

# 精神科與社區衛生護理學

## 精神科護理學

### 壹、概念

#### 一、精神醫學革命

第一次	畢乃爾 (Pinel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 倡導將病患手銬及腳鐐去除，不再限制行動 → 採「人道主義」。</li> <li>✓ 提供舒適的生活 (治療性環境) 和適度自由來改善其疾病症狀。</li> </ul>
第二次	佛洛伊德 (Freud)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「精神分析學說」—利用潛意識、性心理發展、人格、心理防衛機轉等，解釋精神疾患病因。</li> <li>• 起因於潛意識中早期未解決的衝突焦慮。</li> <li>• 個案通常因自我功能薄弱不佳，而本我過強 (憂鬱症則是超我過強)。</li> </ul>
第三次	瓊斯 (Jones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 「治療性社區」：強調社會環境 (復健) 及社區心理衛生的重要性。</li> <li>✓ 「去機構化」運動：避免病患長期住院，且過度服從權威及依賴後，導致退化、被動，缺乏解決問題及生活能力 → 使能早日回歸社會。</li> </ul>
第四次	生物精神醫學	「生物—心理—社會」全面性精神醫學觀點。

#### 二、精神疾患照護

1. 正常與異常間無法絕對劃分 → 為程度上(量)的不同，而非種類(質)的差異。
2. 治療性溝通：陪伴、傾聽、具同理心，但不要一直詢問個案「為什麼？」或「為何？」→ 個案有被教訓或受威脅的感覺 → 可改為「什麼原因，讓您……？」。
3. 需評估、了解個案問題及原因，或讓個案表達感受與想法 → 可多採「開放式溝通」方式。
4. 對病患的試探行為、操控行為或限制，醫療團隊需採一致性態度與做法。
5. 復健模式：進行「去機構化」→ 瓊斯 (Jones) 「治療性社區」概念 → 第三級預防—復健概念
  - ① 以「失能模式」為基礎：改善且提升病患日常生活自我照顧功能，並協助適應社會生活。
  - ② 較適合：症狀穩定，可規則且持續服藥 (最重要)，及日常生活有基礎自我照顧能力的病人。
  - ③ 鼓勵病患抱持希望並主動參與 (↑因應問題解決能力)，學習與症狀共存。
  - ④ 社區精神醫療資源：住宿型—康復之家 (中途之家、復旦之家)、日間型 (社區復建中心、日間留院)、庇護性工廠 (工作訓練場所)、養護照護機構 (無法執行自我生活照顧或無家可歸時)、居家護理、居家醫療等。

#### 三、「精神衛生法」：於日前 2022/11/29 修法三讀通過，但尚未公布施行，故現行仍依照原本規定

1. 嚴重病人強制住院：先緊急安置病患 (不得超過 5 日，強制鑑定應自緊急安置之日 2 日內完成) → 再經 2 位專科醫師強制鑑定 (離島地區 1 位)，並向審查會申請許可強制住院 → 其住院期間不得逾 60 日；若需延長，報經審查會許可，每次以 60 日為限。
2. 強制社區治療：期間不得逾六個月/180 天，若需延長，期間每次以一年為限。

#### 四、精神衛生護理三級預防：目前臺灣精神衛生護理師投入最多的專業角色為「次級預防」

	目的	對象	內容
第一級/段 (初級預防)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 促進心理健康</li> <li>✓ 預防心理疾病發生</li> </ul>	一般社會民眾 ↓ 以社區為中心	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「精神衛生教育宣導」：增進民眾對心理健康與衛生議題關切，並減少對精神疾病之偏見。</li> <li>2. ↑個人調適能力，如心理諮商、抗壓策略、兩性交往。</li> <li>3. 篩選高危險群，如憂鬱、家暴、受虐者、失業等。</li> </ol>

第二級/段 (次級預防)	早期發現 早期診斷治療	疑似症狀者，或由初級 單位轉介來的病人	1.儘早發現個案，提供醫療及輔導機構等服務 →緊急精神醫療通報系統。 2.提供危機處理：如預防暴力或自傷行為發 生、自殺防範(如自殺防治專線 1925、1995)。
第三級/段 (預防)	↓殘障、復建 、回歸社會	已穩定或痊癒之個案	1.提供社區復健、門診追蹤、職能訓練與居家 照顧。 2.↓發病與殘障程度，提高生活品質、降低家屬 負荷。

#### 五、治療性人際關係分期：共分為四期，有一定的順序，但不一定會連續

階段	任務	病人特色	護理重點
互動前期 (介紹前期)	收集資料及 自我準備	未接觸個案	護理人員自我探索與分析：了解自我能力及限制，釐 清自己對個案的想法及感覺。
介紹期 (開始期)	信任感、安全 感建立與 <b>確認</b> 病人問題	焦慮、阻抗行為、 <b>試探</b> 行為、 <b>情感轉移</b> 、 <b>情感</b> <b>反轉移</b>	1.第一次與病人接觸→ 確認彼此姓名及正式稱謂、 協助熟悉環境、提供訊息等。 2.說明 NPR 關係中雙方的責任、角色及對彼此的期 待→ 共同訂定治療目標、契約。 3.評估患者病識感 及 了解治療意願。
工作期	病患面對問題	主要治療工作	1.鼓勵個案主動 並 參與護理計畫。 2.↑個案自我了解、病識感及獨立自主能力。
結束期	分離焦慮、 轉介或出院	憤怒、退化、動作性行 為	建立分離事實、服藥規則訓練、病患未來安置討論、 回顧治療過程與目標的達成。

#### 六、病患相關行為表現

(一) 試探行為	因雙方 NPR 及信任感尚未建立→ 可鼓勵個案表達感受且↓不確定感。
(二) 阻抗行為	拒絕任何指示或要求，甚至背道而馳，表現治療抗拒或和治療方向相反的情況。
(三) 動作化行為	又稱衝動行為；不滿情緒發洩的不成熟表現，如：摔東西、攻擊他人的暴力行為、責備他人、有自殺意圖等。
(四) 操縱行為	可能是自卑、低自尊心理因素→ 個案常利用機會，趁機提出不當要求。
(五) 情感轉移	病患將對某人的情感經驗 (pt→N)，轉移 <b>投射</b> 到治療者身上。
(六) 情感反轉移	治療者將對某人情感經驗轉移到個案身上 (N→pt)。

#### 七、精神疾病生物化學研究 → 改善疾病症狀指標機轉：一種肌體治療

1. 思覺失調症：Dopamine 失調、不平衡。
2. 憂鬱症：Serotonin (5HT)、正腎上腺素及 Dopamine↓與 鈉鹽↑。
3. 躁症：Serotonin、正腎上腺素及 Dopamine↑與 鈉鹽↑。
4. 阿滋海默症：乙醯膽鹼 (Ach) 功能↓、老化、腦部「β 型類澱粉蛋白質」無法代謝。
5. 焦慮症：中樞 GABA↓與正腎上腺素活性↑。
6. 強迫症：Serotonin 活性↑。

## 貳、精神疾病相關病因、症狀

## 一、心理防衛機轉

種類	說明
1. 合理化 (rationalization)	個人知道自己的缺失，但找個可被接受的理由來為自己辯護，如：男孩追求不到某女孩，即說「那女孩水性楊花，倒追我，我都不要」、「紅顏薄命」。
2. 轉移 (displacement)	✓ 將無法表達的內心衝突，轉到可接受的安全目標對象上。 ✓ 如：愛屋及烏；丈夫受到責難後，回家大發脾氣罵小孩。
3. 退化/退行 (regression)	以不符合年齡的幼稚方式來處理挫折，如小孩不想讀書，以頭痛、腹瀉、尿褲子方式逃學。
4. 轉化 (conversion)	以身體症狀/身體化表現出來；如孩童因考試考不好被父母責罵，突然眼睛看不見、四肢麻痺。
5. 幻想	存在於幻想夢境中→白日夢，如：經濟困頓，想像自己是富二代。
6. 投射/外射 (projection)	• 將問題原因都歸咎於他人，認為別人也是這樣；「妄想症」個案基本防衛機轉。 • 如：「五十步笑百步」、「龜笑鰲無尾」、「我見青山多嫵媚，料青山見我應如是」。
7. 內射/內化 (introjection)	一切錯誤都是自己的問題、「近朱者赤、近墨者黑」→常見「憂鬱症」患者。
8. 潛抑 (repression)	✓ 不知不覺潛藏到潛意識中→自動忘記、不由自主忘記。 ✓ 如：重大創傷事件；車禍受害者表示不記得事件當時的發生。
9. 壓抑 (suppression)	有意識、故意地抑制不愉快的感受，如與男友分手後，故意不去回想過往的一切。
10. 隔離	以特定方式，將部分事實有意識處理掉，如 MC 為大姨媽或好朋友來了。
11. 抵消 (undoing)	以實際、特定或象徵性行為或方法，來消除不舒服與罪惡的感覺→「強迫症」患者常使用之機轉；如打破碗時說「歲歲平安」；不斷洗手試圖洗去罪惡過錯。
12. 反向	以相反誇張方式，表達不被接受的情感或衝動，如對工作上司極端不滿，卻表現出非常喜愛的樣子。

## 二、思覺失調症 正性 vs 負性症狀

分類	正性症狀 (positive symptoms)	負性症狀 (negative symptoms)
生化因素	dopamine 活性↑→功能過量、扭曲	dopamine 活性↓→功能喪失、過少
臨床表徵	妄想(被害妄想↑)、幻覺(幻聽↑)、激動不安、思考障礙、怪異語言及行為	情感平淡、思考貧乏、淡漠、社會退縮、活動量減少、缺乏興趣
發病期	短、多於急性期出現；預後較好	較長，慢性化病人常見

## 三、錯覺 vs 幻覺→一種知覺障礙→應進行「智能層面」評估

錯覺 (illusion)	1. 對外界實際刺激產生錯誤知覺判斷。 2. 如杯弓蛇影；有人在房間外面→在監視他。 無真實外界刺激，但卻有知覺產生→主觀且錯誤地感官感受。	
幻覺 (hallucination)	1. 聽幻覺	聽到別人聽不到的聲音，且多半帶有威脅、命令、批評的被害性質。
	2. 視幻覺	看到不存在的事物，器質性精神病如譫妄症，最常見的幻覺類型。
	3. 觸幻覺	皮膚表面有特殊的碰觸感覺，如有蟲在爬。
	4. 身體幻覺	常發生在內臟(身體內)，如感到腸子有蟲在爬，或胃分裂成兩個。

## 四、妄想(delusion)：思考內容障礙→應進行「智能層面」評估

1. 被害妄想	相信有人要陷害、殺害自己→精神疾患最常見的妄想內容。
2. 誇大妄想	認為自己有超人的能力及權力，如相信自己是王母娘娘，或是總統、超人等。
3. 關係妄想	相信周遭所發生的事情都與自己有關，如電視、報紙、網路等都在講自己的事情。
4. 被控妄想	相信自己被外界控制中。
5. 思維廣播	感覺別人都知道自己在想什麼。
6. 思維插入	認定有外來，不屬於自己的想法植入他的腦中。
7. 妒嫉妄想	認為所愛的人或配偶有外遇，對自己不忠。
8. 情愛妄想	或色情妄想；相信別人愛上他→若別人無意間向他微笑一下，會認為那人愛上他。
9. 虛無妄想	相信自己、他人或這世界是不存在或快毀滅的，如沒有心臟、即將死亡。
10. 身體妄想	相信自己身體有疾病，如腦子被腐蝕，心臟被換掉。

## 五、常見行為障礙

1. 回音性動作	病態性地 <b>模仿他人</b> 的行為動作。
2. 僵直	固定維持某姿勢，持久不動→思覺失調症典型症狀之一。
3. 刻板動作	規則、無變化、重複 <b>不具特殊意義</b> 的固定動作或語言表現。
4. 作態行為	習慣性、不自主的刻板動作顯示 <b>具有其特殊意義</b> 時。
5. 強迫行為	無法自我控制(有強迫思考)重複某動作或行為，如不停洗手→常見於強迫症。
6. 怪異行為	奇怪、難以理解的行為，如當眾下跪、迂迴前進。
7. 不語症	無生理構造異常，但像啞巴一樣，一句話也不說→常見於思覺失調症

## 六、其他

布洛伊勒 4As 原發性症狀	思考聯想障礙(語無倫次、答非所問)+ 自閉式思考(脫離現實、自言自語)+ 情感障礙(情感表露↓、不恰當)+ 矛盾情感(愛恨交加)→若加上 <b>聽幻覺</b> 則為 5As。
老年「3D」疾病	<b>譫妄(delirium)、失智症(dementia)與憂鬱症(depression)</b> 。
轉化症	以運動及感覺系統為主， <b>無力麻痺、失明、不語</b> 是常見的三大症狀。
自閉症類群 障礙症(ASD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶成長與發展上有<b>廣泛而嚴重障礙</b>，男&gt;女，<b>自傷或自虐</b>是常見的行為特徵，其核心障礙主要在三方面：</li> <li>1. <b>社交互動障礙</b>：不會參與遊戲或社會、互動不帶思考或感情、說話不看對方。</li> <li>2. <b>語言溝通障礙</b>：仿說、不正確使用代名詞、缺乏臉部表情等。</li> <li>3. <b>狹隘興趣活動或儀式化行為</b>：<b>侷限固著的興趣活動</b>、過度堅持專注物體的一部分、無彈性且堅持的儀式化行為。</li> </ul>
過動症	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶男 &gt; 女，持續性注意力不足和過動 — 衝動的行為模式：</li> <li>1. 活動量大、<b>無法專心完成一件事</b>，常合併學習障礙。</li> <li>2. 經常<b>意外受傷</b>，逃避、不願意或排斥需要用心智的活動。</li> <li>3. 常會<b>打斷或干擾他人</b>、常分心、粗心大意，<b>遺失或遺忘事物</b>。</li> </ul>
情感障礙疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶<b>憂鬱症</b>：持續<b>2週</b>，出現<b>9項症狀中 ≥ 5項症狀</b>。</li> <li>▶<b>躁症</b>：明顯情緒困擾並持續誇大或易怒時期，<b>持續至少1週</b>。</li> </ul>
思覺失調	疾病症狀(含前驅期與殘餘期)至少持續達 <b>6個月</b> 以上，包括 <b>2項</b> 或更多核心症狀達一個月；若超過2年則為「慢性思覺失調症」。
焦慮症	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 以<b>自主神經系統反應</b>為主要症狀的精神疾病，一般症狀延續至少<b>6個月</b>。</li> <li>2. <b>部分病人具有病識感</b> → 其現實感大多是正常無礙的。</li> </ul>

酒精使用障礙	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 威尼克氏腦病變：眼肌麻痺、運動失調及意識不清等症狀。</li> <li>2. 柯沙科夫氏疾病：因維生素 B<sub>1</sub> 缺乏，導致不可逆之酒精性失憶症候群 → 近期、短期記憶障礙。</li> <li>3. 酒精戒斷譫妄：常在突然停酒後 48~72 小時急性發作 → 器質性腦症狀群。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 症狀：震顫、譫妄、痙攣、暫時性記憶缺失、定向感障礙、躁動、嗜睡。</li> <li>② 聽幻覺或 視幻覺，會看到蟲、蛇等恐怖景象。</li> </ul> </li> </ol>
失智症 / 認知障礙症	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「假性痴呆」：憂鬱症老人常合併出現認知障礙、運動功能延遲情形，易被誤診為失智症。</li> <li>2. 記憶喪失：是最明顯、最早出現的特徵；立即 → 近期 → 遠期。</li> <li>3. 虛談現象 (confabulation)：對無法回答的問題會杜撰故事來回答、掩飾，並非故意撒謊。</li> <li>4. 日落症候群 (sundown syndrome)：傍晚後，因光線減弱、身心疲累及視力等調整障礙，對環境知覺產生扭曲、錯覺、而出現混亂、不安的現象。</li> <li>5. 定向感喪失：時 → 地 → 人。</li> </ol>
創傷後壓力症 / PTSD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 非導因於個人特質，程度較急性壓力症強烈，且症狀持續超過一個月以上。</li> <li>2. 出現反覆夢到 (夢魘)、回憶重現 (flashback)、逃避行為、憤怒等症狀。</li> </ol>

## 參、精神科常見治療

### 一、錐體外症候群 (EPS) — 藥物副作用

1. 急性肌肉緊張異常：於 4~5 天內發生斜頸、動眼危象、角弓反張、牙關緊閉和舌頭收縮等症狀。
2. 類巴金森氏症：於 3 個月內出現靜止時顫抖、動作緩慢、臉部表情呆板、流口水、語言和吞嚥困難等情形。
3. 靜坐不能：3 個月內出現自覺煩躁、坐立難安、來回不停走動或原地踏步等 → 可使用 β 阻斷劑。
4. 遲發性不自主運動 (TD)：多發生於長期服藥 2 年以上的病人 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 主要為「頰舌嚼肌症候群」，如不自主鼓嘴、咀嚼、不斷眨眼、做鬼臉等 → 為不可逆的副作用。</li> <li>✓ 處理：早期發現，並在容許範圍內盡可能停藥。</li> </ul>

### 二、抗精神病藥物：

- 一般最好在睡前給藥，以協助病患建立正確睡眠型態。
- 病患拒絕服藥時，最好與個案討論服藥的感覺及評估、了解拒絕服藥的原因。

第一代精神病藥物	多巴胺拮抗劑 (顯著 D <sub>2</sub> 拮抗劑且抑制 Ach 釋出)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療正性症狀效力強，但負性症狀無效。</li> <li>2. 藥物作用愈強 (高效價)，EPS 副作用愈明顯。</li> <li>3. 藥物強度：Haldol<sup>R</sup> (最強) &gt; Wintermin<sup>R</sup> (較弱)。</li> </ol>
第二代精神病藥物	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 多巴胺—血清素阻斷作用</li> <li>② 多種受體阻斷</li> <li>③ D<sub>2</sub>/D<sub>3</sub> 特別性接、受器阻斷劑</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可改善正性症狀、負性症狀與認知功能，且可 ↓ EPS 症狀。</li> <li>2. 需注意代謝症候群發生：體重、血壓、血糖及血脂肪會 ↑。</li> <li>3. Clozapine：有顆粒性白血球缺乏症 → 需監測 CBC、觀察發燒、感染現象；與 Prozac 併用會增加痙攣的可能。</li> <li>4. Risperidone 易因泌乳激素 ↑ → 發生溢乳情形，影響性功能。</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 抗膽鹼作用：口乾、視力模糊、畏光、排汗困難、排尿困難 (應立即處理)、便秘、心悸等。</li> <li>➤ 姿位性低血壓：因阻斷 α 接受器作用 → 需注意安全、預防跌倒。</li> <li>➤ 抗精神病藥物惡性症候群 (NMS)：高燒、盜汗、心跳過速、血壓上升或不穩定、意識改變、血清肌酸酐磷酸酶 (CPK) 升高及腎衰竭等 → 應立即停藥、送 ICU 治療 → 致死率 10-20%。</li> </ul>		
憂鬱症	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prozac<sup>R</sup> (百憂解) → SSRI / 選擇性抑制神經細胞突觸前血清素回收。</li> <li>1. 因有失眠、睡眠障礙、噁心腹瀉等副作用，一般於早晨服用，且避免空腹使用。</li> <li>2. 持續服藥 2 週以上才會出現療效，一般使用足夠劑量達 6-8 週還無效 → 則應換藥。</li> </ul>	
躁症	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 鋰鹽 (Lithium)：情緒穩定劑 → ↓ 兒茶酚胺系統的釋放 (破壞神經細胞前突觸) 及鈉離子交換劑。</li> <li>1. 服藥前需檢查腎功能；服藥中應定期檢查甲狀腺功能。</li> <li>2. 副作用：輕微手抖 (細動作)、運動協調障礙、腸胃系統不適 (可於進餐時給藥)。</li> </ul>	

	<p>3. 頻尿、口渴、水腫 → 須監測進食與水份攝取情形，並確認血液中鈉離子濃度。</p> <p>4. 易產生中毒：全日劑量分 2~3 次口服給予，不可一次將未服的劑量全服下。</p> <p>5. 檢測血液鋰鹽濃度：病情穩定後，每隔 1~2 個月測定一次</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 急性期：每隔 3~7 天，於服用鋰鹽 12 小時後抽血檢查。</li> <li>② 治療濃度：0.6~1.4 mEq/L</li> <li>③ 中毒前兆：1.5~2.0 mEq/L → 噁心嘔吐、腹瀉、手抖、步態不穩、抽搐、嗜睡。</li> <li>④ 中毒：≥2.0 mEq/L → 尿量減少、血壓下降、意識混亂、四肢痙攣。</li> </ul>
注意力不足/過動症	<p>➤ 以 methylphenidate (Ritalin<sup>®</sup>) 為主 → 短效型中樞神經興奮劑，可促進多巴胺釋放。</p> <p>1. 多用於學齡期以後兒童 (6 歲或以上)，不宜在傍晚或夜間使用，以免干擾睡眠。</p> <p>2. 可影響食慾：每年有計畫停藥二次 (藥物假期)，以緩解身體發育遲緩的副作用。</p>
海洛因依賴	美沙冬 (methadone) 及 Buprenorphine 替代性療法。

### 三、電氣痙攣療法 (ECT)：誘發產生暫時性全身痙攣及意識昏迷

- 前一日應洗頭，以減少油垢附著而增高電阻，電極片部位以酒精或生理食鹽水棉球擦拭乾淨。
- 注意安全、呼吸道通暢 (進行中採仰臥並於頸後置小枕)、呼吸暫停及骨折 (尤 T4-T8) 等問題。
- 治療後易出現記憶障礙：以近期記憶為主，多於治療停止後 1~6 個月恢復 → 為暫時性現象。
- 藥物注射：Atropine：減少呼吸道分泌物、預防心跳過慢。
  - ┌ 靜脈注射超短效麻醉劑：methohexital (Brietal<sup>®</sup>) 或中樞神經抑制劑 — Pentothal<sup>®</sup>。
  - └ 短效肌肉鬆弛劑 Succinylcholine (Anectine<sup>®</sup>)：減少肌肉痙攣、避免骨折。

### 肆、相關步驟或過程

- 物質成癮漸進式發展階段：好奇階段 → 濫用階段 → 成癮階段。
- 亞吉勒拉理論 -- 危機三種平衡因素：個體對壓力事件的理解、因應機制、外在環境支持與資源。
- Debriefing 模式：危機事件發生後 24~72 小時內，為倖存者進行「減壓團體」。
- 卡普蘭理論 (Caplan, G.) 危機發展過程四期：衝擊期 (威脅性壓力事件出現) → 紊亂期 (慣用方法失敗) → 求助期 (尋求外在資源與協助) → 崩潰期 (人格瓦解、行為失常)。

【版權所有，翻印必究】

# 社區衛生護理學

## 壹、社區衛生護理概論

1. 概念：全民健康平等 (應↓健康不平等)、基層醫療保健做起、健康促進、民眾自決 (賦權、增能)。
2. 著重「個案管理」服務，非疾病照護，對象：個案→ 家庭→ 人群。
3. 影響健康四大因素：生活型態 50%、生物遺傳 20%、環境因素 20%、健康照護組織 10%。

### 公共衛生之三段五級預防

<b>促進健康</b> •衛生教育 •適宜營養攝取 •注意個性發展 •提供合適工作 •婚姻座談與性教育 •遺傳優生保健 •定期檢康檢查	<b>特殊保護</b> •實施預防注射 •健全生活習慣 •改進環境衛生 •避免職業危害 •預防事故傷害 •攝取特殊營養 •去除致癌物質 •慎防過敏來源	<b>早期診斷 早期治療</b> •找尋病例 •篩選檢定 •特殊體檢 •目的： ■治療和預防疾病惡化 ■避免疾病的蔓延 ■避免併發和續發症 ■縮短殘障時間	<b>限制殘障</b> •適當治療以遏止疾病的惡化並避免進一步的併發和續發疾病 •提供限制殘障和避免死亡設備	<b>復健</b> •心理、生理各職能的復健 •提供適宜的復健醫院、設備和就業機會 •醫院的工作治療 •療養院的長期照護
		<b>第一級健康</b>	<b>第二級健康</b>	
<b>初段預防 健康促進</b>		<b>次段預防 疾病篩檢</b>	<b>參段預防 癌症或慢性病照護</b>	

## 貳、流行病學概念

### 1. 致病模式探討

三角致病模式	✓ 宿主、病原體與環境 (傳染途徑) 為疾病產生三大主因。 ✓ 適用於探討 <b>傳染病</b> ，如肺結核、登革熱。
網狀模式	• 多重致病因子的變化性與複雜性。 • 適用探討 <b>慢性病</b> 及解釋弱勢族群健康問題發生。

2. 疾病「流行、爆發」：無人數上限，但需超過「期望值」：預期該病發生的數目 (因時、因地、因疾病而不同)；無絕對比較標準 → 是**相對性**。

### 3. 探討 6W

描述性流行病學	Who、When、Where、What
分析性流行病學	Why、How

### 4. 因果關係判斷原則：

- ① **正確的時序性**：暴露(因)發生必須先於健康事件(果)之前→ 最主要且必要條件。
- ② **劑量效應**：當暴露量增加，發生疾病的可能性也提高；若暴露降低，健康風險應該也會跟著降低。
- ③ **相關強度愈強**，則暴露與健康事件的因果關係可能性愈高。
- ④ 研究發現的一致性與生物知識的符合。

5. 比一比例(ratio)：兩個不同狀態或事件之比值，如性比、依賴人口指數(比)。

6. 標準化比率：為消除人口結構組成(主要為性別及年齡)的差異與誤差。

7. 發生率 (incidence)：說明得病的可能性或危險性的大小。

$$\text{發生率} = \frac{\text{新發生的病例數}}{\text{某段時間可能罹患某疾病的所有人口數}} \%$$

8. 盛行率：可評估醫療照顧的需求及提供衛生人力及財源的參考依據；  
分為點盛行率 (某一時間點) 和期盛行率 (一段時間內)。

$$\text{盛行率} = \frac{\text{該段時間現存所有病例數 (新個案+舊個案)}}{\text{可能罹患某疾病的所有人口數}} \%$$

9. 致死率：評估疾病的嚴重度，可作為治療效果及預後的評價。

$$\text{致死率} = \frac{\text{因該病死亡的人口數}}{\text{所有得到該病的罹患人數}} \times 100$$

10. 篩檢 (Screening)：高危險群能夠早期診斷、早期治療，其工具「效度」如下：

敏感度 (Sensitivity)	有病 → 篩檢為陽性的比率 (真陽性)。
特異性 (Specificity)	或精確度；沒病 → 篩檢為陰性的比率 (真陰性)。
陽性預測值 (PPV)	預測 (篩檢) 為陽性中 → 最後醫師診斷確定有病的比率。
陰性預測值 (NPV)	預測 (篩檢) 為陰性中 → 最後醫師確定沒有病的比率。

## 參、衛生教育

### 1. 相關衛生教育理論

貝克健康信念模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 包含三層面：               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 個體的認知：對疾病易感性 (罹患性) 及嚴重度的認知。</li> <li>② 修正因素 (如個案性別、年齡、社會階層等) 及行動的線索。</li> <li>③ 行動的可能性：對預防性行為利益減去障礙的認知。</li> </ul> </li> </ul>						
Pender 健康促進模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 「自我效能」→ 自己能完成特定行為的能力。</li> <li>② 主要為：個人因素及先前相關行為、行動的認知及情感 (如利益、障礙、相關感受、人際間影響及情境影響)、行為結果。</li> </ul>						
PRECEDE / PROCEED 模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 評估團體或社區衛生教育需求，共 9 個步驟。</li> <li>② 前 5 步驟：社會學診斷 (生活品質) → 流行病學診斷 (確立健康問題) → 行為和環境診斷 → 教育與組織診斷 → 行政與政策診斷。</li> <li>③ 教育與組織診斷包含 3 個部分：               <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>素質因素</td> <td>個案的知識、態度、價值觀、理由動機等。</td> </tr> <tr> <td>促進因素</td> <td>醫療資源、醫療機構、醫療資訊及人力、保險等。</td> </tr> <tr> <td>增強因素</td> <td>父母、親戚、朋友等之健康態度與行為。</td> </tr> </table> </li> </ul>	素質因素	個案的知識、態度、價值觀、理由動機等。	促進因素	醫療資源、醫療機構、醫療資訊及人力、保險等。	增強因素	父母、親戚、朋友等之健康態度與行為。
素質因素	個案的知識、態度、價值觀、理由動機等。						
促進因素	醫療資源、醫療機構、醫療資訊及人力、保險等。						
增強因素	父母、親戚、朋友等之健康態度與行為。						

### 2. Ottawa 五大行動綱領：

訂定健康公共政策	如菸害防制法
創造支持性環境	如無菸餐廳、無菸校園
強化社區活動力	社區健康營造
發展個人生活技能	指導民眾或個人運動方式、健康食物的選擇等
調整健康服務取向	醫療服務轉為健康促進為導向

## 肆、社區健康評估

1. 社區五大功能：生產 - 分配 - 消費、社會化、社會控制 (如守望相助巡邏隊)、社會參與 (如媽媽教室、民眾活動中心活動) 及相互支援。
2. 評估四大方向：地理環境、人口群體特性、社會八大次系統及社區動力 (溝通、領導及決策)。
3. 社區有形資源 (3M)：人力 (Manpower-最易取得，但最難控制)、物力 (material)、財力 (money)。
4. 社區健康評估方法：

文獻查證	如歷史、報紙、地方出版品等二手資料收集。
社會指標	✓ 以統計資料 (含人口及衛生相關資料) 判斷社區目前整體狀況。 ✓ 戶政機關：人口數、人口結構及組成、人口密度等人口群體特性。
走街法或擋風玻璃式調查	透過視、聽、味、嗅等感官感覺，主觀、實地考察並快速了解社區特性。
重要人物訪談	✓ 滾雪球取樣法：經受訪者推薦。 ✓ 非常了解社區的人且同時訪問多個人物。
參與式觀察法	參與社區活動以進行直接或間接觀察。
社會調查	需隨機選樣 (避免選樣偏差)，詢問社區民眾的看法；最常使用問卷調查。
民意團體過程	✓ 評估社區所需健康衛生服務時，最常使用的方法。 ✓ 為正式會議，需與民眾共同討論，以確立社區健康問題並排定優先順序 (社區健康診斷)，及所需健康照護計畫。

➤ 焦點團體訪談 (特定方法)：成員以同質性者為佳，通常為 6-12 人；較常用於健康問題已被確認，深入探討解決的可行策略。

5. 決定健康問題優先順序準則：

戈蘋格 (Goepfinger)	社區對解決問題的動機，加權分數最高。
默客 (Muecke) 法則	戈蘋格 (Goepfinger) 準則 + 預防效果及政策。
史丹霍珀與蘭克斯特 (Lancaster)	「可利用資源多寡」為最重要的考量。
弗里門 (Freeman)	健康問題的預防效果應優先考量。
問題嚴重性 4 項原則	人數愈多、致死率愈高、殘障比例愈高、經濟損失愈大

## 伍、家庭評估與家庭護理

1. Friedman 家庭五大功能：生育功能、情感功能 (家庭形成與維繫重要基礎)、經濟功能、社會化及健康照護功能。
2. 家庭內在結構：四大結構

角色結構	{ 正式角色：如父親、母親、男主外、女主內。 非正式角色：和事佬、支持者、犧牲者 (通常依人格特質)。
價值觀	對某件事情的態度、看法及想法。
溝通過程	➤ 傳遞訊息時儘量以「我」，即「我訊息」(表達自我的感受) 為開始。 ➤ Bossard 提出家庭互動定律：家庭關係複雜性 = $N(N-1)/2$ ，N 為家庭人口數。
權力結構	{ ① 傳統權威：集權型式；如父系家庭 VS 父權。 ② 情況(工具)權威：因變化而權力轉移，如賺錢養家權力大。 ③ 分享權威：民主家庭。

3. 家庭評估工具

家庭發展階段	杜瓦爾 (Duvall) 理論：適用於常態性小家庭，以第一個子女的年齡為主。
家庭圖譜 (家庭樹)	至少呈現三代，可知成員、家庭史及健康等相關訊息，同住者以虛線圈起。
家庭圈	✓ 成員主觀認知成員間的重要性與關係。 ✓ 圓圈愈大表權力愈大；圓圈愈近表關係愈密切。
家庭社會關係圖	Eco-Map (生態圖)、家庭外在結構圖；家庭與週遭環境互動或資源利用情形。
APGAR 評估表	家庭功能評估表、5 個簡單問題 (0-2 分)、適用於初次評估時。

## 陸、傳染病防治與護理

登革熱 (天狗熱或 斷骨熱)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.病原體 → 黃病毒；病媒蚊 → 埃及斑蚊(室內)及白線斑蚊(室外) → 於白天活動。</li> <li>2.病毒共分為四型，不同型重複感染易造成登革出血熱或休克症候群(致死率↑)。</li> <li>3.典型症狀：突發性高燒、頭痛、後眼窩痛、全身肌肉骨骼酸痛、紅疹。</li> <li>4.布氏指數：陽性容器數 / 調查戶數 *100 → 病媒蚊調查。</li> </ol>
肺結核	<p>➤ { 開放性：痰中有結核桿菌 → 具傳染性 → 至少需服藥物 2 週，以 ↓ 傳染力。 非開放性：痰中無結核桿菌 → 個案不具傳染性。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.多重抗藥性結核病 (MDR-TB)：對 Isoniazid 及 Rifampin 同時有抗藥性，多和病患服藥順從性有關 → 實施「進階都治計畫 (DOTs Plus)」全面監控。</li> <li>2.短程直接觀察治療法 -- 都治計畫、DOTS：「送藥到手，服藥入口，吃完再走」及「十年減半計畫」→ 我國法定傳染病中，病例數最多。</li> <li>3.結核菌素測驗 (PPD test)：一種純蛋白衍生物測驗，陽性 (+) ≠ 正罹患肺結核，代表個案曾感染過結核菌或有抗體 → 需進一步檢查。</li> <li>4.潛伏期結核感染者 (LTBI)：未發病，但未來發病機率高 → 胸部 X 光及痰抹片、培養皆呈陰性，但皮膚結核菌素測驗/TST (12 歲) 及丙型肝炎干擾素釋放試驗-IGRA (2 歲↑、抽血檢查) 呈陽性 → 應預防性投藥(潛伏結核全都治)。</li> </ol>
後天免疫 缺乏症候群 (AIDS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.不安全性行為是最主要傳染途徑(病患：男 &gt; 女、年齡：25-34 歲最多)。</li> <li>2.檢驗空窗期：感染後 6-12 週內 → 血液驗不出 HIV 抗體，但已具傳染力。</li> <li>3.感染後約 2 - 6 星期會出現類感冒樣的原發性感染症狀。</li> <li>4.擴大 HIV 篩檢監測(包含靜脈毒癮者)：免費，但需經當事人同意或可匿名篩檢。</li> <li>5.發病期：因 CD4 淋巴球↓ → 易造成伺機性感染。</li> <li>6.法定傳染病中唯一單獨立法：提供免費的抗愛滋病毒治療藥品。</li> </ol>
病毒性肝炎 (共 5 型)	<p>➤ A 型及 E 型肝炎：腸胃道(口-糞) 傳染途徑。 ➤ B 型肝炎預防與管制：「垂直傳染」現為我國主要傳染途徑。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 新生兒 B 肝疫苗接種：共 3 劑 → 24 小時內儘速施打、1 個月、6 個月。</li> <li>- 孕婦 HBsAg (+) → 新生兒於出生 24 小時內先施打 B 型肝炎免疫球蛋白 (HBIG-人工被動免疫)，之後再按時接種 B 肝疫苗(人工主動免疫)。</li> </ul>

## 柒、環境衛生與學校衛生

水質處理步驟	曝氣 → 硫酸銅(抑制藻類滋生，避免河川優養化) → 凝集、沉澱 → 過濾 → 消毒。						
垃圾(廢棄物) 處理	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.「5R」原則：減量(Reduction)、重複使用(Reuse)、回收(Recycling)、維修(Repair)、拒絕(Refuse)。</li> <li>2.步驟： <table border="1" data-bbox="541 1300 1169 1411"> <tr> <td>前端處理</td> <td>分類、回收、壓縮、磨碎、切割等</td> </tr> <tr> <td>中間</td> <td>焚化、堆肥</td> </tr> <tr> <td>最終處理</td> <td>衛生掩埋、海洋處理</td> </tr> </table> </li> </ol>	前端處理	分類、回收、壓縮、磨碎、切割等	中間	焚化、堆肥	最終處理	衛生掩埋、海洋處理
前端處理	分類、回收、壓縮、磨碎、切割等						
中間	焚化、堆肥						
最終處理	衛生掩埋、海洋處理						
飲水衛生	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.氯素：目前台灣使用之消毒法。</li> <li>2.生物性指標：以大腸桿菌數密度作為糞便汙染指標。</li> <li>3.物理性指標：溫度、臭味、色度、濁度等；化學性指標：pH、鉛、汞等。</li> </ol>						
空氣汙染指標 (AQI)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.監測項目：懸浮微粒(PM10 與 PM2.5)、二氧化氮(NO2)、一氧化碳(CO)、臭氧(O3)及二氧化硫(SO2)等濃度，分別換算出不同污染物之副指標值。</li> <li>2. AQI ≥ 100：空氣品質不良 → 心臟與呼吸系統有病的人，應減少身體活動，並避免外出。</li> </ol>						
房屋衛生	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.室內空氣品質以二氧化碳濃度為指標：最大容許量為 0.1% (1000ppm)。</li> <li>2.住宅區為第二類噪音管制區。</li> <li>3.病態建築物症候群：因室內空氣品質不佳、污染等問題，導致之健康危害。</li> </ol>						
健康體適能 五大指標	心肺耐力(800 或 1600 公尺跑走、30 歲以上 3 分鐘登階測試)、肌力(立定跳遠)、肌耐力(仰臥起坐)、柔軟度(坐姿體前彎)、身體組成(BMI 或體脂肪)。						

學校衛生	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 民 91 年「<b>學校衛生法</b>」公布實施，<b>教育部為最高主管機關</b>。</li> <li>➢ 教室安排：             <ul style="list-style-type: none"> <li>1.採光：桌面照度不低於 <b>500Lux</b>、黑板照度不低於 <b>750Lux</b> → 但需避免強光。</li> <li>2.教室內背景噪音以不超過 <b>50 分貝</b>為原則。</li> <li>3.桌面為身高的 <math>3/7</math>；椅面為身高的 <math>2/7</math>。</li> </ul> </li> <li>➢ 健康服務：             <ul style="list-style-type: none"> <li>1.高級中等學校以下，<b>每學期都應檢查身高、體重及視力</b>。</li> <li>2.國小新生、國小四年級、國中及高中新生，應進行全身性健康檢查。</li> <li>3.<b>健康檢查實施一個月內</b>，應將結果通知學生及家長。</li> </ul> </li> </ul>
------	---

### 捌、職業衛生：主管機關為行政院勞動部

1. 一般事業員工若  $\geq 300$  人，或特別危害健康作業勞工  $\geq 100$  人 → 需聘任至少 1 位專任護理人員。
2. **事業場所安全指標：失能傷害頻率 (失能傷害次數)**。
3. 員工健康監測：一般健康檢查結果需保存至少 7 年，特殊檢查結果至少 10 年，若為致癌或發病期程較長之作業，則應保存 30 年。其管理如下：

第一級管理	醫師判定為無異常者。
第二級管理	異常，而與工作無關者 → 提供勞工個人健康指導。
第三級管理	異常，但無法確定是否與工作有相關性 → 進一步請職業醫學科專科醫師評估。
第四級管理	異常且與工作有關者 → 應採取危害控制及相關管理措施。

### 玖、中老年保健

1.  $BMI = \text{體重 (kg)} / \text{身高 (M)}^2 \rightarrow 18$  歲以上標準 正常： $18.5 \leq BMI < 24$ ；肥胖： $\geq 27$ 。
2. **代謝症候群**：以下 5 項危險因子若包含  $\geq 3$  項者

危險因子		判定標準 — 異常值
腹部肥胖 (腰圍)		男性 $\geq 90$ 公分、女性 $\geq 80$ 公分
血壓偏高		SBP $\geq 130$ mmHg、DBP $\geq 85$ mmHg
空腹血糖偏高		$\geq 100$ mg/dL
血脂	三酸甘油酯 (TG) 偏高	$\geq 150$ mg/dL
	高密度脂蛋白膽固醇 (HDL) 偏低	男性 $< 40$ mg/dL、女性 $< 50$ mg/dL

### 拾、長期照護

1. 服務對象：主要是失能或失智**個案及其家屬** (主要提供喘息服務)。
  - 長照法第 3 條：長期照顧對象是指身心失能持續已達或預期達六個月以上。
2. **在地老化、在宅老化、社區老化為我國長照政策發展目標**，當中機構式長照模式為目前我國民眾最多人使用，但非我國長照發展主要趨勢及目標；居家照顧服務為現投入最多人力資源。
3. 功能性評估工具：
  - **巴氏量表 = ADL (Activities of Daily Living)**：包含 10 種日常生活最基本的功能評估，得分愈高，表示個案依賴程度愈低。
  - **工具式日常活動評估 = IADL**：與環境有互動的活動；又稱獨居生活能力 → 代表老年人獨立自主之指標。
  - **柯氏量表 (Karnofsky Scale)**：3 級以上符合健保居家照護 → 第 3 級 — 只能維持有限自我照顧，超過 50% 以上清醒時間活動限於床上及椅子上。
4. 護理之家 (機構式服務) 人員配置：護理人員每 15 床至少應有 1 人 (床位比例 1:15)，照顧服務員床位比例為 1:5。
5. 居家式照護：
  - 居家護理：以護理人員為主，至個案家中提供護理服務。
  - 居家照顧服務 (在宅服務)：居家照顧服務員至案家協助日常生活。

► 台灣居家護理：

- ① 現以醫院附設型態為主流，偏遠地區政策上主要鼓勵衛生所設立居家護理所。
- ② 健保給付施行「資源耗用群 (RUGs)」給付標準。
- ③ 個案需自費：每次訪視實際醫療費用的 5% (部分負擔) 及醫療人員至案家的交通費用。
- ④ 全民健康保險照護期限與訪視次數：
  - ┌ 收案以四個月為一期，若病情需要申請延長，醫師應診斷並填具居家照護申請書送健保申請核查。
  - └ 訪視次數：護理人員每個月二次為限，醫師每二個月一次為限。

6. 出院準備服務：篩選高危險群個案為首要步驟，最好是第一次住院 24 小時內完成。

7. 我國長照 2.0 政策：

① 服務對象：

- ✓ 65 歲以上失能老人。
- ✓ 日常生活需他人協助的衰弱或獨居老人。
- ✓ 55 歲以上失能原住民 (含平地及山地)。
- ✓ 50 歲以上失智症患者。
- ✓ 任何年齡失能的身心障礙者。

② 骨質疏鬆衰弱指標 (SOF) 3 項指標：

- ✓ 體重減輕：過去 1 年中，體重減少超過 5% 或 3 公斤以上。
- ✓ 下肢功能：無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來 5 次。
- ✓ 精力降低：如憂鬱、提不起勁的感覺 (1 禮拜 3 天以上有這個感覺)。

③ 服務需求取決於「功能程度」而非疾病種類或嚴重度 → 依其「失能等級 (將個案失能等級分成 8 級)」及「家庭經濟」，提供不同補助；其中低收入戶由政府全額補助，免部分負擔。

④ 主要採包裹式支付，包括：照顧及專業服務、交通接送服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、喘息服務等 4 項。

⑤ 可向各縣市「長期照顧管理中心」單一窗口 (電話 1966) 申請 → 由照顧管理專員至個案家中進行需求評估且擬定適切之照護計畫，連結個案所需服務，定期半年進行複評。

⑥ 財源：主要採稅收制，遺產稅、贈與稅、菸酒稅、菸品健康福利捐及政府預算撥充等。

⑦ 社區整體照顧模式：ABC 三級

A 級--培植	社區整合型服務中心 (長照旗艦店)	規劃協調、宣導，銜接及整合 B 級、C 級資源。
B 級--擴充	複合型日間服務中心 (長照專賣店)	優先提供居家服務、日間照顧。
C 級--廣佈	巷弄長照站 (長照柑仔店)	提供社會參與社區活動 (健康促進)、社區臨托及社區活動、供餐。

⑧ 失智照顧服務：廣設「失智社區服務據點」提供個案及照顧者支持服務；結合醫療資源的「失智症共同照護中心」；「團體家屋」生活環境家庭化的照顧模式；瑞智學堂、瑞智互助家庭，協助失智症者提升人際交流機會、延緩退化 (針對輕度失智 (CDR=1) 且持續就醫者，可獨自且願意參與團體活動)。