



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

第一三八期

中華民國一〇九年十二月出版

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)

護理引領 智能創新 2020台灣醫療科技展

為推廣與行銷護理，本會連續四年參與「台灣醫療科技展」，從一個攤位擴大到今年的六個攤位，並以『護理引領 智能創新』為主題，希望藉由護理引領健康照護之智能發展，結合臨床護理人員的智慧

與醫療創新，提升工作效能及病人照護品質。

今年展出時間為12月3日~6日，假台北南港展覽館1館4樓辦理，本會攤位以護理照護為主軸，展示會員近年來的護理創新(包含專利與創作)作品，共計24件；並邀請健康醫療及科技公司共同聯展，包括：大同醫護公司展出智慧藥櫃、捷格科技公司展出智慧化手術解決方案、群邁通訊公司展出智匯網、慧誠智醫公司展出電子床頭卡與智能貨架，提供涵蓋病人安全照護、執業環境安全、用藥安全管理、生理測量及監控與臨床照護作業系統智能化等產品，讓參展人員可更深入了解各項醫療智能化產品，做為醫院智能化發展及改善護理執業環境之決策參考；另，辦理兩場講座「護理創新 點實成金」與「數位轉型於住院智慧照護」，邀請專家分享經驗並教導創作者，如何將創意落實為產品。

賴副總統清德、王考試委員秀紅、前立法委員陳理事長靜敏與腦血管疾病防治基金會高董事長明見等長官貴賓親臨會場，給予支持及鼓勵，各縣市公會理事長亦偕同會員們熱情參與，和參展人員及主講者熱烈互動交流，參與夥伴及來賓均對本次的活動給予極高的評價，獲得極大的迴響。本會仍會繼續行銷護理，為臨床護理工作者爭取更優質的執業環境。



前排左三賴清德副總統



右三高靖秋理事長、右二盧美秀監事長



右四王秀紅考試委員、右五陳靜敏理事長

本期目錄

護理引領 智能創新2020台灣醫療科技展..... 1	第30屆醫療奉獻獎..... 13
捍衛護理尊嚴 正視網路性騷擾 拒絕性別霸凌 2	各縣市公會訊息..... 15
網路敵意環境性騷擾..... 3	【通訊課程1】認識高齡衰弱症..... 18
護理專業團體與考試委員座談..... 8	【通訊課程2】季節交替-談孩童異位性皮膚炎 23
109年護理創新、研究成果、四格漫畫得獎名單 9	【小品文】..... 26

捍衛護理尊嚴、正視網路性騷擾、拒絕性別霸凌！



12/9記者會 左四簡舒培議員、右四朱宗藍副理事長

大家是否還記得，106年10月1日陳姓男子在YouTube上傳一部嚴重詆毀護理師的影片，不僅藐視護理專業，以性及性別歧視的言語及動作，嚴重貶損護理人員的人格及職業尊嚴，形成嚴重的職業霸凌。本會會員謝護理師對陳姓男子的行為依照性騷擾防治法提起申訴，臺北市政府警察局大安分局認定成立性騷擾，卻遭臺北市政府推翻，本會發起萬名護理師及民眾連署響應向監察院及立法院陳情，並委任律師協助謝護理師，經過漫長的三年多的訴願、行政訴訟後，直至今今年10月終於獲得臺灣高等行政法院的勝訴判決，法院判決認定該行為對女性護理師構成性騷擾，更指責臺北市政府沒有去了解性騷擾的本質。

正當我們為此遲來的正義感到欣慰時，令人錯愕的是，北市府竟然又提起上訴，選擇與加害人站在同一陣線，傷害第一線的護理師，著實令所有的護理師失望。在科技日新月異發展下，利用爭議性話題在網路上賺取點閱率的行為比比皆是，北市府不僅未遏止此歪風、尊重臺灣高等行政法院的判決，反而提起上訴，實令人遺憾和不解。

為遏止網路性騷擾歪風、落實《消除對婦女一切形式歧視公約》，本會於12月9日與臺北市簡舒培議員共同召開「網紅拍片詆毀護理師～北市府花公帑提上訴、護理師被性騷何以堪？」記者會，並於12月16日與台北市護理師護士公會共同拜會臺北市政府蔡炳坤副市長，同時發起一人一信給柯文哲市長活動，強烈表達「捍衛護理尊嚴、正視網路性騷擾、拒絕性別霸凌！」之訴求，請北市府立即撤回臺灣最高行政法院的上訴，以行動支持護理師、改善在第一線遭受性騷擾等不公平對待的工作環境。



12/16拜會北市副市長 右二蔡炳坤副市長、左三盧美秀監事長、左二張澤芸副理事長、左一陳淑娟監事

網路敵意環境性騷擾

陳姓Youtuber網路性騷擾女性護理師的個案發展經過

黃姿裴 經兆國際法律事務所律師

摘要

《性騷擾防治法》於2005年2月5日實施，立法目的是為了補足《兩性工作平等法》及《性別平等教育法》的不足。為了讓一般人在工作場所、學校之外的公共場所受到性騷擾時能夠受到保障，以《性騷擾防治法》擴大保護的領域，保障受害者的權益。然而對於在網路上針對一小群人製造敵意環境的性騷擾態樣，主管機關卻以「非針對特定人」而不予防治，對於架設平台(Youtube、Facebook)讓行為人上傳、散佈與性或性別有關的歧視或侮辱之影片，也無任何禁止或處罰的作為。究竟是目前法規未跟上新興的網路世界而有漏網之魚，還是主管機關自己過度限縮而自縛手腳？

壹、敵意環境性騷擾之法律依據

一、性騷擾之定義

性騷擾防治法第2條規定，本法所稱性騷擾，係指性侵害犯罪以外，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有下列情形之一者：

(一) 以該他人順服或拒絕該行為，作為其獲得、喪失或減損與工作、教育、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件。

(二) 以展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。

第一種為「利益交換性騷擾」，第二種為「敵意環境性騷擾」，性騷擾之認定不易，但核心應是受騷擾者受到不當影響的程度是否客觀上一般人都認為達到應該以懲罰遏制作為保護手段(法律上有一概念為所要達成的目的與手段之間需要衡平、符合比例原則)，性騷擾防治法施行細則第2條提出認定應參酌的依據，應就個案審酌事件發生之背景、工作環境、當事人之關係、行為人之言詞、行為及相對人之認知等具體事實為之。

二、與性騷擾相關的「消除對婦女一切形式歧視公約」

按聯合國大會通過之「消除對婦女一切形式歧視公約」(以下簡稱公約，1981年正式生效)，我國已加入該公約，並經立法院三讀通過，總統公布，自2012(民國101)年1月1日起施行公約。

公約第二條譴責對婦女一切形式的歧視，即為性騷擾防治法中的性別歧視中的一大重點，公約並規定(e)「採取一切適當措施，消除任何個人、組織或企業對婦女的歧視」；公約第三條特別提及透過法律來消滅歧視；公約第五條規定(a)「改變男女的社會和文化行為模式，以消除基於性別而分尊卑觀念或基於男女任務定型所產生的偏見、習俗和一切其他做法」。並依公約施行法第2條規定：「公約所揭示保障別人權及促進性別平等之規定，具有國內法律之效力」。我國已加入該公約，應遵循該公約之法律規範。

三、敵意環境性騷擾

敵意環境的性騷擾定義為：以性或與性別有關之不當言行，使他人人格尊嚴受損、心生畏怖、感受敵意或冒犯。製造敵意環境的樣態又可分為「性別騷擾」和「性挑逗」，本案主要討論的是性別騷擾，性別騷擾包括帶有性別歧視或偏見的言論，特別侮辱、貶抑或敵視特定性別的言詞或態度。

貳、本案之事實及行政機關處理經過

- 一、本案爭議之言行內容：本案一開始乃加害人某甲在Youtube平台上上傳其自拍影片，內容自稱在醫院與護理師有過互動，並以侮辱言語辱罵護理師「護理科台女聚集地」、「眼睛都長到頭上，難怪都交不到男朋友」、「你們這些該死的臭婊子」等，最後並用猥褻的表情加上自淫手勢說「媽的，真是一群輸卵管，對了，手天使是你們的工作範圍嗎？」作結，該影片在網路廣為流傳並登上新聞媒體，引起各地護理師群體激憤，有數位護理師積極提起刑事妨害名譽告訴，而某乙係通過國家考試之護理師，在醫療機構第一線執行護理工作，看到影片感到其言語性別歧視之性騷擾，損害人格尊嚴，並造成使某乙產生心生畏怖之感受，並感受到在護理工作環境及社會上敵意或冒犯之情境。同時使某乙連續數天失眠、腦中不時浮現某甲之上開言語及猥褻表情，嚴重影響某乙之工作及正常生活之進行，因而向台北市大安分局對加害人某甲提起性騷擾申訴。而該影片在網路上不斷湧傳，造成之性騷擾損害日益擴增，並請求Youtube平台將影片下架。
- 二、警察局認定構成性騷擾：某乙向警察局依照性騷擾防治法第13條提起申訴時，警察局在調查加害人身分後，將案件移送加害人的雇用單位(當時加害人任職保全公司)，性騷擾案件法律上有迅速調查及處置的要求，因保全公司並未能在法定七日內期限開始調查，警察局依法接手調查，組成性騷擾審查委員會，委員會全體認定本案性騷擾成立。
- 三、臺北市性騷擾防治委員會改認定不成立性騷擾及理由：某乙提起再申訴，臺北市性騷擾防治委員會對本案的決議內容雖提及「**本會嚴重譴責加害人行為**」、「**本案請設法讓行為人對於此次行為公開道歉**」，但**撤銷原決定，改認定性騷擾不成立**，理由略以：性騷擾防治法第2條所指「他人」係指為何未有規定，依同法第1條規定應可參酌刑法，並引用刑法妨害名譽章節第309條及第311條為解釋依據，而認「他人」須為「特定人或可推知之人」。
- 四、衛生福利部認定不成立性騷擾及理由：某甲向衛生福利部提起訴願，衛生福利部在調查近一年半後，於108年6月初訴願駁回，理由略以：性騷擾防治法從性別歧視之概念獨立出來，為保障特定人或可推知之被害人之人身安全…陳君並無明確指出其指摘對象或得經由相關可資辨識之特徵或資訊推知其係指涉特定人士…尚難認屬性騷擾防治法第2條第2款所稱他人。

參、對臺北市政府處分之評論

- 一、性騷擾防治法中，針對性騷擾案件處理包含刑法、行政法(如本件性騷擾防治法第20條)與民法(如性騷擾防治法第9條損害賠償)三種法律性質。性騷擾防治法第1條第2款

「適用其他法律」，乃指同一法律上理由（立法目的），而比附援引（並非法律明定）其他類似法規之類推適用。然而每一個法規專章都有其專門的立法的目的和意旨，不能任意「比附援引」，必須謹慎的先比較並說明兩者法律之間的立法目的、性質、意旨均相同或與現行法最近似，才能考慮類推適用，而非浮濫的任憑己意類推適用、解釋法律。

二、性騷擾防治法第20條規定「對他人為性騷擾者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣一萬元以上十萬元以下罰鍰。」此規定乃屬行政罰，並非刑罰。行政罰係行政機關為達成行政上之特定目的，係對於人民違反行政法上義務者所加之裁罰規定，在立法之初，與刑罰之目的已有不同。而性騷擾防治法之行政上目的，於該法第一條即開宗明義「為防治性騷擾及保護被害人之權益」，前段防治性騷擾之目的乃針對國家社會整體環境避免性騷擾之歪風之積極公益行政目的，原處分驟然類推適用刑事處罰的妨害名譽之法律見解，無法源依據地任意限縮解釋，類推適用針對刑法上妨害名譽罪。本條所稱損害他人人格尊嚴，乃是相對於行為人以外之第三人而言。因性騷擾防治的是整個環境，而不是只針對單一人而已，因此並非只有行為人直接指名的對象才有受性騷擾的可能，性騷擾防治法的構成要件與刑法妨害名譽罪文義上即明顯不同，應無類推適用之基礎。

三、再者，行政罰法及刑法中「他人」的定義，以及性騷擾防治法第二條的「他人」定義都是指「本人以外之人」。行政罰法中有三條條文有「他人」之用語，包括防衛自己或「他人」權利之行為、避免自己或「他人」之緊急危難、為「他人」利益，均是指「本人以外之人」；刑法總則中對他人的定義也都指「本人以外之人」，並無僅指「特定人或可推知之人」的定義；而刑法分則中有「他人」為構成要件者約有六十八條，絕大部分的他人也都是指「本人以外之人」，例如在路上侵占遺失物或任意毀損他人之物，行為人在犯罪時主觀上不知道「他人」是誰甚至是否存在，並不影響侵占遺失物罪或毀損罪之成立。刑法妨害名譽罪章乃因其特殊性而有特殊限縮，因而將其定義獨立於一般他人的定義。原處分未說明為何類推適用刑法妨害名譽罪章對他人的定義，且事實上性騷擾防治法第2條及第20條之立法目的、立法性質、立法意旨與刑法第310條妨害名譽罪顯然是南轅北轍，前者為防治性騷擾及保護被害人之權益，課予相關主管機關、甚至本法第7條亦課予加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人積極防治之義務，本法第20條屬行政罰，根本不應去類推適用刑法妨害名譽罪章的定義。

四、原處分完全未適用「消除對婦女一切形式歧視公約」的法律規範。依消除對婦女一切形式歧視公約施行法(下稱施行法)，國際公約藉由內國法化之過程，成為我國之法律，施行法和性騷擾防治法，目的均為消除一切不平等的侵害，施行法施行日期較性騷擾防治法晚，故施行法可實質補充性騷擾防治法之內涵，使法律價值體系趨於一致、憲法價值秩序和諧。

五、最高法院106年度判字第15號行政判決意旨：「按性騷擾防治法對於加害行為對被害人是否構成性騷擾之評價，係以受害人之主觀感受為觀察，非以加害人之角度為審視」原處分完全未以受害人之主觀感受為觀察，其認定方式亦違反最高法院對法律之解釋。

肆、對衛生福利部處分之評論

- 一、衛福部不再提類推適用刑法妨害名譽罪章，但衛福部以性騷擾防治法之立法目的限於「被害人的人身安全」，而不包含「防治性騷擾的敵意環境」，完全忽視本法第一條立法目的「防治性騷擾」這五個字的解釋。且衛福部以立法過程敘及性騷擾防治法從性別歧視之概念獨立出來，推論性騷擾防治法已不處理性別歧視的問題，這是更嚴重的錯誤。立法過程該段原意乃是指性騷擾與性別歧視是兩個概念，其目的是在釐清性騷擾行為並不一定必然是性別歧視之行為，此乃因為當時背景，在美國性騷擾概念之發展，一開始主要都具有性別歧視成分之案例，當時發生同性之間之騷擾、不涉及性別歧視之案件，是否會構成性騷擾之討論及爭議。但時至今日，此兩概念已發展較為成熟，「性騷擾」與「性別歧視」是有交集的部分，並不完全重疊但也不互斥。而並非於性騷擾防治法中排除性別歧視的保障，事實上從本法第一條立法目的就明確規定防治性騷擾，且第二條就明定是「與性或性別有關」，明確包括了性別騷擾、性別歧視的範圍。
- 二、性騷擾中之性別騷擾，係指帶有性別歧視或偏見的言論，特別侮辱、貶抑或敵視特定性別的言詞或態度。而以猥褻、圖片、言詞或笑話製造敵意環境並使人感受冒犯之行為，通常不是針對特定人。例如在某公司內，許多員工對於色情雜誌發表粗鄙的評論，在公司所贊助之影片及幻燈片中，也有許多色情圖片及具有冒犯性的性評論，製造一個敵意的工作環境，製造一種女人被視為男人之玩物而非同事的氣氛，會構成性騷擾。(請參酌性侵害及性騷擾之理論與實務第10頁)。本案即是典型的製造敵意環境的性騷擾態樣，加害人刻意用言語及行動製造出性別歧視的敵意環境，而製造敵意環境性騷擾的典型案例都不是針對特定人，亦可佐證原處分對於「他人」的要件容有錯誤。這個「敵意的環境」因時代演變及科技進步，網路普及後受影響的受聽者，或許比傳統上一間教室內的受聽者、一間公司內的受聽者、一個演講會上的受聽者，空間上擴及到使用一個網站平台上的人，但其所造成的性別歧視的負面影響也是因網路傳播影響力更廣更深，本件加害人的影片已高達63萬多人次的點閱率，正是性騷擾防治法立法目的想要遏抑的對象及行為，因此在本法第2條性騷擾法律解釋上更無因被害人數較多就加以排除之理。
- 三、也是完全未適用「消除對婦女一切形式歧視公約」的法律規範。

伍、臺北高等行政法院108年度訴字第1278號判決

本案上訴至臺灣高等行政法院，法院認定本案成立性騷擾，並判決撤銷原處分及訴願決定。其主要理由為：

- 一、依據最高行政法院106年度判字第15號行政判決意旨：「按性騷擾防治法對於加害行為對被害人是否構成性騷擾之評價，係以受害人之主觀感受為觀察，非以加害人之角度為審視」原處分完全未以受害人之主觀感受為觀察，其認定方式亦違反最高法院對法律之解釋。
- 二、又依據性騷擾防治法之立法目的，提及「將各種場所所發生之性騷擾訂立獨立之防治法規，不僅可以順應性騷擾之立法潮流，而且可以對於各種場所發生之性騷擾因時因地制訂妥適之防治法規，以收整體防治之效」、「該法對於被害人所保護之權益並不以兩性平等權益為限，任何人之任何權益因他人實施性騷擾行為而受到侵害時，均

有該法之適用，可受該法之保護。」等等，可知性騷擾防治法所要達成保護之法益、權利範圍，不僅應該包括人民的工作權、身體自主權、經濟安全權與學生的受教權、人身安全、兩性平等權益，更應及於任何人因為性騷擾行為所被侵害的任何權益。因此對於性騷擾防治法的性騷擾、他人的解釋，不應預先設定只以保護人身安全為範圍，甚至只以人身安全去界定被害人也就是「他人」的範圍。

三、並且，性騷擾防治法的制定要能「順應性騷擾之立法潮流，而且可以對於各種場所所發生之性騷擾因時因地制訂妥適之防治法規，以收整體防治之效」，而在數位時代，透過網路為媒介所產生的各種違法行為，以及因為使用網路服務所產生的「場所」的型態，已非現實社會是以物理上的空間範圍予以界定，所以在解釋性騷擾的被害人範圍時，同樣不應忽略此一特性。

四、高等法院勘驗影片後，認為：

1. 首先，系爭影片含有對原告在內的女性護理師為性騷擾的內容。
2. 其次，系爭影片在行為人的臉書與youtube發布，**臉書是公開的youtube只要輸入關鍵字都可以查到系爭影片，其目的字是在於將影片內容不設限制提供給包括原告在內的他人點閱觀看，無論是否互相認識。**
3. 受害人看了影片感到強烈的噁心、不舒服，覺得被強烈的侮辱。因而法院認定，本件行為人的行為符合性騷擾防治法第2條第2款定義的性騷擾及同法第20條對他人為性騷擾。

結語：網路製造敵意環境的性騷擾

網路言論已不再是虛擬環境的概念，對社會造成敵意環境的影響層面更甚於以往，臺北市政府及衛福部守舊的認為網路上的閱聽大眾較多，就不適用性騷擾防治法的被害人身分，限縮閱聽大眾的被害者身分不但毫無根據，更是嚴重違背性騷擾防治法以及消除對婦女一切形式歧視公約，要消滅性別歧視的主要目標。本件有幸在高等行政法院獲得承審法官的重視，不但勘驗全部影片內容製作詳細的逐字稿，並且法官也詳細的分析性騷擾防治法的立法目的、探究性騷擾的本質，並與時俱進地，依據法律精神來解釋法律。

至於臺北市政府提及的性騷擾處罰與言論自由間的衡平問題，不論是本法或是性平三法的立法意旨都是在「尊重他人」，自由的基礎，乃是建立在不傷害他人的原則上。言論自由不能無限上綱，我國司法院大法官會議對言論自由的定義及制衡標準，由大法官會議解釋釋字第509號解釋，說明刑法誹謗罪並不違反憲法保障言論自由，提及「言論自由是為實現自我、溝通意見、追求真理及監督各種政治或社會活動之功能得以發揮。惟為兼顧對個人名譽、隱私及公共利益之保護，法律尚非不得對言論自由依其傳播方式為合理之限制。」及釋字第407號解釋也肯認對猥褻出版物適當限制及規範的法律合憲，可以得知。

為了避免法律成為過度敏感者用以主張過於瑣碎輕視之工具，在性騷擾防治法的建立過程中，引進國外法律之概念，認為性騷擾以「行為具有不合理性」為要件，以一個合理人(reasonable person)是否會感到冒犯作為客觀上的認定標準。這樣的標準可作為言論自由與性騷擾被害者間衝突的衡平標準。臺北市政府及衛福部的裁定書，消極不適用101年元旦起即施行的「消除對婦女一切形式歧視公約」法律規範，並且不恰當地類推適用刑法妨害名譽的法律解釋，使原本這個案件可以成為主管機關對於積極推動防治網路性騷擾的代表性案件，變成至今臺北市政府在受到高等法院以判決推翻原處分後，仍持續上訴最高法院，其任事態度，令人感到失望及遺憾。

護理專業團體與考試委員座談 【文／曾修儀】

考試院第13屆考試委員包括王秀紅委員、吳新興委員、楊雅惠委員、周蓮香委員、姚立德委員、伊萬·納威Iwan Nawi委員、何怡澄委員、以及考試院暨所屬部會相關主管人員等18人，於12月2日與本會及台灣護理學會常務理監事們進行交流座談，作為精進護理考銓相關政策之參考。



在聽取兩會業務簡報後，就護理師專技考試全面改採電腦化測驗、提升護理師專技人員考試試題品質與題庫數量、改善公立醫院護理人員約用比例等議題進行業務交流。兩會主要訴求包括：護理人力每年約有6,000多個人力短缺，如採用電腦化測驗或隨到隨考方式，可及時補充人力；命題應以護理師職能分析研究為基礎，且須定期檢討試題鑑別度與盤點題庫試題數；倡議改善公立醫療機構契僱人力進用比例，如下表：

考選部說明，電腦化測驗與認證合格電腦試場數之門檻有關，亦與試題之運用息息相關；至於試題之命擬，考選部自102年開始，均審酌護理職能需求適度調整。銓敘部則表示，護理人員轉任公務人員，涉及專技轉任條例有關轉任類科、職系規定，目前正在檢討；提高護理人員師(一)級或師(二)級比率，則與各機關師級醫事職務級別員額配置準則有關，影響層面較廣，需審慎研議。

考試委員表示，針對兩會訴求，如何更有效率、效能舉辦國家考試、解決電腦化測驗技術問題、提升試題鑑別度、以及是否鬆綁專技人員轉任等，將請相關機關積極研議。本會將會持續追蹤相關進度。

案由	護理專業團體建議事項
護理師專技考試全面改採電腦化測驗	一、為達成 112 年施行「專門職業及技術人員高等考試護理師考試」電腦化測驗之目標，請積極提出電腦化測驗試場之軟硬體建置經費規劃及預算案之編列。以推動護理師考試採用電腦化測驗作業期程。 二、逐步規劃採用「隨到隨考」方式辦理。
提升護理師專技人員考試試題品質與題庫數量	一、定期檢討試題品質與合適性。 二、建立命題委員的培訓與評估機制。 三、因應電腦化測驗，題庫需求增加，應廣納護理學界、業界專家協助命題，使考題更符合臨床應用性。 四、強化報考人員基本資料及考試結果統計作業，以回饋給教育部及各級學校，作為精進教學之參據。
改善公立醫院護理人員約用比例	一、建請盤點公立醫院之「護理人員約用比例」。 二、增加公立醫院正式編制人員，減少約用比例，民國 111 年前完成調整護理人員之正職比例，在醫學中心至少 75%，區域醫院至少 65%，地區醫院至少 55%。 三、行政院人事總處輔導各地方機關比照各公立醫療機構逐年調降契僱人力進用比例。 四、衛生福利部訂定並執行公立醫療機構改善契僱人力進用比例之獎勵辦法。 五、考試院銓敘部每年查核執行改善契僱人力進用比例之成效並公布。

109年護理創新競賽得獎名單

獎項	姓名	作品名稱	服務單位
*優良	王蔚芸	痛祁樂(pain killer)-疼痛管理智慧照護系統	三軍總醫院
優良	盧鈺彬	多功能人工血管注射模擬器	衛生福利部雙和醫院
優良	徐秀玉	雙重保護氣切固定安全帶	臺大醫院
優良	張金燕	「如意金箍棒」－安全、多功，一棒搞定	臺大醫院
*優良	李春滿	改良式翻身法	高雄榮民總醫院
佳作	蘇瑞源	金惜皮氧氣面罩專用帶	臺北榮民總醫院
*佳作	吳皇進	藥物玩很大	衛生福利部雙和醫院
*佳作	陳美芳	防疫小尖兵：腸病毒桌遊創新衛教設計	國立臺南護理專科學校
佳作	康瑞蘭	便盆保護坐墊	童綜合醫院
佳作	余培筠	THREE M 魔法棒(mouth、music、massage)	高雄榮民總醫院
*佳作	陳秀姬	疫起智慧役動服務	臺大醫院新竹分院
佳作	林秀靜	愛的小皇冠-兒童防壓固定腦波帽	高雄長庚紀念醫院
佳作	潘玉玲	多功能注射練習模擬器	三軍總醫院
佳作	周如芬	安全哺乳枕	衛生福利部雙和醫院
佳作	王藝華	杯杯COVER小手腳	衛生福利部桃園醫院
佳作	林佩旻	金包銀毫針棄針筒	馬偕紀念醫院
佳作	何芷瑋	「超強部署，隨時照、我OK」－攝影輔助工具	臺大醫院癌醫中心
佳作	周佩君	滴水不漏~扇型尿杯	臺大醫院新竹分院
*佳作	莊玟玲	失禁性皮膚炎分級與CPR組合式照護指南APP	奇美醫院
佳作	陳詠真	WEEK刀片卸除器	亞東紀念醫院
佳作	簡瑜君	卿卿一啖，實在好剝	羅東博愛醫院
*佳作	邱煒寧	悅讀雲-運用雲端平台讓親子共讀動起來	國泰綜合醫院
佳作	謝佳容	便利冷熱敷手套	國立臺北護理健康大學
佳作	廖珮宏	點點通	國立臺北護理健康大學
佳作	洪婉容	滴滴珍貴	中國醫藥大學兒童醫院
佳作	郭純芳	All in One重症兒童轉送急救箱	臺中榮民總醫院
佳作	林靖芸	柔捲一縷絲-鼻胃管收納器	亞東紀念醫院
佳作	林祝君	乘載生命之安全針具	慈濟科技大學

※1.*為照護類，其他為作品類。2.相關訊息請逕至(www.nurse.org.tw→最新消息)查詢瀏覽。

109年度護理研究成果競賽得獎名單

獎項	姓名	作品名稱	服務單位
優良	李淑燕	Effects of the Use of Interactive E-Books by Intensive Care Unit Patients' Family Members: Anxiety, Learning Performances and Perceptions	三軍總醫院
優良	吳尚蓉	Effects of an Eating Ability Promotion Program for Community-Dwelling Older Adults	臺中榮總埔里分院
優良	林瑞青	Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial	三軍總醫院
佳作	蔡沁筠	Substantial effects of empowerment case management on physical health of type 2 diabetic patients	新北市立聯合醫院 (板橋院區)
佳作	張琬羚	Effects of Heart Rate Variability Biofeedback in Patients with Acute Ischemic Stroke : A Randomized Controlled Trial	輔仁大學
佳作	李秀蘭	Comparison of high-fidelity simulation and lecture to improve the management of fetal heart rate monitoring	林口長庚紀念醫院
佳作	吳崇珮	Effects of a swallowing and oral care intervention for patients following endotracheal extubation: a pre- and post- intervention study	台灣大學
佳作	何秀玉	Exploring the experiences of older Chinese adults with comorbidities including diabetes: surmounting these challenges in order to live a normal life	元培醫事科技大學
佳作	莊宇慧	Effects of Messages Delivered by Mobile Phone on Increasing Compliance With Shoulder Exercises Among Patients With a Frozen Shoulder	臺北醫學大學
佳作	廖惠娟	The effectiveness of a clinical reasoning teaching workshop on clinical teaching ability in nurse preceptors	中國醫藥大學
佳作	林盈秀	Factors influencing nurses' use of hazardous drug safe handling precautions	臺大附設醫院
佳作	王怡菁	Physical activity and objectively assessed sleep in 6-month-old infants in Taiwan	新北市政府衛生局
佳作	明金蓮	Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental study	臺北榮民總醫院
佳作	莊宇慧	Effects of a skill demonstration video delivered by smartphone on facilitating nursing students' skill competencies and self-confidence: A randomized controlled trial study	臺北醫學大學
佳作	吳佳儀	A Longitudinal Study on Psychological Reactions and Resilience among Young Survivors of a Burn Disaster in Taiwan 2015-2018	臺大醫院
佳作	張淑紅	Long-Term Lifestyle Intervention in Elderly With Metabolic Syndrome	長庚科技大學
佳作	莊蕙婉	Effectiveness of Story-Centred Care Intervention Program in older persons living in long-term care facilities: A randomized, longitudinal study	三軍總醫院
佳作	湯梅芬	Walking is more effective than yoga at reducing sleep disturbance in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	臺北市立萬芳醫院
佳作	何巧琳	Dose Response Relationship of Outdoor Exposure and Myopia Indicators: A Systematic Review and Meta Analysis of Various Research Methods	臺大醫院雲林分院
佳作	周小玉	Effect of a Virtual Reality-Based Exercise Program on Fatigue in Hospitalized Taiwanese End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis	林口長庚紀念醫院
佳作	廖桂林	Registered nurses are at increased risk of hospitalization for infectious diseases and perinatal complications: A population-based observational study	高醫附設醫院
佳作	朱莉瑩	Effects of the Bass Brushing Method on Dental Plaque and Pneumonia in Older Adults Hospitalized with Pneumonia after Discharge: A Randomized Controlled Trial	臺中榮民總醫院

『關鍵時刻·護理與我』暨我們的護理師之四格漫畫創作徵選得獎名單

護理組

獲獎名次	姓名	作品名稱	服務單位
第一名	黃麗華	守護全民健康的急診防疫英雄	中山醫學大學附設醫院
第二名	張方瑜	有你真好	衛生福利部臺北醫院
第三名	林岑薰	護理伴行	國立成功大學醫學院附設醫院
佳作	張慧君	開刀房日常	嘉義長庚紀念醫院
佳作	張于慧	關鍵時刻,防疫有我	臺北榮民總醫院
佳作	蔡筱君	暖心的重症醫療	國立成功大學醫學院附設醫院
佳作	黃柏翔	關鍵時刻,把關您的防護措施	嘉義基督教醫院
佳作	蔡雨安	我是資訊護理師	梧棲童綜合醫院
佳作	許瓊妤	內科人生	柳營奇美醫院
佳作	張惠婷	防疫前線,愛你不變	羅東聖母醫院
佳作	柯幸芳	抗疫白衣天使	高雄長庚紀念醫院
佳作	林凱強	檢傷護理師的日常	嘉義長庚紀念醫院
佳作	林韋慈	無名的英雄	台北長庚紀念醫院
佳作	李昶均	給陽光的你/妳	嘉義長庚紀念醫院
佳作	吳依珊	in精神科病房的日常	衛生福利部八里療養院
佳作	曾芷祺	最美的風景	臺中榮民總醫院
佳作	陳葶娟	特製氣球~給你加油!	國立臺灣大學醫學院附設醫院
佳作	蔡季恩	護理的力量	國軍台中總醫院中清分院

社會組

獲獎名次	姓名	作品名稱	服務單位
第一名	孫榆煊	最美的印記	高雄醫學大學
第二名	王嘉如	MY SUPER SHERO!	林口長庚紀念醫院
第三名	吳珊薇	護住你的美	彰化基督教醫院
佳作	王鈴子	堅守崗位的護理師	山達基高雄機構
佳作	楊詠琪	新冠疫情,有您真好!	彰化藝術高中
佳作	許晉豪	疫無反顧 感恩有您	復興商工
佳作	陳鈺欣	只在緊要關頭出風頭	高雄高工
佳作	羅偉禎	學校的愛心護理師	台南中山國中

110年度國際護師節聯合慶祝大會 「台灣傑出護理人員獎」甄選活動起跑了

- **目的：**為獎勵在護理專業發展有傑出貢獻或長期服務奉獻於基層及資源匱乏地區或特殊群體之護理人員，以彰顯護理於提昇全民健康之具體貢獻，於每年國際護師節聯合慶祝大會頒發「台灣傑出護理人員獎」。
- **申請時間：**109年12月1日起至110年1月31日午夜12時止，申請時間截止，系統自動關閉，逾時恕無法受理。
- **申請方式：**採「線上」申請，不受理紙本作業，有意推薦者請逕至本會網站（<http://www.nurse.org.tw>）→點擊左側「110年台灣傑出護理人員獎甄選」參考相關規定及操作指引進行申請。



兒童組

獲獎名次	姓名	作品名稱	就讀學校
第一名	邱衛恩	謝謝護理師，給我陽光及歡樂，讓我忘記疼痛	景興國小
第二名	謝永家	診所裡最美的一枝花	臺南大學附設實驗小學
第三名	吳祐睿	超級護理師	東興國小
佳作	呂昀芸	永遠站在第一線的護理師	忠孝國小
佳作	楊智宣	感謝溫暖的南&男丁格爾照顧我們	湖北國小
佳作	溫婉夷	忙碌又充滿笑容的護士阿姨	水源國小
佳作	楊茗澤	健康的守護者--南&男丁格爾	湖西國小
佳作	蘇琳珺	我們敬愛的的護理師	楊光國中小
佳作	劉冠廷	有趣的護理	鳳西國小
佳作	林郁捷	護理師與我	信義國小
佳作	林玟妤	我也想當幼兒園護理師	中正國小
佳作	陳靖蓉	關心愛心護理心	西埔國小
佳作	陳澤慶	謝謝護理師	文山國小
佳作	邱可馨	能為病人減少痛苦，帶來歡樂與幸福的使者	景興國小
佳作	宋嵐緒	分秒必針	日新國小
佳作	周宥廷	溫柔的守護者	景新國小
佳作	張斯惠	打針不可怕	中華國小
佳作	黃思諭	生命守門員	公館國小

「防疫健康新生活•大家疫起來運動」之影片徵選得獎名單

獲獎名次	報名單位	隊名
第一名	童綜合醫院	童心防疫童健康
第二名	奇美醫院	衝鋒隊
第二名	雲林基督教醫院	Challenge
第三名	高雄市立大同醫院	背城疫戰隊
第三名	奇美醫院	奇心齊力隊
第三名	汐止國泰綜合醫院	國泰民安防疫隊
佳作	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	疫起跳就隊
佳作	臺北榮民總醫院	疫級戰隊
佳作	臺北市立關渡醫院	再見可樂娜(coronavirus)防疫隊
佳作	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	MICU女孩，疫起動起來!
佳作	中國醫藥大學附設醫院	疫起動吃動吃隊
佳作	嘉義長庚紀念醫院	防疫Disco
佳作	台東馬偕紀念醫院	疫起扭扭隊
佳作	彰化基督教醫院	平疫靚人隊
佳作	高雄市立大同醫院	舒GO疫
最佳動員獎	臺北市立聯合醫院和平院區	和家平安隊
最佳動員獎	臺北榮民總醫院蘇澳員山分院	蘇榮舒容健康操
最佳動員獎	衛生福利部基隆醫院	基極功夫團
最佳動員獎	高雄長庚紀念醫院	防疫養肌隊

第30屆醫療奉獻獎

周玉英駐守尖石37年 助產搶救生命 由立法院厚生會主辦之醫療奉獻獎，11月7日舉行頒獎典禮



左五周玉英護理師(照片轉載自聯合報)

「臺北大醫院的醫師都不相信，助產士可以在山上替難產孕婦平安接生，但我做到了。」在尖石鄉衛生所服務至今37年，周玉英協助無數來不及趕到醫院、就急著見世界的孩子平安降生。甚至連出生時有缺陷、沒有呼吸的孩子，她都不曾放棄。雖然偏鄉醫療環境困頓，但讓周玉英堅持住的，不僅是對於護理工作的熱情，更是一份對於自己生長的土地、對部落族人無法割捨的使命感。

早年尖石鄉因交通不便，居民只能就近就醫，衛生所是唯一的醫療依靠。尤其是俗稱「後山」一帶的尖石山區，距離最近的竹東市區超過70公里、車程2小時以上的玉峰村衛生室，就是當地唯一的救命希望。

護校「特別教育」安排特殊助產訓練

周玉英回憶起剛從臺中護校畢業時，因為公費身分必須回鄉服務，第一站就是在尖石鄉衛生所，而這裡也成為她往後近40年都不曾離開的單位。她說，40年前尖石鄉的交通不比現在，許多道路還是碎石子路，人力也十分不足，往往派駐衛生室的人員只有一位，因此她除了助產士的身分，很早就因當地嚴苛的條件，練就一身超越同齡護理師的醫療專業。

周玉英說，從小在山上生活窮困，除了種香菇勉強維持家計，身為家中長女，在國中年紀就得接起家庭代工的工作，才能繼續讀書。但家人鼓勵她去臺中護校念書，不僅不用學費，還能習得一技之長。

身為泰雅族的她，因為原住民身分，在念護校期間還被「特別教育」，因為原住民多數住在醫療資源不豐富的山區，當時的老師為了讓她更有處理緊急情況的經驗，還安排助產站的特殊助產訓練，這對她往後在衛生所的工作影響深刻。

孕婦難產、嬰兒缺氧 她一把拉出希望

1989年一個星期六的午後，周玉英正準備從玉峰衛生室下班返家，突然接到村民通報有個孕婦快生了、情況危急。

「我一到現場時看了差點暈倒，小朋友的腳都出來了，我只能馬上向孕婦喊話，一定要跟我配合。」周玉英眼看孕婦胎位不正，小孩已經一隻腳先出生導致難產，她毫不猶豫徒手伸進產道，試圖將孩子的雙腳、身軀順著產道拉出。

周玉英回憶，當下不僅孕婦痛得尖叫直呼不要生了，連在場的其他人都嚇得奪門而出。但她仍臨危不亂，順利將孩子接生出來，因為她知道再不處理，母子都有危險。孩子生出來了，危急情況還沒結束，孩子出生時因卡在產道過久缺氧，沒有哭聲，更糟糕的是孩子有嚴重的唇顎裂，當下手邊根本沒有醫療器具可以疏通孩子的呼吸道，周玉英直接用嘴覆蓋孩子的口鼻，吸出呼吸道中的黏液，順利救回脆弱的小生命。她說：「遇到每個緊急狀況，我只想著救人，從來不會思考什麼叫害怕。」

學會縫合、處理外傷 緊急救援成功

除了替孕婦接生，周玉英更在衛生所主任的指導下學習縫合。37年前剛分派尖石時，就被告誡一定要學會如何處理外科傷勢。為了練習，還藉由帶皮豬肉模擬人體，一針一線學會在面對病人傷口時，應該如何處理。

也因為這樣的強迫成長，讓周玉英30幾年來救了許多在山上受傷的居民。有一次，一名工人來到衛生所時已經全身都是鮮血，一問才知道是在山上工作時不慎遭鏈鋸砍傷手臂及小腿，長長的開放性傷口長達幾十公分，不進行緊急止血、縫合，恐怕就會因失血過多危及生命。周玉英馬上替受傷工人縫合傷口，穩住病患的情況，她表示，這不只是技術，更是長久以來的經驗，讓她練就膽大心細的態度。

因為山上醫療資源缺乏，居民看病都是一種奢侈，無法通車來回市區大醫院，只好靠著衛生所提供的服務支撐下去。每個月尖石鄉衛生所的看診人數高達兩、三千人次，也因為服務的多是尖石的居民，因此每個病人都像她的家人。

風災路斷、上山救援 毫不猶豫衝第一

每每到了颱風季節，周玉英就會擔心住在山上的病人，因為當中有些是重症病患，或是慢性病患者，更可能是孕婦，如果颱風的大雨造成山區道路中斷，很有可能讓病人無法及時獲得醫療援助。

或許是將每個病人都當成自己的家人看待，周玉英永遠都衝第一線。有一次因為颱風造成山區處處是孤島，衛生局人員召集人力上山救援，當下竟然沒有醫護敢挺身而出，周玉英毫不猶豫站了出來，搭上直升機就往山區趕去。回想起那次經驗，她笑說：「後來想到才會怕，因為聽說飛機駕駛是新手上路，在機上被甩來甩去，差點就被甩出飛機外了。」

許多病人也對於周玉英有種莫名的信任，「甚至有住在桃園、新竹市的病人，都堅持要在我們衛生所看病。」周玉英會到病人家中定期訪問追蹤，而且會說泰雅語，不知不覺中更拉近與原鄉病人之間的距離。時間久了，建立起信任關係，許多固定看診的病人即便從尖石搬到市區後，都認為只有尖石鄉衛生所才能夠治好病，而為了這份情誼連繫，周玉英也會不厭其煩親自到市區進行家訪。

體貼夥伴、親力親為 期待新手接力

在同事眼中，周玉英更是位體貼的夥伴。從2005年接任護理長職務以來，周玉英一直秉持以身作則、以和為貴的處事原則。雖然現在除了她，衛生所還有10名護理師，但周玉英堅持自己的工作排班要跟其他護理同仁一樣公平，並不因為她是護理長的身分，就不用親自替病人服務，或有特權不做基層護理工作。

周玉英說，衛生所的同仁都是她的夥伴，在尖石鄉衛生所的37年，她從來沒有後悔，還會繼續做下去。面對超高齡化社會的來臨，她想提前做好準備，為解決偏鄉醫療資源的缺乏，她在巡迴醫療及老人長照都花了很多心力，哪裡沒資源就去找資源贊助，哪邊不夠完善，就去向政府單位爭取人力、經費改善。她希望能在最少的資源情況下，為居民提供健康檢查、衛生教育及預防推廣教育，「可能再做2、3年也會被要求退休了，只期盼有更多醫護人員願意來偏鄉服務。」

- 主要事蹟：**
- 2019年獲臺灣傑出護理人員獎
 - 制定尖石鄉颱風災害救護、救難分工模式
 - 尖石鄉山地部落衛生健康管理、衛生教育
 - 遊說民間團體自2013年開始挹注醫療、資金資源
 - 制定符合在地原鄉部落需求的居家護理服務流程

(全文轉載自財團法人厚生基金會網站)

各縣市公會訊息

【文／潘碧雲整理】



趙育玲主任 當選新竹縣護理師護士公會理事長
鄭美錦技士 當選澎湖縣護理師護士公會理事長

台北市護理師護士公會 訊息

- ◎ 110年2月6日假公務人力發展學院臺北院區二樓卓越堂，舉辦「第18屆第3次會員代表大會」，會中頒發「績優護理人員獎」、「績優護理主管獎」及「護理創作競賽獎」。
- ◎ 本會研習活動（相關訊息詳見本會網站<https://www.tpena.org.tw>，參加對象為台北市公會全體活動會員）

新竹縣護理師護士公會 訊息

◎第17屆理監事當選名單

理事長：趙育玲 常務理事：彭淑媛、林金枝、張鳳媛、彭芝玲
理事：杜桂芬、陳美娟、毛月玲、洪月美、宋雅菁、陳宜蓁、黃瓊鶯、黃玉君、
吳秀卿、吳佳穗
常務監事：張文麗 監事：黃瓊美、李雅慧、劉綉玲、林凱玲

新北市護理師護士公會 訊息

◎109年護理研究成果獎勵名單

天主教永和耕莘醫院郭英玲、天主教耕莘醫院朱雯、淡水馬偕紀念醫院李英芬、新北市立聯合醫院蘇家嫻、衛生福利部雙和醫院張文蓓、亞東紀念醫院楊素真、耕莘健康管理專科學校邱淑如、馬偕醫護管理專科學校高美華、衛生福利部八里療養院王孝慈、台北慈濟醫院廖如文

◎109年護理專案成果獎勵名單

台北慈濟醫院李安亭、台北慈濟醫院黃筱真、亞東紀念醫院陳怡榛、淡水馬偕紀念醫院黃如玉、淡水馬偕紀念醫院蘇素卿、淡水馬偕紀念醫院戴莉婷、淡水馬偕紀念醫院陳郁琪、淡水馬偕紀念醫院黃苓婷、汐止國泰綜合醫院黃蕙文、汐止國泰綜合醫院彭楣雁、衛生福利部雙和醫院賴珣蓉、衛生福利部雙和醫院張佩琳、衛生福利部雙和醫院賴紘宣、衛生福利部雙和醫院梁靜萍、衛生福利部雙和醫院張蓀苒

◎109年護理創新競賽獎勵名單

名次	第一作者	投稿題目	服務單位
第一名	田佳加	保”管”你懂(侵入性導管教學模組)	淡水馬偕紀念醫院
第二名	許翹歆	好貼心 包會伯(三管照護指導工具)	亞東紀念醫院
第三名	高藝庭	扭轉乾坤~T型接管轉開片	衛生福利部雙和醫院
佳作	鄭皓云	”手”護者(手部約束鬆脫警報裝置)	淡水馬偕紀念醫院
佳作	林慧婷	愛要視手--寶寶專用IV觀察手拍	亞東紀念醫院
佳作	林俞均	擬真子宮頸口擴張教具	恩主公醫院
佳作	鍾佳玲	管管相護	衛生福利部臺北醫院
佳作	江禮仰	防跌夜光管路板	衛生福利部臺北醫院
佳作	方怡今	今天暈了沒-預防男性尿失禁訓練模具	亞東紀念醫院
佳作	陳香慧	手臂開天窗	亞東紀念醫院
佳作	古碧蓮	鉛中罩~穩布衫	亞東紀念醫院
佳作	林育年	保溫箱多功能管路懸吊固定器	淡水馬偕紀念醫院
佳作	林秋涵	運用QR code合併醫衛材圖片目視化提升計價正確率	台北慈濟醫院
佳作	楊惠君	防動背心，一件搞定	亞東紀念醫院
佳作	邱尹香	吸吸呼呼~飛(肺)起來	亞東紀念醫院
佳作	邱育芬	肌力超前部署-花甲11路健健美-健走杖運動轉銜站	恩主公醫院
佳作	李郁青	痙攣莫驚慌	亞東紀念醫院
佳作	劉欣怡	月曆立牌帶著走-讓你每月一針輕鬆一生	亞東紀念醫院
佳作	潘紫昕	活動式安心約束椅	淡水馬偕紀念醫院
佳作	郭雅綾	輕鬆約快速扣約束帶	亞東紀念醫院

※相關訊息，請逕至網頁查詢 <http://www.ttcna.org.tw/publicUI/B/B104.aspx?arg=8D25C6F7FE282CE071>

桃園市護理師護士公會 訊息

◎ 獎學金核發名單：

大學：

邱美文、莊博雅、盧詠緹、邱靖軒、王佩玉、蕭明瑾、黃琦玲、游紫玲、黃婷揚、賴佳琳、趙亭歡、陸翊葶、丘聖竣、鐘柔涓、鄭景慧、呂庭雅、王芷鈞、曾文珊。

研究所：

鄭秀琳、張曉蕾、劉曉芸、林溪璇、黃芊善、高賀萱、趙秀琴、卓桂安、李佳珉、蔡金杏。

◎ 護理創新競賽得獎名單：

名次	第一作者	作品名稱
第一名	李家蓉	手腳輕鬆擺位架
第二名	賴秋芳	COPD病人的桌上遊戲-飲食呷健康大富翁
第三名	蔣宜倩	針好玩-小兒靜脈注射多功能輔助面板
佳作	李香君	尿管便利行接頭
佳作	胡慧君	胸腔科吸入型用藥行動教具
佳作	江佩樊	神機妙算
佳作	簡宜蘋	多功能點滴架
佳作	廖君惠	鼻good、be good:鼻部手術衛教指導盒
佳作	蔣宜倩	「手」護-時來運轉給皂機
佳作	胡慧君	嗅味覺測試箱
*第一名	郭昭岑	糖友衛教流程快易通
*第二名	林佳妤	「瑜」快人生
*第三名	王惠萍	輕鬆冰敷一把罩
*佳作	呂詩婷	斤斤計較-I/O不漏記
*佳作	黃雅惠	『復健新生活』-邁向復元之路~提升慢性精神科住院病人社會生活功能

◎ 敬請各位會員繳納110年度常年會費1,000元，凡110年5月31日前在本會繳納1,000元常年會費者，發給護師節紀念品(義大利精品鋁合金折疊桌組)一組，繳納方式於公會網站公告。

澎湖縣護理師護士公會 訊息

◎ 第21屆理監事當選名單

理事長：鄭美錦 常務理事：黃淑芬、顏婉惠、徐慧真、洪美人
 理事：黃玉雯、蘇碧玉、洪淑美、林姿妤、洪玉玲、陳淑芬、宋惠美、蔡倍玲、張春子、許杰松
 常務監事：王秀英
 監事：顏鈺津、許菱芬、陳惠貞、林淑珍

壹、前言

「衰弱症」(Frailty)，是高齡長者常見的老年問題及風險指標，是一生中生理系統衰退累積的結果。這種衰退累積消耗了身體儲備的能量，以致輕微的壓力事件即易影響身體健康狀態。當生理系統的儲備和功能下降、對內部和外部壓力源的脆弱性增加，以及對疾病的感受性變高，容易對衰弱長者產生不良的預後影響，例如跌倒風險增高、入住機構機率增高、失能或死亡等(Maxwell & Wang, 2017; Ulrike et al., 2018)。

台灣的高齡人口正以驚人的速度快速攀升，我國於107年3月底65歲以上人口已達14%，正式邁入「高齡社會」。根據國家發展委員會推估，預計115年我國老年人口將超過20%(國家發展委員會，2019)。隨著年紀增加，得到衰弱的機率也慢慢增加。國外文獻指出，衰弱的老年人在社區約佔10%，在急性醫療院所約佔50%至80%，在長照機構約佔80%(Kojima, Liljas, & Iliffe, 2019)。台灣資料指出65歲以上民眾，衰弱佔5.8%，門診慢性病人達19.6%，且高達41.5%的長輩屬衰弱症前期。(呂等人，2010；衛生福利部，2018)。

衰弱是健康與功能衰退的轉變狀態，相較於無衰弱的老年人，衰弱老年人發生認知障礙的可能性高出二倍，憂鬱可能性高出四倍(Borges, Canevelli, Cesari, & Aprahamian, 2019; Soysal et al., 2017)。衰弱長者在面對突發事件，會提升受傷害的機率，失去自主能力、跌倒風險增加、骨折風險上升，導致就醫、延長住院天數，出現依賴家人照護的狀況或入住安養機構，甚至死亡的風險上升(Dent, Kowal & Hoogendijk, 2016; Wen, Chen, & Hsiao, 2017)。

目前研究顯示高齡衰弱症會導致老年人對長期照護需求增加，造成高齡族群無法獨立生活，不僅增加家庭與社會負擔，亦造成長者及照顧家屬生活品質下降。此外，高齡衰弱亦是失能的風險因子，若能對衰弱老人有及早的介入措施，則有機會可以逆轉衰弱的情形，並預防或延緩失能的發生(吳、周、詹，2014；Tarazona-Santabalbina et al., 2016)。

貳、衰弱定義及原因

衰弱普遍認為是因為年紀增長造成功能衰退及脆弱度增加(vulnerability)，其原因是多重的，無法以單一因素來解釋。可以分為內在及外在因子，且彼此交互作用而誘發促使衰弱的發生(Maxwell & Wang, 2017; Saedi, Feehan, Phu, & Duque, 2019)。

一、內在因子

- (一) 年齡：年紀越大，骨骼肌肉質量改變，發生機率越高。
- (二) 性別：女性發生率高於男性。
- (三) 營養不良：缺乏蛋白質、維生素A.C.E、血清鈣、葉酸和鋅攝取的老人，造成慢性營養不良，骨骼及骨骼肌流失、肌少症，影響步態與平衡，增加衰弱與跌倒的發生。
- (四) 心理因素：高齡者罹患有認知障礙、失智症、憂鬱、焦慮…等，衰弱機率增加。
- (五) 多重系統失調：神經肌肉、神經內分泌和免疫失調，使得身體內在失衡，抗壓力下降，以致衰弱。

- (六) 多重共病：罹患有心臟病、中風、骨折、糖尿病、高血壓、關節炎、癌症…等。
- (七) 藥物的使用：長期使用安眠藥、鎮靜劑、止痛藥者。

二、外在因子

- (一) 經濟條件差。
- (二) 社會：未婚、喪偶、教育程度低
- (三) 環境：獨居，不良的生活習慣。



參、臨床表徵

- 一、非預期之體重下降和/或肌肉質量喪失（肌少症）。
- 二、孱弱：日常生活可能需要他人部份協助。
- 三、疲倦：對外界的事情提不起勁。
- 四、少活動，或不愛動。
- 五、食量減少、營養不良。
- 六、平衡和步態異常，易跌倒。



肆、衰弱的評估

「衰弱」通常會有以下現象，包含軟弱無力、提不起勁、體重減輕、肌肉萎縮、易跌倒、行動不便、活動量變少等等。以心血管健康研究(cardiovascular health study)為最早提出的概念，常做為臨床研究使用，骨質疏鬆性骨折指數(study of osteoporotic fractures) frailty index及臨床衰弱量表(clinical frailty scale)亦為臨床常使用且易完成的評估工具：

一、CHS(cardiovascular health study)是以身體面向表現型為主軸測量概念的工具，其中最具有代表性的是Fried等人提出的衰弱表型測量(Fried et al., 2001)，由五項指標構成：

- (一) 消瘦/體重減輕(Shrinking/weight loss)：過去一年是否有體重減輕大於5公斤？
- (二) 手握力弱(Weakness/grip strength)：慣用手的最大握力男性 < 26公斤或女性 < 18公斤。
- (三) 做任何事情都容易疲累(low energy/Exhaustion)：主觀感受，如最近一週有三天以上做任何事情感到費力。
- (四) 行走時間(Slowness)：直線行走每秒小於0.8公尺(直線行走6公尺超過7秒)。
- (五) 低活動量(Low activity)：男性 < 383大卡/每週女性 < 270大卡/每週。

其中0項者為正常，若符合1-2項稱為「衰弱前期(prefrail)」，若有3項以上（包含3項）即稱為「衰弱(frail)」。衰弱前期就像是信號彈，提醒並預測未來「衰弱」與進一步「失能」的發生，衰弱的等級越高，其改善的可能性越小，不良預後及死亡的風險也增高。

二、SOF frailty index由三個指標構成，最常用於社區進行衰弱失能預防課程前的評估工具(Ensrud et al., 2008；Kiely, Cupples, & Lipsitz, 2009)。敘述如下：

- (一) 體重減輕(Weight loss)：1年內減少5%。以60公斤老年人為例，1年內體重下降3公斤。
- (二) 下肢功能(Lower extremity function)：是否可使用無扶手的椅子連續起立坐下5次。
- (三) 降低精力(Reduced energy level)其中0項者為正常，有1項者為 prefrail，有2項以上者為 frail。研究指出，SOF與Fried criteria相比較，兩者對跌倒、失能、骨折、死

亡等健康結果的預測效度非常接近，無顯著差異，而SOF相較於Fried criteria的優點是，使用簡便且不需要知道群體的分布情形來決定切點(Ensrud et al., 2008; Kiely, Cupples, & Lipsitz, 2009)。

三、CFS(Clinical Frailty Scale)臨床衰弱量表，是一個簡單且實用而有效的工具，可用於評估衰弱狀態在不同臨床環境，用於第一線篩檢衰弱的工具之一。可以檢測高風險的成年人，客觀的早期識別急性病房中虛弱的老年人，而積極進行復健介入措施，以預防併發症，並為高風險的老年人實施有效的出院計劃(Rockwood et al., 2005; Juma, Taabazuing, & Montero-Odasso, 2016)。根據活動和功能狀態的描述符和象形圖，CFS的範圍從1（非衰弱）到9（絕症），CFS分為三類：非衰弱（CFS1-4），輕度至中度衰弱（CFS5-6）和嚴重衰弱（CFS7-8），9則顯示病人罹患絕症，存活少於6個月。衛生福利部中央健康保險署自2017年擴大急性後期整合照護計畫，將高齡衰弱病人列為其中之一項目，採用CFS做為評估工具，符合年齡及疾病別：

(一) ≥75歲之高齡病人

(二) 具備以下疾病史(符合1項)：

1. 帕金森氏症
2. 慢性阻塞性肺疾病
3. 失智症
4. 第三期以上之慢性腎臟病

(三)因急性疾病入院（住院時間>72小時）。

(四)治療完成一個月內，具有功能下降狀態。

(五)臨床衰弱量表CFS 5-7分。

(六)醫療狀況穩定（不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者）。

(七)配合治療之認知與溝通能力，疾病上有恢復之機會。

伍、高齡衰弱的處置與預防

根據文獻證實，目前尚無專門針對身體虛弱的標準治療方法，但仍需要高質量，具成本效益的保健策略來應付身體衰弱，同時需與衰弱長者及照護者共同討論可行之照護計畫。

可執行之照護計畫如下(Dent et al., 2017; Kojima, Liljas, & Iliffe, 2019; Walston, Buta, & Xue, 2018)。

一、定期進行健康檢查及疫苗預防注射，及早發現健康問題，進行治療。

二、運動：進行肌力及平衡訓練，除了能維持身體機能，避免肌肉流失以外，也能促進身體的協調與平衡功能。健走及太極拳都是不錯的方式，進而漸進式的加強抗阻力訓練，可以改善下肢肌力，避免跌倒。

三、職能復健：除了運動外，配合專業復健亦能改善日常生活活動之功能。

四、營養維持：攝取均衡的健康飲食，以維持身體機能足夠的熱量與必須微量元素的補充，避免肌肉質量的流失。

五、檢視藥物：多重藥物及不適當藥物使用是高齡長者常見問題，醫護人員需定期檢視並依情況調整藥物。



陸、結論

衰弱及衰弱前期目前仍缺乏有效的篩檢工具及治療策略，有跨專業團隊介入，同時搭配周全性老年評估(comprehensive geriatric assessment, CGA)識別。跨專業團隊照護及CGA可改善長者生理及心理功能、避免不適當藥物、減少住院率及死亡率、增加病人滿意度。

藉全面性的評估並有效處置潛在觸發因素，早期發現、早期提供支持性介入措施；同時與長者和照護者共同討論照護計畫，是目前醫療團隊面對高齡衰弱需有的重要觀念。



柒、參考資料

- 吳雅汝、周怡君、詹鼎正(2014)·文獻回顧—肌少症與衰弱症·*內科學誌*，25，131-136。
- 呂貝蕾、張淑玲、陳晶瑩、吳治勳、張靜怡、陳慶餘(2010)·門診慢性病人衰弱症之分析·*台灣老年醫學暨老年學雜誌*，5(1)·36-49。
- 國家發展委員會(2019)·中華民國人口推估查詢系統（105至150年）數據—中推估。取自 <https://pop-proj.ndc.gov.tw/dataSearch.aspx?r=5&uid=2104&pid=59>
- 衛生福利部(2018)·中華民國106年老人狀況調查報告。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1767-113.html>
- Borges, M, K., Canevelli, M., Cesari, M., & Aprahamian, I. (2019). Frailty as a predictor of cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 6(26), 1-8. doi:10.3389/fmed.2019.00026
- Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E.O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Intern Medicine*, 31, 3-10. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.007
- Dent, E., Lien, C., Lim, W. S., Wong, W. C., Wong, C. H., Ng, T. P., …Flicker, L. (2017) The Asia-Pacific clinical practice guidelines for the management of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18 (7), 564–575. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.018>
- Ensrud, K.E., Ewing, S.K., Taylor, B.C., Fink, H.A., Cawthon, P.M., Stone, K.L., …Cummings, S.R. (2008). Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Archives of Internal Medicine*, 168 (4):382-389. doi: 10.1001/archinternmed.2007.113
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., …McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical*, 56 (3)146-156. DOI:10.1093/gerona/56.3.m146
- Juma, S., Taabazuing, M. M. & Montero-Odasso, M. (2016). Clinical frailty scale in an acutemedicine unit: A simple tool that predicts length of stay. *Canadian Geriatrics Journal*, 19 (2), 34–39. doi:10.5770/cgj.19.196
- Kiely, D. K., Cupples, L. A., & Lipsitz, L. A. (2009). Validation and comparison of two frailty indexes: The mobilize Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (9), 1532-1539. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02394.x
- Kojima, G., Liljas, A. E-M., & Iliffe, S. (2019) Frailty syndrome: Implications and challenges for health care policy. *Risk Manag Healthc Policy*, 12, 23-30. doi:10.2147/RMHP.S168750
- Maxwell, C. A., & Wang, J. (2017). Understanding frailty: A nurse's guide. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), 349-361. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.003>

- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitskiet, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, *173*, 489-495. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Saedi, A. A., Feehan, J., Phu, S., & Duque, G. (2019). Current and emerging biomarkers of frailty in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, *14*, 389-398. doi:10.2147/CIA.S168687
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., ... Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *36*, 78-87. doi: 10.1016/j.arr.2017.03.005
- Tarazona-Santabalbina, F.J., Gómez-Cabrera, M.C., Pérez-Ros, P. Martínez-Arnau, F. M., Cabo, H., Tsaparas, K., ... Viña, J. (2016). A multicomponent exercise intervention that reverses frailty and improves cognition, emotion, and social networking in the community-dwelling frail elderly: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17* (5), 426-433. doi: 10.1016/j.jamda.2016.01.019
- Ulrike, J. W., Graziano, O., Dagmar, S., Birgitt, W., Olatz, A., Roberto, B., & Emanuele, M. (2018). The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *European Journal of Internal Medicine*, *56*, 3-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.04.023>
- Walston, J., Buta, B., & Xue, Q. L. (2018). Frailty screening and interventions: Considerations for clinical practice. *Clinical Geriatrics Medicine*, *34*(1), 25-38. doi:10.1016/j.cger.2017.09.004
- Wen, Y.C., Chen, L. K., & Hsiao, F. Y (2017). Predicting mortality and hospitalization of older adults by the multimorbidity frailty index. *Public Library of Science*, *12*(11),1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0187825. eCollection 2017



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 (是非及選擇題，共10題)：

1. 衰弱普遍認為是因為年紀增長造成功能衰退及脆弱度增加，多重原因交互影響，無法以單一因素作解釋。
2. 衰弱症是高齡長者常見的老年問題及風險指標。
3. 高齡衰弱症易使長者跌倒風險及入住機構機率增高。
4. 衰弱老年人發生認知障礙的可能性，比一般老年人的高出四倍。
5. 高齡衰弱是失能的風險因子，一旦發生無法逆轉。
6. 關於衰弱的原因敘述，何者為是？(1)女性發生率高於男性。(2)多重系統失調。(3)多重共病。(4)以上皆是。
7. 關於衰弱的臨床表徵，以下敘述何者為非？(1)可預期之體重下降和/或肌肉質量喪失（肌少症）。(2)孱弱。(3)疲倦。(4)營養不良易跌倒。
8. 衰弱的評估可以採用什麼測量工具？(1)CHS(Cardiovascular health study)。(2)SOF frailty index。(3)CFS(Clinical Frailty Scale)。(4)以上皆是。
9. 急性後期整合照護計畫-高齡衰弱，以CFS做為評估工具，請問評分幾分合適進行復健介入？(1)1-3分。(2)3-5分。(3)5-7分。
- 10.關於高齡衰弱的處置與預防，以下敘述何者為是？(1)運動：進行肌力及平衡訓練。(2)職能復健。(3)營養維持。(4)以上皆是。

季節交替-談孩童異位性皮膚炎

陳淑賢 長庚醫療財團法人行政中心護理管理部組長

異位性皮膚炎 (Atopic dermatitis, AD) 又稱做異位性濕疹 (Atopic eczema)，是兒童最常見的慢性皮膚病，經常因氣候變化或食物等因素造成復發(Lan, Lee, Lu, Lin, Chiu, Chou, et al., 2009)。據流行病學研究顯示，台灣地區異位性皮膚炎之盛行率2000至2004年異位性皮膚炎的盛行率為6%－14%，至今已擴增到約為13%－20%，嬰幼患者大約3~5%，其中 60%的病人會在一歲內發病，五歲以前發病約90%，男童發病年齡比女童還得早(Lan, et al., 2009)。為什麼會有異位性皮膚炎?其實病因目前不明，可能與免疫系統的異常、遺傳性的過敏體質有關，也就是說父母親有異位性皮膚炎，其小孩罹患異位性皮膚炎的機會也很高。異位性皮膚炎的成因非常複雜，會因遺傳因素、環境因子和自體免疫的狀況交互影響，尤其纖維蛋白 filaggrin (FLG)基因突變與AD、氣喘、過敏性鼻炎(allergic rhinitis)都具高度的關聯性，纖維蛋白是形成完整“表皮屏障”的重要物質，一旦缺損會影響皮膚角質層的正常防禦功能，而研究證實異位性皮膚炎患者的纖維蛋白呈現缺損，這樣較不健全的皮膚會因為環境中物質的刺激及過敏原的致敏化，引起皮膚免疫失調，進而導致反覆發作的濕疹 (吳、張，2015)。

異位性皮膚炎的診斷乃根據家族史、個人病史及典型的皮膚臨床表現與分佈位置為主，臨床表徵主要是皮膚搔癢(Pruritus)、皮疹型態與分佈、慢性反覆的皮膚炎，以及異位體質外，另外患者皮膚乾燥(Xerosis)、魚鱗癬、首長紋路過密、皮膚角質化突起、血清中免疫球蛋白 E (IgE)及嗜伊紅性白血球增高等來判定。異位性皮膚炎在嬰兒時期呈現急性表現，較常出現在前額、兩頰、頭皮、頸部、軀幹及四肢伸側，而較大孩童則出現在膝後窩(popliteal fossa)、前肘窩 (antecubital fossa)、手腕、足踝、頸部、眼瞼、背部、臀部及大腿等處，嘴唇或口腔周圍皮膚常乾裂、脫屑、形成溝紋。異位性皮膚炎通常隨著年齡增長會消失，不過這類病人長大之後皮膚對刺激物會較易發癢及發炎(Kim, 2013)。

由於異位性皮膚炎的最主要症狀就是皮膚奇癢無比，常常會突然發作，反覆發作，身上會出現丘疹及脫屑形紅斑，經長期搔抓後，使得皮膚增殖變厚變硬，顏色也變深，整個皮膚表面看起來粗粗的一條一條而形成「苔癬化」，因為搔癢難耐，患者常不自覺地抓到皮破血流，若此時細菌感染到搔抓的傷口，則可能會流湯流水，出現焦糖色的結痂，甚至導致蜂窩性組織炎。異位性皮膚炎，長期下來會干擾病人的睡眠、情緒、課業或工作，對病患與家人的生活品質影響很大。什麼因素會造成異位性皮膚炎惡化?遺傳固然是造成惡化的因素之一，而環境因子也是影響疾病發作的關鍵因素。異位性皮膚炎患者的因皮膚障壁缺損，容易對很多過敏原 (例如空氣污染、冷、熱、花粉、食物等) 產生過敏反應，譬如流汗、皮膚摩擦、氣候變化、接觸過敏性或刺激性物質(如動物毛髮、地毯、尼龍等)、情緒波動、睡眠不足及身心壓力、長時間待在空調房間裡、或是使用鹼性清潔產品的刺激等，也都可能會讓病情加重，如能對這些因子加以適當控制，將能降低異位性皮膚炎的發作。

如果孩子有異位性皮膚炎時該如何處理?首先，需保持指甲光滑及清潔，避免孩童抓癢時皮膚受傷，若感到搔癢時，可使用保濕劑 (moisturizer) 取代抓癢。而孩子如有異位性皮膚炎則需依照醫師指示下使用藥物，千萬不要擅自購買成藥或使用偏方，以免造成不可收拾的後

果，倘若搔癢症狀嚴重時，醫師可能會給予病人口服的抗組織胺來幫助病人止癢。口服抗組織胺是異位性皮膚炎的主要治療藥物，可有效控制搔癢，有些病人甚至必須長期服藥，等症狀較穩定再逐漸減少藥量，如此才能將症狀控制的較穩定。但有的人對於口服藥會有疑慮而不願服藥，其實抗組織胺是種相當安全的藥物，且若不用口服藥控制而只是一味塗藥，不但是種捨本逐末的方法且無法有效控制病情。若皮膚傷口發生細菌感染，醫師也會考慮加上抗生素來治療，而抗生素使用必須吃滿一個療程再停藥，以免病情惡化。除此，如孩子的皮膚乾燥最重要是需補充水分、濕潤(nydration)及保濕皮膚，所以可以微溫的水中浸泡15~20分鐘或淋浴，使皮膚吸收水分，且可在洗澡水中加入非皂非鹼的洗劑，應避免使用刺激性的化學製劑（藥皂、紅水或其它殺菌劑），在洗澡後要立刻擦上保濕性強的乳液或乳霜。

隨著時代的進步，異位性皮膚炎的治療方式已經不再只有類固醇一種「武器」，而是要對此疾病有正確的認識，平時應注意避免惡化因子，長期使用不含類固醇的保濕劑潤滑皮膚、預防發炎，並適度使用止癢藥物；在症狀發作初期則要及早使用新一代不含類固醇的藥膏，只要每天早晚各一次輕輕塗抹在患部，便能迅速解除皮膚炎的症狀；若是症狀惡化得很厲害，再短暫使用類固醇藥膏，一旦症狀獲得緩解，便迅速回復到不用類固醇的治療方式，如此可以提高病人的生活品質、減少病情惡化的次數，同時再配合居家護理及多與醫師充分溝通合作，相信一定能夠獲得相當理想的治療成果。

參考資料

- 吳曉涵、張璧月(2015) • 淺談纖聚蛋白(filaggrin)與異位性皮膚炎 *J Biomed Lab Sci*, 27(2), 35-41.
- Lan C. C., Lee, C. H., Lu, Y. W., Lin, C. L., Chiu, H. H., Chou, T. C. et al. (2009). Prevalence of adult atopic dermatitis among nursing staff in a Taiwanese medical center: A pilot study on validation of diagnostic questionnaires. *J Am Acad Dermatol*, 61(5), 806-12.
- Kim, K. H. (2013). Overview of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology, Asia Pacific Allergy*, 3(2), 79-87.

實證護理必備工具書



定價：450元（全新第四版）

特價95折、10本團購價8折

優惠期限：2020-12-31

ISBN：978-986-522-160-7



《熱賣書 強強滾》

● 新增第9單元「實證護理與臨床能力進階制度結合」

特別邀請成大醫院實證團隊，將其推動多年的「實證護理與臨床能力進階制度結合」的經驗，與大家分享，讓讀者能快速學習N1~N4的學術報告撰寫。

出版日期：2020年9月 四版二刷



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「感控課程」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（選擇題，共10題）：

1. 關於異位性皮膚炎（Atopic dermatitis, AD）以下敘述何者為非？(1)又稱做異位性濕疹。(2)經常因氣候變化或食物等因素造成復發。(3)通常好發於成人。(4)至今異位性皮膚炎的盛行率約為13%—20%。
2. 關於異位性皮膚炎的處置方式何者為是？(1)如患有異位性皮膚炎不需就醫，自行購買成藥即可。(2)可使用保濕劑取代抓癢。(3)患有異位性皮膚炎可在洗澡水中加入藥皂、紅水或其它殺菌劑使治療更有效果。(4)若使用抗生素治療後症狀明顯改善，可立即自行停藥，不需吃滿一整個療程。
3. 異位性皮膚炎的流行病學研究描述包含？(1)其中 60%的病人會在一歲內發病。(2)嬰幼患者大約3~5%。(3)男童發病年齡比女童來得早。(4)以上皆是。
4. 有關異位性皮膚炎成因的描述何者為非？(1)可能與免疫系統的異常、遺傳性的過敏體質有關。(2)父母親有異位性皮膚炎，其小孩罹患異位性皮膚炎的機會也很高。(3)較不健全的皮膚會因為環境中物質的刺激及過敏原的致敏化引起皮膚免疫失調，一旦痊癒即可免疫不會重複發作。(4)纖維蛋白是形成完整“表皮屏障”的重要物質，一旦缺損會影響皮膚角質層的正常防禦功能。
5. 異位性皮膚炎的診斷描述何者為是？(1)根據家族史、個人病史及典型的皮膚臨床表現與分佈位置為主。(2)臨床表徵主要是皮膚搔癢、皮疹型態與分佈、慢性反覆的皮膚炎。(3)在嬰兒時期呈現急性表現，較常出現在前額、兩頰、頭皮、頸部、軀幹及四肢伸側；(4)以上皆是。
6. 做以下哪一件事較“不”會使異位性皮膚炎情況惡化？(1)修剪指甲保持光滑；(2)整理毛髮、地毯等家務；(3)長時間待在空調房間裡；(4)多運動讓身體流流汗。
7. 關於異位性皮膚炎的相關描述何者為是？(1)異位性皮膚炎的成因非常複雜，會因遺傳因素、環境因子和自體免疫的狀況交互影響；(2)患者身上會出現丘疹及脫屑形紅斑；(3)異位性皮膚炎通常隨著年齡增長會消失；(4)以上皆是。
8. 關於異位性皮膚炎的治療敘述何者為是？(1)口服抗組織胺是異位性皮膚炎的主要治療藥物；(2)僅能使用類固醇藥物才能有效治療異位性皮膚炎；(3)只有對患部塗藥才是最佳治療異位性皮膚炎的方式；(4)以上皆非。
9. 下列有關異位性皮膚炎的主要特徵何者為非？(1)皮膚長期搔癢；(2)慢性反覆性的皮膚炎；(3)個人或家族有過敏性鼻炎、氣喘或異位性皮膚炎等病史（所謂異位性體質）；(4)常併有皮膚的Pseudomonas aeruginosa感染
10. 異位性皮膚炎患者，其實驗室檢查常可見血液中何者會上升？(1)IgG；(2)IgM；(3)IgE；(4)IgA

邁向護理創新時代

張靖梅 弘光科技大學護理系所助理教授

相信多數臨床護理人員對「創新」一詞，應不陌生。因為中華民國護理師護士全國聯合會為提升護理流程、技術、用品及照護模式，於民國86年起即推展「護理創新競賽」活動，至今已20餘載。本人最早接觸到創新議題是在96年，那時我剛好擔任醫院的研究督導，為提升護理人員創新與思考，創建了院內護理創新競賽平台。還記得剛推展創新時，許多人都礙於主題、方向不知如何擬定而苦惱，此情境真有如「衣帶漸寬終不悔，為伊消得人憔悴」。在思考創新主題或方向時，若無任何照護經驗，過程是極其艱辛的。在創新的過程中，創意來源最為重要，很多人認為創新一定得發明，其實創新的過程中，非得一定要前所未有的，也可在既有的軌道上注入新的元素和思維，以舊酒裝新瓶模式，也是一種創新。因此照護經驗，往往成為臨床創意源源不絕的思考來源。創意其實就是種邏輯思考、形象思考、逆向思考、發散思考、系統思考和直覺、靈感等多種認知方式綜合運用的結果。

如何在舊有照護元素中創造出新質感？記得曾經在參加一堂講座中聽到「加、減、乘、除創新法」，我覺得還蠻受用的。其提到，所謂「加法」-加入能簡化問題的元素。如「顏色」加上「物品」能產生甚麼？在臨床中，常可見顏色「紅、黃、綠」用於臨床管理的實例，如預防高危險跌倒的紅色手圈、高警訊藥物的紅色標籤、行動護理車尖銳物品回收盒「紅、黃、藍」分類…等。「減法」-移除不實用的元素，化繁為簡，簡化問題並且聚焦，此創新法在臨床中亦常被運用，例如品質管理中的精實醫療或臨床的智慧化流程中的自動繳費裝置、生命徵象自動傳輸、身高體重自動傳輸…等，都是運用流程簡化的功能。「乘法」-增加既有元素、去舊創新，問自己：「可以加倍運用什麼元素，以更有效解決問題？」如壓瘡的測量尺、辨識圖卡、跌倒的評估量表、點滴滴數換算表…等。「除法」-分離出一群元素，反向思考，建立獨立的解決方案。如回縮式的手術電刀…等。「重組」-將新構想中的元素以不同方式結合，改變進行的順序、或者以完全顛倒的順序重組構想。這些方法，都有助於我們對事物、流程從新思索，創造新局。而執行創新的過程中，其實同時也是在了解問題、思考問題及解決問題。

護理創新之路，除臨床重視外；學校教育也重視，如：創新教學、專題研究及學生專題製作…等，莫不以創意思考為依歸。不論是臨床或教學，都希望護理人員能善於運用創意思考，提升臨床流程或照護模式，讓護理變得更好。依據個人臨床二十餘年對護理人員的觀察，不論在護理技術或流程，護理人員常有許多驚人的創意之舉，但礙於無法成功媒合業者，讓創意開發成商品，最末創意通常只能不了了之。在創新過程中，我覺得最為困難之處莫過於技轉，因為缺乏與廠商媒合的合作平台，醫院也缺乏將護理人員創意轉成商品的動力，以致於護理人員雖曾有多項創意想法或曾擁有專利，但多數終將化為烏有，創意瞬間轉成泡影，此一直為本人感

到最為可惜之處。本人曾在新加坡一所醫院參訪時，看到醫院衛材專賣店賣有該院護理人員研發的商品，雖然他們的創意都只是小巧思，但當時看到覺得好生羨慕，真希望在台灣鼓勵護理人員從事創新之時，也能提供給護理人員將創意轉成產品的機會，有效連結媒合平台，若能協助護理人員技轉成功，相信以護理人員創意無限的經驗與思考能力，一定可培育出許多臨床發明家，一同改善臨床護理照護環境及流程。

這疫年，我們與您們同在

陳淑賢 長庚醫療財團法人行政中心護理管理部組長

回憶2003 SARS疫情爆發那年，剛好被調至基隆長庚醫院服務，親身經歷SARS整個防疫準備與迎戰，沒想到17年後的今天COVID-19在全球肆虐大流行，雖不在臨床直接服務，但身為幕僚的我們，也開過無數的COVID-19因應會議，如醫療人員防護裝備與訓練、病人簽住及管理、TOCC資訊導入建置與即時管理、分艙分流規劃與管理、環境清潔管理、臨床員工關懷、醫療資源分配與管理等，其為了確保病人、家屬及全體員工安全，杜絕國內COVID-19爆發。當防疫意識逐漸在社會中萌芽，我們相信這將是戰勝疫情的曙光。

沒有從天而降的英雄，只有挺身而出的護理師。護理人員是醫療體系中人數最多，也是守護病人健康與生命的天使。從新生兒到老人，從喜悅到臨終前的哀傷，從意外惡耗後的震驚到傷患病痛時的惶恐與咆哮，以及在大量傷患、毒化災、重大災害等緊急事件的應變能力等各種情境，提供24小時長年無休的服務。我們永遠不知道下一秒會有多少病人？會有什麼意外？甚至會有那些傷病患者需要緊急救援，奮不顧身，以快速的應變處理一個接著一個的疾病或意外傷患，即使面對具高傳染力的新興疾病，仍義無反顧地堅守崗位，全力投入且默默付出，救死扶傷無私付出的身影與精神，永遠與病人同在。尤其在COVID-19疫情的急診發燒篩檢站、防疫門診、COVID-19專責病房與加護病房、包機後送、機場檢疫、機構篩檢，甚至在社區衛教指導及防疫追蹤等，都可以看到本院護理人員防疫足跡，他（她）們秉持專業承諾，不畏艱辛，守護民眾健康。我們了解在病人照護過程中，每一件隔離衣下都是您濕透的汗水，每一副手套內盡是乾裂的傷口。每一個口罩下一道道數不清的勒痕，代表著無私的奉獻與付出，我們正共同寫下另一頁的防疫歷史。

從這場全球規模的抗疫戰爭爆發一年以來，台灣政府一路上正確的決策和許多團隊傑出的研究成果，讓台灣成為了全世界目前的抗疫指標，或許身在醫療人員的我們，除了因應政府的防疫政策外，更勇於承擔，發揮醫療專業守護人民健康，堅守醫療核心精神，同心協力協助政府建立最堅強醫療防疫陣線。