



---

# 台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議

## 第一版

---



110.08.20

台灣安寧緩和醫學學會



## 推薦序

2019 年年底中國武漢爆發新冠肺炎 (COVID-19) 疫情以來，全球已有兩億多名確定病例，四百多萬人死亡，更導致各國醫療體系崩潰、經濟蕭條。2020 年疫情蔓延全球之際，台灣的防疫成效顯著，是全球少數累計發生率與死亡率最低，而且經濟正成長的國家之一，受到世界各國的肯定，成為自由民主國家的防疫典範。直至今年四月中旬，由於 Alpha 變異株病毒的入侵，發生一系列的群聚感染鏈，中央流行疫情指揮中心在五月十九日宣佈全國進入三級警戒，直至七月二十七日調降至二級警戒。這第二波新疫情造成一萬四千多位本土確診病例，以及八百多位死亡個案。

在嚴峻疫情中，大量確診者湧進醫院，醫療體系的量能面臨前所未有的挑戰與衝擊。染疫者診斷確診後，病人就飽受生命威脅之憂慮，一旦病程快速進展到末期，在病人被隔離的情況下，來不及「道謝」、「道愛」、「道歉」、「道別」就往生，對病人與家屬都有難以磨滅的遺憾。醫療團隊如何提供積極而有品質的緩和醫療服務，協助病人善終、家屬安心，就成為相當重要的課題。緩和醫療是藉由各種支持關懷，讓病人獲得積極的身心靈的照顧，它是超越生死的愛與和平的志業；而憐憫奉獻則是緩和醫療照護者的特質。

世界衛生組織在 2021 年 1 月出版的「COVID-19 Clinical management: Living guidance」，提及緩和醫療是具多面向的整合性醫療，它的重點是透過及早辨識、評估和治療病人的身體、社會心理、精神壓力，以預防和減輕痛苦，並不侷限於末期臨終照護。該指引提及所有醫療團隊成員，都應提供罹患新冠肺炎病人基本之緩和醫療照護，包括緩解呼吸困難及其他症狀、提供社會支持等，並且對於所有確診病人，都應確定他們的預立醫療照護計畫，尊重他們的醫療選擇，提供對病人最佳之醫療照護服務。

欣見「台灣安寧緩和醫學學會」在疫情嚴峻期間，洞察國際脈動並關心本土疫情發展之需要，邀請不同職類之臨床專業人員、倫理及法律專家，共同發展、撰寫《台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議》，內容涵蓋生理、心理、社會、倫理及法律等各層面，更注意到醫療團隊照護者的自我照顧議題。這本建議可以作為所有醫療團隊的參考，提供病人及民眾更適切的緩和醫療照護。

陳建仁院士

中華民國（台灣）前副總統

中央研究院基因體研究中心特聘研究員

## 理事長序

新冠肺炎從 2019 年底開始可說是影響世人的生活至深且鉅！因為新型冠狀病毒具有高度傳染力及致病力，不僅嚴重影響人的健康，各項防疫措施也導致社會經濟各層面的巨大衝擊，迄今仍未見歇息。

從今年(2021)五月以來，台灣各層面同樣受到新冠肺炎嚴重的影響。在健康方面，不僅是重症病人及其家屬的身心靈受到相當大的衝擊，醫療人員為了防疫、為了照顧病人，同樣也是身心俱疲。尤其是面對這樣的新興傳染性疾病，不僅民眾對此疾病感到陌生，醫療人員同樣也不熟悉。因此在醫療照顧上遇到諸多的困難，包括疾病的治療方法及病程的預後評估、病人的心理、社會、靈性的關懷明顯不足、末期醫療決策要如何遵循倫理的原則及法律的規範、醫病溝通討論等方面都出現諸多重要的議題。

本學會長期重視末期病人的生活品質及死亡品質。有鑑於提供新冠肺炎安寧緩和醫療照護建議的重要性，兆勳隨即邀請第一線照顧新冠肺炎病人的各職類專家，包括醫師、護理師、心理師、社工師及倫理法律相關的專家一起討論改善之道。感謝大家從臨床照護經驗上集思廣益，在短時間內即順利完成「台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議」。其內容在疾病的預後評估、病人及家屬的全人照護、末期醫療決策的倫理原則及法律規範、維持生命治療的不予或撤除、良好的醫病溝通能力、醫療照護者的正念減壓、民眾衛教資源等方面，都提出具體的參考建議。同時也針對政府相關單位的醫療政策與制度提出專業的建議。相信這對新冠肺炎病人及家屬的照顧及政府醫療政策的擬定，一定會有重要的貢獻。因付梓倉促，疏漏難免，敬請不吝斧正。

蔡兆勳醫師

台灣安寧緩和醫學學會理事長

臺大醫院家庭醫學部緩和醫療科主任

# 目 錄

前言 .....	1
第一章 新冠肺炎（COVID-19）簡介 .....	4
第二章 病人照護 .....	9
第三章 家屬照護 .....	21
第四章 溝通能力 .....	26
第五章 倫理思辨與法律規範 .....	32
第六章 醫療團隊成員的支持與正念減壓 .....	37
第七章 民眾教育與相關資源 .....	42
第八章 政府相關醫療政策與制度 .....	51



## 前言

蔡兆勳

### 壹、源起

根據世界衛生組織（WHO）對緩和醫療的說明，罹患威脅生命疾病的病人及家屬所面對的問題，包括身體、心理、社會、靈性的痛苦都是緩和醫療要關心的！大家對新冠肺炎聞之色變，顯然它是一種威脅生命的疾病，因此每一位新冠肺炎病人及其家屬都應該是安寧緩和醫療要關心的對象！

去年（2020）面對台灣的第一波疫情，本學會基於民眾的照護需求，邀請全國各安寧緩和醫療團隊代表討論安寧緩和醫療在疫情期間的角色。當時台灣防疫成效獲得全世界肯定，因新冠肺炎過世者很少，所以與會專家著重在既有非新冠肺炎病人的安寧緩和醫療照護品質不要受防疫規範的影響太大。並於會後將專家意見以「Strategies maintaining hospice and palliative care quality during COVID-19 pandemic in Taiwan」為題，已發表在 BMJ Supportive & Palliative Care。

今年（2021）這波疫情來勢洶洶，因新冠肺炎過世的病人數與日俱增，我們必須重視安寧緩和醫療在新冠肺炎病人照護的角色，才會有先進醫療國家的水準！每一位病人從確診前就飽受生命威脅，可說是寢食難安，更不用說確診之後！更遑論疾病快速惡化過程的痛苦，在呼吸困難、身體疼痛之外，其心理壓力之大可想而知。再加上病人處於隔離治療狀況，幾乎沒有親人的支持陪伴，心生恐懼、終夜難眠，更有甚者在孤獨中過世，其艱辛痛苦的歷程，相信身為醫療人員的你我都感同深受！更因為新型冠狀病毒具有高度傳染力，經常家屬也是病人或被隔離者，有時會遇到家人隔離之後就成為天人永隔，其悲傷之重，遺憾之深，都是很重要的醫療照護課題！

此外，醫療團隊面對新興傳染性疾病，除了深刻感受病人及家屬的痛苦，同時也面臨生命末期維持生命治療是否使用等醫療決策上的困境。面對一般民眾的焦慮和不安，也必須提供衛教與適切的回應，長期下來可說是身心俱疲、心力交瘁。因此維護醫療人員的身心健康，保有醫療的量能也是相當重要的議題。政府為防疫盡心盡力，雖已經投注相當多的資源，但在臨終末期

照護、醫療人員的關懷、民眾生命教育及醫療費用的給付等方面仍有更好的擴展空間！

本學會長期重視病人的生活品質及死亡品質，關注安寧緩和醫療現況與需求之脈動，繼而提出積極的作法更是責無旁貸！因應這次的新冠肺炎疫情，本學會隨即邀請身、心、社、靈第一線的照護專家及倫理法律專家討論如何改善這些令人難過的臨床困境！經過充分的經驗分享及意見交流後，委請各職類專家針對新冠肺炎的預後評估、全人照護、家屬照護、溝通能力、倫理思辨與法律規範、團隊成員的支持與正念減壓、民眾教育與相關資源、政府相關醫療政策與制度等方面，將這些寶貴的意見化為具體可行的作法，聚集成為「台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議」，提供給醫療人員、民眾甚至是政府相關單位的參考。希望能減少與降低無情疫病帶來的巨大衝擊，讓人與人之間的溫暖充分發揮正向能量！

## 貳、專家作者群

感謝本照護建議於研議發展過程中之專家、作者群如下：

總編輯	
蔡兆勳	台灣安寧緩和醫學學會理事長 臺大醫院家庭醫學部緩和醫療科主任
諮詢暨專家作者群 (*按姓氏筆劃順序排列)	
王志嘉	國防醫學系醫學人文教育中心主任 三軍總醫院家庭暨社區醫學部主治醫師
古世基	臺大醫院內科部加護病房主任
李秉學	光田綜合醫院老年醫學科主任
李閏華	輔仁大學社會工作學系助理教授
宋賢儀	臺大醫院社會工作室主任
吳建誼	高雄醫學大學附設中和紀念醫院社區醫學部家庭醫學科主治醫師
吳家鳳	臺大醫院社會工作室組長



林育如	臺大醫院社會工作室中級管理師
施至遠	臺大醫院家庭醫學部主治醫師
洪毓謙	臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師
姜士中	臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師
徐愷萱	臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師
翁益強	衛生福利部南投醫院放射腫瘤科暨安寧療護科主任
郭蕾旻	臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師
陳彥元	臺灣大學醫學院醫學教育暨生醫倫理學科暨研究所教授
彭仁奎	臺大醫院家庭醫學部主治醫師
張賢政	羅東博愛醫院家庭醫學科主任
張琦郁	臺大醫院臨床心理中心臨床心理師
黃曉峰	臺中榮民總醫院婦女醫學部暨緩和療護病房醫師
黃馨蓀	中山醫學大學附設醫院家庭醫學科主治醫師
黃獻樑	臺大醫院家庭醫學部主治醫師
黃鳳英	國立台北教育大學教育系副教授
鄭逸如	臺大醫院臨床心理中心主任
賴維淑	國立成功大學醫學院護理學系助理教授
謝宛婷	奇美醫院緩和醫學科主任

## 第一章 新冠肺炎（COVID-19）簡介

姜士中/洪毓謙/徐愷萱

### 壹、臨床表現

- 一、病人常見的症狀包含有發燒、乾咳、倦怠等，約三分之一會合併呼吸急促；其他症狀亦包含肌肉疼痛、頭痛、喉嚨痛、腹瀉等類流感症狀，且部分出現嗅覺、味覺異常情形。
- 二、隱形缺氧（Silent Hypoxia），部分病人血氧濃度低於 90%，但臨床上無明顯呼吸窘迫，容易增加猝死的風險。
- 三、依據目前已知證據，主要經由人與人之間近距離的接觸、飛沫傳染等方式進行傳播（Lu et al., 2020; Hamner et al., 2020; Shen et al., 2020）。

### 貳、診斷方法

- 一、分子生物學核酸檢測（Real-time reverse-transcription polymerase chain reaction, RT-PCR）為新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）急性感染期之首選檢驗。
- 二、血清學檢測（Serological Test），可能適用於確診病人感染後判定恢復期之檢測（衛生福利部疾病管制署，2021）。

### 參、治療方法

依據衛生福利部疾病管制署「新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）感染臨床處置暫行指引」，治療方式主要依照病人症狀嚴重程度區分（2021 年 7 月 13 日第 13 版）：

- 一、輕中度病症病人（輕度肺炎：無併發症之輕症；中度肺炎：在無氧氣輔助環境下（Room-air）血氧飽和度 > 94%）：針對症狀給予支持性治療及必要之營養與輸液支持。給予輸液須注意不可過多，以避免氧合情形惡化。
- 二、重度及極重度病症病人（嚴重肺炎及急性呼吸窘迫症候群，Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS）：  
針對肺炎嚴重感染個案，可依經驗給予抗生素治療或抗病毒藥物；若季節符合流感流行時期，亦可加入抗流感病毒藥物合併治療。血

氧下降之病人，應視情況立即給予氧氣輔助治療，盡量維持血氧濃度  $SpO_2 \geq 94\%$ 。此時可考慮高流量鼻導管給氧治療 (High Flow Nasal Oxygen, HFNO)。另外針對可配合的病人，給予俯臥位呼吸 (Prone Positioning) 也可相對改善呼吸窘迫之症狀。若是依然無法有效維持血氧濃度，應盡早與病人討論是否氣管內插管給予機械式通氣輔助 (Mechanical Ventilation)

三、 新冠肺炎之治療方式 (衛生福利部疾病管制署，2021) (請同時參閱個別藥物適用病人條件，並依臨床狀況調整)

	輕中度	重度 及 極重度		
	不須用氧	需吸氧治療	高流量 或 非侵襲性呼吸器 (Non-invasive ventilation, NIV)	插管病人
可降低死亡率，建議使用	-	Dexamethasone		
	-	+Tocilizumab	+Baricitinib 或 Tocilizumab	+Tocilizumab
	Casirivimab + Imdevimab 或 Bamlanivimab + Etesevimab	-	-	-
加速臨床改善，考慮使用	-	+ Remdesivir		-

#### 肆、 疾病嚴重度與預後評估

##### 一、 疾病嚴重度

(一) 至少 33% 是無症狀 (Daniel et al., 2021)。

(二) 有症狀的感染者中 (Zunyou et al., 2020)

1. 輕微 (Mild) : 81%

2. 嚴重 (Severe) : 14%

3. 危急 (Critical, 呼吸衰竭) : 5%

(三) 感染死亡率 (Infection Fatality Rate, IFR) :

推測在 0.68% (0.53%-0.82%)，但因研究族群及地點的不

同，異值性非常大 (Meyerowitz, & Merone, 2020)，隨著年紀增加，IFR 會快速上升 (Andrew et al., 2020)。

(四) 住院病人死亡率：

隨著治療的進展及醫院超載狀況的改善，英國的研究發現加護病房 (ICU) 新冠肺炎病人 30 天存活率從 58% (2020 年 3 月) 進步到 80% (2020 年 6 月) (John et al., 2021)。

## 二、 預後評估

(一) 許多預後模型 (Prognostic Models) 嘗試推估預後，但大多無法達到臨床上預期的有效性 (Wynants et al., 2020)，仍須仰賴臨床醫師判斷為主。在估算住院病人發生死亡比率，可參考 4C Mortality Score (<https://isaric4c.net/risk/v2/>)。(Stephen et al., 2020)

(二) 發生重症的危險因子包括：年齡、吸菸史、免疫不全、懷孕，與多重慢性疾病，包括高血壓、心血管疾病、慢性肺部疾病、腦血管疾病、糖尿病、癌症等。

(三) 進展為極重度病況 (包括入住加護病房、使用呼吸器、及/或死亡) 之風險增加的相關因素包括：查爾森共病症數 (Charlson Comorbidity Index, CCI)、身體質量指數 (BMI)、呼吸速度、白血球數、淋巴球百分比、血清肌酸酐 (Creatinine)、乳酸脫氫酶 (LDH)、高敏感性心肌旋轉蛋白 I (High sensitivity Troponin I)、鐵蛋白 (Ferritin)、前降鈣素原 (Procalcitonin)、及 C 反應蛋白 (CRP) (Daniel et al., 2020)。

(四) 發生急性呼吸窘迫症候群 (ARDS) 及進展至死亡的相關危險因子，包括高齡、嗜中性顆粒白血球增加 (Neutrophilia)、器官及凝血功能障礙 (LDH 升高、D-dimer 升高) (Chaomin et al., 2020)。

(五) 死亡相關的危險因子：高齡、查爾森共病症指標 (Charlson comorbidity index, CCI) 分數較高、發燒、呼吸困難、實驗室檢查數值異常包括 AST 升高、Creatinine 升高、Neutrophil-to-lymphocyte ratio 升高 (George et al., 2020)。

【參考文獻】

1. Lu J, Gu J, Li K, et al. COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. *Emerging Infectious Diseases journal*. 2020;26(7):1628.
2. Hamner L, Dubbel P, Capron I, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice - Skagit County, Washington, March 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(19):606.
3. Shen Y, Li C, Dong H, et al. Community Outbreak Investigation of SARS-CoV-2 Transmission Among Bus Riders in Eastern China. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(12):1665.
4. 衛生福利部疾病管制署網站  
<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>
5. 衛生福利部疾病管制署. (2021). 新型冠狀病毒 (SARS-CoV-2) 感染臨床處置暫行指引 (13<sup>th</sup>)
6. Daniel P Oran, Eric J Topol. The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic : A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2021;174(5):655.
7. Zunyou Wu, Jennifer M McGoogan. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239.
8. Meyerowitz-Katz G, Merone L. A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates. *Int J Infect Dis*. 2020;101:138.
9. Andrew T Levin, William P Hanage, Nana Owusu-Boaitey, et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol*. 2020;35(12):1123.
10. John M Dennis, Andrew P McGovern, Sebastian J Vollmer, et al. Improving Survival of Critical Care Patients with Coronavirus Disease 2019 in England:

A National Cohort Study, March to June 2020. Crit Care Med.  
2021;49(2):209.

11. Wynants L, Van Calster B, Collins GS. Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal. BMJ. 2020;369:m1328.
12. Stephen R Knight, Antonia Ho, Riinu Pius, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. BMJ. 2020; 371: m4334.
13. Daniel S Chow, Justin Glavis-Bloom, Jennifer E Soun. Development and external validation of a prognostic tool for COVID-19 critical disease. PLoS ONE 15(12): e0242953.
14. Chaomin Wu, Xiaoyan Chen, Yanping Cai, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020;180(7):934-943.
15. George N Ioannou, Emily Locke, Pamela Green, et al. Risk Factors for Hospitalization, Mechanical Ventilation, or Death Among 10131 US Veterans With SARS-CoV-2 Infection. JAMA Network Open. 2020;3(9):e2022310.



## 第二章 病人照護

施至遠/賴維淑

### 壹、 身體症狀控制

以下提到新冠肺炎病人常見症狀之照護建議與用藥劑量，主要是針對重症且接近生命末期的成年病人。

#### 一、 呼吸困難

當已排除可矯正的病因(如：肺水腫、肺栓塞、肺阻塞疾病或氣喘)，或是病況不合適接受進一步的檢查時，以下照護方式可能有助於控制呼吸困難：

##### (一) 非藥物照護

1. 降低室溫。
2. 使用冷的布巾讓臉部降溫。
3. 坐起或俯臥的姿勢可能可以緩解症狀。
4. 指導放鬆與呼吸技巧。
5. 當缺氧可能是呼吸困難的原因時，可嘗試給予氧氣。
6. 病毒散播的風險，新冠肺炎病人不建議使用風扇吹拂來緩解呼吸困難。

##### (二) 藥物治療

1. 若從未使用過鴉片類藥物，首選為低劑量的 Morphine。口服途徑優先，先以低劑量給予一次，若無效再增加頻率及劑量 (Morphine 2~2.5mg, PO, q2-4h prn)，每 24 小時需要劑量可能介於 5~30mg 的範圍。無法口服時，可使用 Morphine 1~2mg, SC, q2-4h prn。
2. 若已使用過鴉片類藥物，可給予突發劑量 (Breakthrough Doses)，以原本 24 小時鴉片類藥物總計量的 10% 來計算。
3. 若症狀嚴重，可加上 Midazolam 0.5-1 mg SC/IV q30min prn。
4. 瀕死期可考慮每 24 小時給予 Morphine 15mg ± Midazolam 10mg，使用注射幫浦 (Syringe Pump) 持續輸注，再根據臨床反應調整劑量。

5. 若病人出現嚴重呼吸困難症狀，而且近期很可能死亡，會需要給予更高劑量的鴉片類與鎮靜藥物。

(1) Morphine 5-10 mg SC q2h prn。

(2) Midazolam 5-10 mg SC q2-4h prn。

(3) 考慮每 24 小時給予 Morphine 10-20 mg  $\pm$  Midazolam 10-20 mg，使用注射幫浦（Syringe Pump）持續輸注。亦建議每 8 小時重新評估需求，可能需要快速增加劑量。

6. 若不確定給藥方式與劑量，可照會安寧緩和醫療團隊。

## 二、焦慮

### (一) 非藥物照護

1. 了解病人焦慮的來源，可能來自於身體症狀、被隔離、穿著防護裝備的照護者，以及恐懼死亡。應對病人焦慮的原因進行評估與處置，如：醫療照護者可以在防護衣上寫名字或貼上照片，讓病人識別。
2. 向病人說明團隊將如何協助。
3. 可定期安排與家屬視訊通話，以緩和情緒。

### (二) 藥物治療

1. Benzodiazepine 為首選藥物，如 Lorazepam 0.5 mg PO bid prn 至 qid prn，無法口服藥物時，可使用 Midazolam 1.25-2.5 mg SC q2-4h prn。
2. 若病人的躁動或焦慮可能來自於譫妄（Delirium）的表現，會需要抗精神藥物，作為取代 Benzodiazepine 或是外加的藥物，如 Haloperidol。

## 三、譫妄

### (一) 非藥物照護

1. 確保有效的溝通與重新定向（Reorientation），譬如向病人說明目前的地點、他們的身分、照護者的角色。
2. 盡量避免移動病人照護的病室。



3. 維持病房內合適的照明。
4. 若可行的話讓病人的親友協助。

(二) 藥物治療

1. 針對譫妄可能矯正的原因，予以辨識與處理。
2. Haloperidol 為首選藥物。
3. 輕、中度症狀時，可使用每 2 小時 0.5-1 mg 需要時 PO/SC 給藥，增加劑量建議為每次 0.5 mg-1 mg。
4. Haloperidol 有效劑量中位數為 2.5 mg/24 小時（建議每 24 小時最大總劑量為 10 mg）。
5. 當病人譫妄症狀嚴重可能有自傷或傷人之疑慮時，提高 Haloperidol 起始劑量（1.5-3 mg PO/SC，需要時可以每兩小時給藥）。
6. 若病人仍有躁動現象，可考慮加上 Benzodiazepine 藥物
  - (1) Lorazepam 0.5-1 mg PO bid and q4h prn 或
  - (2) Midazolam 2.5-5 mg SC q1-2hr prn

四、疼痛

- (一) 參考世界衛生組織最初提出癌症疼痛用藥的「止痛階梯」概念。也就是第一階使用非鴉片類藥物控制疼痛（如：Acetaminophen、NSAID）；當非鴉片類藥物無法緩解疼痛時，應提升到第二階使用弱效鴉片類藥物（如：Tramadol、Codeine）；若疼痛仍無法獲得控制，即應使用第三階之強效鴉片類藥物（如：Morphine、Oxycodone、Fentanyl）。而歐洲緩和安寧療護協會針對癌症疼痛之治療建議中，亦表示可使用低劑量之強效鴉片類藥物取代原本第二階之弱效鴉片類藥物。
- (二) 病人若未使用過鴉片類藥物，口服途徑優先，可由 Morphine 2.5-5 mg PO q2-4h 開始給予，無法口服時，可採 SC 或 IV 途徑給藥。需注意不宜一開始直接使用 Fentanyl 貼片劑型，因劑量可能過重。
- (三) 需增加劑量以控制症狀時：

1. 先計算前 24 小時需要之鴉片類藥物總計量，需包含 prn 給藥的劑量。
2. 增加之每日總劑量，以不超過前 24 小時總劑量之 1/3 為原則。
3. 當每日總劑量需調整 3 次以上，或每天需要給予 3 次以上 prn 劑量時，建議諮詢安寧緩和醫療團隊。

(四) 當病人無法使用口服藥物時：

1. 若止痛劑量需求已穩定時，考慮改為 Fentanyl 經皮貼片，或是使用 24 小時注射幫浦（Syringe pump）給藥。
2. 若止痛劑量需求不穩定時，考慮改為皮下注射給藥，劑量轉換計算方式建議為：口服 Morphine 2 mg = 皮下 Morphine 1 mg。

## 五、撤除呼吸器

- (一) 若撤除呼吸器為大家溝通後的共識，建議儘可能安排在白天時段進行此照護。
- (二) 確認病人家屬及相關醫療團隊成員皆清楚病況與流程。
- (三) 撤除前儘可能讓家屬有探視病人的機會，通常只能允許一位家人探視，需協助提供全套防護裝備。但若因感控緣故無法探視，建議仍須提供如視訊或其他方式代替。
- (四) 撤除前即需確保病人舒適，可使用 Morphine 5-10 mg SC 與 Midazolam 5-10 mg SC。需要時，間隔 20 分鐘後可再給藥。
- (五) 若預期病人不會在撤除後立即死亡，如有需要應同時給予 24 小時持續輸注的 Morphine 10-20 mg 與 Midazolam 10-20 mg。
- (六) 關閉生理監測器或將其設定為靜音。
- (七) 撤除呼吸器後，可換上非再吸入型氧氣面罩，並持續症狀控制，可考慮進一步將氧氣面罩更換為氧氣鼻導管。

## 六、其他注意事項

- (一) 以上提到之各項藥物劑量僅為一般通則之建議，臨床上仍需考慮病人狀況，譬如衰弱老人（使用更低的 Morphine 劑量）、腎

衰竭病人（考慮替代 Morphine 之藥物），並於必要時尋求安寧緩和醫療團隊的支持。

- (二) 檢視病人目前所有使用的藥物，停止對病人舒適度沒有助益的藥物。在病人症狀舒適可控制之下，盡量選擇長效型藥物，以減少給藥頻率，集中給藥時間點。
- (三) 停止對於舒適度非必要的醫療設備如生理監測儀器、鼻胃管、額外的靜脈輸液導管。
- (四) 停止或盡量減少靜脈輸液和經腸道營養。如果決定繼續使用，請密切監測併發症，包括吸入性肺炎、肺水腫或周邊水腫。

## 貳、社心靈的評估與照護

疫情期間為染疫病人及其家屬提供社心靈照護極具挑戰性。疫情期間的臨終照護須將當前的疫情狀況與原有的安寧緩和醫療概念做結合，原照護團隊可諮詢安寧團隊或共同合作提供整合性照護，以提升病人及家屬良好的照護品質（Fadul et al., 2021）。

### 一、染疫病人及其家屬可能會出現的情緒感受與社心靈需求

#### (一) 染疫病人之需求與衝擊

感染新冠肺炎病人因疾病多變性，可能快速惡化演變成重症，甚而需插管進行呼吸治療，入住負壓隔離病房。身旁都是陌生人，無法與外界接觸而感受到龐大的心理壓力，可能經歷與外界失去聯繫、無尊嚴感、覺得自己像囚犯、被貼標籤、及失去健康相關的自主決策權時，會覺得被孤立、與世隔絕。未知的病程讓病人產生恐懼、不安全感、沮喪、焦慮、煩躁、不甘心、憤怒等情緒。此外，新冠肺炎疫情期間必須進行社交隔離，家屬探視受限，因此病人常因無法見到家屬而感到無助、孤獨且情緒低落。這些都相當考驗病人在 Maslow 的需求理論中所提到的安全、歸屬、自尊/自主/自由等需求，似乎在保護生存需求的情況下，原有的其他需求一夕之間被剝奪。

#### (二) 染疫病人家屬之需求與衝擊

染疫病人家屬由於在這段期間無法親自在旁陪伴，或者本身也

在居家隔離期間，易衍生失眠、擔心、無助、對治療的擔憂、隔離限制等複雜情緒感受。當死亡突然、非預期發生時，家屬可能失去與病人最後交流的機會，來不及道別，無法進行哀悼儀式，而產生遺憾。染疫病人家屬亦有安全、歸屬的需求，不過由於家人染疫，其安全歸屬的需求亦受到挑戰，同時家屬有了解病人病況/病程/預後，以及聯繫病人、與病人溝通的需求，當無法滿足時，無論是情緒調適或問題解決，都可能更加困難。

## 二、 染疫病人之社心靈評估

於疾病急性期，進行染疫病人之社心靈評估時有其臨床實務上之困難，第一線臨床人員多無餘力執行社心靈評估。若有明顯躁動、困難配合之表現，可能會先照會精神科醫師。染疫病人於疾病急性期之階段性目標，以穩定病人身體狀況為優先，透過信任與親善關係之建立，可待解隔離後再漸進深入評估與處理其於隔離期間與之後的社心靈需求。

若需於病人隔離期間提供介入，可先評估病人的身體功能狀況和使用通訊設備的能力，再決定現階段合適提供介入之方式。

- (一) 評估病人的病況/身體功能狀況/行動受限的程度（隔離病房/負壓隔離病房/加護病房；不需特殊器材/氧氣/高流量氧氣/插管；自行移動/自行移動受限/臥床/約束）。
- (二) 評估病人使用通訊設備的能力。

## 三、 “I-CARE”~染疫病人及其家屬社心靈照護的一般建議

### (一) “I-CARE”染疫者安寧照護模式

整合相關文獻（Corpuz, 2021; Fadul et al., 2021; Galbadage et al., 2020; Jeitziner et al., 2021; Morris et al., 2021; O'Connor & Wilson, 2021; Ting et al., 2020），繪製 I-CARE 模式呈現染疫者及其家屬的社心靈照護措施五大主軸（如圖 2-1）：

1. 隔離的是病毒而非人（Isolate viruses instead of person）。
2. 持續性溝通（Continuous communication）。
3. 保證緩解痛苦（Assuring relief from suffering）。
4. 透過視訊科技關係連結（Relational connection by virtual



technology)。

5. 同理心與情緒支持 (Empathy & Emotional support)。



圖2-1、I-CARE染疫者安寧照護模式

(二) 染疫病人及其家屬社心靈照護的一般建議

1. 要隔離防範的是「病毒」，要關心保護的是「人」，尊重病人的尊嚴感，每次進入病房時，主動向病人自我介紹，建立信任與親善關係。
2. 促進病人與家屬，或病人、家屬與照護者三方的溝通，提供病情解釋及醫療資源，降低病人對此疾病的恐懼與焦慮，讓家屬安心醫療團隊會傾盡全力協助病人在照護過程中減少受苦。
3. 照護計畫需結合急性醫療處置、預期性的症狀控制藥物、病人的期望及偏好、以及無論病況如何演變會確保病人舒適，讓病人及其家屬有機會參與醫療決策，減少遺憾。
4. 了解並詢問目前對病人或家屬而言，「哪些是他們最在乎？覺得最重要 (What is important to you)？」的部分，或是有哪些人是需要醫療團隊跟他們談一談的，提供適切協助。
5. 以同理心傾聽、關懷，鼓勵病人表達其身心狀態與擔憂，避免空泛的問候，例如：你好嗎？不要擔心等；使用肢體

語言、筆談方式讓病人抒發內心感受，提供情緒支持，讓病人感受到不孤單有人試圖關心理解。可視臨床現場狀況調整。

6. 促進病人與家屬的連結，並提供個人化照護。照護過程中鼓勵病人與家屬透過電話視訊、寫卡片、錄音錄影等方式，拉近距離感與情感連結，讓家屬向病人傳達關心與支持，維持人際關係及社心靈支持，增強病人配合治療的意願，並紓解因社交隔離產生之焦慮不安。
7. 透過家屬瞭解病人生病前的情況（職業、家庭、愛好等）；詢問家屬：病人是否有喜歡的音樂類型或影片，並在他們的病房裡播放；請家屬製作錄音，給予病人鼓勵等。
8. 採圖卡或畫圖方式介紹身上管路或醫療儀器用途，緩解其焦慮且達到有效溝通。
9. 每班呼吸訓練前向個案說明訓練方式、持續時間，並給予陪伴及正向鼓勵，增加其信心。
10. 夜間開小燈，維持病室安靜舒適，必要時依醫囑給予安眠藥物，使病人能獲得良好休息。
11. 在病人視線範圍內張貼家屬手寫卡片、照片，提供病人情感撫慰與安全感。
12. 若病況趨穩，可請家人提供病人手機，使病人在隔離治療下能獲得娛樂，並藉由看手機日期、時間獲得定向感，維繫與外界的連結。
13. 主動連結社工相關資源關心病人和家屬的實際需求並量力提供協助，例如：代為採買或轉交病人住院隔離所需用物，減少病人和家屬的憂慮與牽掛。

### （三）染疫病人及其家屬社心靈照護之內、外部資源連結

於遵守感控規定隔離保護措施之下，原照護團隊可與安寧團隊跨專業共同合作提供整合性照護，除了優先穩定病人身體狀況之外，提升病人的尊嚴感，提供舒適照護並緩解痛苦，滿足其社心靈照護需求；針對外部資源連結，可善用視訊科技強化溝

通與醫病共享決策，連結病人之重要關係成為提供支持之內在力量，提升病人及家屬高品質照護，詳見圖 2-2。

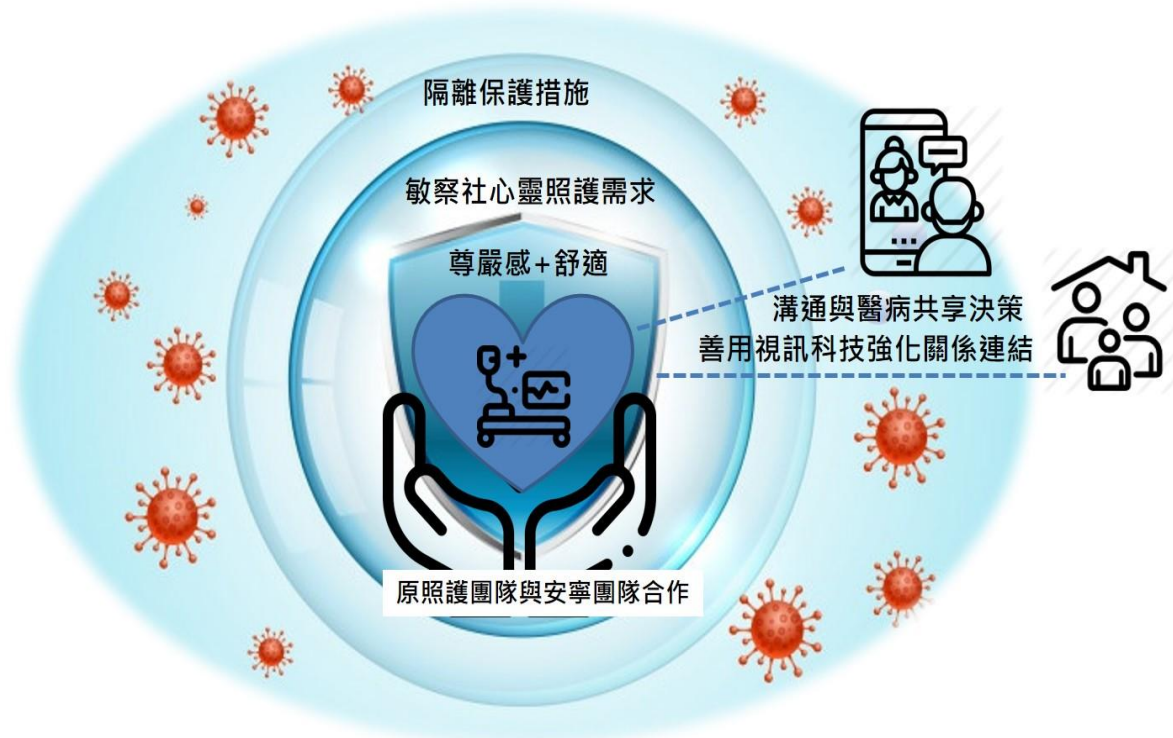


圖2-2、染疫者及其家屬社心靈照護之內、外部資源連結

#### 四、 染疫病人及其家屬的臨終照護建議

- (一) 醫療團隊主動持續溝通，提供關於病人疾病進展的最新消息，有助於幫助病人及其家屬為後續的疾病結果或病人即將離世預做準備，討論臨終照護計畫。
- (二) 大多數臨終病人及其家屬的願望是病人不要孤獨離世，然而在疫情期間較難以達成，因此可透過視訊通話，讓病人及其家屬彼此有更多時間道謝、道歉、道愛與道別，引導家人在病人去世前有機會進行有意義的對話，例如：具體表達對病人的關心、愛與不捨、肯定與欣賞之處、道歉沒辦法為她/他做的、感謝病人的具體事蹟與貢獻等，降低病人及家屬的遺憾。另外，因醫護人員無法得知視訊結束後家屬的情緒反應，應於下次聯繫家屬時關心他們的後續狀況。傾聽、了解並接納家屬各種不同的情緒反應，不否認家屬的各種感覺，理解遺憾、自責感受是自然的反應。

- (三) 重視病人的舒適及其心理、社會、靈性等需求，再保證病人在生命最後階段的舒適、讓死亡過程中的受苦減至最低，在防疫原則下協助遺體清潔舒適，並讓家屬知道過程中病人有醫療人員陪伴並非孤單離世。
- (四) 透過電話、視訊讓病人聽到家人熟悉的聲音、親友為其念經、禱告或祈福的聲音、看到家人，使其感到安慰；提供個人化臨終照護，依其信仰或喜好播放病人喜歡或覺得安心的音樂、佛經、聖樂、宗教信仰象徵物等。
- (五) 製作病人紀念物（如手印或手模），幫助病人家屬回憶至親。紀念物宜由病人與家屬做合適的選擇。
- (六) 病人離世後家屬可能會經歷嚴重的哀傷反應，即複雜性哀傷。因此，宜於病人離世後持續關懷喪親家屬，或透過心理、精神支持幫助家屬經歷哀傷歷程。（詳見第三章新冠肺炎染疫者家屬哀傷撫慰）

## 五、 照護中的困境與建議

- (一) 照護者穿著個人防護裝備後病人難以辨認，可能增加焦慮感，建議可在隔離衣上標示明顯的照護者姓名，以利病人辨識，讓互動上能夠更為人性化。
- (二) 建議隔離病房增設雙向視訊裝置，降低病人因被隔離與限制訪客的焦慮，另可裝設電視或收音機，提供個案紓壓的管道。
- (三) 疫情嚴峻期間，更大部分的非染疫住院病人及其家屬，也會因為疫情管控規定，限制探視或只能有一位照顧者，或是加護單位暫停每日訪客時間改由醫療單位每日電話聯繫家屬告知病況，疫情衝擊所衍生非染疫住院病人的孤單、家人未在身邊的不安全感、被遺棄感，以及主要照顧者的照顧負荷亦須被關注，建議可將上述社心靈照護建議依個別性運用在此族群之照護。



## 【參考文獻】

1. Corpuz, J. C. G. (2021). Loss, grief and healing: accompaniment in time of COVID-19. *Journal of Public Health*, 43(2), e336-e337.  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab041>
2. Fadul, N., Elsayem, A. F., & Bruera, E. (2021). Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ supportive & palliative care*, 11(1), 40-44.
3. Flint, L., & Kotwal, A. (2020). The new normal: key considerations for effective serious illness communication over video or telephone during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic.
4. Galbadage, T., Peterson, B. M., Wang, D. C., Wang, J. S., & Gunasekera, R. S. (2020). Biopsychosocial and spiritual implications of patients with COVID-19 dying in isolation. *Frontiers in Psychology*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588623>
5. Janssen, D. J., Ekström, M., Currow, D. C., Johnson, M. J., Maddocks, M., Simonds, A. K., Thomy, T., & Marsaa, K. (2020). COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. *European respiratory journal*, 56(3). <https://doi.org/10.1183/13993003.02583-2020>
6. Jeitziner, M.M., Camenisch, S.A., Jenni-Moser, B., Schefold, J.C., Zante, B. (2021). End-of-life care during the COVID-19 pandemic-What makes the difference? *Nurs Critical Care*, 26(3), 212-214.  
<https://doi.org/10.1111/nicc.12593>.
7. Lawrie, L., & Murphy, F. (2020). COVID-19 and palliative, end of life and bereavement care in secondary care. Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland.
8. Lu, E., & Nakagawa, S. (2020, August). A “Three-Stage Protocol” for serious illness conversations: Reframing communication in real time. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 95, No. 8, pp. 1589-1593). Elsevier.
9. Morris, S.E., Moment, A., Thomas, J.D. (2020). Caring for Bereaved Family

Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 60(2),70-74.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>.

10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.
11. O'Connor, M., & Wilson, B. (2021). Managing bereavement when a family member dies in an aged care home: the impact of COVID-19. *The Medical Journal of Australia*, 214(7), 333-333. <https://doi.org/10.5694/mja2.51003>
12. Ting, R., Edmonds, P., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*, 370.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2710>

### 第三章 家屬照護

李閏華

當親人被診斷為新冠肺炎患者後，大部分在身邊的家屬會經歷焦急與悲傷的過程，因新冠肺炎威脅生命的特性，又在隔離或探視限制下，家屬擔憂親人處境亟需友善支持的環境，協助家屬度過生死艱難的痛苦。也有少數的家屬本就不在病人身邊，被醫院通知後才知親人患病、甚至死亡，又是另一番悲傷的處境，其複雜度在所難免。以下將以新冠肺炎病人治療期與死亡後喪親時期，列出家屬照護的原則做為參考方向。

#### 壹、治療期之家屬照護原則

##### 一、家屬面對保持最大希望與預備最壞打算的不確定性

知道好消息的同時，也即早預備壞消息。家屬可以保持對疾病治療的適當期望，但因病情急轉直下而需要面對親人死亡，特別是遇到由送醫到重症的時間倉促，要快速即時、誠實傳遞壞消息和提供治療的過程資訊。

##### 二、家屬與病人盡可能地保持連結

評估進行視訊或電話探視的可能性，也可選擇用傳遞親人照片、信件或卡片的方式。家屬遇到亦被隔離或無法探視親人的情形時，可能讓他們的孤獨、懷疑、無助加劇，任何形式的連結方法應被詢問、記錄、執行，以減輕家屬無法接觸親人的情緒壓力。

##### 三、家屬可以說一說、寫一寫自己的任何心情

用紙筆或電子裝備記錄下來，可以找人（專業人員）分享，也可以自己整理。平時沒有機會對其他家人說出的感受，也可以說一說、寫一寫，在見不到面的時刻，任何記錄與表達都將成為此時此刻與未來彼此相伴的力量。

##### 四、家屬能夠被理解、被辨識悲傷的情感需求

家屬的悲傷情緒宜以支持與同理為優先，憤怒、愧疚、自責之情尤其需要被理解、辨識與回應。強調疫情期間，疾病與風險都在日常生活中經常發生，包括確診、家人傳染、轉送過程中離世、施打疫苗等，當所有非預期的事情一旦發生，心裡自然會產生許多的感受，

愧疚與責怪都是很常見的悲傷情緒，需要被自己與他人理解、接納、支持。

#### 五、家屬相關醫療訊息的提問能獲得誠實回答

家屬的回應能被醫療團隊專注傾聽，醫療團隊需有耐心重覆回答家屬的提問。當家屬表現出以理性的問題重覆提問，表示其有可能以提問隱藏內心的憂傷，此時家屬心情宜先被仔細傾聽。特別注意家屬可以獲得親人被治療的第一手訊息，減低不切實際的想像，促發家屬對醫療團隊產生信賴感。

#### 六、以家庭使用視訊方式進行家庭會議的召開

一旦家屬們有需要，就盡可能將想參與的人囊括進來，以視訊方式討論，有機會表達對醫療的期待、說出彼此的悲傷，給予機會互相支持。家屬盡可能密切地關注病人的意願，表達四道人生。在可能的狀況下，每個人都有權選擇自己的臨終醫療決定，透過家庭會議充分提供溝通的時機，包括有機會談論死亡及其影響。

#### 七、如遇病人到院前死亡的情況需即時回應家屬的心情

病人到院前死亡易促發家屬來不及送病人就醫的愧疚，此時家屬會出現難以釋懷的強烈情感，需要被友善的對待與支持。家屬在被隔離的當下用視訊或電話連絡時，宜提供充足的時間，重覆同理家屬的語言。例如：「讓您很心疼不捨的事發生了，您可以說一說此刻的心情」。

### 貳、喪親者照護原則

#### 一、家屬的悲傷需以慈悲溫柔之心對待

當一個人經歷親人離開而悲傷時，重要的是要了解他們可能會感到痛苦和困惑。以同理心善待悲傷，包括向家屬證明他們的悲傷感受很重要，承認每個人都是獨一無二的經驗。家屬的悲傷不宜用其他過去經驗比擬，個別化的同理能夠支撐重要且複雜的情緒，帶給他人支持。就像可以理解人們何時感到身體的疼痛，更重要的是能夠理解那種情緒上的痛苦，包括不安難受、憂傷悔恨、生氣懊惱、病懨懨、憤憤不平較為強烈的情緒。以慈悲溫柔的心對待他人困難，

創造重視悲傷的社會，了解喪親之痛的處境下，彼此互相扶持經驗的重要性。

## 二、家屬的願望、選擇和信仰需被傾聽、尊重

每個人悲傷的經歷不同，是以個人信念來處理其感受和情緒。以人為中心的關懷時，就是瞭解每一個人，花時間去發現他們的個人觀點、願望和選擇。個人信仰塑造了日常生活的決定。喪親者盡可能密切地關注病人的意願，表達四道人生，有機會安排喪禮的細節，可以獲得積極面對喪親的意義。通過展開這些對話，使喪親者安全地討論自己的個人需求。若是來不及表達對親人離世的情感，鼓勵喪親者將心中的默想、緬懷化成抽象或實質的儀式都有助於面對內疚與遺憾。

## 三、悲傷、喪親和死亡是重要的生活經驗

喪親經驗指的是經歷親人去世的過程，悲傷則是對喪親經歷的情感反應，很有可能在親人死亡之前就開始有悲傷的情感。悲傷是每個人獨有的，沒有一種反應是應有的或不應有的。每個活著的人會經歷喪親和死亡，喪親經驗是生活中自然存在（不可避免）的事實，有機會公開談論親人死亡的悲傷及其對生活的影響，身邊的人便能發揮接納和理解喪親者心情的力量，喪親者就可以即時得到適當的支援。

## 四、喪親者能獲得支援（包括情感、實際、財務、社會和靈性層面）

在正確的時間有正確的資訊，能夠讓喪親者感到被支持的悲傷方式，便可以幫助和保護喪親者，也就是並沒有提供喪親者支持的最適合人選。對一些人來說，親人死亡時如何填寫申請表格、如何通知其他人等實際任務是需要的。而對另一些人來說，所需的支援可能是財政上的，養老金、保險和福利、葬禮費用，或者家庭中的主要經濟支柱已經死亡或者留下未繳的帳單、沒有了收入等都需要處理。良好的喪親服務諮詢能夠支援和協助您處理經常感到困惑和相互衝突的事務。

## 五、喪親者需要空間和時間

悲傷可能會隨著時間的推移而改變、發展或穩定，但是沒有時間限



制。很久以後，仍然需要時間來思念與悲傷。以下是可做的事：

1. 與他人談論感受，與家人和朋友保持聯繫，找到處於類似情況的人，親自或在線加入團體。
2. 注意可能引發悲傷的日期和事件的觸發因素，並做好準備，瞭解它會讓悲傷如何出現、強化和減緩。
3. 對自己誠實，讓自己體驗這些感覺，並花一些時間來悼念親人。
4. 尋求幫助，並告訴對方自己的感覺，誠實表達需要支援。

六、 認識喪親的悲傷情感持續存在於生活各方面(人際、學校和工作場所)

悲傷是一個終生的過程，不一定何時結束。無論在生活中遇到誰，社群、工作，還是學校場域，喪親者都需要得到友善的回應、接納和尊重他們的感受。例如，許多人認為第一年是喪親後最困難的一年，雖可期望一年之後能克服它。然而，悲傷對每個人都是如此獨特，許多人在失去親人多年後還是會有悲傷反應，社群、學校、工作場域的夥伴皆需能尊重喪親者的個別情感。

七、 喪親的感受會在死亡前開始，終其一生都可能會感受到悲傷的情感

當生命中的某個人死去時，悲傷是很常見的，這些感覺可以持續一生，在人死後很久，還會有悲傷的感覺。死亡前的悲傷有許多原因和經歷，重要的是，這些觸發因素和經歷需要在生命中被接納與統整，並成為往後生活日常的重要資源與養分。

【參考文獻】

1. NHS. (2020). Caring for people who are dying and those close to them amidst COVID-19 visiting restrictions: Things to consider for health and social care professionals. <http://www.sad.scot.nhs.uk/support-around-death-news/2020/may/caring-for-people-who-are-dying-and-those-close-to-them-amidst-covid-19-visiting-restrictions/>
2. The Bereavement Charter Development Group. (2020). A Bereavement Charter for Children and Adults in Scotland: Guidance Notes. <http://scottishcare.org/wp-content/uploads/2021/01/NESD1377-Bereavement-Charter-PRINT-V2.pdf> (scottishcare.org)

## 第四章 溝通能力

黃獻樑 / 施至遠

在診治新冠肺炎的各種複雜醫療情境中，病人、家屬和醫療團隊會面臨許多需要密切溝通的情形。原本就複雜的病情，加上面對疫情的龐大壓力、需要遠距溝通等特殊狀況都會讓醫病關係緊張，並可能使得臨床照護團隊與病家溝通出現問題。若病情進展迅速，甚至到了難以治癒需要末期照護階段，所需的溝通內容將不只病程進展，亦可能包括預立醫療照護諮商、維持生命治療之給予或撤除及生命末期照護選項。如何達到有效溝通並將醫者關懷融入溝通過程，是全人全家醫療照護的重要目標。

### 壹、溝通與決策

#### 一、溝通困難之處

- (一) 病人的病況快速變化，以致於溝通時間很有限或甚至錯失時機。
- (二) 病人的家屬除訝異於病人的病情快速惡化，自身可能也同時罹病或正處於隔離中，而且有可能也在擔心其他罹病家屬的病況。
- (三) 醫護人員穿著防護裝備、透過電話或是視訊溝通，會對於非語言的溝通造成阻礙。而病人呼吸困難的症狀，使用高流量氧氣、呼吸器的音量，或是處在譫妄狀態，也可能影響溝通。
- (四) 溝通時可能會面對病人與家屬憤怒/沮喪/質疑的情緒，雖然這通常不是直接針對照護的醫療團隊，但必須有準備如何同理這些情緒，同時本於專業予以適切的回應。

#### 二、溝通照護目標三步驟

##### (一) 分享預後訊息

- 1. 坦誠的溝通有助於減緩病人與家屬的焦慮程度。
- 2. 事先了解病歷及照護相關資訊，並且認知所扮演的角色，為主要照護或是接受照會，是否有醫療決策權。
- 3. 依循「兩分鐘準則」，意即無論病人病況的複雜程度，都要能夠在兩分鐘時間內，按時序而且有架構的說明病況。避免使用專業術語，要使用病人與家屬聽得懂的語言。
- 4. 依循「50%原則」，會議主導者的發言不超過 50%的會議時



間。

5. 因為有些病人不希望接受預後資訊，故需先探詢病人意願。
6. 溝通預後時，不只是說明存活機會與可能的存活時間，還須包含之後預期的功能狀態以及疾病的不可預測性。
7. 在病況進展不易預測時，為了兼顧抱持希望與對於惡化的恐懼，溝通時可以使用「希望…擔心…」(Hope-worry)構成的表達方式，如「我們都希望您家人的狀況有機會改善，但同時也會擔心在團隊全力照顧之下，家人的狀況仍可能會惡化」。

## (二) 釐清照護目標

1. 此為最重要的步驟，但常常被遺漏。
2. 可以透過探詢對於病人最重要或最擔心的事，來開啟照護目標的溝通。
3. 病人期望的幾個照護目標之間可能會有衝突，也是透過這個過程來釐清照護目標的優先順序。
4. 於此階段最後進行總結照護目標，以確認是否與病人認知的相同。

## (三) 討論生命末期照護選項

1. 此階段奠基於前面的溝通步驟，將期望的照護目標轉化為實際的照護選項。
2. 分析目前可能的治療選項能達到的效果，是否能符合病人的照護目標，以達到提供「目標一致的照護」(Goal-concordant Care)。
3. 無論病況如何進展，皆不宜跟病人與家屬說「不能再做什麼了」，醫療團隊應表達會盡力確保病人舒適。

## (四) 醫病共享決策模式

各項溝通目的常是為了達成醫療決策，因新冠肺炎屬新興疾病，在診斷及治療的醫療實證仍不足，使用醫病共享決策模式 (Shared Decision Making, SDM)，由醫師和病人建立良好的夥伴關係，掌握並且回顧病人對於資料性質及決策方式的偏

好，確認並且回應病人的期望以達成決策(Elwyn et al., 2017; Elwyn et al., 2012)。此模式通常可分成以下三個步驟：

1. 團隊談話 (Team talk)：與病人及家屬建立互相信任的關係持續提供支持，瞭解共同治療的目標。
2. 選擇談話 (Option talk)：藉由決策輔助工具的協助，溝通並討論各項可能方案，比較各方案之間的風險優劣。
3. 決定談話 (Decision talk)：確認病家的想法和偏好，並依據其偏好進行最適合的決定。

## 貳、病情溝通架構模式

### 一、VALUE 溝通模式

在充滿壓力的溝通中，醫護團隊若能依循有效溝通步驟，通常能使會談進行較順利，可考慮過去在急重症照護領域常使用的 VALUE 模式 (Carson et al., 2016; Lautrette et al., 2007)：

- (一) 重視 (Value Statements)：重視病家的各項表達。
- (二) 接受 (Acknowledge Emotions)：接納情緒並給予尊重支持。
- (三) 傾聽 (Listen)：專注用心傾聽。
- (四) 理解 (Understand the Patient as a Person)：不論病人意識是否清楚，要以病人的立場角度與病家溝通。
- (五) 引發 (Elicit Questions)：儘量讓病家表達問題做溝通。

### 二、SPIKES 病情告知模式

病情告知尤其是當病情進展至難以治癒的狀況，如何兼顧實情與情緒支持實屬不易，使用告知壞消息的 SPIKE 法則較可讓病家獲得撫慰 (Baile et al., 2000)：

- (一) 環境 (Setting)：不論是面對面或是使用科技設備做遠距溝通，都要安排較為自在舒適的環境。
- (二) 感受 (Perception)：藉由開放式的問題了解病家目前的感受與對於病情的瞭解程度。
- (三) 引導 (Invitation)：尊重病人是否想知道的權利，但試著引導或安排做進一步的溝通。

- (四) 知識 (Knowledge)：用謹慎的詞彙說明各項檢查結果，避免專業術語且使用病家能懂的言語說明預後。
- (五) 同理 (Emotion)：同理及支持病家會出現的各種情緒反應。
- (六) 總結 (Summary)：總結所討論的各項訊息。

## 參、遠距醫療溝通架構

### 一、視訊溝通需注意事項

#### (一) 事前準備

了解病人的背景資訊，決定醫療端與病人家屬端需要參與的人。評估病人的聽力視力是否需輔助，若處在獨立空間可拿下口罩以利溝通。

#### (二) 建立信任

不論入住哪種層級的照護單位，都應該盡早且頻繁的溝通。鼓勵病人與家屬採敘事的方式述說，納入熟悉病人的團隊成員。視訊時注視鏡頭而非螢幕，予以簡短聲音回應。視訊溝通優於電話，能夠有更好的治療性存在 (Therapeutic presence) 感受。

#### (三) 進行溝通

控制溝通訊息量為 1 到 2 個重點，並詢問與再確認是否理解。

#### (四) 面對情緒

聆聽與觀察非語言的訊息，需預留溝通的時間且不要倉促。

### 二、遠距醫療溝通步驟

在疫情下為了配合感染控制，常會使用科技設備，例如平板電腦或手機進行溝通，使用好的溝通架構可讓遠距醫療溝通更有人性化 ("Academy of Communication in Healthcare, 2021," ; "American Medical Association, 2021," ; Lang, Floyd, & Beine, 2000; Matthys et al., 2009; "NEJM Group, 2021," ; Wu et al., 2020)，可參考以下步驟：

- (一) 確認連線 (Be present)：確認使用的科技設備及網路連線之品質，做好自身的準備，適切的打招呼以建立良好關係。
- (二) 溝通目標 (Identify Needs)：確認此次溝通最重要的期待和目標。

- (三) 積極傾聽 (Listen)：積極傾聽病家的表達。
- (四) 同理回饋 (Respond with Empathy)：運用同理心做情緒支持，適當使用各種語調的高低起伏安慰病人來取代肢體上的接觸。
- (五) 分享訊息 (Share Information)：按部分給予適當資訊，並隨時檢視病家是否有在遠距的環境下得到足夠訊息。

#### 肆、 溝通輔助工具

在高壓力且隔有距離的醫病溝通中，若能使用圖像化甚至影音形式的溝通輔助工具，會使醫病溝通較為順暢容易 (Gray & Back, 2020)，自從疫情開始已有許多相關工具開發，可參考以下網站：

- 一、 COVID Ready Communication Playbook  
<https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>
- 二、 COVID-19 Rapid Response Resources Hub  
<https://www.capc.org/covid-19/>
- 三、 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Shared Decision-Making Tool  
<https://www.nhpco.org/coronavirus>

#### 伍、 結語

安寧緩和醫療團隊在疫情下對於溝通的因應建議：

- 一、 疫情之下將造成短時間增加的安寧緩和醫療需求，可能超過原團隊的負荷。因此需預作準備，在因應增加需求的同時，也要能維持團隊成員的身心安適。
- 二、 安寧緩和醫療團隊應提供第一線照護團隊，症狀控制與溝通上的教育訓練。
- 三、 主動評估且建置遠距視訊的平台與設備，並對於安寧團隊成員進行訓練，以利於持續提供照護。

運用適當溝通架構，導入具有同理支持的臨床照護，並將溝通能力融入高科技的遠距醫療，將能有效提升新冠肺炎照護品質及因應未來各種可能發生的新興疫病。

## 【參考文獻】

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367.
2. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891.
3. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-478.
4. Carson SS, Cox CE, Wallenstein S, et al. Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(1):51-62.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
6. Wu YR, Chou TJ, Wang YJ, et al. Smartphone-Enabled, Telehealth-Based Family Conferences in Palliative Care During the COVID-19 Pandemic: Pilot Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(10):e22069.
7. Academy of Communication in Healthcare, 2021. Covid-19: video quick tips to connect <http://www.achonline.org/Telehealth>. Accessed June 26, 2021.
8. American Medical Association, 2021. : Telehealth quick guide <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-telehealth-quick-guide>. Accessed June 26, 2021.
9. NEJM Group, 2021. Fostering Human Connection in the Covid-19 Virtual Health Care Realm <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0166>.
10. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):222-227.
11. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009;59(558):29-36.
12. Gray NA, Back AL. Covid-19 communication aids. *BMJ*. 2020;369:m2255.



## 第五章 倫理思辨與法律規範

黃馨葆

### 壹、前言

新冠肺炎自 2019 年年底開始蔓延，進而造成全世界的大流行，至今未歇。世界各國為了抗疫，採取了各式各樣的防疫措施，例如：疫調、隔離、封城、社交距離等方法。這些措施都扮演著重要角色，卻也對各個層面產生了不同程度的影響與衝擊。本章針對新冠肺炎疫情下，醫療照護常見的倫理及法律議題，如預立醫療照護計畫的討論時機、維持生命治療的不予或撤除、緩解末期瀕死症狀的藥物使用等，以生命倫理原則及台灣相關法律規範為基礎，提出適切的建議。

### 貳、建議

- 一、有較高重症風險的新冠肺炎病人，應及早啟動預立醫療照護計畫之討論。例如病人原本即有多重慢性病、病人需氧量增加、出現新的器官衰竭等等，都是照顧團隊應考慮啟動討論的時機。在預立醫療照護計畫的討論，所有的參與者都應該要有表達意見的機會，如果某些家屬因隔離等等因素不克現場參與討論，應善用傳輸影像、語音的遠距通訊設備參與討論（Adams, 2020; Wu et al., 2020）。
- 二、治療目標及預立醫療照護計畫的討論，常包括非侵襲性正壓呼吸器的使用、是否氣管內插管、是否進行心肺復甦術的討論，但不應僅侷限於上述討論。病人及其親屬所重視的價值、文化及特殊習俗的考量、情緒上的擔憂與不安等等，應有充分的機會表達，並應得到適切的回應與尊重。當主責照護團隊因時間資源、專業組成等條件不足以滿足上述需求，應啟動跨領域團隊合作照護、緩和醫療會診等流程，提供更優質的醫療照護、溝通與決策。
- 三、當新冠肺炎病人發生對氧氣治療反應不佳之呼吸衰竭、甚至併發多重器官衰竭時，應符合安寧緩和醫療條例對末期病人之定義。經兩位相關專科醫師診斷，並簽署意願書或同意書時，得不施行心肺復甦術及維生醫療。若照顧團隊對於末期的判定有疑義，可會診相關專科醫師，或尋求倫理諮詢。

- 四、 當病人使用非侵襲式正壓呼吸器或氣管內插管，仍出現呼吸困難、躁動不安等情況，在取得病人或其家屬的了解同意後，第一線應考慮使用 Morphine 或 Fentanyl 緩解病人的呼吸困難（Bajwah et al., 2020; Cheng, 2021），以改善病人的症狀，減少病人及家屬的焦慮不安。
- 五、 經詳細溝通說明後，病人或家屬仍不使用非侵襲式正壓呼吸器或氣管內插管，且已經簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術/維生醫療同意書」，當面臨末期呼吸困難（Dyspnea/Breathlessness）時，照護團隊應給予 Morphine、Fentanyl 或 Midazolam 緩解病人的呼吸困難與焦躁不安（Heath, Carey, Lowney, Harriss, & Miller, 2021; Lovell et al., 2020），或會診安寧緩和醫療團隊提供建議與協助。未被緩解的呼吸困難與焦躁不安，不但造成病人受苦，也可能造成家屬的罪惡感，成為潛在醫療糾紛的原因。若醫療團隊對於病人或家屬的決定有疑慮，應啟動跨領域專業人員的協助，或尋求倫理諮詢。
- 六、 當病人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」時，親屬可藉由影音見證，並錄音、錄影存證，事後於見證人欄位簽署。相關討論應及早啟動。也可視臨床情況的進展，持續溝通與討論相關決策。
- 七、 當病人使用非侵襲式正壓呼吸器或氣管內插管，但病情仍持續惡化或因其他合併症，例如出現多重器官衰竭或瀕死徵兆。。此時撤除原本已使用的維生醫療，符合醫學倫理行善及不傷害的原則。可在兩位相關專科醫師判斷末期，有預先簽署的意願書或由家屬簽署同意書的前提下，得依安寧緩和醫療條例之規定，撤除呼吸器、血液透析、升壓劑等相關維生醫療。
- 八、 由於具有高度傳染性，新冠肺炎病人常因隔離使得家人無法陪伴而面臨孤獨、焦慮、恐懼等種種情緒。醫療機構及照護團隊應規劃適當影像、語音的遠距通訊設備（Yardley & Rolph, 2020），以促進病人、親友及醫療團隊間之溝通，並提供病人足夠的心理與情緒支持。期減少受苦，並提升生活品質。
- 九、 當新冠肺炎病人的家屬無法探視與陪伴該重症之親人，或新冠肺炎病

人的家屬為造成該重症病人的染病者，其可能的哀傷與罪惡感，不僅可能導致不理性之醫療決策，也可能增加醫療團隊照顧的壓力，增添醫療糾紛之風險。在醫療照護上，應會診相關專業人員，持續提供關懷與支持，抒解家屬之悲傷遺憾。

十、因新冠肺炎瀕臨死亡的病人，親屬無法陪伴身旁，也無法在病人死亡之後瞻仰遺容及進行必要的儀式，常造成更大的哀傷遺憾（Katz, McInerney, Ravindran, & Gold, 2021）。對病況惡化及瀕死之病人，應特別考量讓親屬有機會以影音方式道別，並在符合政策與法令範圍內，尊重其情感與文化上之需求，以及在遺體處理上的宗教需求（Hart & Taylor, 2021）。

十一、安寧緩和醫療資源之使用與分配，應考量病人能否最大化接受相關安寧緩和醫療的益處。即便在疫情期間，新冠肺炎病人與非新冠肺炎病人應有平等的機會接受安寧緩和醫療的照護，安寧緩和醫療資源的分配與使用不可以獨厚新冠肺炎病人（Emanuel et al., 2020）。在新冠肺炎疫情下，醫療機構可能採行許多因應措施，以對抗疫病，協助新冠肺炎病人。然而，醫療機構及醫療專業人員仍應考慮其他非新冠肺炎末期病人的需求，並妥善安排相關人力資源，減少其衝擊，讓所有末期病人都能得到理想的安寧緩和醫療（Strang, Bergström, Martinsson, & Lundström, 2020）。

## 參、結語

在面臨新冠肺炎這樣災難性的疾病大流行時，醫療體系應確保安寧緩和醫療成為病人醫療照護的一部份（WHO, 2018）。提供良好的症狀控制及心理情緒的支持為醫療人員應盡的責任（Bajwah et al., 2020）。每個病情無法逆轉的重症新冠肺炎病人不應被忽略，得到適切的安寧緩和醫療為其基本人權（Arya, Buchman, Gagnon, & Downar, 2020），在照護過程所遇到到各項倫理困境及法律問題，不僅要符合法律規範，更要透過倫理思辨及溫馨關懷的過程，才能達成生死兩相安的照護目標。



## 【參考文獻】

1. Adams, C. (2020). Goals of Care in a Pandemic: Our Experience and Recommendations. *J Pain Symptom Manage*, 60(1), e15-e17.  
doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.018
2. Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B., & Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *Cmaj*, 192(15), E400-e404.  
doi:10.1503/cmaj.200465
3. Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., Costantini, M., Bausewein, C., Simon, S. T., . . . Higginson, I. J. (2020). Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J*, 55(4). doi:10.1183/13993003.00815-2020
4. Cheng, H. W. B. (2021). Palliative care for cancer patients with severe COVID-19: the challenge of uncertainty. *Support Care Cancer*, 29(3), 1153-1155. doi:10.1007/s00520-020-05809-y
5. Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., . . . Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*, 382(21), 2049-2055.  
doi:10.1056/NEJMs2005114
6. Hart, J. L., & Taylor, S. P. (2021). Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic. *Chest*. doi:10.1016/j.chest.2021.05.003
7. Heath, L., Carey, M., Lowney, A. C., Harriss, E., & Miller, M. (2021). Pharmacological strategies used to manage symptoms of patients dying of COVID-19: A rapid systematic review. *Palliat Med*, 35(6), 1099-1107.  
doi:10.1177/02692163211013255
8. Katz, N. T., McInerney, M., Ravindran, G., & Gold, M. (2021). Silent suffering of the dying and their families: impact of COVID-19. *Intern Med J*, 51(3), 433-435. doi:10.1111/imj.15101
9. Lovell, N., Maddocks, M., Etkind, S. N., Taylor, K., Carey, I., Vora, V., . . . Sleeman, K. E. (2020). Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain*

- Symptom Manage, 60(1), e77-e81. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015
10. World Health Organization, W. H. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide.
  11. Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L., & Lundström, S. (2020). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), e2-e13. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020
  12. Wu, Y. R., Chou, T. J., Wang, Y. J., Tsai, J. S., Cheng, S. Y., Yao, C. A., . . . Huang, H. L. (2020). Smartphone-Enabled, Telehealth-Based Family Conferences in Palliative Care During the COVID-19 Pandemic: Pilot Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(10), e22069. doi:10.2196/22069
  13. Yardley, S., & Rolph, M. (2020). Death and dying during the pandemic. *BMJ*, 369, m1472. doi:10.1136/bmj.m1472

## 第六章 醫療團隊成員的支持與正念減壓

黃鳳英

醫療人員在照顧新冠肺炎病人的過程，因為暴露在高度的染疫風險之下，且不斷目睹病人染疫後急速變化的病程，使醫療人員身心承受高度的壓力。加上對病人受苦的深刻同理，會讓內心自然產生各種無力、焦慮、與壓力感。這些壓力感受會撞擊自己身心，使第一線醫療人員容易產生次級性創傷壓力（Secondary Traumatic Stress）或是替代性創傷反應（Vicarious Trauma）。為了避免造成自己更嚴重的身心影響，以下將說明壓力或創傷反應的症狀，並以正念減壓療法（Mindfulness-Based Stress Reduction）的基本理念，列舉醫療人員自我照顧與紓解壓力症候的作法，以供參考。

### 壹、次級性創傷壓力症候群及替代性創傷反應

不論是次級性創傷壓力症候群或替代性創傷反應，都是專業照顧者在照顧過程可能出現的現象（Finklestein, Stein, Greene, Bronstein, & Solomon, 2015），它經常有如下身心症狀（Beck, 2011）：

#### 一、生理症狀

難以入睡或白天感覺極度疲累、夢見病人及病人受苦的遭遇、生理週期混亂、出現身體各種疲累反應。

#### 二、心理症狀

情緒混亂、浮躁或感覺神經緊繃、反覆想到疫情或所照顧的病人景象、過度警覺、失去耐心、無法容忍別人強烈情緒、感覺疏離麻木、擔心自己對病人做的不夠多、對自己原來有興趣的活動不再感到有趣、感覺無望、無助、易怒等。

### 貳、正念減壓療法對於壓力症候與創傷反應的理念

正念心理學認為人類的心智（Mind）就像一部專門設計來解決問題的機器；一旦感受到威脅、焦慮、恐懼、不愉快時，心智解決問題的模式，就會開始運轉，它會帶領我們企圖擺脫、逃離我們不想要的狀況、情境或感受。然而此解決問題模式會有下列現象：

一、心智解決問題的模式用來面對機器或物理性問題（例如手機壞掉）是

有效的，但用此模式面對內心的情緒，會讓我們陷入「以想法」解決問題的困境中，用想法找問題根源、或用想法想像問題若無法解決的結果，這些反應會讓自己陷入負向想法的反芻（Rumination），導致更大的焦慮與恐慌的產生，加重自我身心的負荷（Williams, 2008）。

二、 心智解決問題模式加上人類語言的影響，會讓我們在內心超越時空啟動記憶、想像未來，當我們在擔心疫情的時候，心智抓取過去的記憶傾向於回溯負向事件，如此會造成我們不斷地在心裡製造災難劇情，造成自己更大的身心撞擊（Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006）。

三、 我們的焦慮反應或是受到心智解決問題的模式所引起的內心災難劇情，會使我們的交感神經亢奮，引發腎上腺素分泌增加的戰、逃、與僵化反應，弱化我們的免疫系統，影響大腦前額葉功能，讓我們更容易受到病毒的侵害（Lopez, Denny, & Fagundes, 2018）。也就是說，如果聽任心智告訴我們需要擺脫厭煩感、焦慮、憂鬱感受，不但造成我們想從當下經驗中逃避（但實際上卻無法逃離），降低我們的免疫力。

#### 參、 正念減壓療法的理念與技巧

正念減壓療法的基本理念是以接納、開放、不評價的方式，學習以專注覺察方式與我們的身心感受相處，也就是說，不論感受有多強烈或多負向，我們改變的是與想法、情緒、壓力或創傷感受之間的關係，但不是消滅這些身心感受。以下為建議的練習：

- 一、 練習接納目前的現況：對於無法改變的事實、身心感受，練習接納。因為再怎麼樣回想過去，應該如何、早知如此...，無法改變現狀，執著過去的念頭反而讓我們陷入更大的無助、無望。
- 二、 不論出現替代性創傷反應或是感受到各種負向情緒、想法，可以做的是接受這些身心的反應，學會不對抗自己的身心，讓我們的大腦恢復平靜。
- 三、 接納不是「順從」、「忍受」、「咬緊牙關忍受它」，而是運用覺察力，用開放的態度「接納感受可以停留在這裡」、「與它和平相處、不需要刻意改變它」（Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012）。

- 四、 讓自己專注在此時此地：請試著在工作過程中，把專注力放在身體所接觸的事物上，例如：清楚的感受手指頭接觸藥瓶的感覺，或是在跟病人溝通時，將專注力放在聽到的聲音與病人的感覺上面。讓專注力跟隨自己的身體，避免一心多用，可以讓大腦安靜下來（Kabat-Zinn, 1990）。
- 五、 以正念觀察情緒、想法的步驟如下：
- (一) 給自己幾分鐘，把專注力回到自己，並以最大的接納、開放面對自己的身心反應。
  - (二) 不論我們的想法和感受是快樂或痛苦，都讓它們保持原來的樣貌。
  - (三) 接納它們只是心智特性在做的事情。
  - (四) 給這些想法和感受空間。
  - (五) 不抗拒它們，任由它們自由地來來去去（建議下載面對困難的三分鐘正念練習引導帶作練習，下載網址為：  
<https://reurl.cc/Nr20b9>）
- 六、 練習呼吸：在每個工作小時，找到任何的三分鐘空檔讓自己的專注力帶回到呼吸進出的感覺，可以選擇在胸腔或腹部感受呼吸的進出，或者將專注力放在鼻腔出入口的地方感受呼吸的進出。不需要改變呼吸的型態，在專注力漂走時，再耐心的把專注力帶回到呼吸上面。
- 七、 在每天辛苦、清洗完畢後，找一個安靜的空間，依照正念引導帶做身體掃描練習（引導帶下載網址為：<https://reurl.cc/bXdljE>）。在做身體掃描練習時，引導帶中「觀察身體的感受」，請直接更正為「將專注力帶到身體的部位並感受該部位的感覺」。並且您可以將身體掃描的順序改成從腳底慢慢往上一個部位、一個部位的去感受身體，不論感受到任何感覺，練習接納身體的感覺是存在的。
- 八、 每天練習給自己慈悲：就像我們在朋友遭遇困難、挫折時，會不吝惜地對他們伸出雙手，甚至溫暖的擁抱他們，我們自己也需要這樣的溫暖與擁抱，請試著每天在睡前給予自己最大的祝福與擁抱，讓自己擁有最真誠的祝福！



#### 肆、 有助於緩解壓力的其他方法

- 一、 試著每天讓自己有一段獨處的時空，放鬆的做自己喜歡的事。在這段時間中，只要有關疫情、病人相關的想法進來時，讓這些想法自然來去，但不跟著想法的內容繼續擴大想像。
- 二、 減少觀看新聞媒體的時間與長度。
- 三、 找到另外一位同事相互支持、互相打氣。避免自己有孤軍奮戰的感覺。
- 四、 接受自己是人：醫療人員常以救人為天職，但現實中有許多情況是即使我們窮盡一切力量，仍然無法挽救病人的生命。當病人生命接近臨終時，我們要做的是盡可能讓他有較好品質的活到最後一刻。我們可以用支持療法緩解病人症狀，以溫柔的引導讓病人接納他的焦慮或透過視訊與他的親人道愛、道謝、道別離來實踐它。就如同我們在面對生死時，希望旁人不離不棄的陪伴。
- 五、 如果我們因為疑似被感染需要被隔離時，請把它當作給自己好好休息的時間。試著各種正念練習陪伴自己、維持規律的作息與運動，觀照自己是在隔離期間最重要的事！

#### 伍、 結語

如果試了上述各種方法，依舊無法緩解自己的焦慮、煩躁或身心壓力感受，請主動聯繫提供關懷的專業團隊。此外，第一線醫療人員雖然有防護裝備，但長期暴露在病毒之下，仍不免有百密一疏的情形。一旦自己染疫，或又造成同住家人或病房同事相互感染，我們可能感到自責、愧疚，不斷擔心自己與身邊人的健康、害怕他人的責難，此時我們的身心備受煎熬，對周遭人員的態度變得敏感、陷入內心的災難劇場。如果發生上述情況，需要的不是自我責備，而是「自我慈悲」，請給予自己最大、最真誠的祝福！在身心盡可能保持平穩的情況下，才能做出最適當的準備。



【參考文獻】

1. Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
2. Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic Stress Disorder and Vicarious Trauma in Mental Health Professionals. *Health & Social Work*, 40(2), e25-e31.  
doi:[10.1093/hsw/hlv026](https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026)
3. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
4. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy : The process and practice of mindful change* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
5. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
6. Lopez, R. B., Denny, B. T., & Fagundes, C. P. (2018). Neural mechanisms of emotion regulation and their role in endocrine and immune functioning: A review with implications for treatment of affective disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95, 508-514.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.10.019>
7. Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721. doi:[10.1007/s10608-008-9204-z](https://doi.org/10.1007/s10608-008-9204-z)

## 第七章 民眾教育與相關資源

吳建誼

本篇主要內容是關於醫療人員面對一般民眾對於新型冠狀病毒引發之嚴重特殊傳染性肺炎（簡稱：新冠肺炎）相關議題可能會有的疑問，期望本章可提供醫療人員給予一般民眾諮詢回覆的參考，並進一步提供相關參考資料供民眾查詢與學習。

### 壹、 新冠肺炎的基本認知（行政院衛生福利部疾病管制署, 2021）

- 一、 新冠肺炎致病原為新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）。對人體影響主要以呼吸道症狀為主，包括鼻塞、流鼻水、咳嗽、發燒等一般上呼吸道感染症狀，但部分個案可能出現嚴重的肺炎與呼吸衰竭等。其他症狀包括肌肉痛、頭痛、喉嚨痛、腹瀉等，另有部分個案出現嗅覺或味覺喪失（或異常）等。
- 二、 感染新冠肺炎的病人多數能康復，少數病人嚴重時會進展至嚴重肺炎、急性呼吸道窘迫症候群或多重器官衰竭、休克甚至死亡。根據衛福部疾管署資料，截至 6 月底，台灣罹病病人的死亡率約 4.504%（衛生福利部, 2021）。死亡個案多具有潛在病史，如糖尿病、慢性肝病、腎功能不全、心血管疾病等。報告指出，約有 14% 出現嚴重症狀需住院與氧氣治療，5% 需加護病房治療。新型冠狀病毒感染者以成人為主，少數兒童個案多為其他確診成人病人之接觸者或家庭群聚相關，兒童個案大多症狀輕微。
- 三、 新冠肺炎傳染途徑尚未完全瞭解，目前從確診個案之流病調查與實驗室檢測得知，藉由近距離飛沫、直接或間接接觸帶有病毒的口鼻分泌物、或無呼吸道防護下長時間與確診病人處於 2 公尺內之密閉空間裡，將增加人傳人之感染風險。而從糞便當中可找到病毒，但是否具傳染性，仍待研究證實。依據世界衛生組織公告，感染新型冠狀病毒至發病之潛伏期為 1 至 14 天（中位數為 5 至 6 天）。確診病人發病前 2 天即可能具傳染力。根據文獻得知，確診病人上呼吸道檢體可持續檢測新型冠狀病毒核酸陽性平均達兩週以上，且下呼吸道檢體檢出病毒的時間可能更久。

- 四、 目前已有快篩試劑可作為新冠肺炎的初步篩檢，而分子生物學核酸（RT-PCR）為檢測為新型冠狀病毒急性感染期之檢驗首選。
- 五、 目前所有的冠狀病毒並無特定推薦的治療方式，多為採用支持性療法。最新治療建議，請參考衛生福利部疾病管制署公告之「新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）感染臨床處置暫行指引」（行政院衛生福利部疾病管制署, 2021）。
- 六、 為預防新型冠狀病毒感染，民眾應避免直接接觸到疑似新冠肺炎個案之分泌物與預防其飛沫傳染。相關預防措施包含：
  1. 關注並配合中央流行疫情指揮中心最新公告防疫政策。
  2. 維持手部衛生習慣（尤其飯前與如廁後）、手部不清潔時不觸碰眼口鼻。
  3. 避免出入人潮擁擠、空氣不流通的公共場所，並維持社交距離（室外 1 公尺，室內 1.5 公尺）或佩戴口罩。
  4. 搭乘大眾交通工具時遵守佩戴口罩與相關防疫措施。
  5. 減少探病與非緊急醫療需求而前往醫院。
  6. 居家檢疫、居家隔離或自主健康管理者，請遵守相關規範。
  7. 身體不適時請停止上班上課，先留在家中觀察、休息，需要時請主動撥打 1922 並聯繫衛生單位，就醫時請說明旅遊史、接觸史、職業以及周遭家人同事等是否有群聚情況。
  8. 配合新冠肺炎疫苗接種政策，按時完成疫苗接種。
- 七、 依現行新冠肺炎之密切接觸者定義「自確診個案發病前 3 日起至隔離前，在無適當防護下，曾於 24 小時內累計大於 15 分鐘面對面之接觸者，或提供照護、相處、接觸病人呼吸道分泌物或體液之醫療人員及同住者」，經衛生單位調查符合前述密切接觸定義而認定為與確診病例有密切接觸，將會匡列為接觸者，並納入居家隔離管制對象，應居家隔離至與確診病例最近一次接觸日後 14 天（如 3 月 1 日為最近一次接觸日，則應居家隔離至 3 月 15 日，3 月 16 日零時起才可解除隔離），惟衛生單位匡列之接觸者仍會視實際疫調情形作適當調整(衛生福利部疾病管制署, 2021)。

貳、 新冠肺炎疫苗接種（衛生福利部疾病管制署, 2021）

目前針對感染的預防措施，接種新冠肺炎疫苗是被認為最有效的策略之一，但並非唯一，仍須維持其他預防措施。目前國際間針對新冠肺炎已有數家廠牌的疫苗可提供注射，截至 2021 年 06 月底為止，台灣已分別引進阿斯特捷利康（AstraZeneca，簡稱 AZ）以及莫德納（Moderna）之疫苗，這兩種疫苗已通過 WHO、歐盟等其他先進國家及台灣緊急授權使用，另台灣亦有藥廠在進行國產之新冠肺炎疫苗研發，有關新冠肺炎疫苗接種注意事項，可參閱衛生福利部疾病管制署 COVID-19 疫苗 Q & A 相關資訊，網址：<https://www.cdc.gov.tw/Category/List/Dq7GIwfpZj0TlfqvYBDRAQ>

參、 新冠肺炎預立醫療照護諮商（Advance Care Planning，ACP）及死亡識能（Unroe & Hickman, 2021; 衛生福利部疾病管制署, 2021）

考量此疾病導致全球疫情大流行，以及罹患此病的病人病程有急遽惡化的可能，進而造成死亡，使得在對新冠肺炎病程充滿許多不確定性下，促使所有成年人應有未雨綢繆的概念，盡早自我思考、與家人和醫療人員討論個人生命末期照護的意向及表達治療偏好，此提前與病人本身和家屬討論價值觀、目標和治療偏好稱為「預立醫療照護諮商」，並可進一步完成「預立醫療決定」（Advanced Directives，簡稱 AD）或者是「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，以保障病人若罹患新冠肺炎且進展至死亡不可避免之末期病況時，能在安寧緩和醫療的協助下平安善終。

一、 新冠肺炎期間的預立醫療照護規劃（確保接受的醫療與民眾的意願和價值觀相符）

- （一） 了解自己生命末期的治療種類與選擇（非侵入性氧氣治療、接受氣管內插管與呼吸器治療、接受心肺復甦術、抑或是以安寧緩和醫療為主的舒適照護治療）
- （二） 確立照護目標，思考對您自己來說甚麼是最重要的？
- （三） 若您想要在法律的保障下完成預立醫療照護諮商及簽署「預立醫療決定書」，您可至衛生福利部預立醫療照護諮商專區查詢您方便預約預立醫療照護諮商之醫療院所來完成相關法定程序。網址：



<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/HospitalMap.aspx>

二、 有關新冠肺炎預立醫療照護諮商，您可以依照以下步驟來思考並做出符合您價值觀的醫療選擇（Compassion Choices, 2020）

- (一) 若您的氧氣濃度正在下降中，您是否希望健康照顧提供者使用非侵入性的方式（如氧氣面罩、氧氣鼻導管等）或任何讓您保持舒適和控制您症狀的方式？或者您是否希望必要時使用呼吸器以拯救性命？
- (二) 若您希望接受呼吸器的治療，您是否有關於您想使用呼吸器多久時間的想法？
- (三) 若您的腎臟功能下降且需要接受洗腎（血液透析），您是否還想要繼續使用呼吸器？
- (四) 若您將需要使用管路餵食以維持生命，你是否還想要繼續使用呼吸器？
- (五) 您是否有想要使用呼吸器時間長短的想法？天數？週數？月數？
- (六) 當您的心臟停止時，您是否願意接受心臟復甦術（CPR）？
- (七) 如果您的醫療代理人根據醫師提供的訊息認為您有機會過與您的價值觀和優先事項一致的生活，您是否願意讓您的醫療代理人推翻您任何一項預立醫療決定？或者，無論如何您都希望他們遵循這些預立醫療決定？

三、 新冠肺炎預立醫療照護諮商的重要性

- (一) 新冠肺炎併發症中，越嚴重的症狀則需要越緊急的決策。
- (二) 預立醫療照護諮商可以讓病人自身和家人為這些決定做好準備。
- (三) 主動識別和記錄病人自身/家人偏好以避免侵入性延長生命的治療，將有助於確保僅在符合病人意願的情況下提供治療。

肆、 新冠肺炎線上諮詢（衛生福利部疾病管制署, 2021）

一、 目前新冠肺炎相關線上諮詢的資源，主要仍是以衛生福利部中央流行疫情指揮中心建置的「1922 民眾疫情通報與諮詢服務中心」為管道，來解答民眾疑慮、舒緩民眾情緒，及相關因應作為。

二、 除了撥打 1922 以外，也可撥打各地方政府衛生局防疫專線，或者是

下載「疾管家」APP 來諮詢新冠肺炎的相關問題。

伍、 新冠肺炎喪親者的哀傷撫慰與相關網路資源(Anneser, 2020; Bajwah et al., 2020; Etkind et al., 2020; Morris et al., 2020; Selman et al., 2020)

目前台灣有許多學會與組織提供喪親者的哀傷撫慰資訊與網站連結，以利民眾進一步了解相關資訊：

一、 我的家人命在旦夕怎麼辦（簡易版）

<https://reurl.cc/pgWOml>

二、 我的家人命在旦夕怎麼辦（詳細版）

<https://reurl.cc/yEQzEq>

三、 台灣安寧緩和醫學學會

<https://www.hospicemed.org.tw/ehc-tahpm/s/index.htm>

四、 台灣安寧緩和護理學會

<http://www.hospicenurse.org.tw/UI/B1/B101000.aspx>

五、 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會

<https://www.hospice.org.tw/>

六、 台灣安寧照顧協會

<https://www.tho.org.tw/>

七、 財團法人佛教蓮花基金會

<https://www.lotus.org.tw/>

八、 財團法人天主教康泰醫療教育基金會

<http://www.kungtai.org.tw/>



### 【參考文獻】

1. Academy of Communication in Healthcare, 2021. Retrieved June 26 from <http://www.achonline.org/Telehealth>
2. Adams, C. (2020, Jul). Goals of Care in a Pandemic: Our Experience and Recommendations. *J Pain Symptom Manage*, 60(1), e15-e17.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.018>
3. American Medical Association, 2021. Retrieved June 26 from <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-telehealth-quick-guide>
4. Anneser, J. (2020, Aug). Dying patients with COVID-19: What should Hospital Palliative Care Teams (HPCTs) be prepared for? *Palliat Support Care*, 18(4), 382-384. <https://doi.org/10.1017/s1478951520000450>
5. Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B., & Downar, J. (2020, Apr 14). Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *Cmaj*, 192(15), E400-e404.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.200465>
6. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.  
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
7. Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., Costantini, M., Bausewein, C., Simon, S. T., Bendstrup, E., Prentice, W., Johnson, M. J., Currow, D. C., Kreuter, M., Wells, A. U., Birring, S. S., Edmonds, P., & Higginson, I. J. (2020, Apr). Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J*, 55(4).  
<https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>
8. Carson, S. S., Cox, C. E., Wallenstein, S., Hanson, L. C., Danis, M., Tulsky, J. A., Chai, E., & Nelson, J. E. (2016, Jul 5). Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 316(1), 51-62. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8474>
9. Cheng, H. W. B. (2021, Mar). Palliative care for cancer patients with severe

- COVID-19: the challenge of uncertainty. *Support Care Cancer*, 29(3), 1153-1155. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05809-y>
10. Compassion&Choices. (2020). *COVID-19 Advanced Directive Addendum: Documenting Your Preferences*. Retrieved Jun 29 from <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/COVID-19-Addendum.pdf>
  11. Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasinski, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Harter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., & Van der Weijden, T. (2017, Nov 6). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
  12. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012, Oct). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
  13. Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., & Phillips, J. P. (2020, May 21). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*, 382(21), 2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
  14. Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e31-e40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
  15. Gray, N. A., & Back, A. L. (2020, Jun 11). Covid-19 communication aids. *BMJ*, 369, m2255. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2255>
  16. Hart, J. L., & Taylor, S. P. (2021, May 8). Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic. *Chest*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.003>

17. Heath, L., Carey, M., Lowney, A. C., Harriss, E., & Miller, M. (2021, Jun). Pharmacological strategies used to manage symptoms of patients dying of COVID-19: A rapid systematic review. *Palliat Med*, 35(6), 1099-1107.  
<https://doi.org/10.1177/02692163211013255>
18. Katz, N. T., McInerney, M., Ravindran, G., & Gold, M. (2021, Mar). Silent suffering of the dying and their families: impact of COVID-19. *Intern Med J*, 51(3), 433-435. <https://doi.org/10.1111/imj.15101>
19. Lang, F., Floyd, M. R., & Beine, K. L. (2000, Mar). Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*, 9(3), 222-227. <https://doi.org/10.1001/archfami.9.3.222>
20. Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, J. R., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., Saidi, F., Souweine, B., Vincent, F., Barnes, N. K., Pochard, F., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007, Feb 1). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
21. Lovell, N., Maddocks, M., Etkind, S. N., Taylor, K., Carey, I., Vora, V., Marsh, L., Higginson, I. J., Prentice, W., Edmonds, P., & Sleeman, K. E. (2020, Jul). Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 60(1), e77-e81. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015>
22. Matthys, J., Elwyn, G., Van Nuland, M., Van Maele, G., De Sutter, A., De Meyere, M., & Deveugele, M. (2009, Jan). Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*, 59(558), 29-36. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X394833>
23. Morris, S. E., Moment, A., & Thomas, J. d. (2020). Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e70-e74.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>

24. NEJM Group, 2021. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0166>
25. Organization, W. H. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide.
26. Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020, Aug). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e81-e86.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
27. Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L., & Lundström, S. (2020, Oct). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), e2-e13.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>
28. Unroe, K., & Hickman, S. (2021). *Advance Care Planning During a Crisis for nursing homes*. OPTIMISTIC. Retrieved Jun 29 from <https://www.optimistic-care.org/probari/covid-19-resources/>
29. Wu, Y. R., Chou, T. J., Wang, Y. J., Tsai, J. S., Cheng, S. Y., Yao, C. A., Peng, J. K., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Huang, H. L. (2020, Oct 28). Smartphone-Enabled, Telehealth-Based Family Conferences in Palliative Care During the COVID-19 Pandemic: Pilot Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(10), e22069.  
<https://doi.org/10.2196/22069>
30. Yardley, S., & Rolph, M. (2020). Death and dying during the pandemic. *BMJ*, 369, m1472. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1472>
31. 行政院衛生福利部疾病管制署. (2021). 新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）感染臨床處置暫行指引（13 ed.）.
32. 衛生福利部. (2021, July 22 2021). 台灣新型冠狀病毒(COVID-19)疫情檢視. 衛生福利部. Retrieved July 22 2021 from <https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4707-52357-205.html>
33. 衛生福利部疾病管制署. (2021). 嚴重特殊傳染性肺炎. Retrieved Jun 29 from <https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/N6XvFa1YP9CXydB0kNSA9A>

## 第八章 政府相關醫療政策與制度

張賢政

新冠肺炎病人周全的治療需要納入安寧緩和醫療，尤其是在預期高風險、可能會進展至重症的病人，更應該儘早系統性地介入。目前安寧緩和醫療費用支付是包含在新冠肺炎隔離治療的公費預算內，因此可以善用安寧共同照護來協助照護病人。除了醫療照護費用外，政府政策、臨床標準處置流程，都需要包括安寧緩和醫療。可行的方式為邀請安寧緩和醫療相關專業學會提供建議，並利用各種溝通管道提升民眾相關識能。

在目前政策制度下，新冠肺炎病人照護可以且應該提供安寧緩和醫療，具體建議如下：

1. 提供安寧緩和醫療是住院隔離治療的必要部分。依我國傳染病防治法及政府政策，新冠肺炎病人住院隔離治療的費用，是由疾管署編列的公費預算支應。針對新冠肺炎病人的安寧緩和醫療相關醫令，在公費支應的住院隔離治療期間，仍可以提供服務及申報。
2. 針對隔離治療的病人，服務模式主要是安寧共同照護，包括後續（每週）安寧共同照護團隊照護。而開始安寧共同照護之前，原團隊也可以啟動緩和醫療家庭諮詢會議。針對隔離下的溝通障礙，醫療團隊需要運用前面章節的論述，以適當的溝通技能及設備來提供照護。
3. 依安寧緩和醫療之定義，染疫病人如有痛苦需要緩解，就需要周全的安寧緩和醫療。其照護目標除了有效的症狀緩解，也包括心理、社會、靈性照顧，對象則包含病人及家屬，以及提供喪親家屬的哀傷撫慰。
4. 安寧緩和醫療除了提供「緩解性」的醫療照護，也需要「預防性」的介入。預期病人有高風險、在進展至重症前，就應該系統性地進行預防性介入。而針對已經是重症病人，其高危悲傷家屬更需要啟動安寧緩和醫療。
5. 除了病人及家屬的照護，醫療工作人員的心理靈性受苦的預防、支持及減壓等照顧，也應該納入整體政策規劃，並以公費預算支應。

除了安寧緩和醫療給付的支援，要讓照護更完善，還需要政府醫療政策制度的支持：



1. 上述安寧緩和醫療的介入，包括對病人及家屬的照護及後續哀傷撫慰，中央和地方政府都應該納入政策規劃、提供預算支應，並納入新冠肺炎病人照護的臨床標準處置流程指引。
2. 鑑於一定比例之病人從染疫、重症直至離世，其病程發展迅速，建議應將安寧緩和醫療視為整體疫情因應的一部份，中央政府流行疫情指揮中心（及其醫療專家小組）應該邀請安寧緩和醫療相關專業學會的專家提供意見，並納入政策及臨床處置指引。
3. 中央流行疫情指揮中心透過各類媒體、網頁及社群媒體的說明內容，應該包括上述安寧緩和醫療相關議題的臨床情境說明、正確觀念及健康識能的教育宣導，以增能賦權民眾及醫療專業人員。例如：政策及可用資源的說明應該包括安寧緩和醫療；死亡個案數的說明應該包括特定病情的死亡率如重症病人進展至需要經過心肺復甦術者，即使搶救後恢復循環，仍有短期極高死亡率。
4. 民眾的生命教育及死亡識能、醫療自主、醫病共享決策等觀念的落實，是衛生福利部核心功能任務之一，疫情延展至今未歇，更顯示了須加強具體落實提供民眾正確認知的重要性。尤其是特殊脆弱族群，例如衰弱個案、機構住民等，更是重要的宣導對象。
5. 為了提供疫病病人及家屬安寧緩和醫療，政府及醫院的政策及資源支持應該包括適當的照護流程規範、因應隔離的照護方式調整策略、適當的防護設備、通訊設備、遠距照護設備、民眾及醫療人員宣導教育等，此外，因應可能突發大量疫病病人隔離治療的需求，適當的症狀緩解藥物（包括嗎啡類藥品）及適用的儀器或程式輔助給藥設備，亦須「足量預備」以及在需要時供給。
6. 疫情可能影響日常醫療服務提供，醫療量能降載可能壓縮其他疾病篩檢、診斷、治療，甚至延遲癌症及非癌症醫療，提高死亡率。政府及各層級醫療體系應以有效策略維持醫療量能，避免醫療體系崩解，並兼顧疫病病人與非疫病病人的醫療照護；疫病病人與非疫病病人的治療考量都須包括治癒性治療及安寧緩和醫療。為避免延誤既有疾病治療，也避免安寧緩和醫療被壓縮，即使在疫情期間也能避免或緩解病人身心靈受苦。



疫情下的居家安寧議題，包括針對既有居家安寧療護病人的照護、以及未來染疫病人居家安寧照顧的可能性：

1. 高品質的居家安寧緩和醫療可能可以因應醫院降載的服務量能不足、減少病人及家屬在醫院染疫高風險環境的暴露、也可能有較佳的社會心理靈性照顧。但是疫情下的居家安寧緩和醫療也有許多困難需要突破，居家安寧緩和醫療團隊需要調整及規劃適當的流程，醫院管理者及政府政策應有相應的制度及資源支持。包括訪視前評估其他同住家屬的接觸史等風險釐清及準備、適當的個人防護設備，且需要提早考慮急性症狀變化的因應，並備好適當藥物或其他非藥物處置。在社區安寧緩和照護網絡中，不同醫療院所團隊的互相轉介協助的需求可能更高，也需要更細緻的轉介流程，以同時因應安寧緩和醫療專業需求及防疫需求。
2. 疫情期間，政府對於在家死亡個案死亡證明書開立的流程規範或其他協助開立證明書的醫師，會擔心遺漏潛在疫病個案，居家安寧醫護團隊可能需要盡量協助照護個案直到開立死亡證明，或直接與協助醫師進行醫療資訊轉銜及溝通。對於仍有防疫需求個案，政府可能需要建立一般醫師就可以安排遺體 PCR 檢驗的政策及標準流程。
3. 染疫病人也可能有居家安寧療護的期待，包括既有居家個案被診斷新冠肺炎但不願意住院治療、醫院疫病個案嘗試治療後病程進展至末期希望回家、染疫病人全程都在家治療後進展至末期，依現行防疫政策，這三種情境都會被強制於指定隔離治療機構施行隔離治療。末期染疫病人在家治療至善終需考量社區民眾、家屬照顧者等人的公眾利益，以及訪視醫護人員的風險與防護成本。寄望未來能平衡在家善終的好處及負擔，也就是民眾及家屬疫苗接種都更普及、防護知能及資源更妥善，醫療體系及國家策略都更有量能後，可以研議相應的具體做法。
4. 法定傳染病個案故不能回到家善終、死亡後短時間需入殮並火化、主要喪親家屬也可能是被隔離者而無法參與喪葬過程，這些都是台灣文化及哀傷撫慰照護的挑戰，照護團隊應該具有敏感度並提早關心照護，政府須有相應政策及資源。

【參考文獻】

1. Australian COVID-19 Palliative Care Working Group (ACPCWG) (2020). Palliative Care Australia Statement on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Palliative Care Australia 2020.
2. The Lancet (2020). Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet* (London, England), 395(10231), 1168.
3. Pahuja, M., & Wojcikewych, D. (2021). Systems Barriers to Assessment and Treatment of COVID-19 Positive Patients at the End of Life. *Journal of palliative medicine*, 24(2), 302–304.
4. Luckett, T., Donkor, A., Phillips, J., Currow, D. C., Parker, D., Lobb, E., & Agar, M. R. (2021). Australian specialist palliative care's response to COVID-19: an anonymous online survey of service providers. *Annals of palliative medicine*, 10(3), 2747–2757. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1760>
5. Damani, A., Ghoshal, A., Rao, K., Singhai, P., Rayala, S., Rao, S., Ganpathy, K. V., Krishnadasan, N., Verginiaz, L., Vallath, N., Palat, G., Venkateshwaran, C., Jenifer, J. S., Matthews, L., Macaden, S., Muckaden, M. A., Simha, S., Salins, N., Johnson, J., Butola, S., ... Bhatnagar, S. (2020). Palliative Care in Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Position Statement of the Indian Association of Palliative Care. *Indian journal of palliative care*, 26(Suppl 1), S3–S7.