

# 衛生教育在精神醫療社會工作

陳 謨

所謂衛生教育就是教育民衆有關於健康的內容，包括事先已計畫的學習經驗和支助性活動，藉著這些經驗和活動，民衆可以用來幫助自己發展能力，以評價其所選擇的行為和可能的結果；並對下列責任和行為做一決定：

一、增進個人技能來提高健康，預防可避免的殘障或早死，並有效地處理某些輕微的疾病和不適狀況。

二、當需要時，能迅速及適當地利用衛生服務。

三、選擇及接受某些需要的診斷、治療、復健和維護的程序。

四、參與社區活動，發展有效果、有效率並適宜的環境計畫、社會經濟措施和某些健康服務系統，藉此促進健康的改善。

簡言之，衛生教育是藉著有效的教育方法，刺激並引導病人獲得某些新知識、態度和行為，增進他們照顧自己的合宜能力，同時促進其健康狀況達到一個最佳的水準。(Peter MLazes, 1979)

「衛生教育」教育病患的理念和其目標，一直被強調病患權益和注重病患社會潛能的精神醫療社會工作所接受。因此在臨床上每一個個案工作時，若病患有此方面需求，都會給予個別的衛生教育機會。不但努力促進病患對自己的疾病有所認識，提升自我照顧的能力外；更期待藉此御下病患對其自身不良的

烙印，進而能對疾病有更好的適應。所以精神醫療社會工作不僅重視病患身體的疾病，並且也關心和照顧病患在整個適應疾病過程心理的需求，於是將「衛生教育」更加推廣為「心理衛生教育」。

個別式心理衛生教育，雖然可以針對病患個別性滿足其需求，但是其服務對象有限，同時行動上也顯得較為消極、被動。於是一群有經驗並熱誠的社會工作者，整合自己多年的經驗，應用團體工作的理論和技術，結合團隊裏其他專業資源（如醫生、護士、復健師等）設計一些心理衛生教育方案，邀請病患以團體的方式來進行。如日間病房病友座談會、門診病患團體、精神分裂病門診患者半結構之衛教團體等。

這些方案幾乎均以團體的方式來進行，或結構式、或非結構式。若採結構式，大致上是在團體每次聚會的前十分到十五分，先由專業人員做口頭上的主題介紹。這些主題從症狀的了解、病因的探討、治療—藥物治療和副作用的認識、病程和癒後的了解、列舉復發症狀表和因應策略、建構日常生活作息，到人際相處，社會適應等。然後團體成員，也就是參與的患者發問、分享並討論。非結構式的進行，每次也有其主題，祇是領導者不先做口頭介紹，而由患者主動提出與主題相關的問題或經驗，彼此分享和討論。

這樣以團體方式來進行，不但可以教導病患對其疾病的認識，同時透過分享和互助幫助病患去除孤立感，效果不錯，常是病患自助團體的前驅。

自一九五〇年末期「去機構化」照顧的興起，醫療模式漸漸地由機構化改變為社區取向，於是大量的精神病病患就從精神病院或收容所回歸社區(Boruck, 1981; Goldman, 1982; 鄭泰安, 1985)。雖然家屬願意照顧病患，同時也儘量容忍病患，但是事實上患者的症狀和行為的確帶給家屬相當沉重的負荷。他們因而感到痛苦，甚至會想放棄。Hatfield (1978)認為家屬在此沉重的情感負擔下掙扎著，他們需要足夠的社會支持和服務來減輕其負荷。家屬是精神醫療社會工作的主要接觸對象，因此關心並照顧家屬的需求就成為社會工作的首要任務，社會工作願為家屬提供相關的服務。加上，病患因罹病的限制、家屬往往比患者更易敏感其發病症狀，於是在病患整個治療過程，家屬扮演一個十分重要的預警角色，提供可能的干預策略——監督患者的服藥行為，鼓勵病患參與治療並遵從醫囑，要求病患日常生活作息等。因此精神醫療社會工作者除了對家屬個別心理衛生教育外，也設計了各種不同的家屬心理衛生教育方案，提供家屬有關患者疾病及治療的訊息，同時也讓家屬有機會可以問問專業人員對疾病和治療方式的看法，並給予家屬具體的建議。

這些方案從早期編寫衛生教育手冊到近期的急性病患家屬座談會、門診病患家屬衛教座談會、精神病患者家屬教導團體、精神分裂病者家屬視聽衛教活動等，包羅萬象。各個醫療院所的精神醫療社會工作不外乎想嘗試以積極的態度，預防的角度來提供家屬：(1)對病患的症狀有更好的了解，(2)給予如何應付問題行為的建議，進而(3)培養合宜的適應行為和態度。

家屬心理衛生教育方案，多以團體的方式來進行，邀請的對象或是同質性疾病的家屬，或是同時期住院病患的家屬，有的更將病患邀來一齊參加。這種情形，在涉及教導如何溝通的方案裏，更為常見到。團體進行的方式也有結構

、半結構、非結構之分。至於結構式的口頭介紹，有的醫院更經濟的、現代化的以幻燈或錄影帶代之。在二年多前（沒有記錯的話）臺灣精神醫療社會工作曾經企圖合作錄製一份符合家屬在照顧病患過程中所有需求的衛教影片。結合眾人的經驗和熱誠，脚本已寫成，但是拍攝的發展如何，就得進一步查證。當時定下的內容，除了介紹各種疾病、症狀、病程、治療、社會資源外，更示範問題的處理和溝通。

目前，幾乎各個醫療院所精神醫療社會工作都會或正在進行如此的方案，有的是隔一段時間，邀請家屬一齊密集地參加六至十次單元，有的則是規律性、或定期性舉辦，如每週公告主題歡迎有興趣的家屬來參加。

整體而言，心理衛生教育的架構藍圖，就如 Buckwalter 和 Kerfoot (1983) 所提的精神科醫院對病患及其家屬（包括室友、朋友）的心理衛生教育應包括下列五大類：

一、病患的診斷及疾病的意義，包括心理、社會和生物化學方面的涵意，和病患如何適應其症狀過正常的生活。例如，疾病可以影響神經功能的傳導；藥物對症狀的影響；精神疾病是可能復發的；適應症狀比期待完全治療更為重要；症狀影響日常生活時，應接受門診治療等。

二、疾病再患的症狀與癥候和處理方法，並認識誘發病情再患的因素，例如：各種壓力源等，可由病患過去病史中嘗試發現例子。有了症狀與癥候時，可以改變用藥情形，或找尋危機諮商，視危機的發生為試驗個人調適能力的途徑。

三、社區內的福利設施，以及醫療、職業、社交等方面的資源，並提醒病患追蹤檢查應注意事項，如時間、地點等。社會資源的應用，可以幫助病患自信心的建立，並鼓勵病患與其他人建立人際關係或討論適應問題。

四、面對出院後可能出現的問題給予支持，並提供必要的知識。例如給予

病人信心，讓他自覺有能力控制自己的情況；家中有病患，除了考慮遺傳生化的問題，也有可能源於家庭內的問題，所以病患出院返家後，家中各人的角色可能也需要重新調整。病患能被其家庭所接受，是其重新踏入社會的第一步。另外，持續性服藥也是重要的內容。

五、社交問題。病患出院後不妨繼續執行其住院時用以消磨時間的活動，至於如何對朋友、同事解釋其住院的經驗，可以利用角色扮演的方式來練習，以找出最合適的辦法。

臨床上，無論病患或家屬對心理衛生教育方案都給予正向的回饋——病患方面：增進對病情的了解甚至接受和因應；和病友分享非但得到有用的經驗、友誼外，更有勇氣設法讓自己更堅強；拉近與醫療人員的關係，並較願意固定依規矩來就醫。

家屬方面：平日在照顧過程中所關心的問題被提出並加以討論；認識親友的疾病和照顧方法，進而感到較為輕鬆和不再自責；家屬間的相互討論和分享，降低孤獨感，並可善用資源和自助。

雖然參與者給予如此正向的回饋，但是幾乎所有心理衛生教育方案的執行者，在肯定方案的價值外，還有一份倦感在。或許是挫折！

這挫折含有許多存在的問題，如機構和其他專業人員的支持度、方案的適用性和限制，和如何開發參與者的動機等。特別是參與者的動機，更是一關鍵問題，為什麼病患和家屬在疾病適應或照顧上有需求，可是想來參與的動機卻一直不是頂熱絡的？這實在值得所有精神醫療社會工作者在推行心理衛生教育

方案共同努力思索和突破！

#### 參考資料：

1. 康清雲譯：在醫院衛生教育中如何使用媒體。公共衛生，第十卷，第四期。
  2. Peter M. Lazas: The Handbook of Health Education.
  3. 林秀霞：精神科門診病人家屬衛生教育現況與需求的評估——初步探討。臺北市立療養院，民國七十三年特刊——精神科社會工作。
  4. 黃梅羹：一個精神病患家屬團體模式的成長過程。
  5. 楊素端：社會團體工作對精神病患家屬精神疾病認知及情緒疏導的研究。
  6. 家屬座談會看照顧精神病病人的問題。護理雜誌，毛家聆，第三十一卷，第四期，一九八四。
  7. 林美珠等：精神病患家屬教導團體相關因素之探討。中華心理衛生學刊，第三卷，第四期，民國七十六年。
  8. Buckwalter, K. C. & Kerfoot, K.M.: Teaching Patients Self care: a critical aspect of psychiatric discharge planning, JPNMHS 20(5): 15-20. May 1982.
  9. 陳談：精神分裂病患視聽衛教之製作與回饋。一九九一。
  10. 楊連謙編：家屬與精神病患。合記圖書出版社。
- (本文作者任職於馬偕醫院精神科社工室)