

台灣家庭醫學教育研究學會

會訊電子報 2017 年冬季號



發行人：吳晉祥

出版：台灣家庭醫學教育研究學會

出刊：2018 年 1 月 20 日

秘書處：秘書長：林名男 秘書：林昱孜

E-mail：tcfp2001@gmail.com

Website：http：//www.tcfp.org.tw/

電話：(06) 2353535 轉 5210 傳真：(06)2754243

通訊地址：704 台南市北區勝利路 138 號 成大醫院家庭醫學部

2018

Happy New Year

狗年行大運 平安如意春

台灣家庭醫學教育研究學會

理事長 吳晉祥 祝福您





目錄

一、野火熊熊燒不盡——

成大醫院楊宜青教授側寫

成大家醫部 王又亮，劉建翔，魏玉亭醫師

P:3

二、亞東醫院家庭醫學科巴林團體 教學經驗分享

亞東醫院家庭醫學科

P:13

三、醫學教育：考量病人觀點對於 EPAs 發 展的實例 – 澳洲免疫風濕科發展下背痛 EPA 的實證研究

義大醫院社區醫學部 / 家庭醫學科 林季緯醫師

P:18

四、戒菸新知 – 有效的住院戒菸

成大醫院家庭醫學部 陳全裕醫師

P:20

野火熊熊燒不盡—— 成大醫院楊宜青教授 側寫

成大家醫部 王又亮，劉建翔，魏玉亭醫師

醫生世家，典範傳承

「有沒有看過電影總舖師啊？那個虎神嫂賣麵、跳金罵謀九的保安街，就是我出生、長大的地方，窄小的街坊，擁擠的人潮，古樸的韻味中充滿著活力。」當我們問起楊宜青醫師的家庭背景時，他帶著微笑說起。

楊醫師的父親是廣受在地居民敬重的楊昭宗醫師，原先專精小兒科，而後在郭婦產醫院行醫，接受郭國銓醫師的建議，改從事婦產科，1963年在西門路開設楊婦產科，與郭婦產、謝婦產及鄭和燃婦產並列台南的四大婦產科院所，在戰後嬰兒潮洶湧而來的年代，不僅日夜接生，也施行大大小小的手術。楊爸爸大多的心力都投注在病人身上，有時還曾累到還沒爬上床趴在床邊就睡著了，那個努力付出、專心照顧病人的形象，常在楊醫師的心中鮮明閃耀。

楊醫師的母親是賢慧又練達的女性，除了教養孩子、操持家務，還掌管診所的行政業務，接觸到各種婦女，目睹人生百態，且能在炎涼中，適時給病人及家屬注入暖流，是老一輩口中「醫生娘其實比醫生還厲害」的最佳典範。當父母都忙碌於工作時，其他的親戚像是叔叔、姑姑們等，就是楊醫師最好的保母和朋友。

靜若處子，動如脫兔

「我們那個年代是接受制式的教育，努力念書，考試拿高分，表現傑出的學生，多半就是選擇醫學系，加上家中多位長輩也是從事醫學相關的行業，沒有特殊性向偏好下，念醫學是想當然耳囉！」楊醫師說起高中之前的求學過程，一切順理成章，但在那個年代的課業競爭壓力其實也大，身為家中長子，父執輩又是執業的醫師，加上家中的期望和社會的趨勢等因素之下，學業成績頂尖與報考醫學系幾乎畫上等號，那個年代南部也較少有父母鼓勵孩子去多元發展興趣或是找到尋更適合自己的人生方向。不過，楊醫師在高中繁重的課業之餘，也是不安於現狀，從桌球、籃球、游泳到合唱班及童軍活動、露營，從沒少過。

「大學對我來說算是一個啟蒙的時期，那時候接觸了很多不同的思想、人事物等等，為自己的世界開了許多扇窗。」聽楊醫師說起大學時代參加的活動及社團，那可真是多采多姿，較為靜態的有美術社、三民主義研究社、台大醫訊社辦報紙，還編輯台大醫學院雜誌——《青

杏》，後來更擔任社長。

訪談當天楊醫師還帶了一本他主編的第 58 期《青杏》讓我們「瞻仰」，雖然內頁已經泛黃，但內容卻頗有重量！當期的內容有一大部分是在討論基層醫療 (primary health care, PHC) 的相關概念，標頭就寫道：「我們的醫療何處去？尋求一個合理的途徑」，主題也是很豐富，諸如：「何謂 PHC？觀念的建立與問題的澄清」、「我國基層醫療保健體系的探討」、「世界各國醫療體系之比較」、「簡介台大一般科——訪賴美淑醫師」、「家庭醫師的使命」、「基層醫療的先驅者：澳底保健站——尋求一個合理的保健醫療網」、「地方醫療遠景中的縮影：簡介彰基社區健康部」、「夜空中的一顆明星——鹿谷農民診所」、「四湖鄉群體醫療執業中心面面觀」、「訪葉金川處長：十二個群體醫療執業中心的過去、現在與未來」、「我國現行農村衛生保健工作概況」等，這本雜誌的出版日期是 1984 年 1 月，彷彿已經預知了醫療型態即將進行的典範轉移，在荒原中悄悄點火，利用刊物傳遞基層醫療進行健康照護的思想。

參與醫訊及醫學院雜誌編輯，正值是黨外思想發展的時期，楊醫師那時候也多所接觸這些被視為禁忌的刊物、人物及思想，雖然沒有機會更深入地參與實質活動，但卻也因此更加拓寬了視野。

運動亦是楊醫師的興趣所在，楊醫師不算很高馬大，卻是精力充沛，在台大醫學院既是籃球隊又是游泳隊的一員，此外更拓展興趣，接受水肺潛水 (SCUBA, self-contained underwater breathing apparatus diving) 和救生員訓練，是紅十字會的合格救生員。楊醫師笑著分享命懸一線、差點溺斃的經驗，某次颱風過境後，結伴到北海岸的龍洞潛水，當時潛入海底，瞬間一陣亂流湧來，將他推了好幾公里遠，好不容易浮上水面，早就失去方向感，還好同伴目睹，駕車到楊醫師附近的岸邊，楊醫師狼狽地被救上岸。即使生命曾經到威脅，仍不減楊醫師對運動的熱愛，甚至延續到日後在研究的領域，一再關注運動和身體活動對於健康的影響。

在服務性社團方面，楊醫師在南一中校友會（簡稱南友會）及醫學系服務性社團的表現則更加活躍，寒暑假幫忙舉辦偏鄉的國小育樂營隊、社區服務隊和醫療服務隊，實際認識偏鄉的社會、教育和衛生現況，並且貢獻微薄的心力。也曾經為了協助系學會籌措經費，來編輯印製《建築古貌》這本記錄台大醫學院古老建築的特刊，楊醫師逐一拜訪台南醫療院所的台大醫學系校友前輩，有些還是當時台大醫院教授的父母親，也讓楊醫師連結這些錯綜複雜又有趣的人際網絡，更理解故鄉的社區醫療景況。此外，楊醫師還參加鸛鸛社（註：鸛讀音

為「夜」)，趁著寒暑假期間去離島偏遠地區，像是澎湖七美，組織漁村服務隊進入社區服務，還有帶領山地醫療服務隊到台東縣海端鄉的下馬村，除了瞭解當地民眾健康狀況，傳達衛生醫療保健知識與觀念，也提供義診來照顧當地民眾健康。

彼時，政府才剛開始推動基層的醫療服務，草創衛生所設置群體醫療執業中心或農會附設診所等醫療機構，但對於住在偏遠地區的民眾，就醫之路仍舊是險阻不便，藉由社團活動，能直接在社區感受到一般基層醫療保健照護的需求，觀摩前輩們發展醫療服務的模式，讓還在考慮未來醫學生涯的楊醫師，有著越來越清晰的目標與方向——確定未來不想跟大家一樣擠內外婦兒等當時熱門的科別，而是想要拓展家庭醫學這個對大眾來說很陌生、對個人卻充滿無限可能又可以深入民間、實際照護的領域。



什麼都肯學、什麼都要學的住院醫師訓練

「在台大家醫科接受住院醫師訓練時，家醫科才剛開始發展，比較沒有重量級典範人物，至於將來要在哪裡、成為什麼樣式的醫師，也都還沒有明確的念頭。那時候的想法就是努力到各科學習以後若開個車上山下海到處執醫時可能會用到的所有知識跟技能。」每個人的學習機遇不同，如何在極短的輪訓時間內，集眾人之力留下寶貴的法門，就能提升學習的效率跟效果，這個理想也隨著楊醫師後來在成大醫院家庭醫學部當主任時，付諸實踐。

當時的訓練內容比較制式、選擇較少，不外乎是內、外、婦、兒、精神、神經科、皮膚科、耳鼻喉科和社區醫學等等的訓練。當時台大醫院和某些醫院簽有合作計畫，家醫科的住院醫師也會到各醫院受訓，最遠還曾經到花蓮慈濟醫院。比較有印象的，諸如到省立台北醫院接受急診訓練，第一線負責所有急診內外科的病人必須獨當一面；到省立新竹醫院訓練內科和外科，忙著顧病房和上刀；在台北市立婦幼醫院訓練婦產科，白天跟主治醫師學習接生，晚上值班就必須獨立完成自然生產（未指定主治醫師者），一個月下來至少也累積二、三十例從待產接生到出院完整經驗，甚至有同儕旺到一個晚上就接生五個，累到接生時，一閃神沒接中，嬰兒跌落地上，於是緊急安排小嬰兒的頭部電腦斷層，幸好一切平安。

社區醫學是一門新穎的學門，大家都還在摸索，台大家醫科住院醫師第一年和第二年會分派去澳底貢寮社區一兩個月，執行一些較簡單的臨床業務，第三年則是長達半年的時間，在社區支援，楊醫師為了融入社區又兼顧家庭，帶著師母和年幼的女兒一起到社區生活。社區分成山線和海線，在山線，計有深坑和石碇衛生所、衛生室、雙溪及平溪衛生所，最有印象的是平溪的社區經驗，平溪當時是個煤礦開採區，住民們多以採礦為業，過去長年在不見天日的礦坑，呼吸著含有煤和二氧化矽的塵土，老來飽受塵肺病的折磨，因為咳喘加劇，得經常來唯一的醫療院所——衛生所，打點滴緩解苦痛，也因此有機會從肺阻塞老居民喘息訴說中想像他們當年的生活點滴。在海線，則有金山、三芝、貢寮衛生所和澳底保健站，輪訓海線時主要住在金山，科部跟當地居民租賃房屋，作為輪訓相關人員的宿舍，直接在當地生活，更能融入在地的社會，而海濱又冷又濕，帶去的棉被沒幾天就發霉；此外常常利用晚上時間和衛生所高有志主任裸裡相見，在金山青年活動中心一起泡溫泉，討論社區的發展，身心充實又愉快。

楊醫師回憶，那時候台大家醫科一屆收十個住院醫師，學生還比老師多，也沒有現在的網路科技，學習資源有限，教學活動也無法像現在的成大家醫科這麼多樣，但是住院醫師們有的是學習的雄心，自己組織讀書會，自動自發學習，盡可能邀請年輕主治醫師一起來參加會議，切磋討論。那時候家醫科有從國外訓練回來的研究醫師王維典（fellow，屬第五年住院醫師），住院醫師們也會把握機會，利用中午零碎的時間，彼此討論一些臨床上遇到的問題或想法。那時候也有台大臨床心理研究所吳英璋教授所帶領研究生會一起參加討論，進行跨領域的交流跟學習。

台大的家醫科病房是在楊醫師當總醫師（第三年住院醫師）的時候才成立的，總醫師會去急診挑選適合家醫科學習的住院病人，也有一些病人在門診無法查出病因（如不明原因體重減輕），後來被收住院，最後才真相大白（免疫不全），得到正確的診斷和治療，回顧起來，其實當初在門診雖也看過多位醫師而病史詢問還是不夠周全深入！挖掘推敲病人真正的問題，這對楊醫師來說是有趣且具挑戰性。

楊醫師接受完整的家醫科三年訓練後，多留在台大一年，擔任研究醫師，腦筋靈活的他，搭上公衛所陳建仁教授的全國癌症調查研究的順風車，在台灣家醫科祖師爺謝維銓教授的指導下，初生之犢寫了個探討民眾參與癌症篩檢意願調查的子計畫，成為計畫的主要執行者，跟著陳教授研究團隊，到抽樣的七個鄉鎮，一起收集資料，最後分析撰寫完成第一篇第一作者論文「家庭對於癌症篩檢參與意願的影響」(Family influence on cancer screening participation in seven communities in Taiwan)，發表在 1995 年的台灣醫學雜誌。

除了檯面上看到的學習外，楊醫師也學了不少體制外的功夫。受到前輩賴鈺嘉醫師的啟發，以及希望可以學得更多技術，可以幫助更多的人，楊醫師在住院醫師第一年時，利用閒暇時刻，到台北榮總傳統醫學研究中心學習針灸，吸收一些傳統醫學的概念和技能，期許以後能像前輩賴鈺嘉醫師一樣，到中風病人家裡，幫忙病人針灸，緩解疼痛和不適。楊醫師笑說，剛學會針灸後，躍躍欲試，除了幫家裡長輩緩解筋骨痠痛外，當時長女剛出生，屬於磨娘精型，前四個月時常半夜無故嚎哭查過各種原因用過各種方法仍然束手無策，而根據中醫的理論，據說三棱針點刺中冲放血對於小兒夜啼療效不錯，於是，狠下心膽大嘗試對女兒施以針刺中指放米粒大血。

利他主義極大化——教學理想的實踐

「人生的機緣也很巧妙，一從台大家醫科完訓，在張智仁主任及師兄盧豐華醫師的熱情邀請下回到故鄉——台南，到成大家醫科開始了生涯中另一個重要的階段！」在教學和行政上，楊醫師的核心思想就是要貫徹「延續與分享」，因此，在教學和行政的形式上，做了很多的嘗試和革新。

因為家庭醫學科醫師是全科醫師，常見的問題都要懂，所以需要去各科輪訓，學習各種重要、常見又基本的知識和技能，但，每個輪訓的科別可以分配到的時間都相當短暫，往往在快要結束時，才豁然開朗，抓到學習的要訣，卻受限於時間，還沒細嚼慢嚥消化吸收，又必須換到下一科，換另外一個不同科的邏輯腦袋，前一科學習的熱度又冷卻，砍掉重練。而雖有口頭交班制度，言者儘量鉅細彌遺，但聽者畢竟沒有身歷其境，往往無法在短時間內吸收同儕口述的內容、體會其中道理。楊醫師基於自己學習的經驗與過去對住院醫師的觀察，迫切感受到每位家醫科受訓醫師面對的這些難題，所以苦口婆心再三叮嚀要求住院醫師們確實交班並且留下之前輪訓的資料和心得，讓下個受訓者提前瞭解受訓目標和內容，詳實記錄該科指導者的風格、習慣，以及該科的常規、作息、受訓前應做的準備及參考書目，積極採購各科相關的實用參考書籍，讓輪訓的醫師可以借閱。每個醫師在每個月輪訓結束前花點時間反省和思考，補充前人的交班紀錄，整理訓練的成果，集眾人之力，節省後面的受訓者摸索該科重點的時間，利人利己，正向循環。在數十年的累積之下，每個輪訓科目都有一個厚厚的傳承資料夾。而這些紙本內容也隨著數位學習系統的建置而電子化，放上了成大家醫部的數位學習系統——XMS，讓需要的人可以隨時閱讀及使用，延續前人的經驗。

隨著時代的變化，需要的知識和技能可能不同，而且每個醫師的特質、興趣和未來目標也不同，所以楊醫師身為行政主管時，給予住院醫師很大的彈性，鼓勵住院醫師們自行開發

新的選修主軸，尋找指導的師父，界定學習的目標和主幹，設計學習的內容，疏通細節，完成學習計畫書，在兩週開一次的家醫科教育委員會會議上審核後，即可成案依此輪訓。所以，很多輪訓主題都是在歷屆住院醫師和指導老師的創意之下，運應而生，例如：骨質疏鬆、肥胖醫學、旅遊醫學、戒菸、超音波、睡眠醫學、基層醫療（診所觀摩）、胸腔病院肺結核學習等等，提供更多樣的學習選擇。

住院醫師長年在外輪訓，缺乏歸屬，楊醫師在寸土寸金的醫院中，在候診區邊硬是隔出了一個住院醫師辦公室，暱稱為「home base」，在這個基地，住院醫師們可以有小小空間存放私人物品、休息討論，藉此凝聚向心力。為了即時輔導每位醫師的訓練狀況，確保醫師的受訓品質，還創建了「月中和月底輪訓回報」的系統，每個受訓科目都有一位扮演輔導角色的家醫部主治醫師，負責和該月輪訓該科的主治醫師聯絡，詢問其輪訓情況和評價，並留下紀錄，寄給總醫師；家醫科總醫師也要打電話給當月住院醫師們輪訓科的總醫師，關心學習狀況，並且彙整，做成紀錄，在每週一次的科會上，匯報科內醫師輪訓總體情形。科內也建立了「導師制度」，讓每個導生組都有各個職級的醫師，如此一來，組內醫師遇到問題時，可以向同家的學長姐求助。

總醫師的行政雜事眾多，在短短兩、三個月執勤期間，必須同時處理太多事情，交班後難免會有陣痛期，好不容易上手了，又要交棒給下一位總醫師。同樣也是在時間限制的前提下，楊醫師發明了「股長」制度，分設「教學、門診、社區、居家、研究、資訊、衛教、活動及體育、環境與圖書」等股長，讓每個第三年和第四年的住院醫師分擔這些總醫師主責的相關行政業務，每次任期為一年，各個股長這一年內就好好把這些負責的行政事務做好，甚至在這段時間裡面可以好好思考，相關業務如何可以做得更好。下個年度又會大風吹，讓每個人都有學習掌管其他事務的機會，增加行政上的歷練。

為了讓居家醫療照護有持續性的照護，楊醫師改變以往「居家輪訓兩個月」的片段照護模式，讓第三年以上的醫師們可以持續照顧自己居家的病患，且讓每位護理師都可以配有主治醫師、第三年和第四年住院醫師，形成一個小團隊，團隊內可以互相討論，且能持續照顧居家個案兩年累積長期照護經驗。另外，居家和社區醫學事務都有各自的期中和期末討論會，定期召集相關領域的人員，一起坐下來討論遇到的問題和可能的解決方案，面對面討論，肩並肩解決困難，這種跨團隊的會議，在早期算是創舉。

家庭醫學訓練的精華之一就是「門診教學」了！成大家醫部在早期就確實執行門診教學，在師長們的努力呼召之下，讓每個時段看門診的醫師，都可以有全時教師指導，這需要

很龐大的人力資源，但成大家醫部的確是辦到了！職級較小的見習、實習、一般科和第一年住院醫師，在門診時段都有一位老師，在看門診的全部過程，一對一指導，第二到三年的住院醫師獨立看完門診後，則必須與當時段的指導老師報告每位病人的病史、身體檢查、診斷和鑑別診斷、處置和治療，老師也檢核病歷紀錄，以及提點學習重點，給予作業——進一步查詢相關資料，而這些指導一定是當事人收穫最多，但透過分享機制，住院醫師簡要呈現個案報告，分享查詢到的知識，以及如何應用在個案身上，整理成摘要精華文件後，上傳到家醫科的 XMS，讓努力的成果可以分享給其他的同仁，彼此切磋，增長見聞，讓學習事半功倍每個人的功力都可以藉由同儕的分享而站在巨人的肩上看得更遠站得更穩走得更健。

青年壯年到中年，野火熊熊燒不盡

「我早期就對公共衛生的議題很有興趣，跟著《青杏》的學長姐們，例如台大公衛所兼台大家醫部的季瑋珠老師（醫師）等人，從醫學生時代就開始，協助做研究（如基層醫療品質）。後來在擔任台大家醫科研究醫師，也是跟著陳建仁老師的團隊去收集問卷資料，著手後續的分析和論文撰寫；甚至還考上了台大公共衛生研究所，但後來到成大擔任主治醫師，礙於當時院方規定與時間交通的限制，只好忍痛割捨。所幸在 2000 年在張智仁教授的支持與當年盧豐華主任的鼓勵下，到哈佛大學公衛學院進修一年，完成公共衛生碩士學位。提到完成夢想的踏實感，楊醫師露出雀躍的表情（一家四口一同前往足足一年回味無窮）。

起初南下成大就職時，並沒有太多的研究資源和人脈，於是在張智仁教授的領導下與吳晉祥主任及科內的多位醫師們一起合作，大家利用同一個研究族群，各自撰寫不同的研究主題，是個以台南市居民為母群體來進行系統抽樣的世代追蹤研究，最先是建立一般族群的世代 (cohort)，收了 1996、1998 及 2000 年的資料，接著又建立台南市銀髮族的 cohort，也收了 2000 年及 2003 年兩次的資料。因楊醫師本身對日常生活習慣和身體活動對於健康的影響抱持高度興趣，因此，他的研究主題多半聚焦在生活習慣（如喝茶、飲食、睡眠、身體活動等）和運動諮詢對於慢性病或慢性病前期（肥胖、代謝症候群、糖尿病前期、慢性腎臟病、動脈硬化等）的影響，共同發表系列多篇高影響力且高引用量的流行病學研究論文。

早期成功大學衛生保健組的組長從張智仁教授接任後大幅提升健康照護服務效能，交給盧豐華醫師後申請衛教計畫更拓展許多衛生教育課程，提升校園健康識能，之後接任的楊醫師也曾擔任過衛保組組長四年，藉此機會建立歷年新生健康檢查和身心健康風險評估研究群，結合各領域的專家，包括精神科、臨床心理、護理及公共衛生等，歷年探討許多層面的問題，包括 B 型肝炎、經前症候群、網路成癮、飲茶習慣、運動影響學習、家庭社經地位、

注意力缺陷、社交焦慮、神經質傾向、身體霸凌、社會支持等主題，除了發現校園學生可以介入改善的相關身心健康相關問題外，也激盪出更多的知識火花與研究成果，陸續完成近 20 篇期刊論文發表)。

楊醫師也因興趣廣泛，個性豪爽大方，常與各路人馬合作，例如和職業與環境醫學部的郭育良、郭浩然等教授合作，從北門、將軍鄉幫忙收烏腳病的個案到協助分析戴奧辛的暴露影響；和精神部楊延光及葉宗烈醫師與科內吳晉祥教授合作，研究人格特質、各式心理量測，到心跳變異率等自主神經功能分析；和英文系的蔡美慧老師及科內的盧豐華醫師合作，探討醫病及家屬三方的語言和非語言溝通；與電機系的王振興教授、社科院教育所楊雅婷老師及護理系王琪珍老師合作，用自行研發之隨身活動紀錄器（三軸陀螺儀及加速器感測器）檢視身體活動量及活動促進系統平台進行學生促進學習及民眾行為改變的工具；與醫學資訊所的蔣榮先及曾新穆教授們前後合作，嘗試用資料庫探勘技術分析實證研究資料及各種臨床資料庫、還有建立糖尿病照護系統的相關研究等；與健照所陳清惠老師、物治所林桑伊老師、行醫所郭乃文老師、體健休研究所林麗娟老師及臨床相關科等成立預防跌倒門診服務及相關研究群。

再來就是健檢資料庫的建立，藉由成大家醫部承接醫院高階健康檢查業務，與主責的預防醫學科吳晉祥主任的共同規劃下，利用健檢的機會，對個案收集更細緻的健康風險因子、進行相關量測與保留剩餘檢體，建立完整的資料庫，形成另一個加值研究資源庫，可以讓正在起步學研究的住院醫師當成練習次級資料分析的素材。

為了傳承研究的理念和方法，楊醫師及部內其他老師一起帶著住院醫師做研究，最初是比較偏重於理論的傳授，讓第三年住院醫師（總醫師）及第四年的住院醫師（研究醫師）組織讀書會，學習流行病學、生物統計等基本的學問，希望讓新手先了解原理後，再開始做研究；然而，學院派的學習形式畢竟不實用，往往學生花了一年學完理論，下一年度還沒做完研究，就已經完訓而不了了之了。體認到這樣的缺陷之後，調整成「資料庫分析實作」和「方法論」混搭，每週都空出一至一個半小時，輪流報告指定教科書的章節，學習基礎的學問；第三年以上的住院醫師都要參與會議，每人每年度都要訂定研究題目並於每週進行研究進度報告，由部內資深的主治醫師督導（從前是張智仁教授、盧豐華醫師、楊宜青醫師及吳晉祥醫師，現在則是吳晉祥醫師、張尹凡醫師及孫子傑醫師），「涓涓細流」的方式進行，慢慢「細水長流」且大家教學相長，每位受訓醫師固定每年在家醫科年會投稿，並且用英文發表海報或口頭報告，成績斐然（幾度全壘打全部 R3R4 報告者都得獎）；同時也持續投稿國際期刊，至今，已發表過的文章，無論是產量或是品質，都是十分豐盛，遠遠超過當初建立資料庫時

的預期。然而，純粹以資料庫為素材的研究終究會遇上瓶頸，他也秉持「持續性」的概念，提出建議認為可以「短期」和「長期」計畫同時並行：進入研究領域的首年，短期目標應該是以分析次級資料庫研究的實作練習，累積統計相關的實戰經驗；但同時，也要思考下個年度想做的研究題目，當作長期的目標，先確立研究步驟流程，進行資料收集，下個年度剛好可以接續一併完成。

楊醫師也是推展「實證醫學」的急先鋒之一！在電腦資訊系統不發達的年代，醫學可說是一門經驗傳承的「藝術」，「科學」的色彩較淡。國內實證醫學的發源地是在彰化基督教醫院，楊醫師也受到賴鈺嘉醫師的啟發，自發到彰基學習實證醫學，了解實證醫學的原理和操作，之後也參與台灣實證醫學會的設立及後續的蓬勃發展，見證了實證醫學從無人問問翻身變成顯學。而因這股實證醫學的風潮無可抵擋，成大醫院將實證醫學列為重要方針，也因楊醫師早已一身武功，院方派令楊宜青醫師擔任院內實證醫學小組的召集人，在院內大力推廣，深深影響後輩的醫師和醫學生。

肥胖醫學相關的參與，從生活型態改變的相關研究切入，到跟隨張智仁教授投入台灣肥胖醫學會，先是擔任第二第三屆的秘書長，到第六屆(2016年起)接任理事長，對於肥胖防治的教育與推廣不遺餘力，在眾理監事及委員會夥伴的共同努力下，除例行辦理的北中南東區學術研討會及年會外，春夏秋冬也辦理全區(北中南區)的主題研討會，2017年更主動向國民健康署爭取更新2012年製作卻未能發表公諸於眾的肥胖防治指引，全面改用最新的GRADE(Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)方法進行證據等級和建議強度的判定，讓去年底完成今年將公告【成人肥胖防治實證指引】，能真正提供給國人有實證根據又務實可行的參考。

最近這兩年多來，楊醫師借調到衛福部臺南醫院，擔任副院長，他依舊鬥志高昂，希望用熱情去感染公家機關的公務人員，激起大家沉寂的熱血，從助人及被需求而得到另一種滿足，並且可以從臨床上找到研究的興趣，協助大家爭取各種資源，帶領團隊鼓舞同仁投入研究。另外，他認為家醫科是一個延展性很大的科，什麼都可以跟家醫科有關，只要肯學肯做，路都很寬廣，現在，他在部立臺南醫院力推長期照護相關服務、居家醫療照護、成立整合健康教育中心、抗衰弱服務中心及辦理多項預防及延緩失能課程等，並從事各種寧靜改革工作，期待逐步扭轉營造積極利他共榮的工作氛圍而樂此不疲。

楊醫師很謙虛，他說，這些過去的成果，都是依著各種工作職責相關的需求順流而下，在各種接觸環境不同領域的眾多貴人相助下水到渠成，一切都只是剛好而已，也還好當時並

沒有給教師升等壓力，可以有時間和空間來思考和學習。他說，自己的人生哲學是把不如意失敗當成常態，就可以時時保持樂觀、喜樂和盼望。

家庭開明和樂

「女兒和兒子還小的時候，我和太太常常帶他們去野外踩踏登山溯溪露營，體驗大自然，也加入『網路 4x4 車隊』和『荒野保護協會』。」楊醫師笑著說，這對兒女性向明顯，父母亦鼓勵他們依照自己的意願發展，子女均未繼承衣鉢。女兒現在匹茲堡大學主修生態與演化，博士班四年級，曾為研究箭毒蛙多次深入巴拿馬的熱帶雨林；兒子麻省理工學院畢業後，現在史丹佛大學主修天文物理，博士班三年級，也曾在南極做相關研究。兒女經常與父母分享他們在各地研究的心得與見聞，楊醫師始終採取開放和信任的態度，不會加諸限制或是煩惱過度，也從子女分享的經歷中獲得不同的生活樂趣。

火把傳承世代

楊醫師本身大器海派、興趣廣泛，擁有開放的心胸和充沛的體力，學習路數寬廣，什麼都肯學、什麼都要學，最重要的是「愚公移山」的恆毅力，鍛煉一身武功，不管在任何職位上，他心中一直存有一把對於家醫的熱愛之火，不斷四處「煽風點火」，冀望家醫之火能綿綿不絕延燒下去。



亞東醫院家庭醫學科巴林團體教學 經驗分享

亞東醫院家庭醫學科

一、巴林團體的由來

麥克·巴林 (Michael Balint · 1896~1970) 是出生在匈牙利的猶太裔精神科醫師，他的父親是開業醫師。第二次大戰期間他到英國避難，後來定居於倫敦並歸為英國籍。1950 年代他與夫人 Enid Balint 在英國皇家醫學會支持之下，於倫敦 Tavistock 心理治療中心開辦了一般科開業醫師的醫病關係討論團體，這種團體後來被簡稱為 Balint 團體（巴林團體）。

在二次大戰剛結束後的英國，身為開業的一般科醫師 (general practitioner · GP) 十分辛苦，一方面診所的資源有限，僅有的檢查設備可能只有胸部 X 光機加上簡單的血液與尿液檢查設備，一方面戰後民眾的身心問題很多，許多都是教科書上找不到的案例。在如此艱困的環境下，巴林開設的團體幫助了許多的 GP，讓他們減少了許多的心理壓力，也因此這種團體逐漸在英國普及，並且被西歐及北美其他國家引進，成為許多醫師學習處理醫病關係與改善醫師個人心理壓力的抒發管道。

二、巴林團體的進行方式

巴林小組進行方式，以 6-12 人最佳，需有 1-2 位 leader，每次深入討論一個個案。報告個案的醫師或其他專業人員，無須事先準備，只要心中覺得有疑問和困惑就可以提案。整個過程可以分成三個階段：

(1) 提案與問題澄清：提案者憑記憶主動提出一個困擾他的病患，簡單描述病患的病史、臨床背景與困擾的問題之後，其他成員可以詢問相關的資訊，由提案者補充，以在心中形成對醫病關係的印象。這個階段讓所有人成為好奇的探詢者，也讓提案者可以體會到自己忽略了甚麼，並初步感受到其他醫師不同的思路。

(2) 幻想期：探詢階段之後，提案者暫時退出討論，成為觀察者，由其他成員分享並討論探詢案例過程中心中所浮現的聯想、情緒與身體感覺等內心反應。這個階段充分運用了精神分析所強調的「自由聯想」原則，天馬行空的思維常常出乎所有人的意料之外，眾人的創意有時會帶來十分有用的想法。這是巴林團體最有趣的階段。

(3) 回饋與建議：在充分的討論後，其他參與者再對提案者提出各種不同的建議，供其參考，提案者也可以回饋在前一個階段，自己的收穫與反思。

這個團體的目的並非要給提案者一個標準答案，而是讓所有人不同的思維可以被說出，彼此啟發創意並且互相學習，以擴大視野，讓受困的提案者更容易找到脫困的方法。

三、 實際案例分享

【案例 1】事件：

亞東家醫科住院醫師余蘋芳

於安寧病房假日值班時，遇見平時不常出現的病人家屬，詢問即將臨終的病人，為何沒有給予病人點滴與生命徵象監測器，與那位家屬（病人的弟弟）討論過後，給予病人少量點滴，但解釋生命徵象監測器的放置會造成家屬在意監測器數值，無法專心陪伴病人最後一段路，這位家屬仍然堅持需要放置，護理師堅持安寧病房的規定，不予放置，造成我的困擾

總醫師 陳怡如 / 郭柏瑜醫師：

在即將臨終的病人，確實很少放置生命徵象監測器，與一般病房不同，可以詢問病人家屬堅持放置的緣由，有討論的空間 主任 陳志道醫師：

家屬堅持放置的緣由為何？為何這樣會造成困擾？

住院醫師余蘋芳醫師：

其實我覺得如果放置生命徵象監測器能夠給予這為家屬安慰，也許放置也有討論的空間，事後有詢問家屬為何有這樣的堅持，家屬說：因為以前她母親過世的時候，她沒有在她身邊，見到病人的最後一面，他覺得十分愧疚，想要自己姊姊裝上生命徵象監測器，在病人快要臨終時，趕快通知病人的兒子，見他最後一面。

主治醫師 許秀卿醫師：

可以跟病人的家屬溝通，說明病人就算臨終後，仍有一部分知覺，能夠感知到家人的陪伴，不一定要堅持在臨終前見到最後一面。

心理師 林欣怡：

在隔天我有與護理師討論，不一定要著重在是否放置生命徵象監測器，可以著重在：病人弟弟的哀傷輔導，了解病人弟弟的悲傷，才不會遇到類似的事情時，病人弟弟又將自己的情緒加諸在親人或是其他人身上。

結論：

在安寧病房，沒有甚麼事是真的規定不可以的，很多事情都可以討論，包括這位病人，是否放置生命徵象監測器就有很多空間可以討論，也許我們在規定之外，能夠站在病人和家屬的立場，思考怎麼樣作，才能讓病人最後這一段路走的安心，同時家屬也獲得安慰，這個課題是更重要的，需要學習的是。如何與團隊作溝通，並且在與病人或家屬有想法上的衝突時，找出雙方都能夠了解且接受的解決之道，學習安寧的課題。

【案例 2】事件：

亞東家醫科住院醫師葉俞君

九月時收到客戶意見反映單，她是一位中年女性，曾來過家醫科門診看成人健檢報告。這次病人表示她對自己的身體出現狀況有疑問而上門求診，但是醫生一看到病人有身心科求診紀錄，都推給身心科，並退掉門診。因為不滿醫師態度而寫反映單。這位病人在 106 年 8 月時曾至家庭醫學科門診看健檢報告，由於那次成人健檢報告並沒有需要追蹤或治療的部分，所以報告解釋予以衛教，也因為病人本人有在看新陳代謝科及身心科，身心科的藥物才剛調整使用，效果仍在觀察中，希望病人回去跟原就診醫師進行持續性的照顧與討論。

住院醫師 葉俞君醫師：

我其實對於這位看報告的病人印象並不深刻，也沒有特別印象她有提到需要檢查的症狀。但回顧病歷，發現她有因為焦慮、胸口不適等問題，在新代檢查甲狀腺，以及在精神科調整藥物。其實很常在家醫科門診遇到比較緊張焦慮；甚至慮病症的病人，很多也都做過檢查但沒有特別身體上的問題。想請問大家遇到這類的病人要如何應對比較好呢？

主治醫師 許秀卿醫師：

這位病人後來有來看我門診，我把她退掛，因為她沒有需要，也都在用藥了。其實這種病人要看他的需求，他來求診的目的是想得到甚麼？有的時候是需要衛教一下她，配合原本用藥，或是她只是想找醫師來諮詢等等。在行醫的生涯一定會遇到被顧客反映

的時候，該做好的我們就做，其他的就是溝通的部分，都是需要不斷學習的。

【案例 3】事件：

亞東家醫科住院醫師林晉賢

本次個案是一位 68 歲乳癌的病人，因為高血鈣的原因收入腎臟內科，解決完高血鈣問題後病患與家屬希望能夠聯絡安寧團隊，之後採用安寧照護，並認為可以在醫院待到病患往生。病患高血鈣問題解決後，會診家醫科醫師，家醫科醫師建議開上嗎啡解決病患疼痛及喘的問題並轉安寧病房。由於安寧病房滿床，而內科急性問題解決，因此建議病患出院並銜接安寧居家。病患家屬表示希望繼續住院，因回家無法照顧。自己本身對嗎啡的使用有把握，而內科主治醫師則擔心使用嗎啡仍會有副作用，因此希望不要用嗎啡。在三方協調後最後家屬表示不需要居家安寧，而是直接轉機構，而內科主治醫師則同意使用嗎啡協助控制病人喘及痛的問題。目前最大的疑問是在內科病房使用嗎啡若對病人好處大於壞處住院醫師該如何與主治醫師溝通嗎啡的使用？另外對於家屬認為安寧病房就是機構的話該如何溝通？

主治醫師 石明雄醫師：

基本上住院醫師是個學習的角色，若遇到與主治醫師意見不同時應以主治醫師的意見為主。若真的覺得有疑慮時可以會診其他專科，或藉由詢問其他專科的意見來與主治醫師討論。主治醫師 古君楊醫師：住院醫師照顧病人是一門學習，除了照顧病人外，能夠清楚知道家屬與病人期待也是十分重要的。在與主治醫師溝通方面，其實只要注意該有的禮貌，並且成新提出自己的看法，大多數主治醫師是願意討論的。

總醫師 郭柏瑜醫師：

學弟在照顧病人上能夠尋求上級的援助是很不錯的，若主治醫師對嗎啡的使用有疑慮可以請安寧團隊主治醫師與內科的主治醫師溝通。

主任 陳志道醫師：

本科的住院醫師接觸東西較其他科住院醫師多，因此對於醫些藥物的使用或許更了解些，但是主要病人的決策者是主治醫師，主治醫師對自己不熟悉的事物也不會感太大膽去嘗試，因此能夠體諒主治醫師也是很重要的。當然住院醫師能夠有自己的想法也是值得肯定的，但是完善的溝通能讓團隊運作更加和諧。另外，針對家屬對安寧照護的誤解，可請安寧團隊協助解釋，並了解家屬的期待，這樣或許更能達到雙贏的局面。

住院醫師 林晉賢醫師：

謝謝師長們的評論，今後會更努力增進溝通能力，成為一個兼具溝通能力與醫術的好醫師。

四、未來展望 亞東醫院家庭醫學科每月都會固定舉辦一場巴林團體討論會，提供科內住院醫師一個抒發壓力、增進醫病關係的管道，這個小組尤其對年輕住院醫師來說，可以獲得資深醫師的經驗分享和建議，對其在漫漫醫學之路上，容易徬徨困惑的心，是很有助益的。在醫病關係每況愈下的台灣，希望這個團體不應僅在家醫科獨有，應該也要推廣到其他科去，讓更多的醫師能夠參與，彼此交流，才能夠一起成長茁壯。



醫學教育：考量病人觀點對於 EPAs 發展的實例 – 澳洲免疫風濕科發展下背痛 EPA 的實證研究

義大醫院社區醫學部 / 家庭醫學科 林季緯醫師

以能力為導向及以病人為中心的醫學教育 (competency-based and patient-centered medical education) 在近年來已成為發展專科醫師訓練計畫與評量的重要方向。在此架構下，由主要核心能力細分延展出的里程碑 (milestone) 能力評估模式，以及更適合直接於臨床情境中觀察與評核學員的可信賴的專業表現 (entrustable professional activities; EPAs) 也開始進入台灣各專科醫學會評量工具的發展期程中。

EPAs 指的是在專業實踐中，一個學員表現出在無需監督的情況下，可被信賴能順利執行特定臨床任務所需展現必要能力的基礎單位。EPAs 的評核聚焦在臨床任務的執行過程與成效上，而其評估細項與標準，常是由醫學教育學者與臨床專家共同制定而成，但關於病患，這個受學員照護能力影響最大的重要的利害關係族群，在 EPAs 制定的過程中反而很少被徵詢其意見。澳洲雪梨地區的一個免疫風濕科教學團隊，以病患為中心照護為其基本原則架構，選定下背痛 (low back pain) 為發展之 EPA 主題，嘗試完成一份充分揉合病人與專家觀點之 EPAs 評估工具。

此研究 EPA 施行的對象為訓練中的免疫風濕科研究醫師，訪談主要在一個 850 床的大型轉診與教學中心進行，兩組參與者其中一組的成員為免疫風濕專科醫師、免疫風濕專科護理師、免疫風濕科訓練學員、物理治療師，以及肌肉骨骼專長的放射科醫師等專業人員。另一組則為在 2015 年 4 月至 7 月間，以下背痛為主診斷住院的成年 (>16 歲) 病患。第一階段先收集並整理病人與臨床人員對學員治療急性下背痛的觀點，共彙整成三個主題，分別為：診斷與治療、團隊作業與監督下的臨床執業，以及同情心與溝通。在這些觀點中有些是有相近的，包括要能排除嚴重的潛在病理變化、提供監督者精確的資訊，以及對病人展現關懷與體貼的態度等。另外也有些來自民眾特有的觀點，例如脊髓影像檢查在診斷下背痛的重要性、是否有安排適當的追蹤回診，以及期待能及時被告知團隊的決定與治療計畫等。由於病患本身接受團隊照護的經驗，也可提出一些訓練學員被期待應達到的行為生動的描述。第二階段則是進一步利用這些資料來發展出適當的 EPA 評量項目。

依據該研究顯示，病患可以提供一些臨床人員沒特別注意到，可是也相當重要的獨特觀

點；而鼓勵學員藉由詳盡的說明及溝通與病人達成共識 (finding common ground)，而不是毫無變通的要求學員嚴格遵循臨床指引，也有助於降低雙方在治療期待上的歧見，這也是目前醫策會力推醫病共享決策 (shared decision making) 的一種實踐方式。在這研究中也發現，病人會將對整個照護團隊的信任延伸到單一學員身上，前提是受訓學員要能接受適時的監督指導。由於收集病人觀點重新發展所有的 EPAs 需耗費相當龐大的人力物力財力，該研究建議各專科在 EPAs 制定發展過程中如果發現某些臨床業務已經有公開發表過考量病人觀點的相關研究，也可直接採用其研究結果作為制定 EPAs 參考。而即使已經制定完成，也可持續收集臨床教師與病人的回饋，將該 EPAs 修訂的更為完善與符合學員、民眾與病人需求。

完善提供以病人為中心的醫療照護目前已逐漸成為醫界共識，更是家庭醫學的重要核心思維，於 EPAs 發展過程中適當融入病人觀點，可提供部分極具價值且有別於專業人員的看法，將這些內容整合進 EPAs 可觀察行為的具體描述中，應有助於我們培養出重視醫病關係的新一代年輕醫師，也更能讓我們的臨床執業更貼近於民眾與病人的期待。



戒菸新知 – 有效的住院戒菸

成大醫院家庭醫學部 陳全裕醫師

過去研究指出吸菸導致許多健康問題，造成身體傷害並減少壽命，吸菸者住院機會比非吸菸者高，特別是血管疾病，呼吸系統疾病和許多癌症，也會增加住院期間外科手術相關的風險，持續的吸菸更與再入院、高罹病率及高死亡率有關；但是臨床上調查發現吸菸個案住院期間即使被限制吸菸，絕大部分出院後又回到住院前的吸菸狀態。

因為吸菸個案住院的疾病導致的健康危害是一個非常有力能增進吸菸個案行為改變的動機（例如接受手術的個案比沒有接受手術的吸菸個案更有可能戒菸、接受大手術後戒菸率高於門診手術後戒菸率），住院個案比較容易了解疾病與吸菸的關聯、醫護人員有比較充裕的時間與機會提供戒菸介入，醫院也為病人在住院期間提供無菸環境，醫護人員更不鼓勵住院病人吸菸甚至禁止吸菸，因此相對於心血管個案為例，只有 17% 的吸菸個案在門診就醫時被醫師建議戒菸，然而卻有 66% 的吸菸個案在住院時被醫師建議戒菸；以上種種皆能促使吸菸個案在住院治療期間開始不吸菸，並嘗試戒菸，所以為住院的吸菸個案提供戒菸介入是非常重要的而且有意義的。住院戒菸是從個案住院期間開始介入，持續至出院後，可由醫師、護理師、心理師、或經過戒菸諮詢教育訓練的醫療人員提供，目的是增加戒菸動機、協助戒菸嘗試、或幫助最近戒菸個案避免復發，有效戒入方法包括戒菸建議 (advice)、戒菸諮詢 (counseling)、行為治療 (behavioral therapy)、戒菸藥物（包含 NRT、Bupropion、Varenicline）、合併行為治療與戒菸藥物，其有效性及安全性介紹如下：

2001 年 Munafo, M. 等人回顧分析住院戒菸有效性 (effectiveness) 相關的文獻 [1]，結果發現吸菸個案住院期間接受高強度的戒菸諮詢 (intensive counseling) 加上出院後至少一個月的支持性接觸 (supportive contacts) 能有效提升出院後戒菸成功率 (OR: 1.82, 95% CI: 1.49-2.22)；吸菸個案住院期間雖接受過任何形式的戒菸介入，若出院後未持續接觸或只是簡單追蹤，則無法在統計學上看到明顯提升戒菸成功率情形，但仍應是有效的 (OR: 1.09, 95% CI: 0.91-1.31)。

2003 年 Wolfenden, L. 等人對於住院戒菸的文獻回顧 [2]，建議有效的戒菸介入包括住院期間介入時間大於 20 分鐘、出院後要追蹤、至少 5 次的介入接觸 (intervention contact)、至少介入追蹤 3 個月，吸菸個案住院時應該包含戒菸建議及諮詢、提供尼古丁替代療法及積極的出院後電話聯繫支持。住院戒菸介入對於入院診斷心血管疾病個案具有特別的成效，所有的醫療專業人員都可能有效地提供戒菸處置，但是由戒菸專業人員執行更能增

加成效。此篇文獻指出，醫院如果沒有發展戒菸支持系統，醫療專業人員不可能例行性對吸菸個案進行戒菸介入。

2008 年 Rigotti, N. 等人回顧分析 33 篇住院戒菸有效性 (effectiveness) 相關的文獻 [3]，結果發現吸菸個案住院期間接受高強度的戒菸諮詢 (counseling) 加上出院後持續一個月的支持性接觸能有效提升出院後 6 至 12 個月戒菸成功率 (OR : 1.65, 95% CI : 1.44-1.90; 17 trials)；住院期間提供吸菸個案較長時間的戒菸諮詢並不會明顯提升戒菸成功率 (OR : 1.08, 95% CI : 0.89-1.29, 8 trials)，且即使住院期間提供高強度的戒菸諮詢但是出院後的支持性接觸少於一個月並不會明顯提升戒菸成功率 (OR : 1.09, 95% CI : 0.91-1.31, 6 trials)；至於高強度的戒菸諮詢再加上尼古丁替代療法 (NRT) 雖然在本篇分析結果在統計學上並未完全明顯增加戒菸成功率 (OR : 1.47, 95% CI : 0.92-2.35, 5 studies)，但整體上是有助於提升戒菸成功率的，尤其是住院期間發生尼古丁戒斷症狀之吸菸個案；Bupropion 則未發現能明顯提升戒菸成功率 (OR : 1.56, 95% CI : 0.79-3.06, 1 trial)；若能針對因心血管疾病住院的吸菸個案提供高強度的戒菸諮詢，則能有效提升戒菸成功率 (OR : 1.81, 95% CI : 1.54-2.15, 11 trials)，但諮詢強度較低則無法有效提升成功率。

2012 年 Rigotti, N. 等人再回顧分析 55 個為住院的吸菸個案 (排除精神疾病) 提供戒菸介入的臨床試驗 [4]，其主要的結果指標是介入開始後 6 個月的戒菸情形，評估以有生化指標佐證 (biochemically validated) 為主，自我報告 (self-reported) 為輔，以持續戒菸為主，點戒菸為輔，戒入方法包括戒菸諮詢及戒菸藥物；結果發現住院期間對吸菸個案提供任何的戒菸介入，加上出院後一個月內有追蹤，對提高 6 個月戒菸成功率是有效的 (RR : 1.37, 95% CI : 1.27-1.48; 25 trials)，成效不因吸菸個案的入院診斷有明顯差異，但是低強度的諮詢，尤其是無法在出院後一個月內追蹤，對於促進戒菸成功是有限的；此外，尼古丁替代療法可進一步提升高強度諮詢的戒菸成效，並應例行性提供 (與僅高強度諮詢相比，RR : 1.54, 95% CI : 1.34-1.79; 6 trials)。至於 Varenicline 或 Bupropion，Varenicline 或 Bupropion 合併戒菸諮詢對提升 6 個月戒菸成效證據不足，因為並非所有接受 Varenicline 的戒菸效果均呈現統計學意義 (RR : 1.28, 95% CI : 0.95-1.74; 2 trials)；而使用 Bupropion 可能無助於提升住院期間戒菸諮詢的 6 個月戒菸成功率 (RR : 1.04, 95% CI : 0.75-1.45; 3 trials)。

醫事人員以護理人員佔多數，若僅以護理人員提供住院吸菸戒菸介入也是有效的：例如 2013 年一篇回顧 49 個臨床試驗的文獻 [5]，以護理人員提供吸菸個案戒菸介入的文獻，把其中 17 個臨床試驗、包括住院病人、共 17000 名個案放在一起分析，發現能有效提升

戒菸成功率 (RR : 1.29 ; 95% CI : 1.20-1.39) · 特別是住院的吸菸個案。2017 年一篇回顧 19 個以護理人員提供住院吸菸個案戒菸介入的臨床試驗文獻 [6] · 發現護理人員為吸菸個案在住院期間提供的戒菸介入以諮詢為主，出院後追蹤以電話聯繫為主，護理人員在協助住院個案戒菸上扮演很重要的角色。



因此，針對住院的吸菸個案，醫護人員不要僅著重在急性病的照護，不論個案入院診斷為何，應該充分把握機會，對所有吸菸個案提供戒菸介入，而且不論是提供何種介入措施，出院後的戒菸介入對 6 個月以上的戒菸成功更顯重要，尤其是能持續一個月以上多次的追蹤。

【參考文獻】

1. Munafo · M. · Rigotti · N. · Lancaster · T. · Stead · L. · & Murphy · M. (2001). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review. *Thorax* · 56(8) · 656-663.
2. Wolfenden · L. · Campbell · E. · Walsh · R. A. · & Wiggers · J. (2003). Smoking cessation interventions for in-patients: a selective review with recommendations for hospital-based health professionals. *Drug and alcohol review* · 22(4) · 437-452.
3. Rigotti · N. A. · Munafo · M. R. · & Stead · L. F. (2008). Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Archives of internal medicine* · 168(18) · 1950-1960.
4. Rigotti · N. A. · Clair · C. · Munafo · M. R. · & Stead · L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane Library*.
5. Rice · V. H. · Hartmann-Boyce · J. · & Stead · L. F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library*.
6. Kazemzadeh · Z. · Manzari · Z. S. · & Pouresmail · Z. (2017). Nursing interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *International nursing review* · 64(2) · 263-275.

