

# 社會工作在急診部門之運用現況與展望

陳武宗

## 壹、前言

台灣地區各大中型醫院急診部門，空間擁擠雜亂，缺乏專責人員，服務品質低落，向來是民衆批評抱怨最多之處，也是長久以來衛生主管官署，難以有效解決的問題。早在民國五十七年九月十八日，台北市衛生局曾爲此召開「台北市急診問題研討會」（張錦文，五七：一二〇）。同期間亦倍受指責與困擾的台大醫院，則進行一項「台大醫院急診處之社會醫學研究」，以作爲改善急診處擁擠現象之參考。研究結果刊載於五十八年出版之「台灣醫學雜誌」，並向衛生單位提出改進急診服務八項具體建議（朱桓銘等人，五八：八八）。近年來醫院數目與病床數大幅擴增，過去因病床難求造成急診室擁擠之現象，現雖已不見。但隨著社會急遽變化，人際關係疏離，意外事件頻傳，犯罪事件與偏差行為驟增，疾病型態與醫療行為之改變，民衆對急診醫療需求與日俱增，愈發顯出急診部門在醫療照顧體系中的重要地位（周玲玲等人，七七：八二）。

爲使急診部門這兼具緊急救治傷病與過渡轉介雙重功能的單位，更符合現代工商社會民衆之醫療須求。行政院衛生署正研議中之「緊急醫療救護法」草案，將作爲建立與規範未來國內的緊急醫療系統之根據，以達到提昇緊急醫療救護品質，迅速救護緊急傷病患，確保國民生命及健康之目的。另自八十年代

醫院評鑑項目中之「急診醫療服務品質審查」比重增加，主要在引導各級醫院逐年改進急診部門軟硬體設施，強化其服務品質與功能。其中緊急醫學之專科化與團隊合作的服務方式，應是保證品質的關鍵因素。基於此，本文擬從急診部門之功能與情境特性著手，並分析急診病人社會心理須求，以進一步討論社會工作在急診團隊中服務現況與未來展望。

## 貳、急診部門之醫療功能與情境特性

急診部門應是遭受急症重病或是意外傷害者，最佳的救治場所。依國內現在各大醫學中心急診單位的規模與設備，堪稱是一所「廿四小時提供服務的小型綜合醫院」，在緊急救護醫療專科化過程，更凸顯出其多樣化的功能。

但何謂「急症病患」？誰符合急診就醫資格？是醫病間常見的爭議點。站在患者立場，任何的疾病和傷害都是緊急須要；而在醫院與醫師立場，則須符合急診條件才可就診。就醫資格審核之鬆緊，因醫院與醫師而異。然誰可利用急診醫療服務，仍是不易明確界定與規範的問題。

急診部門也是求醫者獲取其它醫療服務的「過境旅館」。當醫院無法處理的疾病或病床缺少，病人須轉介至其它醫療機構，此時急診室成爲病人靜待轉院之過境處。若病人須住院而病情合適候床，則急診室是病人等候住院的場所。因它頗突出的轉介照會角色，在急診室的醫病關係特質相當短暫與薄弱，故

在緊急醫療過程若有溝通上誤解與不滿情緒，急診室也常是最易產生爭端和衝突的地方。

急診部門也確是相當忙碌、吵雜的場所。本院急診科黃英傑醫師對急診情境的描述，頗能真實反映其特性：

「在這裡，病患的呻吟聲，小孩的哭鬧聲，焦急的家屬，奔走的醫護人員，交織成一幕疾行的樂章。即使在萬籟俱寂的深夜，或是曙光微露的黎明，這裡的演出依然不變，為生命與疾病死亡的奮鬥，永不停止。」（黃英傑，八〇：一〇）。

醫護工作人員身處在一種忙碌與高度壓力的工作環境中。家屬則呈現出高度焦慮、緊張及充滿不確定的恐懼感。整個急診部門的情境氣氛，基本上是籠罩在人面臨緊急事件時，由各類情緒交織而成的複雜心理狀態。

急診部門病人類型可分為真急診和非急診兩者（李孟智等人，七六）。所謂「非急診者」即指遊民、酒鬼、窮困者等，急診室有時不僅是「Isis」所指出是提供窮人醫療照護的主要地方，也是上述非急診者臨時的庇護所，而這些人則是光顧急診部門的常客（Repeaters）。

依上述之描述分析，約可歸結急診部門幾項明顯的特性：第一、具有緊急救治與轉介照會雙重之情境功能，故對內外照會轉介系統之合作關係，也較密切；第二、醫病關係特性較短暫且不穩定，易是衝突與爭端產生的原因；第三、工作人員、病患及家屬皆處於各類情緒交織而成複雜心理狀態；第四、服務對象包括急症與非急症類病人，前者有危機處理之須要；後者則有社會福利之須求。

### 叁、急診病人及家屬之社會心理問題

醫院急診部門是處理緊急傷病的第一線，也是民衆利用醫療服務的管道之

一。然如上文對急診部門情境特性的分析，及病人和家屬須求之迫切性（Emergency）與多樣性。皆顯示人在急診求醫過程，頗複雜之社會心理問題。此也印證了吳就君女士針對台大急診處滯留患者所作的訪問報告之結論：「患者在急診室，不是單純醫療問題，而是醫療、社會、情緒及法律等問題錯綜交雜的處境。」（吳就君，六〇：八八）。尤其國內意外事件發生率高如：機汽車傷害、工業傷害等，每當家屬突然被通知到急診室，常處於高度焦慮、緊張與無助的心情下。社會心理功能也極易產生失調現象，不知如何面對問題，急須有專業人員從旁協助。

在對急診病人心理特性的研究，也發現常到急診部門之求醫者，皆具有下列共通特性如：孤獨感、獨居身分、嗜酒習性、失業狀態及對社會福利須求高等（Arden, 1985: 10）。而此等人也常是非急診類病人的多數，若無適當的社會工作處理，會變成高度不當使用急診服務的常客，和造成急診作業困擾。在國內研究方面，根據周玲玲等人對台北市立仁愛醫院急診三一五個案社經地位分析，顯示約有百分之四十的急診患者出生地方不詳或為外籍人士。急須代尋家屬與轉介社會資源之服務。以科別來看，內科急診患者大多罹患慢性疾病，經濟壓力與情緒問題，是較須協助處理的；外科急診患者多因意外事故受傷就醫，家人或重要關係人之協助尋求，則為其所須。（周玲玲等人，七七：八三一八五）。

依上述之說明，急診病人及家屬之社會心理須求，約可歸納成如下數項：（一）安排住、出院之須求：提供路倒病人、單身患者、被遺棄者、窮困者，提供住、出院或安置之服務；（二）代尋或聯絡家屬之須求：聯繫警政或社政單位協助查詢家屬或主要關係人；（三）物質與經濟須求：轉介社會資源，提供社經條件較差之患者之住院費用與日常必須品；（四）情緒支持之須求：意外事故或垂死之病人、家屬情緒的危機處理或輔導服務。

## 肆、急診社會工作之功能與服務範圍

社會工作在急診部門之功能為何？依前文提及之台大醫院於五十八年向衛生單位反映改進急診處八項建議案之第五項，應是文獻中最早界定急診社會工作功能者。原建議內容如下：「急診處須設立有效之社會服務單位，以足夠質與量之醫務社會工作人員廿四小時中繼續為患者服務，協助患者解決社會問題如經濟、家庭或法律糾紛。如有社工人員之早期協助當可減少急診處不必要之擁擠情形，使真正困難之患者得到社會之協助而度過急症之難關」（朱桓銘等人，五八：八七）。而在現階段急診社會工作之功能為何？八十年代醫院評鑑社會工作列在第陸類項病人照顧中，顯示其在急診病人醫療照護過程，被界定為必要之醫療相關人員。

急診社會工作之目標，應是如何結合社會資源，協助解決急診病人及家屬之社會心理問題，儘速取得適當的醫療服務為主。此與醫院社會工作部門之個案處理程序與目標，應是相一致地。

急診社會工作服務範圍如何？Sokis 女士於一九八五年出版的「社會工作在急診室」一書（Social work in the Emergency Room）內討論的主題，或可看出其概要。該書除分析介紹：急診室在現代醫療照護體系中的地位、社會工作人員在急診室的角色及如何建立急診社會工作實務等主題外，並依序介紹急診室常見的法律問題。及個案處理類型如下：1. 犯罪案件，被虐待事件及災難事件等受害個案之處理；2. 重症或瀕死病人及其家屬之服務；3. 急診病童及其雙親之協助；4. 急診老年患者問題處理；5. 急診精神科患者之服務；6. 酒癮與藥癮個案處理；7. 轉介、出院及安置服務等（Sokis, 1985）。

至於國內急診社會工作服務狀況，首先取決於醫院急診部門規模與經營目標；其次是醫院社會工作部門發展程度與人力條件。站在醫院管理者立場，如

何吸引或留住具有給付能力的對象，應是經營上的優先考量。另基於社會責任，再考慮給予非急症患者，而具有嚴重社會問題者之服務工作。因此，國內社會工作在急診部門的工作重心，自然是針對貧困就醫者、路倒病人、無家可歸者（或遊民）、棄嬰及外籍勞工等對象，儘速提供經濟或轉介安置的服務。有餘力再提供團隊成員或危機家庭下列服務：1. 處理困難溝通或不合作之病人及家屬；2. 關心被疏忽之急診病人或家屬；3. 進行危機處理（Crisis Intervention）。

急診社會工作頗具挑戰性，故筆者認為下列條件是選擇急診室社會工作人員值得優先考量的：第一、具有綜合科與精神科訓練或實務背景者；第二、對情境特性與案主須求敏察度高；第三、具有危機處理之知能；第四、熟悉內外資源並能善加運用；第五、瞭解醫事及社政相關法律知識；第六、具有增進團隊合作關係之能力；第七、具有臨場應變之能力；第八、具有方案設計與執行能力。

## 伍、急診社會工作個案處理

依國內醫院社會工作發展現況，急診社會工作專人且廿四小時提供服務，仍有困難。目前以醫院社會工作部門分科接受急診單位照會為主。個案來源以急診醫護人員主動照會處理佔大多數，主動探訪發現者較少。茲以高雄醫學院附設醫院社服室所處理過之急診個案，說明急診個案之問題類型、處理方式及所遭遇的困難。

案例一：女、廿八歲、精神分裂症、自費、精神病人安置問題  
本案病人在外遊盪昏倒，經一一九送醫。因精神狀態不穩定，吵鬧不休，且有逃院之虞。故請警衛、醫護人員給予安置後注射鎮靜藥劑。精神科醫師表示：無家屬陪伴不符住院規定。當病人清醒後，社工人員為其準備簡單食物，並查詢其家人電話。聯絡上家屬後，對方反應冷漠，並說等病人休息後即可讓

其自行離院。經再三溝通住院或離院必須家屬出面辦理，對方仍拒到院。隔日電請當地派出所員警協助查訪，家屬方表示同意來院。後因病人情緒極不穩定，約束無效且吵著欲離院。在考慮急診處安寧與病人自行離院之危險責任，遂安排警衛護送其返家。

#### 案例二：男、中年人、暈倒、自費、路倒病人安置問題

本案病人暈倒於某國中後門，經一九送醫。病人為原住民，語言溝通上的困難，全身污黑，判斷是常年在外面遊走的流浪漢。社會工作人員在確定其無進一步醫療之必要後，先為其準備簡單食物止飢，為避免其再次流浪，屢為急診常客，遂與社會局二科聯絡安排其進入遊民收容所。

#### 案例三：男、七〇歲、糖尿病、中風、公保眷屬、醫病溝通問題

本案病人有多次住院記錄，此次因失語症狀，經公保醫師建議至急診。經神經科醫師檢視後，認為病情無須住院，建議案主長子辦出院返家療養。案子因公保醫師建議覺得案父有必要留院觀察，加上對照會醫師看診態度與溝通方式不滿，拒絕離院。並揚言欲出院須醫師立保證書，才可放心返家。醫病雙方情緒高漲，互不信任，病人則被留置急診室。經護士電話照會社會工作人員前去處理，數次與醫病雙方溝通，仍各執己見。最後協調另請資深且可信任之醫師前來溝通。一番坦誠委婉說明與保證後，案子始放心願辦出院返家療養。

#### 案例四：男、廿六歲、右手骨折、自費、醫病溝通問題

本案病人為水泥工因車禍傷及右手骨折，經照會骨科醫師後建議住院開刀，遂在急診室候床開刀。當隔日護士請其簽手術同意書，病人拒簽並表示要出院，經醫護人員再三說明，仍未改變，故要求其簽下自動離院證明書亦遭拒。病人並大聲指責醫院將責任完全歸給其負擔。醫病雙方僵持不下，並請警衛勸說，病人仍情緒激動不已，不願離院，也拒開刀。此時社工人員正觀察到此緊張對立的關係，遂主動介入處理。在約四十分的會談過程，病人宣洩表達出對

醫療過程的不滿情緒，形容自己猶如「玩具」一般，根本未得到真正的照顧與關心。因此對醫師手術根本缺乏信心，同時也擔心付不出手術費用。在瞭解其不滿情緒原因與所擔心的問題，社工員逐一澄清與溝通，並再請醫師給予說明手術之必要性，同時經濟困難可協助尋求社會資源解決。病人及其年長雙親，最後同意醫師意見，住院手術。

#### 案例五：男、出生第五天、腹裂、自費、棄嬰醫藥費問題

本案為一出生第五天的新生兒，被父母遺置在某寺廟內，經人向高雄市兒童保護專線報案後，被送往某市立醫院就醫，因該院無小兒外科急須轉院。在兒保工作人員與本室社工員聯絡後，迅速與小兒外科醫師協調，獲得同意後安排到急診室。住院期間，並配合政府兒保服務，找尋家屬與轉介社會資源，協助籌募醫藥費用，及住院生活必須品與看護費用。

#### 案例六：女、廿歲、車禍外傷、自費、婦保個案問題

本案病人為原住民，在色情場所上班。因被車撞及擦傷前額，自行搭計程車來急診室就醫，因不識字且人地生疏，擔心離院後又被上班地點保鏢尋獲，重操舊業，故請求協助。社會工作人員在瞭解其家庭、工作背景後，並試著聯絡高雄市婦女保護專線，研商收容可行性。在確定後，安排車輛將其送往某機構作暫時收容，並轉介由婦保專責社工人員繼續給予協助面對未來的生活。

以上六個問題類型，分屬須要安置與轉介社會資源服務與醫病溝通協助。處理的方式，以溝通協調與資源轉介為主。急診個案以不明身分之路倒昏迷病人，處理過程較為困難。內政部在各方反映下，雖於民國七十六年頒訂有「路倒病人收治及醫藥費處理要點」，但這類病人身分查證時間、住院看護與生活用品及病情穩定後安置養護問題，常是最令社工員困擾的，也導致醫院間拒收類似病人的情況。針對此問題，高雄市政府社會局於民國八十年十月十八日召集警政、衛生、社會及各醫院代表協商後終獲改善（詳見參考資料十），而

由現階段社會工作介入處理急診個案的經驗與方式，逐漸的建立急診社會工作的資源轉介網絡，這包括社政、衛生、警政、各級醫院及民間慈善團體等不同功能單位間的聯繫與密切合作，亦將是未來緊急醫療網中不可或缺的環境。

## 陸、結語

一九八〇年緊急救護醫學 (Emergency Medicine) 成為美國醫界第十三個專科，同年美國緊急醫學學會會員已達壹萬壹仟人，也是第五個被認可的住院醫師訓練方案 (Soskis, 1985: 1)。反觀國內整體緊急醫療網正規畫中，隨著緊急醫護專科人力培訓與任用，及醫院評鑑監督各級醫院急診部門軟硬設施的改善，將更可確立緊急醫學之地位與急診部門之服務品質。

社會工作在急診部門的運用現況，雖受限於人力條件，尚未有全面性參與。然依本文對急診部門情境特性與求醫者社會心理須求的分析，顯示社會工作人員的角色與功能，在團隊合作關上，仍具有其不可替代性。基於現在所處理急診個案之經驗與積累的社會資源網絡，在急診部門運作規模逐漸成熟與急診使用率增加到某種程度，展望未來隨著專責人員的聘用，其服務範圍或可擴展到危機家庭用與團隊成員的在職訓練方案等。同時如何確定急診社會工作服務流程與工作標準，並進行相關的研究，以累積個案處理經驗的系統化，將是保證急診社會工作品質的根據，也是社工作員對急診團隊最可貢獻其專業知能的部分。

## 參考資料

1. 張錦文，「對台北市急診問題的看法」。醫院。民五七年，第一卷二期，頁一二〇—一二二。
2. 朱桓銘、賴麟徵、許書劍、邱仕榮。「台大醫院急診處之社會醫學研究」。

台灣醫學雜誌。民五八年，第六八卷二期，頁七五—八八

3. 周玲玲、郭照美、林世娟。「台北市立仁愛醫院急診病患社會心理問題之探討」。中華民國醫務社會工作協會七七年刊。民七七年十二月十五日，頁八二—八六

4. 行政院衛生署研商「緊急醫療救護法」草案會議記錄，民八十年九月七日上午。

5. 八十年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑評量表（指：急診醫療品質審查）醫學中心及區域醫院專用，頁一一—九。

6. 吳就君。患者長留急診處的社會問題。醫院。民六十年，第四卷二期，頁八八—八九

7. 行政院內政部頒訂。「路倒病人收治及醫藥費用處理要點」。民七十六年七月四日（頒布文號：台內社字第204641號）。

8. 李孟智、張永福、呂碧鴻。「台灣省立台北醫院急診病人的特性」。中華民國公共衛生學會雜誌。民七十六年，第六卷三期。

9. 黃英傑。「急診」。高醫醫訊。民八十年九月，第十一卷四期，頁八。

10. 高雄市政府社會局「高雄市遊民、流丐處理事宜協調會」會議記錄（高市府社工字第3424號文）。

11. Soskis, Carole W. Social work in the Emergency Room. 1985, Springer publishing company.

12. Andren Genell K. A Study of the relationship between social work, perceived ill health and civilization of emergency care, A case control study. Scandinavian Journal of social Medicine, 1988.

13. Healy J. Emergency rooms and Psycho-social services. Health social work, 1981.

（本文作者現任高雄醫學院附屬醫院社會服務室主任）