

家庭醫學簡介

蔡世滋主任 演講摘要

整理：林貞姬

一、 家庭醫學及醫業 的源起與基本原則

A. 源起

回顧一下醫學的發展史，我們可發現最初醫生只有一種，但隨著科技的進展，醫學愈來愈重視專科的知識與技巧（specialized），在今日，甚至有過於細分（over-specialized）的現象。關於「專家」與「萬事通」二詞，以下的句子詮釋得令人莞爾：

A specialist

learns more and more about
less and less until he knows
everything about nothing

A generalist

learns less and less about
more and more until he knows
nothing about everything

當然，這兩種情形都不是我們所樂見的。尤其在今日，病人為何去求醫？去看病呢？這個問題已不再只有傳統的單純答案，根據研究，其真正原因至少可分五類：

1. Pain or Malaise：即病人不知病由的疼痛或倦怠。

2. Anxiety about the meaning of Pain or other symptoms：即疼痛或不舒服所引起的焦慮。

3. Problems with living：生活上的問題。

4. The need to legitimate sick role behavior：肯定自己在家中的疾病（受照料）角色，這通常是一種轉移家庭潛藏危機的病態防衛。

5. The prevention of disease：例如體檢。

如果能夠針對病人看病的真正原因，採取周全的（comprehensive）健康照顧，才能真正解決病人問題。早在1927年時 Joseph 就指出：大部份的病人僅須完善的基層醫療服務，即可恢復或保持身心的健全。而家庭醫學的發展就是希望能矯正過度專科化所帶來的見樹不見林的偏失，並提供大部份民衆所真正需要的，全面性的基層醫療服務。家庭醫學可說是一門新的學術領域，它所應具的知識與技能（knowledge and skill），是除了傳統的生物醫學（Bio-medicine）外，再加入現代的行為科學（behavior science），以期待使民衆除了生理的正常功能外，也能保有平衡的社會心理（psychosocial）狀態。

表1. 當一個家庭面臨危機而可援助資源又不適當時，此家庭可能會用到的病態防禦機轉

Avoidance	拒絕	Postponing	拖延
Conversion	轉變	Projection	外射
Denial	否認	Rationalization	合理化
Displacement	置換、轉移	Repression	壓抑
Identification	認同	Somatization	體表化，軀體化
Introjection	內射	Transference	情感移轉
Masking	掩飾		

eg 為了逃避家庭的危機，家中的成員很可能會以發生疾病（Somatization）來轉移大家的注意力以掩蓋家庭真正的問題。

圖 1：家庭運作週期和家庭遭遇外來壓力事件 (stressful life events) 時的可能反應三模型)

(1)處於功能運作平衡的家庭 ← (2)外來的壓力事件

5.接受或適當的處置

4.適當健全的資源援助 ←

(3)暫時失去平衡的家庭

(6)不健全的資源援助

(7)危機 → (8)尋求家庭以外的資源

(9)病態防禦機轉

(12)末期平衡 ←

(10)病態平衡 ←

(11)外來壓力事件

表 4. 無疾 (nonclinic) 和有疾 (clinic) 家庭在 APGAR 計分問卷上的比較

總分範圍：0 到 10 分，各別項目：0 到 2 分

	無疾 (nonclinic)	有疾 (clinic)	T-test t(1)=3.43	
總分：	8.24	5.89	p<0.001	
項目	各別項目得分			
1.接受度 (adapation)	1.74	1.11	t(1)=3.43	p<0.001
2.相互關係 (partnership)	1.61	1.16	t(1)=2.72	p<0.001
3.成長 (growth)	1.82	0.95	t(1)=4.24	p<0.001
4.情感 (affection)	1.68	1.16	t(1)=2.51	p<0.01
5.決意 (Resolve)	1.39	1.53	t(1)=0.75	p:ns

B. 原則(一) 3C

以上先揭櫫了家庭醫業的基本精神和理想，而家庭醫業最重要的執行者便是家庭醫師，由於這個行業的特殊性 (unique role in medical care system)，家庭醫師必須能針對整個家庭的成員，不論性別、年齡，提供內、外、婦、兒的若干領域的服務，及其行為問題和社會心理 (psycho social) 層面問題的照顧。

除了將患者帶入醫療系統外，家庭醫師還具備了「3個C」的特性，3C即是Continuity (持續性) Comprehensiveness (周全性) and Coordination (協調性)。

Continuity: 表示了對民衆一種涵蓋了平時和病時的關懷和照顧，這的確是一個增進醫患溝通和加強一般民衆健康常識的最佳途徑。

comprehensiveness: 對民衆各層面的綜合照顧，包括：預防醫學的

實施與教育、疾病的治療、預後的追蹤、心理諮詢、社會、經濟支援等。

coordination: 協調、啓用社區資源，包括必要時將病人轉介給其他專科醫生，借助專科的技術與設備，使病人能迅速治癒疾病、重享健康。

以上前面的二個C (continuity and comprehensiveness) 乃是源自於古時服務到家的醫師制度。而第三個C則是經由完善的雙面式轉診制，使病人亦能受惠於現代進步的尖端醫療技術。

簡而言之，傳統的醫師的角色，對於患者而言，是老師、是醫療者和朋友。但在今日，除了以上之外，醫師應該是個科學家。另外，順應消費者意識抬頭的潮流，家庭醫師也被期待能站在民衆的一邊，成為民衆的權益維護者 (advocator)，以對於疾病和健康能提供意見或建議。這也是基層醫學的基本精神如果能做到如此，則醫師會益發地親近與負責，而病家

也更有信心與安全感。

C. 原則(二)

一個家庭的生命史

家庭，可以以不同的型式存在，不同型的家庭有著不同的特點，以社會學和醫學的觀點來看，也有著不同的特徵，而家庭醫學的原理，就是把家庭也當做一個生命體來考慮，肯定並研究它的運作與功能，及它對於其成員的影響。簡單區分，一個家庭的生命史，約有4個時期 (phases) 即：

1. Birth (誕生)：新組成的家庭。

2. Expansion (擴展)：人數和活動力的擴大。

3. Dispersion (離散)：因學業或工作而分別往家外發展。

4. Independence (獨立)：各成員有謀生能力，在經濟和作息上脫離家庭而獨立。

表2
POMR Format for Family Study

基本資料：確定援助資源

1. 自我價值如何
2. 對家的滿意程度，家庭運作狀況如何？
 - (1) 家中各分子之間的相互關係如何？
 - (2) APGAR 計分問卷得分
3. 對於家以外的朋友、鄰居、同事感覺如何？

表3

POMR Format for Family Study

找出欲知之事

1. 壓力事件
2. 此壓力事件對全家的影響
3. 援助資源—社會上的？文化上的？宗教信仰上的？教育上的？經濟上的及醫療上的？

表5 病人病情與家庭狀況之間的指標

只看病人的病痛者	小的突發病（如上呼吸道感染、割傷） 一般有限度的病（如：背部扭傷、感冒、骨折）
須注意一下家庭狀況者	治療失敗或病人老是復發舊疾 預防醫學之推展（如：健兒照顧、生產照顧、婚前健康檢查、醫藥常識推展）
絕對與家庭背景有關者	慢性病（如：糖尿病、肥胖、癌、高血壓） 嚴重的急性病（大外傷、急性心肌梗塞） 心理社交上的問題（如：焦慮、沮喪、犯罪或嗜物成癮） 死亡誤診或誤療或沒有診斷出來的病

5. Replacement（置換）：老家庭因自然死亡而凋零，新家庭因婚姻而成立。

家庭既然有著如此近似自然生命的現象，那麼組成家庭的成員便無時不受到家庭運作情況的影響。例如：當有重大事件（stressful life events）發生時，一個家庭即進入不穩定時期（disequilibrium），那麼成員們該如何去尋求利用適當的資源（resource），來使家庭能應付（adapt or cope with）此重大事件？如果沒有解決的辦法，則家庭即陷入危機（crisis），那又應如何尋求家以外的支援（extra-familial resources）？這種家庭功能的和諧（Homeostasis），以及危機的形成可以用圖1的模式來說明。

這種模式圖也提示我們，當不同的家庭採用了不同的方法來處理「壓力」時，便產生了不同個性與行為的成員。理想的家庭因為組織健全，而使這個家庭能夠順利地回復平衡。相反的，不健全的家庭，卻很可能在面對危機時，成員產生病態的防禦機轉

（defense mechanism）（如表1）。而這些原本屬於家庭或心理上的病態，很可能就是日後反映於生理疾病的真正原因。因此，家庭醫師在了解家庭、健康與疾病的關係後，除了執業時能針對疾病提供若干領域或轉診的服務之外，最重要的是他必須知道如何去評估一個家庭的功能，並將之與家中個個成員生理和心理上的關係，做一番詳盡的分析與統合。

D. 原則(三)家庭評估

家庭醫師在收集了一個家庭中的資料，再加上會談，便可對這個家庭有較客觀而全面的印象與了解。這種對家庭的「問診」有很多方法，在此介紹二種(一)POMR；即「問題導向記錄」和(二)APGAR 計分問卷，分別如表2、3。

所謂「問題導向的記錄」（problem-oriented medical record）在家庭醫藥上的應用，如表2所示。

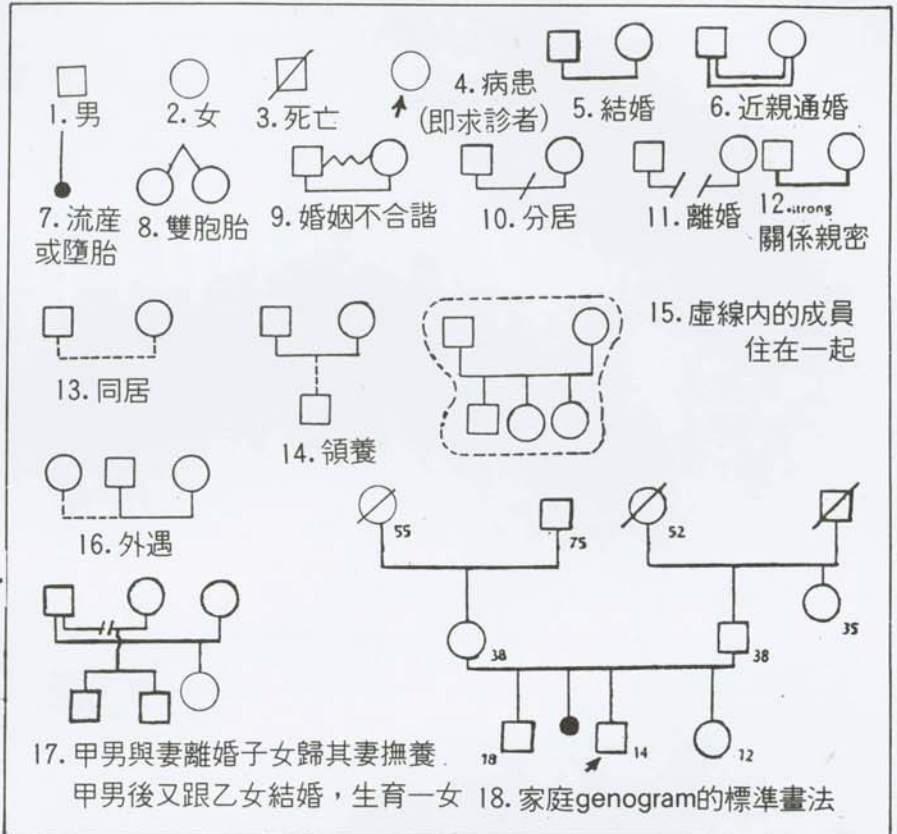
另外，由於家庭是個血緣密切的團體，因此一般病歷所用的 genogram 也被重新修正得更生動、更傳神。（如圖2）

APGAR Questionnaire 的設計（開放式）也可使家庭醫藥從業人員在門診中，以最短的時間能對患者的家庭狀況做個充份的了解。APGAR 問卷採計分評估制，如表4所示，常總分達7至10分時，表示家庭功能正常（highly functional）。

4~6分，表中度地功能失常（moderately dysfunctional）

0~3分，表嚴重的功能失常（severely dysfunctional）

圖 2



severely dysfunctional)

APGAR問卷，曾受到統計學的考驗，結果顯示此份問卷確有其意義，如表 4 所示，即在一個無病態 (non-clinic) 和有病態 (clinic) 的家庭中，成員在 APGAR 問卷上的確透露了不同的態度。

最後，到底什麼情況下，家庭醫師可以只看某個單獨的成員，什麼情況下該與全家會談以深入了解其家庭呢？表 5 提供了美國家庭醫師執業的經驗做為參考。

二、榮總家庭醫學科訓練計劃與目標

榮總家醫科住院醫師 (Resident) 的訓練是三年，目前所訂的訓練程序是：

第一年住院醫師：

- (1)內科 (4 個月)：病房、門診及急診。
- (2)小兒科 (3 個月)：病房、嬰兒室、門診和急診。
- (3)外科 (1 個月)：急診。
- (4)婦產科 (2 個月)：門診、病房。
- (5)精神科 (2 個月)：病房、門診、會診。
- (6)家醫門診：每週一日。

第二年住院醫師：

- (1)內科 (4 個月)：門診、病房及急診。
- (2)小兒科 (2 個月)：加護病房、急診。
- (3)外科 (3 個月)：病房、急診、門診及手術。

- (4)婦產科 (2 個月)：門診、病房訓練。

- (5)耳鼻喉科 (1 個月)：門診、病房。

- (6)家醫門診：每週二天。

第三年住院醫師：

- (1)眼科 (1 個月)：門、急診。
- (2)皮膚科 (1 個月)：門診、病房。
- (3)復健醫學 (1 個月)：門診、病房。
- (4)放射診斷 (1 個月)。
- (5)社區醫學 (在群醫中心 4 個月)
- (6)家醫 (2 個月)：門診、病房和研究。
- (7)選修 (2 個月)
- (8)家醫門診：每週三天。

另外不斷的研討會和讀書報告也為榮總家醫科打入活潑、前進的新空氣，為這門新學問不斷地開出道路來。

目前榮總家醫科除了在醫院有設門診外，在台北縣八里鄉也以真正深入鄉里的形態來實現家庭醫學。其中家醫門診是以團隊作業 (team work)。

無論如何，馬上執業或實行家庭醫療服務並非目前榮總家醫科的主要目標，而是希望能夠為我國未來勢在必行的家庭醫學訓練並貯備教學師資，並為家庭醫學樹立一種可參考的模式和好的開始。

而這也是榮總家醫科未來的展望：教學、研究、服務並重。 ▽