

- of Information about an Interpersonal Relationship. pp. 309-442, in Silvan S. Tomkins and Carroll E. Izard (eds), Affect, Cognition and Personality. New York: Springer Publishing Company, Incorporated. 1965.
- 6 George E. Cartwright: Wilson's Disease, In Harrison's Principles of Internal Medicine, 8th ed., McGraw-Hill Book Company. pp. 662-664, 1977.
- 7 Glaser, B. G. & Strauss, A. L.: the Discovery of Grounded Theory. 南山堂翻印 PP. 108, 112. 1976
- 8 Gardner, H., Albert, M. L., and Weintraub, S.: Comprehending a Word: The Influence of Speed and Redundancy on Auditory Comprehension in Aphasia. Cortex, 11: P. 155-162, 1975.
- 9 IRmin stemlieb, I. Herbert Scheinberg, :Prevention of wilson's Disease in Asymptomatic Patients. New England Journal of Medicine Feb. 15, P 352-359. 1968.
- 10 Lambert, William W.: Interpersonal Behavior P. 885 in Paul H. Mussen (ed) Handbook of Research Methods in Child Development. New York: John Wiley and Sons, Incorporated, 1960.
- 11 Leventhal, Howard, and Elizabeth Sharp.: Facial Expressions as Indicators of Distress. PP. 296-318. in Silvan S. Tomkins and Carroll E. Izard (eds), Affect, Cognition, and Personality, New York: Springer Publishing Company, Incorporated, 1965.
- 12 Marcia M.: Aphasia: Providing Better Nursing care. Nursing Clinics of North America, Vol. 13. No. 3 Sep. P. 543-555, 1978.
- 13 Maslow, A. H.: Motivation and Personality. New York: Harper and Row, 1954.
- 14 Myra Levine, : The Pursuit of Wholeness, American Journal of Nursing, 69: 97-98, 1969.
- 15 MacBryde Cyril-Mitchell, Blacklow Robert Stanley, : Signs and Symptoms J. B. Lippincott Company P. 670, 1975.
- 16 Norman S. et al.: Understanding Aphasia. Amer. J. Nurs. 79: 2135-2138, 1979.
- 17 Petrillo, Madeline and Sanger, Sirgay : Emotional Care of Hospitalized Children, An Environmental Approach, J. B. Lippincott Company, 1973.
- 18 Rubin R.: Body Image and Self-esteem Nursing Outlook, 16(6): 22, 1968.
- 19 Sharon L. Roberts, : Behavioral Concepts and Nursing Throughout the Life Span. 南山堂翻印 PP. 49-74, 1979.



護理於 醫療中 之角色

孫善祥

隨著時代的進步，提供民衆最佳之醫護服務一直是從事醫護決策者所尋求的方向。醫護服務自預防疾病、促進健康、維持健康、治療疾病乃至復健，其目的在在均是使每一位國民於醫療網下，得到醫護照顧，所以醫護服務方式亦隨著民衆的「需要」而改變。

民衆之需要，可自本省社會現象而了解一、二，以下即自幾方面來看社會對衛生之需求：其一，以七十年代台灣地區十大死因統計得知慢性病佔其中七項。慢性病之特徵係病程長，多為無法恢復之病理狀況造成，可能留下殘障，若個案抵抗力差則需長期之醫護照顧及復健訓練。設若長期慢性疾病佔據醫院病床，勢必造成更多更嚴重急性病患者無法適時入院治療而延誤成重病，對個人、家庭、社會損失更鉅。故慢性病及出院後需職能治療、物理治療等長期復健之病患，必然由公共衛生工作人員承擔起此部份責任。

其二，自人口年齡層看六十五歲以上之人口於六十九年之統計佔全部人口百分之四·一五。自民國四十年至六十八年間，男性壽命平均增加十六·二六歲，女性壽命平均增加十一·一六歲。由於預防醫學進步，人們生活水準提高，壽命普遍延長，老年人口亦年年有增加，它是時代進步之象徵，反過來說它亦代表被負擔人口年年增加，人口趨於老化，隨之而起的就是老年人醫護照顧的問題，老人院之設立，老人醫學之發展及老人慢性長期疾病之居家護理。

其三，即出生率。民國六十九年台灣地區出生率為千分之二十三·三八，每平方公里有四百九十四人，為世界人口密度最密地區之一。人口密集，帶來沉重的教育負擔，衛生醫療

設施及需求的增加、治安問題、環境污染、居住空間問題、交通擁擠、食物之缺乏……等等無以計數的損失。如何提高人口品質，抑制量的增加，有賴全民之了解及推行，家庭計劃研究所即在配合人口政策全力推行家庭計劃，此亦為一重點之工作項目。

其四，社會形態改變。社會係由家庭組成，昔日大家庭制度，已因工商業繁忙之情況產生的小家庭逐漸取代。小家庭多為夫婦二人做事，對子女的照顧不易兼顧之情況下，再因物質生活提高，以物質彌補精神生活之不足，自然導致心理之偏差，所以提昇全民之精神健康及減少心理問題之發生，就成為一項重要的工作。此外，因工商進步，世界由於交通發達縮短了彼此距離，來往頻繁的結果，一旦有傳染病發生很容易迅速散播開來，所以防疫工作益形重要。最後，由於工商進步帶來文明的後遺症，如噪音、空氣污染、水污染、垃圾堆積、山林砍伐、林相變更、動物植物生存環境改變、生態變化……等等環境保護及食品衛生的問題。

一、二級醫療保健 (Secondary Health Care)

通常指由具有相當程度專業化之醫療人員 (specialist)，在專科醫院診所或地區醫院 (Community Hospital) 內針對較不常見而需要專門知識技術的疾患，做門診或住院的醫療保健。在國內如省、縣、市立醫院、私立綜合醫院或比較大型的專科醫院均是。它服務的人口數常以十萬為單位。在醫院內服務的護理人員即在此層次，其醫護知識需更深而專精於數科之程度。

二、三級醫療保健 (Tertiary Health Care)

通常指具有高度專業化之醫療人員，兼負有教學研究和服務任務的醫療中心 (Medical Center) 內，以較高深層次的儀器、設備和技術處理較罕見或較複雜之疾患。此類服務採住院為主，門診兼顧。它主要的責任在教學及研究，服務對象通常以百萬人口計。於此層次之護產人員則更專精於某一科，如麻醉、ICU、CCU，呼吸治療、洗腎……等。

由以上可知「基層」及第一線醫療保健是普遍而最直接接近民衆需求的服務，綜合其特性如下：

1. 病患情形：

- ① 病患情況為常見、容易鑑別的。
- ② 緊急處理急症、穩定後立即轉送二、三級機構。
- ③ 長期慢性疾病和需復健者。

2. 主要目標：

- ① 做篩檢 (Screening)、常規診治 (Routing) 及轉介 (Referral)。
- ② 能提供每一種基本的醫療保健服務以預防疾病、維持健康、治療常見疾病及殘障重建。
- ③ 對病人及其家庭或社區提供支持、關懷、穩定其健康情況。

④ 予個案持續性管理及不同性質之服務。

護理人員於各層次之醫療服務網中之重要性由以上所述可略見一斑。因此護理人員尚需不斷充實自己，使醫療知識跟得上時代，使護理知識能有自己一套的護理理論 (Nursing Theory)、護理研究 (Nursing Research) 以護理過程 (Nursing Process) 推展之。

此外，尚需有流行病學之概念以及有關「人」的各項知識如法律、社會學、心理學……等。庶幾乎達成健康之目的；造福人群，乃為每一位從事醫護者之初衷必可實現矣！

綜合以上可知我們目前需努力的工作內容。為配合上述上述項目醫療保健體系之確立，擴大醫療服務內容乃當務之急。

我國醫療保健服務體系主旨在使每一國民有醫療保健需要時，就能夠得到適量、適質及合理費用的服務，則小病不必於大醫院前晚即排長龍掛號，大病於大醫院，不因病患衆多擁擠而無暇排個案的需要給予適當的照顧。所以，如何使個人醫療保健服務得到最適切的照顧，乃建立醫療體系之目的。

一般而言，按照提供個案、家庭、社區之醫療保健，將服務體系依其功能區分為三個層次，在此筆者特別加上最初級的第一線保健服務，若第一線之服務多加強，則醫療體制益形穩固，因此將其分為二個層次：

一、第一線保健服務 (First Aid and Education)：

此項工作以與民衆能最初步、最直接接觸之醫護工作人員為主，而此項工作人員以曾接受過醫學體系訓練之護產人員為最重要。由於護產人員衆多，對於民衆在醫療方面能夠提供普遍而正確的知識及衛生教育知識及一些急救之處理，而且民衆需要時護理人員即在當地。目前衛生室之設立即具備此性質。其工作對象以二千人為最多，舉凡一切婦幼衛生、家庭計劃、慢性病之預防、復健、老人病……等均能提供一個個案，家庭、社區一套完整而整體性之護理。並可彌補偏遠地區醫師之不足，「小病小醫院治療，大病大醫院治療」藉著服務的機會將需進一步「治療」的患者轉送至適當的醫療機構是其最重要工作項目之一。所以如何加強第一線護產人員的訓練，及如何統合退休未再工作之護產人員實為確立第一線保健首先應努力的目標。

二、基層醫療保健 (Primary Health Care)：

它是人們接觸醫療保健服務的開始，人們可以得到基本和綜合性之服務。通常以衛生所或保健站、衛生室、巡迴醫療、私人開業診所之門診方式處理。提供服務之醫療人員多為一般科醫師 (General Practitioner; Generalist)，由於具有基本而廣泛之醫療保健知識和技術，着重處理常見的疾病和傷害，並使個案獲得持續性的照顧。所以它除了以門診為主，以小人口群為對象，人口亦以千人口為單位。其設立的數量亦要多。

衛生所護理人員在此系統內除了預防注射及一些預防保健之措施而外尚兼顧門診等醫療部份之追蹤、家庭訪視……等居家護理 (Home care) 之服務，其範圍更能確立，地位亦同等之重要。