

災難重建專業助人者:人文關懷的訪談技巧實踐

駱慧文^{博士}

人文關懷精神及人道主義

本文「人文主義」在可定義為「人本主義」或「人道主義」。無疑地，「人文關懷」是一切「人文主義」的終極目標。從學理上說，「人文主義」是一種具有深遠意義的文化意識之表現，這「人文主義」思維模式，即以「人」為主體，從人類的經驗、理解力、人類的追求、關懷人生命等多元文化觀點出發的思維模式。換言之「人文主義」與「人文精神」雖然也有密切的關係，但是兩者卻有明顯的差異。從學理上說，「人文主義」是一種具有深遠意義的文化意識之表現，亦就當災難發時，於聯合國大會 46/182 決議案，可由政府及非政府人道主義機構，依據《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》聯合國機構奉行的人道主義原則，進行人道救援。而依據原則執行的人，在災難事件處理概念及行動過程則被期許具有人文精神意涵。就如：史懷哲是「人道主義者」，是說他在執行專業對人類生命的重視，犧牲奉獻的精神投入醫業，不重視個人的生活，專注在濟世救人以人文、利他的精神關懷他人，而盡心盡力執行人類生命救助業務。由此可見，目前在所謂「人文主義」，其意義是「人文精神」模式，以人類為中心，從人類的主體經驗、同理處境、人類的真理追求、關懷人群服務為己任，以倫理準則為最高標準觀點的思考模式應用實踐。

維基百科指出從學理上說，「人文主義」模式，以人類為中心，從人類的經驗、理解力、人類的追求、關懷人生等觀點出發的思維方式。人文主義」是一種具有深遠意義的文化意識之表現，而在這樣專業助人工作者，被期許具有人文精神及人文主義理念，則執行助人的行動就會有較高的效能。當然，這樣理念在後現代的人文主義者提出一些重要論述：

Rogers 提出對人們的改變及成長會有些強烈的興趣。因此，他主要理念是試著以有組織的方式來呈現，有關『當事人為中心』的治療理念。這理論主要可拓展至人群服務；專業助人對象則包括任何人，不管族群正常與異常行為都是，並描述朝向充分潛能發揮的個人成長。

而另一個人本主義者 Maslow 對人性的正面觀點與 Rogers 一致，也就是人本論（強調人性尊嚴與重視個人自由及個人價值）。Maslow 也強調自我實現是正常人們的需求和特性。而這些存在主義與當事人中心都強調自由、抉擇、個人價值及自我責任的重要性。因此，當本文作者認為：若以遭遇災難事件災民為服務對象時，可應用 Rogers 重視存在主義中「你-我」對話的觀點，及對「此時此刻的存有經驗」的敘說強調主體需求、個別差異性及互動溝通歷程至思考問題解決。

名詞定義

- 1.人文：1. 關懷災後人類社會的處境各種文化現象：人文科學人文景觀；指強調以人為主體，尊重人的價值，關心人的利益的思想觀念。
2. 人文精神：一種主張以人為本，重視人的價值，尊重人的尊嚴和權利，關懷

人的現實生活，追求人的自由、平等和解放的思想行為。

3.人文科學：原指區別於神學的同人類利益相關的學問，後來一般指研究社會現象和文化藝術的科學。

4.人文主義：歐洲文藝復興時期的主要思潮，反對宗教教義和中古時期的經院哲學，提倡學術研究，主張思想自由和個性解放，肯定人是世界的中心。是資本主義萌芽時期的先進思想，但缺乏廣泛的民主基礎，有很大的局限性。

5.人道主義：起源於歐洲文藝復興時期的一種思想體系。

6.提倡關懷人、尊重人、以人為中心的世界觀。法國資產階級革命時期，把它具體化為“自由”“平等”“博愛”等口號。它在資產階級革命時期起過反封建的積極作用。

7.「災難」牛津簡明字典對災難的定義是「一場巨大而突然的不幸」，替社會環境和人為的變化作出之為「災難」。

8.專業助人者:本文指的是有特別專業背景訓練者，而工作是服務人群者，或有非常多的志願服務的助人實務經驗，而其助人者包括有:志工、社工、教師、心理師、護理師、醫師等專業工作人員。

災難歷程助人技巧及心理治療理論

李明亮(2001)根據世界衛生組織 (WHO) 對健康 (Health) 所下之定義，健康不只限於對疾病本身的預防及醫治，更包含了生理、心理與社會三個層次的完整

性。因此，除了緊急救災、建築道路及公共建設的重建外，災民面對家園破滅的浩劫、失去親人的悲痛、喪失工作的痛苦、經濟面的衝擊及生活上的劇變，心理層次的重建，更值得我們重視。

災難人群服務的基礎

災難發生後、每個人的經歷都不同，事實上，自我主動願意接受服務的人，一般而言都是適應還可以的人，在經歷災難之後身心遭受嚴重的壓力影響，但在正常情況下通常還有適當功能。的確，可能有些人災前已有情緒困擾，而災難的重大驟變可能激發個案的精神疾病。不過，我們的工作不在直接治療有嚴重困擾的人，而是認清其需求並幫助他們接受專業照護。

大部份的工作一開始是提供壓力下的正常人較具體的幫助，比如可用服務的資訊、如何獲得保險受益與貸款、向政府機關申請協助、健康照護，托嬰交通等。

有些最重要的幫助可能只要做到聆聽，願意洗耳恭聽，及表達關切。

吳英章指出災難後心理衛生在人群服務工作，應重視多元個體其原則性的說明與具體的應用。當原則是明確的，則達到目標的手段應因地制宜。希望未來可以建立對「意外災難」有準備的社會，專業助人者如能落實人道主義關懷相信可以帶給台灣更好的災難的準備。

如何有效協助受災難催殘居民:人文關懷的訪談技巧

災難發生使得受災區的居民在生理、心理、社會環境的存在狀態產生了影響；

尤其是無法回歸到正常性的生活，身體處境遭受到災害的破壞，人的內在心理不穩定因素增強，這歷程極易在人們的心靈上留下重創。因此，專業助人者除了應客觀準確了解災難事件的影響外，還應持人文主義關懷的精神，給受災害催殘的人們在精神上的撫慰和鼓勵。但事實上，在災難緊急救援、安置或重建階段，卻亦有一些專業助人者，出現只重視自己專業本位工作，因此無視當事人的主體性需求。救災工作只多以“利己”的專業資源，為的自己專業爭取工作機會服務。而輕忽整合無視人文關懷行動的現象。

本文著重就專業助人者或醫療服務人員的溝通技巧。如何在災難事件中表現出人文關懷行動，進行 Croal Rogers 的人文關懷語詞溝通策略。如何以“受災居民”的處境為中心的態度進行溝通分析，並有效協助解決問題。作者認為有效的災難專業醫療工作人員的溝通技巧，則應從傾聽受災居民歷程經驗敘說，同理人本態度，讓受災民眾思考解決問題，關懷受難者和人本特性的關注這三個方面進行災難關懷，讓受災民眾感受到社會大眾善心。面對災難事件處理過程中的人性光輝面和愛心，從而鼓舞災民們面對創傷及悲劇事件，能慢慢走出傷痛增強抗災信心，並以推動災後家園重建問題有效的妥善處理，專業維護社會穩定大局。

天災人禍從古至今始終挑戰人類，早在傳統社會的人其生存的最大敵人莫過於自然災難，但由於生態環境的變化不是很大，所以對人類造成的損失亦有限。可是放眼今日現代化的社會就不同，人類與大自然環境爭取活動空間，造成社會

環境的整個大自然生態失衡，因此人類在面對災難的機會亦越來越多，甚致一次比一次更為嚴重。再加上人類對大自然土地的濫砍，自然生態破壞亦日以劇烈，不節制的人類與自然環境的平衡關係亦不存在，因此，天災事故和災難往往造成人類更大的傷亡。近年來，世界 911 恐怖攻擊、台灣“921”地震事件、SARS、東南亞海嘯、禽流感、爪地馬拉火山爆發、智利礦難等災難事件頻頻闖入人類，這些對世界人類的生活衝擊影響很大。

這些突發性的災難事件造成的影響，並不僅止於人員傷亡、經濟損失，它造成的人類身心創傷間接損害健康同樣不可忽視。比如說，災害發生之後，災區民眾的生活節奏被打亂，心理所受到巨大衝擊，健康亦受影響如果處置失當，個人或社會有可能會出現社會心理危機。在這時，專業助人者的人類服務工作將受人矚目，特別是在災區重建生活陪伴和重建工作提出構建健康生活就相對重要，災區內的助人者包括有：志工、社工、教師、心理師、護理師、醫師等專業工作人員。這些專業助人者將如何在災難事件後協助災區居民生活重建工作，這將是一個長期工作；助人者如何主動關懷引導生活回歸健康，這將是很重要目標。災難的專業助人者如何有效訪談、如何評估處境、如何以個案為中心的治療策略、如何敘事、討論，推動突發事件的妥善處理，維護改革發展穩定大局，顯得越來越重要。

災難專業助人者主要人群服務理念。

災難=創傷壓力症候群?

在災難中，人通常有其韌性會不會崩潰?乃因人而異創傷壓力分成二類，一是一般壓力另一是悲傷壓力，受災難居民對壓力亦有些不同反應狀況的處理。當有些人壓抑心理情緒而鬱鬱寡歡而生活者，有些他們會因此投入助人工作並且自助又幫助別人。然而，每個人當挫折和失望累積起來，有不同反應比較嚴重的情緒反應便可能浮現了。當有人主動的關切會得到人們的回應。尤其災難後所面臨大壓力的人經常會覺得孤單，就好像他們是唯一出問題的人。如專業工作人員能藉著服務對他們表達關心，並主動投入解決問題，相信這會是一股力量、尤其專業助人者，我們可以提供寶貴的服務，且常可防止更嚴重的後續情緒困擾。

人也會為自尊而拒絕接受幫助。他們可能因為需要幫助而覺得有失體面，或者不想要外人的幫助。要把一個新的協助計畫帶進社區是需要圓熟和敏感，因此最好用社區裡的人當助人者，他們會被視為鄰居而非陌生人。

歷經災難的人類會產生“精神 & 心理”的問題?

在今日的社會大眾，仍有很多迷失存在把精神、心理衛生**標籤化**，災難經歷都會使人有失落或悲傷的心理情緒，但很多人在災難時刻，錯把人當「瘋了」或「失常」的方式在看待。因此，當專業助人者假如將協助當作在治療或跟心理衛生扯上關係，會令有些人害怕會被**標籤化**，因此拒絕陪伴或關懷。或許我們應新定義或採用字眼，比如災難恢復過程中，社區需要**有專業的人**提供精神和情感的支

持，而這些人稱為「人群服務助人者」、「復建助人工作者」、和「問題解決諮商者」。(Karanci,& Aksit,2000)其次是要理解災難後的症狀，病理化在情緒經驗、反應或警覺性，這逃避反應都會誤導而強化災民的壓抑，從下列的症狀呈現，專業助人者應有所文化敏感度，去理解不同處境有不同行為反應、心理現象和精神狀況的觀察表現，精神疾病的症狀和災難創傷壓力症候群的症狀，其實是大不同，專業助人者是有基礎知能，才能有效的處理否則會有反而會有不良影響效果。(江美惠、陳秋蓉 2010)

在美國精神醫學會出版的精神疾病診斷手冊第四版中定義為「是在暴露餘某種極度創傷性的壓力源之後發展出特徵性症狀」，而這些壓力源是個人直接經驗的某些事件包含：死亡或嚴重身體傷害的實際發生或威脅性，或威脅到自己身體的完整性。當受創者在經歷、目擊、或被迫面對到構成威脅的死亡或嚴重身體傷害的事件後，就會產生了症狀如下圖所列：

表 1:創傷後壓力症候群 (PTSD) 症狀

項目	災難的再次經驗 (Reexperiencing)	逃避反應 (Avoidance-response)	高度的警覺性 (Hyperarousal)
內	1.事件反覆痛苦地在夢中出現。 2.行為表現出像災難又再度發生或是感覺到回到事情發生的當時。 3.從當事人的表現、談話等線索顯示心中強烈的痛苦或出現生理上的反應與此次災難有關。	1.努力逃避與創傷有關的思想感覺或談話。 2.努力逃避會勾起創傷回憶的活動、地方或人們。 3.在回憶災害的重要部份時有困難。 4.對於重要活動明顯地降低興趣或減少參與 5.產生疏離感或與他人疏遠 6.情緒、情感減少。	1.難以入睡或無法沉睡 2.易怒或爆發憤怒 3.無法集中注意力 4.過度警覺。 5.過度的驚嚇反應。

容		7.對前途悲觀 (不期待未來的生活、婚姻、小孩、正常的壽命等)。	
---	--	------------------------------------	--

(災難與創傷心理資訊網 <http://www.psychology.org.tw/trauma/>)

災後重建第一步:培力創新服務學習的精神，自我健康生活管理

經歷災害後的族群，能量是須要重塑，跳脫傳統的思考模式。尤其是「助人工作者」必須準備面對不同族群、不同需求的個案，獨立行動在災難後的處境情況下工作。經歷災害催殘者是六神無主;不知如何是好，因此專業人員或志工是要主動關懷，是否不要坐待當事人自己來求助；要走出去到社區找他們。主動出擊或尋找個案的活動。包括走出專業辦公室和登門拜訪。當須思考是否符合健康生活。

災難社區的復原須以人為主體考量不同須求時地的需要

Karanci, & Aksit, (2000) 提出災難社區的復原須以人為主體考量不同須求，社區的復原需要隨著人、時、地、物改變，且會因為許多原因，隨地域不同而有所不同。

次文化尤其需要特別注意，以便迎合語言和種族所造成的獨特需求。

災難的不同階段也會呈現不同問題。

災難對孩童的身心影響與處置

項目	學齡前兒童	小學生	少年
	哭泣、吸吮手指、對內臟與膀胱缺乏控制、害怕獨處、害怕陌生人、焦躁不安、混	頭痛、或其他身體不舒服的抱怨、憂鬱、擔心天氣、缺乏安全感、混亂、不能專心、	極端壓抑悲傷、頭痛、或其他身體不舒服的抱怨、憂鬱、混亂、表現差、攻擊行

身心 反應	亂、固執、活動量小。	表現差、打架、從同儕關係中退縮。	為、退縮與孤立。
處置	畫圖、說故事、著色簿、閱讀災難與失落的書、娃娃、玩具的遊戲、團體遊戲、討論有關災難安全與自我保護。	畫圖、說故事、著色簿、閱讀災難與失落的書、玩有關災難的遊戲、比賽、學校讀書計畫、災難安全與自我、家庭保護。	故事、短文、閱讀災難與失落的書、玩有關災難的遊戲、比賽、自然、社會科學課程、災難安全與自我、家庭與社區的保護。

(資料來源：自 Farberow & Garen , 1995)

災難助人工作的倫理無論是天然的或是人為的災害，災難對人類而言都是一種傷害，所造成的是不同程度創傷，對人影響除了在生活層面外，還包括生理、心理層面的創傷，這樣衝擊更是一項無法預估的打擊。因此，災後的心理諮商與心理復健工作是助人專業工作者的一項重大任務與挑戰 (The Missouri Disaster Recovery Partnership 2009)

災後心理復健工作的倫理考慮主要包括下述議題 (Community Organizations Active in Disaster Manual (COAD))

1. 是否有相關災難助人專業訓練
2. 是否有持續的在職訓練與督導：在職訓練與督導對實施災後心理諮商與心理復
3. 是否維持良好的身心狀態：由於專業人員要陪同面對當事人的重大創傷與哀傷，對深入災區的專業人員而言，更會置身於惡劣的生活與情緒環境之中，專業

人員自身的身心健康狀態，要格外加以關切，要注意的重點包括健的專業人員而言，有其特別的需要，除能確保專業服務的品質，維護當事人權益之外，亦能提供對專業人員本身的專業成長、情緒支持與身心健康的監護。(Soliman & Rogge 2002)

尊重自主原則的倫理問題

在實施災後心理諮商與心理復健的初期，建立良好與安全的關係是必要的工作基礎，在實施災後心理諮商與心理復健時，不免要協助當事人去探討和回憶創傷的經驗，在面對創傷經驗之時，當事人會經歷痛苦與哀傷的過程，其中並有其潛在的危險，因此助人專業人員應注意的是適當實施知後同意的程序及其相關的考慮，重點包括：

(一) 尊重當事人的自由決定：應尊重當事人的意願並在當事人有適切的心理準備的情況下，以決定 1.在何時？2.以何速度？來探討與面對其創傷與痛苦經驗。

(二) 預告可能的結果：應在實施災後心理諮商與心理復健的初期，對當事人預告在災後心理諮商與心理復健所可能帶來的結果，包括：1.面臨痛苦與哀傷情緒的冒險；2.可能的收穫與協助效果。(Cosgrove, 2000)

(三) 告知災後心理諮商與心理復健的相關資訊：包括：1.助人者本身的專業背景；2.進行災後心理諮商與心理復健的次數、頻率與時間，3.保密與保密的例外，特別是助人專業人員的預警與通報責任等。

對於在災後緊急提供災後心理諮商與心理復健服務時，應考慮心理急救 (Psychological First Aid) 的及時協助概念，並應避免下述的行為 (陳淑惠 2007):

- 1.不要對災後的倖存者目前或先前經歷的事情作預先的假設；
2. 不要假定所有經歷災難者都一定會產生創傷；
- 3.不要對當事人加以疾病化：經歷災難者產生的多數急性反應是可理解與預期的，不要將其反應標定為「症狀」，或用諸如「診斷」、「疾病」、或「違常」等字眼來加以評定，「反應」是自然的未必是「症狀」的表現；
- 4.不要以駁斥或施惠的態度來對待倖存者，或者將焦點擺在其無助、軟弱、錯誤或失能的情形上，反之，應聚焦於他們在災難當時或現在所做的有效行為，或可能有助其他受困者的行為。看待其正向表現，可發揮增能(empower) 當事人的功能；(Zakour,2000).
- 5.不要假定所有倖存者都想和你談話或需要和你談話：以支持與鎮靜的態度身處現場，陪伴災民，便能協助災民感到較安全且更能因應；(Jaswal, 2000)
- 6.助人不要只要專業任務導向」或質詢般的詢問所經歷事情的細節(Hoff, & Rogge,1996). ; 7.不要臆測或提供錯誤與未經查證的資訊：如果不瞭解我們所被詢問的事情，應盡可能的去瞭解正確的事實。 上述的提醒極具參考價值，因為不適切的協助，有時比不協助更糟。

五、災難對專業與倫理價值的影響

災難實施助人工作時，首先專業助人者或志工心須有良好溝通能力，與安全的情境促使助人者能在災區服務有良好互動關係，即是專業工作的必要基礎，但基於實施災後生心理反應、健康生活適應，與心理復健的特殊工作型態，應特別注意：

(一) 尊重自主原則：尊重當事人的尊嚴與價值，以平等、關懷的態度對待所協助的當事人。

(二) 保密隱私的責任：助人者應以盡職、負責任的態度來提供協助，遵守有利原則專業協助健康的承諾，並與其他專業同僚互助合作，以提供當事人最好的協助。長期的陪伴通常是相當必要的協助策略。

(三) 有利的原則：以真誠的態度來從事協助工作，誠實的表白自己的專業資格與訓練背景，問題超出個人的能力範圍，應作好轉介的奉守避免當事人遭受傷害與維護其最大福祉的原則。

(四) 不傷害原則：實施災後心理諮商與心理復健的專業人員應有多元文化的倫理考慮，應尊重當事人的個人的、種族的、社會的、文化的(特別是有關生死的觀點)與精神的(特別是有關宗教的信仰)價值觀，避免價值觀的強加。(Public Health Leadership Society 2002)

六、公平正義的原則:倫理考慮

災難助人者須站在一個公平正義的原則，有利弱勢地位的人。幫助有需要的人即是公平分配資源分擔其問題、關心處境和焦慮——有時候會牽涉到私密的細節。

沒有太感是做到這種特別的分擔的，信任感乃災後心理復健工作的倫理考慮主要

包括下: (Phillips, & Knebel, .(2007) 建立於相互的尊重, 並來自於清楚了解所有討論的都是保密協助人的程序。

災難助人過程的危機介入

災難危機介入是助人過程的基礎理論。這個理論基本上認為, 大部份人能夠處理生活中的許多問題。但是平衡被某些壓力打亂後, 任何人都可能暫時在情感上變得不平衡, 而出現困擾的徵兆。他會應用他平常的因應機轉, 直到成功地讓壓力減輕。假如危機來得不尋常而壓力奇大, 他可能一時沒有有效的因應機轉, 所以困擾便嚴重地持續下去。此時便需要協助, 而即時的協助最有用。(Meslin, & Alyea, & Helft, 2008)

災難危機協助的程序之多和分歧, 正如待援者一樣, 五花八門都有。不過還是可以列出協助過程中一些概略的步驟, 這些步驟幾乎可以應用到每一種狀況。這些步驟不一定照秩序來, 某些狀況下有些步驟可能根本不會發生。

災難社會心理服務:訪談技巧

災難重創後社會心理服務的因應與重建, 災後居民對心理師及精神科醫師的厭惡情緒掩蓋了它能協助帶走心理創傷之事實。88 災難後, 居民對政府及 NGO 的—有關單位和局外人的不信任已蔓延開來, 更加添對心理精神健康專業服務的反感。因此提供心理支持, 由志願者或醫療隊人員進入社區之前, 期間和之後的外此外, 應注意幾個步驟也可能同時發生。

主要步驟如下：

1.關係可透過聆聽的藝術而建立關係指的是兩人以上彼此間了解和關切的感

覺。關係就是：

- a. 確定了解彼此在說什麼。
- b. 對對方有真誠的尊重。
- c. 即使有不同態度和感受，也不要批判，而要接納對方。
- d. 只承諾你做得到的，而非你想要做的，以建立信任感。
- e. 傾聽對災難的敘述，即使聽過好多次了，因為「修通」(working through) 感受的過程就在其中。
- f. 要認清：說出口的常遮掩住底下的不同感受。

2.找出、認清、並專注於問題上

嚴重的危機經常會導致思考和功能的解體。許多問題發生後的一個反

應是覺得被壓垮而一籌莫展。最好是選一個認定最迫切的問題，集中火力應

付。應該選一個馬上可以解決的問題，因為立即的成功會帶來主控感和自信

感。(Meslin,& Alyea, & Helft,2008)

3.評估當事人及其問題

工作人員必須評估服務對象的狀況及問題的嚴重度。以下是幾個可能的

問題：他的損失有多嚴重？他的內在資源有那些？他有流露情緒還是壓抑情緒？這樣一來，可能性和優先順序便可建立起來了。

4.評估可用資源

通常每個人都有相當個別而獨特的資源可用。在家庭、親戚、朋友、宗教人士、醫生各方面，探究所有解決其問題的可能資源。同時你也可以告知當事人，各種為符合受災社區特殊需要所設立的救援機構。

5.制定並運用計畫以解決問題

和當事人專注制定計畫協助其回復獨立功能。最重要的是，不應承諾可能無法提供的服務或材料，或解決之道。

聆聽的藝術

把以下幾個要點記在心裏，將有助提昇聆聽的技巧：

傾聽時要注視當事人

表示只注意他一個人。

聆聽時偶而要給反應

讓說話的人知道我們了解他所說的。有時候覆述說過的話也很有用；常可以給說話的人新的觀點。

避免打岔

讓對方說完他的想法，除非真的聽不懂，而細節又夾纏不清。

要能容忍不要有成見，不要帶著道德眼光，不要指責。即使有時候當事人的情感

似乎不正確或不適當，工作人員也不應該想教對方該有什麼感受。

要有同理心

同理心是一種可以學的，感同身受的能力。其基礎是敏感度，和認清對方正經歷某種感受或情緒狀態的能力。

了解需求

許多災難都會造成特別的問題，然而，受災人的反應和需求似乎是一般性的。以下便是：

1. 關切基本的生存
2. 哀悼失去所愛的人或珍視的財產
3. 分離焦慮纏繞著自己，也表現在害怕重要他人的安全問題上
4. 退化的行為，比如，小孩又出現吸拇指的動作
5. 遷居和孤立的焦慮
6. 想吐露對受災經驗感受的需求
7. 想感覺自己是社區一份子和參與復建努力的需求
8. 利他心和助人的熱望

災後重建生活的問題

你會碰到最普遍的問題是生活問題，比如找到失散的親人、不當的暫時居所、失業、交通、聯繫——電話和通信，掉了眼鏡或掉了藥，申請紓困貸款，取得建築許可，災後如何報所得稅，要去那裡找臨時市政大樓，等等。

你需要充當訊息和轉介的來源，也需要訓練有素的耳朵。你得辨認那些問題是你自己可以幫忙（交通、清潔、幫忙填表格等），哪些人必須轉介給社會服務（取得貸款、工作、住處等），以及少數需要專業服務的人（憂鬱症、行動不便、搞不清楚自己是誰、身在何處的人等）。

專業助人者人文關懷特質及災後求助行為

助人及求助行為

你可以參考下列的行為，認出你大概可以幫忙的人或家庭，和那些情況需要專業人員協助的人。記住，轉介是需要技巧和敏感的。

意識清醒

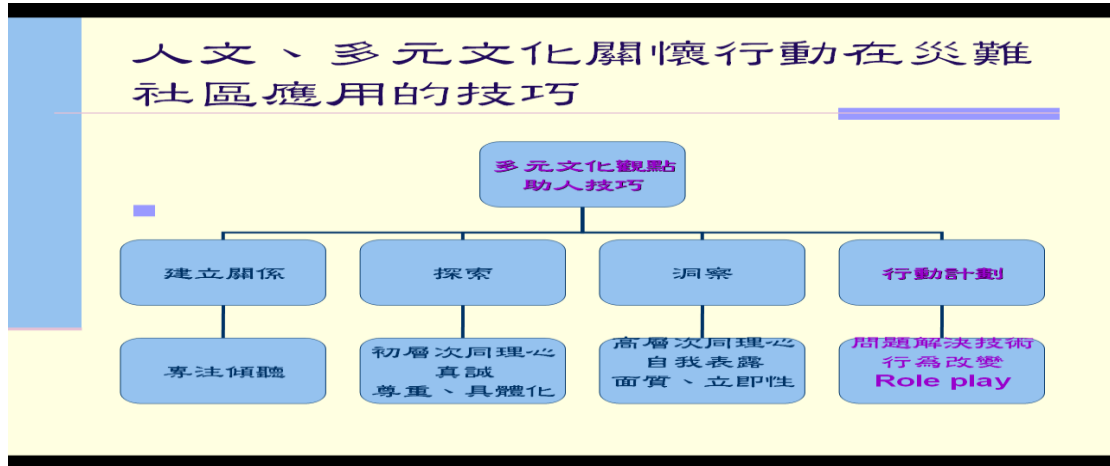
假如當事人有以下情況，你大概可以處理：

- 1.知道自己是誰，身在何處，以及發生了什麼事。
- 2.只有稍微混亂或暈眩，或思考只有輕微不清，或注意力集中稍有困難。

當事人若有下列情況，則考慮轉介心理衛生機構：

- 1.說不出自己名字，或家人的名字。
- 2.說不出當天日期，身在何處，或自己工作。
- 3.回想不起過去 24 小時發生的事。
- 4.抱怨記憶有空白段。

人文關懷行動



如何有效協助受災難影響的居民人文關懷的溝通策略技巧

■災難人群服務的基礎

■災難=創傷壓力症候群? .

■”精神 & 心理”問題勿標籤化

災難人群服務的基礎: 假如當事人有以下情況，你大概可以處理：

1. 絞手，顯得僵硬緊張，握緊拳頭。
2. 躁動不安，有輕微的激動和興奮。
3. 有睡眠的困難。
4. 講話快速或囁嚅。

災難和創傷壓力症候群相關

美國一項調查研究指出：69%成年人曾在一生中經歷一次以上創傷事件，大學生族群更有高達 84% 曾遭受創傷事件；約有 25% 曾遭受創傷事件者會罹患 PTSD，

創傷事件發生前未具有的症狀可視為 PTSD 症狀的一部分，例如睡眠障礙、易怒、無法集中精神、對危險情境過度警覺、誇張而令人痛苦的驚嚇反應、人格與行為的改變...等。患者可能會對創傷事件暫時失憶，產生心因性麻木，但由於 PTSD 是一種經歷身心重創後產生的焦慮性疾病，所以患者其實不自覺地會從心理與生理上顯現出許多的症狀。**當事人若有下列情況，則考慮轉介心理衛生機構：**

- 1.顯出激動，躁動不安，踱步。
- 2.情感木然，動彈不得，無法讓自己行動。
- 3.大小便失禁。
- 4.自我殘害。
- 5.過度用酒用藥。
- 6.無法照料自己，比如不吃、不喝、不洗澡、不換衣服。
- 7.重複儀式性的行為。

以災區特定的人、時、地的主體需求進行協助;如是在醫療人員即以:生物-社會心理-醫療對話溝通的模式。(Robinson, 2000)

生物-社會心理-醫療對話的模式: 語詞溝通

假如當事人有以下情況，你大概可以處理：

- 1 有適當的憂鬱情緒，失望，挫折感。
- 2.對復原的能力有疑慮。
- 3.對小事過度關心，忽略更急迫的問題。
- 4.否定問題，說他可以自己照顧每件事。

5.把問題怪罪別人；對未來計畫不清楚；對身為受災者表達尖酸的憤怒。

災難後當事人若有下列情況，則考慮轉介心理衛生機構：

- 1.聽到聲音，看見影像，或有無法證實的身體知覺。
- 2.表示身體有不真實感，而且怕失去理智。
- 3.過度執著於一個主意或想法。
- 4.妄想有某些人或物已出來抓他或家人。
- 5.很怕會殺害自己或家人。
- 6.不能做簡單的決定或執行每天的功能。
- 7.有極端想講話的衝動；滔滔不絕。

災後重建培力健康生活策略:服務學習

培力災區健康生活策略工作，與當地領導合作，信仰社區，以及當地和非政府組織連結。標準化災害和衝突後的反應。促進復甦的影響，災害或衝突後的相關創傷，抑鬱症，焦慮症和暴力，培訓當地專業服務人員在文化上適當的干預介入工具。

受災後當事人的情緒反應

受災後假如當事人有以下**情緒反應**的情況，你大概可以處理：

- 1.一直哭泣、嗚咽、再三敘述災難經過。
- 2.表情呆滯情緒平板，對周遭的事少有反應。
- 3.表情和心情是過度反應和奇怪，精神亢奮。
- 4.情緒壓力容易為小事動怒。

當事人若有下列情況，則考慮轉介心理衛生機構：

- 1.過度平靜，沒法挑起情緒，或完全退縮。
- 2.過度情緒化，表現出不當的情緒反應。

災後心理健康問題的種類

災難後身心症狀脫序越嚴重，越顯示受災者無法在該情況下發揮適當功能。有下列任何身心症狀出現，便應轉介接受專業協助：

列任何身心症狀出現，便應轉介接受專業協助：

- 1.心身症—嘔吐、腹瀉、失眠、食慾不振、頭痛、過敏、潰瘍、膀胱問題、極度疲勞、虛弱、出疹子。
- 2.失落—喪親之慟（痛失所愛）；與所愛的人分離（尤其是兒童）；受傷斷肢；失去熟悉之物、財產、生活方式；失去獨立性；失去家園、生計等。
- 3.人際壓力—離婚、分居、犯罪、酗酒、嗜藥、家庭失和。這些反應最常出現在災後的較晚期。
- 4.災難後身體創傷的後果—骨折、燒傷、痛楚、中毒、毀容及久病衰弱導致的身

體形象改變、失去記憶。

5. 災難心理問題—夢魘、無來由地掛慮又一次災害、專注有困難、嚴重憂鬱、持續的暈眩感、緊張、陣發性哭泣、無望感、易怒。

以下是更災難後身心疾病的分類：

1. 憂鬱症—嚴重的悲傷、感覺無望、爬不起床、不吃、哭泣、沒有感受、無法從事平常活動、睡眠困擾、無助感、無可動搖的無價值感和不適當感、退縮不與人接近、對別人無反應。

2. 無定向感—混亂；不知置身何處、發生何事、此刻何時、不識周遭、記憶喪失、茫然。

3. 歇斯底里—不能控制的哭泣與不快、尖叫、不能沒人照顧、激動、身體有些部份可能出現麻痺或麻木。

4. 精神病—明顯的人格改變、不合理的思考及很不尋常的行為、可能有原因不明的視聽嗅覺，可能有誇大或被迫害妄想。

Reference

李明亮 (2001) 蛻變與重生 災難與重建—心理衛生實務手冊

<http://88.heart.net.tw/mental-008.pdf>

吳英璋(2001)建立對「意外災難」有準備的社會災難與重建—心理衛生實務手冊

<http://88.heart.net.tw/mental-008.pdf>

江美惠、陳秋蓉(2010) 創傷後壓力症候群 技術資訊與問題討論;勞工安全衛生

簡訊期別101出版時間99年6月

http://www.iosh.gov.tw/Book/Message_Publish.aspx?P=107&U=1173

創傷後壓力症候群(PTSD)/吳四維醫師/為恭紀念醫院

重大災難心理衛生-災後心理復建與成長之道/王智弘教授/彰化師大輔導與諮商

學系

災難與創傷心理資訊網 <http://www.psychology.org.tw/trauma/>

Hoff, M.D., & Rogge, M.E. (1996). Everything that rises must converge: Developing a social work response to environmental justice. *Journal of Progressive Human Services*, 7:1, 41-58.

Cosgrove, J.G. (2000). Social workers in disaster mental health services: The American Red Cross. *Tulane Studies in Social Welfare*, 21-22, 117-128.

Jaswal, S. (2000). Disasters and mental health. *Indian Journal of Social Work*, 61(4), 521-526.

Karanci, N.A., & Aksit, B. (2000). Building disaster-resistant communities: Lessons learned from past earthquakes in Turkey and suggestions for the future. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 18(3), 403-416).

Kinlaw, K. & Levine, R. (2007). Ethical guidelines in pandemic influenza: Recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Center for Disease Control and Prevention. Retrieved November 12, 2008 from http://www.cdc.gov/od/science/phec/panFlu_Ethic_Guidelines.pdf

Meslin, E. M., Alyea, J. M., & Helft, P. R. (2008). *Pandemic influenza preparedness: Ethical issues and recommendations to the Indiana State Department of Health*. Indianapolis: Indiana University Center for Bioethics. Retrieved November 13, 2008 from

http://www.bioethics.iu.edu/pandemicFluPrep_2007.pdf

Public Health Leadership Society. (2002). *Principles of the Ethical Practice of Public Health*.

Retrieved November 7, 2008 from

<http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>

Robinson, P. (2000). The policy-media interaction model: Measuring media power during humanitarian crisis. *Journal of Peace Research*, 37(5), 613-633.

Soliman Hussein H. & Rogge Mary E (2002) Ethical Considerations in Disaster Services: A Social Work ; Perspective Electronic Journal of Social Work ISSN: 1537-422X Vol.1 No.1, Issue of February 15, 2002

Zakour, M.J. (2000). (Ed.) Disaster and traumatic stress research and intervention. *Tulane Studies in Social Welfare*. Special Issues, Volumes 21-22.

Phillips, S. J. & Knebel, A., Eds. (2007). *Mass medical care with scarce resources: A community planning guide (AHRQ Publication No. 07-0001)*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services. Retrieved November 13, 2008 from <http://www.ahrq.gov/research/mce/mceguide.pdf>

American College of Chest Physicians. (2008) *Definitive care for the critically ill during a disaster: Message points*. Northbrook: IL: American College of Chest Physicians. Retrieved November 13, 2008 from http://a2p2.com/mep-p/ethics/CHEST_EMCC_Message_Points.pdf

Amundson, D. (2008). Can there be a consensus on critical care in disasters? *Chest*, 133, 1065- 1066. doi:10.1378/chest.08- 058

American Red Cross www.redcross.org

Community Organizations Active in Disaster Manual (COAD)

COOP Planning [Templateshttp://www.sema.dps.mo.gov/pubs.htm](http://www.sema.dps.mo.gov/pubs.htm)

Department of Veterans Affairs of the United States Mental Health National Center for PTSD Transitional Page <http://www.mentalhealth.va.gov/MENTALHEALTH/index.asp>

Disaster Recovery Journal www.drj.com

International Association of Emergency Managers (IAEM) www.iaem.com

Testimony: on Post-Traumatic Stress Disorder Research Statement by Thomas R.Insel, M.D,
Director of National Institute of Mental Health National Institutes of Health Department of Health
and Human Services.

The Missouri Disaster Recovery Partnership (2009) "Community Organizations Active in
Disaster Guidance Manual" The Emergency Management Community Government Agencies
Private and Not For Profit Agencies Civic Organizations <http://sema.dps.mo.gov/COAD.pdf>