

成功非偶然 ~ 因為堅持

◎文 / 黃欽威

“Success is no accident. It is hard work, perseverance, learning, studying, sacrifice and most of all, love of what you are doing or learning to do”

- Pele

在醫學院就學期間，就設定神經科學為自己畢業後工作的發展志向。之後接受臨床神經科的訓練，考過專科醫師之後，也承蒙師長的支持，留在大學醫學中心發展。除了診療一般神經科疾病以外，也選擇了癲癇次專科為主要的研究方向。一路走來也超過 20 年了。

升等教授一路，回想起來雖不至於筆路藍縷、披荊斬棘，不過曾有許多年的日子都是披星戴月、焚膏繼晷地度過的。開始走向研究之路時，自己就像蠟燭多頭燒，家庭、臨床、教學、研究所課業和做研究實驗都得兼顧。記得當時，每天結束醫院臨床工作以後，回家吃晚飯，陪孩子玩耍讀書一下，就又繼續開車往醫院方向，開始另一階段的研究實驗工作，直到深夜。半夜自己開車回家，很習慣於路上交通順暢，同時思索研究數據的夜晚。因為白天有臨床工作，很難一氣呵成專注論

文撰寫，因此半夜挑燈夜戰寫論文也是常有之事。

為了在研究上能有自己的獨特之處，國外進修深造的日子也不輕鬆。2004 年獲得獎學金，到日本東北研習半年，那半年幾乎每天陪伴自己的是一台新型的電生理記錄系統，為了精通操作這一台當時日本專家也不太會用的貴重儀器，在寒冷的夜晚，我也常在研究室出沒，一開始有些研究室同仁以為我是不是在從事甚麼奇怪的事，後來日本的教授們看到在儀器上標示著凌晨時間且精準的大量研究數據，才知道這位來自台灣的年輕人非常認真，我也因此得到日本同仁們的大力讚賞。而我在努力之下，也因此對電生理的研究奠下不錯之根基，也順利陸續發表論文。因為這段研習，自己和日本這個領域知名的教授也成為忘年之交，也促成了日後幾次台日神經醫學界的交流，對我研究的持續有相當鼓勵作用。

在 2010 年，因為想深入另一層面之研究，以及建立臨床癲癇醫療的標竿，也申請到當時國科會與醫院的獎學金，又再度出國到加拿大進修。回想起來，出國期間，平日晚餐後，再回到空無一人的實

驗室，做數小時的動物實驗，已是例行公事，已經很習慣獨自一人在實驗室研究思考。有多次遇到暴風雨的夜晚，為了動物實驗的精確進度，冒著風雨，還是走去了實驗室。此外，零下 10 幾度的夜晚，除完車上厚厚的積雪，還是每晚開車到醫院繼續未完的臨床研究。醫院窗外一片雪白，桌上一杯 Tim Horton 的熱咖啡，埋頭深入研究連續 20 份的 24 小時長時間記錄影像腦電圖，已是進修生活最佳寫照。肯定的是這些辛苦的付出都是有價值的，不只是在研究上的收穫，我後來也幸運取得得來不易的加拿大臨床神經生理腦波專家證書，對自己在臨床治療上腦波的精進及教學，都有助益。

在 10 幾年前，當時正處在臨床（兼任）教職的年資認定需達到雙倍的年資需求的時期，因此曾有過感覺是基本條件都已符合具備，只是在等待年資條件符合；因此也曾覺得些許無奈。但是看到許多前輩努力不放棄，終於升等教授的例子，自己也提醒自己繼續致力於研究、教學和臨床工作。後來，經由許多醫學院師長向教育部的努力爭取，此情形終於改善，使得大家，特別是年輕後進，可以憑著自己的努力與實力來爭取升等。

在臨床工作與教學部分，也曾經對於升等的分數指標有些不解，覺得相當不容易。不過轉換思維後，了解這些指標其實就是驅策向前，讓自己不滿足停滯於現

狀，能繼續往更完善地醫療病人且教育後進的目標前進的指引。因此，自我期許，坦然接受，即便在研究教學及臨床繁重的工作之下，也盡量平衡家庭生活及教育孩子的責任，再接再厲，針對目標，突破原有思維侷限，擴展臨床醫療互動與服務，思考設計新教材，持續精進。

這一路走來，自己感受最深刻的，便是需持續不懈的撰寫醫學論文。身為醫學中心的醫師，我將持續研究，並將發表論文視為自己重要的工作與責任之一，更期許自己的研究結果能與臨床實務做連結，盡量不負病患對醫師的期望。夜深人靜，眾人皆睡之時，自己仍然不停敲打著電腦鍵盤，鼓勵自己，論文的發表，代表自己努力的成果，科學研究界對自己的肯定，也是我對成大醫學院及醫院的微薄回饋。

最後，感謝科部同仁的支持、醫學系、院與大學校部教師委員會的認可、和國內院外的專家的肯定，於 2018 年升等教授。也感謝一直在研究路上支持我的各位老師，同仁與家人。教授的頭銜對自己而言，不是裝飾，而是意謂著責任的增加。今後，無論在教學、研究或臨床工作，我也會督促自己繼續在醫療科學界盡自己的力量，持續努力，效法前輩並提攜後進。

一位臨床內科醫師的教授升等經驗分享

◎文 / 醫學系內科學科 歐弘毅

人生的道路，往往不如原先預想的那般順利而前行，這是我回首來時路最大的感想。

在我升任新陳代謝科主治醫師時，心裡沒有做研究的念頭，甚至連研究是什麼都不清楚。回顧那時，代謝學在成大並非顯學，而代謝科主治醫師人數也只有屈指可數的兩位而已，算是內科中的小小科。除個案報告外，前輩醫師幾乎沒有做過研究及撰寫計畫，研究能量是很弱的；也因此我工作的重心，便集中在門診看診、全年無休的病房照護與各科照會，並兼任醫學院大學部的授課課程。在當時，就讀臨醫所的醫師並不算多，內科亦設立一條內規門檻，規定須有兩年以上的主治醫師資歷才能報考臨醫所博士班，目的是避免養成只會做研究，但臨床照護能力不足、與之嚴重脫節的醫師。但由於代謝科內環境和人力的不足，我遲遲到了第四年主治醫師才進入臨床醫學研究所就讀；而最初就讀的動機，其實來自於在國內參加內分泌暨糖尿病學會年會時，許多其他醫學中心

的前輩醫師發表的基礎臨床相關研究，對我而言都太過艱澀而無法理解；為了趕上這樣的落差，從擔任總醫師那兩年開始，我就常抽空去旁聽孫孝芳、郭育良、郭浩然等老師開設的研究所課程，也徵得藥理所張文昌教授同意，旁聽實驗室會議，設法讓自己接觸基礎醫學的環境與氛圍。因此，進入臨醫所不過是為學習正名，可以名正言順地拜師指導；那時心裡想的，並不是獲得學位，從學習中有所收穫、成長才是我想要的。再者，也為實現當初內科的同儕同輩醫師們間曾相互的約定，而一起進入臨醫所就讀。因此，就臨床醫師進入研究所進修而言，我的看法是，當你有需求時自然就會產生強烈的動機。

當進入臨醫所後，很快遇到的問題是指導教授的選定。如前面所提，科內並沒有進行相關研究的前輩，因此這個問題深深地困擾我，在向外及向北均探詢無著後，我回過頭在院內尋求解決之道；經過一番調查後，我發現藥理所鄭瑞棠教授是當時醫學院發表最多糖尿病相關基礎研究

的基礎醫學老師。對鄭老師，我並不陌生，在我還是醫學系三年級學生時，鄭老師與當時本校生理所的林茂村教授都曾到台北醫學大學來幫我們授課，也因此在大三、大四暑假那年我就曾到林教授位於七樓生理所的實驗室當過暑期學生，但卻一直沒機會到鄭老師實驗室研習。當與鄭老師詳談後，他建議我臨床部分找家醫部具有糖尿病專長的張智仁教授指導。至此，我才恍然大悟，原來我尋尋覓覓多時的指導老師其實遠在天邊近在咫尺。只能說，過往非刻意經營的人事與經驗，在此時發揮了奇妙的效果。

在研究題材的選定上，其實也頗費思量。由於檢體的收集在臨床研究上屬於相當重要的一環，甚至可以說檢體決定了研究的方向。但在內分泌領域中，甲狀腺、腎上腺或腦下垂體的檢體收集非常困難，因為缺少執行鏡檢、導管、手術等醫療處置，也無法得到儀器檢查的參數可供分析，再者個案的收集與累積也需要一個團隊長時間蒐集與建立；這些對於人單力薄的我而言，在現實上難以達到。另一方面，糖尿病等代謝疾病，亦是相當重要且嚴重的公衛課題，而這部分血液檢體與人體測量學資料的取得對我而言也較為容

易；最重要的是，我的指導老師們對糖尿病都相當在行，也已建立完整的動物模式，加上家醫部的老師們都於檢體收集上經驗豐富，可以給我最好的建議；此外，在我門診長期看診的老病患，都與我維持著相當不錯的醫病關係，每當我說明採集血液檢體的目的而請求他們同意時，多半會很爽朗地一口答應。記得學生時期老師們常說：「病人是最好的老師」，我真的心有戚戚焉，他們都是我最大的寶藏與貴人！

在過去這幾年裡，我最大的體會則是團隊合作的重要性，特別是找到志同道合的朋友作為研究上的夥伴，這是無比重要的。一篇研究論文的完成，如果能從不同的面向、不同的專才與角度來審視批判，將會使研究更加完整。而目前在台北醫學大學代謝與肥胖科學研究所任職的吳泓璥助理教授，就是這樣的夥伴。在我就讀臨醫所時，他也正就讀基醫所，透過在實驗室及研究工作上的互相幫忙與腦力激盪，我對細胞與動物研究設計的邏輯與操作，才能更清楚地解讀與認識；而我的臨床思維與經驗，則可以提供他參考運用。當遇到學術期刊審查委員的嚴苛批判時，這樣的互補互助模式常常可以讓問題迎刃而

解、順利過關。

那在研究的過程中有沒有遇到困境呢？當然是有的。我最早選定的博士班研究主題是視網醇結合蛋白 4(retinol binding protein 4, RBP4)。這是一個脂肪細胞分泌的激素，當時第一次發表在 New England Journal of Medicine，這是繼 adiponectin 與 leptin 之後吸引大家目光的另一個脂肪細胞激素，但沒多久之後我就發現這蛋白的研究實在不容易做，因為國外的研究團隊早就備便了許多詳細完整的人體世代研究資料庫及測定的 kit 了，一有新的想法，便可立即著手分析、寫作並發表，我們根本望塵莫及。因此，我得學會轉個彎；當做了詳細的文獻回顧分析後，我轉而探討另一種脂肪細胞激素：胎球蛋白 A (fetuin-A)，這是由脂肪細胞與肝細胞所共同分泌的激素，由此，我也開始注意到了肝臟細胞激素 (hepatokine)，由於那時相關研究並不多，在投注心力進行探究後，開始發表一系列的著作，這也成為我教授升等的研究主軸。

最後，如果我有什麼可以跟年輕醫師互相勉勵分享的，我想就是 “Just do it” 了，因為我們永遠不會知道當下做

的努力，對日後會有什麼回饋或幫忙。但只要是對的，就做吧！如果想成為 physician scientist 的話，請記得：病人永遠是我們的老師，當他們遇到的問題開始引發出你種種不同的思考與假設，更甚者，能提出與現今不同的治療概念和方針時，此時，你已經走在臨床研究的路上了。

關節重建中心出版專業新書簡介

◎文 / 賴國安

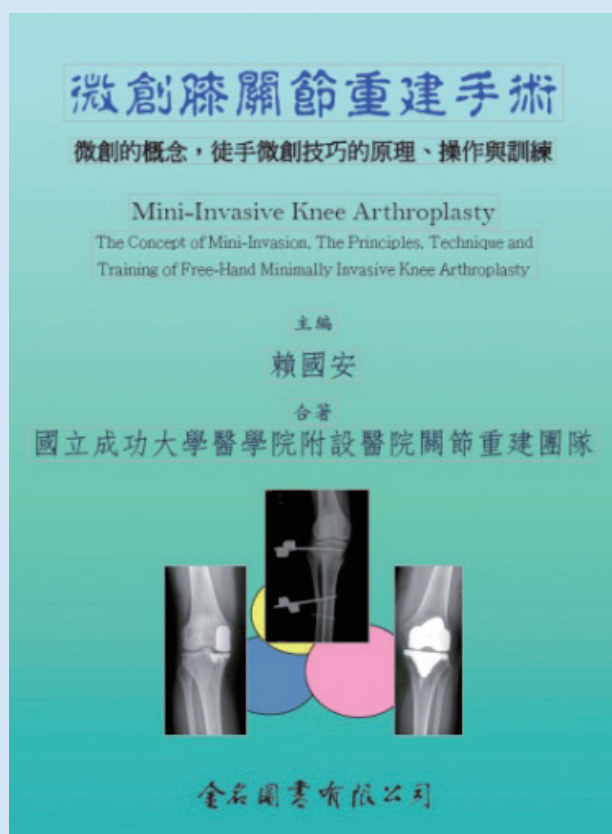
背景

公元 2000 年左右，美國關節重建（人工關節）手術由於保險公司大幅下修給付，已成為各家醫院賠錢的項目。但是由於老年人口的快速增加，對於關節重建的需求卻大幅增加。為了保持競爭力，於是逐漸發展出能使住院天數下降與減少併發症的方法，最重要的一項便是“微創”關節重建手術。

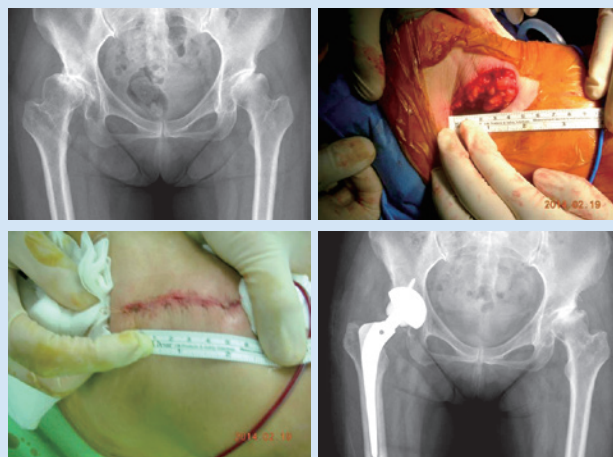
本人亦由公元 2000 年之後，逐漸發展出一套“微創”的概念與方法。由於成效卓著，甚至被同業稱為“終極微創”（The ultimate minimally invasive），吸引了國內外同行前來參觀，並派年輕醫師前來學習，不免提出諸多問題。要從頭對每一位參訪者與年輕醫師的問題一一回答，確實是很辛苦而且不易清楚解說，所以興起了出版專書，使本院本國及國際醫師能以比較方便的方式解答他們的疑問。

微創關節重建手術的概念

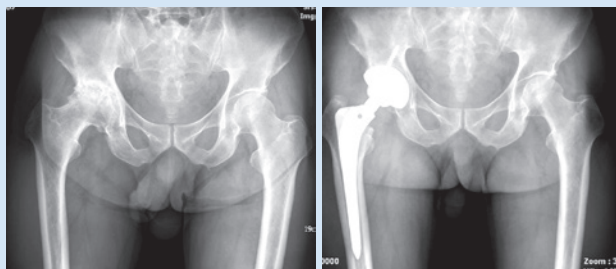
現有文獻中常以手術傷口大小來定義微創關節重建手術。但是為了縮小傷口而犧牲手術品質甚至於危及病人是非常不合理的事，微創應該是一種態度，一種手術團隊在不減損手術預期效果的前提下，盡



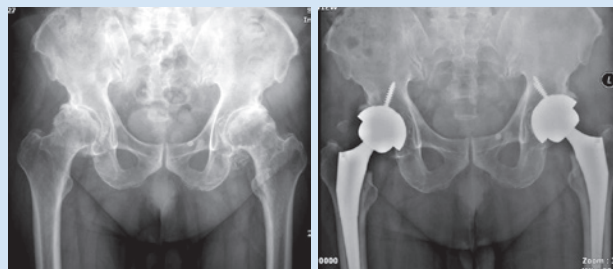
書 1：微創膝關節重建手術（金名圖書 ISBN 978-986-5640-21-7），NT300，成大醫學院 3F 逸香書坊有售，員工 85 折。



圖：61 歲女性雙側髖關節退化，右側徒手側開微創人工全髖關節置換（2014 年 2 月 19），傷口只有 5 公分，完美的植入位置與角度。



圖：73 歲男性右側髖關節退化，徒手側開微創人工全髖關節置換（2016 年 2 月 3 日），下刀之後 7 分鐘已完成人工全髖關節植入，完美的植入位置與角度。



圖：73 歲男性雙側髖關節退化，一次完成雙側徒手側開微創人工全髖關節置換（2017 年 2 月 22 日），術前血色素 15.0gm/dl，術後第三天 12.7gm/dl，不必輸血，絕大部份一次雙側徒手側開微創人工全髖關節置換都不必輸血。

其全力減少手術的風險與併發症，減少組織傷害，降低生理與心理的痛苦，並且促進早日癒合與功能復原的態度與作為。

著作中徒手微創關節重建手術包括：徒手側開微創人工全髖關節置換，徒手脛骨高位皮質切開矯正術，徒手微創單髌人工膝關節置換手術，徒手微創臍骨股骨置換手術，以及徒手微創人工全膝關節置換手術。

徒手側開微創人工全髖關節置換手術

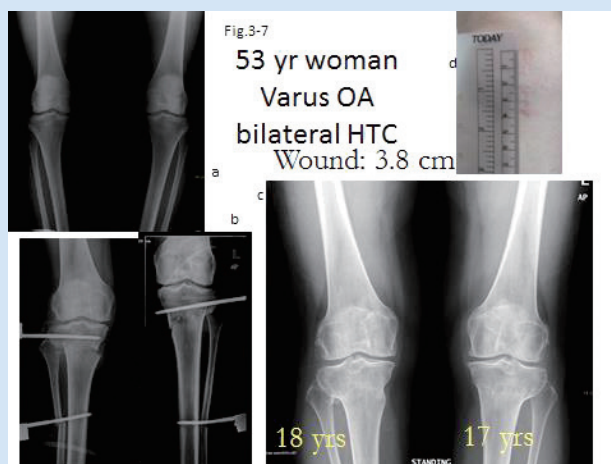
自 2002 至 2018 年共有超過 3000 例人工全髖關節置換以徒手側開微創完成。傷口大部份介於 5 至 8 公分之間，手術絕大部份都在 30 分鐘內完成。出血量極少，不到 3% 需要輸血，非常罕見置放位置不良與脫臼，功能恢復快速良好。

High Tibia Corticotomy 高脛骨皮質切開矯正手術

High tibia osteotomy 的手術有許多種方法，較為常見的有 close wedge osteotomy, open wedge osteotomy 及 Dome shape osteotomy。固定的方法較

為常用的有 staple, plate 及外固定器。

High tibia osteotomy 不論以何種方式去做，都有某些比例的患者 osteoarthritis 仍然會繼續進行，最終仍需以 total knee 來治療。因此將 High tibia osteotomy 作成高侵略性的手術實在有違邏輯，主編的 High tibia corticotomy 由 dome shape osteotomy 改良而來，應該是所有改變膝關節角度的最微創最能夠保證正確角度與省錢的方法。



圖：雙膝退化內翻之女性病人，於 53 歲時作右側 high tibia Corticotomy，54 歲時作左側 high tibia Corticotomy，在 71 歲時雙側膝關節狀況仍佳，無需作人工關節，手術傷口 3.8 公分

Free-Hand MIS UKA 徒手微創單髁人工膝關節置換手術

針對局部關節面退化性膝關節炎或是壞死的患者，若保守治療無效，但卻不需要換全套人工膝關節的患者，「Free-Hand MIS UKA 徒手微創單髁人工膝關節」是一個很好的選擇，它的特點如下：

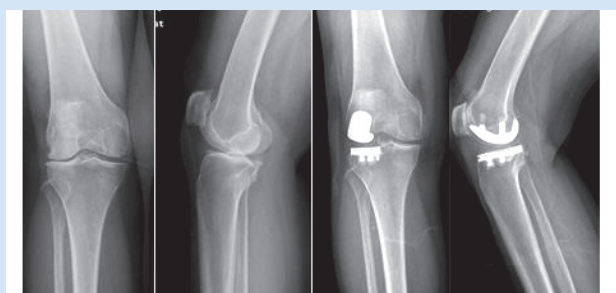
1. 手術傷口極小，手術時間極短，因此發生併發症機會與感染率也極低。
2. 不破壞韌帶結構，術後恢復快。
3. 不需要使用昂貴而且愚笨的人工智慧去作一點也不微創的單髁人工膝關節手術。

由表面輪廓定位的終極微創人工膝關節手術～幾何學運算勝過所有器械與電腦導航～

現代的人工膝關節是一種表面再置（Resurfacing）的手術，但是手術中為



圖：最小傷口只要 4.2 公分



圖：66 歲女性，右膝外髁關節炎。接受徒手微創外髁單髁人工關節手術後 6 年。

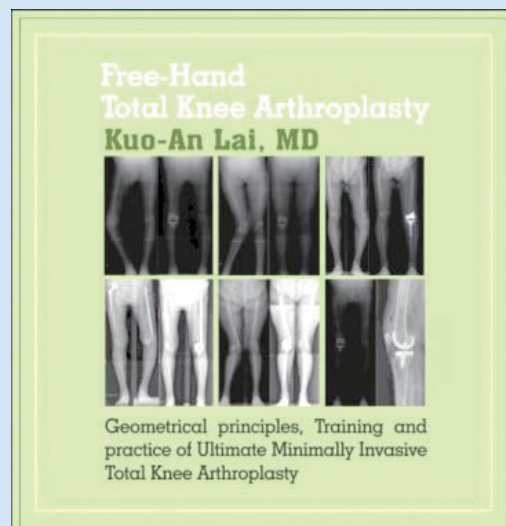
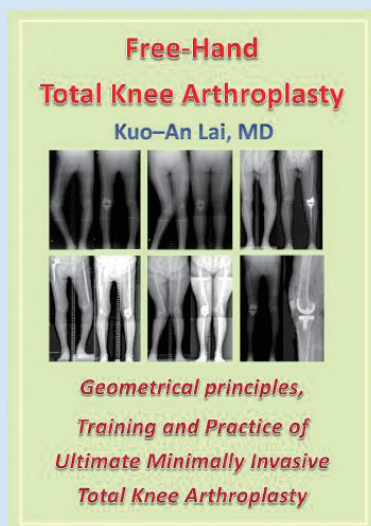
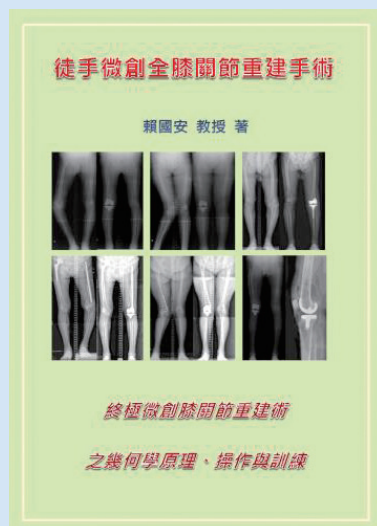


圖：徒手微創人工全膝關節重建。最小傷口只有 5.7 公分。

了定位，必須以不銹鋼製長條鑽入骨髓腔內作為定位。此鋼棍太短太細則有定位不準的問題，若是太粗太長，雖然定位較準確，卻也容易把骨髓腔內的脂肪與血塊打入循環系統，造成血管阻塞、肺栓塞甚至於死亡。電腦導航系統是以插入骨頭的鋼釘連結反光球，藉由關節的活動來推測骨頭的位置以達到定位的效果。雖然可以免去進入骨髓腔的危險，但是其應用相當不方便，最近的綜合實證研究顯示電腦導航系統對熟悉人工關節手術的醫師只會增加其手術時間，對手術的準確度並無幫助，只對初學者或不熟習者能提升其準確度。此外，因植入鋼釘，此釘孔也可能造成骨折與感染。

從 2005 年起本人便一直思考如何能達到不進入骨髓腔，能準確定位，傷口極小化，時間極小化，失血極小化以及疼痛極小化的“最微創人工膝關節手術”。

此微創人工膝關節手術，以三度空間幾何學原理，可以極度準確地計算出關節表面的改變對整個肢體三度空間軸線的影響，因此便可以藉由表面定位而不需要



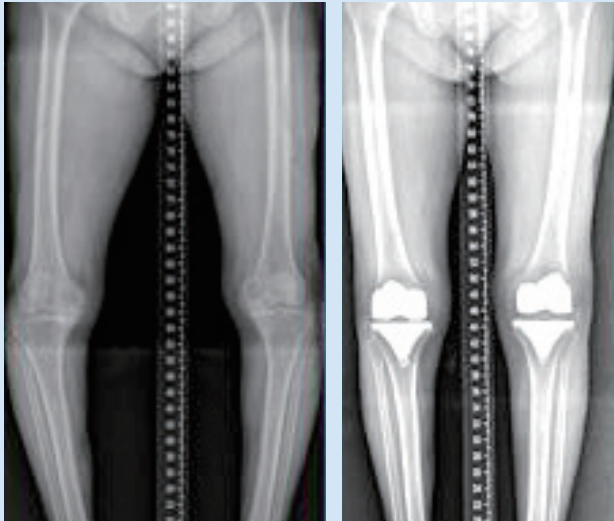
書 2 與書 3：三合一電子書，包含中文版：1. 徒手微創人工全膝關節手術－終極微創人工全膝關節手術的幾何學原理，訓練與操作 (ISBN 9789574349975 華藝電子書) 2017、2. 英文版：Free-Hand Total Knee Arthroplasty — Geometrical principles, training and practice of ultimate minimally invasive total knee arthroplasty (Airitibook eBook ISBN 9789574349944) 2017，及 3. 錄影帶。已於全國各大圖書館館藏，可憑借書證借閱。若欲收藏可至《成大逸香書坊》直接購買，全錄在一片 DVD 中英文版 + MIS TKA Video(操作影片) NT\$1200，本院圖書館可經網路閱覽與下載。



圖：最短的使用止血帶時間是 20 分鐘。使用止血帶 2 分鐘後開始骨切削。在第 7 分鐘開始植入人工膝關節，第 13 分鐘開始縫合傷口，於 19 分鐘完成縫合，將下肢包紮之後，於 20 分鐘時放開止血帶。

進入骨髓腔。再配合嚴格訓練的雙手，便可以快速而準確地執行手術。由於不需要龐大的定位器械，所以傷口可以達到極小化。目前所作最小的人工全膝關節手術傷口只有 5.7 公分，最短的手術時間只有 19 分鐘（12 分鐘便開始關傷口），此方法在 2008 年後達於成熟。14 年來，本人以此方法完成了超過 5000 例全膝人工關節手術以及約 500 例單髌人工膝關節

手術。因為不需要進入骨髓腔所以沒有任何肺栓塞或血管阻塞發生。此方法在嚴重變形、骨內有鋼釘、鋼板，關節活動度不佳等情況下更顯現其優越性。在這些情況下，一般的人工關節器械以及電腦導航系統均無用武之地，也被大部分醫師列為人工膝關節的禁忌。但是採用表面定位原理與嚴格訓練的巧手卻可以在這些病人輕易又快速而且準確地完成全膝人工關節置換

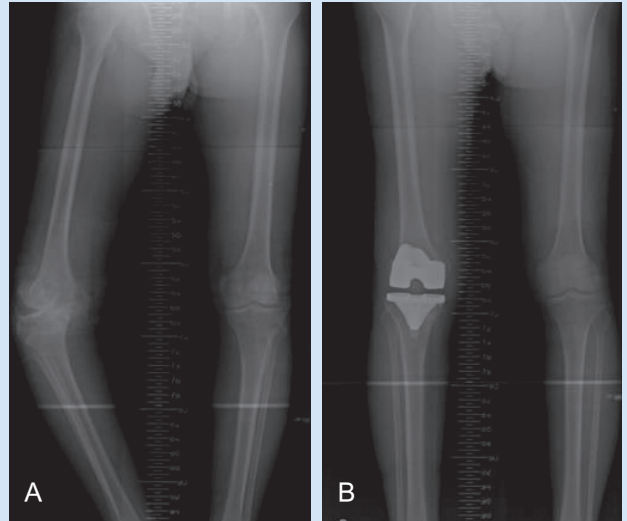


圖：76 歲女性接受一次雙側徒手微創全膝人工關節手術。術前血紅蛋白為 11.9 gm / dl，術後血紅蛋白為 10.7 gm / dl，無需輸血，絕大部份一次雙側徒手微創人工全膝關節置換都不必輸血。

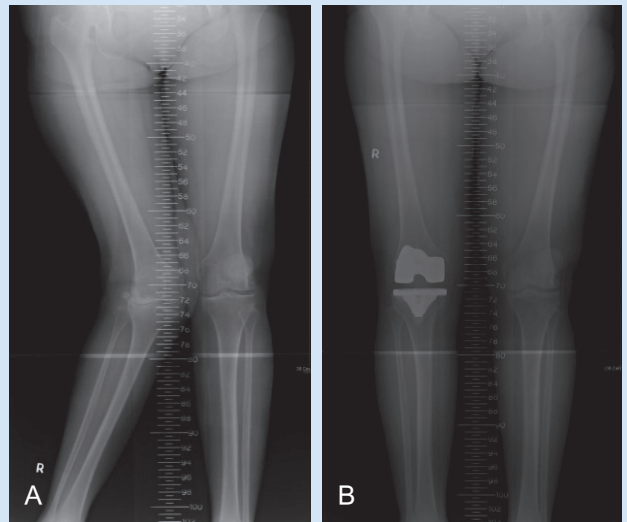
手術。

此微創人工膝關節手術不只快速、穩定、準確而且安全性高，具有勝過所有器械與電腦的全面性，因此又被同行稱為“終極的微創人工膝關節手術” (The Ultimate Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty)。

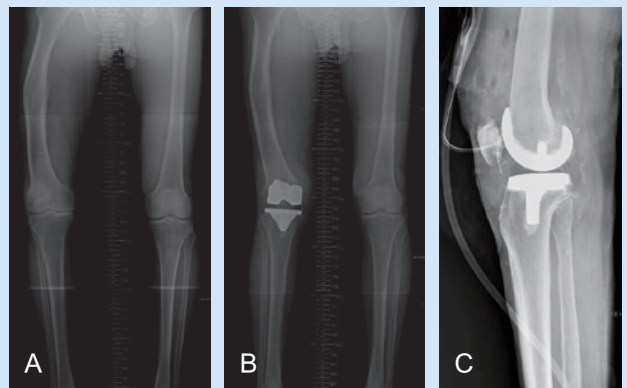
終極的微創人工膝關節手術之關鍵除了上述三度空間幾何學運算外，如何將手術醫師訓練成可以準確判斷病人關節的變形、準確設定手術計畫、在極小傷口中準確無誤地執行手術，更是重要。因此本人已設定了一套訓練課程，歡迎年輕醫師來參加。雖然無法在短短的課程中便訓練出一位完美的外科醫師，但是期望在受過訓練後，對其一生的外科事業會有極其正面的幫助。



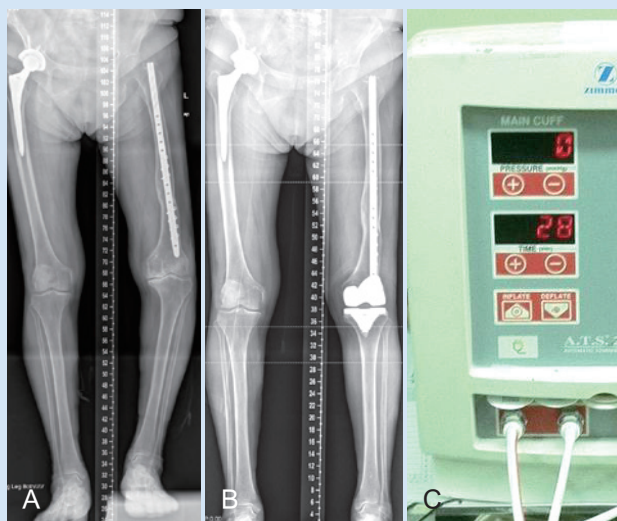
圖：(A)：63 歲男性右膝重度內翻畸形。(B)：接受徒手微創全膝人工關節手術下肢軸線完美矯正回來。



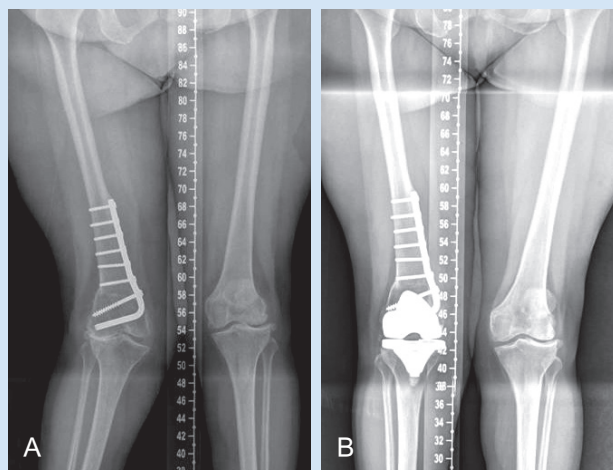
圖：(A)：62 歲女性右膝重度外翻畸形。(B)：接受徒手微創全膝人工關節手術，下肢軸線完全矯正回來。



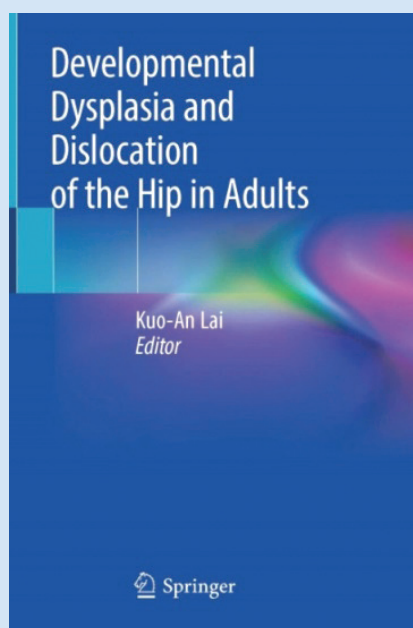
圖：(A)：72 歲男性右股骨關節外彎曲變形及右膝骨關節炎。(B)：以徒手微創全膝人工關節手術完美的矯正其機械軸。(C)：因為遠端前股骨切削是在目視下完成的，所以由 X 光片之側視圖可看出股骨人工假體與遠端前股骨皮質處完全符貼。



圖：(A)：81 歲女性左膝關節炎，內翻畸形，以及股骨中仍有 Huckstep 釘。(B)：以徒手微創全膝人工關節手術完全矯正了軸線。(C)：止血帶時間僅 28 分鐘。



圖：(A)：77 歲的女性，右膝外翻畸形曾施作髁上截骨矯正手術和 L 骨板固定。(B)：以徒手微創全膝人工關節手術完美矯正了軸線。



書 4：發展性髖關節成型不良 (DDH) 與先天髖關節脫臼 (CDH) 的治療黃金期在於剛出生後至幼年期的早期發現與治療。在先進國家，已經很少有成年人的嚴重 DDH 與 CDH。但是我國在 1980 年代之前經濟與醫療水準均甚為落後，所以很多 DDH 及 CDH 病人錯過了黃金治療期。到了有了公勞保，甚至於全民健保的普及醫療照顧後，這些失療而長大成人的病患便對我國骨科醫師形成了很大的挑戰，卻也累積了龐大的技術與經驗。本人邀集了國內外十多位對於成人 DDH、CDH 治療經驗豐富且受好評的醫師合著 Developmental Dysplasia and Dislocation of the

Hip in Adults (Springer, ISBN 978-981-13-0413-2, eBook ISBN 978-981-13-0414-9, Library of Congress Control Number 2018950565) 2018，以英文出版，希望能提供全世界骨科醫師治療這類病患的有力參考，本院圖書館有收藏本書。亦可上網購買 <https://www.springer.com/gp/book/9789811304132>，84.99

感謝成大附設醫院楊俊佑院長，臨床醫學研究所沈延盛所長與成杏醫學文教基金會趙文元董事長的慷慨資助，本院關節重建中心同仁的努力與許雅婷小姐，穆孝慈小姐在行政上與通訊上的全力幫助使得這些專業書籍及得以問世。

雙語與失智的 Pride and Prejudice 故事

聖路易大學醫學院及 Glennon 樞機主教兒童醫院小兒科

◎文 / 朱真一

前言

因為在探討雙語／多語文獻時，看到一文章的題目“Bilingualism and Cognitive Decline: A Story of Pride and Prejudice”（註 1；圖一）很有感觸，就借用來當拙文的題目。“Pride”及“Prejudice”經常一起用，一旦與故事連在一起時，就會聯想到《Pride and Prejudice（傲慢與偏見）》這小說，19 世紀英國小說家 Jane Austen 的代表名作。一本愛情故事的小說，主要寫 Elizabeth Bennett 小姐跟 Fitzwilliam Darcy 先生間，以及他們家族及其他親友的連帶故事。

大概初中時看過這小說，對內容已毫無印象，可能作者想借小說來強調 pride 及 prejudice。順便一提，《維基百科（Wikipedia）》有英文及華文討論這本小說的資料（註 2,3）。華文版的資訊中有些值得一提，因為略與此拙文的討論有關。

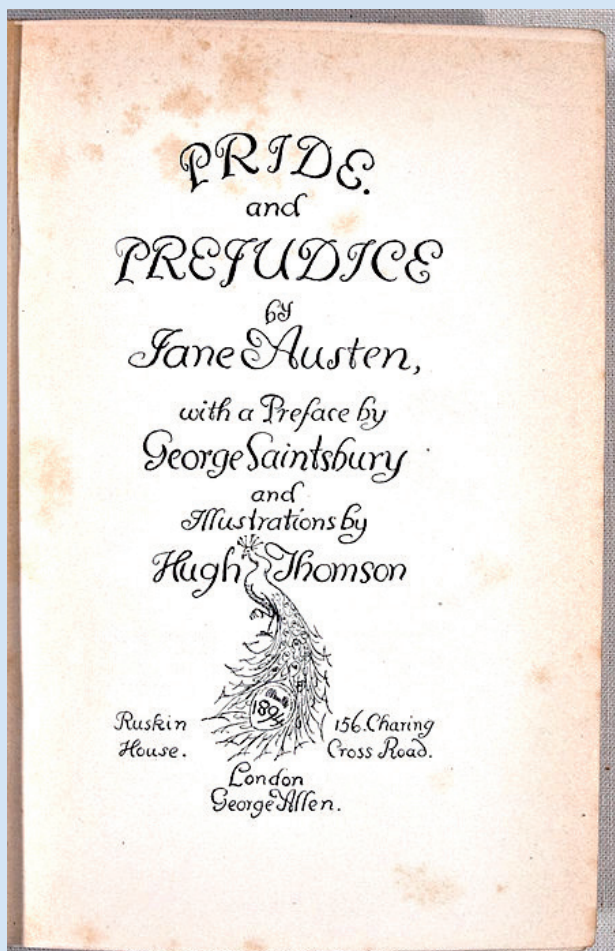
此拙文的題目用英文名而不用華文的「傲慢與偏見」，因不知此拙文中，英文 pride 的翻譯用什麼最好，翻譯為「傲慢」跟翻譯為「驕傲」，有些稍不同的意義。



圖一：Bilingualism and Cognitive Decline: A Story of Pride and Prejudice 登在 PubMed 的摘要。“A Story of Pride and Prejudice”中有藍色背景，是我為了強調而加上。

另外《遠東英漢字典》還有翻譯為「自負、自豪、榮耀」等的意義，「傲慢」比「驕傲」較負面及嚴峻的譯法。對語言的心態，的確不少人站在「傲慢」的一邊，獨尊一語言，看不起其他語言。不過很多雙語／多語者，自己會感到很 pride，那 pride 是「驕傲」、「自豪」或可感到「光榮」而不是「傲慢」。

我不知道也沒資格猜測小說作者，Jane Austen 取此書名的動機。Wikipedia 提到 Pride and Prejudice 小說在 1813 年就已出版，華文版於 1935 年，才第一次有人翻譯出版。Wikipedia 上目前列出有 35 本不同人翻譯的華文版本，出版的書名都是《傲慢與偏見》。不過很有趣的是，那文章提到最初翻譯本，在 1935 年出版時，胡適為書題字，把書名寫成《驕傲與偏見》，不知是否胡適認為



圖二：英文版的 *Pride and Prejudice* 書封面（來自 Wikipedia）；不知那年版本。

用「驕傲」較好，「傲慢」太負面？

台灣語言問題

台灣每逢有關語言的事件發生，如立委用客家話質詢客委會李永得主委，或不准李主委用客家台語，立委宣誓用母語等時，很多的報紙、期刊及網路論壇中，就有不少台灣語言問題的討論，很多非常尖銳針鋒相對的爭論。

討論的議題中，最多人主張該把英文當國家語言，提倡早學英文，台灣語言太多，應該減少或廢除母語教學，甚至要讓「台灣話」消失才有效率，才能溝通方便。還有人主張廢除注音符號甚至漢字，

還有文言文應該更多或減少的討論。這些文章中，很少人討論雙語及多語的好處，或提國外的研究及看法。

討論中不難看到不同「意識型態」的「犀利」對話，譬如最近仍有人有「學習本土語言會摧毀台灣人思考能力與邏輯」的論調（註 4）。因此再去尋找雙語／多語的優劣的資料，看到篇由三位英國學者寫的文章（註 5），以下會再討論，他們的論文被人評判時，說是一 *pride and prejudice* 的故事（註 1），基本上像是說有「意識型態」問題。所以來多加討論，國際上對語言的 *pride and prejudice* 問題！！

因常討論這類問題，寫過些這類的文章，拙著的一些文章還有人轉載。所以很可能您看過些下面的部分討論。為了以後的討論，還是簡單地寫多學多用本土語言的益處，較詳細些的討論，請看最近將出版的拙著的書，討論多瞭解歷史文化，可促進大家的健康問題（註 6；圖三）。這拙著有三文討論文化中很重要的語言問題，多使用本土語言對健康尤其有益，此拙文想討論雙語及多語的“*pride and prejudice*”。

對雙語 / 多語的偏見；較新觀點及減緩失智症

美國一向是移民的社會，不少非英語的新移民從世界各地不斷前來，帶來不少不是英語的語文，不少的新移民會是雙

朱真一

從歷史文化看

台灣人尤其客家人的健康問題

談失智、糖尿病、高血壓
蠶豆症與地中海貧血基因



圖三：將出版的拙著書的封面，有三篇有關多使用台灣語言的益處之文。

語及多語者。以前研究總把雙語冠上「有害」的關聯，認為阻礙學習英語。早期有這種負面的研究結論，因為忽略了早期雙語家庭大多數是較窮，接受較少的教育。後來的研究把經濟及教育因素考量後，發現雙語者除了英語字彙略少外，不會處於劣勢，認知能力、思考速度或智商都沒差別，還有不少優勢。

以後歐洲及在加拿大的研究更發現，雙語使用者比單語者略少阿茲海默失智症（Alzheimer disease）。就是有失智症，雙語者的開始年齡也比單語者慢 4-5 年。雙語者還較少認知上的異常，有些研究發

現多語組又比雙語組，更多些保護作用。

腦若不多用，功能會漸漸衰退，雙語及多語者，能「逼使」腦經常在使用狀態下。一聽到、一開口或寫，就會向腦的兩個或多個字彙庫去找要用的語文，又要把不一樣的語言分開，不斷地刺激腦。因此語言的執行控制能力，雙語 / 多語組就比單語組好。後來發現不只是語言，其他的視覺、空間或數目方面易混亂的情況的控制，也類似地較好些。

這樣可說雙語會使人變聰明，越早開始學習雙語，越可促進腦的發展。以後的生活、職業或處理事務上，尤其面對分心困擾、要決定不同的可能性或要選擇時，雙語者較有優勢。越早開始學習雙語，這種執行能力越好。最近 *Newsweek* 有篇文章〈為何會雙語是聰明的決定 (Why it's smart to be bilingual)〉（註 7），副標題還說：腦的最好真食物可能是學習新語言 (The brain's real super-food may be learning new languages)。

雖然文獻的早期報告主要是歐美語言，不過以後的報導，亞洲語言也類似地一樣有效果，如印度、馬來西亞、中國（粵語 / 普通話）及新加坡等地的研究。只找到幾篇用英文寫台灣的此類研究報告，台灣可能很少這類的學術研究。看到一報導，三語（台、日、華）群比雙語（台、華）群，失智症延後約兩年才發生（註 8），還發現較少教育者，精神狀態

(mental state) 在三語群稍高分。另一文只用兩病人來解釋，多使用另一語言（日文）對失智症可能有益（註 9）。

雙語者在經濟及性格上的好處

最近的研究還發現，從小雙語及多語環境長大者，不但心智發展上有優勢，以後就職時，經濟上也有好處。瑞士及美國的研究，在同樣社會經濟教育情況下，雙語者的薪水較多，有的甚至還算出幾年前在美國雙語者比單語者多約 \$3,000 的年薪。

性格上，雙語及多語者較開放，較有同理心及較少情緒化等好處。雙語及多語者，更容易接受不同的文化。另一項大好處，雙語者更容易學另一新語言。這點應該是很重要的好處，就以台灣為例，若早早是雙語者，譬如學會華語及任何本土的福老、客家、原住民語言的小孩，以後學英語、日語或其他語言，比單語長大者容易多。

在多語言地區，多學一種語言，當然社交及職場上會更廣泛，更多機會。這樣對個人的事業以及家庭的經濟，都會幫忙不少，到各地旅遊會更愉快。歐洲有些研究，還發現會更多語言者，比雙語者有些的好處。

沒去詳查其他的好處，只看手上對健康有好處的檔案，就看到有雙語及多語者較少注意力不足過動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD)，有這

種 ADHD 問題者，大都跟腦執行能力有障礙，雙語及多語者一般而言，較少這類障礙。另一雙語及多語者的好處，中風後的認知上 (cognitive) 恢復較好。

多國家語言的瑞士，多項第一

瑞士的國家語言有四種，即德語、法語、義大利語以及羅曼什語 (Romansh)，羅曼什語的人口，在瑞士只約 0.5%，全國公投時，其他 99.5% 瑞士人，贊同通過這 0.5% 人的語言為國家語言，可見瑞士人較有同理心及心胸寬大開放，因此弱勢語言不會受歧視，不同語族更會互相學習，很多瑞士人是雙 / 多語者。

瑞士位於地瘠的山區小國，不管科學、經濟、生活品質等，都是名列世界前茅，超過世界各大國。人均國內生產總值 (GDP; gross domestic production per capita) 將近 8 萬美金，世界中名列前茅。科學類諾貝爾獎，已有 26 名得獎人，瑞士人口只 8 百萬，人均來算，諾貝爾獎可說遙遙領先的世界第一名。

為什麼瑞士會有上述的成就？有的研究報導說，因為瑞士語言多，而且都成為國家語言國！有一研究估計瑞士的多語政策，使國內生產總值 (GDP) 增加 10%。台灣早就是多語國家，應多向瑞士學習其語言政策，將來就可能跟瑞士一樣，國家會更富足、進步及和諧。

為何說 “Pride and Prejudice”

上面大部分提雙語及多語的好處，還提到從前的研究，認雙語不好，其實是研究方法不當。這是我的偏見嗎？所以想也應該查看最近的研究，雙語及多語有否負面及劣點（disadvantage）時，看到些可參考的資料。

其中之一是對認知能力減退或失智症，雙語有否效果的系統分析（A Systematic Review and Meta-Analysis.），此文的三位作者服務於英國 University College London 的精神科（註 5）。看其摘要的結論是說雙語不能保護認知的減退或失智症（did not find that bilingualism protects from cognitive decline or dementia）。明說是系統分析後的結論，應當有不少的份量，特別去找原論文看，也找到兩篇對此分析的評論（註 1,10）。

上面早提過，有人評判時說有 pride and prejudice 的故事（註 1），5 位批評文的作者是比利時 Brussels University Hospital 及 Ghent University Hospital 的神經學專家或 Ghent University 的心理學家（註 1）。他們批評原論文作者分析 13 篇論文，5 篇是前瞻性（prospective）及 8 篇是回顧性（retrospective）的研究。前瞻性 5 篇中的 4 篇，顯示從失智症首先有症候發作的年紀，雙語與單語者沒有差別，但是 8 篇回顧性的 7 篇的有數據顯示，雙語者比單語者，慢 4-5 年發生失智

症，所以有保護作用。

英國原論文作者，以回顧性的研究不能控制病人的文化背景及教育程度理由，完全不採用回顧性研究的數據，只用 13 篇中的 4 篇前瞻性研究數據，就以系統分析來下結論，說雙語者對延後失智症上沒用。比利時的批評者說（註 1），回顧性研究大都有控制文化及教育的因素，而且前瞻性的論文中，有些數據也認為有效果。可是英國作者完全不採用雙語有效的數據，只採用前瞻性論文中，沒效果的數據而下結論。

在網路上找到的另一批評的文章，兩位作者在加拿大 Toronto 的 York 大學心理系服務（註 10）。他們從統計學、觀念上 (conceptual) 及方法上來評論，也評判上述英國的論文作者們「偏見地」拋棄雙語會有作用的數據，只採用自己要的沒有效果的數據。上網去 PubMed 上搜尋，沒看到英國作者們回應這兩篇批評文。

Pride and prejudice

來自比利時的評論文的標題用“A Story of Pride and Prejudice”，雖沒看到文內寫為什麼用 pride and prejudice 為題目名。比利時的作者一再批評那論文採樣的偏見，還在文章最前頭的前言中，很不滿地說英國論文作者，還根據這很有偏見的結論，寫出推薦：「公共衛生界因此應取消以雙語當作延緩失智症的策略（public health policy should

therefore remove recommendations regarding bilingualism as a strategy to delay dementia) 」。

會有上述這些問題的討論，基本上仍是「意識型態」作祟，國際上對語言仍有 pride and prejudice 的意識問題！當我看那篇文章時，也感到英國研究者有偏見。不止英國，在這方面的研究，美國發表的也類似地比較多，雙語及多語者，沒有減緩失智症的報導，沒有保護作用。

根據同樣的 13 篇論文，這 5 位比利時批評者的結論反是相反地寫「論文有相當實質證據，雙語對認知減退及失智症有影響」（the literature offers substantial evidence for a bilingual effect on the development of cognitive decline and dementia）。到底是誰有「偏見」？還是都有「意識形態」的「偏見」問題？

沒深入去探討，以上所寫可能是看到不少論文的印象而已。歐洲大陸、亞洲及加拿大東部等雙語／多語的國家或地區，較多雙語有益處的報導。是否英美兩英文大國，可能比較認定英文可唯我獨尊，其他語文無甚意義？因此而較有「偏見」，較多否定雙語好處的論文，不認為雙語及多語者，對認知的衰退及失智症有保護作用。

比利時批評英國論文的作者時，用了“A story of pride and prejudice”於題目中（註 1），除他們的「偏見」外，也

想講三位英國作者的 pride，這樣用「傲慢」翻譯較好。Wikipedia 中寫小說中的 pride and prejudice 不是只指男主角的 Darcy 先生，一樣也指女主角的 Bennett 小姐（註 2,3）。比利時的作者們的 pride 是否另種「自負、自豪、榮耀」的翻譯？雙語及多語者，應該會 pride，不過不是「傲慢」而是感到「光榮」的 pride 罷！

結語

因看到有「學習本土語言會摧毀台灣人思考能力與邏輯」的論調，很不以然，多方找資料時發現，多多學習本土語言有很多的好處，寫過些文章介紹（註 6），也趁機於上面討論。因找到一篇文章，批評一系統分析的結論，認那論文的雙語及多語對認知的減退及失智症沒益處，是有 pride and prejudice 的問題，所以寫出上述的感思，國外的研究語言也有「意識形態」問題！

雖是「意識形態」的偏見作怪，國外的還只是較中性地，主要強調雙語／多語沒有效果，不像台灣有惡意，用「本土語言摧毀思考能力與邏輯」般的論調。所以順便再強調多學多用本土語文的很多好處。自己很認同而且去實踐，努力學習本土語言。希望大家於有人詆毀及攻擊本土語言的惡意宣揚中，更瞭解多學多使用本土語言（母語），給大家帶來更多的益處。

參考文獻

- 1) Woumans E, Versijpt J, Sieben A et al: Bilingualism and Cognitive Decline: A Story of Pride and Prejudice : J Alzheimer's Dis. 2017; 60 :1237-1239.
- 2) Pride and Prejudice. In Wikipedia website :
https://en.wikipedia.org/wiki/Pride_and_Prejudice (2019.3.25)
- 3) 傲慢與偏見 (華文版) In Wikipedia website : [https://zh.wikipedia.org/wiki/ 傲慢與偏見](https://zh.wikipedia.org/wiki/傲慢與偏見) (2019.3.25)
- 4) 學習本土語言會摧毀台灣人思考能力與邏輯? In 民報網站 : <http://www.peoplenews.tw/news/7dfcda99-c56c-4492-b0eb-9a4b53d1b888>) (2019.3.25)
- 5) Mukadam N, Sommerlad A, Livingston G : The Relationship of Bilingualism Compared to Monolingualism to the Risk of Cognitive Decline or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimer's Dis. 2017; 58:45-54.
- 6) 朱真一：從歷史文化看台灣人尤其客家人的健康問題。客家雜誌社。台北市；2019。
- 7) Schwartz C: Why it's smart to be bilingual. In Newsweek 網站 : <https://www.newsweek.com/why-its-smart-be-bilingual-67163> (2019.3.25)
- 8) Liu YC, Liu, Yip PK et al: Speaking one more language in early life has only minor effects on cognition in Taiwanese with low education level: the Taishan Project. Psychogeriatrics. 2017;17:256-261.
- 9) Liu YC,Yip PK, Fan YM et al: Potential Protective Effect in Multilingual Patients with Semantic Dementia: Two Case Reports of Patients Speaking Taiwanese and Japanese. Acta Neurol Taiwan 2012; 21: 25-30。
- 10) Grundy JG, Anderson JAE.: Commentary: The Relationship of Bilingualism Compared to Monolingualism to the Risk of Cognitive Decline or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Aging Neurosci. 2017. In Internet : <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00344> (2019.3.25)

我如何不成為一位醫生

◎文 / 臺北醫學大學附設醫院精神科駐台東孩子的書屋諮商心理師 馮彥翔

從國中開始，我就被家人、師長灌輸一個觀念：成績好，考雄中，讀醫科。在唸書考試優先的學習成長歷程中，自己喜歡什麼、想要什麼，從沒好好思索過，好像也都不是那麼重要。在國、高中的六年間，印象中也沒有經歷過什麼職業性向探索，去認識自己，或者認識更多科系、更多職業、這個社會的更多面向，反正認真唸書、準備考試，最後把前面幾個志願填一填就是了。

在學測成績放榜後，我要申請學校時，找了當時的生物老師寫推薦信，生物老師語重心長地問我：你知道醫學系在做些什麼嗎？你真的想要唸醫學系嗎？真的想要當醫生嗎？當時的我像是被什麼大石頭突然擊中那樣，腦中一片空白——我的確完全沒有思考過，也回答不出這些問題。但我當時也說不上自己真正有興趣的會是什麼、想要填什麼科系，後來還是被父母「說服」，填了醫學系。

上了大學之後，離開家裡，內心像是突然空掉那樣。我不知道自己有興趣的到底是什麼、想要的是什麼，對於上課讀書考試就應付過去，更多時候好像在遊蕩著，沒有歸屬感。那時我因為普通心理學課程要求，要去「體驗」個別諮商，我才第一次知道有諮商心理師這個職業，以及知道諮商是怎麼一回事。

同時我也加入了心理諮商中心的義工團，在活動中開始練習自我探索、練習分享、練習去聆聽與理解他人；和諮商中心的心理師們相處也讓我經驗到一種以前不曾有的互動方式——他們會不帶太多的教條、指導，告訴我怎樣才是合宜的思考或者感受方式，而是很真實地想要理解我的想法與感覺。經過這些對話、自我探索，我慢慢地比較了解自己，能夠貼近自己內在的想法與感受，而不是一味地順從外在主流價值或權威的聲音。像是把原來全白甚至透明的自己，慢慢塗上自己想要的顏色和圖樣。

諮商的世界看起來很寬廣、很自由、很尊重、很溫暖。我開始被吸引，也開始想著也許自己也能成為心理師，用這樣的方式來陪伴、協助他人。但這樣的想法，最終還是被醫學系吞噬掉——也許畢業之後再考慮當精神科醫師吧，當時的我是這麼想的。

大一到大四的課程，大多還是在上課、唸書、考試，雖然不覺得有興趣，但也不至於排斥；沒有辦法拿書卷獎，但也不至於讓自己被當掉。就這樣到了大五開始進醫院見習，我才真正體驗到醫院的生活。一切都好匆忙，在被排定的課程之間跑來跑去，課程之間的空檔又必須要自己很積極去找機會學習，以及額外找時間找資料、看文獻，一整天下來常讓人覺得是

忙碌且混亂的一好像忙了一天，卻也很難說清楚自己到底做了什麼、學到些什麼。

大六開始實習後，比起見習，更清楚自己該做些什麼，卻也常被這些該做的事情壓得喘不過氣，下班後只想放空，羨慕著其他同學還有多餘心力讀 paper，我卻只想要好好放假。我好像必須不斷削減自己，像削足適履那樣，切割掉許多的慾望、想法，才能適應醫院的步調還有工作——但我明明好不容易才學會「好好做自己」，怎能又輕易放棄。慢慢地，「想要離開」的念頭越來越強烈。

自己到底適不適合繼續走下去？這個問題讓我產生了很多掙扎。我確定我想要唸心理諮商，但我不確定自己是否就要這樣離開醫學系。都已經讀這麼久了，就要這樣放棄嗎？別人都可以過得好好的，為什麼我不行？就算轉換跑道，就真的會是我想要的嗎？如果到時候又發現其實不喜歡該怎麼辦？就算真的喜歡，畢業之後會不會找不到工作？這些問題瀰漫著，不只我會如此質問自己，和家人溝通時，他們也提出了類似的疑問。要做自己的渴望、對自我的要求與質疑、家人及主流價值觀的壓力、對未來的不安，在我內心造成極大的混亂。我好像必須承認自己是個殘缺品，才能給予自己一個放行的機會，允許自己走到一條人們認為沒那麼好的路。

終究我還是離開了，承認自己已經到了某種極限，已心力交瘁無法再撐下去，幸好之後順利考上了心理諮商研究所，總算給自己開了一條新的路。剛進研究所時，還常覺得自己是逃出來的，質疑自己的能力、懷疑自己的選擇，也無法把這樣

的想法告訴他人。但慢慢地，上著自己喜歡的課、讀自己有興趣的東西、老師和同學們創造出的友善氛圍，我越來越確信自己是喜歡這個領域的。

但安心並不是長久的。在尋找實習機構不順利、找工作不順利時，我又會陷入低潮中，再度質疑自己，會不會自己真的能力不好？是不是該乖乖留在醫學系？會不會忙到最後一場空？還在唸研究所時就看著大學同學結婚、買房，自己的未來在哪裡都還不知道。這樣的不安定和迷惘隨時蟄伏在心底，不知道在哪個契機又會突然出現。幸好一路上還有朋友、同學、師長的陪伴與支持，以及不斷重新確定自己對心理諮商的熱忱，才一路走了過來。

直到現在，有了一個穩定的工作，工作內容也是自己喜歡的，才比較能安在於諮商心理師這個腳色，不再那麼容易懷疑自己的選擇，並且能夠繼續摸索自己未來想做的事、想走的路、想成為的樣子。

沒有成為醫生這件事，我自己和身邊的人都已鮮少提起，但我知道它在我心上如同一個疤痕，提醒著自己：我不是別人想像中那麼厲害的人，是靠著許多他人以及這個世界的恩澤（包括雖然不能完全理解但仍願意在經濟上支持我的父母、身邊的朋友同學師長、以及許多機緣——或者說上天／神靈的安排）才得以成為現在的樣子。我所能做的，便是把現在可以做的事情做好，陪伴有需要的孩子們，希望自己能夠成為他們生命中的養分，能夠長出更好的未來。

醫學與研究

◎文 / 成大醫學系六年級 曾慶芳



回顧過去六年，我並不是一開始就預期這六年是這樣過的，大一的我也沒想到今天的自己會是如此模樣。

升大一的暑假，和高中同學（已經唸完醫學系一年）興起參加國際醫學生會議學術代表國內甄選之念頭，當時主題是慢性疾病，於是我便主動寫信給腎臟科湯銘哲教授尋求指導。不過當時湯教授已經不在成大，便介紹宋俊明醫師給我們，在宋醫師的指導下，我們花了兩三個月的時間完成，也獲得了國內 Scientific Poster 第一名，因此得以前往南韓分享我們的作品。這不是甚麼大型的資料庫或實驗室研究，但卻是讓我往後踏入研究的契機。

大一時，我並不覺得自己特別想當醫生。（因為根本沒當過，怎麼知道自己喜不喜歡呢？）加上看到大家都是念醫學系、進醫院，然後一路爬升當到主治醫師，那時我不禁心想：難道念醫學系就只能這樣過一生嗎？於是，我開始會去聽一些前輩的演講分享，有轉行商業、音樂、科學研究等等各方面。聽完之後，根據個人興趣，寫下一些自己畢業後可能想做的事，開始去跟一些相關前輩做更深入詢問了解，也去了一些老師實驗室看看，但因為各種因素都待不久便離開了。

大二寒假時，突然覺得自己應該認真進一個實驗室做一項基礎醫學研究，了解

自己以後到底要不要走這條路，於是我主動寫信詢問當時別間實驗室學長推薦的吳佳慶教授。由於成大暑期研究限制每位教授指導學生人數，於是當時跟吳教授討論後，便決定申請大專生研究計畫，研究執行為期半年。不過為了申請這項計畫，於大二下期間我先學習各種實驗技術以及閱讀論文，大三上開始做研究，大三寒假申請這項計畫，升大四暑假開始執行，於大四下結案。這兩年對我來說是醫學系六年裡最累的兩年，常常早上四五點起床到實驗室做研究，或是半夜一兩點才離開，研究成果還常常令人失望。這兩年課業表現也不若其他四年亮眼，但卻是我個人認為大學生涯裡做過最棒的決定！從中我學習到如何和實驗室團隊合作、該如何長期完成一項獨立研究、時間管理，以及我深刻認識到自己並不希望往後數十年做基礎醫學研究，反而是想以醫生工作為主，從臨床出發做相關研究，幫助病人。這跟執行一兩個月的暑前研究有很大的不同，通常短期研究會帶有對研究的興奮感，而長期研究才比較能真正了解執行研究的酸甜苦辣。

確定個人未來想法後，我便希望能在進入臨床後嘗試做資料庫研究，以具備相關能力。進入臨床後，我便尋求醫院導師指導，順便參與成大暑期研究計畫，同時也於假日進修研究所開設的臨床研究相關

知識技能課程。會想於畢業後至美國進修臨床研究相關知識技能，一方面是為了個人往後生涯規劃，另外就是為了更加自我精進、開拓視野，帶給病人更好的照護。

記得剛進大學時，林志勝醫師曾經說過：「這裡是個擁有各種寶藏的地方，就看你能挖出多少。」我個人的想法是，唯有透過實際長期參與，才能真正了解自己適不適合、喜不喜歡，就跟談戀愛一樣。而且，只有學生才特別擁有這些特權，當你畢業後，想做一樣的事，就會困難許多。

大學期間，透過寒暑假到國外進修或參加會議，我發現身為一名醫生，除了提供病人良好照護，過研究不斷去質疑思考現今臨床治療計畫，降低我們做決策中對病人的負面影響，提供更好的治療，是我想做的事情。雖然經常會擔心自己在臨床專業和研究之間無法平衡，但這六年一路走來，雖然常常會有做不好的地方，但我能感受到在這過程中透過不斷學習，有越來越好的趨勢，因此雖然無法做到完美，我卻喜歡這樣不斷進步的自己。

感謝成大提供的豐富資源，孕育了今天的我。

感謝主的一路引領，能在大學認識自己，找到自己熱愛的事，是件特別幸福的事情！

4 Undergraduate Nursing Students' Journey to Find Secrets of Taiwanese Hospice

韓國慶尚大學護理系學生安寧參訪

◎文 / Suyoung PARK



We are now witnessing rapid growth in medical technology. It even conveys the false image that there is no defeat over disease. However, as we are mortal and as the current medical technology is yet imperfect, there has to be a profound

consideration of the end of life care. As hospice is one area of end-stage care, we got interested in it. To find answers to improve hospice care in Korea, we applied for our university's funding program, 'Global Pioneering Program', which required us to set the research topic and the visiting nation. The destination had to be Taiwan because it is known to have no.1 hospice care in Asia and it shares a more easily relatable culture.

On January 22nd, we were provided a hospital tour of National Cheng Kung University Hospital (NCKUH), especially the hospice ward. The secretary, Ms. 張喬青 explained the history of NCKUH and its remarkable achievements. When we arrived at the hospice ward, Dr. 邱威鑫 welcomed us. With the help of translation provided by the Reverend



Father Maximilien Marie (畢度神父) and 姜炅兌 修士 from the Congregation of Saint John Apostle, we had a look around the hospice ward.

Dr. 邱威鑫 explained the procedure of planning patient's hospice care and various medical devices for relieving patient's pain. All of the facilities were carefully provided. A praying room, room for the family consultation and even the fish tank had its purpose; giving the patient a chance to think about life. We saw many other facilities as we followed Dr. 邱威鑫 guide and there are three things I realized.

Firstly, I could see the devotion and passion of donors and volunteers toward hospice. On one wall there were trees decorated with many golden leaf plates of different sizes. It had a donor's name on it. I could feel the donor's wishes to help the growth of hospice care. Also, on one side of the hallway, there were photos of current volunteers. It was impressive that the volunteers were required to undergo a certain period of education, placement, and even qualification tests. It was inspiring to hear that many volunteers devoted their lives to helping others even in their post-retirement years. I think these donors and volunteers are one of the key factors of advanced hospice care in Taiwan.

Secondly, it was surprising to learn that the ratio of nurse to bed is 1 to 1 in hospice ward. Such a high ratio would be a huge help to the patient. It would allow for the patient to easily talk about one's pain and thoughts



because they don't have to worry about whom to tell. Also, the nurse would learn more about the patient and thus give more patient-centered care. Later on, with Prof. 賴維淑, we discovered that this was actually required by the law. I believe this is what Korea should improve upon.

Lastly, I could see that the hospice care was not just about the patient but also the family. During our tour, we saw a room for the family. It was interesting to see a dollhouse there. Dr. 邱威鑫 explained that the psychologists and medical staffs would engage in role play to see how the patient's child was handling the concept of death. And also, to get an idea of the role within the family. He

said that this kind of information would be considered when giving care to the patient. Another thing that is very remarkable was the use of massaging bathtub. Dr. 邱威鑫 said that a patient and his/her child would have an intimate time and an opportunity to gain mutual understanding.

After meeting Dr. 邱威鑫, we met Prof. 賴維淑 and one of her master's students, 劉梨榛 who is currently studying hospice care. After receiving a warm welcome, we watched a short video about the hospice ward in NCKUH. We established a clear understanding of teamwork and sincerity of hospice care in this university hospital.

Then, Prof. 賴維淑 and the master's student, 劉梨榛 enthusiastically shared their ideas of Taiwanese hospice care. One thing that they both stressed was combining hospice care to all medical field. Prof. 賴維淑 suggested all medical staffs regardless of their department to have

the ability to provide hospice care to the patient. She continued with the example of a pediatric hospice patient. Because it is easier for the existing pediatric care team to understand the child patient, and also because the child has accumulated past relationship with them, she said that hospice care provided by the pediatric team would be of more help to the patient. Therefore, she proposed hospice care to be provided in every ward rather than in a separate hospice ward. Because we simply thought Taiwan's relatively abundant number of hospice ward as the key aspect of flourishing Taiwanese hospice care, we found this proposal very impressive.

With this viewpoint, she stressed the importance of universities' role in training their future medical professionals to understand the concept of hospice care. So hearing that this university encourages undergraduate nursing students to

gain experiences related to hospice care, we could know how much the hospice care is emphasized even in an early educational period.

Our journey to finding the secret of hospice care was worth all the time and effort. I think the secret, after all, is the keen interest. Without people's attention, close cooperation between the government, hospitals, NGOs, and universities would not have happened. Volunteers wouldn't have helped and donors wouldn't have contributed. And I believe this passion over hospice care is what led Ms. 張喬青, Dr. 邱威鑫, 畢度神父, 姜炅兌 修士, Prof. 賴維淑, and 劉梨榛 to spare their time and effort to let us learn more about hospice care. I would like to thank all the people who have helped us directly or indirectly. We learned so much from this journey and I hope this experience would someday act as momentum for bringing out the changes.

泛文化交流

海外實習澳洲南昆士蘭大學生活體驗

◎文 / 護理學系 楊 月、王美卿、蔡美利、江昆原、劉梨榛、潘涵玗、
林 欣、潘安妮、楊善淳、萬子語
教 師：高綺吟 助理教授



出發 - 老人居住理想國度 ~ 澳洲

艷陽高照的台灣七月天，我們整裝出發前往了久聞健康照護制度相當健全的国家 - 澳洲，展開我們新奇的多元文化實習生活體驗，坐著夜班飛機一路昏睡到達了澳洲布里斯本，下飛機時，看見的是一片陽光普照的蔚藍天空，但卻感受到有別於台灣炙熱的氣溫。沒錯，台灣的夏天是澳洲的冬天，我們即刻感受到的是從 30 幾度的熱度下降到 10 度左右的溫度。幸好，在出發前，綺吟老師已經在課程中幫大家做好充足的澳洲食衣住行介紹準備，因此，對於氣候的轉變一點也不意外，披上大衣，便開始我們的新奇之旅。

南昆士蘭大學 (University South

Queensland, 簡稱 USQ)，共有三個校區 (Toowoomba campus, Springfield campus & Ipswich campus)，其中，Toowoomba campus 為校總區，亦是我們進行泛文化交流的主要校區。USQ 秉持澳洲政府政策，以輔導學生的生涯導向做為教學理念，強調理論與實務並重的教育模式，讓學生在畢業後即能銜接職場要求，是個學習澳洲健康照護系統十分理想的場所。帶著期待的心情，我們來到了 Toowoomba campus，與 Home-stay family 有了第一次的相見，這也是個十分有趣的經歷，與陌生的外國人成為一個月的家人，一起吃飯生活，分享日常的生活點滴，著實令人難忘。



學習 - 知識與人文

USQ 的學習課程十分豐富多元且緊湊，除了體驗當地文化了解當地生活習慣與用語，也針對我們的護理專業領域安排相關參訪，如結腸造口社區機構、私人社區型安寧照護機構以及開業的助產士診所。參訪過程發現即使是社區機構照護中心，在環境的設計一個以家為概念的醫療環境，讓患者感受到家的溫馨，此外社區型機構的設置不但便利民眾就醫與諮詢，反觀台灣缺少這類相似的社區型機構的設置，使得台灣癌症民眾缺少可近性醫療機構，也因此造就大醫院一床難求或浪費醫療資源現象，所以應該針對台灣罹癌最高疾病設置社區型機構以減輕大醫院的人力負擔，近而提升醫療照護品質。

此外澳洲助產士擁有高度專業，感覺到澳洲民眾對於助產士的專業有著高度的信賴，澳洲護理工作確實令人嚮往。文化差異對於醫療的需求也會有所不同，在

澳洲的婦女產生方式是透過 GP 的轉介，若是公立醫院生產是原助產士團隊進行產前檢查，若是私人醫院則可選擇婦產科醫師進行產前檢查。生產的過程經醫生評估後無生產風險可以選擇水中生產，在待產的過程中自由選擇另類療法如催眠減輕待產過程的不適，這些另類療法在澳洲是合法。

澳洲民眾對於從事社區服務的相關活動參與度極高，台灣可以借鏡經由里長招募退休的民眾擔任該區志工協助社區年長者的照護，對於已進入高齡化的台灣，在社區長期照護人力不足之下提供一些棉薄之力，讓這些退休的民眾感受到他們被社會的需要和重視。此外，澳洲對於老人照護機構皆很重視家屬的喘息服務、住民的懷舊治療或寵物治療，並將這些照護理念落實於臨床實務上。台灣的長期照顧機構雖然有這些照護理念，但並非都能落實，如何結合人力資源，強化長期照護機構的



照護理念，是我們需要再努力的方向。

澳洲的教育相當重視專業技能的發展，故此次課程也有包含技職體系(TAFE)的參訪，TAFE 提供學生在該專業領域中所需要的硬體設備，使學生可以將課堂上的理論付諸實踐，利用他們所設計的各種臨床實驗室、沙龍、培訓餐廳、動物照顧、健身房和創意空間等等。讓學生或者已出社會的工作者，其技能需要再精進時，可以有充分模擬演練的管道，並獲得相關認證證照。深感臺灣許多技職學校提供學生專門技能學習的設備有時很難以符合現實工作環境，以致於學生畢業後進入職場發現許多的落差，建議對於培養專門技能的學校除了目前有產學合作方案外，學校的技能設備要更能趨近現實工作環境。

我們還參觀了當地的喪儀社(Burstows company)，從建築的外觀完全無法趕受到它是一間殯葬禮儀社，環境相當的明亮與乾淨，服務包含從接送往生者，還有追思會的訃聞印製，直到最後的火化過程及入殮，該公司全程在同一個地方舉辦。台灣卻不是這樣，讓我最驚訝的是訃聞的製作，就如同在翻閱一本個人的歷史故事書，裡面有死者的生平，還有相關的個人或者家庭照片，讓人看了倍感溫馨。澳洲與臺灣的喪禮最大的不同是，他們常快速簡潔的辦完喪禮，一般約 2 到 3 天完成。但是，家屬在喪禮結束後，便返回工作崗位，其身心的調適是需要持續被關心的。

簡單、慢活 - 休閒的人生

澳洲，是人文氣息相當濃厚的地方，就環境而言，十分符合人類需求，一整個舒適的概念，想想，促進舒適，不就是護理人對照護的信念嗎？在實習期間，我們曾經問過 Kate，所謂澳洲文化的代表是甚麼？Kate 略思考了一下，而後笑著說，她想，所謂的澳洲文化，就是休閒吧！輕鬆的生活就是他們的日常。這裡的居民生活作息是早睡早起，到了晚上就沒有什麼夜生活或是超市，因為澳洲地域寬廣，往往上班的通勤時間較久，所以隔天需要早起上班或是接送小孩上學。下班後的娛樂除了偶爾的音樂劇等，就是戶外活動及家庭為主的活動，如：看電視、看球賽、看晚間新聞，假日沒有小孩的頂客族可能會去到處遊山玩水親近大自然，有小孩的



家庭就會以小孩為主進行家庭活動，跟在台灣的快速的生活步調有很大的差別。這裡的家庭生活非常緊密，反觀臺灣，家人若分別在不同城市上班，通常只有特別的節日才會整個家族聚在一起。很喜歡澳洲簡單、慢活，以家庭為主軸的生活哲學！

我聞、我見、我思 - 具體收穫

此次泛文化交流課程可謂學習成果相當豐碩，其收穫包括：1. 增加新知：溫柔生產（催眠生產）我想是一套十分新的生產理念，運用教育催眠大腦對於身體刺激重新解釋，重新解釋生產是個美麗舒適的過程，與疼痛無關，相當值得推廣；2. 增進創造性思考模式：機構照護環境及設備創新，護理之家的設置融入家的概念、擁有個人隱私空間、放鬆休閒的概念值得推廣；3. 了解何謂護理人員友善環

境建置，在醫療照護環境中提供護理人員休息室，讓繁忙的護理照護工作有喘息的時段，護理人員應值得更人性化的對待；4. 創新照護模式：用機器替代搬運病人，避免護理人員職業傷害。雖然此次海外實習學見識澳洲的照護優勢，但是，就醫療便利性而言，台灣的醫療一點也不比澳洲差，只是友善度不足。經過這次的參訪，可以更加瞭解如何建構一個人性化、符合需求且量身打造的醫療環境。立足成大，放眼世界，未來可以藉由此次的海外實習經驗，做為照護研究方向，探討如何改善台灣過勞的醫療環境，使其符合臺灣護理界的期待，以及社會大眾對於醫療環境的需求。很感謝學校能給我們這樣好的學習機會，也期待日後，學校能有更多的機會提供學生們可以進行海外研習課程，增進學生們宏觀的視野。

馬來西亞吉隆坡班台醫院物理治療部門見習

◎文 / 物理治療碩士班 劉婕妤、李柏融、李秀娥



圖：與復健部門主管合照



圖：從治療室往外看的景觀

2019 年的冬天，在經歷四個小時的飛行之後我們來到了與台灣約 3000 公里距離，四季如夏的馬來西亞，此次到馬來西亞是要到吉隆坡當地的班台醫院 (Kuala Lumpur, Pantai hospital) 進行物理治療見習，目的是為了獲得臨床上的交流，了解彼此國家的物理治療業務。

吉隆坡班台醫院是馬來西亞當地的一家私人醫院，也是班台醫院體系的其中一家分院，我們的見習單位 Pantai integration rehabilitation 並不屬於班台醫院管轄，而是醫院與外面的承包商簽約之後，再派遣治療師至醫院服務。他們執行的業務領域大多與台灣相同：骨科、神

經、心肺、小兒以及病房，不過執行的方式上卻有著大大差異，其中與台灣最不一樣的就是骨科及病房。在骨科物理治療方面，因為馬來西亞沒有健保，因此他們的治療計劃多了許多自由性，許多當地的治療師們以運動做為主要的治療計畫，所以他們的治療室中擺放最多的就是肌力訓練以及有氧訓練用的運動器材，而非電療等儀器。他們還規劃了進行徒手治療時的個別房間，以提供治療師以及患者足夠的私人空間；而在病房物理治療方面，他們有將近一半的治療師的工作都囊括了病房治療，病房裏不僅有物理治療師也有職能治療師或是語言治療師，相反的，台灣會在



圖：復健部門的華人尾牙聚餐

病房進行治療業務的治療師並不像馬來西亞這麼多元，一來在台灣一個復健部門的治療師人手不像馬來西亞的一個單位來的多，二來一天的照會數量也不算多，而且大多都照會的是物理治療師幾乎很少會有職能或語言治療師參與，因此我覺得這一部分是台灣可以學習的。從病人住院時期的復健照顧，到出院後的訓練介入，能使患者達到最大的回復，並搭配多專業的團隊合作以及溝通，除了能瞭解患者詳細的狀況，也能找出最適合的治療方針。

透過這趟見習終於能夠瞭解像馬來西亞這樣無健保國家的醫療系統以及其物理治療與台灣的不同之處，而馬來西亞過去

也曾獲為全球醫療品質最佳的國家，其中的確也有許多值得我們學習的地方，因此這是個很棒的見習經驗，期待之後還能有機會與他們繼續交流。