好備教助決策

Fine Health Education Assists Shared Decision Making

醫病共享決策的
臨床護理指導功效

The Efficacy of Clinical Nursing Guidance in the SDM Process

推動「醫病共享決策」，
讓病人有充分的認知
做正確的醫療決策，
由護理師扮演「醫療決策」引導員，
架起醫師與病人之間的溝通橋梁；
提供單張人性化及
多媒體資訊化的衛教方式，
讓護理指導更生動，
最重要的是，
了解病人的想法及擔心，
也讓醫師與病人互相理解，
提升照護品質及病人滿意度，
醫病兩相安……

■ 文 ｜ 王淑貞　花蓮慈濟醫院護理部副主任

在醫院工作的你我，總是會成為親戚朋友請問醫療決策或第二意見的對象。有一天接到母親電話問我的意見，有一個遠房親戚因為中風住院，經過一個月的治療，因為呼吸器無法撤除，醫生問病人的子女「氣管要不要切？」他們聽到要切氣管才能轉到呼吸照護病房，全家頓時一團亂，因為不知道病人的病情到底嚴重到什麼程度？「那氣管切個洞，不是就很嚴重？」又想到病人自己一定不肯被切、要怎麼說服？那氣切了以後要怎麼照顧？許多疑問待解，也就不敢擅作決定，而且家裡

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	1,561	96.1
男	63	3.9
總計	1,624	100.0

工作科別屬性	合計	%
內科	337	20.8
外科	249	15.3
小兒	77	4.7
婦產	64	3.9
急重症	317	19.5
功能小組	16	1.0
血液透析室	61	3.8
手術室	105	6.5
門診	212	13.1
心蓮	24	1.5
行政	37	2.3
其他	125	7.7
總計	1,624	100.0

醫院年資	人數	%
1年以內	266	16.4
1~2年	267	16.4
2~3年	192	11.8
3~5年	245	15.1
5年以上	654	40.3
總計	1,624	100.0

職務別	人數	%
護理師/士	1,312	80.8
副護理長	63	3.9
護理長	71	4.4
督導以上	19	1.2
個管師(功能小組)	52	3.2
專科護理師(含資深護理師)	107	6.6
總計	1,624	100.0

職級	人數	%
N	535	32.9
N1	286	17.6
N2	606	37.3
N3	138	8.5
N4	59	3.6
總計	1,624	100.0

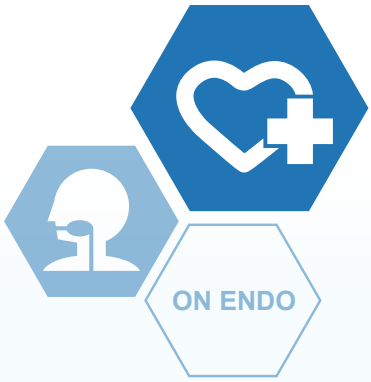
年齡	人數	%
≦20歲	68	4.2
21-25歲	546	33.6
26-30歲	298	18.3
31-35歲	257	15.8
36-40歲	245	15.1
41歲以上	210	12.9
總計	1,624	100.0

已經有一個失能長輩花錢請看護照顧，現在病人如果氣切後的照顧又再需要一個人……怎麼能貿然出院回家呢？

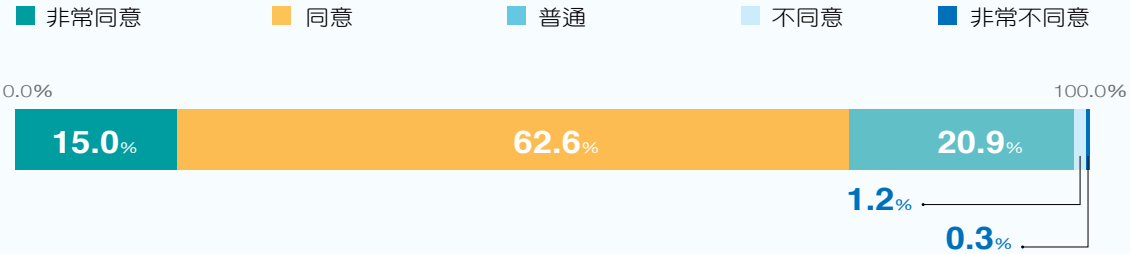
在整個過程中，如果有人能幫助病人和家屬解除對氣切的疑惑，說明出院後的照護其實難度沒有那麼高……家屬應該就可以很快下決定了。

醫策會推動「醫病共享決策（shared decision making, SDM）」，也是我們希望能做到的醫護病溝通模式，強調以病人為中心，讓病人決定其醫療選擇。前提是，要有好的輔助工具，提供病人充分的資訊，而除了醫師之外，護理人員更可以扮演醫師與病人間的橋梁，有如健康老師或健康教練的輔助角色，讓病人了解自己的疾病，也讓醫師了解病人的想法。

「要吃『高鈣』喔！」被聽成「要吃『九次（閩南語）！』」雖然這是常聽到的醫病溝通笑話，但也反應醫護人員在衛教時需要謹慎使用慣用的醫療用語。2014 年醫策會病人安全通報系統調查，病人安全出問題的事件有近三分之一與醫療團隊的溝通有關；原因除了「病人疾病複雜」及「醫病關係緊張」之外，「沒有時間」及「病人有聽沒有懂」更是醫病溝通不佳的



1. 我都能做到提供每位病人／家屬足夠的照護訊息？（N = 1,624，單選）



2. 我有足夠的時間，提供病人／家屬護理指導？（N = 1,624，單選）

主因。護理人員的業務包含問題評估、預防保健、護理指導及諮詢，所有的環節，考驗著護理的專業與溝通表達能力，而清楚說明病人的照護——衛教，應該是護理人員的基本功。

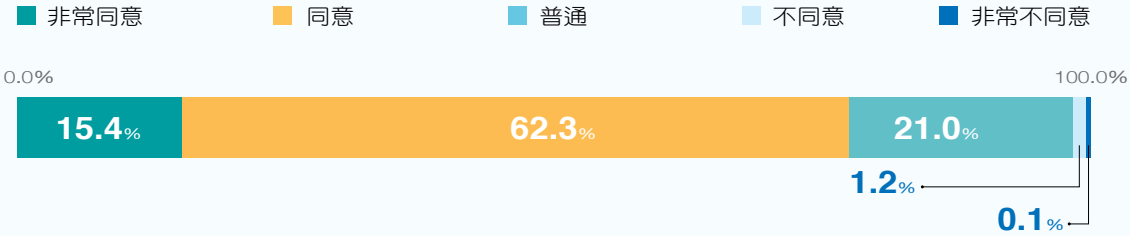
所以，本期問卷針對護理人員平日護理指導的執行、訓練及能力進行調查，也希望能激發出大家的衛教創意。

衛教知識有自信

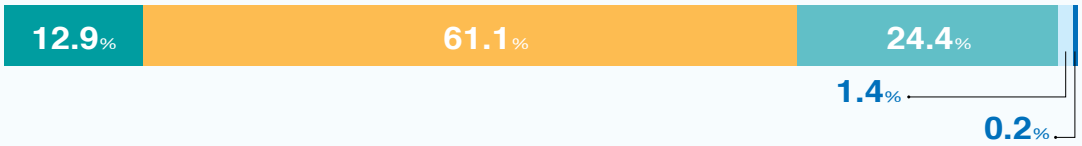
本期有效問卷 1,624 份，首先請問六家慈濟醫院護理師，覺得自己提供病人或家屬照護資訊的能力，77.6% 的護理人員表示能提供足夠的訊息，其中 15.0% 表示非常同意，可能覺得自己做得不夠好的只有 1.5%。

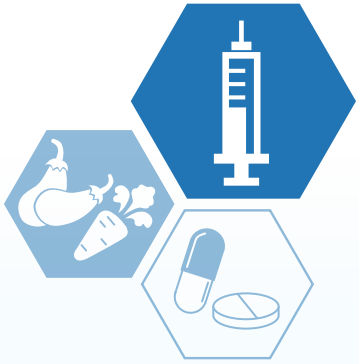
在臨床提供病人或家屬與疾病照護相關的資訊，除了照護知識及技能外，還需要了解病人的教育程度及其對疾病或症狀理解的程度和描述。例如我們習慣用疼痛分數來辨別病人疼痛的嚴重程度，但有很多的不適感受並不一定是「痛」，而可能是「卡卡的」、「刺刺的」、或是你看到他不想講但表情很怪……，一個剛跟疾病「相處」的病人，和一個已經與病共處很久的人，可能表達起來就不一樣。

3. 我有能力協助病人／家屬提升照顧技巧？（N = 1,624，單選）

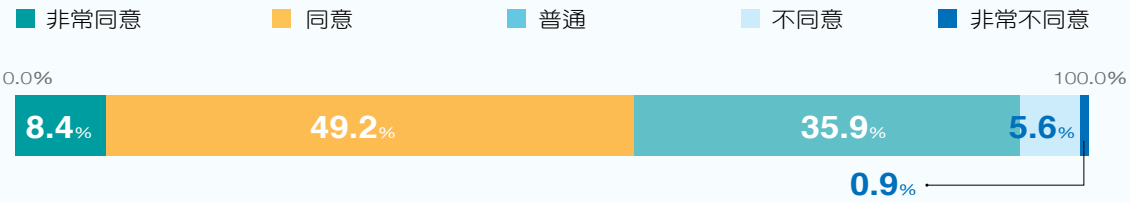


4. 我的護理指導的訓練是足夠的？（N = 1,624，單選）





5. 單位的衛教單張的種類，能滿足我進行護理指導的需求？（N = 1,624，單選）



事實上，很多病人不會主動說出他們的想法，安寧共照師林曉君曾衛教一位使用嗎啡止痛藥病人時，病人就說出：「我堂堂一個公務人員，怎麼可以吃毒藥！」可見病人雖然遵從醫師指示服藥，但內心卻想著，自己承擔著吃嗎啡是犯罪的衝突。這時護理師若只告知藥物作用和副作用是不夠的，護理人員有責任讓病人把內心的疑問提出來。

時間總是不夠　善用資訊系統

「時間總是不夠用」應該是所有護理人員共同的感覺。所以，當問大家是不是有足夠的時間提供病人／家屬護理指導，覺得時間不夠的高達 10.3%。

護理人員是所有醫護團隊中與病人接觸最密切，在照護過程中，隨時在評估病人的需求，不管是住院或返家後的自我照護，都能適時給予最佳的指導。要提供充足的資訊讓病人理解自己的疾病與照護，必須要有充分的時間，顯示要提供足夠時間進行護理指導，是一項比較大的挑戰。

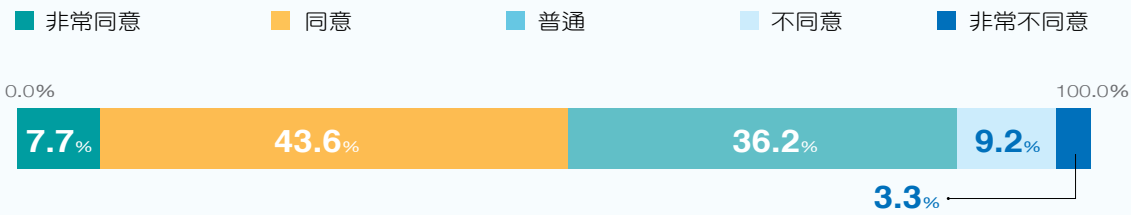
不過還是有 52.7% 覺得時間足夠衛教。事實上，護理人員無時無刻不在衛教，而且，現在還多了電腦資訊系統的協助。

在發藥過程需要跟病人解釋藥物的作用及副作用，資訊系統能讓護理人員在發藥時點選用藥的注意事項，也能自動列印給病人及家屬；病人出院前，各團隊間的照護計畫也能夠在資訊系統中呈現，返家後的注意事項也列印給病人。護理人員除了在住院期間提供指導之外，更要考量出院後的照護。

病家學會照護　護理指導有成就感

護理人員對於協助病人及家屬提升照護能力這方面，顯現自信，只有 1.3% 覺得能力不足，有近八成的人肯定自己。以骨科為例，病人手術後，復健師會先指導每日復健活動的計畫，但病人可能會因為害怕疼痛、擔心傷口、或沒有人協助，而阻礙復健的意

6. 單位的資訊設備能提供我足夠的支援進行護理指導（例如：網路、電腦、平板）？（ N = 1,624，單選）



願。此時就要靠護理人員詳細評估病人活動與疼痛的狀況，適時給予止痛，並與復健師討論病人復健計畫，提供個人復健活動。在每位病人的病床邊，都會有客製化的復健示意圖，所有的團隊都了解病人復健進度，病人也能更有信心復健。此外，護理人員在執行每一項技術的過程，其實就是護理指導的最佳時機，隨時提供照護知識，示教和回示教評估病人／家屬照護的能力，讓病人安心出院。

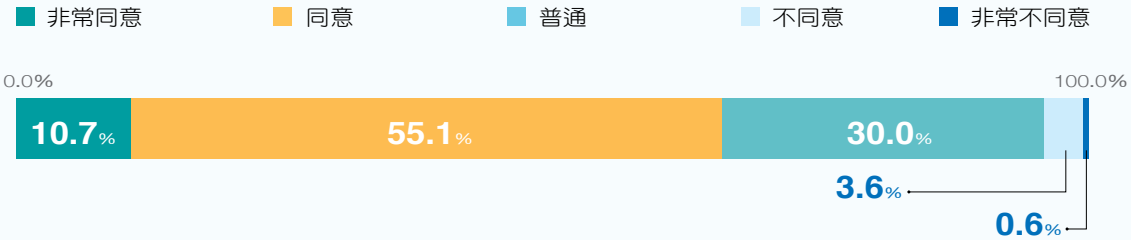
當然，我們在幫助病人和家屬提升照護能力的同時，也要注意一些相關細節；例如，有一位居家自我導尿十幾年的病人，曾經反覆發燒未就醫，病人以為這是正常現象，住院才知是尿路感染，且護理師發現，十幾年來病人都使用同一條導尿管。

扎實訓練護理指導　教病人也要適性

有超過七成護理人員認為自己的訓練是足夠的，其中 12.9% 表示非常同意，61.1% 表示同意，24.4% 則表示普通。護理人員自學校就開始訓練提供病人／家屬合宜的護理指導，包含評估與溝通技巧，在進階課程也包含教與學，護理指導經驗也納入進階能力之一。近年來健康素養也受到護理重視，健康素養包含對健康知識的理解和文字的閱讀能力，花蓮慈院針對各科的衛教單張作調查，就發現現行的護理指導單張有很多的內容，病人對於單張上的內容並不完全了解，尤其是醫療術語或是方法，例如病人不知道泌尿道感染是什麼，對鼻胃管引流的消化液不了解，以為是痰，鳳梨去舌苔如何做？不清楚。這些的調查有助於護理人員修改護理指導的依據，因此，開始進行對健康素養相關課程訓練，及修改現行的護理指導單張。

花蓮慈院合七病房的李彥錚護理長回饋，她認為護理指導內容一定要了解病人的生活處境，曾經有一個從外院轉到單位的自殺病人，自小因為疾病

7. 我有能力和病人／家屬討論照護決策？（N = 1,624，單選）



無法自行解尿，每次都要用導尿的方式才能解決排尿問題，雖然醫護人員教會他如何在家導尿，但一到學校，這個病人不是憋尿，就是要忍受被同學譏笑的眼光，利用下課十分鐘進到廁所導尿，有時為了趕時間，就很倉促的亂戳尿道口，導致流血的不堪場面，最後因為無法忍受，而生起輕生的念頭。彥錚也聽到其他病人曾有類似的經驗感受，所以她提醒單位護理師，可以讓病人之間互相分享經驗交流，但每一次的護理指導都要依據病人的個別需求提供訊息，而不是只有技術性冰冷的指導。

衛教單張多平臺　多語言多圖解

至於單位的衛教單張的種類，能滿足護理指導的需求嗎？有近六成同意衛教單張能夠滿足其需求，35.9% 則表示普通，不同意的有 6.5%。

現行的護理指導工具還是以書面的單張佔多數，因為方便給予，隨手可得，不需其他的工具，但缺點是紙張易遺失、病人或家屬需具備識讀能力。因此因應病人習慣及資訊的發展，開始將衛教單張資訊化及多平臺運用，利如：條碼掃描（QR code）、不同語言影音衛教、簡單易懂易記的口訣或懶人包等等。

例如傷口小組設計了放射線皮膚炎的預防組合照護，「觀、查、潔、膚、集、治」，讓病人理解又好記。還有，加上分格圖解也是一種好方法，插氣管內管無法講話、聽不懂國臺語的病人，也能用點選圖案來表達其想法。心蓮病房也針對外籍照顧者提供不同語言的影音衛教，提供照護者學習的管道，另外有很多病房及門診區也掛貼上 QR code，讓民眾可以隨時取得資訊，並直接紀錄到智慧型手機，隨時可以看，免除紙張會遺失的問題。

資訊設備輔助　愛上科技不忘人性

單位的資訊設備足夠支援進行護理指導？有 51.3% 同意、36.2% 普通、

12.5% 不同意。相較起來，這一題的滿意度偏低。顯示科技進步快速的發展，各種的護理指導工具不斷的創新研發，但醫院的設備採購往往來不及補足使用者的需求。醫院在這個部分也很積極在擴充，例如電子白板、平板電腦、及全院區無線網路系統等。不過值得探討的是，這麼多的輔助工具，只是讓醫護人員的護理指導更有效用，病人／家屬獲得更充分的訊息，但很重要的，還是要先能夠評估病人，了解病人的想法，協助病人理解及做決策。

時代在進步，多媒體的衛教方式，讓醫療照護更生動，更符合照護的情境。護理人員要兼具高科技與高人性化的服務，除持續化的專業再教育之外，還要從細節著手，讓關心「人」成為自己本能的習慣。

最後一題，我們就問護理人員，覺得自己是否有能力和病人共同討論決策。有 65.8% 選擇同意，覺得自己有能力和病人共同討論治療決策，其中 10.7% 更是非常同意。而覺得自己能力不夠，不能和病人共同討論決策的有 4.2%。

醫策會自 2015 年推動「醫病共享決策」，期望醫護人員能夠協助病人及家屬做決策，而不是單向的由醫師主導的，而護理人員扮演病人的代言人，有責任讓病人了解其醫療處置，引導病人提出他們的想法及擔心。花蓮慈院在推動人形圖教學後，護理人員越來越清楚提供病人／家屬護理指導需要依照病人的特性，要先了解病人的想法及對疾病的期待，依照病人的想法和病人討論。

例如病人期待回家後不要事事依賴家人，了解病人的期待後，護理人員就可以依此鼓勵病人執行自我照顧的各項技能。

有些治療選擇是病人害怕的，例如一位鼻咽癌的病人合併第四期放射治療口腔潰瘍，因疼痛及破損厲害無法由口進食，病人應要插鼻胃管及暫時停止放射治療，但病人覺得插鼻胃管太難看了，很丟臉，一再拒絕。此時護理人員除了護理功能，想到自己和病人一樣是年輕母親的角色，用這樣的心情和病人討論插鼻胃管及不插的影響，還有對孩子的愛，讓病人最後同意插鼻胃管，順利完成放射治療，並順利出院。

「醫病共享決策」必備的因素是知識、溝通和尊重，在醫病知識不對等的權威醫療體系照護下，病人／家屬的知識要能提升才能夠談論「共享決策」的平臺，因此護理人員扮演很重要的角色。護理人員可以是一個很好的「醫療決策」教練，在醫師與病人討論病情之前，若有護理人員先協助了解病人的想法及關心的重點，將有助於醫病關係，提升照護品質及病人滿意度，病人也能夠依照自己的意願，選擇最適合自己的照護模式，達到醫病兩相安的雙贏照護。