



# 全聯護訊

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第1633號

第一四一期

中華民國一一〇年六月出版

發行人：高靖秋 總編輯：周繡玲 主編：林秋芬 編輯：曾修儀、梁淑媛、潘碧雲、吳香頻

發行所：中華民國護理師護士公會全國聯合會 Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

## 為所有醫護打氣 向堅守防疫的一線人員致敬 大家一起正向防疫



各位護理夥伴大家好，因應 COVID-19 疫情爆發，今年的國際護師節來不及舉行，但看著已完工漂亮的慶祝大會背板，沒來得及使用就要拆除，心裡百感交集，對於無法如期舉行的慶祝活動，深覺遺憾！

今年的活動主題是「因為有你溫暖四季，因為護理世界美麗」，營造的是一個充滿感恩、溫馨的氣氛，我一直秉持護理是一個關懷弱勢、扶傷救難，充滿服務熱忱使命的專業，因此護理人需要正向、陽光的態度，才能支撐我們完成任務，所以我們的形象應該要陽光溫暖，我們不應該在悲情中哀嘆委屈，而是要轉換態度，在正向中爭取權利。

這次 COVID-19 疫情改變世界的常態，唯一沒有變的是護理人員對苦難民眾的關懷。每次的災難，護理人員從來沒有缺席，而且不畏艱險，表現優異，也因為大家的努力，讓護理被看見！所以說「沒有從天而降的英雄，只有挺身而出的護理師！」

全聯會在大家的支持下，不會忘記所託，繼續推動優質職場相關政策，呼籲政府與社會投資護理，全國人民應做好自身防護，配合防疫措施，維持防疫衛生好習慣，保護自己也保護他人，大家更應齊心為醫護人員加油打氣，用體諒取代謾罵、用鼓勵代替苛責，向所有堅守防疫、捍衛民眾健康的第一線醫護人員，表達最誠摯的敬意及謝意，祝福大家健康平安 疫情退散。

理事長 高靖秋敬上



### 本期目錄

為所有醫護打氣 向堅守防疫的一線人員致敬.. 1	感謝有您 疫起守護..... 5
醫院緊急醫療能力分級評定作業將停辦2年	【通訊課程1】「組合式壓力性損傷預防照護」
各受評醫院評定結果之效期亦配合展延..... 2	之發展與應用新趨勢..... 7
本會訊息..... 2	【通訊課程2】勞資會議之法律議題..... 11
聲明稿..... 3	【小品文】..... 15
各縣市公會訊息..... 4	

## 醫院緊急醫療能力分級評定作業將停辦2年 各受評醫院評定結果之效期亦配合展延

本會與台灣護理學會、25縣市護理師護士公會、台灣護師醫療產業工會發表聯合聲明，呼籲相關單位停止今年所有督考、認證和競賽活動，讓醫護安心工作、齊心抗疫、守護台灣，並於110年5月21日函請衛福部因應COVID-19疫情嚴峻，敬請停止今年之所有督考、認證和競賽等活動，減輕非緊急的醫療業務量。

衛福部於5月27日函覆為使醫院專注COVID-19防疫工作，醫院緊急醫療能力分級評定作業將停辦2年，各受評醫院評定結果之效期亦配合展延，請查照。

相關訊息請逕至本會網頁查詢，網址：<https://ppt.cc/fyE8tx>



### 本會訊息

## 檢討修正護理相關支付標準 【文／梁淑媛整理】

### 修訂門診診察費內含護理費點數改為占率

過去診察費內含護理費的呈現方式不一致，有些項目以占率呈現如醫院門診診察費、急診檢傷分類等，有些則以內含點數呈現如急診診察費、高危險早產兒特別門診診察費及精神科門診診察費。當衛生福利部公告修正調高以內含護理費點數方式呈現的診察費支付項目時，護理費點數則無法配合修訂一起調整。因此，本會代表於110年3月健保相關會議時，支持通過修正診察費通則文字，一律以護理費內含於門診診察費之占率方式呈現。

### 爭取110年優先保障區域級（含）以上醫院加護病床住院護理費1點1元

在健保支付標準中，代表護理人員勞務付出的護理費一直偏低無法反應護理專業價值，而該項支付標準又為浮動點值，目前平均1點為0.92元，等於是護理費打了92折計算，因此，本會一直爭取提高護理費及保障點值一點一元。中央健保署110年於4月14日召開醫療給付費用醫院總額110年第1次臨時研商議事會議，在台灣醫院協會支持及共識下，會議決議，110年優先保障區域級（含）以上醫院加護病床（一般、精神科及燒傷）住院護理費1點1元，本會將繼續爭取其餘護理費保障1點1元預算。

## 治療COVID-19健保署新增「俯臥通氣治療」申報代碼

為因應治療COVID-19(新冠肺炎)合併急性呼吸窘迫症候群(acute respiratory distress syndrome, ARDS)之重症個案臨床所需，「俯臥通氣治療」(prone positioning therapy, 俗稱「超人姿勢」)，依臨床經驗為ARDS病人重要治療方式，中央健康保險署於6月18日新聞稿表示健保積極配合新增「俯臥通氣治療」申報代碼，本項治療費用由政府公務預算支應，每日4,938點，以每點1元支付，並回溯至5月1日起適用。

俯臥通氣治療，是以俯臥的方式增加肺部擴張、減少肺部和心臟的壓迫，促進氧氣交換效率，減少病人呼吸器、氧氣使用時間，降低高濃度氧氣的肺損傷後遺症。惟執行俯臥式擺位相當耗費護理人力，本會調查數家醫院針對COVID-19重症病人實施俯臥式擺位的情形，由於病人身上插滿各式管路，為防止管路滑脫，至少需要動用3-5位護理師及醫師、呼吸治療師等穿著防護裝備共同協助完成，每次翻身執行均耗費30分鐘且須密切觀察病人生命徵象，已將調查結果提供健保署參考，樂見新增本項申報代碼，惟目前給付僅針對COVID-19合併有ARDS之重症個案，住加護病房且插管使用呼吸器之病人使用。

## 聲明稿

【文／吳香頻整理】

近日疫情嚴峻，民眾及護理人員皆承受莫大的身心壓力，衍生許多令人遺憾的事件，對此，本會發表「只要關懷、沒有傷害，本會嚴正譴責暴力，聲援受傷的護理師」、「疫情壓力大 護理夥伴務必珍惜自己，本會強烈呼籲醫事人員同住家人優先接種疫苗」等二項聲明，表達本會立場，聲明如下：

## 只要關懷、沒有傷害 本會嚴正譴責暴力，聲援受傷的護理師

疫情緊張之際，驚傳新北市雙和醫院，今（5/31）日有COVID-19確診病人，持刀割傷3名防疫病房護理師的事件，本會嚴正的譴責此醫療暴力，並代表全國護理人員聲援受傷的護理師。

COVID-19疫情已造成社會紛亂，我們可以同理確診病人其身體的不適與焦慮不安的情緒，但在疫情嚴峻的當下，醫療人力已經十分緊繃，醫護人員承受比往常還巨大的身心壓力，站在最前線照護病人，此醫療暴力對醫護人員無疑是雪上加霜，令人感到挫折與打擊，本會再次呼籲，請各醫療機構務必加強醫院安全措施，除了提供最充足的防護配備外，也要有精神科或臨床心理師介入，協助病人及醫護人員的心理關懷，同時也請政府加強民眾教育，減少民眾恐慌，讓醫護可以無後顧之憂，全心投入病人照護工作。

祈願受傷的三位護理師，身心早日康復，更呼籲全國民眾，此時此刻，醫護人員是國人最重要且珍貴的資產，請務必珍惜，醫療暴力零容忍，對暴力滋事者絕不寬貸，讓我們擁有安全、安定的就醫環境，共同擊敗病毒。

中華民國護理師護士公會全國聯合會、新北市護理師護士公會 敬上

中華民國110年5月31日



## 疫情壓力大 護理夥伴務必珍惜自己

### 本會強烈呼籲醫事人員同住家人優先接種疫苗

昨日（6/12）晚間新北市發生一起護理同仁輕生的不幸事件，這名康復之家負責人兼護理師，疑似因疫情爆發，擔心給家人帶來病毒，造成沉重的心理壓力而走上絕路。

對此不幸事件本會深感痛心與不捨，疫情期間，護理人員不僅要對抗病毒，還要安撫病人與家屬的情緒，更要擔心把病毒帶給家人，許多醫護同仁因此在工作結束後不敢回家與家人團聚，獨自居住在宿舍或防疫旅館，但是仍有許多醫護同仁的家庭，亟需他們照顧，不得不冒著傳染風險返家同住，造成身心極大的煎熬，今年三月，部立桃園醫院護理同仁染疫，連帶7位家人確診，甚至一人死亡，即是最令人悲痛的例子。

目前各國捐贈的疫苗陸續抵達台灣，各行各業都在努力爭取施打，但是具有高風險的第一類醫護同仁家屬卻沒有被保護。本會強烈建請中央流行疫情指揮中心能體恤醫護人員的困境，協助儘早為醫事人員之同住家人施打疫苗，讓醫護人員無後顧之憂，全心投入防疫工作。

本土疫情爆發的同時，種種的壓力重重的壓在前線防疫護理同仁身上，已然不堪負荷，造成情緒潰堤。本會重申，各機構一定要提供最充分的資源及防護措施，善盡心理層面的關懷、保護同仁的身心健康，也請社會大眾確實做好防疫工作，善待我們的醫護同仁，切勿作無理的要求，同仁們更要珍惜自己，相互支持，讓我們一起踏過荊棘，度過難關，護理加油!台灣加油!

#### 面對疫情，您可以使用的資源

- \* 衛生福利部心理及口腔健康司：疫情心理諮詢專線：1925（依舊愛我）安心專線
- \* 各縣市心理衛生中心：<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4621-49581-204.html>

中華民國護理師護士公會全國聯合會 敬上

中華民國110年6月13日

## 各縣市公會訊息

### 桃園市護理師護士公會 訊息

- ◎辦理會員獎學金申請：申請辦法公告於本會網站最新消息及會務資訊→常用表單下載區，收件截止日為110年9月30日(郵戳為憑)。

# 因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情嚴峻 本會取消辦理相關活動

疫情期間，為了讓護理人員能專心投入防疫工作，本會今年停止辦理所有競賽活動，以及部分研討會也已取消辦理，項目如下：

- 一、110年度護理創新競賽
- 二、110年度護理研究成果競賽
- 三、第八屆護理之美-令人感動的護理師 之四格漫畫比賽
- 四、第八屆護理之美-攝影之美比賽。
- 五、110年「一日護理師體驗營」護理科系學生組-7月10日
- 六、110年南丁格爾護理體驗營-國中組-8月15日
- 七、2021台灣醫療科技展－護理創新作品展出徵選活動
- 八、研討會
  - 110年「自殺防治法研討會」(北區)-6月4日
  - 110年「自殺防治法研討會」(南區)-6月12日
  - 110年後疫面面觀研討會-6月17日、6月24日、7月8日

## 感謝有您 疫起守護

【文／梁淑媛、潘碧雲整理】

今年5月中旬起新冠肺炎疫情升溫，如野火燎原，每日數百例新冠肺炎確症者湧入醫院，全國進入第三級警戒，讓身處第一線的醫護人員承受巨大的身心壓力，除了面對不確定性高度感染風險的威脅，也要擔心傳染給親愛的家人，許多醫護人員下了班更是不敢回家，即便如此，絕大多數的護理人員仍堅守崗位，儘管臉上烙印了口罩的壓痕、防護衣下汗濕成河，只為守護國人與家人的健康，並期待安心返家的那一天。

疫情之下，不乏有醫護人員受到外界歧視的眼光，然而更多的是來自社會的支持與鼓勵，本會自5月以來陸續收到社會企業人士捐贈的物資，包括藝人蕭薈捐贈600份保濕抗敏凍膜、中化裕民健康事業股份有限公司捐贈一批面膜、乳液、磁力貼、蜂膠與壓力襪等、法鼓山慈善基金會邀請動畫大師朱德庸先生特別創作《安心祝福影片》，另結合基金會志工的力量，製作3000份『平安御守』與心靈處方箋、青平台基金會董事長捐贈1200捲皮膚保護貼，以及太平洋醫材公司捐贈5000條密閉式抽痰等。除了密閉式抽痰管因可



【桃園市東門國小五年二班】～謝謝所有辛苦的醫護人員，謝謝你們守護大家的健康，台灣有你們真的很幸福，我們會乖乖待在家學習，也會提醒家人不群聚不亂跑，讓我們一起和台灣越來越好～

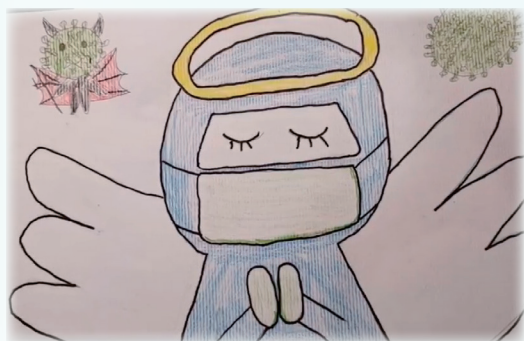
降低醫護人員為插管病人抽痰時的工作負擔，減少暴露於病毒的風險，也可以讓使用呼吸機的病人抽痰時無須移機，維持血氧濃度，故優先作業分配疫情較為嚴重的雙北專責醫院(包括9家醫學中心及區域醫院)，以及將『平安御守』分送到北北基桃縣市的醫院，期透過小動畫與平安御守的傳遞，讓護理人員得到支持、得到療癒，其餘物資待本會整理後再行發放。

另一方面，本會也接到許多團體及小朋友們在老師的帶領下，製作影片傳達對醫護人員的感謝，包括聖心小學、桃園市東門國小五年二班、台南市育仁幼兒園、宋少卿的學生及樂齡好朋友們以及傑特曼VIRUS樂團為前線醫護人員所製作的【We Pray】，本會已將影片置於FB（歡迎掃描QR Code 觀看）

本會僅代表護理人員感謝上述社會企業人士及民眾的愛心與支持，最重要的是，社會大眾配合宅在家、勤洗手、戴口罩、保持社交距離，快快控制住疫情，維護醫療量能，減少醫護負荷，如此，民眾為醫護堅強的後盾，醫護得以持續守住防疫前線，同島一命，團結一致，共同度過難關。



【法鼓山慈善基金會】～願大家，遠離病苦，沒有危難，喜樂不失，安於當下～



【聖心小學】～謝謝第一線的醫護人員不眠不休的照護病人，我們都在家乖乖地上課，請您們放心!您們也要好好的照顧好自己喔～



【宋少卿的學生及樂齡好朋友們】～也許我們沒辦法跟你們一起奮戰，但是希望能讓你們確實接受到我們的祝福、感謝與關心～



【台南市育仁幼兒園】～護理人員辛苦了，台灣加油！謝謝你們守護大家的健康。謝謝你們犧牲原來的生活，成為社會安定的力量～



【傑特曼VIRUS樂團】～為前線醫護人員所製作的【We Pray】，希望這首歌能給予前線醫護人員鼓舞的力量～

# 「組合式壓力性損傷預防照護」 之發展與應用新趨勢

歐素妃<sup>1</sup>、李碧娥<sup>2</sup>

<sup>1</sup>高雄醫學大學附設中和紀念醫院燒傷中心副護理長／整形外科傷口護理師、

<sup>2</sup>高雄醫學大學護理學系教授／護理學院院長



## 一、前言

壓力性損傷(pressure injury, PI)俗稱壓瘡或褥瘡，係因皮膚長時間受到壓迫，使組織循環缺血造成的損傷，常好發於骨突出處。一旦發生壓力性損傷，病人不僅遭受傷口的疼痛，甚至面臨傷口感染造成敗血症致命風險。傷口的照護不但增加臨床照護的負擔與成本，也可能引發醫療糾紛。有鑑於此，有效預防壓力性損傷是重要的課題。此外，壓力性損傷發生同時也反映出臨床護理照護品質，為護理照護之重要品質指標之一，也是台灣成效品質指標之一。



## 二、壓力性損傷傷口分級

依據國際壓力性損傷諮詢小組(national pressure injury advisory panel, NPIAP)於2016年的共識會議，壓力性損傷分級如下(NPIAP, 2016)。

- (一) 1級壓力性損傷：局部皮膚完整，有無法反白的紅斑。但不包含局部皮膚呈現紫色或褐色的改變，因為可能為深部組織損傷。
- (二) 2級壓力性損傷：合併有真皮層暴露的部分皮層損傷。傷口為紅色或粉紅色、潮濕、且出現完整或破皮的水泡。特別要注意潮濕性相關皮膚損傷 (moisture-associated skin damage, MASD)，包括失禁性皮膚炎(incontinence associated-dermatitis, IAD)，對磨性皮膚炎 (intertriginous dermatitis, ITD)，醫療粘性相關皮膚損傷 (medical adhesive related skin injuries, MARSIS)，或外傷性傷口(皮膚撕除傷、燒傷、擦傷)等傷口不能描述為2級壓力性損傷傷口。
- (三) 3級壓力性損傷：為全皮層損傷、傷口可見脂肪及肉芽組織，可能出現腐肉或焦痂。傷口邊緣經常呈捲曲。可能為潛行或隧道樣的傷口。
- (四) 4級壓力性損傷：為全皮層損傷，傷口可見明顯的筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨骼。可能出現腐肉或焦痂。
- (五) 無法分級壓力性損傷(unstageable)：缺損的皮膚與組織被焦痂或腐肉覆蓋，導致無法確認皮膚損傷的皮層。因此，稱之為無法分級壓力性損傷。
- (六) 深部組織壓力性損傷(deep tissue pressure injury, DTPI)：傷口外觀為完整或不完整的皮膚局部持續出現無法反白的深紅、褐色或紫色的顏色改變。或是表皮分離呈現暗色的傷口床或血泡。

除以上，附加的定義尚有醫療裝置相關壓力性損傷(medical device related pressure Injury, MDRPI)，與黏膜層的壓力性損傷 (mucosal membrane pressure injury, MMPI)。MDRPI其病因為使用醫療器材所產生的壓力性損傷。通常傷口呈現出醫療器材所受壓的型態或形狀。MMPI發生部位則為曾使用醫療器材、由於組織解剖的因素，黏膜層的壓力性損傷無法被分級。

壓力性損傷應早期發現早期治療，確實執行高危險因子評估，儘早發現一級傷口及辨識深部組織壓力性損傷，提供適切的減壓照護，預防傷口持續惡化是重要的一環。

### 三、組合式壓力性損傷預防照護之發展趨勢

組合式照護 (care bundles) 為結合3至5種具有實證基礎之照護措施，做為醫院品質提升的照護方法 (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012)，組合式照護最早被運用於呼吸器相關血流感染、中心靜脈導管相關血流感染等，確實能提升照護成效 (Resar et al, 2005 ; Nguyen et al, 2007)。隨後，運用組合式照護於壓力性損傷預防的趨勢，逐漸於國際間或相關機構相繼發展。

針對組合式照護運用於壓力性損傷預防照護之文獻搜尋結果，依其名稱、發表作者、年代、國家以及照護措施等進行內容統整，如表一。綜合表列文獻統整結果，護理措施項目中，以皮膚檢查與評估、移動與擺位是共同具備的項目，失禁與潮溼管理、營養也是重要的照護項目。2016年Tayyib等學者更將醫療裝置相關壓力性損傷預防照護納入預防照護措施中，更於2021年發表以SKINCARE 針對醫療裝置相關壓力性損傷提供組合式預防照護。澳洲學者Chaboyer等人於2015年提出組合式壓力性損傷預防照護，應有病人主動參與(patient participation)之重要性。可見，組合式壓力性損傷預防照護的發展正精準化的以整體性全人照護的趨勢持續發展中。

### 四、組合式壓力性損傷預防照護之實證成效

組合式壓力性損傷預防照護的效果，需要臨床的實際運用與研究，方能驗證其成效。本篇就文獻搜尋結果針對發表作者、年代、國家、收案地點、收案對象、時間及運用方法、組合式壓力性損傷預防措施，以及結果等進行統整，請參考表二

表一 組合式壓力性損傷預防照護發展種類

名稱	發表作者	發表年代	國家	照護措施
SSKIN Bundle	Whitlock	2013	英國	Surface(減壓設備)、Skin inspection (皮膚檢查)、Keep moving(維持移動)、Incontinence(失禁護理)、Nutrition(營養)
UPUPB*	Anderson 等人	2015	美國	Skin emollients(滋潤皮膚)、Assessment of skin head-to-toe (從頭到腳的評估皮膚)、Floating heels off the bed (足跟抬高)、Early identify cation of sources of pressure, using pressure redistribution surfaces (早期確認高危險因子,使用減壓設備)、Repositioning(擺位)
INTACT*	Chaboyer 等人	2015	澳洲	Keep moving(保持移動)、Look after your skin(照顧你的皮膚)、Eat a healthy diet(健康飲食)
HRCH's SSKIN Bundle*	McCoulough	2016	英國	Surface(減壓設備)、Skin inspection (皮膚檢查)、Keep moving(維持移動)、Incontinence(失禁護理)、Nutrition(營養)
The PU Prevention Bundle	Tayyib 等人	2016	澳洲	Risk assessment(危險因子評估)、Skin assessment(皮膚評估)、Skin care(皮膚照護)、Nutrition(營養)、Repositioning(擺位)、Support surfaces(減壓設備)、MDRPU* (醫療裝置相關壓力性損傷照護)
PI* Prevention Bundle	Frank 等人	2017	美國	Skin assessment (皮膚評估)、Device Rotation(裝置轉位)、Patient positioning(病人擺位)、Appropriate bed surface(適當的減壓設備)、Moisture management(潮濕管理)
PI Prevention care Bundle	Lavallee 等人	2019	英國	Support surfaces(減壓設備)、skin inspection (皮膚檢查)、repositioning(擺位)

表一 組合式醫療裝置相關壓力性損傷預防照護發展種類(續)

名稱	發表作者	發表年代	國家	照護措施
「耐、壓、用、換、除」組合式照護	王、莊、舒	2018	台灣	增加耐受性的皮膚照護、友善皮膚的減壓管路固定法、活用減壓敷料、減壓與週期性的轉換受壓點、儘早移除醫療裝置
SKINCARE	Tayyib 等人	2021	沙烏地阿拉伯	Secure device and protect the skin with dressings in high-risk areas (安全的裝置以及於高危險部位使用敷料保護皮膚) Keep repositioning more frequently than twice daily (經常性的重新擺位) Inspect the skin(檢查皮膚) Nutrition and hydration(營養與水和) Choose the correct size and type of medical device to fit the individual (選擇適合個人尺寸、種類的醫療裝置) Avoid placing devices over sites of prior or existing pressure injury (避免於壓力性損傷傷口部位置放裝置) Report MDRPI* correctly (正確的通報醫療裝置相關壓力性損傷) Educate staff (人員教育)

註\*：UPUPB (Universal pressure ulcer prevention bundle); INTACT (INTroducing A Care bundle To prevent pressure injury) PI (Pressure injury); HRCH's SSKIN Bundle (Hounslow and Richmond Community Healthcare's SSKIN bundle) MDRPU (medical device related pressure ulcers); MDRPI (medical device related pressure injury)



表二 組合式壓力性損傷預防照護實證成效

作者/年代/國家	收案地點/對象/時間/方法	壓力性損傷預防措施	結果
Whitlock (2013)/美國	528 床的醫院共 18 個單位參加 2009 年 品管圈	SSKIN Bundle: Surface(減壓設備) Skin inspection (皮膚檢查) Keep moving(維持移動) Incontinence(失禁護理)、 Nutrition(營養)	1.人員護理措施遵從度>95%(2009.5-2010.10) 2.壓力性損傷發生天數延長(2009.4-2011.3)
Anderson 等人(2015)/美國	明尼蘇達州 外傷中心醫院 3 個加護單位的病人 (排除 18 歲以下、壓力性損傷病人) N=327 介入措施前收案 181 人 介入措施後生案 146 人 兩組前後測	UPUPB: Skin emollients(滋潤皮膚) Assessment of skin head-to-toe (評估皮膚) Floating heels off the bed (足跟抬高) Early identification of sources of pressure, using pressure redistribution surfaces (早期確認高危險因子,使用減壓設備)	1.壓力性損傷發生率:介入措施前 15.5% , 介入措施後降為 2.1%。 2.護理措施遵從率:介入措施前 4.34±1.40 , 介入措施後降為 4.65±2(=123)
McCoulough (2016)/英國	社區護理 2014-2015 介入措施前 2015-2016 介入措施後 兩組前後測	HRCH' s SSKIN Bundle: Surface(減壓設備) Skin inspection (皮膚檢查) Keep moving(維持移動) Incontinence(失禁護理) Nutrition(營養)	壓力性損傷發生件數 1 級由 0 件增加為 18 件 2 級由 118 件增加為 136 件 3 級由 51 件降低為 5 件 4 級均為發生 5 件 5. DTPI 由 0 件增加為 4 件
Tayyib 等人(2016)/澳洲	24 床的加護病房 收案 11 個註冊護士 2013.12.1-214.2.28 每 2 週收集資料 · 收集 4 次共 8 週 前瞻性觀察法	The PU Prevention Bundle Risk assessment(危險因子評估) Skin assessment(皮膚評估) Skin care(皮膚照護) Nutrition(營養) Repositioning(擺位) Support surfaces(減壓設備) MDRPU* (醫療裝置相關壓力性損傷照護)	1.介入措施的遵從性達 22.43/30(78.1%) 2.時間因素顯著影響介入措施的遵從性(P<0.016)
Chaboyer 等人(2016)/澳洲	澳洲昆士蘭 8 家醫院 採群簇隨機分派 共收案 1600 個病人 2014 年 6 月至 2015 年 5 月 臨床隨機試驗	INTACT Keep moving(保持移動) Look after your skin(照顧你的皮膚) Eat a healthy diet(健康飲食) Repositioning(擺位)	壓力性損傷發生率(P=0.644) 1 級傷口實驗組:28(3.5%)、控制組 60(7.5%) 2 級傷口實驗組:16(2.0%)、控制組 19(2.4%) 無法分級傷口實驗組:5(0.6%)、控制組 5(0.6%)
Frank 等人(2017)/美國	第一階段 33 家兒童醫院(2011 年) 第二階段:78 家兒童醫院(2013 年) 兩組前後測	PI* Prevention Bundle Skin assessment (皮膚評估) Device Rotation(裝置轉位) Patient positioning(病人擺位)、 Appropriate bed surface(適當的減壓設備) Moisture management(潮濕管理)	壓力性損傷發生率 1. 2 級發生率由 0.3 提高為 0.38 千分比(P<0.001) 2. 3 級發生率由 0.06 降為 0.03 千分比(P<0.001) 3. 4 級發生率由 0.01 降為 0.004 千分比(P<0.02) 4. DTPI 發生率由 0.11 提高為 0.15 千分比 (P<0.00) 5. 無法分級由 0.08 提高為 0.19 千分比(P=0.18)
王、莊、舒(2018)/台灣	心臟內科加護病房 10 床、24 位護理師 2016.9.1-2017.4.30 行政專案	「耐、壓、用、換、除」組合式照護 增加耐受性的皮膚照護 友善皮膚的減壓管路固定法 活用減壓敷料 減壓與週期性的轉換受壓點 儘早移除醫療裝置	1.護理師 MDRPI 認知正確率由 70.9 提升為 94.3%. 2.MDRPI 發生密度由 0.8%降低為 0.3%. 3.總壓力性損傷發生密度由 1.1%降低為 0.7%.
Tayyib 等人(2021)/沙烏地阿拉伯	3 個心臟加護病房 (2 個成人、1 個小兒) 共收集 223 個病人 (113 個成人、92 個小兒) 前瞻性研究	SKINCARE Secure device and protect the skin with dressings in high-risk areas Keep repositioning more frequently than twice daily (經常性的重新擺位) Inspect the skin(檢查皮膚) Nutrition and hydration(營養與水和) Choose the correct size and type of medical device to fit the individual (選擇適合個人尺寸、種類的醫療裝置) Avoid placing devices over sites of prior or existing pressure injury (避免於壓力性損傷傷口部位位置放裝置) Report MDRPI correctly (正確的通報醫療裝置相關壓力性損傷) Educate staff (人員教育)	壓力性損傷發生率: 由 13.4% (43/231) 降低為 0.89%(2/223) , P=0.001

綜合上述8篇實證文獻結果，行政專案及品管圈手法為2篇、兩組介入措施執行前後測者有3篇、前瞻性研究2篇、臨床隨機試驗僅有1篇。研究結果主要為探討降低壓力性損傷傷口發生數或發生率共有6篇，其中，有4篇於組合式預防照護介入後，壓力性損傷發生密度有降低之趨勢。值得一提的是作者McCoulough於2016年針對社區護理進行組合式預防照護，研究結果1級壓力性損傷傷口由0件增加為18件、DTPI由0件增加為4件、3級由51件降低為5件，其分析結果為組



合式預防照護內容中指導社區護理加強1級壓力性損傷及DTPI之評估技巧，推廣早期發現的重要性，因此該研究結果增加了1級壓力性損傷及DTPI的發生件數通報，卻顯著的減少了3級壓力性損傷的發生件數通報。除此之外，有3篇則是針對護理師對於介入措施的遵從性進行成效探討，有1篇則是分析護理師的認知正確率，其文獻均呈現正向的結果。可見，護理人員的認知與遵從性也是措施介入重要的考量的因素。

## 五、結論與建議

針對組合式照護於壓力性損傷預防照護的文獻搜尋結果，實證等級較高的僅有1篇為臨床隨機試驗。未來需要更多臨床研究結果，以提升組合式照護於壓力性損傷預防的實證性。目前文獻搜尋的組合式壓力性損傷預防照護共有9種，其臨床運用於不同族群如：加護單位、兒童、社區護理、醫院機構等，因此，考量單位的特殊性是臨床選用組合式壓力性損傷預防照護種類適用與否的重要因素。另外，壓力性損傷的發生原因包含病人內在的生理因素(如疾病、組織耐受力等)及外在環境因素(如壓力、剪力、潮溼等)通常是複雜的，因此，運用單一措施無法有效預防其發生。運用組合式照護已成為照護新趨勢，且須跨團隊成員，如醫師、護理師、傷口護理師、物理治療師、營養師、個案管理師等共同介入與參與，共同討論擬定符合病人個別化的照護措施，有效達到壓力性損傷預防照護的品質。

## 六、參考文獻

- 王淑鈴、莊寶玉、舒婉娟 (2018)．運用組合式照護降低心臟加護病房醫療裝置相關壓傷發生密度．*護理雜誌*，65(3)，80-87。https://doi.org/10.6224/jn.201806\_65(3).11
- Anderson, M., Finch Guthrie, P., Kraft, W., Reicks, P., Skay, C., & Beal, A. L. (2015). Universal pressure ulcer prevention bundle with WOC nurse support. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 42(3), 217-225. https://doi.org/10.1097/won.000000000000109
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J., McInnes, E., Banks, M., Wallis, M., Gillespie, B. M., Cullum, N. (2015). INroducing A Care bundle To prevent pressure injury (INTACT) in at-risk patients: A protocol for a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1659-1668. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.018
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J., McInnes, E., Gillespie, B. M., Banks, M., Whitty, J. A., ... Wallis, M. (2016). The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 63-71. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.015
- Frank, G., Walsh, K. E., Wooton, S., Bost, J., Dong, W., Keller, L., Miller, M., ...Brilli, R. J. (2017). Impact of a pressure injury prevention bundle in the solutions for patient safety network. *Pediatric Quality and Safety*, 2(2), 1-7. http:// doi: 10.1097/pq9.000000000000013
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2019). Preventing pressure injury in nursing homes: Developing a care bundle using the behaviour change wheel. *BMJ Open*, 9, 1-10. http://doi: 10.1136/bmjopen-2018-026639
- McCoulough, S. (2016). Adapting a SSKIN bundle for carers to aid identification of pressure damage and ulcer risks in the community. *British Journal of Community Nursing, Suppl*, S19-25. https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.Sup6.S19

- Nguyen, H. B., Corbett, S. W., Steele, R., Banta, J., Clark, R. T., Hayes, S. R., Edward, J., ... Wittlake, W. A. (2007). Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality. *Critical Care Medicine*, 35(4), 1105-1112. <https://doi.org/10.1097/01.Ccm.0000259463.33848.3d>
- Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds, T., Rainey, T., & Nolan, T. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5), 243-248. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(05\)31031-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1553-7250(05)31031-2)
- Resar, R., Griffin, F. A., Haraden, C., & Nolan, T. W. (2012). Using care bundles to improve health care quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from <https://emergencylaparotomy.org.uk/wp-content/uploads/2015/11/IHIUsingCareBundlesWhitePaper2012-1.pdf>
- Tayyib, N., Asiri, M. Y., Danic, S., Sahi, S. L., Lasafin, J., Generale, L. F., Malubay, A., ... Reyes, M. (2021). The effectiveness of the SKINCARE bundle in preventing medical-device related pressure injuries in critical care units: A clinical trial. *Advances Skin and Wound Care*, 34(2), 75-80. <https://doi.org/10.1097/01.Asw.0000725184.13678.80>
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. A. (2016). Implementing a pressure ulcer prevention bundle in an adult intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.005>
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). NPIAP pressure injury stages. Retrieved from [https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online\\_store/npiap\\_pressure\\_injury\\_stages.pdf](https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_store/npiap_pressure_injury_stages.pdf)
- Whitlock, J. (2013, Sep). SSKIN bundle: Preventing pressure damage across the health-care community. *British Journal of Community Nursing, Suppl*, S32, s34-36, s38-39. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.sup9.s32>



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「專業課程」積分2點，請於考完試次月月底後上衛生福利部醫事系統入口網查詢。

**通訊考題 (是非題，共10題)：**

1. 皮膚長時間受壓造成組織呈現發紅的狀況可評估為一級壓力性損傷。
2. 壓力性損傷傷口覆蓋一層黑色焦痂可評估為無法分級之壓力性損傷。
3. 口腔黏膜因氣管內管留置壓迫造成傷口可評估為二級壓力性損傷。
4. 針對臥床不動的病人使用氣墊床就能有效預防壓力性損傷。
5. 組合式壓力性損傷預防的推行，病人主動參與(patient participation)是重要的一環。
6. 依據實證文獻結果，運用組合式照護能有效降低壓力性損傷的發生。
7. 目前已發展多元組合式壓力性損傷預防照護的種類，選用時須考量臨床單位的特殊性。
8. 壓力性損傷的預防主要是護理人員的責任。
9. 組合式壓力性損傷預防照護措施為皮膚檢查、移動與擺位、營養照護。
10. 組合式照護已成為壓力性損傷預防的新趨勢，且須跨團隊專業成員的共同參與。

## 一、前言

依勞動基準法（下稱勞基法）第30條第1項規定，勞工每日正常工作時間不得超過8小時，然而雇主若認為有使勞工於正常工作時間外延長工作時間繼續工作之必要，應經工會同意（若無工會，經勞資會議同意），始可延長勞工之工作時間（勞基法第32條第1項），從而工作時間區分為「正常工作時間」（下稱正常工時）與「延長工作時間」（俗稱加班）（黃，2012）。然醫院擬延長護理人員之工作時間，即應給予加班費，若延長工作時間在2小時以內者，應按平日每小時工資額加給3分之1以上，再延長工作時間在2小時以內者，按平日每小時工資額加給3分之2以上（勞基法第24條第1項第1至2款規定）。試舉一例，護理人員甲正常工時為上午8時至下午4時，其每小時之工資為150元，醫院令甲加班至晚上8點，其「4點至5點」與「5點至6點」之加班費各為200元，而「6點至7點」與「7點至8點」之加班費各為250元。

然部分工作無法依循「每日工作8小時」之規則來運作，為了使工時之安排更加靈活，變形工時制度因應而生（郭，2004），我國勞基法設有二週、四週與八週變形工時制度（李，2014）。本文擬介紹之案例僅涉及二週變形工時制度，故僅對此加以說明：依勞基法第30條第2項規定，事業單位若實施二週變形工時制度，雇主可將二週內正常工作時數分配於其他工作日，每日不得超過2小時，但每週工作總時數仍以48小時為限，從而原本每日正常工時為8小時，加上二週內分配於當日之工時為2小時，勞工每日正常工時可達10小時，工作時間超過10小時之部分，始為延長工時（勞基法施行細則第20條之1第1項規定），雇主僅須針對超過10小時之延長工時給付加班費。反之，若事業單位無實施二週變形工時，勞工正常工時則為8小時，工作時間超過8小時之部分，則為延長工時，雇主應給付加班費，故而變形工時實施與否，實則影響加班費之計算。

本文擬介紹一則X醫院與甲護理人員針對醫院是否實施二週變形工時制度有所爭執，而衍生加班費計算紛爭之案例。事業單位欲實施二週變形工時制度，須符合兩前提要件（勞基法第30條第2項與第4項規定）：（一）須為中央主管機關指定之行業：舉凡「適用勞基法之行業」均得實施此制度（參照勞動部92年3月31日勞動2字第0920018071號函）；（二）應經工會同意，若無工會，應經勞資會議同意。醫療保健服務業為適用勞基法之行業，符合要件一，然本案爭點在於要件二，即X醫院實施該等制度是否經其合法召開之勞資會議所同意，本文茲針對勞資會議相關法律概念、本案案例事實與法院判決結果說明如下。

## 二、勞資會議相關法律概念

### （一）勞資雙方代表之人數與產生方式

為協調勞資關係，事業單位應依勞資會議實施辦法（下稱辦法）舉辦勞資會議（勞基法第83條規定）。勞資會議由勞資雙方同數代表組成，其代表人數視事業單位人數多寡各為2人至15人，但事業單位人數在100人以上者，各不得少於5人（辦法第3條第1項規定）。勞資會

議之資方代表，由事業單位於資方代表任期屆滿前30日指派之（辦法第4條規定）。勞資會議之勞方代表，事業單位有工會者，由工會會員或會員代表大會選舉之；事業單位無工會者，由全體勞工直接選舉之（辦法第5條規定）。代表雇主行使管理權之一級業務行政主管人員，不得為勞方代表（辦法第8條規定）。事業單位辦理勞資會議勞方代表選舉，應於選舉前10日公告投票日期、時間、地點及方式等選舉相關事項（辦法第9條規定）。勞資會議代表之任期為4年，勞方代表連選得連任，資方代表連派得連任（辦法第10條第1項規定）。勞資會議代表選派完成後，事業單位應將勞資會議代表名單於15日內報請當地主管機關備查（辦法第11條規定）。

## （二）開會通知、議事範圍、決議方式及會議紀錄

勞資會議開會通知，事業單位應於會議7日前發出，會議之提案應於會議3日前分送各代表（辦法第20條規定）。勞資會議之議事範圍包括勞動條件等事項，工作規則之訂定及修正，亦得列為議事範圍（辦法第13條規定）。勞資會議應有勞資雙方代表各過半數之出席，協商達成共識後應做成決議；無法達成共識者，其決議應有出席代表4分之3以上之同意（辦法第19條第1項規定）。勞資會議之決議，應由事業單位分送工會及有關部門辦理（辦法第22條第1項規定）。勞資會議之會議紀錄應記載出席人員姓名與討論事項及決議等事項，並由主席及記錄人員分別簽署，發給出席及列席人員（辦法第21條規定）。

## 三、案例介紹—臺灣臺北地方法院106年度勞簡上字第39號民事判決

### （一）案例事實

X醫院主張該院二週變形工時制度之實施業經102年與103年勞資會議同意，並以此兩次會議之會議紀錄作為佐證，從而甲之正常工時已變更為10小時，惟甲主張該制度未經合法之勞資會議通過，其正常工時未變更為10小時，超出正常工時8小時範圍外之工作時間，即屬延長工作時間，X醫院即應依法給付加班費。關於X醫院勞資會議之召開是否具合法性，當事人之主張如下：

#### 1. 甲主張

X醫院雖提出兩次勞資會議之會議紀錄佐證該院實施二週變形工時制度確經勞資會議同意，惟該勞資會議之會議紀錄均無主席及記錄人員之簽章，明顯違反辦法第21條規定；且勞資會議若有同意之事實，X醫院自當公告勞資會議之會議紀錄以使全體員工週知，惟甲從未見聞勞資會議與其決議之存在。此外，依勞動部104年9月11日勞動條3字第1040131919號函—「勞基法第30條第2項、第3項及第30條之1所稱『雇主經工會同意，如事業單位無工會者，經勞資會議同意』之規定，係就『制度上』允否有變形工時為同意。是若事業單位因實施變形工時，致有變更個別勞工之工作時間等情，仍應徵得各該勞工之同意，始得為之」，故縱認X醫院召開上開勞資會議為合法，倘實施變形工時而有變更甲之工作時間情事，仍應徵得甲之同意，始得為之，而非一經勞資會議通過，即得對甲產生拘束力。

#### 2. X醫院主張

102年2月與103年7月之勞資會議均同意實施二週變形工時制度，會議紀錄公告於院內網站，非甲所言未進行公告。

## （二）法院判決

依辦法第5條規定，事業單位無工會組織，其勞資會議之勞方代表應由勞工直接選舉始為合法，X醫院固提出102年與103年勞資會議紀錄為證，且於104年曾將該院第4屆勞資會議代表名冊陳報當地市政府備查，惟X醫院迄今未能提出上述時期勞資會議「勞方代表直接選舉之公告」、「選舉人名冊」及「選舉結果之公布」等資料，則X醫院是否依法定程式直接由全體勞工選舉出勞方代表，事涉勞資會議組織之合法性，難認X醫院已舉證以實其說，自無從逕認其勞資會議之召開為合法。

依辦法第21條規定，勞資會議紀錄應記載會議討論事項，並由主席及記錄人員分別簽署，惟X醫院102年與103年之勞資會議紀錄僅簡略記載：「紀錄大綱：（詳附件）」後，逕記載：「決議：經勞資會議決議，同意採勞基法第30條第2項規定」，會議主席與記錄人員均未在會議紀錄簽署，勞資會議進程序非無瑕疵，二週變形工時制度之實施是否確經勞資雙方代表實質討論所同意，或僅係資方片面決定採用之，誠非無疑。況且，勞工係在雇主指揮命令下提供勞務以獲得工資對價，工作時間即應視為勞動契約之重要要素，勞動契約內容要素之變更，除非勞資雙方事先於勞動契約中已有合意，應從其約定外，否則該項契約內容要素之變更即應得雇主與勞工雙方面同意，始謂合法。

依辦法第13條規定，勞資會議固得討論勞動條件事項，惟該項討論如涉及個別勞動條件之變動，依甲所提出之上述勞動部函釋，自仍應取得個別勞工之同意，故縱認X醫院召開上述勞資會議為合法，而經與會代表決議實施二週變形工時制度，亦屬「制度上」就變形工時為同意，倘實施變形工時而有變更個別勞工之工作時間情事，仍應徵得甲之同意，始得為之，而非一經勞資會議通過，即得對甲產生拘束力。

X醫院既未舉證其實施二週變形工時制度業經合法召開之勞資會議所同意，亦未舉證已徵得甲之同意，難認甲之正常工時已變更為10小時，其正常工時仍不得超過8小時，超出8小時範圍外之工作時間，即屬延長工作時間，X醫院即應就此部分依法給付加班費。

## 四、結論

X醫院與甲針對醫院是否實施二週變形工時制度有所爭執，而衍生應如何計算加班費之紛爭，法院認為該等制度雖經勞資會議同意，惟該勞資會議因於組織上（會議是否有勞方代表？）與程序上（是否確經勞資雙方代表實質討論始同意實施二週變形工時制度？）均有瑕疵而未具合法性，且該制度未經個別勞工同意，故甲之正常工時仍為8小時，X醫院針對超過8小時正常工時之工作時間，應給付加班費。希冀本案可協助護理人員培養勞資會議相關法律概念，於醫院宣稱實施變形工時制度時，具備判斷「該制度是否確經合法召開之勞資會議所同意或僅係資方片面決定採用」之能力。

## 參考文獻

- 李玉春（2014）．我國實施週40小時工時制之必要性與可行性之研究—以日韓經驗為鏡．*國立中正大學法學集刊*，45，177-261。
- 郭玲惠（2004）．勞動基準法工時制度之沿革與實務爭議問題之初探．*律師雜誌*，298，15-34。
- 黃越欽（2012）．*勞動法新論*（四版）．台北：翰蘆。



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「法規課程」積分2點，請於考完試次月月底後上衛生福利部醫事系統入口網查詢。

### 通訊考題（是非題，共10題）：

1. 舉凡「適用勞基法之行業」經事業單位之工會或勞資會議同意，得實施二週變形工時制度。
2. 勞資會議之資方代表，由事業單位於資方代表任期屆滿前30日指派之。
3. 勞資會議之勞方代表，事業單位有工會者，由工會會員或會員代表大會選舉之；事業單位無工會者，由全體勞工直接選舉之。
4. 代表雇主行使管理權之一級業務行政主管人員，亦得為勞資會議之勞方代表。
5. 事業單位辦理勞資會議勞方代表選舉，應於選舉前10日公告投票日期、時間、地點及方式等選舉相關事項。
6. 勞資會議代表選派完成後，事業單位應將勞資會議代表名單於15日內報請當地主管機關備查。
7. 勞資會議開會通知，事業單位應於會議7日前發出，會議之提案應於會議3日前分送各代表。
8. 勞資會議應有勞資雙方代表各過半數之出席，協商達成共識後應做成決議；無法達成共識者，其決議應有出席代表3分之2以上之同意。
9. 若事業單位因實施變形工時，致有變更個別勞工之工作時間，仍應徵得各該勞工之同意，始得為之。
10. 事業單位若實施二週變形工時制度，雇主可將二週內正常工作時數分配於其他工作日，每日不得超過4小時，但每週工作總時數仍以48小時為限。

## 我有權利決定善終

高溱環 天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院護理部副主任

「姑丈右側不能動，要送醫院急診嗎？」，開會中接到家人緊急電話，心中忐忑不安，不安的是家中僅有姑丈及外傭，其他家人遠在美國，遠水救不了近火，只能先下決定立即送醫院。姑丈84歲，是一位知書達禮的人，不喜歡麻煩別人，凡事自己親力親為，身體有病痛時，面對遠在美國的家人都是報喜不報憂，所以，他的家人真的都不知道姑丈已病入膏肓。依稀記得住院前幾天，姑丈因泌尿系統問題，透過電話仔細詢問症狀，並主動要協助掛號，但姑丈馬上說「不用了，目前感冒中，好一點再掛號」，還來不及幫忙掛號，就由119救護車直接送來急診。

第一天住院，神經內科也是來不及進一步檢查，疾病症狀由右側偏癱轉為雙側偏癱，雖然醫療團隊依腦中風程序處理，但病情不見好轉且每況愈下。為了要了解

病情及確切診斷，醫師安排MRI檢查，MRI檢查需在密閉空間內，卻讓姑丈非常不安及煩躁，雖然頸部以下無法動，姑丈卻說了一句話「我不要做，我自己可以決定我的生死，如果我死在裡面怎麼辦？」，但是無此檢查無法明確診斷，雖後續經由藥物輔助完成此項檢查，結果也是令家人錯愕-轉移性骨腫瘤壓迫頸椎致四肢癱瘓。

遠在美國的家人也在最短的時間陸續安排回來，住院期間姑丈除由神經內科醫師診治外，神外、安寧緩和醫師及安寧共照師均介入，經由團隊醫療評估及尊重個案的決定，終於讓姑丈歡喜的入住安寧病房。入住第一天，姑丈仍不改客氣及不麻煩別人的態度，謝謝團隊的幫忙而且對病房環境感到很滿意。這也讓我聯想到此舉符合了醫學倫理中傷害原則(nonmaleficence)：強調醫療人員謹慎地執行以達到適當的照顧標準。此原則的精神在於不要傷害、防止傷害以及除去傷害。避免讓病人承擔任何不當的、受傷害的風險。

在安寧病房住院時，姑丈頸部以下完全沒知覺，所有的活動均需旁人協助，當家人清楚了解病情後，試著想了解姑丈的想法時，沒想到姑丈面對死亡的態度非常坦然，因身體的活動仍需旁人協助，這不是姑丈想要的生活，同時也在家中桌上也看到姑丈對於器官捐贈及面對死亡所收集的剪報，所以姑丈已有心理準備了。在加護病房時，曾表明不插管、想要器官捐贈，轉入安寧病房的前幾天，意識還很清醒時，對於親戚朋友的探訪都是微笑應對，也曾主動詢問主治醫師還有多少時間及預後狀況，主治醫師也很清楚告知病情及未來治療方向。符合了醫學倫理中很重要的尊重自主原則(autonomy)：強調尊重病人的尊嚴與自主性，不隱瞞病人之病情及診斷、保護病人的隱私及強調知情同意的重要性。

姑丈在有限的時間內，交代所有事情包括往生後殯葬處理方式，雖然選擇了他面對死亡的方式，但隱約可以感覺到，當自己面對生命的下一步時，仍有些許「遺憾」和「徬徨」，即使家人也貼心陪伴在旁給予最大支持及安慰，仍會感到無助及害怕。在往生前幾天，姑丈不再進食，也不願意打點滴、不願意插胃管，因四肢癱瘓只感覺到頸椎疼痛，所以醫療團隊只給予疼痛的控制、身體症狀的照顧、以及身體的清潔仍是不可少的。符合了醫學倫理中行善原則(beneficence)，亦即醫師要盡其所能延長病人之生命且減輕病人之痛苦。

姑丈在確定診斷後不到一個月的一個夜晚平靜且安詳的離開了，家人陪伴在旁，只有依依不捨，但沒有遺憾，因為已完成姑丈生前所期待的不急救、不插管、不延長死亡的過程。姑丈面對死亡的態度及過程，處之泰然，值得學習，也更能符合醫學倫理重視人性，尊重生命與全人照護的理想。今年，「病人自主權利法」也通過了，強調尊重病人的自主權，配偶、親屬、醫療委任代理人等關係人均不得妨礙醫師依病人決定而做的處置。感謝醫療團隊能儘早介入，幫助姑丈在過世之前，完全遵照他的決定，減少可能的疾病折磨及在最後日子能較有品質的生活，這過程也幫助家人面對哀傷，因為臨終陪伴，所得到的心靈成長，以及對生命進入更深層的瞭解，是整個過程中最大的意義。



# 新冠肺炎專責病房—全方位護理整備

蔡素蕙 三軍總醫院整合照護病房護理長

國外疫情嚴峻，感念台灣團結齊心抗疫，讓台灣彷彿站在平行世界的另一端，擁有零確診的寂靜與美好。COVID-19專責病房在這沉息的日子裡，持續關注著疫情，內部建立開設Covid-19專責病房準備書，研訂各項防疫措施，隨時做好應戰的準備。

在某日晚上單位接獲防疫政策之命令，全體動員即開始進行COVID-19專責病房設置。隔日在晨間會議上，由資深護理同仁帶領新進學妹如何穿脫隔離衣，訓練第一線的護理同仁能夠確實做好自我防護。穿脫隔離衣看似簡單，但每一個環節都不容馬虎，因為面對傳染性極高的病毒，我們不容輕忽每一道細節，因為一旦一個工作人員被傳染，即是整個團隊崩盤。所以在COVID-19專責病房的每一位工作人員，其背負抗疫的使命感與責任心，更是台灣人民眾所矚目的期待。我擔任防疫單位的基層護理主管，了解責任雖重，但必須帶著堅毅無畏的心情，帶領同仁義無反顧地向前邁進。那天晨間會議，我領著我的護理同仁手疊著手，互道「加油！」。我們知道未來充滿了未知，之後執行防疫任務期間每個工作人員都要保持社交距離。然而這次互道加油或許是我們護理團隊最後一次但也是首次\_最親近的社交距離，但也更團結我們團隊的心，互許這次任務只許成功不許失敗之決心。

由一般病房轉型COVID-19專責病房，著實不容易。在這短短一天期間，我們團隊完成淨空病人、物資調度、重劃護理站及病室配置、動線管制、微負壓空調調整、班別調整等，以符合分艙分流之規範。在這期間我看見護理團隊在病房整備中，展現團隊凝聚和向心力，有效率、有制度的完成這份艱鉅任務。

防疫單位的運作，雖僅隔著一扇門卻是與世隔絕般的遙遠，是截然不同的醫療生態和作業模式。我們不停地和其他部門協調及修訂病房管理辦法，主要是為了讓防疫措施滴水不漏。隨著防疫政策滾動式的修正，更需要培育出高韌性、高適應能力的護理人員去執行醫療照護作業。我的護理團隊在防疫期間展現護理人員團結、正向、嚴謹的崇尚特質，縱使病人病情複雜度高，需要給予密集性的照護，一天之內不知穿脫多少次的隔離衣，臉上無數的汗水和被N95口罩深深烙印的壓痕，目的為的就是提供隔離病人最優質的全方位護理。隨著病人病情好轉、解除隔離出院或是寧靜的離世，每段歷程都有我們護理團隊付出努力的痕跡。仿若戰亂中的南丁格爾為每一位傷患提燈，點亮生命的光芒。

COVID-19專責病房護理團隊能承擔這項高壓、高複雜度的防疫工作，是團隊運作過程中彼此互相督促及勉勵的成果。同時在疫情期間我們不斷學習增能和復能來儲蓄自己的照護能量，更知道我們護理團隊背負著台灣人民的期待及重大使命！COVID-19專責病房護理同仁秉著堅毅不畏之精神，站在防疫第一線，予病人最好的醫療照護並嚴謹落實每一道防疫措施。我們防疫人員持續努力，因愛而堅毅，因愛而Strong!



新冠肺炎病房護理整備 (攝影／蔡素蕙護理長)