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

第一五四期

中華民國一一二年八月出版

發行人：紀淑靜　總編輯：周繡玲　主編：王維芳　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)

2024總統與立委選舉之護理界訴求及建言

因應2024年1月13日即將進行第十六任總統、副總統與第十一屆立法委員選舉，為讓候選人聽見護理界的聲音及訴求、看到護理界的能量，本會與台灣護理學會共同研擬『2024總統與立委選舉之護理界訴求』，將提供給各政黨與總統及立委候選人，尋求支持、發揮影響力，建構優質護理職場。

護理界訴求

一、投資護理教育--提升護理人員教育程度及護理專業素質，保障病人安全。

(一)提升醫院執業護理人員具學士學位以上之比率

(二)提升護理養成教育畢業生中，就讀高中職後四年護理系（含學士後護理系）之比率。

二、投資護理職場--提供友善職場，留任護理人力，維護全民健康

(一)降低全日平均護病比，推動三班護病比。

(二)提升護理人員薪資：應屆畢業護理師年薪至少達70萬(不含夜班費)。

(三)提升住院護理費、居家護理費及新增護理照護服務支付項目。

三、投資護理領導--制定醫療照護政策，推動跨域合作，促進民眾健康

(一)政務委員、立法委員、考試委員、監察委員及國策顧問應有護理委員/顧問。

(二)醫療機構應設置護理背景的副院長。

四、投資護理服務－拓展護理角色，持續護理專業成長與進階，滿足民眾健康需求

(一)修訂護理人員法，包括明訂各層級護理專業職稱與護理業務。

(二)支持擴展護理師執業範疇與獨立執業功能。

(三)支持與鼓勵進階護理角色發展。

投資護理職場---本會政策建言

一、由政府編列預算優先補助醫院護理人員薪資，每人每月10,000元鼓勵留任，為期至少三年。

二、開放男性護理師在醫院服替代役，避免因服役中斷執業。

三、對於未取得執照的實習護士執業年限，由現行的15個月延長為3年。

四、擴大「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」經費，讓更多醫院參與增聘輔助人力協助病人照護。

五、短期降低全日平均護病比，並盡速研擬推動三班護病比。

六、保障醫院住院護理費及居家護理訪視費點值為1點1元；每年依據總額成長率調升健保住院護理費及居家護理費；並新增護理照護服務支付項目。

七、因應現行激增的休假天數，修訂醫院評鑑基準的護理人力配置標準。

八、鼓勵學生就讀護理科系，減免學生學費及提供就業的獎金。

九、鼓勵醫療機構提升護理人員薪資待遇，應屆畢業護理師年薪至少達70萬（不含夜班費）；建請衛福部每年調查並公告不同醫院層級、地區及不同年資別之護理人員平均年薪，讓醫院可以參考。

本期目錄

2024總統與立委選舉之護理界訴求及建言..... 1

健保違規宣導案例 請會員正確申報健保費用... 2

本會訊息..... 3

各縣市公會訊息..... 6

【通訊課程1】運用遠紅外線輔助治療下肢慢性傷口的醫學應用與照護指引..... 8

【通訊課程2】護理倫理法律淺淺談..... 13

小品文..... 18

【文／許慈恩整理】

健保違規宣導案例 請會員正確申報健保費用

為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，衛生福利部中央健康保險署檢送健保違規宣導案例，請會員正確申報健保費用。

一、在健保總額資源有限的情況下，杜絕醫療資源浪費及詐領健保之不法行為是健保當前重要目標，爰健保署彙整近期查獲之健保違規案件案例，請會員應覈實申報醫療費用，切莫不實虛報，以免觸法。

二、另健保署每季將宣導案例置於VPN健保資訊網服務系統(路徑：VPN畫面左方之服務項目>院所資料交換>院所交換檔案下載)，以提供各保險醫事服務機構參考。

健保違規宣導案例
居家護理所未提供住民訪視，虛報醫師訪視費及護理訪視費

【案情概述】

甲居家護理所平日提供多家照護機構住民之醫師及護理訪視業務，某日健保署接獲民眾陳情甲居護所疑涉有護理紀錄非執行人員親自製作，及護理人員租借證照等情事，經資料分析，發現甲居護所有支援醫師於執業診所看診刷取健保卡日期，與居護所申報醫師訪視費時間重疊，顯有蹊蹺。嗣經健保署進一步實地訪查，發現甲居護所長期將A醫師訪視之費用，以B醫師之名義申報，並有醫師及護理師實際上並未至照護機構訪視住民，甲居護所卻不當申報醫師訪視費及護理訪視費等違規情事。

甲居護所虛報醫師訪視費及護理訪視費共18萬餘點，違規情節重大，健保署依法裁處甲居護所診所終止特約，負責醫事人員不予支付1年。另甲居護所長期將A醫師訪視之費用以B醫師之名義申報，予以追扣，同時甲居護所亦自願返還5年內不當申報之醫療費用。

【小結】

照護機構住民多為行動不便或有多重慢性病、三管之長者，出外就醫不易，實需醫護人員前往照護機構提供訪視、換管等服務，共同維護住民健康。健保署實務上發現有部分醫事機構或為規避訪視合理量之限制，或以為照護機構住民年事已高並有多重疾病，表達能力不佳，記憶不清，即使不當申報費用也不易被發現，心存僥倖而造假虛報。惟現今健保署透過大數據資料分析比對，已能精準鎖定醫事服務機構費用申報之違規情事，查核不法，因此健保署再次呼籲保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫造假、誤蹈法網，而自毀前程。

【相關法規條文】

一、全民健康保險法第81條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款、第2項

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約…：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」「依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第2款

「第四十條第一項第二款所稱情節重大，指下列情事之一：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

本會訊息

【文／李沛湘、梁淑媛整理】

⊙本會研習活動，詳情與報名請上本會官網查詢。

一、長照專業服務-CD02護理指導與諮詢照護成效分享(上午場)

日期	區域	地點
9/4	北區	臺北市立聯合醫院中興院區6樓第一會議室
9/23	東區	羅東聖母醫院S棟11樓大禮堂
10/13	中區	台中慈濟醫院大愛樓6樓國際會議廳
11/10	南區	奇美醫院第五醫療大樓國際會議廳

二、長照專業服務-CD02護理指導與諮詢照護增能工作坊(下午場)

日期	區域	地點
9/4	北區	臺北市立聯合醫院中興院區6樓第一會議室
9/23	東區	羅東聖母醫院S棟11樓大禮堂
10/13	中區	台中慈濟醫院大愛樓6樓國際會議廳
11/10	南區	奇美醫院第五醫療大樓國際會議廳

三、112年「住院整合照護服務試辦計畫」經驗分享座談會

日期	區域	地點
11/2	南區	高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一講堂
	中區 (視訊)	彰化基督教醫院教研大樓11樓魏克思學術講堂
11/9	北區	萬芳醫院6樓國際會議廳
	東區 (視訊)	花蓮慈濟醫院大愛樓7樓701教室

護理之光 人美心也美

【文／翁淑芳整理】

賴靖穎、何宛穎、林于珊、賴聿柔
臺北醫學大學附設醫院急診室護理師

7月20日下午正在休假出遊中的靖穎、宛穎、于珊等現職護理師和目前育嬰留停的聿柔護理師等四人行經捷運新埔站時，發現有人蹲和躺在地，因當時情況危急，初判被重物砸傷，故分頭處理現場，2人跪地輪流急救及確認報警，另2人安撫家屬情緒、要求現場民眾進騎樓躲避等，並再次與119告知現場為外科OHCA，直至救護車出現後協助施打點滴及急救藥物、上頸圈固定和長背板搬運傷者上擔架等事宜，直至送往醫院後才離開。

余景謙內科加護病房護理師、曾昭慎專科護理師 / 三軍總醫院

7月13日下白班後的余護理師景謙行經內湖成功路上時，發現前方騎士路倒不動，景謙立即下車上前評估叫喚無反應，測量無脈搏，立即給予急救並請旁人打119及協助至近處拿取AED，此時另一位曾護理師昭慎路過便與之輪番執行CPR約三次循環，之後取得AED後，立即於現場執行電擊一次，隨後由趕來的救護人員接手送抵三軍總醫院救治。

2023 第四屆台北國際照顧博覽會

【文／李沛湘整理】

- 展覽時間 2023.09.7-9（四－六）
- 展覽地點 台北世貿展覽一館A、D區

照顧產業跨域串連，護理不缺席

護理專業團體聯展單位

中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣護理學會、台灣居家護理暨服務協會、台灣長照護理學會、台灣護理之家協會

攤位號碼：A0515-0526 & A0615-0626

報名網址： https://cares-reg.com

1. 展覽活動期間每日上、下午安排數堂講座，現場報名
2. 9月8日於2樓第三會議室辦理護理專業論壇「共創共生社區照顧生活圈」，一律採網路線上報名，網址 http://cares-reg.com/#/zh-tw/program;id=111
3. 以上課程，護理及長照服務人員繼續教育積分申請中

團體報名獨享 10人以上請以團體報名，團體統一換證，快速入場！主辦單位於展會現場提供15人以上團體導覽服務，歡迎預先報名。團體報名表下載： https://reurl.cc/LN8GAa，請直接與主辦單位聯繫預約時段，

聯絡人：02-77296189分機118(李小姐) 更多展會資訊：www.ankecareexpo.com

疫起護您健康

衛教指導海報

~歡迎下載分享~

- 疫後出國潮-猴痘預防要先知
- MIS-C-兒童多系統性發炎症候群
- COVID-19 急性感染後徵候群-神經、精神症狀及照護
- COVID-19 急性感染後徵候群-常見症狀及日常照護注意事項

中華民國護理師護士公會全國聯合會 公共關係委員會 製

賀

明金蓮常務理事　榮獲美國護理科學院院士(FAAN)
連任台灣手術全期護理學會理事長
周嫚君理事　當選新高雄護理師護士公會理事長
高玉玲理事　榮任三軍總醫院護理部主任
邱智鈴委員　當選台灣安寧緩和護理學會理事長

各縣市公會訊息

【文／潘碧雲整理】

台北市護理師護士公會　訊息

⊙本會研習活動

日期	主題	地點
9/19	病安相關議題研習會	新光醫院
9/26	勞資爭議座談會II	本會會議室
10/23	感染相關議題研習會	視訊

⊙會員聯誼活動

日期	主題
9/16、10/14	單身聯誼
11/3、11/4	秋季自強活動

⊙護理界第一本創新與發明專書《創造護理新價值》。相關資訊與報名時間，敬請留意台北市公會官網公告，歡迎會員踴躍參加。

桃園市護理師護士公會　訊息

⊙112年8月1日至9月30日辦理「113年會員護師節紀念品票選活動」，請會員踴躍上網投票，會員投票人數每達75人時抽獎一次，每次獎勵7-11便利商店禮券500元，越早投票抽獎機會越多，每人得獎以一次為限，禮券於活動結束後統一寄發。

⊙辦理會員獎學金申請，獎學金申請辦法公告於公會網站最新消息及線上服務→常用表單下載區，收件截止日為112年9月30日(郵戳為憑)。

⊙112年9月24日舉辦「宜蘭官老爺休閒農場+中興文創園區+龍潭湖畔悠活園區一日遊」，請會員踴躍報名參加。

⊙112年9月25、26日分別於敏盛綜合醫院及國軍桃園總醫院舉辦「從創意到創新，從創新到商品研習會」，請會員踴躍報名參加。

⊙112年11月16日至11月30日辦理第17屆會員代表選舉，凡112年9月8日前(含9月8日)之活動會員皆有選舉權及被選舉權，選舉名冊統計截止日為112年9月8日。

新北市護理師護士公會 訊息

⊙本會研習活動，詳情與報名請上新北市公會網頁查詢。

日期	主　　題	地　　點
9/8	以人為本的整合式照護	汐止國泰綜合醫院
9/14	112年度智慧照護應用	恩主公醫院
10/18	導入實證護理成果與有效護理	新北市立土城醫院

高雄市護理師護士公會 訊息

⊙本會研習活動，詳情與報名請上高雄市公會網頁查詢。

日期	課程名稱	地　　點
9/21	護理法律研習會	高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓第二講堂
10/20	112年護理人員核心課程(主題:心靈復原力)	高雄市護理師護士公會大講堂

新高雄護理師護士公會 訊息

第16屆理監事當選名單

理 事 長：周嫚君

常務理事：李權芳、劉雅菁、許麗玉、蔡雅璿

理　　事：蔣玉滿、陳秀偵、柯幸芳、丁淇平、許菀齡、林明儀、葉雅惠、梁維麗、黃焙慧、李素真

常務監事：紀淑靜

監　　事：江明珠、郭瑩瑟、謝米枝、蘇美曲

通訊課程(1)
【專業課程】

運用遠紅外線輔助治療下肢慢性傷口的醫學應用與照護指引

劉茹涵[1]、王采芷[2]
國立臺北護理健康大學護理系助理教授[1]、國立臺北護理健康大學護理系教授兼教務長[2]

一、前言

慢性傷口是指無法通過正常、有序和及時的修復順序進行的傷口，或者修復過程在三個月後仍未能恢復解剖和功能完整性的傷口(Bowers & Franco, 2020)。慢性傷口又被定義為在一週內傷口表面積減少不到15%，或在一個月內減少不到50%的傷口，又稱為難以癒合傷口或潰瘍，復發風險高為困難照護的慢性病(Sheehan et al., 2003)。

根據台灣健保資料統計，每年約有51萬人因為慢性困難傷口就醫，並且預估慢性傷口的病人數量以每年6%至9%的比例成長(戴，2022)。美國傷口癒合協會根據病因將慢性傷口分為四類：壓力性潰瘍、糖尿病性潰瘍、靜脈性潰瘍和動脈功能不全性潰瘍(Zhao et al., 2016)。慢性傷口的併發症包括感染，例如蜂窩組織炎和感染性靜脈濕疹、壞疽、出血和下肢截肢。下肢慢性傷口對者及其家人的健康和生活質量產生重大影響，導致疼痛、功能喪失和活動能力喪失、憂鬱、焦慮、社會孤立、經濟負擔、住院時間延長及甚至死亡(Järbrink et al., 2016)。

遠紅外線(Far-infrared ray, FIR)主要具有放射性、穿透性、共振吸收、熱效應及非熱效應，藉由FIR可促使人體內水分子的振動，而達到共振、共鳴的效果。FIR治療可以穿透皮膚、提供深層組織熱能，促使組織溫度上升，使血管擴張、局部血流量增加及加速身體代謝，進而促進傷口癒合。過去已有臨床研究指出FIR介入在改善周邊動脈阻塞疾病患者之缺血性疼痛、血流功能、傷口癒合及健康相關生活品質有相當成效(王，2014)，也有研究證實FIR可促進糖尿病大鼠之傷口癒合(Chen et al., 2021)。因此，本文章旨在探討FIR輔助治療對於改善下肢慢性傷口疾病症狀、促進傷口癒合，進而提升生活品質與心理健康之成效，並期望作為慢性傷口臨床照護指引之實證依據。

二、遠紅外線治療 (FIR therapy)之原理與作用機轉

陽光譜主要分為可見光與不可見光兩種，可見光波長約在390~780 nm之間，利用三稜鏡折射作用探討光譜的熱效應時，發現了太陽光中紅光的外側有種無法用肉眼看見的光，稱為紅外線，紅外線的波長約介0.78-1000 μm，依國際照明委員會(CIE)分類,依其波長區分為近紅外線0.7-1.4 μm、中紅外線1.4-3.0 μm及遠紅外線3.0-1000 μm。其中，研究證實在FIR 4-14 μm之光能波段較能被生物體有效的吸收，此與細胞生長發育相關，故此波段又稱為生長光線或生育光線，對人體最有益(Vatansever & Hamblin, 2012)。FIR治療主要具有放射性、穿透性、共振吸收、熱效應及非熱效應，藉由FIR可促使人體內水分子的振動，而達到共振、共鳴的效果。

(1)放射性:

放射性是因FIR的能量低於12.4 eV，屬非游離輻射(non-ionizing radiation)，被人體分子

吸收也不會發生游離電子，但電子會以振動躍遷(vibrational transition)或轉動躍遷(rotational transition)的方式轉變，將輻射能轉換為電子位能，將低能階躍遷到高能階，隨後以熱能或輻射的方式釋放能量，這也是為何肉眼看不見的紅外線，皮膚仍可感受其溫熱效應的原因所在(Vatansever & Hamblin, 2012)。

(2)穿透性:

FIR能量透過皮膚溫度感受器傳遞至人體深層組織，可穿透至皮下約1.5-4英吋(Capon & Mordon, 2003)，使深部組織達到產生溫熱的效果，以引發一連串有益的生物效應，是給予生物細胞活力的主要原因，這也是近紅外線所沒有的特性。

(3)共振吸收:

共振吸收是指FIR的能量易被人體內的水分子吸收，因水分子的波長範圍約為6.27 μm，而細胞膜上的磷脂質、蛋白質及醣類，它們的吸收平均波長也介於4-14 μm，恰好和FIR有所重疊。人體的組成中有70%為水分，經由吸收FIR產生共振後，促使大水分子團變成細小水分子獨立分離，使得小水分子容易進入細胞內，促進生物化學反應的進行(Faisal et al., 2019)。FIR療法與人體最主要作用機制是透過體內分子對於FIR之共振吸收後產生熱效應及非熱效應達到醫療的目的(謝等，2007)。

(4)熱效應:

熱效應是組織中分子產生振動躍遷，導致摩擦產生熱，熱能可以透過傳導的方式或者透過促進血液循環的方式，讓深部組織達到產生溫熱效果，使血流速度加快、微血管擴張，微血管開放愈多，心臟的壓力便可減少，進而促進血液循環，增進新陳代謝(Vatansever & Hamblin, 2012)。 FIR即是可以達到深層熱療的方法，當週遭的溫度稍高於身體的溫度時，熱會開始藉著傳導、對流、或是輻射的方式傳向身體週遭，當組織的溫度上升時，會導致血管擴張，增加治療部位的血流量，除了增加血流量，也可以加速身體的代謝，讓營養物質可以快速到達受傷的部位，因此可以促使組織的癒合(Shui et al., 2015)。

(5)非熱效應:

非熱效應與改善血管內皮功能、降低氧化壓力有關，主要是生物體內之細胞或組織吸收後產生化學反應，可造成皮膚血管擴張之效果，正常血管的功能依賴血管內皮細胞來調控血管功能，血管內皮細胞可以調節血管緊張度、血管通透性及促進血管舒張的作用(Ko et al., 2012)，血管的內皮細胞失去功能，會使合成一氧化氮(NO)能力降低及血管平滑肌異常，另外如血管內皮細胞的一氧化氮合成酶(NOS)活性增強，可增加一氧化氮的分泌使血管放鬆，同時會抑制血小板血球細胞和膠原纖維聚集附著在血管內皮細胞的基質上，進而減緩血管阻塞的程度(Lin et al., 2013)。

三、遠紅外線治療照護指引

表一、遠紅外線(FIR)治療文獻及證據與建議等級

參考文獻	介入對象及措施	主要研究發現	Oxford 證據與建議等級
王，2014 隨機對照試驗研究(RCT)	對象：周邊動脈阻塞疾病(PAOD)患者。 實驗組(n=20)： FIR治療為期四週，每週五天，每天一次，每次持續照射40分鐘，照射時需裸露傷口部位，照射距離約30公分。 對照組(n=20)：只接受一般常規治療。	PAOD患者接受FIR處置可以有效改善患者之缺血性疼痛。 PAOD患者接受FIR處置可以有效改善患者之血流功能。 PAOD患者接受FIR處置可以有效促進患者之傷口癒合。 PAOD患者接受FIR處置可以有效改善患者之生活品質。	1B
Peng et al., 2020 隨機對照試驗研究(RCT)	對象：50歲以上健康者。 實驗組(n=22)：FIR治療發射光譜波長:3-25μm、照射距離20 cm，功率密度 20 mW/cm、放射源有效面積: 200 cm (50mm×100mm×4pcs)。參與者平躺在沙發上並露出雙腳，FIR在足部表面上方20 cm的高度，照射足部40分鐘。 對照組(n=22)：無照射平躺休息40分鐘。	50歲以上健康成人下肢皮膚表面與FIR設備之間距離設為20 cm 、照射時間設為40分鐘的足部表面溫度可保持在 34.8˚C 至 37.7˚C，證實可以達到熱療效果（37.5˚C-38.3˚C），可顯著增加下肢皮膚表面溫度，範圍為4˚C至7˚C 。 50歲以上健康成人接受 FIR 治療顯示能有助於促進自律神經活動的調節。	1B
張，2016 類實驗研究（quasi-experiment study）	對象：50歲以上健康者。 實驗組 (n=45)：以FIR治療發射光譜波長:3-25μm，FIR發射源中心點對準兩腳足跟合併之中心點，距離足背分別為30cm及20cm，照射40分鐘。功率密度在照射距離 30 cm時，功率密度小於50 mW/cm 、放射源有效面積: 200 cm (50mm×100mm×4pcs)。 控制組(n=45)：無照射休息40分鐘。	50歲以上健康成人接受FIR照射可提升皮膚表面溫度，但不會讓溫度無限制持續上升而造成組織受損。停止照射後溫度可維持到25分鐘之久，且溫度上升幅度越高，停止照射後期間溫度下降幅度也較大。 足部的組織灌流量整體呈現上升趨勢，顯示50歲以上健康成人接受FIR照射可以促進下肢血液循環。 50歲以上健康成人接受FIR照射足部40分鐘、距離20 cm對於改善下肢循環的生理成效較佳。	2B

依PICO方式設立關鍵字為「遠紅外線療法、遠紅外線、遠紅外輻射」、「far infrared therapy、far infrared 、far infrared radiation、far-infrared ray」；搜尋國內、外相關資料庫，包含：EmBase、CEPS華藝中文電子期刊、PubMed、Cochrane Library及CINAHL Plus等資料庫。

並依據布林邏輯搜索，以關鍵字(MeSH terms即同義字)用“OR”、“AND”連結，共搜得1215篇文獻，納入限制條件篩選：語言為中文或英文、年限為10年內，研究類型為系統性回顧、隨機對照試驗文獻、可全文下載。刪除重複和不適合文章，最後3篇文獻進入分析(表一)。

文獻結果發現，50歲以上健康者，FIR治療可顯著增加下肢皮膚表面溫度4˚C至7˚C，但不會讓溫度無限制持續上升而造成組織受損。停止照射後足部溫度可維持到25分鐘促進下肢血液循環，且有助於促進自律神經活動的調節。此外，PAOD患者接受FIR處置可以有效改善患者之缺血性疼痛、血流功能、促進傷口癒合及有效提升患者之生活品質。同整以上，FIR治療方法照射波長3-25 μm，為期四週的介入，每週五天，每天一次(於早上執行傷口換藥後進行)，每次持續照射40分鐘，照射時需裸露傷口部位，調整照射距離約30公分左右，設定全自動模式(溫度不超過40℃)，過程中每10分鐘觀察個案有無不適之主訴，照射後觀察和記錄傷口及周圍皮膚狀況。

四、總結

FIR治療可以穿透皮膚、提供深層組織熱能，促使組織溫度上升，使血管擴張、局部血流量增加及加速身體代謝，進而促進傷口癒合。FIR治療能應用於改善慢性傷口病患疾病症狀、促進傷口癒合，進而提升生活品質與心理健康之成效。

五、參考文獻

王佳雯（2014）．*遠紅外線介入處置改善周邊動脈阻塞疾病患者在缺血性疼痛*〔未出版之博士論文〕．國防大學護理研究所。

張淑萍（2016）．*遠紅外線足部照射改善下肢循環之成效評估*〔未出版之碩士論文〕．慈濟大學護理學系研究所。

戴念梓（2022年04月06日）．慢性困難傷口細胞治療，疾病保健室。https://enews.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/edm/content_detail.aspx?eid=1865

謝鸚燁、林招膨、劉威忠、林群智（2007）．遠紅外線在醫學上之應用及其作用機制．*台灣應用輻射與同位素雜誌，3*(3)，333-340。

Bowers, S., & Franco, E. (2020). Chronic wounds: Evaluation and management. *American Family Physician, 101*(3), 159–166.

Capon, A., & Mordon, S. (2003). Can thermal lasers promote skin wound healing? *American Journal of Clinical Dermatology, 4*(1), 1–12.

Chen, R. F., Liu, K. F., Lee, S. S., Huang, S. H., Wu, Y. C., Lin, Y. N., Wang, C. T., & Kuo, Y. R. (2021). Far-infrared therapy accelerates diabetic wound healing via recruitment of tissue angiogenesis in a full-thickness wound healing model in rats. *Biomedicines, 9*(12), 1922.

Faisal, A. M., Salaün, F., Giraud, S., Ferri, A., Chen, Y., & Wang, L. (2019). Characterization and thermographic analysis of fir emitting ceramic nanoparticle embedded films. *In Proceedings of the 19th World Textile Conference-Autex*, Ghent, Belgium (pp. 11-15).

Järbrink, K., Ni, G., Sönnergren, H., Schmidtchen, A., Pang, C., Bajpai, R., & Car, J. (2016). Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: A protocol for a systematic review. *Systematic Reviews, 5*(1), 152.

Ko, W. S., Chen, T. H., Chen, C. H., Chen, T. W., & Chen, Y. C. (2012). Non-thermal effect of far-infrared activates akt to reduce doxorubicin-induced apoptosis in human umbilical vein endothelial cells. *Acta Nephrologica, 26*(1), 2-7.

Lin, C. C., Yang, W. C., Chen, M. C., Liu, W. S., Yang, C. Y., & Lee, P. C. (2013). Effect of far infrared therapy on arteriovenous fistula maturation: An open-label randomized controlled trial. *American Journal of Kidney Diseases, 62*(2), 304–311.

Peng, T. C., Chang, S. P., Chi, L. M., & Lin, L. M. (2020). The effectiveness of far-infrared irradiation on foot skin surface temperature and heart rate variability in healthy adults over 50 years of age: A randomized study. *Medicine, 99*(50), e23366.

Sheehan, P., Jones, P., Caselli, A., Giurini, J. M., & Veves, A. (2003). Percent change in wound. area of diabetic foot ulcers over a 4-week period is a robust predictor of complete healing in a 12-week prospective trial. *Diabetes Care, 26*(6), 1879–1882.

Shui, S., Wang, X., Chiang, J. Y., & Zheng, L. (2015). RETRACTED: far-infrared therapy for cardiovascular, autoimmune, and other chronic health problems: A systematic review. *Experimental Biology and Medicine, 240*(10), 1257-1265.

Vatansever, F., & Hamblin, M. R. (2012). Far infrared radiation (FIR): Its biological effects and medical applications. *Photonics & Lasers in Medicine, 1*(4), 255-266.

Zhao, R., Liang, H., Clarke, E., Jackson, C., & Xue, M. (2016). Inflammation in chronic wounds. *International Journal of Molecular Sciences, 17*(12), 2085. doi:10.3390/ijms17122

通訊考題

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. 慢性傷口是指一個月後仍未能恢復解剖和功能完整性的傷口。
2. 美國傷口癒合協會根據病因將慢性傷口分為四類：壓力性潰瘍、糖尿病性潰瘍、靜脈性潰瘍和動脈功能不全性潰瘍。
3. 遠紅外線主要具有放射性、穿透性、共振吸收、熱效應及非熱效應。
4. 遠紅外線波長在0.7-1.4 μm之光能波段較能被生物體有效的吸收，此與細胞生長發育相關。
5. 遠紅外線能量透過皮膚溫度感受器傳遞至人體深層組織，可穿透至皮下約1.5-4英吋。
6. 遠紅外線的熱效應，可以增加組織血流量、加速身體的代謝，讓營養物質快速到達受傷的部位，因此可以促使組織的癒合。
7. 遠紅外線的非熱效應，主要是生物體內之細胞或組織吸收後產生化學反應，可造成皮膚血管收縮之效果。
8. 文獻結果發現，遠紅外線治療可顯著增加下肢皮膚表面溫度，促進下肢血液循環，但對於自律神經活動的調節無顯著功效。
9. 文獻結果發現，周邊動脈阻塞疾病患者接受遠紅外線處置可以有效改善患者之缺血性疼痛、血流功能、促進傷口癒合及有效提升患者之生活品質。
10. 遠紅外線治療方法：照射波長3-25 μm，每週五天，每天一次，為期四週，每次持續照射40分鐘，照射時需裸露傷口部位，機器與傷口照射距離約30公分左右。

通訊課程(2)
【倫理課程】

是沒了…才簽DNR的嗎？-護理倫理法律淺淺談

周祖佑 國立高雄師範大學成人教育研究所博士、中華民國基層醫師協會常務理事

SARS的陰影

曾幾何時SARS的陰影，又再度壟罩各大醫院急診室。COVID-19大流行，造成病人暴增，使得許多國家都受到醫療資源、呼吸器、維生器材、防護設備、負壓病房不足與人力困窘等衝擊。面對SARS-CoV-2的高風險性和高傳染性，及遭遇醫療資源之窘迫，連常需要的氧氣供應還一度缺乏，而侵入性之插管治療，飛沫噴濺的高危險性，讓急救增添危險與為難，但即使是OHCA（到院前心跳停止）的病人，醫療人員還是得穿上完整的乙級防護衣，才能進行急救，但搶救生命的時間也在流逝中！病毒來的又兇且猛，惡化速度常連是否急救或使用維生設施，都來不及和病家談論，更別提呼吸治療的輔助設備，竟有醫院醫護對話:「沒有呼吸器了、也找不到後送…，你去問問病人或家屬要不要簽DNR（放棄插管治療）？」（陳、曹，2021）。

「病人自主權利法」

賦予病人醫療自主與善終，亦確保了更多失能或因其他疾病受苦得自主選擇與決定醫療方式以拒絕無效醫療，並解決生命的困境（陳，2019；陳等，2019）。常言醫師是救生不救死，病主法雖名尊嚴善終，卻等同要求助其死亡。而今卻要護理人員去問問病人或家屬要不要簽DNR，使其面臨護生又「護死」（台語諧音），實在有所衝擊護理倫理（張，2016）。雖實踐病主法，是「依法令的行為」，即使醫療人員「得不施行」，亦不負刑事責任亦不違法（張，2017）。但從整體的法律秩序來判斷，迫於傳染病防治法之規範，是否需有更明確的執行程序及準則判斷其是否違法（方等，2018）。醫師常因溝通技巧不足或困於對預後的預估正確性，甚亦期待維持患者之希望感…等，使末期病人，常無法獲知其相關病情（陳、唐，2014）。如今面對這群新興傳染之末期患者，其常處於無預後認知或心理情緒、來不及對其生命終期照顧目標及模式抉擇、甚或無法作死亡前的準備…等多方面的決策困境（吳等，2020）。更何況其所謂末期，若只因醫療量能不足，那所謂的預立醫療照護諮商（ACP）或DNR，又是否能在知情同意下，真正的保障病人之尊嚴離世而達醫療自主和善終呢（方等，2018；林等，2016）？然當年許多醫師拒絕照顧SARS的病人，但COVID-19的流行，新興疫情下的治療無醫療常規可依循，多為採用支持性療法，後者對醫療行為的影響卻少有這狀況，足見台灣醫學倫理教育的進步臨床上，主要以充分告知跟嚴密監測，並發揮醫師或團隊的臨床專業裁量，然專業依據與合理要件，則可考量醫療法第82條。然感染COVID-19，在資源不足的情況，病人自願性放棄治療與急救，欲將此稀有資源讓出，通常不會符合ACP/AD的五種臨床條件。此外，「等則等之/不等不等之」的原則，乃依醫師專業的臨床裁量，不一定適用於病人行醫療拒絕權時。係學說上認為，只要生而為人，無分生命力的強弱、生理或心理的健康狀態、老幼青壯或男女、個人有無生趣等，均無所謂無生存價值的生命，即使是天生重度殘障、心智遲滯、罹患重病或絕症而命在旦夕、身受重傷或年老體衰而瀕臨死亡邊緣等，仍舊是刑法殺人罪章所應保護的人，亦即刑法對生命法益的保護採行「生命絕對保護原則」。矧包括醫師法第21條、醫療法第60條、刑法第15條…等緊急救治義務的關法律條文，對於危急之病人，有認此為醫生的救治義務，病人無權處分，無論病人是

否同意都要救治；也有以強制締約的概念來解釋，若病人要求救治，不可不救，但病人若拒絕救助，則無義務施救（王，2021）。

醫師不是上帝

只能依臨床裁量與當下量能，盡力救治。在歐美首先採行全國大封鎖的義大利，醫護人員便曾面臨「該優先救誰」的道德難題。Vergano et al.（2020）發表的臨床道德指引，基本原則是正確建立檢傷分類的判斷標準，應仔細評估危重症患者的年齡、併發症、功能狀態，不建議使用「先到先得」的救治標準，將極為有限的資源，保留給有更大生存機率和預期壽命的患者，以期發揮資源最大效能；甚至可能需要設置准入加護病房患者的年齡限制，以俾重症單位不因「消耗資源」治療過程，造成更多死亡。另暫停或撤除患者維生醫療的決定，應盡量與患者或其醫療代理人討論與共享，並提供適當的安寧緩和醫療。而有人說「我們還沒到（醫療崩壞）那一步，我們通通要救！」，認為義大利當時情況係已超出負荷，是可以理解的，但台灣極需的是資源整合。目前國內醫界較有討論、且產出共識的是COVID-19病人葉克膜（ECMO）裝置的原則(行政院衛生福利部疾病管制署，2022)；雖然國外統計，認葉克膜對COVID-19導致嚴重呼吸衰竭的病人死亡率並無統計學上的顯著差異。(行政院衛生福利部疾病管制署，2022)。另一方面，「醫療人員都不夠了，萬一（不慎感染或被匡列）要隔離會很慘！」；況且病人不是只有COVID-19，還有許多急重症病人極待醫療人員搶命。而「這種COVID-19的病人，真的走得滿孤單的。因為24小時之內就要火化掉，家屬也沒有辦法看到她最後一面…」。對於COVlD-19的病人、家屬，甚至是醫療人員都是緩和醫療團隊要關心的對象。對醫療人員而言，這段抗疫之戰是沉重且漫長的心理負擔；切勿承擔因制度失敗而衍生的責任。在高壓醫療現場之後，盡快讓自己有足夠的時間休息和復原。保持寬容，莫評判，別指望讚美或感激，就算無法拯救所有人，也得始終認為自己已經盡力了。況且無論在義大利之國內外，那項指引都引起兩極化聲音。但Vergano 等人（2020）強調，該份文件是在極端醫療情形下擬定的技術性指導，是道德難題，目的是讓第一線醫護在不得不做出無奈抉擇時有所依循，無須獨自承受做出重大決定的壓力，其亦表示以較佳醫療成效來決定救治順序是功利主義的做法；而公共衛生致力於群體的利益而非個人，在某種程度上本就是功利主義。然醫療量能不足，本質是正義原則與資源分的議題，在法律上係不純正不作為犯的議題。病人的拒絕醫療權，不應視為自殺，但本質涉及憲法生命權與自由權的基本權的衝突，與刑法上生命是否允許處分的爭議，故與病人是否有ACP/AD並不具有直接關係（王，2021）。慶幸在台灣，尚未發生醫療量能不足的爭議。

倫理學為對於道德的哲學研究

道德與倫理常被相提併用，二者的分別，在西方的倫理學者將倫理(ethics)與道德(morality)加以區分。如德國哲學家哲Schelling (謝林) (1794)就曾指出:「道德」只是針對個人之規範要求,而且只要求個人達到人格的完美,但「倫理」則是針對社會　範的要求,並且要求全體社會遵行規範,，藉以保障每一個人之人格。

在倫理學裏的論題大多數是多方面的，必需同時處理不同的論題。在倫理學的結論裏，答案永遠不是一個「是或非」、「對或錯」的語句。很多選項都會被點選來改善整體狀況，而不是施惠於任意特別團體。倫理學主要分為四種研究領域--後設倫理學、規範倫理學、描述倫理學與將倫理理論應用於實際生活狀況學術的應用倫理學。由於生物學與醫學的進展研

究，產生很多極具爭議性的某些行為受社群監管以考慮其正當性與合法性。應用倫理學中的生物倫理學，或稱生命倫理學、生物學倫理等（英語：Bioethics），關於社會道德辨別力的討論，常與醫療政策和實踐，環境和福祉…等問題有關。特別是人處理生活（其他人）、動物、自然以及醫療和生物技術應用的方式，甚至所有影響基礎生物與未來人類的新興生物技術，涉及到生命科學、生物技術、醫學、政治學、法律學、哲學等問題，討論達成社會共識，以便為建立規範性規則（法律、公約、倫理委員會的決策基礎）提供（道德）基礎，以採取負責任的生活方式。而大家所孰悉的生命倫理學四原則，則包括尊重、自主原則、不傷害原則、行善原則、公平原則。這四個原則沒有輕重之分（Beauchamp & Childress, 2019）。前述如在資源不足的情況下，選擇救A而沒救B；然沒救B的行為，本質上屬於「不純正不作為犯」，可利用「義務衝突」原則來阻卻違法。稀有資源如何分配的問題：專業性考量把優先要給那些最可能存活的人，而不是給最不可能存活的，做這個選擇其實對家屬、病人、醫療人員都是很大的壓力與創傷（王，2021；Mannelli, 2020）。

護理倫理學學理特色

然另就「護理倫理規範」（中華民國護理師護士公會全國聯合會，2003），強調當護理人員提供醫療照護活動時，應秉持同理心，提供符合服務對象能力與需要的護理指導與諮詢；執行醫療照護、研究或實驗性醫療時，應善盡告知責任，經確實知悉同意後執行，維護服務對象的安全及權益。但緊急情況除外。服務對象接受面談、檢查、治療和護理時，應尊重並維護其隱私及給予心理支持。對服務對象及家屬亦應採取開放、協調、尊重的態度，並鼓勵其參與計畫及照顧活動。察覺工作團隊成員有不適當的醫療照護行為時，應立即主動關懷瞭解，採取保護服務對象的行為並同時報告有關人員或主管。當服務對象有繼續性醫療照護需要時，應給予轉介並追蹤。

許多原則和醫療道德相近的護理倫理學是應用倫理學的分支。早期定義的護理倫理側重於護理人員需要有的德性，甚至還包括對醫生的服從，卻沒有探討護理對人的行為及關係。然Breier-Mackie（2006）表明護理的重點在對於病人的照顧和培育，探索與被照料者的互動，並加強關懷倫理，而非對疾病的治療。培養照顧的關係及病人關懷，而非關心像行善、正義之類較廣泛的原則。更強調日常實踐的倫理，而較不強調倫理困境中提到的衝突。比較偏向義務倫理學，與在護理倫理中德性倫理學的範圍下進行，也偏向關懷倫理學，其倡導者將關係看得比抽象原則要重要，因此是以促進護士對病人的尊重和關懷，來強調病人的尊嚴。質言之，相較於醫療道德，護理倫理更強調人際關係，人的尊嚴和合作醫療，以此來促進醫療品質。

護理倫理學發展目標

近年來護理倫理逐漸轉向於探討護理人員的義務，尊重患者的人權，也因此產生了一些供護理人員遵守的專業守則，像是從國際護士理事會建立的護理相關準則。如前述，保密責任是其另一個主題。近年來經驗倫理學（empirical ethics）也漸漸受到重視，護理人員透過以上議題的考量，用符合倫理的方式處理日常事務；但有時護理實務仍會導致道德的困境，或受到資源、醫院政策與環境限制的影響。醫院最靠近生命，也最接近死亡，每天上演著生老病死，每天有歡喜悲傷，透過醫院思考人生（王，1995）。讓護理人員能天天享受初生-接生命；成長-尊重生命；壯年-珍惜生命；老年-欣賞生命與死亡及死後世界-超越生命的五個生命階段（洪等，2003）。

結論

由於護理的本質，護理倫理會著重在探討「照顧」上的倫理，而非「治療」上的倫理，探索護理人員和被照料者的日常互動，以此來加強關懷倫理。疫情下，常無醫療常規可以依循。基於醫療不確定性，除專業裁量，另需病人同意以及適當監測。

機構單位實應完備對上述醫療情境之認知與需求的在職教育，以免身為醫療輔助人員，被迫當了「生死判官」，而無法評議其倫理上之困惑與考驗！如Ralph 及 Taylor（2013/2014）提出具自主（autonomy）、獨立（independent）及一致性（congruency）三要素之新護理診斷「解放性決策障礙（impaired emancipated decision-making）」，是一個複雜的決策過程，意指個案從不平等的環境中意識到限制，並且引發反思，試圖脫離原有限制，護理人員採取適當的護理措施，運用會談、溝通等技巧協助個案，基於自己的真實願望做出醫療決定以幫助其成為「自我決策過程中的真正主角」，並做出最合適的選擇。

最後練習一下，我們依情境來分析前述「醫院沒有呼吸器了、也找不到後送…，要護理人員去問問病人或家屬要不要簽DNR（放棄插管治療）？」，我們該怎麼做？

參考文獻：

中華民國護理師護士公會全國聯合會（2023，6月30日）．*我國護理倫理規範(95.03.11)*。https://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H10101.aspx?arg=8D533489ED45AB6058

方俊凱、畢世萱、張詩吟、陳紹基、邱世哲（2018）．某醫院各院區醫療人員對病人自主權利法之意見調查．*安寧療護雜誌，23*(1)，1-17。https://doi.org/10.6537/TJHPC.201803_23(1).01

王志嘉（2021年，10月26日）．*COVID-19下的法律、社會與醫療－ 對醫療行為、研究與教學的影響與因應*．110年度「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」(北區)-性別平等、醫療事故爭議處理、失智症系列課程，線上視訊課程，台灣。

王峙松（1995）．*透過醫院思考人生*．一葦。

吳佳穎、陳端容、黃心慈（2020）．住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立醫療決定的行為意向．*台灣公共衛生雜誌，39*(3)，342-349。https://doi.org/10.6288/TJPH.202006_39(3).109041

行政院衛生福利部疾病管制署 (2022，11月7日)．*新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）感染臨床處置指引*(21版)。
https://www.cdc.gov.tw/Uploads/5bd0c537-b12c-4166-be44-0c4cb1515bd6.pdf

林綉君、李佳苓、張家銘（2016）．高齡者之預立醫療指示．*台灣老年醫學暨老年學雜誌，11*(2)，89-104。https://doi.org/10.29461/TGG.201605_11(2).0002

洪淑妍、王建鈞、王惠娜、陳莉諭、何佳瑞（2003）．*生命的五個階段—以世界宗教博物館生命之旅廳為例教學資源手冊*．世界宗教博物館附設出版社。

張麗卿（2016）．病人自主權利法－善終的抉擇．*東海大學法學研究，50*，1-47。

張麗卿（2017）．醫師執行預立醫療決定的刑事責任．*輔仁法學，53*，1-42。

陳俊志（2019）．由「病人自主權利法」立法歷程論生命自主權之限制．*應用倫理評論，67*，157-185。

陳貞秀、唐秀治（2014）．癌症病人預後告知的現況及其影響的探討．*台灣癌症醫學雜誌，1*(2)，103-112。https://doi.org/10.6323/JCRP.2014.1.2.02

陳詩佩、曾斐琳、黃琨祥、施君穎、周嫚君、江明珠（2019）．尊重生命的選擇～淺談病人自主權利法．*長庚護理，30*(4)，466-473。https://doi.org/10.6386/CGN.201912_30(4).0004

陳德倫、曹馥年（2021年，6月2日）．*COVID-19風暴的醫療倫理撞擊：「沒有呼吸器、也沒病房了，你去問問病人要不要簽DNR？」*。https://www.twreporter.org/a/covid-19-medical-ethics-impact

Beauchamp, T.-L., & Childress, J.-F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8nd ed.). Oxford University press.

Breier-Mackie, S. (2006). Medical ethics and nursing ethics: Is there really any difference?. *Gastroenterology Nursing, 29*(2), 182-183. https://doi.org/10.1097/00001610-200603000-00099

Mannelli, C. (2020). Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *Journal of Medical Ethics, 46*(6), 364-366. https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106227

Ralph, S.-S., & Taylor, C.-M.（2014）．*最新護理診斷手冊：護理計畫與措施*（黃靜微、林家綾、喬佳宜、程子芸、林麗秋、郭惠敏、張秉宜譯；2版）．華杏。（原著出版於2013）

Schelling, F. W. J. (1794). On the possibility of an absolute form of philosophy. *Metaphilosophy*, Wiley. https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.1975.tb00690.x.

Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G. R., Livigni, S., *Mistraletti*, G., Riccioni, L., & Petrini, F. (2020). Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Critical Care, 24*(1), 1-3. https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w

通訊考題

及格成績100分(不限考試次數)，登錄「倫理課程」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 (是非及選擇題，共10題)：

1. 「病人自主權利法」只賦予癌末病人醫療自主與善終的權利。
2. 「病人自主權利法」，是「依法令的行為」，所以醫療人員若「不施行」，一律須負刑事責任。
3. 新興疫情下的COVID-19流行， 因治療無醫療常規可依循，所以像當年一樣，許多醫師都拒絕照顧SARS的病人。
4. 德國哲學家哲謝林(F.W.H.Schelling)認為「倫理」是針對個人之規範要求，「道德」則是針對社會　範的要求。
5. Breier-Mackie S.表明護理的重點在對於病人的照顧和培育，探索與被照料者的互動，並加強關懷倫理，而非對疾病的治療。
6. 醫生對於危急病人之救治義務的緊急救治義務的關法律條文，不包括下列何者？(1)醫師法第21條; (2)醫療法第60條; (3)刑法第15條; (4)消費者保護法第7條。
7. NANDA（北美護理診斷協會）2013年提出新護理診斷「解放性決策障礙」三要素，不包括下列何者？(1)親愛; (2)自主; (3)獨立; (4)一致性。
8. 中華民國護理師護士公會全國聯合會之「護理倫理規範」，強調護理人員提供醫療照護活動時，不包括下列何者？(1)應秉持同理心; (2)應善盡告知責任; (3)應尊重並維護其隱私及給予心理支持; (4)不需對服務對象之家屬，鼓勵參與計劃及照顧活動。
9. 護理倫理學是應用倫理學的分支，不包括下列何者？(1)比較偏向關懷倫理學，其倡導者將抽象原則看得比關係重要; (2)早期定義的護理倫理，甚至還包括對醫生的服從; (3)培養照顧關係及病人關懷，而非關心像行善、正義類廣泛原則; (4)更強調日常實踐的倫理，而較不強調倫理困境中提到的衝突。
10. 生命倫理學四原則，不包括下列何者？(1)尊重、自主原則; (2)不傷害原則; (3)行善原則; (4)互愛原則。

當免疫低下病人遇到新冠病毒，照護是看不到終點的挑戰

潘玫燕 臺大醫院專責病房護理長

歷經3年新冠疫情侵襲，目前於接種疫苗及各項措施的保護下，大多數人染疫後都僅是輕症，可能伴隨發燒、咳嗽、疲倦等症狀，漸漸大家也能以輕鬆的語氣「染疫沒啥大不了！就像得流感般，撐個一、兩天熬過就好」來自我解嘲，在後疫情時代，社會大眾逐漸不再對此疾病充滿恐懼忌憚。然而若是免疫低下的病人確診時，病毒清除時間將會延長、呈現出更複雜的病況或引發嚴重併發症，因此，對醫護人員來說，仍是相當棘手的難題，對病人及照顧者而言，亦是無止境的艱辛輪迴。

曾有一位50歲罹患淋巴癌的病人，由於多次接受化學治療及標靶治療，使體內無法產生新冠病毒抗體，不僅長期住院無法解除隔離，也反覆因病毒量回彈造成肺炎而呼吸衰竭，住院中已經歷兩次呼吸衰竭而插管，每次病況惡化進入加護病房時身體就更加虛弱。某天他再度因為肺炎惡化，感覺喘不過氣，醫師說明X光影像顯示病情再次惡化、可能需要第三次插管治療，病人情緒明顯低落，表現極為抗拒，一直哀求是否可以再給他一點時間觀察，堅決不去加護病房。這讓當天照顧他的護理師非常擔心，除了病況複雜與困難所帶來的照顧壓力，同時也深怕錯過病人治療的黃金時機；因此在緊湊的療程中，護理師努力在治療空檔和病人密切的溝通，試圖瞭解他拒絕再插管的原因，同時安撫病人的情緒。

原來病人是因為感受自己身體功能在治療過程逐漸虛弱，發燒、喘的症狀反覆發生，陷入一種無限輪迴狀態而感到身心俱疲與絕望。看著病人一邊喘、一邊安撫身旁哭泣的太太，交代不要氣切等身後事，囑咐「這個妳就聽我的」、「至少這個時候能有妳陪在我的身邊」…，在旁陪伴的護理師聽到這對患難夫妻的對話感覺十分揪心，但仍努力控制自己的情緒，保持冷靜的態度向這對夫妻說明當前狀況下，是否接受插管等共享決策流程，以做出最適合也最舒適的治療方向。在一連串的討論後，取得病人同意，迅速通知醫師並聯繫加護病房。最終病人順利的進行第三次插管治療、並且成功的再次拔管回到專責病房，歷經數月與新冠病毒的漫長對抗，最終病情得到了控制，療程圓滿的告一段落，平安的出院前，病人與照顧者也不斷的對醫療人員的細心照護表達感謝。

這樣的故事在本病房並非單一個案，許多跟這位處境相同的病人，控制住病情的人出院返家，必須小心翼翼地注意生活中的枝微末節，更何況仍有尚未出院的病人，正持續與新冠病毒長期搏鬥中。

三年多的新冠疫情淬煉下，讓專責病房的護理同仁對新冠病毒有豐富的照護經驗，能夠協助病人及家屬在突如其來染疫、接受隔離限制自由、甚至瀕臨死亡，依然展現出堅強和勇氣。然而在面對免疫低下的染疫病人，除了必須展現豐富的專業能力以及大量的時間、精力來照護其複雜病況，更需要有加倍的同理心，體諒病人及家屬對超長住院隔離的焦躁、對檢驗結果無法達標的失落、對治療效果不如預期的質疑，以及對身體功能惡化的無奈甚至絕望等等反應，陪伴他們走過生命中的幽谷。

傳染病的照護不僅只是確診病人的疾病照護，更需要與病人及家屬建立良好護病關係以提供真誠有溫度的照護；保持冷靜和理智，提供正確護理措施、衛教資訊及最佳的支持關懷，在病人端、醫療端及公衛感控端取得協調平衡，做出謹慎且精準的護理判斷。

後疫情時代，與疫病和平共存已是大勢所趨，然而疫病留下的挑戰仍永無止境，許多治療照護的難題仍有待醫療人員持續學習、克服。新冠疫情期間體現護理師在醫療環境中扮演各式角色之重要性，也獲得正面評價與關注；雖然在疫情熱度褪去後，社會大眾勢必逐漸減少對護理師的鼓勵，但是身為第一線護理人員，我們必須肯定自己、堅持初衷、強化本職學能、專注本務工作，就算沒有鎂光燈、聽不見掌聲，也要持續提供此類極端而少數病人最優質的照護。

林淑緩 花蓮慈濟醫院長期照護部護理師

在護理生涯中一直努力學習新的事物是必然的過程，對護理人員來說就是不斷學習新的知識與技能，這些歷程雖然讓很多護理人員成長，但卻也讓人怯步。但是我發現神給每一個人的恩賜都大不相同，在護理職涯中更要適才適用才能讓人願意留在職場中有繼續奮鬥的盼望。

想起自己從專科畢業後，跟我的啟蒙導師說我願意在臨床工作五年回報老師栽培，所以從護生畢業後直接進入臨床工作，展開水深火熱的輪班生活。進入病房就是過著地獄與天堂般滋味的日子。工作第一年要上很多課程，下班後還要去圖書館找資料寫案例、讀書報告、品管競賽，這百般的訓練過程中，讓自己快速成長；訓練使我在面對跨團隊討論時可展現出護理人員的專業與自信。

工作第五年，抉擇晉升主管職或婚姻，最終我選擇了進入婚姻。在過去的護理臨床工作環境，面對已婚且有嬰孩的護理人員來說，是非常不友善的；護理人員於產假後，就必須回到崗位上，反之則離職。現在護理職場非常友善，因為提供育嬰假；很多人為了育嬰假，都想再拚一個孩子。在家庭與工作考慮下，最後我選擇孩子交由保姆照顧。臨床工作無法長期白班，日子久了總是會有流言蜚語，甚至最後被主管逼著做決定遞出離職單。

隨著時代的日新月異、科技的轉化與改變，以及諸先進護理前輩們的努力，我們的職場環境已有明顯的提升，如療程的煩瑣服務簡化、護理人員的專職應對態度等等；雖仍然要面對許多的挑戰，但是本著讓後進們有個更和諧、更進步的工作環境，我相信會有更多相同理念的護理人員，願意共同奮鬥與建立。

離開臨床職場後，轉任居家護理所，非常感謝當時的主管，讓我學習出院準備服務、居家護理、社區護理等不同領域的專業，頓時我的人生仿佛開了一條又新又活的道路。這些事務對我來說都是全新的，甚至自己也主動申請了研究所在職進修，滿足自己在研究領域的認知。

然而，護理工作邁入第30個年頭，再回首當時緊迫的環境，是造就現在資深護理師的培養土，很感恩過去在居家護理所照顧的個案及家屬，他們都是我的指導老師，也要感恩當時的主管對我們這一群已婚婦女非常有友善，願意給我們獨立自主的工作環境，在每次督考、評鑑、各項比賽中，我們雖然資深，但活力與衝勁絕不輸給年輕人，奠定了單位品牌與形象。

如今，當時伴著工作的孩子們也都長大，看媽媽在工作中的開心與成長，毅然決然的也相繼投入了護理這個大家庭中，因為她們也想當一位提燈溫暖人心的南丁格爾，給需要的人溫暖及幫助。