

中華民國八十四年六月創刊

苗縣護訊

發行人：解旻容

主編：劉欣宜

編輯委員：曾怡樺、龍碧鈴、張淑真

出版者：苗栗縣護理師護士公會

地址：苗栗市水源里22鄰金陽街15號

電話：(037) 354512 郵政劃撥帳號：21330733

E-mail: service@mlna.org.tw

承印者：彩藝得印刷有限公司 037-470111



疫情後持續動盪的護理環境，各大醫院皆面臨護理人力短缺而紛紛減少收治病人，降載醫療量能予以因應；儘管如此，護理師仍舊面臨超時工作、延遲下班，長期不堪負荷只好退出職場，相形之下更加劇了人力短缺的惡性循環。合理的護病比與護理勞動環境已成為重大議題，優化執業環境以及建構友善職場實屬刻不容緩之問題，也因此護理專業

團體持續努力不懈下有了契機。

賴總統『健康台灣政策』中，亦聚焦能持續改善解決護理環境目前面臨的困境，研擬行政院113年7月已同意辦理「護理人力政策整備中長程計畫(114-117年)」4年275億元，優先投資護理人力整備，透過人才培育、正向職場與薪資改善3大方向12項策略，建立醫院護理留任正循環機制，並促進領照護理師執業的最大化，政府努力方向摘要說明如下：

一、護理人力政策整備12項策略計畫：

為改善護理人員之勞動條件及薪資待遇，減緩現有護理人力短缺，及因應未來護理人力需求，衛福部針對影響臺灣護理人力留任的多元因素擬定因應對策，透過人力培育、正向職場與薪資改善3大方向、12項策略計畫，目的是建立醫院護理留任「負循環能轉正」的機制，並促進領照護理師執業的最大化。

二、護理人力培育：

考選部112年起新增護理師國考1次數(每年3次)，將應試科目試題調整為50題，強化試題品質與臨床應用一致性；教育部113年起增加10%護理培育員額數，113-119年可增加7.1萬名護理畢業生可新增4.2萬執業護理人力。

三、正向職場與薪資改善：

(一)三班護病比是醫院增加護理人力的必要條件，以建立護理照護合理負荷，促使醫院護理人力留任。113年3月1日起實施三班護病比標準，同步啟動三班輪值夜班護理人員直接獎勵，並

推動三班護病比達標醫院獎勵，鼓勵醫院優先增加充足人力，發展夜班專責人力固定班別制度，提供護理人員多元、自主、彈性、有選擇性的執業模式。

(二)114年起將推動護理友善職場典範認證，由護理及醫院一起發展「因地制宜」及「因院創新」的護理人力持續計畫，並推動護理新手臨床導師制度，留任新人並減輕老手帶新手額外工作負荷，同時，引領醫院護理照護流程智慧創新、擴大推動住院整合之輔助人力發展。

(三)政府與醫院及護理三方共同協力營造正向職場環境，以有效留任護理人力，原領照護理少進多出之年約流失人力8,000人可降為4,000人，預期至119年可增加2.8萬人留任。

除此之外，各醫療院所為緩解人力問題亦投入智慧醫療，期望減輕護理臨床工負荷，智慧護理的應用

1. 智能監測與預警：智慧床墊可監測病人翻身、跌倒風險；生理監測系統自動傳輸數據；AI則能分析數據，預測氣管插管異常、存活率。

2. 資訊整合與行動化：護理站資訊大看板、床邊小黑板等系統，即時顯示病人管路、用藥、檢查報告，實現無紙化與資訊透明。

3. 自動化與流程優化：自動發藥系統、AI輔助文書處理(如語音轉文字)減少護理師行政負擔，優化工作流程。

4. 遠距與個性化照護：結合遠距醫療、穿戴裝置，實現居家健康監測與個人化照護方案。

5. 沉浸式學習：透過VR/AR等技術，提供更安全、逼真的模擬訓練。

期盼，在各界多方面的努力下，共同優化護理環境，冀希望能吸引更多護理畢業生勇於進到護理職場，貢獻所學，在護理場域中能發揮護理專業及技能，提高護理照護量能以及護理照護品質。

敬祝 護理夥伴們~~聖誕佳節暨2026年新年快樂！平安、健康、喜樂！

解旻容 理事長 2024.12.25

本期目錄

★理事長的話.....1

★本會訊息.....2

* 113學年度在職進修獎助金成績優異獲獎名單 2

* 114年腦血管疾病防治基金會-優秀護理人員表揚 3

* 114年中華民國護理師護士公會全國聯合會護理創新競賽-優良獎 3

★護理實務分享.....4

* 健口操對精神科病人咀嚼及吞嚥之成效探討 4

* 藥物不同治療途徑對思覺失調症住院病人其病識感及精神症狀之成效 8

* 讓照護在地紮根：從日本在宅醫療看見團隊與信任的力量 11

★我的護理生涯與轉折.....14

本會訊息

113學年度在職進修獎助金成績優異獲獎名單

苗栗縣護理師護士公會

113學年度在職進修獎助金成績優異獲獎者

大學



廖怡暄

為恭醫療財團法人
為恭紀念醫院

大學



葉慧娟

為恭醫療財團法人
為恭紀念醫院

大學



黃慧君

為恭醫療財團法人
為恭紀念醫院

大學



朱素賢

為恭醫療財團法人
為恭紀念醫院

大學



蘇迎曦

大千綜合醫院

碩士



黃意驊

為恭醫療財團法人
為恭紀念醫院

碩士



張青梅

大千綜合醫院

114年腦血管疾病防治基金會-優秀護理人員表揚

恭喜衛生福利部苗栗醫院-涂晟暘副護理長

榮獲114年腦血管疾病防治基金會-優秀護理人員表揚



114年中華民國護理師護士公會全國聯合會護理創新競賽-優良獎

恭喜為恭紀念醫院謝秀玲護理長-

[互動式AI遊戲吹氣運動~吞嚥UP-UP]

作品榮獲114年中華民國護理師護士公會全國聯合會

護理創新競賽-[優良獎]



護理實務分享

健口操對精神科病人咀嚼及吞嚥之成效探討

黃俞翠¹、陳素燕²、蘇慧晨³、李玉清⁴^{1,3} 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院護理師² 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院護理長 ⁴ 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院副主任

【研究背景】

精神疾患病人易受症狀影響，出現搶食、大口進食或食物滯留口腔等情形，在精神科病房為常見的意外事件，主要病人因受精神症狀、精神科藥物副作用及生理功能退化等影響，削弱了咀嚼和吞嚥的生理機轉，影響口腔機能導致無法順利咀嚼、唾液分泌下降及吞嚥能力受到影響。患者在生理與心理層面都有不同的困擾，在生理層面上，患者常因藥物副作用、認知的退化，以及負性症狀的影響，在維護口腔機能不如一般大眾，長期下來，易造成營養不良、脫水、吸入性肺炎，甚至死亡，精神疾病患者其老化程度亦比一般民眾增加20%，老化年齡也提早到54歲。故本文旨在以創新方式健口操對精神科病人咀嚼及吞嚥改善之成效，搭配音樂設計活動，運用音樂的節奏與旋律，更能引起參與者學習動機，希望在未來臨床上，可以此結果提供改善病人咀嚼及吞嚥作照護參考，進而提升病患之照護品質。

【設計背景與學理依據】

學者Wakabayashi等人於2018年針對日間長者機構，納入對象為65歲以上長者，實驗組43名、對照組48名，採舌頭阻力練習、手動阻力和頭部彎曲練習，每組重複10次動作，每次動作10秒，每週執行3次，共3個月。研究採用吞嚥能力評估工具(Eating Assessment Tool-10, EAT-10)評估吞嚥困難，研究結果顯示舌頭訓練運動對EAT-10分數沒有顯著影響。雖然舌頭訓練運動並未有顯著效果，但研究結果顯示，實驗組的吞嚥功能仍較對照組佳。

另名學者Van den等人於2019年發表，納入對象為年齡70歲以上長者，參與者為63名，採隨機分配四個不同組別，其他三組為實驗組（不同舌頭阻力程度訓練），一組為對照組，運用愛荷華州口腔性能儀器測量受試者的最大等距舌壓(Maximal Isometric Pressures, MIP)，在第4週、第8週和停止訓練時，MIP相比之下，所有實驗組的值都較對照組高，且有顯著差異，研究證實相較於健口操（組合各種吞嚥練習），藉由單一舌頭訓練運動改善吞嚥障礙病人的吞嚥功能，且精神科病人更適用於老人。

故整合文獻後，兩篇文獻的研究族群以老人為主，在精神病人方面，已有文獻指出精神病人的老化程度有別於一般民眾，甚至老化年齡提早到54歲，筆者於臨床亦觀察到精神科病人老

化程度與日俱增，且多數病人有吞嚥障礙之情形，經由團隊討論，運用於臨床的可行性並考量病房設備與人力、病人認知，一般提升舌頭訓練功能的運動較常以健口操為主，其動作包含雙頰、扣齒、舌頭、呼吸及按摩訓練，動作項目較多，需設計適合精神科病人運動：「心花開」音樂健口操來改善吞嚥困難病人之吞嚥功能。

【照護模式之設計流程】

1.設計「心花開」音樂健口操

(1)由主辦者自行用手機自拍錄影，參考林亮如（2020）的增進銀髮族吞嚥功能知音樂照護活動設計，以教案歌曲「心花開」設計健口操，因其採口腔運動為主，故參考台北市政府衛生局健口操步驟運動，將動作設計於歌曲內，包含深呼吸運動（吸氣、吐氣）、頭頸部運動（點頭、左右點頭）、肩膀運動（聳肩）、手部運動（轉圈然後手往上伸展）、臉頰運動（臉頰鼓起，再來分左右鼓起，隨後兩手拍臉頰吐出）、舌頭運動（吐舌、收舌、向左右吐舌）、發音練習（PA拍手、TA踏步、KA打電話、LA拉繩子），每步驟八拍，做4次反覆動作，總時長為03分30秒（如圖一）。

(2)由另名主辦者負責影片製作字幕，讓病人藉由電視螢幕撥放更清晰，使其了解活動項目步驟。

(3)上傳至網路雲端系統，供病人或家屬掃QR code學習。



11.供掃QR code影片練習

【執行期】

1.進行病人篩選：

納入病人條件為：缺牙、配戴假牙者、吞嚥咀嚼功能不佳、進食曾出現噎咳，有意願且配合度佳者共12人，其他詳細資料如表一。

表一 人口背景資料敘述統計分析表（n = 12）

題項	樣本特性	人數	百分比
年齡	40-49歲	2	17%
	50-59歲	7	58%
	60歲以上	3	25%
咀嚼困難		5	41.7%
餐點性質	普通餐	5	41.7%
	剝碎餐	4	33.3%
	軟質餐	3	25%
牙齒	牙口完整	5	41.7%
	缺牙	2	41.7%
	配戴假牙	5	16.6%

2.健口操活動時間：

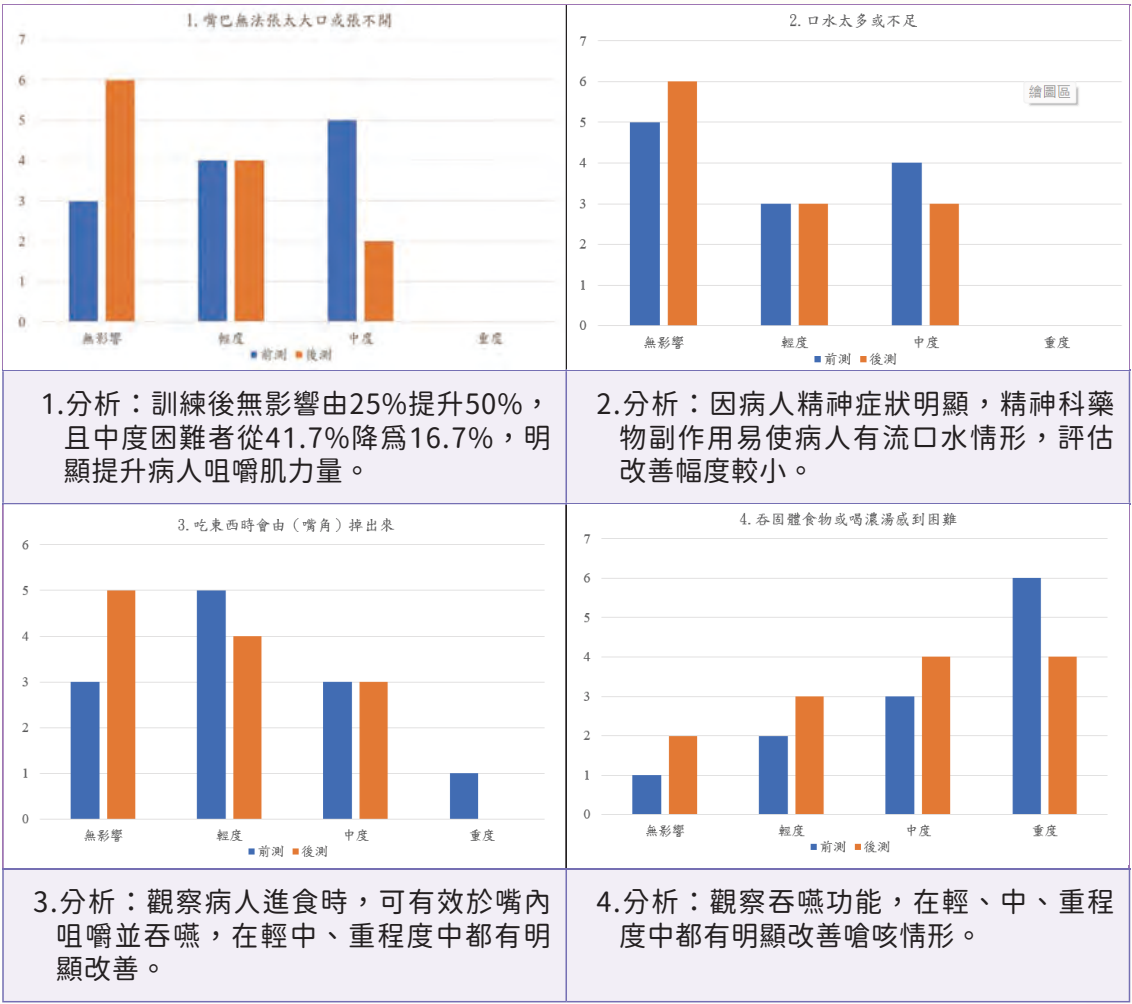
舌頭訓練運動教學：每週一、三、五於該單位早操活動時間08：50-09：20，執行八週，工作人員運用舌頭訓練運動海報，帶領病人進行舌頭訓練運動，健口操當日僅執行一次，其餘時間則是常規早操活動。

【執行效益】

進行前後測分為二項，為自覺吞嚥困難程度問卷及飲水測試，第一項自擬自覺吞嚥困難程度共4題，分別為1.嘴巴無法張太大口或張不開、2.口水太多或不足3.吃東西時會由嘴巴(嘴角)掉出來、4.吞固體食物或喝濃湯感到困難，分為無(0分)、輕度(1分)、中度(2分)、重度(3分)進行勾選，如圖二。

第二大項為飲水測試，飲水測試共進行三次(一次5c.c，第一次出現噎咳即停止)，目的為觀察個案進行舌部運動訓練前、後噎咳狀況作為成效參考，如表二。

圖二 分析自覺吞嚥困難程度前後測



表二 分析飲水測試前後測

飲水測試不會出現噎咳情形（n = 12）				
變項	困難程度總分	平均數(M)	標準差(SD)	t值
訓練前	28	2.33	0.65	5.61**
訓練後	15	1.25	0.97	

成對樣本t檢定；p < .01**；p < .001***

【結論與討論】

此次訓練患者為急性精神科病人，常因精神症狀影響，工作人員在過程中須不斷與病人耐心溝通，待其症狀緩解後鼓勵持續參與活動，最後僅12位納入本訓練。舌頭運動亦是語言表達的基礎，通過練習舌頭運動可以改善發音、語音清晰度和口語流暢性，並促進唾液分泌，提高食物咀嚼和吞咽的效率。可增強舌頭力量及咀嚼肌肉功能，針對精神科病人能選擇較多的食物種類，增加營養的吸收及預防吸入性肺炎，使其有更好的生活品質希望以簡易步驟，並運用音樂的規律性與愉悅感，讓病人能開心有效學習。

藥物不同治療途徑對思覺失調症住院病人其病識感及精神症狀之成效

黃俞翠 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院 護理師

研究背景

思覺失調症住院病人因缺乏病識感，導致服藥遵從性差，進而影響精神症狀反覆發作，甚至是住院治療，除造成醫療資源花費外，亦會造成病人認知功能下降、自我照顧能力差的情形。目前針對思覺失調症病人較有有效的治療方式仍以藥物治療為主，近年來，研究顯示長效針注射介入，對於預防疾病復發上有較佳的效果，相比於口服抗精神病藥物，長效針使用方便、僅需1-3個月施打一次，且口服藥物種類多且繁雜，因急性精神疾病發作時而忘記服藥，導致症狀日益加劇。故本文旨在以實證方式探討長效針劑與口服抗精神病藥物對住院思覺失調症病人病識感及精神症狀改善之成效，希望在未來臨床上，可以此結果提供改善病人精神症狀之藥物治療作照護參考，進而提升病患之照護品質。

文獻搜尋的方法與分析

本文搜尋已發表之住院思覺失調症病人以長效針劑為介入措施的相關研究文章。搜尋資料包含PubMed、CINAHL、Cochrane library、華藝線上圖書館、MEDLINE、臺灣碩博士論文知識加值系統與Google scholar等八個資料庫，使用關鍵字：住院思覺失調症病人、長效針劑、口服抗精神病藥物、病識感、精神症狀（包含正性症狀、負性症狀、幻覺、妄念）等於文章標題、摘要及關鍵字進行搜尋。初步搜尋6篇，最後遊覽摘要及內文選擇符合納入條件與排除條件的文章，結果共包含1篇隨機對照試驗及1篇系統性文獻回顧文章，以進行分析。

表1：PICO及關鍵詞

治療性問題	中文關鍵字	英文關鍵字
病人族群 Patient population (Problem)	思覺失調症住院病人	Schizophrenia inpatients
介入措施 (Intervention)	長效針劑	long-acting injection, LAI long-acting injectable antipsychotics, LAIs long-acting antipsychotic
比較措施 (Comparison)	口服抗精神病藥物	oral antipsychotics, OA
結果 (Outcome)	病識感/精神症狀	awareness of illness insight psychotic symptoms negative symptoms positive symptoms hallucinations delusions

圖1：PRISMA文獻篩選流程圖

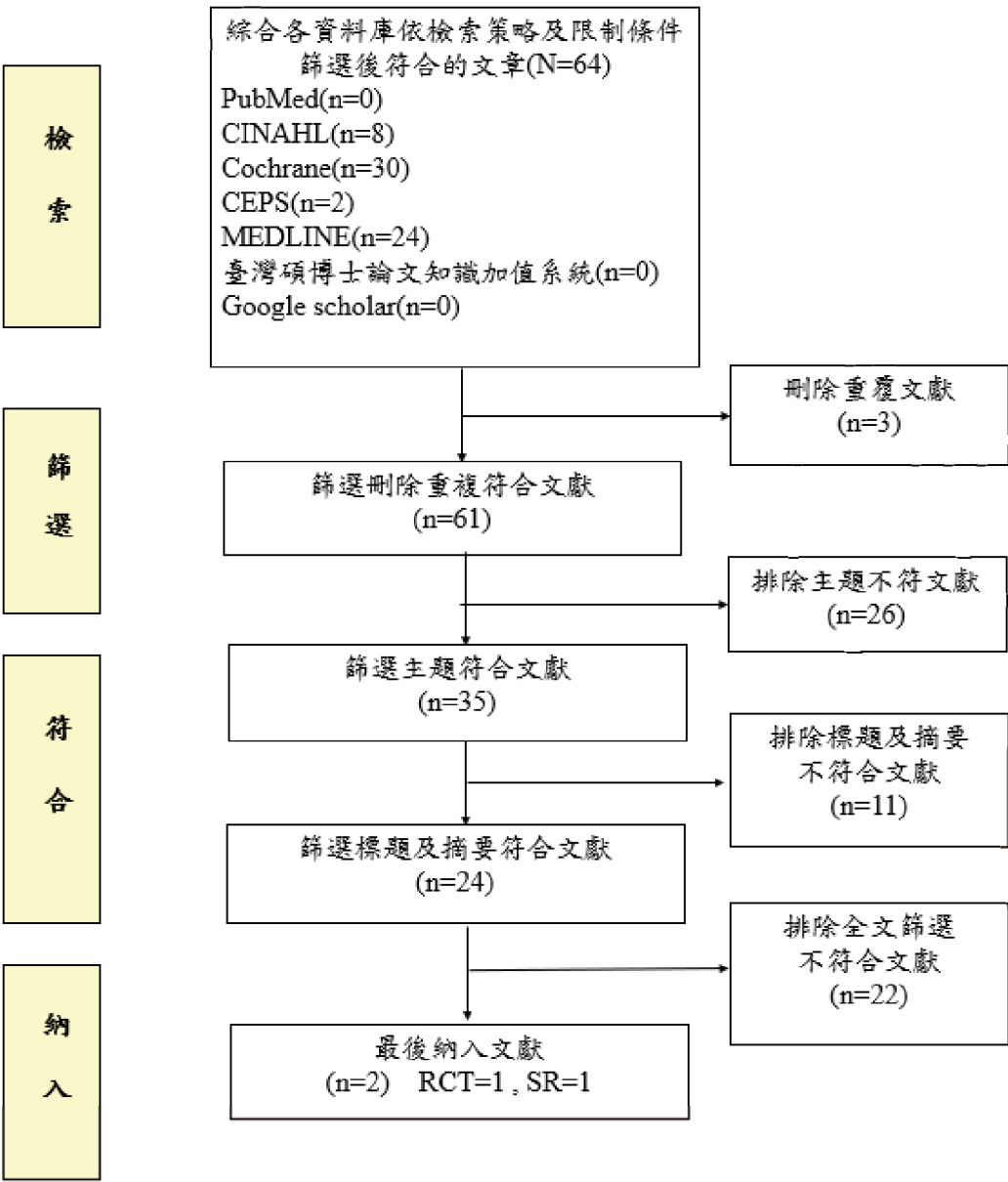


表2：納入文獻

項次	評讀文獻	證據等級	
1.	RCT	Detke, HC., Zhao, F., & Witte, MM. (2012). Efficacy of olanzapine long-acting injection in patients with acutely exacerbated schizophrenia: an insight from effect size comparison with historical oral data. BMC Psychiatry, 12, 51. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-51 .	Level 2
2.	SR	Sampson, S., Hosalli, P., Furtado, VA., & Davis, JM. (2016). Risperidone (depot) for schizophrenia. Cochrane Database Systemic Review, 4(4), CD004161. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004161.pub2 .	Level 1

文獻的品質評讀

本文以CASP 2020年之系統性文獻回顧(SR)及隨機對照試驗(RCT)評核表進行文獻品質之評析，2篇文獻之實驗組皆為長效針劑使用，對照組則為口服抗精神病藥物。依據牛津實證醫學中心(Oxford Centre for Evidence Based Medicine, 2011)之證據等級，本文納入分析的2篇文獻，第一篇文獻證據等級為2.b，第二篇文獻證據等級為2.b。

第一篇由Detke HC等學者於2012年發表的RCT，共納入1,322位受試者採雙盲，呈現早期注射長效針劑對於正處於急性發作階段的病人而言，比口服抗精神病藥物能更迅速的改善病人的精神症狀，住院期間至少要2週以上，病人分為四組，分別是注射Olanzapine(405mg/4週、210或300mg/2週)長效針與口服藥物Olanzapine、Haloperidol及安慰劑相比，發現第6週時，長效針劑組其簡明精神病評定量表(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)降低14-15分，口服藥物組Olanzapine(10 ± 2.5 mg、 15 ± 2.5 mg)其BPRS下降8-16分，評估發現Olanzapine長效針血液濃度在治療範圍內，有些口服藥物患者其濃度則低於該範圍，患者可能有未服藥情形，病人可能覺得沒有功效、自行停藥或藥物副作用不適，長效針劑注射後第一週就有效用，且停藥率較低，結果表明長效針劑治療較能有持久性且花費較低的成本，但對於長期的症狀改善及病識感的提升並無定論。

第二篇由Sampson等學者於2016年發表的SR，共納入12篇，共5,723位，平均年齡40歲，介入措施採Risperdal長效針劑分別為25mg、37.5mg和50mg，對照組則是採口服抗精神病藥物，時間介入12週以上，最長為2年，因多篇研究有高流失率，更多人於對照組流失，藥物劑量、PANSS分數變化、藥物副作用、停藥率及藥物遵從性在兩者之間無明顯差異，從而證實對於藥物遵從性較佳的病人，不管是服用口服藥物或是使用長效針劑都沒有明顯區別，相比，對於不願配合藥物治療患者，臨床更傾向於長效針劑的使用。長效針劑高劑量Risperdal可能會產生嚴重的副作用，例如錐體外症候群，可能會給停藥的患者帶來新的藥物治療方向，有助於減少疾病復發。

結論與建議

綜觀上述研究結果得知，長效針劑組與口服藥物組，在精神症狀和病識感改善無明確定論，儘管第一篇RCT文獻對於注射長效針劑，對於精神症狀明顯與口服藥物組於第一週就有明顯改善，其注射成本上「長效針劑組」較具備優勢。因此，雖然臨床上思覺失調症住院患者因長效針注射，導致對針劑恐懼，但相比於口服抗精神病藥物，不需因精神症狀復發時而忘記服藥，長效針劑更能穩定血中藥物濃度，減少住院率的發生。基於病人安全考量，筆者建議醫療團隊仍需與病人及家屬溝通，選擇適合病人藥物治療方向，同時達到病人自主權及兼顧照護品質的目的外，此外，國內外已有相關主題的研究發表，建議未來可針對不同口服抗精神病藥物及不同的長效針劑種類於國內執行，使研究結果更具參考價值。

讓照護在地紮根：從日本在宅醫療看見團隊與信任的力量

楊曉媛 汎格安居家護理所 負責人

走進居家護理已23年，在白惠文醫師的帶領下五天四夜的日本在宅醫療參訪，對我而言不只是學習，更是一場回望，回望自己當初選擇走出醫院、走進病人家的那個起點。那是一條看不見未來、沒有掌聲的路，但卻讓我每天都更確信：照護的核心，不只是醫療技術，而是「讓生活能繼續」。

讓照護在地紮根：一句話點燃初心

在岐阜縣「醫療法人かがやき」旗下的〈総合在宅医療クリニック〉參訪時，市橋亮一院長說了一句話：「即使在資源有限的地方，也要讓照護在地紮根。」

這句話深深觸動我，也讓我想到了十六年前汎格安成立時，我曾寫下：「居家護理的成立，是讓醫療專業人員走出醫院，把醫療資源延伸到社區。」那時沒有團隊、沒有制度支援，但我仍相信只要有人願意走上山路、敲開病人家的門，照護就能開始。這次在日本，我親眼看到它被完整實踐，不靠規模，而是靠團隊之間的信任。



團隊不是人多，而是彼此信任

市橋院長比喻說，醫療團隊像是一支球隊。如果大家都擠在球邊搶球，攻守都會失衡，照護亦然，每個人都該守好自己的位置，懂得互相傳球。市橋院長又說：醫療團隊就像一架飛機，醫師是駕駛、護理師是副駕，但若少了地面維修與塔台引導，即使油料充足也無法安全降落。那是我第一次在別人的國度裡，看見自己長年摸索的答案～信任，是照護最關鍵的基礎。這讓我重新理解「團隊」的真正意義，不是誰做得最多，而是每個人守住自己的位置，彼此信任，病人才有安全的醫療品質。



家訪現場看見的，是信任累積出來的溫度

參訪期間，我們被分兩人一組，隨日方醫療團隊前往病人家中。家屬看到醫療團隊抵達時，表情自然而安心，那不是形式上的禮貌，而是一種長年累積出來的信任與尊重。日本的在宅醫療並非一路順利，他們同樣經歷過懷疑與衝突。許多民眾最初無法想像「醫師會上門看診」，但他們靠著團隊的努力與政府的支持，這份信任慢慢建立起來。他們讓病人與家屬知道：「醫療不是帶走生活的節奏，而是讓生活更安穩。」在日本，醫護人員不需要擔心糾紛、不必害怕被責怪，因此能把心力放在病人的生命與生活。而這背後，是政府制度的保護、團隊的支持與社區的信任。反觀臺灣，居家照護雖逐漸被看見與接受，但專業仍常被視為理所當然，甚至被誤解。真正困難的，不是技術，而是如何在缺乏制度支援下，維持初心。



支持「吃」的自由：營養也可以是一種尊嚴。

營養師安田女士在課堂上分享：「吃飯，不只是營養補給，更是人生的喜悅與連結。」她推動「支持自主飲食」，即使在生命末期，也思考如何讓病人吃到想吃的一口飯，而不是只討論「要不要放胃管」。她還提到ACP（人生會議）：「心のこり・心変わり・心残り」心裡掛念的事、改變心意都沒關係，只要不留下遺憾。這讓我想到臺灣許多家庭在「灌食或放鼻胃管」的拉扯中遲遲不敢決定，卻忘了問：「這是不是病人想要的生活？」



生活能否延續，來自團隊的連結

我與中醫師杜穎純合作一段時間，從疼痛減輕、壓瘡改善、食慾提升到泌尿道感染下降，這些成果不是單一專業能完成，而是醫師、中醫師、護理師共同協作的結果。這證明了一件事：照護的成功，不只在病情好轉，而是在生活被延續、尊嚴被看見。

爸爸的一句話成為我一生的座右銘

2001年我從加護病房轉入居家護理，父親一開始極力反對。爸爸覺得醫院才是最安全的地方，一個人開車在外面跑太危險了，直到有一天，我帶他一起家訪，想讓爸爸知道居家護理的工作沒有他想的那麼不安。每到一個案家，我都請爸爸在車上等我。直到第四位病人時，我才發現，其實爸爸每一站都會下車，他站在門外靜靜看著，也聽見家屬對我說：「妳放管子的手勢很輕柔，跟醫院不一樣。」護理訪視結束在回程的路上，我原以為會聽到爸爸要我回醫院，卻聽見爸爸說：「字寫不好可以擦掉重寫，碗沒洗乾淨可以再洗一次，唯獨病人的痛，絕對不能受第二次。」那一刻我哭了，原來他一路都在看，也在理解。也把家屬跟我傾訴住院時獨自面對生命抉擇與醫療處置時的壓力害怕聽進去了。這句話成了汎格安的信念～每一個醫療處置都該謹慎，對我們只是一次處置，對病人卻是一份身體與心靈的信任。



結語：讓照護在地紮根，讓信任延續

這趟參訪旅程讓我確信：居家照護的價值，不在於做了多少醫療行為，而是讓病人能在自己最熟悉的地方，被理解、被尊重。回到臺灣後，希望能透過團隊的力量，繼續守護這份信念，讓照護在地紮根，讓信任走進每一個家庭。



我的護理生涯與轉折

謝金枝 苗栗縣西湖鄉僑文國小護理師

對我而言”白衣天使”是一樣小時候的夢想，我喜歡那套白色的制服和陽光一樣溫暖的身影，彷彿只要穿上那制服後就化身為真正的天使，國中畢業時，我選擇了考職校-仁德醫校護理科，氣煞了我的老師(老師覺得升學班出來應該要讀高中升大學才是正途)。

高中畢業後直接進入職場，從私立的綜合醫院ICU，再通過公務普考進到省立醫院，在公立醫院的完善制度下，鼓勵在職進修，所以能在工作的同時參與進修完成專科學歷，7年的公立醫院經歷中除了完成專科學業外，也經歷了結婚、生子的人生階段，每天的輪班成了我生活的負擔，為了給孩子更好的安定生活，在家人的期盼下我選擇了轉換職場，換到我以為可以從此就正常上下的”衛生所”。

初到衛生所，立馬就發現衛生所和醫院不一樣的除了上、班的時間外，每個人都有主辦的業務，每個業務還都有目標數，年初就要開始寫計劃，預計自己該如何的去完成目標數，待計畫通過後，還要自己去執行，尋找合作的夥伴，整合社區資源，找人脈、找財源，還要找機會做宣導辦活動、寫新聞稿、還得自行核銷經費、寫成果報告；從年初忙到年底，然後進入另一個循環。

衛生所12年中，經歷了苗栗市衛生所改建計畫、SARS疫情、公館衛生所5S計畫、參加了金所獎的整備工作，還辦理了苗栗縣安全社區的示範，每天忙得天昏地暗、說起來無人相信，為了金所獎送件，我和護理長在辦公室挑燈夜戰到天明，在天剛亮的時候將競賽資料送到衛生局，再由課長接力直接送住台北；那種瘋狂現下想來都還會怕!是誰?是誰說公務員是”米蟲”……的?!

2009年因偏鄉學校”應”置護理師，所以有了轉任學校護理師的機會，初到學校，適逢老舊校舍改建，健康中心是個充滿灰塵的雜物間，許多器材堆置在鐵架床上，衛生組長告訴我，學校過去無護理人員，傷病處理工作皆由導師自行處理，健康記錄卡也由各班導師保管，WEB系統學生資料是空白的；校長告訴我，因為新蓋校舍要集中辦公，一切從簡，未來會有全新的健康中心；由於人力編制不足，每個人都要兼任其他職務，學校只有我一位公務員，需兼任主計工作，幸好在衛生所也曾經兼任主計，有基本概念，但看完學校混亂的帳務後仍驚嚇過度!到職後的4個月重點工作就是”理帳”。

轉眼一晃15年的光景，我熟悉了全校學生、家長與社區，也見證少子化帶來的改變。學生數逐年下降，正式教師流動頻繁，代課教師比例升高，許多行政業務逐步轉移至公務人員身上。起初是因為代課老師不熟悉請你協助，後來成為例行工作，最終因「只有你熟悉」而全數承擔，宛如溫水煮青蛙般，礙於人情和現況，令人難以抽身。

後來再調職到中型學校服務，面對新世代的家長對學校的要求五花八門，既要尊重孩子意願、也要兼顧健康安全，期待多元發展，又不能有過多的要求。在長期的情緒和體力消耗下，我逐漸萌生退意；回顧這段歷程，我相信只要轉換心態、走出舒適圈，持續學習並願意付出，任何職場都能有發揮的空間，人生精彩處處都在、不是嗎!!

