體之間互相結合，並成立正式組織以解決安寧緩和療護相關問題的結合階段。或許是發展階段的不同，因此部分醫院將散播安寧理念列為課程方案的目的之一。

而 Doyle (2002a) 雖然沒有特別去區分目的與目標之間的關係，但對於自願服務工作的入門介紹，表示應確保志工對於安寧緩和療護的注重生活品質、全人的照顧、包含臨終者及其相關者的照顧、病人的自主權及選擇，以及強調開放及感性的溝通等五種主要原則的了解。而這其實即是本研究依據 Macduff (2001) 的定義所分類出的職前教育訓練「目的」。至於「目標」方面，或許可以和 Doyle (2002a) 所說的應確保對工作、價值與角色的普遍了解，以及課程的規劃必須確認能夠用以支持病人的療護、療護的水準、實務的安全，以及確保機構的公共形象等相聯結。而且 Doyle (2002a) 也表示應以合適的資訊與技能去保證所給予的是安全有效的實務、維持工作與照顧的品質及水準、保持與增進動機、能夠有個人的發展，以及改善工作滿意度等，來確保人們對安寧志工的信任度、專業度、並維持機構良好的形象與名譽。而這和本文依據 Macduff (2001) 定義所分類出的臺灣地區各醫院安寧志工職前教育訓練課程「目標」，就大方向而言，可說是一樣的⁵¹。

由此觀之，就安寧志工職前教育訓練課程的目的與目標而言，其實應該說是一致的，只是就目的而言，會依據發展階段的不同，有關安寧理念的宣導，在進入建立階段以前，對於安寧志工的任務，比較容易被賦予散播理念的期許。

(二) 以不同層面的目標與目的來看臺灣地區安寧志工的職前教育訓練

所謂不同層面的目標與目的，主要是指知識、技巧、態度，乃至團隊運作默契。

意到它的原因，除此之外，也成員也最多的時期；然而，當外力或政治機會促進其推選的過程時，由於社會運動領導者尋求更大的官僚制度去協助他們執行他們的理想，此時的社會運動很快會走向分裂階段。「分裂階段」的特色是領導者與參與者之間，對有關於所發生而改變運動任務的事情在抗爭，有些參與者認為他們的目標被逐漸削減，而試著去再主張他們的原先理想，而在運動邊緣的參與者則相信改革已成功，便逐漸退出社會運動的推展。但 Siebold (1992) 認為安寧療護的持續成就，保持了它的存在，讓它免於步入「消失階段」。

⁵¹ 當然，若就各醫院的各別目標而言，會有或多或少的差異，但以上是就總合分類出的臺灣地區各醫院安寧志工職前教育訓練課程「目標」而言。

首先從目標的設定差異來尋找出臺灣地區安寧志工課程整體規劃方向中的個別性差異，再進而瞭解不同層面目標與目的的相互關係。

1、有關「技巧」目標設定差異

上述是以遠近標的來看臺灣地區安寧志工的職前教育訓練。而美國康乃狄克洲一家安寧院的志工協調員 Wilson (2000) 則是從不同層面的角度，認為教育訓練課程的目標包括知識、態度，以及訓練團體內的團隊融合與結合等三個部分。相較於李閏華(1996, 3月)所歸類的「知識」、「技巧」，以及「自我成長及調適層面」，除了 Wilson (2000) 的「態度」、「訓練團體內的團隊融合與結合」與「技巧」、「自我成長及調適層面」之間的差異外，更大的不同是 Wilson (2000) 少了「技巧」部分。雖然如此，但 Wilson (2000) 表示「知識」部分是入門課程，主要在於對核心主題的普遍共識；而這裡的核心主題則包括安寧療護的哲學、科際團隊成員的角色、志工的責任、末期疾病的身體層面、死亡與臨終的心理學、哀傷與喪慟的動態，以及溝通技巧等。由此可見，在被列為知識的課程中有約略涉及到心理層面的技巧，但身體層面的技巧則未見羅列。而該協調員不強調「技巧」的作法，或許可與 L 心理師的「安寧志工不宜專業化」論點相呼應⁵²。而且，由目標的設定也可看出不同區域不同安寧團隊的教育訓練目標，會因該團隊帶領觀點的不同而有個別性的差異。

另外，Ajemian (1993b) 和 Cummings (1998b) 不同於 Doyle (2002b) 的是 Ajemian 和 Cummings 表示每個教育訓練方案的發展有它自己的目的和目標來反映出該計劃所需要的特別功能；而且，除了少數義務作為顧問的專業人員之外，志工們需要的教育訓練和他們所承擔的角色與責任是成正比的。正因為如此，所以他們才會將安寧志工的課程劃分成介紹與定位、直接服務志工、特殊直接服務志工，以及督導、支持、與繼續教育等四個部分。而從 Cummings (1998b) 對間接服務志工所規劃的「介紹與定位」課程主要在於瞭解「概觀知識」⁵³，而直接服務志工課程則以「基本知識」為主⁵⁴。和 Wilson

⁵² 之所以說「或許」，主要是因為 Wilson (2000) 並未特別說明沒有列入「技巧」目標的原因。

⁵³ 即何謂安寧緩和療護或可能被詢問的相關資訊。

⁵⁴ Cummings (1998b) 所規劃直接服務志工的基本課程已列於 p.149 註 45 中。

(2000) 一樣的是 Cummings (1998b) 所規劃的課程中也沒有特別強調「技巧」。相較於 Kavanagh (1983)⁵⁵的課程包含敏銳的訓練，而 Lattanzi (1983)⁵⁶的課程多了協助與溝通的技巧等偏向「技巧」性的課程，是否顯示出除了不同區域與不同團隊的教育訓練目標會有個別性的差別之外，從 Wilson(2000)、Cummings(1998b)和 Kavanagh(1983)、Lattanzi (1983) 的年代巧合來看，是否代表課程目標也會因不同發展階段可運用的資源不同⁵⁷，以及對志工所扮演的角色期許不同，故而課程目標也會因應差異而有所調整呢？這雖然不能否認其可能性，但也不能一概而論，因為像 Doyle (2002a) 與 Leete (1994, March/April)⁵⁸便強調「技巧」的重要性。

從國外各種現象來看臺灣地區安寧志工在不同層面上的課程目的或目標，顯示在「技巧」上的不同，主要還是以 L 醫院為主。其他受訪者對於「技巧」層面的重視程度雖有差別，但基本上還是會觀照到技巧層面的養成，只有 L 醫院是強調不著重技巧與方法的日常生活陪伴。而 L 醫院的個別性差異成因，則包含了上述所分析出的各種因素；也就是包括團隊帶領觀點的不同、對志工角色期許的不同，以及不同發展階段可運用資源的不同。但值得注意的是，所謂的「不同發展階段」並非安寧緩和療護社會運動下的不同發展階段，而是指演化現象只發生在該院的發展階段。具體言之，這種個別性成因，主要是由於團隊帶領觀點的不同，對志工角色的期許也會有所更易，由於期許的更易而改變了志工的運作模式，當運作模式轉換時，可運用的資源也隨之改變，於是形成了不同於以往的發展階段。如果從這個角度來看，那麼這樣的發展階段，其實具有蠻強烈的個別帶領風格。因此，當帶領者改變而且理念不一樣時，運作上的發展可能很快變會進入另一個階段。

2、知識、技巧與態度目標/目的所共同形成的螺旋式向上循環成長歷程

⁵⁵ Kavanagh (1983) 的課程已列於 p.148 註 43 中。

⁵⁶ Lattanzi (1983) 的課程已列於 p.149 註 44 中。

⁵⁷ 例如，當有更多具專業能力的志工加入時，課程目標便不需特別強調技巧。

⁵⁸ Leete (1994, March/April) 表示安寧志工所需要的最重要品質，可能就是傾聽的能力，因此有兩堂傾聽技巧的課程。

Doyle (2002a) 表示：「訓練與教育並不只是學習特定的技巧而已，它也是一種經驗，而且應該是快樂的；學習是在於改變，改變我們對周遭世界所看及所想的方式，而終極的改變是在於我們如何與那個世界互動。」他更進而表示：「來自於入門或其他課程的某些結果，不會馬上在課程之後立即顯現出來，而是只有到時候及有些經驗後，才會變得明顯。」Doyle (2002a) 所說的正是「態度」層面的議程與相關的問題。其實在臺灣地區，受訪者對於安寧志工教育訓練課程的傳授也反應出類似的經驗，例如雖然有上同理心技巧的課，但志工仍舊不知如何回應；J 社工師表示職前教育訓練主要在於「知識」與「技巧」層面的傳授，「態度」層面則由於需透過實際運用轉換而成，因此比較屬於在職教育訓練的目標 (J-14-09~14-13)。

如果從這樣的觀點來看，那麼協助安寧志工能夠具備基本「知識」與「技巧」以輔助安寧團隊能夠提供四全照顧，是職前教育訓練課程的規劃「目標」，而「態度」的轉換與提昇則是職前教育訓練課程的規劃「目的」。然而，Wilson (2000) 表示「態度」方面是有關覺知、敏感度，以及接受等，主要是是期待志工能夠接受自我、接受他人以及具彈性與耐性。以此定義來看，其實職前教育訓練的安寧療護基本概念與理念的認知與認同、安寧志工的角色界定、加強安寧志工的陪伴能力、實務上的認知與學習、保護作用 自我釐清與避免傷害等，雖如標竿似的被豎立起來，但就這些目標而言，無非是綜合性的在為安寧志工的服務知能與態度作準備，以期能夠建立良好團隊運作默契的培訓歷程。就這樣的關係來看，前者是職前課程的規劃目標，後者是目的。而對於以長期培訓來篩選安寧志工的團隊而言，則是特別強調態度目標的達成。

然而，就建立良好團隊運作默契的培訓歷程而言，不同目標下的相關課程或多或少都會對態度層面產生互相影響的交互作用，如同 C 社工師所說的充實技巧的同時，也間接加強了志工的信心 (C-14-16~14-20)，知識層面亦是如是。因此課程與課程、目標與目標之間是息息相關的。而且，彼此影響與提昇的關係就如同 Doyle (2002a) 所繪製出的循環式「訓練與審核週期」圖一樣⁵⁹，知識、技巧與態度並非一直線的成長，而是結

⁵⁹ Doyle (2002b) 的重視「技巧」，可從在他的方案中繪製出一套「訓練與審核週期」圖看出。該圖表從「衡量成效」、「技巧改變」、「環境配置」到「與基準做比較」、「教育訓練的評估」、「分析教育訓練」

合不斷的服務過程與在職教育訓練而共同形成的循環成長。如果以此循環成長來看，那麼彼此之間是互為目標與目的。

這樣的成長過程雖然如 Doyle (2002a) 循環式的「訓練與審核週期」圖，但要強調的是它是以螺旋式向上循環成長而成的週期圖。在此螺旋式的向上循環成長的過程中，不論知識、技巧或態度都會呈現出比過去更為熟稔與提昇的狀態，不只是能夠自我成長與調適的，乃至與團隊之間也會形成良好的運作默契，達到如 Wilson (2000) 所期許的團隊融合目標。而雖名為「態度的提昇」，其實也是透過熟稔的知識與技巧所展現出來的；而且在每一螺旋循環成長的週期過程中，知識與技巧也不再只是過去層次上的知識與技巧而已，因為那些已逐漸被內化為能夠開啟關懷之門，敞開自我調適之窗，並與團隊之間的運作能夠形成自然對流現象的「無礙密碼」了。擁有「無礙密碼」，是提供關懷與形成團隊運作默契的重要關鍵。

但擁有「無礙密碼」是屬於個人性的，因此只有在安寧志工個個都擁有「無礙密碼」時，或許才是教育訓練課程達成規劃目標與目的的時候。因為那時候的安寧志工，不但個個都已經可以在團隊運作默契之下協助團隊提供整體性個人照顧，輔助團隊達成四全照顧的目標，更可化身為種子，不只是散播安寧理念而已，更可讓面對醫療專業化與社會結構變遷後的臨終病人與家屬在需要時，多了可提供協助的外在資源，減低由於陌生與困窘所帶來的恐懼與不安，並具體而適當的協助臨終病人與家屬活在一個尊重生命尊嚴與提高生活品質的善終環境下。

(三) 臺灣地區安寧志工職前教育訓練目的與目標的整體現象

以上就臺灣地區安寧志工職前教育訓練的目的與目標作一分析與討論。整體而言，臺灣地區安寧志工職前課程的規劃目的與目標呈現出全球性概況下的縮影，也就是課程的規劃方向，在整體趨勢下有著個別性之差異。而這樣的個別性差異，主要起因於團隊帶領者運用觀點的轉化。而這種個別性的觀點轉化雖可能促使安寧志工的發展進入另一

「設計教育訓練來滿足需要」，再到「傳授教育訓練」形成循環式的圓形圖表，彼此之間是環環相扣，Doyle 認為這樣的傳授教育訓練是一種回饋。

個階段，但這並非安寧緩和療護社會運動下的發展階段，而是只發生在個別團隊中的個別發展階段。因此，這種發展階段下的個別性差異充滿著不確定性，很可能因不同帶領者的理念不一致而重新調整課程的規劃方向。

另外，就不同目標與目的之間的關係來看，職前教育訓練只是階段性的期許而已，因為它是一個不斷成長的歷程，而不是以文字標立在那裡的點，職前教育訓練只是邁向成長歷程的起點，當正式上線之後，還會隨著服務過程與在職教育訓練共同形成螺旋式向上循環成長的歷程。基本上，在此歷程中知識、技巧、態度，以及團隊運作默契也都會隨之提昇。但由於這樣的成長過程必須藉由持續服務與在職教育訓練才能共同形成螺旋形的向上循環成長，因此，能夠通過職前教育訓練這個篩選機制的申請者，雖然即已可成為正式的安寧志工，但對於團隊的整體運作而言，安寧志工只不過步入了安寧團隊之家的前庭而已，尚未真正的登堂入室。

第四節 教育訓練(三)：安寧志工的適應與督導

見習，原屬於職前教育訓練的部分，但由於見習的重要目的之一，即是要讓安寧志工的申請者能夠適應服務場域。而適應期間所衍生的各種問題，即為影響後續督導與支持的重要因素。因此，在此將見習的適應問題歸到此章節中來作進一步的分析與討論。

安寧志工申請者對於服務的壓力，往往來自於對病房或病人「都很嚴重」的預設（E-13-25~14-04）。當然，見習的結果，這些預設也可能成了申請者流失的原因之一。之所以如此，主要在於這些預設並非無中生有，而是目前安寧病房的服務對象，確實是僅限於與死亡相聯結的癌症或肌肉萎縮性側索硬化症末期病患。因此，新進安寧志工（尤其是提供直接服務者）置身於臨終場域，面對陷於生命最沉重議題的服務對象，適應問題是需要被重視的。而除了適應問題之外，由於新進安寧志工對於倫理的拿捏還不是很熟稔，與其他成員之間也還沒有培養出團隊運作默契，因此在督導上是需要必較費心的。以下將針對適應與督導的議題做進一步的分析與探討。

壹、安寧志工的適應問題

這部分將先瞭解安寧志工流失或難以適應的可能因素，並對安寧團隊協助或陪伴安寧志工適應服務的方式作概略的說明，最後再進而以「整體服務生態」的角度來看這兩者的關係。

一、安寧志工流失或難以適應的可能因素

安寧志工流失或難以適應的可能因素包括以下五大類：(一) 來自志工個人層面的因素；(二) 來自志工與病人家屬接觸後所引發的因素；(三) 來自志工與團隊互動過程中所產生的因素；(四) 來自志工、病/家及團隊交互影響下所衍生的因素；以及(五) 來自大環境的影響因素，以下將逐一說明。

(一) 來自志工個人層面的因素

1、由於時間無法配合或受學業與工作等不穩定因素所影響

這尤其是發生在屬於學生身份的志工身上，由於學生受諸多不確定因素影響（例如課業、嗜好、假期、交友、升學，以及就業等），穩定性差且容易流失，這是部分受訪者的共同感覺（J-38-09~38-12；N-09-09~09-15；P-36-05~36-23）。

2、由於家人的忌諱或不支持

J 社工師表示，醫院中的一般志工，就有因為忌諱而不被家人支持的問題了，更何況是安寧志工！因此，J 社工師認為部分流失的志工雖然沒有提及「家人不支持」，但不排除背後亦藏著這類因素（J-39-23~40-06）。

3、參加培訓的動機不正或不是為了服務病人

這主要是由於某些醫院培訓安寧志工的目標之一，即是為了安寧理念之散播。在此情境下，職前教育訓練的志工流失率就很高，而且主要是起因於參加培訓的動機不

是為了服務病人。L 心理師舉了兩種動機：(1)為了取得訓練的時數證明⁶⁰；(2)為了標榜自己是某醫院的安寧志工，這類志工雖然不多，但很容易從實務的歷練過程中退失下來（L-25-13~26-02）。

(二) 來自志工與病人家屬接觸後所引發的因素

1、來自負擔太沉重的負面情緒

G 社工師表示：第一期安寧志工職前培訓後流失的主要原因，是由於他們覺得安寧病房是灰色的，悲慘的（G-22-24~23-05）。其他像 B、C、E、I、J 等社工師也反應出類似 G 醫院的流失因素。由於病患身體層面所遭受的痛苦，往往深印在部分志工的腦海中，給他們帶來壓力、挫折感或面對悲傷情境時的情緒過度涉入，包括：恐懼、害怕、失落感、以及覺得人生是苦等，當他們無法消化這些負面情緒時，便可能因為覺得負擔太過沉重而流失（B-35-22~36-04；C-27-17~27-25；E-36-23~37-08；I-11-22~12-03；J-07-23~07-25）。

2、被病人或家屬拒絕的挫折感

E 社工師表示，被病人或家屬拒絕是志工受到挫折的重要因素，也可能導致志工流失（E-31-23；32-23~33-01）。一般而言，安寧志工之所以會被拒絕的原因，可能是來自病/家，但也可能是來自志工、或同時具有兩種因素。如果是來自病/家的因素，則以尊重與同理心來撫平被拒的挫折感，如果是來自志工的因素，志工則須自我反省及強化他們的陪伴技巧來減少這方面的挫折感⁶¹（A-25-16~25-20；D-13-08~13-12；E-32-04~32-06）。

(三) 來自志工與團隊互動過程中所產生的因素

1、自我成長的滿意度偏低

如果追求個人的自我成長，是安寧志工很重要的服務動機的話，那麼當自我成長的

⁶⁰ 這與政府的政策有關，主要是因為有很多公家單位要求員工能夠參與外面的成長課程。

⁶¹ 例如，避免運用習慣性的開場白「你家住哪裡？」導致病人或家屬在被問過幾次之後已不想再看到志工了（E-31-23~32-20）。

滿意度不如預期時，或許志工很容易就因此而流失。在諸多受訪者中，H 醫院就有類似的現象。若從職前教育訓練來看，該院雖然有許多志工申請者通過了面試，但有些在訓練期間就已經流失掉了，而且往往是前幾次的上課人數還很多，然而隨著課程的進展，人數也隨之遞減。至於何以會出現這種狀況？H 社工師表示，或許與該院是以 VCD 教學，缺乏臨場感有關（H-19-05~19-09）。另外，H 社工師也表示：該院流失的安寧志工，既不是起因於無法適應，也不是理念的認同問題，而是他們的參與動機主要在於追求個人的自我成長，然而上線後卻無法滿足他們在這方面的期待（H-18-22~19-04）。

2、由人際關係所衍生出的志工流失因素：

L 心理師表示，志工有志工的人際關係，他們在安寧團隊中其實也是一個生態（L-32-21~33-02）。對於某些安寧志工而言，私底下也可能發展出次團體，這些同一團隊中的不同次團體，在彼此交流的過程中，難免因言語不當而彼此傷害。例如，有些在心態上自許為資深者的安寧志工，往往在言語上也會比較不客氣，當看到不順眼的事情時，可能就直截了當說：「你怎麼！」對於某些新進的安寧志工而言，有時候會因為覺得受到傷害而離開（H-18-21~19-18）。

相較於 P 醫院的低流失率，當該社工師被問到流失率低的原因時，除了歸因於以「自然淘汰法」篩選安寧志工的人格特質之外，她也將此歸功於兩位大功臣：(1)護理長，以尊重與關心凝聚了志工「如家」的認同與向心力；(2)志工領導，以「視志工如親」的關懷，凝聚了志工的向心力。以下是 P 社工師對兩位大功臣的形容：

我認為兩個很大的功臣，幫忙我在這個部分凝聚很大的兩位人物，一個是這個病房的護理長，那一位就是這個（安寧病房名稱）組的組長，也就是志工的 leader。這兩位人物，我想是凝聚力讓它比較大的一個地方。因為以護理長來講，他等於是整個病房的大家長，那這個護理長他會去尊重到志工，讓志工覺得他們被關心到，被照顧到。所以他們覺得我來服務就像在家一樣，他們以為榮，把這裡當家，所以當你對一個家有認同跟向心力的時候，你不會想

要離開的喔，那那個是在大家長的部分。

那志工組的組長，他就會對志工噓寒問暖，我們這個志工組長他是比較屬於雞婆型的，然後他會 甚至關心到志工家裡的小孫子怎麼樣？因為小孫子讓這個志工心情受影響，他就會跟社工講說：某某志工他的小孫子因為就學怎麼樣，他有點煩心，你要不要關心他一下啊？那種感覺就覺得 自己的事情 我雖然做志工，可是我們家裡有什麼事，當組長一知道，組長就會關心。那我覺得我們凝聚力這麼好，我想要 幕後功臣是這兩位，對（P-20-05~21-02）。

從上面的實例，我們可以看到由志工個人特質及形塑而成的團隊氛圍，可能影響「志工的人際關係」或「與醫療人員相處的氣氛」。「志工的人際關係」及「與醫療人員相處的氣氛」是交織成安寧志工整體服務生態的要素之一。

3、人事的更動或運作模式策略的改變

依據蘇絢慧（2001，6月）管理志工的經驗顯示，安寧社工師的人事不穩定時，會間接影響志工服務的穩定性⁶²。從研究者的訪談過程來看，人事的更動或運作模式策略的改變也確實會造成志工人事的震盪。2004年4月到L醫院訪談時，L心理師即強調「輕裝上路」的分組服務模式只是短暫的而已，並非正規的（L-34-06~34-06）。當時，以這種模式運作的安寧志工人數約為70人。但2005年7月該心理師離職了，運作模式也有所調整，改由醫院社服室招募及規劃一般志工的基礎課程，有意擔任安寧志工作者，再由安寧社工師負責規劃相關的職前與在職教育訓練課程⁶³，屬於在職教育訓練的「傾聽陪伴支持團體」則仍由心理師主持，至於安寧志工的管理問題，則統一由社服室的常住志工負責⁶⁴（Q-02-11~02-15；05-23~06-06；06-10~06-14）。因此，2005年10月本研究進

⁶² 蘇絢慧（2001，6月）表示她當時主要是負責全醫院義工的招募訓練及管理（義工組織管理），而安寧服務組也是其中之一。由於安寧社工師的人事不穩定，總是空缺或一考取短期內便離職，而這會間接影響義工服務的穩定性，當時義工紛紛向蘇絢慧反應臨床上無人關心他們、協助他們。

⁶³ Q 社工師只需規劃課程，不需要負責教學。

⁶⁴ 所謂「常住志工」，即常期在醫院裡面，負責管理全部的醫療志工（Q-07-15~07-17）。

行區別性抽樣時，該團隊的安寧志工人數為 15 人，前後相差約 55 人。之所以如此，除了人事的更動之外，與運作模式策略的改變不無關係。Q 社工師表示目前該院趨向全方位服務模式，雖然只有 15 位安寧志工，但這 15 位是指在地、固定只到安寧病房服務的志工，其實該病房還有其他來自全省的、全院性的志工，每天都固定有 2 位會到安寧病房，而且全年無缺⁶⁵（2006/5/11，電話訪談）。從這個案例來看，人事的更動除了會間接影響志工服務的穩定性之外，服務模式的決策也會影響所能運用的人力資源。

(四) 來自志工、病/家及團隊交互影響下所衍生的因素

1、因志工無法達成能夠有所作為的期待而流失

有些安寧志工對於加入安寧團隊是源自於對自己有蠻高的期待，希望能有所作為，這類志工往往因為無法如願而沮喪，乃至流失。J 社工師表示：「有些志工其實蠻期待自己能夠多做些什麼，可是有些其實我們真的會做不到，可是就是說我們還是有做，但是有些我們想做而做不到的時候，可能志工會覺得有些沮喪（J-28-11~28-15）。」對於這類志工，J 社工師是有給予支持與鼓勵的，例如：「那個部分不是不夠，是自己認為不夠，可是別人看到的其實 他們是很感謝的，家屬或病人，或者是其他的人，他們對志工其實還是蠻感謝的（J-28-08~28-11）。」雖然如此，但是志工如果對自己的期望過高或觀點無法轉化時，自然還是會退出安寧志工的行列。

2、因臨床帶領問題造成安寧志工的流失

I 社工師表示該院的安寧志工是由一般病房組的志工所轉任，而且經過篩選的，因此特質方面是 OK 的，也較少是因為無法適應臨終場域而流失的；雖然如此，但該院仍然有高流失率問題，但流失的志工大多表示：不知道要做什麼？I 社工師陳述：「有時候他們剛進病房，他們不知道要做些什麼；或者剛好那陣子病人狀況並不是很好；或者是他來服務的時間是在下午，那病人都在睡覺，有時候就不知道要做什麼？蠻多都是因為這樣子流失掉的」（I-23-19~24-07）。I 社工師認為這或許是臨床的帶領出了問題。換句話

⁶⁵ 即使過年也不例外。

說，是缺乏臨床的引導者。

然而，應當由誰來作為安寧志工的專業臨床引導者呢？社工師？心理師？護理人員？亦或者是其他的專業呢？對於專責安寧社工師而言，他們可能負責了許多單位的社會工作，並非長時間待在安寧病房。I 社工師也坦承過去時間比較充裕，會傾聽志工並做深層的互動，但接受訪談時該院只有三位社工師，而且還必需管理其他相關機構的非醫院志工，與安寧志工的互動就沒有那麼頻繁了。因此，I 社工師認為如果安寧志工的高流失，是起因於臨床的帶領問題，那麼因應對策是「由護理人員來帶領新進安寧志工適應環境」。她表示：護理人員與志工平常都在病房，由護理人員來負責帶領新進安寧志工適應服務場域是適當的，也可以避免志工承受過大的心理壓力或對病患造成傷害；而且，當志工熟練之後，主要也是在病房提供服務（I-06-23~07-06；I-11-25~11-03；I-22-12~22-18；I-37-02~37-04）。由以上 I 社工師的意見看來，該社工師的主張是應該由護理人員來帶領安寧志工。

這樣的看法雖然是受訪者中的唯一案例，但 J 與 O 社工師也曾表示安寧志工管理只是他們工作中的一小部分而已（J-35-12~35-16；O-62-10~62-16）。由此可見，由於安寧社工師所負責的範圍太廣，無法全心關照安寧志工的服務狀況與需求，並非只有發生在 I 醫院而已。而從這些現象看來，值得省思的是：安寧志工的管理問題是否非社工師莫屬？依據 Cummings（1998b）的資料顯示，護士與志工的關係主要建立在志工對於病人與家屬相關資訊的取得上，主要的護士除了會準備簡短的書面報告來向志工說明並定期地與志工面談最新資訊之外，在住院方面，擔任照顧的護士每天一開始即會為志工們作口頭報告，並將這份報告製成錄影帶，以供上線志工使用。而研究者目前從文獻資料上所看到的志工管理者角色分別有由經驗豐富的志工⁶⁶、退休的社工或是護士⁶⁷，以及具行政背景的工作人員⁶⁸等來擔任的。其實讓護士帶領安寧志工也不是不可能，但國外是運用

⁶⁶ 名為志工協調員（volunteer-coordinator），是有給薪的（鄭玲惠，1993，6月）。

⁶⁷ 名為志工協調員，主要是因為因為這二個背景的志工，對於整個醫療的生態環境有深度的接觸，也較容易進入安寧療護中的志工業務狀況（劉雄蘭，1996，6月）。

⁶⁸ 蔡佩真（2000，3月）。

退休的護士。或許，說得更明白一點，問題不在於由哪一種專業角色來負責安寧志工的管理，是需要有位專職的管理者，而不是讓一位社工師同時負責多重工作，造成社工師分身乏術的困境。換句話說，如果是由社工師來管理安寧志工，社工師職務的去複雜化⁶⁹是值得決策者參考的。就如目前 N 醫院是由社服室的志工管理社工師來協助安寧病房管理志工⁷⁰，而 L 醫院也已轉由社服室的常住志工來統一管理了。

(五) 來自大環境的影響因素

1、資源重整下所造成的志工流失

如果該地區原本較少有醫院設立安寧病房，但隨著時代的演進，政策的修正之後，各大醫院一一的成立了安寧病房。如果從人力資源的角度來看，當安寧緩和療護逐漸趨向普遍化之後，有些安寧志工便會選擇就近服務，於是部分安寧志工也可能因此而被瓜分，這可說是資源重整下所造成的流失現象。C 醫院於 2003 年 11 月接受訪談時，正面臨這種情境（C-24-14~24-22）。然而，當資源重整過後，可能會對醫院帶來新的趨勢。以 C 醫院為例，2006 年 5 月 11 日研究者以電話確認該院的現況時，發現該院的志工人數已達 64 人，其中 2/3 是較常提供服務的，甚至有 3、4 位是每星期服務 2~3 天。而且，2005 年 8、9 月間招募了 30 位安寧志工，流失率只有三成。可見對該醫院而言，資源重整所造成的安寧志工流失現象只是暫時性的而已。而由於這種資源重整所造成的影響，是安寧緩和療護步入制度化階段的結果，所以，從另外一個角度來看，也可以說是安寧緩和療護理念已逐漸被散播開了；因此，如果依據 C 醫院的後續發展來看，這種流失現

⁶⁹ 魏書娥、林姿妙（2005）在針對心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係作研究時，發現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，減輕了社工師提供服務時必須同時扮演多重角色的負荷。因此，認為這種整合了心理師的團隊運作模式，就社工師的職務而言，是進行了簡化的調整，而職務簡化就社工師的專業角色而言，則是去複雜化。將這種「去複雜化」運用在安寧志工方案時，即是在教育方面，社工師主要負責安寧志工的職前與在職教育訓練課程的規劃，至於志工的督導問題，由於有些是涉及心理陪伴的議題，故而協同心理師來共同督導。

⁷⁰ 該院安寧病房有二位臨床安寧社工師（一個樓層一位），一位社服室的社工師，主要是支援該病房的志工管理及教育訓練課程的規劃。

象所造成的影響，應該是呈現出正向成長的趨勢⁷¹。

2、區域性差別 台北區域穩定性較高，其他區域流動率較高

若就各醫院安寧志工的流失率來看，出現了一個有趣的現象：相較於其他區域，台北區域各醫院安寧志工的穩定性較高，人數少則 37 人，多則 67 人，但大致而言，受訪者對於志工的穩定性大多是給予肯定的。其中，只有 B 社工師表示該院到 2003 年止，是招募第八期安寧志工，培訓很多也流失很多；雖然如此，但該院的安寧志工人數也有 50 人⁷²（B-35-22~35-24）。

就運用全方位服務模式的醫院而言，台北區域以外的其他醫院，安寧志工人數少則 6 人多則 44 人⁷³。但總的來說，受訪者都認為安寧志工的流動率蠻高的，甚至覺得這是安寧志工管理上的最大的難題（E-36-22~37-09）。其中，H 醫院雖有 44 人，但該院自安寧志工團隊成立以來，除了 2003 年由於 SARS 的關係取消培訓之外，每一年都各招收一期（共 5 期）；H 社工師表示所招募到的實際人數並不多，流失率其實是蠻高的（H-18-16~18-21）。雖然如此，但其中的 C 醫院是屬於中區區域，從該院後續發展所呈現出的穩定性與正向成長趨勢來看，或許台北區域以外的其他醫院，也會隨著政府與民間團體對於安寧理念的散播與紮根，以及志願服務的倡導，而逐漸趨向穩定與正向的成長，就如 Cummings（1998a）所說的就某些機構的經驗而言，並不一定要運用到招募策略，尤其是當整個計劃已經眾所皆知時，或許連起初的招募也許是不需要的。

二、協助或陪伴安寧志工適應服務的方式

協助或陪伴安寧志工適應服務的方式將分「安寧志工提供直接服務之前的協助適應

⁷¹ C 醫院 2006 年安寧志工人事穩定的原因，與該醫院所散發出的氛圍應該是息息相關的。研究者曾幾次參與該院的安寧院際研討會，發現該院的安寧團隊散發出融合的氣氛。而 2006 年 4 月 29 日研究者趁參加研討會之便，對該院安寧志工作現場即興式的不記名抽樣訪談。該安寧志工對能夠在安寧病房提供服務感到非常的滿意，並一再的讚嘆該團隊專業人員所散發出的親和力，強調正是這股親和力讓大家能夠凝聚在一起。

⁷² 這個總數需對照該院共招募了 8 期，但是以散播安寧種子的理念來培訓的。

⁷³ 如果以運用分組服務模式的 E 與 L 醫院來看，則分別約為 50 與 70 人。但分組服務模式對安寧志工的篩選條件是不一樣的，因此這部分應該另當別論。

準備」、「安寧志工提供直接服務之後的適應方式」，以及「安寧志工與團隊之間的關係建立」等三部分來討論。

(一) 安寧志工提供直接服務之前的協助適應準備

1、以慎重的篩選來避免不適應問題的發生

志工是以輔助的角色來提供服務，減輕專業人員的工作負擔，而不是作為拖累角色，成為專業人員額外的負擔。若以這個角度來看，那麼「篩選」雖然不是協助安寧志工適應服務的過程之一，但是慎重的篩選卻可避免過多新進安寧志工不適應問題的發生，而這也是「失落經驗的處理態度」、「家人是否知情與認同」等會被列為篩選安寧志工時的考量要素了。畢竟，在安寧病房要有面對病人死亡的心理準備，期待能有家人可以為志工提供支持，也是出於團隊對志工個人的關心，尤其是當志工因服務而引發情緒的波動時（B-33-19~34-14）。另外，J 社工師表示該院早期招募的安寧志工比較穩定的，並推論這應該與家人的支持有關（J-39-20~39-23）。

2、「系統減敏感法」的適應方式

I 社工師表示如果將「系統減敏感法」(systematic desensitization) 運用於安寧志工身上，就是讓志工慢慢去調適面對痛苦的肉體，在此理論下，該院新進的安寧志工必須先到一般病房、護理之家服務，才能轉任為安寧志工（I-24-24~25-07）。而 N 醫院的作法則是讓申請者先從一年的行政工作開始適應安寧病房的服務，等通過一年的觀察與評估以及完成相關課程之後，有意提供直接服務的安寧志工才可以進到直接服務的見習階段（N-25-18-25-22）。I 醫院與 N 醫院的運作模式有著異曲同工之妙，也就是讓申請者一層一層的適應直接服務，逐漸的消弭可能對志工造成衝擊的某些情境。

(二) 安寧志工提供直接服務之後的適應方式

即使是專業人員，在理論與實踐之間，都必須有一段適應期，更何況是非專業的志工！若以系統減敏感法來讓申請者適應，見/實習更是必須的過程。D 社工師認為見習是讓申請者實際的體會角色、瞭解服務內容、確認及討論自我感受（D-23-09~23-16）。O

社工師則表示，就新進安寧志工的立場而言，實習三個月是屬於適應期，是考驗自己能否安於這個場域的緩衝期；而就團隊的立場而言則是試用期，則是必須密集的評估見/實習志工的表現，並觀察該志工是否能夠適應？（O-44-02~44-25）。因此，見/實習除了對雙方而言都具有評估的作用之外，志工也必須學習適應，團隊則必須協助或陪伴見/實習志工進入狀況，避免服務的結果造成身心受創。至於適應方式，大約可以分為以下幾種：

1、熟悉服務場域

所謂熟悉服務場域，除了包括硬體設施及團隊專業人員之外，也必須熟悉能夠運用的溝通管道。而溝通管道並不是僅只於白板、公佈欄、記錄簿等，如果團隊成員若能夠給予見/實習志工更多的支持與關心，其實也是讓志工更容易熟悉服務場域的方式。例如，C 社工師就是這麼協助新進志工的，她表示：「見習的過程，我也都會盡量陪他們服務，那我也會先告訴我們團隊人員說新的志工要進來了，可能會遇到一些狀況，提醒他們多多幫這些志工，如果有不懂的問題、需要協助的地方，請團隊人員盡力給予支持跟關心（C-25-10~25-15）。」這段話可以約略感受到社工師協助與陪伴的用心，尤其是由內而外的「支持」與「關心」這應該是更容易促使安寧志工適應環境與服務實務的催化劑⁷⁴。

2、見/實習的服務協助與陪伴

依據 Scott 和 Caldwell（1996）針對志工的實際調查研究，顯示出志工們認為新進的志工需要有經驗者的伴隨。然而，在國內，督導們如何看待這樣的需求呢？

E 社工師表示，見/實習安寧志工的臨床問題包括：(1) 不知如何開始第一次的接觸，(2) 不知服務範圍與服務界線（F-20-12~20-15）。一般而言，見/實習期間大多有專業人員或資深志工來作為見/實習之陪伴與協助。例如 E 社工師對於第一期安寧志工即是以親自帶領的方式來陪伴與協助他們進入狀況，第二期之後便由舊志工來帶領新志

⁷⁴ C 醫院招募三期，共 31 人留任，流失者有些是資源重整下所造成的；因此，相較於其他醫院，流動率應該不大。

工。該社工師表示，藉由有經驗的志工來帶領，新進安寧志工的適應會比較快，也比較有安全感（E-27-07~27-17）。A 社工師則認為志工上線的方式，如果能夠搭配不同特質的志工，其實也是可行的合作式服務（A-31-12~31-18）。其實，只要志工的人數充足，2~4 人一組的服務方式是多數醫院會運用的模式。依據 O 社工師轉述志工分享的經驗，也認為這樣的模式可以產生互補作用，促進服務過程的對談氣氛（O-16-14~16-20）。除此之外，P 醫院更藉由資深志工或志工組組長來了解實習的狀況，評估是否需要支持或鼓勵，乃至更進一步的提供教育訓練之規劃（P-32-07~32-14）。由此看來，資深安寧志工所能提供的服務，似乎有日漸擴展的趨勢。

Kavanagh（1983）雖然認為在還沒有「準備好」的感覺時，志工不應被要求上線服務；但是他同時也表示，要等到覺得完全舒適並且不害怕時才出發，似乎是也不太可能。或許，更具體的說，從不適應到適應是一個「過程」，而不是站在「起始點」論「終點」。因此，當安寧志工運作逐漸上軌道之後，資深安寧志工在這個過程中所扮演的協助與陪伴的角色，也會越來越重要。

3、協助安寧志工展現同理心的方式

安寧志工在初入安寧病房時的另一個困難是：不知如何關懷，也找不到話題。例如，G 社工師就表示：該院在剛開始運作時，曾經發生志工既不知如何應對也不習慣沉默，於是便突然匆匆的離開了病房（G-16-16~16-23）。類似的情況應盡量去避免發生的，畢竟在人與人的互動過程中，詮釋是雙向的，而且同時在進行的。因此，如果徒具關懷之心，而沒有適切的回應，病/家對志工的服務評價會是正向或負向的呢？

其實，G 醫院的安寧志工有上傾聽技巧的課程，但部分志工仍不知如何回應。而這也不是只有 G 醫院才有的現象，B 社工師也這麼說道：

陪伴是大部分的工作，但是有很多安寧志工都跟我講他們最困難的地方，他們說：「怎麼傾聽、怎麼陪伴？怎麼同理心？不會！」、「枯坐在那邊，聽完之後覺得說怎麼辦？然後不知道怎麼回應（B-50-20~51-01）？」

這樣的「服務焦慮」更顯現出一般安寧志工對「同理心」有著丈二金剛摸不著頭腦的困擾，而這似乎也是安寧志工服務過程中的最大困難。

至於如何增強同理能力？G 社工師列了五點：(1)公式的傳授、(2)分組演練與揣摩、(3)臨床的帶領、(4)知識的成長，以及(5)經驗的累積等。從這些要點看來，要學會同理心似乎是有可為的方法。然而，她進一步表示訓練課程僅止於公式與技巧，更深層面的部分就無法傳授了，那必須靠個人的功力（G-16-24~17-07；G-18-11~18-22）！看來，能夠展現出同理心的人，境界是很高的了。

B 社工師表示同理心最重要的是傾聽與尊重，但是安寧志工往往忘了應該有的傾聽與尊重。B 社工師下面這段話，將某些安寧志工熱切投入服務的心境描述得非常傳神：

我們常常會用我們健康人主觀的想法去套在別人身上，那退一步，就是很急，很急著想要去解決別人的問題，對，然後我覺得尤其是在志工身上更明顯，因為他們很熱情，後來就是想為別人做一些事情，所以就一直衝衝衝，然後就沒有辦法壓抑住很多很多很多新的想法這樣子（B-51-07~51-13）。

而這段話正好可以和 O 社工到了晚上還會接到安寧志工熱切關懷病人與家屬的電話相呼應。正因為如此，所以 B 社工師才會認為安寧志工需要被不斷的提醒與加強。而且該醫院也確實非常重視同理心的實務演練，每年都固定排了十六小時，而且進階、進階、再進階！進階的訓練主要是提出個案，以角色扮演來做實務練習，讓志工輪番上陣互相學習；雖然這樣的演練讓志工帶來很大的壓力，但 B 社工師仍舊強調它的重要性（B-51-14~52-05）。

J 社工師表示，同理心屬於態度層面，態度層面則是需要透過實際的運用之後再轉換而成的，因此需要比較長的時間，也比較難（J-14-11~14-16）。而 H 社工師則認為部分志工確實比較容易主觀的將過去經驗帶入服務中，遇到這種狀況，雖然會私下溝通，並藉由集會與課程來加強提醒及訓練，但未必能有所改善；因此，H 社工師認為這應該跟

人格特質有關，雖然不嚴重，卻是時常犯的毛病，但這並不只是志工的問題而已，即使專業工作人員，有時也會不經意的做出不恰當回應（H-11-09~10-16）。

顯然，不知如何表現同理心或分不清楚自己的做法是否合乎同理心，是多數新進乃至資深安寧志工都可能會有的困擾。同理心是需要將關懷與實務融會之後的自然表現，透過同理心的溝通，可以讓對方感受到被瞭解、被關懷、乃至痛苦的情緒被分擔了，但是整個過程志工的倫理拿捏又是了了分明的。或許，要達到這樣的境界是不容易的。就如 Cummings（1998b）所說的，要作好緩和療護計劃的志工素質往往是自相矛盾的，因為他們要能夠自我管理，又要能夠對適當的管理作回應；要能夠獨立思考，還要能夠作好一位團隊的成員；應該善於解決問題，又必需瞭解有很多解答是不存在的；在了解自己的信仰與價值的同時，並且能夠對他人的信仰與價值保持開放的心態；不僅只於此，更要能夠了解自己的限度及知道何時及何處去求助。這是否說明了安寧志工在實務過程中展現同理心的困難呢！

雖然如此，但其實 B 社工師在為志工充實技巧的同時，也是間接的在加強他們的信心，至於能否觸發同理心的展現？或許，正如 A 社工師所說的：「師父領進門，修行在個人（A-39-22）」反過來說，修行也確實需要有經驗者引進門。這和李閏華（1996，3月）強調學習得當的對談技巧，是為了讓志工學習了解與接納病患及家屬的難過是一樣的。不過，E 社工師倒是說到了核心點——用心！她認為比較重要的是內在的部分，至於屬於基礎的知識與技巧則不用太過被加強（E-16-16~16-17；E-42-18~43-15）。

或許，「用心」與否是非常重要的關鍵，但用心需要有「知識」與「技巧」來相輔佐。這如鳥之雙翼，有了翅膀，翱翔的心才得以展現，兩者缺一不可。然而，在受訪者中必較特殊的是，L 心理師將志工服務的重心回歸到以「日常的陪伴與照顧」為主，這似乎讓安寧志工是否展現了同理心的問題變得不再那麼重要了，而頗有「不識廬山真面目，只緣身在此山中」的涵意。但不論如何，總的來說，如何才能加強同理心？或許，除了用心之外，還是要藉由持續服務的實務與在職教育訓練所共同形成的螺旋形向上循

環成長過程，來讓同理心逐漸成為安寧志工的「默會知識」⁷⁵！能讓知識與技巧融合成默會知識，那麼同理心也會適時的自然顯現，成為進入關懷之門的無礙密碼了。

4、支持或自我覺察團體的運用

協助安寧志工適應臨終場域的方式，除了加強同理心的訓練之外，支持或自我覺察團體，也是多數安寧團隊用以協助與陪伴安寧志工自我釐清與自我成長的方式。以 H 醫院為例，該院新進安寧志工，第一年必須參與 2 次的志工小團體，第一次是見習後一個月，第二次是見習結束之後；其內容主要是探索及整理志工的自我悲傷經驗，協助他們不論是面對自己或病/家時，都能夠有健康的心態來因應可能發生的狀況；第二年之後的志工小團體，則視志工個人需要與意願來決定是否參與（H-13-23~14-05）。

類似這種志工小團體，各醫院運用的名稱與方式不一，有自我探索、悲傷探索、自我覺察、傾聽陪伴支持團體等；其中，也有階段性的差別，例如「自我探索」屬於初階的自我悲傷經歷探索，而「悲傷探索」則偏向壓力的疏解（F-10-02~10-06）運用的方式，有的藉由經驗分享來討論，有的以讀書會的方式來進行，透過書中的情境，讓志工做經驗分享，並引發思考，促進彼此的交流。不論名稱與方式是什麼，主要的目的，都是希望能夠透過這個歷程，協助或陪伴志工自我調適、自我成長、避免情緒的過度涉入，以及瞭解志工臨床上的困難等。除此之外，也有一些附加目的，例如：讓志工自我肯定、讓志工彼此支持、藉由「肯定」與「支持」讓志工產生持續服務的動力、強化「支持力」與「凝聚力」降低志工的流失率等（F-09-07~10-20）。

而小團體的運作，主要是以「期」為單位，一期約 6~8 次，以 2~4 個月為限，一星

⁷⁵ 鄒川雄（2003）以 Polanyi 的學說為基礎，融會生活世界與默會知識的關係而提出詮釋學觀點的質性研究。鄒川雄認為生活世界是沉默不語的，對於行動者而言是心照不宣的、默會的；換言之，生活世界的本質其實是默會的。而「知識」則可分為「顯性知識」與「默會知識」。「顯性知識」是我們知道且能夠說出來的，也可稱為明言的知識；「默會知識」是不能用語言來加以表達，只能意會不能言傳的，也可稱為內隱知識。默會知識不具備可加以明確化的規則與邏輯，但卻屬於我們基本認知與行動能力的一環。「顯性知識」與「默會知識」並不是指兩種截然二分的知識型態，因為默會知識是一切明示、顯性知識的成立根基，如果以冰山為例，那麼冰山上可見的部分是屬於顯性知識，而埋藏在冰山下的部分則是默會知識。因此，不可被劃分為有些知識是明言的，另有些知識則是默會的，而是所有的知識都有著不可化約的默會成分，如果沒有默會成分，那明言知識就等於只是一堆符號罷了。

期或二星期一次。總而言之，每家醫院的規劃方式與規劃頻率未必一樣，例如，也有常年固定運作的、一年規劃一或二次、二年乃至更久的時間才舉辦一次等。另外，參與的成員也是各家不一的。有的只有志工與督導，有的其他團隊成員會不定期的參加，有的則是開放給願意共同成長的人來參與，例如醫生、護士、家屬，乃至學生等。

上述是從團隊的觀點認為有需要規劃這類的支持團體，但是，如果從安寧志工的觀點來看，是否有此需要呢？依據 Scott 和 Caldwell (1996) 針對美國德州安寧志工所作的實際調查顯示，安寧志工的需要包括志工支持團體、持續訓練的機會，以及可以更了解其他志工的機會等；其中，志工支持團體被認為是力量的來源。國內陸金竹 (2003) 的研究則發現服務動機高的群組對悲傷輔導、生死教育、及輔助療法表達了「非常需要」的人數比中、低群組的人數多。然而，不管志工是否有此需要，N 社工師表示安寧志工必須處理好自己的悲傷經驗才能關懷他人 (N-16-17~16-22)。另外，有關避免情緒過度涉入的努力，P 社工師表示志工與團隊都各有責任的，換句話說，志工的責任是不斷的自我覺察，而團隊的責任則是透過教育訓練來讓志工更容易自我釐清。

然而，這類課程應如何規劃？應該被規劃在職前教育訓練中，或者是等正式上線之後才於在職教育訓練中開始進行呢？李閏華 (1996, 3 月) 表示當志工與病患家屬在建立起良好關係之後，如何去覺察與調適因病患死亡而引起的投射、混淆、挫折、抗拒等情緒反應，是志工生涯中持續的課程；因此，李閏華 (1996, 3 月) 雖然一開始是把這類課程規劃在職前教育訓練中，但第二次規劃職前教育訓練課程時，便把它挪移到在職教育訓練中，她認為這樣更能夠符合志工的臨床需求。而蔡美惠 (1999) 在首度規劃該院的安寧志工方案時，雖然參考了李閏華 (1996, 3 月) 的文獻，但蔡美惠 (1999) 將屬於這類課程的「自我探索」重新調回到職前教育訓練的第二階段課程中，融合「技巧」、「臨床服務實習」，以及「角色確認」來一起進行。這樣的差異讓人質疑：究竟如何規劃比較恰當呢？P 社工師的「做中學」觀點或許可以提供參考。也就是不斷的從服務中去學習覺察 (P-25-21~26-03)。如果從這個觀點來看，那麼當安寧志工已開始在臨床見習或實習時，便是規劃這類課程的適當時機了。因為這時已開始逐漸進入融合時期，也就是將「用心」、「知識」、「技巧」融合為態度的展現及觀點的提昇。因此，這時已需要有

經驗豐富者或智慧者來協助引導志工進門了，乃至需要借助促發模式以提昇安寧志工的服務品質⁷⁶。

5、見習結束後的協助或陪伴方式

一般而言，在見/實習結束時會舉辦座談會，之後也會有定期或不定期的志工會議，內容主要是服務之後的情緒關懷及工作檢討，例如，個別生活或情緒上是否有特殊事件？臨床服務上是否有遭遇到什麼問題？這些都是督導需要長期關切的，也是陪伴志工共同走過心靈成長之路所需關注的點。然而，這只是一般的基本運作方式，有些對志工的關懷則不僅於此。例如，由於 E 社工師認為流失的志工，或許和沒有被特別關注到有關，因此花了很多時間陪伴志工，除了固定的座談會之外，還包括個別的陪伴，但 E 社工師也表示當志工上軌道之後（大約兩年），在管理上就比較不需要特別的陪伴與關注了（E-37-08~38-23）。

類似 E 社工師這樣長時間陪伴志工的，還包括 C、F、G、I 等社工師。如果單從這樣的現象來看，或許會認為安寧志工的的特殊性，導致安寧志工的管理必須付出較多的時間與心力。然而，值得注意的是，這五位受訪者都是屬於該團隊首度招募安寧志工時期的志工督導，而這或許和招募初期缺乏資深安寧志工來協助帶領新進安寧志工有關，因此志工督導必須更加的用心。但等一切上軌道之後，或許資深安寧就可以分擔部分的工作了，就如 P 醫院藉由資深志工或志工組組長來了解實習的狀況，評估是否需要支持或鼓勵，乃至更進一步的提供教育訓練之規劃，避免安寧志工的管理問題成為督導很重的一個負擔。另外，國外也有類似的運作，例如 Cox (1980) 與 Scott 和 Caldwell (1996)

⁷⁶ 蔡昌雄 (2002) 在「促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例」中，以賴爾 (George S. Lair) 所提出的促發模式 (facilitative model) 做為臨終照顧應用的研究概念，從關懷臨終照顧者的照顧處境出發，嘗試建構出兼顧理想與現實的本土促發模式。這個促發模式的主要層次包括：(1) 照顧者對自己照顧角色的認知與調適，(2) 照顧者彼此在團隊中的角色互動與溝通，(3) 合於照顧者需要的教育訓練方式與內涵，(4) 照顧者的實際照顧作為等；並藉由臨終團隊照顧者對其靈性照顧者角色內涵的剖析，發展出對自己照顧角色的適切認知及良好的角色調適，協助臨終照顧者有更具體可以切入靈性照顧的努力方向。但是，這個促發模式的主要研究對象是護理人員，而預期能夠促進整合的對象則是以專業人員為主，並未將屬於非專業人員的志工角色包括在內。

等，而 Field 和 Johnson (1993) 也肯定的認為如果志工適當地被機構所諮詢時，對於他們的動機和投入是重要的。或許，這也是對資深安寧志工提供支持的另一種方式。

(三) 安寧志工與團隊之間的關係建立

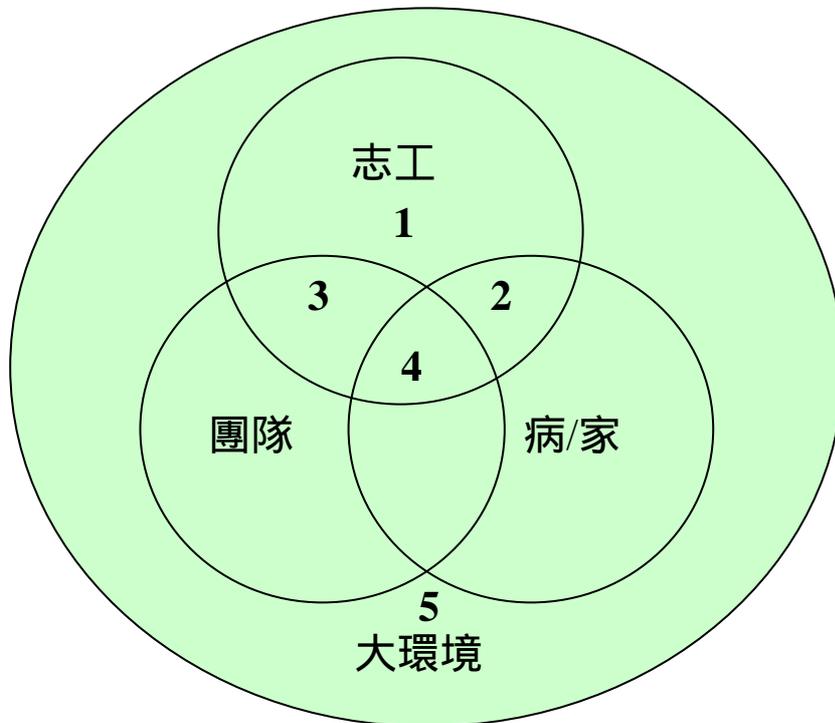
關係的建立，對於安寧志工的適應與管理是重要的。L 心理師認為不論對哪一個志工團體而言，情感的聯繫都是非常重要的 (L-06-10~06-12) 而當諸位受訪者被問到：「在帶領安寧志工的經驗中，還有什麼是很重要的，但卻一直沒有被提到？」時，J 社工師直覺回應道：關係的建立 (J-33-08) C 社工師在談論如何協助新進安寧志工適應臨終場域時，則除了上述所討論的相關方式之外，並一再的提到「建立關係」，至於協助安寧志工建立關係的對象則包括安寧團隊的所有成員 (C-26-20~27-02)。而其他的受訪者或許沒有直接提到「建立關係」，但在他們協助新進安寧志工適應服務的過程中，也不乏相關的努力，例如，G 社工師對於院外的相關課程，除了鼓勵之外，同時也會親自帶領志工去參加，而 G 社工師的用意包括與安寧志工共同成長、聯誼，以及營造團體動力 (G-23-19~24-22)；F 社工師的課程規劃目的之一，是為了促進志工的凝聚力 (F-09-13~09-20)；N 醫院的副小組長會定期關懷志工 (N-25-04~25-14)；P 醫院的護理長與志工領導對於志工的尊重與關懷讓志工視病房如家。除此之外，各醫院所舉辦的志工聯誼、整個團隊的休閒聚會等，其實都不離關係的建立與凝聚力的增強。關係的建立是重要的，關係建立得好，凝聚力自然增強，凝聚力增強，就團隊的整體運作而言，就可以發揮具有團隊運作默契的融合式合作效力⁷⁷，而非黏合式的、拼湊式的合作關係，這其實也是間接提昇了安寧志工的服務品質。

三、適應問題所呈現出的安寧志工作體服務生態

以上列舉安寧志工流失或難以適應的可能因素，並進而探討安寧團隊協助或陪伴志工適應服務的方式。從安寧志工流失或難以適應的五種可能因素中，我們會發現呈

⁷⁷ 依據魏書娥和林姿妙 (2005) 在「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」中，針對心理師與其他團隊成員運作機制的研究結果顯示，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。

現出以志工個體為主要的接觸面，隨著安寧志工接觸面的拓展而逐漸衍生出各種流失或難以適應的可能因素。也就是說，除了「志工的個人因素」（如圖四-4 的 1 部分）之外，還包括「與病/家接觸或與團隊互動過程中所引發一些相關因素」（如圖二的 2、3 部分）、「志工、病/家以及團隊三者交互影響之下所衍生相關的問題」（如圖二的 4 部分），乃至「與安寧志工服務相關的大環境」也會對安寧志工的穩定性造成影響（如圖二的 5 部分），而這也顯示出安寧志工的服務，其實是由這些因素所共同形成的「整體服務生態」，正因為如此，所以會導致安寧志工流失或難以適應的因素，自然不離這些因素所共同交織而成的各種可能性。



圖二 與安寧志工交相接觸而成的整體服務生態圖

製圖人：林姿妙

從圖二來看，安寧志工的「整體服務生態」雖然只是由志工、病/家、團隊，以及與安寧志工服務相關的大環境所共同交錯而成的；但是，如果回溯五種可能導致安寧志工流失或難以適應的「個人層面因素」，我們會發現其中也包括了「家人的忌諱或不支持」；

而且，在「來自志工與團隊互動過程中所產生的因素」中，也可以發現家人的狀況雖然會影響志工的心情，但團隊成員的適當的關懷反而可以促進彼此的凝聚力。顯示出安寧志工個人的服務動向與家人之間的密切關係。因此，志工的「家人」雖然不是團隊成員，但在「安寧志工的整體服務生態」中，志工的「家人」卻以隱藏者的角色在影響安寧志工提供服務的可能性。如果從這個角度來看，那麼安寧志工的家人，其實也是整體服務生態的成員之一。

至於安寧志工與病/家或團隊互動過程中所共同引發的，包括：負擔太沉重、挫折感、自我成長的滿意度偏低，或由於志工在團隊中的人際關係、人事或運作策略的更動、無法達成志工的預期，以及臨床上的帶領問題所引起的志工流失或不適應問題等，則是與安寧團隊的整體運作比較息息相關的，可說是屬於安寧團隊比較得以使力之處。另外，有關大環境的影響因素，除了關係著當時臺灣地區安寧緩和療護的發展趨勢之外，也關係著醫院所在區域的發展概況。雖然，這與個別醫院比較沒有直接的關係，但卻會產生間接的影響，也是安寧團隊不能不去關注到這個屬於外圍的大環境因素。

而從導致安寧志工流失或難以適應的因素，是來自安寧志工整體服務生態所共同交織而成的各種可能性，同樣的，協助或陪伴安寧志工適應服務的方式，也不離以此為努力的方向。在安寧志工提供直接服務之前，團隊以慎重的篩選來避免不適應問題的發生，即是避免過多志工個人的因素影響了團隊的穩定性。其他如系統減敏感法、熟悉服務場域、見/實習的服務協助與陪伴，以及建立安寧志工與團隊之間的關係等，則是前面所說的團隊比較得以使力之處，而這部分也會因為各個團隊運作模式與督導方式的不同，而各自形塑成出富個別風格的團隊氛圍。由於這個部分所形塑出的不同團隊氛圍，便會讓不同團隊在共享的大環境資源下，凸顯出每個團隊所能夠招募到的，相應於該醫院的安寧志工。

所謂的「相應」，是來自醫院與志工的雙向評估。雖然，一般與安寧志工教育訓練有關的文獻都會提到「雙向評估」，但一般文獻中的「雙向評估」主要是就安寧志工的服務能力而言，可說是讓志工為他們自己的角色自信而作準備（Ajemian, 1993b；Craig, 1994；Cummings, 1998b；Kavanagh, 1983；Scott & Caldwell, 1996）。但本研究者是

以「安寧志工的整體服務生態」角度來看「雙向評估」。換句話說，並不是只有醫院要招募適當的安寧志工，安寧志工也會衡量醫院的整體條件是否能夠符合該志工的所求。正因為如此，所以從不同醫院協助或陪伴安寧志工適應服務方式的不同，除了會顯現出每個安寧團隊運作上的不同風格之外，有時連安寧志工也可能會顯現出不同團隊的特色來。

貳、安寧志工的督導問題

在第四章第一節「安寧志工的角色」中提到由於安寧志工是無給薪的、有較長時間陪伴病/家、服務從最細微做起、談話比較不具目的性等優點，這讓安寧志工與病/家的聯結較為深切，但也因此而隱含著某些負面的連鎖反應，例如：情緒的過度涉入、自掏腰包支助病/家、倫理不明等，而這些是團隊需要特別留意的，因為處理不好，可能帶來負面效果。由此觀之，「督導」是非常重要的環，誠如 G 社工師所說的：「有些臨床反應如果弄混了，事後再去收尾，可能比較不那麼適合跟貼切（G-28-04~28-05）。」以下將針對安寧志工的督導問題，作進一步的討論。

一、一般狀況下的督導方式

在沒有特殊狀況下，一般受訪者對於安寧志工的督導方式是大同小異的，在此以 N 醫院為例，做簡略的說明。

N 醫院對安寧志工的督導方式，大約可分為「志工勤務時間之內」與「志工勤務時間之外」的督導。在「志工勤務時間之內」的督導，又有新進與資深之差別。對於新進安寧志工，督導較常以親自視察的方式去瞭解狀況，但對於資深安寧志工則以電話聯繫為主。但不論是親自視察或以電話聯繫，這兩者其實都具有查勤、瞭解服務狀況、以及支持的作用。N 社工師表示在簽到/退時會對新進的直接服務安寧志工作特別的關懷，並瞭解當天的服務狀況。在資深安寧志工方面，由於如果有問題他們會主動找督導討論，所以並不須特別去瞭解他們當天的服務狀況。而且，如果不是督導特意去瞭解服務狀況的話，當志工簽退時，督導也往往是在別的病房，比較難能夠遇到。由此可見，即使社

工師的工作再密集，但對於新進的直接服務安寧志工還是會特別抽空予以關懷。另外，有關「志工勤務時間之外」的督導，又分為正式的與非正式的督導方式。正式的督導方式是兩個月一次的志工工作檢討會，主要是與志工共同討論臨床上的問題；非正式的督導方式則是藉由各小組平常的聯誼來關懷志工工作上的困難（N-32-25~34-05）。

上述不論是「勤務時間內」或「勤務時間外」的督導，其實都包含督察志工是否遵守志工規範，以及對志工提供支持等作用，只是對於新進的安寧志工而言，多了協助他們適應的用心。當然，也有不同於上述的督導方式，例如 P 醫院，該醫院是採取猶如小型志工隊的獨立運作方式，因此，最常與社工師接觸的是志工組長，其他則視狀況而定。因此，這裡的志工領導也扮演著社工師與其他志工之間的橋樑角色（P-07-09~07-11；P-20-15~21-02；P-56-13~56-14）。在督導方面，P 社工師表示會去瞭解安寧志工所寫的記錄，但她的目的並不是為了獲知病/家的相關資訊，而是為了瞭解志工與病/家之間的互動。對團隊的整體照顧而言，是產生正向的效應或是負向的效應？以下是 P 社工師對瞭解志工服務記錄的說明：

我如果去看志工的病人資料本的話，我大概只看說這個病人，因為團隊都很關心，那志工去看了他，他跟志工之間的互動，在整個團隊照顧上是減分還是加分？那如果是加分，我都覺得是 OK，那如果減分，我就會看是哪個志工在跟他做理解溝通？或者有一些志工常常也會去做一些 你也知道嘛，人多嘴雜，難免有一些傳話，所以可能你一個禮拜沒來，那可能 假設你是禮拜一的志工，你可能在上個禮拜六發生事情，然後難免志工就會交流啊，就會聽到不是那麼一回事的話，我就會跟他講，那跟他講不是為了澄清，也不是為了讓他知道到底禮拜六發生什麼事，也不是這樣。大概就是說你角色能夠很清楚的時候，你那個糾結在一起的可能性會比較低一點，對（P-57-13~58-05）。

由此可見，看志工的服務記錄，對 P 社工師而言是具有督導的作用，主要是為了避免過度的涉入與不實資訊的流傳而導致志工逾越了倫理。換言之，是為了讓安寧志工人

夠謹守住自己的角色。

二、志工服務產生負面效應下的督導方式

會產生負面效應而需要進一步督導的主要成因是：安寧志工逾越了角色倫理。當安寧志工逾越界線而發生狀況時，不僅會產生困擾，有時也會讓團隊成員因此而萌生退心（G-36-18~37-09）。L 心理師表示臨終陪伴帶給志工的影響是一體兩面的，也就是說，可能看到家庭紛爭，但也可能觀察到病人的改變；可能因看到悲慘的一面而退縮，但也可能因陪伴經驗而產生正面積極的動力（L-39-17~39-23；40-02~40-07）。如果志工只看到家庭紛爭或悲慘的一面，就可能發生替家屬爭財產、替媳婦或婆婆抱不平、自掏腰包支助病/家，乃至因角色模糊引起而病/家及團隊成員間的衝突等有違志工倫理之事例。為了避免類似的情境發生，各醫院自有其因應的方式。綜合訪談資料，大約包括以下幾種：

（一）個別督導

個別督導，是一般會運用的方式。G 社工師自有其與安寧志工建立關係的哲理：感情好而有界線，界線雖然分明但要避免高姿態。所謂「避免高姿態」是遇到狀況時能夠共同討論，做雙向的溝通，以達成共識；並將衝突事件的問題縮小，如朋友般的彼此包容（G-21-17~22-03）。這或許是該社工師特有的人格特質，但也可能和該院只有 6 位安寧志工，故能發展出同舟共濟的友情有關。當志工人數漸多時，可能就會出現更多複雜的違反倫理或人與人之間的衝突現象，這時就需要運用其他的因應措施了。

雖然如此，但個別督導是一般督導都會運用的方式，而且也可能是會持續運用的方式，例如 B 社工師便是如此督導安寧志工的。基本上，B 社工師認為各類志工都有其存在的必要性與需求性，但該院確實也有不適任的安寧志工。遇到這類志工時，B 社工師的處理方式是：一再的個別督導。她表示雖然個別督導會對志工帶來壓力，但也能讓他們有所警覺；藉由一再的個別輔導，適任者便會警覺的自我調整，不適任者也會自動的離隊（B-39-15~40-15）。這種「一再個別督導」的方式，對於不適任的安寧志工似乎具有維持關係，但適度提醒的緩和性督導作用。

(二) 在正式的會議中做聲明

除了個別督導之外，還需要在正式的會議中做聲明，再次的提醒志工謹守倫理。

(三) 透過教育訓練來加強提醒或訓練

為了避免志工不當的回應導致負面效應，透過教育訓練來加強提醒或訓練是普遍的作法，但各家醫院所授受的方式與觀點不盡相同。例如，N 社工師強調在突發狀況下，對容易害怕的志工來說，肢體的陪伴與無言的陪伴，是比較能夠謹守得住志工角色的方式（N-21-02~21-09）；P 社工師經常提醒志工：為病人提出問題時必須先澄清是否出於病人自己的需求？並經常以個案討論的方式來讓志工釐清「界線」與「角色分工」⁷⁸（P-17-23~18-03；23-05~23-07）；E 社工師會將理論概念，帶入實際的案例中討論，幫助志工理解與認識「以病人為中心」的理念（E-34-15~36-04）；而 L 心理師則著重在心靈觀點的提昇⁷⁹（L-41-14~42-06）。雖然各家焦點未必一樣，但就如 B 社工師所說的：由於不斷地強調志工倫理的重要性，因此不但大多數的志工都能遵守，伙伴之間也會彼此提醒（B-19-23~20-01）。或許，當志工倫理成為普遍認知的規範時，彼此的提醒便成了志工督導的最佳助手，也可以降低不當服務所產生的負面效應。

(四) 結合團隊成員與志工共同討論

結合團隊成員與志工共同討論的情境是比較少見的，但 B 醫院曾有一例。而之所以會如此，主要是發生的案例比較特殊。B 社工師表示這是由於有的志工過度的投入，而忘了自己的輔助性角色，乃至去要求（或命令）護理人員要做些什麼。遇到這種情境時，該院的當機做法是立即處理，也就是聯合志工督導、護理長以及安寧志工來針對工作內容做討論，以釐清志工的倫理（B-17-16~17-25）。另外，O 社工師也表示如果安寧志工出現負面情緒時，院方的協助方式，依序是由直接的實際臨床督導先介入，接著是志工隊長，以此類推，往上依序是副隊長、隊長，嚴重時則會請行政督導介入（O-45-15~45-21）。除此之外，O 社工師也表示，某些衝突的狀況，臨床督導是不適合介入的，因為臨床督

⁷⁸ 所謂「角色分工」即團隊中各種角色所負責的工作。

⁷⁹ L 心理師的「心靈觀點的提昇」將在下一節中討論。

導的介入會被認為有偏頗的嫌疑，面對不宜介入的狀況時，會轉由總行政督導會同隊長來處理（O-45-21~45-03）。由上述二則案例來看，在志工踰越倫理的情節非常嚴重時，便會結合團隊成員來與志工來共同討論。

(五) 終止安寧志工參與團隊會議

B 醫院曾經開放安寧志工的代表（如組長）參與每週一次的個案討論會（case conference），後來基於以下幾種考量而中止了：1、組長的時間負擔太大。2、個案討論會中常用醫療專業用語，屬於非專業角色的志工對相關資訊的吸收很有限。3、社會心理議題只要透過社工師來傳遞給志工即可。3、醫生認為由於志工的專業性，很容易截取片段資訊而造成誤解，尤其是醫療上的隱密議題。4、團隊不可能花時間為志工解說個案的來龍去脈。5、志工的參與造成醫護團隊的壓力，尤其是面對醫病糾紛問題時。6、志工的參與會影響會議流程的速度與品質（B-42-25~44-12）。以上雖然歸納出六項因素，但其實是以第 5、6 點為主要的引爆點，B 社工師的說明如下：

另外一個會讓這個工作停擺的原因也是因為醫護團隊當中有不同的聲音出來，就是醫生覺得畢竟志工知道的非常的有限，那有些在 case conference 的時候，我們會討論一些醫療上面比較隱密的議題，那他覺得那個部分，如果志工他半路出家，聽到的是片段的訊息的話，很容易誤解，那我們不可能在個短的時間裡頭花了很多的時間去解釋這個來龍去脈，不會的原因可能有一些是關係到醫病糾紛的問題，如果牽扯到醫病的議題的話，那那個部分可能對醫護團隊來講會有一些壓力，所以那時候有人提出來講說為什麼要讓志工參與，志工的參與會影響到整個會議流程的速度與品質，所以後來才會把這個部分採取中斷的一個方式（B-43-22~43-12）。

除了 B 醫院之外，P 醫院也沒有開放安寧志工參與團隊會議，但 P 醫院的考量因素是：

1、沒有賦予安寧志工第一線的工作。2、安寧志工一星期服務三小時，團隊所要討論的

個案，安寧志工未必認識，而安寧志工所了解的，團隊也未必要討論（P-31-21~32-02；P-48-20~49-02）。雖然，並非所有醫院都有如 B 與 P 醫院的考量，但是由兩家醫院的說明，也可以讓人進一步的去省思：由非專業角色來輾轉敘述專業會議的內容，其資訊是否有失真之慮？除此之外，有關安寧志工在倫理上的拿捏，也確實是需要特別留意的，而且，這些都關係到團隊的整體服務品質。

(六) 其他因應方式

其他因應方式還有：1、請其他團隊成員多督察容易逾越倫理的志工；2、遇有特殊狀況時，團隊專業成員主動支援以減少逾越倫理的機會；3、安排另一位志工同時上線，以互相提醒（N-21-09~22-01）。其實，兩人一組在一般志工的運作模式中，是被認為可以讓缺乏動機的志工願意嘗試新的挑戰，刺激原本倦勤的服務意願，對良好團隊的建構可能可以產生互補的增強作用（McCurley 和 Lynch, 2000）。然而，有趣的是，在安寧團隊中，2 人一組的運作模式，似乎有著督導的意涵。

以上是綜合各受訪者的資料所整理出志工服務產生負面效果的督導方式。A 社工師認為安寧志工與團隊之間的「默契」，即是能夠瞭解什麼是該做而什麼是不該做的？並表示志工倫理是建立團隊默契的要素之一（A-11-01~11-06；14-01~14-08）。另外，P 社工師則表示，認同安寧理念又熱心的新進安寧志工，是比較容易逾越倫理的；雖然如此，但她也表示當志工察覺到自己逾越角色時，就會懂得修正，有過經驗便會瞭解倫理的界線在哪裡（P-21~25~22-19）。如果從這樣的論點來看，那麼資深的安寧志工是比較能夠掌握倫理的。換句話說，志工倫理的拿捏，其實也是經驗累積的結果。如果從「志工倫理」與「團隊默契」的關係來看，那麼，當安寧志工能夠以倫理為界線時，即使服務過程對生命充滿了疑惑，提供的服務也未必展現了同理心，乃至覺得自己心有餘而力不足，並因此愁眉不展；但是，只要願意持續提供服務，雖然還沒有辦法悠遊於團隊的運作，但已經堪稱為安寧團隊的正式成員之一了。因為，只要能夠謹守志工倫理，那麼大致而言，已可確認安寧志工的服務對團隊的整體照顧而言，是產生正向效應的。

第五節 教育訓練(四)：安寧志工的在職教育訓練

「做中學」是多數受訪者提到的自我成長的方式 (A-39-21~40-06 ; B-09-21~10-08 ; L-42-24~42-25 ; O-73-17~25 ; P-26-01~26-03) , 其他雖未直接提起, 但綜合所有訪談資料, 或多或少的還是隱含有類似的概念。因此, 各團隊會依該院所具有的條件, 定期的或不定期的為安寧志工規劃在職的成長教育訓練課程。以下將先就研究者所搜集到的歷年相關書面資料作一整理與說明 :

有關歷年來安寧志工的在職成長教育訓練課程的規劃概況, 或許是規劃的方式不盡相同, 有些醫院未必會將在職教育訓練課程形之於書面的規劃表, 因此搜集到的資料只有由 7 家醫院所提供的 16 份從 1999 年到 2003 年之間的課程表。其中, 有 4 份是來自 H 醫院, 但在核對該院的書面資料與訪談資料之後, 發現該院書面資料中的在職教育訓練課程, 其實有些就其他醫院的安寧志工課程而言, 是職前與在職的教育訓練課程之混合 (H 醫院的職前教育訓練課程只有 3 小時), 而且內容還涵蓋了院外的課程, 由於難以清楚劃分哪些是屬於在職教育訓練的部分, 因此未將這 4 份資料列入統計分析。另外, 剩餘的 12 份資料中, 有 3 份未標明課程時數, 所以在時數方面的統計結果, 是不包含這三份資料的。

由於所搜集到的資料並不完備, 在諸多不具足的因素下, 整理出的概況是僅就具有詳細資料的部分所作出的統計結果。此結果主要是作為參考之用, 之後將會配合訪談資料來作進一步的說明, 以避免管中窺豹, 失之全貌。

在這 12 份資料中, 除了依照之前整理職前教育訓練課程的書面資料時所劃分出的六個層面來作歸類之外, 同時也整理出一個「其他」的課程。為了能夠了解「六個層面」的課程與「其他」課程之間的上課概況, 因此分成兩部分來分別計算其百分比。單就「六個層面」的課程來各別統計其上課「總次數」與「總時數」所佔的比率, 結果發現: 各層面在上課總次數與總時數所佔的百分比, 由多到少, 依序都是 1、臨床應用知識、技巧及情意調適層面。2、身體照顧層面。3、心理與社會照顧層面。4、簡介安寧療護層面。5、靈性照顧層面。6、安寧志工角色層面。所佔的詳細百分比如下: 1、臨床應用

知識、技巧及情意調適層面的上課總次數佔 38.0%，總時數 55.5%。 2、身體照顧層面的上課總次數佔 28.0%，總時數 26.8%。 3、心理與社會照顧層面的上課總次數佔 13.0%，總時數 6.8%。 4、簡介安寧療護層面的上課總次數佔 12.0%，總時數 4.8%。 5、靈性照顧層面的上課總次數佔 5.4%，總時數 3.9%。 6、安寧志工角色層面所佔的上課總次數則是 3.3%，總時數 2.2%。另外，其他的課程的上課總次數佔 12.4%，總時數 7.7%。（請參考表四-3-12）。

表四-3-12 1999~2003 年各醫院「在職」課程之總次數、總時數比率對照表

課程內容	「總次數」百分比	順位	「總時數」百分比	順位
臨床應用知識、技巧及情意調適層面	38.0%	1	55.5%	1
身體照顧層面	28.0%	2	26.8%	2
心理與社會照顧層面	13.0%	3	6.8%	3
簡介安寧療護層面	12.0%	4	4.8%	4
靈性照顧層面	5.4%	5	3.9%	5
安寧志工角色層面	3.3%	6	2.2%	6
合 計	87.6%		92.3%	
其他的課程	12.4%		7.7%	

製表人：林姿妙

以下將就統計結果的百分比順序，來逐一的略加說明：

壹、臨床應用知識、技巧及情意調適層面

由統計的結果來看，安寧志工在職教育訓練課程非常著重於臨床應用的知識、技巧與情意調適層面；也就是如同理心、悲傷議題、自我覺察與調適、如何接觸癌末病人及家屬等，尤其是同理心與悲傷議題，也有以讀書會的方式來加強這方面的知能。這或許是由於安寧志工在病房裡有大部份工作是在陪伴，不能避免的是要面對失落的相關議

題；而安寧志工服務時的最大困難點卻是不知如何傾聽？不知如何陪伴？以及不知如何展現同理心？所以協助志工在相關知識、技巧及情意調適方面能夠持續的成長，不只是因應安寧志工臨床上的服務需求而已，也是直接或間接的提昇他們的服務品質。

B 社工師表示同理心最重要的是傾聽與尊重，因此自我認識與溝通的課程很重要，對自我認識得越深，尊重的態度也會越好；故而，該社工師認為同理心與自我成長工作坊是在職教育訓練中，最基本不可少的課程（B-50-18~53-09）。另外，雖然研究者沒有搜集到部分安寧團隊的在職教育訓練書面資料，但從訪談內容中發現他們也會以個案討論或其他方式來協助志工自我成長。D 社工師表示在職教育訓練的目的，是在解決志工服務上的瓶頸（D-08-04~08-14）；A 社工師則表示如果沒有特別呈顯出安寧志工的訓練需求時，「自我探索」課程是考慮規劃的課程之一（A-22-06~22-10）；這或許是「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」課程，不論在規劃的總次數或總時數方面都高出其他課程很多的主要原因吧。

貳、身體照顧層面

安寧志工在職教育訓練課程的規劃方向，主要是根據臨床服務上的實務需要而決定的（A-19-14~19-21、22-01~22-06；B-22-08~22-12；G-28-25~29-11；O-28-19~29-01）。L 心理師表示：「消除症狀還是比較基本的，太過強調認知和意義，有時會忽略掉病人身體的需求（書面訪談，2005/10/02）。」雖然安寧志工的責任不在於消除症狀，但這也說明了癌末病人身體照顧的重要性，而提供直接服務的安寧志工也應具備一些基本技能。雖然，有些身體照顧的課程在職前培訓時就已經上過了，但上線之後還是有需要繼續加強技巧的熟練度（C-12-24~13-13；O-28-19~29-01）。另外，也會就實際服務後發現的不足來規劃課程，例如剪髮、往生後事的處理，乃至遺體美容等（A-19-14~20-13）。

因此，身體照顧層面的課程可說是各醫院都普遍會去規劃的。除了加強基本技術的熟練度之外，也會廣泛的介紹另類療法或輔助療法，例如按摩、美足護理、和氣大愛手、疼痛針刺、腳底按摩，以及中醫推拿等。但值得注意的是，雖然安寧志工有時也會為病患做一些簡單的，諸如精油按摩及美足護理之類的服務，但上這類課程的主要目的並不

是讓安寧志工去為病患執行全身的、症狀嚴重的處理，而是介紹有這些療法，藉以促進志工對於相關知識的認識，或滿足志工對於自我成長的需求，乃至當病人有此需求時，也可以向上反應（C-16-05~16-19；N-15-11~15-19）。

參、心理與社會照顧層面

「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」與「身體照顧層面」課程所佔的比率是較高的，但自「心理與社會照顧」以下所規劃出的各層面相關課程數就逐次變少了。這或許是因為進階的相關課程被歸類到臨床應用層面所致，因此，以「知識」為主的心理與社會照顧層面課程相對的就變少了。雖然如此，但和身體照顧層面課程一樣的是，有些醫院也會廣泛的介紹另類療法或輔助療法，例如音樂治療、藝術治療、芳香療法等，而規劃這些課程的目的也是如上面所述。

肆、簡介安寧療護層面

在職教育訓練的「簡介安寧療護層面」相關課程，多是配合政府政策或配合安寧團隊的延展計劃，為了替安寧志工做好知能上的裝備而規劃出的課程；前者如 2000 年的公布與 2002 年的修正安寧緩和醫療條例，以及 2003 年將漸凍人納入安寧療護整合試辦計劃時所上的相關課程；後者如醫院欲將安寧志工的服務範圍延展至居家服務時所規劃出的相關課程（B-23-01~24-06）。

伍、靈性照顧層面

從統計資料來看，「靈性照顧層面」的課程相對而言是較少的。這和 E 社工師所分析的概況似乎是一致的，也就是說，規劃出的課程較多是屬於普遍性的知識與技巧，例如悲傷輔導概念或同理心的技巧等；較少是屬於人文的，例如不同宗教的生死觀及其喪葬儀式等（E-11-02~11-23）。E 社工師認為安寧志工的服務品質來自志工的人格特質，而人格特質可藉由人文教育來培養，以下是 E 社工師對此論點的說明：

我會覺得說，他的那些知識、技巧這些東西可以學習，但是志工的人格特質，那是我覺得在安寧裡面很重要的，所以我比較看重的就是說怎麼去對這個人，怎麼樣去刺激他多一些成長，就是怎麼樣去培養這個人的特質這樣子。因為它的品質就來自於這個人，我覺得在安寧的服務裡面啦，對，所以我覺得志工可以多加強的是給他多一些人文上面的，或一些它自己，包括去處理志工的挫折啊，去處理志工在協助過程裡面可能出來的一些自己未處理的東西，我覺得那個部分是可以再做的啦（E-12-25~13-12）。

上面的訪談資料中顯示出志工人格特質的培養除了人文教育之外，還包括了挫折感的處理及自我探索自我釐清等。後者被研究者歸類在「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」中，或許 E 社工師所想要強調的是當知識、技巧與情意調適融合後所轉換出的、可運用於臨床服務上的「態度」吧！換句話說，態度，是安寧志工服務品質的重要關鍵。

在安寧志工的調適問題中有提到：J 社工師表示「態度」是志工將安寧理念透過實際的運作而轉換出來的，因此需要比較長的時間，也比較難。另外，J 社工師也表示在職訓練課程雖然是針對知識與技巧而規劃的，但其目標卻是在於將知識、技巧轉換成態度（J-14-11~14-18）。雖然如此，但 H 醫院的安寧志工對於未來課程的規劃，向院方作了與 E 社工師看法類似的建議，他們表示個案討論課程雖然對於知、能與服務品質的提昇有莫大幫助，但也期待院方能夠規劃與心靈成長相關的課程（H-06-05~06-07）。

但從另一方面來說，是否缺乏靈性層面的課程，是依團隊不同而有所差異的，也是依團隊對於志工角色的需求而定的。例如 L 醫院每週一次的「傾聽陪伴支持團體」即是透過陪伴的過程讓志工能夠自我成長，並藉以提昇志工陪伴「觀點」的一個工作坊，而此工作坊即是該院的在職成長教育（Q-10-19~11-05）。因此就該院而言，靈性課程是一直持續著的，而不是單元式的進修課程；而且，該院也強調日常生活中的陪伴與照顧。其他醫院的讀書會或工作坊，或許也或多或少的扮演著類似的功能。但並不是每家醫院都強調靈性層面的觀點提昇，就如對 N 醫院而言，就非常重視技巧上的熟練了，並強調當安寧志工面對突發狀況時，肢體的陪伴與無言的陪伴，不但能嚴守志工倫理，也是很

好的陪伴方式 (N-20-25~21-06)。

另外，雖然 N 社工師也承認該院比較少規劃靈性層面的相關課程 (N-13-16~13-25)。但是，如果以此斷定該院安寧志工成長教育缺乏靈性層面的課程，那也不盡然。由於該院歷年來與行政院衛生署及安寧照顧基金會合辦了一系列的「安寧療護專業人員研修計劃靈性關顧宗教人員入門及在職課程」，報名的對象就包含了志工。因此，該院不乏相關的靈性課程，當然也包括 E 社工師所說的不同宗教的生死觀。但這是該院佔了天時地利之便，就其他地區的醫院而言，由於距離與時間上的限制，對有家庭的安寧志工而言，要運用這樣的資源確實是有困難的 (G-28-19~28-23、24-12~24-15)。

陸、安寧志工角色層面

安寧志工角色層面的課程，於職前教育訓練的總上課次數中是獨佔鰲頭的，但到了在職教育訓練課程時就敬陪末座了。何以如此？是因為這層面的概念在上線之前就要釐清，等上線之後就不用再繼續強調了呢？還是多數醫院都疏忽了這個議題？B 社工師表示志願服務法的倫理課只有 2 小時，太少了 (B-52-05~52-13)。從對安寧志工督導問題的分析與探討中顯示：志工角色與志工倫理是應該被一再提醒的。但如此重要的議題，何以於在職教育訓練課程的規劃上會呈現出如此讓人難以理解的現象呢？研究者依據訪談資料，將可能的因素歸類為以下二點：

- (一) 這或許與各醫院較少以單一的主題來討論此一議題有關。由於以單一的志工角色議題來討論時⁸⁰，如果主講者的上課方式比較沉悶，往往導致志工因感覺無趣而缺乏動力 (O-29-06~29-21)。因此，以單一主題來討論，比較容易因為無趣而昏沈，因為昏沈而導致吸收有限，所要強調的重點全成了馬耳東風。
- (二) 另外，較少將此議題規劃為單元式的課程，並不代表各醫院不強調志工角色的重要性，因為有些醫院可能已經將這類課程融入其他在職教育訓練來一而再，再而三的強調了 (B-18-21~19-03、52-05~52-18；E-33-13~36-12；F-17-11~17-15；H-05-17~05-21；

⁸⁰ 尤其是志工倫理。

L-30-24~31-01 ; P-23-05~23-07)。換句話說，是藉由與志工相關的所有活動，例如：個別討論、個案討論、教育訓練、志工月會等，將理論概念融入實際案例中，協助志工能夠更容易的理解與認識自己在安寧團隊中所扮演的角色。

柒、其他課程

除了上述課程之外，安寧志工在職教育訓練還包含了一些定位模糊的課程；所謂「定位模糊」，主要是就六個層面的角度而言，似乎不太相關，很難把它歸類到六個層面中的任何一個層面。例如：心肺復甦術（CPR）⁸¹、茶道、優格 DIY、捻花惹草 DIY、如何預防骨質疏鬆症、生機飲食與精力湯製作、如何寫遺愛手書等等。雖然「其他」課程所佔的比例並不多，只有全部課程總次數的 12.4%與總時數的 7.7%，與「六個層面」總次數的 87.6%與總時數的 92.3%相較，只是其中的一小部分，但若與安寧志工職前教育訓練課程相對照，安寧志工的在職教育訓練課程似乎更為廣泛些。乃至也可以因應辦活動時的場地佈置需要而規劃相關的技能課程，例如摺汽球（A-19-05~19-14）。

以上由書面資料所統計出來的各層面課程百分比，並不是用以說明哪些層面的課程比較重要，哪些不重要。從書面資料與訪談資料交叉比對的結果，可以發現各個層面的課程都與臨床應用知識、技巧及情意調適層面相交集的。所謂「相交集」並不是說沒有交集的部分就與臨床應用無關，只是很難定位而已，追根究底，仍不離「人的生活」。而之所會將書面資料歸類為不同層面的課程來加以統計，主要是以此為依據，作為進一步與訪談資料核對之後的分析與討論，藉此以期能夠更容易瞭解歷年來安寧志工在職教育訓練課程的規劃概況。然而，總的來說，不同層面的知識、技巧以及情意調適等，也是需要彼此融合而展現於臨床服務的「態度」上的。在此必須特別強調的是：這些不同層面之間是息息相關的，並沒有哪一層面是獨立的、與任何層面都毫無關係的存在著的。正如 Q 社工師在說明社工師與心理師的角色關係時所說的：「有時看起來是社會層

⁸¹ 因為在一般情況下，安寧緩和療護病房不但不需要用到心肺復甦術的，相反的，病人及其家屬還會簽不作心肺復甦術（DNR）的同意書。

面的問題，但底下是心理的調適（Q-05-09~05-10）。其他層面之間的關係又何嘗不是如此。因為，就「活著」的「人」而言，是由所有不同層面共同融合而成一個難以分切的整體。

第六節 小結

以上在教育訓練方面，從安寧志工的篩選、安寧職前教育訓練、安寧志工的適應與督導，到安寧志工的在職教育訓練，我們可以發現每個環節都是非常嚴謹的。如果對照蔡佳瑩(2001)的《安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究》，和陸金竹(2003)的《安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討》，在蔡佳瑩(2001)針對安寧志工參與動機所作的研究中，以利他的動機為最強；在「工作滿足」取向中以「知識成長」的滿意度為最高；而陸金竹(2003)的研究，在服務動機方面則顯示安寧志工的服務除了可以表達對社會關懷盡一份心力之外，並且可以從中學習到醫療、護理及生死相關的知識和技巧。

從這兩份研究中，我們似乎可以斷定「利他服務」與「成長教育」對於穩定安寧志工有著不可忽略的重要性，蔡佳瑩也認為利他的動機會夾雜著利己的部分需求，藉由實現利他的動機，來滿足個人利己的需求，是維繫志願服務的重要關鍵。依據這樣的研究結果來看，對於為了「利他服務」與「成長教育」動機而提供服務的志工而言，安寧志工的角色與團隊所提供的教育訓練，應該是最能滿足這兩種動機的志願服務者。然而，有趣的是，多數安寧團隊的志工流失率仍困擾著團隊。這是否代表著安寧志工是否持續提供服務的重要關鍵，未必在於是否提供了嚴謹而紮實的成長教育而已？下一節將針對安寧志工的支持問題作進一步的分析與探討。

第七節 安寧志工的支持問題

督導，能夠讓安寧志工的服務發揮正向的效應；支持，則能讓志工產生服務的動力。以下將就新進安寧志工難以調適臨終與死亡情境下的支持，以及安寧志工整體服務生態下的支持系統兩部分來作進一層的分析與討論。

壹、新進安寧志工難以調適臨終與死亡情境下的支持

由於社會結構變遷與醫療專業化現象，促使現代社會的臨終與死亡，已從過去的家裡轉移到醫院，因此，一般民眾缺乏認識臨終過程，與學習臨終照顧的機會。然而，對於臨終與死亡的認識與調適，是不容易在短時間內從一般課程中去體認與強化的（I-12-03~12-08）。所以，如果不是自我調適能力很好的話，當遇到病人死亡時，即使有過失落經驗都可能帶來衝擊，更何況是第一次面對死亡情境的新進安寧志工。

安寧志工面對病人臨終與死亡的衝擊可能包括引發自身死亡的恐懼、親友臨終與死亡情境的投射、對於生命未知部分的疑惑、對於遺體的恐懼與害怕、見到容貌變形的衝擊，以及過去目睹經驗的聯結等。至於如何提供支持呢？E 社工師認為臨床安寧志工所遭受到的衝擊比較多是屬於內在心理的層次，知識與技巧雖然是基礎，但不用太過被加強，比較重要的是內在能量的開展（E-42-18~43-15）。

在團隊提供支持以前的先決條件是：志工是否願意以持續服務來學習轉化衝擊的問題（C-28-12~29-15）？因此，C 社工師對於志工無法適應臨終場域而請辭的處理方式依序是：1、討論困擾與壓力的來源，以及如何調適；2、尊重志工的決定與想法；3、建議休息一陣子或提醒志工可以選擇能夠承擔的服務項目；4、如果志工不願意留任，則歡迎有意願時可以再歸隊；5、如果願意留任，則可以在專業人員的帶領下靜靜的見習，讓志工有心理調適的緩衝期；6、如果屬於多數志工的共同困擾，則安排相關課程以加強志工的能力與技巧（C-27-17~29-10）。由該社工師一系列的作法，可以看到她傾聽、尊重、建議、給予希望、以及賦與調適的時間和空間，陪伴志工共同渡過成長歷程的處理態度。

另外，N 醫院除了社工師會去關懷之外，也會運用同儕提供支持。但是，如果志工難以調適的狀況已強烈到必須個案處理的狀況時，則會採取轉介的方式來處理。雖然必要時會將志工轉介出去，但 N 社工師表示目前還沒有這種狀況，大體而言，只做到瞭解、關心、及支持時他們就已經自我調適了，因此還沒深入到要做諮商會談的情境（N-26-24~27-05）。雖然如此，但這或許與該醫院的篩選條件之一是「具有一年的行政服務經驗」有關，即使無法適應直接服務，也還有退回行政服務的空間，因此無需動用到被轉介到作個案諮商會談的情境。

情緒容易過度投入的志工，是需要時間來調適的，而安寧志工的成熟度，往往也是持續的臨床經驗所累積的（J-25-23~26-04；J-38-20~38-25）。正如 I 社工師所說的：面對生死的調適，不只是安寧志工的問題，也是專業人員的問題，更是目前整個社會的問題（I-11-19~11-22；12-22~13-02）。與 I 社工師可以相呼應的是：J 社工師也承認自己第一次接觸癌末病人時，也是會害怕的（J-26-06~26-09）。然而，從難以適應到能夠自我調適是有一段「過程」的，這段過程是長？是短？因人而異，或許與人格特質有關，但與志工所感受到的支持度有多少，應該也是不無關係的。

L 心理師認為如何協助新進安寧志工適應臨終場域的兩個前提是：「不知道自己不適應」與「知道自己不適應」。「不知道自己不適應」的處理方式是運用自然篩選法則，當志工自己不想來時就自然流失了；「知道自己不適應」的處理方式是團隊以其知識與經驗，透過「傾聽陪伴支持團體」的聚會，一步步的探討問題所在。該院的傾聽陪伴支持團體是由心理師帶領主持，並開放給願意共同成長的人來參與，因此成員除了心理師與志工以外，可能還包括醫生、護士、家屬、大學生，乃至特地來觀摩的院外人士等。就研究者參與傾聽陪伴支持團體的田野觀察中發現：當參與者談及服務病/家的過程時，心理師並沒有直接的給予孰是孰非的價值判斷，只是講解「小我陪伴」與「大我陪伴」之差別，讓參與者瞭解「以自我的價值觀去陪伴不一定是對的」，以此來提供參與者另一個層次的觀點。也就是從傾聽中瞭解問題的盲點，從觀點的提昇上來陪伴團隊成員一起走下去。因此，他認為應該將如何「協助」新進安寧志工適應臨終場域？改成有沒有人「陪伴」他們一起去適應？

雖然如此，但 L 心理師也承認：具有「經驗」與「知識」的帶領者是傾聽陪伴支持團體能否陪伴新進安寧志工渡過適應期很重要的一個中介變項。換句話說，帶領者如何帶？帶往什麼方向？是否能發揮解決志工困惑的功能？其實是很重要的關鍵。除此之外，L 心理師也非常重視多重因素所構成的「整體生態」，認為支持資深志工持續提供服務的原因並非源自於單一的解除困惑，即使安寧志工的困惑能夠被解決，但是，如果安寧志工的整體服務生態無法支持的話，志工依然會流失。反過來說，縱然服務過程帶著許多困惑，但只要整體服務生態能夠支持志工，那麼他依舊能夠成為資深的安寧志工。正因為如此，所以該院努力營造出溫馨的整體環境，並歡迎志工也能夠邀請家人來共同參與傾聽陪伴支持團體，藉以提昇家人對志工的支持⁸²（L-30-18~33-13）。顯示該院雖然注意到志工的「家人」在整體服務生態中以隱藏者的角色影響了安寧志工，但不同於其他醫院的是，他們並不以「家人知情否」作為篩選安寧志工的考量因素，而是更積極的將安寧志工的家人視為與團隊成員共同成長的對象之一。

貳、安寧志工整體服務生態下的支持系統

早期是以理念來推動安寧療護，在理念推動的運作下，自然比較容易招募到認同理念又熱誠的安寧志工。然而，理念不能獨立於實務之外，理念也未必能夠成為支持安寧志工持續提供服務的普遍因素。F 社工師提到有些資深的安寧志工表面看起來很穩定，但在穩定的服務過程中，內在的熱情是否依然持續？或只是將服務當成例行的工作而已？志工是否和工作人員一樣有時也會面臨著服務動力的低潮期（F-11-11~11-21）？

依據前面的研究顯示導致安寧志工流失或難以適應的因素，是來自安寧志工整體服務生態所共同交織而成的各種可能性，安寧團隊也不離以建構良好的整體服務生態來協助或陪伴安寧志工適應服務。當本研究進而探討在安寧志工的整體服務生態中能夠為安寧志工帶來支持力量的各種成因時，發現共包括：一、來自同儕的支持；二、來自團隊成員的支持；三、來自成就感的支持；四、來自自我成長的支持；五、來自大環境的支

⁸² 研究者參與傾聽陪伴支持團體當天也確實有志工帶著先生與姊姊共同參與傾聽陪伴支持團體。

持等大要素。因此，當安寧志工逐漸脫離被特別關照的新進成員階段的同時，也漸漸的置身於這個服務生態的整體支持網絡中了。以下將分別說明。

一、來自同儕的支持

P 社工師認為志工領導對志工的嘘寒問暖與對家庭狀況的關心，讓志工有被關懷的感覺，故能凝聚向心力，是該院流失率偏低的重要因素之一（P-20-15~21-02）。這種具有穩定作用的向心力，即是來自同儕所提供的支持。其實藉由同儕之間的關係來彼此支持，也是大部分醫院所運用的模式。以 B 醫院為例，該院規劃了一系列安寧志工隊的休閒活動、全院志工隊的教育訓練、以及院外不同類別志工的參訪活動等等（B-47-11~47-18；48-02~48-22）。可說是從院內逐漸拓展到院外，盡可能的提供安寧志工可以緊密連結個人支持網絡的機會。另外，一般安寧團隊的志工支持團體、義工關懷小組等，其實也都試圖藉由志工之間的聯繫與經驗交流，來讓志工自我肯定，並藉由良性的互動來凝聚團隊的向心力，進而展現為持續提供服務的動力。這些都是團隊協助安寧志工能夠藉由不同的機會，來自我建構出同儕支持網絡的努力。

二、來自團隊專業人員的支持

上面所討論的比較偏向來自同儕的支持，接下來將進而討論來自團隊專業人員的支持。提到來自團隊專業人員的支持，一般很容易聯想到最直接且關鍵的安寧社工師，因為就一般狀況而言，社工師是扮演安寧志工與其他團隊專業人員，以及院方之間的溝通角色（D-25-18~25-22；E-29-05~29-09；H-17-21~17-24）。其實，所謂「來自團隊專業人員的支持」，主要是指由安寧志工與團隊中其他專業人員所共同營造出的團隊氛圍。本研究依據營造出團隊氛圍的不同成因，歸納出「由個人人格特質所營造出的團隊氛圍」，以及「由運作狀況所營造出的團隊氛圍」二大類，詳情如下。

（一）由個人人格特質所營造出的團隊氛圍

P 社工提到志工的認同與向心力是來自護理長的尊重與關心，讓志工有「視病房如家」的溫馨之感；雖然如此，但就資訊的取得而言，該院是不開放安寧志工參與團隊會議的（P-20-10~20-15；P-48-20~49-02）。該院的安寧志工主要是藉由「記錄」統整病人的

相關資訊，「聯絡本」是志工交代事情與聯絡情感之處（P-30-14~31-14），但有時也會運用口頭敘述或交辦事務（50-16~50-18）。因此，安寧志工的服務程序，依序是到護理站報到，處理護理站所交辦的立即性事務，例如，推床、洗澡、病人下床活動等。處理好交辦事務後回志工辦公室看聯絡本，藉由篩選服務記錄中的病人資訊，而由志工自己決定提供服務的對象（P-51-20~52-06）。

在這裡值得注意的是護理站雖然交辦事務，但並不是志工獲得病/家資訊的來源（除非特殊狀況），而且，該院也不讓志工去問護理站太多事情，考量的因素主要是：1、安寧志工屬於配合團隊的角色，並非正式的工作人員身份。2、安寧志工的背景與特質不一。3、為了保護病人的權益與隱私 4、安寧志工不需輔導、評估病人，不需太瞭解病/家的狀況。以下是 P 社工對第 4 點的說明：

早先有時候志工會有一個焦慮說：我一定要去問病人，問家屬他們家庭的情況，他們家裡有幾個人啊？什麼的，甚至會說：我不要問了，我去護理站，你借我抄好了，我把它抄來，抄在我們志工的那個病人資料表上面。我就跟他們講：不要這麼做，不要這麼做是因為：你並不需要去輔導他們，所以不用對他們家庭做什麼樣的評估，所以相對的，你不用知道他們家裡到底家裡有 有怎麼樣啦，有多少人（P-55-11~55-20）。

基於上述的考量，該社工師在提供病/家資訊給安寧志工時，也是以概說需要關懷的原因為主，例如，家屬壓力很大，只有一個女兒，請志工多去關心；P 社工師表示如果涉及壓力與感情的內容，那就是屬於隱私的部分。正因為如此，該院最常與社工師接觸的是志工組長，其他則視狀況而定（以上改寫自 P-55-01~56-14）。

另外，凝聚志工「視病房如家」的護理長，P 社工師私下尊稱她為安寧病房的「大家長」，而此大家長其實是指上任的護理長，社工師對於該院醫師之所以沒有居於主導角色，做了以下說明：

一般來講是醫生為主導沒有錯，那剛好在我們醫院的醫生 你說她大家長，她並不強勢，還是尊重所謂醫生的部分，那剛好我們病房的兩位主治醫師在人格特質上就不是一個主導性很強的醫生，還是會尊重各個團隊的。那主治醫師畢竟不是一天八小時都 fix 在病房，最常 fix 在病房的是誰？一定是護理長，所以她比較瞭解各個團隊成員的一些情況，還有病人的情況，那她會適時提出一些可能跟社工講，可能跟主治醫師講，或跟那個總醫師講（P-54-06~54-17）。

由此看來，由於醫師與護理長的人格特質，促使該團隊展現出平權的溝通氛圍。而護理長的服務場域就是定位在安寧病房，在地利之便下可獲得較多病/家的相關資訊，因此在專業團隊成員中似乎扮演著傳遞資訊的橋樑角色。除此之外，護理長容易關懷別人的人格特質所散發出的溫馨氛圍，讓屬於非專業角色的安寧志工產生被關懷的向心力。P 社工師也認為這與護理長的人格特質有關（P-54-01）。因此，雖然該院的流失率很低，但如果所營造出的團隊氛圍主要是來自於個人人格特質的話，那麼這樣的氛圍也可能會隨著人事的異動而充滿著不確定的狀態。

（二）由運作模式所營造出的團隊氛圍

這種運作模式即是在病/家資訊的取得上，將安寧志工視為正式團隊成員之一，不但沒有特意過濾哪些資訊是志工不適合瞭解的，甚至認為如果志工上線前能夠具備較完整的病/家相關資訊，對服務的品質是有助益的。以下將分列 A、Q、E、L、N 的相關內容，以確認團隊氛圍是由這種運作模式所營造出的。

A 社工師表示缺乏默契的安寧志工無法提供正向的服務，而所謂的「默契」即瞭解什麼該做？什麼不該做？並表示安寧療護理念、志工倫理、醫院環境介紹等都是建立團隊默契與確保團隊規則的基本方式（A-11-01~11-06；A-12-03~12-10；A-14-01~14-08）。至於建立「團隊默契」的進一步方式是什麼？由於並非當下的主題，因此社工師沒有詳加說明，而研究者為了避免打斷受訪者的整體思緒，也沒有搖紅旗追問；但從後續的訪談

內容中，卻可見出些端倪，這部分將在後續的討論中提出說明⁸³。

O 社工師引該病房主任的話表示科際整合團隊就像一個變形蟲，依病/家實際需求而伸展團隊成員的觸角，如果心理問題比較多，可能就凸顯心理師的角色，如果家庭狀況比較多，那就凸顯社工師的角色，甚至必要時所有團隊成員都共同伸出觸角來滿足病/家的需求，而安寧志工所扮演的角色也是如此。另外，O 社工師表示安寧志工的服務範圍就大項而言是可言說的，細項的部分就很難去解釋了（O-12-02~12-17）。這很難細說的部分，是否即是關係著團隊的運作默契呢？就如 L 心理師談到如何整合志工資源來滿足病人與家屬需求的運作方式時表示：並不是經過怎麼樣的規定，而是運作一段時間就自然都會有的方式，換句話說，即是團隊運作默契⁸⁴（L-14-09~14-13）。

在提到有關安寧志工服務時的資訊統整問題時，E 社工師認為志工與專業人員之間的關係建立有助於臨床上的合作，因此該院是開放安寧志工可以參與團隊的個案討論會的。以下是該議題下的部分訪談內容：

因為資訊除了書面上以外，其實他們比較直接、或最豐富的應該是跟專業人員之間的互動。對，所以那時候，只要他們跟護理人員關係建立好的話，護理人員有需要的話就會去找他們，他們也會鼓勵他們主動問，或 meeting 的時候，醫護人員也會很習慣志工參加這樣子（E-30-10~30-18）。

雖然比較直接或最豐富的來源是彼此的互動，但 E 社工師認為這種互動的基本條件是：

⁸³ 請參考 p.207 有關「會議中團隊成員可以統合病/家的相關資訊」的說明。

⁸⁴ 魏書娥和林姿妙（2005）在提出的論文「心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係」中，對 L 心理師「團隊運作默契」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，因此一但有協商的需要，社工師傾向於以尊重專業的態度面對，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。

關係的建立。而要建立這種關係，除了志工自己要去融入團隊之外，也包括專業人員如何與志工建立起關係？她表示：此時社工師便扮演著媒介的角色，但當志工跟團隊之間的關係建立好之後，其實就是團隊的一份子（E-29-05~29-09；31-05~31-06）。

另外，L 心理師對於安寧志工的運作制度作了以下的說明：

志工就好像固定的人力庫，那他們各自的專長 *possessory* 我們大概可以了解，有時候護士在 *bedside* 發現這個病人需要去買東西，有時候看到我跟我講，我才去找志工來，因為我跟志工比較熟，或者他有遇到，他就自己跟志工講，所以它很難，就是有一個很精密的制度在運作這些東西，其實很不容易，但是大家都熟悉各個部分，然後都對對方有些公認上的了解，我覺得這樣就可以運作的還不錯（L-09-19~10-05）。

E 社工師認為關係的建立有助於臨床上的合作，而 L 心理師則認為志工的運用有一個很精密的制度，並將此精密的制度以難以清楚說明的「團隊運作默契」帶過（L-14-03~14-13）或許，將團隊成員之間所建立起的良好關係在展現在臨床合作上時，就是所謂的「團隊運作默契」吧！

以上除了 L 醫院由於「看見」安寧志工服務意願與整體生態之間的關係，故而以此為努力的方向，營造出該團隊意象中能夠發揮團隊運作默契的整體氛圍之外，A、O、E 等三家醫院的共同特色是：安寧志工有一人或多人可以參與團隊會議，也就是團隊固定每星期一次或二次的個案討論會，在此會議中團隊成員可以統合病/家的相關資訊。以 A 醫院為例，A 社工師表示：

我們團隊每個禮拜一，會有一個團隊的會議。那團隊會議**團隊每一個成員**，包括志工，志工就是幹部，其他志工沒有參加，就是志工組長，他會參加。那志工組長如果請假，就會有副組長或其他幹部來代理。然後開會的時候，我們會每一床，我們都會去討論病人的那個狀況。然後，所以大家可以有

個統合的時間可以知道病人的狀況 (A-34-17~34-25)。

在上述的訪談資料中，我們看到志工是安寧團隊的成員之一，必須有一代表來參與團隊會議，組長請假時便需有其他幹部來代理。而此志工代表在開完會之後，便會把需要注意的或特殊的事情寫在該病人的記錄簿裡，這記錄簿便是安寧志工統整病患相關資訊的來源之一 (A-35-18~35-20)。

○ 醫院也是由安寧志工的隊長固定參加個案討論會，將相關訊息帶回團隊寫在病人的基本檔案資料中。而此檔案資料的來源，是由護理人員將新病人的初步家庭評估結果影印一份給志工，另附空白橫格紙於檔案夾，作為屬於志工後續填寫服務記錄時的病人資料表 (O-59-03~60-05)。而由志工隊長從個案討論會帶回來，被記錄在資料表中的病人相關資訊，可能包含病人還不清楚自己的病情或有那些家屬是處於衝突狀態中之類的，以及有關志工與病/家互動時必須特別注意的相關事項等 (O-10-12~10-19)。而這樣的作法和 P 社工師認為志工不須要特別知道病人家裡有多少人？有什麼特別狀況？等是有所不同的。

在 E 醫院，安寧志工瞭解病人資訊的方式更是包括 1、值班記錄；2、病人的住院基本資料；3、志工督導的統合；4、與護理人員討論；5、參與 morning meeting；6、護理人員的個案報告；7、護理人員的讀書報告等多種方式 (E-27-24~30-24)。其中比較不一樣的是安寧志工也可以參與 morning meeting，以下是 E 社工師的說明：

他們都有 morning meeting 7:45，那我就會鼓勵他們可以去參加，因為他們還有早會嘛，時間可以的情況，他們其實就會跑去聽，那醫、護、社工，針對每個個案都會報告。然後特殊的個案，醫、護、社工還會提出一些問題，提出一些處理的方向啊什麼的，那就鼓勵志工去參加 (E-29-17~30-04)。

除此之外，護理人員每個禮拜的固定讀書報告與個案報告是比較開放式的，社工師也是會鼓勵志工參與 (E-30-06~30-09)。從這些點點滴滴看來，在這裡安寧志工似乎更融

入了團隊的整體運作之中，或許正如 E 社工師所說的當志工跟團隊之間的關係建立好之後，其實就是團隊的一份子。

另外，N 醫院需有安寧志工來負責「大查房」的工作，也就是一個星期二次與醫護人員一起查房，並將見聞作成記錄；該院安寧病房共有二個樓層，一個人負責一個樓層，因此，每次都需要有二個人來共同負責「大查房」的工作（N-29-15~30-07）。這種大查房的工作是屬於病房中的行政服務，人選是採自願式的，但大多是由通過一年行政服務的適應期後轉任病房，卻發現自己無法負荷提供直接服務所帶來的負面情緒，於是重新回到行政部門者所擔綱的（N-30-15~30-19）。「大查房」的工作內容如下：

那個查房的工作需要耗掉志工一整天的時間，他們是早上查個兩、三個小時，之後還有一個聽 meeting，就是在病房裡面討論一下特殊個案，志工聽完了 meeting 就已經差不多下午一、兩點了，他就開始寫，寫到差不多三點、四點，所以要一整天的時間啦（N-31-03~31-09）

由於「大查房」的工作較為勞累，耗掉的時間也比較多，加上該院志工的屬性偏向上班族，因此人力的運用上較為吃緊，有時會發生無人上線的窘境。但由於病患記錄表的基本動態是簡短的註明「需要 關懷」，而大查房記錄則涵攝較多的相關資訊，統整了病患的動向，如果缺乏大查房記錄，義工就難以掌握病/家的整體資訊，因此當缺乏大查房記錄時，也會由志工去尋問牧師或社工師來補齊資料；正因為如此，所以該院也蠻期待能夠徵召願意負責「大查房」工作的志工（N-30-24~32-08）。

綜觀以上所陳述的概況，A、E、N、O 醫院的安寧志工雖然都同樣可以參與專業團隊的 meeting，但 E 醫院所展現出來的是比較開放的、非責任性的參與方式，而 A、N、O 等醫院則被賦予詳盡統整病人資訊之期許。因此，研究者從 O 醫院個案討論會的田野觀察中，發現該志工隊長在整個過程中，非常用心的寫備忘錄。但不論志工是否被賦以統整病人資訊的責任，「可以參與運作」所隱含的背後意義是「被接納」，而且「被肯定」為對團隊的整體運作及目標之達成有其獨特的貢獻（尤其是被賦以責任者）。這

種被接納與被肯定的感覺，可以促使志工願意為共同的目標而奉獻心力，產生強而有力的服務動力，可說是由運作狀況所營造出「為目標而共同努力」的團隊氛圍。

(三) 綜合討論「人格特質所營造出的團隊氛圍」與「運作狀況所營造出的團隊氛圍」

就服務專業的角色而言，在職業道德的規範下，團隊專業成員有責任避免病/家的隱私被披露出去，以免破壞團隊與病/家之間的信任關係。就安寧志工的角色而言，是屬於非專業角色，這也是 P 社工師之所以認為安寧志工不須要瞭解太多病/家相關資訊的主要原因。只是，當團隊避免給予志工太多相關資訊的同時，會不會致使安寧志工感受到「圈內」與「圈外」之別呢？

在 Field 和 Johnson 的 LOROS 研究也顯現出大多數安寧志工滿意於他們的工作，覺得有得到安寧機構的足夠支持與重視，但在此同時也反應出專業人員基於安寧志工屬於「編制外人員」身份的考量，而過濾提供給志工有關病人的相關資訊；除此之外，由於志工上線服務的時間是一周一次，因此有些安寧志工認為自己只是組織中微不足道的一部份，當志工不覺得自己是機構中的一份子時，就很難去持續他們的奉獻和投入了。P 醫院所營造出的「關懷」氛圍是來自護理長與志工隊長的人格特質；然而，倘若維繫這種氛圍的特質因人事更替而趨弱時，安寧志工會不會因為覺得自己是「圈外人」，而產生了與團隊之間的距離感，發生如 Field 和 Johnson 所說的由於不覺得自己是機構中的一份子，而很難去持續他們的奉獻和投入呢⁸⁵？

從另一個角度來看，安寧志工也是提供服務者。於是，這裡便出現了角色模糊的狀態：安寧志工雖然不是專業人員，但就服務者的角色而言，如果不能獲得相關信息的話，比較難以適切的滿足被服務者的需求，乃至可能在無意中傷害到病/家，如 Field 和 Johnson 研究中志工所抱怨的：由於資訊不夠充足導致無心地致使病人痛苦。然而，再換個角度來看，雖然為了提升工作效率，獲得較多的資訊是必須的，也可以讓志工避免因無心之過而有受挫的感覺。但就病人的權益與隱私而言，資訊的取得越容易，

⁸⁵ 這或許不能以單一因素來作為判斷，畢竟安寧志工未必是出於單一的服務動機。而且，P 醫院除了護理長與志工組長的個人特質之外，團隊也藉由戶外聯誼來增強志工的凝聚力（P-60-12~60-20），並運用團隊座談會來作為志工與團隊之間直接溝通管道（P-62-10~62-13）。

知道的人越多，有意無意之間，病人隱私外洩的可能性也就越大。

所以 B 醫院以中止志工參與團隊會議來作為因應策略，正如 B 社工師提到安寧志工與病/家的關係過度親密而倫理界線不夠清楚時，很容易導致不同角色之間的對立，乃至引發衝突，而其中最棘手的就是志工產生與醫護人員的對立關係。Field 和 Johnson 在其研究中也曾表示安寧志工的運用除了可能致使團隊成員的專業知識受到挑戰之外，還包括職員與病/家之間的關係，也可能受到志工與病/家所發展出來的關係所威脅，這兩者或許可作為相呼應吧！

然而，Scott 和 Caldwell (1996) 的研究結果發現：當志工們覺得受到專業人員的肯定，及與志工協調人員發展出不錯的關係時，會對志工的角色表達高度的滿意，也是他們願意持續提供服務的重要原因。另外，美國康乃狄克安寧院(Connecticut Hospice) 的志工服務執行長於 1974 年參訪英國聖克里斯多福安寧院與聖路加護理之家後，體認到志工與專業人員的關係建立在「信任」的基礎上；病/家、志工與團隊其他成員之間的組成則是立基於「關懷」的需求（包括需要與被需要）；而實務上，彼此之間並非壁壘分明的，「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, 1980)。顯然，與專業人員之間的良好關係，是志工服務的動力來源之一，但要建立起良好的關係，先決條件是「信任」。只有立基於信任的基礎上，才能在後續的「關懷」實務上產生「界線模糊」的凝聚效應。

Cox (1980) 所謂的「界線模糊」，主要是指團隊中不同專業成員之間的角色關係。但這樣的界線模糊是否能運用到屬於非專業角色的志工身上呢？或許，有人會覺得以非專業者的角度來要求「界線模糊」，似乎有涉及專業領域之嫌！但研究者認為，當「界線模糊」運用在安寧志工的專業角色時，指的是安寧志工與其他團隊成員對於「志工界線」所產生的界線模糊現象。所謂「界線模糊現象」，意指打破了志工倫理的界線。當志工倫理出現界線模糊現象時，就志工的角度來看，雖然安寧志工悠遊於團隊的整體運作之中，但對於志工倫理的拿捏是非常得宜的；進一步來說，雖然對於倫理的拿捏得宜，但這種倫理的拿捏是出自於自然而然的行為導向，而不是在特別自我提醒之

下對自己的規範。而就其他團隊專業人員的角度來看，他們對於安寧志工的角色、服務範圍，以及志工能力，不但是清楚了知的，更能投以「信任」的態度，不再處處小心防範安寧志工會有出軌狀況。因此，這種界線模糊現象下的「界線模糊」，是來自安寧志工與其他團隊專業人員所共同營造出來的。換句話說，並不是單一條件所能成就的。而這正是志工與團隊之間凝聚「運作默契」的重要關鍵。

然而，志工與團隊之間的「信任」與「界線模糊」如何養成呢？就安寧志工個人可以努力的方向而言，或許還是得從持續的提供服務，並特別自我提醒的觀照自己是否合乎志工倫理下手吧！就團隊而言，或許就如 B 醫院一樣的強調志工倫理，一而再，再而三的提醒志工，直到不需要再提醒，志工也不會有出軌的演出為止吧！不過，L 心理師則是以「觀點」的提昇來點醒志工，就如前面所提到或後面將會再提到的，只是講解「小我陪伴」與「大我陪伴」的差別，讓志工自我省思與轉化觀點。但不管志工倫理如何養成，這裡所要強調的是當團隊運用組長代表志工參與團隊會議，並將病/家的相關資訊帶回給其他志工時，安寧志工對於倫理的權衡，是維持團隊運作默契非常重要的關鍵。而團隊運作默契會影響團隊整體氛圍的展現，關係著「融合式團隊」與「拼湊式團隊」的差別，與能否營造出有效照顧病人及其家屬的安寧緩和療護團隊是息息相關的，也是重要的轉捩點。當然，良好的團隊運作默契與團隊氛圍，也可能是安寧志工願意持續提供服務的重要因素之一。

三、來自成就感的支持

有關安寧志工的成就感，將依層次之不同，分(一) 善終所帶來的成就感、(二) 滿足臨終病人生活化的需求，以及(三) 照見生命本質性需求的成就感等三部分來說明。

(一) 善終所帶來的成就感

善終，是推廣安寧緩和療護的標的。在此標的之下，提供整體性個人關懷是必須的，而且科際之間也是為了能夠共同達成此一目標而整合為一個團隊的。志工，既不是專業人員也是無給薪的，但安寧團隊將此角色整合為成員之一，為的就是希望能夠更有效的達成提供整體性個人關懷之目標。而安寧志工也往往能夠配合團隊，共同致

力於可能促進病患善終的相關服務，如在臨床上協助身體照顧、傾聽陪伴、喘息服務、家事代勞、特殊心願的完成、接受臨終事實，以及其他對病/家有用的相關服務等。

病人的善終，是安寧志工重要的服務動力之一。具體言之，能夠協助、陪伴乃至分享病人安祥走完人生最後一程的感人事蹟，可能是安寧志工成就感的來源之一，鼓舞志工持續的提供服務。而且有些志工督導也是以此來勉勵志工，避免志工缺乏服務動力。例如 F 社工師即如此鼓勵志工的：

本來死亡是一個很沒有成就感的事情，但是我們會引導他怎麼樣去做才會讓你有成就感？其實你幫助一個臨終病人做了哪些事情，其實那個就是一個成就感，就是說把那個成就感的目標擺在你是協助一個人可以很好的善終，這個可能就是成就感的來源啦（F-10-25~11-10）。

另外，O 社工師雖然沒有提到病人的善終是安寧志工的動力來源，但她表示基本上只要是對病/家有用的，安寧志工幾乎都是不遺餘力的配合團隊去做，包括心願完成（O-08-21~08-23）。以協助病患完成心願為例，O 社工師舉了下面的例子來說明：

譬如說有個病患很希望最後能去承天禪寺，那我們志工媽媽就會開始去做聯結，從他病情是可穩定的，然後從醫院這邊到那邊要怎麼上到禪寺什麼的，整個細節的規劃，他們都全權的去處理⁸⁶，付出真的很多啦（O-09-01~09-06）。

其他的心願完成，如看海，O 社工師表示：「我很難想像說一個癌末病患到最後的日子還可以透過大家的幫忙，完成他最後看海的心願（O-13-12~13-17）」⁸⁶。由此可見，心願的完成 善終目標之一，不但能促進志工的服務動力，同時也可以為其他團隊成員帶來振奮精神的效用。李閏華（1996，3 月）也確認協助病人心願的完成，往往成為志工工

⁸⁶ 這裡所謂的「全權的處理」，指的是資源聯結上的籌劃事宜，其他還是由專業團隊來規劃的，包括病人可不可以出去，也是由醫護人員來評估的（O-12-23~13-04）。

作的原動力，同時也讓志工的工作產生變化。或許，這是感受到自己竟然不只能夠成為病人生命最後幾天的一部份，而且還可以協助或陪伴臨終病人無憾的走完人生最後旅程所帶來的深刻意義與滿足感吧！或者，可以說它是一種成就感！也就是看到病人在抵達生命終點前，終於完成了如消除怨懟、接受臨終事實、感恩親人乃至團隊的照顧等善終標舉所帶來的成就感，而這種成就感不但能夠減少壓力以及情感的耗竭，更能夠點燃動力之薪，助長志工乃至團隊所有成員提昇服務的熱誠。

(二) 滿足臨終病人生活化的需求

病患對於自我生命價值的肯定，也是關係是否善終的要素之一。然而，L 心理師在回應自己面對病人質疑自我生命價值時的處理方式，作了以下的說明：

自我生命價值是要靠自己肯定的，外人的肯定只是表層，而家人的肯定則有相當的作用。多數病人質疑這點時，有時候是需要人家的安慰，跟家人討肯定。如果真的很質疑，那麼這是他的功課，他需要在還有自我意識這一段時間，好好作這件功課，給自己交代，這點旁人無法代勞。多數的醫療人員會給表面上的安慰，我想這就足夠了，其他的是病人自己要作的(書面訪談，2005/10/02)。

由於認為自我生命價值的肯定，雖然是屬於病人自己的功課，家人的肯定卻關係匪淺，而外人所能提供的往往只是表層的安慰而已。因此，L 心理師在處理有關病患的心理需求時，不建議太過實體化，並表示以其經驗而言，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，那意謂：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：比方說病人的需求是希望家屬可以放下，但在倫理上家屬是不能夠輕言放下的，心理師可能要調節家屬倫理上的重擔，進而才有辦法疏通(書面訪談，2005/10/02)。這樣的觀點和一般提供心靈照顧時以「尋求生命意義」或「完成心願」的做法是有所差異的。

這樣的差異反應在志工服務上時，強調的重點即是日常生活中的陪伴與照顧。在

這種生活化的觀點之下，乃至會對病患的整個家庭提供關懷與服務。L 心理師表示這雖然比較難以成為推動安寧理念的標舉，但它卻是安寧志工在提供臨終陪伴與照顧時一種蠻為本質的東西（L-05-19~06-04；07-08~07-24）。而如果將這種本質的東西化為具體的行動時，即是提供日常生活中所需要的服務而已。至於安寧志工還可以提供哪些比較特殊的服務？L 心理師作了以下的回應：

在我們來看，生活裡面很重要就是說他需要買東西，你陪他去；他們想要去走走，你可以陪他去；家屬不知道要去哪裡買往生的衣服，你陪他去。這對他們來講都是蠻重要的。另外一個特別的，就是我們有媽媽煮餐點，那固定的西米露、麵線羹，用車就推到 bedside 去，那志工能做到這樣子，對我們來講已經非常的滿足了，滿意了，因為他們可以 regular 提供這些活動，有時候我們有需要的時候，我們就 call，某某榮民想要去那裡看看，我們就 call 我們的志工（L-09-06~09-17）。

就上面的訪談內容看來，所謂比較「特殊的服務」，也只是就安寧志工的各種專長來作為一個固定的人力庫，隨時滿足病/家日常生活中的不時之需。而這些「不時之需」往往也只是一般人可以隨心所欲的去做，但臨終病人卻難以達成的日常活動與欲望而已。從這些資料中，看到的並不是以善終為標舉的運作模式，而是強調生命的肯定屬於個人的功課，病患與家屬之間的人倫關係有著直接或間接的影響力，而安寧志工所提供的服務就是日常生活中的陪伴與照顧。而當安寧志工發現這個事實時，觀點的提昇是很重要的，就如 Field 和 Johnson(1993)所說的：「一旦奉獻的原先熱情減退，例行工作和其中的滿意度會成為比原先進入安寧療護工作的感覺更為重要，維持了他在安寧療護的奉獻與投入」。李閏華（1996，3 月）於在職「成長工作坊」中，也強調能促進安寧志工對於挫折調適的新觀點。對於處於這個時期的安寧志工而言，如果觀點沒有提昇，或許部分安寧志工可能因為缺乏善終標舉所帶來的激勵因素與成就感而退失動力吧！

(三) 照見生命本質性需求的成就感

上面第一點是從「善終」所帶來的成就感來討論的。但從另一方面來看，能夠被評定為善不善終時，都是來自於生者的評論。這種評鑑雖然有其衡量的標準，也有些準確性，但多多少少還是有些誤差，而且是不得而知的；因為，那畢竟不是來自於往生者自己的衡量。但不論準確性有多少，服務也確實是需要有個預期達成的目標來作為維持動力的方向；然而，微妙的是如果志工在服務過程中沒有放下善終期許的話，不但會帶著壓力上線，也會以不可避免的預設立場來看待臨終病人的需求，以至於在互動過程中可能忽略了病人當下的真正需要，而與可能引發的共鳴擦身而過。更嚴重的是，可能致使志工想要去治療別人，而這就志工的專業角色而言是很危險的（B-54-22~54-23）。

另外，志工與病患之間如果沒有搭起好的溝通橋樑，那麼縱使彼此面對面地照會著，依舊如未經熔解的兩個銅板一樣無法互相融合。或許更貼切的說，只要不產生排斥的聲響就已經很好了。畢竟，即使是親密的照顧者與臨終病人之間的關係，都可能隨著病情的惡化而越來越疏離，乃至形成同一時空底下少有交集的不同客體，更何況是陌生的、突然介入的安寧志工呢！因此，當志工置身於安寧病房時，如果不能因應病患的實際需求，那麼義務性的服務，對於病人來說，有可能只是額外的干擾而已，根本談不上是幽谷伴行。以下是 P 社工師所作的說明與所舉的實例：

我們曾經也有過發生一個情況是，有一個志工是很多志工都覺得他非常好的，那他也確實很伶俐，在學識上、知識上也都很多的學習，真的是在各個方面表現都不錯，那平常服務也都服務得不錯。但是有一次就發生有一床的病人，他的小孩 反而過世了，因為意外過世，那志工就去關心，可是這個關心就關心到這個家屬，就等於說病人是一個爸爸，然後他去關心這個媽媽，她失去一個女兒的心情，那他嘗試想要做悲傷關懷或輔導。事後這個媽媽，我們在會談的時候，她有跟我講，她說：她當時沒有感覺，事後覺得非常的痛苦，她覺得她反而被再剝一次傷口，因為他有他自己的信仰，而且他覺得

他是被很好奇的窺探她的悲傷歷程，對。所以，那個過程當下好像很好，我服務你的時候好像覺得 我問你都有答，那個感覺好像都有同理到，可是事後那個當事人說她非常的不舒服（P-63-11~64-11）。

從 P 社工師的說明及案例中，可以發現不恰當的特意關懷，可能致使病/家遭受二次傷害，雖然有所互動，但自以為是助人者所展現出的關懷，可能只是「流於形式」的同理心而已，比較無法觸動對方的心靈。因此，善終雖然是安寧緩和療護的標的，也可能是安寧志工參與服務的主要動機；但在服務的當下如果沒有自我放空，也很難能夠貼近病人的內心世界。

好的回應是因應病人的所需而提供服務，如果病人的需求只是很生活化的服務，那麼安寧志工在滿足病人這些需求時，雖然沒有賦予善終的期許，但當下即是朝此方向而前進了，所謂「終日尋春不見春，芒鞋踏破嶺頭雲。歸來偶把梅花嗅，春在枝頭已十分」，或許在意境上是可以作為對照的吧。當體認到這點時，不論所提供的服務是按摩、洗澡、剪頭髮、美足護理 乃至是靜默，都將具有等同的意義與價值，畢竟這些都是病人生命中蠻為本質的需求。

「善終」是可作為遵循方向的標竿，「日常生活中的陪伴與照顧」則是朝此方向而前進的步步足跡；如果說善終是一種理念，那麼日常生活中的陪伴與照顧就是理念的實踐。當照見日常生活中的陪伴與照顧是臨終病人蠻為本質的需求時，即使沒有如消除怨懟、接受臨終事實等善終標舉來作為提振服務熱誠的催化劑，也會因為「照見生命本質性的需求」而持續的提供服務，這可說是理論與實踐的融合。然而，雖說是理論與實踐的融合，但服務的當下其實並沒有理論與實踐融不融合的分別，而是如何因應眼前活生生個案的需求而提供適切的、相應的服務。

「善終」的標舉屬於外在的成就感，這種外在成就感所產生的支持力，容易受病患情境的變化而牽引。因此，F 社工師會有資深志工可能降低了熱情，只將服務當做例行工作的疑慮（F-11-11~11-21）。而「照見生命本質性的需求」則是屬於內在隱而不顯的成就感，可以引發細水長流的支持力，在此內在層面的潤生滋長下，即使面對著拉屎拉尿，

很臭很難聞，志工也會義無反顧地提供服務（A-39-13~39-15）。因為「滿足臨終病人生命本質性的需求」與「善終」有著很密切的，難以分切的關係。

四、來自自我成長的支持

有關「來自自我成長的支持」部分，將依照能夠促發志工自我成長的各項成因，分成「臨終病人提供了學習的機會」、「以病人為老師的二個層級」、「收到『生命的禮物』與發現『生命的老師』」、「接獲『生命的禮物』與看見『生命的老師』的中介助緣」，以及「安寧志工生死教育的學習場域」等五個部分來探討。

（一） 臨終病人提供了學習的機會

「做中學」是多數受訪者提到的自我成長的方式（A-39-21~40-06；B-09-21~10-08；L-42-24~42-25；O-73-17~25；P-26-01~26-03），其他受訪者雖未直接提起，但綜合所有的訪談資料，或多或少的還是隱含有類似的概念。因此，各團隊會依該院所具有的條件，定期的或不定期的為安寧志工規劃在職的成長教育訓練課程。P 社工師表示能夠促進安寧志工成長的因素包括「在職教育訓練課程」及「志工實際服務過程的體悟與收穫」（P-60-08~60-11）規劃的在職教育訓練課程是團隊能夠協助志工的部分，至於服務過程的「體悟」與「收穫」，或許就如 B 社工師所說的，其實是病人與家屬讓志工有學習的機會：

他們用最寶貴的時間，最精華的人生階段把他們對生命的一些體會，在這一段時間展現給我們知道。我覺得那個部分的自我成長，就是在他分享生命故事的當中，有很多反應出我們也曾經是這樣子走過來的，也許我們從來不覺得那樣子有需要檢討或者是該調整的，可是從病人反應給我們的時候，我們看到他們家人的互動有什麼樣的改變時，我覺得那就是一個學習，因為那會讓我們省思（B-09-21~10-07）。

雖然如此，但她同時也表示是否能帶來學習機緣，端賴志工的認定態度。換句話說，在

服務過程中，是否能「以病人為老師」是志工能否「體悟」與「收穫」的重要轉捩點。而來自「體悟」與「收穫」的自我成長，或許就是支持安寧志工持續提供服務的關鍵之一吧！

(二) 以病人為老師的二個層級

然而，同樣的「以病人為老師」，L 心理師卻表示這在體認上是有不同等級的，一種是對生命產生新見解，另一種則是對生命產生正向的鼓勵作用。以下是 L 心理師對二種不同等級的說明：

(1) 對生命產生新見解：

這種「以病人為老師」，其實它可以分成很多的 level，譬如說他看到他在處理遺產，丫怎麼這麼慘啊，太太都沒有被分到，或被怪這樣子。那他就開始產生許多對生命的想法，那這個志工他就覺得哎呀真是以他們為老師啊，真是好，我學到原來人事間啊 那就刺激他去想這個事情，可是他只看到某個 level 啊。

(2) 對生命產生正向的鼓勵作用：

可是另外一個「以病人為老師」，就像 志工昨天所講的，當我看到每個病人可以這麼平靜的走到最後一程的時候，這件事情給我很大的鼓勵，原來生命這個部分，可以透過這個方式完成，光看到他這麼寧靜的走完本身就給我很大的鼓勵。那這個東西不是光看到家庭這個 level 所學到的喔，他也是以病人為老師，這個人講的是比較高 level 的東西 (L-40-12~41-02)。

上述不論是對生命產生新見解或對生命產生正向的鼓勵作用，都如 B 社工師所說的透過志工個人內在的「省思」轉化而成的體悟與收穫。而之所以有層級上的不同，主要在於志工所「看見」的是病人痛苦煩惱的世間相，或者是病人內在正向的心靈轉變？所謂「病人痛苦煩惱的世間相」，例如身體的惡化、各種因緣關係糾結而成的世間紛爭。

「病人內在正向的心靈轉變」則是自我心靈的成長，它可以轉換成正面積極的動力，L 心理師以「毛毛蟲變蝴蝶」來形容 (L-41-08~41-09)。而這兩者是一體兩面的，端視

志工「觀點」如何而呈現出不同的「看見」。

(三) 收到「生命的禮物」與發現「生命的老師」

至於提昇「觀點」層級的要素，L 心理師認為包括：(1) 個人背景，以及 (2) 志工帶領者以何種洞察力來引導志工。所謂「個人背景」，即志工的教育程度及個人的歷史際遇，這是志工本身所具有的條件。至於「帶領者以何種洞察力來引導志工」，則是當志工產生疑惑時予以疏通，將志工的陪伴經驗調整成正面積極的動力，開發自我心靈成長的能量，這是團隊可以提供的助緣。

L 心理師表示，由於志工在服務過程中可能出現：(1)病人這麼可憐，我怎麼陪得下去！(2) 我可以幫他做一些什麼事情？(3) 到底有沒有幫助？(4) 我的挫折比較多，還是鼓勵比較多？等疑惑，這些疑惑可能成為志工生涯中的問題，也可能造成一體兩面的結果。換句話說，可能因為看到太悲慘的一面而退縮，但也可能因為陪伴經驗而產生正面積極的動力。因此，帶領者的任務就是要予以疏通。這個「疏通」，即是「觀點的提昇」。L 心理師藉由「毛毛蟲變蝴蝶」的譬喻，讓志工瞭解臨終猶如毛毛蟲變蝴蝶的過程，雖然陪伴的是毛毛蟲，但其實是陪出了蝴蝶。而蝴蝶，指的就是靈性中珍貴的一面；陪出了蝴蝶，意指陪伴臨終者心靈自我成長的過程。在此過程中，「蛻變」是來自病人心靈上的自我轉化，無勞志工的費心，志工只要提供陪伴即可。

當志工洞察到臨終可以是心靈正向蛻變的過程時，自然能轉化為內在動力的能量。因為，藉由洞察，會發現悲慘的一面並不是不可改變的，在透過持續的陪伴過程中，或許可以看見由毛毛蟲蛻化而成的蝴蝶，也就是看到了臨終病人心靈上的成長（是臨終者的自我成長，而非專業人員或志工給予的）。並從「看見」真相的體悟中，觸發自己提昇心靈成長的能量，這可說是收到了來自病患送給志工的「生命禮物」。

當志工體悟到這一點時，也才會發現原來每個陪伴的當下，即是陪伴毛毛蟲蛻化成蝴蝶的「過程」。當此之時，眼前的病人已不再是病人，而是不斷為志工提供學習機會，好讓志工能夠透過持續的服務來自我成長，於不知不覺中讓志工能夠被潛移默化，並提昇靈性陪伴觀點的「生命老師」。當志工收到了「生命的禮物」與發現了「生命的老師」

時，便能油然的生起「感恩之心」。而這感恩之心，是內在能量的來源，是引發後續積極自我調整成正向成長的動力能源核心（L-40-07~41-18）。這樣的體悟與收穫和 Kavanagh（1983）所說的：「我們去伸出援手，而我們卻發現收穫滿滿的。當我們疲憊而去時，我們獲得更新而離開。我們縱然是準備不足而去，卻是大豐收而離開」。雖然就某些層面上來說是一樣的，但不同的是 L 心理師更強調收到「生命的禮物」與發現「生命的老師」之後的「感恩之心」。

(四) 接獲「生命禮物」與看見「生命老師」的中介助緣

前文 B 社工師與 P 社工師所說的「體悟」與「收穫」，或許可以和 L 心理師所提出的「生命禮物」與「生命老師」作為對照。然而，雖說能否帶來學習機緣，端賴志工的認定態度（B-10-07~10-08）；而且，轉化也是自我轉化，他人不能代勞，畢竟這是每個人自己的生命功課（L，書面訪談，2005/10/02）。但不可忽略的是在此陪伴過程中，如果沒有具「經驗」與「知識」的帶領者以其洞察力來引導志工，作為志工自我轉化並提昇靈性陪伴觀點的催化劑，志工能否照見「生命的禮物」，或許就要靠個人的條件與個人的造化了。而且，這種可以用以轉化服務態度的「觀點」，也比較難以成為普遍的共識。因此，帶領者如何帶？帶往什麼方向？是促進安寧志工在靈性層面能夠自我成長的助緣，也是重要的中介變項。

L 醫院的「傾聽陪伴支持團體」即是用來疏通志工的疑惑，開發志工自我心靈成長的能量，也是將志工的陪伴經驗調整成正面積極的動力，提昇靈性陪伴觀點的轉換站。而主持此一支持團體的專業角色是心理師，也就是 L 心理師。L 心理師表示該院的支持團體是透過討論的過程，一步一步慢慢的引導志工，並陪伴他們一起走下去，也讓志工透過持續的服務過來感受到自己收到了病人的「生命禮物」。雖然，當志工心靈上有了正向的自我成長時，心理師會適時的予以讚歎；但在討論的過程中，L 心理師也會以志工可以接受的方式說明不恰當的陪伴，例如前面所提到的分別「小我的陪伴」與「大我的陪伴」的不同⁸⁷。而由於志工得到了鼓勵，因此也會知道怎麼去修正，透過這樣的歷

⁸⁷ 小我的陪伴是以自我的價值觀去陪伴病人。大我的陪伴則是以服務對象為中心；除此之外，更能將陪

程，不但陪伴的品質會提昇，同時也會因為志工心靈上的自我成長而成為驅策自己持續提供服務的動力來源（L-41-14~42-03）。

J 社工師認為「態度」是將安寧理念透過實際的運作而轉換出來的（J-14-11~14-15）。如果以此對照 L 心理師所說的當志工得到心靈正向成長的鼓勵時，對於不恰當的陪伴也會自我修正；這種正向成長與自我修正的作用，如果被展現在所提供的具體服務時，或許就是 J 社工師所說的服務「態度」吧！J 社工師表示在職教育訓練，雖然規劃了知識與技巧的課程，但其實目的是希望能將這些轉換成服務的態度（J-14-16~14-18）。就如在職前教育訓練中所提到的，安寧志工的教育訓練是一個不斷成長的歷程，當志工正式上線之後，還會伴隨著服務過程與在職教育訓練而共同形成螺旋式向上循環的成長歷程。L 心理師也表示，該院是藉由轉化志工的臨終陪伴觀點來讓志工自我洞察，讓志工能夠藉此洞察，透過持續提供服務的過程來逐漸形成靈性上的正向循環，並以此回饋到志工自己的生命當中，當這種正向循環在志工生命中所形成的作用時，即是引發志工內在積極而正面的服務動力。由於 L 醫院是採分組服務模式，因此 L 心理師認為在教育訓練上，並不是每位志工都會涉及生死教育的議題⁸⁸，但是對於必須涉及生死議題才能夠持續在服務上的志工而言，這種正向循環的轉化過程就是他們的「生死教育」（L-38-22~42-06）。

（五）安寧志工生死教育的學習場域

L 心理師這種正向循環的「生死教育」，是在自我洞察與持續服務的過程中，不斷融會而產生的轉化作用，這與規劃出一系列生死教育相關課程是有所不同的。一系列的相關課程，是來自理論之灌輸，屬於概念上的學習，外化的成份居多。自我洞察是藉由實務經驗的洞察而提昇了臨終陪伴的觀點，相較之下具有內化的作用。這或許就是該心理師在有關死亡與生命為主題的教育訓練時，是藉由實際累積的經驗來培訓志工，而不以正式出版品為教材的考量因素吧（L-04-23~05-08）。當然，在累積的實際經驗中，也包含理論與實務，因此更重要的是 L 心理師是以在地化的實務經驗來培訓安

伴過程的省思轉化為正向循環的作用，並回饋到生命中，為生命帶來觀點的拓展與提昇。

⁸⁸ 例如間接服務的安寧志工就不需要涉及生死教育的議題。

寧志工，以期能夠受用於安寧志工的臨床實務上。所以，這裡面傳達出的重要訊息是：帶領者所扮演的中介變項問題。其實，不論是以實務經驗來帶領，或是以理論概念來切入，帶領者都是箇中的不同變數，誠如 L 心理師所說的，這中間有沒有一個有經驗的人在帶？怎麼帶？帶到什麼方向去？（L-31-13~32-08）。

然而，不論是以實務經驗來帶領，或是以理論概念來切入，兩者的共同點是安寧志工必須藉由持續的提供服務，才能透過洞察（覺察）而內化成一種觀照的「智慧」，由智慧的「照見」而提昇臨終陪伴的觀點，轉化成正向的服務態度。因此，安寧志工的生死教育，是不離實務的；離開了實務，安寧志工便缺少了以病人為師的學習機緣。而如果用此角度來看安寧志工的生死教育，那麼安寧病房其實就是就是志工學習的場域，也就是滋養安寧志工自我成長的良田。在此良田的孕育下，當因緣俱會時，安寧志工自然能被孕育成健全的、成熟的「安寧種子」，在需要時陪伴家人、社區中的人，以及所有有緣的人去面對生命中的生死問題。就如 L 心理師對於安寧志工的發展，便作了以下的構思：

目前我還想做的就是說，因為我們已經 run 了一、二年了，幫病人拍了一些記錄片，然後我打算把它做成教材，就是有書面跟影像的，那可以讓這些人去帶讀書會，他可以把他的親戚朋友組織起來，就可以帶讀書會了，然後他又有來這邊陪伴，所以他又可以把這個經驗怎麼樣，我們就把他當成種子啊，傳愛種子，他的種子就可以傳到他們周圍的人，所以這個就可以不斷的被 被 ，甚至如果你覺得你真的可以當志工，你就覺得說：如果我手邊沒有什麼經濟壓力，我真的還蠻願意來這邊做這些事情，沒有經濟壓力，沒有小孩子，那來這邊不是很好嗎，你看那種成長，感受那種生命的那種動力，然後自己的能量也不斷的被開發出來。那我設計好了，你們去帶讀書會，你們就去你們的社區，周遭的誰，然後把這個 share 給他，很多志工都被我們這樣鼓勵啦，那鼓勵之後，他其實更願意來當志工，因為這是他學習的場域啦（L-41-02~42-25）。

依據 L 心理師的構思來看，安寧志工不只是傳愛種子而已，同時也是助長從臨終者身上所體悟到的生死教育，能夠被不斷的傳播擴展出去的種子。而這樣的種子可說是融合了知識、技巧、態度，以及具實務經驗的種子。

因此，雖然就微觀而言，安寧志工是病房中因應病/家需求而提供服務的陪伴/照顧者；就中觀而言，可以被視為將實務性生死教育散播到社區中的種子；但如果從巨觀的角度來看，當因緣俱會時，如同 Saunders 從志工的角色出發，為世界打開了安寧緩和療護之窗，當安寧志工產生蝴蝶效應（butterfly effect）⁸⁹時，也能讓整個社會對生死有更實務性的認識，進而在需要時，能夠更貼近臨終者的世界。果能如此，那麼雖然未必能夠相應於賴允亮（2004）所期待的安寧療護方式之「面向」及「縱深」發展；在面向方面，能夠擴展到其他生命末期病人的身上，在縱深方面，深入到一般腫瘤病房或各科病房中的癌症病人，乃至達到不需安寧病房，而病人卻都能獲得全人的安寧醫療境界；因為，這畢竟關係到政府的政策。但民眾卻可以在自己的社區營造散發出與安寧緩和療護理念一樣的整體性人道關懷氛圍，使臨終者不一定要接受被特殊化的安寧緩和療護，就能在普遍性的環境機緣下，走完生死兩相安的臨終過程了。

總觀上述的「體悟」與「收穫」，可說是一個「以病人為中心」，不斷對外拓展出去，而形成正向循環的生死教育，也是一種涵攝了臨終者身體、心理、社會及靈性層面的「整體性生死教育」。當社會大眾對這種「臨終整體性生死教育」有普遍的認知、技能與態度時，不只能在無可避免的情境下，因應臨終者各層面在當下所顯發出來的需求而提供適切的陪伴與照顧而已，更能全然的接納當下的臨終者；換句話說，即使表面上看起來是無理取鬧的忿怒情緒，也能如海之廣納江河溪流般的容受，因為眼前的病人已不再是有其獨特情緒與需求的病人而已，更是可以讓自己對境觀心，面對自己生死問題的生命老師。

⁸⁹ 氣象學家 Edward N. Lorenze 戲稱 Gleick (1987) 的「對初始條件的敏感依賴」(the sensitive dependence on initial conditions) 為「蝴蝶效應」(butterfly effect)，描述的是極微小元素的重要性。林香君 (1999) 引用這個理論，認為「蝴蝶效應」不只是生態系統的現象，也呈現出社會系統中，任何部分的些微差異，都可能造成整個結構與行為的徹底改變的現象。

五、來自大環境的支持

另外，還有一個可以間接產生影響作用的要素 來自大環境的支持。所謂「大環境」，意指醫院或整個醫療體系。目前所發現比較相關的問題包括由院方是否提供固定人力支持安寧志工所導引的管理問題、由安寧志工培訓經費所衍生的成本承擔問題、由安寧志工教育訓練課程分階制度可能引發的階級差別問題，以及由於醫院對安寧志工運作模式上的政策更易所產生的支持問題等，以下分別說明。

(一) 由院方是否提供固定人力支持安寧志工所導引的管理問題

L 心理師表示：「這個不適應問題，我覺得是機構需要 offer 出比較固定的人力，它不是一個可以簡單被解決的問題，而機構如果只是把它當成一個傷腦筋的問題，它也不會被解決，那個志工是沒有辦法再延續下去的（L-32-08~32-13）。」顯示是否提供固定人力，是來自院方對安寧志工的支持因素。就本研究的受訪者為例，在 15 位社工師中，有 11 位是屬於專責的安寧社工師，也就是負責的單位除了安寧病房之外，還包括其他單位的社工工作。以 J 社工師為例，除了安寧志工的管理之外，還包括安寧病房的社工職責，以及在血液腫瘤科為即將轉診安寧緩和療護的病人與家屬作說明與會談，加上必須在本院與分院之間兩邊跑⁹⁰，因此，J 社工師表示志工管理只是工作中的一小部分而已，所以對於安寧志工的管理工作並不是那麼的落實（J-30-11~35-16）。

另外，志工督導的輪調或流失，也是志工管理上的一大問題。由於一般醫院的社工師有輪調制度，因此社工師往往在安寧病房待 2~4 年左右，便被輪調到其他單位⁹¹。除此之外，志工督導也面臨流動率大的問題。因此，自 2003 年 11 月首次訪談至今約 2 年半，在 16 位受訪者中，只有 7 位依然留守崗位。因此，志工督導比較難能持續的累積經驗，深入相關議題，乃至也可能由於志工督導的流動關係而導致志工出現不穩定狀況，可說是部分安寧團隊在對安寧志工提供支持上的一大問題。

(二) 由安寧志工培訓經費所衍生的成本承擔問題

⁹⁰ 血液腫瘤科在本院喔，安寧病房在分院。

⁹¹ 輪調問題主要是發生在社工師的角色上。

說穿了，就目前的狀況而言，主要是關係著成本問題。更明確的說，運用志工雖然是安寧療護的理想模式，而且就一般概念而言，也會認為志工的運用，除了可以獲得人力資源之外，對於需要密集勞力才能做好基本照顧工作的安寧緩和療護而言，也可以避免經費拮据的窘境；但如果仔細的盤算，會發現安寧志工的養成與管理，是需要耗費非常多的時間、心力與成本的（A-36-10~36-13；F-10-06~10-16；H-14-06~14-08；I-32-10~32-16；L-30-06~30-07；N-36-05~36-05；P-45-24~46-02）。

就醫院給予安寧志工的福利而言，其實和一般志工是沒有兩樣的，也就是包括了餐券、停車卷、車馬費、免掛號費、住院優惠、志工保險、志工旅遊、年度尾牙、年初志工大會等志工福利，算是醫院對志工無私奉獻的一種回饋；當然，上述的志工福利會依醫院的不同而有或多或少的差別。既然如此，那麼為什麼會說安寧志工的養成與管理需要耗費極大的成本呢？誠如 H 社工師所說的：「若要求安寧志工的服務品質，教育訓練當然是不可少的。然而，良好的教育訓練須有完善的師資陣容。完善的師資陣容則需要有一筆為數不小的教師經費（H-20-11~20-14）」I 社工師則表示運用安寧志工的過程中包含了有形與無形的成本；有形的成本顯現在培訓過程中，無形的成本則是醫院必須調出一位專員來提供志工上線之後的督導與支持（I-34-06~34-09）。O 與 P 社工師更進而認定安寧志工的招募工作會影響社工師的直接服務（O-70-20~70-25；P-45-24~46-02）。

姑且不論「無形成本」的部分。從以上受訪者的表述中，可以發現是由於養成過程中嚴謹的職前與在職教育訓練課程非常多，連帶影響了所付出的時間、心力與經費等相關成本，這些經費應該以何種方式來尋求認同呢？這或許會依安寧緩和療護的發展時期，而有不同的認定標準。

就發微階段而言，由於以培訓「安寧種子」的心態從事教育訓練的工作，因此比較沒有成本上的考量，即使養成的過程中，成本與流失率都很高，對於有志於推動安寧緩和療護運動者而言，這些都是可以接受的，並認為這是無法以成本來計算其效益的（B-21-18~22-06；F-35-08~35-20；I-33-03~34-24；M-24-12~24-24；L-25-07~25-09）。當然，在認為無法以成本計算效益的背後，其實是有來自一般民眾共同捐款支持的基金會補助各醫院培訓安寧志工時的經費。除此之外，還包括有些師資來源是屬於義務性

的授課，這些專業的安寧「志工」節省了很多培訓上的財務支出；乃至在陪伴或協助志工去適應服務的過程中，不但不認為時間與心力的耗費是一種多餘的負擔，反而覺得這是應盡的職責（H-14-06~14-17；E-44-14）。

自「安寧緩和醫療條例」完成立法之後，政府委託民間團體辦理一系列相關的宣導活動，加上實施住院安寧療護整合性照顧試辦計劃，不但許多醫院成立了安寧病房，同時也搭此推廣便車，或以合辦的方式在院內規劃課程，或鼓勵志工到院外參與行政院衛生署委辦的相關課程，培訓了許多安寧志工。此一時期仍是以散播「安寧種子」的心態來培訓志工，只是資金來源主要是來自政府的預算補助。就基金會而言，或許會受到訴求改革的目的已經達成的影響，相對的，來自民眾的捐款可能也會隨之減少！因此，對於各醫院的補助，自是無法如發微時期般的充裕。所以對於部分醫院而言，培訓費用雖然暫時不成問題，但是就長遠而言，仍是堪虞的。因為，對多數醫院而言，這些還是必須自行吸收的。換句話說，如果沒院方的大力支持，團隊就必須自尋出路，以解決培訓的經費問題⁹²。於是，安寧志工的培訓經費問題，便有以下的疑惑產生了：應該以共同成本的方式來承擔，或者是以額外的成本來支付呢（H-20-13~20-16）？I 社工師認為安寧志工的培訓成本，也應該被納入安寧團隊營運贏虧的一部分來計算⁹³（I-33-11~33-15）。或許，這是安寧緩和療護逐漸制度化之後，在永續經營的考量下所必面對的相同問題吧。

另外，當各醫院運用狀況進入就序階段後，安寧志工的人數是充足的，排班狀況也是趨於穩定的；在這種情境下，雖然一般會認為志工的人力越充裕越好，但由於每次培訓就要付出很多的代價，花很多的精力，專業人員未必有辦法提供得出來，因此就會考慮有繼續招募的需要嗎（L-29-18~30-11；P-46-02~46-05）？甚至會考慮是否該去蕪存菁以提昇安寧志工的品質（A-37-06~37-07）？而就財力資源而言，如上所說基金會的捐款收入可能轉少，另一方面，當政府大力宣導政策已告一段落之後，來自政府的經費補助也可能會緊縮。於是，志工的培訓成本問題，便成了每家醫院必須盡其所能結合或開發相關資源以自行解決的問題了。在此情境下，由安寧志工來分擔培訓經費，

⁹² 如果仍是堅持一定要通過嚴謹的養成過程，才可以成為安寧志工的話。

⁹³ 研究者訪談前三天，I 社工師正面臨來自院方質疑成本效益的壓力。

便成了轉向發展的趨勢了，尤其是屬於滿足安寧志工自我成長需求的在職教育訓練課程（N-36-16~37-01）。

（三）由安寧志工教育訓練課程分階制度可能引發的階級差別問題

另外，有關安寧志工的招募問題，也可能趨向聯結外面具公信力的財團法人基金會來共同培訓安寧志工，醫院僅需以傳承方式讓新進安寧志工通過三個月的實習即可⁹⁴（O-27-18~28-05、30-02~31-04）。這可說分工為醫療單位培育出準安寧志工，也是目前培訓安寧志工的發展趨勢。但相對的，當這樣的趨勢制度化之後，也會制定出一套免費與須付費的標準（生命，2005，11月：2-3；2006，3月：2）。換句話說，並不是各醫院的安寧志工或各學級的課程都是免費的。而這對部分有心、有時間提供關懷與照顧，但經濟能力較為拮据的安寧志工而言，或許會由於無法參與進階課程，或由於分階制度的過度顯明而逐漸形成階級的差別。

Field 和 Johnson（1993）依據其本土經驗認為大多數安寧志工的參與動機往往是受到安寧機構宣導的思想體系所影響，然而，當安寧機構變得更大而且使用更多志工時，此種擴張會導致出現強大的等級制度型態和志工邊緣化的危險；而這種傾向很可能不僅會疏遠志工們，同時也會逐漸損壞安寧運動的基本理念，而當具體化的理念被更改時，安寧機構可能就很難招募到大量基於安寧核心理念而熱心奉獻的志工了。雖然。臺灣地區安寧志工的發展情境與英國大不相同，但有關導致等級差別的可能發展，還是值得相關單位及早顧及的。

（四）由於醫院對安寧志工運作模式上的政策更易所產生的支持問題

上述的三個問題中，目前比較相關的是由院方是否提供固定人力來支持安寧志工所導引出的管理問題，另外兩個問題則比較偏向未來可能必須去面對的問題。其實就安寧

⁹⁴ 在與安寧緩和療護相關的各基金會中，蓮花基金會也確實於 2005 年成立了「安寧志工學苑」，並制定了學級制度，有基礎或必修的課程時數、服務時數，以及累積點數的資格認證標準。安寧志工學苑可說已擬定出系統化的培訓機制，有關職前與在職教育訓練的相關課程都已做了一系列的規劃，受訓完成後，可依學員意願安排至各醫院安寧病房服務（服務機會視課醫院申請情形而定）（生命，2005，7月：2-8；生命，2005，9月：3）。

志工的培訓成本問題而言，雖然，安寧志工的管理必須付出成本，但安寧志工也並不只是團隊的人力資源而已，它也可能成為團隊開發其他社會資源的中介管道之一，包括財力資源（H-18-03~18-11；O-52-18~53-01）。例如，志工可以運用其個人的人際網絡，讓醫院能夠聯結社會資源，成為醫院籌募基金、活動經費，以及招募特定活動義務贊助者⁹⁵的節點（nodes）⁹⁶。因此，培訓安寧志工的成本效益問題，應該不是以單方面的支出來加以計算的。

而 M 醫師則表示，由於醫療的極限是人文的開端，從人文層面就會看到病人所需要的；以此為本，便會內化到整個系統對所有的大小事情都能夠跳到另外一個角度去為對方設想；以志工為例，便會去設想志工需要的是什麼？而不是從機構的觀點去構想志工應該做些什麼（M-34-13~34-22）？這可說是「以志工為中心」所形成的彼此回饋與彼此支持，在此回饋與支持下，能衍生出如上述由志工所聯結出的其他非無法精算的附加資源。

而正是這種「以志工為中心」的運作觀點，所以會看到在第一節所提到的「志工個人生命中的安寧志工角色」，也因此在規劃安寧志工的課程時，會以安寧志工為主體性的考量來規劃，認為安寧志工應該是先利益家人，才進而利益別人；當志工覺得已先利益了自己與家人時，自然會願意 offer 一些力氣來幫助別人，而家人也會支持他出來當志工；除此之外，「傾聽陪伴支持團體」也會歡迎志工邀請家人共同參與，以提昇家人的支持度（L-33-06~33-13）。

M 醫師與 L 心理師是同一個團隊的專業成員，由上面的敘述中可知他們對於安寧志工的運作模式具有同樣的見解。由此看來，L 醫院能夠以不同於其他醫院的方式來推行「輕裝上路」運作模式，過程中，團隊其他專業成員對於運作模式的共識，應該是非常重要的關鍵因素之一。而且，根據研究者參與該團隊傾聽陪伴支持團體的田野觀察，發

⁹⁵ 例如：音樂家、舞蹈家或其他專業人員。

⁹⁶ 所謂「節點」即構成社會網絡的單位，可以是個人，也可以是集體行動者，如團體、組織或國家（Calhoun, Light and Keller, 2002: 99）。

現傾聽陪伴支持團體在進行時，團隊的核心專業成員中⁹⁷，除了社工師之外，其他專業人員都共同參與了這個支持團體的進行；就整體氛圍而言，散發出平權的、關懷的，而有大家庭「愛」的氣息⁹⁸。

另外，社工師雖然沒有參與傾聽陪伴支持團體，但在有關安寧志工的在職教育訓練上，除了傾向以尊重專業的態度來與心理師合作之外，對於「輕裝上路」的運作模式也是頗表認同的，只是由於醫院政策的改變，故而不能以此模式繼續運作；而由於政策的改變，所以適用於輕裝上路模式的部分志工便因此而流失了，導致後期安寧志工的流動率蠻大的（Q-01-09~02-10；Q-06-10~06-14；Q-10-08~10-19）。由此可見，在安寧志工的整體服務生態中，來自院方的支持更是不可略過的影響要素。雖然如此，但更不可忽略的是來自大環境的影響要素。政府在「志願服務法」對於志工教育訓練時數的規定，以及行政院衛生署在「安寧居家療護 標準作業參考指引（HOSPICE CARE）」中，對於志工人力素質的 60 小時相關教育訓練的要求，已成為衛生署在評鑑、稽核及確保服務品質的參考，而這種大環境的影響力是在於院方之上的。

Berger 和 Luckmann(1991)在《知識社會學：社會實體的建構》(The social construction of reality) 中表示：「制度對情境釋義的優先性，是絕對凌駕於個人對制度的再正名。」換句話說，當一種模式已經被制度化，並具備評量標準時，是不容易被個人的行動所隨意地抗拒或憾動的。臺灣安寧緩和療護的相關制度已經開始擁有這種對情境釋義的優先性了。

參、安寧志工的整體性支持系統之總說

以上有關支持安寧志工問題，先由新進安寧志工難以調適臨終與死亡情境下的支持切入，再進一步瞭解安寧志工整體服務生態下的支持系統。由於適應是需要時間來調適的，因此隊新進安寧志工提供支持的先決條件是志工願意繼續服務，唯有持續的服務，

⁹⁷ 安寧緩和療護團隊的核心專業人員，一般而言，包括醫師、護士、社工師，以及宗教師等。

⁹⁸ 關於該團隊的整體氛圍，可參考魏書娥和林姿妙（2005）的「心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係」。

團隊成員才有陪伴新進安寧志工一起走下去的機會。然而，支持安寧志工持續提供服務的要素，並非來自單一的臨終與死亡情境的適應問題而已，而是來自多重因素所共構而成的「整體服務生態」。因此，雖然本研究一開始預設「生死教育」是支持安寧志工提供服務的重要因素，但研究結果發現其實是來自同儕、團隊其他專業人員、成就感、自我成長、以及來自大環境的支持等五大要素所共同交織而成的安寧志工作體支持系統。而自我成長中的生死教育，其實只是這個整體支持系統中的一小部分而已。

雖然如此，但這是就狹義的生死教育而言。若從廣義的角度來看，安寧志工如何透過團隊所提供的教育訓練課程及服務的機會來建構個人的支持網絡；如何謹守自己的輔助性角色而與其他專業人員培養出團隊運作默契，共同為面對臨終情境的病人及其家屬服務，而仍能自我調適並維持著不退的原動力？其實是一個生命的課題。在這個課程中，安寧志工必須同時去面對「活著」與「死亡」的議題。因此，就如預試訪談時 E 社工師所說的：「就廣義而言，有些安寧志工的教育訓練課程，其實就是生死教育的部分內容了。」有趣的是：就狹義而言，生死教育是安寧志工教育訓練課程的一部分；但就廣義而言，安寧志工的教育訓練課程，其實只是生死教育的一部分而已。那麼應以狹義的角度或廣義的角度來看生死教育呢？或許，這是見仁見智的。

就狹義的生死教育而言，安寧志工需要接受完整的生死教育才有辦法在這個臨終場域提供服務，雖然是來自研究者的個人預設立場，但蘇秋雲（2002）的研究也透露出生命課題是安寧志工在職教育訓練的重要議題之一。然而，從研究結果顯示有些安寧志工並不是那麼在意團隊提供了多少教育訓練課程，有的覺得不停的上課，沒有自己的時間，很煩（B-49-04~49-07）；甚至表示：「上那麼多課幹嘛，做事最重要！」「不要老是在上課，我看上這些課有沒有真的在用？那才可惜，你幹嘛花那麼多錢去培訓？（B-54-05~54-08）」。這或許與該醫院不論職前與在職都強調教育訓練的重要性，因此規劃了很多課程有關。但從另一個角度來看，當安寧志工逐漸脫離被特別關照的新進成員階段時，其實已經置身於這個服務生態的整體性支持網絡中了。他們之所以持續的提供服務，是因為安寧志工的整體支持系統維持了他們的服務動力。

Scott 和 Caldwell（1996）的研究顯示：「良好的訓練、相信安寧療護的使命、與職

員的關係、覺得被尊重，以及個人的成就，是繼續擔任安寧志工的力量與動機。」這和本研究所歸納出「安寧志工整體支持系統」中的五種要素是大同小異的，比較不一樣的是 Scott 和 Caldwell (1996) 多了相信安寧療護的使命（而且有高達 96.2 % 的人是「相信安寧療護的使命」），少了本研究所歸納出的來自大環境的支持因素。而之所以會有這樣的差別，或許是出自於 Scott 和 Caldwell (1996) 的研究是針對安寧志工作作的問卷調查，而本研究則是以志工督導為訪談的對象，研究對象與方法都有所不同，研究結果自然有所差異。然而，在本研究對「支持」脈絡的研究中，雖然沒有歸納出安寧療護的使命因素，但這是屬於志工個人參與動機，這部分在對「適應問題」的脈絡中有歸納出「來自志工個人層面的因素」。因此，在安寧志工「整體性支持系統」中，還需加入「來自個人因素的支持」。這「來自個人因素的支持」，除了參與動機與個人的背景因素之外，還包括來自家人的支持。總的來說，安寧志工「整體性支持系統」是由來自個人因素的支持、來自同儕的支持、來自團隊成員的支持、來自成就感的支持、來自自我成長的支持，以及來自大環境的支持等六大要素所共同交織而成的。

然而，在本研究中，共構成安寧志工整體性服務生態的因素雖被歸納為六大要素，但並不表示每位志工都同時具足了六種要素，也不表示每一種要素都對安寧志工產生了同樣強度的支持力。換句話說，不同要素會在不同的安寧志工身上交織成什麼樣的支持網絡，不但因人而異，而且也是個個不同的，每位志工都各有其不同的支持網絡。更具體的說，每一種要素在不同志工身上所引發的支持力，有的強，有的弱；所具足的支持要素，可能一種，可能二、三種，也可能同時具足了六種；個人的支持網絡越密實，成為資深安寧志工的可能性也越高，與團隊之間的運作也會越有默契。而這些由每個成員各自擁有的支持網絡所共構而成的就是「安寧志工的整體性服務生態」，由團隊運作默契所散發出的就是「團隊氛圍」。

Kavanagh (1983) 表示：「我們的出現似乎沒有任何差別，然而我們從每個其他人中學到『支持』和『團隊』的真正含意。我們學習到我們的工作是不能夠以明顯的成功或失敗來衡量的。安寧療護是一種愛和服務的共有，它包含病人、家屬、朋友、志工及專業人員。它只能被看到部分，而不能被『衡量』的」。這不能被衡量的支持團隊，

應該就是整體服務生態底下的緊密支持網絡所散發出的團隊氛圍吧！李閏華（1996，3月）對於在職教育列的三個目的中，除了期待知識、技巧、及自我成長及調適上能更為增勝之外，還希望志工能夠更長久穩定的工作，所以「雖然在職教育名為訓練，但義工相互支持、聯繫功能亦會伴隨訓練產生」成了她的第三個目的。顯示出促進安寧志工與團隊之間的相處，是在職教育訓練非常重要的目的之一，其實也就是期望安寧志工在運作上能夠與團隊培養出默契來。然而，良好的團隊運作默契來自密實支持網絡所共構而成的整體性服務生態。所以建構出這樣密實的支持網絡，其實是李閏華（1996，3月）在職教育訓練的重要目的。

而以此回溯第三節所提到的職前教育訓練只是邁向成長歷程的起點，當正式上線之後，還會隨著服務過程與在職教育訓練共同形成螺旋式向上循環成長而成的歷程，在此歷程中知識、技巧、態度，以及團隊運作默契也都會隨之提昇。其實不論是知識、技巧、態度或團隊運作默契，都是透過持續服務，藉由整體服務生態底下的支持網絡所共同形成螺旋形的向上循環成長。在職教育訓練很重要的目的，其實是讓這個整體服務生態底下的支持網絡更為密實。而就安寧志工個人而言，能夠擁有密實的支持網絡，是真正登堂入室，成為安寧團隊有力的輔助角色的重要關鍵。

第五章 結論與建議

在歷經上述一層又一層的分析與討論之後，有關「臺灣地區安寧緩和療護志工角色、教育訓練及支持網絡之研究」，已可見此成果之雛形。接著將融合第四章的分析與討論，為雛形之果作熟化之結論。除此之外，也將就相關的議題提出研究者的建議。

第一節 結論

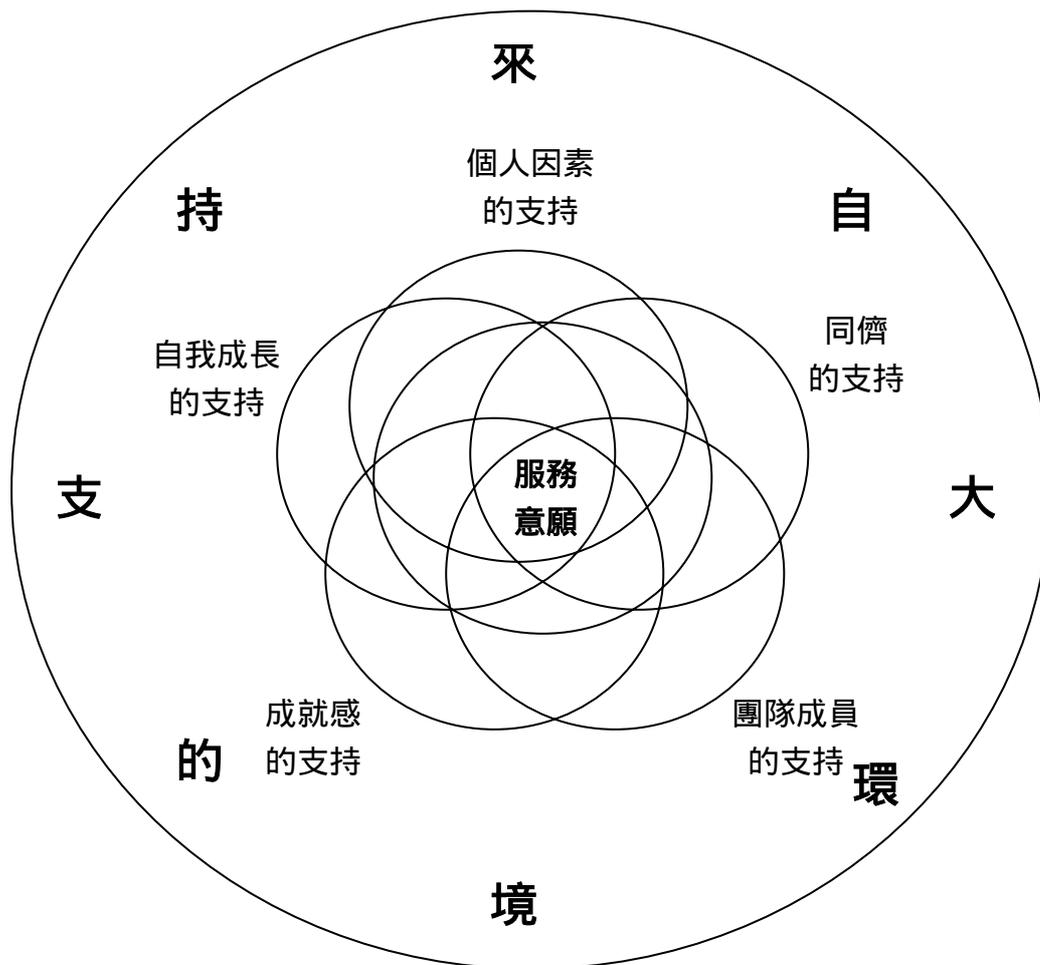
以下將就研究結果，針對「安寧志工與志工角色、教育訓練及整體性支持網絡間的關係」、「安寧志工在臺灣地區所發展出的在地化運作模式」，以及「安寧志工提供臨終陪伴與照顧可能促發的生命回饋」提出結論。

壹、安寧志工在「志工角色」、「教育訓練」及「整體性支持網絡」間的關係

有關安寧志工與「志工角色」、「教育訓練」及「整體性支持網絡」間的關係，將先具體的說明與安寧志工服務息息相關的整體性服務生態與整體性支持網絡，再進而瞭解教育訓練在此脈絡中的定位與作用，以及安寧志工角色與整體性支持網絡間的關係。

一、安寧志工的「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」

本研究依據來自照顧場域的經驗，透過紮根理論研究法，以螺旋向上攀升的不斷持續分析比較過程，將支持安寧志工持續提供服務的動力來源，抽譯成「安寧志工的整體性支持網絡」。這個支持網絡是由來自個人因素的支持、來自同儕的支持、來自團隊成員的支持、來自成就感的支持、來自自我成長的支持，以及來自大環境的支持等六大要素所共同交織而成的整體性支持網絡。在此必須特別注意的是：整體性支持網絡雖被抽譯成六大要素，但其實前五者是互為交集的，後者，也就是大環境的支持力，則是以隱藏的方式影響安寧志工提供服務的可能性與服務模式；而由這六大支持網絡所形構而成的生態，即是安寧志工的整體性服務生態（如圖三）。



圖三 安寧志工的「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」圖

製圖人：林姿妙

更具體的說，所謂「安寧志工的整體性服務生態」，指的是安寧志工與這六大支持網絡之間的關係，也就是這些關係的全體。而「安寧志工的整體性支持網絡」，則是就整體的角度，來看能夠支持安寧志工與這個服務生態的關係持續下去的各種不同要素。不同的人、事、物會共構成不同的服務生態，凝聚成不同強度的支持網絡，這兩者是息息相關的，而且會對安寧志工的適應、服務穩定性，以及彼此互動時所散發出的團隊氛圍產生具牽引作用的影響力。因此，「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」雖然被抽譯成兩種不同概念，但其實這兩者是二合一的，整體性服務生態，內含共構而成的支持網絡，而共構而成的支持網絡則不離整體性服務生態。換言之，服務生態是就整體的概念而言，而支持網絡則是就具有可塑性的構成要素而言。

二、安寧志工教育訓練與整體性支持網絡間的關係

如果從該團隊安寧志工的「整體性服務生態」來看，該生態其實是由每位安寧志工所各自擁有的不同支持網絡所共構而成的，總合所有的支持網絡，即是能夠促發安寧志工持續提供服務的「整體性支持網絡」。所以，雖然從職前教育訓練的目標與目的來看，發現職前教育訓練會隨著安寧志工的服務過程而與在職教育訓練共同形成螺旋式向上循環成長的歷程，在此歷程中知識、技巧、態度，以及團隊運作默契也都會隨之提昇。但是，當安寧志工逐漸脫離被特別關照的新進成員階段時，其實已經置身於這個「整體性支持網絡」中了。他們之所以持續的提供服務，是因為安寧志工的整體支持系統維持了他們的服務動力。

因此，當安寧志工開始提供服務時，在職教育訓練課程的規劃目的，其實主要是為了讓這個整體服務生態底下的支持網絡更為密實。當整體性支持網絡的密實度越高時，安寧志工的流失率也就越低，與團隊之間也越能散發出具有運作默契的團隊氛圍，而能有效力的協助團隊共同達成為臨終病人及其家屬提供整體性個人照顧的服務目標。

雖然如此，但教育訓練課程的推展是最能同時促進整體性支持網絡六大要素密實化的方式之一。只是，教育訓練課程的推展，其先決條件是必須具備來自大環境的支持。而大環境的支持又涉及了成本效益的問題；成本效益問題之一，則關係到安寧志工服務對團隊帶來正面或負面的服務效益問題；安寧志工的服務效益問題，涉及到安寧志工與團隊之間的運作默契問題；而團隊運作默契的重要關鍵之一，卻又重新回歸到安寧志工的教育訓練問題。因此，若仔細觀照交織成整體性支持網絡的內在要素，會發現呈現出非常複雜的且環環相扣的網絡交織圖表，而且，這種關係圖表，並不是單一圖所能展現出來的，圖五只不過非常簡略的顯示而已。

更進一層來說，圖三也只是假借有形象的支持網絡圖來說明的而已，其實形象圖只是方便研究者與閱讀者的溝通，真正的整體性支持網絡並不是以圖來顯示的，而是藉由團隊氛圍去感受的。如果以有形象的圖去顯示由每位安寧志工所共構而成的整體性支持網絡，會覺得圖表非常的複雜。但是，非形象的整體性支持網絡是否複雜，端視團隊氛

圖而定。如果團隊散發出一片祥和的氛圍，那麼，雖然是由許多個人網絡所共構而成的整體性服務生態與支持網絡，但是，不同個人網絡間的關係會展現出彼此無障礙的整體性服務生態與支持網絡圖。反之，則顯得複雜。而複雜，並不是以圖繪製而成的，是由散發出的氛圍所感受出來的。

上文是從被定格的時空點來說明的。如果從個人的持續發展角度而言，其實每位安寧志工各自擁有屬於自己的整體性支持網絡圖，這個個人的整體性支持網絡圖，是每位安寧志工就其本身的條件與所擁有的外在資源而建構起來的，而且會隨著持續提供服務而逐漸的密實化；但由於構成個人整體性支持網絡的要素具有更易的可能性，因此，隨著這些要素的強化或趨弱，個人的整體性支持網絡圖也是處於可能變異的狀態中的。若從團隊的持續發展角度來看，由於「整體性支持網絡」是由個人的網絡所共同交織而成的，既然個人的網絡具有更易的可能性，那麼這個由個體所共構而成的團隊整體性支持網絡自然也具備這種可能性。然而，正因為它具有這種更易的可能性，所以才顯現出它的可塑性，同時也顯示出這個整體性支持網絡是需要所有團隊成員去共同形塑與維繫的。在形塑與維繫的過程中，適當的教育訓練是具體而必要的方式之一。

三、安寧志工角色與整體性支持網絡間的關係

支持安寧志工持續提供服務的要素之所以會被抽譯成「整體性支持網絡」，追根究底，與安寧志工所扮演的各種角色不無關係；而且，所謂針對支持網絡作整體性考量，以開展出適當的教育訓練方案，也是以此為基礎而提出的。畢竟，志工與安寧團隊之間的關係，是為了解決「人」的相關問題而聯結的「人」力資源。是故，探討安寧志工服務的相關問題，亦當從生活中「人」的角度來切入。生活中「人」的問題，不離每個人在不同場域中所扮演的不同角色問題。當我們能夠對安寧志工在不同場域中所扮演的不同角色有所瞭解時，才能夠更深一層的「看見」與安寧志工的適應、服務穩定性，以及團隊氛圍息息相關的「整體性支持網絡」。

因此，本論文雖然依據研究資料將安寧志工的服務抽譯成「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」，而且每個團隊的安寧志工們也都在此共同的生態與網絡中提供服務，

就其所在的場域與情境扮演其不同的志工角色，包括團隊中的安寧志工角色，以及臨床上的安寧志工角色。但是，由於每位安寧志工與各支持網絡之間的關係深淺有別，再加上每位安寧志工對於個人生命中的安寧志工角色之投入程度及家人支持度是各有所別。因此，呈現在每位安寧志工身上的服務生態及其支持網絡所提供支持度也是不盡相同的。換言之，每位安寧志工各自擁有其不同的服務生態與支持網絡。支持網絡越密實，成為資深安寧志工的可能性就越高，與團隊之間的運作默契也會越好，越能夠被形塑為高效力的安寧志工。除此之外，就支持網絡越密實的安寧志工而言，該志工對於團隊服務生態的滿意度也會越高。

由於「整體性支持網絡」中的各種要素，都可能支持安寧志工持續在此臨終場域中扮演其志工角色。因此，雖然本研究一開始所擬定的題目是「臺灣地區安寧緩和療護志工『生死教育』訓練課程規劃理念之研究」，而當時之所以將「生死教育」加入標題中，主要是預設了臨終與死亡情境的適應問題，是支持安寧志工持續提供服務的重要因素。但依據研究結果顯示：支持安寧志工持續提供服務的要素，並非來自單一的臨終與死亡情境的適應問題而已，而是來自共構成整體性服務生態中一種、多種或整體性的支持網絡。基於這樣的研究結果，故而將「生死教育」移除，而將研究題目更名為「臺灣地區安寧緩和療護志工角色 教育訓練及支持網絡之研究」。

貳、安寧志工在臺灣地區所發展出的本土化運作模式

前面提到「整體性服務生態」中的大環境因素影響了安寧志工提供服務的可能性與服務模式，這個「大環境」即是指當地的人文環境與制度條件。在大環境的影響因素底下，每個團隊會因應當地的人文環境與制度條件去發展志工的運用模式與課程規劃模式，而形成具本土化特質的安寧志工方案。就安寧志工的服務模式而言，在安寧緩和療護的先進國家，由於志工人數多，因而以分組服務來運作，教育訓練課程也是因應這種服務模式而規劃的。反觀臺灣，安寧志工是將西方醫療模式套用在臺灣醫療環境底下所產生的新角色，而早期臺灣地區還沒有凝聚成志願服務的風氣，更何況是擔任隱含死亡禁忌的安寧志工。在此情境下，有關安寧志工的運作模式，臺灣地區所發展出本土化的

運作模式特色包括以下幾點：

一、全方位服務模式是因應臺灣地區的條件而發展出的本土化主流運作模式

臺灣地區所發展出的安寧志工服務模式包括分組服務模式、全方位的服務模式，以及個案認養服務模式。其中，以全方位服務為臺灣地區運用安寧志工的主流模式。之所以如此，主要是適應臺灣地區的發展條件所形成的運作模式。分組服務模式，雖然也有部分醫院在使用，但目前分組服務模式下的間接服務，其實具有篩選的作用，也就是成為直接服務安寧志工之前的觀察期。而長期的個案認養服務模式，則是為了能夠提供病/家較為深入的關懷而發展出的志工服務模式，但目前尚未普及。另外，分組服務模式雖然不是主流，但有些團隊是將這種服務模式列為志工運作上所欲達成的目標，而達成的條件之一，即是安寧志工的人數必須達到足以分組的標準。

二、全方位服務模式導致團隊對於志工體力上的考量，成為重要的篩選因素之一

由於運用模式的不同，導致團隊在篩選安寧志工時，也會出現不同的考量因素，其中最大的差別在於對年齡的限制。這主要是起因於臺灣地區是以全方位服務模式為主流，這種模式難免會涉及直接服務。而直接服務的項目之一，即是協助提供身體照顧。對於臨終病人日趨沉重的身體而言，在照顧上，最大的困難點在於必須耗費相當大的體力。因此，多數安寧團隊在招募志工時，年齡要求是 18 歲以上，65 歲以下，這主要是基於體力上的考量。

三、全方位服務模式影響了安寧志工教育訓練方案，以長期培訓為主要的規劃模式

由於臺灣地區運用必須涉及直接服務的全方位服務模式，因此，為了避免對病人或家屬造成傷害，以及保護志工的考量，發展出長期培訓的規劃模式。在課程上，有關安寧志工的角色界定、加強安寧志工的陪伴能力，以及實務上的認知與學習等課程，是為了避免對病人或家屬造成傷害；而自我探索、助人團體，以及傾聽陪伴支持團體之類的課程，則除了藉由志工的自我釐清與省思，來避免上線之後對病人、家屬、團隊、醫院，乃至志工本身造成可能的傷害之外，其實是透過「陪伴」志工一起走下去的過程來提昇志工的生命觀點。

參、安寧志工提供臨終陪伴與照顧可能促發的生命回饋

由於全方位服務模式底下的安寧志工所具有的臨終相關屬性,使得安寧志工難免都要面對臨終情境,安寧志工提供臨終陪伴與照顧時可能促發什麼樣的生命回饋呢?這是值得進一步去釐清的,以有助於安寧志工透過服務過程的看見與體悟,來回饋到個人的生命當中,對個人乃至周遭的親友產生潤澤之利。以下將針對安寧志工提供臨終陪伴與照顧時所可能促發的生命回饋作概略性的論述。

一、臨終病人提供安寧志工照見生命本質性需求的機緣

善終,是安寧緩和療護的重要標舉。就安寧志工的成就感而言,病人的善終也確實可以為安寧志工帶來成就感。但就個人對於生命體認上的不同,其成就感也有層次上的差別。本文依據研究資料,將成就感依層次之不同,分為「善終所帶來的成就感」與「照見生命本質性需求的成就感」。

善終,可說是一種理念與期許,日常生活中的陪伴與照顧是理念與期許的實踐,而照見生命本質性的需求則是理論與實踐的融合。所謂「照見生命本質性的需求」,是指因應病人的所需而提供服務,如果病人的需求只是很生活化的服務,例如:按摩、洗澡、剪頭髮、美足護理 乃至是靜默等,那麼安寧志工在滿足病人這些需求時,雖然沒有賦予善終的期許,但當下即是朝此方向而前進了;安寧志工在提供這些服務時,如果能夠體會這一點,那麼即是照見了生命中蠻為本質性的需求。換言之,安寧志工已逐漸體認到滿足臨終病人的生活化需求與善終之間有著難以切割的關係。當此之時,不論安寧志工所提供的是什麼服務,都將具有同樣的意義與價值。

「善終」的標舉屬於外在的成就感,這種外在成就感所產生的支持力容易受病患情境的變化而牽引,而「照見生命本質性的需求」則是屬於內在隱而不顯的成就感,可以引發細水長流的支持力。由於照見生命本質性需求與善終之間的關係,因此即使面對著病人拉屎拉尿,惡臭難聞,志工也會義無反顧地提供服務。然而,這樣的「照見」並不是每位新進安寧志工具備的觀點,也不一定能夠藉由教育訓練來強加灌輸,它往往是安

寧志工透過持續提供服務的過程，從臨終病人的回饋中所體悟的。所謂臨終病人的回饋，並不是指服務過後言語上的感謝，而是安寧志工看見臨終者心靈自我成長過程的自省思與體悟，因此可說是臨終病人提供安寧志工照見生命本質性需求的機緣。

二、臨終病人提供安寧志工學習照顧失能身體的機會

雖然是即將臨終的病人，但只要是活著，就有其身體層面的基本照顧問題。從安寧志工對臨終病人所提供的簡單身體照顧而言，似乎是安寧志工施惠於臨終病人。但從另外一個角度來看，臨終病人何嘗不是提供了學習的機會，來讓安寧志工有自我成長的機會呢！由於病人所提供的機會，才讓安寧志工得以學習照顧因為失能而日顯沉重的身體，並讓照顧的技巧得以熟稔。老、病、死雖然是不為人愛的，但卻是人生旅途中難以避免或無法避免會面對的事實。從對臨終病人所提供的簡單身體照顧出發，回饋到安寧志工個人的生活當中時，便是在面對自己親友遭逢不可抗拒的生命衝擊或老化失能時，不至於因為缺乏照顧技巧而不知所措，或是在短時間之內便將體力耗盡，弄得全家人仰馬翻⁹⁹。當我們以此觀點來看時，發現安寧志工雖然是因應需要照顧與被需要而提供利他的照顧，但結果卻也是對安寧志工自蒙其利的一種回饋。

三、臨終病人可能促使安寧志工拓展與提昇生命觀點

從心靈的層面來看，臨終病人可能是拓展與提昇安寧志工生命觀點的老師。雖然如此，但這種從以病人為老師而來的回饋是有不同層級的。有頓悟的可能，但也可能是漸進式的。安寧志工可能在剛開始時，只是以自我價值觀為中心的「小我陪伴」來面對眼前的臨終病人及其家屬。這種小我的陪伴，可能由於看見臨終者肉體上的受苦、病人或家屬人生際遇上的苦難及面對臨終的負面情緒，而導致安寧志工服務過程帶著煩惱，乃至上演違反志工倫理的服務。但透過持續提供服務之後，「小我的陪伴」也可能轉化為「大我的陪伴」。這種「大我的陪伴」，除了是以服務對象為中心之外，更能將陪伴過程的省思轉化為正向的循環。而這種正向循環回饋到志工生命當中時，便會對志工個人的生命帶來觀點的拓展與提昇。

⁹⁹ 當具備身體照顧技巧時，可以減少體力上之耗費。

當生命觀點產生「拓展」作用時，會看到身體的生、老、病、死其實是這一期生命中自然、正常，乃至不可改變的歷程¹⁰⁰。而由於真實的「看見」並「接受」它的自然性、正常性與不可改變性，因此，不論是面對自己、親人、或自己所關切的他人面臨著醫療極限與隨之而來的死亡時，會降低恐懼與不安的窘境，並對生命作出既不加速也不延後死亡的抉擇。當藉由陪伴過程的省思對生命觀點產生「提昇」作用時，則會「看見」心的可轉換性，以佛教的語言來說，即是具有「覺照」的作用。也就是覺照生命的死亡是不可改變的生命歷程，但心靈（慧命）的成長，卻是有無限的正向蛻變之可能性；就如同毛毛蟲（身命）蛻變成美麗的蝴蝶（慧命）一樣。也正因為有這種心靈慧命成長的可能性，所以才讓安寧緩和療護的推展具有不凡的生命意義。當我們瞭解志工可能透過服務而拓展與提昇這種生命觀點時，也才能夠更深層的體會為什麼 Kavanagh (1983) 會認為成功的安寧志工能夠忍受生命當中的悲歡及所有的壓力，尤其是在臨終的時候。

從拓展與提昇生命觀點的促發點而言，安寧志工對身、心世界的真實性之所以能夠有所「看見」，往往是在服務的過程中，透過病人的真實示現所看見的。這可說是收到了病人所回饋的『生命禮物』。正因為如此，所以也才會發現原來病人是『生命的老師』。此時，安寧志工所能回饋給生命老師的，除了感恩之外，就是如提供一個好的環境來讓蛹自然地蛻變成蝴蝶般的，協助安寧團隊提供一個好的環境來讓臨終病人自我轉化；而提供一個好的環境，對安寧志工的角色而言，就是作好「日常生活中的陪伴與照顧」。如果能夠對安寧志工在收到「生命的禮物」與發現「生命的老師」之後的回饋心境有所理解，那麼也就不會質疑 Kavanagh (1983) 對於安寧志工常見特質的描述了：他們肯定生命，並且享受其中；他們不但不認為幫助他人或奉獻自己是很特別的事情，反而常常覺得這是一種榮幸！

四、安寧志工提供臨終陪伴與照顧可能收到的生命回饋 「臨終整體性生死教育」

志工可能出於各種不同的動機而發心到安寧病房提供臨終陪伴與照顧，或許他們並

¹⁰⁰ 老與病是具備自然性與正常性，生與死則具足了自然性、正常性，以及不可改變性。換言之，老與病是生命中未必會經歷的過程，但生與死則是不可改變的歷程。

沒有想要獲得任何回饋。但是，透過職前教育訓練、在職教育訓練，以及服務的歷程，卻可能藉由臨終病人而促發安寧志工照見生命本質性的需求，學習並熟稔照顧的技能，進而拓展與提昇安寧志工的生命觀點。而這些回饋，除了院方所提供的中介助緣外，主要還是臨終病人（生命老師）如實的示現，才讓安寧志工有機緣去透過服務的過程來如實的觀照、學習與省思的。對安寧志工而言，可說是接受到涵攝臨終者身體、心理、社會及靈性層面的生命回饋，也就是生命老師對安寧志工上了一堂又一堂具實用性的「臨終整體性生死教育」。

第二節 建議

「整體性服務生態」與「整體性支持網絡」理論是依據專業者的實務經驗所抽譯而成的。依據這個研究成果，除了將針對安寧志工服務方案的運作模式、教育訓練、適應、督導，以及支持問題提出建議外，也將就社會結構變遷後的臨終照顧與教育模式表達研究者的看法與建議。

壹、服務模式的建議 可以嘗試運用分組服務及個案認養服務模式

在服務模式方面，雖然全方位服務模式已成為臺灣地區運用安寧志工的主流模式，但研究者認為可以嘗試運用分組服務模式及個案認養服務模式。

一、可以嘗試運用分組服務模式

全方位服務之所以成為臺灣地區在地化的安寧志工主流服務模式，主要起因於志工人數的不足以發展分組服務。而這與早期臺灣地區的人文環境與制度條件不無關係。畢竟，到醫院志願服務並非中國人的習性，更何況是擔任有死亡禁忌的安寧志工。但九十年一月二十日總統令已公布志願服務法，由於政府的鼓勵，志願服務已逐漸形成風氣。雖然如此，但從另外一方面來看，安寧緩和療護運動的先進們為了提昇癌末病人的服務

品質，對於安寧志工的服務，抱持著相當謹慎的態度，故而以長期的培訓來養成住院安寧志工，而且，這種長期培訓的模式也已逐漸發展出對情境釋義具有優先性的制度了¹⁰¹。有些醫院更是以長期培訓來篩選適任的安寧志工。

有趣的是，全方位的服務模式是因應志工人數之不足而發展出的本土化模式，但反過來說基於全方位運作模式而對志工申請者的篩選標準，也會限制了所能招募到的安寧志工人數。過去的謹慎發展安寧志工方案，主要是基於服務對象的特殊性考量，以及安寧志工是將西方醫療模式套用在臺灣醫療環境底下所產生的新角色。是故，需要慎始，以期穩固的紮根。然而，歷經多年的發展之後，有些安寧團隊的全方位服務模式已發展得相當健全了，而且早期的安寧志工也已經逐漸與團隊凝聚成良好的運作默契。除此之外，這些較資深的安寧志工應該已經具備協助團隊帶領新進安寧志工的能力了，乃至成為能夠更進一步協助院方或團隊管理志工的高效能成員之一。

研究者之所以建議可以嘗試運用分組服務模式，是基於多數安寧志工的知能已趨向熟稔，而且安寧理念與志願服務風氣也逐漸普遍化，可說已經發展出分組服務模式的人文環境與制度條件雛型了，只是仍然未到非常成熟的時機。為什麼說分組服務仍未到成熟的時機呢？很重要的是；安寧志工仍是屬於被特殊化的志工角色。這種特殊化，可以從篩選的考量與長期的培訓過程感受得出來。也就是說，沒有歷經特殊的篩選與養成過程，一般志工是無法隨意到安寧病房提供服務的。

我們都知道安寧病房是被特殊化為賦予高服務品質及善終期許的臨終療護場域。然而，它之所以能夠被特殊化，主要是起因於高科技治癒性醫療的過度強調，以及人文主義關懷的被忽視，故而能夠以其反制而被特殊化。換言之，安寧緩和療護是試圖在個人醫療已被分科專業化的情境下，形塑臨終前的整體性個人關懷。安寧緩和療護運動只是促使這種人性化的關懷再度受到重視而已。「整體性個人關懷」在過去的社會中，並非特殊化的，而是一種普遍性的醫療與關懷模式。當時的民眾，則是普遍性的扮演著類似當今安寧志工的角色，對他們而言，這樣的臨終關懷是自然且普遍的。

¹⁰¹ 行政院衛生署已於 2000 年以「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」對「義工組織」規範至少 60 小時相關教育訓練的人力素質要求，並提供評鑑時之參考標準。

從另一個角度來看，安寧緩和療護致力於形塑有「家」氛圍的安寧病房，其實也是立基於這個核心要素的。而且，這樣的關懷不只局限於病人與家屬而已，是擴及團隊中的每位成員的。

居家活動，只是家庭生活中的常態性工作而已。而處理生活中的常態性工作，可能是安寧志工們本就具有的技能，既不需要經過特殊的專業養成也無關乎直接服務。像這類的間接服務工作，如果能夠放寬篩選考量並簡化培訓過程，以分組服務模式讓間接服務志工來做，那麼可能達成以下幾種優點：

- (一) 能夠藉由間接服務安寧志工來處理生活中的常態性工作，與團隊成員共同營造出有家庭氛圍的安寧病房。例如，別具創意的庭園整修與室內佈置¹⁰²、讓廚房偶爾傳來陣陣的茶香或咖啡香¹⁰³、兼具色香味的點心分享、為病/家特別製作對病人而言別具意義的抱枕或其他物品、定期或不定期的讓客廳或庭園傳來因應病/家喜好而彈奏的琴音等，這些間接服務對於病房而言，雖不一定需要，卻可以營造出更有家庭氛圍的病房，尤其是針對病/家而設想的創意，更能傳達出個人關懷的用心。
- (二) 有些志工本來就具備一些專長，團隊以分組服務來放寬篩選標準時，可能招募到能為團隊帶更多元化發展的間接服務安寧志工，以滿足不同病/家與團隊的不同需求。例如，攝影及錄製專輯的專長、善於撰寫各種文章的專長¹⁰⁴、電腦操作的專長、資訊搜集與整理的專長 等。
- (三) 透過間接服務，可以讓有服務意願但還沒有鼓足勇氣嘗試直接服務的志工，有個漸進的緩衝方式來適應臨終場域的直接服務。
- (四) 由於間接服務篩選標準的放寬，可能招募到更多間接與直接服務的安寧志工，促進安寧志願服務成為國人的共同知識倉儲，對安寧緩和療護的普及化具有正向的作用。
- (五) 由於更多人的參與安寧志願服務，有助於讓社會結構變遷後的臨終整體性生死教

¹⁰² 定期或不定期的為病人佈置對病人而言具有特殊意義與象徵（病人也樂於分享）的庭園或客廳。

¹⁰³ 可依當時病/家的喜好而選擇茶飲來共同分享。

¹⁰⁴ 可以為病房活動撰寫文情並茂的記錄，乃至為病人編寫生命回憶錄。

育被普遍化，促使臨終關懷成為自然且普遍的互助互利行為。

上述方式與例行式的分組服務模式是有所不同的，間接服務安寧志工並不是值勤式的完成其服務時間內的庶務性工作而已，更重要的是提供服務時的關懷與用心。易言之，「營造出溫馨氛圍」、「凝聚成祥和生態」，以及「強化支持網絡」是研究者提出分組服務模式的核心重點。

二、可以嘗試運用個案認養服務模式

由於一般安寧志工多是以值班的方式來提供服務，這對時間有限的末期病人而言，很難有深入性的關懷。為了避免這種缺失，可以嘗試推展個案認養模式，藉以提供病/家更為深入的關懷。雖然就志工個人生命中的安寧志工角色而言，理應只是日常生活中的非正常角色而已。但是隨著個人背景及參與動機的不同，「安寧志工角色」在個人日常生活中所扮演的「非正常角色」亦有輕重之別。對於將此角色之扮演視為畢生志業的安寧志工而言，是賦予個案認養服務的適當人選，只是為了避免負面的影響，還是需要特別篩選，而篩選方向則是以志工倫理與情緒管理為首要的考量。

由於個案認養是屬於專責制，從住院期間的認養開始到居家療護，乃至往生後的遺族喪慟追蹤關懷等，依病/家之需要而不定期的或天天的提供服務；因此，比較容易與病/家建立起深厚的友誼，進而瞭解病/家的真正需要，並適時的提供協助，可說是強化安寧志工服務效益的輔助性模式¹⁰⁵。尤其是對於缺乏人力資源的病人而言，更需要以個案認養模式來提供支持。這也是因應社會結構變遷後，讓來自陌生人的關懷能夠熟識化的可行策略之一。

貳、教育訓練的建議

在教育訓練的規劃上，有關職前教育訓練，建議仍以目前的三階段方式來規劃。而這三階段的教育訓練，主要是針對直接服務安寧志工而言的。雖然研究者建議以分組服務模式來運作，但研究者認為間接服務的安寧志工只需通過一般安寧志工的養成過程即

¹⁰⁵ 所謂「輔助性模式」，主要是表明仍應以值班式服務為主，個案認養服務為輔。

可，不一定要經過特殊服務場域的養成過程。以下除了對此提出建議說明之外，更將針對特殊興趣安寧志工，及以其專業提供服務的安寧志工略說研究者對教育訓練的建議。

一、間接服務安寧志工的教育訓練

由於行政庶務並不涉及直接服務，這些也只是將其處理生活中常態性工作的技能轉移到安寧病房來服務而已。因此，研究者認為這類間接服務安寧志工，只要通過一般安寧志工的養成過程即可。雖然如此，但對於直接服務安寧志工的教育訓練課程，可以在職進修的方式來累積其各層面課程的養成時數，待其時數達見習或實習前的標準時，即具有申請見習或實習的資格。乃至透過漸進式的教育訓練時數累積，亦可申請成為直接服務的安寧志工。至於一般安寧志工的時數，由於志願服務法已經實施，依據志願服務法的規範，即是至少 12 小時的基礎課程。

二、直接服務安寧志工的教育訓練

直接服務安寧志工的教育訓練，即是三階段的課程規劃。在總時數方面，由於行政院衛生署已將「安寧居家療護 標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)」提供衛生署在評鑑、稽核及確保品質上的參考。因此，建議能夠符合「標準作業參考指引」中，義工至少 60 小時相關教育訓練的人力素質要求。在這 60 小時中，第一階段是以基本知能為主，約 20 小時；第二階段的臨床見習或實習，由於後續將有資深安寧志工來協助帶領新進安寧志工，因此只要 12 小時即可；第三階段的成長課程以進階的知能及自我探索之類的課程為主，約 28 小時。而基於臨床見習或實習時，便是安寧志工嘗試將「用心」、「知識」、「技巧」融合運用，並轉為態度展現及觀點提昇的開始，因此建議第二階段與第三階段可同時並進。

至於課程內容方面，基本的知能是信心的來源，為了避免對病人或家屬造成傷害以及保護安寧志工，安寧理念、安寧志工的服務範圍、安寧志工的角色與倫理、末期病人的身體症狀與照顧、臨終病人的心靈陪伴、病人家屬的需求與照顧、臨終病人身體照顧的基本技巧、傾聽技巧、常見諮詢問題與回覆技巧，以及團隊運作之概說等十種課程，是直接服務安寧志工在第一階段教育訓練時所應包含的基本課程。至於第一階段其他課

程及第三階段進階知能課程的規劃，由於依團隊的不同，對安寧志工服務的期許也不盡相同，因此應視各醫院的運用概況及對安寧志工的期許而作彈性的規劃。但不論作何規劃，除了知能的提昇之外，應以能夠形成團隊運作默契及強化支持網絡為出發點。

三、特殊興趣安寧志工的課程規劃

特殊興趣直接服務安寧志工，分為「娛樂性質的特殊興趣」與「涉及治療的特殊興趣」。如果只是純粹因應病/家需求且不涉及治療，是屬於娛樂性質的志工；例如，陪病人玩牌、因應病人需求到病房彈奏樂器、陪病/家作美勞等。由於這類志工必須與病人或家屬有直接的接觸，因此至少應接受過直接服務安寧志工的養成過程，方可依其興趣為病人提供服務。至於音樂治療、美術治療等涉及到治療的特殊興趣，則只能以輔助性的角色協助專業人員提供服務；而且，選擇這類特殊興趣直接服務以前，必須先通過一年的直接服務，這一年的直接服務是觀察期，除了在照顧知能方面必須熟稔之外，更重要的是所提供的服務是穩定的，包括人格特質及出席狀況。

四、以其專業提供服務的安寧志工課程規劃

就以其專業提供直接服務的安寧志工而言，必須具有專業證明。如果其專業並非安寧緩和療護領域之內的專業，那麼由於所提供的是直接服務，那麼最低限度仍需通過直接服務安寧志工的課程，方可以其專業及志工的身份來提供直接服務。

參、安寧志工適應、支持，以及督導問題之建議

關於適應、督導，以及支持問題有以下幾點建議：

- 一、建議以資深安寧志工搭配新進安寧志工的方式提供服務。此種方式的優點如下：1、新進安寧志工適應比較快，比較有安全感。2、可以協助新進安寧志工對於志工倫理的拿捏。3、可以協助團隊評估新進安寧志工是否需要支持或鼓勵。4、可以協助新進安寧志工與其他團隊成員建立起關係。4、促進資深安寧志工的服務動力。
- 二、建議能夠有常年的傾聽陪伴支持團體。由於這是一種促發模式，能夠強化安寧志工的覺察與適應能力，並提昇對生命的觀點。透過促發過程的省思與成長，不但能夠

間接的提昇服務品質，同時也能對安寧志工的服務產生正向的原動力。

- 三、由於促發生命觀點提昇的重要助緣在於是否有經驗的人來帶領。因此，建議院方能夠提供具經驗的固定人力來主持傾聽陪伴支持團體。
- 四、建議傾聽陪伴支持團體可以開放家屬的參與，以提昇家屬對安寧志工的支持度。
- 五、建議志工討論會時，間接服務與直接服務安寧志工可以一起討論，以分享不同志工的服務經驗，並促進間接服務安寧志工參與直接服務的的勇氣與動力。
- 六、由於其他專業成員如果能夠參與安寧志工討論會的話，對整體性支持網絡的密實化與團隊運作默契的凝聚，具有相當大的催化作用。因此，建議其他專業人員也可以抽空參與安寧志工的討論會。
- 七、由於志工領導如果具有容易關懷他人的特質，對於志工與團隊間關係的建立，以及團隊運作默契的凝聚，具有正向的效益。因此，建議能夠針對安寧志工各小組組長及總隊長的人格特質予以篩選。
- 八、為了避免志工參與個案討論會所帶來的負面影響，建議安寧團隊如果有開放志工代表來參與個案討論會的話，能夠針對代表者的志工倫理來予以督導。
- 九、由於安寧志工的教育訓練涉及成本考量問題，為了降低這方面的阻力，建議可以結合具公信力的民間團隊來運作，以達到資源共享的最高原則。
- 十、分組服務可能導致安寧志工人數的激增，而研究者建議運用分組服務模式的重點在於營造出溫馨氛圍、凝聚成祥和生態，以及強化支持網絡；然而，能否達成這種效益，志工管理是重要關鍵之一。因此，建議應有專屬於團隊的志工管理者。若財力上有所困難，志工管理者可以運用以安寧志願服務為畢生志業的資深安寧志工或退休安寧專業人員。

肆、社會結構變遷後的臨終照顧與教育模式之建議

過去社會中的親族透過對臨終家人的照顧過程，得以從中如實的學習與死亡相關的議題，自然薰習了死亡教育。然而，當社會結構變遷之後，家庭已逐漸失去了這個教育功能。死亡，是具有其不可更易性的。因此，既然臨終過程已被移往醫療院所，那麼人

們如果想真實的面對臨終議題，自然應當隨著臨終場域的轉換而進入醫療院所提供陪伴與照顧，透過服務過程來如實的學習臨終整體性生死教育。雖然，不同於過去社會的是：臨終者所面對的陪伴者與照顧者，會由自己的親人轉為陌生的人。但這或許是因應現代社會結構變遷後，所出現的臨終照顧與教育模式。

如果從這個觀點來看，Craig (1994) 認為安寧志工是介於專業人員與遭遇即將喪親家屬之間的連結，並且經由實際需要的協助與提供情緒支持，在哀傷家屬的治療上擔任了重要的角色。而 Field and Johnson. (1993) 也認為安寧志工可能是維持安寧身心靈照顧的重要代理人。可見他們對於安寧志工的說明，都偏向將安寧志工視為施者的角色。而研究者依據研究結果，認為安寧志工除了施者的角色之外，同時也是受者的角色。換句話說，安寧病人與安寧志工之間的關係，不只是社會結構變遷後，「需要關懷」與「被需要關懷」的聯結而已，更是「教育者」與「需要被教育者」的組合。兩者可說是互為施者與受者，且具有互蒙其利的關係。

這種生命回饋與全贏的關係，是值得政府有關單位的關注的。畢竟，社會結構已經變遷，現代社會的臨終也已逐漸自家庭移往醫療院所。因此，當重要意義他人需要長期住院養護時，家屬由於缺乏人力資源，而疲於在家庭、醫院，乃至工作場所及孩童就學處所間四處奔波，已逐漸成為社會的普遍現象。為了因應這種社會變遷後的臨終現象，就社會制度而言，不論家庭是否仍然是個人醫療與健康照顧的第一線，也不論滿足病人基本需求的責任是否落在家屬的身上，安寧志工的運用模式，都應該被有關單位所重視且推廣的。因為，這有助於讓社會結構變遷後的臨終整體性生死教育被普遍化。而當社會大眾對這種臨終整體性生死教育具有普遍性的知能與態度時，回饋到個人生命當中，便是比較能夠從容的面對生命課題，乃至在無可避免的情境下，也比較能夠因應臨終者各層面在當下所顯發出的需求而提供適切的陪伴與照顧，而不會發生不知所措或理論與實踐隔閡的現象。除此之外，也能讓彼此互相扶持的互助互利行為，形成社會風氣，彌補社會結構變遷之後，家庭缺乏人力資源的漏洞。

另外，衛生署國民健康局副局長王英偉 (2004) 為了推展安寧緩和療護，曾經擬定了五年內將癌症死亡個案接受安寧療護的比率從 20% 提高到 50% 的計畫目標，在其策略

中，首重推動宣導教育，以及提升民眾的認知。此一策略的實施方向包括：(一) 安寧緩和醫療納入醫學教育課程。(2) 生命教育納入國民義務教育、大學通識教育及社區教育學習課程。如果從病人提供了「臨終整體性生死教育」來看，那麼安寧病房無異於安寧志工生死教育的學習場域。而屬於非專業人員及類家屬角色的安寧志工教育訓練課程，應該適用於規劃大學通識教育與社區教育訓練的學習方向。因此，這種「臨終整體性生死教育」的推廣，其實也有助於提升民眾對於安寧緩和療護的認知，對衛生署國民健康局副局長王英偉計畫目標之達成，具有教育宣導上的理念散播效應。而且，當安寧志工被鼓勵對社區乃至政策之發展能夠產生蝴蝶效應之期許時，也能引發志工內在積極而正面的服務動力，能夠與安寧緩和療護的推展形成循環性的對外拓展，甚至形成安寧志願服務的人文氛圍，讓安寧緩和療護模式不再被特殊化。

參考文獻

中文文獻

- 王英偉 (2004)。 安寧療護五年國家發展計畫---政策面 。《台灣安寧緩和醫學學會：第三屆第二次會員大會暨學術研討會大會手冊》。台北市：台灣安寧緩和醫學學會。
- 王敬弘 (1998, 9月)。 將安寧療護教育付諸實踐 。《安寧照顧會訊》，30, 9-10。
- 《安寧居家療護—標準作業參考指引 (HOSPICE CARE)》(2000)。台北市：行政院衛生署。
- 安寧照顧基金會編輯群 (1998, 6月)。 安寧十一問 。《安寧照顧會訊》，29, 27-29。
- 石世明 (2005年, 11月)。 陪病伴行：癌末病房志工的良心照路 。《安寧療護雜誌》，10(4), 395-410。
- 生命 (2005, 7月)。 安寧志工學苑 。《生命》，2-8。
- 生命 (2005, 9月)。 安寧志工學苑招生 。《生命》，3。
- 生命 (2005, 11月)。 安寧居家療護志工研習營：安寧志工學苑愛羽研習課程 。《生命》，2-3。
- 生命 (2006, 3月)。 安寧療護/臨終關懷研習營：安寧志工學苑伴羽研習課程 。《生命》，2。
- 羊憶蓉 (1999)。 教育 。《社會學與台灣社會》。台北市：巨流。
- 住院安寧療護設置基準 (2000, 5月6日)。《中央健康保險局開會通知單 (附表)》。發文字號：健保醫字第八九五六六六號。
- 吳庶深 (1991, 9月)。 癌症末期照顧之現況調查 。《安寧照顧會訊》，2, 第4-6版。
- 吳庶深 (1999, 11月)。 論如何有效推動死亡教育—以美國「死亡教育與輔導協會」為例 。《安寧療護雜誌》，14, 20-28。
- 吳庶深 (2002)。 台灣安寧照顧運動之研究 。在《財團法人中華民國安寧照顧基金會委託研究案 (二) 1999-2000》(頁138-158)。台北市：中華民國安寧照顧基金會。

- 李閏華 (1996, 3 月)。 安寧療護義務工作人員訓練方案計劃：馬偕紀念醫院二年執行經驗。《安寧照顧會訊》，20，22-27。
- 周希誠(2000, 12 月) 另類遊學—蘇格蘭安寧之旅小記。《安寧照顧會訊》，39，12-14。
- 林本炫 (2003)。 紮根理論研究法評介。在齊力、林本炫編，《質性研究方法與資料分析》(pp.171-197)。嘉義縣：南華大學。
- 林香君(1999) 混沌理論對心理改變歷程探究與諮商實務的啟發。《輔導學大趨勢》，295-324。台北：心理。
- 高瓊悅 (2000, 12 月)。 愛丁堡十日。《安寧照顧會訊》，39，21-23。
- 高碧月(2000) 安寧居家療護及死亡教育—社區式安寧療護。《安寧療護雜誌》，5 (1)，21-24。
- 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》。台北市：巨流圖書公司。
- 張荳雲 (1999)。 健康與醫療。在王振寰、瞿海源編，《社會學與台灣社會》(第十二章)。台北市：巨流。
- 張荳雲 (2002)。 家庭與健康。在《醫療與社會：醫療社會學的探索》(二版，第六章)。台北市：巨流。
- 張淑美 (2001, 9 月)。 「生死本一家」—死亡教育是臨終教育還是生命教育？。《安寧照顧會訊》，42，25-27。〔轉載自張淑美編著(2001) 導言。《中學「生命教育」手冊》。台北市：心理。〕
- 基金會拜訪合約醫院加強觀念溝通 (1992, 6 月)。《安寧照顧會訊》，5，第 1 版。
- 畢恆達 (1996)。 詮釋學與質性研究。在胡幼慧主編，《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》，(第 2 章，頁 27-45)。台北市：巨流。
- 陸金竹 (2002)。《安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討》。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 陳佩如(2000, 12 月) 安寧療護蘇格蘭研習營之我見。《安寧照顧會訊》，39，17-18。

- 陳明麗 (2000, 12月)。靈性之旅。《安寧照顧會訊》, 39, 19-20。
- 趙可式 (1999, 3月)。安寧療護的起源與發展。《北市衛生》, 45, 8-13。
- 趙可式 (2003a)。《康泰安寧療護手冊》(2nd ed.) [小冊子]。台北市：康泰醫療教育基金會。
- 趙可式 (2003b)。《安寧之願：善終是我們可以選擇的一認識「安寧緩和醫療條例」》 [小冊子]。台北市：康泰醫療教育基金會。
- 鈕則誠 (1999, 11月)。生死學、生命倫理學與生死教育。《安寧療護雜誌》, 14, 33-39。
- 鄒川雄 (2003)。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。在齊力、林本炫編, 《質性研究方法與資料分析》(pp.19-54)。嘉義縣：南華大學。
- 蓮花會刊 (1995, 10月)。將缺憾還諸天地—賀台大緩和醫療病房成立。《蓮花會刊》, 1。
- 蓮花會刊 (1996, 4月)。癌症患者之緩和醫療：談台北市立忠孝醫院安寧病房之設立及其照顧。《蓮花會刊》, 1。
- 蓮花會刊 (1997, 6月)。第三梯次蓮花志工進階課程在台大六A病房實務見習。《蓮花會刊》, 1。
- 劉明麗 (1992, 12月)。見習英國安寧院有感。《安寧照顧會訊》, 7, 第12-16版。
- 潘淑滿 (2003)。《質性研究---理論與應用》。台北市：心理。
- 鄭玲惠 (1993, 6月)。英國人文社會之我見。《安寧照顧會訊》, 9, 第5-9版。
- 蔡佩真 (2000, 3月)。安寧與我, 邂逅蘇格蘭。《安寧照顧會訊》, 36, 6-10。
- 蔡佳螢 (2001)。《安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究》。未出版之碩士論文, 東海大學社會工作學系碩士班, 台中市。
- 蔡美惠 (1999, 5月)。安寧志工招募、訓練與服務—以台北榮總運作模式為例。《安寧療護雜誌》, 12, 21-25。
- 蔡昌雄 (1999, 1月)。科技理性與精神靈性：當代臨終關懷的內在困境。《中央應用倫理研究通訊》, 33-36。
- 蔡昌雄 (2002)。促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的

- 護理人員為例。在《南華大學第二屆「現代生死學理論建構」學術研討會論文集》。
嘉義縣：南華大學。
- 蕭新煌(2000)。基金會在台灣的發展歷史、現況與未來的展望。在官有垣總策劃,《台灣
的基金會在社會變遷下之發展》,(第1章,頁13-22)。台北市：洪建全基金會。
- 賴允亮(1998,9月)。往下紮根 向上結果。《安寧照顧會訊》,30,6-8。
- 賴允亮(2004)。打造台灣安寧照顧系統。《安寧療護雜誌》,9(1),21-27。
- 魏書娥(2003)。生/死建構的社會學考察。《生死學研究》。嘉義縣：南華大學
生死學系。
- 魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004,11月)。安寧緩和療護理念與醫學根源。《安寧療護
雜誌》,9(4),407-416。
- 魏書娥、林姿妙(2005)。心理師與社工師在安寧療護團隊中的角色關係—以某醫學中
心的安寧團隊為例。在《南華大學第五屆「現代生死學理論建構」學術研討會論
文集》。嘉義縣：南華大學。(已接受刊登於《生死學研究》第四期)
- 蘇秋雲(2002)。《安寧照顧志工照顧經驗及其生命意義之探討》。未出版之碩士論文,
慈濟大學社會工作研究所,花蓮市。
- 蘇絢慧(2001,6月)。與死亡再度相遇。《安寧照顧會訊》,41,44-46。

翻譯文獻

- Berger, P. L. & Luckman, T.著(1991)。《知識社會學：社會實體的建構》(*The social construction of reality*)(鄒理民譯)。台北市：巨流。
- Calhoun, C., Light, D., & Keller, S. (2002)《社會學》(*Understanding sociology*)。台北市：雙葉。
- Macduff, N.著(2001)。《志工招募實戰手冊》(*Volunteer recruiting and retention: A marketing approach*)(魏希聖譯)。台北市：張老師。(原作1996年出版)
- McCurley 和 Lynch(2000)著(2000)《志工實務手冊》(*Volunteer management: Mobilizing*

all the resources in the community)(李淑珺譯)。台北市：張老師。(原作1996年出版)

Strauss, A. & Corbin, J.著(1997)《質性研究概論》(Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques)(徐宗國譯)。台北市：巨流。(原作1990年出版)

網路文獻

2002年6月全民健康保險住院安寧療護整合性照護試辦醫院名單。

<http://www.nhi.gov.tw/07information/news/data/91/news0611-1.doc>

行政院衛生署(2003)。臺灣地區醫院醫療服務量統計---佔床率。上網日期：2003年8月27日。網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/醫療服務量現況及服務結果摘要/91摘要表/表18.xls>

行政院衛生署(2004)。臺灣地區92年主要死亡原因。上網日期：2004年10月10日。

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/92年/表1.xls>

安寧照顧基金會(2004)。成立簡介及宗旨。上網日期：2004年10月21日。網址：

<http://www.hospice.org.tw/intro/profile.htm>

志願服務法(2001)。上網日期：2006年4月19日。網址：

<http://www.enpo.org.tw/www/IJEN/%E5%BF%97%E9%A1%98%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%B3%95%E7%B6%B2%E9%A0%81.htm>

英文文獻

Ajemian, I. (1993a). The interdisciplinary team. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (chap.2.2, pp.17-27). New York: Oxford.

- Ajemian, I. (1993b). Training of volunteers in palliative care. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald(Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine*(chap.21.6, pp. 799~801). New York: Oxford.
- Buckland, P. (1997). Hospice in Southern Africa. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (chap. 4, pp.41-50) . New York: Springer.
- Caldwell, J. & Scott, J. P. (1994, March/April) . Effective hospice volunteers: Demographic and personality characteristics. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 40-45.
- Scott, J.P. & Caldwell, J. (1996). Needs and program strengths: perceptions of hospice volunteers. *The Hospice Journal*, 11(1), 19-30.
- Chung, L. S. T. (1997). The hospice movement in Chinese society: A Hong Kong experience. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (chap. 19, pp.206-214) . New York: Springer.
- Claxton-Oldfield, S., Jefferies, J., Fawcett, C., & Wasylkiw, L. (2004). Palliative care volunteers: Why do they do it ? *Journal of Palliative Care*, 20(2), 78-74.
- 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*(chap.12, pp.157-172). Grand Rapids, Mich. : Eerdmans.
- Craig, M. (1994, March/April) . Volunteer services. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33-35.
- Cummings, I. (1998a). The interdisciplinary team. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (2nd ed.)(chap.2.2, pp.19-30). New York: Oxford.
- Cummings, I. (1998b). Training of volunteers. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. McKonald

- (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (2nd ed.)(chap.21.6, pp. 1221-1224). New York: Oxford.
- Dein, S. & Abbas, S. Q. (2005). The stresses of volunteering in a hospice: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 19(1), 58-64.
- Doyle, D. (2002a). The training and education of volunteers. In D. Doyle (Ed.), *Volunteers in hospice and palliative care: A handbook for volunteer service managers* (chap. 5, pp. 52-79) . New York: Oxford.
- Doyle, D. (2002b). The support of volunteers. In D. Doyle(Ed.), *Volunteers in hospice and palliative care: A handbook for volunteer service managers* (chap. 6, pp. 80-92) . New York: Oxford.
- Doyle, D. (2002c) . Volunteers working in a comprehensive palliative care service. In D. Doyle(Ed.), *Volunteers in hospice and palliative care: A handbook for volunteer service managers* (chap.7, pp. 93-110) . New York: Oxford.
- Field, D., & Johnson,I, (1993). Volunteers in the British hospice movement. In D. Clark (Ed.), *The Sociology of death: theory, culture, practice* (pp.198-217) . UK: Oxford.
- Glaser, B. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social problems*, 1, 436-445.
- Gordon, A. S. (1997). The patients assistance league and service (P.A.L.S.) . In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (chap. 6, pp.61-72) . New York: Springer.
- Jackson, A. & Eve, A. (1997). Hospice in Great Britain. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene*(chap. 13, pp.143-150). New York: Springer.
- Jaramillo, I. d. (1997). Fundacion Omega: Colombia. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (chap. 8, pp.86-100) . New York: Springer.

- Kavanagh, E.(1983). Volunteers in hospice. In C. A. Corr & D. M. Corr(Eds.), *Hospice care: Principles and practice* (chap. 16, pp.209-222) . New York: Springer.
- Korda, L. J. (1995). The benefits of beneficence: Rewards of hospice volunteering. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 11(5), 14-18.
- Lattanzi, M.E.(1983). Learning and caring: Education and training concerns. In C. A. Corr & D. M. Corr(Eds.), *Hospice care: Principles and practice*(chap. 17, pp.223-236). New York: Springer.
- Lella, J. W. (1997) .Death walks the wards: dying in the hospital. In J. D. Morgan (Ed.) , *Readings in thanatology* (chap.9, pp.117-140) . Amityville, New York: Baywood.
- Leete, E. B. (1994, March/April) . Becoming a hospice volunteer. *The American Journal of Hospice & Palliative care*, 10(2), 27-32.
- Mount, B. (1997). The Royal Victoria Hospital palliative care service: A Canadian experience. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (chap. 7, pp.73-85) . New York: Springer.
- Payne, S. (2001) . The role of volunteers in hospice bereavement support in New Zealand. *Palliative Medicine*, 15, 105-115.
- Salamagne, M. (1997). Hospice in France. In D. C. Saunders, & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene*(chap. 12, pp.130-142). New York: Springer.
- Saunders, D. C. (1997). Hospices worldwide: A mission statement. In D. C. Saunders & R. Kastenbaum (Eds.), *Hospice care on the international scene* (p.3-12) . New York: Springer Publishing Company.
- Saunders, D. C. (2002). Foreword. In D. Doyle (Ed.). *Volunteers in hospice and palliative care: A handbook for volunteer service managers*. New York: Oxford university press.
- Saunders, D. C. (2004). Foreword. In D. Doyle, G. Hanks, N. Gherny & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed.). New York: Oxford University Press Inc.

- Scott, J.P. & Caldwell, J. (1996). Needs and program strengths: perceptions of hospice volunteers. *The Hospice Journal*, 11(1), 19-30.
- Siebold, C. (1992). An introduction to the hospice movement. *The hospice movement* (p.1-11). New York: Twayne Publishers. Toronto: Maxwell Macmillan Canada. New York, Oxford, Singapore, & Sydney: Maxwell Macmillan International.
- Stephany, T. (1984) . Identifying roles of hospice volunteers. *The American Journal of Hospice Care*, 1(3), 6-7.
- Wylie, N. A., Dayringer, R., & Davidson, G. W.(1985). Training an interdisciplinary team. In G. W. Davidson (Ed.) , *The hospice: Development and administration* (2nd ed.)(chap. 4, pp.74-96) . New York: Hemisphere. (Original work published 1978) .
- Wilson, P.E. (2000, March/April). Hospice volunteer training: Making the experience more meaningful. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 107-110.
- World Health Organization (2002) . Palliative care. Retrieved September 26, 2004, from <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Young, Y. (1995). School as the epitome of the society: Education and social change in Taiwan. In Gerard, A. P., & Lee, W. O. (Eds), *Social change and educational development*. The University of Hong Kong Press, pp. 120-129.

表三-1 2002年6月全民健康保險住院安寧療護整合性照護試辦醫院名單

醫院名稱	備註
台北區域	
台大醫學院附設醫院（緩和醫療病房）	
台北榮民總醫院（大德病房）	
馬偕紀念醫院（安寧療護教育示範中心）	
國防醫學院三軍總醫院（寧境病房）	
天主教耕莘醫院（聖若瑟之家）	
台北市立忠孝醫院（祥和病房）	
北區區域	
行政院衛生署桃園醫院（安寧病房）	
桃園榮民醫院（安寧病房）	
中區區域	
中山醫學大學附設醫院（安寧病房）	
台中仁愛綜合醫院（緩和醫療病房）	
南區區域	
成功大學醫學院附設醫院（緣恩病房）	
天主教聖馬爾定醫院（懷正紀念病房）	
慈濟醫院大林分院（心蓮病房）	2000年11月成立
新樓醫院（馬雅各紀念病房）	
嘉義基督教醫院（戴德森紀念病房）	
高屏區域	
高雄榮民總醫院（崇德病房）	
天主教聖功醫院（聖方濟之家）	
屏東基督教醫院瑞光分院（傳愛之家）	2000年7月成立
東部區域	
佛教慈濟綜合醫院（花蓮）（心蓮病房）	
基督教門諾會醫院（安寧病房）	* 病房暫時關閉
註：以上是依區域、醫院等級，以及筆劃數來陳列。	

製表人：林姿妙

表四-3-1 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「簡介安寧療護層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	上課總 次數
安寧療護 發展史	F / I / J / O / P / S	D / F / J ₂ / L ₃ / T	P / V	A / F / I / J ₂ / K / L / V	A / C / E ₂ / G / I / V	J ₂ / L / R / V	A ₂ / O / P ₂	41
安寧療護 概論	F / I / O	D / F / L ₂ / T	V ₂	L / V	F / G / I / V	F / J / V	P	20
電影賞析		L	V	A / F / L / V	V	G ₂ / R / V		11
安寧居家 照護			V	J / V	V / C	C / V / J	P	9
醫病倫理	O / P	L	P / V	J			P	7
安寧緩和 醫療條例				L	A / F	G	O	5

註：

1、由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：

- (1) 「安寧療護發展史」內容包括安寧療護的歷史、現況、展望及在該醫院的發展概況等。
- (2) 「安寧療護概論」內容包括「安寧療護理念」、「癌末病患之整體疼痛」、「安寧療護之身心靈照顧」、「解讀善終 安樂死或安樂活」等課程。

2、上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。

製表人：林姿妙

表四-3-2 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「安寧志工角色層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	上課總 次數
安寧志工 角色	F ₂ /I/J/ O/P ₂ / S	D ₂ /F/L /T ₂	P ₃ / V ₂	A/F/I ₃ / V	A ₂ /E/F/ G/I/V	L ₂ /N/R/ V ₄	A/ O/P	43
安寧志工 服務倫理	F/P ₂ /S	D/F/J /L ₂ /T	P ₂ / V	A/F/I/J /K	A/C/E/ F/G	F/N/R/ V ₂	A ₂ /O /P ₂	33
安寧志工 經驗分享	F/P	D/L	P/ V	F/I/J/K /L/V	E	F/G/J/L /R/V	O	20
環境介紹	I/P	J/T	P/V	I/J/V	A/V ₂	C/J/N/V	A/P	18
記錄撰寫				I		C		2
志工職前 訓練				H		H		2
<p>註：</p> <p>1、由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：「安寧志工角色」內容包括「安寧志工的服務內容」、「助人者的心理準備~應有的人格特質」、「助人歷程與概念」、「助人的技巧與倫理」、「如何扮演好志工」、「自我了解與自我肯定」、「志工如何照顧癌末病人家屬」等課程。</p> <p>2、上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。</p>								

製表人：林姿妙

表四-3-3 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「身體照顧層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	上課總 次數
末期病人身體症 狀與照顧	F ₂ / I ₃ / J / O / P ₂ / S	D ₂ / F ₂ / J ₂ / L ₄ / T	P / V	A ₃ / F ₂ / J ₂ / K / L/ V	A ₅ / C / E / F ₂ / G ₃ / V	F ₂ / J ₂ / R ₂ / V ₂	A / O ₂ / P	58
癌末病人身體照 顧的基本技術	F / I ₅	D	P / V	J / L / V	C ₂ / E ₂ / I / V	C ₂ / J ₂ / R / V	O / P ₂	27
輔助療法	F / P ₂	L	P		V	C	P	8
瀕死症狀之認識					I / V	C / R / V		5

註：

1、由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：

(1) 「末期病人身體症狀與照顧」內容包括「末期照顧常見的症狀及處理」、「安寧療護之身體照顧」、「安寧病患的疼痛控制」、「安寧療護之醫療照顧」、「身體正常與異常癥象之處理」、「安寧病人的生理需要與照顧」、「安寧病患的營養照顧」等課程。

(2) 「癌末病人身體照顧的基本技術」內容包括「病人的舒適翻身擺位」、「口腔護理」、「病人的身體清潔」、「協助病患盥洗」、「如何使用洗澡機」、「輔助器具之使用」等課程。

(3) 「輔助療法」內容包括「精油按摩」、「經穴按摩」、「身體按摩」、「美足護理」。

(4) 「瀕死症狀之認識」內容包括「臨終四十八小時 徵候與處置」。

2、上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。

製表人：林姿妙

表四-3-4 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「心理與社會照顧層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	上課總 次數
心理與社會照 顧	F / I / J / O / P / S	D / F / J / L / T ₂	V	A / F / I / J / K / L / V	A / C ₂ / E / F / G / V	F ₂ / G / J / N ₂ / V	A / O ₂ / P ₂	39
病人家屬之心 理需求與照顧	O	T	P / V	I ₂ / V	A / C / V	L / R / V		13
癌症病人的心 路歷程	S			J	A / I	J ₂		6

註：

1、由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：

- (1) 「心理與社會照顧」內容包括「心理照顧」、「社會照顧」、「癌末病患與家屬的互動」、「死亡壓力下之家庭溝通」、「安寧療護社會資源介紹」、「家庭社會系統評估」、「認識醫務社會工作」等課程。
- (2) 「病人家屬之心理需求與照顧」內容包括「從家庭系統看親人的離去與適應」、「了解病患及家屬的心理動力」、「病人家屬的心理與靈性照顧」等課程。
- (3) 「癌症病人的心路歷程」內容包括「癌末病患心理特質與溝通技巧」、「癌末病患的情緒壓力調適」、「如何賦予病人希望」等課程。

2、上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。

製表人：林姿妙

表四-3-5 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「靈性照顧層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	上課總 次數
靈性照顧	F / I / J	D / F / J	P / V	A / F / J ₂ / K / L / V	A / C / F / G / I / V	F / J ₂ / N ₂ / V	P	28
不同宗教的靈性照顧 及其喪葬風俗	O ₂ / P ₄	D ₃				N / R / V	O ₃	15
靈性關懷宗教人員入 門課程 (20~21 小時)			H	H				2

註：

- 由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：「不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗」內容包括「天主教、回教、佛教、基督教（以筆劃數順陳列）及風俗民俗信仰的靈性照顧及其喪葬風俗」、「靈性關懷與覺性關懷之異同」等課程。
- 上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。

製表人：林姿妙

表四-3-6 1997 至 2003 年各醫院安寧志工職前教育訓練課程概況

「臨床應用知識、技巧及情意調適層面」的相關課程

課程內容	1997	1998	1999	2000	2001	2002	上課總 次數
同理心/溝通/傾 聽技巧	F / I ₄ / J ₂ / O / P	D / F ₂ / L		A / J / V	A / C / F / V	G / J / R / V	24
如何接觸癌末病 人及家屬	F / I ₂ / P / S	D / F / L / T	V	I ₂ / J / K / V	I ₂ / V	V ₂	20
生死學概論	F / I / J / S	J / T	V	A / F / J / V	G / I	J ₃	16
自我覺察與調適	F / I ₂ / J / P	J / L ₂	V	I / L	F	F / G	14
悲傷輔導概念	J	F / J ₃ / T		J	C / V / E	G / R	12
常見諮詢問題與 回覆技巧	F ₂ / P			A / F	A / E	F	8
病情告知			V	I / V	V	G / V	6

註：

1、由於各醫院開列之課程，雖然內容大同小異，但名稱不盡相同，因此將類似的課程歸類，並以一個名稱來統括，統括之內容概述如下：

- (1) 「同理心與溝通」內容包括「溝通與初層次同理心」、「基礎同理心」、「溝通技巧 傾聽」、「基本助人技巧訓練」等課程。
- (2) 「如何接觸癌末病人及家屬」內容包括「會談技巧」、「如何與病患建立關係」等。
- (3) 「生死學概論」內容包括「生命價值與死亡」、「生命的歷程與面對死亡的態度」、「生命的探索」等課程。
- (4) 「自我覺察與調適」內容包括「自我探索」、「悲傷的自我探索及調適」等。
- (5) 「悲傷輔導概念」內容包括「悲傷關懷」、「輔導原則與技巧」、「角色演練」、「悲傷輔導」等。
- (6) 「常見諮詢問題與回覆技巧」內容包括「值班遭遇到的問題討論」。

2、上表有的是同類的課，以不同名稱分為二個以上的課程數來上，此表以下標的方式標明開課次數。另有相似的課合為一堂來上，類此，未免繁複，故未加標示。

製表人：林姿妙

表四-3-7 各醫院規劃之安寧志工職前教育訓練課程總時數及培訓期概況表

表四-3-7-1 「總時數」概況表

順序	年度	醫院	總時數
1	89	I	66 小時
			104 小時(含選修)
2	86	P	74 小時
3	92	P	58 小時
4	86	F	57 小時
5	87	J	55 小時
6	88	P	52 小時
7	88	V	52 小時
8	91	V	51 小時
9	92	C	51 小時
10	89	V	49 小時
11	92	A	48 小時
12	91	J	46 小時
13	90	V	43 小時 30 分
14	86	J	42 小時
15	90	I	42 小時
16	91	R	36 小時
17	91	G	36 小時
18	90	C	31 小時
19	89	H	24 小時 30 分
20	90	A	24 小時
21	89	A	23 小時
22	87	D	22 小時 30 分
23	86	I	21 小時 30 分
24	86	O	20 小時
25	88	H	20 小時
26	90	E	18 小時
27	92	O	18 小時
28	87	T	16 小時
29	91	C	15 小時
30	89	K	7 小時
31	91	H	3 小時

表四-3-7-2 「培訓期」概況表

順序	年度	醫院	培訓期
1	86	P	6 (月)
2	89	J	6 (月)
3	90	I	6 (月)
4	92	C	6 (月)
5	92	P	6 (月)
6	87	J	4 (月)
7	90	C	4 (月)
8	91	G	4 (月)
9	91	J	4 (月)
10	92	A	4 (月)
11	86	J	3 (月)
12	88	P	3 (月)
13	89	V	3 (月)
14	90	V	3 (月)
15	91	V	3 (月)
16	86	F	2.5 (月)
17	88	V	2.5 (月)
18	89	I	2 (月)
19	87	D	7 (週)
20	86	I	5 (週)
21	86	O	5 (週)
22	91	C	5 (週)
23	87	T	3 (週)
24	89	A	2 (週)
25	90	A	2 (週)
26	90	E	2 (週)
27	92	O	2 (週)
28	86	S	1 (週)
29	89	H	4 (天)
30	89	K	1 (天)
31	91	H	1 (天)

製表人：林姿妙

表四-3-8 安寧志工職前教育訓練課程的三種規劃趨勢

表四-3-8-1 課程總時數由少轉多

年度	醫院	時數
89	<u>A</u>	23 小時
90	<u>A</u>	24 小時
92	<u>A</u>	48 小時
86	I	21 小時 30 分
89	I	66 小時
90	I	42 小時

製表人：林姿妙

表四-3-8-2 課程總時數維持穩定的多

年度	醫院	時數
86	J	42 小時
87	<u>J</u>	55 小時
91	J	46 小時
86	<u>P</u>	74 小時
88	<u>P</u>	52 小時
92	<u>P</u>	58 小時
88	V	52 小時
89	V	49 小時
90	V	43 小時 30 分
91	V	51 小時

製表人：林姿妙

表四-3-8-3 課程總時數由多轉少

年度	醫院	時數
88	<u>H</u>	20 小時
89	<u>H</u>	24 小時 30 分
91	<u>H</u>	3 小時
87	L	14 小時
88	L	15 小時
91	L	6 小時

製表人：林姿妙

表四-3-9 安寧志工職前教育訓練各類課程總上課次數、時數對照表 總次數順列表

	課程內容	總次數	總時數
1	末期病人身體症狀與照顧	58	88 小時 15 分
2	安寧志工角色	43	48 小時 50 分
3	安寧療護發展史	41	48 小時 40 分
4	心理與社會照顧	39	52 小時 00 分
5	安寧志工服務倫理	33	30 小時 50 分
6	靈性照顧	28	41 小時 40 分
7	癌末病人身體照顧的基本技術	27	47 小時 15 分
8	同理心/溝通/傾聽技巧	24	123 小時 30 分
9	如何接觸癌末病人及家屬	20	40 小時 15 分
10	安寧志工經驗分享	20	23 小時 50 分
11	安寧療護概論	20	21 小時 05 分
12	環境介紹	18	20 小時 20 分
13	生死學概論	16	28 小時 20 分
14	不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗	15	22 小時 10 分
15	自我覺察與調適	14	58 小時 15 分
16	病人家屬之心理需求與照顧	13	21 小時 20 分
17	悲傷輔導概念	12	49 小時 40 分
18	電影賞析	11	27 小時 10 分
19	安寧居家照護	9	12 小時 30 分
20	常見諮詢問題與回覆技巧	8	15 小時 35 分
21	輔助療法	8	10 小時 25 分
22	醫病倫理	7	8 小時 50 分
23	癌症病人的心路歷程	6	9 小時 30 分
24	病情告知	6	7 小時 55 分
25	瀕死症狀之認識	5	8 小時 30 分
26	安寧緩和醫療條例	5	6 小時 30 分
27	志工職前訓練	2	6 小時 00 分
28	會談記錄撰寫	2	5 小時 10 分
29	護理人員與團隊之運作	2	2 小時 00 分
30	靈性關懷宗教人員入門課程	2	41 小時 00 分
31	合 計	514	927 小時 20 分

製表人：林姿妙

表四-3-10 安寧志工職前教育訓練各類課程總上課次數、時數對照表 總時數順列表

	課程內容	總次數	總時數
1	同理心/溝通/傾聽技巧	24	123 小時 30 分
2	末期病人身體症狀與照顧	58	88 小時 15 分
3	自我覺察與調適	14	58 小時 15 分
4	心理與社會照顧	39	52 小時 00 分
5	悲傷輔導概念	12	49 小時 40 分
6	安寧志工角色	43	48 小時 50 分
7	安寧療護發展史	41	48 小時 40 分
8	癌末病人身體照顧的基本技術	27	47 小時 15 分
9	靈性照顧	28	41 小時 40 分
10	靈性關懷宗教人員入門課程	2	41 小時 00 分
11	如何接觸癌末病人及家屬	20	40 小時 15 分
12	安寧志工服務倫理	33	30 小時 50 分
13	生死學概論	16	28 小時 20 分
14	電影賞析	11	27 小時 10 分
15	安寧志工經驗分享	20	23 小時 50 分
16	不同宗教的靈性照顧及其喪葬風俗	15	22 小時 10 分
17	病人家屬之心理需求與照顧	13	21 小時 20 分
18	安寧療護概論	20	21 小時 05 分
19	環境介紹	18	20 小時 20 分
20	常見諮詢問題與回覆技巧	8	15 小時 35 分
21	安寧居家照護	9	12 小時 30 分
22	輔助療法	8	10 小時 25 分
23	癌症病人的心路歷程	6	9 小時 30 分
24	醫病倫理	7	8 小時 50 分
25	瀕死症狀之認識	5	8 小時 30 分
26	病情告知	6	7 小時 55 分
27	安寧緩和醫療條例	5	6 小時 30 分
28	志工職前訓練	2	6 小時 00 分
29	會談記錄撰寫	2	5 小時 10 分
30	護理人員與團隊之運作	2	2 小時 00 分
	合 計	514	927 小時 20 分

製表人：林姿妙

南華大學生死學研究所碩士論文

臺灣地區安寧緩和療護志工生死教育訓練課程規劃理念之研究

深度訪談同意函

- 1、我_____志願參與研究探討現行臺灣地區安寧志工生死教育訓練課程的規劃理念碩士論文計畫，並且有權隨時停止研究參與者的身份。
- 2、相關研究程序載於「研究程序說明書」(見附件 1)。
- 3、在文本的效度檢核上，我同意訪談結束後協助研究者確認其分析性語言確實掌握了我的真實意思。如果有任何疑議，我有權利要求研究者作進一步的說明。
- 4、為了保護我的隱私與權益，研究者當遵守研究倫理，不可以將我個人的名字及資料，單獨的呈現於任何資料之中，若基於研究需要，亦需採不可辨識之方式標示。

研究參與者_____簽名

研究者_____簽名

2004 年 _____ 月 _____ 日

研究程序說明書

首先，感謝您願意參與臺灣地區安寧緩和療護志工生死教育訓練課程規劃理念之研究，您的參與對規劃理念之研究，具有如實及客觀呈現之作用。在此再次對您表示致謝之意。

本研究的題目是「臺灣地區安寧緩和療護志工生死教育訓練課程規劃理念之研究」，研究者是採紮根理論研究法進行研究，立基的資料，則以深度訪談作為主要的資料來源。因此，在訪談方面，會有以下的步驟：

- 一、請填寫「『臺灣地區安寧緩和療護志工生死教育訓練課程規劃理念之研究』深度訪談同意函」，並於兩份同意函上簽名，分別由研究參與者及研究者保存。
- 二、深度訪談的次數視理論飽和度需要，徵得受訪者同意後，將至少進行一次。
- 三、每次訪談的時間以 1~1.5 小時為限，過程中將進行訪談錄音，並會將訪談錄音謄寫成逐字稿，研究結束後 1~2 個月內會將錄音消除。
- 四、在訪談結束後，基於研究效度，會請研究參與者針對文字稿進行檢核。
- 五、研究結束後，如蒙不棄，將贈送拙作，以表達研究者感謝之意。

南華大學生死學研究所

指導教授 魏書娥老師

研究生 林姿妙敬上

「臺灣地區安寧緩和療護志工生死教育訓練課程規劃理念之研究」

深度訪談大綱

壹、核心議題

- (一) 請問您覺得安寧志工的服務範圍有那些？安寧志工的角色與其他醫療志工角色的差異性在哪裡？
- (二) 請問貴醫院安寧志工教育訓練課程的目標及目的是什麼？
- (三) 請問貴醫院的安寧志工教育訓練課程包含哪些內容？
- (四) 請問您認為什麼樣的安寧志工比較適合從事特殊的直接服務（如悲傷/喪慟關懷、音樂/美術治療等）？（有沒有年資上的限制？）

貳、相關議題

- (一) 請問您覺得什麼樣的人比較適合擔任安寧志工的角色？
- (二) 請問貴醫院如何協助新進安寧志工的適應問題？
- (三) 請問貴醫院如何處理安寧志工與團隊間的資訊統合問題？
- (四) 請問貴醫院如何組織與運用安寧志工（監督、支持、與繼續教育）？