



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

第一四四期

中華民國一一〇年十二月出版

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)

護理智能 護您一生 2021台灣醫療科技展

為推廣與行銷護理，本會連續五年參與「台灣醫療科技展」，從一個攤位擴大到六個攤位，今年以『護理智能 護您一生』為主題，彰顯從出生呱呱落地至安寧臨終，護理師始終守護著民眾、家庭與社區。

今年展出時間為12月2日~5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，結合各護理專業學術團體及實務經營者，呈現護理在醫療機構、社區衛生、長照等領域重要關鍵角色，並運用知識與科技的合作鏈結，涵蓋安全照護、執業環境安全管理、生理測量及監控、臨床照護作業系統智能化等產品及服務，以提升照護品質及營造友善執業環境。

會場展示會員近年的護理創新作品，包括：雙重保護氣切固定安全帶、痛禱樂(pain killer)-疼痛管理智慧照護系統、失禁性皮膚炎分級與CPR組合式照護指南APP、多功能人工血管注射模擬器等共計8件；邀請健康醫療及科技公司共同聯展，包括：美思科技公司臥床照護系統2.5、英華達公司全家實全方位生理量測系統、緯創醫學科技公司非接觸式護理語音系統及慧德科技公司臨床輸液幫浦照護管理系統。

現場安排講座活動，包括：防疫E起來：到院資料一把罩、以互聯網提升輸液安全與遠距照護之應用、護理智慧防疫的運用、零接觸式護理應用、疫情下居家護理的智慧轉型分享、運用日常管理系統降低一般病房住院跌倒發生率及智能雙向傳輸輸液管理系統提升病人給藥流程與安全。

蔡總統英文、立法院游院長錫堃、吳委員玉琴及衛福部陳部長時中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，與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。護理是引領健康照護智能發展的重要關鍵，結合護理人員的智慧與醫療創新，能精進護理照護流程，提升工作效能增進生活品質。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。



高靖秋理事長(右三) 曾勤媛委員(左三)



陳時中部長(中)、吳玉琴立委(左七)



蔡總統(中)、盧美秀監事長(後排左八)、紀淑靜副理事長(後排右六)、石崇良常務次長(後排右一)

本期目錄

護理智能 護您一生 2021台灣醫療科技展..... 1	男性護理人員座談會參與心得分享..... 8
第31屆醫療奉獻獎..... 2	各縣市公會訊息..... 10
2021「疫心守護」攝影投稿作品入選作品名單.. 4	【通訊課程1】器官捐贈與腦死判斷..... 11
110年度護理研究成果應用競賽得獎名單..... 6	【通訊課程2】我醒了·我後悔·還我自主權.. 14
居家護理機構健保申報學習案例與經驗分享.... 7	【小品文】..... 17

第31屆醫療奉獻獎

鄭聿凌守住衛教前線 翻轉衛生所的極限



聯合報記者林敬家／專訪
攝影圖／鄭聿凌提供



右四鄭聿凌護理長

由立法院厚生基金會及衛生福利部等共同舉辦之「第31屆醫療奉獻獎」於10月30日假圓山大飯店辦理頒獎典禮，其中彰化縣縣西鄉衛生所護理長鄭聿凌獲得殊榮，實致名歸。

鄭聿凌是全國第一位獲績優奉獻獎的公衛護理師，108年榮獲慈月基金會頒發南丁格爾獎時。鄭聿凌當場將獎金20萬元全數捐獻線西鄉三所國中小學，受她感動的薛伯輝基金會加碼20萬元，鄭聿凌轉手同樣捐出。同年，鄭聿凌獲考試院公務人員傑出貢獻獎，獎金20萬元再次捐出。

「人很難生而平等，但醫療及教育不能不平等，」鄭聿凌說。這位在偏遠鄉鎮服務的小小基層公務員，胸懷一點都不小；她說，她希望盡己之力，在偏鄉衛生所的位置上改善偏鄉的醫療不平等，同時幫忙改善偏鄉的教育不平等。

44歲的鄭聿凌護理生涯已24年，前12年在臺中榮民總醫院，是內外科病房和加護病房的護士。因為三班制工作型態，能陪伴家人的時間太少，她轉職回到出生地彰化縣，去了偏遠的線西鄉，進入最基層的衛生所，到現在也12年。剛到線西鄉時鄭聿凌對一切都很陌生，但衛生所的工作需要家庭訪視及深入社區，包山包海般讓她花了一段時間才逐漸適應。

線西鄉人口約1萬6千多人，醫療資源有限，全鄉只有兩家診所與兩間藥局，居民相當依賴衛生所。鄭聿凌說，衛生所也曾開了車下鄉巡迴醫療，但線西鄉人口老化，依照今年三月的統計，65歲以上人口已佔15.31%，老人家和其他行動不便者仍無法自行前來，後來改由醫師與護理師到居民家裡看診，這跟她習慣的醫院是病人主動前來不一樣。

從禮堂管到天堂，工作複雜難以想像

而且，衛生所的核心任務在預防，是衛生所要主動出擊關心居民，防杜於疾病之前。因此，男、女、老、少，都是衛生所照顧的對象。從嬰幼兒健康檢查、預防注射，到成年人的癌癥篩檢、C肝根除、肺結核防治，還有運動保健、國民營養、食品檢測等等，衛生所都有份。新冠疫情期間，疫調、居隔、快篩、打疫苗，也歸衛生所。常常，為配合居民作息，周末也要辦宣導或篩檢。衛生所曾被形容為「從禮堂管到天堂」，整個工作繁雜到難以想像。

辦活動，多虧有近50人的阿嬤志工大隊

在線西鄉衛生所，鄭聿凌是護理長，帶領四位護理同仁。「幸虧有熱情的志工，幫了大忙，」鄭聿凌說。線西鄉志工隊將近50人，多數來自社區裡熱心的阿嬤，左鄰招右舍，結伴來。有一年，不巧衛生所陸續有同仁退休或轉職，一度只剩下鄭聿凌和一位新進同仁，還好有志工隊拔刀相助，成功辦了一場四百多人超盛大的癌症篩檢。最近因為疫情，衛生所要設立疫苗快打站，也是志工阿嬤們冒著染疫風險，與衛生所醫護頂著大太陽穿防護衣戴面罩，工作結束時全身濕透。

鄭聿凌很感動，志工們卻說：「看到不是線西人的鄭護理長為線西鄉做那麼多事，線西人怎麼能偷懶？」

想盡辦法做衛教，菸害防制成效全國第二

沒錯！為了照顧鄉親，鄭聿凌常扮演雞婆角色，譬如加班打電話給鄉民，提醒他們到衛生所健康檢查，有時候碰上不耐煩的民眾掛她電話，她偶爾也會洩氣，但想到責任在身，很快振作起來繼續狂call，找盡各種機會向民眾衛教。有一次，一位拗不過邀請而前來做大腸癌篩檢的鄉親，竟抓出原位癌，趕緊處理。這位幸運兒從此自動當宣傳員，廣傳癌篩的好處，特別有說服力。

「這就是公衛的價值。」身為公共衛生護理師，鄭聿凌說，公衛在最前線，預防做得好就不用走到後端的治療；就像只要能及早「找到」陽性個案，就是在救命，投資報酬率最高。鄭聿凌因此認為衛生所工作最需要的人格特質是「雞婆」。她的雞婆，表現在各個方面，有時候甚至產生完全意想不到的結果。

推動衛教，鄭聿凌不「例行公事」，而是動腦筋想方法。譬如線西鄉惡性腫瘤死亡率率高於全國、平均餘命低於全國，而菸害是增加風險的因子。鄭聿凌說服鄉內的診所、藥局一起推廣菸害防制，還到彰濱工業區主動登門提供「一站式戒菸」服務，到校園辦戒菸班從根救起。衛生福利部國民健康署辦理全國評比，偏鄉小單位的線西鄉衛生所以總體成效之佳，拿了金所獎全國第二名。

糖尿病照護，教民眾學會用APP記錄血糖

她後來創新手法，又推動糖尿病的照護。線西鄉的糖友，或不知道要測血糖或買不起血糖機，鄭聿凌向廠商接洽，得到免費的血糖機給糖友；再接洽APP廠商下鄉，教會糖友們使用APP記錄血糖，上傳網路雲端。原本糖友們可能三個月一次到衛生所就診，才知道血糖控制得如何；學會APP，衛生所在線上直接溝通，糖尿病患得到連續性的照護，並有益於糖尿病的療效。

還不僅於此，治療糖尿病是要打胰島素還是口服用藥，一向由醫師決定，鄭聿凌卻嘗試從病人的需求出發，由醫師和病人溝通，共同決定採用哪個方法醫治，稱為「醫病共享決策」。也就是以糖尿病為切入點，嘗試醫病共享決策的模式，病人因而享有個別化的照護，也藉此促進醫病關係，希望醫病雙贏。

這套糖尿病照護計畫的執行成果，果不其然獲得多個競賽的優勝。更深一層意義則是提升了偏鄉父老的健康識能，實質且專業的照護也克服了偏鄉資源缺乏對治療品質的傷害。新冠肺炎疫情期間，由於善用APP遠距照護，還降低了接觸風險，線西鄉衛生所和鄭聿凌可謂是大大的「超前部署」了。

競賽常勝軍，獎金用來更新衛生所設備

線西鄉衛生所成了競賽常勝軍，但他們為了鄉民健康「無所不用其極」，連獎金也拿出來更新衛生所的血糖機；低收入戶可以免費有血糖機以及一百片試紙，條件是「要在家好好測血糖」。

鄭聿凌個人已得了好幾個大獎，醫療奉獻獎是最新的一個。她說自己並不突出，只是努力想把事情做得更好。她覺得衛生所的發揮空間很大，她喜歡其中的樂趣，也從鄉親的回饋裡看見自己工作的意義，「不枉此生。」

她開心的透露，生完第一個孩子後工作壓力大，想懷孕的心願一直無法實現，沒想到隔了十年終於在去年有了老二，讓她不禁揣測「是否替別人做了些好事」所以得到獎賞，她感謝上天送了這麼好的禮物。

線西鄉衛生所主任李佳勳讚美鄭聿凌有無比的愛心與耐心。他們都有翻轉偏鄉的心願，近兩年開始在衛生所做「份外」之事：推行「親子共讀」，還設置「悅讀區」角落引導親子共讀。衛生所正在重建，他們有更多規劃等待實現。一個鄉下小衛生所的護理師照樣能做出傑出貢獻，足以激勵多數平凡的基層人員，也證明只要有心就能不凡。

(全文轉載自厚生基金會第31屆醫療奉獻獎 醫誓，I DO.)



更多訊息請掃 QR Code

本會訊息

2021「護理·疫心守護」攝影投稿作品入選作品名單【文/翁淑芳整理】

本會於今年疫情期間徵選攝影作品，從攝影的角度展現護理之美，希望透過不同的視角將抗疫期間的感動與溫馨的畫面集結成冊。從急診、專責病房、居家訪視、群聚感染處理、社區採檢、防疫旅館、疫苗接種等視角，看到醫護人員在抗疫照護及人際互動之情景，為台灣防疫時刻留下珍貴的歷史紀錄。

自8月23日至9月30日止，共收到符合資格之投稿照片351件(護理專業組337件、愛好攝影組14件)，最後入選作品護理專業組-74件、愛好攝影組-7件，共計作者78位，名單如下：

投稿組別-愛好攝影組

編號	作者姓名	任職醫院／機構
1	呂玉珍	門諾基金會
2	李巧妤	麻豆新樓醫院
3	謝明良	麻豆新樓醫院
4	蕭漢元	員榮醫院
5	盧文偉	員榮醫院
6	葉耀元	臺中市中心亨事成教育推廣協會

投稿組別-護理專業組

編號	作者姓名	任職醫院／機構
1	郭昭岑	衛生福利部桃園醫院
2	戴英哲	林口長庚紀念醫院
3	岳芳如/ 高尤娜/ 紀貞宇	成功大學醫學院附設醫院
4	游婉立	屏東縣內埔鄉衛生所
5	雷忠騰	林口長庚紀念醫院
6	李爭伶	臺北醫學大學附設醫院
7	劉怡萍	雲林基督教醫院
8	朱凱莉	三軍總醫院澎湖分院
9	李亭瑩	雲林基督教醫院
10	鄭如芳	臺北市立聯合醫院和平院區
11	陳雅琳	臺北市立聯合醫院和平院區
12	陳筱暄	臺北市立聯合醫院和平院區
13	鄒怡君	臺北醫學大學附設醫院
14	吳雨璇	衛生福利部雙和醫院

15	詹佳蓉/ 蔡佳芸/ 李佳欣	臺北醫學大學附設醫院
16	楊孟玟	衛生福利部雙和醫院
17	張詠涵	輔仁大學附設醫院
18	張家如	新竹國泰綜合醫院
19	宋建美	輔仁大學附設醫院
20	葉凌吟	衛生福利部基隆醫院
21	翁芳婷	輔仁大學附設醫院
22	莊美慧	衛生福利部基隆醫院
23	祝婕芸	輔仁大學附設醫院
24	蔡昂穎	臺中榮民總醫院
25	蔡鏗霆	恩主公醫院
26	孫美華	輔仁大學附設醫院
27	林于文	輔仁大學附設醫院
28	史欣儒	彰化基督教醫院
29	賴雅惠	台南新樓醫院
30	游矜讓	輔仁大學附設醫院
31	黃鈺茹	嘉義長庚紀念醫院
32	宋益美	衛生福利部樂生療養院
33	陳怡靜	台北慈濟醫院
34	張淑婷	輔仁大學附設醫院
35	吳淑敏	臺北榮民總醫院桃園分院
36	羅美惠	衛生福利部桃園醫院
37	游如屏/ 黃欣馨	臺北榮民總醫院桃園分院
38	許春華	嘉義長庚紀念醫院
39	劉佳燐	恩主公醫院
40	陳燕菁/ 高薇如	衛生福利部雙和醫院附設產後護理之家
41	黃欣萍	衛生福利部桃園醫院
42	洪宜婷	臺北市立萬芳醫院
43	邱俞甄	林口長庚紀念醫院
44	陳裴農	林口長庚紀念醫院
45	吳翊菱	輔仁大學附設醫院
46	余采容	義大醫院

47	簡秋金	義大醫院
48	陳昱廷	輔仁大學附設醫院
49	張品嫻	林口長庚紀念醫院
50	黃雅芬/ 莊佩宜	高雄市立鳳山醫院附設居護所
51	彭淑娟	麻豆新樓醫院
52	潘幸宜/ 邱麗鈴	衛生福利部樂生療養院
53	陳寶如	衛生福利部雙和醫院
54	廖唯欣	台中慈濟醫院
55	張舒婷	羅東博愛醫院居家護理所
56	高蕾雅	羅東博愛醫院
57	蔡雅琪	義大癌治療醫院
58	周季妤	林口長庚紀念醫院
59	楊博青	臺中榮民總醫院
60	林怡君	嘉義長庚紀念醫院
61	梁玫芳	天主教永和耕莘醫院
62	潘彩霞	義大醫院
63	盧雅婷	高雄市立鳳山醫院
64	姚貽玲	衛生福利部樂生療養院
65	吳淋禎	澄清綜合醫院
66	許家瑜	天主教永和耕莘醫院
67	黃士釗	國軍桃園總醫院新竹分院
68	林家瑋	衛生福利部雙和醫院
69	劉家岑	羅東博愛醫院附設居家護理所
70	陳俊呈	義大醫院
71	張名慧	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
72	郭芳君	衛生福利部 臺北醫院



(入選作品公告及更多訊息請掃QR Code)

110年度護理研究成果應用競賽得獎名單【文/潘碧雲整理】

今年度共收到參賽作品66件，錄取前三名及佳作5名（第一名從缺、第二名2位、第三名1位、佳作5位），將於111年1月27日假國立成功大學辦理「護理研究成果應用競賽發表會」前三名口報、佳作獎海報發表，歡迎報名參加。

另將於111年3月19日假公務人力發展中心辦理「第12屆第1次會員代表大會」中頒獎，錄取名單如下：

獎 項	姓 名	作品名稱	服務機關
第二名	張瑞燕	復健運動對膝關節置換術病人的疼痛、關節功能與生活品質之成效探討	臺北榮民總醫院
第二名	謝伶瑜	Effectiveness of green tea mouthwash for improving oral health status in oral cancer patients: A single-blind randomized controlled trial 綠茶水漱口改善口腔癌患者口腔健康狀況之成效：單盲隨機控制試驗	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
第三名	韓晶彥	How Emergency Nurses Develop Resilience in the Context of Workplace Violence: A Grounded Theory Study 急診護理師如何發展職場暴力復原力：紮根理論研究	長庚學校財團法人長庚科技大學
佳 作	連如玉	Effectiveness of a High-Fidelity Simulation-Based Training Program in Managing Cardiac Arrhythmias in ICU 運用擬真模擬教學提升內外科加護病房致命性心律緊急處理之成效	臺北榮民總醫院
佳 作	陳淑真	Non-randomized preliminary study of an education and elastic-band resistance exercise program on severity of neuropathy, physical function, muscle strength and endurance & quality of life in colorecta 探討Oxaliplatin化學治療之大腸直腸癌患者接受「教育及運動介入處置」於生理功能、周邊神經病變嚴重度、肌耐力及生活品質之成效	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院
佳 作	曾雅涓	Validation of the Chinese version of the life-space assessment in community-dwelling older adults 生活空間評估量表中文版之信效度驗證	國立臺灣大學醫學院護理學系
佳 作	孫凡軻	The effects of logotherapy on distress, depression and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: a preliminary study 意義治療法對乳癌和婦癌患者心理痛苦、憂鬱、失志症候群之成效：前趨研究	義守大學燕巢分部
佳 作	王蔚芸	Gender differences in the prevalence of metabolic syndrome among Taiwanese Air Force personnel: A population-based study 台灣空軍人員代謝症候群盛行率之性別差異-族群為基礎之研究	三軍總醫院

居家護理機構健保申報學習案例與經驗分享

賴寶琴¹、陳麗芬²

財團法人羅許基金會羅東博愛醫院¹護理部主任、²居家護理所護理長

一、案例介紹

居家護理機構負責人接獲健保署來文通知健保申報違約事件，函文中載明處分原由是「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」，健保署處分核定結果由函文通知日起停止特約一個月，該居家護理所於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，機構負責人對於核定處分所引發護理照護個案及機構業務衝擊感到不知所措，迫切需要專家之協助，乃向中華民國護理師護士公會全國聯合會提出諮詢服務之申請。

二、案例解析

原因分析：

1. 健保署審核意見為該護理機構所申報個案醫療照護給付項目是於保險對象住院期間申報之醫療費用所致。
2. 諮詢委員進行訪談後，發現公文陳述申報作業上的疏失原因為申報作業未按規範進行健保卡登錄作業，以致後續補登紀錄及申報作業時，個案已經於醫療機構住院治療，導致申報日期錯誤及紀錄不符合之申報作業錯誤。

三、改善對策

1. 建議機構負責人以函文回覆健保署說明疏失，提出執行照護之紀錄等佐證照護過程資料，以表達事件根本原因及處理，非蓄意申報不實。
2. 建議機構負責人應依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章通則四：「保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內…等」之規範執行業務，
為防止健保卡無法完成讀卡情形及標準流程如下：
 - (1)訪視前先以電話確認準備及相關作業完備度。
 - (2)有讀卡通訊設備不良時須以異常碼完成申報。
 - (3)個案若因健保卡未備妥無法過卡時，應改為自費申報，後續再以補登及退費流程。
 - (4)護理訪視紀錄及申報資料確認之作業程序，建議應依規範訂定於24小時內完成，以避免後續補登時紀錄與申報日期之誤植。

四、後續追蹤與關懷

中華民國護理師護士公會全國聯合會護理事業輔導委員會及各縣市公會非常關心護理機構的需要，除了平時辦理護理機構業務範疇相關課程外，並提供協助及法律專家諮詢資源，我們將會持續關懷與協助會員的諮詢需求。

男性護理人員座談會參與心得分享

柯智閔 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理師



110年11月10號下午，全聯會入口的警衛覺得異於往常，不斷有多位男士穿著正式服裝至櫃檯詢問要到護理公會全聯會14樓會議室，前前後後共25位男性護理師由全台縣市來與會，警衛和一位護理學長分享，今日大概是有史以來最多男性來全聯會辦公室了！相信各位男性護理從業人員對警衛的驚訝肯定不陌生，筆者剛工作滿一年，已多次有家屬跟病人驚訝地看著我說道：「這馬查埔囡仔嘛有做護士喔？（台語）」。

座談會一開始全聯會高靖秋理事長及楊政議教授（全台第一位男性護理教授）引用110.11月最新數據，全國目前護理執業人數男性的比率為3.8%（7012人），雖然目前不及5%，但資料顯示有逐年提升的趨勢，而依照比例有85.1%在各層級醫院，8%在長照產業。在楊教授的專題分享中，提到歷史上可追溯最早有男性護理人員的緣起為在西元1922年因戰爭的需要召募15名男護理師；亦提到西方國家，美國、英國、澳洲最近的統計大概是在10~12%，似乎也來到持平在10%左右，而我國護理學校招募男性開始由台灣大學於1948年首開先鋒招收了10名男護生，而後陸續於1985年國北護、1989年中國醫、1990年輔大等各護理學校都有招募男性學生。從歷史資料也可觀察到男性護理人員執業比率由2004年的0.6%到現今近20年過去了，來到3.8%，確實還有大幅發展的空間；另數據顯示全國護理執業率為59.5%、而男性的執業率為70%，這樣的落差，或許說明男性的其一職涯發展優勢，然在性別平權的時代，也凸顯如何增加女性護理人員的托育福利，使得女性在育嬰留停後能再度回到工作崗位，繼續在崗位上發揮良能，理事長提到公會有著手向總統請益，會重視此議題。

座談會中多位執業多年的資深學長們分享到，一路走來都有共同的感受，剛開始對於職涯發展都有不確定感，缺乏role model可以參考：筆者感恩與會學長們的堅持及在專業上的出類拔萃，對於我們90年代後的學弟們，可以看到男性在護理專業有多元的發展：大會讓與會者有短短三分鐘分享大家的感受，對於現況大概有下列的體悟：1.某些科別（產科）或許礙於生產者以目前的醫療技術為女性，仍傾向聘用女性護理人員，但座談會中也不乏持有護理及助產師執照的學長及轄管產兒病房的督導學長；2.因為在專業中為性別中的少數，較容易得到關注，此關注擁有放大的效應，表現卓越容易被看見，當然此為一體兩面；3.男性的加入其實也賦予團隊中不同的團體動力及思考邏輯；在座談會中，大家似乎有共識，抽離男性的角色，重要的是展現護理專業及有良好的護病及人際關係、並願意將護理專業視為志業，病人及家屬及我們的女性同事夥伴們，其實都歡迎男性的加入，我想隨著時空環境的改變及性別意識的抬頭，慢慢的各行各業如警察、空服員、駕駛員、軍人等，都能有不同性別的加入，不再是性別專一的工作，而定義我們的不再是劃分性別，乃是對於專業的敬重及工作的熱情。

此一座談會後，更有賴與會者、各位男性護理人員及公會一起在專業上讓民眾更了解護理師的專業並不受性別限制。而會後與會者們也有感，在會後也成立男性護理師的交流平台，讓新一輩的男性護理師在專業上不用覺得孤單，因為有許多優秀的學長前輩們仍在護理的各個領域發光發熱，成為我們的榜樣！最後邀請閱讀此心得的護理夥伴們，當聽到周圍有您們的孩子、朋友或鄰居等想從事護理，不論性別，鼓勵他們加入。

陳長榮 長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院護理師



這次非常榮幸有機會參與全聯會首次舉辦的「男性護理人員工作訪談會」，感謝全聯會對男丁格爾的重視與關愛，雖然男性仍占全台護理人員少數，但近年來迅速成長，就業上非常搶手且執業率高，面對高壓力的醫療環境，在突發事件的反應和處理能力上更有優勢，絕對是強化護理專業照護不可或缺的一群。

近期因疫情影響讓社會大眾更明白護理師存在的重要性，但這些只不過是曇花一現，我認為多參與社會大眾健康議題討論、增加媒體版面專業曝光度才有可能深植人心，這是身為男丁格爾需要加強努力的，因為我們的專業曝光度太少了，必須讓社會大眾好好認識我們，知道我們是專業的護理師，在醫院裡做些甚麼事情，加深專業角色認同，爾後醫療照護上可以更得心應手。

藉由這次男性護理人員座談會，匯集了從北到南及東部的男丁格爾二十多位菁英，有主任、督導、護理長及護理系教授等等，讓我知道在護理這條路上我並不孤單，還有許多菁英前輩們在不同的位子上不斷努力著，透過前輩們的分享在職場上所面臨的問題和如何解決問題的方法，如何把專業角色扮演好，做什麼像什麼，用專業克服一切性別問題，唯有不斷精進自身的專業知識及技能才能與病人、家屬建立良好的護病關係，這是大家共同努力追求的目標。

特別感謝理事長承諾會協助成立男性護理人員聯誼會，建立溝通交流平台，以利男性護理人員職涯發展，期待下次座談會後能有更進一步的發展。



李世凱主任、戴宏達督導、邱慧如副主任委員、張瀨文常務理事、高靖秋理事長、楊政議教授、林子祺副部長(前排由左至右)



黃璉華教授／候補監事 當選ICN第三副理事長
周矢綾委員 當選社團法人台灣護理之家協會理事長

各縣市公會訊息

台北市護理師護士公會 訊息

- ◎本會將於111年1月22日於公務人力發展學院臺北院區二樓卓越堂辦理「第十九屆第一次會員代表大會」，會中頒發「護理創作競賽獎」、「績優護理人員獎」及「績優護理主管獎」，並改選理監事。

新北市護理師護士公會 訊息

- ◎111年1月8日於亞東醫院國際會議廳舉辦會員代表大會，請會員代表踴躍參加。
- ◎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	合辦單位
1月21日	校護聯誼會	校護寒假研習
1月24日	校護聯誼會	校護職前訓練研習

桃園市護理師護士公會 訊息

- ◎110年獎學金核發名單：

大 學：柳宜汶、陳嘉妮、李宜珊、呂宜芬、黃晳叟、許珮甄、葛汎美、黃亭瑜、簡湘樺、呂欣慧、陳欣蓉、莊雅瑄、林庭聿、徐偉玲。

研究所：田芯怡、江禮蕻、潘怡欣、鍾靜芳、陸鈺婷、陳文鈴、黃莉婷、葉家佑、吳佳容、顏于惠。

- ◎敬請各位會員繳納111年度常年會費1,000元，凡111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(三層摺疊手推車)一組，繳納方式於公會網站公告。

歡迎加入本會line、facebook及IG，以掌握第一手資料喔！



facebook



官網



line



IG

器官捐贈與腦死判斷

劉雅芬¹、溫美蓉²、沈青青³臺北榮民總醫院 ¹護理部護理長、²護理部督導長、³護理部副主任前言

「在他們的工作領域中，唯有先死，後才能有活路，『死去活來』是他們奉行的工作圭臬……」這段公視影集「生死接線員」的介紹，讓許多人開始對器官捐贈有初步的認識。國人幾乎都有遺體完整的概念，在過去，器官勸募十分困難，民國48年，榮總完成首例大愛眼角膜移植後，長達9年無組織及器官捐贈案例，直至民國57年，台大醫院進行第一例活體腎臟移植，而首例大愛腎臟移植手術在民國58年才完成。經國內醫界數十年的努力，現今器官捐贈已不少見，移植技術日益進步、手術安全性及成效均已提高(財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心，2017)。

認識器官捐贈

器官捐贈範圍可分為組織捐贈及器官捐贈，可供移植的組織包括眼角膜、心瓣膜、血管、小腸、氣管、皮膚、骨骼、軟骨組織、肌腱、骨髓等。器官捐贈包括心臟、肺臟、腎臟、肝臟、胰臟等器官，來源可以分為活體捐贈及屍體捐贈。活體器官捐贈是健康成年人，願意在不影響自身的健康及生理功能的原則下，經專業之心理、社會、醫學評估，確認條件適合，並提經醫院醫學倫理委員會審查通過，將腎臟或部份肝臟捐給親屬或配偶。屍體捐贈則為腦死或心臟死病人，本人生前以書面、遺囑同意或經最近親屬以書面同意，無償捐出器官(組織)給器官衰竭急需移植的患者。近年來器官捐贈人數逐漸上升，由105年的290人漸增至109年402人，捐贈器官以腎臟最多，組織則為眼角膜居多。雖然器官捐贈人數漸增，但與等待器官移植人數仍有極大差距，截至107年11月22日全國仍有9,808人等待器官捐贈(財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心，2018)。

器官捐贈相關法規

早期進行器官(組織)移植時，並無相關法規，直至民國71年方才公告「眼角膜移植條例」。民國76年公告「人體器官移植條例」及「腦死判定程序」，91年修訂「人體器官移植條例」，放寬滿十八歲的未成年者活體肝臟捐贈親等至五親等，並將姻親納入。民國93年公告「腦死判定準則」，101年放寬腦判適用年齡到3歲以下。103年公告「人體器官移植分配及管理辦法」、106年公告「心臟停止死亡後器官作業參考指引」等，逐漸完善相關法令。至此，施行器官捐贈、移植時均需依循法規及指引執行。

一、活體器官捐贈

依「人體器官移植條例」第八條規範，捐贈者應為二十歲以上，且有意思能力。在自由意志下出具書面同意，及其最近親屬之書面證明。經專業之心理、社會、醫學評估，確認其條件適合，並提經醫院醫學倫理委員會審查通過。受移植者為捐贈者五親等以內之血親或配偶。十八歲以上之人，得捐贈部分肝臟予其五親等以內之親屬(血親及姻親)。配偶應與捐贈者生有子女或結婚二年以上。但待移植者於結婚滿一年後始經醫師診斷須接受移植治療者，則無此限。

二、屍體器官捐贈

可分為腦死後器官捐贈及心臟死後器官捐贈。腦死病人的循環優於心臟衰竭病人，目前器官捐贈多為腦死判定後執行。

(一) 腦死後器官捐贈：病人因頭部創傷、顱內出血或其他原因造成腦幹功能喪失，瀕臨腦死狀態，由具判定資格之醫師二人共同執行腦死判定，並以「腦死判定準則」為依據。原診治醫師應提供病人之資訊及瞭解腦死判定結果。

腦死判定須完成：

1. 病人應符合先決條件：(1)陷入昏迷指數為五或小於五之深度昏迷，且須依賴人工呼吸器維持呼吸。(2)昏迷原因已經確定。但因新陳代謝障礙、藥物中毒影響未消除前或體溫低於攝氏三十五度所致之可逆性昏迷，不得進行。(3)遭受無法復原之腦部結構損壞。
 2. 進行判定性腦幹功能測試之前，應經觀察：(1)罹病原因為情況明顯之原發性腦部損壞者，應觀察十二小時。(2)罹病原因為腦部受損且有藥物中毒之可能性者，應逾藥物之半衰期後，再觀察十二小時。(3)藥物種類不明者，至少應觀察七十二小時。觀察期間，應持續呈現深度昏迷至觀察期間屆滿昏迷指數仍為三，且無自發性運動、去皮質或去大腦之異常身體姿勢及癲癇性抽搐，才能進行判定性腦幹功能測試。
 3. 腦死判定，應進行二次程序完全相同之判定性腦幹功能測試。三歲以上第二次判定性腦幹功能測試，應於第一次測試完畢接回人工呼吸器至少四小時。滿一歲以上未滿三歲者，應至少十二小時後進行；足月出生（滿三十七週孕期）未滿一歲者，應至少二十四小時後。
 4. 腦幹反射測試包括頭－眼反射消失、瞳孔對光反射消失、眼角膜反射消失、前庭－動眼反射消失；對身體任何部位之疼痛刺激，在顱神經分布範圍內，未引起運動反應，且插入導管刺激支氣管時，未引起作嘔或咳嗽反射。
 5. 確認腦幹反射消失後，進行無自行呼吸之測試：(1)由人工呼吸器供應百分之百氧氣十分鐘，再給予百分之九十五氧氣加百分之五二氧化碳五分鐘，使動脈血中二氧化碳分壓達到四十毫米汞柱以上。(2)卸除人工呼吸器，並由氣管內管供應百分之百氧氣每分鐘六公升。(3)觀察十分鐘後，動脈血中二氧化碳分壓須達六十毫米汞柱以上，並檢視是否能自行呼吸。(4)確定不能自行呼吸後，即將人工呼吸器接回。
 6. 完成連續二次判定性腦幹功能測試，均符合腦幹反射消失及無自行呼吸者，即可判定為腦死。
 7. 原診治醫師應填寫使用呼吸器昏迷病人腦死判定會診單及使用呼吸器昏迷病人腦死判定檢查表。
 8. 進行腦死判定之醫師應共同簽署腦死判定檢視表，並由原診治醫師據以出具死亡證明書。
 9. 非病死或可疑為非病死之捐贈人體器官，需報請司法機關相驗，除捐贈者生前以書面或遺囑同意或最近親屬以書面同意外，尚須取得檢察官書面同意(法務部，2019)。
- (二) 心臟停止死亡後器官捐贈：在「人體器官移植條例」及「腦死判定程序」尚未實施前，器官捐贈來源為心臟停止死亡後器官捐贈。近年雖然器官捐贈人數上升，但仍有數千名患者等待器官移植，因此衛生福利部於106年發布「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，讓末期病人或其家屬除在選擇不施行心肺復甦術或維生醫療外，也有機會選擇心臟停止死亡後器官捐贈，發揮大愛。在執行過程中除相關檢查外，為減少病人之不適及維持心跳停止後器官之功能，可給予必要之藥物；撤除維生醫療前，儘可能給予家屬與病人所需之告別時間。要注意的是收縮壓降至50mmHg時，器官開始進入溫缺血期，溫缺血時間超過120分鐘者，除組織外，器官不適合繼續進行捐贈移植。此外，於其心跳自然停止（即體循環停止）後，應有5分鐘之等候觀察

期；在此觀察期間，醫療團隊不得執行任何醫療行為，待確認未再出現收縮性血壓或心搏性心率，由主治醫師宣布死亡後，始得進行器官摘取及移植作業(衛生福利部，2017)。

結論

科技的發展讓疾病治療的技術更進步，但醫療是有極限的，當死亡無可避免時，器官捐贈讓生命變得更有價值，不僅是個人生命的延續，對活著的家人而言，也是另一種圓滿。器官捐贈是一種大愛的情操，更是尊重生命的行為表現，在改善受贈者生活品質的同時，並能繼續貢獻社會。

參考資料：

- 全國法規資料庫。人體器官移植條例。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020024>
- 全國法規資料庫。腦死判定準則。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020079>
- 法務部(2019)·檢察官辦理捐贈人體器官屍體相驗案件應行注意事項·<https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContent.aspx?LSID=FL010257>
- 財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心(2017)·移植醫學大紀事·https://www.torsc.org.tw/about/history_timeline.jsp?uid=163&pid=7
- 財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心(2018)·移植醫院各器官待移植者統計·https://www.torsc.org.tw/statistics/statistics_01.jsp
- 衛生福利部(2017)·心臟停止死亡後器官作業參考指引·<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-3130-39002-106.html>



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. 器官捐贈來源可以分為活體捐贈及屍體捐贈。
2. 本國器官移植手術在民國76年人體器官移植條例公告施行後開始進行。
3. 非病死或可疑為非病死之捐贈人體器官，需報請司法機關相驗，除捐贈者生前以書面或遺囑同意或最近親屬以書面同意外，尚須取得檢察官書面同意。
4. 依人體器官移植條例第8條規範，二十歲以上之人，得捐贈部分肝臟予其五親等以內之血親。
5. 依人體器官移植條例第8條規範，二十歲以上之人，得捐贈一顆腎臟予其五親等以內之血親或配偶。
6. 腦死判定，應進行二次程序完全相同之判定性腦幹功能測試。三歲以上第二次判定性腦幹功能測試，應於第一次測試完畢接回人工呼吸器至少二小時。
7. 罹病原因為情況明顯之原發性腦部損壞者，進行判定性腦幹功能測試前，應經觀察12小時。
8. 執行心臟停止死亡後器官捐贈過程，溫缺血時間超過120分鐘者，不適合繼續進行組織及器官移植捐贈。
9. 完成連續二次判定性腦幹功能測試，均符合腦幹反射消失及無自行呼吸者，即可判定為腦死。
10. 腦死判定前病人應符合先決條件：體溫低於攝氏三十五度。

一位53歲陳先生身形瘦弱膚色黝黑，已有5年高血壓病史規則服藥控制。在110年2月開始感到胸口悶痛，3月延伸至下背痛、吞嚥困難且開始出現血便，先至某南部醫學中心檢查及病理切片確診Squamous Cell Carcinoma食道癌且多處器官及骨頭都轉移，且已經開始做化學治療。在4月中旬呼吸喘主要是右側胸膈瘍導致急性呼吸衰竭，進行氣管內管置入與呼吸器輔助，並在右胸放置一條胸管引流。當時病人呈現昏迷，出現敗血性休克升壓劑使用的危及現象。醫療團隊與家屬病情解釋，個案雖然初次發現癌症很遺憾就已經多處轉移，讓家屬們面對瞬息萬變的生命轉折感到措手不及無法接受。然而面對未來該如何走？醫療團隊分析多種治療方法對病人的利與弊，最終建議讓病人以舒服有尊嚴走完生命最後一哩路，以家人「陪伴」為最佳良藥。

由於病人離過婚目前與女友同居，有一位15歲女兒由前妻照顧，父親歿；母親還健在但行動不便，上有兩位姊姊，是家中最小也是唯一男生。家人要如何抉擇內心是很煎熬的，姊弟間感情不錯平時互相關心，自從生病後一路都是由兩位姊姊在旁陪同照顧，感受到弟弟接受治療過程的辛苦，不想讓弟弟再受苦希望好好走完最後一程，這期間兩位姊姊也是主要決策者，因此填妥「拒絕心肺復甦術同意書」。5月初為了就近照顧轉往離家近的區域教學醫院，照會安寧小組建立關係及瞭解家屬對病人期望。病人臨床上有了起色，3天後升壓劑關掉血液動力學逐漸穩定，意識也漸漸清醒，開始可以紙筆交談，並主動寫下「我還想活·我要積極治療！」。藉由醫療團隊血液腫科醫師向病人詳細解釋疾病進展已經無法逆轉，建議安寧緩和治療；姊姊們也感受到弟弟之前治療的痛苦，勸弟弟接受醫師建議，仍無法阻擋病人堅毅的求生意志與積極治療的態度。病人不知道姊姊在他昏迷時已填過拒絕心肺復甦術同意書，且醫療團隊與姊姊口頭達成共識未撤除同意書，以弟弟清醒時尊重他的意思，如再度昏迷不再做侵入性治療，讓病人好走。

因此，醫療團隊照會胸腔外科醫師評估食道金屬支架置入的風險及申請健保醫療器材補助；同時會診一般外科進行灌食空腸造瘻口術，希望提升營養攝取。不幸的開始由空腸造瘻管灌食後陸續出現消化不良及嘔吐情形，疑似管路阻塞，輸液改為全靜脈營養。爾後病況走下坡，一直發燒再次出現敗血症休克血壓不穩升壓劑使用，且發生全身性癱瘓後病人再度昏迷，醫療團隊與家屬以先前共識不再做侵入性治療，最後病人抵抗不過疾病的侵襲畫下生命的句點。

臨床上我們習以為常對於病況不好家屬簽署「拒絕心肺復甦術同意書」，在治療上都有默契以舒適為主。此案例特別的是從一個及將跨入安寧治療門檻，即時被病人要求積極治療180度轉向的過程，對醫療團隊與家屬來說不管治療計畫、心理壓力都是巨大的挑戰，明知疾病是不可逆僅存的生命周期時間剩不到半年，到底該不該努力勸阻不要再積極還是尊重病人意願，造成倫理衝突。因此，藉由亞瑟安德森(Arthur Andersen)的倫理決策程序依情境來分析，以下對此七步驟略作解釋。

步驟一、事實為何？這階段必須蒐集相關資訊包括人物、時間、事件、地點等事實，對事實釐清、定義出問題，不可添加個人意見想法，否則對事實認知錯誤將會影響後面的判斷。

步驟二、道德倫理問題何在？提出倫理問題，在問題中誰是主要決策者？這問題誰將受到最大的影響？

步驟三、有哪些利害關係的人？這階段必須區分主要關係人與次要關係人，決策者誰，分辨除自己外有哪些人會受到影響。

步驟四、尋找哪些解決方案？在釐清相關價值、義務和原則後，選擇當下要解決的重要道德倫理問題，列出合理的解決方案及可能的結果，解決方案可包括積極和消極對事情的處理，過程中要瞭解哪些人會受到決策的影響及影響的程度。

步驟五、尋找倫理相關規範或原則？透過各種倫理理論的角度，思考其優先順序。同時必須瞭解個案或家屬的信念與價值觀，注意每個人的權利是否有受到尊重，在負擔與獲益中是否得到公平分配。

步驟六、有哪些實際上的限制？決策者在分析個案時仍必須考慮理想與現實之間的差距，進一步設想在真實生活中，探詢可能的限制包括法律、規定、文化、宗教、個人責任和能力探討各項決策實際可行性及實務上的限制。

步驟七、最後該做什麼決策？經過深思明辨後，個案分析的最後一個步驟是要做出決定。可由三個方向進行考量：最符合相關的法律規範與道德要求、執行上實際限制最少或最能因應、最後的反思與確認。

以下將案例進行倫理七步驟分析：

步驟一、事實為何？食道癌被診斷時通常為較晚期，治療結果不佳，食道癌第四期患者5年存活率30%(張，2014)。陳先生發現時已第四期且肺、肝、骨頭多處器官皆轉移，相關併發症陸續造成生理上不適甚至危及生命，意識一度昏迷，醫療團隊與家屬討論後決定以舒適療法，並簽署「拒絕心肺復甦術同意書」往安寧方向前進。後來病人清醒主動要求要積極治療，家屬與醫師曾建議不要再接受這些辛苦令人不舒服的治療，但陳先生仍堅持要繼續治療。

步驟二、倫理衝突為陳先生原本意識昏迷後來清醒後要求積極治療，各種治療對他都無法再延續生命，過程只會讓他更不舒服，醫師與案姊建議以緩和治療。如果他願意接受可依安寧緩和條例簽署安寧醫療或維生醫療抉擇意願書。

步驟三、此個案相關人士為陳先生本人、案姊。

步驟四、可能的選擇：1.積極治療：以病人此階段的治療包括化療、灌食空腸造瘻口、食道放支架手術等，其中食道支架為處理腫瘤所造成的惡性食道狹窄與食道瘻管的重要介入方式，但金屬食道支架的置放伴隨相關的風險不管短期或長期的併發症都偏高，而嚴重致命的併發症如出血可能毫無預警的發生，建議謹慎評估並使用於預期存活時間有限的病人上(李，2019)。因此要讓病人與親人瞭解各項治療方案對身體生理的負擔造成最大影響有哪些，不管決定如何也期望家屬仍給病人最實際的行動來陪伴渡過各項治療考驗。2.緩和治療：不再做各種侵入性治療，以身體上舒適為主，讓家人陪伴給予心理上的安撫，由安寧團隊介入引導互相傾訴心中想說的話不管是感謝或道歉，讓雙方心中壓抑糾結的不捨與難過給釋放出來，讓心靈在寧靜祥和接受死亡。

步驟五、生命末期的病人在面對維生治療的使用與否對於醫護人員、病人和家屬均將面臨許多的挑戰包括倫理、法律、實際執行面等三層面的思考，這些議題都是值得商量確認(林，2017)。以醫學倫理重要四大原則來分析：自主原則：陳先生清醒後瞭解自己病況堅持繼續積極治療，醫療團隊也告知治療過程順利帶來的好處與副作用導致的不適結果。因為自主需建立在病人「知情同意」的基礎上，有權決定自身所受健康照護方式，任何醫療行為都必須尊重當事人的自主性且醫療人員應督促病人對健康生命的掌握，也是在倫理五大原則中最重視的原則。行善原則：字義上有著「仁慈、善良」的德行，站在照顧病人上行善不僅是一個基本原則也是

義務。對陳先生來說醫療團對他的健康照顧也秉持這原則致力關心與提昇病人最好的福祉。不傷害原則：主要以不讓病人的身體與心靈受到傷害，且醫療行為所帶來的傷害不應大於其所帶來的好處。這也是醫療團隊及家屬對陳先生建議往安寧方向治療的主要原因。正義原則：用在醫療照護倫理中要以公平合理的處事態度來對待病人。首先我們尊重陳先生的權利，尊重道德允許的法律(自主權)，公平分配資源提供該陳先生各種治療計畫不管積極或緩和來讓他選擇。

步驟六、陳生先本身沒有宗教信仰，雖離婚有一位女兒沒住在一起，但對女兒的關愛從沒有少過；家中還有一位年邁母親，這兩位是陳先生最放不下的親人，想再尋求積極治療的動機。其次是自己得知發現癌症不過短短這2-3個月時間，而且是獲得大獎「轉移」心中還是不甘心。雖然醫師與姊姊們規勸往安寧這方向，但陳先生還想試試其它的治療。

步驟七、透過1-6步驟重新審視，醫療團隊與案姊傾向安寧治療，對陳先生會比較舒適。但陳先生堅持繼續積極治療，且願意承受治療過程帶給身體巨大的負擔，因此尊重陳先生的自主決定，而醫療團隊與姊姊們願意協助在治療過程做為最佳照顧的後盾。

身為臨床工作者長期接觸我們自認為已經邁向臨終的個案，理所當然就是要讓他好走，以舒適治療最理想，這也是政府近年來推動的安寧緩和和相關法令，免除不必要的醫療資源，鼓勵大家在生命盡頭接受以自然舒適的方式道別。不過並不是每個人都是這樣的想法，最終我們還是要傾聽每位個案的內心世界，瞭解他們真正的想法，幫他們實踐夢想，就算與現實期盼違和，只要符合倫理道德規範，身為醫療臨床工作者都該協助個案不要留下遺憾，因為他們才是真正的主人，生命的內涵是對自己及親人留下的美好回憶。

參考資料：

- 李憲斌(2019)·食道支架的併發症與存活分析·*高雄醫學大學臨床醫學研究所碩士班學位論文*，1-43。
- 林佑樺(2017)·癌症生命末期病人維生治療的撤除與不給予之議題·*腫瘤護理雜誌*，17，17-26。
- 張益誠(2014)·台灣地區口腔癌病患術後定期接受上消化道內視鏡篩檢食道癌之成本效益-以馬可夫決策模型進行分析·*臺灣大學健康政策與管理研究所學位論文*，1-55。



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. 陳先生有權依「病人自主權利法」來決定自我治療的方針。
2. 不傷害原則主要是醫療行為所帶來的傷害不應大於其所帶來的好處。
3. 倫理七步驟不需前後優先順序來執行，只要自己認為需要的步驟即可。
4. 倫理七步驟中的第四步驟，為了讓病人舒適，只需提供緩和治療項目，不須讓病人知道其他積極治療內容。
5. 決策者在分析個案時仍必須考慮理想與現實之間的差距，探討各項決策實際可行性及實務上的限制。
6. 有關護理人員執行倫理決策的敘述，下列何者較不適當？(A)認識自己的價值觀；(B)病人的安全是護理人員的職責；(C)瞭解護理專業倫理；(D)對於別人無法接受時，應再努力收集資料說服，直到對方認同。

7. 請問就倫理決策的邏輯思維來說，下列那一個選項的前後順序是最合理？①由醫療人員角度區辨個案的實務議題與倫理考量 ②醫療人員蒐集瞭解個案背景資訊及匯集資料的全貌 ③醫療人員參酌倫理守則評估一定要執行的特定義務 ④明確指認對立的價值及優先順序 ⑤進行倫理評估做成決策
(A) ①②④③⑤；(B) ②①④③⑤；(C) ②①③④⑤；(D) ①②③④⑤
8. 倫理七步驟描述何者正確？(A)只須選擇其中一步驟執行即可；(B)站在醫療人員的角度去考量最佳決策即可；(C)直接由倫理衝突分析起；(D)在步驟七可再回到步驟一重新思考。
9. 下列何步驟會應用倫理原則？(A)步驟二；(B)步驟五；(C)步驟三；(D)步驟四。
10. 何者不是醫學倫理中的四大原則：(A)不傷害原則；(B)正義原則；(C)保密原則；(D)尊重自主原則。

尋找護理的價值與感動

陳靖怡 佑民醫療社團法人佑民醫院護理長

那天，一如往常跟著主治醫師查房，說著說著病人突然眼眶泛紅，他眼帶淚光抽搐斷續說著：『我覺得重生了，一直都被當作中風或帕金森氏症治療，完全依照醫師指示吃了近半年的藥也沒有改善走路不穩的問題，不停地跌倒、受傷，甚至偶有尿失禁的情形發生…因緣際會在某次就醫的過程中聽到旁人介紹，半信半疑下換了醫師進行手術，手術後在醫護團隊竭力照顧下，可以正常走路，下床自如，這麼看似簡單的動作卻久而不得，也已經很久沒有這樣輕鬆自在，真的非常謝謝您們團隊的幫忙。』，在旁看到病人幾乎下跪式的說著…那感動瞬間也讓我禁不住眼濕，很多時候因為病人的一個微笑、一句感謝，心裡獲得的是滿滿的溫暖，一句「謝謝」，雖然平常，卻讓我感到自己的堅持是有意義的，這就是護理的價值，更是療癒的力量。

病人滔滔不絕一直說著他『小小的願望』，出院以後第一件事情就是要約朋友聚餐與打高爾夫球，看似簡單的社交活動，因為疾病的關係讓他終止了人生的樂趣，這次手術後，點燃了他無限希望，當下我馬上告訴他：『這幾個月辛苦你了，你很棒，看到你快樂，我也很快樂。』每天都準備好自己的微笑、愉快的心情投入工作，雖然忙碌，但每當看到那一張張由陌生到熟悉的臉，由入院時的沉重心情到出院時的神采飛揚，感受到的是一種助人快樂與專業成就。我珍惜人生經歷的每一段過程，正因為不可能永遠順利，日子中的那些美好，更值得好好記住。臨床上難免會有不如預期及沮喪的時刻，現在或許會覺得辛苦，但是那些都會成為我護理生涯裡重要的養分，持續灌溉，讓我們迎向陽光成長、茁壯。

志為護理，羽化伴行

孫詩雅 義大醫療財團法人義大癌治療醫院思緣病房護理師

猶記在新人職訓上聽到講師說：「收集病人的愛與好，才可以讓自己在護理職場走的長久」。昔日那股熱血再次湧上心頭久久未能散去，而當時真正體會這句話帶來的省思，是那位年輕突然沒了呼吸的個案，在治療室裏大家各司其職，有跳上去心外按摩的、有協助醫師置入氣管內管、鼻胃管及尿管，給藥、抽血，團隊奮力與死神交戰搶救，生理監視器顯示上上下下的心電圖，與病室外焦急家屬的心相呼應著。亂中有序的急救現場，主治醫師解釋說明後，看著紅著眼眶的年輕太太撕心裂肺的哭喊著：「不是說好，要等我來嗎？」瞬間空氣凝結，思緒縈繞停留在那場景。整理好自己的心情，自問：為何最後一刻要這般措手不及與悲痛！



還記得一位和自己年紀相仿的女孩，獨自面對急救無效要送走阿嬤的午夜。當照護告一段落，她突然伸手拉住我說：「謝謝妳，幫我最親愛的阿嬤換衣服」。接著哭倒在我懷裡。那是第一次對護理工作有著另一種價值體悟，一種心裡無法說出暖暖的感動。以前會熱血面對急救，並為生命得以維持感到成就與自喜。但工作經驗的增長，覺察將急救後的「生命流逝」當成工作日常之一，好像欠缺了說不上來的感覺，這不是我想要的護理啊！

緣分讓我與安寧療護結緣，是那位啟發我「曾經是我父親」的病人。這位想認我為乾女兒的肺癌病人，他總是默默的想把我當成女兒，他總期盼在我完成臨床照護工作後去他的病房，陪陪他跟他說說話或只是想拿東西分享給我，即便每一次的療程讓他痛不欲生，但他總是願意聽我的話完成治療；最讓我無法忘懷的是他臨終昏迷戴著氧氣面罩，案妻握著他的手對著他說的那句話：「你女兒來看你了...」，簡短的語句卻讓我落淚，那時我真正感受到護理工作的另一層意義，進而投入末期照護與捍衛末期照護品質行列。

在思緣安寧病房工作這些年，從懵懂到漸入佳境的專業照護，讓自己有更多的省思與想法，也透過團隊討論、分享，不斷調整自己的思緒與照護方式，回首看著曾經走過的每個照護里程，從每一位生命老師學習到人生無價寶藏，深刻體會「收集病人的愛與好，讓我在護理職場走的長久」的真意。讓我找到護理師的另一種專業價值，及照護疾病末期病人的意義，也讓我更願意繼續堅守在末期照護，協助病人獲得有意義的「舒適人生」。讓病人的愛、病人的好，得以延續在家屬心中，將思念的情緣，昇華為平安與祝福。感謝緣分認識每一位生命老師，讓我由急性醫療蛻變成長為專業、溫柔的安寧病房護理師。



攝影／孫詩雅護理師