

# 精神科急診社會工作

張如杏

## 一、前言

隨著臺灣社會、經濟、政治的急速變遷，社會結構的改變，生活壓力增加，精神疾病罹患人口亦有增加趨勢。其中躁鬱症、焦慮症、酒精藥物依賴等情況與社會變遷有密切關係，青少年藥物濫用問題近來更成為社會問題焦點。

由於傳統上對精神疾病之忌諱與偏見，精神醫療一向在衛生保健與福利政策中被忽略，人力與設施的不足，再加上家屬遭環境之壓力，無法讓病患得到正確和良好的照顧。家屬在無助的狀況下只好將病人送長期收容院所（甚至龍發堂），或拒絕就醫（關在家中），更有遺棄街頭（即路倒病人）。尤其七十三年營橋國小，海關官員睡夢中被精神病妻子殺害，八十年石門五子溺海等事件，更讓社會大眾對精神病人產生誤解與恐慌。

政府為了使病人得到適當的照顧，規畫精神醫療網將各區醫療資源作適當分配，針對病人的病情病程做適當的治療安置。而精神科急診是目前醫療網中重要的一環。基於醫療資源的適當使用，及病人回歸社區的目標，病人依病情使用適用資源：症狀較輕者在門診追蹤或日間留院治療，當病情變化出現自傷人或暴力行為時，則急診做為備用處理，以減少病人住院時間、避免浪費醫療資源。急性階段的病人可以短期住院，慢性化無法留在社區照顧的病人，可以去較長期收容的醫院。去機構化的醫療模式減少醫療費用不斷增加。

本院急診精神科成立源於：(1)國內近年來社會大眾對精神疾病的廣泛認識與日益迫切的需求，(2)有關社區精神醫療觀念的發揚與推展，(3)急性期精神疾病的照顧與短期住院治療觀念的建立等因素，並隨著精神科急診制度的建立，導致社區內符合精神科急診條件的病患有日益增多趨勢。

## 二、精神科急診工作內容與特色

### (一)精神科急診的定義：

當某個體或其週遭相關的人再也無法忍受該個體內在功能（intrapysc-

hic)的改變，或是人際關係方面（interpersonal)的改變，或是生物學（biological)的改變時，就有需要（potential for)精神科急診。如果該個體或其週遭相關的人需尋求立即的（immediate)協助者，此時就符合真正精神科急診的條件。

### (二)精神科急診的內容包括：

1. 與生命危險性攸關的臨床問題：有暴力攻擊傾向或行為的病患之評估、診斷及緊急處置，有自殺傾向或行為的病患之評估、診斷及緊急處理。
  2. 與藥物或毒物攸關的臨床問題：酒精濫用與酒癮，藥物濫用與藥癮，與精神科用藥有關（鋰鹽等）藥物問題。
  3. 和行為、認知及情感的障礙有關的臨床問題：急性精神狀態，嚴重憂鬱狀態，嚴重焦慮狀態。
  4. 危機情境下的受創者其臨床問題：大災難或被強暴的受創者的緊急處理。
  5. 特殊的病患群：如兒童與青少年、老人等，因其特殊的生理、心理、社會背景，在急診的呈現也有不同。
- 這些是精神科急診常見的就醫原因。市療自八十年三月成立急診科，一年內共一、三二九人次來診。

### (三)急診工作特色：

精神科急診工作需要快速和正確的評估，及時、實用的干預行動，並且要有忍受焦慮（病人、家屬或其他工作人員）的能力，在強大壓力下維持專業的態度與行為。而安全、有效的評估和在危機中治療病人是急診精神醫療的目標。在這樣強大壓力的環境中工作需要特殊的智識與技巧，而學習這些智識技巧，是由觀察病人的過程中了解病人的語言及非語言行為開始，包括病人的肢體語言、說話內容和品質，病人行為反應，或從直接與病人互動中，學習專業技巧。

國內精神科醫療模式隨著專業分工增加，團隊工作 (team work) 模式成爲主流，包括醫生、護士、社工員是目前急診主要團隊成員。此外，協助處理病人暴力時約束病人的防護人員 (或警衛) 亦是處理病人時不可缺少的人員。

本院 (市立療養院) 急診的工作模式：病人到急診後由值班醫生先行過濾就診原因，若不屬於急診就醫標準則轉介門診或其他醫療機構。急診的就醫以病人暴力行爲、自傷或傷人行爲或嚴重干擾行爲者爲優先，另外藥物副作用者或路倒疑似精神病患者亦是。經值班醫生確定之後家屬才可取得掛號單，掛號之後由醫生正式接案。病人若有其他身體疾病或傷害，需先轉介綜合醫院處理，再轉本院急診。病人的來診方式包括：由家屬帶來、警察 (一一九) 轉介來路倒或疑似精神病患者 (有暴力、傷害行爲)，社區人員轉介，其他醫院轉介，本院日間留院病人夜間急性發作時亦可使用。目前急診資源採不完全開放掛號，是希望病人儘量利用一般門診，使真正緊急需要的人可以立刻得到適當的服務，避免醫療資源的浪費。

### 三、社會工作者的角色與功能

社會工作的目的主要是協助個人或團體解決其問題，調整其社會關係，幫助其發展潛能，以改善他現有的生活狀況，增進其社會福利，亦即在恢復、加強或改變個人和團體的社會功能，使每一個人都能發展他們健全人格。

精神科社會工作首在了解病理的動力關係，探悉病人家庭、社會、文化背景資料和發病治療經過，以助診療工作之進行，除對既成問題之了解、處理外，並對未成問題的防患，亦即從社會環境這一層面去了解和幫助病人及其家屬 (范碧玉，一九七二)。

急診社會工作則更需要有危機處理 (crisis intervention) 的能力，以便協助家屬減輕焦慮發揮其功能處理危機。而各種轉介資源的掌握可立即提供家屬使用。

本院急診社會工作較常處理的情形有：

#### (一) 協助轉院：

急診因留觀時間有限，病人自掛號起廿四小時內需完成處理，團隊人員各自分工處理，時間壓力很大。在病床一床難求的情形下，常有嚴重病人在留觀

一夜之後因本院無床位而需轉院。北區精神醫療網中依各醫療院所的人力設備分級，各級醫院的目標對象不同：有的有急診急性性病房設備，有的只能收容慢性化病情穩定的病患。因設備的差異收費標準也有極大的差異，目前臺北縣市民都可以享受精神科就醫免費醫療福利，而其他縣市民衆則可運用衛生處和衛生署的補助，公勞農保亦可使用。但是由於各保險補助系統對各級醫院的補助金額不一，醫院將差額轉嫁到病人身上，或拒收補助較少的病人，福利無法落實，令人遺憾。

另外醫院所加收金額過高，家屬因經濟能力無法負擔，雖然有許多醫療資源但是並不是每個家庭都能使用。因此，急診社會工作需要了解病人的病情與病程，家庭經濟狀況、支持系統等，將各醫院的資料提供給家屬，並解答家屬對醫療的疑問。對於能力較差的家庭可主動與醫院聯絡和聯絡救護車轉送。

#### (二) 處理家屬情緒：

病人到精神科求診時家屬同時面臨重大壓力，有些家屬長期忍受病人干擾不願將其送到精神科，當病人的暴力攻擊行爲發生而被送醫時，常有一些矛盾情緒：指責院方處理不當 (約束病人或隔離病人)、拒絕轉院 (認爲其他醫院無法提供良好服務或覺得病人被家庭遺棄)。這些情緒會影響家屬處理病人的能力，社工員可扮演院方和家屬的橋樑，讓家屬了解院方處理病人的用意是爲了保護病人，主動說明醫院治療模式，或其他醫院的情形，深究家屬拒絕的原因，並以同理、支持的態度減除 (release) 家屬的罪惡感，協助其對病人做有效的處理。

家屬的焦慮有時是因不清楚有什麼資源可使用：病人出現暴力行爲時家屬如何送醫、私貧 (即私人開設的醫院，以收容慢性精神病患長期住院爲主) 是否會體罰病人、病人拒絕就醫怎麼辦。社工員若能針對家屬情緒做適當處理，提供家屬各種相關資源，即使病人無法如願留在本院接受治療，家屬亦可做有效的處理。對於無法在急診處理完畢的問題，經由急診建立關係後，可轉介到門診再追蹤處理。

#### (三) 提供各種社會資源：

包括經濟補助的申請方法、就近的相關醫療資源、特殊資源的轉介 (戒酒

戒毒中心、婦女保護機構、兒童保護機構、遊民收容所)等。

#### 四、急診常見問題

精神科急診在民國八十年精神衛生法通過施行之後，為健全精神醫療網而相當受到重視的一環，由於經驗有限、設備不足，開辦至今還有許多問題值得思考解決：

##### (一) 團隊工作立場不一致：

醫療團隊中每個成員的角色責任不同：醫生診斷病人決定用藥和治療計畫，承擔治療的大部分責任，護士執行醫生指示給藥或約束病人，社工協助家屬配合醫療計畫。在本位的堅持下，會減少合作成果。例如：急診規定廿四小時內完成處理，對於無法當日收住院的病人則以轉院處理，社工在聯絡轉院時需考慮病人的病情、家庭經濟、對方醫院是否有病床，同時處理家屬的情緒。醫護人員擔心佔床率影響隔日來診病人的處理，社工希望爭取病人延長留觀以處理家庭危機時，面臨專業理念和團隊和諧的抉擇。另外，醫生在決定病人住院優先順序時以病理學取向 (pathological approach) 為主，對於社會心理 (psychosocial) 問題則較難兼顧，在時間的限制下只好忽略。這常是令社工員覺得挫折無力之處。

##### (二) 醫療資源分佈不均，造成急診的負擔：

精神醫療資源集中北部，常有家屬自中南部或宜基地區將急性病人五花大綁送到本院，由於路途遙遠常在到達時錯過門診時間，只好轉送急診。各縣市醫療補助不一，轉院時不易，只好延長留觀時間，造成急診的負擔。

##### (三) 缺乏主動性協助社區病患就醫：

精神病人在其急性發作時會有幻聽或思考的障礙，伴隨著會有暴力、攻擊行為出現，傷害性大，家屬常無處求助，希望醫院可以派專業人員協助病人就醫。目前急診正考慮與居家治療小組結合，將急診由被動接受病患，變成主動協助病患就醫。

##### (四) 藥物濫用者的處理：

安非他命精神病 (Amphetamine Psychosis) 到急診就醫的人次有繼續增加的趨勢。安非他命濫用後引發精神狀態不穩定，常見病人有暴力和嚴重傷害行為出現。經急診處理用藥後很快穩定，病人在穩定後無病識感拒絕就醫追蹤，有意戒毒的人又因找不到適合的戒毒場所又回到原來的問題系統。藥物濫用→精神不穩→急診→穩定→再藥物濫用，這個情況不斷重演，急診亦被濫用 (abuse)。浪費醫療資源，問題卻一再重演。

##### (五) 路倒病人的處理：

路倒病人是指由警察送來有路倒三聯單的病人。這些人常是在街頭流浪無家可歸的疑似精神病人，急診處理後若無法問出家屬資料又不適任本院只好由社工聯絡轉院。路倒病人醫藥費由社會局依路倒單和公立醫院診斷書支付，近來私人醫院提高醫藥費，對於無法從家屬收取差額的路倒病人，採取被動抵制，列出需要保護人才能住院的規定。目前保護人的法令尚未通過，醫院以路倒病人不符此條件而拒絕。有些病人只好送往遊民收容所，或是由病人自行離去，病人只好再回街頭。這個問題社會局只願在督促路倒單上要求醫院，至於醫院設限不收路倒病人，病人轉介困難，就變成社工的問題。急診也發現有自私人療養院逃跑的病人，雖然病人離去很久，院方依然向社會局領取補助，同一病人第二次以路倒回到該院，院方又領補助。這種情形令社工員感到無力。

以上的問題是本院急診常見的問題，團隊工作的目的是希望每個專業一起發揮專長對病人提供較完整的服務。團隊工作必然面臨溝通協調的問題，共同的理念加上有效的溝通可以使團隊功能發揮。急診社會工作目前還在起步，社工員處理、干預家庭危機的能力可以在精神科急診中被重視，社工員提供有關家庭評估的資料亦可做為訂定治療計畫的參考，社工員應主動參與團隊。

急診是精神醫療網的一環，環環相扣才能有效運作。精神衛生法是保障精神病人的憲法，有了法令之後還需人力、設備的配合，當每個環節 (醫療補助一致、保護人法令完成、緊急就醫網健全、轉介系統流暢等) 可以互相配合，急診的功能才能更有效。

(本文作者現任臺北市立療養院社工員)