

我和 PGY1 醫師在社區的邂逅

洪德仁

全人健康照護

2005 年，衛生署秉持「全人」、「細緻」及「公平」原則，積極推動「全人健康照護(Holistic Health Care)計畫」(侯勝茂，2006)，不僅強調生病前要提供正確有效的預防方法、生病時要提供以病人為中心之醫療照護，強調生病後要有正確、有尊嚴的復健及支持。藉以促進醫療資源合理分布，提供民眾適切、可近性的醫療服務；建置社區醫療衛生體系，強化基層醫療服務，提供民眾周全性與持續性之醫療保健服務；因應人口老化及關懷弱勢族群之特殊醫療照護需求，強化特殊醫療照護體系，積極培育各特殊照護體系之專業人力與醫事服務機構，健全各體系之發展，以全面提升醫療照護品質；建構以病人安全、病人為中心之醫療作業與環境，全面提升醫事機構照護品質；推展一般醫學訓練與健全專科醫師訓練制度，及藉由各類醫療品質提升方案之促進，期以提供全人醫療照護服務等所研提的政策方案。

「全人健康照護計畫」執行上的主要特色，是將特殊族群(如老人、原住民)或特殊業務(如長期照護、緊急醫療及心理衛生等)進行跨部會協調整合執行，並強調中央與地方政府單位間垂直與水平之聯繫、鼓勵社區參與及民間投資，希望透過資源共享、民眾參與及產、官、學界之合作，提供細緻、周全及可近性高之醫療照護服務。

衛生署全面強化以全人為基礎的一般醫學嚴謹訓練，讓住院醫師能以全人的觀點，並具整體邏輯分析能力，提供優質的醫療服務，成為全人健康照護計畫穩健的基盤。因此，自 2003 年起住院醫師第一年實施「畢業後一般醫學訓練(PGY1)計畫」，我參與社區實務課程部份，正如李明亮教授(2006)指出：「北投文化基金會結合多方資源，推動社區醫療群、PGY1 的社區醫學訓練等等，這是個大工程，這麼複雜的工作一定要有一個資源整合者，將相關的資源整合起來，也要去思考醫師在這樣的計畫體系中扮演什麼樣的角色，醫師的專業還是要妥善的利用。PGY1 的醫師在基金會進行一個月的社區醫學訓練，我認為是非常值得的一個人生經驗，可以藉機拓展自己的視野，看看社會是什麼樣的，去思考有哪一些事情或哪一些角落是可以去回饋的。」

大夫，我什麼時候才會死？

兩年多來，我在與 PGY1 醫師互動過程中，感受良多。

正如北投社區醫療群蔡秉勳醫師(2006)指出：接受 PGY1 的社區教學計畫之後，不免有些誠惶誠恐，畢竟在基層開業的醫師手上既沒有過人的研究報告也沒有最先進的新知可以教導他們，那麼到底我們能有什麼東西可供傳授？剛開始難免會出現這種疑慮，也擔心他們到基層跟我們共同學習時是否能有真正的收穫。不過當我再度憶起孩提就醫經驗之後，醫學師問診時那親切慈祥的語調，輕柔的觸診，清脆的叩診聲，卻不知不覺烙印在心裡成為深刻的記憶，心裡頭卻覺得泰然自若也踏實多了。因為我已經知道可以傳遞怎樣的信念或價值觀，而不必然是課堂或書上死板的理論知識。

成爲一個優秀的專科醫師，台灣已經具有精湛的訓練機制，這也不是社區基層醫師所能提供的內容，臺北榮民總醫院家庭醫學部社區醫學科陳振文主任(現爲台北醫學大學附設醫院副院長)和我就把 PGY1 社區實務課程安排成爲參與式教學，請 PGY1 醫師參與我們操作「北投社區健康關懷服務合作計畫」，讓 PGY1 醫師去關懷社區裡的長者及弱勢族群，觀察這些長者在接受社會資源回饋之後，健康情況是否有因此而改善，或者藉由關懷訪視發掘長者們的健康問題。PGY1 醫師也可以與社區醫療群的醫師互動，現今所有的醫師未必將來都會留在醫學中心工作，透過與醫療群的互動，讓們了解將來若有一天到社區開業或服務，會是什麼樣的狀況，對這些 PGY1 而言，在漫長的幾十年行醫生涯中，有一個月到基層去看一下對他們是有幫助的，能不能學到什麼實際的東西可能是比較次要的，讓他們了解社區開業醫師的生活及生涯規劃，可能比他們在醫學院裡感受的東西重要的多。

臺北榮民總醫院 PGY1 劉醫師認爲：社區醫學就好像以前國小的「生活與倫理」，國中的「公民與道德」，和高中的「三民主義」一樣。是彷彿融入在我們的生活之中，卻又像一堆八股的理想。課本內的理想與條文，總是讓人背不起來，而且又讓人覺得說的比做的好聽。¹

臺北榮民總醫院 PGY1 許醫師指出：雖然我已經在北投住了七年，但是北投在我的印象中，似乎只剩下自己所居住的建築物。對周遭的環境雖熟悉卻沒有太大的情感。好不容易有個機會暫時遠離「白色巨塔」的生活，渴望讓自己喘口氣，但社區營造的課程對我而言幾乎是完全陌生的議題，甚至「它」是不是只是一種口號，一種無法達成的理想。因此，一種莫名的恐懼及壓力油然而起。

振興醫院 PGY1 陳醫師認爲：暫時的逃離那森然的白色巨塔，可以暫時將醫師袍與聽診器收進背包裡，用寶貴的三十天，讓自己迷失。迷失於北投的小巷小弄之間，迷失於老北投的溫泉煙霧之間，迷失於長者的眉頭眼角皺紋之間，迷失於醫療的被動以及送餐的主動之間，更迷失於醫師的身分變化之間。

PGY1 醫師在投入訪視社區長者後，往往很驚訝居然還有長者居住在看起來像危樓廢墟、有一餐沒一餐的生活、家中的藥品屯積捨不得丟棄、…怎麼會呢？那是一種什麼樣的生活？爲何沒有人來幫助他？

1. 標楷體部份均引用 PGY1 醫師接受社區實務課程的心得報告，詳見本專輯。

臺北榮民總醫院 PGY1 連醫師被獨居的老榮民一眼就問：「大夫，我什麼時候才會死？」他看到被兒子拋棄而獨自住在廢墟的老太太，有幾個孩子一一罹患精神分裂的可憐老夫婦，有租屋在頂樓，無法下樓，也無力打掃骯髒的環境的孤單老先生，這個月親自一同到這些人家中訪視，有許多無形的收穫，特別是讓他想起一位醫院的老師講的話，他說：「一個已經治癒的病人（特別是老人家），為什麼不想回家？」，老師問到這裡還幽默的問各位住院醫師：「如果現在可以回家，你們哪個會願意留在醫院？」，老師說：「可以回家，有誰會願意待在醫院？只有一種情況，就是當你家裡的環境比醫院還差，你就會寧可待在醫院！」。過去對老師的這番話，沒有多大的體會，醫院的細菌這麼多，什麼叫做：「比醫院還差的環境？」，我終於了解，訪視的許多老人家中，比醫院亂，比醫院蒼涼，在這裡每天有人噓寒問暖，進進出出，有事按個鈴就有人到，有時晚上隔壁床的太吵鬧還得吞顆安眠藥才睡得著，這一切對每天活在這個環境的我來說，是極為稀鬆平常，我卻沒有想到，這對很多獨居老人家來說是一個很大的對比。

這樣的心靈震撼，讓我與 PGY1 醫師互相在現場、在「師生談話」中，彼此分享，一起探索醫師的角色和功能，正如北投老人服務中心主任侯靜雅（2006）指出：「離開醫院診間，那黃金 3 分鐘的醫病關係，病人在社區不只是一個病人的符號，而是每一種生命樣態的展現，醫師們，不再是只擷取生理健康的片斷來審視，而是一個個的生命故事。即使長者的用藥習慣，就醫行為讓我們啼笑皆非，而盡力讓長者留在社區接受照顧的確也面臨許多困境，到底，在社區我們能做什麼？或者，在社區我們能為自己的未來做什麼呢？答案也許不是很重要，而是你願不願意參與，現在的開始，就是銀髮族的春天。」

自由的靈魂

我國專科醫師的養成，經歷過七年的醫學生教育、三至五年的專科訓練、加上次專科訓練，讓我們嫻熟專科領域的知識技術，以提供最專業的服務。在為病患服務時，也是以 S、O、A、P 思維，系統的、有效的解決問題。這正契合現代主義概念：以科學為基礎，講求理性邏輯，實驗探證，為人類提供動力，永恆為改進自己境況而努力的思想方式。

系統化就要有評價、有指標、有結果、有標準，因此，醫師要考過各式各樣的執照，必須要有個標準。疾病診斷治療的好壞，要有個標準。住院醫師晚上值班累不累，也可以用接了幾個新病人，睡了幾個小時能當做衡量的標準。

於是，在這種熟悉的操作，侷限了我們的思考和創意，也讓我們相信專業至上、依賴尖端設備、迷信權威，以為醫療可以解決健康所有問題，甚至於「medicine is the king」，這是否就是造成醫師「傲慢」的潛在原因之一。而我個人認為對於醫師更大的傷害在於「工具化」，我們被各種約定成俗的形式，來界定或者規範，以致於忘掉活潑天性、自然舒展生活、自由遨遊的靈魂和純真的生命力，在

逐漸喪失獨立思考的能力和主動精神過程中，我們成爲「白色巨塔」的一份子。

北投社區醫療群蔡秉勳醫師指出：「社區裡所見所聞好像有點籠統，又不是很系統化，更不像在醫院裡可以快速充實自我，應該有人懷疑會不會在此只是虛擲光陰？」「如果醫療是一門「藝術」，何以現在許多疾病的診斷治療會走向近乎「標準化」的流程圖及治療指引？作爲一個醫者，我如何做到處理病人能盡量細膩且與教科書所言的知識同中有異，來彰顯醫療之所以是一門藝術的價值？而我們在之前的訓練中因爲每天總有值不完的班、讀不完的報告、寫不完的病歷、看不完的病人，是很少人能去在意這些問題。以上林林總總的課題，不外是告訴我們人文思考是「全人醫療」的必要條件，作爲醫師的我們是得不間斷地努力學習獨立的思考及判斷。」

然而避開過度被知識體系系統化地操作以求得個人思考的自由，已是當今後現代哲學的重要議題，因此，我期望 PGY1 醫師在這樣完整的一箇月中，徹底的「放假？放逐？放鬆？」讓自己自由遨遊於社區，讓生活步調變慢，氣色變好，還有多了發自內心的笑容。也讓 PGY1 醫師從一個人的社會、經濟及心理層面回頭看待疾病和醫療，更學習到了對於一個人的健康，醫療並不是全部，還有許多可以做的及必須做的，其實我們都知道，只是沒有去完成。

PGY1醫師的觀察力是敏銳的，臺北榮民總醫院張醫師觀察到：以前都會認爲長大就是習慣這個社會的黑暗面，道德的勇氣的結果就是有很多的衝突讓自己遍體鱗傷。但是來這邊看到許多的議題的看法及做法會讓我覺得慚愧，感覺自己才初出社會(醫院其實還算是很被保護的環境)不久，就因爲一些道德上的退讓，讓自我的本質一直在流失。而且社區醫師對於不同想法或是非道德上的衝突的做法不是讓對方屈服，而是說服對方，這些都是很值得學習的地方。

生命的多樣、生活的豐富，振興醫院PGY1醫師陳醫師參與草堂花譜參訪時，得到了滋潤的泉源，老師帶領大家走到戶外直接認識園區中的水生植物，老師手裡拿著一個三箭形的葉子問大家看到這個植物聯想到什麼？當時社區大學的大哥大姐們此起彼落的回答，有人說像飛鏢，有人說像風車，也有人說像竹蜻蜓……老師笑笑的說大家都很有童貞的心情，完全沒有像前幾梯的人馬只想到名門轎車的標誌！挖，當時，真是眼前一片暈眩啊，我我我…就是那個一看就想到benz標誌的傢伙啊！天丫，原來我的銅臭味這麼重阿，真是該好好檢討反省一下自己太過現實的性情了！

以避開醫學的專業使我們忘了怎麼生活，這個月也讓我認識了很多人、交新朋友。不同於在醫院交的朋友都是有工作、輩份甚至於厲害關係的。而這個月則是很特別的，在沒有壓力及工作的氣氛下可以更「全人」的交朋友。在這邊遇到的人都蠻溫暖的。

社區面臨生活上多元化的議題，社區營造就是要尋求認識社區的議題，解決社區的問題，營造沒有一定的模式或內容，也沒有一定的切入點，包括：生活問題的解決、環境景觀的改善、生活空間的創造、終身學習的機制、健康醫療的營造等等，社區居民透過討論、組織、形成共識與行動，一起改造自己生活的家園。「社區健康營造」是以「健康」議題做為社區營造的切入點，希望透過社區組織，達到社區健康的過程（洪德仁，2004）。

以社區發展問題為導向，進行社區的組織與行動。社區營造工作的推動，則透過理念宣導、人才培育、組織營造、具體行動、永續經營等步驟，經由營造的具體成果，擴大居民的參與，在居民參與共同行動解決社區問題的過程中，發現彼此共同的利益，強化對社區的認同，增進共同體意識，然後透過一點一滴長期累積社造的成果，最後達到整合的總體效果。

因此，社區營造是解決社會問題的過程，其策略正好可以運用我們醫療服務常用的「問題導向」S、O、A、P，從主觀（subject）、客觀（object），收集問題，經過分析整理，做出優先議題決策（assessment），然後研擬執行因應對策（plan）；不過，在根本的內涵，是絕對不同的，在醫療服務中，S、O是由醫師收集，也就是說這是醫師觀點的，最多是要求醫師多傾聽，而優先議題決策是醫師主導，decision making 是專業者決定，因應對策也是醫師研擬執行，整個過程是由上而下的模式，病人及家屬只是被告知，「知情同意」是醫療品質的規範。醫師面對病人，在專業上是不對等的，擁有健康知能的醫師，善意的為病人做出疾病診斷、安排檢查、治療，講清楚、說明白，做好衛生教育，病人順從醫囑，就是被認定是服務品德的好醫師。

在社區營造及社會工作領域，其策略、步驟相同，不過，心態是絕然不一樣的。專業者要隨時放在心理的是，社區才是主體、民眾是承載個體，我們專業者是客體，是專業諮詢、協助角色，聆聽、體諒、善解，才能圓滿成就。我們要學習如何與非醫療專業的民眾，一起討論健康問題，尊重不同觀點，做為醫療專業的醫師，走出診療間，與社區、民眾互動，心態上若能由威權專業所主導的思維，走向誘導民眾自我學習、組織培力學習機制；由個人健康走向社區生活環境的健康。不應只限於專業的主觀思維，而是和民眾站在平等的地位，以民眾的語言，共同參與疾病的防範，才能建構更全面性的、更完整的健康促進。

在社區互動過程中，在執行中，可以注意到一些操作技巧：

1. 建構開放對話環境，尊重居民的發言、表達，參與的機會，儘量做到參與的普遍化。
2. 找到一致的社區共識，準備好了再上路，著眼眼前具體工作，不嫌小事，由好的還可以使它更好的部份下手。
3. 激勵士氣，鼓勵社區自主能量，不忘隨時發掘人才，激發社區創意與潛力。
4. 以身示範，歸功他人，公開讚揚別人的貢獻，懂得營造歡樂氣氛。

像擔任基隆市安樂區鶯安社區發展協會理事長，同時也是長庚醫院林口醫學中心副院長謝文斌醫師說：「在醫院裡做成決策，要求執行即可；當參與社區

工作後，因為社區人多，大家的意見也多，而且常是在執行後，意見才出現；剛開始，在自己無私的努力付出後，聽到風言風語，心頭會有點氣，現在已學會包容，聽到批評，都會思考人家講的是不是有道理，至少對方也在意社區事務。」

也就是說，以對等、尊重、同理心情，多聽、多鼓勵，必能贏得敬重。

振興復健醫學中心PGY1賴醫師觀察到：等待，是另一個在基金會最常體驗的滋味；往往在課程與課程中間、活動等待集合之時、確定行程之前，總是不斷的等待，亂中有序的等待，我總是自我期許讓自己在這樣的等待之中磨練耐性與修養。儘管在大學時期便參與過醫院的大專志工隊，也自詡對待病患還算有耐心、同理心，然而在訪視了文化、福興、吉興等幾個里的長者之後，我才發現在醫院的環境中再怎麼有耐心，始終是以醫師本位的君父角度出發，走出了白色巨塔，來到社區關懷站、長者家中，實地走訪才能理解，對於獨居的長者，尤其是貧病交迫的長者們，生活三餐已是個大問題，糖尿病的飲食藥物控制衛教、血壓與血糖的量測與紀錄更是天方夜譚。

只要我們抱持聆聽、體諒、善解心情，積極參與社區營造，正如謝文斌醫師所說的：「相信社區營造是一條漫長但會有豐美果實的路，因為社區的凝聚力是慢慢累積的，一旦累積到一定的吸力，凝聚的速度會更快，到時，社區就會像是一個大家庭一般。」

回首的省思

我和PGY1醫師相處互動中，持續省思醫師的角色，也從年輕醫師熱忱和付出中，堅定當初成為醫師的承諾。

振興復健醫學中心PGY1賴醫師指出：習慣醫學生活的我也早已在潛移默化中被制約而習於確定的課程、行程，對於不確定的事物，總是要儘可能加以確認；面對問題時，尤其是醫學的問題，這個看似邏輯的模式令人放心，自我感覺無愧於病人、無愧於醫師誓辭；醫學教育教導醫學生以科學方法解決問題，然而，弔詭的是，在從學生進入社會、逐漸成熟的過程中，卻也是在打破此一信條的過程，失去了邏輯可以依靠，便要惶惶然不知措其手足，於是，在醫學中，我們習以將人簡化的科學/醫學邏輯思考，解決科學/醫學上的問題，然而，人的本身，卻有更多科學以外的存在，在「人」之前，醫學顯得渺小。

臺北榮民總醫院 PGY1 劉醫師也認為：我曾經對一位剛畢業的醫生來到社區能做什麼感到迷惘，問題之多，自身能力之渺小，究竟這一個月等著我的是什麼？現在也許我只是很簡單地說，這是一段讓我重新細細體驗諸般人生感受的時光，將帶著某個程度的期待與理想前進，會留意關心那或多或少隱藏在疾病後頭，不是輕易被發現的生活、家庭故事；什麼東西令人積極地想改變，又有什麼問題是得等個水到渠成，我想經歷過的人都將自有見地～

振興復健醫學中心 PGY1 賴醫師認為：這一個月來，曾經為了醫學知識的逐漸生疏而焦躁過，目前的我，能做的也許就是基金會安排的訪視，在醫療之外，

付出原本是人際關係之間最基本的關懷，相信也是這些長者們最需要的，關懷，無非關懷罷了！

我想健康是一個需要長遠努力的願景，給民眾一個安全、有品質、健康的生活環境，是醫師的天職。我，做為一個提供基層健康服務的社區醫師，很幸運的、很感恩的有機會和社區、和年輕醫師一起探索生命的奧妙，心靈交會和思索生活的本質，以我的健康專業，參與這個時代脈動。

參考文獻

1. 李明亮(2006) 推動社區醫學訓練 落實基層醫療。台北北區社區醫療群社區健康醫療專刊 5：封面裡。
2. 洪德仁（2004）社區健康營造的資源。鄭惠美編，健康促進與資源運用，頁187-218。台北：台灣健康促進暨衛生教育學會。
3. 侯勝茂(2006) 推展全人照護計畫，健全醫師訓練制度。台灣醫界 49（1）
4. 侯靜雅(2006) 社區的新兵－PGY1。台北北區社區醫療群社區健康醫療專刊 6：2。
5. 陳振文(2006) 社區實務的驚艷與經驗。台北北區社區醫療群社區健康醫療專刊 6：14-15。
6. 蔡秉勳(2006) 社區醫學訓練之分享與回饋 —PGY1 的放假？放逐？或放鬆？。台北北區社區醫療群社區健康醫療專刊 5：18-20。
7. Lalonde : A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document,1974.