

中榮醫教

第十五期 | 2014 夏季號

15

Bulletin of Medical Education – Taichung Veterans General Hospital



全人醫療照護

— 關於生老病死

淺談緩和醫療照護

全人醫療照護教學理念分享

摸索中的全人醫療「戒癮團隊」的故事

Bulletin of Medical Education –
Taichung Veterans General Hospital

中榮醫教

Bulletin of Medical Education-
Taichung Veterans General Hospital

第十五期 | 2014 夏季號

發行人：李三剛

社長：許惠恆

副社長：陳得源

顧問：藍忠亮

發行社：臺中榮總教學部

臺中市西屯區臺灣大道四段1650號

TEL:04-23592525

刊物網址：<http://www3.vghtc.gov.tw/dme/bme.html>

創刊日期：2009年5月（刊期頻率一年4本）

第十五期：2014年6月

G P N：2009802252

ISSN：2076-0302

展售地點：五南文化廣場 臺中市中山路6號4樓

總編輯

陳怡行、陳昭惠

執行總編輯

陳怡行、陳昭惠

編輯委員

王立敏、任台華、何鴻鑒、周明明、林捷忠、
林麗英、唐憶淨、徐中平、張繼森、張鳴宏、
張燕、張麗銀、許正園、陳昭惠、陳啟昌、
傅雲慶、黃揆洲、詹毓哲、劉文雄、
歐宴泉、蔡淑芳、謝祖怡、藍顯章
(以姓氏筆劃順序排列)

執行編輯

謝麗鈴、陳君豪、李佳穎

美術編輯

謝麗鈴

攝影

陳君豪、李佳穎

版權所有，非經本刊及作者同意或
書面授權，不得轉載及複製



追求卓越的醫療、教學及研究
以增進榮民、一般民眾及全人類的健康

contents 目錄

- 1 | 專題報導／關於全人醫療照護
臺中榮總副院長 / 許惠恆
- 2 | 從新生兒發展性照護談早產兒全人醫療照護
教學部教師培育科主任 / 陳昭惠醫師
- 6 | 全人醫療照護教學理念分享
童綜合醫療社團法人童綜合醫院 / 遲景上教學副院長
- 10 | 高齡醫學全人照護特色榮獲國家品質認證標章之心得分享
高齡醫學病房個案管理師 / 楊淑慧
- 14 | 全人照護-高齡醫學
高齡醫學 / 李毓珊醫師
- 15 | 我在高齡醫學所看到的全人醫療
高齡醫學 / 林念穎醫師
- 16 | 摸索中的全人醫療「戒癮團隊」的故事
精神部洪嘉均醫師、李淑華個管師、
楊玉玲個管師、羅中信藥師
- 21 | 與你同在 兒童病房藝術治療記事
兒童病房藝術治療師 / 沈亦綺
- 22 | 全人醫療照護——社工師臨床照護
社工員 / 蘇珮瑜
- 23 | 好好陪他(她)走一段_淺談緩和醫療照護
嘉義分院免疫風濕科 / 周吟怡醫師

關於全人醫療照護

文/許惠恒 副院長



全人醫療照護(Holistic Health Care) 的理念是要醫療人員照護病人時，需將病人視為整體，並依病人的需要，包括生理層面、心理層面、靈性層面及社會層面建構成一個整體性，給予最適切之醫療照護！對於慢性病的長期醫療照護及對於瀕臨生命終點的安寧照護，也須提供適切性之身、心、靈照護。

臺中榮總長期以來積極推行全院性之全人醫療教學訓練，且落實於平日之醫療照護，包括於民國九十二年就設置〔緩和療護病房〕，給予末期病人身、心、靈之全人醫療照護、而且全院30個病房團隊每月皆針對住院患者進行全人醫療照護之團隊會議及討論、高齡醫學中心每周一次皆針對住院高齡患者進行周全性評估與全人醫療照護討論、也持續接著執行十三項重大或慢性疾病之住院全人整合性照護，及門診患者之全人醫療整合性照護，終其目的在於給予患者全面性、完整性、適切性與持續性醫療照護，也藉「中榮醫教」此期之「生老病死—全人醫療」特刊介紹本院全人醫療相關之教育訓練執行經驗及分享全人醫療照護之想法與心得。

許惠恒
Wu Huiheng

談早產兒全人醫療照護 從新生兒發展性照護

文/教學部教師培育科主任 陳昭惠醫師



圖/大手牽小手·快樂回娘家活動留影

前言

據估計，台灣每年出生的新生兒中有百分之八到九為小於三十七週的早產兒。隨著新生兒科學的進步，更多的早產兒可以存活下來。一般新生兒科醫師在拯救這些早產兒時，會特別注意到他們腦部是否有受到傷害，如：腦室出血、腦室周圍白質軟化症、及其他腦部白質疾病，因為這些是造成早產兒日後神經障礙的主要原因。但是根據國內外長期的追蹤發現，即使是在住院當中都沒有任何併發症的早產兒，到了學齡兒童後，還是比足月嬰兒有更多發展障礙，如：特別的學習障礙、低智商、執行功能及注意力問題、較容易疲勞、視覺動作缺陷、空間思考障礙、語言了解及表達問題、情緒不穩、自我調適問題及低自尊、及明顯的學校表現缺陷。如何預防及減少這些情況產生，是二十一世紀早產兒照顧的一個重要課題。越來越多的研究証實，早產兒的長期預後不僅和新生兒期的急性疾病有關，家長及家庭的社經地位教育程度也有很大的影響。因此，對於早產兒的照顧，絕不僅是照顧急性的疾病，更需要支持家長，同時持續提供長期的追蹤及必要的介入，提供跨領域團隊以家庭為中心的全人醫療照護。

何謂發展性照護

胎兒新生兒腦部發展過程

胎兒腦部發展的過程中，從受孕五個月到出生後幾年後進行著非常重要的組織化(Organization)。在這個過程中，神經元的樹狀突及軸突分枝化，並且與其他神經元的產生突觸接合(Synapses)；未經使用的腦部細胞會死亡及選擇性消除神經元及突觸；神經膠質(Glial)會增生及分化，以髓鞘(myelin)包裹神經細胞，加快其傳導速率。在這個腦部神經發展旺盛且建立綿密神經網絡的過程中，有很多因素會影響其發展，其中之一為感覺的輸入經驗，這會影響何種神經元會被留下來，何種神經元會被消除。

早產兒神經心理發展過程中的負面影響因素

在胎兒時期，感覺系統發展的順序是觸覺，前庭、嗅覺、味覺、聽覺最後是視覺；但是當早產兒出生後，在新生兒加護病房中他所接觸到的感覺刺激最多的是視覺及聽覺，其他的感覺輸入相對的少很多。當感覺輸入與他的發展預期不一樣時，可能會造成感覺輸入的超載及壓力，而影響到正常的神經發展。過早起動皮質的路徑可能抑制日後的分化而干擾腦部適當的發育即突觸接合，尤其是與複雜的思維過程，注意力及自我調適有關的前葉連結。以腦部核磁共振攝影檢查比較早產兒及足月兒，可以發現早產兒即使到了預產期，其前葉發展及胼胝體的發育仍然較足月嬰兒差。以早產兒行為評估工具於早產兒到達預產期後的兩週施行測試，其表現仍然較足月嬰兒差。

研究發現傳統的新生兒加護病房環境，讓嬰兒長期處於睡眠混淆的狀態，不被注意的哭鬧，固定仰睡，常規過多的身體碰觸操弄，周圍的噪音，沒有機會吸吮，不合宜的社交及照顧互動，還有疾病本身帶來的疼痛不適，對發展都有不良的影響。與在母親子宮內一個調適穩定的環境比較起來，新生兒加護中心的環境及照顧對早產兒的腦部發育可能會有不良的負面影響。

研究發現穩固的依附關係(attachment)是嬰兒心理健康適應良好的基礎，嬰兒第一年發展的主要目標是要和照顧者建立穩固安全的依附關係，進一步發展出自我協調，這個過程稱為互動性的情感協調(Interactive affect regulation)。嬰兒使用動作、感覺能力(嗅覺、味覺、觸覺、聽覺、視覺等)和周遭環境互動，而照顧者需要針對嬰兒的表現修正給予刺激的方式、量、變異性及時間，而促進嬰兒對這些資訊的處理能力。在這種面對面非語言溝通的過程中，經由眼神接觸、音調、手及頭部的姿態、動作，整體表現了兩個人之間彼此的注意及情緒交流；嬰兒學會了他所發出的訊息會得到何種的回應，而銘記在心。然而當新生兒因為疾病住院後，和父母分開，對於依附關係的建立更是嚴重的影響。

發展性照護

不成熟的嬰兒，還是不完整的環境？

早產兒常被視為是一個有缺陷的不成熟嬰兒，但是如果他持續待在子宮內的話，他其實是一個有能力的個體，有著自己的發展目標。然而，當他提早出生後，有能力且正在發展中的胎兒跟新環境之間彼此無法配合。或許我們該說的不是嬰兒不成熟，而是外在的環境無法提供嬰兒所需要的生態系統。1982 Als 博士提出 synactive 的理論，她描述嬰兒個體內有著內在系統，包括：自主 autonomic，運動 motor，意識狀態 state，注意力互動 attention/interaction，及自我調節 self-regulatory 系統。每一個內在系統都有其不同階段的發展目標，這些內在系統相互影響，也受環境影響。一個新階段的發展，都是以之前的發展結果做基礎，讓個體得以不斷繼續進行分化及發展。當個體與周圍環境互相整合時，個體得以順利地朝著發展目標前進。但是當個體的需求與環境無法配合時，可能影響到正在進行的腦部發展，而造成了早產兒日後的問題。



提供嬰兒需要的照護，不只是醫療團隊想給的治療

在這個理論基礎下，Als 博士建立了發展性照顧的模式。我們必須先了解嬰兒的需求是什麼，他的發展目標是什麼，我們才能提供最適合他的環境及需要的幫助，以幫助正在快速成長的腦部得以適當的發展。經由觀察嬰兒的行為，我們可以了解他現有的能力及發展目標，早產兒不只是一個缺陷的不成熟嬰兒，他是一個獨立的個體，有他的能力及目標。早產兒在他自己的照顧上是一個主動的參予者，照顧者必須和他一起相互合作。



不僅是治療生理疾病，還要關心心理的需求

即使是一個非常早產脆弱的嬰兒，都有可信賴可觀察到的行為：一是自主系統，可以觀察他的呼吸型態，膚色及各個器官的穩定性；二是運動系統，可以觀察他的肌肉張力，姿態及動作；三是意識狀態，可以觀察他的意識狀態範圍，每一種狀態的強健性及狀態間轉換的型態。當嬰兒受到壓力時，這三個系統會有受到壓力的表現，例如：呼吸暫停，膚色變差，兩手臂伸直，手掌張開，手指伸直，眼睛轉向，由清醒突然入睡等行為。當嬰兒自我調節穩定時，這三個系統也會有不同的表現，通常是呼吸心跳穩定，膚色紅潤。經由觀察其行為，照顧早產兒的第一線團隊擬定出他的發展需求及照顧方面的調整，這樣的照顧是有持續性的，根據嬰兒的表現及需求來調整照顧的步伐，提供適當的個人化的擺位，個人化的餵食計劃，提供嬰兒與父母之間肌膚接觸的機會。整個照護不是以照顧者要完成的工作目標為導向，而是要依照嬰兒的需求來調整我們的照顧，所以需要有彈性，不僅是要改善環境，還要注意嬰兒的表現給予個別化的照顧。這在一個急性的醫療工作環境中並不容易。

關心嬰兒與其家庭相關社會環境間彼此的調適

發展性照顧還有一個重點就是以家庭為中心。過去早產兒的醫療照護措施是由醫療團隊在醫院中照顧好嬰兒。等到嬰兒狀況比較穩定可以出院後，經由一些必要的衛生教育後，我們就期待父母從此有能力可以在社區裡自己獨立照顧好嬰兒。然而經驗以及研究都讓我們知道，生出早產兒後，父母身心的狀況也處在相當的壓力下，尤其當嬰兒的住院狀況相當不穩定，甚至出院後還有接續的慢性肺部疾病，餵食問題或者是發展遲緩的狀況。這樣的家庭更需要醫療團隊以及社區照護系統持續的支持，在醫院中就應強化父母的能力，邀請父母參與嬰兒的照護，讓他們可以掌控並增進自身以及嬰兒的健康。發展性照護是以關係為基礎，強調照顧者與嬰兒以及父母間的關係建立，更要支持父母與嬰兒之間的關係建立。創造一個安靜平穩的環境，鼓勵歡迎家人的參與。

發展照護中，對醫療團隊的支持

發展性照護模式也注意到醫療團隊本身所面對的挑戰以及需要的支持，尤其在台灣現有的醫療系統下，各個領域的工作人員人手不足，單是完成常規的照護工作就已經相當吃緊了，加上護理人員的離職率不低，新手工作人員的比例增加，還有醫院評鑑中各式醫療要求的增加，如何能在照護過程中完成工作同時關照到病嬰以及家人的需求，是需要用心的。而在加護中心中，照護團隊每天面對生死遽變，如何維持自己身心的平衡也是需要醫院系統的支持。

我們的理想以及未來努力方向

一個完整的早產兒照護，醫療團隊不僅要有充足的醫療知識以及技巧解決早產兒從出生起不同階段可能遇到的生理問題，在治療診治過程中，應隨時注意嬰兒的行為表現，提供嬰兒需要的支持，減少不必要的疼痛經驗；支持病嬰的父母以及家人，瞭解嬰兒的行為，儘早開始和嬰兒建立親子依附關係，並在出院後持續提供相關的照護資訊。而醫療團隊本身更需要接受適當的教育訓練，以及支持。

目前臺中榮總的新生兒病房中，新進護理人員皆會接受發展性照護的教育，我們希望這樣的觀念知識及技巧也能更全面的提供給醫師以及其他領域的醫療團隊人員。

在嬰兒出生後，醫療團隊在和家長的第一次會談時，就會提供有關早產嬰兒行為的相關衛教資料，並且主動鼓勵家長和嬰兒有肌膚接觸的機會，鼓勵母親儘早開始擠奶，當嬰兒狀況穩定後開始袋鼠式照護(附註)的親子肌膚接觸。我們鼓勵在早產兒狀況穩定後，家長即可來學習早產兒的一般照護，如餵食，洗澡，換尿褲等。早產兒出院前，本院提供親子房的服務，讓父母可以在出院前能至少有 24 小時待在醫院中學習嬰兒的照護，讓出院回家的過程更平穩。

針對出生體重小於一千五百公克的早產兒，同時持續提供出院後的追蹤，於矯正年齡六個月，一歲，兩歲還有五歲時安排相關檢查，以及提供家長相關的照護建議。對其他出院的新生兒也有新生兒特別門診，提供相關的追蹤服務。並且和本院的兒童發展聯合評估中心有密切聯繫，對於有高危險的新生兒提供持續的服務，對於有發展障礙疑慮的新生兒提供早期的介入服務，促進其發展。

中榮的新生兒病房提供每個月一次的早產兒家長座談會，出院後的早產兒家長更成立了中榮早產兒家長會，提供住院中早產兒家長的同儕支持。

Sue Gerhardt曾說過：生命中新生兒的這段時期是記不得又忘不掉的。我們無法有意識的想起，然而它永不磨滅的，因為它已深植在腦海中，影響我們的期望及行為。身為新生兒團的一員，我們有如此的福份參與生命一開始的階段，每個生命或許不盡完美，然而都有其存在的意義。期待經由我們全人的照護陪伴，讓每個生命以及家庭有一個更好地開始。

附註：袋鼠式照護

類似袋鼠媽媽的育兒方式，可以減少能量消耗、減少哭泣、穩定心跳、較規律的呼吸、改善血氧值、增長睡眠時段、促進母乳哺育、促進親子關係與縮短住院天數，對於嬰幼兒生長發育有正面的效益。



圖 / 袋鼠式照護



圖 / 中榮早產兒家長支持團體嬰兒按摩課程互動情況

全人醫療照護教學理念分享

主講者\童綜合醫療社團法人童綜合醫院 遲景上教學副院長
文字整理\臺中榮總教學部



春日的中午雖然是休息時間，教師培育科請來了綜合醫療社團法人童綜合醫院遲景上教學副院長演講全人醫療教學的實戰經驗。徵得他同意後，將其內容摘要如下，分享給未能到場的同仁。

教學理念

有些人會以為醫學教育無法賺錢，在推廣的過程可能會產生衝突。但是童綜合醫院的張院長認為一間沒有教學部門的醫院大約在三到五年便會被淘汰，因為主治醫師在照護病人的過程中沒有教學經驗不斷的刺激，他的醫療技術會可能會慢慢的退步，因此醫院必須有一個教學的核心價值。

為什麼要在教學裡要提到全人醫療教學?因為現今社會變遷非常快速，資訊發達，資料獲取來源也多元。病人與病患家屬與國民知識不斷的提昇，所以我們要因應面對這樣的需求，就得藉助全人醫療的教學教育來做改變。

台中榮總非常支持教學這一塊，但是只有硬體是不行的，同時需要有軟體--就是老師，要有熱誠的同仁來做傳承。只是，熱誠要如何維持?教學的過程經驗往往是第一年很有力，第二年第三年就慢慢的無力感，彷彿火被熄滅。教學就像宗教修行一樣，要不繼的唸經、不斷的提醒自己像傳播福音一樣要有熱誠。熱誠要借助教學過程來維持，維持的過程也需時刻反省，來產生新的教學理念，才能把教學做的很好。

全人的定義

全人的部分包含身、心、靈。病人到醫院來看病基本上是身體不舒服，但在醫療照護過程中包含了內心的感受與靈性的問題。

何謂靈?

以宗教來解說：佛家曰：「不可說」；基督教說：「神，永生」；儒家說：存心養性，「五十而知天命」，天命是哲學的宇宙來源，這是形而上的思想本體範圍；道家說：異度空間的分子；回教說：阿拉愛的哲學……各家解釋各有不同。

從醫學或結構的角度來解釋身心靈則是：

身 (Body): 細胞→組織→身體

心 (Mind): 神經細胞→意識→低層次感受

靈 (Spirit): 高階感受

從胎兒開始，由染色體控制開始到細胞跟細胞之間的化學作用慢慢形成各個器官，最後產生成人體的結構。胚胎發育過程中，除了身體之外，其中很重要的腦結構的形成，而開始有對外界的感受。在人的演化過程中，從原始到現在科技發達的社會，我們內心的感受可能會不一樣。例如美國的印地安人非常崇尚自然，他們認為人的身體應該隨著大自然的過程，從開始到結束。在台灣有些原住民的想法也認為疾病的過程要順其自然，這是他們內心靈性的想法。所以在執行醫療時，要能了解這對方的想法及感受，才能提供適當的服務。

例如大家熟知的安潔莉娜裘莉，一位非常聰明的偶像明星，以及社會運動的推動者，也是聯合國兒童基金會的大使。自己家人有乳癌病史，在基因檢測後醫生告知她得乳癌機會87%，得卵巢癌機會為50%，所以她預防性地切除乳房。根據她自己的說法是為了心靈的平和。沒有乳房的她，一樣還是美麗健康。另一位明星同樣是預防性地切除乳房，之後卻覺得自己沒有價值了。我問了自己的秘書，如果她知道自己有得乳癌的基因時會如何處理？她回答說：現在沒有錢，等產生了再說吧！同樣的狀況在不同人身上感受都不一樣，也因此有著不同的需求。在執行全人醫療過程中，我們所有醫事人員以及相關的學生都需從內心反省，我們是否照顧到每個病人內在的需求。

什麼叫健康

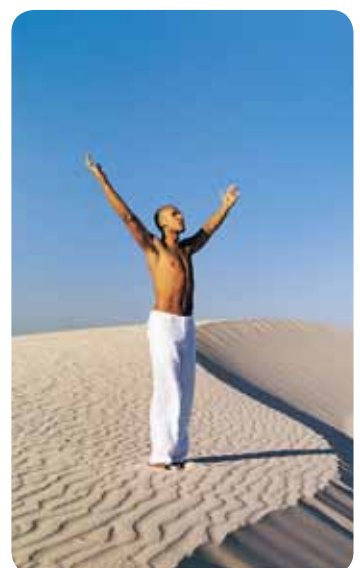
什麼叫健康？就是幸福，那麼什麼又是幸福？全世界在推廣幸福過程中，幸福指數最高的國家是不丹，不丹的國家很小，他們認為幸福有四個要件，包括自然環境、文化價值觀、永續性發展以及好的決策。其中首要條件是要維持良好的環境不要有人為的破壞，維持家庭的價值以及維護宗教的信仰。他們認為要能維持農業永續性的發展比增加國民所得重要，另外他們有一個好的管理者。

世界衛生組織對健康的定義，不僅是沒有疾病，而是處在一個生理、心理及社會調適都完整安好的狀況。所以一個病人進到醫院治療，只有治療病痛是不夠的，如何讓他回到家也有一個社會的支援，讓精神也能達到一個安詳的狀態，這才是一個全人醫療的境界。跨團隊醫療的照護是必要的，但應更進一步接受全人醫療教育，才能完成安詳的狀態。

全人醫療不只談病、個人以及社會。因此在全人醫療教學過程中，主持的老師也需要不斷精進成長。靈牽涉到個人的信仰及對生命的看法，在工作生活的過程中適度地反思，這可能包括我每天有預留放鬆時刻嗎？我每天有預留時間禱告或禪思嗎？我做事或我的決定有依據準則嗎？我接受其他人的看法嗎？

全人醫療教學的經驗分享

童綜合醫院在執業的過程中發覺隨著病人數的增多，許多情況會糾結在一起，需要一個團隊概念來做資源管理。這個概念最開始來自於航空界，既不





是為了教學也不是為了全人，而是為了乘客的安全。團隊資源管理TRM的過程中需要教育，讓不同領域的人之間能夠有一個很好的溝通。之後遲副院長2008年被派到美國芝加哥去學習美國醫院評鑑。JCI概念跟國內的醫院評鑑有些差異，在於讓每個員工在執行作業的過程中彼此能夠了解對方講的話，作法更一致，參予JCI評鑑後將這個理念加入TRM裡，可以讓同仁互相的默契更好。2009年他們發展出一個影片，告訴員工怎麼去交班與溝通，將溝通部分格式化，套用在ICU常發生錯的地方。

2010年健保局執行推廣全人醫療概念的政策，並且有經費上的支援，其中很重要的部分是要有跨領域團隊合作，他們因此開始這方面的訓練。2011年開始全面推展全人醫療的教育，希望把全人醫療做的更好一點。從培養老師開始，之後再帶學員來做示範，每年舉辦一次全人醫療的教育，在過程中讓各職類參與。

以前的醫療照護都是醫師主導，護理協助，還有很多其它的醫療人員。現在醫學發展，每個職類都是平等且重要。在全人醫療教學過程中，每個職類人員都可能是主導者，其它的醫護或職類來配合協助。在過程中於管理者要授權並能互信，老師帶著學員在過程中學習團隊合作照顧的精神。

現在的教學學員的知識獲取方面或許比老師更多，但是在態度跟價值以及技能上還是得依靠老師的教學。在全人醫療的概念有三大點1.全人照護、2.整合性醫療3.病人為中心的醫療。

全人醫療教學在執行上會有許多困難的部分，老師在帶領學員時有關社會或家庭議題時知識不足，老師無法了解病人回到家時有哪些基層社區有醫療資源可以持續性照護，哪些可以做預防醫學，這些都需要靠不同單位同仁來做知識分享而可以成長。

全人醫療教學程序 - 照顧與教學 程序表

1. 跨領域團隊先溝通此次會議的內容，並相互認識，請記錄者記錄開會時間與結束時間。
2. 主持人自我介紹並向病人或(及)家屬介紹參加人員。
3. 主持人告知病人或(及)家屬有關此次會議的目標及目的。
4. 主持人說明病人目前現況。
5. 詢問病人或(及)家屬有何問題。
6. 請各專業人員說明家屬情況。
7. 病人或(及)家屬提出疑問及專業人員解答(Q & A)。

8. 向病人或(及)家屬再確認他們對此次疑問的瞭解。

9. 病人或(及)家屬離席後，跨領域團隊再次溝通此次會議的議題，討論相互守望相助之事項及回饋。

各職類教師相互學習及向學員個別教學

各職類教師向學員討論此次全人醫療及跨領域團隊照顧會議可學習的內容。

- (a) 如何聆聽病人或(及)家屬的疑問、需求、擔心、抱怨、不滿，及其生理、心理、靈性以及社會各方面等。
- (b) 疾病診斷及檢查。
- (c) 治療計畫及目標。
- (d) 各職類專業的看法及主動可守望相助的項目。
- (e) 醫學倫理。
- (f) 各職類的新知或溫故知新。
- (g) 健保相關政策。
- (h) 醫院評鑑規範。
- (i) 法律。
- (j) 其他相關六大核心能力 (病患照顧、醫療新知、專業素養、體系為根基的醫療執行、從醫療執行中的學習及改善、人際關係及溝通技巧)。
- (k) 各職類教師做情境下的個別教學。

經由遲副院長這次的演講，讓與會者認識全人醫療教學的理念，了解全人醫療教學程序的進行及做法。希望藉由這樣的過程讓新進或年輕學員，教師等快速提升當代的醫療能力，讓老師與學員持續地成長並且教學不同情境下的個別化醫療。借助教學學習團隊守望相助的觀念，建立尊重、互信、珍惜及同理心。最後落實於臨床上全人醫療的執行，增加病人的滿意度及改善預後，可減少醫療人員不必要的困擾。

課程預告



——師資培育訓練課程——

全人醫療

談兒童緩和療護教育

▶ 103.06.10(二)13:30-17:30

認識兒童安寧緩和療護運作方式及護理人員面臨兒童病患臨終時所扮演的角色。

授課講師

▶ Kathy Perko & Joetta DeSwarte Wallace



文/高齡醫學病房個案管理師 楊淑慧

高齡醫學全人照護特色 榮獲國家品質認證標章之心得分享

高齡醫學之全人照護特色，一直是大家推崇且有目共睹的，每星期定期的高齡醫學跨團隊會議，可展現團隊成員的專業性和參與度，其除了提供給高齡者及家屬實質的幫助外，更提供給其他職類人員參與會議進行溝通和觀摩學習的機會，團隊間不定期的討論在任何時間或地點隨時進行著。由於，老年人的問題複雜且多元，包含：生理、心理、社會、靈性部分，傳統的醫療模式無法完全解決其問題，為了給予高齡者更優質的照護服務，提供了「高齡醫學整合性門診」、「榮家住民定期功能性評估」、「中期照護」的推廣外，特別針對有急性醫療需求者住到高齡醫學病房，提供符合老年人需求的友善環境，跨團隊照護的介入，以病人為中心，提供高齡者、周全性、可近性、連續性、具品質、且有效率的服務。

高齡醫學病房整建18床目前開放收案10床，每年收案服務約320人次；高齡醫學整合性門每週提供7個診次，每年約服務 5200 人次，「高齡整合性門診」是一種符合老年人醫療需求的服務模式，整合多科別、跨領域的醫護團隊，進行診療與照護，以「病人的生理、心理以及社會狀態」為中心，不以「單一疾病」為侷限，可以有效地節省病人與家屬往返門診的時間，並透過周全性的分析、整合性的問診，達到減少多重用藥問題、避免藥物副作用、降低疾病間相互影響、發現潛在疾病、並評估心理與社會因素對健康的影響，建立以病人為中心、單一窗口的整合性照護。榮家個案管理師定期到彰化自費安養中心及彰化榮家進行周全性老年評估，發現有新問題的住民轉介到整合性門診或高齡醫學病房住院，有效率且快速的解決其問題，希望能維持其功能和獨立性，增進生活品質，於他最熟悉的榮家直到終老。由總院中期個案管理師及醫師共同評估及篩選具有復健潛能的老年人，可以轉介到「中期照護」單位，提供維期4-12週的跨團隊介入治療後，提升其自我照顧能力，順利返回原居住地，可下轉的單位包含：埔里分院、嘉義分院、敬德護理之家及大村郭綜合醫院。

在國家品質認證中強調的是服務介入之特色與創新，想想在高齡醫學所做的事情中，有哪件事是大家做的特別多或特別好的地方？討論之後終於訂下此主題：「周全性老年評估提升高齡者之照護品質」，觀摩學習之前別科、別的醫院，所呈現的特色醫療，多以一個手術，即能稱霸群雄，榮獲全亞洲第一或全球第一，真令人羨慕與佩服；而在高齡的照護中沒有專屬的檢查和手術治療，有的即是「周全性老年評估」，因此，集思廣益後歸納出我們的特色與創新：

1.全國首創培訓高齡護理種子照護模式：護理部自民國98年起於各病房選出對於老年照護有興趣之種子，進行高齡護理種子周全性老年評估(Comprehensive

Geriatric Assessment,簡稱CGA)之訓練，且每人有自己專屬之高齡主題領域，並落實每個月進行讀書會及專案討論會，將成果發表於中榮醫教，另每個月由護理部長官主持召開高齡護理推動會議，以提升高齡者照護之品質，此為全國醫療院所之首創照護模式。

2.國內首創於全院高齡病患進行周全性老年評估:護理部自民國98年起培育高齡護理種子，並於民國99年起擴展周全性老年評估至各病房進行，對於老年人的照護不僅僅侷限在高齡醫學病房，而能擴展至其他病房，護理種子於所屬單位執行周全性老年評估，及早發現問題可直接與當科醫師做討論，或會診高齡科醫師協助老年問題之解決，並於團隊會議中進行案例分析，讓醫師及團隊人員皆重視老人照護的問題，提供全人式的照護，這是國內首度執行的計劃和照護模式，成為引領帶動風潮之先驅。

3.全國首創「高齡醫學中心慢性病管理系統」:於民國99年首創利用資訊管理系統，進行個案管理照護、衛教紀錄管理、出院後電訪追蹤管理等作業，其具備簡單及方便查詢特色，並於醫師及護理作業系統頁面設立「周全性老年評估結果」可供查詢，其具備時效性特色，可隨時並即時掌握病人動態及身體功能狀況;協助個案獲得持續性之照護，進而提高其生活品質。

4.全國首創針對個案屬性採客製化管理:於民國96年成立高齡醫學中心，並設有專屬之高齡個案管理師，分為「病房組」、「門診組」、「榮家組」、「中期組」等組別，分工精細並負責高齡患者之評估及個案管理，依個案獨特性問題提供轉介、整合藥物、復健介入、營養諮詢等服務，此為全國獨特之無縫式的創新服務，目的在於以病患為中心，提供一個具有品質、持續性、完整性、並能促進健康，預防疾病，提升生活品質及促進病人身心功能的健康服務。其服務成果如下:

1.病房組:

(1)平均住院天數:

各年度之平均住院天數依序如下，並與他院做比較，本院平均住院天數短於他院，且低於閾值。

年度	99	100	101
閾值(天)	14	14	14
本院之平均住院日	13.17	13.93	13.32
他院之平均住院日	16.14	15.31	16.53

(2)團隊介入成效:

入住高齡醫學病房，並以周全性老年評估量表發現個案之健康問題，經醫療團隊介入治療前後，各項功能之平均分數與進步率情形如下:

1.迷你心智狀態檢查(MMSE):進步率有逐年上升趨勢

年度	99	100	101
入院後(介入前)(分)	21.69	20.94	20.84



圖 / 高齡體驗活動

出院前(介入後)(分)	22.18	21.68	21.78
ρ 值	<0.001	<0.001	<0.001
進步率(%) ↑	2.26	3.53	4.51

2.老年憂鬱量表(GDS) :進步率有逐年上升趨勢

年度	99	100	101
入院後(介入前)(分)	5.72	6.12	1.8
出院前(介入後)(分)	5.17	5.28	1.41
ρ 值	<0.001	0.001	<0.001
進步率(%) ↑	9.62	13.73	36.67

3.營養評估(MNA-SF) :進步率有逐年上升趨勢

年度	99	100	101
入院後(介入前)(分)	20.59	19.99	21.14
出院前(介入後)(分)	20.76	20.35	22.25
ρ 值	0.005	<0.001	0.069
進步率(%) ↑	0.83	1.8	5.25

2.門診組:

(1)高齡醫學整合性門診服務量 :

年度	99	100	101
門診總人次	3508	4004	5028
初診人次	486	568	768
初診比例(%) ↑	13.85	14.19	15.27
複診人次 ↑	3022	3436	4260

(2)老年健康問題改善之前5名 :

至高齡醫學整合性門診就診，以周全性老年評估發現老年問題，經介入治療後6個月進行複評，其問題改善之成效，以跌倒和排便問題改善的成效最明顯。

3.中期組

(1)中期照護之目的就是對於有復健潛能的個案，積極安排復健治療計畫提升個案之獨立自主能力，而其指標為中期出院時基本日常生活自理能力(ADL)達70分以上。

(2)中期個案師在個案轉介至中期照護後會持續與中期單位聯絡，而得知個案出院時ADL的分數，進而統計出每年的個案自中期出院時的平均獨立自主達成率。

年度	99	100	101
獨立自主達成率(%) ↑	35.63	46.72	53.9

4.榮家組 :

(1)周全性老年評估人數:

自101年度開始運用周全性老年評估表，於彰化自費安養中心及彰化榮譽國民之家二間榮家進行住民之評估，總評數為2252人次，第一評 749人次(33.26%)、第二評 748人次(33.21%)、第三評 755人次(33.53%)。

(2)復健訓練服務人次:

於101年1月運用周全性老年評估，發現有行動力及步態障礙之個案以自願方式參與復健訓練，其參與個案數為87人，並於當月進行參與訓練個案之前測，自101年2月開始至101年12月止進行介入復健訓練，於101年12月底進行參與訓練之後測。

1.肌力之前後測結果：肌力皆有顯著進步

受測肌肉群	前測肌力(lb)	後測肌力(lb)	p 值	進步率(%)
肱二頭肌	21.46	28.83	0.011	34.32
肱三頭肌	20.86	26.40	0.031	26.56
臀大肌	21.96	23.76	0.015	8.20
髖外展肌	21.63	23.79	0.004	9.99
股四頭肌	23.08	25.60	0.002	10.92
踝蹠曲肌	19.56	21.23	0.036	8.54

2.步態及平衡之前後測結果：

行動力及步態障礙相關之功能性評估，包括項目有步態以3公尺起步走測試(TUG)及平衡以功能性前伸測試(FRT)進行前後測評估，皆有顯著進步。

項目	前測	後測	p 值	進步率(%)
TUG(分鐘)	12.86	11.92	0.001	7.31
FRT(公分)	10.56	11.49	0.022	8.81

在準備與整理資料的過程中可以深深的感受到，大家平時的努力和付出，都化為美麗的文字、數字和圖形，所有人都看得到、也得到驗證。這是一個高齡友善及無縫接軌服務的最佳寫照，周全性老年評估對於高齡者功能的提昇，確實有幫助；非常開心在全員動起來的過程中順利的完成了這偉大的任務，榮獲國家品質認證標章。

未來我們努力的方面是持續增加服務對象的質與量，發展符合高齡者所需的衛教單張，創新的護理服務及結合實證護理於臨床運用。日後，仍有許多單位揆負完成此任務，我覺得可以想想自己科的特色，主題範圍愈小愈容易突顯，一定要團隊的幫忙，因為，此資料的整理非常多且繁瑣，如果有醫師的帶領與介入會更好，才易網羅、蒐集國外的相關資料，往更高的榮譽邁進。



全人照護——高齡醫學

文/高齡醫學 李毓珊醫師



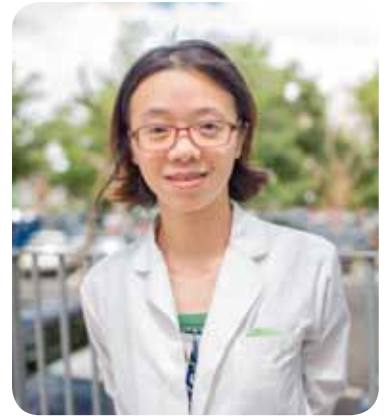
以往的專科化教育，容易使醫師著重在照顧病人的「疾病」，而忽略了病患是一個「人」，照顧應該是基於病人整體的需求，而非只著眼於片斷的疾病。現今台灣人口快速老化，而長者在單一疾病後的功能復原能力比年輕病患差，臨床上常常見到長者在急性疾病治癒之後，體力大不如前，自我照顧的能力下降，使得出院變成令人擔憂的一件事。高齡醫學的概念強調治療「病人」而非單單「疾病」：除了改善病患的急性病症，也注重病患的功能，並運用團隊的力量，使病人的疾病和功能皆能改善，讓病人和家屬在出院時是覺得安心的，而不是擔憂「回家怎麼辦？」這包含了全人醫療照顧的概念：住院時提供適切的跨團隊照顧，出院後這份照顧仍能延續，當然這需要仰賴各團隊專業的努力。

當病人住院時，高齡團隊會依病人病情及需求擬定治療計畫，和病人及家屬一同討論，並依治療過程進展來調整原先目標，評估病人是否有功能下降或營養不良等情形，並依其需求照會相關團隊成員；而為了能夠讓病人順利出院，我們思考病人需要協助的部分，也聆聽家屬的需求，並和家屬討論最適切的照顧方向，提供相關的社會福利及協助。當病人出院後，個管師將電訪結果回報照顧醫師，而病人回診時的狀況，醫師也會告知個管師，並由個管師做後續追蹤、衛教和處理，讓病患及家屬能夠感受到我們的關心並了解需要注意的事項，而這樣的運作方式使團隊更能掌握病人狀況，使得照顧更完整且延續。甚至在這幾年來，我們曾嘗試著在數週後電訪數位住院中過世的患者家屬，表達團隊的關懷並詢問是否有需要協助的部分；在今年，我們捐出了部分全人的獎勵金，協助伯伯添置電暖器。這些行動或許只是舉手之勞，但對病人和家屬而言，他們能夠感受到醫護團隊提供的照顧和關心，我想這就是全人的精神了。

高齡醫學病房開立至今，團隊成員互相磨合，討論如何有效地提供病患合適的照顧。成就全人醫療，必需團隊成員一同參與，由各個面相為病人提供服務和關心，個管師尤其重要：他負責聯繫團隊成員，也是醫療團隊和病人及其家屬的窗口。這樣的工作模式和舊有制度不同，但更是辛苦了，但我們知道這是對病患更好的照顧方式，更值得我們繼續精進和堅持。

我在高齡醫學所看到的全人醫療

文/高齡醫學 林念穎 醫師



去年的11月開啟了我為期一年的老年醫學訓練，試著回想起當初第一次參加高齡跨團隊會議時的情境，印象挺深刻的。當天會議討論的個案是一位高齡八十多歲的奶奶，因為跌倒而住院。而我負責報告個案的醫療情境，內容包括奶奶的疾病史、開刀史、此次住院的主要醫療問題及此次住院的重要檢查報告外，也包含當時住院所評估的CGA (Comprehensive Geriatrics Assessment；周全性老人評估)，這是一個以功能為導向的評估。當我報告完她的醫療問題及功能問題後，才來到了會議的核心部分，就是由各個與會的團隊成員發言，成員包含牙醫師、藥劑師、營養師、復健醫師、物理治療師、職能治療師、護理師及個案管理師。在他們的發言中，我發現自己為了報告花了一整個下午的時間和奶奶聊了不少事情，但聽過大家的評估報告後，讓我對於她的狀況有了全新的了解，例如從物理治療師報告奶奶行動狀況時，才知道奶奶其實是可以利用quadricane慢慢行走的，但是由於眼睛視力不良於行，而且有過度依賴外傭服侍的狀況，所以活動量明顯不足，而此時營養師適時地提出補充，由於病人活動量不足，所以導致體重過重的問題，而且也同時合併有便秘的問題，因此建議要多吃蔬菜水果。然後牙醫師接著表示，由於病人的缺牙狀況嚴重，所以無法吃沒有煮爛的青菜。直到最後，高齡醫學的個案管理師淑慧姊進一步分析了奶奶的心理是極需要他人肯定及鼓勵的，所以在準備出院前，藉由團隊的分析討論，一起幫奶奶設定了回家後的復健目標。

藉由每個成員的專業角度了解老奶奶的整體情況，不是把奶奶分成器官系統來分析疾病的機轉及治療，而是從一個全人的角度去找出她所需面對的，這些問題包含生理層面的、心理層面及家庭社會層面。這就是我在高齡跨團隊會議中看到的團隊價值。



「戒癮團隊」的故事

摸索中的全人醫療

文/精神部洪嘉均醫師、李淑華個管師、楊玉玲個管師、羅中信藥師



由左至右羅中信藥師、李淑華個管師、陳展航主任、楊玉玲個管師、洪嘉均醫師

接到編輯委員會的邀請說要寫下一些關於全人照護的經驗分享，其實有些不知所措。說真的，這幾年累積下來的臨床經驗中，雖然發現自己能做的事情越來越多，但反而是越來越體認到醫療的限度。從還是醫學生開始就常常聽老師們說，要有全人照護的概念，但直到現在，有時候仍然會疑惑，到底我們能夠提供病人多少照護？這些照護夠全人嗎？怎麼樣的照護叫做全人？或許在評鑑的時候，大家都可以把全人照護的精神背得滾瓜爛熟，但實務上又該怎麼落實呢？

我想我們一定還有很多需要精進學習之處，很多老師前輩都有比我們豐富的歷練和智慧，所以在這裡寫下的文字，充其量只能說是我們的一些經驗與心路歷程，跟大家做一些分享，也期待獲得大家更多的回饋與指教。

要跟大家分享經驗就得先介紹一下我們團隊，雖然我們的業務已經開始執行5年了，但應該很多同仁還是沒聽過。我們是「戒癮治療」工作團隊，因為特別的藥物和治療方式，所以有時候也會稱為「美沙冬替代療法」或「美沙冬門診」。美沙冬是從methadone直接音譯來的，在藥理學上是鴉片類的強效止痛藥，和嗎啡同一類。美沙冬替代療法起源於1964年Dole and Nyswander所提倡的：「以口服的美沙冬取代靜脈施打的海洛因」、「以長效型鴉片類促效劑取代短效的海洛因」及「低成癮性藥品取代高成癮性毒品」等毒癮治療理念所創立並廣為40餘國所採納。而國內自民國95年8月開始全國實行毒品減害計畫(harm reduction program)，計畫重點包括預防衛教宣導與篩檢諮商、清潔針具與針頭交換計畫、美沙冬/丁基原啡因替代療法。截至目前為止，全國有82家醫院、26個衛星給藥點，共108家醫療院所參與替代療法。

本院的治療團隊主要由精神科醫師、個管師、藥師以及保全組成，而主要治療的對象是海洛因成癮的患者。而在這裡進行的治療，簡單來說，就是以美沙冬藥物來治療海洛因成癮的症狀，降低以及避免患者海洛因的再度使用。因此我們需要精神科醫師評估病人及開立處方；需要個管師執行個案管理、聯繫病人、進行會談及相關行政作業；需要藥師調劑管制藥品及給藥；需要保全維護安全及秩序。

【洪嘉均醫師】「藥癮是疾病嗎？可以治療嗎？應該抓去監獄比較好吧？」
「這些人應該都是問題人，還是離他們還是越遠越好……」在還沒接觸到這項工作之前，沒錯，我們跟大多數人一樣，也是這樣想。

【李淑華個管師】許多病人都因交友不慎或好奇心的驅使之下而染上毒癮，自此開始了惡夢的旅程，也都曾因毒品案件進出監獄多次，因毒癮難耐，再加上經濟壓力大，而開始『戒癮計畫』。起初，我也如同一般人一樣，覺得戒治成功與否在於個人，只要有心，只要有毅力，怎會擺脫不了？但現在累積下來的經驗讓我知道：身癮好戒，心魔難除……

無奈的工作？

藥癮的問題甚囂塵上，在全球皆然，因此在近幾年來的精神科相關國際醫學會，藥癮問題幾乎都是熱門的議題。雖然藥物成癮早已是國際共識的疾病，有正式的診斷標準及治療，也有多項生物學基礎告訴我們藥癮患者大腦功能之缺損及變化，但就國內現況來說，大多數人對把「藥癮」當作一項診斷，把「渴求藥物」的行為當作一項症狀仍有困難。大家通常會認為藥物濫用是一種行為問題，而後續帶來的麻煩都是病人自找的。來到這裡治療的病人也一樣，他們常常是因為被判刑、被家人放棄、或錢財散盡等，走投無路的情況下才會想到來這兒治療。可想而知在這樣的情況下，因為醫院配合國家政策不得不開辦的替代療法業務，沒有幾位工作同仁願意來承接這樣的工作。

全人照顧的火花

在臨床業務中，大家或許都有被迫接下與自己意願相背工作的經驗。還記得當時自己的感受嗎？後來又是怎麼完成工作的呢？團隊中的成員們，不論是醫師、個管師、藥師或保全，都在各自因緣際會下成員這團隊的一員。我們很幸運的，遇到了一群充滿熱誠的工作夥伴，雖然是無奈接下任務，但大家沉澱後轉而能抱持著積極的態度來面對：「既然要做，就盡力把它做到最好吧！」對工作的熱誠和使命感，是讓我們往前邁進的第一大步。只是剛開始的時候，團隊成員彼此間對照顧病患的模式和理念，還是花了很大的時間和力氣磨合（一直到現在團隊內部仍然需要時常溝通和調整，可想而知全人照護共識的建立多麼不容易！）；不論哪個職別，過去大家多為橫斷式的照護病人：醫護人員在住院期間照顧病患，或門診固定每月回診時的評估治療；藥師大多數時間負責在藥局中調劑。但這裡的治療模式完全不一樣！病人365天每天都需要來找我們報到，不管上班或假日，不論晴天或雨天，每天彼此都會見面。因此這樣的治療模式，不僅限於病房、診間，而是延續到了每個病人的生活中，成為生活的一部分。也因此病患與治療團隊的關係中，更多了些習慣、多了些依賴、多了些情感。每個病人做什麼工作、家裡有誰，誰最近和家人吵架、誰交了新女友、誰剛當了爸爸…等，天天都會和病人見面的藥師和個管師都瞭若指掌。了解得越多，也逐漸發現到對物質成癮者來說，生活的壓力事件、情緒的波動、家庭變化…等等，都是增加他們復發濫用物質的危險因子。所以僅僅給予藥物的治療，似乎不足以支持他們往復原之路前進。因此除了每天藥物服用之外，還得把治療的觸角延伸到每個病患





最近的生活、家庭狀況、工作情形等等，協助病人找出方法面對生活當中的困難，進而降低復發濫用的危險性。就像對糖尿病患者的治療除了藥物控制血糖外，還要加上飲食衛教；對失智症患者的治療除了藥物延緩退化外還要加上生活環境的配合調整；治療藥癮患者也一樣。如果不改變原本的生活形態或支持網絡，復發的機率自然非常高。想想應該就不難理解，很難期待飲食習慣不改變的糖尿病患者血糖控制得宜，也很難期待生活環境交友狀況不改變的藥癮患者能抵擋住使用非法藥物的呼喚！理所當然的，除了身體戒斷症狀的處理治療外，了解每位患者生活當中的困難、引發復發使用的高危險因子、教導患者危機處理的方式、情緒控制和壓力紓解的管道等等，這些都包含在治療當中。藥癮治療中，戒癮藥物的使用僅僅只是一小部分而已。或許也會有同仁認為這樣的治療，會不會管得太多了？那些應該是病人自己的責任吧！不需要為他們想到這些吧？印象中有許多不同科別的老師都曾經教導過我們：治療患者不是只看到現在的症狀而已，要想想這些症狀是怎麼來的，當然也要告訴患者如何避免接下來的復發或惡化。

【李淑華個管師】在接觸過後，我深深的感受到家庭、環境對他們有多大的影響，因此，我試著慢慢建立起他們的溝通橋梁，透過密切的聯繫及個別、家族會談，幫助他們重新取得了家人的支持、信任，然後再引導他們去改變生活環境，結果發現產生更大的力量及持久的動力。此外，更提供『24小時』藥癮者諮詢『手機』號碼，以及時提供幫助和治療，此諮詢專線不但常在急迫、無助的深夜，勸緩了衝動、制止了憾事的發生，也是我、家屬及個案的最佳溝通管道

例行工作中的「看見」

醫療工作中有許多例行事務，什麼樣的診斷要做哪些檢查，要給哪些藥物或治療，依照哪個臨床準則，有什麼證據等級…很多處置似乎都理所當然，也習以為常。但我們看見的，到底是某個「診斷」還是「病人」呢？我們治療的，是某個「疾病」還是「病人」呢？之前我也常常會習慣在對話中出現「那個某某床海洛因成癮…」 「急診那個藥癮的…」，但負責替代療法業務之後，當治療的每個病人都是「海洛因成癮」時，我們開始學著拿掉存在我們腦中這個診斷先入為主的印象，開始練習去看見在這個相同診斷背後，每個病人的不同。看到每個病人面臨到的不同生活困境、不同的因應方式，看到每個人和這個疾病奮戰展現的不同力量。

【楊玉玲個管師】以前在病房單位照顧病人時，如發現病人的問題應即時報告醫師，每日醫師查房時也要報告病人的護理狀況，發現病人或家屬有經濟上的狀況時



也要照會社工師前來評估並給予必要的協助，雖然是直接照護病人，但也只是在住院期間給予協助。現在身為美沙冬個管師，從接到個案開始，便須將個案資料通盤整理，個別會談，當個案有情緒上的問題時也要給予適當的處理，甚至個案的家屬也要給予適當的協助，還要與上級單位（地檢署、衛生局）聯繫、配合，鼓勵個案除了按時服藥，還要舉辦團體治療，讓個案有戒除毒癮的決心。看到個案能戒除毒癮結案是我最高興的事情，相對的我也收穫良多，其中讓我警惕到個案是一個完整的「全人」而非一個疾病，照護是應對個案身、心、社會及靈性的全人照護能力而不是單打獨鬥的醫療，由在不同領域的專業人員(醫師、個管師、社工師、心理師、行政部門、法制體系等)的協助及照顧下，讓我們陪伴個案一同走過生命的黑暗期，迎接自己嶄新的未來。

【羅中信藥師】從事美沙冬替代療法三年多以來，很多病人都會跟我說「我不一定每天會見到我的朋友，但是我一定會來向藥師你報到」，的確，病人必須每天風雨無阻來喝美沙冬治療，可想見藥師與病人之間的關係是多麼密切。過去藥師較多是被動的給藥的角色與功能，但從來到美沙冬團隊工作後，病人每日都會與藥師接觸，因此藥師對於每一位病人都有相當程度的瞭解，藥師每日在給藥前，都會與關心病人的生活狀況以了解其目前戒癮所面臨的困境與問題，進而提供協助與轉介相關醫療科別與社會輔導機構。而在致力於美沙冬替代治療藥癮之餘，亦要關心這些病人同時存在的疾病，並給予積極治療建議和宣導正確的衛教知識，以降低其共病性造成的併發症及危險。因此美沙冬藥師可以在給藥的過程中提供一些正確且重要的資訊給病人，譬如正確的戒癮方式，正確的使用鎮靜安眠藥與正確的衛教知識，讓藥師能夠更主動積極維護病人用藥安全，善盡藥師的職責與義務。

病人也是我們的老師

因為藥癮治療的復發率高，病人通常成功可以戒除藥癮一段時間，但因為某些因素又再度復發使用。在這樣反反覆覆的過程中，進出監所、躲躲藏藏、被趕出家門、以及沒有朋友幾乎是每位藥癮者共同的生活經歷。很多病人來治療的時候，都已經是被家人朋友拋棄、被社會人群排擠許久。有時候我會想，如果是我帶著這樣的無力和絕望，不知道自己還能怎麼樣生活？但這些患者們，他們帶著這些沈重的包袱，卻能毅然的選擇面對、選擇治療，其實是需要多大的勇氣！以前病人總說，你們沒有用藥的人不懂我們的痛苦啦！要戒說來很簡單，做起來真的是很困難……以前的我聽到這樣總愛和病人爭論：我雖然沒用過海洛因，但很多研究指出，這樣的治療對你們是很有效的，只要好好治療一定可以戒除的！但經過了這幾年的時間我發現，其實病人說的對，我真的不懂他們有多困難去控制用藥的衝動，也真的不懂用了海洛因之後的感受為什麼這樣讓人無法自拔。書上期刊寫的是數據、是理論，但實際面對疾病的是病人自己，他們已經和這疾病相處了十數年了，他們對這症狀的經驗，有時候真的不亞於醫學研究的專家。所以現在團隊中的大家，慢慢學習著帶著我們的專業知識和經驗，一起貼近病人的角度看事情，一起創造每個人不同的治療方式。所以現在的治療當中，我們喜歡鼓勵病人分享自己的感受和經驗，再加上我們專業知識的建議，反而不需要和病人站在用藥與不用藥的兩端拔河拉鋸。

【李淑華個管師】每當我看見他們痛苦掙扎的樣子，讓我既心痛又無力，幾度萌起放棄的念頭，但是我不斷的告訴自己，唯有不斷的鼓勵、開導，真心的陪伴與支持，才能看見新的力量，才能看見陽光。因此用我的『真心』，我的『不放棄』去陪伴他們，也讓他們慢慢改變了用藥的習慣。

【洪嘉均醫師】不可否認這是讓工作團隊挫折度很高的地方，即使穩定戒癮的病人都有隨時復發的可能。但每每喪氣的同時，總想到病人面對比我們更大的壓力與無奈，但仍然沒有放棄自己，那我們更應該努力陪著他們前進…

大家身為臨床工作者，我想都會遇見很多動人的故事，人們帶著病痛來到我們面前，有些能透過醫療得到



治癒，有些人能獲得更好的生活品質，也有些人最終還是離去。不管如何，病人們一路上都因為有著醫護人員真心的陪伴支持而更有力量。現在我常覺得，其實很幸運能成為醫療人員、很幸運能加入這樣的團隊，能有機會看見生命動人的光彩，也能有機會以我們的微薄力量支持陪伴病人生命的歷程與轉變。我常常跟同仁們說，有時候真覺得病人讓我們獲得的，比我們帶給他們的還多得多。

【李淑華個管師】小張，用藥10多年，玩世不恭的他，不慎染上愛滋病後就更加的墮落了，治療期間遭逢母親病逝、女友背叛以及友人的利誘，讓他轉以販賣毒品維生，那一陣子他又再次深陷毒海之中而無法自拔。那天我正要下班，在診外巧遇憔悴的他，便順口問道：『你沒有好好照顧自己唷！我們談談好嗎？』…就這樣，一個機緣開啟了2個多小時的會談，雖然延誤了下班時間，但卻讓我挽救了一個寶貴的生命。因為沒有勇氣走出喪母之痛、沒有勇氣面對刑責、深陷痛苦的他，正準備至墳前拜別母親後尋求解脫……但我的真心陪伴和支持感動了他，也讓他看見自己的價值與責任，因此他打消了輕生、逃避的念頭。他說：『願意面對了，我願意再給自己一個改頭換面的機會，我會去自首！還有妳讓我感受到：原來除了家人之外，還有人會真心的關心我、相信我…』，那一句『我願意』真的讓我好感動，沒想到自己竟可帶來如此大的勇氣與力量，那一刻我才明白，原來真心可以帶來希望、真誠可以打動固著，而我做的不僅僅只是一份護理工作，而是『全人』有靈魂的照護服務。

寫到這裡，其實我還是必須說，我不知道怎麼樣的醫療能稱為全人照護，或許怎麼樣都不夠全面、不夠完全。平時帥氣幽默的陳展航主任總教導我們，治療的目標就是” Let patient return to the society and work as a functional unit!” (讓病人能夠回歸社會，成為一個有功能的個體！)以精神科最基本的生理、心理、社會模式來說，除了治療病人生理症狀外，還要考慮病人的心理壓力狀態，以及家庭、職業及社會環境對他的影響。而這些面向對成癮的患者尤其重要，因為比起其他疾病，藥癮問題及復發除藥物生理因素外，涉及更多心理和社會層面的影響。所以在這裡我們除了以藥物治療外，也加入了個別和團體的心理治療，協助病人處理心理壓力及困擾，避免因壓力事件導致復發藥物濫用；另外也積極和家人互動聯繫，讓家人理解目前醫學上成癮之治療模式及挑戰，希望讓病患家人也成為協同治療者，共同參與和支持患者的治療；也讓病人看見在疾病背後自己擁有的能力和力量，拾回回歸社會的信心。

很感謝有機會能和大家分享一些工作的點滴和感想，願能和大家一起努力，繼續往全人醫療的目標前進！

關於教師培育科簡介

臺中榮民總醫院為培養院內教師教學素養，鼓勵教師終身學習，提升院內教學品質，民國 95 年於臺中榮民總醫院教學研究部設置「臺中榮民總醫院教師培育中心」，爾後於民國 98 年，將「臺中榮民總醫院教師培育中心」更名為「臺中榮民總醫院師資培育中心」，並修訂本中心組織架構，由原先教學研究部改隸於教學部。並於民國 102 年，正式組改為教學部「教師培育科」。



與你同在

— 兒童病房藝術治療記事 —

文/臺中榮總兒童病房藝術治療師 沈亦鎡

10歲的小兔（化名）因白血病開始入院接受治療，小兔的媽媽表示：「小兔從小就很喜歡美術…愛做一些有的沒的…」因此住院期間，小兔都會很期待藝術治療師的陪伴，一起嘗試不同的媒材創作。

雖然化療的過程中，小兔需要承受一些令她不適的副作用，但只要看到藝術治療師推著媒材車進到病房，小兔一定會讓自己打起精神起身創作，記得她曾向藝術治療師陳述：「肚子很痛…吃不下…但很想做東西…」於是小兔便會專注地投入在創作裡，身體的不適感便被創作過程轉移與取代。

化療是一段需要長期奮戰的歷程，孩子們反覆出入醫院接受療程，慢慢地也開始知道哪些藥物會讓自己身體出現哪些不適的副作用，小兔也不例外，有時她會告訴藝術治療師：「今天打這個藥…大概下午（或明天）就會開始不舒服了…」這樣的預告正提醒小兔開始要進入備戰狀態了，於是她會選擇一些可以讓自己安定的媒材，例如：串項鍊，透過逐一串珠的歷程，小兔也慢慢地穩定了那個即將面臨挑戰的自己。



住院治療也代表要和家人暫時分開，小兔在醫院的主要照顧者是媽媽，家裡還有爸爸與妹妹，有時她也會透過作品與妹妹有所連結，例如：在醫院製作一系列的家家酒素材，期待返家時，可以和妹妹一起分享、遊戲。這似乎也讓小兔的內心衍生出妹妹也與她同在的感受。

小兔目前還在化療的療程裡，住院期間也累積了不少作品，每一個作品都有她的巧思與堅持，創作過程中即使感受到挫折，但最後都會嘗試出滿意的效果，如同面對身體接受治療，小兔也展現了她的毅力，努力克服化療的挑戰。



【後記】「惠康社會福利基金會」為建立友善醫院環境，多年來贊助兒童病房藝術治療服務方案經費，藉由在醫院的藝術治療服務，提供孩子們喘息的驛站。當他們的心裡面臨無法負載與轉化的狀態時，藝術創作與遊戲便是最能輕鬆入口的精神食糧，讓孩子為自己儲備所需的能量。期待更多關懷兒童醫療的社會資源，幫助家長照顧孩子情緒的方向，共同面對下一步的生命挑戰。

全人醫療照護

— 社工師臨床照護

文 / 社工員蘇佩瑜



全人醫療強調以病人為中心的醫療照護，運用全人健康照護醫療體系，落實在疾病前的預防方法、病人的疾病診斷、治療過程，乃至長期照護及安寧照護等一全程的照顧，以全人（包括生理、心理、社會及靈性層面）的照顧模式與理念運作在每一個病人家庭，創造整合性、持續性及具協調性的良好醫病關係。

醫務社工師與病人家庭一同面對疾病所產生的困難，找出因應問題的方式與計畫，甚至維護病人及家屬的權利，是與病人家庭最貼近的醫療團隊成員，故經常為協助醫病關係維繫的溝通者，亦是醫療團隊與個案家庭間的需求協調者，促使雙方的想法得以產生交流，降低錯誤認知所產生的不良溝通。良好互動的醫病關係有助於一連串醫療需求的順暢，不僅降低病人生理及心理的負荷與風險，使其及早康復返家；更能降低醫院內團隊、資源上的成本負擔。現就社工師落實院內全人醫療照護理念的作為說明之。

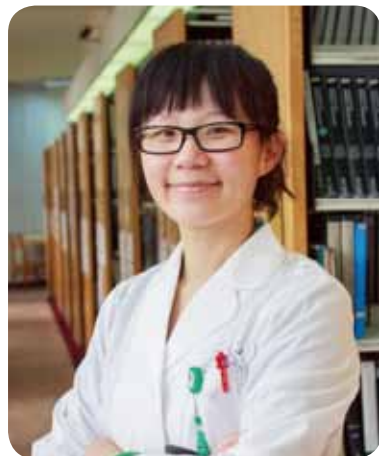
- ◆在個案照護上，持續病房及門診心理、社會需求病人的照會訪視，予以會談評估，善用團隊資源或外部資源予以改善與協調，例如：召開病情說明會、家庭說明會等。
- ◆持續辦理不同族群的教育性團體，例如：肝病座談會、癌症病友會、愛滋病團體、耳鼻喉科病房團體等，將不同團隊照護模式與照護知識帶給病人家庭，不僅達到預防病人疾病錯誤認知，亦能充分介紹該疾病團隊資源，將全人團隊照護理念落實到不同族群病人。
- ◆持續辦理多元類型活動，例如：安寧病人圓夢計畫、兒童病房聖誕活動、器官捐贈追思會、癌症病人音樂會、遺族關懷團體等，貫徹生、老、病、死一連貫的照護，而且不單單是生理上的照護，更能照顧病人，甚至是往生病人家庭的心理需求。
- ◆在個案研討上，在病房會議的個案討論會上，回饋個案評估與處遇方式，藉由團隊討論的模式，讓不同專業的照護觀點進行交流，達到團隊照護的默契與共識，並產生不同的新思維。
- ◆在團隊教育上，針對院內見實習醫師、新進護理人員提供相關醫病溝通技巧的課程，將同理技巧與說話自覺能力落實在學習中的醫師、新進護理人員，養成與病人產生良好互動的能力。
- ◆新人養成教育上，每年招收社工系實習學生，將理念繼續向下扎根，培訓未來全人醫療照護理念社工師。

醫務社工師橫跨病人自生理問題所產生的社會與心理層面需求，隨著社會的變化，所衍生的議題漸趨多元，自然衝擊著醫務社工師的價值與專業再提升，此外，隨著個案處遇的複雜性及多元需求性的提升，亦拉長了社工師處遇每個個案的時間，無形間都增加了醫務社工師心理與生理上的負荷。因應此趨勢，醫務社工師近期著重工作效率的管理，善用資源與自我績效管理運用在工作上，並不斷進修加強自我專業能力，期許在專業提升與工作負荷中達到並駕齊驅，互相發展齊全而穩定，使病人的福祉與團隊的效能皆能提升。

淺談緩和醫療照護

好好陪他（她）走一段

文/周吟怡醫師



『達叔，早！佩蓉呢？』

一年多來，這幾乎是每週一早上8點半我和達叔的經典對白。每週一是我固定出門看安寧居家的日子，達叔是我們安寧居家御用計程車司機，佩蓉則是和我搭配的居家護理師。

『佩蓉說她要幫家屬準備氣墊床，要晚一點下來！小怡醫師，你先去買早餐吧。』

長久跟我們搭配的御用司機達叔，相處起來就像一家人，連我早餐常常忘記吃都記得！等我買完早餐，佩蓉和安寧志工錦美姐（禮拜一安寧居家的固定班底）就拉著一整推車的家當出現了。

『達叔，先去埔里，再去梧棲，然後……可能還要去高美溼地喔，再等家屬電話。等一下路過XXX的時候停一下，我要給O O O的家屬一箱管灌，之前QQQ留下來的。』

屁股還沒坐穩，佩蓉就把今天的行程跟達叔報告完成。

『小怡，A病人昨天一直昏睡，我請他兒子morphine先停掉，你去再看看要怎樣處理。錦美姐，B病人昨天變差了，肚子更脹，他老婆情緒不太穩，妳等下幫我注意一下。那個C阿，之前說要在家裡往生，結果他那個大陸的兒子拜六回來說，如果太喘的話還是要送醫院，小怡妳再跟家屬談一下。D是新病人，慈濟轉給我們的，胰臟癌，沒有DNR，家屬不想讓病人知道病情，主要是吃不下又一直吐。E昨天開始有發燒，我請家屬先給退燒藥，等下我再問問需不需要去看…』

佩蓉咬了一口三明治，就開始把今天要看的病人情況跟大家報告（又一個來不及吃早餐的人），同時又把新病人的傳真病歷丟給同樣在啃早餐的我。

在A病人家，幫病人調了止痛藥，佩蓉幫病人換了尿管，換了傷口，又幫病人刮了鬍子，還幫病人和兒子照了相（據我所知，應該是病人照的最後一張相了）。在B病人家放了腹水，錦美姐與病人和病人老婆討論心願完成的可行性。在C病人家了解病人喘的狀況，與病人家屬討論症狀處理的技巧後確認病患往生地點。評估完D病人症狀，向家屬解釋病人之後可能發生的不舒服與處理的方式後，御用司機把我們送回醫院時，已經快4點了（還好E病人不燒了，不然就更晚回醫院了）。禮拜一的家訪，在回醫院後幫病人開完藥，開完診斷書後，總算告一段落（這還不包含佩蓉下班後還要開車幫一個老婆婆送藥喔）。

身為安寧居家團隊的一分子，有它辛苦的地方：悶熱的工作環境（病人多怕冷，就算是熱天，病患家裡多半不開冷氣，我們得汗如雨下中幫病人翻身換藥），不好聞的氣味（腐爛的頭頸部傷口加上無法好好洗澡的病人），找不到上廁所的所在，提著沉重家當爬上爬下…。但我以身為其中一分子感到光榮且感恩：家屬在我們的指導下能夠處理病患的不舒適症狀，對病患病況的變化學習著不再緊張無助，病患的症狀能在家中得到控制而不需頻繁的往返醫院，讓家屬與病人學習如何與疾病和平共存…這些都是安寧居家能夠做得到且一直在做的事，是在一般的病房所不能做到的事，卻也是大部份疾病末期病患與家屬在病患生命的最終，最需要卻最常被忽略掉的一部分。當我們幫病人開完刀了，把引流管扎好了，把感染治療好了，一般就認為病人該回家了；可是在出院前，我們常遇到家屬因種種擔心而拒絕出院。因為家屬不知道：如何照顧虛弱病人的生活起居，病人痛起來了或喘起來了該如何處理，如何幫病人翻身擺位可以預防褥瘡產生，甚至會擔心如何面對病人因各種不舒服或面對死亡將近而產生的負面情緒。病患對不舒服的恐懼、家屬對未來的不確定性和長期照顧病患的身心俱疲，往往阻礙了病患回家過居家生活的可能性。然而，在自己熟悉的環境下走完人生的最後一段路，卻又是末期病患渴望卻又不敢奢望的心願之一。

安寧緩和照護，包含了安寧共同照護，緩和病房與安寧居家照護三大部分。當病患罹患不可治癒性疾病且預期疾病短時間內有可能進展至疾病末期時，安寧緩和的早期介入，能幫助病患與家屬對末期疾病有較全面性的認知與準備，進而提升病患與家屬的生活品質。疾病初期，安寧共照能教導家屬舒適護理的方法，評估病患面對疾病與各種不適所造成的情緒影響；若有必要，也能帶領病患與家屬思考並討論末期疾病相關的醫療決策（例如：DNR與維生醫療的適切性、侵入性治療的必須性、往生地點與往生方式）。當末期病患患有困難控制的不適症狀，緩和病房能為病患提供積極的症狀治療。當症狀控制穩定，病患有回家的意願時，安寧居家團隊能至病患家中，因時因地提供病患最適合的照護建議。完整的安寧緩和照護網絡，以提供末期病患及其家屬全人、全家、全程的身心靈照顧為最大目標。我們所照顧的病患，能在痛苦減至最低的情況下，在自己希望的地點，用自己選擇的方式走過人生的最後一段，是我們緩和醫療團隊持續努力的方向。每個人都有面對離開這世界的一天。

我們無法選擇來到這世界的方式，但離開這個世界的方式，卻是我們可以選擇的。我們會持續努力，陪伴並幫助末期病患，達到善終的美好結局。

師資培育訓練課程預告

以學生學習 為中心的教學

團隊導向學習法

課程日期：103年07月08日(二)

課程時間：15:00~17:00

授課地點：臺中榮民總醫院

第一醫療大樓二樓第六會議室

授課講師：國立陽明大學神經科王署君教授



臺中榮總 院內宗教社團活動訊息

教別	聚會別名	時間	地點
基督教	主日聚會	星期日	第一醫療大樓2樓胃腸檢查等候室
	讀經小組	星期三/中午12:30-13:30	研究大樓/研究室308
		星期四/中午12:30-13:30	第二醫療大樓11F/安寧病房討論室
	中榮團契	星期四/晚上18:30-19:30	兒醫部討論室

教別	聚會別名	時間	地點
心光社	幸福佛法班	每週三晚上 6:00~8:00	研究大樓/第三會場
	講座	每雙月/第四週/週三/中午 12:15~13:15	研究大樓/第三會場

簡介及主旨：

為增進本院員工身心靈健康，希望透過心靈成長課程改善人我關係，經由對生命重新的認識及生活實踐，加深自我對工作價值的肯定及對個人生命之熱忱，進而培養團隊精神及工作士氣，特成立「臺中榮民總醫院心光社」

教別	聚會別名	時間	地點
慧山社	共修	每週四晚上 6:30~8:30(第三或第四週暫停)	第二醫療大樓11樓 佛堂
共修以淨土法門為主，內容包含拜佛、念佛、晚課、誦彌陀經、及法師開示等。 103.7.29(二)將舉辦中元消災孝親超薦祈福法會，歡迎善信大德隨喜共會，期以法筵殊勝功德，迴向十方世界有情。			

以上時間地點若有異動，以實際公告為主。

慧山社社團簡介 文\胡松原醫師

臺中榮總慧山社成立至今約二十五年，當時為了實踐佛陀慈悲誓願度化眾生的理念，尤其在醫院中的生、老、病、死，更真實的揭示了人命無常，所以結合院內有志於佛學研究與生活實修的同仁，由復健科周駿華醫師、大腸直腸外科王輝明醫師、胸腔內科沈光漢醫師等醫護技術人員創立，當時臺中市南普陀寺住持上廣下化老和尚取名為「慧山社」，老和尚期勉大家，智慧如山一樣的高，以佛法的慈悲心面對病苦的眾生，老老實實的在工作和生活中修行，將來若成立佛堂，則取名為「福海堂」，福德如海一樣的深，在醫院中工作，能福慧雙修。感謝院方歷年之支持、同仁之參與及十方大德之護持，舉辦各種院內、外活動，以充實同仁之身、心、靈。目前活動，每週四晚上，在第二醫療大樓十一樓佛堂，由上淨下航法師領眾念佛共修、佛書導讀及開示。近年，胸腔內科沈光漢醫師悲心深重，感於臨床上要替病人治療疾病，解除痛苦與煩惱之外，更應廣利三世(過去、現在、未來)、六道(天、人、修羅、畜生、餓鬼、地獄)一切諸眾生，除了報四重恩(佛恩、父母恩、師長恩、眾生恩)，還要下濟三途苦(畜生、餓鬼、地獄)，感謝為醫學實驗犧牲生命的實驗動物，所以在民國九十七年，發起籌辦「中元消災孝親超薦祈福法會」，禮請僧伽基金會與南普陀寺長老及諸位師父，於每年農曆七月的第一週，在研究大樓第一會場舉行消災超薦法會及領眾祈福，迴向十方世界有情。





使 命：追求卓越的醫療，教學及研究，以增進榮民，一般民眾以及全人類的健康。
願 景：成為全國民眾最信賴、醫事人員最嚮往、教學研究與經營管理得最優質的標竿醫學中心。
核心價值：愛心、當責、團隊、誠信、品質、創新。

GPN : 2009802252

訂價 50 元

ISSN 2076-0302



9 772076 030007