

# 瑪麗醫院護士行政

## 前言

護士是受過專業訓練的工作人員，也是整個醫療護理制度中不可缺少的一環。病人需要她們的引導及照顧，醫生需要她們的合作及幫助，而她們自己也有了一個完整的內部聯系，照顧着日常的工作及訓練新的護士等。

## 行政核心

護士在醫院內的日常工作是受院長直接指派的，當然護士本身有着自己的系統，所以在人事方面護士的上司是 Principal Nursing Officer。

護士的行政中心成員包括護士長，一名 Senior nursing officer I，一名 Senior nursing officer II 及一名 Nursing officer I。行政中心的工作包括護士學員的調派，實習（臨床）課的具體執行，表現的評定等。當然也包括一些福利的措施，比如宿舍，康樂活動等，不過，學員自己也組成一個學員會，搞一點康樂活動，所以在福利方面院方比較少安排。其實，假如一位學員被調到瑪麗醫院，三年的學員生活便由院方照顧，包括了各個專科的訓練，宿舍的安排，往其他醫院上課的交通等等。實質上，除了在護士學校的理論課之外，其他便由院方管理了。

## 各部門的管理

瑪麗醫院內有各種各類的專科，如內、外、婦、兒、產等。各專科有一位 nursing officer I (以下簡稱 N.O.I.) 作為主管，這種專科的 NOI 在瑪麗共有十五位，因為除了這幾個專科外，還有很多工作都是護士的勞動成果。在地下急症室及留病房便各有一個 NOI，在留病房工作，危險性可能較大，這是由於病人的特殊身份所致。由於手術室

的工作繁重，所以也有特派 的 NOI。有一個鮮為人知的地方——消毒房，那是負責手術室用具消毒過程的，然後安裝成整套的儀器以待應，這個部門，就像一個小工廠一樣，供應着全港島醫院的手術儀器，而它也是由一位 NOI 帶領着的。另有一位 NOI 是屬於醫院的，它是學員宿舍的舍監，宿舍在港島的夏慤道。

在 NOI 之下，便是 NOII 也稱為 Ward Sisters，工作當然是集中在病房內。各個專科通常都有幾個，因此，NOII 的數量當然比 NOI 為多。（共二十四個 NOII）她們大概是負責病房內的行政，病人的護理，醫生巡房，指導學員等工作。

## 輪值

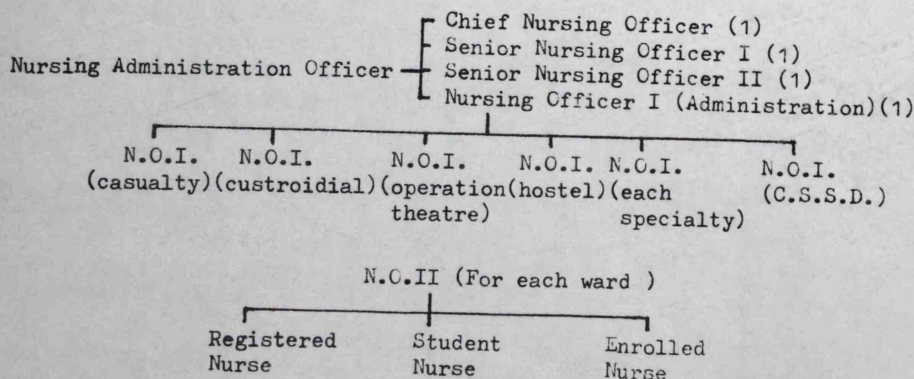
護士也和醫生一樣要輪流當值。行政中心晚上九時半以後便沒有工作人員，固然，整天有工作人員在辦公室內是比較理想的，但這樣要有大量的工作人員才可以辦到。在病房方面，由於必需有二十四小時服務，所以病房護士只有輪流當值。

## 其他工作人員

除了上述的工作人員外，還有經過三年訓練的 registered nurse，二年訓練的 enrolled nurse 及 student nurse。

護士的升職及調派由行政中心負責。升職大多數由年資，工作報告及工作的表現來決定。各專科的調派，則是根據護士的特殊訓練。

以下的圖表簡略地表示護士的行政架構，括弧內的數字表示工作人員的數量。



N.O.I. = Nursing Officer I  
N.O.II = Nursing Officer II  
C.S.S.D. = centralized sterilized supply department

## 護士

## 學生

## 生涯



以下是一個已畢業的護士憶述，她的三年護士學生生活

## 第一天

還記得三年前一月七日的下午（那天是星期日），我們一班新考入普通科護士學生的都齊集在宿舍客廳內，每個人都手挽着皮箱，大部分都在家長陪同之下而來，所以客廳顯得非擠迫，環顧周圍的同學大多打扮純樸，稚氣未脫，似剛剛畢業的學生；想到自己就快要負起護理病人的責任，心中未免有點疑惑和恐懼。

當日經過 Home Nurse 的安排之下，分了房間，制服，吃過晚飯後，便有幾位高班的同學探訪我們，講了一些宿舍裏的生活習慣和以後訓練的課程給我們聽，她們的熱情和真摯的友情，使到我們不安的心情，比較安定了下來。

## 學校裏的生活

星期一上午八時正，我們都到學校來，經過校長的訓話和介紹了幾位教我們的 Nurse Tutor 認識之後，我們就立即上課。黃老師拿着米高峯不停地講，教的是 Anatomy and Physiology，有時又在黑板上畫圖，不多時已將一個消化系統講了一半，使到慣於中學時代教學方式的我們，一時為之手忙腳亂，過了好幾天後大家才習慣下來。

就是這樣，兩月裏的課程不停地進展，科目包括 A & P, First Aid, Bacteriology, Nursing Care Procedure, Medication, Psychogoy, Food & Nutrition 等，還有是我們最怕的「實習」，其中包括 Bandaging Bed Making, Instrument & Trolley Setting 等。每次實習我們分開了小組，幾個人一組由一個老師負責，每人都輪着被問，她嚴肅的面孔和銳利的眼光，使到大家都心驚胆跳。（但後來我們反而覺得這樣學習，使我們學得更好更快）

雖然各科目都是淺易的，但每樣對我們都是新的，其中包括許多醫學的名詞，進度又是那麼快，加上要應付實習和兩個月後的考試，所以大家都非常努力，埋頭的鑽研，壓力是非常大的。

## 病房裏的實習

考試後，我和另外兩個同學被調派往一個女性內科病房工作。我們上工的第一天是病房剛剛收完病人的日子，五十一張床外還附加有大概十張的帆布床，病人大都是老婆婆。靜脈注射，地上的便盆，病人的呻吟聲，加上同事們忙碌的東奔西跑，病房裏總是缺乏了應有的寧靜和整潔。因為設備不像學校那樣理想，工作起來樣樣都要移寬就簡。我們只識理論的同學，不單沒有減輕同事們的工作，只是跟着她們左問右問，反而加重她們不少的負擔哩！

放工後，十來個同學都集中在一個房間討論今日的工作，有些覺得香港醫療服務實有改善的需要，又自我勉勵要好好的做下去；有些表示非常的失望，因為工作並非理想中的「打針派藥」，而是要清潔病人，是最忍受不了的！大家七咀八舌，意見不一。後來過了一個星期，已有好幾位同學因為工作辛苦退職了！

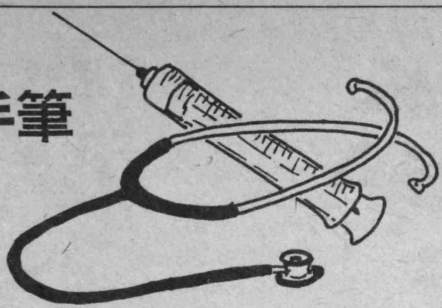
## 總結

我們就這樣在讀書和實習中渡過，除了最初兩個月的 Introductory Block 之外，還有 1st Year Surgical, Medical, 2nd Year Surgical, Special, Obstetrics Revision 等 Blocks，經過校內和公開的考試，我們就成為註冊護士了。

回顧這三年，除了苦處之外，宿舍的生活是有着無窮的樂趣的，大家共同生活更建立起真摯的友誼；在做人做事方面漸漸的成長，這一切一切都是我們最珍貴的。



## Hou 記手筆



## 平凡的工作!?

孺子牛

還記得，剛畢業的時候，腦子裏總考慮着選擇那一個專科，總盼望着盡快到專科部門中，從事不平凡的工作！後來到了醫院實習，起初一切感到很新鮮，幹起來很有滋味，有一種與讀書時代截然不同的歡樂。可是日子久了，倒覺得有點兒 routine 的味道。一天，與幾位同學聊起來。我無意中發起嘮騷：「真叫人發悶，整天都做着 routine 七也 routine 物物！」怎知這一來，引起了議論紛紛。

一位在產科實習的同學說：「我們不是每天都替很多 episiotomy wound 補針嗎？最初，我補得不太好，可是漸

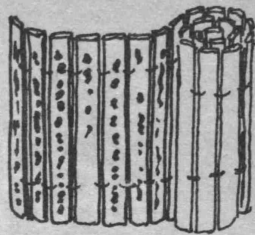
漸手勢純熟，而且補得很漂亮，簡直成了一門手藝。這樣的盡心盡力是必要的。在產後覆診中，有些產婦在個多月後，還感覺到傷口疼痛，甚至有些人發生感染，成為膿腫，真叫人痛心！細心查看之下，發覺傷口內留下了一條短短的線，未有拆除，這些看來是「輕微」的疏忽卻帶來病人很大的痛楚，使她對分娩多留下了一個痛苦的回憶！」

跟着一位骨科的同學也搶着說：「我一天遇上數十個手指骨折創傷，於是大部份時間都花在補手指仔上。可是，稍有不慎，不但會做成感染，還會誤將手指的神經連在皮上，做成日後（甚至永久性）的疼痛，這樣病人在精神上，工作能力上的損失真是難以補償的！這種可以避免損失的責任不是我們又是誰呢！」

「是的，腹痛是我們外科常見病之一。急性肺炎是其中具致命可能的急性病。一個簡單而準確的測定是血液中的淀粉酶（amylase）的數量。特別是發病初期，其症狀與其他引致腹痛的病原相似，更要依賴驗血去鑑別。所以我們就慣常地替腹痛的病人驗血了。就此，雖然有時百中無一，卻為這個病人避免了垂危，甚至喪命。平凡的驗血是含有不平凡的意義的呀！」

「聞說，一個患肺病的病人在肺科診所治病，治療後定期覆診，每次照肺，已有十多年了。一天，病人說有點頭暈，醫生細看肺片，發現心臟發大，一度血壓，竟已升達 220/140！翻查記錄，在十多年的肺片中，已存在心臟發大的現象，然而病人卻一無所知！這難道怪責病人嗎？病人不會自己量血壓，更不會看肺片，其中原因當然不明，可能雙方有誤會，例如醫生以為病人早已找別的醫生治療心臟病，而病人可能以為醫生說正常指的是身體的一切正常，而不是單指肺部正常，不過，每天看百多張肺片對醫生說來可能是平凡，但對該患有高血壓的病人來說就很不平凡了！」

想不到，此次一談，引起我日後對 routine work 有重新評價的必要。



## 見習札記 友

自從在醫院工作以來，一直都希望能寫點東西，談談工作的感受，無論苦與樂，希望能與大家一同分為，然而每當提筆桿的時候，總是缺乏一點寫下片言隻字的勁，也許是大疲倦罷，騰得出的時間都希望能要來甜甜的睡一會，不過並非完全沒有時間，大概最大的原因還是腦袋愈來愈不靈，對生活上的沖擊好像很遲鈍似的，猶記得在上班之初，為了要令自己保持對事物的敏銳性，曾定下大計，要每天看報，每個月至少要閱讀兩份雜誌和兩本文史哲方面的書，到現在雖然仍堅持計劃，但總覺得在分析或理解方面都沒有以前般靈活，可能是腦子退化了（苦笑）。

在醫院工作與在大裏讀書很是不同，最明顯的就是表現在人事關係上，同事中年紀差別甚大，階級分明，興趣各異，在如此錯縱複雜的環境裏，一個新入行的小伙子是不容易習慣，所以往往起先與人交往都只是風花雪月一輪，或者客客氣氣的敷衍了事，不過亦有可能相交得比較深入的，則按個別情況而定，然而凡事待人以誠，總不會拒人於千里之外的。另一方面，醫院的工作可以說是理論的實踐，這是一個很大的挑戰，所以在最初的幾個月裏，身心的大部份都放在應付各方面的問題，適應新的環境，可以說幾乎達到忘我的境界。

不過話得說回來，醫院終歸不是化外之地，每天每刻都能夠接觸到來自社會上各個階層的人物，尤以小市民為多，所以如果能夠多留意點病人的社會背景，往往能更加深入地認識社會的情況。

能夠將五年來所學的東西，付諸實踐，當然是件值得高興的事，不過對於一個初入行的小大夫來說，有很多的事是令人沮喪和困擾的，譬如當你正忙於收症的時候，而對方又是一個操其他方言的老婦人，只見她着一時指頭，一時指腳，而你則茫茫然站着，不知所謂，隨着來的還有其他病人，那時你內心的焦急當不言而喻，不過無論你是多忙，對付這些病人最有效的方法還是忍耐，當你細心地綜合病者家屬的敘述和檢查的結果，總會找出一點頭緒的。作為一個醫生，最高興的事莫過於見到病人健康出院，最難過的就是知道病人已無藥可救，在通常的環境下，我只對家屬解釋病者的情況，而留待他們決定何時告知病者自己，但每當見到家人們知道後悲戚的表情時，內心亦不其然難起起來，然而仍要控制自己的感情，因為要給予已經六神無主的家人適當的建議。

還有其他許多許多的感受，留待以後再談了，因為「貓仔」又响，要去收症也吧！

# The Bank Where every branch is your local branch

The Hongkong and Shanghai Bank  
has 150 Branches throughout Hong Kong—  
including 23 fast-service miniBanks.

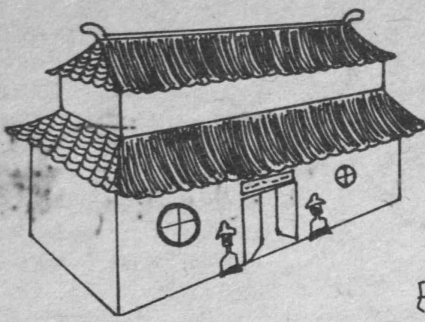
And you can use any one  
of them to pay in or withdraw money  
from your Savings or Current account.

So, with us, you can keep  
your money near you at all times.



The Hongkong and Shanghai Banking Corporation

# 文武廟



## 恭祝「文武廟」

恭喜「廟祝公」，賀喜「廟祝婆」  
恭賀「文武廟」開光之喜，同學們又有  
忽史勝地！

恭祝「文武廟」能帶給同學們新鮮  
的感覺——「亦莊亦諧，也文也武」。

恭祝「文武廟」能不斷的擴張及增  
添更多——「進香人士，廟神觀衆」。

恭祝「文武廟」能仿若真的古老的  
文武廟——「那麼長久，那麼穩固」。

## 假如我有

正

假如我有電子腦，考試不愁少分數，  
記得多時想得快，不用瞞認真好。

× × ×

假如我有機械手，考試答題不用愁，  
寫字神速如閃電，定可勝人幾百籌。

× × ×

假如我有神仙肚，唔駛食飯認真好，  
恆番時間讀吓書，那怕考試考唔到。

× × ×

假如我有電子眼，讀書考試可偷懶，  
一目百行清爽快，考試唔駛一陣間。

× × ×

總之由頭講到尾，為咗考試爭餐死，  
香港學生是超人？其實制度欠完美。

## 兩傻之「N.I.」

大細傻

從生理實驗之心電圖，兩傻學會了  
一句話 n. a. d. (no abnormality  
detected)。

回到了人體解剖實驗室，以錘子在  
那屍體上轉了一翻，一無所獲，兩傻想  
了一想，終於發明了一句可以形容這個  
情形的詞語，叫做 n.i. (nothing iden-  
tified)。

再到四樓看顯微鏡，大傻請教細傻  
說：「指針所指為何？」

細傻說：「你問我！我問邊個！」

兩傻齊聲說：「n.i.」

兩傻心感「n.i.」之好使好用，所  
以特此介紹！

## 鏡子

火紅

我有一顆冷漠孤寂的心，  
任憑着太陽無比的熱力，  
他仍舊木然地跳動着，  
有節拍，有旋律，  
立搭！立搭！立搭地跳動！  
絲毫不受着熱力的融化，  
被它和暖起來。  
只有真摯的友情，  
夠得上替這顆冷寂的心  
披上一件橙紅的外衣。

× × ×

我有一張嘻笑的臉，  
因為他從來不知道  
什麼叫做悲哀，  
更不明白什麼叫孤寂  
他自出娘胎那天起，  
就已經懂得要笑  
他從來就不曾知道，  
他的裏面藏着一顆冷寂的心。  
冷寂的心呀冷寂的心  
你為些不讓人家去多了解你呢？  
嘻笑的臉呀嘻笑的臉，  
你為些要張開這樣的一副面具，  
義煞着旁人，  
你當真不願人家去多了解你嗎？

× — × ×

我親愛的朋友們，  
你們幹嗎什麼事情總得加上一個「為什  
麼」呢！  
難道大天之下，  
就沒有一件事是不為什麼的嗎？  
好，我現在就要告訴，  
不為什麼，  
我不願人家多了解我  
只因我是人  
他們也是人  
只因他們也不願我去了解他們，  
不為什麼！  
朋友，讓我告訴你，  
冷寂的心及嘻笑的臉，  
根本就是一個好搭對。  
說不上什麼的虛偽，  
什麼的脫離，  
因為這都是現代人的生活條式。



## 鏗鏘將廊

當你獨坐拉記，埋首那永遠沒完的  
書本中，被那暖氣薰得懶懶欲睡的時候，  
你可曾想到在沙宣道上作一散步，讓  
那清新的空氣替你抹一面，讓那滿有生  
機的草木洗滌你的胸懷！

每日，你匆匆趕往李樹芬樓，跑過  
沙宣道，你又曾否作一個小小的停留，  
環顧一下你週圍，究竟有什麼改變？

就在那李樹芬樓的旁邊，也就在它的  
面前，有兩棵樹，此刻正展示着生命  
中的最美好，向你招呼啊！

儘管有人叫它的名字做象牙花，我  
願它的名字是龍牙，唯有這樣，才能代  
表它那古典的，東方的，神秘的美。唯  
有龍的牙，方能夠在那寒冬的風中屹立，  
怒放它那強盛生命力頂點的花。

龍牙是血紅色的，比那杜鵑更紅，  
於是便沒有了杜鵑的無可奈何。在艷陽  
底下，那尖銳的牙與燦爛的陽光相輝映。  
在細雨如霧，充滿詩意的幻境裏，醒

## 盛開的龍牙花

尹善

目的一片紅，加添了許許多多的生機。

不知你曾否留意，龍牙只有在最  
寒冷的氣候中才會開花。當其他的植物  
紛紛枯黃失色之際，當樹葉全隨風而落，  
只剩那光禿的樹樑，扭曲地不知如何  
是好的時候，奇跡般，一朵朵的龍牙綻  
開，給這片黃帶來鮮紅的點綴。

菊殘猶有傲霜枝，冬風任意催殘，  
花葉零落，一片肅殺的景象中，仍然有  
不畏嚴寒侵襲的龍牙花。

醫學院裏，我們要面對的重重考試，  
我們將來的實習，以至我們以後在社  
會中服務時所遇到的種種難題，在我們  
的生命中，不正如一個接着一個的冬天  
嗎？很多人會不知如何應付，倉皇失措，  
但亦有很多人能夠站得穩，龍牙花  
對我們每一個是一種啓示，願意你在冬  
天裏都站得穩，願意在困難中，你的  
生命展示得最美好——正如那盛開的龍  
牙花。

# 笑

青斯

我自少就很少會到醫生那處去。普通的小病，總是讓自己躺上幾天，間或服一二劑傷風藥，病情就自然地好轉過來。或許就是次數少的緣故吧，每一次當我入到診室後所看到的情景都給我留下一個深刻的印象。那一次……已經是三年前的事了。

那一次，我不是去看病；只因某種原因要到醫生處驗身。候診內坐着很多人，看上去都不像是生病的。「可能他們之中也有好些人是像我一樣來驗身的吧！」我想。他們之中，有人在高聲說笑，亦有人在默默地聲，當然亦有人面帶倦容，耐心地等候着。

我在門邊徘徊了一陣子，才舉步踏進候診室內。隨我進入候診室的是兩位年輕的，學生模樣打扮的小姐。她們一前一後地站着，站在前方的穿着一件淺綠色又裙又褲的服裝，有一張橢圓的臉及一把的短髮。我們在那排排的長椅中坐了下來，等待着姑娘叫喚我的名字。她顯然是經不起這麼的深寂，看見別人都在談笑，她也轉過臉去和她的同伴說話去了。看着她輕鬆的神情，我猜想她定必是來驗身的。

「×××……」一陣急促的聲音打斷了我的沉思。我撐開雙眼，在搜索着聲音的來源。一會兒，就大步地朝診室——聲音的來源——踏進去，給了他一個招呼，然後戰戰兢兢地坐在他身邊的椅子上。他用伶俐的眼角瞟了我一眼，望望表格上的像片。「唔！也有點兒像！」然後，他就用一種神氣十足，具有無上權威着語氣，跟隨着表格上各欄的問題，問起我一些普通的問題。

「你是×××嗎？」

「是。」

「你是投考……的，唔！好！……」

「……………」

他的「神氣」使我覺得自己十分渺小，也不敢多看一眼，只顧着回答他的問題，在問題與問題之間，他間或替我作一些「檢驗」。當然這不是什麼的

，只不過是胡亂地東看一看，西望一望，然後就用筆在表格上塗幾塗，跟着就開始了一條的問題。如是者耗費了他三分鐘多的寶貴時間，他似乎是有沒有得到什麼似的，見他在枱面上拿起了一疊硬咭紙，放到我的面前，着要我將我所看到的都讀給他聽。我心裏當然明白這是一個什麼的測驗，於是我也很合作地把我所看得到的數字都讀出來。不過有好幾次我卻根本看不到什麼。他似乎對我的反應不大滿意，頻頻搖頭嘆息，着要我詳細地再看一遍。然而，當我剛剛再看完一遍，而正在意圖把注意力從圖案上移到他身上時，我竟然發現他在笑，在暗暗地對我笑。我頓時覺得很不然。嘿！他真可惡，他用他那高傲的態度對待我還不止，還要恥笑我。

他對我說：「好了！好了！看不到什麼嗎？看不到的再看多久也沒有用處！」

然後，他招呼我欣賞看了一齣戲。他讓姑娘引進下一位等候驗身的人。我稍為怔住了一陣，原來就是那位短頭髮，綠衣裳的小姐。她與「醫生」面對地站着，好像已經知道發生了什麼事情似的。我急得把自己恐懼的目光收斂在圓桌之上，已不敢抬頭望一眼；只知道身旁有人應答如流地把所看到的都讀了出來，卻不知清楚她究竟在說些什麼話。這套活劇在「醫生」頻頻點頭稱好之下完結，持續了大約三分鐘。

「得啦，謝謝妳，妳可以出去啦！」

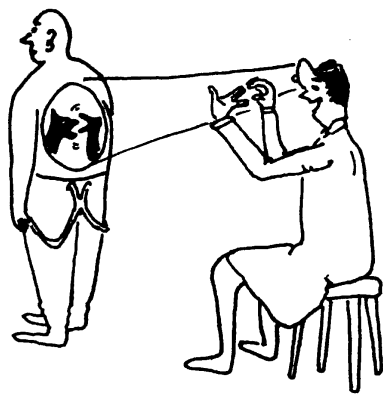
跟着，他轉過身來，望着我：

「你看見了嗎！這些圖案，她都能夠看得懂，而你就是不能夠。依我看來，你患有色盲……」他稍頓了一頓，然後又揮動着筆桿，在表格上塗幾塗。護士小姐上來了，我隱約地覺得她在對我說話，但我沒有留神去聽。就像宣判了死刑一樣，我一動口也不動地坐着。兩耳朵裏充塞着數陣冷酷的笑聲，「你有色盲！你有色盲！」笑聲與人聲夾雜在一起。眼前所看到亦儘是恥笑，恥笑。

他塗完了之後，對我說：

「你分辨顏色的能力很差，不宜選讀……你最好另擇……如……」

心裏只充滿着怒火，眼前的又是憤恨，又是惆悵；我屹然地站起來，頭也不回地走出了這個診室，在長椅上收拾起自己的東西，然後，生怕被人發現似的，低着頭鼓鼓地以最快的速度離開了這個「醫生」的診所。



雖然我自己的分色能力的確是比較差，但這也不值得去花費他，她及姑娘的時間來演出這一幕戲來讓我道啊！他早已把一切的醫學道德拋諸腦後，他把人病的秘密，病人的缺憾，在別人面前都用盡方法去表現出來，好像我犯了罪似的。人謂「醫者父母心」，他是醫者嗎？我一入到診室，他就已經拒我於千里之外。他對待坐在他面前的人方法，是一個對「病人」或者「顧客」的應有態度嗎？他又沒有試圖去揣測坐在面前的人心頭上所感到的是什麼？

三年了！風雨已經將這段回憶漸漸沖淡。但是一件已發生的事，是不會隨着光陰的消逝而備受淡忘的，它仍然會給我留下一個深刻的印象，一些蛛絲網跡。不過，假若不是日前在報章上閱得一篇的讀者來函，我又斷不會把心上的怒火重新燃起來呢！

我和他的情形雖然不大相同，但基本上還是一致的——病人的利益及權利受着忽視。其實，在大多數人的眼中，醫生都處於一個較崇高的地位，備受人們的尊敬。將相而言，病人就好像將自己貶成一個卑劣小子一樣，命是從。醫生與病人兩者之間的關係是建築在一個不平等，不自由的基礎上：病人患病，要求醫生替他治病；而且永遠就只有病人去見醫生，而沒有醫生去找病人的。他們兩者之間，就只存在着一個關係：治病與否！換言之，這可以看成是一項交易，醫生在這場交易中所要扮演的角色，就是在這淺薄的關係當中，發揮自己的用場，替病人治好疾病。這是對每一位醫生的最基本要求。誠然，各人對「交易」都會有不同的理解。雖然在每一項的交易中，大家都儘是為着自己的利益，得寸進尺地去爭取，但我覺得大家都應該有一個基本風度存在，就是「適可而止」尤其是假如另一面已失去能去為自己爭取合理利益的時候，這個風度存在的必要性是不容否定的。淺薄的醫生病人關係不就是這個境界嗎。醫生們，作為專業的人士，更應具有醫生的風度，更應處處為病人利益着想，不該處處儘把自己的利益置於首位。一個不能以病人利益為依歸的「醫生」，他是否有權利去承受自己的「利益」呢！一個只會恥笑病人，對病人呼喝，過份地運用自己的權而又妄圖詐取不知病人權利的人，你能說他是一個「醫生」嗎！就算將這一個的關係貶成簡單的市

儉的顧主顧客關係，而用上一句俗套的說話「顧客永遠是對的」來評理的話，也不會改寫這條問題的答案。

但是，我又要質問自己，我曾否用過鏡子去看看自己怎樣去對待病人呢！人雖然是萬物之靈，但卻缺少了一件東西，一樣可以看到自己一舉一動的東西。假如我們每人都能夠長多一只眼睛，來去欣賞自己的美態，那是多麼的美好呢！不過，人往往就是不完美的，人往往就要依賴這樣的一面鏡子去將自己的形態映入眼簾。很可惜，病房裏的鏡子是有的，我們連自怎樣去對待病人都沒有絲毫的印象。所以，我們麻木了。不論是誰，只要躺在床上的，就是病人，就是我們研究的對象。他們都是不會有感情，不會有反應的。也不管病人懂不懂，我們就儘量在病人面前笑，說笑話。有些懂得我們為何而笑的，也許就會處之泰然；但不懂得，也許就會誤會，以為我們在取笑他。——我自己的經驗不就是告訴我這種事情是會發生的嗎——當然，不是每一位病人都是如斯敏感。但是，我們的一切行動對病人心理上所引起的影響都是不容忽視的，概因我們這樣做會令一個有病的人加重負擔，而且心理的影響亦可能會與機體的疾病拉上關係，那不就是落井下石嗎，然而，如斯敏感的人可能不多，但在我們未知悉結果之前，我們又從何而知他的心靈已面臨着受創的邊緣呢！

我要多謝那一位在報紙上申訴他在門診的經歷的人。他令我回想起多年前所發生的一件事，亦激發起自己去思索更多的問題，許多日日夜夜都發生而又沒有人加以注意的事情。我要承認，或許我那次所遇上的「醫生」是一個極端的例子，但是我怎樣才能保證自己不會踏上這條極端的路途呢！我能夠在我懸起「華佗再世」或「懸壺濟世」等牌匾之前，去充份了解病人的利益和權利，醫生的責任，及去掌握病人的心理嗎！

「可以，你一定可以，只要你肯去與病人多接觸，去多了解病人，去索他們的要求，處處為別人着想！」

這不是空言論所能達到的，這要求我們認真去貫徹始終，去實行。

一九七八二月廿八日





# 啟思啊啟思

## 三柴結合「啟思大揭露」 專責委員會

今天我接獲中央最高指示：「必須讓廣大民衆知道中央的具体工作情况。」在英明領袖偉大的、正確的、如雷貫耳、响徹雲霄的路線指引下，「啟思大揭露」專責委員會作了下列對廣大民衆的報告。

夫啟思也者，乃典型學生報紙也。其別於一般學生報紙者，惟其風格清新，態度嚴謹，治學術，文化於一爐。更甚者，報導詳實，版面高雅也（口水塘美女，時人無不津津詳樂道）。次如編者之了麼了呢，詩人墨客的蠡斯、螞蚱和氤氳的薄露，無不令人閱後寧靜舒泰，恨怨開解。又如口水塘內撲通之聲，文武廟內香火之盛，鏗鏘廊內聲韻之勝，更豈是一般市井小報之所能遠及？諸公若同：人辦報我辦報，為何我們的啟思，遐邇聞名，聲望是這麼的高？細細讀下去，則道理甚明。

學生報紙，平常比較商營報紙，大有不同之處，曰經費無籌也，曰人手不敷也，曰技藝不精也，曰口齒不靈也，曰時間不足也，曰版式潰亂也，曰稿件稀微也，曰多方施壓也，曰考試測驗，外內相交煎也。然啟思自混沌初開以來，甚鮮見受上列因素所困惑，其中精緻之處，本為不傳之秘，現雖公諸於世，然個別看法之精要，則仍需英明領袖當面授議，方能了解通透。

原來每年十月上下，各啟思編委上任之後即召集各路人人馬，其中有老柴（去屆的編委們），中柴（畧知一二的，稍有浸淫的），及青柴（未緣涉獵，但有日日學習，天天向上精神，及尙年青，體力如初升旭日者）。這時候，開上門，大家齊齊把會開。諸君注意，門雖閉，但未上鎖，會議日期地點，例必公佈，並歡迎民衆參加。曰問：開的是啥會？編委會議是也。

編委會議中之特色，是口部進出平衡，夫口沫之既出，則自有採補輸入之必要。輸入之原料，多由委員同人加工，務求衛保健，資金方面，則由各人科斂，不損人民涸涸，由英明領袖當家作主者，則鮮有之。

編委會議之作用大矣，簡單道來，則為啟思決策之機制也。政策中包括一年的計劃，辦報的方針，特寫、專題的內容。又會訂下各柴的職責，服務的範圍；把各青柴，積極鍛煉為中柴，再升華為老柴：柴之極品矣。鍛柴時，常加

通材訓練，不論編輯，研究，校對，設計，貼版，出外拋頭露面，明查暗訪能之技倆，無不視為必修要目。故一經擢為老柴之輩，無不三頭六臂（而中柴只約二頭四臂，餘類推）。

啟思政策的結果，人民可見於各專題之成立，職位如總務、宣傳、聯絡、福利、新聞、校閱的新設、文藝版之加入。此外如飯堂前的新聞版，近來的一些問卷及分析等，皆是有目共睹，有名有實，毋庸置辯。



於是政策發出，各柴奔走造訪、約稿後，則必有稿件之投入。稿（一名字紙、一般市井小報老編常置於字紙簍內，啟思的則珍藏於唯一的書桌內，啟思保密，密密實實。）件一經上達，面世之機會異常樂觀。故諸君如曾致稿投校內別報，受了欺負，或欲投稿而對取錄失欲信心：歡迎你們走進啟思的懷抱。

目見來稿充足，老編們殷渴的面上，無不喜形於色。把每篇稿件，反覆細嚼多次後，便要設法找出錯別字，不通順之處，加以改正（啟思來稿水準偏高，錯別字不容易找）。如有來稿字體潦草，或英文稿沒有打字，老編們則需連夜開工，抄的抄，打的打，忙個不亦樂乎，無他，因此類來稿若取之照排，則後果非常人所能理解也。老編們又為取悅廣大讀者的眼睛，常把一加入其吸引力之副題，段題等，使繁忙之人氏，只看題目便知曉文章之大義。時人來稿時，常中英並用，拋名辭，酒術語，故老編要責之，乃是決定一文究竟是西（以便放於中文或西文版），決定後，便匆忙把不必須的異種文字，翻譯過來。如有譯後難懂，或不完全達意者，則保留之。

關於報導性的文章，領袖經常指示各柴四出調查，以察秋毫，明實偽，蓋啟思對時下刊物有意無意間頻常誤導的手段最為反感，而英明領袖，亦以勇於

求真，作為一生之抱負。另一方面，對人事上之稱謂（如某某委員長，何許組織，什麼博士），亦不能輕加疏漏，而招致日後之責難，甚而招下禍根。法律方面，更萬萬不可觸怒朝廷，引起封報拿人之弊。故措辭須婉轉幽雅，指責務含糊撲朔，再貼一道「作者意見，不代表各柴意見」之靈笑，以作後路。最後，適當加上各式致意，鳴謝，文章介紹、評論、注析、按語等，以表示各柴功力深厚，欣賞水平高，看得頭頭是道，說

約訪稿

的面面俱圓。

老編並非萬能，但鑒於表示博學，及免遭人白眼，故需頻頻進行研究。研究也者，褒稱也，內容包括參考文獻（實例：如不懂其中文字寫法，可從英漢辭典中，以同義的英文字找出該中文字來。絕也，非老友不傳）。其他有不通，不詳之處，又得四方打探，問道於高名，一切一切，在此不表。接着，在未多與公仔佬及排字廠前，再圍圈點點，及註明某處須要着重、注意，以示威信。

老編：滿腹經綸



公仔佬（官式名稱為視覺效果設計編輯），生活清苦，既無老編之聲望，手藝常遭羣柴的批判。一般來說，公仔部各柴（有時為單柴）應苦學印刷知識，簡單而設計，及勤練認識各款中西文術字，與裝圖技術，保證滿足羣柴需要（如釘補文章間空白的地方）。又必須服務快速，上午來，下午起。凡設計文題，版頭插圖，採用照片，文章整體

## 常務編輯 General Editor



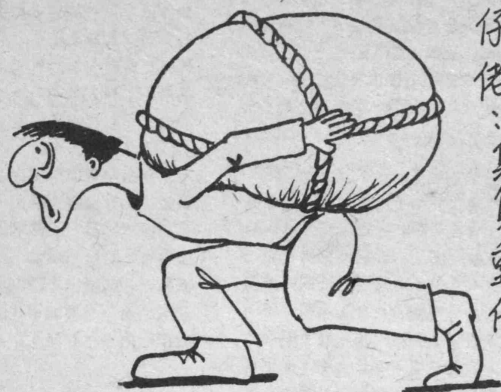
程序

典出

# 你是怎樣搞的？

■ 形狀配置，皆須勞神。（君不見本年啓思新招排？）至於文章橫直排法，採用字體款式大小，及細節如套色方法，網底法，圍邊法，反白法等，更不用詳言。為求版面美觀，圖案、照片的書籍資料又必須搜羅，必要時需要拿出私己，以平息家怒。公仔佬又應具伸縮本領，在最困難環境，最貧乏條件下，多快好省地完成作業。

公仔佬：身負重任



以上資料指示，統統置於真實報章大小之紙上，以便攝影製版也。貼版時，亂如七國，紙張工具滿增飛，有一紙功成萬紙之欣榮風貌。

諸君或以為至此一切事成。非也，新聞版上之內容寫作剪貼，有專柴負責。把報紙傳遞至校內校外之人民，機關者，有流傳專柴負責。此外如聯絡，記錄，總務，福利等，皆柴盡其材，方有啓思今日之成。財經方面，唯有人民微薄之微餉，然每年皆雖對外運籌，才足糊口之糧。

貼版

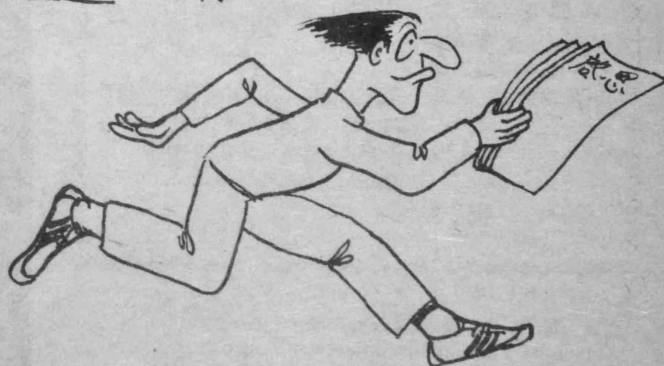


公仔佬可慰者，乃可決定全報之版面風格。風格者，大至一頁之安排，小至標點之運用，無所不包，所謂縮龍成本，盈於六合，是個好東西。明眼人或已察覺啓思的文章，不論中英，大都改作橫排（除文藝作品外）。文章內部，常見■●△的符號，大都是公仔佬做的手腳，其他細節，不煩讀者，只傳弟子。

校對



流傳



於是文章交往排版、校對。君莫啓思文章用字間有誤植，蓋來稿諸君，其中與之所至，行文如行雲流水，對稿之各柴，於排字房中，約莫於十五、六鑒茶時份後，早已頭重如鉛，忠奸莫辨。

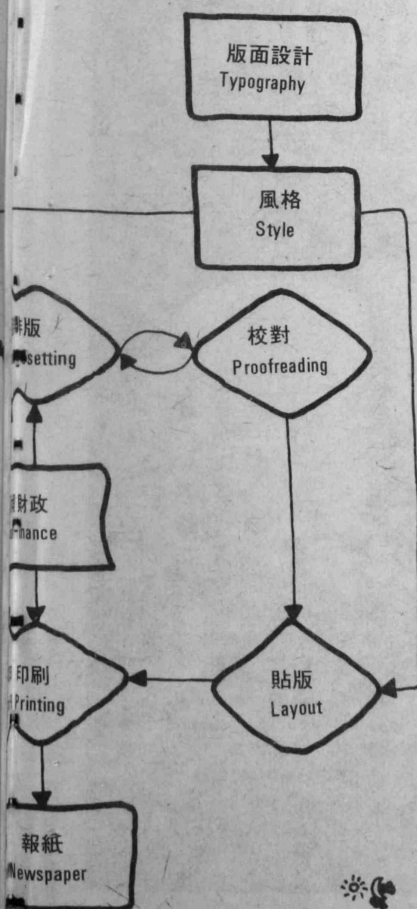
一切辦好，把排出的文章，每篇試印一次，是謂打稿。打稿紙運回啓思總部，便展開貼版工作，把文章剪裁，放入適當版位，改正行列中的位置錯誤，加上題目，挿圖，版頭，照片，廣告以及詳細指示，如用色，縮放，反白，深淺等不一而足，便可付印。貼版者，把

美術編輯  
Art Editor

印商  
Printer

資源的供送

學生報紙(例如啓思)  
程序





# 非藥

## 生

這是每天都發生着的事；

爲一些人，它根本不會存在，

另一些人，則已感麻木；

爲我們，是一個選擇：

我們可以逃避，

我們可以接受；

爲願意面對它的人

——是一個挑戰！

陳寶蓮，約三十歲，家庭主婦，生於香港。年來常覺心跳、頭暈、手震、精神緊張及容易受驚等，經檢查和甲狀腺功能化驗後，證實是患上甲狀腺毒症。醫生考慮病情後，決定用藥物治療；治療了三年的時間，仍未有任何進展……。

住在牛頭角道山邊木屋一五二號二樓的陳寶蓮，有兩子女，大的在幼稚園讀書；丈夫在一間紡織廠工作，月入約一千元。數年前，由於租不到房子居住，就以三千八百元，買了上址木屋居住，雖然區內沒有廁所及合法水電供應，總算能安居下來。近年來，樓下開設了一間山寨燒臘工場；每日上午，必定冒出大量濃烟，使人呼吸不暢。陳女士患有甲狀腺毒症，時常心情緊張及容易受驚；最近兒女因受濃烟刺激，時常咳嗽，要看醫生，由於這事，她本身的病情便日漸惡化，心跳和頭暈也頻密了；她

希望能獲安排另一處居住，使自己和兒女的健康有所改善。

起初，她把情形和西營盤國家醫院甲狀腺內科的醫生說，希望能獲介紹到其他地方居住，但沒有結果；後來我們給她寫信往醫務社會工作員，得到的答覆是當值醫生認為她的病症與居住環境無關，故無法獲恩恤安置；我們本來準備放棄了，但在一次採訪中，就連民政署署長亦認為她一家居住環境非常惡劣，鼓勵我們繼續為她爭取恩恤安置。於是我們便厚着臉皮再次寫信給醫務社會工作員，今次回信較長，但只是重複她的病歷及重申她的病情不受環境影響，說今次是由高級醫官作詳細檢討後決定的，並謂若陳女士照常覆診及服藥，病情自然會轉好；此外還說已安排某志願機構的工作人員於陳女士往國家醫院覆診的日子，代她照顧兒女。

在整個書信來往交涉的半年多裏，就是沒有一位醫生或醫務社會工作員願意「紆尊降貴」的跑到牛頭角山邊木屋去看看她的居住環境；他們又根據什麼去斷定她的病情不受環境所影響呢？（惡劣環境不會導致甲狀腺毒症，但肯定會影響病情之進展。）

房屋委員會 每年都有 定額的居住單位撥作恩恤用途，有需要者可經由 社會福利處 或醫務衛生處社會工作部介紹申請，近數年

來都沒有出現 供不應求 的情形，反之，每年之配額 均有剩餘……

這是去年之三、四月間報章上熱烈討論恩恤安置時的片段。

「我們面對的不是個案，而是病人；我們不單在醫治疾病，而是在醫治病人。」

「治療包括預防，專有治療，輔助治療、症狀治療、心理及社會性治療及康復等。」

理論是美麗的。同學在答試題時，總喜歡加上心理及社會性治療一項，以求答案更為完滿，取得更高的分數。

總覺得小兒科專科訓練時之醫務社會工作研討太奢侈；三、四十人一起研究那些病人各方面的需要，一切可想像得到的援助，都可以加諸他們身上，而差不多每個個案都考慮到居住環境太差或不適合而要申請恩恤安置；他們真的太幸運了！

為了不想自己和兒女的健康日益惡化，為了得不到其他人士的幫忙，他們終於自己去解決自己的問題；他們以二千八百元出售了現有的房子而以三千元購買了一間在鑽石山山腰的破舊無門牌木屋……。

最後見陳女士的時候，直覺上覺得她的病好了不少，而她自己亦有這個感覺；這是藥物的功能嗎？還是住屋問題得到短暫的解決呢？

## 七八年啓思編委會

顧問	李明眞醫生		
總編	雷聲响		
編輯	伍于健	何汝祥	
秘書	葉麗嫻		
財政	劉少懷		
總務	陳學琛		
宣傳	方平正		
聯絡	李樹堅		
福利	楊日華		
設計	沈明德	伍永強	關鼎樂 方平正
攝影	吳國光		
流傳	馬燦忠		
專題	馬國輝		
文藝	吳鴻琛	盧婷雅	
新聞編輯	張錦流		
新聞組	郭天福	周樹立	葉富強 袁維基
	廖慶榮		
去屆代表	伍志誠		
其他編委	連顯武	盧志榮	馬湖龍 梁佩娥
	陳健忠	周永堅	張德輝 許伯鈞
	陳廣明	高永文	江志羣 林容賜
	張子安	蕭成忠	岑信棠 傅秉鴻
	羅天桂		

The Editorial Board wishes to thank the special support of the Glaxo Hong Kong Ltd.

## Trandate (labetalol) the first alpha-beta blocker

An entirely new concept in the treatment of hypertension



Its unique effectiveness and lack of side effects result from a balance of alpha- and beta- blocking activities

- \* Lowers peripheral resistance
- \* Maintains cardiac output
- \* Produces a more normal circulation
- \* Highly effective in all grades of hypertension
- \* Provides single drug therapy
- \* Greatly reduces side effects associated with existing treatments
- \* Improves the quality of life for hypertensive patients

Glaxo

Trandate is a trade mark of Allen & Hanburys Ltd, London E28LA, England, a member of the Glaxo group of companies

# 感慨！

## 洪流

「高中及專上教育綠皮書」的發表，引起社會，尤其是教育界人士的爭論、批評。「綠皮書」的重要在於它可能決定未來十年的教育計劃。但環顧周圍的同學，對這件事有興趣者可謂少之又少。入了醫學院，自滿之餘，可能會有各家自掃門前雪，過海就神仙之觀念，但這是否我們應有的態度呢？

「綠皮書」的內容，正好表現出港府的一貫教育政策。從升中試之廢除，中三淘汰試之實施，可以看出政府實在視教育為一項為「攫取更大財富，維現存「良好」環境」之投資。升中試之出現，中學學位的不足，實為工商界提供了大批的廉價勞工。現在國際貿易競爭日趨激烈，工業技術日趨進步及多元化，所需工人的條件比以前更高，九年免費教育，是否只是受輿論的壓力呢？中三淘汰試之出現，又是否巧合呢？在政費充足之同時不辦好中學教育，提供足夠高中學位，反而設法扼殺私校的前途，這是辦教育的正確方法嗎？「綠皮書」中，不提教育質量，不提培養良好人格，不提德、智、體、羣、美的教育，不提要培養青年的社會意識，責任感，難怪今日香港社會風氣大壞，黃、賭、毒盛行，難道政府全無責任？香港人很

多只顧享樂，自私、功利、只為個人「前途」而「奮鬥」，忽畧了自己對社會、國家所應負的責任，實在使人嘆息！

「綠皮書」提議中大「四改三」，便是政府教育政策的具體表現事例。首先談談中大現時所實施的學制情況，使大家明瞭反對「四改三」的真正意義。

中大除實行學位考試外，又行學分制，通識教育，七七年度，更推行了包括「學科為本」和「學生為本」的雙元教學制。

●學科為本：一如港大的普通學習情形，包括上課和上 Tutorial Class。

●學生為本：由一導師帶數個學生，就一些課內外問題，作小組討論學習。

一年級會有學校書本以外的問題，如導師會要求學生學習收集可供研究用的資料。較高班的，多會就一些較受歡迎的課題，作深入探討。導師要帶的學生不多，師生感情自然較易建立起來，學生的知識亦會增加。

通識教育方面，以崇基最早實行，制度較完善。聯合新亞從七七年起施行，而以崇基的制度為藍本。崇基一至四年級都是接受通識教育。一年級會教一

些如思想的方法，大學的理想等；二年級課程包括中國古今文化概說；三年級生學習音樂，西方文化；四年級生要和其他系的學生做一個研究，題目基本上是自己決定的。此外學生每年要從其他系中，選一個課程進修。明顯地，通過通識教育，學生能獲更多基礎知識，知道其他人的所學，較明瞭世界的整體情況，從而更明白人生的意義，知道未來所要面對，要解決的問題，使學生對自己將要走的道路，作一明智的決定。對其他知識的掌握，又更能幫助自己專業的發展。

此外，大一有中英文課，以提高語文水準，又有暫編主修，使他們有一年時間，去決定以後三年的主修和副修科目，以免學生因受考試成績限制，而選上自己不願讀的科目。副修和通識教育課程，使學生有較博知識，防止學生淪為偏狹的「專門知識份子」。

四年制的的施行，又可使學生有較多空餘去參加課外活動，舒暢身心，學習羣體生活，鍛鍊人格。事實上，中大師生堅持四年制，就是要有足夠時間，完成其教育目標。

反觀政府只着眼於為工商界服務，只顧經濟地增加學位而忽視教育質量，

犧牲了香港新一代青年人的教育。又用增加學位的藉口，去緩和社會人士的反對。綠皮書又提統一大學入學試，以減少考試次數，誰不知又推出中三淘汰試，實在自相矛盾。實際上要統一大學入學試，中大便要四改三，其計劃可謂周詳！此外，對統一考試後所引起的問題，又無提解決方法。政府如真想搞好專上教育，為何不大力增加大學學位，為何不幫助現存私立專上學院的發展。事實上它們有現校舍、教職員，設備雖然不佳，但其學術地位已受很多外國著名大學所承認，扶助它們，以增加學位，不是很化算嗎，為何又只是說它們只介乎中六與大學程度呢？

當局一路限制大學學位的增長，認為如受高等教育的人愈多，畢業後如找不到理想工作，將會對社會起很大不滿。事實上，政府未能充分利用人手，只顧自己利益，而犧牲我們年青的一代。這一切，使人更覺得應更好地學習香港的教育情況，作出正確的態度，支持社會上正義的事情，才能對得起社會大眾，對得起為人類文明進步而努力奮鬥的先輩！

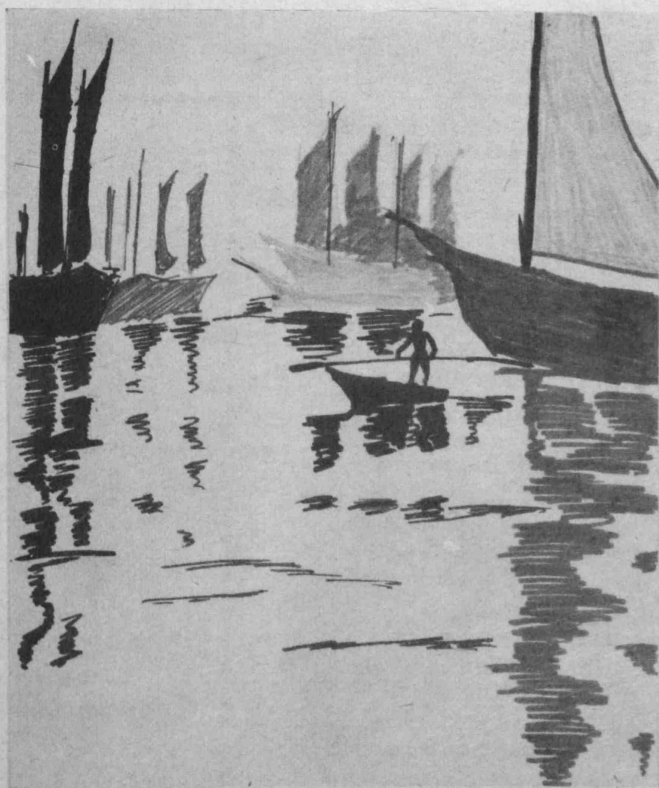
## 「關艇」雜感

樂

四周漂浮垃圾的海面，密密麻麻地擠滿了大小不同的船隻，居住其中的艇戶的生活究竟怎樣？他們有些什麼困難？我們可以怎樣幫助他們？為了對這羣社會上另一階層的人物有較深的認識，便參加了「關心艇戶計劃」，希望藉此能對他們有較清楚深入的了解。

經過初步的資料搜集及調查，得悉大部份艇戶以往是打漁為生的，由於社會的發展，漁業日益機械化，小規模出海作業漸受淘汰，不少漁民轉到岸上工作，但付不起昂貴的租金，便繼續留在艇上或搭艇棚居住，而且他們一般教育水準很低，大部份沒有技術專長，只可做非技術性工人如到工廠或地盤做散工，也有不少到碼頭做苦力，收入不穩定，倘若社會經濟不景，他們便是首當其衝受影響的一羣。

幾次的大型調查訪問，發動了二百多同學到香港仔，油蔴地，青衣塘，筲



箕灣等地區。從探訪後的一起討論中，發覺不少同學的觀感是：被訪者的生活並不太古苦，經濟情況不算很壞，雖然居住環境及子女教育問題都不易解決，但居民都沒有什麼怨言，而且安於目前的生活狀況。自己也曾有同感，觀察所得跟原先想像有很多分別。但，這是否表示他們並不需要我們的關心和幫助？是否顛臨絕境的人才值得我們加以援手？試想，這些以艇（或棚）為家的人，他們亦是社會的一份子，較低下層的成員，政府的房屋及福利政策往往把他們忽視，並為了推行各種建設計劃，毫不理會填海、城市發展的各種建設，搬遷到偏僻地區對他們的影響，這對他們是否公平呢？

總的來說，水上居民的知識水平較低，加以居住環境，使他們跟社會較為隔離，自成一個階層，不能跟隨社會進展的步伐。他們的子女獲得受教育和升學的條件都較差，年紀很小，大多未受技術訓練便工作，收入不高，跟着結婚，生兒養女重複上一代的步履，停留在他們的圈子中。只要我們再深入分析，便會察覺有更多的問題，並關連到整個社會的各方面，值得我們深思，不但對艇戶有更多了解更對整個社會有更深認識。



# 老吾老

## 老人問題知多少？

### 健康委員會



### 香港的老人問題

香港老人所遇到的問題是多方面的。老人因為失去經濟上的工作能力，不能自給自足，在滿足基本物質需要上也沒有一定的保障。同時老人較易患病，行動亦不方便。家庭本應可以給予老人所需要的照顧，但基於老人的種種問題，一些家庭就視老人為對家庭經濟沒有貢獻的消耗者，視照顧老人為麻煩的負擔，甚或不願與他們一同生活，使不少老人需要獨處。此等情形在香港這個以經濟掛帥的功利社會尤為明顯。

在健康方面，老人對疾病之抵抗力較其他人為低，患病率高，恢復速度慢，極需要特別的醫療照顧，而目前香港並沒有全面提供這種照顧。

除此以外，老人一般的被忽視，被遺棄以及精神空虛等問題之嚴重性絕不次於其他問題，再回頭看目前情況，老人根本不能奢望得到心理上和精神上的照顧。

### 現有服務

香港老人佔人口比數近十分一。目前政府在這方面所提供的無論在種類、質素及數量方面都實在過少，且多倚賴志願機構及宗教團體的協助去推行大部份服務。在經濟輔助上只有七十歲以上老人才可享有每月僅九十元之「老弱津貼」（對不少老人來說這是全月的生活費）。在其他生活照顧上，只有「家務助理服務」（全港現有20名工作人員），「探訪服務」，社區內的「老人康樂中心」，及其他一些非常有限的服務如安老院等。

在醫療服務方面，西方先進國家卻設有老人專科。但目前此專科在香港之發展僅限於瑪嘉烈醫院的74張病牀，一間「日間醫院」（提供醫療及康復及預防服務而不佔病牀）及一間老人診所。而一般年老病人只能利用給人垢病已久

的政府醫院門診及住院服務。其他由志願團體主理的服務有聯合醫院的40張老人病床及日間醫院，以及楊震服務中心的社康護理計劃（到老人家中進行康復護理及健康教育等工作）；唯是該項計劃仍未得到政府之全面支持。

### 「老人服務綠皮書」是甚麼？

「老人服務綠皮書」乃是政府在未來十年內在老人服務方面的工作大綱初擬。最近的一份老人服務綠皮書已於去年十一月公佈。經過公開徵詢意見及修改的步驟後，將正式成為有效的施政綱領，亦即是將於短期內頒佈的老人服務白皮書；此將決定時至一九八七年的老人服務內容。

### 十年計劃

以下為該綠皮書之要點：

在經濟方面

- 把領取「老弱津貼」之年齡限制由75歲降至73歲再降至70歲。
- 設立老人補助金，給予60歲以上不能領取老弱津貼之窮困老人。
- 試驗設立工藝中心，為失業老人提供工作。

在一般生活方面

- 在十年內為一萬名老人在公共樓宇提供居住單位。
- 擴展「家務助理服務」；重組「探訪服務」；試驗設立「日間護理中心」，照顧家人外出工作之老人。
- 在市郊分區設「老人服務中心」，提供多方面之服務。
- 擴展「老人康樂中心」，並試驗為老人而設立小巴服務。

在醫療方面

- 考慮設立「老人保健服務」（大致與學童保健內容相同）。
- 增加「老人科」病床及擴展「日間醫院」。
- 檢討擴大「社康護理」計劃。

### 評「綠皮書」

綠皮書所提及在未來十年的老人服務計劃，對比以往近於零的服務內容，無疑是一大進步。但以一個十年逐步實施的計劃來說，所能提供的實在遠遠落於需求。最明顯的是幾乎在每一項服務上都承認了和預計的需求量有很大差距。且這些有限的服務仍大受政府財政狀況所束縛，不能保證能完全推行。綠皮書所提多項服務亦有很大伸縮性，在白皮書中可能會有修改。再者，部份內容的實際細則亦不明確，例如「社康護理

」及「老人科」的發展極需特別訓練人材以配合，但卻沒有具體的訓練計劃，又如「老人保健服務」因需要很多私家醫生的合作，可行性頗成疑問。

綠皮書亦極少提及從基本方面解決問題之辦法。例如未有提出鼓勵家庭照顧老人之方法（如供養父母之免稅額），亦未預備積極推行健康教育等。從計劃的財政預算上看，分配於現金援助的比重很高，而於分配於其他方面服務的卻頗低；其實一個老人經濟保險計劃應是最積極的經濟援助辦法，但卻沒有推行。

在整體方面來說，綠皮書涉及多個政府部門之工作，但卻沒有一個中央協調組織監視每一部門之推行計劃之進度；亦沒有成立一個特別組織在服務實施期間定時檢討成效以作必要之修改。

### 結語

當然，在一個純以功利為出發點的角度看來，老人已失去效用，應遭受淘汰。雖然我們都會不贊同純以「功利」為標準去衡量人的價值，但看到一般人對老人問題的冷淡，卻也迫得我們要承認這種「功利」觀念其實正深植於社會裏。我們得要明白香港的老人向來是沉默的一羣；在遇到種種困難與不平待遇的時候，他們唯一會做，亦是唯一可做的只是默默的忍受，接受。他們不會抗議，不會呼訴。去了解他們的情形，去保證他們的福利，以使他們免於為社會

所遺棄，是社會的責任，是我們的責任。倘若我們對問題還採取冷淡的態度，我們在無形中已是失責。要解決問題，就得要對問題有充份認識及掌握。作為未來醫生的我們，可有留意一下老人的醫療問題嗎？

### 健康委員會「香港老人問題」專題活動

- 一月十一日 訪問瑪嘉烈醫院老人科
- 一月十六日 訪問聖雅各福羣會；家訪
- 一月十九日 幻燈：社康護理
- 一月二十日 論壇：香港老人問題面面觀，出席者包括社區服務聯會負責人，社康護士負責人，聯合醫院老人科醫生。
- 1月廿三日 總結

### 啓思稿例

- 啓思歡迎老師、同學及醫生來稿。
- 中文稿件請用原稿紙直寫，英文稿件請用打字或書寫清楚，請勿一紙兩面寫。
- 來稿可交與任何一位啓思編委或投入飯堂內的啓思信箱。
- 來稿可用筆名，但須附真實姓名、年級。
- 本刊恕不退稿，如欲退稿，敬請註明。
- 稿件刊登與否由編委會會議決定。
- 來稿文責，作者自負。
- 編輯有刪改權，如不欲刪改者，請註明。
- 如果有任何投訴，請於文章刊登後三個月內提出，逾期本刊恕不負責。
- 如要轉載啓思文章，請先通知並得到啓思編委會同意。





The staff of Caduceus

## "WHAT IS "CADUCEUS"?"

Caduceus (also Caduceum) is in ancient times herald's staff, a badge showing that the bearer was a sacred person not to be molested. It's original form was a straight branch with a pair of wings on top from which two twigs grew. Those twigs were then pulled back and twined round the branch. Later the twigs were interpreted as snakes, thus Caduceus is often shown snake entwined, somewhat like the staff of Asclepius, the symbol of the physician. Hermes, the patron of heralds characteristically bear the Caduceus.



The staff of Asclepius

**CP Air**  
**加航**

with the compliment of  
CANADIAN PACIFIC AIRLINES LTD.



## 醫學生何去何從

## 各位同學：

我們是在學的醫學生，和大家一樣，都抱有熱愛生命，認識真理的熱忱。我們希望將來能作一個真正的好醫生，為社會服務。

我們都明白，醫學生目前最大的責任是充實本身在醫學上的知識，倘若沒有真實的才幹，奢談濟世，只不過是不踏實的熱情。回顧這幾年來，一般病人對醫生的服務，很多時有不滿意的地方，對醫生的愛心，更起了懷疑。我們深深覺得對病人愛心上的培養，在醫學教

育中作着非常重要的地位。

為了使我們進一步更加認識自我，及使到其他人對我們能夠有更深徹的認識，在未來的幾期「啓思」中，將有一個關於「醫德」的專欄，一同走進這個愛心培養的浪潮，希望大家能慷慨投稿，申述你們的經歷，對「醫德」，「生命」，「死亡」的看法及對「愛」的體驗。

我們衷心渴望得到大家寶貴的意見。

。 謝謝

編委會

## SOMETHING SOUNDS DIFFICULT

## FRATERN

Dr. Choi Yuen Wan, in his talk dated 24th Jan.

He had came across a patient with late stage unoperable hepatoma. Upon repeated asking and asking, he at last, though unwillingly, told the fact to the patient. The patient was very depressed as if it was the end of the world. From that moment onward, Dr. Choi decided to take care of this patient, and a story of intimate interaction between the doctor and the patient then began. "Though the story ends with the patient's death, the patient had established faith and a positive attitude towards life and himself during the process and he could face death bravely and calmly!"

Dr. Choi raised a question to us: IF WE MEET AND INCURABLE TERMINAL 'CASE' WHAT SHOULD WE DO? If just regarding 'it' as a case, obviously we can do nothing except some academic research. But if 'he' is a patient, he is a 'human being' can we stand aside just trying all our best to prolong his terminating life for a few days, weeks? Then what the patient really needs?

You may suggest giving him better food, better enjoyment in his remaining days, some may say terminating him without pain, others may say, 'Don't waste your energy and effort, pay more attention to other patients.'...

Obviously, besides problems arising from skill and knowledge, the fundamental element of medical practice, there are so many a doctor has to face upon his profession and his patients in particular. Part of them may be in general common to other professions and appears not requiring to draw our special attention. Since Doctors are to handle life and death, pain and comfort, there are certain problems that can't be neglected; therefore had long time ago the physicians developed medical ethical issues. For example, in the B.C. Greek and modern 20th century revised Hippocratic Oath, there laid down something like

'The life of patients will be my prime concern, irrespective of their

nationality, race, political standpoint, religion.'

'All my colleagues are my brother'..

Nevertheless they are so general in principle that in our actual practice, a lot of factor deviate us from this ideal, and there are so many condition where these 'oaths' can't give us any significant guidance. For instance, there have been so many disputes on 'abortion', 'organ transplantation', 'human experimentation' etc., and no concrete unanimous conclusions have been laid down. These are only the attractive hot topics but not commonly met in routine practising. Ethical problem, though always neglected, are of prime importance in medical practice. These are day-to-day dealt with.

'How to treat a dying patient?'

'What is the extent of care of a doctor?'

'The power of a doctor'

'How and what can we survive a patient?'

'The role of money in a doctor's practice'

'Normal handling of patients'

'Co-operativity with other doctors paramedicals and M.H.D.' etc and etc.

They all contain similar elements like life, death, pain, feelings concept of whole person healing etc, and are ethical problem examples. Of course, WE medical students may be still too naive upon these aspects, and they may be too far away from us. However, if we admit that they are really important in our future practice, we should believe that having a good start and preparation in our student stage is essential; and they are actually not remote as it was thought since we also meet patients everyday. Studying medical ethics may sound difficult, but it is worthwhile of doing so because we are not aiming at a total understanding of medical practice, but the development of an ethical mind in relation to medical practice.

Longing for your spontaneous and enthusiastic participation in the field of medical ethics!



# WHO

## WHO CONSULTATION ON 1977-78 INFLUENZA OUTBREAKS

A meeting of experts was convened by the World Health Organization (WHO) in Geneva 9-10 January to advise on future action following outbreaks of A/USSR/77 influenza in the USSR and Hong Kong in December 1977.

The USSR epidemic involved mainly children and young adults. The attack rate reached up to 13 per cent of the population under 20 years old, mainly in the age group 7-14 years and markedly less in older persons. Clinical severity of the illness was generally mild to moderate and the epidemic decreased sharply in January 1978. The disease was equally mild in Hong Kong. Outbreaks were also reported from Finland, Czechoslovakia and the People's Republic of China.

In the meantime, A/Victoria/75- and A/Texas/77-like viruses continued to circulate in several countries, including the United States, Canada and Japan.

It is probable that the new virus may spread to other parts of the world and cause epidemics during the coming years. The expert group noted that the present vaccine cannot be expected to provide protection against the strains which caused epidemics in the USSR and Hong Kong. Since studies indicate that certain groups of the population have little or no antibodies against this new strain, the 1978-79 vaccines should include a strain similar to A/USSR/77. It is, however, not yet known whether the new A/USSR/77 strain will completely replace A/Texas/77 and A/Victoria/75. It is therefore recommended that national authorities and vaccine manufacturers consider producing first the A/USSR/77 vaccine component, and A/Victoria vaccine as well until further data are available on the respective prevalence of these strains. Administration of the currently available inactivated vaccine containing A/Victoria/75 and B/Hong Kong/72 should continue during the present season, since these strains are still circulating in many parts of the world.

The consultation did not recommend the use of the A/New Jersey/76 vaccine as its protective value has not been established against the new A/USSR/77 strain.

## SMALLPOX UPDATE

### Smallpox Eradication Ceremony in Bangladesh

On December 14 a nine-member International Commission will decide whether to declare Bangladesh free of smallpox. If they do so, as seems likely, they will present a certificate of eradication to the President of Bangladesh at an official ceremony.

The certification of Bangladesh will mean that the most severe form of smallpox, *variola major*, will have been eradicated in Asia, and worldwide.

Over the last two years a team of 12,000 health workers, assisted by about 100 WHO and international staff, has repeatedly made house-to-house searches throughout Bangladesh

without finding any new cases. The search period before certification was set by WHO advisers.

Below is a background article which has been written on the assumption that certification will be granted, and which presents an up-to-date appraisal of the global situation in the campaign to eradicate smallpox.

### Smallpox Target Zero

#### I. Last Case in Asia

The last case of smallpox in Asia occurred in Bangladesh on 16 October 1975. Although smallpox transmission had been virtually interrupted at the end of 1974, severe famine followed by the worst floods in decades uprooted hundreds of thousands of people, and redistributed smallpox through the country. Another year of renewed effort was needed before transmission could again be stopped.

Zero incidence was certified by an international commission in Dacca on 14 December after a two-year period of continual house-to-house searches for possible cases.

The significance of this: there is now no known smallpox on the Indian subcontinent, nor anywhere in Asia.

Success in Bangladesh signalled the end of *variola major*, the classical and often fatal form of smallpox.

A little girl, Rahima Banu, then aged three, of Kuralia village on the island of Bhola, off the mainland, was the world's last case of this form of the disease.

#### II. Last Target - The Horn of Africa

*Variola minor*, a less virulent disease, is now the only form of smallpox that is known to exist. The campaign to wipe it out has been focused in the Horn of Africa, first in Ethiopia, and more recently in Somalia.

With substantial international aid, both governments have made impressive progress against the disease. But transport and communications are difficult, particularly in the Ogaden Desert, one of the principal areas of the campaign, and along the Ethiopian/Somalian southern border. The disturbances in the area also hamper the work of case detection and containment.

Nevertheless, by the end of last year the area of known infection in Ethiopia had been narrowed down to a single administrative region in the south. In May of this year Somalia was still reporting 100 cases a week, and appealed to WHO and the UN Disaster Relief Office for assistance.

The number of cases has been steadily falling, and seems now to be at or close to zero. However, further checks has been hampered by bad weather. It will take several months before this position can be considered reasonably certain.

#### III. Smallpox: Certification of Eradication

##### 1. From Zero to Certification

After the last known case has been detected, a continuing search for cases must go on for a period of at least two years to be certain that eradication has been achieved. This period of time was recommended by the WHO Expert Committee on Smallpox Eradication on empirical grounds.

Eight months is the longest period during which smallpox has remained undetected in a previously endemic country. The recommended 24 months of search thus provides a reasonable margin of safety.

#### 2. Eradication Certified

International Commissions for Smallpox Eradication have so far certified eradication in:

(a) **Americas:** 1973. Last case - June 1971. Eradication confirmed - August 1973.

(b) **Indonesia:** 1974. Last case - January 1972. Eradication confirmed - April 1974.

(c) **West Africa:** 1976. Last case - June 1970. Eradication confirmed - April 1976.

(d) **Pakistan/Afghanistan.** Last case - October 1974. Eradication confirmed - December 1976.

(e) **India/Nepal/Bhutan.** Last case - May 1975. Eradication confirmed - April 1977.

(f) **Central Africa.** Last case - June 1971. Eradication confirmed - June 1977.

(g) **Burma.** Last case - April 1969. Eradication confirmed - November 1977.

(h) **Bangladesh.** Last case - October 1975. Eradication to be confirmed - December 1977.

#### 3. Certification of Eradication Worldwide: Global Commission Foreseen

It is now possible to look forward to complete interruption of smallpox transmission, in any form, at an early date. This will be an unprecedented achievement, and will require authoritative endorsement. WHO is therefore preparing to set up an International Commission for the Global Certification of Smallpox Eradication (Global Commission).

The task of this Global Commission will be to assemble, by means of country visits and other methods of verification, the necessary evidence which will make it possible to confirm, worldwide, that smallpox has been eradicated. When global eradication has been certified, vaccination against smallpox should cease.

#### IV. After Global Eradication: The Question

##### 1. Could Smallpox Return?

Once human-to-human transmission of smallpox has been stopped, it is believed that outbreaks will not again occur as a result of spread from an animal reservoir or from old scabs, for example. The best evidence for this belief is the fact that during the past 10 years, all outbreaks which have occurred in smallpox-free areas could be traced to a traveller from a known infected area, who reintroduced the disease.

The greatest risk of smallpox recurring relates to the possible occurrence of infection in a virological laboratory such as happened in London during 1973. WHO is taking steps to minimize this risk.

As added assurance should some presently unforeseen unforeseen problem occur many countries are stockpiling smallpox vaccine. Since the vaccine is stable almost indefinitely when stored at -20°C, this is a comparatively simple and inexpensive procedure. WHO itself plans to accumulate and to store sufficient vaccine to immunize 300 million persons. Sufficient to vaccinate about 75 million persons is already on hand.

##### 2. An Animal Reservoir of Smallpox Virus?

There is no known animal reservoir of smallpox virus. However, 29 cases of an illness closely resembling smallpox have been detected in regions of

Africa declared smallpox-free. In each such case "monkeypox" virus have been isolated, or identified by antibodies in victims' blood serum as the causative factor. The reservoir of monkeypox is not known, but it is probably among rodents or monkeys and its capacity to spread from one human being to another appears to be close to nil.

#### V. The Economics of Smallpox

##### 1. Staff

More than 600 WHO staff and WHO consultants from 51 countries have participated in the campaign and more than 150,000 national health staff.

##### 2. Cost of the Programme

Estimates put the cost of smallpox eradication - that is, from the start of the intensified campaign through certification of global eradication - at about \$300 million.

International assistance, including that received by WHO and support through bilateral means, has been provided by 44 countries. From 1967 when the programme began through 1979 when final certification of eradication worldwide is expected, some \$100 million in international assistance will have been utilized - an average of \$8 million each year over the 13-year period. Principal contributors are: WHO's Regular Budget, \$35 million; United States of America \$26 million; Union of Soviet Socialist Republics, \$13 million; Government of Sweden, \$16 million. Other contributing more than \$500,000 each are Canada, Denmark, India, Iran, Japan, Netherlands, Norway, United Kingdom and the United Nations Emergency Operation.

Funds spent by the previously endemic countries in support of the programme are estimated to be about twice that provided through international assistance - some \$200 million. Few countries, however, expended substantially more than they had been spending for never-ending smallpox control activities.

##### 3. Cost-Benefit of Programme

All countries, even those free of smallpox, have each year paid a price by way of routine prevention programmes or in putting down outbreaks imported from outside.

Thus, it cost the United Kingdom an estimated \$3.6 million to curb an outbreak of 67 cases in 1961-62 brought in by travellers from Pakistan. About five and a half million people were vaccinated.

It cost Sweden an estimated \$750,000 to control an outbreak of 27 cases in 1963 when a sailor returning home from Asia brought smallpox with him.

Apart from financial costs, there is also a price in human suffering. In 1972, for instance, smallpox struck Yugoslavia in the first major outbreak in four decades. The toll in what is likely to be Europe's last cases was 175 afflicted and 34 deaths. A total of 18 million out of a 21 million population were vaccinated.

When eradication is certified, it should be possible for all countries to cease vaccination. Based on a study in 1967 which showed that the USA alone was spending \$150 million annually in smallpox vaccination and quarantine activities, it is estimated that worldwide, nearly \$2 billion annually will be freed to be used for other health purposes.