

創傷知情健康照護之實務

張心怡¹ 唐景俠² 馮瑞鶯^{3*}

摘要：極度壓力事件導致的創傷是影響人類健康的重要因素。經歷創傷的病人在醫療場域裡會以各種樣貌出現，包含被觸發創傷記憶而出現的強烈情緒或行為反應，無論是照護已知受創史的病人或是潛在受創者，對健康照護人員而言都是一大挑戰。創傷知情照護是以理解創傷為核心，尊重、同理及回應受創者的個別需求與反應，並能預防病人再度受創的照護方法。本文首先介紹創傷對健康的全面性影響，其後整理健康照護脈絡裡觸發創傷的因素，藉此突顯健康照護專業重視有受創史病人照護的必要性，最後，再將創傷知情的概念和原則融入健康照護實務中，以提供具體的實務應用策略。創傷知情健康照護實務需仰賴健康照護人員與機構組織共同努力，其原則包含健康照護人員的自我覺察與自我照顧、覺察病人創傷反應、確保病人安全感、建立信任感與照護透明度、與病人及健康照護團隊共同合作，並能在照護過程中提供選擇與增能。本文可作為健康照護人員提供受創病人友善且高品質照護之參考。

關鍵詞：創傷知情、創傷反應、創傷照護、健康照護。

阻礙受創病人就醫意願而使健康惡化(Reeves & Humphreys, 2018)。

創傷知情照護(trauma-informed care)係指能意識、理解和辨認創傷的特性、反應與影響，營造安全、同理的環境並適當回應個案需求，避免其再度受創的照護理念或模式(SAMHSA, 2014a)。具創傷知情概念的健康照護人員是以病人為中心、透過創傷與全人健康的視角考量受創病人的需求，尊重其感受、意見表達以及選擇和決策的權利，是提升健康照護品質的重要能力(SAMHSA, 2014b)，目前台灣創傷知情實務可見於心理諮商與社會工作(留, 2018; 劉, 2016)，亦有實務工作者倡議建構創傷知情的學校環境讓孩子感到安全、支持並被理解(留, 2019a、2019b)，但尚未有健康照護相關之論述。連結健康照護與創傷知情實務有其必要性，為幫助健康照護人員認識創傷知情照護，本文欲從創傷與健康之關聯性出發，喚起健康照護專業對有受創史病人照護之重視；接著探討健康照護脈絡中潛在觸發病人創傷反應的因素，以瞭解創傷對病人的影響；最後討論創傷知情原則於健康照護實務之應用，期藉此讓健康照護人員更認識此概念，成為日後提供高品質健康照護的選項。

前言

創傷(trauma)是多數人類共同的生命經驗，也是影響人們健康與社會、生活功能的關鍵因素之一(Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014b)。健康照護人員在各級醫療場所所有機會遇到受虐、受暴、罹患重大疾病或遭遇事故等已知創傷事件的個案與家庭；以及隱藏過去創傷經歷，但因各種健康問題或預防保健目的而就醫的病人；受創病人容易被健康照護處置與措施觸發(trigger)創傷記憶，出現強烈的情緒或行為反應，若得不到健康照護人員的理解或適當回應，可能進一步

創傷對健康的影響

全球有62%–70%的成人一生中至少經歷過一種創傷類型(Kessler et al., 2017; Merrick et al., 2018)；超過一半的兒少曾經歷一種以上的創傷或逆境經驗(Carlson et al., 2019)。創傷由事件(event)、經驗(experience)和影響(effect)三個元素組成，係指個體或群體經歷單次、多重或長期的壓力事件而傷害生理、心理情緒、靈性及社會之健康與功能(SAMHSA, 2014a)。形成創傷的毒性壓力(toxic stress)類型包含童年逆境經驗(adverse childhood experiences)、人際關係暴力、霸凌、社區暴力、戰爭、

接受刊載：2021年1月22日

[https://doi.org/10.6224/JN.202106_68\(3\).11](https://doi.org/10.6224/JN.202106_68(3).11)

¹國立成功大學醫學院護理學系專案講師暨國際博士班博士生 ²中華醫事科技大學護理系副教授、國立成功大學醫學院護理學系國際博士班博士生 ³國立成功大學醫學院護理學系教授、國立成功大學醫學院附設醫院護理部兼任督導

*通訊作者地址：馮瑞鶯 701臺南市東區大學路1號 電話：(06)2353535—5851；E-mail：juiying@mail.ncku.edu.tw

災難、罹患重大疾病或失去摯愛的人等 (SAMHSA, 2014b)。創傷是主觀的經驗，並非經歷相同毒性壓力事件的人，都會出現創傷反應或發展成創傷後壓力症候群 (Kessler et al., 2017)。創傷反應與個人特質無關，並非軟弱的人才會受到毒性壓力影響，或是「夠堅強」就不會形成創傷，而是因為創傷是毒性壓力影響大腦等生物機制的神經生理變化，是個體意識範圍之外、無法控制下產生的結果 (Key et al., 2019)。

創傷的毒性壓力破壞人體適應平衡過程 (allostatic process)，改變表觀基因調控與基因表現、大腦發展及神經內分泌系統等反應，如壓力荷爾蒙皮質類固醇上升及過度活化的發炎反應，進而影響個體的認知功能、情緒調節、免疫與代謝等機能而增加罹病風險 (Agorastos et al., 2019)。由此可見，創傷之影響可溯及基因表現與大腦神經發展，生理、認知、心理、社會與靈性各層面是彼此重疊且互相影響。創傷反應在生理面向除了造成身體傷害，也包括睡眠障礙、腸胃道不適、過度喚起 (hyperarousal) 等；認知影響包含創傷記憶侵擾 (intrusion) 或記憶障礙、解離、難以專心等；心理情緒反應包含憤怒、麻木、憂鬱、焦慮、哀傷或無助等；社會層面如人際疏離、難以建立依附或親密關係；行為方面包含逃避退縮、藥物或酒精濫用、自傷行為；靈性層面則包含質疑自我價值、對人性或人生感到絕望等 (SAMHSA, 2014b)。總之，創傷引發個體一連串的變化，開啟了對健康的長期影響，影響層面不僅止於創傷後壓力症候群，更涵蓋全面的身心靈與社會之健康與發展。

連結創傷與生理疾病的代表性人物為 Vincent Felitti 醫師；Felitti 是位家醫科醫師，他從困難減重或反覆減重失敗的病人身上，意外得知其兒時遭受性虐待之經驗；深入研究亦發現童年逆境經驗不僅與肥胖有關，更有慢性憂鬱、身體化症狀及頻繁就醫的情形 (Felitti et al., 1998)。此外，受創個體也常以危害健康行為來因應壓力或解決問題，如藉由吸菸緩解情緒、暴食得到精神上的安慰，或維持肥胖外觀以減少注意力而降低受害的機會等 (Remigio-Baker et al., 2017)。近年來創傷與健康、疾病、感染和危害健康行為之關係已有更多研究佐證 (Hughes et al., 2017; Oh et al., 2018)。因創傷導致的終身疾病負擔類別也涵蓋自殺企圖、心血管、呼吸與消化道疾病、癌症、吸菸與憂鬱等，所損失的失能調整人年 (disability-adjusted life year) 在日本相當於大腸直腸癌或胃癌的

疾病負擔 (Mo et al., 2020)。是故，創傷對人類健康與行為的影響廣泛且深遠，不僅增加個體就醫的機會，在任何醫療場域執業的健康照護人員都有可能面對有創傷史、卻因其他健康因素就醫的受創病人。

健康照護脈絡下創傷觸發因子與反應

個體對創傷經驗的感受往往是失控、無力改變且毫無選擇的 (SAMHSA, 2014b)。有創傷史的病人若處在醫療專業主導、父權式 (paternalistic) 的病人—健康照護人員互動關係下，容易與過去創傷情境連結，觸發失控或無力的創傷記憶，引起強烈身體感官經驗與情緒反應而再次受創 (Reeves & Humphreys, 2018)。例如健康照護人員檢查前沒有說明流程、不重視病人主訴的症狀或病史，或主導醫療決策讓病人感到沒有選擇等，皆會讓病人陷入過去創傷情境或記憶 (Reeves & Humphreys, 2018; SAMHSA, 2014b)。

健康照護場域中的動作、氣味、聲音和觸碰等也會成為創傷觸發因子 (SAMHSA, 2014a)。受創病人通常較低自尊，易感到脆弱無力，不輕易相信他人如健康照護人員，較不會為自我發聲，對外在環境的細微變化極為敏感，任何醫療行為都有可能連結過去創傷經驗而出現情緒困擾，或解讀為對自我安全的威脅 (Dallam, 2010)。如一位失去孩子的母親罹癌就醫，她因看到醫師開的藥物是孩子最後使用的癌症治療藥物而感到痛苦；健康照護人員舉手的姿勢，或評估時觸碰病人的臉或頸部，皆可能觸發病人被配偶施暴的記憶 (Reeves & Humphreys, 2018)。而在嚴重特殊傳染性肺炎 (Covid-19) 疫情期間戴口罩的規定，卻可能引發曾遭受性侵的個案過去被掩住口鼻將近窒息的經驗而難以配合 (Anderson, 2020)。甚至有產婦因親餵母乳而觸發過去性創傷記憶，出現害怕或解離症狀 (Elfgren et al., 2017)。一旦觸發創傷記憶，病人會有焦慮、恐慌、記憶閃現 (flashbacks) 之情緒困擾；或噁心、盜汗等生理反應；或透過僵住 (freeze)、否認、攻擊性的語言或行為 (fight)，甚至逃避 (flight) 醫療情境不再就醫等方式來因應 (Dallam, 2010; SAMHSA, 2014b)。

健康照護工作須面對各種疾病、疼痛、失去和失能，是繼發性創傷壓力 (secondary traumatic stress)、悲憫疲憊 (compassion fatigue) 或替代性創傷 (vicarious trauma) 的高風險族群 (Missouridou,

2017)。健康照護人員的創傷多來自於無法提供協助的挫折、無力與絕望；其或而憤世嫉俗，或而與病人及家庭保持距離，或而過於同感病人的遭遇而模糊了專業界線，此皆容易造成職業耗竭(burnout)而離開工作崗位(Missouridou, 2017)。雖然相較一般無創傷經驗者，過去有創傷經驗的健康照護人員容易出現繼發性創傷壓力或耗竭(La Mott & Martin, 2019)，但其也有較高的準備度和敏感度提供病人創傷相關資訊，較願意花時間了解病人的受創經驗，且更有信心照護受創病人(Candib et al., 2012; McLindon et al., 2019)。因此，創傷經驗不一定是健康照護人員提供照護的阻礙，而是能成為促進照護品質的利器。

身為健康照護人員除了須了解任何醫療處置、照護措施，甚至病人—健康照護人員之間的互動行為，皆有可能成為病人的創傷觸發因子外，過去創傷經驗或工作環境的創傷因子亦可能讓自己經歷創傷而承受難以負荷的壓力。當部分創傷觸發因子無可避免，以了解創傷及其影響為基礎而建立關係、辨識創傷反應，並能覺察環境的創傷壓力對自我的影響便成為健康照護人員著手準備與改變的重要議題。

創傷知情於健康照護實務之應用

創傷知情照護是一種取向(approach)或理念，其可應用於任何健康照護場域，是幫助健康照護人員理解與同理病人，也是以實證為基礎、理想之護理實務模式之一(Freeman Williamson & Kautz, 2018)。創傷知情意指了解並意識到創傷的存在和影響，能帶著創傷的視角，理解每個人在環境或關係脈絡中都有對安全感、控制感、選擇權的需要。創傷知情照護最廣泛被引用的為美國物質濫用與心理健康服務部門(SAMHSA)之定義，其提出創傷知情取向的照護為：

一方案、組織或系統要稱之創傷知情需能理解(realize)創傷廣泛的影響和潛在復原路徑，辨識(recognize)個案、家庭、工作人員和系統內的其他人員之創傷表徵或症狀，完整地整合創傷相關知識於政策、工作流程與實務中以回應(respond)需求，並主動預防再度受創(retraumatization; SAMHSA, 2014a, p. 9)

「創傷視角」並非預設每位病人都有潛在創傷，而是在看待病人的情緒、行為和狀態時除了用症狀、病因、心理社會、家庭和環境等因素來解釋

外，「過去的創傷史」往往是有助於理解病人令人困惑的行為、用來釐清治療或介入措施無效原因不可或缺的要害(Key et al., 2019)。提供創傷知情照護不需要病人揭露創傷，也並非治療創傷的方式，而是有意識地帶著對創傷的了解，傾聽病人聲音與需求，從而與病人建立支持性關係的照護(British Columbia Mental Health and Substance Use Service [BCMHSUS], 2013)。例如一常見的案例：一位初診斷癌症病人在醫師解釋病情後坐在病床上哭泣。「以病人為中心」的健康照護人員可能徵詢病人同意後，進入病室傾聽病人的想法和感受，陪伴並透過語言或肢體語言予以支持。而「創傷知情」的健康照護人員在進入病室、徵詢病人意願的同時，會詢問病人希望病室的門保持開著或關起來(尊重病人對安全感的需求)；談論前會先清楚說明目的和預期結束的時間，和病人保持適當距離；若欲透過拍肩等肢體動作表達情緒支持，也會先告知並得到病人的同意才會觸碰(尊重病人身體界線並建立信任感)。因此，創傷知情是擴大健康照護人員理解和同理病人的方式，是以科學知識為基礎，尊重病人喜好的實證照護模式(Freeman Williamson & Kautz, 2018)。

創傷知情健康照護實務需仰賴健康照護人員與機構共同努力才能順利達成：一方面從系統、組織之政策面評估與建構團隊合作模式(由上而下)，一方面透過實務工作者將創傷知情原則轉譯與融入實務中直接照護病人及家庭(由下而上; Poole et al., 2017)。要達到SAMHSA定義創傷知情實務取向的目標，讓健康照護人員與機構具備創傷知情照護能力以回應工作人員、病人及其家庭的需求並預防再度受創，甚至讓創傷知情成為健康照護體系的文化之一，需要費時多年且從各個不同層面來全面考量和規劃。在此之前，認識創傷知情的基本概念與原則是建構創傷知情健康照護實務的第一步。故以下逐步介紹創傷知情的概念與原則，並舉例說明應用之策略，以讓健康照護人員更易理解並能運用於臨床。

心態或視角的轉變是準備創傷知情照護的重要核心概念之一，其中跳脫以疾病或缺陷的觀點(deficit perspective)，改以創傷知情或優勢觀點(strengths-based)看待病人的反應、情緒和行為，是提供創傷知情照護的首要步驟。以缺陷角度看待病人容易只看見病人的症狀或疾病，但在創傷知情的觀點裡，症狀與疾病皆是病人適應和回應社會環境壓力的結果(BCMHSUS, 2013)。當眼前病人呈現的反應和行為樣貌，不同於過去或一般的照護經驗，以創傷知情的觀點則

會以「她／他經歷了什麼事(What has happened to her/him)?」取代「她／他有什麼問題(What is wrong with her/him)?」,來幫助專業人員理解病人的症狀或行為(BCMHSUS, 2013; SAMHSA, 2014b)。如初診斷癌症的10歲病童住院接受一個月的化學治療,父母選擇不告知確切病情,病童則以不說話、不吃藥、憤怒和具攻擊性的行為來因應。此時若是以「她／他有什麼問題」的視角,便容易聚焦在病童的行為並設法溝通讓病童願意服藥;但若用「她／他經歷了什麼事」的視角,便能理解病童經歷的身體變化、長時間住院、各種檢查與治療等都充斥著無法控制的無助及恐懼,拒絕說話和吃藥則是病童唯一能掌控的。不同的視角評估到的照護議題深度亦不同,健康照護人員透過視角轉換的理解,照護措施便能更貼近病人與家庭的需求。

創傷覺察、安全、建立信任感與透明度、合作、選擇與增能是能運用於健康照護實務的創傷知情原則(Poole et al., 2017; Freeman Williamson & Kautz, 2018),此五項原則可應用於評估與確立病人與家庭的照護議題、規劃合適的照護措施並執行,再從病人和家庭的反應與回饋過程中不斷修正,是提供具創傷敏感度、個別性及持續性照護的核心元素。創傷覺察係指健康照護人員能了解健康照護脈絡中存有潛在觸發創傷的因子,而病人的創傷反應能從細微的情緒變化或行為被辨識出來(BCMHSUS, 2013; Poole et al., 2017)。為確保病人身心的安全感,初次評估可詢問病人何種照護情況或行為容易讓他感到不舒服或受威脅,避免照護過程讓病人無法預期而陷入未知的擔心或恐懼;建立信任感、照護過程的透明度和病人的知情同意皆極為重要。此外,因為照護的對象是「病人」,故照護計畫需尊重病人的意見和喜好,並和團隊成員互相溝通、合作,和病人共享權力與決策。最後,看見病人的努力或能力,提供任何微小的選擇或病人自我照顧的機會都是增能或肯定病人為自己的健康有所貢獻的創傷知情照護策略(BCMHSUS, 2013; Poole et al., 2017)。

將創傷篩檢融入實務常規是有效辨識和覺察創傷的策略(SAMHSA, 2014b),SAMHSA建議合適的創傷篩檢表需涵蓋的面向包含暴力或創傷史、創傷與心理困擾相關症狀、自傷或自殺的風險、物質濫用、社會支持系統與壓力因應方式等。創傷篩檢結果能作為健康照護人員規劃照護措施的參考。當機構尚未發展或使用創傷篩檢表,健康照護人員可透過在職教育

了解創傷反應及影響,以提高創傷敏感度。如一位因使用毒品被強制戒癮治療的21歲病人堅決拒絕團體治療,其有酒癮問題,也曾因街頭打架被送到警局(SAMHSA, 2014b)。具創傷敏感度的健康照護人員可辨識出使用毒品、酒癮與攻擊行為可能為創傷的反應和影響,當病人拒絕參與團體治療,便可運用「她／他發生什麼事」的視角探索其拒絕的原因,了解他過去的經驗。這位病人4-15歲時被母親的男友嚴重身體虐待,他拒絕參加團體治療是因為不想聽別人談論感受,因為他「從很久以前就學會麻木自己的感覺才不會太痛苦」(SAMHSA, 2014b)。

健康照護人員的自我覺察和照顧也是創傷知情原則之一,更是減輕專業人員悲憫疲憊或職業耗竭的方式,用以幫助其因應照護壓力(Salloum et al., 2019)。自我覺察是了解和辨識自己的成長背景或過去經驗,對病人互動或解讀創傷療癒與脆弱性的影響。自我照顧則是覺察自己的需求以平衡工作與生活,進而降低或預防專業人員出現替代性或繼發性創傷的方式(BCMHSUS, 2013; SAMHSA, 2014b)。茲將上述重點整理於表一,包含創傷知情照護原則和實務應用,以及健康照護人員的自我覺察與照顧(BCMHSUS, 2013; Reeves & Humphreys, 2018; Freeman Williamson & Kautz, 2018)。

健康照護人員也常面臨病人自我揭露創傷經驗,或照護正在經歷創傷的病人(如在加護病房接受密集治療的病童、遭遇車禍失去雙腿的病人等)。運用創傷知情原則回應病人創傷,或在必要時主動詢問病人的創傷經驗以決定照護方式,都能幫助病人度過此艱難的時刻(BCMHSUS, 2013),如當健康照護人員覺察到病人可能有創傷經驗時,可主動詢問並適當提供轉介的建議:「我遇過有些人有慢性背痛卻找不到原因,後來透過治療發現可能與他以前的受暴經驗有關。我想請問您,您覺得您生命經驗中有沒有哪些原因可能跟現在的疼痛有關?您願意我幫您轉介相關的醫師/心理師/或其他專業人員嗎?」以創傷知情原則回應病人創傷或主動詢問創傷史的核心,乃在於同時考量創傷的影響與受創病人的需求,且不離照護之目的。相關原則與實務應用之建議整理於表二(BCMHSUS, 2013; Reeves & Humphreys, 2018)。總之,創傷知情的觀點讓健康照護人員能正視病人的創傷經驗,尊重病人的自主、需求和喜好,並與病人形成夥伴關係,最終能促進病人的療癒(BCMHSUS, 2013)。

表一

創傷知情照護的原則與實務應用建議

原則	意義	實務應用舉例
創傷覺察 (trauma awareness)	能了解健康照護脈絡中存有潛在觸發創傷的因子，並辨識潛在的創傷反應 ^a ，包含生理、情緒、認知、行為、人際關係與社會性，以及發展層面	1. 觀察並反映病人的反應：「我感覺到您現在很緊張，過去出現這樣的情形時您通常是怎麼幫助自己平靜下來的？有什麼方法可以讓我幫助您平靜下來？」 2. 提供支持：覺察到病人在檢查過程之焦慮且肢體僵硬，護理師請病人一起做深呼吸運動緩解焦慮。
安全 (safety)	讓病人感到身心安全不受威脅	1. 確保病人接受照護過程中的安全感，如確認病人對隱私環境維護的期待（詢問病史時希望打開/拉起圍簾或開/關門）。 2. 辨識與移除潛在人身安全的威脅，如疑似受暴者身邊陪伴就醫的人不能排除為施暴者，可藉由檢查等製造與病人獨處的機了解情形，降低對病人安全的威脅。 3. 尊重身體界線：保持適當的距離；觸碰病人前，即使是拍肩或觸碰手背，皆先徵詢病人的同意。如說明留置靜脈留置針的原因和目的後，徵詢病人同意確認肢體末梢的靜脈血管。
建立信任感與透明度 (trustworthiness and transparency)	透過誠實的照護態度、徵詢知情同意，以及一致、可預期的健康照護流程以建立信任關係	1. 進行任何照護活動，包含身體評估、檢查、處置或照護措施之前可先簡單說明執行原因、由誰執行、流程和步驟。 2. 照顧兒童或青少年時，可事先向兒少說明並討論談到哪些方面的事情（如影響到安全等）時會有告知父母的可能性。
合作 (collaboration)	照護計畫能尊重和納入病人意見和喜好，病人與健康照護團隊成員彼此合作、權力與決策共享，形成夥伴關係	1. 讓病人了解自己的身體自己作主，可運用開放式的問題與病人共同建立照護計畫。 2. 評估病人對照護的期待、擔心並持續溝通，了解病人對照護過程的建議和回饋。
選擇與增能 (choice and empowerment)	看見病人的努力和能力、在照護互動過程中提供任何微小的選擇都是讓病人有控制感、為自己發聲及增能的重要方式	1. 讓病人表達對照護措施優先順序的想法。 2. 任何治療或照護措施都可以提供選擇，如身體評估時可以說：「過程中有任何不舒服您隨時可以喊停。您的感受是最重要的，您可以選擇繼續或暫停。」 3. 看見病人的努力：「在學校要自己照顧自己，預防感染、活動和飲食都要小心留意，妳做得很好且盡了妳最大的努力。」
自我覺察 (self-awareness)	健康照護人員了解自己過去的經驗、文化、價值觀或信念會影響對受創病人的看法	1. 自我覺察練習：我的價值觀、文化背景和個人經驗如何影響我和病人的互動？ 2. 自我覺察練習：什麼樣的照護經驗、病人的反應和行為會觸發我的創傷記憶？我該如何回應？
自我照顧 (self-care)	健康照護人員覺察自己身心靈的需求，並使自我與生活達到平衡穩定的方式	1. 保持健康、規律的飲食和運動。 2. 保留時間和空間給自己、家人和親密的朋友。 3. 設計覺察、放鬆的活動，如冥想；利用身體掃描（body scan）將呼吸放慢、從頭到腳傾聽身體各部位的聲音。

註：^a潛在的創傷反應如：冒冷汗、心跳加速、呼吸型態改變（呼吸變快或吸氣時頓時暫停）、肌肉僵硬、情緒反應激烈（暴怒或突然大哭）、突然失焦或無法與現況連結並作出適當回應等。

結 論

創傷知情照護並非全新的概念，其部分內涵、原則與實務皆已存在於現有的健康照護服務裡，且持續被運用著。但創傷知情照護提供新的視角，其帶領健康照護人員認識創傷的普遍性及影響，敏感覺察、同理並理解引發自己與病人之情緒與行為反應背後的原因，並在照護過程中致力於避免自己、病人

和家庭再度受創，同時肯定自身專業的價值與意義。創傷知情照護是奠基於創傷理解上的療癒，其相信人們堅韌的復原力在信任、安全、可控且權力平等的健康照護脈絡下能逐步建構自身的能力以因應環境的壓力與變化。能回應病人需求的創傷知情照護實務，需要培養健康照護人員的創傷知情照護的能力，以及發展具創傷知情的工作環境、系統、政策與文化。目前臺灣仍在探索的階段，盼未來健康照護專業能朝創

表二

回應與詢問創傷時的創傷知情原則與實務應用建議：Dos & Don'ts

概念原則	意義	實務應用舉例
盡量避免 (Don'ts)		
• 許下難以遵守的承諾 (promise)	無論通報或轉介都會需要傳遞重要訊息，承諾無法遵守易破壞信任關係。	「您跟我說的事情我保證不會告訴任何人」
• 追問細節 (details)	追問細節易造成壓力而影響搜集資訊內容的深度及廣度。應搜集「與照護有關、需要知道的訊息」即可。	「這件事的發生經過從頭到尾詳細跟我說」
• 縮小、忽略創傷的影響 (minimize/ignore)	忽略創傷的影響會讓病人感到自己不受重視。有時候專業人員因時間壓力、不知道該怎麼辦時易用此方式回應。	「這些都是很久以前的事，一切都過去了」
• 臆測、假設病人的想法 (assumption)	病人可能沒有這些想法而容易造成誤解。有時候專業人員急於想要幫上忙、沒有專心傾聽時容易出現此行為。	「脫離那個不良環境，相信您的日子變得更好」
• 只聚焦在負面的影響 (negative)	聚焦在負面影響會增加病人的無望和無力感，讓病人認為自己的經歷太過可怕而讓別人不敢聽。	「經歷這些事情真的太痛苦了，也足以毀了您的人生」
建議可做 (Dos)		
• 承認並同感病人的經驗 (acknowledge and empathize)	透過承認和同感可讓病人了解他所說的話是被看重的。	「我很感謝您願意相信我、跟我說您的經驗。我聽到您經歷了很多，能走到這裡真的非常不容易。」
• 看見病人分享經驗的勇氣 (validation)	讓病人知道自己的經驗是被重視和相信的，且他能鼓起勇氣分享都是增能的方式。	「我看見您為了告訴我您的經驗鼓起了非常大的勇氣和努力，而您也做到了。」
• 說明時間限制 (time limits)	在有限的臨床照護時間裡，坦承自己的限制並同時展現尊重病人的創傷經驗以及對彼此對話的重視是很重要的。	「我們今天的對話非常重要，我也很希望能把我所有的時間和心力都放在這裡。但我現在只有十分鐘，或許我們可以約個時間再繼續談，您覺得呢？」
• 確認資訊保密議題 (confidentiality)	除了維護病人的隱私，病人也有選擇權，能決定什麼樣的訊息要放在醫療紀錄裡。	「我們剛剛談話的內容非常重要。我想知道您認為我該怎麼紀錄我們的談話內容，或是您想要我在紀錄裡提到哪些資訊？」
• 給予希望 (hope)	讓病人了解他所分享的訊息可以幫助專業人員了解如何提供照護，以貼近他的需求。	「您今天跟我說的話、提供的訊息都可以幫助我們規劃最適合您的照護方式，來幫助您度過住院/檢查的過程。」

傷知情健康照護的目標和方向持續努力和前進，以建立對健康照護人員、病人與家庭，以及社區具支持性且友善的健康照護環境。

參考文獻

- 留佩萱 (2018) · 看見創傷，成為創傷知情－讀《深井效應》感想 · 人本教育札記，353，46-48。[Liu, P.-H. (2018). Seeing trauma, becoming trauma-informed: Thoughts after reading 'The Deepest Well'. *Humanistic Education Magazine*, 353, 46-48.]
- 留佩萱 (2019a) · 用創傷知情眼光看學生 · 人本教育札記，363，48-51。[Liu, P.-H. (2019a). Viewing students through a trauma-informed lens. *Humanistic Education Magazine*, 363, 48-51.]
- 留佩萱 (2019b) · 邀請你成為創傷知情者 · 人本教育札記，362，36-40。[Liu, P.-H. (2019b). Become trauma-informed. *Humanistic Education Magazine*, 362, 36-40.]
- 劉珠利 (2016) · 融入照顧創傷原則的親密關係暴力實務工作 · 社區發展季刊，156，223-239。[Liu, C.-L. (2016). Integrating trauma-informed practice into intimate partner violence prevention system. *Community Development Journal*, 156, 223-239.]
- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: A narrative review on neurobiological aspects be-

- yond stress system dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 118. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00118>
- Anderson, K. (2020, April 30). Wearing of face masks can trigger trauma for some. *Altoona Mirror News*. <https://www.altoonamirror.com/news/local-news/2020/04/wearing-of-face-masks-can-trigger-trauma-for-some/>
- British Columbia Mental Health and Substance Use Service. (2013). *Trauma-informed practice guide*. https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
- Candib, L. M., Savageau, J. A., Weinreb, L., & Reed, G. (2012). Inquiring into our past: When the doctor is a survivor of abuse. *Family Medicine*, 44(6), 416–424.
- Carlson, J. S., Yohannan, J., Darr, C. L., Turley, M. R., Larez, N. A., & Perfect, M. M. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990–2015). *International Journal of School & Educational Psychology*, 8(1, Suppl.), 2–23. <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1548397>
- Dallam, S. J. (2010). *A model of the retraumatization process: A meta-synthesis of childhood sexual abuse survivors' experiences in healthcare* (Publication No. 3390894) [Doctoral dissertation, University of Kansas]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Elfgen, C., Hagenbuch, N., Görres, G., Block, E., & Leeners, B. (2017). Breastfeeding in women having experienced childhood sexual abuse. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 119–127. <https://doi.org/10.1177/0890334416680789>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Freeman Williamson, L., & Kautz, D. D. (2018). Trauma-informed care is the best clinical practice in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 43(2), 73–80. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000091>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), E356–E366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5, Suppl.), Article 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Key, K. H., Schumann, J., Kramer, C., Schiller, L., & LeadingAge Maryland. (2019). *Implementing trauma-informed care: A guidebook*. <https://www.leadingage.org/sites/default/files/RFA%20Guidebook.pdf>
- La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1066–1083. <https://doi.org/10.1002/jclp.22752>
- McLindon, E., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2019). Is a clinician's personal history of domestic violence associated with their clinical care of patients: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(7), Article e029276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029276>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038–1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>
- Mo, X., Gai, R. T., Tachibana, Y., Bolt, T., Takahashi, Y., & Nakayama, T. (2020). The burden of disease and the cost of illness attributable to child maltreatment in Japan: Long-term health consequences largely matter. *BMC Public Health*, 20(1), Article 1296. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09397-8>
- Oh, D. L., Jerman, P., Silvério Marques, S., Koita, K., Purewal Boparai, S. K., Burke Harris, N., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated

- with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18(1), Article 83. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Poole, N., Talbot, C., Nathoo, T., & British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. (2017). *Healing families, helping systems: A trauma-informed practice guide for working with children, youth and families* (Ministry of Children and Family Development, Ed.). Ministry of Children and Family Development.
- Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170–1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>
- Remigio-Baker, R. A., Hayes, D. K., & Reyes-Salvail, F. (2017). The relationship of adverse childhood events to smoking, overweight, obesity and binge drinking among women in Hawaii. *Maternal and Child Health Journal*, 21(2), 315–325. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2116-8>
- Salloum, A., Choi, M. J., & Stover, C. S. (2019). Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review*, 101, 299–306. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2019.04.013>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014a). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. (SMA) 14-4884). https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014b). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>

引用格式 張心怡、唐景俠、馮瑞鶯 (2021) · 創傷知情健康照護之實務 · 護理雜誌, 68(3), 81–89。[Chang, H.-Y., Tang, J.-S., & Feng, J.-Y. (2021). Implementation of trauma-informed healthcare. *The Journal of Nursing*, 68(3), 81–89.] [https://doi.org/10.6224/JN.202106_68\(3\).11](https://doi.org/10.6224/JN.202106_68(3).11)

Implementation of Trauma-Informed Healthcare

Hsin-Yi CHANG¹ • Jing-Shia TANG² • Jui-Ying FENG^{3*}

ABSTRACT: Trauma that is rooted in extremely stressful events is an important factor affecting human health. Patients who have experienced trauma may present in a variety of different ways in healthcare settings. One of these ways is the exhibiting of strong emotional or behavioral reactions triggered by traumatic memories. Caring for patients affected by known or unknown trauma is a significant challenge for healthcare providers. The core of trauma-informed care includes understanding trauma; respecting, empathizing and responding to the needs and reactions of patients with trauma; and providing care in a manner that prevents re-traumatization. In this article, the impact of trauma on overall health is introduced followed by a presentation of trauma triggers in the healthcare context, underscoring the importance of prioritizing care for patients with a history of trauma. Lastly, the concept and principles of trauma-informed care are incorporated into healthcare practice, providing specific, practical application strategies for healthcare providers to use in clinical settings. Trauma-informed healthcare practice relies on healthcare providers and organizations working together. The principles include the self-awareness and self-care of healthcare providers, awareness of the patient's trauma reaction, ensuring patient safety, building trust and transparency in care, working collaboratively with the patient and the healthcare team, and providing choices and empowerment during the care process. This article provides a reference to healthcare providers for providing friendly and high-quality care to patients with trauma.

Key Words: trauma-informed, trauma reaction, trauma care, health care.

Accepted for publication: January 22, 2021

¹MSN, RN, Project Instructor, Department of Nursing, and Doctoral Student, International Doctoral Program in Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University; ²MSN, RN, Associate Professor, Department of Nursing, Chung Hwa University of Medical Technology, and Doctoral Student, International Doctoral Program in Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University; ³DNS, RN, Professor, Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, and Adjunct Supervisor, Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University.

*Address correspondence to: Jui-Ying FENG, No. 1, University Rd., Tainan City 701, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (6) 235-3535 ext. 5851; E-mail: juiying@mail.ncku.edu.tw