

個案報告

周全性老年評估個案報告

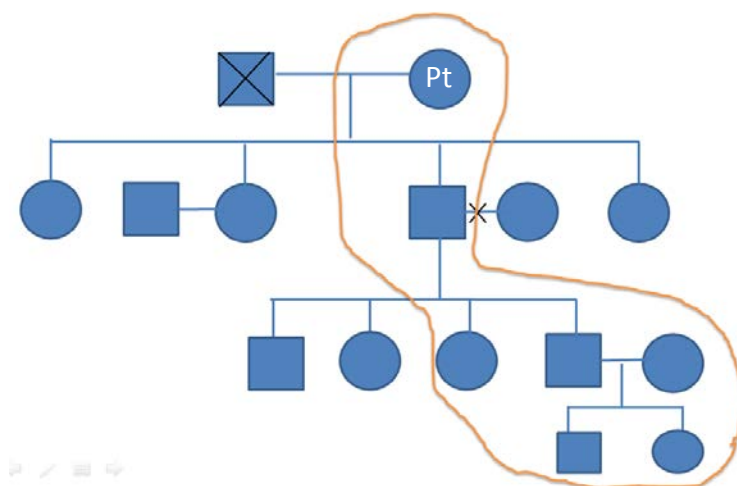
莊婉君¹

壹、前言

周全性老年評估(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)是一套整合多種專業的評估與處置，目的在改善老人身體、心理與社會及活動功能的問題。本報告以實習期間評估的一位個案為對象，詳細介紹其評估之結果、發現之問題，以及隨後提出的改善方法，最後是結語與實習心得。

貳、周全性老年評估

簡阿嬤今年 81 歲，未受教育但識字，丈夫於一年前過世，過去職業是務農，住院前住家中，育有三女一子(詳見圖一)，目前與兒子、孫女及孫子一家四口同住，主要照顧者為二女兒與孫女。個案的疾病照護問題、感官知覺功能、活動功能狀態、及社會網絡與照顧者問題詳述如下：



圖一、家族圖譜

一、疾病照護問題

急性問題包含左腳腳踝到小腿的蜂窩性組織炎、左腳指頭香港腳，住院進行胸腔 X 光檢查時發現肺部疑似有腫瘤；慢性共病包含帕金森

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士班學生。

氏症、L-spine spondylosis。無吞嚥障礙與牙齒問題、無壓瘡、無藥物遵從性問題、無失禁問題；住院期間個案表示夜晚偶爾因為疼痛而醒來，造成睡眠中斷。疼痛評估部分，因個案不會將疼痛分級而無法評估，但個案表示背部以及左腳疼痛，腳步情況有隨著蜂窩性組織炎改善而逐步減少。

二、感官知覺功能

視覺與聽覺功能皆正常，外觀表情適當，但發現沒有與評估者互動或是評估者在與家屬對話時個案會直視前方，表情淡漠；情緒狀態評估方面，GDS 在剛入院時評為 11 分，出院前幾天複評為 9 分；認知功能方面，MMSE 得分為 27 分，CAM 評估結果為負，無混亂狀態。

三、活動功能狀態

ADL 與 IADL 部分，入院前皆獨立自主，唯 IADL 的「出遊」部分，家屬表示阿嬤近幾年腰部背部疼痛因此較少出門旅遊，故評為需要部份協助。剛入院時，行走需要他人攙扶且洗澡需他人部份協助，其餘皆可獨立自主。出院前幾天複評，個案已恢復可自行行走。

其他方面，過去一年內跌倒過一次，地點是家中樓梯間；可以執行 Get up-and-go test，起身步行到坐下的時間約為 20 秒；步態方面，個案多以小碎步行走，但沒有側偏；肌肉力量方面，除了左下肢有蜂窩性組織炎疼痛而較無力，評為 4 分之外，其餘肢體皆 5 分；

四、社會網絡與照顧者問題

個案入院前生活完全可自理，與三兒子、孫女與孫子(及其家庭)同住，但因三兒子罹患大腸癌，住院期間主要照顧者為二女兒與孫女，生活的社會網絡幾乎限於家庭中。

二女兒 60 餘歲，因兄弟姊妹皆住附近，因此與個案互動頻繁，一周會有幾天工作(餐飲業)，本身也有關節疾病。自述健康狀況是疲累、身體不適但不須看醫生，心理狀況為焦慮、擔心，但不影響作息，自述手足間因母親住院而有所衝突，但認為尚能解決。

深入了解後發現個案家中有經濟問題，但並不確定是否有低收/中低收入戶身分。

參、問題發現與改善/解決方案

藉由周全性老年評估全面地了解個案之後，將問題依不同面向分別提出並且尋找背後原因、觀察醫生處遇，並設想解決/改善方案：

一、疾病照護問題：疑似肺部腫瘤

個案在院內進行肺部 X 光檢查，醫生發現肺部有疑似腫瘤的東西。醫生選擇一天向家屬(二女兒)告知實情，並詢問是否要告知個案還是否要再做進一步的檢查(且充分說明利弊)。家屬聽完後很冷靜，馬上表

示不想要做進一步的檢查，且不想讓媽媽知道，會再找時間與手足共同討論。二女兒的一個女兒數年前因癌症過世，弟弟(個案的三兒子)目前也罹患大腸癌，評估者推判二女兒看到身邊的人在與癌症奮戰的過程，了解「進一步檢查」意味會讓個案接受許多不舒服的治療，在談話中也有提到有鄰居罹癌不選擇治療，比預計多了不少年舒適的生活。在有這些經驗之下，讓家屬表現的相當冷靜，且選擇了維持現狀不要進行侵入性的檢查。

在與阿嬤相處的一周間偶爾會聽到阿嬤咳嗽，但並不會影響到日常生活。在與醫師討論時他提到，年長者進行侵入性治療後往往需要長時間臥床休息，還不一定能恢復到術前的功能，還有可能引發其他症狀，相較起來，選擇不進行治療、維持現狀可能還讓年長者晚年的生活品質較佳。

二、情緒問題：憂鬱症狀

阿嬤在入院頭幾天 GDS 評估分數達 11 分，顯示有憂鬱的症狀，醫生隨後照會精神科醫師，精神科醫生的處遇是開抗憂鬱藥物。在與阿嬤的互動中，感覺阿嬤神態自然，每天都會到病房外走一下(因為左腳的蜂窩性組織炎而不建議太常走動)，在較為熟識之後，阿嬤也會對於實習生們產生興趣並主動問我們問題，整體上我感覺不出有憂鬱的症狀。

但是家屬有提到阿嬤家中經濟狀況不佳：三兒子癌症在家休養無法工作、孫子要結婚還要向阿嬤借錢，阿嬤現在每個月還要繳貸款，為此阿嬤相當擔心還有哭過。另外阿嬤的先生在去年過世，家屬表示原本夫妻平日是相依為命，現在阿公走了阿嬤更不知道要做什麼，而且晚上會怕一個人睡覺。因此家中經濟問題與喪偶應該是造成阿嬤憂鬱很重要的兩個原因。

在與醫師討論時有提到 GDS 的評估標的是病人「入院前的情緒狀態」，而非「住院時的情緒狀態」，因為住院是重大事件，對於情緒勢必有所影響，如此評出來的分數都會偏高。因此在症狀明朗、改善後再進行評估是較為適合的。我在阿嬤出院前幾天進行複評，GDS 分數為 9 分，似乎還是有憂鬱的症狀。我能做的只有多開導阿嬤正向思考。

三、家庭問題：經濟問題、家庭成員間衝突

經濟問題如上所述，評估者的缺失在於沒有詢問個案家庭是否有低收入/中低收入戶證明，因而無法提供社會福利相關資源給個案。經濟問題也連帶影響到阿嬤的健康，二女兒提到阿嬤知道家中經濟狀況不好故大部分都自己煮三餐，但是家中流理台較高，近年阿嬤因為脊椎有問題，煮飯變得很費力

家庭成員間衝突方面，在與家屬談話間了解手足都住在附近，原本感情算是和睦，但可能因為母親住院這個壓力事件而引發爭吵，大女兒與二、四女兒冷戰。另外二女兒有提到，阿嬤雖然與兒子、孫子女同住，

但是幾乎只有孫女會照顧阿嬤，兒子因病在家休息，兒子一家人鮮少與阿嬤互動，孫女最近要結婚了，雖然阿嬤的生活大部分可以自理，二女兒亦表示自己常常去探望媽媽，但是家中沒有照顧者會是個日益急迫的問題。

在與二女兒的談話中感受到她對於自己投注大量心力，弟弟或是姪子鮮少幫忙感到很不平衡，二女兒表示自己是嫁出去的女兒，自己有要照顧的家庭，也有工作要做，家中大小事卻全部由她負責，最生氣的是很多不關她的事情媽媽也直接要她幫忙。二女兒情緒非常激動，可見心中的不平已經壓抑了很久，照顧者的壓力可見一般。

四、社會網絡問題：生活單調

在與阿嬤及二女兒談天時了解到阿公以前是里的老人會會長，常常舉辦出遊活動，阿嬤都會一同參加，有時候和阿公一起去找隔壁聊天。去年阿公過世了，許多鄰居也都過世，讓阿嬤生活頓時沒有目標，脊椎問題也讓她上下車較為不方便，因而不再參與里的出遊活動。阿嬤自述平時在家沒事就是拿板凳坐在門口看來來往往的車輛一天。

我在評量 MMSE 時偶然發現阿嬤對唱歌很有興趣，我順勢請阿嬤唱歌給我聽，竟讓我驚為天人！阿嬤的聲音非常好聽，聲音很柔很細，音也很準，阿嬤邊唱邊說自己沒什麼氣了所以轉音轉地沒以前好，但還是非常好聽，這才知道阿嬤最愛唱歌了，以前出遊都會在遊覽車上唱歌，平時也會去朋友家唱歌。阿嬤會把聽到好聽的歌的歌詞抄起來，收進自己的歌本裡。阿嬤在我們的慫恿之下連唱了十首歌左右，隔壁床的阿嬤與看護也一起唱，讓整間病房熱鬧起來！唱歌這讓她非常開心，二女兒說好久沒看她笑得這麼開心，連晚上都睡不好！我隔天下載了幾首歌到手機上讓阿嬤聽，阿嬤又唱了好多首。唱歌是阿嬤快樂的來源，那就應該製造機會讓阿嬤多多唱歌，像是帶阿嬤去家附近的社區關懷據點認識新朋友，一起唱歌聊天，生活才比較豐富。阿嬤的身體功能都算良好，只是照顧的問題(可能無人帶她出門)還有經濟問題讓她煩心，可能導致她無法走出去。

肆、結語與心得

周全性老年評估是相當完備，包含身體、心理、社會各層面的評估方式，藉由使用此評估可以讓醫護人員全方位地了解個案，使診斷更精確、提供的處置也更能符合個案需求，也幫助個案不只生理症狀被治癒，各個層面的健康都有所提升。

在我評估的過程中遇到了不少問題，讓我體會到評估者與個案及家屬的互動也是一門學問。例如有些問題不好意思問，像是家中的經濟狀況、是否有低收入戶/中低收入戶資格。經濟方面的問題是我覺得較為隱私的東西，因此就算我已經與個案及家屬建立不錯的關係後仍然都不敢，這當然與評估者的經驗有關，經驗豐富的評估者可能在不讓個案感覺被侵犯隱私的情況下

就得到資訊。

我遇到的另一個問題是個案不配合評估，我的第二位個案阿嬤在我初次評估時狀況不佳：注意力不集中、不記得子女的順序，在我評估 MMSE 時定向感的問題、近期記憶的問題都回答不出來，且評估過程中不斷說口渴。我在個案討論會上報告我的評估結果，結束後醫師和我一起去看看這位阿嬤，才知道原來阿嬤是不想被打擾，以為「隨便回答比較快結束」才搪塞我，在醫師告訴個案「這是醫師要我評估」之後，阿嬤回答的正確率就提升很多，也很專心的聽我的問題。這讓我思考，評估者到底要以什麼樣的角色才最適當呢？若是以一個較高姿態的角色來評估，個案比較不敢隨便回答，但沒有建立較深度的關係很多資訊(例如家中的困擾)個案可能就不會自己透露；若是以一個較輕鬆的角色來評估，因為關係很近所以個案大小事都會跟你說，但也有可能遇到不把你當一回事而胡亂回答的個案。我實習時大概都是建立個較輕鬆的角色，在評估第一位阿嬤時就相當順利，但是遇到第二位阿嬤時就遇到瓶頸。這也讓我有另一個體悟：不要完全相信你所評估的結果！

我的第一位個案阿嬤在剛入院時被評估有憂鬱症(GDS 達 11 分)，精神科醫師照會後開給阿嬤一顆抗憂鬱藥。我在跟門診時醫師提到，被診斷憂鬱症的病人會轉介給心理師做諮商，而不會直接用藥。但是我的這位阿嬤是一被診斷有憂鬱症之後就直接用藥，我在想這是否與心理師的工作量有關。與這個類似的問題有照會社工師：醫師與我討論時有提到因為社工師的工作量很重，每天早上一來桌上就是一堆照會單，因此除非必須不會開照會單。在個案報告時老師表示，應該不是因為工作量太大的原因導致沒有照會動作，而是病人入院時就已經有評估過不須介入。但住院的病人很多，各專業者卻很少是不爭的事實，以提供出院準備服務的個案管理師為例，成大醫院 3 位個案管理師共有 150 位個案！醫院的人力多寡勢必與服務的品質有關，我不確定各專業人員(營養師、社工師、個案管理師...)在醫院的人數為何如此少，但可以確定的是他們的工作量相當大，也導致可能需要他們服務的病人會因此得不到幫助。在評估完 CGA 了解個案需求後卻因為資源不足而無法提出後續的服務也許是現在面臨的殘酷問題。

我的第二位阿嬤個案 MMSE 得分 17 分，但她在算數的部分(20 減 7 為多少...)全回答錯誤，在評估時家屬說：「數字太小了阿嬤不會了啦！」、「幾百減幾百阿嬤才會」...，我覺得造成阿嬤算術能力退化很可能的原因是家屬過度的照顧。阿嬤的主要照顧者為最小的女兒，小女兒 30 多歲未婚，多年前將工作辭掉全心在家照顧母親，想見阿嬤生活的大小事都由女兒一手包辦，阿嬤的生活不會接觸到理財、買菜等需要計算的活動，因為被過度保護而功能喪失，這樣退化我覺得是滿合理的。

CGA 內不只有與疾病、照護相關的問題與量表，還涵蓋了經濟、家庭等等過去醫療單位較少關注的層面，這些議題與身體的疾病對於老年病患來說是同等重要的，而且可能會互相影響。但是這些非醫療的問題較無法從外

表觀察，或是很快速地取得資訊，可能需要與個案較長時間互動、建立關係後才能得知。但是醫院內的專業人員業務都非常繁忙，怎麼可能有時間陪伴在側，了解個案最深層的需求？實習期間參與個案討論會時便發生實習醫生畫錯個案家系圖的情況。藉由 CGA 可以讓醫護人員全面性地了解個案，提供更精準的處遇，但是究竟要由誰來進行評估，或是誰才有時間進行完整評估我覺得是一個值得探討的議題。

在實習期間我參與了病房巡診、門診與會議等等活動，我發現 CGA 真的是貫穿了老年科所有的活動：在病房巡診與門診時，醫生會藉由詢問與觀察，全面性地瞭解病人的狀況，例如觀察病人的步態、假牙、情緒等等；個案討論會議上，各個專業人員一同聆聽老年科住院病患的情況，並提供各方面的專業建議。在老年科的實習讓我看到為何一個老年科病患花費的成本較高，以及會遇到現實困境的原因。

在醫院實習是我從未有過的經驗，在老年科病房的體驗更是與我原本對醫院的印象大不相同：醫護人員對病患都很有耐心，且充滿笑容，此外都很有熱情、有願景。最讓我驚訝的是，醫生很尊重不同領域背景的人，與醫生討論個案時，他們總是很專心的聆聽，且花不少時間與我們討論，對於我們實習生做的介入會予以重視，甚至還很謝謝我們，真的讓我很感動！在老年科的實習讓我“意識”(aware)到很多不同層面的事情，也讓我的觀點更多元：不只能想到社會、政策層面，也能加入醫療層次，讓思慮更周全。我希望這些想法在未來可以應用在實務上，幫助更多的人。