

活動與課程報導

7C 高齡科病房實習心得

游鎮仰¹

實習項目

1. 成大附醫老年科病房約 56 小時。包括個案疾病、檢驗報告、影像學資訊等個案討論、周全性老年評估簡介、介入方針、病房實訪、Journal reading。
2. 高齡醫學門診約 16 小時。(4 場次)
3. 出院準備服務及居家護理實習至少 6 小時，包括出院準備服務及居家護理之老年人評估及照護實務。
4. 跨領域團隊會議 2 小時。(2 場次)

實習內容

1. 高齡科門診和住院病人有什麼相似或相異處？

來自門診的個案狀態通常更好，大部分較有精神，行走或功能獨立性更高、認知或瞻望問題也較輕微，而在這之中也有部份為輪椅使用者、認知障礙者，入住護理之家或使用長照服務者。這些門診病人通常是因為泌尿道感染、憂鬱、睡眠、慢性病(高血壓、高血脂、高血糖、腎臟疾病)、衰弱或疼痛等就醫或追蹤，會有例行性的評估或追蹤，像是抽血、驗尿報告、血壓和血糖、影像學等。

而住院病人則可能因感染、高燒不退、多次入院等因素前來。醫師會協助病人評估周全性老年評估(CGA)，評估中對於醫療問題(認知、瞻望、睡眠、失禁、疼痛、衰弱、憂鬱、DNR、疫苗、住院與急診)、營養、用藥(多重、潛在不適當、不明藥物)、感官能力(視與聽覺)、基礎或進階生活自理能力(獨立性、工具性)、行走(跌倒、坐站測驗、3 米行走、輔具使用)以及照護(財務情況、支持、壓傷)的篩檢，協助計畫的擬定。

綜合上述，兩者的共通點可能是老年性疾病，因急性疾病問題住院，且不一定需要醫療方面的介入。許多個案會經由醫師或個管師的周全性老年評估、團

¹國立成功大學醫學院老年學研究所

隊討論擬定，將發生或持續的慢性問題作周全的評估和防治，如：優先營養補充與激勵行走、改善多重用藥的情況、降低非必要的用藥或甚至減緩疼痛等，且重要的是，醫師將逐日觀察用藥的減少，是否改善症狀，及時改變策略。

CGA 適合對象為這些較年長(大於 80 歲)、不健康或較多慢性疾病的老年人，醫療的重點是放在預防老年醫學，亦即生活型態的改變、飲食的調整、疫苗注射，以及疾病(包括潛在的老年病症候群)的篩檢。CGA 做為評估工具，會呈現歷次住院/介入前後的分數，能作為有效的參考。有些個案是高醫療利用的個案，經常住院；有些急症個案，如：吸入肺炎、尿路感染、營養問題、合併多項問題或家庭支持問題。在此期間依照醫師團隊的評估，改善潛在的醫療問題，充分讓病人清楚可用的資源以及限制，依狀況召開家庭會議與轉銜。

2. CGA 評估的功能何在？和很多結合在一起的臨床評估表單，有什麼不同的地方？

實習期間須完成住院病人的周全性老年醫學評估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)，並完成個案討論。住院與門診的病人特性不同，住院者通常有急性問題待處理且心理壓力較大，評估往往無法一次完成，而需要分次評估。因此，與病人及家屬建立好關係能讓後續評估更順暢。以往接觸的病人多為主動諮詢或透過醫師轉介，態度相對主動且病況穩定，且需要的資訊病歷上都有紀錄。

CGA 評估是多項評估表的綜合蒐集，相對來說非常複雜，也需要病人或家屬對我們有相對的信任感；比方說，一般的評估可以從 Lab、儀器、影像學等蒐集到客觀的資料，但是，此項評估則是要深入個案的日常生活能力，如：基本移位、起坐、行走、沐浴、換衣服等；進階能力則是處理財務、洗衣、準備膳食。除此之外，個案跌倒風險也需要被評估，同時最好可以合併居家照顧環境。

跌倒在定義上，是指高處跌到低處，需要進階紀錄“次數”、“時間”、“地點”、“傷口”，再去了解原因，居家若有存在風險，也會提高跌倒的頻率。

在實習的評估期間，對長輩的溝通和觀察有很多心得值得紀錄：住院的病人合併意識混亂、失智症或是憂鬱的情況，可能會回答不正確的資訊，像是：「我都有去運動，一個禮拜三四次，我家人不會知道因為他們去工作……」，家人會打暗

示說那是很多年以前的事情。有鑒於此，我們更常做的方式，是讓個案實際做(站立、翻身等)，讓我們觀察紀錄，並且參考家屬或照顧者提供的資訊。

心理和憂鬱問題通常是高齡者的潛在風險，這點我在 7C 病房時特別有體會。在以前我接觸的長輩中，我最常注意到的是他們的行走方便性，以及視聽覺是否影響日常，我幾乎沒有注意過他們的心情。在建立關係的過程中，我聽到了他們的小時候的生活故事、做自己喜歡的事情、對自己病症的焦慮、對在各地孩子的工作煩惱，了解在 GDS>2 的情況下，憂鬱需要被考量；GDS 沒有>2，仍然需要記錄所觀察的細節(像是很煩惱兒子沒有工作，所以希望搬去台北就近照顧減輕負擔，但實際內心卻不想去的個案)。

3. 跨領域團隊有什麼特色？對團隊照護品質或是病人有什麼好處？

高齡病人多從急診或其它科別轉介，帶著複雜的老年性疾病或是照顧議題入院。主治醫師、主護、7C 的臨床工作者，以及相關領域的臨床工作者，會在每周四參與高齡醫學科的跨團隊會議討論，在個案管師/醫師簡介病況或評估後，給予合適的計畫、介入方法補充或相關建議。因此，每周的會議可促進各領域間的互相溝通，讓個案的潛能達到最佳化，並獲得出院後的資源銜接性。

4. 出院準備服務可以怎麼協助個案與家人？

總結：使用 CGA 評估和介入，在醫院時爭取時間治療、填補照護不足和隱藏的需求，銜接資源、轉院，使用復能服務銜接病人在病房到家中的能力“落差”，也就有機會能減少病人的高醫療使用率、再發生以及死亡率的情況。

住院病人在出院前會參考個案的身體情況、心理，和社會經濟去做急性後期的照顧，也就是所謂的 PAC(post acute care)。基本上，PAC 可以針對中風、心臟衰竭、骨折及衰弱的對象，進行轉銜長照 2.0，並且作復能多元的服務評估。

出院準備服務內容包括協助醫療團隊擬定病人出院的照護計畫、困難病人照會與協調、跨院際間病人轉銜與連結等。接下來銜接到 PAC 或是機構。我想這樣的觀念就是建立在“交班”，以及“接續照顧”。PAC 即是專門為急性住院的個案，接續照顧，目的性防止再度發生或住院的概念。而出院準備還需要做的是“找出隱藏的家人”，這其實是大多數的案例。我們不能忽略照顧者重擔、

經濟心理、租房問題(房東擔心個案在住家死亡)、機構或居家、三管放置或更換等等壓力。所以大多數需要其他職類的介入，像是社工可以款項籌備和協助，也可以進階協助資源連結；而營養師不僅需要營養的推薦，更要做的是理想和合理的成本調整。

而以個案為出發點來分析，通常住院者為急性症狀合併很多慢性疾病，如泌尿道感染(UTI)、吸入性肺炎(COPD)、急性腎臟疾病、眩暈、發燒或跌倒等。主治醫師會和團隊做非常多的溝通、跨團隊會議和疾病排除，治療方針確立，通常都會歷經多天的治療，藥物調整。

● 住院期間會經歷多項評估，以確認個案的身體徵象、營養、疾病原因、解決方式、整合藥物；家庭的照顧調查、社會資源使用、放棄急救(插管)的意願。

● 通常都會歷經多天的治療，藥物調整；主治醫師會和團隊做非常多的溝通、跨團隊會議和疾病排除，治療方針確立。

● 提供營養介入(血液監測、體重、食慾等)、輔具介入(四腳拐或單腳拐，高度或使用法)、復健(移位方式、站立式輪椅訓練下肢肌力、躺姿角度餵食)、社會資源提供(如長照資源銜接[外出陪伴、家事清潔]、日照中心[像長輩的安親班，提供各種才藝學習的活動中心]、社工師[資源連接者])。

● 歷經過以上重重關卡，個案生命徵象穩定且擬定計畫，家庭達成共識。此時，PAC 能協助個案銜接資源，如：聯繫長照服務，提供陪伴 就醫、藥事服務等功能。藉由更多的陪伴、不同的訓練計劃制定，如：增加肌力，而降低跌倒、發生再入院的可能性。

遭遇之困難問題

5. 高齡的病人有或多或少有聽覺方面的問題，個案可能有什麼樣的陳述，以及醫師的答覆或介入？

個案可能會表達走路不平衡、耳朵重聽、家人不理睬等現象，其中不乏可能潛藏聽力狀況很嚴重的個案(如>70dB)。但在門診，病人或家屬也有可能完全不反映有聽力損失的問題，但在與其溝通的當下卻可明顯感覺到 困難。這時醫師可使用“聽吾輔聽器”在門診與患者溝通，且在必要時發話者須以口型輔助長輩溝通，或是使用透明口罩，至少讓長輩閱讀表情。

心得

6. 面對門診和病房高齡長輩，我從他們身上學習到什麼？

曾經前往台東都蘭診所實習，也是我第一次以實習生的身分，前往偏鄉社區和居家服務。當時，我抱著不安的心態，思索著離開儀器和病例，不了解“在地”的外地人，要如何可以幫上忙；想像著，我帶著幾年來與病人相處的方式，處理著他們的聽力與情緒，在台東是否也只能使用著“醫院模式”處理著他們的困難和問題？

答案在半年後的今天-當我用心去了解他們的生活、藉由幫助他們，也替我自己找到了答案。

在醫院時，我們很容易藉由病例，提供訊息和數據，讓病人信任。很多時候忘記換個位置想，也很少 find needs。舉例而言，聽力師找出個案的聽力損失程度、醫師找出可能的聽損原因，提供現有最佳的醫學介入模式（藥物、輔具或手術），提出不介入的劣勢、判讀追蹤數據、排除問題(找出介入點)、擬定好追蹤計畫、達到數據(良好的 criteria)，例行追蹤。但我們卻很少關心長輩的想法，對我來說，配戴意願、社經狀態和照顧提供者會是助聽器的“適應症”。

實習後才發現，長者有千百種的憂慮是我不曾想過的：例如擔心自己的照顧是累贅、總覺得自己吃很多藥但身體好差、好想自殺；失智症的太太不認得丈夫，為了照顧丈夫也失去生活重心；整天的如廁頻繁，夜尿讓睡眠不佳，不敢出門擔心自尊；意識混亂，聽不到聲音，但寫出身體很痛的臥床病人。儘管首要之事是解決個案的急性症狀問題，但照顧和經濟提供者能不能負擔，與接下來是否能夠穩定追蹤慢性病，並朝著盡力不讓病人再住院的方向，也是很重要的考量。7C 病房很大的初衷，也就是好好的照顧長輩的生理、心理、社會。當有更多人與人的關心，更有機會能讓長輩有更佳生活品質和良好自尊狀態。

7. 同時有多項老年疾病的個案，聽力問題對於他們有什麼樣的生活不便？

高齡者沒有聲音的輸入，大腦的聽覺皮質將慢慢退化，容易讓長者產生聽覺剝奪的現象。聲音的進入，能夠維持高齡者認知的維持或緩慢下降，另一方面也能使長者繼續保有社交的活動與選擇社交的獨立性。

對聽損長者來說，財務方面的負擔，會遠比聽力帶來的困擾更為沉重。除此

之外，市面上琳瑯滿目的助聽器、助聽輔具、輔聽器，有眾多的選擇，多數的長者對於聽見聲音很重視，也在乎音質是不是與需求匹配。但令人意外的是，長者通常卻最優先以助聽器的價格作為考量，這同時也影響了年長者在後續的使用。研究表明，首次配戴的助聽器選擇將影響未來長者佩戴助聽器的意願。因此，正確的選配和精準的轉介將是扭轉高齡者配戴助聽器習慣維持的關鍵。

在本科門診期間，有幸能做到老年科醫師轉診的聽損病人的檢查，每次都會替病人感到很幸運。一方面，聽力問題不常是急性問題，並且可能被個案忽略而沒有就診；另一方面，對於長輩來說，聽力損失似乎是高齡問題，避免不了，當沒有家人同住或電話溝通時，常不會讓個案有太多困擾，最終導致仍是未就診的相同結果。

很多高齡者已經退休，在家中的時間很多，但不一定有生活目標。而近年來，社區活動中心、日照中心或基金會活動也都可能因疫情影響而停擺。此時，電話溝通會是在疫情期間更常被使用的交流方式。一般高齡者基本都有兩種以上的溝通渠道，電話交談和面對面交談。而站在他們的立場，我們都希望留有選擇，以便成為自己生命的全權掌控者，擁有獨立自主的能力。

語言是我們溝通的橋樑，而語言又分為非語言，語言和副語言。心理學家曾經寫過這樣一個公式：「人的情感表達=百分之七的語言詞+百分之三十八的聲音+百分之五十五的面部表情。」我們依賴視覺和聽覺的感官結合，來閱讀言語，其重要性是不容忽視。當聽力損失產生時，言語的效能會減少，溝通的品質會下降，因此影響到語言的接收。當視覺障礙形成時，用來辨別語音的視素變少，因此，副語言和語言的接收效能遞減。受過訓練的聽損者，僅依賴視覺能辨識 30% 的唇語，遠比正常聽力者能用視覺辨識更多的言語語言還要更少。也因此，當聽覺障礙時，我們會緊盯著發話者，以取得更多的言語線索。

在 COVID-19 疫情下，我們戴上口罩與人接觸，避免發話者和接收者的飛沫傳染。但如此一來，唇形閱讀的辨識便失去作用，也讓聽損者的溝通效能大幅降低。

而另一方面，疫情限制了居民的外出和行動的自由，沒有必要、緊急的事情，我們待在住家中避而不見，而高齡者則需要仰賴電話和手機與家人做聯繫。

誠如上論，電話聯繫時依靠發話者與接收者得到訊息傳遞，對話輪替以及主

題熟悉的能力，以延續話題，傳達訊息。此時的聽損者沒有視覺線索，搭配較差的聽覺能力和減損的聲學訊號，以此得到的會是殘缺的語句。輪替對話可能因此中斷，造成更多會錯意的機會、較不佳的電話共同體驗，並且需要使用更多的認知能力以填補語句，延續話題。

因此，年長者對於溝通降低意願，降低溝通意圖的機會也更加提升，高齡者人與人之間的互動和社交形成逐漸加劇的鴻溝，產生莫大的問題。從聽力圖來探索高齡者生活的樣貌，無疑是以管窺天。臨床工作者希望處處替病人解決問題，知識和經驗能夠幫助我們和病人有更優質的醫療環境，跨領域間的溝通也是品質提升的關鍵。從校內實習中，我能從中期待醫療環境對於高齡者的重要性，7C 扮演著支持和潛力提升的角色。

8. 關於對 7C 老年科病房的第一印象，以及與原本想像的有何不同？

高齡科病房利用懷舊布置設計，像是長廊的陳設、民間習俗相片、陳舊收藏、紅磚、舊式招牌、日式櫥窗，讓長輩走廊道時更接近家的感覺；高齡友善的病房標示，包括字體加大和水果模型、台南區域名牌取代病房門牌，能讓長輩復健後認出自己的病房，另外，復健區還提供站立式輪椅、彈力帶和手部訓練機，提升上下肢的肌肉訓練，並且可以鼓勵病人從病床移動到房間以外的區域活動，因此可以看見病人和看護、護理師在走廊行走，練習。除此之外，也要非常小心病人在行走途中下肢無力或眩暈的跌倒，在走廊的扶手、每三公尺的活動座椅都使得病人安全性更加提升。

另外，實習期間也發現，不管是在病房或是門診，醫師會有策略地幫病人開藥(簡化與統整藥物)。在這個過程，醫師會和病人及家屬討論，並簡化藥物以增進服藥順從性，這些都是高齡科病房很用心的地方。

9. 實習前後想法的改變

[實習之前]

我在實習之前，對老年科負責的業務範疇理解較少，認為各職類所負責的業務較單一，如：醫師只例行做心理評估、藥物或轉介，而護理師則負責蒐集基本社會人口學、目前居住地區、現有的活動等資料，不見得有額外的時間做資源連結。

[實習之後]

高齡科初診先完成周全性老年評估，評估目的是包含老年性疾病治療和介入，也會從並找出個案的潛能。醫師除了從藥物治療，也讓個案訴說最近情況，蒐集和統合可能發生過的重大事件(每次回診或病房查房)影響睡眠。如個案近曾訴說最近上教會更沒動力，醫師會引導、傾聽及關懷，以及近期心情調適得好不好，有沒有覺得藥物需要停止或任何變更，必要時候會提醒長照或社福，提高資源的連結和使用機會。

有些個案每次前來都會有不同的陪同者，醫師會了解其是不是主要照顧者，抑或他的照顧意願、能不能執行決策等面向。因此，醫病關係的建立和家屬很有關係，願意去了解家庭結構和照顧議題，也會對病情的穩定有幫助。

在耳鼻喉部的高齡個案，會專注在聽力和頭暈的問題，主訴聽得很不好、耳鳴一整天、睡眠差、頭暈走路不穩、不安全等問題，希望醫師對部位做治療，恢復身體的平靜和減輕擔憂。未來也希望科部間更緊密的領域間互動，病人能得到適切的介入和諮詢。

建議

10.實習前能做哪些預備或準備？

- 周全性老年評估：心理、社會和功能是支持長輩生理的關鍵因素。
- 找出自己的定位發揮所長：當我們身處“臨床”或“病房”，將會是發揮臨床工作者的角色。營養、餵食技巧、移位方法、閱讀空氣是不可忽略的能力。
- 發揮同理心:適當的回應病人，誠懇地對待他們，多和他們走一走，想想自己的阿公阿嬤如果在病房，他們想的是什麼？希望的是什麼？為了什麼而焦慮，或者因為什麼而開心。善待他們的獨一無二，把他們的擔憂放在心上，替他們找找看出口(最可行、改變最少的好方法)。

其他重要事項

11.記錄我在醫師身上學到的事情：

- 與個案平視，運用手邊資源(筆談、輔聽器、眼神交會等)與個案溝通或交流。除了看病人主訴的問題，也會蹲下身檢查個案的手、臂指、腿及患部。

- 將個案管理的做得更加人性化，以及讓醫病關係更有溫度。
- 運用門診螢幕，投影藥品外觀，使病人更加正確了解用藥。
- 醫師對長輩多重用藥的警覺和專業，能夠協助正確的藥物使用觀念。
- 透過 GOOGLE 地圖取代訪視，了解居家安全：在門診或病房時，賴醫師會將個案居家周邊用 google 地圖摸索一遍，有時候也會進入住所的周邊，點出有跌倒風險的幾個位置。
- 案家跌倒的安全性：請家屬拍攝家裡環境，以及阿公、阿嬤活動的區域，越詳細越好。例如：阿公阿嬤居住在大樓一樓，曾經在家中樓梯跌倒，因此我們想要知道住家安全和阿公出門的便利性。
- 環境上的配置與建議：在有門檻，家中無扶手，沒有地毯的住家環境中，建議先從珪藻土地墊開始，瓷磚地板太光滑也是危險因子，可以考慮居家環境改善的介入(長照)。
- 個案若願意出門，可推薦個案去住家隔壁的國小散步，有出門就有進行下肢肌力的訓練。
- 善用資源：在門診時初診會做 CGA，若發現有高跌倒風險且原因是來自於環境，醫師可以介入，不足時，也可以轉介給職能治療，讓個案和家人了解家中的風險，進行預防。而不是等到個案真正摔倒時，才知道重要性。
- 養成長輩規律的運動習慣，可以多吃、多運動，不要跌倒。