

# 後疫情時代的心理健康促進與 自殺防治：醫學教育面向探討

廖士程、張書森\*

## 一、前言

COVID-19 大流行對人類心理健康的影響是深遠的，自殺率也有可能隨之上升。新冠肺炎疫情與自殺風險，可能的相關因素包括：經濟壓力、檢疫相關人際隔離、社會及宗教支持系統可近性降低、心理衛生與精神醫療服務輸送阻礙、慢性身體疾病照護能量排擠與延遲問題、國內外媒體大量報導疫情與全國性焦慮、包括槍枝採購等致命工具可得性增加、北半球自殺季節性因素加成效應，以及醫療人員工作壓力與耗竭等<sup>1</sup>。隨著大流行的蔓延，自殺防治可能會成為一個更加緊迫的問題，並且對一般大眾以及經濟和脆弱族體產生長期影響，需要急迫的考慮自殺預防，相對應的措施雖然需要利用心理衛生政策與作為，但實際需要的投入絕對不僅於此<sup>2</sup>。

## 二、疫情下心理健康與自殺問題

依據世界各國普查資料，新冠疫情明顯增加一般民眾、醫護人員<sup>3,4</sup>，以及

---

\* 廖士程，臺大醫院精神醫學部心身醫學科主治醫師暨主任；張書森，國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所教授暨所長。

<sup>1</sup> Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – A perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11):1093-1094. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.

<sup>2</sup> Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7:468-71. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.

<sup>3</sup> Lamb D, Gnanapragasam S, Greenberg N, et al. (2021). Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on 4378 UK healthcare workers and ancillary staff: Initial baseline data from a cohort study collected during the first wave of the pandemic. *Occupational & Environmental Medicine*. DOI:10.1101/2021.01.21.20240887.

<sup>4</sup> Matsuo T, Taki F, Kobayashi D, et al. (2021). Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *Journal of Occupational Health*, 63:e12247. DOI: 10.1002/1348-9585.12247.

大專學生<sup>5</sup>等不同族群的情緒困擾及心理健康問題，然而近期跨國綜合分析高所得國家研究指出：在 COVID-19 疫情盛行初期，世界各國自殺死亡率並未如預期般地普遍上升，與大流行前相比，許多地區甚至顯著下降<sup>6</sup>。可能解釋包括：各國對於疫情相關心理衛生問題提早準備；對於特殊易感族群補助救援措施生效；因為疫情造成隔離與居住限制，可能增加自殺的危險因子，但也帶來部分保護因子，例如因為疫情雖然造成人際疏離，但也有可能形成一種在災難中人與人之間，個體與社會之間，互相依存合而為一的感受<sup>6</sup>。以美國為例，美國社會受到新冠疫情衝擊嚴重，但根據該國疾管局初步統計，2019 年自殺死亡率是連續上升 20 年當中，首次呈現下降趨勢。要解讀這個現象，除了必須澄清罹患新冠肺炎死亡是否為自殺死亡明顯的競爭風險（competing risk）這個流行病學基本問題外，上述包括社會學因素及公共衛生政策之影響，都有其可能的貢獻。隨著疫情帶來社會經濟變遷，後續自殺死亡率變化及獨特的心理衛生需求，仍需密切觀察研究，尋求因應之道。

### 三、疫情下醫療人員的獨特壓力

無論疫情對於社會大眾心理健康及自殺風險造成的影響最終為何，大流行期間第一線醫療人員的心理健康問題及自殺問題，更加被重視。新冠疫情對於醫療從業人員的衝擊是獨特的，醫療人員一方面肩負照護病患之使命，另一方面又因為其照護病患之使命，讓自身暴露於染疫或疫情相關醫療暴力攻擊之風險。文獻指出，在疫情期間艱鉅的工作環境及內在的價值衝突，是醫療人員心理層面衝擊來源之一；而被檢疫隔離的醫療人員，受到標籤化（stigmatization）負面影響程度，高於被檢疫隔離的一般大眾；醫療人員若曾經歷過檢疫隔離，無論是否被確診，心理層面衝擊也可能較一般族群為高<sup>7</sup>。

在疫情肆虐之前，醫療人員本身的自殺問題就非常令人關切，可能解釋包括特殊工作壓力，工作生活平衡問題，以及致命工具可得性議題等<sup>8</sup>。過去國內

<sup>5</sup> Li Y, Wang A, Wu Y, Han N, Huang H. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of college students: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*, 12:669119. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.669119.

<sup>6</sup> Pirkis J, John A, Shin S, et al. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*, 8:579-88. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00091-2.

<sup>7</sup> Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395:912-20. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

<sup>8</sup> Gold KJ, Schwenk TL. (2020). Physician suicide—A personal and community tragedy. *JAMA Psychiatry*, 77:559-60. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0009.

研究雖然呈現醫師包括自殺死亡在內的全死因死亡風險顯著低於一般民眾<sup>9</sup>，然而國內醫師自殺死亡多發生在壯年時期<sup>10</sup>，而且占該時期醫師全死因之顯著比例<sup>11</sup>，依然是一件需要重視的事情。新冠疫情期間，國外研究指出醫療人員相較其他行業有更高的自殺意念，以及偏低的求助行為<sup>12</sup>。醫療人員在疫情期間情緒困擾與自殺意念，相關社會心理環境因素眾多，但也與疫情前就存在的情緒行為困擾呈現顯著相關<sup>13</sup>。足見面對日益增加的環境與健康風險，除了仰賴多層次預防與介入外，早期預防與平時準備的概念，同樣適用於後疫情時代醫療人員自身的心理健康促進與自殺防治。

#### 四、後疫情時代醫療團隊自助助人的醫學教育脈絡

關於自殺問題，人們往往容易流於單純微觀的「心理衛生」或是簡化巨觀的「社會經濟」歸因，而實際狀況是：自殺為多重因素造成的悲劇結果，需要多層面介入方能有效防治<sup>14</sup>。隨著自殺防治科學證據的逐漸累積，近期一項統合分析，特別針對經過「隨機分派對照研究」(randomized controlled trials) 驗證，考量真實世界外推 (scalable)，證據等級較高的防治方法進行整理<sup>15</sup>，其中包括：(1) 對於心理衛生與自殺問題的覺察與教育 (awareness and education)：特別是針對高中生及擴展至大專生的心理衛教，以及基層醫療團隊成員之教育訓練；(2) 致命工具可得性限制：例如防墜、槍枝管制、禁用劇毒農藥等；(3) 自殺危機個案追蹤關懷：包括企圖自殺個案後續追蹤關懷與安全計畫，精神科急性病

<sup>9</sup> Shang TF, Chen PC, Wang JD. (2010). Mortality of doctors in Taiwan. *Occupational & Environmental Medicine*. DOI:10.1093/occmed/kqq159.

<sup>10</sup> Pan Y-J, Lee M-B, Lin C-S. (2009). Physician suicide in Taiwan, 2000-2008: Preliminary findings. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108:328-32. DOI: 10.1016/S0929-6646(09)60073-5.

<sup>11</sup> Chen I, Liao S, Lee M. (2014). Physician suicide in Taiwan: A nationwide retrospective study from 2000-2013. *Austin Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, 1:1008.

<sup>12</sup> Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, et al. (2021). Suicidal ideation and attitudes regarding help seeking in US physicians relative to the US working population. *Mayo Clinic Proceedings*, 96:2067-80. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.01.033.

<sup>13</sup> Al-Humadi S, Bronson B, Muhlrad S, Paulus M, Hong H, Cáceda R. (2021). Depression, suicidal thoughts, and burnout among physicians during the Covid-19 pandemic: A survey-based cross-sectional study. *Academic Psychiatry*, 1-9. DOI:10.1007/s40596-021-01490-3.

<sup>14</sup> Fazel S, Runeson B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382:266-74. DOI: 10.1056/NEJMra1902944.

<sup>15</sup> Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 178:611-24. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864.

房或急診出院個案主動追蹤；(4) 特定心理治療技術：例如認知行為治療 (Cognitive-behavioral therapy, CBT) 與辯證行為治療 (Dialectical behavior therapy, DBT) 等。

醫療人員在日常工作中就有許多機會接觸自殺風險個案，而上述這些實證有效的防治方法，許多都是可以在醫療情境中執行或是被連結的。雖然解除危機的關鍵，並非醫療人員可以獨自承擔；相關危險因子與保護因子，也絕非醫療系統可以完全掌握，然而若從自殺防治守門人概念出發，建立關係，回應可提供之需求，以及轉銜資源，所謂「一問二應三轉介」，大概是一般民眾，以及包括醫療人員在內的助人專業人員，人人面對自殺風險個案普遍可以做的事情。

一般而言，自殺防治守門人的教育訓練，其核心目標包括：(1) 增進自殺防治相關知識；(2) 調整自殺防治相關態度與信念；(3) 改善接觸自殺風險個案的必然遲疑與增進轉銜資源能力；(4) 增進投身守門人工作之自我效能感 (self-efficacy)<sup>16</sup>。這些能力的培育，對於後疫情時代的心理健康促進與自殺防治至關重要。如何因時因地制宜，在各種醫學教育現場，從學生時代開始，延展至醫療工作現場，依據不同專業分工特性，在多層面防治工作架構下，落實自我身心健康管理，設計各種與自殺防治守門人相關之課程與教材，促進不同類別醫療專業人員，知曉當代實證有效的防治自殺方法，明瞭其在整體醫療照護團隊的位置與周邊可連結資源。於此同時，在學習以個案為中心的防治策略當中，同時也自然促進學生同儕以及職場同仁之間守門人工作推展。醫病之間，同儕之間，同事之間，一種自助助人利他精神的永續延伸。

## 五、培育在學階段與承平時期的復原力

平時準備與早期預防，對於後疫情時代的心理健康促進與自殺防治更形重要。於疫情之前，一項針對醫學系學生罹患憂鬱症與自殺意念之跨國統合性研究指出<sup>17</sup>：醫學生罹患憂鬱症或有憂鬱症症狀之盛行率為 27.2%，在開學前和學期中相比，盛行率之中位數增加為 13.5%，但進入臨床訓練前後學生的估計盛行率沒有顯著差異，盛行率分別為 23.7% 對 22.4%。尋求精神科治療且憂鬱症篩檢為陽性之醫學系學生的比例為 15.7%。自殺意念的總體混合粗盛行率為

<sup>16</sup> Wilcox HC, Wyman PA. (2016). Suicide prevention strategies for improving population health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2):219-33. DOI: 10.1016/j.chc.2015.12.003.

<sup>17</sup> Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316:2214-36. DOI: 10.1001/jama.2016.17324.



11.1%。由此觀之，醫療人員情緒復原力與堅毅力培訓之需求，可能需要從學生時代早期就開始。

另外一方面，近年越來越多研究證實：醫師的情緒耗竭 (emotional burnout)、情緒能力 (emotional competence) 或情緒復原力 (emotional resilience)，已被重複驗證是「醫病關係」與「醫療糾紛」的有效解釋變項，甚至是可改變的中介因子。一項近期系統性回顧指出：並非所有醫療糾紛都是醫療錯誤或過失的結果，有許多醫療爭議其實與醫病溝通互動相關，而醫病溝通互動品質的良窳，部分取決於醫師的情緒智商 (emotional intelligence)，以及醫師調節本人及他人的情緒能力<sup>18</sup>。

醫療人員面對後疫情時代更加複雜的醫病溝通情境與醫療關係挑戰，提升在學階段與承平時期的復原力更顯重要，復原力的培育，可能需要促進醫學院學生及醫療體系員工，在面對壓力以及困難情境中仍舊能夠展現：(1) 高度的自我效能因應壓力 (high coping self-efficacy)；(2) 正向情緒 (positive emotions)；(3) 符合實際的樂觀 (realistic optimism)；(4) 認知彈性 (cognitive flexibility)<sup>19</sup>。探索醫療人員情緒智商之預測因子，發展特殊訓練，增進醫療人員之情緒辨識與調控能力，例如透過情緒復原力或正念放鬆之訓練，預防情緒耗竭，促進心理健康，是預防醫療爭議的可能方法<sup>20,21</sup>，當然也是自殺防治相當重要的一環。

## 六、改良組織系統以消弭情緒耗竭與道德困境

醫療人員與職場壓力相關的情緒耗竭 (burnout) 情緒困擾 (distress) 問題，並非單純地可以用憂鬱焦慮等精神病理概念涵蓋，存在於醫療現場特殊的情緒勞務 (emotional labor)<sup>22</sup>，以及經常面對的道德困境 (moral dilemmas)，以及後續的道德困擾 (moral distress)、甚至道德傷害 (moral injury) 等<sup>23</sup>，都是需要特

<sup>18</sup> Shouhed D, Beni C, Manguso N, IsHak WW, Gewertz BL. (2019). Association of emotional intelligence with malpractice claims: A review. *JAMA Surgery*, 154:250-6. DOI: 10.1001/jamasurg.2018.5065.

<sup>19</sup> Southwick SM, Charney DS. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338:79-82. DOI: 10.1126/science.1222942.

<sup>20</sup> Shouhed D, Beni C, Manguso N, IsHak WW, Gewertz BL. (2019). Association of emotional intelligence with malpractice claims: A review. *JAMA Surgery*, 154:250-6. DOI: 10.1126/science.1222942.

<sup>21</sup> Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 102:401-7. DOI: 10.1308/rcsann.2020.0040.

<sup>22</sup> Larson EB, Yao X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293:1100-6. DOI: 10.1001/jama.293.9.1100.

<sup>23</sup> Dean W, Talbot SG, Caplan A. (2020). Clarifying the language of clinician distress. *JAMA*, 323:923-4. DOI: 10.1001/jama.2019.21576.

別關注的議題。美國畢業後醫學教育評鑑委員會提出現代醫師須具備的六大核心能力當中「制度下之臨床工作」(Systems-based practice)，在後疫情時代更容易碰到上述的困難。

一般而言，道德困境相關議題常常也與情緒勞務相關聯，若分開觀察，情緒勞務光譜，可以從平日困難型個案遭遇 (difficult encounters) 中，一方面要維持醫療專業客觀性與中立，同時又要處理醫療人員內心屬於人類情緒的自然反應與張力<sup>24</sup>；光譜另一端則是疫情期間，一方面身負照護病患的職責，另一方面必須承受醫療暴力攻擊與自身染疫風險的情緒負擔<sup>25</sup>。道德困境 (moral dilemmas) 相關光譜，可以從平日受到醫療第三方的必然影響，例如健康保險系統給付規範，導引醫療行為，改變醫療介入選擇及持續性，甚至形成利益衝突<sup>26</sup>；光譜另一端是疫情期間由於醫療量能資源之枯竭與限制，第一線醫療人員不得不取捨施救對象，取捨工作生活以及家人與同僚，而產生道德傷害<sup>27</sup>。

疫情前一項針對國內醫師工作壓力普查顯示：醫師職場壓力分數最高的項目分別為「健保規定影響專業服務」、「工作責任重」、「醫療費用遭健保核刪」、「工作需要應付突發狀況」、「病人對醫師期望過高」、「工作需要處理生死攸關的問題」等<sup>28</sup>。該研究進一步發現「醫療制度」向度的整體分數，貫穿不同性別年齡及醫院層級均無顯著差異，足見包含「醫療制度」的組織系統因素，特別是健保制度，為影響醫師職場壓力之重要因子。而根據一項針對醫師情緒耗竭 (burnout) 介入性研究的統合分析指出<sup>29</sup>：情緒耗竭普遍伴隨醫生這個職業，這種情緒耗竭狀態，對於職業生涯延續和病人照護具有負面影響。這個研究進一步發現：與個人導向的介入措施相比，組織導向介入措施改善效果較為顯著，足見醫療人員的情緒耗竭，並非僅限於個人復原力的議題，而更需要從整個醫療組織與經管系統著手改進。

<sup>24</sup> Groves JE. (1978). Taking care of the hateful patient. *The New England Journal of Medicine*, 298:883-7. DOI: 10.1056/NEJM197804202981605.

<sup>25</sup> Somville F, Vanspringel G, De Cauwer H, Franck E, Van Bogaert P. (2021). Work stress-related problems in physicians in the time of COVID-19. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34:373-83. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01674.

<sup>26</sup> Emanuel EJ, Dubler NN. (1995). Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*, 273:323-9.

<sup>27</sup> Goddard AF, Patel M. (2021). The changing face of medical professionalism and the impact of COVID-19. *Lancet*, 397:950-2. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00436-0.

<sup>28</sup> 李明濱、胡佩怡、廖士程 (2014)。《我國醫師工作壓力風險因子評估》，臺北：勞動部勞動及職業安全衛生研究所。

<sup>29</sup> Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. (2016). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2):195-205. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7674.

在後疫情時代，除了善用包括虛擬實境或遠距醫療等現代科技，促進醫病溝通互動；運用雲端科技與人工智慧，促進醫療人員更彈性而可近地，運用線上或實體的心理健康服務資源外，如何培育新一代醫療人員，面對不斷推陳出新關於群體與個人利益的抉擇困境，能夠培養全面的系統性思考習慣，即時掌握實證醫學資訊與批判能力，熟練倫理議題思辨方法，以及建設性地促進制度面的改革與對話，都是後疫情時代，加速組織系統改造以消弭情緒耗竭與道德困境的可能作法。

## 七、結語

關於心理健康促進與自殺防治，過去就已經存在著許多未滿足的需求，而在後疫情時代情勢更為嚴峻，於此同時，卻又是改變與精進的契機。不容否認，醫療是社會建構的一環<sup>30</sup>，在自殺防治的醫療面向，如何掌握實證(evidence-based)、多元(multi-pronged)、以及永續(self-sustained)的原則，於醫學教育現場，進一步落實心理健康促進與自殺防治相關的課程規劃與服務體系，填補過去不足，因應未來挑戰，可能是後疫情時代大家可以一同努力的方向。

## 致謝

本文承蒙科技部「從困難型醫病互動陶冶情緒復原力：整合醫學生至分科住院醫師之教育計畫」(108-2511-H-002-007-MY2)以及「深化從醫學生時期到分科住院醫師之情緒復原力訓練：以困難型醫病互動為主軸之創新教學策略及標準化病人培訓」(110-2511-H-002-008-MY2)計畫經費補助，謹致謝忱。

---

<sup>30</sup> Wallace AG. (1997). Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care. *Academic Medicine*, 72(4):253-8. DOI: 10.1097/00001888-199704000-00008.