

活動紀實

國立成功大學 老年學研究所

校內實習報告-周全性老年醫學評估案例分析

張夢馨¹

一、前言

從老年醫學概論課程知道老化影響的層面非常廣泛，像是生物老化—慢性疾病增加；心理老化—適應力減退；社會經濟老化—生產力下降；功能老化—視力、聽力、運動機能減退等，且老年人疾病亦有多重病因、複雜度高、低報疾病、非典型表現等特徵。然而現行健保制度及專科化的醫療環境，多以單一器官科別來處理老年人，導致老年人的問題被切割，忽略了整體性評估且缺乏團隊間的合作。所以有系統的周全性老年評估(comprehensive geriatric assessment，簡稱 CGA) 需要被倡導與使用，其目標為(1)促進診斷的正確性(2)導引有效的介入方法以重建或維持健康(3)建議適合的環境(4)預估預後(5)追蹤臨床變化。期待藉由實習課程實際操作 CGA 評估，結合社會工作既有的角度，以更全面多元的角度評估病人。

二、個案簡介

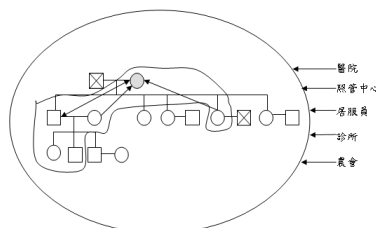
1. 基本資料

個案為 91 歲黃 O 香女士，因發燒入院，有失智症、腦中風、乳癌、白內障等病史，住院期間由家屬雇請台籍看護照顧，在家由案長媳與案三女照顧。最近一次住院為 102 年，住院原因為中風，無其他跌倒主述與紀錄。

2. 家庭情況

個案喪偶近 30 年，務農退休，具農保身分，領老農年金 7000 元/月。案夫妻生有 2 子 4 女，經了解案長子(72y/o) 務農，已婚育有 2 子 1 女；案次子早逝；案長女未婚於工廠工作；案次女已婚為技工；案三女喪偶，公務員退休；案么女為家管。個案與案長子一家及案三女同住，住所自有。

家庭生態圖：



¹ 國立成功大學老年學研究所碩士生

三、運用『PC-MESSAGE』(Patient Care Message)進行評估與介入

1. P(Psychological)

(1)SPMSQ：1分，施測時個案幾乎回答不知道，僅有#9可以立即說出媽媽的名字。因題數

<8題因此進行MMSE，施測結果：6分，對於人事時地物仍較為混亂。

(2)GDS：不適用。

2. C(Care、Caregivers)

(1)住院照顧：家屬雇請台籍看護全日照顧，照顧情況良好，看護可依團隊要求時常帶個案外出活動。

(2)居家照顧：

A. 照顧時間：個案日常起居皆由家屬協助，已照顧10多年，隨著年紀增長，功能退化，照顧需求將日益增加。

B. 照顧人力與分工：主要照顧者為案長媳，近期因案三女喪偶返回案家同住，因此亦投入照顧工作可舒緩案長媳照顧壓力。案長子因性別差異無法協助身體照顧(個案不讓案子協助，尤其是更換尿布等較私密處)，主要負責回診接送及給藥等。案女們嫁住附近，偶爾返家探視及協助。案外孫子女因工作關係，較少實際參與照顧問題。

C. 照顧負荷：家屬長期照顧無喘息機會且個案照顧需求增加，而主要照顧者年紀漸長(60歲以上)，短期尚能平衡照顧問題但長期則容易因為無照顧人力輪替及無法負荷照顧需求而兩敗俱傷。

介入措施

個案此次出院後活動功能大致與入院前相同，但因為解尿及糖尿病問題新增加二項照顧需求，分別為單導(1日2次)與胰島素注射(睡前1次)。為因應新增加之照顧需求，且協助維持案家照顧品質及減輕家屬照顧負荷，而進行家庭內外資源盤點：

(1) 家庭內資源：單導與胰島素注射較為技術性照顧項目，要求家屬到院學習。案長媳與案三女於個案出院前已到院完成學習。

(2) 找尋家庭外資源以支援新增加之照顧需求：建議雇請外籍看護工、日間機構照顧、詢問附近診所協助、自費延長居家服務等。

(3) 減輕家屬照顧負荷：提供長照服務資訊，建議家屬可適時申請長照喘息服務以舒緩照顧壓力，另為提升個案社會參與及減輕家屬照顧負荷，提供日間照顧服務資訊，家屬對於日間照顧意願高，表示將至機構進一步了解。

3. M(Medical)

(1) 門診缺乏整合與多重用藥：家屬對於個案疾病關注度高，規律於多科門診(精神科、神經科、內科、骨科等)就診，然科別之間缺乏整合，且家屬亦須多花時間陪同門診。

(2) 個案用藥由案長子協助分藥於藥盒，然個案常因個人喜好而選擇藥物，且因失智症難

以溝通，家屬不了解服藥混亂之嚴重性，態度消極默許，因此有服藥遵從性問題。

介入措施

建議個案出院後於老年科門診進行整合；用藥部分，個案因失智症難以規範與衛教正確用藥觀念，因此主治醫師與專師多次與案長子溝通及衛教用藥之觀念，請照顧者多加留意。

4. E(Economic)

個案為農保，每月領老農津貼 7000 元另有不動產，且案家為三代家庭，子女雖年紀漸長但仍持續工作，而第三代成員亦為工作人口，經濟來源穩定。

5. S(Social)

(1) 照顧資源：個案符合長照計畫申請，目前已申請居家服務，服務單位為 Y M C A，服務時間為周一至周六，每次 1 小時，協助內容為洗澡、家務整理。費用每小時 200 元，其中政府補助 140 元。

(2) 經濟資源：農民保險具身障給付、老農津貼、死亡給付，個案已申請農保身障給付，目前亦按月領取老農津貼。

介入措施

依個案符合之社會保險與福利身分，提供長照服務與農保福利資訊。

6. S(Spiritual)

個案未有簽屬預立醫囑紀錄，目前醫療決策由案長子做主。

7. A(ADL):

(1) 視力:曾有過白內障手術，不為影響日常生活功能主要因素。

(2) 聽力：聽力良好，可正常音量對話。

(3) 巴氏量表：30 分(嚴重依賴)。個案起身及轉位可在看顧之下獨力完成，入院前可自行小距離移動或使用助行器至廁所解尿，但住院期間發現有解尿不乾淨及大便不知情等情況；口腔狀況：上排無牙齒，下排僅剩 3-4 顆牙齒，雖有裝置假牙，但因個案排斥而未使用。另在家可自行用筷子進食，食物以軟爛粥飯及蔬菜為主，BMI：24.7，MNA 評估有營養不良風險。

介入措施

(1) 營養照顧：經與營養背景同學討論老年人 BMI：24.7 在可接受範圍，另考量失智症未免有噎食情況，已建議開水或流質食物使用快凝寶。

(2) 解尿與排便問題：同照顧問題之介入。

8. G(Geriatric syndrome)

評估有認知功能障礙、多重藥物使用等情況。

9. E(Environmental):

(1) 居家環境及輔具：個案居住 1 樓，活動空間皆在 1 樓，家中備有電動病床、氣墊床、輪椅、助行器、便盆椅等輔具。

(2) 社區環境：案家位處市區，生活機能良好，就醫以成大醫院為主，多由家屬自行開車

接送，就醫可近性高；另案家附近亦有 1-2 家日間照顧機構可供選擇，便利性高。

介入措施

- (1) 個案輔具大致符合現況使用，另建議家屬檢視居家空間，視需要申請長照居家無障礙空間改善補助，以有更便利友善之照顧環境。
- (2) 協物案家連結社區間照顧資源，以就近使用。

四、結論與心得

實際操作 CGA 評估覺得十分不容易，因為自己是社工背景，對於很多臨床評估不太熟悉，例如：MNA 評估中的『上手臂中點臂圍』測量，很感謝千慧同學的協助才得以順利完成，第一次使用握力器也覺得很新鮮，疼痛評估時對於要詢問疼痛強度一籌莫展，感謝護理師提供疼痛評估量表，才豁然開朗每個分數的意涵，總之實習過程中的任何問題都有病房人員給與最直接的協助，感到非常的開心且收穫滿滿。

畢業後一直在醫院工作，每天勞勞碌碌，像是工廠輸送帶一般的處理每個病人，想起大學時期學過的馬克思異化論：『工人不可避免地失去對自己工作的控制，從而失去對生活及自我的控制』。當時無法體會理論的內涵，但在畢業後幾年竟陸續體察到自己正陷入此種情境，尤其是對於社會工作的異化，致使社會工作的意義已經渾沌不堪，更遑論從工作獲取心靈的滿足，但卻也無從改變，因為日復一日還是被勞動巨輪所追趕。可貴的是，實習竟有意外收穫—找回一點人文關懷，不管是與病人互動或看事情的視野上。

工作中在病房訪談時都習慣站著對話，縱使家屬或病人熱切請我入座都會婉拒，印象最深刻的一次是病人熱絡招呼我坐下，我禮貌婉拒後病人以為我怕髒，竟起身擦拭椅子後再次招呼我坐下，但我還是因為不敢坐下而堅持站著，現在回想當時真不成熟。探究自己為何如此，除了怕髒，再來是自己跟病家的關係界線很明顯，被人以及空間的距離所羈絆而無形中保持距離，沒想到在實習中不知不覺打破自己的疆界，與老年人又再次接近了一些，而非關工作非關專業，這樣的心情感受很舒暢，很美好。希望實習獲得的人文關懷可以維持下去，用更溫暖的角度看待每一個家庭，也增廣視野，繼續在老年領域學習。

五、實習合影



六、參考資料

1. 張家銘、盧豐華. In 台灣老年學暨老年醫學會 (Ed.), *周全性老年醫學評估的原則與技巧*. 台北: 合記書局.

國立成功大學 老年學研究所

校內實習報告-周全性老年醫學評估案例分析

蔡宛珍¹

一、實習目的：

老年人的問題是複雜，不僅來自社會、心理、生理三方面相互影響，同時也會受到時代、文化及生命歷程的作用，必須全面了解老年人的狀態才能找出問題的根源，而且老年人的異質性較高，需要有彈性的衡量標準，避免同質化老年人。而透過在老年科病房的實習，可以透過周全性評估實際練習如何以全面性的觀點釐清老年人的問題，在接觸不同個案時，也可以演練如何用同一套評估標準做適性化的調整，同時可以為非醫學背景的學生帶來新的刺激與思考，增加老年醫學的知識，並透過實習學習到的經驗透回饋到日常生活中，包含如何面對老年人以及如何對老年生活做準備。

二、實習內容：

此次實習共分為兩個部分，一個是到護理部，出院準備及居家護理服務學習，另一個則是到 7C 老年科病房。在護理部主要是跟在居家護理師及個管師身邊，了解出院準備和居家護理的流程，學習其如何和病患互動及服務意涵。在病房學習的部分包含門診跟診，了解醫師如何和高齡病患溝通，在互動的過程中要注意到那些語言/非語言訊息；參與個案討論會：透過共同討論患者的狀況，學習和不同專業的人合作，分享資源，為患者找到最好的處遇模式，除在院期間的治療外，還包含出院後的照護規劃；透過 CGA 全面性評估老年病患，發現問題並嘗試釐清問題癥結；還有參與老年醫學文獻選讀，隨時補充新的老年醫學資訊。

三、CGA 個案評估報告(評估日期 104.07.08)

1.個案背景

評估對象為 86 歲的張爺爺，過去曾接受日式教育到小學階段，溝通語言為台語，喪偶，過去職業為行商，家中主要照顧者為單身的二女兒，決策者則為兒子，但不會自行決斷會與二女兒商量，目前住在單身的兒子家，與二女兒、小女兒同住。

2.疾病狀況

過去張爺爺有胃食道逆流、胃潰瘍、大腸癌及攝護腺肥大、疝氣等問題，上次(103.12-104.01月)曾經因為肺部問題住院過一次，從上次住院後，爺爺的身體功能開始衰退，ADL 各項都需要他人協助。此次入院的原因因為發燒(肺炎)入院，入院後發現爺爺 (1)活動力低，功能衰退 (2)體重半年內減少 10% ，從原本 38kg 降到 34kg。

3.CGA 評估

◆ 認知功能：

目前患者認知功能正常，患者沒有意識混亂、SPMSQ 只錯一題；MMS

分數達 24 分(大於 20 分，教育程度，國小識字)，評估並非失智症。

◆ 情緒狀態：

簡易 GDS 為 1 分，GDS-15 分數為 3 分，無憂鬱傾向。

◆ 其他：

沒有多重用藥的紀錄，且主訴沒有疼痛感，身上沒有管路，過去一年內沒有跌倒過。

經過 CGA 評估，個案在目前最主要的問題如下：

◆ 身體體功能：(ADL 評估)

1. 目前視力雖有退化，但仍可維持看報及看新聞的習慣；在聽力方面，有重聽，把電話拿到患者耳邊，患者可以聽到對方的聲音並回覆，但會因為無法拿起電話，當電話響時不願意接電話。另外，在 103 年 12 月因為肺部問題住院前，除洗澡外，其餘尚可自理，可以快步行走、騎機車出門，但自從 103 年 12 月住院後，身體功能衰退，活動力低，時常覺得沒有力氣、疲憊，經常躺在床上。

功能類別	103 年 12 月前	目前狀態
進食	獨立	部份依賴。 需要協助把餐裝好放置在桌上，可以用湯匙進食，可以拿起碗。
盥洗	獨立 (以前就不喜歡擦臉)	完全依賴。 無法自行擰毛巾，病患覺得麻煩也不喜歡盥洗，全部由家屬完成。
穿衣	獨立	部份依賴。 需要下達指令可以在協助下完成穿衣。
轉位	獨立	部份依賴。 從坐起身、站立、行走皆需要他人協助，偶爾坐到站立需要下達指令，可自行扶床緣站立，轉位過程中需要靜候一下才能換下一個動作。
行走	獨立	部份依賴。 需要他人攙扶，大約可步行 12M(中間休息一次)；短距離靠家人攙扶，長距離則是坐輪椅。
大小便	獨立	完全依賴。因為覺得半夜因為頻尿跑廁所麻煩，選擇包尿布。
沐浴	部分依賴	完全依賴。

經由鼓勵後，觀察病患在 7/8 號曾又下床活動，早上患者可以握扶手及靠人攙扶，可以行走 15 公尺(中間有休息 1 次)，晚上在鼓勵下願意踩腳踏車。

◆ 營養方面

以前體重 40 幾-50 初 kg。從玉井搬到市區(103 年 10-11 月左右)後體重有開始下降，103 年 12 月住院後體重降到 48kg，此次住院體重為 44kg。

原本戴假牙時，可以咀嚼軟質、切碎的食物，也可以吃魚；但假牙長期拿下來現在放不回去，因此家屬只能吃粥、營養食品(補體素等)，到目前仍為如此。進食量大約為 1.5 碗，一天三餐，中間穿插喝營養品(共 5 餐)。

經過 MNA 篩選過後，分數為 7 分，結果為營養不良(0-7 分)，已經照會營養師，經 SGA 評估判斷為，重度營養不良，且先前飲食狀況所提供的熱量不足，缺少蛋白質，建議增加熱量，把營養素補在粥裡，不在另外加餐。

4.為來應持續關注

◆ 營養狀況是否改善，希望體重可以增加

除了確認是否體重減輕是因為疾病原因的影響外，目前已經有營養師介入做餐食調整，未來出院後，可以請家屬優先考量重配假牙，並讓張爺爺多活動，在提高營養攝取量時也可增加吸收，持續追蹤張爺爺體重的變化。

在 7/10 出院時，張爺爺的體重為 46kg，增加 2 公斤(排除水腫的可能)。

◆ 身體功能狀況維持不要退化，希望提升活動量

張爺爺的支持系統來自於家庭系統，目前家屬對於張爺爺活動的態度，有從消極態度轉向積極，原先只要張爺爺表露出不願意活動的態度時，家屬就會妥協，現在會跟醫護人員一起鼓勵張爺爺活動，半強迫爺爺下床活動有會主動幫忙拿腳踏車讓爺爺做運動，此外家屬也達成希望爺爺的功能狀態能盡量恢復原先衰弱前的狀態。

目前張爺爺的行走能力也有再慢慢增強，從 12 公尺慢慢增加到 15 公尺，最後一次觀察(7/9)爺爺可以在一分鐘內步行 18 公尺。

返家後要注意床邊或是在爺爺活動的空間中是否有足夠的支撐物，讓爺爺可以自己獨立位移，或可以靠四角柺活動。

◆ 考量社會支持系統介入。

在家庭照顧上張爺爺在家的主要照顧者為二女兒，為照顧張爺爺二女兒辭去工作，目前從事半職的工作，平時從早上 6:30 開始照顧，準備兩餐，下午 13:00 出門準備上班，兒子、小女兒則是下午 16:00 過後陸續回來，幫忙準備晚餐。因此返家後，**張爺爺 13:00-16:00 期間，為獨居狀態**，曾經表達自己獨自在家的時間會覺得孤獨。在社會網絡上，以前張爺爺住在玉井時會出門參加老人會的活動、遛狗，但身體功能衰退住院後，社交網絡中斷，朋友也接連過世，104 年 01 月出院後鮮少至戶外活動。

未來可以考慮住家附近的日照中心，讓張爺爺外出和人群互動；或是和社福單位合作，讓志工在下午時到居家拜訪爺爺。

四、實習心得

對於周全性評估(CGA)的初印象是在老年醫學的課堂中，只知道這事一個跨足身、心、社會三個不同領域的評估方式，直到這次到 7C 實習後，才慢慢的了解 CGA 的重要性，固然這是一個繁瑣的評估內容，有很多指標需要測量，而且詢問對象有時候是患者本身、有時則時家屬或在醫院的照顧者，這樣才能蒐集到完整的資料，而且在蒐集資料的過程如何傾聽長輩說的話，找到重要的關鍵訊息，並且試著同理同一個個案中，不同角色的立場，而非直接做價值判斷，正因為不是當事人，無法真實感受到其真實想法，那就沒有權力對哪一個角色下判斷。我覺得 CGA 最重要的在於它的精神，當在學習過中，一再強調老年是全人、全面性的，只用單一的視野去看老人都是殘缺的，但似乎在實際上並沒有這樣評估模式或是比較完整的角度來老年議題，而 CGA 就是一個在什麼都沒有的情況下，最為完整的評估。CGA 是把患者當作一個完整的個體，而非只是單純的把患者視為疾病，同時也重視功能狀態，並且關注一個動態的過程，從過去、功能改變的時間到現在入院的狀況，以及未來後續的照顧，重點在於了解事情是怎麼開始的以及身、心、社會視如何交錯影響彼此，就如同在社會老年學中所談及的，要看一個人生命歷程是如何影響一個老年人的行為、思考。透過演練和討論，讓我對 CGA 評估只不再只停留在很表淺的認識，如 MMSE 的評估結果會受到教育程度以及年齡所影響，那一位長輩沒有讀過書，但後來自學識字，要如何判定該長輩的教育程度，當在下判定時就會影響長輩在 MMSE 的評估結果。

在病房的學習，則是另一全新的體驗。在這裡我看到極端的家屬心態。有遇到事情只好隨遇而安，聽從醫師安排的家屬；也有要請家屬來學照顧技巧，但是卻只有 1-2 個來，好像誰學會就需要負起照顧責任；有積極陪伴患者，把患者照顧很好的家屬，也有只有聘來看護照顧，也不太常在病房露面，或許有各自的理由、苦衷，但至少在病房中的長輩多數是寂寞的，生病住院已經很不願意，但在病房內裡陪伴若只是一個陌生人，沒有認識的人、熟悉的場所，其實很難感到快樂，有缺乏支持的力量。大多數的都會希望在自己生病時會有熟悉的親友在一旁陪伴，但似乎我們常常吝嗇成為陪伴的人。有時看著這些長輩我會想，透過鼓勵或陪伴，長輩多會願意起來活動，若只是面對陌生的實習生長輩可以如此，那今天如果是長輩熟悉的親友來陪伴、鼓勵，會不會有可能有更顯著的效果？

在實習中遇到的困難在於台語溝通能力和很多聽不懂的醫學名詞。在和長輩閒聊時，感覺我的台語還可以應付，一但要問評估項目時，就有很多語詞無法轉換，聲音卡在喉嚨無法表達想說的話，這時就會有一點挫折感，後來透過基彰醫師的說明，在評估上也漸漸體會到其實只要把內容轉變成更簡單的用詞就好，注意評估項目的意涵不要改變，有了這樣的認知後，才不會害怕自己破破的台語而不太敢詢問長輩。至於另一個很大的困難就在時常會碰到很多醫用詞彙，就連翻閱病例，我只能了解一些簡單的，在課堂上聽老師說過的，其他完全不了解，好險有詩涵在一旁告訴我，讓我安心不少，有時彰醫師也會提醒其他醫護人員，適度的把醫用詞彙轉成中文讓非醫

學背景的學生可以理解，經過這樣兩個禮拜的訓練，很开心有一些時常出現的醫學名詞我也可以知道，不用在仰賴詩涵的協助，這也是我覺得自己有稍稍長進之處。

五、實習建議

1. 提醒實習生在快結束實習時，除了告知醫護人員外，也要告知服務的長輩。

在社工的實習時，除了要建立關係外，還要學習如何結束關係，要在快離開要先預告服務對象及將結束關係的消息，讓服務對象有心理準備並有機會告別，這也是減少服務對象心理因位離別而產生負向情緒的方法，但在 7C 實習的過程中，並沒有這樣的意識，當我在實習的最後一天，看著實習護理學生在跟 70A 阿嬤告別時，突然發覺到我們並沒有跟阿嬤告別，如果阿嬤下周仍然會期待我們跟她一起運動，但我們因為實習結束就默默消失，阿嬤有可能覺得被丟下，心理可能會不好過，因此我們也在最後告知阿嬤我們實習也要結束，會有新的實習生來到病房，也提醒阿嬤及變我們不在也要持續做運動，但是阿嬤依舊流露出原本陪伴在身邊的年輕人為何一下子都結束學習要離開，所幸阿嬤也有孫女也是有實習過，阿嬤能夠理解我們，也因此釋懷不少。

2. 在學習 CGA 評估上，可以讓實習學生先去了解各項評估項目，爾後進行第一次評估，這樣實習生就可以發現先前沒有注意的細節或困難，可以針對不了解的部分或是遭遇的困難，尋求專科護理師或醫師指導或經驗分享，並且能運用在下次的評估上，如果一開始就先說明清楚，對於實習生而言，學習的機會就會變少，也不太清楚是否真的理解 CGA 的評估內容。
3. 增進不同組別實習生的交流。因為每次跟診和在病房接觸的長輩不同，每次學習到的經驗都不同，但因為實習時間有限，無法一一體會到，但透過我們私下的聊天中，分享在實習階段中的體會，常常可以激發出不一樣的想法，有時也會出現大家和一起跟一個患者相處，彼此看到的點都不同的情況，能夠跟不同的實習生分享也是一個好的學習經驗。

國立成功大學 老年學研究所

校內實習報告-周全性老年醫學評估案例分析

周雅荃¹

一、前言

面臨高齡照護需有周全性老年醫學評估的必要性在於個案之生理、心理、社會三面向皆互相影響且息息相關。當我們協助個案全面性的發現問題，將其前因後果釐清，進而訂定照護計畫，協助長輩維持活動與功能，並且提升後續照護品質，才有其高齡照護之意義。且進行此評估不只能夠提供個案在住院期間得到全方位的考量與照護，更甚影響其出院後之生活品質。也期許此案例分析能將個案所面臨問題進行簡要闡述，且由多面向角度探討此問題。

二、個案簡介

1. 基本資料

曾蔡玉樹女士，84 歲，教育程度為不識字，溝通語言為台語，信奉道教。喪偶六至七年，目前與兩位兒子與媳婦同住，主要照顧者為越南籍小媳婦，出院後可能會暫駐台南女兒家，日後回東港。

2. 疾病照護問題

因泌尿道感染入院，在一年內反覆入院，在這部分需要了解造成泌尿道感染的主要原因，是否為結構問題或是功能問題，或是因為藥物導致神經性膀胱，在週三時醫護人員測量奶奶餘尿有 800，因此插上尿管。慢性共病患有糖尿病與高血壓，但由病例來看其病情控制不佳，可能源於其疾病自我管理不佳，藥物無確實服用。

3. 服用藥物與服用行為

慢性病用藥由自己控制，並無固定服藥，喜歡服用成藥的原因是因為想解決痠痛的問題。在病情控制與用藥狀況若需要更了解，需要有過去醫院就醫的用藥清單。

4. 認知功能評估

奶奶意識清楚，而因為週一與二進行關係建立與其他項目訪談，週三奶奶剛插入尿管非常不舒服，故無進行心智狀態問卷調查，但與奶奶對談都是正常的無覺得異常。

5. 情緒狀態評估

老年憂鬱量表 GDS：3 分，GDS15 為 11 分，有憂鬱狀態。

6. 活動功能狀態評估

住院前的功能皆為獨立，近期因為反覆入院身體較虛弱，因此在進食與沐浴上由家人協助。在如廁部分，剛入院時是包尿布，狀況穩定後有開始自行上廁所，但昨日週三插入尿管，目前大多躺床休息，行動依靠輪椅。

綜合以上的評估，可以得知個案目前有以下的問題：

1. 憂鬱問題

發現此問題是源自於首先與奶奶互動的過程中，觀察其面部表情低落、冷漠，加上與其談話多次，都有聽到奶奶認為自己的病不會好了，不想活了想回去，並且很擔心自己沒人照顧。其二為量表分數，簡易 GDS 為 3 分，GDS15 為 11 分，可能為憂鬱症。而深入探討其誘發憂鬱之因素可能有三項，第一為六七年前喪偶之重大事件，原先會與配偶出去賣涼水、與人互動但是自從配偶去世後生活型態轉變成每日在家，由小媳婦出去賣涼水，角色產生轉變，奶奶的女兒也表示覺得媽媽在爸爸去世後變得更加沉默；第二為這一年內反覆入院之生理因素，最近一年內住院 3 次且一年內有急診 2 次以上；第三較為昨日（星期三）因餘尿過多剛插上尿管，可能也會使他更低落，因此我認為首要必須解決生理上的問題。

2. 家庭功能

目前同住成員為兩個兒子與媳婦，主要照顧者目前因為在成大醫院就診，地緣關係是由其女兒與其孫女輪流照顧，但在原先居住地東港，主要照顧者為越南籍小媳婦，出院後會暫時先住在女兒家，但後續可能還是會回東港。但由過去反覆入院、目前評估和未來若還是持續使用尿管、或需注射胰島素做疾病控制的話，在出院準備的部分，可能需要請主要照顧者，尤其其越南籍小媳婦一同出席。

三、結論

面對此個案之憂鬱應強調給予心理支持，並且促進其活動力，且必須讓病人了解現產生之疾病，有很大緣因為活動不足導致，估需協助重建生活，解決社會孤立問題，再加上未來奶奶出院後的照護問題，後續與家屬聯繫，認為日間照顧中心或有其他社區據點於白天可讓奶奶參與，不僅可以促進其活動力也可減輕家屬照護負荷。

校內實習報告 整體心得

此次共十天的校內實習包含跟楊醫師與蘇醫師巡房、周全性老年評估與個案報告、文獻選讀、跟診實習、居家訪視與出院準備等，實習內容非常充實且有許多收穫。像是與醫師和護理師一起巡房的過程中，雖然對於病人的疾病控制與調整多不了解，但是兩週的學習最特別的是可以在整體中看見不同疾病嚴重程度的狀態，看見從最初入院到恢復健康或是情況惡化或是到最後末期的處置，有看到開心轉好積極的長輩，也有看到有束手無策之感的病人，像是讓我印象很深刻的就是第一天實習巡房的一位住在單人房的奶奶，孫子懇切的問醫師有無新技術可幫奶奶換關節的模樣，搭上奶奶憂鬱的神情，讓我覺得是否年老病痛時，我會被視為大型骨董機器，照顧者一番好心地將我帶去修理，但終究無法轉好的情況呢？還有另外一個印象深刻的是與家屬溝通別讓奶奶在做積極性無謂的治療，讓奶奶可以更舒服地度過餘生，在病情告知的過程中，讓我思考溝通環境的重要性

以及家庭內部彼此支持與溝通的重要性，而臨床人員的角色至關重要，更需要站在病人與家屬的角度來進行後續照護的安排與陪伴。以及在門診中跟三位醫師的學習，也讓我看見依照不同科別所以有不同的病患類型，和看診醫師的風格的差異，可以清楚看到三種模式的診間，在三個半天也是與三位醫師有最直接學習的時機，可以吸收到其學不完的看診技巧。

居家訪視的學習也是一個我很喜歡的環節，因為林玉華護理師很親切地分享他做居訪的歷程，去接觸的個案家中家屬也都很熱情，有這個機會讓我可以實際與整個家庭接觸，我覺得很開心。而在這部分主要學習到的是居家訪視實際流程，以及申請居家照護的細項內容與收費，和社會資源的運用，更珍貴的是護理師學姊分享她在進行居家訪視的心得與技巧，也透過此次經驗更讓我體悟到居家訪視護理師的偉大，不僅是護理部分，還要負責外籍勞工的照護知識教導，更多時候更需要照顧到整個家庭的需求，他們所要考量的都是如何讓病人更舒適，讓照顧者在照顧負荷上能夠減輕，照顧的並非單一個案而是整個家庭。

出院準備部分，使我感到印象深刻的是看兩個個案家屬的態度迥然不同，剛好一個個案是先前已接觸過，另一個是新個案。已建立好關係的家屬，不會排斥個管師的出現，另一個家屬因為是初次面對個管師，情緒激動且有反抗的感覺。而讓我看到院個管師的重要性是在於他需要負責協調醫師與家屬間的壓力，讓雙方都可以感受到個管師的出現是真的要協助自己讓事情更加圓滿與順利的，面對多方的溝通，這是一件非常不容易的事情。

周全性老人評估為老年科病房的精髓，讓我學習到如何由生理、心理、社會三面向來對於一位病患其家庭進行了解與組織，照顧並非純粹關心生理狀況則足夠，而是需要考量到是否因為心理因素影響生理，又或者是因為其社會或家庭功能導致產生生理與心理上的問題，就因為當我們要論一個真正的人所面臨的問題皆非單一問題，所牽連的面向肯定需要將此三方面納入考量，更凸顯周全性老人評估的必要性。而在這個評估過程中，除了讓我意識到周全評估的重要，也讓我學習到真正與病患或家屬接觸的基礎技巧，讓我們可以在盡可能了解與收集到全面資訊，也可以做到尊重病患與家屬意願和協助他們保護他們的個人隱私，學習如何與他們建立關係、真正傾聽與了解一整個家庭所面對的狀況為何，病人當下的感受、家屬在照顧上面臨的困難是什麼，而並非把此當為一個作業，只把固定項目填完得到資訊後則離開。而在準備週四的個案報告過程，也讓我學習到如何在最短時間將一個病人的整體功能和情況完整的講出來，需要統整能力將每一個需討論的點盡量依照前因後果或是時間順序有條理地列出，才可以讓其他非負責此個案的臨床工作人員也能迅速地看到需討論的地方，而直到當天進行個案報告更讓我看到執行此會議的重要性，因為在老年科病房內並只解決單一疾病，而是全方位考量身心社會，因為此討論可以藉由各專業討論後依照病患疾病所需處理的事項排出優先次序，若不處理，是否有非侵入性的治療可做，並且強調功能與生理的關聯性，需了解整體的因果關係。整體而言，個案報告討論會讓我收穫最多的是讓我了解唯有透過多專業人員共同討論的會議，才能夠立即的協助個案透過 CGA 評估了解其生理、心理、社會功能，讓臨床人員或是在評估的過程中激發家屬找出根源，釐清前因後果，協助長輩維持活動與功能，並且提升後續照護的品質，不僅在住院期間給予全方位的照護，在後續出院後也給老年人有尊嚴的老年生活。

在進行周全性老人評估這項作業與週四的個案報告過程中，受到老年科病房的大家很多幫助，也讓我更加佩服醫護人員的辛勞與豐富的臨床經驗，還好有這一群人的努力，才可以讓老年人照護越趨完善，也更感謝他們在繁忙的臨床工作之餘，還很樂意與我們這些超級沒經驗的碩士生分享與教導。最感謝的就是楊醫師與蘇醫師的帶領，讓我們無壓學習，但也真正讓我們不管在病房或是老年照護概念上有所了解，對於周全性評估的項目內容也因為有他們兩位和薛醫師和護理師的幫助，讓我對各項目的評值更加清楚，還有黃醫師在病房也嶄露不一樣的一面，用他熟捻的個案報告經驗對我們進行指導，和最溫馨的杜醫師，擔任我與友惠的個案評估報告的老師，居然將他診外的時間都空下來，在現場或是網路上都熱心的要像我們解惑，幫助我們度過首次的個案報告。對於自己首次的醫院實習碰到這群人覺得很感恩，還好有他們才能讓非醫護背景的我也能夠順利且快樂與收穫滿滿的度過。

除了老年科的醫師與護理師和杜醫師，在臨床護理上，因為碰到凱莉老師，讓我在這部份學習很多，真的是我從未接觸到的細節，真的很感謝在這個時間點實習剛好碰到這位老師。因為像是某天聽到老師在教導實習生需要觀察病人的姿勢來看其需求，在後天我就在病房觀察到一位臥床的阿罵，其照顧者提到阿罵總是會將頭部抬起頸部懸空，而我也觀察到奶奶的眼神也會一直望著周遭的人，使我回想到這時候奶奶可能會有想與人互動的需求，好像確實是如此，在兩週內就是透過這樣在不同病患身上將所學的現場應用，讓我覺得更充實，也是在凱莉老師身上更加體認到臨床照護人員確實需要很敏銳的特質，才能夠即刻的滿足病患生理所需，盡可能的解決病人的不適。

除了醫院內的醫療團隊與教師，讓我有學習的還有一位照顧服務員阿姨，是她讓我看見照顧服務員真正的價值，因為一位好的照服員能夠改變一位長輩生命後期的生活品質，這不僅只是一份能餵飽肚子的工作，這是一份真正為人的行業。

很珍惜有這次的實習機會，因為自己非醫護背景科系，若無此校內實習，應該沒辦法接觸到病房和醫院的相關事務。不過比較遺憾的是有一重要環節沒有參與—家庭會議，還蠻想旁聽實際上臨床人員與家屬討論出院準備或是後續照護的實況，感覺可以更加了解家屬的心聲或是臨床人員的立場，以及他們是如何做溝通與妥協等意見交流。而在這兩週的實習中最大的收穫是知道怎樣的老年照護才是正確的，能夠判斷怎樣的身體功能對於老年人來說才是正常的，而非被過去固有觀念綁牢覺得老年人的活動力就是會很虛弱，認為老年照護與一般照護沒有太大差異。而且在實習兩週內，不管是到哪個單位實習，都讓我發現到家庭支持的重要性，家屬的配合很重要，且更有許多長輩是因為心理因素影響病情，其實很多心理困擾也是源自於家庭互動或是支持功能不足所致，難怪在老年科病房所強調的是生理、心理、社會三元素，這是有別於書上所教過的知識，唯有透過實際的臨床觀察、與長輩互動才能深刻體悟其真理。

國立成功大學 老年學研究所

校內實習報告-周全性老年醫學評估案例分析

黃基彰¹

(一)前言

在本次實習參與前，因為自己已經在老年科病房服務，因此主任希望我能協助老年所學生實習。從那之後便開始思考要如何協助？雖然各位同學在老年所裡都有一定的老年學及老年醫學基礎，然而同學過去學習訓練背景不相同，對於醫療領域的實際了解勢必有一些差距，尤其老年病房的患者往往病情複雜度較高，別說對同學有難度，即使是醫療人員剛開始接觸時，往往也很容易忽略整合照護的全貌。因此如何讓每位同學認識周全性老年醫學評估並進而運用在老年照護團隊的跨專業成員討論整合便成為我這次實習的目的。

(二)協助實習個案討論與心得

在7月6日到7月17日期間，我協助的同學是蔡宛珍和王詩涵同學，由於蔡同學過去並沒有醫學相關的背景，因此在初期對周全性老年醫學評估的實際運用上比較不了解，尤其臨床上有一些醫學名詞還有溝通的技巧上會較生疏。因此在小組討論的時候我請宛珍試著先模擬團隊會議報告，再由大家先互相評估建議，最後在由我分別剖析報告過程中的優缺點。在報告過程大家了解宛珍花了很多的時間去評估，因此對於周全性老年醫學評估的個別項目也都覺得很仔細，但是對於整體病情的整合部分較不理想，也不流暢。舉例來說，張爺爺有營養及行動不便的問題，雖然營養及日常生活功能的評估項目宛珍都有完成，但是沒辦法和病人臨床實際現況的病史整合，因此這些老年症候群所暗示的危險訊息就沒有被發現。我想這也是目前在照顧老年患者的難處，除了急性病情的處理外，更要試著找出造成原因；不然這些複雜的老年患者在急性問題處理完之後，之後還往往是反覆生病住院，甚至功能越來越差，造成家庭照顧及醫療資源的負擔。因此如何把相關危險原因找出來就顯得很重要。在討論過後同學就了解到如何運用周全性老年醫學評估來結合臨床的照顧，蔡同學在團隊會議上之後的報告內容就表現得很好。

在 7 月 20 日至 7 月 31 日期間，我協助的同學是何子欣同學。子欣同學過去也不是醫療相關背景，因此初期在學習上必須協助認識醫療相關名詞。在安排周全性老年醫學評估時，由於第一周的個案很多不適合評估(許多病情不穩定或是完全無法溝通)，因此讓子欣同學在初期實作上有一點小挫折，來不及在第一週完成評估報告。因此第一週我請子欣先仔細了解周全性老年醫學評估，在討論時讓她先模擬詢問，藉由練習過程讓她了解自己在做周全性老年醫學評估可能遇到的問題。隨後選了一位 90 歲看似正常的婆婆讓她評估。一開始子欣擔心這位阿嬤健康狀況、認知狀況、甚至社會網絡方面，都屬於正常，不知如何完成報告。經過提醒善用周全性老年醫學評估之後，讓同學了解到許多問題是真的要認真執行評估過後，問題才會真正浮現。例如害怕跌倒、認知退化、IADL 依賴及營養不佳等問題。在本次的教學中，我發現臨床工作的負荷量會影響到學生的實習；由於一開始病患的嚴重度普遍過高及病程不穩定，使得臨床照護時不容易完成周全性老年醫學評估(病患及家人的拒絕)，同學要評估時也受到影響。雖然及早運用跨團隊的照護模式可以協助改善病人的問題及預後；但是當病房收治過多嚴重患者時，往往也不易發揮跨團隊的照護模式的威力；在過去的系統回顧研究中也有類似的發現。因此希望未來能有更多急診醫療人員認同這樣的理念，讓適當的患者入住；避免老年病房淪為次專科選完病人後的嚴重病患後送區。

在 8 月 3 日至 8 月 14 日期間，我協助的是吳琦慧和陳駿銘同學。由於兩位同學都具有醫療背景，琦慧過去在美國有安寧照護的背景，因此團隊照護模式的精神和重點都很清楚。一開始兩位的病房活動適應狀況都不錯。在本周的實習中，由於恰巧台南的登革熱疫情開始升溫，因此在本周的實習上也協助大家了解登革熱，尤其是請同學觀察登革熱在長輩和一般族群的差異。在本周的討論中，由琦慧先練習報告，對象是一位診斷登革熱卻有多重用藥的阿姨，利用周全性老年醫學評估，琦慧順利的了解到阿姨臨床問題的重點，也觀察到藥物副作用對高齡長者的衝擊。(釐清藥物史後發現患者可能出現藥物引起的錐體外症候群)。在琦慧的報告中都能嘗試和醫療問題做一個簡單的連結；內容基本上沒有太大問題，唯一需要建議的部分是在會議報告稍不流暢，尤其主任問完問題後報的較緊張些；我想或許琦慧較習慣用英文報告的緣故。兩位同學在評估之際，也都能適時地主動和臨床團隊互動討論，並回饋自己的想法給我。在病房兩週的訓練中，我也主動分享如何結合周全性老年醫學評估運用在臨床照護上，除了會診之外，更要著重和其他專家的實際的合作及討論修正。

最後一週我協助的是林秀鳳同學。秀鳳過去是老師的背景，雖然她對醫療的問題較不熟悉，但

是她對每處不懂的部份都很認真積極的研究，評估量表時遇到的困難和疑惑都會立即和我討論，在報告前甚至製作投影片釐清重點。因此在給予臨床經驗的分享後很快就可以抓到重點。對於長輩的照護問題也都很有興趣去了解資源。不過在實際詢問周全性老年醫學評估時需要花較多的時間收集相關資訊，有時會讓長輩(患者)或照顧者稍有壓力。因此我也建議秀鳳在做周全性老年醫學評估時不用急著一次問完，有時可以先觀察患者及照顧者的個性，先試著多花點時間建立關係，再從彼此關心的話題開始，分次完成需要的評估項目。

其實訓練一位能夠執行周全性老年醫學評估的學員並不難，但是需要訪談者了解如何應變和問出背後涵義就需要經驗的累積。在詢問周全性老年醫學評估時，往往有很多的細節是需要邊問邊觀察回大的正確性。同樣的被詢問者，不同的問法會引導出不相同的答案，最好和主照顧者確認病人回答問題的答案和第三者觀察是否有很大的差異，有時甚至要追蹤評估，如此一來才不會誤導周全性老年醫學評估。這也是我在教導過程從學員的評估中體驗到的學習。

(三)遭遇困難

其實在教導過程中，最大的困擾就是時間問題。由於自己的門診是每週的 1~3 早上，加上近期患者較多，往往到了下午只能先完成病房巡房工作，只能利用瑣碎的時間協助教導；到了禮拜四或五才有較多的時間可以和同學分享。然而由於同學還有其他的實習課表，因此會造成我和某些同學的互動較多，有些就教導較少。不過值得慶幸的是多數同學經歷過兩週的學習後，都能了解如何運用周全性老年醫學評估，也較能夠在會議中流暢的報告。同學的直接回饋也都覺得這樣子的照護模式很好，也讓他們知道臨床上周全性老年醫學評估實際運用是如何改變醫療照護。

另外的困擾就是由於近期急診簽床不少都是長期臥床住機構或是病情較嚴重的患者；導致實習期間有好幾週能評估的個案有限，同學也有反應類似的困擾。而近期接到的會診單也遇到過同樣是醫療團隊想轉介周全性老年醫學評估，但是轉介的個案卻是肝腎衰竭，急性意識不清，肢體無力的個案。種種跡象顯示出院內其他醫療團隊對老年醫學的誤解，以至於過多不適合的個案出現在老年病房。或許未來仍要向其他醫療單位多宣導老年科病房最適合的患者有哪一些，讓周全性老年醫學評估能夠發會它最大的功效。