

短期社區諮商介入災難救援場域之初 探性研究：以八八水災的心理復健工作 為例*

趙祥和

國立暨南國際大學
輔導與諮商研究所

本研究旨在探討社區諮商介入災難救援時之服務內涵、策略、團隊合作之挑戰及面臨之文化議題，研究者採取 Lofland、Snow、Anderson 與 Lofland (2006) 所提出的社會情境分析之參與式觀察和質性分析法，於 2009 年 8 月 11 日至 8 月 23 日帶領 7 位受訓諮商師進入南部某災區救援醫療單位及收容中心提供心理復健工作，以參與式觀察、心理復健服務記錄、督導討論及焦點訪談等方式蒐集資料，並進行質性分析。研究結果顯示，在災難初期以社區諮商的介入方式提供心理復健服務時，其服務隨著災民族群文化、不同專業文化及場域的不同而變化，衍伸出不同服務內涵與策略。其中，災區之社區諮商策略與內涵共有六大主題：「外在事務與內在心理服務之銜接」、「由被動到主動服務之心理轉化」、「文化多元與策略多樣之映襯」、「專業態度依循文化脈絡之調整」、「災難經驗的共構與轉化」、「多變情境與制式專業之磨合」；團隊合作的挑戰與因應則展現五大主題：「醫療模式與整體服務模式之辯證」、「專業文化差異之消融」、「制式化與學習性服務之轉化」、「組織階層化與權力因應」與「以災民利益優先因應競合生態」。最後，研究者針對社區諮商因應災難救援場域的特殊性與複雜的文化因素，對其所使用之介入方法的變化調整、合作議題與專業方法等相關議題進行討論。

關鍵詞：八八水災、心理復健、社區諮商、災難救援場域

由於氣候變遷，災難頻傳，地震、水災和風災所造成的影響，儼然已成為一種全球性議題。若不管災難的規模，估計全世界平均每天有一起災難事件發生 (Norris, Friedman, & Watson, 2002)，2001 年世界災難報告指出 1967-1991 年間 85% 災民分佈在亞洲 (引自 Kokai, Fujii, Shinfuku, & Edwards, 2004)，而災難易造成個人、社區與社會的直接和間接傷害，外在環境破壞和個人內在心理失衡，災民經歷各種失落、創傷、關係瓦解和社區重建的問題，其介入更著重心理社會的支持

* 本文通訊作者：趙祥和，通訊方式：shtey@mail.ncnu.edu.tw。

(Fritze, Blashki, Burke, & Wiseman, 2008)。例如九二一的經驗顯示，在服務站中的「工作階層化」與「專業階層化」的現象反而造成忽略災民案主的需求(賴念華, 2002)，如何將傳統的諮商服務方法轉化為災區應用在近年來受到重視(Uhernik & Husson, 2009)。以美國紅十字會為例，早在廿年前即提供災難倖存者系統和組織的心理健康服務，近年更組成跨科際團隊，結合精神醫師、心理學家、社工、護理人員等專業人士，實施系統而通用的訓練模式，避免專業間本位主義，以因應災難救援的服務(Weaver, Dingman, Morgan, Hong, & North, 2000)。

台灣歷經九二一地震後，心理助人工作者在其間已累積不少心理復健工作經驗，各種研究和報告也撰寫成學術報告，約略包含災難後受創心理研究：例如災難壓力症候群(周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧瑟, 2006)、災難心理症狀之變化(許文耀、曾幼涵, 2003, 2004; 高淑貞, 2004)及介入模式的研究：例如以學校為基礎的介入模式(高淑貞、邱南英, 2002)或以服務站為介入之研究(賴念華, 2002)等。而八八水災之研究包括心理創傷之研究(顧艷秋、顏芳慧、王翠彬、錢端蘭, 2010)及社會心理復健研究(許文耀, 2011)，這些研究對於了解災難受創心理與服務具有相當之實務價值，唯缺少針對災難初期場域的服務方式和內涵進行分析；而研究者於2009年的八八水災發生初期以社區諮商概念進入災區服務，發現服務過程或許可發掘更豐富的心理復健工作內涵與方法。由於社區諮商的工作方式較重視服務案主的文化與環境脈絡，而非僅聚焦於個人服務，主張發展彈性工作策略以因應服務受服務者需求，例如Lewis、Lewis、Daniels與Andrea(2011)即主張兼顧脈絡、發展、生態、多元文化及優勢的觀點發展社區諮商；又如Gladding與Ryan(2001)也指出社區諮商師除了具備精微諮商技術外，其角色更具彈性、更有學習知識的能力、更能夠聯結服務社區的資源、以及準備好面對服務過程中的混亂等能力；社區諮商的學者也主張此一領域的發展趨勢在災區的危機介入和服務(Staton et al., 2007, p. 69)，然而這些觀點，也僅只是原則性的方向，到底在應用時，工作者該如何提供服務？又該如何面對工作場域特殊性進行專業調整？

故研究者試圖以社區諮商觀點切入，將八八水災的救援場域視為一個社區，召集接受過社區諮商課程訓練之受訓諮商師，採取生態觀點及多元化服務方式貼近災民脈絡，以探討：1. 災難發生的救援場域中，社區諮商工作者提供哪些服務內涵與策略？2. 社區諮商工作者在提供服務過程中，如何與相關人員合作？合作內涵與挑戰為何？3. 社區諮商工作者在災難救援場域提供服務時面臨哪些文化議題？

一、災難的心理健康服務需兼顧個人和脈絡觀點

美國國家健康研究院針對卡蒂娜風災處理報告指出，災難造成的心理傷害不分年齡和對象，對成人和年幼者皆造成嚴重影響，相對的，若處理不當則會阻礙災後復原，形成社會和經濟問題，該報告發現：25%成年人和30%兒童具有輕至中度的「風災造成的問題」(storm-attributable problems)，而嚴重程度的問題比例分別為5%和10%(Schoenbaum et al., 2009)。Foa、Stein與McFarlane(2006)回顧文獻指出，災民PTSD的症狀包含創傷重現、逃避與麻木三個主要成份，但和憂鬱症、焦慮症、物質濫用及身心症等精神疾病重疊，而災後出現PTSD的危險因子則包括在創傷事件的暴露程度、女性、低社會經濟水準及精神疾病史。而近年的研究也指出兒童常見的災後精神問題包含急性反應、適應疾患、憂鬱症、恐慌疾患、災後壓力異常(PTSD)、及焦慮疾患等，其處理多仰賴在地災難救援工作者，主要提供支持性諮商、認知行為治療、短期的創傷/哀傷焦點的心理治療、以及遊戲治療等服務(Kar, 2009)。故災後心理治療和精神醫療一直是災後工作的重點，但災後接受傳統心理治療服務的情形如何，則是災後心理健康服務的挑戰。

以美國為例，Rodriguez與Kohn(2008)回顧有關使用心理健康服務的災民之文獻，發現災民使用心理健康服務的預測因子包含前置性的特徵(種族、性別、年齡、婚姻狀態、教育、移民狀態、安置、症狀表現的嚴重度、收入、樂觀、主要的創傷症狀等)、運用資源的能力(包含治療的提供與否、保險、交通、財務、烙印、醫護資源、如何求助的知識等)、知覺到的需求(包含創

傷後壓力症候群、憂鬱、恐慌發作、主要的心理健康問題、不相信那是一個問題、想要自行解決等)，而使用心理健康服務的障礙則包含：不相信他們有問題或者認為問題並不嚴重、缺少使用心理服務的知識、相信自己可以解決、在意心理疾病的烙印、缺乏交通工具、擔心收費、認為治療無效、害怕治療、沒有時間接受治療、相信別人比自己更需要服務等因素。可見，心理健康服務資源的使用涉及許多因素，反應出傳統心理諮商或心理治療服務，已不足已應付災民需求。

近年來，以社會學和社區心理學的觀點則提供災難場域的服務，強調提供超越傳統個別心理諮商服務的方式，以生態觀點因應社區的需求介入 (Norris & Alegria, 2005; Saraceno, 2006; Norris et al., 2002; Trickett, 2009)，或主張心理健康助人者的服務應兼顧創傷、失落與社區變化等議題 (Saraceno, 2006)，或以社區和優勢的觀點進行災難管理，重建社區，促進社會—情緒的復原 (Tan, 2009)，發展社區教育方案，協助災民重建社區，促進居民關係，減低個人心理壓力 (Picou, 2009)。Uhernik 與 Husson (2009) 則指出許多諮商師和心理衛生工作者並未接受災難的心理健康訓練，不易將傳統諮商的方式轉化至災難現場服務，災難心理諮商的介入強調簡短、群體基礎、重視個人和社區的自然復原力。換言之，從社區參與和行動進行災難復健，和社區諮商重視多重方法和目標的介入，提供直接和間接服務，兼顧個人和社區發展的精神相似 (Lewis, Lewis, Daniels, & Andrea, 2011)。

事實上，災後救援常使用「心理優先協助」(Psychological First Aid) 和心理教育的介入方式 (Kar, 2009; Uhernik & Husson, 2009)，就是兼顧社區與個人層次服務的方式，特別前者結合社區支持和復原力的工作模式廣受歡迎 (Reyes, 2006)。國內學者許文耀 (2005) 曾於九二一地震後四年，以「外展」(outreach) 的方式提供社區災民認知行為治療的服務，其研究顯示外展服務有別於傳統治療，是以一種積極主動的介入方式，其治療的時間、話題、作業等，皆須因應災民的生活情境和脈絡。不過，在災難發生後不同階段，災民的需求也不一樣，故助人者須針對不同階段給予不同層次的服務。在此，我們應分辨災難初期所指的社區，應廣義的包含醫療安置和臨時安置的居所，如何針對災民需求採取多元化或外展服務的做法，有利於災民的服務，這些都反應出社區諮商工作的重要精神和觀點。

二、災難救援工作的複雜性需要跨領域團隊的合作與分工

近廿多年來，美國針對水災救援和重建發展出所謂的照護系統 (System of Care, SOS) 已成為具有實證效果的工作模式，其服務結合個人、家庭和社區的觀點，整合不同資源和人力，以協調、合作和共同基金發展跨系統的結構性聯盟提供心理健康服務 (Lin, 2009)。以美國 2006 年的卡蒂娜風災為例，災難救援工作分為國家和社區層次，動員的工作系統包含成立各醫療所、臨時手術區、搜救行動基地、一般需求庇護所和行動危機團隊、及社區心理健康等緊急單位，其中心理健康則是提供心理協助、多據點的危機諮商服務及工作人員的壓力抒解；而在經歷了各種專業領域的合作，緊急處理單位和行為健康單位的專業關係、信任與尊重被認為是災難處理成功的重要關鍵 (Speier, Osofsky, & Osofsky, 2009)。

災難現場的救援與服務，需考慮特定情境脈絡，提供合適的服務，但也面臨一些障礙，包括如何找到適合接受社會心理服務的對象？如何克服心理健康議題的刻板印象？如何有效應用現有的資源等議題。Dodge (2006) 從社區心理學的觀點探討災難服務的生態因素，主張以跨領域的合作和行動提供服務，不宜將災難服務醫療化，介入方法須因應困境而彈性調整，以便賦能和活化社區資源效益。在社區和團隊合作的基礎上，Uhernik 與 Husson (2009) 提出在災難因應團隊中，諮商師和心理健康服務者的角色可以提供社區復原與重建，協助發展服務計畫。可見在災難的特定情境脈絡中提供服務需要顧及團隊合作與分工。又如在美國卡蒂娜風災救援實務中，特殊危機諮商 (Specialized Crisis Counseling Service, SCCS) 的方案即運用碩士資格的諮商師，調整介入方式，依需求彈性訂定治療目標，工作團隊亦提供心理需求以外的相關服務；其分工方式是，諮商師提供心理教育、呼吸技巧、活動規劃、目標設定、放鬆與壓力管理、支持性諮商、心理健康和

藥物濫用處遇；資源協調者則提供住宿、交通、求職、生理健康照護、社會支持、休閒及災難相關經濟補助等（Jones, Allen, Norris, & Miller, 2009）。其他國家亦有類似的救援經驗，例如委內瑞拉中央大學在 1999 年委國水災的救援經驗中，建立心理支持網絡模式，以大學心理系教師、學生、臨床心理師及精神醫師進入災區服務（Blanco, Villalobos, & Carrilo, 2006）；印度則整合社區資源，訓練非醫療人員和各種非專業人員，提供整體性心理健康照顧（Murthy, 2005）。因此，早期介入災難場域需要以對話式和彈性的方式蒐集資料，以符合災民的需求與時間點來裁剪介入方式（Eric et al., 2008）。這些服務皆反應出災難的特殊性與需求，重視跨專業團隊的互補與合作，其所面對的合作議題為何，似乎值得再進一步探討。

三、災難心理健康服務中的文化議題

災難服務和心理衛生專業皆認為了解災民的族群文化、社經和歷史脈絡有助於提升服務效益（Goodman & West-Ollatunji, 2008）。從文化脈絡中，心理健康服務者要面對災民的文化價值、政經所造成的社會正義議題、以及介入方式的調整。的確，許多學者和專家指出災難中的少數族群對災難的反應具有高度的文化議題，這些文化因素存在於災民對災難的信念、對外來者的不信任、對助人者的定義、對求助的看法、宗教信仰觀點、表達方式、對創傷事件的詮釋、哀傷的反應、社經地位、支持系統、與集體觀等（Dass-Brailsford, 2008; Doherty, 2006; Norris & Alegria, 2005; Priya, 2002）。

Norris 與 Alegria（2005）回顧文獻指出少數族群的需求、服務的方便性、尋求協助的舒適程度、以及合宜提供服務是幾個受到文化影響的重要關鍵；他們進一步建議服務應包括及早評估社區需求、提供方便使用的服務、合作式的工作、主動減低烙印及不信任感、將困擾及尋求協助正常化、在評估發展性目標時同時兼顧獨立和相依的價值、推展社區行動、倡導、促進及實施介入與評估研究。其中，有關少數族群的健康照護中亦充斥著矛盾，例如即便受到照護，少數族群依然面臨較高比例的誤診風險，通常錯誤的溝通造成錯誤的診斷，提供服務者和被服務者之間對處遇的期待也不一致，少數族群對處遇的忠誠度並不高。

助人工作者愈來愈重視多元文化能力，例如多元文化諮商主張提供介入處理時，宜敏感於服務族群的世界觀、語言和表達方式、文化與社會價值、歧視偏見與社會正義等因素（Sue & Sue, 2008），提供合於社區生態和文化觀點的多層次介入方式（Trickett, 2009），社會工作者也重視跨文化之服務能力（NASW, 2001）。在災區服務時，文化能力更位居關鍵，第一線的災區助人工作者指出文化能力的重要性，例如黃盈豪（2010）發現莫拉克風災的社會工作者產生許多文化衝擊，其中包含對原住民文化的不了解、語言的不了解、生活經驗與價值的落差、專業方法與部落的解決方式產生衝突、服務文化對原住民產生壓迫與再殖民等議題；又如 Dass-Brailsford（2008）亦具體描述美國卡蒂娜風災的救援中所面對的文化能力議題，包含理解非裔的語言及其表達方式、親族的聯結、宗教信仰對災難的詮釋等，主張採取心理、社會文化與靈性信念的評估方式，心理服務者須考量社區的歷史、心理社會壓力源、語言、溝通型態、傳統價值、藝術表現、求助行為、非正式協助支持、自然療法等。因此，在災難後服務少數族群，服務者需要具備服務族群態度、知識和技巧三個層面的能力，提供少數族群服務時，需要敏感於族群與自身文化價值的差異、使用方法的契合性、對族群的刻板印象等，並具備開放傾聽和溝通，理解服務族群文化、社經脈絡與文化適應等，謹慎提供多樣性的服務方式。

研究方法

由於災難現場具有危機和時間限制的特性，災區之研究不易控制研究情境（Reyes, 2006），研究者認為參與觀察的方式，可突破情境和時間的限制，故採用 Lofland 等人（2006）提出的社會情境分析法，此一方法是一種服膺自然主義取向的「實地研究」（field study），強調研究者的個人親身經歷及資料獲得的可行性，重視研究者必須透過個人的經驗和觀點，進入實地場域進行資料蒐集與觀察。因此，情境分析法強調資料現場的評估、進入現場的研究者角色、資料蒐集的策略、以及資料分析的系統性，是一種相似於民族誌的研究取向，特別著重資料在場域脈絡中的意義。

一、研究場域說明

本研究的立場以一種親臨研究場域方式，研究者帶領受訓諮商師從進場到退場，其間的場景變化與外在環境壓力影響服務方法的調整，為本研究的重要背景。以下根據研究者和研究參與者的日誌紀錄，描述 2009 年 8 月 13 日至 8 月 25 日進入南部某災區服務之場景。

（一）進場背景：

2009 年 8 月 8 日颱風莫拉克重創南台灣，造成水災泥覆滅村的慘劇，其中以南部災情最為嚴重，透過媒體的第一線報導，災區現場呈現在國內外的觀眾面前。一時之間，救災物資迅速擁入，接著是志工大量介入，繼之是各種救災訊息的傳遞，當然其中亦夾雜大量甚至分不清現場狀況的各種場外評論。由於災區醫院緊急成立心理復健團隊服務病房災民，研究者是在災難發生的第四天晚上與災區醫院合作，研究者於 8 月 13 日正式帶著第一批受過社區諮商與實務的受訓諮商師進入該院，成為該院的心理復健志工，此時已經是災難發生的第五天。在進入災區的路途中，經過了淹水的省道，灰塵與泥濘是最好的路標，直升機全天候起降的轟轟聲響，尋找親人的群眾，軍警的戒備與管制的哨音持續不斷，媒體 SNG 車與記者的穿梭，營造了有如戰場前線的氛圍。在心理師的引導下，我們進入醫院的精神科病房，開始了第一次會議，參與者包括副院長、精神科主任、醫師、心理師、以及我們，共計 9 位。會議很快就達成協議，當天下午就進病房，由醫師診斷病人的心理狀態，我們的服務團隊則跟著醫師的會診進入病房陪伴災民，以協助病友情緒穩定為第一優先，上下午皆進入病房工作，中午及傍晚則由心理師督導討論，服務團隊則住在精神科慢性病房中的團體室，進出皆須感應卡及鎖匙，穿上醫院志工的背心，掛上志工名牌開始服務工作。

（二）病房場景：

醫院的外科病房和精神科病房分屬不同大樓，服務團隊到外科病房，必須走過穿廊，經過急診室以及旁邊的臨時靈堂，氣氛與死亡有很大的連結，加上工作者之間所傳遞的訊息，聽到的都是那裡尋獲多少遺體，死傷多少人，以及還有多少人未獲救等，氣氛凝重。服務團隊共分到六間病房，每間病房災民人數約 2-4 位，需要服務的災民約 10-12 位，皆為那瑪夏災民，其中布農族為多數，僅少數 1-2 位漢族。病房為四人房，但是加上來照顧的家屬與探訪親友，日間病房常常維持 10 位左右的災民親友。病房中災民和親友多以布農族語交談，原住民的問候、笑話、悲傷、討論交雜，讓受訓諮商師一度以為自己是身處國外的感覺，也為服務激發了更多文化議題的省思。災民病友多受土石流衝擊腳部受傷感染住院，少數則為年長、孕婦生產或因原有疾病而住院。在醫師與心理師的帶領下，受訓諮商師順利的被介紹給災民病友認識，以志工身份進行第一次接觸。

（三）收容所與周邊場景：

第一批受訓諮商師在醫院服務的第五天退出災區，研究者和醫院心理師討論進入收容所服務的可能性，一方面繼續招募第二批受訓諮商師，另一方面亦探勘了收容所的場地與合作的可能性。這是一個中型收容所，共約收容 200 多位災民；收容所為一四層樓建築，原為宗教寺院，位於大馬路旁，無戶外公共空間，臨近設有災難物資中心及兩間社福機構；另外，對面有一鎮設之文化園區，有教室、小草坪及戶外大樹下設有四組休閒桌椅，為許多志工團體進駐點。收容所婉拒接受心理服務，我們也在文化園區借到可以工作的空間，而研究者也順利找到 4-6 位第二批願意到現

場服務的受訓諮商師。當時，在會勘場地後，發現在場有伊甸基金會為收容所的災民孩子辦理兒童系列活動，以及家扶中心提供災後補助。由於服務團隊並沒有舉著特定志工團體的號誌或身份，當下就決定和該基金會合作，參與其活動，聯繫長期為九二一部落孩童說故事團體，安排第一場說故事活動。服務團隊有了很好的起始點，和各行其是的志工或社福團體有了聯結。

(四) 退場場景：

第一批 4 位受訓諮商師在第五天撤出災區，當時多位接受服務的災民也出院回到收容所，而某些剛住院的病友仍持續住院中，但因為外在環境、密集工作的壓力以及飲食中毒，部份受訓諮商師出現了身體不適的症狀，全身無力，情緒也陷入低迷的狀態，晚餐後研究者決定撤出第一批工作者。接著，第二批受訓諮商師進場到收容所服務，其投入與退場的時間不一，但最後退場的受訓諮商師則一直服務到收容所災民撤離到新據點為止。

整體上，服務場景因災區救援工作變化快速，原則上第一批和第二批受訓諮商師所經歷的環境壓力與服務對象是有相當大的差別。舉例而言，第一批面對的場景和災民是剛下直升機的災民，當時面對的災民是直接衝擊最大的狀態，且又是在醫院病房重點服務，而第二批受訓諮商師則是在收容所服務，災區服務已進入有秩序的狀態，大部份災民亦撤至收容所，緊張場面已大為和緩。

二、研究參與者

本研究之研究參與者共 7 位，皆為某大學諮商研究所之女性受訓諮商師，年齡介於 24-40 歲間，修習過社區諮商理論與實務、諮商實務、社區諮商實習等相關專業課程。其中 4 位提供「病房服務」，時間和方式固定，上午九點開始，下午五點結束，醫院臨床心理師於中午及傍晚提供督導，晚上則撰寫記錄與日誌，服務共進行 5 天。「收容所服務」則為全天候的時間，採不固定方式，參與服務人數不等，原則上為 4-6 位，服務天數為 7 天。

表 1 研究參與者一覽表*

編號	背景	參與天數	服務場域			提供資料		
			病房	收容所	日誌紀錄	督導討論	焦點訪談	
A	諮商所碩二	5	X		X	X	X	
B	諮商所碩二	5	X		X	X	X	
C	諮商所碩二	5	X		X	X	X	
D	諮商所碩二	5	X		X	X	X	
E	諮商所碩二	6		X	X		X	
F	諮商所碩二	4		X			X	
G	諮商所碩四	7		X			X	

(*註：參與服務團隊之受訓諮商師共有 10 位，但僅 7 位參與了本研究)

三、研究者與協同分析者

本研究之研究者扮演的角色是服務團隊的帶領者、執行者、資料蒐集者與分析者。過程中，研究者兼具實務參與和研究分析雙重角色，亦即透過參與實務過程中蒐集與分析資料，研究者亦

於某大學之諮商研究所任教諮商實務課程，著重社區諮商的實務訓練，並指導過研究生使用實地研究法進行相關研究。另外，本研究中的協同分析者為諮商碩士，目前就讀博士班，曾經撰寫過質性研究之論文，在本研究中主要和研究者共同分析和討論。

四、研究程序

(一) 災區服務團隊的介入：

首先成立服務團隊（背景如前所述），服務分兩梯，第一梯為「病房服務」，受訓諮商師接受精神科醫師與臨床心理師督導提供災民病患服務，服務定位在「心理需求評估」與「情緒陪伴」。第二梯為「收容所服務」為延續第一梯服務而進到收容所，以「辦理活動」和「個別關懷」為主要服務方式，探索收容所災民的需求和可以接受的服務方式，透過活動的接觸和災民建立關係，提供個別關懷工作，過程中不定時與受訓諮商師討論各種介入策略。

(二) 資料蒐集：

本研究採用 Lofland 等人（2006）提出的參與式資料蒐集方法包括 1. 直接的體驗：研究者和研究參與者在實務場域中的感受和體會；2. 社會行為：主要為研究場域中的非語言行為和互動，本研究則指受訓諮商師和災民病患的互動和觀察，多紀錄於日誌紀錄；3. 交談：包括正式的訪談、非正式的談話、及在行動中的談話等，本研究中主要指受訓諮商師接受正式焦點訪談、督導及非正式的討論；4. 補充資料：本研究補充資料包括個案紀錄和研究者的日誌，唯後續分析中，個案紀錄僅做為理解受訓諮商師的訪談和日誌紀錄參考用，並未進行資料分析。本研究具有多種資料來源，但分析時主要以受訓諮商師的日誌紀錄、督導討論及焦點訪談錄音為主，研究者在參與過程中的研究日誌為輔，例如受訓諮商師在接受焦點訪談或督導討論時的陳述過於簡略時，研究者即會核對當天訪談或討論的研究日誌，以做為理解或資料分析的判斷。其中督導討論由醫院之臨床心理師協助，焦點訪談則由研究者親自主持。

(三) 資料分析：

研究者根據 Lofland 等人（2006）建議，以初始編碼和聚焦編碼兩步驟進行。首先將督導討論及焦點訪談之錄音資料謄寫成逐字稿，日誌紀錄則由研究參與者自行整理成 word 文字檔，研究者重覆閱讀三種資料，再進行初始編碼，斷出有意義之單位，並給予命名，之後再進行聚焦編碼，將同性質之命名單位歸類，形成主題歸類，進行過程中和另一位協同編碼者討論，針對資料不同來源進行交叉比對，最後撰寫成災區服務內涵結果。資料分析編碼中，日誌紀錄分析編碼第一個代碼以英文字母 A 至 F 代表不同研究參與者，第二代碼為 J 為日誌紀錄，第三代碼為段落，第四代碼為斷句之順序，例如 AJ24-8 為 A 日誌紀錄第 24 段之第 8 個斷句；督導討論與焦點訪談之分析編碼第一個英文字母 S 為督導討論、G 為焦點訪談，第二代碼為督導或訪談次數，第三代碼為研究參與者，第四代碼則訪談段落，第五代碼為斷句之順序。例如 G1A28-3 即研究參與者 A 在第一次焦點訪談的第 28 個談話段落之第 3 句斷句。本研究經分析後，資料的初步分析命名歸類共有 1277 筆，聚焦分析歸類則有 586 筆，而聚焦分析歸類中至少在兩種資料來源皆有的歸類數計有 499 筆（如表 2）。

表 2 本研究資料分析歸類數與資料來源一覽表*

		資料來源			
		日誌紀錄	督導討論	焦點訪談	總計
分析類別	初始編碼	463	507	307	1277
	聚焦編碼	233	166	187	586

(*註：編碼檢證指具有兩種資料來源之聚焦編碼)

(四) 可信度檢核：

研究者全程參與災區的服務、觀察和體驗，奠定本研究分析時的確實性，且研究者亦比對三種不同來源資料分析歸類，只要有兩種資料來源之聚焦編碼即列入本研究主要結果，計共有 449 個歸類。另外，研究者依據 Hill、Thompson 與 Williams (1997) 所提出的分析穩定度檢核 (stability check)，請研究參與者確認分析內容及意見回饋。研究者將每位受訓諮商師的初步分析歸類結果提供給受訓諮商師確認是否符合其原始資料中的意思，所有受訓諮商師皆表示符合其原始資料所表達之意義，僅兩位受訓諮商師提供了調整意見，例如受訓諮商師 A 和 B 指出分析命名最後的結果要有背景脈絡的呈現，其中 A 建議：「歸類的結果啊...雖然符合其原來的意義，但有些「命名」的背景脈絡都不見了，建議要呈現我們那時服務的背景才更有意義...」，故研究者特別在研究方法中加入研究場域的陳述，以保留脈絡中的意義。

結 果

本研究結果顯示，災難初期以短期的社區諮商介入方式提供心理復健服務時，其服務內涵、方法與策略、專業團隊的合作等都必須要有所改「變」或調整，以「化」解災難場域特性的挑戰、災民文化與需求、以及專業文化差異等挑戰。

一、社區諮商工作在災難救援現場提供心理健康服務之內涵與策略

本研究的場域正值八八水災發生初期，場域的特殊性影響社區諮商的介入型態、方式和策略，服務策略和內涵是具有連續性和相互影響而開展，例如服務團隊一開始是和醫療人員合作，進入封閉性的病房提供密集式服務，提供情緒舒緩和即時性的外在事務服務，以因應災難的突發性，災民多帶著外傷和驚恐的經驗被送至陌生的病房，加上失去親人、家園、欠缺基本生活物資等，讓災民大多都處於一種未安定的狀態：「今天是第一次見面，身體狀況因手部傷口引發蜂窩性組織炎而住院，心理部份，晚上睡覺會多次驚醒、擔心爸媽還留在山上不肯下來、害怕孤單、覺得醫院很陌生需要人陪伴，有酗酒問題。」(AJ39-1)。災民的立即需求包含物資和醫療協助，心理復健的介入是順著這些需求進場，例如提供簡易情緒量表，針對住院病友了解其心理情緒之狀態，包括睡眠、情緒穩定性、自殺意念等向度進行面對面的會談評估：「今天來了八個，就只有一兩個會自己填(簡易情緒量表)，其他都要一個一個問，或者是說他根本就看不太懂，因為有一些是他老花眼，然後字就看不懂。而且我覺得他們的精神都不是很好」(S5B5-2)。服務團隊也協助災民在住院期間的醫病溝通需求，了解病友與醫療人員的互動是否滿足其需求，包括服藥的情形、住院行政程序、住院生活需求、身心病痛的狀態等。本研究中受訓諮商師為迅速建立服務關係，故全天進駐病房，提供多樣化的服務及採取主動的密集服務態度，此種「密集式」反映在服務內容和時間上。

第二階段則改而進入收容所，以探索、累進、應變的方式提供服務，這樣的策略也反映出災區服務需要社區諮商以生態式、主動式、更具彈性、更重視脈絡變化的特性，例如服務團隊從醫院轉進收容所服務時，先行探索場域需求，發現需要和收容所直接聯繫，主動表達提供心理復健服務，但遭到婉拒：「因為我們一直看到是有需求，但是一直都沒有看到人家做。但是我聽到的是想要進去的做的都是被婉拒啦！他們就說不需要這樣子，包括我們主任昨天打電話過去，他也是給我們這樣的回應」(S9P6-1)，但服務團隊並未放棄，持續溝通，唯此時局勢亦產生變化，收容

所接到政府相關單位的指示，由災區醫院提供心理復健之服務，故服務團隊順利銜接醫院資源，提供了心理簡易量表篩檢服務，受訓諮商師也隨著進入服務。「就是我直接去收容中心，收容中心要幹麻，就是那個心理師拿心情溫度計給我們，它主要是要篩選出有 PTSD 或 ASD 的人」(G2E2-2)。

另外，服務團隊同時蒐集服務場域的周邊資源，現場已有多個團體替收容所災民辦理活動，故團隊採取與現場社福團體合作的策略，協助辦理親子說故事的活動；另一方面，亦嘗試在收容所對面的鎮設教室，設立臨時會談空間，當作與災民的會談空間，由受訓諮商師排班，邊做邊評估。「就是說我們現在要排班了，如果我們可以很明確的，例如我們先排一個月，其實這樣大家去評估自己也比較好評估，他們就會知道是一個月，然後我是不是可以參與？」(S9G22-2)。同時，受訓諮商師亦蒐集了相關補助資訊與法令等，提供災民參考；當中亦帶領其它相關休閒活動，包括樂器活動和球類活動，讓收容所災民有更多的休閒活動；透過這些活動與收容所災民接觸，並建立關係，提供個別關懷工作。「我們要主動提供訊息給災民，像是各個補助項，八八水災的政策與法令瞭解。當我們將他們最關切與最需要的東西給他們，關係的建立也就展開。」(EJ19-2)「因為隔天的說故事爸爸媽媽的活動，下午設計宣傳單並趕緊發到收容中心。下午都在設計宣傳單。」(EJ18-1)。在經過各種嘗試後，服務團隊終於以「兒童繪本說故事活動」成功在收容所中提供孩童一個安心的聽故事時間。「那時就是我們進入 xx 中心辦理說故事，一開始不是很順利，因為借不到空間，後來進入的第一天也有點亂，場地不是很合適，因為是在大廳，人進進出出，孩子們也定不下來，但很多媽媽後來看到孩子聽故事可以平靜下來，那裡的法師也注意到，後來他們給了我們樓上一個空間，我們才進行了好幾天，這部份效果還不錯。」(G2G4-3)。這樣所反映出來的情境變動性而改變服務方法，社區諮商工作者須善用主動、彈性、結合資源及因應脈絡變化來提供有效的服務策略。整體而言，從醫院到收容所的服務內涵與策略共六大主題，分述如下：

(一) 外任事務與內在心理服務之銜接：

病房災民的服務，從外在的需求開始服務是相當好的策略，有利於轉接至心理服務，建立會談關係，突破個案抗拒。例如 A 在病房服務過程中，透過許多外在服務的策略與病患建立關係，貼近個案的身心狀態，包括替病患熱敷、協助處理孩子吵鬧、領取物質、尋找及使用生活設備；待關係建立後，多數病患皆願意談出內心的困境，A 方有機會介入處理。

「我想大概是前幾天都替 AF (病患) 照顧 xx (孩子)，讓她覺得我幫了很多忙，今天 AF 首次主動想要瞭解我，詢問我是哪邊人，在哪邊唸書...等等，我感覺到這是一個開始..」(AJ45-3)

「今天 AF 是第一次主動告訴我她的感覺跟擔心，前幾天我都在幫她照顧 xx，比較沒有跟 AF 談到她自己的狀況，每每跟她談話，她都把重點放在 xx 身上..」(AJ46-1)

而 B 和 C 也協助住院災民更換床單、按摩、梳頭髮、協助尋找物資等，並促進信任關係而有了介入的機會，個案也明顯放鬆許多而願意開放自己。

「下午幫他們去問便當菜色，所以跑來跑去，後來回到病房，大姐 (病患) 就叫我坐在旁邊，跟我開始聊天」(BJ9-5)「後面也尋問 xx 和 xx (病患) 有沒有需要的物資，拼命的去幫她們找...，感受到關係建立的開始。」(BJ28-3)「其實從一些很細微的身體接觸，還有譬如說物質的滿足，是可以拉近跟那些災民，可能原本都是不認識、陌生的人，但可以透過一些小小的動作，跟他們聯繫關係」(G1C4-4)

D 亦透過協助年長病患和醫療人員溝通而獲得信任或協助病患取得物質，D 反思了自己的角色後發現這樣的工作方式更貼近病患，且減少了距離感。

「因為他們其實都不會講太多，xx (醫生) 問什麼他才會回答，不會直接說他有什麼需求。然後我就會跟 xx (醫生) 講說因為剛剛那個阿嬤她牙齒腫，我就跟他講她牙痛，...他 (醫生) 馬上就去做。」(S2D4-2)

在災難救援現場中，災民的需求是立即性的，心理助人工作者在過程中如何兼顧一般性之需求和心理需求，如何建立關係，考驗服務者的彈性。心理助人者需要調整傳統心理諮商的服務方法，水災中的災民並不了解什麼是心理諮商，當助人者介入時，是化身志工身份進入，並在自然的情境脈絡和幫助個案處理事務的服務過程中，適時的進行會談，是一種結合災難特殊情境與心理服務的方式。

(二) 由被動到主動服務之心理轉化：

病房的服務無法單純以專業的諮商方式進行，更要隨時具備主動的態度，並敏感於病房的脈絡，此一過程需要受訓諮商師展現耐挫力、克服自我退縮的人際習慣，並從中得到突破抗拒的成就感，以及促進服務者與被服務者信任關係；另一方面，也需要從快速變化的場域中，表現自己的主動積極服務態度。例如 B 在一開始的服務中，因被動的個性而讓自己陷入困境，不知如何服務病患，經歷各種建立關係的嘗試後，B 的服務心境也有了轉變，了解到採取主動的方式在這種不安定的場合是必要的。

「今天有發現到自己害怕主動與陌生人聊天的情形，給了自己一個很大的省思，過去只會覺得對人不熟悉會害羞，但做為一個助人工作者，這樣的被動似乎會帶來許多的不便」(BJ10-4)「惟有當下的狀況是自己能夠掌控的，當自己正和個案談話時，代表自己已擁有談話的入場券..所以不管自己現在在做什麼，都已經進入對方的脈絡，成為裡面的一個小齒輪，帶動個案的思考，所以現在的自己必須更積極主動」(BJ32-2)

而 C 則找到了在醫院各種服務過程中，從病患缺少的服務環節中找到自己的工作位置：

「當下，的確沒有深刻體會到自己的價值，但是回過頭去看，加上自己角色的轉換之後，才深刻覺得社會真的非常缺少在這種小環節默默付出的人，這種高不成低不就的角色，上面的人不願做、下面的人做不來，那就是我們得以發揮的空間，也是我認為最有價值的位置」(CJ19-2)

D 則注意到病患突然出院，來不及給予完整服務，她轉而更積極處理個案：

「我那時候就覺得說他是可以慢慢來，不用急著做，結果他要走的時候我整個人很失落，因為我就覺得我沒有在那段期間特地積極地關心他，...後來之後每一個病患我會覺得好像該做什麼我就該積極努力的去做。」(G1D6-4)

(三) 文化多元與策略多樣之映襯：

本次災民病患呈現多元文化的內涵，包含原住民文化、宗教文化、性別文化、老人文化、孩童文化等，故在服務過程中，受訓諮商師善用原住民文化和宗教的力量，促進災民病患的心理復健工作，將病患的文化融入服務策略。例如 A 和 B 使用了病患基督福音做為介入方式，成功突破病患壓抑的情緒：

「xx 醒了還是很痛苦，想說跟她說可以跟神禱告，結果 xx 誤以為我要幫她禱告，可是我不太會禱告，但最後還是決定幫她禱告，於是用自己的話幫她」(BJ34-4)

又如，在連續性的輔導中也應用了畫畫和禱告的方式讓病患可以為過世的親人祝福，例如在一段諮商過程中，A 結合了繪畫和禱告的方式處理病患的失落：

「我：『我們一起來做一件事情好不好，妳會畫畫嗎？』L：『我不會，我不會畫畫』我：『那你用說的，我幫你畫畫看好不好，如果你覺得不對可以跟我說要怎麼修改』，L 說好。我：『如果可以送你兒子東西，你想送他什麼？』L：『被子、衣服、褲子，我怕他會冷』。我在紙上畫下這些東西，便跟 L 一起討論花色、樣式，過程中，我把衣服畫成有扣子的像襯衫樣的，L 告訴我他兒子都不是穿這種，是穿一般的 T 恤，於是我又重畫了一件，到 L 說可以了為止。我：『你有什麼話想跟他說嗎？』L：『我想告訴他，既然要睡就好好睡，因為我們基督教不會說死掉，會說只是在睡覺』。我邀請 L 把這段話寫在畫上，但 L 告訴我她認得字但是不會寫國字，於是我又幫她把這段話寫了上去。完成後，L 拿著這畫看了一會，我問：『你覺得可以對這畫做什麼，讓你兒子可以收到？』，L：『我想要拿它禱告。』」(AJ36-3)

另外，C 也針對老人和孩童給予不同的服務方式，例如以畫畫的方式讓學齡前的孩童表達對災難的恐懼情緒，對老人則引導年長病患回憶過往的生活經驗，安定年長病患的起伏心情。

「阿嬤說她在山上的生活，說她老公以前是個大帥哥，自己以前是大美女，說他們的家小孩，說他以前如何為家中的經濟打拼...，阿嬤臉上終於露出笑容，驕傲又開心地告訴我們她以前的豐功偉業，真的是位堅強又勇敢的女性」(CJ18-5)

D 觀察到原民病患的樂觀、幽默和堅強的特性，引發 D 重新思索專業：

「我覺得每個民族的文化真的不一樣，但是你就是要進入他們的脈絡裡才能知道他們的需要是什麼，如果你一直帶著一個我就是一個諮商師的專業眼光來評斷你得了什麼病，.....我覺得並不會適合每一個人或每一個族群」(G1D11-6)

(四) 專業態度依循情境脈絡之調整：

在醫療體系中，專業被視為理所當然，處遇過程中多會展露專業態度，容易引起病患的防衛，特別是災民病患對於心理人員的排斥感，故受訓諮商師在面對災民的文化脈絡時，調整自身的專業態度，善用災民熟悉的議題做為建立關係和介入的策略，以增加服務效能。例如 A 發現專業會談的方式易遭受病患的抗拒，病患也會對 A 的身份表現出敏感與防衛。

「原本個案已經開始願意說故事了，當下我覺得自己跟她是在一起的，但是我一提出會談的邀請，反而讓她感受到了我的專業角色的那一部份，讓她轉為抗拒與防衛。我有個很大的省思，這些病患並不能當作諮商室中的個案來看，他們需要的不是專業的諮商會談，我想陪伴對她們而言才是此時此刻最重要的」(AJ15-8)

B 則經驗到放下身段才能讓案主說出自己的內心話，並觀察制式的專業服務方式容易因為專業的傲慢而破壞助人關係。

「感受到 xx 和 xx (病患) 有接受我的協助，雖然今天的話不多，但是該幫的忙，我都有盡量去做到，慢慢發現一個道理，『當你放下姿態、身段時，對方才願意接受你，等到接受了，才願意把內心話說出來』」(BJ35-1)「在專業上的傲慢易破壞彼此間的關係，光是個案主動來找你，就有地位上的差異，故這次角色的轉換，是自己主動去和個案談，那樣的收穫與學習就不同」(BJ35-6)

C 在服務過程中也感受到諮商是一種隨情境而變化調整的方法：

「我覺得說這次去當心理志工，我覺得會讓我發現到說原來諮商這件事它不是很高高在上的，它不是說一定要在什麼樣特別的空間裡；...，才有辦法去做諮商這件事」(G2C9-1)「諮商它是很平易近人的，就算平常聊天也會運用到一些...我們平常學到的專業並不是說要讓我們來覺得說它是很遙不可及的，而是說讓我們更懂得用什麼方法去跟人家講話，你要用什麼方法去陪伴他們，我覺得這是我最大的學習。」(G2C9-2)

(五) 災難經驗的共構與轉化：

災難不只是對災民造成影響，也影響受訓諮商師，因為災難而共同面對生命的失落，重新解讀災難所造成的傷害，服務者與被服務者皆得到經驗的轉化，轉變面對災難的負面情緒，對專業和社會體制產生新的觀點，並從災民的經驗中汲取養份，重獲服務能量。例如 A 在服務過程中，見證病患正向詮釋災難經驗及奮力迎戰苦難的精神，帶給 A 重新檢視自身對生命看法及助人者的有限性。

「我自己相當清楚，我的狀況並非替代性創傷，也不是專業耗竭，反而經歷了這次的救災經驗，我更加的清楚自己的使命，我更堅定自己要投入助人工作，並且我也學習到，自己平常的做事態度應該要有所調整，過於習慣一直給出，過於替他人著想而忘記要照顧自己，其實自己的能力很有限，凡事盡力即可，做不到的，我只能選擇祝福與放下。」(AJ64-4)

B 在服務過程中，經驗到災難所反映出來的社會體制的不公平、現實的殘酷，並在陪伴服務中獲得新的力量，如同災民的困境與突破。

「但經歷過這次的事件後，才看清現實的殘酷，看見體制下的不公平，看到原住民族群的辛苦，也真正體會到施比受更有福，雖然自己無法做到很多，但在陪伴她們的過程中，看到她們的堅強，也許未來的路很艱辛，但相信她們會努力的走下去，勇敢的面對未來」(BJ43-1)「謝謝她們給了我許多的學習，讓我看見世界不同角落的人，讓我發現到自己的個人議題，讓我了解到自己的不足，也讓我深刻體會到付出的重要...」(BJ44-1)

在服務過程中的身心疲憊與食物中毒經驗，讓 C 對自己是服務「躺在病床上的人」到互換角色被服務過程中，深刻體會陪伴帶給災民面對內在脆弱的力量。

「自己躺在急診室裡，突然發覺我們在醫院裡有多重要了...那感覺好奇妙。躺在床上看出去的視野完全不同，呈現一種近似仰角的角度，我變成渴望被愛...被體會痛處...被照顧的弱者，需要一雙關注的眼神，一雙溫暖的手；一點點的情感投注，就感覺有力量許多，我是這樣感受的。我想，那些災民也是，有時候心靈的支持無法改變現實什麼，但是它能讓人們重新找到力量，重新找回希望的感覺」(CJ12-4)

(六) 多變情境與制式專業之磨合：

醫療服務模式的高度制式專業，和災難場域的多變成對比，醫療的診間或病房處遇具有制式空間與流程，災民則是處於混亂失序的狀態，要求災民進入制式流程需要透過關係的經營、服務

方式的調整；制式化的服務易忽略災民的個別心理狀態，也造成災民的不信任。在本研究中，受訓諮商師必須在混亂多變的場域中保持彈性，以更靈活的方式介入，例如臨時出院、親友來訪、各式志工團體加入等，固定的諮商會談方式並不適合。B 感受到時間的不確定性對服務造成壓力，而調整態度與工作方式，病患親友臨時來訪影響談話的方向，但也提供了受訓諮商師更多不同的機會。

「今天早上看到阿嬤回家，讓我開始警覺到自己必須更積極，因為所有當下發生的事情都充滿許多的變數，不知道個案什麼時候會離開？不知道訊息什麼是正確的？不知道下一秒會出現什麼狀況？」(BJ32-1)

D 也感受到要調整原來諮商學習的制式方式，以因應隨時變化的情境，她也從災民家鄉的名產話題切入，而打開災民面對醫療人員的防衛：

「如果要按照書本上說你第一期要怎麼做、第二期要怎麼做、第三期要怎麼做，你反而會非常慌亂，因為你根本會來不及，就是你沒辦法照著那個步驟一步一步地走，所以那時候就是要隨時調整你的心態，而且你隨時要面臨的狀況就是你隨時會遇到失落的情況」(G1D6-2)

另外，收容所的情境較醫療單位變化更大，E 在服務中協助醫院篩檢個案，以制式的問卷進入收容所後，發現需要因應災民的作息、活動、語言而調整方式。

「我和學姊朝他們走去詢問他們有沒有做過問卷...但奶奶們都聽不懂中文，況且伯母還用原住民的母語跟我對話，我又聽不懂」(EJ16-9)「我在這群人之中顯得格格不入，幸好伯母用母語跟其中一位奶奶談...幫我翻譯。」(EJ16-10)「當我按照問卷上的題目一個個問完之後要離開心裡覺得怪，那種「怪」就好比我是災民住在收容中心，來了一個外國人問我一堆制式化的問題，問完就走了。」(EJ16-13)

二、社區諮商介入過程中所面臨專業團隊合作的挑戰與因應

從前述所呈現的服務內涵與策略中，可發現心理助人工作者在災區服務過程中須考慮災民的立即性需求，透過外在事務的服務，彈性調整心理助人的工作方法，以更主動積極的方式突破和建立助人關係，善用災民的文化做為介入的媒材，過程中助人工作者不僅要重新審視自己的專業態度，也要能在災難情境中反思自身的災難經驗，以轉化自己面對災民時的態度。但這些服務內涵和策略中，涉及災難場域中的其他專業工作者，故在提供服務策略過程中，亦帶出合作上的挑戰和因應，包括受訓諮商師和醫療人員工作方法落差、專業文化間的差異、工作態度的轉化、組織的權力結構、及組織之間的競合等。這些皆反映出社區諮商工作方法介入之後的調整與變化，共有五大主題：

(一) 醫療模式與整體服務模式之辯證：

醫療問診模式主要著重在「症狀」的了解與處遇，本研究之受訓諮商師則帶著「整體」觀點進入服務，重視案主的整體感受，包括案主在病房的生活舒適度、與親友的關係、對專業人員的感受等。故服務策略採取「銜接外在事務與內在心理服務」和「彈性的服務方式」，但此一彈性是服務團隊消融專業傲慢態度而調整，以便貼近災民的需求和心理狀態，而展現整體性關懷的觀點和視野，與醫療專業著重症狀的服務之間產生落差，故受訓諮商師心中也出現許多衝突與不滿的聲音，包括對醫療人員的不真誠、對醫療單位的作法產生質疑、不認同醫療人員問診過程中語言與非語言之間的矛盾。受訓諮商師透過自身與個案互動時的行動作法，以形成與醫療模式辯證的省思。例如 A 對醫療聚焦症狀的處遇有深刻的反思，體會到醫療模式限制，專業醫療的介入方式易忽略和病患之間的關係，並省思病理模式需建立在對人的整體關懷上，而非單純將病患視為病症，忽略災民是完整的個體。

「今天我有一種感覺，就是覺得這樣他們好殘忍喔！因為他們來的時候...感覺狀態不太好，又要在那邊等，又被一個一個叫進去冷冰冰的診間，然後又被問了一堆問題，然後有的在裡面情緒就...崩潰了！...他已經在那邊放聲大哭的...，可是醫生就是...關注就是症狀，後來只是跟他說他會開

什麼藥，什麼安眠的、憂鬱的，開藥給他吃。」(S6A1-1)

(二) 專業文化差異之消融：

不同領域的工作者對同一個病患服務，會產生不同的觀點，例如醫師考慮的重點是盡早讓病患出院以免院內感染，而心理師考慮的是未妥善安排下讓病患出院的生活困境，讓受訓諮商師有了不同的專業考量角度。由於服務團隊提供彈性介入策略，是依據社區諮商的精神，兼顧案主文化和脈絡，更重視專業關係的親近性，故在服務策略中「依循情境脈絡調整態度」，避免展露過多的專業態度，但在醫療的高度專業化工作場所中，則需要發揮和不同專業工作者合作的因應方式。例如 B、C 和 D 在服務過程中，感受到醫療模式的思維方式和諮商專業的差異，也體會到專業權威的阻礙，並調整自己的心態，認為越具有專業權力就越要有同理心和使命感。提供服務與陪伴過程中，受訓諮商師陷入專業差異而產生內心衝突，經過討論後，轉而以更積極的態度進行，也促使受訓諮商師了解到個體與脈絡的重要性，不同專業是一種互補的觀點。

「這是件有點奇怪的事，助人者與被協助者之間不該有那麼大的距離」(CJ8-3)

「也許彼此間的學習系統不一樣，所以之間的觀念會有些差異，但覺得同樣做為助人者，如果連尊重、同理的態度都沒有，那樣的助人態度對需要幫助的人是雙重傷害」(BJ6-2)「我發現自己的角色比醫生更容易貼近病患，不論是在於時間、談話與態度上都比較占優勢，醫生較權威，反而加深個案對醫生的距離感。」(D13-1)

(三) 制式化與學習性服務之轉化：

災民是否一定需要心理復健的服務，一直是受訓諮商師在面對災民的抗拒所產生的疑問，強制災民接受心理服務未必是災民目前所需，或者不是災民意識到的需求，例如服務團隊面對災民文化的多樣性時，發展不同的服務策略，需要更多向不同災民族群文化學習，提供不同的介入策略，學習從災民自身具有的優勢和解決方法中，發展更契合於介入的手段。因此，從服務過程中以學習態度提供服務是受訓諮商師最有力的工具，沒有刻板的專業模式，反而讓受訓諮商師可以更謙遜的服務，例如 B 就從「學習」的態度摸索工作方式，而從「強制」提供的心理評估中看到服務的限制。

「此外，從醫師與病人會談中，看見上對下的權力壓迫，..也許這些權威是為了讓人能夠遵守藥物治療的進行，但因為此次的病人多屬於急性創傷所造成，心理上的脆弱易受外在環境的影響，因此面對醫療權威上，雖然可幫助一些睡眠上的問題，但實際心理上卻未受到妥善的對待與照顧。」(BJ6-1)

在制式化的專業思維中，提供災民醫療模式服務，受訓諮商師在帶領災民進入醫療體系時，產生極大的衝擊，並從災民的抗拒中，受訓諮商師更能以學習的心態面對災民，而對原有的專業作法產生省思。

「但是從昨天來看診的災民身上，我們知道他們確實是有需要被服務的需求，怎樣的服務方式是他們願意使用且接受的，值得我們再做思考，今天的經驗是個教訓，我更加清楚等著病人走進診間的治療模式並不適用在災區特性。」(AJ58-2)

(四) 組織階層化與權力挑戰：

由於受訓諮商師在進入醫療體系時，所受的訓練和服務觀點和醫療人員有些差異，另一方面則涉及醫療體系的工作模式，讓受訓諮商師陷入科層體制中最低層的合作困境，受訓諮商師亦懷疑在這種分際嚴明的氛圍中，一個志工身份的受訓諮商師是否有「權力」可以真正替災民病患爭取服務。例如 A 在服務過程中體會到醫療分工階層制度嚴明。

「X 主任帶我們至病房會診時，隊伍排列順序也非常有趣，漸漸讓我嗅到醫院中明顯的科層文化」(AJ5-3)「光我們那天跟醫生會診，走路的方式就很明顯了。心理師跟護士的互動，護士跟醫師的互動，護士態度就很不一樣，對阿，都觀察的出來。」(S1A6-1-1)「因為醫院的科層、制度很明顯，就是自己知道是什麼樣角色這樣就好。」(S1A5-1-2)

另外，由於本研究的服務團隊採取了更「親和」的服務態度和更「彈性」的介入策略（例如前述的外在事務服務），在服務過程中受到災民的信任。當醫療單位獲得公權力授權救災服務，遂將收容所中的災民帶至醫院進行評估工作，受訓諮商師和災民的良好關係成為中間的引導者，但

因醫院制式化的診療方式卻造成災民心生抗拒，也讓受訓諮商師產生一種被利用的心情，而與醫療工作者形成緊張的關係。

「我們去 xx 中心（收容所）帶災民坐車去醫院給醫生篩選.....結果回來後很多災民被笑，然後她們感覺很不好...第二天就很少人願意再去了。」(S3C34-6)

「我不懂，這整間醫院裡面到底有誰是真正打從心底的想要關心病患的，我自責自己成為他們傷害病患的打手，又自責又氣憤的情緒我感覺快要爆開了。」(AJ56-3)

(五) 以「災民利益優先」因應場域之競合生態：

災難發生時，各種團體競相進入災區提供服務，本研究參與者發現現場已有相關社福團體，團隊經討論後決定和已經提供服務機構合作。在收容所服務的合作中，本研究之團隊採取一種「隱匿身份」的策略，主動參與其它服務團隊的工作，隨不同的團隊使用不同的志工身份，反而獲得很好的進展，也減少合作的競爭感。

「附近有兩個社福單位，都有提供一些服務，xx 有說他學長在 xx 單位服務，他們說要找老師討論合作....」(G2F55-3)「尹甸那邊同意我們進入他們的親子活動當志工，今天就帶尹甸的志工牌，先把醫院的志工牌換下來，....」(G2F2-1)

在醫療的合作中，災難的發生本來就有其不可預期性，一下子湧進許多需要接受服務的病患，原本的醫療體系和工作人員不見得可以應付，隨著外來服務人員的加入，彼此之間逐漸會出現工作領域相互干擾或被侵佔感，工作者需要適時 協調，以災民為最佳利益考量。例如 A 面對太多團體進入病房關懷的做法：

「就一下來了很多志工，跑進病房，有來送錢的，有來關心問候的，可是其實很打擾病患...而且有的一次來很多人。後來我就把他們請走....」(S5A-6)

例如 D 就面臨到因社工人力不足而病患又有需求時，主動協助處理卻誤踩社工工作內容的議題，面對彼此之間的不愉快，她仍然以病患需求為優先考量。

「就 xx 沒有盥洗用具，已經反映了，可是社工可能很忙，我就主動跟社工說在那裡我自己去拿，她的反應好像有點不高興...好像我不該做這件事...可是就真的等很久都沒有送來啊」(S6D21-8)

「...開始我覺得有點那個，反正可以領到就好，我還是以 xx 的需求為優先考量，重要在有沒有幫到她。」(S6D25-12)

討論與結論

本研究的結果初步指向社區諮商在災難救援場域提供心理復健服務時，其策略和內涵受到災難場域的特性、文化（包含族群文化和專業文化）及專業之間的團隊合作所影響，本研究的結果反映出社區諮商工作者彈性角色與資源連結（Gladding & Ryan, 2001），更多兼顧脈絡、發展、生態、多元文化和優勢的觀點（Lewis et al., 2011）。隨著災區進展和變化，本研究的結果顯示社區諮商工作和相關團隊的合作，需要更多的協調合作和信任，也呼應許多災難救援工作模式所強調的合作與分工，避免災難服務醫療化（Dodge, 2006），單位之間的專業關係、信任與尊重是災難處理成功的要素（Speier et al., 2009）。

一、社區諮商服務需要變通方法以因應初期災難救援場域的特殊性

本研究結果顯示，災難初期的救援場域具有其特殊性，包括初期災區的混亂、災民剛被救出時的心理創傷與失落、災區服務的紊亂、災民不熟悉心理服務方法、災民的立即性物質需求、救援資訊變化快速等，故社區諮商服務的內涵需契合服務情境脈絡和個案需求。相關文獻也指出，早期介入災難救援場域強調以對話和彈性的蒐集資料，並裁剪心理健康之服務方式（Eric et al.,

2008)，而災民使用心理健康服務的阻礙相當多，例如 Rodriguez 與 Kohn（2008）就指出災民對心理健康服務缺乏知識、不認為自己有問題或不嚴重、對心理疾病的烙印、害怕治療、相信別人比自己更需要服務等阻礙，在本研究中亦有相似的發現。

本研究服務團隊的服務內涵中，醫院服務雖著重於傾聽陪伴、心理社會評估、情緒紓緩與處理，但從一開始的角色定位、關係建立、心理社會評估、到發展合於案主脈絡的處理策略，服務者皆調整了專業態度、方法與策略。例如服務者銜接外在事務與內在心理服務，以克服災民立即性物質需求與對心理服務的抗拒；又如災民住院天數的不確定，服務者須採取更主動積極服務態度和方式，以因應短時間服務的工作型態。另外，醫院的病患家屬多居住於收容所，促使本研究團隊的服務從醫院延伸到收容所，並善用周邊的空間、現場資源、與相關服務團體合作，反映出社區諮商在災難救援場域的工作優勢。

就 Lewis 等人（2011）提出焦點策略（*focused strategies*）與擴大策略（*broad-based strategies*）促進個人和社區發展的角度來看，在災難初期的救援場域中使用這些策略須考量救援現場的特殊性做調整，本研究的八八水災救援場域具有安置之臨時性、資訊之流動性、服務團體之多樣性等特徵，反映在災民於住院出院、安置流動與各式服務中移動，許多介入策略需隨時調整，例如本研究在收容所的講故事活動安排於晚餐之後，是考量晚間服務團體較少與災民集體作息時間，晚餐之後的時段常有災民會議召開，或者白天大人外出尋找失聯親友或處理災後相關事宜，回至收容所時無暇管教孩童，孩童也因為災難和情境的變化而顯得浮躁，故該活動除了提供孩童紓緩情緒和安定心情外，也讓安置所的成人得以喘息。但 Lewis 等人的服務策略中，較多針對服務方式的提供，例如提供不同層面的心理方案服務，本研究針對醫院中災民的個人需求和收容中心的需求提供不同的焦點和擴大策略服務方式，前者包括陪伴和情緒紓緩、心理與社會評估、關懷，後者包含收容所說故事活動、休閒與親子活動。本研究發現使用這些方式時，是透過結合事務性與心理性服務發揮彈性策略。

二、社區諮商服務內涵和方法須兼顧災民族群多元文化與助人專業文化

本研究中反映出救援場域中的文化因素可分二部份，一為族群多元文化，團隊服務的災民多為布農族，其中又有不同性別、年長者、孩童等不同族群，具有族群文化多樣性，受訓諮商師在服務過程中觀察與學習這些族群文化，並採取多樣性的服務策略，例如欣賞和運用原住民的樂觀和幽默、基督信仰的力量和禱告的方法、族群關係的優勢、針對不同性別和年齡層提供不同服務等。在災區救援場域中，社區諮商工作者需要見機行事，它有別於一般傳統的諮商服務，災民所處的物理空間、人際空間、以及心理空間具有其獨特性，助人者幾乎不可能完全具備回應之能力，但是助人者以一種具備彈性、傾聽災民故事、跟災民學習的態度、在現場中體會、揣摩與對話，以找出較契合災民服務的服務策略和服務支撐點，此一部份呼應了 Uhernik 與 Husson（2009）強調災難救援中諮商師必須超越傳統方法。本研究中的受訓諮商師大多能保持這樣的態度，主要是因為社區諮商強調賦能、向個案優勢學習、運用資源、重視生態脈絡、多元文化觀等，不但可以脫離一種制式化專業的眼光看待服務工作，也可以採取更低姿態、更謙遜、更貼近災民的方式提供服務。另外，本研究中受訓諮商師亦在服務過程中，多會觀察和應用災民的內外優勢，變化服務策略，例如使用災民熟悉的觀點和材料（如禱告、讀聖經等）提供心理復健服務，與文獻中提及的災難救援工作經驗相似，這些應用包括災民對災難的信念、詮釋、宗教信仰、支持系統、對助人者的定義、對求助的看法等（Dass-Brailsford, 2008; Norris & Alegria, 2005; Priya, 2002）。

另一為不同專業領域的工作文化，特別是醫療和諮商工作文化的差異，醫療著重於病症的診斷和緩解，社區諮商師則重視災民整體的服務，故對於個案的病房處境、面對醫療的心理舒適度、對災民有更多的情感投入、考量災民更多的後續生活和處境等，這些和醫療人員思考落差易產生誤解和衝突，包括對專業方法、專業權力、專業階層、以及專業態度等，受訓諮商師皆須重新釐清，以找到合作的位置。在社區諮商工作模式的應用中，Lewis 等人（2011）建議工作者提供服務

需因應環境脈絡而調整，其所指的环境脈絡包含各種壓迫、文化議題、不公義的對待、各種壓力源、不同文化觀等。在本研究結果中，亦反應出受訓諮商師對於專業工作者具有諸多的反思，包括對原民文化的欣賞和賦能、對專業態度和制式化的醫療方式造成災民壓迫的省思等等，皆是面對災難救援場域文化的多樣性的學習與專業服務調整。

三、社區諮商在災難救援助人角色光譜中展現串連合作分工的重要性

本研究結果中反映出災難救援現場中不同專業人員的合作議題，其中包括不同專業文化的相互融合、專業概念與方式的差異、專業權力的議題、以及競爭與合作的關係等，這些不僅反映不同的專業態度、觀念和方法，也呈現出不同助人專業的生態。的確，災難的發生所需要的服務是多樣性的，但心理健康服務在醫療單位的服務過程中，容易將服務醫療化，Dogde (2006) 即特別強調應避免這樣的情況，著重賦能和彈性策略；而災難救援中團隊合作的重要性，則強調彼此之間的信任、尊重與分工合作 (Speier et al., 2009)、摒棄專業本位 (Weaver et al., 2000)、避免工作和專業階段化 (賴念華, 2002) 等，本研究中的服務團隊一開始與醫院合作進入服務，之後進入收容所的社區，以一種探索、累進、應變和匿名團隊的方式進場，和其他服務團體合作提供多元性服務；在合作過程中，醫院服務的合作挑戰多集中在諮商和醫療工作概念與方法的差異，分工過程中所產生的專業權力，以及不同專業工作者服務範疇的界線拿捏等議題。

另外，災難救援場域中的服務涉及的災民需求較廣，包括醫療服務、物資需求、心理與社會支持、休閒需求等，本研究的服務團隊在提供服務過程中，充份展現了所提的角色彈性、學習能力和聯結社區資源、以及因應紊亂的工作場域 (Gladding & Ryan, 2001)。本研究發現，這些彈性和能力不僅僅只是展現在介入方法的使用，也反映在跟不同專業領域的合作過程中；若以災區助人內涵的光譜來理解，由左往右移動為外在事務、心理社會、到生理藥物等服務，如將各種助人工作者角色視為一連續線，依序為「一般志工—社工—社區諮商師—醫療人員」，社區諮商提供災難救援的心理復健工作，需要結合災民個案的外在與內在需求，本研究之服務團隊以彈性的方法提供心理服務，不但串連了事務資源、心理社會與醫療等服務，更能從借用兩邊的服務內涵提供災民心理復健服務，反映出社區諮商在災難救援角色不僅只是工作範疇的分工，更可在合作過程中整合其他專業的服務內涵促進災民心理復健。

四、災難救援場域實務進行研究的限制與突破

本研究之研究者帶領受訓諮商師進入八八水災初期救援場域服務，以一種參與式的觀察與記錄，探討社區諮商服務災民的內涵，故並非設計控制精良的研究，而是一種探索式的研究，從實踐中蒐集資料，以因應災難研究的不可預測性、時間和危急的研究限制。但因水災具有其地域的特殊性，例如都市和郊區、山上或山下發生水災災難狀況都不一樣，又如有土石流衝擊和海水爆漲也不一樣，當然，其他地震、海嘯等自然災難，也都各具特徵，爾後需要針對不同的災難型態、場域進行更多的相關研究。但過去災難服務的文獻中，多提及服務的彈性與多樣性、團隊合作的重要性，其實過程勢必和其災難型態和場域有極大的關連，本研究採取情境分析法的方式，是更貼近真實的災難實務場域。

另外，災難救援時間的急迫性，也是未來研究要突破的。心理衛生工作者常為了組織團隊而延緩進入災區時間，本研究之服務團隊快速進場提供心理復健服務與研究，是一種優勢，但限制是受訓諮商師在服務時間、體力和意願未必相同，故實踐過程中的資料蒐集並未一致，其中三位僅參與焦點訪談，並未提供觀察日誌，也限制了本研究資料取得的完整性。再者，災難發生的場

域往往容易被辨認，研究者在分析資料時，也發現某些資料涉及組織和合作人員的聲譽、以及研究參與者的匿名性等困難而必須取捨資料，這也是本研究的限制之一。而本研究的研究參與者是受訓諮商師，其專業程度不若專業諮商師，且亦未受過完整之災難救援訓練，但其好處是較不陷入專業框架，而較容易發展非心理服務的策略。

綜言之，社區諮商工作介入災難救援場域的內涵需因應場域脈絡、文化、資源、各種專業提供不同型態之服務；從本研究的結果來看社區諮商相當契合於災難救援工作，展現更多元之服務，但其需要之能力也更多，建議諮商或心理人員的教育訓練要更著重災難場域特性、文化敏感度訓練，強調環境脈絡和彈性策略的學習，特別如何活用專業，避免陷入制式化的專業方法，以開展更靈活的心理復建服務方法。

參考文獻

- 周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧瑟（2006）：災難與創傷後壓力症候群。**台灣精神醫學**，**20**(2)，85-103。[Chou, F. H. C., Tsai, K. Y., Wu, H. C., Su, T. T. P., & Chou, P. (2006). Disaster and Posttraumatic Stress Disorder. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 20(2), 85-103.]
- 高淑貞、邱南英（2002）：九二一地震災區學童心理復健工作模式—以集集地區為例。**中華心理衛生學刊**，**15**(3)，1-30。[Kao, S. C., & Chiu, N. Y. (2002). A five-stage mental rehabilitation model for pupils affected by the 921 earthquake, using Chi-Chi as the study site. *Formosa Journal of Mental Health*, 15(3), 1-30.]
- 高淑貞（2004）：兒童青少年地震後創傷壓力反應之追蹤研究。**彰化師大輔導學報**，**26**(1)，85-106。[Kao, S. C. (2004). Follow up Research on Post-earthquake Stress Reactions of Children and Adolescents. *Guidance Journal*, 26(1), 85-106.]
- 許文耀（2011）：「八八水災災後社會心理復健工作模式之建立」整合型研究計畫研究成果報告。行政院國科會報告（編號：NSC 98-2420-H-004-182）。[Hsu, W. Y. (2011). *The study of constructing social-psycho rehabilitation model after Typhoon Marakot (final report)* (No. NSC 98-2420-H-004-182). The report of National Science Council, Taiwan.]
- 許文耀、曾幼涵（2003）：九二一地震後災民的資源變化與心理症狀間的關係。**中華心理衛生期刊**，**16**(2)，1-19。[Hsu, W. Y., & Tzeng, Y. H. (2003). Resource Change and Psychological Symptoms of People after the 912 Earthquake in Taiwan. *Formosa Journal of Mental Health*, 16(2), 1-19.]
- 許文耀、曾幼涵（2004）：災難因子與心理症狀間之關係—以九二一地震為例。**臨床心理學刊**，**1**，30-39。[Hsu, W. Y., & Tzeng, Y. H. (2004). The Relationship of Disaster Factors and Psychological Symptoms-The Example of Chi-Chi Earthquake in Taiwan. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 30-39.]
- 許文耀（2005）：災後心理反應歷程與心理處置歷程之長期追蹤研究—子計畫：以資源理論之觀點探討雙重災害與單一災害災民的資源變化與身心反應歷程(II)。行政院國科會報告（編號：

- NSC94-2625-Z-004-001) 。[Hsu, W. Y. (2005). *The Study of post disaster psychological reaction and intervention: The perspective of resource theory for resource change and body-mind reaction between bi-disaster and uni-disaster' s victim (II)*. The Report of National Science Council (No. NSC94-2625-Z-004-001), Taiwan.]
- 黃盈豪 (2010) : 災後緊急救援與臨時安置社會工作人員跨文化經驗初探: 以莫拉克風災為例。台灣社會工作專業人員協會主辦「台灣社會工作專業人員協會年會暨研討會」宣讀之論文 (台北) 。[Huang, Y. H. (2010). *The exploration social worker's cross cultural experiences in post-disaster rescue and temporary shelter*. Paper presented at The Annual Meeting of Taiwan Association of Social Workers, Taipei.]
- 賴念華 (2002) : 災後心理重建歷程之合作行動研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。[Lai, N. H. (2002). *Study of Co-operative Action Inquiry on After-Disaster Psychological Rehabilitation Process*. Dissertation of Department of Educational psychology and Counseling, National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan.]
- 顧艷秋、顏芳慧、王翠彬、錢端蘭 (2010) : 八八水災災民創傷後反應及其影響因素之探討。護理雜誌, 57 (30) , 32-42 。[Ku, Y. C., Yen, F. H., Wang, T. P., & Chan, D. L. (2010). An Investigation of Post-Traumatic Responses and Related Factors Following the "88 Flood" Disaster. *Journal of Nursing*, 57(30), 32-42.]
- Blanco, T., Villalobos, M., & Carrillo, C. (2006). The psychological support network of the Central University of Venezuela and the Venezuelan Floods of 1999. In G. Reyes & G. A. Jacobs (Eds.), *Handbook of international disaster psychology* (Vol. 2, pp. 71-88). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Dass-Brailsford, P. (2008). After the storm: Recognition, recovery, and reconstruction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(1), 24-30.
- Dodge, R. G. (2006). Assessing the psychosocial needs of communities affected by disaster. In G. Reyes & G. A. Jacobs (Eds.), *Handbook of international disaster psychology* (Vol. 1, pp. 65-92). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Doherty, G. W. (2006). *Crisis intervention training for disaster workers*. USA: Rocky Mountain Region Disaster Mental Health Institute.
- Eric, M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., & Osofsky, J. D. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 381-388.
- Foa, E. B., Stein, D. J., & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 15-25.

- Fritze, J. G., Blashki, G. A., Burke, S., & Wiseman, J. (2008). Hope, despair and transformation: Climate change and the promotion of mental health and wellbeing. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(13), doi:10.1186/1752-4458-2-13. <http://www.ijmhs.com/content/2/1/13>.
- Gladding, S. T., & Ryan, M. (2001). Community counseling settings. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 343-354). Thousand Oaks, London: Sage Publications.
- Goodman, R. D., & West-Olatunji, C. A. (2008). Applying critical consciousness: Culturally competent disaster response outcomes. *Journal of Counseling and Development*, 87(4), 458-467.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Jones, K., Allen, M., Norris, F. H., & Miller, C. (2009). Piloting a new model of crisis counseling: Specialized crisis counseling services in Mississippi after Hurricane Katrina. *Adm Policy Ment Health*, 36, 195-205.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*, 5(1), 5-11.
- Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., & Edwards, G. (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(2), 110-116.
- Lin, A. M. P. (2009). *Post 8.8 flood reflections: The task of organizing health and human services for emergency and reconstruction*. Keynote Speech presented at 2009 V11 Union Congress of Psychotherapy and Mental Health in Taiwan, Taipei.
- Lofland, J., Snow, D. A., Anderson, L., & Lofland, L. H. (2006). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis*. Wadsworth, CA: Cengage Learning.
- Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels, J. A., & D' Andrea, M. J. (2011). *Community counseling: A multicultural social justice perspective* (4th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole Cengage.
- Murthy, R. S. (2005). Human resources for mental health: Challenges and opportunities in developing country. *International Psychiatry*, 2, 5-7.
- NASW (2001). *NASW standard for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: National Association Social Workers.
- Norris, F. H., & Alegria, M. (2005). Mental health care for ethnic minority individuals and communities in the aftermath of disasters and mass violence. *CNS Spectrums*, 10(2), 132-140.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak. Part 2: Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240-260.

- Picou, J. S. (2009). Disaster recovery as translational applied sociology: Transforming chronic community distress. *Humboldt Journal of Social Relations*, 32(1), 123-157.
- Priya, K. R. (2002). Suffering and healing among the survivors of Bhuj earthquake. *Psychological Studies*, 47, 106-112.
- Rodriguez, J. J., & Kohn, R. (2008). Use of mental health services among disaster survivors. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 370-378.
- Reyes, G. (2006). International disaster psychology: Purposes, principles, and practices. In G. Reyes & G. A. Jacobs (Eds.), *Handbook of international disaster psychology* (Vol. 1, pp. 1-14). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Saraceno, B. (2006). Foreword. In G. Reyes & G. A. Jacobs (Eds) *Fundamentals and overview of the handbook of international disaster psychology* (Vol. 1, pp. 22-23). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Schoenbaum, M., Butler, B., Kataoka, S., Norquist, G., Springgate, B., Sullivan, G., (2009). Promoting mental health recovery after hurricanes katrina and rita: What could we have done at what cost? *Arch Gen Psychiatry*, 66(8), 906-914.
- Speir, A. H., Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (2009). Building a disaster mental health response to a catastrophic event: Louisiana and hurricane Katrina. In K. E. Cherry (Ed.), *Lifespan perspectives on natural disaster*. (pp. 241-260). New York, NY: Springer Science.
- Staton, R., Benson, J., Briggs, M., Cowan, E., Echterling, L., Evans, W., (2007). *Becoming a community counselor: Personal and professional explorations*. Boston, MA: Lahaska Press.
- Sue, D.W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Tan, N. T. (2009). *Disaster management: Strengths and community perspectives*. Retrieve Dec 2, 2011, from the website of Journal of Global Social Work Practice: <http://www.globalsocialwork.org/vol2no1.html>.
- Trickett, E. J. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *American Journal of Community Psychology*, 43, 257-266.
- Uhernik, J. A., & Husson, M. A. (2009). Psychological first aid: An evidence informed approach for acute disaster behavioral health response. In G. R. Walz, J. C. Breuer, & R. K. Yeh (Eds.), *Compelling counseling intervention: VISTAS 2009* (pp. 271-280). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Weaver, J. D., Dingman, R. L., Morgan, J., Hong, B. A., & North, C. S. (2000). The American Red Cross disaster mental health services: Development of a cooperative, single function, multidisciplinary service model. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(3), 314-320.

收稿日期：2012年01月09日
一稿修訂日期：2012年04月20日
二稿修訂日期：2012年11月06日
三稿修訂日期：2013年09月12日
四稿修訂日期：2013年10月21日
接受刊登日期：2013年10月22日

Bulletin of Educational Psychology, 2014, 45(4), 517-537
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Preliminary Study of Brief Community Counseling Services at a Disaster Rescued Location: Mental Health Interventions for Typhoon Morakot

Tey Siang Hua

Institute of Guidance and Counseling

National Chi Nan University

The study explored the community counseling services, strategies, collaborative challenges, and cultural concerns encountered by professional helpers in a disaster rescued location. Situational analysis and participant observation method proposed by Lofland, Snow, Anderson and Lofland (2006) was applied in this study. Seven community counselor trainees provided services in the Typhoon Morakot disaster field in South Taiwan with the principal researcher August 11 to August 23, 2009. Data were gathered through participant observation, process notes, supervision discussion and focus group. Qualitative analysis indicated that when providing community counseling at the early phase of disaster management, service types and strategies changed according to the ethnic culture of victims, professional culture, and locations. Six themes of service strategies and content emerged from the data: (a) combining external business management and mental health interventions, (b) transforming passive attitude into active services, (c) diversifying strategies to adapt to diverse cultures, (d) adjusting professional attitudes to match the local cultural network; (e) co-constructing and transforming the disaster

experiences, and (f) “mediating standardized service protocol and changing circumstances. Five themes concern collaborative challenges and strategies encountered by the team emerged: (a) dialectic of medical and holistic service models, (b) resolving conflicts among different professional modalities, (c) transforming standardized learning into service learning, (d) coping with power struggle within organizational stratum, and (e) putting victims’ needs above competitive service ecology. Finally, issues related to cultural complexity of counseling interventions, collaboration, and trainee competences in disaster rescued locations are discussed.

KEY WORDS: community counseling, disaster rescued location, mental health services, Typhoon Morakot