



全聯護訊



國內
郵資已付

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第1633號
中華郵政台北雜字第1184號執照登記為雜誌交寄

板橋郵局許可證
板橋字第1120號

無法投遞請免退回

第一一三期

中華民國一〇五年十月出版

發行人：高靖秋 總編輯：陳幼梅 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)

理事長的話



親愛的會員們 大家平安

時間過的好快，105年轉眼已過中秋，早晚氣

溫明顯變涼，請大家出門在外添加衣服，保重身體。依據世界衛生組織(WHO)資料顯示，自2015年迄今共累計70國家/屬地出現茲卡病毒本土病例，孕婦感染茲卡病毒後可能導致胎兒小頭畸形或死亡，提醒已懷孕及計劃懷孕之會員暫緩前往流行地區；如必要前往，應做好防蚊措施，離開流行地區後請落實防蚊措施3週以上，並依循「1+6原則」：暫緩捐血至少1個月、男女無論有無症狀，都應採取安全性行為及延後懷孕至少6個月。身為照顧民眾健康的第一線人員，請全力維護自身健康。

為改善護理職場環境，本會持續推動及爭取各項改革措施，茲分述如下：一、爭取106年醫院醫療給付費用總額增列「提升住院護理照護品質」費用10億元，做為調整急性一般病床護病比與住院護理費給付連動費用之加成級距及加成率，以更有效激勵醫院增聘護理人力，降低急性一般病房護病比，提供病人更佳之護理照護品質。此預算因與會委員未達共識而兩案併呈，報請衛福部部長核定中。二、針對衛福部因應將受僱醫師全面納入勞基法，擬建置「臨床助理」制度，作為醫師之輔助人力，本會邀請多個護理專業團體開會討論，提出共同聲明一反對設置「臨床助理」，建議應由增加醫學系學生招生名額以及強化現有專科護理師之角色、功能與執業範疇，避免產生臨床醫療制度混亂，造成醫事人員間、醫病與護病關係更加緊張，民眾及臨床護理師將無所適從，影響病人醫療照護品質。三、衛福部規畫將106年度醫院評鑑基準(區域醫院與地區醫院)之人力相關條文轉由指標監測，刪除原有之人力與護病比條文，本會於9月23日與醫改會及其他十三大醫事團體共同召開記者會，表達護理人力及護病比攸關病人照護品質，如交由衛生局督考，無法確保查核標準的一致性及查核若未能通過的後續作為，恐造成護理人力短缺情形更加惡化，建議應盡速將護病比入法，且在入法前，仍應維持原有之醫院評鑑基準人力及護病比條文。

衛福部已於10月3日公告「106年度醫院評鑑基準(區域醫院、地區醫院適用)」，雖保留護病比規範條文，但刪除其他與人力有關之條文，本會與各職類團體共同出席10月14日由林靜儀委員召開之「醫院評鑑與醫事人力督考」溝通協調會，終獲得醫事司石司長口頭承諾，將原有人力規範之必要條文放入。再次感謝全國護理夥伴，因為您們秉持對護理專業的熱忱，堅守工作崗位，貢獻心力，全國民眾的健康福祉才有保障。

敬祝 平安喜樂

理事長 高靖秋敬上

本期目錄

護理人員已適用《勞動基準法》，醫療機構應依法辦理勞工權益事項，避免受罰.....	2	日本長照參訪報告.....	3
本會訊息.....	2	2016年優秀護理人員獎得獎名單出爐了.....	6
反對在護病比立法前，刪除醫院評鑑中原有之人力規範.....	3	各縣市公會訊息.....	7
		【通訊課程1】護理人員應否賠償違約金？(中).....	8
		【通訊課程2】從認知行為理論看癌痛相關信念.....	12

護理人員已適用《勞動基準法》，醫療機構應依法辦理勞工權益事項，避免受罰。

勞動部近年來持續接獲護理人員陳情，有醫療機構訂定不合理的排班或休假規定，或要求簽訂影響權益的合約，對此，勞動部提醒，全國醫療機構及護理人員，除依公務人員法令進用者應依該等法令保障相關權益外，其餘護理人員皆已適用《勞動基準法》，各醫療機構如與護理人員有違反《勞動基準法》強制或禁止規定之約定時，該等約定應屬無效，另違反《勞動基準法》部分，經查明屬實者，主管機關得依法進行裁處。

勞動部表示，部分醫療機構為解決醫療人力不足，而與護理人員約定最低服務年限條款，並要求龐大違約金。勞動部特別提出說明，去(104)年底修正施行的《勞動基準法》第15條之1，已明定最低服務年限條款的有效要件及違約責任。如果醫療機構約定最低服務年限條款的目的，僅在考量降低招募的不便、須耗費時間重新訓練新進員工或避免人力短缺等因素，並無提供護理人員相關專業技能培訓，也無給予護理人員合理補償，則雙方所約定的最低服務年限條款，依法無效；另即便雙方所約定的最低服務年限條款符合法定要件，但護理人員因醫院要求超時加班、未給加班費等違反勞動法令之情事而選擇離職或遭雇主虧損或業務緊縮等事由資遣，則醫療機構不得要求護理人員負違約責任。

勞動部強調，勞工應從事工作的開始及終止時間、休息時間、例休假及輪班制之換班等有關事項之約定，本不得違反《勞動基準法》相關規範，尤其是護理人員輪班、休息時間及加班等常見的勞資爭議問題，醫療機構應該更為謹慎處理，例如雇主更換護理人員工作班次時，即應依法讓其有足夠休息時間以恢復體能。

勞動部提醒，醫療機構與護理人員約定之勞動條件不得低於《勞動基準法》所定基準，如經勞動條件檢查發現有違法情事者，除依法處罰並公布事業單位名稱外，並將限期令其改善，以保障護理人員權益，詳細公告請參閱本會或勞動部網站。

本會訊息**本會研習會訊息**

時間	課程主題	活動地點
10/20、21、26、27 (四、五、三、四)	長期照護醫事人員繼續教育計畫-- Level- II 專業課程(第三場)	沙鹿光田醫院 (實體場+21場視訊場)
10月21日(五)	105 年護理政策規劃研討會(中區)	台中榮民總醫院
10月26日(三)	提升護理機構照護專業人員能力研討會(中區)	嘉義長庚紀念醫院
10月28日(五)	105 年護理政策規劃研討會(南區)	奇美醫院
11月11日(五)	105 年護理政策規劃研討會(東區)	花蓮慈濟醫院
11月11日(五)	化療相關症狀護理暨研究文章撰寫研討會	臺大醫院
11月15日(二)	新世紀長照服務推動研討會	萬芳醫院
11月29日(二)	以人為本的實證健康照護：醫病共同決策	萬芳醫院

反對在護病比立法前，刪除醫院評鑑中原有之人力規範

本會張淑真常務理事



本會於9月23日參加醫改會舉辦之「假簡化真減人 醫院評鑑打假球」記者會，表達本會不贊成將護理人力相關條文轉由指標監測之立場。



由於護理人力及護病比攸關病人照護品質，已在國內外相當多的研究中證實，且目前臨床上護理人力已嚴重不足，轉由指標監測後，對於醫院改善護理人力及降低護病比缺乏約束力，護理人力短缺情形將更加嚴重，民眾照護品質亦無法受到保障。故在護病比立法前，仍應於評鑑條文中規範，原條文1.3.6「依據病房特性配置適當護產人力」維持必要條文，原條文2.3.6「適當的護病比」維持重點條文。

經多方努力後，於9月29日衛生福利部公告之106年度醫院評鑑基準(區域醫院及地區醫院適用)中，2.3.5適當的護病比仍持續維持列為「重點條文」，即醫院於評鑑時若本項條文評量為不合格者，則須限期改善並接受「重點複查」。



日本長照參訪報告

曾修儀 中華民國護理師護士公會全國聯合會秘書長

壹、參訪動機與背景說

台灣已於1993年進入高齡化社會，根據內政部指出，2015年全國老化指數為92.18，較2014年增加6.48，老年人口成長迅速，與世界主要國家相比，較日本200、德國161.54、南韓92.86為低，但比美國及澳洲78.95、中國大陸58.82為高。然全國老化指數超出100的縣市，2011年僅有3個縣市，至2015年已增加至14



參訪團隊合影(前排左三為曾修儀秘書長)

個，14個縣市中，以嘉義縣161.09最高，其次為雲林縣131.1；而新竹市僅59.36最低，桃園市已62.30次之，是全台最年輕的兩個縣市。

因人口老化將面臨經濟、照顧等問題，台灣目前以長期照顧2.0計畫來照顧失能老人，期待透過社區式、居家式照顧來協助家庭共同照顧失能老人，但不因此就排除機構式照顧，而是延長老人在家庭的時間，如何能使老人在機構或社區保持健康的生理狀態，也是當前許多先進國家所期盼的。長照服務法甫於104年6月3日總統令公告，自公布後二年施行，為使長照服務法施行後，對於後續子法之研訂及長照資源整合，雖開始積極規劃並研議相關配套，包括一個法律(長照機構法人法)及8個子法，未來仍將面臨相當嚴峻考驗。

日本及台灣皆為老年人口比例高的國家，此次日本長照參訪，由立法院厚生會主辦，劉建國會長率領衛福部、健保署、各醫事團體公會全聯會與社會關懷協會等共計30人，期待透過參訪，了解日本如何提供老人健康促進與長期照顧服務，汲取其優良的長照經驗，引進國內做為高齡友善環境服務之借鏡，建構「安全、充實、尊嚴、快樂」的核心價值，讓長者獲致溫馨的頤養生活為目標，維護老人權益。



介護機器人，提供下半身行動不便者復健治療



單位光線充足且注重高齡者的無障礙使用空間



房間配備監視系統

貳、日本介護保險制度介紹

介護保險制度是日本銀髮產業成長的助力，自1990年起日本開始推動五年一期的老人保健福利10年戰略（黃金計畫），並在1997年完成通過介護保險法，於2000年4月1日正式施行。日本介護保險的財務規劃是由40歲以上的成年人繳交保險費，全國統一收費基準。介護保險由最接近住民的最小行政單位（市町村）負責營運及管理（擔任保險人）。平均每隔3年，政府會重新評估介護保險作業計畫，並開放給相關領域學者、實務專家及一般利害關係人互相討論，調整出新的照護服務報酬基準表。

由於日本企業組織幾乎都是以介護制度所制定的給付金額作為主要的收益來源，因此主管機關的政策走向對於整體產業生態產生影響力與營收支撐力。這兩年來，隨著高齡人口比例不斷上升的趨勢，日本政府開始透過補助金方式鼓勵企業開發新型的「一般性服務高齡者住宅」，與過去介護制度不同的是，無論需求者照護需求程度高低，只要年齡在60歲以上的國民，都可選擇租賃方式入住。由於在硬體設施與人員配置等沒有嚴格的要求，營運業者只需提供安全確認、生活諮詢等一般性支援服務，直接減少了固定營運成本及加上補助金的補助，業者更可以早日達到收支平衡的狀況進而永續經營。日本介護保險制度可謂是成就了日本銀髮產業蓬勃發展的最重要關鍵，企業或組織得以自身競爭優勢發展不同類型的創新成功營運模式。



提供給住民之洗澡設備



世界衛生組織(WHO)宣布2016年每3秒鐘出現一位失智症患者，2009年荷蘭幫失智症患者打造了一個中心，像個設施齊全的小村落，生活在裡面的患病長者可以與常人一樣自由走動，自主生活；日本亦早已開始建構符合長者需求的長照環境。我國目前正持續以建構符合台灣本土化、居家及社區化的長期照顧模式，落實在地老化，達到高齡者能夠有尊嚴地在社區生活、照護、醫療、終老為目標，此需要中央政府、地方政府、健保署、各專業團體、各界社福團體等共同來努力，茲將參訪心得與建議簡述於下：

1. 此次參訪的長照機構均光線充足，使用空間寬廣，讓使用者、住民與工作人員均能在舒適環境下活動與工作；注重高齡者的無障礙使用空間，如地上無高低門檻、長者不易絆倒；門的把手高度很低、讓長者或輪椅使用者方便開關門；提供不同高度的坐椅(36cm、38cm、40cm及42cm)或是腳凳，讓長者坐著時腳可以踩到地上，幫助身體平衡。這些都是由使用者的角度思考所提供的人性化服務。
2. 日本有長照人力不足問題，與印尼東南亞國家簽訂經濟合作協定(EPA)，引進東南亞國家人民進入長照體系工作，但仍優先聘用國內人才來做補充。日本針對長照人力不足問題採取以下幾項措施：1.提升長照人員待遇，2.提供養成學校獎學金，3.改善長照工作環境，提升工作效率，如發展資訊系統(溫柔的手監視系統、介護機器人等)提供24小時生活介護服務以及協助復健治療，節省諸多人力以及人事成本。
3. 日本亦面臨到介護保險財源不足問題，故自2015年起改變使用者自行負擔的比例，我國的長照服務經費來源，如何以自助、互助、共助、公助的精神來分配，達到分擔風險與減低民眾負擔的目的，建立穩健的財源機制是相當重要，同時適切地與健康保險制度來進行合作互補將是發揮整體資源成效及永續的重要關鍵點。
4. 日本同樣有護理人力不足問題，2013年護理人員離職率為11%、新進護理人員離職率為7.5%，推估至2025年需要196萬至206萬位護理師，所以日本政府進行二項措施：1.離職防止--改善醫療執業環境、2.復職支援：每個督道府縣都設有護理學會，自去年10月1日起，所有離職護理師都須留下聯絡方式，學會定期舉辦活動，邀請離職護理師參加，與離職護理師保持聯絡，若其有回職意願時，學會主動提供求才資訊，協助復職。我國護理人員離職率自98年起逐年升高，101年達最高峰(13.14%)，經過政府與各護理專業團體共同努力，104年終於有初步的成效，下降至10.5%，但這只是改善的一小步，需繼續朝向將護病比立法以及護病比與健保護理費給付連動制度推動，確實降低護理人員工作負荷量，改善護理執業環境，才能提供全國民眾高品質的照護。
5. 日本強調口腔衛生，推動舌、顏面體操，若做好口腔衛生與強化顏面肌肉，可預防吞嚥困難，減少吸入性肺炎的發生。齒科醫師的目標是協助由口進食，預防吸入性肺炎，讓長者可以好好吃東西，享受吃的樂趣，另為維持病人的舒適，90歲以下經評估無法自行進食者，均採用胃造瘻，這值得我們多加探討。
6. 長照服務體系在各國均是以照顧服務員人力為主體，照服員應接受更完整的訓練，提供使用者、住民盡量生活自理、自行進食等協助，並給予正確口腔照護，避免噎食，提供有品質的長照服務。
7. 日本現有的長照機構仍供不應求，有需求之長者等待入住時間久，雖然每年均有新增長照機構，但遠不及長者的需求。日本的法令已容許同一機構提供多樣性的長照服務，我國長照服務法規居家及社區型可允許財團進入，但機構型則規定要法人才能設立，台灣是否可以法規鬆綁比照日本辦理，讓服務提供者可以更彈性的提供有品質的照護服務，亦讓有需求之長者可有更多的選擇。

2016年優秀護理人員獎得獎名單出爐了

為表揚並激勵本國日夜熱忱照顧病人的護理人員之辛勞，爰以提升本國護理照顧品質，增進國民健康為宗旨，財團法人腦血管疾病防治基金會高明見董事長持續委託本會，辦理第五屆優秀護理人員獎選拔，今年度共選出特優獎5名、優秀獎32名、優良獎143名，將於11月24日假公務人力發展中心卓越堂舉行表揚大會，並安排特優獎得主作經驗分享，期盼藉此表揚活動鼓舞全國護理人員。得獎名單請逕至本會網站 (<http://www.nurse.org.tw>--訊息公告) 查詢。

「尋訪感動的瞬間」--發現白衣天使背後的付出與奉獻!

一、前言

台灣的優良醫療照護體系，一向為國際所稱許，這是所有醫護人員犧牲奉獻的成果，護理服務更是照護體系中最重要的一環。護理照護工作的繁重，亟需社會大眾給予肯定與鼓勵，有鑑於此，腦血管疾病防治基金會高明見董事長於2012年特別設立優秀護理人員獎，以茲肯定與鼓勵其辛勤。

今年希望能以徵文活動，讓被人忽略的小故事引起您我共鳴與重視，希望能藉由您我實地尋訪護理人員，將其背後的付出與奉獻化為文字故事與我們分享。

二、主辦單位：

財團法人腦血管疾病防治基金會

三、撰稿主題：尋訪感動的瞬間，發現白衣天使背後的付出與奉獻！

四、活動期間：即日起至2016年11月18。

五、活動辦法：

- (一) 撰稿主題：尋訪感動的瞬間，發現白衣天使背後的付出與奉獻！
- (二) 撰寫方向：尋訪優秀護理人員們背後的付出與奉獻的服務事蹟。
- (三) 尋訪對象：2016年腦血管疾病防治基金會優秀護理人員獲獎人。

(四) 字數限制：1,500字以內（需含照片）。

(五) 作品需於活動期間自行投稿至報章雜誌、醫護相關刊物或電子新聞媒體。

六、獎勵辦法：

- (一) 刊登於「報章雜誌」者，每則稿費新台幣壹萬元整。
- (二) 刊登於「醫護刊物」、「電子媒體」者，每則稿費新台幣伍仟元整。
- (三) 稿件未獲得刊登於上述者，可將稿件寄至本基金會，經審核通過之入選文章，將統一以email通知。每則稿費新台幣貳仟元整。

聯絡方式：

財團法人腦血管疾病防治基金會甘小姐

電話：(02) 8772-0762

Email：joycegan70@gmail.com

地址：106台北市大安區復興南路一段203號5樓

備註：

1. 請於文章內註明真實姓名、身份證字號、聯絡地址、聯絡電話、E-Mail等個人資料，使用筆名發表請於來稿中註明。
2. 徵稿文章若未依規定或涉及抄襲，妨害他人著作權，經查證屬實，將取消得獎資格。

本會出版「天使的身影」單元劇，歡迎各機構播放，以宣傳及傳播護理專業形象

- 一、「天使的身影」為第一部由護理師護士公會全聯會發想，大愛電視製作拍攝，以八仙樂園粉塵爆炸事件為藍本，呈現投身救治工作之護理人員的專業貢獻及心路歷程的護理單元劇。
- 二、本單元劇授權免費播放，所有內容請勿做商業使用，如因做商業使用造成侵權，請自行負責。
- 三、若機構有此光碟片之需求，請上網 (<http://goo.gl/forms/PgyVV3DjQpis9gw32>)填寫索取，本會將陸續寄出。本會聯絡人：曾組長02-2550-2283#14。



QR CODE

台北市護理師護士公會 訊息

●本會訊息

※敬請各位會員繳納105年常年會費壹仟元，以利會務推展，完成繳納後，請於一星期後至本會網站確認繳費記錄，以確保自身權益。

【查詢繳費記錄】：公會網站首頁→會員登入→會員專區→繳費記錄查詢。郵政劃撥帳號：05160805；戶名：台北市護理師護士公會(會員辦理異動前已利用超商繳費者，因超商入帳有10-14天的空窗期，請攜帶已繳費之收據為憑證，以免重覆繳納)。

※本會研習活動(相關訊息詳見本會網站 <http://www.tpena.org.tw>，參加對象為台北市公會全體活動會員)。

※本會會員委員會11月初將辦理未婚聯誼，舉辦時間、地點將上網公告，歡迎會員踴躍報名參加。

●您不能不知道

Q：我上班已兩年，雇主卻不願提供薪資明細表，是否有違法？

A：勞動基準法第23條第2項規定雇主應置備勞工工資清冊，將發放工資、工資計算項目、工資總額等事項記入，但並無強制規定雇主應交付薪資明細表給勞工，故雇主未提供薪資明細表，並未當然違法。另依勞工退休金條例第21條第1項、第14條第1項規定，可知雇主應每月以書面通知勞工提繳之退休金金額，若雇主違反規定，依同條例第52條規定，主管機關可對雇主課處罰鍰。雇主不願交付薪資明細表，雖未當然違法，薪資明細表為勞工了解薪資結構明細及計算提繳退休金是否正確的依據，為避免日後勞資對於工資項目發生爭議，建議仍盡可能協商請求雇主交付薪資明細表為宜。

新北市護理師護士公會 訊息

※本會105.12.14舉辦會員聯誼活動，至宜蘭羅東「手工豆腐體驗、三星銀柳幸福招財好運到」，歡迎會員踴躍參加。

※第十六屆會員代表選舉時間訂於105年12月28日(星期三)舉行，屆時將發函通知，請會員踴躍投票。

※本會研習活動(詳情與報名請上新北市公會網站 <http://www.ttcna.org.tw>查詢)

日期	合辦單位	主題
11/4~5日	市立聯合醫院	護理主管研習營
11月10日	馬偕紀念醫院	神經外科病人照護研習會
11月27日	新北市醫師公會	醫學課程演講
11月18日	恩主公醫院	長期照護研習會
12月25日	新北市醫師公會	醫學課程演講

護理人員應否賠償違約金？(中)

本篇文章分為(上)(中)(下)集《註：(上)集已刊登於111期全聯護訊》

邱慧洳 國立臺北護理健康大學副教授/律師

一、前言

護理人員應否賠償違約金？端視護理人員與醫院所簽訂之「最低服務年限及違約金條款」（下稱違約金條款）是否符合「必要性」與「合理性」要件，與是否違反民法第247條之1規定之「定型化契約概念」而定，若違約金條款不符合「必要性」與「合理性」要件，與違反定型化契約之「顯失公平」概念，護理人員則毋庸賠償違約金（王，2006；黃，2006；陳，2012）。本文曾於全聯護訊第111期所刊之「護理人員應否賠償違約金？（上）」介紹法院因審酌違約金條款之合理性、必要性與民法247條之1規定此三原則（下稱三原則）而認為護理人員毋庸賠償違約金之案例，但仍不乏有法院審酌此三原則後認為護理人員應賠償違約金之例。為求客觀地呈現「護理人員應否賠償違約金」此問題之全貌，本文於此欲介紹法院審酌此三原則後認為護理人員應賠償違約金之例（下稱案例一），於此案，護理人員乙於服務期限未滿前即提前離職，法院認為乙於任職期間有參加「血液透析訓練」，醫院為培訓乙，已投注相當成本，若乙中途退訓，將造成醫院之損失，爰認為乙所簽訂之違約金條款因符合上述三原則，應賠償醫院違約金。另有一類似情境之案例（下稱案例二），即診所亦花費數萬元培訓護理人員乙並為乙繳交學會訓練課程之費用，乙亦於服務期限未滿前即提前離職，法院認為乙所簽訂之違約金條款因違反上述三原則，毋庸賠償違約金。一樣皆為雇主有對護理人員付出訓練成本，但法官審酌上述三原則後，卻認為案例一之護理人員須賠償，而案例二之護理人員卻毋庸賠償，本文試圖以案例二對

照案例一，凸顯案例一之判決結果恐有待斟酌。本文茲介紹案例一與案例二之原因事實與判決結果如下，然而本文讀者須對「違約金條款之必要性與合理性以及民法第247條之1規定之定型化契約概念」有所了解，始能理解本文，故建議讀者閱讀本文前，請先參閱全聯護訊第111期所刊之「護理人員應否賠償違約金？（上）」一文。

二、案例介紹

案例一：「臺灣臺北地方法院104年度店勞小字第7號民事判決」

1. 案例事實

乙受僱於甲醫院擔任血液透析護理師，其須受訓練3個月始能取得血液透析師資格，訓練契約書約定訓練期間為103年12月10日至104年3月9日，訓練期滿應服務2年始得離職，若違約須賠償一個月薪資作為違約金。乙於104年1月8日提出離職申請並經核准，嗣後回醫院辦理離職手續，人資室告知乙須支付違約金3萬6,700元，並於收款後方能開立服務證明予乙，乙遂於1月21日匯款至甲指定帳戶，並於2月6日收到服務證明及違約金收據。惟乙支付違約金後，認為自己並未違約，故請求醫院返還違約金，茲就甲、乙之主張說明於下。

(1) 甲醫院之主張

甲醫院於面試時即告知乙到職後須接受3個月之實務訓練，並於聘僱當日即103年12月10日將「血液透析訓練契約書」交付乙，乙將契約書交回人資室時，承辦人員詢問乙對契約書內容有無疑問，乙表示無意見。甲為提供新進透析護理人員教學訓練，支出教學師資、場地、書籍等成本，乙於受訓期

間，不但無須支付任何訓練費用，且領受與具有「血液透析護理人員證書」之員工相同薪資，乙半途放棄，不僅導致甲所付出之成本無法回收，更使珍貴訓練資源遭到浪費，甲與乙約定一個月薪資之違約金，實無法完全反映其中途放棄之成本浪費，僅希望藉由違約金之約定，督促乙珍惜得來不易之訓練資源。

(2)乙護理師之主張

乙主張訓練契約書僅約定試用期滿後須於甲醫院服務2年，並未約定未完成訓練即離職為違約，故其並無違約。

2.法院見解

(1)定型化契約

乙將訓練契約書交回人資室時，如認為訓練契約書有不合理之處，本可提出疑義或自由選擇是否受僱於甲醫院，然乙直至104年1月8日離職前，均無異議並接受甲醫院所安排之在職訓練，足證乙已知悉並同意違約金條款。

(2)違約金條款之必要性與合理性

乙自103年12月10日起在甲醫院接受血液透析訓練，甲為培訓乙，已投注相當之人力、物力成本，若乙中途退訓，甲勢必再行招攬、訓練新進人員，因而增加人力、物力及時間成本，並影響醫院醫療業務之發展，故訓練契約書第5條限制受訓人員不得中途退訓之約定，應有其必要性。再者，血液透析人員之訓練為期三個月，乙於受訓期間無須支出任何費用，且領有正式血液透析護理師薪資，訓練契約書第5條中途退訓應賠償一個月薪資之約定，應有其合理性。甲確實因乙中途退訓受有損害，甲自得於乙離職時，依約請求乙賠償一個月固定薪資之違約金，乙請求甲返還違約金，自屬無據。

案例二：「臺灣台北地方法院103年北勞簡字第93號民事判決」

1.案例事實

乙護理師受僱於甲診所，甲、乙約定乙

之任職期間為101年7月10日至104年1月9日，勞動契約之附註條款規定：「乙應於服務期滿，始得離職，若乙中途提請離職，違反本條之約定，甲得要求乙賠償自提請離職生效日起之不足日數，每不足一日應賠償一日之薪資數額作為懲罰性違約金」。然乙竟於103年3月29日提前離職，遂遭甲診所求償違約金，茲就甲、乙之主張說明於下。

(1)甲診所之主張

護理師至少須於臨床上訓練兩年方能成為獨當一面之護理師，乙進入甲診所後，甲每月多支出3,000元至4,000元予資深護理師A，由A負責指導乙。甲亦代付乙參加台灣腎臟醫學會舉辦之血液透析訓練課程報名費用6,000元，甲對於乙有支出成本進行訓練。一般實務訓練須兩年方能培養出合格之護理師，違約金條款約定乙之最低服務年限為2年6個月，等同於甲訓練乙成為獨當一面之護理師後，僅強制乙服務半年即可，故該違約金條款符合必要性及合理性，並無顯失公平，自無違反民法第247條之1規定。

(2)乙護理師之主張

乙到甲診所服務以前，在其他醫院所從事護理師之年資約7年，於此之前，已是能獨當一面之護理師。關於乙所接受之新進員工訓練，A同時也有訓練另一名新進人員丙，乙所接受之新人訓練，皆是診所針對新進員工關於職場、環境之例行性教育，為職務上所須使用之相關設備或系統之操作教育而已。這些教育課程，非專為乙所製作，甲日後仍得重覆利用該教育課程於其他新進人員之教育訓練。甲雖有支出乙參加台灣腎臟醫學會舉辦之血液透析訓練班報名費6,000元，但這也是診所為了能在「醫院血液透析評量」上，能獲得更好之等級，乙接受此項訓練，係為甲之利益而為，也是甲針對新進員工之例行性教育，甲以此極為輕微之成本，約束乙應服務長達2年6個月之最低服務年限，顯然欠缺必要性與合理性，該違約金條款，應為無效。

2. 法院見解

(1) 違約金條款之必要性與合理性

乙自91年即在多家醫院所擔任加護病房護理師，顯見乙在受僱甲之前，已有多年實務經驗。甲指派A對乙所為之新進員工訓練，係認識環境、學習血液透析用物準備與技術操作、了解洗腎機面板的按鍵意義及功能、機器的清潔與消毒、認識病歷各項單張及紀錄方式、認識單位人事規章、了解單位人員工作職責、學習醫療相關器材、了解洗腎室的藥物、學習操作血液透析收針護理技術、學習操作導管傷口護理、學習重複使用人工腎臟的消毒沖洗機器等，此乃對於新進員工之例行性教育，或為職務上所須使用之相關設備或系統之操作教育。A於新進員工教育訓練同時指導新進人員乙、丙兩人，甲雖支付A訓練津貼4,600元、3,400元、3,000元與1,400元，此係甲為訓練新進員工而支付A之總金額，以受訓人數兩人分攤計算後，每人之金額不過數千元，此費用本即屬雇主應負擔之一般人事成本。

依血液透析訪視作業評量表第四章4.2.1所示「每位新進血液透析護理人員到職一年內應具有腎臟醫學會或腎臟護理學會血液透析訓練課程之結業證明」，此為「醫院血液透析評量」項目之一。甲雖有向台灣腎臟醫學會繳交乙參加血液透析訓練課程之報名費6,000元，然此亦是醫院獲得評分等級「C」之要件之一，甲亦為受益者。甲所繳之報名費僅為6,000元，且該課程僅4天，課程時間均在星期六、日，此與其他須雇主投資大量資源培訓員工之產業型態如航空公司對機師支出之龐大訓練費用、訓練期間長相較，兩者差異極大，無法相提並論。

(2) 定型化契約

乙受僱於甲所從事之工作，屬有繼續性之工作，應為不定期勞動契約，乙本得隨時終止該勞動契約。然甲卻以定型化契約條款，約定乙不得提前離職並課以中途離職之高額違約金，然而自甲提供之教育訓練課程

與其他一般職業相較，甲對於新進人員所須負擔之一般人事成本，並無特別龐大之處，無證據可認甲對於乙有訓練並預期乙可成為業務活動上不可替代之關鍵人物，甲僅係其對新進員工之例行性教育，或為職務上所須使用之相關設備或系統之操作教育，足認該違約金約款欠缺必要性及合理性，不當限制乙離職之自由權利，已顯失公平，依民法第247條之1規定，該違約金條款應屬無效。

三、結論

案例二之診所花費數萬元培訓乙並為乙繳交學會訓練課程，法院審酌違約金條款之必要性與合理性後，認為診所所花費之訓練費用僅為「一般性之人事成本」與「例行性之教育訓練成本」，且診所並未訓練乙成為業務活動上不可替代之關鍵人物，再加上乙所簽訂之定型化契約，限制乙離職之自由權利，該條款因顯失公平而無效，乙毋庸賠償違約金。惟於案例一，法院審理此案，雖有以違約金條款之必要性與合理性要件加以檢視，惟僅以「甲為培訓乙，已投注相當之成本，若乙退訓，甲勢必再行訓練新進人員，因而增加成本」泛泛一語帶過，並未深入探究醫院所花費之訓練費用是否僅為「一般性之人事成本」與「例行性之教育訓練成本」，亦未審酌醫院所付出之訓練成本是否在使乙成為業務活動上不可替代之關鍵人物；此外，法院竟然認為乙對訓練契約書上之違約金條款並無任何異議，故乙理當賠償違約金，本文認為該契約書上之違約金條款已違反合理性與必要性與定型化契約之顯失公平概念，法院未以「定型化契約顯失公平概念」為護理人員把關，竟語出驚人表示「乙因無異議，故須賠償」，如此之法律見解，教人驚嘆。本文認為案例一之判決結果為法院之「錯誤示範」，然而司法實務上，如此之錯誤示範，不在少數，護理人員簽立違約金條款，仍應小心為宜。



參考文獻

- 王龍寬（2006）• 淺論最低服務年限條款 • *萬國法律*，148，55-63。
- 黃健彰（2006）• 勞動契約上最低服務年限約訂之管制 • *國立中正大學法學集刊*，21，1-30。
- 陳明暉（2012）• 再論勞動契約中最低服務年限約定之效力 • *銘傳大學法學論叢*，17，1-34。



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. 護理人員應否賠償違約金，端視護理人員與醫院所簽訂之違約金條款是否符合「必要性」與「合理性」要件，與是否違反「定型化契約顯失公平概念」而定。
2. 於案例一，法院認為甲醫院為培訓乙護理師，已投注相當之成本，若乙中途退訓，甲勢必再招攬新進人員，因而增加成本，並影響醫院業務發展，故乙所簽訂之違約金條款，符合「必要性」要件。
3. 於案例一，法院認為乙護理師於受訓期間無須支出任何費用，且領有正式血液透析護理師薪資，故乙所簽訂之違約金條款，符合「合理性」要件。
4. 於案例一，法院認為乙護理師應賠償醫院違約金之理由之一為「因乙對自己與醫院簽訂之違約金條款無任何異議，故乙應賠償醫院違約金」。
5. 於案例二，甲診所聘請資深護理師A訓練乙護理師，法院認為甲診所為乙付出數萬元之訓練成本，故乙於服務期限未滿前，不得提前離職。
6. 於案例二，法院認為甲診所所花費之訓練成本，已使乙護理師成為業務活動上不可替代之關鍵人物，故乙於服務期限未滿前，不得提前離職。
7. 於案例二，法院認為因甲診所為乙護理師繳交學會訓練課程，故乙於服務期限未滿前提前離職，應賠償醫院違約金。
8. 於案例二，法院並不認為甲診所有不當限制乙護理師離職之自由權利。
9. 於案例二，法院認為乙護理師受僱於甲診所從事之工作，屬有繼續性之工作，應為不定期勞動契約，乙本得隨時終止該勞動契約。
10. 關於護理人員應否賠償違約金之問題，不乏有法院援引「違約金條款之必要性與合理性」與「定型化契約顯失公平概念」審理案件後，仍認為護理人員應賠償醫院違約金。

全聯護訊自10月起醫院全面停止寄送紙本

為響應環保、節能減碳，紙本護訊將逐步減印，改寄送電子報，於10月起醫院全面停止寄送紙本。個人會員、診所及長照機構護理人員暫仍採紙本郵寄，不需紙本者請通知所屬地方公會，希望能持續將重要、及時的訊息提供給所有會員。

如需收到出刊即時訊息，請逕至本會網頁 www.nurse.org.tw → 點擊全聯護訊 → 各期護訊 → 申請通訊課程電子信箱/密碼；或加入本會 facebook。



QR CODE

前言

疼痛是癌症病人常面對的症狀困擾之一 (Marcus, 2011)，研究顯示癌症病人在不同疾病階段均有高疼痛盛行率，而侵襲性癌症、轉移性癌症或末期癌症病患有疼痛問題高達65%以上 (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007)。癌痛常嚴重地影響病人生活品質 (Hui & Bruera, 2011; Paice & Ferrell, 2011)、日常生活狀況、睡眠品質及情緒狀況 (Iyer, Roughley, Rider, & Taylor-Stokes, 2014; Wildgaard et al., 2011)，嚴重疼痛會干擾病人身體功能及活動能力，及合併憂鬱及營養不良等狀況 (Nersesyan & Slavin, 2007)。

癌痛是一多層面主觀經驗，受到癌症進展及病人心理社會層面等因素所影響 (Turk & Okifuji, 2002)，而病人的癌痛相關信念 (cancer pain-related beliefs) 在疼痛經驗及疼痛處置成效上扮演重要角色 (Ward et al., 1993)，研究顯示：負向癌痛信念被視為疼痛處置的障礙因素之一，與服用止痛藥物的遵從性有相關，進而影響疼痛處置成效 (Chen, Tang, & Chien, 2012)。適當地止痛藥物使用是成功癌痛處置計畫中關鍵策略之一，而了解病人整體性癌痛認知，將有助於疼痛處置計畫執行成效。

多層面之癌症疼痛經驗

國際疼痛研究協會 (International Association for the Study of Pain, IASP, 1994) 指出「疼痛是一種感覺與情緒上的不愉快經驗，可能與現存性或潛在性的組織受到傷害有關」，疼痛經驗為多層面主觀經驗，包含「感受-區分」層面、「動機-情感」層面、及「認知-評估」層面相互作用 (Turk & Okifuji, 2002)。而癌症疼痛如同一般疼痛經驗，亦是多層面的主觀感受，除了受到癌症疾病進展所影響之外，

也受個人心理、精神及社會等因素所影響 (Ahles, 1993; Turk & Okifuji, 2002)，如病人的癌症疾病看法、個人過去疼痛經驗 (如：疼痛記憶、過去疼痛處置經驗)、情緒狀況及疼痛導因等 (Cata, Weng, & Dougherty, 2007)。

整體性癌症疼痛認知-Horne's extended Common-Sense Model (CSM) of Self-Regulation

研究顯示病人疼痛信念與疼痛感受、動機與認知疼痛層面之間的交互作用，引導病人疼痛處置之行為反應，進而影響疼痛處置成效 (Porter & Keefe, 2011)。學者提出認知理論-用以解釋個體的疾病認知信念如何影響其健康行為表現及對於疾病/症狀的治療遵從性 (Cioffi, 1991; Dodd et al., 2001; Horne, 2003)，而Horne所提出自我調適常識模式 (Horne's extended Common-Sense Model [CSM] of Self-Regulation) 用以探索個體的疾病認知信念 (Illness Cognitive Beliefs) 與情緒表現 (Emotional Representation) 如何影響個體適應疾病/症狀的行為表現 (Aflakseir, 2012; Horne, Parham, Driscoll, & Robinson, 2009)，根據 CSM of Self-Regulation (Horne, 2003; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003)，個人之疾病症狀信念是由症狀感受經驗、疾病認知，及情緒表現交互作用所構成，這信念用以預測個體對疾病/症狀的看法，引導個體處置疾病/症狀的因應行為 (如服用藥物或就醫行為)，進而影響疾病症狀處置成效。

根據 CSM of Self-Regulation 理論架構 (Horne, 2003; Leventhal et al., 2003)，癌痛信念被定義為個體對癌痛所詮釋意義，個人將癌症疼痛感知刺激視為健康威脅，所解釋的癌痛相關認知組成包含兩部分-癌痛疼痛認知及止痛藥物認知。癌痛疼痛認知由多因子

所組成，分別是1.癌痛特性(Pain Identity)-指個體對癌症疼痛所代表意義看法，對疼痛瞭解及識別程度，與個體對癌症疼痛或疾病發展過程看法有關；2.疼痛導因(Pain Cause)-個體認為導致癌症疼痛原因的想法，這想法是基於個人過去經驗，重要他人(如家人、健康照護者等)或媒體等訊息而來；3.疼痛時間性(Pain Time -Line)-指個體對疼痛持續時間的看法，是屬於急性或慢性，疼痛會持續著或短暫的存在，這信念會隨著時間而重新評估；4.疼痛週期性(Pain Time-line Cyclical)-指個體對疼痛是否反覆存在及可預期的看法；4.疼痛影響(Pain Consequence)-反映個體疼痛嚴重程度的信念，疼痛對生理、心理、社會角色及經濟方面的影響，會隨著時間而發展更真實的看法；5.可控制性(Controllability)-指個體認為疼痛被控制與否的看法，分為個人可控制性(Personal Control)-疼痛可被個人所執行的措施/方法得到控制，及治療可控制性(Treatment Control)-透過治療可以控制及處理疼痛問題；6.疼痛理解(Pain Coherence)-個案對於癌症疼痛的知識程度。而個體的情緒表現(Emotional Representation)會與疼痛認知信念並行發展，是指個體因疼痛症狀刺激的內在因素而產生對於症狀的情緒反應，常見包括害怕、焦慮、憂鬱及憤怒等情緒(Horne, 2003)。Well及Rinder(2008)表示對癌痛的情緒表現因疼痛感受而產生，且從個人的神經痛覺感受引領出疼痛相關困擾(pain-related distress)，而這疼痛情緒表現會伴隨著疼痛信念，進而引發心理困擾(psychological distress)。

另外，學者指出病人止痛藥物信念直接關係於其服藥行為(Horne, Weinman, & Hankins, 1999)，CSM of Self-Regulation理論架構將病人止痛藥物信念分類為兩部分：止痛藥物特殊信念-必要信念(Necessity beliefs)及關注信念(Concern beliefs)，及一般藥物信念-過度使用信念(Overuse beliefs)及傷害信念(Harm beliefs)，止痛藥物必要信念是指病人相信可從止痛藥物得到疼痛控制效果，止痛藥是疼痛處置所必要的措施，止痛藥物關注信念則是病人擔心止痛藥物所帶來的副作用及依賴性；一般藥物信念-過度使用信念是指病人擔心醫師給了太多的藥物，傷害信念則指病人認為藥物是會傷害身體功能，有成癮性及毒性。而Horne(2003)指出當病人認為從止痛藥物所產生的疼痛控制效果大於對藥物副作用的擔心時(止痛藥物特殊信念-必要信念大於止痛藥物特殊信念-關注信念)，病人有較好的服藥遵從性；反之，如病人對止痛藥物的擔心程度大於藥物必要性的認知，病人服用止痛藥物的遵從性不佳，進而影響疼痛處置的成效。

整體性癌症疼痛認知於臨床照護

由Horne所提出的CSM of Self-Regulation可知：病人疼痛認知來自於病人的癌痛認知及止痛藥物認知的複雜交互作用，而臨床照護者瞭解這複雜的癌痛認知，將有助於提供病人更完整的癌痛認知評估，作為成功的癌痛教育策略第一步(Donovan & Ward, 2001)，並將整體性癌痛認知納入病人癌症疼痛教育，用以改變病人錯誤癌痛認知的基石。

參考資料

- Aflakseir, A. (2012). Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes, 4*(3), 243-247. doi: 10.1111/j.1753-0407.2012.00183.x
- Ahles, T. A. (1993). Cancer pain: Research from multidimensional and illness representation model. *Motivation and Emotion, 17*, 225-243. doi: 10.1007/BF00992221
- Cata, J. P., Weng, H. R., & Dougherty, P. M. (2007). Basic neurobiology of cancer pain. In M. J. Fisch & A. W. Burton (Eds.), *Cancer pain management* (pp. 57-74). New York: McGraw-Hill Companies.

- Chen, C. H., Tang, S. T., & Chien, H. C. (2012). Meta-analysis of cultural differences in Western and Asian patient-perceived barriers to managing cancer pain. *Palliative medicine*, *26*(3), 206-221. doi: 10.1177/0269216311402711
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, *109*(1), 25-41. doi: 10.1037/0033-2909.109.1.25
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668-676. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Donovan, H. S., & Ward, S. (2001). A representational approach to patient education. *Journal of Nursing Scholarship*, *33*(3), 211-216. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00211.x
- Horne, R. (2003). Treatment perception and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 138-153). New York: Routledge.
- Horne, R., Parham, R., Driscoll, R., & Robinson, A. (2009). Patients' attitudes to medicines and adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, *15*(6), 837-844. doi: 10.1002/ibd.20846
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, *14*(1), 1-24. doi: 10.1080/08870449908407311
- Hui, D., & Bruera, E. (2011). Cancer Pain management. In M. E. Lynch, K. D. Craig & P. W. H. Peng (Eds.), *linical Pain Management: A Practical Guide* (pp. 299-310). West Sussex:UK: Wiley-Blackwell.
- Iyer, S., Roughley, A., Rider, A., & Taylor-Stokes, G. (2014). The symptom burden of non-small cell lung cancer in the USA: a real-world cross-sectional study. *Support Care Cancer*, *22*(1), 181-187. doi: 10.1007/s00520-013-1959-4
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Marcus, D. A. (2011). Epidemiology of cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*, *15*(4), 231-234. doi: 10.1007/s11916-011-0208-0
- Nersesyan, H., & Slavin, K. V. (2007). Current aproach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. *Ther Clin Risk Manag*, *3*(3), 381-400.
- Paice, J. A., & Ferrell, B. (2011). The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*, *61*(3), 157-182. doi: 10.3322/caac.20112
- Porter, L. S., & Keefe, F. J. (2011). Psychosocial issues in cancer pain *Curr Pain Headache Rep*, *15*, 263-270. doi: 10.1007/s11916-011-0190-6
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 678-690. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.678
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, *18*(9), 1437-1449. doi: 10.1093/annonc/mdm056

- Ward, S. E., Goldberg, N., Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik-Plank, D., . . . Weissman, D. E. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*, 52(3), 319-324. doi: 10.1016/0304-3959(93)90165-L
- Wells, N., & Ridner, S. H. (2008). Examining Pain-Related Distress in Relation to Pain Intensity and Psychological Distress. *Research in Nursing & Health*, 31(1), 52-62. doi: 10.1002/nur.20262
- Wildgaard, K., Ravn, J., Nikolajsen, L., Jakobsen, E., Jensen, T. S., & Kehlet, H. (2011). Consequences of persistent pain after lung cancer surgery: a nationwide questionnaire study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(1), 60-68. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02357.x



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、選擇題，共10題)

- 依研究結果，疼痛是癌症病人常面對的症狀之一，往往僅出現在癌症末期的病人。
- 癌痛屬於多層面主觀經驗，癌症疾病進展及病人心理社會層面等多種因素均可能影響病人的疼痛經驗。
- 依研究結果，病人對止痛藥物副作用及藥物依賴性的擔心，與服用藥物的遵從性有相關。
- Horne自我調適常識模式(CSM of Self-Regulation)可用來解釋病人疾病/症狀認知影響病人的疾病症狀適應行為表現。
- 依Horne自我調適常識模式(CSM of Self-Regulation)，疼痛理解(Pain Coherence)-指個體對癌症疼痛所代表的意義，對疼痛的瞭解及識別程度，與個體對癌症疼痛或疾病發展過程的看法有關。
- Horne自我調適常識模式(CSM of Self-Regulation)的架構，癌痛認知之可控制性(Controllability)中，個人控制性(Personal Control)是指疼痛可被個人所執行的措施/方法得到控制的看法。
- 呈上題，病人止痛藥物特殊信念可分為必要信念(Necessity beliefs)及關注信念(Concern beliefs)。
- 依Horne自我調適常識模式(CSM of Self-Regulation)，當病人認為從止痛藥物所產生的疼痛控制效果大於對藥物副作用的擔心時，病人的服藥遵從性比較差。
- 依Horne自我調適常識模式(CSM of Self-Regulation)，個體的情緒表現會與止痛藥物認知並行發展。
- 瞭解病人整體性癌痛認知，有助於提供病人更完整癌痛認知評估及提升疼痛教育的成效。

感謝對本書熱烈的支持，第一版已全數售罄，再版書籍每本420元，歡迎舊雨新知踴躍支持，將提供優惠折扣6~9本9折、10~19本85折、20本以上8折



※運費：未滿3本運費60元、滿3本(含)以上免運費。

匯款方式：戶名【社團法人中華民國護理師護士公會全國聯合會】

銀行名稱：808(玉山銀行建成分行) 帳號：0923-940-002123

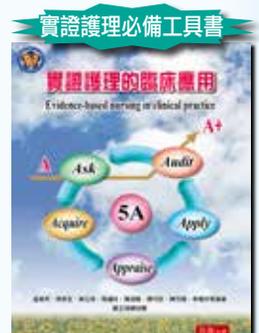
※備註：1.敬請匯款後逕至<https://goo.gl/forms/8oWR5HFz2H411eRw2>填妥資料，提交即可。

2.本會確認收到金額無誤後，會盡快將書寄給您。

歡迎來電洽詢！



登入資料 QR CODE



聯絡人：潘碧雲組長 電話：(02) 2550-2283#18
本會地址：10355 台北市承德路1段70之1號14樓

電子信箱：nurse@nurse.org.tw
網站：<http://www.nurse.org.tw>

幽谷伴行

鍾逸琳 台東馬偕紀念醫院血液透析中心護理師

冬風吹落枝葉的午后，在恩典四樓長廊上，遠遠地看見兩個人影在走廊尾端，漸漸走近，原來是熟悉的陳大哥，最近因病住院，消瘦的身軀包裹在厚重的外套內，深鎖的眉頭，癱軟的肢體，要不是布帶固定，彷彿輕易即可從輪椅滑落，長期臥床，到走廊曬曬太陽，渴望取得一絲溫暖。

記得，洗腎以前，他愛旅遊愛唱歌喜歡自由自在，上山下海足跡遍布各地。因為糖尿病導致洗腎，剛開始時，嚴重的姿位性低血壓經常使他一站起來就暈眩，需要很長的時間讓血壓平穩。漸漸地克服了血壓的問題，一天，突然掛急診，老婆說早上好好的，到了下午說不上來的不舒服，經了解後，原來他吃了一整個南瓜，以致高血鉀、胸悶、全身無力；經過這次經驗又給自己上了一課。

穩定透析後，到了春天旅遊季，常會問我們什麼時候辦腎友活動？他已經很久沒有好好一展歌喉痛快的高歌了！最開心跟著我們一起到戶外舒暢身心，他可是我們的最佳歌神！到了柳橙豐收的季節，我們也享受了他種植的黃橙橙的香丁，那酸甜多汁的好味道令人愛不釋手。

如今病魔吞噬了他的心靈，成天大聲哀號，呼天喊地，問天什麼時候帶他走...？心如焚的老婆花蓮台東兩地奔波，希望能有更好的醫治...。這天，風和日麗，聽他娓娓道來他一生精彩的故事，年輕時因故與前妻分開，兩個兒子也跟著離開，兒子已經結婚生子，工作穩定，但少有聯繫，如今生病，自知來日不多，希望能平靜安詳的離開，不要驚動前妻、孩子。老婆在旁阻斷他不要說些不吉利的話，但是，每每看見被病魔折磨得痛不欲生的景象，卻又煎熬矛盾，覺得是該放手讓他解脫痛苦，安心的走。最後老婆領悟，愛他就是放手讓他走，夫妻之情深深印記心底，選擇安寧，自然安詳地唱完人生最後一曲。

在洗腎室我喜歡坐在床緣聽著洗腎朋友訴說著一個又一個精彩的故事，從洗腎開始的喘、全身水腫、面色凝重，到穩定透析後日漸挺拔、恢復過去的風采...帥氣，容光煥發，透析後的人生是彩色的！

在生命日漸凋零，燭光微弱時，我祈禱期盼能為空虛的心靈注入一些溫暖力量，讓孤獨的靈魂有勇氣面對生命的訣別。

中華民國護理師護士公會全國聯合會

10355台北市承德路1段70之1號14樓

電話：(02)2550-2283

傳真：(02)2550-2249

網址：<http://www.nurse.org.tw>

E-mail:nurse@nurse.org.tw