

# 慢性病與社會工作

周玲玲

## 一、前言

近年來，我國公共衛生的發達，使人口結構改變，平均餘命延長，人口急速老化，使中老年人慢性病患驟增，再者，醫療科技的水準提高，使得過去不易治療的疾病，因為醫術的進步，得以存活，但卻留下一些後遺症，使得慢性病患增加，所謂慢性病是指一種需要長期治療和照顧的疾病，一九五六年美國慢性病委員會，訂定慢性病的特徵：慢性病是長期的，會遺留殘障，需要不同的復健訓練，需長期的醫藥指導。常見的慢性病：心臟病、高血壓、中風、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、癌症、慢性腎衰竭、胃潰瘍、肝硬化、脊椎損傷、關節炎、癩癩、帕森氏病、紅斑性狼瘡。慢性病係長期的疾病，在治療、復健、照顧等方面，都給病患及家屬帶來危機，如家庭生活改變，長期醫藥費負擔，照顧者心理負荷過重，與社會隔離等的問題。

慢性病患隨著科技的進步而增加，但是慢性病患療養照顧福利及設施，卻沒有相對成長，導致以治療為取向的醫療機構，慢性滯留病患日趨嚴重。目前

我國全面教育水準提高，社會價值觀改變，消費者懂得爭取自己的權益，在處理慢性滯留病患時，亦引發醫病關係衝突，使社工師在處理病患出院問題時，其困難度增高。而我國未來醫療政策目標，希望全國醫療院所能企業化經營，邁向自給自足的境界，使社工師在處理不合作滯留病患時，又需面對醫院營運狀況及生存的壓力。社工師面臨此社會結構、社會價值觀，醫院功能改變的時代，醫療社工的角色與功能，應如何定位，值得我們深思。

臺北市立仁愛醫院於七十六年七月至七十七年一月，設立慢性病房，共四十四床，住院病患，其住院日有幾天，甚至長達七年，茲將處理慢性病不合作滯留病患的經驗及技巧，分述於後。

## 二、工作經驗及技巧

### (一)病患方面

1. 顧及病患權益：住院病患沒有隱私權，所有行動皆受醫護人員管制，易產生剝奪感。在作有關出院決定時，要告知家屬或病患，以免引起情緒上的抗

拒。

2. 自尊的需求：在 Maslow 的需求理論中，人有生理、安全感、情感、尊嚴感自我實現的需求，喚起病患自尊，會增進其合作態度。

3. 瞭解其主要問題：深入了解病患焦慮或擔心的問題，如家人不接納、乏人照顧，或醫院症候群。

4. 社會支持系統的尋求：尋找對病患具影響力之關鍵人物，初級支持系統包括家人、親友、同鄉；次級支持系統包括同事、朋友、社區工作人員等。

5. 瞭解慢性病患心理的五個階段：Kubler-Ross 所提，慢性病患經歷的心理變化，(1)否定或孤立，(2)忿怒，(3)討價還價，(4)憂鬱，(5)接受事實，針對病患所處階段作處置。

6. 會談技巧的運用：對不合作個案，告訴他社工師的感受。如：「你這樣不理我，讓我感到難過(受傷害)」對於醫師照會來不合作的滯留病患，第一次談此問題，不能說：「請問您何時出院？」病患會認為您與醫師一樣，他通常會回答：「社工師是幫醫師來趕我出院的。」最好能先關心他的恢復狀況，再談及出院問題，並表示是和他一起來解決問題。

7. 預留病患認知改變的時間：病患人格特質，社會背景各異，但需讓病患有改變認知的時間，教育程度高，有家人協助的病患，通常較易改變，對於照會病患的醫護人員，社工師要表示，此項工作難度高，需時間處理，不要作太快承諾，避免醫療人員對我們過度期望。

## (二) 團隊方面

1. 運用團體壓力——由醫師、護士、社工師、復健師、營養師(住院日控制小組)等，一起至病患床前，解釋病情及出院安排，作雙向溝通。讓病患瞭解他必須面臨出院的事實及壓力，不可再逃避。

2. 態度一致：團隊成員，對病患所表達的訊息及態度要一致，不要讓病患有討價還價的空間。

3. 相關行政單位的協調：

(1) 急診室：掛號人員對於病患及護送者要核對身分資料，以免資料不全，或假資料，無法聯繫家屬。

(2) 加護病房：許多危急身分不詳，常由急診直接送加護病房，加護病房書記人員，對病患證件應詳細登錄。

(3) 一般病房：請書記核對病患及家屬身分資料。

(4) 護工督導單位：對於護工需考核其品德及工作態度，許多護工因病患出院，會影響其收入，常阻礙出院計畫。

(5) 住院室：對於滯留病患，發存證信函給病患及家人。

## (三) 社工員方面

(1) 客觀的評估：對於醫護人員照會個案，社工師要評估其病情，是否真的穩定，或是醫護人員覺得照顧上麻煩，要病患出院，需病患的安置場所安排妥當，或家屬委屈態度接納合作，若還有問題，應向醫護人員拒絕受理，或說明暫緩處理原因，但此措施，應取得醫院上級主管的支持。

(2) 不要對案主有刻板印象：有的個案，教育程度較低，或文化上的差異，或對挫折容忍度差，當家人重病，常因悲傷、焦慮，導致情緒、認知障礙，理解能力較差，常無法與社工師配合。應協助其度過危機時刻，不可對其存主觀的偏見。

(3) 同理案主，但不受其情緒影響：慢性病患住院較久，常會有否認忿怒、投射、抑鬱、退化等心理防衛機轉產生。尤其常因適應不良、易怒，而將忿怒

投射到周遭醫護、社工人員身上，社工師應了解其心理狀態，不可誤解為案主對我們的人身攻擊。

(4) 病房訪視：經常病房訪視，增進案主對社工師的信任與溝通讓案主了解我們和他是同一陣線，便於日後處理重要問題。

(5) 家庭訪視：對於不合作，拒絕露面的家屬，可以作家庭訪視，可以面對了解問題癥結，或運用附近鄰居、社區的壓力，促其出面處理。

(6) 醫院功能與社工倫理衝突的處理：現代醫院強調企業化經營，相當重視住院日控制，而社工師以人道為出發點，卻又不能忽視醫院的盈虧問題，如何在此衝突間，取得平衡，值得大家省思。

(7) 社區資源的運用：包括社會福利機構、宗教、慈善團體捐款及收容機構的運用。例如：對於一時還無法安置的案主，過渡時期，由慈善團體捐款，協助其在外租屋，教會人士提供無家可歸者安身及就業機會。

(8) 隨時注意社會福利新資訊。

(9) 與安置、療養收容機構，保持良好的關係。

(10) 解決問題的企圖心。

### 三、建議

(一) 成立滯留病患醫療小組，定期巡房，個案研討。

(二) 與醫院各相關科取得良好的協調聯繫。

(三) 聘請法律顧問協助處理。

(四) 獲上級主管支持。

(五) 建議多設立安養、療養機構，並放寬收容標準。

### 四、討論

(一) 各醫院性質不同，您所處理的不合作滯留病患類型如何。

(二) 目前處理這些個案，遭遇的困難，成功的經驗，請提出來分享。

(三) 如何在醫院功能與社工專業倫理間，取得平衡。

(四) 如何與各相關單位協調，使處理上較順利。

### 參考書目

1. 周玲玲，慢性病患社會支持系統之研究，臺北市仁愛醫院，民七十九年。
2. 金蔚如，醫務社會工作，五南出版社，民七十七年，頁一四二。
3. 李美枝，社會心理學，大洋出版社，民七十六年，頁五八六。
4. 陳清惠等，老年護理學，華杏出版公司，民七十七年，頁四六四。
5. 徐畢卿等，健康與疾病行為之護理，文軒出版社，民七十四年，頁三三三～三三五。
6. Brain Bird, M. D. "Talking With Patients"(1973)pp. 39~56.
7. Carel Bailey Germain (1983) "Social Work Practice in Health Care" pp. 16~17 pp. 34~57.
8. NEIL F. Bracht (1975) "Social Work in Health Care" pp. 155~158.

(本文作者現任臺北市立仁愛醫院社會服務室主任)