

# 出國報告（出國類別：醫療服務）

## 緬甸醫療服務長期駐點計畫

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院

姓名職稱：江孟穎護理師

派赴國家：緬甸

出國期間：108.06.22-108.08.01

報告日期：108.08.01

## 摘要

本計劃案由國立成功大學醫學院附設醫院與位於緬甸仰光的 International Emergency Service of Parami General Hospital(派樂米醫院國際急診醫療服務)共同合作之長期醫療駐點計畫，今年度計畫為期四個月，派遣三名護理師依序前往緬甸進行學術交流及指導，透過臨床實境觀察、晨會報告及個案討論等方式進行探討，駐派期間可觀察到雙方的醫療環境差異甚大，醫師、護理師及護佐的職責不同，人力短缺問題嚴重，執行醫療工作方式及環境亦有待改善之處，問題多數導因於經濟，因此改善幅度於現今緬甸的經濟條件下將有所限制，在此報告中將會呈現此部分並敘述派駐期間所觀察到的流行病學現況。

# 目次

|                     |    |
|---------------------|----|
| 壹、交流單位簡介.....       | 1  |
| 一、醫院簡介.....         | 1  |
| 二、計費原則.....         | 1  |
| 三、人力配置.....         | 1  |
| 四、治療過程.....         | 2  |
| 貳、目的.....           | 2  |
| 參、過程.....           | 2  |
| 一、環境.....           | 3  |
| 二、垃圾分類.....         | 5  |
| 三、抽血檢驗及靜脈留置針放置..... | 5  |
| 四、傷口換藥.....         | 6  |
| 五、手部衛生及個人防護.....    | 7  |
| 六、病人辨識.....         | 7  |
| 七、給藥.....           | 8  |
| 八、轉運分級.....         | 9  |
| 九、急救過程及教育訓練.....    | 9  |
| 肆、回饋問卷分析結果.....     | 10 |
| 伍、討論.....           | 12 |
| 陸、心得及建議事項.....      | 12 |

## 壹、交流單位簡介

### 一、醫院簡介

Parami General Hospital(派樂米醫院)為仰光的一所私立醫院，初期病人以兒童為主，現今除原本的兒童照護外，亦提供成人醫療服務，此外針對在緬甸的外籍人士設立門診致力於發展國際醫療，醫院設有電腦斷層、核磁共振及各類鏡檢，另外也有各類門診及血液透析部門，International Emergency Service of Parami General Hospital(派樂米醫院國際急診醫療服務，以下簡稱 IES)為三間醫院共同合作成立，每日病患依季節流行病學的不同，就診人數可在 10-30 人之間浮動，外國人與當地緬甸人的比例約 1:5，設有 4 張病床，醫師及護理師皆有良好外語能力，駐派期間皆能以流利英語良好溝通。另配有兩輛救護車，協助救護與病人轉送。

### 二、計費原則

此為私立醫院，且緬甸無官方提供的健康保險，所有醫療用品及治療費用皆自費，計費項目如下：

- (一) Drugs and parenteral nutrition IV fluid(藥品及靜脈輸液)
- (二) Medical supplies (如酒精棉片、空針、針頭、導尿管等項目)
- (三) Lab investigation and pathology(相關抽血與各項檢體檢驗)
- (四) Diagnostic radiology and radiotherap (放射性診斷檢查)
- (五) Nursing and service fee(護理技術費)
- (六) Doctor fee for physician evaluation and management(醫師診療費)

### 三、人力配置

IES 目前共有 14 位醫師、2 位正職護理師(原為 3 位，7 月過後其中一位護理師因故離職)、1 位兼職護理師、5 位護佐、2 位藥師、6 位接待人員及 3 位清潔人員一同組成，其中醫師中有 3 位為資深醫師，3 人分別處理醫療、器材、行政等 IES 事務，2 位正職護理師共同處理護理端之行政工作，上班採 12 小時輪班制，在人力許可下，各班皆為 4 位醫師、1 位護理師及 2 位護佐值班。

## 四、治療過程

病患前來醫院就診，會先至櫃檯進行報到手續，填寫病人資料、印製貼紙，由護佐量測生命徵象並填寫於入院表單中，告知醫師有新病人同時會將此表單給予醫師，醫師之間無特定接病人順序，依照當下情況有空的人接手處理，醫師會至病床邊進行問診與身體評估並記錄於入院表單中，之後開立所需之檢查或藥物治療，抽血與施打靜脈留置針等，由護理師執行護佐從旁協助，醫師開立藥物後，藥師會配藥給醫師或護理師進行給藥，針劑藥物由護理師或醫師給予，口服藥物由藥師至病人床給予，若評估可出院，醫師會向病患解釋病情及返家衛教，口服藥物由藥師在給予返家藥物的時候衛教頻次、途徑、藥物作用等。

問診過程醫師會入院表單上書寫病患主要問題、身體評估結果及治療方式並載明看診開始、結束與各項治療時間，此紙本記錄會留存於 IES，另須於電腦輸入病人就診歷程，主要以紙本為主，待治療一個段落後才會輸入電腦中，於病人離院前會列印此次入院的簡單經過與執行的治療交由病患帶回，於下次追蹤時帶過來，護理師則是在紙本護理報告簡單書寫病患入院原因，若有特殊病況(如:急救等)會簡單闡述事發經過及後續處置，無須另外書寫護理紀錄。

## 貳、目的

此次參與國立成功大學醫學院附設醫院所合作的「緬甸醫療服務長期駐點計畫」，共為期四個月，分為三梯次，以下列為目標進行六週的觀察及交流：

- 一、臨床護理教育訓練及技術交流，協助制定臨床護理標準作業流程。
- 二、公共衛生調查及傳染病等資料收集，提供當地醫療衛生最新研究分析。
- 三、執行本院緬甸國際合作事務協調聯繫及其它指示作業事項。
- 四、每日工作匯報及成效檢討。

## 參、過程

筆者為今年度計畫的最後一梯次，在這六週中，若於臨床案例中發現可改善或有疑問處針對不同職責、各項技術、環境及規範，給予建議或提出討論澄清，總結前兩梯之成果報告內容評估問題是否改善或仍待追蹤，因本身是兒科護理背景，也與 IES 醫師討論兒科不同於成人科的處置

及當地母嬰相關政策等，此外前來的時間為當地流感與登革熱等疫情的高峰期，每日就診人數相對其他月份多，亦與 IES 討論有關病媒蚊控制等公衛議題，每周五為 IES 固定晨會時間，除 IES 醫師報告外，筆者也利用此時間分享，讓醫療團隊了解台灣醫療環境及不同的做法，在最後使用表單進行回饋及計畫檢討，做為未來計畫之參考。

## 一、 環境

### (一) 病床：

目前 IES 共設置 4 張病床，急救車與相關設備皆位在 1 號床，位置在醫師區域前方且空間也是最大的，2、3 號床則位在同一個區域，與 1 號床有一牆之隔，床邊設備只有簡單的氧氣，一般病患配床以 2、3 床為主，1 號床留給緊急或病況較不穩的患者，4 號床緊鄰醫師區桌子邊，且病床為不可移動亦無法調整高度的簡易型病床，因此除非其他三床都有病人，原則上較少使用，每個床位都有床簾可拉上形成獨立空間。每床會配置 1 組枕頭及棉被，再以拋棄式防水布單鋪設在外層，病人結束診療後，護佐會更換拋棄式防水布單。因派駐期前間為當地流感、登革熱及 chikungunya 疫情的高峰期，若為流感確診的病人，離院後該床位會拉上床簾並紫消，另外須隔離的病人離院後亦會紫消。

改善方案：每年 6-8 月為就診數的高峰期，常會出現需使用到 4 號床位的情況，醫師會針對目前線上病人的病況運用床位，若需調整時會親自跟家屬與病人解釋，同一病人的防水布單即使更換床位，護佐亦會協助換到新床位。棉被及枕頭使用後，若患者無需接觸防護，通常不會進行消毒，因有防水布單阻隔，通常不會直接使用枕頭及棉被，這部分目前無需改善之處，醫師清楚床位運用安排原則。

### (二) 換藥車、工作車及相關儀器：

目前有一台工作車、有兩台換藥車可使用，工作車放置各項耗材，位置固定在接待處旁，配置針劑藥物幾乎都在此執行，另兩台換藥車為可移動式的，一台放置各項消毒溶液，如生理食鹽水、優碘及 Chlorhexidine(氯己定)等，以及紗布、繃帶等，用於傷口換藥，另一台則是放置靜脈針或抽血時使用，備有各項針具、試管及血糖機，也有設置尖銳物收集盒。未使用時與心電圖、三合一監視

器、點滴架放置在 3 號床與護理人員桌子中間的空間，呼吸器與抽痰機固定放置在 1 號床，超音波儀器多放置在 2、3 號床中間的位置。

改善方案：礙於空間位置物品的放置較難有更動的地方，以目前的配置來說尚無有明顯的問題，大家也都習慣可以很快取得所需用物，儀器有固定點班並簡單測試，點班落實率高，但因呼吸器較少使用，因此建議可放置簡單的使用方式手冊於呼吸器上，若臨時需要使用呼吸器時可有對照的手冊查詢。

### (三) 急救車：

前一梯次及提到有關急救車品項繁雜的問題，且急救車桌面亦放置多項物品，因尚須支援電腦斷層室的部分業務，因此有設置急救包跟簡單的插管包另外堆放在急救車邊，跟據前幾梯次的建議改善後，此次於派駐期間皆有規則且正確點班，但品項仍繁雜且無固定常備量。

改善方案：目前已達到規律且確實執行點班，急救車物品仍需簡化，並重新規劃急救車物品位置，建立常備數量的規範，若在成本可負擔下，亦須將通條與葉片滅菌消毒。

### (四) 整潔：

清潔人員會每日進行環境整潔，若有較為髒汙的地方也會立刻處理，清掃的物品無特別分類(隔離/未隔離)，但這裡較少有隔離需求病人，因此未特別提出討論，環境部分因醫院大門口的入口處設有階梯，因此 IES 入口前的停車場是醫院唯一可以方便坐輪椅的病人或推床進出的出入口，出入人員繁雜，樓上病人的轉運也透過 IES 的出入口，雖然約 2-3 日就會進行消毒，IES 仍無可避免有蒼蠅出現。

改善方案：目前院方已在興建新的建築，預計落成後 IES 也將搬遷至新的位置，但興建工程粗估還要一年以上的時間，在此之前仍只能盡力改善目前環境，清潔人員會有空時會以蒼蠅拍驅趕蒼蠅，並且在開門後盡速關上減少蒼蠅飛入的機會，此外也宣導勿在 IES 內進食，可至設置在入口外邊的一個小空間用餐。

## 二、 垃圾分類

目前已有一般、感染及高度感染性垃圾桶的設置，也有尖銳物及針筒收集盒，新使用的紙製感染性垃圾桶，護理師及護佐執行工作後，會將彎盆中的垃圾分類，有些醫師進行治療後則未正確分類，另目前 IV set 會連同含有尖銳物的部分一起丟入感染性垃圾。

改善方案：垃圾分類多由護理師進行，抽藥後的玻璃瓶與針具使用，都是統一丟入尖銳物及針筒收集盒，較無分類錯誤的問題，目前紙製感染性垃圾主要丟棄針筒，但針筒亦可丟入塑膠製的尖銳物收集盒，在這部分院方並無強制的規定，說明台灣的分類方式，建議後續可再追蹤感染性垃圾的分類與後續處理。

## 三、 抽血檢驗及靜脈留置針放置

- (一) 醫師開立抽血檢驗後，護理師會口頭再次確認抽血項目，醫師會另外填寫抽血檢驗單勾選要做的項目，若是只需要抽血的病人，會以空針抽取檢體，由護理師及護佐一同執行，護理師戴手套進行抽血，護佐從旁協助，抽血時若只有一般項目只使用酒精棉片進行消毒，原則上兩片，視皮膚髒污程度再增加酒精棉片片數，抽血過程確實固定，移除針具後，偶會記得直接丟棄到尖銳物收集盒，抽血後使用 OK 繃止血固定。
- (二) 若是抽取血液培養檢體時，會使用換藥包並帶無菌手套，使用 Chlorhexidine(氯己定)及 iodine，兩種溶液進行消毒，有些護理師使用順序不同，消毒後以相同方式抽血。
- (三) 若病人需抽血並預計給予靜脈輸液，則會使用施打靜脈留置針並由靜脈留置針留取檢體，由護理師戴手套施打靜脈留置針，護佐協助遞物並將檢體打入試管，使用酒精棉片消毒，施打後偶會直接先壓住入針處前端再開始留取檢體，有時則會先貼上 op site 後再開始留取檢體的步驟，前梯次同仁提及會注射於病患關節處。

### 改善方案：

1. 前兩位同仁及去年來的同事都向 IES 人員說明過成大醫院的消毒方式，但此次前來 IES 仍維持酒精棉片消毒，考量院方目前無提供棉棒，若要更換為其他溶液消毒勢必每次抽血都要使用



換藥包，對病患的成本會提高很多，查詢實證相關資料並無不可以只使用酒精消毒之建議，反之不管是使用任何種類的消毒液都建議須待自然乾燥，亦及消毒時間更為重要，因此建議不管是抽血、施打靜脈留置針的消毒都應該要等待皮膚自然乾燥在開始進行。

2. 經與 IES 護理人員討論後發現，他們有一張醫院檢驗科給予的單子，上面條列說明如何留取 blood culture 的檢體，其中消毒部分需使用 solution 1(soap&water)，solution 2(iodine)、solution3(ethyl spirit)，其中關於 solution1 IES 護理人員誤認為 soap&water 指的是 Chlorhexidine，因此認為是院方政策而無法配合我們更改，當下確認此事並與 IES 醫師討論，IES 醫師表示他們並沒有注意這件事，所以不知道她們一直以來都誤會了，協同 IES 醫師向護理人員澄清此事並告知正確的使用方式，護理人員表示了解會更改消毒的方式，另 IES 並無消毒血液培養瓶的習慣，已於英文成果報告提出，請醫師統一宣導。
3. 一開始有發現護理師仍習慣將針具丟棄在彎盆，即使尖銳物廢棄桶在旁邊，詢問為什麼不直接丟入尖銳物廢棄桶後，護理師可接受並直接丟入，有時因為床位與慣用手的關係，尖銳物廢棄桶的方向無法剛好對著護理師的慣用手，而有先棄置在彎盆稍後再丟棄的情況，雖然仍有瑕疵但考量 IES 目前環境的限制，若強制要求須當下立刻丟入廢棄桶，可能會因為手需交叉跨過更大的面積範圍而增加旁人針扎危險，雖先暫時棄置在彎盆，護佐或護理師在整理用具時會先將使用過的針具丟棄在進行其他垃圾的分類，基於上述考量，未強制提醒每次都一定要直接丟入廢棄桶，但仍鼓勵盡可能減少二次丟棄的機會。
4. 派駐期間觀察現已較無施打在關節處的情形，多選前臂與手臂，此部分已有明顯的改善，碰觸已消毒區域的部分已再加強提醒，建議先黏貼 op site 後再開始留取血液檢體的步驟，盡量不要直接碰觸皮膚即使有戴手套也是。

#### 四、 傷口換藥

傷口換藥由醫師進行，護佐或護理師從旁協助，多數傷口換藥皆

使用生理食鹽水及 Chlorhexidine(氯己定)進行消毒，換藥包開啟後，由護佐倒入消毒溶液，倒無菌溶液前，有些護佐會先倒掉一些溶液，有些則不會，醫師會先戴一班手套移除傷口敷料後，脫除手套進行傷口評估及拍照，再戴上無菌手套進行，傷口換藥，消毒後會依據傷口情況選擇適當敷料進行包紮。生理食鹽水為一般的點滴瓶於軟塞處插入 18 號針頭，以擠壓倒入換藥包內，另前位同仁提及消毒溶液開封後有時會忘記標註日期，生理食鹽水開封後過期仍繼續使用未丟棄。

改善方案：現行的消毒方式原先擔心 Chlorhexidine 會太刺激造成患者疼痛，但實際在 IES 的日子中並無聽到任何患者抱怨，故此部分無太大問題，同於護理端的消毒問題，醫師在換藥時的消毒雖然有三消，但中間都無等待的時間，最後一次消毒後亦會使用乾紗布將消毒液擦乾，已利用周五的晨會時間說明消毒的等待時間甚為重要，當下醫師可理解，但實際操作層面是否能百分百執行仍待後續追蹤。

## 五、 手部衛生及個人防護

(一) 醫師、護理師及護佐多能遵守洗手五時機，脫除手套後也會使用濕洗手的方式，此部分無問題。

(二) 前面一梯同仁報告提出 IES 人員因口罩需計價因此平時工作多無穿戴口罩之習慣，此次前來後發現，或許因為目前是流感季節，第一天到單位時護理師便主動告知口罩位置並希望我配戴，派駐期間隨同醫師進入病人單位問診時，若病人是可能的流感病人，護佐也會主動拿口罩給筆者，醫師多數也都有配戴口罩的習慣，唯獨在幾次緊急況下，大家會忽略要戴口罩而更集中於當下的醫療處置，即使是插管或放置中心靜脈導管亦是。

改善方案：提醒配戴口罩是最基本的預防感染方式，對病人與醫療人員皆是，即使在任何緊急情況下都不應該忽視口罩的重要性，建立戴口罩的習慣是對病人也是醫療人員的保護。

## 六、 病人辨識

病患入院至櫃檯報到後，會印製病患的姓名貼紙，但並無製作手圈，不論是給藥、執行技術或抽取檢體前，都並未有病人辨識的過程。

改善方案：派駐期間為病人較多的時期，醫師、護理師及藥師偶會主

動詢問病人或病人家屬名字確認，這些情況是在病人爆量的時候才會發生，平時仍無此習慣，因 IES 空間不大也不是常常有病人滿載的情況，多數時間彼此間會互相提醒各床位病人是誰，而沒有搞錯病人的情形發生，因此無強烈動機讓 IES 人員主動執行病人核對，提醒後改善空間有限。

## 七、 給藥

- (一) 醫師開立醫囑後，口服藥物由藥師進行給藥，並會向病患解釋藥物作用、副作用、頻次及劑量。
- (二) 針劑藥物則是由藥師發藥，護理師或醫師備藥，抽藥時藥物瓶蓋打開後，不會另外消毒，另前梯次待追蹤項目提及，抽藥後針心未以包裝包覆直接置於彎盆中，靜脈輸液給藥時，有時會未進行消毒，就直接給予藥物，蓋回注射帽時有時也未進行消毒。
- (三) 大量點滴給藥則不一定，醫師、護理師及護佐都可能會執行，輸液套排氣前，點滴瓶幾乎都開啟後直接使用，接點滴至病人端時會戴手套，有時是放置靜脈留置針後直接接上大量點滴的管路，此時就不會特別再消毒交接處，若是接上 iv lock 的話，因人而異有人會另外再消毒一次。

### 改善方案：

1. 藥物的給予有時是從備藥到給藥都由同一人完成，有時則會分散至少經手 2 人，觀察若需要藥物交由他人，雙方會口頭上確認病人、藥名、藥物、劑量等，但到病人床邊時則無再次確認的動作，因 IES 病人數相對較少，對醫護人員來說病人核對無明確動機促使他們去做，藥物核對因這裡多數時間是醫師口頭告知藥師後，若來得及就會同時寫在紙本病歷上，電腦則是最後的步驟，而電腦紀錄的偏向為病歷摘要與計價為主，無獨立的醫囑系統亦無給藥執行的部分，因此以現行成大醫院的給藥步驟要求的話，電腦資訊系統尚無法配合，但派駐期間發現相對於先前報告中所述之情形，現在醫護人員之間會互相確認藥物的劑量與藥名，醫師告知藥師時，藥師也多會再次口述醫囑內容確認，因此雖仍有改善空間但已有進步。
2. 醫護人員備藥過程，於派駐期間可觀察到於抽取藥物後，若不

是直接要去給藥，會套上空針袋子維持針心的乾淨。

3. 可了解需以酒精棉片消毒點滴瓶，仍偶會忘記，需多加提醒。

## 八、轉運分級

IES 病人若需離開 IES 去執行檢查，多由護佐陪伴前往，IES 病人多為症狀較輕的患者，若有病況較為嚴重者多數會先於 IES 進行處理與觀察，待病況較為穩定後才前往檢查，另因 IES 醫師需幫忙電腦斷層室的鎮靜麻醉業務，因此樓上住院的小孩若有需要做電腦斷層，會先至 IES 評估並由醫師說明檢查風險等後，待同意書填寫完畢才會由 IES 前往檢查，醫師有時會跟病人一起出發，有時則讓家屬先帶小孩過去，隨後再帶著急救用品前往。

改善方案：前一梯次人員已說明過轉運分級的制度與重要性，但因較常見的檢查與 IES 同樓層，需前往電腦斷層室的孩子生命徵象也多是穩定，因此轉運分級制度或許可待之後 IES 其他相對較有急迫性的項目改善、建立後，再提出討論。

## 九、急救過程及教育訓練

(一) 派駐期間有三次緊急送入的病人，醫護人員大家都會一擁而上，但因大家都很急且病人病況不佳讓大家緊張，急救當下維持呼吸道、建立靜脈管路、給藥、觀察生命徵象等皆同時進行，有些部分只需一個人就可以完成的工作可能會有兩個人再進行，但相對需要較多人一起完成的可能就只剩一個人在等待其他人一起完成，整個急救過程無法有組織地進行詢問 IES 醫師目前無相關急救訓練課程或演練。

改善方案：上述三例急救患者都是臨時有症狀被送入，並非長期照護的患者，醫師表示若是癌症或需長期照護且可預期病況不佳的病人，某些醫院的醫師若有 DNR 相關概念的，會提前與家屬或病人本身討論 DNR 的事宜並簽屬同意書，只是派駐期間的三位患者都是臨時送入，不同原因引起的意識改變等，所幸多數在初步處理後即可稍微穩定，派駐期間未有真的 CPR 的病人，但 IES 醫師也認同大家對急救的訓練不足，且緊急情況對 IES 來說並不常有，因此狀況發生時也顯得生疏，針對此部分已於周五晨會介

紹筆者單位使用 TRM 方式進行急救演練的過程，IES 醫師對此表示肯定，已將相關資料轉給 IES 醫師，協助擬定 IES 的急救訓練。

(二)目前 IES 護理師並無統一管理規劃相關事務的人，護理端行政事務由兩位正職護理人員處理，並有資深醫師協助調解等，臨床技能上，兩位資深護理師皆有外院工作經驗，且臨床工作時間長經驗豐富，另外一位兼職的護理師亦工作超過三年，護佐多為一般高中並訓練約 6 個月後即可開始工作，因此對於臨床工作大家都有自己的想法，且班別不同無法完全了解對方的做法，因此也很少討論是否有需要調整的部分，大家對臨床技術的準則與作法亦不統一，雖然有先前計畫案的同仁協助擬定的臨床標準，但仍無確實執行。

改善方案:目前護理人員短缺，因此 IES 沒有專責負責護理事務的主管，此為院方的處理方式無法介入，因此建議，在現有的人力下，兩位資深護理師可一起討論，針對臨床事物應建立規劃固定的臨床教育訓練，並針對常見技術進行技術考，確認大家都能了解各項技術並有統一的做法。

## 肆、 回饋問卷分析結果

### 一、 對象

以 IES (International Emergency Service,國際急診服務)內臨床工作人員，為問卷填寫對象，包括 14 位醫師(Medical Officer)、3 位護理師(Staff Nurse)、5 位護佐(Nurse Aid)，護佐部分由護理師協助翻譯填答，內容包含職稱、年齡、性別、學歷及工作年資等基本資料及對於此次計畫的滿意度和建議。

### 二、 方法

以問卷方式，請相關人員填寫，內容包含三部分，第一部分：基本資料；第二部分：派駐期間週五晨會所分享的技術經驗，詢問對其之助益，選項包括有：幫助(Helpful)、不算真的有幫助(not really helpful including tell us the reasons)、我已經知道這技術(I' ve already knew the skills)、不知道此標準被分享(I don't know that the protocol is shared)及其他(others)，共分享三個主題，包括新生兒加護病房照護經驗分享

(Nursing car of NICU)、中心靜脈導管組合式照護(Bundle care of CVC)、運用 TRM 方式於急救訓練(Emergency practice with TRM)。第三部分則詢問醫療人員對於本計劃的意見及建議，以及此次計畫執行中的優缺點。於 2019 年 7 月 26 日開始，給予 IES 內醫師協助公佈給醫療人員填寫，截至 2019 年 7 月 28 日共獲得 14 個問卷填答。

### 三、分析結果

#### (一) 基本資料

經由問卷可得知 IES (International Emergency Service，國際急診服務)的醫護人員大部分多介於 20-29 歲之間，大部分醫師受過美國史丹佛大學的相關訓練。此次共 8 位醫師(57.1%)、2 位護理師(14.2%)、4 位護佐(28.5%)完成問卷，年齡介於 20 至 29 歲共 12 人(85.7%)、30 至 40 歲共 1 人(7.1%)40 至 49 歲共 1 人(7.1%)，其中包括 9 位女性(71.4%)、5 位男性(35.7%)，學歷為碩士共 4 人(28.6%)、學士共 7 人(50%)、高中共 3 人(21.4%)，工作年資則為 1 位為 0-1 年(7.1%)，4 位為 1-3 年(28.5%)，5 位為 3-5 年(35.7%)，1 位為 5-10 年(7.1%)，3 位為 10 年以上(21.4%)。

#### (二) 技術分享

針對六周內曾經分享的技術進行填答，以了解所提供之資訊是否有確切幫助，除了於晨會進行技術分享，平時治療過程中也會與醫療人員們討論兩地做法的不同並進行回饋，有些技術單純對個人進行分享，建議可設置相關平台進行資料及技術分享，達到更好的學習效果。

1. 新生兒加護病房照護經驗分享(Nursing car of NICU) 共 8 人選擇幫助(Helpful)(57.1%);共 6 個人選擇不知道此標準被分享(I don't know that the protocol is shared) (42.8%)。
2. 中心靜脈導管組合式照護(Bundle care of CVC) 共 10 人選擇幫助(Helpful)(71.4%);共 4 個人選擇不知道此標準被分享(I don't know that the protocol is shared) (28.5%)。
3. 運用 TRM 方式於急救訓練(Emergency practice with TRM) 共 10 人選擇幫助(Helpful)(71.4%);共 4 個人選擇不知道此標準被分享(I don't know that the protocol is shared) (28.5%)。

### (三) 針對所提供的資訊及此項計畫的優缺點詢問

1. 今年計畫案可計數的技術分享約 14 個，對這些技術是否還記得，若記得的話是否有嘗試使用? 有 6 位選擇記得 1 至 5 個(42.8%);8 位選擇記得 5 至 10 個(57.1%)，14 個人皆認為這些技術分享是有幫助並願意嘗試在工作中使用(100%)。
2. 是否還有其他想了解但尚未提及的?其中一人表示想了解有關急救的資訊，針對此部分，因本身經驗為兒科此外 IES 人員對兒科病人亦較不熟悉，會給予說明兒科急救的相關注意事項。

## 伍、 討論

問卷內容設計除了解筆者所分享之技術外，亦詢問針對此交換計畫的想法，細數今年所分享的技術達數十種，但也如同過去所提出的問題，每次的技術分享並非所有人都在，因此填寫問卷的人員亦表示沒辦法了解所有技術，針對已知的若是工作上會使用到的，IES 人員很願意嘗試使用，若無法接受改變的，細問原因之後會發現，多數都會是考量到經濟的因素，相比台灣與緬甸的醫療環境，醫療成本或許差不多，但台灣的健保提供很多的幫助，然緬甸正在發展的過程，很多人的收入甚至低於收入的平均值，到醫院的第一件事是要拿計算機計算能否負擔在掛號，因此在衡量利弊下，選擇對病人、對醫療準則及家庭負擔相對可達到平衡點的方式反而較能有所助益。

## 陸、 心得及建議事項

因工作經驗皆在兒科的關係，在 IES 期間除了觀察、分享經驗更多的還有學習，相比其他梯次的同仁，因為對成人科的不熟悉，一開始花很多時間去了解，透過他們的解說同時了解他們這麼作的原因，IES 的醫師接受過美國史丹佛大學醫院的教育也對於學習新的事物有很大熱忱，緬甸是一個正在改變崛起的國家，很多新舊事物交疊，可能要很久的時間才會讓緬甸脫胎換骨，在整個大環境的條件下，IES 的人也努力在新舊事物間找到平衡，雖然有些方式仍有討論與改善空間，但卻是在這個環境下能找到的最大公約數，隨著國家經濟條件的改善，逐漸調整或許才不會顯得捉襟見肘，審閱去年與之前梯次同仁的成果報告，或許某些建議在經濟考量與可行性折衝之後暫時需先擱置，但在現實條件能配合情況下，IES 很樂意也願意改變。

IES 的體系跟台灣有很大的不同，醫師是主要照顧者，護理師的角色是協助與執行醫療行為，因為人力短缺醫師也須執行護理師的工作，對於習慣的團隊合作且護理師在第一線照顧的台灣環境的我來說一開始的衝擊很大，然而因為如此也看到了在台灣長久的忙碌環境下容易被忽略的部分，IES 的醫師進行問診或需要較長時間的病情解釋的時候都會坐下來，有時候病床邊沒有足夠的椅子，護佐也會盡快找椅子給醫師，原因是坐下來才能跟床上的病人平視說話，即使病人較多的時候，醫師或藥師在說明與衛教時也不會簡單帶過，針對每個病人的狀況解釋，台灣的醫療環境相比這裡忙碌很多，講求效率的完成每件事，才能在有限時間內看完病人，常常就忽略了視病猶親的初衷，我想這部分是值得反思的。

IES 的人員都很親切，在交流上可使用英文流利對答討論，也有學習的熱忱，在 IES 期間若有須以中文溝通的病人，也會協助翻譯，若有嬰幼兒前來，IES 醫師也會詢問是否有建議的方式等，這些經驗的分享給了我很多的成就感，緬甸因護理人力短缺問題嚴重，因此目前 IES 只有兩位正職護理師共同處理事務，對於臨床技術都很熟悉，對於需修改的部分在聽取說明後認同的話也會願意配合，然這些教學的東西都沒有正式的文字化，院方期待我們協助建置標準流程，但無單一的窗口討論並進行規劃，多是臨床狀況發生當下給予說明再變成約定俗成，此外也須考量院方政策並考量當地經濟問題，因此若能有單一的窗口執行建立護理標準並以文書記載方式呈現，對情況改善會較有助益。

在第一周的晨會報告，介紹了新生兒加護病房的照護，並與醫師討論緬甸當地對新生兒照護的部分，因為經濟因素會有新生兒與產後婦女營養營養不足的情況，民眾也因為醫療知識不足，常會以各種東西塗抹在嬰兒的臍帶上，導致發炎等情況被送來醫院，有關嬰兒照護議題牽扯層面甚廣，醫院一開始設立的目標以兒童為主要收治對象，然醫院本身並無新生兒的照顧與相關的病房，目前仰光所有的新生兒若需要重症照護的都須轉到政府的醫院，醫院正在爭取設立新生兒照護病房與新生兒加護病房等，希望未來在新生兒照護上能有幫助，此外派駐期間為緬甸當地流感及病媒蚊相關疾病疫情爆發的時期，在公共衛生方面，或許因為教育知識的不足，民眾未能有自發性的參與防範，期待由政府解決所有問題，儘管政府藉由環境改善與病媒蚊殺蟲劑的使用來減緩疫情的發展，但民眾認知不足，環境很快又會恢復原來樣貌，對於疫情的改善



有很負面的影響，台灣對於相關疫情的防範在公共衛生的努力上具有豐富經驗，成果在國際間也有目共睹，隨著醫療南向政策的推動，衛福部今年也把緬甸加入推動一國一中心的計劃的一環，我們在 IES 的努力帶來不少的成效，也促進兩方的交流，成大醫院本身具有教學資源亦有優秀的醫療能力，在奠定交流基礎後，期待之後雙方的互動能更深入，深根於醫療、公衛、護理教育層面。