

正視學生全人照護 落實校園健康政策



中華民國學校護理人員協進會
校園健康政策建言白皮書
民國 100 年 05 月 11 日

正視學生全人照護 落實校園健康政策

目錄

◎ 誰有話要說

- 校護一群可以穩定生活的公務員為何硬要聲嘶力竭的喊出學生的需要，管國家的事。
- 國家大事，是我們的事，因為我們生活在這，孩子也在校園。

◎ 教育部長，您聽見了？看見了嗎？

- 每日充斥發生在各個校園的學生健康身心兩三事，教長請聽我們說。

◎ 校園健康政策的反思與建議

一、校園健康政策應著眼於學生養成自我照護能力

- (一) 健康促進計畫標的不應放在矯治率
- (二) 健康促進指標應放在學生健康情形穩定率與學校是否做到為配合養成學生健康行為的作息調整
- (三) 醫師到校服務是校園健康政策的輔助，勿把健康中心經營成門診轉介中心，醫療化學生健康照護，不僅浪費醫療資源，且有礙自我照護能力發展。
- (四) 應注入更多的資源協助弱勢家庭學子，不應過於流於觀摩與做模範的曇花一現的推廣活動
- (五) 學校作息確實配合與學生習慣養成才能真正改善學生健康情形

二、加強對學校衛生法列舉之慢性病學生照護。

三、健全學校護理專業教育管道，設立學校護理專屬證照及升遷制度

四、教育部組織重整，應建置一個學生健康照護署或司，整合身、心、社會的人力資源，共同接住學生整體問題與狀態，減少分割處室編制與人力，將學生健康以全人角度進行照護。

五、建議將部分教育人員稅收提撥充實學校護理人力，解決各縣市落實學校衛生法「40班以上增置第二名校護人力」的財政不足問題。

◎ 甚麼時候故事才能有 Happy Ending?

- 學生進出健康中心，故事一再發生，有的在照護下好了，更多伴隨心理社會的健康問題一直重演，政策琳琅滿目，宣導聲熱鬧沸騰，經費如煙火般灑下，但，甚麼時候學生的故事才能有一個 Happy Ending.

◎ 誰有話要說

我們是一群來自基層的學校護理人員，
我們貼近學生，
全心照護我們的學生，
讓學生能健康快樂的學習，
在學校我們擔負著學生身心受傷與挫折的照護功能。

期望在擠壓與制式的學校教育環境中，
有一個健康中心能讓學生喘息與給與協助，
接住他們的身體受傷、心理挫敗與情緒困擾等種種身心問題。

幾次邀約拜會教育部長，
表達我們的心聲，
我們的聲音，或被忽略，或沒被接納與落實
我們憤怒與難過，但我們不放棄。

協進會會員三千多人，幾乎涵蓋了所有中小學校護
我們人其來不多，卻照顧著台灣兩百七十多萬學生
絕對足以代表學校護理基層

我們擔任公務人員角色
本就應該負起公務員責任，為國家民族的未來發聲建言
國家政策的落實，有賴我們基層人員的執行
領導者聽取基層建言而施政，是基本的民主過程
如果負責傳遞與建構國民民主素養的教育部都失去了民主素養
我們的國家還有甚麼希望

請教長
寬心、靜心地
聽我們說校園健康政策兩三事

◎ 教育部長，您聽見了?看見了嗎?

~疑似受到性侵孩子的照護~

• 蘇暎雅(北部國中校護)

一年級來了一位新生小雅，常常因為頭痛或胃痛不適來健康中心休息，症狀會一直持續加劇並吵著要回家，一定要家長來帶回。經過幾次演練與評估發現：小雅在班人緣差且個性古怪，但功課與成績都還不錯，我開始覺得小雅可能有甚麼問題。

有一次，小雅又感覺不舒服來健康中心且一直吵著要回家，我通知家長來接，並利用機會與家長溝通，試圖了解小雅的成長過程是否遇到什麼事，又為何由南部學校轉過來呢？

聽媽媽說了才知：小雅因國小時父母離異，她跟父親住在一起，有一次母親回家看她，發現小雅出現怪異行為，懷疑被父親虐待或性侵害才與爸爸爭取小雅的監護權，去年小雅成功的歸為媽媽監護並搬到媽媽住的地方，故來本校就讀。

經媽媽的同意，馬上告知導師、學務處、輔導處展開對孩子的關懷與輔導會議，並申請心理輔導，讓孩子逐漸恢復健康與自信，在校人際關係也改善，去年順利推上國立高中就讀。



~被掌耳光到健康中心，發現霸凌事件，協調處室共同處理~

• 林金環(南部國中校護)

小方外貌姣好，是一副乖巧伶俐的女學生，一日她帶著紅腫得很嚴重的臉龐，利用長髮遮遮掩掩來到健康中心，編盡所有理由為了就是要拿個冰塊冰敷減緩疼痛，也不敢誠實告知是因為感情糾紛被學姐掌耳光。

小方緊張的說：『把事情鬧大了，對我會更不好，我就會再被堵，被打的更嚴重』、『他們不是第一次打我了』、『我也不是第一個被他們打的學生』，表達內心因恐懼而寧願息事寧人的心情（態度）。在給予小方冰敷與進行皮肉外傷的護理後，我試著安撫小方，讓她有安全感，且承諾絕不會把事情越搞越大越複雜，才引導她講出受傷原因。並偕同學校學務處及導師共同給予協助處理，通知家長說明等等。

一個霸凌事件絕非校園內單一師長就可以解決，而是需要多方團隊合作處理的。而校護通常是第一線的發現者。



~長期追蹤陪伴身心症學生，對家長進行溝通輔導，協助導師理解學生~

• 張君妃(中部國小校護)

第一次見到小美，她一年級，因為一直哭到頭痛，導師將她送到健康中心，後來只要哭不停，導師怕影響其他學生，就會送到健康中心，經過安撫、鼓勵與衛教，小美情形有所改善，念到中年級都很好。小美升五年級時，新導師發現小美有問題，詢問我(校護)的意見，經說明後，導師比較理解。六年級畢業旅行時，小美在玩刺激的遊樂設施後，可能因為驚嚇過度，狂哭不止，送到遊樂場醫護室也無法停止，醫護人員建議就醫，但家長希望送回學校。在回校路程，我與小美通電話安撫，也許是哭累了，小美情緒稍有緩和與睡著了。在電話中承諾在學校等她，所以在學校等著，也通知小美家長到校，等小美到達學校，給她一個擁抱與安撫她，小美情緒趨於穩定後，跟家長回家了。

這個事件之後，小美又開始常常不知甚麼事情，在課堂上哭泣，而且情況更嚴重，有換氣過度情形，一定要到健康中心，協助小美放鬆與深呼吸等護理處置後，小美情況才會改善。請輔導老師一起協助處理，但小美情況仍持續，且在安親班也發作。我覺得小美情形不對，請小美的媽媽到校，希望帶小美去看身心科，小美父母不願意，且反應：小美有兩個姊姊，功課好又漂亮，小美從小常常哭，很不得人緣，很難帶。跟家長溝通，希望家長能一起協助小美，給小美多一些關懷，期望小美情況能改善，到國中才能有新生活，不然就真的要去看身心科。家長在溝通後，改變對小美的態度，小美的情形也漸漸好轉，到學校也不如從前低頭走路，悶悶不樂，開始有笑容與自信心。



~一個資深原住民地區校護敘說挽救阿樂雙眼的故事~

• 張素連(東部原住民地區國小校護)

…啟程出發

82年的校護大招考，我從團體作戰的公衛護士跳巢至單兵作戰的學校護士，在以學生、教師為主體的教育單位，校護一直是個孤單、邊緣的角色，因著不具權力的光環，反倒拉近學生的距離，得以看見潛藏在校園中的權力關係、隱藏在學生內心的生命故事/經驗及家長所承擔的壓力，將近20年的歲月中，送走了一批批的莘莘學子，迎接第二代的接班人，生命的傳承讓我看見代代複製的生命故事，也看見循著教育途徑往上爬的所謂菁英份子的奮鬥歷程，生命的長河不斷前進，社會正因為創新而改變著，教育呢?孩子們的未來在哪裡呢?

…上路了

每年9月照例幫學生檢測身高體重與視力，檢測結果發現阿樂的視力左眼0.1右眼1.2時，身為護理人員的我敏感的看了孩子的眼睛，心中納悶的想，為何7歲的孩子會有疑似白內障的混濁眼球呢？不解的我開始發通知單請導師配合聯絡簿轉發給家長，並於親職教育時間請家長帶學生至醫院進一步檢查，然而爸爸在西部工作，身處隔代教養的阿嬤，無奈的說：「阿嬤沒有錢」，孩子天真的說：「有時候走樓梯我看不清楚，會跌倒」，導師說：「這孩子沒有上過幼稚園，勺叉門都要從頭教」同學說：「他每次都撞我，我不要跟他玩了」，孩子的視力問題已經造成他學習上的吃力與落後，左右眼不等視所引起的平衡不良，讓阿樂經常擦撞同學造成同學誤解，甚至同學之間的人際關係也亮起紅燈，這些都是不容忽視的問題，我與校長溝通並自告奮勇自願帶學生至花蓮的教學醫院檢查，第一次就醫，我開著車一路由平坦的台九線往北到花蓮，約莫一小時的車程，鮮少出門的阿樂竟然暈車吐了，接著傳來一陣刺鼻的糞便味，原來阿樂大便在褲子上了，只好先回自己吉安的家，拿我自己孩子的褲子為他換上，在阿嬤的責罵聲中「這孩子也真是的，大便也不說，要吐也不說」，學生乖巧的自己清潔身體及接受陌生人褲子，接著我們匆匆忙忙的到醫院，醫師診斷為「外傷型的白內障」必須盡早接受白內障摘除術，且因為已經延誤就醫(受傷已將近2年)，或許手術後視力無法完全恢復，屆時恐怕還得進行雷射手術，且聽聞當天陪同前往就醫的阿嬤說：「阿樂的姑姑曾經帶他看過醫生，醫生也說要開刀，後來不知道怎樣沒有開」，當下判斷，如果我沒有積極介入，學生恐怕又要擔誤就醫的黃金時間了，所以立刻撥手機與阿樂爸爸聯絡並於電話中確定家長可以陪同學生手術的時間且與醫師預約2週後的手術的時間，一切似乎很順利。

手術的時間到了，家長準時到學校接學生到醫院，到了下午6點鐘接獲院方電話說：「阿樂今天沒有辦妥入院手術，明天的手術醫師已經取消了」，與家長聯絡，爸爸說：「我帶阿樂到醫院刷健保卡的時候，才發現已經被退保了，護士說—他都沒來報到而且明天中午醫師就要離開，所以醫師已經取消開刀了」深怕孩子又再次錯失手術機會，透過過去一些合作關係，輾轉連絡上主治醫師，遊說說明學生的家庭背景，如果錯過這次開刀機會，家長到外地工作後，恐怕孩子的開刀機會有遙遙無期了。主治醫師聽了立刻答應協助並與病房聯絡，我欣喜的立刻聯絡家長，然而卻換來一句「我們沒有錢啦！你不要再說了，我們不要你的幫忙，我們不要開刀了」，當時雖被潑冷水，但我只有一個念頭——我一定要讓孩子順利開刀，所以不斷的在電話中說服家長，而且醫師也承諾健保卡的部分會請醫院社工協助您辦理，最後家長勉強同意再度帶孩子坐火車上花蓮接受手術。

晚上突然接到院方來電說：等了一個晚上，病人都沒來辦住院，中午過後醫師就要離開了，所以今天恐怕不能手術了。我與校長開始積極聯絡家長，但家長的手機一直沒能接通，家屬又說他門前一天晚上已經上花蓮了，我們只能焦急的等待著，10點鐘，家長終於打電話到學校，爸爸說：「昨天晚上因為找不到，所以在急診室門外的小公園，抱著孩子睡一個晚上，冷的我們都流鼻水了，現在已經報到了，但是因為孩子早上吃東西了，所以醫師說安排在下

午 2 點開刀」，聽到他們在這麼寒冷的 11 月天，兩父子抱在急診室外面過夜，我們已經不忍苛責他了。值得欣慰的是，醫師願意留下來幫孩子開完刀，阿樂的眼睛手術也在幾度坡折後，順利完成。

99 學年度上學期，阿樂經過學校同仁(我、導師及科任老師)接力帶他去複診四次，期間學生的眼藥水幾乎都仰賴導師在學校幫他點 3 次，回到家幾乎不曾點藥(原本應該一天點四次)，最後一次複診，視力已經由 0.04 進步至 0.4，醫師判斷暫時不須接受雷射治療，並送學生一副眼鏡矯治，孩子的學習也不斷的進步中。

下課時，我經常看見身手矯健的他穿梭在各式各樣的遊樂器材當中，爬竿、吊單槓都難不倒他，校園中也經常聽見學生喊著阿樂的名字，阿樂的「視」界從此不同。



◎ 校園健康政策的反思與建議

一、校園健康政策應著眼於學生養成自我照護能力

現行校園推行的視力、口腔等政策，行之有年並非新政策，如 88-93 年教育部、衛生署、內政部共推之視力保健五年計劃；96 年教育部「學幼童視力保健實施計畫」由 77 位眼科醫師及 10 專家學者成立輔導團提供諮詢等。然而學生視力不良情形並未改善，根據教育部統計處資料 98 學年度國小六年級視力不良率達 63.05%(含近視、遠視、散光、斜視等)，又依據衛生署國民健康局資料，台灣地區國小六年級學童近視盛行率，民國 84 年 55.8%、89 年 60.5%、95 年達到 61.8%，再以學生健檢分析資料來看，全國國小學生裸視視力不良百分比 96 年為 44.8%，97 年 46.8%，98 年為 48.2%，在推動多項視力保健計畫後，學生視力不良情形，仍每年以 2% 成長，不減反增。省視我們健康檢查統計資料，不難看出，教育部要求縣市要達到各個健康指標與推行各項衛生保健活動已久，但是學生整體健康情形並未改善，應該重新檢視各項活動推動策略，以下提出我們的實務觀點建議：

(一) 健康促進計畫標的不應放在矯治率

目前教育部推動的健康促進計畫，其中一個指標數為要求各縣市矯治率必須達到 95%，造成基層推動的困難與為追求矯治率產生很多應付不實的策略，以免教育部在經費上扣款，縣府也只好為達到指標，玩數字遊戲。而學生健檢不良未能矯治，並非學校能負起全部責任，一般而言是因為家長沒時間與家長不重視孩子健康，認為只是齙齒不會危害生命，且牙齒會換，或者，沒錢就醫與擔心自己沒交健保費，影響學生就醫，而教育部補助的協助中低收入戶與清寒學生看診補助，僅補助部分負擔 100 元，而牙齒矯治往往非看診一次能完成，再則沒有補助掛號費及車資，就算熱心積極的學校願意主動要家長同意，協助帶學生就醫，然而於下班後加班時間及車資並未補助，也造成學校負擔，且若有醫療糾紛，責任不清。此外，指標數放在「矯治率」實在並非教育的範疇，容易落入將學生健康醫療化與浪費健保支出。教育在學生健康的功能與作用，是讓學生在學習期間養成良好的生活習慣與自我照護，這是他們一生的財富，也唯有強健的國民才能創造國家生產力與生機。

(二) 健康促進指標應放在學生健康情形穩定率以及學校能否做到為配合養成學生健康行為的作息調整

學生到學校有的已經是慢性病患者，有的牙齒已齲齒嚴重，有的視力不良。學校無法掌控學生到校的健康情形，因為這關係著學生家長關注孩子健康的程度，家庭教育的品質與家長的生活飲食習慣。但是孩子上學，學校可以讓孩子有養成良好健康行為的機會與讓學生重新認知健康生活觀念，使學生病情不惡化與維持穩定。故學校推動健康政策指標應放在學生健康情形穩定率。然而要在學校養成良好的健康行為，學校作息與行政的配合是關鍵，以台北市為例，將學生潔牙次數的增加，做為健康促進計畫指標，就是很好的標的，有的縣市也以增加學生下課時間長度、下課要求淨空教室以及教師不應在下課時間罰學生抄寫等，為推動學生健康行為，調整學校課程作息，都是很好的策略。

- (三) 醫師到校服務是校園健康政策的輔助，勿把健康中心經營成門診轉介中心，醫療化學生健康照護，不僅浪費醫療資源，且有礙學生發展自我照護能力發展。

教育部現行視力保健三年計畫，在期中審查會議，與會醫生明確指出，視力不良是不可逆的，視力保健的重點在用眼習慣與學校教學作息的配合。本會調查參與眼科醫師到校服務計畫的幾所學校，都反應不願意再繼續參與該項計畫，原因是：1. 家長參與意願不高。老師對實行時間有意見，但也勉強配合，工作相對增加卻成效不彰，而且時間倉促。2. 醫生要在門診時間外才有空，醫師是犧牲自己休息時間到學校服務，但是在午休時間做視力保健宣導成效不彰，影響學生午休，且到校講述內容差不多，未能針對不同的對象給予不一樣的知識內容，參與者感到很無趣。

在這麼多的負面反應下，教育主管業務司仍執意要執行下去，而且要巡迴辦理觀摩活動，這個計畫第一年即需要 350 萬元，仍有兩年要實施，不禁讓人覺得教育部浪費公帑，推動無效政策。

另外，教育部視力保健三年計畫針對過去實施計畫進行回顧且指出過去計畫推動之困難，其中一項原因在於眼科醫療資源分配不均，妨礙複查與矯治意願。醫療資源集中在都會區，致偏遠地區視力不良的學幼童就醫不便，加上每學期要複檢的經費負擔等等，降低家長帶子女就醫意願，以至於錯失斜弱視與近視矯治的黃金時期。

故眼科醫師到校應著重於偏遠地區，幫助弱勢家庭與偏遠地區學童篩檢與矯治，如今為配合眼科醫師分布，目標錯置地將手段變成目的，試辦學校多集中在

都會區，且視力是不可逆之身體狀況，該計畫二月執行，五月要報成果，試想三個月的時間，怎會有結果。不禁讓人質疑，教育部為「國家教育」指導的最高機構，官員的行政邏輯與問題意識卻模糊不清，凸顯政策執行之荒謬。

(四) 應注入更多的資源協助弱勢家庭學子，不應過於流於觀摩與做模範的曇花一現的推廣活動

某些市，推動的潔牙觀摩或比賽，多數學校執行都是抽個一班，或著訓練幾個學生以進行比賽或做為觀摩模範，對於矯治率不良的學生，則是以集體方式送到醫院治療，然而因為牙齒治療時間長，每次治療人數與牙齒數有限，故學生只能在眾多齶齒中選擇一、兩顆矯治。可是情況仍持續惡化，根本之道應該是針對這些家庭功能式微、家長對孩子健康較忽視的學生進行衛教，養成良好的潔牙習慣，但是因為校護忙於訓練要參與比賽與觀摩的學生，已耗盡時間力氣，根本無法針對這些學生進行細緻的衛生教育訓練。

與其將時間金錢使用在研習觀摩開會，不如多投入時間精力與金錢給偏遠地區與弱勢家庭學生，協助其就醫與成立焦點團體，進行衛生教育活動。

(五) 學校作息確實配合與學生習慣養成才能真正改善學生健康情形

本會彰化縣會長謝美秀的校內觀察研究，學校推動「望遠凝視」、「正常上下課」、「醫師到校視力保健宣導」、「改善採光不良更換燈具」後，校內學生視力不良情形由 95 年度的 29.1% 增加至 98 年度的 45.9%。視力不良情形不但沒改善，且持續惡化。觀察環境的因素，可能因為使用電子白板、投影設備，教學 E 化等，加上學生閱讀時間增加長、玩電腦等機會增多，長時間近距離及在光線昏暗下使用眼睛，使學生視力更加惡化。且醫師到學校實施視力保健衛教宣導也無所改善。學校雖規定每周執行望遠凝視兩次，但執行情形不佳，教師因為趕課與學生缺繳功課，常無法正常下課。

於是謝美秀護理師強力要求學校配合，只要進行望遠凝視時間，即大聲撥放

眼球運動及望遠凝視音樂，讓教師無法上課，並實施巡視學童執行情形，針對執行不力班級與學生予以勸導及糾正。

在強制執行一學期後，全校 16 班，發現有 11 班學生視力改善，有 170 人右眼視力較上學期進步，159 人左眼較上學期進步。由這個初步研究案例，可見若學校作息若能確實配合，學生習慣養成，才能真正改善學生健康情形。

二、加強對學校衛生法列舉之慢性病學生照護

教育部 100 年 03 月公布的教育施政理念與政策，關於學生健康政策僅著眼於例行的健康促進學校計畫與運動，忽略照顧學校衛生法第 12 條規定之學校對患有心臟病、氣喘、癲癇、糖尿病、血友病、癌症、精神病及其他重大傷病之學生。

根據本會針對 2694 所(回收率 89%)國小、國中 792 所(回收率 92%)進行的 99 學年度疾病調查，小學生患有過敏體質的千分比是 64.02 居最高位、氣喘 43.38 居第二，其他：心臟病 9.60，癲癇 3.57，糖尿病 0.48，血友病 0.20，癌症 0.46，精神性急病 1.61 及重大手術 4.58。國中生過敏體質亦居第一位，佔千分之 49.38，氣喘 39.49 次之，其他：心臟病 11.27，癲癇 14.58，糖尿病 1.07，血友病 2.10，癌症 8.50，精神及病 2.04 及重大手術 5.15。

目前學校護理人員針對特殊疾病學生已進行：

1. 收案管理。
2. 衛教導師及任課老師疾病之認識及照護注意事項。
3. 針對不同疾病提供學生及家長衛教諮詢服務。
4. 注意與尊重學生隱私權。
5. 徵求家長及病生同意下，衛教或訓練同班同學必要時給予協助。
6. 視需要與病生就醫之醫療院所接軌，訂定並執行個案校園照護計畫。

在協助過程，深覺教師如能不產生排斥心理，正確理解學生疾病的狀態與給予支持，是保障慢性病學生回歸正常教育受教權的關鍵。針對情況特殊之慢性病學生應比照輔導特殊行為學生，召開校內個案討論。

另，為落實慢性病學生照護，應該充實學校護理人員人力，且應避免校護兼職產生時間擠壓而影響本職責任。

三、健全學校護理專業教育管道，設立學校護理專屬證照及升遷制度

學校護理工作不同於其他護理領域，其所服務的對象是校園中的教職員工生，工作範疇是公共衛生三段五級中的初段預防以及次段三級預防工作。校護的職責有健康中心行政事務、學生與教職員個別及整體性健康評估、健康問題追蹤管理、健康資料管理、疾病個案管理、傳染病防治、健康諮商與辦理健康促進活動、環境危險因子評估與安全增進等業務。

校護是校園中唯一的醫護專業人員，當校園意外事故發生（包括緊急傷病、大量傷患等），校護不僅需負起第一線緊急救護責任而且常必須是單兵徒手的救護。故校護的養成必須具備第一線的札實的急救技能以及足以承擔現場指揮救護運作，從而降低傷害增進活命機會。

校護針對校園慢性病或特殊病例學生，除執行護理照護外並需進行護理指導－疾病認知、發作防護等，同時與老師、家庭、醫院等多方溝通，扮演接軌照護協調者的角色，確實掌握病情以減低慢性病急性發作危險以及降低併發症發病機會，並且培養個案增進自我照護能力。

此外，校護必需能針對服務對象進行健康評估並研擬個別性以及整體性校園健康促進計劃，透過與校內其他處室的合作，引進社區資源等，執行培養學生疾病預防概念及培養健康生活型態，養成良好健康習慣，達到增進個人健康以及促進全民健康的目標。

學校護理是護理專業中的專業，應該是具醫護實證的基礎、人文的素養、社會的視野以及行動探究的能力。一位有效能的校護除了必須具足第一線現場緊急救護能力；在照護學生與協助、指導學生理解自身身心發展的實踐中須具足個案管理以及輔導、教育的能力；校護在傳染病防與護健康促進計劃執行工作，皆需與教育行政、衛生行政以及社會資源進行溝通協調，所以溝通、行政甚至政治能力都須具備，而，這些能力的取得需透過多元跨領域的學習。

政府對學校護理人員的養成與執業都無特殊規定，任用條件也不需專屬的證照。目前的校護多由臨床護理少數由公共衛生護理轉任，這些人進入校園至少需花 3-5 年的摸索才能真正勝任學校護理工作。

這幾年來由於老校護退休新舊汰換快速以及學校衛生法的落實，晉用新進校護為數不少，已經無法仰賴短期的新進校護研習方式，以過去老鳥帶新鳥的方式進行校護能力培養了。如何促使新轉任、欲轉任以及將來有志從事學校護理者自願紮實學習，我們認為建置學校衛生護理專業證照機制，是為便利有效之道。

我們要求作為學校護理人員培育，以及學校衛生工作指揮、指導單位的教育部，負起責任，召集學校衛生護理領域學者與實務工作者共同討論如何建置學校衛生護理

專業證照機制並設計符合學校需求的學校護理學程。一方面培養未來校護同時提供現職校護在職進修動能。

具體方案：

1、推動專業證照認證制度：

(1) 要求現任校護進行專業證照認證

- a、委請學校衛生護理學術團體規劃，配合護理人員法規6年換證之規定，於繼續教育訓練中納入學校護理專業課程，同時認證「學校衛生護理師」。
- b、建置「學校衛生進階護理師」證照。規劃具學校衛生護理師資格者，修習進階學校護理專業課程至一定學分數者。依照醫事人員人事條例施行細則規劃各級學校護理師之師級進階制度，設置「師二級」編制。

(2) 要求預備進入校園工作的護理人員除護理師執照外具備「學校衛生護理師」證照。

2、推動學校護理專業學程：

在教育機構之護理學系納入「校護學程」分授學校護理學、緊急救護技能、健康促進與衛生教育、輔導諮商、行政溝通與文書處理、健康資訊與資料管理、社會學、學校護理實習等 20 學分課程。儲備有志於學校衛生護理領域之工作人才，同時提供現職校護在職進修以取得證照資格之多元管道。

3、在學校護理專業人力培養制度未建立前，教育部應每年編列預算，將辦理「新進學校護理人員職前訓練」視為主管部門政策與例行業務。

四、教育部組織重整，應建置一個學生健康照護署或司，整合身、心、社會的人力資源，共同接住學生整體問題與狀態，減少分割的處室主任編制與人力，將學生健康以全人角度進行照護。

人力系統的規劃應把握的原則有三：一、專業科際整合以團隊合作方式來推動與執行學校衛生工作。二、角色功能依專業能力做規劃分工。三、推動工作單位務必權責能合一。

在中小學輔導老師的替換與流動率高，校護已經接住部分因為身體傷害進到健康中心卻帶著心理與情緒困擾的學生。然而現行「身、心、社會分割處理」的學校行政組織，完全忽視了學生是一個完整的個體，需要全人照護與全人尊重之考量。目前因

應反霸凌的警察教官措施只是讓學生覺得被打壓，或著我們是在進行篩檢讓這些孩子走進司法而永無回頭之路的貼上犯罪標籤，這都不是教育的根本之道。問題學生從被家人放棄，被教師放棄，乃至自我放棄而被貼標籤的過程中，必然會在生理上、心理適應及社會調適方面，不斷的發出求助訊號。我們認為學校應建立完善的校園健康照護網，將學校內現有之護理人員（生理健康部分）、輔導人員（心理健康部分）、訓育或社工人員（社會與群體適應部分）等，整合成一個功能完備、符合健康定義的健康中心或訓輔合一的處，將學生視為整體性的主體來照護，讓學生遇到健康問題時，能得到適時性、妥善性與整體性的處理，具體而行地提供全人照護與全人尊重。

五、建議將部分教育人員稅收提撥充實學校護理人力，解決各縣市落實學校衛生法—40班以上增置第二名校護人力的財政不足問題。

依據學校衛生法規定，40班以上應置二名以上校護，尚有許多縣市未能依法落實，101年將針對教育人員徵收稅收，學校護理人員亦在列，教師期望將稅收做為教育政策使用，本會建請教育能將部分教育人員稅收，逐年提撥充實學校護理人力，以落實學校衛生法規定。

◎ 甚麼時候學生的故事才能有 Happy Ending

一千多名學生的學校健康中心，下課時間宛如百貨公司周年慶的擁擠熱鬧，當日另有一名校護請假，我應接不暇的一個接一個擦藥與做身體評估，連絡導師與家長。纖瘦的小嫻走進來，說要擦藥，瘀傷。我看傷口不對，詢問小嫻怎麼受傷的，小嫻說摔跤扭傷。再次評估小嫻受傷部位的過程，覺得不像是摔跤受傷，這時不斷有學生進健康中心打斷我跟小嫻的對話，請小嫻先到一旁冰敷休息。

回過頭繼續問小嫻受傷原因，覺得小嫻在熱天穿長袖，請她挽起袖子，說要替她擦藥，發現手臂其他帶有手印的瘀傷，問小嫻：是爸爸打的嗎？她說：不是。再次問她是怎麼受傷，她才說：是男友弄的。跟小嫻談話過程，發現她脖子有勒痕，問小嫻：他勒妳嗎？小嫻點頭，說：是我自己昨天太情緒化了，亂鬧。

問小嫻是否有去找輔導老師，她說剛從那過來，很悶。這時學生又進來健康中心，說不舒服。我因為忙，斷斷續續的談話，無法照顧到小嫻，去電主任尋求支援，主任又剛好不在。

上課鐘響了，小嫻在受傷處擦了藥，自行離開了。回過神，坐在漸趨安靜的健康中心，為小嫻的事沒能當下接住，感到難過。

學生進出健康中心，事件一再發生重演，
前面說了很多在得到照護下轉好的故事，

但，但，更多涵蓋著身、心、社會的學生健康問題卻一直重演，
政策琳琅滿目，
宣導聲熱鬧沸騰，
經費如煙火般灑下，

想問，
甚麼時候，
每個到健康中心的學生故事，都能有一個 Happy Ending
還要再 10 年、20 年、30 年之後嗎？
教育部長能不能完成我們這個夢

中華民國學校護理人員協進會
民國 100 年 05 月 09 日 印製

會址：813 高雄市左營區至聖路 25 號 4 樓之 1
網址：<http://www.schoolnurses.org.tw/>
電話：07-5585206 傳真：07-5564273