

全人關顧系列六

全人關顧 個案實錄



陸亮 著

書名 : 全人關顧系列六
全人關顧個案實錄

作者 : 陸亮

執行編輯 : 黃慧純

出版 : 那打素全人健康持續進修學院
香港大埔全安路 11 號 J 座 7 樓 28 室
電話 : (852) 2689 3875 / 2689 2182
傳真 : (852) 2667 4439
© 版權所有，不得翻印

製作 : 漢語基督教文化研究所

初版 : 2017 年

國際書號 : 978-962-7236-05-4

目錄

序一：羅思偉醫生

新界東醫院聯網總監暨威爾斯親王醫院行政總監 ___ 5

序二：何沛儀女士

新界東醫院聯網及威爾斯親王醫院護理總經理 ___ 7

序三：劉敏昌博士

新界東醫院聯網 臨床服務統籌(診斷及專職醫療服務)
白普理寧養中心 / 沙田慈氏護養院 / 沙田醫院
醫院行政總監 ___ 9

第一章：前言 ___ 11

第二章：醫生篇 ___ 29

第三章：護士篇 ___ 69

第四章：專職醫療人員篇 ___ 135

第五章：總結 ___ 177

鳴謝 ___ 181

那打素全人健康持續進修學院簡介 ___ 183

序一

我們去年收到逾 1 萬 6 千封病人及家人寄來的感謝信，數字還年年增加。細讀信中內容，最大的體會是病人或家人感受最深刻的，往往是前線醫護人員對他們的尊重與關懷，即使只是一件微小的事情、一個短暫的接觸，足以令病人受用無盡，這就是全人關顧對病者功效的實證。但就同事之間對全人關顧的看法，是否又可做一些實證研究？

非常感謝那打素全人健康持續進修學院出版了《全人關顧實錄》，補遺了這方面的空白。這次出版對我們獨具意義，原因是書中主角全是我們聯網三間急症醫院的前線同事，他們坦誠地向研究人員分享對數個問題的看法，從而折射出全人關顧在醫院的實踐情況。受訪者描述的經歷非常細緻及真實，訪談人員實在應記一功。

2015/16 年度聯網醫院住院人次達 28 萬，專科門診使用人次逾 110 萬。我很欣賞受訪同事在龐大工作量下，仍盡能力關顧到病者及家人們深層次需要，最重要的是，他們都能從與病人正面互動中找到滿足感及使命感，這最令我感到欣喜。我向大家推薦這本實錄，相信每位同事都能從中找到共鳴。

羅思偉醫生

新界東醫院聯網總監暨威爾斯親王醫院行政總監

序二

護理人手長期處於緊張的狀態，要為病人提供全人關顧是否只能停留於理想的層面？此書詳述了整個全人關顧研究的內容，受訪同事乃來自三間急症醫院，時間和工作量無疑是實踐上的阻力。研究結果具體顯示護理同業們如何實踐全人關顧，除了提供救急及基礎護理外，還盡量滿足病者個別之需要，靈性之關顧。雖然工作上有限制，但透過自我增值、團隊合作、病人正面的回饋及信仰的幫助能迎難而上。

病人和家屬對於護理人員能多走一步，多問一句，無不表示欣賞和感謝。同事憶述難忘的經歷，無論是正面或負面的，都反映出護理人員與患者之間的緊密關係。喜見同工縱然在實踐上遇到各種困難，都能自我調適，重拾工作召命，讓自己的熱誠持守下去，值得護理同業們的參考。

盼望醫護同工繼續帶著尊重與關懷，對己對人實踐全人關顧。

何沛儀女士

新界東醫院聯網及威爾斯親王醫院護理總經理

序三

現代醫療隨著科技的發達，發展的層面不再停留於恢復病人的身體機能而已。香港社會近年有很多關於人性化醫療服務、病人對治療計劃參與及病人自主的討論；醫患互動方面，早年「父母式」單向溝通已經追不上時代的步伐，現代著重的是尊重個人選擇、價值觀及尊嚴。醫管局推動全人關顧已經有十多年，我也見證著時代的變化。現在我們處理病症多以醫療團隊的取向為病人作整體的評估，團隊都包括醫護和專職醫療人員，配備「身、心、社、靈」各方面的專家，照顧病人整體需要，並與社區的服務銜接，讓他們安心返回社區；而能在病患的限制下，儘量恢復較佳的生活質素，支援他們在社區生活，也是我們醫療團隊的目標。

此書輯錄了不少同事的心聲，我最為深刻的是，受訪同事對實踐全人關顧的動機，這也是讓我為同事們感到驕

傲的地方。全人關顧除了作為一個專業的取態，或是治療的方針，我看見同事們由心而發的推動力，其實是源於他們對病人的尊重。尊重病人是一個有整全需要的人，而非僅是一個「病症」和「個案」。這種同理心的觸動和聯繫、對人的尊重和關愛，也正是我們在醫院推動「以人為先」(Person Centred Care) 服務模式的種子。病人感受到他們的關愛，亦以感謝及讚賞作為回饋，再推動團隊不斷地進步。

我很喜歡有同事分享過的一句說話——「醫病用藥，醫人用心」，這也正好概括了我讀完此書後的感受。感謝作者陸亮博士對課題深入的探討，及那打素全人健康持續進修學院對全人關顧的推動。無論在哪個崗位，願我們每一位也常懷著這顆赤子之心，這份對人的尊重和關愛，同心努力為病人帶來更多人性化的優質醫療服務。

劉敏昌博士

新界東醫院聯網 臨床服務統籌(診斷及專職醫療服務)
白普理寧養中心 / 沙田慈氏護養院 / 沙田醫院 醫院行政總監

第一章

前言

現代的醫療及照顧專業都強調全面關顧個人的需要。香港是一個國際都市，醫療服務緊緊追隨著西方先進國家的發展。香港醫療服務分別由公立及私立機構供應，約八成住院服務由香港政府成立的醫院管理局統籌及承擔，而醫院管理局護理組早於 2000 年初推動全人護理，並界定「全人關顧」(Holistic care) 為提供的照顧在滿足一個完整、獨立個體健康的需要，包括身體、心理、社交、靈性、文化及環境各方面的一個整體 (Hospital Authority, 2001)。但究竟全人關顧在香港醫療界的看法是如何？實踐的狀況又如何？

提供全人關顧是醫療專業人員的使命，亦是在發達國家中成為社會大眾的期望。但是像香港這一個人口擠迫的城市，醫療專業人員與市民的比例遠遠低於先進國家，特別在有限的人手和工作壓力龐大的急症醫院服務上，很多時全人關顧便會容易流於成為口號多於恆常的實踐或一種關顧的醫院文化。另一方面，我們不難發現頗多醫療人

員，盡忠職守地在他們的崗位上提供全人關顧服務。如果我們能透過一個研究，探討他們的工作經驗及體會，研究的結果不單可以提供一些角色模範，成為醫療同業們的參考，更可以給我們緊守崗位的同事們打打氣。

香港在「全人關顧」課題上的研究並不多，故這研究的目的為探討：1) 全人關顧在臨床的實踐現況？2) 前線醫療人員在提供關顧上遇到什麼困難？3) 他們如何克服困難？4) 他們有那些難忘的經歷？5) 他們如何保持工作的熱誠？6) 他們對「全人關顧」的看法是怎樣？

文獻回顧

全人關顧的理念

原始人類面對疾病會採用自然及超自然的方法來處理。原始醫學的藥物取材自植物或動物，加上某些禮儀來從病人身上驅走有害的靈體。一位著名醫學歷史學家曾提出醫療最早期是掌控在教士的手上 (Guthrie, 1945)。直至大概公元前 400 年，希臘名醫希波克拉底，又稱醫藥之父，將醫學的原則和實踐建基於理性思維以排除那些超自然的現象。在中世紀及文化復興時期，教會主力研究超自然 (神、靈界) 及人的思想，而醫生聚焦於處理身體上的問題 (Cockerham, 1986)。19 世紀初，細菌的發現；20 世紀中，抗生素的引

入，加上外科手術及儀器的發明，醫療的實踐更集中在生物生理的領域上 (Shealy, 2000)。與此同時，神學家 Illich (1977) 提出很多藥物及一些非必要的手術帶來有害的副作用，導致許多人過份倚賴醫藥。而心理學的研究則發現心理影響生理，反之亦然。精神醫學顯示身、心、社之不可分割，彼此緊密相連，互為影響 (Engel, 1977)。當醫學進入 21 世紀，再一次重提屬於超自然範疇的靈性。當治理病人的時候，不單身、心、社的關顧，靈性也是重要的另一層面。根據美國醫學協會，在美國醫學院教授有關宗教及靈性課題的課程有所增加，有統計顯示大約有七成醫學院提供有關靈性或宗教與醫學的課程 (Puchalski, 2006)。

“Holistic care” 這個詞彙，在東方，主要指中國兩岸三地，有不同的翻譯。香港譯作「全人關顧」，台灣為「全人照護」，內地則用「整體護理」。究竟“holistic care” 的真正理念是什麼？而西方及東方在實踐“holistic care” 的情況又如何？Holistic 這字來自希臘文“holo”，代表“whole”，是完整、整體、全部之意，也與“wellness” 即是「良好健康」同義。這個字為科學家 J. C. Smut 在 1920 年首先採用來描述自然有趨勢，由不同單位有秩序地組合而形成很多的整體。而整體在哲學的角度來說是一個理論，認為一個整體的各部分是緊密地互連到某一程度，各自不能獨立於整體而生存，並且僅可通過參考整體來理解。而一個整體是大於其

各部分之總和 (Smuts, 1961)。醫學上的引用，即相信醫治一個整全的人，要考慮其心理及社會因素，不單是疾病的症狀 (牛津詞典, 2015)。當整體應用在照顧全人方面，其「良好健康」之意也是同樣重要。究竟何謂「良好健康」。引用世界衛生組織的定義，「良好健康」為個人及組羣健康的最高狀態。這有兩個焦點的關注：認知個人在身體、心理、社交、靈性及經濟上最大的潛能和成就個人在家庭、社羣、教會、工作間及其他場所被期望的角色 (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006)。

全人關顧的臨床實踐

用“Holistic care”作關鍵詞，搜索最常用與醫療相關之英文數據庫：Medline, PsycINFO, CINAHL 及中文數據庫：萬方、CEPS。在最近十年，2004 至 2013 年，有多少次“holistic care”曾出現於標題或摘要上，而有全文可以查看。搜索後，英文文獻有 358 份，中文則有 354 份。可以見到英文文獻較多使用“holistic care”這個詞 (詳見表 1)。為了收縮回顧範圍，只有屬於臨床研究類的文章才選用；英文共有 40 份，中文 54 份。從這方面又可以見到這十年來中文文獻上有較多“holistic care”的關注及研究 (詳見表 2)。再仔細看這些研究之分類，英文研究較多採用質性方法 (27 份)，但中文研究則較多使用量性方法 (32 份)，其中以隨機控制測試為主 (22 份) (詳見表 3)。

表 1. 2004 至 2013 年 “holistic care”
曾出現於標題或摘要上的次數

數據庫 / 年份		2004-2008	2009-2013	總數
英文數據庫	Medline	117	164	281
	PsycINFO	52	92	144
	CINAHL	108	133	241
	移除重覆後	150	208	358
中文數據庫	Wanfang	8	116	124
	CEPS	76	154	230
	移除重覆後	84	270	354

表 2. 只屬於臨床研究類的文章

數據庫 / 年份		2004-2008		2009-2013		總數	
英文數據庫	量性研究	7	20	2	20	9	40
	質性研究	13		14		27	
	其他	0		4		4	
中文數據庫	量性研究	2	9	30	45	32	54
	質性研究	7		15		22	
	其他	0		0		0	

表 3. 研究設計

研究性質 / 資料庫	英文資料庫 (數量)	總數	中文資料庫 (數量)	總數
量性研究	<ul style="list-style-type: none"> · 問卷調查 (7) · 類實驗研究 (1) · 模型檢測 (1) 	9	<ul style="list-style-type: none"> · 隨機控制實驗 (22) · 問卷調查 (5) · 類實驗研究 (5) 	32
質性研究	<ul style="list-style-type: none"> · 個人訪談 (17) · 內容分析： · 書信 / 日記 / 敘事 / · 文字描述 (4) · 個案研究 (3) · 焦點小組 (2) · 概念分析 (1) 	27	<ul style="list-style-type: none"> · 個案研究 (16) · 個人訪談 (2) · 內容分析：護士 · 學生作業 / 開放 · 式提問 (2) · 個人訪談及 · 焦點小組 (1) · 概念分析 (1) 	22
其他	<ul style="list-style-type: none"> · 混合研究法 (2) · 綜論整合研究 (2) 	4	無	0

質性研究方法著重對研究課題內容的深入了解、對研究對象的認識，而量性方法較看重數量，採用統計方法對研究課題作出推論。因篇幅關係，這處只選取質性及量性研究各兩篇作闡述。第一篇乃香港理工大學，Yeung, Wong, & Mok (2011) 中風生還者在住院及回家的全人關注之質性研究，用深入個人訪談，面見 15 名中風生還者。主要探討其住院期間及回家後之照顧，以開放式問題發問。例如「請講述你中風經驗直接有關的事情」。經作者們分析、歸納及總結後，主要發現四個主題。其中兩個

主題為「全人關注的相互影響」及「臨床照顧存在的落差」。在全人照顧相互影響的主題下，其中一位女受訪者的分享如下：

〔醫院裡〕「我忽然覺得對腳無晒力，說話含糊不清。之後我俾人送咗入急症室……醫生話我知：『你中咗風』（身體上），我喊咗出嚟（心理上）……點解要係我？我係一個好人，我生活同工作都好俾心機（靈性上）。我好驚！驚到喊咗出嚟（心理上），我全身嘅反應就好似身處天寒地凍之中，個心騰騰震，胸口隱隱作痛，個心翳住，情緒好唔穩定（身體和心理上）……我每晚發惡夢……不停噉喊，喊咗足足四日。點解我會噉？我喊其實反映咗我內心深處嘅不安穩（心理和靈性上）……」

〔醫院裡〕以後我會行動不便，有無咩嘢我可以做（身體上）？我以後嘅生活會係點？我係咪任何地方都去唔到？邊個去照顧佢（丈夫）（社交上）？院牧同我傾咗啲關於宗教嘅嘢……佢安慰我，話我知點樣可以過得好啲。聽完佢講之後，我覺得好平靜……我發覺原來我一定要堅強，支持自己繼續行落去。無錯，我鍾意呢種感覺（靈性上）。」

〔在家中〕「有咗呢枝枴杖，我就可以行得返（身體上）。呢三個月以嚟，我沖涼同做運動時，我老公會幫我（社交上）。我希望可以盡快好返……當我個心安定落嚟，我就無問題嘞（靈性和心理上）。我嘗試唔去回想嗰次經歷，就讓佢過去（心理和靈性上）……我朋友帶咗我去一個見證會，嗰

個人無手同腳〔社交上〕。噢！我整個人平靜起來……對自己嘅生命變得正面積極！我得到勇氣…… 因為我仍然有手同腳〔靈性和心理上〕。」

在臨床照顧存在落差的主題下，其中三位受訪者的分享如下：

對全人關顧的需要

〔醫院裡〕「佢哋特別注意我嘅飲食，而且準時派藥我食。但係佢哋好少關心我嘅感受。其實，對病人最重要嘅係關心嘅說話。無論講幾句關心嘅說話有幾困難，至少佢哋都應該對我表達最基本嘅關心！」

資訊提供不足

〔醫院裡〕「醫院嘅護士都幾友善……但係佢哋無講過任何關於我個病嘅嘢俾我知！」

〔在家中〕「無人（護士）再聯絡我。如果有咩跟進照顧，例如健康資訊查詢，至少我可以知道點樣可以避免再復發。」

這個研究顯示疾病對全人的身、心、社、靈各方面的影響及全人關顧在臨床上的不足。

另一個質性的研究是台灣的一個個案分享，詳細描述協助一位末期病人面對苦難時全人照護之經驗（楊婉萍、

賴維淑、趙可式，2008)。案主柳阿姨，58 歲，單身，是基督徒。1992 年診斷出大腸癌，經過手術切除及化療。2003 年再度診斷出子宮內膜癌。2007 年 5 月發現咗頸部、腹部及腰椎骨轉移。2007 年 6 月因症狀控制不佳而住入安寧病房。其護理問題主要分三方面：

生理層面：以疼痛、噁心嘔吐進食量少、感染、高血鈣等四個問題為主。

心理社會層面：案主兄長獨自承擔照顧壓力，身心俱疲，案主對住院費用之擔憂。

靈性層面：需感覺到神的同在與無條件的愛，苦難意義的追尋。

因全人照護中靈性照護較容易被忽略，這裡只引述靈性的需求及主責護士如何提供靈性的照護。在靈性的需求上，案主：

(1) 需感覺到神的同在與無條件的愛

案主憤怒表示：「上帝如果愛我為什麼讓我困在這個身體裡？」主責護士透過藝術治療重新修補案主與上帝斷裂的關係。案主無奈的表示「體力不好，連手舉起來的力氣都沒有，眼睛也不好，怎麼做？」。

主責護士將藝術治療方式改為由案主選擇欲使用的材料與顏色，由來訪的團契人員當她的眼與手，作出案主心中的十字架，在十字架上寫下「凡勞苦擔重擔的人，可

以到耶穌這裡來，我可以使他安息」。案主表示這些字句可以給自己力量與勇氣，並感受到神的愛。作品完成後，要求將十字架掛在床頭視野可及的牆上。

其次，案主顯示：

(2) 苦難意義的追尋

案主訴說：「我的苦沒有人懂，家人也不懂」，護理人員同理其有苦難言、心事無人知的孤獨感，鼓勵案主表達負面的情緒與感受，也肯定案主的任何情緒都是真實存在而且需要被重視的，避免宗教友人與親戚太快將案主的想法轉成正向思考。案主表示：「受了如此大的苦難之後，用生命去做見證及傳道更為深刻」。

這個研究凸顯如何實踐靈性護理，因不少研究指出全人照護中的靈性護理較難理解及缺乏訓練，這研究能清楚顯示如何關顧靈性的需要。

另外兩個的量性研究，第一個乃香港 Luk (2011) 做的一個跟進研究，以量性方法用問卷訪問 71 位精神病康復者，探討一個全人關顧康復計劃的長期功效。受訪者被問及從計劃中覺得的幫助，大部分人覺得在支持、鼓勵、自信、朋友的數目、學習服事他人、被尊重及接納、靈性支持及健康知識的增加上都有幫助。當比較他們有覺得支持與未覺得有支持的成效指標，十個指標中有一半顯示有

統計上的差異，包括心理健康上，朋友數目滿意度，人生意義和希望上。同樣地，當比較有覺得鼓勵與未覺得鼓勵的成效指標，十個指標中有六個顯示有統計上的差異。這些結果支持大部分參與這個全人關顧康復計劃的精神病康復者在心理、社交及靈性上都有良好的果效。這個研究顯示康復計劃有效地提供全人的關顧。

另一個國內的量化臨床研究，是採用隨機控制測試，觀察整體護理干預對骨折患者心理的影響（傅玉萍、劉姍姍、謝紅豔、胡梅，2012）。方法乃將 220 例骨折患者隨機分為 110 人對照組及 110 人觀察組。對照組提供常規護理。觀察組則採用整體護理，在常規護理外，醫護人員對患者及其家屬和朋友進行心理知識輔導和教育，時間為每周二和周五下午，每次 20-30 位患者。主要內容包括對骨折基本知識的熟悉，有關骨折問題的疑問、擔憂及治療體會和手術後相關康復等等。醫護人員給予相關解答，排除患者的心理障礙。兩組骨折患者分別在入院後的第 1 天、第 7 天、第 14 天的焦慮和抑鬱的心理狀況進行比較，兩組在各項的比較中均有統計上的顯著性。這研究顯示對骨折患者給予整體護理干預，可以明顯改善患者的心理狀態。這研究結果指出採用整體護理干預能帶來更好的心理效果。

單從引述之四篇研究，我們可以看到全人關顧/ 全人照

護 / 整體護理，都會關懷患者身體、心理社交及靈性的整體需要。身體的需要，不單保存患者的生命，還要提供舒適及減輕痛苦(楊婉萍、賴維淑、趙可式，2008)。在心理社交方面，明顯地多一點解釋，表達關注尤為重要(傅玉萍、劉姍姍、謝紅豔、胡梅，2012；Yeung, Wong, & Mok, 2011)。靈性方面，尊重病人，滿足患者個別認為重要的事情，也能帶來關愛與希望(傅玉萍、劉姍姍、謝紅豔、胡梅，2012；Luk, 2011)。然而，不少研究顯示病人覺得全人關顧不足，特別在靈性的照顧上(Larimore, Parker, & Crowther, 2002)。醫療人員也自覺未能滿足病人的全人需要，尤其是在靈性的需求上(Pesut, 2008; Wu & Hsiao, 2009)。當我們只關注病人肉身上的病，往往容易忽略病人其他的需要。很多時，我們不一定能醫治所有疾病，反之；關注病人的整體，卻是我們隨時都可以做到的，他們也必能感受得到。究竟香港急症醫院內臨床醫療人員在「全人關顧」實踐上的情況如何？他們對「全人關顧」的看法又如何？香港在急症醫院內「全人關顧」課題上的研究並不多，盼望此研究能豐富這方面的資料，也能引發更多在「全人關顧」課題上的研究。

研究方法

研究設計

本研究採用描述性的質性方法，以個別訪問的方式，運用半結構訪談指引(semi-structure interview)與受訪者

進行關於全人關顧的深入訪談，訪談由研究負責人主導，約 45 分鐘至 1 小時 15 分鐘 (Polit & Beck, 2014, p274-275)，主要問題為：

1. 你的病人 / 被照顧者如何看你的服務？
2. 你如何看自己提供的服務？
3. 在照顧中遇上什麼困難？
4. 你如何克服這些困難？
5. 可否分享一些在照顧中難忘的經歷？
6. 你如何保持工作的熱誠？
7. 你對「全人照顧」有什麼看法？

研究參與者

分別為現職急症醫院前線提供醫療或照顧服務的醫療人員，包括醫生、護士和專職醫療人員。招募來自每一間醫院 3 位醫生、5 位護士和 3 位專職醫療人員，共 11 人，3 間醫院總人數為 33 人，他們在同事間被視為盡忠職守的員工。以描述性現象為研究之進路。一般而言，在立意取樣下，約 10 人的受訪者資料會接近飽和 (Polit & Beck, 2014, p. 287)。因護士佔前線照顧服務的人數較多，所以共取 15 人、醫生 10 人、醫療專職人員 8 人。

資料搜集過程

來自新界東醫院聯網內三間急症醫院，分別為威爾斯

親王醫院、雅麗氏何妙齡那打素醫院和北區醫院。每間醫院由中央護理部推薦 11 位在前線工作的醫護人員，分別為醫生 3 位，護士 5 位，專職醫療人員 3 位，之後再由研究助理個別解釋研究目的及作出邀請。訪問日期由 2014 年 9 月至 2015 年 5 月。

資料收集與分析

訪談內容以錄音為紀錄並以研究者的輔助筆記為參考。錄音後轉成逐字稿 (verbatim)，資料處理採用 Morse & Field (1996) 建議質性研究的內容分析法 (content analysis)，描述的字義和數量會被分析，透過編碼 (code)，範疇 (category) 而組成主題 (theme)。

倫理考量

被訪者以自願形式參與，在訪談前先取得其個人同意，簽署同意書。受訪者有權拒絕回答任何問題，並可在訪談中隨時中止或退出訪談，且資料絕對保密。過程為一對一在獨立房間進行，全程使用錄音筆記錄，並使用紙筆記錄受訪者的身體語言，所有記錄將於研究報告完成後一年內銷毀。

信度與效度

信度方面，訪談全程使用錄音筆記錄，確保資料準

確。訪談後把錄音內容謄寫成文字，再進行逐字核對，以達致穩定，所有文字由研究者核對。效度方面，最後請研究對象再次審視，保證其真實性。(Lincoln & Cuba, 1985)。

參考資料

- 牛津高階英漢雙解詞典。取自 <http://www.oxforddictionaries.com>。
- 傅玉萍、劉姍姍、謝紅豔、胡梅(2012)。整體護理干預對骨折患者心理影響的臨床研究。《國際醫藥衛生導報》，第18卷，第9期，1330-1331。
- 楊婉萍、賴維淑、趙可式(2008)。協助一位末期病人面對整體苦難之全人照護經驗。《護理雜誌》，55卷，6期，101-105。
- Cockerham, W.C. (1986). *Medical Sociology*. Prentice-Hall, Inc., New Jersey. (pp 3-8).
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Guthrie, R. (1945). *A History of Medicine*, Thomas Nelson, London.
- Hospital Authority (2001). *Position statement on holistic nursing*. Nursing Section, Hong Kong: Hospital Authority.
- Illich, I. (1977). *Limits to Medicine*. Pelican Books, London.
- Larimore, W.L., Parker, M., & Crowther, M. (2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say? *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 69-73.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, AC: Sage.
- Luk, A.L. (2011). Investigating the long-term effects of a psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness in the community: a follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, Sep; 20(19/20), 2712-20.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1996). *Nursing research: The application of qualitative approaches*. (2nd ed.). London: Chapman & Hall.

- Pesut, B. (2008). Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. *The Journal of Nursing Education*, 47 (4), 167-173.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. (pp274-275).
- Puchalski, C. M. (2006). Spirituality and medicine: Curricula in medical education. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 21 (1), 14-18.
- Shealy, C. N. (2000). *The directory of complementary therapies*. Vancouver: New Millennium.
- Smuts, T.C. (1961). *Holism and evolution*. New York: Viking Press. (p.86)
- Smith, B.J., Tang, K.C., & Nutbeam, D. (2006). *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/about/hp%20> [Accessed: 9/9/15]
- Wu, H.F., & Hsiao, Y.C. (2009). A study of the correlation between the spiritual health status and spiritual care abilities of nurses. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 5 (1), 68-78.
- Yeung, S.M., Wong, F.K.Y., & Mok, E. (2011). Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home. *Journal of Advanced Nursing*, Nov; 67 (11), 2394-405.

第二章

醫生篇

背景資料

受訪者共 10 人，職級包括顧問醫生、副顧問醫生和前線醫生。因醫院以內科為較大專科，所以內科人數佔一半。工作經驗由少於 10 年至 30 年不等，性別以男佔多數，而年齡在 30 歲至 60 歲以內，大部分人已婚，有宗教信仰佔多數。詳細分佈見表 2.1。

表 2.1 背景資料 (受訪者數目 = 10)

專業	醫療	
職級	顧問醫生	4
	副顧問醫生	4
	醫生	2
專科	內科 / 老人科	4 / 1
	外科 / 骨科	1 / 1
	麻醉科	1
	兒科	2

專業	醫療	
工作經驗	<10 年	2
	10-20 年	3
	21-30 年	5
性別	男	6
	女	4
年齡	30-40 歲	3
	41-50 歲	3
	51-60 歲	4
婚姻狀況	已婚	9
	單身	1
宗教	基督教	6
	天主教	2
	無	2

1. 病人對治療的看法

他們覺得絕大部分病人的反應都是正面的，分別為開心、多謝和信任。有兩位受訪者提及因病者病重而沒有回應，更有一位提到有些病人會有較大的情緒反應。其中一些描述如下：

開心、信任

「我就覺得啲病人嚟到係好開心嘅。有一個末期肺癌病人，係我幫佢斷症嘅，因為個肺功能太差，唔做得化療，已經擴散咗，又唔做得手術。基本上，就淨係舒緩治療止痛。我已經幫佢安排舒緩治療，佢同太太嚟，我都話無咩嘢可以幫到佢，腫瘤科覆診緊，俾埋止痛藥。我話：『不如我 close case 啦，因為我都好多病人。』跟住佢同我講：『唔好呀，你留番個時間睇我啦。』我都同佢講，我無咩幫到佢，佢都想返嚟，見吓我，噉我都安排返個時間俾佢返嚟。」

沒有回應

「其實有好多個神智都唔係好清醒，80 幾歲……我只係觀察佢嘅面容嚟睇佢嘅反應……所以每一類嘅病人都唔同，因為 infectious disease 啲啲都係非常危殆，喺唔同階段，反應都會唔同。」

憤怒

「因為痛症你正反都有，有時反可以係好強烈情緒嘅表達，可以好惡，唔關你事都可以惡你啦，好似好想打你噉樣。」

2. 對自己所提供治療的看法

分析後可組成兩個範疇：1. 是「盡力而頗全人化」，多數人都盡力而為，提供一個頗全人的治療。2. 是「盡力而有不足及工作化」，有兩人提到還有不足及有時當病人為工作而已。一些描述可見如下：

2.1 盡力而頗全人化

盡力而為

「我盡能力去做啦，因為自己係 Christian，我會瞰睇自己嘅 role，生命唔係喺我哋嘅手，我掌管唔到，病人要離開，我控制唔到，病人會留低，我都控制唔到，不過我係以我有限嘅知識、能力、時間，盡量去提供最 optimal，即係當下去幫佢，呢個就係我嘅 role。」

頗全人化

「盡力而為啦，我都好全人關顧㗎，身、心、社、靈都有關注，因為有好多嘢都同個病有關係，幾直接嘅，譬如同一個病，屋企人支援係多啲，同埋無乜支援，相差好遠。有啲病人個病情好差，但係屋企好多人輪流照顧，就算佢要用呼吸機，又或者一日要打好多次針，屋企人都可以照顧得到。有時我嚟到，又順

便讚吓佢屋企人，話佢哋付出咗，佢哋屋企人都好開心。」

2.2 盡力而有不足及工作化

不錯而有不足

「以我哋嘅人手、嘅資源，我覺得我哋唔差嘅，比起其他醫院唔差嘅。我哋對啲病人好遷就，佢哋譬如打返嚟，私人問題要「騰期」呀，要點樣改呀，我哋做得到我哋都盡做嘅。我哋亦都唔會睇錢睇得好重嘅，應用就得用，唔會話貴，依個老啲，唔理佢。你問我可唔可以再好啲，嘅梗係可以啦。」

以病人為工作

「我哋多咗 investigation，多咗嘢攞，所以護士係忙咩呢，又忙個樣，大家好似當 patient 啲嘢係 task，呢個 1 號床呢，佢嘅 haemstix 高咗啲，2 號床，今日未做 CT，3 號床，袋血又要上……」

3. 治療遇到的困難

他們遇到的困難主要來自三方面：1. 最多的描述是在人事處理上，病人佔最多，跟著是同事，其次是家屬。2. 是工作上的限制，包括時間和資源。最後 3. 是來自自己。

其中一些描述如下：

3.1 人事處理

不切實的期望

「最難啦、滿足唔到佢，真係俾唔到一個佢要嘅 treatment，其實，佢好簡單㗎，開頭到尾，佢都話我要換腎，佢無其他要求。」

缺乏延續的服務

「一個政府機構、公營機構，我覺得點解 establish rapport 係難嘅呢，當你對個病人又唔係好認識，譬如今次係 A 睇，下次就 B 睇，下次就 C 睇，A to Z 都去睇，而每個人可能對個病人又唔太認識，嗰嘅 setting 底下，就比較容易有 conflict，有一定嘅機會去製造一啲 conflict，或者係大家嘅 expectation 都唔同。」

家屬的處理

「有啲 family 要求日日見，我哋日日好似播帶噏講同一樣嘢，佢喺度日日又問，都有嘅。或者有啲屋企人要求你每個鐘頭去轉一次身，幫佢攪呢樣、攪嗰樣，好似當晒我哋係佢嘅 domestic worker 噏樣。」

與其他團隊的衝突

「大家著眼點唔一樣，佢哋嘅著眼點就係做手術、做手術同做手術，佢未必會諗其實呢個病人已經年紀好大，好多病痛，究竟佢頂唔頂得順個手術，個手術做咗對佢嘅益處有幾多，會有呢啲 conflict…… surgeon 同個 patient 講到好好，或者你一定要做嘅，但係我哋麻醉去到睇佢嘅時候覺得其實你做，你未必會因為個手術死，但係你可能會因為麻醉而死，噉你仲做唔做，呢啲 conflict 成日都有發生。」

「如果我真係好唔同意個 specialist 嘅做法，而個影響真係會好大，甚至可能 life and death，我會去同個個 specialist 傾，講我真係覺得應該噉樣做唔係好 best，要講好難，有陣時講完之後就噉交。」

3.2 工作上的限制

時間的限制

「現實裡面，有好多限制，個 setting、時間上面，因為可能呢個病人用多咗時間，下個病人你用少啲時間。究竟邊個病人係 justify 你用咁長時間，邊個病人係可以 sacrifice 時間呢。你會有啲關注囉，譬如有個醫生，朝頭早巡完房，可能跟住要落去手術或者落去 clinic，尤其是個 patient，如果你未巡完房，個

patient 已經喺上面 on table 喇，噉你係咪……即係又唔得嘛。所以一定要係時間上要揸得緊。時間係一個 constraint。」

3.3 自我管理

短時間內作決定

「ICU case 要好短時間之內做決定，插唔插喉，打咩藥，啲啲錯咗嘅你兜唔返，呢個就係 short，即係好困難㗎。」

4. 如何克服困難

在克服困難方面，可分為三方面：第一及二方面分別為 1. 自我調節及 2. 尋找別人幫助。較多人提到自我調節，其中以良好溝通出現次數最多，其次是臨床經驗的累積。別人幫助主要來自同事。第三方面則有一人提到良好的機構制度也是幫助來源之一。其中一些描述如下：

4.1 自我調節

選擇性溝通

「Acute 真係難，可以做得最好嘅就係，佢入院第 1 日，你交代一聲，暫時覺得佢係乜，噉你到出院，再搵屋企人，再交代一聲，今次個病情係噉喇，in long run

呢，我哋幫佢安排咗呢個檢查，我哋會噉樣覆診，啲藥幫佢轉過，即係我覺得做到噉呢……

你只可以喺上面局限、選擇性啦。一啲好複雜嘅 case，你會特別同屋企人有溝通，又或者一啲入嚟好危急啲……

另外花得多就係好後生啲，入到嚟就已經 diagnose 好重嘅症，噉啲你又係要花好多心機。」

良好語言及非語言的溝通

「你如果 communication 攞得非常好，就算你幫唔到病人，你解釋俾佢聽，明知幫唔到佢，講得好清楚俾佢聽，你個眼神、傾偈嘅態度、聲線嘅柔和，同埋你嘅 knowledge，當然主要係 knowledge，噉嘅話其實你幫到佢好多。」

「要到位，個 key point，要識去走位，識去問問題。」

傳遞為病人福祉盡力的態度

「總言之令到佢覺得我哋已經係盡我哋能力為佢最好，佢哋好多返嚟其實都有好多不滿，不過你同佢睇得耐咗，佢知道其實你出發點都係幫佢，對佢係好嘅，佢哋都會對返你好。」

身同感受

「不過我以往嘅經驗係，如果你同佢硬碰硬，係唔 work 㗎。佢鬧完一輪，你明知佢都唔係鬧緊你，佢係自己忤嘅啫，你自己要好 calm，至有機會主導返，引到佢講嘢都慢返啲，同理佢真係慘嘛，佢唔係扮嘢，我諗尤其當我哋自己或者屋企人都經歷過，你知道你幾有錢、幾威、幾 senior 都好，當你一有病，你成個人都無喇喎。」

臨床經驗的累積

「其實你嚟到，已經 sense 到呢個 patient 有啲嘢嘅，你已經知道呢個係 difficult，我真係做睇相㗎。佢行入嚟你都知，呢個係有啲麻煩嘅，consultation 就特別會花多啲時間，你會問得 detailed 㗎。」

「我自己，睇好多書。同理我做咗咁多年，病人其實講少少嘢，我就 sense 到佢想要啲咩。呢啲我諗真係講經驗。」

保持專業態度

「噉又無㗎喎，咪呻吓囉，呢啲 difficult case 大家都知，就係我哋會話返俾佢聽，佢噉樣都係麻煩呀，肯定遲啲又入院，攞到大家好『呢 hea』。我估都係自己……我自己就無乜特別嘅，又唔可以睇得好近，我又

唔可以真係當佢親人嘅。我會覺得唔緊要，咪密啲覆診，下次再用啲力去怗佢。又都同返自己啲 colleagues 講：『今次有啲嘅問題，睇吓下次有無其他計仔。』

4.2 尋找別人幫助

「靠平時嘅 knowledge，同埋識得要啲 appropriate time 去搵 senior，唔好拗到真係返唔到轉頭嘅時候，要 ask 咗個 opinion。同埋真係要放低面子，因為你唔得，就要搵人，唔好諗住死撐，亦都唔好覺得成日搵人，攞到自己好無用嘅，要學識放低自己個 pride。自己又要有個 knowledge，識得放低個 pride，同埋累積 experience。」

5. 深刻的經歷

他們深刻經歷的分享，可以歸納為四方面。1. 最多的是病人正面的互動，而 2. 病人及其家屬負面的互動也帶來深刻的回憶，但相對地少。另外，3. 同事正面互動及 4. 自我成就感也組成兩個範疇。其中一些描述如下：

5.1 病人及其家屬正面的互動

病人的欣賞

「其中一個就深切治療部嘅，我要去 PRO 個 office 個

度見佢，因為個病人好短時間啲深切治療部度過咗身，噉要解釋返佢咩事過身，我又要睇晒佢記錄，跟住就解釋返個病情，解釋點解個病情會差咗。治療方面就無乜問題，可能係欠缺溝通。講完之後，病人個女講返俾我聽，佢話、佢提到病人上一次入院，有個醫生對佢好好嘅，就送咗個牌匾俾佢，噉就講個名，嗰個就係我嚟嘅，好似仲喺我 office 嗰度，我仲記得嗰個病人嘅名。佢前一次入院，我就唔記得在心，不過佢講返，我就記得個名，係嗎，係佢。」

「有一個長期痛症，因為扭傷咗之後，隻手『枕住』都痛，最初骨科睇嘅，都做過吓啲手術，一路都仲係好痛，好唔返，但係佢得廿歲嚟睇我哋嘅時候，佢都好 depressed，都好唔開心，唔知點，又覺得骨科醫生好似半放棄狀態，跟住我用咗一個鐘頭去同佢傾，其實我都一路同佢去諗有咩方法幫到佢，一路同佢去講，梗係唔會即時有啲嘢即刻幫到，但係佢聽完我講之後，佢真係好感動，佢眼濕濕，就話：『醫生乜你會睇我咁耐㗎』，我話：『係呀，呢個係我嘅職責，當然你新症我會睇耐啲』。但係當下就好感動，我諗，其實個病人未必會因為你俾咗啲乜嘢真係治療佢而醫好咗佢，而覺得今日有個 relief 或者多謝你，只不過可能係因為你俾多咗啲時間佢，同理你俾咗多啲耐性佢，佢就會 feel 到原來你都好關心佢，而唔係話好

routine 睇完一個 case『扞』佢走嘅樣就算，呢個我都覺得好感動。」

「有一個 case 真係 deteriorating 得好緊要，後尾佢 survive 到，佢出去嘅時候，我都同佢無乜兩句，因為佢都仲係好 tired，唔係好傾到嘅情況，但係 somehow 過咗一至兩個禮拜，PRO 就打電話嚟搵我，話個 patient 要搵我個名，我話咩事呀，是但啦，佢話要，俾就俾啦，後尾佢係 send 咗支錦旗俾我，我諗我好少、好 rare 試過呢個 situation，即係我唔 expect。

其實佢唔知道我係邊個嚟，後尾問返 PRO 點解佢無啦啦查我個名，因為咁啱嗰日佢 deteriorate、critical 嗰日，我係 consultation，佢嗰陣時係好辛苦，我去到知道佢嗰陣時好辛苦，根本講唔到嘢咁滯，跟住我好隱約記得我好簡略解釋咗俾佢聽佢 critical 嘅情況，問咗佢兩句，即係我哋想收你入去 ICU，我哋想同你插喉，幫你，你肯唔肯？之前無問過呢啲嘢，責任上我都要問佢，佢只係好辛苦嘅 up 吓頭，我係嚟幫你嘅……即係插喉，跟住佢已經 sedation 咗，我諗佢係……因為我問返 PRO，其實佢唔知邊個醫生，不過佢淨係記得嗰晚好辛苦，問佢要唔要插喉個醫生。

即係嗰吓……雖然佢好辛苦，我都唔 expect 佢記得啲乜，我自己都唔為意原來嗰吓佢係會記得，

喺我 medical 上，我就習慣咗就算點樣都好，可能就一句，我同佢講：『先生，你而家情況好嚴重，我想幫你插喉』我噉樣一句，因為無時間俾我講多呀。但係我意識到呢一句原來 patient 都會好記住，即係嗰次 exchange 呢，我更加覺得我哋就算點樣 run out of time 都好，你講都無用啦，唔好講啦，即係 unconscious，唔好講呢啲，我諗一句嘅 message，都係 one second，即係 one to two second，我諗都係值得。」

奇蹟的康復

「腸癌病人最年輕嘅一個佢喺我哋個隔離病房過 17 歲生日，好記得，佢係最年輕嘅妹妹仔，一開始做手術，就發覺係第四期，其實如果 by stage，survival 就真係好 minimal，我哋做咗個幾 aggressive 嘅 surgery，手術成功，當然病人自己知道好差，屋企人亦都好擔心，初初家人同佢自己都情緒低落得好插水，覺得隨時可能兩年內都無命，我哋一路同佢睇實，觀察住佢嘅情況，去到手術後兩年，佢突然間再唔舒服，又再入院，噉就好驚，返番嚟，噉我又再開刀，發覺無事，純粹係手術後嗰啲塞腸，開始我哋就同佢講，其實生存落去係好有機會，唔好咁頹，積極啲、健康啲，希望自己身體好啲。希望身體好啲，immunity 好啲，都希望個癌症唔好返嚟。佢開始肯去

面對呢個病，多啲講嘢，結果真係神蹟存在，我成日都覺得，好返。

好返晒，呢個女仔好有趣嘅，我見到佢，佢初初就覺得唔能夠生存落去，後尾到能夠生存過嚟呢，其實四、五年倒，開始知道自己有機會康復，要面對嘅問題就係幾年冇做嘢、冇讀書，亦都長大成人，廿幾歲，人生開始搵路向，好 depressed，因為有刀疤，體能係好……究竟可以做啲乜呢，要鼓勵佢㗎，因為佢一路都返嚟覆診，我哋都會觀察住佢嘅情況，同理因為佢太年輕呢，都要 prevent 佢將來再生第二次 CA，結果就……一路大家扶持去睇啦，佢重新投入社會工作，再讀返書。

後尾真係好有趣，我見到佢去做圖書館管理員，搵到工，返嚟同我講好開心呀，搵到工，讀咗啲電腦嘅嘢，開始好啲。好有趣，個病人做咗工、返到工，搵到工，再返嚟覆診，其實一路防止佢再有結腸癌，跟住又好 depressed，好 depressed 嘅原因，係佢雖然長大喇，成熟喇，但係因為本身係病底，又成日覆診，又體能好差，好瘦，覺得人人同一齊年齡嘅人開始結婚、生仔、搵到男朋友，但係自己孤零零一個人，覺得好孤獨，就好 depressed。人就好得意，我哋做醫生嘅就唔係話醫好咗個病人，你返嚟做腸鏡就算數。

我覺得係要支持，佢係你嘅病人，就永遠都係你嘅病人，我覺得，佢永遠都會記住你。

我最記得當時我同佢講，你覺得自己有咩問題，點解唔會搵到配偶呢，或者男朋友呢？佢講嚟講去覺得自己有個嘅嘅病，又唔知將來會唔會再有問題，生小朋友又唔知會唔會遺傳個病，又有刀疤，即係有一樣嘢好嘅樣啦，覺得自己。我同佢講，呢個世界就唔一定係嘅嘅，我話我相信只要你個人樂觀、健康，性格能夠同人相處，呢個世界總有同你相處得到，欣賞你嘅人，最多係你自己願唔願意去做呢樣嘢，打開你嘅心。同佢慢慢傾、慢慢傾，結果我唔記得咗幾年，返嚟嘅時候，突然間好開心，同個男仔一齊嚟覆診，張醫生，呢個我男朋友呀，好開心，個男仔都好錫佢。見到佢變返好正常嘅一個女仔。

佢後尾舊年返嚟，即係上一次覆診，因為佢而家年半倒返嚟一次，唔使咁密。就擲咗張婚宴嘅相俾我睇，嗰吓好開心，三十幾歲。」

病人家屬參與決定

「一次有一個 case，我唔係好記得佢嘅 exact diagnosis 係咩，我有記錯嘅佢係 ortho 啦，做咗手術，somehow 有啲 complications 出現咗，最初 ortho 嘅同

事應該有 reassurance 啲 family，但係個 complication 就噉病人去世。但係 discrepancy 發生咗，家屬好唔開心，好唔滿意，亦都好激動，病人本身好後生，係一家之主，係 breadwinner，個細路仲好細，過得好好嘅，我覺得同事應該再解釋，不過 somehow 嗰陣時我不在場，我唔知佢點樣解釋，但係自我聽返嚟嘅 wording 字句，即係好……冇乜 empathy 噉去解釋個情況，所以佢哋就更加傷上加傷，即係 psychologically 傷上加傷，真係拆晒天嚟嗰次，我就 take over 呢件事，即係 support 啦，盡力 support 啦，somehow 唔知點解，嗰日嘅 senior 同 ortho 嘅 senior 個樣子十分相似，實在係十分相似，嗰陣時我好 junior 嚟咋，個 senior 就出去同佢解釋，佢一出去就已經俾人掉雞蛋噉樣嘅狀態，噉當然唔係真係掉雞蛋。即係聽唔入耳，直情成個係好混亂嘅場面，一出去已經俾人指住嚟鬧，我哋都有得講，講唔到，但係都 rare，deteriorate 得好緊要，應該都就嚟唔得，我哋都知，噉總要同佢講，噉嘅狀態，你唔講，仲衰。Somehow，可能出緊嗰啲情緒，calm down 唔到，搵咗幾個人出去，都攞唔掂，就剩低我喇，最尾。

冇辦法，因為個個一出去已經 calm down 唔到，因為我可能再後生啲、細細粒，又黑黑實實，噉佢哋反應有咁大，同我哋傾，同佢哋解釋個情況，因為我哋

medical 上嘛，慣咗……即係唔緊要，坐低飲杯茶，慢慢傾嘅嘅狀態，ICU 平時係唔會，嘅樣嘅狀態，嘅有辦法，嗰晚，我諗由佢開始入院嗰日，開始慢慢講起，我都係嗰陣時至識佢，佢夜晚黑先入嚟，但係傾咗幾個鐘頭，又食個飯，慢慢開始，嘅同佢咁傾，我相信我同事係有同佢解釋嘅，但係我諗佢咁之前一路都唔係好收得入耳，所以佢咁一路都唔知道個情況係……

嚴格嚟講，你話係咪一個 sudden deterioration，我覺得係 slow deteriorating progress，不過可能佢只係擇到幾個 time points，一入嚟話有嘢，而家又有事，嘅又死咗，個 contrast 太大，理解唔到，接受唔到，慢慢幫佢 go through 咗個 process 先，我講完之後，佢咁開始 get 到、即係明到，但係都係跪晒喺度，求你救佢，嘅嘅狀態，事實上嗰個 case 我哋亦都知道有乜反應，後尾嗰次我做咗一樣嘢，我自己好少做嘅，個 case 個 rhythm，開始 slowly decline 喇，我 ask 啲 family sat by bedside，我亦都 ask 我嘅同事 ready for CPR，喺嗰個情境之下，同佢講話，佢而家可能走緊，如果要做急救，呢個係最後，如果你習慣咗我都同佢做，不過我話如果你放唔低，我諗可以考慮，當然我覺得 gray 啦，做呢個真係好……好灰色嘅，但係一定有個人嘅做，我未試過嘅做，通常我都自己傾好

晒啲嘢，但係可能嗰吓都覺得 preparation 俾佢睇到，我哋 ready to do anything, but he is going weak, slowly passing away, we did our best already, 最尾喺嗰個 moment, 佢哋選擇唔做急救，因為直到我叫佢哋入嚟之前，都真係跪晒，成排噉樣，真係都唔知點收科，你「捏」佢都「捏」佢唔起嗰隻，但係佢哋都 passing away, 噉不如請晒佢哋入嚟，噉嘅狀態，嗰吓佢哋都 perceived 到，佢哋都……pass away 佢哋都好 calm, 佢哋都 accept 得到個 patient 嘅離開，噉同我……又係 respected, 最尾走過嚟同我握手，我都唔知咩事，跟住啲家屬走晒，啲 senior 問我你同啲家屬講咗啲咩。我話我都唔知。」

5.2 病人及其家屬負面的互動

病人的憤怒

「有一個男仔 30 幾歲，live alone in 深圳，佢一入到嚟，就話認得我，不過佢嘅口氣真係好唔客氣，我諗吓，佢認得我，噉我就攞返我幾時睇過佢，我記得我幫佢做咗好多嘢，點解佢嘅口氣仲係咁差，我就睇返，原來佢有 CA lung, 又散開咗啦，佢又 TB, 總之佢一坐低，就差唔多想講話 11 月到而家，而家 1 月，我哋完全冇幫過佢，佢仍然喘、仍然痛，差唔多講到我哋對佢唔住，其實佢最大嘅 problem 就係佢

有個朋友都係 CA lung，而家喺醫院就嚟死，而個朋友係化療都接受過。當然我一坐低就話 TB 我哋需要 refer 去衛生署啦，佢要接受治療，佢又梗係發爛渣，就話我已經咁辛苦喇，你仲要我日日去呀，乜乜乜，仲要佢住深圳嘛。我話先生，我都知道你而家又肺癌、又肺癆病，好難過，好唔開心，噉我哋逐樣嚟講喇，噉咪講返囉。

我就話個 CA lung 其實我哋 11 月一發現係噉，我哋已經幫你做咗 CT Thorax、PET scan、做埋個 onco biopsy，check 埋 molecular marker，睇吓佢標靶治療得唔得，可惜係全部都唔得嘅。標靶治療又唔得、咩都唔得，不過我哋有能力做得到嘅都做晒喇。第二樣嘢，肺癆病，我話你而家有肺癆病，你其他嘢都唔駛診，你醫咗肺癆先，你未醫肺癆，人哋唔會睇你。

佢入嚟係好靚嘅，我都明白佢靚，因為佢 30 幾歲，又 live alone，住喺深圳，梗係講到要使好多錢，車費都唔少，我就望住佢，我話你喺深圳住，起碼慳咗喺香港嘅屋租，我有少少同佢講呢啲嘢，but I think 個吓佢咁靚係要 acknowledge 咗佢嘅 emotion 先啦，acknowledge 咗佢 emotion 先可以攞其他嘢。呢樣係 work 嘅……佢入到嚟係諗住嗌交嘅，佢覺得佢要發洩，去將佢好多唔開心嘅嘢發洩喺我哋身上，佢肯定

係好唔開心，因為佢真係好不幸。」

病人家屬的憤怒

「Christmas eve on call，代人去見一個 family，坐喺度俾佢鬧足 45 分鐘，嗰係我失敗，因為我初時都未戴返頂好似 mediator 嘅帽，仲喺度好 factually explain，係唔得嘍，根本我唔可能 factually explain……其實呢啲係誤會，palliative team 做得好好，所以佢哋 expectation 好高，嚟到個 ward，啲人 inexperienced……根本我哋對佢好好嘅，佢轉頭 port 返我哋，就因為佢入咗院之後，佢覺得嗰個 mismatch 實在太大。」

5.3 同事正面的互動

上司的欣賞

「我嗰陣時係 case MO 啦，會去見屋企人。我記得係好大棚人，唔可以喺病床嗰度，去咗個 treatment room 同佢哋成家人一齊傾，傾返佢個病況，譬如佢都係一個幾 advanced 嘅 malignancy，同埋之後都會幾 disabled，會噉樣過埋佢剩餘嘅日子，噉同佢傾。後尾佢就……即係 downward trend 喇，就安排咗個房仔俾佢哋，嗰啲 isolation room 嘅房仔，……冇咁多騷擾，等屋企人可以多啲時間陪個病者，最後都離開咗，但係後尾就、當時嘅 CON 就嚟拍我膊頭，

『你好叻呀，你係第一個，病人死咗都寫張 thank you 卡俾你。』』

善溝通的同事

「一個醫生同佢傾嘅，但係我覺得都幾得意。就係一個糖尿病嘅股票經紀，糖尿腳、爛腳，於是要斬腳，因為唔斬會死，會愈嚟愈 spread 上去。開頭死都唔斬，死都要有全屍，因為中國人吓嘛，死都要留個全屍，唔做壯士斷臂，我見到我個同事，佢又幾叻仔，因為佢同佢講，佢又玩股票，佢話要止蝕，你唔止蝕呢……用返佢熟悉 language 去返個 context 嗰度，最終佢肯喇，終於肯、即係決定斬喇，都問返醫生個止蝕位喺邊度，其實都要膝頭以吓個個膝關。」

5.4 自我成就感

「PRO 就問我：你對個病人做過啲乜嘢？一個經常投訴嘅人，竟然會讚你。其實了解咗嗰個病人背景，你了解到佢，知道佢點解投訴，就幫佢解決問題。因為佢投訴都有原因，佢太太就曾經，而家唔喺度喇，有某啲腫瘤，約咗去睇醫生，又話冇嘢。隔咗幾個月之後，發覺已經係末期……唔知子宮瘤定卵巢瘤，一段長嘅時間啦，就唔係即時搵到，都幾長嘅時間，最近先搵到，要帶佢去威爾斯，對佢嚟講

都係一個好大嘅負擔。

可能自從嗰個原因之後，佢對醫護人員就有好多 anger、有好多唔信，依家都久唔久會寫信俾我，其實嗰啲就唔係投訴我，而係佢好擔心，因為佢好擔心好似佢太太，所以佢就要求做好多檢查，有陣時我都幫佢做，有陣時我都同佢解釋返，對佢未必會有幫助。」

6. 如何保持工作熱誠

在保持工作熱忱方面，可以歸納成四方面：1. 最多的是來自自己，覺得工作有意義，能幫助有需要的人；其次，是有召命的感覺，回應上帝的呼召及從宗教上得幫助；其他還有不斷閱讀，保持一個和諧的家庭及做一些其他的義務工作。2. 來自工作的挑戰。3. 是來自病人的正面回饋。4. 是得到機構上的支援。其中一些描述如下：

6.1 個人信念和操練

幫助有需要的人

「我諗如果我出去做，我要做一個商人，係咪？出去做都有出面嘅難題。我成日喺度諗，我見過嗰啲，你只可以 serve 一啲俾得起錢你嘅，因為你自己都要交租、又要請人，你要攞好多其他嘢。我諗喺 public

hospital serve 有個好處，就係你真係幫緊一啲需要你幫嘅人。」

「我諗，無論留或者走嘅醫生都有熱誠嘅。但問題就係佢要搵返佢嗰個定位，究竟佢想服務一個乜嘢嘅群眾。我諗各人都有自己嘅崗位，同埋係你想去點樣幫邊類嘅群眾。公營醫院，你真係可以幫到一啲比較社會資源有咁豐富嘅人，即係可能未必有能力去睇醫生，或者好花費嘅病者，變咗你真係幫到一啲比較低下階層嘅。」

有召命的感覺

「同事點解去做醫生，係有好唔同嘅原因，有啲同事可能成績好，純粹覺得有咩選擇。而我覺得係一種光榮，係一種地位……如果你有一個心態，呢一個係你嘅天職，你嗰個行為、同埋你嗰種使命感好唔同，如果你覺得我係逗咗幾多錢人工，今日有 150 個症，我有 5 個人，每人應該睇 30 個，呢個心態，噉就唔掂喇。你會覺得我唔想做多一步，你唔覺得我睇病人係我本身擁有咗呢種能力之後，附帶嘅一種責任。」

我成日都覺得唔係咁容易變成一個醫生，係好多嘅天時地利先產生到一個醫生……你唔好彩就變成一個病人，你好彩就變成一個醫生，我成日都話，大家都係

人，隔咗一個床位個個罅，點解我唔係個病人，而我係個醫生，有能力去醫佢。一個唔好彩，天意調一調轉，你就變咗個病人，噉我亦都試過喺呢間醫院度病過，當你變成一個病人嘅時候，係幾咁無助。你係幾咁幸福，好健康地，可以有知識同埋邏輯去幫人。唔識得珍惜呢種幸福，就唔會有心去幫人，我覺得呢個都係幾重要。」

宗教上得幫助

「我要 religion 個 part 去支持自己 refresh……. 一個好重要嘅 motivator……我就好似一個城池，中世紀啲城池，有個城牆，我係守門口嘅兵，我盡力去做，我點解要用噉嘅比喻，因為聖經有句說話係噉嘅，若不是耶和華看守城池，看守的人就會枉然做醒，我知道我係做看守個個，盡量做，最緊要上帝同我一齊，佢陪我，噉我做醒就 OK，我係噉樣，所以直到今日，我都係盡力去做。如果唔係呢樣嘢嘅話，我捱唔到，我好勉……我會去靈修、去祈禱，每日都真係要 refresh 自己，我知道自己個 role 係點樣，我而家嘅 best knowledge 都唔係 perfect，好多嘢我做咗，盡力，我都會去 aim for best，但係未來佢個反應會係點樣，有啲嘢係 out of my control，我好知道，因為有啲嘢我 do my best and the rest is up to you，即係 up

to 上帝。我知道我自己個限制，但係唔會因為噉樣而出現一句說話，就係話，算啦，上帝攞掂佢啦，我都唔駛做嘢，噉呢個就要小心啲。」

6.2 工作的挑戰

興趣性的工作

「我諗係因為我覺得我嘅工作好 interesting，同埋我覺得我嘅工作都係有一定嘅程度幫到我啲病人。我覺得 interesting 就係因為我而家睇嘅一啲病，係一啲好罕有嘅，喺當中我哋都覺得有好多、喺世界唔同地方都做緊好多唔同嘅 research，你見到呢啲病更加知道佢哋係咩 basis，或者有啲咩新嘅 treatment，我哋都覺得有機會睇到呢啲真係有 benefit 喺我的病人身上面，或者你真係 diagnose 到某個 condition，然後真係可以俾到最 appropriate 嘅 treatment，令到佢哋可以改變到佢哋嘅病況，我覺得呢個係最大嘅 motivation。」

變咗如果能夠做到呢樣嘢，當然就係最大嘅 satisfaction，但係譬如喺某啲病上面，你仲未醫到，你亦都可以有好多第二啲 support，即係 care，你亦都可以去幫個屋企人照顧呢個小朋友，或者有時你都係有辦法，譬如積極去了解，令到佢哋都覺得好

似……都係 they are being cared for。我覺得有時都係一啲可能、可以做到嘅嘢。」

6.3 病人的正面回饋

病人的感謝

「真係簡單嘅一句多謝，或者佢唔係多謝你，只係一句感激嘅說話，覺得：『呀，你今日睇咗我好耐』，佢自己都好開心，或者佢今日嚟睇你，佢話：『醫生，我今日嚟睇你』，即係佢會想嚟睇你，因為佢會覺得你先係聽佢講嘢嘅，佢未必會直接讚你幫咗佢啲乜嘢，又或者我真係收過，聖誕節佢送咗張卡俾我，或者聖誕節擺個蛋糕嚟，請我哋 pain team 嘅人一齊食，其實呢啲就真係好窩心，樣樣都好小，但係就好 positive。」

病人的連結

「之前大住肚去睇 pain 嘅 patient，啲 patient 係你生咗之後再見到你，話：『你生咗喎』，證明你同 patient 之間原來一路都有 rapport。Somehow 過咗幾個月、半年之後，就算佢再返嚟睇你，跟住佢係認得你，好似留意到你嘅改變，亦都將自己嘅改變話到俾你聽，我覺得呢個就 motivate 到你繼續嘗試用心去聽佢哋講嘢。」

7. 對全人關顧的看法

主要可分為概念和實踐兩方面。1. 在概念上，是多角度及彼此相連的。2. 在實踐上，由三個不同的範疇組成。第一個是關懷的態度及專業才能。第二是滿足身體上的需要為優先。最後，不同的方法組成全人關顧的促進範疇。其中一些描述如下：

7.1 概念方面

身、心、社、靈

「人有好多個 domains，即係你 bio、psycho、social、spiritual，都係構成、即係人好多嘅需要，只不過可能你嘅 trigger event，咩嘢將個病人帶到嚟，就可能係一個 biological 或者加減一個 psychological 嘅 event 發生咗，但係你要睇吓究竟、或者甚至乎呢啲可能係 primary 嘅問題，跟住 generate 一啲 secondary 嘅問題。甚至乎之後，呢啲無論係 primary 或者 secondary 嘅問題，你有時都會諗吓，呢啲 event 係 life event，係有咩 relevant to 佢個個生命呢？生活上嘅問題點樣、即係生命都係生活嘅點滴去累積嘅啫，究竟生活嘅嘢點樣搵返，可能佢嘅 life relevance，有咩意義呢？如果有需要，都可以幫個病者去尋索。」

「醫病係基本，跟住係要諗埋屋企人個邊，呢個我覺得係要嘅，social 個邊我哋腎科會特別諗嘅，我唔希望你淨係為咗醫病，即你嘅人生唔係醫病，你應該係有 social life，亦都希望可以出返社會就業，social 個邊要諗。心靈可能真係難啲，我哋都希望佢至少係由完全覺得腎病係好乞人憎、好冇希望嘅，至少佢係 accept 咗，唔會覺得腎病係好煩，起碼接受咗係生活嘅一 part。你話要佢愛上呢個病係有可能，邊度有嘅嘅呢，起碼佢接受，唔覺得討厭。亦都希望俾到個 hope 佢，唔係人哋嘅人生就唔係嘅，真係有機會換腎嘅，又或者真係有機會個模式唔同，可能第時轉洗血呀，或者轉家居洗血，可以有個好啲嘅 social life，做到係咁多㗎喇。」

身、心、社彼此相連

「一個病人病咗之後，唔係淨係個身體，有好多嘢都會有啲影響，啲啲影響咗嘅嘢，譬如無論係心理，屋企人又會影響返個病人，尤其是嗰個照顧問題，照顧唔係就噉開啲藥俾佢，好多時都要有其他嘢配合，嗰個復康，嗰個治療邊個俾藥佢，或者係嗰個其他、譬如運動點配合？佢日常生活點樣處理，全部都要照顧到。如果你淨係開藥俾佢，冇人照顧嘅話，佢轉頭又去咗急症室，又走返入嚟，佢亦都唔開心，亦都經常

入院，增加個感染嘅風險，所以一連串嘅嘢都要一齊去關照。」

7.2 實踐方面

7.2.1 關懷的態度及專業才能

關懷的態度可以做得到

「我覺得都可以做得到，有時係講一、兩句，就係講個兩句，又或者你對佢好一啲，同你對佢講得差啲，就已經有個分別喎度，唔需要你陪佢講半個鐘頭，你個別有啲病人好需要，但係有時有啲簡單嘅病……

係呀，你對佢有個關心，佢會感覺得到。

同你講嘢係個心出發，表情係睇得到。」

全人關顧的實踐

「有個病人，佢有個好大嘅血管瘤喺個肚度，但係佢要做嘅手術唔關個血管瘤事，但係就因為佢要做麻醉，有機會谷爆個血管瘤，佢真係隨時會死，個病人自己好緊張，好驚，病人係基督徒，我就跟住某醫生一齊去開 case，準備要去麻醉呢個病人，當然術前我哋已經講晒所有可能嘅風險，佢亦都明白，佢亦都好驚，但係佢又同我哋講：『我真係好驚，但係我都將呢樣嘢交咗俾天父喇。』但係醫生喺當下，應

該『bing4-ling1-baang4-laang4』開急症、大家好匆忙嘅時候，乜都有理，噉就坐低，我哋同個病人一齊祈禱，之前真係有諗過，原來我哋咁急係噉做嘢嘅時候，或者我哋可以喺我哋 clinical 工作 frontline 嘅時候，都可以同 patient 祈禱，完全冇諗過，但係就因為佢當下，唔只係講，佢真係做，真係坐低，大家咩都唔駛擔心、唔好諗，唔好捉住個 patient，唔好攞其他嘢住，就坐低祈禱，30 秒到 1 分鐘噉樣嘅啫，跟住個病人係好 relieved 嘅，當然好好彩，個手術都係冇事，當下個感覺就係我覺得做嘢原來係只不過用一分鐘時間，你就可以俾到一個好大嘅 comfort 或者平安個病人，之後我先慢慢經歷，自己身上面可唔可以做到噉樣呢？」

身同感受及專業才能

「你做老人科，如果唔係出自仁心仁術，好難做㗎，因為嗰啲人有好多醫唔好，然後好多醫護人員佢哋應該有噉嘅要求，好嚟氣嗰啲，所以係要仁心仁術。第二樣就係……有嗰個老人科嘅 professional skills……仁心仁術最重要係 empathy，都係講緊 empathy。Empathy 即係能夠 feel with、能夠 understand 嗰個人點樣 feel，跟住大家一齊做出一種 prosocial behaviour，第一就係從個心關心開始先。」

延續照顧及溝通

「holistic care 其實可能係 continuity of care……第二就係如果 patient 係 conscious 嘅，我都覺得值得去花啲時間 explain。不過 ICU 嘅難處就係好多時候，patient 入到嚟 under sedation，或者有陣時 under 一個 confused state……不過我習慣咗，我都覺得應該講嘅，噉我咪講囉……就算幾 confused 都好，都值得講，因為係一個 preparation，係一個 patient 嘅 psychological preparation，我唔知佢收到幾多成，但係 I think it's worthwhile……但係我個 role，我個 first priority 係佢嘅 life and death……」

明白病人的背景

「醫一個人唔係淨係醫佢個病、個病徵，而係要醫佢本身嗰個人、佢本身背後成個人嗰個背景，了解佢背景你先有機會醫得到呢個人，如果唔係你所有嘅 treatment 佢都未必會聽，你開嘅藥佢都未必肯去食，你提供俾佢嘅治療佢未必同意，唔知道背景你唔可以明白，唔會明白到佢啲乜嘢，我諗係好重要嘅。」

辨認其他需要及轉介

「因為我真係好多個 case，有陣時 patient 好多嘢同

我講，……好自然嘅，我關心佢兩句，問候吓佢，跟住佢就會開始將三、四十年前嘅嘢開始慢慢講俾我聽，嗰吓我就會知道佢需要人同佢傾偈，去 relieve 佢嘅 stress，但係我嗰個 role，我 first priority 係佢嘅 life and death，同理成個 ICU 嘅 life and death，呢個唔係我 primary responsibility，我嗰吓亦都好唔 adequate，一啲嘅嘅 luxury，但係我知要做，嘍……有時搵院收嚟同佢傾吓偈，聽吓佢講嘢，其實真係擔張橈仔，坐喺度聽佢講嘢。」

7.2.2 滿足身體上的需要為優先

身體上的需要為優先

「不過就做咗嗰啲應做嘅嘢先，急嘅嘢攞掂咗先。」

「作為一個醫生，當然係一個 healthcare provider，biological 你一定要有 competence，即係可以處理到。至於 psychosocial 或者甚至乎 spiritual 嘅，都要 identify 到，早啲 identify 到佢嘅問題，甚至乎做一個 coordinator，去搵返相關嘅人去幫你。至少，因為你未必個個醫生有嘅 competence 去當下處理個病嘅問題。但係如果能夠 identify 到嘅，雖然話你未必可以 manage 到，但係你 identify 到個問題，可以搵吓相關嘅 specialty 嘅 expertise 去 manage。」

病人及其照顧者為中心

「Holistic care 就係由個病人出發去睇佢嘅需要，即係病人屋企嘅需要，點樣去 offer 一啲佢哋需要嘅，幫到佢哋嘅一啲 care。我諗第一樣嘢，好希望做到嘅就係 accurate diagnosis，accurate diagnosis 就真係 exactly 知道就係咩事，之後就俾最 appropriate 嘅 treatment。」

維護病人的尊嚴

「即係 treat 個 patient as a person，我永遠記得有個 patient，佢 on 緊 BiPAP，好忤憎，我以為佢唔鐘意個罩，原來佢嘅尿片濕咗，我同阿姐講，阿姐話未到時間換。呢啲係好 personal hygiene 嘅嘢，你唔好同我講 holistic care，你講緊我哋 basic，as 一個人。一個人如果入咗醫院，自己嘅 basic needs 冇晒，隔離床喺度呻吟緊，呢邊喺度嗌，嗰邊喺度咳，你真係覺得仲慘過坐監，不過張床床褥應該舒服啲。」

7.2.3 全人關顧的促進

榜樣

「需要有啲人係教書嘅，但係亦都需要一啲人唔係教書嘅崗位，反而，當你以一個教書嘅名堂出嚟，

我明知你係教書，你一定係噉講，你一定有既定立場。但係如果有啲人唔係教書嘅，我只係一個 clinical staff，我只係一個 frontline staff，用我自己個生活體驗，或者係我係噉樣做嘢嘅，噉你學我囉，一個 role model 噉樣。其實兩方面都需要。」

8. 討論

受訪者於病人對治療及自己所提供治療的看法

整體而言，受訪者覺得絕大部分病人對他們提供的治療反應頗正面，而病重的病人則未能有回應，有個別病人因各種不同的原因，則有較大的情緒反應。在對自己所提供的治療，他們都盡力而為並以病人為中心，但在忙碌的時間也有些同事以完成工作為首任。從醫院接收到的讚賞信及 2015 年醫院管理局的病人滿意度調查，在治理上，以 10 分最高分，醫生平均獲 7.1 分，這些都引證病人頗滿意公立醫院醫生所提供的服務（醫院管理局，2016）。

治療時遇到的困難及克服方法

當人遇上疾病時，整個人會失去平衡，引致不穩定的情緒，更有病人因嚴重的疾病不治。醫生遇上不同的病人、不同的背景及疾病，治理的困難是可想而知的。

加上公立醫院工作量大，在時間緊迫下，壓力是非常大的。在危急拯救的過程，承擔更沉重的壓力。外國的研究指出多於 1/4 年青醫生經歷心理耗盡 (Burnout) (Devi, 2011)，而香港的一個研究發現 226 位公立醫院醫生中 31.4% 有心理耗盡的狀況，年青有中度經驗而需輪班工作的醫生看來較脆弱 (Siu, Yuen & Cheung, 2012)。在克服困難方面，除了釐定工作的優先次序及累積經驗，良好溝通佔著相當重要的部分。醫院管理局也看重這方面的需要而提供訓練給前線的醫生，以增強他們與病人及家屬的溝通。

深刻經歷及持守工作熱誠

至於他們深刻的經歷，主要都是關乎與病人及其家屬的正面互動，反映著醫生專業是一份極有意義的工作。當然，負面的互動也能產生深刻的印象，還好只是佔小部分。而能夠保持工作的熱誠，個人信念和不斷的操練是最重要的。認定工作的意義，莫忘工作的召命、保持進修及均衡生活皆需同時進行及不斷實踐，這些與外國的研究及建議也是一致的 (Ben-Shahar, 2007; Jensen et al., 2008)。因多名受訪者有宗教信仰背景，故宗教上得幫助也是一重要元素，幫助他們保持工作熱誠。外國不少研究支持宗教有助促進健康及減少疾病 (Aldwin et al, 2014; Koenig, 2014; Mueller, Plevak, & Rummans, 2001)。

全人關顧的看法

對於全人關顧的看法，在概念上，總結出身、心、社、靈多方面及其彼此的相連性。這與一般國外文獻及研究一致 (Gordon, 1980; 1990; Lukkarinen, & Hentinen, 1997; Owen, & Holmes, 1993; Thompson, 1984)，也是香港醫院管理局所推行的 (Hospital Authority, 2001)。在實踐方面，凸顯出關懷態度及專業才能兩者的並重。因受訪者經驗豐富，較能在工作上實踐全人之關顧，成為行內一些好的榜樣。當工作太繁忙而缺乏時間作個人關顧時，又會轉介給合適的同工支持病人或家屬，而院牧在醫療團隊中扮演著一個重要的心靈關顧者角色 (李綺枝等, 2015)。因急症醫院，滿足身體上的需要，例如拯救及維持生命、減少痛楚，需作優先處理，但無論病人在何環境，維護病人的尊嚴 (dignified care) 是非常重要的，是全人關顧中重要的一環。面對垂死病人更為強調 (Chochinor, 2002; Li et al., 2014; Williams, Kinnear, & Victor, 2015)。而怎樣促進全人關顧也有提及。

小結

綜合而言，受訪者都盡力而為，並以病人為中心；但工作非常繁忙時，還是以完成工作為首任。他們面對的困難主要是來自病人，因病人的病情嚴重並不時需拯救，加

上工作量多，壓力是非常大的。定優次及增強與病人和家屬溝通及累積經驗為自我調節的主要方法。深刻的經歷，都是關乎病人及其家屬正面的互動，反映醫生專業的意義。工作熱誠的持守，需靠個人的信念和不斷的生活操練。因受訪者多有宗教信仰背景，信仰上的幫助也是重要的元素。至於全人關顧的看法，概念上清楚全人之多元化及彼此的相連性，雖然較注重身體，維持生命，但也尊重病人，有需要時轉介予院牧作心靈的關顧。

參考資料

- 李綺枝、馬連、許配靈、陸亮著 (2015)。我想改變—才會有變。香港：那打素全人健康持續進修學院。
- 醫院管理局 (2016)。住院病人經驗及服務滿意度調查，79 頁。香港：醫院管理局。
- Aldwin, C. M., & Park, C. L. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9–21
DOI: 10.1037/a0034416.
- Ben-Shahar, T. (2007). *Happier: Learn the secrets to daily joy and lasting fulfillment*. New York: McGraw-Hill.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care- a new model for palliative care, *Journal of American Medical Association*, 287(17), 2253-2260.
- Devi, S. (2011). Doctors in distress. *The Lancet*, Vol. 377, No. 9764, p454–455. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60145-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60145-1).
- Gordon, J. S. (1980). The paradigm of holistic medicine. In A. Hasting, J. Fadiman, & J. S. Gordon (Eds.), *Health for the whole person* (pp.3-25). Boulder, CO: Westview Press.
- Gordon, J. S. (1990, July). Holistic medicine and mental health practice: Toward a new synthesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(3), 357-370.
- Hospital Authority. (2001). *Position statement on holistic nursing*. Nursing Section, Hong Kong: Hospital Authority.
- Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson, J. (2008). Building physician resilience. *Canadian Family Physician*. 54, 722-729.

- Koenig, H. G. (2014). Depression in chronic illness: Does religion help? *Journal of Christian Nursing*, 31 (1). 40-46.
- Li, H. C., Richardon, A., Speck, P., & Armes, J. (2014). Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (12), 2920-2931. doi: 10.1111/jan.12455.
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *Journal of advanced Nursing*, 26, 73-84.
- Muller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice [Review]. *Mayo Foundation for Medicine Education and Research*, 76 (12), 1225-1235.
- Owen, M. J., & Holmes, C. A. (1993). 'Holism' in the discourse of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1699-1695.
- Siu, C. F. Y., Yuen, S. K., & Cheung, A. (2012). Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Medical Journal*, 18 (3), 186-192.
- Thompson, J. H. (1984). *Spiritual considerations in the prevention, treatment and cure of disease* (p.8). Boston: Oriel Press.
- Williams, V., Kinnear, D., & Victor, C. (2016). 'It's the little things that count': Healthcare professionals' views on delivering dignified care: a qualitative study. *Journal of advanced Nursing*, 72 (4), 782-790. Doi: 10.1111/jan.12878.

第三章

護士篇

背景資料

受訪者共 15 人，職級包括有註冊護士、資深護師、護士長、護理專家、部門運作經理及護理顧問。工作地方包括不同的部門，以內科部門為多，其次為急症室及兒科。工作經驗由低於 10 年至 30 年不等，最多是 21-30 年。性別以女性為多，男性只有一人。年齡以 30-40 歲最多，其次是 41-50 歲。大部分已婚，有宗教信仰佔多數，詳細分佈見於表 3.1。

表 3.1 背景資料(受訪者數目：15)

專業	護理	
職級	註冊護士	8
	資深護師 / 護士長	3
	護理專家	3
	部門運作經理 / 護理顧問	1

專業	護理	
專科	內科	5
	急症室	2
	兒科	2
	兒童腫瘤科	1
	深切治療部	1
	骨科	1
	耳鼻喉科	1
	移植科	1
	糖尿科	1
工作經驗	<10 年	2
	10-20 年	5
	21-30 年	6
	31-40 年	2
性別	男	1
	女	14
年齡	< 30 歲	1
	30-40 歲	6
	41-50 歲	5
	51-60 歲	3
婚姻狀況	已婚	12
	單身	3
宗教	基督教	10
	無	5

1. 病人對照顧的看法

他們覺得絕大部分病人的反應都是正面的，正面的描述出現 15 次，分別為欣賞、多謝、滿意及信任。有兩位受訪者提及不同病人有不同的反應，更有一位遇到一些不甚講理的病人，其中一些描述如下：

欣賞

「我會感受到佢哋嗰種做咗之後，佢接受咗呢個 service，嗰種安樂，或者好 appreciate 嘅感覺，我都 feel 到，同埋佢哋真係會講出嚟，我都曾經聽過，佢會話：『姑娘，你真係好喇』。於是我就會同佢講其實係我應該做嘅。」

「特別係有陣時我哋連更，我哋係追更，返完個晏 P-shift、返完個晏晝，第二朝 A 又再返工，又或者甚至乎 A 完之後 night 又返工，嗰啲病人會覺得嘩，佢又會認得你，你琴晚、晏晝之後夜晚黑先見，跟住第二朝又見到，佢就會話：『嘩，你咁辛苦，成晚都有走過』。我諗另一個會俾佢哋嘅感覺係，係我哋照顧之餘，佢會戥我哋辛苦。」

多謝

「我估佢哋聽咗會有啲擔心，佢都會好唔該你，佢話

唔該你，佢哋會同你講，我原本仲驚乜乜乜噉樣，即係聽完佢哋就會好啲。」

「我諗唔會好 definite 覺得你好好，都有嘅，都有病人噉講，即係會話：『姑娘你真係好呀』啲啲，多謝多謝，唔駛客氣噉樣。或者係 by gesture、posture，可能望住你，有啲眼神，會覺得明白咗，或者有微笑、點頭啲啲。」

滿意

「我覺得佢哋滿意嘅，因為有陣時真係幫佢哋做完嘢，可能幫佢斟杯水，護理 routine 打針、洗傷口呀，佢有陣時未必宣之於口，但係佢會唔該你。」

信任

「一定係 welcome，無論你去傾偈，幫佢整好個枕頭，校高校低，問吓佢夠唔夠衫著，佢哋會覺得係好好嘅，覺得係有人關心佢，同埋佢會放心叫屋企人離開，有咁多挑戰，有啲係好『起涼』，每一樣嘢都話：『嘩，你係咪派錯藥呀？』、『你係咪整錯啲乜嘢呀？』，我覺得如果……」

「我覺得最緊要第一樣嘢係建立 rapport，因為好多時淨係個家長知道我哋 understand 個小朋友，我哋又

係好 sincere 去 care 佢，佢需要 receive 啲咩 care，好多時我就會俾啲時間去同屋企人傾偈先，問吓佢今次入咗嚟有冇啲咩問題，依家啲醫生就有呢啲 treatment 俾佢，我哋會 contact 醫生嘅 treatment 或者我哋嘅 nursing care，同佢 time 返啲咩時段，每日做啲乜嘢，我又覺得建立咗個 rapport，大家多咗個 communication，patient 會對我哋有 trust，同埋佢會好敢去講佢自己嘅 concern，同埋 ventilate 佢自己比較內心啲嘅嘢。」

2. 對自己所提供照顧的看法

分析後可組成四個範疇，最多提及的是護理照顧。其次是不同層面的需要，包括身體、心理、社交及靈性上的需要，與病人及家屬的溝通是僅次於滿足病人的需要，而跟進醫生之治療也佔了相當的描述。其中一些描述如下：

2.1 護理照顧

例行照顧

「不過盡自己能力去幫到幾多，做到幾多就得幾多……唔係淨係日常護理工作，都希望可以有多少少時間可以同佢傾吓……我覺得有陣時我哋好直接幫佢，就可能幫個醫生擺支內窺鏡入去『撐』開佢個

肚皮，不過有陣時有啲嘢我哋姑娘可以做到嘅，其實可能同佢傾吓偈，將佢嘅注意力帶返去一啲佢開心嘅嘢，佢成個人會舒懷晒……先做咗每一天必須要做嘅 routine 啲啲先，跟住醫生一巡房嘅啲啲基本就一定要 fulfill 去做。病人佢有啲咩申訴，你要再幫佢處理。」

基礎照顧

「病房呀？覺得都係有針對性嘅，因為始終我哋喺內科，1 個對 12、3 個病人，你一更得 6、7 個鐘，未必淨係處理啲 13、4 個病人。仲可能要幫其他同事兼顧埋一啲嘅嘢。當你做 day IC，即係 IC role 嘅時候，又要處理埋病房一啲嘅嘢，其實直接幫到病人嘅嘢，就未必好多，又要視乎個病人係咪真係可以同你好好嘅溝通到，有啲病人未 ready 或者唔係好願意接受你嘅治療，或者同你傾。肯同你傾嘅時候，而我個一日嘅情況又許可，就可以同佢傾多啲。可能每一更只係得 1 至 2 個可以做到呢樣嘢，真係叫做好完美嘅全人關顧嘅時候……我哋可以做嘅可能係一啲 basic physical care，有時間就可以 provide 多少少空間聆聽吓佢講嘢，心靈裡面好似有人陪佢走少少路，或者係有人明白吓佢當時嘅處境。亦都在於我哋醫護人員嘅角色就係俾一啲嘅建議佢哋，或者喺呢一刻，我哋知你嘅情況係噉樣，可以點樣做，跟住你需要點樣去調

節返你嘅情況。好似心靈裡面佢會覺得係有人支持到先。然後可能本身佢哋有信仰，可能我哋嘅情況，我自己較多，就轉介院牧上嚟同佢傾吓偈，因為佢哋可以比較長啲時間去同佢哋傾 in-depth 一啲佢哋心靈裡面真係好缺乏嘅嘢，甚至乎佢嘅信仰。」

2.2 不同層面的需要

個別照顧

「Physical care, psychological care, 有時 spiritual care, 都關顧, physical care 應該係做得最多, 因為好多時 patient 入嚟, 當然就係佢有一啲 disease 須要 admit, 我哋要 provide 到啲 assessment, nursing care, 同埋做一啲嘅 care plan, 睇吓我哋依家 provide 緊嘅 patient care 係咪真係 fit for 啲 patient, 另外我哋有時都會 coordinate with 啲醫生搞一啲 research 或者 CQI 嘅 programme, 希望可以 reinforce 啲 technique 或者啲 care to patient。」

病人家屬的需要

「如果照顧方面, 你每日嘅 routine 一定要做晒, 照顧方面, 我覺得係 take care 多咗屋企人同小朋友情緒上同心理上出現嘅問題, 好似都有試過有陣時, 有啲同事見到有某個媽媽喺度喊緊, 我哋唔知係咩事, 可能

都會行埋去問吓佢究竟係咩事，係因為小朋友個病令你擔心，定話你另外屋企會唔會發生啲咩事，令你唔開心，我覺得兒科真係要睇埋家長呢樣嘢、情緒上呢樣嘢。」

2.3 與病人及家屬的溝通

解釋

「佢嘅 situation 會遇到啲咩困難……或者佢有啲咩擔心，我哋會幫佢解釋吓，等佢有咁緊張噉去做手術……返唔返到工，因為可能而家好多人都好緊張自己份工，有時都驚話我自己請假得耐，會驚自己飯碗不保。佢哋就可能話要住幾多日，做完手術之後我要幾耐可以做返自己嘅嘢。」

主動溝通

「我又覺得你主動 approach 佢，會『慇』好多嘅，即係我講俗啲就係，會『慇』好多，佢會之後有咁多 complaint，又或者佢都識得搵返個人去問吓，知道你會幫佢。你會見到，好得意嘅，好多人其實都好想喺嗰個時間去問嘢，因為我試過自己行埋去，答咗一、兩個，佢見你答緊嘢，跟住第 3、第 4 個，第 2 條街嗰啲人又會走嚟問……佢哋好想問，不過有個時間，冇人答到佢。」

2.4 跟進醫生治療

「好似 routine，跟醫生巡房，我哋 nursing 啲啲嘢， coordinator，同其他 department 會係 take care 話，究竟呢個 case 跟住個 treatment 會係點，我哋都會 take care 吓。」

3. 照顧遇到之困難

他們遇到的困難主要來自三方面：1. 最多的描述是在處理人事上，病人佔最多，跟著是家屬，其次是同事；2. 是工作上的限制。最後 3. 是來自自己。

3.1 人事處理

人事處理上，不同的受訪者道出他們所遇到的困難，分別有與病人建立關係、難提供靈性照顧、無理的病人、抑鬱的病人、病人未能完全治癒、病人死亡和病人之語言障礙。其中一些描述如下：

無理的病人

「都有過碰釘，遇到一啲真係好野蠻嘅人，講極佢都唔會明，唔聽你講，喺嗰陣時就會無計可施，我就會搵另外一個同事試吓接觸吓，睇吓可唔可以幫到我。」

因為你唔得啫，唔代表另外一個同事唔得，同理轉一轉，我諗會好啲，因為可能佢嗰一刻已經當咗你係個 target，噉你就一定要走，因為你不單止幫唔到佢，仲令到佢更加黠，我就要搵我同事嚟幫手。」

提供靈性照顧

「因為全人係講緊身、心、社、靈，我會覺得處理病人身體上同理心理上嘅不適，都 OK，尤其係有陣時上司幫我簽 SDR，都會覺得我 care 啲 people 好 OK。但係 social，有陣時都覺得可以搵其他 discipline 幫手，有陣時都可以同個病者去傾，去 explore，我覺得自己弱項會係嗰個 spiritual，我自己有宗教信仰，會覺得係身、心、社、靈四樣嘢入面最弱項嘅一個，spiritual。」

病人家屬的處理僅次於病人，有 5 人提到他們遇到的困難，分別有處理激動的家屬、個別家屬的期望、家人情緒和未能支援病人突然死亡的家屬。其中一些描述如下：

「我覺得係一啲比較激動嘅屋企人，點樣可以 comfort 返人啲嘅情緒，對一啲激動嘅 patient 或者激動嘅屋企人，唔知點樣去做，唔知點處理，我就比較弱。」

「都唔係太大嘅，不過有一個困難就係好多時環境方面，有時未必 fulfill 得到某啲家長嘅要求，大部分都

想要一個安靜嘅環境，但係有時都比較難，可能有個大啲嘅小朋友，但係隔離床可能有個十零個月。」

3.2 工作上的限制

工作上的限制，多人提及工作繁忙及缺乏時間溝通，個別點出人手有限，病人住院時間短及因冇時間，較難提供心理照顧。他們其中一些描述如下：

工作繁忙

「我一更返得 7 個鐘，有 14 個病人，平均真係得半個鐘，但係乜都包，例如打針、派藥，跟住你仲要睇排板（病歷），都要俾啲時間自己去認識個 patient，之後又要 check 吓啲 admin 嘢，可能啲 documents 齊唔齊呀，會唔會話啲血抽漏咗，啲啲其實又花一堆時間。最緊要個 case 唔好有事，如果個 case 開始 deteriorate 又要再搵醫生，又再加。其實可能可以花時間去做 psychological care 嘅時間真係少之又少。」

缺乏時間溝通

「你得閒嘅時候，先可以行埋個 patient 度，去同佢傾，變咗時間係一個難處。如果多人嘅時候，可以做到呢樣嘢。例如 visiting hours，我可以得嘅話，我哋會去做呢樣嘢。但係 visiting hours 都有個限制就係少咗一半人喺度，同事會去食飯，我 approach 多一個，

我就要去搵其他嘅同事去幫我 oversee 其他嘅病人。因為太亂喇個 ward、visiting hours，譬如好多 cases 又行嚟行去，又唔穩陣，驚佢跌，要搵其他同事去睇咗其他 team，我先安心去 approach 一、兩個 patient 去同佢做吓溝通，時間係一個問題，人手。」

3.3 自我管理

最後一方面的困難是源於自己，分別有受訪者提到因工作繁忙壓力大，需定工作優次，情緒容易產生波動，甚至有疲乏、耗盡的境況，也有受訪者提及缺乏同心戰友，他們一些困難的描述如下：

定工作優次

「我覺得最難，係當你好似啲人考試嘅樣，俾啲題目嘅 scenario，當你一共好多件好急嘅事發生嘅時候，你處理得邊一樣。好似我琴晚 on night 返工嘅樣，啱啱處理個要急救嘅，冇心跳，要『搓』，夜晚得兩個姑娘，但係你同樣聽到對面一格個伯伯都嗌救命，『救命呀！救命呀！』，當刻個 priority 一定係處理急救個個，我埋到去嘅時候，其實佢係刮甩咗自己個個水痘（無針輸液接頭），當然係可以感覺好舒服嘅幫佢處理咗，因為嗰邊急嘅時候，同時間就可能好倉促嘅幫佢處理咗。我覺得在個病人諗返：嘩，我流晒血，

你都唔好好照顧我。我覺得有陣時做嘢就會有呢啲嘅情況，係……我覺得好困難。」

缺乏同心戰友

「有陣時，我覺得同事嚟講，包括醫生，即係 all ranks 嘅，有時未必遇到同自己理念或者睇法一樣，可能係佢本身性格都係嘅，又或者可能本身做呢行嘅時候，一路以嚟，有啲經歷令到佢谷爆，其實做呢行好多時都有種心去幫人，但好多時就有其他一啲經歷消磨晒佢嘅心力，變咗到最後可能佢做得比較灰心，要呢班灰心咗嘅人去同你積極地去 serve 啲病人係好難，可能佢哋就變得好營營役役嘅做，醫生寫咩，我咪照做囉，冇寫啲我唔做。」

4. 如何克服困難

在克服困難方面，主要源於 1. 自我調節，2. 別人幫助及 3. 上帝的幫助三方面。自我調節乃從增強專業技能及個人技能兩個範疇組成。別人幫助從同事及病人兩個範疇組成。上帝的幫助乃從個人的宗教而來。

4.1 自我調節

自我調節有兩方面：1. 是增強專業技能，包括：肯定自信、向病人詳盡解釋、排工作優次、轉介靈性照顧、與

同事分享病人資料和增強個人技能；2. 是增強個人技能，包括：明白規範、接納自己有限、學習放手、盡力協助、作息有時和增加人生經驗。其中一些描述如下：

4.1.1 增強專業技能

肯定自信

「會話俾自己聽要 calm 啲，唔好咁衝動，冷靜啲諗一諗。」

「有時可能真係要等屋企人發洩晒，好似個汽球放晒啲氣先，跟住佢先有位聽你講。」

「所以佢咪喺度問，問好多嘢，問呢樣，問嗰樣，我唯有、你真係要等一陣，我有好多嘢要攞，你返埋床位，我轉頭過嚟搵你。不過你要講得出，做得到，如果唔係佢哋之後就會發脾氣，所以你要嗱嗱聲攞掂啲嘢，再去搵佢哋。」

排工作優次

「我有一啲原則要遵守，喺我 profession 裡面要遵守嘅嘢，例如可能有啲 life threatening 嘅嘢我一定要做咗先嘅，我有理由因為你話要擲杯水，要揀張被，然後我幫你揀張被先，之後再去『搓』人。如果我可以有時間嘅，我都想 explain 俾佢聽，但好多時佢都未

必覺得我需要理解你呢個原則嘅問題，到呢個時候，我覺得我總之繼續遵守我個個原則，我覺得我呢個原則唔會……起碼冇錯先，應該就唔會有錯，我咪繼續堅持。應該噉樣，我覺得係一種堅持。」

轉介靈性照顧

「如果佢係一個有宗教信仰嘅人，第一樣嘢會令我諗起需要搵 chaplain。第二樣嘢就係佢住院期間，個心理狀態或者情緒係唔 OK 嘅，如果佢唔會有人理，或者佢自己都有教會，噉都 OK。但係反而係一啲情緒唔係咁好嘅人，譬如佢本身都係一啲因為情緒唔好，譬如食藥自殺，嗰啲人而家主要會去 explore 吓佢個 spiritual 嘅，同時間都會搵 chaplain 幫手，其實……我感覺，chaplain 都會幫手去傾到，或者可以多少少時間傾到佢，去彌補有陣時我哋喺病房裡面有咩時間。」

「譬如啲女士係屋企或者同先生關係、同朋友關係唔好，佢好唔開心，我覺得係需要搵人同佢講，呢個係最多，另一樣嘢就係嗰啲 break bad news 嘅 case 都會搵。」

「亦都有陣時見過啲病友，佢本身冇信教，後尾 chaplain 嚟同佢傾完之後，佢反而就有一個信託，我又覺得，對嗰個病友嚟講都係一件好事。」

4.1.2 增強個人技能

接納自己之有限

「我覺得另一個困難，有陣時我真係做唔到，有陣時啲 patient depressed 好緊要，我好理解，好明白，我去 counsel 佢哋，但係 to what extent？有啲情況我哋真係要啲 professional advice，譬如去睇 psychiatric 嘅醫生，或者去見 psychologist，我覺得如果呢類病人我自己 encountered 咗之後，發覺唔可以幫助到佢，我真係要知道自己有個 limitation，就要搵其他人幫手。我初頭做 DM nurse 嘅時候，有陣時都覺得有少少 down，慘啦，呢個人我又幫佢唔到，但係我自己都要 rational 咗自己，有啲嘢我係可能盡力做到，但係有啲情況係 out of 我哋嘅 limitation，我係有 limit 嘅，我唔應該、唔可以繼續，如果唔係就會 harm 到個 patient，亦都係對自己個身心健康唔好，我覺得呢個我要 identify。」

休息一會

「啱吓有陣時放吓假，啲假可能排得好少少，放到假嘅，俾自己啱吓。就好似一條橡筋，唔好拉到咁緊，有時放鬆啲，之後再返番工，就可能會好少少。」

增加人生經驗

「可能又做得耐咗，人生經歷多咗，就識得點樣去 handle 佢哋。」

4.2 別人幫助

別人幫助主要來自同事和病人的鼓勵，同事包括上司、同輩和團隊一致進退。其中一些描述如下：

同事

「我諗 knowledge 其實睇書好多都會有嘅，只要你肯俾啲心機去睇返，真係唔識，而即時要用到嗰個 knowledge，最簡單就係問啲 senior 嘅同事囉，佢哋比較有經驗同埋有知識嘅同事。當我哋可以問到一個噉樣嘅無論係醫生、護士、或者係其他 allied health 嘅同事，有啲係佢哋專長嘅嘢，我哋都可以問佢哋，問到，我哋又可以學多一樣嘢。而 skill-wise 嗰啲嘢，其實就真係 practice makes perfect，就……當然一開始可能慢慢嚟，或者係慢慢做，但係做得多呢就自然會識，彼此配合。另外我覺得，可能我都比較好彩，我到每一筐地方我都會搵到一啲，都會有啲好嘅同事去幫我，教我一啲新嘅嘢，可能我啱啱去到，佢都會好俾心機教你嘅嘢，你需要識嘅嘢亦都係慢慢去 pick up 到。變咗久而久之，有啲嘢就已經會做得好純熟。」

病人鼓勵

「我好記得有一次個 case 就係媽媽過咗身有幾耐就要做另一個 case，嗰個 case 係媽媽個大仔過身，喺大陸坐電車車尾，俾人拉住咗條金鍊，俾人扯落嚟，

好慘，大仔嚟嘅，所以就佢媽媽就好好，咩都肯捐，所有捐晒。之後我就同佢傾，老人家都好豁達，之後我就同佢講，其實你都好豁達，我呢，就唔係好得呀，我媽媽啱啱過咗身，到而家都成日唔開心，個太太就同我講話：『我都好傷心，不過唔開心又噉活，開心又噉活，同埋你開心啲，我相信我個仔都會開心啲』，佢話我開心，佢阿仔都會開心，噉我又覺得，我相信我媽媽都會係噉。阿媽又好豁達，即係你會彼此影響，之後我就開始釋懷咗少少，冇諗咁多。好容易轉入去，我覺得面對 life and death 嘅嘢，所以我同佢傾完就好似覺得……彼此嘅鼓勵。』

4.3 上帝幫助

上帝幫助主要是來自個別宗教，其描述如下：

「係喇，但係慢慢又會覺得其實……我諗我都係有信仰，為佢祈禱，為自己祈禱，希望能夠自己承載。」

5. 深刻的經歷

他們大部分深刻的經歷都是一些正面經驗，也有一些負面經驗。正面經驗有來自 1. 病人正面的回饋，滿足家屬需要，提供全人護理及其他。負面經驗有來自 2. 病人，家屬及 3. 與同事相關。

5.1 與病人正面經驗

與病人正面經驗來自四方面：1. 是病人正面回饋，包括：欣賞、親近關係。2. 是滿足病人家屬需要。3. 是提供全人照顧，包括：心理靈性介入和有果效。4. 是其他，包括：處理病人要求、拯救生命和關懷的基礎照顧。其中一些描述如下：

5.1.1 病人正面回饋

欣賞

「『岑姑娘，你好犀利，你由開工到收工、你又返工喇』，佢哋覺得你 A, Night 好似冇放工嘅，我話：『唔係，唔係，我哋 A, Night 完係嘅喇』，跟住佢到走，又會寫返張信俾我話：『喂，我俾封信你』，寫咗啲譬如見你由頭行到尾，點點點，即係寫啲都幾 touching 嘅，我又諗，咦，幾開心㗎。我覺得有啲人係睇到你啲點做嘢嘅，但係佢講唔講俾你聽，呢個就講俾你聽，噉我就無限放大，我又覺得其實好多人人都知嘅，佢唔會寫信，或者唔會親口同你講嘢，佢同你傾偈嘅時候多謝你一聲，我覺得其實呢個都係推動到我團火唔熄嘅原因……」

「ICU 試過有個女仔係 tetraplegia，一路都瞓喺張床度，個人係醒嘅，我哋啲人同佢做嘢，都係行嚟行去

咋嘛，佢隻眼睇嘅嘢就係瞓低、聽聲……

因為佢開晒 trachea，tetraplegia 咗，唔郁得，不停都係部機 chok 住佢抽痰，我因為 care 佢個段時間，啱啱開始升出嚟 medical，跟住……

我一路都以為我哋一路 care 個啲都係臨危嘅，吖，佢知我走唔，我都唔知、我都唔記得點樣行過去，總之就係側邊，跟住就唔知講咗啲乜嘢，佢係話恭喜你，升出去喇，跟住我突然間，吓，點解你會知，跟住佢就係話，佢係聽聲，認得，其實佢都認得幾個同事，噉我發覺，呀，原來……係囉。」

親近關係

「我有個 patient，由發現有糖尿，一個十幾歲女士，啱啱結咗婚，跟住就 pregnant，pregnant 嘅時候就要控制好，轉打糖尿針，我教咗佢日常基本嘅工作，佢好 worry，我就解釋俾佢聽，relieve 佢嘅 worries，佢亦有 strong family history，阿媽有糖尿，阿哥有糖尿，佢又經歷離婚，真係好 upset，因為佢結完婚之後，生完 BB，離婚。離咗婚之後，湊咁細個小朋友，個 husband 對佢又唔好，跟住佢同屋企人嘅關係又好差，獨立去照顧個小朋友，我覺得呢個女士好 upset。

十六、七歲已經識佢，直到佢結婚，最近上年 pass away，我諗佢嗰陣時三十零歲，四廿歲倒，佢個經歷，好多嘅唔開心，我鼓勵佢，後來佢信教，喺教會裡面有支持，跟住佢有 complications，隻眼又睇得唔好，然後佢個女因為單親家庭長大，個女有好多 behavioral problems，同佢嘅關係差，我哋喺中間做一啲 support 嘅工作，又見佢屋企人，又見佢個女，後來佢真係控制得好差，隻眼睇唔到，要篤拐杖，即係盲喇。喺個過程裡面，同佢先生離婚之後，阿哥有糖尿，又係出晒 complication，要斬埋腳，所以佢成個 family、佢周圍嘅嘢都好 negative。

佢冇乜心機，我覺得呢啲係好 upset，呢個 patient，我可以做到就係、我唔可以改變個環境，我可以改變或者我可以幫佢嘅就係佢點樣諗法，同埋佢點樣積極，我會 empower 佢去積極面對，同埋再俾多啲 support 佢，後來佢個女大咗，個 behavior 好啲，因為 adolescence 嘅 period 就係好反叛，後來佢個女大咗，同佢阿媽好好嘅，照顧佢阿媽，不過佢後來盲咗眼，又洗腎，唉，所以最後都唔喺處，噉都好 … 呢個都好 impressed，我識咗佢廿幾、三十年差唔多，好似朋友噉樣，根本好多 patient、其實我哋啲病人因為太多，我唔可能一個病人永遠都跟佢落去，譬如佢哋控制好啲呢，我哋就 case closed。不過我哋成

日 open，如果你有問題，你自己打嚟問，可以 self-referral，佢自己有問題，或者佢想嚟見我，自己打電話嚟，我咪受佢 book 過。我哋好多 patient 都發覺自己唔 OK，都唔係醫生 refer，佢自己嚟搵我哋嘅。我哋亦都用好多電話嚟同佢哋傾講，去 adjust 啲藥，我覺得呢個 patient 好 impressed。」

5.1.2 滿足病人家屬需要

「Impressive 就係同啲屋企人好多溝通，曾經有一個 family，佢個小朋友係白血病，其實一般白血病個治癒率係好高嘅，7-8 成。

醫生解釋完個療程之後，佢哋有啲額外嘅擔心，唔知點同啲老人家解釋，小朋友有呢啲病，同埋療程方案，於是我就俾咗啲 advice 佢，其實我 generally 都會講，但係佢哋覺得好 impressive，就係我可以講得好深入，同埋佢哋未講，我已經知道佢哋擔心啲乜嘢，教佢哋點做，喺嗰段時間，我自己就有話感覺到好大概、即係幫助到佢哋，反而係屋企人後尾佢寫返一張卡俾我，我發覺原來我可以了解到 patient 好深入嘅嘢，或者我一睇就可以知道佢要啲乜嘢，會幫到佢，佢裡面寫啲字句令我好深刻，係一啲多謝嘅說話。」

「小朋友 13 歲嘅時候 asthma 死咗。媽咪四廿幾歲，仲有兩個女，面對個孻女死，好心痛，佢一直都表現得好強，其實去到 refer 俾我嘅時候，我知道佢有問題，因為佢唔講俾啲阿姨聽，唔講俾阿媽聽，淨係講咗俾佢阿爸聽，但係佢阿爸係因為佢個女一出世，一歲呢就同佢 separate，有第二個 family，個關係極差，嗰個唔係一個 support 嚟，所以喺嗰個時候我同佢傾偈，我話：『我都見到你一個人去面對好辛苦，你有冇其他屋企人知？』，佢唔答，『小朋友有冇婆婆、姨姨或舅父？』，佢話：『有，不過唔講』，已經 declare death，入院都唔知。而家香港有好多 pathological family，係需要幫佢、講俾佢聽，你一個人面對會好辛苦，我真係好擔心你，我幫唔到個病人，我都想幫到你，我好想你、不如講俾屋企人聽，你覺得有困難，你可以搵我哋幫手講，但起碼你俾佢哋知，最後佢俾佢哋知。

嗰日嗰刻佢話唔捐器官，我梗係好想佢捐，但係明白個 conflict，我係絕對尊重，但嗰日我同佢講，我又同佢兩個囡囡講，佢兩個女都好細，死嘅 13 歲，另外一個 15，一個 17，佢哋又好怕阿媽，因為阿媽女強人一個，一個女人捱大 3 個女，你都知道幾 strong。好堅持，所以佢哋都唔夠膽，所以阿媽話乜就乜，我話不如你哋都 take care 媽咪，同埋我都再

俾咗啲哀傷啲書佢哋睇，我話媽媽而家嘅情緒喺個哀傷裡面，不過如果媽媽真係講俾阿姨佢哋聽，你真係要幫手，要支持佢。佢哋係絕對明白妹妹係過咗身，但係唔識點樣去面對，我話你即管喊，媽咪唔喊。我話你想喊，你可以表達你嘅情緒，同埋我哋啲次都搵埋院牧嚟幫手，佢初初唔肯，但係後尾我哋都再搵吓佢，最後就真係通知晒所有嘅人，嚟晒，最後又肯捐器官，就係上年年尾賣報紙嗰個。」

5.1.3 提供全人照顧

心理靈性介入

「記得有一次，有一個 patient 係有啲 psy 底，佢好唔合作，樣樣嘢都唔聽，我即管去試吓，睇吓得唔得，但係佢有樣嘢，係咩呢，就係佢好虔誠，成日都祈禱，於是我就同佢講，其實神唔想你而家嘅樣，你成日祈禱，你係咪應該聽神講呢？我話我都祈禱，我都同你一樣，不過可能你祈得多過我，因為我都啱啱開始學祈禱，我話如果你做一啲神唔喜悅嘅嘢，咪即係你祈禱冇用囉。我跟住同佢講：『神呢，希望你個病可以快啲好，你要乖，你食藥啦』，噉佢就食藥。我覺得你係針對佢個情形去勸佢，rather than 你夾硬我一定要你噉、要你噉，其實唔 work。」

我覺得啲同事都未必會在意佢做呢啲嘢，但係我就『瞞』到，因為可能我自己有信仰，我覺得祈禱，好嗎，佢唔係 violent 嗰隻，佢雖然唔合作，但係佢唔合作得嚟係靜嘅，係乖嘅，只不過佢真係唔合作啲刻，邊個勸佢都唔會聽，你埋去要求佢做乜，佢就會發爛渣，但係如果你唔埋去攪佢、唔同佢講嘢，唔要求佢做啲咩，佢係好靜嘅，自己做嘢。

宗教可以講係一個渠道，我同佢溝通嘅渠道，我都好多謝主，教我點樣做，其實我都係博吓，只不過我覺得佢既然肯祈禱，應該係相信，我問過佢，我話你係咪好相信主，佢話：『係呀，我淨係聽主耶穌講』，所以我就藉住呢個方法同佢 approach，跟住勸佢應該噉樣，如果唔係神係唔會喜悅，噉佢就 OK，各方面都 OK。」

有果效

「Exactly 個例子就唔記得，根據之前經驗，我記得都有啲病人入嚟，自己一個人，唔知係 single 定係離咗婚，之後係 break bad news 嗰啲，得佢一個，我哋都有搵 chaplain，佢之後返嚟做義工，知道原來住院期間，chaplain 同佢傾偈，慢慢開始認識一啲宗教信仰，出院之後，好似我哋 CNS 噉樣，原來 chaplain

出咗院之後，都有探佢。佢出咗院之後都有返教會，又識到教會朋友。其實，我覺得有陣時除咗 spiritual 之外，佢多咗一啲教會朋友，自己 social 嘅健康又會好啲。我覺得喺一個 routine 醫院裡面，即刻做到一啲 physical 嘅嘢，甚至乎你可以做到啲 psychological 嘅嘢，但係 spiritual 嘅嘢，你可能喺呢度，係一個起點，之後會繼續，出咗院之後會繼續落去。」

5.1.4 其他

拯救生命

「有個 patient 係 CA larynx 做咗手術，嗰晚我 P 嘅，其實佢已經係 post-op day two，已經叫 stable，但係突然之間，喺張床度咳咳咳。初初以為冇乜嘢，但係一路咳，好多血，跟住就完全停唔到，我哋就都好驚，好在嗰陣時就差唔多係 P 更交更俾 night 更，變咗 night 更嘅同事就返咗嚟，就『熒熒烺烺』喺度 CPR。啲醫生又……suppose 佢哋冇人喺……on site call 嘅，跟住唔知嗰日佢哋咁啱有啲 gathering 定唔知乜嘢，我哋就 call 咗“on call”有幾個醫生返嚟，我哋嗰陣時 call 埋 ICU 嚟，因為我要 tube 呀嗰啲嘢，初初又插極都插唔到喉，直頭係開 mini trachea set 噉樣，初初又插唔到，總之就越多醫生返嚟，後尾最後都插到。我哋初初都唔敢包個 patient 救唔

救得返，因為後尾佢 ICU 過一過冷河之後，就過咗 PWH。後尾個 patient 真係冇事，跟住佢返嚟，佢再返嚟可能係跟一啲 minor procedures，過返嚟我哋度做，佢認得我哋，跟住佢話係我哋度死過翻生。嚟次其實好緊張，因為嗰陣時我都未係好 senior，我個 senior 佢都直頭話佢成晚瞓唔著，好大 impact，因為可能大家都未見過咁 hurried 之下佢流好多血，大家都手忙腳亂，我哋的確係都少『搓』人，所以嗰刻其實我哋都做得好好，好快噉樣去……

佢係初初咳，我哋覺得點解會無啦啦咳呢，後尾就諗佢可能入面個 wound，可能唔知穿咗定乜，佢有 aspiration，我估佢 aspiration 令到佢咳。係呀，所以就係噉咳噉咳噉噉樣，所以嗰次……唉，其實我嗰次都好快、好急。」

關懷的基礎照顧

「嗰次個情況就係個病人需要去做 MRI，因為個病人係四肢癱瘓，需要去做個磁力共振，去威爾斯做，需要有一個護士 escort，護送。護送嘅期間，病人本身都唔係好講到嘢，但係佢個太太就陪住佢，變咗我其實成程係對住病人同家屬。個病人可能係需要抽吓痰，因為佢自己個 coughing effort 係差少少，有陣時係驚佢咳得緊要，可能要幫佢轉吓身，或者盡能力

拍吓痰。當其時其實好簡單，我去到威爾斯等緊嘅期間，佢飲得水嘅，但係佢好似冇帶杯，或者『盛』啦，個病人自己想飲啖水，而個太太又俾唔到佢，我只不過係去嗰度問人擲啲水去俾佢飲。好簡單，托住佢，然後俾佢飲兩啖水，睇吓佢情況點樣，期間又同佢太太解釋返呢個情況。如是者，呢一個過程，做埋磁力共振，大概一、兩個鐘，返到嚟都成……前後都成3個鐘。其實喺個過程，我自己覺得係好簡單嘅一件事，因為陪伴一個有 potential risk 嘅病人去一個程序，而個程序係順利嘅，期間就睇住個病人嘅需要，做咗要做嘅嘢，個太太之後一、兩個月，佢寫返張卡俾我，因為佢覺得……不過我估唔係淨係單單嗰次嘅，因為嗰次之前、之後我都有睇，喺病房入面都有對住佢啲屋企人，可能有陣時解釋少少嘢。其實我印象冇乜，因為我嗰陣時都要睇好多病人，只不過都係盡咗自己嘅職責，就係要，譬如病人家屬問，就答返佢，同佢講返個情況，或者係下一步等緊乜嘢。我自己會覺得係一啲好理所當然要做嘅嘢，做咗之後，佢哋係……嗰張卡都係多謝返我，好似……即係雪中送炭嘅樣，佢哋屋企人好似好困難當中，就幫到佢哋好大需要嘅嘢。我覺得係有啲意外，我印象當中係一啲好小嘅事，只要我哋盡咗能力做，屋企人其實就會係見到。我覺得呢個就係一個護士嘅職責，即係事無大

小，可能我哋好多時候都係想做一啲好……好大概事始終因為而家好似學術或者係各樣、各方面都係進得好快，可能有啲好 basic care 嘅嘢，其實佢哋最需要嘅時候我哋做咗，家人已經好欣賞，呢個係個次之後嘅一啲體會。」

5.2 與病人負面經驗

與病人負面經驗來自與病人，包括：未能拯救病人生命、病人情緒失控、一個哀傷的小孩、被病人挑戰。也有來自與病人家屬，包括：被病人家屬襲擊和年輕的病人由年老的母親照顧。其中一些描述如下：

5.2.1 與病人

未能拯救病人生命

「我哋個 ward 就好少 patient passed away 嘅，但真係有個 patient 就……佢都好後生，有對子女又唔係好大，十幾歲，佢好積極，本身有 CA larynx，已經好積極噉去做手術，做晒 RT，但係最後都 recurrence，仲要係……喺我哋度 pass away。睇到佢……點解……好後生，因為有時有啲 CA larynx 嘅 case，好大年紀喇，佢哋又 treat 得好好，但係佢好後生、好積極，屋企又小朋友好細，最後都 pass away，睇住佢 bleed to die，所以我哋又覺得……我哋又做唔到啲

乜嘢，呢個比較印象深啲。」

病人情緒失控

「有一次有個屋企人嚟睇醫生，男人嚟，好大嚟，佢嘅 size 我諗差唔多係我嘅 double，一個大肥人，嚟到分流佢就坐低，好冷靜，佢話：『我想睇醫生，我唔開心』，揸電腦，知佢有 depression，嗰啲精神科底，講多兩講，佢話原來琴日佢媽媽 jump 咗，睇住佢阿媽 jump，阻止唔到，佢阿媽『壁咗』跌咗落去，passed away。而嗰個 case 我有記錯都係我做，跟住我第日做分流，見埋個仔。嗰單都幾深刻，因為佢個仔直頭喺我面前拍枱，我成部電腦跳起咗，啲同事過晒嚟，call 晒 security，諗住我有危險，其實唔係，係佢當時已 emotional breakdown，跟住佢就翻咗喺咁下，喺度鞭，係嗰個比較深刻啲。」

我哋俾間房佢安靜，間房原本係 for 啲 psychiatric patient，啲牆比較脛少少，少啲雜物呀，有 sofa，安靜啲，因為 A&E 周圍都太嘈，俾間安靜啲嘅房佢入去休息，等醫生盡快嚟睇佢，因為佢其實都有 suicidal thought，想死，佢同我講。」

一個哀傷的小孩

「Admission ward，嗰陣時有一個媽咪，三十零歲，

返大陸，因為做嗰啲美容手術、隆胸，失敗咗，噉就 tube 咗（插喉）返落嚟，個人就唔醒，佢就係有親人，應該話佢淨係得個前夫同個仔，但係個前夫，已經係 ex 嚟嘛，帶埋個仔嚟探佢，偶爾間，我就有聽到，我亦都有見過小朋友，同事講返俾我聽，佢話佢好慘，其實佢 tube 咗，知道佢唔會死嘅，但係又唔會醒得返個隻，就覺得佢好慘，最主要係佢話返俾我聽佢個仔五歲嘅啫，嚟探佢嘅時候講咗一句說話，就係『媽咪，你幾時醒呀？你快啲醒返啦，你唔好噉啦，我唔曳喇。』我就覺得好慘，個小朋友，個媽咪對小朋友嚟講係好重要，佢講句噉嘅說話，好心喻，雖然我唔係自己親耳聽到，但係我覺得好慘。」

5.2.2 與病人家屬

被病人家屬襲擊

「嗰晚我看夜，喺分流，有一對夫婦係飲醉酒入嚟，太太直頭醉到坐咗喺張輪椅度，先生都係醉，不過不至佢太太坐喺度，仲可以講到嘢。我就問佢，點解你太太飲得咁醉，佢話我哋兩個一齊飲，佢咪醉到噉嘅樣。我就話，哦……噉樣，經過一輪嘅分流，問啲病情後，我就將佢太太安頓喺我分流嘅左手面嘅前面，係好近距離，啱啱喺我工作台嘅前少少。點解呢，因為我覺得我要睇住佢，我驚佢有事，佢先生就行咗

出去，當時佢行咗出去個正門，我哋 A&E 正門。我一路做緊嘢，突然間我發覺太太想嘔，於是我第一時間就衝返出去，扶住佢，但係當時已經開始『sir』落去，喺張橈『sir』落去，我即刻扶住佢，慢慢噉擺咗佢喺地下度，跟住佢想嘔嘔，我就打側佢，呢個係我哋一個好自然嘅做法，打側佢，就喺嗰刻，佢老公走過嚟一脚踢咗落我肚度，我當時嘅感覺就係好痛、好髒，點解我噉幫你太太，你竟然噉對我，原來後尾事後警方講，話以為我攞佢太太。

總之佢淨係話攞佢太太，佢唔理，總之我掂佢老婆，就叫做攞佢太太，於是佢就一脚伸埋嚟，但係佢冇跌低，即係佢踢完之後，佢仲企得喺度。但係我就好痛同好髒，當然，我顧掂咗個 patient 先，我搵人照顧咗佢，跟住我即刻走去喺個咪度嗌我嘅 NO，我話麻煩你出出嚟，我有啲麻煩，我個 NO 就即刻出嚟，問我咩事，我解釋返俾佢聽，我話我頭先俾人踢咗一脚，喺個肚度，但係我都唔知點解會噉樣，佢先生就話我攞佢太太，所以就踢我，後尾呢件事係報咗案，跟住之後差人嚟到，本來差人都好客氣，對佢先生，但係之後，你知喇，飲醉咗，可能講啲嘢就唔係咁禮貌，於是師兄，當然你咁唔禮貌嘅時候，佢都有佢嘅工作，就將佢『錯』住咗，『錯』咗之後跟住佢

問我告唔告佢，我跟住話梗係告佢啦，佢踢親你嘛，於是我就落口供，嗰晚就落咗口供。最後個男子俾法官判咗佢坐一個禮拜監，唔知一個禮拜定兩個禮拜，我都唔係好記得，呢單嘢係上咗報紙，報紙我剪咗落嚟。不過我發覺啲報紙嘅報導真係唔係咁實在，有好多嘢都係我諗你當佢 60% 啦信，千祈唔好當 100%，包括我嘅年齡，佢錯咗，過程其實就大致上都 OK，但係就好多嘢都唔係 exactly 好似我哋見得到嘅。其實嗰刻我覺得我哋做 A&E 真係有陣時都有好多你估唔到嘅危險，我都試過有一次喺威爾斯 A&E 嘅時候俾人淋過水，嗰個 patient psy 嘅，喺我後面，好在係杯凍水，我唔敢諗如果嗰啲係啲 chemical 嘢，我就唔知會點，後面淋落去，我濕晒，嗰晚又係看夜，又坐喺分流，因為我哋嗰陣時嘅分流係冇遮冇掩，而家都係，不過而家有個 CCTV 睇住，但係以前就有，真係兜頭嘅淋過嚟，其實我哋醫護人員係咪有危險呢，其實有㗎。」

年輕病人由年老的母親照顧

「印象深刻，係有一個，比較印象深刻少少，因為佢後生，四廿零歲嘅女人，CA breast，見到佢媽咪好心噏嘅照顧住佢，覺得都好 sad，呢個係我特別深刻嘅經驗。」

5.3 與同事負面經驗

與同事負面經驗主要是來自被同事誤會。

6. 如何保持工作熱誠

在保持工作熱誠方面，主要有兩個主題，來自自己及來自他人。來自自己由保持正面態度，維持正向情緒，擁有靈性向度及維持均衡生活四個範疇組成。來自他人乃由病人、家屬及同事的鼓勵三個範疇所組成。

6.1 來自自己

來自自己有四方面：1. 保持一個正面態度，包括：喜歡自己的工作、幫助有需要的人、在工作中尋找樂趣、尋求改善、自我提醒、改變固有思維、接納未能改變的事、當每一天是新的和視病人和家屬為朋友。2. 保持正向情緒，包括：獲得成功感、避免受病人情緒過度影響和保持良好的情緒狀態。3. 擁有一個心靈導向，包括：帶著使命感和回應上帝的召命。4. 保持均衡生活，生活平衡下訂優先次序。其中一些描述如下：

6.1.1 保持一個正面態度

喜歡自己的工作

「有陣時啲 HCA 我覺得，啖，求其啦，抹兩下，我

話唔好嘅，如果嗰個係你阿媽，你會點，佢哋就會爽手嘞做，當然，可能背後話呢個人都好鬼老土，因為我已經 expect 咗，但係有問題。我覺得大家都……人呢，擲個心出嚟做，最緊要做嘢千祈唔好覺得呢一個係一個苦差，做任何行業都係，我相信一定有難題，但係你要記住，可能基本上因為我覺得我係好鍾意呢行，我成日都同我子女講，阿仔，你搵錢多少唔係問題，最緊要你做得開心，你能夠將你嘅工作，當咗係你……點講呢，每一日返工，你唔會覺得，嘩，要返工呀，好辛苦，嘩，要看夜，好辛苦，唔好嘅，噉返工會開心好多。同理人與人之間嘅相處，你會有好多開心嘅嘢你會得到，譬如有陣時 patient 一個『唔該』、『多謝』，一個好感激嘅眼神，夠嘍喇，好過你出糧。

係，係真嘍，你做得耐，如果真係可以擲個心出嚟做，你會覺得好開心，你一定唔會鬧人。我係噉同佢講，永遠都唔會鬧人。』

在工作中尋找樂趣

「我覺得你要係做嘢嗰度搵到樂趣，因為我之前有做過手術室，手術室係一個好 controlled 嘅 environment，全部嘢好有條理，好乾淨，跟住個程序去，時間就係

唔可以 non-stop，所以我企喺度一路就係遞嘢，望吓個鐘，過咗 10 分鐘，遞嘢，仲未放工，但係有啲同事係好 enjoy，因為佢哋好有興趣做，所以係做得開心，但我就係時間過得好慢，我覺得自己就好似淨係喺度遞吓嘢，唔係好 take part 到，我有呢個感覺，所以我覺得好睇性格，跟住我落到急症室就好開心，好快呀啲嘢，時間過得好快，『呼呼嘖嘖』又做，做完之後又完喇，所以急症室係忙嘅，但係我覺得呢個就係我鍾意佢嘅地方，佢忙得嚟，變咗你好快個節奏，我就鍾意個節奏快，所以我就覺得 OK。」

自我提醒

「有時可能做咗咁多年，有啲嘢可能係會麻木少少，可能好 routine（循例）嘅樣做，但係我成日都會同自己講，你呢啲嘢可能講過幾百萬次，但係對於 patient 嚟講，佢係第一次睇。同埋每一個病人都唔同，就算佢之前入過嚟做過，譬如佢上次做左眼白內障，今次做右眼白內障，我都會不厭其煩再講一次啲嘢。係啦，一種提醒，或者當係一種溫書。我成日提醒自己唔好 assume 佢咩都知，同埋當佢係一個你想幫嘅人。我自己就嘅嘅心態，我唔想好似係……當一份工嘅做，我做晒譬如 guideline 就係你要做乜、做乜，

我唔想係噉樣嘅模式，希望有少少可能係 tailor-made for 嗰個 patient。」

接納未能改變的事

「放低啲搵熄你團火嘅嘢，例如一啲物、人、環境，人手你控制唔到，workload 你控制唔到，死症嚟，你咪接受咗佢。跟住到環境或者同事之間，可能你都仲有辦法，我會嘗試推動吓。至於另外一啲搵熄你嘅嘢就係病人、屋企人，唔係人人都一定覺得你做得好，你話佢係咪偏見，或者佢先前有一啲唔好嘅經歷，或者點樣，佢又 complain 吓個 ward，又或者喺個 ward 度嘈，呢啲有陣時都會令到我有啲唔開心，但係我又會跳過去諗，冇人係 100 分，噉你亦都有可能做到個個人都鍾意你。可能我而家就係噉做嘢，我控制唔到你點諗，但係我控制到我自己點諗。」

當每一天是新的

「你當每一日都係新嘅，唔好好 routine、好機械式噉做，我諗係要用心。我覺得做呢一行，如果你諗住當一份工，你又一啲都有興趣，又唔鍾意對人，係好難做。我覺得你係有個心想去幫人，去 care 人、去關心人，或者係去俾一啲 support 人，噉你就唔會覺得好單調，或者係你變得好機械化噉去做。」

6.1.2 保持正向情緒

獲得成功感

「係喇，同理自己有啲成功感，譬如有陣時好簡單，好似聞氣(擴氣管藥)嗰啲，最初個小朋友好抗拒，到我慢慢做，做完之後，同佢玩吓，佢唔喊，俾佢聞氣佢唔喊，都幾有成功感，即係覺得我哋得到佢，而家佢肯合作做呢樣嘢。我諗佢哋對我哋嘅態度，佢接受到，呢樣令到你冇成功感。」

避免受病人情緒過度影響

「首先病人會發忮憎呀，我覺得係應該。有時我啲同事都會話病人好多時無理取鬧，但喺我角度我又覺得唔係，因為有因必有果，佢哋會噉樣突然間咁唔好脾氣，一定係有種原因嘅，而你肯唔肯搵返個原因出嚟，解決咗佢，佢哋就唔會有個果。」

我都係可能 monitoring 一啲 facts 嚟做，但係就唔會話係病人呢啲行為，或者屋企人嘅行為對我係人身攻擊，我唔會當咗係自己嘅嘢，唔係一啲 personal affairs，我覺得係工作上嘅事，我分得好開。」

6.1.3 擁有一個心靈導向

回應上帝的召命

「如果信仰嚟講就可能係神俾我嘅一個召命，或者可

能我出世就係會有一個工作等緊我，其中一樣，就係呢一樣喇咁樣。我要做好佢，可能我做好佢就已經係向自己、或者係向我所信嘅神一個交代。呢個係一個好大嘅目標要去做好一份工作。」

「好似有好多嘢我都覺得係個使命。可能我係基督徒，我覺得上帝俾我哋每一個人，都有個召命，或者唔叫召命，叫使命，即係佢 calling 我做呢樣嘢」

6.1.4 保持均衡生活

工作——生活平衡下訂優先次序

「我自己覺得有一樣就係，尤其是喺 HA 醫院個工作好忙，好忙碌，可能你有好多唔同工作嘅 role，我覺得識得點樣去 balance 係好重要，學習點樣去平衡，同埋我覺得放工之後你一定要有自己嘅空間，唔可以話乜都帶返屋企做，或者返到屋企都有晒自己時間，我覺得唔得，人一定要有平衡，就好似糖尿病，我成日覺得有一樣嘢好好，因為我哋有個醫生，我哋 team 嘅 professor，成日都用一個 example，我哋中國人有個道家，嗰個圓圈黑白嗰個，其實呢個就係講個平衡，糖尿病人你點控制好，你平衡你啲血糖，平衡你嘅心境，你嘅控制，咩都係平衡。其實人都係，我覺得呢個係一個好好 example 去鼓勵自己，我哋做人

要平衡，你有 passion，但係你 passion 到某一程度你完全冇自己，噉係唔得。呢個係學習緊，因為講就好似好容易，其實唔容易，自己點樣將你嘅工作分配，或者喺裡面能夠有 stimulation，呢樣係重要，因為我覺得你點樣去 maintain 你嘅 passion，就係要有 stimulation。你自己有 stimulation，你嘅生活裡面都要唔好太 boring，如果唔係，你由朝到晚做工，返屋企淨係瞓覺食飯，噉個生活就有意思，生命咁短暫，有好多其他嘢做。你就要搵吓自己啲興趣呀，做吓。

係呀，reflection 嚟，但係你自己諗吓，一起身返工，又嚟一個新挑戰，其實係一個幾好嘅 stimulation，我覺得係你改變你嘅 mindset 噉樣諗，你自己就會噉又係噉做，唔緊要，咪做快啲，做唔到，真係要話俾人聽做唔到，如果你真係做唔到咪做唔到囉，有所謂嘍，有啲嘢我哋真係做唔到，人係有 limitation，同埋我哋而家都係學習緊，點樣去 set priority，邊啲去做先，可能 10 個碗，得 8 個蓋，邊樣嘢係 deadline 先，咪嗱嗱聲做咗佢先，做完咪好囉，又做第二個 deadline。你有 momentum。」

6.2 來自他人

來自他人有三方面：1. 受病人鼓勵，包括：病人康

復、病人正面態度改變和病人鼓勵。2. 受病人家屬鼓勵，如病人家屬的熱心。3. 受同事鼓勵，包括：同儕的讚賞和同事的支持。其中一些描述如下：

6.2.1 受病人鼓勵

病人康復

「好開心，我覺得你 provide 到啲 care 俾人，而佢係好返，好返都幾大原因，佢由入嚟好差，然後好返啲樣，好大動力，我覺得。」

病人正面態度改變

「我覺得係個病友個反應。佢可能未必係實實在在講句多謝或者係乜嘢，而係好似之前講嗰個胃癌嘅先生啲樣，你見到佢由之前好似一個皺晒眉頭，我都有做過啲咩衰嘢，點解我 50 幾歲就會攞成啲嗰個態度，到而家連其他同事都覺得佢開懷咗，呢一樣嘢就係令我繼續想去做多啲，係我繼續做落去嘅動力。」

病人鼓勵

「諗返好多以前病人俾我哋嘅鼓勵，譬如我 junior，未升 NS 嗰時已經呢個永遠都記住喺個腦裡面，我做 Bone Marrow Transplant unit 嘅時候，有啲病人好差，要去 ICU，呢個病人呢，佢媽媽就……個病人好差，

發緊脾氣，又唔食藥，定係唔肯做的咩，佢7歲倒，佢媽媽就好靚，氹完佢一輪，佢都唔肯聽，跟住就講咗句反話：『我唔要你喇，你自己一個人，我唔理你喇』，諸如此類嘅嘢。跟住我哋就氹返，兩邊都調適返佢哋心情狀態，當然我都費咗一番唇舌，我哋會解釋返俾個小朋友聽，媽媽都係反話嚟，佢心入面痛先至會噉講。之後呢個 patient 返到嚟之後，應該未係去 ICU，佢應該係準備去之前，我哋講完晒，跟住媽媽又錫返佢，跟住佢話佢帶我返屋企，俾 10 碗飯我食。我就覺得好感動，呢啲說話實在令人太感動，所以咁細個小朋友佢都噉講，變咗我哋日後會諗住呢啲說話，噉樣講一講，噉樣解釋一解釋，就幫到啲 patient，我就覺得……

真係太感動，呢 10 碗飯真係食得到，之後我哋問佢，點解俾 10 碗飯，唔俾 1 碗咁少，佢話我值得俾 10 碗飯你，變咗我永遠都會諗起呢個 patient，佢講嘅嘢。所以我就覺得好感動，呢個噉嘅經歷令我會成日諗返起。」

6.2.2 受同事鼓勵

同儕的讚賞

「第二個就係同事……啲同事唔係讚賞我，我覺得如

果啲同事都覺得係 work 嘅，其實我覺得係 OK。最緊要……即係可能啲同事未必會認同你花 30 分鐘去傾，但係佢哋亦都有眼睇到，你同佢傾完，佢真係舒懷咗，佢哋都覺得係讚賞嘅，但係你話佢哋會唔會跟住做呢，我又覺得……我唔夠膽包。」

7. 對全人關顧的看法

在分析、綜合後呈現四個範疇：1. 正反不同取向組成一個頗分歧態度。頗多覺得全人關顧較難實踐，但亦有人支持其可行及價值性。第二個範疇 2. 以團隊進度來處理個別病者的需要。第三個範疇 3. 則以身體的關顧優先。第四個範疇 4. 提及全人關顧的實踐。

7.1 對全人關顧持不同態度

對全人關顧持不同態度有正面態度，包括：有意義的、在常規工作中附加價值、可行的、減少投訴和付出與收取的關係。也有負面態度，包括：受限制、執行困難、難以實現的幻象、難於量度、未開放接受幫助和資源問題。

7.1.1 正面態度

有意義的

「都開心嘅，會覺得好似幫咗人，就算係喺街度有時

幫咗啲陌生人，其實都覺得，呀，我今日好似冇白過，我唔係喺度好似一隻螞蟻嘅樣，每天好努力嘅去工作，其實我都有做一啲嘢係我覺得 meaningful。有時間唔中都會反思，自己做咗十幾年，究竟你做咗啲咩？我覺得呢啲其實都好重要，不過只係可能喺呢度，有啲未係做得好好。」

在常規工作中附加價值

「你同佢篤手指，或者你同佢量血壓，你都同佢講兩句，你話，阿婆，你點呀，你辛苦，我斟杯水你飲，啲被整起，你又同佢蓋吓被，啲床單亂咗，搵兩搵，你同佢整一整理，psychologically 個病人都安樂啲。你 apart from 呢啲 routine，其實有啲 opportunity，當你接觸個 patient 嘅時候，啲 student nurse 就已經可以 offer 到呢啲 help 俾佢，好少少咋嘛，譬如量血壓你都要等紀錄，你咪話阿婆，點呀，同佢講兩句，辛苦唔辛苦呀，或者見到張被甩咗，阿婆，同你整好張被，或者阿伯，其實個病人嘅心情都會好啲。你諗吓，你入院，你喺屋企好舒服，就算你話屋企幾混亂都好，都係自己張床，你喺個陌生嘅環境，又好病，斟杯水都唔得，搵件床單都唔得，噉你同佢搵兩搵被，雖然個心理上唔幫到好多，但係都好好。所以我覺得喺 school 裡面，可以 emphasize 返呢樣，

個 opportunity 我哋個同事可以 offer 呢啲嘅 care。」

可行的

「其實返工，你話係咪嗰 7 個鐘、8 個鐘係完全 non-stop，又未必更更都會係噉樣嘅。你會有啲更數，可以有啲時間出到嚟，同啲病人傾吓偈。

其實唔會做唔到，我覺得，就睇吓你點樣去安排啲時間去做。當然，會有啲情況就係，你個更真係你攞完一個急救，另一個又話要返轉頭，都會有整更你自己都忙過不停，噉真係冇得講，但係我又覺得又唔會日日都係噉嘅，雖然話內科病房好忙，就算係……我覺得會比較忙可能係 winter surge 啲時間呢，過吓啲床位，急症室又會打電話嚟問你要床，我哋又未出到啲病人嘅時候，嗰段時間真係好忙、好辛苦，但係都會有慢落嚟嘅時間，或者 winter surge 會少啲嘅時間，噉其實我覺得都可以抽到時間去做呢啲嘢。」

減少投訴

「我哋除咗 physically 個 patient 嘅 care 做晒之外，特別係 acute setting，有啲病人真係好差嘅時候，嗰個 focus 係真係要多啲擺喺個 family 度。如果你做得好嘅話，其實少 complaint，佢哋了解情況，反而仲慳返時間，只要你俾清楚嘅 information，俾清楚

嘅 background 情況，同埋佢哋真係有問題，要 allow time 俾佢哋問問題。

好多問題解決唔到，你起碼要 address，留意到呢個問題，佢可能嗰個問題就衍生好多其他問題，噉你唔能夠 fix 到，就算你 fix 唔到，起碼你都去了解，你 mon 住（睇住）嘅話，你唔駛帶咁多其他……牽連咁多嘅問題出嚟，你可能就可以好 straight-forward 去處理一啲嘢。我覺得我哋都需要有呢個嘅 mindset，所以我哋做 assessment 都會睇晒，佢 social history、信仰，有好多嘢，全部都會睇晒。」

付出與收取的關係

「我覺得 holistic care 係唔同嘅方面、四方八面係 as a whole 嘅，我唔知點去形容，我感覺係由病人嘅裡面至到佢外面，至到周圍環境，而 holistic care 就唔係一個人，係 as 一個 team 去 care，同埋個 team 裡面有大家一同嘅理念，有大家一齊嘅目標，我哋有一同嘅 value，我哋嘅 mission，holistic care 我覺得大家應該有一個 agreed mission 同 value，holistic care 我覺得你唔係淨係 give，你都會 take，因為你同佢嘅關係，你喺個過程，你會 learn 到好多，個 relationship 裡面你學到好多嘢，亦都我覺得令自己 more 成熟，即係 two-way 嘅，唔係 one-way。」

7.1.2 負面態度

受限制

「係呀，已經好好，有時候你忙到 1 日收 10 個、8 個出院，你根本冇時間，所以明白、理解有時候你喺個 holistic care 裡面，可能我哋真係有少少忽略咗個病人嘅 psychological issue，因為真係太忙碌。」

係喇。我好明一路其實前線同事好多係好好，但係啲嘢實在太多，即係你病人 management in-out 嘅 issue，你要最 basic 嘅嘢你攞掂先，basic 嘅要睇到，我覺得同事係做咗好多。」

「Time limitation 確實有，又唔會做唔到嘅，係做得夠唔夠，time limitation 嗰度我哋都係揀時段，確實因為嗰個治療嘅方案係複雜咗好多，變咗病人有咁多時間同我哋傾偈就真，我哋又有咁多時間行埋床邊，除咗你話打針派藥，做我哋要做嘅嘢，我覺得我哋需要一啲其他 discipline 嘅 support，好似一啲 counselling 嘅 nurses，一啲 case workers，我哋透過同佢嘅交流，會知得個 patients 多啲，因為互相都有幫助，譬如啲骨瘤病人住一啲冇輻嘅大廈，我哋又會轉介俾 MSW，講解俾佢聽點解有個需要。」

執行困難

「全人護理我係同意嘅，我覺得係好嘅，因為全

人你唔係淨係睇佢 physical 嘅嘢，你要去睇埋佢 psychological 嘅嘢，甚至係佢周邊 relative 各樣嘢，environmental 都睇埋，我覺得係咁樣嘅。A&E 有 limitation，我覺得做唔到，但係做到咪做，譬如有時好老土嘅，可能有時你俾藥阿婆食，就係嗰段時間，你較高佢，同佢講，你頂帽幾靚，好好睇，好襯你，你講啲無聊嘢，唔係好 relevant 嘅嘢，佢好開心，佢會覺得你唔係淨係過嚟隊藥俾我就走咗去，你都有留意吓我其他嘢。或者你見到佢有條頭髮遮住，幫佢撥吓，篤住隻眼，佢又好開心。我覺得微細嘅嘢可以做多少少，因為我哋時間係唔夠嘅，變咗就係靠呢啲罅位去攝，可能陪吓佢講吓其他嘢，等佢知道都唔係癮居居，坐喺度等病床，食吓藥，醫生巡咗房，唔知做乜嘢又上咗去。但係如果你話真係好全面嘅，身、心、靈全部都攞晒，我覺得真係做唔到嘅。」

難於量度

「我覺得而家姑娘要做嘅嘢都幾多，始終可能 holistic care 嘅嘢，你個 result 唔係即時見到，唔係話，呀，你可能出咗份 report，好實質有呢樣嘢，你真係出咗呢份嘢。可能一啲 spiritual 嘅 support，或者你安慰到個 patient，好似呢啲嘢唔係咁容易 measure 到嘅，有時人可能就會……我得咁有限嘅時間，我就未必

會揀做嗰啲嘢。始終你交更俾人，我總唔可以話我今日同佢傾咗好多偈，我了解咗佢啲乜嘢，但係我呢一紮嘢都未做，你下晝幫我跟，我唔可以噉樣。如果係 convalescence 醫院，我諗就可以多啲，始終係有啲 limitation。」

未開放接受幫助

「有啲人可能唔係好想 disclose 佢自己心裡面嘅嘢，可能見佢一個話有嘢，冇嘢，姑娘，冇嘢，你唔會攞到佢講啲嘢，可能幫唔到佢。但係有啲佢講得出，可能會幫到佢，或者可能估，吖，你會唔會擔心小朋友個病呀，或者你需唔需要我搵醫生嚟再同你解釋吓，但係你唔知呢樣嘢會唔會係佢真係想要嗰樣嘢。或者有啲係快嚟快去，意思入嚟，阿媽照顧佢，冇嘢，你都可能唔會深入去了解佢其他嘢，因為可能有第二啲表現你係需要幫佢嘅，你咪有啲可能你唔需要做。」

資源問題

「好需要 resources，唔係你就噉講，意思係你需要時間。係需要時間，錢亦都係好需要，係好實際嘅。」

7.2 以團隊取向來處理個別病人的需要

以團隊取向來處理個別病人的需要，包括度身訂造/以病人為本/ 個人化、團隊進度和轉介。

度身訂做

「喺唔同嘅病人身上面，都需要 tailor-made 返少少唔同嘅嘢，喺嗰個 moment 佢最需要嘅嘢已經未必係 physical，一啲檢查，各樣嘢，可能只係少少寧靜嘅環境俾家人陪伴住個病人，都係呢個病人今次入院嘅需要。所以其實有足夠嘅空間俾我哋做到 assessment，同家人、病人溝通到，然之後就住佢哋最需要嘅嘢，我哋幫佢安排到一啲佢哋需要嘅嘢，我自己都覺得係叫做全人關顧嘅一部分。」

個人化

「我就覺得我唔會淨係著重 physical，我就覺得 psycho, psychosocial 都好重要，spiritual 反而我呢個有啲 limitation，因為我自己唔可以單講一個宗教信仰。病房始終係公共地方，有咁多唔同嘅宗教喺度，其實佢（個別病人）有好多嘅 action 係令到其他病人好不滿，呢啲嘢我哋覺得有少少困難，可能佢鍾意唸經，佢可能鍾意播嗰啲梵音，呢啲都係比較煩一啲，不過我哋就盡量如果有啲 isolation room 俾到嗰啲 patient，我哋就安排，或者係請佢擺喺耳邊、用耳筒聽。呢啲都係我哋會遇到。」

團隊進度

「Holistic care，全人治療，真係唔係淨係 physical，

或者個 disease，係佢嘅 emotion、psychological，甚至乎係 spiritual，我哋都留意，同埋希望可以冇 resources 去幫佢。譬如好似我哋而家醫院，我覺得好好，有 play therapist，噉小朋友其實係好需要玩，入醫院呢係好驚，我哋透過玩，令到佢個 emotion calm 啲啦，甚至乎有啲係 bed-ridden，冇反應嘅，play 嘅同事，都俾啲 stimulation，或者俾啲 touch 佢，掂佢，佢教我哋點樣 touch 小朋友，我覺得佢哋有咁緊張，有咁易抽筋嘍。我覺得好好，emotion，physical touch 呀嗰啲方面，另外有啲就係 psychological support，譬如我哋都有啲單親嘅家庭，淨係得個媽媽去照顧個小朋友，好艱難，所以有時 clinical psy、social worker 同佢傾偈，或者俾啲 resources 去 support，令到佢知道佢唔係 alone。我覺得個父母有 backup 之後再照顧個小朋友就有動力㗎。Spiritual 我哋有時都有啲真係需要轉介俾院牧，見到有啲同院牧傾完偈，佢哋又裡面好似多咗平安，有啲能力、喜樂嘅嘅，我都見到。

如果個 ward 本身都好忙，根本佢抽離唔到，係難少少嘅。當然個 workload、timing，好影響到 pro 唔 provide 得到 holistic care。但係我覺得多有多做，少有少做嘅，唔等於 frontline 做唔到，就算忙，佢肯同屋企人溝通，知道有咩需要，噉 refer，搵醫生，搵其

他 team、allied health 去幫佢，都係一個 holistic care 嘅 approach。」

「呢個 team 係包括好大，因為當年我先生有事嘅時候，不過佢後尾都有去到嘅，因為佢都係喺醫院度 passed away。其實呢方面我係冇接觸過，因為我係自己都 handle 到，但係我覺得呢一個 team 俾我嘅感覺係……無論係屋企人，involve 好多人，當然，幫嘅有一隊人，而被人幫嘅亦有一隊人，而嗰一隊人就係佢嘅家屬，病人喺個 centre，屋企人就係佢另外一邊要幫嘅人，而我哋要幫佢嗰個 team 團隊，就好多嘢，佢哋要做嘅嘢就好多，個範疇好大。」

轉介

「因為有啲 patient 係本身有 chronic illness，好差，甚至有 terminal illness，你見到佢入咗嚟好多次，甚至你都認得佢，你睇住佢一次比一次差，如果你真係好得閒嘅情況下，你會問吓佢你有冇啲咩信仰寄託，我印象中我淨係做到呢樣嘢都好似係兩、三次，因為有呢個機會，真係要個場好得好得，你先會做到呢樣嘢，問佢：『吓，你有冇啲咩信仰寄託？』，可能屋企人嘅 family support 又唔係幾好，如果可以嘅話，如果佢接受到，又搵吓院牧同佢傾吓偈，都可以幫到，因為 support 少，佢又 physical 咁差，就會好辛苦，

如果有寄託就會好啲。」

「係身、心、社、靈，係咪可以叫，睇咗 physical 先，physical 完咗之後先睇 psychological……physical 加 psychological 都已經 OK……可以 refer 俾 chaplaincy 或者 MSW 個邊嘅。」

7.3 不同內容以身體照顧優先

全人關顧包括身、心、社及靈，不同內容，但以身體照顧優先，其描述如下：

身、心、社、靈

「身、心、社、靈。一個 whole body 嚟，話就話 holistic，講咗好多年，但都係夾硬拆開佢哋，都係未做到話全面係身、心、社、靈。如果真係要做到，要關懷佢身體、心靈，佢自己嘅 spiritual 個方面嘅需要，先至能夠叫真係好 holistic 嘅 care。除此之外，佢仲有屋企人，唔係淨係得佢一個，可能我哋都要關心埋佢屋企人，先至係一個全面嘅 holistic 嘅 approach。」

「身、心、社、靈。有啲未必做得到，因為有啲你都……你唔可能逐個逐個病人去，所以你係少，可能你啱啱遇到呢個比較大問題啲嘅可能要處理咗，你未必有時間去處理第二啲，可能有啲又未必需要你處理。」

身、心、社、靈，以身體照顧優先

「我自己會覺得醫護人員係以身體行先，確實，因為真係身體有不適，入咗嚟病房，當佢個身體嘅狀況係已經叫做穩定咗落嚟，就可以進入到心靈。可能我自己都會有呢一個 priority 嘅，就係我哋處理到佢身體不適嘅需要嘅時候，有段時間都係需要等，嗰段等嘅時間其實佢心靈就係可以 ready 去傾。有啲人已經係好抗拒，或者係好拗，都唔適合傾嘅。嗰啲就唔需要再去進入到呢一個階段。而當一路傾嘅時間，佢有提出到一啲，或者我哋可以 assess 到佢個社交或者靈性，都係有需要嘅時候，就可以有啲適當嘅轉介。」

7.4 全人關顧的實踐

全人關顧的實踐，包括先照顧自己、回應病人、安全無損、盡己所能、行多一步、觸摸、主動關懷和護士作為橋樑。其中一些描述如下：

先照顧自己

「首先對自己都要有啲全人嘅關顧，可能都要照顧好自己嘅身體，然後有充足睡眠，有一啲心情係唔開心嘅，就盡量處理咗，如果處理唔到，都唔好帶返工，唔好影響咗自己專業嘅判斷。呢個就係預備自己可以做到全人嘅關顧先。因為如果自己都唔係咗嗰個狀

態，係確實做唔到。假設我哋真係預備好一個全人照顧嘅心態返到工，嗰個環境都好緊要，理想地就係，大家有足夠嘅人手去照顧病人，但係有陣時確實會有欠缺，都好經常，可能有同事病假，或者有突發嘅需要，得兩、三個同事睇住整個病房嘅病人，就會減少咗同病人嘅接觸，嗰亦都不能夠提供到。」

回應病人

「caring，其實好得意，入院嗰啲人，你話點樣 care 佢，總之佢問你嘢，你肯答佢，只要你肯俾啲時間佢，即係答吓佢嘢，傾吓，你會發覺佢知嘅，佢會覺得呢度啲人都係好嘅，佢講開嘅時候，我記得我係同佢做過呢啲嘢，傾過呀噉樣。」

安全無損，盡己所能

「其實大家同事都係盡人事，我唯有喺嗰 10 幾個裡面再排。至緊要係咩，唔好死、唔好傷，唔好 do harm to patient。好多時一入職就係諗，do no harm。噉我唔求最好，就求 do no harm，就已經係我對病人最好嘅嘢。我依家嘅要求就到 do no harm，但我盡力做緊啲再好啲嘅嘢，所以我就肯花時間同佢 interview，但現實情況係有啲嘢我係未必做得到，就有時間先做。」

行多一步

「我哋雖然忙，有陣時都可以問候多兩句，可能做得好少少 ... 有陣時你同佢講多一兩句，可能佢都覺得舒服啲，個心方面。」

觸摸

「如果我得閒嘅時候，譬如我有陣時寫緊牌板，聽到佢哋幾個傾偈，如果醒目啲傾偈，講吓嘢嘅時候，就同佢哋搭埋一份嘴，或者有啲係唔識講嘅，你做緊 basic nursing care 或者 turning 嘅時候，拍吓佢，都係另一種安慰嘅，一種無形嘅支持，加油呀同佢講句，拍吓佢膊頭，我覺得佢哋嘅情緒上可能會好少少。」

主動關懷

「我諗感覺上係好似一啲、有人真係關心我，我入嚟睇病，有人真係主動關心我，想知道我有咩事，唔係我有頭痛、complaint，佢先至過嚟。佢會預先過嚟同我講，講完之後，我有啲乜嘢 voice out 咗，佢有回應俾我，佢又唔會令到我有 hard feeling。譬如我自己都有屋企人入過 cancer ward 先算，我會覺得好緊要，因為我會住一段時間，我會感覺到就係有啲姑娘真係會走過嚟同你傾偈，去關心你，去同你搭吓膊頭，講吓嘢。跟住到你出院，無論我屋企人過咗身，

我會覺得佢住院嗰段時間呢係好好嘅，好舒服嘅，冇人理佢嘅，我就算係探完佢，我離開我都好安心，我諗呢樣，係同普通冇話 holistic care 嘅係特別唔同。

譬如我阿婆入醫院，我會見到就係行入去，冇人理你不特止，總之就係探病時間冇晒人，入到去擺樣嘢都好似係要『啗』先會俾張床單你，入到去裡面見到，好明顯個阿婆係攤咗喺度，只係冇人換片，其他冇咩做到。到我阿婆出院，雖然係冇事，我會覺得成個過程係好唔開心。我希望 holistic care 係，阿婆入到嚟，到佢走，屋企人嚟到會見到，好乾淨，個阿婆會識得講話：『姑娘對我好，佢咁頭先周圍做嘢』，佢又會睇到你做平時做嘅嘢，對個病人，唔係淨係佢，佢咁會睇到你做。個唔同就真係佢會覺得有人關心，我覺得好緊要呢個，我自己做過病人，你會發覺有人真係過嚟睇你，同你傾吓偈，安撫吓你，真係差好遠。我傷口邊度唔識得『整』，係人都識得『整』，我洗吓個傷口咋嘛。但係你要有個人肯過嚟同你傾吓偈，講兩句嘢，真係好喇。』

8. 討論

受訪者關於病人對照顧及自己所提供照顧的看法

整體而言，受訪者覺得絕大部分病人對他們的護理照

顧回饋都是正面的，但也有一些病人有不同的反應，甚至不講理。這些都容易理解，因每個人的背景不同，遭遇不同，往往難於使每個人都滿意。至於對自己所提供的照顧，主要是一般的例行或基礎照顧，其次是不同層面，身、心、社、靈各方面的照料，而與病人及家屬溝通也佔一個相當的成分。跟進醫生的治療，只是佔工作的一部分，也有一受訪者感覺照顧不足夠。國外不少研究及文獻都指出護理之多元化，及人手缺乏導致照顧不足 (Aiken et al., 2002; Willis et al, 2005)。從醫院接收到的讚賞信及 2015 年醫院管理局的病人滿意度調查，在病人評價護士對他們的護理/ 照顧上，以 10 分最高分，護士平均獲 7.2 分，此可證明病人頗滿意公立醫院護士所提供的照顧 (醫院管理局，2016)。

照顧時遇到的困難及克服方法

他們遇到的困難主要來自一些較困難照顧的病人，例如無理、抑鬱及未能治療或面對死亡，另處理家屬情緒也不容易。很多文獻及研究指出護士是一行壓力大，消耗心力 (Emotional labor)，容易導致耗盡 (Burnout) 的專業 (Boychuk Ducksher, 2009; Cheung, & Yip, 2015; Wu et al., 2012; Yoder, 2010)。他們克服方法有自我調節，透過別人幫助及信仰上的支援。其實個別醫院在新護理同事入職後都會安排培訓，幫助他們處理工作上的要求，例

如基督教聯合醫院之“Touch”計劃，新界東醫院聯網之“*One Nurse One Plan*”計劃，而醫院管理局的心靈綠洲也有提供不同的培訓課程，建立同事的抗逆力來面對工作的壓力。同事的互助及團隊的合作在這裡也扮演一重要的角色。有研究亦指出建立一個穩固的團隊有助促進病人的照顧 (Wengstrom & Ekedahl, 2006)。除了自我增強及別人幫助外，信仰也是一面對困難的重要資源，大量文獻及研究指出宗教信仰能幫助人面對困難、苦難，擁有良好保護功能 (Byrne, Morton, & Dahling, 2011; Ivztan et al., 2013; Koenig, King, & Carson, 2012)。

深刻經歷及持守工作熱誠

因護理工作主要是照顧人，環繞的對象都是病人、家屬，而深刻的經歷裡是與病人及家屬正面的互動。當然，負面的互動也產生深刻的印象，例如面對病人情緒的失控，未能幫助病人生存，面對家屬激動行為等。有研究指出醫院不單對病者來說是一高危的地方 (James, 2013)，對在其工作人員也一樣 (Hahn et al., 2008; Hahn et al., 2010)。在持守工作熱誠方面，他們積極地建立正面思維及正向情緒，不少文獻及研究都支持這兩者的重要性 (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007; Lin, 2015; Lynbomirsky, King, & Diener, 2005; Lyubomirsky & Layous, 2013)。帶著使命感及回應上帝召命也與外國

的研究結果一致，能夠維持工作的熱誠 (Dik, Duffy & Eldridge, 2009; Hagmaier & Abele, 2012)。別人的鼓勵也是得力之源，但需要努力建立良好的同儕關係 (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)。

全人關顧的看法

整體而言，各人對「全人關顧」有不同看法，雖然受著各種因素影響，例如人手不足，效果難於量度等等導致負面看法較多；但正面看法也不少，例如實踐上可行、有意義，亦可助減少投訴等等。他們都能以不同專業團隊來處理個別病人的需要，醫院管理局的病人滿意度調查也反映病人對他們的服務頗滿意。在團隊協作下，他們會看個別病人的需要來轉介給院牧或社工作心靈的關顧，對於病人接受末期癌症的惡訊；或在接受治療中出現情緒上頗大波動，或病人突然死亡，家屬需陪伴、安慰等，駐院院牧就可以扮演一個支援的角色，與國外文獻也一致 (Cooper, 2011)。雖然團隊中院牧的專業在香港及外國較少研究，但文獻支持院牧能在靈性關顧上扮演一重要角色 (Jankowski, Handze, & Flannelly, 2012)。

在臨床的實務中，他們的分享反映在急症醫院必須以身體照顧優先，這都容易理解，因病人急需處理生命的安全，減少身體的痛楚；但在全人照顧中，身體的

照顧或基礎護理是一個非常重要的部分，在照顧中帶著尊重與關懷，亦提醒我們不要忽略這些基本的身體護理 (Bertero, 1999; Kapborg, 2000)。因大部分受訪者已有多年服務經驗，分享了不同的實踐方法，而這些寶貴經驗也與國內外研究一致，例如先照顧自己 (Meadors & Lamson, 2008; Thornton, 2008)、行多一步、觸摸、主動關懷等等 (Euswao, 1993; Luk, 2009; McEwen, 2005)。

小結

綜合而言，護士提供的照顧是多元化的，也有時因人手缺乏導致照顧欠善，但病人都頗接納他們的服務及反應正面。在照顧上遇到的困難主要是來自病人及家屬，護士透過自我調節，同事的幫助，病人的正面回饋及信仰上的支持，加上機構提供的培訓來適應。要持守工作熱誠，自省及積極的自我建立、成長，是主要的途徑。對於全人關顧的看法，則頗分歧，負面多於正面，可能全人關顧較難在繁忙及人手不足下進行。他們會以身體需要優先處理，但盡量帶著尊重與關懷，較深入的心靈關顧便轉介院牧。欲實踐全人關懷，也要先自我關顧。

參考資料

- 醫院管理局 (2016)。住院病人經驗及服務滿意度調查，79 頁。香港：醫院管理局。
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288:1987-1993.
- Available at <http://dx.doi.org/10.1080/14766086.2011.630169>.
- Bertero, C. (1999). Caring for and about cancer patients: Identifying the meaning of the phenomenon 'caring' through narratives. *Cancer Nursing*, 22, 414-420.
- Boychuk Duchscher, J. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 1103-1113.
- Byrne, C. J., Morton, D. M., & Dahling, J. J. (2011). Spirituality, religion, and emotional labor in the workplace, *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 8:4, 299-315, DOI: 10.1080/14766086.2011.630169.
- Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 11072-11100; doi:10.3390/ijerph120911072.
- Cooper, R. S. (2011). Case study of a chaplains' spiritual care for a patient with advanced metastatic breast cancer. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17: 19-37. DOI: 10.1080/08854726.2011.559832.
- Dik, B. J., Duffy, R. D., & Edlridge, B.M. (2009). Calling and vocation in career counseling: Recommendation for promoting meaningful work. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 625-632. Doi:10.1037/a0015547.

- Euswas, P (1993). The actualized caring moment: A grounded theory of caring in nursing practice. In A.G. Delores. *A global agenda for caring*. New York: National League for Nursing Press. pp 309 -326.
- Hagmaier, T., & Abele, A. E. (2012). The multidimensionality of calling: Conceptualization, measurement and a bicultural perspective. *Journal of Vocational Behavior* 81, 39-51.
- Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurse in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3535-3546, 431-441.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. JG. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature, *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.
- Ivtzan, I., Chan, C. P. L., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in Life, and personal growth initiative. *Journal of Religion and Health*, 52:915-929 DOI 10.1007/s10943-011-9540-2.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 1-9 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x.
- James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9 (3), 122-128.
- Jankowski, K. R. B., Handzo, G. F., & Flannelly, K. J. (2011). Testing the efficacy of chaplaincy care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17:3-4, 100-125. DOI: 10.1080/08854726.2011.616166.

- Kapborg, I. (2000). The nursing education program in Lithuania: Voices of student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 857-863.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (Eds.). (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York, NY: Oxford.
- Lin, C. C. (2015). Impact of gratitude on resource development and emotional well-being. *Social Behavior and Personality*, 43 (3), 493-504.
- Luk, A. (2009). The effectiveness of a caring protocol: An evaluation study. *Journal of Research in Nursing*, 14 (4), 303-316 DOI: 10.1177/1744987108093359.
- Lynbomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does it lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22 (1), 57-62.
- McEwen, M. (2005). Spiritual nursing care: State of the art. *Holistic Nursing Practice*, 19 (4), 161-168.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (1). 24-34.
- Thornton, L. (2008). Holistic nursing, a way of being, a way of living, a way of practice. *Journal of Holistic Nursing*, Jan, p.33-39. Retrieved from http://www.nсна.org/Portals/o/Skins/NSNA/pdf/Imprint_Jan08_Feat_Holistic.pdf008).
- Wengstrom, Y., & Ekedahl, M. (2006). The art of professional development and caring in cancer nursing. *Nursing Health Sciences*, 8: 20-26.

- Willis, K., Brown, C. R., Sahlin, I., Svensson, B., Arnetz, B. B., & Arnetz, J. E. (2005). Working under pressure. *Clinical Nurse Specialist*, 19(2), 87-91.
- Wu, T. Y., Fox, D. P., Stokes, C., & Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today* 32, 669-674.
- Yoder, E.A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Nursing Research*, 23(4), 191-197.

第四章

專職醫療篇

背景資料

受訪者共 8 人，包括物理治療師、職業治療師和院牧，他們為不同部門提供服務，以內科為主。工作經驗由 10 至 30 年不等，最多是 10-20 年。性別以女性較多，年齡以 51-60 歲較多，大部分已婚。有宗教佔大多數。詳細分佈見表 4.1。

表 4.1 背景資料(受訪者數目：8)

專業	醫療專職	
職系	物理治療師	2
	職業治療師	4
	院牧	2
專科	內科	6
	骨科	4
	舒緩科 / 腫瘤科	2
	深切治療部	4

專業	醫療專職	
專科	兒科	1
	外科	1
	門診	4
工作經驗	<10 年	1
	10-20 年	4
	21-30 年	3
性別	男	3
	女	5
年齡	< 30 歲	1
	30-40 歲	2
	41-50 歲	2
	51-60 歲	3
婚姻狀況	已婚	7
	單身	1
宗教	基督教	6
	無	2

1. 病人對照顧的看法

雖然他們按各自的專業提供不同的治療或關顧服務，同時每個受訪者都有出現一些正面的描述，包括：讚賞、多謝、受歡迎、覺得能幫助病人康復、舒服，只有

一人提到也有病人因治療過程辛苦而不喜歡。其中一些描述如下：

讚賞

「通常好大部分都講 thanks，即係唔該呀噉樣，都 appreciate 嘅。不過有時幫嘅層面未必佢 expect 我哋 provide 嘅嘢俾佢。譬如佢可能原來物理治療淨係同佢行，可能佢 request 係啲其他嘢，譬如啲 nursing care，可能佢已經對象錯咗，有可能係物理治療，可能佢有啲 mix up。但係 so far 嚟講，其實 provide 嘅 treatment 俾佢，majority 都 appreciate 嘅，譬如骨科噉，酬喺度，可以教返識佢行，都係好嘅 response。譬如中風病人，酬喺度，可能教佢可以坐得好啲，教佢郁動吓，其實好 appreciate。」（物理治療）

「都會好 appreciate 嘅……我哋教佢點樣 self-manage 之後，有好多 case 都會覺得而家知道自己要點做，亦都明白自己發生咩事，所以佢哋會覺得有咗方向。我會見到佢對我哋 treatment 嘅反應，佢知道，經過咗。可能你會覺得由一個唔知自己發生咩事，去到佢最尾，覺得自己而家都知道係咩嘢或者點樣做。佢哋會覺得幫到佢以後 maintain 住自己個 health，噉呢個我哋都好 appreciate。如果 home visit 啲啲就更加，因為佢哋好多係會跌。」

我哋同佢 modify 咗家居環境，同理我哋會比啲 training，即係 fall prevention。佢哋都會好 appreciate，覺得會幫到佢即刻，譬如安咗啲扶手，佢可以扶住去廁所，佢冇以前咁大 risk。因為我諗有時除咗 physical injury，仲有心理上壓力，好驚會跌。但係做咗之後，可能個心理方面都 improve 咗，冇咁驚，比較安心，你會睇到啲病人個反應都係幾 positive。」（職業治療）

「我諗係直接睇到佢係好 welcome 你嘅探訪。佢見到你會開心，譬如喺最近有個病人，1 號離世，個日公眾假期，我返嚟即刻知佢已離世，我有聯絡佢太太，我打電話俾佢，佢話：『多謝關心，我先生每次見親你，佢幾辛苦，都笑嘅，佢好開心見到你。』呢個係一個太太佢嘅樣講。」（院牧）

「佢哋多數都開心嘅……有啲病人就可能唔鍾意，因為辛苦啦，抽痰。」（物理治療）

2. 對自己所提供照顧的看法

較多出現的是以提供病者全人、多方位治療或照顧為主，其次是盡力而為，最後是各專業個別提供專業服務的特色。

全人關顧

「行所謂 client-centred approach，我覺得喺日常 daily practice 我哋都會做返呢啲工作，同理因為個行業本身都推行緊一個叫 lifestyle redesign 嘅服務……我諗呢方面對 patient 或者屋企人嚟講，心理上會對……因為嚟到，佢哋都幾 anxious，佢哋都唔係好知道，究竟呢個病第日會點？要攞幾耐？或者而家都好多係 young stroke，可能佢哋返工會點？喺呢度我相信實質上同佢做到嘢之餘，亦都俾到佢有啲 anxiety 嘅 relief，因為好多時 patient 或者屋企人知道晒個 planning，噉佢有計劃，或者起碼佢哋自己，譬如屋企人同 patient 嘅溝通各樣都會容易少少。我諗呢啲除咗 physically 之外，psychologically 或者我哋叫 psychosocial aspect 會做多少少功夫。」（職業治療）

「我哋好自然噉樣去表達一個院牧嘅關心，但係喺關心個個傾談裡面，其實就已經喺度評估緊佢個身體嘅狀況對佢嘅影響，佢個心靈個方面，同屋企人關係，會唔會影響咗佢個個情緒、病情，個支援係點，以至到如果佢個病情係重嘅時候，譬如真係面對佢出院嘅時候，佢如果缺乏自我照顧能力，家人嘅支持又夠唔夠？社區嘅支援又夠唔夠？最後就真係評估吓佢信仰個情況，所以就其實短短 10『零』廿分鐘，已經可

以評估到佢身、心、社、靈個狀況係去到邊度。

有一啲病人、比較強啲嘅病人，呢個強唔一定係男人，有啲係好強嘅女士，佢哋唔慣俾人哋關心，其實起步都會抗拒。但係因為院牧唔係一次嘅關懷，其實我自己係好強調，係持續嘅關懷，譬如真係每日都去慰問吓佢，喺佢嘅床邊嚟到去陪伴，等到佢 ready 去表達佢嘅情緒。其實我睇見有好多次都係呢啲好頑強嘅病人，佢哋都會話『點解院牧你咁好耐性』，我話『因為我關心你』，其實我好明白你真係好唔容易去表達，所以有時真係作為一個朋友嘅角度，嚟到去 support 佢，俾佢知道我唔係淨係今次嚟探你，我臨走亦都會話俾佢聽『我聽日再嚟探你，好唔好？』，一定要徵求佢嘅同意，佢樂意嘅情況下，我應承得過佢我聽日嚟，真係一定嚟，可能佢喺呢一刻表達唔到嗰個情緒，但係佢知道我聽日真係會嚟，噉佢可能就，我埋到去嘅時候，佢已經好想講俾我聽。講完之後，其實對嗰啲病人嚟講，佢哋就覺得成個人鬆晒，佢能夠講到佢個困境，其實喺講嘅過程當中，佢自己已經感受到嗰種嘅實況。」（院牧）

「我諗個 contact，接觸病人嗰個……又真係唔同啲嘅，譬如喺病房，可能你見佢，2、3日，或者可能走咗，但係 OPD 新症又唔同，可能你對住個 patient

或者接觸嘅層面，可能好長時間，可能幾個星期，或者去到幾個月。所以你對個 patient build up 嗰個 rapport 係唔同啲，你會見得個 patient 更加立體啲，立體係除咗佢個痛症之外，仲有背後個 background，譬如佢 family 嘅嘢，知道佢點解啲嘅反應，你會覺得好……譬如我自己，做咗咁耐，都好鍾意做 physio，因為見個 patient 就係好立體。」（物理治療）

盡力而為

「我覺得我哋都係 professional，主要係運用學到嘅知識，去服務病人或者病人家屬，雖然有時真係時間好倉促，或者太多病人嘅時候，可能未必個個都做得好好，或者個個都照顧得好好，但係你每個病人都盡量用心做好佢，有時即使太忙，但係如果病人有啲咩需要，我哋都盡量解答，或者幫佢完成。」（物理治療）

專業上不同角色

「我諗最直接嘅，你行到埋去，佢話擔張橈坐低，或者佢跟住同你講嘅嘢，知道自己係佢哋信任，係覺得值得建立關係嘅對象。即係自己嘅出現，已經係對佢哋一個好具體嘅支持。因為我只係做緊陪伴，去聆聽佢嘅感受，同理有啲同理心嘅回應，慢慢去引導佢，睇到佢而家呢個境況，患病裡面，去反思好多嘅

生命，人生嘅意義，人生嘅價值，佢自己點睇自己，點睇將來嘅盼望，點睇佢而家見到佢屋企人，佢同佢身邊愛嘅人個個關係，都係引導佢去諗、去思想，當中當然會有鼓勵，有安慰，我亦都盡量利用我哋信仰有嘅支援，為佢祈禱，無論佢有冇信仰，用我哋信仰嘅支援，去同在、同行。透過我呢個同行嘅階段，係俾到佢支持。

我係個同行者，喺佢患病過程裡面，佢哋真係有好多情緒，好多感受，喺靈性方面有好多需要，我呢個同行者就係透過我嘅陪伴，去聽，係真係聽到佢裡面啲嘢。可能有好多會話我從未同人講過，甚至好多講完係有眼淚嘅，唔好諗住男人唔喊，男人特別容易喊，因為可能佢之前有去同人哋講心底說話，係好多嘅眼淚。有好多形容院牧有好多形容詞，係聆聽者、情緒疏導者、關懷者，其實樣樣都做到，睇吓你喺邊個角度嚟睇。

我哋個團隊係幾 holistic，因為可能係 palliative，好睇到人個病係重、藥石無靈嘅時候，嗰個靈性嘅關顧係重要嘅，所以醫護人員都好知道院牧嘅角色。我哋成個團隊，每個星期，都有個 team meeting 佢哋 invite 我入去，醫生講完個病人情況，護士講佢嘅照顧，可能佢嘅 sore、佢嘅 oral intake，各樣嘢講完，

PT 就講吓佢嘅 mobility 去到邊度，我哋而家做緊乜嘢，OT 講吓佢哋嘅 functional ability 點樣 treat 法，社工梗係關於佢將來出院，可能有啲 placement，或者佢申請 finance 嘅幫助。佢哋亦都關注我講返俾佢哋聽病人嘅情況，我話病人情緒都低落，自我形象好低，覺得而家行唔到，廢人一個。我會講返佢個靈性情況，而佢哋好 concern 就係個家人，呀，院牧，有冇邊個家人係特別需要留意，因為我接觸佢哋嘅家人多嘅。可能佢屋企有個 handicapped 嘅屋企人，所以佢媽媽都好 stressed。裡面啲 dynamic 如果我知，有時我覺得適合嘅，我都會俾大家知，當然有啲 secret 我就唔會㗎喇，我哋都尊重病人，有啲私隱，我都因應可以講得嘅都會盡量講，講出嚟希望大家 aware 啲，點樣更加能幫助呢位院友。」（院牧）

3. 治療遇到的困難

他們遇到的困難主要來自三方面：一是資源不足，包括時間、人手及工作量，其次是來自自己的經驗或角色未被認識，最後是病人。其中一些描述如下：

資源不足

「Fix 死咗時間，所以我作為一個物理治療師，我覺得

無奈。因為我真係想睇晒，但係個 time constraint 我真係睇唔到咁多。總之就係覺得有困難之處。」（物理治療）

「我估最大嘅困難都係時間，同埋因為而家越嚟越多病人，個 turnover rate 又好快，醫生 referral 又越嚟越多，普遍全港嘅 physio 都係唔夠人手，呢個就真係可能影響到我哋做嘢嗰方面。另一方面，有時可能唔夠全面，都好似你講，其實做咗兩年幾，有時經驗都會有關係，譬如一啲好有經驗嘅同事，可能一望個病人就已經知道，而我可能仲要慢慢去深究，或者有陣時 miss 咗啲嘢，所以有時經驗都係另外一個因素。」（物理治療）

「我哋嘅部門，兼顧嘅科目太闊，有十幾個 team，一個人跨幾科，變咗啲同事都係 chit-chat 嘅不斷 rotate，即係轉呀，唔同有啲醫院，可能嗰個同事做兒科，可以做足十年，或者做五年、三年，我哋一年就轉、兩年就轉，變咗我哋都除咗忙於做病人之外，又會忙於培訓我哋自己啲同事，同埋好多額外啲 supervision，啲啲 back-up。」（職業治療）

自我管理

「我相信個困難就係如果醫護人員睇到基督教院牧唔

係傳教，係真係能夠做心靈關顧，佢哋能夠 identify 到一啲病人去轉介俾我哋，我覺得係更加能夠幫到一啲病人。」（院牧）

「院牧要 on call，……我知道一啲新院牧，都係幾唔容易嘅位嚟嘅，尤其是係夜晚嘅 call，你要個家庭好體諒先得。尤其是如果你本身……有小朋友，一方面另一半又要好體諒，小朋友亦都要適應，我最記得我做院牧嘅時候，我個仔得兩歲，我又覺得係上帝好大嘅恩典，我個仔仔冇扭計，佢一路都……我話出去就出去喇，接 call 就接 call，呢啲都係一啲困難嚟嘅，但係都係上帝嘅恩典，所以就過得到。但係我知道好多有家庭、有子女嗰啲院牧，其實呢啲位係唔易過。院牧呢都係人，自己都有情緒，有陣時面對住一啲病人，其實我哋探咗佢一啲時間，佢哋嘅離世我哋都有哀傷離痛，我哋有陣時都需要有一啲嘅同路人去支援。所以某個程度上，有時，甚至可能我哋都需要搵一啲專業人士去幫一幫我哋添。」（院牧）

病人未預備開放自己

「client 佢哋，亦都未必 ready 我哋去所謂好 holistic，去好全面照顧佢所有嘅需要，因為有一啲病人可能未必 ready 去 disclose 所有嘅嘢。尤其是我諗 inpatient，佢喺嗰個 stage 可能好 focus 喺 physical 或

者佢個 illness 嗰度……

我覺得係 timing，你可能第一次見佢，未 ready 去 open up，你未可以同佢做到一個 rapport 幫佢好 holistic 去睇所有嘢。但係其實 all the time 我哋再接觸多啲，可能佢會 open up，噉嗰陣時個 timing，可能你可以再去做得比較 holistic 啲。呢個係另外 other than resources，我諗係嗰個病人本身係咪 ready 俾個 healthcare provider 去做一個 holistic care，因為佢哋都有佢哋自己嘅 concern。」（職業治療）

4. 如何克服困難

在克服困難方面，主要來自自我調節，包括改善時間管理、持續進修及增加效率，多主動溝通及增進團隊合作，與病人建立信任。另一方面是向上級反映及找人疏導情緒。其中一些描述如下：

自我調節

「可能預留嘅時間、上病房嘅時間唔多，譬如有時預計嘅時間……嗰日多咗好多症，或者嗰啲症比預期複雜，用多咗好多時間，所以有時喺個行政配套上，我自己都盡量安排一啲食晏前嘅時間，十一點或者十一點零呢啲時間巡病房，個好處就係真係做唔切，譬如

個仔 feed 唔切，餵唔到，我寧願用咗自己嘅食晏時間去完成埋佢，有個走趨位，因為如果我一駁住 OPD，其實係好棘手，就算唔係因為我唔做，下面 OPD 嘅 patient 已經企咗喺度等你，噏就好慘。時間會係噏，有時就調返轉頭到 OPD 嘅 case 可能係太複雜，你根本係原來用埋病房嘅時間，噏又係有時間上病房嘅，我就可能食晏或者放工時間都想做埋先至安心噏樣走。」（職業治療）

「一個人就處理唔到，要全部同事，分流，triage 做得好啲，有啲 case 基本上係可以、即係比較『醒』少少嘅 patient，發覺可以教識，幾堂好短嘅 course，可以掌握到啲技巧，可以自己處理嘅時候，咪儘快去 discharge 佢，騰空啲位，可以做啲新症，等佢唔好等咁耐，但係呢啲都唔係單只一個人處理，要成班同事一齊處理。」（物理治療）

「我估一來我哋都會持續進修，譬如我而家都讀緊一個 master course，啱啱就係 stroke neuroscience，關返我而家做緊嘅嘢，要不斷噏樣去學，因為你喺病房始終唔係淨係得你一個 profession，有醫生、護士，有時又要知道人哋做緊啲乜嘢，先可以成一個整體噏去 provide 個 care，同埋有時如果唔識嘅又要問吓同事，佢哋有啲經驗，可能佢哋知道應該點做，或

者點樣先至係最好幫到個病人。時間、人手都唔由我哋控制，所以有陣時要係學習做嘢 efficient 啲。」
(物理治療)

「每次有 referral，我探完都會講返俾佢聽，或者有時呢個唔係 dementia，佢係個 mood 好低，或者有人提過轉介院牧，我探完之後會盡量講返俾姑娘聽，佢點點點，俾佢知道我做緊乜嘢，我會主動同佢哋傾，我重視佢哋每一個轉介，無論係咩 case，我講返俾佢哋聽，佢都睇到我同病人嘅 interaction，希望佢慢慢會知多啲。」(院牧)

尋找別人幫助

「院牧都係人，都有情緒，有陣時面對一啲病人，我哋探咗佢一啲時間，佢哋嘅離世我哋都有哀傷離痛，我哋有陣時都需要有一啲嘅同路人去支援我哋。所以某個程度上，有時，甚至可能我哋都需要搵一啲專業人士去幫一幫我哋添……我自己就發覺，院牧同工呢個圈子裡面，其實就好好嘅，因為大家都好明白，所以有時候……雖然嗰陣時我離開咗伊利沙伯，伊利沙伯嘅嗰班院牧同工真係好 team spirit，大家有陣時一個電話，或者出嚟傾幾句，就已經係對自己嘅嗰啲情緒，已經可以疏導得到。」(院牧)

與病人建立信任

「我覺得係 timing，你可能第一次見佢，未 ready 去 open up，你未可以同佢做到一個 rapport 幫佢好 holistic 去睇所有嘢。但係其實 all the time 我哋再接觸多啲，可能佢會 open up，嗰陣時個 timing，可能你可以再去做得比較 holistic 啲。呢個係另外 other than resources，我諗係嗰個病人本身係咪 ready 俾個 healthcare provider 去做一個 holistic care，因為佢哋都有佢哋自己嘅 concern。」（職業治療）

5. 深刻經歷

他們深刻的經歷主要來自受訪者感受到病人及其家屬人性積極面的顯露，其次是受訪者提供的全人關顧及病人感謝的回應。其中一些描述如下：

病人人性積極面的表現

「近排一個 60 幾歲，62、63 歲嘅女士，腰背痛，病房出院，揸住支棍，篤吓篤吓，其實我諗一個啲嘅 age 嘅人，腰骨咁痛，痛得咁犀利，我去幫佢，可能 pain relief，都未必可以令到佢完全冇事。但係佢又好積極，點解咁積極去做運動，咁積極去改善，原來背後係佢屋企有先生，先生係有 disability 嘅，

睇唔到嘢，佢要有好 strong 嘅 drive 去 improve 自己個 physical conditions 去照顧佢先生，另一樣嘢就係知道原來一個 old aged patient 可以 improve 咁多，雖然佢條 spine 退化得好犀利，但係點解佢可以 overcome 佢嘅 disability，而令到佢可以 cope with 佢自己嘅 ADL? 買到飯、煮到燸，照顧好屋企，甚至可以想返番埋個份工，好 amazing，亦都好 appreciate 佢，佢原來背後咁多 history，有咁 strong 嘅 drive 去 improve，我好 appreciate 佢。亦都調返轉，點解有啲 case 係……

個女士，最尾佢可以返番工，佢係喺教會做啲姐姐嘅工作，佢好開心，返到工，因為有自己嘅 role，可以照顧屋企，又可以照返自己份工。臨 last session，佢同我講，佢可以行返山，由大埔行去荃灣，2、3 個鐘都得。我覺得好 amazing，你叫一個後生仔行 2、3 個鐘，死吓死吓，點解一個 60 幾歲嘅女士可以咁犀利。」(物理治療)

家屬人性積極面的表現

「我去外展嘅 case 係探啲位老人家，個老人家係 bed bound，但係我最 appreciate 佢啲子女，好 impressive，去到嘅時候佢屋企就家徒四壁，屋裡面有電視機，淨係衣櫃，仲有輪椅，去到嘅時候就

兩姊妹，個兩姊妹五拾零歲，個阿媽仲醒嘅，我就 provide 啲 basic care 嘅 treatment 俾佢，我發覺點解間屋裡面得兩張床，一張床阿媽馴覺，另一張單人床……

係，兩姊妹，有可能㗎嗎，因為兩姊妹都要馴㗎，原來係因為要照顧媽媽，兩姊妹就一個返夜晚，輪流馴，就一張床夠喇，好俾心機照顧，就 take care 個阿媽。嘩，好 appreciate，去到仲要話開冷氣，我話唔駛。呢啲 case 就係你會覺得係好開心，因為你同嗰個屋企人合作，去教佢，去 take care 佢媽媽啲 transfer，我覺得自己都好有滿足感。」（物理治療）

「我記得嗰陣時睇套日本片叫做禮儀師奏鳴曲，睇到嗰個服侍，喺呢度學到嘅就係對於離世者我盡量鼓勵家人最後服侍佢哋，除咗安慰佢哋，鼓勵佢哋同離世者道別，我通常都話，其實你想唔想最後服侍你至親嘅人？好多就唔知，吓？可以服侍？我話可以，你擲啲暖水，幫吓佢抹面，幫吓佢梳頭，幫佢搽吓潤膚膏，抹吓手腳，佢哋即刻從佢哋哀傷裡面化為行動，積極去做。好深刻一次，有個女病人，佢 6 個仔女都好錫佢，知道咗之後，本來佢哋好難過，即刻就行動，有個女就喺個枕頭鋪塊膠簾，幫媽咪剪吓髮；有啲就幫媽咪剪腳甲、剪手甲；有啲

就抹臉，我企喺旁邊，通常服侍就唔會我落手，睇到嘅畫面，好深刻就係一班佢愛嘅子女去為媽媽最後服侍，最後換咗套衫，化埋少少妝，係一個好靚，同最初一離世大家都唔知點個陣時，由唔係好敢掂，到最後離世嘅人係佢哋嘅至愛，一樣去拖手、敢於接觸，早幾分鐘之前仲有呼吸嘅親人，以前有啲病人嘅家屬係即刻唔敢掂，有風噪，即係各類嘅宗教背景，係唔敢掂嘅，但係我就介入，其實係可以服侍，之後嘅情境係好多嘅改變，佢哋鬆咗落嚟，同埋呢個真係佢哋最親嘅親人，因為有陣時我都會捉住隻手，為佢祈禱，有啲唔敢掂嘅，見外人都敢掂，親人點解唔敢掂呢，呢啲服侍離世者一幕幕嘅情境，都俾我好深刻嘅印象。」（院牧）

全人的關顧

「記得有一個老人家，婆婆嚟嘅。佢入咗院，好多唔同嘅問題，譬如血壓高，個人又冇力，跟住又啲啲 ADL 又差晒，個 alertness 比較低。個女就好好嘅，日日都嚟探，個女其實唔係住喺呢區，住喺幾遠，佢都日日嚟探，我哋就喺 bedside 做 assessment。個 case refer 就係 MMSC，做 cognitive 嗰個嘅啫，做一啲 screening，可能見佢唔係好醒，我哋見到阿女又喺度。雖然話嗰個 MMSC 係一個 cognitive

assessment，但係我哋好多時都會睇埋佢啲 function。見到佢都有好多問題，因為個女 care 婆婆，婆婆之前都叫做 indoor ok，所以佢唔係同住，但佢日頭會去幫佢，但係因為有啲 IADL 啲啲，即係煮飯呀，或者幫佢有時食藥啲啲，提佢食藥，變咗阿女就要去睇佢。但係而家佢就差咗，阿女都好擔心。唉，噉點算呀，因為佢一個人都未必抱得起婆婆，扶到婆婆，因為佢如果要扶都幾重。喺呢個 patient 呢一個層面，雖然 refer 就淨係一個 cognition，但係到我哋做個時，我哋就係睇佢個 ADL 啦加埋，仲有屋企會唔會有啲 equipment 可以幫到阿女照顧佢，因為而家佢可能入廁所都未必係好易。我哋又要睇埋個 home environment，match 番婆婆可能要 wheelchair，噉係咪得呢，係咪推到呢，我哋就比咗啲 information 個女，又同佢傾，呢啲係可以幫到佢呀。同埋有一個好重要就係阿女如果要 care 佢嘅話，佢就要識 transfer，所以我哋就喺 bedside 同阿女練 transfer。後尾阿女就覺得，呀，係嗎，得嗎。佢最初諗住：佢噉樣我哋好難扶佢，因為我扶唔到。噉後尾我 demonstrate 咗俾佢睇，跟住佢自己試。我哋通常會 demonstrate，教佢啲點樣，跟住佢哋就試。佢話：『啊都得嗎，我試咗原來都 ok，我都可以扶到我阿媽』。當中你會覺得，佢由一個好無助，因為最初都

叫佢照顧到，噉依加就突然間差咗，變得好無助，噉點算呢？照顧唔到咁點呢？好多嘢、好多呢啲野諗，哇，又好唔開心呀，因為佢好 caring。後尾到個 stage 佢學咗啦，佢覺得比較有把握我做到喇，個人就開心啦，因為覺得我照顧到我阿媽。亦都因為嗰陣時都有啲徬徨，出院唔知點算，會唔會反而到嗰時要搵老人院呢？因為佢就好唔想，唔想扔阿媽喺老人院。後尾佢覺得 resolve 到個 issue，佢可以 care 到佢阿媽，佢個人又 relieve 咗好多，個 stress 都可以放低。我覺得嗰個 case 其實好可以 show 到個所謂 holistic approach，我哋睇嘅唔係單一嘅問題，睇埋個病人個環境，佢哋屋企人。」（職業治療）

病人感謝的回應

「最近兩母子，老公淋個老婆滙水，阿仔又出嚟擋埋，所以就淋晒兩個，個阿媽係開頭花好多時間去同佢跟進，佢邊度唔舒服，我哋又再改設計，每一次都改，喺佢嘅角度去諗件事，我睇到佢成個變化，開頭嘅就會……得唔得㗎，好似唔係好得嘞，有無效㗎，姑娘，噉樣唔係好舒服嘞，又唔係你著，你會唔會呀之類啲，但係我諗我哋冇特別去講，佢睇到我哋每次都係做到甩頭甩髻，留低都幫佢做埋，第二啲走晒，同埋會聽佢嘅諗法，跟佢嘅

意思去做，睇到佢對我啲態度會好唔同嘅，返嚟之後，佢好 treasure 會返嚟見到我哋，同理佢而家跨越咗好棘手嘅階段，雖然都仲係有好多問題，但真係肯跟足好多喇，唔會自己亂咁改啲嘢，佢有問題真係會同你講，佢自己嚟又提埋阿仔唔好 default 啦，其實喺當中反映到一啲佢覺得我哋幫到佢，同理係見到我哋好用心。有時有啲病人有辦法去預，佢喺門口等得耐咗，會發脾氣，同我哋接待處嘅同事發脾氣，就話：『我等咗好耐，我等咗成半個鐘、九個字』，可能已經係鬧晒部門啲人，但當我哋叫佢入嚟嘅時候，佢又見到我哋同時睇緊 4、5 個病人，睇佢嘅時候，原來做佢個症，又係預計比人哋多幾倍，噉佢就會明白，點解我哋會 jam 住咗喺前面，同理見到我哋仍然都好盡力，睇到中間佢就會有機會 appreciate 我哋，可能佢開頭都鬧咗幾句，但係見我哋忙得咁緊要，都好……

同理我哋都好用心，冇諗住要趕佢走，都好用心，跟住做埋佢先食晏，或者先放工，睇到佢一走嘅時候，佢會講姑娘，對唔住，我頭先真係忤憎咗，好多謝你哋，唔該晒，真係麻煩晒，逐個姑娘、成間房逐個姑娘唔該，我覺得呢啲就係佢睇到我哋有個心去做。」
(職業治療)

6. 如何保持工作熱誠

在保持工作熱忱方面，可以歸納成六方面：1. 最多是來自專業的召命，喜歡自己的專業。2. 是不斷的成長、學習，新的經歷成為推動力。3. 是工作帶來正面的回饋。4. 是同事的分工合作和關係和諧，能促進彼此支持。其次5. 是信仰也對一些人帶來新的動力。而6. 義務工作也可帶入新的環境、新的動力。其中一些描述如下：

6.1 有專業召命

召命

「我認最重要嘅我哋要有個 calling，我認任何入神學院受訓嘅人，離開自己工作崗位去讀神學，出嚟無論佢工作崗位係教會、宣教、係邊度，係個 calling 一路保持，如果佢好清晰 calling 嘅時候，我認唔會因為工作上時間耐、身體弱或者面對困難會令佢打消。呢個 calling 好重要。同埋喺服侍裡面，係睇到好多我哋信仰嘅真實，因為睇到好多病人喺信仰嗰方面，俾到佢嗰種平安，俾到佢嗰種盼望，而且好多都係佢嘅親人朋友係有認過佢信耶穌，但佢最後信靠主耶穌而嗰種改變，呢個咁真實，每日能夠俾我見到，去遇見，我認呢樣就唔會令我覺得好厭。因為每日都係新，每日都有新嘅體驗、新嘅經歷。」（院牧）

喜歡自己的專業

「忙係一定有忙嘅時間，我諗我哋有一個係唔忙，只不過係，忙係必然嘅事，但係忙唔代表你會唔鍾意做嗰樣嘢，即係你忙，但係你鍾意做嗰樣嘢，你仍然係忙得開心，我覺得應該係噉樣，如果唔係嘅話，你就算唔忙，你唔鍾意做嗰樣嘢，你都一樣有 passion。你忙唔忙係一件事，另外你做咗幾多年，如果做咗好多年，一路用固有嘅方法做，唔諗新嘅方法，永遠都係 1234 噉樣做，一定悶。悶嘅話，個人就有 passion。但你唔係嘅，會 1234，我學咗啲新嘢，會 56，再學咗新嘢，有 78，我嘅 passion 唔會少咗，因為一路喺度搵緊條新嘅路，所以我覺得基本上係唔會、一路條路新嘅，一路伸展去，係唔會悶。」（職業治療）

6.2 不斷成長學習

自我提升

「自己繼續提升，唔 burnout 除咗呢啲噉嘅 feedback 之外，就係你過度太熟或者沉悶都會 burnout，我覺得醫療嚟講，就應該要進步，所以我就 keep 住，……可能係讀書，有時未必係讀書嘅，譬如頭先我講，一見到啲特別嘅症、棘手嘢，我又會自己再睇吓有啲咩整，又會去聽好多啲 conference，啲

congress, workshop, 去 update 吓自己的啲資訊, 變咗好多時喺我自己行內嘅兒科, 我都負責好多啲教書嘅工作, 講返俾自己職業治療嘅同事聽, 每一次教, 我自己都得益好多, 變咗同事之間嘅認受性又會高啲, 除咗病人嘅認受性之外, 就係行內同事嘅認受性, 可能諗起職業治療嘅兒科, 就會諗起我, 或者要講書, 就會搵我出嚟講, 我諗呢啲就係一啲……佢哋嘅認受, 即係都多謝佢哋嘅樣認受嘅。」(職業治療)

追求新知識

「你有啲咩不足, 你有啲咩未識, 你要學, 學咗之後想將學到嘅嘢幫病人, 啲嘢成日日新月異, 所以永遠都唔會悶。永遠都會諗一啲新嘢, 可以幫到個病人再多啲, 呢個係我自己做事嘅方法, 我就係嘅樣, 因為永遠都有啲嘢你係做得唔夠, 我覺得, 你點樣做可以做好啲, 我就成日會諗呢啲嘢, 跟住又有 training, training 又會俾啲 inspiration 我, 所以我一路都唔會覺得個 passion 會低。」(職業治療)

6.3 工作回饋

工作果效

「同埋你睇到佢係得咁嘛, 譬如頭先講嘅由唔食得到

食得，可能由佢瞓到一『坡』到坐咗喺度，佢真係坐咗起身，睇到佢小朋友返咗學，或者係個家長識得笑。我有時開頭接手，啲家長可能都面口會差啲嘅，未必針對我咩，可能佢喺屋企又會有奶奶嘅壓力，又會有小朋友嘅壓力，你見佢直情係咁晒個樣，好 sad，有時做落之後，佢會開始同你講佢嘅困難，你睇到佢個嘴之前係『耷』嘅，苦瓜乾嗲樣嘅，好愁嘅，跟住你見到佢係識笑，好似係識得 relax，噉我就知，呢啲都係一啲好轉，我諗係用呢樣。」（職業治療）

工作滿足感

「喺個病人當中去擇滿足感……你付出嘅時候，就唔可以諗自己會收幾多，如果你話讚賞信或者禮物，我唔係收得最多嗰個同事，可能算收得少，但係言談之間你會睇到啲病人真係唔該你，唔好改呀，我一定要返嚟睇呀，你俾密啲我返嚟睇，呢啲你會知道佢 appreciate，佢會覺得你幫到佢，我諗最大其實 healthcare 係好……點講呢，一個幾幸福嘅專業，如果真係有心做 healthcare，幾直接，嗰個滿足感，個病人可以面對面埋嚟多謝你、幫到佢呀嗰啲噉」（職業治療）

6.4 團隊合作

同事關係和諧

「做得開心，其實係好多唔同範疇嘅嘢，工作有冇成功感，仲有同事之間嗰個 bonding 係做得好啱，department 裡面係一個和諧嘅環境係可以做嘢，其實都好大嘅 drive 影響你。」（物理治療）

同事合作

「大家都唔係自顧自，係一齊合作，或者發掘到你有的呢方面嘅嘢，又會攤出嚟，一齊傾返，所以合作上面係合作得開心，都係工作上面嘅動力。」（職業治療）

6.5 心靈能力

信仰

「我所信嘅主係愛，教我哋去愛身邊嘅人，唔係淨係單顧自己，好多人都識『施比受更為有福』，所以我覺得可能人哋睇我哋付出好多嘢，但係其實最終自己都會好開心，同埋自己喺當中都會有所學習同成長。所以除咗話呢份工作可能涉及其他嘢之外，呢個我所信嘅嘢，都係幫助我 keep 住喺呢份工作裡面繼續有個心去對病人。」（物理治療）

6.6 義務工作

「我自己又再參與一啲義工嘅工作，係幫自己嘅專業，我哋有個職業治療學會嗰度會去到國內推廣職業治療呢個服務，變咗有時去唔同嘅國家，或者係大陸唔同省份嘅醫院……譬如一啲諮詢服務，點樣 set up 一個 department 或者點樣培訓啲人，俾一啲訓練佢哋，呢啲 voluntary work 嚟嘅，但係一路做你就會……好大滿足感，睇到職業治療嗰個度成熟咗，發揚光大，有時候係上海、有時係廣州、有時係青島，有時係唔同嘅地方，你付出一啲嘢，跟住係有嘢發生，去成長嘅，我覺得係一個 positive 嘅 feedback，同理你會 keep 住自己好似成日都有嘢學，有新嘢學緊，噉就唔會 burnout。」（職業治療）

7. 對全人關顧的看法

對全人關顧的看法可分為概念和實踐兩方面。概念上，多人提及全人涉及多角度，但以身、心、社和靈為最多。實踐上，多人表達在態度上顯出關懷和尊重乃重要之因素，但因在急症醫院的時間限制下較難做得全面，而病人也未必預備好，所以執行上有難度。而團隊的合作能促進實踐，最後也有受訪者提及需得到行政認同和支持。其中一些描述如下：

7.1 概念方面

身、心、社、靈

「全人關顧我估計，尤其是我哋喺醫院做，好多時候淨係 focus 喺佢哋身體發生咩毛病，assess 吓佢而家個情況係點，就忽略咗佢哋有時，因為佢知道自己有病，可能佢哋嘅心情都會有影響，所以我哋除咗照顧佢身體嘅需要，心靈上面嘅需要都好緊要。因為有時你遇到啲病人可能好 down，或者你同佢講兩句，佢會喊，喺呢啲情況，我哋就唔可以淨係 focus 喺工作裡面，可能淨係譬如你行俾我睇吓，你做一樣嘢俾我睇吓，而係要有時同佢傾吓少少偈，問吓佢你覺得點呀，所以我覺得照顧身體之餘，要照顧佢嘅心靈，或者有時如果屋企人喺隔離，都要同理屋企人講，講返佢哋情況，唔駛擔心。」（物理治療）

「全人嘅照顧係關心佢身、心、社、靈四方面，而一個團隊一齊去 contribute 每個 aspect，當然有啲比重，譬如身體嘅需要，當然護理人員、醫生調較藥物呀嗰方面係好明顯佢哋去做，但係你話 as 一個 chaplain，我係咪淨得顧住靈性，都唔係，我去接觸佢，作為一個關懷者，喺生理方面我都要體貼佢而家嘅情況，我都要俾佢睇到呢個關懷者係好接納，體貼到佢而家身體嘅狀況，無論佢係好氣促，身體散發

出啲惡臭，佢感受到關懷者係接納嘅，探訪過程我亦敏銳佢身體嘅變化，佢突然之間唔舒服，我都有 reaction，我見佢坐或者躺得好似好辛苦，我都會幫佢整吓啲枕頭，會 concern 佢身體嘅需要。心方面，每一個部分，社工或護士其實都聽佢嘅心底，都會聽到佢心靈嘅需要、感受。我哋都會彼此溝通，好似醫生琴日講 1 號床嗰個你探吓佢，琴日返嚟醫生話冇藥用，個心情好 down，我會多啲同佢傾吓。我哋團隊一齊都係心嗰 part，或者社工見到話你有冇同邊個傾，我哋一齊做。社方面，家人嘅關係護士留意到，我留意到，社工留意到，亦都大家一齊去 work，可能佢最緊張嘅係某個人，但係我撞唔到，佢咩鐘數嚟，姑娘話好夜，姑娘會多啲關注，大家一齊去關注佢嘅社。靈方面亦唔淨得院牧做，當然我哋係注重多啲，但係護士有時同佢護理方面，都聽到佢啲情況，譬如一路幫佢洗傷口，佢一路同姑娘呻，我廢人一個，快啲死、早啲死仲好，唔駛負累屋企人，姑娘都會即時有啲回應，唔會話呢辦唔關我事，人生意義，交俾院牧，佢哋都會即時有啲回應，甚至醫生，一路聽佢都聽到一啲靈性嘅需要，佢點覺得屋企人有理佢、有探佢，好寂寞，透露愛同被愛嗰度都出咗一啲問題，醫生都會回應，可能我就更多時間去引導、同佢反省佢各樣嘅事情。所以 holistic

身、心、社、靈呢四瓣，每一個團隊都一齊去為著呢個 patient-centred 去照顧各方面，可能比重就有啲人重呢啲，有啲人重呢啲，但係各個都一齊，噉先係全人關顧，就唔係 fragmented，你理呢瓣，你理呢瓣。」（院牧）

「就係一個人需要嘅嘢啦，唔係話一隻手指或一隻腳，係一個肢體，唔係一個 limited body part，所以頭先講係 physical，即體能都係，或者 psychological，心理上面都有，spiritual 都包嘅，不過噉我哋職業治療嘅時候，我哋就好少同佢講信仰，講開就會嘅，但係就唔同 chaplaincy 噉直接去做呢樣嘢。同埋嗰個人自己外，就係佢周遭生活緊嘅環境，佢成個 context，即係可能佢有屋企、有 home、有 school，有個 community，呢個方面嘅需要，令到佢…… 職業治療同 holistic care 其實係幾吻合，我自己覺得，所以我又覺得唔會話太難嘅觀念，因為我哋自己個培訓，讀呢個專業嘅時候，我哋都會噉樣去睇。同埋頭先講可能住院，跟住慢慢佢出院，可能佢出院之後再喺個生活入面、社區入面點生活呀。」（職業治療）

身、心、社

「真係對個病人本身之後嘅問題，我哋 as 一個

therapist，可能同其他 profession 嘅睇法唔同，肢體上面嘅處理，心理上面嘅處理都係需要，我係講緊個兩大範疇，我哋平日做嗰啲。另外一個就係我諗 socially 都需要，譬如屋企人嘅關係，另外就點樣令佢 integrate 返落個社會度，我諗呢啲都係我哋 socially 要處理。當然可能社工同事會做多少少，但係我哋自己知道我哋對啲病嘅認識可能比社工同事多少少，因為我知道好多時涉足福利呀或者各樣嘢佢哋會好詳盡，但因為佢哋個 training 有啲啲病理嘅裡面，比較少，所以我哋中間可以俾多少少意見，其實個 case 我哋知道佢個病其實係嘅，現實我哋唔知道有咩 resources 可以問社工同事，但係如果我哋知道嘅時候，點樣去做個 matching 各樣，佢 socially 點樣投入返社會，我諗無論係佢融入社會，或者個社會俾機會接納返 patient，都係係 holistic care 嗰度做到嘢。」（職業治療）

7.2 實踐方面

7.2.1 態度表達

關懷

「我估心靈係除咗佢而家呢一刻嘅心情之外，可能你覺得開心、唔開心，我估另外一樣嘢係佢最需要啲

乜嘢，譬如呢一刻佢最需要可能唔係落嚟行路，佢最需要係可能飲啖水，因為佢好耐冇飲過水，或者佢想搵人傾吓偈。我估心靈係除咗佢心情之外，亦都係令到佢覺得被人關顧，佢唔係無助，或者孤零零。」（物理治療）

「我覺得唔一定要喺一啲熱線或者係一啲長期護理嘅病房先可以做到全人關顧，其實你第一次 approach 個病人，你用一個乜嘢嘅心態嚟到去接觸佢，帶俾佢一個乜嘢印象，已經係可以表達到全人關顧，我唔覺得要去到一啲再有咁忙嘅病房先至可以表達到。」（院牧）

「我覺得那打素啲病人好鐘意就係普遍我哋啲同事都好好嘅，無論係住院或者門診，可能我哋覺得個病人一入嚟，佢見到嘅係一個清潔姐姐，或者係見到 reception，或者係保安，或者咩都好，我哋啲語氣上面，係會 warm 啲，caring 啲，同一句嘢，可能我哋嘅語氣好偈，同理我哋真係好 care 呢，個病人係會收到，即係個感覺會唔同，未必係直接嘅 medical treatment，但係我哋之間接待我哋嘅病人，呢啲嘅身體語言，真係語言又好，或者我哋嘅表情，各方面都令到個病人覺得好舒服，呢啲我哋應該會做得好。」（職業治療）

呢度，唔係話做唔到，係未必會好全面做得到。」

(職業治療)

病人在預備狀態下

「我估一部分啦，如果我哋係時間許可，而嗰個病人嘅情況又穩定，佢又醒醒目，唔會就係噉樣馴覺，有時有啲情況係我哋一路同佢行路，一路同佢傾偈，所以係一部分，因為有啲如果佢唔睬你，你都好難做到一個好 holistic 嘅 care，或者真係有啲好 ill，嗰啲就真係未必做得到。」(物理治療)

7.2.3 團隊合作

多專業配搭

「multi-disciplinary，其他唔同嘅專業配搭得更好，因為個個 nature 唔同，但係時間有限，同埋應該就係邊個專業係專嘅，就可以去做嗰啲，變咗少咗一啲重疊，但又可以 synergize，大家可以 synergize 多啲嘅力量，就可以做得好啲，譬如頭先講啱啱有個 case 去到你手上，但係你發覺原來需要我哋嘅，噉又可以提供，或者喺我手上，我又發覺原來需要嗰樣嘢嘅，噉我哋又可以 initiate，噉就可以去咗啲漏洞。」(職業治療)

轉介院牧

「我估有時適切嘅 refer 俾唔同嘅 specialty 都好緊要，一來嚟睇嗰個病人唔係淨係我哋，有時如果真係見到佢哋有其他需要，可能 refer 俾啲社工，或者 refer 俾啲院牧嗰啲係好的嘅，或者佢哋會做得好過你，有多啲時間去專注做多啲，我覺得適切嘅 refer 俾佢哋都係一個重要嘅 point。因為一個 profession 我哋冇理由所有嘢都攞晒，同埋我哋都有嘅能力或者時間去做，所以點解會有一個 team 就係因為每人可能都負責唔同嘅崗位，但同時大家有 communication。」（物理治療）

8. 討論

受訪者關於病人對照顧及自己所提供服務的看法

受訪者的背景是醫療專業，為病人提供不同的治療以協助康復，絕大部分人都表示感謝，而有病人因治療過程感辛苦而不喜歡也是可理解的。2015年醫院管理局的病人滿意度調查雖然以醫生、護士為主體，但病人對整體住院經驗，以10分最高，平均分達7.8分（醫院管理局，2016）。而整體的照顧也包括專職醫療團隊，加上從醫院接收到對專職醫療人員的讚賞信，可見病人對他們的照顧都是非常欣賞的。受訪者多施行康復工作，在病者身

體狀況穩定下較多注重其他的層面，特別是職業治療，在全人關顧的理念下，較多關注心理、社交方面 (Finlay, 2001)，而院牧則關心病者心靈的需要 (Jankowski, Handzo & Flannelly, 2011)。

照顧時遇到的困難及克服方法

受訪者都是來自新界東聯網之公立急症醫院，病人及工作量多，能提供服務時間有限。這些現象普遍存在人口擠迫的城市。因院牧是義務性質，非正式受聘於醫院管理局，需融入不同的醫療團隊，角色及文化的適應對他們是一些難處，而在提供全人關顧上，也需要病人能開放自己。這與護理學者 Enswas 提出的護理關顧理論一致，該理論顯出在關顧上需照顧者及被照顧者雙方預備自己，才能促成一個關顧關係及活動 (Euswas, 1993)。在克服困難方面，不同文獻、研究都支持這研究歸納出來的為有效面對工作困難的方法：自我調節 (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)，團隊合作 (Atwal & Caldwell, 2006)，與病人建立信任 (Carey & Medico, 2013)，倚靠信仰來加強心靈力量 (Ivtan et al., 2013)。

深刻經歷及持守工作熱誠

他們深刻的經歷來自病人、家屬，人性積極的表現及病人正面的回饋。這顯示醫療照顧專業的意義，工作

人員深被感動，也是他們能保持工作熱誠的其中一個影響因素(李綺枝等，2015)。最多人表示有專業召命能有助保持工作熱誠，不少研究亦指出喜歡自己的專業及有召命感對工作熱誠有很大的影響(Dik, Dyffly & Eldridge, 2009; Hagmaier & Abele, 2012)。雖然工作要求大，容易使人耗盡，但工作亦帶來新知識、學習、經歷，同樣使個人成長，自我提升。這些增強工作熱誠的因素與增強個人抗逆力的研究結果一致(Jackson, Firtko & Edenborough, 2007)。

全人關顧的看法

在理念上，專職醫療人員頗清楚服務對象為全人，涉及身、心、社、靈多方面。他們雖然在急症醫院工作，但一般情況下，病人都是在身體狀況穩定下接受他們的治療或服務，所以較多涉及心、社及靈層面。其次，職業治療及院牧的訓練，較為強調全人的關懷(Carey, 2012; Hemphill-Pearson & Hunter, 1997; Lowery, 2012; McColl, 2011)。

在實踐方面，多人凸顯全人關顧，在態度上表達對人的關懷及尊重至為重要。無論他們的專業發揮在任何的一方面，這基本對人的尊重同樣在這次研究的醫生及護士組羣出現。能否提供全人關顧，不少受訪者有提出在工作上的限制，較難全面，有其困難之處。這與本地及國外的研

究一致 (Flannelly, et al., 2005; Morris, et al., 2014; Vance, 2001; Yeung, Wong & Mok, 2011)。

多專業配搭及同事間能彼此合作是較多地方採用之方法 (Wengstrom & Ekedahl, 2006)。而院牧在心靈上的支援確實扮演一個重要的角色 (Cooper, 2011; Jankowski, Handzo & Flannelly, 2011)。

小結

綜合而言，絕大部分病人對專職醫療人員表示欣賞及感謝，而他們在病人身體狀況較穩定下提供其專業服務，較多關注病人心理、社交及靈性上的需要。但在急症醫院的場景下，因病人及工作量多，能提供服務的時間有限，他們需要自我調節，與病人建立信任，透過團隊合作及從信仰上支取力量來面對。

他們深刻的經歷都是與病人、家屬人性積極的表現有關，這也凸顯醫療照顧專業的意義及其影響他們工作熱誠的其中一個因素。其次專業召命對他們的激勵也不少。至於對全人關顧的看法，理念上他們都是很清楚的。在實踐上，較多人看重態度上的表達，而在實質的工作上，則倚靠大家同事彼此合作，而院牧專職作心靈的關顧，扮演著一個重要的角色。

參考資料

- 醫院管理局 (2016)。住院病人經驗及服務滿意度調查，79 頁。香港：醫院管理局。
- 李綺枝、馬連、許配靈、陸亮著 (2015)。我想改變才會有變。香港：那打素全人健康持續進修學院。
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12: 359-65.
- Carey, L. B. (2012). The utility and commissioning of spiritual carers. In M. Cobb, C. Puchalski, & B. Rumbold (Eds.), *The Oxford handbook of spirituality and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Carey, L. B., & Medico, L. D. (2013). Chaplaincy and mental health care in Aotearoa New Zealand: An exploratory study. *Journal of Religion and Health*, 52: 46-65.
- Cooper, R. S. (2011). Case study of a chaplains' spiritual care for a patient with advanced metastatic breast cancer. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17: 19-37. DOI: 10.1080/08854726.2011.559832.
- Dik, B. J., Duffy, R. D., & Edlridge, B.M. (2009). Calling and vocation in career counseling: Recommendation for promoting meaningful work. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 625-632. Doi:10.1037/a0015547.
- Euswas, P (1993). The actualized caring moment: A grounded theory of caring in nursing practice. In A.G. Delores. *A global agenda for caring*. New York: National League for Nursing Press. pp 309 -326.
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: Elusive fiction and ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55 (3) , 268-276.

- Flannelly, K. J., Galek, K., Bucchino, J., Handzo, G. F., & Tannenbaum, H. P. (2005). Department directors' perceptions of the roles and functions of hospital chaplains: A national survey. *Hospital Topics*, 83(4), 19-27.
- Hagmaier, T., & Abele, A. E. (2012). The multidimensionality of calling: Conceptualization, measurement and a bicultural perspective. *Journal of Vocational Behavior* 81, 39-51.
- Hemphill-Pearson, B. J., & Hunter, M. (1997). Holism in mental health practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 13(2), 35-49.
- Ivtzan, I., Chan, C. P. L., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in Life, and personal growth initiative. *Journal of Religion and Health*, 52:915-929 DOI 10.1007/s10943-011-9540-2.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x.
- Jankowski, K. R. B., Handzo, G. F., & Flannelly, K. J. (2011). Testing the efficacy of chaplaincy care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17:3-4, 100-125. DOI: 10.1080/08854726.2011.616166.
- Lowery, M. J. G. (2012). Behavioral health. In S. B. Roberts (Ed.), *Professional spiritual and pastoral care: A practical clergy and chaplains handbook* (pp. 267-281). Vermont: SkyLightpaths publishing.
- McCull, M. (Ed.). (2011). *Spiritual and occupational therapy* (2nd ed.). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE.
- Morris, D. N., Stecher, J., Briggs-Peppler, K. M., Chittenden, C. M., Rubira, J., & Wismer, L. K. (2014). Spirituality in occupational

- therapy: Do we practice what we teach? *Journal of Religion & Health*, 53: 27-36 DOI10.1007/s10943-012-9584-y.
- Vance, D. (2001). Nurses attitudes towards spirituality and patient care. *MedSurg Nursing*, 10(5). 264.
- Wengstrom, Y., & Ekedahl, M. (2006). The art of professional development and caring in cancer nursing. *Nursing Health Sciences*, 8: 20-26.
- Yeung, S. M., Wong, F. K. Y., & Mok, E. (2011). Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home. *Journal of Advanced Nursing*, Nov; 67(11), 2394-405.

第五章

總結

因各醫療專業人員團隊之專業崗位與角色各有不同，第二、三、四章是按他們不同之專業背景來分析討論，這章綜合整體，包括：醫生、護士及專職醫療，展釋其異同之處如下：

全人關顧在臨床實踐的情況

整體而言，所有受訪者都覺得絕大部份病人對他們提供的照顧回饋都是正面的，但總有個別病人反應不佳，例如因期望過高而失望、不講理、治療過程中辛苦而不喜歡等等。

對自己所提供的治療，醫生們都盡力而為，但在忙碌的時間，也有些同事以完成工作為首任。護士們除提供一般例行或基礎照顧及身、心、社、靈各方面的照料外，與病人及家屬溝通也佔一個相當份量的工作，也有受訪者感覺照顧有所欠善。至於專職醫療人員，一般在病者身體狀況較穩定下提供服務，能較多關注病人心理、社交或靈性方面。

照顧時遇到的困難及克服方法

整體受訪者都是在急症醫院工作，工作繁忙及人手有限，時間上如何有效地使用，成為一個頗大的壓力。個別專業面對不同的困難，醫生面對病人不切實際的期望，在短時間內要作一些與生死有關的決定，承擔著沉重的壓力，與其他團隊的衝突也是困難之一。護士遇到的困難主要來自一些較難處理的病人及家屬。醫療專職人員中的院牧，因是義務性質，需融入不同的醫療團隊中彼此配搭，他們需適應在醫院文化中的角色。

在克服困難方面，綜合而言他們採用的方法大致相同，分別為自我調節，透過別人幫助及信仰上的支持。醫生在自我調節方面，除了釐定工作的優先次序及累積經驗外，增強溝通的技巧較為凸顯。護士在自我調節方面，則多側重處理病人的專業技能及個人技能方面。專職醫療人員則強調與病人建立信任，進而提供靈性之關懷。

深刻經歷及持守熱誠

所有受訪者在工作上的深刻經歷都是來自與病人及其家屬的接觸，主要是關乎彼此正面的互動。這顯示醫療照顧專業都是有意義的工作，工作人員深受感動，也是影響他們保持工作熱誠的一個因素。但醫生及護士的組羣中，

也有個別受訪者經歷一些負面的互動而留下深刻的回憶。可能他們在最前線工作，病人生命最危險，面對最大壓力的時間，家屬也未能適應而有過激的情緒反應，還好這是佔小部份，而醫院管理局心靈綠洲也提供不少訓練及支援來加強他們面對工作的壓力。

在持守工作熱誠方面，所有受訪者都提到工作召命的重要，對於有志投身醫療專業的人，應該是很大的提醒。三個組羣都有提到宗教上的幫助也是一重要元素，可能是多名受訪者有宗教信仰背景影響所致。認定工作的意義及挑戰，保持進修及均衡生活在醫生組羣中較突出。護士組羣則強調積極建立正面思維及正向情緒，擁有一個心靈導向及保持均衡生活為主。而專職醫療組羣帶出個人不斷成長，工作上正面回饋，同事間之和諧關係及義務工作為工作之推動力。

全人關顧的看法

在理念上，整體受訪者頗清楚全人的多方面及彼此的相連性，但在護理的組羣中，頗多受訪者覺得較難實踐，有較多負面態度，例如受限制、難於量度、病人未開放接受幫助及人手問題。在實踐方面，整體受訪者提出，雖然在工作上有限制，較難全面提供全人關顧，但在態度上表達對人的關懷及尊重至為重要。

醫生在全人關顧實踐上，因急症醫院首要是滿足身體上的需要，例如拯救及維持生命及減少痛楚會作優先處理。當工作太繁忙而缺乏時間作深入關顧時，會轉介給合適的同工跟進。護士同樣會優先照顧身體，因應個別病人或家屬的需要也可提供其他方面的照顧。而較深入的心靈關顧便會轉介予院牧。

綜合而言，受訪者在繁忙的公立急症醫院裡，盡力提供最好的服務。因急症醫院，身體上的需要往往會優先處理，其他心、社、靈的個別需要，多採用專業配搭及同事間彼此合作下來提供，而院牧在心靈上的支援，確實扮演一個重要的角色。

因面對生命的危急，工作繁忙，醫療團隊面對不同的壓力。個人適應力的培訓，團隊分工合作，信仰上的支持均為重要。盼望個別醫院和醫院管理局總部繼續支援前線工作人員，增強照顧者的全人健康，並促進提供全人關顧的服務。

鳴謝

這個研究得以完成，筆者實需感謝以下各人士鼎力扶助。那打素全人健康持續進修學院 (NICHE) 科研委員會主席黃金月教授提出全人關顧研究之需要，並鼓勵 NICHE 進行是次課題的研究。籌備初期，邱徽道醫生及蕭敏康副教授參與建議書之釐定並成為此研究之成員，及後在訪問內容分析上提出寶貴的意見。研究前期蒙雅麗氏何妙齡那打素醫院護理總經理馮淑姿女士、威爾斯親王醫院護理總經理何沛儀女士和北區醫院護理總經理譚愛歡女士分別推薦在其醫院 11 位前線工作的醫護及專職醫療人員接受訪問。研究中期霍心女士協助訪問護理的同事，以及後期曾秀華女士對全文之審閱。

在撰寫最後報告中，張群顯博士，《以漢字寫粵語》的第一作者 [Cheung, K.H. & Bauer, R. (2002) The representation of Cantonese Characters, Journal of Chinese Linguistics Monograph series #18]，核對全文對話中的粵語正確的書寫。

出版前，百忙中抽空撰寫序言的新界東醫院聯網總監暨威爾斯親王醫院行政總監羅思偉醫生，新界東醫院聯網護理總經理暨威爾斯親王醫院護理總經理何沛儀女士及新界東醫院聯網臨床服務統籌（診斷及專職醫療服務）劉敏昌博士，還有協助整個研究進程的助理王煥兒女士及編輯黃慧純女士。最後衷心多謝雅麗氏何妙齡那打素慈善基金會全數資助整個研究之經費，也代表著基金會同人對前線醫護人員的欣賞及支持。

那打素全人健康持續進修學院

簡介

那打素全人健康持續進修學院（英文簡稱 NICHE）於 2002 年成立，目的是寓理論於實踐，繼續發揚及落實雅麗氏何妙齡那打素醫院逾百載的「矜憫為懷」精神，以建立「全人健康，全人關顧」的文化。

「全人健康」乃世界衛生組織於本世紀倡議的全球策略。「全人健康」即指身、心、社、靈四方面皆能均衡完整地發展。

學院以有系統的教育模式保存及鞏固那打素的醫護傳統，並透過與醫護人員、其他機構的合作，建立伙伴關係，積極促進各階層人士關注全人健康，進而助人得享豐盛的生命。

我們的理想

本「矜憫之懷」，建「全人健康，全人關顧」的文化。

遠象

認識全人理念
實踐全人關顧
得享全人健康

使命

倡導終身學習以索求全人健康為享受豐盛生命
結合科學藝術以實踐全人關顧為提供優質服務

工作

藉培訓、教育、活動、出版、研究和講座，以推展
「全人健康，全人關顧」的理念與實踐。

服務對象

本地或港外醫護人員及各階層的員工
香港中文大學那打素護理學院學生、院辦護士學校學生
社會團體（學校、教會、義工）