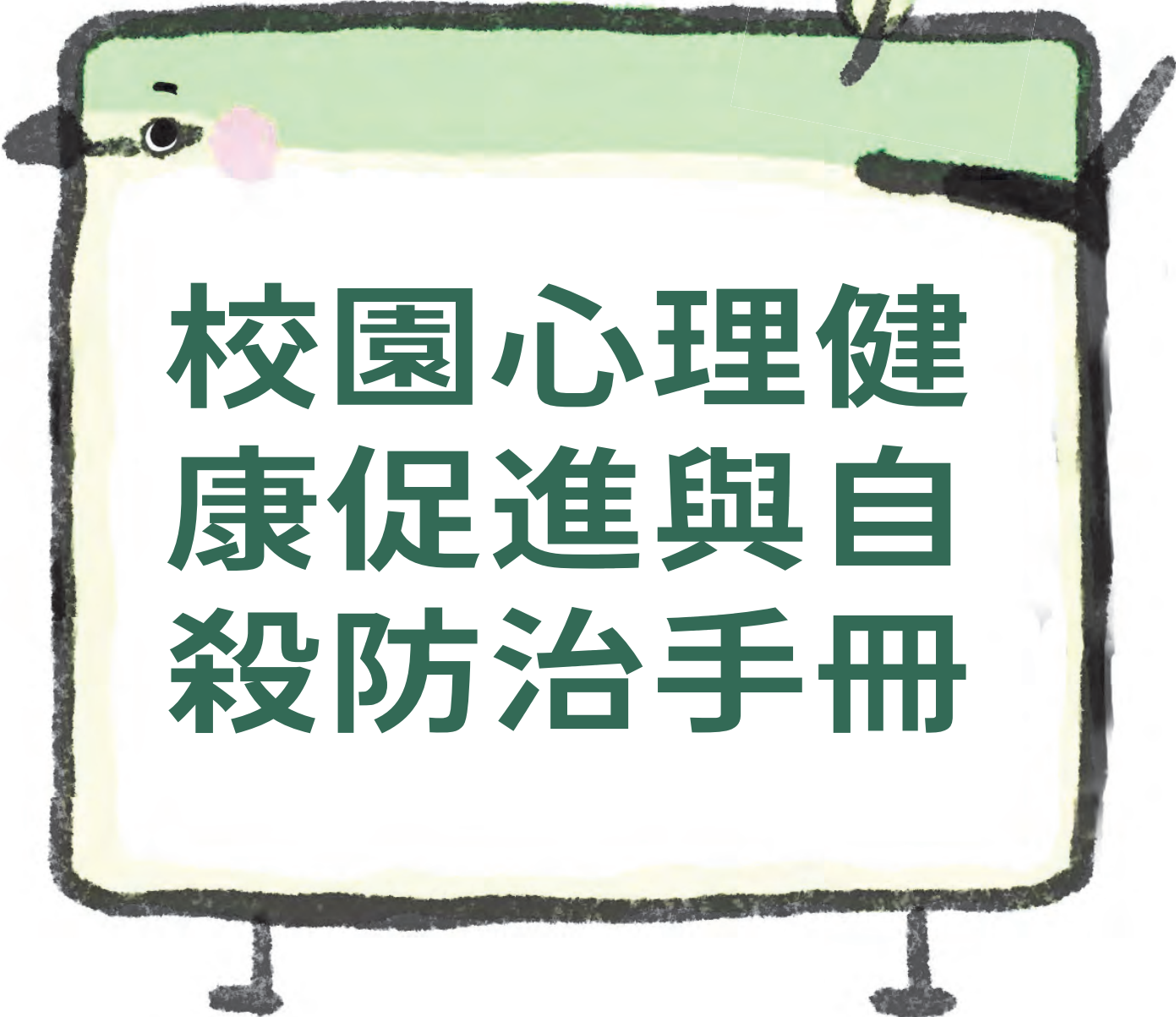




教育部
校園心理精神健康促進與自殺防治手冊

校園心理健 康促進與自 殺防治手冊

2022年10月





目錄

緣起與目的	5
前言	6
手冊使用說明	7
自殺防治教育內容重要名詞	8
《壹、基礎概念篇》	9
第一章、緒論	10
第二章、兒童青少年心理健康與自殺防治概論	15
第一節、兒童青少年族群的心理健康發展	15
第二節、兒童青少年族群之心理健康影響因子	27
第三章、以校園為基礎的心理健康促進及自殺防治策略	31
第一節、校園心理健康促進及自殺防治原則與策略	33
第二節、珍愛生命守門人內涵與教育訓練重點	51
第三節、同儕守門人實證基礎及應用	59
第四章、校園自殺防治教材核心主題	61
第一節、心理健康識能	61
第二節、情緒教育	68
第三節、覺察靜心與呼吸演練	73
第四節、壓力管理策略	82
第五節、自殺防治守門人	90
第六節、去除汙名化	104
第五章、代間溝通停看聽	110
第一節、常見案例	110
第二節、代間溝通原則	112
第六章、校內外連結資源小叮嚀	114
第一節、常見案例	114
第二節、校園內外資源連結概念與技巧	120
第七章、校園自殺防治工作法制基礎	127
《貳、家長篇》	131
前言	133
第一章、我的孩子怎麼了	133
第一節、青少年常見心理健康問題	134
第二節、認識精神疾病	136
第三節、正確連結專業治療及處遇	139
第二章、幫助孩子-成為珍愛生命守門人	142
第三章、親子關係經營與陪伴互動實務	146
第四章、集結力量-與教師及校園合作	148
第五章、新世代青少年心理健康議題之因應	149
第一節、兒童青少年創傷	149
第二節、網路成癮的隱憂	153
第六章、自殺防治懶人包－家長篇	156

《參、教師篇》	165
前言	166
第一章、辨識早期心理困擾症狀	167
第二章、班級經營	171
第一節、導正迷思	171
第二節、去除汙名化	173
第三節、建立同儕支持	175
第四節、經營正向教學環境	175
第五節、落實心理健康議題教學	177
第三章、校園自殺防治三級輔導架構下因應措施	178
第一節、一級輔導相關因應措施	178
第二節、二級輔導相關因應措施	179
第三節、三級輔導相關因應措施	183
第四章、校園中特殊需求學生之心理健康	187
第一節、各類老師面對特需生/特教生應有的理解與因應	188
第二節、特需生轉銜之相關說明與注意事項	190
第三節、環境營造與學生帶領技巧	191
第四節、特教生的心理健康與疾病樣貌	191
第五章、校內跨單位合作與校外資源連結	195
第六章、教師自身壓力排解	197
第七章、自殺防治懶人包－教師篇	199
《肆、學生篇》	207
前言	208
第一章、身體與心理健康的關聯	208
第二章、我和我的心情溫度	210
第三章、關懷自己－心理健康促進百寶箱	212
第一節、情緒調節與壓力管理	213
第二節、問題解決技巧	214
第三節、人際相處與霸凌	215
第四節、覺察靜心與呼吸演練	215
第四章、關懷他人－成為珍愛生命守門人	217
第五章、自殺防治懶人包－學生篇	219
參考資料.....	226
附件一、「少年 Pi 的情緒聲音探險」Gather Town 使用說明手冊.....	242
撰寫團隊名單	251

圖目錄

圖 1、從心理健康促進到校園自殺防治的工作比例示意圖	11
圖 2、校園自殺防治政策涵蓋人員及範疇	11
圖 3、臺灣自殺防治跨部會單位及服務族群示意圖	12
圖 4、民國 83-109 年各年齡層自殺粗死亡率	13
圖 5、自殺成因概念架構圖	14
圖 6、自殺保護因子三大面向	14
圖 7、青少年心理健康之概念範疇	18
圖 8、以學校為基礎的整合照顧模式	33
圖 9、大學校園早期自殺防範（以康乃爾大學為例）	35
圖 10、青少年自殺防治概念圖	36
圖 11、衛福部自殺防治通報系統頁面及實務涉獵面向	38
圖 12、校園高風險自殺學生處遇歷程概念圖	39
圖 13、學校正向心理健康促進整合性概念圖	44
圖 14、台灣自殺防治學會「珍愛生命守門人」3 分鐘宣導教材懶人包	53
圖 15、精神能量的來源	75
圖 16、吸管呼吸法介紹	80
圖 17、腹式呼吸法	81
圖 18、守門人的特質	91
圖 19、自殺防治守門人三大關鍵作法	92
圖 20、自殺警訊 FACT	93
圖 21、守門人 1 問 2 應 3 轉介步驟	99
圖 22、心情溫度計	100
圖 23、心情溫度計 APP 介紹	102
圖 24、推動校園精神疾病去汙名化活動四要點	109
圖 25、校園自殺防治相關之內外資源架構及連結網絡	121
圖 26、自殺防治網絡資源連結	126
圖 27、處理自殺危機學生的校園機制	170
圖 28、去除兒童青少年心理健康問題汙名化之三大做法	174
圖 29、衛福部自殺意念個案服務及轉銜流程	182
圖 30、抗壓五裝備	197
圖 31、大腦主要區域功能與身心健康的關聯	209

表目錄

表 1、國家及校園為基礎的三大自殺防治策略簡介	32
表 2、各級學校執行初級預防、二級預防、三級預防工作一覽表	37
表 3、108 課綱內與心理健康主題相關之課程重點與內容	41
表 4、學生焦點團體中訪談分析結果.....	42
表 5、各學制心理健康暨自殺防治相關主題學習重點.....	43
表 6、學校正向心理健康促進整合性概念模式意涵.....	44
表 7、壓力反應階段一覽表.....	85
表 8、對心理健康問題和精神疾病的常見污名化表現	107
表 9、電話協談資源	122
表 10、縣市社區心理衛生中心.....	122
表 11、與兒童青少年有關的醫療資源	124
表 12、網路資源	125
表 13、與學校自殺防治相關工作有關之法條與重點	128
表 14、家長可運用之網路成癮線上資源	155
表 15、常見自殺危險因子	168
表 16、對於自殺的迷思與事實	173
表 17、青少年常見的哀傷反應	184

緣起與目的

兒童青少年在生命價值觀、正向心理知能、與精神疾病正確因應態度之構築，仰賴正規教育系統的引導及學校與家庭環境的支持。兒青族群身心健康發展的特性乃生理及心理健康互為因果，其中心理健康的範疇不僅止於提升學生的快樂正向感，更包括青少年對情緒覺察、人際關係、挫折忍受、壓力管理、疾病識能、自殺防治等重要主題，這些主題對於學生在學校、家庭及社會中的學業與生活適應密切相關，缺一不可，現行正規教育中鮮少直接以這些主題作為課程主軸。

2019 年臺灣自殺防治法頒布施行後，中央與地方政策及社會各界越來越重視此議題對青少年及年輕成人族群的影響，當 2019 年 15-24 歲青少年自殺率來到過去 20 多年來的最高峰，且自殺持續位居此年齡層的第二大死因時，青少年自殺原因及防範措施備受各界討論，大家關注如何能遏止下一代年輕人的自殺風險及其趨勢，亦關注家庭、學校、社會與政策服務如何攜手保護青少年的心理健康及生命安全。

爰此，自 2021 年中央啟動跨部會討論，教育部隨即開始積極投入校園自殺防治相關作為，委託台灣自殺防治學會進行「校園心理精神健康促進與自殺防治手冊」的編製，以供教育人員及校方與家長之參考，並以共同推動青少年心理健康與自殺防治策略、促進校園高風險自殺青少年之辨識及處遇為目標，編製本手冊。期望不僅做為教育人員執行輔導工作時的參考，學生、家長也可以透過閱讀後，提升自我身心關照以及關懷助人的知識與技能，在兒青族群的日常生活中構築起健康性、支持性的氛圍，更有利其長遠的身心發展。



前言

學生是校園心理健康服務之主要對象，校園生活佔據兒童青少年至少 1/3 以上的歲月、其餘時間在家庭與社區中度過，學生與教師在現行校園三級輔導架構下關係密切，教師擔任教育、輔導和資源連結等工作的重責大任，隨著年輕世代與家長或教師的代間差異愈來愈大，教師如何維繫與學生及其家庭的關係，也影響著學生的學業與健康狀態及生活品質。再者，家長也是校園心理健康促進重要的一環，家長肩負督促與規範孩子生活品格、維繫其身心健康的能力，且在需要時給予青少年傾聽、陪伴、或專業資源之連結，成為孩子的保護因子。因此，在學校心理健康促進與自殺防治的全面性策略中，上述三個對象都是重要的「自殺防治守門人」，缺一不可，環環相扣。

本手冊內容介紹心理健康與自殺防治有關的基本概念，以及上述三個主要對象在此議題下的角色功能，期能協助教師在教育現場更能早期辨識及處理高風險對象或危機情境，培養學生自助助人的能力，且提供家長理解青少年心理健康議題之重要性與維繫心理健康之作法，期能去除心理健康問題在一般大眾心中的污名效應，了解青少年常見心理健康需求及校園自殺防治的因應策略。

「校園心理健康促進與自殺防治手冊」
自殺防治懶人包(教師篇、家長篇、學生篇)

掃描QRcode



教育部學生事務及特殊教育司首頁>重要業務專區
>學生輔導>學生自我傷害防治專區

歡迎下載利用！



手冊使用說明

本手冊設定於校園守門人教育訓練或心理健康促進宣導之用，校園之範疇包含從小學、國中、高中職到大專校院之學制，適用對象則涵蓋與校園自殺防治所有相關人員，主要包括學生、教師、以及家長三者。手冊內容之設計首先從校園中所有人皆可學習的共通概念開展，介紹兒童青少年心理健康與自殺防治概論、課室教學核心主題、代間溝通議題、以及資源連結等概念。接著基於三個主要使用對象所需之自殺防治分眾指引，提供教師、學生與家長三個專區篇章，附上清晰易懂的懶人包及圖表作為實際應用時的參考。

為了促進手冊使用者快速了解自殺防治相關議題之重點，在基礎概念篇從兒童青少年心理健康發展與自殺防治概論談起，使閱讀者了解兒青族群之心理健康發展特性、問題與現況、及求助行為，同時也涵蓋一些案例，說明可能出現的心理健康影響因子。接下來的主題介紹國內外校園自殺防治策略之推動，說明心理健康識能、情緒教育、覺察靜心演練、壓力管理、自殺防治守門人、去除汙名化等主題內容，亦針對三個主要使用者提供專區及實際案例加強印象。

本手冊指引校園中三個重要的心理健康服務對象，以學生為中心、家庭為單位、校園為範疇提供青少年心理健康促進與自殺防治策略之核心概念。手冊中所提及之「自殺」與「自傷」概念相近，兩者皆為當事人自行導致身體傷害之行為，然而前者之行為是以死亡為目的、而後者則主要以緩解痛苦、報復、發洩、舒緩自身壓力等為目的，一般由專業醫療人員透過會談釐清與評估風險以利後續處置，一般大眾僅須了解自我傷害者或自殺者各有不同的特質及樣貌、勿一視同仁，必要時應透過醫療連結完整評估。再者，自殺二字亦涵蓋死亡與非死亡兩個涵義，一般是以「自殺企圖」代表非死亡的自殺行為而非自殺未遂，而以「自殺身亡」代表死亡的行為結果。

期盼本手冊有助於校園現場之學生與教師奠定心理健康基礎知能，且能促進學生家長對各級學校目前在心理健康與自殺防治議題上的理解與同理，以利大眾齊心一致共推校園自殺防治策略。

自殺防治教育內容重要名詞索引

• 校園自殺防治.....	12
• 安適感.....	18
• 復原力.....	20
• 自殺企圖.....	22
• 心理健康求助行為.....	23
• 計畫行為理論.....	26
• 心理健康識能.....	26
• 精神疾病.....	29
• 自殺防治指標性策略.....	32
• 自殺防治選擇性策略.....	32
• 自殺防治全面性策略.....	32
• 自我傷害三級預防.....	37
• 高風險學生.....	39
• 珍愛生命守門人.....	51
• 1 問 2 應 3 轉介.....	52
• 憂鬱症.....	64
• 焦慮症.....	64
• 注意力不足/過動症.....	65
• 壓力源.....	83
• 壓力反應階段.....	85
• 自殺防治守門人.....	90
• 自殺警訊 (FACT)	93
• 自殺迷思.....	94
• 自我汙名.....	105
• 校內外資源連結.....	114
• 學生早期心理困擾.....	167
• 班級經營.....	171
• 多元文化族群.....	179
• 特殊教育需求學生.....	187
• 壓力管理原則.....	197
• 心情溫度計.....	210
• Gather Town 情緒聲音探索.....	212



校園心理健康促進與 自殺防治手冊



《壹、基礎概念篇》



第一章、緒論

小A，五年級女生，父母離異後開始鬱鬱寡歡、無法融入同儕且時常哭泣，隔代教養的她無法找到合適的支持來源，情緒就這樣每況愈下。

小B，國三男生，對成績自我要求高，在校與人競爭性強，且父母也以成績為一切的目標，缺乏休閒娛樂及放鬆技巧，時常失眠且感到焦慮不安。

小C，高二女生，非常努力去維持成績和排名，但兩年來成績節節退步，在學校遭到同學霸凌，逐步失去生活動力，從壓力變成覺得生活好累…

小D，大二男生，患重度憂鬱症 2-3 年，已停藥 1 年並未就醫。近三週因最愛的奶奶過世且剛分手，時常想到就感覺傷痛、情緒低落，欲找同學一起跳樓結束生命，退出全班 LINE 群，於兩週前上課時有跳樓念頭。

從學齡期到青春期，青少年有許多影響精神健康及情緒穩定的內在與外在因素，多重而累積的危險因子都可能造成嚴重的心理困擾或精神障礙，增加自殺風險。在臺灣，每年有兩百多位 15-24 歲青少年自殺身亡、數以萬計的校園學生企圖自傷或自殺，隨著學生年齡越高、自殺企圖人數越多，然而大多時候周遭的成年人不知道當事人已經進入憂鬱或自殺的循環當中，多數人亦不認為青少年會有憂鬱或情緒問題需要接受醫療（特別是精神醫療）的關注。在學業及各種成績仍為重要的評比標準之際，青少年的心理健康完整性亦逐步受到挑戰，從國小、國中、高中直到大學/研究所，年輕族群從不同學制、教育體系及規範下，越來越需要心理保護因子、導致危險因子逐漸累積，圖 1 為不同學制校園在心理健康促進及自殺防治兩類工作上大致的比例，原則上仍會依據各校特性與經驗而採取因地制宜的做法，但鼓勵各校可以朝向兩類工作齊頭並進，關注學生心理健康之餘，亦同時考量各年齡層青少年發展特性與自殺行為的風險性，建立以校園安全為基礎的全面性自殺防治策略。

上述例子中不難發現：青少年可能面臨多種創傷或失落而不知所措，舉凡喪親、父母離婚、成績退步、感情失意……都難以在尚不成熟的年少階段自我因應，在情緒低落、焦慮不安、失眠難耐、痛苦難解、缺乏理解與支持的狀態下，若加上缺乏家庭、學校與社會支持，青少年的自殺風險便可能逐漸升高。至此大家可能會問：「青少年說想自殺不會真的做吧！」、「等過一陣子他/她想開就會好了！」，然而更多時候自殺的發生就在一瞬間，任何原因都可能導致自殺行為，這些行為看似難以防範，然而卻有許多蛛絲馬跡以及值得大眾一同超前部署的保護性措施，需要大家共關懷。



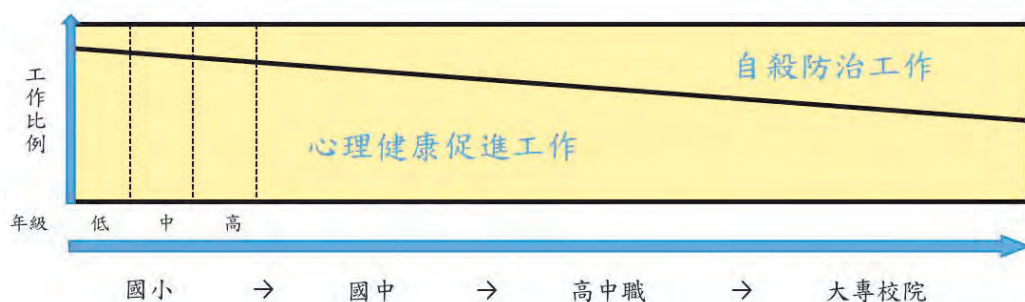


圖 1、從心理健康促進到校園自殺防治的工作比例分配

(計畫團隊自製)

一、全面性校園自殺防治工作

學校是兒童青少年重要的生活場域，故若欲關懷年輕族群的心理健康，由校園主動實施並推動相關的防治策略，是必要的方針。教師與學生朝夕相伴，實為第一線能提供最即時關懷的協助者，而校內其他工作人員亦能依職務或專長有所發揮，如輔導人員施行對學生的分級輔導工作、行政單位人員共同推動及執行各級輔導相關措施、社工針對學生個案及家庭的社會福利或服務需求進行評估和處遇等。除了校內人員的施力，家長絕對是學生關懷工作的重要一環，在學生遭遇到心理健康問題時，給予關注和支持，並且與校方積極合作，為孩子找到協助的方向。

另一方面，在校園外也有心理健康及自殺防治政策與資源的佈建，涵蓋心理衛生服務、精神醫療、社會福利、社會服務、家庭支持服務、社區資源與支持網絡等，面對高風險自殺或處在自殺危機下學生的困難處境，有鑑於校外有許多專業人力可茲利用，例如心理衛生或精神科社工師、醫院或社區心理師、護理師、醫師、職能治療師……等，因此校園宜與校外資源結盟合作，讓學生進入資源網絡的服務與關懷。

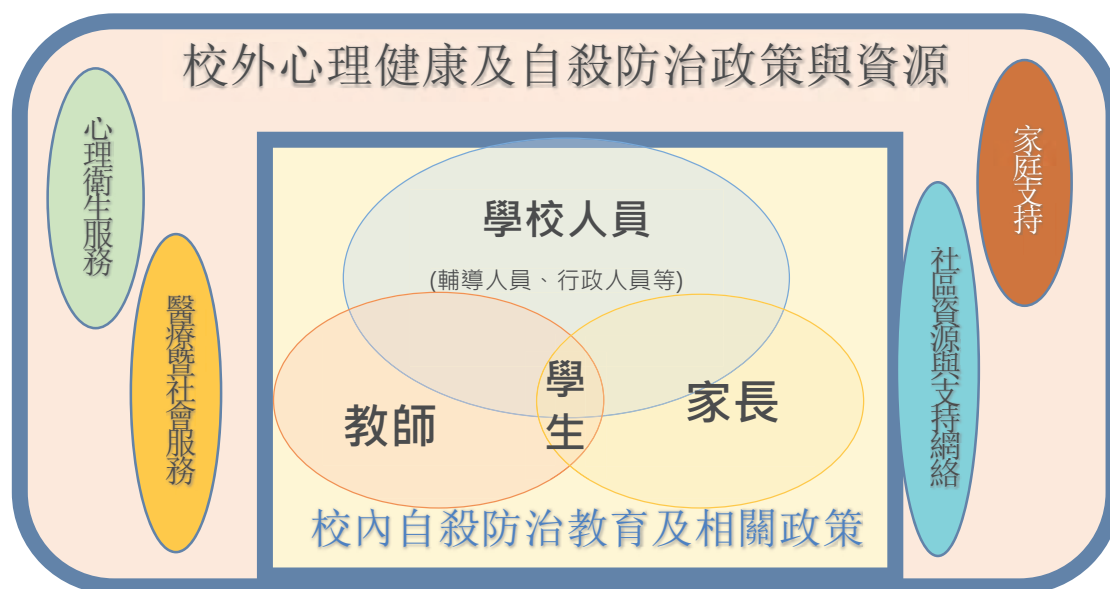


圖 2、校園自殺防治政策涵蓋人員及範疇 (計畫團隊自製)

二、國家自殺防治工作介紹

自殺是世界性的健康與公衛相關議題，根據世界衛生組織（WHO）估計，在 2000 年全球有一百萬人自殺身亡。平均每 40 秒就有一人自殺身亡。每 3 秒就 有一人試圖結束自己的生命。而每一個自殺事件至少為週遭 6 人帶來嚴重的影響。自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是難以估計的。過去 10 年間，臺灣自殺死亡率已有顯著下降的趨勢，但自殺防治工作刻不容緩，更需要網網相連，有賴政府與民間各界之持續努力。特別在國家層級自殺防治工作之推動，需跨部會整合相關之網絡資源（如圖 3）；針對單位之業務權責，配合中央政策推動，方能有效落實「因地制宜」之自殺防治策略。衛生福利部（前行政院衛生署）自 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，成立「全國自殺防治中心計畫」，迄今已邁入第 17 年(李，2017)。

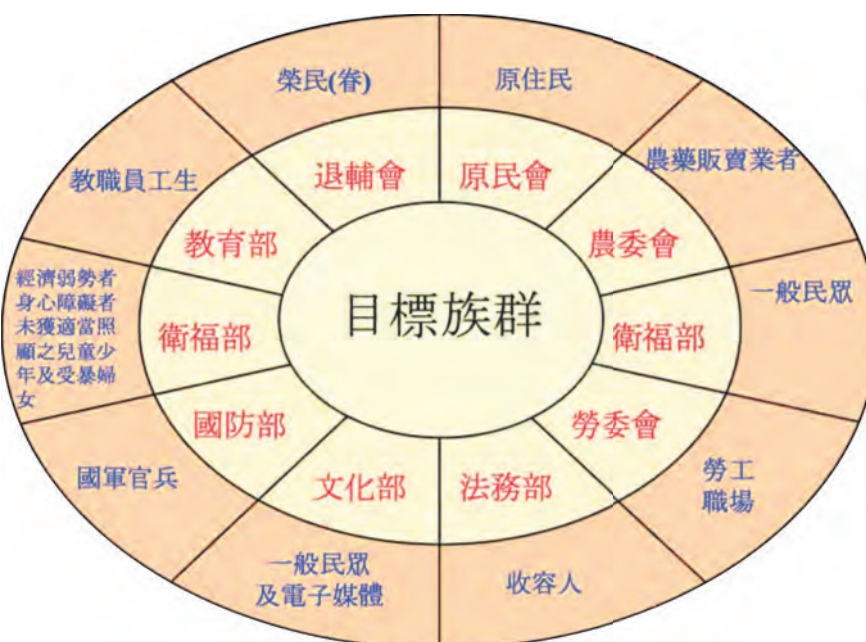


圖 3、臺灣自殺防治跨部會單位及服務族群示意圖

（圖片來源：台灣自殺防治學會）

在政府相關單位、民間團體及社會大眾的努力下，我國的自殺率逐年下降，並於 2010 年首度退出國人十大死因之列。然而，2020 年 15-24 歲青少年自殺死亡率來到過去 20 年以來的相對高點（圖 4），縱使死亡人數不及中壯年的一半，其影響卻是橫跨校園、家庭與社會各界，造成難以抹滅的影響的。鑑於此，學校自殺防治策略應從上述三大策略層面佈局，從各級校園因地制宜，形成學校政策，影響有關人員投入防治策略。自殺防治之原理在於降低危

險因子與提升保護因子。現今我國自殺防治策略，符合當代世界自殺防治工作思路，針對不同之高風險群眾，分為三個層面擬定方案，分別為指標性(indicated)、選擇性(selective) 與全面性 (universal)策略，詳細內容將於手冊中介紹。

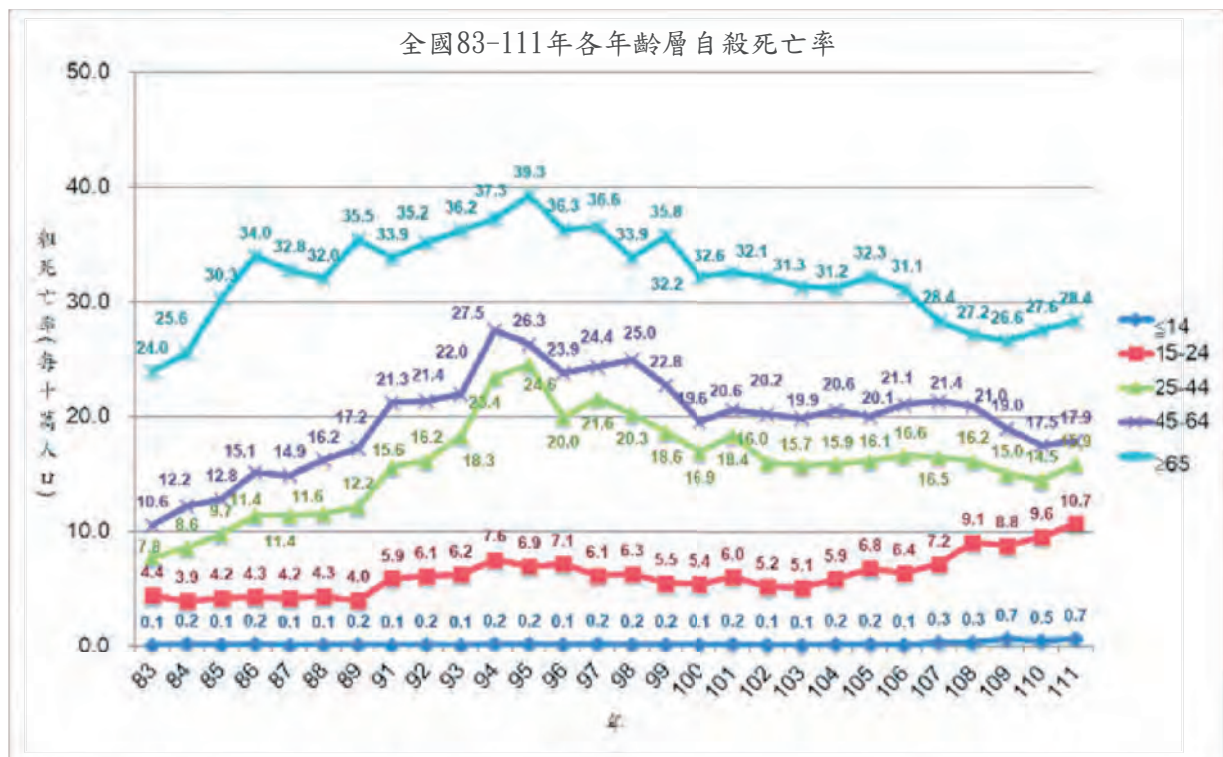


圖 4、民國 83-111 年各年齡層自殺粗死亡率
(圖片來源：衛生福利部心理健康司，2021)

整體而言，自殺的危險因子可分為遠端因子以及近端因子(詳圖 5)，自殺並非單一原因可以解釋，往往是由於多重因子所造成。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。當前，自殺在所有國家中都是一個重要的公共衛生議題，因而防治工作必須以多層面介入，結合各領域協同一致的方式實施，故透過各個網絡工作人員增進相關概念，進一步有能力去辨識、關懷、評估、處理和轉介自殺風險個案；透過跨部會的協調方式，方能落實網網相連及面面俱到的早期風險評估與管理，這是自殺防治工作中首當推廣實踐的一環。

(部分內容摘錄自：台灣自殺防治學會—政府跨部會自殺防治手冊，2017)



圖 5、自殺成因概念架構圖
(圖片來源：台灣自殺防治學會)

值得一提的是- 提升自殺行為的保護因子與減少累積性的自殺危險因子，同樣具有自殺防治的效益。許多國家的臨床或研究指引中亦強調促進自殺保護因子的作用，以強化當事人的存活理由。有關自殺保護因子，大致分為三大層面，期項目涵蓋內容廣泛(吳，2014)，但無論如何，處在兒童青少年階段的自殺高風險個案，最重要的保護作用來自下列三個面向。倘若能掌握三大保護來源，並鞏固校園、家庭與社區資源對學生族群的支持與保護，相信必能降低自殺意念及/或行為發生的可能性。

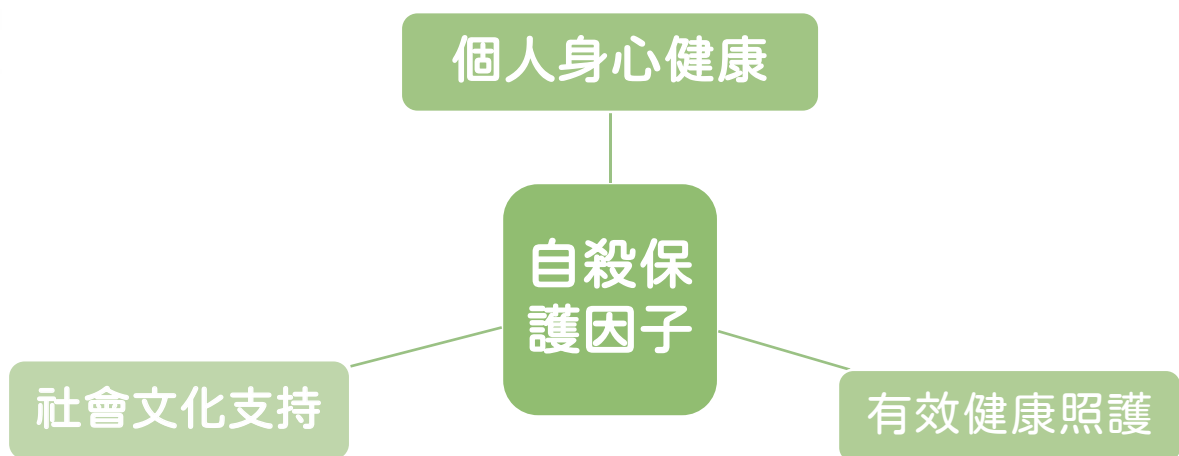


圖 6、自殺保護因子三大面向
(計畫團隊自製)

第二章、兒童青少年心理健康與自殺防治概論

挑戰、變化、衝突、創新，這些詞彙如果用來形容一個年齡族群，你直覺想到的，是否就是兒童與青少年？從家庭到學校、從依賴到獨立、從就學到就業…在在讓兒童青少年站在一個轉換的位置，隨之而來的就是多面向、程度不一的壓力，要他們必須去學習面對、因應。這樣的發展過程，與個人的心理健康狀態密不可分，且相互影響。

本章首先介紹兒童青少年族群的心理健康發展，讓讀者建立對這個階段的認識，進一步再談到對心理健康造成影響的因子，而心理健康發展最不良的結果—自殺，也將於此被正視與討論。有鑒於此問題的嚴重性，本手冊的規劃以校園為基礎，對心理健康促進與自殺防治的概念進行介紹與探討。

第一節、兒童青少年族群的心理健康發展

小小今天晚餐吃太慢而被媽媽罵，面對媽媽的反應一下子不知如何是好，加上白天在學校跟同學之間的衝突，她難過到當場就哭了出來。

最近阿中發現他的一群好兄弟們，在下課時間都約著一起去操場打球，卻不再像以前一樣會邀請他組隊了，阿中感覺自己沒有原因地被忽視，想上前詢問卻又擔心是自己小題大作。

大仔家中經濟狀況不好，他需要把課餘時間都用來打工才勉強能支應學費和生活開支，已大四的他即將畢業，目前的生活中卻沒有多餘時間可以用來準備求職履歷、進行面試等，面對不確定的未來，讓他非常焦慮……。

不曉得大家能不能感覺到以上三個主角所經歷到的事件，重點分別有所不同：小小是一位小學生，家庭關係對他來說尤為重要，所以家人的評價帶給她相當程度的負面感受，而年歲漸長後，重心漸漸轉向同儕，因此同學、朋友間的相處問題，讓中學生阿中產生苦惱與擔憂，進到大學階段，如同大仔一般，他們開始面臨經濟和職涯發展的議題。接下來，邀請大家一起來了解兒童青少年族群的心理發展。

一、發展特性

我們從在地上爬行、左搖右擺走路的嬰幼兒，成長到能獨當一面的成人，

中間所經歷的兒童青少年階段，在發展上無疑有著重大的意義與價值，深深影響著我們會成為什麼樣的人。而在這個時期，個體的生理、心理、社會、道德等方面，都各自有發展的重點。生理方面，外觀上可觀察到身高與體重大為增加，體內的器官系統也以不同的速率在成長，例如淋巴系統在 10 歲左右會達到發展最高峰、生殖系統則在青少年時期才開始迅速發展、腦細胞的結構和機能也不斷在進行著複雜化的過程(特別在 18-25 歲之間會更加劇烈地發展著)(劉，1999)。

兒童情緒的發展隨著年齡有相當不同的表現，而行為則是情緒表達的一部份。每一個人在情緒及行為的表現上，有不同程度的個別差異，男、女有別，也因社會文化的不同而有所不同。一般而言，兒童青少年仍處於發展階段，不論是生理或心理層面，當論及兒童及青少年是否處於心理健康狀態，意味著其是否達到情感發展的里程碑，學習健康的社交技能以及環境適應與應對的能力。身心健康的兒童及青少年具有積極、穩定生活品質，可以在家中、學校和環境中能良好地運作。

兒童情緒及行為的發展程度，比起評估兒童動作及語言的發展程度，相對來說更不容易設定標準。兒童動作發展是一定的過程，例如：七坐、八爬，95%以上的孩子在一歲半時會放手自己走路，若是一個孩子的發展與正常兒童發展里程碑比較，落後超過 20%，稱為發展遲緩，需接受進一步評估及矯治；語言的發展程度，亦是與一般兒童的語言能力作比較。而在兒童情緒及行為發展里程碑上，雖然同樣是與同年齡的孩子做比較，但並不容易以數據來表現障礙的嚴重度。以內化性行為為例，究竟多內向及害羞是代表有障礙？在臨床上定的準則是以妨礙一般日常生活為原則。孩子行為表現出害羞、退縮的行為，常是因為焦慮、不安、害怕的情緒所造成的，孩子因分離焦慮，擔心主要照顧者會發生事情，不願意與家人分開，這對 1 歲半的兒童是正常情緒發展的一部份，稱為「分離焦慮」，有些情感發展障礙的兒童在 1~3 歲這個年齡，未出現分離焦慮的情緒行為，像是在主要照顧者離開時沒反應、不會尋找主要照顧者，或是不看人、不理人、情感疏離，這在兒童情緒及行為發展上是令人擔心的。但是到了 6、7 歲時，因擔心與主要照顧者會分開，而變得黏人、不願意去上學、每天只要與家人在一起、什麼事都不願意自己做，這就是障礙。

青少年在邁入青春時期，體內荷爾蒙快速增加，造成生理上劇烈的變化，例如：第二性徵開始發育進而有外觀上的改變，對青少年來說需要一段時間適應；另外，荷爾蒙增加的同時，也造成情緒的變化。在心理層面上，青春期的青少年開始尋求獨立自主，並學習重新自我認同，他們對過去及未來都充滿疑惑，常自問：我的未來會如何？人為什麼要活著？生命的意義是什麼？相對也會對大人和過去所有的認同產生動搖，挑戰威權，更甚而過度貶低他們，憤世忌俗。當然也有些青少年過度地活在當下，未來對他們而言，或許只是一個名詞。

環境中青少年可自主及控制的空間，相對於他們所期望能擁有的空間而言是少的，有些青少年可以從學習課業中得到認同、自我成長及滿足，而有些親子關係因為學習的問題產生衝突、家人間關係的疏離…等，均為青少年容易產生負面情緒的原因。另一方面，青少年對同儕間人際關係十分敏感，希望被接受、被了解。有些青少年的問題會表現在人際互動的困難，亦有些青少年會以身心症狀、拒學來反應出他們的問題，也因此進而更影響到他們的課業學習、人際關係及自我價值觀，這些就像是滾雪球般，不知要如何打斷這惡性循環。

青少年常面臨青春期的尷尬，正需要同儕及家長、老師等長輩的關心與幫助，對孩子的成長是很重要的。教師與家長需要學習允許孩子們與自己有不同的意見，尊重青少年的「次文化」，陪伴他在錯誤中學習，傾聽他們的煩惱、接受他的缺點、稱讚他的優點，學習成為孩子的良師益友，培養孩子的休閒興趣，營造友善並具支持性的氛圍，守護青少年的心理健康發展。

另一方面，有關兒童青少年對死亡概念的認知發展，Naito(2007)在其研究中描述了孩子到三歲前對死亡幾乎一無所知，到五歲時才有某人失去了生命功能的覺知，但此時仍對死亡的不可逆性知之甚少，約莫九歲始能了解死亡的不可逆轉性和普遍性。而有關自殺意念與死亡概念又略有不同，孩童自九歲始理解死亡不代表理解自殺的意義，因此當孩童口頭提到想自殺，應予釐清其意義為何，不能以大人對自殺的概念套用在小孩身上。鑑於近幾年網路遊戲成癮可能帶給兒童青少年的自殺風險與多重心理健康問題(如焦慮、憂鬱等)(吳、李，2016)，此為自殺防治領域中的重大議題，須注意的是，從小學開始孩子就可能從遊戲的虛擬情境中，學習到高樓下墜或飛躍的快感，而可能產生嚮往與模



仿，因此所謂的「跳樓自殺」可能並非真正是為了想死，應由專業人員進行完整的評估與診斷，以利後續處置及治療。

在一項對日本長崎縣大約 3600 位中小學生(8-14 歲)進行的調查，有 15.4%回答他們認為「死人可以復活」，探究原因，其中 29.2%的孩子回應「因為在電視或電影上看過」，7.2%的孩子表示「因為在電視遊戲中，他們即使死了，仍可以重生(be reset) 」而在比較這種觀念在不同地區的盛行度，發現在城市地區高於鄉村地區。另一方面，由於家庭單位越來越小，兒童較缺乏經歷生命起落的生活經驗，反而更多是從媒體中接收到的訊息。由此可知，孩子對於生死的概念，深深受到電視、網路和影片等影響(Naito, 2007)，因此正視兒童與青少年族群對生命價值的理解與認同，與家長和學校如何一起參與及認識，而避免陷入限制影音媒體的爭執，實為必要的教育。

二、 兒童青少年心理健康

世界衛生組織將健康定義為生理、心理和社會的安適感(well-being)，不僅僅是沒有疾病或身體虛弱而已，而心理健康是一種幸福狀態，在這種狀態下，個人意識到自己的能力，能夠因應生活中的普通壓力，能夠富有成效地工作，並能夠為他的社區/社群做出貢獻。

良好的心理健康涵蓋精神層次與社會層次兩個面向，其定義也會因系統、文化或臨床實務等不同的價值取向而有差異(Fusar-Poli et al., 2020)，上述文獻中聚焦於年輕族群心理健康文獻回顧，提出下列核心概念及其定義：



圖 7、青少年心理健康之概念範疇

(計畫團隊自製)

1. 心理健康識能：意指個人有能力識別和掌握精神疾病的狀況以及心理健康影響因素與警訊，且在需要時能求助於精神衛生資源。

舉例：對憂鬱的警訊和症狀有足夠的了解，以及時辨識自我心理困擾與求助或求醫之需求。

2. 對精神疾病的態度：意指理解心理健康狀態不佳者的情況並給予同理，去除汙名化的負面態度，同時在自己面臨心理健康的挑戰時也能不自我汙名。

舉例：班級中有情緒狀態特殊的同學，教師帶領全班學生了解這些症狀與表現，同理該名同學感到的不舒服，在班上營造理解和接納的氛圍，傳遞支持予該同學。

3. 自我覺知與價值觀：意指個人能發展出覺察內省之特質，認識自我價值，並形成自信、自我關懷(self-compassion)和自尊等價值觀，用這些自我信念和態度，讓自己活出有價值的人生。

舉例：知道自己是友善的，容易交到朋友，並且願意與人合作，一起努力追求目標。

4. 認知技能：意指對大腦訊息進行處理和反應，包括注意、記憶和組織訊息的能力，同時具有一定的認知靈活性和注意力，以進行推理、決策和問題解決。

舉例：學生在老師授課完後，自行整理、歸納出重點筆記，以記憶並學習內容。

5. 學業/職能表現：意指設定學習目標並可達成之，且可從知識獲取、學習成績、出勤率和行為表現，以及學校生活調適與學業適應來定義職能表現。

舉例：小學開始培養閱讀和寫作能力，以利接下來的知識學習；後續在學習歷程中可以跟上同儕進度。

6. 情緒：情緒是一種情感狀態，它具有可被喚起或激勵的特質，可引導個體做出某種反應或行為。調整情緒覺察及知識、加強情緒調節、允許更多有效的情緒表達，都能強化正向心理健康。一般而言，正向情緒可以促成個

人擁有更好的社會、智能和生理資源(physical resource, 如身體技能、健康)(Fredrickson et al., 2005), 但負向情緒也是生活中常見的表現。

舉例：學生在用心製作報告後獲得好的評語，因而感到開心，並且讓他更有意願投入下一次的報告準備中。

7. 行為：指當一個人接收到刺激時所採取的動作、行動。行為是健康的表現，可以讓年輕人適當地運作和發揮最大潛力，而促進適當性、適應性行為是提升心理健康的一種方式。

舉例：當同儕邀請嘗試吸毒，青少年在評估過後，選擇接受或者回絕。

8. 自我管理策略：意指可以有效且獨立地照顧自己、可以發揮自我並滿足個人在環境中的需求，例如培養因應壓力、解決問題與決策的能力以面對逆境之挑戰。因此，運用**復原力(resilience)**—即因應逆境的能力，有助於個人達成自我管理的目標。

舉例：面對壓力或擔憂時，採取聽音樂或運動等正向因應的方式，而不是喝酒或使用其他物質。

9. 社交技巧：人際關係是年輕族群的心理和社會發展中的重要角色，社交技巧即指一種能與他人互動、溝通交流的能力，並以建立並維持正向、有意義的關係。(註：社交技巧與行為的不同之處在於，其是以建立和維持人際關係為導向；社交技巧與自我管理亦有不同，因為這指的是與他人建立良好關係的技能，而不是因應我們自己的情緒、感受等的技能。)

舉例：在同學受到傷害時，發揮傾聽、溝通、陪伴的技能，以讓對方感到安慰與支持，深厚了彼此的情誼。

10. 家庭及重要關係：與其他家庭成員、或生活中的重要人物建立有意義關係的能力，並且能有正向的溝通和互動。

舉例：家長使用正向的教養策略，例如提供有一致性的規則和期望，以讓孩子理解或遵守，像是若下課後未能直接回家應先與家人聯繫說明以確保安全性。

11. 生理健康：意指與正向的身體狀態和健康方面相關的生理變項、可見症狀和措施，此領域涉及了生理健康及健康照護的態度、情感及行為。

舉例：規律且充分的運動習慣，以保持身體的良好狀態和活力。

12. 性健康(sexual health)：與性或性別有關的生理、情緒、心理和社會之安適感，性健康領域也涉及健康照護的態度與行為。

舉例：兩性不同的身心健康狀態也會影響到性健康基礎之建立，此外兩性之間對於情緒困擾的反應及因應方式也可能有所不同。

13. 人生意義：定義為一個人理解、看見自己的生命意義之程度，以及他認為自己的生命有目的之程度。人生意義包括靈性、宗教，也與身體健康及心理健康(如幸福感、生活滿意度)息息相關。

舉例：參與探索教育課程，發掘自己的性格特質，也了解自己的價值觀與目標並追求之，由此感覺到自己人生有目的和意義。

14. 生活品質：意指一個人的總體幸福感，定義為健康、快樂和滿意的生活，在多重生活領域都感到滿足的覺知。

舉例：青少年若有適當的營養和生活條件，能為他們帶來良好的舒適程度。

再者，據 WHO 統計全球 10-19 歲青少年約有 1/7 患有精神疾病，佔全球疾病負擔該年齡組的 13%，心理健康狀況是青少年疾病和殘疾的主要原因，而自殺更是 15-19 歲青少年的第四大死因(WHO, 2021)。近年的臺灣兒童全國精神疾病流行病學調查結果顯示，8-14 歲學生其終身及 6 個月的精神疾病盛行率分別為 31.6%及 25.0% (Chen et al., 2019)；調查亦發現有相當比例的學生曾出現過與自殺相關的問題，半年內曾出現過自殺意念、自殺計畫與自殺企圖的盛行率分別 3.1%、1.6%及 0.3% (Chen et al., 2020)。這些疾病的發展會對青少年造成一系列負面影響，例如學習成績變差、同儕關係出現問題以及增加參與危險行為(Ahlen et al., 2015; Werner-Seidler et al., 2017)；至成年時發展成更嚴重的精神問題，工作表現不佳，收入減少，增加自殺念頭和出現身體健康問題的可能性(Johnson et al., 2018)。因此，有鑑於青少年心理健康影響甚鉅，世界各國益發重視此一議題，希望提升青少年心理健康，找到與解決讓兒童青少年落入自殺風險的原因，協助其發展成健康的成年人，以對國家社會發展做出有意義的貢獻。



三、 國內外兒童青少年自殺問題現況

自殺為全球青年族群的前三大死因(Wasserman et al., 2015)，2009 年一篇系統性文獻回顧指出，自殺在全世界 15-24 歲的族群有增加的趨勢，且為此族群第二常見的死因(Patton et al., 2009)。根據世界衛生組織的統計資料，2016 年有 62000 名青少年自殺身亡，其風險因子包括使用酒精、在兒童期遭受虐待、求助被汙名化、在獲得醫療方面遇到阻礙，而透過網路交流自殺行為是青少年族群面臨到的新問題。2019 年，自殺更位居 15-29 歲族群的第四大死因，WHO(2021)針對一般大眾自殺議題所建議的有效介入措施，包括下列：(1)限制獲取自殺的手段 (2)與媒體溝通使其能以負責任的方式報導自殺 (3)培養青少年的社會情緒方面的生活技能 (4)及早辨識、評估、管理和追蹤受到自殺行為影響者，由此可見，我們需要特別關注青少年族群之心理健康狀態，並積極提供關懷與協助。

檢視臺灣鄰近國家/地區的青少年自殺問題，在香港，青少年的自殺率雖然低於全球平均，但根據當地一項調查指出，在 2579 位八年級學生中，4%在過去一年中曾有自殺企圖(attempted suicide)，另一項針對七年級生的調查(N=3328)則發現有 13.7%有過自殺想法(suicidal thoughts)，4.9%有自殺計畫(suicidal plans)，4.7%有自殺企圖(attempted suicide)(Siu, 2019)；而在一項橫跨 45 國、針對 10-19 歲青少年自殺死亡率研究發現：日本(4.61/100,000)及韓國(4.29/100,000)的數據均超過了全球平均(3.77/100,000)(Glenn et al., 2020)。顯示在與臺灣較為相近的文化和社會脈絡下，有相當的青少年人口深受自殺危機所苦。自 1997 年日本發生金融危機，隨之而來的經濟不景氣，也對自殺率產生了影響，尤其是中年男性的自殺率急速增加。雖然經濟衰退直接衝擊的是工作年齡男性族群，但此時期亦觀察到年輕人的自殺率上升，可知壓力也可能影響到家庭，使孩子變得更加脆弱，而在社會結構的改變之下，弱勢的兒童或青少年更可能處在獨自使用網路的情況中，增加面臨威脅心理健康的風險 (Naito, 2007)。另外，韓國學者 Lee 將教師對學生自殺事件報告中所描述的語詞進行分析，得出兩大類主題：一般性特徵(如生活、個性、朋友或學習)和問題性特徵(如諮商、醫療、憂鬱或醫院)，結果發現僅有三成的報告能指出與自殺相關的問題性特徵，其餘七成呈現的一

般性特徵幾乎可以用於描述大多數學生的心理健康情形，例如可能是內向的(或者外向)、友善的學校生活和同儕關係、主動參與班級及社團…等，這些明顯與自殺防治文獻中所描述的典型自殺者特徵不相符。此研究最大的啟發，在於青少年的心理健康狀態需要仔細探究辨清，而非僅僅從表面的觀察，就足以判斷其是否處在危機之中，特別是校園的師長觀點需與專業醫療結合，以進行正確的判斷(Lee et al., 2020)。

精神疾患在年輕族群的疾病負擔(Disease Burden)中佔了很大的比例，且有75%會在24歲前發病，而大部分的疾病會持續進入成年期(Patel et al., 2007)。除了精神疾患，心理健康問題也是自殺(Suicide)與自傷(Self-harm)的重要危險因子(Risk Factor)，因此及早辨識心理健康問題，應作為青少年健康促進的要點。在這20年間，英格蘭和威爾斯地區的青少年遭遇心理健康困難的比率不斷上升，尤其是在2004到2017年間，焦慮、憂鬱和自我傷害的情況增加，特別是青少年族群。2020年的調查，5-16歲的兒童與青少年16%有可能的精神疾病(probable mental disorder)，對照2017的比率是10.8%，短時間內已提升了不少(Sadler et al., 2018; Vizard et al., 2020; Midgley et al., 2021)。

聚焦臺灣的情況，根據教育部2017-2019年資料顯示，近年我國國小學生至大學生族群的「自我傷害」人數有增加趨勢，而衛生福利部2017-2019年的「自殺通報系統」資料亦指出：0-17歲因自我傷害被通報之人數從1381人增加到3390人，增幅為145%，而18-24歲之通報人數則從3932人增加到5938人，增幅為51%；2019年，據教育部「校園安全暨災害防治通報」資料顯示：學生因自我傷害被通報的人數隨著學制增加，小學、國中、高中職和大學於2019年的自我傷害通報數分別達到353、1344、1376、和1402人，整體的自殺身亡人數是107人。各學制的自傷通報人數以及自殺身亡人數，都於2018-2019年有明顯的增加，且整體來說，15-24歲族群之自殺死亡率已來到20年以來數據的最高點(圖4)。

四、 心理健康求助行為

青少年與年輕成人(15-24歲，以下簡稱青少年)有著高精神疾病盛行率

(Kessler et al., 1998)，且大部分的精神疾患亦首發於此年齡段（12-24 歲）(O'Connor et al., 2014)，然而，大多數青少年不會主動求助於專業服務，其求助行為多有被動消極、不遵從或易受到家庭影響而無法完整接受專業治療等特質。求助行為(Help-seeking behavior)一般可被分為正式或非正式兩類(Wu et al., 2012)，前者指的是專業性質的幫助來源，包括醫療照護、心理治療、諮商輔導、社會服務等；而後者所涵蓋的範圍較廣，舉凡親朋好友的支持或來自非上述專業範疇所提供的服務或協助，都算在內。

美國一個涵蓋 26 所大學的線上調查研究中，只有 35.6%有心理健康問題的學生在過去一年曾使用精神衛生資源，而且 15.8%的人既沒有尋求專業亦沒有尋求非專業的協助 (Eisenberg et al., 2011)。另一個橫跨 2005 至 2007 的研究顯示，在兩次篩檢中有心理健康問題的學生，少於一半曾在這兩年內使用任何精神衛生資源(Zivin et al., 2009)。另外，美國國家衛生研究院(National Institute of Health, NIH)的一則研究提到，在 2012 年患有情感疾患(mood disorder)的大學生中只有 34%到 36%有使用醫療資源 (Czyz et al., 2013)。而有嚴重心理健康問題的人，像是有自殺企圖者，其求助比例反而更低(Czyz et al., 2013)。在 2008 一個包含全美 70 所大學的研究中，有一半以上曾認真考慮自殺的學生沒有得到任何專業的醫療協助(Drum et al., 2009)。另一項在 2014 年針對全美大學心輔中心的調查則顯示，過去一年自殺的學生中，有 86% 的人未曾尋求過學校心輔中心的協助(Gallagher, 2015)。

國內某完全中學在 109 年進行了一項學生問卷調查，以了解不同年級階段個別的生活適應狀況與求助表現，有效問卷共 3304 份，結果發現在高三和國三生族群，約三成左右表示對未來感到疑慮、比較容易焦慮緊張、常會發呆或做白日夢、有自卑或比不上別人的感覺，但各項行為表現上，仍屬可控範圍內(例如有產生自我傷害行為、想法的比例為 3%~4%)；高二及國二學生，將近四分之三在課業學習上感到壓力與困擾，時間管理、人際關係、身材外貌、家庭…等也是常談及的困擾主題；高一及國一生族群，多數人感覺在班級、與教師互動、人際互動上適應狀況良好，但有近三成學生表示會有上課分心/精神不集中、心情常感煩躁不安/緊張等議題。儘管學生多少都有遭遇到心理上的困擾，調查發現只有大約 1%的學生表示願意與輔導室老師個別晤談以解決困

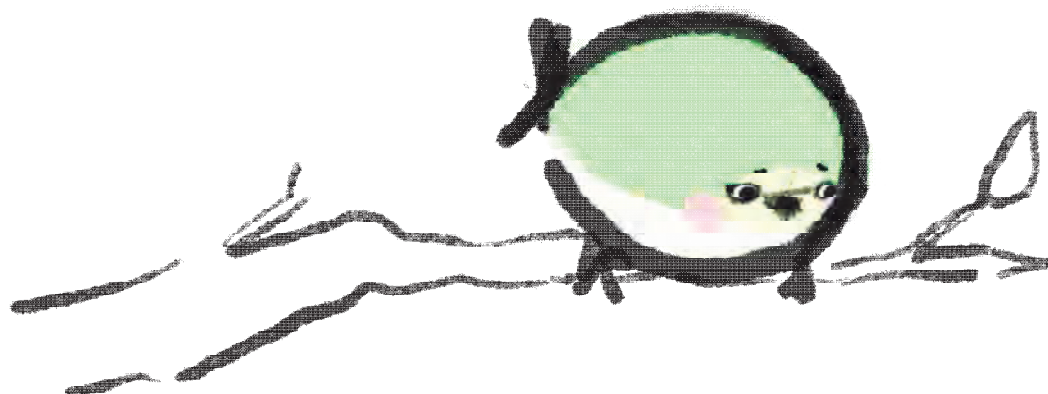
擾，特別聚焦高二和國二生的調查結果，有八成五的學生在遇到困擾時的主要傾訴對象是朋友，四成會找父母，兩成六會跟兄弟姊妹說，僅有近一成(12%)國高中二年級學生會找師長傾訴，而向專業輔導人員求助的比例也只有 2%，本調查雖僅收集一個臺灣中部學校資料，其結果可能不足以推論至不同學制或地區之學校，然而可提供實務規劃及未來研究之參考。綜合上述內容，可得知儘管學生的心理健康問題普遍，甚至有時出現自我傷害行為，但其專業資源的使用率卻遠低於所需，是一大警訊。

兒童及青少年在求助上的阻礙可能有多種原因，舉日本一項研究為例，發現近年來儘管日本醫療場域中兒青心理健康服務提供增加，但並沒有導致此類服務的使用量增加，此情況可能源於青少年對心理健康知識的缺乏，以及在日本文化中較難接受對私人問題的揭露，所以比起其他國家，他們在遇到困難時可能更沒有意願尋求專業協助 (Naito, 2007)。另外，在幾項對於學生(特別是大學生)求助行為的研究中，阻礙的原因常有缺乏時間、隱私問題、缺乏情緒開放性(emotional openness)、財務限制、缺乏需要求助的感知(a lack of a perceived need for help)、不懂服務內容及保險範圍、以及對治療有效性的質疑(Hunt et al., 2010)。

在一份探討大學生使用心理健康資源的研究中，針對為什麼不使用心理健康資源，有 51%的學生表示「壓力是大學生活的一部分」；而有 45%的則認為「自己沒有需求」(Eisenberg et al., 2007)。另兩個常被提及的原因是對治療效果存疑和沒有時間(Hom et al., 2015; Hunt et al., 2010)。Eisenberg 等人(2007)亦發現，有 32%的學生表示「我沒有時間」，而 20%的認為「我不覺得有任何人可以了解我的問題」。其他的阻礙還有傾向於自己解決、污名化、隱私問題等等(Gulliver et al., 2010; Eisenberg et al., 2007)。此外，也有研究發現性格與心理健康求助行為的關聯，即內向的人較不會去求助(O'Connor et al., 2014)。另外在中國有些學者提出以 U 型或是 V 型曲線來呈現求助行為與心理健康之間的關聯，也就是當問題輕微或非常嚴重的時候，求助的意願和行為較低，而問題中等程度嚴重的時候，求助的意願和行為則較高(Liu et al., 2017)。依上述研究可以看出，找出並針對主要阻礙求助的因子進行介入或許可以提升大學生族群的求助意願和醫療資源的使用。而確認心理健康問題與求

助行為的關聯後，將能更好的定位高風險族群並給予協助。

要促進青少年的求助行為，並釐清其不願意使用精神衛生服務之原因，我們需要更進一步了解求助行為(help-seeking behavior)。求助行為不論是在社會學、心理學、醫療和公共衛生領域都是一個被持續研究的課題。而有兩個理論概念較常被用來解釋心理健康的求助行為：分別是計劃行為理論(The Theory of Planned Behavior)和心理健康識能(Mental Health Literacy)。計畫行為理論由Ajzen所提出，是理性行為理論(The Theory of Reasoned Action)的延伸。其認為行為意圖(behavioral intention)與一個人是否會做出此行為有直接相關(Ajzen, 1988)，而它受三個決定因素所影響，分別是：態度(attitudes)、主觀規範(subjective norm)以及自覺行為控制(perceived behavioral control)(Ajzen, 2005)。也就是當一個人對於某件事有著越正面的態度，他的重要他人越支持他去做這件事，而且他感到越容易做這件事，那麼他越有意圖去實際執行這件事(Ajzen, 1988; Armitage et al., 2004)。另外 Downs 等人(2012)發現，那些在過去一年曾使用過精神衛生服務的學生，有 64.1%的人認為他人的鼓勵是讓他們尋求協助的重要原因。另一個概念－**心理健康識能**，則是與提升心理健康相關的知識、應對及預防有關，它包括對於症狀的辨識、知道適合的求助方法，並且有對應的態度和知識去達成這些行為(Jorm et al., 1997)。舉例來說，在一個 2018 的研究中發現，當大學生能夠辨識出心理健康問題時，他們更有可能去尋求幫助(Amarasuriya et al., 2018)。由求助行為的理論可以看到，大學生對精神衛生資源的態度、重要他人的支持、實行難易程度、以及是否有能力對所經歷症狀做出正確的辨識，都會大大地影響其實際的求助行為。故針對以上幾個原因做出介入，或許可以有效地提升年輕族群的求助意願。



第二節、兒童青少年族群之心理健康影響因子

個性活潑外向的 Alice，經過走廊時看到學校在徵選校慶活動主持人的海報訊息，頓時覺得熱血沸騰、自己有機會可以一展長才了，便興沖沖地立刻衝到辦公室報了名；隔壁班害羞內向的 Bonnie，卻因班上沒有人有意願報名而被導師指派參加，這項任務讓她這幾天都焦慮到睡不好，導師後來找她談話，告訴她觀察過去在小組討論時的表現，她思路清晰、口語表達也很有條理，因此相信只要多練習，她一定有能力站上台好好發揮，Bonnie 在收到導師的肯定和鼓勵後，決定挑戰看看，她的好朋友們也相當支持，不斷陪伴她進行模擬演練，盡最大的努力做充分準備。

一件外來事件，對 Alice 和 Bonnie 造成了不一樣的影響。在不同學制下，各年齡層兒童青少年的心理健康狀態也不同，隨著外在環境或事件發生的歷程，亦對心理健康狀態產生變化。心理健康是一種動態的概念，由個人內在因子和環境外在因子不斷交織而成。經過上一節了解青少年族群的心理健康樣態以及發展特性後，接下來將進一步介紹心理健康的影響因子。心理健康受社會、經濟、文化、心理及生物性複雜成因等多重因素影響，非單一原因可解釋，而青少年處於兒童與成人的過渡階段，此時期在生理、心理、社會急遽的變化下極易產生心理適應的問題。青少年接觸到的不利因素越多，對其心理健康帶來的影響越大。因此以下分別由生物、心理及社會方面說明青少年心理健康常見的影響因子：

一、 生物層面

(一) 遺傳因素：過去已有研究已發現遺傳因素對於青少年出現憂鬱症有相當程度的影響，父母有憂鬱症病史的青少年患有憂鬱症的機率高出父母無憂鬱症病青少年三至四倍 (van Doesum & Hosman, 2009)。父母有憂鬱症病史的青少年期憂鬱症症狀可能較嚴重病程也持續較久 (Goodman et al., 2011)。

(二) 性別：在兒童和青少年時期，女孩的內在心理健康往往比男孩更差，而且這種性別差距在青春期隨著年齡的增長而增加 (Peer et al., 2013)。而最近一項針對 73 個國家的青少年所進行的心理健康跨國研究結果顯示，



所有國家的女孩出現心理困擾的比例高於男孩(Campbell et al., 2021)。臺灣的研究也顯示女孩具有憂鬱傾向的比例高於男孩(Wang et al., 2015)，女孩的憂鬱症嚴重度也高於男孩(Pan et al., 2021)。

(三) 早產：有研究指出早產的青少年約有 20%有心理健康問題，與足月出生者相比其患有憂鬱症和焦慮症的機會更高(Singh et al., 2013)。這可能是由於產前條件導致早產並損害子宮內環境，從而影響大腦生長以及下丘腦-垂體-腎上腺（HPA）軸的發育和功能。此外，早產和憂鬱症的可能存在著共同的遺傳因子，非常早產也會以可能增加心理社會風險的方式改變產後環境。

(四) 慢性身體疾病：青少年的正常發展任務會受慢性疾病影響而變得更為複雜，因治療疾病所需的門診或是住院治療，可能對青少年的同儕人際關係、學習狀況和身體外觀造成影響(Taylor et al., 2008)。心理健康和身體疾病彼此相互影響，例如憂鬱症狀對應於青少年血糖控制不佳(Bernstein et al., 2013)，以及在糖尿病患者中，憂鬱症和自殺企圖比例也較高(Butwicka et al., 2015)。

(五) 肥胖：青少年因為賀爾蒙變化以及生理發育，身體外觀會有相當程度的改變，對於身體形象更為注重，而肥胖會導致負面刻板印象和他人歧視，易對心理健康產生負面影響(Puhl et al., 2011)。肥胖的青少年容易出現憂鬱和負面情緒(Bjertnaes et al., 2020; Lu et al., 2012; Marmorstein et al., 2014; Tevie & Shaya, 2015)，女孩對肥胖的自我認知亦會對心理健康產生顯著的負面影響(Ali et al., 2010)。國內研究則是發現肥胖與情緒障礙有著互相影響的關係，即情緒障礙會增加肥胖的風險，而肥胖也會增加情緒障礙的風險(Chiang et al., 2013)。

(六) 睡眠：睡眠不足會影響情緒調節並損害酬賞決策過程，青少年正處於大腦發育(例如控制執行功能的前額葉皮層)的關鍵時期，因此特別容易受到睡眠相關的不利影響(Suleiman & Dahl, 2017)。此外，即便睡眠問題嚴重程度並未達到睡眠障礙的標準，僅是睡眠不足、日夜作息紊亂和睡眠品質差都可能造成青少年的心理和行為健康問題，例如憂鬱症、焦慮症、物質濫用、和自殺(Chen et al., 2015; Hasler et al., 2019; Pasch et al., 2012; Wong et al., 2015)。

二、 精神心理層面

- (一) 氣質和性格： 個體氣質會影響其與外在環境及人際關係的互動，部分較突出的氣質特徵可能會對個體的心理健康帶來有利或不利的影響。國外研究發現高負向情感和低奮力控制與焦慮症狀有關(De Pauw & Mervielde, 2010)，而具有高負向情感、低外向性和低正向情緒者，易表現出憂鬱的傾向(Jylhä & Isometsä, 2006)。而自我控制(effortful control)則是因可使個體面對壓力時，發展出正向的適應行為和問題解決技巧，減少焦慮和憂鬱症狀，可視為心理健康的保護因子(Eisenberg et al., 2003; Sheese et al., 2008)。
- (二) 情緒及行為問題： 情緒及行為問題可分為內化型與外顯型，內化型多呈現行為抑制、害羞、依賴或擔心等情形，這與不受歡迎、不安全感和自卑為中心的認知偏見有關，因此增加青少年罹患憂鬱症的風險(Goodwin et al., 2004; Reinherz et al., 2000)。而外顯型的行為問題也與憂鬱症和藥物濫用有關(Kjellstrand, 2017)。
- (三) 學業壓力： 學業壓力是青少年感受及經歷的最大壓力，且容易對其心理健康產生不利影響，如情緒困擾(Giota & Gustafsson, 2021)、焦慮和憂鬱(Zhang et al., 2020)。臺灣社會裡對於學業表現相當重視，學業成績不佳者失去自信並易與負面情緒產生連結，影響身心健康；而學業成績良好者也會因追求或維持高標準產生壓力，進而產生憂鬱及焦慮症狀(Luthar & Becker, 2002)。
- (四) 精神疾病： 世界衛生組織指出人的一生可能罹患任何一種心理健康問題的比例是四分之一，而民眾對精神疾病的正確認知與求助動機影響著求醫行為。在臺灣地區，不少民眾認為若有心理健康問題，要靠自己的力量尋求改善；精神醫療往往被誤以為只專門治療嚴重精神病患。其實，一些常見的精神疾患（common mental disorders, CMDs）或嚴重精神疾病（severe mental illnesses, SMIs）經過精神醫療的評估與處置，極多數可藉由藥物與非藥物治療達到病情改善或穩定的效果（吳等，2016）。

三、 社會層面

- (一) 童年逆境經驗：童年逆境經驗包括不同的虐待兒童的類型（例如身體和心理忽視、身體和心理虐待）和功能失調的家庭環境（例如目睹父母間的暴力和父母濫用藥物等）(Hsieh et al., 2021)。童年逆境經驗已被許多研究證實是心理健康的重要危險因子，近期一項統合分析研究結果顯示，童年逆境經驗與心理社會行為問題有顯著的相關性(Petrucelli et al., 2019)。此外，青少年的童年逆境經驗越多，其憂鬱和焦慮的症狀嚴重度越高(Lee et al., 2020)。
- (二) 社會支持：社會支持可廣義地包含個體感受到或是實際接受到來自他人的關心與協助(Turner & Turner, 1999)。許多研究結果已發現社會支持是心理健康的重要保護因子，社會支持程度越高則憂鬱和焦慮的程度越低(Hudson et al., 2000; Preston & Rew, 2022; ST NCULESCU, 2016)。而對於青少年而言，能獲得朋友的接納是非常重要的，若無法獲得朋友的接納甚至遭受排擠，很容易引發負面情緒，出現憂鬱及焦慮等情緒困擾(Braet et al., 2013; Corsano et al., 2006; McPherson et al., 2014)。
- (三) 社交媒體的使用：目前研究已發現過度使用社交媒體會造成面對面的人際互動接觸減少(Baym, 2015)、成癮行為(Anderson et al., 2017)和網路霸凌(Bottino et al., 2015)等情況，對於青少年心理健康會帶來負面影響。雖然青少年需使用社交媒體作為建立關係和溝通的工具，但若過度使用則會導致憂鬱症狀的增加(Nesi & Prinstein, 2015)；網路的匿名性增加了惡意行為的可能，遭到網路霸凌的青少年亦會出現嚴重的憂鬱以及焦慮症狀(Hamm et al., 2015)。



第三章、以校園為基礎的心理健康促進及自殺防治策略

小書從小是個頂尖資優生，高中大學都念第一志願，在大一大二時也都拿到書卷獎，並且在課餘也擔任系學會幹部，再加上他面容姣好總是很多人追求，是大家眼中的人生勝利組。

到了大三下學期開學後一個月，關懷導師的辦公室接到了小書想要向老師諮詢的請求，老師覺得很意外，各方面都表現很良好的他，為什麼還會想來課業諮詢呢？到了約定好的諮詢時間，小書向老師敘述他很恐慌，自從大三開始課業變得很重，授課老師上的速度又快，他完全沒辦法靜下心來念書，以往，他很習慣念書就一次坐三五個小時，現在對著書，一個字他都看不下去，大三上學期他的成績一落千丈。晚上也失眠，恐慌自己念不完書，但真的要念書又念不下去，處在這樣的惡性循環之中。在這些恐慌的時刻，小書也很容易想到之前他一位跳樓自殺死亡的好朋友，想著跳樓一了百了好，而自己也有股衝動想要這樣做。

人生的風景不斷在變化，就像小書原本的生活看起來順風順水、無往不利，而從某個時刻、某種契機下開始有了轉變，也許就慢慢發展成令人不樂見的危機。在學的學生有大量的時間跟同儕、老師相處，這些跟以往截然不同的表現，其實是他們發出求救訊號的前兆，而學校絕對是能及早發現危機、提供關懷與協助的重要場所，透過有系統性的策略施行，關心學生心理健康議題。

有鑑於兒童青少年有至少 1/3 的時間在學校生活，因此除了家庭之外，校園是推動心理健康促進及自殺防治策略最重要的場域。依據臺灣自殺防治法第 6 條：「各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央與地方主管機關推行促進心理健康與自殺防治的各項工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道」，學校應重視學生心理健康議題，且對於自殺或自傷等適應不良行為應有適當的教育或處置資源，以達到關懷學生生命安全、尊重生命價值之目的。本土自殺防治政策與國際接軌，將全國自殺防治工作分為三大層面（參表 1）：全面性策略（universal strategy）、選擇性策略（selective strategy）、與指標性策略（indicated strategy），各個層面之內有其核心概念及作法，而兩兩層面之間亦有其關聯及延續性，彼此之間環環相扣、網網相連，交織成綿密的防護網絡以保護潛在的自殺高風險群。欲達到預防自殺行為之目的，自殺防治守門人在社區扮演相當重要的角色，社會各界的守門人培訓，自民國 95 年即由全國自殺防治中心如火如荼展開，自殺防治法第 9 條亦揭示中央及地方應推廣及辦

理自殺防治守門人教育訓練的必要性，時至今日每年來自醫院、志工團體、各大校園、職場、社區機關團體向台灣自殺防治學會申請珍愛生命守門人訓練課程的數目，逐年增加，足見社會大眾對自殺議題的重視。

表 1、國家及校園為基礎的三大自殺防治策略簡介

自殺防治全面性策略	國家／校園： 對象：全體民眾／全校教職員工生。 目標：促進社會大眾／全校人員心理健康及自殺保護因子。 重點策略： 1. 培育珍愛生命守門人教育訓練，推展守門人概念，擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色。 2. 導正媒體報導，掌握自殺概況以及相關資訊以利策略形成。 3. 減少致命性自殺工具的可近性；降低自殺與精神疾病汙名。 4. 機關團體主管／校長支持並落實心理健康知能教育推廣與實踐。
自殺防治選擇性策略	國家／校園： 對象：高風險族群／弱勢或脆弱家庭學生(含休退學)。 目標：強化心理健康篩選及高風險群的辨識。 重點策略： 1. 篩選自殺高風險民眾／學生以利早期辨識潛在的自殺危險因子。 2. 推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用。 3. 推行憂鬱症等與後續自殺有關的疾病共同照護體系／學校內外之輔導、醫療、社政等專業資源網絡整合。 4. 精神疾病的早期診斷有效處置。 5. 結合民間力量如專業學協會，合作推動珍愛生命理念。 6. 發展義工/志工組織連結成珍愛生命防護網，發揮在地服務與關懷的精神。
自殺防治指標性策略	國家／校園： 對象：高自殺風險個人及其家庭／自殺行為或身亡學生及其遺族。 目標：提供即時關懷與介入服務，防治自殺危機或行為重複發生。 重點策略： 1. 建置與維護自殺防治通報關懷系統，提供資料分析與回饋。 2. 衛福部派遣自殺關懷訪視員服務，追蹤關懷自殺企圖者（如自傷學生）進行個案管理／校園結合校內外資源持續有效協助學生。 3. 自殺者親友的關懷與風險評估（含自殺身亡學生之同儕遺族，應予以後續關懷介入及必要之醫療專業轉介）。 4. 強化自殺通報個案關懷訪視人員訓練／校園掌握高風險學生資料，可採個案管理方式進行合適之介入與追蹤。 7. 強化偏遠地區之緊急救護能力／建立偏遠校園對自殺危機學生之標準處理流程。

（部分內容摘錄自：台灣自殺防治學會—政府跨部會自殺防治手冊，2017）

本章內容以學生為中心、校園為場域、家庭為範疇之核心概念，介紹校園心理健康促進與自殺防治相關策略，首先瀏覽當前國內外與校園有關的自殺防治原則及做法，接著介紹珍愛生命守門人的內涵與訓練，最後聚焦於同儕守門人的實證及應用。

第一節、校園心理健康促進及自殺防治原則與策略

一、國內外校園自殺防治現行概念與做法

(一) 國際間校園自殺防治現行概念與做法

在學業為重的環境下，國內在心理健康識能教育上的時數有限，而從國際間校園心理健康策略中，可窺見此議題的迫切性，Joshi 等人(2015)強調以校園為基礎的自殺防治策略，乃以自殺防治教育為內容，藉由課程或計畫的管道在校園間提倡大眾對自殺危機的覺察度，並增進師生對於憂鬱症或其他有關心理健康識能的正確知識與正向態度，這已是英美加澳各國所重視的青少年自殺防治做法。學者 Wei 等人於 2011 年提出以學校為基礎的整合照顧模式，如下圖所示，圓圈代表教育系統內的目標群體，方框為滿足目標群體的需求而制定之實證心理健康和培訓計劃，箭頭則分別表示照顧一般學生/有心理健康風險的學生的綜合途徑。



圖 8、以學校為基礎的整合照顧模式 (圖片修改自：Wei et al., 2011)

此模式的精神在於結合相互關聯的領域，創建出一個綜合的照護模型，包括：

- (1) 透過青少年、教育工作者和家庭的心理健康識能以促進心理健康；
- (2) 對教師、學生服務提供者和初級保健提供者進行培訓，為心理健康專業人員提供知識訓練，以促進早期識別、預防和介入；
- (3) 學校與其社區之間的協調與合作過程；
- (4) 評估。

此模式相當具有靈活性，可運用於教育環境中各種具有不同需求的青少年，包括公立/私立學校、補救教學(或學習扶助)學校(compensatory schools)、另類學校(alternative schools)和社區學校(commUNITY-based schools)等之學生。此外，雖然此模式側重於學校環境，但它嵌入到整個社區群體，因此有可能透過其廣泛的社區外展之部分（例如社區服務、青年社團和運動團隊），接觸到不同場域中的年輕人。

綜覽國際校園中如何實施心理健康與自殺防治工作？舉康乃爾大學推動的心理健康架構(Mental Health Framework)為例，在執行層面規劃有以下要點：

- (1) 促進健康的教育環境：校內各級委員會(包括行政人員、教師、學生)對心理健康策略的執行、管理與監督。
- (2) 增進生活技巧、社會連結與復原力：透過復原力、正念冥想、酒精正確使用概念…等主題的計畫與倡議，提升學生心理健康；校園和社區提供一個友善和包容的環境，歡迎學生組織共同來參與社區事務及生活學習；讓新生接觸有關大學時期過渡、適應與挑戰的故事，培養其接納與面對挑戰的心態。
- (3) 增加學生求助行為：透過媒體(海報、廣告、資源卡和網頁…等)傳播關懷的概念與技巧，以及可協助的資源；培養同儕與家長具備關懷與協助的技能。
- (4) 主動辨識學生照護需求：守門人與旁觀者(bystander)的培訓；設立危機小組定期討論高風險學生，以利關懷介入；行政長官與相關人員協調策略，並分享支持學生的最佳實踐方法；對曾經受害、受威脅或暴力事件者提供保密援助。
- (5) 提供心理及醫療衛生服務：跨科別的工作人員，包括初級保健團隊中醫護

人員、心理健康專業人員…等共同合作以照顧學生的身心健康，必要時早期介入，並進一步轉介校外醫療資源。

- (6) 落實危機管理的跨領域服務：整合熱線、警察、危機管理人員、社區支持團隊及醫療中心，以確保跨領域危機管理工作能落實。
- (7) 限制自殺方法：管理實驗室化學品和設備以保證安全；對校區內的橋梁與高樓進行管制等措施以降低自殺風險；在校園內限制槍枝。

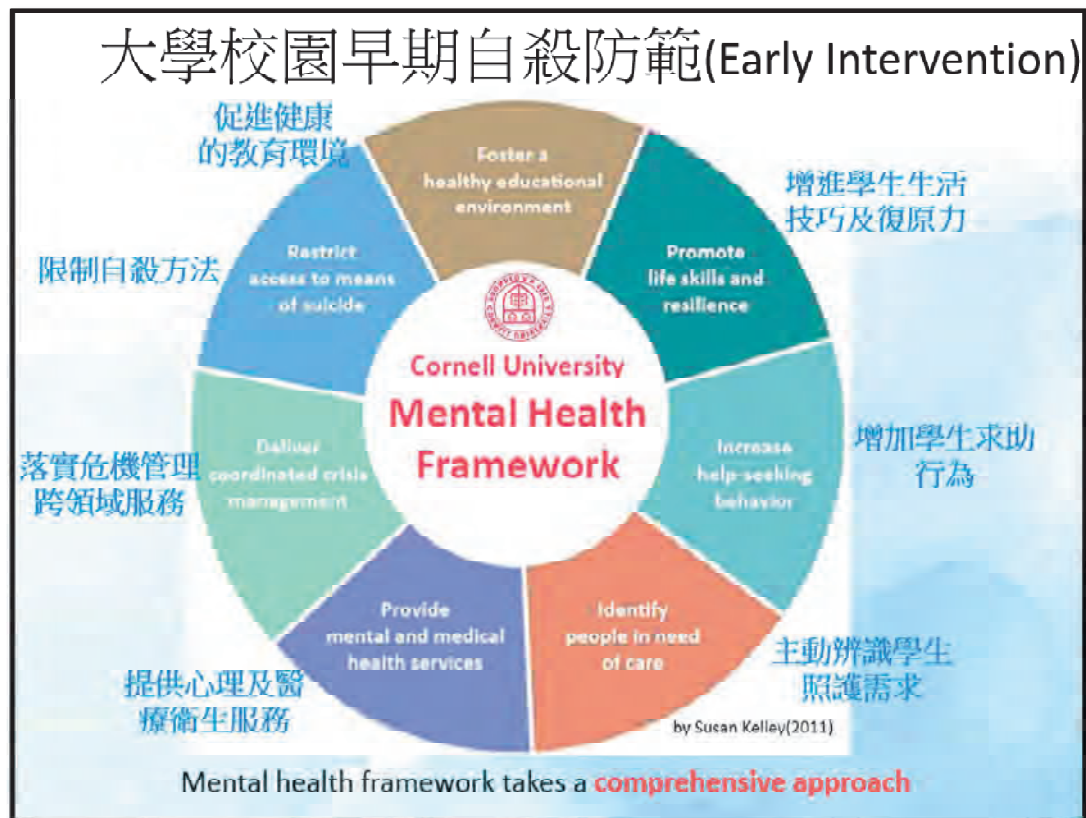


圖 9、大學校園早期自殺防範（以康乃爾大學為例）

（圖片來源：譯自 Mental Health at Cornell

<https://mentalhealth.cornell.edu/mental-health-framework>）

由此可知，校園心理健康工作重點不僅僅只在於維持學生本身的心理健康，而是應整合校內、外的資源，結合學生、教師、家長、相關工作者…等所有人員的參與，從心理健康識能的提升做起，增進所有人的辨識、因應與求助能力，創造出支持性的氛圍，以建構出心理健康友善校園，陪伴學生一路的學習與成長。

(二) 國內校園自殺防治現行概念與做法

參考國內外現行做法，本計畫團隊彙整出下列有關本土青少年自殺防治的概念圖，強調校園自殺防治策略不只應涵蓋校內學生及學校制度之建立，亦應包括家長及社區資源的配合，提供支持性環境以扶持其成長及提供保護作用免於自殺危險因子的影響。

青少年自殺防治概念圖

Preventing Youth Suicide: A Guide for practitioners (2016). Jennifer White, Ministry of Children and Family Development.

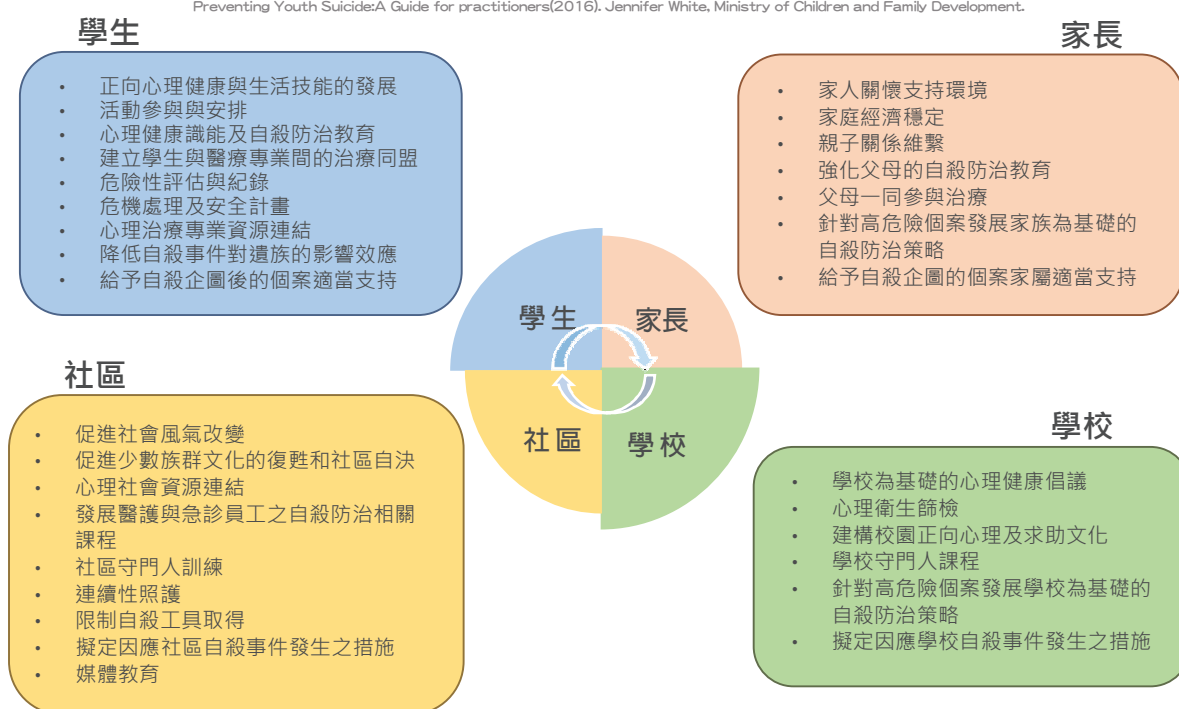


圖 10、青少年自殺防治概念圖
(計畫團隊自製)

1. 校園學生自我傷害三級預防工作

臺灣目前與校園自殺防治工作有關的規範中，以教育部 103 年修正發布之「校園學生自我傷害三級預防工作計畫」為準則，分為三大層面執行，也就是一級預防、二級預防、與三級預防工作，國中小、高中及大學校園可分別依據上述準則發展合適之行動方案，整理如表 2。

表 2、各級學校執行初級預防、二級預防、三級預防工作一覽表

執行工作	目標	策略	行動方案（摘錄）
初級預防	增進學生心理健康，免於自我傷害。	增加保護因子，降低危險因子。	● 各校訂定學生自我傷害防治計畫，建立危機應變機制與作業流程，並定期進行演練，設立 24 小時通報求助專線 ● 各處室分責分工亦合作，並由校長主導整合校內資源。 ■ 教務單位：如規劃生命教育融入課程。 ■ 學務單位（含學生諮商或輔導中心（組）、輔導室）：如舉辦促進心理健康之活動，（如：正向思考、衝突管理、情緒管理、以及壓力與危機管理）之活動、強化教師輔導知能、對家長進行自我傷害認識與處理之教育宣導等。 ■ 總務單位：高樓、環境安全管理，加強校警之危機處理能力等。 ■ 人事單位：提供職員正向積極的工作態度訓練，建立友善的校園氛圍。 ● 校長亦主導結合校外網絡單位資源，以建構整體協助機制。
二級預防	早期發現、早期介入，減少自我傷害發生或嚴重化之可能性。	篩檢高關懷學生，即時介入。	● 規劃合適之高關懷學生篩檢方法，針對高關懷學生早期發現，早期協助，必要時進行危機處理。篩檢計畫之實施須符合專業法律與倫理，實施過程包括：說明、取得同意、解釋結果、保密、主動關懷、必要的轉介。 ● 提升導師、教官、同儕、教職員、家長之憂鬱與自殺風險度之辨識與危機處理能力，以協助觀察辨識；並對所發現之高關懷學生提供進一步個別或團體的心理諮商或治療。 ● 整合校外之專業人員（如：臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等）資源到校服務。
三級預防	預防個案周遭朋友或親友模仿自殺，及自殺未遂者的再自殺。	建立自殺與自殺企圖者之危機處理與善後處置標準作業流程	● 自殺未遂（即指自殺企圖）：建立個案之危機處置標準作業流程，對校內之公開說明與教育輔導（降低自殺模仿效應），並注意其他高關懷群是否受影響；安排個案由心理師進行後續心理治療，以預防再自殺；家長聯繫與預防再自殺教育；進行班級團體輔導，提供心理衛生教育及同儕如何對當事人進行協助。 ● 自殺身亡：建立處置作業流程，含對媒體之說明、對校內相關單位之公開說明與教育輔導（降低自殺模仿效應）、家長聯繫協助及哀傷輔導。 ● 通報轉介 ● 處理回報

（本表為編輯團隊濃縮自教育部頒布之三級預防工作內容）

※ 自殺防治通報系統 ※

衛生福利部建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。通報系統的三項主要目的為(李，2018)：

- 1) 落實自殺行為者之通報系統。
- 2) 建立個案輔導轉介關懷網絡。



3) 促進醫療、社福、衛政等相關服務資源之整合。

自殺防治通報網址為 <https://sps.mohw.gov.tw/Account/IndexInform>



圖 11、衛福部自殺防治通報系統頁面及實務涉獵面向

(圖片來源：自殺防治通報系統網站

<https://sps.mohw.gov.tw/Account/IndexInform>)

依照自殺防治法第 11 條規定「學校人員及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，於 24 小時內進行自殺防治通報作業」，各校老師若於學生互動時，知道其學生有自殺或自傷行為情事時（含自傷行為、自殺企圖及死亡），請務必同步進行自殺防治通報作業，並請教師多加留意，主動關懷近日有顯著情緒變化學生。詳細相關法規內容，可參閱本篇第七章一校園自殺防治工作法制基礎，以及第參篇第三章一校園自殺防治三級輔導架構下因應措施。

2. 校園高風險學生處遇歷程：

當青少年在實體或出現心理健康問題甚至自殺威脅或直接行動，身邊的人該如何辨識其危機程度，並給予適當的協助？如何掌握辨識-監測-資源連結之流程給予不同程度的高風險青少年，以下概念可供參考：（註：本參考非實證研究結果，僅反映校園實務應注意的風險樣貌，以利校園相關人員早期處理）

(1) **相對低風險**：學生本身**沒有**精神疾病診斷或自傷/自殺行為，但有憂鬱症狀。

當發現學生近期心情不佳，第一步、也是最重要的一步是主動給予關懷及評估，了解其情緒狀態、壓力源、或任何心理困擾，表達想協助他的意願，與他聊聊、傳遞情緒支持的能量。同時，可以定期使用心情溫度計評估、關心學生的狀態，觀察他的困擾程度是否有隨著時間變化。增加學生的自覺也是重要的，培養學生了解自己的心情訊號，鼓勵其在需要時，主動與同儕或老師討論、求助。

(2) **中高風險**：學生本身**沒有**過精神疾病診斷但有憂鬱症狀或自傷/自殺行為。

若學生出現憂鬱/自傷的行為，其危險程度隨之升高。此時除了遵循低風險層級應進行的主動關懷、情緒支持、心情溫度評估以及增加自覺，更要強化其人際連結，包括同儕、老師和家長都能成為守門人，攜手合作來守護當事人。另一方面，校方也應視其狀況，協助轉介精神醫療或相關資源，以針對問題進行有效處理，而後更需要持續對此學生進行追蹤關懷。

(3) **最高風險**：學生本身**有**精神疾病診斷、有住院史、及/或有憂鬱症狀/自傷/自殺行為。

當自傷行為者本身曾有過精神科的診斷及住院經驗，此為最高風險。主動關懷、情緒支持、心情溫度評估、人際連結仍是關懷重點，在此階段有鑑於學生的危險性較高，校園遵循制度提供校內外專業資源是必要的，此時需仰賴校內師生及家庭共同持續與學生保持溝通及信任關係、提供保護與關懷，發揮人人都是守門人的精神防範自殺行為再發生。

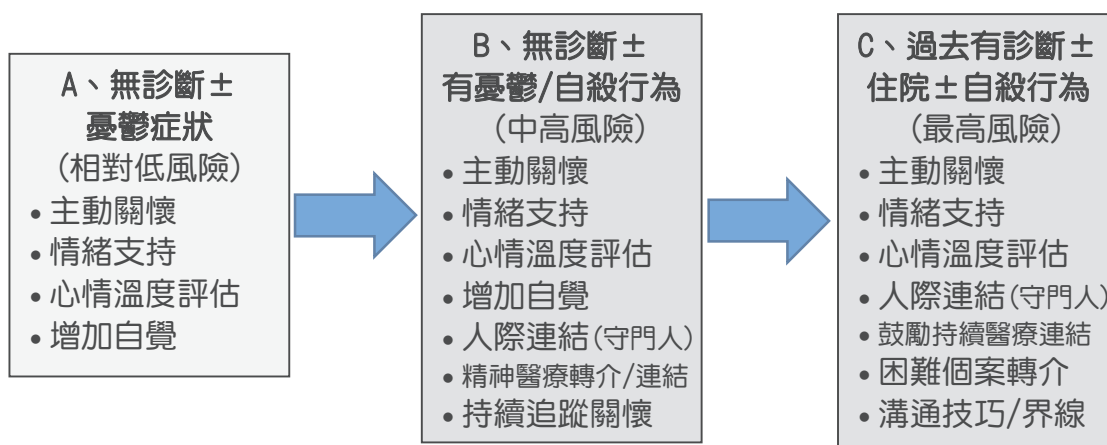


圖 12、校園高風險自殺學生處遇歷程概念圖
(計畫團隊自製)

3. 108 課綱心理健康相關主題課程

教育部於 2019 年開始將心理健康與生命教育相關主題列入十二年國教課綱，例如生命教育已於高級中等教育階段「綜合活動」領域中單獨設科，列為必修一學分，而在國小與國中教育階段學習重點也包括生命教育學習內涵(教育部，2018)；另外，在「健康與體育」領域中，亦將身心健康與疾病預防定為主題之一，身心健康是從個人內在的認同與悅納、情緒調適與壓力處理，到人際間的溝通與適應，以增進身心靈的安適與和諧，其內涵包括自我概念、自我實現、家庭關係、人際關係、情緒處理、有效溝通、壓力調適、正向心理及心理疾病等關鍵概念(國家教育研究院，2018)。由此十二年國教課綱的建構，足見心理健康議題在校園益受重視。



表 3、108 課綱內與心理健康主題相關之課程重點與內容

領域 科目	健康與體育		綜合活動、家政、童軍、輔導、生命教育、生涯規劃		綜合活動	
	健康教育、體育、健康與護理		自我與生涯發展		生活經營與創新	
主題	身心健康與疾病預防-健康心理		社會與環境關懷			
第一學習階段 (小一、小二)	- 認識與喜歡自己的方法 - 與家人及朋友和諧相處的方式 - 情緒體驗與分辨的方法					
第二學習階段 (小三、小四)	- 自我價值提升的原則 - 與家人及朋友良好溝通與相處的技巧 - 情緒的類型與調適方法					
第三學習階段 (小五、小六)	- 自我悅納與潛能探索的方法 - 家庭成員的角色與責任 - 維持良好人際關係的溝通技巧與策略 - 正向態度與情緒、壓力的管理技巧					
第四學習階段 (國中)	- 自我認同與自我實現 - 家庭衝突的協調與解決技巧 - 有利人際關係的因素與有效的溝通技巧 - 情緒與壓力因應與調適的方案 - 心理健康的促進方法與異常行為的預防方法					
第五學習階段 (普通高中)	- 創傷後壓力症候群 - 身心失調的預防與處理方法 - 全人健康的身心探索與整合技巧					

(本表格參考十二年國民基本教育-國民中小學暨普通型高級中等學校健康與體育領域及綜合活動領域課綱內容，由團隊自行編製)

本手冊編製團隊於計畫執行期間，曾招募對此議題有興趣的學生、家長與教師參與分眾焦點團體(2021.11~2022.1)，分享對校園心理健康與自殺防治議題的想法與建議。其中，學生焦點團體的分析成果如表 4。

表 4、學生焦點團體中訪談分析結果

主題概念	子項目
校園心理健康與自殺防治現況與障礙	1. 教師素質參差不齊 2. 學校的自殺防治後援不足 3. 升學文化剝削心理健康促進課程的功能 4. 與輔導人員之間的信任感薄弱 5. 汙名化影響學生求助意願
校園心理健康與自殺防治課程內容建議	對課程核心精神的建議 1. 不同學制/階段建立不同學習策略 2. 家庭、教師、學生一同介入 3. 強化校內外相關資源之連結與轉介 對課程內容建議 1. 將心理健康融入一般課程 2. 去除汙名化 3. 自我覺察 4. 情緒管理 5. 人際關係與相處 6. 人人都是守門人
校園心理健康與自殺防治推廣建議	1. 班會時程宣導，建立選修課 2. 心理健康相關課程內容須被重視與落實 3. 多元媒介推廣 4. 導入多媒體及網路

(資料來源：吳佳儀等，2022)

這些主題呈現了學生對此議題的實際需求或建議，同時呼應 108 課綱中納入心理健康教學內容的重要性，學生也認同除了在健康與體育領域以及綜合活動領域建置相關學習教材，也可於班會或社團時建立選修機制，提升此議題的能見度及學習管道。此外，本案教師焦點團體與專家會議聚焦在各學制的自殺防治教材主題學習重點之討論，亦彙整如下一覽表：



表 5、各學制心理健康暨自殺防治相關主題學習重點

學制	國小	國中	高中職	大專校院
教材內容主題	- 自我覺察 - 認識情緒/大腦保養(網路使用之影響) - 問題解決能力 - 人際問題因應 - 家長/老師：症狀覺察/疾病認識與治療 - 自我求助/資源管道 - 珍愛生命守門人	- 自我覺察 - 情緒教育 - 問題解決能力 - 生活技能 - 感情/人際問題因應 - 精神疾病(症狀覺察) - 家長/學生如何陪伴 - 自我求助/資源管道 - 珍愛生命守門人	- 情緒教育 - 問題解決能力 - 生活技能 - 精神疾病 - 感情/人際問題因應 - 自我求助/資源管道 - 珍愛生命守門人	- 問題解決能力 - 生活技能 - 精神疾病 - 感情/人際問題因應 - 自我求助/資源管道 - 珍愛生命守門人

(資料來源：計畫團隊依據專家焦點團體提供之意見彙整而成)

以上主題教育，除了在課綱所規定的領域課程中實施，焦點團體成員強烈建議教師也可將之融入不同科目的教學內容中，因心理健康議題與生活環境、個人發展息息相關，此外在國中小的班會時間、高中的微課程、高中和大學的選修課…等亦是很適合的教育場合，在課餘也能結合校內學生社團或社區的團體資源來推動。本手冊致力於制定清晰的教學方向與簡明的教材素材，提供教師靈活運用，讓心理健康教育在校園現場更容易被落實，將於後續篇章進一步介紹與說明。

4. 學校正向心理健康促進工作

除了 108 課綱中規劃高中以下各學制對心理健康知能的學習內容，我國當前亦正實施「健康促進學校」計畫，原先主要推動的六大議題偏重於建構學生生理健康基礎(如視力保健、健康體位…等)，有鑑於學生的心理健康問題越來越受到重視，自 2021 年起正式將「正向心理健康」納入為計畫議題之一，並由教育部國民及學前教育署委託師大發展「學校正向心理健康促進工作指引」，針對國小到高中場域心理健康促進議題，提出一系列工作架構與方案，學校可彈性採取「主題式」或「跨議題」的模式執行，讓學生透過多元觀點的學習，以及新行為與態度的發展，改變看待生活的方式，在面對負面情緒時，能展現出

較佳的應對能力，增強對快樂情緒的感知，進而提升幸福感（教育部國民及學前教育署，2021）。「學校正向心理健康促進工作指引」中以「五正四樂」為核心概念(詳下表)，整合了 108 課綱「自發、互動、共好」的理念，以及健康促進學校的六大範疇(學校衛生政策、學校物質環境…)(如圖 12)，該整合型模式的實施旨在促使學生生理健康、心理健康與社會情緒技能得以相互連結和整體性建構，以增進學生身心健康，並提升校園內整體幸福感受。

表 6、學校正向心理健康促進整合性概念模式意涵

五正	正向情緒 (Positive Emotions)	保持正向情緒、感恩與希望
	正向參與(Engagement)	能夠積極參與、挑戰自我
	正向關係(Relationships)	能夠與家人、同儕建立良好互動關係，並主動尋求協助。
	正向意義(Meaning)	透過服務與貢獻，找到自己的價值
	正向成就(Accomplishment)	在努力的過程中獲得成長
四樂	樂動(Physical activity)	保持充足的身體活動
	樂活(Leisure activities)	培養良好的休閒活動
	樂食(Nutrition)	均衡且健康的飲食習慣
	樂眠(Sleep)	充足且高品質的睡眠

(表格出處：教育部國民及學前教育署，2021)

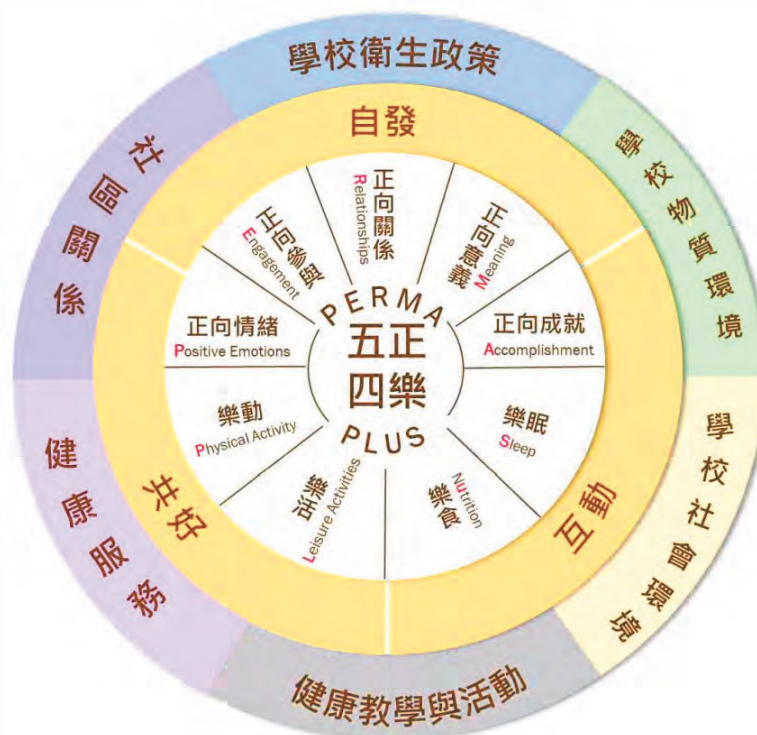


圖 13、學校正向心理健康促進整合性概念圖
(圖片來源：教育部國民及學前教育署，2021)

總結以上，有關國際模式及國內課程與校園實務發展，現階段臺灣校園從青少年生理健康及心理健康教育之關注，逐步提倡學生在心理健康覺察與技能學習的重要性，對於校園師生在憂鬱症（暨其他精神疾病）或關於心理健康識能的學習亦逐漸受到重視。國際校園模式中強調以家長及校外社區資源之合作同盟，與當今本土自殺防治策略相呼應，亦為未來發展校園自殺防治策略時之重要參考。以下將依國小、國中、高中職、大專校院四種不同的學制，依序說明其學齡層學生之心理健康問題特性與自殺防治策略重點。

二、 各學制校園自殺防治推動基礎知能



（一）國小校園自殺防治推動基礎知能

兒童的自殺很少見，臺灣 109 年的國小學齡層(6-11 歲)自殺通報人數為 245 人(全年齡層自殺通報人數為 40432 人)，死亡人數為 4 人(全年齡層自殺死亡人數為 3656 人)，以全國自殺總人數來說，兒童的比例僅佔不到 1%。青春期的開始，自殺率隨著年齡的增長而增加。兒童和青少年族群自殺率的差異，可以透過與自殺計劃和執行相關的認知發展以及精神疾病診斷隨年齡增加來解釋，例如青春後期的憂鬱症或物質使用的演進(Lee et al., 2020)。

在 Lee 等(2020)對韓國各學制自殺死亡學生的分析研究中，小學生的自殺率在學校放假期間增加，這表明了比起來自學校生活的壓力，家庭中的問題（家庭衝突如父母離婚、爭吵）可能對兒童自殺更有重大影響。另一方面，研究中許多自殺小學生被老師評為性格外向、出勤率和學業成績良好、經濟背景良好，而他們即使有困擾，但情緒和行為問題在學校環境中並不明顯，對比於較為年長青少年，年紀較小的自殺死亡者（小於 15 歲）中通常沒有發現潛在的精神疾病，導致診斷率偏低，原因通常與家庭或學校無法發現問題的嚴重性，錯失早期接受完整評估的良機。因此，相較於國高中學生族群來說，結合教育訓練與加強早期症狀發現，可能比僅重視發現個案的策略更有效(Lee et

al., 2020)。再者，有鑑於家庭問題可能是兒童最大的壓力源，所以在老師和朋友的支持下，學校環境可能是小學生自殺風險的保護因子。

1. 學生特性：根據 Erikson 心理社會發展論，小學學齡層會面臨到的是「勤奮對自卑」的發展任務，甫踏入正式教育的學校環境，學生接受到許多嶄新的學習任務，如果常常能得到成功經驗，將可養成勤奮的性格，反之若經常失敗，則將導致自卑感的產生(陳等，2005)。而在 Piaget 的認知發展論中提及，小學生正處具體運思期，有別於前一發展階段，學生在此時展現邏輯性的思考，應用於解決具體(真正的、可觀察的物體或事件)的問題。
2. 壓力樣貌：家庭關係、學業與考試、同儕相處與學校適應等方面的急性壓力。
3. 心理健康主題學習需求：情緒辨識、表達與調節；自我覺察與接納；家人、朋友溝通與相處。
4. 自殺防治策略重點：
 - (1) 教導學生認識情緒、適當表達和管理，並在生活情境中進行演練及實踐。
 - (2) 提供教育管道和資源(如分享會、線上影片…)，讓家長學習心理健康識能，提升親子關係品質。
 - (3) 在長假前對學生進行心理健康教育並強化求助管道，如果校方有適當的人力配置，可規劃於假期中與學生及家庭聯繫關懷近況。

(二) 國中校園自殺防治推動基礎知能

自殺死亡青少年的精神疾病盛行率約為 50-70%，尤其是憂鬱症，此數字遠遠高於一般族群的盛行率。Chiang 等人(2022)的研究中，對 2065 位臺灣學生從小學四年級追蹤到大學畢業，結果發現「近一個月有自殺意念」的比率，在國中階段達到最高峰，特別是國一國二時期。

韓國研究發現(Lee et al., 2020)，自殺死亡的國中生常見的特徵包括：衝動、行為問題和被處分的經驗，反映了青春時期年輕人暴力和攻擊性增加的發展特徵。因此，青少年的行為問題是自殺的警訊，永遠不應被視為青春期的正常過程而被忽視。同一個研究比較國中生與國小生相異的情況，國中生於學期

期間自殺率增加，尤其是剛開學及期中考時，這幾個月是學生的學業負擔和適應問題可能增加的時期；另一方面，校園暴力和人際關係衝突是青少年自殺的主要風險因素。這些結果表明，有必要在學期開始及考試前後期間針對學生的心理健康進行評估和介入，此外由於 15 歲以下青少年的心理症狀和社會功能可能經常波動，並且較不會呈現典型的危險因素，因此很難透過單一篩檢來識別自殺風險。總結上述，國中時期的定期心理健康篩檢以及建立並提供明確的求助途徑，都是非常重要的國中校園自殺防治策略(Lee et al., 2020)。

1. 學生特性：自 12 歲開始、進入青春期的後，青少年面臨的發展任務是「自我認同對角色混亂」，此時青少年嘗試各樣的社會角色和活動，探索自己的價值體系及未來方向(陳等，2005)。在認知方面，國中生也開始進入形式運思期，可以對於假設性的、純粹語言性的、或抽象性的問題進行邏輯性的思考與推理(林，2000)。
2. 壓力樣貌：學業壓力、與朋友或老師的衝突、霸凌或校園暴力
3. 心理健康主題學習需求：心理基礎知識、認識精神疾病、壓力管理(課業)、認識自我、情緒教育、同儕關係/人際互動、感情問題因應。
4. 自殺防治策略重點：
 - (1) 提升整體學生心理健康識能，建立同儕支持模式(如小天使、關懷種子)，第一線關懷有需求之學生。
 - (2) 強化情緒教育的學習與實踐，協助學生在面對刺激或壓力時，以更適當的表現來替代衝動性行為。
 - (3) 檢視校園環境安全，管理風險場域，如高樓警示與防墜措施。

(三) 高中職校園自殺防治推動基礎知能

根據教育部校安通報系統的資料，2018-2019 年間共有 7240 自殺/自傷通報個案，其中，自傷行為與自傷意念個案多為 16-18 歲者，亦即高中職學生(教育部，2021)。眾所皆知，自殺/傷意念是青少年自殺的強力預測因子。

在國內學者的研究中，高中生的生活壓力包括有課業壓力、考試壓力、課程的適應、人際關係、感情壓力、時間管理、生涯規劃、社團、家庭互動、經濟、畢業後服役、就業或升學之抉擇問題、擔心未來的前途等(謝，2014)。在



魏(2008)對高中學齡層學生進行的研究分析中，「覺得事情太多做不完」、「壓力很大」、「總是覺得睡不夠」是青少年普遍反應常遇到的生活壓力問題，因此時間管理和壓力因應能力的養成，對他們的身心健康應有相當助益。在上述研究中也發現，學業成就越高、自我教育抱負(在教育方面自我期許將達到何種成就目標的程度)越高會導致青少年心理健康越差，高教育成就是社會價值觀的投射，但並非每個學生的能力都能與自己的期望相符，因此在繼續求學路上，自我探索與肯定、生涯規劃輔導以及培養復原力(resilience)，應為高中學齡層學生的心理健康重要課題。另一方面，身體心像亦與青少年心理健康相關，當他們對自己的外貌越不滿意，心理健康越差(魏，2008)。

憂鬱是自傷自殺的危險因子，根據統計，憂鬱症患者有 15%會死於自殺，自殺死亡者生前達憂鬱症診斷者高達 87%，臺灣(衛生署國民健康局)曾做過調查，在各年齡分層中，65 歲以上和 15-17 歲的憂鬱症患者，是重度憂鬱比率最高的兩大族群(資料來源：

<https://www.depression.org.tw/knowledge/info.asp?/70.html>)。因此，除了學生整體心理健康的促進，憂鬱及其他精神疾病的早期辨識、及時介入、轉介資源並長期關懷陪伴，實為協助高中時期高風險學生之重點策略。

1. 學生特性：高中學齡層仍處在「自我認同對角色混亂」發展任務中，在持續的自我探索中，青少年也嘗試整合與自己有關的多種層面，目標是形成一個自己覺得協調一致的自我整體，若此時不能發展出對自我的認同，青少年將會變得角色混淆，有礙之後的發展(陳等，2005；陳，2018)。在認知方面，高中生繼續以形式運思期的型態進行邏輯性的思考與推理，認知能力的發展至此漸趨成熟，讓他們足以踏進成人的世界，去經驗環境給予的刺激與事件，並有能力去做出適當的判斷與因應。
2. 壓力樣貌：學業、人際、外貌與身體形象
3. 心理健康主題學習需求：心理健康因應、認識精神疾病、壓力管理(升學)、自我探索與自我肯定、人際互動
4. 自殺防治策略重點：

- (1) 延續國中小的心理健康識能訓練，強化對精神疾病的認識與因應，並注重心理覺察、自我探索、時間與壓力管理、正念放鬆等知能輔導，



以滿足高中學齡層心理需求。

- (2) 建立並提供明確的求助途徑，並可辦理資源體驗活動(如諮商體驗)，鼓勵學生需要時(例如在期中考、期末考或大考之前或該段期間，強化宣傳)可運用。
- (3) 因應現代科技發展，特別關注學生在網路或社交媒體上遇到的心理健康相關問題(如網路霸凌)以及發出的危險警訊，培養教師和同儕的危機辨識、處遇和連結資源的能力，及時給予協助。

(四) 大專校院自殺防治推動基礎知能

進入大學階段，學習環境和模式都與過去的學制有極大的差異，更多的彈性與自由，同時也需要更多的自主與獨立。除了在學業方面有所挑戰，在生活上可能也有巨大的轉變，例如從家裡搬出來住進宿舍，開始學習自我照顧、與室友和諧相處，例如有經濟上的考量所以課餘時間去打工，提早進入職場，例如從浪漫戀愛中探索並發展伴侶關係，例如思考接下來的生涯規劃，是否已經能學以致用，或者要繼續進修。因此，適應與發展，實為此階段身心健康的一大重點。

關注臺灣學生的心理健康問題，在教育部 2018-2019 年的校安通報中，將近六成的自殺身亡者年齡在 19 歲以上，亦即大專學齡層。而相對於高中以下的學生個案較常有家庭關係問題，有自傷意念和自傷行為的大專生，較常有感情問題、精神疾病、具自殺意圖之自傷史等因素。另一方面，雖然大專學生的自殺盛行率及嚴重度都較高，但相比其他年齡層，大專生接觸校內輔導資源的比例也較高(教育部，2021)。整合上述訊息，推動各級策略，有效辨識危機並及早提供資源介入，校園實為守護大專生的心理健康相當重要的實踐場域。

1. 學生特性：大學生的心理社會發展將面臨的是「親密與孤獨」任務，親密是指關心別人，與別人共享，不必擔心失去自我的能力，此階段重點在於能否和他人建立良好的友誼關係、愛及伴侶感，如果個體無法和他人形成友誼或親密關係，將會產生孤獨感(徐，2000；陳，2018)。
2. 壓力樣貌：感情問題、學業/考試壓力、人際關係、家庭壓力、經濟壓力、畢業壓力。

3. 心理健康主題學習需求：心理健康識能、精神疾病與正確醫療、情感關係、生涯發展、自助助人知能。
4. 自殺防治策略重點：
 - (1) 增進大學生心理健康識能：提升校園心理健康識能之能見度。例如：大一入學時，在新生訓練中規劃心理健康識能課程，同時倡導校內資源與求助管道，亦可視情況安排新生憂鬱篩檢，以了解身心狀況進行關懷，並可分析高風險群的樣貌以研擬對策。
 - (2) 營造心理健康友善校園之環境氛圍：利用多元管道讓校內教職員工生皆可得到更多心理健康資訊或求助/求醫資源。例如校方主導辦理心理健康週活動，鼓勵各學系或單位甚至學生以創意行動方案響應心理健康促進主題。
 - (3) 布建校園珍愛生命守門人：依人人都是自殺防治守門人之概念，將觸及學生生活層面的相關人員一併納入心理健康促進工作架構，例如宿舍管理員、校外租屋處的房東…等，同步進行守門人教育或危機處理等訓練。
 - (4) 增加自殺防治教育管道：可透過個主題課程之結合或獨立開授，增進學生對心理健康暨自殺防治議題的關注及正確概念，培育珍愛生命同儕守門人，以提升學生自殺風險被發現及轉介的機會。
 - (5) 連結校內外自殺防治資源：強化學生與校園內輔導諮商等專業資源之連結，必要時將學生連結至校外心理衛生或精神醫療資源，從壓力處置、疾病治療、再到家庭或人際、感情問題之處理，協助學生處理來自個人或人際網絡的問題，促進安適感以保護學生免於自殺的風險。

綜合以上各學制在自殺防治基礎知能上的概述介紹，教師可根據該學齡層學生之發展特性與壓力樣貌，結合其對心理健康主題的學習需求，規劃擬定對學生教育或關懷輔導之內容，本手冊亦將在後續篇章深入介紹相關主題的核心概念與實務操作，供教師在教育現場可直接運用。家長亦可循著以上所提及各學制學生不同的表現與需求，更有效地關注子女的狀態，並在需要時能更有方向地與校園端合作。

第二節、珍愛生命守門人內涵與教育訓練重點

自殺是當代心理衛生的重大議題，為減少自殺率和提升民眾的心理健康，必須全面性地推展各層級的防治策略。根據 Siu(2019)對香港各種自殺防治策略的回顧，在兒童與青少年族群中，訓練守門人被證實有助於預防自殺；Krysinska 等人(2016)比較了澳洲當地的自殺防治策略，也發現對減少自殺死亡最有影響的策略是：社會心理治療、醫生培訓、守門人培訓和減少獲得自殺致命工具的機會。由此可得知守門人在自殺防治工作中能發揮甚鉅，培訓守門人則為重中之重的策略。

在臺灣，民國 108 年頒布了自殺防治法，法規內容賦予自殺防治守門人重要的角色，守門人依法定義為：具備自殺防治觀念，能識別自殺風險，並提供協助或轉介等作為，以防範他人發生自殺行為之人。自民國 95 年設立全國自殺防治中心以來，政府也積極推動「珍愛生命守門人」概念，在許多校園、公司、機構單位、社區等場域辦理相關講座和課程，期使社會大眾建立關懷態度、習得助人知能，有效守護周遭親友或同儕的心理健康。

根據學者的研究與建議，守門人的訓練重點和目標是培養知識(knowledge)、信心(confidence)、態度(attitudes)和技能(skills)/行為(behavior)，以識別有風險的人、評估危險程度、管理情況並且在必要時進行轉介(Torok et al., 2019; Gould et al., 2001)。而在 Morton 等人(2021)的研究中也強調，守門人訓練的目標並不是讓一般大眾成為專家、有能力預測自殺企圖，而是學習技巧去辨識出正陷在困境並可能有自殺風險者，然後能尋求適當的措施或轉介，以利資源能有效介入，提供當事人保護作用。因此，守門人的訓練內容應至少涵蓋知識、態度與行為三大面向，在知識面上理解自殺的警訊、自殺成因、迷思、警訊、危險因子/保護因子等概念；在態度面上學習同理關懷與倫理原則，並能克服自殺迷思；在行為實踐上則具備溝通技能及助人動機，學習使用簡短的評估方式（如心情溫度計）進行關懷與了解，並且以守門人一問二應三轉介技巧適時關心身邊高危險群之能力。

台灣自殺防治學會對於「珍愛生命守門人--1 問 2 應 3 轉介」教育訓練步

驟，有以下內容之說明：

1 問：主動關懷、積極聆聽

自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程。在自殺行為出現之前，當事人會透露某一形式的線索或警訊，可能以口語或行為的方式表現，也可由其所處狀態判斷。因此，當發現有自殺風險時，請認真嚴肅地看待警訊，並主動運用心情溫度計評估情緒困擾程度，用心傾聽所遭遇的困境，一旦確認他具有自殺意圖，立即深入了解自殺危險度高低。要詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論主題是有幫助的，一感到懷疑便立即詢問，要了解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

2 應：適當回應、支持陪伴

當人們說「對生活厭倦」、「沒有活下去的意義」時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。事實上，最重要的一步是要有效地聆聽他們的想法。因為伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。詢問確定他有自殺意圖後，守門人的任務即轉為適當回應與提供陪伴，同時，在回應的過程中，亦可評估當事人是否需要進一步轉介或其他醫療協助。

3 轉介：資源轉介、持續關懷

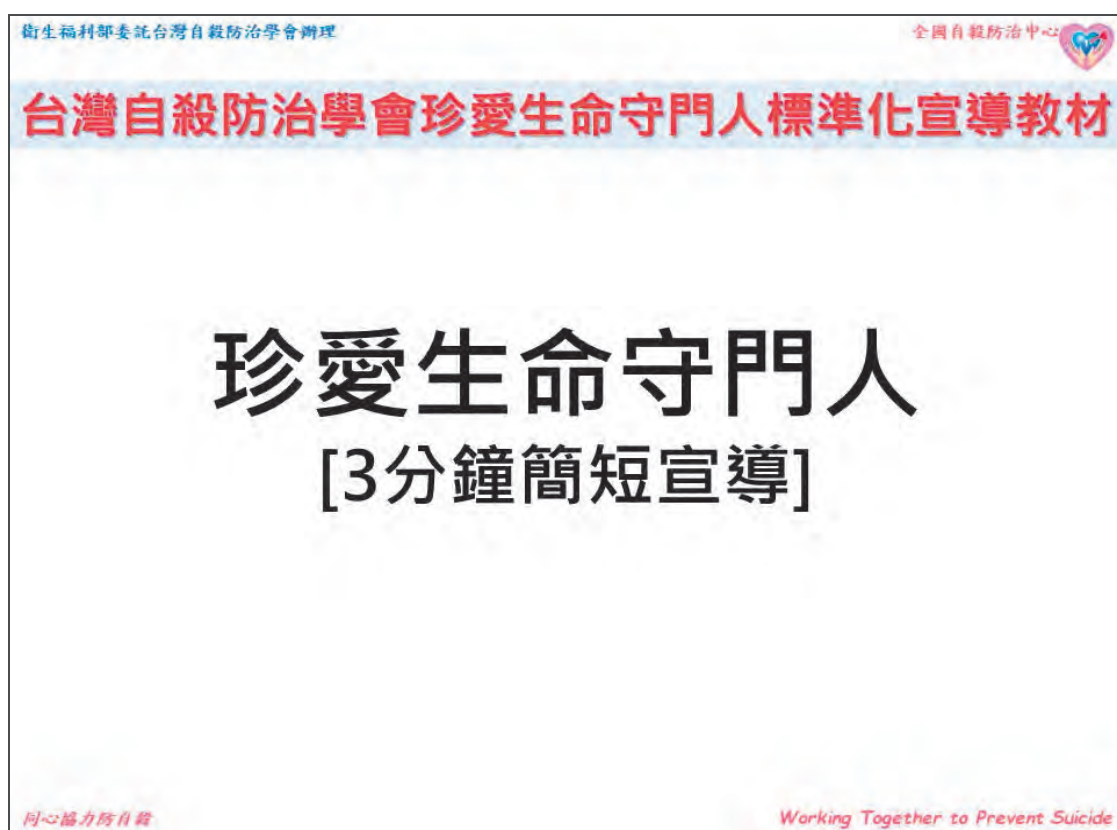
面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫他找出適當的資源、進行資源連結的時候，就如同當我們的家人有生理疾病時（如心臟病），我們立即的反應是尋求專業醫師的協助，而非自己試圖治療。因此，好的守門人不只被動地阻止自殺，也會主動積極地協助轉介處理。且轉介後需持續地關懷個案，並再次評估個案的自殺風險，直至結案為止。

(資料整理自台灣自殺防治學會-認識 1 問 2 應 3 轉介的技巧
<https://www.tsos.org.tw/web/page/gatekeeper3>)

以上述之概念，台灣自殺防治學會設計了珍愛生命守門人之推廣教材，並根據不同對象與需求設有不同版本，舉其中對一般民眾進行之三分鐘宣導教材為例：



圖 14、台灣自殺防治學會「珍愛生命守門人」3 分鐘宣導懶人包





自殺不是單一原因造成的

個人層面

1. 具求助意願及求助意向
2. 擁有歸屬感、認同感、自尊與自信感
3. 擁有關於生命意義與價值的文化信念、精神支持與宗教信仰
4. 擁有樂觀的願景及清楚的未來目標
5. 具韌性之特質 (resilience)，如認知彈性
6. 擁有良好的飲食、睡眠、運動習慣
7. 擁有規律的生活作息

保護因子

社會文化層面

1. 與家庭或所屬社團成員間有高度的人際連結
2. 擁有一個安全且穩定的生活環境
3. 家庭給予溫暖、支持與接納
4. 擁有工作
5. 婚姻圓滿 (intact marriage)
6. 對其他事情還有責任和義務
7. 尚有幼子待養育

健康照護層面

1. 連結到合適的醫療服務
2. 可持續由醫療或心理健康照護中得到支持
3. 良好的醫病關係

自殺風險之危險與保護因子一覽表

個人層面

1. 重大身體疾病
2. 藥物或酒精成癮
3. 精神疾病
4. 家族自殺史
5. 家暴、性侵、受虐或其他創傷經驗
6. 曾有自殺企圖
7. 極端性格或人格疾患

危險因子

環境層面

1. 經濟困難
2. 情感或人際關係問題
3. 容易取得致命工具者
4. 模仿效應

社會文化層面

1. 缺乏社會支持
2. 宗教文化影響
3. 汙名化
4. 媒體報導
5. 缺乏適當的醫療照護



自殺有跡可循

自殺意念



克服自殺迷思

想自殺的人...

並不是一心求死，而是找不到解決他們困境的方法，才想到要用自殺去解除自己的痛苦。

他們會表達...

可能是直接說，可能透過行為表現，如前述的 IS PATH WARM 訊號。

他們當下不需要...

勸告、建議、看看人生光明面。

需要我們做的是...

專注的傾聽、和他討論想法和困境、接納他的心情與感受、讓他感覺到他不是孤單的。

5

珍愛生命守門人 1 2 3 步驟



6



一問：問什麼？

心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中 (包含今天)」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題的總分：

- 0-5分 一般正常範圍
- 6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒
- 10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢
- 15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢
- ★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

7

同心協力防自殺

Working Together to Prevent Suicide

一二應：怎麼回應？

嗯哼嗯哼以問代答溝通法！

FB: 酷勒客-Clerk的路障生活



同心協力防自殺

Working Together to Prevent Suicide

3



三轉介：有哪些資源？

電話諮詢

安心專線1925
生命線1995
張老師1980

心理諮詢

社區心理衛生中心:心理諮詢
衛生局社區定點諮商

關懷訪視

自殺企圖者通報
關懷訪視員:電訪或面訪

醫療協助

警消緊急救援
緊急醫療
憂鬱症共同照護網
健保費補助
酒藥癮戒治補助計畫

心理健康管理

心情溫度計
珍愛生命守門人



就業服務

立即上工計畫
就業諮詢專線:0800-777-888
社會保險專線:02-2396-1266
(失業給付相關)
創業諮詢服務專線:0800-092-957
勞資爭議專線:02-8590-2829

債務協商

債權金融機構個別協商
銀行公會債務協商專線02-8596-1629
銀行申訴專線02-8968-9999
內政部暴力討債檢舉專線02-2356-5009

其他資源

緊急協助電話:110
婦幼保護專線:113
老朋友專線:0800-228-585
男性關懷專線:0800-013-999
同志健康免費諮詢專線:0800-010-569
各縣市社區心理衛生中心相關資源

社會救助

1957福利諮詢專線
馬上關懷急難救助
低收入戶生活補助
愛心關懷服務網
醫療機構社工室(部)

校園輔導

導師(任課老師):
關心學生生活狀況
輔導室(諮商中心):
評估轉介



心理衛生相關重要資源

自我檢測：心情溫度計—社會新鮮人的苦惱

<https://www.youtube.com/watch?v=IHTbJgNA8g&t=103s>

實務增能：自殺防治系列手冊

<https://www.tsos.org.tw/km/4847/>

及時關懷：安心專線 1925



危機通報：衛福部自殺防治通報系統

<https://sps.mohw.gov.tw/Account/IndexInform>



自殺防治需要你我的加入



展現行動 創造希望

11

同心協力防自殺

Working Together to Prevent Suicide

在「人人都是珍愛生命守門人」的精神上，藉由守門人積極關懷、正向支持、強化人際網絡等作法，對於提升個案就醫或促進個案求助於親朋好友……行為有所助益，進一步也更可能因而降低個案之自殺風險(廖等，2015)。因此，若我們能更確實地習得自殺防治相關知識、構築起正確並富有同理心的態度，再加上具體且明確的行為操作指引，當身邊有人出現危機，我們必能更有信心地去執行關懷任務，以守護珍貴的生命。



更多自殺防治及珍愛生命守門人之相關知識與訊息，
可參閱台灣自殺防治學會網站。

第三節、同儕守門人實證基礎及應用

兒童青少年族群在遭遇心理困擾時，相較於找教師或家長尋求幫助，他們更可能透露相關情緒或想法給親近的朋友或同學，因此，訓練同儕守門人，讓同學之間能夠彼此注意、關懷及找尋幫助，更有益於及早介入、阻斷後續危機。如同前述章節提到，守門人培訓的目標，在於提升受訓者知能、有效執行自殺防治及守護生命的任務，因此在知識面、態度面以及行為面三個訓練標的，都需要有所建立與提升，以培訓兒童與青少年為例，同儕守門人需要具備足夠的自殺防治相關知識、正確的關懷態度、以及進行有效的防治行動，方能發揮守護自殺高風險同儕的功效。

綜覽相關研究文獻，在學生同儕守門人的培訓目標上，有其一致性，但實際進行教育訓練的方案內容則有相當多樣的風貌。舉例來說，詢問-說服-轉介(Question-Persuade-Refer，通稱為 QPR)自殺防治守門人訓練是一項有實證基礎的自殺預防計畫，旨在提供技能讓個體(守門人)有能力去幫助自殺風險者(Samuolis et al., 2020)，通常在 1 小時的課程中提供投影片介紹、影片、討論和 Q&A 時間等方式呈現，傳遞自殺警訊、如何提供希望與支持等訊息，同時也介紹了自殺防治資源(Aldrich et al., 2018)，研究指出，對學生實施 QPR 訓練後，能提升其對自殺防治的知識、態度與信念，他們也更有可能、更有信心、更自在地去對自殺危機者進行介入 (Samuolis et al., 2020; Ledvora et al., 2017; Tompkins et al., 2010; Indelicato et al., 2011)。另外，在 Pasco 等人(2012)的研究，對大學宿舍長(college resident advisors, RAs)進行一項 Campus Connect Gatekeeper 培訓計畫，課程總長 3 小時，教授了自殺盛行率和警訊、如何詢問學生自殺想法、轉介適當資源等相關知識與資訊，並透過多項體驗式活動來教導參與者詢問自殺問題和練習積極傾聽技巧，亦加入角色扮演的訓練內容。研究結果發現比起單純講座式、教學式的訓練(lecture/didactic)，加入體驗式的訓練(experiential-based)，提升覺察技巧、同理心的回應、以及技能等層面的演練，更能有效提升學生的自殺與危機應對知能及自我效能感。而在 Totura 等人(2019)以傑森基金會(Jason Foundation, JF)的「A Promise for Tomorrow 守門人防治方案」，讓六名健康教育教師，在

兩所市立高中的健康課程中施行，內容分三節課（每節課 40 分鐘，總訓練時間為 2 小時），使用了多種教學方法，包括徵求學生的問題、促進學生之間討論警訊和資源、以及在小組中互動練習，有時還加入了以技能為基礎的角色扮演，研究中特別關注在此訓練中，若能營造出教練(健康教師)-練習生(接受訓練的學生)的同盟(alliance，同盟的重要成分是情感連結，此因子通常能促進青少年治療工作)，能提升受訓學生去應用所學知識與技能之意願，也就是說，受訓學生在遇到自殺危機者時，更有意願進行轉介，進一步給予危機者協助。

由此可知，在校園中推動守門人培訓，讓學生的自殺防治知識、態度和行為上獲得促進和提升，站在第一線的位置，同儕間更有能力去關懷彼此。同時在教育內容上若能有體驗性、互動性的設計，並安排資源使受訓者獲得支持感…等規劃，可以加強學習成效，讓同儕守門人有更好的發揮。



第四章、校園自殺防治教材核心主題

校園中的自殺防治教育應該涵蓋那些主題呢？透過國內外文獻評讀、專家學者意見提供、以及第一線教師、學生及家長訪談，歸納出本章六項有關校園心理健康促進暨自殺防治教育的重點主題，包括心理健康識能、情緒教育、覺察靜心演練、壓力管理、自殺防治守門人、以及去除汙名化等內容，閱讀者可藉此建立基礎知能，進一步推展後續的實務操作能力。期能透過此六大主題與課程的連結及融入，增進學生在面對如考試、情感挫敗、網路霸凌或其他艱難狀況下的堅韌力，發展出個人自我調節與因應的特質。

本章每節前面皆有一個建議表格，提供教師以核心主題融入課程的建議作法，作為教師之參考，原則上六大主題皆可適用於國小、國中、高中、至大學情境，各級學制教師可視課程類別、課外活動或班級時間、主題合適性，將主題規劃進去。例如：3 分鐘覺察靜心呼吸搭配教育部短片，有助於老師在課前先帶領學生專注在呼吸、活絡大腦細胞並刺激分泌腦啡提升工作效能，不分學科皆可操作。

第一節、心理健康識能

建議時間	1 小時
科目舉例	健康教育(含體育、家政)、輔導課、社團、班會、其他可能涉獵相關主題之正課(如國文)
主題重點	建構學生對於心理健康的基礎概念、提升對心理健康問題和精神疾病的辨識、因應和預防能力。
作業	觀察自己的生活中有哪些壓力，對自己造成了什麼影響。
評估	對壓力與情緒之關聯的理解、認識兒童青少年時期常見心理疾病、熟悉常見的處遇方式。

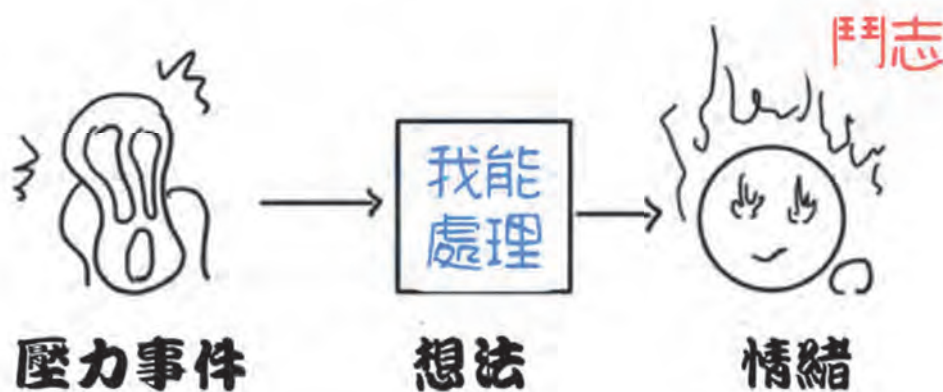
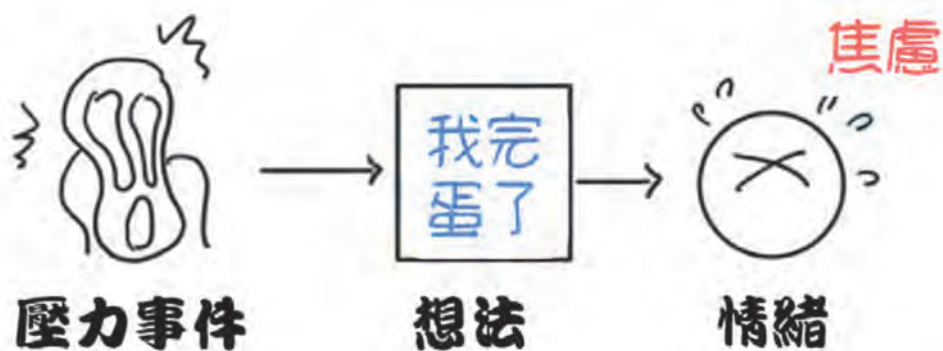
心理健康識能(Mental Health Literacy)涵蓋有助於辨識、管理和預防精神疾病的知識、信念、態度、以及求助的認知與行為，故提升識能是心理健康促進中的重要項目，本節將以一個有著分段劇情的小故事，向大家一一介紹心理健康。

故事 1 *****

小小是家中唯一的孩子，家人對她期待很高，但她因為常常無法把事情做好而被家人責備，也因此她對自己很沒有自信，某次回家前領到了學校的成績單，看著自己又是不及格的分數，小小的心中覺得沮喪，不知道該怎麼辦。帶著落寞的心情回到家中以後，看到爸爸從客廳慢慢的走了出來，小小開始擔心被責備，腦筋一片空白不知道該怎麼辦……

壓力與情緒

小小所遇到，也可能是我們生活中的任何一個壓力事件，像是被排擠、競賽失敗或生了一場重病等，每一個衝擊的壓力，往往都會讓我們產生大小不等的情緒，包括焦慮、難過或生氣等，但也並非每一個人遇到挫折，就會有負面的情緒，關鍵的差別就在於我們如何去看待事情的「想法」，想法會隨著經年累月來的經驗而變成習慣化的歷程，故事中的小小，因為長期對自己沒有自信，也因此遇到事情的時候，也就容易往負面的去想，進而產生許多負面的情緒，而這些情緒如果沒有妥善的被處理，長期下來就很容易再演變成為更可怕的狀況。

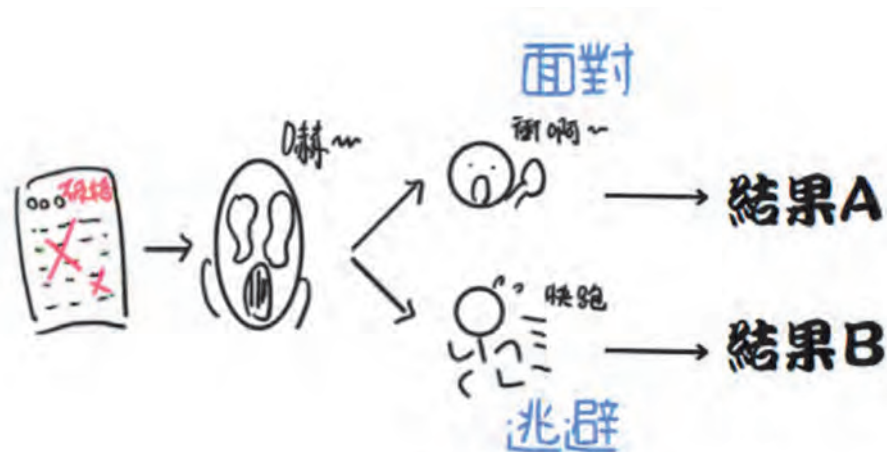


故事 2 *****

看著爸爸走出來的過程中，小小不停的發抖，心想：「我應該要先跟爸爸講嗎？… 但我可能會被罵… 但不講，之後被知道可能更慘… 我該怎麼辦才好……」爸爸看了一下小小，小小整個人緊繃了起來，所幸爸爸只是路過，就沒有多說什麼，而小小也因為太緊張了，所以什麼都沒有跟爸爸說，就這樣默默的過了一週，他反覆擔心被爸爸、媽媽知道自己又考不好了，焦慮的心情就這樣持續了一天又一天，持續選擇了逃避的面對方式後，小小的生活中，漸漸的只剩下害怕及擔心……

壓力的因應方式

每個人都會經歷一些生活上的挫折與壓力事件，壓力會讓人產生負面的情緒，但也可能會促使一個人成長的契機，不同的結果來自於是否能夠有效的因應這些情緒。在故事當中，小小可以有許多方式來處理他所面對壓力，包括直接面對老師、同學或是家人，與之討論自己的困難，進一步慢慢的改進問題，並調節過度的壓力情緒，但可能因為太過的害怕與擔心，讓小小不敢求助，選擇了盡可能的拉長時間來逃避問題，長期之下，獨自一個人承擔超過自己所能負荷的壓力，就容易讓負面的情緒變成一種自動化歷程，進而讓問題不斷重覆與循環。



故事 3 *****

終於命運的時刻到來，小小的成績單被家人問到，因為無法再隱瞞下去，所以只能挨罵，事情過了幾週之後，小小的負面情緒持續的延續著，而他也發覺到自己好像漸漸失去了讀書的能力，每天雖然都逼著自己坐在書桌前，但卻什麼也讀不進去，腦海裡充滿了被責備的話語，以及自己的不滿情緒，對於上學、讀書或做任何的事情，慢慢的都失去興趣與動力，生活中充滿了無比的痛苦感受，這時候，在書桌前她看到了一把常用的美工刀……

心理疾病

當一個人長期無法有效的因應生活中的壓力，就很容易缺乏免疫力，除了容易身體容易生病以外，心理也容易會生病，進而產生像是持續性的負面情緒、專注力不佳或失眠等問題，甚至會引發自殺的意念，而造成遺憾的事件。底下，我們就來認識一下常見的心理疾病。

憂鬱症：

憂鬱症是很常聽到的心理疾病，如果你有以下五項(或更多)症狀在兩週中同時也現，而且至少有「憂鬱情緒」或「失去興趣、愉悅感」的其中一個情況，那麼建議你可能需要就醫或至學校的輔導室，再進一步的了解自己的狀況及接受協助。

1. 幾乎整天且每天心情憂鬱，可由主觀報告(如感到悲傷、空虛或無助)或由他人觀察(如看起來在哭)得知 (註：孩童及青少年可以是情緒易怒)。
2. 幾乎整天且每天明顯對所有活動降低興趣或愉悅感(主觀說明或他人觀察)。
3. 體重明顯減輕或增加(一個月內體重變化超過 5%)，或幾乎每天食慾降低或增加。(註：在孩童，需考慮無法達到預期體重。)
4. 幾乎每天都失眠或嗜眠。
5. 幾乎每天精神動作激動或遲緩(別人觀察到，不只是主觀感受不安或緩慢)。
6. 幾乎每天疲倦或無精打采。
7. 幾乎每天自我感到無價值感，或者有過度或不恰當的罪惡感(可能達妄想的程度；不僅是對生病自責或內責)。
8. 幾乎每天思考能力和專注力降低，或是猶豫不決(主觀報告或他人觀察)。
9. 反覆想到死亡(不只是害怕死亡)，反覆有自殺意念而無具體計畫，或有自殺舉動，或是有具體的自殺計畫。

資料引自：DSM-5 鬱症(Major Depressive Disorder)診斷準則

焦慮症：

焦慮性的疾病也是很常聽見的，其涵蓋的種類包括了一般性的焦慮、恐慌、社交恐懼、強迫症等，共同的情緒反應就是緊張、害怕、擔心這些具有焦慮性質的情緒反應，在臨床上，廣泛性焦慮疾患有底下幾個症狀。

1. 對許多的事件或活動(如工作或學校的表現)有過度的焦慮和擔憂(擔心的期望)，至少 6 個月的期間內，有此症狀的日子比沒有的日子多。
2. 認為難以控制此擔憂。
3. 此焦慮和擔憂合併以下六個症狀中的三個(或更多)：(至少有些症狀在過去的 6 個月內有出現的日子比沒有的日子多)：

備註：兒童只需要一個項目。

- (1) 坐立不安(restlessness)或感覺緊張(feeling keyed up)或心情不定(on edge)。
- (2) 容易疲勞。
- (3) 注意力不集中，腦筋一片空白(mind going blank)。
- (4) 易怒。
- (5) 肌肉緊繃。

(6) 睡眠困擾(難以入睡或保持睡眠，或坐立不安、睡不滿意)。

資料引自：DSM-5 廣泛性焦慮性症(Generalized Anxiety Disorder)診斷準則

注意力不足/過動症：

在生活中，也常常聽到過動症，其實過動症不一定就是好動，也可能僅僅只是注意力的缺乏問題，如果有底下的現象，那麼可能也需要再進一步尋找相關專業人員釐清狀況喔！

1. 不專注：有至少持續 6 個月的下列 6 項(或更多)症狀，到達不符合發展階段且對社會及學術/職業活動造成直接負面影響之程度：
 - (1) 經常無法仔細注意細節或者在做學校功課、工作或其他活動時，容易粗心犯錯(如：看漏或漏掉細節、工作不精確)。
 - (2) 工作或遊戲時難以維持持續注意力(如：在上課、會話或長時間閱讀時難以維持專注)。
 - (3) 直接對話時，常好像沒在聽(如：心好像在別處，即使無任何的分心事物)。
 - (4) 經常無法遵循指示而無法完成學校功課、家事或工作場所的責任(如：開始工作後很快失焦且容易分心)。
 - (5) 經常在組織工作與活動上有困難(如：難以處理接續性的工作；難以維持有序的擺放物品及所有物；亂七八糟、缺乏組織的工作；時間管理不良；無法準時交件)。
 - (6) 經常逃避、討厭或不願從事需要持久心力的工作(如：學校功課或家庭作業；在青少年與成人的準備報告、完成表格填寫、看長篇文件)。
 - (7) 經常遺失工作或活動所需的東西(如：學校課業材料、筆、書、工具、錢包、鑰匙、書寫作業、眼鏡、手機)。
 - (8) 經常容易受外在刺激而分心(在青少年與成人可包括在想無關的內容)。
 - (9) 在日常生活中常忘東忘西(如：做家事、跑腿；在青少年和成人則有回電話、付帳單、記得邀約)。
2. 過動及衝動：有至少持續 6 個月的下列 6 項(或更多)症狀，到達不符合發展階段且對社交及學術/職業活動造成直接負面影響之程度：
 - (1) 經常手腳不停的動或經敲/踏，或者在座位上蠕動。
 - (2) 經常在該維持安坐時離席(如：在教室、辦公室、其他工作場所或是其他應留在其位置的情境中離開他的位置)。
 - (3) 經常在不宜跑或爬的場所跑或爬(註：在青少年與成人，可能只有坐不住的感覺。)
 - (4) 經常無法安靜地玩或從事休閒活動。
 - (5) 經常處在活躍的狀態，好像被馬達驅使般的行動(如：無法在餐廳、會議中長時間安坐或是久坐不動會覺得不安適；別人會感覺到他坐立不安或是難以跟得上)。
 - (6) 經常太多話。
 - (7) 經常在問題尚未講完時衝口說出答案(如：說出別人要講的話；在會話過程中不能等待輪流說話)。

- (8) 經常難以等待排序(如：排隊時)。
- (9) 經常打斷或侵擾他人進行的活動(如：在會話交談、遊戲或活動時冒然介入；沒有詢問或得到許可就動用別人的東西；在青少年與成人，可能會侵擾或搶接別人正在做的事情。)

資料引自：DSM-5 注意力不足/過動症(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)診斷準則

故事 4

某一天在校園裡，老師發現到小小好一段時間，下課時都趴在桌上，上課時也都心不在焉，而且有愈來愈嚴重的趨勢，於是利用了中午的休息時間約談了小小，並在約談的時候，老師發現到她手上有美工刀的割痕，一問之下，小小終於再也忍不住的大哭了起來，面對這樣的狀況，老師思考著該如何協助她。在與小小及學校的輔導室討論之後，老師決定還是需要讓她的家人了解狀況，同時安排學校的輔導諮商，如果還是不能夠好轉，就會評估是否要進一步讓她到醫院就醫。

當情緒來臨時，該如何處理：

如同前面說的，在遇到壓力事件及面臨情緒的困擾時，如果不能妥善的處理，就很可能會演變為心理疾病，而不論是否產生症狀，或單純的只是低潮的狀態，我們在面臨這些困境時，可以有哪些資源跟方式來處理呢？底下我們來介紹一下，常見的處理方式。

身旁的支持管道求助

多數的人，在經歷壓力事件之後，會隨著時間或事情的解決而得以緩解，當情緒愈來愈無法控制時，這時候就可以先想想：「我身旁有想可以幫助我？」幫助我們的對象，可以是家人、學校的老師，也可以是我們身旁的同學或是朋友等。而當情況持續的惡化，且對自己的生活及身心健康的影響愈趨惡化時，這時候就會建議再尋求學校輔導室或是相關的醫療管理，進行如藥物、個別、團體等進一步的處理。

藥物治療

藥物是一般身心醫學科門診常見的治療方式之一，透過給予抗憂鬱、抗焦慮等藥物的使用，幫助個案能夠逐步的將情緒調節回到平衡的狀態，在使用的時候，需要特別留意醫師的處方及配合用藥，而在藥物以外，還有許多非藥物的治療方式，兩者搭配之下通常可以有最好的治療成效。

個別心理諮商/治療

在藥物以外常見的治療方式，就是以一對一的個別心理諮商/治療，輔導者會依據自己的專長領域，從不同的治療取向發揮，諸如心理動力、認知行為、人際關係、藝術治療、遊戲治療等，但不論是從哪個取向所著眼的治療，都將在回歸到個案的需求及狀況上，達到最合適的治療成效。

團體、家族諮商/治療

除了藥物及個別心理治療以外，一般常見的還有團體或家族的取向治療，在治療當中可能會將狀況相似的個案組合成一個團體，或邀約個案的家人一起參與治療，藉此將人際網絡放進治療的脈絡當中，從而能夠讓個案更加的透過系統性的整合或人際的聯結，進而產生療效。

自我調適與管理

除了上述的治療方法以外，個人的努力也往往是能否走出陰霾的關鍵，在生活當中，盡量的讓自己走出家門，參與戶外活動、逛街、晒太陽 或是 規律的運動等，都可以對病情有明顯的緩解作用，除此之外，自我的情緒管理與覺察也是相當重要的功課，可以搭配在諮商當中與心理師會談所學的自我覺察技巧來加以應用外，如果自己的情緒不穩定的時候，能夠在第一時間自我覺察，然後透過寫日記、聽音樂、找知心朋友或家人聊聊等，也都是有效的自我管理方法，另外，每天可以給自己一些放鬆與靜心的時間，讓自己的心情與思緒沉澱，也都會收到相當不錯的成效。

故事尾聲

放學之後，小小的心情感覺相當的複雜，雖然在學校跟老師訴苦了，也發洩了心中長期的壓力，但是搞得好像大家都知道自己的事情，突然讓她很想躲起來，也不知道該怎麼面對家人。帶著沉重的腳步，小小回到了家中，爸爸、媽媽正坐在家裡的客廳，並請小小過來一起談談，小小的心裡想著…好可怕、好可怕…。然而，爸爸開口的第一句話，卻是告訴她：「我跟媽媽真的都很擔心你，如果你不能平安健康的長大，那對我們而言一點意義都沒有」，隨後，媽媽也表示：「不要給自己那麼大的壓力…」。小小聽到了這些話以後，不由得流下了眼淚，一直以來，她都以為家人就是不在意她，她也一直覺得自己很笨，什麼都做不好，在這一刻，自己心裡的很多負面聲音，似乎都逐漸地消散開來。



第二節、情緒教育



建議時間	40 分鐘
科目舉例	健康教育、綜合活動、生命教育
主題重點	讓學生能了解並表達情緒、同理他人，進而管理負面情緒，並適時運用合適的情緒於做人處事上。
作業	記錄自己有負向情緒的經驗，以及對自己的影響。
評值	情緒的適當表達、負面情緒的管理、對他人的同理

臺灣因落實 12 年國民教育連貫發展，於 2019 頒布「108 課綱」，此次課綱頒布九項核心素養項目，其中「身心素養與自我精進」、「系統思考與解決問題」、「運用符號與溝通表達」、「人際關係與團隊合作」，都需要情緒教育為基礎。所謂「情緒教育」是協助孩子能夠敏感與覺察自己當下的情緒，了解有此情緒的原因，讓孩子能在自己所處環境中隨時感覺、覺察與體驗情緒。情緒教育就是讓學生了解情緒、表達情緒、同理他人，進而管理負面情緒，並適時運用合宜的情緒於做人處事上(吳，2001)。本篇主要說明情緒教育的重要性、情緒特性與情緒教育之內涵三部分，提供在建立健康心理與初級自殺預防的參考。

一、情緒教育的重要性

Cohen (2001)主張學習「如何讀懂自己與對他人的情緒感受與反應」，此與學習讀書、寫字、算術的能力應同等重要，這關乎個人建立社會學習素養、減低暴力、增加適應能力及提供健康發展的基礎，而且他強調此為終身學習的課題。從教育的角度來看，可從學校情緒教育延伸至社會教育。從下至幼稚、小學開始提供自我與社會情緒學習的平台，發展自我反思、責任、關懷合作與有效問題解決，延續青少年、青年自我認同與社會同理、成人親密關係與職場健康的能力、樂齡者的關愛與智慧的發揮等。

學校系統是孩子情緒教育的第一場所，學校是孩子首要接觸社會角色學習

的場域，阿德勒在兒童成長心理學(The education of children)(Adler, 1930)一書中強調，環境會造成兒童的自卑，學校提供安全生活環境，理解兒童發展社會情感(social feeling)與社會興趣(social interest)的特性，協助他們進入新環境的準備，將成為兒童從家庭進入現實世界的橋樑，一旦家庭教養失職，兒童入學時，學校就是像是螢幕顯示器，立即反照出孩子的問題，教師對父母的重新教育、引導兒童培養社會興趣、看重自我、追求優越，才能有機會讓孩子駐足成長。因此與教育有關的老師、家長，每天面對學生或孩子的情緒困擾，除了必須掌握方法，協助學生培養好情緒感受表達與調節，老師自身也該做好情緒管理，提供環境與人本的關係氛圍，促進情緒與社會學習。而情緒教育即是個人最基本的能力培養，在心理問題或自殺防治上，更是具備了初級預防的功能。

情緒教育首重教育領導者與教育者是否有正確的觀念，責無旁貸打造適當教育的環境，讓孩子成長，阿德勒提到：「世界上沒有問題兒童，只有缺乏正確引導的生活失敗者」，「我們應該給予所有孩子更多勇氣與自信，以促進屬於他們的智力發展」。學者提供更多有關情緒性質以及情緒教育的內涵的建議。以下分就這兩部分提供資料的整理。

二、情緒能力的性質

Goleman(1995)主張人有能力監控自己的或他人的情緒並區分他們，並使用這些訊息，引導我們的思考與行動，他將此稱之為情緒智力，為社會智力的型態之一。他主張情緒智力有五個範疇，以下整理其內涵：

- (一) 知道自己的情绪(knowing one's emotions): 此為情緒自我覺察的階段，人們可以認清事情發生時的感受(recognize a feeling as it happens)，可以在覺察下監控並控制情緒。例如，學生有能力將覺察自身感受並用文字說出。有能力學習如何認清、偵測情緒將是溝通自我情緒的基礎，亦是獲得控制情緒的決定性因素。
- (二) 管理情緒(managing emotions): 指在情境下管理感受並能表現適當，此與自我覺察能力層次的加強極有關連。亦即人在經歷生活中的起伏不定時，人能力預期這些正、負向經驗，並能進行調節，讓自己情緒處於安適與穩定狀態。例如：學生因為塞車可能遲到感慌張，但當下想到課堂上老師教導接受

自己的慌張，利用觀察呼吸，漸漸讓自己安定下來。

(三) 激勵自己(motivating oneself): 人能為自己規劃、執行一個想法或意念，並促使自己啟動行動。Goleman(1995)認為動機是種心流狀態(associates motivation with flow)，一個人想望積極、和諧、愉悅的感受狀態，將帶來更多能量行動與快樂；反之，對情境感到枯燥、貧乏、魯鈍，動機低落，生活感受將多為貶低、挫敗。例如，老師主動讓兒童激勵自己，快樂參與活動，這是啟動情緒滋養的力量。

(四) 認清他人情緒(recognizing emotions in others): Goleman(1995)認為要認清他人情緒是更高階的情緒覺察，須包含對他人的情緒覺察，對能夠敏覺他人的需要。這高階的能力包含社交技巧、增加同理心的視域以及社會勝任力。Fonagy & Target (1997)指出區分自己與他人的能力這與心情與個人心智化能力的培養有關。認清他人情緒扮演重要人際交流與合作互動的角色，例如在躲壁球遊戲中，透過知道他人的手勢或口語，知道自己要傳球給同隊友。

(五) 管理好關係(handling relationships): 以上述自我情緒覺察、社會勝任力為基礎，能管理好與維持關係。Goleman(1995)主張關係建立是段歷程，形成關係需要認清彼此需要，漸漸建立、培養與維持不同親密(intimacy)程度的歷程，歷程中蘊含許多複合情緒，也影響我們將知道如何與他人建立優質的互動關係。

上述情緒智力的五個範疇可作為理解學生發展情緒能力的培養，此範疇應是規劃情緒與社會學習教育的重要內涵，實務上亦是評估學生可以增加或調節哪些層面的情緒能力之參照。

三、情緒教育的內涵

Richburg 與 Fletcher(2002)延伸情緒智力的重要範疇，主張兒童情緒教育實踐，可以包含八個層面，包含：覺察自己與他人、情緒自我調節、溝通、自我激勵、問題解決與決策、合作性、形成更多現實觀及正向自我感。

Cohen(2001)則主張校園--社區為基礎的情緒教育，建議個人或人際聚焦的情緒學習，應放寬至學校、家庭與社區，要有系統規劃。特別在美國 10 到 17 歲仍有許多學生出現學校適應問題，這些學生若未協助，預測在未來將出現更嚴

重問題，包括 35%從事高涉險行為，15-22%青年會出現社會、情緒與其他問題，預防此類情況發生，需要從社會情緒教育基礎做起(Cohen, 2001)。

以下針對五項 Cohen(2001)主張在各層級學校、社區皆能規劃的情緒教育核心概念進行說明，以做為未來情緒教育的推行與拓展方向之參考。

(一) 建立情緒反思力

反思指一個人能從社會情緒經驗去理解與學習的能力，發展中一開始知道自己，是自我覺醒的重要時刻，個人開始學習可以往內看見自己的想法、感受與行動，心理分析稱之為自我反思(self reflection)，此能力需透過重要他人的同理協助與探索，慢慢調頻自己意識或潛意識的情緒頻道，並感知其對應的現實環境，以獲得自我情緒的勝任能力(Richburg & Fletcher, 2002)，因此父母在發展期若能同理反映孩子內在，將成為滋養的依附關係，可以拓展孩子的自我，擁有穩定、和諧的自我感(Fonagy & Target, 1997)。經由個人可以解讀（反思力）自己與他人的外在行為與內在心理，對環境事實有更清晰的想法與情緒，使他們看見行動與意義，且行為變得可預測。教育上應協助學生能溝通自己的觀點，理解他人的感受，形成有意義的溝通形式，有效社會問題或衝突之解決技巧之學習。教導社會情緒問題偵測、提升社會情緒素養。

(二) 彈性及擁有問題解決的能力

從功能取向來看，情緒困境常因現況的阻礙或壓力的挫敗或衝突人際所致，如果我擁有良好的解決現在的困難或痛苦的情境的能力，將帶來更多的快樂及未來目標的實踐。教育上可透過各種教育正式或非正式方式，可以外在化聚焦單一問題來進行解決或決策進行練習，標示出成熟的技巧及有效解決問題之連續性技能。

(三) 學習更有創造性與寬廣的有效情緒與社會學習能力

教育啟動新的學習與體驗，透過與他人一起合作，可以管理自己的情緒生活，可以自我主動學習如何設定現實目標，可以清楚、直接的溝通，甚至教朋友建立好的友誼關係。教師本身要能做到認清社會情緒學習的基礎培養，如何有別僅執行傳統教學，並有機會引導學生甚為重要。

(四) 安全、關懷、反應性的環境下學習情緒

人們願意投入在社會情境中，也增加我們擁有成功關係、擴展世界觀、增加

社交技巧及獲得平衡互往等重要情緒與社會能力的機會。喜歡或不喜歡是人際吸引力議題，但更重要的是親和性，親和性能統整個別或相互經驗的過程，例如：班級活動中班長帶動與同學或各組長間的互動及協調，其實更是更複雜的學習要學會獲得信任、合作、尊重，有機會分享想法與未來。規劃班級團體的目標若放在安全關懷的氛圍下，可以領會更多元的社會情緒學習。

(五) 長期家庭、學校與社區合作推行情緒教育

教育者、家長與社區人員皆要有培養溝通、創意性解決衝突的能力，重視衝突解決的價值素養，知道人際間和諧溝通與合作的方式，網際相連將社會各生態系統連結，主動參與支持情緒教育。

阿德勒提到「體罰沒有用，孩子喜歡被表揚，受表揚時總是全神貫注，但他可能不知道如何以正確的行為方式獲得那個注目」，所以如果大家以適應正確性的方式引導，讓學生能了解並表達情緒、同理他人，進而管理負面情緒，並適時運用合適的情緒，在情緒的成熟下發展自我，將更能發揮潛能。



第三節、覺察靜心與呼吸演練

建議時間	10 分鐘 (含覺察靜心與呼吸演練說明及 3 分鐘演練)
科目舉例	健康與體育、綜合活動、生命教育、社團、班會、輔導課
主題重點	透過簡易呼吸和靜心等正念工具，協助大腦和身心放鬆，體驗沉澱個人身心、靜心覺察自身的感受，在老師（或同儕）的帶領，或個別練習，進入放鬆舒緩的境界，結果有助於提升自我覺察、記憶力、專注力與復原力。
作業	覺察靜心呼吸演練之每日紀錄日誌
評估	覺察靜心呼吸演練的感受紀錄、復原力測量與滿意度評估

古老生命科學和整合醫學，在近幾年越來越受到主流科學和實證研究重視。史丹佛大學在 1998 開始史丹佛整合醫學中心（Center for Integrative Medicine），哈佛大學在 2001 創立 Osher 整合醫學中心（The Osher Center for Integrative Medicine），都不約而同將傳統健康保健例如太極、呼吸、瑜珈、靜心、飲食、日常作息等，也納入研究、臨床和日常自我保健和照顧活動當中，也發現有幫助管理壓力、疼痛漸緩，增加生活滿意度，同時也改善生理情況。本文也將從整合和跨領域科學角度，分享如何透過身心能量與精神維持，來培養和增進覺察力與平靜心智的能力，幫助個人在日常生活中預防保健，在情緒低落或是極端失衡時，有實用工具和觀點，增加緩衝時間，減少衝動念頭和行為發生。

精神能量和身心健康關係

不論在華人古老醫學中醫和印度古老生命科學阿育吠陀，都不約而同提到精微的精神能量的重要性(Ghosh et al., 2019)。這裡所指的精神能量，就是我們常說的「氣」或是梵文中所指的「prana」(Bhoya et al., 2021)。當一個人的氣/精神能量在高和好的狀態時，身心健康是平衡穩定，看待人事物的觀點，自然朝向正面樂觀方向。而當氣/精神能量在不穩定、失衡時，可能就會有些極端情緒的發生，例如生氣、憤怒、衝動，導致對外的暴力行為；然而精神能量過低，個體可能就會感受憂鬱內縮、自我傷害，更極端可能就到自殺。如何維持精神能量的高、充足、平衡和穩定，是古老生命科學所強調和重視的，在認

知上能夠有對於自己身心狀況的覺察力培養，不帶批判的經驗，在實作上也提供平時日常自我照顧的方法。當代的健康和醫學也關注預防、自我保健、自我照顧的重要性，除了身心問題嚴重到需要使用藥物或是侵入性療法，也同時強調在日常生活培養可以維持健康的生活型態和作息。

· 壓力和精神能量的關聯

壓力管理和精神能量管理也有相關聯。什麼是壓力，在這裡分享個簡單的定義，就是待辦事情和目標越來越多，每天所有的時間還是 24 小時，和個人精力沒有增加，這之間的落差，就是產生壓力。在這裡我們無法改變時間，把想要的東西和目標刪去，似乎也不是長久之計。剩下可以調整的就是我們的精神能量，那如何維持和提升精神，有四個重要的來源，可以在日常生活中去輕易實踐和使用。當管理好精神能量來源時，身心更放鬆，觀看事物角度則有不同，面對和處理的行為也會有調整，許多目標和事物就更容易完成。

壓力在適當情況下，是有助於個人行動和完成目標。但是長期高壓情況下，會對於生理、心理和表現帶來負面影響，其中主要原因是壓力賀爾蒙，又稱為皮質醇(cortisol)過度釋放，在個體偵查壓力源出現時(比方說家人的期許、或是同儕不諒解、老闆對於業績的要求等)，會釋放出大量壓力賀爾蒙，進入讓身心進入備戰狀態，由交感神經掌控(sympathetic nervous system, SNS)，此時肌肉緊繃、心跳加快、血糖升高，可以面對瞬間的直接打鬥或是逃跑的需求。然而現代人的壓力挑戰，通常是人際、競爭、情感、趕作業報告期限、他人和自己的期待與觀點，這些和遠古時代洪水猛獸的壓力源大不相同，不是靠蠻力打鬥或是緊急逃跑，可以立即處理的。反而是需要有冷靜心智，平穩的心情和專注力，幫助個人做適當的回應和決策。因此當個體察覺壓力出現時，如何適當管理壓力賀爾蒙長期過度分泌導致無法放鬆，轉成以副交感神經(parasympathetic system)優先處理，是很關鍵。副交感神經的運作，通常是讓身心放鬆，好消化和睡眠情況出現，有助於情緒平穩和覺察力產生。研究發現適當使用呼吸工具，有助於管理壓力賀爾蒙(Gangadhar & Janakiramaiah, 2000)，另也有有助於切斷重複不斷的思緒(Feldmana et al., 2010)，另外也有專書介紹呼吸，正確呼吸吐納對於人類壓力和精神能量管理，以及身心健康和表現，有顯著影響(Nestor, 2020)。

精神能量來源

如何適當管理壓力，維持和提高平衡和好的精神來源，從正向心理學和瑜珈科學，提出以下四管道：飲食、睡眠、快樂平靜的心境、適當呼吸，是維持好精神和能量的主要來源(Seppala, 2016)。

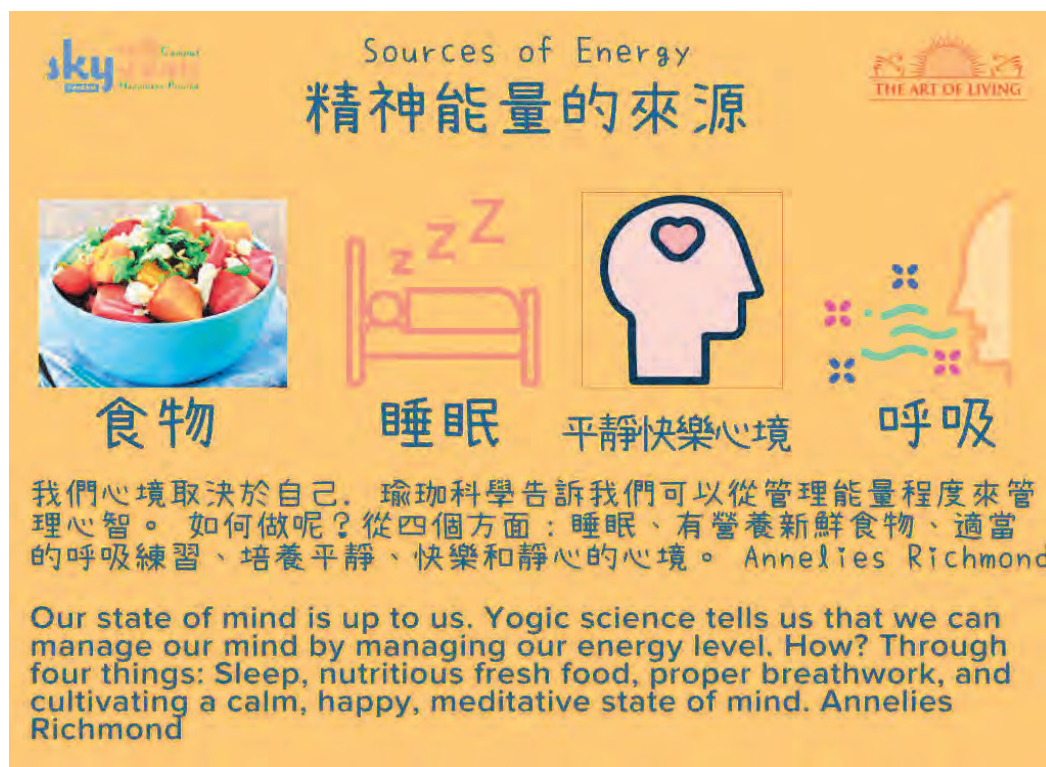


圖 15、精神能量的來源

(圖片來源：郭詩屏繪製；版權：Sky Campus & The Art of Living)

(1)飲食

飲食在整合醫學、古老生命科學日常健康作息養成，是大家從小到大都很清楚的，比方大家可能聽過腸胃道是第二個大腦，還有在華人的社會常會說有便秘的人會超級不開心。這些生活經驗都告訴我們腸胃道健康和飲食和我們身心健康息息相關。根據研究(譚等，2020)發現有心理相關疾病的人，通常也有消化系統和排泄的問題，發現他們的微生物基因組群(Microbiome)的種類較少，因此導致腸胃道發炎，無法順利排泄。有關如何透過飲食讓身心維持好的能量，尚有許多注意事項，可以從份量和種類(衛生福利部國民健康署，2018)、飲食時間、進食習慣之養成來提升精神能量。

(2)睡眠

睡眠也是精神能量來源很重要的一環。兩本專書發現(Maas & Robbins, 2011; Ghodke & Batliwala, 2022)，現代人有很嚴重的睡眠債，一個成人平均一天要深度睡眠至少八小時。可是在長期高壓下，還有過度光害(使用數位產品)很多人可能睡眠時間、環境和量的失衡，導致睡眠品質受損，而影響能量和精神。當睡飽和睡品質好時，本來在大腦揮之不去的一些負面念頭，很有趣就會跑到腦後，有精神來處理每天要做的瑣事或是突發的大挑戰。關於睡眠品質的提升，大家可以從三方面進一步關注：睡眠的量、睡眠的時間、睡眠的環境。

(3)平靜快樂的心境

心境也和精神能量有關，當我們心境在平靜快樂時，精神能量可以維持在最好的狀態。在日常生活中，難免遇到內外許多人事物，影響情緒和思緒波動，而無法在當下冷靜處理工作或事與人互動，最怕是成為情緒奴隸，或是自我被外在事件和人掌控，在失衡情緒下，而衝動行事，或是退縮等。在正向心理學和快樂科學研究發現，適當如何維持平靜快樂的心境，可以培養嗜好、可以鼓勵拉抬自己低落情緒的朋友家人或是社群相處，可以去散步、舞蹈、藝術創作、運動、適當日曬、去大自然走動、唱歌、聽音樂看表演等、甚至放鬆洗澡、和孩童嬉戲或是和自己友愛和深愛的家人朋友相處、和每隔一段時間給自己較長的靜默時間，都可以讓心境維持在平靜快樂。

然而在每日匆忙工作，有時不見得有兩、三小時這麼多時間，可以去從事上述活動。如何在短暫的 15-20 分鐘休息時間，可以讓心思沈澱休息，首推的好方法之一就是靜心。大家應該有聽過在 2018 年，在泰國有 12 位足球青少年隊員和他們的教練，因為突然暴漲的洪水，被困在地洞裡等待救援九天，沒有食物和水，在那時候人很正常本能會覺得害怕緊張無助，如果當下一一直在焦慮中，我們身體就會出現呼吸短促、大腦混亂思緒、體溫降低和肌肉緊縮等現象，在那種前後無救援情況，如果用原始打或逃面對壓力反應，只會更消耗能量，體力和心力。當時教練曾經是學習過靜坐/靜心，他領著小球員們，就是安靜坐著、閉眼休息、觀察呼吸和身心靈感受。他們這樣平靜接受情況，穩定心境在當下，很有趣的，他們身體也沒有過度消耗、壓力賀爾蒙也就沒有失衡產出，他們在這樣平靜冷靜、保留能量下，等待奇蹟發生。後來在第九天，英國

的搜救員發現他們，並陸續在接下來九天內把受困地洞多天的他們救援出來。

(4)呼吸

從一出生到離世前，呼吸都在那裡陪伴這我們，只有超過三到五分鐘不呼吸，就沒有能量，生命就離開，因此相較於飲食、睡眠、心境等，呼吸是更立即且關鍵的精神來源，呼吸是最隨手可得，也最被輕忽。你知道我們一天要呼吸多少公升的氧氣嗎？你知道呼吸有那些秘密嗎？

世界知名和平大使、瑜珈大師和精神領袖 Gurudev Sri Sri Ravi Shankar(2020)和當代的科學研究和報導(Nestor, 2020; Goldstein et al., 2016)都不約同指出：呼吸和情緒與心智管理有密切關係。比方說當我們生氣、快樂、緊張和憤怒時，心智的清晰和平靜也受到影響，我們的吸氣和呼氣的長短與頻率都會有不同的變化。這顯示心理影響生理反應。但同時也是雙向道，可以透過生理層面的呼吸來影響情緒和心智品質。人的前額葉是管理思考、運作和決策，但是在長期高壓或是極端情緒下，前額葉的功能就會受到阻礙，這也是為什麼，在那當下，要立即啟用理性思考或對話，來讓情緒平緩和心智沈澱，是非常挑戰的。在此時如果透過些生理放鬆方法，例如透過適當呼吸工具，例如吸管呼吸法，可以讓情緒緩和，衝動性行為出現機率降低。

覺察靜心練習概念與步驟

一般人，要遭遇上述突如其來的危險，可能是萬分之一，在日常生活，時常長期面對壓力，主要來自生活周遭瑣碎的人事物情境，這些小刺激日積月累在我們的五官思緒和身體當中，沒有適當放掉，心情就受到影響。就像個人電腦的臨時讀取記憶體，已經過度使用，資料塞滿，沒有適當清況，就會出現運作緩慢或是當機現象。腦霧(無法專心、想不清楚、視線模糊)其實也就是身體和心智給我們的提醒，真的需要抽離休息一下。然而現代生活如此繁忙，很多人常會覺得每天要抽出兩三小時，小時或是固定給自己數天假期，滿挑戰的。有件事，可以開始做的就是每天給自己幾分鐘閉眼放空-靜心。如何訓練心智能夠平靜，其實並不是靠語言意志力，硬要專注來達成。要訓練身體的肌耐力和鍛鍊肌肉，是要費力和用力。但是訓練心智能夠在當下、專心和平靜、或是放空，則是要反其道而行，也就是要不費力，什麼都不做，僅是像旁觀者，靜靜地觀察生理、情緒、思緒和呼吸情況。



(1)靜心入門小撇步

根據心理學家研究(Chapin et al., 2014)，和有靜心訓練和全球知名的生活的藝術基金會(Art of Living Foundation)，志願服務和人道教育訓練非政府組織的分享，以下按照環境、時間、身體和方法，來分享初學者靜心的方法。

- 靜心的環境：選擇安靜、不受打擾和寧靜的空間。
- 靜心的時間：通常在早起和晚上用餐前，是最理想的靜心時間。不建議吃飽後靜心，因為容易打瞌睡，而且血液循環都在胃部和腸胃道協助消化。
- 靜心時身體擺放：脊柱挺直、肩頸放鬆，輕鬆舒服坐好，不一定要盤腿坐著，可以一般坐姿即可，讓兩隻腳平均輕鬆放在地面。重點就是讓身體舒服，需要靠背就靠背，讓脊柱放鬆，沒有額外壓力。也可輕鬆坐在椅子上，或是屁股可以墊著東西，讓脊柱更容易挺直放鬆。如果沒有擺正，很容易就會趴臥或躺臥地板，一下就進入夢鄉，這樣就是睡眠而不是靜心(有意識讓大腦放鬆)。
- 靜心的方法：如果一早起床身，或是傍晚忙碌後，身體僵硬或是累積疲勞，可以先做肢體伸展暖身，輕輕甩甩手、頭和身體，動動腰和腳踝等，讓肩頸和四肢關節放鬆。接著眼睛閉起來，做幾個深長呼吸。然後慢慢閉上眼睛，觀察自己的念頭和呼吸和身心的感受。在靜心的過程中，提醒自己，就是這短短幾分鐘內，我什麼都不要、我什麼都不做，我什麼都不是，讓自己就是單純和當下的片和和自己觀察和察覺到的所有狀況相處。如果發現自己很多思緒和對話，就是簡單提醒自己，再關注到呼吸，然後繼續。一般來說，會建議早晚各 20 分鐘靜心。對於初學者可以使用不同的線上資源，可以從短的六-七分鐘開始，再慢慢延長時間到 10-12 分鐘，再到 15-20 分鐘。

最後建議和有靜心引導認證和經驗的師資學習靜心，是最佳學習靜心的方法。就像在各項運動學習，不論重量訓練、各項球類和跑步游泳等等，我們在學校都有專門的體育老師或是社區仿間聘請有經驗和認證的教練教導，可以免去運動傷害、事半功倍和持之以恆的學習。也鼓勵家長、教師和大專院校教師們可以去參加相關訓練，取得證照，融入日常生活和教學。



(2) 呼吸對於靜心的幫助

忙碌的現代人常在抱怨，要馬上坐下來靜心，非常挑戰。因為身體剛從緊張工作或生活狀態，要馬上轉到可以身心放鬆做好事非常挑戰的。因此如果可以在靜心前，練習些呼吸方法，同時配肢體伸展、運動，讓呼吸和循環打開，把身體焦躁不安先擯掉，或僵硬緊繃的肌肉和經絡放鬆，再開始靜心練習，很多人發現，可以很自在舒服放鬆進入深度靜心過程，當靜心完成後，大腦的專注、負面情緒、念頭雜訊的消融、和清晰度是大家發現共通的成效。

(3) 3 分鐘「覺察靜心呼吸」演練之訣竅

以下分享一種能夠提升自我覺察能力及平靜身心效果的呼吸方式，這是吳佳儀教授建議的名稱，簡稱 3 分鐘「覺察靜心呼吸」之演練，此練習是包含兩種在臨床和瑜伽傳統練習常見呼吸方法：吸管呼吸和腹式呼吸，可以擇一操作，或是先完成其中之一再進行另一個。適合校園中教師、學生或任何人在一天之中的任何時刻、匯聚精氣神，在早上起床、平時工作或是晚上睡前，花費大約 3 分鐘，讓紛亂的思緒緩和、衝動的大腦稍加平復、也為整個人帶來專注。相關說明如下：

● 3 分鐘「覺察靜心呼吸」目的為何？

放鬆身體、覺察壓力或任何心理感受、練習不批判地觀察自我身心狀態、練習透過大腦放鬆和觀察身心狀況，達到提升專注力和穩定情緒之目標。其中吸管呼吸(straw breath)，有助於降低焦慮，和大腦紛亂的思緒，非常簡易操作，中小學學生和新手容易上手(Schmidt & Trakowski, 2004)。而腹式呼吸(belly breath、abdominal breathing、Diaphragmatic Breathing)，由吳佳儀老師示範和介紹，命名為正念呼吸法，則是有助於身體內臟放鬆、和壓力減緩等許多功效(Hamasaki, 2020)。

● 3 分鐘「覺察靜心呼吸」適合甚麼人？

9-99 歲都適合，只要能理解覺察靜心呼吸之原理，並勤於練習，養成習慣，都可促進自身健康。

● 3 分鐘「覺察靜心呼吸」何時做？

老師可以在上課前利用 5 分鐘帶著學生聚焦在呼吸、帶領學生專注及放鬆，接著回到任何課程上，讓學生的注意力更加提升。

學生自己可以在每日的早晚睡前或下床前，先用這種呼吸法放鬆自我，再面對一天的生活；

給家長的建議也與學生一樣，鼓勵每日規律演練，甚至隨時隨地都可以採取這種呼吸法刺激大腦分泌腦內啡、重整自身的內在能量、穩定情緒。

● 3 分鐘「覺察靜心呼吸」怎麼做？分成吸管呼吸和腹式呼吸兩部分介紹

A、吸管呼吸法操作 (全程約 3 分鐘)

- (1) 找個舒服的坐姿，需要靠背，可靠背，請保持脊柱挺直。
- (2) 讓自己感覺自在。(可閉眼、鬆鬆肩膀，伸懶腰一下，脊柱挺直，肩頸放鬆)
- (3) 緊接著，眼睛閉起來，從鼻子慢慢深長緩慢吸氣，吸到不能再吸氣然後嘴巴微微嘟著，從嘴巴這個小小的洞（想像含著像喝鋁箔包飲料的吸管），把氣慢慢呼出來，越慢越好，不用急。
- (4) 重複第(3)步驟，按照自己速度，三至五回合，大約 1-2 分鐘。完成後就繼續保持閉上眼睛，靜靜觀察環境、身體、思緒和心情感受約一分多鐘，覺得完整後，自然深吸一口氣，再慢慢張開眼睛。



圖 16、吸管呼吸法介紹

(圖片來源：郭詩屏繪製；版權：Sky Campus & The Art of Living)

B、腹式呼吸法 (全程約 7 分鐘)

- (1) 找個舒服的姿勢(可躺或坐)。
- (2) 可單純自然鼻進鼻出呼吸，或是結合吸管呼吸，溫柔地把注意力放到上腹部，感受一下吸氣時上腹部微凸、吐氣時上腹部下沉縮小，持續深吸、慢吐。

(3) 嘗試持續深吸、慢吐及專注在腹部的感覺，大約五到六回合，可以做三分鐘到五分鐘，建議放慢速度做，更可以讓心智和生理層面放鬆。
(註：請參考下方 QR code 內容)



圖 17、腹式呼吸法
(圖片來源：吳佳儀，2022)

結語

本章節從精神能量管理來談對於身心靈健康的影響，鼓勵大家在日常生活中注意飲食、睡眠、平靜和快樂心境、和呼吸四大要素。而靜心覺察與呼吸演練是相當實用的技巧，老師可以在課前、課堂中、下課等各種適當時機帶領學生進行演練，讓他們聚焦在呼吸，放下情緒及壓力，專注在自身狀態，此舉有助於後續提升學生的注意力。家長在家中亦可使用此技巧，幫助孩子穩定情緒，重整自身的內在能量。



第四節、壓力管理策略

建議時間	1 小時
科目舉例	健康與體育、綜合活動、生命教育、輔導課、社團、班會
主題重點	了解壓力、壓力源、壓力反應與身心訊息，以及壓力管理策略
作業	檢視自己的壓力以及造成的影響，試著找出好的處理方法。
評值	壓力的正向因應與管理的展現

這是一個關於蝴蝶的故事

男人在屋外發現了一個蝴蝶的蟲繭，於是他決定在旁邊等著看蝴蝶破繭而出。幾個小時候後，蟲繭出現了一個小洞，蝴蝶拼命努力地掙扎著要從小洞裡出來，可是掙扎很久都出不來，在最後一次傾盡全力的掙扎後，一切陷入沉寂，蟲繭再也沒有任何動靜。

男人急了!決定幫幫這隻蝴蝶，他進了屋，拿了把剪刀，將蟲繭的洞剪開，果然一隻蝴蝶爬了出來。這隻蝴蝶有著肥大的身軀，皺皺的翅膀，等了很久，它僅在地上爬行。男人失望極了，他終究沒看到隨風飛舞的蝴蝶。

這個男人不瞭解，他的幫忙反而害蝴蝶無法透過狹小的繭洞，對身體進行擠壓，這個擠壓能將體液送到翅膀，撐開癱塌的翅膀，使它變強壯足以展翅高飛。

蟲繭的洞之於蝴蝶，就像壓力之於人，如果生活中沒有壓力，我們便無法強健成長。

壓力是命定的，活著就要承受各種壓力，無可避免。壓力的存在是讓我們能夠達成目標，適應環境中的改變，但過多的壓力則讓我們頹廢喪氣，產生各種身心症狀，這不是我們樂見的結果。如何妥善地進行壓力管理是我們一輩子要學的功課，以下針對「壓力源及壓力」、「壓力反應期與身心訊息」、「壓力管理策略」進行說明。

一、壓力源與壓力



在談壓力管理之前，我們要先了解何謂壓力源（Pressure）及壓力（Stress）。

霍姆茲和拉希(Holmes & Rahe,1967)曾針對人們生活中所感知的壓力進行研究及統計。研究指出個人只要有任何身心或週遭環境人事物的改變，皆會影響個人平靜的生活，產生壓力。因此定義任何生活事件的改變皆可視為壓力源。壓力源可以是負向生活事件，例如：失業、生病；也可能是正向的，例如：中樂透；當然也可能是中性的，例如：搬家、轉學、認識新朋友。

但並非所有的壓力源都會造成心理上的壓力，這裡我們必須將壓力源（Pressure）和壓力（Stress）分開看。壓力源是任何生活事件的改變，屬於客觀事實；但壓力則是心理感受，屬於主觀認定。

每個人對壓力的感受與承受能力因年齡、性別、人格特質、身體狀況而有所不同，對某人來說或許不能稱之為壓力事件很可能對另一個人就是不可能的任務。一般來說，大人能承受的壓力比小孩多；女人比男人更能忍辱負重；隨遇而安的人比追求完美的人更能適應生活中的壓力。這並不難理解，承受壓力的能力與我們個人的經歷、期待、生活適應技巧有關。

二、壓力反應期與身心訊息

壓力無可避免，壓力亦非壞事。加拿大心理學家漢斯·塞利（Hans Selye）曾提出「一般適應症候群（GAS，General Adaptation Syndrome）」理論，認為人在面對壓力的過程可分為三個時期，產生不同反應。

首先是「警覺反應期」，此時人感受到壓力與環境的變化。在生理上，腎上腺的分泌腎上腺素，造成心跳加快、血壓升高及反應加快等現象。接下來是「適應及抵抗期」，這個階段我們逐漸適應壓力，恢復耐受力，在工作上專注亦不感覺疲累，甚至表現更高的效率，呈現出適度壓力帶來的好處。壓力與焦慮的研究也顯示，適當的壓力產生輕度的焦慮，對生活適應具有正向的意義。

在「適應及抵抗期」，腎上腺釋放出腎上腺皮質醇（Cortisol），又稱「壓力荷爾蒙」，其能促進血液循環，提升新陳代謝，升高血糖血壓，並刺激細胞釋放葡萄糖、脂肪及氨基酸，增加身體能量來應對外來壓力。

正常情況下，短期分泌腎上腺皮質醇可幫助身體應變緊急狀況。但是若長期承受慢性的壓力，則使人產生中度焦慮，個體變得只專注在特定的外在刺激，逐漸失去耐心，出現易怒、說話快速等現象。腎上腺皮質醇因持續升高而分泌過量，除了精神緊張外，也可能造成血糖上升、免疫低下，進而有記憶力減退及肌肉減少等症狀，此時便進入第三階段的壓力反應—「衰竭期」。

在「衰竭期」，長期或過度的壓力會導致耐受力下降，個體感覺疲累、能量耗盡，工作效率也隨之降低。長期或超出負荷的壓力則產生重度焦慮，甚至恐慌。個體會忽略周遭的重要訊息、缺乏解決問題的能力、無法適當地思考及反應。另一方面，腎上腺在長期分泌大量皮質醇後產生疲乏，反而導致皮質醇分泌不足，人們因「腎上腺疲勞（Adrenal Fatigue）」而無法有效對抗壓力，可說是壓力造成的身心症狀。

腎上腺疲勞者常見的狀態例如：沒來由地感覺疲勞、肌肉痠痛，即便有休息也未必能恢復，難以集中注意力，對平常感興趣的事物不再感興趣，常常需要借助刺激性飲品提神等。長期下來可能導致憂鬱、慢性疲勞、自律神經失調，也可能有潰瘍、失眠、高血壓、偏頭痛等身心症狀，無形中影響了人們的生活品質。

了解壓力反應期和壓力下的身心症狀有助於我們了解自身的狀態，了解如何讓壓力成為達成目標與適應生活的助力，而非阻力。

壓力反應階段的檢視

想一想你目前在哪一反應階段呢？



表 7、壓力反應階段一覽表

反應階段	腺體運作	身體反應	心理反應
警覺反應期	腎上腺會分泌腎上腺素	心跳加快、血壓升高	對外界反應加快
適應及抵抗期	腎上腺釋放出腎上腺皮質	血液循環加快及新陳代謝提升，血糖血壓升高，細胞受刺激釋放葡萄糖、脂肪及氨基酸，增加身體能量來應對外來壓力。	輕度的焦慮；耐受力恢復且埋首工作卻不感覺疲累，工作效率顯著提升
衰竭期	長期大量分泌皮質醇而疲乏，反而導致皮質醇分泌不足。	慢性疲勞、自律神經失調、潰瘍、失眠、高血壓、偏頭痛等生理不適	重度焦慮、恐慌憂鬱；注意力難以集中、記憶力減退、忽略周遭重要訊息、缺乏問題解決能力、無法做出適當的思考及反應

(本表格由編輯團隊整理)

三、壓力管理策略

要管理壓力，要掌控好三元素：壓力源、目標及資源。簡單說，就是要減少壓力源，設定合理的目標及增加資源，具體做法說明如下。

(一) 減少壓力源

你清楚目前所面臨的生活變動嗎？或許是天氣的變化，也或許你剛換工作或搬家，這些變動其實都算是壓力源。有些變動你不以為意，例如：換工作；有些變動則令你焦躁不安，例如：天氣變得很炎熱，記住壓力的大小是很主觀的感受，無關乎對錯，只有誠實面對自己的感受才能進行管理。

這裡也提醒大家，身心症狀能很誠實的反應壓力。我有位個案一直覺得沒有壓力，但就是失眠、長期腸躁症，歸根究底是因為他任職單位的業務非他能力所及，後來換了工作，這些身體狀況不藥而癒。另外，小孩對於壓力的感受較為遲鈍。許多小學生認命的接受家長安排的各種才藝班，

孩子確實也很喜歡上這些課，但為了銜接各種課程疲於奔命，便秘、淺眠、情緒變得很暴躁，容易因為一點小事便遷怒同學，這些很可能都是長期壓力下的表現，家長和師長不可不察。

其次，你要清楚你有什麼資源可以幫助你面對這些壓力。資源包括你的時間、金錢、人脈資源、體力、專業能力等等。問問自己：它是件容易的事情嗎？它需要耗費多少時間？我有幫手嗎？我感受到的壓力大嗎？合理的評估有助於你思考如何面對這些壓力源。而這個評估的過程可能已經在幫你減輕壓力，也可能讓你更真實地感受到實際面臨的壓力。

再者，除了針對每一項壓力源進行資源與壓力感受的檢視，你需要整體思考「時間」的問題。這裡的時間與上段資源所講的時間有所不同，資源中的時間指的是你要花費多少時間處理這個壓力事件；這裡所說的時間則是指短時間內同時承受多項重大壓力；或長時間承受許多瑣碎的壓力。我有位個案選擇一個月內搬家、結婚及換工作，在還沒面對這些壓力事件之前，他已與女友吵得不可開交，因為短時間內承受極大的壓力導致情緒失控，關係交惡。另外，我們都知道伸手握一杯水並不難，但要一整天都承受這杯水的重量便相當辛苦。許多長期在家照顧長輩的媳婦，一開始都不覺得照顧臥病在床的長輩壓力很大，但三個月、六個月後，她們都出現失眠、焦慮的身心症狀。許多小小的生活事件短期不覺得有什麼了不起，長期承受下來便是巨大的壓力。

因此，最後要整體檢視短時間內或長時間下承受的壓力量。可以問自己這些壓力事件是長期承受或是短期內能解決？這段時間內是否有休息喘息機會？每天是否都承受極大的壓力？這些壓力事件是基於需要或是想要？以此做為取捨壓力源的依據。

壓力源與資源檢視

建議你：

1. 寫下近期內你感到壓力的生活變動—壓力源。
2. 寫下你目前擁有的資源，並標示心理壓力程度。
3. 以短時間及長期承受的整體壓力檢視，並做取捨。



《範例》

壓力源	資源	心理壓力	取捨
換工作	發展專業、有認識的熟人、家人支持、需要至少三個月適應	中度	保留
租約到期，要搬家	沒時間找房子、沒時間整理、沒幫手、有搬家費用	中度	捨去，與房東續約，明年再搬
交新女友	沒時間相處、遠距離戀愛	中度	保留
考研究所	沒時間準備，考上機會 50%	很大	捨去，明年再考慮
兼差寫專欄	能多一筆收入，沒時間休閒	輕度	捨去，不缺錢

(二) 目標的設定

探討「壓力源與資源」目的在刪除過多或無法承擔的壓力源，但有些壓力源是我們無法逃避排除的，例如：失業、喪親或是生病，這時候我們必須靠調整目標與期待來減輕心理壓力。

心理壓力往往來自他人及社會文化下的期待，有些期待並不合理。例如：我常遇到外界期待亞斯伯格症的孩子有天賦異稟的表現，但事實上有天賦異稟的亞斯並不常見，這也造成孩子及家長極大的壓力。他人或社會大眾不合理的期待，我們大可放在一旁，置之不理，但我們對自己的期待，涉及個人目標的設定，則可以好好檢視一番，並作調整。

我們設定的目標與現況落差越大，則壓力越大。不要忘了壓力是為了幫助我們達成目標，適應環境，若我們設定的目標已經讓我們壓力大到無法提升自己，則我們需要好好重新調整我們的目標。以考試為例，100 分自然是大家都期待的分數，但我們真實能力若只能考 68 分，則將目標設定為 100 分無疑是挫敗自己，且可能因為差距太遠，更無法激起挑戰的鬥志。因此，設定一個合理可行的目標，例如：70 分，較能激發自己前進的動力。

目標的設定有時候也不僅僅針對單一事件的期待，更多時候是一種「放自己一馬」的生活態度。例如剛剛成為九年級生，要全心準備一年後的升學，若這時候還期待自己課餘期間多學不同的才藝以培養多元的能

力，無疑是增加自己的壓力，試著告訴自己，可以等到時間跟心力都更有餘裕的時候再安排盡情學習，讓計畫緩一緩，就長遠來看並不會影響人生多少，但在當下這個時刻，「放自己一馬」卻是降低自身壓力的有效方法。

(三) 增加資源

面對壓力源，越豐厚的資源，越能減輕壓力。生活中時間、金錢、體力、能力、人力的有餘，往往是能否真實面對壓力，提升自我，適應環境的關鍵，這可分「健康的身體」與「生活資源」兩方面探討。

1. 健康的身體

最基本的資源，就是我們的身體。我們要有強壯的體魄，才足以面對生活中的壓力。養成良好的生活習慣是強壯體魄的必要條件，包括良好的運動、睡眠與飲食習慣。運動會使大腦釋放許多心情愉悅的神經化學物質，包括多巴胺及腦內啡等。美國心臟學會建議從事中強度的運動（如快走、騎單車、做家事、健身操、太極、桌球、社交舞等），每天至少 30 分鐘，每週宜 5-7 天，當然，這是理想狀況，你必須設定適合你的運動目標。

有幾項訣竅可以幫你養成好的運動習慣，一、無負擔的開始，從舒適無負擔的運動開始較容易成功，例如：每天爬一層樓梯替代坐電梯，然後再慢慢增加。二、融入你的生活之中，例如：騎單車取代開車上班，三、找能一起運動的夥伴，有人同行較能相互提醒，四、訂定獎勵措施，犒賞自己。

其次，養成好的睡眠習慣也是抗壓的基本配備。良好的睡眠習慣包括：一、每天定時睡覺，定時起床；二、睡前 30 分鐘不看任何螢幕，遠離藍光，可以做些輕鬆活動，如泡澡、聽音樂。三、讓睡覺的地方單純化，保持安靜、黑暗。四、不勉強自己入睡，若躺床上 20 分鐘無法睡著，也無須勉強自己。這裡還是要強調規律的運動有助於睡眠。

最後，飲食均衡才能有健康的體魄，維持良好的體力，所以良好的飲食習慣很重要。良好的飲食習慣包括：一、一日三餐定時定量。二、均衡攝取各種營養素。三、保持良好的用餐心情。四、少油、少鹽、少油炸類

食品。

2. 生活資源

生活資源包括你所擁有的時間、金錢、人脈、人力資源等，這裡牽涉許多生活知能，例如時間管理策略、理財、人際溝通技巧等等，這些知能都能透過書籍或網路資料學習，限於篇幅，我們僅針對時間管理進行說明。

時間管理，一、要明白時間的有限性，一日 24 小時並非 24 小時都能很有效率的處理事務，這便是時間的限制。二、七天的時間只規劃五天的工作量。休息是為了走更長遠的路，七天中留兩天的空白是為了讓自己喘口氣及保持工作的彈性，萬一五天的工作量未能及時完成，可利用第六天完成，這樣也避免一直在追趕進度的疲憊感及無法如期完成的挫敗感。三、事有輕重緩急，優質的時間處理困難的事，例如：專案報告；零碎的時間處理小事，例如：背單字、回 LINE 訊息等。

四、結語

面對壓力是生活的常態，如何透過壓力提升自我的能力與達成目標考驗著我們的智慧。且讓我們從今天起，養成良好生活習慣，增加自我資源，同時經常檢視壓力源，從中增減刪除，設定合理目標以面對生活中的難關！



第五節、自殺防治守門人

建議時間	1-3 小時 (初階: 1 小時/進階: 3 小時)
科目舉例	健康教育、健康與護理、綜合活動、生命教育
主題重點	建構守門人的自殺防治能力、辨識危險訊號、克服自殺迷思、展現自殺防治技能。
作業	警訊的辨識、關懷的練習、溝通技巧反思
評估	守門人知能、反思筆記

小安和女友從七年級同班之後就開始交往，感情一直都很好。最近兩人間的氛圍卻好像有點冰冷，不太互動了，班上同學覺得怪怪的，分別私下關心了兩人，才知道他們日前大吵了一架，最後女孩提了分手。女孩的好朋友們知道她心情不好，下課的時間都陪在她旁邊，女孩會傾訴她的傷心，朋友們便給予暖心的安慰。而小安的好朋友們也很挺他，找各種機會想關心他，但身為被分手的一方，小安並不願意表達他的難過，只希望大家讓他一個人靜一靜。過了一陣子，女孩漸漸恢復成以往開朗的模樣了，班上同學對這件事的關注熱度也漸漸下降。而小安卻還是一個人鬱鬱寡歡的樣子，甚至越來越退縮、不想和其他人往來，甚至在網路上表達有想死的念頭。慢慢地，好像要變成班級中的邊緣人了，他的好朋友們在旁觀察到這個情況，相當焦急，雖然理解小安可能不想被打擾，但是他的狀況好像越來越糟，不應該放任他繼續下去啊，但又怕告訴老師，會不會讓小安產生被背叛的感覺，更影響了他們的友情……好朋友們實在不知道該怎麼做了……

我們一定遇過像小安這樣處在情緒困擾的人，可能是你親近的家人或朋友，可能是與你不算親近但仍有關係、或者會在生活上接觸的人，而當時的你，是不是做到了適當的關心、陪伴他度過了難關呢？還是跟大多數人一樣，其實不知道該怎麼做才能真正幫助到他，並且不會造成反效果或傷害。因此，本節介紹了如何成為一個好的守門人，希望大家可以透過學習，提升關懷的能力，進一步守護身邊的親友。

一、Who？誰是守門人？

雖然自殺防治守門人狹義定義指的是「定期/固定地接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人」，但廣泛來說「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺危險者作適當的回應或轉介者」，不管是醫療及助人相關專業人員、警消、教師、志工、服務及銷售業人員(如農藥行、百貨賣場)，或者家人、朋友、同學、同事、鄰居等等，只要透過適當的學習，每個人都可以成為自殺防治守門人(李，2018)。

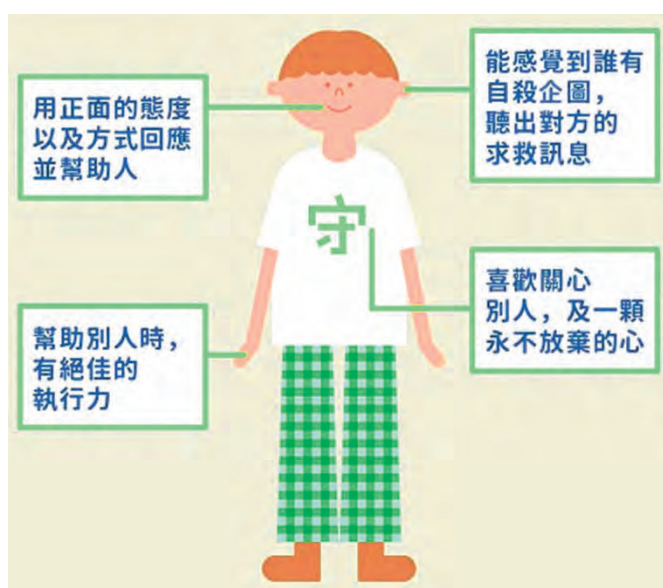


圖 18、守門人的特質

(圖片來源：衛生福利部 FACEBOOK)

<https://www.facebook.com/mohw.gov.tw/photos/pcb.1153285004837916/1160815550751528/?type=3&theater>)

二、What？守門人該做甚麼？

守門人最重要的行動展現，即是給予身陷情緒困擾者「關懷、支持」，陪伴他度過想要尋求死亡的低潮期，並有能量繼續往未來前進。而守門人有著「早期發現、早期干預、早期協助」的任務，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，也能適時地給予鼓勵，並提供資源協助。

三、How？怎麼成為守門人？

如前段所提及，只要透過適當的學習，每個人都可以成為自殺防治守門人。首先，守門人須建立基本素養，涵蓋知識、態度與行為三大面向的學習：

知識層面：了解自殺現況/嚴重性、現行法規/防治策略、自殺成因/警訊。

態度層面：克服自殺迷思、建立同理心。

行為層面：展現守門人自殺防治技能、連結資源。

時間來到了小安高中時期，他的同學發現他在網路上揭露死亡計畫，除了陳述自己憂鬱低潮的痛苦，也提及家人過世與自己染疫隔離時的孤寂感。一個高中數學老師相當關心小安的情形，發現他網路訊息的隔天便與小安聊了一下，發現他最近苦於失眠、坐立不安、常莫名哭泣也無心在學業上，於是建議小安到輔導室找輔導老師評估近況，結果發現他的心情溫度發高燒、且家人也都不知道他的狀況。於是，輔導老師與小安的父母聯繫，無奈父母認為小安只是心情不好，以前也都這樣，過一陣子就會好了，至於網路訊息只是說說而已、不會真的去做，也無須接受進一步醫療的協助。

如上範例中所述，校園自殺防治守門人除了老師，其實家長也扮演重要的腳色。在守門人的角色上應瞭解的關鍵作法，包括辨識警訊、去除迷思、以及展現技能三個重點，說明如下：



圖 19、自殺防治守門人三大關鍵作法

(計畫團隊自製)



(一)了解自殺警訊

不同的危機者也會有很不一樣的警訊表現，例如可能是口語的、也可能是行為的，我們可以用「FACT」的概念來觀察對方是否有出現危險訊號：

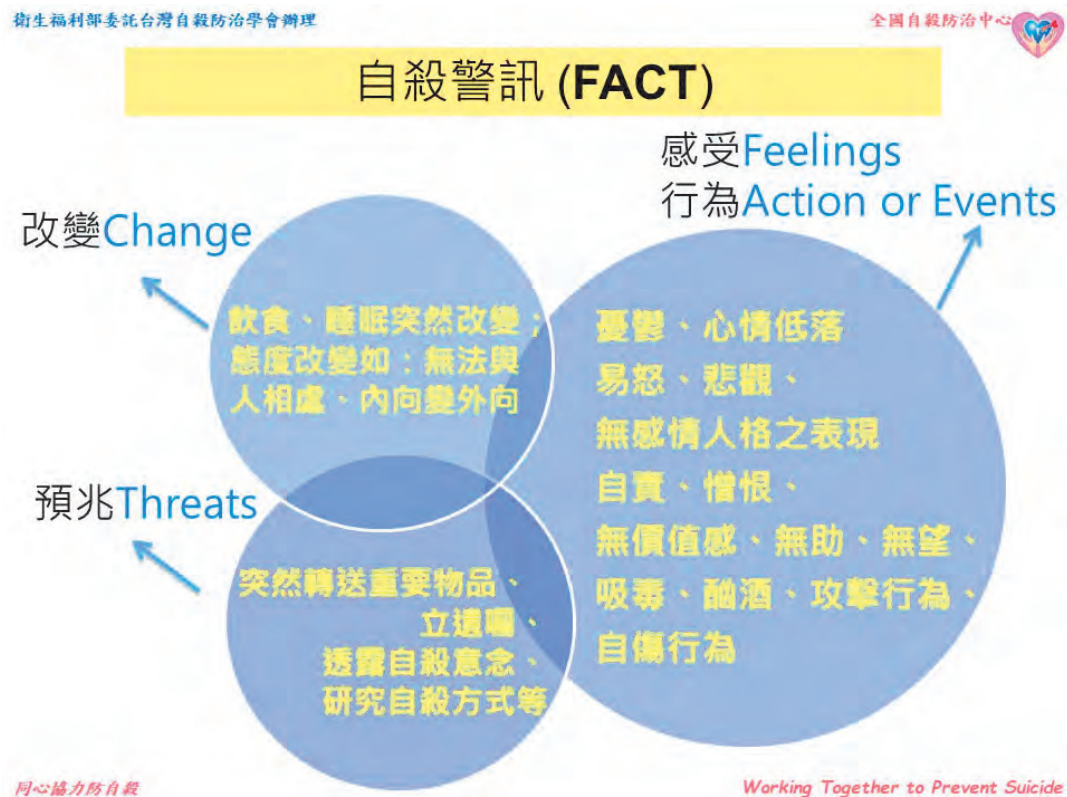


圖 20、自殺警訊 FACT
(圖片來源：台灣自殺防治學會)

這些面向的仔細觀察相當必要，其中特別來看看有情緒困擾的學生，口頭、圖畫或文字都有可能是他們表達死亡訊息的管道，而在口語方面，還可以分為直接清晰或曖昧模糊的表達：

直接清晰	心情好混亂… 好煩躁！我誰都不想理… 我想死… 我覺得自殺也沒什麼不好… 我想殺死自己之前，先殺了那個人… 傷害自己沒什麼不好，至少我的情緒會好一些… 死了會好過一些吧…
曖昧模糊	全身都不對勁… 我不知道要怎麼講… 講了誰會懂？連我都不知道自己在想什麼… 我想去一個很遠的地方… 我活得好累… 我想一覺不醒也沒關係… 我覺得自己什麼都做不好，很沒用，我不想再這樣下去了…

抓到危險訊號並不困難，只要身邊的人都多一分用心的觀察。

(二) 克服自殺迷思

一個人究竟遇到什麼樣的絕境，竟然會讓他出現自傷自殺的念頭/行為呢？也許社會大眾並不容易理解這個歷程，也會對自殺行為或自殺者本身有些既定的看法，而這些看法不一定是符合現實的，這種落差不僅無法同理到自殺者、給予支持感，有時甚至會在幫助自殺者的過程上造成阻礙。因此，好的守門人需要破除自殺迷思，並建立起同理、關懷與支持的態度，以下將針對幾個常見的迷思進行討論，提供給大家一些正確的觀點和做法：

➤ 常說想死的人才不會真的去做呢！

事實是：會這樣說的人，通常並不是要大家關心而故意這樣說，而是有時候煩惱太大、太重了，所以這些話其實代表著「到底可以怎麼辦？」的沈重心聲。所以聽到有人說「想不開」，就看著他認真說「這樣的煩惱，我們找人一起來解決好不好？」。

➤ 跟他們談論為什麼會想死的事，會讓他們真的去做吧……

事實是：以社會價值觀，普遍認為「自殺或想死」這個念頭是不會被大家接受的，所以，當有人願意來聽自己的心聲，會讓人產生「被接受」的感覺，這種感覺本身就在傳遞一種「同在、支持」的能量。而且重點是放在談論困擾者的「煩惱」，並不是談論他們要怎麼去結束自己的這項行為。守門人也許會擔憂「就算知道了他的煩惱，但是我也不知道該怎麼辦」，請你放心，解決煩惱要找幫手，學校輔導資源、社區諮商診所、或醫療，都會是能給大家信心與協助的好地方。

➤ 會去傷害自己、甚至去自殺的人，都是真的想死。

事實是：遇到煩惱時，有人會選擇去跑步、有人會大吃大喝發洩…每個人有自己因應的方式，其實，自殺/自傷行為也是一種面對煩惱的表現。自殺者

常常處在一個矛盾的狀態，他們想要處理煩惱、好好生活，但可能實在找不到處理這些煩惱的其他方式，就做出了這樣的行為。他們也並沒有想到，做出這樣的行為往往會帶來更多的困擾，例如被責罵、更不被理解、或身體受影響等等。因此陪伴在他身邊，協助他連結資源一起來面對煩惱和困擾，降低他的無望無助感，增強他活著的動力，會是相當有幫助的做法。

- 我沒有辦法幫助他們不再傷害自己，那太專業了…

事實是：會導致自傷/自殺的煩惱，是非常複雜且由多種原因造成的，所以需要很多人一起分工協力來陪著自傷/殺者渡過關卡。在陪伴與處理的過程中，也許他們可能還是會再發生行為、或是想法一直沒有消失，但這並不代表誰都幫不上忙，因為他們需要更多信心與安全感，去相信煩惱有在解決中，而在他身邊的我們，就是幫他看到一步一步累積的改變之重要角色。

- 叫那個讓他變成這樣的人跟他道歉，他應該就會好了吧！

事實是：有句常常在電視上出現的台詞「如果道歉就能解決事情的話，就不需要警察了」，我們可以理解事情的發生也許已經帶來傷害，就算事後再多的彌補也不可能讓傷害消失，而「道歉」真的能為自殺/傷者帶來些許撫慰嗎？對方是真誠懺悔還是只是為了息事寧人的敷衍？自殺/傷者的狀態已經調適好去面對對方了嗎？這些都牽涉到相當複雜的考量，一不小心更可能造成二次傷害，所以我們不應該自作主張替自殺/傷者決定後續處理的方式，這時候可以對他說：「你可以決定是否要接受道歉、什麼時候原諒對方，我都很願意聽你的想法與感受，一起討論出對你最適當的作法，無論要多久！」。

- 離開傷心地，應該就會變好了吧！

事實是：遠離傷心地究竟是讓人「眼不見為淨」，還是代表「心中仍有疙瘩」？沒有人有最好的答案，但是如果離開傷心地之後，並沒有逐漸慢慢變好，就代表還需要別的招數來幫助他。但是當事人可能還是很茫然，甚至會

以為是自己做不好，情況才沒辦法好轉，所以這時候身旁的我們要注意避免跟他一起陷入這樣的迷思，變成是責怪當事人、或是讓他更自責的窘境。我們都要記得，導致自殺/自傷的煩惱是多重原因所造成的，所以，解決方法絕不是只有「離開」一招。

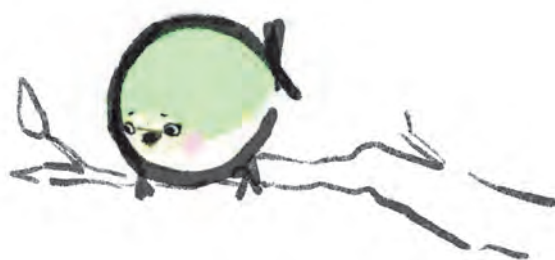
➤ 要完全變好是一條漫長路，什麼時候才能回到原來的生活啊？

事實是：生活步調因為這樣的狀況而暫停、中斷、或需要重新建立，讓自殺/傷者不能夠如以往習慣過生活，他自然會產生對未來茫然、不安的感受。這時候，設法讓生活規律與穩定就是打下基礎的開始，無論是作息、用餐、上課、社團活動，即使是請假在家，也要讓作息穩定，另外，這時期可能也有搭配就醫或輔導諮商等等，在他身旁的我們可以幫忙注意、提醒，甚至陪伴他前往，確保他持續有接收到應進行的輔導或治療。在這個過程中，即使他還是會想到難過的事而掉淚，即使他還是表示有想不開的念頭，即使不知道他什麼時候會完全好，而我們可以幫著當事人用心、用眼記下他不以為意的改變，例如睡眠變好了、食慾正常了、聊天或看電視會自然地笑了，適時回饋讓他知道，漸漸地，他也能看到我們幫他看見的好。

(三) 展現自殺防治守門人技能

1. 關懷心情四步驟：看-問-聽-找

當發現身邊的人出現了情緒困擾，我們都很希望能有所幫忙，所以透過關懷心情的四步驟：看見不對勁、主動問一下、閉嘴用耳聽、一起找幫手，一起來學習如何傳遞溫暖的關懷。而在情緒困擾者的身邊，我們可能是不同的角色，以下將分為關係親近的人、不算親近但有關係的人、以及情緒困擾當事人三個角度，說明應該如何執行關懷心情四步驟：



我是他關係親近的人：(如家人、朋友、老師)

看	【察覺他的不尋常】眼耳併用與相信直覺 · 眼，發現傷口、有傷害自己的行為、非常大改變且影響原本人際關係的行為等。 · 耳，不尋常的話語用詞，如感覺不是開玩笑的厭世言論。 · 覺得不對勁，就是要進一步澄清。 · 更多警訊可參考本節中前述之相關內容。
問	【主動靠近，表達你想協助的意願】 「最近有遇上什麼狀況嗎？因為我看到你身上的傷口/你常說厭世的話。」最主要是告訴他「我想知道我能幫你解決多少煩惱」，而不在於勸戒他「你別做傻事啊！」，因為這樣就本末倒置了，重點是他的煩惱，傷害自己的行為或負面的思考則是伴隨煩惱而來的結果。
聽	【傾聽他的煩惱，陪伴他的孤單】 · 務必要先關上自己的嘴，用耳朵聽是關鍵。 · 向當事人詢問「你希望我多說一點？還是聽你講？」，如果當事人沒有想法，或許也可以對他說「我就在（某處），需要我時來找我」或者「要我先離開？那我一個小時之後來找你？」。 · 要傳達給他的是：需要我在時，你可以在(某處)找到我，若你沒辦法過來，我也可以來找你。要我多說話我會說話，要我安靜聽你講，我也會做到。
找	【帶著他一起找資源幫忙】 · 陪著他一起去找資源的同時，請記得，你也是他的幫手之一，專家是局外人，可以給出也許原本沒有想過的好建議，不過，你是當事人生活裡緊密相關的人，不會一點用都沒有喔。 · 在陪伴當事人度過難關的過程，你也許也會有不知所措或茫然，這時候，也請去找幫手來幫你，可能是你信任的朋友、或找相關專家諮詢，找幫手並非表示你幫不了當事人，而是透過「被幫一下」，讓你知道你仍有能量繼續提供幫助。

我是與他不算親近但有關係的人：(如學校同學、親戚)

看	【多一份警覺】對警訊不要視而不見 · 如果發現同學不太對勁，例如身上有傷口、不像以前會跟你打招呼、有看到好像會做危險傷害自己的行為時，你不知道該怎麼辦，就是先去跟老師說，記住，這不是打小報告，而可能是阻斷危機的好開始。
問	【主動提出觀察，促發他身邊的人去關懷】 可以跟當事人比較好的老師或同學說「最近某某是不是有煩惱」，讓他身邊的人知道有人跟他一樣有發現異狀，或者提醒他身邊的人要有所警覺，進一步去多關心一下。
聽	【不八卦事件，和師長討論可以做的幫助和支持】 雖然去討論當事人發生了什麼事，是人之常情，但私底下的談論與猜測通常無法幫助他走出低潮，鼓勵你可以跟老師或你相信的大人討論，以你所知的情況該怎麼去幫助當事人，當然也可以討論你自己有受到這事件怎樣的影響。
找	【日常關懷交流互動，傳遞溫暖】 · 不知道要怎麼當好幫手沒關係，但是怎樣才不會變成豬隊友很重要，只

	要掌握一原則：讓說話字詞不要有否定詞句出現就好，例如「怎麼看了醫師還沒有好？」、「事情都過了這麼久還想不開？」。 · 可以說什麼：就聊聊日常生活，例如看了什麼電影、去了哪裡玩、好吃的食物，期待下次一起去等等。讓當事人感受「喔…我沒有被忘記耶…」。
--	---

我是情緒困擾當事人：

看	【發現自己的不尋常】 · 使用心情溫度計檢視自己最近一週以來的心理狀態，覺察自我情緒困擾並勤於測量心情溫度，觀測重點有以下六項： 1.睡眠：近一週常難入睡、易醒、作息大亂。 2.緊張、不安：近一週一直有心情或身體肌肉的緊繃、難以放鬆、腦袋會一直想東想西想壓抑都不太成。 3.苦惱/易怒：近一週常一臉苦惱或很容易就生氣，自己也不想這樣。 4.低落、憂鬱的心情：近一週以來常鬱鬱寡歡、高興不起來。 5.比不上別人：近一週內即使有人稱讚，仍覺得自己很沒用，認為盡力了也不會做到、同意且相信自己是沒有用。 6.有自殺的想法：近一週常想要一走了之、想要一睡不醒等念頭，只要有出現，就是需要有人來幫你一把的時候。 · 有了這些訊號，代表你已經受到一定程度的影響，請告訴自己，不OK也沒關係！需要時，幫忙就在身邊。
問	【接收他人主動靠近的心意】 如果有人主動問「你還好嗎？」，這代表有人看見苦惱的你了，也許你不知道該怎麼回應，沒有關係，你可以簡單先回覆「沒事啊，謝謝。」就好。也請你試著思考看看，是不是有一些人，你會願意對他們傾吐煩惱。嘗試勇敢說出心中的煩惱或苦痛，你的困擾說出來後也是一種舒緩的方法。
聽	【接納他人的關懷】 有時可以理解對方是想安慰自己，而說了許多話。如果你想要安靜，但又需要有人陪，你可以試著對他們說「謝謝你的好意，我先一個人靜靜，但我有需要時，請陪我」。典型的守門人會聽你說、陪伴你、並且讓你知道當你需要他時，你可以找到他/她。
找	【試著接受資源的幫助】 因為你在困擾中，可能需要有個人幫你好好整理腦袋的雜亂思緒，也可能你的作息、飲食、情緒已經大受影響，而需要暫時性的藥物治療舒緩。你可能自己會去找資源，但如果不知道該找誰，但是有你願意相信的人提議去找爸媽、老師、醫師等，先一起去看看。要相信：幫助是無所不在的，轉個彎，或許就會遇到解方！

2. 當遇到有自殺危機者：一問二應三轉介



圖 21、守門人 1 問 2 應 3 轉介步驟
(圖片來源：台灣自殺防治學會)

從情緒困擾到出現自殺危機，當事人需要守門人進一步的關懷與因應，建議以「一問二應三轉介」為操作步驟：

1 問：主動關懷、積極聆聽
➤ 一感到懷疑便立即詢問，要了解「這可能是唯一一次幫助的機會」。 ➤ 同理的言語是催化劑： • 我想當時你一定覺得很難過… • 當時你怎麼想？ • 之後發生了什麼事？ • 聽起來這段時間你過得很辛苦，晚上睡得好嗎？白天胃口如何？精神好嗎？ ➤ 配合非語言訊息表達：身體語言、溫和關心語氣、眼神接觸等。 ➤ 善用心情溫度計，融入日常對話：(以第一題為例) • 最近一個禮拜以來，你的睡眠怎麼樣？ • 是否有因為任何睡眠困難，而感到困擾或苦惱？ • 失眠造成的困擾有多高？(0 分完全沒有、4 分非常厲害)

心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中（包含今天）」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 —	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 —	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒 —	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落 —	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人 —	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法 —	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題的總分：

- 0-5分 一般正常範圍
- 6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒
- 10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢
- 15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢
- ★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

圖 22、心情溫度計
(圖片來源：台灣自殺防治學會)

➤ 進一步詢問：是否有自殺的想法？

間接問法

- 你最近是不是感到不快樂？（不快樂到想要結束自己的生命）
- 你是否曾經希望一覺不要醒來也沒關係？
- 你是否覺得活著沒意義，沒價值，也沒有人在乎？

直接問法

- 你是否有想到要自殺呢？
- 會不會有想不開的念頭？
- 會想尋死？想尋求永遠的解脫？

2 應：適當回應、支持陪伴

- 詢問確定當事人有自殺意念後，守門人的任務即轉為適當回應與提供陪伴。除了持續提供心理支持及必要的陪伴，亦可持續使用心情溫度計了解當事人的心理困擾程度變化與因應情形。
- 此時回應與溝通的原則：
 - 開放討論，了解感受。
 - 接納，勿評斷。
 - 多聽少說（積極聆聽好過於給錯誤保證或建議）
 - 提供希望，著重個人的正面力量。
 - 詢問他是否願意尋求協助。
 - 語言及非語言訊息都可以表達你的關懷。
- 有效溝通的方法：傾聽、鼓勵繼續表達、情緒支持
 - 接受：「嗯哼…」「我了解…」

・ 引導會談延續：「然後呢…」「多告訴我一點…」 ・ 澄清：「你的意思是這樣嗎？」「你所謂的 XX 指的是什麼？」 ・ 開放式問題：「你都怎麼面對壓力？」「你心裡怎麼想的？」 ・ 情緒反映：「聽起來這件事讓你感到生氣」
3 轉介：資源轉介、持續關懷
➤ 面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫當事人找出適當的資源、進行資源連結的時候。 To 學生： ➤ 在校園中，導師、輔導老師、或是任何一位你信賴的老師，都是你可以尋求幫助的對象，你可以鼓勵有需要的同學與老師連結，或者由你陪著他去找老師幫忙。 To 教師/家長： ➤ 校園內和校園外的資源網絡，都是我們在協助孩子時的堅強後盾，你不需要獨自承擔關懷或輔導的壓力，請讓更多夥伴共同來幫助孩子，而你也是其中一股重要的力量，可將孩子引入關懷系統，並持續關注他的狀況。 ➤ 若危機學生有以下情形，可嘗試進行轉介： ・ 心情溫度計分數高：高於 10 分請尋求心理諮商，高於 15 分請諮詢專業醫師。 ・ 可能有潛在精神疾病 ・ 有自殺或自傷身心問題 ・ 問題超乎助人者的能力 ・ 社會資源或支持不足夠 ➤ 協助學生進行轉介時的注意事項： ・ 向學生保證隱私安全，與尊重學生的意願。 ・ 依學生特性提供適切的資源或協助其轉介。如為轉介至醫療院所，應評估學生平時就醫習慣，若原本已在精神科就醫，則建議繼續在原醫院治療。 ・ 守門人可先以電話或其他方式告知被轉介的醫師有關學生的特殊情況，以加速協助的歷程。 ➤ 在學生出現高度自殺危機的情況時，例如有明確的自殺企圖或是正在自殺，有傷害自己之虞、生命面臨立即性的危險時，應即刻通知當地的警察、消防單位前往救援，並告知警消人員當事人地址、電話等聯絡方式，另一方面，切記自身安全為第一，勿冒然自行單獨前往處理。

(資料整理自台灣自殺防治學會自殺防治系列手冊 11：珍愛生命守門人)

心情溫度計也有 APP！供大眾免費下載(見下圖)，日常生活中隨時隨地都可以開啟使用，APP 不僅可以檢測心情溫度並提供分析與建議，裡面更有全國心理衛生資源及心理健康秘笈(系列電子書、影音)可供參考，並且可以設定鬧鐘，提醒自己定時檢測，紀錄自己的心理健康狀態變化，若觀察到有發燒徵兆時，可以及時因應處理。



圖 23、心情溫度計 APP 介紹

(圖片來源：台灣自殺防治學會 <https://www.tsos.org.tw/web/page/bsrs>)

寫在最後

給當事人：

1. 你不是麻煩，是你遇上了麻煩，但是你的念頭與行為會讓你覺得你帶給他人麻煩。所以請一起約定不傷害自己，讓大家可以一起來跟你解決麻煩事。
2. 藥物治療過程可能有些不適或有些疑問，都請讓醫師及醫療團隊知道與解除你的疑問。你可以寫下 2-3 個最重要的問題，在看診時嘗試釐清。
3. 你可能求助過且覺得沒什麼幫忙，但希望你能繼續相信其他大人們，的確有讓你失望的大人，但絕對有不會讓你再度失望的大人。
4. 你可能覺得就算親友知道你的煩惱也不能幫你什麼，不過請你再嘗試一下，當他們靠近你時，請先忍住不要逃開。如果他們講了些安慰但並安慰不了你的話，就跟他們說「我知道你們關心我，請先靜靜陪著我就好。」

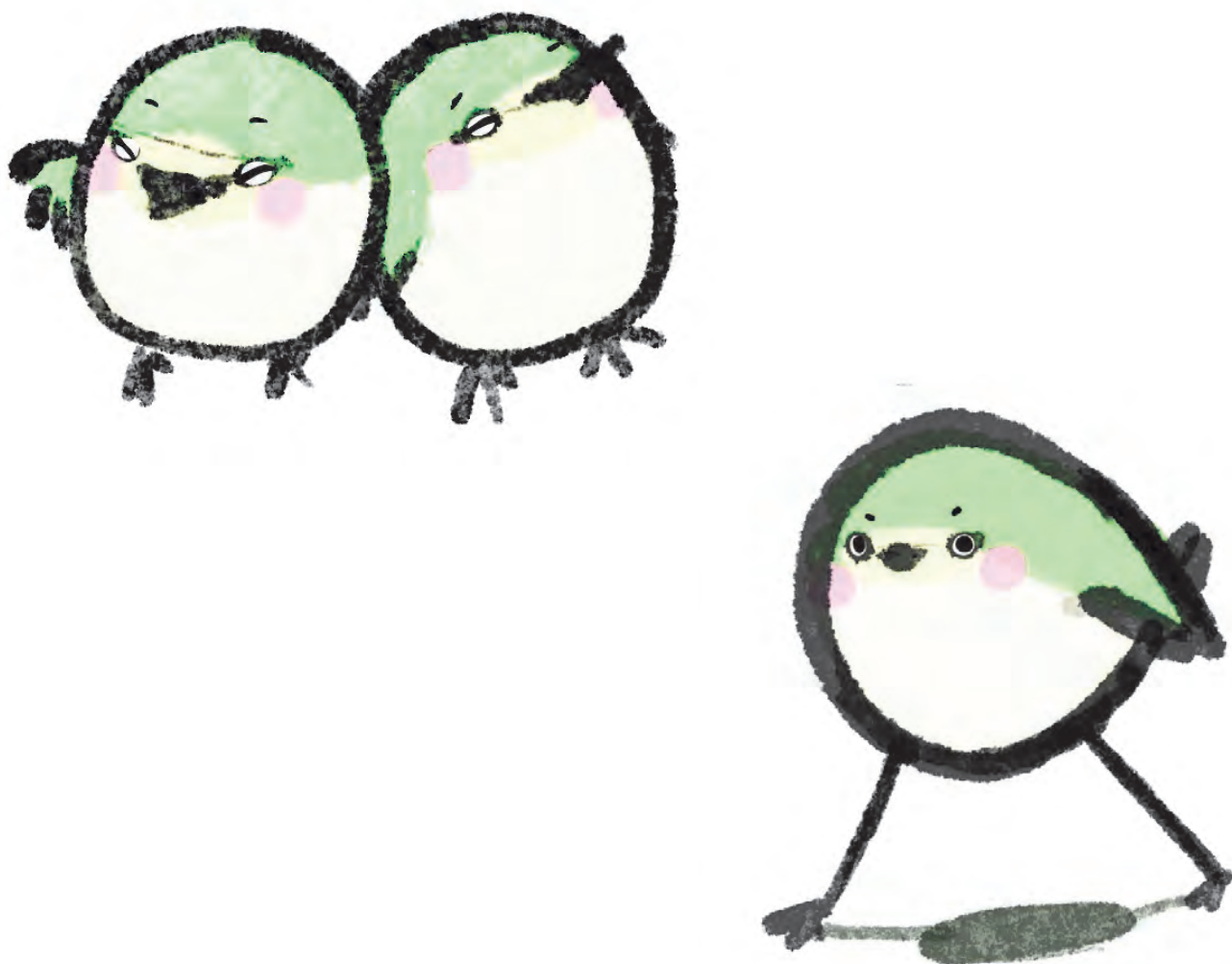
給親近的師長與朋友：

1. 有時請忍一下想建議的心情，安靜地陪伴也是你保護孩子的良方。

2. 你可能很忍耐或不知所措，請把這樣的心情向老師、醫師、心理師訴說，因為你絕對也需要被照顧，藉由與專業人員討論，可以讓你知道你仍然有保護孩子的能量。
3. 對於藥物治療你也許有很多不安或疑慮，一方面希望孩子相信醫師、一方面自己心裡卻也不是這麼確定，所以若對藥物有任何擔心，都請讓醫師知道並解除你的疑慮。

給不算親近但是有關係的人：

也許你疑惑著他的行為與反應、也許你也被影響著，都請找學校輔導諮商老師說一說，我們並不會跟你說他怎麼了，但是我們會幫你解除疑惑或認識自己被影響的地方，也許能讓你出現恍然大悟的曙光。另一方面，針對你所擔心的當事人，也可透過學校主動出擊或者周遭同儕守門人的力量，協助引導至專業途徑尋求幫助。



第六節、去除汙名化

建議時間	1 小時
科目舉例	健康教育、健康與護理、綜合活動、生命教育
主題重點	了解心理健康汙名化的概念及其帶來的負向影響、去除汙名化並建構友善環境。
作業	回顧並記錄生活中曾出現的汙名化的事件，並思考改善方法。
評估	對心理健康問題、精神疾病與精神醫療的正確理解、友善對待。

小恩自從升上國中後，在課業進度、人際相處等方面都產生了許多不適應，也不太想開口向老師或父母請求幫忙，種種負面的情緒日益累積之下，小恩為自己找到一個宣洩的出口—用割手緩解痛苦。同學們在不經意中看到小恩的傷口，相當受到衝擊，覺得他太瘋狂了怎麼會這樣傷害自己，害怕哪天不小心說了什麼或做了什麼，會刺激到小恩讓他情緒更失控。所以，漸漸地同學們不再主動靠近小恩。導師和輔導老師在知道了班上這個情況並找了小恩談談之後，發現他除了割手的行為之外，近期的食慾也變差，睡覺的時候還常常哭到難以入眠，這些困擾其實是需要醫療介入來幫助小恩的，因此打電話聯絡了他的爸媽。

最初聽到輔導老師轉述小恩的情況，爸媽認為並不嚴重，沒有需要到去看醫生的程度，他們覺得孩子只是需要時間和方法去適應國中的生活，請求老師們多多開導小恩，讓他想開一點就好。爸媽的排斥讓小恩沒有辦法接觸到醫療，還好小恩仍願意定期接受輔導老師的晤談，而輔導老師也持續努力和小恩爸媽溝通，一段時間下來，爸媽發現小恩的情況始終未能有多少好轉，在校與同儕的關係及學業成績都更加惡化了，於是態度才終於軟化，接受了輔導老師的建議帶小恩前往診所就診。看完醫生之後，小恩按時服藥，但卻開始產生一些副作用，例如常常精神不濟、在課堂上常常睡著，導師不太能理解、也開始懷疑生病是否是一個藉口？藥物是否影響了小恩的學習？於是觀察小恩近期的情緒狀況穩定後，便逕自找家長討論是否不要再吃藥，讓小恩能保持精神好好上課…

每個人的生活常常出現不同壓力事件，就如同小恩因適應不良造成的壓力與困擾，其中令人遺憾的是，現實中存在著許多負向、不正確的態度去看待這個人、這個事件，讓情況越變越糟。像小恩的同學們覺得就算再不開心也沒有必要傷害自己，小恩的舉動讓他們覺得他太「瘋狂」，另外，小恩的父母最初也

不認為身心狀況是需要看醫生的，再後來，小恩的導師更認為在情緒穩定之後，不需要再吃藥以免因副作用影響學業。這些負向的態度就是汙名化，由小恩的例子可知，汙名化不僅無助於提升個人的身心健康或處理心理危機，更會減損後續復元動機。因此，本節針對汙名化的內涵及其影響進行闡釋，鼓勵大眾去除汙名化，以友善的態度建立與關注身心健康議題的環境，提升大眾正向接納這些苦於心理健康問題的對象及其治療。

一、汙名定義

「汙名」(stigma) 指的是，當違背社會上大多數人的標準時，會被貼上的一種標籤，這種標籤會連結到不好的特質，以致和他人有所區隔，被社會大眾所排斥，以致當事人感受到地位降低和被歧視。

社會學家厄文高夫曼(Erving Goffman)長期研究汙名，發現雖然汙名的經驗可能源自於個體的身體或其他條件、屬性，但事實上污名更呈現了一般人和被污名化的人之間的「關係」。高夫曼認為，經由社會「運作」和「凝聚」，社會成員隱含地理解和分享在特定社會背景下運作的規範，當有個體未能實現「特定規範」時，就會出現污名這種特殊的負面社會關係(Tyler, 2018)。因此，並非有特定的屬性就應該受到貶抑，汙名常常是人在互動中被「建構」出來的。

當事人或族群也可能因社會的影響而產生自我汙名 (self-stigmatization)，被迫接受來自外界的刻板印象與負面標籤，產生「自己是個有問題的人」的想法，而產生自我價值感低落，進而否認、抗拒，而產生更多負向情緒，影響身心健康。

而自我汙名化對情緒的影響往往大於疾病症狀本身。它打擊了患者的自尊，自我效能和對自己生活的展望。自己身上的羞恥和尷尬植入內心，使患者不願談論自己的病情。也使自己的理解和自覺受到限制，這樣進一步增強了自我汙名化。如果沒有介入和干預，這種惡性循環可能給患者帶來更糟糕的後果。它可能成為恢復的障礙，增加沮喪感，降低自尊心，降低對痊癒的嚮往(Ponte, 2019)。

二、精神疾病暨治療之社會汙名

這幾年精神疾病遭到社會汙名的議題，經常被討論，也因幾起重大社會案件來自精神病患抑或是犯嫌希望藉由罹患精神疾病獲得減刑或是除罪，因此社會上一股對精神疾病的憤怒或是同情之情緒瀰漫其中。但這似乎給人一種想法和感覺—

就是精神疾病患者，不分年齡大小，總會惹出禍端，且無來由、無理性去傷害他人，是非常危險的人物，誰遇到這些人誰倒楣，受到波及或傷害甚至還追討無門。在大家異口同聲批評和謾罵對應之下，若有一天當自己或是周邊親友罹患精神疾病時，又能以何種態度來面對和接納此事？抗拒接受似乎是最常見的狀況，如果就醫治療或是接受介入(如諮商輔導)，是一種承認自己有問題的求助，便會擔心自己或家人可能會因此求助而被他人發現，貼上神經病或是瘋子的標籤，治療或接受諮商資源介入，等同帶來社會汙名。因此，除了自己抗拒就醫之外，也同時會反對或阻止家人就醫，希望此事最好成為家族秘密，以免讓家族蒙羞抑或被貶低社會價值。

在家庭或是親友內部最常聽見的勸說就是:不要想太多，這種想法的東西，靠自己控制、調整就好了。但既然是疾病，又怎可能是靠自己控制、調整就能好了？對於生理上的疾病，大家似乎都不會抱持這種想法，卻對於精神疾病，卻能如此這般的認為。

給予社會汙名，也代表社會的一種驅趕與排擠，將這一類疾患者驅趕排擠到社會邊緣，與大多數人疏離，卻也讓社會多數人不知該如何與之相處，某些社會案件，正是在不適宜的互動對待中產生的結果。因此拉開太大的距離，不能解決大家所擔心的危險與危機，反而讓危險與危機在不了解的對待和不友善的互動下產生。

精神疾病或心理健康問題，對應出來的是一種關係上的反常態，有別於生理疾病的個人侷限，的確它有社會或關係上的影響，也經常是多數人在相處上所害怕面對的重要部分，認為罹患精神疾病的人怪異而難以相處，並且非常可怕、不可控制，是顆不定時炸彈，而難以去思考患者其實是長期處於困境與非常困擾的一群人以及家庭。之所以認為怪異可怕，其實大多數的因素來自不夠了解、不願意了解以及心理抗拒。

抗拒看見問題，假裝它不存在，並無法讓問題消失，只是讓問題漸漸惡化與延燒，最後造成的結局恐是大家所更不樂見的狀況。無論這個精神疾病的過程可能是傷害了自己、傷害了別人甚至傷害了社會。

其實精神、情緒或是心理疾病和我們是非常靠近的，它可能出現在遭遇挫折與困頓的人生各個階段，可能出現在自己或是周邊的親友身上，因為誰也無法保證自己或家人在一生當中可以全然豁免，既是如此，何不撕下標籤，去除汙名，一

起共同面對這個與社會群眾共生共存的困擾和障礙，並且學習和他/它們好好相處，無論是面對自己或是面對任何一個陷於精神、心理困擾的人。

表 8、對心理健康問題和精神疾病的常見污名化表現

	言語	行為
社會 汙名	·你抗壓性太差，才會憂鬱。 ·你多出去走走，不要悶在家裡，心情就會變好。 ·看精神科的人都是瘋子。 ·說要自殺的人根本不會去做，只是想要吸引其他人的注意而已。 ·精神科的藥吃下去就停不了，整個人也會變得怪怪的，所以能不吃還是不要吃比較好。	·不能理解當事人的低落狀態，責怪他不努力去克服。 ·以自己的價值觀對當事人下指導棋，增加當事人壓力。 ·排斥與當事人靠近、接觸。 ·自己遇到心理健康問題時，不願意求助或就醫。 ·自行停藥、不規律返診。
自我 汙名	·這些事情對別人來說一定不是問題，是我太沒用，才會過不去。 ·我有這些問題已經很不正常了，如果跟別人說，別人一定會用異樣眼光看我。 ·我有這種狀況實在很對不起愛我的家人，讓他們丟臉了，還要他們照顧我。	·影響自信，不想與他人接觸。 ·控制自己要表現得「正常」，不讓別人知道他的困境。 ·不願意求助或就醫。

(本表格由編輯團隊整理)

三、如何去汙名化

以下以小恩的例子說明汙名的情境及可能的解方：

- (1) 情境 1(同儕汙名)：小恩的同學害怕哪天會刺激到小恩讓他情緒更失控。
解方：學校透過情緒教育及守門人培訓，可提升同儕對小恩的同理，以及對於自殺風險與溝通技巧的了解，有助於幫忙同儕學習合適的方法與小恩相處。
- (2) 情境 2：父母認為小恩狀況不嚴重，請老師們多多開導，讓他想開一點就好。
解方：父母可透過多元管道增加對親子溝通、心理健康、精神疾病、以及自殺防治之了解，增加心理健康識能；而藉由醫療專業諮詢，認識自我傷害的意義與家庭因應方式，對於改善親子相處、降低家庭帶來的風險，可能也有幫助。
- (3) 情境 3：導師不太能理解小恩的狀況、也開始懷疑生病吃藥是否是一個藉口？
解方：來自師長的不了解將影響自傷自殺學生的復原，也間接影響同儕對當事者的態度。因此，校園內對於師長的守門人教育、與校內輔導專業人員的溝通協調、或師長從校內提供的心理健康知能有所學習，都可增加師長面對及處理憂鬱或自殺高風險學生的能力。

(續下頁)

(4) 情境 4: 老師心想藥物是否影響了小恩的學習? 於是觀察小恩近期的情緒狀況穩定後, 便逕自找家長討論是否不要再吃藥。

解方: 許多人對精神藥物因存有誤解及害怕, 導致藥物接受度及遵從度不高。事實上若能從醫療接觸中釐清藥物作用、了解其重要性並接受與配治療規劃, 通常效果較佳。由於精神疾病種類繁多且影響因子複雜, 校園中若有心理健康的疑問應尋求專業資源之協助, 以免延誤專業介入之時機、徒增自殺或憂鬱症惡化之風險。

研究發現去汙名化的好方式, 首先須**培養同理心**, 嘗試理解不同價值觀下的現象或意義。若我們對許多社會或是事件角色都能有一定程度的同理心, 便容易感同身受在每種角色上的困難、難為與無奈。但面對廣大的群眾, 同理心的培養不易, 透過走入民眾的生活教育與情理宣導, 是為觸發同理心的重要方法。認知想法的改變, 固然重要, 但感動人們的心, 讓大家**願意關心、靠近, 提供支援給這些需要幫助的人**, 這是頗重要的關鍵因素。

其次, 引導人們**學習如何與具有心理健康問題的人相處**, 習得這些相處、互動的方法與技巧也是相當重要的, 當了解如何和這些患者相處, 便能減少許多相處和應對上的恐懼與焦慮, 若能在互動、對待能力上增進並獲得自信, 相信在面對他們的態度上便容易轉為友善, 同時也能了解如何不刺激患者情緒, 無論在與其互動的態度或行為都較不易引爆患者激烈的情緒與行為反應, 可以減少激發衝突與促發危機的發生。

在各個教育階段及職場和社區, **加強心理衛生知能與自殺防治教育宣導**也是相當重要的。民智未開, 是汙名化的源頭之一, 以前的人對精神疾病導因與治療不了解, 容易對其產生誤解或是錯誤連結、歸因, 以訛傳訛, 使得專業醫療介入、改變與治療變得更加困難。社會越能營造理解與接納的氛圍, 越能鼓勵精神疾病患者及其家庭敞開心胸, 願意積極面對與接受醫學治療、諮商介入及尋求資源協助等, 獲得心理能量復原力, 進而早日痊癒或讓病情獲得控制。

最後, 以下整理出一些行動策略, 供校園推動去除汙名化、建立友善環境、提升求助意願等心理健康促進或自殺防治工作時之參考:





圖 24、推動校園精神疾病去汙名化活動四要點

(計畫團隊自製)

- 建立校園友善環境：校園內建構清楚便捷的求助管道，廣為宣導並確保學生了解求助資源與流程，並可在特殊時期加強宣達，例如剛開學/換班級時(適應問題)、期中期末考前後(課業壓力)；也可辦理資源使用的體驗活動，如諮商體驗，讓學生感受到資源是友善且有幫助的，提升其在有需要時的求助意願。
- 培養同理心：透過聆聽故事、觀看影片或案例討論…等多元媒材進行，讓學生站在當事人的角度試著思考與感受，也可透過服務學習，實際接觸這類族群並與之交流。
- 強化心理健康識能、建立對精神疾病的認識：可參考第一節「心理健康識能」，以及分眾指引篇的相關內容作為教學實施。
- 提升守門人正確知能：若能了解如何與當事人相處與互動，則更可增進校園師生在面對高風險個案時的能力。因此，校園中可透過守門人訓練之推廣，增加教職員工生的正確知能、進而降低對精神疾病及其治療的誤解，達到去汙名的成效。有關守門人內容，請參考上一節「自殺防治守門人」之重點。



第五章、代間溝通停看聽

校園中當學生出現心理健康議題時，往往需要家長與老師攜手合作，才能改變，但實務現場往往是陷入各說各話或無效溝通的局面，讓學生孤立無援，獨自承受壓力；或是不被信任、被誤解，反而加劇了病情。

為避免類似的遺憾發生，本章想透過案例的分享，運用同理心的溝通模式，以停、看、聽的步驟，增進親師生三方的理解與合作，攜手因應所面臨的心理健康問題，陪伴學生走過生命的幽谷，而能實質幫助學生！

第一節、常見案例

以下從學校輔導現場，總結分享陪伴罹患憂鬱症學生度過自殺危機的經驗，期待能夠提供給正經歷心理危機學生的家長與教師參考，希冀可以從中獲得一些新的想法。

停~放下主觀看法

小戴在高二時發病，當時面臨逐漸繁重的課業壓力與對自我的高度期待，讓他心情煩躁，卻又說不出口，常常抗拒進教室上課，遂在課間遊蕩到學校的高樓層往下眺望操場，幾度想要跳牆跨越鐵絲網逃離學校，甚至割傷手腕，引起師長不小的驚慌，隨時需要周遭的師長同學關注其行蹤。當導師通知父親到校面談時，父親認為是孩子一時的叛逆，而不以為意，隨著孩子脫序的行為愈來愈頻繁，父親才察覺事態嚴重，遂在輔導老師與導師的建議下，方才願意接受帶孩子到精神科診所看診，並與心理師進行親子會談…。

當學生出現憂鬱或自傷行為問題時，由於對心理健康議題的不熟悉，許多家長會感到愧疚、擔心或害怕，往往在第一時間，難以接受孩子需要就診精神科或兒童心智科，尋求專業治療，因此需要各自放下主觀看法，給予時間溝通和消化這些情緒和時間。這時，可結合導師，邀請家長來校，提供心理健康議題的資訊和衛教，聆聽家長的看法與擔心，讓家長逐步接受，同協助孩子度過危機。

小戴開始就醫後，曾出現使用藥物的副作用或是藥物未能發揮效果，令家長擔心，經持續與家長溝通，定期與個案晤談，並在必要時陪伴個案就醫度過調整藥物適應階段。小戴的情緒起伏影響上課穩定度與作業繳交狀況不穩定，因此邀請家長到校，參加個案會議共同研商，調整彈性輔導措施，任課老師因理解同意彈性調整個案的作業，允許個案因藥物偶爾上課睡覺，同意讓小戴參加課後球類運動的練習。小戴漸漸蕚露笑容，順利畢業升上大學。

看~學習觀察孩子的身心變化

溫順單純的阿真升上高二後，雙手滿是自傷的痕跡。因適應不了新的班級，又勾起過去被霸凌的經驗，引發躁鬱的情緒。那段期間，每每趁著他人不注意的時候，拿起美工刀割腕，甚至因受不了社團成果發表的壓力，想持美工刀攻擊社長。歷經幾次自傷狀況，通知家長到校後溝通會談，家長才得知原來阿真一直以來壓抑自己的情緒，自責過去沒有留意到阿真出現的種種跡象。發病後的阿真，無法應付各科的課程要求，每每遇到壓力會出現強迫洗手與重複自傷的狀況，家長只好休學讓阿真就醫治療…。

在輔導學生的過程中，觀察到許多家長與青春期的孩子間，總隔著一層紗，家長總認為只要孩子正常上學就好。孩子回家後，關起房門，忙碌的家長無暇知道房間裡孩子的身心狀況。當孩子面臨生活累積的壓力事件缺乏出口，大腦承載的情緒張力潰堤時，就是一場考驗耐力的拔河賽，考驗孩子的韌性與周遭親友的耐性，只有持之以恆的穩定治療與周遭家人恆定的支持，學習觀察孩子的身心變化，精神疾病是可以逐漸復原的。

休學兩年的阿真復學後，回到校園戰戰兢兢生活，卻仍難以融入班級。經過持續輔導，轉介心理師定期晤談，安置於輔導處一學期後，協助阿真申請非學校實驗型態自學計畫，轉為在家自學。持續給予家長肯定與支持並保持良好合作關係，鼓勵家長在孩子發病後，全心陪伴孩子定期就醫及到校與心理師晤談，並參加家長成長團體，進一步了解該怎麼陪伴躁鬱症的孩子。漸漸地，孩子站穩腳步，準備挑戰大學學測，進一步探索未來的方向!



聽~聆聽孩子的心聲

成績優異的姍姍在高三面臨學測壓力之際，開始陷入情緒憂鬱、自我否定。導師察覺姍姍的改變，轉介輔導老師介入。姍姍想逃離班級的念頭不斷浮現，並出現割腕的舉動，令周遭的師長家人震驚，因為一向乖巧懂事的姍姍不會如此，不知如何是好。家長收起家中所有的刀子，避免姍姍再次傷害自己，輔導老師與導師邀請家長到校討論，建議帶她就醫治療。但發病治療過程中的起伏病況，令家長不斷質疑是否是吃精神科藥物出了問題，孩子搖擺在家長與專業醫療建議間，更加感到心力交瘁，不知該聽信哪一方…。

導師察覺孩子出狀況轉介輔導，是開始跟孩子工作很重要的契機。經過介入輔導並徵得家長同意陪伴就醫後，往往遇到家長擔心藥物依賴而質疑藥物的效果，讓孩子斷藥，甚至求神問卜以找尋其他解決方法，但往往事倍功半，徒勞無功!爭取家長認同與支持孩子就醫尋求專業資源，是一條漫長且需要不斷努力的道路，輔導教師可以是協助孩子就醫過程中溝通的橋樑，協助家長聆聽孩子的心聲，了解孩子的身心狀態，加上精神科醫師的專業診療與藥物治療，才能逐漸陪伴個案走上復原之路。

與家長的溝通互動，讓家長更加理解姍姍的心情，並經過輔導教師的關懷陪伴、學校心理師定期諮商與持續就醫治療，共同陪伴姍姍經歷學測升學，幫助姍姍學習與憂鬱共處。在姍姍持續學習追逐生涯夢想的道路上、穩定其大學課業，在自我接納過程中有專業醫療與心理治療隨行，就能往看見希望的方向前進。

第二節、代間溝通原則

在代間溝通停看聽的路上，家長和老師所需要的準備包括：

1. 提前計劃，寫下想說的話，並準備好對方可能的反應；
2. 選擇一個合適的時間和地點溝通討論；
3. 讓相關老師和家長知道他們也幫得上忙，提供他們可以如何提供幫助。

也可參考以下溝通原則：

停	➤ 先與孩子產生連結，不要急著處理事情： 「親愛的寶貝，先來擁抱一下吧！」 「你看起來累累的，我們先一起吃個小點心。」
看	➤ 觀察孩子的外觀、表情、行為，覺察異於平常的訊號。
聽	➤ 閉嘴用耳聽，暫時不評斷、不勸告，鼓勵孩子自由表達： 「發生了什麼事嗎？」 「慢慢來沒關係，你想說的時候，我都在這裡！」 ➤ 你只是接受了他的心情，不代表你需要接受他發生的事情：也許孩子述說的事情不是你所認同的，但此時重點是傾聽他因這件事情而產生的心情，理解他的情緒，孩子可以從這個過程感受到你對他的重視與陪伴。

另外，給孩子的溝通小提醒：

- 就像身體生病了，我們理所當然會去找醫生一樣，當心裡覺得怪怪的、不太舒服的時候，我們當然也可以找專業人員來幫忙，這是很正常的行為，我們都在幫助自己變好的路上。
- 向老師或家長說明自己遇到的困難時，也許他們不太懂、不太接受、或不知道該怎麼辦，讓你感覺到灰心或失望，請理解他們的反應，因為他們也還需要學習如何處理心理健康問題。
- 嘗試再多找找讓你感到安心的抒發對象，可能是你親近的科任老師、輔導老師或助教，同輩也可以，像是同學朋友、或家裡的兄弟姐妹，在抒發之餘，也不要客氣請他們帶著你/陪著你去找專業人員幫忙。

最後，請記住我們還可以尋求額外的支援，諮詢心理師或兒童精神科醫師等專業人員，或由校方邀請他們參與討論，攜手一起協助孩子度過難關。





第六章、校內外連結資源小叮嚀



兒童與青少年遇到心理健康問題時，若靠自己獨力支撐度過難關，是相當辛苦的，其實非常需要家長、教師和學生三方合作攜手來面對、處理，而在這個歷程，除了每個人本身能付出的關懷和陪伴，很多時候外界的協助更會帶來莫大的幫助。只是實際生活中常發生的困難在於，若不曾經歷過相關的狀況，一般人通常不會想到有醫療、心理、社福等資源可以利用，就算有想到，可能也不知道可以透過哪些管道接觸到這些資源，並該如何進一步和這些資源合作。例如在衛福部的社會安全網 2.0 版規劃中，各地社會局提供相關資源連結，且各縣市設有社會福利服務中心，提供民眾福利諮詢、個案轉介、親子活動、連結社區等服務，也協助陷入困境的家庭，提供全方位的支持（如保護服務、高風險服務、自殺防治、心理教育輔導、社會救助、就業、治安等）；另外各地衛生局設有心理衛生相關服務，如「疑似或社區精神病人照護優化計畫」中安排精神醫療機構專業人員，針對社區中疑似精神病人或高風險個案，提供外展式精神醫療/照護服務；衛生局亦提供許多免費的心理諮商服務，若民眾能主動尋求周邊醫療院所的協助，對於學生所處的危機或困境之因應應有所助益。

本章希望藉由兩個實際生活中常見的案例，呈現學生、家長和教師對資源的想法或擔憂，予以釐清後期能重新建構大眾對資源的態度與認知，接著詳細介紹心理衛生相關資源，讓大家在有需要的時候，能放開心胸主動去尋求幫助！

第一節、常見案例

小明從上高二開始就發現自己讀書力不從心，往往打開書卻無法集中注意力，情緒常無來由地感到難過低落，沒有食慾、腸胃常常不舒服，看到人會異常感到煩躁想要躲開，非常不滿意自己並想毀滅自己，小明有察覺到自己不太對勁想要去看醫生，但爸媽認為若去看精神科會留下紀錄，導致未來求職或保險有困難。而老師對於他常身體不舒服請假、功課退步的表現感到不諒解。遇到這種狀況可以怎麼處理呢？

給小明的小叮嚀：

能夠意識到自己的狀況，察覺自己的需要並尋求幫助，是勇敢面對困難的一個過程。我們可以先去理解爸媽的擔心與在乎是什麼？試著跟爸媽溝通看看自己的狀況與需要，或者可以試著找學校輔導老師協助，讓老師初步的瞭解你的狀態，可以陪著你跟爸媽說明，並且陪著你找找還有哪些資源可以陪你度過這段低潮。之後的復原過程也很需要家人或身邊重要朋友一起陪著你，如果可以溝通並彼此理解，相信你也能在一個支持的環境中找到自己的力量去面對困難。

對某些人而言，會擔心到輔導室尋求幫助或去看醫生是表示自己有問題，或擔心別人的看法而留下負面的標籤，甚至有些同學會因為過去有過不好的求助經驗，而不願意使用輔導室的資源，這都是很常見的狀況。其實懂得善用你身邊的資源，給自己一個機會試試看，找專業的輔導老師討論看看，也許你可以找到更多協助自己的方法，而這些都是因為你願意嘗試走出這一步，是你自己為自己復原所做的努力。

而且每個人都可能會遇到類似的挫折或低潮，一開始也許可以用自己的方法嘗試去解決，但當我們發現當超出我們負荷程度，身心症狀嚴重影響到正常生活時，正是在提醒自己，如同感冒要看醫生一樣，尋求專業的協助是很正常的療癒過程，沒必要給自己另外一層汙名化的壓力，反而我們試著找到資源陪伴自己走過這段低潮，你會發現自己更有力量面對、更柔軟看待有相同經驗的朋友、更能夠為自己的人生找到掌控權。

通常許多人會先跟同學或好朋友說，一般而言同儕的支持與陪伴也是復原過程很重要的力量，不過有時候我們的同學們不一定有類似的經驗，也許沒有辦法很能理解或同理你的困難，給你及時適切的幫忙，加上有時你可能也會擔心自己狀況太差，是否給旁人帶來壓力…，這些種種的情況是可以有專業老師跟你一起討論，一起面對看看能夠用甚麼方式去表達與處理，讓你的好朋友們也能夠找到跟你相處、陪著你面對的方式。

而且在就醫服藥的過程中，因著藥物療程可能會有一段不算短的時期需要去適應藥物的作用，同時也要面對學校課業及其他可能的家庭、人際壓力。如果在這個過程中，有個比較理解你的人陪著，很知道這些過程，幫著你跟這些環境系統中可能遇到的種種人際狀況去溝通，陪著你討論可能還有哪些生活上

的調整、或思考脈絡上的修正，協助你重新建立生活秩序。有時候家人或朋友並沒有相關的低潮經驗，或許會有對於療程起起伏伏的不理解，會以為吃了藥就應該馬上有效果，或認為你都已經看醫生在晤談了就應該要好了…，這些種種因為關心你、而心急你希望你快點好起來的狀況，有時可能反過來讓你會感到很有壓力，這時候如果有輔導老師幫忙跟這些人溝通，協助他們理解這一切的復原都是不容易，而你也做了很多努力在嘗試並在進步當中，這些溝通或理解，將能夠幫助你在復原的道路上能夠更順利。

所以試著給你或跟你有緣分的輔導老師一個機會吧，試試看能否找到適合自己的專業陪伴者。萬一就剛好這麼不巧，或許學校的輔導老師都不適合你，也別忘了其實也有社區的很多機構資源，如醫院或診所的心理師，可以諮詢看看安排提供這樣的服務。不過要跟爸媽討論看看，因為醫院或診所的諮商是需要額外付費的，考量看看經濟上的負擔，在許可的範圍下希望你能找到適合自己的資源。

給爸媽的小叮嚀：

一般來說，孩子不會無緣由地說想去看醫生，當孩子跟家長說自己需要看醫生時，有可能是他已經累積了一段時間的努力但身心狀況仍舊令他相當困擾，感受到自己的無力。因此家長不必太快急著否定他的想法，太多的擔心會阻擋彼此的溝通，相反地可以藉此跟孩子好好聊聊，有哪些身上的不舒服症狀讓他萌生了自己需要看醫生的想法？好好地瞭解孩子遇到的困難是什麼？好好地陪著孩子去梳理目前遇到哪些困難，可以陪著他去找到有哪些方法或資源？

不論去看哪個醫療科別，都是屬於個人的醫療隱私是不能被任意公開的。而藉由跟醫生的討論跟評估，可以釐清有哪些是生理方面造成的身心症狀？還是有哪些是可以藉由調整作息、改善飲食營養、修正睡眠習慣、漸進增加運動……的方式，去改善目前身心壓力症狀。當我們跟醫師討論過後，或經由身心檢查排除了其他因生理疾病造成的狀況，反而可以更對症下藥針對症狀來處理，或做生活上的調整。另一方面，醫生也可能會安排心理師給孩子進行心理諮商，而心理諮商需要維持進行一段時間以發揮效果，孩子會需要你的鼓勵與支持，讓他能更有力量去堅持接受治療。



看醫生/找心理師等專業資源這件事情本身也意味著，家長願意陪著孩子去正視他所遇到的困難，能夠支持著他、陪伴著他去面對這個困難。當家長能支持他的時候，很多問題跟困難的狀況都會慢慢減輕，有力量一起去面對後續可能經歷起起伏伏的復原過程。

另外也別忘記，校園中的老師和相關人員會是我們在協助孩子上的超有力好夥伴，與老師保持聯繫，持續關注和討論孩子的最新狀況，而學校通常也會為家長辦理一些關懷或增能活動，此外，學校也有一些外部合作單位的資源可以進一步連結提供協助，因此，非常鼓勵家長與學校老師攜手站在同一陣線，讓孩子在學校端以及家庭端都能被好好守護。

給教師的小叮嚀：

老師們如果不理解孩子生病的狀況，以為他是故意找理由不交功課、常請假，這時孩子也容易把自己推開跟老師的距離，變得不敢跟老師溝通的狀況，在無法掌握孩子狀況之下，其實老師們也會變得更加擔心他，也無法改變他的狀況。其實老師們可以從他平時的表現去觀察，例如他之前的出席狀況穩定、作業也都有交，但現在卻慢慢變得跟不上學校進度、時常請假、悶悶不樂的樣子。可以先跟孩子聊聊他發生了什麼狀況？是什麼原因讓他跟之前表現有這麼大的不同？

如果孩子透露他有去看醫生，老師們可以從了解身心疾病開始，去嘗試理解孩子的轉變，就像我們身體健康有時會出狀況，生病是難免的，遇到了就去面對它，重要的是去收集、了解這個疾病的成因、如何治療及如何改善。另一方面，老師也可以主動尋求校內輔導單位的協助，與輔導老師/專業人員討論、釐清孩子的狀況，了解如何給予孩子有效的關懷與陪伴，並且利用校內團隊工作的力量，引入家長端與校外單位的資源，整合起來提供給孩子全方位的協助。

老師可以是孩子很重要的貴人，在他身心狀況很不好的時候，願意去理解他，並協助他做一些生活適應上的安排與調整，例如對於因身心疾病而常請假的孩子，容許他漸進式的入班、安排一些友善的同學關心、在他能力範圍下給予作業、在觀察到進步時，給他正向而具體的鼓勵，這些協助的策略對於這些因身心症狀起起伏伏的孩子，會是很大的環境支持力量，也能夠幫助他復原的



過程。

家長雖然帶孩子去看身心科，但並不希望孩子服用或依賴身心科藥物。孩子自己也對吃藥有點擔心，不知道要吃多久？學校老師說吃身心科藥物讓他昏睡會無法好好念書…，可以怎麼看待這些想法呢？

給孩子的小叮嚀：

不曉得你對於自己需要看醫生吃藥這件事情是怎麼想的呢？是擔心生氣自己怎麼生病了？害怕依賴藥物？還是覺得鬆了一口氣，對於找到可行的治療方法而感到放鬆呢？其實可以把這些想法、擔心的情緒跟輔導老師討論，因為如何正確使用藥物來幫助自己，是很需要建立方法的。要瞭解身心疾病的藥物作用需要時間，要耐心等待。而且過程中除了服藥，可能還有很多需要調整的地方，如怎麼修正負面的思考模式？情緒低落的時候可以怎麼抒發管理？有衝動想要毀滅自己的時候，可以怎樣去轉換情境調整心情？當自己有需要的時候，可以找到什麼資源來說說話轉換念頭？藥物是幫助我們穩定住身體的基本狀態，其他像是生活習慣、思考模式的調整、情緒的抒解，是進一步要去面對處理的，如果配合心理諮商一起討論調整這些層面，會讓治療事半功倍。而當你穩住身體可以有基本的能量時，也較能夠有能量去處理其他的生活層面的事情。另外，如果可以從輕鬆的運動做起，促進你腦中多巴胺的分泌讓你更有活力，也會情緒更穩定。所以不是只有服藥喔，尋求資源去討論生活層面的調整，都是在治療過程中不可或缺的著力方向。

給家長的小叮嚀：

家長之所以會不希望孩子去看身心科，有很大原因是擔心身心科藥物對孩子的身體造成影響，害怕吃藥之後就得靠藥物一輩子。當我們對一項事物不夠瞭解時，很容易用一般藥物的概念去想像，像感冒了看醫生、吃藥可以減輕症狀，感冒好了就可以不須再服用藥物，但身心科的藥物作用卻不是如此。我們可以藉由增加對身心疾病藥物作用的瞭解，搞懂身心症狀復原過程可能經歷的種種狀況、藥物的機制與協助的層面。而每個人對於藥物的感受反應不同，在過程中可以藉由跟醫師討論藥物的作用、調整藥物服用的時間或方式，來使藥物對身體的影響變得有益。

通常醫師若評估孩子需要藥物治療，表示孩子的生活狀態已經因身心困擾受到嚴重的影響，身心症狀若因生理方面的神經傳導物質不穩定，導致了情緒方面的低落與困擾，無法接收到正面的訊息且過度負向解讀訊息，反而會讓人很痛苦，更可能會有自殺的風險。藥物則是幫助孩子度過急性期，讓身心能夠在維持某種水準而能去穩住自己的狀態，更有能量去面對種種壓力，重點是在這個過程中同時也要嘗試學習新的調適方法，若能夠搭配心理諮商重新去學習如何解讀面對的困難、覺察認識自己的情緒，及學習調適情緒的方法會很有幫助。

若需要藥物的治療，可以跟醫生仔細地討論各種擔心，不管是擔心上癮或藥物的副作用，去認識這些藥物對身心的協助與限制，由於抗憂鬱藥物不像其他藥物那樣馬上有作用，效果需要一段時間的累積，才會慢慢地感受到神經傳導物質的改善，這時候更需要家人一起陪著孩子有耐心的去面對治療的過程，當家人能給予支持，也會讓孩子更有動力去面對困難。沒有人願意自己生病、或變得沒有能力，家長或孩子都是希望能健健康康的，且很有能量去表現自己的能力，重要的是去理解彼此的需要，並尊重彼此想要的方向一起面對並解決問題。

給老師的小叮嚀：

的確身心科的藥物可能會有一段調藥的時間，需要讓身體適應藥物的過程，每個人對藥物的反應都不相同，有些孩子可能會有昏睡、精神不繼的狀況，可能藥物就是在協助他放鬆過度緊繃的頭腦；而有些孩子可能會有噁心想吐腸胃不舒服、有些可能會胃口改變…，這些都是可能的副作用。老師可以觀察孩子目前出現的身心狀況及在學校的行為反應，即時的跟輔導老師討論，這些觀察的內容都是很寶貴的回饋，可以×討論分辨看看，孩子在什麼樣的情況下是可以給他合理的作業或學習要求，什麼狀況下需要給他多點時間適應藥物的作用，給他空間調整自己。也經由這些跟輔導老師的合作討論中，可以有效的協助孩子回歸正常的生活。



第二節、校園內外資源連結概念與技巧

閱讀至此，我們可以知道自殺問題是多重原因所導致的，同時，它也不是靠自己或單一他人就可以處理的，所以必須要從不同層面著手，引入多樣的資源以提供自殺危機者有效的協助。個體在生活上常見所需要的資源，通常有以下四種類：

- 一、就醫：兒童青少年心理健康問題極大部分與疾病相關，因此接受醫療實為相當必要之處置。根據全民健康保險資料庫分析，整體兒童青少年罹患任一精神疾患盛行率為 4.6%，而國內外相關調查得出的盛行率卻多約略在 30%~50%之間，此比率差距顯示了臺灣目前有多數罹患精神疾患的兒青族群並未接受醫師診斷(國家衛生研究院，2019)，WHO(2021)示警，青少年的精神衛生問題得不到解決，後果會延續到成年期，損害身心健康，並限制成年後過上充實生活的機會。有鑑於此，在兒童青少年族群發生心理健康問題時，需要適當地連結到醫療，給予有效的協助。常見的醫療資源例如：各大醫院精神科/身心科、衛生所、診所、心理治療/心理諮商所…等。
- 二、就學：對學生而言，校內資源最具熟悉度和可近性，校方若能及時地介入，陪伴學生面對問題，特別是在校內安全網中，教職員工可各司其職，例如導師是觸及學生的第一線、學務處關注學生的適應及生活狀況，輔導室則是著力於學生心理健康問題的處理與轉介…等，對於兒童青少年穩定就學相當有幫助。另一角度來看，學校也很有可能是兒童青少年的壓力來源，而現今教育學習不再受限於傳統體制，考慮到兒童青少年的適性發展，尚有實驗學校、自學方案…等不同形式供持續學習。
- 三、就養：兒童青少年主要依靠家庭給予生活養育，但有時在家庭失功能的情形之下，可能難以得到妥善的照顧，此時便有賴政府相關單位或民間組織的介入，例如安置、保護服務、經濟扶助…等，可洽詢各縣市政府社會局、各地社會福利服務中心、或者家扶基金會等相關社福單位。

四、就業：青少年中晚期開始面臨進入社會工作求職等議題，政府開設職涯發展中心，校園中也多有學生職涯發展及就業輔導相關服務之提供，期以此降低學用落差乃至於學非所用之情形。另一方面，家長或主要照顧者若遭遇失業、被解雇等狀況，政府亦有規劃就業服務處、職業訓練輔導單位等，避免因工作不穩定影響家庭經濟，進而導致兒童青少年生活福祉受損。

綜合以上，以全面性的觀點來思考個體及家庭的困難和需求，整體性地介入，方能真正關注到自殺危機者所面臨的難關。在校內外整體資源的整合上，是目前許多校園亟需努力的方向，有鑑於學生的議題往往是多元且跨專業領域的需求，很多時候需要藉由校內及校外的第一線人員一起加入評估。下圖呈現校園內外與自殺防治有關的單位或人員，圖中即強調校內資源是涵蓋各學科教師、學生、輔導體系，且與行政單位也有關聯，而校外資源則包含醫療衛生服務系統、校外租屋管理單位、社會福利服務體系、補習班等教育系統，透過校內外的聯繫、連結與配合，營造一個關懷網絡，讓學生得到應有的幫助。

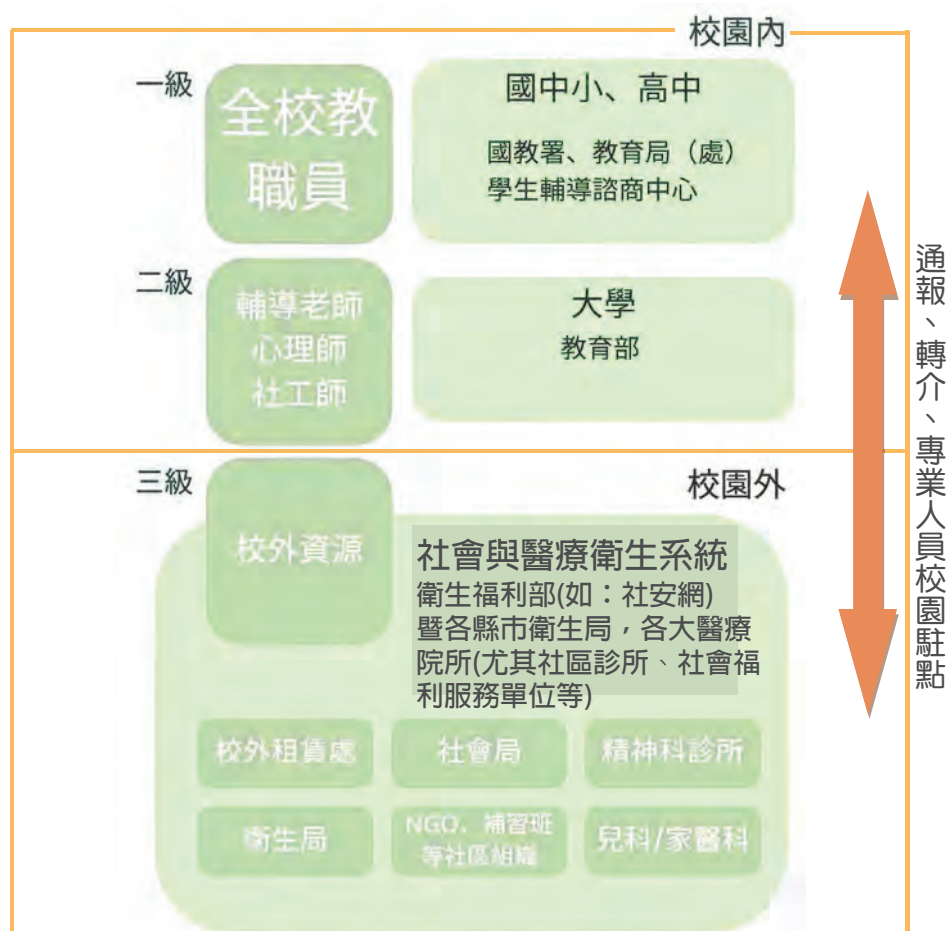


圖 25、校園自殺防治相關之內外資源架構及連結網絡 (計畫團隊自製)

為提升資源的使用意願和程度，資源在呈現形式上有多元的展現，可以是實體的、網路的、電話的，類型也涵蓋醫療、心理諮商與輔導、社會福利等等，利於大眾連結、使用，以下舉常見資源為例：

表 9、電話協談資源

電話協談資源		
名稱	電話	內容介紹
安心專線 (24 小時，免付費)	1925 (依舊愛我)	提供全國人民一個重要的傾聽管道，陪伴民眾渡過心理低潮的危機，也肩負自殺危機處理、聯繫警察機關進行緊急救援的任務。
各縣市生命線 (24 小時)	1995 (要救救我)	不分市話、手機撥打簡碼 1995，即可跳轉各地輔導專線。對於各種心理困擾的問題，均提供服務：包括自殺防治、危機處理、婚姻家庭協談、男女感情協談、法律或健康協談、人際關係協談、精神心理協談等。
各縣市張老師	1980 (依舊幫你)	不分市話、手機撥打簡碼 1980。以電話協談方式，協助當事人處理情緒及各項生活適應上的困擾，並可針對當事人立即性問題處遇。

表 10、縣市社區心理衛生中心

縣市社區心理衛生中心		
設立宗旨：在地就近提供健康促進、心理諮商、自殺防治、精神疾病防治、成癮防治之服務與資源。		
服務內容：心理健康衛教及宣導、心理諮詢與輔導、危機介入…等。		
縣市	心理諮詢專線	地址
臺北市府衛生局 社區心理衛生中心	02-3393-7885	10053 臺北市中正區金山南路 1 段 5 號

<u>新北市社區心理衛生中心</u>	02-2257-2623	22006 新北市板橋區英士路 192 之 1 號
<u>桃園市社區心理衛生中心</u>	03-332-5880 、 03-334-0935 轉 3009	33053 桃園市桃園區縣府路 55 號
<u>臺中市社區心理衛生中心</u>	04-2515-5148 轉 102	42053 臺中市豐原區中興路 136 號
<u>臺南市社區心理衛生中心</u>	06-335-2982	70151 臺南市東區林森路 1 段 418 號 73064 臺南市新營區東興路 163 號
<u>高雄市社區心理衛生中心</u>	07-713-4000 轉 5410~5420	80276 高雄市苓雅區凱旋二路 132 之 1 號
<u>宜蘭縣社區心理衛生中心</u>	03-936-7885	26051 宜蘭縣宜蘭市女中路 2 段 287 號
<u>新竹縣社區心理衛生中心</u>	03-535-5276	30295 新竹縣竹北市光明七街 1 號
<u>苗栗縣社區心理衛生中心</u>	037-558-350	35646 苗栗縣後龍鎮光華路 373 號
<u>彰化縣社區心理衛生中心</u>	04-712-7839	50049 彰化縣彰化市中山路 2 段 162 號 2 樓
<u>南投縣社區心理衛生中心</u>	049-222-4464	54062 南投縣南投市復興路 6 號
<u>雲林縣社區心理衛生中心</u>	05-537-0885	64054 雲林縣斗六市府文路 34 號
<u>嘉義縣社區心理衛生中心</u>	05-362-1150	61249 嘉義縣太保市祥和二路東段 3 號
<u>屏東縣社區心理衛生中心</u>	08-737-0123	90054 屏東縣屏東市自由路 272 號
<u>臺東縣社區心理衛生中心</u>	089-336-575	95043 臺東縣臺東市博愛路 336 號
<u>花蓮縣社區心理衛生中心</u>	03-835-1885	97050 花蓮縣花蓮市林森路 391 號
<u>澎湖縣社區心理衛生中心</u>	06-927-5932 、 06-927-2162 轉 122	88041 澎湖縣馬公市中正路 115 號
<u>基隆市社區心理衛生中心</u>	02-2430-0193	20448 基隆市安樂區安樂路二段 164 號 1 樓
<u>新竹市社區心理衛生中心</u>	03-535-5276	30045 新竹市東區中央路 241 號 12 樓
<u>嘉義市社區心理衛生中心</u>	05-232-8177	60097 嘉義市西區德明路 1 號
<u>金門縣社區心理衛生中心</u>	082-337-885	89142 金門縣金湖鎮中正路 1 之 1 號 4 樓
<u>連江縣社區心理衛生中心</u>	08-362-2095 轉 8827	20941 連江縣南竿鄉復興村 216 號

表 11、與兒童青少年有關的醫療資源

醫療資源		
名稱	網站	內容介紹
各大醫療院所 之兒童青少年 精神科/身心科		衛生福利部中央健康保險署--健保特約醫事機構查詢，可自選地區、特約類別、診療科別(勾選精神科)、預防保健(勾選兒童預防保健項目)...
		台灣兒童青少年精神醫學會--全臺兒童青少年精神專科醫師分佈查詢，可自選地區與縣市。



表 12、網路資源

網路資源		
名稱	網站	內容介紹
心快活－心理健康學習平台 (衛生福利部)		提供具科學實徵性之心理健康知識與策略、e-learning 網路學習、全國各地區心理健康服務據點資料等，為民眾建立一個具有即時性、友善性、可靠性、正確性的心理健康平台。
健康九九+ (衛生福利部國民健康署)	青少年好漾館 	提供青少年性健康相關資料，共同關心青少年成長路上的蛻變。
	兒童健康館－小學生 	提供兒童健康生活型態之建議，如飲食、活動、睡眠、身體保健等。
	線上留言諮詢 	兒童青少年之健康與身心保健相關問題，留言後署內承辦人將盡速回復。
反性別暴力資源網 (衛生福利部保護服務司)		匯集與性別暴力有關的國內外統計數字、研究與評估報告、活動方案、教育訓練、宣導等重要資訊，提供給一般民眾、決策者、研究社群、第一線防治網絡成員，以及服務方案的規劃和執行者參考與使用，希望透過這個平台回應國內外對性別暴力與人權議題之關注，達到防暴意識的啟蒙與警醒、資訊與資源的交流和共享，經驗的傳承與借鏡，以達到終止任何形式的性別暴力之最大綜效。(內容節錄自反性別暴力資源網)

台灣自殺防治學會 暨全國自殺防治中心		全國自殺防治策略及各項行動方案之介紹與推動，針對主題建立資訊與資源專區，包括珍愛生命守門人、身心健康自我評量、媒體與網路、心情溫度計、研究與調查…等，供民眾/相關工作者選取閱讀以習得自殺防治相關知識，提升大眾心理健康識能暨自殺防治之實踐。
-------------------------------	---	--

(以上表格由編輯團隊根據各資源網站整理)

根據台灣自殺防治學會的規劃與建議，針對自殺危機者可以提供的資源如下圖所示，期盼透過各層面的資源介入，為個案佈建起堅實的守護網，也傳遞「你並不孤單」的訊息，讓他們知道自己不需要獨自面對沉重的壓力與負擔。

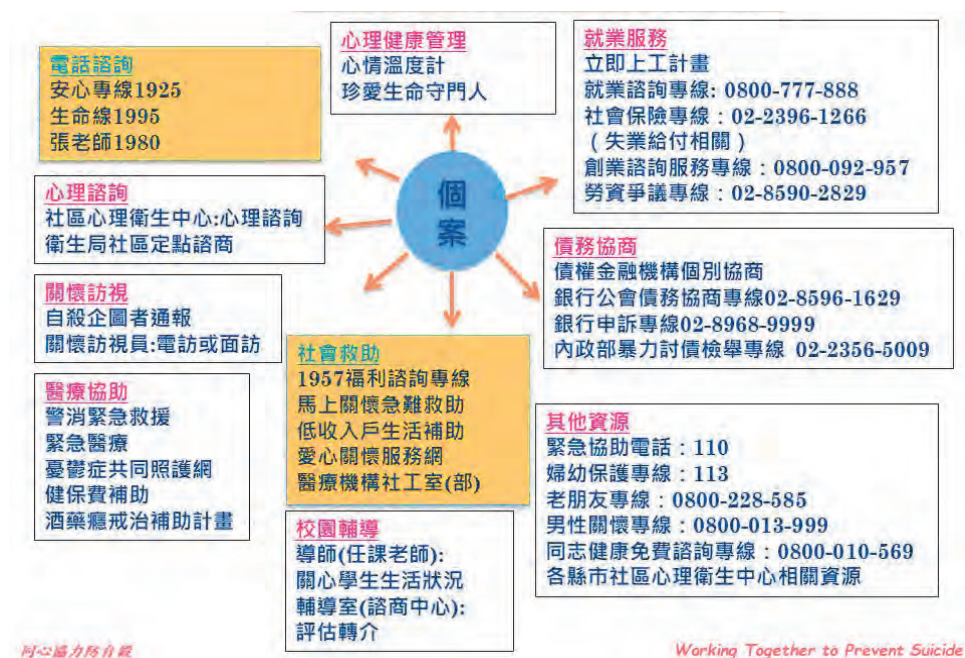


圖 26、自殺防治網絡資源連結 (圖片來源：台灣自殺防治學會)



第七章、校園自殺防治工作法制基礎

在校園中推動心理健康促進與自殺防治工作，始於對人文與生命價值的關懷，加上有法源依據，更彰顯其重要性，因此，本項工作實為守護兒童與青少年在身心及社會層面全人發展的必要任務，需要教育現場內、外的相關人員共同投入，提升對此議題的了解與認同，並培養實踐能力，建構起合作的網路，有助於齊心推動與執行。

兒童與青少年在學校場域，不僅僅只是課程上的學習、知能的提升，身心與社會的成長發展，也是相當重要的議題。目前校園大多以三級輔導架構來進行不同風險等級的學生輔導工作，在學生輔導法第 6 條內所訂的三級輔導內容如下：1. 發展性輔導：為促進學生心理健康、社會適應及適性發展，針對全校學生，訂定學校輔導工作計畫，實施生活輔導、學習輔導及生涯輔導相關措施。2. 介入性輔導：針對經前款發展性輔導仍無法有效滿足其需求，或適應欠佳、重複發生問題行為，或遭受重大創傷經驗等學生，依其個別化需求訂定輔導方案或計畫，提供諮詢、個別諮商及小團體輔導等措施，並提供評估轉介機制，進行個案管理及輔導。3. 處遇性輔導：針對經前款介入性輔導仍無法有效協助，或嚴重適應困難、行為偏差，或重大違規行為等學生，配合其特殊需求，結合心理治療、社會工作、家庭輔導、職能治療、法律服務、精神醫療等各類專業服務。

本章整合各類法規中有關學生輔導工作及自殺防治相關法源，目前教育部訂有各級學校輔導專責單位、人員資格、專業背景和經費編列原則，另外也透過學生輔導三級機制之建置與人力增置，期能有效解決教育現場的學生心理輔導問題（教育部，2014）。在此背景之下，學生輔導法在民國 103 年公布施行，成為國內各級學校執行學生輔導工作之準則與指引。另一方面，民國 108 年公告了臺灣自殺防治法，則是關注全體國民的心理健康，更從「加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值」（自殺防治法第 1 條），讓大眾了解到關懷、尊重、及預防觀點對自殺防治工作的重要性，其中兒童與青少年是相當重要的目標族群，任何一個年輕生命的逝去，都將帶來莫大的遺憾與社會損失。以下依不同對象，整理兩法案中涉及校園自殺防治工作之執行重點。

表 13、與學校自殺防治相關工作有關之法條與重點

對象	法規主旨	法規內容重點(摘錄)	法源依據
主管機關 (註：在中央為教育部/衛福部；在直轄市為直轄市政府；在縣/市為縣/市政府)	指定專責單位或人員，執行學生輔導工作，並負監督評鑑之責。	1. 為執行學生輔導行政工作，應指定學生輔導專責單位或專責人員，辦理各項學生輔導工作之規劃及執行事項。 2. 高中以下學校主管機關應設學生輔導諮商中心以執行相關任務。 3. 就學校執行學生輔導工作之成效，定期辦理評鑑。	學生輔導法第 4、18 條
	加強教師與專業輔導人員之訓練	妥善規劃專業培訓管道，並加強推動教師與專業輔導人員之輔導知能職前教育及在職進修。	學生輔導法第 14 條
	建置通報系統	中央主管機關得建置學生通報系統，供學校辦理前項通報及轉銜輔導工作。	學生輔導法第 19 條
		中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。	自殺防治法第 11 條
學生輔導諮商中心	執行學生輔導相關工作	任務包括學生心理評估、學生輔導及輔導專業諮詢等，另外也須提供輔導教師支持網絡之功能。	學生輔導法第 4 條
學校	執行學生輔導工作	1. 應視學生身心狀況及需求，提供發展性輔導、介入性輔導或處遇性輔導之三級輔導。 2. 應由專責單位或專責人員推動學生輔導工作，掌理學生資料蒐集、處理及利用，學生智力、性向、人格等測驗之實施，學生興趣成就及志願之調查、輔導及諮商之進行等事項。 3. 專責單位或專責人員遇有中途輟學、長期缺課、中途離校、身心障礙、特殊境遇、文化或經濟弱勢及其他明顯有輔導需求之學生，應主動提供輔導資源。	學生輔導法第 6、7、9 條
	執行與自殺防治相關工作	1. 學校應配合主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。 2. 學校人員於知悉有自殺行為情事時，應進行自殺防治通報作業。 3. 主管機關請求進入學校進行關懷訪視，學校應予配合。	自殺防治法第 6、11、14 條
	結合校外資源	必要時，得結合學生輔導諮商中心、特殊教育資源中心、家庭教育中心等資源，並得請求其他相關機關（構）協助，被請求之機關（構）應予配合。	學生輔導法第 7 條
	辦理教育人員	1. 學校應定期辦理校長、教師及專業輔導人員輔導知能研習，並納入年度輔導工作計	學生輔導法第 14、21

		及家長之研習與活動訊息	畫實施。 2. 為促進家長參與學生輔導工作，各級學校應主動通知輔導資源或輔導活動相關訊息。	條
學校端人員	校長	學生輔導工作之權責	1. 負學生輔導之責任。 2. 擔任學生輔導工作委員會之主任委員，統整資源、訂定學生工作計畫、落實並檢視實施成果等。 3. 定期參與輔導知能研習。	學生輔導法第 7、8、14 條
	教師	學生輔導工作之權責	1. 負學生輔導之責任。 2. 負責執行發展性輔導措施，並協助介入性及處遇性輔導措施。 3. 定期參與輔導知能研習。	學生輔導法第 7、12、14 條
	輔導教師(高中以下)	學生輔導工作之權責	1. 負學生輔導之責任。 2. 負責執行介入性輔導措施。 3. 學校依課程綱要安排輔導相關課程或班級輔導活動，並由各該學科專任教師或輔導教師擔任授課。 4. 定期參與輔導知能研習。	學生輔導法第 7、12、13、14 條
	專業輔導人員	學生輔導工作之權責	1. 負學生輔導之責任。 2. 負責執行處遇性輔導措施，並協助發展性及介入性輔導措施；專科以上之專業輔導人員，並應負責執行介入性輔導措施。 3. 定期參與輔導知能研習。	學生輔導法第 7、12、14 條
	行政人員	配合學校推動與實施輔導相關工作	學校各行政單位應共同推動及執行三級輔導相關措施，協助相關人員落實其輔導職責，並安排輔導相關課程或活動之實施。	學生輔導法第 7 條
相關機關/構	配合學校執行學生輔導工作	配合學校執行學生輔導工作	學校執行學生輔導工作，必要時，得結合學生輔導諮商中心、特殊教育資源中心、家庭教育中心等資源，並得請求其他相關機關/構協助，被請求之機關/構應予配合。	學生輔導法第 7 條
	得請求學校協助	得請求學校協助	直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。	自殺防治法第 14 條
校園自殺防治工作相關人員	倫理考量		1. 對於因業務而知悉或持有他人之秘密，負保密義務，不得洩漏。但法律另有規定或為避免緊急危難之處置，不在此限。 2. 應謹守專業倫理，維護學生接受輔導專業服務之權益。	學生輔導法第 17 條
			執行相關業務時，對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。	自殺防治法第 15 條
家長	配合、參與學生輔導之責任	配合、參與學生輔導之責任	高級中等學校以下學生家長、監護人或法定代理人應發揮親職之教育功能，相對承擔輔導責任，配合學校參與學生輔導相關活動，提供學校必要之協助。	學生輔導法第 21 條

(本表格由編輯團隊整理)

根據目標對象的不同，應執行相應的輔導策略，以有效介入學生的危機，維護其身心健康。而在校園中，應該由誰執行或主責呢？依學生輔導法中說明，學校校長、教師及專業輔導人員，均負學生輔導之責任，且校內各行政單位應共同推動與執行三級輔導相關措施，必要時，得結合學生輔導諮商中心、特殊教育資源中心、家庭教育中心等資源，解決學生身心健康困境。由此可知，對學生的身心關懷，在校園場域應是人人有責，且不應侷限在校內，更需要拓展連結到家庭、社區與社會中的資源，讓輔導網路的佈建越來越綿密，構築起更全面性的關懷機制及保護網絡。



校園心理健康促進與 自殺防治手冊





前言

學生是校園心理健康服務之主要對象，校園生活佔據兒童青少年至少 1/3 以上的歲月、其餘時間在家庭與社區中度過，學生與教師在現行校園三級輔導架構下關係密切，教師擔任教育、輔導和資源連結等工作的重責大任，隨著年輕世代與家長或教師的代間差異愈來愈大，教師如何維繫與學生及其家庭的關係，也影響著學生的學業與健康狀態及生活品質。再者，家長也是校園心理健康促進重要的一環，家長肩負督促與規範孩子生活品格、維繫其身心健康的能力，且在需要時給予青少年傾聽、陪伴、或專業資源之連結，成為孩子的保護因子。因此，在學校心理健康促進與自殺防治的全面性策略中，上述三個對象都是重要的「自殺防治守門人」，缺一不可，環環相扣。

本手冊《家長篇》將聚焦在提升家長對於兒童青少年心理健康議題的理解，以及對於自殺防治基本概念的認識，以利進一步展現關懷行動。現代社會風氣與家庭型態的改變，導致許多學生在身心發展歷程中，受到家庭及同儕相當大的影響。有鑑於家有兒童青少年的家長，往往苦於無法與校園有良好的互動、溝通及合作，如何促成學校－家長－學生三方之間的合作同盟關係，提升學生在校園的適應、學習、或成長，有賴良好的家庭功能及家長角色的發揮，幫助青少年身心調適及人際互動。以下從我的孩子怎麼了、幫助孩子-成為珍愛生命守門人、親子關係經營與陪伴互動實務、集結力量-與教師及校園合作、以及新世代青少年心理健康議題之因應等章節，說明青少年家長的角色與功能，期能讓家長更理解如何從發現、同理、轉銜、以及持續關懷的歷程中，陪伴青少年克服心理壓力，促進學習效能。

第一章、我的孩子怎麼了

本章將從青少年常見心理健康問題為首，延伸至常見疾病的介紹，讓家長了解青少年可能會面臨的身心健康衝擊，能在不同的情境當中，運用適合的策略因應孩子的問題，希望藉由此部分的心理健康推廣讓家長不再從茫茫大海中找不到浮木，而是藉由知的力量，幫助家長帶著孩子在載浮載沉中的大海，從困境中走

出來，遠航至健康的航道中。

第一節、青少年常見心理健康問題

心理健康問題(Mental health problems)是指青少年的心理狀態，其中包含許多種類(主要包含認知、心理、情緒、行為)，其嚴重程度包含輕症到重症，然而約有 50-70%的心理健康問題出現在 18 歲以前，心理健康問題若不及早發現、介入或治療，會影響孩子在學校裡的表現，並影響人際關係，對孩子的正常發展造成傷害，隨之影響造成成年早期的身心狀態。此外，正常來說，青少年有時會深感情緒憂鬱幾天，在正常的情緒調解下能恢復為原本的精神狀態，然而從正常身心狀態到產生精神疾患中，有些行為、情緒警訊需要周遭人予以辨識與協助，這種行為可以通過症狀持續時間和影響情形、嚴重度區分開來，以下供家長作為參考，當孩子最近面臨了以下症狀且持續好幾個星期，家長需觀察當症狀已影響學業、人際關係、家庭及休閒活動(Michaud et al., 2005)，則需帶孩子至身心科或精神科門診評估追蹤。

青少年常見身心警訊

1. 身體生理方面

(1) 常有身體不適的主訴

學生若近日有諸多身體不適之主訴 (如: 頭痛、胃痛、背痛、睡眠問題等)，而常常請假，或者有時候於早上剛到學校後，會以身體不適理由到健康中心休息，或常常請家人帶他回家，此類學生不僅要關心他身體狀況，更要主動與學生聊聊心事。

(2) 食慾突然減少或暴增

然而有些憂鬱症的症狀會以食慾改變表現，有的學生會因為壓力大，而暴飲暴食釋放壓力，也有人會對食物興趣缺缺，當然食慾的改變，嚴重一點也會造成體重飆增或下降。

2. 心理方面



學生會突然情緒低落、焦慮易怒或哭泣、情況嚴重點可能會持續掉入自責情形、對日常活動缺乏興趣、無望感，例如:本來喜歡下課時間與同學去打球，現在下課時不願與其他同學互動、打球，會莫名的想哭。

3. 行為方面

(1) 學習行為表現改變

學生突然成績變差，或者使用各種理由推諉作業繳交，其實也是種求助訊號，上課時注意力不集中，讓作業跟考試都達不到標準，注意力不集中有時候是焦慮、憂鬱的一種表現。

(2) 有攻擊行為(aggression)或偏差行為

當學生與性格明顯不符的性格改變可能隱藏著心理健康危機。如果你發現你的孩子表現出異常的攻擊性、衝動的尋求刺激的行為或無法控制的欣快感，請讓你的孩子接受醫療專業人員的評估。

(3) 物質濫用

青少年物質濫用情形與憂鬱、焦慮和壓力情緒息息相關，也因為同儕的誘惑，激起青少年好奇心去嘗試非法藥物(例如:古柯鹼、安非他命)、酒精，去達到短暫的舒壓感覺。

(4) 個人衛生差

突然和持續缺乏自我照顧可能是更深層次問題的常見指標。如果你注意到學生連續數週蓬頭垢面、衣服邋遢，那麼他們可能正在與憂鬱症、雙相情感障礙症或其他形式的精神疾病作鬥爭。

(5) 自我傷害行為

有些學生自我傷害行為不一定會讓你看得到，但身上若有不尋常的傷口(如:手腕切割傷、雙手拳頭瘀青、菸頭燙傷等)，在撇除家庭暴力之下，都需要注意，或者他會有拔頭髮、以頭撞牆之行為等，透過這些自我傷害行為撫慰自己情緒、減輕心理痛苦。這些行為通常是可以恢復的，但完整的醫療評估、精準的診斷與持續治療是必要的，請支持你的孩子接受學校及醫療系統專業人員的幫助。

第二節、認識精神疾病

一、焦慮症(Anxiety)

焦慮症是影響兒童和青少年最常見的精神疾病之一，約 6%孩子會在某個情境下出現焦慮症(Canadian Mental Health Association, 2014)，焦慮症會導致孩子對事物或某些情境產生極度恐懼，以至於它會干擾日常生活。任何一種焦慮疾病的綜合診斷盛行率大約在 10-27%之間，其中強迫症在國小是 0.3%、到青春期的 0.6%，在臺灣，根據全國兒童精神疾患流行病學調查發現，半年內分離焦慮症的盛行率為 2.2%、任一種特定畏懼症為 7.7%、社交焦慮症 3%、強迫症為 0.5%(國家衛生研究院，2019)。

(一) 常見症狀

1. 對日常生活中很多事物有過多和不受控制的擔憂。
2. 焦躁不安或感到緊張或緊張
3. 容易疲勞
4. 難以集中注意力及頭腦一片空白
5. 易怒
6. 肌肉緊張
7. 睡眠障礙（難以入睡或入睡，或不安、不滿意的睡眠）



(專家提醒：精神疾病之徵兆，兒童早期可能與青春期的孩子略有不同，例如：焦慮症，孩子可能會咬手指、頻尿、哭鬧等。家長反應也可能略有不同，家長對憂鬱情緒與憂鬱症處理的方式也略微不同。)

(二) 家長如何因應小孩的焦慮症狀

1. 理解小孩的焦慮：了解小孩焦慮的事物為何，並且相信他們的描述話語，永遠不要忽視孩子的焦慮，無論理由看起來多麼不合理。
2. 傾聽：讓孩子感到被傾聽和尊重，多使用「我知道你現在很不舒服……」的句子。
3. 學習放鬆：試圖和驚慌失措的孩子講道理之前，先幫助孩子放鬆，例如：深呼吸訓練。
4. 規律生活：盡量堅持孩子規律的日常生活，能讓小孩對生活感到安心。

二、憂鬱(Depression)

約有 7.5%兒童和青少年罹患憂鬱症(Miller et al., 2021)，而憂鬱症的識別、評估、治療以及自我傷害及自殺行為是青少年心理健康中最需要被優先處理的事項。

(一) 常見症狀

1. 持續傷心以及易怒情緒(irritable mood)
2. 對周遭事物失去興趣
3. 食慾以及體重持續改變 (減輕或上升)
4. 失眠或過度睡眠
5. 疲勞或失去活力
6. 無價值感或過度的罪惡感
7. 思考力、注意力減退或容易猶豫不決
8. 持續有自殺的想法

(二) 家長如何因應小孩的憂鬱症狀

1. 耐心傾聽:如果你認為你的孩子可能患有憂鬱症，試著找出他們困擾的事情以及理解他們的感受，並耐心傾聽。
2. 與孩子談心:平時與孩子不要變成審問，每天花個半小時至一小時時間關心孩子，建立與孩子談心的習慣，其實是讓孩子知道當他有困難時候，你都會在他身旁，你是他的求助臂膀。
3. 早期發現，早期治療:若孩子有上述憂鬱症狀產生，盡早帶孩子至精神科門診就診，並遵循醫師開立的處方服藥，並與醫師溝通，學習與孩子相處提供適當的處遇。
4. 注意用字遣詞:不建議使用否認對方情緒的字眼，如:「你想太多」、「你已經很幸福了，還有很多人過得很慘」等。建議以陪伴、傾聽、同理的用語，如:「我聽你說」、「我會在你身邊」。

三、行為障礙症(Behavioral disorders)

在青少年及兒童中最常見的行為障礙症包含了注意力不足過動症以及行為規範障礙症(Conduct disorder)。

(一) 注意力不足過動症(Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)

注意力不足過動症是一種常見的兒童行為障礙，估計影響約 3-5% 的兒童有此診斷，而 ADHD 常見於 12-18 歲學生，男生罹患 ADHD 又比女生多出三倍(Sayal et al., 2018)，然而 ADHD 的孩子通常會造成學習表現不佳及行為問題，且兒童通常在日後會有罹患憂鬱症及其他心理健康問題的可能性。有鑑於兒童早期症狀不明顯，家長的持續觀察、尋求專業診斷、及有



效治療，將影響日後的生活品質，故及早辨識與處置變得極為重要，若 ADHD 孩童已開始服藥，則服藥後遵守醫師指示。

1. 注意力不集中症狀

- (1) 經常無法專注在細節，學校課業，工作，或其他活動上
- (2) 經常對於交代的任務難以持續專注
- (3) 常常好像沒有聽到別人對他說話的內容
- (4) 無法遵循指示完成學校作業、工作(並非與家長或老師對立叛逆或聽不懂指示)
- (5) 經常對於需要組織的事務顯得困難
- (6) 時常弄丟工作上及活動所需東西(如:作業、鉛筆、文具等)
- (7) 容易受到外在刺激而分心，並容易健忘

2. 過動症狀

- (1) 坐立難安，玩弄手腳，或是在椅子上動來動去
- (2) 經常在教室中和其他場合任意離開座位
- (3) 在不適當的場合爬上爬下或亂跑
- (4) 在參與休閒活動時很難安靜地玩
- (5) 精神像被馬達所驅動，總是一直在動
- (6) 衝動
- (7) 經常在問題還沒問完時就搶著回答
- (8) 在活動或遊戲中，無法等待輪流這件事
- (9) 在活動或遊戲中，容易打斷或干擾他人(如:插嘴)



3. 家長如何因應注意力不足過動症的小孩

- (1) 訂定行為規矩並予以執行

此類小孩控制力薄弱，針對問題行為，家長可以與小孩一起訂定明確的規矩，並且須讓孩子能夠確實遵守，記錄孩子的不當行為頻率和嚴重度，若有達到約定中的行為，則進一步給予獎賞。

- (2) 代幣制度取代謾罵

當小孩表現出不適當行為時，需要在獎賞當中權衡適當方式，家長可以另外代幣制度(例如:分數、獎卡、積點等方式)，予以讚賞時除了口頭讚賞外亦可施予代幣，出現不適當行為時，則予以扣減代幣。而更重要的是，家長對小孩需要愛與包容，非以不責備、不謾罵的方式，而是持續以行為管理的方式持之以恆、循序漸進訓練其符合規範中的行為，才能讓小孩穩定成長。

- (3) 清楚的指令與良好的溝通

提供孩子清楚的行為指令，能讓小孩有更適當的回應。

不要說:

「你現在不要再吵了」

「你等下要乖乖」

要說:

「現在各自回房間把玩具收拾好」

「等下出門要跟在爸媽身邊，別人的東西不能隨便碰喔」

(專家提醒: 對 ADHD 兒童訂定行為規矩，服藥與未服藥對孩子的要求略有不同)

(二) 行為規範障礙症(Conduct disorder)

行為規範障礙症在兒童及青少年的盛行率約 8%，且好發於男性(11%)，而女性則為 7%，成年後通常會有反社會型人格(antisocial behaviors)跟攻擊行為(aggressive behaviors) (Mohammadi et al., 2021)。臨床上最困難的事，此類孩子多半不願意改變自己的處世風格，心理治療成效往往不佳，常會帶給社會和經濟上的負擔。

1. 常見症狀

如攻擊人或動物的行為(如:霸凌、威脅、恐嚇他人、打架行為)、毀壞公有物、欺騙或偷竊或時常違規(如:長時間逃家、逃學)。

2. 家長如何因應行為規範障礙症的小孩

- (1) 親職教育訓練: 家長可參與一些親職訓練以提升因應能力，國外發展一系列的親職訓練主題，包含: 如何使用正增強(Positive reinforcement)、問題解決技巧訓練(Problem-solving skills training)等，皆有助於強化家長對孩子的處遇，促進其利用所學技能適當回應孩子的行為、減少家長依賴、或堅定地處理孩子的行為。
- (2) 適時關注與忽視: 對於孩子出現正向行為予以讚美，有時也需適時度的忽視其負面行為，意指與孩子正向互動，多讚揚小孩，避免批評他的負面行為，以減少雙方的敵意，並可降低孩子攻擊及對立反抗行為。
- (3) 理解孩子: 此類孩子通常對於心理社會處理不佳，家長需要理解孩子的行為是因為能力上的缺陷，家長需要提高對孩子的耐受度，須以孩子的觀點出發，一同解決其問題。

第三節、正確連結專業治療及處遇

學生族群的心理健康議題往往成因與樣貌多元，需要跨領域專業共同合作，協助青少年走出低潮或負向循環。青少年早期的症狀往往合併認知、情感、行為多個適應不良或造成情緒困擾的狀況，此時，校內有關人員宜與家長

溝通如何連結校外資源、或配合校內醫療或社會服務轉介等專業介入措施，一起緩解或解決學生面臨的多重困境。本節介紹精神醫療團隊介入及社會福利服務等專業資源，期能使青少年家長了解資源連結之重要性與迫切性，以利心理健康問題的有效防範暨處理。

一、何謂精神科醫療？

一般人對於至「精神科」求診總是有著難以啟齒的心理障礙，甚至擔心至精神科求診將帶給自己未來難以抹滅的陰影。在傳統觀念中，到精神科求診一定是心理上與社會常模有所不同，甚至覺得精神疾病就是精神分裂症（現稱思覺失調症），也擔心被印上精神病患的標記。事實上，精神疾病有上百種類別，且當中共病的類型也相當複雜，需要完整評估、有效診斷、對症下藥。

精神科醫療除了疾病的診斷與藥物治療，更著重在求診病人的身心靈照顧，在精神科門診，你可以卸下內心的偽裝、向醫師傾訴內心的煩惱、痛苦、憤怒等心情，傾訴生活經歷的事件，透過會談治療方式，醫師漸漸了解你內心的感受跟身處的環境，並協助你找出解決問題或適應環境的方式。所以精神科醫療不僅僅是開立處方藥物，更會瞭解你目前身心靈的處境，並提供合適的治療建議及轉介。當然醫療過程中也需要求醫者適度且正確的善用醫療資源、適度與醫師溝通病況、信任醫師並且能夠誠懇表達及配合，其醫療效果才是最好。

再者，社會大眾務必了解精神科團隊包含了精神科專科醫師、護理師、藥師、臨床心理師、社會工作師、職能治療師等跨專業人員，共同協助診治照護病人，以提供完整的醫療照護，依病人病情的需要，醫療照護團隊會提供病人適當之用藥指導、營養指導、生活指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，更進一步有效連結到轉介單位，例如：面臨婚姻問題可請社工師進行家庭諮商，若有職業需求或者職場適應問題，則會轉介職能治療師進行相關評估及訓練。所以，精神科並非只有醫師會開藥、且精神科不只是診斷精神疾病而已，當你有失眠、長時間心情低落、焦慮、腦力下降無法處理日常事物等情況，都可以至精神科尋求完整的評估與診治，並由多位專業人員共同協助處理問題。

二、專業完整評估：正確的評估是治療的開始，當孩子行為與情緒上異於

平常時，家長應至各大醫院精神科門診或社區診所接受進一步治療，不延誤就診及治療時間，才能讓孩子接受到適合的協助。另一方面，家長也需要一起參與治療計畫，了解孩子的藥物知識及治療方針，這除了有助於孩子的預後，也能讓家庭氣氛為正向，並發揮家庭功能。

三、 關心孩子變化: 孩童的精神症狀行為，通常不會一夕之間就產生，平時與孩子關係的聯繫、談心，並與學校老師保持聯絡是非常必要的，並記錄孩子的不適當行為及情緒，在就醫時可以提供醫師參考。

四、 持續照顧: 當病人精神治療到已減緩急性症狀時，精神復健可開始啟動，讓病人可以重新恢復他們在社區的生活能力。並且可視病人不同的需求，提供社區精神復健機構，來讓他們獲得持續性的復健。



第二章、幫助孩子-成為珍愛生命守門人

學生族群自殺行為的趨勢攀升，2019 年臺灣 15-24 歲族群之自殺死亡率，已來到 20 年以來數據的最高點，而青少年常見的精神疾病及心理健康問題(如:焦慮、憂鬱等)，皆為導致自殺風險增加的因子。青少年自殺防治最重要的人員除了同儕及教師之外，家長更是關鍵角色，訓練家長擁有心理健康相關知能及危機處理之能力，能適時地辨識孩子自殺行為及警訊，並正確因應孩子的情緒問題，更不容忽視。

一、家長在自殺防治守門人的功能

家長是孩子生命中第一個啟蒙老師，且與孩子朝夕相處，家庭教育及互動無疑是在孩子生命歷程中扮演著極其重要的角色，當孩子面臨到心理、生理或社會上的難題時，家永遠是孩子安全的羽翼。

而自殺防治守門人在廣義的定義是指「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」(李，2018)，更是擔任起「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，當孩子有自殺行動出院之前，可能會在口語上或行為上透露出自殺的線索或警訊，其行為為漸進式，當他們有自殺意念時，通常不會馬上有所行動，從意念產生到付諸行動的階段就是守門人介入防範的最佳時間。家長與孩子朝夕相處時間長，能適時扮演起「關懷」及「支持」的角色，更是家長在守門人最重要的關鍵之一，在孩子需要你的時候(如:行為、情緒上的改變)，適時關心他，而非過度保護，並提供資源協助，陪伴他們度過人生的低潮期，而家長能透過學習守門人三步驟後，能對自殺危險警訊有較高的敏銳度，且有效因應，期能降低自殺行為的發生。

二、青少年自殺危險警訊

當孩子有任何突發的或戲劇化的變動，像是平常在學校的出席狀況、翹課行為等，家長都應該要認真對待，都是孩子發出的自殺危險警訊，最常見的狀況包含下列項目：

- 對日常生活失去興趣
- 成績全面性的退步
- 且努力程度降低



- 在學校裡面不守規矩
- 無故且反覆的曠課及缺席
- 物質濫用情形增加(如:抽菸、飲酒、藥物、大麻等)
- 經常有警力介入的學生暴力事件

這些警訊往往是在通知家長，小孩可能面臨了精神上或社會上的痛苦，而漸漸可能導致有自殺意念進而產生自殺行為，注意以上這些警訊，有助於我們辨識孩子處於高危險情況下，能盡早辨識，並予以適當地處遇。

三、一問二應三轉介

要詢問孩子的自殺意念並不容易，然而循序漸進的討論主題是有幫助的，利用下列守門人 123 的步驟，可以有效幫助家長引領孩子共同討論並適當回應。

➤ 一問：「主動關心、積極聆聽」

當孩子有上述自殺危險警訊出現時，家長須主動關心、詢問孩子的狀況，先了解孩子的狀況，不責備，並撥出空檔與孩子談心，傾聽可以救人一命，並且選擇較隱密的地方談，可以增加孩子的安全感，且不要打斷及批判他，以下有些有用建議供家長參考：

○ 家長可以這樣做

- (1) 可以這樣問：「最近是不是不快樂？（不快樂到想要結束自己的生命）」、「會不會覺得活著沒意義、沒價值，也沒有人在乎？」
- (2) 多聽少說、穩住自己著急的內心，先全心聆聽孩子想說的話，鼓勵他把想表達的(話語、文字、情緒…等)都表達出來。
- (3) 如果孩子暫時什麼都不想說，告訴他、讓他知道你都會在他身邊，等他想說或想找人陪伴時，隨時來找你。

× 家長避免這樣做

- (1) 不要這樣問：「你該不會想要自殺吧？」「不要跟我說你想自殺喔！」
- (2) 不要發誓保守秘密
- (3) 不要爭辯自殺行為的對錯
- (4) 不要太快給孩子提供問題解決方法
- (5) 不要因太快反對孩子的自殺想法而增加其罪惡感
- (6) 不要回應孩子「你應該只是開玩笑的吧？」



➤ **二應：「適當回應孩子的問題、提供支持陪伴」**

當孩子表達人際挫折或在學校的負面事件帶來的負向情緒感受，首先透過一問積極了解狀況、聆聽感受之後，可進入第二步：適當回應、支持陪伴以提供心理支持。在回應過程中，保持平靜、開放、關心、接納，且不帶批判的態度，也可以評估孩子的自殺風險，以確認是否需要進一步提供專業協助。特別當得知孩子有自殺意念時，家長守門人的任務亟需注意此意念轉變為行為的可能性有多高，一般來說若孩子有表達明確或暗示性的自殺意念，便可尋求心理衛生或精神醫療專業的協助，共同釐清孩子的心理狀態。家長應了解：孩子在 9 歲以前並不了解死亡的意義（可能也無法清楚表達自殺的概念），且認為死亡是可逆的，因此大約從小學高年級開始才逐漸發展出死亡的概念。

○ **家長可以這樣做**

- (1) 與孩子開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，可以減緩孩子的情緒起伏程度
- (2) 積極、專注地傾聽孩子目前所遭遇的問題，嘗試理解他們的感受與情境，不急著判斷並能設身處地為孩子們著想。
- (3) 試圖與孩子一起討論防止自殺或解決問題的方法，必要時宜尋求專業協助。
- (4) 給予孩子希望感，並將焦點放在個人正面的力量上。協助孩子思考：
「在過去的人生當中是為什麼而生，現在活著的理由是什麼？」
「目前生活重心與目標為何，有沒有可以令他積極的人、事、物？」
- (5) 最後可以問孩子：
「是否願意接受相關協助？」
「是否答應再找到任何協助之前，不要結束你的生命？」

× **家長避免這樣做**

- (1) 太常打斷他們說話
- (2) 顯露震驚或情緒上波動與激動
- (3) 向孩子表達自己很忙
- (4) 做出突兀或含糊不清的評論
- (5) 問大量的問題

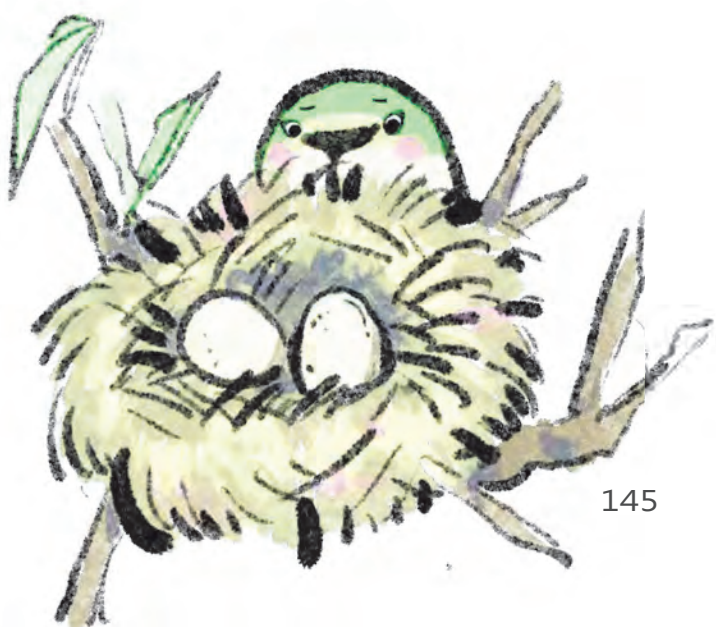
➤ **三轉介：「家長及孩子共同尋求適當資源的協助，並持續關懷孩子的進展」**



當孩子的問題已超出你能處理的範圍時，建議幫孩子找適當的資源，並適時尋求專業的轉介，什麼時候需要轉介，可參考下列原則：當心情溫度計分數高於 10 分者建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢、高於 15 分者建議諮詢精神專科醫師。在轉介過程中，往往孩子會有抗拒排斥、忌諱就醫的反應，提供以下有關憂鬱症就醫過程可能有的狀況，供家長參考：

- (1) 憂鬱症是一種常見的精神疾病，很多人都有。
- (2) 憂鬱的情形若持續過久，常常大腦生理功能也會受影響，沒有就醫便不容易改善。
- (3) 與其痛苦難過，不如及早就醫，早點改善。
- (4) 精神藥物勿自行亂加減或提早停藥，應該與醫師討論。
- (5) 現在的抗憂鬱劑副作用少、藥效佳，持續吃才有效。
- (6) 憂鬱症應該治療到好，避免復發。

通常孩子認為自己無法得到任何的幫助，因此家長必須從關懷的角度切入，持續保持耐心聆聽、了解問題所在，當問題持續影響家庭或孩子的生活，除了帶著孩子去尋求專業協助(各大醫院精神科、社區身心科診所、社區心理輔導/職能/社會福利諮詢、公部門心理衛生資源等)，已接受治療後，家長也要叮囑孩子若症狀改善，仍應與醫師溝通如何自我照顧，治療期間勿自行或提早斷藥，完整配合醫囑、保持樂活態度、促進健康生活，才是預防心理健康惡化的做法。



第三章、親子關係經營與陪伴互動實務

目前大部分的家庭為雙薪家庭，在雙薪家庭中，努力工作撫養小孩，讓家庭成員過著無虞的生活為首要目標，然而夫妻在汲汲營營生活中，回到家後已筋疲力盡，鮮少花時間陪伴孩子，往往只會督促小孩趕緊完成功課、上床睡覺，而親子關係也漸漸疏離，或者家庭樣貌的多元化，有的小孩則是單親家庭、隔代教養，孩子在成長過程中，往往會需要家長的陪伴，無論是課業上的協助、人際關係甚至感情都會有困惑之處，而家長因缺乏時間引導孩子學習，讓孩子容易成為迷途羔羊。鮮少的互動與陪伴，往往也讓家長對孩子情緒、行為變化，無法及時辨識，而容易造成憾事。

家庭樣貌的多樣化，孩子成長環境也面臨了許許多多阻礙，無論是網路資訊傳遞快速、校園霸凌事件頻傳、升學壓力重擔等，都在考驗著家長的角色功能，如何在忙碌生活中與孩子經營良好關係並予以陪伴，以下是給家長的建議：

一、傾聽與陪伴

即使每天工作忙碌，也要在晚飯後，花 30 分鐘陪伴小孩並傾聽他們在學校與日常生活發生的事情，並以開放式問卷進行溝通，如：「今天在學校有遇到什麼有趣的事情？」關心孩子的生活，並給予適當的回應，而不是只會問孩子「今天作業為什麼寫這麼差！」，每天透過傾聽與陪伴不僅僅能拉近彼此距離，也能培養信任感，讓孩子知道不管遇到什麼事情，家長都會在自己身旁。

二、周末安排家庭活動

多數雙薪家庭平日下班的晚，往往都不會安排休閒活動在平日，建議家長能在周末安排適當的活動，或問孩子想要去哪裡，周末能陪孩子散散步或旅遊，甚至好好吃頓飯，都能讓孩子感受家長的陪伴，並且盡量減少在家看電視或各自滑手機，彼此無交談互動。

三、Show your love 表達你的愛

能適時表達家長對孩子的關愛，這是門藝術，不是過度保護與關懷，而是關心孩子的變化，並適時與孩子互動，可以對孩子擁抱，當孩子回家時，能用熱情的問候及微笑迎接他們，當然「我愛你」也要時常掛在嘴邊。

四、建立親子儀式

如果你有多個孩子，建議盡量與每個孩子單獨相處，才可以進行高品質的親子關係，而孩子也有自己的自尊心，如此一來也可以讓他們知道家長是有特別重視他們的需求，你可以依據孩子的喜好，安排「親子儀式」，創

造一對一的機會，並與之談心，如：晚飯後到書局走走、一起在家看電影等。

（專家建議：有些家庭即使是周末也難以聚在一起，真正的同在、陪伴不見得是建立在擁有共通的家庭活動上，而是你真的懂我…即使你不懂我，你也願意挺我、相信我，孩子要的是可以挺他的家長，願意相信他的家長，因此，家庭成員的「接納」、「相信」、「尊重」之概念十分重要。若家長真的做不到同理、理解孩子，至少要試著學習相信、接納、尊重孩子。）



第四章、集結力量-與教師及校園合作

兒童青少年的心理健康問題，需要校園、家庭、與孩子共同合作，家長、孩子與教師更是要成為夥伴關係，一同將相關知識、經驗、角色相結合，以提升孩子的心理健康。成為夥伴關係最重要的核心價值是一相互尊重、共同致力於心理健康促進與自殺防治相關策略，且能分擔共同與各自的責任。以下提供一些與老師合作時的幾項原則，供家長參考（本章資料出處：The National Child Traumatic Stress Network, <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>）。

- 一、**創造安全與信任環境**：讓孩子覺得在家裡及校園是有安全感的，首先是與孩子建立良好的信任感，當收到孩子對你發出想自殺的訊息時，可以與教師溝通孩子狀況時，但不批判其行為，更不要忽視孩子種種異常的行為，若孩子有自殺意念時，需要環視家中環境，移除或管理好家中可能作為自殺的工具，例如：農藥、藥丸、繩子、殺蟲劑、利刃等。
- 二、**相互連結與共同合作**：當與教師有不同意見時，記得你們是夥伴關係，應相互尊重，並解決分歧點，因你們共同目標為孩子建立一個心理健康的環境，例如：老師向你匯報孩子在學校異常情緒、行為反應時，應尊重老師的判斷，寧可多份訊息，而關注小孩的變化，也不要否認並忽視其訊息，而造成無法挽回的遺憾。
- 三、**有效連結以形成自殺防治策略**：教師與家長是夥伴關係，除了建立安全信任環境之外，更重要的是要如何有效連結，保持與老師的主動聯繫，一起解決孩子的問題。當孩子有自我傷害想法時，可以與老師開始討論其防治策略，如：有效的將學生成立「關懷小組」，促進學生間的彼此關懷與互助；課堂中資訊的宣導，像是臺灣衛福部的安心專線 1925－全年無休的心理守護者及自殺防治專線，讓大眾知道有求助資源；利用各種機會，建立親師之間良好的互動關係。

第五章、新世代青少年心理健康議題之因應

促進心理健康本質之目的，不僅是幫助他人，更是幫助自身，以達到自助助人共同成長之目標，與其善後不如著力預防教育，本章節從兒童青少年常見創傷類型談起，提醒家庭注意早期創傷為孩子帶來的潛在身心影響，接著介紹網路成癮的問題與因應方向、並提供家長自殺防治懶人包說明，期能幫助青少年營造早期的家庭安全環境、提升心理健康問題的防護力。

第一節、兒童青少年創傷

孩子除了面臨學校人際、課業壓力、感情問題之壓力外，有許多可能的創傷影響著孩子的身心靈與社會發展過程，以下簡述幾個可能的創傷來源：



一、霸凌 (Bullying)

霸凌是種蓄意傷害的行為，會對當事人造成社會、情感、身體及心理的傷害。而霸凌行為通常會反覆發生，為一種侵略和騷擾模式，包含：身體上(如：踢、打等動作)、言語上(如：辱罵、嘲弄、威脅和性評論)、社會上(如：散布謠言、故意排擠他人、在公眾場合上讓他人難堪)等行為，然而科技進步時代的變遷，更多的是網路上的霸凌行為，透過網路、社群媒體散佈他人不實負面消息，都屬於霸凌行為。霸凌容易造成青少年社會互動以及學校表現不加，進而造成心理健康問題。

二、社區暴力 (Community violence)

社區暴力通常是指一個人在社區當中承受著人際的暴力行為(interpersonal violence)，而受害者通常與施暴者沒有什麼密切關係，例如：被幫派鬥毆、被無差別射擊、性侵、搶劫等，且社區暴力可通常是突然發生且毫無徵兆。在社區被槍殺或毆打將可能永遠改變青少年的生活。

三、複雜型創傷 (Complex trauma)

複雜型創傷意指兒童暴露於多重創傷事件中，通常是人際關係性質或是侵犯型的傷害暴露，且暴露的範圍是廣泛的並具有長期的影響，例如：兒童虐待、被嚴重忽視等，這些創傷都有可能會影響孩子的發展以及發展安全感依附的能力(secure attachment)，這終其一生都會影響小孩的生活。

四、災難 (Disasters)

自然災難意指颶風、地震、龍捲風、野火、海嘯等各式各樣嚴重的自然災害，這些會導致許多家庭及小孩流離失所、個人財產以及家園受到襲擊，讓個人失去社區、社會的支持，甚至面對家人的死亡。

五、早期兒童創傷 (Early childhood trauma)

早期兒童創傷意指發生在小孩 0-6 歲的創傷，創傷形式有可能是性虐待、身體虐待等，但 0-6 歲的嬰幼兒受到創傷後的反應可能與較大的兒童不同，他們可能無法用語言表達對於創傷事件的反應，會用身體症狀表達出，如 0-2 歲小孩可能會出現食慾不振、體重減輕、哭鬧不安等；而 3-6 歲小孩可能在學校會出現學習障礙、常出現言語虐罵行為、缺乏自信心、經常頭痛等。

六、親密伴侶暴力 (Intimate partner violence, IPV)

親密伴侶暴力也意指為家庭暴力，施暴者通常都是親密伴侶，如前任或現任同居人、配偶，可能是以身體、言語、情緒、性等行為強制或控制對方，或者透過跟蹤、恐嚇、羞辱等方式或讓對方與社會和家人隔離，這種虐待行為發生在各種年齡、種族、宗教、教育背景的人群中，且多數受害者為女性。然而當小孩暴露於親密伴侶暴力之中，對小孩仍可能造成長久的影響以及立即的傷害，如：廣泛性焦慮、惡夢、對事物的專注力下降、攻擊行為增加、與家長的分離焦慮增加、並且強烈擔心家長的安全等。而長期影響則包含：在青少年期的物質濫用、犯罪行為增加(如：吸菸、喝酒等)、成年期的情緒問題障礙增加(如：PTSD、焦慮、憂鬱)。

七、醫療行為所帶來的創傷 (Medical trauma)

在兒童時期，若孩子自己經歷或看見親屬暴露於醫療行為中(如：侵入性醫療處置、疼痛、嚴重受傷及疾病)，可能會產生一些創傷性壓力反應(traumatic stress reaction)，這些損傷若持續經歷著，將會造成小孩心理的創傷，影響他們日常生活功能，如：一直想起不愉快的經歷、想逃避、過度激動症狀(hyperarousal) (如：緊張不安、容易受驚等)。

八、身體虐待 (Physical abuse)

身體虐待是種最常見的兒童虐待形式之一，意指小孩從照護者或家長中，接受到暴力或者無意而導致身體受到傷害，例如身體出現紅印記、傷痕、瘀傷、肌

肉扭傷或骨折。身體虐待除了帶給小孩身體上的傷害外，也會帶給孩子深遠的影響，家長理應為保護孩子安全的人，所以當施暴者為家長時，容易讓小孩出現創傷性壓力反應，且在日後讓小孩難以正常的與他人發展正常的友誼關係，甚至覺得自己遭受這些虐待是因為自己的錯誤，而長期責備自己，讓自己陷入無限的情緒困擾深淵，而產生憂鬱與焦慮的問題，日後也容易產生行為上的問題，如：也對他人產生暴力行為。

九、性虐待 (Sexual abuse)

兒童性虐待意指兒童被用於對施暴者進行性刺激(sexual stimulation)。性虐待可以包括觸摸和非觸摸行為，非接觸行為可能包括偷窺（試圖看孩子的裸體）、暴露狂或讓孩子接觸色情影片等。然而所有年齡、種族、經濟背景的兒童都可能遭受性虐待，而不管男孩或女孩都有可能接受到性虐待。受到性虐待的小孩一樣會有創傷性壓力反應，如：噩夢頻繁、憤怒、焦慮、憂鬱、不想當除與特定人相處在一室等。

十、性販賣 (Sex trafficking)

性販賣意指 18 歲以下的小孩利用性行為，換取金錢、住所、食物、甚至室毒品，有時候是被拐賣的。因是被販賣的角色，所以通常此類的青少年不管在教育還是經濟上都受到嚴重的影響，甚至對日後社交及人際關係都產生負面的結果。學習的中斷，導致學習落後於同年齡的人，因與同儕失去聯繫，其社會支持系統產生了脫節，在長時間影響之下，低學歷讓他們發展生活技能及求職受到阻礙，讓他們很容易再次受到人口販運的迫害，除此之外，身心靈也嚴重受到影響，包含了睡眠紊亂、疲勞、營養不良及注意力不集中等症狀。

十一、 恐怖攻擊和暴力 (Terrorism and violence)

當家庭和兒童受到大規模的暴力、恐怖攻擊、槍擊等衝擊式的社區創傷時，這些創傷將成為心中難以抹滅的傷痕，雖然在臺灣未見恐怖攻擊及暴力，但大規模的攻擊也是時有所聞，如：1984 年螢橋國小校園遭人潑酸案、1992 年麥當勞水銀炸彈案、2014 年捷運隨機殺人案等，當孩子若不慎暴露於這樣情境中，日後都是會造成心理上的衝擊，需要接受治療和長期復健，有些孩子則需要適應家人、同儕的去世，他們對於此類的創傷的反應，通常會有注意力不集中、悲傷、也有可能增加憤怒的情緒、睡眠障礙、甚至會有物質濫用的行為產生。

十二、 創傷性悲傷 (Traumatic grief)

有些孩子對於死亡都有很好地適應，但通常對於意外死、非預期性的死亡，孩子可能產生創傷性的反應，特別當遭逢親人死亡時，需特別關心其是否能夠調適生活。如果孩子對於死亡的反應嚴重或持續時間長，可能會干擾他們原本的日常生活功能，進而產生童年創傷性悲傷，導致他們難以想起死者與他的正面回憶、難以適應死亡所產生的日常改變、無法正常的發展、出現焦慮憂鬱等情緒變化、甚至產生自我傷害的行為。孩子也有可能透過做惡夢的方式，對過世的人產生內疚，或者覺得死亡很可怕，孩子也有可能會透過退縮的方式表達自己的情緒，如：避免談到過世的人，而其他症狀包含了憤怒、睡眠困難、成績表現不佳、頭痛、胃痛等。當這些症狀過於嚴重、持久或影響日常功能，就必須尋求專業的協助。



第二節、網路成癮的隱憂

網路便利性，讓我們一則以喜，一則以憂，網路世界充斥的多采多姿訊息，帶給浩瀚無垠的知識積累，並改變人們的生活型態及溝通模式，水能載舟亦能覆舟，長時間沉浸於網路世界中，有明顯產生心理困擾的症狀(如:憂鬱、焦慮、自殺意念等)，且有網路成癮的危機出現，在一項研究針對臺灣國人進行網路成癮之調查，顯示有 1.9%國人有網路成癮症(Internet Addiction Disorder, IAD)，其特性為年輕人、無業者、學生且近日有心理困擾、自殺意念居多，此結果提醒著家長，年紀及心理健康問題與網路成癮息息相關，故此章節介紹網路成癮的症狀和因應策略以供家長參考。

一、網路成癮的症狀

網路成癮根據衛生福利部的定義，泛指過度使用網路或電腦、難以自我控制，導致學業、人際關係、身心健康、家庭互動、工作表現上的負面影響，包含:無法克制使用網路的時間，且常常超越預期的使用時間、經常使用網路行為達到心理上滿足，像是逃避現實中的困境。

網路成癮的十大特徵 (取自衛生福利部)

- ✓ 上網時間常常超過預期
- ✓ 一旦上線，到下線時間也停不下來
- ✓ 寧願上網也不與人相處
- ✓ 想先完成某些事，還是忍不住上線
- ✓ 因為上網而影響工作或學業品質
- ✓ 在網路上交到朋友且交往甚密
- ✓ 上網時會感到心情放鬆、焦慮減輕
- ✓ 上網被別人打斷時會絕得沮喪煩悶
- ✓ 沒有了網路，整個人會覺得空虛、無聊、煩躁
- ✓ 日常生活中無法避免想到網路上的事



二、當小孩網路成癮，家長應該怎麼辦

(一) 以關心，替代責罵:家長與孩子溝通時，一定要先冷靜，並用溫和的態度，主動關心孩子最近上網的情況，並一同了解他的網路世界樣貌，並向孩子釐清上網帶來的負面影響，並一同設定上網時間的目標，例如:協助孩

子把每天上網時數寫下來，並設定鬧鐘提醒自己要休息，並循序漸進把休息時間拉長，除此之外也可以多多安排戶外活動跟孩子一起出遊。

我可以這樣跟孩子說:

「孩子，你會嘗試不上網，卻一直沒辦法做到嗎？」

「最近我看你都在家上網，朋友找你出去，你都沒興趣嗎？」

「我看你都在家上網，最近發生什麼事情嗎？」

(二) 同理孩子想法，肯定正面行為:不要對孩子的行為做判斷，並不給貼負面標籤，同理孩子的想法，也可以跟孩子討論他現在都在網路看些什麼或者遊戲的內容，這時候小孩反而會比較容易敞開心扉與你聊天，並透過聊天過程帶給孩子正確的觀念，例如:人際關係、金錢控管概念、領導力或團隊合作。

我可以這樣跟孩子說:

「孩子，我看你最近買線上遊戲的裝備滿多的，其實有時候要考慮分批買進，一次買太多無法分散風險。」

「有些網路遊戲是團隊合作，每個組員都有不同的能力，才可以一舉攻下江山。」

不要對孩子說:

「你一直玩網路遊戲，真的是一點用也沒有!」

「你一直玩網路遊戲，我要把你的電腦給鎖起來!」

(三) 不孤軍奮戰，尋求相關資源:當你對孩子嘗試溝通後，已無法負荷時，可以尋求專業資源，以下資源供家長參考。



表 14、家長可運用之網路成癮線上資源

中亞聯大網路成癮防治中心 諮詢專線 (04)2339-8781	
台灣網路成癮輔導網	
「心快活」心理健康學習平台	
戰勝網路成癮完全攻略手冊-衛生福利部	
爸媽 Call-in 教養專線服務 18 歲以下兒少的照顧者，有意願與 社工討論親職教養問題與壓力	0800-532-880 服務時間：每週一至週五下午兩點至 五點

(本表格由編輯團隊整理)

三、網路使用習慣量表

若擔心或懷疑孩子有網路成癮時，可至「心快活」心理健康學習平台填答網路使用習慣量表，依填答結果，尋求進一步專業諮詢。



網路使用習慣量表

第六章、自殺防治懶人包—家長篇

家庭是孩子最佳的後盾，然而家長或主要照顧者不該只是徹底犧牲，當照顧孩子的壓力排山倒海而來時，也要懂得正視自己的身心狀態，更要學會照顧自己。以下提供一些自我照顧的方式，以及與自殺防治專業知能相關的家長專屬版，期能幫助家長更了解孩子的身心警訊，以及怎麼對應孩子的需求，成為孩子的心理健康守門人。

- 一、**正視壓力源**：先確認自己壓力源為何，再思考該如何解決自己的情緒問題，當孩子的行為與教養問題，是超越自己的處理範圍，則建議尋求專業的協助。
- 二、**建立自己專屬的資源網**：舉凡是社會資源、家庭資源、社交都是最重要的資源網絡之一，當你臨時有事相求，鄰居朋友都是你不可或缺的援手，可以聊心事有個情感相互慰藉，而他們有機會也會提供你可用的訊息或資源。
- 三、**調整心態**：家長要時時刻刻調整自己的心態，尊重孩子的想法，而不是極力追求課業成績或未來出路，面對孩子的成長，要記得完美並不美。
- 四、**學會抒發壓力**：教養壓力大，家長更要適時紓解壓力，如：練習肌肉放鬆、在要生氣時記得深呼吸、規律運動、或是培養休閒娛樂。每天撥出時間做三件自己喜歡的事情，並學習計畫自己的生活，而不是只是專注在孩子身上。



給家長

自殺防治懶人包

孩子，我們守護你



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

心理健康警訊



身體生理方面

常有身體不適的主訴
(如:頭痛、胃痛、睡眠問題等)

食慾突然減少或暴增



心理方面

明顯情緒起伏不定
(如:易怒、哭泣等)

對日常生活缺少興趣



行為方面

學習行為表現改變

攻擊行為或偏差行為

藥酒癮或濫用情形

自我傷害行為

當孩子這些症狀持續一段時間，並已影響學業、人際關係、家庭及休閒活動，則需帶孩子至身心科門診評估追蹤。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

伴你走過



多多積極
傾聽陪伴
並理解孩子的想法



引導孩子適當
情緒紓壓
安排休閒活動



避免再度刺激
他的創傷



必要時與教師溝通
以了解孩子在校狀況

家長無疑是孩子成長中最重要的角色，尤其當孩子面臨心理困擾時，
您的陪伴更是必須。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

小孩真難懂

讓你快速了解青少年成長特性



特殊時期

神經、解剖生理因素快速發展以及
Erikson心理發展任務時期

易衝動控制及
憂鬱情緒

受到快速成熟的腦、神經傳導與內
分泌系統以及環境影響。

腦內風暴

多重賀爾蒙影響：
杏仁核→反應過度
多巴胺→喜好冒險

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

創傷面面觀

孩子身體創傷容易看見，心理創傷可能會不經意的來襲



當孩子長時間暴露於各種創傷型態時，容易造成心理影響有：

1. 學校表現不佳
2. 缺乏安全感
3. 焦慮
4. 憂慮
5. 創傷後壓力症狀群
6. 物質濫用情形增加(吸菸、喝酒等)
7. 緊張不安(如:逃學)
8. 噩夢頻繁

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

心情溫度計

家長可以透過心情溫度計，與孩子聊聊生活情形，了解孩子的心情溫度，並提供適當的關懷與支持。

請您仔細回想 近來的一週中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	稍微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

得分與觀察

前5題總分：

- 0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。
- 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

* 有自殺的想法 *

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分2分以上(中等程度)時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

為什麼要測？

快速掌握孩子心理困擾程度

什麼時候測？

任何時候當你想關心孩子近況時都可以融入對話

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

校園守護心理健康好幫手~

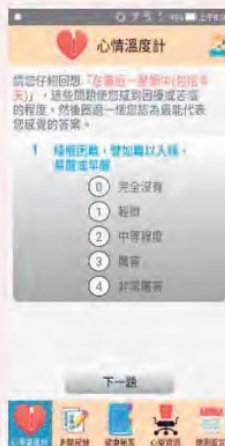
心情溫度計也有APP喔！

立即免費下載~

QR碼掃我！



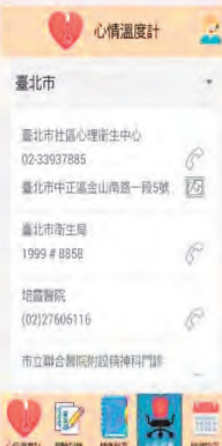
1. 紀錄心理困擾程度變化



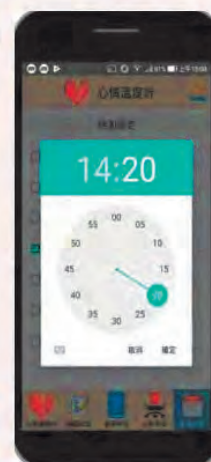
2. 免費心理衛生電子書/影音



3. 精神心理衛生資源地圖



4. 鬧鐘提醒自我檢測



集結力量 與教師及校園合作



相互尊重

家長與教師是夥伴關係，應相互尊重，並解決分歧點，因共同目標是為孩子建立一個心理健康的環境。



相互合作

當孩子有自我傷害想法時，可以與老師開始討論其防治策略。



信任判斷

信任老師判斷，寧可多份訊息，而關注小孩的變化，也不要否認並忽視其訊息。



必要時聯繫老師

當您發現孩子有心理健康問題，向孩子了解情況，必要時與老師聯繫，一起解決孩子的問題。

自殺是有跡可循的過程

「連我爸媽都不愛我，整個世界沒有人會愛我了」

「看著自己一無是處，班上的人都在嘲笑我」

「他為什麼要跟我分手，我到底哪裡做錯了」

「他們根本不在乎我，只在乎我是不是第一名」 「我要讓他們都後悔，讓他們一輩子活在內疚裡」

慢性歷程

孩子處在
外在環境
內在身心
長期負面影響



急性歷程

生活中發生了
突然的變化
使孩子倍感壓力
造成情緒上的波動

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

青少年自殺警訊

FACT

感覺 Feelings

失去希望 - 「人生不可能變好了」
無價值感 - 「沒有人在乎我」

行動、事件 Action or Events

藥酒濫用
說或寫有關死亡或毀滅的事情

改變 Change

行為 - 無法專心
睡眠 - 睡太多或失眠
飲食習慣 - 沒有胃口或暴食
對以往喜歡的活動失去興趣

預兆 Threats

言語 - 「好煩，好累，好想逃離一切的痛苦」
威脅 - 「我很快就不在這裡了」
計畫 - 安排、送走喜歡的東西、自殺企圖

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

家長守門人三步驟- 1問

孩子有危險了，我可以怎麼做？

一問
「主動關心、積極聆聽」



怎麼做？

家長主動關心
先了解孩子的狀況，並撥出空檔與孩子談心，
傾聽可以救人一命，且不要打斷及批判他

怎麼說？

這幾天睡的怎麼樣？
有沒有什麼需要幫忙的地方？
最近是不是不快樂？

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

家長守門人三步驟- 2應

孩子有嚴重情緒困擾，我可以怎麼做？

二應
「適當回應孩子的問題
提供支持陪伴」



怎麼做？

適當回應、支持陪伴以提供心理支持
保持平靜、開放、關心、接納，且不批判

怎麼說？

關心孩子近一週的心情溫度：
「最近睡得怎麼樣？容易緊張嗎？...」
與孩子開放地討論失落、孤獨與無價值的感
覺，可以減緩孩子的情緒起伏程度

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

家長守門人三步驟- 3轉介

孩子的心情持續發燒，我該怎麼辦？

三轉介
「尋求適當資源的協助
並持續關懷孩子的進展」



怎麼做？

持續關心其身心變化，同時與學校保持溝通連結，必要時務必與校方合作，尋求校內外心理輔導與醫療團隊之協助。

重要原則

注意孩子的生活作息及環境安全，把握下列原則嘗試與孩子及學校溝通：

- 若已就醫：遵循藥物及返診評估等治療關鍵
- 若未就醫：學校討論合適就醫方案或自行尋求醫療諮詢

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

家長抗壓五裝備



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

善用網絡資源與孩子一同成長

如何帶領孩子一同認識心理健康?



心快活
心理健康網路平台



台灣自殺防治學會
自殺防治系列手冊



衛生福利部
心理健康促進宣導素材

心理健康醫療資源

我有什麼資源可以利用?



全國諮詢及救援服務
專線



各縣市社區心理諮商
服務一覽表



全國心理健康促進與精
神醫療服務資源手冊



1925衛福部安心專線

校園心理健康促進與 自殺防治手冊



前言

學生是校園心理健康服務之主要對象，校園生活佔據兒童青少年至少 1/3 以上的歲月、其餘時間在家庭與社區中度過，學生與教師在現行校園三級輔導架構下關係密切，教師擔任教育、輔導和資源連結等工作的重責大任，隨著年輕世代與家長或教師的代間差異愈來愈大，教師如何維繫與學生及其家庭的關係，也影響著學生的學業與健康狀態及生活品質。再者，家長也是校園心理健康促進重要的一環，家長肩負督促與規範孩子生活品格、維繫其身心健康的能力，且在需要時給予青少年傾聽、陪伴、或專業資源之連結，成為孩子的保護因子。因此，在學校心理健康促進與自殺防治的全面性策略中，上述三個對象都是重要的「自殺防治守門人」，缺一不可，環環相扣。

隨著校園霸凌事件日益嚴重，加上青少年升學壓力等生活壓力的增加，教師絕對是最有力量的心理健康推動者，可以直接關懷、直接教育學生，也可以擬定策略、連結資源。本手冊《教師篇》內容將設定提供給教師閱讀與參考，在小學和中學校園，除了有導師、科任老師，也有兼任行政職的教師、輔導老師、社團老師等，而在大學中，助教也是觸及學生的重要角色。雖然教師的類型與工作任務各有相異，但確確實實都能對學生帶來影響。本篇以說明一般教師通用的概念為主，也提供實用的懶人包，供教育現場可以直接施用。



第一章、辨識早期心理困擾症狀

在校園中，教師是觸及學生最重要的角色，學生或許不會直接向你表明他心裡的困擾及不適，但我們仍可以透過蛛絲馬跡，去觀察他們可能需要你的關懷協助，甚至是提供專業醫療的轉介，以下由美國 Mayo Clinic (2022) 提出當青少年可能有精神疾患或心理健康問題的警訊：

1. 持續兩週(以上)持續悲傷的情緒
2. 較不喜歡與人進行社交互動
3. 自我傷害行為出現或開始談論自我傷害的內容
4. 談論死亡或自殺
5. 情緒易怒或突然爆發
6. 可能有造成傷害的失控行為
7. 情緒、行為以及性格有劇烈變化
8. 飲食習慣改變(可能會大吃大喝或厭食)
9. 體重突然減輕
10. 難以入睡或睡眠障礙
11. 經常頭痛或胃痛
12. 注意力難以集中
13. 學習成績有急遽的變化(通常都是一落千丈)
14. 開始有逃學或缺課情形



當心理困擾及疾患沒有得到即時的治療，則有可能累積問題、導致更進一步的傷害，在校園當中都會遇到來自不同家庭背景的孩子，可能是單親家庭、隔代教養、自殺者遺族、曾有家暴、性侵、受虐或其他創傷經驗者，青少年所接觸的環境，不論是校園、家庭或同儕，廣至文化環境(如:升學壓力)等因素，皆可能成為自殺的單一或累積性的危險因子，下表整理其類別。

表 15、常見自殺危險因子

層面	自殺危險因子
個人	1. 重大身體疾病(如：重症、腎臟病、癌症等) 2. 藥物或酒精成癮(或者是家長有藥物酒癮之問題) 3. 精神疾病(如：憂鬱症、酒癮及人格疾患等) 4. 家族自殺史 5. 童年經歷悲慟(家暴、性侵、受虐或其他創傷經驗) 6. 曾有自殺企圖
環境	1. 經濟困難 2. 情感或人際關係問題 (被同學排擠、霸凌、失戀等) 3. 容易取得致命工具者 4. 模仿效應
社會文化	1. 缺乏社會支持 2. 宗教文化影響 3. 汙名化 4. 媒體報導 5. 缺乏適當的醫療照護

(資料出處：吳佳儀，2014)

(1) 多數有自殺意念的人在自殺前會透露出自殺的危險警訊，或許學生不一定會直接跟你說，可能是他的同儕與你透露，或者你可能從學生的臉書、週記當中瞭解到他近期情緒、想法與行為變化，並符合下列敘述者，即為我們進一步關懷的對象：

- A. 憂鬱、心情低落
- B. 異常緊張不安
- C. 出現易怒、悲觀、或無感情的人格改變
- D. 常感到自責、自我憎恨、無價值或羞愧
- E. 強烈感受孤獨、無助或無望的感覺
- F. 無法與家人及朋友相處
- G. 突然想要收拾個人事物或將心愛的物品轉送他人
- H. 飲食或睡眠的突然改變
- I. 立遺囑
- J. 透露自殺意念訊息、安排自殺計畫
- K. 曾嘗試自殺行為
- L. 反覆提到死亡或自殺



(2) 大部份自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些生活壓力事件，常見事件如下：

- A. 人際關係問題，例如：和家人、朋友或情人吵架、被重要的人拒絕。
- B. 婚姻觸礁、分居。(在青少年中可能遇到情侶分手、被劈腿)
- C. 工作或財務狀況出問題，例如：失去工作、欠債。
- D. 悲慟，例如：喪親。
- E. 其他壓力源，例如：羞辱、擔心自己被發現是有罪的 (李，2018)。

及早辨識出憂鬱、焦慮、自殺警訊或心理健康問題的早期症狀，將有助於校內啟動合適機制、連結跨專業資源、共同解決高風險學生的問題，預防自殺危機事件的發生。以處在危機下的學生為中心，校園需遵循既定之標準流程或機制，各科系所教師配合校內連結相關單位及校外專業資源，以校園機制幫助學生（如圖 27）。第一線若為導師、學科老師或科系院所的人員，可保持與學生的密切聯繫，並與輔導人員/諮商師、學務、校安人員配合，掌握學生在外居住處、家庭、或社區的人身安全，視需要由學校啟動對校外的資源連結機制，以協助學生取得專業醫療、精神醫學、社會福利、社會服務、心理治療、社區照護等服務，此種校園為基礎的對外連結模式對高危學生及其家庭而言，可能是開啟改變危機狀態的契機、甚至是進入長期醫療或社會處遇的開端。



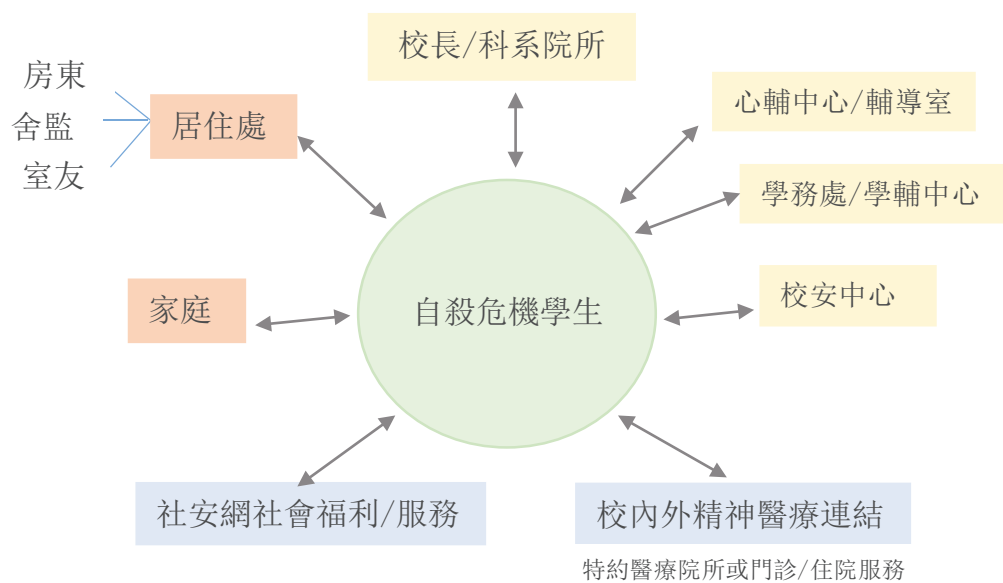


圖 27、處理自殺危機學生的校園機制
(計畫團隊自製)



第二章、班級經營

「班級經營與管理」是學校教育中重要的活動，透過老師對於課室良好的經營，增進學生學習動機與正向的教學環境，都是有助於端正學生品格與凝聚班級氣氛的重要策略，如何協助教師並維持一個正向心理健康促進的學習環境，本章介紹四個發展方向：導正迷思、去除汙名、建立同儕支持、建構正向教學環境。

第一節、導正迷思

多數民眾或學生認為與他人談論自殺，會促成其自殺行為或增加自殺風險，然而有些迷思將阻礙一般人執行自殺防治工作，老師自身除了要釐清這些迷思外，也需於教學過程澄清學生的自殺迷思，以下針對常見迷思分述說明。

- **與人談論自殺是不好的，他可能會被解讀為鼓勵自殺。**
有鑑於自殺的汙名化，許多有自殺意念的人不知道要向誰傾吐心事公開談論自殺並不代表鼓勵自殺行為，反而是給他/她一個機會考慮，進而達到自殺防治。
- **自殺是一種遺傳的行為。**
這是錯誤的。並不是每一個自殺都與遺傳有關，而且目前研究沒有定論。然而，家族史中有人自殺是自殺行為的重要風險因素，特別是在有多人憂鬱症的家庭中。
- **當學生出現改善跡象或自殺生還時，他們就脫離危險了。**
這是錯誤的。其實最危險的時刻之一就是在危機之後，或者當學生因自殺企圖而住院的時候。出院後的一週學生會特別脆弱並且具有自我傷害的危險性。由於未來再自殺行為的一個預測因素是過去的行為，因此自殺者生還時，通常仍然處於危險之中。
- **談論自殺的人不會傷害自己，因為他們只是想要別人注意。**
這是錯誤的。面對談論自殺意念、意圖或計劃的個案時，必須採取一切預防措施。要認真對待所有自我傷害的威脅。



- **提到自殺的人並不會真的去自殺。**

提及自殺的想法可能是一種求援的行為，許多有自殺意念的人正經歷著焦慮、憂鬱與絕望，並且認為自己沒有其他的選擇。
- **自殺者都是真的想結束生命。**

相反地，自殺者對於選擇存活或死亡感到矛盾。像是有人可能會在衝動下服用農藥自殺死亡，儘管他本來希望自己可以存活下去。在適當的時機點給予情緒支持將能及時防範自殺的發生。
- **大多數的自殺事件都是沒有預警就發生的。**

大多數的自殺都有口語或行為的前兆，雖然有少數自殺沒有徵兆，但了解且留意自殺前的警訊相當重要。一旦有人自殺，他/她將持續企圖自殺。自殺風險遽增通常是短暫的現象，且與當時個體周圍的環境有關，雖然自殺的想法會不斷來回，但是他們並非永久存在，有自殺想法或企圖的人還是可以存活許久。
- **只有精神疾病患者才會有自殺傾向。**

自殺行為代表個體極度不快樂，但不能與精神疾患劃上等號。許多精神疾病患者不會受到自殺行為的影響，且並非所有自殺者都有精神疾患。
- **要解釋自殺的原因是容易的。**

自殺原因多元且複雜，並非由單一因素或事件所能解釋，因此不應以簡化原因的方式來報導。在嘗試了解自殺行為時，需考慮到身心健康、重大壓力事件、社會與文化因素等，有時個體的衝動性也扮演重要的角色。精神疾患有時會影響一個人因應壓力與面對人際衝突的能力，而有更高的自殺風險。然而，精神疾患並不足以解釋自殺行為，且將考試失利或關係破裂視為自殺的原因也會產生誤導。總之，在自殺事件尚未得到充分釐清之前，過早報導自殺原因是不恰當的行為。
- **自殺是解決問題的好方法。**

自殺不是有建設性的問題解決方法，也不是處理壓力或困難的唯一方式。若能報導如何因應其困境的故事，將能協助處於類似情境中且有自殺意念者採取其他面對困境的選擇。另外，自殺對於其親友甚至整個社區會產生毀滅性的影響，使周圍的人不斷思索自己是否錯過了哪些自殺者所留的訊

息，並產生內疚、憤怒、羞恥與被遺棄的情緒。自殺報導若能敏銳地探索上述複雜的動力，而非責怪處於悲傷的倖存者，將能教育民眾提供倖存者適時的支持。

➤ **談論自殺會讓本來不想自殺的人，變得有想自殺的念頭。**

公開的談論可以給予個人其他的選擇或更多的時間去重新考慮他/她的決定，進而達到自殺防治之效果。

➤ **想自殺的人都有心理疾病**

許多有心理疾病的患者並沒有自殺行為；也並非所有自我結束生命的個體都有心理疾病的問題。

➤ **具高度自殺危險性的人，是抱持著必死的決心。**

相反的，自殺的人常常對生或死感到矛盾；在適當時間給予的情感支持可以預防自殺。

(資料整理自台灣自殺防治學會-自殺的心理狀態與迷思
<https://www.tsos.org.tw/web/page/gatekeeper5>)

表 16、對於自殺的迷思與事實

迷思	事實
1.談論自殺的人不會傷害自己。	1.大部分自殺的人會發出明確的警訊。
2.自殺者都是真的想結束生命。	2.大部分的人對自殺都有矛盾。
3.自殺發生之前不會有警訊。	3.自殺的人常會發出大量的暗示。
4.狀況開始改善後就沒有自殺的風險了。	4.狀況開始改善後病人的體力會變好，會將絕望的想法付諸毀滅性的行動。
5.不是所有自殺都可以避免的。	5.這是真的。但大部分的自殺其實是可以避免的。
6.只要一個人曾經想過自殺，那他/她一輩子都會有想要自殺的念頭。	6.自殺的想法可能會再出現，但並不是一直存在的；而且有些人的自殺想法可能不會再出現了。

(本節內容摘錄自：台灣自殺防治學會網站)

第二節、去除汙名化

汙名化是阻礙心理衛生推廣的因素之一，談論精神疾病或者自殺議題，常會面臨許多汙名化的問題，例如:刻板印象、貼標籤、歧視等，使得多數學生面臨心理困擾時不懂得求救，而老師也可能因為擔心汙名效應，而不主動在課堂中提心理健康的相關議題（包括自殺）。在課室中去除汙名化的第一步，就是讓學生「認

識心理健康問題及精神疾病與治療」，並且能夠「辨識精神疾病症狀」，且能以「正確態度面對有心理健康問題的學生」，提供支持性環境，若從班級經營出發，有以下建議：

- 關懷:對所有學生都應平等對待且尊重，不論學生是否有心理健康問題，因為每個學生都有獨特性，當某些學生正處於心理危機時，需要是老師以及學生的關懷，然而不公平的對待經驗可能會造成同學的直接傷害，讓同學可能感到生氣、沮喪、以及低自尊等長時間的影響，疾病不可怕，可怕是背後對於個案投射異樣眼光，給這些個案的二次傷害。
- 了解:為了讓學生更了解心理健康議題，可以透過利用心理健康議題影片賞析、閱讀與心理健康議題有關的書報，並鼓勵同學對此發表心得，讓學生不畏懼罹患精神疾患的個案，也有更進一步對精神疾病的認識，讓他們知道精神疾病並非絕症，是可以透過藥物治療及心理治療，個案也可以正常回歸到學校。
- 支持:有了關懷與理解讓高風險個案能在穩定的環境中慢慢復原與適應，讓個案情緒與行為都能趨於穩定，並且在重拾愉快的生活，精神疾患的個案需要有人性與友善的環境，其中在教室是很重要的環節，學校在學生當中是個連結社會的橋樑。校園友善環境可以減少個案再度發病，然而友善環境則需大家一起努力。



圖 28、去除兒童青少年心理健康問題汙名化之三大做法
(計畫團隊自製)

第三節、建立同儕支持

同儕關係絕對是青少年生命中最重要之社會支持系統，透過良好的同儕支持，可以幫助學生接收到情緒支持以及相關資源的提供，以讓學生可以調適生活上的壓力。Yin 等學者(2017)指出學生若皆受到良好的社會及家庭支持，可以降低自我傷害風險，並且讓學生備感關懷、重視，有助於透過同儕支持系統相互幫忙、增強心理支持的能量。老師欲建立同儕支持，可以參考下列作法：

1. **建立支持網絡**：老師第一步要能辨識什麼樣的學生需要協助與關懷，並伸出援手，了解你當前可以使用的資源(例如：校內外資源、相關網站資訊、專線)，同時建立支持網絡，例如：利用小天使與小主人方式，增進同學間彼此的互相關懷意識，甚至可以組成關懷小組，若曾有憂鬱症或者有心理困擾同學也歡迎當關懷志工，藉由個人或團體支持促進保護作用。
2. **線上討論平台**：提供一個線上平台(如：臉書粉絲版、Line 群組)或者留言板，線上平台可以提供正確的精神疾病資訊以及資源連結管道，可以主動關心學生在網路上之心情抒發動態，學校也可以組成網路導師(cybermentors)之團體，同時可以主動幫同學偵測是否有遭受到網路霸凌之攻擊。
3. **同儕陪伴**：然而有些同學可能會比較喜歡一對一的同儕陪伴，而有些會喜歡透過團體的同儕陪伴，看學生的個性以選擇適合的方式。一對一的同儕陪伴可以提供更具隱私的談話環境。團體同儕陪伴，可以讓團隊成員共同分享生活經驗，然而同儕平時也要受到良好的訓練，才有辦法因應個案的需求。



第四節、經營正向教學環境

班級經營是學校教育的重要活動，良好的班級經營，不僅提升學生學習興趣與教學效果，亦可以凝聚班級的氣氛、端正學生品格，然而心理健康也需要一個正向、友善的環境，一同去汙名化、增進心理健康的意識、增進互助的能力，因此老師的投入、學生的參與與教室管理落實都是息息相關，需要以多元的管道來達到正向心理健康教學環境，以下內容供教師參考：

- **建立學生良好的健康生活：**重視自己健康絕對是正向教學環境的第一步，倡導良好的飲食習慣，健康飲食是健康的基礎，三餐定時定量、良好睡眠習慣、恆常運動，以舒展身心及精神壓力、以及拒絕菸酒與危害精神毒品的宣導。
- **經驗分享：**在課堂中分享精神疾病生活經歷的社區成員故事，這可以讓學生更具同情心並且接受精神疾病的社區成員，例如:Youtube 短片分享。
- **心理健康月：**可以透過心理健康月曆，在每個月份規畫不同的心理健康月曆內容，例如:一月開始規劃某個禮拜一喝杯茶和學生談論心理健康；二月開始依序安排一系列心理健康活動，包含:第一周介紹飲食障礙症、第二週介紹自殺相關議題(包含認識自殺、增加同情心等)、第三週認識雙極性疾患，這些活動的安排，都是平時可以在班會時程進行，以利增加同學對精神疾病的認知，以去除迷思與汙名化。
- **增進正念的想法：**透過日行一善，以增進學生有正念的想法，也可以增進他們抵抗生活難關的韌性，老師當然可以自行設計一個月 31 天每天日行一善的內容，比如:關愛地球，隨手關電源；捐贈物品給流浪漢或者育幼院；一日素食等各種活動，也可以請班級的學生一人想一件活動謄寫在月曆，並起讓大家分享行善的心得。
- **建立幫助他人的文化：**老師帶領同學一起到育幼院或者其他機構進行志願服務，不但能增進助人的意識外，也可以增進學生正向的想法。



第五節、落實心理健康議題教學

與心理健康有關的議題相當廣泛，除了生命教育及正向心理健康促進之教育基礎外，若能將情緒教育及自殺防治知能相關內容落實在不同學制的教學活動規畫中，定能提升校園對學生心理健康議題之關注力與實踐度。本節由計畫團隊設計一個線上教學平台，提供教師在課程規劃上融入教學內容，說明如下：

Gather Town 線上教學平台將由本計畫團隊分階段持續發展四個主題式遊

情緒與心理健康主題闖關遊戲：Gather Town 線上教材

在教學現場教導心理健康相關主題如情緒或壓力管理，是一件艱難的任務，不僅須兼顧不同年齡層學生的發展需求，亦須考量學生來自不同家庭背景、具有不同性格。本計畫團隊發展一份線上遊戲教案，供各級校園師生參考，可納入課堂教學或課外活動中，作為啟發學生對情緒覺察及壓力管理等心理健康促進技巧之媒介，亦可當作教師與學生討論心理健康相關概念的基礎。若你是家長，也可以進入此線上教材一起體驗看看，了解青少年的情緒、常見壓力、因應方式、或與精神健康相關的專業知識。

想要一起來體驗什麼是情緒遊戲嗎？想要看看什麼是情緒聲音展嗎？初步設計原型及教材內容與使用說明，詳**附件一**。連結：

<https://app.gather.town/app/Wq545eGng1vIkJU3/JennyCYW>



戲，供學生從遊戲介面與案例的體驗中，理解情緒調節與壓力管理、問題解決、霸凌因應、以及覺察靜心之正念心理健康促進等概念，期待教師善用此教材，融入相關課程或課外活動時間（如班會、週會、社團等），促進學生學習動機並從這個媒介中延伸至對學生及家庭的關懷，以利於學生自然而然談論相關議題，進而覺察與發現問題、與老師一同尋求解方。

以附件一的教案為例，共規劃有四個關卡，每個關卡設計了 15 分鐘的腳本，參與者需依任務進行解謎、分享、討論等，從過程中獲得心理健康主題的體驗式學習。在校園中的實施，可由教師進修研習時，安排老師親身上線闖關，以使用者的身分預先進行此主題教育的學習，體驗並理解後再規畫於教育現場實務運用，引導學生於課堂、課外、或寒暑假時間上線參與。



第三章、校園自殺防治三級輔導架構下因應措施

為有效推動校園學生自我傷害三級預防工作及減少校園自我傷害事件之發生，教育部訂定校園自殺防治，為讓老師能知道在三級輔導架構下能提供什麼因應措施及預防宣導，以下根據校園自殺防治三級提供訊息給老師參考之。

第一節、一級輔導相關因應措施

增進學生心理健康，免於自我傷害，在初級預防當中，其策略為增加保護因子，降低危險因子，以增進一般廣大學生族群的心理知能，透過舉辦促進心理健康之活動以及班週會時段進行宣導心理健康，以下資訊提供教師做參考：

一、制定心理健康課程的課程計畫，將心理健康議題與其他相關議題聯繫起來

透過討論身體活動、物質濫用、身體心象、多元族群的議題，讓學生懂尊重多元族群及個體差異性，也能夠過物質濫用防制知識除了讓學生免除於身體傷害，亦能防止多重影響下的心理傷害。

(一) 討論身體活動、健康飲食影響心理健康

透過倡導身體活動及健康飲食重要性，逐漸培養學生有規律運動與健康生活之習慣，以促進身心健全發展，也可以培養獨立生活與自我照顧的能力。

(二) 討論物質濫用與心理健康之相關

透過物質濫用(含:毒品、菸、酒等)防制宣導，讓學生了解成癮物質的特性及其身心危害，並教導學生其他壓力調適方式，進而達到拒絕成癮物質的能力。

(三) 討論身體心象與心理健康之相關

青少年開始對自我身體外觀感到重視，再加上當今影視的影響，媒體不斷追捧纖細、高瘦才是美麗的象徵，所以孩子在媒體影響之下就會努力改善自己的身體外表，如:極力控制飲食，以達到瘦的外型，而外表可能不具吸引力的人就比較常是同儕取笑、霸凌的對象，不論是自我追求或者是被霸

凌者，這無疑都是會造成心理上的危害，故在課堂中，老師可以與孩子們談論將身體心象所引起的議題，並尊重身體心象差異。

(四) 討論多元文化暨其他高風險族群與心理健康之相關

臺灣是個多元文化的國家(如新移民人口、客家文化、原住民文化等)，關注多元文化之身心健康平衡有助於族群和諧及社會貢獻；然文化可能帶來心理健康治療的阻礙，舉例來說，某些傳統文化下的長輩可能因反對至精神醫療就醫而無法處理憂鬱或自殺風險。另一方面，多元文化族群之心理健康亦為重大議題，此族群涵蓋 LGBTQI (Lesbian, Gay, Bisexual, Thansgender, Queer, Intersex)等多種性別認同及生理性別組合之個案，研究發現該族群的自殺風險明顯高於一般大眾近十倍、然而求助動機在低風險時即會出現，甚至高於一般大眾，值得注意(Wu & Lee, 2022)。2019年臺灣成為亞洲第一個同婚合法的國家，族群差異是臺灣重要的內涵，也是寶貴的資產，讓學生了解不同文化的差異、提升多元文化素養，有其重要性。

二、休、退學生關懷機制

校園面對學生休學或退學往往少有介入策略，然而有鑑於此群學生的心理健康風險或危機常發生於離校前後或在社區中（如租屋處自殺），如何對於休/退學生提供關懷評估、輔導介入或社區資源轉介，協助其後續的服務連結，將決定高風險學生是否能被發現其風險狀態或能否取得專業服務。因此，休退學生的關懷機制必須由校園建立制度，積極協助或轉介，以增加學生的自殺保護因子。



第二節、二級輔導相關因應措施

二級預防目的在於早期發現、早期介入，減少自我傷害發生或嚴重化之可能性，其策略目標為篩檢高關懷學生及時介入(李，2014)，面對高風險學生，教師除了能高度辨識外，更能提供早期協助，必要時進行危機處理，教師更能高風險家庭下能配合衛福部的評估以及通報，並能保有保密隱私、不標籤化與汙名化的原則。以下資訊提供教師做參考：

一、早期篩檢與介入

教師或校方可以透過定期憂鬱篩檢與自殺高危險群，篩選出高危險群已提供適當處遇，以下量表供老師參考：

（一）心情溫度計

教師可以透過本手冊基礎概念篇中介紹之心情溫度計，關懷學生近一週當中的生活處境及心理困擾程度，並提供適當的回應、處遇或轉介。若分數範圍為 0-5 分表示身心適應狀況良好；6-9 分為輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒；10-14 分為中度情緒困擾，建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢；15-19 分為重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業心理治療或精神科門診治療；若有自殺想法評分為 2 分以上時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

心情溫度計教師使用說明：

● 怎麼做？

若為學生篩檢：

當你發現學生最近好像跟平常有點不太一樣，可以多一句關懷，用心情溫度計的題目融入日常對話，舉第一題為例：

- 我感覺你最近的精神好像不是很好，看起來都累累的耶。
- 最近一個禮拜以來，你的睡眠怎麼樣呢？
- 你有沒有因為任何睡眠困難，而感到困擾或苦惱？例如入睡困難、早醒或易醒？
- 失眠對你造成的困擾程度有多高？如果 0 分代表完全沒有、4 分是非常厲害，你會給自己的困擾分數打幾分？

若為自己篩檢：

請以「最近一個星期」為原則，思考自己是否有上圖中所寫到的情形，依「完全沒有」到「非常厲害」圈選你的狀況，再將前五題的分數加總起來，對照心情溫度計的得分與說明。

● 何時做？

當你注意到學生近期的心情有所變化時，就可以進行關懷，以了解學生的狀態，必要時連結資源來幫助他。也很建議讓學生養成定期自我測量的習慣，讓他們觀察自己長期的情緒變化。

● 誰可以做？

心情溫度計目前在教育部、衛福部及許多公部門單位廣為使用，對於校園來說，



人人都可以善用它作為心情自我關照的工具。以老師來說，可以用來關心學生，同時也可以用來關懷自己，回歸自己的生活，我們的家人和朋友也是我們可以透過此工具進行關懷的對象。

● 做完之後呢？

檢測出來的結果若顯示心情發燒，不管 APP 是亮一個或兩個紅燈，都可以循 APP 的資源管道或其他專業資源找尋適合學生的幫助，例如家人朋友的傾聽支持、心理諮詢、精神醫療。

二、自殺通報

依照自殺防治法第 11 條規定「學校人員及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，於 24 小時內進行自殺防治通報作業」，各校老師若於學生互動時，知悉其學生有自殺或自傷行為情事時（含自傷行為、自殺意念、自殺企圖及死亡），請務必同步進行自殺防治通報作業，並請教師多加留意，主動關懷近日有顯著情緒變化學生。

《自殺防治法》相關條文

第六條第一項 各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。

第十一條第一項 中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。

第十四條 直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。

《自殺防治法施行細則》相關條文

第捌條 本法第六條第一項所定自殺防治教育，其內容如下：

- 一、生命教育課程。
- 二、壓力調適及問題解決技巧。
- 三、認識自殺危險因子、保護因子。
- 四、識別自殺高風險對象及徵象。
- 五、防範自殺機制。
- 六、自殺危機處理。
- 七、自殺防治資源。

第十三條 本法第十一條第一項所定人員應自知悉有自殺行為情事後二十四小時內，依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業。

衛福部自殺意念者服務及轉銜流程，請參考以下圖示：

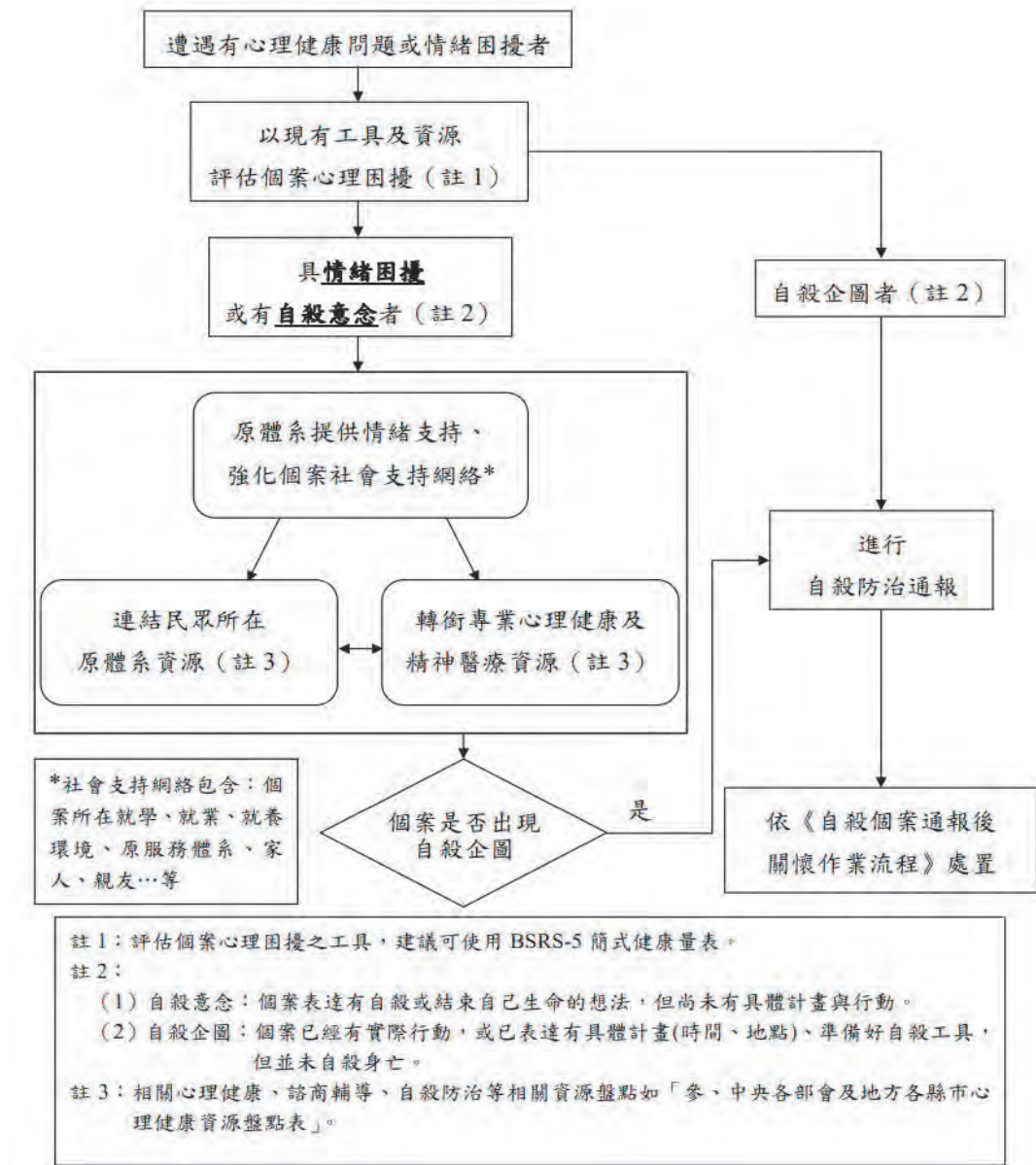


圖 29、衛福部自殺意念個案服務及轉銜流程

自殺意念轉銜暨資源手冊	網路自殺意念訊息處置簡報
	

第三節、三級輔導相關因應措施

三級預防則重於預防自殺企圖者與自殺身亡的周遭朋友或親友模仿自殺，及自殺企圖者的再自殺。策略目標為建立自殺企圖者之危機處理與善後處置標準作業流程。校園常見情況是班級有同學自殺身亡，後續對其他同學的處遇，以下資訊提供教師做參考：

一、危機處理

輔導與關懷同儕自殺者遺族是三級架構下介入之一，然而危機處理也是教師關注點之一，透過危機處理協助學生安然度過混亂事件，以縮小負面的影響。

(一) 對於自殺計畫者

我們從二級預防系統下，若知道學生患有憂鬱症正在治療之下，或有自殺計畫的想法，老師則須進行危機處理，主動關懷高風險個案並注意該生是否有按時服用藥物，避免他有接觸自殺途徑的機會(如:注意環境安全，收拾可能讓他自我傷害的用品)，提供相關轉介(如:心理諮商與專業醫療介入)，並提供 24 小時求助專線(如:自殺防治守護者安心專線 1925)。

(二) 對於自殺企圖者

對於自殺企圖者至少追蹤半年以上，並定期評估其狀態，必要時學生由心理師進行後續心理治療，主動與家長聯繫學生狀態，適時給予家長自殺防治之教育，需要時進行班級團體輔導，對同儕進行自殺防治及心理健康衛生的教育。

(三) 對於自殺身亡者

若學生自殺身亡，須關注周遭的同學及家屬，並適時給予情緒輔導及心理支持，同儕自殺者就如同爆炸事件一樣，會迅速渲染到周圍身旁的人，不論是曾經被求援的同學、同班同學甚至是師長都是傷痛難忘，以下為同學常見的哀傷反應:

二、青少年哀傷反應



表 17、青少年常見的哀傷反應

學業表現(Academic) 1. 注意力不集中且容易分心 2. 學業成績突然一落千丈 3. 無法完成待辦功課且工作表現變差 4. 記憶力變差、健忘 5. 突發性失語、語言用詞錯誤 6. 時常有白日夢之情形	社交(Social) 1. 難以融入團體或人群 2. 不參與活動或運動 3. 濫用藥物或酒精 4. 與老師和同伴關係的變化 5. 家庭角色的變化(如擔任已故的家長角色) 6. 偷竊行為
行為(Behavioral) 1. 突然暴衝及出現干擾行為 2. 攻擊性行為 3. 不符合要求 4. 時常有不安全及高風險行為 5. 出現類似過動的行為 6. 行為較孤立 7. 退縮性行為 8. 高度需要被關注(high need for attention) 9. 對倖存的家長感到高度警覺	身體(Physical) 1. 胃痛、頭痛、胸悶 2. 意外或受傷頻傳 3. 看門診的需求增加 4. 睡眠困難及惡夢頻傳 5. 食慾不振或進食增加 6. 身體耗弱 7. 皮膚見蕁麻疹、瘙癢 8. 噁心或胃部不適 9. 疾病增加或對感冒的抵抗力低 10. 心跳加速
情緒(Emotional) 1. 不安全感、擔心怕被遺棄 2. 害怕受到不一樣的對待 3. 害怕、罪惡、傷心、後悔 4. 有時候也會表現出「我不在乎」的態度 5. 憂鬱、無望、悲傷 6. 過度敏感、時常覺得想流汗、躁動不安 7. 顯現出不受死亡的影響 8. 專注於死亡，想要細節 9. 反覆出現死亡或自殺念頭	靈性(Spiritual) 1. 對上帝的憤怒 2. 常會有「為什麼是我？」的問題 3. 圍繞在關於生命意義的問題 4. 對死者在哪裡感到困惑 5. 常會有在宇宙中獨處的感覺 6. 質疑以前的信念 7. 覺得未來生活沒有意義 8. 價值觀的改變，開始會質疑什麼是重要的

(本表格由編輯團隊整理)

當學生若症狀加劇，則需要轉介至專業醫療資源:

1. 自殺念頭或行為
2. 持續有身體慢性症狀
3. 憂鬱伴隨自尊心受損
4. 持續否認死亡或者是對死亡沒有悲傷
5. 逐漸孤立和缺乏興趣任何活動
6. 抵抗憤怒和敵意
7. 對死者存有強烈的回憶
8. 認為自己要為死者的死負責
9. 持續的行為改變
10. 持續濫用酒精及藥物
11. 長時間的內疚感及對死亡的責任心很強

12. 睡眠或睡眠方面的重大和持續變化
13. 睡眠及飲食持續巨大的改變
14. 從事冒險行為（可能包含認同與追隨死者的做法）

三、老師如何幫助同處悲傷時期的學生(即同儕自殺者遺族)

對於班級有學生因自殺而身亡，去幫助悲傷時期的學生，許多老師也許感到準備不足，也有不知所措之感，在此階段不是告訴學生不要悲傷、不要回憶，然而有時候行動比話語更能安慰人心，並且當個好的聆聽者、並能理解學生目前處境給予處遇，以下策略供教師參考：

1. 首先，可以詢問處於悲傷的學生，他想要什麼型式讓班級了解死亡、可能的話也可以安排同學參加告別式。

盡可能在同學返校前，可以先致電給學生的家長，這樣即可在他們回到學校前，提供相關心理支持，讓學生知道老師對他們的關懷。但也要與悲傷期學生討論他們若回到學校需要什麼的幫助，有些學生會喜歡獨處，有些可能會希望每個人都以同樣的方式對待他們，和他們之前被對待的方式一樣，不想有太多別人的關注在身上。

2. 告知同學悲傷將如何滲透至個人的身心靈，並鼓勵他們去分享他們的感受。

當同學談論悲傷議題時，可以先讓他們了解悲傷是如何影響個體，並鼓勵他們分享他們目前的感受，進行的方式其實可以用課堂討論的類型，或者提供他們一個安全的環境，讓同學可以較隱私的談論他們目前的情況，也可以鼓勵同學寫日記抒發情緒，然而，每給人都有不同緬懷死者的形式，我們都給予尊重。

3. 為你的班級提供一種聯繫悲傷同學及他家人的方式。

可以透過發卡片去關心同儕遺族，這當然不限於同儕遺族、其他自殺者遺族也可以用這種形式去關心他們，讓他們知道全班都很想念他們。

4. 給悲傷的同學提供彈性且支持性的處遇。

允許失去親人或朋友的學生短暫離開課堂，給他一些安靜的私人空間，不要讓他們覺得無法喘息，但確保有人可以介入交談，如：學校輔導人員。



第四章、校園中特殊需求學生之心理健康

剛上高一的小羽，因為過去和學校老師同學相處經驗不太好，決定隱瞞學校右側手腳不太方便的情形，但是就讀資訊科學習處處都不適應，越來越不想上學，有時跟媽媽說頭痛、身體不舒服，有時就覺得好煩、不想去……

輔導老師和家長溝通常常碰壁，小羽對師長也愛理不理的，又常常請假，直到特教組長發現小羽右側肢體似乎連拿書都有困難，才向教育局申請職能治療師到校協助。

治療師和輔導老師先仔細研究小羽適應困難的可能原因，並評估肢體動作困難的情形、提供大量理解和支持，沒想到沒多久小羽就輕聲地在治療師耳邊說：「其實我好想死……」，接著將心中承受的各種壓力都傾吐出來……

幼年發展將影響孩子未來在認知、語言、情緒、動作、行為等面向表現，進而影響日後生活、就學或社會參與。因此，當孩子有發展遲緩疑慮時，應協助通報，讓有特殊需求的孩子盡早進入早期療育流程，幫助其發揮潛能，以減少日後生活障礙，減輕爾後家庭負擔與社會成本。全球各地發展遲緩兒童比率約5~12%，然而，台灣在就學前通報的發展遲緩兒比例與國外比例相較，以 106-111 年通報人數大多在 25000 人上下來說，約僅占 6 歲以前兒童人數 2/%而已。(國家衛生研究院，2019)

特殊教育需求學生(Students with special education needs)，又稱特教生或特需生，大致分為資優生與身心障礙學生兩類，後者是指因生理或心理障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求的學生，通常須特殊教育及相關服務措施介入協助；其分類有智能、視覺、聽覺、語言、肢體障礙、腦性麻痺、身體病弱、情緒行為障礙、學習障礙、多重障礙、自閉症、發展障礙及其他障礙（特殊教育法第 1 條）。此類學生因疾病嚴重程度不一，其行為表現或適應狀況個別差異大，因此，對待特教生或潛在有上述身心障礙之學生，應有正確的理解、態度與技巧，俾利班級經營及校園支持性環境的營造。

一般來說，教師與學校會針對不同障礙別學生之身心特質，給予不同的輔導，然而由於特教生之心理反應及行為都較異於常人，且常被認為特殊或特立獨行，易遭到外界霸凌，因此不論是特教老師或一般老師都應有合適的身心準備度，以面對特教生的心理需求及特殊反應。本章內容源自職能治療專業觀點並結合兒童

精神醫療基礎概念，從特教生的心理健康與疾病特性出發，介紹接觸此類學生的相關原則、注意事項與常見醫療需求，期能使各類教育人員在第一線教學現場，更能具備知識、能力與信心以協助特殊需求學生一同解決問題，融入校園生活。

近幾年本土校園的特教生比例逐年升高，有許多具診斷或潛在身心障礙的學生融合在普通班中，普通班教師成為直接面對特殊生或疑似特殊生身分的第一線人員；而特教老師在面對各種不同診斷的特教生時，所面臨的挑戰也是千變萬化，除了不同種類的族群各有學習和教養上的挑戰，尚有各個診斷都可能合併出現情緒行為或與精神疾病共病（指共同出現且符合診斷標準）。有關特教生常見的診斷、表現特質及教師因應策略，介紹如下。

第一節、各類老師面對特需生/特教生應有的理解與因應

特教生或特需生在尚未考慮接受精神醫療的診斷之前，相當仰賴學校、家庭以及學生三方建立共識，以學生為中心、家庭為單位，透過校方與家長的溝通協調，早期發現學生心理健康需求及處遇方式。學校系統的職能治療師扮演著專業評估與轉介的角色，在學校裡依照學生的需求，與普通班教師、特教班教師、特教組長、專門支援教師、輔導老師與專業輔導人員（諮商、臨床與社工）等合作夥伴組成專業團隊，提出以下幾個面向，促使一般科任老師或輔導專業相關老師對此族群應有的認識。

一、特需生心理健康問題簡介

1. 種類：

融合教育下普通班常見的特需生表現，以認知智能表現在正常範圍的肢體障礙、學習情緒障礙、視覺障礙、聽覺障礙、腦性麻痺以及身體病弱為主，此類學生大多數融合在普通班中，與一般學生一同學習。

2. 伴隨情緒問題常出現的行為表徵：

- a. 出缺勤不規律
- b. 多抱怨自身身體病痛或抱怨學校同學、老師或其他人
- c. 常顯得擔心甚麼事、緊張、焦慮、眉頭深鎖
- d. 顯得易怒、情緒起伏不定波動大
- e. 上課無精打采、注意力不能集中
- f. 沒有胃口、睡不好
- g. 沉默少話甚至不言不語、孤僻



- h. 學業表現低落
- i. 週期性出現的情緒張力(非因外在相關事件影響)
- j. 國中以上的孩子，會有隱瞞、故作鎮定沒事的偽裝

二、一般老師與特需生接觸的原則

1. 注意學生日常有無重大事件發生?例如家人有人過世了、父母離婚、搬家、生弟弟妹妹了，得獎了，或是要考試了……
2. 關心他「最近還好嗎?」，「有甚麼事老師可以幫幫忙的嗎?」陪他散步或從事一項活動
3. 引導孩子釐清自己抱怨或發怒的原因，如身體哪裡不舒服?
4. 换位思考，站在學生的立場重述他的不舒服或發怒的情形
5. 幫助學生自我覺察優勢、弱勢與限制
6. 多安排活動讓學生從「做」中明白自己是有能力的
7. 協助調整生活作息安排，使學生感到有能力控制環境
8. 學習活動上給予剛剛好的挑戰，不要給過多幫助而是剛剛好的提示，不是碎念或雜念
9. 在校園中提供放鬆紓壓的角落
10. 評估孩子可能需要甚麼資源，並確保將學生的情況轉知給導師、家長

三、特教老師的因應原則

1. 即使嚴重的智能障礙者也需要平衡的職能（包括工作/學習、娛樂與休息/生活自理），他們也會有感情變化、喜怒哀樂。
2. 強迫症的強迫行為現出現時常合併焦慮、緊張的情緒，也可能強迫行為出現的層面越來越多，此時須轉介精神科醫師。
3. 若學生因為有內外在差異大，導致長期不快樂和累積負向情緒，影響大腦正常內分泌運作，則優先以設立適當的目標、安排對學生有自我意義的學校生活。
4. 欲處理自閉症的固著行為時，要小心可能會引起焦慮、憤怒，需要逐步轉移和建立新行為和擴增生活經驗。
5. 如果不幸同時有跨情境、終日出現的嗜睡、不睡、飲食異常、哭泣、自我傷害(撞頭、咬自己或打自己等)或躁動、怒氣沖沖的情形，學生可能需要尋求精神科的協助。
*行為嚴重程度的判斷:憂鬱或問題行為是否跨情境、頻率、維持一段長時間(如超過 3 個月、一兩周無法拉起 再確認數據)→教導老師行為與內分泌、大腦運作機制問題有關，需要轉介醫療，非單從行為方式介入。
6. 該如何面對上述情形?
 - a. 檢視在學校生活中上課中一下課一午餐/午休時學生的情緒變化
 - b. 善用安靜角/放鬆角的座椅空間、觸壓覺懶骨頭或抱枕區讓孩子可以得到舒適的休息或緩衝
 - c. 提供充分的下課休閒活動安排
 - d. 清楚明確的作息時間
 - e. 清楚明瞭的說明表達，以利於學生討論與擷取訊息



第二節、特需生轉銜之相關說明與注意事項

- 1.校園針對特需生或特教生的需求應有敏感度，且宜建立學校制度早期介入合適策略，以避免身心議題之負面影響擴大。
2. 專門支援老師(或情障巡迴教師)需要增加辨認情緒問題的能力，亦即辨識學生問題是疾病還是功能障礙，並與輔導教師或專業輔導人員，例如非本科的輔導老師或個管老師合作一起幫助學生。
3. 當遇有合併特教相關需求的學生時，提供輔導給此類學生十分重要，特別當與學生說話或討論議題時，宜注意如何引起互動或開啟橋梁。
4. 輔導老師針對有下列需求的學生之首要注意事項

◆ 認知有困難的學生

要確認學生可以理解的程度

說明時要帶有實際動作示範或物品示範

◆ 情緒特質建構困難的學生(選擇性緘默症/對立違抗/害羞等)

盡量以平穩的語氣互動，並可先觀察學生今天的情緒感受值，如排斥、高亢等；提供學生可選擇的互動距離與時間

◆ 個人特質(堅持度/感官敏感/動作協調)明顯的學生

討論時，提供較為明確的步驟與順序，可以的話，提供簡潔的重點整理清單
先確認學生對於不同互動或感覺的喜好或偏好，如對於哪些聲音、觸覺或光影會有排斥

◆ 語言理解表達有困難的學生

先以眼神、非語言的互動特徵做觀察，以利大致判斷學生可以理解的語言成熟度到哪裡；可以的話，提供影片或圖片做引導，並可以調整說話語速放慢、給予可能的選項協助語音記憶

◆ 肢體障礙的學生

提供方便移動或轉位的區域(可以禮貌詢問需要的協助，不提供過多協助)
先確認生活中的方便/不方便的點，或學生的動作習慣

◆ 感官功能有困難的學生

用聽得懂的語言來溝通

視障：視覺性語言需考慮，如是像火一樣的紅。先確認學生可以看到的範圍或物件大小。

聽障：先確認可使用的接收管道(語音/唇語/手語等)與說明語詞的難易度，
需要注意可聽到的音調或聲調

◆ 重大疾病/慢性病(身體病弱)的學生

禮貌低聲詢問需要的協助，確認學生生理的需求特點：如需要靠廁所/保健室
近一些、固定需要血糖/內分泌用藥等
與學生討論可負擔的體力或耐力



第三節、環境營造與學生帶領技巧

1. 強化校園樂活環境之營造

- (1)老師在進入教室前要調整好自己的情緒
- (2)盡力讓學生與學生之間維持良好、溫暖的關係
- (3)將有樂趣、具增強效果的活動安排在較枯燥的學理科目學習之後，使學習體驗更有趣

2. 幫助學生發展自我調節技巧，達到自我控制情緒的能力

- (1)課堂上多安排粗大動作工作或是在下課時間進行遊戲、伸展肢體、休息的活動，趕走沮喪、憂鬱和悲傷，也可使學生調整自己的大腦，使能更專注於手上的工作。
- (2)在教室開闢一個空間，讓情緒達臨界點滿溢的時候，可以花一些時間安撫梳理自己；在開心的時候能一起慶祝成就，增加彼此的聯繫與交流。
- (3)策畫安排需要學生動手做的專題、比賽、作業等，藉由雙手創造使學生更能發揮潛力、增加自主性與探索的能力，提升積極正面的抗壓性。

第四節、特教生的心理健康與疾病樣貌

面對特教生各種潛在或現存的疾病樣貌或功能限制，校園師生除了需注意其生心理疾病的關注與照顧外，針對心理健康發展，更需要環境上師長與同儕的了解及體諒，讓特教生在同儕間可以獲得心理支援與扶持，更可於師長的引導下增進學生的精神症狀知能（如焦慮、憂鬱、暴力、自殺等）、壓力管理技巧以及相處方式之學習與互動。在自殺防治因應策略上，校園平時即應提升教職員工生對於特教生的關懷照護，危機時循危機處遇原則因應，然而盡可能早期發現累積性自殺危險因子（詳本手冊第三章懶人包內容-「珍愛生命守門人」3分

鐘宣導」教材) 予以去除，從強化校園環境、醫療連結、家庭與同儕支持來提升保護作用，有其重要性。

一、 自閉症類群障礙症 (Autism spectrum disorder, ASD)

自閉症類群障礙症是一種兒童常見的神經發展性疾患，由於它涵蓋數個自閉症相關的診斷（如自閉症、亞斯伯格症等），因此也有光譜系障礙之稱，常見症狀為缺乏社交溝通與互動行為、異常侷限性的興趣、或高度重複性的行為，症狀有強有弱、也有不同的表現。其表現特質如下：

(一) 常見特質

1. 不善於人與人之間的互動和溝通

在課堂中多數學生在年紀增長後，都能漸漸融入團體生活，知道上課的潛規則，並能遵守，或者在教導後能逐漸理解人際關係與互動，遊戲互動時也能察言觀色。但自閉症小孩對於別人的需求與回應就顯得默不關心，也不擅長與人互動，在遊戲互動或下課時間時最明顯，他們通常都形單影隻，對於玩具、物品比較不能與他人分享，在互動中也不能拿捏分寸，在團體生活中，漠視團體規則，我行我素，就如同大眾所說的「不合群」、「不懂的察言觀色」，且缺乏同理心，若不能有效適應生活，最後可能會有情緒、行為上的反應，如：易怒情緒。

2. 容易過度執著於重複動作和一致性行為

自閉症的學生通常對於事務的關注程度可以超越一般人，因為他們可以在關注的過程中，滿足自身的快樂，一旦被別人打破或干擾他的執著行為，他會有生氣的表現。此外，他們也會特別堅持物品固定的擺設，不容許別人隨意碰觸他的陳列，且會有儀式感的行為。自閉症學生對於喜歡的事物，都能認真特別鑽研，他們常常會關注到許多一般人無法注意到的細節。

(二) 應對策略

1. 避免非預期性的事件產生，讓孩子能適應環境

對於學生的教室個人物品擺設，避免隨意更換位置，以避免學生轉換環境的不適應，對於課室時間的安排，應盡早安排且固定例行規則，且事情安排具結構化。通常此類學生不善於表達，可能會用一些突發情緒來反應自己對周遭事物改變的不適應，如：突發易怒、不安的神情、攻擊及衝動等行為，教師應須盡早便是學生情緒反應背後其意義。

2. 明確的教學策略

給予自閉症學生明確、一致性、時間規則性、明確解釋的教學策略，且溝通時，問題須直接陳述，切勿旁敲側擊、使用暗喻及使用非語言的線索，因此類學生難以察言觀色，建議透過一些文字或圖片輔助溝通。

3. 關係經營

教師與自閉症學生互動時，最重要的便是「關係經營」，首先必須了解學生的特殊性並包容，適時與學生聊他的興趣，都是建立關係的開端，並須用友善的態度面對學生。並適時注意學生的社會互動關係，不施予壓力下，鼓勵加強學生

參與團隊的能力，例如：一起打掃公共區域，且分工合作，若學生能做得到行為目標，則適時給予獎賞與表揚。

二、 多重障礙 (Multiple disabilities)

多重障礙係指「生理、心理、智能或感官具有兩種或兩種以上的障礙類別，且非同一原因造成的」，此類學生樣貌也非常多元，不同障礙的組合也會有不一樣的樣貌。舉例而言：學生除了腦性麻痺外，可能合併著智能或語言障礙等。多重障礙學生因其障礙複雜，也衍生其行為及心理問題的產生，如：重複行為、自我傷害、攻擊行為、不適當社會行為、因生理產生的行為問題、情緒困擾(如：不安、焦慮等)，以下為行為及心理問題應對策略：

(一) 應對策略

1. 了解與包容多重障礙身心特性

因學生獨特的身心特性與行為反應，教師應須熟悉學生的特性並與其晤談，建立師生互動關係，了解學生生理上的限制，並包容學生的特殊性，因學生的生理障礙，教師也應須了解基本的疾病照護原則，並適時協助學生的自我照顧能力，但不剝奪其學習的機會，以免他內心受挫。

2. 處理行為及情緒問題的策略

平衡衝突

當多重障礙學生有不適當的行為及情緒出現時，先避免評斷他，因了解其背後的原因，如：學生可能突然大叫，但他可能不是故意的，可能是因他聽力上的限制，導致音量較大，或者他其實是與其他人打招呼的方式。

中斷反應

當學生有問題行為產生前，通常都會有先兆，若教師能適時辨識，則適時中斷學生的行為反應，以避免後續衍生的問題，例如：動手阻止、與學生溝通、關心學生的反應以及予以放鬆技巧(如：深呼吸、肌肉放鬆等)。

三、 學習障礙 (Learning disabilities)

學習障礙係指「神經心理功能異常而顯現出注意、記憶、理解、知覺、知覺動作、推理等能力有問題，致在聽、說、讀、寫或算等學習上有顯著困難者。」他們通常具有以下身心特質：

(一) 常見身心特質

1. 閱讀、書寫、語言及數學能力有障礙(如：唸完一段文章卻無法理解其意義、無法運算太困難的數學計算等)
2. 與他人互動能力較差
3. 其他特徵：缺乏自信心、容易分心、過動、衝動、組織性差等

(二) 應對策略



學習障礙學生因學習上的困難、同儕相處問題，他們會比一般生更容易出現憂鬱、焦慮、無助之情緒，以下策略供教師參考：

1. 協助多感官學習及學習策略

讓孩子能透過多感官不同學習管道，例如：多利用視覺、觸覺、聽覺方式協助學習障礙生的學習，以增加其自信心。對於學習障礙生其考試安排應做調整，像是：時間延長、多元評量方式，協助學生選課，並主動聯繫該授課老師並告知該生的困難處。利用學習策略，替該生做調整，避免他對學習的恐懼感，造成更多的心理問題產生。

四、情緒行為障礙 (Emotional or behavior disorders)

情緒行為障礙是指長期在情緒或行為上表現顯著異常，嚴重影響到學校適應者；其障礙非智能、感官或健康等因素直接造成的結果，其身心特質如下：

(一) 常見身心特質

由於此類學生的情緒跟行為會比一般生多顯著出現學習跟生活上的困難，容易引起社會及生活上適應問題。情緒行為障礙症狀包含：精神性疾患(如：思覺失調症)、情感性疾患(如：憂鬱症、躁鬱症)、畏懼性疾患(如：社交畏懼症)、焦慮性疾患(如：強迫症)，或有其他行為問題者(如：妥瑞症、行為規範障礙症、過動症)。因此類學生多數有負面的經驗，所以在面對人際互動及社會技巧都表現較差，亦容易與他人有衝突；在學業表現上，雖此類學生智力發展為正常，若伴隨著學習障礙的話，其學業成就可能也會落後於其他同儕。

(二) 應對策略

教師除了能理解學生的障礙，引導家長陪伴學生就醫外，在學生回歸課室教育時，老師可注意如下要點：

1. 建立支持性師生關係

欲處理特教生在校園的行為問題，第一步是與學生建立良好的關係，建立信任感，在校園遇到學生可以給予眼神示意的打招呼，讓他們感受到被關愛的溫暖，讓學生知道老師是可親近以及求助的對象。

2. 發展明確的教學策略

明確告知學生問題行為的後果以及後續需要承擔責任，老師應對教學策略保持一致的行為，預先清楚明訂上課規範及流程。

3. 增強心理健康保護因子

保護因子分為內在與外在，內在保護因子包含增強其自信心、提升學生問題解決能力；外在保護因子則是替學生打造一個友善正向的環境支持下，以及加強其社會支持，如：運用小天使與小主人的遊戲，讓學生感受到有同儕的關心。

社區職能治療資源供參：

*全臺職能治療所介紹

<https://relive.tw/taiwan-occupational-therapy-clinic/>

第五章、校內跨單位合作與校外資源連結

根據國內外校園自殺防治策略與經驗，已有相當多證據指出學校自殺防治工作，不僅在校園中須橫向連結各種校內單位的資源，亦須有效掌握校外資源的連結，才能真正完整提供學生及其家庭完整評估及問題處理。



一、與家長溝通技巧

做好親師溝通，不僅能讓老師自身在教學上是助力，也是校園心理精神健康促進的推手，親師溝通最重要的建立彼此的信任，讓彼此更能了解孩子的狀況，建立親師愉快地合作，為三方創造三贏。以下為親師溝通在心理健康促進上的建議：

(一) 提供彈性的班親會

由於現在多數家長平日都需上班，若將班親會辦在課後，顯然會有家長不便參加，根據國外研究指出，家長仍希望保有班親會此活動，但建議校方可以提供更多彈性時間可以選擇，如：假日。透過班親會的聯繫，但家長與教師可以有面對面溝通的機會，更加了解孩子的狀況，也可以透過家長與家長之間聯繫，互相交流彼此教養心得。

(二) 共享孩子學習歷程之文件

透過雲端共享文件，讓家長也可以遠端了解孩子學習歷程，包含出缺勤紀錄等，這是讓家長可以盡早了解孩子的狀態，而不是等到孩子即將遭遇休學或嚴重精神疾患時，才透過通知來得知孩子的近況。

(三) 不要等到孩子有嚴重心理健康問題再通知家長

當你第一時間發現孩子近期與平時有不一樣的反應時，就要開始與家長聯繫並建立關係，如果可能的話，試著偶爾給家長打電話，分享他們孩子的在校其他的表現。若家長有需要，也可以進一步提供相關資源給他們。

(四) 與家長溝通的原則

1. 訊息可讀性考量，例如：學生家長的母語，或是符合家長的教育水平的閱讀字詞。如果你已知道家長是不識字的，則不用要文字訊息，可改用語音訊息。
2. 與家長聯繫時，即使是告知家長你觀察到孩子最近負面的狀況，也要盡量提供正面的訊息，平衡正面和負面的訊息，至少也要想出 10 個孩子正面的訊息，並且邀請家長一同分享他們的擔憂與疑慮，可以的話並提供解決方案。
3. 如果要面對面會談，首先也是要先分享學生比較正面的資訊，且不要急於一時就把所有狀況全部表露出，需要有更多時間的接觸與溝通，也可以試著用開放式問句並且積極聆聽。
4. 建議多表露出同理心，表達你對他們擔憂的了解。
5. 避免與家長爭論，但試圖讓家長理解你對孩子關注的結果，雖然家長可能不會第一時間就接受老師的意見或認同老師，但有時候要但著阻力鼓動修正自己的做法。
6. 尊重家長的做法跟決策以及文化上的差異，並將話題著重在問題身上。
7. 一同討論解決的辦法，並提供適切的資源

二、校外資源聯繫

校園心理健康促進與自殺防治不僅在校園中宣導其重要性，以增加知能外，老師透過辨識學生的警訊，除提供校內心理健康資源外，校園必須掌握學校和社區相關醫療、社政、福利等資源面向，妥為運用相關資源，讓學生得到更及時的幫助。

然而有些學生或家長，因害怕走入精神專科診所，而受到異樣眼光，這除了平時提供去汙名化的溝通與教育，讓他們對專業精神醫療減少汙名外，也可以尋求一般心身診所、心理治療所、職能治療所等專業管道諮詢，因表面上對於精神科字眼比較不彰顯，讓學生進入的意願較高。



第六章、教師自身壓力排解

教育工作並非只是傳道、授業、解惑而已，還需時時刻刻關注學生的身心變化，做為學生的傾聽者。然而教育工作有時也需要喘息，覺察自身壓力、力行壓力管理原則，保護學生之餘也需懂得適時保護自己，以下紓壓策略供教師參考：



圖 30、抗壓五裝備
(計畫團隊自製)

- 一、睡眠充足：睡眠是影響身心健康因素之一。要建立良好的睡眠習慣，每天(即使是假日)也要維持規律睡眠時間表，且避免在傍晚時使用咖啡及酒精、避免睡前滑手機，以避免影響睡眠。睡前可以執行放鬆活動，如：瑜珈、伸展操；維持舒適的睡覺環境，如：光線噪音盡量阻擋；如果你一直無法入睡，請盡量不要強迫自己，因為你可能會感到更加沮喪。最好起身做一些放鬆的事情，直到你自然感到疲倦。若經過許多努力仍無法緩解睡眠障礙，則建議尋求醫療專業協助。
- 二、營養均衡：三餐定時定量以避免突然升高或降低的血糖值，以干擾情緒變化，先規劃好一天的三餐種類，避免精緻糖份(以水果代替糖份)、飽和脂

肪(以橄欖油、酪梨油代替)、過多咖啡因(以低咖啡因或草本茶類代替)。均衡的飲食有助於身體補足充分的養分，帶來飽滿的精氣神面對各種挑戰。

- 三、規律運動：運動除了身體上的好處，當透過運動增加腦內啡(endorphin)，可以降低壓力賀爾蒙(cortisol)，透過規律的運動還可以幫助改善睡眠品質及增加對挑戰的韌性。欲強化身體免疫抵抗力，鼓勵規律運動，定時定量、有恆心的長期規律性運動，才會有效果。若無法平均每天進行 60 分鐘中高強度身體活動或有氧運動，也應盡可能提升每日的身體活動量，因為進行身體活動與避免久坐對身體健康的好處大於風險。
- 四、身心放鬆：當你在教育現場遇到困難及壓力時，謹記要適當身心放鬆，如：透過散步五分鐘遠離壓力環境、正念呼吸放鬆減壓、或嘗試轉移注意力做別的事，把自己煩躁的狀態先喊停、在覺察與放鬆過程中試圖找到轉念或舒緩自我的方式，以便重新思索更好的方向與做法。
- 五、安排休閒：工作忙碌之餘，也要培養休閒娛樂，休閒與娛樂可振奮精神、提升工作效率。每天撥出時間做自己喜歡的事情，並學習計畫自己的生活，可以藉之增進自己的知識、改進技能、促進社會參與或改善身心健康。





建立與家庭的連結

3C精神

良好溝通 Communication

理解家庭特殊性及困境，營造融洽感，彼此溝通需求

建立信任關係 Connection

與家長建立信任感，真誠地關懷家長與學生。

關懷 Care

保有同理心與利他精神，適度接納家長的想法。



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

我的學生怎麼了？

你觀察到你的學生
持續一段時間出現



悲傷的情緒

較少社交互動

開始談論自我傷害及死亡的內容

自我傷害的行為

情緒易怒或突然爆發

造成傷害的失控行為

飲食習慣改變

難以入睡或睡眠障礙

經常頭痛或胃痛

學習成績有急遽的變化

開始有逃學或缺課情形

當學生出現這些症狀，都要特別的注意，給予關懷、陪伴與傾聽



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

老師請您幫幫忙我

當學生出現心理健康的高危險症狀時，老師可以做些什麼？

主動關懷、傾聽與陪伴

主動關懷孩子，給予陪伴並積極傾聽，善用溫和眼神、拍肩、語速緩和等肢體語言。

擴大高風險孩子的支持系統

學生的同儕亦是守門人之一，鼓勵同學的陪伴與監督，陪伴個案度過難關。

與家長溝通並轉介專業資源

必要時連繫家長，了解孩子在家狀況，也適時叮囑家長注意孩子的變化，必要時給予轉介

持續追蹤與評估

持續追蹤學生心理變化，並且提供密切諮商，維持與相關人員(家長、各科老師、校安人員等)的聯繫。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

自殺是有跡可循的過程

「連我爸媽都不愛我，整個世界沒有人會愛我了」

「我覺得自己一無是處，班上的人都在嘲笑我」

「他為什麼要跟我分手，我到底哪裡做錯了」

「他們根本不在乎我，只在乎我是不是第一名」 「我要讓他們都後悔，讓他們一輩子活在內疚裡」

慢性歷程

學生處在
外在環境
內在身心
長期負面影響



急性歷程

生活中發生了
突然的變化
使學生倍感壓力
造成情緒上的波動

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

青少年自殺3大主因



憂鬱症狀 41.3%



感情因素 30.2%



家庭因素 20.9%

但自殺並非單一因素所造成
常為各種原因加總，而造成憾事發生！

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

自殺行為的高風險族群

一般性危險因子

曾經試圖自殺/自傷

面臨重大的失落

藥物濫用

家庭缺乏凝聚力

兒童受虐

家庭有精神病史



性別

女性自殺企圖者較多

男性自殺死亡者較多



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

自殺行為的高風險族群

性傾向/性別認同

同性戀者自殺的比率
約為異性戀的2至6倍



較缺乏社會支持
社會的排斥
孤立的感覺
出櫃的壓力

特殊教育需求學生

學生學業成就被賦予**高度期望**或**無法滿足基本要求者**，與日後罹患憂鬱症及**自殺意念**有高度相關。



學業成就等於個人價值
不合理的社會期望
父母不切實際的要求
完美主義



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

青少年自殺警訊

FACT

感覺Feelings

失去希望 - 「人生不可能變好了」
無價值感 - 「沒有人在乎我」

行動或事件Action or Events

- 藥酒濫用
- 說或寫有關死亡或毀滅的事情

改變Change

行為 - 無法專心
睡眠 - 睡太多或失眠
飲食習慣 - 沒有胃口或暴食
- 對以往喜歡的活動失去興趣-

預兆Threats

言語 - 「好煩，好累，好想逃離一切的痛苦」
威脅 - 「我很快就不在這裡了」
計畫 - 安排、送走喜歡的東西、自殺企圖

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

教師守門人三步驟- 1問

學生有危險了，我可以怎麼會做？

一問
「主動關心、積極聆聽」



怎麼做？

了解學生的狀況，不責備
多與孩子談心，傾聽他的現況
不要打斷及批判他
必要時與家長聯繫

怎麼說？

最近是不是不快樂？
會不會覺得一覺不醒也沒關係？
會不會覺得活著沒意義、沒有人在乎？

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

教師守門人三步驟- 2應

學生有嚴重情緒困擾，我可以怎麼做？

二應
「適當回應孩子的問題、
提供支持陪伴」



怎麼做？

提供持續的支持、陪伴與聆聽；
回應過程中保持平靜、開放、關心、接納，
且不帶批判的態度

怎麼說？

關懷近一週心情溫度：
「最近睡眠？緊張不安？容易生氣?...」
與他討論目前生活重心與目標為何？
有沒有可以令他積極投入的事物或方向？

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

教師守門人三步驟- 3轉介

學生的心情持續發燒，我該怎麼辦？

三轉介
「尋求適當資源的協助
並持續關懷孩子的進展」



怎麼做？

若學生的問題仍無法緩解，且超乎自己的能力範圍，則尋求專業的協助，有效連結校內外專業資源

怎麼說？

若孩子抗拒就醫，可以跟他們說：
「我可以陪你去看看，有問題我們一起解決」
「有任何狀況都可以跟我說，你並不孤單」

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

心情溫度計

教師可以透過心情溫度計，和學生聊聊心情溫度近況，了解學生是否有任何生活困境造成心理困擾，並給予適當的關懷及支持，共尋解方。

請您仔細回想「在最近一星期中（包括今天）」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 —	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 —	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒 —	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落 —	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人 —	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法 —	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題總分：

- 0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。
- 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

* 有自殺的想法 *

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分爲2分以上(中等程度)時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

校園守護心理健康好幫手~

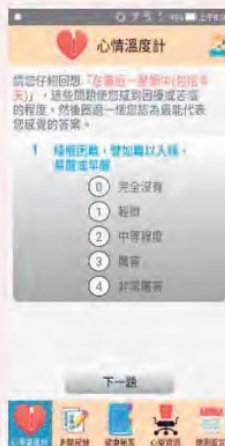
心情溫度計也有APP喔！

立即免費下載~

QR碼掃我！



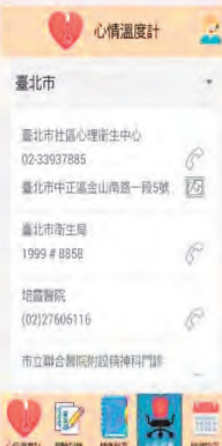
1. 紀錄心理困擾程度變化



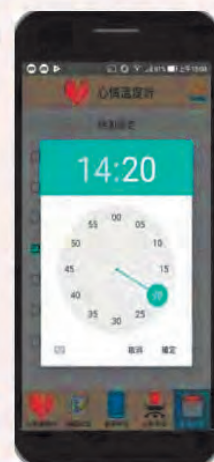
2. 免費心理衛生電子書/影音



3. 精神心理衛生資源地圖



4. 鬧鐘提醒自我檢測



老師還可以做什麼？

強化青少年心理健康

- ✓ 培養應對、問題解決能力
- ✓ 以聆聽取代持續施壓
- ✓ 引導情緒覺察，找尋抒發或因應方法
- ✓ 認識遇到困難時的求助管道

老師與家長合作 關心孩子狀況

當學生有任何狀況時，第一時間除了關心、傾聽孩子的心聲之外，也要嘗試與家長溝通，關心學生在家的



校園心理健康促進與 自殺防治手冊



前言

你是否曾經因為成績退步、感情失落、朋友吵架、家中變故…等外在事件，感到難過或困擾？甚至出現情緒低落、焦慮不安、睡不著覺、痛苦、失落？你周遭是否也缺乏理解你的人願意支持、傾聽你的狀況？也有可能你是屬於天生樂觀、外向、沒有煩惱的人，很多時候家庭、學校、同儕或社會外界的支持，對於處在情緒低潮的青少年來說，都是關鍵的心理健康保護因子。本手冊《學生篇》說明了身心健康的關聯、心情溫度計的概念使用、以及守門人的必備知能與懶人包。期盼各位同學研讀後，可以了解甚麼是心理健康、自殺防治的策略是甚麼？或許你就是班上其他同學重要的心理健康守門人。

然而，在成為一個利他利己的守門人之前，我們也要先了解自我情緒與身心健康的意義，並學習如何關懷心情溫度，善用心理健康促進百寶箱中的訣竅，相信你我都能化壓力為助力、解決問題、成為一名稱職的守門人！

第一章、 身體與心理健康的關聯

大家知道大火來襲人會躲開、跑步跌倒感到疼痛、比賽得到冠軍全身會感到雀躍萬分，這些都與大腦反應有關。大腦是主宰全身器官的部位，我們的生理功能（如手腳活動、腸胃消化、規律呼吸等）正常運作，才能保持一個健康的身體機制與平衡的生活方式。

當有症狀或疾病發生，無論是急性（如發炎反應導致疼痛）或慢性（如長期壓力導致失眠）症狀，都會影響心理層面的穩定性，衍生出各種認知、情緒或行為反應。這些反應都是源自大腦下視丘及/或周邊組織的功能(詳圖 25)。

健康的身心有賴每個人保養好健康的大腦，平時可以從認知彈性的培養、情緒覺察的練習、或健康行為的訓練正向刺激大腦與全身，保有健康的身心。因此，養成時時反思自我情緒、關注心情波動、覺察靜心呼吸之習慣，有助於平衡身與心及全人健康狀態。



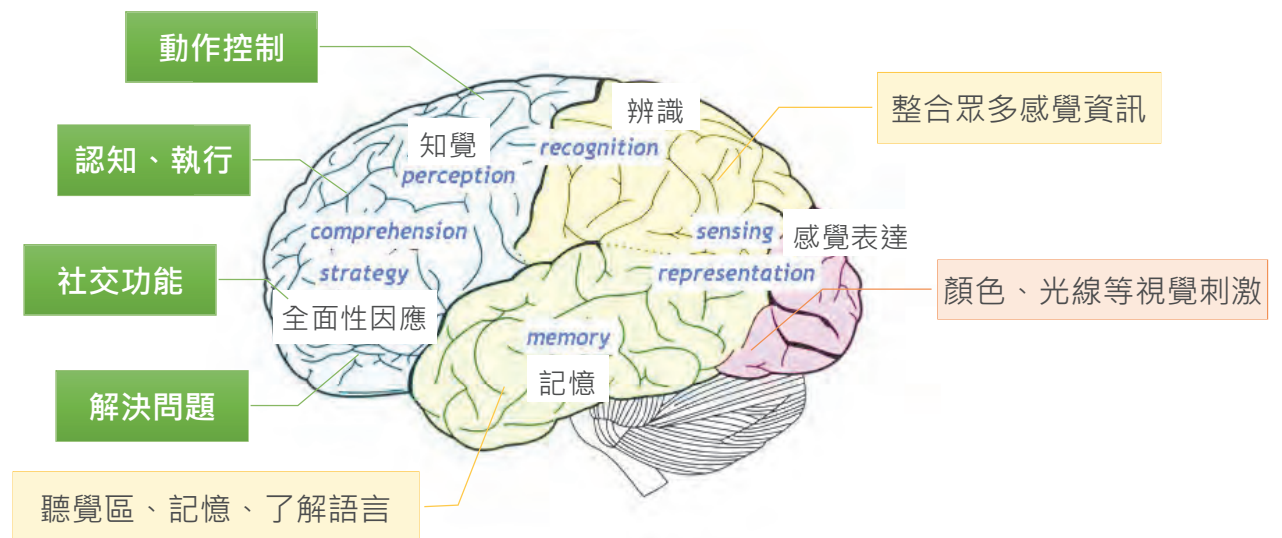


圖 31、大腦主要區域功能與身心健康的關聯
(計畫團隊自製；圖策科技股份有限公司授權)



第二章、 我和我的心情溫度

我們生活中，時時刻刻都在產生情緒。「情緒」指的是一個人於外在或內在環境刺激下，其意識經驗和心理感受的波動起伏。不同的人可能對同樣一件事，所產生的情緒會有所不同，例如期末報告來臨，有人一直努力準備而感到期待並躍躍欲試，但有人卻總是愛拖到最後死線而非常焦慮緊張。正向和負向的情緒也可能同時出現，例如當同學通過了籃球校隊隊員徵選，他一方面感到開心，另一方面則擔心之後要再多擠出時間來練球，會影響到原本安排的念書計畫。因此，我們要**尊重每個人不同的情緒感受**。

在學生階段，常常會遇到來自學業、人際、家庭、健康等等的挑戰，這些挑戰有時會讓我們產生壓力，進一步感到害怕、緊張、厭倦…，或者興奮、雀躍、感恩…等種種情緒，這些負向情緒不全然是有害的，它可能幫助一個人提升警覺去面對壓力；另一方面，正向情緒讓我們可以在挑戰的過程中保持信心和希望，兩者相輔相成，協助我們度過挑戰並且從中成長。因此，我們要**接納自己有正向或負向情緒經驗的可能性**，嘗試發展自我覺察與彈性度過低潮。

每個人都有他/她的情緒溫度，因此，學會辨識自己的情緒是相當重要的，特別當情緒造成心理困擾時，我們可以透過一個簡單的關懷工具——**心情溫度計**，來覺察自己的心情訊號，辨識情緒困擾程度是否已達到心情發燒的處境，進而尋求平衡或改變。(有關心情溫度計說明亦請參考本手冊《基礎概念篇》之介紹)

心情溫度計學生使用說明

● 為何要用？

關懷自己與他人近一週的整體身心困擾程度，反思情緒及生活變化是否達到需要專業諮詢的狀態，以尋求改善或維持心理健康的穩定性。當使用它來關懷他人時，可以融入日常對話作為一個關懷媒介，亦可同時搭配 APP 定期評估，以便掌握長期的心理健康情形。

● 怎麼做？

若為自己篩檢：

請以「最近一個星期」為原則，思考自己是否有上圖中所寫到的情形，依「完全沒有」到「非常厲害」圈選你的狀況，再將前五題的分數加總起來，對



照心情溫度計的得分與說明。當第六題（輕生念頭）達輕度以上時，可依循建議尋求諮詢或心理支持。

若為他人篩檢：

心情溫度計除了可以用來檢測自己的心理健康狀態，也可以用來關心身邊的人。當你發現家人或朋友最近好像跟平常有點不太一樣，可以多一句關懷，和他人增加對話的機會，舉第一題為例：

- 我感覺你最近的精神好像不是很好，看起來都累累的耶。
- 最近一個禮拜以來，你的睡眠怎麼樣呢？
- 你有沒有因為任何睡眠困難，而感到困擾或苦惱？例如入睡困難、早醒或易醒？
- 你最近一週的睡眠困難帶給你多大的困擾？如果 0 分代表完全沒有、4 分是非常厲害，你會給自己的困擾分數打幾分？

● 何時做？

當你注意到自己近期的心情有所變化時，就可以進行測量，以了解自己的狀態，必要時連結資源來幫助自己。也很建議養成定期測量的習慣，觀察自己長期的情緒變化。

● 誰可以做？

心情溫度計目前在教育部、衛福部及許多公部門單位廣為使用，對於校園來說，人人都可以善用它作為心情自我關照的工具。以學生來說，可以用來檢測自己的狀態，也可以用來關心身邊的同學或好朋友，另外在回到家之後，家人也是我們可以透過此工具進行關懷的對象。

● 做完之後呢？

檢測出來的結果若顯示心情發燒，不管 APP 是亮一個或兩個紅燈，都可以循 APP 的資源管道或其他專業資源找尋適合你的幫助，例如家人朋友的傾聽支持、心理諮詢、精神醫療。

你可以幫你的家人朋友評估看看是否心情發燒，並且在他們有需要找人幫忙時，陪伴他跨出這一步。心情溫度計不只是一個測量的工具，它更搭起了我們和家人朋友間的橋梁，我們帶著這些關心的話語走到家人朋友身邊，讓他們知道自己不用一個人煩惱，我們在乎他的狀況，也很願意支持他、陪伴他面對困境。



第三章、 關懷自己－心理健康促進百寶箱

青少年需要學習關懷自己、才能跨出關懷他人的一步，本章介紹一些促進自我心理健康有用的資訊，以及一個有趣的線上小遊戲，讓你逐步認識自我情緒、學習壓力管理、促進自身健康狀態。閱讀本章請搭配附件一 Gather Town 教材說明使用。

情緒與心理健康主題闖關遊戲：Gather Town 線上教材

我們在生活中多多少少會出現情緒、感受到壓力，該怎麼知道自己的情绪轉變及壓力指數呢？又有哪些招數可以調整情緒？勇闖 Gather Town 可以幫助你更了解自己！本遊戲歡迎國中以上學生組隊闖關，小學高年級學生也可以參與喔，建議由家長/師長陪同引導。

邀請你到這裡一起來玩「情緒遊戲」，逛逛「情緒聲音展」！

連結 <http://reurl.cc/0Z6g06>

給教師與家長的說明

Gather Town 線上教學平台將由本計畫團隊分階段持續發展四個主題式遊戲，供學生從遊戲介面與案例的體驗中，理解情緒調節與壓力管理、問題解決、霸凌因應、以及覺察靜心之正念心理健康促進等概念，期待教師善用此教材，融入相關課程或課外活動時間（如班會、週會、社團等），促進學生學習動機並從這個媒介中延伸至對學生及家庭的關懷，以利於學生自然而然談論相關議題，進而覺察與發現問題、與老師一同尋求解方。以附件一的教案為例，共規劃有四個關卡，每個關卡設計了 15 分鐘的腳本，參與者需依任務進行解謎、分享、討論等，從過程中獲得心理健康主題的體驗式學習。在校園中的實施，可由教師進修研習時，安排老師親身上線闖關，以使用者的身分預先進行此主題教育的學習，體驗並理解後再規畫於教育現場實務運用，引導學生於課堂、課外、或寒暑假時間上線參與。



Gather Town 線上教材

以下分別介紹情緒調節與壓力管理、問題解決技巧、人際相處議題、以及覺察靜心與呼吸演練的概念，讓我們一起來學習更多技巧吧！

第一節、情緒調節與壓力管理

大多數人應該有過這樣的經驗：發生了一件讓自己很生氣的事，氣到受不了就開罵、摔東西，但後來冷靜下來思考，發現似乎有誤會，其實自己並不需要這麼生氣，只不過，當時衝動的行為可能已經造成傷害，例如被罵的人覺得傷心、東西被摔壞了，我們也因此覺得後悔。這樣遺憾的情況並不是我們所樂見的，所以我們需要學會情緒調節，不管年紀從小到大，都要有能力跟情緒好好相處，讓情緒成為點綴我們生活的好朋友。以下推薦四大招式(Mazza et al., 2016)，供大家鍛鍊出厲害的情緒調節能力：

一、了解你正在經驗的情緒

1. 先觀察自己的情緒，並且為它命名，例如：我是「開心」的、我很「生氣」、我好「驚訝」。
2. 決定你要繼續保持這種情緒、或者改變它。

二、改變情緒反應：相反的行動

1. 你對事件的解釋，會決定你的情緒。
2. 當我們在心情不好的時候，也比較容易對事件做出負向的解釋。
3. 重新檢核事實！
4. 改變對事件的解釋，你的情緒可以跟著改變。
5. 做出和原本相反的行為，改變行為也可以讓情緒改變。



三、減少情緒心理的脆弱性

1. 累積正向因子，例如每天做一件開心的事
2. 建立專屬自己的優勢，增加自信心和能力。
3. 在情緒來襲前或平時先提前演練因應行為，例如透過想像練習。
4. 提升壓力管理技巧：掌握身體疾病治療、均衡飲食、避免使用毒品、

平衡睡眠並運動鍛鍊。

四、放下情緒的痛苦

1. 進行覺察靜心演練(詳見第四節)，讓自己有能力去專注自己的身體感覺，而不會分散注意力或而逃避情緒。

另外，還有壓力管理三大招式，幫助我們在面對壓力的時候，能有效控管，讓壓力轉化為成長和前進的動力：

一、減少壓力源：重新檢視生活，刪除過多的壓力。

例如：升上九年級之後，要花更多的時間複習課業，此時不勉強自己繼續才藝班的學習，可以先暫停，讓自己保留心力在課業上。

二、設定合理的目標

例如：體育普普的人，若幫自己設定了下次在運動會上要跑出全校第一的好成績，自己一定會感受到非常大的壓力。我們可以先將目標訂成下個月的成績要比現在縮短 5 秒，相信透過不斷的練習，自己會有所進步。

三、增加資源：健康的身體以及充足的生活資源。

例如：透過規律的運動、均衡的飲食、充分的睡眠…等來培養健康的身體，時間管理、人際交往、理財…等則是可以充實生活資源的部分，健康的身體和衝廚的生活資源讓我們更有心力和能量去面對挑戰。

第二節、問題解決技巧

當生活的壓力情境出現讓你忙亂或緊張的時刻，使你喘不過氣，試著先覺察自己、暫時喊停、釐清問題，接著可以選擇讓自己確認情緒狀態與事實、腦力激盪，接著反思下一步。你可以參考的問題解決原則及步驟(Mazza et al., 2016)如下：

- 1.描述問題情況
- 2.檢核事實



- 3.辨別你的目標
- 4.腦力激盪出多一點解法
- 5.選擇最可能進行的解法
- 6.為解法規劃步驟並行動
- 7.評估結果



第三節、人際相處與霸凌

- 當你向老師或家裡人說明自己遇到的困難時，也許他們不太懂、不太接受、或不知道該怎麼辦，讓你感覺到灰心或失望，請理解他們的反應，因為他們也還需要學習如何處理心理健康問題。
- 嘗試再多找找讓你感到安心的抒發對象，可能是你親近的科任老師、輔導老師或助教，同輩也可以，像是同學朋友、或家裡的兄弟姐妹，在抒發之餘，也不要客氣請他們帶著你/陪著你去找專業人員幫忙。
- 若學校或校外、甚至網路社群平台上發生霸凌情事，你都應該先覺察自己的心情溫度是否受到影響，倘若心情已發燒，務必找老師或家長談談，唯有早期穩住自己的身心健康狀態，才能避免嚴重的後果發生。

第四節、覺察靜心與呼吸演練

我們每天都在經歷很多事件，讓人思緒繁雜，心情起起伏伏，應該如何培養自己保持平靜的能力呢？我們都知道鍛鍊身體的肌肉時，自己需要出很多力去反覆訓練才有效果，但是，訓練心智保持平靜不一樣，要反其道而行，也就是我們不要去用力，什麼都不做，僅是像旁觀者，觀察自己生理、情緒、思緒和呼吸情況，這就是覺察靜心演練，如同前面提過，它可以幫助我們調節情緒。

首先，請為自己準備一個舒適自在、不會受到打擾的空間，邀請你跟著以下步驟進行練習：

- (1) 找個舒服的姿勢(可躺或坐)

- (2) 讓自己**感覺自在**(可閉眼、鬆鬆肩膀，伸懶腰一下，脊柱挺直，肩頸放鬆)
- (3) 從鼻子慢慢深長**緩慢吸氣**(眼睛可以閉起來或專注一點)，吸到不能再吸氣，然後嘴巴微微嘟著，從嘴巴這個小小的洞(想像含著像喝鋁箔包飲料的吸管)，把氣**慢慢呼出來**，越慢越好，不用急。
- (4) **持續深吸、慢吐**，溫柔地把注意力放到上腹部，感受一下吸氣時上腹部微凸、吐氣時上腹部下沉縮小，。
- (5) **嘗試持續深吸慢吐**及專注在腹部的感覺，大約五到六回合，可以做三分鐘到五分鐘，建議放慢速度做，更可以讓心智和生理層面放鬆。

剛開始練習時，有可能中途會想到其他事情而分心，這其實是很自然的現象，請你不要懊惱，你只需要再重新開始進入呼吸練習就好。透過一次又一次地的練習，你將會更熟練、專注在其中！

身為學生的你，可以在每日的早晨醒來下床前，先用這種呼吸法放鬆自我，再面對一天的生活；在學校的下課時間也可以練習，讓自己因學習而不斷運轉的腦袋，有個放鬆的時間；也很適合在晚上睡覺前進行演練，讓自己的身心平靜下來，更有助於安穩入睡。最後，非常建議每日規律的練習，為自己的身心設立一個平衡點，對我們的健康會很有幫助！



(圖片來源：吳佳儀，2022)

第四章、關懷他人-成為珍愛生命守門人

當我們的家人和朋友發生了情緒困擾，就在他身邊的你，可以第一時間伸出援手、拉他一把，成為守護他的珍愛生命守門人。我們可以透過以下的步驟，來陪伴家人朋友面對問題，度過難關：



一、辨識危險訊號：最近的他感覺不太一樣…

- 心情上：低落、憂鬱、憤怒…
- 表情上：難過、悲傷、面無表情…
- 想法上：悲觀、責怪自己、覺得自己很沒價值…
- 言語上：好煩、好累、不想講了你又不懂、我不想努力了、傷害自己也不會怎樣、我想死…
- 行為上：睡不好或睡得很多、吃很少或暴飲暴食、對日常生活事物失去興趣、不想和人接觸、成績全面退步、不守常規、物質濫用情形增加(如:抽菸、飲酒、毒品等)、經常有警力介入的暴力事件…

二、發揮守門人的功能：1 問 2 應 3 轉介

1 問：主動關懷、積極聆聽

- 同理他的處境：我想你當時一定很難過、聽起來你這段時間過得很辛苦…
- 使用心情溫度計測量他心情發燒的程度
- 對話時與他眼神接觸、溫和關心語氣、不疏離也不過度靠近的適當身體距離。

2 應：適當回應、支持陪伴

- 鼓勵他多說一點，但不可催促或勉強他：發生了什麼事、等你想說的時候我都會聽…
- 從中了解他的感受，不要隨意評斷或給予建議。
- 多聽少說是原則。

3 轉介：資源轉介、持續關懷

- 導師、輔導老師、或是任何一位你信賴的老師，都是你可以尋求幫助的對象，你可以鼓勵有需要的同學與老師連結，或者由你陪著他去找老師幫忙。
- 如果是家人遇到了危機，你也可以請求校園內的老師的幫忙，你不需要一個人面對家人的狀況。

「校園心理健康促進與自殺防治手冊」
自殺防治懶人包(教師篇、家長篇、學生篇)

掃描QRcode



教育部學生事務及特殊教育司首頁>重要業務專區
>學生輔導>學生自我傷害防治專區

歡迎下載利用！



給學生



自殺防治懶人包

當我們同在一起



社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

多元族群



健康不平等族群



多元性別族群



原住民、客家族群



新住民

學校擁有著多元族群，我們都必須尊重多元化族群的需求。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

霸凌止步



肢體霸凌



言語霸凌



關係霸凌
(孤立他人)



網路霸凌

當您發現同學有被霸凌的情形，記得向導師、學校投訴信箱反映
或教育部24小時專線投訴1953
同學遭受校園霸凌，應鼓勵受凌者及旁觀者勇敢說出來。

 社團法人台灣自殺防治學會  全國自殺防治中心

我的同學怎麼了



常會有身體不適的抱怨
(如:頭痛、胃痛、睡眠問題等)
吃不下飯或暴飲暴食



易怒或突然哭泣
對課後活動缺少興趣



最近翹課或請假頻率高
突然有攻擊行為
開始有飲酒抽菸或藥物濫用情形
自我傷害行為(身上有不名傷痕)

唉，都睡不好。

你們去打
球吧！我今
天不想去。

我胸悶，
想去保健
室休息



當同學有上述症狀，他可能在處在心理困擾之中，我們此時需要多點陪伴與關心。

 社團法人台灣自殺防治學會  全國自殺防治中心

心情溫度計

你可以透過心情溫度計，關心自己和同學是否心情有發燒，了解近一週當中心理困擾的程度，若心情發高燒(≥10分)可以和(輔導)老師聊聊。

請您仔細回想「在過去一週當中(包括今天)」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

完全沒有 輕微 中等程度 厲害 非常厲害

1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

得分與意義

前5題總分：

- 0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。
- 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

* 有自殺的想法 *

本題為附加題，若前五題總分小於6分，但本題評分爲2分以上(中等程度)時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

為什麼要測？

快速掌握自己和同學的近期心理困擾狀態

什麼時候測？

隨時隨地都可以關懷自身與他人。

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

校園守護心理健康好幫手

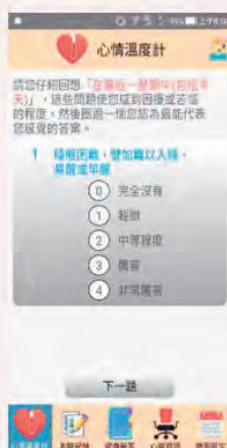
心情溫度計也有APP喔！

立即免費下載~

QR碼掃我！



1. 紀錄心理困擾程度變化



2. 免費心理衛生電子書/影音



3. 精神心理衛生資源地圖



4. 鬧鐘提醒自我檢測



青少年自殺警訊

FACT

感覺Feelings

失去希望 - 「人生不可能變好了」
無價值感 - 「沒有人在乎我」

行動、事件Action or Events

藥酒濫用
說或寫有關死亡或毀滅的事情

改變Change

行為 - 無法專心
睡眠 - 睡太多或失眠
飲食習慣 - 沒有胃口或暴食
對以往喜歡的活動失去興趣

預兆Threats

言語 - 「好煩，好累，傷害自己也不會怎樣吧」
威脅 - 「我很快就不在這裡了」
計畫 - 安排、送走喜歡的東西、自殺企圖

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

破除迷思無懈可擊

與人談論自殺
並不會
促使他人自殺

出院後一週內的
同學，特別
脆弱，須持續
關注陪伴他

不是只有精神疾
病患者才会有自
殺傾向

並不是每一個
自殺都與遺傳
有關

認真看待所有自
我傷害的威脅
(如:在臉書透露
想自殺的消息)

自殺原因多元且
複雜，並非由單
一因素或事件所
能解釋



破除迷思，展開雙手，擁抱他人

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

哪裡會有自殺警訊



你日常的觀察



同學最近常請假



週記或作文內容



與同學的閒聊過程



從同學的臉書或社群平台上的訊息

在你們日常生活中，透過觀察都可以發現同學的自殺警訊

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

同儕守門人三步驟- 1問 同學有危險了，我可以怎麼做？

一問
「主動關心、積極聆聽」



怎麼做？

要有相當的敏銳度察覺同學的異樣
下課時間主動關心同學，傾聽可以救人一命，
過程中不要打斷及批判他的選擇

怎麼說？

「最近是不是不快樂？」
「最近有發生什麼事讓你感到困擾嗎？」
「會不會覺得活著很辛苦？」

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

同儕守門人三步驟- 2應

同學有嚴重情緒困擾，我可以怎麼做？

二應
「適當回應同學的問題
提供支持陪伴」



怎麼做？

提供持續的支持、陪伴與聆聽
回應過程中保持平靜、開放、關心、接納，
且不帶批評的態度
必要時，也記得告知老師！

怎麼說？

「下課後可以一起吃晚餐聊一聊」
「若你有任何需要，我都在喔！」
「回家有任何事情，也可以Line我喔！」

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

同儕守門人三步驟- 3轉介

同學的心情持續發燒，我該怎麼辦？

三轉介
「尋求適當資源的協助
並持續關懷同學的進展」



怎麼做？

若同學的問題仍無法緩解
可以聯繫老師、學校人員、家長等一同替同
學尋求專業資源的協助

重要原則

心理健康問題及早就醫、完整配合效果才會最好！鼓勵
同學勇於和專業一起克服心情發燒的問題。你可以說：
「憂鬱或焦慮的問題都是可以處理的，我們一起面對！」
「如果需要去看醫生，我可以陪你一起！」

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心

跟自己做好朋友



均衡飲食
三餐定時定量



良好睡眠習慣



規律運動



拒絕菸酒與危害精
神毒品



建立良好的人際關係

關心同學之際，也別忘了關心自己，好好照顧自己，才可以戰勝一切的壓力！

社團法人台灣自殺防治學會 全國自殺防治中心



參考資料



1. 王雅甄、陳錦宏 (2016)。ADHD 注意力不足過動症家長手冊。台灣兒童青少年精神醫學會。
2. 白映俞 (2019)。大腦解剖秘密(懶人包)。照護線上。
<https://www.careonline.com.tw/2019/01/brain.html>
3. 台灣精神醫學會(2017)。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。合記圖書出版社。
4. 全國法規資料庫。身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=H0080065&flno=10>
5. 全國法規資料庫。特殊教育法。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=h0080027>
6. 全國法規資料庫。教育基本法。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=h0020045>
7. 全國法規資料庫。學生輔導法。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0070058>
8. 全國特殊教育資訊網。自閉症輔導原則。
<https://special.moe.gov.tw/articleInfo.php?guid=903CA78F-B9E2-BF24-B76F-49F0379B7F94&paid=181&token=c356366f4f20338763df382d6d1f5a62>
9. 全國特殊教育資訊網。情緒行為障礙輔導原則。
<https://special.moe.gov.tw/articleInfo.php?guid=286974C4-6133-2042-AF93-3B58A927CBA3&paid=181&token=58972febf517cf7c0662da7f48b0258c>
10. 吳佳儀 (2014)。從個人面向強化自殺保護因子。自殺防治網通訊，9 (4)，2-5。
11. 吳佳儀 (2015)。青少年自殺防治問題與建議。自殺防治網通訊，10(2)，2-5。
12. 吳佳儀、李明濱 (2016)。青少年自殺防治現況與趨勢。自殺防治網通訊，11(1)，11-13。
13. 吳佳儀、李明濱、陳錫中。(2016). 情緒障礙症個案復元歷程中之社區再融入，臺灣醫學，20(6)，642-651。
14. 吳佳儀、李佩宜、張宛如、李明濱 (2022)。以焦點團體研究法探討學生對校園心理健康促進與自殺防治策略之看法。自殺防治學期刊 (Journal of Suicidology)，17(1)，94-104。
15. 吳英璋 (2001)。情緒教育的理論與內涵。學生輔導，75，66-79。
16. 李佩宜、吳佳儀 (2021)。生態系統理論之於校園自殺防治之應用。自殺防治網通訊，16(4)，5-8。
17. 李明濱 (2006)。壓力人生：情緒管理與健康促進。健康世界。
18. 李明濱 (主編) (2014 年 12 月)。「全國自殺防治中心計畫」案 103 年度期末成果報告。社團法人台灣自殺防治學會。
19. 李明濱 (主編) (2017)。政府跨部會自殺防治手冊。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/media/3460>
20. 李明濱 (主編) (2018)。自殺風險評估與處遇。社團法人台灣自殺防治學

- 會暨全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/media/3457>
21. 李明濱（主編）（2018）。青少年心理衛生與自殺防治。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/media/3429>
 22. 李明濱（主編）（2018）。珍愛生命守門人。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/media/3437>
 23. 林文科（2000）。雙語詞彙、學術名詞暨辭書資訊網：具體運思期。國家教育研究院。<http://terms.naer.edu.tw/detail/1306164/>
 24. 阿爾弗雷德·阿德勒（1930）。劉建金譯。兒童成長心理學。五南圖書。
 25. 徐享良（2000）。雙語詞彙、學術名詞暨辭書資訊網：心理社會發展論。國家教育研究院。<https://terms.naer.edu.tw/detail/1303161/>
 26. 高雄市立凱旋醫院（2016）。守護國高中教師自身與學生心理健康：教師手冊。衛生福利部。
 27. 國家衛生研究院（2019）。2030 兒童醫療與健康政策建言書綱要。衛生福利部補助出版。
 28. 教育部（2021）。107 至 108 年校園學生自我傷害事件之分析及防治策略。委託國立臺灣大學辦理。
 29. 教育部（2014）。校園學生自我傷害三級預防工作計畫。
<https://ws.moe.edu.tw/Download.ashx?u=C099358C81D4876CA06EC6164DFBA4EC96D601173D7F538DB1BC0450A400FAAAE2C9C21D528CF9C8886A87964F431AEBB7B239B16C2A7D700AD8C3D56D4A5EE2405CF8D1B1FA39706DA6E51714188A31&n=C9D65926E714C973F34FD57A6947AB087E5FC393188AA985150C9ADD3332A285DAEA4FECCD739877EFF1C6A7E4F7FC94C97F46B7520193A2985389BB0A20342678BD2CFD3A938FE&icon=..pdf>
 30. 教育部（2014）。立法院三讀通過「學生輔導法」。
https://depart.moe.edu.tw/ed2800/News_Content.aspx?n=9C2F51A0AD31862F&sms=EA52AE3CDCB7AE20&s=03EBEB21DD9F937A
 31. 教育部（2018）。生命教育中程計畫。<https://life.edu.tw/zhTW2/node/436>
 32. 教育部國民及學前教育署（2021）。學校正向心理健康促進工作指引。委託國立師範大學辦理。
 33. 國家教育研究院（2018）。十二年國教課程綱要。
<https://www.naer.edu.tw/PageSyllabus?fid=52>
 34. 陳坤虎、雷庚玲、吳英璋（2005）。不同階段青少年之自我認同內容及危機探索之發展差異。中華心理學刊，47(3)，249-268。
 35. 陳國泰（2018）。Erikson 的心理社會發展論在負向人格特質的中小學生輔導之應用。臺灣教育評論月刊，7(12)，124-131。
 36. 陳鈺弦、李宏鑑（2011）。從家長觀點探討注意力缺陷過動症兒童之症狀因應策略。應用心理研究，49，111-135。
 37. 曾瓊禎、洪儷瑜（2015）。學習障礙學生社會情緒適應困難內涵初探。特殊教育季刊，137，9-19。
 38. 黃素英（2016）。青春期自閉症孩童的情緒問題及輔導。諮商與輔導，364，2-4。

39. 黃偉立、詹佳達、吳佳儀、陳俊鶯、李明濱 (2019)。網路與自殺。 *台灣醫學*，23(1)，112-118。
40. 廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀 (2015)。台灣自殺防治之十年回顧檢討與展望。 *台灣公共衛生雜誌*，34(3)，227-239。
41. 廖士程 (2020)。校園精神健康促進與自殺防治。 *自殺防治網通訊*，15(4)，17-21。
42. 劉明松 (2011)。多重障礙學生的行為問題功能分析與處理策略。 *台東特教*，34，12-17。
43. 劉金花 (主編) (1999)。 *兒童發展心理學*。五南圖書。
44. 劉萌容 (2009)。廣泛自閉症表現型：自閉症光譜量表對親代特質的篩檢與區別性分析。 *台灣公共衛生雜誌*，28(5)，398-406。
45. 蔡佩蓉 (2018)。如何兼顧工作與家庭-陪伴孩子一同成長。 *臺灣教育評論月刊*，7(5)，189-192。
46. 衛生福利部基隆醫院 (2013)。認識壓力與調適壓力。
https://www.kln.mohw.gov.tw/?aid=509&pid=62&page_name=detail&iid=777#:~:text=%E5%A3%93%E5%8A%9B%E6%98%AF%E4%B8%80%E7%A8%AE%E5%80%8B%E4%BA%BA%E4%B8%BB%E8%A7%80,%E5%9D%87%E5%8F%AF%E8%A6%96%E4%B9%8B%E7%82%BA%E5%A3%93%E5%8A%9B%E3%80%82
47. 衛生福利部。自閉症類群障礙症。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-1727-d82755b2-53b8-45a7-ad0d-ca4e0c67e65f.html>
48. 衛生福利部。網路成癮專區。
<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4910-55038-107.html>
49. 衛生福利部心理健康司。用愛教出快樂的孩子-0-6 歲正向教養手冊。
<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-3560-51148-107.html>
50. 衛生福利部國民健康署 (2018)。我的餐盤手冊。
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/EBook.aspx?nodeid=3821>
51. 蕭文翊、林秀錦 (2019)。國小特教班教師教育極重度多重障礙學生之困擾與需求。 *特殊教育學報*，50，65-91。
52. 謝佳豫 (2018)。高中生生活壓力的因應策略、生氣表達與憂鬱程度之關係研究—以桃園縣私立高中為例〔未出版之碩士論文〕。中原大學教育研究所。
53. 魏琦芳 (2008)。青少年心理健康的影響因素—貫時性研究。 *醫護科技學刊*，10(4)，251-266。
54. 譚健民、鄭美美、潘建志 (2020)。腸道菌群在神經精神科疾病的致病機制：兼論益生菌在腸腦軸的角色。 *台灣醫界*，63(8)，16-22。
<https://www.tma.tw/ltk/109630804.pdf>
55. Ahlen, J., Lenhard, F., & Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*, 36(6), 387-403.

<https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>

56. Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality, and Behavior*. Britain: Open University Press.
57. Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality, and Behavior*. New York: Open University Press.
58. Alberta Health Services (n.d.). *Reduce stigma*.
<https://schools.healthiertogether.ca/en/take-action/get-ideas-that-work/reduce-stigma/>
59. Aldrich, R. S., Wilde, J., & Miller E. (2018). The effectiveness of QPR suicide prevention training. *Health Education Journal*, 77(8), 964-977.
60. Ali, M. M., Fang, H., & Rizzo, J. A. (2010). Body weight, self-perception and mental health outcomes among adolescents. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13(2), 53-63.
61. Amarasuriya, S. D., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2018). Predicting intentions to seek help for depression among undergraduates in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 18, 122-133.
62. Anderson, E. L., Steen, E., & Stavropoulos, V. (2017). Internet use and problematic internet use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(4), 430-454.
63. Armitage, C.J., & Christian, J. (2004). *Planned Behavior: The Relationship Between Human Thought and Action*. Transaction Publishers.
64. Baym, N. K. (2015). *Personal connections in the digital age*. John Wiley & Sons.
65. Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543.
66. Bernstein, C. M., Stockwell, M. S., Gallagher, M. P., Rosenthal, S. L., & Soren, K. (2013). Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control. *Clinical Pediatrics*, 52(1), 10-15. <https://doi.org/10.1177/0009922812459950>
67. Bhoyar, S., Khan, A., Tirpude, S., cahuragade, N., Bhoyar, K., & Varma, A. (2021). Effect of Pranayama in relieving stress: A review article. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 8(1), 161-166.
<https://link.gale.com/apps/doc/A698747645/AONE?u=anon~3250f8e4&sid=googleScholar&xid=1c315f02>
68. Bjertnaes, A. A., Fossum, I. N., Oma, I., Bakken, K. S., Arne, T., & Holten-Andersen, M. N. (2020). A cross-sectional study of the relationship between mental health problems and overweight and obesity in adolescents. *Frontiers in Public Health*, 8, 334. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00334>

69. Bottino, S. M., Bottino, C. M., Regina, C. G., Correia, A. V., & Ribeiro, W. S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 31(3), 463-475.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00036114>
70. Braet, C., Van Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in early, middle and late adolescence: differential evidence for the cognitive diathesis-stress model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(5), 369-383. <https://doi.org/10.1002/cpp.1789>
71. Butwicka, A., Frisén, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2015). Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes Care*, 38(3), 453-459. <https://doi.org/10.2337/dc14-0262>
72. Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM-Population Health*, 13, 100742.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
73. Canadian Mental Health Association. (2014). *Mental illness in children and youth*. <https://cmha.bc.ca/documents/mental-illnesses-in-children-and-youth-2/>
74. Chapin, H. L., Darnall, B. D., Seppala, E. M., Doty, J. R., Hah, J. M., & Mackey, S. C. (2014). Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. *Journal of Compassion Health Care*, 1(4), 1-12. Retrieved from <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-014-0004-x>
75. Chen, T. Y., Chou, Y. C., Tzeng, N. S., Chang, H. A., Kuo, S. C., Pan, P. Y., Yeh, Y. W., Yeh, C. B., & Mao, W. C. (2015). Effects of a selective educational system on fatigue, sleep problems, daytime sleepiness, and depression among senior high school adolescents in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 741-750. <https://doi.org/10.2147/ndt.S77179>
76. Chen, Y. L., Chen, W. J., Lin, K. C., Shen, L. J., & Gau, S. S. (2019). Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiology Psychiatric Sciences*, 29, e15. <https://doi.org/10.1017/s2045796018000793>
77. Chen, Y.L., Chen, W. J., Lin, K.C., Shen, L.J., & Gau, S. S. F. (2020). Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
78. Chiang, Y. C., Lin, Y. J., Li, X., Lee, C. Y., Zhang, S., Lee, T. S., Chang, H. Y., Wu, C. C., & Yang, H. J. (2022). Parents' right strategy on preventing youngsters' recent suicidal ideation: a 13-year prospective cohort study. *Journal of Mental Health*. 31(3), 374-382.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1979490>



79. Chiang, P. H., Huang, L. Y., Lo, Y. T., Lee, M. S., & Wahlqvist, M. L. (2013). Bidirectionality and gender differences in emotional disturbance associations with obesity among Taiwanese schoolchildren. *Research Development Disabilities*, 34(10), 3504-3516. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.023>
80. Cohen, J. (2001). Social and emotional education: Core concepts and practices. *Caring classrooms/intelligent schools: The social emotional education of young children*, 3-29.
81. Cornell Health. (n.d.). *Cornell Mental Health Framework*. <https://health.cornell.edu/sites/health/files/pdf-library/mental-health-framework.pdf>
82. Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
83. Czyz, E.K., Horwitz, A.G., Eisenberg, D., Kramer, A., & King, C.A. (2013). Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *Journal of American College Health*, 61(7), 398-406. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.820731>
84. De Pauw, S. S., & Mervielde, I. (2010). Temperament, personality and developmental psychopathology: a review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(3), 313-329. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0171-8>
85. Department of education. (n.d.). *Peer support and children and young people's mental health*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/603107/Children_and_young_people_s_mental_health_peer_support.pdf
86. Downs, M. F., & Eisenberg, D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 104-114. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.619611>
87. Drum, D. J., Brownson, C., Denmark, A. B., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 213-222.
88. Education support. (n.d.). *Mental Health: Calendar*. <https://teachershub.educationsupport.org.uk/sites/default/files/2021-03/Mental%20Health%20Calendar.pdf>
89. Education support. (n.d.). *The building blocks of good mental wellbeing*. <https://www.educationsupport.org.uk/resources/for-individuals/guides/the-building-blocks-of-good-mental-wellbeing/>
90. Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in university student population. *Medical Care*, 45,

594-601.

91. Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308.
92. Eisenberg, N., Zhou, Q., Losoya, S. H., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Reiser, M., Guthrie, I. K., & Cumberland, A. (2003). The relations of parenting, effortful control, and ego control to children's emotional expressivity. *Child Development*, 74(3), 875-895. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00573>
93. Family services. (2020). *8 ways to strengthen a parent-child relationship*. <https://www.familyservicesnew.org/news/8-ways-to-strengthen-a-parent-child-relationship/>
94. Feldmana, G., Greesonb, J., & Senvillea, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1002-1011. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.006>
95. Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
96. Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313-332.
97. Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
98. Gallagher, R. P. (2015). *National Survey of College Counseling Centers*. (Report 9V). Retrieved from University of Pittsburgh, The International Association of Counseling Services website: http://d-scholarship.pitt.edu/28178/1/survey_2014.pdf
99. Gangadhar, B. N., & Janakiramaiah, N. (2000, May). Stress-related biochemical effects of sudarshan kriya yoga in depressed patients study# 6. In Conference on Biological Psychiatry, UN NGO Mental Health Committee.
100. Ghodke, D. & Batliwala, K. (2022). *Sleep Your Way to Success*. Westland Non-fiction.
101. Ghosh, K., Hankey, A., & Srinivasan, T. (2019). Subtle energy system of human body based on energy model of Yoga and Traditional Chinese Medicine. *Journal of Research in Traditional Medicine*, 5(3-4), 51-57. <http://www.tmjournal.org/index.php?mno=58025>
102. Giota, J., & Gustafsson, J.-E. (2021). Perceived academic demands, peer and



- teacher relationships, stress, anxiety and mental health: changes from grade 6 to 9 as a function of gender and cognitive ability. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 65(6), 956-971.
103. Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294-308.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
 104. Goldstein, M. R., Lewis, G. F., Newman, R., Brown, J. M., Bobashev, G., Kilpatrick, L., Seppälä, E. M., Fishbein, D. H., & Meleth, S. (2016). Improvements in well-being and vagal tone following a yogic breathing-based life skills workshop in young adults: Two open-trial pilot studies. *International Journal of Yoga*, 9(1), 20-26. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.171718>
 105. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books.
 106. Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27.
 107. Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 874-883.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00279.x>
 108. Gould, M. S. & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 6-31.
 109. Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>.
 110. Hamasaki H. (2020). Effects of diaphragmatic breathing on health: A narrative review. *Medicines*, 7(10), 65. <https://doi.org/10.3390/medicines7100065>
 111. Hamm, M. P., Newton, A. S., Chisholm, A., Shulhan, J., Milne, A., Sundar, P., Ennis, H., Scott, S. D., & Hartling, L. (2015). Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media Studies. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 770-777.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0944>
 112. Hasler, B. P., Bruce, S., Scharf, D., Ngari, W., & Clark, D. B. (2019). Circadian misalignment and weekend alcohol use in late adolescent drinkers: preliminary evidence. *Chronobiology International*, 36(6), 796-810.
<https://doi.org/10.1080/07420528.2019.1586720>
 113. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.

[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

114. Hom, M. A., Stanley, H. I., Joiner, T. E. (2015) Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
115. Hsieh, Y. P., Shen, A. C. T., Hwa, H. L., Wei, H. S., Feng, J. Y., & Huang, S. C. Y. (2021). Associations between child maltreatment, dysfunctional family environment, post-traumatic stress disorder and children's bullying perpetration in a national representative sample in Taiwan. *Journal of Family Violence*, 36(1), 27-36.
116. Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35(139), 445-453.
117. Hunt, J., Eisenberg, D. (2010) Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
118. Indelicato, N. A., Mirsu-Paun, A., & Griffin, W. D. (2011). Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training on a university campus. *Journal of College Student Development*, 52(3), 350–361.
119. Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700-716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
120. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Polllitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-166
121. Joshi, S. V., Hartley, S. N., Kessler, M., Barstead, M. (2015). School-based suicide prevention: content, process, and the role of trusted adults and peers. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 24(2), 353-370. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.12.003>
122. Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry*, 21(6), 389-395. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.09.003>
123. Kazdin, A. E. (2017). Parent management training and problem-solving skills training for child and adolescent conduct problems. *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents*, 3, 142-158.
124. Kern, L., George, M. P., & Weist, M. D. (2016). *Supporting students with emotional and behavioral problems*. Brookes.
125. Kessler, R. & Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national

- comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
126. Kjellstrand, J. (2017). Building a tailored, multilevel prevention strategy to support children and families affected by parental incarceration. *Smith College Studies in Social Work*, 87(1), 112-129.
 127. Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(2), 115-118. <https://doi.org/10.1177/0004867415620024>
 128. Ledvora, L. R., Russeth, K. J., Lynch, A. A. (2017). The development, implementation, and evaluation of a suicide prevention gatekeeper training curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), S179-.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.088>
 129. Lee, D., Jung, S., Park, S., Lee, K., Kweon, Y. S., Lee, E. J., Yoon, K. H., Cho, H., Jung, H., Kim, A. R., Shin, B. R., & Hong, H. J. (2020). Youth suicide in Korea across the educational stages: A postmortem comparison of psychosocial characteristics of elementary, middle, and high school students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(3), 187-195.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000624>
 130. Lee, H. Y., Kim, I., Nam, S., & Jeong, J. (2020). Adverse childhood experiences and the associations with depression and anxiety in adolescents. *Children and Youth Services Review*, 111, 104850.
 131. Lee, K., Lee, D. & Hong, H.J. (2020). Text mining analysis of teachers' reports on student suicide in South Korea. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 453-465. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01361-1>
 132. Lindsay, S., Proulx, M., Thomson, N., & Scott, H. (2013). Educators' challenges of including children with autism spectrum disorder in mainstream classrooms. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(4), 347-362.
 133. Liu, F., Zhou, N., Cao, H., Fang, X., Deng, L., Chen, W., Lin, X., Liu, L., & Zhao, H. (2017). Chinese college freshmen's mental health problems and their subsequent help-seeking behaviors: A cohort design (2005-2011). *PloS One*, 12(10), e0185531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185531>
 134. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508-520.
 135. Lu, E., Dayalu, R., Diop, H., Harvey, E. M., Manning, S. E., & Uzogara, S. G. (2012). Weight and mental health status in Massachusetts, National Survey of Children's Health, 2007. *Maternal Child Health Journal*, 16(2), 278-286.
<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1145-1>
 136. Luthar, S. S., & Becker, B. E. (2002). Privileged but pressured? A study of



- affluent youth. *Child Development*, 73(5), 1593-1610.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00492>
137. Maas, J. B. & Robbins, R. S. (2011). *Sleep for Success! Everything You Must Know About Sleep But are Too Tired to Ask*. AuthorHouse.
138. Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & Legrand, L. (2014). Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks. *International Journal of Obesity*, 38(7), 906-911. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.19>
139. Mayo Clinics. (2022). *Teen depression*.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
140. Mazza, J. J., Dexter-mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H. & Murphy, H. E. (2016). *DBT skills in schools: skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEP-A)*. Guilford Publications.
141. McPherson, K. E., Kerr, S., McGee, E., Morgan, A., Cheater, F. M., McLean, J., & Egan, J. (2014). The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychology*, 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-7>
142. Michaud, P. A., & Fombonne, E. (2005). Common mental health problems. *BMJ*, 330(7495), 835-838.
143. Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P., & Kennedy, E. (2021). The evidence-base for psychodynamic psychotherapy with children and adolescents: A narrative synthesis. *Frontiers in psychology*, 12, 662671.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662671>
144. Miller, L., & Campo, J. V. (2021). Depression in adolescents. *New England Journal of Medicine*, 385(5), 445-449.
145. Mohammadi, M. R., Salmanian, M., & Keshavarzi, Z. (2021). The global prevalence of conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(2), 205.
146. Morton, M., Wang S., Tse, K., Chung, C., Bergmans, Y., Ceniti, A., Flam, S., Johannes, R., Schade, K., Terah, F. & Rizvi, S. (2021). Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. *Journal of Community Psychology*, 49(6), 1838-1871.
<https://doi.org/10.1002/jcop.22624>
147. Naito, A. (2007). Internet suicide in Japan: Implications for child and adolescent mental health. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 583-597.
<https://doi.org/10.1177/1359104507080990>
148. Nesi, J., & Prinstein, M. J. (2015). Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(8), 1427-1438.
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-0020-0>

149. Nestor, J. (2020). *How one hour of slow breathing changed my life*. The Guardian.
<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2020/jul/26/every-breath-you-take-the-lost-art-of-breathing>
150. O'Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C. S. & Ong, L. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the health Belief Model. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2577–2587.
<https://doi.org/10.1111/jan.12423>
151. Office of Gurudev Sri Sri Ravi Shankar (2020). *Yale & BIDMC independently endorse Sudarshan Kriya Yoga (SKY) for boosting mental health of students*.
<https://www.srisriravishankar.org/work/service-social-programs/yale-bidmc-independently-endorse-sudarshan-kriya-yoga-sky-for-boosting-mental-health-of-students/>
152. Pan, C. H., Lee, M. B., Wu, C. Y., Liao, S. C., Chan, C. T., & Chen, C. Y. (2021). Suicidal ideation, psychopathology, and help-seeking in 15 to 19-year-old adolescents in Taiwan: A population-based study 2015-2019. *Journal of Affective Disorders*, 282, 846-851. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.139>
153. Pasch, K. E., Latimer, L. A., Cance, J. D., Moe, S. G., & Lytle, L. A. (2012). Longitudinal bi-directional relationships between sleep and youth substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(9), 1184-1196.
<https://doi.org/10.1007/s10964-012-9784-5>
154. Pasco, S., Wallack, C., Sartin, R. M., & Dayton, R. (2012). The impact of experiential exercises on communication and relational skills in a suicide prevention gatekeeper-training program for college resident advisors. *Journal of American College Health*, 60(2), 134-140.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2011.623489>
155. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369, 1302-1313.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
156. Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J., & Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374(9693), 881–892. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
157. Peer, N., Bradshaw, D., Laubscher, R., Steyn, N., & Steyn, K. (2013). Urban-rural and gender differences in tobacco and alcohol use, diet and physical activity among young black South Africans between 1998 and 2003. *Global Health Action*, 6(1), 19216. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19216>
158. Petrucci, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>

159. Ponte, K. (2019). Stigma, Meet Hope. *Schizophrenia Bulletin*, 45(6), 1163-1164.
160. Preston, A. J., & Rew, L. (2022). Connectedness, self-esteem, and prosocial behaviors protect adolescent mental health following social isolation: A systematic review. *Issues Mental Health Nursing*, 43(1), 32-41.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1948642>
161. Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696-703.
<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x>
162. Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 223-231.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00023>
163. Richburg, M., & Fletcher, T. (2002). Emotional intelligence: Directing a child's emotional education. *Child Study Journal*, 32(1), 31-38.
164. Sadler, K., Vizard, T., Ford, T., Goodman, A., Goodman, R. & McManus, S. (2018). *Mental Health of Children and Young People in England, 2017: Trends and characteristics*. NHS Digital.
<https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/23650/1/MHCYP%202017%20Trends%20Characteristics.pdf>
165. Samuolis, J., Harrison, A. J. & Flanagan, K. (2020). Evaluation of a peer-led implementation of a suicide prevention gatekeeper training program for college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(5), 331-336. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000638>
166. Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186.
167. Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 81-92.
168. Selye, H. A. (1936). Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
169. Seppala, E. (2016). *The happiness track: How to apply the science of happiness to accelerate your success*. Hachette UK.
170. Sheese, B. E., Rothbart, M. K., Posner, M. I., White, L. K., & Fraundorf, S. H. (2008). Executive attention and self-regulation in infancy. *Infant Behavior and Development*, 31(3), 501-510. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.02.001>
171. Singh, G. K., Kenney, M. K., Ghandour, R. M., Kogan, M. D., & Lu, M. C. (2013). Mental health outcomes in US children and adolescents born



- prematurely or with low birthweight. *Depression Research and Treatment*, 2013, 570743. <https://doi.org/10.1155/2013/570743>
172. Siu, A. M. H. (2019). Self-harm and suicide among children and adolescents in Hong Kong: A review of prevalence, risk factors, and prevention strategies. *Journal of Adolescent Health*, 64(6), 59-64.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.004>
 173. STĂNCULESCU, E. (2016). Perceived social support and loneliness in early adolescents—A path analysis. *Revista de psihologie*, 62(2), 109-121.
 174. Stokes, M. A., Thomson, M., Macmillan, C. M., Pecora, L., Dymond, S. R., & Donaldson, E. (2017). Principals' and teachers' reports of successful teaching strategies with children with high-functioning autism spectrum disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 32(3-4), 192-208.
 175. Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes.
<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
 176. Suleiman, A. B., & Dahl, R. E. (2017). Leveraging neuroscience to inform adolescent health: The need for an innovative transdisciplinary developmental science of adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 240-248.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.010>
 177. Tandon, M., & Giedinghagen, A. (2017). Disruptive behavior disorders in children 0 to 6 years old. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 491-502.
 178. Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3083-3091.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02629.x>
 179. Tevie, J., & Shaya, F. T. (2015). Association between mental health and comorbid obesity and hypertension among children and adolescents in the US. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(5), 497-502.
<https://doi.org/10.1007/s00787-014-0598-8>
 180. The National Child Traumatic Stress Network. *Trauma types*.
<https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>
 181. The Nobel Prize (2017, October 2). Press release. Nobel Media AB 2018.
<https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2017/press-release/>
 182. The Nobel Prize (2018, October 5). Youyou Tu-Facts. Nobel Media AB 2018.
<https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2015/tu/facts/>
 183. Tompkins, T. L., Witt, J., & Abraibesh, N. (2010). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 506-515. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.506>
 184. Torok, M., Caele, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019).

- Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*, 73, 100-112.
185. Totura, C. M. W., Labouliere, C. D., Gryglewicz, K., & Karver, M. S. (2019). The role of youth trainee-trainer alliance and involvement in school-based prevention: A moderated-mediation model of student gatekeeper suicide prevention training. *Administration and Policy in Mental Health Service Research*, 46(2), 209-219. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0907-5>
 186. Turner, R. J., & Turner, J. B. (1999). Social integration and support. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 301-319). Springer.
 187. Tyler, I. (2018). Resituating Erving Goffman: From stigma power to black power. *The Sociological Review*, 66(4), 744–765. <https://doi.org/10.1177/0038026118777450>
 188. van Doesum, K. T., & Hosman, C. M. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 264-276.
 189. Vizard, T., Sadler, K., Ford, T., Newlove-Delgado, T., McManus, S., Marcheselli, F., Davis, J., Williams, T., Leach, C., Mandalia, D. & Cartwright, C. (2020). *Mental health of children and young people in England, 2020: Wave 1 follow up to the 2017 survey*. NHS Digital. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2020-wave-1-follow-up>
 190. Wang, Y. C., Chan, H. Y., Lin, C. W., & Li, J. R. (2015). Association of parental warmth and harsh discipline with developmental trajectories of depressive symptoms among adolescents in Chinese society. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 895-906. <https://doi.org/10.1037/a0039505>
 191. Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ...Carli, V. (2015). A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*, 385, 1536-1544.
 192. Wei, Y., Kutcher, S., & Szumilas, M. (2011). Comprehensive school mental health: an integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill Journal of Education*, 46(2):213-229. DOI:10.7202/1006436ar
 193. Werner-Seidler, A., Perry, Y., CEAR, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
 194. Wong, M. (April, 2020). *Psychological first aid (PFA) for schools, teachers, and*

- students. North American Center for Threat Assessment and Trauma Response.
195. Wong, M. M., Robertson, G. C., & Dyson, R. B. (2015). Prospective relationship between poor sleep and substance-related problems in a national sample of adolescents. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 39(2), 355-362. <https://doi.org/10.1111/acer.12618>
196. World Health Organization. (2021). *Adolescent Mental Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
197. Wu, C. Y., Whitley, R., Stewart, R., & Liu, S. I. (2012). Pathways to care and help-seeking experience prior to self-harm: A qualitative study in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 20(1), 32-42.
198. Wu, C. Y., Lee, M. B., Liao, S. C., & Ko, C. H. (2019). A nationwide survey of the prevalence and psychosocial correlates of internet addictive disorders in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1), 514-523.
199. Wu, C. Y., Lee, M. B. (2021). Self-efficacy, mental health help-seeking, and suicidality in lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 2270-2278. <https://doi.org/10.1111/jocn.15680>
200. Yin, X. Q., Wang, L. H., Zhang, G. D., Liang, X. B., Li, J., Zimmerman, M. A., & Wang, J. L. (2017). The promotive effects of peer support and active coping on the relationship between bullying victimization and depression among Chinese boarding students. *Psychiatry Research*, 256, 59-65.
201. Zhang, W. J., Yan, C., Shum, D., & Deng, C. P. (2020). Responses to academic stress mediate the association between sleep difficulties and depressive/anxiety symptoms in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 263, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.157>
202. Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S.E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180-185.



附件一

「少年 Pi 的情緒聲音探險」 Gather Town 使用說明手冊

手冊目錄

第一章：教材緣起

教育部計畫介紹

「少年 Pi 的情緒聲音探險」教材發展初衷
為什麼要讓大眾認識心理健康？

第二章：帶領探險準備

課程規格

Gather Town 設備需求

Gather Town 基本操作說明

常見問題 Q&A

第三章：「少年 Pi 的情緒聲音探險」操作

遊戲故事背景

探險教學目標

基本帶領流程

細節執行流程

第四章：遊戲反思討論



第一章：教材緣起

教育部計畫介紹

自 2021 年中央啟動跨部會討論，教育部隨即開始積極投入校園自殺防治相關作為，委託台灣自殺防治學會進行「校園心理精神健康促進與自殺防治手冊」的編製，以供教育人員及校方與家長之參考，並以共同推動青少年心理健康與自殺防治策略、促進校園高風險自殺青少年之辨識及處遇為目標，編製本手冊。期望不僅做為教育人員執行輔導工作時的參考，學生、家長也可以透過閱讀後，提升自我身心關照以及關懷助人的知識與技能，在兒青族群的日常生活中構築起健康性、支持性的氛圍，更有利其長遠的身心發展。

「少年 Pi 的情緒聲音探險」教材發展初衷

與心理健康有關的議題相當廣泛，除了生命教育及正向心理健康促進之教育基礎外，若能將情緒教育及自殺防治知能相關內容落實在不同學制的教學活動規畫中，定能提升校園對學生心理健康議題之關注力與實踐度。本節由計畫團隊設計一個線上教學平台，提供教師在課程規劃上融入教學內容

為什麼要讓大眾認識心理健康？

2019 年臺灣自殺防治法頒布施行後，中央與地方政策及社會各界越來越重視此議題對青少年及年輕族群的影響，當 2019 年 15-24 歲青少年自殺率來到過去 20 多年來的最高峰，且自殺持續位居此年齡層的第二大死因時，青少年自殺原因及防範措施備受各界討論，大家關注如何能遏止下一代年輕人的自殺風險及其趨勢，亦關注家庭、學校、社會與政策服務如何攜手保護青少年的心理健康及生命安全。

第二章：探險帶領準備

課程規格

- 遊戲人數：利用一台電腦登入並投影，全班一起討論、遊玩。
 - 適合年齡：國小高年級以上的學生遊玩。
 - 遊戲時間：共規劃有五個關卡，每個關卡設計了 30-45 分鐘的腳本。
 - 授課模式：以瀏覽器開啟 Gather Town 網頁進行，網路順暢環境操作。
- 遊戲網站 <https://app.gather.town/app/Wq545eGnglvIkJU3/JennyCYW>
<http://reurl.cc/0Z6g06>

Gather Town 設備需求

瀏覽器：Google Chrome 是最合適的。

3C 設備：可用桌上型電腦或筆記型電腦，較不建議使用移動式設備如：平板、手機。

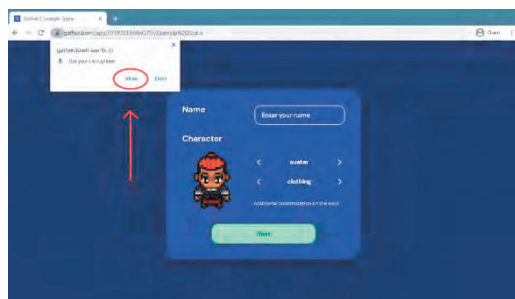
Gather Town 基本操作說明

一、啟用網頁

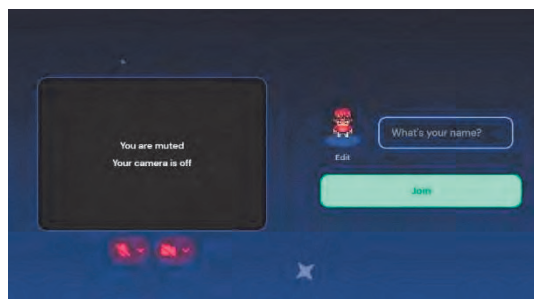
進入本遊戲不需要額外註冊，請使用 Google Chrome 瀏覽器開啟「少年 Pi 的情緒聲音探險」遊戲連結。

第一次進入 Gather Town 介面時，會看到一個彈出窗口，要求您授權瀏覽器相機和麥克風的權限。點擊「允許 Allow」。（圖一）

開啟鏡頭與麥克風，接著創造你的虛擬角色，進入後設定你的角色名稱、造型，讓情境與角色帶入更好玩！（圖二）



（圖一）進入遊戲介面



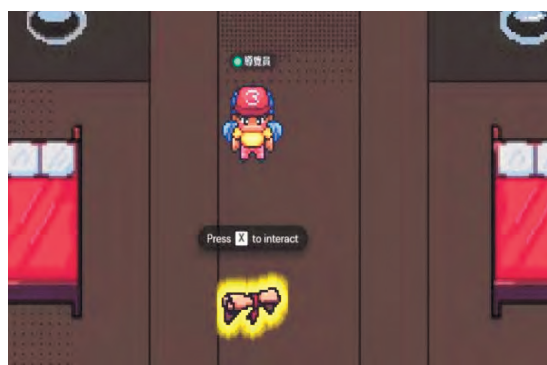
（圖二）設定虛擬角色

移動操控

遊戲移動操控非常簡單，使用鍵盤上的方向鍵進行操控即可移動。

發光物件

移動到可以啟用物件的附近，即可看見物件周圍發出黃色的光（圖三），點擊「X」鍵，即可進行開啟物件內容（圖四）。



（圖三）物件發光



（圖四）物件開啟畫面

常見問題 Q&A

1. 學生／孩子是否能自行操作？

可以！遊戲適合國小中以上的學生獨立進行操作。

但初次進行遊玩，會推薦老師以帶領的方式協助學生初步遊玩、與進行反思討論。在過程中，建構鷹架以協助學生對於覺察自身的心理健康狀況有初步的認識。

2. 正式遊玩前，帶領者的帶領提醒（三個小步驟，讓體驗更深入更自主）

1. 放下老師／家長的身分

身為老師／家長的我們，需要提醒自己我們在遊戲中不再是老師也不是家長，而是陪伴孩子探險的陪伴者，相信孩子們的觀察力與邏輯思維能力，讓孩子試著深入探險吧！

2. 忍住給答案的衝動，讓孩子有不一樣可能！

第四章有團隊精心撰寫的遊戲後反思討論，反思的提問與遊戲目標雖然是固定的，但每一位孩子獨特的經驗也許會有不一樣的解讀與體悟，讓孩子們先自行討論與分享，再來補充遊戲目標，協助孩子練習完整且獨立的反思能力。

3. 先行探索，感觸更深！

遊戲設計也非常適合成人使用，透過自身的深入探險經驗，除了可以藉此覺察自身心理健康狀況，可以協助我們更清楚孩子在遊玩過程中的困難與阻礙，在孩子出現問題而無法獨力處理時，才能更好的協助孩子排除困難！

第三章：「少年 Pi 的情緒聲音探險」操作

「少年 Pi 的情緒聲音探險」遊戲故事背景

傳說中，有一個地方能聽見心的聲音！Pi 是一位平凡的少年，在資訊發達的年代，少年 Pi 意外發現前往傳說中「心聲音群島」的方式。我們一起去找到幫助自己、協助他人的辦法吧！

探險教學目標

探險者將透過故事與提示逐步探險心聲音群島的「四大主題」：情緒調節與壓力管理、霸凌因應、問題解決、覺察靜心之正念心理健康促進等概念。

基本帶領流程

課前準備

- 場地確認
- 器材確認
- 實際操作一次遊戲頁

開場（10 分鐘）

- 課程開場
- 角色創建(建議留 5 分鐘)
- 故事導入

遊戲開始（每關 45 分鐘）

- 輪船關卡：探險者在船上找到散落在輪船上的筆記本，並發現每個筆記本有特別的線索！
- 碼頭關卡：從碼頭搭乘帆船來到情緒聲音探索小島，在這裡我們會練習聽見內心的聲音，需要探索者沿著小島的線索慢慢闖關！
- 龍宮關卡：從漩渦被吸入海底龍宮，見識到海底世界的龍王，依照龍王的請求完成任務！
- 靜心關卡：回到本島，乘著小船來到秘密隱藏的小島，島上有好多的蘑菇與小鳥，給我們很寶貴的體驗與學習。

反思與討論（30 分鐘）

- 討論與分享
- 關卡大解答
- 心理健康資源的說明



細節執行流程

活動項目	時間安排	說明
課前準備	--	1. 場地：確認後排位置，能看清楚螢幕主要畫面。 2. 器材：確認電腦與投影設備。開啟遊戲連結並測試網路。
課程開場	10 分鐘	1. 開場：詢問探索者是否曾經玩過解謎遊戲，或看過「名偵探柯南」，以了解探索者對於找尋線索與解謎的認識程度。 2. 參與分組：邀請探險者 4 人一組進行探險，以促進探險者具有多元觀點的可能。 3. 故事背景導讀：請見第三章—「少年 Pi 的情緒聲音探險」遊戲故事背景。
探索開始	5 分鐘	1. 依課程時長安排體驗的關卡，如有一節課程(約 50 分鐘)可以安排探索一個關卡。 2. 每個關卡會有關卡反思問題，請參造第四章之內容在關卡探索前或後協助探索者進行反思。
輪船關卡 (必玩)	15 分鐘	1. 進入 Gather Town 的起始關卡，帶領者請引導探索者在渡輪關卡悉知介面的基礎操作方式。 2. 請探索者跟隨輪船關卡上的箭頭指引，找到每一個筆記本物件，並記錄下每一個<心情溫度計>的分數。 3. 探索者可以參考物件—筆記本下方的慰問語句，進行互相問詢的練習。

輪船關卡 (必玩) 反思與討論	35 分鐘	將〈心情溫度計〉的分數進行總和，並依照〈心情溫度計簡章〉物件的「得分說明」指示進行討論： 「大家都把總分寄下來了嗎？不需要跟我說你有幾分，我們來討論一下每個分數後面的建議，請大家拿出紙跟筆，各自寫下答案」 第一題：「當你心情不好的時候，你會跟誰說？每個人有 1 分鐘寫 4 分鐘跟小組的成員討論，討論的題目是，我會跟誰誰誰分享，因為…。」完成後接續下一題 第二題：「當你的分數來到 10 分以上，你會願意跟老師、輔導室求助幫助嗎？為什麼會？為什麼不會？每個人有 3 分鐘寫，7 分鐘跟小組成員討論，為什麼會或不會都要回答」 最後邀請學員們推派一個小組長進行討論分享，當分享結束後請帶領者試著說出以下的話語：「我知道每個人都有心情好的時候，但也會有心情不好的時候，這件事情是正常的，但當心情不好的時候，要記得找朋友、找老師或找輔導室聊聊，也許原本很困難的、很不舒服的事情就會不一樣，歡迎每一位探索者，在你的分數超過 10 分的時候找老師或是輔導室討論，讓我們有機會陪著你，給你一點點的幫助。」
靜心島關卡	45 分鐘	1. 觀看木碼頭上的指示牌，了解獲得關卡的線索後開始探索。 2. 經過發光的蘑菇物件點開後，依照圖片中帶有色彩的字數進行記錄，會發現 1209 是憂鬱症防治協會的創辦日期。 3. 進入香菇房子後來到下一個空間，空間中央有一個巨大的樹，來到樹的下面有一圈蘑菇，點擊蘑菇觀看影片，並依照影片中的指示進行練習！ 4. 練習完之後沿著右邊的通道來到下一個空間，空間中左下角小鳥說錯了第二個空間的正念呼吸法，講成大自然呼吸法。 5. 在右下角有一個白板，請點擊後複製網址打開新的頁面，讓探險者彼此留下正念呼吸法的練習心得吧！
碼頭關卡	45 分鐘	1. 從碼頭來到小島，閱讀完桌上的線索，便可以開始尋找隱藏在地圖上的物件線索，找到後會知道答案是 21。 2. 來到第二關卡，依照由左而右為通道一、通道二、通道三，照 1132 為迷宮的答案，來到第三關。 3. 來到第三關，觀看題目，注意「壓力的關鍵，是來自於自己如何看到事情，小小因為想向每個人都在罵她，而造成自己很大的壓力」所以答案都是小小，答案為：1111。 4. 依照題目可以得知答案為：1122333。 5. 來到最後的地圖，可以看到有一個交流平台，大家可以在上面盡情的討論，在剛剛遊戲中的經驗。
勇闖龍宮關卡	45 分鐘	1. 從碼頭下方的路，來到漩渦地圖，在路上有一個指示牌物件，閱讀完指示牌的引導後，請進入漩渦之中來到龍宮。 2. 看完龍宮地圖漩渦旁的指示牌，請來到中間的庭院，觀

		看關卡指引。 3. 向上移動來到情緒臉譜，觀察臉譜中的情緒，連起來之後會出現 SEA。 4. 完成第一關之後到下方的地圖，觀看每個故事運用同理心的能力，並依照兩旁帶著數字的情緒臉譜進行解謎，最終會得到 989 的答案。 5. 完成第二關後，沿著左邊的段路前進，即可到達迷宮地圖，依照迷宮的指示進行解謎，可以獲得答案 1925(5 橘 3 紅 1 藍)
靜心島關卡 反思與討論	40 分鐘	1. 「大家還記的在靜心島的第一關有四個有圖片的蘑菇，大家有記得上面寫了什麼嗎？」 2. 「第一個蘑菇說到，靜心的環境，想問大家有沒有一個適合自己靜心的環境呢？如果沒有，當你心情不好的時候你都怎麼照顧自己的？你覺得效果好嗎？」邀請探索者進行分享，帶領者可以在這個時候適時的給出具有建設性的建議。 3. 「靜心的時間最理想的時間是在早起和晚上用餐前，主要是因為怕睡著了，大家知道為什麼靜心不可以睡著嗎？」 4. 「靜心的方式要提醒自己麼都不要、不做、什麼都不是，大家知道為什麼要這麼做嗎？」 5. 「讓自己就是單純和當下的平靜和自己觀察和察覺到的所有狀況相處，大家知道為什麼要這麼做嗎？」 6. 「在體驗過正念呼吸法後，大家覺得在練習前跟後有什麼變化？」
碼頭關卡 反思與討論	40 分鐘	1. 「大家記得壓力有幾個反應階段嗎？分別會有什麼反應呢？」 2. 「壓力對我們有很多的壞處，卻也有好處，請大家說出壓力的益處有哪些？」 3. 「請大家分別敘說自身的負向壓力與正向壓力經驗」 4. 「請大家小組討論，正負向壓力之間的差異在哪裡？」 5. 「請問大家，壓力源有他人給的，也有自己給的，請依照過去負向壓力經驗中找出那些是他人給的，哪些是自己給的？」 6. 「請說出一個負向經驗中的壓力源、目標與資源」
勇闖龍宮關卡 反思與討論	40 分鐘	1. 「請說出在情緒石碑上有那些基礎情緒？」 2. 「請分享在關卡二時覺得最難判斷的情緒是什麼？為什麼覺得困難？最後又是怎麼討論出通關答案的？」 3. 「請說出迷宮關卡時，有哪些事情是需要做的？」 4. 「請說出有哪些是你曾經做過的？那些不曾做過？為什麼？」 5. 「請說出會做與不會做之間有什麼差異？什麼是影響你做的原因？」

第四章：遊戲後反思與討論要點



【輪船關卡】自我覺察與檢測

學生要點

要點一：日常自我覺察與檢測的好處是什麼？

A：自我覺察與檢測可以協助我們日常自我監測，在心理健康出現疑慮時可以及早發現並盡早取得適當的資源協助自己維護心理健康的狀態，以達到初級預防的重要目標。

要點二：自我覺察與檢測後的自身的資源檢核和應用

A：自我覺察與檢測後，重要的是應用資源的能力，透過資源盤點確認自身資源是否有缺漏是重要的，更重要的是是否會記得應用資源，才可以真正的協助自己進行初級預防的能力。

要點三：資源應用的阻礙覺察與排除

A：當可用的資源應用受阻，需要學會排除阻礙以免可用的資源仍呈現無法應用的遺憾，透過阻礙的盤點並且找到對應的解決方法，可以避免當自我覺察與檢測時發現心理健康疑慮時仍無法應用資源的問題。

師長要點

要點一：我是否具備日常自我覺察與檢測的習慣？

A：日常自我覺察益處可見，透過教材教授學生的同時，我們是否具備同等的習慣？如沒有，是為什麼？

謹記，教學相長透過教育、陪伴孩子的歷程可以協助我們進一步的覺察自身的缺漏的機會，予以補足才可以真正的教會學生自我檢測的意涵。

要點二：我是否提供足夠安心之環境使學生得以在有心理健康疑慮時，願意找我尋求幫助？

A：日常的相處中我是否對於學生的脆弱、負面情緒表現出足夠的同理與支持？如果有我是否具備無條件正向積極關懷與正確的同理能力？如果沒有是什麼阻礙了你營造學生安心求助的環境？

謹記，我們都具備教育英才的初心，但英才的培育不可忽視心理健康的影響，如學生在成長的歷程中遇到自身無法處理的心理問題，卻又無法安心的應用資源，試想在這樣的困境中該有多麼巨大的恐懼與無助隱藏在心裡深處，並在負面的循環下造成無數憾事的發生；如我們可以為學生提供安心的求助環境，學生將會在發生心理健康疑慮時第一時間求助師長或身邊的朋友，真正達到初級預防之效益。

要點三：繼續教育課程中是否具備營造安心環境的要素？

A：近幾年心理健康議題已然成為社會的重大議題，如師長在過去缺乏相應的學習與應用經驗，透過繼續教育課程是最容易獲得的資源，應善用現有資源進行學習並認真練習才能真正成為初級預防中重要的守門人！

【龍宮關卡】情緒辨識、同理與因應

學生要點

要點一：我是否具備基礎情緒的辨識能力？

A：當基礎情緒辨識能力的缺乏，將容易造成人際上的困擾，不論是自我還是他人情緒的辨識，都是重要的基本技能，透過正確的情緒辨識才能夠協助我們進行正確的因應判斷並做出對應的行動。

要點二：我是否具備同理的基本能力？

A：辨識出故事出現的情緒是同理心的一項練習，同理心的進步不外乎辨識情緒的能力與溫柔承接的言語，但最重要的是辨識情緒與情緒背後的情緒，透過情緒辨識的練習可以精進同理心的重要能力！

要點三：除了同理心之外的資源

A：同理心依照個人能力而有所不同，當自身能力不足以好好的陪伴自己或他

人時，找到適當的資源協助自己或他人也是很重要的事情，透過 1925 的諮詢電話與迷宮中的方法可以更好的協助資源的導入。

師長要點

要點一：我是否可以正確的辨識自己的情緒？

A：身為師長在經驗的累積下也不免會有犯錯的時候，在我們人生的淬鍊下已經具備一定的情緒辨識能力，但我們是否有能力時時覺察自身的情緒是重要的事情，往往在我們教學的過程中不小心流出不滿、生氣、失望的情緒，這些情緒都會影響我們學生的學習，當情緒過多時我們也會失去應有的判斷與表達能力，透過時時覺察自身的情緒可以協助我們在教學的路上成為學生的養分並營造出安心的環境，讓學生可以更好的排除學習的阻礙達到認真學習的狀態。

要點二：我們是否可以正確的辨識學生的情緒？

A：在教學的過程中，我們不免的遇到很多學生的情緒困擾或人際議題，如果我們在學生第一次發出求救或需要幫助時，便能好好的接住學生的情緒，便能進一步的提供學生對於求救的正向經驗，在未來可以促進學生在遇到心理或學業困擾時的求助意願！

要點三：我是否認識不只一位心理專業人員？

A：在教學的日子裡，我們一定都遇過學生多元的心理困擾，除了第一時間接住學生的情緒外，我們是否具備足以長期陪伴學生的資源也是很重要的事情，資源並不是擺在輔導室而以，而是除了輔導室外是否仍有其他資源可以協助學生在學校外或放假時期依然可以好好接住他，也是非常重要的事情，透過 1925、1980、1995 三大專線，協助學生除了學校外也依然能擁有免費的資源進行協助與陪伴。

【碼頭關卡】壓力管理與問題解決技巧

學生要點

要點一：我是否具備辨識壓力源的能力？

A：壓力源源自於他人或自己，辨識壓力源並非將問題推到他人身上，而是找到如何因應壓力源的辦法，當我們辨識錯誤時往往會在努力減輕壓力時造成困擾，透過壓力源的確認可以協助我們更好的找到問題的癥結點，並對症下藥以達到改善壓力源造成過多壓力的問題。

要點二：我們是否具備因應壓力的能力？

A：面對壓力有幾種方法，找到目標讓壓力有一個出口是重要的方法，然而當壓力源所創造的壓力過大時，就要回到源頭去疏導與減緩，才能讓壓力維持在製造足夠的壓力卻不足以壓垮我們，壓力源的調整除了與他人的溝通外，調整自身看待壓力的方式也是很重要的，我們可以透過上述的方式進行壓力調適將會我們因應壓力打下良好的習慣。

要點三：當我們無法因應壓力也無法自我調節時要怎麼做？

A：壓力並非完全需要自行處理的，當壓力過大且無法自處時發出求救信號並尋求資源協助是非常重要的事情！透過輔導室的協助或師長的幫忙，可以將壓力源透過系統的力量進行調整，讓壓力可以更好的貼近促進學生學習與精進的核心目的。

師長要點

要點一：我是否可以辨識自己的壓力源？

A：當我們可以準確的辨識自身壓力源，便可以避免不必要的將壓力放到學生身上。

要點二：我是否具備因應壓力的能力？

A：我們身為老師，往往會因為趕課、學生成績等等因素而感到壓力，當我們具備因應壓力的能力，便可以在壓力產生時做到適度的排解，以維持我們教學的品質與學生的關係。





聽見校園心聲音

同心協力防自殺



校園心理健康促進與自殺防治手冊

撰寫團隊

主辦：教育部

承辦：社團法人台灣自殺防治學會

總編輯：吳佳儀 教授

編輯工作小組

丁芯奕、吳欣庭、李佩宜、張宛如、章懿元、陳壹諾、劉莎玟、蔡玉玲。

出版年月：112 年 10 月(第 2 版)

(依姓氏筆畫排序)

第壹篇

- 吳佑佑 宇寧身心診所負責人暨醫師(第二章)
吳佩蓓 臺北市立中山女子高級中學輔導主任(第六章)
吳郁芬 國立臺灣大學學生心理輔導中心諮商心理師(第四章)
車先蕙 新楊梅診所臨床心理師(第六章)
林惠敏 新北市立三民高級中學專任輔導教師(第五章)
張安民 彰化縣私立精誠高級中學輔導主任(第二章)
莊淑婷 新光醫院精神科自殺暨藥酒癮防治中心諮商心理師(第四章)
郭詩屏 SKY Campus Happiness 臺灣教師代表(第四章)
陳秀蓉 國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教授(第四章)
陳質采 台灣兒童青少年精神醫學會理事長(第五章)
陳穎彥 嘉義市陽明醫院臨床心理師(第四章)
黃惠君 馬偕紀念醫院醫學研究部心理及行為科學組助研究員(第二章)
蕭雁文 台北市立大學師資培育及職涯發展中心助理教授(第四章) (依姓氏筆畫排序)
工作小組 台灣自殺防治學會(第一到七章)

第貳篇

- 工作小組 台灣自殺防治學會(第一到六章)

第參篇

- 袁葦 臺北市政府教育局學校系統巡迴職能治療師(第四章)
張馨文 臺北市立聽障資源中心/教育局學校系統巡迴職能治療師(第四章)
鄭淑心 臺北市立啟聰學校職能治療師(第四章) (依姓氏筆畫排序)
工作小組 台灣自殺防治學會(第一到七章)

第肆篇

- 林家安 時習教育創辦人暨 CEO(第三章)
工作小組 台灣自殺防治學會(第一到七章)



