

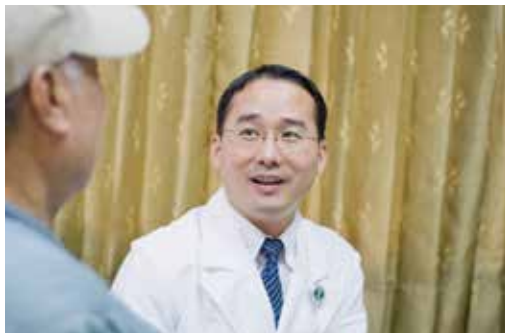
努力嘗試 樂在其中

文 / 林冠宏 花蓮慈濟醫學中心神經科主治醫師

很多醫界的前輩說，「行醫是一條漫長而又孤獨的路，一旦開始了，便不能放棄，因為，這是一條單行道。」但是在慈濟世界裡，每個人都要發揮自己的長才，跳出原本的框架，以期能做更多的事，所以，在慈濟世界行醫，也是一樣，我期許自己能以專業為基礎，跳出醫病的框架，從醫人的角度，試著去解決病人的問題。

病人所面臨的問題包羅萬象，小到進到醫院會迷路，大到要對抗身體難纏的病痛，醫師若不設身處地為病患著想，很難體會病患的苦。身為神經科醫師，最常感同身受的是因為中風或是神經退化而失能的病人，輕者不良於行，行動不便，重者臥床不起，個人飲食衛生需旁人協助，住院的醫療照護點到為止，無法延續病人照護到家裡，雖有長期照護中心及居家照護幫忙，但身為病患的主治醫師，每每見到這些高風險病患因家人或看護照顧不周而一再因併發症返院治療，總覺得心有所感，如何做到全人醫療，在出院前把病患在家照護的問題一併處理好，才能讓失能病患的苦減至最低。

除了因病住院的病患外，門診的病患其實也在受苦，以東部地區病患為例，百分之八十的醫療資源集中在只佔百分之十人口的花蓮市，住的遠一點病患必須舟車勞頓來就醫，或是延遲就醫的黃金時機。



畢業自慈濟大學的林冠宏，找到他在慈濟世界行醫的方法，跳出醫病框架，以醫人的角度協助解決病人的問題。

為了體恤病患長途奔波之苦，我也定期搭車至玉里、關山分院看診，深深感受醫療對一般人並非如日食三餐般絕對需要，應是一種常備性的因應；因而對那些長年駐守玉里關山的醫護同仁肅然起敬，他們才是當地居民真正的健康倚靠。至於像我一樣以支援門診業務為主的醫師，怎麼做才能為偏遠地區病患解決問題，我心裡一直在思考著病人會希望我怎麼做。

然而，醫療資源豐沛的台灣西部，病患就醫的可近性大為提高的情況下，病患就不苦了嗎？答案當然是否定的。因為有機會定期支援台中分院看診，我的觀察是在大都市裡病患看病容易又便宜，所以毫不珍惜，也不尊重專業，又怕被騙，所以到處就醫，四處採購醫療資源，導致醫護人員必須大量看診，造成品質低落，再加上候診室裡人滿為患，醫師用心看診則候

診病患久候不耐，醫師看診快速則落得看診三分鐘之批評，最後形成病患對醫師不信任，醫師對病患不耐煩的雙輸局面。要改變這樣的情況，一味要求病患改變心態，或是一心等待健保改革都是緣木求魚，無法改善醫病之間緊張的關係，醫師先改變自己先入為主的觀念，站在病患的角度思考，才能趕快解決自身與病患心裡的苦。

以上提到的問題，看似錯綜複雜，牽連甚廣，但是同時了解病患病情所需醫療與照護資源，又熟悉醫院各科運作者，惟有醫師自己，由醫師本身來主導各科資訊收集、確認當今正規治療之臨床路徑、解讀臨床檢查的意義和文獻研究的含義、找到其他專業的好醫師外，其他如安排門診、入院、手術、治療、出院、追蹤、療養至終身的整個過程之建議，實為目前分科精細的醫療環境裡，病患走入猶如百貨公司般的醫學中心時所最需要的整合服務。



花蓮慈院二八東病房成立，目的為銜接病患急性治療與長期慢性照護治療，並加強病患及家屬照護能力，以期降低病患返家接受照護所面臨之衝擊，亦希望能改善東部地區需經常往返醫院治療之病患舟車勞累的負擔。

為了提供這樣的服務，我提出了中繼病房的想法，醫師可以在中繼病房裡延續急性醫療後的照護，確定病患照護者可以安全照顧失能病患時才讓病患返家，也讓家人先在醫院裡經歷照護初期可能面臨的危險，而有專業醫療協助安然處置，此外，對東部地區病患而言，也可以減少病患做復健治療、放射治療等後續治療時舟車往返的負擔。

而中繼病房的概念更可以延伸到急性住院之前，中繼於預防醫學與生病治療之間，讓門診裡可能有問題的病患可以在中繼病房裡獲得醫師詳盡的醫療建議，不會受限於門診時間空間的限制，若需要其他專科的診療或檢查，也可以在中繼病房裡詳細規劃，讓病患不至於在數十個診間前茫然無所適從。如此一來，病人身心俱疲之苦得以受膚慰，而醫師助人解苦的心意也得以發揚，達到醫病雙贏的境界。

最後，也許會有人問我，在醫學中心工作，臨床服務、教學、研究的負擔之外，為什麼不安於現狀，非要跳脫出現有的體制，想新的方法來解決病人的痛苦呢？我對於這個問題也做了一些思考，我想要引用在台醫療傳道四十年，十七年在馬偕醫院，二十三年長庚醫院服務的「補臉天使」羅慧夫醫師所說的話來作為本文的結尾，「人生總要有點挑戰，如果你總是挑簡單的、輕鬆的，重複別人老早就開創的路子，輕易就打發過去，那人生有什麼意思？對我來說——挑戰、挑戰，發現不一樣的自己，找出自己不知道的自己。我努力、我嘗試，我樂在其中。」

